

第1章 多胎育児家庭の現状と虐待防止のための支援

はじめに

多胎育児支援において多胎育児当事者の生の声を聴くことはすべての出発点である(図 1-0-1)。しかし、当事者の曖昧な語りだけでは適切な支援は進まない。多胎育児支援の必要性を示すにはその根拠が必要である。国内外の先行研究を文献レビューするとともに、人口動態統計などの既存資料を基にした現状把握(記述疫学研究)をすることが基本である。さらに、「多胎育児当事者の生の声」を反映した大規模な全国調査(量的研究)を実施すること、また、より踏み込んだ聞き取り調査(質的研究)を行うことで深い理解が得られる。このように当事者が参加し、発言機会を反映できる研究のサイクルを回していくことが「支援ニーズの明確化」につながる。過去に国内外で実施された調査研究の多くは、多胎育児家庭が妊娠期から積極的かつ継続的な育児支援を必要とするハイリスクグループであることを明確に示している。

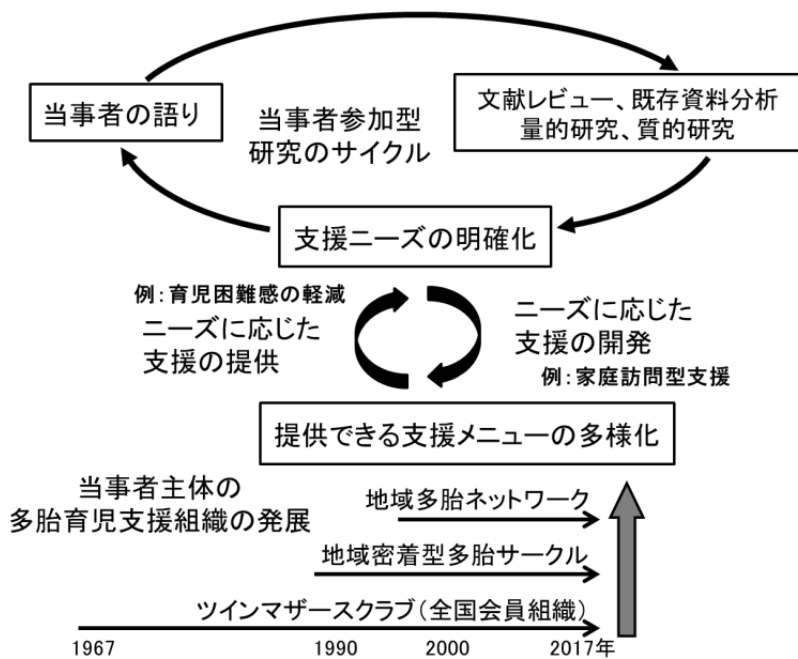


図1-0-1 多胎育児支援ニーズの明確化と支援メニューの多様化

国内における多胎育児支援の歴史は高々50年である。1967年以降、全国規模の多胎サークルを中心とした組織的支援が始まる。1990年前後より地域密着型の多胎サークルが増加し支援を担うと同時に、保健所主催の多胎育児教室が始まる。また、活字媒体、後にインターネットで多胎育児情報が普及する。研究者による多胎育児支援への関与も盛んになる。2000年を過ぎると、地域レベルで多胎サークル同士の連携を中心に、保健行政機関や大学等との連携、ネットワーク化が始まる。自治体における支援活動も確実に増加している。一方、医療機関における支援はいまだ不十分である。特に、地域多胎ネットワークの誕生と発展は、「提供できる支援メニューの多様化」をもたらした。

以上のように、調査研究と支援活動の両面において、当事者のニーズに応じた支援を提供する機会、言い換えれば当事者がニーズに応じた支援を享受できる機会が増加しつつある。当事者のニーズに応じた支援の開発と提供は、PDCAサイクル(特に評価と改善)を回すことで絶えず循環的にスパイラルアップしていくことが大事である。

以下では、これまでに実施された大規模な量的研究とそこから得られた知見、多胎育児支援の歴史的変遷と現在の状況を概説し、今日的な課題を整理する。

1. 多胎育児支援が必要な理由

1) 多胎（複産）に関する人口動態統計

(1) 多胎児出生数と多胎児出生割合

図 1-1-1 に多胎児と単胎児の出生数の推移と多胎児出生割合(=多胎児出生数/全出生数)を示した。人口動態統計によれば多胎児出生割合は体外受精が本格化し始めた1980年代後半以降に急増し、2005年にピークを迎える。その後は、生殖補助医療(ART)における単一胚移植の推進(日本産科婦人科学会による会告は2008年)と排卵誘発技術の向上により一時減少傾向を示すものの、その減少傾向はここ5年間鈍化している。現在、年間に出産する母親のおよそ100人に1人が多胎児の母親(2016年で分娩1000対10.3)、年間出生児のおよそ50人に1人(2016年で出生1000対19.8)が多胎児である。これは、自然状態のおよそ2倍に相当する。

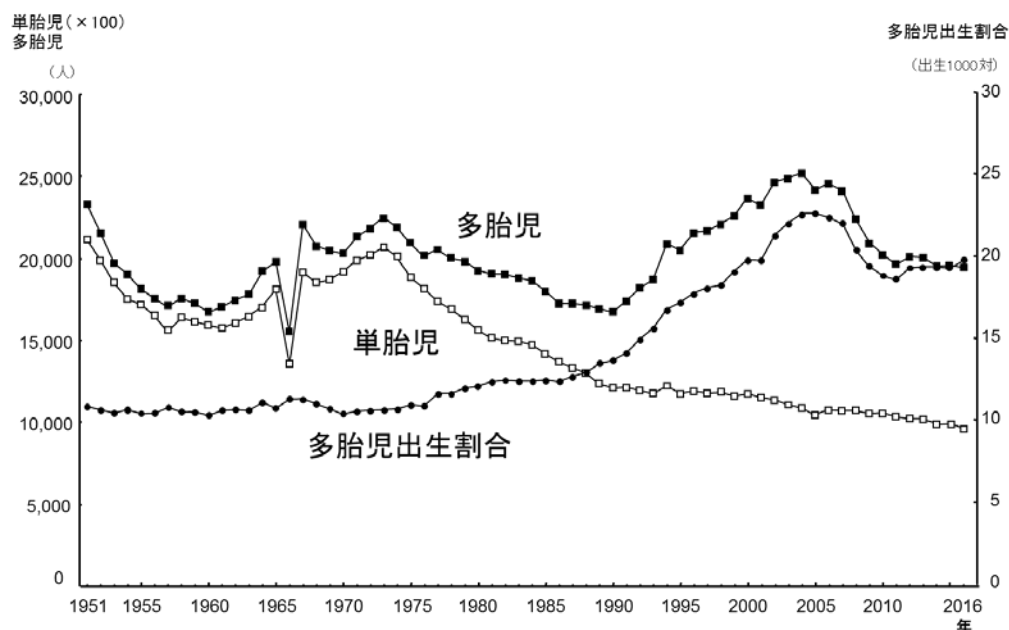


図1-1-1 多胎児と単胎児の出生数および多胎児出生割合の年次推移

(2) 早産・低出生体重

一般に早産とそれに伴う低出生体重は児の予後に強く関係する。多胎出産に伴うリスクは早産からくる児の未熟性による部分が多い。現在、多胎児の5割が早産児(37週未満)、7割が低出生体重児(2500g未満)である。近年、多胎児の早産、低出生体重児が大幅に減少している(特に早産の減少が顕著)。そのような状況においても早産、低出生体重児ともに単胎児の10倍前後の高い頻度である(図1-1-2、図1-1-3)。

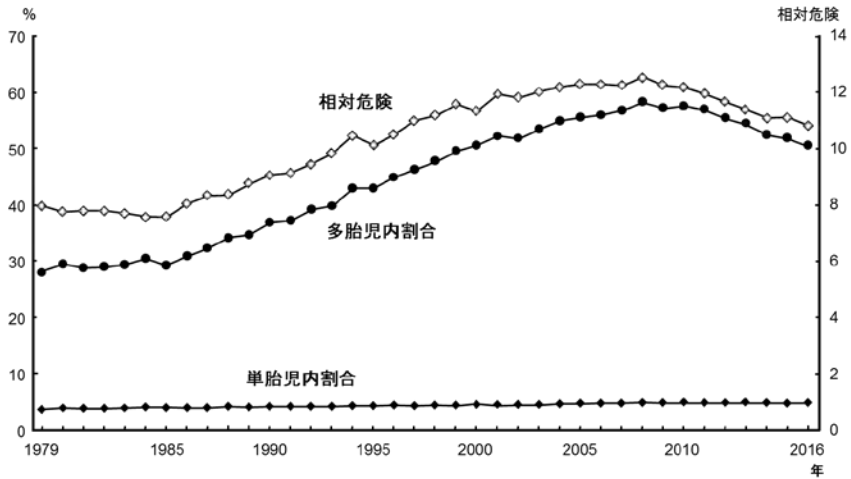


図1-1-2 多胎児と単胎児に占める早産児(妊娠37週未満)の割合と相対危険

(相対危険は(多胎児の値/単胎児の値)で産出している。以下の図でも同様。)

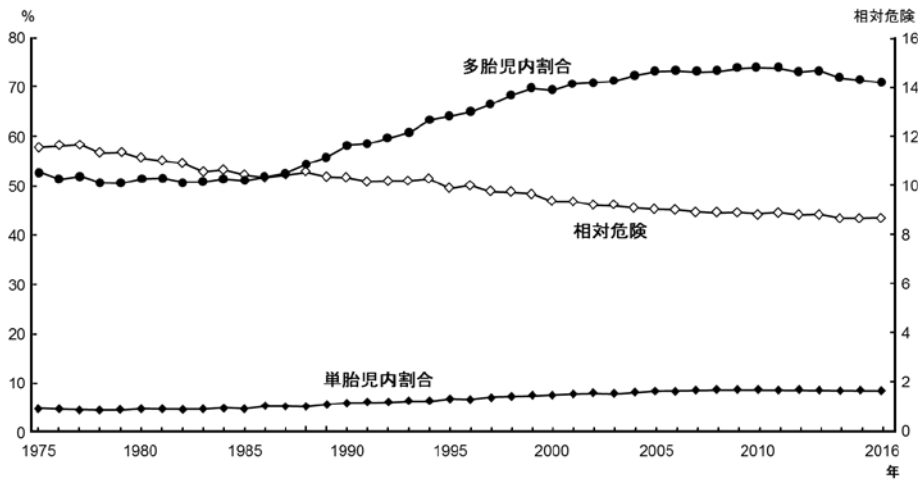


図1-1-3 多胎児と単胎児に占める低出生体重児(2500g未満)の割合と相対危険

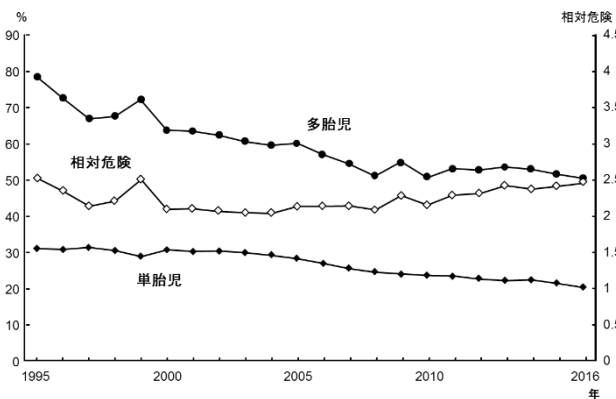


図1-1-4 多胎児と単胎児の12週以降死産率と相対危険

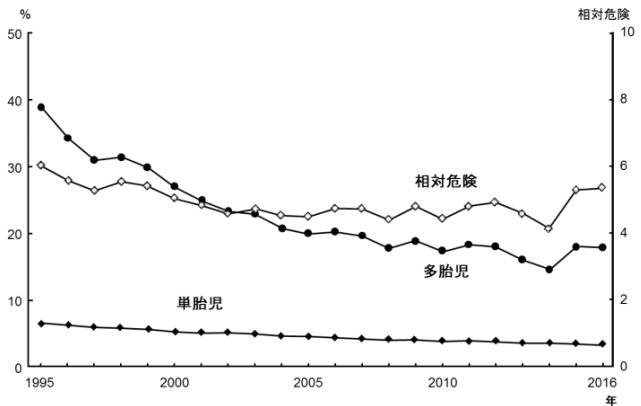


図1-1-5 多胎児と単胎児の周産期死亡率と相対危険

(3) 死産率・周産期死亡率・乳児死亡率

死亡統計は最も確実な悉皆データである。長期的に見ればいずれの指標も大幅に低下しているが、近年そ

の減少傾向は鈍化している。単胎児と比較すれば、(妊娠12週以降)死産率が2倍強、周産期死亡率と乳児死亡率が5倍前後高い(図1-1-4、図1-1-5、図1-1-6)。なお、多胎児の場合、一定以上の妊娠期間や出生体重があれば、単胎児よりもむしろ予後は良好である。現状では殆ど手付かずであるが、今後は多胎育児家庭に対

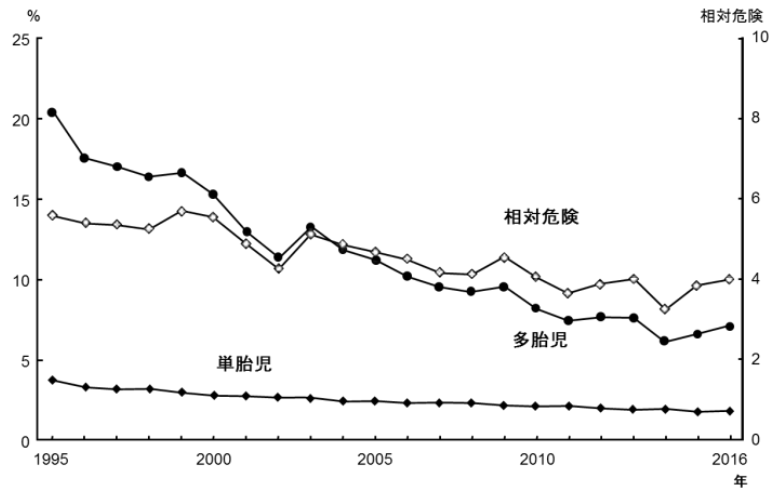


図1-1-6 多胎児と単胎児の乳児死亡率と相対危険

するビリーブメントケア(ないしグリーンケア)も重要な課題となる。

(4) 母親の年齢構成

多胎児の母親の年齢構成は単胎児よりも高く、これは不妊治療と自然の多卵性妊娠の増加の影響による。現在、単胎児・多胎児の何れの母親も30-34歳が最多である(それぞれ全体の36%、37%)が、多胎児では35-39歳(28%)が、単胎児では25-29歳(26%)がこの年齢階級に続く。高齢初産の多胎妊娠も多く、育児に対する身体的・精神的な負担が大きい。

(5) 妊娠の種類別多胎出生

厚生労働省の人口動態統計および日本産科婦人科学会が公表する「倫理委員会 登録・調査小委員会報告(体外受精・胚移植等の臨床実施成績)」の両者を用いると妊娠の種類別(自然妊娠、不妊治療妊娠)の多胎児出生の状況が推定できる(図1-1-7)。現在、多胎出生の約4割は不妊治療による。不妊治療の過半以上が排卵誘発剤などによる一般不妊治療に起因する。しかし、単一胚移植の方針にもかかわらず生殖補助医療による妊娠も減少していない。多胎妊娠の多くが医原性であることは明らかである。しかし、その背景となる事情は医療サイド・夫婦それぞれの期待が絡むので

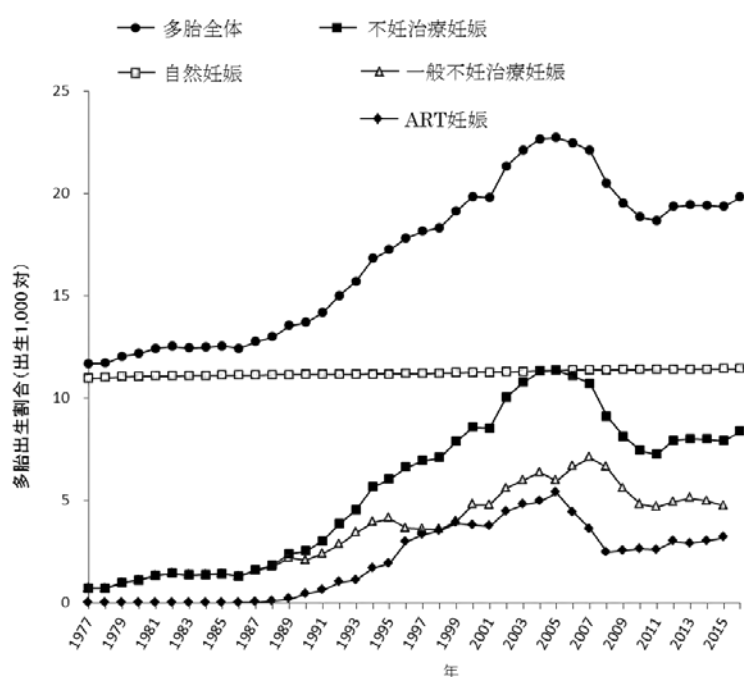


図1-1-7 妊娠の種類別に見た多胎出生割合の年次推移
ART: Assisted Reproductive Technology

複雑である。医療費(母児のケアに必要となる産科・小児科等の医療費のことであり、多胎育児家庭が付随して負担する分ではない)の観点から現状を実証することが今後の議論にはもっとも説得力があると思われる。

(6) 多胎児当たりの頻度と家庭当たり(母親当たり)の頻度の違い

母子保健の分野では双子(一般に多胎育児家庭)に特化した統計指標は検討されていない。単胎児と多胎児の間で出産リスク、疾患リスクの差が縮まることは好ましいことだが、多胎育児家庭の育児支援を考える場合には、対象は児だけではなく家庭全体とすべきである。従って、「児当たり」の頻度よりも「家庭当たり」(これは母親当たりと同じである)の頻度の方が重要になる。

ある健康課題を1組の双子両児が有する場合を一致、1組の双子の1児だけが有する場合を不一致という。組一致率は、一致組数を一致・不一致組数の総数で割って求める。一致率を $X(0 \leq X \leq 1)$ とすれば「母親当たり」の頻度は「児当たり」の頻度の $2/(1+X)$ 倍になる。すべてが一致組の場合($X=1$)に限って、「母親当たり」の頻度が「児当たり」の頻度と等しくなる。一致率が小さくなる(0に近づく)につれて、「母親当たり」の頻度が「児当たり」の頻度の2倍に近づく。なお、両児とも健康課題のある場合(一致)と1児のみの場合(不一致)で双子家庭の育児負担がどのように異なるかは別の問題であり、その状況も様々である。実際に支援を行う際にこの種の事例的な側面での議論を行う必要がある。

2) 様々な医学的リスク

主として海外の数多くの疫学研究の結果、多胎児では単胎児に比較して、脳性まひや発達障害をはじめ出産後の様々なハンディが大きいことが明らかにされている。例えば、脳性まひは単胎児のおよそ5~10倍多発する。正常範囲の成長や発達でも、全体としては単胎児よりも遅れる傾向にある。これを医生物学的問題として考えるだけでは不十分である。公衆衛生学的にみると多胎育児家庭を取り巻く社会心理的環境が不利に影響している。例えば、出産可能な病院が都市部に偏在することは、それだけで移動に要する経済的負担を増加させ、母子分離の機会を増やす要因になる。国内における多胎児の長期予後に関する疫学研究は極めて限られている。臨床的な大規模研究はほぼ存在しない。

多胎育児家庭での身体的・精神的・社会的負担が複合的であること、それに伴う育児不安、育児困難、産後うつ、児童虐待など様々な健康課題が量的・質的な研究結果として報告されている。

2. 多胎育児支援の実態に関する多胎サークルおよび保健行政両面からの全国調査

育児負担が大きい多胎育児家庭にとって、地域に根差した多胎サークルは精神的支援・情報収集の場として重要な社会資源となる。多胎サークルと保健行政の双方の意識を総合して、多胎サークルの意義を明らかにすることを目的に全国調査を実施したので、その結果の概要を述べる。調査の全体の流れを図1-2-1に示す。多胎サークルの全国悉皆調査、多胎育児当事者とその支援者・保健行政の両面からの意識を同時に把握した調査は過去にない。

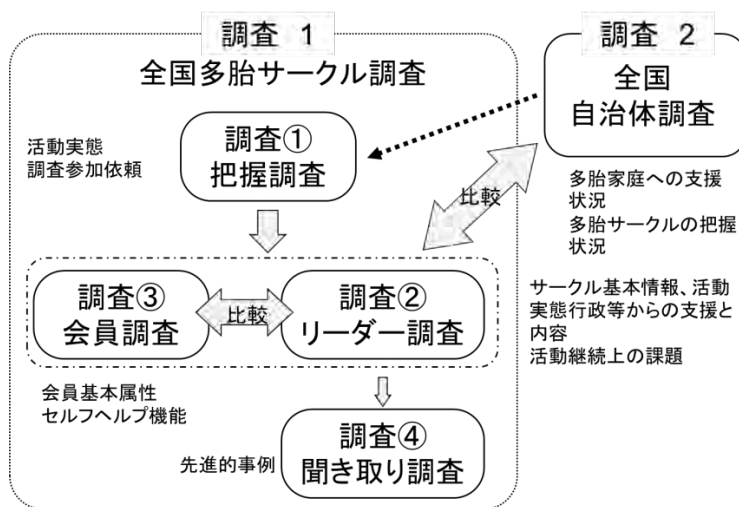


図1-2-1 調査全体の流れ

1) 調査1：全国多胎サークルに対する調査

(1) 方法

調査①：「全国多胎サークルの悉皆把握調査」(記名式郵送法質問紙調査ないし電子メールでの調査：2015年7月～12月)では、倫理的に問題のない可能な手段により全国の多胎サークルの所在情報を探し出した。1次情報は主として、①Web情報、②多胎育児支援者のネットワークからの情報、③多胎関連冊子などの掲載情報、などである。電子メールないし郵送で、下記調査②、調査③への参加を依頼した。その後は、機縁法により雪玉式に探し出したサークルと、「全国全自治体に対する実態調査」からの情報で判明したサークルに対して、調査②、調査③への参加を依頼した。

調査②：「全国多胎サークルに対する実態調査」(記名式郵送法質問紙調査：2015年9月～2016年3月)では、調査①で調査への参加同意が得られたサークルに対して、名称・活動地域・内容・頻度、行政等からの支援の有無と内容、活動するうえでの課題、継続的関わりの希望などを質問した。

調査③：「全国多胎サークルの会員個人に対する意識調査」(無記名式郵送法質問紙調査：2015年9月～2016年3月)では、調査①で調査への参加同意が得られたサークルに対して、会員個人への質問紙調査票を実施した。質問内容は、主として①サークルの意義、②育児負担、③地域社会からの支援の実態、などである。会員個人には各サークルが手渡し等で配付し、返信は各個人が返信用封筒で行った。

(2) 主たる結果の概要と考察

調査①では、発送322に対して回収207であり回収率64%であった。このうち、2つの県で多胎サークルが確認できなかった。運営主体は、多胎親主催が145、その他の主催が55、無回答7であった。このうちサークル形態が多胎親主催の145件に関する内訳は、活動を休止・終了したサークルは27(19%)であり、理由は「子どもの成長」(48%)、「会員の卒会・退会」(37%)、「後継者問題」(33%)であった。行政等からの支援は「十分にあった」(15%)、「少しはあった」(48%)であった。活動の再開については「状況が変われば再開したい」(19%)、「誰かに再開してほしい」(19%)であり3割以上が再開を希望した。

調査②では、発送143に対して回収115であり回収率80%であった。サークル形態の内訳は、多胎親主催(回答者が母親、リーダーを含める)が90、その他の主催が23、無回答2であった。このうち多胎親主催の90件については、多胎サークル継続年数(n=71:不明19)は1年～28年であり、多胎サークル会員数(n=85:無回答5)は3家庭～80家庭であった(図1-2-2)。主たる結果は以下の通りである。

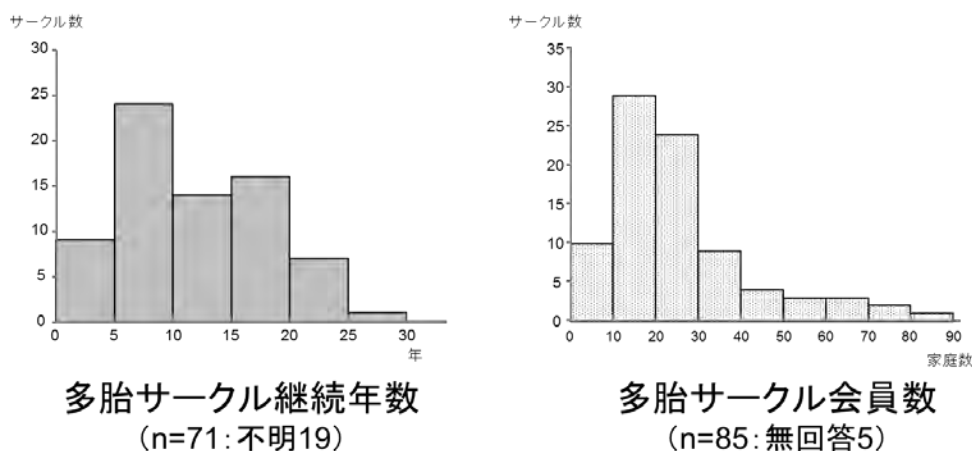


図1-2-2 多胎サークルの継続年数と会員数の分布(調査②)

- ①現在の状態は、「割合安定している」(58%)、「順調」(27%)であった。
- ②活動内容として、現在行っている活動は「集会」(81%)、「育児用品のリサイクル」(67%)であり、今後行いたい活動は「他の多胎サークルと交流」(19%)、「未入会者への訪問相談」(18%)、「講演会」(17%)であった。
- ③運営での心配事や困り事が「あり」は 84%であり、内容は「後継者」(64%)、「会員数」(47%)、「精神的負担」(28%)、「活動資金」(25%)であった。
- ④他機関・団体からの支援は、「必要」が 87%であり、内容は「活動場所の提供、利用割引」(59%)、「人的な支援」(46%)、「親に対する支援」(37%)であった。
- ⑤活動を辞めようと思ったことが「あり」は 48%であった(しかし、98%の人は継続していた)。辞めようと思った理由は「精神的負担」(42%)、「後継者問題」(42%)、「時間的負担」(33%)であった。継続した理由は「必要性を感じた」(81%)、「仲間の助け」(43%)であった。
- ⑥活動にやりがいや喜びを感じるは、「はい」が 100%であった。理由は「自分に仲間ができる」(64%)、「子どもの成長が感じられる」(62%)、「子どもたちが楽しそう」(60%)であった。

以上より、多胎サークルのリーダーは、必要性とやりがいを感じて活動しているものの、8割以上が運営への悩みを抱えていた。時には活動を辞めたいとの気持ちを乗り越えながら、活動を継続していた。

調査③では、配付総数 1615 に対し回収 679 で最小回収率 42%であった。サークル形態が多胎親主催の 586 件では、多胎児の年齢は妊娠中～24 歳であった。なお、2 組の多胎児がいる家庭が 2 件あった。主たる結果は以下の通りであった。

- ①サークルを知ったきっかけは、「保健師から」(38%)、「会員から」(27%)であった。
- ②知った時期は、「妊娠中」(50%)、「出産後」(47%)であった。
- ③参加した時期は、「妊娠中」(19%)、「出産後」(80%)であった。知った時期から参加までの時間があいた理由は「外出への不安」(50%)、「精神的余裕のなさ」(38%)であった。
- ④61%が「サークルにもっと早く参加すれば良かった」と回答した。多胎の妊婦や母親は、妊娠中は安静指示・管理入院、出産後は外出困難感のために社会的に孤立しており、母子健康手帳交付時、多胎妊娠判明時など、保健師・助産師による妊娠早期からのサークル参加への推奨が効果的であるといえる。
- ⑤多胎サークルが始めてのサークル参加である場合が 73%であり、多胎サークル参加後に一般サークルに参加したのは 48%であり、多胎サークルが地域参加のファーストステップとなっていた。
- ⑥多胎サークルと一般サークルの両方への参加経験がある母親(n=334)にそれぞれのサークル活動に参加した時にネガティブな気持ちを抱いたことがあるかを質問した。結果を表 1-2-1 に示す。一般サークルに参加した時に感じたものでは「2 人(3 人)の世話をするのが大変だった」、「自分だけが余裕のない育児をしているように思えた」、「他の参加者と交流できなかった」が多かった。多胎サークルの参加時では「特に嫌な思いなどをしたことはない」が多かった。一般サークルの参加時と比べて、多胎サークルの参加時はネガティブな感情を持つことなく、安心して参加している様子が明らかにかがえた。
- ⑦多胎サークルへ参加したことによる気持ちや状況の変化を表 1-2-2 に示す。4 段階評価(4 が一番「あてはまる」)の平均点で比較したところ、「自分だけじゃないと思えた」(3.8)、「気持ちに余裕ができた」(3.4)、「友だちが増えた」(3.4)、「多胎児の親になって良かったと思うようになった」(3.4)、など、ポジティブな方向への変化が多く現れていた。多胎サークルに参加したことにより、母親の感情や状況が楽になっているといえた。多胎サークル活動をとおしての気持ちの変化(「あてはまる」と「ややあてはまる」)は、「自分だけじゃないと思えた」(98%)、「気持ちに余裕ができた」(92%)、「視野が広がった」(89%)であり、セルフヘルプグループ(自助グループ)機能で母親の感情・状況が楽になっていた。

⑧多胎サークルに参加して良かったことを表 1-2-3 に示す。「多胎の情報を得られた(90%)」、「気分転換ができた(82%)」などが多かった。

⑨多胎サークルは必要かという問いに対しては、「そう思う」が89%であったが、リーダーを頼まれたら「引き受ける」は12%であった。引き受ける理由は、「助けられた」(57%)、「サークルの存続」(42%)、「誰かの役に立てる」(33%)であった。一方、「引き受けない」は66%であり、理由は「余裕がない」(35%)、「時間がない」(26%)、「自信がない」(26%)であった。

多くの会員はサークルの価値は認めるものの自身のニーズを満たせば、スタッフ側に回ることなく「卒会」する傾向にあり、サークルの継続が困難であることを示した。会員がいずれは支援者となっていくという循環的支援の難しさ、保健医療福祉機関などによる専門的支援の必要性を示す結果といえる。

表1-2-1 多胎サークルと一般サークルに参加した時のネガティブな気持ちの比較

サークルの種類	多胎 (%)	一般 (%)
特に嫌な思いなどをしたことはない	34	10
開始時間までに行けなかった	37	31
2人(3人)の世話をするのが大変だった	25	60
子どもたちが泣いてばかりで活動に参加できなかった	15	28
子どもたちが自分たちだけで遊び、他の子と交わろうとしなかった	13	15
他の子と比べて、自分の子の発達や成長が遅れているように思えた	7	19
他の参加者と交流できなかった	9	34
自分だけが余裕のない育児をしているように思えた	8	39
疎外感をもった	3	25
誰も助けてくれなかった	1	13
体調不良で休むことが多かった	5	6
周りに迷惑をかけた	7	21
迷惑そうな顔をされた	1	7
興味本位でいろいろ聞かれた	2	27
心ない言葉を言われた	1	14
その他	4	7

(n=334)

表1-2-2 多胎サークルに参加することによる気持ちの変化

自分だけじゃないと思えた	3.8	本音で話せるようになった	2.7
気持ちに余裕ができた	3.4	夫と会話が増えた	2.5
友だちが増えた	3.4	自分を好きになれた	2.4
多胎児の親になって良かったと思うようになった	3.4	忙しくなった	2.1
育児の悩みが減った	3.3	育児の悩みが増えた	1.6
視野が広がった	3.3	対人関係の悩みが増えた	1.6
今後の育児に希望がもてるようになった	3.2	子どもにかまう時間が減った	1.6
人に相談できるようになった	3.1	多胎児じゃなければ良かったのと思うようになった	1.2
子どもにやさしくなれた	3.0		
多胎サークル以外でも、外に出かける機会が増えた	3.0		
育児が楽しくなった	3.0		

4段階評価(「4.あてはまる」「3.ややあてはまる」「2.あまりあてはまらない」「1.あてはまらない」)の得点で、得点が高い方が各質問項目に該当することを意味する。斜字は逆転項目。

(n=586)

表1-2-3 多胎サークルに参加して良かったこと

	n (%)
多胎の情報を得られた	530 (90)
気分転換ができた	482 (82)
育児の悩みなどの相談ができた	458 (78)
子どもたちを安心して連れていける場所ができた	408 (70)
自分の気持ちをわかってもらえた	351 (60)
育児グッズなどをゆずってもらえた	340 (58)
自分に友だちができた	334 (57)
子どもたちに家庭以外の経験をさせられた	310 (53)
外出する自信がついた	277 (47)
子どもたちに友だちができた	233 (40)
地域の情報を得られた	224 (38)
本音で話せる場ができた	188 (32)
その他	13 (2)
特に良かったことはない	2 (0)

複数回答(あてはまるものすべてに○) (n=586)

2) 調査2：全国全自治体に対する実態調査

(1) 方法

「全国全自治体に対する実態調査」(回答者無記名式の郵送法質問紙調査:2015年9月)では全国自治体リストと全国保健所・保健センター一覧にある自治体に調査票を送付した。自治体名を明記してもらった上で多胎育児家庭に特化した支援の有無と内容、地域の多胎サークルの有無と関わりなどを質問した。

(2) 主たる結果の概要と考察

発送2512に対して回収1076であり回収率43%であった。ただし、他所と一緒に回答する場合や、管轄が違うため回答しない所もあった。主たる結果は以下の通りであった。

①行政主催以外のサークルについては、「管内にない」(39%)、「把握せず」(35%)、「把握」(22%)であった。多胎サークルの全国調査(調査①)により「管内にない」と回答した地域にも多胎サークルは存在することが分かっており、地域の自主サークルに対する情報の把握不足が分かった。

②多胎に特化した支援が「あり」は31%であった。

③支援にあたり課題が「あり」は43%であり、その内容は「サービスの不足」(49%)、「該当事例が少ない」(42%)、「情報不足」(30%)であった。

④管内の自主サークルに対する支援を「している」が13%であり、その内容は「広報」(66%)、「活動場所の提供」(47%)であった。「していない」は75%であり、その理由は「要請がない」が33%であった。42%が「支援要請があれば可能」としており、サークル代表者の87%が「支援が必要」としたのとは対照的な結果であった。

⑤多胎サークルが地域で果たす役割・効果についての認識は、「育児の工夫や情報交換」(79%)、「親同士の交流」(63%)、「育児不安の軽減」(45%)であった。多胎サークルの果たす役割や効果は認めているが、多胎育児支援の根幹をなす「孤立予防」や「虐待予防」の効果についての認識は低い(それぞれ18%と5%)といえた。

3) 結論

セルフヘルプ機能を持つ多胎サークルが、国内に200近く存在すると推測された。外出困難な多胎育児家庭が安心して地域に参加できる機会を提供し、参加者の気持ちを楽しみ、孤立予防や虐待予防の効果があると思われた。リーダーは、サークルの必要性和やりがいを感じて活動継続に努力していたが、8割以上が運営面での困難を持ち、専門的な支援を必要としていた。一方、大半の自治体は多胎育児家庭に特化した支援は行っておらず、サークルの存在自体もあまり把握していなかった。専門職は支援要請を待つだけでなく、セルフヘルプ機能を持つ貴重な地域資源としての存在意義を理解し、積極的な支援が必要だと思われた。お互いが持つ強みを尊重し、情報交換を基に歩み寄ることが必要である。

3. 多胎育児家庭を取り巻く環境に関する全国調査

経験豊富な専門職であっても多胎妊婦と出会う経験には限りがある。育児中の母親の話を直接聞く機会はさらに減る。臨床場面で出会う妊婦は様々だが、多数の母親のデータを集めるといくつかの傾向が浮かび上がる。すでに述べたように、不妊治療の普及により多胎出産は倍増した。また、多胎育児には身体的・精神的・社会的負担が重積し、産後うつ、育児不安、育児困難、児童虐待など母子保健上のリスクが高いとされる。さらに、行政・医療機関の理解を深め、支援を広げるには、疫学的な現状把握が必要である。以上を背景に、全国が多胎サークルに所属する母親の意識調査を実施した。

1) 方法

全国 11 都府県の多胎サークルに対する有意抽出法による質問紙調査(2010 年 1 月～2011 年 4 月)である。就学前の多胎児を養育する家庭(乳幼児群:n=465(2003 年～2011 年生まれの 6 歳以下の未就学児の多胎児の母親))の育児状況を、21 世紀出生児縦断調査(厚生労働省)、平成 22 年度幼児健康度調査(日本小児保健協会)の結果と比較した。以上を基に、多胎育児の現状とそれに伴う問題の要因を分析した。

2) 主たる結果の概要と考察

(1) 妊娠期・育児期の母親の実態調査と現状

乳幼児群(n=465)の家族構成は、83%が核家族であり、きょうだいが多胎児のみの家庭が 62%であった。初めての育児が多胎育児になる場合が最も多かった。身近に多胎育児経験者がいない場合には、こうした状況がその後の育児に与える影響は大きいと思われた。

多胎妊娠と分かった時の気持ちは「うれしかった」(38%)よりも、「驚いた」(44%)と「不安になった」(12%)の合計の方が多く、半数以上を占めた。多胎妊娠について「望んでいた」のは 24%であった。不妊治療の場合には多胎妊娠を希望する割合が高くなった。安静入院(ないし管理入院)は 75%が経験しており、その期間は、平均値が 38 日、中央値が 30 日であり、39%が 1 ヶ月以上であった。

50%が不妊治療による妊娠であり、その 7 割(69%)が生殖補助医療であった。これは、全国データからの推計値とほぼ一致した。不妊治療の際には 84%が多胎妊娠の可能性についての説明を受けていた。しかし、多胎妊娠や多胎育児に関する情報提供は 50%で行われていなかった。

妊娠出産時の状況に関して、日本小児保健協会が行っている大規模調査である幼児健康度調査(平成 22 年調査値)では「満足している」人が 92%、「満足していない」人は 7%と、平成 12 年調査値より改善されているが、多胎育児家庭では、「満足している」人は 75%であった。満足していない理由は、複数回答で多胎育児家庭では「妊娠・出産・育児についての不安への対応がない」が 62%で、最多であった。幼児健康度調査で 93%と多かった「夫の援助など」は 28%であり、対照的な結果となっている。多胎育児の場合、夫の協力は良好であった。夫の関わりなしではやれない負担の大きな育児だからだと思われる。ただし、海外では多胎育児家庭では離婚率が高いという調査結果が得られている。

多胎育児家庭では育児の困難を示す回答(育児に「自信がない」、「困難を感じる」)の割合が幼児健康度調査より顕著に高くなっていた(図 1-3-1、図 1-3-2)。乳幼児期全体の多胎育児の大変さとしては、複数回答で「睡眠不足」が 44%、「全身疲労」が 42%、「精神的疲労」が 43%、「経済的問題」が 43%、「外出できない」が 37%であった。これらの項目には児の年齢が複雑に影響しており、例えば「睡眠不足」は 1 歳児を持つ人で特に高い割合であった。年齢に応じたきめ細かな支援メニューが必要であるといえる。

児の年齢によらず 3～4 割の親が「子どもを虐待しているかもしれない」と感じていた(図 1-3-3)。これは、幼児健康度調査よりもおよそ 2 倍高い割合であった。虐待したのではないかと感じている内容は、複数回答で「感情的な言葉」が 81%、「叩くなど」が 52%と、内容的には幼児健康度調査と同じ傾向であった(図 1-3-4)。

1 人の児に対して虐待感情を抱いたか、両児に対して虐待感情を抱いたかに関しては、全体では 87%が両児に対する虐待感情を抱いていた。この傾向は年齢によらなかった。従来、双子に対する虐待は 1 児に対することが多いとされてきたが、これは医療機関受診例に対するものであり、今回の結果はこの事実を支持しなかった。

多胎妊娠中・育児中に欲しかったサポートや情報として、「正しい知識に基づく専門家からのアドバイス」、「自宅訪問による育児支援活動」、「サポートしてくれる機関・施設などの情報」、「育児サークルの情報」などが挙げられ、情報不足や支援ニーズの大きさが明らかとなった。

《育児に自信がもてないことがありますか?》に「はい」と回答

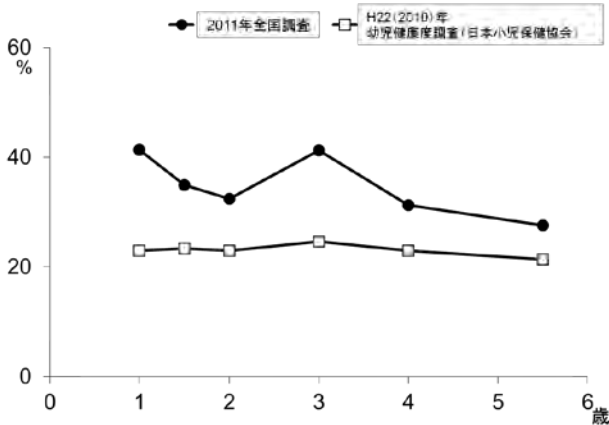


図1-3-1 単胎児と多胎児の母親の育児に対する自信

《育児に困難を感じることはありませんか?》に「はい」と回答

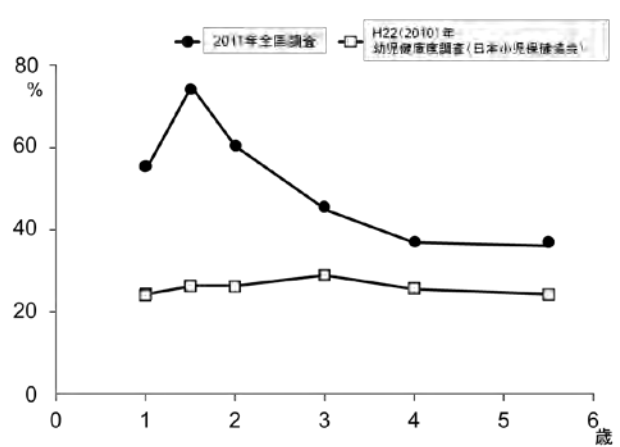


図1-3-2 単胎児と多胎児の母親の育児困難感

《子どもを虐待しているのではないかと思いますか?》に「はい」と回答

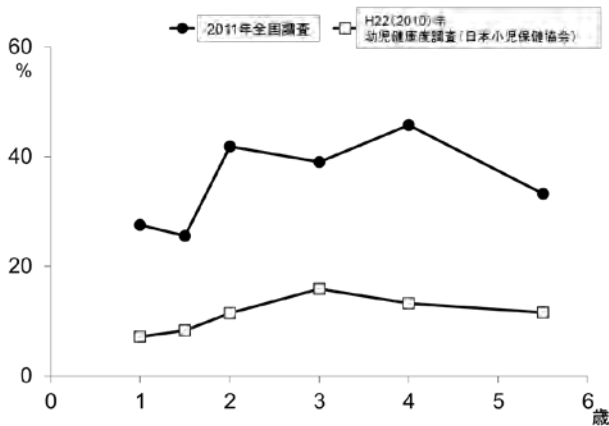


図1-3-3 単胎児と多胎児の母親の児に対する虐待感情

《虐待したと思った理由はなんですか? (複数回答)》

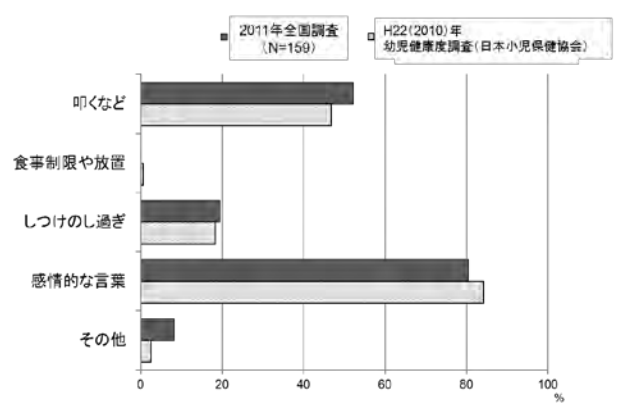


図1-3-4 単胎児と多胎児の母親が児を虐待したと思った理由

(2) 多変量解析の結果

多胎育児に付随する課題をより詳しく分析する目的で多重ロジスティック回帰分析を実施した。多胎育児に関する主たる精神的負担感(0:なし、1:あり)を従属変数とした。説明変数として、子どもの年齢、母親の出産時年齢、妊娠週数、きょうだいの有無、主な保育者、妊娠時の気持ち、妊娠・出産満足度、多胎出産を望んでいたか否か、喫煙の有無、里帰り出産の有無、管理入院の有無、不妊治療の有無、児の出産時状態(0:正常、1:衰弱、2:仮死)、NICUの利用、低出生体重児の数(0:0人、1:1人、2:2人)、卵性(0:二卵性、1:一卵性)、経済負担感の有無を考慮した(記載がない項目はリスクが低いと想定した場合を0、高い場合を1)。単変数解析で、従属変数ごとに有意水準 5%で有意になった説明変数を投入した。従属変数(精神的負担感)に対して有意水準 5%で選択された説明変数(リスク因子)は以下の通りであった。①不安や悩みがある:妊娠・出産満足度が低い、②母の心身状態が良くない:児の年齢が高い、母親年齢が高い、妊娠週数が短い、妊娠・出産満足度が低い、児の出産時状態が不良、③育児に自信がない:きょうだいが多胎のみ、妊娠・出産満足度が低い、④育児困難感がある:児の年齢が高い、妊娠・出産満足度が低い、⑤2人に同じ愛情を注げない:児の年齢が高い、母親の年

年齢が高い、きょうだいが多胎のみ、妊娠・出産満足度が低い、二卵性、⑥虐待感情がある：母親年齢が高い、きょうだいが多胎のみ、妊娠・出産満足度が低い、管理入院をした。

以上のように、生後の育児状況の精神的ストレスに関するすべての項目において、妊娠・出産の満足度が影響していた。妊娠・出産の満足度が低い場合には、育児不安、育児困難、虐待感情など様々な形で育児課題が表出する。これは、多胎育児支援は妊娠中から開始すべきであることを明確に示す根拠といえる。また、複数の項目で児の年齢が影響していた。これは年齢に応じたきめ細やかな支援プログラムの提供が有効であることを示唆する。高齢初産婦に対するケアも重要であることが分かる。多胎育児家庭では、経済負担が大きいが、その影響は直接見出すことはできなかった。今回のデータは多胎サークルに所属している母親が大半である。つまり、より支援の機会が多い集団である。また、大多数の回答者は健常な多胎児の母親である。多胎育児家庭全体で見れば状況はさらに厳しいことが予想される。

(3) 自由記載の結果のまとめ（自由記載欄より多いものを抜粋）

医療・行政機関から欲しかったサポートや情報は、①妊娠中からの情報やアドバイス、②母親が心身ともに休める場所、③職場や家族に対する周知・理解、④健診や病院などへの付き添い、⑤医療費の補助、であった。

医療・行政機関への希望は、①多胎用の妊婦（両親）教室・乳幼児健診、②多胎育児家庭用の駐車場、③インターネットやFAXによる書類受付、④利用者に配慮した建物の構造、であった。

3) 結論と今後の課題

多胎育児に必要なサポートや情報には、行政や医療サービスの一般的な問題点となるものも多い。自由記載にあるニーズの中には、母子保健担当者の想像力やアイデアや工夫により改善できるものもある。多胎育児支援では、来る人を待つだけの支援、自主サークルにお任せの支援、個別事例・困難事例を中心とした対応だけでは解決できない構造的な問題があり、包括的アプローチが必須である。

多胎育児に伴う負担は様々である。これを健康の3側面から説明すると、身体的負担としては、妊娠中の（特に入院による）筋力低下と育児による腰痛、あるいは睡眠不足などが問題になる。精神的負担としては、多胎育児に特徴的な育児不安や育児困難、あるいはこうしたことが原因で抑うつ傾向を呈したり、児に虐待感情を持つこともある。多胎育児に固有な問題として、2人の児を比較することによる様々な精神的なストレスがある。母親も時に愛情が偏ることを実感しているし、そのことに罪の意識を抱くことがある。社会的負担としては、地域社会からの孤立と経済的な負担の大きさが挙げられる。多胎育児では過重な育児負担がかかり、外出困難となりやすい。密室育児による社会的な孤立傾向がある。また、同時に複数分の費用がかかるので、仮に節約をしても育児にかかる出費は単胎育児家庭よりも大きい。児一人当たりの出費ではなく、家庭全体での出費を考える必要がある。

4. 多胎育児家庭と虐待リスク：「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」（厚生労働省）

1) 多胎育児家庭と単胎育児家庭における虐待死の頻度

多胎育児家庭に対する育児支援の重要性を強調する場合に、虐待予防が理由の一つに挙げられることが多い。しかし、多胎事例に限らず虐待の実態や実数を把握することは、それほど容易ではない。このような中で、一番把握されやすいものの一つが、虐待による死亡（虐待死）の事例である。一般に、多胎児あるいは多胎育児家庭では虐待が発生しやすいといわれる。育児負担の大きさを考えれば、感覚的には理解できるかもしれな

い。しかし、このことを具体的に示す根拠は国内では少ない。今から30年近くも古い1989年に全国の医療機関で行われた、虐待による高度医療機関への入院の調査が唯一公になっているものである。

そのような状況の中で厚生労働省が公表する「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(第1次～第13次報告(最新))は数少ない客観データである。もともとこのデータは多胎に関することを目的に収集されたものではない。従って、データとしては不十分な点も多いが、全国規模の網羅的資料としては唯一のものである。

この中には、2003年7月から2016年3月までに把握された、18歳未満の小児の虐待死事例の数および、家庭の要因、児の要因、育児環境などの背景因子が集計結果として掲載されている。しかし、どのような要因が虐待死の発生頻度を高めているのかは具体的に分析されていない。また、プライバシーの保護もあり、個別の事例についての詳しい記録は殆どない。虐待死事例は、親子心中(未遂を含む)事例とそれ以外に分けて報告されている。親子心中では、また違った要素が関わっていると思われるので分析から除いた。

調査期間中に678児の虐待死事例が報告されており、その中で多胎児は15家庭に17児いることが明らかになった。一般集団の中で多胎児は、最近10年間ではおよそ2%程度である。よって、678人中17児(2.5%)は若干多い。実際には、人口動態統計を基に、人年法を用いて専門的に発生頻度を推定した。2003年7月から2016年3月までに生存したとみなされる、0歳から17歳までのすべての単胎児と多胎児について、それぞれの生存期間(例えば、2003年7月生まれであれば、2016年3月までのおよそ12年9か月)を見積もり、単胎児と多胎児に分けて虐待死事例の発生頻度(のべ生存期間に対する事例数)を推定してから、多胎児では何倍多いかを計算した。この種の事例では、多胎育児家庭であるか否かが確認できていないケースが多い。第1次報告と第10次報告以降では欠損値の情報がない。そこで、欠損値を含めた分析と除いた分析を実施した。欠損値を含めた分析では、欠損値は単胎児として扱っている(多胎児・多胎育児家庭のリスクを過大評価しないように処理している)。

欠損値を含めた分析の結果では、多胎児は単胎児に比べて1.3倍虐待死の発生頻度が高まると推定された。これを「家庭」当たりで計算すると、多胎育児家庭は単胎育児家庭に比べて、2.5倍虐待死の発生頻度が高まると推定された。この相対危険は10代妊娠(20歳以上妊娠に比べて、13.9倍虐待死の発生頻度が高い)よりはかなり低いものの、低出生体重児(非低出生体重児と比べて、1.6倍虐待死の発生頻度が高い)と比較すると、家庭当たりでは高い値となる。

欠損値を除いた分析の結果(第2次から第9次:2004年1月～2012年3月)では、多胎児は単胎児に比べて2.2倍虐待死の発生頻度が高まると推定された。これを「家庭」当たりで計算すると、多胎育児家庭は単胎育児家庭に比べて、4.0倍虐待死の発生頻度が高まると推定された。この相対危険は10代妊娠(20歳以上妊娠に比べて、22.4倍虐待死の発生頻度が高い)よりはかなり低いものの、低出生体重児(非低出生体重児と比べて、2.8倍虐待死の発生頻度が高い)と比較すると、家庭当たりでは高い値となる。

厚生労働省のデータでは交絡因子を調整することができないので、他の変数の影響を除いて多胎児独自の影響を推定することはできない。長期にわたる全国データとはいえ、事例数は少ないので(事例数が0になることが本来目指すべきことである)結果は暫定的なものである。

2) 多胎育児家庭における虐待死事例の特徴

同じデータを用いて虐待死となった多胎17児について、新聞報道やインターネットなどから複数の情報を可能な限り収集し、詳細を確認して以下の結果を得た。

17児は「すべて双子」であり、15家庭に属している(両児虐待死事例が2件)。生物学的な親(血縁関係にある

親)による事例が14例16児であり、両親によるものが3例3児、母親の単独が7例7児、父親の単独が4例6児であった。主な虐待の種類としては、身体的虐待が12児、ネグレクトが5児であった。4人の母親が10代妊娠だと思われる。また、母親自身が虐待された経験を持っている場合や、精神疾患を有する場合が少なくとも3例あった。12人中4人の父親には定職がなかった。14例中6例で、被虐待児(死亡児)のきょうだいのいずれかが虐待を受けていた。その中には、虐待死した双子の他方の双子6児全員が含まれていた。つまり、虐待死に至らないまでも双子の場合には両児ともに虐待を受けている可能性が高いことを意味した。保健師の家庭訪問や支援者のピアサポートの場においては必ず両児に注目すべきであるといえる。

双子両児が虐待を受けた事例では、家族の機能不全(例えば、養育能力の欠如など)が認められた。双子の1児だけが虐待を受けた事例では、1児の障がい、成長・発達の遅れ、愛情の偏りが見られた。この場合に、必ずしも障がいを持つ児の方が虐待を受けていたわけではない。乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)を思わせる事例が少なくとも2件あった。海外の全国調査では、多胎育児家庭において乳幼児揺さぶられ症候群の事例が多いことが指摘されており、双子の泣き時間の長さとの関係で注目されている。

虐待死に至った児の性別、両親の年齢、婚姻状況、母親の精神状態など大部分の項目で単胎児と多胎児の間に差は見られなかった。調査できた項目の中で双子と単胎児で統計的な差がみられた項目が2つあった。まず、乳児(0歳)死亡事例に占める0か月虐待死の割合である。双子では0%(9児中0児)である一方で、単胎児では47%(304児中143児)であった。全体としては、虐待死事例を年齢別にみると0歳児が圧倒的に多いことが分かっている。その中でも、特に0か月児(ほぼ新生児期に相当)がその過半に近い割合を占める。そのような中で、双子の場合に0か月事例が少ない(これまで見られていない)理由は今のところ不明である。双子の場合には出産前後を通じて、医療機関との関わりが大きい点が予防効果をもたらしている可能性がある。三つ子以上の虐待死事例が報告されていないことも同様の予防効果の可能性もある。従って、新生児期の十分な精神的ケアが重要になる。

もう一つは、家庭当たりの児の数である。家庭当たりの子どもの平均人数で説明すると、1家庭当たりの子どもの数は、多胎育児家庭で3.2人、単胎育児家庭で2.2人と推定された。多胎育児家庭なのだから子どもの数が多くて当たり前かもしれない。しかし、子どもの数が多いこと自体が多胎育児を困難にする、あるいは虐待リスクを高める大きな理由の一つだといえる。古くより多子家庭(子どもの多い家庭)では、様々な理由で虐待リスクが高いとされている。多胎育児家庭の場合には、それに加えて同じ年の複数の児を同時に育児するということで、さらなる負担が加わっている可能性がある。前述した双子に対する虐待感情の有無においては双子だけの場合(他にきょうだいがいない場合)に虐待感情が高かったのとは対照的な結果である。

以上をまとめると、多胎育児家庭が単胎育児家庭よりも虐待死事例の発生頻度が高い理由は、多胎育児家庭に限定されない要因(過度の育児負担、親の養育能力の低さ、一人親、望まない妊娠、10代の妊娠など)と、多胎育児家庭に固有な要因(双子両児に見られる差や両児の比較など)が関係すると思われる。

5. 日本における多胎育児支援の歴史的変遷

1) 当事者による支援の歴史的変遷

網羅的な文献情報を基に多胎育児支援の歴史的変遷を検討した結果、3種類の支援形態を確認できた。国内の多胎育児支援は今からおよそ50年前のツインマザーズクラブの誕生により始まった。これは確認しうる国内初の多胎サークルでもあり、全国に会員を持つ同組織が多胎育児支援の中心的役割を果たす。多胎育児支援が研究テーマとなることは殆どなく、もっぱら多胎育児に関してはツインマザーズクラブを紹介する記事が学術誌

に掲載される。研究職・専門職が支援に直接関わることは少ない時期である。1990 年前後から地域密着型多胎サークルと専門職からの情報提供による支援形態が始まる。全国各地で地域に密着した多胎サークルが次々と誕生する。また、1991 年に保健所(保健行政機関)における多胎育児教室が始まりこれが徐々に広がる。研究者は一部の例外を除けば、主として情報提供者の役割を果たす。書籍・季刊誌、後にインターネットを媒体として多胎育児支援に関する様々な情報が広まる。国も多胎育児支援に目を向ける。2000 年を過ぎると多胎サークルを中心としたネットワークによる支援形態が始まる。全国各地の多胎サークルリーダー同士が交流を持つ機会が設けられ、これに研究者・専門職も関わる。さらに、一部の先進的な地域で、複数の多胎サークル、民間の育児支援組織、専門職、研究者の協働・連携による地域多胎ネットワークが誕生する。支援の方法としては、研修プログラムに基づく当事者によるピアサポート活動、多胎育児教室、病院訪問、多胎サークルに対する支援等が始まる。言い方を変えると 1990 年代の支援は研究職、保健医療専門職を中心に当事者を巻き込む形であったが、2000 年を過ぎると逆に当事者の連携を中心に、専門職がこれをサポートするという連携へと発展してきた。現在、以上の 3 形態の支援が併存している。割合的には、今なお小規模多胎サークルにより支援が最多数を占めている。

2) 国による多胎育児家庭への支援の歴史と現状

不妊治療による多胎出産の急増が医学的・社会的にも大きな検討課題となった 1990 年代に、国(厚生省から厚生労働省)でも一時的に多胎育児家庭に対するケアに関心を示した時期がある。

1995 年には『地域保健』が専門誌としては初めてと思われる多胎育児支援の特集号「多胎の医学と育児指導」を組む。厚生省児童家庭局からの寄稿があることから、国が多胎育児支援にある程度の関心を向けたことが分かる。内容を端的に言えば、現状では「多胎育児支援は必要であるが、保健医療の専門職には多胎に関する関心が少なく、加えて多胎に関する専門的な教育も受けていないので自信を持って保健指導をできない」となる。また、1995～1996 年には厚生省心身障害研究で「多胎妊娠の管理及びケアに関する研究」が実施され、全国規模の実態調査により、多胎育児の現状と課題が専門家により検討される。

1999 年にはツインマザーズクラブ会長の天羽幸子氏を代表とする有識者からなる「多胎児の育児支援を考える会」が、「多胎児の育児支援に関する要望書」を厚生省児童家庭局に提出し受理される。要望内容は、①母子健康手帳と一緒に配付する小冊子の作成、②保健医療専門職に対する教育、③子育てヘルパーの派遣、④不妊治療時のカウンセリング、である。その成果として、2000 年には『ふたごの育児』(厚生省)が発行・配付されるとともに、「ベビーシッター派遣事業」が開始される。国の事業として一定の評価はできるものの、これらの事業が普及・定着することはなく、その後の多胎育児支援には直結しなかった。この中で現在でも残っているのはベビーシッター派遣事業のみである。なお、労働衛生に関して言えば、多胎妊娠の場合、単胎妊娠よりも産前休暇が長くなる。以上のように、多胎育児家庭に対する支援が継続的に実施され、末端の自治体にまで至ることはなかった。

それ以外は、自治体ごとにサービスメニューが大きく異なっており、多胎育児家庭に特化した支援が全くない自治体から、かなり濃厚な支援を提供している自治体まで大きな格差が存在する。これは過去に複数回行われてきた、全国の自治体に対する多胎育児支援の実態調査の結果からも明らかである。

3) 現在の国の母子保健施策と多胎育児支援

21 世紀の国民健康施策である健康日本 21 および健康日本 21(第二次)(2013 年度～2022 年度)では、生活習慣の改善(リスクファクターの低減)と社会環境の整備による生活の質の向上と環境の質の向上によって達

成すべき最終的な目標として、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を謳っている。これを多胎育児支援に関して言えば、「多胎育児におけるリスクファクターの低減」と「育児環境の整備」による「健康育児期間の延伸」と「多胎育児支援の格差(都道府県格差)の是正」ということになる。

次いで母子に特化した国民健康施策である健やか親子 21(第2次)(2015年度～2024年度)の基盤課題・重点課題と多胎育児の現状との関係を述べておく。健やか親子 21(第2次)が掲げる3つの基盤課題のうち多胎育児支援に直接関わるのは、基盤課題 A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」、および基盤課題 C「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」の2つである。それに続く2つの重点課題はいずれも多胎育児支援に関係する。重点課題①は「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」である。親子それぞれが発信する様々な育てにくさのサインを受け止め、丁寧に向き合い、子育てに寄り添う支援を充実させることを重点課題の一つとしている。なお、育てにくさとは、子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など様々な要素を含む。重点課題②は「妊娠期からの児童虐待防止対策」である。児童虐待の発生を防止するためには、妊娠期の母親に向けた情報提供等、早期からの予防が重要であり、また、できるだけ早期に発見・対応するために新生児訪問等の母子保健事業と関係機関の連携を強くしていく必要性を述べている。これまで述べてきたように、多胎育児においては上記の基盤課題と重点課題が手付かずの状況にあることが分かる。

上記の課題に対する具体的な数値指標と多胎育児家庭との関係を述べる。基盤課題 A の【健康水準の指標】における「全出生数中の低出生体重児の割合」、「妊娠・出産について満足している者の割合」はいずれも多胎育児家庭では単胎育児家庭よりも大幅に不良である。【健康行動の指標】における「乳幼児健康診査の受診率」が多胎の母親で低いことを示す直接のデータは得られていないが、健診時に不便を感じている多胎の母親が多いことを考えるべきである。【環境整備の指標】における「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」、「妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている市区町村の割合」、「ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある市区町村の割合」が多胎育児家庭に該当する。多胎児が児童虐待のハイリスクグループであることを認識していない母子保健担当者がいまだに多い(実際には地域格差がある)ことを考えると、十分に検討の余地がある。

基盤課題 C の【健康行動の指標】における「積極的に育児をしている父親の割合」は、数ある指標の中でも唯一多胎育児家庭が単胎育児家庭よりも良好な指標である。逆に言えば、父親の育児関与が見受けられない多胎育児家庭は注意すべき対象だといえる。【環境整備の指標】における「育児不安の親のグループ活動を支援する体制がある市区町村の割合」、「母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上に取り組んでいる地方公共団体の割合」が多胎育児家庭に該当する。多胎サークルに対する支援は不足していると同時に、多胎育児支援の専門知識(多胎妊娠の臨床的知識ではない)を有する保健医療専門職の数はいまだに少ない。

重点課題①における【健康水準の指標】では、「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合」、「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」はいずれも多胎育児家庭で低い。【健康行動の指標】では、「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合」、「発達障害を知っている国民の割合」が該当する。多胎児特有の発達について知っている母親(実際には専門職でもある)は少ない。また多胎児が単胎児よりも発達障害が多いことを示す疫学データが海外では複数得られていることもあまり知られていない。海外では、特別な支援プログラムを提供している国もある。【環境整備の指標】では、「発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制がある市区町村の割合」、「市町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援をしている県型保健所の割合」が同じ理由で該当する。

重点課題②における【健康水準の指標】では、すでに述べたように「児童虐待による死亡数」、「子どもを虐待していると思われる親の割合」が単胎児の親よりも多胎児(双子)家庭で多いことを示すデータが得られている。【健康行動の指標】では、「乳幼児健康診査の受診率」、「乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)を知っている親の割合」が関連する。前述のように多胎児ではSBSが多いこと、しかも多胎児の泣きの問題と強く関連することを示す疫学データが海外で複数得られている。この事実も殆ど知られていない。【環境整備の指標】では、「妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合」、「養育支援が必要と認めた全ての家庭に対し、養育支援訪問事業を実施している市区町村の割合」、「特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援(市町村への支援も含む)をする体制がある県型保健所の割合」が該当する。すでに述べたように、自治体保健師の多胎サークルに対する把握と認識は十分とは言えない。また、厚生労働省の「養育支援訪問事業ガイドライン」によれば「多胎」は妊娠期からの支援の必要性がある<特定妊婦>とされている。「妊娠葛藤」、「妊婦の心身の不調」も間接的であるとはいえ該当する。多胎妊娠では心身の不調が多いことに加え、特に不妊治療の多胎妊娠の場合に妊娠葛藤が多いことは過去の大規模調査の結果からも明らかである。養育支援訪問事業が100%実施され、保健師が多胎妊婦(多胎育児家庭)のリスクに意識をとめていれば、早期の介入が可能である。

以上のように大多数の項目で、多胎育児家庭は単胎育児家庭と比較すると直接的、間接的に不利な状況にある。ある意味で国の母子保健施策の網から抜け落ちたハイリスクグループであるといえる。

6. 効果的な多胎育児支援の方法

1) 多胎育児支援に伴う公衆衛生学的な課題

多胎育児支援が進むことで、育児状況はある程度改善されたが以下の課題が残っている。

(1) 適切な情報の不足・分断・格差

多胎育児支援に必要な適切な情報(その多くは科学的エビデンスに基づく必要がある)が不十分であるとともに十分に整理されていない。客観的データとしては、不妊治療、多胎児の長期予後、多胎育児に伴う医療経済に関するデータの不足が大きい。また、育児経験者の語りや経験談など当事者からの質的データも十分に整理されていない。当事者だけでなく、専門機関の内部でも、また外部に対しても連携・情報交換が不足しているため情報の流れが円滑ではない。多胎育児家庭間の情報格差が大きい。

(2) 多胎育児に対する公的なビジョン

不妊治療、多胎育児に関する法的整備、ガイドライン、学会会告などが不足している。行政あるいは専門家にも多胎育児支援に対する考え方と将来的なビジョンが殆ど分からない状態にある。

(3) 多胎に関する専門家

多胎育児支援は当事者が集まり多胎サークルを作るだけでは解決しない、多くの行政的・医学的課題を併せ持っている。しかし、現状では多胎児・多胎育児家庭について熟知した保健医療福祉専門家は非常に少ない。すべての専門職に多胎に関する知識を要求することは非現実的であるが、一部の専門職が意識を高めるだけで状況は大幅に変わると思われる。

(4) インフラ整備・社会資源

多胎育児家庭に対する社会資源は限られている。また、必ずしも利用しやすいものとはなっていない。その理由の一つは多胎育児家庭の現状と課題が広く伝わっていないことである。多胎育児家庭と言うだけでは支援の必要性が見えにくいことも一因である。

(5) メンタルケア・エンパワメントの支援

特に、妊婦・母親で精神的な負担が大きいのが、これに対応する専門的な取り組みは十分ではない。多胎育児家庭では様々な面により深刻な意思決定を必要とする状況(例えば、減数手術)が多いが、紙面による情報提供に基づく意思決定に対するサポートは非常に不足している。

2) 多胎育児支援の基本的な考え方

多胎育児家庭を考慮した母子保健対策は殆どない。多胎育児に関する情報の絶対的な不足や多胎育児家庭間での情報の不均衡は不妊治療、妊娠の段階から始まっており、これが精神的ストレス、育児上のリスクを高めている。多胎育児家庭であるだけで、生活面において様々な負担が付随する。その多くは、当事者にも、そして専門職にも具体的な数字や金額として認識されていない。臨床職あるいは支援者の場合にはどうしても個別支援に意識が向かいがちであるが、多胎育児家庭全体の育児負担を軽減する対応が必要になる。もちろん医学的・社会的なリスクが特に大きいと思われる多胎育児家庭に対しては、妊娠期からの個別の対応が必要であることは間違いない。多胎育児家庭の場合には、疾患などと異なり、保健や医療の専門職にとっても、支援の意義や目的を明確に位置付けにくい。

多胎育児教室や多胎サークルなどは、利用できる一部の家庭には有効である。しかし、多胎育児家庭全体に対する支援としては不十分である。少なからぬ数の母親が、自身の育児において虐待に近い体験を語っていた。つまり、育児破綻や児童虐待は決して一部の例外的な家庭の問題ではなく、潜在的な予備群はかなり多いと考えるべきである。今後の多胎育児支援は、多胎サークルや多胎育児教室に参加できる人を待つだけではなく、情報が行き届かない家庭、情報があっても活用できない家庭を積極的に減らす努力が大切だといえる。乳幼児健診の場などを有効に活用するべきである。

多胎育児家庭の場合には、不妊治療や妊娠の段階で将来的な様々なリスクがある程度予想できるので、適切な情報提供と早期介入の効果は大きい。その点の見極めを適切に行うためには専門職だけではなく、当事者や育児支援団体と連携した組織的な支援が有効になる。

3) 課題の解決に向けた基本的な考え方

(1) 集団アプローチ

保健行政が行う多胎育児教室などでの少数の家庭(母親)への支援や多胎サークルの育成活動などは、利用できる一部の家庭には有効である。しかし、多胎育児家庭全体に対する支援のためには、より広範に多胎育児家庭をカバーする支援が必要になる。一見何も問題が見られない家庭でも、きっかけさえあれば様々な理由で育児破綻や児童虐待などにつながる可能性がある。そのため、多胎育児家庭全体を視野に入れた集団アプローチが必須になる。従来の支援方法は、ハイリスクアプローチが中心であり、健康課題が顕在化する可能性が高い、あるいは顕在化した家庭(特に母親)に向かいがちである。従来の支援方法とは根本的に発想を変えて、例えば、多胎育児のサークルや教室に参加する人を待つだけではなく、情報が行き届かない家庭、情報があっても活用できない家庭を積極的に減らす努力が大切である。現状では多胎育児家庭を対象とした集団アプローチとハイリスクアプローチがアンバランスである。個別事例に対する対応だけでは限界がある。集団アプローチでは直接の感動は得られなくとも、全体的には必ず効果はあるとされる。集団アプローチを考えない戦略は格差を拡大することにつながる。

(2) 当事者主体の支援

多胎妊娠・出産・育児の難しさを理解できるのは他のだれでもなく、同じ経験をした多胎妊娠・出産・育児経験

者である。当事者(ピア)同士が、お互いに共感をもって集まる多胎サークルは、当事者の悩みや負担を解決する上で非常に有効である。しかし、当事者を中心とした組織は脆弱であり、必ずしも安定した活動が継続できるとは限らない。そのような場合に、多胎サークル同士のつながりとこれを支えるネットワークや各専門家の間で連携のとれた組織(地域多胎ネットワーク)による継続的で切り目のない支援が有効である。すでに国内でも多胎育児支援のための複数のネットワークや全国組織(日本多胎支援協会)が設立されており、こうした連携の成果は確実に表れている。

一定のトレーニングを受けたピアサポーター(多胎育児経験者)が多胎妊婦や多胎育児者に対して行うピアサポート活動は、メンタルサポートとして有効な方法の一つである。特に、妊婦に対するピアサポート活動では、産科医・助産師の理解が欠かせない。

7. 今後の課題

多胎育児支援の課題をハード・ソフトの両面から考える。

ハード面での現在の大きな課題は、地域格差(特に都道府県格差)の是正だと思われる。これまでに実施された実態調査もこれを裏付ける。全県規模の多胎育児支援のネットワークが存在し、当事者と専門職が協働するピアサポート活動や育児支援者を巻き込んでの研修等が実施されている県がある一方、多胎サークル・保健行政の取り組みが皆無の県もある。現状では、当事者中心の多胎育児支援は充実しつつあるものの、その恩恵を受けているのは一部の地域や家庭に過ぎない。「先進事例」として注目される事例があるのはそれが一般的に普及していないからである。母子保健施策的には国内のどこでも多胎妊娠・出産・育児をしても最低限の公的支援を享受できるべきであろう。こうした格差の広がりや自治体の熱心さの違いだけではなく、当事者を中心とした組織が多胎育児支援の普及のために用いる方法(戦略)による部分も大きい。成果が見えやすい事業や、一部地域に集中した取り組みが優先されがちだからである。個別事例や個別地域への支援は成果が見えやすいので、支援者、被支援者のいずれにも感動や満足感をもたらしやすい。だが、支援が提供される場合でも、その定量評価がなされることは殆どない。従って、費用対効果があるのかは不明であることが多い。個別の支援を偏重すると多胎育児家庭全体に対する支援の底上げは達成できない。むしろ、都道府県格差が広がる可能性がある。多胎育児支援を支える組織全般の育成とそのネットワーク作りは必要条件とはなるものの、それだけで本質的な地域格差は是正できない。

これまでの多胎育児支援は当事者中心であれ、専門職中心であれ、公的支援が強く関与しないボトムアップ型で進んできた。しかし、それだけで支援の底上げが達成され、地域格差が是正されることは困難である。多胎育児に特化した政策を提言することも考えられるが現実的でない。もっとも効率的かつ効果的なのは、母子保健法に則った既存の母子保健施策の体系に連動して多胎育児支援を行うことであろう。集団アプローチの原則に従えば、「母子健康手帳交付」、「妊婦健診・乳幼児健診」、「養育支援訪問事業」などの機会を利用するのが近道である。保健行政の窓口は妊娠期から多胎の母親を把握できる貴重な場である。今後は民間の育児支援者側も、熱意と意欲だけではなく、具体的な戦略を立てて保健医療行政に提言しうるだけの材料(成果物なりエビデンス)を準備しておく必要がある。そうしないと、国や地方自治体が施策に沿った公的な支援を標榜しても、実際に支援を提供する末端の自治体側にも特別なモチベーションが生まれる素地ができない。そして保健医療行政組織と民間支援組織の両者がバランスよく相互変容(お互いの立場を尊重し、歩み寄り変化していくこと)することが肝要である。もちろんこうした議論は多胎育児支援に限定されるものではなく、健康課題のある多くの集団に共通する。

その際に重要だと考えられるのは物心両面からの社会環境の整備である。量的、質的な調査研究により妊娠期から育児期の育児破綻リスクが明らかになったとしても、個人の努力に基づくリスク予防には限界がある。即ち、予防は個人のみで実現できるものではなく、社会環境の整備が必要だというのが現在の公衆衛生学的な認識である。自己責任論だけでは公衆衛生学的に見て効果の大きな育児破綻の予防は実現できない。健康日本21(第二次)や健やか親子21(第2次)においても、基本戦略として、個人の努力とともに個人を取り巻く社会環境の改善を前面に打ち出しているのはこのためである。基盤環境整備について重要なことはユニバーサルデザインという考え方である。現状では、多胎育児家庭の育児状況は物理的にも精神的にもバリアだらけである。バリアフリーの考え方によってそのバリアを少しでも除いていく必要がある。しかしそれだけでは十分ではない。今後はユニバーサルデザインへと発想を広げ、多胎育児家庭に限定せずに育児困難感や、健康課題を感じるあらゆる(育児)家庭に対して利用しやすい社会環境の整備、母子保健(育児支援)施策やプログラムを考えるべきであろう。

ソフト面での課題は、精神的なケア、特に医療現場での精神的なケアの充実である。前述した2010～2011年実施の全国調査においても、満足しない妊娠・出産の割合は単胎妊婦より2倍程度多く、その最大の理由は医療職からの精神的サポートの不足である。妊娠期の満足度はその後の育児に与える影響が大きいことも明らかである。国の母子保健施策においてもたびたび「妊娠期から」「切れ目のない」という表現が使われる。多胎育児家庭は不妊治療、妊娠・出産を通じて最初に医療機関と関わりと同時に、多胎妊娠の場合、特に医療への依存度が高い。臨床という特別な場面が与える影響も大きく、多胎育児支援における産科医・助産師への期待は大きい。医療機関との連携や妊娠期からの支援の重要性はたびたび指摘されるが、現実には遅々として進んでいない。また、特定の医療機関での充実した取り組みだけが繰り返し紹介されやすい。組織的な支援が実施される場合でも、大半は院内での活動止まりである。院内でのピアサポート活動など、ごく一部の先進的な取り組みを除いて、当事者組織との連携は少ない。医療機関と自治体保健師との連携がある場合でも当事者が不在であることが多く、多職種連携として多胎育児当事者、民間の多胎育児支援者が関わる取り組みは少ない。これでは、多胎育児に伴う困難感の本質的理由は理解できない。

また、個別の多胎育児支援活動では、特別なニーズ(例えば、疾病・障がい(先天異常、脳性麻痺、発達障害等)、児との死別、離婚による片親、三つ子以上など)のある多胎育児家庭に対するケアも重要である。人口動態統計が示す通り多胎育児家庭では妊娠中や乳児期に児が死亡する頻度が単胎育児家庭よりも明らかに高い。しかし、国内において多胎育児家庭に特化した組織的な取り組みは一部の例外を除き殆ど見られない。特別なニーズへの支援を行うには、関連諸団体と連携を組み、情報を交換・共有・提供できるだけの広域の地域多胎ネットワークの構築が前提であろう。これらの課題の一部は、支援の底上げが達成されることで徐々に解消していくことが期待される。

おわりに

以上、調査研究の結果を基に述べてきたように、多胎育児家庭では医学的リスク、公衆衛生学的なリスクが高く、家庭全体がハイリスクであるといえる。その多くは全国に散在する多胎サークルおよびそのネットワークを中心に、当事者とその支援者が協働してボトムアップ型で進められてきた歴史的経緯がある。一方、公的支援は限られており、また都道府県格差が著しいことも明らかになっている。全国どこにいても安心して多胎育児に専念できる社会的基盤の整備が必要である。多胎育児家庭に提供できるサービスが多様になりつつある現在、妊娠期から継続的に支援するプログラムを展開することが望まれる。

本文を執筆中に「三つ子」家庭において虐待事件が発生し、その後、被虐待児が死亡するという悲しい事件が報道された。現段階で詳細は不明であるが、このような事件が今後起きることがないように早急な対応が望まれる。

参考文献

第1章作成に当たっては下記の文献をベースにしつつ、最新のデータを基に書き改めている。文献の多くは日本多胎支援協会のホームページから入手可能である。

- 1) 大木秀一, 彦 聖美: 日本における多胎育児支援の歴史の変遷と今日的課題. 石川看護雑誌, 14, 1-12, 2017.
- 2) 大木秀一, 彦 聖美: 多胎家庭を対象とした育児支援と研究の両立. 石川看護雑誌, 13, 11-20, 2016.
- 3) 大木秀一: 多胎児を産み育てる家族の課題とその支援. 月刊 母子保健, 第 670 号, 4-5, 2015.
- 4) 大木秀一: 多胎妊娠の医学的知識と多胎家庭の現状に沿った支援. 助産雑誌, 68(4), 290-295, 2014.
- 5) Syuichi Ooki: Characteristics of Fatal Child Maltreatment Associated with Multiple Births in Japan. Twin Research and Human Genetics, 16(3), 743-750, 2013.
- 6) Syuichi Ooki: Fatal Child Maltreatment Associated with Multiple Births in Japan: Nationwide Data between July 2003 and March 2011. Environmental Health and Preventive Medicine, 18(5), 416-421, 2013.
- 7) 大木秀一, 彦 聖美: 多胎児の成長発達の特徴と育児支援. BIRTH, 1(7), 89-97, 2012.
- 8) 大木秀一: 多胎児の親に対する支援 - 「日本多胎支援協会」立ち上げの立場から -. 母性衛生, 52(1), 50-55, 2011.
- 9) 大木秀一, 彦 聖美: 多胎出産の動向とこれからの多胎育児支援. チャイルドヘルス 13(10), 4-7, 2010.
- 10) 大木秀一, 彦 聖美: なぜ双子(多胎児)が生まれるか. ペリネイタルケア, 29(7), 10-15, 2010.
- 11) 大木秀一, 彦 聖美: 多胎児の成長・発達. 周産期医学, 40(3), 385-389, 2010.
- 12) 大木秀一: 多胎育児支援の現状と乳幼児健診. 小児科臨床, 62(12), 309-316, 2009.
- 13) 大木秀一: 多胎児家庭支援の地域保健アプローチ. ビネバル出版, 東京, 225p, 2008.
<http://jamba.or.jp/books/>
- 14) 大木秀一: 多胎児家庭の育児に関するアンケート調査 分析結果報告書. 2013 年 2 月,
<http://jamba.or.jp/pdf/JAMBA.HPquestionnaire.pdf>
- 15) 大木秀一: 2015 年全国多胎サークル調査 結果報告(第 1 報). 2016 年 2 月,
http://jamba.or.jp/pdf/2015_Survey%20Report.compressed.pdf