

母子看護

- 母性の看護
- 小児の看護

母子看護

前原	澄子	京都橘大学名誉教授，千葉大学名誉教授
安水	洸彦	草加市立病院副院長
中村	慶子	愛媛大学医学部看護学科教授
藤沢	康司	藤沢こどもクリニック院長



目次

母性の看護

第 1 章 母子看護を学ぶにあたって	前原澄子 2
母子の健康に影響する出生前の因子 ... 3	D 胎児の成長 5
A 遺伝子の異常 4	母子の健康に影響する出産時の因子 ... 5
B 染色体の異常 4	母子の健康に影響する出生後の因子 ... 5
C 胎芽病, 胎児病 4	健康な母性の発達に影響する因子 ... 6
第 2 章 母性の看護概論	8
1. 母性看護を学ぶ目的 前原澄子 8	2. 社会における母性 16
2. 母性看護の特徴 8	母子保健の現状と動向 前原澄子 17
母性の特徴 10	A 母子保健の発達 17
A 身体的特徴 安水洗彦 10	1. 古代～近代 17
1. 年代による変化 10	2. 母子保健行政のあゆみ 18
2. 性周期（月経周期）の存在 11	B 母子保健の現況 19
3. 妊娠・分娩・授乳機能の存在 12	1. 主な母子保健統計 19
4. 解剖学的特徴 13	2. 母子保健対策の現状 22
5. 妊娠・分娩に伴う合併症 13	母性各期の特徴と看護 27
6. 女性性器・乳房の悪性腫瘍（悪性 新生物） 14	A 思春期 27
7. 健康面での男女差 14	1. 思春期の特徴 27
8. 女性における受胎調節 14	2. 思春期女性の看護 29
9. 女性好発疾患 14	B 成熟期 33
B 精神的特徴 前原澄子 15	1. 成熟期の特徴 33
1. “育てられる”母性 15	2. 成熟期女性の看護 33
2. 母性の精神的特徴 15	C 更年期 38
C 社会的特徴 15	1. 更年期の特徴 38
1. 家族のなかにおける母性の役割 15	2. 更年期女性の看護 39
	D 老年期 40
第 3 章 正常な妊婦，産婦，褥婦および新生児の看護	41
妊 娠 安水洗彦 41	2. 妊娠の成立 41
A 妊娠の生理 41	3. 性の決定 42
1. 妊娠および妊婦，産婦の定義 41	4. 胎児の発育 43

5. 胎児付属物	46	1. 新生児の定義	73
6. 胎児の血行(胎児循環)	48	2. 新生児の状態	73
7. 妊娠による母体の変化	48	妊婦, 産婦, 褥婦および新生児の看護 前原澄子 75	
B 妊婦の診察	51	A 妊婦の看護	75
1. 妊娠の徴候	51	1. 健康診査	76
2. 妊娠の診断法	52	2. 保健指導	76
3. 子宮の大きさの変化	54	3. 妊婦の心理的特徴と看護	80
4. 胎児の位置	55	4. 母親役割獲得	82
5. 分娩予定日とその計算法	55	B 産婦の看護	82
6. 妊娠期間の表現法	56	1. 入院時の看護	83
7. 妊婦の診察法	57	2. 分娩第1期の看護	84
分 娩	59	3. 分娩第2期の看護	85
A 分娩の生理	59	4. 分娩第3期の看護	86
1. 分娩の定義	59	5. 分娩直後の看護	87
2. 分娩の3要素	60	6. 分娩に必要な設備と備品	87
3. 分娩の経過	62	7. 産婦の心理的特徴と看護	87
B 分娩監視	66	C 褥婦の看護	90
C 分娩準備教育と産痛緩和法	66	1. 観 察	90
1. 自然分娩法(リード法)	68	2. 清 潔	91
2. 精神予防性と痛分娩法	69	3. 休息と運動	91
3. ラマーズ法	69	4. 産褥体操	92
4. その他の方法	69	5. 便 通	92
D 産科麻酔	69	6. 授乳指導	92
産 褥	70	7. 退院指導	93
A 産褥の生理	70	8. 褥婦の心理的特徴と看護	94
1. 産褥の定義	70	D 新生児の看護	95
2. 性器の回復	70	1. 出生直後の新生児の看護	95
3. 乳房の変化	71	2. 新生児室制と母児同室制	97
4. 全身の変化	72	3. 新生児医療	98
新生児	73		
A 新生児の生理	73		

第4章 妊婦, 産婦, 褥婦および新生児にみられる異常

安水洗彦 101

妊娠の異常	101	2. 妊婦貧血(妊娠性貧血)	106
A 妊娠初期の異常	101	3. 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)	106
1. 妊娠悪阻	101	4. 前置胎盤	107
2. 流産・切迫流産	102	5. 常位胎盤早期剝離	108
3. 胞状奇胎	103	6. 子宮内発育遅延	109
4. 子宮外妊娠	103	7. 羊水過多症, 羊水過少症	109
5. 多胎妊娠	104	8. 前期破水	110
B 妊娠中・後期の異常	105	9. 過期妊娠	110
1. 早産・切迫早産	105		

C 妊娠中の母体・胎児に影響を及ぼす疾患	110	産褥の異常	120
1. 感染症	110	1. 産褥熱	120
2. 心疾患	111	2. 子宮復古不全	120
3. 糖尿病	112	3. 産褥静脈血栓症	121
4. 腎疾患	112	4. 乳腺炎	121
5. 婦人科疾患	113	5. 乳汁分泌不全	122
分娩の異常	113	6. 産褥期精神障害	122
1. 胎児および胎児付属物の異常	113	新生児の異常	122
2. 産道の異常	115	1. 新生児仮死	122
3. 娩出力の異常	116	2. 感染症	123
4. 分娩時の母体損傷	116	3. 分娩による児の損傷	124
5. 児娩出後の異常	117	4. 重症黄疸	125
6. 産科ショック・播種性血管内凝固 (DIC) 症候群	118	5. 新生児メレナ	126
7. 異常分娩時の産科手術	119	6. 嘔吐	126
8. 分娩誘発	119	7. 臍部の異常	126
		8. 低出生体重児	127
		9. 先天異常	127

第5章 妊婦，産婦，褥婦および新生児の異常と看護

前原澄子 130

妊娠の異常と看護	130	分娩の異常と看護	134
1. 妊娠悪阻	130	1. 胎勢の異常，児頭の回旋異常	134
2. 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）	130	2. 骨産道（骨盤）の異常	134
3. 前置胎盤	131	3. 軟産道の異常	134
4. 流産	132	4. 微弱陣痛	134
5. 切迫早産	132	5. 分娩時の損傷	134
6. 人工妊娠中絶	133	6. 第3期以降の異常	135
7. 子宮外妊娠	133	産褥の異常と看護	135
8. 分娩予定日を過ぎた妊婦への看護	133	1. 産褥熱	135
9. 妊娠性貧血の予防，看護	133	2. 子宮復古不全	135
		3. 乳房の異常	135
		新生児の異常と看護	136

小児の看護

第1章 小児の看護概論

138

小児看護の特徴	中村慶子	138	B 小児期の小児看護の特徴	138
A 小児の特徴		138	C 小児看護の役割	139

D	小児看護の特徴	139	C	成長・発達の評価	161
E	小児看護のあり方	140	1.	成長の評価	161
F	小児看護の課題	140	2.	発達(精神発達)の評価	165
	小児保健の動向	藤沢康司 141		小児の栄養	165
A	小児の保健と福祉	141	A	小児の栄養の特徴	165
1.	児童福祉法	141	B	食事摂取基準	166
2.	児童福祉施設	142	C	乳児の栄養	166
3.	母子保健法	142	1.	母乳栄養法	166
4.	主な小児保健対策	142	2.	人工栄養法・混合栄養法	168
5.	学校保健	145	3.	離乳	168
B	小児の衛生統計	147	D	幼児の栄養	170
1.	小児の死亡率とその原因	147		小児の養護	中村慶子 170
2.	低出生体重児の年次推移	150	A	衣服	170
C	小児保健の今後の方向	151	B	食事	171
	小児の解剖・生理	152	1.	母乳栄養	171
A	小児の解剖学的特徴	152	2.	人工栄養	172
1.	頭蓋	152	3.	離乳食の与え方	173
2.	胸郭	152	4.	幼児食の与え方	174
3.	身体各部の均衡	152	5.	学童期の食事	175
4.	生歯	152	C	睡眠	175
5.	骨の発育(化骨)	153	1.	寝具・寝衣	175
6.	体表面積	153	2.	乳幼児の寝かせ方	175
7.	各臓器の発達	154	D	排泄	176
B	小児の生理的特徴	154	E	清潔	176
1.	消化と吸収	154	1.	乳児の沐浴	176
2.	排泄	155	2.	幼児の入浴	177
3.	呼吸	155	3.	清拭	177
4.	脈拍と血圧	155	F	居室	178
5.	血液	156	G	外気浴・日光浴	178
6.	体温	157	H	遊び	178
7.	睡眠	157	1.	遊ばせ方	179
8.	免疫	157	2.	玩具の選び方	179
	小児の成長・発達	157	3.	テレビやビデオ	179
A	小児期の分類	157	I	抱く	179
B	小児の成長・発達	158		小児の疾病予防・予防接種	藤沢康司 179
1.	成長	158			
2.	運動発達・精神発達	159			

第2章 主な小児疾患

藤沢康司 182

	新生児の疾患	182	1.	軟部組織の損傷	183
A	新生児の特徴	182	2.	骨折	184
B	分娩外傷および出血	183	3.	末梢神経の損傷	184

4. 新生児の出血	185	1. 心室中隔欠損症	208
C 新生児の適応障害	186	2. 心房中隔欠損症 (2次中隔欠損症)	208
1. 無酸素性障害	186	3. 房室中隔欠損症 (心内膜床欠損症)	209
2. 代謝異常	188	4. 動脈管開存症	209
3. 新生児黄疸	189	5. ファロー四徴症	210
D 出生後にみられる新生児の感染症	191	6. 肺動脈弁狭窄	210
1. 臍の感染	191	7. 大動脈弁狭窄	211
2. 皮膚の感染	191	8. 大動脈縮窄	211
3. 新生児の敗血症	191	9. 完全大血管転位	211
4. 髄膜炎	192	10. 総肺静脈還流異常	212
5. 呼吸器の感染症	192	11. 三尖弁閉鎖	212
6. 新生児破傷風	192	B 後天性心疾患	213
7. 新生児眼炎	193	1. リウマチ性心疾患	213
E 低出生体重児 (未熟児)	193	2. 感染性心内膜炎	213
1. 未熟児の生理的特徴と養護に必要な配慮	193	3. 心筋炎	213
2. 未熟児の疾患	194	4. 心外膜炎	214
F 過期産児 (過熟児)	195	5. 心筋症	214
G 子宮内発育遅延児とSFD児	195	6. 不整脈	214
H 双胎間輸血症候群	196	7. 起立性調節障害	215
乳児栄養障害	196	消化器系の疾患	216
A 栄養障害の原因	196	A 口腔疾患	216
B 乳児栄養失調症	196	1. 口角炎 (ペルレーシュ)	216
C ビタミン欠乏症とビタミン過剰症	197	2. 口内炎	216
1. ビタミン欠乏症	197	3. 鵝口瘡 (口腔カンジダ症)	216
2. ビタミン過剰症	199	4. 舌の疾患	217
呼吸器系の疾患	200	B 食道疾患	217
A 上気道の疾患	200	1. 先天性食道閉鎖と食道・気管瘻	217
1. 感冒 (かぜ症候群)	200	2. 胃食道逆流症	217
2. 急性咽頭炎	200	C 胃の疾患	218
3. 扁桃炎	201	1. 肥厚性幽門狭窄症	218
4. 急性喉頭炎	201	2. 胃・十二指腸潰瘍	218
5. 先天性喉頭喘鳴	202	D 腸の疾患	218
B 下気道の疾患	202	1. 急性胃腸炎, 急性大腸炎 (乳児下痢症)	218
1. 急性気管支炎	202	2. 炎症性腸疾患	219
2. 喘息様気管支炎	202	3. 消化管閉塞 (イレウス)	220
3. 急性細気管支炎	203	4. 急性虫垂炎	221
4. 肺炎	203	E 汎発性腹膜炎	221
C 胸膜の疾患	205	F 肝, 胆道疾患	222
1. 気胸	205	1. ウイルス性肝炎	222
2. 胸膜炎	206	2. 乳児肝炎	224
循環器系の疾患	207		
A 先天性心疾患	207		

3. 先天性胆道閉鎖症	224	菌)	240
4. 先天性胆道拡張症	224	4. ジフテリア	240
G ヘルニア	225	5. 破傷風	241
1. 臍ヘルニア	225	6. 百日咳	241
2. 鼠径ヘルニア	225	7. 敗血症	242
血液の疾患	225	8. 化膿性髄膜炎	242
A 貧血	225	9. 細菌性赤痢	243
1. 鉄欠乏性貧血	225	10. サルモネラ感染症	243
2. 失血性貧血(出血性貧血)	226	11. 大腸菌性胃腸炎	243
3. 溶血性貧血	226	12. 腸炎ピブリオ胃腸炎	244
4. 再生不良性貧血	227	13. カンピロバクター腸炎	244
B 白血球系疾患	228	14. 小児結核症	244
1. 白血球減少症	228	B クラミジア感染症	246
2. 白血病	228	1. 新生児, 乳児クラミジア感染症	246
C 出血性疾患	229	2. オウム病	246
1. 後天性の血液凝固障害	230	3. 肺炎クラミジア	246
2. 血漿因子の先天性欠乏	231	C マイコプラズマ感染症	246
3. 血小板減少症	231	D スピロヘータ感染症	246
4. 血管性紫斑病(アレルギー性紫斑病, シェーンライン-ヘノッホ紫斑病)	232	1. 先天梅毒	246
免疫・アレルギー疾患, 膠原病	232	E ウイルス感染症	247
A 免疫不全症	233	1. インフルエンザ(流行性感冒)	247
1. 原発性免疫不全症候群	233	2. 麻疹	247
2. 後天性免疫不全症候群	234	3. 風疹	248
B アレルギー疾患	234	4. 突発性発疹症	249
1. 気管支喘息	234	5. 伝染性紅斑	249
2. アトピー性皮膚炎	235	6. 水痘・带状疱疹	250
3. アレルギー性鼻炎	236	7. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	251
4. アナフィラキシー	236	8. 単純ヘルペスウイルス感染症	251
C 膠原病	236	9. コクサッキーウイルス感染症・エコーウイルス感染症	251
1. リウマチ熱	236	10. ロタウイルス感染症(乳児嘔吐下痢症)	253
2. 小児特発性関節炎(若年性関節リウマチ)	237	11. アデノウイルス感染症	253
3. 全身性エリテマトーデス	237	12. ポリオ(急性灰白髄炎)	254
4. 血管性紫斑病	237	13. ウイルス脳炎	254
5. 急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群(川崎病)	238	14. RSウイルス感染症	255
感染症	239	15. 伝染性単核症	255
A 細菌感染症	239	F 寄生虫症	255
1. 溶血性レンサ球菌感染症	239	1. 回虫症	255
2. 猩紅熱	239	2. 蟻虫症	256
3. ブドウ球菌感染症(黄色ブドウ球		3. 鉤虫症	256
		4. 日本住血吸虫症	256

内分泌疾患	256	2. 慢性腎不全	268
A 下垂体機能低下症	256	E 腎・尿路奇形	268
1. 汎下垂体機能低下症	257	F 尿路感染症	268
2. 成長ホルモン欠損症ないし分泌不全性低身長症(下垂体性小人症)	257	G 精巣・陰嚢の疾患	268
3. 尿崩症	257	1. 停留精巣(停留睾丸)	268
4. その他の下垂体機能低下症	257	2. 陰嚢水腫(精索水腫)	269
B 甲状腺疾患	257	神経・筋疾患	269
1. 甲状腺機能低下症	258	A 痙攣性疾患	269
2. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)	258	1. 熱性痙攣	269
C 副甲状腺疾患	258	2. てんかん	269
1. 副甲状腺機能低下症	259	3. 憤怒痙攣(泣き入りひきつけ)	271
2. 副甲状腺機能亢進症	259	B 脳血管障害	271
D 副腎疾患	259	1. 急性小児片麻痺	271
1. 副腎皮質機能不全症	259	2. 頭蓋内出血	271
2. クッシング症候群	260	C 急性脳症	272
3. 先天性副腎皮質過形成・副腎性器症候群	260	1. 急性脳症	272
E 性腺の異常	260	2. ライ症候群	272
1. 思春期早発症(性早熟症)	260	D 皮膚・神経症候群	272
2. 思春期遅発症	261	1. 結節性硬化症	272
代謝性疾患	261	2. スタージ-ウェーバー症候群	272
A 糖質代謝異常症と肥満	261	3. フォン・レックリングハウゼン病(神経線維腫症)	273
1. 糖尿病	261	E 神経系の奇形	273
2. アセトン血性嘔吐症(周期性嘔吐症)	262	1. 小頭症	273
3. 肥満症	263	2. 水頭症	273
B 水電解質代謝異常症	263	3. 狭頭症(頭蓋骨早期癒合症)	273
1. 脱水症	263	4. 二分脊椎・脊椎破裂	273
2. 酸塩基平衡障害	265	F 神経変性疾患	273
腎・泌尿器系の疾患	265	1. 灰白質の変性疾患	273
A 腎・糸球体疾患	265	2. 白質の変性疾患	274
1. 急性糸球体腎炎(溶血性レンサ球菌感染後急性糸球体腎炎)	265	3. 脊髄性筋萎縮症1型(ウェルドニッヒ ホフマン病)	274
2. その他の急性腎炎症候群	266	G 急性多発性神経炎(ギラン バレー症候群)	274
3. 慢性糸球体腎炎	266	H 脳性麻痺	274
4. ネフローゼ症候群	266	1. 痙直型	274
B 腎尿細管疾患	267	2. 不随意運動型	275
C 体位性たんぱく尿(起立性たんぱく尿)	267	3. その他	275
D 腎不全	267	I 精神遅滞	275
1. 急性腎不全	267	J 若年型重症筋無力症	276
		K 筋ジストロフィー	276
		1. デュシェンヌ型およびベッカー型筋ジストロフィー	276

2. 顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー	276	C 胎芽病と胎児病	283
3. 福山型先天性筋ジストロフィー	276	小児期の悪性固形腫瘍	284
L 精神・心身医学疾患	277	A 小児期の悪性腫瘍の特徴と治療戦略	284
1. 小児自閉症	277	B 小児期の主な固形腫瘍	284
2. 注意欠陥/多動性障害	277	1. 神経芽腫	284
3. 言語発達遅滞	277	2. ウィルムス腫瘍	285
4. 摂食障害・神経性食思不振症	278	3. 肝芽腫	285
5. チック	278	4. 網膜芽腫	285
6. 過換気症候群	278	5. 骨・軟部腫瘍	286
7. 不登校	278	6. 悪性リンパ腫	286
8. ヒステリー	279	7. ランゲルハンス細胞組織球症	286
9. 行為障害	279	8. 脳腫瘍	287
出生前疾患	279	その他の小児疾患	288
A 染色体異常症	279	A 外科系疾患	288
1. 常染色体異常症	279	1. 新生児および乳児期に治療を要する外科疾患	288
2. 性染色体異常症	280	2. その他の外科疾患	289
B 先天性代謝異常症	281	B 整形外科疾患	289
1. アミノ酸代謝異常	281	C 皮膚疾患	290
2. 糖代謝異常	282	D 眼科疾患	290
3. ムコ多糖代謝異常症	282	E 耳鼻咽喉科疾患	291
4. 脂質代謝異常症(リビドーシス)	283	F 乳幼児突然死症候群	292

第3章 小児疾患患児の看護

中村慶子 293

小児の診療介助と看護	293	1. 採尿	313
A 病児の世話	293	2. 蓄尿, 尿量測定	313
1. 外来での対応	293	I 浣腸	313
2. 入院時の対応	294	J 体温調節	313
3. 入院中の世話	296	K 酸素療法	315
4. 退院時の対応	303	L 経管栄養	316
5. 小児へのブレパレーション	304	M 抑制, 固定	318
小児看護の特殊技術	304	特殊な問題をもつ小児の看護	318
A 診察の介助	304	A 安静を要する児	318
B 身体計測	305	B 隔離を要する児	318
C 体温, 呼吸, 脈拍, 血圧の測定	307	C 食事制限のある児	319
D 与薬	308	D 牽引中の児	319
E 注射	309	E ギブス包帯中の児	319
F 採血	311	F 手術の必要な児	320
G 穿刺	312	G 危篤状態の児	321
H 採尿・蓄尿	312	H 児の死後の処置	321

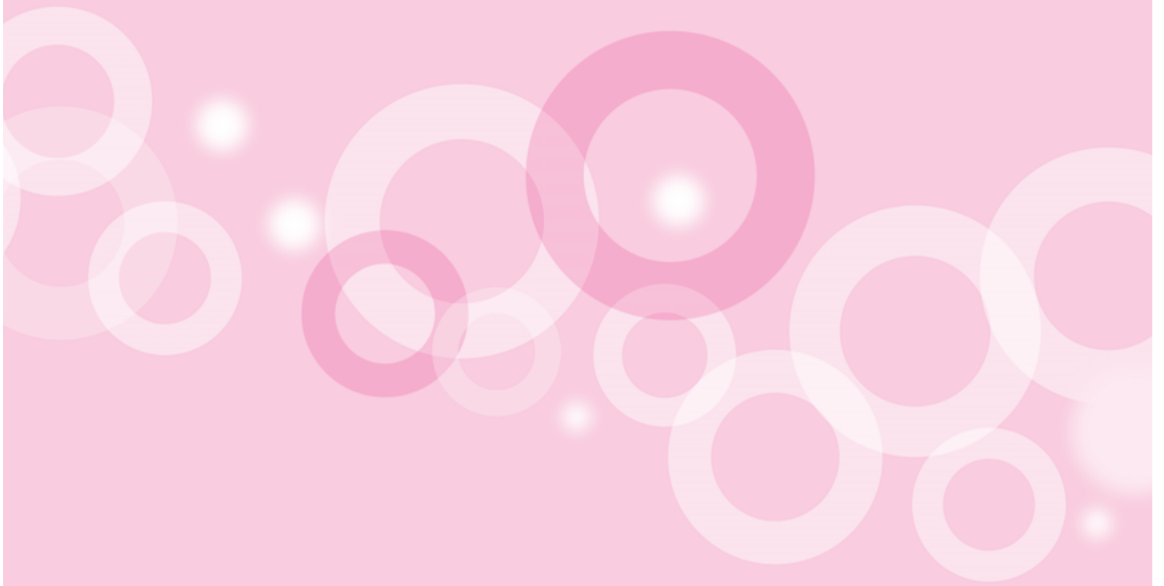
主な症状に対する看護	322	3. 血友病	341
1. 不機嫌, 不活発	322	4. 白血病	341
2. 啼泣	322	G 感染症患児の看護	342
3. 疼痛	323	1. 猩紅熱	342
4. 発熱	323	2. ジフテリア	342
5. 痙攣	323	3. 百日咳	342
6. 嘔吐	324	4. 破傷風	343
7. 便秘	325	5. 赤痢, 疫痢	343
8. 下痢	325	6. 化膿性髄膜炎	343
9. 脱水	326	7. 麻疹	343
10. 浮腫	327	8. 風疹	344
11. 発疹	327	9. 水痘	344
12. 意識障害	328	10. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	344
13. 黄疸	329	11. 小児結核症	344
14. 出血	329	12. ポリオ	345
15. 貧血	330	13. 日本脳炎	345
16. 呼吸困難	330	H 内分泌および代謝異常患児の看護	345
17. チアノーゼ	331	1. 肥満	345
主な小児疾患患児の看護	331	2. 糖尿病	346
A 低出生体重児(未熟児)の看護	332	I 泌尿器系疾患患児の看護	347
1. 低出生体重児の看護の原則	332	1. 急性糸球体腎炎	347
2. 低出生体重児の観察の要点	333	2. ネフローゼ症候群	347
3. 家族への対応	333	J 神経系疾患患児の看護	347
B 乳児栄養障害と看護	334	1. てんかん	347
C 呼吸器系疾患患児の看護	334	2. 脳性麻痺	348
1. かぜ症候群	334	3. 脳腫瘍	348
2. 肺炎	335	K その他の小児疾患患児の看護	348
3. 気管支喘息	335	1. 先天性消化管閉鎖症	348
D 循環器系疾患患児の看護	336	2. 全身性エリテマトーデス(SLE)	349
1. 先天性心疾患	336	3. アトピー性皮膚炎	349
2. リウマチ熱	337	4. 先天性股関節脱臼	350
3. 川崎病(MCLS)	337	5. 先天性筋性斜頸	350
E 消化器系疾患患児の看護	338	6. 唇裂, 口蓋裂	350
1. 口内炎, 驚口瘡	338	7. 知的障害	350
2. 肥厚性幽門狭窄症, 幽門痙攣症	338	8. 不登校	351
3. 肝炎	338	小児の救急と看護	351
4. 先天性胆道閉鎖症	339	A 救急室	351
5. 腸重積症	339	1. 救急室の整備	352
6. 周期性嘔吐症(自家中毒症)	339	2. 使用物品	352
7. 鼠径ヘルニア	340	3. 感染症患児の取扱い	352
F 血液疾患患児の看護	340	B 救急処置と看護	353
1. 鉄欠乏性貧血	340	1. 呼吸停止	353
2. 血小板減少性紫斑病	340		

2. 心停止	355	7. 圧 迫	359
3. 異 物	356	8. 食中毒	359
4. 誤飲・誤嚥	356	9. ガス中毒	359
5. 外 傷	357	10. 熱射病・日射病	359
6. 熱 傷	358	11. その他	360

 索引	361
--	-----

母子看護

母性の看護



■ 母性の看護

第

1

章

母子看護を学ぶにあたって

▶ 学習の目標

母性看護に必要な用語を理解する。
 母子の健康に影響する出生前の因子を学ぶ。
 母子の健康に影響する出産時の因子を学ぶ。
 母子の健康に影響する出生後の因子を学ぶ。
 母性の発達に影響する因子を学ぶ。

1 種族保存

健康で幸せな一生を過ごすことは、だれもが望むことであり、人間の生活の基本であり、皆そのためにいろいろな努力をしている。自分の一生が健康であることと、次の世代も健康に生まれ、健康に育つことも大きな願いである。人間だけでなく、生物はみな親は死滅しても子孫を残し、**種族を保存する機能**をもっている。つまり次の世代を残し、種族を繁栄させるのである。人間も次代を健康に生み育てることによって、家族、社会を発展させていくのであるから、この機能は、個人、家族にとって重要な課題である。

2 母性

子どもを生み育てるということに対しては、男性も女性も等しく関与するものであるが、女性は男性と異なり、自分のからだの中で胎児を育て、分娩するという役割をもっている。そのうえに、女性は、子どもが生まれると、深い母親の愛情をもって子を育む。すなわち、女性は生命を創造し、その生命を発達させる尊い役割をもっているのである。

この役割を果たすために、女性はからだの形態・機能や心理、行動に男性とは違う特徴を備えている。これらを総合して**母性**という。母性の健康は、直接的・間接的に次の世代の子どもの健康に影響を与える。したがって、次の世代の健康を保持・促進し、障害のある場合は、回復を助けるために看護者は母子を一体としてとらえ、母と子の生活過程を整えていくように援助しなければならない。

3 ライフサイクル

受精卵は分裂をしながら受精後 ~ 日で子宮内に着床^{ちやくしやう}して、受胎は成立し、ヒトの一生が始まる。その後、およそ37週間、子宮内で发育し続け、成熟児となって出生し、母体から独立する。出生後は身体的にも精神的にも成長・発達を続け、思春期を経て成人に達する。そしてまた次の世代を生み、育てるという繰り返し

返しが連続しているのであり、これを**ライフサイクル**とよぶ。

ヒトは、ライフサイクルを一回りして、次の世代を生み育てた後に、老年に向かい、一生を終わることになる。このライフサイクルが障害なく進行することが大切であるが、どの時点においても、健康が障害される危険性を有している。これらの危険を排除し、障害が起こることを予防し、起こったときは速やかに回復させることが、次の世代の健康につながるようになる。

4 リプロダクティブ・ヘルス

リプロダクティブ・ヘルス（reproductive health、性と生殖に関する健康）は、1994年にカイロで開催された“国際人口開発会議”においてその概念が提言、採択され、翌年の1995年に北京で開かれた“第 回世界女性会議”においても重要課題となったもので、女性の健康を守るために、日本政府においてもこの普及を目指した各種の政策に取り組んできている。

リプロダクティブ・ヘルスとは、“国際人口開発会議”で採択された定義によると「人間の生殖システム、その機能と過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す」とされている。

リプロダクティブ・ヘルスの基本要素は、避妊や不妊の適切な治療によって、望むときに女性の意志によって子どもをもつことができる、すべての女性にとって安全な妊娠と出産が保証される、すべての新生児が健康な小児期を享受できる、性感染症の危険のない性的関係をもてる、ことにある。

これらの条件が保証されることは基本的人権の一つであることから**リプロダクティブ・ヘルス/ライツ**（reproductive health/rights、性と生殖に関する健康と権利）と表現されることが多い。

このために看護者は、母子看護においてもリプロダクティブ・ヘルスを目標にしてその役割を十分に果たさなければならない。

5 母子看護の目的

母子看護は、こうした母性の特徴を理解し、ライフサイクルの各時点において、次の世代の健康に影響を及ぼす危険性はどのようなものがあるのかを判断し、それを防ぐことが目的である。母子看護においては、どのような点が重要であるかを以下では学習していく。

母子の健康に影響する出生前の因子

親子、兄弟で顔かたちが似かよっていたり、性格、体格が同じようであったりすると、**遺伝**だといわれる。しかし、親子、兄弟でもまったく性格や体格が異なったりする。これは、それぞれの個体は**遺伝的要因**のほかに、**環境要因**が複雑に

相互作用しながら、その特性をつくりあげているからである。心身の健康状態も、この両者が様々に関係しあってつくりあげられる。出生前につくりあげられる健康状態、特に**先天異常**はこの関係が大きく影響するものである。

A 遺伝子の異常

親から子に伝えられる形質発現のもとになる因子を**遺伝子**といい、その本体はDNA（デオキシリボ核酸）で、染色体にあることが知られている。この遺伝子の異常が主役となって起こる先天異常を**遺伝子病**という。遺伝子病は母親のもつ卵子のみでなく、父親のもつ精子も影響する。

両親から1個ずつ継承する常染色体上の対の遺伝子のうち、1個でも病的遺伝子があると発病する常染色体性**優性遺伝**と、1対の両方が同じ病的遺伝子であるとき発病する常染色体性**劣性遺伝**とがある（フェニルアラニン水酸化酵素の先天的欠損によって起こるフェニルケトン尿症はこの例である）。また、性染色体上の遺伝子による**伴性遺伝**がある。

B 染色体の異常

正常な場合は、22対44本の**常染色体**と2本の**性染色体**をもっている。これらの染色体の数に異常があったり、染色体の一部が切断していたり、他の染色体に転座していたりというように構造に異常がある場合を**染色体異常**という。21番目の染色体が1本多い21トリソミーによって起こる**ダウン症**はこの例である。

原因はよく解明されていないが、卵の荒廃、ウイルス、放射線などの影響が考えられている。

C 胎芽病，胎児病

妊娠中の母体に様々な環境因子が作用し、それが胎芽^{たいが}あるいは胎児に影響を及ぼすことで異常を起こすものである。これらは環境因子の影響であり、遺伝性のものではない。

妊娠の初めの1/3の時期に相当する期間は、胎児の各器官の原基が形成される時期で、この時期に、ウイルス、放射線、化学物質などが作用して起こる異常を**胎芽病**という。これの代表的なものとしては、サリドマイドによるアザラシ肢症（フォコメリー）、風疹ウイルスによる先天性風疹症候群がある。

器官形成後、出生までの時期に胎盤を介して化学物質、代謝物質、病原体などが影響して起こる異常を**胎児病**という。サイトメガロウイルスによる巨細胞性封入体症や、スピロヘータの経胎盤感染による先天梅毒などがある。

D 胎児の成長

人間の場合、受精卵から成熟児に至るまでの約38週間、胎児は母体内で急速な発育を遂げる。この発育に必要な栄養、酸素などは、すべて母体を介して摂取しているのである。先天異常を起こさないまでも、発育の良し悪しは、母体内の環境によって決定されていく。母体が摂取する栄養、酸素、薬物、アルコール、たばこ、母体の日常生活行動、心理的状況などが胎児の発育、出生後の健康に影響を与えていくのである。

妊娠中の疾患として重要視されている妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）、貧血、糖尿病あるいは早産、過期妊娠などは、母体の健康に障害を及ぼすと同時に、出生児の健康にも影響を与える。妊娠中はまさに母子一体なのである。

母子の健康に影響する出産時の因子

後に学ぶように、分娩は娩出力、産道、胎児およびその付属物が、複雑に関係しあって果たされるものである。それゆえに分娩が困難になり、母子の健康に影響を与える要因は多々存在する。

乳児死亡原因をみると、「周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害」が上位を占めることがわかるが、このことは、出産時の影響がいかに大きいかを物語っている。また、たとえ生命を救えたとしても、そのために健康に影響を及ぼすことも少なくない。たとえば、脳性麻痺を残したり、大量羊水吸引症候群、肺炎、頭蓋内出血などの障害を起こしやすい。これらの障害を起こすような分娩には、妊娠前からの母体の健康状態に起因するものも少なくない。

10時間内外の分娩時間は、子どもの長い将来を考えての時間である。分娩は苦痛を伴うが、短ければよいというわけではなく、そのあり方は追求されなければならない。また、産婦の看護のあり方によって次代の健康状態が左右されるといっても過言ではない。それほどに、分娩時における母子看護は重要なものである。

母子の健康に影響する出生後の因子

出生後、子どもが成長・発達していくためには、あらゆる悪い環境、すなわち感染、栄養障害、事故、社会的障害などから子どもを守り、身体的にも精神的にも健康な成人への道を歩ませなければならない。そのためには、子どもが成長す

る過程で多くの人々の援助を必要とするが、最も身近で、最も多くの援助をするのが母親である。

母親は、子どもを直接養育し、健康障害を起こさないように健康管理をし、子どもが病気になったら、いち早く発見し、日も早く回復するよう看護をする役割も果たす。そのために、母親の健康が障害され、十分子どもの養育にあたることができず、代替の人がいない場合は、子どもの養育には欠落が生じ、子どもの健康に影響を与えることになる。また、子どもが健康障害を起こした場合は、看護や心配のために、母親の心身に影響を与えることもある。母子の健康は、相互に影響しあうのである。

母親が心身ともに健康で、適切な方法で養育にあたることにより、子どもの成長・発達は健全に遂行され、健康な成人となり、次代の健康は保障される。母親の精神または身体に障害があり、望ましい養育が果たせなければ、子どもの健全な成長・発達に影響を与えるところは大きい。

子どもの成長・発達に与える母親の影響は、身体面のみでなく、情緒^{じょうちょ}、人格にも及ぶものである。母親または母親に代わるものによる母性的養育の不足や**母子分離体験**は、子どもの人格発達に悪い影響を与えるため、母親との温かい関係が人格の発達には不可欠であると、**愛着理論**を発表したボウルビイ (Bowlby, J.) は言っている。

その後、多くの研究により子どもの健全な発達には、母子関係がきわめて重要なことが報告され、母子関係の成立に、様々な努力が払われるようになってきている。

母親が愛情をもって子どもを抱き、なでる、頬^{ほお}ずりをすることによって、子どもは母親に愛着^{*}を抱き、これにこたえる。子どもの反応により母親は、またいっそうの愛情を抱く、といった**母子相互作用**によって母子関係は成立していく。そして、この望ましい母子関係が子どもの健康をつくりあげていくのである。そこに母子看護の真髄も存在する。以上のような望ましい育児環境や母子相互作用を確立するうえには、父親の育児への参加も大きな影響要因である。

健康な母性の発達に影響する因子

子どもの健康のために、母親の健康が重要であること、そのために母子看護が果たす役割が大きいことは、これまでに述べたとおりであるが、母子看護は、妊娠してから出発するのではない。健康な子どもを生み育てるためには、妊娠前か

* 愛着：乳児の愛着の発達は、主に人に向けられ、最初は人一般への愛着行動を示す。6～7か月では特定の人への愛着、すなわち人見知りをするようになる。また、母親との間に分離不安として表現される深い愛着を形成する。

らの心とからだの準備が必要である。女兒が出生し、成長・発達する過程で、母性としての心身の健全な成長・発達も遂げられなければならない。

身体面としては、妊娠、分娩、育児に耐えうる全身の健康とともに、母性機能の健全な遂行のための生殖器系の形態機能の発達が順調になされなければならない。

精神面としては、母子関係を成立させ、子どもを生育していくための母性の発達が大切である。ヒトの場合、本能としての母性を備えていることも確かであるが、心身の成長・発達に伴って母性は育てられていくのである。

母性の発達に影響する因子としては、人格の成熟、温かい人間関係（特に母親との関係）、育児の学習の機会などがあり、いろいろな因子が関係しあって、母性を発達させていくと考えられている。看護者は、母性の発達により影響が与えられるよう、積極的に働きかけることが必要である。

以上のように、健康な次世代は出生前、出生後をとおし、母と子の関係において育成されていくものである。このことを理解して母子看護を学んでいきたい。母と子は一体であり、一貫した看護が必要であるが、それぞれの特徴によって、母親に視点を当てた母性看護と、子どもに視点を当てた小児看護に分けることができる。母子看護の理念のうえに立って、それぞれを対象とした看護を以下で学習していこう。

学習の手引き

1. 母子看護で特に心がけなければならないことは何か説明してみよう。
2. 母性とは何を意味するか、また、人間の生活にどのような意味をもつのかについて考えてみよう。

■ 母性の看護

第2章 母性の看護概論

▶ 学習の目標

母性看護を学ぶ目的を理解する。
 女性の身体的特徴，精神の特徴，社会的特徴を理解する。
 母性看護の変遷，および母性保健の動向を理解する。
 思春期，成熟期，更年期，老年期の特徴を理解し，それぞれの時期の母性看護を学ぶ。

1．母性看護を学ぶ目的

母性とは，単に妊娠している女性，分娩をしている女性，子どもを育てている女性だけに特徴的に備わっているものではない。女性すべてが備えているものである。そして，母性はその機能を健全に果たすうえで，看護はどのような援助ができるのかを学ぶのが，母性看護を学ぶ目的である。

女性の一生は，次世代育成へのかかり方によって，それぞれ小児期，思春期（青年期），成熟期（壮年期），更年期，老年期の各期に分けられている。これらの時期には生理的な特徴はもとより，精神的にも社会的にもそれぞれの特徴があり，母性機能の発揮の仕方にも特徴がある。それぞれの時期の特徴をよく理解し，どのような問題点があるかを探ることが大切である。

妊娠，分娩は，最も劇的な母性機能の発揮の場面である。どのようにすれば妊婦，産婦，褥婦が，異常なく妊娠，分娩，産褥を経過できるかを考えなければならない。また，いろいろな器質的疾患や母性機能の異常などが起こる。それらの障害を除き，健康を回復させるため，最も適切な援助は何であるかを考えなければならない。

2．母性看護の特徴

母性看護も，根本的には他領域と同じ看護理論のうえに立つて行うわけであるが，さらに母性看護に特有な心がけが必要である。

特に心がけたいことをあげると以下の点になる。

1 ヘルスプロモーション

1986年の第1回国際会議において，WHOは公衆衛生の新しい概念としてヘルスプロモーションを「人々が自らの健康をコントロールし，改善することができ

るようにするプロセスである」と定義し採択された。

母性看護の対象の多くは、自らの健康レベルを高くコントロールしていかなければならない人々である。母性看護の役割のひとつは、対象である人々が、自らの健康をコントロールできるように健康教育をし、環境を整えるヘルスプロモーションである。

2 救急看護

妊娠・分娩・産褥の各期や新生児期には、母児の状態が急変し、救急医療が必要な事態が起こることがある。日頃より知識・技術の習得に努め、急変が起こったとき、速やかに医師、助産師、看護師に報告できるようにしなければならない。また、救急医療が行われるときは、医療チームの一員である准看護師としての責任が果たせるように救急看護の方法を学ばなければならない。

3 患者の心理的理解

疾患や異常が性器を中心とした部位であるため、患者は羞恥心しゅうちしんが強いことをまず知っておかなければならない。そして、精神的にも不安定であるから、とかく感情が高ぶりやすい。看護者のちょっとした言葉や動作が、意外なほど重大な影響を与えることがある。言葉づかいには十分注意を払い、常に温かく、思いやりのある態度で接し、終始誠意を込め、真面目まじめに看護することが大切である。乱暴な言葉づかいは、最も慎むべきことである。

患者の訴えを聞く際も、患者は恥ずかしさや不安からなかなか本当のことを話さず、隠したり偽りを言うことがある。看護者のやさしい態度や親身な言葉づかいで訴えやすい雰囲気をつくり、患者が医師の診察に協力できるようにすることが必要である。

4 精神的な援助

患者が主婦である場合、家庭においてもいろいろ問題が起こってくる。主婦の病気は、家庭全体を暗くし、家族をも不健康にすることが多いので、患者や家族の不安を和らげ、励まし、あるいは家族間の調整も必要となろう。家庭の状況は様々であるから、個々の患者のもつ問題点をよく理解し、医師と共に適切な援助を行わなければならない。

患者が未婚者である場合は、既婚者の場合とは異なった問題がある。羞恥心は既婚者よりも強く、将来の結婚や出産などに対する不安も強い。また、未婚期における母性疾患は、長く精神的・身体的負担として残ることがあるため、この時期の看護には、精神的援助が特に必要である。

以上、母性看護を徹底させるためには、まず対象との信頼関係の成立が何よりも必要である。そのためには、看護者は常に看護技術の向上を図り、人格の修養しゅうように努めなければならない。

5 秘密の保持

業務上知った対象および家族の秘密は、どのようなことがあっても口外してはならない（法律によっても決められている）。知り得た個人情報しゅうじょうは診断・治療に

のみ使用することを、あらかじめ対象に断わっておかなければならない。対象には、他人はもちろん、時には家族にさえ知られたくないことがある。対象が家族にも知られたくないことを訴えたとき、冷静に判断し、医師と相談し適切な方法をとる。対象の意思を常に尊重するとともに、後で家族の間に問題が起こらないためにも注意したい。

6 生命倫理と看護倫理

看護はどの実践領域においても、倫理の上に成り立ち、倫理を無視した看護はありえない。特に母性看護においては、生命に直接かかわることから、この点は重視していかなければならない。最近発展してきた、体外受精・顕微授精等の生殖医療や、人工妊娠手術・減数手術などの人為的生命操作についても、どのようなことが倫理的な問題になるのか、よく考えなければならない。

母性の特徴

ヒトを含め動物には2つの基本的本能がある。一つは自らの**生命維持**であり、もう一つは自らの種族の保存、すなわち生命の再生産である**生殖**である。そして自らの生命維持に関しては男女ほぼ同様であるが、生殖への関与の重要性については哺乳類以上の高等動物では男女（雌雄）間に明確な差がある。生殖の基本である妊娠、分娩、乳汁の分泌と授乳という機能は女性にしか備わっていない。この女性のみが保有している生殖上の特性、具体的には「現に母親としての、将来母親となるべき、および過去に母親として経験した特性」を**母性**という。

しかし、そもそも身体的および精神的な男女差が生じるのは生殖への関与の差のためなので、母性の特徴とは大きい意味では女性の特徴ということである。

A 身体的特徴

女性の身体的特徴すなわちヒトの男女間の身体的性差について理解しよう。これについて学習する際には、まず本シリーズ『第9巻 女性生殖器疾患患者の看護「第1章 構造と機能」』を参照されたい。

1. 年代による変化

加齢とともに成長そして老化していくことは男女共通であるが、月経という生理現象をもつ女性では、その一生を小児期・思春期（青年期）・成熟期（壮年期）・更年期・老年期に明確に区分することができる。

すなわち、女性は**初経**（月経の発来のこと、**初潮**ともいう）を迎えることにより、自らの成長を知り、母性を意識することになる。その後、成長とともに生殖

機能が完成し、月経は周期的となり、成熟期を迎える。そして月経の閉止（閉経）により、生殖機能の終了を実感する。

このように、月経という明確な生理現象により各年代を区分できるのが女性の特徴であり、疾病についても女性生殖器疾患のみならず他臓器疾患もそれぞれの年代に特有なものが多い。

2. 性周期（月経周期）の存在

成熟期の女性には一定の間隔で繰り返される性周期がある。女性の性周期は月経の発来によって自覚されるため月経周期ともよばれるが、正確には月経は性周期の結果として生じる現象である。女性の性周期は視床下部 下垂体 卵巢 子宮という各器官間の緻密で系統だった調節機序によって営まれていて、その調節機序に直接関与するのはそれぞれの器官から分泌されるホルモンである。

月経が始まるとほぼ同時に、視床下部からゴナドトロピン放出ホルモン（GnRH）が下垂体前葉へと放出されるようになり、その作用により下垂体前葉から分泌された卵泡刺激ホルモン（FSH）が、卵巢を刺激して卵胞を発育させる。卵胞の発育とともに卵胞からの卵胞ホルモン（エストロゲン）分泌が高まり、子宮内膜は増殖し、下垂体からの黄体化ホルモン（LH）分泌が上昇していく。卵胞が十分発育した時点でLH分泌が急上昇し、排卵が生じる。排卵後の卵胞は急速に黄体へと変化し、エストロゲンに加え黄体ホルモン（プロゲステロン）が分泌されるようになる。プロゲステロンの作用により、子宮内膜は分泌期とよばれる「腺管が拡大し、浮腫状となった状態」となり、受精卵の着床・発育の便宜を図る。妊娠が成立しなければ黄体は退縮して体内のエストロゲンとプロゲステロンのレベルは低下し、肥厚した子宮内膜が剥離・脱落して月経となる（図2-1）。

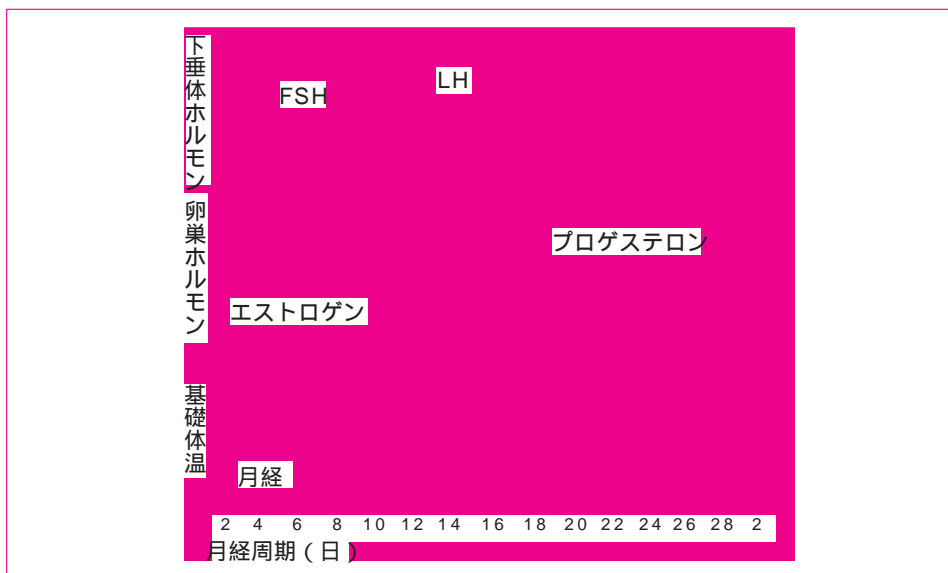


図2-1 月経周期とホルモン分泌、基礎体温の関連

1 母子看護を学ぶにあたり

2 母性の看護概論

3 正常な妊娠・産婦・胎児の看護

4 妊娠・産婦・胎児の異常

5 妊娠・産婦・胎児の異常と看護

1 小児の看護概論

2 主な小児疾患

3 小児疾患患児の看護

このような性周期は妊娠中および授乳期は一時的に中断するが、妊娠および授乳が終了すると、自然に回復して閉経までは維持される。

男性でも視床下部 下垂体 性腺系の調節機序は働いており、この機序により**精巢**（**睾丸**）で精子が形成されるとともに、**男性ホルモン（アンドロゲン）**が分泌される。しかし、男性では各器官からのホルモン分泌の周期的変化はない。

月経周期は、卵を成熟させ妊娠準備状態を作成することの繰り返しであり、母性の基本ともいえる。

1 月経

月経とは、一定の周期をもって反復する子宮内膜からの生理的出血である（このため俗に生理とよばれる）。もっと具体的にいうとエストロゲンとプロゲステロンが低下することによって生じる子宮内膜の**剥奪**であるが、これについては本シリーズ『第9巻 女性生殖器疾患患者の看護「第1章 -B-2 女性の性周期」』を参照されたい。女性が思春期に至ると、下垂体のゴナドトロピン（性腺刺激ホルモン）の分泌が増加し、卵胞の発育を促してエストロゲンの分泌を増加させる。これにより子宮が成長し、エストロゲンとプロゲステロンの変化に反応するようになり、月経が生じる（**初経**）。一方、卵胞は加齢とともに減少し、卵胞の消失とともに**卵巣のホルモン産生が停止**し、月経が消失する（**閉経**）。日本人女性における平均初経年齢は12歳、平均閉経年齢は51歳である。また、女性の平均月経間隔は世界的に28日とされ、これが月経異常の診断や後述の妊娠期間の算定に応用されている。

2 月経に伴う異常

月経そのものは生理的現象であるが、母性の観点からは非受精卵の流産と考えられ、軽重はあるにせよ月経時には様々な症状を伴うことが多い。

月経直前ないし月経時に起こる病的症状が**月経困難症**で、下腹痛、腰痛を主とし、**悪心**、**嘔吐**、**頭痛**、**下痢**、**脱力感**などの症状が現れる。また、身体的・精神的な**不定愁訴**が月経前7～10日から生じ、月経開始あるいは月経中に消失するのが**月経前症候群**（**月経前緊張症**）である。さらに**過多月経**、**頻発月経**は失血による貧血を生じる。

3 妊娠・分娩・授乳機能の存在

妊娠・分娩・授乳は女性にとって生理的現象であり、まさに母性の具体化と言ってよい。前述のように、女性には出産・育児のための様々な機能が備わっている。また、哺乳動物においては出産と育児が本能として組み込まれていることが証明されており、ヒトにおいても出産・育児という母性行動が、女性としての喜びや生きがいになることが多い。しかし、生理的現象といっても妊娠・分娩・授乳には様々な異常が生じることがあり、特に妊娠・分娩の異常は児のみならず、母体の生命を危険に陥れることがある。

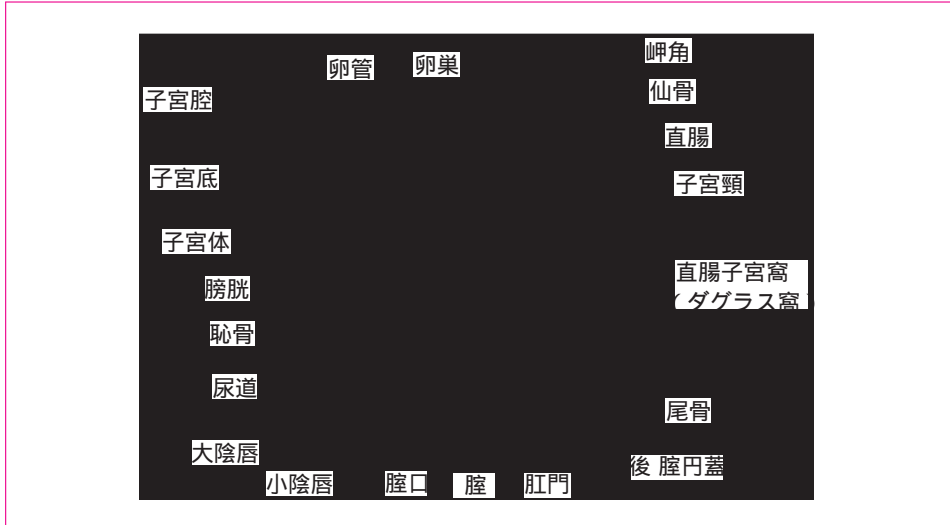


図2-2 女性性器の断面図

4．解剖学的特徴

解剖学的男女差は、ほとんどすべてが生殖への関与の差によって生じていると考えてよい。もちろん最大の違いは生殖臓器の種類と形態である(図2-2)。ただし、個々の臓器については本シリーズ『第9巻 女性生殖器疾患患者の看護「第1章 構造と機能」』にて詳しく説明しているのので、ここでは女性が生殖の主役となるゆえに、健康面で不利益となる部分について述べる。

女性は膣・子宮・卵管という経路により、腹腔が体外と交通している。このため外部から病原微生物が体内に容易に侵入し、性器や骨盤腔の炎症を起こしやすい。さらに性交、月経、分娩などの行為・現象は感染の危険を高める。感染によって生じた付属器炎や骨盤腹膜炎は生命を脅かすのみでなく、不妊の原因ともなる。

女性の尿道は短く、また、尿道口は膣口や肛門とも近接しているため、細菌が侵入して膀胱炎を起こしやすい。膀胱炎はさらに感染が上行することにより、腎盂炎を発生することがある。

膣というかなりの広さをもち、外部と交通する中空器官があるため、骨盤を形成する筋肉、靭帯などが弛緩すると子宮下垂、子宮脱、膀胱瘤、直腸瘤が生じる。分娩(特に難産)と加齢が危険因子となる。

母性の主要臓器である子宮、卵巢、乳房を構成する細胞は生物学的に活性が高く、そのためこれらの臓器には良性あるいは悪性の様々な腫瘍(新生物)が発生する。

5．妊娠・分娩に伴う合併症

母性を特徴づける妊娠・分娩・授乳は生理的現象であるが、ヒトではこの生理

1 母子看護を学ぶにあたって

2 母性の看護概論

3 正常な妊娠・産褥・胎前および新生児の看護

4 妊娠・産褥・胎前および新生児にみられる異常

5 妊娠・産褥・胎前および新生児の異常と看護

1 小児の看護概論

2 主な小児疾患

3 小児疾患患者の看護

的な妊娠現象に異常が生じやすく、様々な合併症が発生することが多い。また、何らかの障害をもつ母体では、妊娠による^{ふか}負荷が致命的になることがある。そのため妊娠・分娩は古来より女性の「生涯の一大事」と認識されていた。特に分娩時出血、分娩に伴う感染、妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）は母体死亡の三大原因とされ、多くの悲劇を生んできた。幸い、抗生物質の発見と改良、輸液・輸血法の導入、新生児・未熟児治療の技術向上などの医学の飛躍的な進歩により、ここ半世紀は母体および胎児・新生児死亡は激減した。その結果、「妊娠、分娩は安全なものである」という楽観的な「安全神話」も生まれつつある。しかし、一見正常と思えた妊娠・分娩経過が突如として、母児の生命を危険に陥れる事態に転じることは今なお変わりがない。

6．女性性器・乳房の悪性腫瘍（悪性新生物）

女性性器の悪性腫瘍^{しゅよう}発生率は、男性性器（前立腺、精巣など）に比してやや高く、より若年に発生する。2010（平成22）年のわが国の死因統計によると、女性の腫瘍死の原因として子宮がんが第7位、卵巣がんが第9位となっている。また、乳がんは男性にも発生するが、その頻度はきわめて少ないため、女性特有の腫瘍として扱われている。乳がんの死亡数は第5位である。特殊な悪性腫瘍として妊娠によって発生する^{じゅうもう}絨毛がん（p. 103「胞状奇胎」参照）がある。

7．健康面での男女差

上記のように、母性に関係する異常のため、女性特有の疾患が数多く存在する。しかし、このために女性が男性より病弱ということはなく、男性に好発する疾患のほうが数は多い。

過去のどの国、どの時代の統計をみても女性の平均寿命は男性より長く、特にわが国ではその差が年々拡大傾向にある。また、各年齢層において女性の死亡率は男性を下回っているし、全体としては悪性新生物による死亡率も低い。この理由についてはまだよくわかっていないが、母性行動における危険を担うため、体質的に女性は男性より安定した状態にあると考えられている。

8．女性における受胎調節

生殖の主役は女性であり、また、生殖に関する危険を背負うのも女性である。したがって、^{じゅつたい}受胎調節も女性側を中心とした方法が進歩してきた。経口避妊薬や子宮内避妊用具（IUD）など効果の高い受胎調節法はいずれも女性が使用するものである（p. 127 第4章章末 参考事項 参照）。

9．女性好発疾患

男女ともに罹患^{りかん}する可能性があるにもかかわらず、特に女性に多い疾患が知られている。たとえば、甲状腺機能亢進症^{こうしんしやう}（バセドウ病）、肥満^{たんせき}、胆石症、静脈瘤^{りゅう}、

雀卵斑（そばかす）・顔面黒皮症・進行性手掌角化症などの皮膚疾患、片頭痛、便秘などは女性に好発する。しかし、前述のように男性に好発する疾患のほうが多数である。近年、性差医学（ジェンダースペシフィックメディシン）の概念が発展するとともに、診断基準や治療法などにも性差が考慮されるようになってきた。

B 精神の特徴

母性の精神の特徴を把握しておくことは、母性の看護を行ううえで大切である。

1. “育てられる”母性

よく“女らしさ”とか、“母性愛”という言葉が使われるが、これは前述した身体的特徴と同じように、生まれながらにもっているものであろうか。一般に男性が、外向的、積極的、闘争的であるのに対して、女性は、内向的、消極的、温和的であるといわれる。これは、生物学的な男女間の差にもよるが、その多くは、在来の生活態度、すなわち男性は外で働き、女性は家庭を守ることや、生まれてからの母親らの育児態度、つまり男性は男らしく、女性は女らしくという育て方が影響してきたものと考えられる。

母性の精神の特徴は、単に生物学的存在としての側面だけでなく、その社会における女性への役割期待や家庭での育てられ方、人間関係など様々な因子が関係しあって育てあげられているものである。この点から考えて近年、男女共同参画の思想が定着しつつあるとはいえ母性を尊重し、母性意識をまっすぐに伸ばしうる、母性を育てる教育がいかに大切であるかがわかる。

2. 母性の精神の特徴

母性の精神の特徴は、内分泌環境に影響されるところが大きい。代表的なものが、性周期との関係である。月経前緊張症のように、黄体期に気分が緊張しいらしたり、興奮しやすくなったりなどである。

内分泌環境に影響を受けることから、後述するように、妊娠期・産褥期に特徴的精神状態を表すことがある。

しかし、これらは単に内分泌環境のみでなく、生活環境・性格傾向等が複雑に影響している。

C 社会的特徴

1. 家族のなかにおける母性の役割

夫婦関係を基礎とした親子・兄弟などの近親者からなる家族は、社会の最小単

位集団であって、家族の幸せは社会の繁栄につながる重大なものである。健康な家族が、健康な社会をつくっていくのである。

社会情勢が変化すると、男女それぞれの**役割分担**も変化してくるのが一般的であるが、いつの時代においても変わらないのが母性の役割である。生まれた子どもに対する責任は、父親も母親も等しくもつべきものであるが、特に母親は子どもへの心身に影響を与えるところが大きい。また、母親は子どもの心の支えとなり、人格形成の基礎となっている。

2番目の役割としては、必ずしも固定的ではないが、家族管理、家事労働は習慣的に母親が担うことが多い。家族管理というのは、家族の健康管理や種々の家庭設計を実施したり、家族の精神的安定を保ち、好ましい家庭をつくることである。好ましい家庭から好ましい個性が形成されるのであるから、社会に対する責任は大きい。

2. 社会における母性

従来は家族管理、家事労働などの家庭内の仕事で一生を終わる女性が多かったが、最近では女性が社会的な仕事に参加する機会が目立って増えてきている。家庭人として生きる場合も、職業人として生きる場合も、あるいはこの両者を両立させる場合も、母性が尊重されなければならないことはいうまでもない。特に職業人として働く女性の**母性保護**については、きめ細かな対策が必要である。

職業をもたず、直接、社会に参加していない場合でも、地域社会における活動や学校教育に、積極的に母親の立場、女性の立場で参加して、母性の特徴を発揮することは可能である。

母子保健法第2条には「母性は、すべての児童がすこやかに生まれ、かつ、育てられる基礎であることにかんがみ、尊重され、かつ、保護されなければならない」と述べられている。母性は尊い生命を創造し、育てていく重大な機能を有する。これを尊重することが母性看護の基本である。

母性が次の世代に与える影響は多大なものがある。これには、婚前から結婚・出産の正しい保健指導が必要である。

さらに妊娠中および周産期の管理のあり方が、健康な子どもの出生に大きく影響することは、母性看護の重要な意義の一つである。

出生後も、あらゆる悪い環境、すなわち感染、栄養障害、事故、社会的障害などから子どもを守り、心身ともに健康な成人へ発育させなければならないが、この責任は第一に母親にある。健康な母親によって健康な家庭が生まれ、そして健康な社会が生まれる。母性の健康は、一人、母性自身の幸福ばかりでなく、家庭、社会の幸福であり、次の世代の健康にも大きく関与し、広く国民、人類の福祉に貢献するものである。

母子保健の現状と動向

A 母子保健の発達

母子保健は、様々に移り変わって今日に至ったが、それぞれの時代の医療、社会、文化、宗教、科学、戦争などを背景にしている。時代の情勢にどのように左右されてきたかを知ることが、今後の指標とするために大切である。

1. 古代～近代

分娩介助を中心とした家庭看護が出発である。記録に残っているものとしては、『日本書紀』*に記された分娩介助、新生児看護が最も古い記述である。奈良時代前後は唐の文化の影響が大きく、大宝律令たいほうりつりょうがつくられ、このなかで女医にょいの制度が規定されている。現在の助産師、看護師の業務にあたる。安胎、難産なんさん、創膈そうちつの法が教えられた。

平安時代に入り、982年に丹波康頼たんばのやすよりによって日本最古の医書『医心方』いしんほうが作られた。母性看護に関しては、胎児の発育順序や胎盤の始末、難産の処置、新生児の沐浴もくよくなどが取り上げられている。

室町時代になって、専門の産婦人科医が現れ、母性看護に関する本も出されたが、内容は『医心方』と大差なく、また利用範囲はきわめて狭く、一般にはなかなか普及されなかった。

江戸時代になって、産婆さんばの職業が独立し、分娩介助に当たったが、医学的知識のない、非科学的な迷信によるものが多かった。江戸時代後期になると、西洋の医術が紹介され、オランダ医学が研究された。伊古田純道による帝王切開術、華岡青洲おかせいしゅう*による乳がんの手術などの研究がなされた。

明治時代になって、産婆に対して業務上の取り締まりが行われたり、産婆教育のための学校もできたが、母子保健事業は寄付による産院の設立など社会事業としての色彩が濃く、国の施策というべきものではなかった。

大正時代になってからは、助産師に加えて、保健師、看護師が母性看護の活動に参加するようになった。1915（大正4）年に「看護婦規則」が制定された。しかしこのときの看護師の仕事は、医師の補助の仕事にすぎなかった。

* 日本書紀：彦火火出見尊が豊玉姫をめぐり、姫が皇子を産むくだりがある。産屋を建て出産したこと、夫は分娩に立ち会わないこと、何人かの育児係が存在したことなどがうかがえる。

* 華岡青洲：1760～1835。外科医。1805年、マンダラゲを主剤とする麻沸散という麻酔薬を用い、乳がん摘出手術を行った。

2. 母子保健行政のあゆみ

1937（昭和12）年に、**保健所法**制定によって保健所の重要な業務の一つとして**母子保健**があげられた。保健婦（現保健師）の名称が法文化され、保健所活動を通じて、母子保健活動が強化された。助産中心の母性看護も予防、指導面に活躍するようになってきた。

翌1938（昭和13）年には厚生省（現厚生労働省）が誕生し、そのなかに児童局が設置され、母子保健事業を担当するようになった。しかし、日中戦争の頃から第2次世界大戦時代には、国の人的資源確保のみの人口増強政策の推進が、母子保健事業の大きな仕事であった。1942（昭和17）年につくられた妊産婦手帳も、妊産婦の健康管理のほかに、米、大豆、脱脂綿などの配給のためにも利用された。

終戦直後は、何もかも混乱の時代にあって、母子保健どころではなく、まったくの暗黒時代であった。

なお、**保健所法**は1947（昭和22）年に全面改正され「**地域保健法**」となり、保健所は地域における公衆衛生活動の中心的行政機関として整備・拡充が図られた。

1947（昭和22）年、母子保健は新しい考えのもとで再出発し、翌1948（昭和23）年「**児童福祉法**」が施行された。妊産婦手帳は**母子手帳**と改められ、新しく活用されるようになった。また、同年には「**労働基準法**」が制定され、働く女性の保護条項が定められた。生理休暇、産前産後休業などである。

戦時中の人口増強運動の反動と、戦後の苦しい経済状態のため、産児制限の運動や**受胎調節指導**^{じゅたいちようせつしどう}*が盛んになり、また人工妊娠中絶も増加し、大きな社会問題となった。

1948（昭和23）年には「**優生保護法**」（現**母体保護法**）が施行され、不妊手術、人工妊娠中絶の観点から、母性保護がうたわれた。

1958（昭和33）年には、地方の中小都市を対象として**母子健康センター**が国庫補助をもって設立され、地域の母子保健に活躍するようになった。

児童福祉法制定以来、妊産婦を中心として行われてきた母子保健であるが、1965（昭和40）年には、新しい考えのもとに「**母子保健法**」が制定され、母性の総合看護がうたわれたのである。これは母子保健の一大転換期といえる（同年、母子手帳は**母子健康手帳**と改められた）。1972（昭和47）年に制定された勤労婦人福祉法は働く女性の健康管理や育児の便宜供与が盛り込まれた。1985（昭和60）年には「**男女雇用機会均等法**」が制定され、1997（平成9）年の改正を経て、男女の雇用の機会と待遇を均等にするとともに、女性労働者の妊娠中・出産後の健康確保のための措置が定められた。

***受胎調節指導（員）**: 母性保護の観点から、1952（昭和27）年、受胎調節実地指導員制度ができ、保健師、助産師、看護師に一定の講習を経て資格を取得させるようになった。器具を使う受胎調節の指導は、医師以外は受胎調節指導員でなければならない（母体保護法第15条第2項）。

1990年以降は合計特殊出生率の低下傾向が続き、少子化が深刻な社会的問題となってきた。1994（平成 6）年、「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（**エンゼルプラン**；文部，厚生，労働，建設の4大臣合意）が策定され、具体策として「緊急保育対策等5か年事業」が進められた。その後、1999（平成11）年には、仕事と子育ての両立を重視する「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」（**新エンゼルプラン**；大蔵，文部，厚生，労働，建設，自治の6大臣合意）が策定され、男性も含め働き方の見直しを視野に入れた幅広い少子化対策が進められることになった。

2003（平成15）年には「少子化社会対策基本法」と「次世代育成支援対策推進法」が成立するなど少子化対策が進められた。

また、2004（平成16）年には「少子化対策大綱」、その具体的推進のための「子ども・子育て応援プラン」が策定され、その見直しとして、2010（平成22）年には「子ども・子育てビジョン」が策定された。

さらに2000（平成12）年には21世紀の母子保健の取組みの方向性を示した「健やか親子21」が策定されている。

B 母子保健の現況

1. 主な母子保健統計

わが国の母子保健の最近の動向を概観し、どのような問題があるかを考えてみよう。

母性に関する諸統計により、現況と動向を知って、その対策を立てるうえの指標としなければならないので、常にこれらの統計に関心をもたなければならない。

1 主な人口動態

2010（平成22）年の**乳児死亡率**は1947（昭和22）年の76.7から2.3に、**新生児死亡率**も1947年の31.4から1.1へと減少し、1984（昭和59）年以後、その低さは世界のトップレベルにある（**図2-3**）。これらは次の式で表される。

$$\text{乳児死亡率} = \frac{\text{1歳未満の死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

$$\text{新生児死亡率} = \frac{\text{28日未満の死亡数}}{\text{出生数}} \times 1000$$

これに比べて、**妊産婦死亡率**はその改善がやや遅れている。

2 妊産婦死亡

妊産婦死亡は、妊娠中または分娩後42日未満に、妊娠に関連して死亡したものをいい、死亡率は次のようにして計算される。

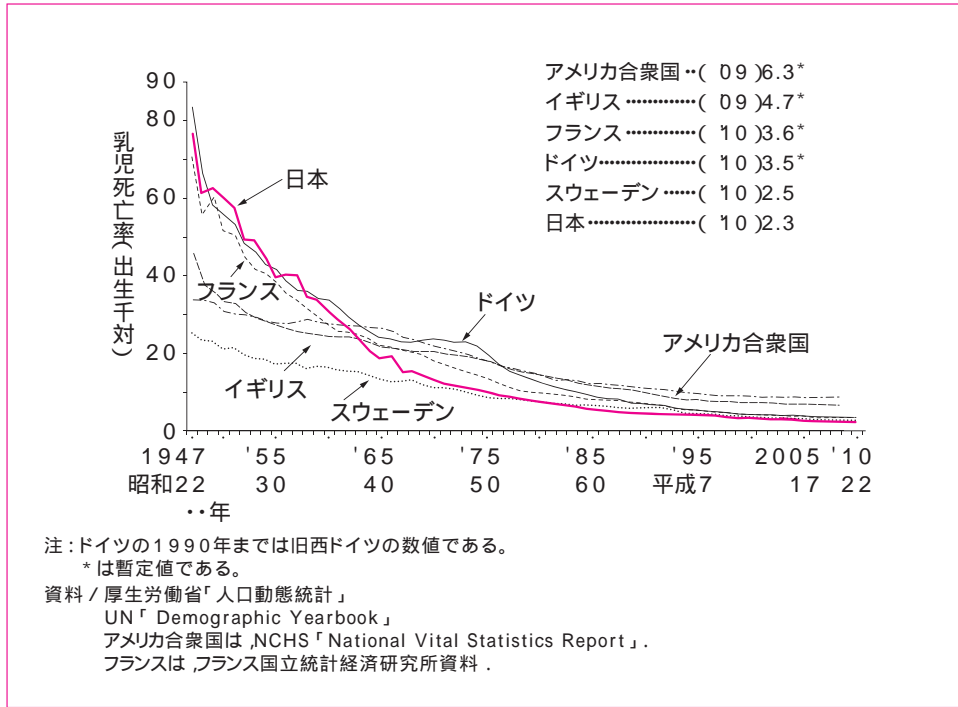


図2-3 乳児死亡率年次推移の国際比較

$$\text{妊産婦死亡率} = \frac{\text{妊産婦死亡数} \text{ 直接産科的死亡数} + \text{間接産科的死亡数}}{\text{出生数または出産数}} \times 10万$$

わが国の妊産婦死亡率* (出産10万対) は最近著しく低下し、第2次世界大戦後の1950 (昭和25) 年は161.2であったものが2010 (平成22) 年は4.1となった。諸外国に比べ低いほうであるが今後さらにその低下に努力する必要がある (表2-1)。その意味で、妊産婦死亡率の低下は、今後のわが国の妊産婦管理や母性看護における重大な課題である。

1979 (昭和54) 年より、妊産婦死亡は**直接産科的死亡**と**間接産科的死亡***とに分けて分類されるようになり、両者の和が妊産婦死亡として表記されることになった。

この分類による以前は、下降線をたどりながらも妊娠中毒症が長い間首位を占め続けていたが、分類の変更以降は、高血圧、分娩直後の異常出血が上位を占めている (表2-2)。

* 妊産婦死亡率: 最近のわが国の妊産婦死亡の実数はそれほど多くないために、都道府県別の死亡率を算定する場合、1例の変動でも死亡率が大きく動く。

* 直接産科的死亡と間接産科的死亡: 直接産科的死亡とは、妊娠時 (妊娠・分娩・産褥) における産科的合併症、麻酔や産科手術、不適切な処置などの結果死亡したものをいい、間接産科的死亡とは、妊娠前から存在したか、または妊娠中に発症した心臓病、糖尿病、白血病などの疾患により死亡したものをいう。

表2-1 妊産婦死亡率国際比較（出生10万対）

	昭和40年 ('65)	50 ('75)	60 ('85)	平成7 ('95)	22 ('10)
日本	87.6	28.7	15.8	7.2	4.2
カナダ	32.3	7.5	4.0	4.5	('04) 5.9
アメリカ合衆国	31.6	12.8	7.8	7.1	('05) 18.4
フランス	32.2	19.9	12.0	9.6	('07) 7.6
ドイツ ¹⁾	...	39.6	10.7	5.4	('06) 6.1
イタリア	77.0	25.9	8.2	3.2	('07) 2.3
オランダ	26.9	10.7	4.5	7.3	('08) 4.3
スウェーデン	13.8	1.9	5.1	3.9	('07) 1.9
スイス	37.6	12.7	5.4	8.5	('07) 1.3
イギリス ²⁾	18.0	12.8	7.0	7.0	('07) 7.3
オーストラリア	57.0	5.6	3.2	8.2	('06) 3.4
ニュージーランド	21.6	23.0	13.5	3.5	('06) 15.2

注：1) 1985年までは、旧西ドイツの数値である。
 2) 1985年までは、イングランド・ウェールズの数値である。
 3) アメリカ合衆国の2003年は13.3、2004年は17.0となっている。
 資料/厚生労働省：人口動態統計。
 WHO：World Health Statistics Annual。
 UN：Demographic Yearbook。

表2-2 妊産婦死亡数：原因別（単位：件）

	昭30年 (1955)	昭40年 (1965)	昭50年 (1975)		平17年 (2005)	平22年 (2010)
総数	3,095	1,597	546	総数	62	45
妊娠中毒症	1,124	628	196	直接産科的死亡	45	34
出血	831	387	110	子宮外妊娠	1	3
子宮外妊娠	373	145	39	妊娠、分娩および産褥における浮腫、 たんぱく尿および高血圧性障害	5	2
敗血症	141	52	34	前置胎盤および(常位)胎盤早期剥離	8	4
(産褥熱を含む)				分娩前出血、他に分類されないもの	—	—
敗血症、妊娠中毒症 の記載のない流産	121	64	19	分娩後出血	6	3
その他	505	321	148	産科的塞栓症	12	11
				その他の直接産科的死亡	13	11
				間接産科的死亡	17	11
				原因不明の産科的死亡	—	—

注：1980年以降は新分類による。
 資料/厚生労働省：人口動態統計。

2010（平成22）年の統計によれば、分娩後の異常出血で実数3件、高血圧性障害などで2件、産科的塞栓症で11件、その他の産科的死亡で11件となっている。

わが国で死因の首位を占めていた妊娠中毒症は、オランダ、イギリス、デンマークなどと比較してかなり高い数値を示していた。しかし最近では妊娠中毒症に対する考え方も変わってきており、現在、諸外国では妊娠中毒症状という名称も用いられないようになってきている（日本でも2005（平成17）年より「妊娠高血圧症候群」という）ので、単純な比較はしにくい。妊産婦保健事業の強化が必要とされることである。

1 母子看護を学ぶにあたって
 2 母性の看護概論
 3 正常な妊産婦・産褥・胎児・新生児の看護
 4 妊産婦・産褥・胎児・新生児にみられる異常
 5 妊産婦・産褥・胎児・新生児の異常と看護
 1 小児の看護概論
 2 主な小児疾患
 3 小児疾患患児の看護

表2-3 周産期死亡率（変更前の定義：出生千対）の年次推移 - 国際比較

	1970年	'80	'90	'95	2000	'10		
						周産期死亡率	妊娠満28週以後死産比 ⁴⁾	早期新生児死亡率
日本 ¹⁾	21.7	11.7	5.7	4.7	3.8	2.9	2.0	0.8
カナダ	22.0	10.9	7.7	7.0	6.2	'06) 6.1	3.0	3.1
アメリカ合衆国	27.8	14.2	9.3	'96) 7.6	7.1	'03) 6.8	3.1	3.7
デンマーク	18.0	9.0	8.3	7.5	'01) 6.8	'06) 8.0	5.3	2.6
フランス	20.7	13.0	8.3	6.6	'99) 6.6	'09) 13.5	11.8	1.7
ドイツ ²⁾	26.7	11.6	6.0	6.9	'99) 6.2	'07) 5.5	3.5	2.1
ハンガリー	34.5	23.1	14.3	9.0	10.1	'09) 7.7	5.4	2.3
イタリア	31.7	17.4	10.4	8.9	'97) 6.8	'07) 4.5	2.8	1.7
オランダ	18.8	11.1	9.7	8.9	'98) 7.9	'08) 5.4	3.3	2.1
スペイン	'75) 21.1	14.6	7.6	6.0	'99) 5.2	'09) 3.6	2.2	1.4
スウェーデン	16.5	8.7	6.5	5.3	'02) 5.3	'09) 5.2	4.0	1.2
イギリス ³⁾	23.8	13.4	8.2	7.5	8.2	'03) 8.5	5.7	2.8
オーストラリア	21.5	13.5	8.5	6.9	6.0	'05) 5.9	2.9	2.9
ニュージーランド	19.8	11.8	7.2	'97) 5.7	5.8	'09) 4.9	2.8	2.1

注：1) 国際比較のため周産期死亡率は変更前の定義（妊娠満28週以後の死産数に早期新生児死亡数を加えたもの、出生千対）を用いている。

2) 1990年までは旧西ドイツの数値。

3) 1980年まではイングランド・ウェールズの数値。

4) 妊娠満28週以後の死産比 = 年間妊娠満28週以後の死産数 ÷ 年間出生数 × 1000

資料/厚生労働省：人口動態統計，WHO：World Health Statistics Annual，UN：Demographic Yearbook。

3 周産期死亡

人口動態統計における**周産期死亡***とは、妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたものをいう。周産期死亡は、母体の健康状態、妊娠、分娩の経過、胎児および新生児の発育状態によるところが大きいため、母子保健上重大な問題をもっている。

わが国の周産期死亡率は、乳児死亡率の低下とともに最近著しく減少し、2010（平成22）年は4.2まで低下し、現在は乳児死亡率と並んで世界のトップレベルにあることは間違いない（表2-3）。

周産期死亡率は次の式で表される。

$$\text{周産期死亡率} = \frac{\text{妊娠満22週以後の死産数} + \text{生後1週未満の早期新生児死亡数}}{\text{出生数} + \text{妊娠満22週以後の死産数}} \times 1000$$

2. 母子保健対策の現状

女性の生涯を、思春期、成人期、妊娠時、分娩時、産褥期^{さんじょく}、授乳期以降、更年

* 周産期死亡：1995年のICD-10の採用により、妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児の死亡を周産期死亡というが、諸外国や過去のデータとの比較を行うために、なお「妊娠満28週以後の死産」が使われることがあるので注意されたい。

期前後と区分し、それぞれのライフサイクルに合わせて、母子保健対策事業が組まれている。

1 健やか親子21

「健やか親子21」は2000（平成12）年に、21世紀の母子保健の主要な取組みとして提示され、2001（平成13）年から途中で見直しを行いつつ2010（平成22）年までの10年間を対象期間として、関係者、関係機関、団体が一体となって取り組む国民運動計画である。

なお、「健やか親子21」は、当初は2001年から10年間を対象期間としていたが、さらなる取組み推進を図るため4年間の延長を行い、2014（平成26）年までを計画期間としている。

「健やか親子21」では、次の4つの課題を掲げ、それぞれに目標値を定め運動計画を立てて取り組むものである。

妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

安全で安心して妊娠出産できる環境をつくとともに、妊産婦のメンタルヘルスや不妊相談等の事業を行う。

子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

子どもの心身の健やかな成長や発達の支援として、育児や健康に関する知識・情報が得られるようにし、安定した親子関係が保て、育児支援が気軽に得られるような事業を行う。

小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

子どもが病気になっても不安のない保健医療システムをつくり、子どもの健康管理と充実した医療を受けられる事業を行う。

思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

心身ともに発達や変化の大きい思春期において、学校、家庭、地域などが協力して保健対策を強化し、健康教育を充実することによって、子どもが主体性をもって自立できるように応援する事業を行う。

2 母子保健施策

以上の課題を達成するために、各自治体は目標値をあげて、取り組む事業計画を立て、次のような事業を実施している。

妊娠の届出および母子健康手帳の交付：妊娠した者は、速やかに市町村に対して**妊娠の届出***をし、届出をした者に対して、市町村から**母子健康手帳**が交付される（図2-4）。このことによって、妊婦を行政的に把握し、保健管理を徹底させることに役立たせる。多胎の場合は申請により、子どもの数の冊数が支給される。

妊産婦健康診査：妊産婦の健康診査は、保健所を中心に行われるが、1969（昭和44）年から都道府県が委託した医療機関においても、妊娠の前半期と後半期に

* **妊娠の届出：**妊娠した者は、厚生労働省令で定める事項につき、速やかに、市町村長（保健所を設置する市または特別区においては保健所長を経て市長または区長）に妊娠の届出をしなければならない（母子保健法第15条）。



図2-4 母子健康手帳

各1回、公費で受けることができる。なお、妊婦の健康診査に関しては、1998(平成10)年度より市町村事業として一般財源化された。

B型肝炎母子感染防止事業 1985(昭和60)年度から始められた事業であるが、市町村の事業として定着し同化したことに鑑み、1998(平成10)年度より一般財源化された。

先天性代謝異常等検査：先天性代謝異常などの早期治療が必要な疾患の早期発見を目的としたものであり、血液によるマス・スクリーニング* (ガスリー法等) によって行われる。

保健指導：妊産婦および乳幼児に対する保健指導は、保健所または医療機関に委託して行われている。また、妊産婦、新生児、未熟児に対しては、必要に応じて医師、助産師、保健師がその家庭を訪問して保健指導を行っている。

健全母性育成事業：健全母性指定都市において思春期の人々を対象に、健全な母性の育成を目的として、電話や面接で相談を実施している。

思春期保健相談事業：電話や面接によって思春期相談や情報提供を行っている。

食育等推進事業：食育、思春期問題、いいお産をテーマにした事業を行っているところに補助をする。

母子保健強化推進特別事業：地域の実情に応じたモデル的思春期保健対策事業に対し補助する。

思春期における児童ふれあい交流事業：思春期の児童に対し、乳幼児と触れ合う機会を提供する。

* マス・スクリーニング：一般には地域あるいは職場の多数の人々を対象に、ある特定の疾患を発見するための集団検診のことをいう。

市町村の母子保健事業：地域住民のニーズに応えるためには、可能な限り対象地域を細分化することが望ましいので、市町村が地域の実情に合わせて次の母子保健事業を実施している。

- 母子保健指導事業
- 妊婦乳児等保健相談事業
- 家族計画指導事業
- 母子保健推進員活動事業
- 母子保健地域組織育成事業
- 栄養強化事業

3 母子医療対策

妊娠高血圧症候群等の療養援護：妊娠高血圧症候群，糖尿病，貧血，産科出血，心疾患のため，医療機関に7日以上入院した場合，21日を限度として所得に応じて援護費が支給されるものである。

未熟児養育対策：出生時の体重が2000g以下の低体重児に対する適切な養育の指導，また，入院を必要とする未熟児に対する医療の給付（**養育医療**）を内容とするものである（なお，母子保健法第18条に定められている低体重児は2500g未満である）。

小児医療の充実：安心して子どもを生み，健やかに育てる基盤の充実のために小児救急医療支援事業，小児救急医療拠点病院の整備に取り組んでいる。

不妊専門相談センターの整備：不妊に対する医学的な相談や悩みの相談・情報提供を行う。

配偶者暴力相談支援センターの整備：都道府県が設置する婦人相談所，その他の適切な施設において，配偶者暴力相談支援センターの機能を果たすことになっている。

女性健康相談事業：婦人科的疾患および更年期障害，出産についての悩み，不妊等の相談事業を行う。

4 諸外国の活動

母子保健水準の高い国々では質の高い**妊産婦管理**を行っている。このことから，いかに妊産婦管理が重要であるかがわかる。その例を述べてみよう。

英国では，母子保健は社会保障による国民保健サービスの一環として行われている。地方保健官庁が，妊産婦保健管理のいっさいの責任をもって，健康診査，保健指導を行い，これらのサービスは無料である。また，^{ふんにゅう}粉乳，濃縮オレンジジュースなどが与えられたり，必要な場合には，ホームヘルパーが派遣される。

ニュージーランドでも，妊産婦保健管理はすべて無料で受けられる。この管理は，病・産院，保健所，民間の母子保健組織であるプランケット協会¹で，医師による医学的管理と助産師，保健師，母性看護師による看護的管理が行われている。

デンマークの妊産婦保健管理は，母性センターが中心となって行われている。センターには医師，助産師，ソーシャルワーカー，心理学者，理学療法士がいて，

1 母子看護を学ぶにあたって

2 母性の看護概論

3 正常な妊婦・産婦・授乳・母乳の看護

4 妊婦・産婦・産後および新生児にみられる異常

5 妊婦・産婦・産後および新生児の異常と看護

1 小児の看護概論

2 主な小児疾患

3 小児疾患患児の看護

それぞれの仕事を協力しながら行っている。ここでの保健指導はすべて無料である。

開発途上国における母子保健事業はまだまだ立ち遅れている。これらの国々に対してわが国の技術協力や指導が多くの国から期待されている。

5 主な関係法規

1) 母子保健法（1965（昭和40）年制定）

母性は尊い生命を創造し、育んでいく重大な機能を有する。これを尊重すること、保護することを基本方針として制定されたものである。また、子どもの健康保持増進に努めなければならないことも示している。国および地方公共団体が、施策を実施することを定めている。

2) 児童福祉法（1947（昭和22）年制定）

すべて国民は児童が心身ともに健やかに生まれ、かつ育成されるように努めなければならない。

すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。

国および地方公共団体は、児童の保護者とともに育児の健やかな育成に責任を負う。

と定め、関係機関、関連施設の責務、運用を規定している。

3) 母体保護法（1948（昭和23）年制定）

この法律は、母性の生命・健康を保護することを目的としており、その主な内容は「不妊手術」、「人工妊娠中絶」からなっている。

4) 労働基準法（1947（昭和22）年制定）

勤労者の労働条件を適切にし、安全を確保し、労使双方の福利増進を図るために制定された法律であって、特に母性保護規定として、妊婦の配置転換、危険業務の禁止、産前産後休業、育児時間等が定められている。

5) 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律

（男女雇用機会均等法）（1972（昭和47）年制定）

妊娠中・出産後の健康管理や育児への配慮について、事業主の義務が規定されている。

6) 地域保健法（平成6年に保健所法を全面改正）

地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進にすることが定められている。これによって母子保健対策が地域において総合的に推進されることが確保される。

7) 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律

（育児・介護休業法）（1991（平成3）年制定）

育児休業および介護休業に関する制度を設け、子どもの養育および家族の介護を容易にするために事業主が講じるべき措置を定めている。

8) 少子化社会対策基本法（2003（平成15）年制定）

少子化に対処するための施策を総合的に推進し、国民が豊かで安心して暮らす

ことのできる社会の実現に寄与することを目的としている。

9) 次世代育成支援対策推進法（2003（平成15）年制定）

地方自治体，事業主が次代の社会を担う子どもを育成し，または育成しようとする家庭に対する支援，その他の次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ，かつ育成される環境の整備のために，行動計画を策定し，取り組むことを義務付けた10年間の時限立法である。

10) 児童虐待の防止等に関する法律（2000（平成12）年制定）

児童に対する虐待の禁止，児童虐待の防止に関する国および地方公共団体の責務，児童虐待を受けた児童の保護のための措置等を定めることにより，児童虐待の防止等に関する施策を促進することを目的とした法律である。

母性各期の特徴と看護

女性の一生は，小児期，思春期，成熟期，更年期，老年期の5期に分けることができる。これは主として，**卵巣機能**の消長によって特徴づけられる生理的特徴によって分けられたものである。すなわち，卵巣機能がまだ開始されていない時期が**小児期**であり，活動を開始した時期が**思春期**，卵巣機能が最も活発に働くのが**成熟期**，衰え始めるのが**更年期**であり，まったく停止するのが**老年期**である。それぞれの時期に，身体的な特徴があるのはいうまでもなく，精神的にも社会的にも，それぞれの特徴を備えている。したがって，母性の看護にあたっては，年齢的特徴をよく理解して，それに沿った看護をするように心がけなければならない。

小児期は，小児保健の分野になるので，母子保健では，思春期，成熟期，更年期，老年期を対象とする。

A 思春期

1. 思春期の特徴

母性の形態的特徴は，女性が生まれたときからすでに備わっているものであるが，これが具体的に現れ始め，活動を開始するのは，思春期になってからである。この時期は小児期から脱皮して成熟期へ移行する時期であるが，身体的にも精神的にもその変化は大きく，きわめて多様である。最も特徴的なのは性徴が顕著になることである。それぞれ個人差があり，研究者により意見が様々であるが，年齢についてはおおむね12歳頃から17～18歳までの間と考えられている（日本産科婦人科学会では～9歳からと定義している）。

小児期より身につけてきた個体としての機能が完備し、これに母性の機能が加わるのが思春期であるため、思春期の母性看護が母性の生涯を左右するといっても過言ではない。身体的には、身長、体重、胸囲ともに急激に成長し、皮下脂肪が発達して中性的であった小児期の体格から、次第に“女性らしさ”が加わってくる(表2-4, 5)。

卵巢から卵巢ホルモ^{えきもう}ンが分泌され始めると、第2次性徴^{じょけい}が現れる。すなわち、胸がふくらみ、陰毛、腋毛^{えきもう}が発生する。そして、初経を経て月経周期は次第に順調になり、母性機能は次第に完成していく。

身体的変化に伴って、精神的にもいろいろの変化が起こり、思春期を特徴づけている。感情が高まりやすく、多感になる。笑ったり、怒ったり、悲しんだり、心配したりの情緒活動も急激に高まる。思考力、判断力も発達して理論的になってくる。自我をはっきり意識し、独立心が強くなってくるが、経験不足や精神的にも未熟なところが多く、動揺しやすく、社会的適応も十分でないため、しばしば大きな不安がつきまとい、悩みとなって現れてくる。しかしながら、情緒の高ぶりに伴って、これを抑えることを覚え、次第に情操^{じょうそう}、人格の仕上げを目指して発達していくのである。

表2-4 児童生徒の身長の推移

(単位 cm)

		昭和25 ('50)	35 ('60)	45 ('70)	55 ('80)	平成2 ('90)	12 ('00)	22 ('10)	23 ('11)
男	6歳	108.6	111.7	114.5	115.8	116.8	116.7	116.7	116.6
	11	131.1	136.2	140.5	142.9	144.4	145.3	145.0	145.0
	14	147.3	155.1	160.5	163.6	164.5	165.5	165.1	165.1
	17	161.8	165.0	167.8	169.7	170.4	170.8	170.7	170.7
女	6歳	107.8	110.6	113.6	114.9	116.0	115.8	115.8	115.6
	11	131.7	138.1	142.9	144.9	146.3	147.1	146.8	146.7
	14	146.6	150.7	154.2	156.0	156.4	156.8	156.5	156.6
	17	152.7	153.7	155.6	157.0	157.9	158.1	158.0	158.0

注：平成22年は岩手県、宮城県および福島県を除く。
資料/文部科学省：学校保健統計調査。

表2-5 児童生徒の体重の推移

(単位 kg)

		昭和25 ('50)	35 ('60)	45 ('70)	55 ('80)	平成2 ('90)	12 ('00)	22 ('10)	23 ('11)
男	6歳	18.5	19.1	20.1	20.8	21.5	21.8	21.4	21.3
	11	28.7	30.7	33.8	36.2	38.0	39.4	38.4	38.0
	14	39.7	45.3	49.6	52.4	54.2	55.4	54.4	54.2
	17	52.6	56.1	58.7	60.6	62.0	62.6	63.1	63.1
女	6歳	17.9	18.5	19.5	20.3	21.1	21.3	21.0	20.8
	11	28.8	32.3	35.7	37.3	38.9	40.1	39.0	38.8
	14	41.2	45.3	48.3	49.6	50.2	50.7	50.0	49.9
	17	49.1	50.4	52.1	52.1	52.8	53.1	52.9	52.8

注：平成22年は岩手県、宮城県および福島県を除く。
資料/文部科学省：学校保健統計調査。

思春期は、身体的には母性機能の確立、精神的には人格形成の時期であり、その後のあらゆる面での社会生活への準備の時期といえるであろう。

2. 思春期女性の看護

1 月経に対する指導

1) 初経教育

初めての月経の発来を^{しよけい}初経という。この時期は、女性であることの認識を深めさせ、母性機能の意義について指導するのによい機会である。

月経に対する科学的な説明によって、月経を正しく理解させることは、その後の母性機能確立にとって重大なことである。母性としての門出を祝福するような態度で臨まなければならない。

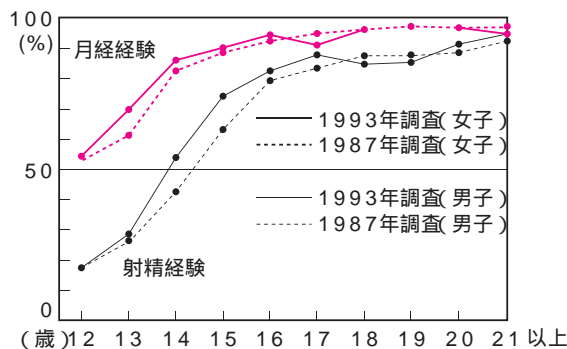
初経年齢は、体質、栄養、人種、文化程度などの関係で一様ではないが、わが国では、だいたい12歳である(図2-5)。

時代の流れとともに、初経年齢が早くなってきていることは、認められているところである。初経の時期を的確に予知することはできないが、ほかの身体の発育状況で、おおよそ推察することはできる。初経教育の時機を逸しないように注意しなければならない。

2) 月経時の手当て

月経時の正しい手当ての方法をこの時期に十分指導しておくことは、母性の生涯を通じて、正しい習慣を身につけるもととなる。

月経時の手当ては、外性器を清潔に保ち、細菌が内部に侵入するのを防ぎ、流出する月経血を受け止める目的にかなうようにしなければならない。種々の方法があるから、これらの目的を踏まえたうえで、個々の月経の状態、生活環境に合った最も適切な方法を指導する。



資料 / 厚生省児童家庭局母子保健課監：母子保健マニュアル。

図2-5 月経と射精の年齢別経験率

1 母子看護を学ぶにあたって

2 母性の看護概論

3 正常な妊娠・産褥・授乳
備および新生児の看護

4 妊娠・産褥・授乳および
新生児にみられる異常

5 妊娠・産褥・授乳および
新生児の異常と看護

1 小児の看護概論

2 主な小児疾患

3 小児疾患患児の看護

月経時には心身の安静と清潔に特に心がけなければならない。強い運動は、出血量を多くするが、平素、慣れた動作や仕事は差し支えない。月経中は、気分がいらいらしたり、興奮しやすくなることもあるので、刺激を避けるように努める。

月経中の入浴は、充血を強くして出血を多くするので中止したほうがよいが、シャワーで身体を清潔にすることは必要である。

3) 月経の異常

思春期においては月経周期が正常な者は、全体の35～50%にすぎない。情緒的に感じやすい時期にあるので、月経異常に対し、恐怖、不安が募り、大きな悩みとなることがあるから注意しなければならない。

月経随伴症*が強度の場合は、適切な治療を受けるように指導し、恥ずかしさのため放置したり、勝手な治療をしないように注意する。

2 労働

母性機能の完成途上にある思春期に、労働による障害が加わると、将来の母性機能に影響を及ぼすところが多いので、思春期女子の労働における**母性保護**は大切である。特に、重労働、振動を受ける職種、立業、神経を使う職種に多い。また、就業年齢が早いものほど異常が現れやすい。多い異常としては、**初経の遅延**、月経周期の異常、月経随伴症などがある。

思春期のころから母性機能に対する自覚を深め、健康的な生活態度への習慣づけをするよう指導しなければならない。

3 栄養と貧血

思春期には、急激な身体的発育がみられるため、血液の充足が必要になってくる。また、血液検査により、男女共に思春期の初めには貧血傾向があるが、特に女子に著しく、それは主として**鉄欠乏性**の貧血である。これは、月経の開始によって、体内の鉄分を失うようになるからである。

以上の理由から、思春期女子に対しては、適切な栄養指導をして、**貧血の予防**に努めなければならない。これは、本人の健康のためばかりでなく、将来の妊娠・分娩、つまり次代の健康にも関係することであるから、慎重に対処しなければならない。

4 結婚・妊娠に対する教育

思春期になると、多くの者は性に関する好奇心が旺盛になってくる。この時期にゆがめられた知識を得ると、種々の問題を起こす原因となる。

わが国の**人工妊娠中絶**件数は、近年やや減少している。19歳以下の件数をみると、1975（昭和50）年頃から非常に勢いで急上昇してきたが、ここ数年は減少の傾向にある（**図2-6**）。しかし、繰り返し手術を受ける者がいることが問題であり、避妊法を十分に指導する必要性があるといわれている。妊娠するために備えてい

* **月経随伴症**：月経時には様々な症状が現れる。下腹痛、腰痛、重圧感、下痢、倦怠感、不眠、憂うつ感、尿意頻数などがそれである。一般に、これらは日常生活に支障をきたすものではない。