

## 児童虐待の予防に関する一考察

—精神科受診した母親の分析から—

田野 稔郎<sup>1)</sup> 高橋 雄一<sup>1)</sup>

**要約** : 母親の育児不安を早く把握して子どもの養育を援助する方法を求めて、精神科受診した母親とそうでない母親について出生後入院中の面会の態度などについて調査を行い、育児不安を示す母親の特徴を検討した。出生時体重が少ないほど初面会時の不安が大きいが、健康な母親では時間の経過とともに児を受け入れるようになるのに対し、精神的な問題を持つ母親・育児不安を示す母親では変化しない場合が認められた。

**見出し語** : 低出生体重児 育児不安

はじめに:

精神疾患の母親は児童虐待のハイリスク要因の一つであることは広く知られている。しかし日常の臨床経験からは児童虐待の発生後に、そこに精神疾患の母がいることが判明するわけで、虐待予防につながらないことが多い。また子どもを虐待する母親は精神疾患であったとしても、治療を受けていることは少ない。また自分の子どもを虐待する母親は、多くの場合に周囲の人たちに助けを求めたり・社会資源をうまく利用することが苦手で、困難や苦悩を一人で抱え込んでいることが多い。このような自分一人でなんでも処理するよう

な人、周囲からの援助を求めないような人に対して働きかけを行ってもうまく受け入れられることが少ない。この点に児童虐待への介入の難しさがあると言える。

一方、最近では育児不安を訴えて、周囲から何らかの援助や介入を求める母親も多く見られるようになってきている。そこで子どもの主治医である小児科医あるいは出産前後に産科医から精神的な問題が認められて精神科受診に至った母親について、出産直後からの子どもに対する態度を調査する事によって、その後の育児態度を予測できる徴候が見出すことが出来るのではないかと考えて調査を行った。

---

1) 神奈川県立こども医療センター 精神科

表 1：調査対象の母親の内訳(括弧内数字は産科入院児、内数)

出生時体重(児)	前児異常	母体異常	胎児異常	計
1000g未満	0	5	1	6
1000～1500g未満	0	3	0	3
1500～2500g未満	0	2	0	2
2500g以上	4 (4)	1	3	8 (4)
計	4 (4)	11	4	19 (4)

註：前児異常＝前回に生まれた児に何らかの異常が認められたもの

(新生児仮死、切迫早産、ﾀﾞﾙｸ症、重度脳性麻痺)

母体異常＝妊娠中に母体に異常が認められたもの

(切迫早産、前置胎盤、胎盤早期剥離)

胎児異常＝妊娠中に胎児に異常が認められたもの

(脳室拡大、水頭症、左心室瘤)

対 象：

神奈川県立こども医療センター周産期医療部において妊娠管理を行っている妊婦及び当センター産科にて出産した産婦のうち精神的な問題があつて精神科に紹介された妊産婦と児の主治医である小児科医から紹介された母親と合わせて19名を対象とした。出生した子どもの出生体重は表1に示す通りである。新生児病棟入院した児15名、産科病棟に収容された児4名である。

表2には精神科に紹介されなかった当センター

産科にて出産した症例を無作意的に20名を選んだ。これらは調査対象となった症例と比較した。

方 法：

精神科に紹介された症例について、入院中の子どもに対する母親の態度を中心に父親やその他の家族の様子を診療録によって調査した。すなわち、出産後の初面会の様子、面会の頻度、面会時の態度・様子、子どもの病状説明時の反応、子どもの退院の話が出た時の時の反応・態度、その他参

表2：対照例母親の内訳(括弧内数字は産科入院児、内数)

出生時体重(児)	前児異常	母体異常	胎児異常	計
1000g未満	0	5	1	6
1000～1500g未満	0	2	1	3
1500～2500g未満	0	4	3	7
2500g以上	1 (1)	2 (2)	1	4 (3)
計	1 (1)	13 (2)	6	20 (3)

考になる事項である。

結果：

1)出生体重別の問題

対象となった症例の子どもの出生体重は表2に示す通りである。1000g未満の超低出生体重児6例、正常出生体重児8例と比較的多く、超出生体重児以外の低出生体重児5例であった。

出生体重別に特有な問題は今回の調査においては明らかにならなかった。

むしろ母親に認められた問題別に検討した方がよいように思われる。

2)母親に見られた問題

母親に認められた問題は抑うつ、不安・焦燥、強迫、不安発作、性格障害、育児上の問題に大別

された。抑うつ状態が8例と最も多く、不安・焦燥5例と続く。

a)抑うつ状態 8例

発症時期を見ると特徴はない。出産を控えて転居をきっかけとして発症したもの1例(引っ越しうつ病)、児に障害が見られない・発達も順調と判明した生後1年過ぎに発症したもの1例が認められた(荷おろしうつ病)。

治療は治療拒否2例、外来治療にて軽快4例、治療を継続したが症状が遷延して性格的な問題が顕在化したもの2例であった。

b)不安状態 6例(焦燥感を伴うもの2例)

不安状態にはいわゆるパニック障害1例が認められた。この症例は妊娠前から父の急死をきっかけにしたパニック障害が発症していた。今回の妊

表3：精神的な問題別内訳

出生体重別	(1) 母の精神 症状が主	(2) 育児不安 が主	(1)+(2) 合併	計	対照例
1000g未満	4	0	2	6	6
1000g以上 1500g未満	0	1	2	3	3
1500g以上 2500g未満	1	1	0	2	7
2500g以上 or母児同室	5	0	3	8	4
計	10	2	7	19	20

娠では胎児診断にて心疾患が指摘されていた。

この他の不安状態は出産した児に障害が残る事の不安、育児が思い通りにいかない不安、育児に自身ももてない不安が主なものであった。

c)強迫症状 2例

1例は入院中に受けた育児指導の中にあつた「清潔」のことが気になり出して、退院してから洗濯・掃除で一日が明け暮れるようになった。本人の希望によって他院に転医となった。

もう1例は妊娠中の超音波診断によって胎児水頭症が判明してから、子どもの受け入れが十分でなく、以前から見られた夫婦間の気持ちのズレが顕在化して来た。その頃から確認強迫が出現し

た。戸締まりやガス栓・電気のスイッチの確認に時間がかかり外出が出来なくなった。

e)その他

境界型人格障害と診断されて他院通院中であつた例は、入院中に精神状態の増悪が見られた時に対応することを求められて診察した。この例は前回に重症脳性麻痺児を出産し、育児放棄して施設収容されている。

3)新生児病棟入院中の児と母の関係

以上にあげた症例について児が新生児病棟に入院中の母の面会の様子を看護記録で調査したところいくつかの特徴が観察されたので簡単に触れて

表4：母親に認められた精神症状内訳

出生体重別	抑うつ 不眠	不安 焦燥	育児 困難	強迫 症状	不安 発作	性格 障害
1000g未満	4	2				
1000g～1500g未満	1	1	1			
1500g～2500g未満	1		1			
2500g～	2	2		2	1	1
合計	8	4	2	2	1	1

おく。あわせて対照例との比較も行う。

(1) 児が入院中から母親の不安が強く、時間経過でも変化しない場合

出生体重が低いほど初面会時の態度に不安・戸惑いが強く認められた。怖々と児と会う、児を見て驚く、児に触れるのも躊躇することがある。一方で児を見た時に思っていたより(身体が)大きかったと言う例も比較的多く見られる。

時間の経過とともに、多くの場合には児を受け入れるようになる。クワンガや抱っこも上手になり、次第に哺乳、おむつ交換、沐浴などを手際よく行うようになる。対照とした症例では、児の受け入れの様子は症例に比べて順調であるように見受けられた。

時間が経過しても、児を受け入れる事が難しい場合がある。定期的な面会に来ることが出来ない、ちょっとした事が気になり、職員に質問が多い、

児に装着されている医療機器やそれから出る音を気にする、退院が話題に上ると急に不安を訴える、などは母親が児を未だ十分に受け入れられていないことを示す徴候と見ることが出来る。

時には、面会時の両親の態度を見るとその夫婦仲がうまくいっていない事が明らかになることがある。

(2) はじめは戸惑い・不安感が強いものの次第に受け入れがよくなる場合

出生体重が少ない例ほど、最初の面会時に戸惑い・不安が強い事は推測される所であろう。精神科受診例のみでなく、対照例でも同じ傾向が示されている。しかし対照例では、時間の経過とともに児の受け入れが良くなる事が認められる。この初面会の時に示す戸惑いや不安はむしろ自然なものであると考えられる。このような時に戸惑いや不安を感じている母親と家属に対して誠意ある関

わりを持つことはその後の母児間健康的な関係を作り出すために大きな力となるようである。

### (3) はじめから受け入れがよい場合

この場合も数少ないが認められることがある。しかしこのような場合には、2通りの事態を考えた方がよい。

一つは、自然な受け入れの良さである場合である。このような場合は今回の調査では認められなかった。

今一つは、不安が強いがそれを素直に受け入れられず、一見は明るく振る舞い、「かわいい！」と言って、面会にも良く通い、児の世話を積極的に行う場合である。精神科受診した時には、「生後6カ月は猫の子のようでとても自分の子とは思えなかった」と述べた例があった。

考えてみれば、病院のイメージからはかけ離れたような医療機器とそこから発するモニター音に囲まれて、まるで工場のような場所で、しかも自分の子は「赤ちゃん」のイメージとはかけ離れた自分の子を見た時に、普段とは異なった気持ちさせられることはむしろ自然であると思われる。

### (4) 生後にある時間を経過してから問題になる場合

出生後に母親の対応は、比較的受け入れがよい場合であっても、暫くしてから育児上の問題が現れることがある。今回の調査では2例に認められた。

1例は、母親自身がその母親から、食事のマナーを特に厳しくしつけられたので、自分の子が自分で食べたがり、うまく食べることが出来ずにこぼす事が多いと、いらいらして怒鳴ったり、叩いたりして厳しく接してしまう。新生児期から続く

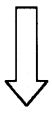
夜泣きにも疲労がたまってしまおうという。このようになる自分を何とかコントロールしたいと希望して精神科受診となった。

もう1例は、小児科で経過観察中に2歳になった頃、低身長・過食が認められたために精神科受診となった。「体罰するのが育児だと思っていた。自分は母親からいつも体罰されていた。」と述懐していた。約1年間の外来治療によって、母親の育児態度が改善され、児も落ち着いた。この2例ではいずれも虐待の世代間連鎖が認められ、それが思わぬところで現れ、この問題の根深さを感じずにいられない。

以上述べてきたところから、出生直後からの母児の様子を詳しく調査していくと、その後に見られる育児不安をある程度予測することが出来るように思われる。要するに、育児不安や養育拒否などは出生直後から細心の注意を払うことで、その予防に資するところがあると思われる。

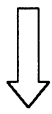
しかしこの場合には、母親が周囲からの援助や介入を受け入れる姿勢があることが前提である。母親が問題を抱えていても、援助や介入を望まない際取るべき手段については、今後の検討に待たねばならない。

これからも更に症例を増やし、かつ対照例も加えて、より詳しい検討を行っていきたいと考えている。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:母親の育児不安を早く把握して子どもの養育を援助する方法を求めて、精神科受診した母親とそうでない母親について出生後入院中の面会の態度などについて調査を行い、育児不安を示す母親の特徴を検討した。出生時体重が少ないほど初面会時の不安が大きいが、健康な母親では時間の経過とともに児を受け入れるようになるのに対し、精神的な問題を持つ母親・育児不安を示す母親では変化しない場合が認められた。