

一般社団法人日本多胎支援協会

第4回全国研修会

「妊娠期からの 切れ目のない支援」を

ふたご・みつごを安心して地域で産み育てるために

■講演 「多胎児の妊娠・出産・子育て ～妊娠期からの切れ目のない支援～」

佐藤 拓代（さとう・たくよ）氏

大阪府立母子保健総合医療センター 企画調査部長

■2013年6月23日(日)

■石川県政記念しいのき迎賓館

■主催 一般社団法人日本多胎支援協会

■共催 NPO法人いしかわ多胎ネット 多胎児サークルほっとらんど

■後援 石川県 金沢市 一般社団法人石川県助産師会

■公益財団法人キリン福祉財団 平成25年度計画助成事業

【はじめに】

「多胎の場合には医療機関が大きく関わります。全く医療機関の関与なしで、自宅分娩で2人を産んだというのは、私は聞いたことがありません。ということは、1つの鍵は医療機関連携なんですね。医療機関発出の医療・保健・福祉の連携強化と、妊娠中から、出産・子育てと切れ目のない支援を一緒にやっていく必要があります。」（佐藤拓代先生：講演記録 p19 から）

一般社団法人日本多胎支援協会では、2013年6月23日、石川県金沢市のしいのき迎賓館を会場に、第4回全国研修会を開催しました。

周知のように、多胎の妊娠出産育児は、妊娠期から周産期を経て子育て期に至るまで継続的な「切れ目のない支援」が必要だといわれています。一方、多胎にあっては、多胎かどうか妊娠期にしっかりと診断が付くという特性があります。つまり、多胎は十分に準備ができるものだという事です。したがって、妊娠期から当事者のみならず医療関係者、子育て支援関係者が連携しつつ「切れ目のない支援」を目指して周到な準備をなす可能性があるのです。そうすれば単胎に比べ高いといわれる多胎のリスクを軽減することができると思います。

そうした中、その重要性が改めてクローズ・アップされているのが医療機関です。当たり前のことですが、多胎の場合、通常の場合であれば、ほぼ100%医療機関で把握が可能だからです。したがって、どれだけ医療機関が多胎家庭支援の重要性を認識し、さまざまな機関や支援団体と連携できるかは、多胎家庭支援の要諦であろうと思われます。

その意味で、今年度は先進的な取り組みで知られる大阪府立母子保健総合医療センターの企画調査部長佐藤拓代先生を講師に迎えて、「多胎児の妊娠・出産・子育て ～妊娠期からの切れ目のない支援～」と題して講演会・研修会を開催しました。講演は、一貫して当事者を見守るサポーターな語り口で、しかも専門的な知見と最新のデータに基づく極めて学びと示唆の多いものでした。このたび、講演記録というかたちで皆様に提供しますので、様々な局面でご利用いただければと思います。多胎家庭の支援施策の策定、支援の実践等々においてこの講演記録を「エヴィデンス」としてお使いください。

最後に、昨年度に引き続き財政的な支援をいただいた「麒麟福祉財団」に謝意を表します。「麒麟福祉財団」は、単に助成金を提供するだけでなく、私共と数度にわたる協議・ヒヤリングを通じて、私共の活動の意義を認めていただきました。そうした理解の下、本事業も励まされつつ実施されたものです。心より感謝いたします。

2013年12月

一般社団法人日本多胎支援協会
代表理事 志村 恵

【目 次】

多胎児の妊娠・出産・子育て ～妊娠期からの切れ目のない支援～	1
◆妊娠期からの支援	2
◆妊娠期からの虐待予防	5
◆妊娠期から両親に伝えたいこと	16
～奈良県両親教室プログラム検討委員会アドバイザーとして、奈良県とともに 作成した「妊娠期の両親教室実施の手引き」より	
◆最後に	18
【質疑応答抜粋】	20
多胎児あるいは多胎家庭と児童虐待の問題について(解説)	21

【講師紹介】



佐藤 拓代（さとう・たくよ）氏

東大阪市保健所長、大阪府富田林保健所長を経て、現在、大阪府立母子保健総合医療センター・企画調査部長。小児科医、産婦人科医を経て1988年に保健所医師に。日本子ども虐待防止学会評議員。保健師とともに子どもの虐待に関わり、調査から保健師活動が虐待支援に有効であると言いつけている。特に妊娠期からの虐待予防とネグレクトへの支援の重要性を強調している。

【研修会の様子】



多胎児の妊娠・出産・子育て ～妊娠期からの切れ目のない支援～

大阪府立母子保健総合医療センター
企画調査部長 佐藤拓代

私は、周産期医療をやろうと学生時代から思ってきた人間で、昭和 53 年～63 年の 10 年間、産科と小児科それから新生児の臨床をしてきました。その臨床の中でも子どもの虐待には出会っており、その後 63 年に、保健師が子どもの虐待に関しては早くから気づき予防的支援をしているという大阪府の保健所に入りました。昭和 61 年に 80 人虐待への支援をしているという保健師の報告も出ていますが、大阪府の保健師は、体当たりで家庭訪問をし、うまく相手の心に入っていく、他の人たちには言いにくいようなこともつかんで予防的な支援をしていました。それが多胎家庭であったり、ゴミ屋敷の中で子育てをしているような家庭であったりしましたが、「乳幼児健診が未受診だから来た」というよりはもっともその人の本質的なところにグッと迫りながら家庭訪問をしていた現場で、私は教えられました。小さなあかちゃんを育て上げ家に帰したけれども熱いミルクを飲まされて口にやけどをしたというような子どもや、体重が増えない虐待の子どものケアの重要性を、小林美智子先生（日本子ども虐待防止学会会長・児童精神科医・小児科医）のいる医療現場で聞いてはいましたが、保健所に行き地域支援の重要性を改めて感じた次第です。

保健所にいた 22 年間で、保健師活動の調査をし、その支援の効果について報告書を作り、マニュアル作りをしました。「虐待予防は家庭訪問から」「とにかく相手の城に入り込むこと」で、その中から相手の本当の心配事がわかり、効果的な支援ができるということを言い続けています。

いま勤務する大阪府立母子保健総合医療センター（1981 年開設：以下「大阪母子センター」と表記）は、開設当初から大阪府の保健師がいます。最初は分娩・未熟児の周産期医療だけをしていましたが、10 年後に小児医療部門が開設し、いまでは 24 診療科ほどあります。保健師が病院にいて面接をし、支援が必要な人はしっかり地域に結びつけるということを 32 年前からしています。

保健師がいることは非常に効果があります。それにより地域でも保健師の支援が受け入れられやすいです。「私と同じ職種が保健センター・保健所にいるから相談してみたら」というのが、つながりやすいです。なので、大阪府から保健師が来ることの重要性を、私はいろんな場面で言ってきました。

私たちが支援するのは声をあげにくい人たちです。「ありがたい」「よかった」ということを行政におっしゃってくださらない人たちが多く、なかなか保健師活動が見えるようにはなりにくいのです。でも今日参加している人たちは、昨日の夜もバイタリティのある人たちの集まりなんだなということをしみじみ感じたんですけれども、きっと声をあげていくことのできる人たちだと思いますから、ぜひロビー活動もしてください。いろんな材料を頭に入れて理解して活動してほしいと思います。

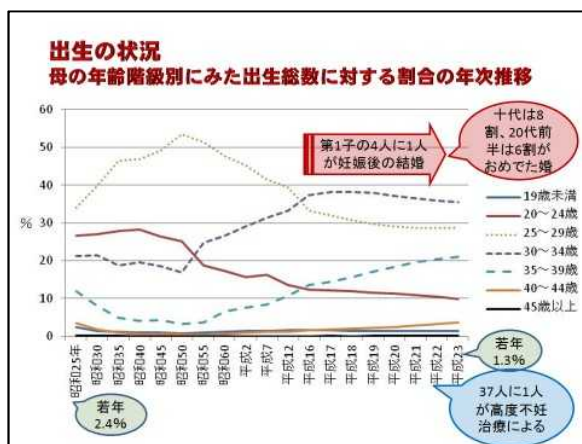
最初に病院の紹介をします。病床数は 371 床で、そのうち母性（産科）100 床、新生児は NICU が 20 床の、GCU——少し大きくなった子どもたちを育てるところが 40 床。巨大な NICU ですが、実際には昔に建てているのでスペースが非常に小さく、いまは一杯で稼働していて、48 床です。2011 年は、他府県から患者さんが 13.9% 来られていて、産科は 1,838 人ほど入院していますが、生活保護や助産制度を使うような本当に困っている方がたくさん来られます。分娩数 1,585 件、うち双胎は 124 件（7.8%）、品胎 6 件（0.4%）ですが、これは 2011 年のデータで、2012 年はもっと増えていると思います。

金曜日と火曜日には多胎外来を設けており、その外来に来たときには他の妊婦さんをみて学んだり、横のつながりももてるようになっていきます。早くから多胎向けの妊娠・出産がわかるようなパンフレットを助産師たちが作っていて、多胎サークルへの支援もしていますし、多胎バザーも病院を使って実施しており、そこで多胎用のいろんなグッズをリサイクルなどで手にすることで、妊婦さんも「こんなものがあるんだな」と知る事ができます。去年は、多胎のお父さんが集まれる場も作りました。お父さんの参加は少ないのですが、多胎の父親ならではの苦労があるので、かなりいい取り組みだということに言っています。

新生児入院数は 350 人（うち 1,500g 未満 92 人、1,000g 未満 50 人）で、1,000g 未満の出生のカバー率は、大阪府全体の 4 分の 1 です。より小さい子どもたちがうちのセンターに集まってきます。

◆妊娠期からの支援

<スライド 1 >



私自身は 10 年間医療をし、その後は 22 年間地域で保健師と一緒に仕事をしてきてやはり予防が重要とつくづく思い、「子ども虐待の予防を妊娠期から」というところが中心テーマになってきています。

妊娠期についてわかってもらうために、データをお出ししています（スライド 1）。昭和 25 年から平成 23 年までです。10 代の母親が昔は 2.4% いましたが、いまは 10 代の母親が目立つように思いますが 1.3% しかいません。昔は自分の親がいるところで子育てをしていましたが、いまは問題のある家庭からむしろ離れてい

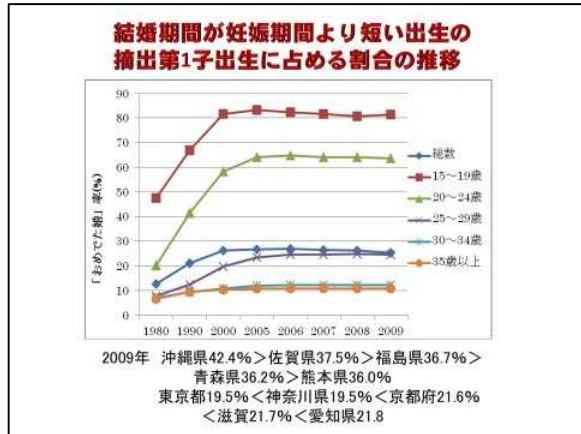
きたい人が早く子どもを産んでいるように思います。割合は少なくなっているけれども、支援の重要な人たちであることには間違いのないと思っています。

母親の年齢は 20 代が減り、30 代の前半が増え、さらに 30 代の後半が増えているという状況です。30 代前半は横ばいになってきていますが、30 代後半はまだまだ増え続けており、このまいくと 10 年後ぐらいには 30 代の後半が一番多くなるのかもしれませんが。女性が仕事など自分のしたいことをしてから子を産みたいと思っている人がいるのですが、そうすると年齢が高くなり、不妊治療に頼る人たちが多くなっています。いまは、37 人に 1 人が高度不妊治療によって生まれています。平成 23 年には 105 万人生まれていて、平成 22 年は 107 万人です。平成 22 年に 2 万 9 千何人、約 3 万人が不妊治療で生まれています。

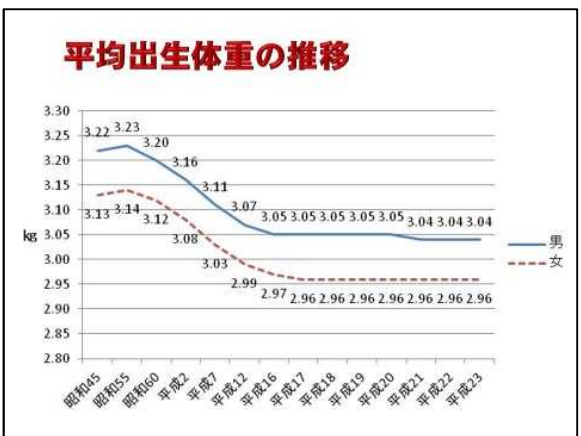
この人たちは年齢が高い人も多いので、子どもに対する理解はありますが、でもやはり体

が追いつかないしんどさがあるように思いますし、また双子以上で生まれてきている人たちも多いので、本当にしっかり支えてあげたいと思う人たちです。この人たちとは反対に、できちゃった婚、おめでた婚をしている人たちが出て、日本全国で、第一子を産むお母さんの4人に1人があかちゃんできてからの結婚です。なかでも10代の8割は、おめでた婚です。

<スライド2>



<スライド3>



それをさらに詳しくわかるようにしているのがスライド2です。1980年は全体でもあかちゃんできてから結婚しているのが10%少しでしたが、この20年ですごく増えました。でもそのあとはずっと横ばいです。年齢別で見ると、10代と20代前半がおめでた婚がすごく増え、全体を引きあげています。

いま、あかちゃんが小さくなってきています(スライド3)。昭和53年ごろが一番あかちゃんの体重が大きく、ここ20年ぐらいでどんどん減り、最近では横ばいですが、これだけ体重が減ってきているのは先進諸国の中で韓国と日本だけです。最近阪大の公衆衛生の学生とここを分析しましたが、韓国はそもそもの下がり始める出生体重が大きいので、下がってもまだ3,100gぐらいです。でもやはり下がっています。韓国と日本で女性のスリム化が共通しており、痩せすぎの母親から生まれるあかちゃんは体重が小さいということが言われており、ようやく産婦人科医会が「適切な体重増加」という指針を出し始めたところです。

でもこの小さくなってきているあかちゃんは、頭のサイズは同じでも皮下脂肪が少なく、体はやせ気味です。このようなあかちゃんはサインを出すことが弱く、母親にとっては育てにくさを感じる人が多いです。体重減少は、未熟児が助かるようになってきたためじゃないかという人もいますが、未熟児出生のデータを除外しても、満期産の子どもたちも小さくなってきています。いまのこの体重は、じつは第二次世界大戦中の出生体重と同じと言う人もいます。ひもじかった第二次世界大戦中に生まれてきた子どもといまの子どもが同じサイズだということも、しっかり言っていきたいと思っています。

多胎児の出産割合です(スライド4)。多胎児は、私が医者になったころは1%ぐらいというのが常識でした。でもどんどん増えたその背景には、不妊治療があります。平成8年に日本産科婦人科学会が「多胎妊娠に関する見解」で、「胚を戻すときに3つ以内の移植ならば構わない」ということを方針として出しました。事実はそのよりも先んじていたと思うのですが、どんどん増えていく傾向にありました。でも、5つ子とか6つ子とか、本当に育たないような妊娠をされているのは、お母さんたちに対して非常にひどいことをしていたと思います。それで平成20年にまた日本産科婦人科学会が「多胎妊娠に関する見解」で、「原則単一胚移植。ただし、35歳以上、2回以上不成立の場合には2胚を戻してもよい」ということ

<スライド4>



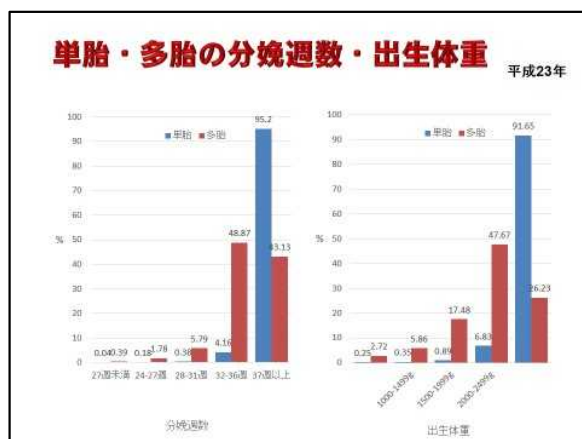
にし、ようやく 1.8%台で落ち着きをみせています。今後も 1.8%で推移していきたくらいと思います。

平成 23 年の割合を都道府県別にみると、じつは都道府県によっても多胎率がかなり違います。千葉市、京都府、新潟県などが多いところで、少ないのは佐賀県、秋田県、高知県、静岡市、沖縄県などです。沖縄県はたぶん自然に任せているのかもしれません。

多胎の分娩週数と出生体重です (スライド 5)。37 週以上が普通の正期産です。37 週以上

の分娩週数でみると、多胎の方は少なく、多胎では 32~36 週がかなり多く、28~31 週というところも多く、本当に早く生まれます。というのは子宮のキャパシティに限りがありますし、どうしてもそれ以上あかちゃんはおいておけなくなり収縮が始まるわけです。週数そのものも早いですが、出生体重でも 1,000g 未満、1,500g 未満というように小さいあかちゃんの割合が多いので、本当に早く生まれるということ、しかも小さく生まれるということを念頭においた支援をするのが、多胎支援の常識です。ところがその多胎支援のなかでも、じつはこの 32~36 週の中の 34~36 週のところは、産科医からするとあかちゃんはたとえ多胎でも 2,000g 以上ある場合が多く、しっかり臓器も成熟してきているのでそれ以降のフォローはあまりされていません。しかし「レイトプリターム (late preterm : 後期早産児)」という言葉で言いますが、34~36 週のその人たちはあとをフォローしていくと、海外のデータでは発達に課題を抱えている子どもが成熟産の子どもよりも少し多いと言われてきています。でも、いま我が国のフォロー体制のなかで、そういった子どもたちをずっと保健センターの健診以外でフォローしているところは少なく、これは大きな課題だろうと思っているところ

<スライド5>



<スライド6>



そのことを未熟児、母子保健法における 2,500g 未満の未熟児—低体重児と言い換えますけれども—がこの 4 月から市町村に移管されました。未熟児養育医療と低出生体重児の出生届け出も一緒に市町村に移管されたので、厚生労働省母子保健課の指導も受けつつ『低出生体重児保健指導マニュアル』を作りました (スライド 6)。厚労省が全国の市町村に送付して

います。厚労省の HP で検索すると、ヒットします。

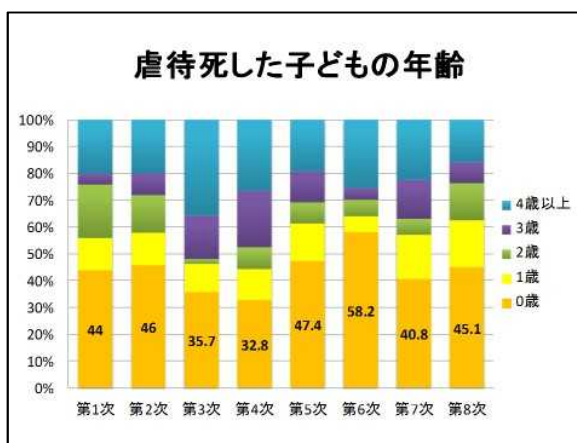
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/dl/kenkou-0314c.pdf) カラー版白黒版が掲載されていますので、カラー版をぜひご覧ください。そこに小さく生まれた子どもたちの発達予後、生命予後も出していますし、レイトプリタームの人たちに注意が必要なところ、それから小さく生まれた子ども特有の、家に帰った直後に私たちが相談に対応していると、小さい子は顔を赤くしたり青くしたりしていきみます、それで何かものすごく苦しそうで、お腹も張っていたりする、綿棒浣腸を毎日しているのだろうかとか、でべそになったりとか、鼠径（そけい）ヘルニアになったりとか、小さい子は本当にいろんな課題を抱えていますので、その対応も書かれています。30 数ページしかない薄い冊子なので、保健師対象のつもりで作ってはいますが、一般の方が読んでも極力わかりやすくなるように、未熟児医療でよく使う言葉の説明もうしろに掲載していますのでみていただきたいと思います。

◆妊娠期からの虐待予防

妊娠期からの虐待予防は、虐待等死亡事例の検証報告からとても言われているところです（スライド 7）。だいたい 1 年に約 50 例が虐待死で、心中も同じぐらいの数があるので、約 100 件ぐらい毎年報告されています。

<スライド 7>

<スライド 8>



その中身を見ますと、0 歳児がもっとも死亡していて 4 割から 6 割です（スライド 8）。3 歳までで 8 割ぐらいを虐待死に占めています。でも、問題はこの多い 0 歳児、乳児です。ここをなんとか予防する必要があるのですが、その予防するにはどういった人に手を差し伸べていけばいいのかというので、「加害の動機」というのも付けました（スライド 9）。第 1 次報告では分析しておらず、第 2 次から分析しています。「しつけのつもりで殺した」とか「子どもがなつかない」とかいろんな分類があり、もちろん複数回答ですが、「保護を怠った」というネグレクトもあります。この「子どもの存在の拒否・否定」というのが問題と考えています。子どもがいなかった人が、生まれてすぐに殺している場合も結構あるし、それから泣き止まなくて揺さぶって殺している「揺さぶられ症候群」の子どもたちもいます。

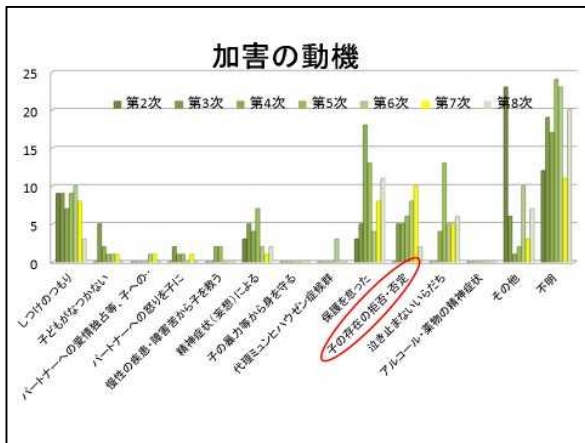
「子どもの存在の拒否・否定」というところをみていくと、妊娠期・周産期の問題として、第 4 次報告ぐらいから国が出してきています。この報告から厚労省は平成 19 年に妊娠期からの相談窓口等が必要だという通知も出し、さらに第 8 次報告（平成 24 年 7 月）でやはりこの

妊娠期の問題が大きいということで、11月に「医療と保健と福祉が連携した支援が必要」という長い通知も出しています。国としても精一杯いろんな通知はされていて、ではそれを現場でどう取り組んでいるかというところがいま問われてきている時代になっています。

ちなみにその周産期の背景として、未記入のところもありますが、記入しているうちでは、「切迫流早産」というのが23例のうちの4人というのは、これは私が計算したところですが、17.4%になります(スライド10)。不明を除いた割合です。我が国のお産では、早産は6%ぐらいしかいません。だいたい37週以降が94%です。それからみると、早く生まれている人たちは、やはり虐待のハイリスクです。それから「喫煙」率も(46.7%)と結構高いです。(一般の)20代の母親で20%ぐらいです。「アルコールの常習」も、1人だけですがいます。あと「望まない妊娠」「計画していない妊娠」が6割ぐらいという、ここが一番大きく、この人たちが母子健康手帳も取りに行かなければ妊婦健診も未受診という状況になっていて、人知れず産んで殺している場合があります、なんとかしなければならぬ問題です。

<スライド9>

<スライド10>



	虐待死 N=51			記入例に占める割合
	あり	なし	未記入・不明	
切迫流産・早産	4(7.8%)	19(37.3%)	28(54.9%)	17.4%
妊婦高血圧症候群	2(3.9%)	21(41.2%)	28(54.9%)	8.7%
喫煙の常習	7(13.7%)	8(15.7%)	36(70.6%)	46.7%
アルコールの常習	1(2.0%)	12(23.5%)	38(74.5%)	7.7%
望まない妊娠/計画していない妊娠	10(19.6%)	8(15.7%)	33(64.7%)	55.6%
若年(10代)妊娠	14(27.5%)	21(41.2%)	16(31.4%)	40.0%
母子健康手帳の未発行	9(17.6%)	24(47.1%)	18(35.3%)	27.3%
妊婦健診未受診	11(21.6%)	16(31.4%)	24(47.1%)	40.7%
胎児虐待	5(9.8%)	11(21.6%)	35(68.6%)	31.3%
墜落分娩	2(3.9%)	26(51.0%)	23(45.1%)	7.1%
帝王切開	7(13.7%)	25(49.0%)	19(37.3%)	21.9%
低体重	7(13.7%)	22(43.1%)	22(43.1%)	24.1%
多胎	3(5.9%)	31(60.8%)	17(33.3%)	8.8%
出生時の退院の遅れによる母子分離	3(5.9%)	29(56.9%)	19(37.3%)	9.4%
NICU入院	1(2.0%)	30(58.8%)	20(39.2%)	3.2%

その人たちはまたさらに10代のことも多いです。10代の妊娠は先ほど1.3%と言いましたが、虐待死亡事例の中では40%です。なので、10代に対して「妊娠しても親に相談できなくてもいいよ。私たちが相談を聞くよ」という相談の場が必要で、大阪府はうちの大阪母子センターに委託して、平成23年の10月から思いがけない妊娠の相談窓口「にんしんSOS」というものを始めました。そこからもいろんな事実がわかってきています。こういう生まれて1カ月を迎えられない子どもたちの問題が、いま非常に大きくなってきています。一般の本屋さんでも手に入りますが、日本子ども虐待防止学会が年3回出している雑誌『子どもの虐待とネグレクト』の直近の特集(15巻1号、2013年4月)が、その「1カ月を迎えられなかった子どもたちの問題」ということで、佐藤が企画者で書いていますし、「にんしんSOS」のことも書いてるのでよろしければ見てください。あと「胎児虐待」。いままでは1人とか2人でしたが、第8次報告ではとても多いです。私たちが会える人の中でも、切迫早産なのに安静にするよりは夫と過ごすことを選び、死産してしまったというような例もあります。それはやはりあかちゃんを受け止めきれないのでしょうね。そういう未熟な人たちの問題で、胎児虐待にかなり苦慮している状況にあります。

「墜落分娩」という、陣痛の兆しがないままに分娩するというのは、未受診のことも多く結構リスクも高いのです。しかし、こういったことが児童福祉の人にはこの背景の重要性、何を物語っているのかが認識されておらず、このあたりのことも保健・医療の連携で知って

いただき、福祉を動かしていかなければならないだろうなとすごく思います。「低体重」——2,500g 未満——が 24.1%です。出生全体では 9.6~9.8%の 10%弱ですから、それに比べると 2 倍以上多いです。

「多胎」もたまたまですが、第 8 次は 8.0%でした。なので、「双子ちゃんは虐待が多いのかな」と心配するかと思うので、次の所に安心材料を用意しましたが、その前に 0 日死亡の母親の問題というのを付け加えました(スライド 11)。0 日死亡は、「望まない妊娠」が 76.3%とさらに多くなります。1 カ月を過ぎると、「望まない妊娠」は減ります。望まない妊娠は、生まれてすぐに殺してしまいます。その時期を逃すと、今度は母親の心の問題で、産後うつなどで殺してしまうという状況が、分析すると見えてきます。「若年出産経験」では、1 人目を 10 代で産むと、20 代で 2 人目、3 人目を産んでもかなりリスクが高いです。最初に言ったように、いまは自分の親との問題を抱えているからこそ 10 代で出産する人が多いのです。そういう背景は、2 人目、3 人目になっても続いていて、ようやく新生児期を過ぎたとしても、0 カ月を過ぎてから死亡させる背景に、この「若年出産経験」というのがあります。これらはもちろん複数回答です。

<スライド 11>

第1次～第8次報告	
○0日での死亡児の実母の状況	
望まない妊娠	76.3%
精神的問題	5.3%
経済的問題	23.7%
若年出産経験	38.2%
過去の遺棄	17.1%
○0か月以内の死亡時の実母の状況	
望まない妊娠	30.8%
精神的問題	30.8%
経済的問題	15.4%
若年出産経験	61.5%
過去の遺棄	7.7%

<スライド 12>

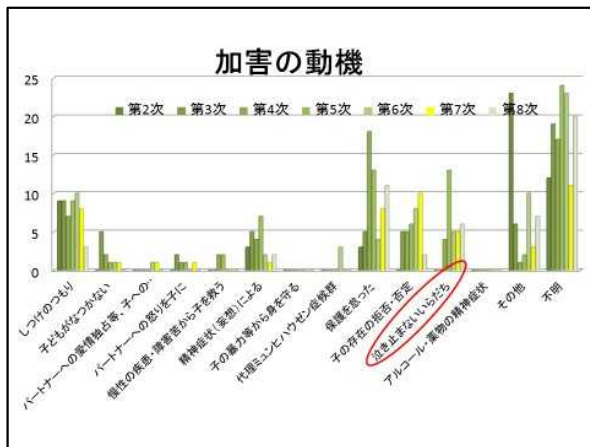
第4次～第8次報告		
○若年妊娠 (全国統計1.3%)	○低体重 (全国統計9.6%)	○多胎児 (全国統計1.87%)
第4次 13.1%	6.6%	0%
第5次 27.9%	19.4%	2.6%
第6次 30.6%	31.0%	9.1%
第7次 18.9%	25.8%	2.6%
第8次 40.0%	24.1%	8.8%

若年妊娠が全国統計の10倍から30倍であるのに比べ、2500g未満の低体重は0.7倍から3倍、多胎児も4.8倍以下と少ない。

「若年妊娠」はどの報告でもとても多いです(スライド 12)。なので、「若年」は要注意なのですが、「低出生体重児」というと、最初は少なかったのですが、やはりリスクが高い育てにくさがあります。多胎児は、全国統計では 1.87%なので、それらに比べるとそう多くはありません。「若年妊娠」が全国統計の 10~30 倍ですが、「2,500g 未満」は 0.7~3 倍、「多胎児」は、4.8 倍以下と、むしろ多胎の人たちというのは医療機関からもしっかりケアされているし、皆が子育てはとても大変なのですが、よくよく虐待に至るのは、「多胎プラスアルファ」の人たちなんだろうなと思っています。だから、「双子以上だから虐待が起こる」と、皆が色眼鏡で見ているわけではないということを言いたいと思います。

あとは、「泣き止まないいらだち」です(スライド 13)。泣き止まなくて揺さぶる「揺さぶられっ子症候群」とも言うのですが、「シェイクン・ベイビー・シンドローム (shaken baby syndrome)」です。でも「揺さぶられっ子」というと、あかちゃんを揺さぶるのまで揺さぶられっ子とってしまうので、日本小児科学会が「揺さぶられ症候群」で統一しました。日本小児科学会のホームページでは、三つ折りにしたわかりやすいパンフレットも載っていますので、いろんなところで配れば予防ができるのではないかと思います。

(http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/070815_shaken.pdf)



揺さぶられ症候群

- 激しく揺さぶられることによる、硬膜下出血、脳浮腫、眼底出血
- 米国ノースカロライナ州の調査で、2歳以下乳幼児 10万人に年17.0件発生
- 大半が1歳未満
- 男児>女児
- 死亡率は約20%、生存しても半数が重大な後遺症
- 悪ふざけや事故では起こらない

膝の上でびよんびよん、ソファや家具からの落下、赤ちゃんをおんぶしてジョギング、「高い高い」、車に乗っていて急停車 などでは起こらない

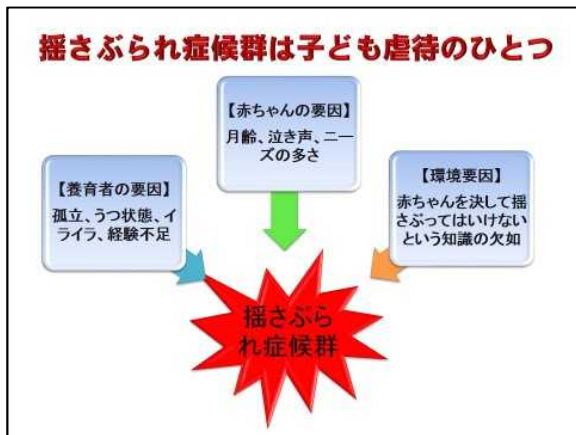
この「激しく揺さぶる」というのは、1秒間に2〜3回以上の強い揺さぶりです。このような揺さぶり方では頭の中に出血したり、あるいは脳浮腫という、脳細胞や軸索が大きくずれてむくむんです。むくむからこそ、出血よりもとても予後が悪いです。命が助かったとしても半数が重大な後遺症が残ります、かなり重篤です。目の奥の網膜の結合もゆるく視神経の周りにも血管は取り巻いていますので、揺さぶってここが千切れて出血がある眼底出血という、この三大兆候があることにより診断されています。

発生頻度調査では、きちんとされているノースカロライナ州での調査が様々なところで引用されていますが、2歳以下で10万人に17件ですから、1歳以下にすると9件ぐらいでしょうか(スライド14)。大半が1歳未満です。この調査でなぜ「2歳以下」としているかというと、首がすわっていないときに揺さぶればこうなるだろうと思うのはたやすいのですが、「揺さぶられ症候群」というのは脳の体積と脳脊髄液の隙間の関係で起こるんです。脳が揺さぶられる余地がある、隙間があるとリスクが高いのです。2歳以下は隙間が大きいので、2歳以下はリスクが高いとされています。ですので、「揺さぶられ症候群は、首がすわるまでしっかり大事に抱いてね」というだけではなく、「2歳まででも、怒って揺さぶってはいけないよ」というメッセージを送る必要があります。また、「男の子」が多いです。そして、「悪ふざけや事故では起こらない」というような、起こる機序を具体的に知ってもらう必要があります。

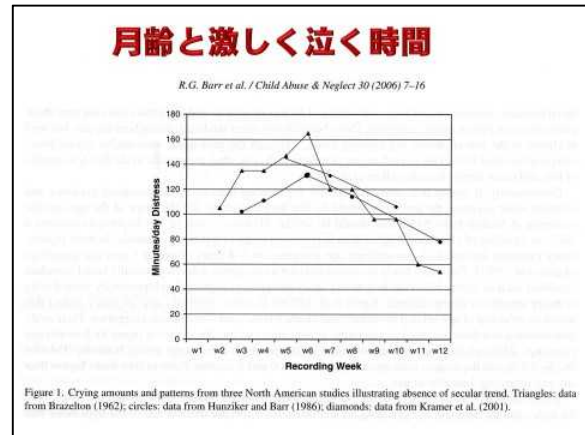
こんな事故を起こすと、「ソファから落ちたんです」とか、「ベビーベッドから落ちました」とかと言いますが、チャドウィックの調査などでは、1.5m以下から落ちた子どもでもこういう重篤な脳症状は起こらないことがわかっています。階段から落ちたとしても側頭骨の骨折があり、そのあたりに出血が起こるぐらいですが、揺さぶられると摩擦でひどいことが起こるのです。事故で落ちるのとは違う機序なんですね。

こういったことの啓発をすると共に、虐待の一つだという認識で関わらねばならないというのが、いまの常識になってきています(スライド15)。間違いや事故ではないということです。それは何かというと、なにかイライラする状況があり、経験不足があるのだと。父親一人が子育てを任されていてカッとなって揺さぶってしまったというのがありますし、「あかちゃんはこう泣くのだ」というのをわからない人たちが耐えられなくて、なんとか泣きやませようとして揺さぶってしまうということで起きます。知識ももちろん欠如しているのですが。

<スライド 15>



<スライド 16>



きたと言ってるので、特に双子はそれがダブルできますから、あかちゃんの泣き声を聞かせて対処方法をあらかじめ考えてもらう必要があると思います。しかもそれを母親だけのせいにしないで、父親も一緒に、あるいは祖父母も一緒にというのは絶対にやるべきだなというように思っているところです。

夜泣きや泣き止まないときの対処方法をこうするんですよということとか、それでも泣き止まないときにはあかちゃんを安全に仰向けに寝かせて、部屋を離れましょうねということまでもフォローするということです（スライド 18）。

<スライド 17>

<スライド 18>

参考：PURPLE泣き声期の啓発
ロナルド・G・バルら

P (peak of crying): どんなによい養育者でも泣き声発作は2か月頃まで増強し、その後減退

U (unexpected): 予測不能、自然発生的で説明不能

R (resists soothing): どんなに慰めてもおさまらない

P (pain-like face): 痛そうに見える

L (long lasting): 泣き声は平均30～40分、生後2～3か月に特徴的で5か月頃には終わることが多い

E (evening): 午後遅くから夕方にかけて起こる

夜泣き・泣き止まないとき

対処法: おむつかえ、熱・体の異常がないか確認、げっぷをさせて授乳、おしゃぶり、室温の確認、肌を触れあわせて抱っこなど、歌を歌う・穏やかな音楽を流す、ゆっくり揺らす、ベビーカーで散歩、ドライブなど
→それでも泣き止まないときは、深呼吸、気分転換、安全を確認して部屋を離れる

- 自尊心の低い母親は、自分を非難されているようにとらえ、ますます自信をなくす
- 父親はどうしてよいかわからず“揺さぶられ症候群”を引き起こすことも
- 泣くことについての正しい知識と、決して揺さぶらないことの啓発を

周産期の子ども虐待のリスクでは、生まれる前からわかるようなリスクと、あかちゃんが生まれてみてからわかるリスクとがあります（スライド 19）。

<スライド 19>

周産期の子ども虐待のリスク

- 妊娠の自覚がない・知識がない: 若年、こころの問題、知的問題など
- 分娩費用がない: 経済的問題、支援者がいない
- 育てられない(との思い込み): 世間的に受け入れられない出産、こころの問題、知的問題、経済的問題、支援者がいないなど
- 子どもに愛着がない: パートナーとの関係に問題、生育歴に問題など
- (育てる意識はあるが) 育児の負担が大きい: 多胎、こころの問題(特に産後うつ)、知的問題、支援者がいない
- 期待はずれの子ども: 未熟児、障害児、疾病を持つ児、育てにくい子、期待はずれの性など

生まれる前のリスクというのは、「妊娠の自覚がない」、「母子健康手帳を取りにこない」とかそういう人たちは、若すぎて隠したい妊娠だったり、こころの問題があったり、知的な問題があったりしますし、あとお金がないといって中絶費用もない。そのお金がないということを自分の親に相談できない、支援者がいない場合があります。だからお金がないということの背景は、父親が定職になかなか就きにくい未熟な人である場合もあるのだけれども、でも、親との関係が悪い、支援者が

いないというときがあるので要注意です。

それから育てられないという思い込みは、「ニュース ZERO」に出演してくれた母親もそうですが、彼女は、メールで相談してきてくれた人でした。38 週だったのですが、1 回も妊婦健診も受けていないし、どうしたらいいかわからないと言っている母親で、医療機関探しが第一課題だったんですが、とにかく地域の保健センターにつなげてうまく出産し、いま保健師さんの支援を受けながら子育てをして、1 歳になりました。その人の場合にも、相手に逃げられて、世間的に受け入れられない出産だという出産でした。こういう人たちは、保健センターとか公的なところでは相談しにくいんですね。世間的に受け入れられない出産の相談

窓口というのは、絶対に必要だと思います。あと、こころの問題、知的問題というのは、「育てられない」と思っているんですけども、じつは解きほぐしていくとなんとか出産につながるような人たちもいるんですね。また、生まれてみてから育児負担が大きかったとかです。多胎もそうですよね。つぎに、こころの問題、知的問題、それから期待はずれの子どもというような分娩を、生まれてみてからの問題もあるのですが、できるだけ予防するためにこのあたりのことを把握したいと思うわけです。

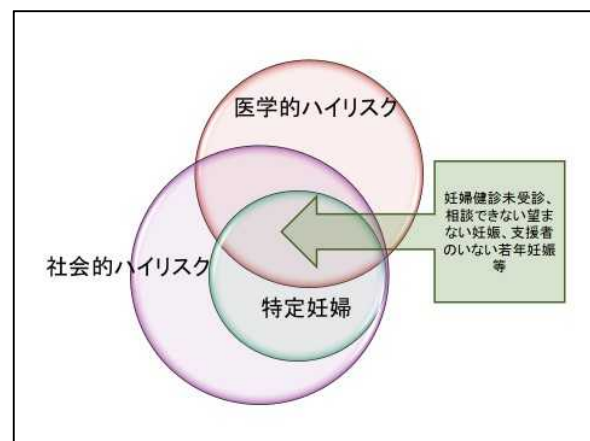
でもそれは医療機関で把握できる場所とそうでない場所があります（スライド 20）。医療機関で把握できるのは、医学的ハイリスクです。高齢、若年、多胎、不妊治療後などで医療的ケアが必要なのですが、それ以外でも支援者がいないとか未婚とか、一部分は未婚で若年だったりすると、医学的なハイリスクもあったりしますが、この人たちは子育て支援が必要です。そのなかでも特に「特定妊婦」はネットワークで支援するというのが児童福祉法で書かれています。平成 17 年の法改正で個人情報保護の義務がある人たちもそれを乗り越えてネットワークで支援していきましょうという要保護児童対策地域協議会が市町村に設置されましたが、平成 21 年の法改正で特定妊婦、生まれてからの養育に出産前から支援を行う事が必要な妊婦さんもネットワークで支援することになったんです。児童福祉法は、そもそも子どもが生まれてきてからの法律です。その中に妊娠期からの支援が画的に加わりました。でも市町村によって、「うちはここは母子保健にまかせている」というところも、あるようです。

<スライド 20>

ここで・・・妊娠のハイリスクについて整理

- **医学的ハイリスク**
 高齢、若年、多胎、不妊治療後、心身の疾病・障がい、妊婦健診未受診 等
 ➡ 妊娠・分娩に対する医療的ケアが必要
- **社会的ハイリスク**
 医学的ハイリスク以外の子どもの養育に危惧がある妊娠
 支援者がいない、未婚、DV、経済問題、望まない妊娠 等
 ➡ 健全な出産・子育てに対する、保健・福祉・医療が連携した支援が必要
- **特定妊婦**
 児童福祉法第25条の2 地方公共団体は、単独で又は共同して、要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るため、・・・構成される要保護児童対策地域協議会を置くように努めなければならない。
 児童福祉法第6条 養育支援訪問事業を行う対象者の中に、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」を「特定妊婦」

<スライド 21>



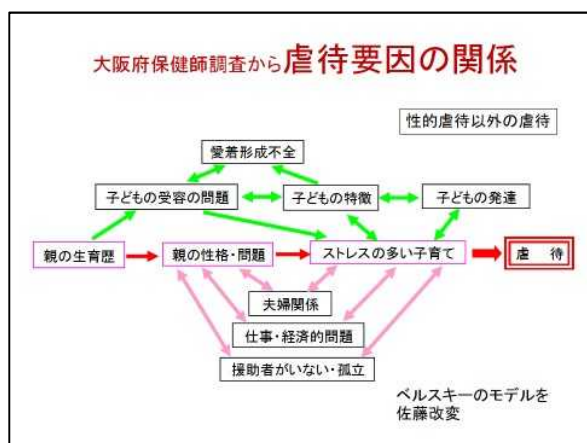
多胎妊娠の人でも支援者がいなくて大変な人は、特定妊婦だと思うんですね。生まれる前から、じゃあ支援者をどう入れていくかとネットワークで支援していく対象者でもある人がいると思います。なので、これは地域の動きが悪ければ、「児童福祉法にこう書いてあるのですが、うちの市町村では妊婦さんに支援してくれないのですか」と言っていけばいいと思います。

この対象者というのは、医学的なリスクが高い人と、社会的なリスクの高い人と、特定妊婦と、重なり合うところが出てきます（スライド 21）。その中でも特に妊婦健診を受けていないと赤ちゃんの状態が悪く生まれてきたり、母親自身も血圧が高くなったりしてリスクが高いです。それから相談できない望まない妊娠では子育ての準備が全然できていなかったり、支援者がいない若年妊娠というものも、とにかくみんなが一生懸命支援していかなくやならない中核の人たちだと思います。こういうふうに分類して、地域で、ネットワークで支

援していけばいいのではと思います。

リスク、リスクと言ってきましたが、これはいままでの私の調査から、虐待要因の因果関係を整理したものです（スライド 22）。「ベルスキーのモデル」というものがあります。ベルスキーは社会福祉学者で、1980 年からエコロジカルモデルで子どもの虐待をとらえている人です。ベルスキーは、いままでの生育歴と色々な資源、いまはソーシャルキャピタルをいろいろ言われていますが、そことの関係で子育てがなされていくんだというようなことを言っています。保健師に調査を行い分析していったのですが、やはり背景に親に関心を持ってもらえなかったという不満感をほとんどの方がもってらっしゃるんです。早く親に死に別れたということなども含めてです。そうするとだいたい子どもの受容に問題があるようなところに影響します。愛着形成の不全は、また別要因だと思うんですね。自分の夫との関係が悪かったりとか、母親自身も体調が悪かったとかいろいろなことが関係してくるし、入院期間が長いというのも関係してきます。この愛着形成不全と子どもの受容というのはとても関係しており、どちらがニワトリか卵かなんです。あと子ども自身も小さく生まれてサインが出しにくい子とか、かなり扱いにくい子とか、双子だったり三つ子だったりする、男の子だったり女の子だったりするというのも、それによって受け入れがたいお母さんなどがいるんですね。

<スライド 22>



子どもの発達段階に応じてストレスは変わってきます。たとえば知的に低かったら、ミルクはなんとかやれていても離乳食はお手上げとか、子どもの発達に応じたしつけのしかたができなくて叩いてしまうということもあります。だから子どもの要因からもストレスの多い子育てにつながっていくし、親からも生育歴に問題があると、親の性格も未熟だったり、孤立したり、仕事もなかなか続かなくて、夫婦関係も DV だったりして、そこからストレスが生じるんですね。それであるときにカッと

包丁を持ち出すとかいうようなのが虐待だろうなど。ところがいままでみていると、ネグレクトも同じ背景なんです。でもネグレクトは同じ背景でもこれを認識していません。ネグレクトに関しては「余計なおせっかい」と言われて支援が入りにくいところがあるんですけども、同じように子育ての背景を分析していくと、「ああ、この人はこういうことだったのか」ということがわかります。

同じように多胎も考えていくと、私なりの整理ですが、多胎の妊娠・出産というのはまずは医学的なリスクがあります（スライド 23）。ですので、絶対に医療との連携が必要です。胎内死亡で 1 人が死亡してしまっていると、それによって亡くなった子どもへの思いが整理しにくい方もありますし、多胎だけでもとてもリスクが高いです。よく御存じでしょうが、一卵性双生児では双胎間輸血症候群がおこることがあります。胎盤の中で血管が吻合していて、1 人の子どもに血液がいて、もう 1 人の子どもは貧血でかなりサイズが違って出てきます。一見するとサイズが小さい貧血の子どものほうがしんどそうにみえますが、じつは心臓に負荷がかかっている大きい子どものほうが問題です。いまは胎内で、内視鏡下に胎盤の

多胎の妊娠・出産・育児

- 産科的リスクが高い
 - ・胎内死亡、双胎間輸血症候群、早産、分娩異常
 - ・妊娠高血圧症候群、切迫早産 など
- 育児負担が大きい
 - ・切迫早産などで要安静による筋力低下
 - ・複数の子の育児で時間的・物理的負担
 - ・子どもに疾病・障害がある など
- 育児不安が大きい
 - ・低出生体重児の育児など
- 愛着に違いがあることも
 - ・退院時期に違いがある
 - ・性別
 - ・障害や疾病を持つ子どもと健常児 など

血管が吻合しているところを焼き切る治療ができるようになったので、それにより双胎間輸血症候群もかなり救われるようになりました。

あとは早産が多いとか分娩異常です。1人はちゃんと頭から生まれてきたけれども、1人が逆子でなかなかうまくいかないとかいろいろなことが起こり、本当に医療機関との連携が重要な部分です。母親自身にしても、妊娠高血圧症候群はリスクとしては高いですし、お腹の子どもが大きいから負荷が心臓にかかります。

そして育児負担が大きいです。保健師さんに

よく頭にインプットしてほしいと思うのは、とにかく絶対安静や要安静で、多胎の産婦さんたちは筋力が低下しているということです。あかちゃんは元気に生まれたのだけど、母親がなかなか追いつかない。そこをうまく配慮して、頑張れるように思っている母親でも、最初からほとんど誰かに手助けをしてもらえるようにしないと、身体が動かないお母さんは自分ばかり責めます。ここが忘れられている。妊婦さんたちと話をしても、1日が長いんですね。安静時は天井ばかり見て、「今日も1日ようやく過ぎた」とか、「お腹の子が何g育ったかな」と思っているんだけど、思ったより育たないとかそういう事実もあると、「私のこのじつと天井ばかりを見ていた日々はなんだったんだろう」というように思う母親もいて、そのつらさを看護サイドもわからないといけません。絶対安静のつらさです。黙って寝ていても腰は痛いでしょう。それから、あかちゃんだけに思いがいても、自分がそれを準備できない。特に上の子がいると上の子をどうしたらいいのかということで、看護サイドも気がついてもらわなきゃならないし、地域も気がつかなきゃならないし、絶対的に違う負担の大きさが多胎にはあります。

それから複数の子の育児で、時間的、物理的に負担がかかるし、お金もすごくかかります。また、2人が元気に生まれてくるばかりではなく、1人に障がいがあったり疾病があったりすることもあります。ここもちゃんと伝えていかないと、じつは愛着に違いがあるということで、大阪でも失敗例があったので、それはまた後でお話ししますが、1人に手間がかかる問題の大きさですよね。

育児の負担が大きいというのは、小さく生まれてくるから。小さいのですが先ほど言った「レイトプリタム」のように、「もう身体は成熟しているから大丈夫よ」と退院します。だけど体重は小さいんです。その特有の育てにくさに向かい合っていくと、母親たちは不安が大きい。なので、ホットラインを結ぶぐらいのつもりで支援をしていかなきゃならないです。退院した直後から、病棟だと24時間やっていますので、電話でなんでも相談できるような体制をとっているところが多いです。大阪母子センターでは緊急受診もできますし、松山日赤なども「ハローベビーカード」というのを作って、普通の分娩でも24時間いつでも相談に乗れるような体制をとっています。そういうこまごまとした、夜中でも相談に乗る体制が必要だと思えます。

また、多胎の場合には愛着に違いが出てくるときがあって、それは退院時期が違うというのがありますが、性別によって、女の子、男の子というように、それはきっとその人によっ

すけれども、それを本音で聞きださないで通り一遍の対応だけしていくと、「なんでこの子にはそんなことができないのか」というのがよくわからないんです。

だから「ほんとのことってどう、お母さん。2人いるけれども、2人の性格ってどんなだと思う？」と言って、「それで、お母さん自身が受け入れやすいのはどちらの子どもかな？」と聞いてあげればいいと思うんですね。「ああ、そうなんだ。じゃあこの受け入れられない子はなんで？」って言うと、「ちょっとゆっくりしているのがきらい」とかいろいろ話されます。「じゃあその子に対してはお母さんはどうしているの？」という、「お風呂は上の子はお父さんがいれて、この子は私が入れるようにしてるんです」といって、母親なりの配慮が出てきて、「じゃあお母さん、すごい！えらい！よくやってる」とほめてあげたらいいと思うんです。人間ですから、パートナーを選ぶときだって、引く手あまたの人もあったかもしれないけれども、その中からたぶん相性の合う人を見つけたと思うんですね。やはり相性が合う子と合わない子がいるということに私たちも向き合って、だけどなんとかうまくやれるような方向を一緒に考えていきたいと思います。

「2人平等よりも、比べないこと」というのも心がけてほしいです。2人には個性がある。同じ物を着せて同じようなことをしていたらかわいいんですけれども、でも個性がある。一卵性でも個性がありますよね。だから比べないで、「何々ちゃんはこのところがいいよね。でも、この子は、1つに集中できてここがいいよね」というように、比べないでどちらのよさも言ってあげる。個性を見つけ出し尊重する。あと、子ども1人だけの時間をつくり、スキップ。これはたぶんみんなよくやっていると思うんですけど。

また、育児負担が現実にとどのくらいなのかというのを、「1日をどんな生活しているの？」と把握しないとイケないと思います。それによって、「えっ、お母さん！それでは母乳を30分も1人に対してやってたら、ぜんぜん寝る時間がないじゃない」とかってわかるんですね。母乳至上主義の人もいますが、でも「人間の睡眠というのはね、何時間切るとかなりバーンアウトするからね」というように言ってあげます。よく私が言うのは、「一時間半睡眠サイクルだからね」ということです。レム睡眠とノンレム睡眠のサイクルが1時間半ですよ。この1時間半をまとめて寝たら、なんとか乗り越えられる。だから1時間半の間はお母さんが別室でゆっくり寝て、お父さんが世話をしてあげるとかいうように言ってあげたらいいと思うんですね。

それから、「育児支援者の確実な把握と信頼関係の把握」です。ここも10代のお母さんが、「どうなん？あかちゃんが生まれたら手伝ってくれる人はいるの？」と聞くと、「うん、だんなが手伝ってくれるって言ってた」と言うんですね。アンケートのところでも、「育児支援者はありますか？」という、「はい」と言うのですが、「それは誰ですか？」と聞くと夫の名前しか出てこない人は要注意だと思います。夫だけの支援というのは危ない。夫は、沐浴をさせるまでが自分の支援だと思っているんです。でも先は長いんです。夫だけしか書けない人というのは、自分の親との関係で問題がある人もいます。やはり複数の支援者はもちたい。そこをしっかりと把握することと、それからその人と信頼関係があるかどうかです。

普通は親の支援を受けますよね。それを当たり前だと思っていて突っ込まないと、やはり危ないです。自分の親との関係が悪くて、子どもが生まれたこともぜんぜん言いたくなかったという人もいます。「実母」と書いていても、実母のもとに戻って、本当に安心できるような子育てができるのかということも、そこも問題なんですね。支援者を「実母」と書く人もいますが、「でも小さいころどんなだった、お母さんと」と言うと、関係がわかることもありま

す。本当はどの程度の信頼関係があるのかも、ぜひ把握していただきたい。

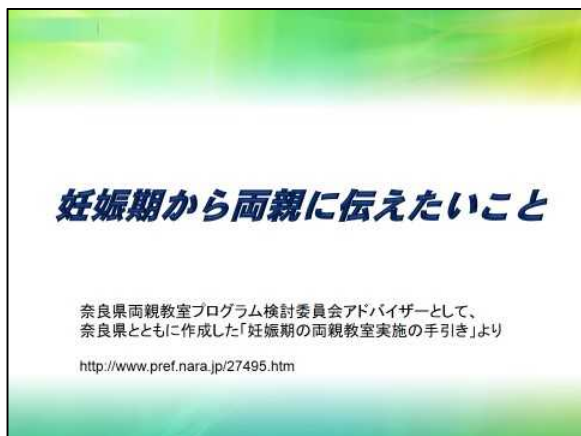
また、多胎は先ほども「リサイクルグッズ」のことも言いましたが、育児グッズや、特有の「こんなことを知っていたらもっと楽だった」というものがあるし、「仲間作り」で、仲間からいろんなアイデアを聞くとすごく安心できるので、この2つは別格に情報提供をしなくちゃならないなと思います。

◆**妊娠期から両親に伝えたいこと** ～奈良県両親教室プログラム検討委員会アドバイザーとして、奈良県とともに作成した「妊娠期の両親教室実施の手引き」より（スライド25）

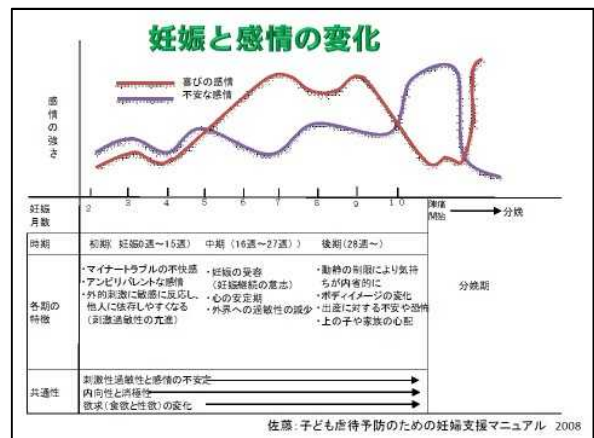
妊娠期から両親に伝えたいことというのは、先ほどから何回も「ニュースZERO」で取り上げられた泣き声のプログラムのことを言いましたが、私が奈良県と共に作った、一般の両親に向けてもこのことは虐待予防のために妊娠期から伝えておきたいと思うプログラムをご紹介します。

妊娠・出産というのは、不安と喜びが入り混じります。これは心理学者が作ったものなから、妊婦支援マニュアルを作ったなかで一緒に加工していったものです（スライド26）。

<スライド25>



<スライド26>



最初はつわりがあったりマイナートラブルがあります。それからあかちゃんを産んでいいのか産まないでいいのか、仕事はどうするのかとかすごく敏感になって不安が勝ります。でも胎動が始まってくるとうれしいですね、あかちゃんがいる。そして身体も調子がよくなってきますし、うんと夫と一緒に子どものことを考えてほしい時期です。そしていよいよ分娩が近づきます。お産をしたことがない人は、「痛いかな」「元気なあかちゃん生まれてくるかな」ととても心配になります。でも産み月が迫ってくると、「どんな子でもとにかく産もう」と思って分娩に向かいます。分娩の真っ最中は「もうとにかく生まれてくる子がどんな子でもいいわ。早く顔がみたい」と思ってみんながお産に向かっていくと思うんですけども、そして生まれてきたら喜びが勝りますよね。このように不安と喜びが入り混じりながら妊娠生活を送っていくのが、私たち母親の心理です。

でもそれが早産の場合には、ここで中断されてしまいます。特に安静期を長く要する早産の場合などは、この喜びの感情があるべきところが結構不安が前倒しでやってきます。ですので、そのあたりのこころのことをよくふまえてもらって、「おめでとう」の一点張りではない、この早産への支援というのをしっかりやってほしいと思います。まずこの人たちは準備ができていないんです。こころの準備ができていないし、それからあかちゃんが生まれる準備

備すらもできていない。その妊娠経過の中断なんだという視点、まさしく「中断への支援」というのも、早産に対してはやっていただきたい、必要だよといっています。これは普通の人向きなので、「とにかくお父さんと仲良くこの時期に2人で一緒に共通の思い出をつくってね」と、「あかちゃんの準備を普通にここの時期にしてね」ということを両親教室では言ってもらっています。

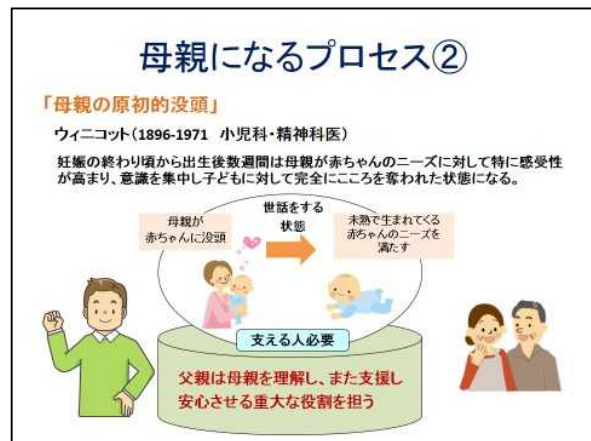
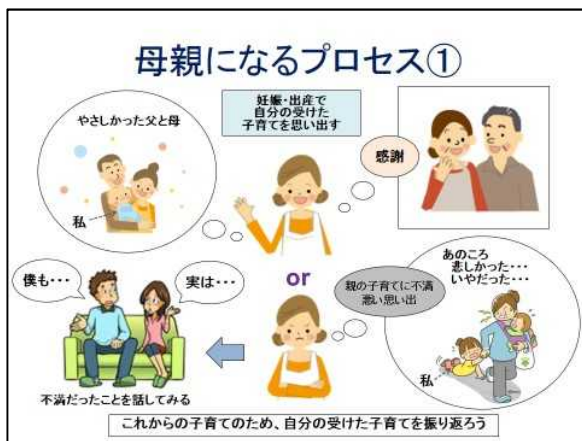
「母親になるプロセス」は、自分の生育歴のことをいろいろ言いましたが、初めての性行為、妊娠、出産の際に、自分の親のことを思わない人はいないと思うんです（スライド 27）。そのときに自分の親を肯定的にとらえられるかどうかなんです。よかった思い出と感謝もあるかもしれないけれども、やはりつらかった思い出とかもあるんです。ここのところもしっかり自分で振り返っていただいて、「自分はこうだった。夫はこうだった」と。夫のこともよくよく小さいころのことを聞いてみると、夫もすごい育ちをしたたというのが、子どもを産むときになって初めて被虐待歴があった夫だったということ把握した母親もいます。

これから対応をどうしろということではないのですが、自分なりに整理していく必要があると思います。「だけど私はそうならないように乗り越えるんだ」でもいいと思うし、あと「親を許す」という気持ちも出てくるかもしれないし、そこに向き合わないことには自分の子育てが見かけだけで、底に本当の感情を押し込んだものになってしまいます。知らないうちに虐待されていた自分を思い出して暴力が始まる場合もあるので、しっかり自覚してもらいたいと思います。

また、赤ちゃんが生まれたてのときには、あかちゃんに没頭させてあげたいと（スライド 28）。これも有名なウィニコット（Donald Woods Winnicott）が妊娠期の終わりころからとにかくあかちゃんに関心を奪われて、こころを奪われた状態になるのだと。これがあとの子育てにすごく重要と、すでにむかしに言っているのですが、そうなるにはとにかく安心できる環境の下で、あかちゃんの顔だけを見ていたらいい状況にしてあげることが必要です。父

<スライド 27>

<スライド 28>



親は、あかちゃんに妻をとられたような気持ちになるかもしれないけれども、でもそういう時期なんだとあかちゃんに没頭させてあげる。祖父母もじっくり家事のことなどはしてあげて、母親をあかちゃんにどっぷり浸からせてあげるといえるのが必要だといっています。

次に、2人だけのときと違い子育てをしていくときには、価値観の違いへの対応が重要ということです（スライド 29、30）。いままで違う考え方のある人たちが、たとえば好き嫌い、自分の親は洋食だとか和食だとか、それも乗り越えて一緒に暮らしていると思うんですけれども、小さいころはどんな文化で育ったのかとかです。たとえばうちは七五三をぜんぜんや

らない地域で育っているのですが、そういうことも言わないと、「向こうの親は何もしていない」という話になってくるので、そこらへんも出し合って、ストレスが起こったときにはお互いにどういうふうにして発散させているのかとか、あと雑用や仕事をどういうように役割分担しているのかとか、子どもが生まれてからも夫婦の時間をどう作っていくのかというのを予め家族になる前に考えて具体的に解決していくこと。それから何よりも言いたいことは、いろいろケンカが起こってくると思うのですが、相手のことをとにかく貶めない。ケンカをするときには建設的にするということです。絶対言ってはいけないことばなどもあります。たとえば「あなたなんかは何もできないくせに」とか、「あなたはいつもそうなのよ」と言うと、もうそれで終わりです。「いつもそうなのよ」というのは危険ですね。女性は言いたくなるのですが。

<スライド 29>

ふたりから家族になることに影響すること

- 二人がそれぞれの自己(自分の世界感と物事や人に対する考え方等)を「私たち」に合体させる能力
- 文化としての、またモデルとなる両親から影響された父親、母親観
- ストレスへの考え方、対応のしかた
- 子どもが結婚生活にどのような影響を与えると考えていたか
- 雑用や仕事についての考え方
- 子どもが生まれてからも会話を続けることができるか

参考:「子供を持つと夫婦に何が起るか」ジェイ・ベルスキー他 草思社 1995

<スライド 30>

ふたりから家族になることをスムーズにするには

- 個人的目標や欲求を捨て、二人がチームとして一緒に対応
- 家事分担や仕事についての不一致を、双方の納得のいくやり方で解決する
- ストレスを処理するのに結婚生活や相手に負担がかからない方法で行う
- けんかをする時は建設的に。お互いの優先順位が異なっても興味が共通にあるところを尊重
- 子どもが生まれた後の結婚生活は、子どもが生まれる前と同じものさしでは測れないことを知る
- 結婚当初のような、相手に関心のあるコミュニケーションの仕方を維持する

参考:「子供を持つと夫婦に何が起るか」ジェイ・ベルスキー他 草思社 1995

また、これまでいろんな趣味があるのですが、子どもが生まれてからはその趣味も少し小さくしなきゃならないし、生まれる前は2人で旅行というものさしがあったかもしれないけど、いまは週に一度公園に行くことが楽しみ

<スライド 31>

赤ちゃん誕生

- 口に出してお互いを思いやりほめましょう
- 二人でおなかに触り、赤ちゃんに話しかけましょう

「大丈夫」のひとつだけではなく、「心配なんだね」と寄り添い、とことん二人で心配しましょう。

という、ものさしを変えていくとか、そういう具体的な夫婦の生活の仕方というのも妊娠中から考えていくことが大事だと言っています。

それで、とにかく2人でどんどん心配してちょうだいと(スライド 31)。妊娠したかも、親になれるかも、お産も心配。それもとにかく2人で口に出して心配しあって、2人でお腹のあかちゃんに話しかけて、生まれてくるのを待ちましょうねというようなことを言っています。

◆最後に

これは「健やか親子 21」からとってきたものですが、じつは、ヘンリー・ケンプ (Henry Kempe) と一緒に仕事をしたスチールという精神科医が、虐待された事例の背景要因にはこの4つがあるということを言っていて、わかりやすく言い直されています(スライド 32)。

1つは、虐待する多くの親は子ども時代におとなから愛情を受けていなかった。2つめは、生活にストレスが積み重なっている。それは経済不安、夫婦不和、育児負担とかですね。3

つめは社会的に孤立し、援助者がいない。4つめは親にとって意に沿わない子どもであると。望まない妊娠・愛着形成阻害・育てにくい子とかですね。この4つがある場合、より影響が強く出ると考えられています。

<スライド 32>

最後に①

多胎では、虐待の背景要因とされている
①多くの親は子ども時代に大人から愛情を受けていなかったこと、②生活にストレス（経済不安や夫婦不和や育児負担など）が積み重なって危機的状況にあること、③社会的に孤立化し、援助者がいないこと、④親にとって意に沿わない子（望まぬ妊娠・愛着形成阻害・育てにくい子など）（以上、健やか親子21）がある場合、より影響が強く出ると考えられる。

<スライド 33>

最後に②

多胎では、医療機関が大きく関わることから、医療機関発出の医療・保健・福祉の連携強化と切れ目のない支援を行う必要がある。医療機関の妊娠中からの多胎妊娠支援の強化、地域保健機関への情報提供が重要であり、地域保健機関は必要に応じ単なる妊婦支援だけではなく、要保護児童地域協議会の特定妊婦としてネットワークでの支援につなげるべきである。

さらに多胎の場合では、この4つがある場合には、虐待要注意群になると思うんですね。でも、多胎の場合には医療機関が大きく関わります（スライド 33）。まったく医療機関の関与なしで、自宅分娩で2人を産んだというのは、私は聞いたことがありません。ということは、1つの鍵は医療機関連携なんですね。医療機関発出の医療・保健・福祉の連携強化と、妊娠中から、出産・子育てと切れ目のない支援を一緒にやっていく必要があります。ということは、医療機関が妊娠中から多胎妊娠支援の強化——大阪母子センターがやっているような事業のことをご紹介しましたが——と共に、大阪母子保健センターでは、外来にいる間、あるいは妊娠中に保健師が面接をしています。それでリスクの高い人は、絶対に地域へつなぎ、即家庭訪問に行ってもらえるような情報提供をしていますし、地域保健機関への情報提供がとても重要です。情報をもった地域は、「アポが取れてから行こう」ではなく、やはり即行っていただきたいと思うんですね。多胎といういままで経験したことのないような子育てが始まっているので、とにかく1日～2日の間には行ってほしいし、必要に応じて単なる妊婦支援だけではなく、ネットワークとして支援していくんだと。たとえば「養育支援訪問事業」といって、妊婦の家に行けるような事業も地域ではもっていますので、とにかく特定妊婦としてネットワークの支援につなげるべきなんです。

最後に、多胎の場合もいろんな、若年の多胎とかも見てきましたけれども、親がSOSを出せるか、子どもへの率直な感情を表出できるかというのがKEYであると思います（スライド 34）。若年だと本当に反応が乏しかったりするんですね。困っているんだか困っていないんだか。とにかくそこを妊娠中から口に出して言えるようにする。助けを求められるようにするというのがすごく大切だと思っています。それには、まずどんなことでも親をほめたい。

<スライド 34>

最後に③

多胎では、親がSOSを出せるか、子どもへの率直な気持ちを表出できるかがKEYである。

それには、まずは親を褒め、SOSを出せる関係作りを！

子どもへの感情の違いでは、率直に出せる場を用意する必要がある。

多胎児ならではのグッズ、育児方法などもあり、仲間作りの支援がより重要！

「こんなことを言ってもいいのかな」と思わなくてもいいから、「とにかく相談してきてね」という SOS を出せる関係作りを妊娠中からする、それが大事だと思うんですね。でも、地域ではこの「親をほめる」というのは保健師教育でも言われているからほめるのですが、そこで失敗している人もいます。私は「総論でほめるな」ということを言っています。「お母さん、よく頑張ってますね。だけど……」ということが始まってくるとそれはいけない。なんでもいいから、具体的にほめなきゃならない。具体的に経験した事例ですけれども、「大変なのによく頑張ってるね」ということをくりかえしたのですが「私、よく頑張ってます。私、大変だとも思ってません」って、そこでプツッと切れたんですね。あまりにもばかにされたような気になりませんか。それよりは「お母さん、子育て大変なのに、きれいなイヤリングつけてるね」とか、あと「子どもにかわいいリボンつけてるね」とかなんでもいいと思うんですよ。「具体的になんでもいいから、2つはほめようね」ということを言っています。

あと「子どもへの感情（の違い）」では、先ほど言ったように、率直に出せる場を用意するというのと、あとなんといってもこの多胎児ならではのグッズ、育児方法などもあり、仲間作りの支援の情報提供が重要だということを最後に言って終わります。

【質疑応答抜粋】

大木：本日ここにおこしいただいている方はだいたいが、専門職というよりは当事者です。講演の中で、連携について触れられたときに、医療機関と行政で、そこからあとは福祉に関わるということでした。そういった場合に、当事者で力をもった人というのはどういったかたちで連携に関われるのか、ヒントになるようなことを、最後にぜひ佐藤先生からご教示いただけないでしょうか。

佐藤：今の児童福祉の変化は激しいんですけれども、たぶんそのことがあまり皆さんにはインプットされていなくて、いままでの支援の延長線上で頑張ってきたと思うんです。でも先ほど私が言ったように、いままでだったら助産師さんの訪問とかなにかだったのですが、養育支援訪問事業というまたもう1つ使える支援が加わったわけです。それはヘルパーさんと同じような家事支援型の養育支援の訪問者を用意している自治体ならば投入できます。ですので、皆さん方が皆さん方の頑張りで医療機関と、地域の保健師さんたちとのつながりでやっていってるんですけれども、さらにマンパワーが足りない。乳児健診のお手伝いなどはすごくいいなと思ったのですが、それ以外の日々の家事型の支援とか、お産で帰ってきてからのヘルパー型の支援で養育支援訪問事業をされるところもあるんです。だから、「こういう訪問を使いたいんです」ということではなくて、「何かないか」とまず聞いてみてください。するといろんなサービスがいまできあがってきています。そこになかったら、「よそであるらしいから、つくってください。使えるようにしてください」と言ってもらいたいと思います。

たとえばその養育支援訪問事業は、上に子どもさんがいて、上の子どもさんにやりにくさがあるのならば保育士さんを導入して遊ばせ方を支援する、あるいはネグレクト家庭とかお母さんがうつで朝起きられなくて保育所へ連れていくことができなければ、保育所への送迎もできるような、わりに使い勝手がいい事業です。なので、いままでない福祉も巻きこんで、みんなで多胎のサポートをしていこうというようになってほしいなと思います。

多胎児あるいは多胎家庭と児童虐待の問題について（解説）

石川県立看護大学 健康科学講座 大木秀一

多胎家庭に対する育児支援の重要性を強調する場合に、虐待予防が理由の一つにあげられることは良くご存知だと思います。しかし、虐待の実態や実数を把握することは、それほど容易なことではありません。一般に、多胎児あるいは多胎家庭では虐待が発生しやすいといわれます。厚生労働省のホームページにおいても「子ども虐待による死亡事例等を防ぐためにこれまでの報告にみられたリスクとして留意すべきポイント」として「養育者の側面」の中に「多胎児を含む複数人の子どもがいる」ことが明記されています。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000037b58-att/2r98520000037bag.pdf>)

多胎育児の負担の大きさを考えれば、感覚的には理解できると思います。しかし、これを具体的に示す根拠（大規模な疫学調査）は、国内外にもほとんどありません。国内では今から20年以上前に全国の医療機関で行われた、虐待による入院事例の調査が唯一おおよけになっているものと言えるでしょう。当時と現在では育児に関する状況も異なりますし、医療機関の調査ということで、入院患者の中に多胎児が多く含まれやすいことも予想されます。そこで、医療機関の情報とは全く異なる視点で、多胎児および多胎家庭では虐待死亡事例が多いのかどうかを検討してみました。データとして用いたのは、厚生労働省が公表する「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」（第1次～第9次報告）です。これは、多胎に関する虐待情報がわかる数少ない全国データです。この中には、2003年7月から2012年3月までに把握された、18歳未満の小児の虐待死亡事例の数および、家庭の要因、児の要因、育児環境などの背景因子が集計結果として掲載されています。しかし、どのような要因が虐待死の発生頻度を高めているのかは具体的に分析されていません。また、プライバシーの保護もあり、個別の事例についての詳しい記録はほとんどありません。虐待死亡事例は、親子心中（未遂を含む）事例とそれ以外に分けて報告されているので、今回は親子心中以外だけを分析対象にしました。また、比較のために人口動態統計により正確な数値が得られる低出生体重児、10代妊娠に対しても同じ分析を行いました。

調査期間中に495児の虐待死亡事例が報告されており、その中で多胎児は13家庭に14児いることがわかりました。一般集団のなかで多胎児は、最近10年間ではおおよそ2%程度です。ですから、495人中14児（3%）はやや多いといえます。実際には、人口動態統計を基に、やや専門的に発生頻度を推定します。2003年7月から2012年3月までに生存したとみなされる、0歳から17歳までのすべての単胎児と多胎児について、それぞれの生存期間（例えば、2003年7月生まれであれば、2012年3月までのおおよそ8年9か月）を見積もり、単胎児と多胎児に分けて虐待死亡事例の発生頻度（のべ生存期間に対する事例数）を推定してから、多胎児では何倍多いか（相対危険）を計算します。

虐待死亡事例の報告では、母親や家庭の情報が得られないこと（欠損値）が多く、多胎児かどうか不明の場合も多いので、欠損値を含めた場合と除いた場合の2通りの推定をしました。欠損値を含める場合には、結果を過大評価しない（最低ラインを見積もる）ために、単胎児（一般には、リスクが低い方）とみなしました。

詳しく分析すると、多胎児は単胎児に比べて、欠損値を含めた場合（1.6）、欠損値を除いた場合（2.2）で大体2倍前後虐待死の発生頻度が高まると推定されました。これを「家庭」

として計算してみると、多胎家庭は単胎家庭に比べて、欠損値を含めた場合にはおよそ 3 倍 (3.1)、欠損値を除くと およそ 4 倍 (4.0) 虐待死の発生頻度が高まります。多胎家庭では、単胎家庭よりも一家庭当たりの子どもの総数が平均的に 2 倍弱ほど多くなりますので、この結果はそれを反映しています。

多胎に関する相対危険を、10 代妊娠による児や低出生体重児で得られた相対危険と比較してみると、10 代妊娠では 20 歳以上妊娠に比べて、欠損値を含めた場合にはおよそ 14 倍 (13.9)、欠損値を除くとおよそ 22 倍 (22.4) 虐待死の発生頻度が高くなります。低出生体重児では非低出生体重児と比べて、欠損値を含めた場合にはおよそ 1.5 倍 (1.4)、欠損値を除くとおよそ 3 倍 (2.8) 虐待死の発生頻度が高くなります。以上のように、多胎児であるということによる虐待死の発生頻度は、10 代妊娠に比較すればかなり低い値ですが、低出生体重児と比較すると同程度になります。まだ事例数は少ないので (事例数が 0 になることが本来目指すべきことです!) 結果の数値は暫定的なものです。また、低出生体重児と比較して多胎児は出生数そのものが少ないので、もし虐待死亡事例が発生すると相対危険が大きく変わります。

一般に、多胎に関する母子保健統計は児 (子ども) 当たりでリスクを推定されます。しかし、多胎児は同じ家庭で同時に育てられることが一般的であり、これが育児負担の主因の一つであることを考えれば、そのリスクは家庭当たりで (つまり、2 人以上の多胎児の合計として) 考えるべきでしょう。すると、多胎家庭は単胎家庭に比べて、3~4 倍くらい虐待死の発生頻度が高いといえそうです。多胎家庭の虐待リスクのみを強調する必要はありませんが、このような厳しい育児の現実も知っておく必要があるでしょう。

次いで多胎家庭における虐待死亡事例の特徴を検討しました。厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」は新聞報道などを情報源としています。そこで 14 児の事例について、新聞報道やインターネットなどから複数の情報を収集し、丹念に調べ詳細を確認し、以下の結果を得ました。14 児は全てふたごであり、13 家庭に属していました (両児虐待死亡事例が 1 件ありました)。生物学的な親 (血縁関係にある親) による事例が 12 例 13 児であり、両親によるものが 3 例 3 児、母親の単独が 7 例 7 児、父親の単独が 2 例 3 児でした。身体的虐待が 10 児、ネグレクトが 6 児でした。身体的虐待とネグレクトが重複していた 2 児を含みます。4 人の母親が 10 代妊娠だと思われまます。また、母親自身が虐待された経験を持っている場合や、精神疾患を有する場合が少なくとも 3 例ありました。10 人中 4 人の父親には定職がありませんでした。12 例中 6 例で、被虐待児 (死亡児) の同胞 (兄弟姉妹) のいずれかが虐待を受けていました。その中には、虐待死したふたごの co-twin (ふたごの他方の児) 6 児全員が含まれていました。ふたご両児が虐待を受けた事例では、家族の機能不全 (例えば、養育能力の欠如など) が認められました。ふたごの 1 児だけが虐待を受けた事例では、1 児の障がい、成長・発達の遅れ、愛情の偏りが見られました。必ずしも障がいを持つ児の方が虐待を受けていたわけではありません。乳幼児揺さぶられ症候群を思わせる事例が少なくとも 1 件ありました。海外では、多胎家庭において乳幼児揺さぶられ症候群の事例が多いことが指摘されており、ふたごの泣き時間の長さとの関係で注目されています。

虐待死に至った児の性別、両親の年齢、婚姻状況、母親の精神状態など大部分の項目で単胎児と多胎児の間に差は見られませんでした。調査できた項目の中で、多胎児と単胎児で統計的な差がみられた項目が 2 つありました。まず、乳児 (0 歳) 死亡事例に占める 0 か月虐待死の割合です。多胎児では 0% (8 児中 0 児) である一方で、単胎児では 48% (185 児中 89 児) でした。全体としては、虐待死亡事例を年齢別にみると 0 歳児が圧倒的に多いことが

分かっています。その中でも、特に 0 か月児（ほぼ新生児期に相当）がその過半に近い割合を占めます。そのような中で、多胎児の場合にはこれまでに 0 か月虐待死亡事例が見られていません。この理由は不明ですが、もしかすると、多胎の場合には出産前後を通じて、医療機関との関わりが大きい（入院していることもしばしばあります）点が予防的効果をもたらしているのかもしれませんが。もう一つは、家庭当たりの児の数です。わかりやすく説明するために家庭当たりの子どもの平均人数で説明すると、1 家庭当たりの子どもの数は、多胎家庭で 3.2 人、単胎家庭で 2.2 人と推定されました。子どもの数が多いこと自体が多胎育児を困難にする、あるいは虐待リスクを高める理由の一つです。古くより多子家庭（子どもの多い家庭）では、様々な理由で虐待リスクが高いとされています。多胎家庭の場合には、それに加えて同じ年の複数の児を同時に育児するという点で、さらなる負担が加わります。

量刑に関しては、12 例（15 人）についての情報が得られました。全体で 4 例に執行猶予付きの判決が下されています。この中には、母親単独の 7 例のうち 3 例が含まれていたことが注目されます。母親の多胎育児の負担を考慮した判決がなされている可能性があるからです。ただし、単胎児例に関しては量刑の情報は得られていませんので、直接比較することができず、この結果だけで断定的なことは言えません。

多胎家庭が単胎家庭よりも虐待死亡事例の発生頻度が高い理由は、多胎家庭に限定されない一般的な要因（親の養育能力の低さ、一人親、望まない妊娠、10 代の妊娠など）と、多胎家庭に固有な要因（ふたご両児の比較など）が関係すると思われる。

多胎妊娠では、医学的リスクに加えて、出生後の育児負担が大きいことが、筆者の行った全国調査により示されています（JAMBA メールマガジン 33 号）。虐待感情を持つ母親の割合が、多胎児の場合では単胎児の場合に比べて 2 倍程度多いことも明らかとなっています。こうした裏付けからも多胎家庭に対しては妊娠期からの（場合によっては不妊治療に対する説明などの段階からも）早期の支援と、必要に応じた介入が必要であるといえます。

そのような中、またもふたご家庭における虐待死の事件が報道されました（2013 年 12 月）。多胎育児支援を当事者や地域住民だけに任せるだけでは限界があります。今後このような悲しい事件が二度と起きないようにするためには、行政機関の積極的な関与が必須です。そのためには親子保健事業の一環として予算を確保した上で、当事者と連携をとった形での継続的な多胎育児支援を展開できる仕組み作りが早急に望まれます。

【参考文献】

Syuichi Ooki: Characteristics of Fatal Child Maltreatment Associated with Multiple Births in Japan. *Twin Research and Human Genetics*, 16(3), 743-750, doi:10.1017/thg.2013.28, 2013.

Syuichi Ooki: Fatal Child Maltreatment Associated with Multiple Births in Japan: Nationwide Data between July 2003 and March 2011. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18(5), 416-421, doi: 10.1007/s12199-013-0335-9, 2013.

大木秀一：全国データを基にした多胎家庭における虐待死事例の特徴。第 19 回日本子ども虐待防止学会，長野県松本市，2013.12.13-14。（JaSPCAN 信州大会抄録集，235，2013）

大木秀一，他：全国データに基づく多胎家庭における虐待死亡事例の相対危険の推定。第 72 回日本公衆衛生学会，三重県津市，2013.10.23-25。（日本公衛誌，第 72 回日本公衆衛生学会総会抄録集，60(10)特別付録，384，2013）

■ 第4回全国研修会 講演記録 ■

平成25年12月発行

一般社団法人 日本多胎支援協会

JAMBA(Japan Multiple Births Association)

〒330-0072

埼玉県さいたま市浦和区領家 3-23-9

TEL&FAX : 048-877-4244

HP : <http://www.jamba.or.jp/>

E-mail : jamba@jamba.or.jp