

## 虐待しやすい親

被虐待体験 精神障害 情緒未成熟  
非現実期待 体罰信奉  
自尊心欠如 完璧志向  
社会的孤立 アルコール依存  
薬物乱用

子の身になって要求を聞き適切に  
対応する能力(感情移入)の障害など

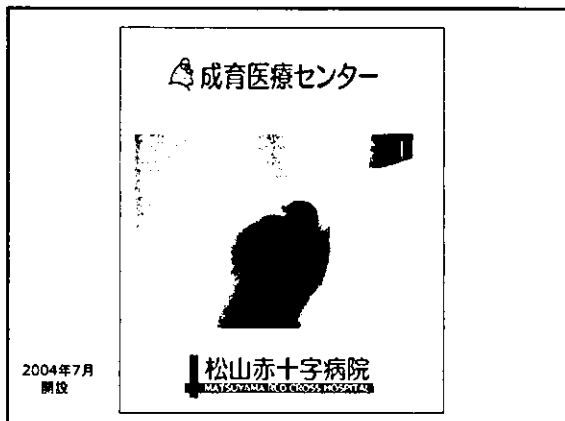
## 虐待されやすい子

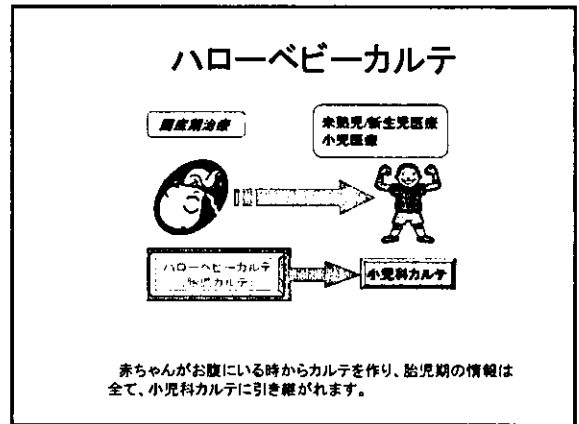
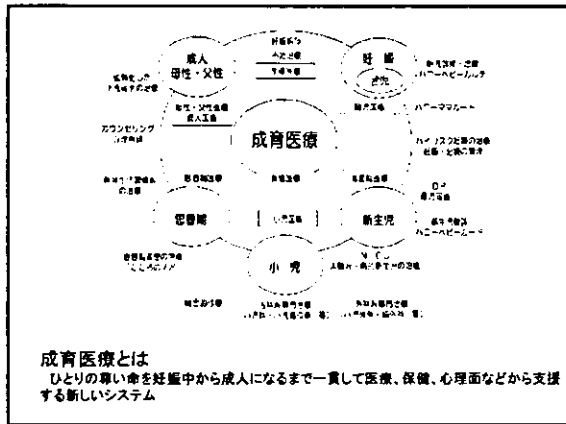
- 低出生体重児
- 母子分離の期間が長い児
- 双胎児などの多胎児(特に一部の子どもに障害や発達遅滞がある場合)
- 先天奇形
- 身体発育不良、
- 発達障害
- 摂食困難
- 望まれざる子
- 私生児など

## 援助の実際

### 具体的目標

- 社会的孤立解消
- 生活のストレス軽減
- 子の症状の軽減
- 親の育児改善や治療





- LDRシステムの特徴**
- (1) 産婦が部屋を移らずに済むので快適。
  - (2) 夫や家族が立会いやすい。
  - (3) 温かく家庭的な雰囲気の部屋に高機能な医療設備。
  - (4) 個人のプライバシーが守れる。
  - (5) 自らが主体となるお産、「アクティブバース」に最適。

1. カンガルーケア: 出生直後に児を母親の乳房の間に抱いて裸の皮膚と皮膚を接触させること
2. 直接母乳: 児が母親の乳頭を吸啜すること



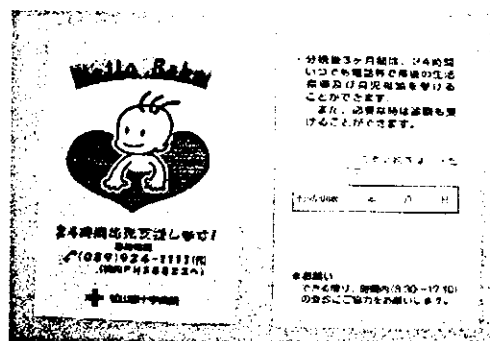
## 母子同室



## 新生児健診



赤ちゃんは、生まれた直後からの小児科専門医の診察・相談を受けることができます。



## NICU (新生児特定集中治療室)



充実した医療体制で、未熟児などの集中治療を行っています。

## 小児の専門医療

多様な小児科の専門医療を受けることができます。

- ◎ 小児アレルギー
  - ◎ 小児循環器
  - ◎ 小児神経
  - ◎ 小児免疫疾患
  - ◎ 小児血液悪性腫瘍
  - ◎ 小児内分泌代謝
  - ◎ 小児腎疾患
  - ◎ 小児外科疾患
- など

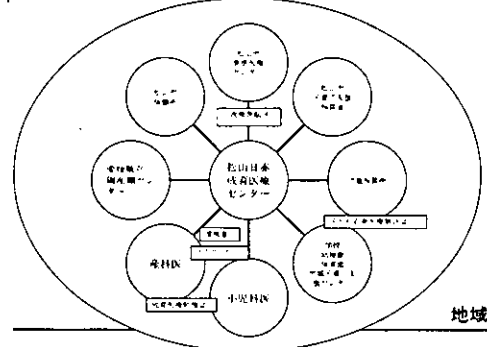
## カウンセリング

子どもの発達や育児不安に対する相談、  
また幼児期・学童期・思春期に起こりがちな  
心理的問題に対する相談及び心理治療を行います。  
親子関係、家族関係の悩みも気軽に相談することが  
出来ます。



松山日赤小児科  
カウンセラー

地域で完結する成育医療を目指します

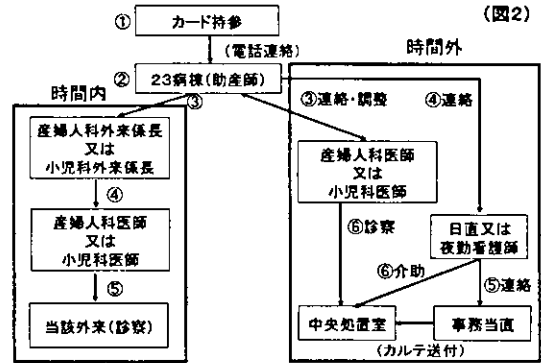


## 「ハローベビー・カード」による 24時間母児支援 電話相談マニュアル (医療従事者のための)

松山赤十字病院 成育医療センター  
23病棟看護師長 内田 淑子  
小児科部長(医師) 小谷 信行

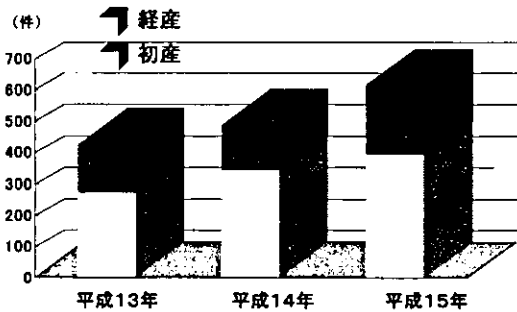
## ハローベビー フローチャート

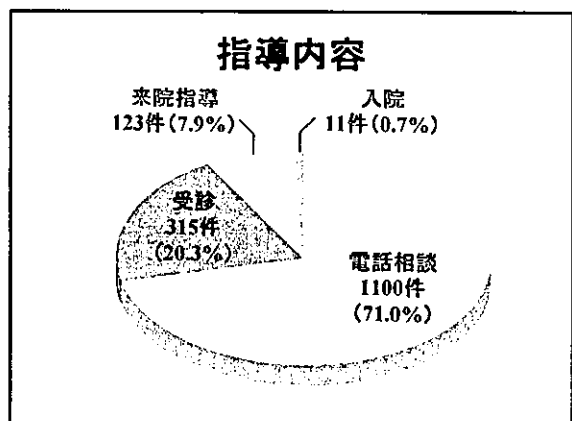
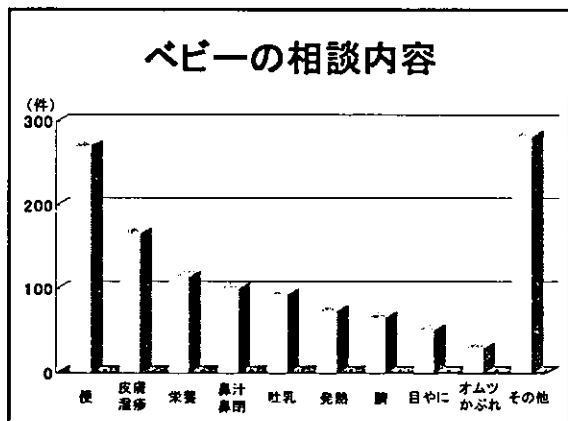
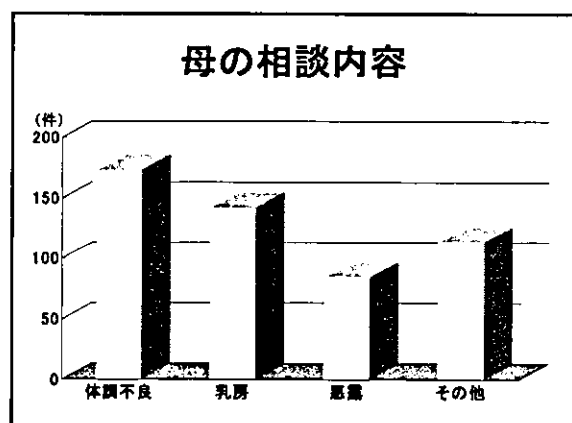
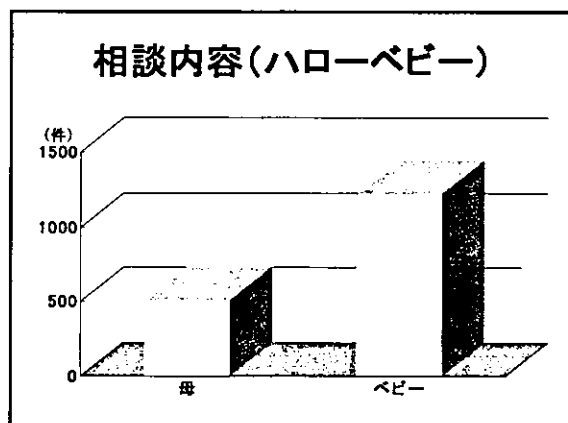
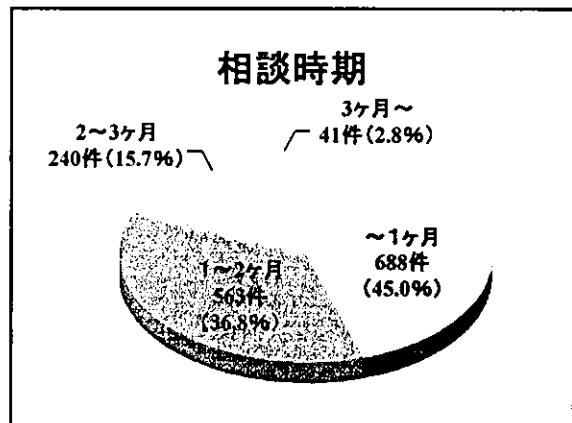
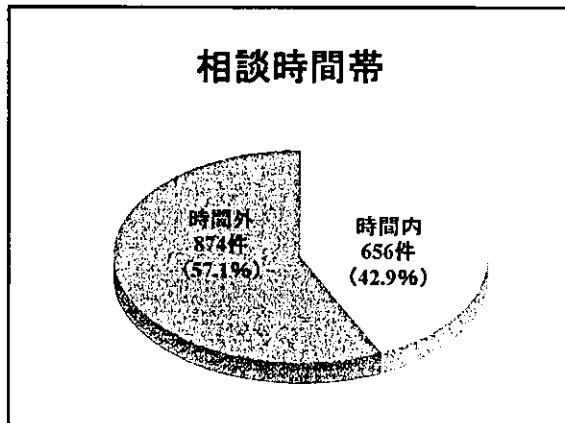
(図2)



## ハローベビーカード活用状況 松山赤十字病院3年間のまとめ

## ハローベビー相談件数の推移





### 育児支援ボランティア

- 成育医療ボランティアセンター
- 妊娠中からの関係性の構築
- ハイリスク群の早期発見、対応
- 育児支援のケアマネージャー的役割
- サブスペシャリストのみ募集し教育する
- H17年4月から

### 地域医療連携と成育医療

- 地域医療支援病院
- 入院:外来=1:1.5
- 在院日数平均14日
- 紹介率60%
- 逆紹介と紹介

### 成育医療勉強会



## 小谷コメント（成育医療パワーポイント解説資料）

松山赤十字病院に成育医療センターを開設しました。国立成育医療センターにくらべるとはるかに規模は小さくて、名乗るのもおこがましいのですが、厚生労働省に聞いたら「成育医療センターと名乗ってかまわない」というので、今年の7月に開設しました。その概略だけ説明します。

これは地方新聞に載ったものですが、産科と小児科を統合したかたちで出生前から出生後を一貫してみたいこう、生活モデルも含んだかたちでやっていたいこうということです。

妊娠中の胎児が生まれたところからカルテを作ります。このカルテを一貫して大人になっていくまで、情報の面でも人の面でも1つの線にわれわれが添ってやっていたいこうというのが成育医療の考え方です。

胎児医療、ハローベビー、ハローママカードを使った電話相談、周産期医療、LDR、母子同室、NICU、専門医療、救急医療、思春期からはじまってころのケアから母性父性も育てる。このサイクル、全体のまわりをグルッと回るということをベースに物を組み立てていこう。つまり、われわれがサッカーをするか、野球をするかというイメージで、野球というゲームをするというような感覚で医療をするんだという宣言をしたわけです。1億円をかけて工事をしてもらっただけで大きなものではありません。

いちばんは情報が分散しているということです。妊娠中の情報はほとんど小児科には伝わっていないということなんですね。ハローベビーカルテを作りまして、妊娠中に何か月でどういうことをチェックするのかというフォーマットを共通して作って、それがそのまま小児科のカルテになっていく。これはいちばんの情報管理です。

来年の4月から心理保育ボランティア、臨床心理士の方に来ていただいて、澤田先生のフォーマットを使わせていただいて、虐待の面からあるいは育児支援の面からわれわれは何をしたらいいのかという情報も一緒に組み込まれて、小児科に伝わってくるというかたちにしようと思っています。

これはやっと1つだけ作っていただいたのですが、家庭にいると同じように、陣痛、分娩、回復を同じ部屋で過ごす。お風呂とトイレがあって、家族がいる。洗面所とロッカーがありまして、ここでずっとお産までに家族と過ごす。この間は10人の人に囲まれてお産をしました。金メダルを取ったような感じで、生まれたらみんながワッと「おめでとう」。プライバシーが守られているので、お父さんが横にいて何でもしゃべれるわけですね。なるべくドクターは入らないようにして、家に近いお産にする。つまり、人間関係を中心にした出産をするというLDRの発想で、これは小児科の強い希望で作ってもらいました。夫や家族が立ち会いで、あたたかい感じで、個人のプライバシーを守っています。

新生児室は廃止しました。すべて母子同室。もう選ぶ権利なしです。けっきょくこれでよかったのは、お母さんが「ヘソの緒はしめっているんですね」と言ったのです。つまり、ほとんどガラス越しに見て、ほとんどだっこもせず、トレーニングも受けずに家に帰るというかたちだったことがはじめてわかったのですね。

こういうかたちで、とにかくずっと一緒にいる。全部個室ですから家族がいつでも入ってこれる。当然トリアージしないといけませんから、生まれた直後に1回小児科がすぐに診察をして、これは病的であるかどうかをみます。それから、退院の前にもう1回ゆっくりお母さんと小児科が話します。ここで出会いがあるわけですね。あとでいろいろなことが起こってもいいように、関係性を作っていくというかたちで考えています。

これがハローベビーカードです。もちろん病的なお子さんは、NICを新しく作ってもらえるようにしたので集中治療もできる。

親子関係の問題がおこってきますので、4人のカウンセラーがいまして、一般の外来もお母さんたちも含めてやっています。実は平林先生というのは、カウンセラーの養成講座をしたりしています。そこに学生さんたちも含めてボランティアで来たいという方がけっこうおられるのです。10人以上の単位でおられるのでその方たちに来ていただいて、一貫した成育医療のなかでいろいろなフォーマットを作ったりしていこうと思っています。

ただ日赤は、国立成育医療センターに比べれるともものすごく小さいわけですから、ここだけで完結するような成育医療はできません。子育て支援センター、保健所、児童相談所、学校、保育園と勉強会や実際のカンファレンスを通じて、ネットワークを強固でクオリティの高いものにしていく。これから成育医療センターを育てていきたいと考えています。

急患センターは、これは医療ネグレクトがかなり多いので小児科で24時間体制で日赤がほとんど夜中は出ています。准夜帯をしていたときは6000人ぐらいでしたが、深夜帯を過ぎると1万4000人ぐらいです。つまり、この部分がネグレクトになっていたわけです。これはいろいろな意見がありますが、ここでハローベビーカードと同じように、見て安心させてあげるのがセンターの方針です。

急患センターの1階は急患、救急医療的な面をします。2階は松山市にお願いして育児支援センターを作っています。いま保育士が3名常駐しています。お母さんが病気になったらふたりでその家に出かけて行って、お母さんを病院に連れて行って赤ちゃんの面倒をみるということをしています。日赤からカウンセラーが週3回行って、これもかなりいっぱいいっぱいです。それから、すこやか相談というのは、児童精神科の先生5人が毎週1回行って、これは保育園などから「お母さんがどうも精神的におかしいのだけれども精神科に行ってくれない」という人たちがここならば来れるので、ここで拾い上げています。あるいはアスペルガーのような子どもたちも、ここにお母さんが連れてきて相談にみえるというかたちで、1つの病院以外の窓口です。これも1つの核にしてネットを作っています。

急患センターには電話相談は、准夜帯は当然やっています。電話がかかってきたら受診するか受診しないかですから。看護師さんが受けて、だいたいは来てくださいという話になると思います。1つずつステップアップをしていくということで、時間はかかると思いますが、4～5年の間には全体を統合されたかたちにネットはできるのではないかと考えています。

カンファレンスもしていますし、成育医療勉強会を2か月に1度していまして、周



辺の産科の先生、助産師、われわれの小児科医、泌尿器科医、小児外科医がみんな集まって、100人ちかく集まって症例を出したりいろいろなかたちでやっています。やがては直接胎児カルテで小児科を受診するというかたちにしています。料金は決めて、お金は一切取りません。胎児は人間ではないのでカルテも作れないし保険も請求できないのですよ。ですからたとえば、産科の先生がどうも心臓に異常があるのではないかとと思って胎児エコーを取るとき、産科を回して小児科に来ていたのがいまダイレクトに来ています。小児科の循環器の先生が胎児エコーをして、これはここで出産をしていいといういろいろな話をするのですね。それは地域のなかで共通のフォーマットを作っていきたいと思っています。

また、関係性と言っていますが、そのところから作っていかないと。いきなり現れて、出産がすんだといって消えて、次の役者が登場してではやはり戸惑うと思うのです。1つの流れを作る。縦糸をちゃんとして、それに横糸を組み合わせていく発想でしていかないといけない。個なのだということを徹底して、繰り返して言っていかないといけない。

産科の先生、助産師さんたちが実際にそれでよかったのか悪かったのか、これでいい出産をしたのかということところが、まったくフィードバックしませんから、そこがフィードバックできるわけです。キャリアオーバーした人が出産する場合は小児科医師がずっと見ていますから、そのときお互いに次の世代を産むときにまた一緒にサポートもできる。ぐるぐるまわしていくという感覚でとらえていく。実際には、いままでの医療の枠を超えたかたちで、新しいカルチャーを宣言しているイメージです。

われわれができることはちょっとしかありません。学校とか保育園とかでカンファレンスをしたり、実際に保育園、学校の先生達との心身医療の懇話会でカンファレンスもしています。学校の先生たちも週に2、3組は来られています。精神的な問題だけではなくて、いろいろな疾患で。

成育医療センターは小児科と産科と小児外科が常勤です。外科とか脳外科は患者さんがおられたら関わるというかたちです。

小児科は45床です。NICを入れて10床です。産科は4床です。こじんまりしているのですが、こじんまりしているゆえに顔と顔が見えるのですね。小児科ドクターたちが13人、産科医が6人、カウンセラーが4人です。それがしっかり働いている。

考えたことは、松山の場合は50万、60万の都市というのは、いちばん日本で多いかたちだと思うのです。ですから、ここで出来ることは全国のいろいろなところで出来る。これは国立成育医療センターの先生ともお話をしたのですが、大きなところはかえって動きが取れないのではないか。たとえば、松山のモデルを作ればこれが全国にうまく発信していったり、モデルになって、みんなが同じようなことをすればいいのだらうということだと思うのです。かえって地域が狭いがゆえに、連携がもてるのです。小児科医師、産科医師、私は知っていますから、その面の良さがあります。

表1 経緯にとってのキーワードとなることば・物語り

- ・ 出産イメージ
- ・ 産む力の認識
- ・ 医療者への依存
- ・ 健康概念と疾病概念の調和
- ・ 子どもを育てるといふ観念の育成

写真1 分娩室での母子交流

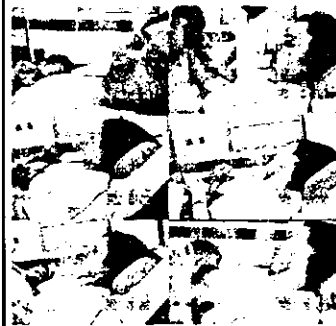
最初の10分



- ①母親は生まれたばかりの我が子をベタッと抱きしめ、子は母親の胸にベタッと横たわる
- ②母親は子をなで回し、種がめイメージをすりあわせる
- ③助産師はお乳を吸わせようとするが、子はお乳を吸わない
- ④子は眩しそうに目をあげようとし、母親はそれを読み取る
- ⑤大きく目が開かれると母親は我が子の目のぞき込み夢中になる一最初の段階

写真2 分娩室での母子交流

最初の20分



- ①新生児は活弁になるにつれ体をずりずり動かし始める
- ②手を握め、体を動かし、乳輪に向かっていく
- ③乳輪にいたると口を大きく開け乳輪を捕らえようとする
- ④母親はその動きに合わせて、声をかけ、お乳を吸わせようと夢中になる

写真3 分娩室での母子交流

最初の50分



- ①何度も何度も繰り返して、口を大きく開けては乳輪を捕らえようとする
- ②ついに乳輪を捕獲できる子はゴクッゴクッとのをならしてお乳を吸う
- ③母親は我が子の強い行動力を体験すること生きていく力を感じ取り、私の赤ちゃんとして育てていく自信と誇りを獲得する

表2 カンガルーケアを30分

肯定的感想

- ・ 自分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、ただ嬉しい一言
- ・ 分娩中の痛みやつらさ、2度と嫌だと思いを、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)

否定的感想

- ・ 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ため、早めにやめてしまいました

表3 カンガルーケア60分以内

肯定的感想

- ・ 素肌のまま抱っこしていると、汗ばむほど赤ちゃんて、暖かいものなのだと思える
- ・ 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思えて感動した
- ・ 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。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

否定的感想

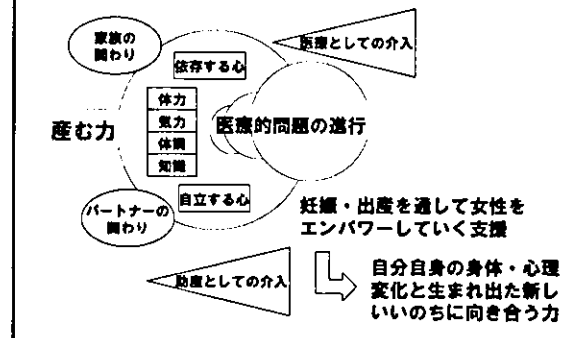
- ・ 分娩台の幅が狭く、身動きできず、腰が痛かった
- ・ 点滴をしたままだったので、手を動かさずらかった

**表4 カンガルーケア120分以内**

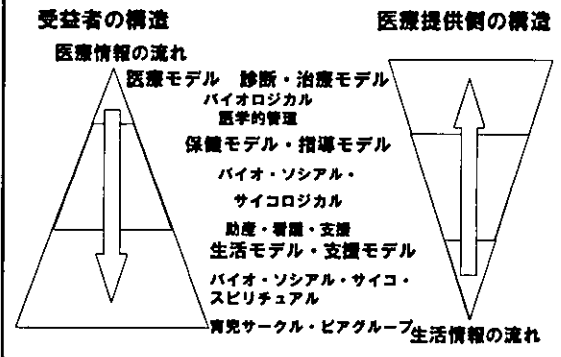
**肯定的感想**

- ・血なまぐさくて頭蓋骨がまだ置なつ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
- ・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労が吹き飛ばぬぐ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

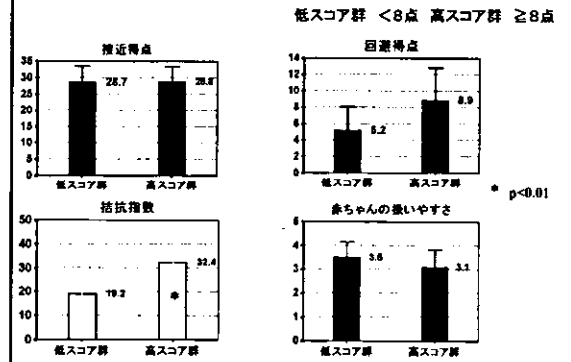
**図1 周産期に関わる人間科学的視点**



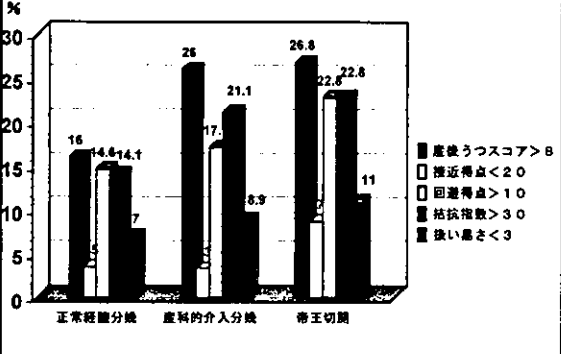
**図2 情報の非対称性と3モデルの役割**



**図3 産後うつスコアと対児感情評定尺度**



**図4 産科的要因と母性心理**



**図5 栄養法別対児感情評定尺度**

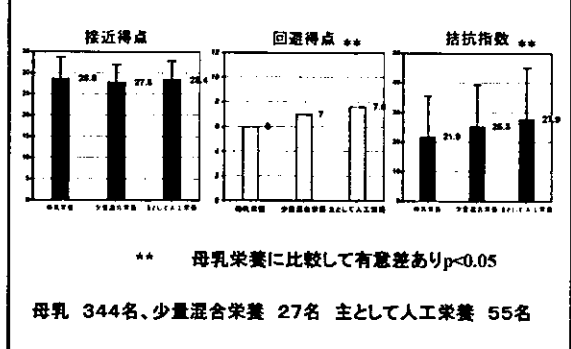


図6 栄養法別産後うつスコアと扱いやすさ

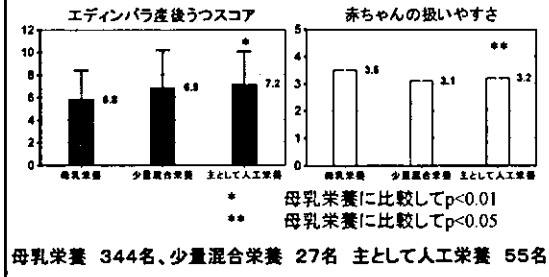
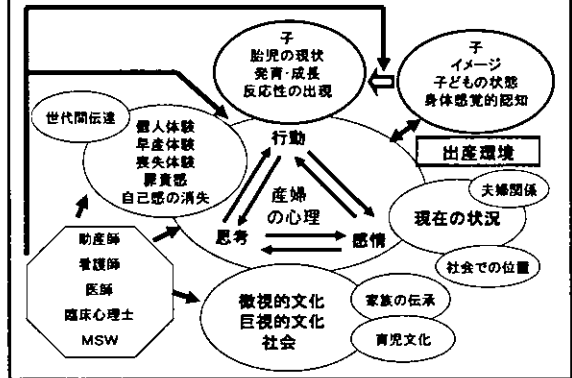


図7 周産期の関係性の発達と支援



## 堀内先生のお話（パワーポイント資料用解説）

周生期からのアプローチのまとめみたいなことをお話したいと思います。周生期の物語と書いてありますが、女性男性にとって子どもが生まれるのは大きな変化です。この時期の変化というものは、女性にとってはこころの変化と身体的な変化が同時に起きるのです。自分だけではなくて新生児という他者が含まれていて、しかも自分のものである。考えてみたら、ゴチャゴチャしていることが実際には起きているのですね。あたりまえのように妊娠出産という言葉を使いますが、ほんとうは複雑なことが起きているのだらうということなんですね。そういう意味で妊娠中から継続して、物事を捉えていくことはひじょうに大事なことです。先程の胎児カルテの話もそうなので、一連のなかで考えないとゴチャゴチャしたものは解けないのではないかと考えています。

実際に出産をされた方とお話をしてみますと、産後直後に産科病棟でかならず話をしているのですね。僕はもう年寄りですから、仕事がないものですから、グループで話したり個人的におしゃべりをする役割を背負っています。そのときにお母さんたちのお話から出てくる言葉で、お母さんたちはどんな概念でこの場にいるのかと考えてみますと、言葉から出てきたものなのですが、出産・産褥の身体変化に適応できない。いい言葉でいうと、ひじょうに不思議なんですね。なんでこんななのっていう不思議さを感じています。それは戸惑いであったり、逆に不安という言葉に置き換えられるのですが、ひじょうに不思議なイメージをもっているようです。自分の子どもについても、出産前からイメージは作っているのですが、多くの場合はお人形さんイメージなのです。

子どもについての基本的な感じ方の未熟さが、現代の出産のひじょうに根本になっているのではないかと思うのですね。そのイメージをもって子どもに接するとき、ほんとうに泣くんだ、ほんとうに生きているのだ、そこから始まるようです。

もう1つは、子育ての中心である母乳育児。ミルク育児でも母乳育児でも一緒だというのですが、実際に女性たちは「私の乳房はなぜ子どもが育てられるのか」とほんとうに不思議な感じがしているようです。それが時には母乳不足感に変わりますけれども、私のおっぱいで育つはずがない。これはずっと子どものときから動物を育てるとかいう、子どもの時の教育からつながっていると思うのです。自分のからだをつかって子どもが育つなんてとんでもないことだと、実際にお母さんたちには聞かないと話しますが、こちらからちょっと投げかけるとかならず出て来る言葉だと思います。

自分自身の変化に対するとまどいが、からだ全体で起きていることと、心理的にも起きていることが伺えます。母乳育児、母子同室をすすめる最大の理由はそれなのです。現実の赤ちゃんがにんぎょうではなくて、実際に生きている存在で、自分自身の意思以

上に働きかけることがある。あるいは自分自身のコントロールできないところにまできるといふ他者のイメージとして作ることで、もう1つはそれを自分のものとしてどうやって育てるのか。相反するものが同居するのがこの時期なのですが、それが支援することが重大で、それはお母さん自身が自分自身に向き合うことと、子ども自身に向き合うことを支援する。それが最大の母子同室と母乳育児の意味だと思います。

妊婦さんにとってのキーワードとなる言葉、これは出産イメージをどのように抱いているのか。自分自身の産む力なんですね。いまサービスとして痛くないお産として無痛分娩など様々なものが提供されますが、実際に妊娠期間中に自分は産むことができるのだというイメージを育てることがひじょうに少なくなってきました。それに気づいた女性の一部分は助産所に回避しはじめています。身体感覚の回復みたいなどころがあつて、産む力の認識は母親学級のあり方などで、ひじょうに重要ではないかと思ひます。自分自身が産む力があるのだ、育てる力があるのだと妊娠出産を通して目覚めていくことが最大の課題かもしれません。

もう1つは、おなかのなかの赤ちゃんがたしかに生きていふというイメージを育てることです。たとえばおなかの赤ちゃんに語りかけましようよとよく言ひますけれども、胎児はどんな反応をするのかいまはすでにそこまでわかっているわけですね。自分が何かを働きかけると胎児は答えるのだという、いつてみれば霊的な体験というのでしょうか。そんなものを妊娠中から育ててあげる必要がありそうだ。妊娠出産はいまの産科医療のなかでは、ほとんどが疾病イメージとして捉えられていますから、そのなかで健康な部分をどう引き出すかが課題になっています。そのための保健師さん、助産師さん、ときにはお産に直接にかかわらない小児科医の役割はその辺にあるのだと思ひます。その結果、子どもを育てる観念をどうやって妊娠中からどう育てていくかが、キーワードとして出てきました。

実際には親と子の実感ですね。生物学的な実感をこころの言葉に置き換えてあげることが大切です。それはまさに、「お腹の子は大きくなつていますよ」「危険因子はありませんよ」ではなくて「この子はよく動きますね」という言葉なのです。ナラティブという言葉を使ひますけれども、お母さんと医療者、保健側が1つの物語の両方の登場人物とになつて関わるようになる。ほんとうにささいなことだと思ひます。ささいなことだけれども、親にとってはとても重要なことになるので、そういうアプローチを考えてもいいのではないかと思ひます。

この子は24周で830グラムの赤ちゃんです。カンガルーケアなんです。お母さんはともかくいままでハイリスクで、ものすごく混乱をしていて、お腹のなかにいた赤ちゃんが生まれたのでお産の疲労感と、お腹のなかにいた赤ちゃんが失われた、しかもハイ

リスクで生まれてしまった感覚があったのですが、このお母さんがカンガルーケアをやりながらおっしゃった言葉が、「赤ちゃんって重いのですね」と言ったのです。それを言葉で、800何gの赤ちゃんですよと言ったときは単に小さくて死ぬかもしれない。実際に胸に抱くことで、単なる重量というデジタルな情報ではなくて重みを感じるという、ひじょうにアナログ的な感覚のなかで子どもを認めていくのです。温かいというのは生命兆候だと思います。

お腹のなかにいた子どもが赤ちゃんとして生まれた喪失感が、実際にこの胸にいるのだという連続した役割が獲得される。これが出産直後のカンガルーケアの意味だと思います。このお母さんは超低体重児を産んだお母さんとは思えないぐらい穏やかな顔をしている。こういう場面を作ったときに、かならずもう1つ大事なのはこの場にいる人たちが、かならずお母さんの言葉を引き出すような声掛けをする。安心していられることが重要です。単に儀式のようにやるわけではなくて、引き出すものがあるはずなのですね。このお母さんの表情をみて、「おかあさん、嬉しい」と一言言っただけで、お母さんの超低体重児を産んでしまった絶望感が、みんなが喜んでくれているという喜びに変わっていくのだと思うのです。この場面で虐待予防だけではなくて、引き出す部分があるのだと思うのです。儀式としてカンガルーケアをやった場合、医療従事者は全部消えて、自分と未熟児が残された場合はただ不安だけなのです。そういう場を作ることがひじょうに重要になってくると思います。

これはビデオに撮ったものの実際の行動を捉えたものですが、子どもの目がひらくと、お母さんたちはほんとうに大変だったと赤ちゃんをベタッと抱いているのです。赤ちゃんもベタツとしています。お母さんはだんだんと背中を撫でながら確かめていって、覗きながら「お父さんの背中とそっくり」と言いました。顔は似ていなかっただけです。どんどん活発化していって、子どもの目が開くとお母さんはのめりこんでいきます。このお母さんの言葉は「なんて目が大きいのでしょうか」。小さくても。ほとんどのお母さんは同じことを言います。

出産後30分すると赤ちゃんたちは活発化してお乳のほうに這っていきます。平均で50分以内でごくごくんと乳をすいます。お母さんたちの言葉のなかに何があったかという、「ごくくん・ごくくんとお乳をすわれていると、そのリズムがいのちの鼓動のように響きます」という言葉になってあらわれるのです。まさに言葉の世界、物語の世界なのです。その場の世界に医師も助産婦も夫も入ることで、1つの大きな家族のはじまりの物語を作ることができます。そうするといままで抱えてきた自分のさまざまなものを、もう1度のいのちの原点という原点に振り返るチャンスを提供することになると思います。

カンガルーケアを30分でやめた方たちの言葉を実際に聞いてあげると、自分の子どもと実感できた、愛情を感じた、ただ嬉しい、分娩中の痛みやつらさ2度といやだという思いを感動と共に消してくれる。

出産の痛みは大病院のなかでは、ほんとうに否定的にとらえられています。助産所でお産をされた方では、自分のお産が素晴らしい、気持ちいいという方がいらっしゃるのですね。立ち会っている夫に向かって「こんなに気持ちいいことをあなたに体験させられなくてもうしわけない」という人もいるぐらいなのです。大病院にいと単なる苦痛の塊ぐらいに思って、その苦痛を取らなくてはいけないと思うのですが。もう1つは苦痛のなかにあっても取り戻せるのですね。お産というものは、辛かったことが否定的な事柄をポジティブなものへ置き換えていくプロセスがあるのだらうと思います。

60分カンガルーケアをやるとものすごく言葉が増えてきます。30分の方よりも60分の方のほうが文字数がすごい勢いで増えてきて、いろいろなことを言います。赤ちゃんに関する事柄が細かくなってきます。具体的な生々しい体験を述べるようになります。単なる表面的なことではなくなってきました。120分になるとこんなにたくさんになる。2時間ゆったりと分娩してわが子と過ごせるのはインパクトがあると思います。否定的な言葉はこれしかない。からだが痛い、おしりが痛いという言葉だけです。

そうすると周産期に関わるのは家族の出来事であって、本人自身の産む力、そのなかには体力、気力、体調、知識とありますがこれを育てることが重要だらう。本人のこのころのなかには、助産師さん、医師、その他の医療機関に依存したいところがあるのだらうけれども、自分自身のお産という自立するところがあるのだらう。それには家族、パートナーのかかわりがあって、医療としてはだんだんと医療的な問題が増えるとともに、医療的としての介入が増えていくというモデルを考えなくてはいけないのですが、実際には最初から医療がくさび型ではなくて長方形型に乗っているのが現状です。助産のほうは支えるという意味です。ところがだんだんとお産も悪いほうにいけば医療の役割も出てくる。そういうモデルを作っていくと、この課題である女性をエンパワーしていく支援の意味が見えてきて、それは自分自身の身体と心理変化と、あたらしいのちに向き合うことが出てくるのではないかと思います。

そう考えると、この課題である医療モデルの位置付けはそんなに大きなものではないだらう。実際は生活モデルが大事で、特に周産期のケアの多く、お産自体が正常なことが多いものですから、そう考えてみると医療モデルをもう少し相対化してみる必要があるのではないかと思います。それを少し考えてみますと、医療提供側の構造としては医療モデルは診断治療モデルで、バイオロジカルな視点でみる。それは医学的な管理という視点です。それで助産師さんたちが中心にやっている保健モデル、指導モデル



はバイオロジカルな面、ソーシャルな面、サイコジカルな面がかかわってきて助産看護支援。ところが、もっと本人たちは広いモデルで見ている、バイオソーシャル、サイコフィジカル、スピリチュアル。そんなものが含まれていて、それにはむしろ並列化した育児サークル、グループが重要であります。

ところが医療モデルでは、生活情報が僕たちはつかみきれないのだと思うのですね。虐待予防の意味でも医療者がここまで降りてくることはひじょうにむずかしい。まさに僕たち医療者の頭の構造、医療体系に含まれているので、ここが受益者の構造になれば理想的だと思うのですが、2つを重ねると四角になってしまうのですね。そうすると情報の交換、それぞれのモデルのいきかいを、なにかしら手段として見つけていくことがこれからの課題なのだと思うのです。

これは42歳の初産の方です。ひじょうにぎこちないだっこをしているのですが、それが母子同室にして助産師さんたちが一生懸命に支援していると5日目には子どもを抱けるようになり、このお母さんは退院のとき一言もお礼を言わずに帰ったのです。全部自分がやったというわけです。これが支援モデルになるのですね。僕たち医療者はお礼を言われるのが大好きですが、そうではないようですね。そこまで考えられればもう最高ですが、実はそこまでいかないのですが。

母乳育児は女性自身のからだに向き合う。自分自身のおっぱいはほんとうに出るの？驚きなんですね。実際には何CC足しなさいという話なのですがそうではなくて、自分自身のからだの感覚のなかで、自分自身のからだでほんとうに育てられるの？と向き合うのが産後2か月間でおきます。たとえば、「あなたは母乳が出ないからミルクにしなさい」と言われたときに、女性としての機能を否定することになっているのですね。あなたは母親として欠陥品なのですよ、というメッセージをいつのまにか伝えていることになる。そのときにどうやってアプローチをするのか。同じミルクを出すのであっても「ミルクはもともと人工的なものだからお薬と一緒に、どうしてもおっぱいが出ないときはお薬として使うんだよ。これから、おっぱいが出るようになればお薬だから使わないでいいよ」という一言でお母さんたちは自信を取り戻すのです。そういうデリケートなことがあります。

産後2週間目ですが母親の身体的変化と赤ちゃんの分離不安による成長が始まる。身体的なことでも「私がおっぱいが出なかったからあなたには出るはずがない」と実家のお母さんに言われたりして、そういう否定的な言葉がたくさん出てきます。実際にはミルク会社からの提供されたミルクを使いながら、逆に自分自身の身体イメージを否定していくことになります。やっぱり私は足りないのだと。

ここまでが、いままでのまとめです。去年の秋からそんなことを踏まえて、乳幼児精

神保健外来というなんだかよく分からない外来をはじめました。妊娠出産にかけて、助産師さんや僕たちがちょっとこのお母さん大変だよとか、泣くのをコントロールできない赤ちゃんっていますからそういう子を持ったお母さん、それから実家に帰れない方、ご主人の帰りが遅い方、そう方たちから始まって、いま対象としては電話相談でスクリーニングされた方、虐待してしまうかも知れない親子、それは何かしら言葉として思わせぶりな事をいう親に30分から1時間ぐらい、医療の観点ではなくてつきあっています。

母子同室をやっていると接近得点というのがひじょうに低スコアも高スコアも変わらないのですね。ところが回避得点は高スコア群で高くなります。子どもを否定する気持ちなんでしょうか。もう1つは赤ちゃんの扱いやすさが高スコア群では低いのです。扱いにくいということなのです。そんなことを含めますとお母さんの産じょく期から1か月ぐらいの頃推定できそうなのですね。あとは産科的な要因もけっこう関わると思います。帝王切開の方はハイリスクで、それと同時に自分の力で産めなかったという、たとえば吸引分娩、誘導分娩、そういう方が産後鬱得点、回避得点が高くなります。ところで接近得点20以下の方、帝王切開の方は分離がおきますから多くなるのですが、産科的介入分娩、正常分娩の方はあまり差がないのです。そうしますと母子同室母乳育児は子どもに対しての接近性がひじょうに高まるのだと思います。ただ、本来抱えている否定的な思いはそれだけでは回避できない可能性もあるのではないかと。帝王切開の場合はやはり接近する気持ちで混乱を起こす可能性も高くなってきます。栄養法別でも得点はあまり差がなくて、人工栄養になった方は回避得点がやや高い傾向がある。もともと子どもへの回避傾向があるのでミルクになってしまったのか、ちょっとこれだけではわからない。エジンバラの産後鬱スコア、赤ちゃんの扱いやすさを見てみてもミルクになった方のほうがトータルとして高い傾向にある。

そうするとアプローチの仕方は様々あるのだらうと思うのです。産婦さんの行動思考感情を考えてみますと、子どものイメージの変化がおこるのはちょっとした回りの人たちの言葉なのです。おっぱいの吸いつきがよくなったわという言葉でお母さんたちが救われることがありますし、社会的環境を調整してあげると問題が解決することもあります。さまざまなアプローチがあります。たぶん連携というのは助産師、看護師、医師、それぞれの職種の得意分野をどうやって連携してトータルとして育児混乱性を持っている人たちにどうやってアプローチするかが大きな意味があると思います。

その背景には世代間伝達もあって、もう1つは夫婦が一緒になるというのは、新しい物語としてとらえると神話が形成するという言葉を使うようですが、新しい神話というのは、夫婦ふたりではあまり新しい神話は生まれません。子どもが生まれて、それで

互いの神話を合わせながら新しい家族の神話を作っていく。それが子育ての基本方針になるのですが、その辺りの部分の障害が育児混乱やあるいは虐待の1つの大きな意味だと思うのです。そう考えてみると、家族モデルとして捉えたときに虐待はどうか、周産期からのケアで考えていて、たとえば妊娠中から子どもが可愛くないと言ったときの本人の気持ち、もう1つはご主人の気持ちですよね、それをどう調整するかでネガティブなものがポジティブになったり、ネガティブなものがさらにネガティブになったりとなりかねないのではないかと思います。

ナラティブコミュニティとしての家族、医療関係、まさにパラダイムシフトです。私たちは医療という面で妊婦さんの健康、新生児の健康、胎児の健康と考えてきましたが、もう少し広い視野で周産期医療の組み立てが必要です。1つは厚生省が推進している総合母子周産期センターというシステムとどう連携するかが1つの解決の糸口になると思うのです。単に医療的ハイリスクだけではなくて、5分の1は社会的ハイリスクを背負っている方があきらかにいらしてそこを連携することと、総合母子周産期センターのなかに小谷先生がおやりになっている「ハローベビーカード」の考え方を取り入れて、そこまでは総合母子周産期センターが地域と連携して動いていくシステムとして取り入れていくことも必要なのかと考えています。

## 周産期における父母の 育児混乱早期発見と虐待予防

高知県立中央児童相談所 澤田 敬

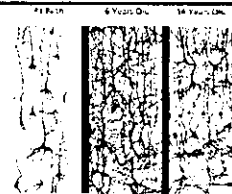
### 被虐待児



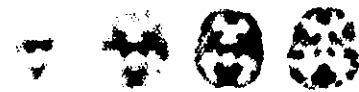
### 被虐待児



### 脳の発達



乳児期、新生神経回路網数が満歳神経回路網数より多い。3~10歳、新生、満歳神経回路網数の均量が取れており、大人の約2倍となる。その後徐々に新生より、満歳が多くなり、神経回路網数は減少する。運動・環境刺激が多ければ、刺激側神経回路網は温存される。



乳児期は皮質下、情緒・情動を司る大脳辺縁系の発育が主で、1歳になると知覚的な面を用いる皮質の発育が活発になる。乳幼児期には刺激に応じた神経回路網は温存される。

全ての人間は、生まれたその日から、毎日、色々な人との  
かかわりを持ち、色々な経験をして、今ここに存在する。  
(evidence based medicine + narrative based medicine)

#### 表象 (Stern)

人間は生まれたその日から、強力な刺激、繰り返される刺激を受けると、その神経回路網は消滅せず、後々まで残る。この神経回路網が表象である。言い換えると人間は生まれたその日から、毎日その時の気分による色付き心のレンズで、色々な写真を撮り、心の中にしまい込む。レンズの色は幻想、希望、喜怒哀楽、恐れ、家族の伝統、個人的経験、現在のプレッシャー、その他の要因によって付けられる。その写真が表象であり、写真の集合体が表象世界であり、その人の心であり、対人関係の基盤になる。父母は、子どもを前にすると子ども時代の表象が浮上する。



### 行動 — 表象

