

のフォローは現行ではボランティアなものにならざるを得ず、大規模医療機関で余力があるところに対応できている実情であるが、一般化するためには、医療機関から他の機関（行政機関が望ましい）へ連携し、他の機関（行政機関）よりフォローを行うことである。行政機関が好ましいのは、ハイリスク妊産婦のフォローが公的責任であり、マンパワー等も有している同時に、民間に比し公の方が介入がしやすいからである。

実際の手順については、ハイリスク妊産婦に関しては、実際に問題が顕在化していないこともあり、その情報の取り扱いには注意を要する。現行制度上で連携をとるならば、何らかの制度を利用する、たとえば医療機関委託の妊産婦健診の結果報告を利用する等が考えられる。これは、妊産婦健診の際に、虐待ハイリスク要因を発見したならば、自治体に送付する健診結果票にその旨を記載して訪問を依頼する等によって医療機関から自治体へつないでゆく方法である。

昨年度の本研究班の報告で、著者は、妊娠期、周産期の住民との接点がある医療機関等に虐待予防、ハイリスク妊婦発見、一次フォロー等を担わせるには何らかのシステムティックな予算措置が必要であることとその試算結果を述べたが、現状では、医療機関等が虐待予防に取り組むのは、基本的にはボランティアな役割である。従って、母性・周産期・小児医療に特化した病院や、それなりの基盤を持ち背景を持つ大規模な医療機関であれば、ボランティアベースである程度の院内体制および地域でのスポット的連携体制を構築できるが、小規模病院やクリニックではかなり難しいといわざるを得ない。また、ボランティアベースである以上、現状では保健医療職者の職業意識に依存している部分が高く、活動は経営には寄与しないので病院経営の面で歓迎されない部分があることは否定できない。

また、住民組織も、基本的にその運営は自助的役割ではなくボランティアなものである。上述の医療機関等ともあわせ、医療機関の取り組みや住民組織の取り組みは、その自発性においてある程度の地域差は生ずるものと思われる。

一方、行政機関は、公共責任としての虐待予防への取り組みを本来業務として行うべき性質を持っており、地域ではやはり主体的な役割を担わなければならない。公共責任である以上、地域の社会資源や地域性によりその役割は異なってくるが、どの地域においてでもある一定以上の水準を維持し、住民に保障することは当然求められる。しかしながら、現状では行政サイドは妊娠期、周産期の住民との接点は十分にはなく、行政単独で地域の虐待予防活動を担うのは現実的ではない。従って、行政の役割の要素としては、潜在的な虐待予防への必要性や需要を顕在化させ政策課題として重要であることを示すことと、ボランティアな地域資源や住民活動をひきだすこと、そしてその資源や活動を有機的に結びつけることである。

<行政の役割>

行政の役割の要素としては、潜在的な虐待予防への必要性や需要を顕在化させ政策課

題として重要であることを示すことと、ボランティアな地域資源や住民活動をひきだすこと、そしてその資源や活動を有機的に結びつけることである。と前段で述べた。そのほか、間接的な役割が以下のように存在する。

- ・虐待予防の必要性の数量的把握

将来的に虐待を受ける可能性のある児（虐待リスクを持つ妊産婦、家庭の数）を予測する。このことによって数量的な把握ができるので、どの程度体制準備が必要かを推測する。

- ・情報提供

以下の情報を関係機関に提供する。医療機関には特に日常診療上の注意が喚起できる。

上記の数量的把握の結果

ハイリスク妊産婦発見のための方策

ハイリスク妊産婦を見つけたときにとるべき事後処置と連携できる関係機関の情報

率直に述べれば、行政内部での役割分担は本来住民にとって重要な要素ではない。住民にとっては不便がなく連続的で一体的である一定以上の水準が維持されていれば、都道府県行政と市町村行政がどのように役割分担し、あるいは保健行政と福祉行政がどのように役割を受け持つかは地域性であって、地域の事情で決めればよい性格のものである。従って、虐待予防は市町村が担当するのが適当であるとか、都道府県保健所が中心になるべきだといった議論は住民にとって直接的には重要ではない。ただ、都道府県、市町村といった自治体のもつ固有の性格上、ある程度の類型化は可能であると思われる。以下に地域での行政内部の役割分担について述べてみたい。

1) 都道府県型保健所管轄区域

虐待発生予防に関する一次的な業務は、多くの直接的母子保健業務を持つ市町村が適当と考えられるが、虐待リスクのある妊産婦のフォローはかなり高度な専門的知識を要する業務となるため、現状では保健所が担当することが望ましい地域も少なくない。

都道府県型保健所に共通して期待されるのは、情報提供と地域での連携構築である。また、虐待予防の必要性の数量的把握や虐待予防に利用可能な社会資源（医療機関、関係機関、NPO等）の探査も課せられる役割である。

保健所政令市近接区域では、保健所政令市との連携を構築することも重要な役割である。

このように、現状では虐待予防に関する一次的、二次的の両方の役割を担うことが期待される。

2) 保健所政令市（指定都市、中核市、その他政令市）の場合

保健所政令市は上述の都道府県保健所と市町村の両方の業務を持つことになる。従って、一次対応のほか、情報提供と地域での連携構築、虐待予防の必要性の数量的把握や虐待予防に利用可能な社会資源（医療機関、関係機関、NPO等）の探査等の役割が課せられる。

一つ注意しなければならないのは、社会資源は市域で完結しない可能性が高いことである。

また、住民組織の中で、NPO組織等も市域外や広域に存在している場合が多いと思われる。

従って、市外の行政機関、ことに隣接区域を管轄する都道府県保健所との連携は十分意識する必要がある。

<NPO、住民組織の役割>

民間の機関は主として虐待や虐待も活動の一部として扱うことに特化したNPOと、一般的な母子保健推進の住民組織（母子愛育会、母子保健推進員組織等）に分かたれる。

前者は十分に虐待予防の一翼を担う存在となる。

活動にあたっては行政または医療機関と連携することになると思われ、いろいろな形態がありうるが、保健所はその存在、活動を把握しておくことが必要である。

後者の役割は、周産期の虐待予防の必要性を知ってもらい、虐待予防に関する理解を求め、地域において虐待ハイリスク家族の支持ができるように（たとえばハイリスク妊産婦への偏見の除去、関心の喚起、あたたかく妊娠出産を見守る地域風土の醸成等）コミュニティワークを期待することである。

<連絡調整>

行政、関係機関・専門家、住民の3要素が連携することが望ましいが、そのためにお互いの情報交換や、実際の連携の仕方などを協議する連絡調整会議を保健所がコントロールタワーとなって設置することが望ましい。ここで、虐待予防に関する目的を共有し、役割を分担することが必要である。

保健所政令市と都道府県保健所が同一の二次医療圏であるとか隣接している場合は、広域の単位でとらえれば、おのおの単独に設置するよりも都道府県保健所に設置するのがよいであろう。

<その他>

可能であれば虐待ハイリスク妊産婦の情報は一元化して把握されるべきである。このためには現行制度上では妊婦健診、新生児訪問等の制度を活用して、保健所に情報を集約し、医療機関や市町村からの情報を加えてデータベースを構築し、市町村や関係機関が利用可能な形態をとることが求められる。これには個人情報保護の観点から解決すべ

き問題もあるので、ここでは提言にとどめておく。

〈付) 市町村自治体間の連携〉

市町村自治体間の連携は、主として保健所経由でなされるものである。特殊な例ではあるが、直接の連携が特に求められるものとしていわゆる里帰り分娩への対応がある。ハイリスク妊産婦への対応時期である分娩期、新生児期を住民票がある市町村ではなく、いわゆる里帰り先の市町村において過ごすため、里帰り先の自治体での対応が重要となる。このため、具体的には個別事例毎の連携となるが、この対応を保障するためには、住所地の自治体と里帰り先の自治体での連携がとれるような制度的な整備が求められる。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

〔母子同室と母乳育児の推進〕

－虐待・育児不安に対する周産期からの継続育児支援のモデルとして－

堀内 勁（聖マリアンナ医科大学小児科）

1. 緒言

周産期は、いままで育てられてきた者が、育てる側に大転換しなければならない個人にとって人生上大転換が起きる時期であり、妊娠・出産・産褥を通して親になるというきわめて困難な作業に直面しなくてはならない時期でもある。この困難な作業をやりおこせるかどうかはそれぞれのカップルが適切な支援を受けることができるかにかかっているといえる。

しかし、現代社会の支援の仕組みは必ずしもこの大転換のために有効に働いているわけではない。

我が国の妊娠・出産の管理体制ではいかに安全にこの時期を乗り切るかのみ、力点が置かれており、その後の育児のための準備期間であるという視点が欠けている。

また、妊婦たちも出産のあとには育児があると言うことは漠然と自覚しているが、主体的に育児についていかに準備すればいいのかわかっていない。したがって出産が終了したのちに、自分自身の変化と我が子に対して戸惑うばかりで、主体的に育児に取り組めない事態も出現してきている。

そのうちの一部が育児不安であり、最悪の場合に虐待にまで至ってしまうという構図となっている。虐待に対する早期発見のためのスクリーニングがおこなわれ、支援していくことはもちろん大切ではあるが、疾病のスクリーニングと違って誤ってスクリーニングされたときの親子の傷つきは取り返しのつかないこととなる可能性がある。そこで、広い範囲での早期の育児支援が育児不安・虐待に対する予防の一手段と考えられる。その早期の育児支援の根底をなす考え方は、妊娠・出産・産褥期の女性の生理的・心理的適応への理解であり、愛着形成過程への理解である。妊娠・出産・産褥期の女性の生理的変化と心理的変化は相互に影響しあいながら母親へと変化していくが、その相互作用を理解して支援していく体制が新たに求められている。

そうした支援の一つのモデルが母子同室、母乳育児の推進である。

2. 少子化対策としての育児支援の問題点

少子化対策として現在我が国で大々的に行われていることは、保育園を増やし、待機時童を減らそうとしているが、本当にこれでいいのだろうかという疑問が現場の専門職からあげられている。そのような施策はあたかも、育児は個人として生きる上での不幸の源であるかのような印象を国民に与え続けていることになるからである。育児をいかに肩代わりしようとも育児の難しさから解放されることがないという本質的な問題から目をそらしていることでもある。

男性、女性が育児に取り組むことは本来の人としての成熟にとって大切な過程であるという認識を社会一般がもう一度見つめ直す必要があるのではないだろうか。

出産直後からの母子同室・母乳育児は女性が生理的にも心理的にも母親になっていく過程は自分そのものに向き合い、我が子に向き合いながら乗り切っていくものである。その過程は決して生やさしいものではないが、それを乗り切ったとき母親となった達成感が得られ、我が子への愛着が確立され、自らの親性への自信につながり、いのちとしての我が子を慈しむ原動力になっていく。

3. 妊娠期の愛着のプロセスへの支援

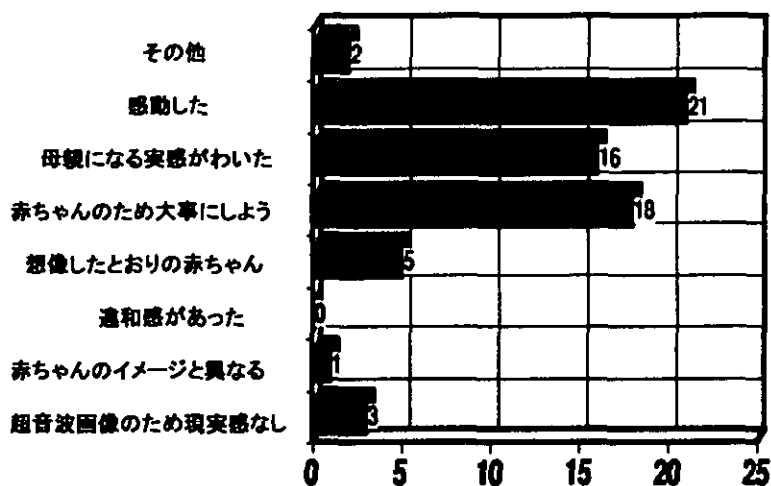
妊娠中から我が子に愛情を感じている女性は40%、出生時に23%、出産後1週間以内が26%産後1週間たっても愛情を感じることができなかった女性が8%ほどいる。

そうしてみると、妊娠中のアプローチとしておこなうことは、いかに妊婦に我が子へのポジティブなイメージを作らせるかが大事になる。我々はそうした目的で妊娠30～34週の妊婦29名に対して3次元超音波断層法を用いて自分の胎児のイメージを見せ、妊婦の愛着について調査した。

結果

胎児イメージについての感想は「感動した」21名、「母親になる実感が湧いた」16名、「赤ちゃんのために大事にしよう」18名、「想像したとおりの赤ちゃん」5名、「赤ちゃんのイメージと異なる」1名、「超音波画像のため現実感無し」3名、その他2名という結果を得た（重複回答あり）。

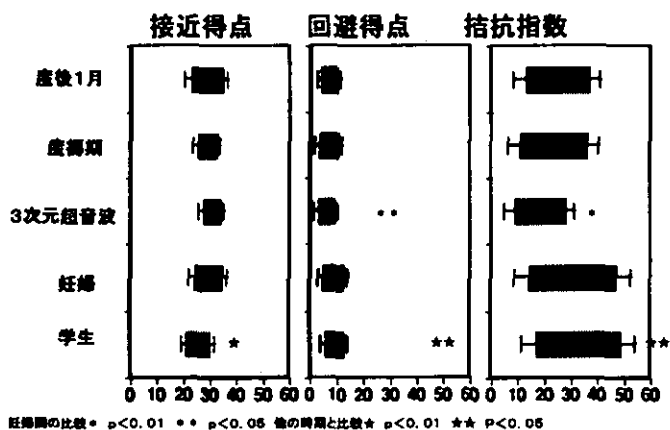
3次元超音波胎児像を見た妊婦の感想



さらに花沢の胎児感情評定尺度を用いて胎児への肯定的感情、否定的感情、両価的感情について評価した(対照群71名、介入群29名)。

肯定的感情を示す接近得点は対照群 29.4 ± 7.2 、介入群 30.6 ± 4.7 と両群間に差はなかったが、否定的感情を示す回避得点は対照群 8.5 ± 5.4 、介入群 5.7 ± 4.3 、 $P < 0.01$ と有意に低かった。両価的感情を示す拮抗指数は対照群 30.7 ± 21.9 、介入群 18.3 ± 13.2 、 $P < 0.01$ と有意に低かった。

妊娠出産育児期の対児感情評定尺度



この結果から妊娠中～後期に視覚化された我が子像を得ることは妊婦の否定的思いを低下させ、愛着形成を促進することがわかった。

4. 出産直後のカンガルーケア

我々の施設では出産直後に羊水を拭き取った新生児を裸のまま母親の胸に抱いてもらい、30分～2時間ほど過ごす、出産直後のカンガルーケアを行っている。

対象は37名に対して、その感想を聴取した。実施時間により差があるかどうかを知るために分娩後30分以内、60分以内、帰室までの120分以内と分けて検討した。30分以内が8名、60分以内が10名、120分以内が17名、実施せずが2名であった。

結果

30分以内では、「自分の子どもだと実感できた」「生まれる前にはなかった子どもへの愛情を感じた」「特別なにか感じたことはないけれど、ただ嬉しいの一言」「分娩中の痛みやつらさ、2度と嫌だという思いを、感動することで消してくれる感じです（全部とは言えず、半分位ですが）」などの肯定的感想が得られた。否定的感想は、「分娩でくたくただったので、赤ちゃんをうまく抱くことができなかった」「腰も痛かったので、赤ちゃんが重く感じた」「もっと抱いていたかったのですが、いきみで手に力が入らなかったので、早めにやめてしまいました」などであった。

60分以内では、「素肌のままで抱っこしていると、汗ばむほど赤ちゃんで、暖かいものなのだと再認識」「生まれた直後の赤ちゃんの顔が近くで見ることができて、いろいろな表情をすることがわかった」「スキンシップをしたことでとても愛情がわいてきた。それも、赤ちゃんの髪の毛が濡れている状態が生々しく、今、出産したのだなあと改めて実感した」「産んだ直後の我が子と、こんなに長い時間過ごせるとは思わなかったので、驚きましたがとても嬉しかったです。私がうとうとしている間に、赤ちゃんが自分で動いて乳首に吸い付いているのを見て、赤ちゃんの生命力に感動しました」「私の体温が赤ちゃんに伝わって暖かそう。お腹の中では感じられなかった赤ちゃんのぬくもりを、十分に感じられて幸せでした」など、赤ちゃんの本能や生命力についての肯定的感想がかかれていた。否定的感想は「分娩台の幅が狭く、身動きできず、腰が痛かった」「点滴をしたままだったので、手を動かさずだった」等の自分の身体的な苦痛を述べるものであった。

120分以内では、「血なまぐさくて頭蓋骨がまだ重なったままの赤ちゃんを抱っこできて、今、この子を産んだんだ、ということがじわーっと実感できて嬉しかったです」。また、「生まれたばかりなのに乳首を探して吸い付くことに生命力を感じました」「すごく暖かかった。テレビで何度か聞いていたように、ママの顔を一生懸命見ようと頑張っていたところ、生まれてすぐおっぱいに吸いつくあの力強さ、ベビーが生まれるまでの様々な苦勞が吹き飛ばすくらい素晴らしい体験ができ、嬉しかったです」「産後2時間、親子3人で過ごせたことは、立会い出産と同じくらい、意味のある体験ができたと思います」「お腹の中にいた赤ちゃんが外に出てきて、今、私のお腹の中にある不思議な感じと、赤ちゃんの暖かさが伝わってきて、ああ、生きているのだなと思いました」「体はつらかったけれど、赤ちゃんをどかしたいとは思いませんでした」など、達成感や、出生直後特有の肯定的感想が述べられていた。

否定的感想としては「かわいくて、つい2時間、めいっぱい抱っこし続けてしまい、分娩台の上では姿勢が替えられないので、ちょっと腰が痛くなりました（でも、ずっと

抱っこできてよかった)」「少々お尻が痛かったが、我が子のかわいさに消されていた」
 などであった。

これらの感想からいえることは出産直後のカンガルーケアは儀式のように行うのではなく、ゆったりとした時間と環境の中でなされると自分自身が産んだ「生命」が「私の赤ちゃん」に変わってゆき、愛着のプロセスを一気に進展させるものと考えられた。

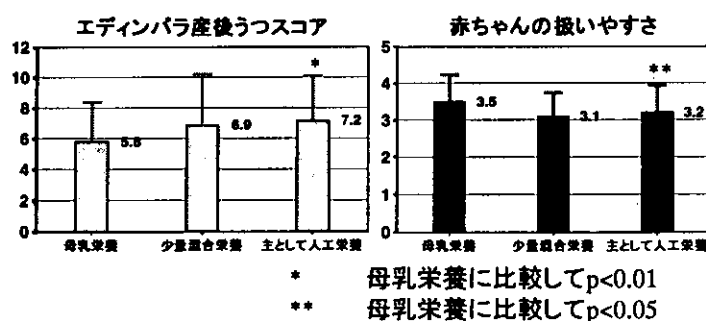
5. 母子同室と母乳育児

母子異室で産褥期を過ごす母親に対して、貴女のお子さんについて何か質問がありますかと問うと、殆どの母親が「まだ、よくわからなくて何を質問していいかわかりません」という答えが返ってくる。しかし、母子同室、母乳育児を行っている産褥期の母親は我が子について自分が感じていること、自分が本当にお乳が出るようになるのかという不安、具体的な子育てについての質問が多数なされる。

我々の施設では産褥期に小児科医が入院中の母親たちと1時間ほど討論する時間をもうけている。その中で、母親たちが目で見、耳で聞き、授乳し、おむつを換え、母子同床をすることで得た体感覚のレベルでの我が子についての実感を話し合うことで、退院後の育児についての自信を獲得できるように支援している。

そうした母親の1ヶ月健診でのエディンバラ産後鬱スコア、対児感情評定尺度、我が子のあつかい易さについて栄養法別に評価した。分類は母乳 344名、少量混合栄養 27名、主として人工栄養 55名である。

栄養法別産後うつスコアと扱いやすさ



母乳栄養 344名、少量混合栄養 27名 主として人工栄養 55名

産後鬱スコアは完全母乳栄養では 5.8 ± 3.2 、少量混合栄養 6.9 ± 4.1 、主として人工栄養 7.2 ± 3.6 であり、主として人工栄養群では完全母乳栄養群に比較して $P < 0.01$ で有意に高得点であった。

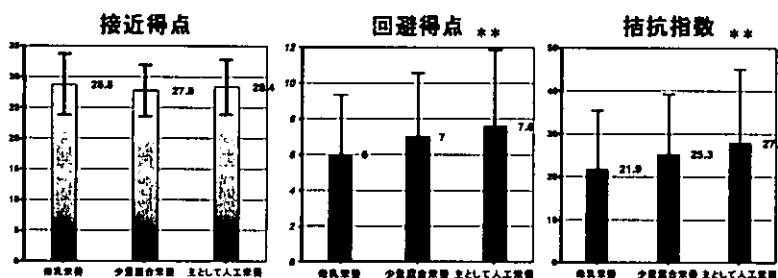
対児感情評定尺度については接近得点は完全母乳栄養群では 28.8 ± 6.1 、少量混合栄

養 27.8±5.1、主として人工栄養 28.4±5.4 と各群間に有意な差は見られなかったが、回避得点については 6.0±4.1、少量混合栄養 7.0±4.4、主として人工栄養 7.6±2.4 と主として人工栄養群が完全母乳栄養群に比較して P<0.05 で有意に高値をとつていた。拮抗指数は完全母乳栄養群 21.9±16.6、少量混合栄養 25.3±17.3、主として人工栄養 27.9±21.1 と主として人工栄養群が完全母乳栄養群に比較して P<0.05 で有意に高値をとつていた。

我が子に対する扱いやすさについてはとても扱いにくいからとても扱いやすいまでを5段階の得点として記載してもらった。結果は完全母乳栄養群 3.5±0.9、少量混合栄養 3.1±0.8、主として人工栄養 3.2±0.9 と主として人工栄養群が完全母乳栄養群に比較して P<0.05 で有意に高値をとつていた。

以上のことから完全母子同室と母乳育児を推進する病院においても、主として人工栄養になってしまった母親は自分自身の身体変化、心理変化を受け入れることが容易でなく、我が子を扱いにくいと感じる傾向があり、さらに鬱的傾向となっていることがわかった。したがって、主として人工栄養となってしまった母親に対する支援は個別的に外来で経過を経過観察するとともに、単なる乳児健診ではなく母親自身の子どもへの思い、母親になっていくうえでの葛藤、家族関係、その他についても、カウンセリングマインドを持って支援を続けることが必要であると考えられた。

栄養法別対児感情評定尺度



** 母乳栄養に比較して有意差あり p<0.05

母乳 344名、少量混合栄養 27名 主として人工栄養 55名

6. 結論

女性が妊娠、出産、産褥期を経過して母親になっていく過程は育てるものとなる自己と向き合い、育てられるものである我が子と向き合わなくてはならないという自己の大転換であるといえる。産後鬱、育児不安、虐待はともにこの自己の大転換に対する適応不全ともいえる。そうしたことから、これら3つには共通の支援のあり方が求められて

いる。

そうした意味で、支援する側もシームレスな支援体制が必要となる。その支援体制の一つが母子同室母乳育児である。

母乳育児は母親に強制するものではなく、周囲の温かい思いやりを持った支援の手に包まれながら始まり、やがて、母子としての自立が促進され、子育てへの自信につながっていく。そうしたなかで、大変だと思われる育児の中に自己達成感と自己肯定感を伴いつつ育てる者としての成熟が実現されていく。

母乳育児を支援できる体制は我が国の母子保健の中核にならなくてはならないことは自明のこととされながらも、「赤ちゃんに優しい病院」として認定されている我が国の分娩施設は未だに数少ない。厚生労働省自体が、母乳育児を進めることは母親を傷つけることがあると言って尻込みするのは、母子医療・母子保健の連携をとることを怠ってきた結果であるといえる。そうした意味で、単なる虐待予防の観点からだけでなく、母乳育児をすすめる国民運動を引き起こすことが大切だと考えられた。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

〔BFH認定の効果と活用〕

BFH 認定の効果——BFH の意義と普及するための条件整備について

永山美千子（日本母乳の会運営委員・フリージャーナリスト）

○緒言・・・子ども虐待がとぎれることがなく報道されている。先日、毎日新聞に 17 歳の高校生が次のような投書をしていた。「生んだわが子を虐待するなんて、私にはどうしても理解できない。かわいい赤ちゃんの顔を見ていたら、そんな気持ちにならないはずなのに、どうしてなのだろうか。私は絶対に虐待する親になんかならない・・・」と。

虐待してしまった親も、子どもを出産する前は皆そう思っていたと話す。子育てがこんなはずではなかった、という気持ちも誰もが持つ。かわいい赤ちゃんを抱いて笑顔の母子像を思い描く。しかし、実際はどうなのだろうか。

周産期からの虐待予防によろやく、目が向けられ、妊娠・出産・授乳を通しての母子関係の基盤は何かとの議論はじまっている。

日本母乳の会の「赤ちゃんにやさしい病院（Baby Friendly Hospital=BFH）」認定活動は母子関係形成に大きな影響力を持つと考えられる。今回は BFH 制定の背景と育児力の基盤となる母乳育児について考えてみたい。（以下、赤ちゃんにやさしい病院を BFH と称す）

1. 「赤ちゃんにやさしい病院」認定運動の背景

赤ちゃんにやさしい病院とはWHO・ユニセフの「母乳育児成功のための 10 か条」（以下 10 か条と称す）を実践し、WHO・ユニセフによって認定された産科施設である。日本では日本母乳の会がユニセフより認定業務を委託されている

認定の条件である「母乳育児成功のための 10 か条」はWHO・ユニセフが 1970 年代からの世界的な母乳育児の衰退に歯止めをかけ、母乳育児回復・推進のためにWHO・ユニセフ両事務局長が全世界の産科施設に出された共同勧告である。この背景は発展途上国の赤ちゃんの死亡率の高さである。人工乳は母乳育児が困難な場合のために開発されたものであるが、工業化され余剰農産物の製品化の側面もあり、大量生産かされ、必要以上に全世界に販売されるという商業化の結果、母乳育児が衰退していった。

まず、アメリカ、ヨーロッパ、日本などの先進国で人工乳育児が盛んになり、1970 年代には先進国で母乳率が急激に低下した。これ以上の販売を見込めなくなった粉ミルク

メーカーはその販売先を開発途上国に求めた。水道設備、消毒する器具や煮沸する設備もない開発途上国では粉ミルクによる下痢で赤ちゃんが次々に亡くなっていった。粉ミルクメーカーは貧しい国の医療関係者に便宜供与を行いながら人工乳育児を普及させていったのである。この状況に危機感を持ったWHO・ユニセフは1989年「母乳育児成功のための10か条」の勧告を出したのである。どんな国でもほとんどの母子は母乳育児ができるという内容が、この10か条である。

この10か条の勧告は「母乳育児成功のために」の小冊子として、全世界で翻訳発行されている。わが国では「日本母乳の会」がユニセフ駐日事務所との共同翻訳で出版されている。10か条のポスターは1993年、厚生省(当時)、日本医師会の後援によって、ユニセフが作成し、日本母乳の会が配布キャンペーンを行ない、今まで4万5千枚以上配布している。

10か条を長期に実践している病院を「赤ちゃんにやさしい病院(Baby Friendly Hospital)」認定

10か条が勧告されて2年後の1991年、さらなる母乳育児推進の運動としてWHO・ユニセフは10か条を実践している産科施設を「赤ちゃんにやさしい病院(Baby Friendly Hospital)」と認定している、認定された施設は地域での母乳育児推進に中心的役割を果たしていくことが求められ、Baby Friendly Hospital Initiative と呼ばれている。わが国では1991年に先進国で初めて「国立岡山病院(現国立病院岡山医療センター)」、92年に聖マリア病院が認定された。

このような母乳育児推進の経過のためにか、日本のような先進国にはでは「10か条」の実践も「赤ちゃんにやさしい病院」認定も適さないし、必要がないとする産科医、小児科医も多い。しかし、母乳育児の重要性は先進国だろうが、開発途上国だろうが変わるはずがない。人工乳の栄養学的な面だけを捉えるならば、先進国では死にいたることはないかもしれない。しかし、アレルギー性の病気の増加、また、最近報告されてきた重症ミルクアレルギーの乳児の症例などをみると、開発途上国の問題とはいえないはずである。ある小児科医は「人工乳で育った母親が子どもを産んでいる時代。免疫系に何らかの影響があるのではないかと推測しています。こういう時代だからこそ、より母乳が重要」と、語っている。

さらに、母乳育児を子どもの心身の発達、母体の心身との関わり、そして、母親の育児能力を育てる基盤と考えれば、先進国、とりわけ現代日本においては母乳育児がますます重要な役割を担っていくのではないだろうか。

先進国でも、今、母乳育児に取り組んでいる国が増えてきている。アメリカ小児科学会は勧告を出し、ヨーロッパでも多くの国が母乳育児を回復し始めている。とりわけ北欧は国が取り組み、ノルウエー、スウェーデンでは公立病院のほとんどが赤ちゃんにやさしい病院に認定されている

2. 日本での母乳育児の文化の伝承の中断

日本では、昭和 40 年代から急激に母乳率が低下した。それは、人工乳、産科施設での出産の増加、母子別室制の急激な広がりである。戦後占領軍政策による母子別室制導入、社会も医療も占領軍の実体であるアメリカの影響を受け、母乳育児の子育て文化が断ち切られていった。母乳から人工乳へ、母子同室から別室へ、おんぶ、抱っこの否定、添い寝から 1 人寝へ、茶の間から個室へと母子の絆を形成する育児から、母子の絆を断ち切る育児へと進んでいった。筆者も婦人雑誌での育児記事を担当していたが、大いに反省するところである。

自立心は子どもの成長の中から育ってくるという考え方ではなく、強制的な自立である。生後すぐから、新生児室に寝かされ、要求を発しても応えてもらえない状況におかれている赤ちゃんはあきらめを覚え、不信感を積み重ね、周りの者に対する信頼感を失っていく。一人でやらざるを得ないのを早く自立したと呼んでいたのではないだろうか。抱き癖がつくから、泣くのも運動だからと赤ちゃんが泣いても抱っこの禁止の指導がされていたのだ。

母子別室で、時には抱っこもされずに、ミルクを立てかけられても飲まされていた子どもたち、抱っこも十分にされずに早い自立を要求されて育った子どもたちの世代が母親になってきている。世代間連鎖と言われるが、まさにこの育てられ方の連鎖の状況が現代の子育てに反映してきているのではないだろうか。

3. 母乳育児における母親への心身へ影響

「赤ちゃんにやさしい病院」という言葉のためか、ときどき、母親にやさしくないという方がいる。母乳育児を強制して母親にはつらい思いをさせている、という。BFH、母乳育児の理解が未だ十分に広がっていないことを示している。不十分ではないか。

「赤ちゃんにやさしい病院」は母乳育児普及を目的に取り組まれているが、母乳で育てるということは赤ちゃんのためだけではなく、授乳する母親の心身にとっても必要性を持っている。母乳栄養ではなく、母乳育児という言葉が使われるのはその理由からである。

(ここでは主に母親への影響について述べる)

とりわけ、授乳行為がもたらす母親の心身への影響を考えるならば、早急に取り組んでいかななくてはならないことである。母親にとって授乳は産んだわが子を受け入れていく過程として大きな意味がある。泣いている赤ちゃんに乳を含ませると泣きやみ、また、しばらくすると泣き出す。母親は戸惑いながらも自分の体からの母乳でわが子が変わっていく姿を見ながら子を受け入れていく。1 日に何回も時には何 10 回も肌をあわせ、吸われる。教えられなくても赤ちゃんのことがわかっていく。自然のこの仕組みが母親に育てていく。

今、結婚前に妊娠する女性たちが多い。育児雑誌「ひよこクラブ」のあるアンケート

では、いわゆるできちゃった婚が回答者の1/3近いという結果が出ている。少子化の中で、子どもさえ生まれればいいではないかということをする方がいるが、道徳的に云々ということではなく、他人である夫との関係を築くまえに、いきなり、子を含めた関係が出来上がり、親になる準備が不十分なままの妊娠が増えている。幸いなことに女性は妊娠、分娩、授乳期を通過することによって心身ともに大きく変化できる。その機会を産科医療で十分に生かすことができている。いわゆる「育てられる側」から「育てる側」に転換できうる時期である。

女性から母親への転換が容易ではない時代、わが子がかわいいと思えない、実感としてのわが子が感じられないという母親が増えている時代であるからこそ、母乳育児がより一層重要な出発点となるのではないだろうか。

4. BFH 認定病院での母乳育児支援

BFH 認定病院での母乳育児支援の中に大きなヒントがあるのではないだろうか。

女性は妊娠し、体に変化していくことを感じ取りながら子を受け入れ、分娩を通して、自分の出産する力を確信し、授乳を通してわが子が自分の母乳だけで育つことにさらに自分の力に自身をもち、子育てができるようになっていく。また、最近注目されている出産直後からのカンガルーケアや母子同室は、母子双方の心とからだにさまざまな変化が起こってくるということが報告されている。

妊娠、出産、授乳の流れがどこかで断ち切られたり、障害が入ると、子どもの受け入れがスムーズに行かないこともある。この体と心の連続性を保つこと、とりわけ、分娩、授乳のつながりが重要である。これを重視しているのがBFHともいえる。

さて、妊娠中の母親たちにアンケートをとると90%以上は母乳で育てたいと答える。これは多くの施設での調査から明らかなことである。人間の体の変化は連続し、完遂する仕組みになっているように思われる。食べ物を口に入れると唾液が出、消化管で消化され、吸収され、最後には排便となるといったように途中でその流れは人為的に行われない限り、止めることはできない。これを体からの要求と捉えると、妊娠⇒出産⇒母子密着⇒授乳は同じように母体からの要求ではないだろうか。まさに、現在の日本の産科医療はその流れを中断しているといっているのではないだろうか。この体の要求に従うことで母性の発現に至る。これはすでにホルモン分泌の過程からも明らかにされている。

今、一般的な産科施設での分娩後の一般的な過ごし方は、赤ちゃんの頭が出てきたら、取り出し、吸引し、計測し、沐浴して、新生児室へ。母親は回復室から、病棟へ行く。同室をしているという施設の多くは24時間後からである。出産直後からの母子が一緒とに過ごすのは、BFH病院を含めてわずかしかない。出産後の母子分離による影響については、残念ながらまだ、よくわかっていない。しかし、少なくとも母乳育児においては母親は大変つらい思いをする。

赤ちゃんが隣にいないから母親はいつでも授乳ができず、乳房が張ってくる。決められた授乳時間には赤ちゃんが飲むとは限らず、すると、また張ってきてつらい思いをする。痛みをこらえてマッサージを受ける。母親はお産よりつらいという思いをする。こんな辛い思いをしてまで、母乳を飲ませるのなら、人工乳でもいいのではないかという気持ちになる。頻回の授乳が出来ないため、子宮収縮は遅くなり、子宮収縮剤も多くなる。薬も影響するからと母乳を中止される場合もあった。最初から母子が離れていることで、母子の授乳のリズムが合わなくなり、体もつらくなるという悪循環が続いていくと、体の要求を理解するのに苦しむことになる。

「私が子どもをたたくとき」と自らの虐待を告白した本があるが、母親である著者は「私の虐待は退院したその日から始まった」との主旨を書いている。入院中、別室で赤ちゃんはミルクで、私は休むことができた。赤ちゃんの世話はほとんど看護婦さんがしてくれた。退院したその夜、激しく泣くわが子を前に、途方にくれて布団の上で呆然としていた。そのうち、何で私に意地悪するの…。という気持ちになった」と書いている。この母親の背景には夫との関係のまずさなどさまざまなことがあるが、子どもの要求がわからず、こんなはずではなかったという思いから、子どもを受け入れることができなくなり、たたく育児になっていったという。

5. 出産直後からの母子密着の重要性

では、BFH 病院ではどのようなケアがされているのであろうか。

10 条の中で教育の問題は別の機会にゆずるが、母親の心身の変化を中心に考えてみたい。

第 4 条の「出生後、30 分以内に授乳する」は、制定当時は出産直後の母子の肌の密着するカンガルーケアの考え方が普及していなかったが、今ではカンガルーケアとして行われている。出産直後母親のお腹に裸で赤ちゃんをのせておくと自力で這って母親の乳首を吸いにいく。この時間は 30 分から 60 分とされている。

分娩後の早期接触による母性発現の効果について、国立病院岡山医療センターの山内芳忠氏は以下のように述べている

1) 母子相互作用を高める・・・早期皮膚接触群は、母子分離をする時間が少ない、さらに哺乳中に母親が話しかける頻度が有意に増加する。さらに母乳育児をストレスと感じる母親の割合が有意に減少したと報告されており、母親の育児不安の減少、解消に役立っていると考えられる。

2) 母乳育児率を高め、母乳栄養の期間を延長させる・・・早期皮膚接触群では、母乳栄養率、並びに生後 4 カ月の時点での母乳育児率が有意に高かったことから母乳育児の継続期間を長くする事が出来る。

3) 疼痛、育児不安、ストレスを軽減させる・・・分娩での母親の疼痛、母乳育児での育児不安などでのストレスを軽減させ、母性行動の発現を促進させます。

4) 母性意識を高め、母性行動を引き起こす・・・静かな環境で、母子の早期接触をは

かると自然の内に母親は、児の肌をさわり、いたわりや励ましの言葉かけをしている。それに答えるかのように新生児は、種々の表情を見せての交流が盛んに行われている様子が観察できる。従って、この時間は、出来るだけ医療の介入は控え、母子の接触を最優先とする環境的な配慮のもと暖かく見守る事が望ましい。

何故、このようなことが起こるのか、その明らかなメカニズムは、不明だが、母体では射乳ホルモンであるオキシトシンの関与が示唆されている。カンガルーケア群では、授乳の開始前にすでに母体の血中オキシトシン濃度が、上昇しておりカンガルーケアの間も増加していることからオキシトシンが、母性行動の発現に関与していると考えられている。

国立病院岡山医療センターでは、分娩台でのカンガルーケア（母子密着）を2時間にして母子の濃密な時間をもつようにしたところ、入院中、赤ちゃんを預ける母親が少なくなかったという。

6. 第6条の「終日、母子同室にしましょう」の項目について

BFH 病院では、出産直後から母子一緒である。赤ちゃんが泣けば抱っこし、授乳し、添い寝もする。母親のベッドの隣にベビーコットをおいていても、多くの母親はいつの間にか添い寝を始めている。当初、医療者の方が不安を持つが、母親たちは添い寝でゆったりと過ごす。出産した母親が生んだわが子をつぶすようなことは報告されていない。帰室時から添い寝を方針としている施設もある。

赤ちゃんの要求に応じて授乳されるため、母親の乳房がパンパンに張ることはほとんどない。体の自然の流れに逆らわないから、母親の体も楽であり、さらに赤ちゃんがと傍らにいてことで精神的な安定がもたらされる。赤ちゃんも落ち着いており、母親の匂い、温かさに包まれて泣くことも少ない。母乳育児は赤ちゃん側からの面が強調されているが、母親の心身にとって重要で、それらが心の安定をもたらしていることに目を向けなければならない。

また、出産後は疲れているから、ゆっくり休ませたい、休みたいという医療者や母親もいる。難産やハイリスクの場合は別として、出産後の母体は赤ちゃんと離れていても、ぐっすりとは寝ていない。多くの母親が赤ちゃんがいなくて落ち着かない、何回も目を覚ました、と話している。赤ちゃんが母親を要求しているように、出産後の母体は赤ちゃんの存在を必要としているのではないかと思う。スタッフは母親が大変そうだからと預かるが、母親は時に「赤ちゃんを持っていかないで」という。この言葉は多くの母親から聞く。

母子同室、母乳育児を体験した母親は「最初はつらかったけれど、赤ちゃんに励まされた」「この子は私のおっぱいだけで生きていると思うと感激する」「赤ちゃんがぐっと吸ったとき、母親になった実感がした」「私を必要としていると思うと、がんばらなくては」と感動と自信を話している。

7. わずか 5-6 時間の分離の影響性

K 病院は、出産後 6 時間からの同室であった。分娩台では 30 分～1 時間ぐらいカンガルーケアをしている。このわずかの時間を縮めることが難しかった。それは医療者が赤ちゃんの観察をしなければならないという理由と、分離の時間はわずか 5-6 時間だからという考えである。BFH 認定に向けてようやく帰室時からの同室になった。この結果、何が起きたかという、まず、助産師の意識がかわった。何かあったとき、どうするかという不安があったため、観察に注意深くなり、母親の持っている力に気づいたと言う。帰室時から母子一緒だったら、母親が大変だろうと思ひ込みがくつがえされ、管理ではなく母親を支援することの重要さに気づき、母親の力を信じていることができるようになったという。母親は苦痛さを訴えることはなく、赤ちゃんといることである安心している感じがするという。さらに退院時に母親たちが自信を持って帰られるようになったうえ、退院時の母乳率も上がったことに驚いたと話す。小児科医もわずか 4-6 時間の分離がこのような影響をもたらしていたのかと改めて認識したと同時に母乳育児の奥深さを感じたと話している。助産師たちは支援の中心だった SMC マッサージは必要がないことがわかり、助産師は母親たちを支援することが本来の仕事ではないかと気づいたとも話す。

わずかの時間とも思われる母子分離は実は母親たちの力をそいでいた。一緒にし、支援することによって母親たちが変わっていく。

8. 育児に自信を持って退院する母親たち

今、多くの施設で母子同室に取り組んでいるが、残念ながらその多くは 24 時間後からであるが、もう一度この時間の意味を捉えなおすことが必要ではないか。母と子が安心し、安全にすごせる環境もとの母子同室が重要だ。母子同室で、母子を一緒にするだけということではない。母親たちのほとんどはわが子を抱くまで、赤ちゃんを抱いた経験すらない。体を使う経験にも乏しい。母乳を吸われることで体に起こるさまざまなことを始めて体験することもある。また、母乳が十分に出るまでの支えが必要でもあるし、分泌の遅い場合や、乳首のトラブル、また精神的なケアが必要で重要である。

「出産後 2-3 日は十分でないおっぱいに母親も赤ちゃんも大変な時期を過ごすが、母乳が出始める 3-4 日になると急激に母親らしくなる。話しかける回数や抱っこする回数も増えてくる。授乳が母性を引き出していくのがよくわかる」とケアをしている医療者たちも話している。その大変な時期を支えるのは医療スタッフであるが、母親たちは赤ちゃんと一緒にその時期を乗り越えたという自信が出てくる。

このケアは母乳育児を通して母親になっていく過程を支えることであり、つまり、育児力を育てていくことになるのではないだろうか。言い換えれば、入院中の母子同室、母乳育児が育児力の基盤を作っているのである。結果的にこれが BFH 病院の大きな役割となっている。

そして、母子同室、母乳育児に取り組んだ施設のスタッフの共通した感想は、退院後の母親たちの育児不安の電話がグーンと少なくなったということ。母親たちが自信をも

って帰ることができるからだ。多くの施設で別室から、出産直後からの母子同室に変えた後、退院後の母親たちの育児不安が激減していると報告されている。

9. 地域の子育て支援の中核となる BFH

また、10 か条のうち、今後、重要となってくるのは、10 番目の退院後の母親支援グループの育成である。厚生労働省は子育て支援の一つとして地域保険センターの子育て支援グループの育成を重点項目としている。しかし、残念ながら、母乳育児支援はされていない。行政としては人工乳で育てている母親もいるからと消極的だ。母乳育児はきわめて個別性が大きい。その個別性に対応するためにはマニュアル通りの指導では母親を混乱させ、新たな育児不安を作り出してしまう。

1960 年代後半から母乳率が下がり、育児に関する考え方が人工乳中心となっている。祖父母は人工乳で育てた世代であり、赤ちゃんが泣けば、「ミルクを足しなさい」という言葉がすぐに出てくる。育児文化が断絶し、母親はここでも孤立する。

BFH 病院では母親グループの支援に取り組んでいる。母親たちに施設を開放し始め、自主グループの支援をしたり、助産師が中心となって支えていたり、と方法はさまざまである。母親たちに任せきりではなく助産師、医師が見守る。

母親のインタビューでは「退院後、このような場がなければ、私、子どもをほったらかしにしていたかもしれない」「不安になったとき、病院の母親会の来週の水曜日まで、がんばろうという気持ちが出てきます」「育児を放り投げたくなったとき、母親の会に行くと私だけではないんだと感じ、話しているうちにまた、元気になるの」など、口々にいう。

その存在が非常に大きな支えとなっていることがわかる。

BFH 認定の条件として必要として始めた医療者たちも、母親同士の支援の予想以上の効果に驚く。母親たちは自分が出産する施設に対して母乳育児に引き続き、安心して子育てができる指針を求めている。つまり、BFH 病院は母乳育児の取り組みだけではなく、地域の子育て支援センターの核とあるべき要素をもった施設となっていくのではないだろうか。

BFH 認定の要件は母乳育児が主であるが、母親にとっては、授乳は妊娠、出産の継続である。必然的に出産のあり方も問われてくるようになる。出産の生物学的安全とともに、母子の心の安全を保障するような自然出産が追及されていかななくてはならないのではないか。

現在、BFH 認定病院の熊本市立熊本産院が、市の財政悪化を理由に廃止が検討されている。社会的、経済的にハイリスクの母親を多く受け入れている。虐待のリスク要因でもあるこれらの母親たちを母乳育児で支援し、退院後も支援している意味はとても大きい。市民の反対も根強くあるにもかかわらず、廃止の方向で進んでいるのは時代に逆行しているのではないだろうか。市は別個に虐待にたいする指導を出しているが、行政が肝心なところ、つまり BFH の役割の理解が不十分だ。

同じように廃院という話が持ち上がっていた上田市産院は BFH 認定をきっかけに子育て支援センターを隣の乳児院に併設し、退院後の母子の再入院の制度を作った。家に帰ってからの育児不安の強い母親が再び助産師達の温かいケア、医師の励ましで自信を取り戻していく。市の施設であるから、上田市産院以外で出産した母子も受け入れている。

現在、国は医療費抑制のために入院期間の短縮の方針をだしている。これが産科ベッドまで及んでいる。欧米では入院期間が 24～48 時間で、ちょうど母乳分泌が少ないときに退院である。日本での 5 日～7 日ぐらいの入院期間とケアは出産から子育てにつながるすばらしいシステムだと思う。やはり、母乳育児が確立して、ある程度の自信をもって退院するには、最低 6～8 日が必要ではないだろうか。

また、大規模病院に分娩を集約化し、オープンシステム化を方針としているが、残念ながら、今まで述べてきた始点がすくない。医療効率面が強調されて母親のからだの変化の連続性を保障することが育児力を培う土台であることにあまり目が向けられていないようだ

10. WHO コードを守ることから

日本では現在 30 施設が認定されている。表 参照
さて、BFH 普及であるが、日本母乳の会の認定運動は'93 年から始まったが、'00 年の日赤医療センターの認定により、公的病院、大病院が認定に取り組み始めている。さらに昨年は横浜市立大学医学部付属市民総合医療センターが認定され、大学病院の認定申請も続いている。教育機関でもある大学病院が認定された意義はとても大きい。

現在日本では約 4500 近くの産科施設がある。03 年までの認定は 30 施設。約 0.7% であり、BFH 施設と同等の施設でも 1% 強にすぎない。出産直後からの母子同室をみても、2～3% である（厚生科学研究の一環として日本母乳の会が 01 年に調査）。これをみても母親たちが育児不安を抱えるのは当然といえると思う。母乳育児をした母親たちは「育児は大変だったけれども楽しい」、と話す。「楽しいことがあるがつらい、大変」とは同じ言葉でもまったく違う。育児不安を抱える母親たちの多くは後者である。また、出産する子どもの数も平均よりは多く 3 人、4 人もいる。

日赤医療センターでは BFH 認定後、3 年間で出産が 400 近く増加している。これは日赤医療センターのケアの質の高さでもあるが、母親たちが母乳育児を求めているのに東京近郊ではそれに応える施設が少ないからである。

さて、BFH 認定についてであるが、大事なことは院内のコンセンサスである。また、乳業メーカーとの適切な関係である。BFH 病院では退院時の母乳率は開業産婦人科で 95% 前後、病院で 90% 前後である。つまり、人工乳は例外を除いて必要がない。