

## かみや母と子のクリニックにおける 育児支援プログラム

かみや母と子のクリニック 院長 神谷 仁



日本産婦人科医会では、“虐待死”が問題になっている。児童虐待を防止するために「妊婦にかかわる悩み相談窓口」を設置することにより、行政や子どもを守る地域ネットワークなどと連携し、地域に即した効果的な活動を行うために各産科医療機関内に委員会などを設置し院内ネットワークを作るよう啓発活動を行っている。

児童虐待の防止対策が多くの公的機関や私的組織等で行われているが、児童相談所への虐待相談件数は増加の一途であることから、現在の防止対策は十分なものとは言えない。「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の第6次および第7次報告であきらかになったように、虐待死の6割は0歳児であり、しかもその3分の1は、日齢0日児、加害者は実母である。生後0日以内の虐待死の7割が望まない妊娠によって生まれた子供であり、8割強で母子手帳が発行されていない。虐待死の要因には、①望まない出産、②望まれない子供への苛立ち、③配偶者の出産や子育てへの不協力や無理解に対する怒り、④育児に対するストレス、⑤再婚者の連れ子に対する嫉妬・憎悪、⑥再婚者や内縁の夫/妻との生活にとって邪魔などがあげられている。このように、現行の児童虐待防止システムでは防ぎえない問題が多い。このような出産後の養育について出産前の支援が必要な妊婦を「特定妊婦」と定義しているが、この特定妊婦と家族に直接的に関わるのは、周産期にかかわる我々である。

これまでの妊婦健診は、妊婦特有の疾患（妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病など）と胎児評価を中心とした健診であった。最近では、社会環

境が複雑になるなか妊婦の家族や家庭環境を含めた、出産前後のケアが要求されるようになってきた。妊娠すれば産科を受診するが決して妊婦全員が身体的、精神的、社会的に出産環境が整っているわけではない。そして、その多くが妊婦自身あるいは家族の助けを得ることにより出産環境を整えることができるわけではない。このような中で、我々が、家族から妊婦を守らなくてはならないこと（DVなど）や母親から胎児や子どもを守らなければならないこと（妊婦の喫煙、児童虐待など）に遭遇することがある。

当クリニックは、産婦人科と小児科が併設している施設のため、妊娠・出産・その後の乳幼児健診と一貫して経過をおえる強みがある。また、兄弟で小児科を受診するケースも多く、家族の健康状態も比較的把握しやすい立場にあるため、以前より産婦人科医、小児科医、心理士、助産師、看護師で妊婦に対する我々独自の育児支援プログラムを実施してきた。我々の目的は、あくまで妊娠・出産・育児をできるだけ健全に行えるように関わっていくことであり、その中で児童虐待も予防できるのではないかと考えている。

育児支援プログラムを行っていくなかで、かなり高い確率（我々の施設1/2～1/3程度）で、妊婦が何らかの問題を抱えていることが分かってきた。ある程度、道筋を立てて支援すれば自力で解決できる症例から、家族や行政を巻き込みながら支援しなければならない症例（DVなど）、心療内科の助けが必要な症例（うつ病、パニック発作、不安神経症など）と特定妊婦の数だけ問題が多岐にわたっている。妊娠をすれ

ば、胎児の発育は待った無しである。出産予定日が来れば、本人の状況とは関係なく自然に陣痛が発来し、出産・育児と進んでいく。ほんの数カ月足らずの間に通常の妊婦健診に加え、特定妊婦を把握し、出産・育児環境整備も行わなければならない。そのことは、我々にとっては大変な負担になることがしばしばある。

外来での細かい聞き取りは、助産師外来を中心に行っている（※1 リスクチェックリスト）。受け持ち助産師制をとっているため、同じ助産師が、同じ特定妊婦に対応し、必要と判断した場合は何度でも面会し、話を聞くようにしている。心理士は心理士の立場からカウンセリングを行い、分析を行っている。心理学の知識が乏しい我々だけでは、何となく変わっている、おかしいとは分かるのだが理論的に説明できないため、個々の感覚的説明になっていた。心理士が関わることにより、理論的に特定妊婦の心理状態を把握でき、理論的に理解することによ

り、理論的な対策ができるようになった。対応方法が明確になり、我々医療スタッフにとっても必要以上のストレスを回避できるようになった（※2 当クリニックにおける育児支援プログラムの流れ）。ケースカンファレンスは、担当助産師から、特定妊婦をピックアップしてもらい月1回全特定妊婦を対象に産科医、小児科医、看護師長、心理士を交え今後の支援方法、行政への報告を含め検討を行っているが、必要があれば症例ごとのカンファレンスも追加している。

今後このような特定妊婦は、増えていくことが予測される。医療関係者だけではなく、社会全体で対応するシステムを構築しなければ対処できないほど、根っこが深い問題である。社会の構図が複雑化し、妊娠・出産に対する基本的な考え方も変化することにより、新たな問題が浮上してくる現代社会。どこまで対応していけるか不安である。

※1 ハイリスク症例発見のためのチェックリスト

(妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連帯マニュアル 公益社団法人日本産婦人会 平成23年10月発行より引用)

妊娠初期のチェックリスト

- 妊娠出産歴(回数多い)
- 妊娠届出週数(妊娠23週以降)
- 死産や突然死歴
- 精神疾患がある  
(精神科の薬を内服中・マタニティブルーや産後うつ病等を含む)
- 知的障害がある
- アルコールまたは薬物依存が現在または過去にある
- 経済困難
- 住所が不確定(居住地がない)、転居を繰り返す家庭である
- 一人親・未婚・連れ子がいる再婚である
- 内縁者や同居人がいる家庭である
- 多子かつ経済的困窮世帯である、衣服等が不衛生である
- 経済的不安(夫婦ともに不安定な就労、無職等)がある
- 夫や祖父母等身近の支援者がいない
- 夫婦不和、配偶者からの暴力(DV)等不安定な状況にある家庭である
- 望まない妊娠
- 婚姻状況(再婚・未婚・離婚等)
- 若年妊婦
- 虐待歴・被虐待歴がある
- 望まない妊娠、妊娠・中絶を繰り返している
- こだわりや、子どもへの関心が異常に強い
- 話の要領を得る受け答えができない
- 子どもを抱かない等  
子どもの世話を拒否、子どもをかわいと思えないなどの言動がある
- 元来、性格が攻撃的・衝動的である
- 育児に対する不安やストレスが高い(保護者が未熟等)

出産前後チェックリスト

- 母子健康手帳未発行・  
妊娠健康診査受診・妊娠後期の妊娠届
- 妊婦健診を定期的に受けていない
- 妊娠中・産後の心身の不調がある
- 飛び込み出産、墜落分娩等
- 子どもとの関わり方が不自然
- 話の要領を得る受け答えができない
- 育児の協力がいない
- 親に不眠や食欲不振、アルコール、  
薬物、タバコ等の嗜癖や極端な潔癖症がある
- 家庭内不和、DVがある
- 転居を繰り返す
- 地域や社会から孤立している
- 情報提供の同意が得られない
- エジンバラ産後うつ病質問票利用  
(<http://www.yoshida-hospital.org/epds/doc/q.html>)
- 出生届出が遅い、出さない
- 未熟児、NICU入院歴がある
- 育てにくい(ミルクを飲まない、よく泣く等)
- 体重増加が悪い
- 多胎妊娠・出産である
- 先天性疾患がある
- 胎児に疾病、障害がある
- 身体発育の遅れがある

※2かみや母と子のクリニック 育児支援プログラム

目的：妊娠・出産・育児をできるだけ健全に行えるように関わっていく

**妊婦健診**

医師による妊婦健診あるいは助産師外来にて妊娠期のリスク評価、外来での心理状態のチェック  
(リスクチェックシートの作成※1参照)⇒何らかのリスクがあると判断した場合は、心理士にコンサルトする。



**ケースカンファレンス**

- ① 担当助産師から、特定妊婦をピックアップしてもらい月1回産科医、小児科医、看護師長、心理士を交え今後の支援方法、行政への報告を含め対策を検討する。
- ② ハイリスクの内容、カウンセリングの内容、ケースカンファレンスでの決定事項は紙面もしくは口頭で産科病棟、小児科外来スタッフに報告する。



個々の症例に対しては、常時担当助産師、心理士を中心に医師と相談しながら対応する。必要があれば心療内科紹介あるいは、心療内科と産科を有する病院への転院。

**入院中の病棟での対応**

- ① 病棟スタッフによる母親の身体・精神的状態(児の愛着等を含めて)の観察。月曜から金曜日は、病棟申し送りの時に心理士も参加し、情報を共有する。
- ② 臨床心理士は、症例に応じて部屋を訪問し、個別に評価する。



必要があれば、地域へハイリスク支援依頼票を送付

**得られた情報を基にトリアージ**

リスクリストの該当項目数、入院中の病棟スタッフからの情報をもとに心理士によるカンファレンス  
レベル1:見守り  
レベル2:積極的働きかけが必要 → ケースカンファレンスにて対応を検討  
レベル3:ハイリスク対応プログラム → ケースカンファレンスにて対応を検討し、必要なら心療内科、精神科への紹介転院更に要保護  
特定妊婦として地域へハイリスク支援依頼票を送付

今後の問題と課題

- ① 特定妊婦に関わるスタッフは、問題のない妊婦に比べると精神的疲労が数倍にもなる。その理由として
  - 1) 個々の症例により、さまざまな対応が求められる。  
医学的な妊婦管理、胎児評価に加え、妊娠・出産・育児環境整備も行わなければならない状況になっている。
  - 2) 特定妊婦やその家族には非常識な人が少ない。
  - 3) 本人や家族の協力を得られないことがある。
- ② 特定妊婦に関わるスタッフのストレス軽減をどのようにすればいいのか。

- ③ このような労働に対する報酬が全くない。
- ④ 心療内科と産科が協力し診なければならぬ症例が少なくないにも関わらず、このような症例を受け入れてくれる施設が少ない(心療内科、産科併設の病院が存在するにも関わらず)。言い方を変えれば、心療内科も産科も非協力的である。おそらく、①、②、③の問題があるからであろう。
- ⑤ 子どもや大人の発達障害に対する理解を深める。

※大人の発達障害について知りたい方は、参考書として祥伝社発行の星野仁彦著：「発達障害に気づかない大人たち」をお薦めします。