

連載

親子保健・学校保健(5)

「多胎育児と公衆衛生学的な課題」

石川県立看護大学 健康科学講座 大木 秀一

本稿では、親子の保健医療福祉の中でも注目されることが少ない多胎妊娠・出産・育児の課題について述べる。ふたごや三つ子など多胎を妊娠・出産・育児することが家庭にとって、また社会にとってどのような課題を持っているのかを概観した上で、解決に向けての公衆衛生学的なアプローチを提言する。

1. 多胎育児を取り巻く現状

1) 多胎出産の現状¹⁾

(1) 多胎出産率

図1に過去50年間の日本の多胎出産率の推移を示した。多胎出産率は排卵誘発剤の臨床応用に伴い1970年代から徐々に上昇し、体外受精が本格化し始めた1980年代後半以降急増し現在増加傾向にある。なお、2006年は前年と比較してわずかに減少している。現在、1年間に出産する母親のおよそ100人に1人が多胎児の親であり、自然状態のおよそ2倍である。自然出産率との乖離は三つ子で顕著である。四つ子以上の出産は、1996年に日本産科婦人学会が移植胚数に関する会告を出してから激減している。

(2) 多胎出生数

図2に1951年以降の単胎児と多胎児の出生数の推移を示した。多胎児では1990年に第二次ベビーブーム以降最低値となるが、その後上昇を続けており、現在、年間出生児の50人に1人以上が多胎児である。

(3) 都道府県別多胎出産率の動向

不妊治療が盛んになる以前は、都道府県格差は比較的小さいが、現在ではかなりの格差がある。出産率最大の県と最低の県ではおよそ2倍の開きが見られる。都道府県によっては、多胎出産の急増が周産期医療システムそのものに深刻な影響を与えていることが示唆される。

(4) 欧米諸国との比較

日本は人種的に多胎出産が少ないので、各国の多胎出産率最低値を基準とした相対的な増加率で比較する。日本は英米仏よりも増加率が大きく、北欧よりは小さい。多胎出産率が低く増加率が大きい日本では、産科臨床だけでなく地域においても多胎児家庭が増えた印象をより強く与える(図3)。

2) 多胎出産と母子保健指標

(1) 早産・低出生体重児

早産(妊娠37週未満)と低出生体重(2500g未満)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による児の未熟性が大きい。現在、出生する多胎児の7割以上が低出生体重児、6割弱が早産児であり、単胎児を基準にすれば10倍近くリスクが高い。

(2) 死産率・周産期死亡率・乳児死亡率

いずれも近年大幅に低下しているが、単胎児と比較すれば、依然として2~5倍程度は高率である。

図1 多胎出産率の年次推移
人口動態統計をもとに作成

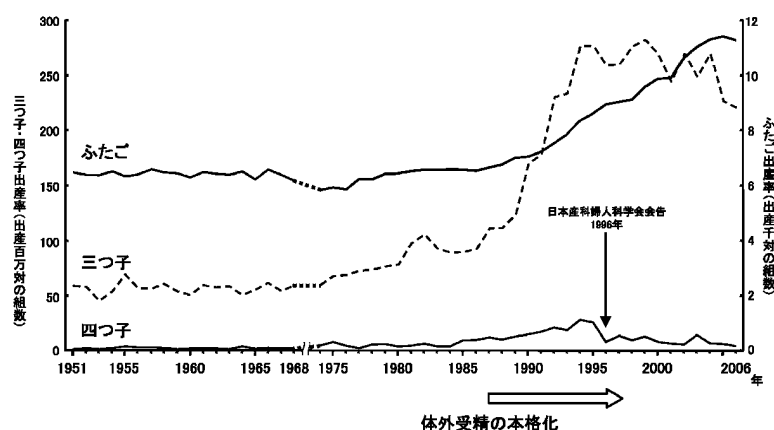


図2 単胎児と多胎児の出生数の推移
人口動態統計をもとに作成

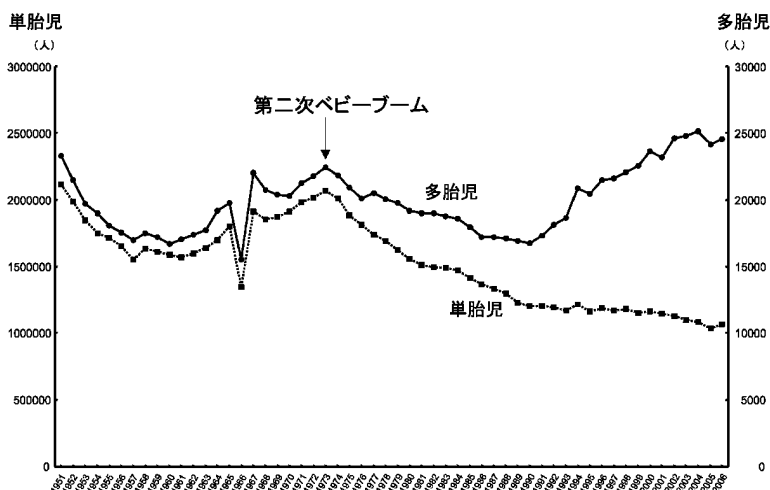
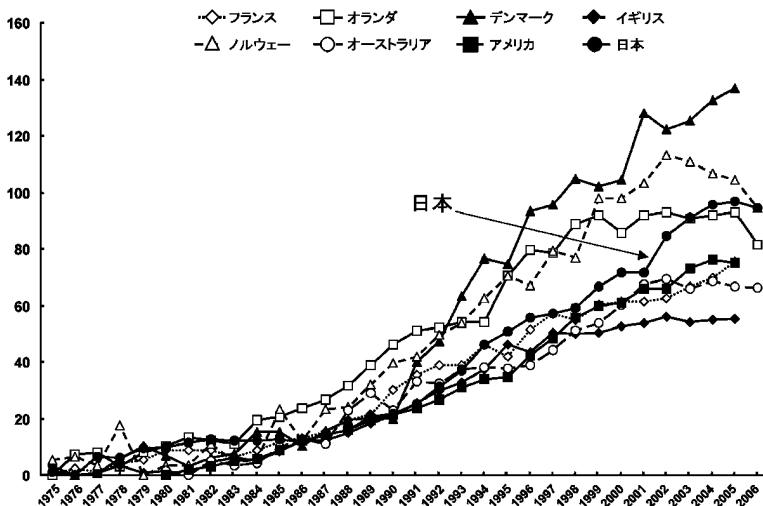


図3 各国の多胎出産率の最低値を基準とした多胎出産増加率
各国統計局がインターネット上に公表している保健医療統計をもとに作成 (文献¹⁾)



多胎児の場合、一定以上の妊娠期間や出生体重であれば、単胎児よりもむしろ予後が良好になる。

(3) 母親の年齢構成

多胎児の母親の年齢層は単胎児の母親よりも高い。これは自然の多胎妊娠増加と不妊治療の影響による。高齢の初産婦も多い。母親の高年齢化は育児に対する身体的・精神的な負担に加えて、不妊治療の場合は、とくに経済的・精神的な磨耗など、想像以上の負担が予想される。これは父親に対しても当てはまる。

3) 保健医療系専門誌の特集からみる多胎への関心

最近12年間に保健医療系専門誌で多胎および不妊治療を特集したものは75程度である¹⁾。多胎に関する特集は大半が産科臨床系雑誌であり、公衆衛生学領域、看護系・保育系雑誌では例外的にしかみられない。これらの領域では多胎に関する専門家も少な

く、また問題点も意識されにくい。

臨床系雑誌では多胎妊娠・出産のリスク、臨床技術に関するものが大半であり、内容を要約すれば『多胎出産は母子ともにハイリスクであり周産期医療への負担が極めて大きい。多胎出産急増は不妊治療による医原性のものであるから、生殖補助医療技術の進歩による発生予防が急務である。』となる。意外なことに、不妊治療の特集号では多胎妊娠は強い関心事項とはされにくい。いずれにしても多胎妊娠が医療現場に与えるインパクトは、一般的な想像をはるかに上回ることがうかがえる。

一方、多胎児家庭への支援、社会医学的な視点、児の長期予後に関する記述は皆無である。近年、多胎育児支援に関する記述がわずかに増えているが、大部分は支援の必要性を訴えるだけか、医療機関での取り組みを紹介するにとどまっている。多胎出産の増加・多胎児家庭の抱える諸問題を社会全体で対

応するには具体的にどのような取り組みをしたらよいのかを体系化したものはない。

4) 不妊治療と多胎出産

不妊治療、特に生殖補助医療（ART）の普及による多胎児の急増は先進国共通の現象である。海外では国家的な公衆衛生上の課題と位置づけてARTに関するデータの整備を進めている。一方、日本ではデータの整備が不十分である。排卵誘発による多胎妊娠の統計は大半の国で得られていない。ARTによる多胎の増加は国の法律、ガイドライン、学会の会告などの影響を受ける。単一胚移植を進める北欧の国では、既にふたご出産率の減少がみられる。二胚移植が主流の英国では三つ子が減少している¹⁾。

日本でのARTと多胎妊娠に関する医療者と当事者の意識は複雑である。多胎妊娠のリスクが不妊治療提供者から殆ど知らされていない現状がある一方で、多胎妊娠を望むカップルが多数いる。また、産科における生殖医療と周産期医療が分断されているという現実がある²⁾。

海外では不妊治療による多胎妊娠、減胎（減数）手術に対する幅広い内容の詳しいガイドラインが関連学会のホームページ上でも公表されている¹⁾。不妊カップル・多胎妊婦・多胎児家庭の「情報を基にした意思決定」を尊重するからである。ARTに関する日本のガイドラインでは多胎には詳しく触れていない。

自然の多胎妊娠と不妊治療による多胎妊娠の長期予後はあまり知られていない。日本では多胎児の半数は不妊治療によると推定され、多胎と不妊治療の問題は単に産科医療技術の問題ではない。不妊治療そのものに対しては多胎児家庭支援も含めて、より視野の広い議論を早めにすべきだと思われる。

5) 多胎妊娠と医療経済コスト

日本には多胎出産に伴う全国的な医療コストの検討はない。海外では英米で多胎出産、ART、低出生体重児・早産児の医療コストの問題が多数検討されている^{1,3)}。一般に、多胎妊娠・出産は単胎児に比べて母子の医療費を増加させる。多胎妊娠は全体の中では少数だが、保健医療の社会資源・医療費の消費は不均等に大きい。たとえば、ふたごでは1人当たりで2倍（2人で4倍）、三つ子では1人当たりで3倍（3人で9倍）単胎児よりも医療費がかかるとする全国データによる報告がある³⁾。その多くは、帝王切開、NICUの利用、妊婦・新生児の治療による。とくに、母子に周産期合併症があるとき、早産・低出生体重によるNICUの利用や障がいに対する長期的ケアが必要な場合にこの傾向は顕著である。ARTは不妊カップルに多大な恩恵をもたら

したが、多胎妊娠・出産に伴う医学的リスク、それに伴う医療コストの増大は無視できない。今後は、不妊治療の成果を最大にし、多胎妊娠に伴う人的、経済的コストを最小限にする努力と医療経済コストを分析評価することが、ケア提供者の責務であろう。多胎妊娠率を減じる技術の研究、適切な患者選択を行った上でのARTの利用、そして、不妊治療を受ける者に多胎妊娠のリスクとコストを適切に情報提供する必要がある。

以上は医療サイドからみた経済的問題であるが、多胎児家庭自体の経済的負担は数値として表現されることは殆どない。公的な経済的支援も念頭に入れるのなら、正確なデータを蓄積することが重要である。多胎児家庭の場合、妊娠時から将来的な経済的負担が予想できるので、適切な医学的・社会的なサポートを提供する必要がある。こうしたサポートの即効的な効果はみえないが、将来的には産科・小児科におけるケア資源の有効活用にも影響が考えられ、長期的には社会コストを削減できる可能性がある。

6) 多胎児家庭を取り巻く社会的・心理的な環境

不妊治療の当事者にも多胎妊娠願望が強いことが明らかにされている。その背景にはマスコミの影響（イメージ先行）も指摘されている¹⁾。一方、具体的なカウンセリングが追いついておらず、出産後に様々なメンタルケアが必要とされる。

数多くの大規模な疫学研究の結果、多胎児では単胎児に比較して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。最大の問題となるのは脳性まひの多発である⁴⁾。また、単胎児と比較した場合にコミュニケーション能力の遅れ、学習障害、言語発達の遅れ、注意欠陥多動性障害が多いとする報告もある^{1,4~8)}。正常範囲内の成長や発達も全体としては遅れることが多い。この背景には、生物医学的な問題だけでなく多胎児家庭を取り巻く社会的・心理的・経済的要因が複雑に影響している。

保健指導に当たる者は、単に多胎児の不利だけを強調したり、逆に、理由もなく安心感を与えるようなアドバイスをするべきではない。客観的な疫学的研究や質的な研究を蓄積し、事実に基づいたアドバイスをすることが大切である。

多胎児家庭での身体的・精神的・経済的負担が複合的であること、それに伴う育児困難、愛情の偏り、児童虐待、家庭内の不和など様々な課題が量的・質的な研究結果として浮かび上がっている^{5,6)}。

しかし、多胎育児の困難さやマイナス面ばかりでなく、多胎児家庭が、困難に対処する適応能力を「文化として」身に付けてきたことを指摘する意見もある⁹⁾。多胎育児の楽しさや創意などプラスの面

に光を当てる発想はこれまで少なかった。

多胎に関する文化的な背景も注目されにくい。先進国では不妊治療の問題が加わり「多胎児観」は複雑である。ケアに当たる際には、こうした事情を多少とも知ることで、きめ細かなケアを提供できる。

7) 海外での多胎児家庭支援の全国的組織

欧米諸国では全国レベルで多胎児家庭の支援を行うと同時に、組織間の国際交流も盛んである。活動内容や目的達成のための戦略は非常に示唆に富んでおり、学ぶべき点が多数ある。多くの海外の多胎育児支援組織の活動内容に共通して見られる特徴として、(1)行政的な組織ではない、(2)組織的・戦略的・全国網羅的な活動を目指している、(3)研究を積極的に推進している、(4)文章化されたガイドライン、リーフレットやファクトシートを作成している、(5)関連する専門組織とのネットワークを広げている、(6)幅広い年齢層の子どもを持つ家庭を対象にしている、(7)特別なニーズを持つ家庭にも対応している、などが挙げられる⁹⁾。

8) 日本での多胎児家庭支援活動の流れ

ツインマザーズクラブは、1967年に国内初の多胎児サークルとして誕生した唯一の全国組織であり、育児期に支援した家庭は延べ2万を超える。

小規模な多胎児サークルは全国に点在する。不妊治療による多胎出産の急増を機に1990年代に急増している。当事者を中心とした自主的なものが行政から当事者に移されたものが大半であり、行政主体のものは少ない。会員数は50人程度までが多く、3-5年間(3歳以下)で卒業してしまう。リーダー不足による負担の集中、卒業による非継続性、企画のマンネリ化、会員の年齢差、深い悩みを相談できにくい、など様々な課題を抱えており安定した活動基盤を築きにくい現状がある。包括的な多胎育児支援を推進する場合に、地域の情報を持ち、様々な育児経験を持つ会員をつなぐ全国に点在する多胎児サークルが重要な役割を果たすと思われる¹⁾。

行政レベルの支援としては、1991年尼崎市で全国初めての保健所主催の多胎育児教室が実施されている¹⁰⁾。行政でも多胎育児支援活動の歴史は非常に浅い。医療機関における包括的な多胎育児支援は一部の例外を除けば非常に少ないのが現状である。多胎児家庭が最初に関わりを持つのは医療機関であり、多胎妊娠や出産を多数取り扱う病院は都道府県内でも限定されている。医療機関での多胎妊婦(両親)教室の課題は数の少なさと退院後の継続である。医療機関における多胎児家庭支援に対する期待は大きく、医療機関どうしの連携も重要になる。

9) 多胎育児支援のガイドライン

多胎育児支援のガイドラインは、イギリスのMBF(The Multiple Births Foundation)によって『専門家のためのガイドライン:多胎妊娠』¹¹⁾として1997年に始めて作成された。海外では、ガイドラインやトレーニングプログラムを作成している場合が多い。その背景には根拠に基づいた支援と言う考え方があり。ガイドラインは、支援に当たってのひとつの標準的な指針となる。実情の異なる日本においてもガイドラインを作成することは十分に検討の価値がある。

10) 健やか親子21と多胎育児の課題

「健やか親子21」には多胎に特化した項目はないが、主要課題は多胎育児とも強く関係する。全体的にみると日本全体の親子保健の現状は非常に改善されている。しかし、課題の多くは多胎児家庭では顕著に目標値を下回ると予想される。多胎育児支援を進めると同時に、客観的な基本情報を集めていく必要がある。

(1) 課題「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」

多胎出産の半数が不妊治療によるにもかかわらず多胎に関するカウンセリングは皆無に近いことが報告されている¹⁾。とくに、日本の場合にはARTを行う施設が多すぎる上に、分娩を扱わない診療所も多いため、カウンセラーの偏在が予想される。多胎妊娠・出産では単胎妊娠・出産に比較して出産満足度が低下し、不安が大きく、産後うつが多い。満足度は児の健康度に依存するため、ハイリスク児の多い多胎出産では単胎出産より低下傾向が強い。満足度はその後の子育てに深く関わるため、妊娠中からの支援の充実による安全性と快適さを備えた妊娠・出産環境の充実が望まれる。妊産婦当たりの医師・助産師数は、単胎と比較して相対的・絶対的に数が増加している多胎妊産婦では当然少なくなる。

(2) 課題「小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」

多胎では極低出生体重児、低出生体重児の増加が著しい。また、周産期死亡率、乳児死亡率の低下は著しいものの、単胎児に比較して依然高率である。多胎児では単胎児よりも乳幼児突然死症候群の発生率が2倍近く高いと報告されている¹⁾。

(3) 課題「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」

虐待そのものの実態把握は容易でないが、多胎の場合には小児虐待のリスクが高いことが知られている¹⁾。虐待のリスクとなる1児への偏愛も多数に上る。また、育児困難、育児ストレスが強い。「ゆっ

たりとした気分で子どもと過ごせる時間」を作るような支援だけでも効果があると思われる。育児の相談相手としても、「多胎の育児に関する相談相手」という質的な問題となると、多胎育児経験者、専門家を含めてその数は非常に少ない。相談の質的な面でのサポートは今後ますます必要になる。

母乳育児は大きな課題の一つであり、完全母乳育児は難しい^{4~8)}。乳幼児健診の満足度は、多胎児家庭に限らず低い数値を示すが、多胎児家庭の場合には、子どもが2人以上と言う制約が付加するため、健診を受けやすい環境の整備や配慮が影響する。小児科に関しては、単胎児以上に利用頻度が高いにもかかわらず、「多胎に関すること」を熟知した小児科医・児童精神科医は少ない。多くの場合、1人だけが病気になれば、その子が治療の対象であり、多胎児が「ペア」と言う視点がなくなる。

2. 多胎児出産に伴う公衆衛生的な課題

以上述べてきたように、多胎児家庭の急増は広範な公衆衛生的課題をもたらしている^{1,12)}。これまでも、目に見える具体的な課題に対しては、個人レベル、当事者レベル（多胎児サークル）、行政・医療機関レベルの支援活動という形で大なり小なり行われている。しかし、1. 大規模・網羅的な現状・実態把握、2. 様々な課題の整理、3. 解決に向けた組織的な活動といった目に見えにくい本質的な点に対する取り組みは殆どない。多胎育児支援にかかわる課題を整理すると以下のとおりである。

1) 情報の不足

あらゆる面で多胎育児に関する情報が不足している。客観的データとしては、不妊治療、多胎児の長期予後、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。

2) 情報の分断と格差

当事者・医療（不妊科・周産期科・小児科）・行政・公衆衛生などの内部でも、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。多胎児家庭間においても情報格差が生じている。

3) 法律、ガイドライン、学会会告の整備の遅れ

不妊治療、多胎育児に関する法的整備、ガイドライン、学会会告などが非常に不足している。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方向性が殆ど分からない状態にある。

4) 多胎に関する専門家の不足

多胎育児支援は当事者が集まり多胎児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・多胎児家庭について熟知した専門家は非常に少ない。

5) インフラ整備・社会資源の不足

多胎児家庭に対する社会的なサポートは限られている。また、必ずしも利用しやすいものとはなっていない。その理由の一端には多胎児家庭の現状と課題が広く伝わっていないこともある。

6) メンタルケア・意思決定能力支援の遅れ

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。多胎児家庭では様々な面でより深刻な意思決定を必要とする状況が多いが、情報提供に基づく意思決定を支援するサポートは非常に不足している。

3. 多胎育児支援の公衆衛生的アプローチ

1) 課題の解決に向けた基本的な考え方

(1) 多胎児家庭の健康度

社会的孤立がたびたび指摘される多胎児家庭全般で健康度が低下していることは容易に想像される。社会的孤立は母親だけでなく、子どもにとってもマイナス面がある。一般に、単胎児に比べて多胎児に関する情報ははるかに少ない。多胎児家庭のことを考慮した母子保健政策は皆無である。母子健康手帳も単胎児を基準にして提供されている。情報不足・不平等は妊娠中、不妊治療の段階から始まっており、精神的ストレス、育児上のリスクを高める可能性がある。多胎児家庭、医療機関・行政機関に対する調査結果でも、育児支援の困難な理由として一貫して「情報不足」があがっている¹⁾。

多胎育児中の母親の健康度はもちろん本人自身の要因も関わるが、実際には個人を広く取り巻く国や都道府県など集団レベルでの多胎児家庭そのものに対する社会的、経済的、文化的な環境なども影響する。多胎児家庭であるだけで、付随的な負担が加わる社会構造になっている。その多くは、具体的な数字や金額として認識されていない。以上を考えた場合に、個別の支援だけでは不十分であり、予め集団全体を見据えた対応が有効である。

多胎育児支援の場合には、疾患などと異なり、行政や医療にとっても、支援の意義や目的を明確に理解しにくい部分がある。

(2) ポピュレーションアプローチ

多胎育児教室などでの少数の家庭（母親）への支援や多胎児サークルの活動などは、利用できる一部の家庭には有効である。しかし、多胎児家庭全体に対する支援としては不十分であり、より広域に多胎児家庭をカバーする支援が必要になる。特に、リスクの大きさが認識されていない大多数の家庭が何ら

かのきっかけで育児破綻をきたす可能性は高い。少なからぬ数の母親が「自分は幸いきつい育児の時期を切り抜けることができたが、もし多胎児サークルなどの支援が無かったら、どうなっていたか（何をしていたか）分からなかった」と言う実感を語っている。つまり、育児破綻や児童虐待などの潜在的な予備群がかなり多いことが予想される。よって、多胎児家庭全体を視野に入れたポピュレーションアプローチが必須になる。これからの多胎児家庭支援は今までとは根本的に発想を変えて、多胎児サークルや育児教室に参加する人を待つだけでなく、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ろう。多胎児家庭の社会的孤立が問題となるのであれば、多胎児家庭そのものが外出しやすい環境を整えれば全体的な効果が大きい。

(3) 親子保健全体でのハイリスクアプローチ

多胎児家庭に特化したアプローチ自体は親子保健福祉対策全体で言えばハイリスクアプローチといえる。多胎児家庭の場合には妊娠(さらには不妊治療)の段階で将来的に様々なリスクが大きいことが予想されるので、適切な対応策が確立していれば、余裕を持って対応できる。多胎児家庭に関して言えば、適切な早期介入がなされれば、効果が持続することが期待できると思われる。

2) 地域多胎ネットワークの必要性

多胎児家庭の急増が抱える広範な課題を解決していくためには当事者を中心として、多職種の協働と連携が必要なことは明らかである。特に、1. 産科的な課題(医療)、2. 親子保健福祉の課題(行政・民間)、3. 多胎妊娠・育児の課題(当事者)、4. 就学後の課題(教育)、5. 理論的基盤の提示・調査研究によるエビデンスの構築(研究)の連携が必要であろう。

こうした多職種が一同に会すれば有益な議論、情報交換・提供、連携が生まれると考えられる。これまでも国内では大小様々な規模の多胎児サークルが誕生し、保健所や医療機関における多胎児家庭支援が不十分ながらも行われてきた。しかし、その対象はあくまでも目前の課題やニーズを積極的に訴えている者たちである。多胎児家庭の支援には、地域全体を基盤とした緩やかなネットワークの構築による包括的なアプローチが有効であろう^{1,12)}。

3) 多胎児家庭への周知

多胎児家庭への情報提供・周知とは、多胎児家庭の把握に他ならない。具体的に様々な方法が可能である。市町村で母子健康手帳を交付する際に情報を提供する。参加率が高いとされる乳幼児健診の機会

を利用する。幼児期・学童期であれば保育園・幼稚園・学校を通じて情報を提供する。保健所や市町村が独自に把握している多胎児家庭の情報を提供する。多胎出産を多く扱っている医療機関を通じて多胎妊婦に情報を提供する。マスコミ、広報などを通じて情報を浸透させる。インターネットの活用も有効である。これらの方法を組み合わせていくことになる。

欧米先進国の多くの国には、ツインレジストリーと呼ばれる多胎研究(遺伝と環境の研究)のための登録がある。ツインレジストリーと言う考え方自体は、育児支援とは同じ目的でないが、ツインレジストリー構築の方法論は、多胎育児支援の裾野を広げる手段としては有益である¹³⁾。

日本ではともすれば個人情報の保護だけが先行しがちだが、個人の利益と公共の利益に対して、支援を受ける側(多胎児家庭)と支援を提供する側(多胎児家庭支援組織)がどこまで理解を共有するかが重要な課題になる。実際の支援にあたっては、個人情報保護や情報セキュリティ面での対応もきちんと整理しておかないといけない。

4) 多胎児家庭支援の新たな方向性

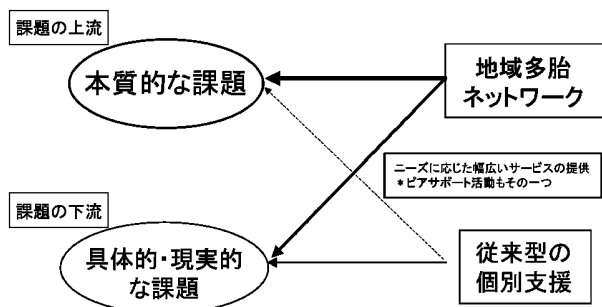
社会的支援を必要とする多胎児家庭が多いから支援を提供する、と言うのが海外の全国組織の基本的なスタンスである。

最近、不妊治療による多胎児家庭の急増ばかりが強調される傾向にあるが、多胎児家庭の半数は自然妊娠である。多胎育児が一般の育児よりも大変であることは不妊治療の有無には関係ない。

図4に、地域多胎ネットワークの構築と多胎児家庭支援の新たな方向性を示した。これまでの多胎児家庭への育児支援は、主として支援を必要とする当事者に向けられている。これは、多胎児家庭の育児に伴う具体的・現実的な問題の解決を目指すアプローチである。多胎児家庭に関わる様々な課題の下流部分に焦点を当てたアプローチとも言える。しかし、これまで述べたように多胎児家庭全体を取り巻くより大きな背景要因がある。今後は、多胎児家庭を取り巻くより本質的な問題の解決に向けたアプローチも必要になってくる。多胎児家庭に関わる課題のより上流部分に焦点を当てたアプローチである。地域多胎ネットワークという考え方あるいは組織はその際に有効な手段の一つと考えられる^{14,15)}。

地域多胎ネットワークを基盤として多胎児家庭に関する調査研究を推進し、多胎児家庭の母子保健福祉に関する様々なエビデンスを蓄積する。これらを多胎児家庭にフィードバックする。こうした当事者参加型の調査研究が日常的に進めば、多胎児家庭と

図4 地域多胎ネットワークの構築と多胎児家庭支援の新たな方向性



支援者の双方にとって大きなメリットになるであろう。とくに、出生後の多胎児や多胎児家庭に関する情報の多くは多胎児家庭から入手する以外に方法がない。それと同時に、調査研究の成果を広く社会に情報発信し、母子保健福祉の向上や遺伝と環境のより深い理解を浸透させることも重要である。また、具体的な事業や施策として提言し、支援活動を実施していけば、多胎児家庭を含めて広く保健医療福祉の向上につながると考える。

支援事業の実施に当たっては、地域診断を含めた、根拠に基づく支援事業のプロセスを取ることが有効である。実際には、多胎の育児支援に関する一定のトレーニングや研修を受けた様々な専門職の連携が必要になる。

文 献

- 1) 大木秀一. 多胎児家庭支援の地域保健アプローチ. 東京: ビネバル出版, 2008.
- 2) 国立成育医療センター. 成育医療における生殖補助医療に関する包括的臨床研究. 厚生労働省成育医療研究委託事業 (14公-4) 平成14-15年度報告書, 2004.
- 3) Hall JE, Callahan TL. 107 Economic Considerations.

In Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation & Perinatal Outcome. Blickstein I, Keith LG (edited), 2nd, Taylor & Francis Group, 2005; 889-894.

- 4) Topp M, Huusom LD, Langhoff-Roos J, et al. Multiple birth and cerebral palsy in Europe: a multicenter study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 548-553.
- 5) Bryan E. The impact of multiple preterm births on the family. BJOG 2003; 110 (Suppl 20): 24-28.
- 6) Denton J. Twins and more-1. Some current thinking on multiple births. J Fam Health Care 2005; 15 (5): 143-146.
- 7) Denton J. Twins and more-2. Practical aspects of parenting in the early years. J Fam Health Care 2005; 15 (6): 173-176.
- 8) Bryan E (edited). Best Practice Guidelines. Early Human Development 2006; 82: 353-403.
- 9) 加藤則子. この本の活用のために. 加藤則子, 編, すぐに役立つ双子・三つ子の保健指導. 東京: 診断と治療社, 2005.
- 10) 大岸弘子. 特集/双子のお母さん. 保健婦として「育児教室」にかかわって10年. 助産婦雑誌 1998; 52 (2): 34-38.
- 11) Bryan E, Denton J, Hallett F. Guidelines for Professionals: Multiple Pregnancy, Multiple Births Foundation, 1997.
- 12) 大木秀一. 多胎出産の現状と公衆衛生学的課題. 北陸公衆衛生学会誌 2006; 33 (1): 1-8.
- 13) 大木秀一. わが国における population-based な双生児登録の構築に関する実証研究. 平成16-18年度科学研究費補助金 基盤研究 C 研究成果報告書, 2007.
- 14) 大木秀一. 地域で一定期間に出生した双生児に関するコホート研究. 厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 双生児法による精神疾患の病態解明, 平成17年度総括・分担研究報告書, 2006: 8-14.
- 15) 独立行政法人福祉医療機構. 平成18年度独立行政法人福祉医療機構 (子育て支援基金) 助成事業多胎育児支援地域ネットワーク構築事業報告書, 2007.