

## 論文

## 知的障害のある女性への育児支援に関する実態調査

木戸久美子\* 林 隆\*

## 要 約

知的障害のある女性が「親になる」過程において必要とされる支援のあり方を明らかにすることを目的として、知的障害のある女性への育児支援に関する実態調査を行った。今回は、円滑な分娩がその後の育児にも好ましい影響を与え、分娩に影響を与える妊娠期の要因に焦点をあてて調査した。調査対象は全国で通勤寮を持つ生活自立支援センター38カ所に対してアンケートを送付し、妊娠期や分娩期の実態とその支援について調査した。36ケースの該当者があり、知的障害者の育児支援事業を展開している施設は全国に分散していた。

分娩に影響を与える妊娠期の要因として、妊娠に早く気づくこと、妊婦健康診査の定期的受診、本人のコミュニケーション能力が影響していた。妊婦健康診査の定期的受診には支援者は重要なキーパーソンとして機能していた。知的障害のある女性の育児支援において妊娠期からの支援者の関わりが大きく影響することが示された。

キーワード： 育児支援、生活支援、知的障害のある女性、生活自立支援センター

## I. はじめに

一人の女性が「親になる」ということは、身体的な変化を伴うだけでなく心理・社会的な変化も伴う。「親になる」ことは女性のライフサイクル上の大きなイベントであると同時に危機的な状況におかれる時期でもある。一人の女性が「親になる」ためには多方面からの支援を必要とすることは周知の通りであるが、多くは、健常者に対する育児支援という形で支援の方向性が検討されており<sup>1) 2) 3)</sup>、知的障害のある女性の育児支援については、その育児の実態すら明らかにされていない。

知的障害のある女性の育児支援を考えたときにそのニーズと支援策の内容は多岐にわたり、具体的なイメージが湧きにくい。実際に何をどう支援すべきかという具体的な支援策を考えることが重要である。どこに支援の焦点を絞るかは重要な課題であるが、どの時期からの支援が望ましいのかについて明快な解答はなく、一般的には、児が出生した後の支援が中心に考えられがちである。妊娠期や分娩期の状態がその後の育児に及ぼす影響も大きく、育児支援を考える際には妊娠期からの支援を念頭におくことも重要だと考えた。どのような状況にあってもトラブルのない妊娠・出産を目指すことは育児支援の根本的な理念だと考えた。

本邦において知的障害のある女性に対する育児支援

に関して何がどのように問題になるかの研究はみあたらない。そこで、知的障害のある女性の育児の実態調査を行い、知的障害のある女性への育児支援の実状を明らかにすることを目的とし、全国の知的障害のある女性の育児支援に関わっている生活自立支援センターに対して調査を行なったので報告する。

## II. 研究方法

## 1. 調査対象

全国の子育てを経験している知的障害者のいる通勤寮を持つ生活自立支援センター38ヶ所にアンケートを送付し、未記入のない36ケースについて対象とした。アンケートの記載者は、育児を行なっている知的障害のある女性及びその家族に関わった支援センター職員である。

## 2. 調査方法

アンケートは、自記式調査票で全日本育成会を通じて、全国の知的障害者生活自立支援センターに郵送した。育児を行なっている知的障害のある女性及びその家族に関わった生活自立支援センターの職員に記入してもらえるように依頼文を添え、生活自立支援センター長あてに依頼した。生活自立支援センターの職員が直接関わっていない場合は、本人を支援している家族や親族に記入してもらうようにした。回収は郵送により

\*山口県立大学看護学部

行なった。調査内容は、支援者のプロフィール、育児を行なっている知的障害のある女性に関するプロフィール、支援者が関わっている女性の妊娠期に関して29項目、分娩期に関して18項目である（表1）。

### 3. 調査期間

1999年12月～2000年1月に実施した。

### 4. 分析方法

回収した結果を単純集計し、クロス集計したものについては $\chi^2$ 検定を行った。さらに支援の具体的な方向性をさぐるために分娩に関するアンケート項目に対する回答を定量化し分娩に関する正常性を説明変数として、知的障害のある女性（以下本人）のプロフィール、妊娠期に関する項目を独立変数として分娩に影響を与える要因の予測するために重回帰分析を行なった。

（変数の操作）

（1）分娩に関する項目の定量化：分娩に関するアンケート項目の中から望ましい分娩の要因として、①分娩週数、②分娩形態、③出生時体重、④分娩時トラブルをあげ、それぞれの内容について以下の通り点数化を行った。①分娩週数については、37週以降を2点、37週未満を1点とした。②分娩形態については、自然分娩を2点、自然分娩以外を1点とした。③出生時体重については2500g以上を2点、2500g未満を1点とした。④分娩時のトラブルについてはトラブルなしを2点、トラブルありを1点とした。以上により分娩点数を算出した。分娩点数の中央値を境界にして低得点群と高得点群の2群に分類した。

（2）本人のプロフィール、妊娠期の項目の定量化：独立変数として本人のプロフィール及び妊娠期の項目から独立変数を選び、質的変数であるものに対しては1,0データに置き換えた。

統計解析はSPSS for WINDOWS Ver. 10を使用した。

## III. 結 果

### 1. アンケート回収地域

アンケート回収地域を図1に示す。知的障害者の育児支援事業を実施している施設は全国的に分散していた。生活自立支援センターの育児支援実施は北海道、山口、徳島がそれぞれ4ケースと最高で地域差のあることが明らかになった。

### 2. 支援者のプロフィール（表2）

支援者の性別は、男性18人（50%）、女性18人（50%）だった。年代は、20代2人（5%）、30代10人（25%）、40代9人（22.5%）、50代15人（37.5%）で

表1 アンケート項目

1, 本人のプロフィール
2, 支援者のプロフィール
3, 妊娠、妊娠期に関する項目（29項目）
妊娠に気づいた人
気づいた時期
妊娠に気づいた理由
妊娠気づいた時の気持ち
母子手帳の有無
受診病院
受診に際しての相談の有無
病院選びの基準
受診状況
受診時の付き添いの有無
胎動の自覚の有無
胎動に対する本人の意識
母親学級受講の有無
母親学級に参加しなかった訳
保健婦訪問の有無
保健婦訪問の頻度
指導内容に対する相談の有無
指導の内容
指導の内容有効性
妊娠期間中の異常の有無
治療の有無
妊娠期間中の生活指導助言の有無
アレルギーの有無
妊娠期間中の乳房の手入れ
ボディイメージの変化への適応
ボディイメージ受容への支援
妊娠期間中の就労
保険の有無
出産費用
4, 分娩に関する項目（18項目）
分娩形態
分娩週数
児の出生時体重、身長、頭囲
分娩時のトラブルの有無
入院日数
陣痛初来時の付き添いの有無
入院の時期
入院の判断
入院時の受診形態
入院時の付き添いの有無
入院時の情報提供者
入院後の医療職とのトラブルの有無
出産までの精神状態
分娩所用時間
出産の立ち会い
分娩の感想
妊娠中の受診病院と分娩した病院の相違
困ったこと



図1 アンケート配布地域

表2 支援者のプロフィール

	n	%
年代(歳)		
20-29	2	5.0
30-39	10	25.0
40-49	9	22.5
>49	15	37.5
性別		
女性	18	50.0
男性	18	50.0
背景		
生活自立支援センタースタッフ	33	82.5
親	1	2.5
親族	2	5.0
関わりの程度		
しばしば関わっている	10	25.0
時々関わっている	16	45.0
ほとんど関わっていない	10	35.0
育児支援サポートシステム		
あり	32	80.0
なし	4	20.0

40代以上の支援者が過半数を占めていた。支援者の内訳は、生活自立支援センターの職員33人(82.5%)、親1人(2.5%)、親族2人(5.0%)だった。関わる機会は、しばしば関わっている者10人(25%)、時々関わっている者16人(40%)、ほとんど関わっていない者10人(35%)だった。また、生活自立支援センターに育児支援サポートシステムがあるかどうかについては、育児支援サポートシステムがある施設32施設(80%)、育児支援サポートシステムはない施設4施設(20%)だった。

3. 本人のプロフィール(表3)  
 年齢分布は20代から50代におよび平均年齢は35.7±8.4歳だった。夫の平均年齢は40.8±10.8歳だった。知的障害の程度はB判定28人(70%)と多く、軽度知的障害の人が中心だった。同居の有無では家族との別居26人(72.2%)、同居10人(27.8%)で別居が多かった。また、同居している場合は夫側の家族9人(90%)と多かった。親による育児支援の程度は、非協力的4

表3 本人のプロフィール

	n	%
Total	36	
年齢(歳)	Mean±SD	
本人	35.7±8.4	
(最大-最小)	(22-54)	
夫	40.8±10.8	
(最大-最小)	(25-75)	
家族構成		
両親と同居	10	27.8
本人の両親と同居	1	
夫側の両親と同居	9	
両親と別居	26	72.2
両親の協力度		
協力的	4	11.1
まあまあ協力的	10	27.8
非協力的	17	47.2
不明	5	13.9
子どもの人数		
1人	26	72.3
2人	7	19.4
3人	3	8.3
障害者基礎年金		
1級	1	2.8
2級	23	63.9
無年金	3	8.3
その他の年金	3	8.3
不明	6	16.7
就労		
Full-time	7	19.4
Part-time	6	16.7
Not working	22	63.9
経済的な状態		
In povety	21	58.3
Not povety	15	41.7
結婚のプロセス		
恋愛	21	58.3
見合い	12	33.3
その他	3	8.4
障害判定		
A2	2	5.6
B1	16	44.4
B2	12	33.3
なし	2	5.6
不明	4	11.1

人(13%)、まあまあ協力的9人(30%)、協力的8人(26%)、不明5人(31%)だった。結婚にいたるプロセスは恋愛結婚21人(58%)、見合い結婚12人(33%)、それ以外3人(9%)だった。子どもの数は1人26人(72.3%)と最も多かった。就労している者12人(30%)だった。障害者基礎年金は2級受給者が23人(57.5%)と多かった。経済的に安定21人(58.3%)、不安定15人(41.7%)だった。

#### 4. 妊娠と妊娠期間中について

妊娠に気づいたのは本人20人(55.6%)本人、夫12人(33.3%) 支援者が気づいているケースも4人(11.1%)あった。気づいた理由としてあげられたのは、予定の月経がこなかった14人(38.9%)、おなかがおおきくなってきた9人(25%)、つわり4人(11.1%)、行動に変化がみられた5人(13.9%)、無回答4人(11.1%)だった。本人が気づいたケースでは予定の月経がこなかったために気づいたが12人であった。気づいた時期については、妊娠2ヶ月9人(25%)、3ヶ月10人(27.8%)、4ヶ月6人(16.7%)、5ヶ月2人(5.6%)、6ヶ月2人(5.6%)、8ヶ月1人(2.8%)、9ヶ月1人(2.8%)、不明5人(13.9%)だった。気づいたのが夫等ではなく本人である場合は妊娠2~3ヶ月と比較的妊娠早期に気がついていていた。

妊娠に気づいたときの気持ちとして、うれしいと感じた5人(13.9%)、何とも思っていない3人(8.3%)、困った22人(61.1%)、不明6人(16.7%)だった。妊娠に対して過半数が否定的な気持ちをもっていた。

病院選びに際して支援者に相談があった18人(50%)、相談がなかった18人(50%)だった。支援者の関わり程度と相談の有無には有意な関連はなかった( $\chi^2(2) = 4.68, p > 0.1$ )。病院選びの基準としては、何か異常があったときのために安心な施設10人(27.8%)、家から近い13人(36.1%)、両親の家から近い1人(2.8%)、障害者のお産をしたことがある2人(5.6%)、助産施設だから5人(13.9%)、その他5人(13.9%)だった。障害者のお産をしたことがあるという理由で施設を選択した2ケースはいずれも支援者に病院選びを相談していた。

妊婦健康診査のための受診行動に関して、定期的受診28人(77.8%)、不定期受診8人(22.2%)だった。妊婦健康診査に際して、付き添いがあったもの23人(63.9%)、付き添いが無かったもの13人(36.1%)だった。妊婦健康診査の受診行動と付き添いの有無には有意な関連があった( $\chi^2(1) = 6.74, p < 0.05$ )。妊婦健康診査の受診が不定期的のものに妊婦健康診査の

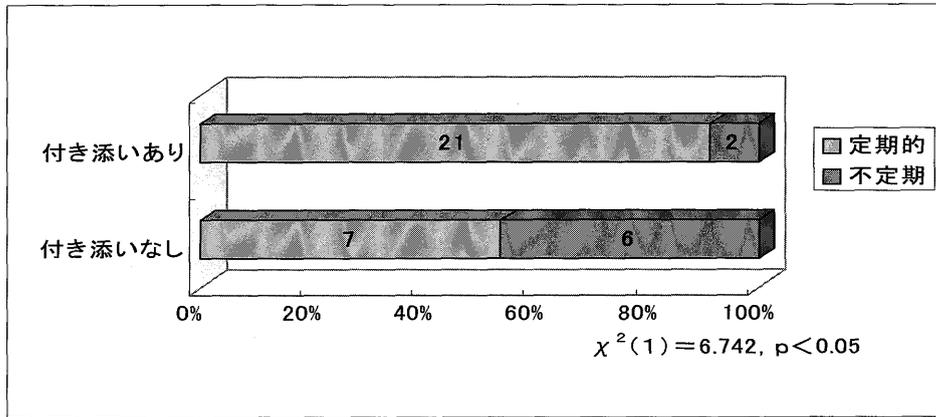


図2 受診行動と付き添いの関連

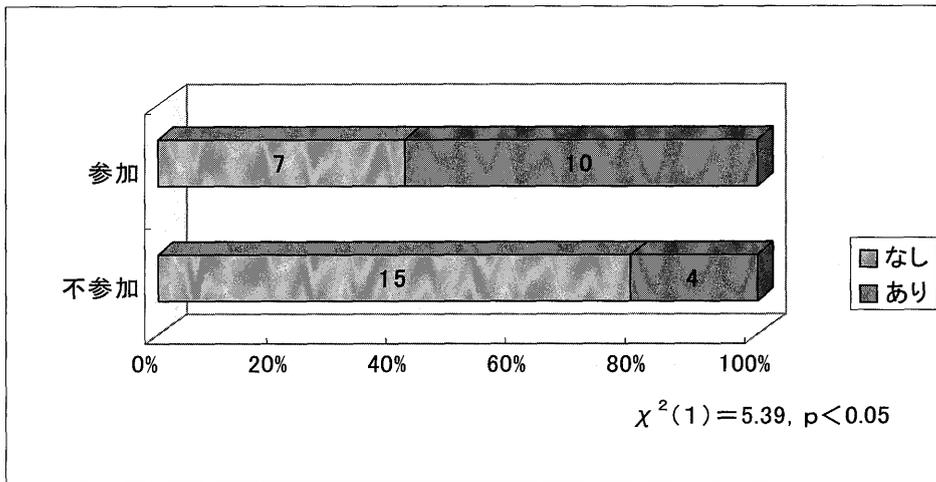


図3 母親学級の受講と妊娠中の異常

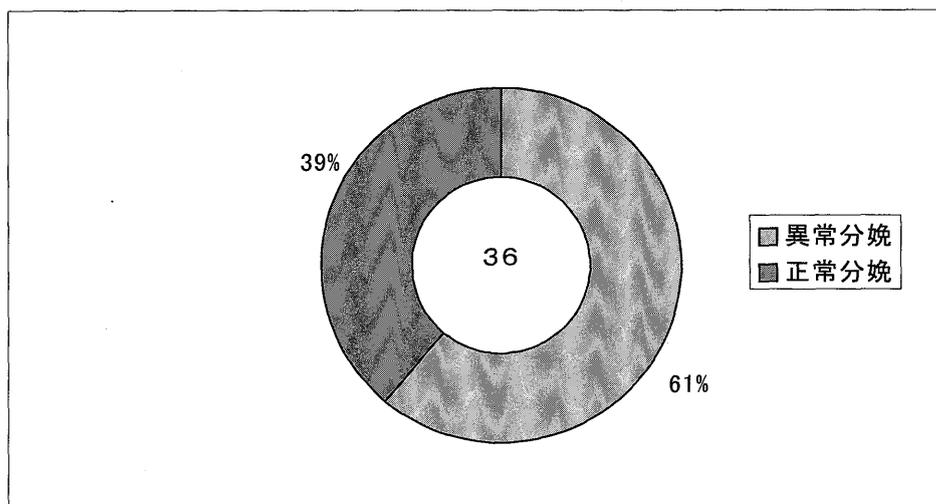


図4 分娩の形態

表4 重回帰分析による分娩点数の予測

独立変数	従属変数		分娩点数
	$\beta$	$\gamma$	p
妊娠に気づく	-0.55	-0.46	*
妊娠に気づいた時期	0.48	0.42	*
妊娠に気づいた時の感情	0.26	0.38	
妊婦健康診査受診状況	0.54	0.49	*
母親学級への参加	0.19	0.21	
保健婦による訪問指導	0.13	0.14	
妊娠中の異常	0.29	0.38	
ボディイメージ	0.08	0.11	
就労	0.22	0.27	
経済的状态	0.24	0.31	
読み	0.50	0.35	
書き	-0.88	-0.44	*
計算	0.08	0.07	
集団参加	0.36	0.38	
対人関係	0.40	0.46	*
$\beta$ = 標準偏回帰係数			R = .845
$\gamma$ = 相関係数			R <sup>2</sup> = .714
			*p < 0.05

付き添いがいないものが多かった(図2)。妊娠期間中に母親学級を受講したものの17人(47.2%)、受講しなかったもの19人(52.8%)で、過半数が母親学級に参加していなかった。不参加の理由としては、参加しても内容がわからない9人、人と接したくない1人だった。また、妊娠期間中に保健婦による家庭訪問があった15人(41.7%)、なかった21人(58.3%)だった。妊娠中に何らかの異常があったもの14人(38.9%)、異常はなかったもの22人(61.1%)だった。母親学級の受講の有無と妊娠期間中の異常の有無には関連があった( $\chi^2(1) = 5.39, p < 0.05$ ) (図3)。

保健婦の訪問の有無と妊娠期間中の異常の有無に関連はなかった( $\chi^2(1) = 0.65, p > 0.1$ )。異常があったもの14人中11人について何らかの治療がなされていた。妊娠中の仕事については、継続した14人(38.9%)、もともとしていない7人(19.4%)、辞めた8人(22.2%)、休んだ2人(5.6%)、無回答5人(13.9%)だった。妊娠中の仕事の有無と妊娠中の異常の有無には関連がなかった( $\chi^2(1) = 0.09, p > 0.5$ )。

### 5. 分娩について

分娩の形態について、正常分娩14人(38.9%)、異常分娩22人(61.1%)で、過半数が異常分娩だった(図4)。異常分娩の内訳は、予定帝王切開8人、緊急帝王切開6人、その他(吸引分娩)2人、早産は6人だった。分娩時の精神状態は安定12人(33.3%)、不安定2人(5.6%)、ふつう16人(44.4%)、無回答6人(16.7%)だった。分娩の形態と分娩時の精神状態には関連がなかった( $\chi^2(6) = 3.95, p > 0.5$ )。分娩時に何らかのトラブルがあった4人(11.1%)、トラブルなし32人(88.9%)だった。分娩時のトラブルと分娩の形

態には関連はなかった( $\chi^2(3) = 4.863, p > 0.1$ )。

分娩の付き添いは14人(38.9%)、立ち会いなし16人(44.4%)、無回答が6人(16.7%)だった。分娩の付き添いの有無と分娩形態には関連はなかった( $\chi^2(3) = 2.29, p > 0.5$ )。

児の成長発達に関しては、児の体重の平均値は2,928g(1,900g~3,800g)だった。低出生体重児は6人だった。

入院期間は最低で6日、最高で35日間で、平均13.73日(±7.53日)であった。

入院の時期は、予定日8人(22.2%)、陣痛が始まってから11人(30.6%)、破水した4人(11.1%)、出血が多かった2人(5.6%)、その他4人(11.1%)、無回答7人(19.4%)だった。入院の判断は、本人3人(8.3%)、夫1人(2.8%)、家族5人(13.9%)、医師13人(36.1%)、生活自立支援センター職員4人(11.1%)、助産婦3人(8.3%)、無回答7人(19.4%)だった。

入院の手段は、救急車3人(8.3%)、自家用車18人(50%)、徒歩3人(8.3%)、その他6人(16.7%)、無回答6人(16.7%)だった。入院に際し、付き添いあり18人(50%)、付き添いなし10人(27.8%)、無回答8人(22.2%)だった。付き添い者の内訳は、夫5人、家族7人、生活自立支援センター職員4人、その他2人だった。

分娩の所用時間は、最短で60分、最長で1,440分だった。平均値は306分と短めであった。

分娩後の入院の付き添いあり13人(36.1%)、付き添いなし18人(50%)、無回答5人(13.9%)だった。

退院指導については、本人にのみ指導8人(22.2%)、本人以外に指導9人(25%)、本人と支援者に指導12人(33.3%)、無回答7人(19.4%)だった。

### 6. 分娩に影響を与える要因

分娩点数については4点6人(16.7%)、5点5人(13.9%)、6点11人(30.6%)、7点6人(16.7%)、8点8人(22.2%)だった。分娩点数の中央値は6点だった。中央値以上を分娩点数高得点群とし、それ以外を低得点群に分類した。

育児支援サポートシステムの有無と分娩点数には関連はなかった( $\chi^2(1) = 1.73, p > 0.5$ )。

分娩点数を予測する要因として投入した本人のプロフィール、妊娠期の変数でモデルの適合度が高かった15項目は、①妊娠に気づく、②妊娠に気づいた時期、③妊娠に気づいた時の感情、④妊婦健康診査の受診状況、⑤母親学級への参加、⑥保健婦の訪問指導、⑦妊娠中の異常、⑧ボディイメージ、⑨就労、⑩経済的状

態、⑩読み、⑪書き、⑫計算、⑬集団参加、⑭対人関係だった。重決定係数は0.714であり、分娩点数の約70%がこのモデルで説明可能と考えた。独立変数の中で分娩点数と関連が強いと考えられる要因は、「妊娠に気づく」、「妊娠に気づいた時期」、「妊婦健康診査受診状況」、「書き」、「対人関係」であり生活能力と関連する項目だった(表4)。

#### IV. 考 察

知的障害者の性についての視点は1980年代頃から変わってきたといえる。欧米における文献で、知的障害者についての性を肯定的に受け止めるような文献が著されるようになってきた。本邦においても欧米における知的障害者の性に関する文献<sup>4)</sup>が紹介され、少しずつ知的障害者の性に対する理解が深めようとする動きがでてきた。Wolfensbergerがノーマリゼーションの理念を打ち出したのは1970年代であり、それから遅れること10年目にして性の権利もさげられるようになった<sup>5) 6) 7)</sup>。本邦における知的障害のある人の結婚生活支援は、まだ歴史が浅く、アンケート回収地域から知的障害者の育児支援事業を展開している施設は全国に分散しているものの、その数は少なく、地域差があることが明らかになった。育児支援システムの有無は分娩点数に関連がなく知的障害のある女性の分娩には大きく影響を及ぼさないことがわかった。育児支援サポートシステムが妊娠、分娩を意識したものでないか、あるいはシステム自体の有効性、妥当性を吟味していない可能性がある。

今回の調査対象者は軽度の知的障害者が多かった。結婚にいたるプロセスとしては、恋愛結婚の割合が多く、地域で自立生活を送ることが性の自立も促すことが示唆された。

妊娠の気づきに関して、本人が気づく場合は、比較的妊娠早期に気づいていたが、夫や支援者が妊娠に気づいた場合は妊娠末期まで気がつかないケースもあった。早期に妊娠を知ることは、親になる準備として望ましいが、そのためには、自分自身の身体の変化に関心を持つことが重要だと考えた。月経が遅れて妊娠に気づいたケースは14人中12人で、妊娠に気づくことができた人は自分自身の身体の変化に関心を持っているということが明らかになった。妊娠に気づいたときに妊娠に対する否定的な気持ちを抱いたものが多く、知的障害のある女性が妊娠をライフサイクル上の望ましい出来事と受け止められない実態が明らかになった。

このことから、知的障害のある女性と家族にとって子どもをつくることに対する社会の偏見が伺われる。支援が必要な生活状態で子どもをつくることにより生活の基盤が揺らぐ可能性もあり、妊娠を否定的にとらえている可能性も考えられた。

分娩をする病院選びの基準として、障害者が分娩した施設だからという理由で分娩施設を選択したケースが2件あった。この2ケースはいずれも支援者に分娩施設の相談をしていた。今回の結果からは十分な考察をすることはできないが、病院選びでは生活自立支援センターの情報提供が重要な役割を果たしているとも考えられ、今後さらにケースを重ね検討していきたい。

妊娠期間中を健康に過ごすために、妊婦健康診査の受診は欠かせないが、今回の結果では、受診行動に付き添い者の有無が関係していることがわかった。付き添いする支援者がいないと、受診行動は不定期になることが明らかになった。知的障害のある女性が妊婦健康診査の目的を理解して受診するためには妊婦健康診査に付き添いをする支援者は必要であることが示唆された。妊娠期間中を健康に過ごすと同時に分娩準備をするために必要であると考えられる母親学級の受講は、過半数が参加していなかった。不参加の理由として、参加しても内容がわからないとの回答もあり、多くの分娩施設で行われている母親学級が対象にあった指導を展開していないことが示唆された。知的障害者に限らず、母親学級での教育内容とその理解の確認をするシステムの確立が今後の課題と考える。

妊娠期間中に何らかの異常があったものが4割程度いた。妊娠期間中の異常と保健婦指導の有無とは関連がなかったが、母親学級の受講とは関連があった。今回の結果では、母親学級を受講したものに妊娠中の異常が多かった。母親学級の受講は妊娠中の健康管理に有益であるということは周知のことであるが、知的障害のある女性にとって母親学級の受講は、妊娠中の健康管理上有益であったとは考えにくい。この結果を踏まえ、前項でも述べたように母親学級の受講内容について理解の確認が重要だと考える。

分娩の形態については約6割が異常分娩を経験していた。また、帝王切開率も4割と本邦の1996年の帝王切開率の14.7%<sup>8)</sup>からはかなり高率であることから、帝王切開にいたった理由を今後明らかにする必要がある。

分娩後の育児指導に関しては、本人のみが指導をうけたのは2割程度と少なく、支援者が入院期間中から育児に関して関わりを持っていたことが明らかになっ

た。本人以外への指導が2割程度あり、理解できないという医療者側の思いこみも想定された。知的障害に対する医療者の偏見を取り去ることと、理解度の確認ができるような育児指導教育システムの作成が望まれる。

本人のプロフィールのうち分娩に影響を与える要因として、知的障害のレベルよりも対人関係能力や書く能力が関連していることがわかった。医療者とのコミュニケーションが分娩の円滑な展開に欠かせないという事実をあらためて認識させられた。早い時期から妊娠に気づくことで芽生える母性意識が、親になる自覚を促し円滑な分娩へと展開できることが示された。妊婦健康診査への受診行動には支援者の付き添いが大きく影響しており、円滑な分娩には妊娠期からの支援者の関わりが大きく影響すると思った。

## V. 結 語

軽度の知的障害のある女性が地域で自立した生活を送る上で結婚や出産は特異なことではない。円滑な分娩が、その後の育児にも好ましい影響を与えたと考え、分娩に影響を与える妊娠期の要因に焦点をあてて調査した。

円滑な分娩には、妊娠に早く気づくこと、妊婦健康診査の定期的受診、本人のコミュニケーション能力が妊娠期の要因として影響していた。妊婦健康審査の定期的受診には支援者が重要な役割を果たしていた。知的障害のある女性が「親になる」過程において、妊娠期からの支援者の関わりの必要性を再認識した。知的障害のある女性の分娩に帝王切開が多いことや母親学級や退院指導が有効でないことの背景にコミュニケーション能力の問題が存在することが明らかになった。コミュニケーションの困難な知的障害のある女性に対して医療者側が的確な情報提供とその確認システムを構築するかが今後の課題といえる。

## 文 献

- 1) 市来愛子：母子保健計画の基本的なあり方、地域保健、27(6)；23-35、1996.
- 2) 丹羽洋子：子育て支援の実態、公衆衛生、59(6)；387-391、1995.
- 3) 信濃有美ほか：育児支援施設のより良い連携を目指して、公衆衛生研究、46(1)；52-54、1997.
- 4) A. クラフト・クラフト編、田川元康監訳：精神遅滞児(者)と性教育、東京、岩崎学術出版社、1987.
- 5) 障害者の生と性の研究会：知的障害者の恋愛と性に光を、東京、かもがわ出版、1996.
- 6) 平山 尚：障害者の性と結婚—アメリカのセックス・カウンセリングから、京都、ミネルバ出版、1985.
- 7) 山下勝弘：精神薄弱者のための性教育ガイドブック、東京、大揚社、1987.
- 8) 厚生省児童家庭局母子保健課：母子保健の主なる統計；123、1998.

---

**Title:** The investigation of the actual condition among the supporting systems for the women with intellectual disability making child-rearing

**Author:** Kumiko Kid\*, Takashi Hayashi\*

\*School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

**Abstract:**

In this study we purpose to find out the supporting systems for the women with intellectual disability in doing child rearing. Our research point focused the needs and the supporting systems in pregnancy, because we think that the uneventful delivery is the start for well child rearing. We sent the questionnaire to the social life support center in Japan for the women with intellectual disability on actual conditions in pregnancy, delivery and the supporting systems for child rearing. We got 36 couples being supported by the social life support center. Our examination revealed that the factors for uneventful delivery consisted of three factors, i.e. early self-awareness of pregnancy, a regular visiting the hospital having a health checkup and an ability of communication. The supporting staff played an important role in promoting a regular visiting the hospital having a health. We concluded that supporting approach in pregnancy is useful procedure for systems for the women with intellectual disability making child rearing.

**Key words:** child-rearing, social life support, women with intellectual disability, social life support center

---