

私たちは、支持的にサポート的によくお話を聞く、そして育児のこと家事のことも丁寧によくお話を聞く、これに尽きると思っています。

4. 産後うつ病のスクリーニング

(1) エジンバラ産後うつ病質問紙票

このような学習を私が吉田先生のところで学びまして、4カ月健診での育児不安項目というのは、まったく時期を逃している、産後うつ病のお母さんだったらもうかなりの時間非常に思い悩み苦しんでいらっしやると思いました。家庭訪問、新生児訪問の時期にもっとお母さんたちの心の状態を知って支援をできるシステムをつくらうということで、産後の心の支援事業というのを始めています。それは何かというと、エジンバラ産後うつ病質問紙票といって、英国の方で開発された産後うつ病をスクリーニングする質問紙票を導入しています。その質問紙票はレジュメに載せておりますが、10項目の質問で、それに4段階でできる、できないとか、言葉があつて、それに○をお母さんに記入してもらうようになっています。合計点数が、全部で30点になります。そのうち9点以上であると、日本の場合は産後うつ病の疑いが高くなります。私たちは、9点以上つけられた方には継続訪問をして、お母さんの話を十分聞きに行くということをしています。

それと前から保健婦さんが書く家庭訪問記録を見ていて、私はいつも頭の中が混乱する記録を、この際直してもらいました。ページの半分をお母さんの記録、ページの半分をこどもの記録とし、さらに時間系列と一緒に書いていただくということで見やすくなりました。エジンバラを入れた訪問記録に改定するというような作業をいたしました。この事業を実施するための研修を当初やったのですが、職員というのはどんどん入れかわりますので、後から入ってきた職員も、これがどういう目的で行われ、どういうことをねらっているということがわかるようなマニュアルをつくりました。

これがエジンバラ産後うつ病質問紙票です。10項目あります。初年度、平成10年度は101の方にエジンバラをとりました。新生児訪問と言っていますが、実際には産後28日以内に訪問できるということは、少なく、当初の調査のときは産後120日以内に行ったものと区切っていたいたしました。私たちは、パートの助産婦を保健所で抱えており、その人たちにはルールがあり、体重が2,800グラム以上の赤ちゃんに訪問してもらっています。そして保健婦には体重が2,800グラム未満、または医療機関等から家庭訪問のオーダーが出てきた方と条件づけして、昔からやっております。家庭訪問した結果が、助産婦54人、保健婦47人で101人に家庭訪問を初年度行いました。保健婦の方からエジンバラが高得点だった人は19.2%、助産婦の方は12.5%ということで、それまでパートの助産婦さんと保健婦さんでの家庭訪問の分け方は、ある意味で正しかったと確信をいたしました。保健婦の方により多くうつ病の高得点者が出ました。

最初にこのエジンバラを取り入れたとき、この企画をして推進していったのは私ですが、実際に家庭訪問するのは保健婦ですよ。何人もの保健婦が帰ってきて最初に言ったのは、今までの私たちの家庭訪問というのは、お部屋をきれいにしてお客様訪問だったのです。このEPDSをやるようになってお母さんの心というのが、手に取るようにわかるようになったと感激して帰ってきました。というのは、このEPDS、エジンバラを単に点数記入をするだけではなくて、陽性点数をついたところは、全部保健婦たちに2次設問をしていきました。質問項目の中では「うまくできなくて自分を責めることがあ

る」という項目があります。それに対して「一番最近はいつそういうことになって、どんなときの状況でしたか」というような投げかけをしていくことで、どんどん話を引き出してくることができます。初回訪問から夫との関係の悩みとか家族との悩みとか、経済的に非常に困っているような状況とか、過去の初回訪問では引き出せないような内容までいっぱい引き出して帰ってきたというので、非常に保健婦は感激しました。

その声に勇気を得て、その後この4年間ずっとエジンバラを家庭訪問の中に取り入れ、全所の中に広げるということに努力してきました。ことしの7月から福岡市内の家庭訪問では全部このエジンバラを使うようになっています。それは予算化して、予算化しないと絶対、私がいなくなった後には、部署がかわった後にはなくなるのが行政のシステムなので、予算をつけていただいてシステム化をして消えてなくなるものにするということを行いました。

(2)エジンバラの調査時期

エジンバラの調査時期ですが、早ければ早いほど、やはり高得点者が出るようです。もう一つ、吉田先生たちが1年後に最初の101人に対して全部精神科医が面接して、精神科の構造面接というのをしまして診断を行っています。その結果だと、高得点者の中に大うつ病、小うつ病と診断された方が、それぞれ36%ずついるということで、スクリーニングとしては非常に有用でした。ただ、低得点者の中にも、実は大うつ病、小うつ病は隠れているということで、エジンバラをする時期の問題等を検討する課題が残されています。

これが実際の新生児訪問のシステムです。実は、エジンバラだけではなく、うつ病になりやすい要因をチェックするハイリスクシート、これはだんだん私も欲張りになってきて、保健婦たちが交代していくたびに、その知識が毎回毎回教えるのはとても大変だということに気づきまして、一定のレベルを維持するためということで、現在、結局質問紙票が3枚になっています。軋轢をチェックするハイリスクシート、お母さんとこどもの愛着をチェックする愛着シートというのと三つ、今、お母さんに記入してもらっています。3つを総合判断して、カンファレンスして家庭訪問の継続をしています。

実際にはどうしているかということ、9点以上みんな同じに家庭訪問できないので、9点以上でも育児サポートがなく、ライフイベントがあって既往歴があり、愛着紙票に問題がある人に対してはより濃密に家庭訪問する。問題点の薄い人は、間隔を置いて訪問し、どこか健診でチェックするとか組み合わせながら見ていきます。少ないマンパワーで何とかこの10%から15%出てくるDPDSの高得点者をフォローしていこうとしています。平成11年の結果では171人実施して、重度に家庭訪問する人は5.8%程度、軽度で観察していく人は4.5%というような状況です。

(3)包括的な産後のメンタルヘルス対策をめざして

エジンバラというのは一つのグッズです。なぜこんなことを始めたかということ、4カ月健診ではこういうお母さんたちに支援するのでは遅いというのが一つの要因でした。あともう一つ、保健婦さんたちの技量の問題ですね。非常に若い保健婦が私たちの職場ではふえてきて、その保健婦さんの力によってこの心をとらえられるかはすごく左右されてしまいます。ある程度の一定のものを保健婦さんたちにスクリーニングしてもらいたいなど。そしてもっと心の方を見て援助してもらいたいなど、そのためには今の保健婦さんたちに何か道具をあげないと心の問題が見えないのではないかとということで、このエジンバラというのはすごくいいのではないかなと思っています。

今、高得点者の中で思っているのは、決してみんなが産後うつ病ではありません。高得点者の中には強度育児不安、不安神経症のお母さんたちが多く含まれていますし、最近本を読んでなるほどと思ったのですが、母子関係障害のお母さんというのでしょうか、お母さんとこどもの関係性が悪いお母さんというの也被含まれているように思います。全員が全員うつ病ではないということに気づいておまして、今、私が保健婦たちに研修をしてやっているのは、さらにエジンバラの点数をつける中で深く理解して、どう見分けていくかという各項目による見分け方というのを一生懸命教えているところです。実はこれだけがすべて虐待を予防する要因ではないですよ。低得点者の中にも、もともとハイリスクとして経済的な問題とかいろいろな問題を抱えているお母さんたちが当然含まれていますので、そういう人たちにも要注意として拾い上げていかなければならない、そこにも注意していく必要があるし、調査の結果でもわかるように、9点以下の中にも実は産後うつ病も隠れています。点数は低かったけれども、ちょっとおかしかったよねという事例を、保健婦が気づき家庭訪問を継続して見ている人もいます。以上です。

子育て支援は母親支援

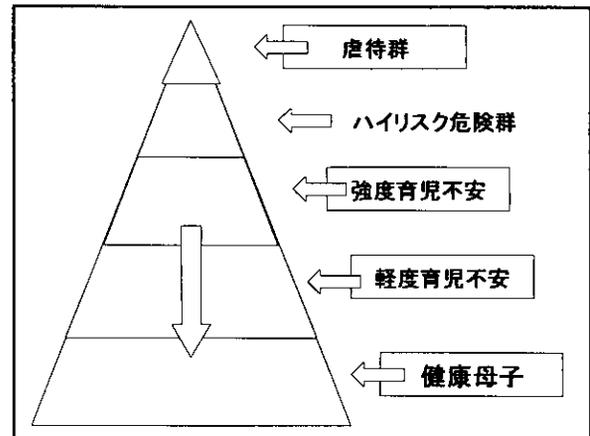
博多区保健福祉センター
健康課 鈴宮寛子

健診の間診項目

- 子どもの発育や病気のことがとても気になりますか
- お母さんはゆったりした気分で子どもと過ごせる時間がありますか
- お母さんは抱っこや言葉かけを十分していると思いますか
- 育児は楽しいですか
- 育児に心配がありますか
- 育児は疲れますか
- 家族は育児に参加してくれていますか
- 家族はお子さんの発育や様子に関心を持っていますか

子育て支援

- 生活習慣病予備軍の子ども達
- 育児不安といわれる母達
- 児童虐待



マタニティーブルーズ

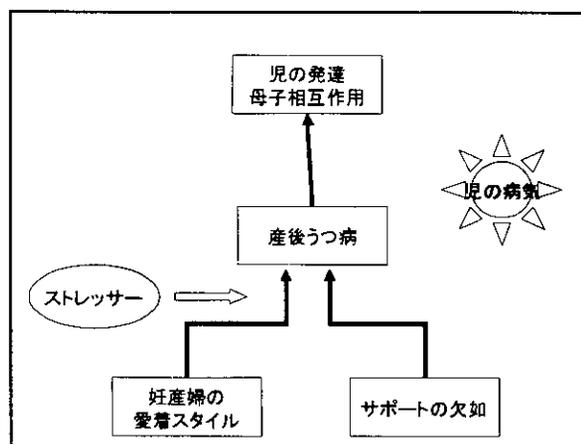
- 出産後から産後1週間におこる
- 1～2日でおさまる
- 自然によくなる
- 一過性の泣き等

産後精神病

- 出産直後から数週で発症
- 1000例の出産に1例
- 精神症状+感情障害
- ほぼ全員に精神科治療が必要

産後うつ病

- 産後1か月から3か月がピーク
- 産婦の10～15%
- 約2割に治療が必要



産後うつ病となりやすい要因

- 配偶者との軋轢
- 家族との軋轢
- 家族や周囲からのサポートがない
- 精神科治療歴
- 過去1年間のライフイベント
- (出産における産科的問題)

母親の精神状態の把握のポイント

- 育児や家事の機能が保たれているか
 - 不安やうつの感情が強く、長引いている
(2週間以上)
- 妄想や幻覚などの精神症状

介入へのステップ

- 母親の話を支持的によく聴く
- ことさら丁寧に育児の内容をよく聞く
- 定期的な訪問や、面接、電話
- サポートできる人の確認
- 医療機関との連携

産後の心の健康支援事業

- エジンバラ産後うつ病質問紙票の導入
- 新生児訪問→継続訪問へ
- 新生児訪問記録改訂
- 心の健康支援のための訪問マニュアル

エジンバラ産後質問紙票(EPDS)

- 笑うことができるし、物事のおもしろい面もわかる
- 物事を楽しみに待つことができる
- 物事がうまくいかないとき、自分を不必要に責める
- 理由もないのに不安にある
- 理由もないのに恐怖に襲われる
- する事がたくさんあるときに、ほとんど対処できない
- 気分的に楽しくないので、そのためによく眠れない
- 悲しくなったり、惨めになる
- 気分的に楽しくないので、そのためによく眠れない
- 自分の体を傷つけたり、自殺の考えが浮かんでくる

平成10年度の101例

- 保健婦 47例→高得点 10例(19.2%)
- 助産婦 54例→高得点 6例(12.5%)
- 計 101例→高得点 16例(16%)

新生児訪問

- ①保健指導
②EPDS、ハイリスクシート、愛着シート

9点以上

9点以下

カンファレンス

高得点者のフォロー

- | | 9点以上 | 9点以下 |
|-----------|------|------|
| • EPDS | なし | あり |
| • 育児サポート | あり | なし |
| • ライフイベント | あり | なし |
| • 既往歴 | あり | なし |
| • 愛着指標 | 問題あり | 問題なし |

より重点をおいた訪問

訪問

フォロー結果

- 平成11年11月～12年3月
171人実施

重度観察群 9名(5.8%)
軽度観察群 7名(4.5%)
その他 155名

高得点者

低得点者

産後うつ病

強度育児不安
母子関係障害

要注意群

プレゼンテーション 2

「児童虐待対策と子育て支援を視野に入れた保健婦活動」

東京都南多摩保健所 中板育美

1. はじめに

東京都の南多摩保健所というところで保健婦をしております中板と申します。よろしくお願いたします。東京都は、23区という特別区と多摩地区という市町村、26市3町1村があります。私がいるところは、その多摩地区の方ですので、都道府県型の保健所と市町村の保健センターがあるというところなのです。ですので、平成9年に母子保健法の実施主体が市町村になりましたので、今、赤ちゃんの健診ですとか、そういったものはほとんど95%は市町村が行っているという状況です。

保健所は低出生体重児ですとか、出産時のトラブルがあったケースですとか、ちょっと困難ケースについて支援を行うということになっておりますけれども、その辺の区分けが非常に難しいところです。そういうところで活動している私なんですけれども、きょうは題名が「児童虐待対策と子育て支援を視野に入れた保健婦活動」というところですので、一つは市町村とともに乳児健診という場面を通してスクリーニングを開発しているというところ。それは本当に予防というところに重点を置いた活動です。あとは、児童虐待のケースに出会って保健婦は何ができるのかなというところを少しお話ししていきたいなと思っています。

2. 母子保健の重要性の再認識

保健の分野では、乳児死亡率が世界一低い日本ですので、母子保健の施策というのは一応これで十分かなみたいな変なお話もあったりする中で、高齢者対策がどんどん充実していくという状況の中で、やはり今頑張っている母子保健というのが、いかにその後の精神保健ですとか思春期保健ですとか、すべての面において反映させられていくことなんだということ伝えていく、今一番いい時期なのかなというふうに思っております。

私は、母子保健の施策の中でこどもの健康というものはかる指標が、死亡率ですとか、そういった既存の指標だけにとどまらずに、こどもの健康をはかる指標は時代とともに発展するもので、今は親子の心の健康度というものに着目する必要があるのではないかなと思っています。

日ごろ地域で活動していると、皆さんも活動されていて、きょうは保健婦さんが多いということですが、保育士さんもかなりの数いらっしゃるということなんですけれども、地域のそういうお母さんたちと出会っていると、今のお母さんたちというのは親になって経験することのほとんどすべてが親になって初めて経験することですね。昔経験したことがあるとか、以前赤ちゃんを抱っこしたことがあるとかそういうことではなくて、自分のこどもが生まれて初めていろいろな育児を、本当に一から経験するというような状況がほとんどだろうというふうに思っています。それとこれだけ女性の社会進出が進んでいますので、その社会進出が進んで女性がどんどん社会に出ていく中で、やむを得ず妊娠、出産、育児ということを境に、やむを得ず自己実現を棚上げしなければならなかった人たちというのかなり数います。そういったいろいろな人たちがいる中で子育てというのは、当たり前ではなくて一つの仕事として今のお母さんたちは子育てをしているのではないかなと思っています。私たちは活動をしています。

そういう中で保健の私たちに課せられた課題というのは何なのかなというところでは、私たちは昔は育児指導とかそういうことがありましたけれども、今は人間的な成長、親になっている過程、プロセスを支えるものとして地域の親性、地域の中に親性がごろごろころがっていますので、そういう地域の中にある親性を横につなげていく、その親性をどんどん使えるようにしていくという仕かけ人として、結果的には子育てにやさしい地域にしていくということで、そういった役割があるんだろうというふうに思っています。

個別的には、保健婦はいろいろなサービスをあっせんする業者ではありませんので、親業を支えていくための継続的な援助というものをきちんとできる体制をつくり上げていく役割があるのではないかなというふうに思っています。少しその辺のことを踏まえながらお話をしていきたいと思います。

3. 虐待ケースとの関わりから学んだこと

予防の前に、ちょっと私が虐待のケースを経験する中で保健がここをちょっと頑張っているかなければならないかなと思っているところを少しお話をしたいと思います。

虐待援助の究極の目標は、こどもの安全と安心の保障です。結局いろいろな方に事例検討会ですとかネットワーク会議とかに参加させていただいて、どこまでやればいいですか、どこまで援助すれば終わりになるんですかと聞かれるところなんですけれども、それはやはりチームの中で、この子は絶対に殺されない、この子は絶対に死ぬことがないんだという確信を得ることができた時点で援助を一応終了という形にすると。意外と今の時点では、保護をするまで。保護をしたら何となく達成感で、やったということで終わってしまって、その後のネットワークが空中分解するということが非常に多くあるんですね。でも、それでは保健の役割は果たせなくて、その後、例えば分離するなら分離した後の親のケアをどうしていくか、地域でどう支えていくかということがスタートですし、そういう意味では本当にこどもの安全と安心というものをどう保障していくかということが究極の目標だろうというふうに思っています。

(1) 母子保健の役割

虐待の援助をしていく中での非常に重要な役割としては、保健の機関特有の早期発見の機能の中でネグレクトの早期発見。これは、私は平成9年に東京都の調査をして、平成11年に全国調査を保健所と市町村にさせていただいたんですけれども、そのときに児童相談所がかかわる虐待の4分類のパーセントと比べると、圧倒的に保健の機関はネグレクトにかかわっている割合が高いんですね。これはどういうことかという、やはり虐待なんだということで援助が始まっているわけではなくて、何かこの親子はおかしい、何かこの家族は変だ、何かこのこどもは大変そうだなとか、そういういろいろな出会いの中から「何か変だな」と思う中で援助が始まっている。それで途中から、このケースはネグレクトではないかなという判断をしている。これは保健特有のかかわり方なんだろうと思います。ネグレクトの発見というのは保健の責任だというふうに言っております。

2番目に、地域ネットワーク構築の中心的な担い手ということで、虐待家族への援助、その措置権限も含めて児童相談所が中点的な役割を担っていくのですけれども、地域の中で医療機関ですとか保育園ですとか教育、いろいろな分野の生きたネットワークというものをしかけていくのが、やはり地域に一番身近にいる保健センターですとか保健所の保健婦なのではないかなと思っております。

3番目に親ケアというものを含めた家族のケアマネジメント機能ですね。その家族がどのぐらいの危機感、危険度というものがあるのかという判断も含めて、どうやって見守り体制を整えていくか。何かあったときにすぐに介入できる体制をどうやってつくっていくかというあたりを、保健婦が中心になりながら、保健婦が家庭訪問する情報というのは物すごい情報量がありますね。お母さんの気持ちもそうだし、家庭の状況、例えば冷蔵庫の中にどのぐらいの食料があるのかなとか、洗濯物がたまっていないのかなとか、お掃除はしているのかなとか、そういういろいろな情報があります。そのすべての情報を照らし合わせて、危機状況ですとか、見守り体制がどのぐらい必要なのかとか、そういったことをつくり上げていくマネジメントをしていく機能があるんだろうと。

いろいろなサービスをうまく活用しながら養育困難家庭をサポートしていくんですけども、いろいろな山場でいろいろなサービスをうまく活用する。例えば医療機関を使うですとか、カウンセリング機能を使うとか、いろいろなサービスを使うんだけど、そのすべてに寄り添っていくのが保健婦であって、そのすべての過程を一生懸命サポートしていくそのマネジメントが保健婦の役割であろうというふうに思っております。

(2)健診と虐待予防の可能性について

これから乳児健診の話をしていきますけれども、私は28条のケースとかいろいろなケースに触れてきて、本当に28条をせざるを得なかったケースというのは、こんな分厚いくらいの記録を裁判所に提出したり、調査官にいろいろ事情を聞かれたりある中で、そういうケースと出会ってくる中で、何で予防できないんだろう、どうしてこうなるまで私たちは動けないんだろうというのが私の中でずっとありました。そういう大変な法的措置を使わなければならないケースもあれば、本当に健診というスタイルの中で、母子保健というスタイルの中で発見してうまく対応して、親子心中にまで至らなかったケースというのもあります。そういう中なるべく早く予防して、なるべく早く援助の手が届くシステムをつくり上げたいなというのが私の希望でした。

(3)虐待ケースについて

一つケースを紹介すると、乳児健診のとき、乳児健診というと東京は1回に大体五、六十人が見えますけれども、その五、六十人のケースを流すわけですよ。そういう中で非常に無表情のお母さんがいたわけですね。お子さんはどういうお子さんかという、物すごいアトピーだったんです。どうやって抱っこしていいかわからないぐらいのアトピーだったんですね。そのお母さんは無表情の状態、本当に表情がかたいんですね。そういう状態で、まず予診のところでパートの保健婦さんに「大変ね。どうしちゃったの。病院に行っているの」と言われました。体重測定の場面でお洋服を脱いで、体重測定をするパートの看護婦さんに、「まあ、大変ね。すごいじゃない、これ。病院に行っているの」と言われました。でも、お母さんは無表情でした。診察の場面で先生に「おやおや、お母さん、これまたひどいね」と言われました。私はそのとき介抱についたんですけども、予診のところで、もうちゃんと病院にかかっていると、先生の相談を受けていますと書いてあるんですね。私はその場面でいろいろ言うのはやめたいなと思って、先生にも病院にかかっているみたいですので、また後でお話をしますよということ、一応そこで打ち切ってもらったんですね。やはりその健診の場面で、非常にみんなが気になったお母さんなんですね。みんなが気になっていながら、やはりこどもが非常にひどい湿疹状態でしたので、「お母さん、これ大変ね。どうしましょう」という感じだったんですね。みんなこどもを心配

してしまうというところで、私はそれがとても気になって、乳児健診のカンファレンスが終わったあとにお母さんのところに行きました。マンションだったのですが、ピンポンと押したのですが、やはり開けてくれないのですね。しばらくインターフォンで、「先ほど健診の場面でいた保健婦さんだけでも、お話を少し聞かせてほしい」ということを言ったら、「帰ってください」ということで開けてくれる気配は本当にはないんですね。それでも頑張っただアをとんとんしたら、お母さんが玄関の鉄のドアを挟んで、「私は二度と保健所には行かない。二度とあんなどころには行かない。本当は物すごく行きたくなかったんだけど、夫が気も紛れるから行ってくればというところで、夫がそう言ってくれたのできょうは頑張っただア越した」ということを鉄のドア越しに言ったんですね。その気持ちは、私は見えてわかりましたと。お願いだから開けてほしいということで、かなり粘った結果、鉄錠をした状態で10センチぐらい開けてくれたんですね。よほど怪しい人間だと思われたんだと思うんですけども、開けてくれて、「来てくれてありがたいけれども、私はもう二度と行かない」というところで、もう涙なみだなんですね。閉めようと思った瞬間に、私はこのまま帰ったらもうだめだと思って足をさっと入れて、「ちょっと待ってください」ということで足を入れて、ドアを閉まらない状態にして、それからしばらく話して、お母さんが錠を取ってくれて、玄関先で1時間ほど、寒い日だったんですけども、話をして、その後、たまたまうちの方でアトピー相談会というのをやっていたので、それは個別面談みたいなものなんですけれども、それを活用したり、グループを活用したりしながら、約1年間経過したわけですね。そのお母さんは育休をとっていて、1年間たって復職をしたんですけども、それからしばらくしてお手紙が来て、そのお手紙を読んで私も呆然としました。あのころは本当に毎日死のうと思っていた、この子と一緒に毎日死ぬことしか考えていなかったと。だけれども、夫が保健所だから行ってみたらと言ったので頑張っただア行った。行った結果がとても辛かった、とても悲しかったと。だれも私の気持ちはわかってもらえないんだなということを改めて確信したと。やはりアトピーにしたのは、自分が仕事をしながら産休まで働いて、ストレスの結果だろうと思っただア。本当に申しわけないことをこの子にしてしまったのに、本当にかわいそうな思いをさせて、自分をすごく責めているわけです。責めて死のうと思っただア。あの訪問がなかったら、今の私とこの子はいなかったかもしれませんということでお手紙をいただいたんですね。だから、その健診というのが、本当に命を救う場面になるんだというところで、今、どんどん委託業務になってきつつありますけれども、いろいろな専門家のいろいろな目が入る健診がそうやって人の命を救っていくことができる場なんだということを、もう一度再確認して、私たち保健の分野は健診を集団でやる意味というものをもう一度いろいろなところで訴えていけないといけない、厳しい時代だなというふうに思っています。そういう中で健診をより充実させていくために、少し考えています。

3. 児童虐待対策に向けた母子保健の課題

今、こどもの虐待というものにおける今日の課題というものを、私なりに四つに整理をしています。一つは、早期発見早期対応が可能な体制というものがまだ未整備だと。あの保健婦さんだったらできるけれども、あの保健婦さんだったらできないとか、あの保健婦さんはまだ若いし、経験がないからできないとか。さっきの鈴宮先生の話もそうでしたけれども、やはり人によって基準が違うとかそういったことがあって、早期発見早期対応が

大事だと言われながらも、その体制がシステム化されていないということが一つの大きな問題。

もう一点が、虐待者、被虐待児、ともにかなりきめ細かい支援が必要なんだけれども、その支援プログラムというものが日本にはまだほとんどない状態であるということ。

3番目が、いろいろなリスクが今言われていますけれども、いろいろなリスクというのが絡まって虐待を発生していますので、そのリスクというものは何なのかということきちんとアセスメントして、そのリスクを少しでも下げていくための援助というプラン、プラン立てが必要だろうと。そういう体系化された援助計画というものが必要だろうというふうに思っています。それと、これは当たり前のことですけれども、発見から保護、指導、そして予防に至るまで、すべての段階で多くの機関が連携することに越したことはないということです。

4. 東京都南多摩保健所の虐待対策

この辺の課題を一応整理して、少しでも解決したいなという思いでうちの保健所が行っていることも虐待予防活動の展開というものの話をしたいと思います。きょうは簡単に説明しますが、8月号の公衆衛生情報に抜粋が載っているのと、12月号の保健婦雑誌にこれから載りますので、そちらの方が具体的かなというふうに思います。

(1)基本となる考え方

この事業の目的は、1点が早期発見の体制が強化されて虐待が未然に防げるということ。それと母子保健システムというものを、これはすこやか親子21でも言われていますけれども、今の母子保健のシステム、健診の制度を、今必要な健診に変えていく、質的な転換を求められていますので、疾病の早期発見ではなくて、親支援の形に変えていくと。それによって、母子保健活動が充実、強化されるということ。3点目が、地域の中での虐待予防システムというものがつくられるということ。結果的に子育てにやさしい風が吹くとか、そういう町をつくりたいということです。

先ほどの鈴宮先生よりももっと大雑把な感じですが、考え方は同じです。この三角形を大きく三つに分けて、上の虐待群と下の虐待予備群、その下のそういう意味で問題ない群ということですね。今、本当に育児不安のすそ野はどんどん広がっていて、育児不安を感じる親は約99%ということで、ほとんどの親は育児不安を感じるということなので、一番下の三角形が必要ないとは言いませんが、保健が重点的にやるべきところはもうそこではやはりないだろうと、そこが児童館ですとか、先ほどの先生と全く同じで公民館活動とか、そういう地域の力をうまく活用していくということで補っていただいて、保健がやるべきところは真ん中の虐待予備群というところで、ここに重点的に活動していくべきだろうというふうに考えています。上の虐待群は、決してやらないわけではなくて、児童相談所と一緒に協力しながら、マネジメントしながらやっていくと、これは当然のことです。

うちの事業の3本の柱ですけれども、1点目が乳児健診の場面でのスクリーニングシステムの開発ということで、虐待要因のチェックシートとスクリーニングのシートをつくっています。これは、私はやはり保健婦ですので、余りマニュアル的に1枚の紙でチェックしていくというのは好きではなかったのですが、どの保健婦でも、どの市でも、だれでも一定の水準でスクリーニングできるということは必要だという考えに結果的に至りまして、本当はこんなものがなくても一定水準ですくい上げられれば一番いいと思っています。

2点目は社会システムづくり。一応そのスクリーニングシステムの中でスクリーニングされるケースが約3割、健診の中で虐待予備群も含めて1割がフォローケースになっていない健診は、健診としては充実していないと言われてはいますが、一応これは3割をピックアップするシステムになっています。

社会システムづくりということで、その3割にスクリーニングされた人たちを、保健婦が一人一人腕力で、足と手を使ってサポートするというのではなくて、社会全体で、地域全体の中でどういうサポートをしていけばいいのかなということを考えていきたいということで、今、地域の中にどういう社会資源があるのかしら、今、地域の中に何が足りないのかしら、今、こういう虐待予備群をお母さん方を支えていくためにどんなサービスがあればいいのかしらと、そこまで考えていくということです。

もう一つが、普及啓発ということで、そういう社会資源をうまく活用していけるために、そういったツールをつくるということで、皆さんのところへ行っているかもしれませんが、MCGのビデオとパンフレットをつくっております。パンフレットには、先ほどのエジンバラの産後うつ病の診断表がついていて、これは新生児訪問からすべての段階で保健婦や助産婦と一緒にお母さんがつけて診断をしていくというものになっています。

(2)スクリーニングシステムについて

スクリーニングシステムの流れだけ説明をしておきたいと思います。

乳児健診の前に出生通知から新生児訪問すべての段階で把握できる、いろいろな虐待の要因があります。その要因が何項目か。それから、乳児健診のときに既にいろいろなところがアンケートしたりしていますので、診断結果ですとか、そういったことから得られる情報があります。

そのほかに、虐待の要因と言われるものがチェックできない部分をスクリーニングシートというものにアンケート形式で落としています。この内容は、家族の中に暴力がありますとか、家族の中で無計画な借金で悩んでいませんかとか、失業とか転職ですとか、お母さんは愛情を受けて育ちましたとか、不妊治療で妊娠しましたとか、そういったかなりプライベートな質問が入っています。結局それらが虐待の要因としては非常に高いリスクと言われているにもかかわらず、乳児健診の中ではなかなか拾えていなかった、一般的に拾えていなかったという情報だということです。それらの乳児健診前と乳児健診のときとスクリーニングのシートで虐待の要因とをすべてチェックして、大体120項目あるんですけども、チェックして、それを得点化しています。得点化して高い順番に、これは市の保健、これは先ほども言いましたように、乳幼児健診は市の保健婦さんたちが市でやっていますので、この保健婦さんと保健所の保健婦とで一緒にその事例のアセスメントをいたします。要因のチェックシートは五つのカテゴリーです。家庭基盤ですとか、親準備性ですとか、親子の愛着形成ですとか、育児困難性、こども自身の問題ということで分けていますので、そのどこに要因が集まっているのかということのアセスメントしながら、その家庭の援助プランを立てています。それで市の保健婦さんたちが一生懸命援助をしているということです。

これはまだトライアルですので、ことし、うちの管内が3市なんですけど、ことし3市全部でやっていますけれども、昨年度は1市だけでやっています。かなりスクリーニングシート、アンケートがプライベートな内容でしたので、市の保健婦さんや市の事務の方たちから、「こんな質問をして苦情が来たらどうしますか」とか、「こんな質問をして乳児健診

に来る人が減ったらどうしますか」とか、そういったことが言われました。保健婦さんの方からは、「もしここに暴力というのに〇がついてきたらどうしたらいいんでしょう」とか、「無計画な借金といって私が返すわけにはいかないしどうしたらいいんでしょう」とか、そういったことが不安としては聞かれていました。

実際、使ってみて、書いてこない人はだれひとりいなくて、むしろきちんと書いてくださってきて、中には「きょうは夫の暴力のことで話してきました」とか、「夫は結婚する前から借金を背負っていて、それを私に言っていなかった。結婚して初めて知った」とか、「今、夫にこの子を触らせるのも嫌で離婚もしたいのに、うちの親はせっかく結婚したんだっから離婚するなと言う」とか、やはり乳健の中でそういう相談がかなり浮上してきています。

そこで市の保健婦さんたちはそれに対してどうするかというと、「聞きましょう。とにかく聞きましょう」と。「悩んでいるんですね。では、一緒に考えていきましょうね」と、そのスタンスをとるとい形にしています。何もその乳健のところですべての問題を解決する必要は全くなくて、あくまでも切り口であって、日本の母子保健のシステムというのは、乳児健診は90何%、ほとんど無理なく把握できる絶好の機会なんですね。その機会をうまく使わない手はないということで、この機会にきちんとその一定の基準でいろいろな質問が出てくるような体制をとるといのは、非常に母子保健を通して今後の精神保健とか思春期問題とかをにらむにはとてもいい機会ではないかなというふうに改めて実感をしています。

結果的には、個別の方に回っていただいて保健婦と話し合った瞬間に涙ぼろぼろ、本当に30分ぐらい泣き放して帰ったとか、そういう産後うつ状態ですとか、本当にうつ状態で病院にいた方がいいのかなとか、その辺まで発見が至っているという状況です。

(3)母親のケアをめぐる課題

私も産後うつというのが、産後の少なくとも1割いると言われている中で、今までの私たちの母子保健のシステム、乳健の中でどれだけ産後うつ病を発見できただろうということのを反省点として振り返るべきだと思うんですね。あとは医者の中にどれだけ産後うつ病という診断をつけてくれる人がいたろうというね。中には、産後うつ病っぽいなということで病院につなげるんだけど、そういう診断には至らず、2回ぐらいで放り出されてしまうとか、そういったこともよくあったんですね。だから、認識がないということはどれだけ落としていくことなんだろうと。

虐待もそうですよね。虐待を発見する眼鏡さえきちんとかければ、虐待はその辺にころころ転がっていて膨れていくにもかかわらず、今までそういう眼鏡を持たなかったか、持ちたくなかったかという中でなかなか聞こえなかったと。だから、そういう知識とか認識とかなないことがどれだけ大事なことを落としていくかという、本当に産後うつ病に関しては反省点だろうというふうに思っています。

この実施の結果ですけれども、昨年、日本小児保健協会が幼児健康度調査を行って、約3割、もしかしたら私は虐待かもと思った人がいるということも含めて約33%。東京のこどもの虐待防止センターが首都圏で行った、あとは全国で行った虐待傾向の親を含めて約3割という、その3割、30%ぐらいという数字をここでは使わせていただいて、今回はその得点の高い順番から3割のところを一応区切っています。その得点の3割のところは7点だったということです。7点以上を高得点、7点以下を低得点にしています。要フォローになったケースが、高得点は72例いましたけれども、その中でアセスメントをした結果

フォローしなければならないというのが 57 例 79.2%、低得点 197 例いましたけれども、その中で 34 例 17.3%のフォロー率ということになっています。その中で、またさらに虐待もしくは虐待の危険度が高い事例が高得点の中に 11 例、低得点の方に 1 例いました。この 1 例は、ちなみに 6 点です。

得点で見たケアプラン、アセスメントをしたプランの内容ですけれども、虐待対応も既に暴力があるとか、自分が暴力をふるっていますとか、その辺が今回 269 名の中で 2 名、虐待対応をすぐにせざるを得なかった人が 2 名でした。家族機能への介入ということで、借金ですとか夫のギャンブルとか酒の問題、そういったいろいろな問題があって家族機能そのものに介入せざるを得ないという事例が高得点に多かった。その後産後うつ病対応ということで、やはり高得点の方がそういった状況が多くなっています。

低得点については、低得点群の中にこれまでの経過観察検診みたいな医療機関にちょっと股関節のことで精密検査とか、そういった部分も入っていますので、そういったところが低得点の方には多かったという状況です。

これについては、今後、これから前年度に乳健をやった人たちに対して 1 歳 6 カ月でもう一度同じスクリーニングをかけてその変化を見ていくということをし、これからやっていきます。

結果的に市の保健婦さんたちが言ったのは、やはりここまで母子保健の中で介入が可能なんですねということで、これまで私たちは本当にこどもの健康を見るところでとどまっていた、それ以上は介入はなかなかできないし親たちも求めていないと思ったけれども、これをやることによってここまで家族介入ができるんですね、それを求めているんですねということが市の保健婦さんたちの方から出てきました。

それから、援助方針としては、「ええっ、こんな人どうやって保護したらいいのでしょうか」という形でちょっと戸惑いもありましたけれども、介入していくんだ、このケースはフォローしていくんだよというところをチーム判断できましたので、その意味では安心して皆で決めたことだから頑張っていこうという一歩が出たかなというふうに思っています。

そういう虐待予備群もそうですし、虐待をしている親もそうですけれども、親援助というものの視点を一応訪問する際にも入れていこうねということでまとめていますけれども、一番の自己肯定感の獲得。これはどうしても親たちは自己評価が低いです。本当に自分がやってきたことに対して罪の意識が高いですから、そうではなくて自分自身を認められる体験を私たち保健婦が援助することで学習していく機会ができるといいのかなというふうに思っています。

それと「お母さんを頑張るというよりは、お母さんをやらなくていい時間の保障」、これはとても大事なことで虐待のケースで、家庭の中でどれだけの家事がこなせているとか、いいときは結構洗濯もやってきれいに掃除もしているんですけども、悪いときは全然できていませんといった場合どちらを基準にするかということ、最低の基準です。一番できていないところをその人の力と見ていくということがとても大事です。いいときを基準にしてしまうと、やはりきついです。だから、援助、児童の保護するかしないかと、分離の必要があるないとか、その辺の判断も、やはり家庭の中でどれだけのことができていくかというところでは、最低のところですよ。お母さんには、「今はあなたはお母さんをやらなくていいんだよ」と、そこをきちんと保障するというのがやはりとても大事だろうと思っています。あとは自分自身の歴史を話せる。自分自身のストーリーを安心した状況の中で

話せるという場所がやはり必要だろうと思います。

(4)MCGについて

そういった援助の視点を踏まえて、今いろいろなところでMCGがやられていると思いますけれども、これも先ほどの3本柱の社会システムづくりの中の一つです。MCG以外にもすごくいろいろなところではやりものみたいになっているんですけれども、勘違いしないでいただきたいと思うんですけれども、やはり支援の一つに過ぎないということを認識しておいてほしいなど。これが万能だと思ってしまったらいけないだろうというふうに思っています。どうしてもMCGを保健所の中でやると、地区担当の保健婦さんが「MCGにつながったからとにかく一安心だわ」ということで自分のかかわりが引いていくわけですね。それでは何の役にも立たないわけで、やはり一つの支援としてとらえていただきたいというふうに思っています。

このMCGの目的は、上手な子育てができないということに対する不安とか罪の意識、こういったものをぬぐい去っていく、今はそれでいいんだと思えるようになっていくと。2番目が、家族とか社会からの孤立感を修復する。本当にMCGの中では、私は社会からもいじめに遭っているとか、社会からもずっと虐待されて育ったんだとか、親からだけでなく社会からいじめに遭って育ったとか、そういったことが話されたりします。3番目が、肯定的に受けとめられる体験から自分自身を肯定できるようになると。これはモデルがないので、自分を認めてあげるモデルをそのグループの中でつくっていくということが非常に大事な話になります。私たちは、このグループを提供するということでは、これ以上傷つけない、あなたは今までたくさん傷ついてきたかもしれないけれどもこれ以上傷つけないという安心と安全の場所を提供できるものとして私たちは登場するということになります。

東京では虐待防止センターが、施設MCGですとかいろいろなパターンでやっていますが、保健所MCGに関してはちょっとそういった防止センターがやっているMCGとは多少違いがあります。防止センターのMCGというのは、来たいという動機づけがしっかりある人が申し込んでくるという状況ですね。地域の中にあるMCGというのは、来たいと思わせるように援助をしながらもっていくというところでは、その前の段階もさらに保健婦さんはやらなければならないわけですね。そういう中でやはりMCGの参加の動機づけをきちんとするということがとても大事になってきます。何となく、「こういうお母さんたちが集まって育児の不安とか話をしているからどう」というレベルですと、来てみてびっくり、きのうこどもを突き落とそうとしたけれども、とりあえず抑えたとか、さっきみたいに社会から虐待に遭っていたとか、そういう苦しい状況が話に出てきますので、何でこの地区担当の保健婦さんは私をこんなところに紹介したんだろうという不信感がわいてきますので、やはり参加の動機づけというところでは、今子育てがあなたはとてもつらいんですよというところをきちんと言語化、地区担当保健婦さんの中で、信頼関係の中で言語化した上で、そういうお母さんが自分のつらさとか、こどもに対する不安、夫に対する不満とかを言う場があるのよという、そこの動機づけをきちんとした上でグループに参加させるというのが非常に大事なプロセスではないかなと思います。こういうお母さんたちというのは、常に見捨てられ感みたいなものが強くて、「あの保健婦さん、またやっかいになって私をグループに放り投げたんだわ」というような感覚を必ず持ちますので、そうではなくて、「私もつき合うよ。だけれども、こういうグループも活用してみたらどう」

というところで動機づけをきちんとするというところが大事なかなと思います。

あと、地区担当保健婦とグループ担当者との連動ということで、そういったグループでするので、かなりネガティブな表現がされますので、非常にお母さん自身の退行現象ですとか、何で保健婦さんは私だけ見てくれないのよとか、あのお母さんの方に甘くて私の方に厳しいとか、そういう私だけを見てよという気持ちが物すごく出てきたり、あとは本当に精神的に不安定な状況で、もしかしたら精神医学的な判断が必要なケースかと思わせることもその中で出てきますので、やはり地区担当保健婦さんとグループ担当者。グループ担当者がそれを全部抱えてしまうと不公平になったり、いろいろしますので、やはりそこは地区担当保健婦に返していくということで、そこの連動性はかなり丁寧にやる必要があるだろうと思います。

あと情報管理ということでは記録なんですけれども、記録に関しては、一応地区担当保健婦にも見せません。これはあくまでもグループの中で話されたことの安全性を保つということで、地区担当保健婦にも話しませんし、もちろん紹介してくれた市の保健婦さんにも説明はしていません。どんなことが話されたかは、その利用しているお母さんが話したいことだけ話せばいいということで、こちらからは伝えていない。ただし、危機感、危険度がかかなり迫っているときには、別の問題です。

5. まとめ

いろいろお話をしてきましたけれども、そういう中でまとめとして保健活動の中で果していきたい保健婦の役割ということで、まずは予防的視点、これは早期発見、早期対応をきちんとしていくための一人一人のスキルアップとそのシステム化が必要だろうと思っています。そのためのアクションを起こすのも、やはり保健婦だったりするわけです。2番目が、母子保健活動の充実とその必要性をアピールしていく。これも今本当に必要なことだろうと思っています。3番目が、いろいろなサービス、エンジェルプランですとかいろいろな体系に基づいてサービスがありますけれども、就労支援とかコウサク支援というものにとどまらない本当に虐待を予防できる地域のシステムにサービスを変えていくためのアクションを起こしていくということも必要だろうと思います。

防止の視点としては、やはり限界があるので、保健婦も結構万能感を持ちやすく、何とか私がしなければという話になりやすいのですけれども、自分一人では絶対に無理ですので、いろいろな自分の味方をつけるということで、いろいろな味方をつけることによって自分も少しメンタル的に安定する。自分一人でやるとなると、本当に1人、2人ぐらいの虐待事例を持ったらつぶれてしまいますので、自分のメンタルヘルスというところを踏まえて、いろいろな機関の人に自分も支えてもらうということが必要だろうというふうに思っています。

あとは親ケアプログラムというものの構築、これがこれから、今のところちょっと保護、とにかく子どもをどう救うかということになりますけれども、これから親ケアというものをどうするか、子どもケアというものをどうしていくか、そのプログラムというものがこれから求められていくので、そのための一つの情報というかデータ収集を自分みずからの活動の中で蓄えていくということが必要だろうと思っています。

以上で私の報告を終わりにしたいと思います。

講演資料（児童虐待対策と子育て支援を視野に入れた保健婦活動 中板育美先生）

児童虐待と母子保健のあり方を考えるシンポジウム

児童虐待対策と子育て支援を
視野においた保健婦活動

東京都南多摩保健所
中板 育美

虐待家族への支援
(虐待援助の究極の目標=子供の安全と安心の保障)

- 1 早期発見機能
*特にネグレクトの早期発見は保健分野の役割
虐待判断がつく前から、養育困難家庭としての介入援助が可能な職種
(保健分野が責任を持つ部分)
- 2 地域ネットワーク構築の中心的担い手
*医療機関や保育園・教育機関との生きたネットワーク展開を図ることが虐待援助には最も大事なこと
- 3 親ケアを含めた家族のケアマネジメント機能
*危機的状況の判断と見守り体制の確保
それに伴う地域にあるさまざまなサービスメニューを駆使した在宅支援

子どもの虐待における今日の課題

- ① 早期発見、早期対応が可能な体制の未整備。
- ② 虐待者、被虐待児ともにきめ細やかな支援が必要であるがその支援プログラムの不足及び手法の未完成。
- ③ 個々のリスク要因を明らかにし、リスク要因の減少が考慮された援助計画に基づき、支援及び評価をしていく必要がある。
- ④ 1つの機関での対応には限界があり、発見、通告、早期対応、保護、指導、そして予防それぞれの段階で多くの機関が連携することが必要である。

東京都南多摩保健所が行っている

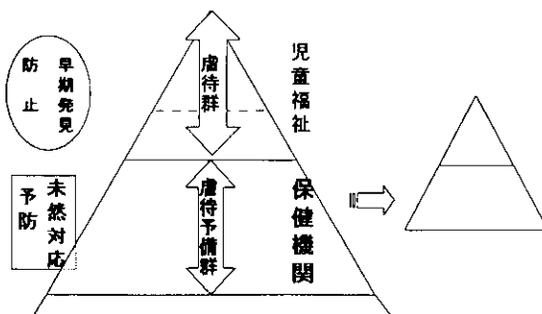
「子どもの虐待予防活動の展開」について

平成12年度～平成14年度

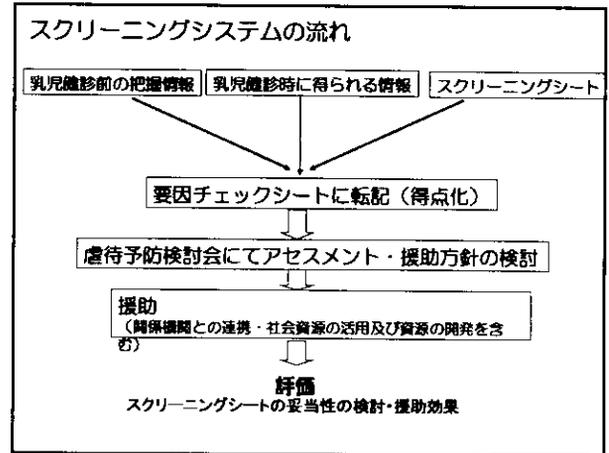
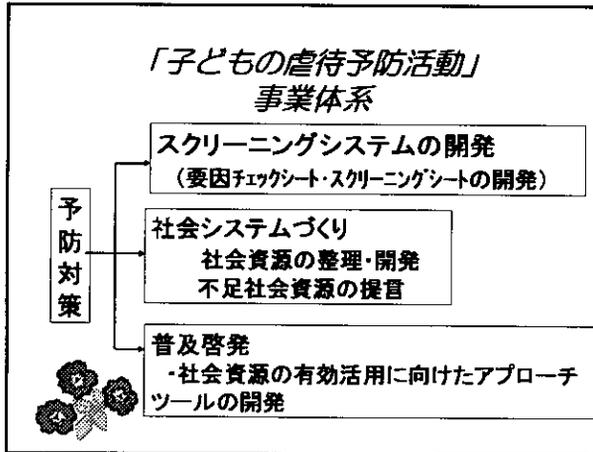
目的および期待される効果

- 1 早期発見、早期対応の体制が強化され、虐待の未然防止が図られる。
- 2 母子保健システムの質的変換により、地域における母子保健活動の充実強化が図られる。
- 3 地域における虐待予防システムの構築
(虐待予防ケアマネジメントの実現)
- 4 子育てに困難を抱えている親が適切なサポートを受ける事が出来る優しいまちの実現

「虐待予防活動」の基本的な考え方。



講演資料（児童虐待対策と子育て支援を視野に入れた保健婦活動 中板育美先生）



スクリーニングシステム・トライアル結果

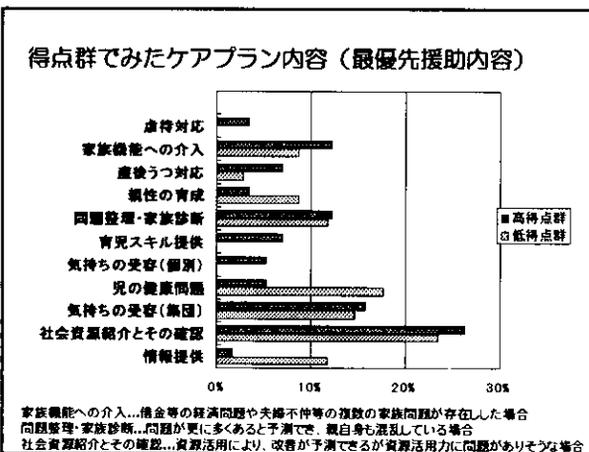
- 実施対象者
T市の乳幼児健康診査で平成12年9月～11月の受診対象者（平成12年5月から7月生まれ） 269名
- 実施方法
T市が乳幼児健康診査の対象者に対して発送する個別通知の中に「スクリーニングシート」を同封し、健診当日に記入した物を持参してもらう方法をとった。
- 実施結果 アンケート回収率 受診者に対して100%
未受診者を含めて95.5%

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
受診者数	40	38	37	38	54	39
受診率	97.6	90.5	90.2	92.7	103.8	75
未受診者数		5		7		11
未受診者からのアンケート返数		2		4		5

実施結果

日本小児保健協会：幼児健康度調査(H12年)および(社)子どもの虐待防止センター：首都圏一般における児童虐待調査(H11年)の結果を参考に得点上位3割を高得点群、それ以外を低得点群とした。その結果、高得点と低得点の境界は7点であった。

	要フォロー (平均点数 7.7 点)	虐待もしくは 虐待の危険度の高い事例
高得点件数 (72 例)	57 例 (79.2%)	11 例
低得点件数 (197 例)	34 例 (17.3%)	1 例



考察及び今後の方向性

- スクリーニングシートの活用にあたり、「健診場面で親にも目を向けて欲しい」というニーズの把握につながっている。
- 処遇困難や介入困難が予測されるケースも事前に共有できる事から、介入判断が保健婦個人のものでなくなった。
- 市との共同事業で実施したことで、アセスメントや援助計画、介入方法等において結果的に実践を通じた市保健婦の研修機能になっている

今後の方向性

- 1歳6ヶ月健診での追跡調査の実施
- 要因の変化や援助評価を行い、要因チェックシート及びスクリーニングシートの完成とスクリーニングシステムの完成を目指す。

親援助の視点(個別・集団)

.....
（人間が本来持っている他者を愛し、信頼する力を取り戻す事）
.....

「いつもたたいている」などの事実だけでなく、
.....
（安定した治療の場面）

社会資源のひとつとしての保健所MCG

目的

- 1 上手な子育てができないという不安や罪責感からの脱出
- 2 家族や地域社会からの孤立感を修復する
- 3 肯定的に受け止められる体験から自分自身を肯定できるようになる。

これ以上傷つかないという安心と安全場面を提供できる者として登場する

保健所MCG実施に向けてのポイント

- 1 大切にしたいMCG参加動機づけ
関わりの曖昧さが不十分な動機づけにつながる。そこから引き起こされるマイナス面の重大さを真摯に受け止める
- 2 地区担当保健婦とグループ担当者とのきめこまかな運動
グループ参加によって起こりうる問題点の見通しと対応策
- 3 情報管理

まとめ

保健活動の中で果たして行きたい保健婦の役割

(1) 予防的視点

- ① 早期発見 早期対応の体制整備
- ② 母子保健活動の充実と必要性のアピール
母子保健システムの質的変換と充実強化・活用
- ③ 就労支援、子育て支援にとどまらない発見機能としての役割を果たせるような保育園や育児支援サービスの整備充実に向けたアクション

(2) 防止的視点

- ① 1つの機関での対応には限界があり、発見、通告、早期対応 保護、指導について住民や関係部署との連携をとるためのアクション
（家族病理の高い家族への支援については、有機的なネットワーク形成のためのコーディネーション）
- ② 親ケアプログラムの構築

プレゼンテーション 3 「母子関係の発達 そのリスクとチャンス」 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院周産期センター 橋本洋子

1. 周産期とは

正式には、妊娠 22 週～出産後 1 ヶ月を周産期と呼ぶが、周産期というとらえ方には、胎内はもちろん出産後も親子を切り離せない 1 対として考えるとらえ方が含まれる。すなわち、子どもにとっての胎児期・出生・新生児期とは、母親にとっての妊娠期・出産・産褥期と重なり、その両方を合わせて「周産期」と考えることが妥当であろう。

では、周産期には何が起きているのだろうか。図 1 に見るように、周産期とは、子どもが生まれ育つときであるが、同時に親も親として生まれ育つ。親と子が出会い、赤ちゃんの「育つ力」が親の「育てる力」を引き出し、親の「育てる力」が赤ちゃんの「育つ力」を引き出すという相乗的相互作用の形で、関係性が生まれ育つのである。

親と子が共に時間を過ごす中で、それらのプロセスは生じてくるのであるが、そのとき、親と子を守る器が必要になってくる。Winnicott の言葉で言えば、母親が赤ちゃんを程よく抱っこするかのよう「抱える環境」、Bowlby の言葉で言えば、よちよち歩きの子も達がお母さんの膝に戻っては情緒的エネルギーを補給していくような「安全の基地」が、親子の出会いには必要とされるのである。あるいは、お産の全過程に付き添うことでお産が軽く済み、時間も短縮されると言われている「Doula」のような存在が、親と子が出会い、関係性が育っていくときにも必要であると言っても良い。

周産期において、親と子の出会いを守り支える環境があり、その中で親が育ち、子どもが育ち、関係性が育つことが保証されているということが、虐待などの育児困難に対しても最も基本的な予防であると、私は考えている。

2. 新生児の能力

生まれたばかりの赤ちゃんは、外界に働きかけるどころか知覚能力も乏しく、世話をされるだけの無力な存在であると、長い間考えられてきた。しかし、近年の新生児・胎児研究の発達により、胎児期後期には基本的な知覚能力はそろって発達を遂げ、出生直後から、赤ちゃんは人の顔を好んで見つめ、あやされるとむずかるのを止め、話しかけに身体の動きで微妙に反応するなど能動的に環境に働きかけることができることがわかってきた。Stern, D.N. は、生後間もない赤ちゃんがすでに活発な主観的生活を持っていると述べ、Trevarthen, C. は、母子のあいだに早期から間主観的なコミュニケーションが行われていることを実証的に研究し、人類は人に対して人間らしく反応したり自らを表現したりするメカニズムを生まれつき持っているのだと語っている。

さらに、胎児期後期に繰り返し聞いた音楽や読み聞かせの文章を、出生後の赤ちゃんが記憶していることも、最近では認められるようになった。つまり、赤ちゃんは胎内からさまざまな知覚能力を有していて、環境である母親を感じ、それを記憶して出生し、出生後に母親と出会うとき、胎内からの連続性をもって認知する能力を持っているのではないかと推測することができる。

以上の様に、赤ちゃんは、出生直後から関係の一端を担えるだけの能力をもち、母と子の出会いの場面を確保することが重要な意味を持つと考えられる。