

2011 年度 岡山県 周産期からの児童虐待防止事業

産科から切れ目のない子育て支援のための
産科発の子育て支援システム

妊娠中からの 子ども虐待予防に向けて

現場の皆さんに
知っておいてほしいこと

岡山大学大学院保健学研究科

妊娠中からの虐待・育児不安予防:NP(ノーバディーズ・パーフェクト)の意義

1. NP(ノーバディーズ・パーフェクト)とは

現代の母親たちは育児不安になったり、子どもの言いたいことが理解できずに子どもにあたってしまったりと、かつての母親に比べて育児能力が低下していると見られがちである。しかしながら、実際には1~2世代前と比べて低下したのは近隣や親類などからの母親へのサポート力であり、母親自身の子どもの接触体験や家事などの生活経験であり、それによる母親たちの育児に対する自信ではないだろうか。あるいは経済環境の不安定化により、両親が様々な葛藤を抱えているというのが現状である。

そのような時代に、NP(ノーバディーズ・パーフェクト・以下 NP)は、とくに育児に自信のない母親たちに向かって「完璧な親なんて一人もいないんだよ。」というメッセージを伝えるため、グループファシリテーションの方法で資格化、テキスト化したシステムを構築している。

1) カナダ

NP 発祥の地であるカナダの育児支援は、民間が中心に子ども・家庭・地域をエンパワーする「民間主導・行政支援型」であるが、多文化・多言語のなかでのサポートは、「親の肩代わりではなく、親が自信を持って子育てできるように援助すること」と明確に位置づけ、親教育に力を注いでいる。

NP は、1980 年代始め、カナダ保健省（当時の保健福祉省）と大西洋 4 州の保健部局によって開発されたプログラムであり、1987 年にカナダ全土に導入、1997 年にテキスト改訂、仏語、英語、他の言語でも、また視聴覚障害を持つ親のためのテキストもある。NP プログラムの理念は、「完璧な親もいなければ、完璧な子どももない。私たち親にできるのは最善を尽くすこと。そして支援を求めることも大切。」と言われ、アドボカシー（マイノリティの代弁）にも力を注いでいる。

筆者がカナダを訪問したときに最も印象的だったのは、10 代の高校生妊婦のための高校であった。そこでは、一般の勉強以外に親になるための学習もカリキュラムになっており、実際に親になる前に様々な困難を克服していく。

カナダで開発された NP プログラムの意義としてもっとも重要なポイントは、「参加者中心アプローチ」にある。それは、ピアグループにも通じるが、「親は誰でも自分の子どもを愛し、良い親になりたいと願っている。また、子どもが健康で幸福であって欲しいと願っている。はじめから一人前の親などおらず、親は誰でも情報とサポートを必要としている。互いにサポートし合うグループの一員となることで、参加者は自分の長所に気づいたり、自分に何が必要かを理解することができる。」というものである。

2) 日本

日本でも、1990 年代からカナダの NP が紹介されるようになり、2002 年夏、カナダからの著作権を得て、2 社からテキストの翻訳書が出版され、2004 年 4 月に NP-Japan が設立されているが、3 つの構成団体によってファシリテーターの資格が得られる仕組みになっており、筆者もその一つで資格を取得した。カナダのテキストがそのまま翻訳されて使用されているが、日本でも目的は、①子どもの健康や安全、しつけなどについて学ぶ。②子育てにスキルを高め、新たなスキルを習得する。③自分の長所や能力に気づくことによって、親としての自信をつける。④学習しながら他の親と知り合ったり、くつろいだり、楽しんだりする。⑤他の親とのつながりを深め、お互いに力になり、サポートしあえる関係をつくる、となっている。

2. 虐待・育児不安予防としてのグループでのコミュニケーション

ここで、改めて検討したいのは、妊娠中からの継続的子育て支援である。筆者が調査をしたフィンランドのネウボラと呼ばれる心と身体の健康に関わる相談所は、母親のお腹の中に誕生したときから就学するまで

のあいだ、定期的に子どもの成長を観察し、医師による定期健診も予防接種も歯科検診も、育児の悩み相談もすべて継続的に一人のネウボラ（予防保健師：場所のことも人のこともネウボラと呼ぶ）が行っている。お腹の中いるときから面倒を見てもらっているの、母親たちは必ずそばにいてくれる相談相手として、子どもたちはもう一人の親のように慣れ親しんで育つ。

日本でも、フィンランドのネウボラのような親しさで、カナダの NP のような気楽さで、虐待や育児不安の予防ができないだろうか。それは妊娠中からのほかの妊婦さんたちとの安全な環境でのコミュニケーションではないだろうか。

わが国でも、妊娠中から助産師が家庭訪問するなど、出産前から子育て支援に取り組む自治体も出てきた。山梨市では、妊娠中に 2 回、出産後に 3 回の計 5 回保健師や助産師が家庭訪問し、携帯番号を教えている。また東京都品川区では、07 年度から母子手帳を交付する際、「チャイルドステーションに登録しませんか?」というパンフレットを手渡し妊娠中から先輩ママとの交流会の情報を受け取れる仕組みになっている。

そして筆者自身は、実験的に以下の 2 つの取り組みを行っている。

1) 福山での「共同保育」の取り組み

これは、妊婦さんたち対象ではないが、広島大学の教員らとともに福山で実験的に「共同保育」を行った。NP を応用したリフレッシュとコミュニケーションのためのプログラムで、通称「5 人組」と呼んでいる。5 人の母親と子どもが一緒に学んだり遊んだりするのだが、何度か開催するうちに、育児不安値の「平準化」が起こることに気が付いた。育児不安値という、10 問からなるアンケートを事前・事後に取ると、事前に低かった母親の値が上がり、高かった母親の値が下がるのである。はじめ不安値が上がるのはいかがなものか、と戸惑ったが、自分の育児の「見つめなおし」を行っている、と考えれば、またやがて新たな枠組みで自信をつけていくことができる。できれば、なるべく早いうちからがよく、妊娠中からの子育て支援につなげていきたいと考えている。

2) 岡山大学での「なりきり」トレーニング

岡山大学 COE「妊娠中からの母子支援」即戦力育成プログラムでは、全国から参加の保健師・助産師の方々を対象に、周産期の方にもなりきっていただいて NP の応用としてのグループワークファシリテーターのロールプレイングを行っている。参加者の方々には、NP ファシリテーターの資格をお勧めしつつ、参加者中心で妊娠中からグループワークを行う手法を学んでいただいている。実際に周産期の方々を集めて、安心できるルールのもとに、同じ仲間とテーマを設定して話し合いを重ねていくことで、「完璧でなくていいんだ、誰かを頼っていいんだ。」ということを理解し、不安が和らぎ出産後の自信につながっていくのではないかと。また、支援を求める力をつけることで、出産後困ったときには、いつでも頼れる場所があることを学んでいただけるのではないかと、考えている。

参考図書・文献

- 1) ジャニス・ウッド・キャタノ（三沢直子監修）：普及版～カナダ生まれの子育てテキスト～『完璧な親なんていない！』ひとなる書房 2002.
- 2) 藤井ニエメラみどり・高橋睦子：『安心・平等・社会の育み フィンランドの子育てと保育』明石書店 2007.

10 代妊婦の特徴とその対応

1. 10 代妊婦の特徴

10 代の妊娠患者の多くは妊娠週数が進んでから来院する傾向がある，妊娠の可能性があってもその妊娠の事実を知りたくないという心理から，妊娠検査することをためらうことが多い．また妊娠の心配を相談する相手は友人がほとんどで，親に対して最初から相談することは少なく，この事も妊娠確認や婦人科受診が遅れる背景になっている．

また妊娠反応が陽性に出ても，パートナーになかなか伝えられない事も多い．更にほとんどのパートナーが返事を伸ばすため，自分一人ではなかなか産婦人科を受診することが出来ないのも更に婦人科受診は遅れがちである．一般に最初の婦人科受診は友人かパートナーと一緒に来院することが多く，例え妊娠を診断されたとしても，継続か否かの選択に非常に時間がかかる事が多い．従って，その間に妊娠週数は進んでいて，自然と分娩を選択せざるを得ない状況に成っていることもある．また，学校教育や家庭教育で命の大切さを協調されている事や赤ちゃんを生むことでパートナーとの関係性が強くなる，または改善すると思っている事から，最初は分娩を希望することが多い．

初診時の妊娠収集が大きいことや，その他の個人的事情で母親学級や両親学級への参加ができないことが多く，妊娠分娩の知識を十分に得ることが難しい．また健診の回数も少なくなるので，妊娠，分娩に対する精神的・身体的管理が不十分になりやすい。

若年妊婦は経済的にも不安定な事が多く，また人間的に未熟である．配偶者も 10 代であることが多いため，経済的不安定のみならず配偶者の不安定もある．現実には親がその支えとなる必要があるが，親との関係性が必ずしも良いわけではなく，具体的サポートを親から受けられない妊婦が殆どである．

2. 医療関係者の関わり

上記したように，分娩を希望する妊婦に対して，具体的な自分の現状，現実を考えられるように当クリニックでは「わたしの出産計画書」「僕の新しい家族のための計画書」を作成してもらっている（図 1）．

私の出産計画書	名前	ぼくの新しい家族のための計画書
*なぜ私は今出産したいのか		*なぜぼくは彼女に産むを勧めるのか
*私が産むためには何が必要か		*彼女が産むためには何が必要か
*出産後はどのような生活にしたいか		*出産後はどのような生活にしたいか
1) 誰と育てるか		1) 赤ちゃんは誰が育てるか
2) どこで育てるか		2) どこで育てるか
3) 育児にかかるお金、生活費はどうするか		3) 育児にかかるお金、生活費はどうするか
4) 誰の援助が必要か		4) 誰の援助が必要か
自分がお腹の赤ちゃんだったら親に何を望みますか？		自分がお腹の赤ちゃんだったら親に何を望みますか？

これを患者やそのパートナーが作成することで，自分たちの考えがいかに現実に即していない理想だけの物であるか自覚してもらい，分娩に対しての考えをもっと具体化して考えるようにしてもらっている．この計画書を書いてもらうことは妊娠継続の有無をもう一度最初から考えてもらうことの目的と，現実分娩や

育児に接するとしたら、具体的にどのような問題点があるのかを浮き彫りにし、それに対して私達や公的機関のどのような援助が必要なのかを前もって知っておく上でも重要である。

また、長野のある病院では、教育入院と称して 10 代妊婦を妊娠初期に入院させ、新生児のミルク、おむつの交換、沐浴等の世話や洗濯、掃除など実際に病院で経験させることで現実の困難さを実感してもらうことでしっかりとした妊婦、母親になる自覚を植えつける試みを行なっている。

上述したように本人やパートナーが若く、精神的にも経済的にも未熟である為、親の関与が重要になるが元々親とは疎遠である患者が多い。その為、医療従事者は親との関係性を改善させる努力も必要になる。妊娠初期から親の協力が分娩には不可欠であることを説明し、親との連絡を仲介する事も大切である。また親が居ない、親との関係性が改善しない場合は、病院や公共団体が相談相手になる必要があり、気軽にアクセスできる相談窓口を設置して妊娠初期から関与する必要がある。

また、同様に経済的困難や母親、父親の年齢的な未熟成から養育困難になることも多く、自分優先で夜間の授乳やおむつ替えの時も自分の睡眠を優先させたり、深夜、居酒屋やファミリーレストラン、レンタルビデオ店などに子どもを同伴させたりする親も多く見られる。若年妊娠や出産は DV や乳児虐待のリスク因子となる事もある²⁾。このためにも病院と保健所・保健センターが密接に連携し妊娠・産後支援をしっかり行っていく必要がある。また分娩後の養育が不可能な妊婦に対しては特別養子縁組制度の紹介や保護施設の手続き等も選択肢の 1 つとして紹介や手続きを積極的に行う事も必要である。

参考図書・文献

- 1) 貞月みゆき：若年妊娠・出産・育児への対応。母子保健情報。 1753-58, 2009.
- 2) 内閣府男女共同参画局：男女間における暴力に関する調査。7-8. 報告書, 2007.

(文責) 上村茂仁 ウィメンズクリニック・かみむら

ハイリスク妊婦への支援とは

1. 何故支援をする必要があるのか ～ その根拠と諸問題

上村¹⁾は、ローマとゲルマンの家長権の差異からフランスの親権法を経て、現在の欧州民法への流れを概括し、「家のため」から「親のため」、そして「子のため」への変遷を紹介し、「子の福祉を保障することは社会全体の義務であり、権利である」との結論に至ったことを解説している。さて、民法第八百二十条には「親権を行う者は、子の監護及び教育をする権利を有し、義務を負う」とあり、「義務」が規定されているが、これが「社会」に対する義務であるのか「子」に対するのかについて議論がある²⁾。しかし、これを「子どもの権利」に対する義務と解する視点から、昨今の虐待増加も踏まえて、民法改正が行われた。本年 4 月より施行されるが、これが「権利」であるという親権の本質を適宜に制限し得るのかについては、今後の運用結果を待つほかない。

更には、宗教的理由による子に対する「輸血拒否問題」での対応にも、悩ましいものがある。確かに、医療同意の拒否に合理的理由が認められないとして親権者としての職務執行停止を命じた判決がある³⁾が、このような場合においても両親が真摯に信仰する宗教規範を踏み躪ることが果たして真に妥当なのか、更には宗教規範を否定された両親がその後もその子を愛し得るのか、という視点からは疑問が残らない訳ではない。

この問題を、昨年熊本県長洲町で発生した滝行死亡事件⁴⁾と同列視すべきかについても疑問が残る。

一方、「親権」制限が容易になれば、このような場合に制限を試みなかった、あるいは対応が遅かったという理由で、医療者や福祉担当者が批判の対象となったり、法的責任を問われたりする可能性を否定できなくなるのも事実である。

2. 支援の方策とその限界

川田は、孤立した昨今の家族とその養育上の問題を背景として、「親は、育児の初心者であり、支援を受けるのが あたりまえ」とし「養育はむしろ監視の中におかれるべきである」と述べている⁵⁾。確かに傾聴に値するが、「子の福祉を保障することは社会全体の義務」であるとしても、投入可能な社会資源の量に限界があるのも事実である。「地球よりも重い」とされる人命であっても、その支援の原資が税金である以上、無限の投入を想定することは単なる感傷に過ぎない。換言すれば、援助を要する対象や内容が増加した場合には、相対的關係から援助が不可能な事例が必ず出現するということである。従って、援助対象の選択と内容について、有限な資源配分の点から一定の合理性が要求される。大切なことは、この決定は医療者がなし得ることだけでなく、市民より公的資源の配分を委託された行政が有する権力のみが唯一判断し、その責めを負うという原則である。

被支援者の中には、親としての基本的能力を欠いた者がいることは心がけておきたい。その中には、不十分な教育や環境に由来すると考えられる場合と基本的能力の欠如または喪失による場合がある。前者では適切な支援により適切かつ自立した親子関係が成立する場合もあるが、そのためには相当な労力を必要とすることも多い。一方、後者には精神疾患や薬物中毒、知的障害なども含まれ、民法における制限行為能力者に該当するような者も含まれる。一方、そのような場合であっても、結婚や出産の自由を制限することは法的に容認されていないので、非常に労力を要する援助が要求される。このような例に対しては、前記のような有限資源配分を行わざるを得ない状況を考慮した場合、母子分離が一つの対応策になろう。また、妊婦や産婦自身の同意を前提とした支援策では対応できず、子どもの保護のためには強権的介入の可能性を有する児童相談所の力を要する場合もある。以上のような現状を踏まえれば、所期の目的である“親子（母子）の健全かつ自律的な生活と育児環境の確保”は不可能な場合もあり、“生命の維持・確保”のみが限界である場合もありえるだろう。

3. 支援の実際

前項で述べた如く、被支援者とその周囲の能力には大きな幅があり、それを最大限に生かした上での支援にも限界があるとすれば、個々のケースの実情に応じた目標設定が必要であろう。筆者は、①親子（母子）が共に生活し、健全な育児環境を確保する、②母子分離の上で、子どもの成育のみを援助する、③親の生活維持を目標とし、妊娠維持を断念する、という3段階の何れかの目標設定を行い、かつ①については親族の支援能力を評価し、それを最大限に引き出すことによって、社会負担の軽減を企図し、福祉関係との緊密な連携の下に医療管理を行ってきたので、若干の経験を呈示する。

ケース 1 精神疾患悪化のために紹介となった初産婦で、家族による育児援助は困難と考えられた。福祉事務所ならびに児童相談所に、医療機関としては分娩の取り扱い以外には行わない立場を通知した。患者が前医での分娩を強く希望するため、管理終結を患者ならびに家族に通告する一方、前医においても分娩が不可能なことを宣告して頂き、この間の事情を予め通知しておいた福祉事務所によるその患者・家族への説得と再度の管理依頼により、トラブルもなく分娩を終結しえた。

ケース 2 21 歳 3 回経産婦。第 2 子は死亡している。今回妊娠成立後に当地に転入しており、前居住地の医師に調査依頼したところ、車内放置による第 2 子の死亡であることが判明した。当地の児童相談所へは情報提供があったが、福祉担当者へは伝えられていなかった。妊婦健診に付きそう夫を含め、子供への対応や胎児への愛着形成は良好であると判断されたことから、胎児への愛着形成を促す方向のみで管理を行った。

ケース 3 統合失調症で加療中の 30 歳台の経産婦だが、第 1 子は死亡。対話が可能であり、信頼関係が構築できた段階で、妊婦自身より第 1 子を殺害したことを知らされた。上記事情により注目していたという福祉事務所と協議するが、夫の収入があるために保護対象ではなく、行政側からの強権的な介入は不可能であり、本人・夫も母子分離は拒否した。分娩時に病態が増悪したため、強力な鎮静下で分娩に至らしめるとともに、その状態を夫に直視させ、母子分離を図らせることに成功する。

ケース 4 夫と共に慢性覚醒剤中毒である 30 歳台の初産婦。収入源は不明であるが、生活保護は受給していない。合併症から胎児管理目的で入院とし、分娩誘発から帝王切開に至る。福祉事務所の介入根拠はなく、医療機関がすべきことはないと判断、児童相談所に通告する。育児に根を上げた頃を見計らって、乳児院入所となった。後日譚であるが、この女性は階段から転落して死亡したという。乳児院の子供は無事である。

ケース 5 20 歳代の未受診初妊婦。妊娠 21 週相当で、臍帯ヘルニアを診断した。治療可能性を説明するが、パートナーが暴力団に追われている立場で、定住を要する治療は不可能であるという。身体的危険があろうとも、民事上のトラブルでもあり公権力による保護にも限界があり、人工妊娠中絶を実施する。

これらの例を総括すると、医療機関、福祉事務所、児童相談所のそれぞれの限界を踏まえ、相互援助によって目標を達成したこととともに、ケース 2 を除いて行政側の主体的な動きがあったことは特筆されるべきであろう。この背景には、予め福祉事務所と児童相談所とにおいて緊密な情報共有と評価が行われており、速やかに分娩後の目標設定が可能であったことや医療機関からの情報提供に対して一義的な責任者としての行政判断がなされたことが挙げられよう。

参考文献

- 1) 上村昌代. 親権概念の歴史. 現代社会研究科論集 (京都女子大学). 2:83-94, 2008
- 2) 棚村政行. 親権法の改正をめぐって. Law & practice. 2:145-181, 2008
- 3) 共同通信. 即日審判で父母の親権停止 家裁, 息子への治療拒否で
<http://www.47news.jp/CN/200903/CN2009031401000512.html>
- 4) 熊本日日新聞. “除霊”の「滝行」で中 2 次女窒息死 容疑で父と僧侶逮捕
http://www.47news.jp/news/2011/09/post_20110927142057.html

飛び込み分娩の母親

1. 「飛び込み分娩」をめぐる定義

表題にある「飛び込み分娩」は、先行研究の中で安定した定義が与えられていない。「飛び込み分娩」は分娩の形態に注目した表現で、類似したものとして「飛び込み出産」がある。ただし、子どもが生まれてから病院に運ばれてきても、「飛び込み分娩」として認識されている場合もある。また、飛び込み分娩をおこなった人に注目した表現として、先行研究では「妊婦健診未受診者」や「未受診妊産婦」、「未受診妊婦」などが使われている。

分娩の形態に注目したものであれば人に注目したものであれ、共通するのは妊婦健診の受診回数が0～4回と少ない点、また、かかりつけ医がいなかったという点である。そこで本稿では、飛び込み分娩の母親を、妊娠期間中にほとんど産科を受診せず、かかりつけ医を持たない状態で、分娩前後に医療機関を訪れる女性と理解している。

2. 事例の紹介

周産期医療の現場に登場する飛び込み分娩の母親は多様である。しかし、一般的な想像力の範囲内であるかどうかで大きく2つに分けることができる。一般的な想像力の範囲内にある飛び込み分娩の母親というのは、たとえば、未婚で妊娠した若年の女性が、妊娠を周りの人に打ち明けることができず飛び込み分娩に至った事例であるとか、出産経験のある高年の女性が、妊婦健診を受診する費用がないために飛び込み分娩に至った事例である。また、一般的な想像力の範囲内であり、数の上で一番、多い飛び込み分娩の母親は、「リピーター」とか「確信犯」と呼ばれている事例である。飛び込み分娩になった理由を問われると、彼女たちは「お金がなかった」と答える。しかし正確には、生活するのに困っているわけではないのだが、「妊婦健診に費やすお金はなかった」のである。

一般的な想像力では理解しづらいような飛び込み分娩の母親として、類似する複数の事例を組み合わせ再構成した2つの事例を示しておく。

1) 10代で初産婦の事例

中学生、15歳、未婚、初産。受診回数0回。妊産婦はずっと便秘だと思っていたし、両親も妊娠に気がついていなかった。ある日、お腹が痛くなったのでトイレに行くといえども産まれた。母親はトイレから聞こえてきた児の泣き声に驚き、あわてて救急車を呼び、救急隊員がへその緒を切った。

その後、母親と一緒に救急車で来院した。来院時の妊産婦の服装は、どこにでもいる中学生といった感じであった。妊産婦があまり目立たない雰囲気であるのに対して、母親は若くて派手な感じであった。助産師が話しかけても笑顔を見せることもなく、何を尋ねても黙って首をかしげることが多かった。はっきりと自分の意思を言うこともなかったが、あまり学校に行っていないことや妊娠相手が大学生であることはわかった。入院中、妊娠相手は2～3回、見舞いに訪れたが、本人と同様、派手な様子でもなく、どこにでもいる大学生といった感じであった。

妊産婦、妊娠相手、母親の3者ともに、産まれた児をみても、子どもをみるという様子ではなかった。本人にとって出産は、痛くてしんどいだけの出来事としてとらえられていた。3者ともに育てることができないという理由で、児は乳児院に措置された。

上記の事例から浮かび上がってくるのは、妊娠によっておこる自分の身体の変化や出産という出来事、自分が産んだ子どもに対して関心を払わないというような、未婚で妊娠した若年の女性の姿である。

2) 20 代後半の経産婦の事例

28 歳，未婚．過去に 2 度中絶経験がある．別の病院で 1 回，受診したが，その後，妊婦健診は面倒くさいという理由で受けていなかった．妊産婦自身が「お腹が痛い」と病院に電話をしてきた．病院から車で 20 分ぐらいのところにいるので，16 時頃には着くという話であったが，病院に現れたときは 18 時を過ぎていた．体重は 80 kg くらいあり，脱色された髪の毛はパサついていて，シンナーの影響によりすきっ歯となっており，体臭が鼻についた．シミが目立つ黒いジャージの上下を着用していて，汚れたズボンの裾からキティちゃんのサンダルがのぞいていた．髪の毛や衣服には煙草のにおいが染みついていていた．

陣痛室のベッドで寝ているときも，お腹につけられた心音モニターを「痛いから嫌」という理由で勝手にはずし，好きなときに煙草を吸いに行ったり，好きなときに自動販売機に行ったりする姿がみられた．陣痛が激しくなると，助産師が制するのを振り切って「うんちしたいんやあ」とわめいて，陣痛室のトイレで排泄を試みることもあった．

出産後，助産師が「赤ちゃんを抱っこしますか」と尋ねても，児に面会することもなかった．育てる意思がなかったので児は乳児院に措置された．

上記の事例から浮かび上がってくるのは，自分の身体や胎児に無頓着で危険を省みることなく，病院という公的な場所で傍若無人に振る舞うことができるというような，中絶経験や出産経験のある 20 代後半の女性の姿である．

1) と 2) の事例の女性は，ともに子どもを出産したという事実によって，結果として「母親」となったのであり，彼女たちに，子どもに対するケアを期待することはほとんど不可能である．しかし，だからといって，彼女たちのあり様のすべてが，彼女たち個人に起因していると考えるのも早計であろう．なぜなら，彼女たち自身の育ちの過程において彼女たちの現在の姿に水路づけるような条件があった可能性が高いからである．

3. 生活者という視点からの理解

周産期の医療現場では，飛び込み分娩の母親を患者としてとらえる傾向にある．患者としてとらえるというのは，分娩様式や母体の合併症，周産期予後などに注目して，医療行為の対象者としてとらえるということである．しかし，複数の機関連携をとって彼女たちを支援しようとするなら，日々の生活の場で，彼女たちがどのように生きているのかを具体的に把握することも重要になってくる．そこで求められるのは，彼女たちを生活者としてとらえる，つまり，医療行為の対象者という側面も含めながら，親や嗜好品との関係，出産の受けとめ方など多様な「ひと・もの・こと」との関係の中で暮らしている人としてとらえるということである．

たとえば，極度の肥満体型や長期にわたって入浴していないと想像できる体臭は，飛び込み分娩の母親が自分の身体を律することが困難であることを示している．つまり外見は，生活者としてとらえるさいの大切な手がかりになるのである．また周産期の医療現場で，社会的な人間関係を回避する言動がみられるかどうか，あるいは，社会的な規範から逸脱する言動がみられるかどうか，生活者という視点から理解する点で注目に値する情報となる．

文献

- 1) 井上寿美，笹倉千佳弘，：子育てハイリスク群としての妊婦健診未受診妊産婦の実態．関西福祉大学社会福祉学部研究紀要．15(1)：59-66，2011．

エジンバラ産後うつ病自己調査票 (EPDS)の活用

1. 産後うつ病と虐待

妊娠中及び産褥期はメンタルヘル스에 障害を来すリスクの高い時期である。特に産後うつ病は 10~15%と高頻度に発症し、その発症時期は、早ければ出産後 1~2 週間ということが明らかになっている。産後うつ病は、母親自身の問題にとどまらず母子間の愛着形成を損ない、育児機能にも児の発達にも否定的な影響を与え、虐待のリスク因子の一つとされている。

2. EPDS 利用方法

エジンバラ産後うつ病自己調査票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)は、1987 年に英国の Cox らにより発表され、各国で産後うつ病のスクリーニングテストとして用いられている¹⁾。

1) 配布方法、時期

配布時期は、産後一ヶ月健診、保健師による新生児訪問(産後 4 ヶ月まで)などの機会を利用して、リラックスできる状況下で個人情報保護の観点からの配慮が必要である。また EPDS の意義をよく説明し母親に理解をしてもらい同意を得た上で配布する。産後うつ病が産後 1-2 週間で発症すること多いことや産後 5 日目と一ヶ月健診の EPDS 得点が相関することなどから、産科退院前の評価も重要と考える。

2) 評価方法

10 項目について最小 0 点、最大 3 点で、個々の質問項目の合計点で評価する。合計点が 9 点以上または希死念慮を表す項目(項目 10)にチェックがある場合は、スクリーニングテスト陽性とする。

3) 高得点者に対する対応

産科退院時や産後一ヶ月健診時の EPDS 高得点者は、地域の保健機関に連絡しフォローアップを依頼する。EPDS 高得点者には、日常生活をどのように送っているか、自殺に向けた行動をしていないかなど尋ね、抑うつ状態が一時的なものか否か明らかにする。2 週間後に再度家庭訪問、EPDS を行い症状の継続の有無を確認することを勧めている専門家もいる。いずれにしろ EPDS はスクリーニング検査であり、高得点が継続する場合は医師への受診を勧めるとともに、家庭訪問を継続する。EPDS 高得点者のうち、精神科受診が必要な事例は 1 割程度であり、残り 9 割の事例は保健師を初めとする地域のケアの継続により改善する。

3. 他のスクリーニング検査との併用

3 つの自己質問票(育児支援チェックリスト、EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票)は吉田らが考案した母親の産後メンタルヘルスと育児機能を評価するパッケージである²⁾。セットで使用することで母親のメンタルヘルスの状態および赤ちゃんに抱いている気持ちや態度また実際の育児でどのような困難な背景や状況が見られるかについてのハイリスク要因を把握することができる。

参考文献

1)Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 150:782-786, 1987.

2)「産後の母親と家族のメンタルヘルス」—自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル—, 監修/吉田敬子, 発行/母子保健事業団。

(文責) 増山寿 岡山大学病院

「思い出を作る：おっぱい写真」

助産師になって以来四十年余り、お母さんが授乳している姿を見続けています。母と子のいのちを繋ぐ美しい光景です。三十年ほど前からその写真を撮り、プレゼントしてきました。今、写真を撮る役目はお父さんにバトンタッチしています。

ある日のことです。一通の手紙が届きました。私が出産に立ち会ったお母さんからでした。内容は以下のようなものでした。反抗期になった息子とはほとんど口をきかず、口を開けば衝突ばかりする毎日を送っていました。どう対処すればいいか分からなかったのです。あるとき、あの子が生まれたときのおっぱいを飲んでいる写真のことを思い出し、アルバムを開いてみました。そこには無心におっぱいを吸っている彼と、穏やかな顔をしてその姿を見おろしている私の顔が映っていました。当時のことを思い出し気分が暖かくなりました。その写真を大きく伸ばし、彼の机の上におきました。彼も何か感じたようです。その日から少しずつではありますが会話ができるようになりました。あの写真は切れかかった私と彼の心を繋ぎとめてくれましたと結んでありました。

私は思春期の子どもやお母さんたちに「性教育」「いのちの教育」と題して全国各地に呼んでいただいて講演をしています。特に乳幼児を抱えたお母さんたちに話をするのが大好きだし、ぜひ聞いていただきたいと思っています。子育ては楽しいことばかりではありません。家族のこと、職場の人間関係、健康のこと、などさまざまなストレスお母さんを襲ってきます。やり場のない感情に押しつぶされそうになり、そのとばかりが子どもにはねかかるともあります。

子どもがいなかったらどんなに楽だろうと思ったり、かっとなって手を上げそうになった自分を許せないと泣くお母さんから相談を受けたこともあります。一人で苦しむことないよ、「助けて!」と大きな声を出しなさいとお母さんの肩を抱きます。子どもには虐待する親なんか捨ててしまえと過激なことを言います。でもあなたを生んだときお父さんとお母さんは愛し合っていてあなたが生まれたことを心から喜んでいたよという言葉をつけ加えることを決して忘れません。

私は講演の中で三つのことを伝えます。

- ① 授乳の写真を撮っておくこと
- ② 母子手帳にはきちんと記録しておくこと
- ③ 時々子どもを抱きしめること

この三つは、幼児期から思春期を通しての子育ての中で親と子を繋ぎとめると信じています。

(文責) 山本文子 いのちの応援舎

産後 1 か月の母親の育児体験 ―泣く子は辛さの原因?―

1. 母親の育児ストレス

現在の育児環境は地域での人間関係も希薄になり育児を見たり関わったりする機会も少なく、共働き世帯が増加し仕事と家事をこなしながら子育てを行うため、母親は多くの困難が生じ、不安も増加している。専

業主婦も、子どもと過ごす時間が長いことから閉鎖感や孤独感を感じている。母親は、良い育児を「すべきである」という母親役割に縛られて頑張るが思うようにならず、また、個として「こうありたい」という本来の自分との間のジレンマに、ストレスを感じている。育児ストレスは、母親自身や母子関係にどのような影響を及ぼすのであろうか。

「子どもが泣く」というネガティブな出来事の捉え方として、母親は「泣き続けて辛い」と脅威として捉える、あるいは「元気に泣いている」と肯定的に捉える、いろいろな捉え方の違いがある。このようにストレスラーがあっても、それを母親自身がどのように捉えるかという認知的評価により、それに対する対処も異なり、母親のストレス反応である抑うつ傾向や不安なども異なってくる。産後1か月の母親を対象として、母親がどのような育児の出来事を「辛い」という捉え方をしているのか、そしてその対処の実態を調査した。

2. 方法

産後1ヶ月健診を受診した母親194名に、連結可能匿名化した自己記入式質問紙調査を行った。育児で体験することの多いネガティブな出来事としては、吉田氏の育児不安スクリーニング尺度¹⁾を参考にして、育児上のネガティブな出来事を「育児不安」「自信のなさ」「子どもの育てにくさ」「夫のサポートのなさ」「社会的サポートのなさ」の5つの領域、そして「経済的なゆとり感のなさ」「家族との関係性」も調査を行った。

出来事に対しての「辛い」という捉え方は3件法「全然辛くない」「少し辛い」「とても辛い」で評価を行った。対処に関する評価は、尾関氏のコーピング尺度²⁾「問題焦点型：状況を変える努力など問題解決に直接関与する行動」「情動焦点型：自分を励ますなど気持ちを切り替え調節する行動」「回避逃避型：先のことを考えないなど不安な出来事から逃避し否定的に解釈する」を用いた。

3. 結果

164名から回収され（回収率は85.7%）、年齢は 31.6 ± 4.6 (mean $\pm$ S.D.)[19-43]歳、初産婦が54.3%、専業主婦が52.5%、核家族が85.4%であった。産後1か月の96.3%の母親は、「疲れ」「社会的孤立」「自分の子育てはこれでいいのか」「上の子の育児が大変」「経済的にゆとり感がない」など、育児上のネガティブな出来事の体験をしていた。次に育児上のネガティブな出来事を体験した中で「辛い」と捉えた母親は74.7%で、高率な項目は、「疲れがたまりイライラ」「一人で子育てをし、気持ちが落ち込む」「誰も大変さをわかってくれない」「心満たされず空虚」「努力を正當に評価してくれない」であった(図1「育児不安」、図2「家族との関係性」)。

具体的な例として、母親は「8-9時間泣き続け、自分の頭も蒙ろう状態で、なんで泣くのかわからず、いろいろやってもずーと泣く、ゆらゆら、もうお願いだから黙って、激しく揺らそうかと頭をかすめた。そんな自分に自己嫌悪。涙がポロポロ、私もやってしまったらどうしよう・・・」と語られた。

その母親達は、「辛い」と捉えた時の対処として「なぜ泣くのか? 疲れがピークになると、自分の気持ちの中にいろんなものが入ってくる。自分が気分転換を、泣かせたまま、ちょっと置いて、そこを離れる。寝室に行く、甘いものとお茶を飲む、ちょっと気分を変える、戻ってくる。ちょっと気持ちが楽になって、子どもにハイハイといえる。」「自分でできないとき、人の手を借りれるところは借り、で

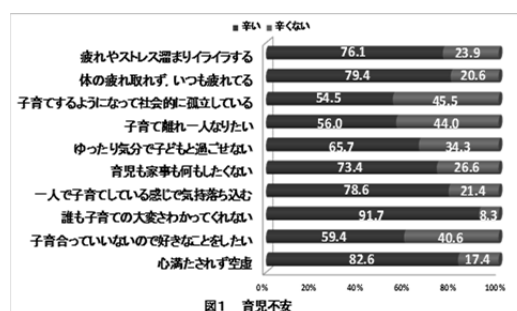


図1 育児不安

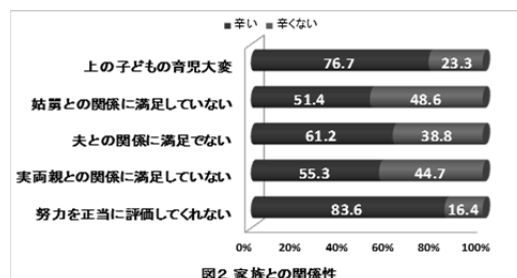


図2 家族との関係性

きる範囲でやれたらいいのかな、考えてもしょうがない、無理なものは無理.」「夫に話を聞いせもらうだけで、癒される。頑張れ、頑張れなんて言わんで、よう頑張っている、お疲れさん、と言ってくれたら、頑張る気になる.」「誰にも褒めてもらうことがないので、この子の体重が増えている事だけで、褒められたようで、うれしくて涙が出そうだった.」と語られた。母親は個々に自らの力で、対処していた。

これら「児が泣き続け、理由もわからない、どうしたらいいかわからない」という「辛い」という体験の対処は、問題解決型の「現在の状況を変えようと努力」をしていくことで、母親をより追い詰めていく。「辛い」と捉えたことに「なるようになれと思う」「こんなこともあると思ってあきらめる」という回避逃避型で対処している。

今回の調査では、育児のネガティブな出来事を「辛い」という捉え方をした場合は、問題解決型や情動焦点型では対処できず、回避逃避型における「自信のなさ」の領域に、有意に「辛さ」を回避できていた。

4. 育児支援へのひとこと

産後1か月の母親は、「イライラする」と7割が体験し、その8割が「辛い」と捉えていた。産後1か月を過ぎ、育児技術は向上しても情緒不安定さは増強されている。育児上のネガティブな出来事に、「辛い」という捉え方を避けるためには、家族や医療者が母親を言葉や態度で、認めていくことが必要である。

対処方法の選択の場面においても認知的評価が重要な役割を果たし、脅威と判断すると、解決先送り対処型を使用しやすい³⁾とも言われ、回避優先的な対処型を上手く使えないと抑うつになりやすい⁴⁾との報告もある。

現在は問題解決がうまくいなくても、できないときは回避逃避型で、母親自身を追い詰めずに、対処することを繰り返していく中で、肯定や挑戦していく認知的評価になり、新たな育児のネガティブな出来事にも、対処し乗り越えていく力が養われていくと考える。それらの積み重ねが、ストレスへの認知の仕方や対処能力を高めること、それは今後の育児に役立つものであり、母親の心理的発達を促すと考える。これら育児上のネガティブな出来事への対処ができるように、「辛い」と捉えた出来事の意味づけを捉え直していく寛容な関わりを持つような支援が必要と考える。

施設医療者は母親や家族と、妊娠初期から育児期にかけて継続して関わる機会が多い。夫や親との有効な関係性を保持増進していくため、産科施設が地域との連携を図りながら、育児の出来事を気軽にいつでも相談できる施設や地域の窓口の情報を伝え、育児のネガティブな出来事を共に捉え直しをしていく関わりをしていく必要がある。

文献

- 1) 吉田弘道他：育児不安スクリーニング尺度の作成に関する研究，小児保健研究，58(6):697-704，1999.
- 2) 尾関友佳子：コーピング尺度、心理測定尺度集Ⅲ－心の健康をはかる＜適応・臨床＞－，サイエンス社，東京，23-26，2001.
- 3) 加藤司：対人ストレス過程の検証，教育心理学研究，49: 295-304，2001.
- 4) 北村俊則：周産期メンタルヘルスケアの理論，医学書院，東京，2007.

母子訪問におけるアセスメントの視点

1. 見出し

出産後、退院して地域に戻ると、本格的に育児が始まる。最初は、里帰り出産等で、祖母の協力があっても、産後1か月を過ぎる頃から、ほとんど日中は子どもと母親の生活となる。地域に帰った親子の育児状況について、どのような視点でアセスメントを行えばよいのだろうか。地域で保健師が担当する乳児健診のアセスメントの指標を参考に、産科スタッフの母子訪問におけるアセスメント視点について提案する。

1) 乳児健診における保健師のアセスメントの視点

虐待予防において、気になる親子を把握するためには、多角的に、幅広くアセスメントすることが重要である。支援者としては、現在、育児が順調にできているのか、今後もできていけそうかという将来を見据えた視点が求められる。地域は、親子が育児し生活する場であるため、より多くの貴重な情報を得ることができる。これらのアセスメント視点を活用することが望まれる。

乳児健診において、保健師が親子を継続支援にすることがどうかを判断するためのアセスメント視点を表1に示す。これは、保健師が実際にアセスメントとして重視している項目を調査したものであり¹⁾、具体的なアセスメント項目の内容を示している。分類としては、子どもに関することとして、子どもの気性、子どもの発育・発達が挙げられる。母親に関するものとして、(健診場面での)対人関係のあり方、母親の体調、子どもへの接し方、育児への対処、家族や祖父母に関することとして、家族の背景、家族のサポート力が挙げられる。

母親の体調が悪ければ、育児が難しくなる、子どもが育てにくいタイプで、母親の疲労が蓄積し、育児に支障をきたすというように、母親と子どもの状態は密接に結びついている。子ども、母親の育児状況に加え、母親のサポート力を把握する必要がある。情緒的、手段的なサポート状況を確認するとともに、特に「父親が話をきいてくれる」状態にあるのか、母親がサポートされていると感じているのかは大切に視点である。

これらのアセスメント視点は、実際に地域で生活している母子を見て、話をすることによって把握できるものばかりである。例えば、子どもの身なり、子どもへの声かけの様子、母親の表情・話し方から母親の子どもへの愛着の程度がわかり、子どもの気性を把握することによって、母親の育児負担の程度がわかる。また、話している内容自体だけでなく、母親の保健師とのコミュニケーションの取り方に目を向けることによって、母親の隠された気持ちを知る手掛かりとなる。1つ1つの項目を単体で捉えるのではなく、つなげて包括的に捉えることによって、深く親子をみることが可能となる。

2) 母子訪問におけるアセスメントの視点

母子訪問では、上記のように子ども、母親の身なり、表情、話し方等から把握できる情報に加え、生活の場をみられる点が大きな特徴である。母子訪問において、特徴的なアセスメントの視点を表2に示す。まず、赤ちゃんが寝かされている寝具、部屋の環境の清潔さ、オムツ等の赤ちゃんの物品の配置から、普段のお世話の様子を把握することができる。また、キッチンやダイニングを見ることで、食事を作っているのか等母親の体調、育児負担感や家事能力を推測することができる。そして、どのように育児をしながら生活しているのか、具体的に母親に尋ねることが必要である。ここで気をつけたいことは、情報を集めることが目的ではなく、その話題を糸口に母親の子どもや育児に対する思いを引き出すことである。母親の話を聴くことは、効果的な精神的支援である。

出産後～3か月程度の時期は、自宅での育児に慣れる時期であり、出産により母親の心身の健康は不安定なことがある。しっかり睡眠がとれているか、食事ができているかの2点は、特に重要な視点である。母親の話と生活の場の両方をふまえて、アセスメントすることが求められる。

表 1 3 か月児健診において保健師が重視しているアセスメント項目

第1因子「家族の背景」	第4因子「母親の体調」
父親が若年である	(母親の) 食欲がない
母親が若年である	(母親が) 夜眠れていない
母子家庭である	自身の体調についてマイナスに表現する
母親が外国人である	第5因子「子どもへの接し方」
安定した収入が得られていない	健診時、子がぐずっていても対応しない
出生時体重が2500g未満である	健診時、子の接し方が粗雑である
(子どもの) 衣服に違和感がある	健診時、子の抱き方がぎこちない
第2因子「家族のサポート力」	問診票の「イライラしますか」が「はい」である
母親が父親のことをネガティブに表現する	第6因子「子どもの気性」
父親が母親を精神的に支えていない	夜泣きがひどい
父親は子がぐずっていてもお世話をしない	よく泣いてなだめにくい
父親の健康状態に心配がある	第7因子「育児への対処」
母親が子の兄弟のことをネガティブに表現する	問診票の相談欄は未記入だが質問が多い
近くにサポートしてくれる親族がいない	問診票に相談事項がたくさん記入されている
第3因子「対人関係のあり方」	第1子ではないが育児の質問が多い
質問に対する保健師の回答に関心を示さない	母乳育児に対するこだわりが強い
保健師の質問の意味を理解できていない	母乳・ミルクをあげる回数が多い
面接時、保健師の質問に対してガードをはっている	第8因子「子どもの発育・発達」
面接時、保健師と視線を合わせない	体重増加量が成長曲線にそってない
母親と子どもの服装にギャップがある	健診時の体重が10%タイル値以下である
面接中に涙ぐむ	腹ばいで顔を上げない
面接時、友人に話すように何でも話す	首の引き起こしができていない

表 2 母子訪問に特徴的なアセスメントの視点

全体的に自宅は、生活感がある雰囲気か
寝具は清潔か、赤ちゃんのために用意されたものか
オムツ、綿棒等育児に必要な物品が近くに準備されているか
部屋は、育児に支障がない程度に片付き、掃除されているか
キッチンを使用されているか、洗い物がたまっているなど不衛生ではないか
キッチンの周辺には、食料等買い物に行った形跡があるか
どこで、どんなふうにお風呂に入っているか
赤ちゃんとの生活に危険なものはないか、配慮しているか (ペット、赤ちゃんの転落等)

参考文献

- 1) 小出恵子, 猫田泰敏: 乳幼児健診時の保健師の継続支援の必要性に関するアセスメントの実態. 日本看護科学会誌. 27 (4): 42-53, 2007.

(文責) 小出恵子 岡山大学大学院保健学研究科

ベビーシッターサービスの意義

1. 社会的背景

20 世紀後半より、女性の社会進出、核家族化や都市化の進展など日本における子どもを取り巻く環境が大きく変化して、いじめや非行、児童虐待、少子化といった問題に対し、家族や地域を視野に入れた対策が求められるようになりました。

かつては両親の周りには祖父母や親戚がいることが多く、地域や近隣が協力してかかわる子育て環境がありました。しかし今や地域、近隣との人間関係が希薄化し、都市部を中心に核家族化が進み、また就労年齢の延長などによって身近に手助けをしてくれる人々が得にくくなった状況があります。時代とともに、家庭や地域社会の養育機能そのものが徐々に低下し、身近に子育てを見聞きすることも、育児について誰かに教わったりすることも難しい状況になってきました。

そのほかに氾濫する情報、マニュアル的な育児と実際の子育てや子どもの姿とのギャップなど、働く母親も家庭で子育てをする母親も共に育児不安に陥るさまざまな要素があります。さらに家庭で育児に専念する母親は、家事労働の変化による「悩む時間」の増大や社会からの孤立感を感じることもあります。最近「イクメン」という父親が育児に参加する傾向も増えています。しかし一方、母親のみが育児の責任者であるという考え方は依然根強いものがあります。

2. 社会的役割

1) ベビーシッターの定義

ベビーシッターとは保護者等の委託を受けてその居宅等において保育サービスを行うものと定義されています。

ベビーシッターサービスでは、インフォームド・チョイス、すなわちサービス提供者側が十分な説明をしたうえで、可能な限り心地よく子育て生活ができるよう援助を行います。援助内容としては、子育てをする人自身（利用者）の選択に委ねることが基本であり、ここが集団保育である保育所・幼稚園との相違点といえます。子育てをする人は、ベビーシッターサービスによって生活の質の確保、すなわちクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を得ることができます。

2) 家庭や地域の養育機能の支援

ベビーシッターは「就労と子育ての両立支援」ばかりでなく「すべての子育ての家庭支援」という観点に立ちそのサービスを提供しています。特に以下のような役割をもっています。

①家庭を訪問し、個別保育を行う

家庭に入って保育を行うベビーシッターは、家庭での育児方針を尊重しながら一人ひとりの子どもの個性や発達に応じた個別保育を行います。

②子育てを伝え、求められたアドバイスをする

ベビーシッターは家族とのコミュニケーションを大切にしながら信頼関係を深め、子育てのアドバイスを求められたらお応えしていく姿勢をもっています。

③保護者にリフレッシュタイムを提供する

専業主婦であっても子育てから一時的に離れる「自由な時間」をもつことによって、自分自身の気持ちを客観的にみつめたり、子どもの気持ちを少し離れた視点から理解したりすることができます。

④子育ての社会化第一歩を担う

出産直後の母親と新生児に対するベビーシッターによる産後ケアは「子育ての社会化」の第一歩です。母親

は子育てが自分一人の肩にかかっているのではなくて、社会に支えられていることを実感できるでしょう。

⑤親でも、先生でもない身近な大人としての役割

現在の子どもたちは、近隣の大人とのふれ合いがほとんどなく、家庭と園・学校・教室などを往復している現状があります。このような時代に「親でも先生でもない」ベビーシッターは、ちょうど近所のおばさん、おねえさんと同じような役割を果たすことができます。

3) 既存の施設型保育の補完

認可保育所は入所資格、利用目的、利用時間などに制限があります。

ベビーシッターは、訪問保育、病児・病後児保育、休日保育、深夜保育、緊急一時保育など保育所に対応しきれない時間に保育することもできます。待機児童が保育所入所を待つ機関に利用することもあるでしょう。送迎保育、同行保育、特に産後ケアなど施設型保育では実施することの不可能な保育も行います。さらに公共施設、企業内の一室、商業施設内での一室（デパート、美容院、レストラン、アミューズメント施設等）、大学・病院内の一室、駅、コンサートホールなどあらゆる場所に指定された日時に出向いて保育を行うことができます。

このように、ベビーシッターは既存の保育所やほかの施設型保育で対応できない多様なニーズに柔軟にこたえる役割を担っています。

4) 保育制度の一翼を担う役割

自治体の行う次世代育成支援行動計画には、ベビーシッターサービスを訪問型保育サービスとして位置づけ組み込まれています。

なかでも東京都世田谷区・渋谷区、神奈川県川崎市、福岡県福岡市などのように、産褥期ヘルパー事業などを当該エリアのベビーシッター会社に委託している自治体もあります。この事業は単に産後の母親の負担を軽減するのみならず、直接家庭に入って母親の心身の状態を把握し、育児不安や虐待を防いだり、育児相談を行ったりする役割も担っています。

また企業による次世代育成支援行動計画にもベビーシッターサービスの提供が含まれています。特に福利厚生代行会社とのタイアップによるベビーシッター割引券制度を実施している企業も増加しております。

2010（平成 22 年）1 月に「子ども・子育て新システム検討会議」が設置され、同年 6 月提出の基本制度案要綱で「すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子どもを大切にする社会、出産、子育て・就労の希望が叶う社会、仕事と家庭の両立支援で、充実した生活ができる社会」の実現が目的とされています。この動向に注目していきたいと考えております。

一時保育、病児保育、低年齢児（新生児）保育、学童保育などさまざまなニーズに柔軟にかかわることのできるベビーシッターサービスは、利用者のニーズ（ド）に基づき、保育サービスを時・場所・機会ともに自在のサービス項目を構築し、その具現化を図る生業であると自負しているとともに、次世代を育成する保育資源として大切な役割を担っていると考えております。

（文責）鈴村忠則 公益社団法人 全国保育サービス協会副会長

株式会社マイスタイル 代表取締役社長

階層により異なる子育て困難を呈している母親

1. はじめに

子育てに疲れた様子の母親に対して「お母さん、大変そうやね」と保育者（幼稚園教諭・保育士を指す）が言葉をかけると、「私、そんなになさけない母親にみえますかっ!!」と母親がとてもきつい口調で保育者をにらんだという。「これまでのかかわり方が通用しない」と保育者たちが漏らすようになった。「『お母さん、おれへん』と小さな子どもがパジャマ姿で泣きながら家の周りをウロウロしている」と、その子どもが通う園に近所の人から電話がかかってきた。後に子どもの母親は友人宅を泊まり歩き、行く先々でシンナーを吸っていたことがわかった。「支援が必要とされる人に支援が届いていない」と保育者たちがため息をつくようになった。子育て支援に携わる保育者が感じるこのような違和感は何に起因しているのか。その要因を探るために、保育者に対して聞き取りを中心として「気になる親」について調査をおこなった。以下では調査の結果を示し、子育て困難を呈している母親に対していかなる支援が必要であるのかについて考える。

2. 保育者の目に映った子育て困難を呈している母親の類型

保育者にとって「気になる親」、つまり保育者にとって子どもとのかかわりに適切さを認めにくい、保育者の目に映った子育て困難を呈している母親は下記の表のように4類型となった。

(表) 保育者の目に映った子育て困難を呈している母親の類型

(作成：井上)

タイプ	社会階層	関心	不安・葛藤	特徴	具体例
A	高い	高い	大きい	高階層で、子育てに対する関心が高く、子育てに対する不安や葛藤が大きい。	「1 から 10 まで保育者にたずねにくる母親」、 「悩んでいないと気がすまない、悩んでいないと不安になる母親」
B	高い	高い	小さい	高階層で、子育てに対する関心が高く、子育てに対する不安や葛藤は小さい。	「子育てについて勉強していて『専門家』の言葉にはとても敏感な母親」、 「子育てについて気になることを伝えると持論を展開して言い返す母親」
C	低い	やや高い	小さい	低階層で、子育てに対する関心はある程度高く、子育てに対する不安や葛藤は小さい。	「子どもの離乳食について改善の様子がみられないので、食生活について尋ねると、おみそ汁の作り方がわからないと答える母親」、 「子どもの着替えを入れるたんすに生乾きの洗濯物を平気で入れる母親」
D	低い	かなり低い	小さい	低階層で、子育てに対する関心がかなり低く、子育てに対する不安や葛藤も小さい。	「つきあっている異性との関係にひきずられて子どもの世話をしない母親」、 「自分のおしゃれにはお金をかけるが子どもの衣類や食事に必要なお金を使わない母親」

1) A タイプ（高階層/関心高/不安・葛藤大）

子育てに対して大きな不安や葛藤を抱いているので子育て困難を呈しているが、子育てに対して高い関心をもつ高階層に属する母親である。母親として頑張ることが強迫観念のようになっている。また、頑張っているがゆえに、思い通りにならない子育てに苛立ちをつのらせている。子育てに対する不安が高じると、子どもが咳をするので病院に連れていくべきかどうかを保育者に判断してもらうために、開園 30 分前から子どもを抱いて寒空の下で保育者を待つというようなことが引き起こされる。

2) B タイプ（高階層/関心高/不安・葛藤小）

子育てに対して高い関心をもち、自らの信念をもって子育てに臨んでいるので子育てに対する不安や葛藤は小さいが、子育て困難を呈している高階層に属する母親である。著名な専門家からは学ぶが、保育の専門家である保育者の助言には全く耳を貸さない。権利意識をふりかざして自己の正当性を主張する。子育てに対する極度の関心から、海外の書物を根拠に 5 歳まで母乳で育てる必要性を主張し、かつ実際に 5 歳まで母乳で対応してもらう権利があると園側に詰め寄るといったようなことが引き起こされる。

3) C タイプ (低階層/関心やや高/不安・葛藤小)

子育てに対して母親としてはそれなりに関心をもち、子育てに対する不安や葛藤は小さいが、子育て困難を呈している低階層に属する母親である。基本的な生活の術を獲得する機会が育ちの過程で奪われているため、保育者の助言に耳を傾けても、それを十分に実行することができない。子育てに対する関心と生活力の不足ということが合わさると、保育者が自宅での離乳食の例としてバナナをつぶして子どもに与えるという話をすると、保育者の助言通りに毎日バナナだけを子どもに与え続けるというようなことが引き起こされる。

4) D タイプ (低階層/関心かなり低/不安・葛藤小)

子育てに対する関心がかなり低いので子育てに対する不安や葛藤もほとんどなく、子育て困難を呈している低階層に属する母親である。子どもが生まれて親になったものの、自分が遊ぶこと、女性として生きることに関心が向いている。親としての役割を遂行していないことに問題を感じていない。母親よりも女性として生きたいという享楽願望が高じると、子どもを連れて男性と一緒に教育的配慮の欠ける場所に行くようなことが引き起こされる。

3. 保育者の目に映った子育て困難を呈している母親の実態と支援のズレ

「はじめに」で述べたような子育て支援に携わる保育者が感じる違和感は何に起因しているのか。結論を先取りすれば、保育者の違和感は、子育て支援で実施されている支援内容が、母親の多様な実態に対応しておらず、支援内容と母親の実態に齟齬が生じた場合に引き起こされているのである。つまり現在、子育て支援として実施されている、①親子交流の場の提供、②相談・援助、③情報提供、④講習などが有効性を発揮できるのは、子育てに対して関心が高く、不安や葛藤が大きい A タイプの母親に対してなのである。

一方、子育てに対して関心が低い、あるいはまた子育てに対して不安や葛藤が小さい母親の場合、①～④のような支援に自ら接点をもつ可能性は低い。現行の子育て支援が有効でないというわけではないが、子育ての支援者は、それらの支援がすべてのタイプの母親にとって有効性を発揮するものではないことに自覚的でなければならない。

4. おわりに

C タイプの母親にとって必要なのは、離乳食を一緒に作ってくれる人なのかもしれない。D タイプの母親にとって必要なのは、計画的にお金を使うことを教えてくれる人なのかもしれない。しかし、このように具体的な目に見える支援以前に必要なことがある。彼女たちに必要なのは、あなたはあなたのままでいいと存在そのものを抱きしめられるという経験である。このことは 4 類型のどの母親にも共通して言えることである。なぜなら、子育てに対する極度の関心の高さや低さ、極度の不安や葛藤の大きさに表れている、子どもをめぐる母親の意識のありようは、母親たちの自分自身を肯定的に受けとめる気もちの希薄さ、つまり、自己肯定感の低さと切り離して語ることはできないからである。子育ての支援者は、子育て困難を呈している母親の表面的な姿にとらわれることなく、その姿の背景をとらえる想像力をもつ必要がある。そして、母親が自己肯定感を回復できるように、母親の存在そのものを受けとめる他者の 1 人として、母親の傍にいたことが望まれるのである。

(文責) 井上寿美 関西福祉大学

子育て広場から見た妊娠中からの切れ目ない支援

1. 現在の子育て状況

少子化や核家族化の進行、地域社会の変化など子育てをめぐる社会的環境が変化し、地域と家庭との結びつきが薄くなっている中で、子育て中の親の孤独感や負担感の増大、子育てに不安を感じたり、子どもとの関わり方に迷いを生じたりする親が増えている。また、親が子どもに関与する時間が増え、過干渉になるというケースもあり、発達の著しい乳幼児期に、子どもの成長にとって適切な環境が与えられにくい状況に置かれていることも多い。それらが児童虐待へとつながることもある。

それらをふまえて、現在では地域の親子が気軽につどえる「地域子育て支援拠点」が各地に設置され、孤立しがちな母親がコミュニティ活動に参加しやすい環境づくりが進んでいる。親が親として育つための支援も求められ、様々な試行も始まっている。

1) 子育て広場への期待

各地域に存在する子育て広場には、地域の支え合い、地域の子育て力を高めていく新しい社会連帯の機能が求められ、虐待予防など、地域のセーフティネットの再構築の役割も期待されている。また、相談や一時預けかり、多胎児や障害児支援等、機能強化のニーズも高い。

2) 量的拡充

平成 22 年度からの後期行動計画では、すべての子育て家庭対策として、積極的位置づけのニーズが有り、設置目標のベビーカで行ける距離(中学校区 1 か所・全国 10,000 か所)への量的拡充にはまだまだ足りない状態となっている。

2. 妊娠中からの切れ目のない子育て支援

当団体が運営する「備前市地域子育て支援拠点わくわくる一む」では、妊娠中から子育て広場との出会いを作るために、「ふれまますろん」を毎月 1 回定期的に実施している。サロンでは、「ふれまますさんの心と身体、おっぱいについて、お産の流れ、赤ちゃん誕生」の 4 つのテーマを順に設定し、助産師の経験を持つスタッフがファシリテーター役になってサロンを進めている。妊娠中に子育てひろばに出会うことによって、出産後まもない時期に子育て広場に参加される親子が多く、子育て不安の軽減に効果が高い。

妊娠中に子育て広場に出会うためのきっかけ作りとして、産婦人科からの情報提供や、母子手帳交付時における保健師からの紹介等の取り組みが子育て広場と出会うケースにつながっている。

(文責) 赤迫康代 NPO 法人 子ども達の環境を考える ひこうせん

「妊娠中から切れ目のない子育て支援をめざして」

1. ぽっかぽかの活動

NPO 法人子育て応援ナビぽっかぽかが展開している「ひろば・ぽっかぽか」は乳幼児とその保護者のつどい「地域子育て支援拠点」です。(1)子育て親子の交流(2)子育て等に関する相談の実施(3)地域の子育て関連の情報提供(4)子育て及び子育て支援に関する講習等の開催などを実施するのが「地域子育て支援拠点」です。

1) 現在の状況

倉敷市立倉敷幼稚園の 2 階にある「ひろば・ぽっかぽか」は 0 歳から就園前の子どもと保護者が毎日 10 組以上利用しています。倉敷駅から徒歩 10 分程度の場所ですが、専用駐車場がないという立地条件から 20

分以上かけてベビーカーで来る人やバスに乗って来る人など手段は違っても、ひろばで子育て仲間に出会えるのを楽しみに集まってきています。家で我が子とだけ向き合っているときには不安でたまらなかった夜泣き等の悩みも、ひろばで他のお母さんたちと話してみると我が子だけでないことがわかったり、解決の糸口になるアドバイスがもらえたりして良かった、という声を聞きます。これはほんの一例で、ひろばで交わされる話題は多種多様なものです。その中で親子とも成長していることを実感しています。ひろばの良さは、専門家の話を聞く機会があるのはもちろんですが、同じ子育て中の親同士で育ちあうところにあるように思います。

公立幼稚園の2階という環境は園庭で遊ぶ園児たちを見ることも多く、子どもの成長課程を実感できるとお母さんたちから好評です。今まではいい子でいた子がひろばで初めて立ったり、歩き始めたりということはよく見られる光景です。

現在、私が子育て支援者として顔の見える関係を心がけているのは、母子担当の保健師さんとの関係です。私たちがひろばでの気づきを相談させてもらうこともあれば、保健師さんが孤立傾向にある親子を「ひろば」につないでくれることもある、双方向の関係ができつつあるように思います。専門家でなければできないこともたくさんありますが、すべてを任せてしまうのではなく、地域子育て支援拠点として活動する私たちが「できること」を担うことで、より多くの親子の支援が可能になると思い活動しています。

2) 将来への展望

今、ひろばでは「赤ちゃんタイム」として0歳の赤ちゃんとお母さんだけの時間を設定しています。非常に人気が高く2ヶ月くらいの赤ちゃんから1歳までの子どもとお母さんがまったり過ごしているのですが、ここに妊婦さんを、と考えています。お母さんたちから、一番不安だったのは、出産後すぐから3ヶ月くらいまでだったという声をよく耳にするからです。

出産するまで赤ちゃんを見たり触れたりするチャンスがない、しかも相談できる人が近くにいないという状況の妊婦さんには出産前には是非ひろばを体験してもらいたいと思います。おやこ手帳を渡すときに保健師さんから、妊婦健診の時に産科や助産院からと、お母さんたちがひろばの情報を得るチャンスを増やすことでひろばへのハードルが低くなり、少しでも早く新米ママと出会えるのではないかと考えています。そうすれば、小さな悩みを大きな悩みにすることなく子育てしてもらえないのではないかと？ 妊娠中から切れ目のない子育て支援こそが、今、子育てしている人たちに必要なのではないかと？ と思います。

そのためには、地域の子育て支援者である私たちが、産科や助産院の方たちと連携させてもらい、私たちにできることにはどんどん取り組んでいかなければならないと思っています。

(文責) 田口陽子 NPO 法人子育て応援ナビぽっかぽか

産科施設から離れた地域では？ 県北の状況から

1. 産科施設から離れた地域の妊娠・出産・育児における、「保護者の現状と課題」

岡山県北東部、鳥取県と兵庫県の境に位置する西栗倉村は、近隣の産科医療機関までの距離が遠く、車で1時間程度かかってしまう。小児科の医療機関についても、診療時間の短さや距離の遠さなど不都合がある。

このような中で、西栗倉村の保護者がもつ「妊娠・出産・育児の課題」を把握するために、村小児科健診時に、保護者にアンケート調査を実施した。その調査結果をもとに、産科施設から離れた地域である西栗倉村

の保護者が、もつ「妊娠・出産・育児の現状と課題」を下記にまとめた。

1) 「産科施設が、遠い」

自宅から産科施設までの距離が遠いことから、保護者は、不安や不便さを常にかけている。そのため、次の不安・意見も併せて出されていた。「妊娠中の定期健診に通うのが大変」「産婦人科は遠いため、冬の出産は、とても不安でした」（凍結・積雪のため、産気付いた時に産科施設までの道中が危険）「産科施設が、近場であればありがたい」

2) 「妊娠中に母親教室があれば、参加したかったです」

妊娠中の母親教室への参加したいにも関わらず参加できなかった親がいた。母親教室があっても、その情報を保護者自身が、見落とししていたと思われる。そのほか、母親教室があることを知っていても、産科施設までの距離の遠さから、参加をあきらめていた保護者もいると考えられた。

3) 「初めての出産（妊娠）の時に、どこの産科施設がよいか、わからなかった」

県北に限らず、初めての妊娠・出産の時は、どこにどんな産科施設があるか、保護者は、わからない。そのため「結局、総合病院の産婦人科へ行ったが…」という意見も出された。「自分に合う施設をもっと多くの選択肢から選びたかった。」という気持ちの表れと考えている。

4) 「小児科が遠い」

出産後の育児のときに、小児科の医療機関の遠さを、保護者は切実に感じている。そのほかにも緊急時の対応など様々な不安・意見が、保護者にはあった。「夜、子どもが病気になったとき、救急医療機関が遠いの困る」「緊急時にどこの医療機関に電話をすればよいのか?」「＃8000（小児救急医療電話相談事業）は夜だけなので、お昼、夕方にも相談できる所がほしい」「小児科の医療機関について、いろいろな情報をほしい」「村診療所の小児科の診察とてもありがたい。もう少し回数があったら…」（村診療所の小児科は、現在、月2回のみ。今以上に回数を増やすには、多くのハードルがある。）

2. 産科施設から離れた地域の妊娠・出産・育児における、「行政からみた現状と課題」

西栗倉村行政では、上記 1、「…保護者の現状と課題」の意見を、普段からよく聞いている。その課題を補うために、現在、保健師と教育委員会が中心になって次のことを行い、保護者の不安や希望に応えようと努力している。

- ・乳児への全戸訪問、幼児への随時の訪問（保健師）
- ・妊娠届や問い合わせ、小児科健診などでのていねいな相談対応（保健師、栄養士、ヘルスボランティア、教育委員会とボランティアによるブックスタート）
- ・託児所とつどいの広場での、体重測定と子育て相談会（保健師、教育委員会）

その中で、行政では、次のことの必要性を切実に感じている。

- ・産科や小児科の専門的な支援を、保護者が身近で受ける仕組み。
→ 例) 市町村の教室等で、産科施設の助産師の方に支援をしていただく機会づくり（母乳ケアの仕方等）。
- ・緊急時、不安時など精神的・肉体的にリスクあるときの対処の仕組み。
→ 例) 産気づいて、助産施設に連絡した時、早めに助産施設に来るよう施設側からアドバイスしてもらう。救急車の臨機応変な対応（搬送先をかかりつけの医療機関にしてもらうなど）
- ・県内県外の産科施設、医療機関の情報の把握と提供

3. 県北の親子のために必要なこと…「連携」

産科施設と小児科の医療機関からの距離の遠さが、上記のような様々な課題を生んでいる。

それら課題の解決に向け連携すべきであり、連携のためには、産科・小児科と市町村行政とが、定期的な話し合いをもち、電話などで随時やりとりできることが必要となる。県北各地域ごと（市町村、又は県民局単位など）に、担当窓口となる産科医師、小児科医師、助産師、看護師にいていただけると、市町村行政は、産科・小児科と連携をもちやすいと考える。

いずれにせよ、「産科、小児科との距離の遠さ」を解決するために、県北の市町村は、産科・小児科の皆様と話し合っていくことが大切である。

（文責）中野治 西栗倉村役場保健福祉課

男性の育児参画

1. 少子社会と男性の育児参画支援

1) 少子対策と男性の育児参画支援

1990（平成 2）年の「1.57 ショック」を契機に、政府は子どもを生み育てやすい環境づくりに向けての対策の検討を始め、1994（平成 6）年の「エンゼルプラン」（今後の子育て支援のための施策の基本的方向について）を皮切りに様々な少子化対策が打ち出されてきた。これらの対策は当初、仕事と子育ての両立支援としての保育対策に傾倒しがちであったが、徐々にその範囲を広げ、その中で、男性の育児参画が取り上げられるようになった。

2004（平成 16）年の「子ども・子育て応援プラン」では、「仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し」を初めて掲げ、希望する者すべてが安心して育児休業等を取得（育児休業取得率の目標：男性 10%、女性 80%）し、男性も家庭でしっかりと子どもに向き合う時間が持てる社会の姿をめざすとした。また、夫の休日の家事・育児時間が長くなるほど第 2 子以降の子どもが生まれる割合が高くなる傾向がみられる（厚生労働省：「第 6 回 21 世紀成年者縦断調査」2009 年）という調査報告は、少子化対策の一環としても、「生活と仕事と子育ての調和（ワークライフバランス）」をすすめる、男性の育児参画を促進する必要性を認識させたといえよう。

2) 「イクメン」とは

「イクメン」は、2006 年に発足した父親団体「イクメンクラブ」が団体名に掲げた育児を積極的にする男性を指す造語であるが、若い世代の共感や社会の関心を呼び、2010 年の流行語大賞にも選ばれている。

2010 年は、改正「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」が施行された年でもある。この改正は、男性労働者の育児休業取得を促進することを主眼としたものであったが、この改正法施行とあわせ、厚生労働省は「イクメンプロジェクト」を開始している。公式サイト（<http://ikumen-project.jp/>）においてイクメン宣言・イクメンサポーター宣言を公開し、シンポジウム等を実施するなど、父親が育児をより積極的に楽しみ、育児休業を取得しやすい社会となるよう社会的気運の醸成を図ることをねらいとしている。

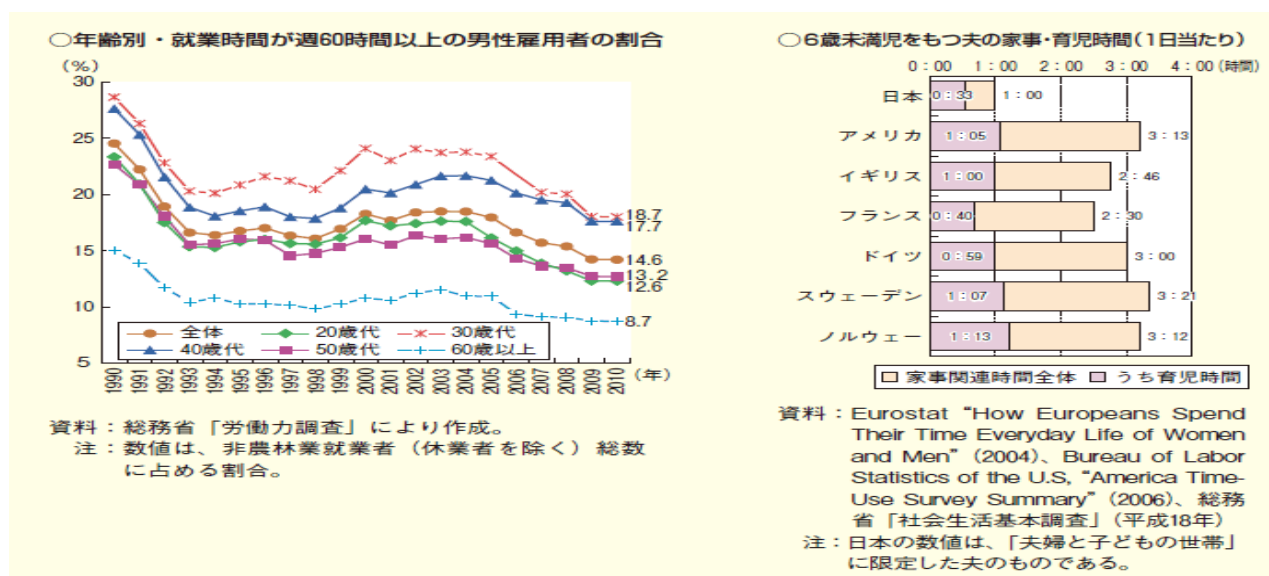
3) 男性の育児参画の現状

しかし、イクメンという言葉が流行するにもかかわらず、男性の育児参画はなかなか進まない。平成 22 年度「雇用均等基本調査」によると、男性の育児休業取得率は 1.38%にとどまっている。また、取得した期間も男性は、「5 日未満」が 35.1%と最も多く、1 か月未満が 8 割を超えている（女性の育児休業期間は、「10

か月～12 か月未満」が 32.4%,「12 か月～18 か月未満」24.7%)。また, 6 歳未満の子どもを持つ夫の育児時間を国際比較してみると, 日本の夫の育児時間は 1 日平均約 30 分程度しかない。家事の時間を加えても, 1 日平均 1 時間程度となっており, 欧米諸国と比べて圧倒的に少なく, 父親の育児参加が進んでおらず, 国際的にみて異常なほどの低水準であることがわかる。この背景には, 子育て期にある 30 代男性の約 5 人に 1 人が週 60 時間以上就業し, 他の年代に比べもっとも高い水準となっていることが指摘できる。(図一1 参照)

(株) ニッセイ基礎研究所の「今後の仕事と家庭の両立支援に関する調査」(2008 年)によると, 育児休業制度や育児のための短時間勤務制度を利用したい男性の割合は 3 割を超えている一方で, 育児休業を取得しにくいとする共働き男性の割合は 86.3%を占める。育児参画を希望する男性の前に, わが国特有の長時間労働や企業風土の問題, 「男は仕事」とする根強いジェンダー規範が立ちはだかっている。イクメンを一過性の流行にすることなく社会に定着させるためには, こうした根本の問題を解決・是正することが不可欠だろう。

図一1



出所：厚生労働省『平成 23 年版 子ども・子育て白書』

2. 育児は男性の権利

1) 成人期の発達課題としての育児

著名な発達心理学者 E.H.エリクソン, R.J.ハヴィガーストは成人期の「発達課題」(developmental tasks : 各年齢段階における心理的・社会的・対人的な課題)として, 子どもが産まれて教育・文化・伝統を継承させるという生殖性(エリクソン)を, 配偶者との生活を学び, 子どもを育てること(ハヴィガースト)を挙げている。

男性が育児にかかわることで, 子どもの成長や, 妻の心理にもよい影響があること, 男性自身も育児体験を通じ変化・発達することを諸般の研究結果が明らかにしている。男性の育児休業利用経験者は, ほかの男性にくらべて仕事も私生活も充実している(脇坂,2010)。近年の父親の文化的イメージは, 子どもの世話に積極的に関与する「養育する父親」であり, 子どもと同様に発達する父親とされている(佐々木,1996)。少子化対策のためではなく, 現代社会においてかけがえのない個人として生きるために, 育児をすることは, 男性の権利なのである。

2) 支援課題

男性の育児にかかわりたいという希望をはぐくみ, 子どもにかかわる知識や技術を伝えるためには, 父親

になる前からの子どもと触れ合う機会、モデルとなる存在との出会いが必要であろう。また、妻の妊娠期には、両輪学級の積極的活用と夫の参加促進、プログラムの工夫が望まれる。

一方、男性の子育て参画を促進するのも抑制あるいは排除するのも女性の側の態度にかかる。女性の側の「母親が子育てを担わなければ」というとらわれを修正し、男女ともに子育てを担うとする気風の形成が必要である。

参考図書・文献

- 1) 内閣府：平成 23 年版子ども・子育て白書。勝美印刷,2011.
- 2) 厚生労働省：平成 22 年度雇用均等基本調査。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-22.html>
- 3) ニッセイ基礎研究所：今後の仕事と家庭の両立支援に関する調査研究報告書。ニッセイ基礎研究所,2008.
- 4) 脇坂明：育児休業が男性の仕事と生活に及ぼす影響。経済論集 47 巻第 1 号。学習院大学,2011 年。
- 5) 佐々木保行：展望 父親の発達研究と家族システム—生涯発達心理学的アプローチ—。教育心理学年報。第 35 集,1996 年。

(文責) 中野菜穂子 岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科

「パパの気持ちを高める～パパスイッチ～」

1. ワークライフバランス

現在の日本の社会では、まだまだお父さんが育児に参加することが難しく、やりたくても時間がない、参加したい気持ちはあってもどうすればいいのかわからないという方も多いようです。お父さんの育児参加はワークライフバランスにも通じ、仕事（ワーク）と生活（ライフ）の調和のことで、仕事や家庭生活、地域生活、個人の自己啓発など、自らの希望に沿った形で、バランスをとりながら展開できる状況のことです。

1) エンジョイお父さんプログラム

日頃お父さん同士で顔を合わせて話すという機会はあまりないことから、これからお父さんになる方から子育て中のお父さんたち約 10 名で行う親学習プログラムがあります。この講座は、養成講座を修了し認定をうけたファシリテーター 2 人が進行する約 2 時間の講座で、父親の役割と子どもの成長について考えたり、休日プランを考えて情報交換したりしながら進んでいく中で、初めて顔を合わせたというお父さん同士も打ちとけ笑顔になり、「他のお父さんと話す機会があってよかった、本当に良い時間を過ごすことができた。」「妻や子どもの話をできるだけ聞くようにしたい、話し合いをしたい。」「妻に休日をプレゼントしたい。」という感想も聞かれました。

このプログラムは、ひろば、子育て支援センター、保育園、事業所、産婦人科病院などで実施しています。

2) パパの参加型活動支援

県内の広場や子育て支援センター、児童館などでは、パパが参加しやすいような活動の日を設けています。最近では、初めはママに強引に誘われてというパパさんもいますが、お父さんの力は無限大で、パパさんならではの企画や活動がどんどん生まれているようです。

当センターでは、普段パパさんの利用も数名はありますが、毎月 1 回土曜日か日曜日に「パパさんもあそぼうよ!」の日を数年前から設け、季節に応じた遊びや活動をパパさんたちと一緒に考え、サッカーが得意な

パパさんたちを中心にしたサッカー教室，うどん作りが得意なパパさんの手作りうどん教室などもししています。

そんな「パパさんとあそぼうよ!」の日ですが，ママさんたちのようには参加数は増えず，地域の中での広がりや定着は安易ではありませんでしたが，地道にこつこつと続けて行くことでしだいに参加も増え，今では意欲的なパパさんたちに支えられています。

2. パパのスイッチ ON

いろんなパパさんとの出会いの中から，とにかくほとんどのお父さんたちは，パパのスイッチを誰かが押してくれるのを待っていて，子育てに参加したい自分も楽しみたいと思っていることが実感できました。これからは，いかに早く誰がどうやってタイミングよくスイッチを ON していけるかで，これから出産するお母さんや赤ちゃん，現在子育て真っ最中のお母さんとお子さんが，家族皆で幸せな時間を過ごしていけるかにかかっていると思います。

このような，お父さんの出番を作ることが「孤育て」を解消し，育児ノイローゼや虐待の予防にもつながるのではないのでしょうか。

(文責) 北條慶子 牛窓ルンビニ子育て支援センター

産科スタッフに知っておいてほしいこと：妊産褥婦のメンタルヘルス

1. 産後うつ病

1) 産後うつ病とは

産後うつ病は，うつ病の症状だけでなく，“産後の肥立ちの悪さ”という身体症状として発現し，症状は多彩で重症化することがある。通常は3-6ヶ月の治療で軽快するが，長期化や繰り返しによって，反復性のうつ病として治療の継続が必要となる場合もみられる。

出産後の女性の10-15%が発症し，時点有病率でみると産後3ヶ月をピークにして，6ヶ月以内では10%以上の高い割合を示していることから，産後長期の経過観察が必要となる。特に，うつ病の既往がある場合には産後うつ病の発症率は25%であり，前回の妊娠で産後うつ病の既往がある場合には再発率は50%と高率に認められることから，発症を予測する最も重要な危険因子はうつ病の既往であるといえる。産後数日から10日ほどに一過性の混乱を伴った軽い抑うつ状態であるマタニティブルーズは出産女性の2-3割に認められるが，このうち5%は産後うつ病に移行すると言われているため，症状が1ヶ月以上持続する場合にも注意が必要である。産後は，周囲の関心が児に集中しやすく女性は“つらさ”を表出しにくい時期であることから，一人の女性として関心を示して日々の生活にある困難さや悩みを聞き，共感しつつ助言をすることで，発症予防や早期発見につながるものと思われる。

2001年「健やか親子21」の中で産後うつ病の発症率減少が目標となり，母子保健行政を中心に，産後うつ病の一次スクリーニングとしてエディンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の活用が行われている(9点以上が高得点群)。EPDSのみで産後うつ病の発症を予測すること難しさを理解し，事後措置を明確にしておくこと，実施後の二次スクリーニングとしての周産期医療・保健スタッフによる面接の実施や精神科医療や精神保健行政との連携を図ることが重要となる。分娩後より持続するうつ状態が1ヶ月以上に及んでいる場合，

希死念慮が認められる場合、症状は軽度であっても生活や育児に支障がみられる場合、可能な支援を行っても状態や問題が改善しない場合には精神科医療等への相談を勧める必要がある。うつ病の場合、精神的な症状よりも“産後の肥立ちの悪さ”を含んだ身体的な症状が前面に認められる場合もある。長期に身体的な不調が持続する場合にも、産後うつ病を疑わなければならない。

2) 症例

Aさんは25歳で結婚をし、2ヶ月ほどで妊娠しました。妊娠経過に問題はなく、分娩や新生児に異常はありませんでした。出産後の1カ月健診の時、待っている間に抱えている子供の顔を見ることも少なく、ぼんやりとした表情で座っています。声をかけると、「体が思うように動かず子供が泣いてもどうしていいかわからない。子供を虐待してしまうのじゃないかと不安なのです」と話します。心配した助産師は話を聞くことにしました。

赤ちゃんを預けてもらい、Aさんを個室に案内しました。最初は涙を流しながら、なかなか話ができませんでしたが、時間をかけて聞いているうちに、自分から少しずつ話せるようになりました。Aさんに抑うつ症状を確認するための質問票としてEPDSへの記入を促したところ、EPDSの結果は12点。気分が落ち込み、家事にも育児にもやる気がでない状態がずっと続いていると言います。テレビをつけてもうっとうしく、布団から出るのも億劫な状態です。夫は休みには家事や育児を手伝ってくれるが、昼間は一人で育児をしなければならず、どうしていいかわからなくなると子供を投げ出したくなると泣きながら語りました。産後には“うつ”の症状が起きやすいことを説明し、検査の結果からうつ病の可能性も考えられることを話しました。受診を勧めましたが躊躇する様子があったため、夫を交えてもう一度相談と説明を行い、夫と一緒に精神科を受診することになりました。精神科では、Aさんは産後うつ病の診断を受けて、抗うつ薬を服用することになりました。過去のエピソードを聞くと、妊娠前から月経前にはイライラしたり、落ち込んだりすることがあったり、妊娠中にも同様な症状で家事ができない時もあったと言います。夫と一緒に通院を続けながら服薬を行い、抑うつ症状は改善していきました。子供が1歳になる頃には、数ヶ月に一度、月経前に2-3日家事ができなくなってしまうこともありましたが、夫が家事、育児に協力することで症状の改善を待つことができる状態になりました。29歳の時、第2子を妊娠したことをきっかけに服薬を中止することになりましたが、妊娠中も通院を継続しながら、以前、受診を勧めた助産師の訪問を受けています。

2. 面接対応のポイント

産後うつ病が疑われた場合、まず、プライバシーが守られた部屋で女性が話しやすい環境を作ることが大切である。そして、一次スクリーニングとしてエディンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)を活用したり、Two question法（以下の質問）を行ったりしながら、過去の既往や日常の生活背景、症状、母子関係などについて傾聴していくことになる。

<Two question法>

- ・過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？
- ・過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？

初回の面接の最初に答えにくい質問を行うと、症状のために十分な育児ができていないという自責感のある母親は自分が責められているとの認識をしてしまう場合がある。体調や睡眠、食欲など比較的答えやすいことから面接は始めていき、相手の緊張が軽減するのを待って、EPDSを実施し、得点の高かった項目を取り上げて症状や生活、育児への支障の程度を確認していくとよい。

ここでは、面接を行う上でのポイントをいくつかあげてみる。

1. 女性が何に困っているのか、それはどんな場面でどの程度（毎日なのか、一日中なのかなど）おきていて、生活にどのような支障をきたしているのかを聞く
2. 困っていることに対して、本人が努力していることや工夫することで上手くできていることについても質問を行い、それを支持して共感の気持ちを伝える
3. その上で、助言できる点を探して、本人の状態に合わせて情報提供や提案をしていく
 - ・緊急性と重要性を基準に、優先順位が高いと思われることを取り上げる
 - ・提案する際には、実行可能な目標になるように、できそうなことをご本人に考えてもらってもよい
4. ご本人の周りの状況についても、支援者（家族）の存在、家族との関係、実際にどのような支援を得ているかを具体的に聞いていく
5. 支援者（家族）の中でのキーパーソンは誰なのかを把握しておく
6. 本人からの情報では判断に迷う時には、支援者（家族）からも話を聞きたいことを伝え、同意を得た上で情報収集する
7. 希死念慮が強い場合、母子関係に問題がある場合、精神科受診が必要と判断した場合など、重要な説明をする際には家族、キーパーソンの同席で行う
8. 情報提供については一度に多くを行わず、紙に書くなどしながら相手の理解を確認しながら行う
9. 面接の終わりには、言い忘れたことや聞きたいことはないかを改めて確認する
10. 助言や情報提供に従っても上手くいかない場合も想定して、ご本人から連絡を受ける場合の窓口連絡先とこちらから連絡することへの了解、次の面談日時や緊急時の対処法などを明確に伝えておく

参考図書・文献

- 1) 宮岡佳子：産褥期のうつ状態の早期発見と対応．精神科治療学．24(5): 575-580, 2009.
- 2) 岡野禎治：産後うつ病と育児支援．精神神経学雑誌．111(4): 432-439, 2009.

（文責）近藤恭子 （財）淳風会 柳川診療所・柳川メンタルクリニック

NICUにおける社会的ハイリスク親子 1

1. はじめに

NICU(新生児集中治療室)には病的新生児・早産低出生体重児などが入院する．社会的リスクのために病的新生児を出産したり，早産になることがある．一方，出生した新生児が入院したことをきっかけに家族間に様々な問題点が浮き彫りになることもあり得る．NICU 内では単に新生児の医療を行うだけでなく，児の両親・家族との関係に包括的に関わっていく必要がある．

1) 社会的ハイリスク親子

- 若年妊娠の場合
- 未婚でパートナーとの間が上手くいっていない場合，児の入院をきっかけにパートナーとより疎遠になる傾向がある．入院時の重症度が高く何らかの後障害が予想される場合や先天異常を持つ場合には特に注意が必要である．

- 経済的に困っている場合
- 親族がおらず孤独である場合
- 外国人であり言語的文化的に不安を感じている場合
- コミュニケーション力に問題がある場合
- 高齢・高学歴であり出産・子育てに対しての固定観念が強い場合
- その他

2) 母体に何らかの疾患がある場合

- 母体糖尿病・甲状腺疾患・自己免疫性疾患（膠原病など）合併妊娠が増えている。
- 腎移植後妊娠
- 母体悪性疾患
- 精神疾患（次項、NICUにおける社会的ハイリスク親子2参照）
- その他

上記のような場合 MSW、臨床心理士、地域保健師、母体疾患の専門家等と早期より連絡を取りチームとして治療から退院、退院後の子育てまでに対処することが望ましい。実際には出産がトリガーになるので NICU スタッフは自分たちだけで解決しようとせず、状況に応じて適切にチームを作っていくことも必要である。

2. NICU 内で配慮すべきこと・問題点

原則としてできる限り早期より母子および父（パートナー）と児の接触時間を確保する。児に対して否定的・拒否的態度を表現しても原則として傾聴しながらベッドサイドへ案内しケアへの参加を促す。

動物や鳥類では生まれて最初に見たものを親だと思いう習性があり、これは養育者の側からの視点でも同様であり、インプリンティング（刷り込み現象）という。カンガルーマザーケアなどを勧めるのもよい。状態が悪く抱っこなどができない場合には、搾乳した母乳を児の口に入れるなど可能な範囲でケアに参加してもらうのがよい。母乳で育てることを積極的に勧めることは母子の接触拡大・愛着形成に不可欠である。

母体疾患があり、服薬していてもほとんどの薬で授乳する利点の方が大きいので、添付文書情報のみでなく適切な情報より判断し授乳する。精神疾患の場合には特に注意が必要である（次項参照）。

もともと抱えている社会的ハイリスクに加えて、入院児の状態が重症であったり、先天異常がある場合に虐待等のリスクなどが上がることが知られているので、重症であればあるほど母児の接触を確保するよう努力する。

参考図書・文献

- 1) 橋本 洋子：NICU とこころのケア 第2版一家族のこころによりそって。メディカ出版、大阪、2011。
- 2) 伊藤真也、村島温子編：薬物治療コンサルテーション 妊娠と授乳、南山堂、東京、2010。

（文責）中村信 独立行政法人岡山医療センター新生児科

NICU における社会的ハイリスク親子2

1. はじめに

NICU に入院が必要な児の母親の中には、様々な合併症を持つ女性も少なくない。また、合併症のために母親が内服した薬剤が児に影響を与える可能性もあり注意が必要な場合がある。今回は、合併症のために内

服する薬剤のうち、特に精神・神経疾患に対する薬剤について、出生後の児における留意事項や母子への配慮について述べる。

2. 出生後の児への影響

1) 新生児薬物離脱症候群

欧米では、ヘロインなどの麻薬常用妊婦から出生した新生児の薬物離脱症状についての詳細な報告が多くみられるが、日本では麻薬常用者よりも、抗てんかん薬や精神神経作用薬を内服していた妊婦から出生した児における新生児薬物離脱症候群が問題になることが多い。この症候群を発症しうる非麻薬性の薬剤を表 1 に示す。

新生児薬物離脱症候群は、母親が離脱症状を呈する薬物や嗜好品を妊娠中に摂取し、児が出生後に一旦鎮静あるいは正常な時期を経た後に中枢神経系、消化器系や自律神経系の症状を呈するものである。重症例では痙攣や無呼吸を生じる場合もあるので、リスク児を早期発見するためには、母親が妊娠中に服用していた薬物や嗜好品を問診により聴取することが重要である。また、発症リスクのある児に対しては、出生後に経時的にチェックリストにスコア化して児の状況を把握していくことで、適切な時期に治療開始することが可能になる。スコア化の方法にはいくつか知られたものがあるが、簡便で臨床で使いやすい磯部らのスコアを表 2 に紹介する。最近では、塩酸パロキセチン水和物などの選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)による発症例の報告が多くなされ注意が必要である。本邦では、平成 22 年に厚生労働省からマニュアル（文献 1）が発表されており、治療や対応の参考になるであろう。

2) その他の留意事項

抗てんかん薬の中には、ビタミン K 阻害作用を持つものがあり、出生後の児にビタミン K 欠乏性出血症が発症する可能性がある。そのため、ビタミン K 阻害作用を持つカルバマゼピン、フェニトイン、フェノバルビタール、プリミドンなどの抗てんかん薬や抗凝血薬（ワーファリンなど）、抗結核薬（リファンピシンなど）を内服していた場合には、出生後すぐに児にビタミン K2 製剤を静注することが推奨されている（詳細は文献 2 を参照）。

3. 授乳と薬剤の影響

精神・神経系に作用する薬剤を内服している場合には、妊娠中から授乳の中止を医療者から提案されることも多い。一方、厚生労働省の「授乳・離乳の支援ガイド」によると、日本では 96%の女性が母乳育児を望んでいるという。母親が服用した薬剤は母乳を介して児に移行する可能性があるが、一般的には乳児が母乳を介して摂取する薬剤量が母親への投与量の 10%以下ならば乳児には安全と考えられている。実際には、多くの薬剤は母親が摂取した薬剤量の 1%以下しか母乳中に分泌されないため、薬物療法と母乳育児は両立可能である。しかし、母親が薬の影響を心配して断乳をしたり、服薬を自己中止したりといったこともよくみられるので、授乳と薬剤については、適切な薬剤情報を提供して十分な説明を行った上で母親自身が選択することが重要である。できれば家族とともに時間をかけて説明を行い、母乳育児を希望する母親が安心して授乳を継続できる環境を整えることが理想的である。母親が精神・神経系薬剤を内服しながら母乳で育てる選択をした場合には、哺乳不良、易刺激性、傾眠傾向などの乳児の状況や母親の状況（養育が可能かなど）を継続して観察する。（詳細については文献 3-5 やアメリカ国立衛生研究所の薬剤の乳汁移行に関するデータベース：<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> を参照）。

表 1 新生児薬物離脱症候群を発症する可能性のある麻薬以外の主な母体投与薬剤および嗜好品等（文献 1）

1. 催眠・鎮痛剤
1) バルビツール系薬物：バルビタール，フェノバルビタール，アモバルビタール，ペントバルビタールなど
2) 非バルビツール系薬物：フルニトラゼパム，ニトラゼパム，プロモバレリル尿素
2. 抗てんかん薬：フェノバルビタール，フェニトイン，カルバマゼピン，バルプロ酸ナトリウム
3. 抗不安薬：クロルジアゼポキシド，ジアゼパム，メダゼパム
4. 向精神病薬：クロルプロマジン，ブロムペリドール
5. 抗うつ薬：ノリトリプチリン，イミプラミン，クロミプラミン，フルボキサミン，塩酸パロキセチン水和物，塩酸セルトラリン
6. 非麻薬性鎮痛薬：ペンタゾシン 7. 気管支拡張薬：テオフィリン 8. 嗜好品：アルコール，カフェイン

表 2 新生児薬物離脱症候群のチェックリスト（磯部ら，1996．文献 1）

症状と所見	点数	症状と所見	点数
A. 中枢神経系		B. 消化器系	
傾眠	1	下痢	2
筋緊張低下	1	嘔吐	2
筋緊張の増加	1	哺乳不良	2
不安興奮状態*	3	C. 自律神経系	
安静時の振せん	3	多呼吸	1
興奮時の振せん	2	多汗	1
易刺激性**	2	発熱	1
けいれん	5	D. その他***	1
無呼吸発作	5		

注：バイタルサインを記録する以外でも症状があれば項目にチェックする．*：睡眠障害，哺乳後の啼泣，泣き続けること．**：モロー反射の増強を含む．***：その他の症状として，頻回の欠伸，表皮剥離（鼻，膝，踵）および徐脈などに注意．治療：8 点以上で治療することが多いが，それ以下でもけいれん，無呼吸の頻発や母親の育児困難症状により治療を適応することがある．

参考図書・文献

- 1) 厚生労働省：「重篤副作用疾患別対応マニュアル 新生児薬物離脱症候群」
www.info.pmda.go.jp/juutoku/file/jfm1003004.pdf （2012 年 3 月ダウンロード）
- 2) 日本小児科学会新生児委員会：「新生児・乳児ビタミン K 出血症に対するビタミン K 製剤投与の改訂ガイドライン（修正版）www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_110131.pdf （2012 年 3 月ダウンロード）
- 3) 水野克巳：母乳と薬．南山堂，東京，2009
- 4) Hale TW：Medication and Mothers' Milk 14th ed. Hale Publishing, Texas, 2010. （2 年毎に改訂）
- 5) 田中奈美：産後うつ病の母乳育児．マタニティサイクルとメンタルヘルス，久米美代子・堀口文編著，医師薬出版株式会社，東京，2012

産科スタッフに知っておいてほしいこと：県行政から

1. 岡山県の妊産婦の状況

1) 母子保健統計から

本県の合計特殊出生率は、全国の推移と同様に低下の一途をたどっていましたが、平成 17 年をピークに、その後、上向き傾向にあります。しかし、出生数は減少傾向にあり、この出生数の減少が、家庭内でのきょうだい間での育ちあいや、地域での集団遊びの減少の一要因にもなっています。

また、本県の周産期死亡率については、周産期医療や母子保健事業の充実等によって経年的には低下してきています。さらなる向上を目指し、胎児発育不全や多胎妊娠の管理、胎動異常への対応、リスク評価等、産婦人科診療ガイドライン産科編(最新版)に則った診療等、確実な妊娠・出産の管理が求められています。

図 1 出生数と合計特殊出生率の推移

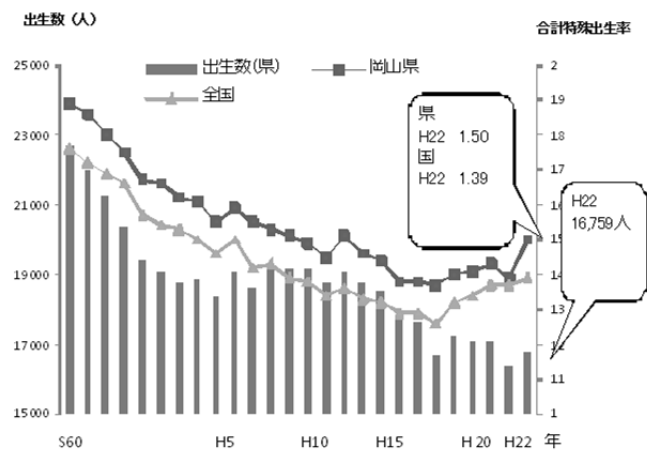


図 2 周産期死亡率の推移

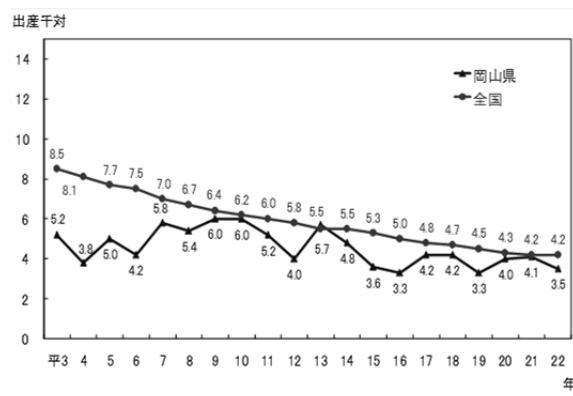
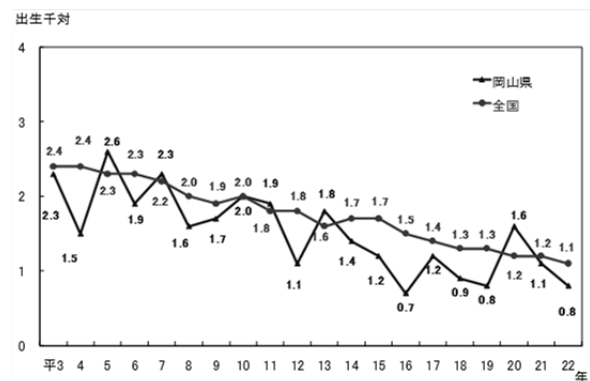


図 3 新生児死亡率の推移



さらに、県では、妊娠・出産の安全性の向上のため、妊婦が妊娠初期から必要な母子保健サービスを受けることができるよう、11 週までの妊娠届出を推奨しています。届出後の妊娠経過や子育てについて、適切に保健指導につなぐため、市町村窓口での妊娠届出時の面接を徹底することが重要です。

平成 23 年 7 月「子ども虐待による死亡事例等の検証結果」(第 7 次報告)においても、特に、10 代を中心とする未婚初産婦については、妊娠や出産に関する知識に乏しく、相談相手がいけないという特徴があることから、相談体制の充実を提言しており、市町村における母子手帳交付時や出生届受理時の面接の充実をはじめ、産科機関との連携による相談対応の充実が重要となっています。

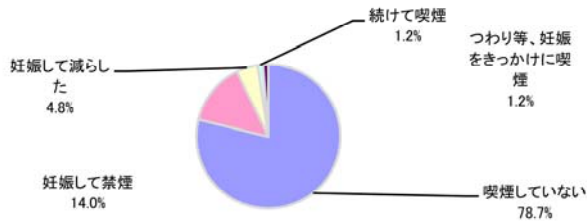
表 1 11 週以下での妊娠届出率

H12 年	H16 年	H22 年
69.9%	68.0%	92.3%

出典：岡山の母子保健（H22 年版）

2)妊娠中の喫煙・飲酒の状況から

図 4 妊娠中の喫煙



(出典：H22 年妊娠・出産・育児の実態調査)

「妊娠・出産・育児に関する実態調査」(H22 年 3 月)によると、7.2%の妊婦に、妊娠中も喫煙している実態があり、中には「妊娠を期に喫煙を開始した」例も見られました。妊娠中の喫煙は、低体重のリスクになることから妊娠前の禁煙教育が重要です。

表 2 妊娠中の飲酒

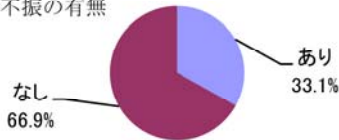
H19 年	H21 年
12.0%	9.1%

出典：H22 年 妊娠・出産・育児の実態調査

また、妊娠中の飲酒についても、妊婦の 9.1%に妊娠中も飲酒している実態が見られました。飲酒は胎児アルコール症候群等のリスク因子と考えられているため、10 代からの飲酒対策を含め、妊娠中の禁酒指導が必要です。

3)妊娠・出産・育児の状況から

図5 産後の不安・いらいら・不眠・食欲不振の有無



(出典：H22 年妊娠・出産・育児の実態調査)

出産後、1 か月を過ぎた頃より、気分が落ち込み、不安・いらいら・不眠・食欲不振等、体調が優れない者の割合が 33.1%も見られました。産後の保健指導に EPDS 尺度等の活用を普及するとともに、妊産婦が適切に対処できるよう支援が必要です。

表 3 子育てに自信が持てない母親の割合

	国 (H21) *1	本県 (H21) *2
子どもが乳児期	17.6%	21.4%
〃 1 歳 6 カ月	24.9%	29.1%
〃 3 歳	26.0%	34.1%

出典：*1H21「健やか親子を推進するための母子保健情報
の利活用に関する研究」

*2H22 年妊娠・出産・育児の実態調査

また、子育てに自信が持てない母親の割合は、乳児期から 3 歳まで平均して 3 割近くに及んでおり、この割合は、子どもの年齢が上がるほど増加する傾向にあります。子どもの成長に合わせた子育て情報の提供や支援が必要となります。

2. 「改訂版 後期・新世紀おかやま母子保健計画」におけるハイリスク妊産婦支援

岡山県では、本県の母子保健統計や妊娠・出産・育児の実態を踏まえ、「結婚や子育てに夢が抱け、子どもを持ちたい人が安心して子どもを持ち、子育てを楽しむことができる地域・社会の実現を目指し、現在、「改訂版 後期・新世紀おかやま母子保健計画(2011 年～2014 年)」を推進しています。本計画には、特に、ハイリスク妊産婦の支援に関しても記載しており、今後、県が市町村、学校、ボランティア等と連携しながら母子保健水準の向上に向け、目指す方向性や具体的取組について明記しています。

3. 岡山県における妊娠中からの切れ目ない支援（産科と地域保健の連携）

子ども虐待の予防のため、本県では、従来からハイリスク妊産婦連絡票（産科医療機関→保健所）を活用してきた経緯がありましたが、医療的ハイリスク情報については、全数、市町村へ情報提供いただけること

を期待し、平成 22 年度に診療情報提供書（医療的ハイリスク妊産婦の市町村への情報提供書）としての改定を行いました。

また、社会的ハイリスク情報については、岡山県産婦人科医会が実施する「産科」から「地域」への切れ目のない支援を目指した「妊娠中からの気になる母子支援連絡票」に協力することとしました。これにより、社会的ハイリスク妊産婦の情報提供についても、同意*のあるケースについては、保健所を経由し市町村に情報が届く仕組みとなっています。これらの取組を併せて、医療的及び社会的観点の両面からハイリスク妊産婦を支援する『産科発の子育て支援システム』として整えたところです。

このシステムにより、気になる妊産婦の情報が漏れなく切れ目なく共有され、必要な支援がタイムリーに開始され有機的な支援システムへと発展していくことを期待しています。

*注) ただし、「虐待」や「DV」については、同意がなくても関係機関へ通告等を行うこと となっています。また、厚生労働省通知により、養育支援を必要とするハイリスク妊産婦等については、情報提供についての同意がなくても、地域ネットワーク(要保護児童対策地域協議会)の求めがあった場合や、医療機関等が自らそれに加わっている場合においては、情報提供が可能である規定となっています。

<参考>

- ・「改訂版 後期・新世紀おかやま母子保健計画」

岡山県 HP → <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-92111.html>

- ・「岡山県版ハイリスク妊産婦連絡票(診療情報提供書)」

岡山県 HP → <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-84146.html>

・平成 23 年 7 月 27 日付け、厚労省雇用均等・児童家庭局総務課長及び母子保健課長、雇児総第 0727 第 4 号・雇児母発 0727 第 3 号、「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療福祉の連携体制について」

(文責) 水嶋明子 岡山県保健福祉部健康推進課母子・歯科保健班

産科スタッフに知っておいて欲しいこと ～児童相談所から～

1. 乳児院入所事例の状況について

1) 目的と方法

母子保健を中心とした児童虐待予防活動の必要性を明確にするため、平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 9 月 30 日中に措置した乳児院入所事例をもとに乳児院入所に影響した要因を分析した。

2) 結果

22 名の児童 (21 世帯) を分析した。男児 11 名、女児 11 名で、1 歳未満は 13 名、1 才以上は 9 名であった。虐待の種別として多かったのは、ネグレクト 19 名 (86%) であった。また、支援レベルとしては 3 と 4 がいずれも 10 名 (45%) と多かった。母子家庭は 11 件 (50%) と半数あった。妊娠については、未婚妊娠 8 名 (36%) だった。子ども側の要因として、発達の問題がある児は 6 名 (27%)、保護者側の要因として精神・知的障害のある親は 10 件 (45%)、反社会的行動ある親は 7 件 (32%)、親の被虐待歴あり 5 件 (23%) であった。養育の問題として「育児不安・負担あり」と「育児能力の問題あり」はいずれも 15 件 (68%) で、生活の問題として「経済苦あり」は 16 件 (73%) と多かった。DV ありは 2 件 (9%) だった。出産前からの相

談は4件（18%）であった。

3) 課題

分析結果から、①思春期保健対策の充実 ②周産期医療との連携 ③母子保健と精神保健との連携 ④生活保護担当部所と女性相談所との連携の4つの課題が見えてきた。

2. 産科医療施設との連携について

1) 母の訴えと本音

母は子どもが産まれるまでは、不安と心配が募り「自分は育てられない」と訴える。しかし、子どもが産まれてから、子どもの顔を見、母乳を与える中で何とか自分で育てていきたい、頑張りたいと考えは始める。このような揺れ動く母の気持ちを詳しく聞くことが大切である。

2) 家族調整

母子の入院中の家族の面会や面接を通して、母の養育能力はどうか、家族のサポート体制はどうかについて、十分把握しておきたい。

3) 事例検討会議

出産前及び出産後すぐに通告があった事例について、母子の退院前の事例検討会に参加している。産科医療施設をはじめ、保健所・市町村保健師、産褥ヘルパー、生活保護担当、保育担当、児童相談所等事例に関係する必要なメンバーが参集し、母や家族の情報共有、在宅における子育て支援について検討している。この事例検討会は関係機関の役割の相互理解や情報共有を図るために非常に有効であると考えられる。

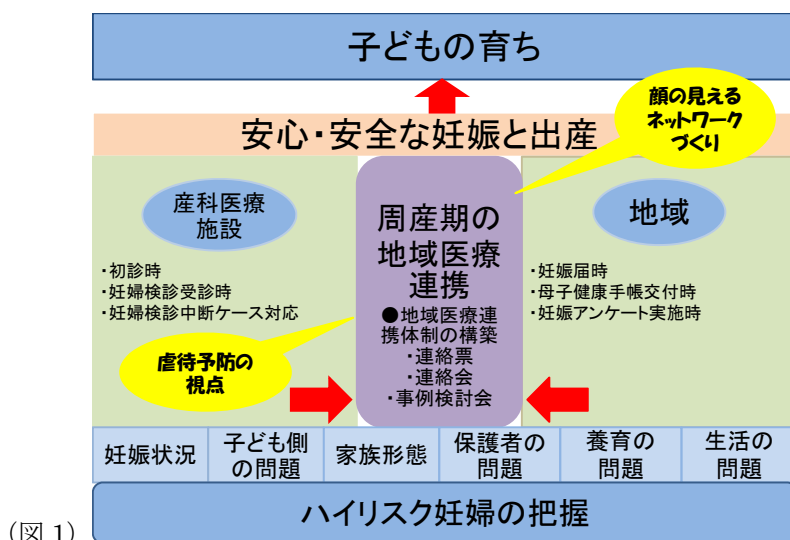
4) 市町村要保護児童対策地域協議会と児童相談所

市町村は要保護児童対策地域協議会を置き、児童虐待相談の窓口機能を持っている。乳児家庭全戸訪問事業や養育支援訪問事業等は市町村が実施し児童虐待予防に努めている。児童相談所は、相談機能、一時保護機能、措置機能、市町村援助機能等を持っている。

3. まとめ

虐待対応事例から、関係機関との連携がスムーズな事例は、母子への効果的な支援が提供されていると感じた。関係機関の役割や機能を確認しながら、妊娠期から産後まで地域でつなぐ母子の支援が重要と考える。

今後も虐待予防の視点をもって、顔の見えるネットワークづくりに努めるとともに、地域医療連携体制の構築を図っていく必要がある。（図1）



（図1）

[参考文献]

1) 榊原文：乳幼児入所ケースからの分析児童虐待予防活動に期待すること．保健師ジャーナル vol.66.No.7,P647,2010

(文責) 平田敦子 倉敷児相相談所

「そのままの”あなた”を聴かせて…」

1. はじめに…

命に関わる現場で、治療のために「救済＝レスキュー」は当然必要なことだ。それは専門職として当然の働きだ。けれども、「救済」でなく「支援」を！と言われることも少なくない。では、「支援」とはいったいどういうことを言うのだろうか？

「支援とは、相手が必要としている時に、必要なものを手渡すこと、必要がなくなれば手を引っこめること」などとも言われるが、果たして日常のかかわりの中でそれができているだろうか？ 私たち支援者はつい「こうした方がいい!」「これはこうすべき!」との想いや考えを押し付け、目の前にいる人の想いや考えを軽く扱ってはいないだろうか？ 自戒を込めてそのことについて書かせてもらおうと思う。

2. 「そのままのあなたではダメ??」

あなたは自分のことが好きですか？ 日本の中学1年生の7割が、自分のことを好きではないと答える現状がある。生まれたばかりの赤ちゃんや乳幼児が、自分のことを好きではないと思っているだろうか？ 当然、自分中心の世界をニコニコと生きている。それが、10年ぐらいたつと「自分のことを好きではない」となるのは、なぜだろうか？「比較」「否定」「評価」などの外的抑圧によって、「そのままのあなたではダメ!」というマイナスのメッセージがシャワーのように浴びせられていく中で、主語があなたから私へと変わっていく。「どうせ私なんて…僕なんて…」と。そして、その積み重ねの中で自分のことが好きではない、と答えることとなっていく。

もし、私たちも「そのままではダメ!」「もっとしっかり!」「まだ、がんばれる!」と、毎日毎日言われ続けたらどうだろうか？ 同じように、自分を信じることができなくなり、とても苦しい日々を過ごすことになるのではないだろうか？

虐待やDV、いじめ等々、暴力は人を無力化する。暴力が伝えるメッセージは外的抑圧と同じである。そして、暴力の中にいると、自分という存在のかけがえのなさがわからなくなる。虐待など暴力の環境下に居た人が、「自分なんてどうでもいい!」と自暴自棄な行動をしたり、「放っておいて!」と言いながらも「どうせ、私のことなんかどうでもいいんだよね!」と突き放したり、「この人はどこまで向き合ってくれるのか、ここまでは大丈夫?これでも大丈夫?」という試し行動になったりすることはよくあることだ。真剣に向き合えば向き合うほど、いったいどうすれば??とってしまう。そういった人たちに本当に必要な支援はなんだろうか？

それはきっと、「そのままではダメだ!」「あなたはできるはず!」「そんな甘えたことを言っていないで!」などという言葉ではないはずだ。

3. 「そのままのあなたで!」

では、逆にどう声をかけられたら、うれしいだろう？

虐待の連鎖は、意外に少なく 3 割と言われる。7 割の人は虐待を連鎖しない生き方を選ぶ。その分かれ道に必要なことは、①その人の話を聴く人の存在 ②話を信じてもらえた経験 ③日常のケアがあること、と言われる。まずは、その人の話を信じて聴くことから始まる。

逆に、虐待をしてしまう人の子ども時代を振り返れば、7 割の人に被虐待経験があるという。子ども時代愛された経験がなければ、大切にされた経験がなければ、どう人に関わっていけばいいのかわからない。わが子であったとしてもそれはわからない。どんなに泣いても叫んでも、適切な関わりをされた経験がなければ、どう関わればいいのかかわからない人がいてもおかしくない。そして、その人が人を信じることができない想いを抱えていたとしてもおかしくはない。そんな人たちの本当の願いは、「私を大切にしてください!」「私を愛してください!」なんだろうと思う。それは、無条件に愛されるという人としての最初で最も欲しい愛着の関係を探しているようにも思える。

では、実際にどう聴いていくのか。それは、いわゆる「傾聴」「受容」「共感」といわれる「聴き方」だ。

たとえば、「それだけの経験の中で、よくやって来たね」「そんなふうに思っていたのね」「がんばってるね!」などと言われたらどうだろう? ホッと安心して、がんばってみようかな、やってみようかなと思えるのではないだろうか。そんな安心できる温かな言葉を伝えたい。

時に、「こうした方がいい!」と言いたくなる時がある。良かれと思ってやっても、そんな時の多くは、自分の価値観の中で「普通、こうするでしょう!」と、相手を非難したり否定したりしている時ではないだろうか。その思いを、ちょっと脇に置いて、まずは、目の前の人はどう思い、考えているのかを聴こう! 本音が語れる場、SOS が出せる場、弱音がはける場の存在が、その人を支え、孤立を防いでいく。「そうせざるを得なかったんだよね」と受け取っていくこと、繋がっていくことが虐待を予防していく大きな力となる。そして、当事者が何に困り、どうしていきいたいのかを聴いていくことが「支援」のスタートとなる。その時に「普通は…」という考えがあると、相手の「そのまま」を受け取る邪魔になってしまう。私たちは、自分の生きてきた経験の中での「普通」を、社会共通のものとして「一般」化してしまうことがある。それは、ある意味当然のことだ。誰もが、その人でなければできなかった人生を歩いて来た結果なのだから…けれども、人を「支援」していく時には、その「普通」という思いが邪魔になってしまう。

「うん、うん、と口を挟まず聴いて欲しい」「アドバイスが欲しい時もあるけれど、辛い気持ちや私なりに頑張っていることを認めてほしい」「そのまんまを受け取ってほしい」とは、出会ってきた多くの人たちの言葉だ。「そのままのあなたでいいよ!」そう認めてくれる人が一人でも居たら、私たちは安心して歩いていける。そんな関わりをしていきたいと思う。その人がその人の人生を決断し、生きていけるようにそんな関わりができればと願う。私たち自身もそんな聴き方をしてもらえたら、しんどい現場でも「そうは言っても またがんばろうかな!」と思えているのではないだろうか。

その人の「そのまま」を否定も肯定もせず、まず受け取りたい。良いとか悪いとか評価せず向き合いたい。そして、その関係性の中で「安心感」を感じることができれば…、悩みや困り感を話すことができれば…、新しい未来が見えてくる。そこからが、本当の意味での「支援」となっていくのだろう。

だからこそ、そのためにも…「あなたはあなたのままでいいよ」という安心感を伝えたい。

そして、「そのままの“あなた”を聴かせて!」と。

一人でも多くの人に繋がることができ、支援が届くことを願って…

子ども虐待防止対策

子ども虐待の定義

【身体的虐待】殴る，ける，投げ落とす，激しく揺さぶる，やけどを負わせる，溺れさせるなど

【性的虐待】性的行為の強要、性器や性交を見せる，ポルノグラフィの被写体にするなど

【ネグレクト】家に閉じこめる，食事を与えない，ひどく不潔にする，自動車の中に放置する，保護者以外の同居人による虐待を放置することなど

【心理的虐待】言葉による脅し，無視，きょうだい間での差別的取扱い，子どもの目の前でドメスティック・バイオレンスを行うことなど

子ども虐待防止対策の基本的な考え方

子ども虐待防止対策の目標は，虐待という重大な権利侵害から子どもを守り，子どもが心身ともに健全に成長を支援することにあります。早期発見・早期対応のみならず，発生予防から虐待を受けた子どもの自立にいたるまでの各段階において，多様な関係機関による切れ目のない支援体制が必要です。

子どもの虐待はなぜ起こるのか

子ども虐待は，身体的，精神的，社会的，経済的等の要因が複雑に絡み合って起こると考えられています。

虐待かなと思ったら

虐待を受けたと思われる（疑いを含む）子どもを発見したら，市町村，福祉事務所若しくは児童相談所に連絡（通告）してください。

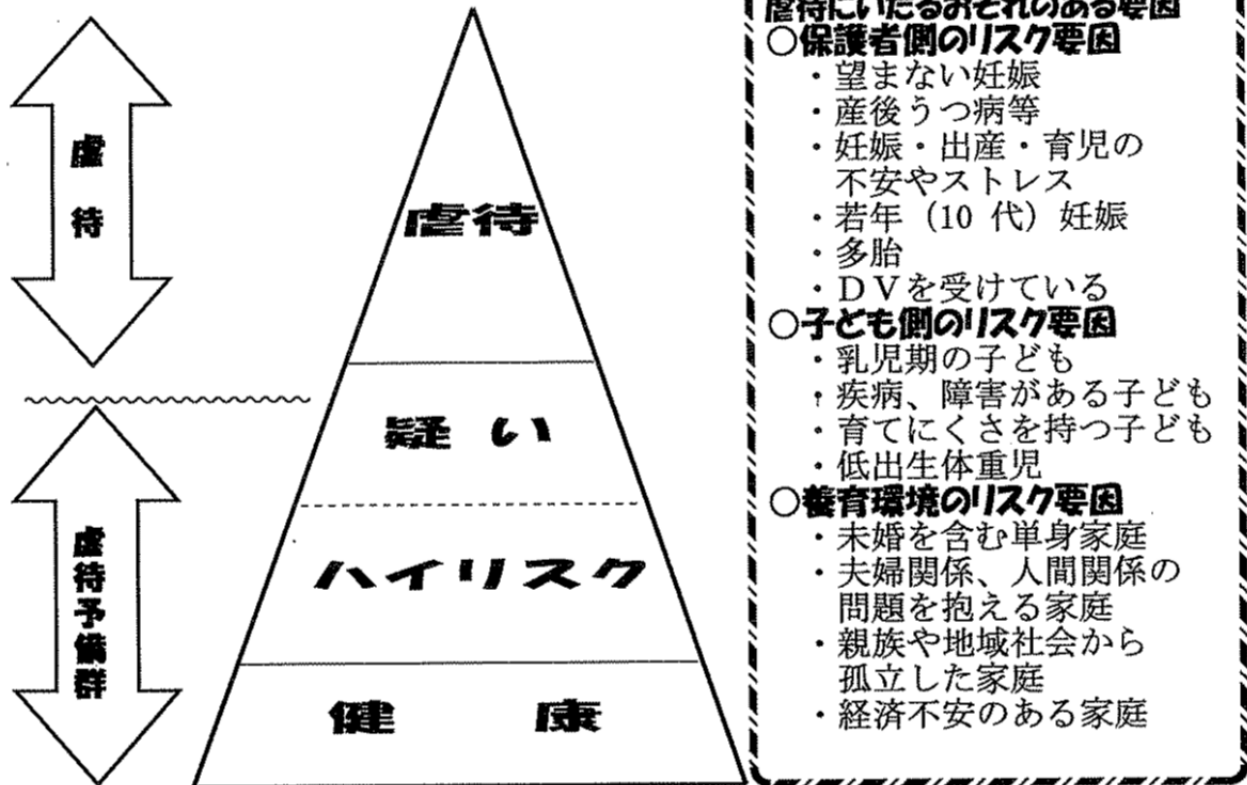
連絡は匿名で行うことも可能です。また，連絡者や連絡内容に関する秘密は守られます。連絡により，保護者への支援にもつながります。

関係機関と連携した支援

子どもやその家庭に関する情報や考え方を共有し，関係機関と連携し支援を行っていくため，各市町村に「要保護児童対策地域協議会」を設置しています。

要保護児童対策地域協議会における支援の対象は，虐待を受けた子どもを含む要保護児童，要支援児童，特定妊婦（出産前から支援が必要な妊婦）です。

＜子ども虐待の重症度の概念と虐待にいたるおそれのある要因＞



（文責）石橋道子 岡山県保健福祉部子ども未来課児童福祉班