

表2. 医療機関と保健機関の連絡での不都合

連絡にあたって不都合と感ずること	医療機関		保健機関		計	
a.ある	2	16.7%	24	23.1%	26	22.4%
b.ない	9	75.0%	64	61.5%	73	62.9%
無回答	1		16		17	

不都合と感ずる点 (医療機関)						
aどこに連絡するのかわからない	1	50.0%				
b保健機関の役割がわからない	1	50.0%				
c担当者がよく替わる	0	0.0%				
d連絡しても返事がこない	1	50.0%				
e手続きが面倒	0	0.0%				
f患者の状態を理解してもらえない	1	50.0%				
gその他	1	50.0%				
fその他の内容 保健機関の指導方針が異なる(授乳など)						

不都合と感ずる点 (保健機関)						
a保健機関が必要としている情報が届かない			10	41.7%		
b内容がわかりづらい			3	12.5%		
c情報が遅い			4	16.7%		
d紹介を受けても家族への支援が困難			5	20.8%		
e紹介を受ける基準が主治医等によって異なる			7	29.2%		
fその他			13	54.2%		
fその他の内容						
保健機関	医療機関によって情報に差がある 家族に連絡したとき、受け入れが“悪い”場合がある。一情報提供について、十分な了解が得られていない。 家族の了解が得られているか明確でない 管内機関外は連絡を取るのに窓口が分かりづらい 共通の様式があればよいと思う 今回調査ケースでの12月12日に退院し、情報連絡は2月17日であった。 産院との連絡ルート、関係作りが確立されていないため各保健師が連絡しづらい。 退院サマリーを送付頂ける病院に限られている。 病院からの情報提供および当事者からの承諾が得られていると介入しやすい 不都合時は電話連絡などしている。情報不足の時もある。 保健機関が保育園での対応を適切にするために、医療機関での様子、治療方針について情報を得たいと思うことは 多々あるが、母親の了解を得てということは困難な事もあり、その場合守秘義務を理由に情報を提供して頂けない。 養育医療申請で把握フォローしているケースで疾患についての上がほしかったが、(関連医療機関の病院だったが) 連絡がなかった。サマリーなどで略語などわからない場合がある。サマリーに疾患名は記入されておらず、 内服薬のみ記入されている場合があり、どんな疾患で何のために内服しているのか判断に困る場合がある。 連絡をくれない所が多いように思います。					

2) NICU 退院児とその家族の保健機関の利用状況に関する調査 (平成 13 年度調査)

NICU入院など周産期に高いリスクをもった新生児およびその家族が、退院後に地域から享受している保健サービスの実態の把握し、あわせてこれらハイリスクグループの新生児をとりまく医療機関・保健機関の相互連絡の実態とその問題点の所在を確認することを目的として、平成 13 年 1 月から 12 月の期間に同協議会参加の医療施設を退院し、平成 13 年 12 月から平成 14 年 2 月にフォローアップ等の外来を受診した患者・家族のうち、調査への同意が得られた 264 例の患者、およびその

家族に関わった保健機関に対する調査を実施した。その結果、医療機関から情報提供のあった群 (87 例) となかった群 (177 例) の比較から、訪問の実施、来所相談の実施、電話相談の実施、他機関 (福祉関係、他保健機関、保育機関等など) へのコーディネート活動、ならびに育児支援教室等への参加勧誘などどの項目においても、情報提供ありの群で多く保健活動が実施される傾向が保健機関に実施した保健活動調査から認められた。また、家族調査から情報提供があった群において退院後に保健師を相談相手として選択した家族が 24.1% あったのに対し、情報提供のなかった群では 8.5%

に留まっており (p<0.01) 医療機関からの情報提供が保健活動実施に大きな影響を与えていることが明らかとなった。また、医療機関から保健機関への連絡状況・頻度は地域による違いが認められた (表3、表4)。

表3. 家族アンケートによる保健機関の利用状況

医療機関から保健機関への情報	家族アンケート結果	n=	保健機関アンケート結果				
			来所相談の実施	電話相談の実施	コーディネート活動実施	育児支援教室参加勧誘	未把握
情報提供あり n=87	保健機関から訪問または連絡を受けた	79 90.8%	20 25.3%	45 57.0%	19 24.1%	42 53.2%	0 0.0%
	保健機関から訪問も連絡もなかった	8 9.2%	4 50.0%	1 12.5%	0 0.0%	5 62.5%	0 0.0%
情報提供なし n=177	保健機関から訪問または連絡を受けた	112 63.3%	24 21.4%	51 45.5%	22 19.6%	25 22.3%	2 1.8%
	保健機関から訪問も連絡もなかった	65 36.7%	11 16.9%	9 13.8%	7 10.8%	3 4.6%	17 26.2%

p<0.01 p<0.05

p<0.01  
p<0.01

表4. 家族アンケートによる家族の主な相談相手

医療機関から保健機関への情報提供	家族の主な相談相手(複数回答あり)								
	夫婦間	兄弟姉妹	祖父母、親戚	近所の人	病院で知り合った友人	以前からの友人	医師や看護婦	保健師	その他
情報あり (n=87)	56 64.4%	29 33.3%	61 70.1%	13 14.9%	24 27.6%	45 51.7%	30 34.5%	21 24.1%	7 8.0%
情報なし (n=177)	134 75.7%	68 38.4%	121 68.4%	28 15.8%	29 16.4%	86 48.6%	58 32.8%	15 8.5%	3 1.7%

P<0.01

この調査結果からハイリスク新生児を持った家族にとって、(1) 保健所・保健センターは周知度が低く、乳幼児健康診査の利用がきわめて少ない。

(2) 保健所・保健センターは、気軽に利用できる施設とは言い難いことなどが明らかとなった。一方、保健所・保健センターは、医療機関からの情報提供があった場合、訪問以外に電話相談や来所相談など何らかの方法でハイリスク新生児を把握しフォローしていること、また乳幼児健康診査の受診や親子教室への参加なども情報提供があった場合の方が多く、その結果として家族の信頼も厚く、利用者が比較的多いことが示唆された。ハイリスク新生児の退院にあたっては医療機関から家族に対して保健機関の利用を説明し、保健機関へ情報提供することは、患者の退院後の支援体制強化に有用と考えられた。また、保健所や保健センター側も医療機関に対して積極的に連絡をとるなど自施設の機能・役割について理解を得る必要があると思われる。ハイリスク新生児が地域の保健支援活動を享受するためには、医療機関からの働きかけが有効であることが確認された。

3) 子育て支援に視点を置いた連絡票の作成とこれを用いた介入的調査（平成14年度調査）

平成14年度においては前年度の結果を踏まえ、有効な連絡方法を検討するため保健機関関係者と医療協議会関係者により子育て支援に視点を置いた連絡票を作成し、これを用いた介入的な調査を実施した。

調査に用いた連絡票の作成は保健機関関係者と周産期医療協議会関係者による連絡票の作成会議を設置しその内容を検討した。会議では医療機関のニーズ、保健機関の実態等が深く討論され、なかでも保健機関側から、連絡にあたっては家族の同意の得られていることが、その後の保健活動の継続に強力な助けとなることから、家族の同意確認について明確化されるよう提案され、同意書を家族が記入する方法に決定された。

連絡票においては、連絡の必要な状態（育児上の問題がある、療育が必要、要支援家庭児、若年出産、母が精神疾患を有する、基礎疾患のある児など）を選択肢として連絡票に明示し、これに基づいて医療機関において家族の了解を得て連絡を行うこととした。

調査に同意が得られた236名の退院児・家族のうち、医療機関が保健機関に連絡の必要があると判断したのは79例（33.5%）であった。

表5. 医療機関から保健機関への連絡が必要と判

医療機関の評価	(n=)	出生体重				多胎			療育、在宅医療が必要	その比率
		<1000g	<1500g	<2500g	2500g<	双胎	品胎	なし		
親に支援が必要 + 家庭に支援が必要	15	3	5	6	1	2	1	12	12	80.0%
親に支援が必要	19	1	2	7	9	6	2	11	10	52.6%
家庭に支援が必要	9	2	1	5	1	4	0	5	3	33.3%
「親・家庭への支援が必要」項目無記入	29	3	3	15	8	1	0	28	25	86.2%

断した事例の要因とその医療的背景

表6. 保健機関が今後継続的に対応すると連絡した内容

医療機関の評価	(n=)	継続的な対応方針					
		継続的な訪問	訪問継続の比率	積極的介入*	必要時に相談対応	健診等の来所勧奨	教室参加の継続勧
親に支援が必要 + 家庭に支援が必要	15	11	73.3%	1	1	5	0
親に支援が必要	19	7	36.8%	2	5	3	1
家庭に支援が必要	9	6	66.7%	0	1	3	0
「親・家庭への支援が必要」項目無記入	29	10	34.5%	0	7	14	0

連絡票の項目から、医療機関の判断として親に支援が必要な要因を有しかつ家庭に支援が必要な要因を有する17例（親・家庭要支援群）、親に支援が必要な要因を有する22例（親要支援群）、家庭に支援が必要な要因を有する9例（家庭要支援群）、親または家庭の要因を有するとは判断されない31例（支援必要なし群）に分類した。医療的な背景と要支援の評価は独立していた（表5）。これらの事例に対して医療機関が求める保健活動は、親・家庭要支援群では早期の家庭訪問が多いのに対して、支援必要なし群では家族からの相談への対応の回答が多かった。保健機関による家庭訪問は、79例中 例に実施、退院から訪問までの期間は平均21日（退院前25日～退院後93日）で、里帰り出産では実家に訪問の行われた例も認められた。親・家庭要支援群、家庭要支援群では、支援必要なし群に比べて継続的な訪問や積極的な介入を多く認め、この群の家庭へは積極的な対応が行われていた（表6）。

平成15年5月に調査について同意が得られた家族に対してよる子育て不安状況等に関するアンケート調査を実施した。236例中162例から回答が得られ、連絡票が用いられた52例（連絡あり群）と連絡なし群110例で分析を行った。連絡あり群における子育てについての不安度（67.3%）は、なし群（40.0%）より高く、かつ虐待群と健常群の中間に

位置する値を示した。また両群とも健常群に比較して子育て以外の悩みの頻度が高い傾向を認めた。調査対象となった家族の子育て不安状況は、概ね虐待群ほど高くはないものの、健常群に比較しては高い傾向を示していた（表

7）。

\*母子寮入所支援、定期的な電話連絡（2件）

表7. 家族アンケートによる退院後4～6カ月時点での子育て不安に関する状況

愛知県周産期医療協議会関連の医療機関が判断した子育て支援の必要性は、保健活動の継続の必

子育てに関する質問項目	回答	今回調査対象例			参考値		
		全体 n=162	連絡票の必要性		健常群*	健常群**	虐待群**
			あり群 n=52	なし群 n=110	3カ月健	1～3歳	1～3歳
お子さんは育てやすいと感じますか？	いいえ	7.4%	1.9%	10.0%	5.3%	27.0%	56.6%
子育てについて不安になることがありますか？	はい	48.8%	67.3%	40.0%	49.1%	43.7%	75.3%
お子さんにかつとなってしまうことがありますか？	はい	30.2%	32.7%	29.1%	7.0%	75.6%	91.0%
子育てに夫婦の協力ができていると感じますか？	いいえ	6.2%	5.8%	6.4%	1.8%	14.8%	34.2%
子育てに悩んだ時に相談できる人が身近にいますか？	いいえ	4.9%	1.9%	6.4%	1.8%	3.0%	9.5%
子育て以外に現在とても悩んでいることがありますか？	はい	40.7%	42.3%	40.0%	8.8%	8.1%	27.1%

\*3カ月健診での調査(低出生体重児、基礎疾患児をのぞく)  
\*\*キッズアンケート調査(1歳半健診・3歳健診)

要性とよく一致していた。またその条件の整理や情報

平成15年5月時点における対象家族等に関する虐待発生状況を調査するため医療機関、保健機関に二次調査を実施した。その結果調査対象期間中(平成14年11月から平成15年1月)に出生した子どもについて虐待または子育て上の問題から児童相談センターに連絡された事例を少なくとも12例認めた。このうち1例が今回の調査対象事例ではあったが、この事例については調査への同意が得られず保健サービスの実施状況等に関するデータは得られなかった。一方、医療機関から保健機関への連絡票が用いられた家族の中には、家族、親、子どもの要因分析から、いつ虐待通告が必要となってもおかしくない要因を有する例も認めたが、平成15年5月時点でこの中から虐待の報告は認めなかった。また、調査への家族の同意はあったものの医療機関から保健機関への連絡票が送付されなかった事例についても二次調査から虐待の報告は認めなかった。さらに保健機関に対する平成15年5月時点での保健活動実施状況調査から、対象事例に対して保健機関が「地域の関係機関の担当者によるケース会議や相互の連絡など家庭を支援する地域ネットワークが必要」と回答した事例は5例認めた。この5例は上記虐待事例には含まれておらず、保健機関などを中心として地域で対応が開始されている事例と理解された。

共有に今回作成した「連絡票」は有用である可能性が示唆された。今回の対象事例のうち医療機関または保健機関からの二次調査で、医療機関での調査の同意が得られず連絡票は用いられなかった事例に虐待の報告があった。また連絡票使用例の中での家族、親、子どもの要因分析から、いつ虐待通告が必要となってもおかしくないリスクを有する例も認めたが、この中から現時点で虐待の発生は認めていない。

今回の検討から、多胎や低出生体重児など虐待のリスク要因が高いグループに対して、子育て支援に視点をおいた連絡票を軸とした周産期医療と保健活動の連携による介入は有効な手段であると考えられる。この背景には医療機関が子どもの病気のみではなく親や家族の関係を分析する能力が高まってきたこと、保健機関が子育て支援の視点からこのようなハイリスクグループに対して積極的な取り組みを始めていることが関連している。

これら愛知県周産期医療協議会の2年間の調査研究成果を踏まえて、平成15年度同協議会では連絡票の標準化とその運用について検討されている。その検討の中では、特に医療機関における連絡の勧奨過程における患者・医療者関係に基づいた家族同意(保健サービス利用の申込み)の重要性が強調されている。現在のわが国の子どもの虐待の課題は、困難な家族の発見や介入のステップから、継続的対応のステップに移っている。その中で、医療機関が単に見つけ出し、保健機関に知らせる

4) 愛知県周産期医療協議会における取り組みに

だけでは継続的介入にはつながらない。その意味においては連絡票の検討はどんな因子があった場合に連絡するのかといった連絡項目の検討のみではなく運用方法の検討がより重要である。入院期間中に医療機関が、母親や時に父親の身近な存在としてともに考えともに気持ちを共有する立場で家族に関わることで、親が地域で暮らすためまわりの人々からの支援を受け入れる気持ちの土壌が耕されることになる。その土が豊穡であればあるほど保健関係者や福祉関係者、ひいては地域のひとびとが蒔く支援という種から豊かな果実が得られるのではないだろうか。

一方、この検討はNICU入院児など比較的長期の入院例が多く、医療機関も家族との関係形成に積極的な姿勢をもつ対象を用いた検討であった。要支援家庭であっても子どもにリスク要因の少ない出産は、さらに幅広い医療機関、助産施設で行われ、またその在院期間も1週間以内と短期である。このような対象に対して同様の手法が有効となるためには、病診・病病連携に保健機関をも交えた、子育て支援を軸とした地域でのネットワークシステムの構築、訪問や相談に係るマンパワー確保のための医療保険制度や福祉制度など社会システムの改革が必要である。

## II. 自治体との有効な連携を目指した診療所（産院）の取り組み

### 1) 診療所と自治体との連携の重要性

虐待予防を始めとする健やかな親子の実現のためには、子育て支援の立場での周産期医療と保健活動の連携が地域の母子保健活動における重要な課題である。愛知県周産期医療協議会による先行研究により、未熟児や基礎疾患児など医療的にハイリスクな新生児が地域の保健支援活動を楽しむためには、基幹病院からの働きかけが有効であり、その手段として子育て支援に視点をおいた連絡票は訪問や相談継続など円滑な保健活動に有用であることが示された。

しかし一方、要支援家庭であっても子どもにリ

スク要因の少ない出産は、愛知県周産期協議会所属の医療機関など基幹病院ばかりでなく、さらに幅広い医療機関、助産施設で行われ、NICU入院例と違って在院期間も1週間以内と短期で医療スタッフと家族の関係構築も困難なことが多い。このような対象に対して同様の手法が有効となるためには、地域の子育て支援を軸とした幅広い医療機関と保健機関等との連携によるネットワークシステムの構築と、訪問や相談に係るマンパワー確保のための社会システムの改革が必要である。現在まで地域の一般医療機関との連携に視点をおいた調査はほとんどなく、他地域に応用することを前提とした介入的研究が必要である。

### 2) 西尾地域健やか子育てネットの構築と介入的研究

以上の経緯を踏まえ平成15年度に愛知県西尾市を中心とした地域において実施されている調査研究事業を紹介する。

#### a. ネットワーク連絡会議の設置（平成15年9月12日）

愛知県西尾市において地域医療機関（山田産婦人科病院・西尾市民病院産婦人科）と西尾保健所、西尾市保健センターを中心として、西尾保健所管内の保健センターとともに子育て支援を軸としたネットワーク作りを検討した。

#### b. 共通理解のための研修会の実施

専門講師による研修会で共通理解を促進する。平成16年1月26日に予定。

#### c. 介入的研究の方法

上記ネットワーク参加機関との協働によって子育て上の支援を必要とする家族について医療機関と保健機関等地域の諸機関が情報を共有するための連絡票を作成し、平成15年10月からこの連絡票を利用した連絡が始まっている。連絡票の運用方法として、連絡は家族の同意に基づくこととし、その対象選定と同意確認は医療機関において行う。保健センターは訪問、相談等の実施内容を連絡票を用いて医療機関に返送すると共に、地域の他機関への連絡、必要と判断した事例に対して保健活

動業務として継続的な訪問や相談活動を実施することなどが取り決められている。

#### d. 介入の評価とその見込み

介入後一定期間経過後に、調査に同意が得られた家族に対し子育て不安の状況や保健サービスの利用状況に関するアンケート調査、保健センターに対する調査を実施、同時点での家族の状況から連携の有用性、問題点について評価する予定。

同地域においては、現在すでに特定の医療機関においては保健センターに電話連絡等が行われ保健活動が実施されている。平成15年度研究により、その活動がこれまで有効に機能してきた要因の分析ならびにその活動が周辺の地域に広がる基礎作りとなることが期待される。平成16年度にはさらにこれを発展させ連携方法を科学的に評価することによるシステム化、他地域への応用方法の検討を実施したい。

#### 3) 愛知県西尾市にネットワーク構築に関して

この取り組みの特徴として、家族のリスクアセスメントに家族の希望や同意の視点を取り入れる。連絡票の運用においてこの視点がどのような効果または逆効果をもたらすのかについてたいへん興味をもたれるところである。またアセスメントのキーパーソンとしての助産師や産科医師・小児科医師の役割分担についても考察を試みたい。事前の聞き取り調査から、特に助産師については母乳外来などの外来機能を担う助産師職能のパワーの大きさが推測されている。今回の調査からその意義づけについて、出産後の一定期間の母の悩みを継続的に支えることから帰納されるアセスメントが重要であること、一定期間自分で支える経験と責任感が地域保健や福祉分野への連携に重要であることを抽出したい。

助産師にとって、カウンセリングマインドは必要であるが、その手法は系統だったものとはなりにくく、回数や場所など構造化されたものとはなり得ない。しかし、日常業務に組み込まれた相談機能の意義づけと価値をまず助産師自らが自覚し、母に対して指導的な立場ばかりではなく横に寄り

添う立場の意義を理解し実務に活かすことが効果的であることなどを調査から抽出したい。

#### 4) 自治体との連携を支える医療機関ネットワーク

上記の検討は出産を中心とした医療機関と保健機関の連携に関する検討であったがその連携の背景には、医療機関内での産科スタッフと小児科スタッフの連携、各職能の役割分担、さらに地域医療システムにおける診療所と病院との連携の円滑さが必要である。またそうした病診連携等の連携においても子育て支援的視点を組み込むことで医療機関がそうした地域の活動に役割を果たすことが可能となると考えられる。

リスクの高い出産については、病診連携の立場から診療所や開業産科病院から基幹病院に患者として紹介されることがほとんどである。このリスクには母体や胎児の身体面のリスクのみでなく、自費診療で行われる分娩の収益上のリスクマネジメントも実際は行われている。つまり家庭環境が複雑な場合それだけでも公立病院、基幹病院への紹介の可能性が高く特に妊婦健診未受診例や、飛び込み分娩にその傾向が強い。(ただしこの問題ははっきりしたエビデンスを得にくい問題であり、表だって議論しにくい問題であるかもしれないが)この動きは政策的に誘導されたものではないが、この仕組みを子育て支援の立場から眺めると、よりリスクの高い家族が基幹病院に集中し、こちらに援助資源を集中させることで有効な効果が得られるという特徴も有していることになる。しかし現実にはこのような家族への対応は基幹病院といえどもその経営的視点からは受け入れがたいことでもありできればこれを補填する自治体側からの人的、経済的投資が必要といえる。現在このような連携活動は思いのあるスタッフが日常業務の延長線上のできごととして行っている。今後は子育て支援の視点を医療活動の連携に取り入れるに際して必要となる経費負担についても議論を積み重ねる必要がある。

=====

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金「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)

周産期からの虐待予防

=病院、保健師の母親介入と地域での連携=

澤田 敬

高知県立中央児童相談所

<要旨>

虐待死亡の半数近くが乳児である。多くの非行児の背後には、乳幼児期からの虐待がある。乳児虐待は発見が非常に難しく、どうしても予防をしないといけない。虐待は父母の背後に現在の混乱か、混乱した父母の乳児像があり、その上に子どもに対する混乱が重なって起こる。著者らは背後の虐待危険因子を妊娠中にキャッチし、周産期からの虐待予防に取り組んでいる。調査票で助産婦が母親から聞き取り、また産科医、助産師の観察により、現在の混乱(親の未熟性、夫の協力状態、心配事の有無、相談相手の有無など)、幻想的乳児像、空想的乳児像、現実の乳児像についての調査をした。1999.8 から 2003.10 までの調査妊婦 774 名中、介入事例は 70 例(9%)だった。今まで追跡できた 65 例は全員虐待なく発育している。2003.4 ~10 月、保健師の同様取り組みでも妊婦 196 名中、介入事例 16 例(8%)だった。周産期からの虐待予防は非常に効果があると思われる。

I. はじめに

最近社会問題になっている虐待は、子育て混乱の激しい状態であり、その境目は無い。厚生労働省の統計によると、虐待は毎年鰻登りに増加し、2002 年度処理件数は 24,195 件であり、その内 20% は 3 歳未満だった。児童虐待防止法施行後 1 年半(2000.11~2002.5)の死亡事例は 62 例であり、そのうち 3 歳未満が 45 例 73%、1 歳未満 26 例 42%、6 ヶ月未満 19 名 31%だった。6 ヶ月未満被虐待児の早期発見、早期介入は不可能に近い。

児童相談所に保護されて来るほとんどの非行児は、乳幼児期から、虐待など関係性障害 1)(心

のすれ違い)を持ち、そのトラウマは癒されず累積されている 2)。最近の若者の凶悪犯罪の影には、ほとんど乳幼児期からの関係性障害の累積が報告されている。また繊細な気質も持った子どもは乳幼児期(特に乳児初期)に重い関係性障害があると、将来精神的混乱をおこし、自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、行為障害、人格障害、統合失調症等と同様症状を表す危険性がある 3) 4) 5)。虐待に代表される関係性障害はどうしても、周産期に予防しなくてはならない。

II. 子育て混乱の予防

周産期の母は特殊な精神状態になっており 1)、表 1 のような不安、混乱を持っており、これらが重なると虐待になる危険性もある。母は子どもを前にすると、その時の気分に合わせて子ども時代の表象 1)(人間は生まれたその日から、毎日心の状態の色付きレンズで色々な写真を撮り、心の中にしまい込む。その写真が表象であり、写真の集合体が表象世界である。対人関係の原点になる)が浮上し、その感覚で子どもに対して行動をとる。

例: 子ども時代に虐待を受け、3 歳児 A を虐待する母。楽しい気分の時は、A がいたずらしても優しく受け入れるが、嫌な気分の時は A の少しのいたずらでも我慢できなく、激しく怒鳴り、叩く。その時の気分により、楽しい幼児期表象が浮上したり、混乱した幼児期表象が浮上したりしていた。子育て不安を持っている父母に対しては、表 2 のような介入方法をとっている。その基本は、里帰りお産の時のおばあちゃんのように holding 6)(ほっとする雰囲気でも包み込む)することである。普通の母は全てをおばあちゃんに任せ、全てを忘れて赤ちゃんとの世界に没頭し、楽しんでいる 7) 8)。母乳保育などで赤ちゃんに接することで母性行動はより豊かになる。病院スタッフ、保健師は優しいおばあちゃん的作用をする。いわゆるドゥーラ効果 7) である。決してお説教せず、間主観性 9)(相手の心の状態が響くように感じて察する)による関わりで傾聴する。

子どもを前にした母は、自分の乳幼児期の表象世

界が浮かび上がり、精神的に自分の乳児期に逆戻りをする。トラウマを持った母は、スタッフが holding すると、スタッフにおばあちゃん転移をおこし、修正愛着体験1)を通じて、自己を内省し10)、また赤ちゃんとの満たされた世界を取り入れ、嫌な表象世界を修復し、自分の表象世界をより豊かに作り変える。父も積極的に赤ちゃんに触れ、母を holding することである。

### Ⅲ. 産婦人科医院での周産期からの虐待予防

虐待をする危険性のある母でも、出産前から、関係機関が関わりを持ち、母が赤ちゃんとの世界に没頭できるようになれば、母は赤ちゃんと同主観的関わりを持てるようになり、赤ちゃん時代の表象が浮かび上がり、可愛い赤ちゃん像を取り入れ、乳幼児期の表象世界を修復する。温かい支援で、現在のトラブルを解決し、乳児像の混乱を修復することで、母は安心して、楽しく胎児・赤ちゃんに触れ合うことができるようになり、虐待をしなくなると思われる。

著者達はチェックリストを使用し、リスク妊婦をキャッチし、周産期から介入し、子育て混乱・虐待予防に取り組んでいる11) 12) 13)。

#### 研究対象及び方法

1) ホームドクターとして活躍している産婦人科医院(産婦人科医1名、助産師1名、看護師6名)で取り組んだ。

2) 産婦人科医、助産師から見て気になる妊婦に対して、a) 父母と信頼関係ができてから、子育て環境調査票「妊婦用1」(表1)を使用し、助産師が母親から聞き取り調査

をした。A) は現在のトラブルと、父母の空想的乳児像14)についての調査票である。B) は父母の空想的乳児像14)、空想的乳児像についての調査票である。b) 子育て環境調査票「妊婦用2」(図2)を使用し、産婦人科医、助産師が見た父母像をチェックした。1. 2. は現在のトラブル、3. 7. 8. は父母の空想的乳児像、9. 10. は現実の乳児像14)に付いての調査票である。「妊婦用1」「妊婦用2」の結果より、リスク症例に対して一次介入

を、小児科医(乳幼児精神科医)がスーパーバイザーとなり、産婦人科医、助産師、看護師が行い、一次介入で治まらない場合、二次介入を産婦人科医、助産師の協力の下、産婦人科医院で小児科医が行った。平成10年8月?15年10月の調査妊婦774名中、介入事例は70例(9%) (内二次介入22(3%))だった。今まで追跡できた65例は全員虐待無く発育している。

症例：初産6ヶ月の母。つわりが始まった頃より頻繁に流産の夢を見る。母の父親GFはアル中で、domestic violenceがあった。GMより「GFが、お前を妊娠中のGMのお腹を蹴って、お前は早産児で生まれ、非常に心配した」と、いつも聞かされた。GMに聞かされてできた、自分の傷ついた出生時の表象(幻想的乳児像)が、胎児に投影して流産の夢になっていた。精神療法で悪夢は無くなった。

症例：初産で5ヶ月の母。「子どもが生まれると母親だけが忙しくて、損をする。産みたくないけど夫が喜んでいるので仕方ない」と言う。母は子ども時代ネグレクトを受けていた。スタッフが holding し、数回子ども時代の辛かった話を聞いた。赤ちゃん健診場で、新生児や1ヵ月、3ヶ月の赤ちゃんの反応を見せ、抱っこをさせた。抵抗無く、帝王切開で出産した。術前術後、父は母に付きっ切りだった。児は現在4ヶ月、順調に発育している。母は「産んでよかった。可愛い」と言った。妊娠により自分の乳幼児期の外傷的表象世界(幻想的乳児像)が浮上し、出産を拒否した。スタッフの介入と父の介護で、表象世界を修復し、赤ちゃんを受容できるようになった。

症例：妊娠5ヶ月。初産。頑固に中絶を希望。父は子ども時代に激しい虐待を受けていた。「生まれた子どもを虐待しそうで、怖いから子どもはいらない」と言う。スタッフの holding で、出産を承諾し、父は分娩に立ち会い、会陰保護をした。児が出生した瞬間、父は感動して大声で泣いた。その後辛かった子ども時代の話をし、内省的自己の養成をした。父は「この子が生まれてよかった。可愛い」と言った。子どもは伸び伸びと成長し、4

歳になった。父は母の妊娠で、子ども時代の外傷的表象（幻想的乳児像）が浮上し、虐待を恐れて出産を拒否した。スタッフの支えで表象世界を修復し、赤ちゃんを受け入れできるようになった。

#### IV. 保健師の取り組み

高知県中村市健康管理センターの保健師も、同様に小児科医がスーパーバイザーとなって、周産期からの取り組みをしている。年間の出生数は約300人ほどである。

住民課へ妊娠届けを出し、母子手帳を渡す時、住民課の職員の対応で、表5のような妊婦対応フローチャートを記入してもらっている。毎日保健師がチェックリストを回収し、母子担当保健師（1人）がリスク妊婦をピックアップし、リスク妊婦フローチャートを、地区担当5人の保健師渡し、もう一度全員で検討する。フローチャートの内容は、母親の健康状態、胎児への心遣い、現在の援助者、現在の悩み事、空想的乳児像、幻想的乳児像のチェックである。

リスク事例に対しては、保健師が掛かりつけの産婦人科と連絡を取りながら、電話訪問、妊婦訪問、妊婦教室への誘いかけ、新生児訪問、乳児健診時対応などを行っている。しかし実際は保健師不足のため、家庭訪問がなかなかできず、ほとんどは電話訪問、乳児健診時の支援にとどまっている。

育児環境が改善できない場合、保健師が福祉等に連絡をとり、できるだけ早期に保育所（2ヶ月から入園可能な民間保育所がある）に入園させ、保育所で親子を支えている。以上の一次介入で解決できない症例は、小児科医が二次介入をする。平成15年4月?10月、調査妊婦196名中、介入事例は16例（8%）（二次介入無し）だった。

症例：30歳母。出産届けに父の名前が書かれていなく、チェックリストで“母に対する支えがない。幻想的乳児、空想的乳児の混乱”などあり、ハイリスク妊婦と把握した。産婦人科病院からも、「7ヶ月初診。妊娠中絶手術を希望し来院したが手術不可能を伝え、しぶしぶ出産することになった。シングルマザーで父の名前を言わない。赤

ちゃんに関心が無い。相談相手もいないようだ」と連絡があった。児童相談所とも連絡を取った。保健師が母へ電話をかけたが「心配なことはない」と言う。できるだけ頻繁に病院を受診させた。出産し、母乳保育を指導するが、赤ちゃんを見詰めない、抱っこしない、話しかけない。テレビばかり見ている。入院2日目母は祖母と喧嘩をした。看護師、助産師が赤ちゃんの接し方、可愛さを説明し沐浴も何とかできだし、混合栄養で8日目退院した。以後助産師が毎日のように電話をした。10日目保健師が電話すると、沐浴もしていないと言う。すぐ家庭訪問をし、沐浴等をした。その後保健師が2?3日毎に家庭訪問をし、母と共に沐浴させた。14日目産婦人科病院で小児科医が診察し、色々な反応を見せ、赤ちゃんは子宮内環境を覚えていること等を説明した。「産んでよかった」と言った。3週目より、完全母乳保育となり、抱っこ、目を見詰めての話しかけをし、沐浴が上手にできだし、「可愛い」と言いだした。現在3ヶ月、よく笑い、アーウー言葉あり、母も楽しみながら育てている。隔週保健師の家庭訪問、病院受診は続けている。少しずつ、寂しかった子ども時代のこと、今後の育児不安について話しかけている。幻想的乳児像、空想的乳児像の混乱、現在の育児不安等、色々な悩みが想像される。産婦人科スタッフ、保健師が“優しいおばあちゃんの関わり”を持ち、holdingしたため愛情豊かな母親に成長している。

#### V. 産婦人科病院と自治体との連携

産婦人科からのリスク事例が、保健師に連絡され、上記のように妊婦訪問、乳児訪問をする。

症例：妊娠4ヶ月目、父母同伴で、妊娠中絶を希望して産婦人科を受診した。超音波で胎児を見せると父母共感激した。チェックリストで父母共問題点が浮かび上がってきた。

1週間後再来し、出産することにした。母は18歳。父親に愛人がおり、家庭内不和の中で育ち、高校入学後夜間徘徊し、非行に走り、高校を中退した。父は17歳。アルコール依存症の父親で家庭内不和の中、小学校2年の時、母親は自殺した。継母に

反抗し夜間徘徊し、中学校卒業後土木工事をして働いていた。二人は暴走仲間で知り合い妊娠した。保健師、小児科医も面会し、保健師は家庭訪問をして支えた。助産師、看護師、保健師に色々なことを尋ねるようになり、二人の辛かったことを話すようになった。父が18歳になり結婚した。父立会い分娩で、会陰保護もした。出産し、父母共涙を流して喜んだ。助産師、看護師の支えで、父母共赤ちゃんの色々な反応を見て喜んだ。退院後も祖父母から支援をほとんど受けることができなかった。産婦人科へ頻繁に来院させ、助産師が頻繁に電話訪問をし、保健師が家庭訪問をして支えた。毎月センターへ乳児健診に来させ、保健師全員が「上手に育てている。可愛い」と誉め、父母も喜んだ。父は昼間土木工事で働き、母は夜間飲食店で働いた。父母は喧嘩をしながらも、児は順調に育ち、1歳から保育所に通っている。現在3歳。母は日中の仕事に変え、児は順調に発育している。父母に現在の生活に対する混乱、幻想的乳児像、空想的乳児像に対する混乱があった。スタッフの優しいおばあちゃんのかかわりで、父母は落ち着いて子育てができている。

#### VI. 行政としての周産期からの虐待予防計画

現在高知県では、児童相談所が中心になり、産婦人科スタッフ、小児科スタッフ、保健所、市町村健康管理センター保健師、保育所、育児ボランティア（子育て応援団、母子健康推進員等）の連絡網を作り周産期からの虐待予防の組織作りを計画している。まず来年度はモデル地区として、二つの地区を計画し、予算処置をしているところである。

#### VII. まとめ

虐待は早期発見、早期介入しようとしても限界がある。特に乳児の虐待は発見された時には死亡していたり、将来身体的、精神的に重篤な後遺症を残す危険性がある。虐待する親も重篤な精神的後遺症を残す。どうしても周産期から予防をしなければいけない。病院受診時、役所で妊娠届け提出時、妊婦に対するチェックリストを使用し、リ

スク妊婦をキャッチし、あらゆる機関が連絡を取り合えば、虐待は随分予防できると思われる。しかしチェックリストでリスク妊婦に虐待のレッテルを貼り、妊婦の心に傷つけるようなことは、絶対に避けなくてはならない。虐待予防に取り組むスタッフは、乳幼児精神保健学を十分に学習する必要があり、困難事例はスタッフが集まり、十分に事例検討をすることが大切である。

#### <参考文献>

- 1) D. N. Stern. (馬場禮子他訳)：親一乳幼児心理療法、岩崎学術出版社、2000
- 2) 澤田敬：非行と親子関係、小児科 44(7)：1277-1284、2003
- 3) D. N. Stern. (小此木啓吾他監訳)：乳幼児の対人世界（臨床編）、岩崎学術出版社、1991
- 4) 小倉清：乳幼児期と思春期、乳幼児：ダイナミックな世界と発達、安田生命、71-93、1995
- 5) 岡野憲一郎：外傷性精神障害、岩崎学術出版社、1995
- 6) D. W. Winnicott, (牛島定信訳)：情緒発達の精神分析理論、岩崎学術出版社、1989
- 7) M. H. Klaus, et al (竹内徹訳)：親と子のきずなはどうつくられるか、医学書院、2001
- 8) D. W. Winnicott, (猪股丈二訳)：赤ちゃんはなぜ泣くの、星和書店、1987
- 9) 古澤頼雄：乳幼児における自己の発達、渡辺久子他編：乳幼児精神保健の新しい風、別冊〔発達〕24 . 62-72、ミネルヴァ書房、2001
- 10) 渡辺久子：母子関係と世代間伝達、金剛出版、2000
- 11) 澤田敬：子育て混乱父母に対する子育て支援、周産期医学 31(6)：821-825、2001
- 12) 澤田敬：社会的ハイリスク児に対する周産期からの支援、周産期医学 32(5)：659-664、2002
- 13) 澤田敬：周産期から考える虐待予防、第47回日本未熟児新生児学会ランチョンセミナー記録集、三菱ウエルファーマ株式会社、1-6、2002
- 14) 渡辺久子：母性の病理と乳幼児精神保健、乳幼児医学・心理学研究 Vol. 6(1)、1-8、1997

<はじめに>

周産期からの虐待予防にはこの時期独特の女性  
たちの心理状況と適応のプロセスを理解して、世  
代間伝達、家族関係、社会的背景などを考慮し、  
継続的な支援をしなくてはならない。そこで、周  
産期の特性について今回はまとめた。

1. 周産期の物語性男性にとっても女性にとつ  
ても子供が生まれることは大きな変化である。特に  
女性にとっては身体変化と心理変化が同時に起き  
る。周産期には自分だけではなく胎児・新生児と  
いう本来は他者が我が身のうちにあり、それによ  
って変化が引き起こされるという、個人にとって  
一見不思議で複雑なことがおきている。虐待、育  
児不安、育児困難の予防には妊娠中からの継続し  
た考え方で取り組まないとこの過程の複雑さを理  
解できない。

周産期の特性は一組のカップルが妊娠・出産・  
産褥の過程を経て、育てられてきた自己が急激に  
育つ側の大転換する時期だということにある。大  
阪レポートでも産後の1-2ヶ月が母親にとって  
最も不安が強い時期であることを報告している。

この身体的、心理的、社会的な大転換は一種の危  
機としてとらえられるが、妊娠出産は生理的なも  
のだからといって、異常産、異常児にのみ目がい  
っているが現状である。周産期の親の生理的・心  
理的大転換は我が子から引き出されるが、今まで  
の人生上直面したことがない故の困難な作業なの  
で、支援を受けながら困難性を克服し、子どもの  
いる家族へと成長していく必要がある。育児支援

は親を楽にすることよりは、親が自分自身と我が  
子及び周囲の人たちのありように向き合い、この  
危機を乗り越えていくことで、エンパワーするこ  
とだといえる。

2. 妊娠・出産・産褥期の戸惑い

実際に出産直後のグループディスカッションや  
個別の対話から、女性達の心理状況を把握すると、  
独特なことばが得られる。それは妊娠・出産・産  
褥に特有な育てられるものから育てるものへの心  
理的・身体的大転換に適応できず、戸惑っている  
心理状況をうかがわせるものである。その中心に  
ある観念は自分自身におきていることが「不思議  
でたまらない」というものである。その観念は容  
易に戸惑いや不安に置き換えられてしまう。

女性は自分の子どもについて妊娠中からイメ  
ージを形成するが、多くは「お人形さんイメージ」  
である。子どもについての実感が少ないために、  
生きる者・育つ者としての「赤ちゃんイメージ」  
がないという観念の未熟さが現代の出産と育児の  
問題の根源になっている。

したがって「お人形さん」が本当に泣く、本当  
に生きていることを感知するところから物事が始  
まっていることをまず理解しなくてはならない。

育児の始まりである母乳育児について、女性  
たちは自分の乳房でどうして子どもが育てられる  
のだろうかという不思議感にとらわれている。す  
なわち乳房の役割変化に戸惑いを感じている。そ  
れが時に、母乳不足感という不安となって表出さ  
れることがある。

子どもを育てるには、子ども時代からの生き物  
の飼育体験、身近な幼いいのちとの触れ合い体験  
が基礎となり、成人期に引き継がれる。しかし、  
実際にはみずからの身体を用いて子どもが育つこ  
とがイメージ化されていない。そうした自分自身  
の変化が身体・心理レベルでおきていることに対  
する戸惑いは、支援する者との対話の中で引き出  
され、その意味を考える機会となっていく。

自分が産んだ子供が「お人形さん」ではなく、

実際に生きていて、母親自身の思う以上に自分に強く働きかけ、時には子どもに対しても、自分自身に対してもコントロール外になってしまう体験となる。したがって自分が生んだ子が他者として厳然と自分に向き合っていることと、その他者を自分のものとしてどのように育てるかという、一見相反するものが同居する時期である。こうした時期の支援として、母子同室と母乳育児が最大の意味を持っている。すなわち子どもと向き合い、自分自身の存在そのものにも向き合うことを体験し、変化していく過程の支援である。

### 3. 妊婦にとってのキーワードとなることば・物語り（表1）

妊娠・出産・産褥期の妊婦にとってのキーワードの第一は出産イメージと産む力である。しかし、現代の出産の場面では陣痛は病的な疼痛ととらえられ、疼痛は悪だから、排除すべきだという考えが強く、痛くないお産無痛分娩が提供されている。そのため、妊娠期間中にみずからの力で産むというイメージが育ち、育てることが極めて少ない。そうした中で、出産そのものはみずからの力で乗り切る事が大切だと気付いた女性達の一部が助産所分娩に回帰し始めている。身体感覚の回復、産む力を育成するという考え方は現代であるからこそ重要な意味を持つ。出産教室で出産する当事者が産む力を持ち、胎内で育つ子どもにも生まれ出でる力があるという認識を育てることが必要になっている。

さらに胎内で生まれている子どもについての「いのちの実感」が大切である。たとえば胎児へ語りかけることがすすめられているが、それだけではなく、専門家はそうした語りかけに対して胎児がどう応答しているのかということまで、妊婦及びそのパートナーに伝えることが大切である。そうした胎児との交流は女性にとっては不思議な体験、あるいは霊的といってもよい体験となっていく。

現在の産科医療の中では妊娠・出産は疾病イメージとしてとらえられているので、いかに健康イ

メージを引き出すかが課題となる。そうした意味で、産科医と連携しつつ、助産師、保健師や直接出産に関わり合わない小児科医の役割があり、その結果、妊娠中から子どもを育てるという観念が育成されていく。

### 3. 虐待予防のための親と子の関係性の育成

親と子の関係性を育成するには、親と子の生物学的交流の中の実感を心の言葉に転換していく作業を手助けする必要がある。単に胎児が順調に大きくなっているとか、妊娠に伴う危険因子がないという医学的情報を伝えるだけではなく、実際の胎児が元気にどのように動いているのかを具体的に語る—すなわち物語りの登場人物として語ることが大切であり、妊婦と保健・医療者が一つの物語の登場人物として関わり合うことが必要になる。医学的にはささいともいえる事実が親にとって重要な意味を持っている。

#### 1) 分娩室で行うカンガルーケア

妊娠24週830gで出生した母子が分娩室でカンガルーケアを体験した。妊娠中、切迫早産のため長期に入院し、安静を強いられ、混乱し、不安なまま出産を迎えた母親である。長い陣痛を乗り越え、出産をなしおせた直後の母親は喪失感と疲労感から茫然とした状態にある。この時、ただちに新生児を母親から引き離すと、この喪失感と疲労感だけが残ってしまう。この身体感覚的喪失感は一瞬の後に我が子を抱き、重みを感じ、匂いを嗅ぎ、撫で、目で見、声を聴くと、喪失したはずのものが厳然として自分と向き合っていることが認識され、獲得の喜びに変わっていく。この母親は我が子を胸に抱いたとき、「赤ちゃんておもいんですね」「あったかい」といい、さらに「さっきまでお腹の中にいた子がこの子なんですね」という言葉を発した。自分が今まさに産み落とした”いのち”が”私の赤ちゃん”に変わる瞬間となった。

もし、生まれた赤ちゃんの情報として体重は840gという数値を母親に伝えただけならば、母

親は目で見た脆弱性ととも生きる事が困難な超低出生体重児という理解だけが残ってしまうに違いない。単なる重量というデジタルな情報ではなく、重みを感じる、暖かいという確かに生きている、生きようとしているという”いのちの実感”が得られたのだといえる。すなわち、自分の身のうちにあった我が子が、いったん出産という分離体験の後に連続したいのちとして自分が抱きしめている現実が認識される。

このカンガルーケアを提供するにあたって大事なことは、母子にとって、医学的にも、心理的にも安全で安心して我が子と向き合え、しかも周囲の祝福の雰囲気伝わる場が存在することが不可欠である。また、母親の今現在感じていることを言語化できるように声かけをおこない、共感する支援者が必要である。そうした場が存在することで、母親の絶望感が解消され、育てようという希望に変わっていく。

出産直後のカンガルーケアは虐待予防という観点からだけでなく、母子にとって大きな意味を持つものと考えられる。

この分娩室のカンガルーケアを行うにあたって、分娩室で儀式のように行うだけで、母子が分娩室に放置された状態ならば、それはむしろ逆効果であり、母親の不安を極限状態にまで高めてしまうような恐怖の体験にもなりうることを十分に認知しておく必要がある。

## 2) カンガルーケアを意味づける母子行動 (写真1, 2, 3)

正期産成熟新生児を分娩直後に母親の胸においた時の新生児行動、母性行動の経過を観察すると、出産直後に母親の胸に新生児を預けると、母親は自分が乗り切った陣痛の波を思い起こしつつ、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。母親は子をなで回し、確かめ、イメージをすりあわせる。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。子は眩しそうに目をあけようとし、母親はその様

子を読み取る。子が大きく目を開くと母親は我が子の目をのぞき込み夢中になり、没頭し、わが子の目の輝きを口にする (写真1)。

新生児は活発になるにつれ体をずりずり動かし始める。15分を過ぎる頃になると、手を舐め、体を動かし、乳輪に向かって動いていく。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。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っていく (写真2)。

30分～50分の間、何度も何度も繰り返し、口を大きく開けては乳輪を捕らえようとする。ついに乳輪を捕捉できると子はゴクッゴクッとのをならしてお乳を吸う。母親は「この子のゴクッゴクッと、私のお乳を吸うリズムは、いのちの鼓動が伝わってくるようです」と述べ、我が子の強い行動力を体験し、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。こうした母親と生まれたばかりの子供との交流は、まさに物語りの世界であり、その世界に医師、助産師、夫が加わって家族の始まりという大きな物語りの展開がおき、今までかかえてきた様々なものをもう一度いのちという原点に戻って感じ直すチャンスを提供することになる (写真3)。

## 3) 自らの体験を言語化することの大切さ

カンガルーケアを体験した母親たちの感想の内容をケア時間により30分間、1時間、2時間の3群に分けて比較した。母親たちの個々の体験を言語化することに大きな意味がある。30分以内で終了した母親の感想は「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。」「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」、という肯定的感想が述べられる (表2)。出産の痛みは大病院の産科では否定的にとらえられていることが多いが、助産所出産のような家庭的雰囲気での出産体験では、その出産体験には恐怖感、疼痛が少なく、出産体験を楽しみ、時に”快”の体験として表出する女

性がある。そうすると出産に伴う苦痛をとらなくてはいけないという命題に直面する機会は大病院産科ほど大きくなりがちである。こうした苦痛体験があっても、それを肯定的方向に向け直す体験があり、それがカンガルーケアである。実際には、その聴取の中で出産についての否定的感想もないわけではない。

1時間のカンガルーケアの体験では言葉の数が増し、しかも生々しい実感を具体的に細かく述べるようになり、単なる表面的な表現だけではなくなる。「素肌のままで抱っこしていると、汗ばむほど赤ちゃんて、暖かいものなのだ」と再認識した。「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、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」、などである(表3)。

2時間カンガルーケアを体験した母親はさらに感想の言葉が増す。この文字数の増加からも出産直後に我が子と安心して長時間ふれあうことが強いインパクトを与えていることがわかる。その内容は、「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。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、立会い出産と同じぐらい、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。」「(表4)

否定的感想は少なく、「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。」「などの身体的な訴えのみであった。

#### 4. 周産期に関わる人間科学的視点(図1)

周産期に関わる多くのことは家族の出来事であるといえる。出産とは本人の産む力が大切で、その産む力の内容は体力、気力、体調、知識から成り立っている。すなわちこれらの要因を出産に向けて育てていく産科ケアが重要になる。そうした産婦の心の成長の過程には医療職や医療機関に依存したい部分と、自分自身の自立する部分が同居しながら進んでいく。出産に向けての身体的・心理的準備の進行にはパートナーとの関わりや、家族の関わりが意味を持つことになり、出産準備教室、祖父母参加の教室も大切になってくる。妊娠・出産は健康な営みとはいえ、疾病的様相が加わることも稀ならず生じることも周知の事実であり、医療的問題の進行とともに産科医療は医療的介入が強まっていくと考えられる。しかし、実際には妊娠を医療機関にゆだねると同時に、最初から医療としての介入が全面に出ることが現実である。助産は妊娠期間を通して妊産婦の健康を支えることが始まるが、医療的問題が進行するとともに助産業務も病的な管理へと移行するか、医療にスイッチされていく。このモデルから見えてくること

は女性をエンパワーする支援とは自分自身の身体・心理変化と、生まれ出た新しいのちにも向き合う力をつけるためのものである。周産期ケアのあるべきモデルの中では医療モデルは不可欠であるとはいえ、それほど大きな位置を占めるものではなく、保健モデルや生活モデルとして妊娠・出産を支援する事が大事である。すなわち周産期の健康な側面を支援するために医療モデルを相対的に縮小する営みともいえる。

医療提供側の構造として、最優先されているのはバイオロジカルな観点であり、対象となる患者の医学的管理を中心にした診断・治療モデルである。助産師の主たる構造は保健モデル・指導モデルであり、対象となる妊産婦のバイオロジカルな側面の一部、ソーシャルな側面、サイコロジカルな側面に焦点をあてる役割を持つ。しかし、個人のレベルに至るとバイオロジカルな側面は妊産婦自身の一部にすぎず、ソーシャルな側面、サイコロジカルな側面、時にはスピリチュアルな側面までもが個人の属性としてバランスをとりながら生きている。そのため、それらを調和させたり、時には一部が突出したりしながら生活モデルの中に個人が存在することになる。そうしてみると生活モデル、あるいは支援モデルには個人と垂直方向だけでなく、並列方向に働く、ピアグループや育児サークルなどの関与が重要になると考えられる(図2)。

しかし、医療モデルの中では最末端にある生活情報の流れをつかみきれない。虐待予防という観点からみてもこのままの構造形態が持続される場合、医療者が生活モデルのレベルまで降りてくるのが困難である。したがって、妊娠期間、出産場面、産褥期に医療モデルにとらわれている産科医には生活のレベルで生じる虐待の可能性をとらえることが極めて難しいといえる。虐待予防を周産期から始めるには、医療者のよってたつ思考構造と医療体系について変革する必要が生じる。すなわち、医療モデル、保健モデルを受益者が営んでいる生活モデルに沿って改編することが必要と

なる。しかし、それは極めて困難なのである。この医療提供側の構造と受益者の構造をすり合わせ、ネットワーク化していくことが必要である。すなわち情報の交換がスムーズにいく仕組みを作ることが課題となる。

#### 5. 母子同室母乳育児による支援

42歳の初産婦。出産をしたものの、子どもを抱っこしたり、ケアする様子が極めてぎこちなく、戸惑いが強く、退院後の育児についても懸念される状況であった。そこで助産師、小児科医がチームをつくり、早期からの母子同室と母乳育児を支援した。その結果、産後5日には自信と信頼にあふれる母子に成長していった。彼女は私たちの懸念をよそにみずからの力で産褥期を克服していったという自信の元に退院できた。すなわち支援モデルが完遂できると医療者が表面に出ることがないようにさえ見える。

#### 6. 母乳育児と身体・心理的变化

母乳育児は女性にとって、自分の身体の変化と向き合うことになる。その泌乳の過程は女性にとって驚きであり、自分の乳房で子どもが育つことは不思議な営みだと感じている。日に夕の進行の遅れに対して、母乳の出が不十分だから何ml人工乳を足しなさいという指導がなされるが、その際に女性が感じることは本当にとりているのか、本当に母乳で育てられるのかという不安に産後2ヶ月間曝されることになる。この身体的レベルで生じる変化への不安が心理的レベルの不安と同レベルで生じていることになる。たとえば、母乳不足と医療従事者が判断して人工乳で育てなさいという指導をした時、それはその母親にとって自分の女性機能を否定されたたとらえられている。たとえ、栄養学的に新生児にとって人工乳を補足することが善であったとしても、その宣告はその女性に対して、あなたは女性として欠陥品であるというメッセージを伝えていることになる。その時のアプローチの仕方として、単純に人工乳を補足しなさいとメッセー

ジを伝えるだけではなく、人工乳はもともと母乳を与えることができない場合の母乳代替品という特定の状況にのみ適応される薬品のようなものであり、この状況では薬品として使うのが医学的適応であり、そうした状況が改善されればやめるべきものであるというメッセージを伝えることにより、母親は納得して人工乳を使用し、またその人工乳から離脱していくことができる。

退院後初めての危機は2週間頃訪れる。それは乳汁来潮以来の乳房の“はり”感覚の消失による“お乳が出なくなってしまう”という不安に陥る。その時期に新生児は成長のスパートと分離不安による啼泣が増す。また、新生児はおなかが空いていない時は眠るはず、祖母や周囲からの評価的眼差しなどによる母乳育児に対する否定的状況が多数生じてくる。おみやげにもらった人工栄養の誘惑がさら危機を増強する。無様式知覚の世界にいる新生児は身体接触の少ない哺乳びん授乳では自棄飲みのように大量にミルクを飲むため、哺乳びんの目盛りに負けてしまいがちになる。

## 7. 乳幼児精神保健外来

昨年秋から産褥退院後から始まって小学校入学までの母子を対象に乳幼児精神保健外来を開始した。その対象は妊娠・産褥期に混乱したり、育児困難、育児不安の状況に陥っていると考えられる母子が第一の対象となる。育児環境が孤立しがちな母親、電話相談で不安を表出する母子、EPDS 8点以上、虐待してしまうかもしれないという不安を持つ親子などである。時に何かしらのサインを出している母親を助産師や医師がキャッチした場合などである。そうした母子から私たちが離れないようにすることが基本となる。その他の対象として死産・新生児死亡の遺族、発達遅滞の不安のある家族などである。この外来は医療として行うというより、予防という観点で行っている。実際に要する時間は一人30分から1時間をかけ、

話をじっくりと聴いている。多くても1日に6-7人の相談を受けることになる。

## 8. 出産後の混乱と心理指標

出産1ヶ月の褥婦840名についてEPDSと対児感情評定尺度を用いて評価した。産後うつスコアが8点以上とそれ未満を高スコア群と低スコア群に分けて比較した。対児感情評定尺度のなかの接近得点すなわち児に対する肯定的印象は母子同室・母乳育児をおこなっているためか、EPDSが8点以上でも、8点未満でも差がなかった。しかし、EPDS高スコア群では回避得点すなわち児に対する否定的感情は高くなり、同時に拮抗指数も高く、しかも赤ちゃんが扱いづらいという結果が出た(図3)。この2つの指標を用いることにより産褥期1ヶ月の母親の心理状況を推定できる可能性がある。

同様に産科的要因が産褥期の女性に与える影響を検討した。生後1ヶ月の時点での母親の心理指標を正常経膈分娩群、吸引、クリステレル圧出法、誘導分娩などの産科的介入があった群、帝王切開群にわけて、それぞれの指標がリスクがあると判定される母親の比率を比較した。帝王切開群と正常経膈出産群で差があるのは当然としても、自分自身の力で産めなかったと実感している産科介入群においては親近感をしめず接近得点は母子同室と母乳育児のため正常経膈分娩群と差がなかったものの、その他の児に対する否定的感情を示す回避得点や両価的感情を示す拮抗指数そしてエディンバラ産後鬱スコアが高いものが有意に多く、子供を扱いにくいと思っているものも多いという結果が得られた(図4)。母子同室と母乳育児では母子が早期から濃厚な接触を行うため、母親のわが子に対する親近感を増すが、帝王切開では母子同室・母乳育児の開始が遅れることから親近感についても低下させる比率が高くなる。さらに母子同室と母乳育児では児への否定的感情は介入分娩、帝切によって生じる自己の傷つきを癒すところまでいかないことが示唆される。

栄養法別に比較してみると接近得点については母乳栄養、人工栄養、混合栄養間に優位な差はないが、人工栄養では回避得点は危険率0.05以下で母乳栄養群に比較して有意に高く、拮抗指数も同様であった。これは人工栄養となってしまったという失敗感があるのか、元々子どもへの回避傾向のある女性が人工栄養になってしまうのかは不明である(図5)。

EPDS及び新生児の扱いやすさをみると、同様に人工栄養群では母乳栄養群に比較して有意にEPDSが高かった。しかし、平均値の7.7という値は我が国では8点を産後うつのスクリーニングポイントとしていることから異常ではないが、少し高い傾向を示している(図6)。

まとめ

周産期における虐待予防のアプローチは様々な立場・手法がある。人間の心の仕組みを思考、感情、行動が循環するものとして規定すると、産婦の心は図のように表せる。産婦にとっての子どものイメージが支援すべき周囲の人々の言葉により強い影響を受け、支援者が肯定的言葉かけを行うことで良いイメージが描かれ、母親が救われることもある。また、社会的環境を調整することにより、子育ての問題が解決することもある。そうしてみると助産師、看護師、医師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、その他の職種による様々なアプローチ間の連携を構築し、トータルに支援していくことが大切になる(図7)。

女性が母親になっていくプロセスには世代間伝達が色濃く影響するが、もうひとつの視点としてナラティブを考える必要がある。家族のバックボーンとなる物事のとらえ方はそれぞれの家族によって決まっている。それを家族の神話と呼ぶ。夫婦は新しい家族を形成していくが、新しい家族の神話を形成していく営みであるとも言える。カップルだけでは新しい神話は形成されにくく、子供が生まれ、育つことによりカップルがそれぞれ背

負っている家族の神話を摺り合わせ、発展させることにより新しい家族の神話が生まれ、形成されていく。それが子育ての基本方針となっていく。この神話形成過程の障害が育児不安、育児困難、ひいては虐待へと進展すると考えられる。そうした意味で家族モデルとして虐待をとらえる必要がある。周産期から考える場合は妊娠中の胎児へのきずなに対する女性およびそのパートナーの間での調整が必要になり、その調整如何によっては肯定的方向に向かうことも、否定的なものがさらに増強されることにもなる。

今までの周産期医療からパラダイムシフトし、ナラティブ・コミュニティとしての患者・家族・医療者関係を形成していくことが大切になる。我々医療者は医療という側面から妊産婦・胎児・新生児の健康をとらえてきたが、もう少し広い視野に立った周産期医療・ケアの仕組みを構築して行かなくてはならない。その一つの方策として虐待予防のプログラムを都道府県に設置が推進されている周産期医療システムとの連携のもとに推進することである。すなわち地域周産期医療システムで医学的ハイリスク妊娠・新生児を扱うだけでなく、社会的ハイリスク妊娠を支援することもおこなわれるべきである。実際にも総合周産期母子医療センターで扱われる患者の1/5以上は社会的ハイリスク妊娠であるといえる。できうればセンター内に周産期からの虐待予防のプログラムを取り入れるべきだとおもわれる。すなわち産後3ヶ月まではセンターが中心となり、地域と連携していくシステムとなる。

以上

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
原田正文	現代の子育て事情とグループ子育ての必要性	子育てサークルネット支援事業報告集	国立総合児童センターこどもの城	東京	2004年	30-31
原田正文	子育て現場の変遷と専門職への期待 — 子育て実態調査から—	『母と子の健康教育、妊産婦の予防保健相談、子育て支援活動』(監修: 中林正雄)	ライフ・サイエンス・センター	横浜	2005年	(印刷中)
原田正文	単著	子育ての変貌と次世代育成支援 — 「兵庫レポート」と思春期精神科臨床の視点—	名古屋大学出版会	名古屋	2006年3月	出版予定
榎本真幸編		「虐待予防へ分娩機関からの発信」～特に妊娠・出産期(1～2ヶ月)における虐待予防対策～	シーズ		2004年	

#### 雑誌

著者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
原田正文	現代日本の子育て実態と親の主体性を伸ばす支援に関する研究	家庭教育研究所紀要	第25号	PP. 5-12	2003
原田正文、他	児童虐待を未然に防ぐためには、何をすべきか—子育て実態調査「兵庫レポート」が示す虐待予防の方向性—	『子どもの虐待とネグレクト』	第6巻1号、	pp.14-22	2004

原田正文	ほんの20年の間に、子育て現場はこんなにも大きく変化している！	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第1号	PP. 70-74	2004
原田正文	まったく子どもを知らない「ママ親になるー子育てプログラムがいま必要になっているー	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第2号	PP 178-181	2004
原田正文	激化する子育て競争を色濃く反映する親子関係	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第3号	PP 284-288	2004
原田正文	乳幼児期の不適切な子育ては、キレイやすい子を育てる	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第4号	PP 398-402	2004
原田正文	世界に誇る日本の乳幼児健診をリニューアルしよう！	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第5号	PP 494-498	2004
原田正文、服部祥子、他	子育て実態調査「兵庫レポート」が示す子育て支援の方向性	大阪人間科学大学紀要	第3号	PP. 47-54	2004
原田正文	はじめから完璧な親なんていない！	月刊『灯台』	No. 5 2 4	PP. 37-39	2004
原田正文	日本の子育て現場の、ここ20数年間の大きな変貌を映し出す「兵庫レポート」	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第6号	PP. 600-605	2004
原田正文	子育て実態調査から浮かび上がった子育て支援の方向性ー「大阪レポート」から23年後の調査が描くものー	月刊『助産雑誌』 (医学書院)	第58巻 第7号	pp. 9-12	2004
原田正文	父親が変わっている!!ー育児によく参加・協力している父親たち。しかし、……ー	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第7号	PP.706-711	2004
原田正文	「人づきあいが得意ではない母親」も参加しやすい子育てサークル	月刊『保健師ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第8号	PP.812-816	2004

原田正文	変わる親子、変わる子育て — 「大阪レポート」から 23年後の子育て実態調 査より —	『臨床心理 学』 (金剛出版)	第4巻第 5号	PP.586 — 590	2004
原田正文	育児不安を解消する子育 て支援とは？	月刊『保健師 ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第9号	PP.922-926	2004
原田正文	母親のSOSを的確にキ ャッチできていますか — 児童虐待予防のための地 域保健活動 —	月刊『保健師 ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第10号	PP.1034 ・1038	2004
原田正文	母親の就労は、子どもの心 身発達に悪影響はない！ — とは言え、仕事と子育 ての両立支援だけでは、少 子化は止まらない—	月刊『保健師 ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第11号	PP.1134 -1138	2004
原田正文	子育てを変えるエネルギ ーの源「子育てネットワー ク」	月刊『子ども 未来』 (子ども未来 財団)	平成16 年11月 号	pp.7-9	2004
原田正文	新しい子育て支援メニ ュー:親支援プログラムを展 開しよう！— 対人関係の 脆弱性を改善する—	月刊『保健師 ジャーナル』 (医学書院)	第60巻 第12号	PP. 1228-1231	2004
原田正文	子育て現場の実態に則し た次世代育成支援策を！ — 「大阪レポート」から 23年後の子育て実態調査 「兵庫レポート」が示すも の—	季刊『発達』 (ミネルヴァ 書房)	No.101, Vol.26、 2005年 冬号	PP. 24-27	2005
原田正文	親による児童・生徒虐待	月刊『学校フ ォーラム』、	第9巻1 号 (No. 83)	pp.66-68	2005
櫃本真事、他	虐待予防=育児エンパワ メント~医療機関からの 発信~	公衆衛生	Vol.69	PP. 34-38	2004
山崎嘉久、塩 之谷真弓	「あいち小児保健医療総 合センター」という虐待 予防システムと保健師の 役割	公衆衛生	Vol.69:	PP. 24-28	2004