

- 1991;27(5):286-289.
21. Johnson DL, Braun D, Friendly D. Accidental head trauma and retinal hemorrhage. *Neurosurgery*. Aug 1993;33(2):231-234; discussion 234-235.
 22. Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg*. Mar 1987;66(3):409-415.
 23. Ludwig S, Warman M. Shaken baby syndrome: a review of 20 cases. *Ann Emerg Med*. Feb 1984;13(2):104-107.
 24. Betz P, Puschel K, Miltner E, Lignitz E, Eisenmenger W. Morphometrical analysis of retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. *Forensic Sci Int*. Mar 5 1996;78(1):71-80.
 25. Buys YM, Levin AV, Enzenauer RW, et al. Retinal findings after head trauma in infants and young children. *Ophthalmology*. Nov 1992;99(11):1718-1723.
 26. Eisenbrey AB. Retinal hemorrhage in the battered child. *Childs Brain*. 1979;5(1):40-44.
 27. Koser M, DeRespinis PA. The association of vision-threatening ocular injury with infant walker use. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Nov 1995;149(11):1275-1276.
 28. Aoki N, Masuzawa H. Infantile acute subdural hematoma. Clinical analysis of 26 cases. *J Neurosurg*. Aug 1984;61(2):273-280.
 29. Aoki N, Masuzawa H. Subdural hematomas in abused children: report of six cases from Japan. *Neurosurgery*. Apr 1986;18(4):475-477.
 30. Fung EL, Sung RY, Nelson EA, Poon WS. Unexplained subdural hematoma in young children: is it always child abuse? *Pediatr Int*. Feb 2002;44(1):37-42.
 31. 奥山 眞紀子. Shaken Baby Syndrome. In: 坂井 聖二, 奥山 眞紀子, 井上登生, eds. *子ども虐待の臨床*. 東京: 南山堂; 2005:pp99-105.
 32. 藤原 武男, 奥山 眞紀子, 石井 徹仁. 医療機関における子ども虐待データベースの構築. *日本小児科学会雑誌*. 2006;110(7):926-933.
 33. Fujiwara T. Population Strategy to Address Child Maltreatment in Japan. *Public Health*. 2006;in press.

表 1. 成育版「Inflicted Head Injury (IHI:虐待による頭部外傷)」診断基準

まず、頭部外傷を疑った場合、次にのべる A,B,C,D の所見をとり、各項目のいずれかに分類する。

A. 頭部所見

1) 頭蓋内病変 Type I

- 大脳鎌における硬膜下血腫
- 後頭蓋窩における硬膜下血腫
- 多層性の硬膜下血腫
- 陳旧混在する硬膜下血腫
- びまん性脳損傷（灰白質・白質のコントラスト低下）
- 灰白質・白質剪断
- 脳梁の断裂
- 両側の硬膜下血腫
- 同側の前頭部および後頭部に同時に存在する硬膜下血腫

2) 頭蓋内病変 Type II

- 頭部局所に衝撃をうけた所見のない、頭部を左右の前頭・側頭・後頭・頭頂の 8 つに分けたときの 2 領域以上の硬膜下血腫（慢性・急性は問わない）
- 進行性の脳萎縮

3) 頭蓋内病変 Type III

- 頭部局所に衝撃をうけた所見がある、頭部を左右の前頭・側頭・後頭・頭頂の 8 つに分けたときの 2 領域以上の硬膜下血腫（慢性・急性は問わない）

4) 頭蓋内病変 Type IV

- 上記以外の一領域に局限した硬膜下血腫（例：左側頭部に局限した硬膜下血腫）
- 硬膜外血腫
- くも膜下出血
- 脳挫傷
- 脳室内出血

5) 頭蓋骨所見 Type I

- 複雑骨折
- 解離骨折
- 陥没骨折
- 頭部の多発骨折（右および左の頭頂骨骨折など）

6) 頭蓋骨所見 Type II

- 線状骨折

7) 頭部所見 放射線科的所見なし

- CT で所見なし

B. 眼底所見

1) 眼底所見 Type I

両眼性（左右差のある例もあり）の

- ✓ 網膜全域（眼底後極部～周辺部）にわたる多数の出血
- ✓ 多層性の眼底出血（網膜前出血、網膜（内）出血、網膜下出血、硝子体出血の混在）
- ✓ 高度網膜剥離

2) 眼底所見 Type II

- ✓ 片眼の眼底出血
- ✓ 片眼の網膜剥離
- ✓ 片眼の網膜振盪症

3) 眼底所見 Type III

- 上記以外の所見
- 異常なし

4) 眼底所見 Type IV

- 眼底検査 未実施

C. 全身骨所見

1) 全身骨撮影所見 Type I

- （多発）肋骨骨折
- 骨幹端骨折
- 外傷歴のない陳旧性の骨折

2) 全身骨撮影所見 Type II

- 上記以外の所見
- 異常なし

3) 全身骨撮影所見 Type III

- 未実施

D. 説明所見

1) 説明所見 Type I

- 虐待の目撃あり
- 自白あり

2) 説明所見 Type II

- 受傷機転不明（外傷機転に関する説明がない）

3) 説明所見 Type III

- 受傷機転に関する説明が変化する
- 受傷機転に関する説明が頭部所見・眼底所見とあわない

4) 説明所見 Type IV

- 保護者による事故としての受傷機転説明が頭部所見・眼底所見と一致する
- 事故の目撃あり

次に、これらの所見の組み合わせで、以下の順序に従って診断する。

1. 除外項目 以下の場合には「非虐待ケース」と診断する。

- ① 出血傾向・代謝性疾患があり、骨折所見を伴わない場合
- ② 出産直後の産道眼底出血であることが明らかな場合
- ③ 交通外傷が原因であることが明らかな場合
- ④ 確実な事故の目撃がある場合
- ⑤ 頭の高さで3 m以上の高さからの非意図的な転落が明らかである場合

2. A 所見は、A1>A5>A2>A3>A4>A6 の優勢順位で重なりがないように分類する。

3. A1,A2, A5, B1 に該当する所見がある場合、直ちに2° 推定虐待とする。

4. A3, A4, A6, A7 は以下のフローチャートでB,C,D 診断との組み合わせで診断する。

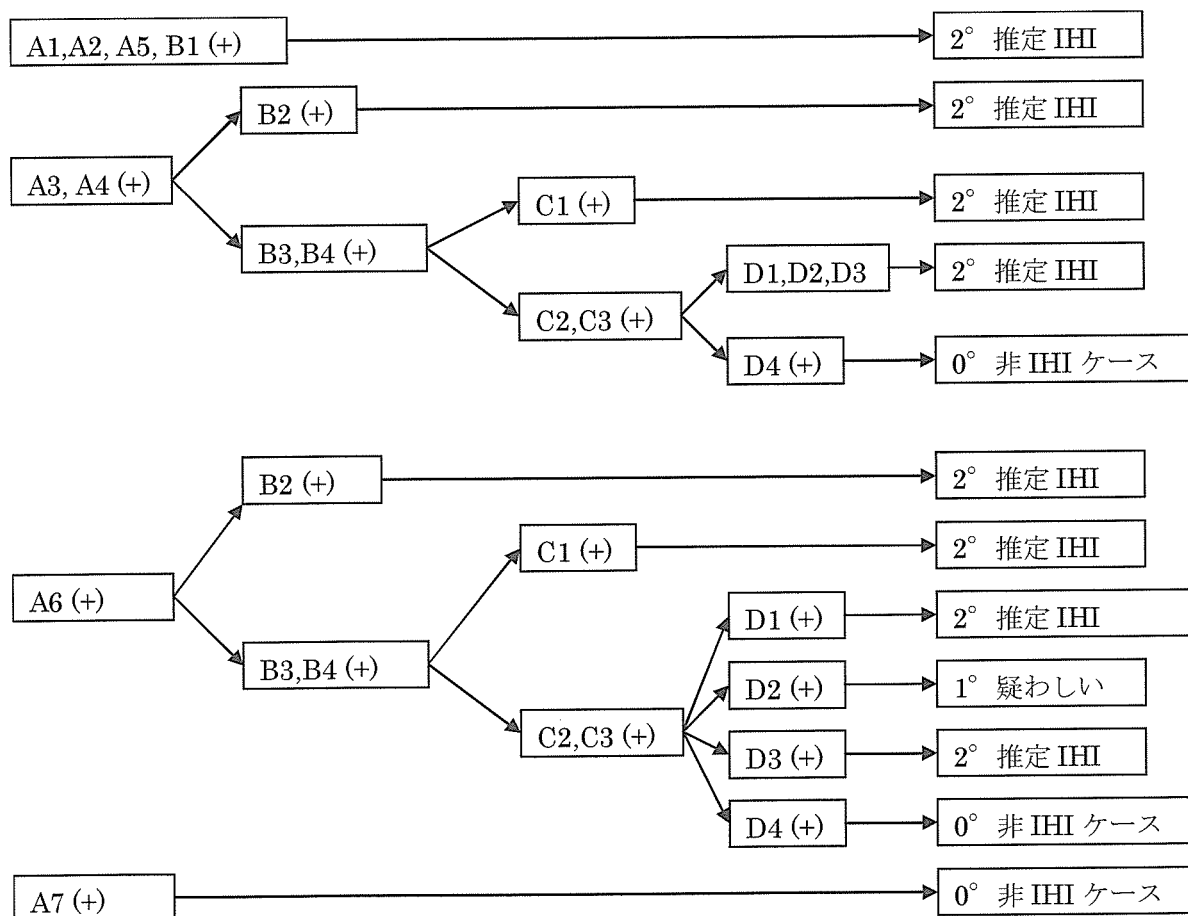


表 2. 成育版「Inflicted Head Injury (IHI:虐待による頭部外傷)」診断基準 所見分布

	n (%)
A. 頭部所見	
A1 (虐待による頭部外傷に特徴的CT所見)	23 (31.9)
A2 (衝撃をうけた所見のない硬膜下血腫)	7 (9.7)
A3 (衝撃をうけた所見のある硬膜下血腫)	2 (2.8)
A4 (硬膜外血腫, クモ膜下血腫, 脳挫傷)	9 (12.5)
A5 (虐待による頭部外傷に特徴的な頭蓋骨骨折)	4 (5.6)
A6 (線状骨折)	18 (25.0)
A7 (頭蓋内病変・骨折なし)	29 (40.3)
B 眼底所見	
B1 (虐待に特徴的な眼底所見)	15 (20.8)
B2 (虐待としては非特徴的な眼底所見)	1 (1.4)
B3 (眼底所見なし)	30 (41.7)
B4 (眼底検査実施せず)	26 (36.1)
C 全身骨所見	
C1 (虐待に特徴的な全身骨撮影所見)	5 (6.9)
C2 (全身骨撮影 異常なし)	37 (51.4)
C3 (全身骨撮影 実施せず)	30 (41.7)
D 説明所見	
D1 (虐待の目撃・自白)	12 (16.7)
D2 (受傷機転不明)	21 (29.2)
D3 (説明が変化する・所見と不一致)	11 (15.3)
D4 (説明と所見の一致・事故の目撃)	28 (38.9)
診断基準	
2° 推定IHI	26 (36.1)
1° IHIが疑わしい	5 (6.9)
0° 非IHIケース	41 (56.9)

表 3. 成育版「Inflicted Head Injury (IHI:虐待による頭部外傷)」の分布と SCAN チームによる虐待評価との関係

	推定虐待 (黒)	虐待が疑わしい (グレー)	非虐待ケース (白)	計
2° 推定 I H I (n, %)	15 (57.7)	10 (38.5)	1 (3.8)	26
1° 疑わしい (n, %)	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0)	5
0° 非 I H I (n, %)	17 (41.5)	12 (29.3)	12 (29.3)	41
計 (n, %)	33 (45.8)	26 (36.1)	13 (18.1)	72

表4 成育版 SCAN チームにおける虐待度 評価基準 (案)

虐待度 5° 確実に虐待である

- 虐待が目撃されている
- 虐待を自白している
- 虐待されたと児が証言している

虐待度 4° 虐待が強く疑われる

- 医学的所見から明らかに虐待が疑われる
- 医学的所見と説明 (受傷機転) との明らかな不一致
- 児相等からの情報で虐待を確認

虐待度 3° 虐待が疑わしい

- 児相からの情報で児の様子おかしく虐待を疑う
- 児相等からの情報で養育能力低く虐待の可能性あり
- きょうだい虐待されている (SIDS など疑い含む)
- 養育者に精神疾患・育児不安等あり養育能力低く虐待の可能性あり
- 児に疾患・障害等あり保護者の養育能力をこえており虐待の可能性あり
- ありえないわけではないが、通常起こりえない受傷機転と所見
- 頻回の事故・疾患で虐待が疑われる
- DV があり目撃している可能性が高い
- 保護者の宗教等信念により医療拒否、医療ネグレクトが疑われる
- 児の不自然な様子から虐待が疑われる

虐待度 2° 非虐待と考えられるが、虐待を否定できない

- 父母で説明が異なり虐待を否定できない
- 診察時・病棟での保護者の様子が不自然

虐待度 1° 非虐待ケース

- 説明と所見が一致する
- 事故が目撃されている
- 疾患による症状であることが明らかである

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書
分担研究者 佐藤拓代 東大阪市保健所

妊娠期からの虐待予防に関する研究

佐藤拓代 東大阪市保健所

研究要旨

妊娠期から虐待予防が可能なポピュレーションアプローチである両（母）親教室について、平成17年度に実施した全国保健センターに対する調査から、虐待予防の視点でのプログラムがある栃木市、横浜市、千葉市、泉大津市と、35歳からの母親教室、働くママの母親教室など5種類の教室を実施している茅ヶ崎市、複数の市町で病院と共催で実施している増毛町に対して視察調査を行った。これらをもとに、出生数が少ない市町村でも集団支援の場を設ける工夫や、虐待予防のための中核となるプログラムとして「親子のきずなと愛着形成の促進」「夫婦のきずなと役割」「赤ちゃんの脳・こころの育ちを知る」「子育てのイメージ・困ったときの対処」「産後のメンタルヘルス」「仲間づくりの促進」「保健サービスの情報提供」などのプログラムをまとめた「子ども虐待予防のための市町村保健センター両（母）親教室運営ガイド」を作成した。

乳児期早期からの虐待予防の集団的支援として、東大阪市で平成17年度から第1子の親子を対象に2ヶ月親子講習会を開催している。今年度はこの講習会の効果の検討を行った。出生児一人あたりの母子保健電話相談が開始前に比して18.6%増加するなど、保健機関になじみができ気軽に相談がされていると考えられた。また、1年間の講習会参加者でBランク以上の要支援者は18.7%であったが、不参加者で訪問により把握した要支援者は5.8%と少なく、講習会は何らかの支援を求めている母親にとって参加しやすいと考えられた。

4ヶ月児健診を受診した第1子で、養育問題で要フォローとなったのは20.7%であったが、2ヶ月親子講習会と不参加者に対する家庭訪問で要支援者となった者では35.3%、要支援者でないものでは18.2%で、講習会での要支援者の把握は適切になされているといえる。また、不参加で家庭の状況が把握できない者の要フォローは19.2%であったが、要支援者でない者では18.2%と少なく有意ではないが講習会等の介入による効果と考えられた。

さらに、個別の事例では、「愛されて育った実感がない」母親に早期に支援を行うことで虐待を予防した事例、講習会に参加しなかったため家庭訪問したところ、「人と関わるのがいやだった」から参加しなかったと母親の自閉傾向と子育ての困難が把握された事例があり、早期に集団的アプローチと個別支援を的確に行うこの講習会が虐待予防に有効であると考えられた。

研究協力者

山下 洋（九州大学医学部精神科神経科）

福島富士子（国立保健医療科学院）

小谷 信行（松山赤十字病院）

山田 和子（和歌山県立医科大学）
毛受 矩子（四天王寺国際仏教大学）
久 靖男（久産婦人科医院）
戸田 律子（Jace 日本出産教育協会）
山崎きよみ（尼崎市保健センター）
堀田 邦子（泉大津市立保健センター）
九鬼 隆（泉大津市立保健センター）
松本小百合（東大阪市保健所）

A. 研究目的

子どもが生まれてから最初に公的サービスを経験するのは、母子保健法により市町村が実施する4ヶ月児健診であることが多い。しかし、虐待は子どもに及ぼす影響が大きいことから、できるだけ早期に、妊娠中から支援を必要としている親子を見だし、積極的に家庭訪問等により虐待を予防する必要がある。

また、虐待はいまや誰にでも起こりうる問題であり、胎内から父と母が子どもと愛着を形成するとともに、夫婦が家族となりお互いに尊重しあいサポートしつつ子育てをスタートできるよう支援することが必要である。

昨年度の本研究では、平成16年に全国の保健センターで実施している母親教室と両親教室に参加した実人数は108,322人で、回答率が55.0%であったことから全体では約19万7千人が参加していると考えられ、これは平成17年の出生数の約35.5%をカバーしていることになる。このように多くの母親と父親が参加していることから、妊娠期からのポピュレーションアプローチとして虐待予防のための両親（母）親教室のあり方を検討し、全国の保健センターが教室を運営するうえで参考になるようなガイドを作成する。

また、人口の大きい自治体では全数の乳児に家庭訪問を実施することは困難であり、昨年度の本研究で乳児期早期からの集団的支援として人口約51万人の東大阪市において2ヶ月親子講習会を開始した。講習会参加者の

状況等から、虐待予防効果を検討する。

B. 研究方法（倫理面への配慮）

両親（母）親教室については、昨年度の調査においてプログラムに虐待予防を目的とした内容があるとした各地の保健センターの教室の視察調査を行うとともに、文献等の検討を行い、虐待予防を効果的に行うことができるよう両親（母）親教室運営ガイドを作成する。

2ヶ月親子講習会については、教室参加時に母親に記入してもらっている子育てアンケートの分析、個別の支援事例の検討、4ヶ月児健診等の母子保健事業の状況から、虐待予防効果を検討する。

倫理面への配慮については、事例はプライバシーに配慮し趣旨を損なわない程度に改変しており、その他は公衆衛生活動であることから、必要がない。

C. 研究結果

D. 考察

以上については、「子ども虐待予防のための市町村保健センター両親（母）親教室運営ガイド」（別紙1）、「乳児期早期からの集団的支援の試み～2ヶ月親子講習会の評価～」（別紙2）で述べる。

E. 結論

両親（母）親教室は虐待予防のポピュレーションアプローチを可能とする貴重な機会である。産科医療機関との連携と役割分担のもとに保健センターの役割を整理し、妊娠期からの虐待予防の視点で教室の運営を方向転換する必要がある。「子ども虐待予防のための市町村保健センター両親（母）親教室運営ガイド」を作成したが、昨年度の調査では教室で使用する教材などのツールが求められており、今後は具体的にツールの作成を支援する必要があるだろう。

2ヶ月親子講習会では、参加した母親は短時間のプログラムでも、身体とこころの状態、親に愛された実感があるかどうかをアンケートに率直に記入しており、ここから支援につながり虐待の予防ができていた。特に「愛された実感がない」場合は、表面上は問題がないように振る舞っていても子どもとの関係や子育てで困難が生じることがあり、「愛された実感がない」と訴えたことをいねいに受け止めて細やかな支援を行う必要がある。集団的支援だからこそ、ここに出てこられない母親は発達障害や対人関係の問題を持っていることがあり、参加しない親子には家庭訪問を行うことで状況を把握し適切な支援を開始することが出来る。

参加した母親のアンケートなどから要支援者を把握しているが、不参加で家庭訪問した者よりも要支援者の割合が高く、参加したい、相談したいことがあるといった思いが児と初めての外出であっても参加を促していると考えられる。実際に不参加者の状況はまだ里帰り中、あるいは子育てを支援してくれる人がいるなど、安定した子育てを行っているように思われる。

母子保健事業報告からは事業開始前の平成16年度に比して電話や面接による相談件数がそれぞれ18.6%、16.7%と増え、さらに平成18年度は増加している。4ヶ月児健診受診率も前年度は97.8%であったのが98.5%に増加し、公的サービスが利用しやすくなったと考えられた。4ヶ月児健診の状況では、2ヶ月親子講習会で要支援ランクとされた対象は4ヶ月児健診結果でも要フォローが不参加者より多く、現在の要支援者の把握が適切に行われていると考えられるとともに、乳児期早期に把握した要支援者は簡単には問題が解決せず継続した支援が必要であるといえる。不参加で家庭の状況が把握できない者の要フォローは19.2%であったが、要支援者でない者では18.2%と少なく、有意ではない

が講習会等の介入による効果と考えられた。

今後は参加者の1歳6ヶ月児健診での状況を検討し、中期的な効果について検討を行っていきたい。

F. 研究発表

(1) 論文発表

- ①佐藤拓代：予防のためのアセスメント。保健の科学、55、49（1）：2007.
- ②佐藤拓代：両（母）親教室と虐待予防。周産期医学、983-987、36（8）：2006.
- ③佐藤拓代：地域における子ども虐待の予防。小児保健研究、184-189、65（2）：2006.

(2) 学会発表

- ①柴田寛美、佐藤拓代：第45回日本公衆衛生学会近畿地方会発表、乳児期早期からの虐待予防（第一報）—2ヶ月親子講習会の開始—
- ②佐藤拓代、毛受矩子：第65回日本公衆衛生学会発表、保健センターにおける妊娠期からの虐待予防（その1）—両（母）親教室の現状と課題—
- ③毛受矩子、佐藤拓代：第65回日本公衆衛生学会発表、保健センターにおける妊娠期からの虐待予防（その2）—妊婦訪問の現状と課題—

別紙1 子ども虐待予防のための市町村保健センター両（母）親教室運営ガイド

1. はじめに

平成17年度に調査を行った全国市町村保健センターにおける両（母）親教室の状況、平成18年度に実施した虐待予防の内容を両（母）親教室のプログラムに取り入れている栃木市、横浜市、千葉市及び泉大津市、また、35歳からの母親教室を実施している茅ヶ崎市や複数の市町及び病院と共催で教室を実施している増毛町に対する視察調査、愛着形成や虐待予防の集団的プログラムに関する文献検索から、市町村保健センターで実施する両（母）親教室の子ども虐待予防のための運営に関するガイドをとりまとめた。シングルマザーや不妊治療後の出産など、さまざまな配慮が必要な妊婦が多いが、普通分娩が予想される第1子を持つ両親の教室を念頭に置いたガイドである。なお、父親はパートナーも含んだ言葉として使用している。

現在、全国の市町村保健センターの教室が実施している妊娠期の身体や出産に関すること、また、赤ちゃんを迎える準備や沐浴については、すべて子どもの虐待防止に結びついているといえよう。しかし、われわれはより愛着形成を促進するエビデンスに基づいたプログラムや、実際に子どもが生まれてさまざまな困難が生じるが妊婦と夫にどのようなメッセージを送るのがよいのか、検討を行った。我が国、外国共に妊娠期からの集団的支援に関する研究は少なく、本ガイドではエビデンスのある一部の研究報告について取り上げた。具体的な内容等に関しては、視察調査が参考になると考えられるので、〈資料〉として付け加えている。方法論については、最近出版された研究協力者の戸田律子による「参加型マタニティクラスブック」¹⁾が大変参考になった。

ルーチンで両（母）親教室を運営するよりは、何か効果のある内容に変更したいという思いを持っている保健センターは多い。しかし、効果のある内容にしようと思ってもこれもとプログラムを多くしては、妊娠期特有の眠気から居眠りがあつたり、印象に残らないことが危惧される。本当に必要なメッセージは何なのか、どのような教室の環境やプログラムの進め方がよいのか、このガイドが参考になり、ポピュレーションアプローチとして多くの親の虐待が予防できることを願う。

2. 子育ての変化と妊娠期からの虐待予防の支援の重要性

核家族化し子どもの数が少なくなり、母親の子育てに係るプレッシャーは非常に大きい。原田²⁾によると、子育てにイライラする親が1980年には1割であったのが2003年には3割と増加している（表1）。また、子ど

〈表1〉1歳半児に対する育児の20年の変化

体罰は6割から5割へ↓
厳格・禁止は6割から8割へ↑
期待は1割から6割へ↑
干渉は3割から8割へ↑
不安は4割から8割へ↑
溺愛は1割から3割へ↑
盲従は3割から4割へ↑
子育てにイライラするが1割から3割に↑
よその子どもと比較して我が子を見るが2割から6割に↑

文献2)より佐藤作成

もへの期待が1割から6割と増えており、さらに、自分の子をよその子どもと比較してみる母親が2割から6割と増加し、評価されることに非常に敏感になっていることがうかがわれる。自分の思いどおりにものごとをすすめたい母も5割と報告しており、思いどおりにいかない子育てにストレスが生じるであろうと推察される。

また、子どもの出生体重が低下（男児：平成2年3.16kgから平成16年3.05kg、女児：平成2年3.08kgから平成16年2.97kg）し、2500g未満の低出生体重児が増加（平成2年6.3%から平成16年9.4%）している。不妊治療と産科医療の進歩により多胎や体重の小さい子どもが多く生まれるようになってきていることもあるが、ダイエット志向の強い現代の母親が妊娠中の体重増加を極力抑えているところもあると考えられる。このように、妊娠中からコントロールすることが当たり前の親子関係であったのが、生まれてみると思い通りにいかない我が子に自分を否定されていると感じるのではなかろうか。

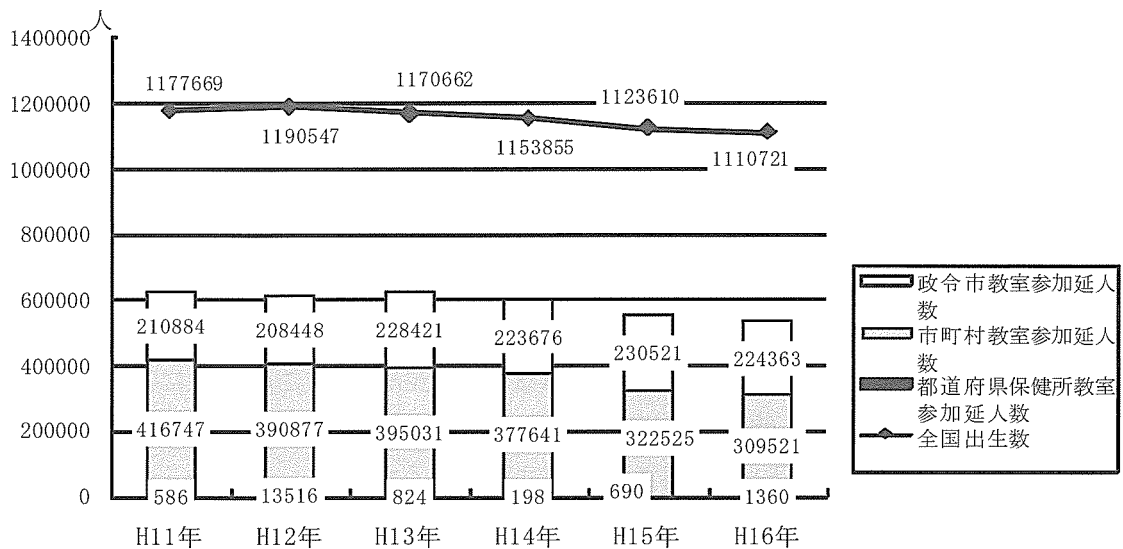
妊娠・出産はそれまでの親との関係性の問題を露呈させ支援が早急に必要となる時期であるが、親との関係を見直し胎児に思いを寄せ、虐待を予防することが可能となる時期でもある。クラウスらは、分娩中に母親は出産するということに本能的に行動しなくてはならないが、それには開放的になる必要があるとともに誰かの支援に依存していくのだという³⁾。心理的な退行も見られ、自分の母親から不十分な取扱しか受けていなかった母親の場合、分娩に際して養育的ケアを受けることにより「再育児“remother”」され、体験がある程度いやされるとしている。

未婚や若年といったハイリスクの妊婦に対する支援とともに、1歳以上の幼児の母親の18.1%が「子どもを虐待しているのではないかと思う」と答えている⁴⁾ことから、虐待をしそうと追い詰められている母親がこれだけ多いということに眼を向け、大多数の母親に対しても親子関係を育てる支援を行う必要がある。

多くの母親が参加する両（母）親教室（以下、「教室」とする。）は、胎児への愛着を育むとともに、「こんなはずではなかった」という思いをさせない働きかけが可能な場として重要である。

3 両（母）親教室の現状～全国保健センター調査から～

教室は母子保健法に基づき古くから実施されており、厚生労働省地域保健・老人保健事業報告による平成16年度の開催状況は、1,110,721人の出生に対し延べ32,769回（都道府県保健所60回、政令市9,233回、市町村23,476回：報告より算出）実施され、延べ535,244人（都道府県保健所1,360人、政令市224,363人、市町村309,521人：報告より算出）が参加している（図1）。平成9年の母子保健法の改正により、都道府県で行っているところは少なくなった。しかし、このように多くの妊婦及び夫が参加しているにもかかわらず、実態がどのようなものであるのか過去の文献等からは把握できなかった。そこで、平成17年度に我々はおそらく初めての教室に関する全国調査を行った⁵⁾。



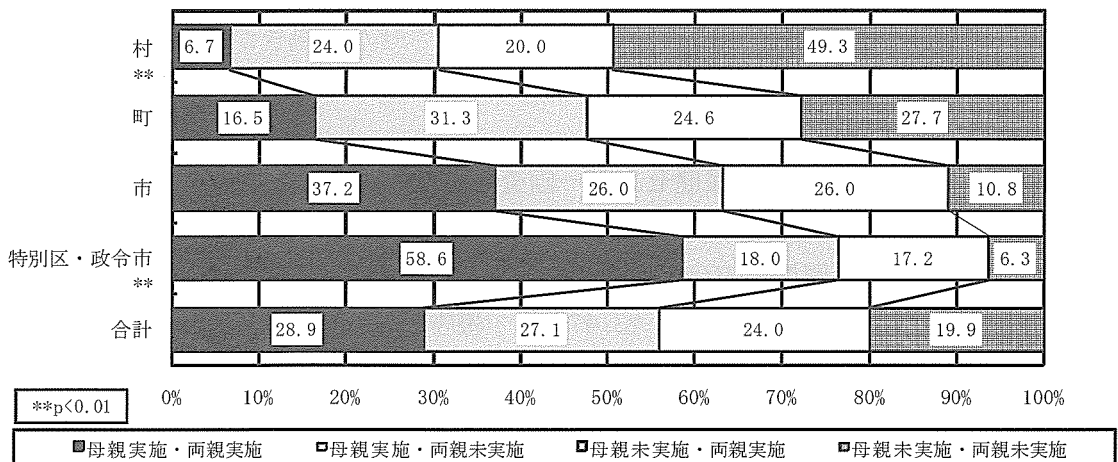
<図1> 全国の両（母）親教室実施状況

(1) 実施状況

調査対象は、保健師が一人以上在籍している全国市町村保健センター2,120カ所で、回答は1,165カ所（回答率55.0%）であった。

約3割の市町村が母親教室と両親教室の両方を実施し、約2割はどちらも実施していなかった。特別区・政令市や市で両（母）親教室の実施率が高く、特に両親教室がよく実施されていた（図3）。

母親教室と両親教室を合算した参加実人数は108,322人で、回答率が55.0%であったことから全体では約19万7千人が参加していると考えられ、全妊婦の35.5%をカバーしていることになる。



<図3> 市町村別にみる教室の実施状況

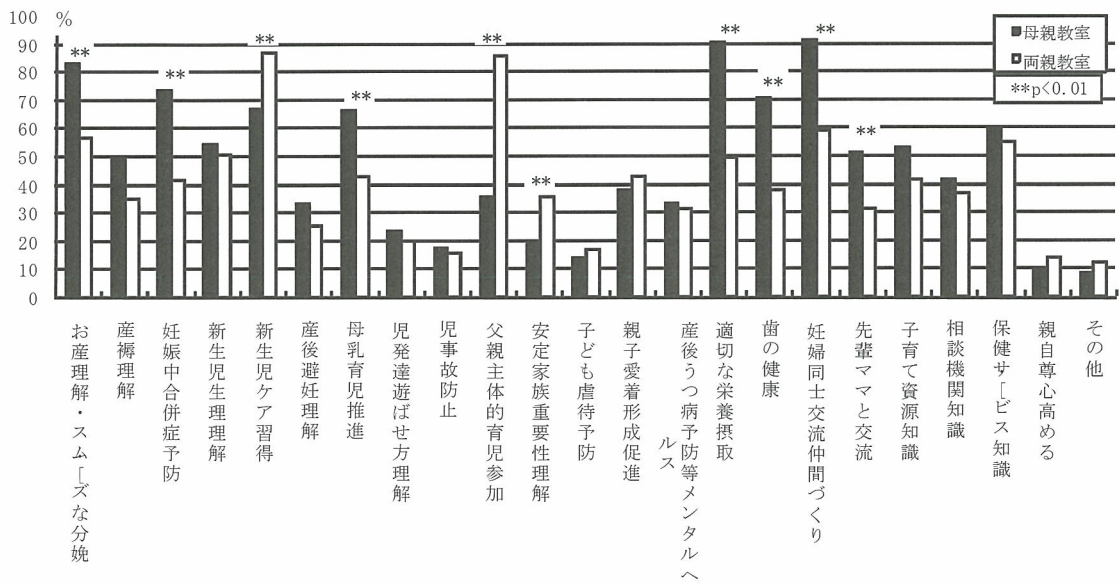
母親教室の目的で多いのはお産、栄養、歯に関することや仲間づくりであり、両親教室に比べて有意に多く、出産や育児を具体的にイメージできるよう実施されていた（図4）。両親教室の目的では父親の育児参加や新生児ケアの習得が多く、母親教室に比べても有意に多く、妊婦疑似体験や沐浴など母親を良く理解し実際の育児をサポートする技術を身につけるよう実施されていた。

課題は、母親教室両親教室とも参加人数が少ないことであり、特に人口の少ない町や村では多くなっていた（図5）。しかし、特別区・政令市など人口の多いところでは、参加者が多すぎることも課題とされていた。参加人数以外の課題では、教室の評価やハイリスクが参加しないこと、公的機関が実施することの意義や医療機関との役割分担などがあげられ、母親教室ではさらにマンネリ化も課題とされていた。

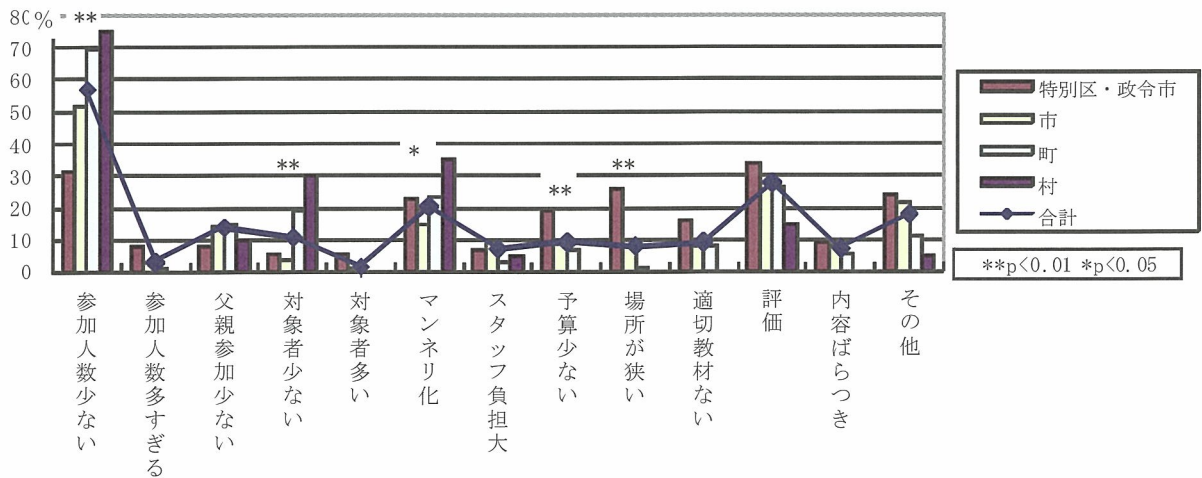
今後の方向では、現状維持と検討中が多かったが、母親教室では回数減少が人口の少ない市町村で考えられていたほか、両親教室では回数増加や土日開催が考えられていた。

市町村合併で人口密度の低いところでは、教室を中止し個別支援に切り替えているところがあった。個別支援ではこれからの子育てをともに支え合う仲間は得られず、近くに妊婦が少ないところほど仲間づくりは重要で、複数保健センターによる広域の開催なども考えられよう。

＜図4＞母親教室と父親教室の目的



＜図5＞市町村別両親教室の課題



(2) 医療機関と保健センターの役割と連携

保健センターの教室受講者の医療機関の教室の受講状況は、6割の保健センターで多く受講していると答え、受講者が少ないのは1割の保健センターのみであった。

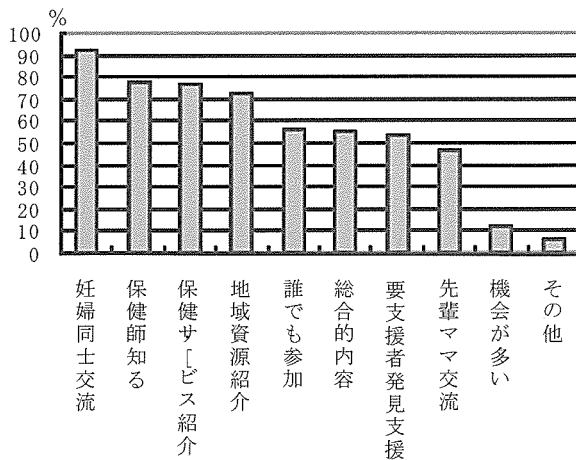
保健センターは自らの教室の役割を「妊婦同士の交流」92.3%、「保健師を知る」77.4%、「保健サービスの紹介」76.9%、「地域資源の紹介」72.2%、「誰でも参加できる」56.1%、ととらえていた(図6)。また、産科医療機関の教室は、「分娩の場を知る」94.8%、「スタッフとなじみ」71.5%、「妊婦同士の交流」38.8%、「要支援者の保健センター紹介」33.4%、「個別ニーズのプログラム」34.1%ととらえられていた(図7)。

産科医療機関の教室と保健センターの教室で内容が違って困っている保健センターは、34カ所(3.6%)のみであった。内容は、体重増加と母乳、呼吸法に関することが多く、「妊娠中の乳房マッサージの時期が病院により異なる」「呼吸法が病院によって異なる」「実際に医療機関では呼吸法はあまり使われていない」「体重制限の指導が厳しい医療機関がある」「極端に体重制限を強いられている妊婦が多い」「母乳育児がきちんと指導されていないくじける方が多い」「医療機関により母乳育児についての考え方が異なる」などであった。

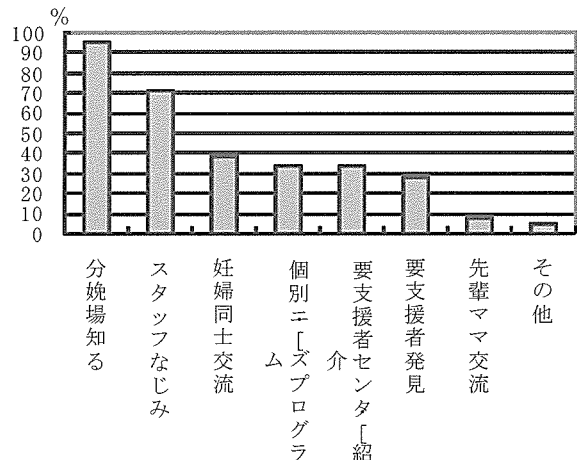
2500g未満の低出生体重児が増えていることと若い女性にBMI(Body Mass Index)が18.5以下のやせが増えていることから、厚生労働省は初めて妊娠中の体重増加の目安をやせ(BMI 18.5未満)では9から12kg、普通(BMI 18.5~25.0未満)では7から12kg、肥満(BMI 25.0以上)は5kgと方向性を示した。今後は、厳しい体重制限は必要とされる妊婦のみが対象となると考えられる。

保健センターと医療機関の両方の教室を受講し方針が異なることで困るのは妊婦であり、保健センターは積極的に医療機関に情報を伝え調整を図る必要がある。

<図6>保健センターの教室の役割



<図7>医療機関の教室の役割



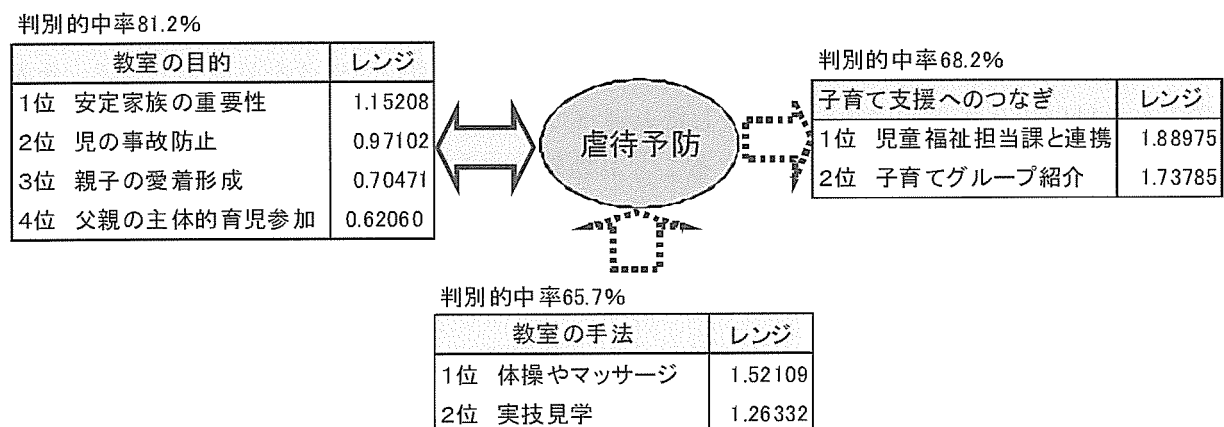
(3) 虐待予防

教室の目的で虐待予防をあげているのは母親教室、両親教室とも少なく、それぞれ13.9%、16.7%であり、特別区・政令市や市町村で差はなかった。虐待予防を目的とした教室はどのように行われているのか、「虐待予防」を目的変数として数量化2類により検討を行った。レンジが高く関連が大きいのは、母親教室では「安定家族の重要性」「児の事故防止」「親子の愛着形成」「父親の主體的育児参加」で、この4つの目的があると虐待予防も目的とさ

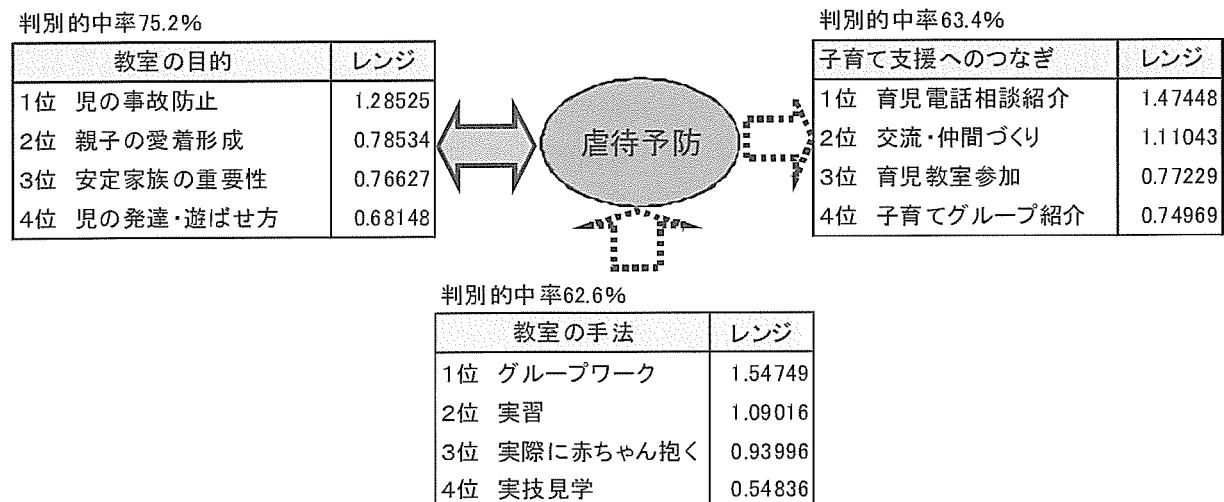
れているとよく判別（的中率 81.2%）されていた（図 8）。教室の手法や子育て支援へのつながりは、的中率はよくないが「体操やマッサージ」「児童福祉担当課と連携」がレンジが高かった。母親教室では、虐待予防を目的としている保健センターでは「安定家族の重要性」なども目的とし、講義ばかりではなく「体操やマッサージ」といった母親同士が垣根をとり除けるような手段を取り入れ、そのような保健センターではリスクの高い母親が受講していることも多く「児童福祉担当課」と連携することが多いと考えられる。

同様に検討すると両親教室での虐待予防は、母親教室と異なって「父の主体的育児参加」は 8 割以上で実施されているので影響が少なくなり「児の発達・遊ばせ方」が目的に加わり、的中率は良くないが「グループワーク」や沐浴等の「実習」、「実際に赤ちゃんを抱く」などの方法により教室をすすめ、母親教室と異なり個別の支援というよりは「育児電話相談紹介」や「交流・仲間づくり」といった方法で子育て支援のメッセージが送られていた（図 9）。父親の妊婦疑似体験は、虐待予防とあまり関係がなかった。

＜図 8＞母親教室の虐待予防を目的とした教室の内容（数量化 2 類による分析）



＜図 9＞両親教室の虐待予防を目的とした教室の内容（数量化 2 類による分析）



4 文献から見る虐待予防に寄与する教室

保健機関における妊娠期からのアプローチである両（母）親教室は、我が国が独自に発展させてきたものである。そもそも、これほど多くの公的保健機関が全国くまなく設置されている国はなく、誇るべき財産である。諸外国では医療機関で両（母）親教室が実施されていることが多い。

医学中央雑誌により、我が国における両（母）親教室に関する文献を1997年から2007年まで検索を行ったところ、両親教室では文献が見あらず、母親教室で3件がヒットした。2件は医療機関における歯科指導の試みと妊婦の教室内容に関するニーズ調査で、1件は妊婦に対する飲酒指導の現状を市町村保健センターの母親教室担当者に尋ねたものであった。

PubMedによる検索では、1999年にLeitchは、質の良い相互作用が発達に重要であり、出産後の母児相互作用についての教育の効果については研究報告があるが、出産前にはない。そこで初産婦を対象に、コントロール群は沐浴、おへそのケアや気をつけることなどの教育を、介入群は出産2週間前に、子どもの状態の覚醒状態、啼泣状態、しぐさや児の出すサインに応じて子どもの世話ができるようになるといった45分間のビデオを見せたところ、介入群の方が母児相互作用が効果的に成立したと述べている⁶⁾。出産後に医療機関で短い滞在時間で教育するよりは、妊娠中に教育することが効果的であろう。まさしく百聞は一見にしかずであり、新生児期特有の口をすぼめるなどの仕草を母親に対する不満と誤解し落胆する母親もいることから、検討すべき方法と思われる。

Andreyは2000年に、夫婦から親に移行する「移行理論」のフレームワークで研究を行っている⁷⁾。この移行はアイデンティティ、役割、関係性の3つのカテゴリーの再構築と再統合により起こる。介入グループは3回のコースに参加し、非介入群は自治体の出産前教室（5～12時間の分娩出産、リラクゼーション、母乳方法、陣痛のコントロール、合併症と医療ケア、病院の見学など。家族になるということへのプログラムは含まれていない）を受講した。介入群の親は、いろいろ指導や指示されるより自分たちで解決策をイメージしていったが、このことが伝統的にとらわれない親役割と夫婦や子どもとの関係性をみずからみつめていくようエンカレッジしていくことがわかった。具体的には、子どもが平均10ヶ月の時に、親子関係を評価したが、母は子どもの示すサインに非介入群より感受性があり、さらに子どものケアに対する社会的情緒的な成長がみられ、子どもの苦痛への反応や養育者としての得点が有意に介入群より高かった。

具体的な教室内容は、

① 父と母の役割をイメージする

1980年に作成された「赤ちゃんの入浴」という入浴のときの親と赤ちゃんの愛着がとてもよくできている6分間のビデオを、当時の時代遅れの音楽ではなくリラックスできる音楽を流しつつ、夫婦に個別に見せる。父と母が個別に入浴させているシーンで、赤ちゃんが父と母に反応する様子がある。夫婦は、単に入浴する赤ちゃんとの様子のビデオを見ましようということをいわれているのみ。これをもとに固定化されない親役割について話し合う。また、赤ちゃんが気持ちよさそうな様子、赤ちゃんが喜

ぶこと、児はお互いに支え合ってそだてることについて話し合う。

このよいモデルを見ることで、話し合いはポジティブな親のイメージになる。親の子育ての技術は、父と母が競い合うものでもお互いの役割に嫉妬するものでもないと認識することができる。パートナーがケアしているときの親と子の様子を見ることも、親としては大きな喜びであるとも。

② 子どもと関係性を持つ能力

2回目は、子どもがいかに愛着や学ぶ力があるかということ、児とコミュニケーションをとっている 1975 年の “Amazing Newborn” というフィルムを見せる。生後 7 日かそれより小さい児で、父と母が子どもと関係をとろうとしているシーン。この映画では、子どもが寝たり起きたりすること、見るもの、聞こえるものを追いかけること、興味のある様子、声や顔に反応すること、何を好んでみるのか、声に対してリズムカクに反応することなどを映している。これをみて、子どもの能力の不思議、複雑さ、さまざまな興味があることを話し合う。ここには、3つの移行のカテゴリーが全て含まれる。親になることの意味が、子どもの能力と子どもの反応からより複雑で興味深いものとなっていく。しかも、強制されずに子どもの能力に夢中になって引き込まれていくのである。

③ 妊娠第 4 期（妊娠期間は 3 ヶ月ごとに考えるので、妊娠第 3 期で分娩に至る。ここでは、生後の 3 ヶ月間の意味）

ここでは、新生児期の驚異的な関係性獲得の能力にくらべて最初の 3 ヶ月がいかに身体的に未熟であるかということを示す。3 ヶ月以降に比べて未熟な肝臓や腎臓、神経系。親に対して、3 ヶ月以上の子どもと違う扱いをこの時期はしなければならない身体的な理由を理論的に示す。頻回の授乳は肝臓の未熟性や消化管が食べ物をたくさん蓄えられないからで、子どもが寝たり起きたりするサイクルは、神経系が未熟であるためであることなど。消化器系の未熟は、なぜ他のものではなく母乳か人工乳がもっとも良いかということを示すし、子どもをイライラさせることを防ぐことが不必要な“疝痛”（子どもの突発的な腹痛）を防ぐことなど。このように子どもの未熟性によっておこることがいろいろあるが、大きくなるに従い授乳間隔や睡眠時間などが長くなる。このような子どもの生理や発達について話し合う。ある程度予測がつくことで、今の 3 ヶ月未満の大変な時期を前向きにこの時期だけのものとしてとらえていく。大変な時期ではあるので、子どもから離れて休息したりすることをお互いに心がけることなど。

生後 3 ヶ月を理解し、楽しみを持って迎えられるよう、しかし子どもを注意深くケアする必要があること、子どもの生理や発達を理解することが子どもの行動の意味を読み取る力をつけること、一人の親だけではなく夫婦がお互いに学ぶこと、お互いの新しい役割を発展させること、お互いに十分なコミュニケーションをとること、チームとして子どもに対応し、起こりうるトラブルと対処法をあらかじめ考えておくことが重要である。

この内容は、子どもの出すサインへの感受性を増加させ子どもが求めていることによりよく反応することにより健やかな愛着形成を促し、父と母がともに育児に参加し子どもが健や

かに成長発達することで、子どもの虐待を予防できるとしている。

2006年にMasseyは、は1995年から米国の100カ所以上で行われている妊娠期のグループモデルであるCenteringPregnancyの効果について述べている⁸⁾。これは、関係性の構築を中心としたグループケアで、子どもの養育を学び、妊婦同士、家族そして専門家との関係をつくることを行っている。妊娠12から16週でグループに入り、2時間のセッションを10回行う。夫や他の支援してくれる人を連れてきても良い。妊娠週数がほぼ同じ妊婦

<表2>CenteringPregnancyの教育的トピックス

- ・栄養
- ・運動
- ・リラックスのテクニック
- ・妊娠期の問題の理解
- ・子どものケアと食事
- ・避妊を含め産後について
- ・コミュニケーションと自尊心
- ・妊娠中の適切な体重増加
- ・性生活と子どもを生むこと
- ・子どもの虐待について
- ・ペアレンティング
- ・子どもを迎える準備

の8から12人のグループで、最初に児心音の確認と子宮の大きさを測り、セルフアセスメントシートをうめて、輪になって、自己紹介、グループの決まり（秘密は守ること、お互いを尊重すること）の確認、短いリラクゼーションのあと、（表2）の内容を形式張らずに盛り込んでディスカッションし交流を持つ。継続してグループに参加することで、グループのリーダーシップが培われる。セッションの内容はグループのニーズが重要視されそれに合わせて計画される。自分の身体とケアに関心を持ち積極的に血圧を測るようになる。このプログラムの評価は、未熟児の出産が個別ケアを受けたコントロール群に比べて25.7%から10.5%に、低出生体重児の出生率も22.9%から8.9%に有意に減少したとしている。

2006年にFieldenは、ニュージーランドで行われているPEPE（Plunket Parenting Education Program）の効果について報告している⁹⁾。PEPEには新生児、1歳までの乳児期、1歳から2歳児まで、2歳から3歳までの4つのプログラムがあり、ここではYour New Babyという出生後から生後6週間に焦点を当てたプログラムの効果を検討している。6時間のコースで妊娠期に実施する。（表3）のように、親となることの知識とスキルと同様に他の親や自分の家族との関係を構築し、感受性のある親になることをすすめるプログラムである。グループによるペアレンティングプログラムであることから、他の親とソーシャルネットワークをつくりそれは地域で生活していく上の社会資源をつくりあげているとしている。子どもの発達を理解し親となっていくスキルは初めて親になる親によく受け入れられている。ファシリネーターは、プログラムをすすめていくトレーニングを受けてからグループを運営している。

<表 3>PEPEの目的

- ・積極的なペアレンティング
スキルを身につけ、親がお互いに支え合い勇気づけることが、親となることを促進し、子どもの発達も促す
- ・社会ネットワークの構築
子どもを持つ親に共通しておこる問題を、夫婦が考えを共有し、家族や他のメンバー、地域が相互に信頼し解決していくことで社会ネットワークがつくられる
- ・親の選択を推進
親スタイルは多様であり、そこに親の強さや包含性可能性がある
- ・親と子の健康や福祉を推進
健康や福祉の視点のプログラムは、親にとって目新しい
- ・クローズドでシリーズのコース
全シリーズに参加することがメンバーの信頼感と社会的つながりを生む
- ・“教えられた”ではなく手伝ってもらった
グループのファシリネーターは親の考えの違いと選択したことを尊重し、専門家ではなく自分たちが主役

5 虐待予防をめざした教室へ 運営に必要な視点

両（母）親教室に参加するのは、子どもを育てようという意識の高い親である。このような親には虐待予防は必要が無く、虐待ハイリスクの親にこそ教室を実施することが必要という考えもあろう。しかし、十代の妊婦の教室を茅ヶ崎市が実施していたが、集団教育に適さず参加者も少ないことから中止したという。虐待ハイリスクに集団でアプローチすることは難しく、個別支援が成り立ってから行うことが必要であろう。今や、虐待はどんな親にも起こりうる問題となり、教室に両親で参加し誕生を喜んでいても、重い虐待がおこっている。妊娠期から虐待を予防するためには、どのような教室が効果的なのだろうか。

これまでの教室の内容は、妊娠生活や出産を適切に過ごすこと、また児が出生しすぐに必要になる新生児ケアに関することが中心であり、技術や知識の習得が中心でトーンはハッピーな夢をふくらませるものが多いように思われる。「こんなはずではなかった」、「夫の育児の協力は沐浴だけだった」ということがないように、親子のきずなと愛着の形成、家族を育むという視点でのメッセージを送る必要がある。

調査から、医療機関の教室も受講している母親が多いとする保健センターが多いことから、医療機関の教室は、母親と家族が達成感を得て自尊心を高められるよう妊娠生活や分娩、新生児ケアに関する内容を中心とし、保健センターは、相談できる機関としての認知と仲間づくり、また実際の子育てにおける困難な状況への対応に重点を置くなど、両機関の連携と役割分担により効果的に虐待予防をすすめる必要がある。特に保健センターは、泣きやまないことが虐待のきっかけになることが多く、泣くことが母親を否定していることではないこと、泣きやまないときにどうしたらよいのか具体的な内容が必要である。

また、出生数が少なくても両（母）親教室には個別の家庭訪問などでは得られない仲間作りなどの重要な役割がある。さらに保健センターが行う両（母）親教室は医療機関が行う教