

## 地域における母子保健ニードとサービス

長谷川 昭子\*

~~~~~<内 容>~~~~~

- I はじめに
  - II 母子保健の背景
  - III 母子の現状
  - IV 母子保健ニード
  - V 今後の母子保健サービス
  - VI おわりに
- ~~~~~

### I はじめに

「妊婦の診察。

堅くはしく形式ばらずに、普通の談話のようで、而かも広く深く行き届いた問診。白いカバーをかけた寝台に妊婦。キレイな診察衣、手洗で洗った温かい手。

(中略) トラウベも、手のひらで摩擦するか、或は一寸火鉢で暖めて聴診する。骨盤計も巻尺も、手癖のように一寸暖めては使用する。

診察は終る。なおも助産婦は、妊婦の腰のあたりを、上から下へ、やわらかに軽く撫でる。妊婦は何とも言えぬ心地よさ。なかば安産をしたような気持になる」

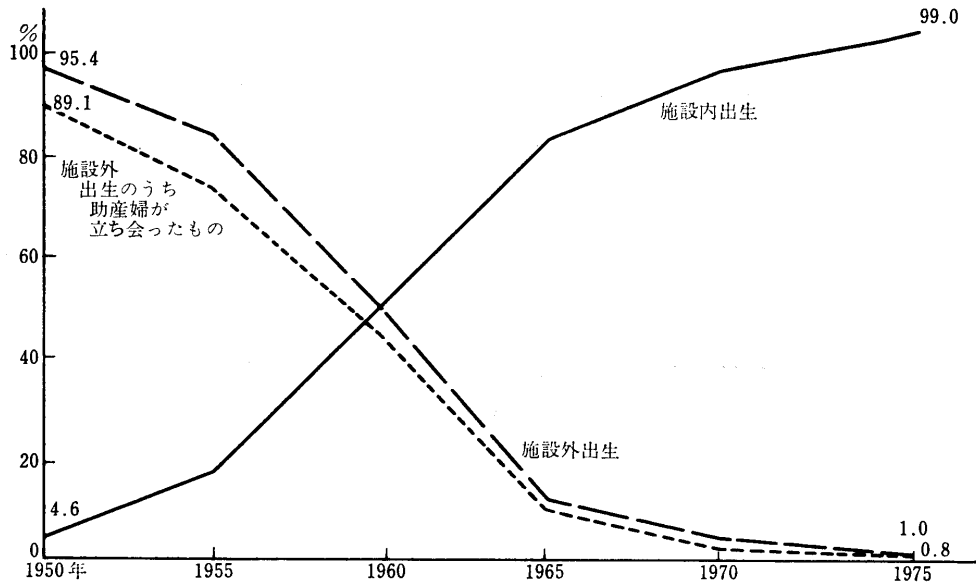
(横山憲史「冷温の心づかいを助産の業に」『助産婦雑誌』、1952年3月)

1950年代、妊婦は多く助産婦からこのような扱いを受けていた。当時妊婦診察や分娩介助のほとんどは助産婦が行っており、しかも圧倒的に自宅分娩が多かった(図1)。そこには上記のような家庭的雰囲気の中での保健指導があり、そして「時には妊産婦の友となつてともに泣」いたり、「母となり姉ともなつてねんごろに教え導」(同前) いたりすることもあったようだ。まさに生む側と介助側とが一体となつて出産にたち臨んでいた様子がうかがわれる。

けれども反面、現在ほど妊産婦管理が徹底していないことや、異常時にただちに、しかも十分に対応できないこともあつて、妊産婦死亡率や周産期死亡率などはかなり高かつた(図2, 3)。ちなみに、医師・助産婦の立ち会わない無介助分娩は1950年に4.7%、1955年に4.2%もある(厚生省「母子衛生の主なる統計」、1978年)。それゆえ、この時期には何よりもこの死亡率を低下させるこ

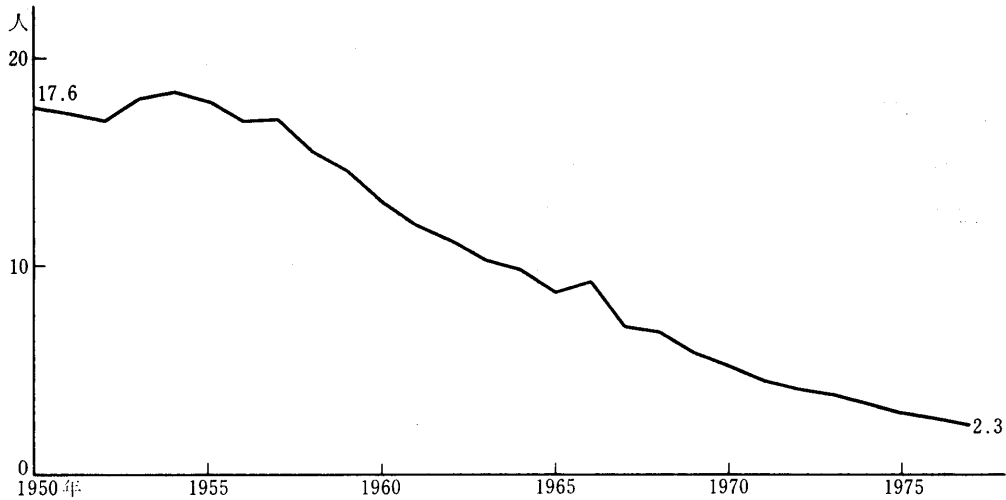
\* はせがわあきこ/日本看護協会 調査研究部

図1 出産場所別出生数の割合



資料：厚生省「母子衛生の主なる統計」, 1978年

図2 妊産婦死亡率 (出産1,000対)



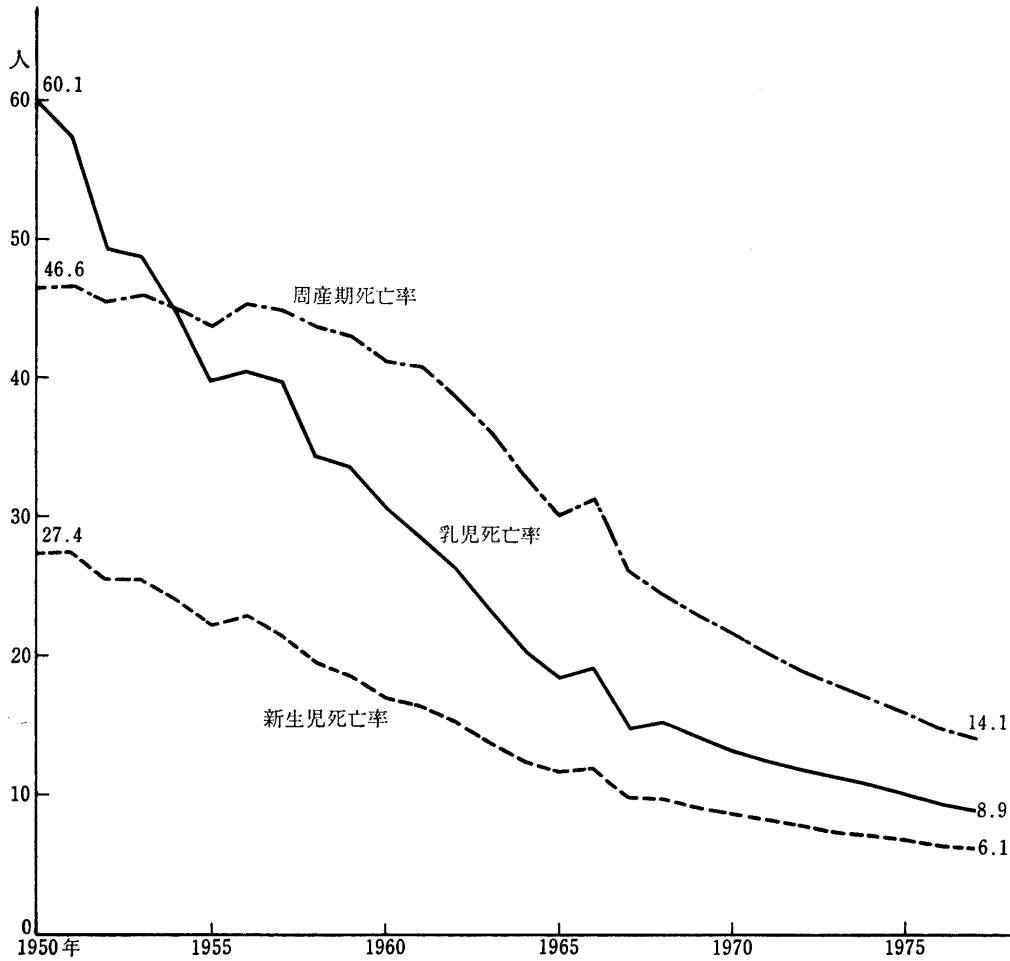
資料：厚生省「母子衛生の主なる統計」, 1978年

とが母子保健行政の最大の目標であったようだ。1948年には、「妊娠中毒症の予防と早期診断，早期治療に努め，妊産婦および胎児死亡の減少をはかる」ことなどを目標に、「母子衛生対策要綱」が定められている。

その後、「清潔な分娩場所の提供」という見地

から，厚生省内部では施設内分娩の必要性が検討され，1958年には全国の農山村に母子健康センターが設置されている。そして，医療技術の発達やその適用，ならびに1962年妊娠中毒症訪問指導制度にみられる妊婦管理などが相まって，現在では上記の死亡率は飛躍的に低下した。妊娠・出産

図3 周産期死亡率・新生児死亡率・乳児死亡率（出生10,000対）



資料：厚生省「母子衛生の主なる統計」，1978年

による「不幸な出来事」は一昔前と比べると、きわめて稀になり、当時最大のニーズであり、また課題でもあった死亡率の低下は、かなりの部分達成されたといってもよい。

しかしその一方で、ここ20～30年の社会全体の大きな変わりようは、私たちの生活形態や価値観を大きく変えた。母子保健の面でも、出生場所だけをとってみても、図1のように、自宅から施設へと大きく変わっていることがわかる。出生場所だけでもみられるこうした変わりようは、今日「死亡率の低下」とはまたちがった、新たな母子保健上の問題や様々なニーズを生起させているのではないだろうか。

本稿ではこのような観点から現代の母子保健ニーズをまず明らかにし、それに基づいて、今後の母子保健サービスのあり方、とりわけその中での看護の果たすべき役割を導き出すことを目的とする。ただし、ここでは正常妊娠・分娩経過をたどった母子に限定して話をすすめたい。また、母子保健のニーズとサービスのあり方を探るとはいえ、母子をめぐる問題状況は地域的に異なるので、本稿はこれまで実情があまり明らかにされなかった都市を中心に、母子保健ニーズとそれへのサービスのあり方を考えることにしたい。

なお、今回はニーズを知る方法として、主に1976年から1978年にかけて実施した看護職から

の聞き取りを中心にした。すなわち、今回のま  
めは、看護職の考えている母子保健ニードを軸に  
しており、妊産婦のニード調査ではない。あらか  
じめその点をおことわりしておく。

## Ⅱ 母子保健の背景

母や子は現在どのような社会的環境のもとで生  
活しているのだろうか。ニードを知る上ではじめ  
にこの母子の置かれている背景を概観したい。

### 1 核家族の増加

まず第1に注目されるのは、圧倒的多数が夫婦  
と子どもからなる核家族ということである。1955  
年「夫婦のみ」の世帯は全世帯の6.8%だったも  
のが、1965年から1975年にかけて約2倍近くに  
増加した。「夫婦と未婚の子ども」の世帯も、1955  
年から1975年にはわずかではあるが増えている。  
つまり「夫婦のみ」、「夫婦と未婚の子ども」を合  
わせた世帯は、1975年には全体の6割近くを占め  
ていることになる。逆に、「夫婦と子どもと(両)  
親」という三世帯世帯はこの20年間に半減した  
(表1)。

これを東京都23区でみると、全国と同様に「夫  
婦のみ」の世帯と「夫婦と子ども」の世帯を合わ  
せると過半数に及ぶ。ただし、双方とも1960年  
以降やや減少傾向にあるが、これはそれらの世帯  
数が減ったということではなく、1960年以来4倍

近くにも激増した「単独世帯」の割合に押された  
ためとみる方が適切である。また、三世帯世帯に  
ついては、減少の度合いが全国のそれよりいちじ  
るしいことが注目をひく。こうした事実は、都市  
化に伴い、出産後は夫や子どもと三者で生活して  
いるタイプが増加していることがうかがわれる。  
実際、北九州市若松区に住む妊婦537人を対象に  
した調査では、73.9%が「祖父母と同居してい  
ない」核家族世帯であったという(園田真人「妊婦  
の生活と意識の調査」『母性衛生』,1978年3月)。

### 2 集合住宅の増加

2番目には、居住環境の変化があげられる。日  
本の住宅問題は従来「狭小過密」が問題となっ  
てきた。まず住宅の種類別では、全体の41.8%は  
借家であり、1世帯当たり平均室数、同畳数は、  
4.28, 25.1 とかなり狭い(総理府「国勢調査報  
告」,1975年)。これを総理府「住宅統計調査」  
(1973年)によって住宅の建て方別にみると表2  
のように「1戸建て」が多いものの、ここ10年間  
にマンションや公団やアパートなどの「共同住  
宅」が増加していることが注目される。しかも、  
1973年時点で、大都市圏ではことさらにこの割合  
が高い。「長や建て」と合わせた集合住宅は5~  
6割にも及んでいる。続いて住宅の構造別では、  
「防火木造」「鉄骨・鉄筋コンクリート」住宅と  
も、大都市圏は全国平均を上回っている(表3)。  
やや雑ないい方にはなるが、大都市では「防火木  
造」や「鉄骨・鉄筋コンクリート」の集合住宅が  
全国平均に比べて多いと考えられる。また同調査  
は、持ち家率について、世帯主が20歳台では22.5  
%, 30歳台でやっと5割にいたることを示して  
もいる。それ以外は公団・公営住宅・給与住宅・  
民間アパートに住むことになる。以上のことから、  
都市部に住む世帯主の年齢20~30歳台の層――

表1 世帯構造の推移

|       | 全 国   |      |      | 東京都23区 |      |
|-------|-------|------|------|--------|------|
|       | 1955年 | 1965 | 1975 | 1960年  | 1975 |
| 核家族世帯 | 6.8   | 9.8  | 12.4 | 13.0   | 12.5 |
| 三世帯世帯 | 43.1  | 45.4 | 45.7 | 45.1   | 40.2 |
| 単独世帯  | 21.2  | 19.5 | 12.7 | 12.4   | 5.4  |
|       | 3.4   | 7.9  | 13.5 | 7.7    | 28.3 |

資料：総理府「国勢調査報告」1975年より作成

当然子どもの年齢は低い——は「防火木造」や「鉄筋コンクリート」の狭い集合住宅に住んでいるといえるだろう。同様の傾向は、電話による育児相談を受けている「赤ちゃん110番」の住居の調査(1977年)をみてもうなづける。同調査は、1住宅の広さまでは調べていないが、住居形態としては相談者の54.1%が集合住宅に住んでおり、43.5%がアパート・マンション・団地居住者と報じている。「赤ちゃん110番」の利用者は東京都23区が最も多く41.1%を占め、そのほか神奈川県、三多摩地区、千葉県、埼玉県などいわゆる首都圏が多い。また相談対象は0歳児が63.2%を占める。電話相談利用者のごく一部であり、これらの数字が即全体の傾向を示すとはいえないが、それにしても、やはり都市部で乳児を持つかなりの層は、狭い集合住宅居住者といえるだろう。

### 3 欠食の頻々

次に食生活の面をみてみよう。

1960年代の高度経済成長は、社会をもので豊かにした。食べ物についても類にもれず、栄養失調ということばは現代では死語になりつつある。1976年「国民栄養調査」でも、乳・乳製品、肉類、卵類、油脂類は、1955年に比べると4～8倍も摂取している。また、外食産業が繁栄し、インスタント食品や清涼飲料水が巷間にあふれていることも見のがせない。

しかしその反面、昔では考えられなかった欠食がみられるようになった。同調査は3日間連続調査で、1回以上欠食した者が、男女とも約20%近くいると報じている。特に若年層では顕著にみられ、朝食欠食者は20代男子で27.2%、女子で20.2%に及んでいる。

高木和男「交替制勤務が食生活に及ぼす影響について」(『労働科学』, 1974年5月)他一連の論

表2 住宅の建て方別住宅数

|      | 全 国   |      |      | 京 浜<br>大都市圏 | 京 阪 神<br>大都市圏 |
|------|-------|------|------|-------------|---------------|
|      | 1963年 | 1968 | 1973 |             |               |
| 1戸建て | 72.0  | 66.5 | 64.8 | 51.5        | 43.1          |
| 共同住宅 | 12.5  | 18.4 | 22.5 | 41.0        | 33.7          |
| 長や建て | 15.1  | 14.7 | 12.3 | 6.9         | 22.8          |
| その他  | 0.4   | 0.4  | 0.4  | 0.6         | 0.4           |

表3 住宅の構造別住宅数

|                 | 全 国   |      | 京 浜<br>大都市圏 | 京 阪 神<br>大都市圏 |
|-----------------|-------|------|-------------|---------------|
|                 | 1968年 | 1973 |             |               |
| 木 造             | 76.9  | 66.5 | 54.0        | 54.8          |
| 非 木 造           | 14.6  | 19.7 | 27.5        | 26.5          |
| 鉄骨・鉄筋コン<br>クリート | 8.5   | 13.8 | 18.5        | 18.7          |

文によれば、この傾向は労働者ほど高いことが指摘されているが、では都市の女子労働者の場合はどのようだろうか。東京都労働局「婦人労働の実情」(1976年)は、朝食を「欠かさず食べる」女子労働者は53.3%にすぎないことを伝えている。「ときどき欠食」25.9%、「いつも欠食」14.0%を合わせると、約4割の者が欠食していることになる。しかも年齢別では「18～24歳」という出産予備軍に「ときどき欠食」「いつも欠食」が57.3%と大きな割合を占めていた。長期にわたる欠食は当人の健康を維持しにくくするばかりか、若年女子の場合は、それに加えて妊娠・出産時に悪影響が出てくることが予測される。母親予備軍はまさにこの悪条件作りに精出しているともいえるだろう。

### 4 情報源の拡大

4番目に特徴的なのは、母親にとって情報源が拡大してきたことである。1953年2月1日にはじまった日本のテレビ放送は1979年6月末現在2,840万世帯、1日20時間放送の巨大なメディアに成長した。健康に関する番組も日々とり上げ

表4 新刊書籍出版の推移

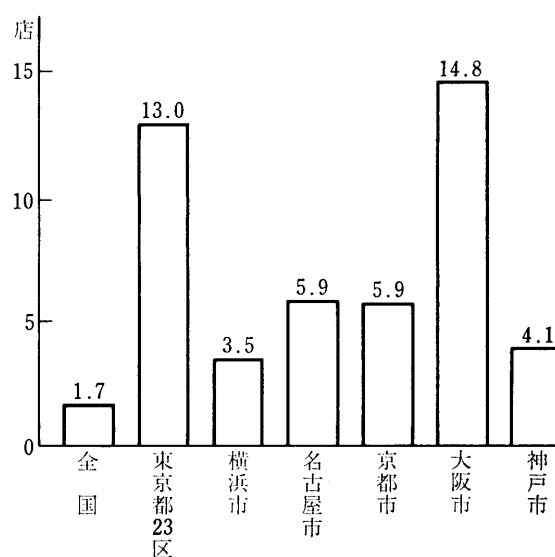
|            | 1955年  | 1978年  |
|------------|--------|--------|
| 新刊書籍出版点数   | 13,042 | 26,906 |
| 自然科学分野 //  | 804    | 2,082  |
| 医学・薬学分野 // | 423    | 1,164  |

資料：「出版年鑑」1979年

られ、妊婦や母親が出産や育児について見聞する機会も決して少なくない。

一方、活字文化も「洪水」といわれるほど氾濫している。ここ2～3年、書店の新規開店ブームが続き、日本書店連合会の調べでは、1978年に新規開店した書店は約8,000件に上る。また、「書店以外のスーパーやカメラ店でも本の売り場を新設する店が増えてきている」（『朝日年鑑』, 1978年）という。1978年の新刊書籍出版点数をみても表4のように1955年から約2倍に増え、なかでも自然科学の分野や、その中の医学・薬学分野では2.5倍といういちじるしい伸びをみせている。雑誌についても、現在刊行されている医学・薬学・衛生関係一般雑誌は週刊、月刊合わせて261点にも上る（『日本雑誌総覧』, 1978年）。ふえゆく本の市場で、これまたふえゆく健康に関する本や雑誌を、私たちは日常ごく当たり前に目にしているわけだ。妊婦や産後の母親が妊娠前よりはもっと熱心にそれらに触れていることはいうまでもない。「子の発育上、心配がある者」のうち、まず、「育児書を読んだ」者が、1971年4.9%から1976年11.0%と倍増していることが（厚生省「保健衛生基礎調査」, 1978年）、何よりもよく物語っている。

これらのことから、1950年代前半までは妊娠、出産の知識のよりどころはもっぱら家族や近隣の友人・知人であったものが、昨今かなり拡大してきているということが出来る。しかも、東京都、

図4 可住地1km<sup>2</sup>当たり書籍文房具小売店数

資料：総理府「1975年事業所統計調査報告」より算出

大阪府、神奈川県など大都市をかかえる都県では、テレビの受信契約世帯数も多く、単純に全世帯数に対する割合を出しても、全国平均が1世帯当たり1.13台に対し、それぞれ、1.36台、1.24台、1.14台と高い（NHK資料室「都道府県別受信契約世帯数（1979年6月末現在）」より算出）。また図4からも明らかなように、大都市では、書店数が格段と多い。都市の妊産婦はかなりの情報の中で生活していることが推察される。

### 5 就労女性の増加

次いで働く女性が増えていることがあげられる。1955年以降約20年間に女子雇用者数は2倍以上増え、しかも有配偶女子雇用者は6倍以上も増加した（図5）。女子雇用者の中の出産者の割合も1965年1.6%から1975年には2.7%へと着実に増えている。

これを東京都にかぎってみると、1956年から1977年にかけて女子雇用者数は62万人から132万人へと2.1倍の伸びを示し、15歳以上の人口に占める労働力人口は1975年現在29.4%であっ

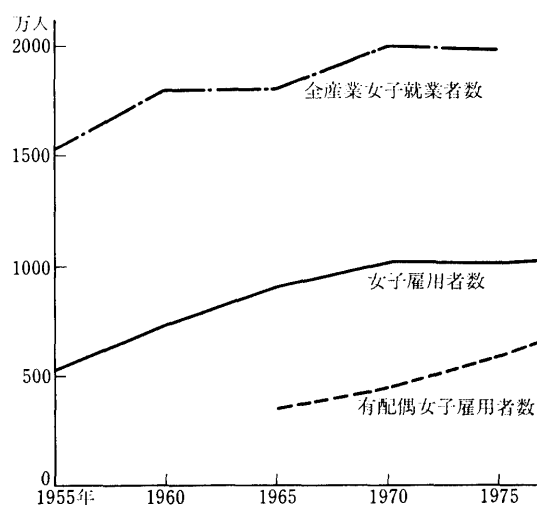
た(東京都「就業構造基本調査」, 1977年)。また、女子雇用者の中の出産者の割合は計上されておらず不明であるが、東京都の女子雇用者数が、全国の女子雇用者数に占める割合が10分の1以上と高いことを考えると、やはり東京都の出産者の割合も全国の増えと同様に増加していることが推測される。

### 6 医療技術の発達

昨今の医療技術の発達はめざましいものがある。抗生物質の開発により、現在では結核による死亡数は激減し、また、現在死亡数の第1位を占める脳血管疾患も部位によってはほぼ完治することが報告されている。母子保健の面では、1950年代から保育器が開発され、1960年代後半からは従来の鉗子に代わって吸引分娩が急速に普及している。こうした技術の発達は、周産期死亡率や乳児死亡率の低下に貢献してきた。また、児心拍を聴く超音波ドップラー装置、分娩監視装置も、現在では珍しいものではない。

しかし、これらの背後には、「薬づけ医療」「検査づけ医療」、また母子については「切るお産」という言葉に表わされるように、医療関係者の医療技術への盲信とそれに対する国民の不信をもたらしている。帝王切開率についての全国的な統計はないが、神奈川県は、日常業務を通じて、体験的に帝王切開率の増えていること、ならびに、鉗子や吸引を使ういわゆる異常分娩が多くなっていることを指摘する(1978年7月談)。実際、「機械を使って分娩した」母親は、1971年から1976年までの間に、6.3%から6.8%へとわずかではあるがふえている(同上「保健衛生基礎調査」)。これには、分娩する母体の側に何か原因があって施用する場合もちろんあろうが、産科医の間で「保身帝切」という言葉がささやかれているよう

図5 女子労働者数の推移



資料：総理府「労働力調査」1955～1977年。ただし、1955年の全産業女子就業者数は「国勢調査報告」1955年による

に、必ずしも必要がないのに施用する場合もあると聞く(子産みをとり返す会代表談, 1976年9月)。つまり、種々技術の発達により、妊産婦や新生児などの死亡率は低下したが、現状ではそれらの技術が無差別に施用されている印象があるのではないだろうか。

以上6点を私は現在の母子の社会的背景としてあげた。では、これらは複雑にからみ合いながら、母子にどのような影響を与えているのだろうか。現在の母子のニーズを把握する上で、次章では、これらの社会的要因を受けて、母子が現在どのような状況の下で生活しているかを探ってみたい。

## Ⅲ 母子の現状

### 1 コミュニケーションの衰退

先に私は核家族化が進行していることを述べた。この事実は母子のおかれている現状を考えた時、2つのマイナス点をもたらしたと考える。すなわち、1つは、その時その場で必要な知識がさらに得られにくくなったという点である。

かつて1950年代、三世帯世帯で親との同居率が今より高かった時代は、いわゆる「嫁」の立場から、休息や栄養が十分とれなかった妊婦も決して少なくなかった。しかしまた、その片方で、妊娠・出産・育児の知識はよくも悪くも家族から得ることが多かった。母から娘、または嫁へ、娘からその子へと知識は伝えられ、中には誤まった知識もあったにせよ、家族とりわけ女性が、生命創造に関する重要な伝承者の1人であったことは疑いない。そこにはその地域の実情や家族の生活形態に応じた、画一的でない生きた「知識」の伝えがあったと思われる。

しかし、現在のように夫と子どもとで住む形態であれば、それはきわめて難しい。電話相談の相談動機をみると「赤ちゃん110番」では「今すぐ詳しく聞きたい」、「身近に聞く人がいない」が多く、両方で2/3近くを占める。また、横浜市乳幼児家庭教育センターの電話相談でも、「核家族なので身近な相談相手として利用」（「てのひら」、1975年4月）という声が強い。これは母親のまわりに「今すぐに」「身近に」相談できる人がいないことを端的に物語っているといえるだろう。

無論それらの知恵を伝えるのは家族ばかりではない。近隣の人もあれば友人もあり、また医師・栄養士、看護職など専門職業人もいる。けれども、近隣の人との関わりについていえば、20～30年前とは異なって、現在とりわけ都会地では、地域社会での人間関係が希薄になっており、「隣は何をする人ぞ」の風潮さえ生まれている。かつて、害虫駆除や冠婚葬祭に威力を発揮した部落会や地区の婦人会・青年団活動も現在ではだんだん影をひそめつつあり、また母子の住む集合高層住宅は、住居の機能性、合理性と並んで独立性が重視され、近隣のコミュニケーションがとりにくい。同じ地

域生活空間を共有しているにもかかわらず、何か問題が起きた場合など、近隣の人は「相談者」とは考えられにくいのが実情であろう。

一方、専門職業人との関わりも決して十分とはいえない。かつて自宅分娩最盛期には、「はじめに」で述べたように、妊娠から出産、はては育児期にいたるまで開業助産婦との交流があった。

「初節句や満1才の誕生日に招待されたことも度々あった」（東京都開業助産婦談、1977年2月）ようだ。しかし、最近の都会地では3分診療の様相が強くなり、相談をもちかけようとしても、受け入れられない現状である。また、保健婦との関わりをみても、埼玉県、神奈川県、東京都などでは、人口当たりの保健婦数が格段と少ない。全国平均で人口10万人に対して、保健婦が14.2人いるのに比べ、上記の都県ではそれぞれ6.6人、8.2人、8.7人にすぎない。一概にいえないにしても、妊産婦の相談にのったり、実際に家庭訪問する回数は少ないことが予測される。事実、全出生数に対する新生児・未熟児への訪問指導実率だけをみると、それぞれ6.4%、14.2%、9.5%の低率であった。

このように妊産婦は現在、近隣者や専門職業人から隔たっており、それらの人々は「身近な相談者」にはなっていない。核家族化の進行はこの相談者がいないという傾向にさらに拍車をかけたといえるだろう。

## 2 家事負担者の不足

第2点は、核家族化により、産後の家事負担者がいないことがあげられる。田部井宏子「退院後の産褥生活の実態調査（『看護』、1977年9月）によれば、経産婦の12.3%には手伝い人がいない。また、労働省が普及推進をはかって事業主が従業員の家庭の家事援助をするためにホーム・ヘルパーを派遣する、事業内ホームヘルプ制度の実



施状況をみると、1977年の派遣日数構成比では全体の33.0%が「家事担当者の出産」のためであった。東京都の場合、この割合は36.7%を占め、派遣件数構成比では28.7%に当たる（労働省「事業内ホーム・ヘルプ制度」）。この制度を実施している事業所はかぎられているとはいえ、その中でも出産後の手伝いはかなり高く求められているといえる。

そして、この援助者がいないことは、母体に悪影響をもたらしている。前述「退院後の産褥生活の実態調査」は、自宅で手伝人がいない場合、当然床上げや家事開始が、退院後1週間以内と非常に早いことを報じている。

一方、従来より里帰り分娩をする者は少なくないが、川崎市のある保健所管内では第1子の30%が里帰り分娩であるという（保健所助産婦談、1977年12月）。そして里帰り分娩をした者は、初産の場合「習慣」や「分娩に対する不安」がそれぞれ3～4割を占めているが、経産になると「手伝い人がいない」31.9%、「上の子供がいる」43.6%など、家事の肩代わり者がいないことが大半と報告されている（村山ヒサエ「里帰り分娩」、『助産婦雑誌』、1977年5月）。里帰り者の場合は、家事開始などの時期は退院後1カ月以後と遅く、休養がとれることが推察されるが、しかし、分娩経過に多くの異常が発現している。里帰り者を送り出す側の川崎市の医師の調査によれば、里帰り出産者は非里帰り者に比べて、帝王切開、吸引分娩、早期破水、妊娠中毒症、骨盤位などの率がほぼ2倍に当たるという（近藤俊朗「工業都市よりみたる里帰り分娩の問題点について」、『助産婦雑誌』、1978年7月）。また、里帰り者を受け入れる側も「里帰り者はこれまでの経過がわからないので、受け入れるのがこわい」とか「なるべくなら受け

入れたくない」と述べる助産婦は多く、福島県のある公立病院の場合では、1カ月の分娩者65人中、里帰り者は1/3の23人、うち異常例は14人にも上っている（病院助産婦談、1976年10月）。

産前・産後の安静が、分娩経過や産褥経過、ならびにその後の健康全般にいかほど重要であるかは常々指摘される場所であり、現状では家事肩代わり体制が十分ないため、この母性機能を守ることが難しくなっていることが理解できよう。

### 3 貧血者のまん延

先に私は若年女子層に欠食が多いことを指摘した。一見豊かなようでも、実際はこうしたアンバランスな食生活は、当然体にひずみをもたらした。現在女性の貧血者は実に多い。全血比重1.052未満、すなわち採血不適の者は女性の場合「18～24歳」で23.2%、「25～29歳」で31.3%、「30～39歳」で31.8%の高さを占めている。また、妊産婦では1.049以下の者は「妊娠前半期」に36.4%、「妊娠後半期」に31.3%、「授乳期」に12.6%みられたという（藤沢良知「栄養行政の立場から」、『臨床栄養』、1977年3月）。

血色素量についても同様に低い。勤労婦人には12.0g/dl以下が47.1%、11.2g/dl以下が20.1%、10.0g/dl以下も7.5%あったという（本多洋子「貧血患者（勤労婦人）の栄養指導」（同前）。この傾向は妊婦の場合さらに強まり、10.9g/dl以下の者は妊娠前期で初産婦19.9%、経産婦20.3%、妊娠後期ではさらにふえてそれぞれ24.2%、29.8%となる（土井道子「妊婦における貧血」、『第8回日本看護学会集録』、1977年）。

妊娠中の貧血は妊娠中毒症と並んで、妊娠・分娩経過、ひいては出生児の発育に影響を及ぼすものであり、また栄養学的にも、胎児期の栄養不足は先天異常といわれる奇形の発生率がきわめて高い

ことを示唆するような報告もなされている（木村修一「現代人の栄養」, 同前）。その点からも、貧血の予防ならびに貧血者には治療する対策が緊要であるが、現実にはその対策はほとんどとられていない。貧血の予防にはまず常日頃欠食を避け、毎食規則正しい食生活を送ることである。その一助として、妊娠中毒症の対策と同様に、食生活の重要性や栄養の基礎知識、実際の調理実習などについて、具体的な説明指導が有効なのはいうまでもない。現在、妊娠中毒症の患者に対しては、塩分制限の調理実習がすすめられており、保健婦などによる家庭訪問指導を中心に、保健所・市町村病院等の母親学級でも実施しているところもある。しかし、貧血については、そこまできめ細かな対策が立っていないのが現状である。

#### 4 情報選択の稚拙さ

私は、あふれるばかりの情報量は、妊産婦に情報選択の難しさや判断の難しさを与えていると考える。保健所保健婦はこの現状を「毒された思考基準をつく」のもとといい、「毎日々々の（情報）量は微量であっても、それがあつた期間を経た後の害は恐ろしいものがある」（渡辺紀久子「社会環境と母性」, 同前）と述べている。

前述したように、現在では視聴覚の情報ならびに出産・育児技術の産業が氾濫している。こちらの本にはこう書いてあるが、新聞はこういっている、また、かかりつけの医師はこういったなど、それぞれもっともで信頼がおけるだけに、妊産婦としてはどれを選んでよいのかとまどいを持つ。また、人間の成長はそれぞれきわめて個性的であり、地域特性による生活形態の違いも大きいにもかかわらず、妊娠経過や児の発育を画一的に捉え、育児書通りに育たないと不安を訴える母親も少なくない。神奈川県は、このように幾多の

情報にふり回される母親の実に多いことを指摘する。最終的に自分に合った情報を選びとるのは本人であることはいうまでもなく、この場合は妊婦や母親である。彼女たちはそれぞれの情報を絶対視し過信するあまり、冷静に客観的に見られなくなっているといえそうだ。

#### 5 不十分な母性保護措置

働き続けながら妊娠・育児期を過ごすにはそれなりに周囲の環境が整っていることが必要である。近年、就業女性は増えているが、これらの措置は十分整っているだろうか。

まず、妊娠出産期についていえば、この時期を健やかに過ごすには職場の母性保護措置が整っていることが条件の1つと考えられる。しかし労働基準法に規定されている産前産後休暇も全員に適用されているわけではない。総評婦人局の調べによれば、産前産後休暇を労働協約や就業規則で決めているところは92.2%、そのうち有給としている事業所は39.3%、100%有給のところは30.5%である（「はたらく婦人の中央集会 討議資料」1979年）。

また、1974年勤労婦人福祉法案の成立により、妊娠・出産を伴う健康管理について労働基準法の規定を上回る措置が、事業所への努力規程として定められたが、1976年現在、それらの措置をとっているのは表5のようにごくわずかである。育児休業制度普及事業所となるとさらに少ない。

妊娠中の心身への負担が、妊娠・出産経過に大きく影響を与えることは、すでに多くの論者によって裏付けられており、家庭婦人と比べると異常の発現率は高い（表6）。

一方、産後仕事を続ける母親にとって最大の関心事は保育者の確保である。現在最も多い確保方法は、職業研究所「乳幼児をもつ働く婦人と保

地域における母子保健ニーズとサービス

表5 母性保護規定等の実施事業所の割合  
(1976年度)

| 妊娠中の通院休暇ありの事業所 | 妊婦の通勤緩和措置ありの事業所 | 妊娠障害休暇ありの事業所 | 育児休業制実施事業所 | 企業内保育施設ありの事業所 |
|----------------|-----------------|--------------|------------|---------------|
| 18.6           | 15.2            | 10.8         | 6.3        | 2.7           |

資料：労働省「女子保護実施状況調査」1978年  
育(1974年)」が示してもいるように「保育施設にあずけること」である。しかし、認可保育所の設置状況をみると、年次計画で年々増設されているものの、0歳児を預ける体制は絶対的に不足している。出産した女子雇用者数に対する認可保育所の0歳児措置数を試算すると、わずか4%にしか満たない(表7)。これ以外は未認可の保育施設にあずけることになる。未認可の施設の場合は、児童数に対する保母数が少なく、また設備や環境も不十分なことが多い。つまり、児が健やかに育つための環境として適切とはいえない。出産した女子雇用者全員が保育施設にあずけるとはかぎらないにしても、児が健やかに育つ環境としての保育施設の不足の大きさは、論を待たない。同様に東京都に限ってみても、0歳児の保育環境は十分整備されていない。出産した女子雇用者数が不明なため、現在の0歳児措置数が、保育を必要とする女子雇用者の何割に該当するのか試算できないが、0歳児の認可保育施設への希望率が非常に高いと耳にするところからも、やはり不足していると大方は推測がつく。産後仕事を続ける母親とその子どもにとって、安心して預けられ、また健やかな成長を助ける条件は、かなり厳しいといえるだろう。

6 機械的に扱われる「出産」、「育児」

では、出産や育児は現状ではどうなっているだろう。現在99.0%を誇る施設内分娩が、「安全性」や「種々の死亡率の低下」とひきかえに、妊

表6 勤労婦人と家庭婦人との妊娠・分娩等の経過の比較

| 区   | 分       | 勤労婦人 <sup>1)</sup> | 家庭婦人 <sup>2)</sup> |
|-----|---------|--------------------|--------------------|
| 総   | 数       | (983)<br>100.0%    | (180)<br>100.0     |
| 妊娠中 | つわり強    | 8.0                | 10.0               |
|     | 後期妊娠中毒症 | 31.2               | 25.0               |
|     | 流早産の徴候  | 29.4               | 19.4               |
|     | 貧血      | 44.3               | 41.6               |
| 分娩  | 流産      | 0.6                | 1.1                |
|     | 早産      | 10.5               | 9.4                |
|     | 前早期破水   | 15.1               | 5.6                |
|     | 微弱陣痛    | 9.8                | 1.7                |
|     | 分娩遷延    | 14.4               | 8.9                |
|     | 異常出血    | 9.4                | 3.3                |
|     | 仮死産(蘇生) | 3.4                | 2.8                |
| 児   | 低体重児    | 7.8                | 5.0                |
| 産褥  | 母乳分泌不良  | 12.0               | 10.0               |
|     | 復古不全    | 4.7                | 5.0                |

資料：1) 労働省の勤労婦人の妊娠出産に関する調査(1973年)  
2) 鈴木三郎氏の国立習志野病院における調査(1973~74年)  
(労働省婦人少年局「婦人労働法制の課題と方向」1978年より再引)

表7 0才児の保育体制

| 年    | 認可保育所措置児童数 <sup>1)</sup> | うち0歳児数 <sup>2)</sup> (a) | 女子雇用者中出産者数 <sup>3)</sup> (b) | (a)/(b) | %   |
|------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---------|-----|
| 1955 | 653,727                  | 551                      | —                            | —       | —   |
| 1960 | 689,242                  | 728                      | —                            | —       | —   |
| 1965 | 829,740                  | 1,286                    | —                            | —       | —   |
| 1970 | 1,131,361                | 3,047                    | 230,160                      | 1.3     | 1.3 |
| 1973 | 1,425,637                | 10,487                   | 320,490                      | 3.3     | 3.3 |
| 1976 | 1,737,202                | 13,296                   | 324,810                      | 4.1     | 4.1 |

資料：1), 2) 厚生省「社会福祉施設調査」  
3) 労働省「女子保護の概況」

婦に何をもちたかについて、まず考えてみたい。かつて四六時中助産婦に腰をさすられ励まされて臨んでいた出産のスタイルは、現在では分娩監視装置のもと、たった1人でベッドに横たわることも珍らしくなく、極端な例ではあるが分娩室

で「だれの介助もなしに、わが子がとびだ」(朝日新聞社、「お産革命」, 1979年, 投書) すことすらある。また、種々理由は考えられるにせよ、計画分娩は増加しており、「保健衛生基礎調査」では、「注射をして分娩」したという母親は、1971年の10.7%から1976年には13.7%へとふえている。国際婦人年大阪連絡会の「出産白書」(1979年)でも「陣痛誘発をするなど計画分娩」だった母親は33%にも上るといふ。施設の方針をみると、「原則として計画分娩の方針」をとっている施設は9.9%を占め、設置主体別では「社会保険関係団体」の病院が28.6%と高い(日本看護協会調査研究報告<No.10>「産科病棟実態調査」1977年)。産婦の状態から計画分娩の必要性があった場合も考えられなくもないが、これらの数値、とりわけ計画出産の高率は、「出産白書」も衝いているように、出産が機械的に扱われている実情を浮き上がらせる。

そして、こうした機械的な扱われ方は、産後母親と児との接触の中にも影響を及ぼした。産後の授乳は母体を回復させ、児にとってももともと適した自然食餌であり、栄養の面からも、罹患度が低いという面からも、そして母と子の精神的つながりの面からも、非常に優れていることはかねてより指摘されているところである。しかし、現在母乳栄養のみで育つ児は少なく、ある保健所管内のうち生後4カ月までの母乳栄養児は29.9%にとどまっている(大内喜枝子「乳児栄養法に関するアンケート調査成績について」『第8回日本看護学会集録』1977年)という報告もある。もっともここ数年来の厚生省の母乳推進キャンペーンはそれなりに功を博し、1971年から1976年には32.7%から37.2%へと成果は上がっている(同前「保健衛生基礎調査」)。また、看護職の間からも母乳を

みなおし、推進しようと、ここ2~3年来桶谷式乳房マッサージを広めることに力を入れている者が出ていることも事実ではある。出産を扱う比較的大きな病院の授乳方針をみても、「完全母乳主義」のところは10.5%、「原則として母乳を奨励するが、場合によりミルクも認める」ところは86.8%であり、合わせるとほとんどの施設で母乳を推進している(同前「産科病棟実態調査」)。

けれども現実には、「母乳を飲ませる前に病医院でミルクをくれた」と答える母親は92.7%にも上る(同前、「乳児栄養法に関するアンケート調査成績について」)。ある母親は、自分の母乳哺育失敗の原因を「私の努力不足のほか、病院が母子別室制であったことや、適切な治療・指導に欠け、すぐにミルクを与えられたことなどが大いに影響したと思」(『母乳哺育シンポジウム開催要綱』母親の体験報告, 1979年)うと述べ、一方、母乳を推進している病院助産婦は「病院出産後のお母さんたちから聞く言葉に、乳房の型、乳首の形をみて、貴女はお乳が出ませんからミルクをあげなさいというように、実にあっさり母乳哺育をあきらめさせるケースが多いにおどろ」(同前)くともいっている。実際に母乳で育てるかどうかは母親の意識が基盤になっていることはもちろんであるが、出産のあり方が施設の分娩方針に大きく左右されているように、授乳が施設の方針に影響される部分があることも十分予測できる。母乳哺育を通して生まれる母親と児との初期の貴重なかわりが、施設側にとってはまだ十分大切に考えられていないのではないと思われる。

以上みてくると、現在母や子は20~30年前とは異なった新しい環境で、様々な悩みや混乱、問題をかかえていることがわかる。そして、これらは解決されないままに育児ノイローゼという新た

な事象さえ生み出している。

では、母子がこうした状態の中で何を必要とし、どのような手だすけを求めているだろう。次章ではこの現代の母子保健ニーズを明らかにしたい。

#### Ⅳ 母子保健ニーズ

##### 1 身近な相談者を要望

まず最初にあげられるのは、妊婦や母親がいろいろな疑問や悩みを話し合える相談者を求めているということである。人間の生理的メカニズムは多様であり、妊娠経過が、医師や看護職の一般的な話や本・雑誌とくい違ったり、児の発達についても育児書通りにいかないのはよくあることである。しかも過密な情報とその内容のまちまちは、妊婦や母親の不安や混乱を増幅させるばかりとなっている。そこで必要なのは、生活空間を共有している同じ地域に住む妊婦や同年齢の児を持つ母親との意志疎通や、専門的知識を持つ人々との交流であろう。川崎市の保健所では地域の婦人会の協力を得て赤ちゃん相談を実施しているが、そこでの最も大きな効果は「同じ位の子どもをもつ母親同士が話をすることで、日頃の自分の心配事を解消したり安心したりして、育児に自信をもつことだ」（保健婦談、1978年4月）という。同様に、愛育班活動を熱心にすすめている川越市の場合は「困ったときにとびつげるところを作ることが大事であり、愛育班はその役目をしている」（保健婦談、1977年12月）と述べた。

また看護職が相談相手になったときは、「母親の育児の自立をはかる」ことを目標に、「赤ちゃん相談の機会ごとに話を通して母親の育児の姿勢作りをはかっている」（川崎市保健所助産婦談、1977年12月）という。「赤ちゃん110番」でも「母親がバラバラの情報にふりまわされているの

を交通整理すること」をねらいとし、「話を聞いてもらってスッキリした」と答える母親の多いことを強調する（相談員談、1977年7月）。

新たな生命を育むのは、胎内にいる場合も産後も、妊婦や母親に未知のことが多い。それだけに彼女たちにしてみれば気安く相談できる人や場があるのは心強く、相談することを通して自分でなすべきことを選びとれるようになっていくのではないかと思われる。

##### 2 育児上の示唆、援助を切望

現在家庭には育児上のアドバイスをしてくれる人がごく少ない。母親は種々様々な育児上の悩みをかかえている。

助産所・ナーシングセンターでは、産前よりも産後に関する相談内容が多いが、そこで、最も多いのは生理的徴候についてである。東京都下の助産所では「湿疹」「へその処置」の相談が多く（助産所助産婦談、1977年2月、3月）、また病院の1カ月健診時のアンケート調査では「へそ」「便一般」など、生理的徴候について不安を抱く者が46%と高い（新井和子「母子保健指導の現状と問題点」『第5回日本看護学会集録』、1974年）。このからだについての心配は、電話相談でも最も多く、「赤ちゃん110番」では、「湿疹」「下痢」「便秘」など、からだに関する心配が34.2%も寄せられている（神馬由貴子「電話育児相談を利用する母親の実態と意識」、東京都小児保健協会講演会報告、1977年11月）。

同様の傾向は保健婦の目にもはっきりと映っている。保健所保健婦の調べによれば、育児に困ったことのある母親は41.8%あり、うち「湿疹」「下痢」などからだについての心配は66.7%と最も高率を占めていた（大月澄江「母親の育児態度に関する調査」『保健婦雑誌』、1976年12月）。

初めて子どもを育てる母親にしてみれば、児の状態の1つ1つが気にかかり、健康のパロメーターともいえる便性に注意がむき一喜一憂すると思われる。

全体として、からだの心配に次いで多いのは日常の児の扱い、すなわち、育児技術というべきものである。これは初産婦ほど高い。かつて1950年代頃までの出生率も高く、近隣の地域社会のつながりも今より密接だった時代には、自宅や近所で児をみる機会も多く、その扱いも技術というほどのものでなく、自然と身につけていたものと考えられる。しかし、現在では「出産するまで赤ちゃんを抱いたことがなかったという母親が多」（神奈川県保健所保健婦談、1978年4月）く、おむつのあて方や沐浴のし方はいうに及ばず、抱き方、ねかせ方まで「困ったこと」「心配なこと」としてあげる母親も少なくない。沐浴については、産前に母親教室で希望者・受講率が高いこと（遠藤維久子「母親教室のあり方の検討」、『第5回日本看護学会集録』、1974年）からも、ニードとして高いことが理解できる。また、早川美美子「未熟児の退院指導に関わる一考察」（同前）はおむつのあて方、扱い方、抱き方、ねかせ方、哺乳びんの消毒のし方にいたるまで、すなわち、日常接することはすべてに不安を抱く母親のいることを明らかにしている。

このように母親は小さな生命との対応に疑問や不安を抱くことが多く、大局すれば、問題を感じない母親はいないとさえみえる。それだけに、不安をとり除く示唆や援助はきわめて必要といえるだろう。

### 3 産褥期の家事解放——家事負担者希望

前章で述べたように、産婦はあえて危険をおかしても長旅をしている。これを「身近に親身に家

事援助をしてくれる人や体制があれば、あえて里帰りはしない」（神奈川県保健所保健婦談、1978年8月、助産所助産婦談、1977年2月）とみる向きは多い。妊婦、とりわけ上に子どものいる者は、里帰りしなくても、産後しばらくの間休養をとり、育児に専念できるように、家事や子どもの世話から一時的に解放される援助体制を求めているといえるだろう。

現在、この援助を産褥入院施設を整えることで提供しているところが、各地でぼつぼつ出始めている。川崎市の市岡ナーシング・センターは、市岡助産婦が、保健所に勤務していた頃の体験をもとに、産後休養コースを設けたものである。ここでは、上に子どもがいる場合は子連れで入院できる設備も兼ね備えている。利用者は月に2～3人とそう多くはないが、これは全国的に未だこのような施設の数が少なく、一般に知られていないことや、出産は病気でないという意識が社会では強いため、産後の入院を自他ともに認め難い風潮があること、などが関係していると思われる。

日本助産婦会の会館に開設した八千代助産院では、このような現状を見込んで1979年4月にオープンする際、マスコミ等に産褥入院という形があることや、その利点をPRし、成功した。オープン以来3カ月の利用実績ではベッド8床のうち平均4床が利用され、好調である。この施設も前記同様に子どもと夫も宿泊できる設備を持っている。利用者からの評判も高く、「十分休養でき、母親として1人立ちして退院している」（日本助産婦会事務局談、1979年7月）という。「新聞に紹介記事が掲載されたこともあって連日問合せの電話が鳴りっぱなし」（「八千代助産院いよいよオープン」『助産婦』1979年5月）ということからも、家事から解放され、休養と育児に専念でき、しかも

看護職から育児や母体の回復について保健指導を受けられる条件を望んでいるといえる。

#### 4 求められる栄養指導

日常の食生活内容は当人の健康生活のみならず、子どもにも影響を与えている。そもそも「離乳期に母親の食べている食物摂取パターンは、児のその後の食物選択に重大な影響を及ぼす」(木村修一「現代人の栄養」, 同前)ともいう。それだけに、母親や母親予備軍としての妊婦、若年女子の食生活内容はきわめて重要な意味を持つ。

前章で、私は妊婦や若年女子に貧血者が多いこと、そして、その対策が現在では十分でないことを指摘した。しかし、一般に貧血の場合は生命に対する危機感が少ないと認識されているためか、当事者から対策を求める声は少ない。今回行った聞き取り調査からも妊婦が貧血対策を求めているという声は聞かれなかった。対策の必要性を主張しているのは看護職などの周りの人々であり、その意味で、貧血指導は潜在的ニーズといえることができる。今後何らかの対策が早急に必要と感じられる。

#### 5 母性と児の保護措置の拡充

すでに述べたように、妊娠・出産・育児期を通して働く女性にとって、周囲の条件はかなり厳しい。職場の母性保護措置を求めたり、十全な保育環境作りを望む声はなかなか強い。

第1に妊娠中の措置としては、つわり時などの妊娠障害休暇希望が5.4%、産前休暇の延長希望が9.5%に上っている(人事院「女子職員の妊娠・出産に関する調査報告」, 1977年)。

次いで、出産後の措置としては、まず育児休業制の実施や産後休暇の延長など、一定期間職から離れ育児に専念できる体制を求めている。育児休業制については、1976年4月より施行されている

が、前述のように普及率はまだまだ低い。それゆえ、現行法適用範囲外の看護婦や事務員などからは、「産後1年間は育児に専念し、その後もとの職場にもどれるよう」(同上「乳幼児をもつ働く婦人と保育」), 育児休業制の導入を望む声が強い。産後休暇の延長については、前の人事院調査では36.4%と実に3分の1以上の者が望んでいる。看護職の場合でも、「産後休暇をせめて8週間に」(日本看護協会調査研究報告〈No. 6〉「会員実態調査」, 1978年)という声は少なくない。

そしてまた、児が健やかに生育できる保育環境の整備も、産後働く母親にとっては大きな要望である。現在では十分整備された保育施設が僅少であることはすでに述べた。このため、離職にふみきらざるを得ない女性は今も跡を絶たない。出産のため退職した女子雇用者の19.7%は「保育所や託児所があればやめなかった」(総理府「婦人に関する意識調査」, 1972年)と答えており、茨城県「看護職員離職実態調査」(1974年)をみても「保育施設が整備されれば」離職防止できるという者は39.6%に上る。

一方、現在就業している有配偶女子雇用者でも「女性が職業を持つための条件のうち整備されていないもの」としては、47.3%が「保育施設の不備・不足」をあげる(同前「婦人に関する意識調査」)。しかも、その保育施設の環境としては、専任保母の増員や、衛生面の配慮、設備整備を掲げている(同前「乳幼児をもつ働く婦人と保育」)。これらは調査の対象が同一でないので、やや雑な方がいい方になるが、働く母親は、子どもが生育する環境として十分な保育施設の整備を強く望んでいるといえるだろう。

以上のように、妊娠中から産後育児期にいたるまで、母親は周囲の条件整備を要望している。し

かもその要望は新設ばかりでなく、既存の措置については運用面で請求しやすくなることを望んでいる。ちなみに前の女子の国家公務員の場合では「諸制度を請求しやすくしてほしい」者が9.8%あった。諸制度があっても活用できなければ、実質的にはないに等しい。働く母親は諸措置の拡充と、その前提としてそれらが活用できるようになることの2つを要望している。

## 6 自然な出産、自然な育児を要望

妊娠した女性にとって、安産を祈らない者はいない。現在でも「戌の日」にちなんで腹帯をつける妊婦は多く、また水天宮へ祈願する者も数多い。岐阜県高山市の桜井ナーシング・センターでは全国に先がけて安産教室を実施して、成功した例である。そこでは、1960年の助産院時代から一貫して安産教室を開き、独特な呼吸法と筋肉の弛緩法とを用いた精神予防性無痛分娩法を教授している。桜井助産婦の言葉を借りれば「これは妊婦が主体的に出産に臨むところから、助産婦の腕をカバーすることにもつながっていく」（1976年8月）という。教育の効果はきわめて大きく、図6のように痛みは軽減し、分娩経過も順調である。「桜井さんのところへ行けば安産のし方を教えてくれる」と、地域の母親からの評判は高く、現在では当センターばかりでなく、市および市内病院の母親学級にも出張教授しているという。

そして、こうした安産への願い——しかも薬物など人為的作法を用いず——は、昨今かなりの範囲広まっている。現在病院・保健所などの実施する母親学級でも、この精神予防性無痛分娩の方式をとり入れ、時間をかけて実際手とり足とり指導しているところが多くなっている。

産婦からの評判はかなり高く、「経産とまちがえられた」「軽くてすんだ」と、先輩母親は口コミ

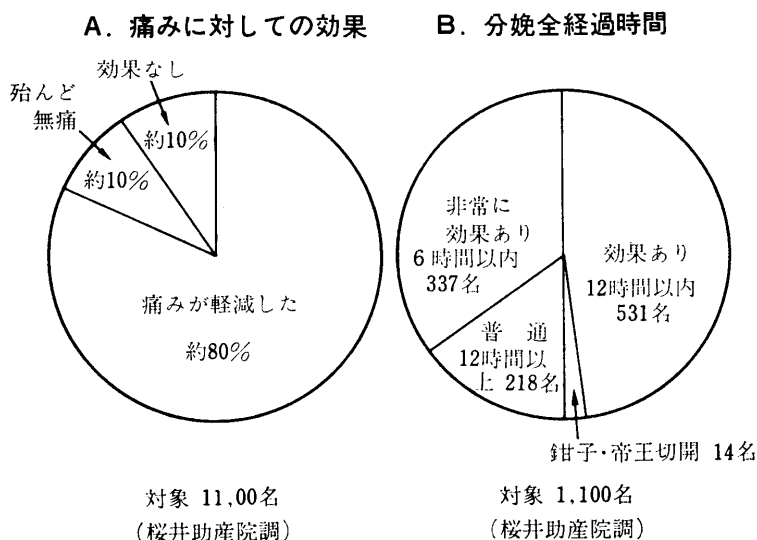
で出産予定者にこの方法のよさを伝えているという。神奈川県保健所保健婦はこれを「安産への希望は大変強い」とみる。

しかも、この自然な安産指向は病院や保健所など保健医療機関ばかりでなく、一般の女性を組織化するまでにいたった。東京の「子産みをとりのどす会」は、「女にとって原点となる『出産』ということが、生む女のものとしてなく、医療まかせになっている」ことを衝き、「生む=創造という行為を女の側にひきつけて自分のものとして主体的に勝ちとっていく」（会責任者談、1976年9月）ことをねらいとして、「出産準備クラス」を開いた。ここでは、開業助産婦の協力も得ながら、夫婦を単位に呼吸法、弛緩法などを指導した上、夫立ち会いのもと出産に臨む、いわゆるラマーズ法の出産を実践している。1978年11月、朝日新聞紙上で連載された「お産革命」の記事中に、ここで勉強した1組の夫婦の出産ルポが紹介されている。子宮口5指開大の時に「1組の夫婦は、平気な顔で町へ買い物に出かけた」とか、「抱き上げた男の子の体のどこにも、血が、一滴もついていなかった」という記事内容は、日本国中の女性の大きな反響をよんだ。「読者からたくさんの投書——女性103人、男性49人——と電話をいただいた」ということからしても、いかに多くの人々が自然の安産を願っているか推察できよう。

そしてまた、母親の「自然」のあり方を望む気持ちには、出産だけにかぎってはいない。ここ数年、産後母乳を通して子どもとの最初のふれ合いを持ちたい、もしくは子どもは母乳で育てたいと願う母親の数は、かなり多くなっている。妊婦に対して母乳で育てたいかどうか尋ねたところ、28%の人が「どうしても母乳で育てたい」、66%の人は「できれば母乳で育てたい」と答えたという



図6 安産教室の効果



資料：桜井幸子「体験的安産教室」、『看護』1974年5月号より再引

(小川みつえ「母乳に対する意識調査」『第7回日本看護学会集録』, 1976年)。前章で述べた母乳栄養児の増加と合わせて考えると、妊娠中から母乳で育てたいと思ひ、実際、生まれた後も母乳で育てている母親が増加する傾向にあることが理解できよう。

しかし一方では、母乳で育てたいとは思いつつも、残念なことに分泌不良であったり、分泌はよくても飲ませ方を知らない母親が少なくないことも見逃せない。「母乳は誰にでも出すことができる、それなのに少し分泌が悪くなると母乳をあきらめてしまう母親が多い」(東京都病院助産婦談, 1978年12月)と嘆く看護職は多く、また、別の者は、「乳首のふくませ方を知らない」(東京都開業助産婦談, 1977年3月)、「ゲップの出し方、出すことそのものも知らない」(東京都開業助産婦談, 1977年3月)母親がいることを指摘する。それゆえ、分泌促進の方法、飲ませ方なども含めた具体的な母乳栄養の指導が必要であることを説く声は強い(現代助産婦研究会, 映画「母乳哺育を助産婦の手で」, 1979年7月)。

しかも、こうした具体的な指導は母親側からの要望でもある。宇治市のある母親は、「ホルスタインとからかわれるほど(母乳が)沢山出るにもかかわらず」扁平乳頭で子供が吸いつけなかったが、桶谷式マッサージを受けて乳首も伸びやすくなり、子供も吸うようになったと体験を語り、加えて授乳時間、食事内容などきめ細かな乳質管理を受けて、「乳質がよければ子供の健康状態もよくなるという『母子一体制の原理』を教えられたことは、私にとって実に有意義であり母親としての責任を痛感」(同前、「母乳哺育シンポジウム開催要綱」)したと述べている。また、もう1人の母親は施設の方針でミルクを与えられてしまった体験から、「人工栄養に比べ、母乳栄養のよさをいろいろな面で主張されていますが実際面において、それを実際どのように指導し実践して管理して」(同前)いるのか(されていないのではないかと)憤り、具体的な対策の必要なことを訴えていた。このように母親は実際的で具体的な指導とその技術とを求めているといえるだろう。

以上、私は母子保健ニーズについて述べてきた。

では、これらのニーズに応えるには、どのようなサービスが必要になってくるだろうか。以下、今後の母子保健サービスのあり方について考えてみたい。

## V 今後の母子保健サービス

前章で述べた母子保健ニーズに十分に答えるためには、様々な面からの働きかけが必要になってくる。政治、経済、教育、労働、福祉、そしてもちろん保健医療の面からの働きかけである。これらは相互に関連しており、ある面からの働きかけは他の面にも波及効果をもたらす。本稿では、この中でも保健医療、とりわけ看護の面からのサービスのあり方についてのみ、言及することにした。

まずニーズに対応するには、既存の制度やサービスを一層充実させるという方向と、現在各地で定着しつつある看護職の先駆的な活動をシステム化するという方向の2つが考えられる。それぞれについて以下に詳しく述べてみたい。

### 1 既存の保健指導体制の充実

看護職の仕事の重要なものの1つに保健指導がある。現在これらは訪問や集団教育という形で行なわれていることが多い。しかし、相談相手やもっと具体的な生活の場でのアドバイスを望んでいる母親は非常に多く、現在の体制では十分ニーズに対応できていない面をうかがわせる。今後充実の方向として私は次の4点を考える。

#### 1) 新生児訪問指導の拡充

育児上の示唆やアドバイスはそれをうける人の生活背景を考慮することが重要であり、また生活の中でのアドバイスこそ効果が大きい。その意味で、家庭での指導は母親と児の生活環境と実態とを把握した上で、その人にとって最も現実的な指

導ができる、有効な方法と思われる。

現在出生児に対しては、未熟児の場合は保健所や市町村の保健婦が、それ以外の新生児には保健所や市町村の保健婦と、そこから委託された地域の開業助産婦が、それぞれ家庭訪問を実施している。しかし、これらの実施率は第3章で述べたように、きわめて低く、特に人口の多い県では新生児の訪問率は1割に満たない。しかも第1子ですら現状ではなかなか訪問対象にされていない。母親の側からは看護職の訪問を希望する割合は高く、福島県のある病院では、退院する褥婦の実に85%が望んでいたという（病院助産婦談、1977年3月）。今後、このような母親の要望に耳を傾け、従来の新生児訪問のあり方を再考する必要がある。

まず、その第1点は訪問件数の拡大、すなわち全数訪問を目標とすることである。昨今、育児ノイローゼという話題がマスコミをにぎわせ、社会問題にもなっているが、児のすこやかな成長とその周囲の母親や家族が健全であるためには、ぜひとも母親のほとんどが望んでいるこの新生児訪問が一助になると思う。現在は、予算が不十分のため全数訪問されていないが、今後このための予算獲得はぜひとも必要と思われる。

2番目には、看護職からの積極的な対応、すなわち訪問後のフォローについてである。現在では訪問回数は1回がほとんどであり、以後継続訪問されることは少ない。同一新生児への訪問頻度は1.3回にとどまっている（厚生省「保健所運営報告」、1977年）。開業助産婦の訪問を受けた場合は、母親は、訪問後に相談したいことが出てきたり、もしくは家族同席のため、相談しにくかったことがあっても、連絡先がわからず、改めて相談ができない。相談にのってもらうなら人が変らず

に前回訪問を受けて、いきさつを知っている人に相手になってほしいというのが母親の心理でもあろう。そこで、訪問後問題のおきたときにはすぐその訪問助産婦に連絡がとれ、そして助産婦の側も母親をうけ入れる体制が必要ではないかと思うのである。すなわち、現在の点としての訪問を線として継続的にかかわりあえる体制が必要なのであり、これはひいては地域の中で眠りかけている社会資源としての開業助産婦を母親に有効に活用してもらうということにもつながる。数少ない例ではあるが訪問時に名刺をおき、「困ったことがあったら必ず連絡するように」といって帰る助産婦もいるようだ（家庭生活研究会東京都開業助産婦談、1976年7月）。そしてこの方法は、現在保健婦の家庭訪問時にはかなり広まっているとも聞く。新生児訪問はサービスのすべてでもなければ、また最後のものでもない。看護職はこれをきっかけとして、母親に相談者として認識されるチャンスにもなし得ることができ、また継続的に看護していける地盤を作ることもできる。そして、そのような実態を先に作り上げていくことが、新生児訪問の重要性を予算立案者などに再認識させ、この体制を充実強化していくことにもつながるのではないだろうか。

以上、新生児訪問の拡充について述べてきたが、それには前提として、新生児訪問を委託されて実施する看護職と、保健所や市町村の看護職との緊密な連携が必要なことはいうまでもない。訪問を委託される助産婦が非常に高齢であったり、また長期間母や子と接触がなかったような場合には、それら行政の場にいる看護職が責任をもって、再学習の場を設けるなり、母子保健に関する新しい情報を提供するなりして、連絡指導体制を作り上げていくことが望まれよう。

## 2) 貧血妊婦への対策強化

現在、貧血妊婦に対する保健指導は、母親学級など集団の場での指導はあっても、それ以外はとりたてて実施されていないのが実情のようだ。妊婦家庭訪問にしても、多くは対象は妊娠中毒症と、妊娠経過や妊婦をとりまく生活環境に問題がある場合の2つにかぎられている。しかし、すでに述べたように、貧血妊婦は多く、栄養の面からも、生活節制の面からも、看護職からの働きかけが必要と痛感される。具体的な方法としては、1つは妊娠中毒症者と同様に、家庭訪問指導ということである。鉄欠乏症が母体や児に与える悪影響や、そもそも食生活の重要性から説きおこし、鉄分を多く含む食品の選択や調理方法、ならびに生活面での規制を具体的に指導するのは有効であろう。そして、もし調理指導の必要性が顕著な場合は、事後に栄養士にバトンタッチすることも考えられてよい。

もう1つの方法は、集団での貧血指導の実施である。集団指導の場合は、対象者個々の問題に 대응することはできないが、対象となる貧血妊婦同士が体験を語りながら交流し、相互に啓発し合って治癒しようとする励みを持つメリットがある。東京都のある保健所保健婦は、女性の貧血は栄養に起因するものが非常に多いと考え、「母子の健康を守るために妊婦の貧血に対して積極的に取り組む必要がある」との見地から、次のようにこの集団指導を実施した。「一般婦人および妊婦から1回約40名の希望者を対象として、血色素量、血球容積を指標に、4回にわたり貧血の話、食事診断、栄養の基礎知識、料理実習などを指導した。その結果、3カ月後の検査では「軽度の貧血は食餌療法でよく改善された」という。そして、今後はこのような結果にかんがみ、「医療機関で行なわ

れる貧血検査を、保健所でも栄養指導の指標として活用されるような体制作り」が早急に望ましいと強調している（土井道子「妊婦における貧血」、『臨床栄養』、1977年3月）。

このように、具体的で現実的な貧血指導はきわめて有効であり、しかも、それは対象者が食餌に注意するなど、自ら生活規制を行なえるものであることが重要である。今後行政ではこのような観点から、貧血妊婦への対策をぜひとも再考し、充実する必要があると思う。

### 3) 勤労妊婦への母親学級

現在、母親学級は保健所、市町村、病院・診療所などで開催されているが、そのほとんどは平日の昼間開催である。当然のことながら、勤労妊婦は機会があるにもかかわらず、機会を利用できない。国家公務員の場合は、母親学級など保健指導受講のためには、勤務が免除される措置があるが、ごく稀な例である。勤労妊婦は妊娠・分娩経過に異常が起きやすいだけに、特にこの措置が必要であろう。

東京都の場合では1971年から、勤労妊婦を対象に、夜間と土曜の母親学級を実施している。勤労妊婦への保健対策として画期的に始められたこの事業も、しかし、最近では表8のように受講者が減少している。1979年8月、都母子衛生課担当官は、この傾向を「妊婦にしてみれば勤務についているだけで精一杯であり、帰宅後や土曜日は休養をとりたいのだろう。母親学級出席のために帰宅

後わざわざまた出かける気にはなれないのではないか」と分析している。勤労妊婦は、他の妊婦と接する機会が少なく、経験交流の必要からしても母親学級参加が望ましく、また異常発見の意味からも看護職の保健指導が重要と思われる。今後どのような方法で実施されるのが望ましいのか、ここでは即断できないが、深く検討する必要がある。

### 4) 住民組織との協働強化

看護の仕事の1つには、住民自身が健康問題に取り組み、解決していこうという意欲を育てることがある。母子保健に関しては従来から、各市町村ごとに母子保健推進委員などが設置され、その地域の母子保健の水準を向上させる上で寄与してきた。母子保健推進委員は地域の民生委員や婦人会の役員がなっていることが多く、その地域である程度発言権ももち、信頼も得ている。彼女たちは看護の専門職ではないので、母子保健全般について仕事を担うことはできないが、また、別の面で地域の人々にしかできない、地域の人々だからできる重要な仕事をするのできるのではないだろうか。すなわち、母子保健にかぎらず、健康問題については、その背景に生活習慣が大きく影響を与えることが非常に多い。この習慣は、長年同じ地域社会に住んできた人から頻りに指摘されることで改善できる場合もある。保健婦や助産婦は地域の人ほどその人に会えないし、また頻回訪問できないのが現実でもあるからだ。川越市の場合は「1人の保健婦で妊婦は救えない」として地域の愛育班を通して生活習慣改善を試みとして成功した1つの例である。市の保健婦は「助産婦や保健婦が1回訪問して指導するより、しょっちゅう顔を合わせる近所の奥さんが話した方が、本人も守るようだ」（1977年12月）といい、実際に愛育班の働きかけで、流産を防止できた例や、産後の

表8 母親学級終了就労妊婦数

| 年    | 土 曜    | 夜 間  |
|------|--------|------|
| 1974 | 2,293人 | 559人 |
| 1975 | 1,666  | 122  |
| 1976 | 1,197  | 311  |
| 1977 | 790    | 338  |

資料：「東京都衛生年報」

育児ノイローゼから解放された例もあるという。そして「限られた行政の中では、住民の方から学ぶことが大きい」と述べ、「住民の話し合いの場、組織の場をつくるのが、公的機関の役目」と考えている。すなわち、看護職としては、住民が自ら健康問題に取り組み、解決に向けて生活習慣を改善していく際に、必要な情報を提供したり、相談に応じたりして、実行できるように援助することが求められているといえるだろう。今後看護職は地域の住民組織と連携を持ち、協力して健康水準の向上に努めることが望まれる。

## 2 先駆的活動のシステム化

母子保健に関する看護の仕事は、狭義に言えば、分娩介助をし、その前後に保健指導をすることである。この仕事は長年綿々と続き、今後も決してとだえることはない。今後母子のニーズに十分応えていくため、私はこの仕事に看護の独自性を生かした技術をぜひとも加えていくことが必要と考える。次に述べる4点は、普及しだしてから日も浅く、決して一般的なものではない。しかし、これらの技術の拡張は現在の母子のニーズに合致し、母子保健の未来をきり拓く鍵でさえある。

### 1) 安産指導

安産で健康な児の誕生は、当の妊婦や家族はもとより、看護職も大いに望むところである。先に述べたた桜井ナーシング・センターが実施しているような安産指導は、地域の看護職の手によって今後もっと広められるべきものと思う。この安産指導は現在保健所や病院でも実施されているが、医療機関では時間に追われ、個人に適した十分な指導がゆきとどくのは難しい。しかも呼吸法や筋肉の弛緩法を体得するには、反復練習が必要であり、医療機関での1回の指導では不十分といえ、妊婦がその重要性を認識できないままに終わって

しまうこともあると思われる。

従来、とりわけ助産婦の場合では技術という点で分婭介助を指すことが多かった。しかし、この前段階の自然分婭にむけての指導も看護職にしかできない独自の大きな技術である。この指導の有無で、前述のように分婭経過が大きく異なり、異常分婭が減退したことが、それが技術であることを一番よく物語っている。そしてまた、妊婦の要望が強いことも、技術として定着すべき最低の必要々件を兼ね備えているとみることができよう。

### 2) 母乳哺育指導

日本看護学会では、近年母乳哺育指導とその効果について結果が多々報告されている。これによれば、看護職は各地で母乳の研究をし、日々推進の努力を重ねていることがわかる。そもそも母乳哺育指導は、健全な母子関係の成立促進に最も自然な方法で寄与するものである。生まれた子に乳を含ませるという行為が人間の自然なあり方を想起させ、示唆するものは大きい。そしてこれらの運動を推進させたものの1つには、桶谷式乳房マッサージ方法の普及があるのではないかと思う。高岡の助産婦が自分の長年の経験と研究とから編み出したこのマッサージ方法は、今や新聞にも紹介され、広く母親の注目を集めるところとなった。これまでも乳房マッサージの方法としては慶応式、加藤式、アップルバウム式などがあるが、桶谷式も含めたこれら母乳哺育運動の特徴は、まず、「母乳は必ず出る」「必ず飲ませることができる」という信念のもと、自信喪失したり母乳哺育をあきらめたりしていた母親に、自信と母親自らが母乳哺育に向けて努力するきっかけとを与えたことである。そして良質な母乳分泌の促進するため、母親自身が睡眠・栄養など、きめ細かな生活規制をし、乳房の自己管理することを求めており、そ

の具体的方法も指導している。この母親が自己管理することに向けての援助は、看護の本質ともいえ、第2の特徴といえるだろう。3番目には、これらの方法を用いた場合は地域の中で技術として独立していける可能性を孕んでいるということである。すなわちこれは、それだけでも十分に開業していけるだけの内容を持つと思われる。今後、医療機関も、地域の看護職も、母乳哺育指導を広く提供していくことが望まれる。

### 3) 産褥施設の開設

産後母親が出産の疲労を回復し、これから先の育児に余裕と自信を持って臨めるために、産褥施設の開設を提案したい。この施設は、核家族で、日常の身の回りの世話をする人がおらず、育児上の具体的な援助や指導がない場合に有効に機能し得る。また、看護職によって早期に異常が発見される利点もある。現在まだ少ないこれらの施設を定着させ、発展させていくために、産褥入院施設の意義とその必要とについて、広く理解をよびかけることがまず早急になされるべきことだろう。

### 4) 乳児保育

前述のように、児の健やかな成長を願う観点からは、保育施設で生活する児の環境は不十分である。そもそも保育所の定義は、児童福祉法第39条に、「保育に欠けるその乳児または幼児を保育すること」と定められているが、現在はもちろんのこと、今後も働く母親がふえ、保育所入所を必要とする児童が増加することが予測される以上、現行法の定義は「間に合わせ」の域を出ておらず実情に合っていない。保育所の定義の検討は保育所の内容の改善にもつながるので、今後の再検討がぜひとも必要だろう。けれども、現実にはその再検討を待つ間もないほどニードは増大するばかりである。この中で看護職のできること、看護の特

性を生かせる仕事には積極的に入りこんでいく必要があるだろう。この実施によって、看護職は生活の場での健康管理にかなり貢献することになると思う。

すでに乳児保育を実施しているパイオニアたちも「働く女性同士、乳児保育を真剣に考えるべき」（『助産婦の仲間をたずねて、0歳保育——東京中野乳児保育室の牛山雅恵さんの場合——』、『助産婦雑誌』、1976年6月）と述べ、看護職が関わることの利点は「看護職だからこそ、異常を発見することができる」という。また、1964年から東京のまん中で乳児院、保育所を併設した助産所で働く助産婦は、「地域の母親から声も高かったし、将来働く母親がふえることが予測された」「乳児保育は助産婦に適した仕事」（1977年3月）と述べる。そしてまた、1955年から保母の資格をとってまで乳児保育に関わった助産婦は、「もともと第2種の9床以下の助産所は、いずれ乳児保育所を併設すべきと考えて」おり、「乳児をみるのは看護職の仕事の一部」（神奈川県開業助産婦談、1978年3月）といってはばからない。乳児期は人格の基礎が形成される重要な時期であり、それだけに、看護職の立場から心身の発達の詳細な観察と健康に成長するよう導くことは、大いに期待されることといえよう。年々少しずつではあるが増えている乳児保育のスタッフとして、今後の取り組みが強く望まれる。

## VI おわりに

以上のように、母子のニードは、相談相手を求めていることから、社会経済的に母性保護措置を求めるものなど様々であり、これに対応するサービスのあり方も、個別的なものから組織的な取り組みを要するものまで多様である。そして、これ

地域における母子保健ニードとサービス

らのサービス確立は、現状のスタッフや他の医療関係者間相互の工夫や協力で解決できるものもあるが、今後実現へ向けて条件整備を必要とするものもある。その1つは、行政上のサービスをする看護職の増員であり、もう1つは保健指導料金の設定である。とりわけ前者は主に既存の母子保健サービスを充実させる上で必要であり、後者は先駆的な活動をシステム化する上での必須要件である。

看護職の増員について、まず保健婦についてみると全国的にみて予算上の補助対象職員の伸びは、保健所保健婦の場合は、就業者数の伸びにつれて徐々に増えてはいるが、市町村保健婦の場合は、ここ数年来横ばいを続けている(表9)。また、市町村では、保健婦未設置市町村は全国600カ所以上もあり、県から派遣、駐在などの策を講じても、無保健婦市町村は依然多い(表10)。他方助産婦については配置している保健所は、全国135カ所にすぎない(表11)。未来を担う母子を守るためにも、サービスは十全に必要であり、そのため、サービスを一定水準保つ上での定員はぜひとも確保されなければならない。

一方、現在では公費負担による看護職の保健指導にはほとんど料金が設定されていない。安産指導や育児相談を実施しているところは、開設者が独自に制定したものであり、対象者本人の料金負担になっているのが実情である。「保健指導料をぜひ公費で制定してほしい」(家庭生活研究会開業助産婦談、1976年7月談)という声は従来より強い。母子への保健指導はニードとして非常に高く、今後充実が望まれるものだけに、保健指導料の設定は、それを担う看護職の増えていくことが考えられ、母子の健康水準の向上につながり得る。

しかし、現実はこの保健指導料金をどのような

表9 補助対象職員市町村保健婦数

| 年次                  | 1975   | 1976  | 1977  | 1978  | 1979  |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 補助職員数 <sup>1)</sup> | 4,724人 | 4,695 | 4,677 | 4,685 | 4,693 |
| 現員数 <sup>2)</sup>   | 6,688人 | 6,716 | 7,000 | 7,226 | 未     |

資料：1) 厚生省地域保健課調べ

2) 厚生省「看護関係統計資料」1979年

表10 無保健婦市町村数

| 保健婦未設置市町村 |     | 保健婦駐在 | 保健婦派遣 | 無保健婦       |
|-----------|-----|-------|-------|------------|
| 計         | 市   | 町     | 村     |            |
| 617       | 51  | 319   | 247   | 152 43 422 |
| 全国3,256   | 643 | 1,978 | 635   |            |

資料：日本看護協会保健婦部会調べ 1976年

表11 保健所助産婦数

| 年次                     | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 |
|------------------------|------|------|------|------|------|
| 保健所 <sup>1)</sup> 助産婦数 | 140人 | 150  | 143  | 141  | 135  |
| 保健所数 <sup>2)</sup>     | 839  | 839  | 840  | 843  |      |

資料：1) 厚生省「看護関係統計資料」1979年

2) 総理府統計局「日本統計年鑑」1978年

形で確保するかということ、なかなか難しい問題を含んでいる。考えられる方法の1つには社会保険の中に組み込むということがある。この方法が実現した場合は、助産所なども保険機関となり、そこで保健指導を中心に仕事をしていくこともできる。すなわち、かつて分娩介助を生業とできたように、保健指導を生業とすることもできるようになる。また、病院や診療所から家庭に指導に向くことも可能だろう。

しかし、保険医療サービスの現状をみると、医療機関の分布に大きな地域格差がある。社会保険にしる種類が多く、それらの保険間で給付格差があることもすでに指摘されて久しい。このような実情である以上、私は当面、行政が負担する方法を提案したい。現在妊娠中の健康診査の経費の一部を、都道府県などが負担する制度があることは、

表12 1978年度主な県の新生児訪問指導料金

|    | 支 部 名   | 料 金          | 備 考                                        |
|----|---------|--------------|--------------------------------------------|
| 1  | 山 形 県   | 780円         | (S53年4月1日より)                               |
| 2  | 東 京 都   | 890円         | (国810円, 都80円)                              |
| 3  | 神奈川県    | 1,200円       | 交通費なし                                      |
| 4  | 石 川 県   | 710円         |                                            |
| 5  | 愛 知 県   | 850円<br>780円 | 名古屋市<br>県(国から助成)                           |
| 6  | 静 岡 県   | 710円         | (国 $\frac{34}{100}$ , 県 $\frac{64}{100}$ ) |
| 7  | 大 阪 府   | 710円         |                                            |
| 8  | 兵 庫 県   | 760円         | 神戸市                                        |
| 9  | 岡 山 県   | 710円         |                                            |
| 10 | 香 川 県   | 780円         |                                            |
| 11 | 愛 媛 県   | 780円         |                                            |
| 12 | 佐 賀 県   | 780円         | 交通費なし                                      |
| 13 | 大 分 県   | 780円         |                                            |
| 14 | 鹿 児 島 県 | 720円         |                                            |

資料：「日本看護協会助産婦部会総会要綱」1979年

看護職にもよく知られている。これと同様に、妊娠中や産後の保健指導についても、行政が負担するようにしてはどうだろうか。ニーズが高いだけに、おそらく制度の利用度は高くなることが予測され、また、地域の看護職はこの方法でも保健指導を仕事としていくことが十分にできる。妊婦健診の経費負担という前例があるだけに、実現には可能性があろう。

しかも、その場合、保健指導料金の単価は指導内容に見合った一定程度以上の額であることが肝要である。現在この行政が負担する保健指導料金としては、新生児訪問を委託された開業助産婦に対して、新生児訪問指導料金が支払われており、

「保健指導料金」としてあるにはある。しかし現行料金は表12のようにきわめて低く、「交通費にも満たない」「生活が保障できる額ではない」(東京都開業助産婦談, 1977年3月)と、開業助産婦

から苦情が続出している。低額ゆえに訪問をひき受けたがらない助産婦もあるようだ。母子の健康を守る上でもその「守る」看護職の活動の裏付けは保障されなければならない、保健指導料金の設定にはこの点が十分考慮されなければならない。

このようにサービスを十全に提供できるためには、いくつかの条件も整備していく必要がある。前途は決してたやすいものではない。これらの実現には看護職からの積極的な働きかけが大切なのはいうまでもないが、他の関連分野からの協力や示唆、そして何よりも当事者である母子から、それらのサービスを実施してほしいという大きな要望の声があがる必要がある。看護職からみて母子に必要と思われるサービスを実施するにしても、当事者の母子からの強い後押しがなければ、それを定着させていくことは難しい。母子保健の主体はやはり母子であろう。彼女たちからその要望の声を引き出すには、母子保健についての看護の仕事や、看護独自の技術を、広く彼女たちに理解してもらうことが緊要である。そのためにも、現在、各地に根を下ろしつつある看護の先駆者たちの活動を、周囲の看護職は協力を惜しまずに支え、また学ぶべき点は自らも積極的に取り入れる努力をしていかなければならないと思う。

なお、今回は主に看護職からの意見に基づいて母子のニーズを明らかにした。その点、現実に母子の抱えるニーズといくばくかの差があるかもしれない。今後母子の側からのニーズ調査をし、両者の比較をしたいと考えている。

(1979・9・3 受理)



---

The health needs and  
required services of mothers  
and children in the community

AKIKO HASEGAWA\*

Maternal and infant mortality rate in Japan has been remarkably decreased due to the development of medical technology, increase of mothers giving birth at institutions and better prenatal management of pregnant mothers. On the other hand, however, the recent increase of institutional deliveries deprived mothers of the close personal relationship and the mutual reliance with the midwives that used to characterized the home delivery service by the practicing midwives, which was the most prevalent form of giving childbirth until 1950 s.

Society has undergone tremendous changes during the last two or three decades, and our lifestyle and values have also changed accordingly. Then, what are the current situation surrounding mothers and children ? What are the problems that they are facing now ? The focus of this report has been placed on the identification of the needs of mothers and children in urban area, the types of services required to meet the identified needs, and the role of nursing in providing the required services.

The current situation and the background in which mothers and children are placed can be summarized as follows.

1. Increase of core families. Young parents cannot get advice about pregnancy delivery and child-rearing from elder members of family. Neither do they have anyone to help them with housework when they are discharge from hospital with newborn babies.
2. Increase of apartment houses. Many young people are forced to bring up their children in small rooms of apartment houses.
3. Flood of information. Pregnant women and young mothers are often perplexed with too much information about pregnancy and baby care.
4. Although the physical constitution of Japanese people is well-developed, their nutritive condition is by no means good, mainly due to unbalanced diet. Many people are anemic, particularly pregnant women.
5. Increase of pregnant women workers. Pregnant women are not adequately protected in the work place. The incidence of abnormal pregnancy and delivery is high among the women workers.
6. Mechanical handling of childbirth. Labour is medically induced for various reasons, and in spite of earnest campaign to encourage mothers to breast feed their babies, majority of mothers still bottle feed their babies.

We have identified the health needs of mother and child as follows.

---

\* Research Department, JNA

1. To have someone close at hand whom they can consult about health-related problems.
2. To get advice and assistance about baby and child care.
3. To have someone who help with the housework for sometime after discharge from hospital.
4. To receive nutrition teaching to prevent anemia.
5. To protect motherhood in the work place.
6. To receive assistance for natural childbirth and natural childrearing.

Nursing has an important role in the provision of services to meet the above needs of mother and child. Efforts should be made toward the expansion of health service activities as exist now and toward the systematization of activities in the new fields of maternal and child care that have been initiated by some of the nursing staffs who are ahead of their times.

1. Expansion of Existing Health Teaching Activities
  - a. Health visiting for new born babies-wider coverage and follow-up services
  - b. Health visiting for pregnant woman-nutrition teaching for anemia
  - c. mothers' class for working pregnant women of evenings and on Saturdays
  - d. Promoted collaboration with community organization
2. Sistematisation of Initial Activities
  - a. Teaching easy delivery
  - b. Encouragement of breast feeding
  - c. Establishment of post-partum institutions for mothers
  - d. Infant nursery

With the development of these services, nursing staffs in the government health administration have to be increased and the rates for health teaching should be established. Nursing should endeavour toward this direction with the collaboration with other health-related disciplines. The most powerful driving force to promote development in this direction is the expressed needs from mothers and children for the types of services they require. Nursing should try to obtain social recognition through the promotion of direct services and to support the new direction in the health care fields that are beginning to be initiated in many parts of the country.

## A Study on Behaviours Supporting the Aged People

TSUNETSUGU MUNAKATA\*

HIROKO TAKAHASHI\*\*

KIEKO NAKAJIMA\*\*\*

The purpose of this paper is to present the hypothesis and the verifications concerning the behaviour model aimed at supporting the aged people, in order to contribute to the frame of reference of the nursing services for the aged people by the health and welfare professionals, particularly by the nursing personnel.

The variables consisting the model of the behaviours supporting the aged people can be divided into three groups ; i. e., the supporting behaviour variable as the dependent variable, motivation variables as the independent variables and the variables of objectives and environment.

The dependent variable is considered to be expressed by the will to continue the supporting behaviour.

The motivation variables as independent variables have been assumed to be influenced by ; 1) recognition of the needs of the aged people to whom the support services are provided, 2) evaluation of the fitness of the supporting services, 3) internalized role-expectation supporting the aged, 4) interpersonal relationship between the aged person and the person providing the support services, and 5) feeling of worthwhileness in providing support services for the aged. It has been assumed from the case examples that these variables are strongly influenced by the interpersonal relationship between the aged and the support provider.

Object and environment variables as the independent variables of the supporting behaviours are ; 1) health status and ability of performing daily life activities of the aged person to whom the support services are provided, 2) health status of the support provider and his attitudes towards the old age, 3) time required for giving support, 4) availability of relief person giving support, 5) conditions of medical care, 6) availability of persons giving consultation about supportgiving, 7) housring conditions where the support services are provided, and 8) financial problem of the family. It was hypothesized that these variables contributed to whether the motivation of supporting the aged could be realized into actual behaviours. Accordingly it has been assumed that where the conditions of objectives and environment are poor, the motivation of supporting the aged need to be very strong in order that it could be transferred into action.

Based on these considerations, several working hypotheses have been formed and the study project was established. The study was conducted on 217 families that had elderly members

---

\* National Institute of Mental Health

\*\* The Faculty of Humanity, Tokyo Metropolitan University

\*\*\* The Dept. of Basic Health Sciences School of Nursing, Chiba University

of over 60 years of age (147 families in the newly developed housing area and 95 families in the rural area). The correlation analysis and the multiple regression analysis of the data revealed the following.

1. The variables that exercise considerable influence on the supporting behaviours are interpersonal relationship, role-expectation of support, feeling of worthwhileness in providing support, recognition of the need for support, availability of relief persons giving support, and ability of performing daily life activities. The most influential factor among them was interpersonal relationship.
2. When the environmental conditions to give support to the aged are poor, the support services for the aged people are subject to these conditions directly, and in such case, the variables of role-expectation of supporting the aged are mobilized as the motivation variables. On the other hand, when these conditions are good, the variables such as fitness of support and feeling of worthwhilenss are mobilized. The will of the support provider to continue the support is heightened and the supporting behaviours are conducted accordingly.

Our initial hypothesis had been that when the environmental conditions were not good, the variables of the motivation of support would be needed to reinforce than ever. But it seemed that in such circumstances, the different motivation variables have been mobilized complementarily in efforts to maintain the overall level of motivation to give support. Otherwise the support services would not be continued. Of course, there must be favourable interpersonal relationship established between the support provider and the aged person in order that this function of equilibrium operate effectively. In the newly developed housing are, the environmental conditions are worse than those of the rural area ; that is, limited room space, few relief persons to give support, little security for old age for the support provider herself, and no systematic network for provision of support for the aged. Support activities are likely to be influenced directly by the environmental factors. The motivation variables that are mobilized under these conditions are role-expectation of supporting the old rather than support fitness or feeling of worthwhileness to give support. But of course they are again limited to the situation where there is good interpersonal relationship established between the support provider and the aged people.

It may be concluded that, upon verification of these hypotheses, the aged people who could receive support services would be limited to those who are taken strong role-expectation, who have "good personality" and who can maintain good interpersonal relationship. Those who do not possess these qualities would be obliged to live alone or institutionalized. This might partly explain the reason why the elder people tend to live with their own sons or daughters rather than with their sons- or daughters-in-law in the newly developed area (53.1%, which is in contrast with ~~25.3~~<sup>30.8</sup>% in the rural area).

The environmental conditions which prevent the aged people from receiving care should be improved by the development of health and welfare services.