



Title	特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の現象学的研究
Author(s)	生駒, 妙香
Citation	大阪大学, 2024, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/96190
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

博　　士　　論　　文

特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の 現象学的研究

2024 年 3 月

大阪大学大学院人間科学研究科

人間科学専攻 基礎人間学講座 哲学と質的研究分野

生駒　妙香

目次

序章	1
第1節 社会的ハイリスク妊婦から「特定妊婦」へ	1
第2節 自己の助産実践からの研究の動機	2
第3節 助産師による特定妊婦のケアをめぐる研究課題	4
第4節 論文構成	7
第1部 特定妊婦のケアをめぐる研究背景	8
第1章 子ども虐待に関する諸研究	8
第1節 子どもと虐待の発見	8
第2節 日本における子ども虐待対応の変遷	9
第3節 統計にみる日本における子ども虐待の現状	17
第4節 海外における子ども虐待の現状と対応	26
第2章 特定妊婦を取り巻く研究	31
第1節 特定妊婦を取り巻く現状	31
第2節 法令・制度にみる特定妊婦への支援の現状	37
第3節 書籍にみる特定妊婦	42
第4節 特定妊婦を取り巻く連携の現状	49
第5節 助産師による特定妊婦への実践の現状	55
第6節 海外における社会的ハイリスク妊婦への助産ケア	57
第1部〔小括〕特定妊婦のケアめぐる現状	59
第2部 助産師による特定妊婦への実践の調査研究	60
第3章 調査研究の概要	60
第1節 現象学的な質的研究の必要性和意義	60
第2節 研究方法	61
第3節 研究対象者の概要	63
第4節 インタビューデータの記述方法	63
第4章 地域助産師による実践	64
第1節 助産師 A さんの実践 ―母親と社会をつなげる支援	64
第2節 助産師 B さんの実践 ―亡くなった命のことを忘れない	75
第5章 臨床助産師による実践	85
第1節 助産師 C さんの実践 ―母子とその周りもみる	85
第2節 助産師 F さんの実践 ―みんなで見守る	95
第6章 母性専門看護師(CNS)による実践	108
第1節 助産師 D さんの実践 ―安心できる関係の構築	108
第2節 助産師 E さんの実践 ―身体から心に届けるケア	121

第2部〔小括〕助産師による特定妊婦への実践.....	131
第3部 特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践と役割	133
第7章 特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の構え.....	133
第1節 助産師の特定妊婦へのまなざし	133
第2節 助産師による特定妊婦への実践のスキル	135
第3節 助産師が特定妊婦と「つながる」ことの意味	139
第8章 特定妊婦のケアをめぐる助産師の役割と課題.....	142
第1節 社会からの特定妊婦へのまなざし	142
第2節 問題解決モードとネガティブ・ケイパビリティ	144
第3節 特定妊婦が社会とつながる支援	146
終章	149
第1節 子ども虐待防止への示唆.....	149
第2節 助産師教育への示唆	150
謝辞	151
脚注	152
引用文献.....	155
初出一覧.....	172

序章

第1節 社会的ハイリスク妊婦から「特定妊婦」へ

本論文の目的は、助産師による特定妊婦への実践の成り立ちを記述することである。それにより特定妊婦へのケアを探究するとともに、子ども虐待防止への課題を探究する。

「特定妊婦」とは、児童福祉法に記された法律用語である。深刻化する子ども虐待を背景に、2008年改正児童虐待防止法において規定された。「児童福祉法 第6条の3第5項」では、「特定妊婦」とは「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」と定義されている。子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課，2013，31）によると、特定妊婦は「すでに養育の問題がある妊婦、支援者がいない妊婦、妊娠の自覚がない・知識がない妊婦、望まない妊娠をした妊婦、若年妊婦、こころの問題がある妊婦、経済的に困窮している妊婦、妊婦健診未受診の妊婦」等が示されている。子ども虐待による死亡事例等の検証結果等についての概要（厚生労働省による検証報告書，第6次報告，2010，54）では、特定妊婦の定義として、「妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を特定できる妊婦であり、具体的には、不安定な就労等収入基盤が安定しないことや家族構成が複雑、親の知的・精神的障害などで育児困難が予測される場合などがある。このような家族は妊娠届が提出されていなかったり、妊婦健診が未受診の場合もある」と同様の社会的要因を示している。

特定妊婦が規定された背景には、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果」報告がある。2006年に公表された第2次報告（厚生労働省による検証報告書，2006）では、死亡事例のうち約4割が0歳児であり、背景には「望まない妊娠」による妊娠への葛藤や「妊婦健診未受診」といった妊娠期の問題があった。報告書では、「妊娠期からの虐待予防の重要性」が指摘され、「切れ目のない支援の提供」が示された。それゆえ、「出産後」ではなく「出産前」の妊娠期からの支援が必要な妊婦として、「特定妊婦」が規定されたのである。法制化以前は、「社会的ハイリスク妊婦」と捉えられてきた妊産婦である。法制化によって、特定妊婦は要保護児童対策地域協議会に登録され、多機関・多職種による連携体制が整えられた。

佐藤(2015)は、「特定妊婦」と社会的ハイリスク妊婦、医学的ハイリスク妊婦の三者の概念を図1のように整理している。医学的にも社会的にもハイリスクな妊婦として、「特定妊婦」が位置づけられるが、双方のリスクがあっても「特定妊婦」として登録されていない場合もある。「特定妊婦」の概念は不均一（石川，2016）であり、ハイリスク妊婦との境界線が曖昧（中板，2018）である。具体的な運用や取り組みについては明確な基準がなく試行錯誤が続いている（倉澤，2021）。

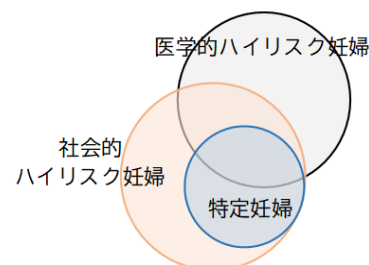


図1 医学的ハイリスク妊婦、社会的ハイリスク妊婦、特定妊婦の関係

佐藤，2015を参考に筆者が作成

特定妊婦として登録されているのは、2020年4月1日現在、8,327人(厚生労働省, 2020a, 14)であるが、アセスメント基準を持っていない自治体では、特定妊婦の登録数が少ないという報告(光田, 2021)があり、「特定妊婦」の登録は自治体に委ねられている現状にある。つまり特定妊婦として登録されていなくても、「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」は「社会的ハイリスク妊婦」として存在するといえる。そのため、本論文では、「特定妊婦」と登録されていない場合においても、その周縁にいる「社会的ハイリスク妊婦」と定義される妊産婦も射程として研究を進める。

本論文で使用する用語として、法律で記されている場合や引用文献において「児童虐待」と表記されているものはそのまま引用し、それ以外では、「子ども虐待」と記述するが、同義として用いる。

第2節 自己の助産実践からの研究の動機

なぜ、「特定妊婦」へのケアをテーマとしたのか、自己の助産実践から述べる。

はじめに、「子ども虐待」に関心を寄せたのは、助産師学校時代の講義であった。もう30年以上前である。身体的虐待を受けた少年のスライド写真が次々に流された。なかには亡くなってしまった少年の姿もあった。いたたまれない気持ちと何かできないかという思いが交錯し、うまく呼吸ができない感覚があった。さらに衝撃を受けたのは、虐待を受けている少年の言葉である。その少年は、虐待によって死亡した子どもに対して、「この子は死ぬことができてよかった」「僕はまだ虐待を受け続けなければならない」という主旨の言葉であった。今までに経験したことがない状況を目の当たりにして、言葉がなかった。それから、子ども虐待の研修を受講し本を読んだ。1980年代の終わり、まだ子ども虐待の深刻さはそれほど認知されておらず、特殊な状況での出来事という理解であった。

卒業後、新人助産師として勤務した病院はハイリスク妊婦を受け入れる病院で、今なら「特定妊婦」であろう妊婦が多く居られた。

妊婦健診未受診で第4子を出産した母親とは、いろいろ話した記憶がある。内容の詳細はあまり覚えていないが、子どもの名前の由来を嬉しそうにおしえてくれたり、新人助産師であった私を気遣ってくれたりした。この家族は生活苦で、初めて病院に来院したとき、夫は、「(出産は)無理なんです。おろせないですか」と何度も医師に訴えていた。人工妊娠中絶が可能な時期をとうに過ぎていたので、そのまま出産された。出産時、母親は妊娠による合併症から生命の危機に陥ったが治療によって回復され、数か月後、母子ともに退院していった。

今思い起こせば、助産師として初めて関わった「特定妊婦」であったように思う。そのとき私が感じていたのは、いろいろ大変な状況があるにも関わらず、「ふつうのお母さんと一緒だな」、ということである。この感覚は、その後の「特定妊婦」との関わりでもあった。「ふつう」とは、年下である私への気遣い、子どもの名前を嬉しそうに話される表情である。だから生活が苦しくて、出産や育児に大変な状況ではあるが、母親自身が問題ではないということである。しかし、この「ふつう」は、「未受診妊婦」というラベルからみた「ふつう」

であり、私自身にとっての「ふつう」であったことに、後に気づかされた。「ふつう」は人の数とそれぞれの状況に応じてあるといえる。

同じく助産師1年目の経験である。第3子を出産した母親の子どもは、ダウン症の疑いがあった。まだ経験が浅い私にも特徴的な顔貌からそうだとわかった。だが母親にはわからなかった。「顔を見たらわかるの?」聞かれた。想定していなかった我が子の状況を受け入れられていないことが見て取れた。退院までの期間に先輩たちが中心に関わっていたことと、母子が過ごした病棟の一番端の個室の情景は今でも私の記憶に残っている。生後1か月健診直前に子どもが亡くなったと知らされた。その後のことは記憶に残っていない。しかしながら、この経験の断片はずっと私のなかに残っていて、虐待事件を耳にするとときに想起される記憶となっている。

妊産婦との関わりでは、妊娠までの出来事を聞くことがある。切迫早産で入院した10代の妊婦は、バナナを食べたことがなくて、朝食に出たバナナの剥き方を知らなかった。妊娠したことで生活保護の申請ができ、今まで行けていなかった皮膚科に受診すると話す妊婦が居た。祖父母に育てられ、食べることに困った幼少期を過ごした母親は、子どもに「ひもじい思いだけはさせたくない」と話した。妊娠初期に友人とともに受診した16歳の妊婦は、「彼氏とは別れてもう連絡も取っていない」と話した。双胎妊娠であった。妊娠が分かったときの気持ちを聞くと「びっくりした」と言った。「それでどうしようと思ってるの?」と問いかけると、「産む、絶対産む」と言った。「なんでそう思うの?」と聞くと、「この子がおらんかったら、私はまたひとりやから」と話した。

ひとの生い立ちを聞くことは、自分の知らない「人生の物語」を知ることである。人それぞれの行為には理由がある。とくに特定妊婦といわれる母親たちとの関わりにおいて、それらに気づいていった。

パートナーが気に入らないという理由から、親から保険証を渡してもらえず、妊婦健診に持参できなかった16歳の妊婦とは継続的に関わった。どうにか無事出産した母親は、出産後間もなくして、友人とともに子どもを抱いて病院に駆け込んできた。パートナーのDVから逃げだしたのだった。今なら、未成年の母子を受け入れてくれる施設への入所という選択があったかもしれないのに、そのときは、本人を説得して親の元へ帰ることを提案した。病院に居るかもしれないと聞きつけたパートナーから身を護るために、警察署まで同行し親が迎えに来てくれるのを一緒に待った。

今までの助産師としての経験のなかで、いくつかの後悔がある。もっと違った関わりができたのではないかと問い続けてきた。それらが、本研究に取り組むようになった動機である。

第3節 助産師による特定妊婦のケアをめぐる研究課題

本節では特定妊婦のケアをめぐる研究課題を整理し本論文の意義について述べる。

第1項 特定妊婦と子ども虐待の関連

まず、特定妊婦と子ども虐待の関連である。特定妊婦の背景要因とされる「妊婦健診未受診の妊婦」と児童虐待死亡事例とには大きな類似性があり(大阪産婦人科医会, 2014, 10)、社会的ハイリスク妊娠と児童虐待には強い関連が示されている(光田, 2021)。特定妊婦のすべてが子ども虐待に陥るわけではないが、育児支援においては、子ども虐待防止の観点が不可欠である。虐待死亡事件の大半が0歳児であり、そのなかでも「0日0か月児事例」が多く、その加害者の大半が実母であることから、日本における子ども虐待防止対策は、出産後ではなく妊娠期を含む支援にシフトされていった。

次に、特定妊婦とオーバーラップする「社会的ハイリスク妊娠」について整理する。社会的ハイリスク妊娠という概念は、「さまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊娠」(倉澤, 2021, 7)と定義され、前述の特定妊婦の考え方に加えて、高齢妊婦、多胎妊娠、早産、児の先天異常、DVといった暴力の問題などを含む、より広い概念として捉えられている。その対象は「子育てに困難を感じるのは本人でも第三者でも構わない」(倉澤, 2021, 12)とされる。つまり妊婦個人の問題ではなく育児を取り巻く環境として捉え、子どもが虐待に晒されないように支援していくという視点である。特定妊婦が抱える問題もまた、妊婦個人の問題ではない。「妊娠期からの児童虐待防止対策」は、国民運動計画である健やか親子21(第2次)の重点課題(厚生労働省・健やか親子21推進協議会, 2015)であり、いわば社会全体の課題なのである。

だが一方で、子ども虐待防止対策や特定妊婦への支援が実施されてもなお、毎年70人前後の子どもが虐待によって命を落としている。子ども虐待が起こる背景には母親の孤立が浮き彫りとなっており、困難を抱える母親ほど、公的支援が受けられていない(杉山, 2017)。また虐待死に至った事例でも関係機関とは何らかの接点があったにもかかわらず、継続的な支援にはつなげていない(上野, 2019)現状があり、必要な支援が特定妊婦には届いていないと言わざるを得ない。

ではなぜ、必要な支援が特定妊婦に届かないのか。特定妊婦への支援では、関わりにおける困難(佐藤他, 2021; 内村他, 2019)や、継続した関わりの難しさ(上野, 2019)など、関連機関の支援者が特定妊婦とつながり続ける難しさが指摘されている。特定妊婦では、SOSを出せなかったり支援を受けることへのハードル(赤尾, 2020; 米倉, 2021)が示されており、すでに養育に問題があるとされる親たちは、自身が様々な苦悩や困難を抱えていることから、その困難性は支援者が親たちと支援関係を結ぼうとするときにも顕在化し対立関係を生みやすい(佐野, 2020)。そのため支援者は関係構築に悩んだり、疲弊したりする現状にある。特定妊婦に必要な支援を届けるためには、継続的な関係性の構築が必要だといえる。

第2項 助産師の役割と活動の場

本項では実践者である助産師について整理する。助産師は保健師助産師看護師法¹において、「助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子」と規定されている。日本助産師会(助産師の声明・綱領)の「助産師の定義²」には、「助産師は、女性の妊娠、分娩、産褥の各期において、自らの専門的な判断と技術に基づき必要なケアを行う。すなわち助産師は、助産過程に基づき、分娩介助ならびに妊産褥婦および新生児・乳幼児のケアを行う。(中略)さらに、助産師は母子のみならず、女性の生涯における性と生殖にかかわる健康相談や教育活動を通して家族や地域社会に広く貢献する。その活動は育児やウイメンズ・ヘルスケア活動を包含する」とある。つまり助産師は、助産(分娩介助)と妊産褥婦と新生児への保健指導を柱としながら、女性の生涯における性と生殖にかかわる専門職である。

日本看護協会では、母子を取り巻く状況の変化、また分娩取扱施設数の減少や他科との混合病棟化といった助産師を取り巻く環境の変化から、2019～2020年度に、「母子のための地域包括ケア病棟(仮称)」のモデル事業³を展開した。「母子のための地域包括ケア病棟」とは、助産師をはじめとする看護職が妊産婦と新生児に集中してケアができる体制が整備され、妊娠・出産・子育て期において切れ目なく継続したケアが提供できる場と機能をもつ病棟をいい、次の「4つの機能」を示している。「院内助産・助産師外来」「産科関連病棟におけるユニットマネジメント」「医療機関における産後ケア事業」「地域連携」である。これらの機能を図式化したものが、図2である。4つの機能すべての実施に向けた取り組みが、妊娠期から切れ目のないケア提供体制を構築することにつながるということが検証されている(井本, 2021)。要するに特定妊婦や社会的ハイリスク妊婦では、切れ目のない支援が不可欠であり、これらのケア提供体制における支援が必要といえる。

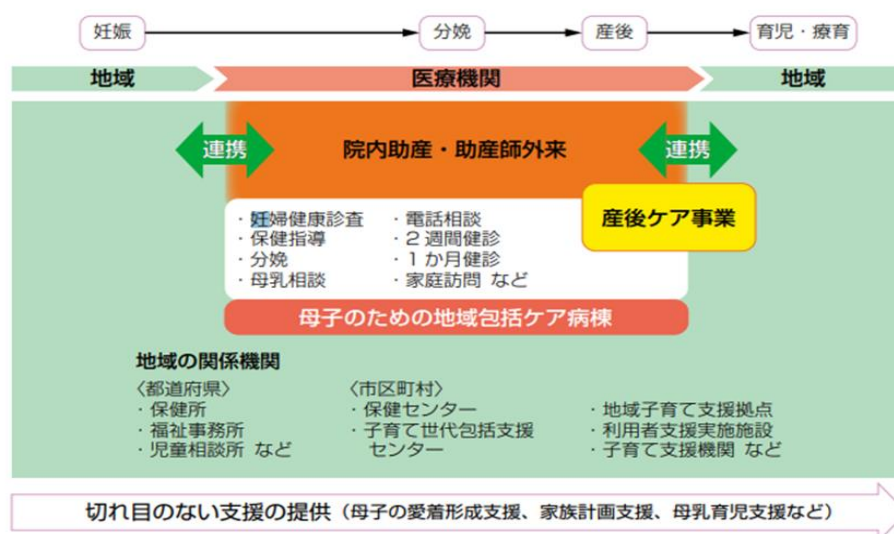


図2 日本看護協会(2021, 10)「母子のための地域包括ケア病棟」推進に向けた手引き

(図4: 母子支援における地域連携)」より引用

助産師の活動の場は、病院、診療所、助産所⁴、市町村保健センター、自宅、教育、研究機関、行政機関、母子福祉施設、その他の助産業務を必要とするサービスの場で業務を行うことができる(日本助産師会、助産師の声明・綱領：助産師の定義)とされており、病院や診療所の「医療機関」と市町村保健センター等の「地域」とに大別される。このような場で助産師は、関係機関と連携しながら実践している。

助産師の就業数(厚生労働省, 2022a)は2020年末、37,940人で、就業場所では病院が23,321人と全体の61.5%を占める。次いで多いのは、診療所の8,562人(22.6%)で、病院と診療所を合わせると84.1%となる。助産所は2,369人(6.2%)、市町村は1,474人(3.9%)で、合わせると10.1%となっている。他には看護師等学校養成に1,562人(4.1%)が就業している。要するに8割強の助産師が「医療機関」に就業しており、「地域」で活動する助産師は約1割である。

病院および診療所では、主に妊婦健康診査⁵(以下、妊婦健診とする)および保健指導⁶や、分娩介助、産後の育児支援(産後2週間健診と産後1か月健診)に携わっている。分娩を取り扱う助産院では、同様に妊婦健診から分娩介助、育児支援に関わり、さらには、地域母子保健活動として、母子への訪問⁷や育児サークル⁸等を通して育児支援を行っている。市町村に就業する助産師では、母子健康手帳交付時の面接や市町村における健診業務、新生児訪問事業や養育支援訪問事業⁹等に携わる。2019年には産後ケア事業¹⁰が法制化したことから、助産院や医療機関等において、産後ケア事業に携わる助産師が増加している。産後ケア事業では「出産後4カ月頃までの時期は、褥婦や新生児に対する専門的ケア(乳房ケアを含む)を行うことから、原則助産師を中心とした実施体制での対応」(厚生労働省子ども家庭局母子保健課長, 2020)が示され、助産師の専門性が注目されるとともにその役割が期待されている。

社会的ハイリスク妊産婦への支援においては、助産師は、定期的に妊婦健診において、妊婦と直接的に関わる機会が多い専門職として位置づけられ、「妊娠中から施設内外の多職種・多機関と連携をとり情報共有し、産後の生活を見据えた支援」(大塚他, 2021, 24)を行う役割が示されている。つまり助産師は妊娠期から出産、育児期において、特定妊婦と定期的に継続的なケアを行う専門職といえる。

第3項 研究の意義

深刻化する子ども虐待を背景に、多機関・多職種によって行われている特定妊婦への支援であるが、困難であったり苦慮したりする現状がある。必要な支援を届けるためには、特定妊婦と継続的な関係性の構築が必要である。一方、支援者として関わる助産師は、妊娠期から出産・育児期まで継続かつ定期的に特定妊婦と関わりのある専門職であり、その役割が期待されている。

そこで、助産師による特定妊婦へのケアはいかなるものかを、現象学的な質的研究の技法を用いて、助産師個々の実践の成り立ちを記述することを主たる研究課題とした。それにより、助産師による特定妊婦へのケアを探求するとともに、子ども虐待防止への課題を探る。

苦慮したり困難であったりする特定妊婦への関わりについて、すでに経験している助産師の実践を現象学的に紐解くことは、共有可能なものとして可視化される。それは、助産師による虐待防止への支援の一助となり得ると考える。

なお、研究技法として現象学的な質的研究を用いるのかは第2部第3章で詳細を述べる。

第4節 論文構成

第1部では、特定妊婦のケアをめぐる研究背景として、「子ども虐待に関する諸研究」と「特定妊婦を取り巻く研究」を概観する。第1章では、日本における子ども虐待への対応の変遷と統計から子ども虐待の現状を概括する。また海外における子ども虐待に関する諸研究を整理する。第2章では、特定妊婦の背景要因に関する研究、「法令・制度」や「書籍」から、特定妊婦の現状を探る。また特定妊婦を取り巻く連携の現状と、助産師による特定妊婦への実践、海外における社会的ハイリスク妊婦への助産ケアを検討する。

第2部では、助産師による特定妊婦への実践の調査研究を報告する。第3章では、現象学的な質的研究の技法を用いる必要性和意義を述べ、第4章から第6章は、特定妊婦と関わる助産師6名の調査結果を記述する。

第3部は、調査研究をもとに、特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の構えと、特定妊婦のケアをめぐる助産師の役割と課題を考察する。

終章では、子ども虐待防止と助産師教育への示唆を述べる。

第1部 特定妊婦のケアをめぐる研究背景

第1章 子ども虐待に関する諸研究

第1節 子どもと虐待の発見

子ども虐待の発見は、米国の小児科医ヘンリー・ケンプが、「被虐待児症候群(Battered Child Syndrome)」の概念(kempe, et al, 1962)を報告したことに始まる。その後、ミルクや食事を与えない、世話をせず放置するなどのネグレクトや、子どもを性対象とする性加害にも目を向けられ、これらをまとめて「child abuse；児童虐待」と総称するようになった(滝川, 2017, 322)。「abuse」とは、use(使う、扱う)に否定の接頭語の「ab」がついたもので、(子どもへの)「不適切な扱い、誤った扱い」という含意の英語で、日本ではそれを「虐待」と訳した(滝川, 2017, 322)。虐待の定義は、「身体的虐待」、「ネグレクト」、「心理的虐待」、「性的虐待」である。

池田(1997)は興味深いこととして、ケンプ自身が自己の概念に対して、他の医師が疑問を持つのではないかと不安を感じていたことを挙げ、その背景にある当時の米国における「母性神話」や「家族への信仰」がいかに深く浸透していたかを示すものであると述べている。つまり当時の米国では、親が子どもを虐待することは、母性規範や家族像を揺るがす事柄であった。それゆえ、最初は疑い、疑えない事実とわかると激しい否定感情が全米に広がった(滝川, 2020, 19-20)。その発見から、60年以上が経過した現在においても世界中で解決できない「子ども虐待」の現状がある。

ケンプが示した被虐待児症候群の特徴としては、①3歳以下が多く、②全般的な健康状態が平均以下、③親にケアされていない証拠として不潔・栄養不良・打撲が多く、④子どもの臨床症状と親が述べる既往歴や現病歴との間に矛盾が多く、⑤親と離して入院すると新しい傷は発生せず、⑥硬膜下血種があることが多く、⑦新旧の骨折が多発すること(小林, 2012a)、が挙げられた。

小林(2007)は、ケンプら(kempe, et al, 1978)による「虐待の発生機序」を自身の経験を含め、次のように示している。①子ども時代に根を持つ虐待しやすい親+(②累積する現在の生活ストレス+③親の心理社会的孤立+④親の意に添わない子ども)、という4条件の関係である。子ども時代に愛された体験がない親に、他の3条件が重なったときに虐待が起こると示す。ただし、4条件のどれか一つを無くすと虐待リスクは軽減するため、③→②→④→①の順で支援する(小林, 2007；鷲山, 2020)。つまり③誰かが親の相談相手になることで親の心理社会的孤立を解く、②その援助関係を軸に親の生活ストレスの実質的軽減を図る、④子どもの心身の健康を他の大人が子どもに直接関わることで改善する、①これらの援助で親の負担が軽減した後で親の育児を変える働きかけを行う。要するに子ども虐待への援助としてはまず、親の心理社会的な孤立を解くことが優先される。

ケンプらは虐待予防への具体的な援助方法として、看護職による家庭訪問が有効な方法

(鷺山, 2020)であることを示した。オールズら(Olds, et al, 1986)は、未婚や経済的困難を抱える初産婦に対して、看護職による妊娠期および乳児期の2年間の家庭訪問プログラムが虐待リスクの軽減に貢献することを示し、さらに最大15年間の調査から長期的な効果(Olds, et al, 1997)を明らかにした。そうして、米国では1980年代から、子ども虐待への有効な予防法として、ハイリスク妊産婦に看護職が家庭訪問によって育児の支援を行う取り組みが開始された。

また虐待は周産期のリスク評価で予測可能(鷺山, 2020)とされ、分娩室での親子の観察や授乳場面の観察において、虐待リスクの発見が可能である(Gray, et al, 1979)。つまり周産期における看護者の関わりから、支援が必要なハイリスク妊産婦を特定し支援につなげるシステムである。これは、日本における「特定妊婦」への支援と同様である。さらにオールズの家庭訪問プログラム(Olds, et al, 2002)では、看護職による訪問と准専門職(Paraprofessional)では、その効果に差があることが示され、看護職であることが大きな効果をもたらす。これらの研究成果は、日本において現在実施されている、特定妊婦等を対象とした養育支援訪問事業における支援につながっている。

第2節 日本における子ども虐待対応の変遷

本節では、日本における子ども虐待対応の変遷を概観する。第1項では、「旧児童虐待防止法成立から日本における子ども虐待の発見：1990年頃まで」、第2項では、「児童虐待防止法の制定まで：1990年～2000年まで」、第3項では、「2000年以降の社会の動向と法改正の変遷」に分けて、子ども虐待への対応を整理する。

第1項 旧児童虐待防止法成立から日本における子ども虐待の発見：1990年頃まで

1933年に制定された「児童虐待防止法(旧法)」は、子どもの虐待を取り締まることを目的とした日本初の法律である。しかし、この法律が問題としたのは、主として「児童労働」であり、要保護児童を保護する目的(高橋, 2018)とされ、対象は14歳未満の子どもであった。1947年には、戦争後の困窮する子どもの保護や救済のために児童福祉法が制定された。「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない」と記され、要保護児童についてもこの法律で規定された。「児童虐待防止法(旧法)」の内容は児童福祉法に引き継がれ旧法は廃止された。

1970年代初め、日本でも米国のケンプらの研究が、被殴打児症候群として報告(増沢, 2020, 71)された。また嬰兒の遺体がコインロッカーから発見されるという、「コインロッカーベビー事件¹¹」が起こる。この事件は、1970年2件、71年3件、72年8件、さらに73年46件と急増していった(保坂他, 2004, 4)。この状況を受け、厚生省(現・厚生労働省)では1974年に、「児童の虐待、遺棄、殺人事件調査」を実施している。しかしながら、日本において1980年代までは、子どもへの虐待について否定の時代が長く続き、特殊な状況で起こるものとして一般社会とは分断されてきた。

1985年頃、大阪では児童虐待問題が意図的、継続的に取り組まれるようになり、1987年、大阪府下の医療・保健・福祉の有志が集まり、Child Abuse研究会を発足、その活動を精力的に継続していった。

一方、1989年国際連合において「児童の権利に関する条約¹²」(以下、子どもの権利条約)が採択された。この条約には、子どもの虐待防止が謳われている。しかし日本では、法整備の不備を理由にすぐには批准に至らなかった。

そのようななか、1990年3月大阪で、子どもの虐待を防止するために、「児童虐待防止協会¹³」が設立される。これは日本で初めて、医療、保健、福祉、法曹、教育、報道などの関係者により創設された民間団体であった。同年、児童虐待防止協会による、子ども虐待専用の民間電話相談「子どもの虐待ホットライン」が開始、児童相談所による児童虐待相談対応件数が公表されるようになったのも1990年であった。小林(2007)は、1990年は日本における「子ども虐待」の社会的発見の年と位置づける。だが子ども虐待防止に係る法律の成立まで、この後10年を要している。

第2項 児童虐待防止法の制定まで：1990年～2000年まで

本項では、2000年5月、児童虐待の防止等に関する法律(以下、児童虐待防止法とする)の成立までの経緯を整理する。

1990年大阪での「児童虐待防止協会」、1991年東京での「子どもの虐待防止センター¹⁴」の設立以降、その動きは全国に拡がり、全国各地で「子ども虐待防止ネットワーク」および「子どもの虐待防止研究会」が次々と設置される(岩下他, 2008)。1990年から2000年児童虐待防止法成立までの10年間は、「児童虐待」の概念が次第に明確になり、保健・医療・福祉・司法の各分野で児童虐待への対応が模索された時期である(保坂・吉田他, 2006)。しかしながら、法制度としては、虐待に対して、児童福祉法、民法、刑法といった従来の枠組みでしか対応することができず、その枠内での解釈を通じて、被虐待児の保護に当たらざるを得ない状況にあった。

1994年に全国規模の組織として、「日本子どもの虐待防止研究会」(2004年12月に「日本子ども虐待防止学会¹⁵」に改名)が発足した。子ども虐待防止を目指した、医療・保健・福祉・教育・司法・行政などの実践家・研究者が一同に会する研究会である。医療等の担当者だけでなく、親権喪失制度の活用に関し子どもの問題に係ることとなった弁護士や研究者ともつながることによって、関係者の間で法律の整備、問題解決を図る必要があるとの認識が共有されていった(勝田, 2015)。

1990年代の子ども虐待防止への取り組みには、2つの重要な流れがあった。一つは前述したような民間による子ども虐待防止への活動の活発化であり、もう一つは子どもの権利擁護の広がり(保坂・増沢他, 2006)である。1994年、日本においても「子どもの権利条約」を批准(国連加盟国中では157番目)した。この条約には、4つの児童虐待(身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待、性的虐待)が示され、社会や行政が子どもを保護することが明記されて

いる。つまり「子どもの権利条約」を批准したことにより、子どもの権利擁護への動きが広がっていったのである。

さらに1990年から公表された「児童相談所による児童虐待相談対応件数」が毎年更新されていく。1990年は1,100件であったのが、1995年は2,722件と倍増、1999年では11,631件と1万件を突破した(こども家庭庁, 2023a)。このような統計指標からも法整備への動きは加速していった。

これらの経緯を経て、2000年5月、超党派の議員立法として、「児童虐待の防止等に関する法律(児童虐待防止法)」が成立した。児童虐待の定義は身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待と定められ、関係者の通告義務、国、地方自治体の責務が規定された。

第3項 2000年以降の社会の動向と法改正の変遷

本項では、2000年児童虐待防止法の制定以降の子ども虐待にまつわる社会の動向と、関連する法律の改正から、子ども虐待対応の変遷について概観する。

1) 2000～2006年

児童虐待防止法が制定された2000年には、厚生省(制定当時)から「健やか親子21(計画期間：2001年～2014年)」が公表されている。これは母子保健において「みんなで推進する国民運動計画」であり、21世紀初頭に取り組むべき母子保健の方向を示したものである。指針には母子保健の主要事業のひとつとして、「児童虐待対策」を位置付けた。指標では、「虐待による死亡数」、「法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数」が設定された(厚生労働省, 2013)。

2002年には、地域保健センターにおいて、「地域保健における児童虐待防止対策の取組の推進について」が通知(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知, 2002)、それには、母子保健における健康診査、保健指導等を通じ、児童虐待の早期発見と適切な援助に取り組むことが明記された。つまり児童虐待防止法制定頃から、母子保健においても「子ども虐待への対応」は取り組むべき課題として示されていたのである。

2004年、児童虐待防止法と児童福祉法の改正が行われた。児童虐待の定義の見直しでは、「同居人による虐待を放置することをネグレクトと定義」することや、児童が配偶者間の暴力(DV)を目撃すること(面前DV)を心理的虐待と定義した。また通告義務の範囲が、「虐待を受けたと思われる場合も対象」と拡大され、これらによって、児童相談所における児童虐待相談対応件数が増加していった。なお、児童虐待相談対応件数についての詳細は、第1章第3節で述べる。児童相談所における相談対応件数が急増していくことから、改正では、児童虐待の通告先に市町村が追加され、「市町村による児童虐待の役割の明確化」が示された。つまり2004年には、それまで児童相談所において対応していた子ども虐待対応が、市町村の役割としても明示されたのである。

児童福祉法改正では、市町村が設置する要保護児童対策地域協議会(以下、要対協とする)

が法制化され、子ども虐待対策が関係機関のネットワークによって協働していくことが明確化された。

同年(2004年)、「養育支援訪問事業」の前身である「育児支援家庭訪問事業」が通知(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知, 2004)され、各市町村において開始された。対象は養育支援が必要となりやすい要素をもつ、一般の子育サービスを利用することが難しい家庭であり、訪問支援の実施者は保健師や助産師等であった。

2004年大阪(岸和田市)では、15歳の男子が餓死寸前の状態で発見される虐待事件が起こり、メディアでも大きく取り上げられた。また「オレンジリボン運動の起源」となった、3歳と4歳の子どもが父親の知人によって命を奪われるという痛ましい事件(栃木県)が起こった。その後、2006年に児童虐待防止全国ネットワークによる「オレンジリボン運動¹⁶⁾」が開始され、そのようななか、厚生労働省は毎年11月を「児童虐待防止推進月間¹⁷⁾」と定めた。

さらには、虐待事件を背景に、2004年児童虐待防止法の一部改正において、国及び地方公共団体の責務として、「児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行う」ことが明文化され、「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置された。設置趣旨(厚生労働省による検証報告書, 第1次報告, 2005)には、「子ども一人ひとりの死を我々が重く受け止め、こうした子どもの死を決して無駄にすることなく、今後の事件の再発を防止することは、社会全体の責務である」と記された。翌年2005年には、児童虐待による死亡事例の検証結果等について(第1次報告)が公表され、それ以降現在も継続されている。この報告書に関しては、第1章第3節で詳細を述べる。

2) 2007～2009年

2007年、児童相談所運営指針等の改正が行われ、虐待通告受付の基本の徹底、安全確認に関する基本ルールの設定(48時間ルール)、きょうだい事例への対応の明確化、すべての在宅の虐待事例に関する定期的なフォロー、要対協における情報共有の徹底等についてが、通知(厚生労働省による検証報告書, 第3次報告, 2007)された。報告書には改正の背景となった前年(2006年)、京都府長岡京市でおこった3歳の男児が養母と実父によるネグレクトで死亡するという事件に触れている。

2007年には児童虐待防止法と児童福祉法の改正が行われ、児童虐待防止法改正では、児童の安全確認義務や保護者に対する面会・通信等の制限の強化が明記された。児童福祉法改正では、要対協の設置が努力義務とされた。

社会の動向としては、2007年、熊本市内の医療機関に、「このとりのゆりかご¹⁸⁾」が開設された。ドイツにおける取り組みを参考に、「赤ちゃんの命と健康の確保を最優先」にする目的とされた。設立にあたっては、子どもの虐待死と加害者となった母親が救われる方法として開設したことが示されている。

これに対して国は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知(2007)として、次のように周知した。

今般、熊本市内の医療機関において、「このとりのゆりかご」が設置されることとなったが、保護者が子どもを置き去りにする行為は、本来あってはならない行為である。各地方自治体におかれては、このような基本認識に立って、出産や育児に悩みを持つ保護者に対し、まずは児童相談所、市町村保健センター等の相談窓口にご相談していただくことの周知を図るなど、各種の関連施策を推進することが重要である。

国は、「保護者が子どもを置き去りにする行為は、本来あってはならない行為」と、「このとりのゆりかご」について肯定しない立場を示した。

翌年2008年にも児童福祉法の改正が行われ、乳幼児家庭全戸訪問事業と養育支援訪問事業の法定化や、要対協の対象拡大として「特定妊婦」が明記された。特定妊婦の法制化は前述したように、妊娠期からの虐待予防の重要性和「切れ目のない支援」の必要性からである。

2009年、厚生労働省は、児童相談所の通告や子育てに関する悩みなどに幅広く対応するための「児童相談所虐待対応(全国共通ダイヤル)」の運用を開始した。開始時は、10桁の電話番号であったが、その後、2015年には、覚えやすい3桁の「189(いち・はや・く)」の番号での運用を開始し、「子どもや保護者からの虐待や子育てに悩んだ際のSOSをいち早くキャッチするため」とした。その後、2019年には、通話料を無料化した。

3) 2011～2013年

2011年、民法と児童福祉法の改正があった。民法に親権の停止制度が新設され、親権が、子どもの利益のためであることを明確化するために、「子の利益のために」という文言が明記された。懲戒権についても「子の利益のための監護・教育に必要な範囲で」行うべきと明記(政府広報, 2017)した。これは「しつけ」と「虐待」を明確に区別するためであった。

2011年、子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(厚生労働省による検証報告書, 第7次報告, 2011)において、日齢0日児の死亡事例が報告され、妊娠等について悩みを抱える者のための相談体制の充実などが提言されたことを受けて、厚生労働省より、2つの通知が周知された。一つは、2011年7月、「妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について」(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・家庭福祉課長・母子保健課長通知, 2011)である。これによって、全国の都道府県や自治体が「妊娠SOS相談¹⁹」を開設する動きが始まった。もう一つの通知は、「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・福祉の連携体制の整備について」(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知, 2011)であり、特定妊婦等に係る関係機関の連携整備への周知が行われた。

翌年2012年にも2つの通知が周知されている。一つは、「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知, 2012a)であり、特定妊婦に係る情報提供についてである。「児童虐待防

止に係る情報提供」では、本人の同意が得られていない場合においても、「基本的に守秘義務や個人情報保護に係る規定違反とはならない²⁰」と周知された。もう一つは、「養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について」（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知，2012b）であり、特定妊婦等の把握及び支援の留意点について示すものであった。つまり生後間もない乳児の虐待死の背景から、妊娠期からの支援と関係機関の連携を重視した通知が相次いで出されたのである。

2013年には、子ども虐待対応の手引き(改正版)において、「特定妊婦」の考え方が示され、また「きょうだいへの虐待を当該児童に対する心理的虐待である」と例示した。

4) 2014～2019年

厚生労働省は、2014年に「妊娠・出産包括支援モデル事業」を創設し、29市町村において実施した²¹。取り組み内容は、①「母子保健相談支援事業」②「産前・産後サポート事業」③「産後ケア事業」である。この事業の拠点は2016年母子保健法改正において、ワンストップ拠点として法制化された「子育て世代包括支援センター」である。「子育て世代包括支援センター」は、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援の提供を目的としている。

妊娠期からの「切れ目のない支援」というキーワードは、2006年「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(厚生労働省による検証報告書，第2次報告，2006)」において、生後4か月未満の虐待死が多いことから、妊娠期からの虐待予防の重要性として示されたものである。虐待の発生予防から自立支援までの一連の対策の更なる強化を図るため、「子育て世代包括支援センター」の法定化に至ったのである。「地域のつながりの希薄化等により、妊産婦・母親の孤立感や負担感が高まっている中、妊娠期から子育て期までの支援は、関係機関が連携し、切れ目のない支援を実施することが重要となっている」（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長，2016，5）。

「子育て世代包括支援センター」の設置は努力義務となり、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月 2日閣議決定）において、令和2年度末（2020年度末）までの全国展開をめざすことが示された。2022(令和4)年4月1日時点の設置自治体数は、1,647市町村（設置率約95%）である(こども家庭庁，2023b，2)。

2016年改正母子保健法第5条2項において、子ども虐待予防と早期発見が法律上に明記され、母子保健施策を通じた虐待予防が明確化された。また支援を要する妊婦等を把握しやすい機関が、妊娠期から虐待リスクに着目し、市町村を通じ、支援につなぐことが必要であるとの考え方から、「支援を要する特定妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供するよう努めるものとする」という情報提供における努力義務が明記された。これによって、より一層、医療機関から市町村への情報提供がなされるようになった。

2016年には、児童福祉法、児童虐待防止法も改正された。児童福祉法では、「子どもの権利」が明文化され、「家庭養育優先の理念」が規定、「養子縁組里親」が法制化された。

改正児童虐待防止法では、しつけを名目とした虐待が後を絶たない現状から、「親権者は、

児童のしつけに際して、監護・教育に必要な範囲を超えて児童を懲戒してはならない」旨が明記された。だが、2018年3月東京都目黒区で5歳女児²²、2019年1月千葉県野田市で10歳女児²³がしつけを名目として虐待死する事件が相次いで起こり、2019年改正では、「親権者の体罰禁止」が明文化された。2020年4月1日の施行に向けて、体罰の定義や範囲等を示すガイドライン「体罰等によらない子育てのために一みんなて育児を支える社会に²⁴」が、2020年2月に厚生労働省から公表された。そうして、日本が世界で59番目の体罰全面禁止国となった。民法で規定されていた親権者による「懲戒権」は2022年12月に改正され、「懲戒権」が削除、体罰等子どもに有害な言動が禁止された。

また目黒区と野田市の事件の背景には、配偶者からの暴力(DV)があったことから、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律(以下、DV防止法)の改正も行われた。DV対策との連携強化では、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターと児童相談所は連携協力するよう努めることが示された。2つの事例に共通する転居についても、児童相談所間において速やかに情報交換を行うことができるための措置等を講ずるものとされた。

2019年、児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正では、要対協への情報提供の努力義務、児童相談所の体制強化として、弁護士、医師、保健師等の配置が定められた。

同年(2019年)、母子保健法では、妊娠・出産包括支援モデル事業として実施してきた「産後ケア事業」が、市町村に対し設置を努力義務として法制化され、少子化社会対策体網(令和2年5月29日閣議決定)において、2024年度末までの全国展開をめざすとされた。2020年度の市町村の実施率は66.5%である(総務省、2023、3)。2023年度からは、産後ケア事業の対象者が拡大され、ユニバーサルサービスであることが示され、「全ての利用者を対象とする利用者負担の軽減措置」が導入された(こども家庭庁成育局、2023、2)。

2018年12月に成立した、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律:成育基本法(以下、成育基本法とする)」は、児童福祉法、母子保健法、児童虐待防止法など、これまで個別の法律でバラバラに対応されてきた施策を連携させ、子どもたちの健やかな発育発達を妊娠期から切れ目なくサポートするための包括的な理念法である(白見、2023)。2023年4月に設置された「こども家庭庁」は、成育基本法に規定されている行政組織の見直しに基づく施策である。

5) 2020年以降

最後に、2020年以降の改正および成立した法律を整理する。

2022年の改正児童福祉法では、子ども家庭総合支援拠点(児童福祉)と子育て世代包括支援センター(母子保健)の双方の機能を維持した上で組織を見直し、一体的な相談支援を行う「こども家庭センター」の設置に努めることが規定された。こども家庭センターは、全ての妊産婦・子育て世帯を対象に、児童福祉と母子保健の一体的支援を行う機能を有する機関と

して位置づけられる。施行日は2024年4月1日である。

子ども虐待対応に関連する法律は、虐待事件が起こるたびに法改正していくといった変遷があり、虐待の現状を法律が追いかけているかのような動きといえる。2021年12月には、「こうのとりのゆりかご」を運営する慈恵病院において、国内初の「内密出産²⁵」があった。これは孤立出産から母親を守るとともに、子どもを虐待から守る方法のひとつである。内密出産では、身元情報を病院の一部の者のみに明らかにして出産する。同病院では、法制化しているドイツの内密出産の制度を参考している。これに関しても、日本では法整備がなされておらず、国(法務省・厚生労働省、2022)が「妊婦がその身元情報を医療機関の一部の者のみに明らかにして出産した(内密出産)ときの取扱いについて」のガイドラインを示したことに留まっている。子の「出自を知る権利」の保障としての母親の身元情報の管理は、受け入れ先の医療機関に一任されている現状にある。

滝川(2020, 21, 27)は、日本の子ども虐待の現状を鑑み、米国の子ども虐待対応のシステムを、ほぼそのまま取り入れ実施している現在の日本のシステムを、「後追い型・摘発型」であることを指摘し、「予防・支援型」への転換を示している。これは、周産期における母子保健を中心とした母子への支援や児童福祉における子どもへの支援に他ならない。

そのようななか、母子を取り巻く法体制は2023年に大きく転換した。2023年4月、こども基本法が施行されるとともに、こども政策の司令塔として「こども家庭庁」が発足した。子ども虐待に関連する法律(児童虐待防止法、児童福祉法、母子保健法、成育基本法等)は、こども家庭庁に移管(こども家庭庁設置法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律, 2022)され、子ども虐待防止対応や特定妊婦等の支援は、こども家庭庁が担っていく。「こどもまんなか」を掲げた「こども家庭庁」は当初、「こども庁」であったのが、「子どもは家庭の基盤」という意見には賛否がありながらも採用され「家庭」が追加された。

また、2022年「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」が成立、施行日は2024年4月1日である。困難な問題を抱える女性を支援する事業は厚生労働省の管轄となる。この法律には、女性であることにより、性暴力等の性的被害や予期せぬ妊娠等の問題が存在することが記されており、DV対応は引き続き厚生労働省が担う。妊婦については、本人の意思決定過程を支えつつ、関係機関等と連携して支援する(厚生労働省子ども家庭局長通知, 2023, 7)。つまり特定妊婦の支援は、「こども家庭庁」と「厚生労働省」にまたがって実施されることになる。

第3節 統計にみる日本における子ども虐待の現状

本節第1項では、児童相談所での児童虐待相談対応件数を、第2項では、子ども虐待による死亡事例等の検証結果(厚生労働省による検証報告書)を概観し、日本における子ども虐待の現状を探る。

第1項 児童相談所による児童虐待相談対応件数

1) 児童相談所による児童虐待相談対応件数の推移

児童虐待相談対応(以下、虐待相談とする)件数は、1990年から公表されているが、増加の一途を辿り(図3)、2021年(令和3年)度は、270,660件であった(こども家庭庁, 2023a)。増加の理由には、虐待への取り組みが進み虐待が可視化されてきたことや、定義の拡大が挙げられる(小林, 2012b)。

2000年の児童虐待防止法の制定、2004年改正(虐待の定義の拡大)では、虐待相談件数が急増している。また社会に影響を与える虐待事件(2004年の岸和田虐待事件、2010年大阪2児置き去り事件²⁶⁾が起こると通告数が増加する(山本, 2015)。この傾向は、2018年(目黒区事件)、2019年(野田市事件)も同様である。2013年では、「きょうだいへの虐待を当該児童に対する心理的虐待であると例示」されたことや、「警察がDV事案への積極的な介入」が増加の要因とされている(厚生労働省, 2022b)。

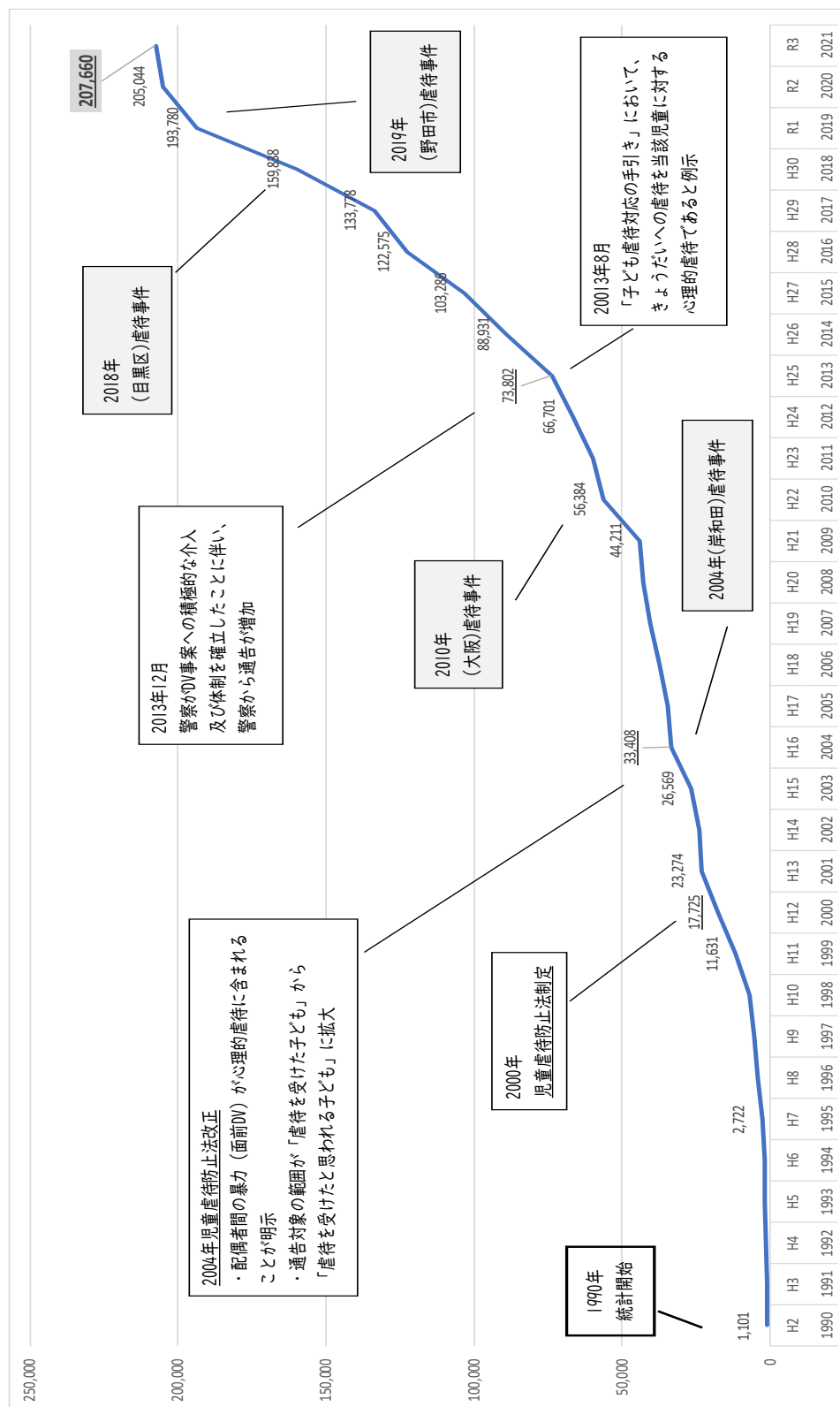


図3 児童虐待相談対応件数の推移と関連する状況

児童虐待相談の対応件数推移及び虐待相談の内容・相談経路 000989486.pdf (nhlw.go.jp)・こども家庭庁(2023)令和3年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数、

20230401_policies_jidougakutai_07.pdf を参考に筆者が作成

(注) 平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値

虐待相談の種別(図4)に注目すると、増加の多くは「心理的虐待」であり、これは前述したように「心理的虐待」の定義の拡大によるものである。それに警視庁の「配偶者による暴力事案等の相談状況」を合わせてみると、両者は平行に増加している(滝川, 2020, 9)。つまり虐待相談件数の増加の背景にはDV相談の増加があるといえる。

小林(2012b)は、「30年先を歩む欧米に倣うならば、今後も性的虐待・心理的虐待への定義拡大が予想され、大幅に増加していくことは確実である」と2012年に述べていた。心理的虐待はその通りに急増している。性的虐待は2021年時点においては、顕著な増加は認めてはいない。しかし、2023年7月「性犯罪」に関する刑法が改正され、罪名や性的同意の定義が変更された。性被害に関する事件や社会の動向によって、「性的虐待」の捉え方の変化、定義変更が行われる可能性からは、「性的虐待」についても虐待相談件数の増加が推測される。虐待相談件数の増加が、今まで埋もれていた虐待の可視化と捉えるならば、それによって対応する術が見いだされることが期待できる。

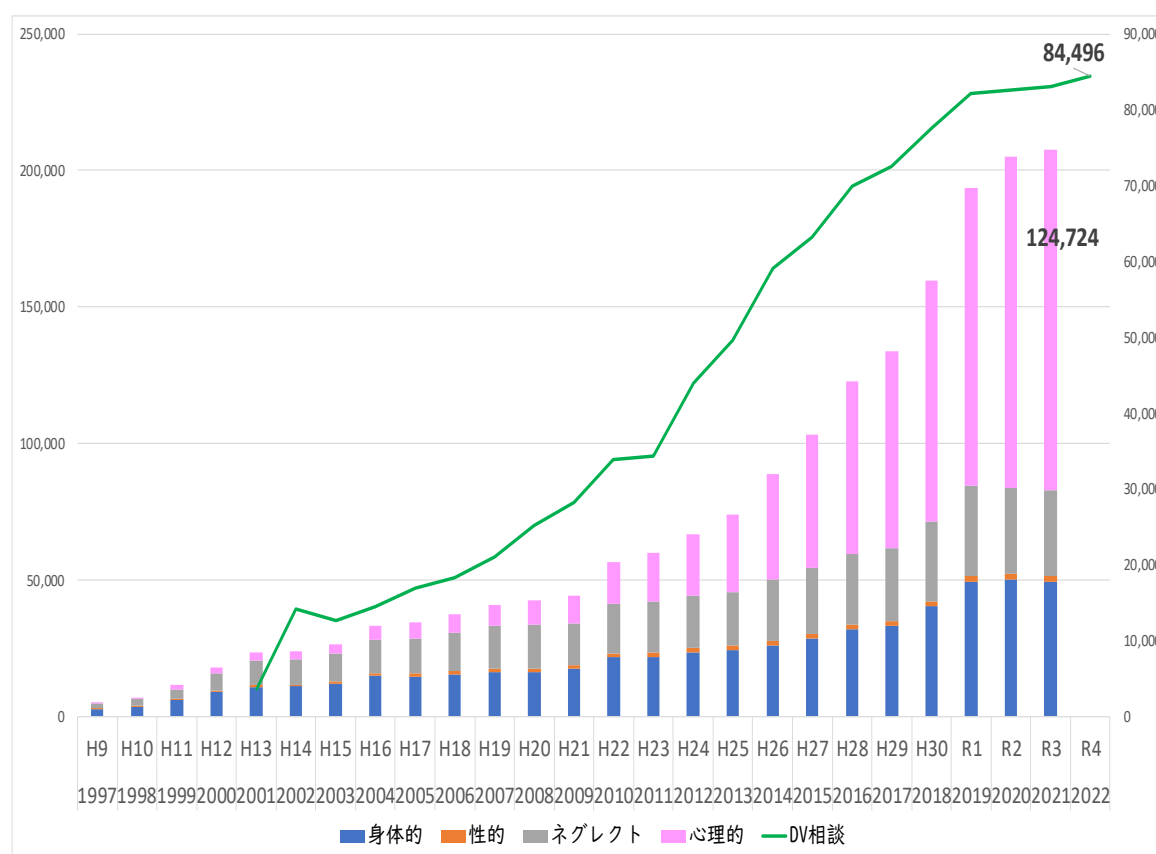


図4 児童虐待相談対応件数と配偶者からの暴力事案等の相談等状況の推移
(滝川, 2020), (e-Stat政府統計の総合窓口:福祉行政報告例, 厚生労働省:児童相談所における児童虐待相談処理件数報告, 厚生省報告例年度報:児童福祉関係) を参考に筆者が作成

2) 児童虐待相談対応における子どもの年齢

2021年(令和3年)度の年齢別・相談種別の虐待相談件数を図5に示す。年齢別(総数)では、0歳から上昇し3歳の14,035件をピークにその後は減少している。

相談種別を年齢別にみていくと、心理的虐待では、1歳をピークにその後は減少している。身体的虐待は0歳から徐々に上昇し13歳をピークにその後は減少している。つまり低年齢では心理的虐待が占める割合が高く、年齢が上がるにつれて、身体的虐待の割合が高くなることがわかる。ネグレクトは10歳くらいまでは、2,000件前後で推移するが、その後は減少している。性的虐待は年齢とともに上昇し、13、14歳をピークに減少している。

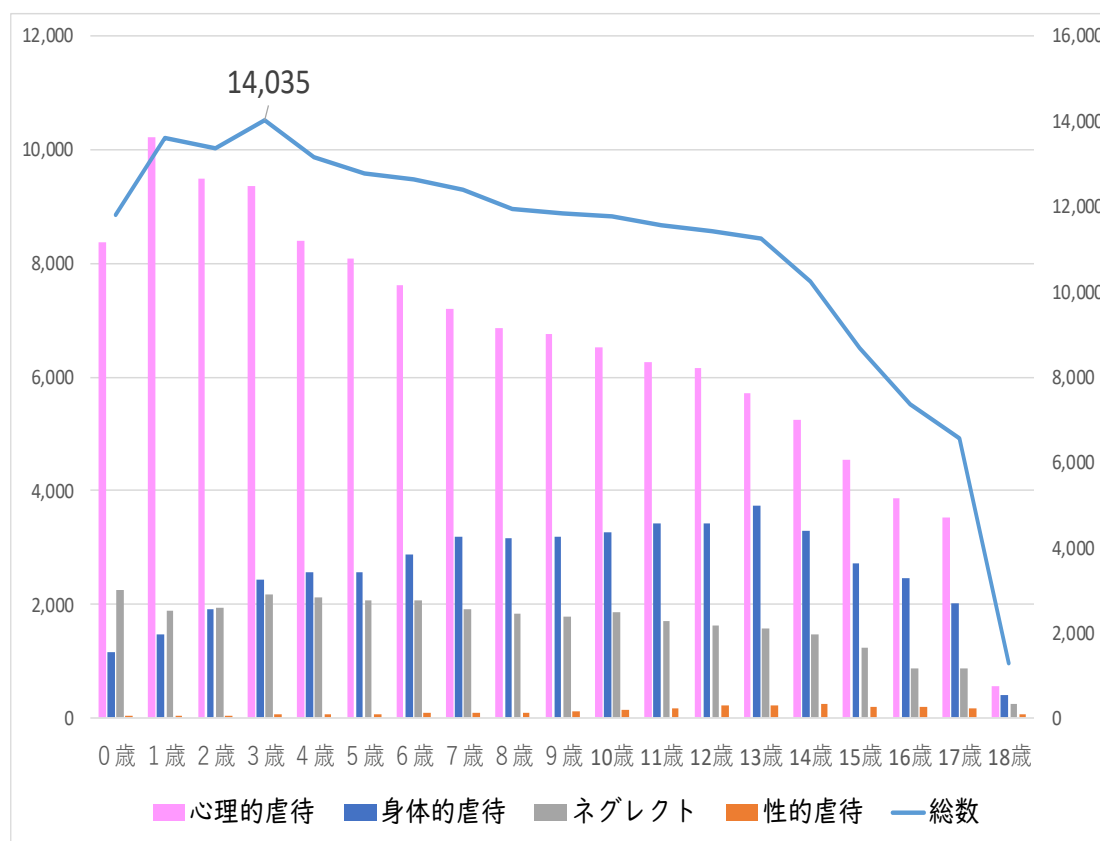


図5 令和3(2021)年度 児童虐待相談の対応件数(年齢別・相談種別)

e-Stat政府統計の総合窓口：令和3年度 福祉行政報告例。児童相談所における児童虐待相談の対応件数，被虐待者の年齢×相談種別を参考に筆者が作成

3) 児童虐待の検挙件数(警察庁)

児童相談所での虐待相談件数は、業務統計であって疫学的な虐待実績を示す統計ではない(小林, 2012b)。滝川(2019)は、誤通告が多く含まれることや、相談や通告があって初めて発見されるという意味では、発生頻度を測る入口であると述べ、虐待の実数把握が重要と示す。要するに虐待相談件数だけでなく、虐待実数等の統計指標を総合的にみる必要があるといえる。

そこで、警視庁から公表されている「児童虐待の検挙件数」および虐待種別の推移を図6に示す。検挙件数は2014年頃より急増しており、2021年では年間2,174件であった。2021年までの10年間では約5倍となっている。虐待種別では身体的虐待が大部分を占め、検挙件数の急増は身体的虐待によるものといえる。次いで多いのは性的虐待であった。

児童相談所による虐待相談件数(身体的虐待)と児童虐待の検挙件数(身体的虐待)の推移(図7)を並べてみると、平行に推移する傾向にある。2013年12月の「警察のDV事案への積極的な介入」が身体的虐待の検挙件数にも影響していると推察される。

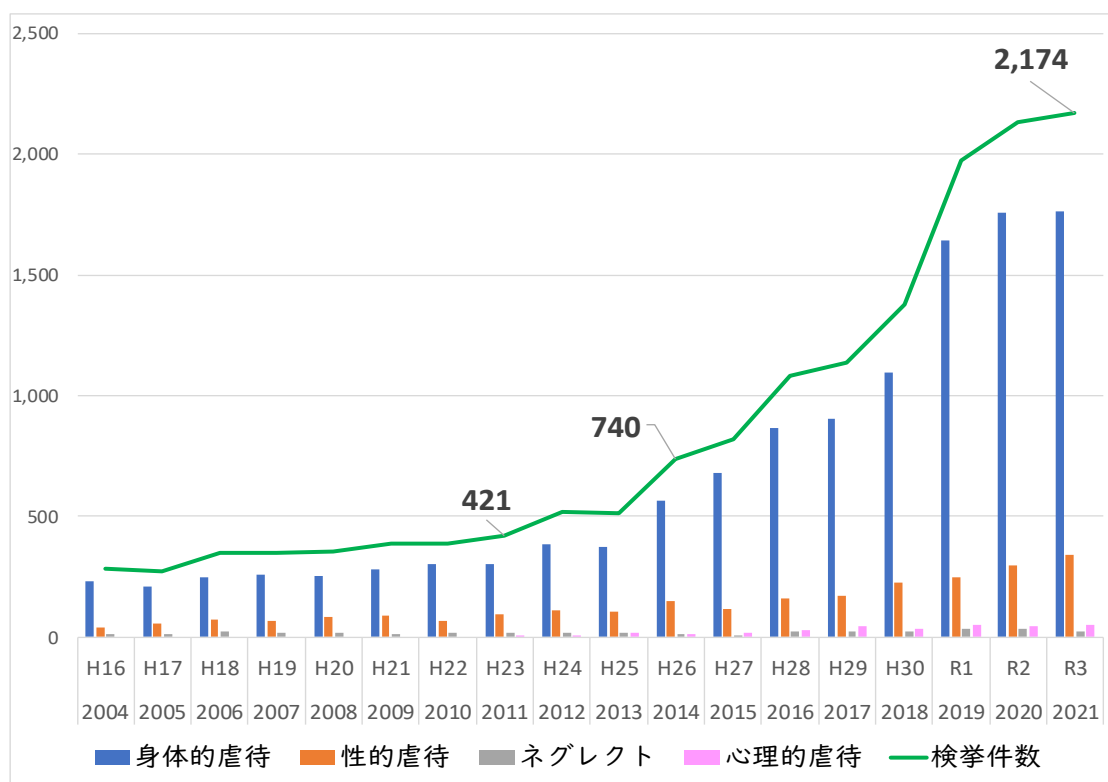


図6 警視庁による(児童虐待)検挙件数(虐待種別)の推移

警察庁生活安全局少年課(2022)令和3年における少年非行, 児童虐待及び子供の性被害の状況。

を参考に筆者が作成

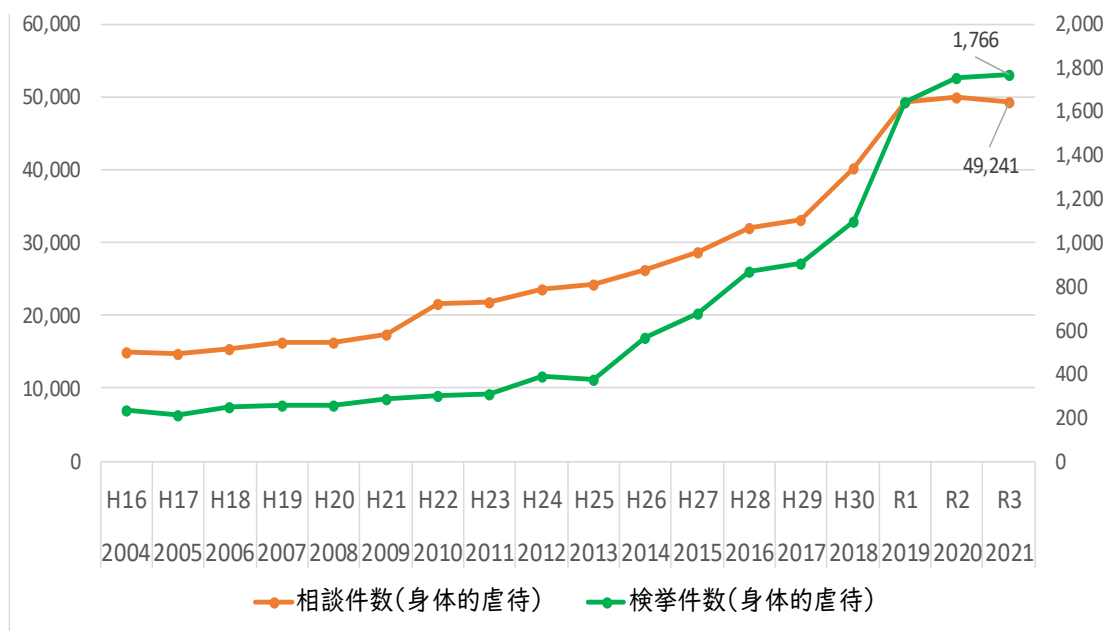


図7 児童相談所による児童虐待相談対応件数と警視庁による検挙件数

(e-Stat政府統計の総合窓口:福祉行政報告例, 厚生労働省:児童相談所における児童虐待相談処理件数報告, 警察庁生活安全局少年課(2022)令和3年における少年非行 児童虐待及び子供の性被害の状況, を参考に筆者が作成)

第2項 子ども虐待による死亡事例等の検証結果

本項では、厚生労働省から報告されている「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次報告(2005)～第18次報告(2022)をもとに現状を整理する。以下、報告書については報告年次のみを記す。

前述したように「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」は、「子ども虐待による子どもの死を、決して無駄にすることなく、今後の再発を防止するため事例を分析・検証し、明らかとなった問題点・課題から具体的な対応策の提言を行うことを目的(厚生労働省による検証報告書, 第18次, 2022)」として2005年から開始され、2023年(令和5年)9月に報告された第19次(第19次はこども家庭庁)までが報告されている。「本報告は、児童虐待の再発防止策を検討したものであり、特定の組織や個人の責任の追及、関係者の処罰を目的とするものではないことを申し添えたい」と記され、過去の結果を未来につなげる提言であることが強調されている。

第2次報告以降、「心中」事例については、保護者が子どもを殺害するという態様に照らせば虐待による死亡であることから、分析・検証の対象としている(第18次報告, 2022, 2)。

1) 死亡事例数の推移と子どもの年齢

統計が開始された2005年から虐待死の人数は増加し、2010年(2009年の調査期間は15か月)までは、年間100名以上の子どもが命を落としていた。2015年以降は、年間70人前後で推移している。心中以外の虐待死は50人前後である(図8)。

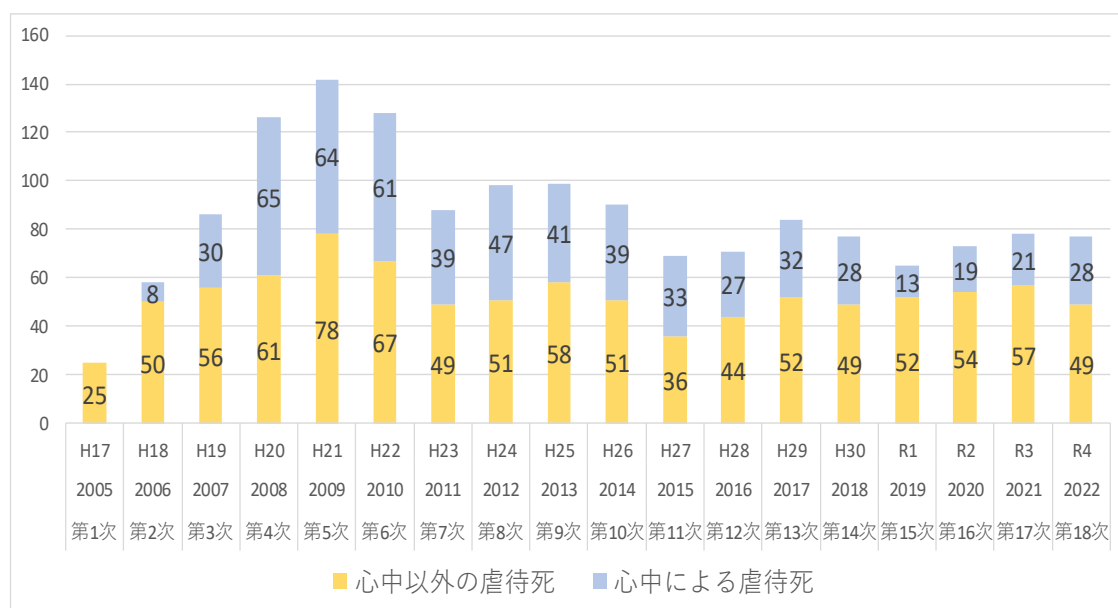


図8 子ども虐待による死亡事例(人数)

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等(厚生労働省による検証報告書、第1次報告～第18次報告を参考に筆者が作成) ※第1次(6か月分)、第1次(心中の統計無し)、第5次(15か月分)

心中以外の虐待死を年齢別で見ると、0歳児が占める割合は約4～6割で推移している(図9)。第18次報告(2022年)で把握した0歳児の死亡事例は32名で、全体の65.3%を占めた。0歳児事例のうち、生後24時間に満たない死亡と考えられる「0日児事例」と、日齢1日目から月齢1か月未満の「0か月児事例」はそれぞれ8名ずつで、それらを合わせた「0日・0か月児事例」は16名となり、0歳児死亡全体の50%を占めた。「0日・0か月児事例」の加害者は、「実母」がもっとも多く、87.4%(第18次報告)であった。

死亡につながった虐待の類型(第7次報告～第18次報告)は、「0日児事例」では「ネグレクト」が約5割、「0か月児事例」では「身体的虐待」が約6割で最も多かった。「0日児事例」では、医療機関での出産は無く(第1次報告～第18次報告の累計)、「0か月児事例」では、約1割弱は医療機関での出産であった。

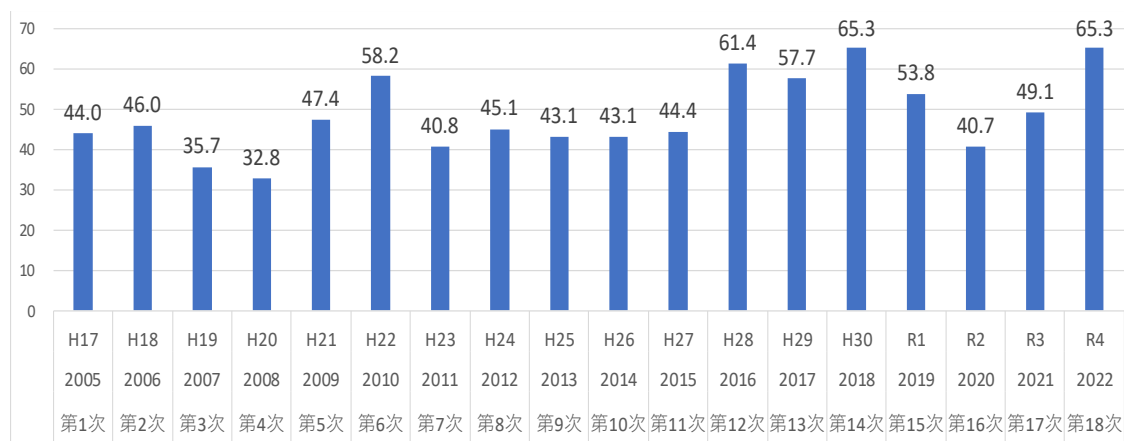


図9 虐待死事例(心中以外)のうち0歳児が占める割合

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等(厚生労働省による検証報告書、第1次報告～第18次報告を参考に筆者が作成) ※第1次(6か月分)、第1次(心中の統計無し)、第5次(15か月分)

2) 妊娠期・周産期における問題

本項では、「0日・0か月児事例」の母体の背景要因といえる、妊娠期・周産期の母体側の問題(第18次報告、138)について整理する。

心中以外の虐待死事例(複数回答)では、「妊婦健康診査未受診」が19人(38.8%)、次いで「予期しない妊娠/計画していない妊娠」が14人(28.6%)、「母子健康手帳の未発行」が13人(26.5%)、「遺棄」が12人(24.5%)であった。第11次から第18次報告(複数回答)では、「予期しない妊娠/計画していない妊娠」が3～5割、「妊婦健診未受診」2～4割、「遺棄」3割と報告されている。

第3次報告から第18次報告までの心中以外の虐待死事例における「若年(10代)妊娠」の割合は16.9%である。日本における全出生数のうち母親の年齢が若年(10代)の割合は、約1%前後で推移していることから、その割合の高さは顕著である(第18次報告、138)。

3) 虐待死事例における関係機関の関与状況

虐待死亡事例のうち、心中以外、心中ともに約3割が、児童相談所及び市区町村(虐待対応担当部署)のいずれかもしくはどちらも関与していた。だが一方で、心中以外、心中のいずれについても約6割が児童相談所及び市区町村(虐待対応担当部署)と関わっていない(第5次報告～第17次報告)。

第18次報告では、心中以外の虐待死では、76.6%の事例においては、保健センター等を含めたその他の関係機関のいずれかが関わっていた。医療機関の関与なしは約3割、助産師の関与なしは約9割であった。言い換えると、医療機関では多くの虐待死事例に関わっており、助産師においても少数ではあるが関わりがあることがわかる。

以上の統計指標から子ども虐待の現状を整理すると、「児童相談所による児童虐待相談対応件数」は増加の一途を辿っているが、その理由としては、定義変更や虐待への社会の注目度の高まりが背景にある。虐待種別で顕著に増加している心理的虐待は面前DVを含むことから、DV相談と平行に増加していた。虐待相談で最も多いのは「心理的虐待」であるが、虐待による検挙で多いのは、「身体的虐待」と「性的虐待」である。身体的虐待については、「警察庁による児童虐待の検挙件数」と「児童相談所による児童虐待相談対応件数」は連動して増加している。

子ども虐待による死亡事例等の検証結果においては、2015年以降の虐待死は、年間70人前後で推移しており変化はない。年齢別では、0歳児が占める割合が多く、そのなかでも「0日・0か月児事例」が多いことから、妊娠期からの虐待の発生予防と早期発見および支援が必要である。死亡事例(心中以外)の妊娠期・周産期における母親の背景要因では、「妊婦健康診査未受診」、「予期しない妊娠／計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「若年(10代)妊娠」等が明らかになっている。

4) 報告書にみる「特定妊婦」の記述

「特定妊婦」に関する記述は、2008年児童福祉法改正で規定されて以降、第6次報告(2010年)に、「特定妊婦についての定義」が記述されている。検証対象事例のうち、特徴的でかつ、とくに重大であると考えられる事例の個別ヒアリング調査結果の分析では、第12次報告(事例2)、第13次報告(事例2)、第15次報告(事例1～4すべて)、16次報告(事例2、3、4)、第17次報告(事例1、3、4)、18次報告(事例1、3、4)、が特定妊婦であった。第11次報告(事例1、3)は特定妊婦に登録されていなかったが、登録して連携すべき事例であったと示された。

地方公共団体への提言は、第8次報告(2012年)から実施され、特定妊婦として、「要対協への登録」「関係機関の役割分担とより一層の連携強化」が継続して示されている。また「特定妊婦の把握については、産科医療機関等において把握される情報が重要であること」を示している。精神疾患等をもつ妊婦への支援では、対象の理解と専門職の活用が提言され、「子育て支援の視点と精神保健の視点から出産・育児期まで支援を継続することが必要である」と示している。

国への提言においても、第8次報告(2012年)から実施され、「特定妊婦に対する効果的な支援方法等について地方公共団体等に普及すべき」とした。妊娠期からの支援が必要な特定妊婦等や出産直後から支援が必要な家庭について、母子保健法で法定化された「子育て世代包括支援センター」における「切れ目なく支援」を行う必要を継続して示している。第18次報告では、「子ども家庭総合支援拠点や要保護児童対策地域協議会等にも情報提供を行うなど密な連携を図るのみならず民間団体との連携に向けた検討を行うなど、妊娠期から幅広い関係機関による一体的な支援体制の構築が求められる」とした。

第4節 海外における子ども虐待の現状と対応

本節では、海外における子ども虐待の現状を整理する。子ども虐待への取り組みは、どの国も同じ発展過程を辿る(小林, 2007)と言われ、欧米諸国の歩みを次のように整理している。

- 第1段階 虐待の存在を無視し続ける時代が長く続く。
- 第2段階 身体的虐待の存在に気づく(KempeによるBattered Child Syndromeの報告)。
- 第3段階 ひどい親からかわいそうな子どもを積極的に離し始め、そのための法や制度を整備する(1970年代)、親権に勝る法的介入とその実行機関の整備が中心である。
- 第4段階 取り組みが進むことで、親も子ども時代に被虐待児であったと分かり、援助されるべき対象として見直される。
- 第5段階 大人になった被虐待児からの問題提起によって性的虐待の存在に気づき、その多さと心の傷つきの深刻さを知って(1980年代)、社会を挙げて取り組む。
- 第6段階 しかし、虐待の治療は難しく、予防こそ重要だと気づく。

ケンプによる子ども虐待の発見から、世界各国において子ども虐待への対応に取り組み始めるが、その取り組みには大きく2つの傾向に分かれて展開した。児童を危害から保護することに焦点をあてた「児童保護」志向と予防に焦点をあてた「家族・児童福祉サービス」志向である(増沢他, 2021, 76)。アメリカやイギリスは主に前者を重視し、後者は北欧やドイツ、フランス等が該当する(田澤, 2017)。しかし、1990年以降はアメリカもイギリスも早期の予防的支援の強化に舵を切り始めている(鷲山, 2020; 増沢他, 2019)。

そこで、アメリカ、イギリス、ドイツ、フィンランド、韓国における子ども虐待の現状と対応を整理していく。アメリカとイギリスは前述のとおり「児童保護」を重視してきた歴史があり、フィンランドは一貫して予防的支援を重視してきた。ドイツも予防的支援に力を注いでいる。韓国は、民間が行ってきた児童保護業務の一部が行政に移管されつつある(増沢他, 2021, 8)。各国について、児童虐待に関する法律、虐待の現状と対応、匿名出産²⁷に関連する法・制度を整理する。

第1項 アメリカ(アメリカ合衆国)

アメリカにおける子ども虐待に関連する法律は、1974年制定の「児童虐待の防止と処遇に関する法」(Child abuse Prevention and treatment : Act)である。性的搾取やポルノ、性暴力から子どもを守る法律のほか、予防、支援サービス、フォスタリング²⁸、家族分離予防、家庭外養育、養子縁組など独立した法律が数多く存在する(増沢他, 2021, 1)。日本の児童相談所にあたる機関は、CPS (Child Protective Services) である。各州が管轄し、本部と地域ごとにいくつかの支所に分かれて設置されている。CPS の役割(機能)は、通告の受理、緊急保護、カウンセリング等の支援の調整、裁判所手続き、社会的養護措置等である(増沢他, 2021, 2)。

児童虐待対応の流れは次のようになる。通報（referral）を受けたCPSは、緊急対応が必要なケースについては、警察と協働して即時に緊急介入を行う。それ以外のケースについては、通告として受理する（Screen-in）かしない(Screen-out)かを識別する。CPSが受理したケースは、虐待の有無について調査を行い、虐待があれば、裁判所関与の下、司法命令に基づいてフォスターケア等のサービスが提供される(増沢他, 2021, 3)。

アメリカでは、通告法があり、各州において、児童虐待を発見もしくは疑わしい事例に遭遇した場合には通告義務が課せられる。もし通告が間違っているとしても法的責任は問われない免責規定と、逆に通告しなかった場合には罰則規定がある。池谷(2014)はこのような罰則と免責は、刑事事件でいうところの冤罪事件を多発させたと指摘する。

2018年、全通報数は約430万件(児童1000人あたりの通報率は58.6)、受理通報数は約240万件(児童1000人あたりの通報率は32.5)であり(子どもの虹情報センター, 世界各国の児童虐待の対応の状況, アメリカ合衆国)、通報の半数弱は受理されない。さらに受理された通報の児童のうち被害が認められたのは約25%の子どもである(増沢他, 2021, 5)。

被害児童が受けた虐待種別はネグレクトが多く、2020年では76.1%を占めた。代替養育を受けた子どもの約8割が里親養育で、施設養育は1割である。虐待による死亡児童数は、2020年、1713人であった(子どもの虹情報センター, 世界各国の児童虐待の対応の状況, アメリカ合衆国)。

アメリカでは、1999年にテキサス州で施行された「乳児避難所法」があり、その後、他の州が追随し、現在では匿名を維持したままで乳児の安全な引き渡しを可能とする法的な枠組みがすべての州で整備されている(シード・プランニング, 2020, 17)。しかしながら、その効果については、施策の利用実態を調査及び公表している州が少ないことから明らかになっていない。また、乳児避難所法に対しては、局所的な施策に過ぎず、産前を含む女性や生まれてきた子どもへの包括的な支援となっていないことが指摘されている(シード・プランニング, 2020, 41)。匿名出産に関する法整備はなされていない。

第2項 イギリス(グレートブリテン及び北アイルランド連合王国)

イギリスでは「児童虐待防止」に特化した法律はなく、1989年に制定された児童法(Children Act)に基づいた児童虐待対応のガイドラインとして、1991年「子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー (Working together to safeguard children)」が示されている。これに児童虐待に対する対応指針を規定している。イギリスは1980年代にはアメリカと同様の懲罰的な制度であったが、1989年児童法、1999年のガイドライン改訂を経て予防的支援重視に政策転換がなされた(鷲山, 2020)。

日本の児童相談所にあたる機関は、CSC (Children Social Care) で、次の4つの機能を持つ(増沢他, 2021, 12)。①虐待等の通告の受理、調査、介入、②重大な危害がある、あるいは疑われるケース(児童保護プランケース)への支援、③社会的養護(代替養育)となったケースへの支援(自立支援、里親支援、養子縁組支援など)、④支援を必要とする子ども

と家庭への早期支援（Early Help）、である。

イギリスでは通告は法的義務ではないが、通告数は多い。2021年の通告件数は、約59万件(児童1000人あたり49.4)である(子どもの虹情報センター、世界各国の児童虐待の対応の状況、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国)。CSCは、通告を受理した場合、1日以内に調査が必要なケースかを判断する。緊急保護が必要と判断される場合は緊急戦略会議が行われる(増沢他、2019)。

被害児童が受けた虐待種別はネグレクトが多く、2018～2019年では48.5%、心理的虐待が35.3%であった。代替養育を受けた子どもの約72%が里親養育で、施設養育は約14%である。虐待による死亡児童数は、2018～2019年、55人であった(増沢他、2021、77、81)。

匿名出産はイギリスでは認められておらず、乳児の引き渡しを可能とすることに特化した法・制度はない(シード・プランニング、2020、13)。イギリスでは、乳幼児遺棄そのものの対策よりも、妊婦や若い母親などの女性への支援を充実させることに重点を置いた施策をとっていることが特徴である。国による社会保障として、妊娠中から出産後1年間の医療費無料化、子どもの医療費無料化、低所得・若年妊婦へのミルクや食品の支援、税額控除、出産・育児手当、交通費補助などのサービスを実施している(重見、2022)。

第3項 ドイツ(ドイツ連邦共和国)

ドイツでは、民法と、1990年に制定された「社会法典第8編（SGBⅧ）：児童並びに少年援助法」が、児童保護を含めた様々な援助の基盤となる。「児童並びに少年援助法」では援助が重視されており、家庭内での父母による養育が優先され、国家の介入は補完的に行われるという理念がある(増沢他、2021、61)。

児童虐待対応を含む援助の中心機関は、「青少年局」で、援助の種類は次の4つである。
①家庭内教育の助成、②昼間保育施設と昼間保育者の下にいる児童の助成、③教育援助、④心的障がいやを有する児童少年のための援助である。子ども虐待が疑われる場合の青少年局の対応が強化され、子どもの福祉の危険の疑いがある場合は、青少年局は調査し、援助か介入で保護するかを判断する。介入が必要な場合には、家庭裁判所に対して職権の発動が義務付けられている。裁判所と青少年局との協働が特徴で、介入においては、青少年局と裁判所に共同責任がある(川松、2018、10)。

ドイツには通告制度はなく、虐待による死亡事例に関する統計もない。2017年の虐待の調査件数は、約16万件で、そのうち危険な状態にあると判断されたケースは、約5万件である。虐待のタイプでは、ネグレクトが47.5%と約半数を占め、複合したものが19.2%、心理的虐待が16%であった。代替養育では、里親養育と施設養育が約半数ずつである(増沢他、2021、79、81)。

ドイツでは2014年に、「妊婦支援の拡大と内密出産の規定のための法律（内密出産法）」が施行された。「内密出産制度」が導入され、妊娠を他者に知られたくない妊婦、さまざまな理由から苦境に立たされている妊婦に対する支援が拡大されている。同制度は、2000年

より民間支援団体が開始したベビーボックス²⁹や匿名出産を含む、匿名による子どもの委託が全国的な広がりを受けての動きであった(シード・プランニング, 2020, 86)。

内密出産制度はドイツ国内の全ての医療機関において匿名での出産が可能であり、分娩費用は国が全額負担する。2014年5月～2018年12月の内密出産制度を利用して生まれた子どもの数は536人であった(シード・プランニング, 2020, 95-96)。内密出産の目的は、危機的状況にある女性に対して必要な支援を提供することであり、女性との接点となるカウンセリングを重視している。2014年5月～2018年12月のカウンセリング件数は2249件に上り、年間480人を超える女性が内密出産のカウンセリングを受けている。カウンセリングを受けた女性のうち内密出産を選択したのは約25%で、約4割の女性は、子どもと暮らすことや通常の養子縁組を選択していた(シード・プランニング, 2020, 101)。

内密出産制度施行後、児童遺棄数の減少が見受けられるが、統計指標がないことから、制度との関連を認めることはできない(シード・プランニング, 2020, 15)。だが一方、連邦政府は、2014年の内密出産法施行後、ベビークラッペ(ベビーボックスの総称)への預け入れ数が減少していることから、匿名で医療が受けられるために妊婦と胎児の医療ケアが保障され早期の支援が可能となったと評価している(川松, 2018, 65)。

第4項 フィンランド(フィンランド共和国)

フィンランドで児童虐待対応の基盤となる法律は、2007年「児童保護法」と2014年「社会福祉法」であり、ガイドラインとして「児童保護ハンドブック」がある。児童虐待対応の中心機関は、自治体のソーシャルサービス・保健部に所属する児童福祉部門が担当し、虐待の通告受理、調査、支援等を行っている(増沢他, 2021, 28)。

フィンランドをはじめとする北欧諸国では、子どもを育てる親が、育てる能力(キャパシティ)をどれだけ広げるか、親をどう支援していくかというキャパシティ重視の児童保護(中村・福井, 2023, 5)である。またフィンランドでは、「ネオボラ」といった妊娠期から就学時にかけての子どもと家族を支援するための地域拠点があり、担当保健師と担当医が中心となって支援する(横山, 2022, 6)。フィンランドにおける第1のセーフティネットのひとつが「ネウボラ」であり、基礎サービスで普遍的なサービスの位置づけになる。第2のセーフティネットは、家事援助サービス等の社会福祉サービスで予防的保護となる。第3のセーフティネットは、子どもと家族に関する相談指導で居宅保護である。最後のセーフティネットが、代替養育である(藪長, 2022, 105-106)。

児童虐待を発見した者は、通告することができるが、特定の職種等には法的な通告義務がある。子どもの出生後すぐに児童福祉の支援が必要との理由があれば、出生前に通告を行うこともできる。通告は自治体のソーシャルサービス・保健部の児童福祉部門が受理し、通告後3か月以内に調査、アセスメントを完成させる(増沢他, 2021, 29)。2019年の児童保護に関する通告件数は、約15万件で、出生前通告件数は2253件、通告対象児童数は、約8万人であった。代替養育では、里親養育が7割弱、施設養育が3割弱である(増沢他, 2021, 81)。フ

インランドでは、虐待種別や死亡事例に関する統計はない。

第5項 韓国(大韓民国)

韓国の児童虐待対応に関する中核的な法律は、1961年制定の「児童福祉法」と、民間機関の限界から2014年に新たに新設された「児童虐待犯罪の処罰等に関する特例法」である。児童虐待に対応する中心機関は民間の児童保護専門機関と、国による中央児童保護専門機関、地方自治体によって設立された地域児童保護専門機関がある(増沢他, 2021, 34-35)。

韓国における虐待者の定義は、「保護者を含む成人」としており、日本の保護者に限定している定義よりも虐待者の範囲が広い(山田他, 2017)。通告に関しては、児童虐待(その疑いを含む)に関する国民の通告義務と、罰則を伴う通告義務のある職群が明記されている(増沢他, 2021, 37)。2020年の通告件数は、児童虐待の疑いがあると判断された事例数と、児童虐待の疑いがあり緊急措置を要すると判断された事例数を合わせると、約4万人で、通告義務者による通告は約3割で、約7割は通告義務者以外による通告であった(子どもの虹情報センター, 世界各国の児童虐待の対応の状況, 大韓民国)。韓国における虐待種別は、複合的な要因も調査しており約半数を占める。次いで、心理的虐待が23.8%である。代替養育は、里親養育が約4割、施設養育が約6割である(増沢他, 2021, 79, 80)。2020年の虐待による死亡児童数は43人であった(子どもの虹情報センター, 世界各国の児童虐待の対応の状況, 大韓民国)。

韓国では少子化が大きな社会問題(2018年の合計特殊出生率は0.98)となっており、また未婚女性の出産やひとり親家族の増加が社会問題となっている(シード・プランニング, 2020, 61)。それらを背景に2008年にはひとり親家族支援法が制定された。ジュサラン共同体(ジュラサン教会)が2009年12月にベビーボックスを開設し、2017年末までに1300人、平均して月に17.5人の赤ちゃんを受け入れている(IABB: International Association Baby Boxes, 韓国)。2012年の養子縁組特例法改正で実親による出生届の提出義務が強化され、ベビーボックスへの預け入れが急増している(シード・プランニング, 2021, 13)。

日本を含めた各国における子ども虐待の現状と対応を概観すると、アメリカの通告数、虐待認定、対応件数、また虐待死亡件数はいずれも圧倒的に多い現状にある。虐待種別では、日本は心理的虐待が半数以上を占めるが、アメリカ・イギリス・ドイツではネグレクトが多い現状にある。だがこれらは、統計の母数が虐待認定であったり通告による対応件数であったりするので、単純な比較は難しい。代替養育では、日本は里親養育が約16%で、施設養育が約84%(増沢他, 2021, 80)と施設養育が圧倒的に多い現状にある。

内密出産に関する法整備がなされているのはドイツのみで、アメリカはベビーボックスに関する法律が全州で整えられている。

第2章 特定妊婦を取り巻く研究

第1節 特定妊婦を取り巻く現状

特定妊婦の定義は前述したが、背景要因とされる状況は単独の場合もあるが、多くは重複して存在する。例えば、若年妊婦の多くは未婚であり、経済的に困窮する状況がある。また予期しない妊娠である場合には、妊婦健診の受診が遅れる傾向にあったり、未受診での出産となったりする。つまり特定妊婦の背景要因は複合化(春日他, 2018; 大川他, 2022)しており、特定妊婦には複数、複雑な課題が重層的に存在している。

本節では、特定妊婦の背景要因の研究から特定妊婦の現状を探る。

第1項 妊婦健診未受診妊婦・予期しない妊娠

「0日・0か月児」の虐待死亡事例の背景には、「予期しない妊娠／計画していない妊娠」や「妊婦健診未受診」、「母子健康手帳未発行」がある。「予期しない妊娠」において、妊娠に葛藤がある場合には、「妊婦健診未受診」や「母子健康手帳未発行」となりやすく、これらの背景要因には関連がある。妊婦健診未受診のまま出産に至る事例では、母子にさまざまなリスクが伴う。

大阪府で実施されている「未受診や飛び込みによる出産等実態調査³⁰」（大阪産婦人科医会に委託）では、調査が開始された2009年では年間153件の未受診妊婦数であった。その後徐々に増加し、2012年の307人をピークにその後は減少傾向にあり、2021年は132件であった。この調査では、未受診妊婦や飛び込みによる出産と児童虐待の背景要因の類似が明らかにされており、年齢分布では、19歳をピークとする若年層群と30歳代後半群の2峰性が指摘されている(大阪産婦人科医会, 2014, 10)。しかしながら、「未受診妊婦」が「受診妊婦」となってもなお、問題は山積み複雑化している(大阪産婦人科医会, 2014, 2, 24)。つまり妊婦健診未受診の妊婦が抱えるその他の背景要因を明らかにするとともに、それに対応するアプローチが必要といえる。

妊婦健診未受診の理由として、「知識の欠如」「経済的問題」「妊娠事実の受容困難」「妊娠への認識の甘さ」「社会的孤立」等が示されている(大阪産婦人科医会, 2021)。これらは、他の研究報告(赤澤他, 2019; 新增他, 2020; 増永他, 2021)でも同様の結果が示されている。また母親の背景要因として、未婚(大阪産婦人科医会, 2014; 赤澤他, 2019; 増永他, 2021)、精神疾患合併(大阪産婦人科医会, 2014; 赤澤他, 2019)がある。要するに妊婦健診未受診妊婦では、「若年」「未婚」「経済的困窮」「精神疾患」という要因が重複しており、またそれらは特定妊婦の背景要因でもある。

周産期合併症としては、重症高血圧症候群や常位胎盤早期剥離(高橋他, 2016; 赤澤他, 2019)、早産(赤澤他, 2019; 増永他, 2021)が示され、新生児では低出生体重児(大阪産婦人科医会, 2014, 9; 高橋他, 2016; 赤澤他, 2019)の割合と周産期死亡が顕著に高かった(大阪産婦人科医会, 2014, 8; 赤澤他, 2019)。だが一方で、分娩に産婦人科医療機関が関与

すれば、新生児の予後は格段に改善する(大阪産婦人科医会, 2014, 2; 高橋他, 2016)。つまり産科医療機関とつながることができれば、周産期合併症への対処が行えるのである。

次に「予期しない妊娠」について整理する。

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等(厚生労働省による検証報告書, 第13次報告, 2017)では、それまでの報告書で使用していた、「望まない妊娠／計画していない妊娠」を次のように示した。「様々な事情により、妊婦やそのパートナーが、妊娠を継続することや子どもを産み育てることを前向きに受け止められず、支援を必要とする状況や状態にあること」と定義したうえで、生まれてくる子どもに向けられる言葉では決してなく、支援や援助を必要とする妊婦を認識し、如何なる支援を行うべきかを考えるための言葉であった。しかしながら、より客観的、中立的に事例をとらえ、検討を行うため、本報告書より、「予期しない妊娠／計画していない妊娠」と改めた。

生後0日に死亡した虐待事例では、ほぼ全例が予期しない妊娠であることから、母親が一人で誰にも知られずに出産したことは明らかである(母子保健推進会議, 2019, 19)。養育者から子どもへの情緒的絆であるボンディングは出産直後の接触に始まり交流を重ねるごとに強まる「愛おしさ」、「守りたい」、「親密さ」などの肯定的な感情として表現される。しかし、予期しない妊娠やDV、幼少期の不適切養育および妊娠出産に関連する外傷的体験がある場合には、ボンディングの形成不全が起こり得る(日本産婦人科医会, 2021, 23-24)。それゆえ、予期しない妊娠においては、まず妊婦とつながる必要がある。

出産の手助けが無く一人で出産した事例では、他者に知られたくない予期しない妊娠であったと考えられ、秘密を守ってくれる相談しやすい窓口が必要となる。そのため、予期しない妊娠においては、「層構造化した相談窓口の位置づけと設置の推進」が提言されている(母子保健推進会議, 2019, 20)。予期しない妊娠には、「まだ妊娠するとは思っていなかったが、出産しようと考えている等の既存のサービスを利用できるレベル」から、「自分の親等身近な人間から受け入れられないなどの、どうしても妊娠したことを他者に秘めておきたい」レベルまでがある。予期しない妊娠でも妊娠したことを誰かに相談できる場合、行政サービスを利用できる場合、行政サービスは利用できないが匿名等の相談窓口には相談できる場合等があることから、状況に応じた層構造化の相談窓口の設置を推進する必要がある。

予期しない妊娠の転帰はさまざまである。パートナーや身近な人と状況を共有し医療機関を受診し公的サービスを受ける妊婦から、妊娠を誰にも打ち明けられない妊婦、または相談しても支援には至らない妊婦、そうして妊婦健診未受診のまま「飛び込み分娩」として出産に至る妊婦、または出産においても誰ともつながれずに孤立したまま出産に至る場合もある。そのような事例では、出産までの妊娠継続自体が自己の意思決定によるものではなく、さらに出産後の育児への意思決定もできない状況にあると推測される。したがって、予期しない妊娠では、いかに、つながっていくのが課題である。

予期しない妊娠の背景にある「誰にも言えない」といった味方となる存在がいない状況や経済的困難等の要因から、自ら医療機関とつながるにはハードルが生じる場合においては、

匿名での妊娠相談や民間の支援団体とつながり、同行受診等を経て医療機関とつながる現状にある。

第2項 若年妊婦

日本では、若年妊娠とは20歳未満の妊娠・出産と定義される(大石他, 2021)。10代の母親の出生数は、2002年の21,401人をピークに減少(厚生労働省, 2006)し、2021年では5,542人であった(厚生労働省, 2022c)。全出生数のうち10代の母親の占める割合は、2002年では1.85%であったのが、2021年では0.68%と割合も低下している。しかしながら、10代の人工妊娠中絶数(2021年)は9,093件(厚生労働省, 2023a, 8)と出生数よりも多く、妊娠して出産に至る率(出生数/出生数+人工妊娠中絶数から算出)は、37.9%と4割弱である。2002年の10代の人工妊娠中絶数は44,987件(厚生労働省, 2003))で、妊娠をして出産に至る率は32.2%であることから、出産に至る割合は若干上昇している。

若年妊婦の医学的リスクでは、貧血や性感染症の合併率が高く(賀数他, 2015; 植田他, 2020)、低出生体重児の割合も高い(水主川, 2009; 賀数他, 2015; 涌井他, 2018)。一方、帝王切開率は低率(奥田他, 2008; 水主川, 2009)であり、母体年齢別の妊産婦死亡率では、10代が最も低く、年齢とともに徐々に上昇し、40歳以降では急激に上昇する(大石他, 2021)。また精神疾患合併が高い傾向(高橋他, 2021)にある。

社会的リスクでは、未婚(宮本他, 2015; 植田他, 2020; 高橋他, 2021)、DV(高橋他, 2021; 植田他, 2020)、生活保護受給といった経済的問題(宮本他, 2015; 植田他, 2020; 高橋他, 2021)がある。また親とは音信不通であったり、ひとり親といった家庭背景(宮本他, 2015; 高橋他, 2021)が示されている。

支援者はこのような若年妊婦の背景を理解する必要がある、子ども時代の困難が今現在にもつながっていること、親自身の思春期・青年期の発達を保证することを重視し、彼らに見合った支援を社会が行う必要がある(小林, 2015)。

第3項 未婚(シングルマザー)

令和3年(2021年)度全国ひとり親世帯等調査結果の概要(厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課, 2022)によると、ひとり親世帯は、134.4万世帯で9割近くが母子家庭である。母子家庭1世帯あたりの平均年間就労収入は、236万円で、父子家庭の496万円の半分以上である。就業率は86.3%であるが、正規雇用は48.8%(父子家庭では69.9%)であり、ひとり親であっても母親と父親とでは経済的基盤が大きく異なる。国民生活基礎調査によると、子どもの相対的貧困率はひとり親世帯で顕著に高く、半数近くが貧困を抱える(厚生労働省, 2023b, 14)。その多くは母子家庭である。さらに母子家庭では、2020年からのコロナ禍において、特に離婚や非婚のシングルマザーに対する制度の機能不全が顕在化した(湯澤, 2021)。

シングルマザーのもつ社会的要因としては、「入院助産制度の利用」や「経済的問題」(平岡, 2006; 丸山他, 2017)、「飛び込み分娩」や「若年妊娠」(平岡, 2006)、DV(丸山他, 2017)

等がある。シングルマザーの心理(比良他, 2016)では、妊娠判明時に妊娠に対する困惑が生じ、妊娠を継続するか否かの葛藤を抱えていた。出産を決意した後も、自己の健康への関心が低く、育児における身体的負担や経済的負担に関する不安を抱えていた。また未婚出産に対する周囲の無理解による辛さを抱える一方で、同じ経験をしているシングルマザーが支えとなっていた。未就学児の子育てをしているシングルマザーでは、経済的問題や非正規雇用、支援者が居ない等の背景から、育児ストレスや蓄積疲労を高めていた(佐々木他, 2018)。

第4項 経済的問題

子どもの貧困は、子どもの健康、学力、進路、就職とさまざまな面で影響し、子どもの意欲や希望までもを制約してしまう。そのなかで、子ども虐待との関連性の高さが従来から指摘されてきた(川松他, 2017)。

貧困と孤立は相互に強く関連しており、共時的に生じやすい。乳児期の育児において、孤独感を感じることは経済的困窮層で高く、また育児において孤独感を感じている困窮層では、抑うつ割合が顕著に高い(山野, 2022)。さらに貧困と孤独が交差するとき問題は深刻化し、抑うつ状況は親子関係に深い影響を与え、貧困や孤立とともに虐待のリスク要因となる(山野, 2022)。

妊婦では「妊婦健診未受診」の理由に経済的な問題があり、「予期しない妊娠」や「若年妊娠」とも関連している。経済的な問題は、妊娠中の健康管理能力や養育能力、生活能力に影響し、移動手段の欠如による公的サービスの利用への影響(山縣他, 2020)、医療機関への受診や予防接種を控える傾向(五十嵐, 2017)につながる。このような健康観は子ども時代の経験が基になるため(小林, 2015)、それらを捉えて関わる必要がある。

第5項 DV(ドメスティック・バイオレンス)

配偶者からの暴力を防止し被害者の保護等を図ることを目的として、2001年にDV防止法が制定された。「配偶者からの暴力」とは、配偶者からの身体に対する暴力、又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動」と定義され、その対象は、離婚後や婚姻関係にない恋人など親密な関係にある、又はあった者とされている。制定の背景には、1993年国連の「女性に対する暴力の撤廃に関する宣言³¹」がある。前文では、「女性への暴力は人権の侵害であり、男女間の歴史的不平等な力関係の現れであること」などが明記されている。

1999年から開始された「男女間における暴力に関する調査」は3年毎に実施され、2021年報告では、結婚したことがある女性の25.9%が配偶者から暴力を受けたことがあり、そのうち約5人に1人は命の危険を感じた経験があった(内閣府男女共同参画局, 2021a)。

面前DVが「心理的虐待」と定義されたことから、DVの問題は子ども虐待の問題でもある。DVを目撃する子どもへの心身への影響や問題行動、さらには、母子関係への影響が報告(川崎他, 2016)されている。子ども虐待による死亡事例等の検証結果等(厚生労働省による検証報告書, 第16次報告, 2020)によると、「DVあり」事例には次の特徴がみられる。「10

代の妊娠・出産」、「未婚のひとり親」や「内縁関係」という家庭状況があり、地域社会や親族との接触は乏しい傾向にある。また子ども虐待が深刻な結果になる場合では、実母を含む家族が社会的に孤立しがちな状況がある。

妊娠中の母親へのDVは、母親への身体的・心理的影響のみならず、胎児の発達や成長にも多大な影響を与えることから、周産期におけるDV被害の発見と対応は母子保健上の重要課題(川崎他, 2016)である。妊娠期のDVの調査(片岡他, 2005)では、約5%がDV陽性と判定され、精神的な健康への影響として、睡眠障害、不安、うつ傾向、自尊感情との関連が認められる。なかでも、うつ傾向はDV陽性妊婦に約12倍多い結果が示されている。

DVは妊娠、出産、育児期といった周産期に契機となることから、潜在的なDV被害者をみつけるためには、全妊婦に対しDVの有無をスクリーニングすることが推奨されている(片岡, 2008)。そのために開発された「女性に対する暴力スクリーニング尺度(Violence Against Woman Screen : VAWS)」(片岡, 2005)を妊婦健診で取り入れることで、社会的に孤立し社会資源へのアクセスが阻害されやすいDV被害女性とつながり(片岡他, 2005)、支援の糸口とすることが必要といえる。

第6項 精神疾患合併・メンタルヘルス

日本において子ども虐待問題が注目されはじめた1970年代から、虐待する親の精神障害の問題については、さまざまな分野において調査、分析されている(長尾他, 2015, 2)。長尾他の報告(2015, 2)によると、1973年度に旧厚生省が実施した3歳未満児の「虐待、遺棄、殺害事件に関する調査(厚生省児童家庭局育成課, 1974)」では、加害者について、「心身障害等有り」の割合は、全体では約3割であるが、虐待事例では92.4%とかなりの高率であった。1983年度、全国児童相談所が受理した児童虐待ケースの調査においても、約半数の親が何らかの心身の問題を抱えていた(長尾他, 2015, 4)。全国児童相談所長会の1996年調査では、主たる虐待者の6割が何らかの心身の問題があった(長尾他, 2015, 5)。

精神科医の斎藤(2003)は、精神科クリニックを自主的に受診した虐待する親の大部分が母親であり、その母親たちは、うつ病(43.6%)、被虐待体験(69.2%)、DV被害(34.6%)等の問題を抱えていたと報告している。松本(2010, 4)は、養育者のメンタルヘルスの問題が子どもの障害や養育者の障害と重複し、さらには、経済的問題、DVといった社会的孤立の要因とも重なり合い、複合的な不利が形成されるなかで、子育ての困難が子ども虐待問題として現れると指摘する。つまり親の精神疾患と子ども虐待の関連、背景要因である被虐待経験やDV、経済的問題、これらに起因する社会的孤立の問題とも重層的に重なり合っていることがわかる。

精神疾患のなかでも妊娠中や産後のうつ病と児童虐待の関連は多くの研究報告があり、支援が必要な妊婦を抽出しサポートすることが非常に重要である。1990年代に入り、産後うつ病のスクリーニング用紙であるエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS³²)が日本においても導入された(日本産婦人科医会, 2021, 1)。

EPDSは1987年に Coxら(1987)が開発した自己記入式質問紙で、国際的に広く普及しており、日本においても産後健診(産後2週間および産後1か月健診)で用いられている。産後1か月でのEPDSが、カットオフ値9点以上の褥婦は、2020年では9.7%(厚生労働科学研究班, 2022)であった。

妊娠中のうつ病のリスク因は、不安、ライフイベント、うつ病の既往、サポート不足、早期せぬ妊娠、DV、未婚等がある。産後うつ病では、妊娠中のうつ病、サポート不足、ライフイベント等がある(日本産婦人科医会, 2021, 12-13)。2016年に公表された「2005～2014年の10年間の東京都23区、妊産婦の異状死の調査」では、妊産婦の自殺者が63人に上ることが示され(竹田, 2016)、出血などによる妊産婦死亡の約2倍であったことから、新聞等に取りあげられ、背景にあった「産後うつ病」との関連が注目されるようになった。2015～2017年の追加調査では、妊産婦の自殺者は11例であった(竹田, 2018)。

2020年以降のコロナ禍においては、人々はさまざまな制限を強いられた。妊婦健診への夫や家族の同行、分娩時の立ち合い、さらに産後の面会も制限された。また育児サークルといったピアサポートの場も閉鎖され、他者との交流が極端に途絶えた。コロナ禍では、精神疾患既往妊婦において、周産期うつとの関連(鈴木他, 2022; 西俣他, 2023)が示され、また若年妊婦やパートナーとの不仲、経済的問題といった社会的ハイリスク要因とうつ傾向との関連が指摘されている(鈴木他, 2022; 西俣他, 2023)。

COVID-19罹患妊婦の調査では、EPDS陽性者が約3割で胎児への影響を心配する妊婦が多く、隔離による孤独感を感じる妊婦が多い(佐藤他, 2022)。コロナ禍における人々とのつながりの制限が、とくにメンタルヘルスに与える影響は大きく、今後さらに可視化されていく状況が危惧される。

第7項 被虐待歴・ステップファミリー

本項では、家族に関する事柄として、「被虐待歴」と「ステップファミリー」を取りあげる。まず、「被虐待歴」について整理する。

子ども時代の被虐待体験が長期予後に影響し、被虐待歴のある大人の子育てに反映して次世代へ虐待をうみだしていく様式を「世代間伝達」と言い、その結果生じる虐待という問題の世代をこえた連鎖を「世代間連鎖(cycle of abuse)」という(鷲山, 2020)。それは、過去の愛着の外傷的記憶に由来するもの(久保田, 2019)とされる。鷲山は、Egeland(1998)の前方視的研究から、被虐待歴のある大人が子どもを虐待する比率は約3割として、次世代への連鎖を止める要因を次のように示す。①虐待的でない大人からの情緒的なサポートを子ども時代に受け取ることができた体験、②時間や種類を問わず1年以上の治療の期間、③安定した情緒的に支えになる安心させてくれる配偶者、である。つまり虐待とは異なる対人関係の機会が世代間連鎖に影響する。したがって、子ども時代の被虐待歴は虐待の発生リスク因子であっても決定因ではない(鷲山, 2020)。

しかしながら、被虐待経験をもつ母親では子育てにおいて、自身の被虐待経験が想起され

ることや、我が子と子どもの頃の自身が重なる(上原, 2017)といった経験をしている。また虐待の世代間連鎖をより一層促進する要因として、貧困や社会からの孤立がある(Briere et al, 2009)。被虐待経験をもつ妊婦では、うつ病やPTSDなどの心理的問題のリスクが高まる(Choi et al, 2016)ことや世代間伝達、虐待との関連等を踏まえ、これらのことを援助者が理解しておくことが重要である(鷲山, 2020)。

ステップファミリーとは、「夫婦の離別や死別を経たひとり親世帯の子どもの親が再婚することで形成される(野沢, 2022)」家族構造を指す。日本の離婚件数は、2002年の約29万組をピークに減少傾向にあるものの、2020年では、約19万組である(厚生労働省, 2022d)。そのうち、未成年の子どもがいる離婚件数は、2020年、約11万件で、全体の約6割である(内閣府男女共同参画局, 2021b)。「夫妻とも初婚」は減少傾向にあり、一方「夫妻とも再婚又はどちらか一方が再婚」は2006年まで増加し近年ではほぼ横ばいである。その割合は、婚姻件数全体の26.8%(2015年)であった(厚生労働省, 2017, 3)。つまり近年、ステップファミリーという親の再婚(事実婚を含む)による家族関係の複雑化を経験する子どもたちが増加している(野沢, 2022)。

事実婚を含むステップファミリーという家族構造は、虐待リスクのひとつとして認識されている(小榮住, 2020; 曾田他, 2020)。継父による虐待事件(2018年目黒区事件・2019年さいたま市事件⁸³)に共通する背景要因として、初婚核家族の「再構成」を目指した末に起きた事件だと指摘する(野沢, 2022, 100)。ステップファミリーの家族構造の独自性に目を向けず、従来の通念的な初婚の夫婦と血縁のある親子という核家族に当てはめて理解しようとする(菊地, 2021)社会のまなざしに対する警鐘であり、既存の制度では補えていない制度構築の必要が示されている(野沢, 2022)。

第2節 法令・制度にみる特定妊婦への支援の現状

2023年4月「こども家庭庁」が発足し、特定妊婦への支援は「こども家庭庁」が担う。「特定妊婦」は児童福祉法改正によって法制化されたが、母子保健法に基づく「母子保健事業」としても支援が行われている。さらに、2024年4月1日に施行される「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」においても、その支援がなされる。本節では、特定妊婦に関連する法令・制度を整理し、特定妊婦への支援の現状を探る。

第1項 児童福祉法における法令・制度

1) 2022年改正児童福祉法

2022年改正児童福祉法(施行は2024年4月1日)では、特定妊婦が利用できる事業として新たに「子育て世帯訪問支援事業」と「親子関係形成支援事業」が創設された。子育て世帯訪問支援事業は、訪問による生活の支援である。親子関係形成支援事業は、親子関係の構築に向けた支援で、子どもとの関わり方等を学ぶ(ペアレントトレーニング)等とされる(厚生

労働省，2022e)。

また同改正では、「妊産婦等生活援助事業」が規定された。妊産婦等生活援助事業の対象は、家庭生活に支障が生じた特定妊婦等とその子ども（親に頼ることができない、出産に備える居宅がない等）とされる。支援内容は「住居に入居させ、又は事業所等に通所、訪問により、食事の提供などの日常生活の支援を行う。養育に関する相談・助言、関係機関との連絡調整（産後の母子生活支援施設等へのつなぎ等）、特別養子縁組の情報提供等を行う」とされている(厚生労働省，2022e)。

2) 産前・産後母子支援事業

2016年改正児童福祉法では「子どもの権利」の明文化とともに、子どもの「家庭養育優先の理念」が規定された。それを受け、2017年「新たな社会的養育の在り方に関する検討会」において、今後の社会的養育の在り方を示す「新しい社会的養育ビジョン」が取りまとめられた。そこには、「特定妊婦のケアの在り方」として、「妊娠期から出産後の母子を継続的に支援する社会的養護体制（在宅支援、乳児院、サテライト型母子生活支援施設、産前産後母子ホーム、里親、民間養子縁組機関との連携、出産後のケア等）などの整備が必要である」とされた(厚生労働省 新たな社会的養育の在り方に関する検討会，2017，14)。

具体的な事業としては、「産前・産後母子支援事業」が実施され、「乳児院や母子生活支援施設、産科医療機関等にコーディネーターや看護師を配置し、妊娠期から出産後までの継続した支援を提供する」。2022年度では、国庫補助を受けて14の自治体が、「産前・産後母子支援事業」を実施している(こども家庭庁支援局家庭福祉課，2023，105)。

3) 入院助産制度

児童福祉法(第22条第1項)では、「保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により、入院助産を受けることができない場合において、その妊産婦から申込みがあった場合には、助産施設において助産を実施する「助産制度」が規定されている。助産制度は特定妊婦や若年妊婦の支援の面で有効であることから、助産制度の周知、徴収金基準額の弾力運用、各関係機関との連携について通知された(厚生労働省子ども家庭局母子保健課長，2019)。経済的困窮にある妊婦では、妊娠によって社会資源とつながり得る機会となり、入院助産制度の申請とともに「生活保護」申請により生活費を受給できる事例も存在する。

第2項 母子保健法・成育基本法における母子保健対策

1) 母子保健法(妊婦健康診査)

母子保健法では、母子健康手帳の交付(第15条)や妊婦健康診査(第13条)について規定されている。妊娠した際に、妊娠届を提出することで、市町村において母子健康手帳が交付される。多くの自治体では、母子健康手帳交付時に保健師や助産師が個別の面談を実施している。面談において、特に支援が必要と判断された妊婦は、特定妊婦として要対協に登録され、関

係機関と連携される。

妊婦健診は、妊娠全期間において14回程度の実施が望ましいとされ、市町村は、妊婦一人につき14回程度の妊婦健診実施に要する費用を負担するものとされる(厚生労働省, 2015)。2020年4月時点、全市区町村で14回以上の助成がなされており、妊婦1人当たりの公費負担額は全国平均107,792円であった(厚生労働省子ども家庭局母子保健課, 2023a)。しかしながら、産科は自由診療のため受診する医療機関によっては妊婦の負担金が多少なりとも発生する現状にある。特に初回の受診では自己負担金が発生することが多い。それゆえ、2023年度からは新規事業として、「低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業」が開始され、初回の産科受診料の一部または全額が補助される(こども家庭庁, 2023c, 6)ことになった。

妊婦健診では、医師による健康診査と助産師等による保健指導が実施される。また助産所や医療機関における助産師外来システム³⁴では、助産師が妊婦健診と保健指導を担う。これらの場においては、妊婦に必要な支援を査定するとともに、ハイリスク妊婦では関連機関と情報共有し、必要に応じて特定妊婦として要対協に登録される。つまり妊婦健診は、ポピュレーションアプローチの場であるとともに、特定妊婦等のハイリスクアプローチの系口となっている。

2) 母子保健法(産後健康診査)

産婦健康診査(産後2週間と産後1か月の産婦の健診)は、産後うつや新生児への虐待の予防等を図る観点から、健診費用を助成する産婦健康診査事業が2017年度に創設された。2020年度の市町村の実施率は49.8%である(総務省, 2023, 2)。産婦健康診査は、「支援が必要な産婦の把握」の場となる。産後健康診査は通常、出産した施設で受けることから、「支援が必要な産婦の把握」は出産施設の勤務助産師等がその役割を担っている。

3) 性と健康の相談センター事業

成育基本法では、「地域における切れ目ない妊娠・出産支援等の推進」をするために、性と健康の相談センター事業の一部として次の2つの事業が展開されている(こども家庭庁, 2023c, 9)。

(1)「特定妊婦等に対する産科受診等支援加算」は、特定妊婦と疑われる者、妊娠や性に関する疾病等で悩んでいる10代等の若者を対象に、面談・訪問相談等によりその状況を確認し、関係機関と連携を行うとともに、産科受診等が困難な場合には、産科等医療機関への同行支援や受診費用(初回分に限る)に対する助成を行っている。

(2)「若年妊婦等支援」の対象は「10代等若年で妊娠に悩んでいる者や、若年に限らず特定妊婦と疑われる者等」とされ、「若年妊婦等に対するSNSやアウトリーチによる相談支援、緊急一時的な居場所の確保」を実施している。実際には、若年妊婦等への支援に積極的で機動力のあるNPOに、アウトリーチや若年妊婦等支援の業務の一部及び全てを委託するなどにより、地域の実情に応じた若年妊婦等への支援を行っている。

4) 妊婦・子育て家庭への伴走型相談支援と経済的支援の一体的実施

2022年、妊婦・子育て家庭への伴走型相談支援と経済的支援の一体的実施（出産・子育て応援交付金）が、「物価高克服・経済再生実現のための総合経済対策」において閣議決定された(厚生労働省子ども家庭局総務課，2023)。これは、支援が手薄な0歳から2歳の低年齢期に焦点を当て、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援の充実を図ることを趣旨とする。具体的には、妊娠初期、妊娠32～34週、出産・産後、産後の育児期に、定期的に保健師・助産師等が面談を実施し育児の相談に応じるとともに、妊娠届出時(5万円相当)と出生届出時(5万円相当)の経済的支援を行うものである。

第3項 困難な問題を抱える女性を対象とした支援

1) 婦人保護施設における支援

婦人保護事業は2024年度からは、「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」をもとに支援が実施される。現行では、婦人保護施設は売春防止法(36条)に規定され、2022年4月現在、全国40都道府県に47箇所が設置されている(厚生労働省家庭福祉課，2022)。東京都にある社会福祉法人慈愛会「慈愛寮」は全国で唯一、周産期に特化した婦人保護施設である。平均的な利用期間は、産前1か月から産後2、3か月頃までの約3～4か月間である(東京都社会福祉協議会，2021)。

2) 母子生活支援施設における支援

母子生活支援施設は児童福祉法(38条)に規定された施設で、18歳未満の子どもを養育している母子家庭、または何らかの事情で離婚の届出ができないなど女性が子どもと一緒に利用できる施設である。

母子生活支援施設では、社会的な課題である「0日児死亡事例」の防止や特定妊婦への支援について、妊娠期から産前・産後、親子関係構築において専門的な支援を提供し、入所や緊急一時保護による包括的支援（経済的・法的支援、日常生活支援等）によって、子どもと母親の地域での継続的な生活を支援する(こども家庭庁，2023d，2)。

支援の必要性の高い妊産婦への滞在型支援の推進として、「特定妊婦等支援整備事業・特定妊婦等支援臨時特例事業」がある。これは、予期せぬ妊娠等、支援の必要性の高い妊産婦に対する居場所の提供と、必要な支援機関へとつなぐ体制を構築することにより、妊産婦の孤立化を防ぎ、虐待の重篤事案の防止を図ることを目的としている。

3) DV被害に遭っている妊産婦への支援

妊産婦と関わる専門職では、対象のDV被害について知り得る機会がある。DV被害を発見した者は、通報義務(DV防止法第6条)があり、配偶者暴力相談支援センターもしくは警察に通報するように努めなければならない。同時に、妊産婦への対応では、相談窓口や支援機関

等と被害者をつなげる必要がある。

配偶者暴力相談支援センターは都道府県に必ず設置されており、全国共通短縮ダイヤル「#8008」で最寄りの配偶者暴力相談支援センターにつながる。DV防止法に基づいて、緊急一時保護や自立支援等が行われる。

第4項 民間による支援

1) 妊娠SOS相談

妊娠が「予期しない/計画していない」場合の相談窓口として、「全国のにんしんSOS相談窓口」がある。これには、地方公共団体と民間団体によるものがあり、2023年9月現在、全国に56か所の「妊娠SOS相談窓口」がある。「0日・0か月児事例」の虐待死の背景では、「予期しない妊娠」であることから、それに対応するものである。ただし、13の県にはこの窓口がなく地域格差が存在する。

2) 訪問看護ステーションにおける支援

日本助産師会立とりこえ助産院に併設される訪問看護ステーションでは、ハイリスク妊産婦と医療的ケア児を対象とした訪問による活動を実施している。医療法による訪問活動に特化しているため対象は両者に限定されている。周辺地域の医療機関や保健センター等から依頼を受け、ハイリスク妊産婦ではメンタルヘルスに課題がある妊婦の継続支援を行っている(島田, 2023)。同じく助産所に併設された母子訪問ステーション(坂本他, 2022)では、近隣の産婦人科・精神科と連携して妊産婦メンタルヘルスケアやNICU退院後の早産や多胎等の医療的ケア児への支援を行っている。このような母子に特化した訪問看護ステーションは全国的にはまだ少ない現状にある。

3) 産前産後の居場所

前述の若年妊婦等の「緊急一時的な居場所の確保」や「特定妊婦等支援整備事業・特定妊婦等支援臨時特例事業」は、民間によっても運営されており、助産師が中心となって運営している機関(NPO法人ビッコラーレ:ぴさら, 公益社団法人小さないのちのドア: マタニティホームMusubi等)がある。

公的な施設では、さまざまな制限がある一方で、民間の妊産婦用シェルターでは、スマートフォンの持ち込みや外出も可能であることから、当事者としては利用のハードルが低いものといえる。このような当事者のニーズに合う民間シェルターのほとんどが、寄付などの善意で運営されている現状にある(赤尾, 2021, 84)。

2021年10月に民間の若年ママの出産・子育ての応援シェルターとして開設された沖縄の宿泊施設「おにわ」は、2年間の活動を経て、2023年10月に「沖縄県特定妊婦等支援臨時特例事業」として、県の委託事業³⁵となった。民間での活動が認められた事例である。

4) DV被害者の支援

民間団体によるDV被害者支援では、「NPO法人デートDV防止全国ネットワーク³⁶」や、「NPO法人 全国女性シェルターネット³⁷」がある。DV防止全国ネットワークでは、各都道府県の相談窓口にアクセスできるようになっている。全国女性シェルターネットは、1998年に設立されたDVサポートシェルター等を運営する民間支援団体の全国ネットワーク組織であり、現在、加盟64団体が国内外のネットワークをつないでいる。

「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」の基本方針案等へのパブリックコメントでは、制度の隙間を埋めてきた民間団体の現状について言及している。つまりDV支援においても、民間団体の支援ノウハウと熱意によって、公的制度を補ってきた現状がある。

第3節 書籍にみる特定妊婦

本節では、特定妊婦と想定される「母親の体験」が示されている書籍から、特定妊婦の現状を探る。取り上げる書籍は、「裸足で逃げるー沖縄の夜の街の少女たち」、「ルポ虐待ー大阪二児置き去り死事件」、「シングルマザー、その後」の3冊である。おもに、母親の体験や支援者との関わりが示された箇所に着目し、関連する虐待事件の記述や著者の論述も合わせて検討する。

第1項 裸足で逃げるー沖縄の夜の街の少女たち、(上間陽子, 2017a)

2017年に発行された「裸足で逃げる」は、2012年から2016年に調査された、沖縄の風俗業界で働く10代から20代の女性の生活史をまとめたものである。登場する6人の女性のうち5人は、「特定妊婦」であろうと推測される女性たちである。10代での出産、シングルマザー、経済的困窮、また聞き取り調査のテーマである風俗業界で働くことが彼女らの共通項であった。上間はこの風俗業界で働く女性の調査と、2017年から開始した「若年出産女性調査」は地続きであった(上間, 2017b)と示す。「つまり、沖縄のキャバ嬢たちは、子どもをひとり抱えて、時間をやりくりして生活する年若い「母」でもあった(上間, 2017a, 58)」。

女性たちは、パートナーや家族からの暴力(DV)の体験を語る。それらを上間は次のように記す。

調査で出会った女性たちの半数以上は、恋人や家族から頻繁に暴行を受けた過去をもっていたが、最終的に彼女たちが受けた暴行は、拳で顔の原形をとどめないほどなぐられる、おなかを蹴られて吐きながら意識を失うといった「病院送りにされる」レベルにまで至っていた。(上間, 2017a, 78)

恋人からの暴行に、「このままでは殺される」と思い、何度も警察に駆け込んでいる。でも、入籍していないカップルの暴行は保護の対象ではないといわれ、鈴乃は警察署から追い返された。(上間, 2017a, 101)

本誌に登場する女性を含め上間の調査では半数以上に「暴力」を受けている現状がある。2018年、東京都目黒区で起きた虐待事件の加害者となった母親の手記(船戸, 2020)では、次のような場面が記されている。虐待通報によって子どもが一時保護される際、同じく保護を申出る母親に、女性警察官は「どこか体にアザがありますか。アザがないと無理ですよ(船戸, 2020, 57)」という言葉を投稿かける。この言葉から母親には「アザがなければDVとみなされない」という認識が刷り込まれる。

この事件の背景には、夫から妻への日々長時間にわたる執拗な「説教」という心理的支配とコントロールがあった。しかしながら、児童相談所の職員や精神科医とのやり取りにおいても、母親は自分が置かれたDVという状況を認識できずにいた。そうしてSOSは届かず一層孤立していった。その結果、5歳の少女は命を落とした。5歳の子どもが、「もうおねがいゆるして ゆるしてください おねがいしますほんとにもうおなじことしません」といった「反省文」が公表され、その過酷な生活と悲惨さから、母親は激しく糾弾された。母親は保護責任者遺棄致死罪で懲役8年の罪が確定している。

この手記では、母親の体験してきたことが母親の言葉で綴られ、DVによる複雑性PTSDであったことが明らかにされている。本書では、報道された内容では見えていなかった事件のちがう一面が見えてくる。

「裸足で逃げる」で示された母親たちの生活史においても、母親たちの逆境と孤立が浮き彫りになっているが、それは母親の主観的な体験として描かれているためである。特定妊婦が抱える困難な現状を知るためには、母親自らが語る言葉でしか知ることができないといえる。

著者の上間は調査者としてだけではなく、本人の依頼を受けて支援も行う。未成年のシングルマザーの女性は、中絶を目的に産婦人科に受診するが、受診先の女性の産婦人科医師から、「未成年だから手術できないとか、だれの子どもですか、エイズかもしれないから、うちではできないとか、検査してからとか、いろいろいわれて(上間, 2017a, 140)」困って、著者(上間)に連絡する。次の引用は、著者が産婦人科へ同行した際の産婦人科医師との理不尽なやり取りについての記述である。

医師は、亜矢が答えたくないであろう質問を矢継ぎに繰り返し、亜矢の妊娠を問題にした。そして亜矢の子どもの父親と、亜矢が妊娠している子どもの父親が異なることをあえて可視化して、亜矢のことを異端とみなした。(上間, 2017a, 143)

そもそも「妊娠すること」は、そのひとの置かれた生活の文脈によって異なる意味をもつ。妊娠を望んでいるならば、それは幸せなことのひとつになるし、妊娠を望んでいないならば、それは苦悩のひとつになる。それでも病院は、妊娠という出来事を媒介にしながら、産める状況にいる女性をよきものとし、産めない状況にいる女性を否定しようとする。(上間, 2017a, 143)

同じく、この受診場面で関わった看護師のことを、次のように記している。

看護師は、亜矢のそばにいる私に、亜矢の手術の説明をしなかった。看護師は、手術を受ける亜矢に手術のことを説明し、亜矢の不安を聞き出してそれに答えた。看護師が問うていたのは、当事者である亜矢の気持ちであり、亜矢の不安だった。

ときどきこういう看護師がいる。医師がどれだけ「くそ最悪」でも、こういう看護師によって、患者は勇気を得て、治療に向かっていけるだろう。(上間, 2017a, 144-145)

この場面で医師が見ていたのは、女性の置かれている社会的な状況に対する医師自身の評価である。一方、看護師が見ていたのは、中絶手術を受ける未成年の女性本人の「気持ち」と「不安」である。産婦人科という場所は、孤立出産ではない限り、たとえ飛び込み出産であったとしても、出産において必ず女性と関わりがもてる場である。予期しない妊娠であった場合にでも、その産めない状況を本人と一緒に考える場になれば、支援は拡がりをもつ。産婦人科における特定妊婦との関わりが、女性にとって否定的な体験になるか、本人の立場に立つかで、その支援の拡がりが両極端になることを、専門職は知っておく必要がある。

第2項 ルポ虐待 ―大阪二児置き去り死事件、(杉山春, 2013)

「ルポ虐待」は、2010年大阪で起こった事件である。3歳の女兒と1歳9か月の男児の死体が、マンションの一室から発見された。母親は風俗店のマットヘルス嬢で、子どもを放置して男と遊び回り、その様子をSNSで紹介していた。この事件もまた、報道によって母親は激しく糾弾された。

杉山(2013)はフリーのルポライターとして、母親と、母親の実父母や友人、元夫の両親である義父母や関係者、さらには、裁判の傍聴をとおして、この事件の全体像を描いている。児童相談所の介入が成功していたら「育児支援を必要とする母親として、手厚くケアを受けていたはずだ(杉山, 2013, 15)」と記している。ただし、「この事件の特異さは、情報が全くなかった点(杉山, 2013, 16)」として短期間での数度の転居という特徴も追記している。

事件の加害者とされる母親は、19歳で妊娠し20歳になってすぐに第1子を出産した。その時の様子を次のように記している。

「親になる人たち向けの育児教室や妊婦健診、乳幼児健診、育児サークルの活動など公的機関が提供する支援はすべて受けた。若いのにしっかりしていると周囲の評価は高かった」。(杉山, 2013, 160)

「芽衣さん(母親の仮名)は家庭の主婦として子育てをしていた当時、地元の仲間も積極的に作っている。町の子育てサロンに顔を出し、ママサークルの立ち上げにも参加した」。(杉山, 2013, 162)

20歳という若さでの出産であってもこの当時の母親の様子や、義父母との同居(杉山, 2013, 156)、義母との良好な関係性(杉山, 2013, 161)からは、「特定妊婦」には登録されなかった可能性が高いと考えられる。「若いのにしっかりしている」という評価は、出産施設においてもそのままの評価がなされたと推察できる。出産後の「幸せそうな若い母親」、虐待の大きな要因である「社会的孤立」とは無関係な日常だった(杉山, 2013, 163)。

他方で、本書では母親の生い立ちも記されている。3姉妹の長女で幼少時に両親は離婚していること、妹たちにとっては芽衣さんが母親代わりだった(杉山, 2013, 114)こと、離別した実母は、生きにくさを抱え不安定であったことから、実母は自身への慰撫を娘に求めた(杉山, 2013, 116-117)こと、また公判では、中学2年のときの集団レイプと、大量の服薬による病院への搬送(杉山, 2013, 128-129)の過去が明らかにされている。

第2子出産の約半年後、離婚を話し合った家族会議では、本人たち以外にも親たちが参加するなか、母親の浮気と借金を理由にあっけなく離婚が決まった(杉山, 2013, 180)。それは母親の本意ではなかったが、自分の思いを言葉にすることはできなかった。離婚後の子どもたちの養育について母親は、「今まできちんと働いたことがないし、皆の協力があつたからやってこれたことはわかっていたので」「私には育てられない」と言った(杉山, 2013, 180)。にもかかわらず、その場に居た皆から「母親から(子どもを)引き渡すことはできないと言われ」「母親は自分は子どもが育てられないと言っではいけない」という価値観が強く埋め込まれた(杉山, 2013, 181)。

その場で母親は、次のような誓約書を書かされている。

- ・子どもは責任をもって育てます。
- ・借金はしっかり返していきます。
- ・自分のことは我慢してでも子どもに不自由な思いはさせません。
- ・家族には甘えません。
- ・しっかり働きます。
- ・逃げません。
- ・うそはつきません。
- ・夜の仕事はしません。
- ・連絡はいつもとれるようにします。(杉山, 2013, 185-186)

これらは母親の意思で書いたものではなく、「そこにいた皆から言われた気がしました」と弁護士に語っている。その場に流れていたのは、子育ては母親が責任を負うべきものであるという強烈的な価値観だった。さらに子育てには制裁の意味合いさえあったように感じられる(杉山, 2013, 186)。つまり母親役割という規範だけによって、子どもたちの育児は母親に委ねられ、具体的な育児への支援はなおざりにされていた。それによって母親は追い詰

められ、SOSを出せない状況が作られていった。

離婚後、幼いふたりの子どもを抱えて、風俗店の寮で生活していた母親は、他者には頼れないという経験をする中で、その思いが強化されていく。インフルエンザに罹患した母親は、子どもへの感染と重症化を懸念して、子どもたちを預かってほしいと元夫に依頼するが仕事を理由に断られる。実父にも連絡したが同様に仕事を理由に断られ、「誰も助けてくれない」との思いを募らせていく(杉山, 2013, 214-215)。その思いが決定的になったのは、第2子の1歳の誕生日である。「インフルエンザでは預かってくれなかったけど、環(第2子の仮名)の1歳の初めての誕生日なので、メールか電話が来るかなと期待をしました」「しかし誰からもありませんでした」。そしてこの日を境に、生活が急激に変化していった(杉山, 2013, 216)。それは、「孤独な子どもたちを見るのが辛かった(杉山, 2013, 218)」という経験であった。

このあと事件発覚までの9か月間に、高校時代の教員や友人に連絡するが、「周囲が差し出す手をつかめず(杉山, 2013, 222)」、つながることはなかった。また行政に泣きながら連絡して、「子どもの面倒が見られないから預かってほしい」と訴えたが、育児相談担当者が帰宅後であったため対応してもらえなかった。後日の電話でも、「一度来てください」と言われたものの、具体的な来所日時の指定や段取りについての話はなく、「やっぱり誰も助けてくれないのかなと思う(杉山, 2013, 224)」経験となった。

繰り返される「誰も助けてくれない」という経験から、SOSは出されなくなる。「子どもを自分に重ねていた芽衣さんは、苦痛のなかで、孤独に苦しむわが子そして自分自身を直視できない。さらに夢の中に逃げる。それは瞬く間に五十日間という時間になった。二人の子どもは、そのような母の元で死んで行った(杉山, 2013, 253-254)」。

母親には児童虐待としては突出して重い「懲役三十年」の量刑が確定している。

この事件の背景には、母親と子どもを離してはいけないといった「母性神話」「三歳児神話」、母親が育てるべきという「母親役割規範」がある。杉山(2013, 256)は、「芽衣さんは母親であることから降りることができなかった」と記した。それは母親自身がそれらの規範を強く刷り込んでいたということである。第1子妊娠時の母親としての優等生的な姿は、「若いのにしっかりしている」という状態ではなく、自分には存在しなかった「母親」という役割にしがみついた姿であったのだといえる。

シングルマザーとして、ひとりで子どもを育てるために風俗業界で働くことは、第1項の女性たちとも重なる。次項では、シングルマザーについて取り挙げる。

第3項 シングルマザー、その後、(黒川祥子, 2021)

本書は自身もシングルマザーである著者による、6人のシングルマザー取材したルポルタージュである。

本書の背景には、「貧困元年としての1985年 制度が生んだ女性の貧困」という論考(藤原, 2009)がある。女性の貧困は制度によって作られたものだという視点である(黒川, 2021,

83)。2つの制度は、1985年に成立した男女雇用機会均等法と、国民保険における「第3号被保険者」制度の創設である。それによって、男性と同等に働く総合職に就く女性と、夫に扶養される妻(黒川, 2021, 86-93)といった女性の分断が起こる。さらには、未婚、離別、死別というシングルマザーの分断を示している。「夫に扶養されない」未婚や離婚によるシングル女性の存在を一切想定されていない(黒川, 2021, 90)制度によって、「同じ母子家庭でも、死別という夫を亡くした妻には手厚い保証を用意し、離別という家庭から飛び出した女性には、唯一の生命線である児童扶養手当を減額するという、露骨すぎる差別」(黒川, 2021, 97)の現状である。

本誌で取材された女性は取材当時40～60歳代で、「特定妊婦」という概念は存在していなかった時代に妊娠・出産を経験しているが、第1・2項で示された母親たちとの共通項がある。パートナーとの離別によって子どもをひとりで育てていること、経済的困窮、暴力、風俗業界で働くことなどの背景が、一部重なりあって存在していた。

著者のシングルマザーとしての体験は次のようなものである。「女性の貧困元年」と示された1985年に第1子を妊娠、20歳代半ばであった。

「妊娠2か月です。おめでとうございます」という産婦人科での言葉を、「何と、残酷な言葉だろう。胸には、絶望しかなかった。この言葉を、喜びとともに聞く人が心から羨ましかった」。(黒川, 2021, 80-81)

子どもの父とは、結婚できる関係にはなかった。それに結婚とは、両親の夫婦生活を見ていればそんなにいいものと思えなかった。一人で産もうと決めるには、いろいろな後押しがあった。(黒川, 2021, 81)

「後押し」とは、当時の職場の上司の祝福と理解であった。未婚であることを知っている上司が唯一、「お腹の子を祝福してくれた人物」(黒川, 2021, 82)であった。

両親に、妊娠を報告するつもりは毛頭なかった。おそらく、無理やり中絶させられるに違いない。体面や見栄を重んじる母親が、何を画策してくるかわかったものではない。話すのは、妊娠後期にしようとした。(黒川, 2021, 82-83)

実の親がサポート者となり得ない状況は、第1・2項の事例と共通している。1項では、自分の母親に「簡単に離婚して戻ってくるな」と繰り返し言われていたので、暴力を受けていることを、母親に相談することはできなかった(上間, 2017a, 78)。つまり親の家族規範が子どもである母親自身にも取り込まれ、それによってサポート者となり得るのが決定される。

著者の産後の生活や育児は、複数の友人のサポートによって支えられていた(黒川, 2021, 100-102)。経済面では、上司のアドバイスから生活保護の申請をするが、家族の扶養義務を

盾に難航する。申請できたのは分娩予定日の直前であった(黒川, 2021, 98-100)。生活保護申請では第1項でも、必要な申請ができない状況があった。その妊婦は、パートナーから暴力を受け続けた後に、別れと中絶を迫られ、ひとりで出産することになる。いったん戻った実家では実の兄による暴力に晒されていた。10代未婚で出産する女性に対して、生活保護課の職員は、「世帯分離ができていないので、生活保護の対象にはなりません(上間, 2017a, 47)」と言う。その後、この女性は臨月直前までキャバ嬢として収入を得ることになる。公的資源を適切に審査する場においても家族規範が根底にあり、必要な支援が届かない現状にあるのである。

本書ではシングルマザーの「その後」について、「中年・高齢女性の貧困が問題にされない」という視点から、「社会は女性を、『産む人』としか見ておらず、『人』としては見ていない(阿部, 2020)」という論考を取り上げている。「おわりに」では、2020年11月東京都渋谷区、深夜のバス停の椅子で夜を過ごしていた60歳代の女性が、「邪魔だ」という理由で突然、男性に頭を殴打され命を落とした事件(黒川, 2021, 269-270)に触れている。その女性の所持金は8円、携帯電話は8か月前に契約が切れていた。事件が報道されるや、「彼女は、私だ」という声がSNSで拡散、多くの女性たちが渋谷の路上に集い、その女性の死を悼んだ(黒川, 2021, 270)。

「彼女は、私だ」というフレーズは、第2項の虐待ルポで記された「他人事とは思えない」(杉山, 2013, 23)と同義である。この事件の報道後にも、現場となったマンションを多く人が訪れ、お菓子やジュースを供えて手を合わせる姿があった。接客業の女性は、「ニュースを見た時から、一度来たかった。他人事だとは思えません」と語った(杉山, 2013, 22)。

同じような境遇を生きる人々は、当事者にそう遠くはない自分の未来の姿を重ねる。しかし、社会的に弱者といわれる逆境に居る人々を、日本社会は自己責任論を盾に、他人事にしてしまう。だが、このような母親の経験を見聞きすることによって、同じような状況であったなら、「自分だったかもしれない」と想像し理解することは可能である。

最後に、2018年1月愛知県豊田市で起こった「三つ子育児の母親による0歳児の二男への傷害致死事件」を取り上げる。この事件には次のような状況があった。

三つ子の育児の負担は過酷だった。母は三つ子に対して毎日24回以上ミルクをあげており、1日1時間も眠れない日が続いた。そうした母を継続的に支えることができる人は、周囲にはいなかった。夫はおむつ替えに失敗したり、子どもをうまくあやせなかったりしたため、次第に頼ることができなくなったという。実家の両親も祖父母の介護に追われ、子の育児支援にまで手が回らなかった。(辻他, 2019)

豊田市の子ども家庭課の保健師が乳児を対象とした全戸訪問で三つ子家庭を訪れている。母が保健師に育児の不安を伝えると、保健師は一時的に子どもを預かる「ファミリー・サポート・センター」を紹介。しかし母は登録こそしたものの、実際の利用には至らなかった。

一家はエレベーターのないアパートの4階の部屋に住んでおり、3人の子どもを抱えて階段を下り、事前の面談に行くことはなかった。結局育児の悩みは解消されず、母は次第に孤立していった。(辻他, 2019)

そして、事件が起こった。「毎日、24回以上の授乳」「1日1時間足らずの睡眠」、「3人の乳児を抱えて4階から階段で降りて外出する」という状況を想像し続ける必要がある。特定妊婦との関わりにおいて、母親たちが抱える課題を、母親の体験として聞いていくことが必要である。妊娠したことを「誰にも言えない」状況を回避し、継続的につながるには、支援者の関わりの姿勢が問われている。

第4節 特定妊婦を取り巻く連携の現状

本節では、特定妊婦を取り巻く連携の現状を整理する。特定妊婦に登録されると、妊娠期から出産・育児期において、多機関・多職種による連携が行われる。

第1項 母子健康手帳の交付時面接 ―保健機関から医療機関への情報提供

妊娠を自覚すると、ほとんどの女性は医療機関を受診し妊娠の診断を受ける。妊娠が確定し居住地の市町村に「妊娠の届出」を提出することで、母子健康手帳と妊婦健康診査受診票が交付される。これは母子保健サービスが適切に住民に行き届くためと、市町村が妊娠している者を早期に把握するための制度である。法令上、妊娠届出時期について時限は定められていないが、厚生労働省子ども家庭局母子保健課(2022)では、妊娠11週以下の時期の届出を勧奨しており、2019年度には93.5%の妊婦が、妊娠11週までに届出を行っている。

妊娠届出時にアンケート等を実施して、「妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している」市町村は99.5%であり、「保健師や助産師等の看護専門職が母子健康手帳交付時に面接を実施している」市町村は98.4%である。そのうち、全妊婦を対象としているのは92.0%であった。看護職が交付時面接を実施していない市町村でも、すべての市町村で看護職への情報提供や連携を行っていた(厚生労働省子ども家庭局母子保健課, 2023b)。この面接では、リスクアセスメントを行うとともに、妊婦が受けることができる社会資源の情報提供、さらには、妊婦と看護職との関係構築の場となっている。そうして特に支援が必要と判断した場合には、要対協に「特定妊婦」として登録され、その情報が医療機関と共有される。

第2項 産科医療機関から保健機関への情報提供 ―支援が必要な妊婦の情報共有

一方、産科医療機関は、妊娠の診断時から妊婦と関わる機関であり、継続した関わりが求められている(岡野他, 2021)。女性が妊娠を想定して受診した段階において、医療機関ではハイリスク要因の査定を行っている。要するに母子健康手帳交付において保健機関が妊婦と出会う前に、すでに医療機関では妊婦と関わりをもつ。

妊婦のハイリスク要因の査定に関しては、厚生労働省³⁸や大阪府³⁹が、アセスメントシート示している。また2023年5月には、要保護児童対策地域協議会のあり方に関する調査研究報告書(シード・プランニング, 2023)において、「気づきのポイント情報共有ツール」が示された。しかし実際には、これらをもとに医療機関が独自に作成したシートを使用している施設が多い(鈴木他, 2017; 伊藤他, 2020; 兼次他, 2022)。岡野他(2021)の調査では、特定妊婦を含む「支援を要する妊婦のスクリーニング」を実施している産科医療施設は81.9%であり、実施している96.1%の医療施設が独自に項目を設定していた。スクリーニングの実施時期は、9割近くの医療施設で助産師が妊娠初期から継続的に行っていた。

大阪府のアセスメントシートの一部は医療機関と保健機関(市町村保健センター)の情報提供のツール(養育支援情報提供票)として運用されている⁴⁰。保健機関は、医療機関から情報提供を受けた場合は早急に家庭訪問等の保健指導を行い、その対応結果または対応方針について、医療機関に1か月以内に結果票を送付することになっている。このような連絡票は各自治体で活用されている(小林他, 2018)。

このようにして医療機関における妊婦の情報が保健機関に情報提供され、特に支援が必要と判断された場合には、「特定妊婦」に登録される。つまり保健機関と医療機関の双方の情報共有によって、「特定妊婦」として把握され支援体制が整えられる。

保健機関と医療機関との連携における課題としては、顔を合わせる機会がないこと(岡田, 2016; 福澤他, 2016; 服部他, 2019)や、情報共有の課題(服部他, 2019)、指導内容の統一(福澤他, 2016;)、相互理解の必要性(岡田, 2016; 福澤他, 2017)などがある。また特定妊婦の把握に必要とする情報には相違がある(小川他, 2014)ことや、特定妊婦の評価における相違(増田他, 2019)が示されている。

だが一方では、定期的な連携会議(小林他, 2018; 波多腰, 2019; 沼田, 2020)や事例検討会(高橋, 2020)が実施され、「顔の見える連携」の報告もある。地域の保健師が、支援が必要な妊婦の妊婦健診に同行したり、入院中に病棟への訪問を重ねたりすることで、医療機関の助産師や看護師と妊婦に対するリスクアセスメント基準のすり合わせをして連携している(小林他, 2018)地域もある。医療機関と保健機関の連携では、連携会議等において「顔の見える連携」を実施し、機関それぞれの視点を共通認識していく必要がある。

第3項 医療施設内の連携

医療機関は、妊産婦や子ども、養育者の心身の問題に対応することにより、要保護児童や養育支援を特に必要とする家庭を把握しやすい立場にある(厚生労働省: 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会, 2014, 2)。医療機関が、子どもの虐待(疑いを含む)を早期に発見し、通告や養育支援等のための情報提供を行うためには、対応方針や役割分担を組織的に決定するための病院内子ども虐待対応組織を設置することが有用(厚生労働省: 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会, 2014, 5)である。

医療機関において、子ども虐待対応組織を設置することは、組織的に対応することで、

個々の職員の責任と負担を軽減し、役割分担を明確にしたうえで、院内での対応方針を統一したり、関係機関との連携を円滑化することができる(日本小児科学会, 2014, 38)。子ども虐待対応院内組織の名称には、SCAN (Suspected Child Abuse & Neglect) チーム、CAPS (Child Abuse Prevention System)、FAST (Family Support Team) など医療機関によってさまざまなものがあるが、総称として、子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team: 以下 CPT)と言われる。CPTを設置することで、病院外への窓口対応が一括化され、院内における活動だけではなく、院外との連携がスムーズになり、関係機関との間で顔の見える関係が構築され、より緊密で機動性の高い連携が可能となる(日本小児科学会, 2014, 39)。

「医療機関における被虐待児童の実態に関する調査(2019年度)」(PwCコンサルティング合同会社, 2021)では、全国943か所の医療機関への調査で回答のあった351施設のうち、246の医療施設が、「虐待対応組織」を設置しており、その割合は70.1%(前年度の同調査では、65.1%)であった。同調査による、医療機関内に虐待対応のガイドライン等がある医療機関は、2019年度は70.9%(前年度は66.6%)であった。医療施設における「虐待対応組織」の設置と、「虐待対応のガイドライン等」のある施設はともに増加している。この背景には、2010年改正臓器移植法の施行がある。

改正臓器移植法により小児の臓器移植が可能となったが、臓器提供病院は、児童からの臓器提供を行う施設に必要な体制として、「虐待防止委員会等の虐待を受けた児童への対応のために必要な院内体制が整備されていること」および「児童虐待の対応に関するマニュアル等が整備されていること」が示されている(厚生労働省健康局, 2010)。現在では、臓器提供病院以外の医療機関においてもCPTを設置することが多くなっている。

CPTの事例集(奥山, 2012)によると、構成員はMSW、医師(小児科、脳神経外科、救急医学科、新生児科、産科、精神神経科、整形外科、法医学等)、看護師(小児科、NICU、GCU、PICU、産科)、助産師、心理職、理学療法士、作業療法士、保育士、事務員等であった。外部学識者として系列の大学教員や、地域の保健師が構成員となっている施設もあった。

虐待対応では、一般的な1・2・3次予防に加えて、妊娠期からの支援の0次予防とされる「特定妊婦に対する早期支援」も重要とされている。すでに虐待が発生している状況においては、小児科や救急科が中心となる一方、0次予防で中心となるのは産科(奥山, 2012)である。つまり、医療機関が担う機能によって、CPT構成員の選抜やネットワーク体制の構築が必要となる。

CPTの組織を持たない病院においても、特定妊婦等の連携は行われている。光田らの調査(2021)では、総合周産期母子医療センターでは93.6%、地域周産期母子医療センターでは93.5%の施設で、施設内において多職種での支援検討の場がある。

第4項 要保護児童対策地域協議会による連携

要対協は2004年児童福祉法改正で市町村による設置が法制化、2007年改正では設置を努力義務とされ、子ども虐待対策が関係機関のネットワークによって協働していくことが明確化された。要対協の運営指針(厚生労働省、2007a)では、「関係機関がその子ども等に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していくことが重要である」と示す。2020年4月1日現在の要対協の設置率は99.8%である(厚生労働省、2020a、1)。

要対協の構成員は、「関係機関、関係団体及び児童の福祉に関連する職務に従事する者その他の関係者」であり下記(表1)の機関および職種が示されているが、「例示した関係機関等に限らず、地域の実情に応じて幅広い者を参加させることが可能である」(厚生労働省、2007b)。

表1 要保護児童対策地域協議会 構成員

【児童福祉関係】	市町村の児童福祉、母子保健等の担当部局、児童相談所、福祉事務所（家庭児童相談室）、保育所（地域子育て支援センター）、児童養護施設等の児童福祉施設、児童家庭支援センター、里親、児童館、民生・児童委員協議会、主任児童委員、民生・児童委員、社会福祉士、社会福祉協議会
【保健医療関係】	市町村保健センター、保健所、地区医師会、地区歯科医師会、地区看護協会、医療機関、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、精神保健福祉士、カウンセラー（臨床心理士等）
【教育関係】	教育委員会、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、盲学校、聾(ろう)学校、養護学校等の学校
【警察・司法関係】	警察（警視庁及び道府県警察本部・警察署）、弁護士会、弁護士
【人権擁護関係】	法務局、人権擁護委員
【配偶者からの暴力係】	配偶者暴力相談センター等配偶者からの暴力に対応している機関
【その他】	NPO、ボランティア、民間団体

*厚生労働省(2007b)要保護児童対策地域協議会設置・運営指針：第2章 保護児童対策地域協議会の設立
より筆者作成)

2020年4月1日現在の要対協の構成機関の比率は、病院・診療所は57.2%(小児科：38.6%、産科・産婦人科：20.5%、精神科：18.4%)で、看護職の関係機関では、看護協会：1.3%、助産師会：2.5%であった(厚生労働省、2020a、4)。運営については、次の3つの会議が示されている(厚生労働省、2007c)。

- ・【代表者会議】：地域協議会の構成員の代表者による会議で年に1～2回程度開催。
- ・【実務者会議】：実際に活動する実務者から構成される会議。
- ・【個別ケース検討会議】：個別の事例に直接関わりを有する関係機関等の担当者による会議で、具体的な支援の内容等を検討するために適時開催される。

年間の開催実績(2019年度)は、代表者会議(単独設置)が1回、実務者会議(単独設置)が7.51回、個別ケース会議(単独設置)が38.55回であった(厚生労働省, 2020a, 13)。

要対協における10代特定妊婦に対する機能実態の調査(加藤, 2018)では、中高生では学校との連携の課題が大きいこと、無所属の16～19歳では連携の難しさが示されている。当事者を含めた個別ケース検討会議は10%台であり、当事者参加によるニーズの把握が必要とされている。

特定妊婦については、2017年「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」の一部改正(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長, 2017)で、「特定の関係機関が把握している情報だけでは支援の必要性が低いと考えられる場合であっても、他の関係機関が保有する情報を勘案することにより、新たなリスクや支援の必要性が明らかとなる場合もあるため、地域協議会を積極的に活用し、関係機関との情報共有、支援の要否及び支援内容の協議を行う」ことが追記された。要するに特定妊婦の支援において、関係機関の連携強化と情報共有、支援内容の協議の重要性が明確化された。

特定妊婦を含む、児童虐待の防止に係る情報提供については、前述(第1章第2節第3項)したように、本人の同意が得られていない場合においても、「基本的に守秘義務や個人情報保護に係る規定違反とはならない」。ただし、「関係機関から情報提供に関する説明が特定妊婦に行われていない場合、市町村が必要な支援を行う際に、情報提供元が特定されないよう、特定妊婦への説明内容や関わる時期等についても、地域協議会を活用しつつ事前に関係機関と協議を行う(厚生労働省雇用均等・児童家庭局長, 2017)」とされる。

要対協各会議の開催状況や自治体独自の会議の有無、アセスメント時のスーパーバイズの有無、子どもや保護者との面会の有無、支援計画作成の有無等、要対協のあり方が地域によって異なる実態が明らかになっている(シード・プランニング, 2023, 71)。要対協の更なる充実・活性化には、民間団体をはじめとした関係機関等との積極的な連携・情報交換等の取組みが必要とされており、官民の垣根を超えた専門人材の育成・研修体制の構築が課題である(リベルタス・コンサルティング, 2022, 62)。要するに、自治体による格差を無くすとともに、官民が協働した支援体制の構築が大きな課題といえる。

第5項 多機関・多職種による連携

子ども虐待に関わる機関は多岐に及ぶ。児童相談所をはじめとして、病院、保健センター、保育園、幼稚園、学校等の教育機関、警察、家庭裁判所などの司法機関、児童養護施設、乳児院、母子生活支援施設等の児童福祉施設、弁護士、主任児童員、民生委児童委員、NPOなど、さまざまな機関や職種が関わっている(増沢, 2008)。特定妊婦のもつ課題によっても、その支援は多機関・多職種の連携が必要となる場合が多い。本項では、1)メンタルヘルス、2)経済的困難、3)育てることができない状況について、産科医療機関内の連携と関係機関との連携を整理する。

1) メンタルヘルス

周産期におけるメンタルヘルスは虐待との関連においても重要である。メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦では、多職種協働連携チームによる支援が必要であり、産科と精神科・小児科や地域行政との連携が求められる(日本産婦人科医会, 2021, 33)。妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニングとしては、「育児支援チェックリスト⁴¹⁾」、「エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)」、「赤ちゃんへの気持ち質問票⁴²⁾」の3つの自己記入式質問票の活用を推奨している(日本産婦人科医会, 2021, 66)。産科医療施設においては、妊娠初期(初回面接時)、妊娠中期、出産時、産後2週間および産後1か月の5つのポイントで看護職がスクリーニングし、多領域・多職種に共有できるツールとして用いることが望ましい(日本産婦人科医会, 2021, 66)。

周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド(日本周産期メンタルヘルス学会, 2017, CQ19)では、周産期に精神的に不安定な母親を支援する方法として、助産師を中心とした妊婦健診や産後健診、母乳外来等における母親への継続支援を示している。また必要に応じては、精神科医、臨床心理士、母性専門看護師、精神専門看護師との協働が必要とされる。このような多職種による支援や見守りを母親が認識することは、うつ病などのメンタルヘルスのみならず出産後のボンディング形成不全に対しても保護的効果があり、予防的介入となる(日本産婦人科医会, 2021, 24)。

2) 経済的困難

妊婦健診や出産費用が捻出できない場合には、児童福祉法に規定されている助産施設での出産が可能となる。医療機関に勤務する助産師は、妊婦の経済的困難な状況を把握する機会があることから、妊婦に情報提供するとともに、病院内のMSWとともに市町村の福祉課との連携が必要になる。また妊娠を契機に経済的困難な状況が把握され、生活保護等の社会資源につながることもあるため、医療機関と市町村との連携が重要である。

3) 育てることができない状況

さまざまな理由で、保護者による養育ができない場合には、一時的に入所する乳児院や里親制度を利用する場合がある。入所に際しては、児童相談所との連携が必要となる。特別養子縁組制度を利用する場合には、児童相談所もしくは、あっせん機関として許可を受けた民間事業者と連携する。「民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律」は2016年に成立、2018年4月に施行された。2023年4月1日現在、許可を得た養子縁組あっせん事業者⁴³⁾は、24事業所である。

第5節 助産師による特定妊婦への実践の現状

本節では、助産師による特定妊婦への実践の現状を整理する。助産師による特定妊婦との関わりは、医療機関と地域の母子保健活動に大別される。

医療機関において未受診妊婦とかかわる看護職(助産師・看護師)では、使命感とともに未受診妊婦に共感できないという思い(内村他, 2019)や、関わりにおけるストレスや葛藤といった心理的負担(青野他, 2022)が示されている。だがそのような負担を抱えながらも使命感(内村, 2019)や否定的な思いを抑え懸命に関わり、入院直後から地域との連携を行う(青野他, 2022)。10代妊婦との関わりにおいても、若年妊婦に対する社会規範の囚われや問題ありきの姿勢(東他, 2023; 小川・金澤他, 2019)といったネガティブな思いとともに使命感が示されている(東他, 2023)。また妊婦からの遮断を真摯に受け止めることから、問題ありきという規範から脱却する助産師の姿が明らかになっている。

つまり、未受診妊婦や若年妊婦との関わりにおいて助産師は、専門職としての役割を果たすという使命感とともに、社会規範の囚われや葛藤、負担感といったネガティブな思いからジレンマを抱えている。そのジレンマが解消されるのは、地域との連携において、その後の母児の様子などが地域の保健師からフィードバックされることである(小川・金澤他, 2019)。また地域保健師からのフィードバックがないことが助産師のモチベーションの低下につながる(青野他, 2022)から、地域保健師と臨床助産師の連携では、病院から地域への情報提供だけでなく双方向の情報共有が必要であるといえる。

産後、支援を期待できない母親に対する病棟助産師による産後家庭訪問は、効果的な継続支援となる(後藤他, 2022)。ローリスクを対象とした産後家庭訪問における母親のニーズでは、訪問者として希望する職種は助産師が87.8%と約9割であった(田村, 2019)。希望するケアが授乳に関することが7割強を占めていることから、訪問において母親は授乳のケアを期待していることがわかる。また7割強の母親が病院・診療所に所属の助産師を望んでいた(田村, 2019)ことから、母親は継続した支援を期待しているといえる。特定妊婦では、妊娠期から継続して訪問する養育支援訪問事業があり、そのニーズに沿うものと考えられる。

養育支援訪問事業は地域の母子保健活動における特定妊婦への支援の中心となるものである。全国の市町村による実施率(2020年)は、88.7%であり、相談支援の実施者は複数回答で、保健師が86.3%、助産師が33.2%である(厚生労働省, 2020b, 9)。

養育支援訪問事業の利用者の8割以上が支援内容について満足と回答し、育児手技の獲得から母親の育児不安や負担が軽減されている(中村, 2022)。廣田ら(2015)の調査でも同様に、育児不安や育児負担感の軽減、地域の子育てサービスにつなげるという孤立予防への効果が報告されている。一方、訪問する助産師は、関係作りの大切さと難しさや、支援者としての精神的負担・充足感といった相反する認識を抱いている(谷郷他, 2018)。心理社会的ハイリスク妊産婦への訪問を行う看護職では、関わりにおける緊張感や継続支援の難しさという支援者としての気持ちの揺れに伴う困難がある(大谷他, 2019)。要するに利用者の大半が満足する一方で、満足な支援となっていない利用者が存在することから、その場合において

訪問者は、支援に苦慮したり困難な状況となっていると推察される。そうして特定妊婦との継続した関係構築ができず、つながれない状況へと陥ってしまうのだと考えられる。

養育支援訪問事業の制度上の問題として、自治体によっては出産後3、4か月までという期間で関わりが強制終了される現状(赤羽根他、2022)があり、訪問終了後の特定妊婦の見通しが実施者には確認ができない。それゆえに、訪問に関わる助産師がジレンマを抱える状況がある(赤羽根他、2022)。これは前述の医療機関の助産師のモチベーション低下の構造と同様である。

子育て世代包括支援センターにおける看護職の支援に関する報告(槻木他、2019)によると、助産師の配置は少数ではあるものの、妊産婦への支援や乳房ケアなどの授乳支援は助産師が主に担っている。助産師が配置されていない自治体では、産後ケア事業として開業助産師や医療機関の助産師を活用してケアが受けられるように手配している。要するに、乳房ケアを含む授乳支援においては、助産師のケアが期待されているのである。しかしながら、子育て世代包括支援センターにおける助産師採用には、予算確保の課題と助産師側の課題としては就業可能なマンパワーの問題がある。

Webサイトを用いた助産師の活動として、10代母支援Webサイト「ティーンズママルーム」®が発信されている(小川・田幡他、2019)。コンテンツは10代母の特徴をふまえた妊娠10か月分のメールマガジンで、月間のアクセス数は約200件～1600件であった。さらに「ティーンズママルーム」®にICTを活用し、自己肯定感を高める支援プログラム「漫画で学ぼう！ティーンズママライフ」を開発し閲覧前後に、若年妊婦の自己肯定感が高まり不安軽減の結果が報告されている(小川他、2022)。DX社会においては、このようなツールを糸口にして支援につなげる一つの方法だといえる。

助産師による妊産婦との関わりを示した質的研究では、妊婦健診未受診妊婦への「未受診を繰り返さないための関わり」として共感する姿勢(青野他、2022)や、DV被害女性への「つながる関係の形成」として、女性と子どもの安全・安心を守る関わり(藤田、2013)が示されている。助産師による特定妊婦への実践の事例研究(緒方、2018)では、母親役割獲得プロセスをアセスメントし、そのプロセスを促進する看護支援が有用であると示された。

しかしながら、このような研究は助産師個々の実践に焦点を当てたものではない。例えば、中村他(2022)の被虐待経験をもつ女性に対する助産師の関わりを示した質的研究では、複数の助産師へのインタビューから、「垣間見えるしんどさに気がかり」を抱くことや「気がかりの背景に迫る」こと、「女性と関係を築きながらケアすること」等が示されている。だがこのような助産師の関わりの実践は、きわめて状況依存的な営みであり、その意味は文脈によって異なる可能性をもつ(西村、2017、23)。つまり、苦慮したり困難であったりする特定妊婦との関わりにおいて、個々の助産師が、特定妊婦のもつ気がかりの背景に「いかに」接近し、「いかに」関係をつくっていくのかを、文脈をふまえて記述していくことが必要と考える。

第6節 海外における社会的ハイリスク妊婦への助産ケア

米国における1925年から2003年までの社会的弱者といわれる女性への助産ケアのシステマティックレビュー(Raisler et al, 2005)では、助産師は主に、若年、経済的困難、移民、人種のおよび民族的マイノリティの女性へのケアを行っていた。ヨーロッパ7都市の助産師への調査では、日本の特定妊婦や社会的ハイリスク妊婦と同様の妊産婦を、「適切なサポートや対処スキルの欠如から、身体的、心理的、認知的および社会的危険因子によって脅かされている女性」と定義している(Scheele, et al, 2020)。

社会的ハイリスク妊婦においては、妊娠期からリスク因子を特定するスクリーニングツールが開発(Amulik et al, 2021)され用いられている。スクリーニングツールは、13の指標(コミュニケーション、出生地、居住ステータス、教育、職業上の地位、パートナーの職業、経済状況、住宅状況、社会的サポート、うつ病、不安、薬物使用、家庭内暴力)から構成される。このようなツールは、日本における「社会的ハイリスク妊婦」のスクリーニング指標と同様である。またリスク因子が複数存在する状況も日本の現状と同様であった。地域助産師はスクリーニングツールと対話をもとに、社会的弱者といわれる妊婦の背景要因を特定しており、多い要因として、移民とメンタルヘルスの問題を抱えることが明らかになっている(Espejord et al, 2022)。

オランダにおける心理社会的ハイリスク妊婦へケアを行う助産師の経験(Vlassak et al, 2023)では、最適なケアを提供するための障壁を認識している。一つは妊婦に関係する多職種でのコミュニケーションの問題である。多くの関係機関によるネットワークの構築の必要性和他機関による協働と連携が示されており、これらも日本における現状と一致する。その他の障壁として、時間の不足、資金不足、また非協力的な対象が示されている。さらには、ハイリスク妊産婦のケアにおいて、助産師がケアコーディネーターとして適していることが報告されており、これはオランダの妊婦の大多数(86%)が、助産師主導のケア診療(プライマリケア)で産科ケアを開始するためである。

カナダでは、助産ケアに公的資金が投入されているにもかかわらず、社会経済的地位の低い母親が助産ケアにアクセスするには障壁があり、それは、助産ケアに関する認知度の低さであった(Darling et al, 2019)。その背景には、伝統的に医師によるケアを好む医療制度のなかで受動的に行動する傾向があり、また医師からの助産ケアに関する情報提供がなされないことが、助産ケアへのアクセスを制限している。だが一方で、助産ケアを経験した母親では、ニーズに沿ったケアであったことが示されている。社会的地位が低いとされる女性を対象とした助産師主導モデルは、産科医のケアモデルと比較して、在胎週数、早産、低出生体重児が出生する確率が低い(McRae et al, 2018)。カナダでは、社会的ハイリスク妊産婦に有効な助産師のケアへのアクセスが制限されている現状にあり、助産ケアへの認知が課題となっている。

虐待予防への取り組みでは、米国において1980年代から子ども虐待リスクのある家庭を訪問し、虐待予防の成果を上げている Healthy Families America (以下、HFAとする)と

いうプログラムがある。これは、アメリカの児童虐待防止活動をリードする民間団体 Prevent Child Abuse America (PCAA) が、1992年にロナルド・マクドナルド慈善基金 (Ronald McDonald House Charities) と共同で設立した組織である(白石, 2011)。これは、前述(第1章第1節)した、ヘンリー・ケンプの概念が基盤となっている。アメリカにおいては、日本の特定妊婦に相当する女性に対する支援制度として、HFAを始めとする家庭訪問プログラムが行われている(シード・プランニング, 2020)。HFA以外のエビデンス・ベーストに基づいた家庭訪問事業モデルでは、2年以上の経験をもつ看護師が訪問するNFP(the NURSE-Family Partnership)や、全米3000か所に設置されているPAT(Parent as Teachers)等が開発されている(桐野, 2011)。

第1部〔小括〕特定妊婦のケアめぐる現状

日本における子ども虐待対応の歴史は、1933年の旧児童虐待防止法まで遡るが、この法律の主題は児童労働であった。それ以降、諸外国と同様に日本においても、子ども虐待について否定の時代が続いた。1990年の子ども虐待の社会的発見を経て、民間団体による子ども虐待防止への高まり、1994年「子どもの権利条約」の批准を経て、ようやく2000年に児童虐待防止法が成立した。

子ども虐待に係る対応は、「児童虐待防止法」だけでなく、「児童福祉法」や「母子保健法」においても規定されているが、これらの虐待対応に関連する法律は、社会の動向や深刻な虐待事件が起こるたびに法改正がなされる現状にある。2018年包括的な理念法として成育基本法が成立され、2023年4月から子ども虐待対応は「こども家庭庁」が管轄となった。

特定妊婦を取り巻く研究では、特定妊婦のもつ背景要因を整理した。それらは、子ども虐待との関連が示され、また特定妊婦のもつ背景要因は重層化しているとともに、社会からの「孤立」の問題が包含されている。要するに、特定妊婦との継続的な関係構築が喫緊の課題であることを確認した。

特定妊婦への支援においては公的機関だけではなく、民間団体による支援に頼っている現状がある。多機関・多職種による協働が実施されているが、「顔の見える連携」を実施し、関係機関それぞれの視点を共通認識することが課題といえる。

助産師による特定妊婦への支援では、使命感をもって関わる一方で、ストレスや葛藤といった心理的負担が示され、社会規範の囚われや葛藤、負担感といったネガティブな思いからジレンマを抱える現状があった。地域の母子保健活動においては、助産師の活用が期待されながらも助産師が配置されていないといった構造上の課題がある。

特定妊婦への実践において助産師は、育児の支援者として関わるが、同時に子ども虐待防止の観点が必要となる。特定妊婦のもつ重層的な課題、社会からの孤立という問題から、関わりにおいては、困難であったり苦慮したりする現状にある。特定妊婦に必要な支援を届けるためには、特定妊婦と継続的な関係性の構築が必要であることから、助産師が特定妊婦と「いかにつながっていくのか」を明らかにする必要があると考える。

この「いかに」への問いに応答するために要請されるのが、現象学的な質的研究である。しかしながら、助産師による特定妊婦への実践の現象学的な質的研究の報告はなされていない。複数のデータをカテゴリー化することで埋もれてしまう助産師個々の実践を文脈から捉え実践の成り立ちを明らかにすることが必要と考える。

第2部 助産師による特定妊婦への実践の調査研究

第3章 調査研究の概要

第1節 現象学的な質的研究の必要性和意義

現象学的な質的研究は、一人ひとりの個別の経験にこだわり、その生々しいリアリティとダイナリズムや変化を描き出すことを得意とする技法である(村上, 2023a)。他の質的研究で行われる複数のデータをカテゴリー化するという分析方法やグラウンデッド・セオリー・アプローチ(GTA)がめざす理論的飽和化とは異なり、あくまで個別の経験に着目することが特徴である。また現象学的な質的研究では、自然科学的・数学的には原理的に捉えることができない経験の「意味」に着目し、そうした意味経験の成り立ちを捉えようとする(榊原, 2017)ことから、個別の経験がいかに成り立っているのか、いかなる構造をしているのかを記述することをめざしている。

それゆえ、得られたデータは一人ひとりについて分析し、語りのディテールを尊重しながら多様な話題間の連関を考えていく(村上, 2023b, 84)。これによって、語り手が経験してきた困難、実践スタイル、生き方のスタイル、そして、その背景にある社会状況の構造を、語り手の視点に立って明らかにする(村上, 2023b, 84)ことができる。さらに、一人ひとりの実践に目を向けることは、個々の実践を尊重すると同時に、助産師が関わる特定妊婦の経験を尊重することにつながる。困難を抱える特定妊婦といわれる母親たちの経験もまた、一人ひとり異なることから、その経験を尊重し記述することが必要であると考えられる。

助産実践は文脈に埋め込まれて成り立つものであり一回性が特徴である。この技法を用いることは、その一回性と文脈を捉え、リアリティをもって、助産師たちの実践が伝えられる。村上(2023b, 83)は個人の「経験」を語りだす即興の「語り」が、聞き手には、生き生きとしたものとして迫ってくると示す。西村(2011)は、この実践の成り立ちの記述が読み手に手渡されたときに、その読み手にも同じような経験が発見され、自らの実践の自覚が促され、それ自体が実践に新たな意味を更新していくと示す。つまり、現象学的な記述が読み手に触発という形で届けられることで、読み手自身の実践においても、実践の意味経験の更新が可能となるのである。西村(2011)はこれに現象学的な質的研究の普遍性を見ることができ、それ自体が継承となると示している。

看護実践では、習慣化されていて言語化が難しい実践があり、はっきりとは自覚されていない次元の経験がある(西村, 2014)。特定妊婦との関わりでは、関係構築に苦慮する場面があり、継続的な支援において課題がある。だがその一方で、特定妊婦と関わりをもつ助産師のなかには、特定妊婦とつながり続ける助産師が存在する。すでに特定妊婦と関わりのある助産師のケアがいかなるものかを、現象学的な技法を用いて記述していくことは、文脈に埋め込まれて成り立つ実践を描くことができ、それは特定妊婦へのケアにおけるヒントとなり得る。助産師の特定妊婦へのケアにおいて、普段意識されずに言語化されていない実践、

さらには、意識の手前で留まり実践者の助産師自身にも気づかれていない実践の構造を、現象学的に記述し、触発という形で貢献できる現象学的研究を採用した。

第2節 研究方法

第1項 研究協力者

研究協力者は臨床経験が10年以上ある助産師で、特定妊婦との関わりが複数回あり、その実践を語れることを条件とした。抽出においては、筆者や紹介者との関係性のなかで、第一に卓越した実践者であると考えた助産師とした。また筆者が「この助産師の実践を聞きたい」と感じたことが選定の大きな理由となっている。つまり、それまでの関わりにおいて知っている、その助産師の醸し出す「人柄」や「態度」、「応対」といったことである。阿保(2015, 120-121)は、看護師と患者の出会いにおいて、互いの表情や身ぶり、ふるまいなどの主観性を帯びた人として立ち現れることを示し、身体全体から「人柄」が醸し出され、それは「態度」に影響し「応対」を特徴づけるという。助産師同士の出会いにおいても同様に、その助産師の「人柄」が立ち現れることから、それを頼りにリクルートした。

つまり、本研究は研究者である筆者と研究協力者との関係性を基盤として成り立っている。それは、元同僚や同じ活動を通しての関係、紹介者を介し出会った後にお互いの経験を共有したといった関係である。さらには、研究協力者が研究目的や意義に賛同してくれたことが大きな意味をもつと考えられる。

選定においては、助産師の活動の場は、医療機関と地域の活動に大別されることから、双方の活動の場を経験する助産師を選定した。さらには、母性専門看護師⁴⁴に認定されている助産師を含むこととした。専門看護師(CNS)は日本看護協会の資格認定制度のひとつで、「複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供する(日本看護協会)」ことが求められ、「実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究」の6つの役割を担う。複雑で解決が難しい課題を抱える特定妊婦との関わりでは、母性専門看護師は組織において中心的な役割が期待されている。

第2項 データ収集方法

研究協力について、同意を得た助産師にインタビューを実施した。インタビュアーは筆者である。インタビューにおいては、筆者自身が助産師であり、関係性があることが両義的な意味をもつことに留意した。筆者との関係性から研究協力者が話しやすいであろうことと、一方で助産師同士であるがゆえに言語化しない可能性である。そのためインタビューでは、筆者自身の助産実践を棚上げして聞くことを意識した。

インタビューは、日常の実践において、はっきり自覚していないケアや支援の相手の側に向けられた関心を、自らの方に向け返すことを可能とする(西村, 2017)。本研究では、普段は気づいていない次元の助産師の実践の成り立ちを探索するため、インタビューを用いた。

インタビューでは、現象学的研究の技法に則って、「特定妊婦との関わりの実際や特定妊

婦との関わりで大切にしていることをお聞かせください」と自由に語ってもらう非構造化インタビューを実施した。インタビュー内容は同意を得て録音した。

なお、研究協力者の基本情報として、助産師としての経験と活動の場を聴取した。

第3項 分析方法

現象学的な質的研究の方法(村上, 2013; 西村, 2014; 西村, 2018a)を参考に、次の手順で行った。

1. 語りの文脈を捉える

インタビュー内容は言い淀みも含めて言語化し逐語録を作成した。逐語録を何度も読み返し、語りの意味と全体の文脈を捉えた。

2. 実践の構造を捉える

繰り返し使われる言葉や口癖に注目しながら特定妊婦との関わりの実践が現れる語りを取り出した。取り出した語りの言葉と言葉の連結や、語られる事象間のつながりといった実践を組み立てている背景の文脈を追うことでその構造を捉えた。

3. 実践のテーマを記述する

現れた実践の語りからテーマを決定し、できる限り語られた言葉を用いて記述した。記述した分析内容の検討を繰り返し行った。

4. 実践の構成を決定する

記述したテーマから語り全体の構成を決定した。3・4の作業を繰り返し行うことで、実践全体を貫くテーマを探った。

5. 分析および記述内容の精度を高める

分析過程において、現象学的な質的研究の研究会や大学院ゼミにおいて、分析および記述内容の検討を行うとともに、現象学的質的研究者のスーパーバイズを複数回受けた。さらに、研究協力者に分析内容を確認してもらい実践の記述に矛盾がないかを確認した。

第4項 倫理的配慮

本研究は大阪大学人間科学研究科 社会・人間系研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号2020006)。研究協力者には、書面を用いて、研究の目的・意義および研究の方法、研究への参加の自由意思、プライバシーの保護、個人情報の保護および研究への参加の拒否権である研究途中の辞退について説明し、書面にて同意を得た。論文による公表についても説明し同意を得た。インタビューは個室で行い、研究協力者の実践内容や語りに登場する特定妊婦の情報漏洩に配慮した。

第3節 研究対象者の概要

研究協力者は6名である(表2)。活動の場は、2名が地域で活動する助産師(以下、地域助産師とする)、4名が医療機関であった。医療機関に勤務する臨床助産師のうち2名はCNS(母性専門看護師)の認定を受けた助産師で、1名は教育機関にも所属しつつ病院で実践していた。年代は30～60歳代、インタビューはそれぞれ1回実施し、インタビュー時間は67～143分であった。分析内容の確認はそれぞれの研究協力者に対して1～2回行った。確認方法は電子メールもしくは対面とした。

表2 研究協力者の概要

研究協力者	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	Fさん
テーマ	母親と社会をつなげる支援	亡くなった命のことを忘れない	母子とその周りもみる	安心できる関係の構築	身体から心に届けるケア	みんなで見守る
活動の場	地域助産師	地域助産師	臨床助産師	臨床助産師(CNS)・教員	臨床助産師(CNS)	臨床助産師
年代	60歳代	60歳代	30歳代	40歳代	40歳代	50歳代
インタビュー時間	81分	143分	74分	73分	71分	67分

※CNS(母性専門看護師)

第4節 インタビューデータの記述方法

インタビューデータの語りは、言い淀みも含めてすべて記述した。引用した語りは、段を下げて斜体で記載した。筆者が補足した部分は()で、会話のような表現の箇所は『 』で、省略した部分は・・・で示した。分析において注目した部分には下線を引いた。分析部分の語りの引用は「 」で、実践を支える重要な言葉は〈 〉示した。各引用末尾に逐語録のページ数を記した。A～Fのアルファベットは助産師Aさん～助産師Fさん、Iはインタビューの筆者である。

第4章では「地域助産師」、第5章では「臨床助産師」、第6章では「母性専門看護師」による実践を記述した。各節のタイトルは研究協力者の実践全体を貫くテーマである。また【 】で現れた実践のテーマを記した。

第4章 地域助産師による実践

本章では、地域助産師2名の実践を取りあげる。助産師は地域において、新生児訪問や養育支援訪問等の訪問事業や地域保健センターにおける母子保健業務に従事している。また開業助産師として、助産や母子への保健指導、育児サークル活動の役割も担っている。

第1節 助産師Aさんの実践 ―母親と社会をつなげる支援

助産師Aさんは60歳代、約20年の病院勤務を経て、分娩を取り扱わない助産院を開業した。現在は地域保健センターの勤務を兼務して、新生児訪問や養育支援訪問を実施するとともに、開業助産師として育児サークルを主催している。

Aさんの実践では、【社会とつながると母親たちは変化する】、【母親とどのように「つながって」いくのか】、【「すぐに相談できる」存在としての助産師】の3つのテーマが見出された。【社会とつながると母親たちは変化する】という経験から、〈母親と社会をつなげる〉ことが、Aさんの実践の土台となっており、【母親とどのように「つながって」いくのか】という方法と、その実践を支える【「すぐに相談できる」存在としての助産師】という構造が明らかになった。

第1項 社会とつながると母親たちは変化する

Aさんは地域で、看護師や保育士と協働して、「赤ちゃん会」と称した育児サークルを開催している。育児サークルに参加すると母親たちは変化していく。

I：赤ちゃん会(育児サークル)のようなところに来られたら、やっぱりこう変化って。

A：変化すごくあります。

I：ああ、そう。

A：やっぱり誰かとつながってるとか、誰かにすぐ相談できるとかっていう人がいてると、何でしょうかね、もう表情が変わってきはります。私はずっと、そういうのを見てたので、そういうのももちろんね、こういうふうにならなくてらっしゃるって。それこそ最初は泣いてね、エジンバラ(産後うつ病質問票)も高くて泣いてたお母さんが、それこそちょっと自信を持って育児ができるようになったり、他のお母さんたちと関われるようになるっていうの、すごく大事ななと思うんですね。・・・そのスーパーの上にあるところの広場(百貨店跡地の〇〇で実施している親子広場)みたいなところにも1人で来れるようになって。そうすると、そこに喫茶店みたいな店があるんですけどね、そこで、『赤ちゃんちょっと見とくからお茶飲んどいて』って他のスタッフが言って、他のお母さんと一緒にお茶飲みながらとかってやっていると、その喫茶店のマスターも『あのお母さん変わりましたよね』って言うぐらい、ちょっと笑顔が出たりとか。・・・なんかすごくこう表情も変わるし、なんか社会とつながってるっていうの、すごく自信になるなと思うんです。(p3)

母親たちの変化への問いに、「変化すごくあります」と語る。最初は泣いていた母親が「自信を持って育児ができる」ようになったり、「他のお母さんたちと関われる」ようになると「笑顔」になる。その変化はAさんたち専門職だけでなく、喫茶店のマスターが気づくほどの変化である。変化の理由を「誰か」とつながっているとか、「誰か」にすぐ相談できるといった「誰か」の存在であるとAさんは考える。つまり、育児のなかで困ったり辛かったりしたときに、「誰か」とつながれたり、「誰か」にすぐに相談できることで、母親たちは育児に自信が持てるようになり変化していく。「誰か」とは、育児サークルを運営する助産師・看護師・保育士といった専門職や、育児サークルを開催している場のコミュニティも含まれる。さらにこの「誰か」は後に語られる内容から互換可能な開かれた他者といえる。このような場の共有や母親同士のつながりが〈社会とつながる〉ことである。

母親の変化を「ずっと、そういうのを見てた」と語る。そういうのとは、母親が〈社会とつながる〉ことで、自信を持って育児ができるようになる〈母親たちの変化〉である。このような変化を見てきた経験が、Aさんの実践を支えている。つまり、〈社会とつながると母親たちは変化する〉という経験から、〈母親と社会をつなげる〉ことが、Aさんの実践の土台となっている。

第2項 母親とどのように「つながって」いくのか

2-1 母親が社会とつながる場を提供する

本項ではAさんが母親とどのように「つながって」いくのかをみていく。ひとつ目は〈つながる〉場の提供である。「赤ちゃん会」の開催について次のように語る。

A：(赤ちゃん会を)午前中2時間、午後2時間で、4組さんとか5組さんでやろうって言って、そういうの(赤ちゃん会)も復活してやり始めましたら、もう募集すると4～5分でもう満席になるぐらい。もう来たい方がいて、本当に毎月来てくださる方もいらっやって。1歳未満の赤ちゃんとお母さんの会にしてるんですけど、もうみんながびっくりするぐらい、『もう4～5分で満席だよ』って、『キャンセル待ちだよ』っていうので、今月からは4組だったのを5組に増やしてやったんですけど、それでもやっぱり、ちょっと、もっとちっちゃい子どもさんね、やっぱ2～3か月で、4か月健診を終わるまでにどっか行きたい場所とか、上の子どもさんいっているので、なかなかいろんなところに行けないとかっていうお母さんのための、たちの、あの、会をまた来月からやろうって。(p2)

Aさんが提供する「赤ちゃん会」は母親たちが集まって話しをしたり、助産師に育児相談ができる場である。その会は4～5分で満席になりキャンセル待ちとなる。「赤ちゃん会」に「来たい」方がいて、毎月「来て」くださる方の存在は、母親たちがそのような「場」を定期的に必要としていることを示している。母親目線の「来たい」とAさん目線の「来て」く

ださる方が並列で語られることから、母親の願いを受け取る形でAさんが場を提供していることがわかる。その会について「お母さんのための」と言って、「(お母さん)たちの」と言い換えていることから、母親のための会であると同時に、母親たちが主体となって集まる〈お母さんたちの会〉であることを示している。場を提供するのはAさんたち専門職であるが、その場は母親同士が作り出す〈つながり〉の場でもある。

「どっか行きたい場所とか」「なかなか行けないとか」と、「とか」という言葉で、母親たちの姿を表現する一方で、「けど」という言葉で、母親たちのニーズに対応できていない現状への課題を示す。それゆえ、「また来月からやろう」と4か月健診までの母親たちへの場の提供を企画するのである。

2-2 助産師の存在を知ってもらう

「つながって」いく方法の2つ目は、助産師の存在を知ってもらうことである。新生児訪問や養育支援訪問での母親の様子を次のように語る。

A：私が訪問に行くのですね、やっぱりそういう(赤ちゃん会のような集まれる)場所を探してる人とか、このお母さん、ちょっと家で(子どもと)2人だけだったら、ちょっと1日大変だろうなって。どっかこう息抜きできる場所がないかなって言うようなお母さんがいっぱい、いてるんですけど、今は、市からの委託で行ってるので、あんまりこう公に『こういうところ(Aさんが主催する育児サークルが)あるよ』って言えないんですけどね。でもまあ、『ちょっと私、今日は市役所から来てるけど、実際はこんなこともしてるのよ』って言って、そこでちょっとあの、皆さんスマホ持ってるから、『スマホでここ、ホームページ見てみて』とかって『すぐ見てみて』とかって言って見てもらって、ちょっとこう、後に残るようにしてもらって。『もしよかったら来てね』って声はかけるようにしてるんです。そこからちょっと来てくださる方もいらっしゃるって。はい、なんかちょっと、別にほっといてもいい人ももちろんいてるけど、なんかどっかでつながってきたいなって思うようなお母さんが結構いらっしゃるんですよ。黙ってられなくて、そのようにしてます。(p2)

ここでは「ちょっと」が多用されている。「ちょっと」家で2人だけだったら、「ちょっと」1日大変だろうと、Aさんが訪問において心配な母親の様子を「ちょっと」と表現する。一方で、「ちょっと」「今日は市役所から来てるけど、実際はこんなこともしてるのよ」と言って、主催する育児サークルを紹介する。「けど」の前後で、Aさんの2つ立場が示され、「今日は」市から委託された訪問であるが、「実際はこんなこと」とAさんの地域での活動を伝える。市の委託での訪問では、助産師個人が運営する育児サークルを紹介することは本来「言えない」ことであるが、「黙ってられなく」で「言って」いる。それは〈つながり〉たいことを言えない、「なんかどっかでつながってきたい」母親の願いを汲み取って、Aさんが代弁するように職権を超えて言う行為となるのである。

そうして「ちょっと」「後に残るようにしてもらって」と、助産師の存在を後に残すように関わる。それは、助産師の存在を〈知ってもらおう〉ことを糸口とした実践といえる。後述する訪問でも、Aさんは「私知ってるし、私行くわ」(p6)と、訪問に名乗り出ている。これはAさんが「知ってる」だけでなく、その母親がAさんを「知ってる」ことを関わりの糸口にしている。つまり母親と〈つながる〉前段階として、〈知ってもらおう〉ことが存在し、「つながって」いく、ひとつの方法と考えていることがわかる。

2-3 ハードルを越えて「一歩踏み出す」支援

ここまでのAさんの実践をみると、母親の状況に応じて実践が組み立てられている。育児サークルに参加して〈つながりたい〉母親たちには場の提供を、母親の潜在化した〈つながり〉へのニーズには、助産師の存在を〈知ってもらおう〉ように情報提供することが示された。次は〈つながり〉へのハードルを越えて「一歩踏み出す」支援の語りをみていく。

A: 初めてそういう(赤ちゃん)会に参加するような方たちに、やっぱりちょっとこう、ハードルが高くて来れない方もいらっしゃるので。『初めて来る人ばかりですよ、この日は』っていう日を作ろうって言って、ちょっと今、動いてるとこなんです。(p2)

A: なんかその辺、一歩踏み出すのが、お仕事してたお母さんなんかは、やっぱり周りに知ってる人もいないし、どこに何があるかもご存じない人も結構いらっしゃるんで、行きづらいついていうのがあるんですね。なんかその辺はそういうふうにしたり。私は将来的にはね、産後ケア(事業のデイケア)とかも送迎付きにしたいんです。送迎があれば、『まあ、行ってみようかな』とか、すごく一番『どうやって行こう』っていうのが。赤ちゃん連れて、それこそ、抱っこベルトもうまくできないとか、歩いて行くには遠すぎるとか。やっぱり赤ちゃんを連れて出かけるっていうのがもう、それ一つでおっくうになって、『もう出かけよう思ったらうんちして』とか。もうなんかその辺も、『この時間に行かなあかん』と思って、そこに間に合わせて支度をすること自体が、初めてのお母さんできないんですよ。(p4)

Aさんが捉えるひとつ目の「ハードル」は「知ってる人」がいないことである。初めて育児サークルに参加するのは、「ハードルが高くて来れない方」もいると、母親の行きづらさを捉える。それゆえ「初めて来る人」ばかりの日を作り、行きづらさへの「ハードル」低くするのである。また「知ってる」Aさんが、子育て広場(民間委託している0~3歳くらいまでの育児サークル)での助産師相談を担当するよう調整したり、保健師と一緒に付いて行ってもらうことを提案して(p4)、母親と子育て広場に来る他の母親とを〈つなげる〉。「一歩踏み出す」して参加できれば、あとは子育て広場という場で、母親は「つながって」いけるとAさんは考えるのである。

2つ目は赤ちゃんを連れて出かけること自体の「ハードル」である。「抱っこベルトもうまくできないとか」「出かけよう思ったらうんちしてとか」と複数の「ハードル」を母親目線

で「とか」という言葉で表現し、その場にたどり着くまでに「おっくうに」なる母親の姿を想像する。母親のどうにもならない状況を、打開する方法としてAさんが考えているのが「送迎」である。「知ってる」人が家まで迎えに来てくれる「送迎」にはその人との約束という状況が生じる。さまざまなハードルで「おっくう」になる気持ちから、「まあ、行ってみようかな」と母親の「一歩踏み出す」行為を期待するのである。

Aさん実践では、母親の〈つながり〉への障壁を、「ハードル」として捉え、現実化するように実践が掘られていた。次は「つながって」いく実践を支える「すぐに相談できる」存在としての助産師の実践スタイルをみていく。

第3項 「すぐに相談できる」存在としての助産師

3-1 〈母親の味方〉であることを伝える

この事例はDV支配から抜け出せずに〈つながれない〉母親を思い、無力を感じた特定妊婦との関わりである。第1子を亡くされており、第2子の体重増加不良のためAさんが訪問を行っていた。Aさんは助産師が〈母親の味方〉であることを伝えようとする。

A：(育児サークルに)来てほしいけど来れないお母さんのなかに、ちょっと家族間の問題っていうんですかね、ま、ご主人がお仕事してなくて、常に家にいる状況の方とかっていてたんです。今、もうちょっと特(定)妊(妊)に上がってますけど。(p4)

A：たまたまご主人がいない時があって、『お母さん、あのちょっと大変なんじゃないの』って、『もしよかったらお話聞かせて』って言った時に、ちょっと身をこう乗り出してきはったんです。だからきっと話したかったのかなって、その時思ったんだけど、やっぱりあの、『なんかあったらいつでも何でも言ってくれたらいいのよ』って『あなたの味方なんやから、責めたりはしないからね、何でも言ってくれたらいいのよ』っていう時に、ちょっとこう身を乗り出してきはった感じだったんだけど、結局はやっぱり、そこから抜けられなくて・・・なんかその中からどうにかできないものかかって思うんですけど、やっぱり本人が『今のまんまでいい』って言えばできないのかなとか・・・もうすごく無力だなと思うんです。分かってるのに何もしてあげられない。もう洗脳されてるんですかね、そういうのってね、なんかね。もう、そこからは抜け出せないんだなって。(p5)

AさんはDVを想像して「大変なんじゃないの」と問いかけ、母親の思いを引き出そうとする。それに対して母親はちょっと「身を乗り出し」た。その様子から「きっと話したかったのかな」と、母親の〈話したい〉サインを察知する。さらに「あなたの味方なんやから」と、助産師が〈母親の味方〉であることを言葉で伝え、「責めたりしない」ことを保証しつつ、「なんでも言ってくれたらいい」と母親の〈話したい〉思いを後押しするように言葉をかけ、〈相談できる〉助産師の存在を伝えようとする。しかし母親は結局、そこから「抜けられな」かった。

Aさんは「どうにかできないものか」と母親に「味方」であることを伝えるが、母親本人が『今のまんまでいい』って言えばできないのかな、「分かっているのに何もしてあげれない」と、母親と〈つながれない〉ことに「無力」を感じる。そうして、夫の居ない場でも洗脳されているように見える母親の背景に目を向け、「一歩踏み出す」支援を模索する。夫と母親とを離す方法として、「(産後ケアに)送迎があれば」、「産後ケア(に来て)ちょっと利用してゆっくりしたら(p5-6)」と母親と〈つながる〉方法を考えるのである。ここでは母親の〈つながり〉への「ハードル」として、夫からのDV支配が示されていた。また、Aさんは夫によるDVを児が目撃するといった面前DVによって、「赤ちゃんであつてもストレスが溜まって(p5)」しまい、体重増加に影響することを捉えていた。

次は〈つながった〉DV事例である。妊娠中から関わりのあつた母親がDVを受けているようだ、その母親の友人から聞いていた。そこで「私知ってるし、私行くわ」と新生児訪問に名乗り出た。

A: (夫から)ちょっときついこと言われたりとかして。ちょっとこうやっぱり言葉の暴力もあるし、なんか『我慢できなかつたら、それは我慢しなくてもいいんだよ』っていう話をして、2回ぐらい訪問に行ったんです。そしたらある時ですね、保健センターに助けを求めに来はって。暴力を受けたんだなど。で、そのまんま、シェルターに入りはった(って)ことなんです。その方は、そこまでいく間に言葉でも暴力があるし、もちろん手が出るとかっていうのもよくないっていうので、自分から助けっていう場所を、ここに行ったらいいんだっていうのを、ちゃんと理解して来てくれはった人もいてたんです。・・・ そういうこともあって、やっぱりこう、誰かいつでも、手を差し出してあげるような、状況までやってくと、自分からそうやってくれる人もいてるなと思うので。(p6)

「ここに行ったらいいんだ」という場所を理解していた母親は、「自分から助け」を求める行動をとった。その背景には2回の訪問で、「我慢しなくてもいい」ことを話し、つながる場所を伝えていたから、母親は自ら行動を起こすことができた。この場面でもAさんは母親の「我慢」を感じ取り、限界を越えるときには「我慢」しなくていいことを伝えている。それは助産師が〈母親の味方〉であることのメッセージといえる。「味方」がいると感じている母親は、「我慢」できなくなったときに、誰かに「助けを求め」やすい。「手を差し出して」つながれる状況を、手が届く距離として表現し、そのような状況まで支援しておくことが重要だとAさんは考えている。ここで母親がつながった「誰か」はAさんも所属する保健センターであつた。母親にとっては「誰か」の存在が重要で、「いつでも」必要な時に〈つながれる〉ように、Aさんは〈母親の味方〉であろうとするのである。

3-2 母親から見える助産師の「印象」を意識する

本項では「すぐに相談できる」存在としての助産師の「印象」についての語りをみていく。

A: やっぱりその辺を、(訪問に)行ったときにですね、やっぱり、嫌な印象で迎えられるか、訪問に行ったときにですね、もうなんか、いやでもそう思われるよりは、この人になんか相談してみようって思ってもらえるような訪問を心がけてる。(p6)

A: なんかこう、(訪問に)行ったときにどうしても、こう、電話でアポイント取ったりすると、そのときの声とかしゃべり方でなんか印象って決まるじゃないですか、私たちって。そのときに、明るい声でも、行ってみるとすごくしんどいお母さんがいたり、それから結構つっけんどんなお母さんでも、行ったらいろんなことね、最初はなんか来てほしくないみたいな感じだけど、行ったらもういろんなことを聞いてくるお母さんがいたりとかするので。こう、あまり先入観持たずにいかなあかんっていうふうには、思ってるんですけど。

I: はい。確かに、確かに。

A: なんか病院とかで、短い入院期間で、すごくそれが嫌だったっていう人がいてますよね。助産師さんに対しての。なんかそういう印象を持たれないようにしないと、やっぱり信頼って、無理なので。(p8)

ここではAさんの訪問での出会い方が示されている。「嫌な印象で迎えられる」のではなく、「この人になんか相談してみよう」って思ってもらえる訪問を心がけると語る。それはAさん自身が「嫌な印象」を与え「ハードル」とならないための意識である。「来てほしくないみたいな感じだけど」、行ったら「いろんなことを聞いてくる」母親がいることから、「先入観」を持たずに「出会う」ことが大事だと考えている。ここでは「けど」に続く逆接的な母親の姿を強調する思いが示されている。

そして「なんか相談してみよう」と思ってもらえる訪問の前提条件として、母親から見える助産師の「印象」について語る。母親から「嫌な」「印象を持たれない」ようにしないと、母親から信頼されることは難しい。Aさんは「私たちの立場ってお母さんからしたらやっぱり上なんですよ、上から目線じゃないけど、そういうふうに見られてるので(p15)」と母親から見える助産師の立場を捉える。そして「やっぱり、お母さんの目線に立ってほしいなっていうのね。お母さんの気持ちを汲んでほしい(p17)」と後輩助産師たちへの思いを語る。

助産師が「先入観」を持たずに母親と「出会い」、母親と同じ目線に立つこと、そうして母親から見える助産師の「印象」を意識することが必要だとAさんは考える。言い換えると、「印象」を意識していない状況では、母親から「信頼」されることは無理であり、「なんか相談してみよう」という存在には成り得ず、「つながって」いくことはできないと考えるのである。

3-3 母親からの電話にすぐに駆けつける

本項と次項(3-4)は、「すぐに相談できる」存在としての助産師の実践が示された場面である。10代の特定妊婦への妊娠中の訪問では、「すごくつっけんどん」な態度で、訪問したAさんと保健師は離れた場所で「小さくなって」座っていた。ソファに座った母親とは距離があった。産後すぐの訪問では、最初よりはちょっと「とげが抜けて」というか「丸くなってる」というような態度で、「ちょっと変わったかな」と変化が感じられた。

A：ある時です、電話がかかってきて『赤ちゃん、うんちが出ないんやけど、どうしたらいい?』っていう電話があったんです。で、私、1軒目(の)訪問があったので『そこが終わってから行ってもいい?』って『行くよ』って言ったら、『じゃ、来てほしい』って言うから行って、で、赤ちゃんうんちが出ないのでね、いろいろ『こうやってするんだよ』とか、綿棒で刺激『こうやってするんだよ』とかってやりながら、一緒にやってたら、すぐここにそばに、もうそれまでいつも離れてたのに、すぐここに来て、こうやって一緒に見てやってたらね、うんちがもう勢いよく出て、私のスカートに付いたんです。そしたらママ、『ごめんごめん』とかって『おばちゃん、ごめん』って。おばちゃんなんです、私。助産師さんじゃなくて、『おばちゃん、ごめんな』って言ってスカート拭いてくれたりとか、もうすごいい態度がね、全然違ったんですね。で、いろいろ話してて、で、ご主人もそばに居てはって、ご主人、ご飯作ったりとかいろいろしてはるんですけどね、あの、「おばちゃん子ども居てんの?」とかいろいろね、世間話するようになったんです。向こうから聞いてくるんです。で、「いてるよ」って言って。「あなたよりもちょっと年上やけどね」って「3人いてるんよ」って言ったら、旦那さんに逐一「おばちゃん3人子どもいてるんやって」とかって、それを言ったりしながらね。最後にね、「おばちゃんって幸せなんやろ?」って聞かれたんです。「おばちゃん幸せ?」って聞かれたんかな。で、「うん、そうやな。自分で幸せかどうかって考えたことなかったけど、幸せやな」って言ったら、「そうやな」って向こうが言って。そういう話をね、してくれると思わなかったのも、でもこんな近くに来て話ししてくれると思わなくてね。(p7-8)

10代の母親が、出産後、赤ちゃんの「うんちが出ない」心配事をAさんに相談することで、その距離が一気に縮まる。母親の子どもを思う不安な気持ちが、「どうしたらいい?」というSOSを発信する力となっている。訪問してみると、いつも「離れて」いた母親はすぐそばに来て、赤ちゃんのうんちの出し方をAさんと一緒にやろうとする。うんちが勢いよく飛んでAさんについてしまうと、今までの母親とは「全然」違う態度で「ごめん、ごめん」と言ってスカートを拭いてくれた。立場が逆転してAさんをケアする、自然と出た行為や自分に対する呼び方も母親との距離感を示す表現として肯定している。さらには、母親からAさん自身のことに興味をもって、話を聞いてきたり、世間話をするようになったことを、「こんなに近く」と表現する。それは、その母親にとって、Aさんが「近い」存在になったことを示

している。また、母親にとっては育児に困ったときに「すぐに相談できる」存在としてAさんがいたために、すぐに電話することができたのである。

A:しばらくしてまた電話したときに、『大丈夫?』って『うんち出るようになった?』とか、『育児大変じゃない?』とか言ったら、『おばちゃん、私ね、もう大丈夫やから』って『なんかあったら電話するからもう大丈夫やで、電話してこんでも』って言うてくれたんです。でも最初の印象と全然違ったので、こうなんか、こっちが一生懸命、こういうんな、赤ちゃんのためにこうやって、教えてあげるって言ったって、ちょっと変ですけども、なんかそういう気持ちが伝わったのかなと思って、すごくそれ、うれしい症例やったんです。・・・ こう信頼してもらえてという関係になると、お母さんも誰かにこう頼れるんだなっていう場所があるとね、自信持って育児ができるのかなと思ったり。(p8)

その後しばらくしてAさんが電話をしてみると、その母親は、さらに自律した育児ができる母親へと変化していた。母親にとって困ったときに、電話1本で〈すぐに〉来てくれるAさんの存在は、これからの育児でも困ったときには〈すぐに〉頼ることができるという経験となり、Aさんが「電話して」こなくても、なんかあったときには自ら「電話するからもう大丈夫」と言えるのである。この事例ではAさんの「つながって」いく実践から「母親の変化」が描かれている。「すぐに相談できる」身近な助産師の存在は、自信をもって自律した育児ができる母親へと変化をもたらす。

語りの最後に母親が頼れる「誰か」の存在を強調している。Aさんは助産師として、「すぐに相談できる」存在になろうとするが、母親が相談できる互換可能な社会という場にかかれた「誰か」とつながることが重要と考えるのである。

3-4 夜中のSOSに応える

この事例は第一子出産時から「私のことを知って」くれていた事例であった。最近生まれた第二子の育児でも「メンタル的にあかん」感じになっていたため数回の訪問を行った。

A:二人目さんの時に訪問に行ったら、ま、夏だったので、リストカットの跡がいっぱいあったんですよ。んで、エジンバラ(EPDS)も高いし、で、どうもこう、お母さんしんどそう。上の子どもさんを一生懸命大事にしてはるんだけど、そこもうまいかない。(p12)

今回の訪問では、一人目の関わりでは知り得ていなかった母親の「リストカットの跡」という過去も知ることになる。「夏だったので」と洋服で隠れていない母親の手をAさんが見ていたことがわかる。別の20代の特定妊婦の事例でも、沐浴について指導する場面で、妊婦の左手の甲にあった「根性焼きみたいな跡(p12)」を見つけて、その妊婦の幼少期の虐待を知ることになった場面を語っている。つまりAさんは、母親の手といった身体からのサイン

を糸口として、妊婦の過去を察知している。

次の語りは「リストカットの跡」について、Aさんが母親に問いかける場面である。

A: 最初っからはそういう話はしなかった。2回目、3回目の時に、『お母さん、じゃ、そこ、このね、傷があるけど、それはいつの傷なの?』って。まあ、もう跡だったんですけど、で『思春期の頃とか、そういうことがあったの?』って話をしたら『そう』って。で、『結婚してからもあるの?』って言ったら『たまにある』って。『赤ちゃん産む前、妊娠中はどうだった?』とかって言ったら、もうぼつぼつ話してくれはったんです。で、最後がですね、『首吊りのまねまでした』っていうとここまで話があったんですよ、『もうしんどくて』って。で、『そういうのはご主人は知ってるの?』って言ったら、『知ってる』、『うん』、っていうので、保健師さんにつないで、『できたら病院行かない?』って言って。で、メールがね、直接、保健センターを通してじゃなくて、私の個人の最初(1人目)の母乳マッサージの時のあれ(メールアドレス)で、メールが来てたんですね。『ちょっとしんどいんです』って言って。
(p12-13)

「リストカットの跡」は初回訪問時に気づいていたが、「もう跡」であることを察知して、意図的に「そういう話」はしなかった。そして2、3回目の訪問時にAさんの問いかけによって、母親は「ぼつぼつ」と話した。このAさんの問いかけは、母親の「しんどい」過去を〈知る〉ことであり、母親にとっては話すことで、「しんどい」過去を〈知ってくれている〉Aさんの存在を〈知る〉ことになる。そうして、とうとうしんどくなった母親は「ちょっとしんどいです」と自らAさんに連絡をする。それは「すぐに相談できる」存在としてAさんを〈知っていた〉ことを示している。「知ってる」ことには、母親とAさん双方が主体として捉える状況がある。

その後母親は保健センター経由で病院を受診する。しかし母親は「母乳を飲ませたいから薬は飲みたくない」と言って内服はしていなかった。そして夫の育休が終了する前夜に過換気症候群による意識消失で救急搬送された。搬送先の医師から内服を勧められた夫は「どうしたらいいですか」とAさんに夜中にメールで相談する。Aさんは話を聞き、翌日に担当保健師につないで受診の手配をすることを伝えた。この出来事について次のように語る。

A: 次の日にはその担当の人に言って、その担当の保健師と一緒に付いて、受診をしてお薬もらってっていうことがあったんですね。だから、いくらこう、この人が担当の保健師さんですよって言っても、時間内だったらつながるけど、そうじゃないときに頼れる人っていうのも、すごく求めている人もいてるんだなと思って。・・・なんかそういう人たちがなんか、よく自殺したりとかしはるときに、いのちの電話とかっていても、かけないですね。・・・なんかいつも『なんかあったら連絡ちょうだい』っていう、もう顔を知った人がいないと、到底あんなところに相談するのは本当の一握りやと思って。その辺がね、ちょっと矛盾して

るなっていつも思うんですけどね。なんかまあ、その人がたまたまご主人がそうやって連絡をくださったし、なんかこう、SOS出したりとかアクションを起こしてくれたのでよかったなって思うケースは案外あるんですけどね。そこに至るまでが、やっぱりこうスルーされてるところもいっぱいあるかなと思って。(P13)

夫のSOSもAさんに出された。それに対してAさんは、「ちょっと矛盾」していると思う。矛盾の一つは時間内ならつながるが、タイムリーにはつながれない「時間」の制約である。その制約のなかAさんは「朝まで」の段取り(p13)を伝える。「朝まで」の「一晚」という時間をどのように過ごすのかを具体的に伝えることで、夫も「ちょっと、いったん落ち着」いた(p13)。それは離れていても〈つながり〉を実感できるAさんの存在があったからである。

もう一つの矛盾は「知った人」、「頼れる人」がいないと、いくら「なんかあったら連絡ちょうだい」と言われていても、SOSを出す行為には至らないことである。「もう顔を知った人はいない」と、「相談するのは本当の一握り」という、「いのちの電話」に対する葛藤は、いのちの極限状態にどうしたら〈つながれる〉のかという問いである。母親や夫が極限の状況でタイムリーに頼ってもいいと思える〈知っていて〉くれる人にしか、SOSは出されないのである。「顔を知った人」とは、その母親の「しんどい」過去を、「しんどい」と〈知って〉いる存在である。母親にとっては〈過去を知っていてくれる〉からSOSが出せたのである。お互いに「知ってる」という状況から、過去のしんどい体験を聞くというAさんの行為によって、さらに〈つながり〉が深くなる状況が読み取れた。

この2つの事例からは、母親の心配事の電話に〈すぐに駆けつける〉実践と、〈夜中のSOSに応える〉実践が示された。母親たちはAさんを「すぐに相談できる」身近な存在として知っていたから、自らSOSを出して〈つながった〉。つまり「すぐに相談できる」助産師の存在が、母親のSOSを出す力を後押しするのである。一方、「スルーされてるところもいっぱいある」と語る。だからAさんは「すぐに相談できる」助産師であろうとし、そして母親が社会の「誰か」と〈つながる〉ように関わっていくのである。

Aさんが示す「すぐに相談できる」存在としての助産師とは、〈母親の味方〉であることを伝えること、母親から見える助産師の「印象」を意識することであった。そして、そのような助産師の存在を母親に〈知っていて〉もらうことで、〈母親と社会をつなげる〉ことが成り立つのである。

第2節 助産師Bさんの実践 ―亡くなった命のことを忘れない

助産師Bさんは病院勤務の後、現在は地域で訪問事業に携わる60代の助産師で、訪問の経験は20年以上になる。

Bさんの実践は、【亡くなった命のことを忘れない】という通底した想いと、「安全で安心な」育児への提案を土台とした【安全で安心な環境を一緒に考える】実践、【母子をつなぐ「一緒に」に行う実践】、【母子の「気持ち」を聴いてつなぐ実践】、【とぎれた母子をつなぐ「しるし」を残す】実践、関わりの姿勢である【「実は」といえる関係性】というテーマが示された。

第1項 亡くなった命のことを忘れない

Bさんはインタビュー冒頭で、「忘れないでおこうって思って、仕事、あの、思ってることがあってね。それはやっぱり亡くなった命のことを、すごくあのやっぱり、忘れることはできませんよね」(p1)と語り出した。「その(訪問の)中で、私が関係した養育支援の訪問中ではないんですけど、その(訪問が)終わった後に、乳児期に亡くなったあかちゃんが3人いる(p1)」。このことが冒頭の語りにつながる。「やっぱり」と繰り返し、経験した「亡くなった命のこと」を忘れないようにして、実践している。

次の語りは、「亡くなった命」のケースへの訪問場面である。

B: 本当にねえ、いやあ、なんかね、最後に行ったときに、『ほら見て』てお母さんがね、私が最後、最終訪問だった。硬いベッドの所で、私がもう手洗いしたり、こう、あの、予防衣着たりとか、いろいろしないといけない、最初、こうしてると、『ねえねえ、早く見て』って言うから、『何?』って言うて、こうしながら手洗いして見たら、そしたらあかちゃん、こないしてうつ伏せになって、そして、ぐーんと首あげて、『ほら見て。できるようになったよ』って(母が)言うて、私に見せようとするわけよ、母がね。『わあ、すごいな。ものすごく胸も上げるよう(に)になったねえ。さすがやわ、何とかちゃん偉いねえ』って言って。お母さんも褒めて、ほんでベッドの所に行って、一緒にこんなん(ベッドの高さに目線を落として、あかちゃんと視線を合わせるように)して、『頑張ったねえ』って言って、ほんな、あかちゃん、ニコッて笑ってね。そういう場面ってわかるでしょう?

I: はいはい、はい。

B: それが最後だったんですよ。(p27)

この母親は妊婦健診未受診での出産であった。出産後に特定妊婦として登録され、Bさんは訪問による支援を行ってきた。最終の養育支援訪問の2日後に、そのあかちゃんは亡くなった。原因は解剖の結果、病死だった。

訪問時、母親はBさんがまだ手洗いや予防衣の準備をしている最中に、急かすように「ほら見て」「ねえねえ、早く見て」と我が子の様子をBさんに伝える。児がうつ伏せから、自ら

「ぐーんと首あげて」顔を見せる仕草を、Bさんに見せようとするのである。「できるようになったよ」という表現から、児の成長をBさんにも見てもらいた母親の気持ちが伺える。「わあ、すごいな」「さすがやわ、何とかちゃん偉いねえ」と児の成長をBさんが褒める。そして「お母さんも褒め」る。児だけでなく母親も一緒に「褒める」実践は、Bさんの一貫したスタイルである。そうすると児は「ニコッて笑っ」た。「それが最後だった」。「亡くなった命」のことを、「そのときのあかちゃんの表情とかも覚えてるし、お母さんの様子も思い(出す)、覚えてるし」(p2)と語る。

B: やっぱあかちゃんは亡くな、死ぬねえっていうことをすごく思うんです。何て言う、何て言うかなあ、予想外に、よそ、予想外っていうか、あの、亡くなったんだっていうのが予測できなかったですね。うん、だから、それはいつも肝に銘じとかなあかんなあっていうのがあるんですよ。(p2)

Bさんは、「亡くなったあかちゃんのことを忘れずに、訪問事業しないといけない」(p3)、と「忘れない」ことを何度も繰り返し強調する。それゆえBさんの訪問では、このことが常に根底ある。「なんか、もっと、できたことはなかったかなって、思いますね。」(p27)、「もっと安心な、安全な養育環境が、もしかしたら違う提案もできたんじゃないかなって(p3)」と語る。つまりBさんは、「亡くなった命を忘れない」という通底した想いと、「安全で安心な環境」への提案を問い続けながら支援を行っている。

第2項 安全で安心な環境を一緒に考える

本項では、Bさんの「安全で安心な環境」への提案への実践をみていく。Bさんは訪問時、その生活環境に危険がないのか、「安全で安心な環境」であるかを見ている。それゆえBさんの目線は常にあかちゃんと母親の目線にある。

B: 安心な、安全で安心な環境にちょっとでも近づいていけるような、どこをこう(いう)風にしたらいいかなみたいな。一緒に考えようみたいな感じなんで、『どうしたらいい?』って本人に聞きます。『これから動くよ』って言って、『危ないよ』って、『ごっくんして食べてしまったら、たばこ1本とか、こんな(ペットボトルの)中に、空の所(に)ピュッて入れてみて、あかちゃん、こうやっておいしいもの(と思って)飲んでもかもしれない。溶けたものをこうやって飲んだら死んでしまうよ』とか。そういうこともね、言ったりもするし。(p11-12)

他にも、「ハイハイしたら危ないっていうお家がすごく多いですよ」「スマホのコードがいっぱい首に巻きちゃったら死んじゃうよ」(p7)と、訪問では危険なことが「いっぱい目につく」(p7)と語る。それは生活環境をあかちゃん目線で見た危険である。児の「ハイハ

イ」するスペースや、「スマホのコード」「たばこ」といったBさんが「目につく」危険因子は、同時に、母親の「安全で安心な環境」への気づかいを捉えている。だから「これから動くよ」というあかちゃんの成長を先取りしつつ、「食べてしまったら」「飲んでもかもしれない」と可能性の話をして、あかちゃんにとっての「安全で安心な環境」を、母親と一緒に考えていくのである。

このときBさんが意識しているのは母親の目線である。

B: 上から目線には絶対言わんようにはしようと思うし、私が知ってることっていうのは一部のことだから、『他の方法があったらいいよね』って思うしね、『教えてね』っていう感じで。まあ下手に出るんじゃなく、同じぐらいの目線で『一緒に考えさしてほしい』っていうようなスタンスには持ちたいですね。(p21)

B: 親が、え、指摘、注意されたと思われなような形の言い方を、表情見ながら、やってみたらどうかなあって言って。(p32)

上からでも下からでもなく、母親と同じ目線であることをBさんは強調し、方法も母親と一緒に考えていく。この「教えてね」というスタンスは「否定せず尊重して、気持ちを聴いて」(p20)関わるというBさんの思いからであり、また「お家に帰ったら続けてできることじゃないといけない」(p21)ためである。

母親にとって日常である環境が、児にとっては「安全で安心な環境」ではないことを、「注意された」と思われなような言い方をBさんは意識する。「表情見ながら」と母親の視線を意識しつつ、「やってみたらどうかなあ」と提案するのである。つまり、あかちゃんと母親、両者の視点を捉え実践しているのである。

「注意しつつも、お母さんにはすごく頑張ってるところを絶対見つけて、褒めて褒めて」「具体的に褒める場面をいっぱい見つけないといけないなって気がする」(p7)と語る。この語りでは、「注意」と「褒める」ことが対になっている。「自分があかんお母さんじゃなくて」「やれてるよ、できてるやん」と「褒めることをいっぱい発見したい」(p5)と語ることから、Bさんにとって母親を「褒める」行為は、母親を尊重して認め、変化を促すものといえる。

第3項 母子をつなぐ「一緒に」に行う実践

Bさんの際立った実践スタイルに、「一緒に」と表現した実践がある。本項ではBさんが母子をつなぐ「一緒に」行う実践をみていく。

B: モデルがないからね。あやし方とか、おもちゃで遊んであげるとか、お風呂の後にこんなして、『裸ん坊で遊んでマッサージして遊んであげようか』っていうのも、やっぱこっちが一緒にやってみないことにはできないですね。

I: ああ、はい、はい、はい、はい。

B: で、そんなんを一緒にできたら喜びながら、うん、『あ、できたできた、すごいすごい』
『やっぱできるやん』みたいな感じで寝て、ちょっと嬉しい気持ちを一緒に共有したいっ
ていう感じのこと、今、1か月ごとに行くお母さんにはね、やっていってるんです。(p8)

「1か月ごとに行くお母さん」とは、Bさんが活動する地域独自に設けられた「延長訪問」と呼ばれるもので、概ね生後4か月までの養育支援訪問のあと、母親が希望すれば1歳まで訪問を受けられる事業である。それまで担当していた助産師が継続して月に1回の訪問を実施する。

母子をつなぐ「一緒に」行う実践の前提には、「モデルがない」ことがある。つまり児との接し方が分からない母親の状況をBさんは捉える。それゆえまず、こっちが「一緒に」やってみる。これはBさんが主体となっている。次に「一緒に」「(母親が)やれるようになってやる」(p8)、それから母親ができるようになると「一緒に」喜び、さらに「嬉しい気持ち」を「一緒に」共有するのである。つまりBさんの「一緒に」の実践にはいくつかのバリエーションがあり、母親の状況に応じて組み立てられている。

冒頭で取り上げた母親は、あかちゃんの成長をBさんと一緒に喜んできた経験があるから、「ほら見て」「ねえねえ、早く見て」と、「嬉しい気持ち」を共有する。母親発信でBさんに児の様子を伝えるという、一見立場が逆転したように見える実践が成り立つのである。これは「一緒に」行うという場の共有によって、Bさんが示してきた「モデル」が母親に取り込まれていることを示す。Bさんの母子をつなぐ「一緒に」行う実践では、母親が主体となって児と関わっていけるようになるのである。

第4項 母子の「気持ち」を聴いてつなぐ実践

本項では、母子の「気持ち」を聴いて母子をつなぐ実践をみていく。「気持ち」を聴くことについて、Bさんは次のように語る。

B: 耳偏の聴くは、まあ本当の字の意味ではないかもしれないけど、十四もあるような、いろんなさまざまな相反する気持ちも、『ああそうか、そうか』って言って、『ああそういうことなのね』って言って、いろんなさまざまな相反することも含めて気持ちを、『いろんな気持ちもあなたの気持ちよね』っていうふうに聴こうね、みたいな感じのことを習ったのが今も。『あ、そういう気持ちもあるんやね。でも違ってこんな気持ちもあるんやね』、『あ、なるほど、そういう、いろんな気持ち、相反する気持ちあるよね』って言うたら、『うんうん』ってゆって言うてる人は多いね。(p20)

Bさんが語る「気持ち」は、感情といった意味だけでなく、その状況による見え方や目線、立ち位置を示している。同じ人でも状況によっては、目線の取り方や立ち位置が変わる。また同じ状況でも、「さまざまな相反する」「いろんな気持ち」が同時に存在することがある。

Bさんは「いろんな気持ち」を母親に確認して「なるほど」と同意する。そうすると、母親も「うんうん」と自分の「気持ち」を確認するのである。

さらに、Bさんは母親と母親自身の幼少時の「気持ち」も同時に聴く。

B: その母自身が被虐待で育った人で、もしバタードで、あの、大変やったりすると、あかちゃんが泣いてても、『なんで泣いてる?』っていうことでは、『なんか私なんか泣くことも許されへんかったで』みたいに思う人もなかにはあるわよね。・・・今こんな気持ちかな、『あかちゃんは?』とか、『あなたは?、今どんな気持ち?』とかいうの、両方の、なんか、ん、伝達するみたい。 (p11)

被虐待の経験をもつ母親では、育児において自身の幼少時の記憶がフラッシュバックする可能性をBさんは想像する。母親とあかちゃん両方の「気持ち」を聴くとともに、「泣くことも許されへんかった」幼少時の母親の「気持ち」も捉えるのである。

さらにBさんはあかちゃんの身体からのサインも受け取る。毎週の訪問において、児を抱っこする場面の語りである。

B: 翌週また来るねって言って来て、で、そのときにもものすごく硬い子がいて、同じ子でも硬くなったりすることがあるんですね。・・・抱っこしたら、要するに緊張してるんですよ。だから、えーと、何て言うかな、病的なっていうよりも、なんか緊張してるっていう感じの子が何回、何人か記憶にあるんですね。抱っこしたら、なんか木の棒みたいとか思ったときもあって。 (p5-6)

あかちゃんを抱っこしたときの変化を察知したBさんは、母親に「何かあったの」と聞くと、「包丁を取り出したような夫婦げんか(p6)」をしたことが分かった。そうして、「養育環境が昨日はすごい不安だったんだよねみたいな感じ(p6)」と児の置かれていた状況を捉える。このような経験が2、3回あると話した。それゆえ、「訴えられない、言葉で言えない子の代弁はしないといけない(p6)」と語る。

B: あかちゃんにしたら、しゃべれないから、お母さんに伝わってないことがいっぱいありますよね。だからそれを代弁じゃないけど、『こうかなあ、ああかな』『私はこう想像するんだけど、お母さん、どう思う?』っていう感じでもあるのも、あの、せなあかんと思うんですよね。 (p5)

B: だから想像力が、あかちゃんの声、聴くっていうか、『あかちゃんはどんな感じかな』って想像、気持ち悪いんちゃうかなとか想像が難しいんだよね。・・・あの『ちょっと触ってみて、ちょっと汗ばんでるから、もうちょっと暑いかもねえ』って言って。 (p31-32)

ここでも「一緒に」児に触れることで、母子をつなぐ実践が示されている。Bさんは「ちょっと触ってみて」と母親が児に触れられるように促し、「暑いかも」という児の「気持ち」を母親に想像してもらおうとする。児の「気持ち」を想像することが難しい場合には、Bさんが児の身体からのサインを受け取り「気持ち」を代弁して、母親が想像できるように関わるのである。

本項では、現在の母親の「気持ち」、母親の幼少時の「気持ち」、さらには、あかちゃんの「気持ち」を聴いて、母子をつなげる実践が示された。Bさんが関わる母子は困難な状況を抱えていることが多い。しかしBさんは「行ってみると分かんって、私いつも思うんです」(p11)と語る。「行ってみないと分からへん」とは、「気持ち」を聴いてみないと分からない、ということである。

第5項 とぎれた母子をつなぐ「しるし」を残す

Bさんが関わる母子では、分離を余儀なくされるケースが存在する。本項では、とぎれた、もしくはとぎれる可能性を考えて母子と関わるBさんの実践をみていく。それは訪問時の母子の様子を母子健康手帳⁴⁵に「ちょこってでも残して」(p4)おくことである。そう思うようになった若年の母親との関わりを次のように語る。その母親は幼少期に実母から虐待を受け、保護され施設で育った。ある時、Bさんはその母親自身の出生時の母子健康手帳を「ほら見て」と言って見せられる。

B:(母子手帳に)お母さん(実母)の字が書いてあったりすると、あの、うわあ、そのときすごく喜んで、『お母さん(実母)、頑張って、あの、お産したね』っていうことがあったりすると、それをもって、その、その若い母のほうに、褒め、あの、あなたもこうやって、まあ後々虐待されたり、す、してるけど、生まれたときは、『あの、とっても嬉しいっていうお母さん(実母)の気持ちが伝わるわねえ』みたいな、『あのときは』ってというような感じの、でもそれをちょこっと言ったら、ものすごい嬉しそうな顔した場面があったんでね。母子手帳って私たちが思う以上に、何て言うのかな、母に愛されたし、しるしのような、痕跡のような部分もあるんかなっていうことを思って、そのね、『ほら見て』って、『私の母子手帳よ』って言った人のことは、いつも忘れんこうと思ってるんですね。(p4-5)

ここでの「ほら見て」は、冒頭の場面と少し様相が異なる。冒頭の場面は、成長した我が子とそれを見つけた母親である私を「見て」であった。ここでは、とぎれた実母と私とのつながりを「見て」と言っている。母子健康手帳に書かれた実母の字を見つけて、その若年の母親は「すごく喜ん」だ。Bさんが、実母が頑張ってお産して、「とっても嬉しいっていうお母さん(実母)の気持ちが伝わるわねえ」と話すと、その母親は「ものすごい嬉しそうな顔」をした。そのことをBさんは「忘れんこう」と思う。ここではBさんは実母の出産時の「気持ち」を代弁している。後に虐待に陥る実母であるが、「あのときは」と、出産した時の実

母の頑張りを肯定する。これは「いろんな気持ち」を聴くBさんの実践が、実母の「気持ち」を捉えさせ、そして助産師として分娩に立ちあい、分娩時の産婦の頑張りを知っているBさんだからこそ、実母の頑張りを伝えられるのだといえる。

実母の「気持ち」を聴いた若年の母親の嬉しそうな表情から、「母に愛された」「しるし」、「痕跡」を母子健康手帳に「ちょこってでも残して」おこうとするのである。それは「亡くなった命」のケースにおいても同じである。

B: ほんでまあね、あの、結果はとっても悲しいことになったんだけど、私が、その(関わった)3人のお母さんは、少なくともそのあかちゃんのことをその期間はすごく一生懸命に、自分よりも一番あかちゃんのこと優先して、で、それまではあやすこともなかなか、不自然な感じやったんがだんだん本当に、あの、自然にあやしたり、自然に笑ったり、声掛けできるようになってきたことを、すごくいつも褒めてたんですよ。そらそうですよ、『今の、今いい声、いい言葉掛けできたわ、すごいすごい、いいねえ』とか言って、『今(の)、もう一遍やってみて』とかね、そういう風なして、細かく、まあ今の、あの、お母さんができたことを褒めて、あかちゃんがそれで応答してる姿にすごい一緒に喜んでってなことを、いつもいつもできるだけ発見してやろうと思ってやってるんですけど、それを母子手帳にちょこってでも残しておきたいんですよ。(p3-4)

乳児が亡くなるという「とっても悲しいことになった」。「けれども」と逆接でつないで、「その期間」は「すごく一生懸命に、自分よりも一番あかちゃんのこと優先して」育児をしていたことをBさんは肯定する。「それまでは」とBさんが関わり始めたときには、「なかなか」「不自然な感じ」が、「だんだん」「自然に」育児ができるように母親は変化していく。Bさんはその母親の変化も肯定する。そして「自然に」我が子を「あやしたり」「笑ったり」「声掛けできる」ようになった母親を「褒める」。それはBさんにとって当然のことである。あかちゃんは亡くなっているけれども、「その期間」の育児ができるようになっていった母親たちの変化は、まぎれもなく子どもを思う母親の「気持ち」であり、その事実を知っているBさんは、母親の我が子への「気持ち」を「しるし」として、「残しておきたい」のである。

ここでの母子のつながりは、いずれもとぎれている。それらをBさんは「しるし」でつなぐ。前者は幼少時にとぎれた母子のつながりを、Bさんが母子健康手帳に残された実母の「痕跡」を見つけてつなぐという、過去の母から現在の子どもの「しるし」である。後者はBさんが、この先に起こってしまうかもしれない母子の分離を先取りした、つなげておく実践である。これには2つの意味がある。一つは前者と同様に、母子分離が起こったときの、母から子どもへの「しるし」となり得ることである。もう一つは、子どもが亡くなってしまった場合である。それでもBさんは「残しておきたい」と語る。それは母にとっての、子どもを一生懸命に育てたという「しるし」であり母親であった「痕跡」という意味、さらにはその「しるし」を抱えて生きていく女性へのBさんの「気持ち」なのだといえる。

この語りの「一緒に」喜ぶ場面では、はっきりと自覚してはいないが、意図的に行っている実践がある。Bさんは母親の児に対する「いい言葉掛けできた」ことを褒め、「今(の)、もう一遍やってみて」と伝える。これは母親と母親の視線の先にある、あかちゃん二人に対して発したものである。母親の声掛けを促すとともに、それに対する児の応答を促している。つまりBさんが母親と児が応答できるようにアシストするのだが、母親の視線は我が子に向いていて、自分の声掛けで児が応答しているように母親は実感する。Bさんの「一緒に」喜ぶ実践では、Bさんの行為は母親には気づかれないうように隠されており、あたかも母親が主体的に行っているかのように成立するのである。それを「いつもいつもできるだけ発見してやろうと思って」やってると語る。つまりBさんは母子をつなぐ場面を作り出すのである。

第6項 「実は」といえる関係性

最後にBさんの母親との関係性についての語りをみていく。Bさんは「実は」と言ってくれる関係性を語る。「実は、っていうのんが出てくるのが、延長訪問のとき」(p9)だという。「今まで言わなかったことがやっぱ、ぽつぽつと出てくるんですね」(p8-9)と語る。延長訪問とは、前述したように毎月1回、継続して助産師が訪問する事業である。

次の事例は若年で未婚の特定妊婦で、妊娠中に脳梗塞を発症し、出産後の現在も失語症の後遺症がある。そのような状況にも関わらず、「絶対産む」「産んで自分が育てる」(p9)という妊娠中の母親の発言をBさんは懸念していた。一方で無事出産した母親は実母の協力を得て育児を行い、自身の言語療法もきちんと受けていた。

B: そのとき(延長訪問)に初めて、えっと、『あのとき(妊娠中)の気持ちをもう一遍聴かせて』ってゆって言ったら、『あの、この子を妊娠して、それで夫を、あの、じゃ、『妊娠して病気になったこともすごくよかった』って言うんですね。で、それはあの、まあ別れた夫が、まあ本当にDVっていう形だったらしくて、で、『そうじゃないと子どもを妊娠して、しかも病気になった自分やから、すって別れられた』っていうね。なんか、『そうでもしないと別れられなかった』っていう、DVの鎖の中で、『中から飛び出すことができなかった』っていうことを言ったんですね・・・ お産後の大変な時期を過ぎて、自分自身をまた、あの、振り返ってみはる、お産を振り返ってみる機会にもなって、そのことを(脳梗塞後の)言語の障害はあるけど、自分の言葉で一生懸命話せれるようになって、・・・ 私、すごくその、その若い母親の、これから、もう(訪問が)終わって会えないけど、『いつも応援してるからね。気持ちの中で、心の中でずっといつも応援してるからね』って言って、こないだその人は(延長訪問を)終了したんですね。なんかあの、うん、もうはじ、自分の中にあった力をすごくね、出してきたっていう感じがしてて、そこに感動するわけですね(笑い)。(p9-10)

Bさんは「延長訪問」を希望したタイミングで、「あのとき(妊娠中)の気持ち」を母親に聴いている。「実は」と母親が言葉にできることを今までの実践でBさんは経験しており、それが母親に話を聴く行為となっている。また母親が言葉にできるのは、それまでのBさんの関わりで支えられている。

母親の状況を「強さみたいなね。あの、困難な中で生きてきはったから、きっとその生きる力は人よりものすごくあるような気がするんですよ」(p11)と語る。つまり困難な状況に置かれている母親のなかに、「強さ」や「生きる力」をBさんは見出す。この事例の困難は、若年で未婚、失語症という後遺症である。しかしこの母親は「病気になった自分やから」「別れられた」とその状況を逆手にとってDVから「飛び出す」。そうして「自分の言葉で」一生懸命話せるようになる。さらに「資格をちょっと取るための勉強するっていう話になっていった」(p10)ことに、Bさんは感動する。つまりBさんは困難な状況ではなく、その母親のもつ「生きる力」に着目して実践するのである。

また「実は」と言ってくれる関係性について、次のように語る。

B: その母が実は言うてくれる関係性を持っとかなあかんって思ったんですよ。なんでか、言えない、言えない。まあ別になんもないっていう人のほうもおおき、圧倒的に多いかもしれない。『いや、ほんま、こんなあってん』って言うてくれるぐらいの、えーとまあ言うたら、信頼関係じゃないけど、こう、そういうつながりをいざというときに言える、いざというときに保育所にSOSができる、保健師に電話できる。自分では『これはあかんあ』と思って、でも(虐待)やってしまったけど、すぐ電話できて、『ありがとう、よかったね』ってなるから、なんかすごく、そこができるルートが何本か、何本もある、言える人が何本もあるっていうのを、はその人の力なんですけどね、言える人は。その、言えるっていう彼女の力なんだけど、何本も道を持っといた方があかちゃんは安全だなっていう気はしてるし。(p30)

Bさんが語る「実は」といえる関係性とは、「いざというときにいえる」関係性である。「いざというとき」とは、児の安全が守られていない状況を示している。Bさんがこのように考えるようになった事例として、虐待してしまった後に、自ら保育所に電話したケースを語っている。Bさんは、「(虐待のことを)言って」くれて「ありがとう」、事なきを得て「よかったね」ってなるから、と語る。虐待の事実を「言えた」ことに対して、「ありがとう」と言うBさんの実践の背景には、虐待してしまった母親のなかに、虐待してしまう母親の「気持ち」と「これはあかん」という相反する「気持ち」が同時に起こりえることを捉える実践スタイルがある。

言えないことが「実は」と「言える」ためには、「ルート」が必要だとBさんは語る。保育所の先生や保健師、また訪問で関わる助産師など「何本も」「ルート」を持っておくことが児の安全を守っていく。「いつもこうルートをね、つなげときたいですよ。孤立が一番困

るから」(p14)と、Bさんの訪問が終了した後は、「保健師さんに相談できるよ」「役所に行っているんだって」(p14)と、相談できる場所を母親に伝え母親たちが孤立しないように、児の安全が守られるように実践している。

このような母子との関わりに「すごく感謝して」、「宝物やなって思って」(p15)とBさんは語る。また「私の母子手帳よ」と言った母親のこと、「亡くなった命のこと」を忘れないと語る。つまりBさんの実践は、関わってきた母親たちへの「感謝」と「宝物」としての経験で支えられている。

第5章 臨床助産師による実践

本章では、臨床助産師2名の実践を取りあげる。

第1節 助産師Cさんの実践 ―母子とその周りもみる

助産師Cさんは30歳代後半、病院に勤務して10数年になる。Cさんの語りの構成は、【「人を見る」ことへの問い】が語り全体の主軸となっており、それはCさんの助産師としての願いにつながっていた。これらを1項で示す。2項では、Cさんの「人を見る」ことへの問いの着地点として語られた【母子とその周りもみる】という実践を、3項では、母子とその周りもみることでみえてきた【「踏み込んで」関わり、地域に「パスする」】という地域連携における実践を示していく。Cさんが語る「人を見る」の「みる」を漢字で表現すると、《観る》や《看る》、《診る》が当てはまりそうであるが、後述する語りからは、〈担当する〉や〈捉える〉といった意味も含み、さらにCさんと母親双方向の〈視線〉も包含されている。そのため本節では「みる」をひらがなで表現する。

第1項 「人を見る」ことへの問い

Cさんは新人助産師のときから、「人を見る」ことへの問いを持ち続けてきた。新人助産師の頃に初めて継続して担当した妊婦は、受け持ち当初はローリスクと思われていたが、妊娠中期にパニック発作を起こす。先輩助産師にアドバイスを受けながら、関わりを考えていたCさんだったが、身体面中心の保健指導に当時の上司から指摘を受ける。

C:『この人の、病気があって、この人では、この人の中にそのパニック(発作)ってものがあるのに、それを別でみるとか、合わせてみるとかって言ってる時点で、あなたにはもう人はみせら、みさせられません』って言って、怒られたことがあって。でも、それが初め、全然理解ができへんくって。で、人を見るってどういうことやろうっていうのが多分、その1年生(助産師1年目)の時点からずっと入ってきて。それは、多分、一番初めの、基にはなったんやとは思うんですよ。(p7)

「人を見る」ことへの問いにつながった、このエピソードは10数年たった今でも助産師として働くCさんの根底にある。だがその意味を当初は「全然理解でき」なかった。助産師として経験を積むなかで、その答えが明確になっていった。ここでCさんの助産師としての願いを確認しておく。

C:いろんな所で、これがいい、あれがいいとか、ま、母乳がいいとか、そんなんもあるんですけど。絶対的に、やっぱお母さんと赤ちゃんが、気持ち的にも身体的にも社会的にも元気であってほしいし、それが10年後、20年後なってきたときにも。そのまま元気であって

ほしい。その、生まれてきた子どもが、そのお母さんから愛情を受けて、その子どもが、次また親になっていくときに、こういうふうに愛情を受けたからこうしたって思ってもらえるような家族になっていてもらいたいなっていうのがあるので。そこをできるだけ気をつけて、みていけるようにとは思ってます。(p5-6)

Cさんの願いは「お母さんと赤ちゃんが」「元気で」あることで、それは「10年後、20年後」を見据え、母親から次の世代へと続いていく家族に対する願いである。いろんな所で、「これがいい」「あれがいい」「母乳がいい」とか、あるんです「けど」と逆接でつないで、「絶対に、やっぱ」とその思いを強調するように語っている。これは助産師であるCさんが「いい」と考えることよりも、お母さんと赤ちゃんが「元気であってほしい」ことが優先される願いであることを示している。これは後述する場面でも一貫している。そして、そこをできるだけ「気をつけて、みて」いけるように実践している。Cさんの「人をみる」ことへの問いは助産師としての願いにつながっているのである。

第2項 母子とその周りもみる

「人をみる」ことへの問いの着地点として語られた〈母子とその周りもみる〉は次の4つから構成される。Cさんが「みる」空間的な拡がり、「みる」時間軸、「みる」ための方策、そしてCさんの「人をみる」という捉え方である。それぞれを確認していく。

2-1 母子とその周りを「いろんな方面から」みる

「いろんな方面から」みるは、Cさんが〈母子とその周りもみる〉空間的な拡がりである。

C: 赤ちゃんとお母さんだけでなくって、その周りもしっかりとみたいなっていうのはずっと思いながらやって。今、来てくれてる妊娠中の赤ちゃんとお母さん、にどうしても目ばかり行っちゃったりとかはするんですけど。きょうだいやったりとか、旦那さんやったりとか、おじいちゃん、おばあちゃんやったりとかっていうところがきちんと整うからこそ、お母さんがきちんと育児とか、赤ちゃんを見ていけるんだなっていうのが、すごく〇〇病院で勉強させてもらったので、その辺りは、もう、みるようには気をつけてます。(p5)

Cさんは「今、来てくれてる」目の前の母子だけではなく、「その周りもしっかりとみたい」と語る。「その周り」とは、今、目の前にはいない、きょうだいや夫、祖父母である。目の前の母子に「どうしても目ばかり行っちゃったり」と自己の関心の向き方を捉えながらも、「けど」とつないで、「みるようには気をつけて」といると語る。言い換えると、「気をつけて」みないと、「みる」ことができないと捉えていることがわかる。そして「その周り」がきちんと整うから、母親が「赤ちゃんを見ていける」と考えるのである。

「勉強させてもらった」と表現した助産師としての経験から、Cさんが気をつけて「みる」

ことで、母子と「その周り」がみえるようになってきた。助産師1年目の、妊婦の「パニック(発作)」という焦点化された視点から、母子を取り巻く人的・社会的環境へと視界が広がっている。

さらに「人を見る」ことについて、次のように語る。

C: いろんなハイリスクな方とかもみせて、普通のまず正常な方ももちろんみさしてもらいながら、お母さんた、ハイリスクとかもみていく中で。じゃあ母乳ってどういう、(母子)同室するってどういう意味があって、母乳をやっていくってなるときに、母乳のメリットもわかるけど、お母さんの身体のこともあるって、家族のこともあるって、金銭的なこともあるってとか、いろんな方面から考えていったときに、ここだけをみてたらあかんねんな、とかっていうのを、ちょっとずつ思うようになってきて、とかですかね。(p7-8)

ハイリスク妊婦や正常に経過する妊婦を「みさして」もらうなかで、「いろんな方面」から考え、「ここだけをみてたらあかん」ことに、「ちょっとずつ」気づいていく。ここでの「みせて」「みさして」は〈担当する〉という意味も持つ。Cさんが語る「いろんな方面」とは母親の身体面、家族や経済面といった社会面を「みる」ことである。「ここだけ」に着目すると、「母乳のメリットもわかる」けど、「母乳のメリット」だけを「みてたらあかん」と考えている語りの構造がわかる。前述(1項)したように、Cさんが大切だと考える母乳や(母子)同室のメリットを一旦脇に置いて捉える、Cさんの「人を見る」ことへの考えが現れている。

「ここだけをみてたらあかん」ことは、「ハイリスクな方」とか、「正常な方」を「みていく」なかで、みえてきたことといえる。つまりCさんの「周りをみる」ことは、母親との関わりの経験で培われてきたといえる。

さらに被虐待の生育歴をもつ妊婦への先輩助産師の実践を知ることで、妊婦の過去を「みていく」必要性に気づいていく。Cさんは「私は(直接関わることは)できへんけど、みさせてほしい」と言って、先輩助産師の保健指導を見学させてもらう場面の語りである。

C: そこ(虐待を受けたこと)を、お母さんがすごく淡々と話すんですよ。『私、こんなことされてました、あんなことされてました』って言ったことに対して、その先輩の助産師さんが、『今なんかすごく普通にしゃべってるけど、多分そうせなやっていかれへんかったんやと思うけど、それが当たり前のことじゃなくて、あなたがすごく頑張ってきたことで、こうこうこうで』っていう、その人の考えをちょっとずつ、『よう頑張ってきたね。ようこうやって、やってきたね。でも、これが当たり前じゃないから、自分のときはこうしようね』みたいな話とかをしてるのを見て。あ、そうか。この人の今だけじゃなくって、今までの生育歴やったりとかっていうことが、今後に響いてきて、やっぱ今度、赤ちゃんにやってきてとかっていうこととかを、ちょっとずつ、その事例をみさせてもらいながら、あとはもう研修とかでやってくと、ちょっとずつ、つながっていったって、みたいな感じで、必要やなってい

うのは思うようになっていったんやと思います。(p8)

先輩助産師の関わりから、その妊婦の受けてきた虐待という過去の出来事が、「今後に」響いて、生まれてくる赤ちゃんにも影響するということに気づいていく。この語りでは「ちょっとずつ」が多用されている。助産師として経験を積むことで、母子と「その周りもみる」ことが、「ちょっとずつ」つながっていった。「ちょっとずつ」で修飾される言葉には、時間的経過と「みる」視点が含まれる。つまり助産師としての経験の時間と、みえていく範囲が示されている。さらに次項(2-2)で示すように、母親の考えを捉えるときにも「ちょっとずつ」と表現する。それは母親を捉える際にも、時間をかけて「みる」とともに、いろんな方面から捉えようとする現れである。

2-2 妊娠を起点に母親の過去と未来をみる

本項ではCさんの〈母子とその周りもみる〉時間軸をみていく。Cさんは、妊娠を起点としてその人の人生を捉えている。

C: 自分の中の助産観ってあるじゃないですか。自分の中として、母親としてはこうあってほしいとか、子どもにはこうあってほしいっていうのはあるけども、でも、それは自分の中の考えであって、それが全員に当てはまるものでもないし、みんなの価値観に合うわけでもないっていうのが、思うんですね。で、だから、きっとこの人にも、その今までの考えがあって、社会経験とか、生育歴とか、そういうのがあって、今の感情があって、赤ちゃんに思うのがあって、育児に対しても、このやり方がやりたい、このやり方がやりたいから、全部が、その子のことをきちんとと思ってであれば、きっと正解なんだろう、って思うので、ただ、まあ、それが、例えば、赤ちゃんにとって悪い影響が及ぼすとか、お母さんに良くない影響が今後も出てくるだろうっていうのであれば、ちょっとずつ、それは修正するのが助産師の仕事やと思うんですけど。そういうふうにきちんと、こっちの固定観念ではなく、その人の価値観とかを、に寄り添って、それに合わせていくっていうことが必要やから、だから病気とかがあったときも。もう、それがある人がその人なんだから。で、それと付き合ってきた人生があって、で、妊娠っていう期があるわけだから。それに、じゃあこの人の中でどうやっていくことがベストなんだろうかとかっていうところに。で、この人の生活が元々があって、これからこの人と赤ちゃんの生活が入ってくるっていうところを基盤として、きちんと考えていくっていうことなのかなと思います。(p9)

病院で勤務する助産師は、「妊娠」を機に妊婦と出会う。当然のことながらその妊婦には、「今まで」の生活がある。Cさんはその「今まで」の考えや「社会経験」「生育歴」を捉えようとする。そしてその「今まで」の生活から培われてきた妊婦の「価値観」に寄り添っていきこうとする。これは前述(2-1)した、「母乳」や「(母子)同室」のメリットといった、「こっち

の固定観念」に囚われないCさんの助産観とつながっている。つまりCさんの中にある、「母親としてはこうあってほしい」「子どもにはこうあってほしい」という、Cさん自身の価値観を自覚しつつも、対象となる「この人」の価値観を捉えようとするのである。「病気とかがあったとき」も「それ(病気)がある人がその人」で、「それ(病気)と付き合ってきた人生」があって、今の「妊娠っていう期」があると捉える。さらには、出産後に続いていく、この人の「これから」を捉え、妊婦と赤ちゃんとの生活を見据えるのである。

「妊娠」という時期に出会う臨床助産師による特定妊婦との関わりにおいて、Cさんは、「今まで」という〈過去〉と、「これから」という〈未来〉を捉えるのである。つまり妊娠を起点とした母親の〈過去〉と〈未来〉という時間的な視点の拡がりが見てとれる。

2-3 「みてもらえてる」と母親が思えるように、母親の話を聞く

Cさんの「みる」方策である、「みてもらえてる」と母親が思えるように、母親の話を聞くCさんの語りをみていく。

C: 一番初めに、できるだけ先、お母さんのことを話そうにはしてるんですよ。(産後)2週間(健診)でも1か月(健診)でも。生まれてからも。『体どう?』とか、『お母さん寝れてる?』とか、産後の退院、入院中とかも。先に自分(を)みてもらえてるって思えるようにはしようとは思ってるから。で、そこでもう先に赤ちゃんの話が出てくる人は、もう赤ちゃんのこと見えてるやんなどか思うから。(p42)

産後の関わりでは、まず母親の話題から入ると語る。実際には、母親の体調や様子を聞いている。それは優先して自分を「みてもらえてる」と母親自身が思えるようにするためであり、それには助産師が母親を〈みている〉というメッセージも含まれている。Cさんが母親を「みる」とときには、同時に助産師から「みてもらえてる」という母親の視線も〈みている〉のである。つまりCさんの「みる」には、母親が見る助産師からの視線をも含んだ視線を「みる」という、入れ子構造となっており、Cさんと母親双方向の〈視線〉が包含されているのである。Cさんの実践において、これは、はっきりとは自覚してはいないが意図的に行っている。

またこれは母親の状況を捉えるためでもある。母親が「自分(を)みてもらえてる」と感じ、それ以上のニーズがない場合は、「赤ちゃんの話が出てくる」。言い換えれば、「赤ちゃんの話が出て」こない場合は、「赤ちゃん」にはまだ目が向いていない状況を捉えるのである。そのために「基本私からしゃべらないです」「まず向こうからしゃべってもらえるようにするにはしてて(p43)」と語る。Cさんの実践では、Cさんから問いかける、能動的に「聞く」行為と、母親の話を受け止めて「聞く」、受動的な行為が組み合わさっている。

2-4 困難を抱える母親の変化を〈強み〉としてみる

前述したようにCさんの「人を見る」ことには〈捉える〉といった意味も含まれる。本項では母親の〈強み〉を捉えるCさんの実践を示す。

次の事例は、実母と折り合いが悪く精神疾患による内服のため、「8時間しか起きていられない(p24)」母親との関わりである。「8時間(は)起きてられる」と産後のサポートの調整を行う場面である。

C: ま、『8時間(は)起きてられる、やから、(朝)保育園にパパが送ってさえくれたら、その後寝れ、ずうっと寝といて、保育園のお迎えの時間、(夕方)4時ぐらいに起きて。迎えに行つて。パパ帰って来るまでの時間、起きといて、で、一緒に寝て。で、パパに(朝)送りって、また送ってもらってってすれば、あなたのリズムは整ってくるから、あと1か月やねん』っていう。だから、『この1か月何とかしながらいくのと、保育園の申請を下さい』って話を1か月健診で、2週間(健診)でもして、1か月(健診)でもして。で、2週間(健診)のときに言ったけど、1か月(健診)で『どうなん。保育園の』って言ったら、『そんな時期に預けるなんてかわいそう』っていうことを、実母と旦那にも言われたって言ってたかな。・・・で、『旦那に言ってほしい』って。『その義理のお母さんの所に行く必要性と、義理のお母さんに(精神疾患があることを)言わなきゃいけない必要性と、でも、言わ、言うのが怖い』っていうことと、保育園の必要性を、『自分からようしゃべらんからしゃべってほしい』って言ったら、『ああ、いいよ』って言って。で、『さらにしゃべろう』って言ってしゃべって。そしたら旦那さんも、『あ、そういうことやったんや』って言ってくれて。(p32-33)

Cさんは「8時間(は)起きてられる」と、起きていられる「8時間」を母親の〈強み〉と捉え、母親と夫に育児の調整を具体的に示していく。Cさんが必要と考えたのは、義父母への協力依頼と保育園への入所申請であった。当初、夫はその必要性を考えていなかったため、母親本人の要請を受け、代弁してサポートの必要性を夫に伝える。母親がCさんに夫への代弁を依頼した背景には、子どもを「そんな時期に預けるなんてかわいそう」という実母と夫の言葉があり、その母親の気持ちを汲み取りCさんは夫に伝えている。つまり母親としての役割を強調した言葉と、母親の現状との溝を埋めるように関わるのである。そうすることで夫は、「そういうことやったんや」と母親の置かれている状況を理解した。また義父母には、精神疾患があることを、「それで拒否されたらどうしようって思うから、よう言わない(p31)」と躊躇する母親に、義父母の気持ちを次のように代弁する。

C: 『みんなあなたのことが大事やから、傷つけないと思うし、こうやってしんどくならないかなって思うから、多分、もし(精神疾患の)話をしたときに、どうしようって顔はされると思う。でも、それは悪い意味じゃなくって、あなたが大事やから、傷つけないから言葉も選ぶし、寝かしてあげたいなとも思うし、これはやっていいのかな、やったらあか

んのかなっていう感じでは来られるとは思うけども、それは悪い意味じゃないんだよ』って
いう話とかを、結構、1時間ぐらいかな。ワーってして。

『あ、じゃあ初めから、すぐ(に)はやっぱ、まだよう言わないです』って。『でも、ちょっと
ずつ、そこ(義母宅)に泊まりに行けるようにしようと思います』ってなって。ワーって言っ
た後に、『あ、じゃあ』、最終的に、『今から行きます』みたい、今から行きます。(笑い)

I：旦那の実家？

C：そうそうそうそう。で、旦那さんの実家と、あと、保育園申請と。(p33)

当初、自身の精神疾患を義父母に伝えることに戸惑いがあった母親だったが、「結構」「1
時間ぐらい」「ワー」って、Cさんが話をすることで、母親の気持ちは「ちょっとずつ」変化
していく。それはCさんが代弁する義父母の立場に立った視点を、母親が感じられたからで
ある。前項(2-2)で「ちょっとずつ」で修飾される言葉には、時間的経過と「みる」視点が含
まれることを述べたが、ここでも1時間という保健指導の時間のなかで、義父母の視点を、
「ちょっとずつ」取り入れられることで、母親の気持ちに変化が生じたのだといえる。そし
て母親は最終的には、「この土日でお母さん(義母)所行くし、保育園の申請も、もうすぐしよ
う」と言って、「今から行きます」と、その健診の帰りに保育園の入所申請に向かった。そ
れをCさんは、保健センターの保健師からの「今、来たんです。保育園申請(p33)」という電
話で知る。この行為に、「めっちゃ行動力あります(p33)」と母親の変化を〈強み〉として捉
える。つまりCさんは母親の躊躇する思いを受け取りつつも、潜在化していた母親の行動力
という〈強み〉を「みて」関わっていた構造が示された。

この語りでは、2度にわたり「ワー」と表現して、Cさんが「踏み込んで」関わっている様
子が現れている。この「踏み込んで」関わる実践の意味を次項でみていく。

第3項 「踏み込んで」関わり、地域に「パスする」

本項ではCさんの地域連携における実践をみていく。テーマは「踏み込んで」関わる、地
域に「パスする」の2つから構成される。

3-1 「踏み込んで」関わる

Cさんは特定妊婦との関わりのなかで、保健センターの保健師をはじめとする地域保健行
政との連携を多く経験していく。そのような地域連携の経験を積むことで、病院での助産師
の実践において、「限界」を感じ始める。

C：保健指導(に)入り出したときって、いやいや、(産褥)入院中やっぱすごいターニングポ
イントやし、ここ(病院)でできることとかもすごい(と)思ってたんですけど。なんか年々、
限界があるっていうのがやっぱ思うし。なんでしょう、病院は。外来(妊婦健診)はまあ、
ずっと、いっぱい会える機会な、妊婦健診やけど、入院中なんて、確かにすごいお産もすご

い大変なときやし、ホルモンもすごい動くときやけども、基本スタッフが呼んだら来てくれて、ご飯も準備してくれて、掃除もしてくれて、ていう場所やし、家(に)帰ってからでは全然違うんだらうなって。病院の中でできても。(家では)できないことはすごく多いんだらうなとかっていうのをすごく思うようになってきたときに、病院でできることってすごく限界があるし。(p34)

Cさんは当初、病院での助産師の関わりを、「すごい」と思っていた。しかし「年々」「限界がある」と思うようになる。病院では、生活の場ではない状況での育児であり、「家(に)帰って」からの育児とは、「全然違うんだらうな」と想像する。産褥入院中の関わりはとても重要だが、その先にある退院後の育児を捉えた時には、病院での助産師の関わりに、「限界」を感じるのである。また病院でみえる母親の姿は「いくらでも取り繕える(p37)」姿で、本来の姿ではないとCさんは考える。しかしながら、これはCさんが、〈母子とその周りもみる〉ことで、みえてきたことといえる。つまり生活の場を〈みよう〉とするCさんの志向が、病院での助産師の関わりに「限界」を感じさせるのである。

一方で、母親との関係構築では、地域よりも病院では拒否されにくいと語る。

C：なんかあの、地域の人よりも拒否がされにくいというか。

I：そうよね。

C：制服を着てるからなのか、みてもらってる感があるからなのかは分からないんですけど。拒否されることってすごく、地域に比べると少ないんやらうなっていうのあるから。だからこそ、決まった数(妊婦健診に)来てくれるし、接触しようと思ったら接触できるし、できる機会があるし、・・・て、いうことができる場所やからこそ、地域の人が踏み込めない場所は踏み込んで。(p36)

病院では助産師が母親から拒否されることが少ない理由を、分からないとしながらも、「制服を着てる」からなのか、「みてもらってる感がある」からなのか、と語る。「みてもらってる感」は、母親が「みてもらえてる」と思えるようなCさんの実践が、理由の1つと考えている。またそのような存在として「制服を着てる」助産師を、母親が認識することが、もう1つの理由として語られる。ここでは病院と地域の役割が対比して語っている。病院は妊娠期から出産後1か月までの期間に、「決まった数」接触できる場であり、この周産期においては地域の人が「踏み込めない」場所と捉える。だからこそ、周産期では臨床助産師が「踏み込んで」母親と関わり、地域につなげることが必要と考えるのである。

3-2 地域に「パスする」

本項は、地域へつなげる実践の語りである。

C: 病院での情報はすごく大事な情報やから。でも、それを知ってる、知ってないでは地域は違うやろうから、病院じよ(産師)、と、勤める助産師としてできる働きって、ここの関係作って、ここの逃げ場にしながら、地域とつないで、結局、地域の人との信頼をつくってもらって、十何年とかかけて、フォローしてもらうことしかできないんじゃないかなって思ってきて。で、どんどん。なんかやれる限りのことをしつつ。ちょっと通路は立てれるけど。でも、通路立ててやっていって、最終的にはもうパスするのが私の仕事なんだろうなみたいな感じで、年々思うようになりました。(p34-35)

地域の人が「踏み込めない」場所、母親にとっての「逃げ場」として、病院の助産師の「働き」を位置づけ、母親との関係構築を図っていくことが病院で勤務する助産師の役割だとCさんは考える。そして1か月健診以降は、「地域の人との信頼をつくって」もらえるよう、地域につないでいく。それを「パスする」と表現する。その具体的な場面の語りを取り上げる。

実母に精神疾患があり、ヤングケアラーだった妊婦と出産後のサポート体制について一緒に考える場面である。

C: 母子寮(現在の名称は母子生活支援施設)(に)入れるかどうか分かんないから、一旦、まあ、保健センターの所で、ちょっと、『私たちはどうしても家のこととかも分かんないし、家にお邪魔することもできへんし』っていうこととかは話して、『これから長い期間ってなったときに、どうしてもやっぱ保健師さんがいいと思うから、保健師さんに話していいか?』って言ったら、『いい』って言ってくれたんで。『じゃあちょっとその母子寮の話とかも、ちょっと聞いてみるわな』っていう話をしたときにも、『あ、でも、お母さん(実母)と連絡取られへんかったらあかんと思うから』とか、『(実母と)離れなきゃいけないんだったら行けないと思う』とかっていうのは、初めから本人も言われてたんですよ。ま、一旦でも、何が大事ってなったときっていう、まあ、『いろんな道はつくってみよう』って言って母子寮の話が出て。で、結局、えーと、えーっと、お母さん(実母)が、それで精神疾患(の障害者手帳を)受けてるし、生(活)保(護)も受けてるし。えーと、何受けてたかな。なんか、いろんなサービス受けてるような人で。

I: 福祉の?

C: 福祉のサービスを受けとって。なんかヘルパーさんとかもいるから、もう本人もほとんどなんか、外に出れる日と出れない日があるようなお母さん(実母)らしくって。で、もう家事は全部その人がやってくれる。で、っていうような状態やったから、そこ(福祉)の人から情報もらったりとか、お母さん(実母)側の人から情報をもらえるように保健師さんがやってくれて、じゃあ家の状況こんなんだよっていうのがどんどん分かってきて。(p15)

この妊婦は夫のDVから逃げて実家に戻っていた。実母と離れることに難色を示しつつも、「気分の不調をきたす原因はお母さん(p14)」であったため、実母と離れてサポートが受けられる方法を探していた。Cさんは、「これから長い期間」となったときは「保健師さんがいいと思うから」と、地域と連携する。そして「いろんな道はつくってみよう」と言って、サポート体制を模索する。母子生活支援施設(母子寮)や産後ケアセンター、〇〇(乳児院の産前・産後母子支援事業)の候補から、「〇〇(乳児院の産前・産後母子支援事業)が最適じゃないか(p18)」と地域の保健師と調整し、妊婦に提案して出産後の入所が決まった。

Cさんが語る「いろんな道」「通路」とは、地域で母親が利用できる制度のことで、このような「いろんな道」「通路」を立てるまでが、臨床助産師の役割であるとCさんは考える。そして最終的には地域に「パス」して、「これから長い期間」は地域に任せようとする。それは産後1か月までという時間的な「限界」を認識したからこそ、この期間においては「踏み込んで」、いろいろな「通路を立て」ようと模索するのである。「踏み込んで」関わり、地域に「パス」と表現した実践の背景には、臨床助産師の時間的な「限界」と関係構築の強みを活かした実践という構造がある。

地域連携における実践では、Cさんの捉える〈母子とその周り〉の人的・社会的環境が、保健師、福祉に関わる人や、保健センター、産後ケアセンターといった地域の施設や、生活保護といった利用できる制度へと、さらに広がっていた。つまりCさんの実践では特定妊婦を取り巻く状況に応じて視界が広がっていくのである。

第2節 助産師Fさんの実践 ―みんなで見守る

助産師Fさんは、現在、病院に勤務する50代の助産師である。地域における母子への訪問事業や教員の経験を持つ。Fさんの実践は、【みんなで「見守る」】ことを土台として、対象をどのように捉えるかという、【「気になる妊婦」の「見立て」】と、【「気になる」妊婦の情報扱い】といった妊婦の情報にまつわる実践から構成された。

第1項 「気になる妊婦」の「見立て」

Fさんの病院では、すべての妊婦に妊娠中期に出会い、助産師外来において定期的に関わっている。助産師外来の担当は固定しておらず、ひとりの妊婦を複数の助産師で担当する。Fさんの実践においては、一貫して「みんな」で関わるのが実践の土台となっており、それゆえ「自分たち」「私たち」といったように複数形で実践を語る場面が多くみられた。

本項では、「気になる妊婦さん」の「見立て」について、2つの場面を取りあげる。Fさんが語る「見立て」とは、妊婦の「気になる」状況であり、「子育てちゃんとできるのかな」という懸念である。

1-1 「自分たちの見立てが間違ってたかった」という経験

この場面は、病院の助産師間や関係機関において、妊婦に対する「見立て」が一致する場面である。妊婦と初めて出会う場面でFさんは、妊婦のそれまでの情報を聞いていく。

F: 上の子の妊娠の分娩産褥経過とかも異常なかったかどうかとかも、いろいろ聞くじゃないですか。そのときに、あの、精神疾患。

I: ああ、はい。

F: 心療内科の有無も、一応、確認してるんですね。で、その際に、やっぱり、再婚なんやとか、シングルマザーかどうか、未入籍とかいうことも、差し支えない範囲で、結構そのとき、時間かけて事前に、聞き取ってってます。で、やっぱりそういう段階で、『おや、この人ちょっと要注意やな』、『子育てちゃんとできるのかな』っていうような、なんかちょっと疑問を感じるときってあるじゃないですか。

で、そういうときに、やっぱり、週数が進んできたら、同じような、やっぱり、思いを持つ助産師もいるので。まあ、助産師外来(の担当)が固定してないので、いろんな助産師が一人の妊婦さんに当たるから、『気になるよね』っていう、まあ言うたら、気になる妊婦さんっていう方の話を(スタッフ間で)することがあるんですね。

で、うん。ちょっと(妊娠)週数いった頃に保健センターの方から連絡があって、『実は、特定妊婦さんがそちらの病院に行ってるので、今後、ちょっと情報を共有してほしい』って言って。そういうこと、やっぱりよくあって。で、自分たちがやっぱり、『この人なあ』って思った人が『特定妊婦さんです』って言われたときに、なんか自分たちの、その、なんか気付きというか、まあ、『この人もしかして』っていう、その感覚がね、『あ、おうてんやな』

って思うことがある。その、特定妊婦と知らへんで関わってて。 . . .

で、まあ、一つは、だから、特定妊婦かなっていうか、『この人そうちゃうかな』と思って、やっぱり、そう(特定妊婦)やったりすることで、自分たちの見立てが間違ってたって感じるのが、時々あるってことがあります。(p2-3)

最初の出会いの段階で、「おや、この人ちょっと要注意やな」と、Fさんが察知するのは、妊婦の「精神疾患」や「心療内科」の既往歴、「再婚」「シングルマザー」といった心理社会的な情報である。それは、「子育てちゃんとできるのかな」という懸念となって立ち上がり、それゆえ、「同じような」思いを持つ助産師と話をする。「同じような」という表現からは、Fさんが「気になる」妊婦の情報がチームで共有されていることを示している。そうして後に、「特定妊婦」であることを保健センターから知られることがよくあり、「自分たちの見立てが間違ってた」という経験をする。Fさんの懸念は、「同じような」思いを持つ助産師との共有や、「やっぱり、そう(特定妊婦)やったりする」という経験から、その「見立て」は強化されていく。この場面では、病院の助産師間や保健センターにおいて、妊婦に対する「見立て」は一致している。

Fさんにとって、〈子育てがちゃんとできるのか〉という「見立て」は特定妊婦と関わる際の指標といえる。Fさんが語る「ちゃんと」は、育児の状況の見立ての際に使われる。特定妊婦との関わりにおいて心掛けていることを次のように語る

F: まあ、取りあえず特定妊婦っていうことを、あの、であってなくても、先入観を、まず捨てて妊婦健診をします。もう、それちょっと、一旦、聞いているけど頭の中から出しとして、普通に妊婦健診をして、当たり前に腹部見て、当たり前に浮腫を見てっていうふうにして、まあ、超音波においても、一緒に胎児の成長を喜ぶっていう辺りは普通にします。(p21)

Fさんの実践においては、特定妊婦であってもそうではなくても、「普通に」「当たり前」に妊婦健診を行い、「普通に」胎児の成長を妊婦と一緒に喜ぶといった関わりをする。だが、特定妊婦では、「聞いている」情報を一旦、「頭の中から出し」先入観を捨てて関わることを心掛ける。つまり妊婦健診での場面は、特定妊婦と知っていてもその情報は一旦脇に置くのである。冒頭で語られた、知らずに「関わって」特定妊婦であることを後に知られる状況とは逆の構造といえる。

シングルマザーや再婚という社会的な情報は、腹部や浮腫を見るという身体を見る妊婦健診においては、直接的に使う情報ではないとFさんは考えている。さらに言えば、それらの情報が身体を見ることにおいては、先入観となり得ることから、「まず捨てて」フラットにして見る必要があると考えるのである。つまり特定妊婦と知っていて関わる妊婦健診では、Fさん自身の価値観を自覚的に脇に置くことが要請されることがわかる。

1-2 「自分たちの見立てが甘い」という指摘

前項では、Fさんたち病院の助産師と特定妊婦に関わる関係機関との、「見立て」が一致していた場面を取り上げたが、本項では、その「見立て」に齟齬が生じた場面を見ていく。

あるとき、特定妊婦との関わりにおいて、保健センターから「自分たちの見立てが甘い」という指摘を受ける。その事例は、多産婦⁴⁶で、ステップファミリーであった。すぐ上の子どもは乳児健診において体重増加不良からネグレクトを疑われていた。今回の妊娠では妊娠初期から特定妊婦として登録され、保健師からは、病院と保健センターが「連絡を取ってすることは、できたら伏せてほしいみたいな形で、(連携)した方(p5)」であった。

無事出産後、「(産褥)入院中は、見せてもらったときは、とてもちゃんと赤ちゃんにも働きかけてたし、完全母乳⁴⁷で退院されて、特に、そんなネグレクトみたいな感じはなかった(p5)」た。産後2週間健診において、児の1日の体重増加量⁴⁸の平均が数グラムと少なかったため、母親の乳汁分泌が良いことを確認して、授乳方法のアドバイスやミルク補足の提案を行った。2週間健診を担当したのは若い助産師であったが、Fさんは、「横で彼女が話すのを聞いて」「すごくいい指導もしてたし、お母さんの、意見も聞いてね、ちゃんとしてたから、また1週間後に来てもらっていいですかっていうことで、お約束もしてた(p6)」。

F: で、結果、1週間後に来たときにはね、1日〇〇g(約50g)増えてたんです。で、ミルクもちゃんと足せてくれてはったし、ちゃんとできててんけれど。その、(1週間後の病院に)来はる前に保健センターの方から、『なんで1日〇gしか増えてないのを良しとするんですか』、みたいな。

I: ほうほうほう。

F: あ、連絡が来たわけ。

I: うんうん。うんうん。

F: その(産後)2週間健診の結果を、(担当した助産師が)すぐに保健センターの方に報告か、電話でも報告したのか文書で報告したのか、ちょっと私、忘れたけど、とにかく、そっからすぐ(3日後くらい)に、『なんでそれでほっとくんですか』、『〇〇病院さんはそれでいいんですか』みたいな、なんかそういう返しがあったみたいでね。

なんかそのときに、何ていうかな、『それはわかる』、前の子もネグレクトと言うて、体重増加が少なかったって、追ってはんの、わかるけど、その、しっかりとお母さんの身体も、身体も見て、入院中も見て、その、私たち、若い助産師も含めて、一応、判断してるじゃないですか、その部分。で、1週間後もちゃんと見てます。見るっていう約束も取り付けて、来てくれるのも分かっているのに、なんかその、『私たちの見立てが甘い』みたいな、『見極めが甘い』みたいな、電話を受けたって聞いたときにね、なんか、自分が直接見たわけではないけれども。

すごいこう、なんか、『私たちは身体も見て言うてんねん』っていう、その怒りが、自分に起こった記憶があって。・・・いきなり、その、私たちがしたことについて、3日後ぐら

いに、『わあっ』で向こうからね、言ってくるっていうのはどうなんかなって思ったりもして。もう始めっから、もう、何ていうかな、決めつけているような感じが、保健センターの方にあったので、それがちょっと嫌だなって思ったことがあって。(p6-7)

Fさんの「怒り」は、「私たちは身体も見て」判断した結果が、保健センターには伝わらず、児の体重増加という数値だけを見て判断している状況に、である。Fさんたちは、「身体も」「入院中も」、そして「一週間後も」「ちゃんと見て」いる。この語りでは、「も」を多用して数値だけではないFさんたちの判断の状況を示している。この場面の「身体も見て」とは、母親の乳汁分泌状況や授乳の仕方を見ることである。さらには、1週間後の来院の「約束」も取り付けて、「来てもくれるのも分かってる」。つまり母親の身体と母乳育児の状況を経時的に「見て」、提案した授乳方法を母親が取り入れてくれる予測と、その後も関われるという確信を母親の表情から読み取り、関わっていたのである。実際、1週間後の来院時には、児の体重増加量は十分な値であった。

最初の保健センターへの連絡時には何も言われず、3日後ぐらいに、「いきなり」Fさんたちの関わりの甘さを「決めつけているような」一方的な連絡であった。

F: でも、あとあとね、この方については、福祉関係の方、児相(児童相談所)の方、保健センターの方、うちのスタッフ(助産師・看護師)と小児科医とかいう、たくさんの(人が参加した)会議があったわけですよ。その人のためにね。連携会議みたいなんがあって、そのときに、やっぱり、児相の圧がすごくて、その、児相がこの人を見ている中で、保健センターに、やっぱり指示があるじゃないですか。

I: ああ、はい。うんうんうん、はい、うん。

F: 保健センターに、児相から、『こういうことについて気を付けてほしい』とか、まあいろいろあるわけでしょうね。その圧がすごいから、児相とし、保健センターとしては、うちの病院にも求めてくるレベルがね、『やっぱり高いんやな』っていうのが、後から分かった。うんうん。だからやっぱり、こういう方に対する、その、見方がね、私らとは、もう、はるかに、濃いついていうのかなあ。全然違うんやっていうのをね、後で、スタッフ間でも(話した)。『だから、あのとき、そういうふうな連絡があったんやね』っていうのがね、分かったということです。(p7)

F: だから、その、『自分たちの見立てが甘い』っていうふうに言われたんは悔しかったけども、やっぱり実際に事件とかが起きて、この、最後に産んだ子に何かがあったときに、やっぱり、どれだけの対応を、手前でしてたかっていうところを直接責められるの、児相ですよ、ね、きっと。うん。だから、その真剣さがね、取り組みの真剣さが違うって、ちょっと思いました。(p8)

後日行われた関係機関が集まった連携会議では、児童相談所から病院に対して、「このこと（児の体重増加の状況）を大きく問題視してなかった(p9)」ことを指摘された。これらからもわかるように、児童相談所が「気を付けてほしい」という指標は、健診時の児の体重増加量である。それに対して、Fさんが「気になる」のは、〈子育てがちゃんとできるのか〉という指標である。それは児の体重増加量を含む、母親の「身体も見」ることによる判断であり、「一週間後も」見るといった、継続した時間を視野に入れた関わりであった。つまり特定妊婦の判断において、児童相談所とFさんたちの指標とする「情報」には差異がある。さらには、児童相談所が「問題視」という子どもに対する虐待予防の視点で見ている一方で、Fさんたち助産師は、母親の〈子育てがちゃんとできるのか〉という子育て支援の視点で見ていることがわかる。

しかし、連携会議の状況を聞くことで、Fさんの「怒り」は反転する。保健センターから病院への一方的な連絡の背景には、児童相談所の「圧」があったことをFさんは理解し、さらに「実際に事件」が起きたときに、矢面に立つのは「児相」であることを認識するのである。特定妊婦に関わる関係機関においては、社会から直接責められる「児相」、「児相」からの「圧」をうける保健センターという構造があり、それゆえ、保健センターから病院への一方的な連絡となった状況を捉えるのである。

一方、特定妊婦の「情報」においては、逆方向の流れがある。特定妊婦との関わりでは、病院と保健センターにおいて情報共有が行われる。この妊婦では、保健センターの意向で情報共有の現状は伏せられていたが、妊婦の情報は病院から保健センターに伝えられ、それを児童相談所に伝えるという流れがあった。

また、保健センターからFさんたち助産師に、育児の状況を「会話の中で探れるんだっただら探してほしいって言われ(p11)」ていた。

F: やっぱ、この特定妊婦の方のときに、その、『聞いてほしい』っていう内容があったときに、なんかすごく、あまりに聞き過ぎて、せっかくこう、信頼関係ができていのに、自分と、自分とというか、『病院とこの方との信頼関係が崩れへんかな』っていうのは常に思いながら、ぎりぎりのところで、気を付けてるっていうか。それはたぶん、みんな同じやと思うんですけど、そこがね、やっぱり難しいとこかな。

しかも、助産師が毎回変わることもあって。うん、もう、あの、固定の助産師じゃないのですね、その、固定でもないのに、毎回助産師が変わるのに、同じようなことを、やっぱり、聞いてくるいう辺りで、彼女はとても賢い方なので、ばれてる、ある程度ばれてたんちゃうかなとか思うんですね。うん。

I: その、探られてるって思われるとねっていう。すごく、今のとこよくわかるし。

F: そうなんです。でもやっぱり、言って、言っていたいたのは、保健センターの方からとか、電話を入れても全然取らなかったり、訪問しても全然居ない感じになってるのに、私たちが病院から電話かけるとね、すぐ取ってくれるんですよ。・・・そこは、何やろう、一

応、(妊婦さんから)信じていただいているというか、必要やと思ってか、向こうもね、関わってくださってるのかなっていう感覚は、手応えはありましたね。(p11-12)

保健センターでは得ることができない特定妊婦の情報を、病院では得ることができる。そのため、「言い方悪いけども、保健センターとかとしては(病院を)利用せざるを得ないっていうのかな(p12)」と語る。関係機関における特定妊婦に関する情報提供は本人の同意がない場合でも可能であるが、この妊婦のように、それを伏せての情報提供では、病院と妊婦との「信頼関係」の維持が危惧されるとFさんは考える。それゆえ、「ぎりぎりのところで、信頼関係が崩れないように、「気を付けてる」。つまり本人の同意を得ていない「情報提供」と特定妊婦との「信頼関係」が対立し、そのせめぎあいのなか、「ぎりぎり」のところで関わらなければならない難しさである。ここでもFさんは、「みんな同じやと思うんです」と、この危惧が自分だけではなく、Fさんのチームにおける危惧であることを語っている。

この妊婦は子どもの予防接種をFさんの病院の小児科で受けることになり、産後1か月健診以降も継続して病院で関わり、保健センターへの情報提供を行うことになった。Fさんは、「病院を絡めていろいろ見守っていく(p8)」と語った。

第2項 「気になる」妊婦の情報の扱い

2-1 「気になる妊婦」の情報を報告する

本項では、特定妊婦の情報にまつわる扱いから、Fさんの実践をみていく。Fさんの語りでは、特定妊婦の「情報」にまつわる扱いを追うことで、実践の構造を捉えることができる。

次の事例は、未婚の特定妊婦であった。妊娠発覚当初は、「(人工妊娠)中絶をするつもりやったのをやめて出産に至った(p13)」。

育児サポート者はパートナーだけであった。Fさんたちが、「一番、特(定)妊(婦)」として、申し送っていた内容っていうのが、産んでからの、その、赤ちゃんへの気持ちかね、非常に薄い方やったっていうことで、一応、私たちの中ではボンディング障害⁴⁹を疑ったケース(p13)」であった。保健センターにも、「すぐに関わってもらってるんですけど、保健センターの電話はなかなか取らないけど、私たちの電話は、やっぱり取るっていうのは、やっぱり(前述した事例とも)変わらな(p13)」い状況であった。Fさんは、この母親の産褥1日目と産後2週間健診を担当する。

F: とっても手早く赤ちゃんのお世話できるんだけど、すごくこう、『業務的にね、赤ちゃんのお世話してはるなあ』っていう印象やったっていうのは、実際に担当したスタッフから聞きました。で、私は、産褥1日目しか、ちょっと見てないので、その、本当に育児の仕方を、こう、お伝えする1日やったので、最低限のことはお伝えして。でも、器用に、ちゃんと教えたらすぐではるんでね、特にそんなに異常も思わず、母乳もちゃんと、その後も飲ませてはったし、ほとんど完全母乳で退院されたんですね。(p13)

Fさんが担当した産褥1日目では、「育児の仕方」を伝える日なので、特に「異常も」思わなかった。その後に関わったスタッフによって、業務的に「赤ちゃんのお世話して」いることが共有され、それがFさんたちの懸念であった。しかしながら、「赤ちゃんのお世話」は「とっても手早く」、完全母乳で退院した。

新生児の2週間健診では、EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)も赤ちゃんへの気持ち質問票もいずれも高値であった。数日後の母親の産後2週間健診では、赤ちゃんへの気持ち質問票がさらに上昇していた。

F: うん。だから悪くなった。うん。で、聞いたときに、やっぱり、『かわいく思えない』。・・・

I: うんうんうん。はいはい。うん。

F: で、『いなくなってしまった方がいいと思う』とか、あと、『叩きたくなることがある』っていうところも、『そういうときがある』って。『いつもじゃないけど、そういうときがある』っていうことも、はっきり言葉に出して言われて。で、やっぱり、『実際に叩いたことがありますか』ってなるじゃないですか。『それは無い』って。うん。

I: うんうん。うんうん。

F: でも、『どう言ったかなあ』、なんかね、とにかく、『どういうときにそういうことを、どういう場面でそういうことを感じましたか』、みたいな質問をしたときに、『あ、もうしょっちゅうですから』って、笑って言いはったんですよ、確か。で、なんかやっぱり、そのときに、『してはないけど、思うのはしょっちゅうや』ってというようなことを言われたと。で、まあ、パートナーの方が、あまり、時々しか来てくれないから、基本、自分でね、お世話もせなあかん。そしたらもっと、『支援者が要るんじゃないかな』って言って、『保健センターの人とかにも関わってもらおうか』っていう話をしても、特に自分は困ってない。うん。

『困ってない』って言いはったんですよ。支援者がいなくても。(p14-15)

産後2週間健診では、母親は赤ちゃんを「かわいく思えない」と言葉にした。赤ちゃんへの気持ち質問票の高得点項目の具体的な場面をFさんが問うと、「もうしょっちゅうですから」と返答した。そこで、Fさんは、時々しか来ないパートナー以外の支援者の必要性を考え、保健センターとの連携を提案するが、母親は、「困っていない」と返答した。

しかしながら、この状況は「やっぱり、気になる(p15)」ということで、その日のうちに、気になる情報を保健センターに報告した。

F: 報告したら、やっぱり『児相の介入が入ります』って、やっぱりなったんですね。その、いつ、その、本当の暴力に発展するかも分からないから、その、ボンディング障害を疑って、虐待も、やっぱり視野に入れて、「児相が介入することになりました』っていう連絡が(保健センターから)来て。で、(Fさんたちが関われるのは)残り1か月健診なので、そのときにも、『ちょっとよろしく願います』っていうことで。(p15)

Fさんが予想していたように、情報を受けた児童相談所は虐待対応の「介入」をすることとなった。この場面でFさんは「やっぱり」を繰り返して語り、「介入」を予想していたものの、情報提供への迷いも垣間見える。それは、この母親の気になる情報に対する見相の受け取りへの懸念である。

2-2 「見立て」に必要な情報にまつわるジレンマ – 「ぴかぴかの赤ちゃんとのギャップ」

一方で、同僚の助産師の言葉によって、Fさんの母親への「見方」に変化が生じる。

F: (産後)1か月健診の前に、ちょっと他のスタッフと話してたときに、あるスタッフがね、『あかんかな』って。『彼女はちゃんと赤ちゃんのことをきっちりお世話してるし、別に叩いてるわけでもないし、母性が育ってないっていうのはあるけれども、やることちゃんとやって、赤ちゃんの体重も増えてるんやから、それだけやったらあかんかな』って言ったんですよ。なんかそれ言われたときに、確かに、まあ、心はついていてないけれど、・・・たぶん、その、手元はとても丁寧なんですね。気持ちがそうであるけど、きっちりと、育児(が)できてるっていうのは、もう入院中から見てて、その後のお付き合いの中でも分かっているからね。『それやのに、見相がそんだけ、わあわあ言わなあかんほど、大変な対象とせなあかんかな』って言うスタッフがいて。なんかそのとき、自分、『はっ』としたんですね。なんかこう、みんなと一緒に、私も、ちょっと彼女を特別視、すごいしてるけど、ああ、そうやなって。『そういう見方もあるよな』って。(p17)

Fさんや他のスタッフがボンディング障害を疑い、それに関する母親の発言に注目するなか、あるスタッフの「それだけやったら、あかんかな」という言葉に、Fさんは、「はっ」とする。この場面では、病院内の助産師間で「見立て」に齟齬が生じている。あるスタッフは母性が育っていないことへの懸念を示しつつも「ちゃんと」「赤ちゃんのお世話をして」「赤ちゃんの体重も増えている」という、母親の育児の状況を捉える。Fさんにとっても、〈子育てがちゃんとできるのか〉という「見立て」で考えると、「育児(が)できてる」というのは、関わりの中かで分かっていることなのである。それゆえ、ボンディング障害を疑い、その発言に焦点が当たり「彼女を特別視」していた自分の視点に気づくと同時に、「育児(が)できてる」という「見方」が背後に退けられていたことにも気づいたのである。

さらに、Fさんは、「いつもいえるのは、とっても赤ちゃんは肌もきれい。ちゃんとお手入れがね、完璧っていいくらいできてるし、赤ちゃんの表情も、とてもいいし、着てる服とかも、とても清潔なものを着せてて、どう見てもちゃんと大切に育ててるっていうのは伝わってくるんですよ (p15)」と語る。Fさんが受け取った情報の根拠となるのは、「手元」や「お手入れ」と表現したように、赤ちゃんを世話する母親の「手」を見ていることがわかる。つまりFさんは、母親の育児が反映される赤ちゃんの姿も含めて判断しているのである。

F: とても表情のいい、このぴかぴかの赤ちゃんとのギャップっていうのかなあ。めっちゃくちゃ丁寧に育ててるのが、もう伝わってくるからね。『どうしたもんかなあ』って。うん。『愛情なくても、ちゃんと育ててたらいいなかなあ』とか。で、パートナーが、やっぱり、常に居る方やったらいいんやけども、不定期に来るような方やから、今後のことを考えたらやっぱりね。(p21)

母親は、「どう見てもちゃんと大切に育てて」いて、児の体重も増えている。赤ちゃんの表情もよくて「ぴかぴか」である。しかし一方で、母親は児を「かわいく思えない」と話し、その「ギャップ」にFさんは悩む。この場面ではFさん自身が、母親の発言という情報とFさんが見る赤ちゃんの姿の情報に「ギャップ」があることからジレンマを抱えている。さらに「児相」とFさんたちの捉える情報の「見立て」に齟齬を感じていることがわかる。

2-3 母親からの情報発信の意味を考える – 「正直に話し過ぎた」

1か月健診以降の保健師の訪問について、一旦は承諾していたものの母親は、「パートナーぐらいしか、別に家にも来てほしくないし(p16)」と話し、「負担になるから断れないかって言ってきたんやね。私らを通して(p16)」。

F: 『保健師、来てほしくない』、予防接種は当院じゃなく近くの病院で受けるようにする。で、もう一個がね、『正直に話し過ぎた』って言いほしました。私たちの質問に対して。あと、赤ちゃんの質問票に丸付けるのもね。『全部、正直に話し過ぎだから』、まあ、いろいろね、『いろんな人が関わってくるんやろうな』っていう感じで言っってはった。・・・ 介入が、生まれてから1か月の間にね、『きっと多過ぎたんやろうなあ』って。多過ぎて、彼女、『嫌になっちゃったんやろうなあ』っていうことで。最後の、1か月健診に対応した助産師がね、『なんかもうちょっと、自分の関わりも含め、この人に対してね、関係性がね、いい状態で保てる関わり方があったんちゃうかなあ』っていうふうに言っってはったんでね。まあ、彼女と関わった人間でね、まあ、そういう話をして反省したりとか、うん、してたんです。(p17)

「正直に話し過ぎた」という母親の言葉から、Fさんたちは自分たちの関わりを振り返る。「介入が」多過ぎて、「嫌になっちゃったんやろうなあ」とFさんは、母親の状況を捉えようとする。「ある意味SOSなんかなって思って、私たち、一生懸命、まあ、どんな場面でそう思いましたとか聞くわけですよ(p20)」と自分たちの関わり方の姿勢を振り返り、母親のそれまでの言葉をSOSとして受け取っていたことを再認識している。つまり出産後から産後1か月まで、Fさんたちは母親の思いを、「一生懸命」聞き、母親にとっては、「正直に」話せる場であったのである。母親が「正直に話し」、自ら情報を発信していたことには両義的な意味をもつが、Fさんたち助産師はその話を、SOSとして受け取っていたのである。母親から

の情報発信の受け手であるFさんたちが、母親のSOSを受け取りつつも、愛着に関する情報への懸念から、すれ違ってしまったことを振り返り、「関わり方」を模索するのである。

2-4 正確な情報を伝えて連携する

本項では、Fさんの情報提供における姿勢をみていく。

F: 例えばね、普通に育児してても一晩中泣かれたらね。『ほんま、口ふさいだらうか』とかさあ。

I: そうそうそう。

F: 頭の中でよぎ、よぎるし、もう本当、『うるさいわあ』とか、『もう寝てくれたらいいのに』って、もう、『よその部屋にやっとうか』とかね。

みんな、親ってね、あるとき、心が鬼になることあるじゃないですか。でも実際にしなくて、かわいい寝顔見て、『あんなことを思っでごめんね』って思ったりとか、そういう(こと)、ありますよね、いろいろね。手出すか手出せへんかっていうところは、もちろん出さないからいいんですけど。・・・多くのお母さんが、泣かれ過ぎて腹が立って、『もう赤ちゃんなんか産むんじゃなかった』って、一瞬思ったりとかね、そんなことはあるけど、言う機会がないから言わないだけでね。こうやって掘り起こされて、たまたま、彼女は本当に正直に、私たちに、心許して言ってくれたり書いてくれたりしたのに、なんかそれが、全て、こう、証拠のように、うん、『この人危険や』っていう、もう一方的な、この、何ていうやろう、決めつけ。『怖いなあ』って思ったし、なんかちょっと申し訳ない気持ちにもなってね、途中で。なんかその、『ぼん(それだけやったら、あかんのかな)』ってスタッフから言われたときに。『あ、そうやな』って、その、自分だけの視点じゃなくて、こうやっていろんな視点がね、あって、本当の、なんか、『支援が見えてくるんかなあ』とかいうのは思いましたね。

(p18-19)

前項(2-3)では、母親にとっては、「介入が」多過ぎて、「嫌になっちゃった」と語ったが、ここではそれと対比するように、「支援が見えてくる」と語る。それは、一方的な「決めつけ」してしまうような自分だけの視点ではなく「いろんな視点」から見て、「みんな」で共有して関わることである。「見えてくる」と言い切らず、「かなあ」とあいまいにするのは、母親本人との関わりが見出せないためであろう。

母親が正直に「心許して言ってくれたり書いてくれたり」したものが、「証拠」のように扱われることに対しても、Fさんは申し訳ない気持ちを語る。多くの母親が抱えるであろう、子どもの泣きへの苛立ちや、出産への一瞬の後悔は、「言う機会がないから言わないだけで」、母親の誰しもが持つ感情であることをFさんは改めて認識している。丁寧に「育児(が)できてる」ことが、置き去りにされ、母親の持つ否定的な思いだけが、「証拠」となり、「介入」の対象となることへの危惧をFさんは考えるのである。また「証拠」だけが独り歩きしない

ように、保健センターへの報告は、「その記憶が自分の中で改ざんされへんように、その日のうちに、電話とか、あと記録っていうのは、もう、するようにして(p21)」と語る。

F: 彼女の言った言葉も、何やろう、何とでも言えたり書けたりするっていうのかな。言葉のニュアンスとか、正確な、その方が言った言葉っていうのが、尾ひれはひれつけて、ちょっと大げさに表現してしまったりすることってないですかね。

I: うんうんうん。

F: ちょっと自分の主観が入ってしまったり。

うん。だから、より正確に、ちゃんと本当にあったこと、現実、事実だけを伝えたいっていう気持ちかな。自分の、なんかこう、色眼鏡で見るんじゃないかって、本当に言いだったこと、本当に、しはったことだけを、取りあえず、こう、くみ取った状態で報告する。(p24)

この語りではFさんの「情報」への扱い方が示されている。Fさんが、「改ざん」と表現したのは、母親が発した言葉が、自分の主観が入った「色眼鏡」で見してしまうことで、「尾ひれ」や「はひれ」が付いて「大げさに表現してしまう」ことへの配慮である。自分のなかで、無意識に起こってしまいかねない「改ざん」を意識することで、それを避けようとするのである。要するに、母親が発信した情報をFさんが正確に受け取れているのか、またそれらを適切な仕方で見相に伝えられたかをFさんは意識するのである。

Fさんは、「私たち1か月健診までじゃないですか、基本(p8)」と語る。それゆえ、地域の保健センターや児童相談所との連携が重要で、「改ざん」を意識するのは、必要な情報を適切に伝え、連携することを意図したものといえる。

第3項 みんなで「見守る」

本項では、Fさんのみんなで「見守る」実践をみていく。Fさんが語る「みんな」には、地域の関係機関を含めた「みんな」と、病院スタッフ「みんな」という2つの意味がある。

F: 妊娠中からの関わりで、いったん区切りが必要やったら、その妊婦番号、(保健センターに)送るけども、それほどでもなければ電話で妊婦のことぐらいはお伝えして、産後まとめてね、(情報提供票を)送るようにしてて。で、可能な限りは、これは私だけじゃないと思うんですけど、本人の同意を得て、みんなが、ちゃんとあなたのためにサポートしていくから(と伝えて)。・・・

ちゃんと同意を得て、あの、みんなで、まも、見守るし、別に、1か月健診、超えても、『育児相談っていう形で、うちの病院に電話したり来ていただくこともできますよ』っていうようなことは、『ここでぴたっと途切れないよ』っていうふうなことをお伝えするようにはなっていて。で、夜勤とかもあって、なかなか、あの、同じ人間がずっとその方の担当とかができないのが分かってるので。特定妊婦の方の情報っていうのは、入力もしますが、必ず、

師長のほうに報告して、保健センターとか児相とか、まあ、福祉関係から電話が、スタッフに入ってきて、くるんですね。『何々さんについての情報提供を』と。向こうからの情報提供があるときは、日勤勤務がずっと続く師長が対応するのがいいだろうということで、自分がいないときも対応してくれる師長に必ず報告してます。たぶん、それはみんなそうやと思うんですけど。(p22)

前述したように、Fさんは病院の助産師として関わりが持てる「産後1か月まで」という時間的な区切りを視野に実践している。それには、地域の関係機関との連携が不可欠であり、情報共有が重要となる。関係機関との情報共有がスムーズになされるように、師長を窓口として対応できるように師長に報告することが、病院スタッフ「みんな」の共通認識となっている。「必ず」師長に報告と繰り返し語るのは、Fさんが関係機関との情報提供を重要と考えているためである。「師長に報告しているっていう辺りで、まあ、みんなで見守っていってっていう感じはありますかね(p26)」と語る。師長への報告においても、「たぶん、それはみんなそうやと思う」と、「たぶん」と前置きしたのは、Fさんたち助産師みんなの暗黙の了解であるためといえる。

また、「可能な限り」特定妊婦本人に同意を得ることを心掛け、「みんなが」サポートすることを伝える。この「みんな」には、地域の関係機関が含まれる。つまり特定妊婦に情報提供の同意を得ることで、地域の関係機関も「みんな」に含まれるのである。「同意を得て」と繰り返し語るのは、「情報提供」と「信頼関係」の対立を回避するためである。そうして特定妊婦との信頼関係を継続して、1か月健診以降も「ぴたっと途切れない」ように、病院とのつながりも継続させるのである。

特定妊婦との関わりでは「複数の助産師で」見ることにについて次のように語る。

F: 心掛けていっているところっていうと、自分だけの、印象とか視点では、すごくこう、狭い視野でしか見れないなっていうのを感じてるので。自分と一緒に助産師外来をする助産師がたくさんいるんです。・・・一人で抱え込まないで、自分一人で抱え込まないで、複数の助産師で、そういう特(定)妊(婦)の方は一緒にアセスメントしていけるようにしてるといことも、一つの、自分の心掛けていることかな。で、意外と、さっきと同じように意外な見方が発見できて。保健センターとかに報告する報告書にも、ちょっとそういう、視野を広げた状態で印象を伝えたりするから。うん。まあ、地域で1人の人がずっと、こう、同じ人を見ていく継続性っていうのも大事やと思うんですけど、病院は病院なりの特定妊婦さんとの、そういう複数の意見を持ってアセスメントできるっていうところはいいんじゃないかなって、個人的には、はい、思ってます。(p22-23)

この語りでは、「一人」と「複数」が対比して語られている。「複数の助産師」で特定妊婦に関わることは、「一人で抱え込」むことを回避できる。また「一緒に」アセスメントでき、

「意外な見方が発見できる」。そうすることで、地域との連携においても「視野が広がる」。これがFさんの実践の土台となっている、みんなで「見守る」意味である。

「空いた時間とか、気になる人の話って、やっぱり出るんですよね(p26)」 「だから会議をするっていうほどではないけれども、やっぱり気になる方が健診に来たら、その後、情報共有を(スタッフと)自然としてる(p26)」と語る。Fさんの病院では、「気になる」妊婦の情報共有は、会議という場だけではなく、「やっぱり出る」といったように、自然発生的な形で勤務のなかに組み込まれているのである。つまり、インフォーマルなコミュニケーションにおいて情報が共有されている。このような実践もまた、Fさんが「みんな」で見守っていると実感することにつながっている。

特定妊婦の情報まつわる扱いを整理すると、冒頭では、特定妊婦の「見立て」について、情報共有することで「同じような」思いをもつことが確認された。それはみんなが同じ思いであることの確認でもある。「見立て」に齟齬が生じる場面においても、「情報」を共有し擦り合わせることによって、関係機関におけるそれぞれの立場を捉え、異なる「見方」に触れる機会となったり、同僚の言葉からは意外な「見方」の発見につながっていたりした。そうすることから、自己の「決めつけ」たような視点に気づいていった。さらには、母親から発信される情報の意味を捉えることから、情報をめぐる扱いには母親本人も参加しているといえる。これらの「情報」をめぐる扱いから、病院の「みんな」や、関係機関との連携といったネットワークが作られていた。

病院では、特定妊婦に同じ助産師が継続的に関わることは難しい。しかし、地域では継続的に関わるができる。それぞれの専門職の役割の特殊性を、「病院なりの」と表現し、病院スタッフ「みんな」と、地域の関係機関の「みんな」で特定妊婦を「見守って」いるのである。

第6章 母性専門看護師(CNS)による実践

本章では、母性専門看護師(CNS)の認定を受けている2名の助産師の実践を取りあける。

第1節 助産師Dさんの実践 ―安心できる関係の構築

助産師Dさんは看護教員として大学で勤務しながら、母性専門看護師として病院にも兼務し、実践している40代の助産師である。Dさんの語りは、経験の流れに沿って語られていたため、経験した時期に沿って構成した。テーマは、【助産師5年目頃の実践―「構え」と「怖さ」】、【大学院生時代の経験―「安心感」と「教えてもらえる関係」】、【教員としての実践―「出してもらえ」関係と「漏らしてもらえ」る関係】、【CNSとしての実践―意図的につなげる】、【インタビュー時の実践の構造―「構え」から「覚悟」へ】である。

第1項 助産師5年目頃の実践 ―「構え」と「怖さ」

1-1 どのように「関わっていったらいいのか」という問い

新人助産師として大学病院に勤務したDさんは多くの精神疾患合併の妊産婦と関わった。その後、大学院に進学した理由を、「精神疾患合併の方への関わりが分かんなかったり、怖さがあるから(p2)」と語った。「ちゃんと対応できなかったらどうしようみたいな、私自身の構えがその頃すごい高くって、助産師してて。ただ、そういう方が出産に来て、ちゃんとこう、関わってる感じがなかなかないなかで、このお母さんに会ったんですけど(p2)」と、大学院進学のきっかけとなった母親について語った。その母親は適応障害を抱え、また子どもの父親を特定できず未婚であった。Dさんが助産師5年目頃の経験である。

D：その方が適応障害っていうとこで、背景も複雑で、まずその、どういうふうに自分が関わっていったらいいのかっていう、そこの自分の怖さがあって。疾患、で相談をベテランの助産師さんとかにちょっとまあ、相談して、適応障害とかあるけど、配慮しなきゃいけない点とか、何だろうなあ、でもまあ、『普通に、しっかり関わっていけばいいんでしょうか』とか、とにかく不安で不安でしようがなく、相談しながらやってたんですけど。精神疾患あるなしにかかわらず、とにかく丁寧に関わっていきこうっていうとこで、まあ、妊娠中の妊婦健診ごとに、今の気持ちとか、出産の準備のこととか、『誰が手伝ってもらえそうかねえ』とか。・・・『こんなことを困ってて』って、少しずつ、まあ何だろうなあ、言葉数は少ないですけど、対面することは拒否せずに、毎回一緒にお話ししてくれて、で、出産後も初めての育児で、何だろうなあ、言葉数は少ないんですけど、居るとなんか受け入れてくれてる感じっていうのはあって。(p2)

助産師5年目頃のDさんは、精神疾患をもつ妊産婦との関わりに「構え」と「怖さ」があったと語る。不安があるなかで出会った母親との関わりが転機となる。この助産師5年目頃

の自分について、「なんか、がちがちになっていた感じ(p5)」と表現している。受持ち当初、「どういうふうに自分が関わっていったらいいのか」と自問自答したり、先輩に「しっかり関わっていけばいいんでしょうか」と相談したり、「とにかく丁寧に関わっていこう」と着地して関わっていく。Dさんの語り全体で主軸となっているのは、どのように「関わっていったらいいのか」という問いである。

1-2 関わりにおける主体の変換

転機となった母親との関わりをもう少し見ていく。Dさんは妊婦健診ごとに、気持ちを聞いたり、出産や育児の準備状態を確認していく。そうすると母親は「こんなこと困ってて」と、お話ししてくれ「受け入れてくれてる感じ」があった。無事に出産し退院した翌日に、母親はタクシーに乗って来院する。

D:抱っこ紐、これの使い方が分からないから『教えてほしい』ってことで、病院にタクシーで来てくれ、来てくれたっていうか、来たんですね。で、そのときに、自分も、そこに対応するのに精いっぱいだったんですけど、一緒にいたドクターの先生も、『あ、ちゃんとこの人、困ったり、助けを求めに病院に来てくれたんだね』っていうことで、何だろな、すごくこう、コミュニケーションも多分、上手じゃない方なんだけど、私もこれでいいのかな、と思いながらだったけど。病院に行けばD(さん)とか、他の助産師さん、同じチームの、居るっていうんで、そこは頼りに来てくれたのかなって思ったときに、もうアセスメントどうこうどころじゃないし、あれなんですけど。なんかこう、とにかく、近くに居て、何、困ってるかなとか、一緒にこう動いてたのが、この方には、そこは良かったのかもしれないなっていうふうに思ったとこだったんですね。(p3)

冒頭とこの場面では「くれて」「くれた」が頻発して使われている。「くれた」という表現は、行為の授受表現で相手の行為を受け取るという意味がある。つまりDさんは、母親の来院という行為から、「頼りに来てくれた」ことを受け取り、とにかく「近くに居て」「一緒に」動いてきた妊婦健診や出産、育児での関わりを、「そこは良かったのかもしれない」と結論づけるのである。それは行為の主体者である母親の力を捉え受け取ることでもある。「がちがち」と表現した「構え」や「怖さ」を語るDさんは、「自分が」「自分の」と表現して、関わりの主体が自分にあったのが、この場面では、母親の行為を主体として捉えており、関わりにおける主体の変換が見てとれる。

ここでDさんが語る「構え」と「怖さ」について整理する。「とにかく精神疾患(か)ある方への、その関わりへの怖さとか構えが、すごく高かったのが、まず分からないっていう(p4)」ことと語り、「疾患がないママ(母親)とはなんか違うんじゃないかみたいな、なんかそういう自分の構え(p5)」と表現している。つまり「怖さ」や「構え」は精神疾患をもつ母親の「分からな」さや、「なんか違う」といったものがベースにあり、関わりにおいて、「ちゃん

と対応できなかったらどうしようみたいな」「構え」が生じ、「不安で不安でしょうがない」状況にあった。

また「受け持ちってなると、その人の人生を全部、自分、責任を負ってるみたいな、なんかそういうふうに、その頃の私、多分、思ってた(P5)」「なんかそういう自分がなんか間違えちゃいけないじゃないけど、なんかそういう感じが、やっぱ性格もあるし、環境もあるし、勉強不足もあるし(p5)」と、その頃の「構え」の理由を語っている。関わりにおいて、「ちゃんと対応」することや「間違えちゃいけない」という助産師としての規範、対象を受け持つことに対する「人生を全部」「責任を負ってる」というような重圧から、「がちがち」になっていたのである。

D:自分とは異世界っていうか、違うみたいなのを、あの頃の自分はもうちょっと強く思い過ぎてるところがあったかもしれないですね、なんか。だけど、自分もちょっと人生経験を重ねてきたり、自分の出産もあったり、CNSとしてのいろんな勉強とか、なんかいろいろ通して、まあ、疾患があろうが社会的背(景)、いろんな背景があろうが、何だろう、その人が大事にしていることとか、心配なこととか、何だろうな、赤ちゃんに対する思いとか、何ていうのかな、なんか、疾患とかその背景はあろうが、何だろう、なんかみんなそういう思いが何らかの思いとか、抱えてるものがあるので、そこにこうアクセスできればいい話というか。(p6)

助産師5年目頃の自己の実践において、「関わられている感じ」がなかったと語ったDさんは、今考えると「構え過ぎてたのかもしれない(p6)」と振り返っている。転機となった母親との関わりを契機に、自己の出産やCNSとしての勉強など、いろいろな経験を通して、母親との関わりが変化していった。精神疾患や複雑な社会背景があろうが、母親の「思い」や「抱えているもの」に「アクセスできればいい話」だと言う。それは特定妊婦であろうが無かろうという意味も含まれる。

さらに、Dさんはこの事例について次のように語っている。

D:とにかく、どういう気持ちなのかなっていうふうに、とにかくこの人の、力になりたいっていう一心で、まあ、動いてたときっていうのは、少しか関係、対象者さんにとっては安心できる関係(が)つくれたのかもしれないかなっていう事例っていうのが、今の方、だったんですね。(p4)

「とにかく」と強調して、Dさんは母親の「気持ち」を想像し、この人の「力になりたい」という一心で関わってきたこと、妊娠期から出産、育児において、母親と一緒に動いてきたことが、母親にとって「安心できる関係」ができたのかもしれないと振り返る。助産師5年目頃の実践では、精神疾患をもつ母親は自分とは違う「異世界」として現われており、ま

た助産師としての規範や重圧からDさんに「構え」をもたらしていた。しかし、Dさんが母親の「力になりたい」一心で、母親の「思い」や「抱えているもの」にアクセスして関わることで、関わりの主体が変換された。「こっちが構え過ぎちゃうと、なかなか関係つくってということは、難しいんじゃないかなって思ってたんですけど(p6)」と語ることからも、「構え」が棚上げされることで、「安心できる関係」がつくれたと意味づけている。Dさんの実践においては、これらの経験から、「安心できる関係」をつくっていくことが、実践の土台となっている。

第2項 大学院生時代の経験 — 「安心感」と「教えてもらえる関係」

本項では大学院生(CNS教育課程)時代のDさんの実践を見ていく。

2-1 「自分以外に自分を分かってくれてる人」がいる「安心感」

大学院生時代に継続して受け持った精神疾患(うつ病と不安障害)をもつ事例は、第2子を妊娠中で、妊婦健診には毎回夫と上の子どもが同伴していた。

D: そこもやっぱり自分の中の、その怖さは何だろうと思いつつながら、怖さを思いながらの、関わりではあったんですけど。毎回の妊婦健診に一緒に居て、ただ一緒に居て、『どうですか、最近』っていうのと、ちょっとした疑問とか毎回、上のお子さんと一緒に遊んだりしながら、毎回、妊婦健診(に)居て、産後も毎回、(健診の)前にちょっと顔出ししながら、お話を聞く、とにかく一緒に居るっていうか。・・・あとは自分がその専門看護師っていうのをめざしてて。その役割っていうのが、精神科と産科とか、いろんな科をお母さんたち、またいであるときに、その精神、科と科の連携っていうか、つながりが十分できてないことが、お母さんたちにちょっと負担にならないかなって思いはあったんですけど。そういうところを『橋渡し』が自分もできるので、今こうやって大学院生として付かせてもらってますが、助産師でもあるので、そういうところの橋渡しとか、なんか困ることあったらいつでも言ってくださいね』っていうふうに、自分は最初、言ってたんですけど。(p8)

自分のなかの「怖さ」を思いながらも、とにかく「一緒に居る」という実践を語る。それは毎回の妊婦健診に「ただ」「一緒に」居て、上の子どもと「一緒に」遊んだり、妊娠期から産後健診も毎回、顔を出して「ちょっとした疑問」などの「お話を聞く」という関わりである。ここで頻出するのは、「毎回」と「一緒に」である。ここでは何かが起こるわけではないが、「毎回」「一緒に」過ごす時間が流れている。

また大学院生だが助産師でもあるので、と前置きして、精神科と産科の「橋渡し」ができることを自分の役割として母親に伝えている。それをDさんはCNSの役割のひとつである調整⁵⁰として位置づけている。「ただ」「一緒に」居て、「ちょっとした疑問」の「お話を聞く」という実践の背景には、精神科と産科の調整を行い、「橋渡し」するという意味がある。病

院における診療科の連携体制が十分ではないことによる母親が持つかもしれない「負担」への配慮であり、CNSの役割を意識したものといえる。

この母親との関わりが最後に近づいたとき、母親が発した言葉が、今もCNSとしてのDさんの支えになっている。

D:『あのとき、D(さん)に、つなぐよとか、橋渡しするよって言ってもらえたのが、すごい安心したんですよね』って言ってきて。何だろう、働いてる感じとして、その産科と精神科でそれぞれのこと言われちゃってて、それをこう整理したりつなぐ入って、あんまりお母さんたちの、何ていうか、自分が働いていた職場ではそういう役割、取ってる助産師さんの動きって、まあ、記録、やってた人もいないかもしれないけど、なかなか見えなかったから。何ていうのかな。そこって大事なんじゃないかなって思って、そういう意味でCNS(は)大事なんじゃないかなって思ってたんですけど。やっぱりお母さんの声から、その方の声で、やっぱりこう、全体状況(を)、把握してくれてて、必要であれば、こうつないでくれる、自分以外に自分を分かってくれてる人がいるみたいなことが、すごい安心感につながったんだなっていうのを実感したので。自分が何だかよく分かんない中でも、今CNS続けてるのも、なんか、そこをその人の、その、『それで安心できた』っていうのが、すごくこう、今その、一本支えになってる感じで。(p8)

精神疾患を合併する妊産婦の、それぞれの診療科から「それぞれのこと」を言われる状況に対して、全体を把握して「つないでくれる」CNSという存在が大事だとDさんは考える。それは今まで経験してきた助産師の「動き」では見えなかった役割であった。だが、母親の視点で見たときには、「整理したり」「つなぐ」人が大事で、それがCNSの役割だと意味づけるのである。それゆえ、母親の「それで安心できた」という言葉は、CNSとしてのDさんの支えになっている。

Dさんはこの事例との関わりを、「直接、何かそれで動いたことは、ほとんど少ないですけど、なんか、でも、なんかあればっていう(p8-9)」実践であったと語る。「動いたこと」は少ないが、母親にとっては「なんかあれば」「動い」てくれるDさんの存在が、「安心」につながっていたのである。

ここでは母親の視点での「くれる」という表現が頻出する。全体状況(を)、把握して「くれて」、必要であればつないで「くれる」、自分以外に自分を分かって「くれてる人」がいる、という語りである。行為の授受表現である「くれる」が母親の視点で語られることから、Dさんの関わりが、その母親に受け取られていたことを、Dさんが実感したのだといえる。

2-2 「教えてもらえる関係」

さらに、この母親との関わりを見ていく。母親は病気のときに支えになったのが、ホメオパシー⁵¹であった。

D:『ホメオパシーというものに出会ってから、私はすごく救われて』って、その方はすごーくホメオパシーによって安心感とか、慣れていて。でも、まあ、その人にとってはすごいそれが救いで、『見てください、こういうのを飲んで、こうで』って、すごーく教えてくれたんですね。・・・自分がこう教えてもらえるっていうか、なんかだから、その人が、大事にしてる、なんかそういう価値みたいなのところも、教えてもらえる関係であれるといいのかなというか、何ていうのかな。なんか否定、ついつい、何だろ、否定しちゃいそうな自分、何ていうの、根拠とか、医学的根拠とか、ナースステーションとかでは、こうなんか、『えー』みたいな、なっちゃいそうなようなことで、その人にとってはすごーくそれが支えになってたりとか、そういうところも、・・・そこも教えてもらえるっていうか、何ていう、自分がなんかこの助産、このお母さんをこう、指導しなきゃみたいなスタンスでいっちゃうと、多分、そういう関係はできなくて。なんか、よく知ろうっていうか、なんかそういうふうなスタンスで、ちょっと関わらせてもらえたことが、いろんなこの方が大事にしてたりとか、教えてもらえたりとか、ま、教えてもらうことで、まずいってことは少し、情報提供できたりもするかもしれないですけど。(p9-10)

母親は自分の支えになっている「ホメオパシー」をDさんに「見てください」と言って話をする。「ホメオパシー」は医学的根拠から考えたり、ナースステーションでは「えー」みたいな反応になることを承知しつつも、それらを棚上げして、その母親が「大事にしてる」「価値みたいなのところ」を、「教えてもらえる関係」であるといいと語る。これは前述(1-2)した、その人の思いにアクセスするDさんの実践の構造と同様である。「指導しなきゃ」といった規範を伴うスタンスでは、「教えてもらえる関係」にはなれず、母親を「よく知ろう」というスタンスでの関わりでは、「この方が大事にして」いることを「教えてもらえ」る。また「教えてもらえること」で、その人に必要な情報提供ができると考えるのである。

この場面では、「もらえる」「もらえた」という表現が使われている。これも行為の授受表現のひとつであるが、「くれる」が母親の力を受け取ることであるのに対して、「もらえる」は、Dさんが期待した母親の行為を受け取る状況を示している。つまりDさんが、その人を「よく知ろう」と関わった結果、「教えてもらえる」のであり、それをめざして関わるのである。

また、「意図的になんか関わって、それも言ってもらえるようにしたとかは、全然なかったんですけど(p10)」と語り、「今どんな様子かなとか、知りたい(p10)」と、「とにかく」「知りたい」という思いで関わっていたと語っている。Dさんが「知りたい」と毎回様子を伺うことは、その母親にとってはDさんが自分のことを知っていてくれる人になり、「自分を分かってくれてる人」となる。「毎回」「一緒に」過ごす時間と、「自分を分かってくれてる人」がいる空間は母親にとって、「安心できる」場所になるといえる。

一方で、Dさんは、妊婦健診に来院する3人(妊婦、夫、3歳のお姉ちゃん)の姿を、「誇らし

げに入ってきている感じ(p11)」と表現して、「その場を、雰囲気壊さない(p11)」、「うちにおじゃまさせてもらうような感じで(p11)」「そこ(3人家族)の中に、こう入れさせてもらうような感じていた(p12)」と語る。家族の雰囲気を壊さないようにするのは、妊婦健診においても「普段の雰囲気(p12)」で過ごしてもらうためである。「疲れる場になっちゃったら嫌だし。何だろう、ありのままをこう、さらけ出してほしいという思いも自分もあるし(p12)」と語り、「ありのまま」の家族のなかに「おじゃまさせてもらう感じで」関わっていた。このような家族の雰囲気を壊さずに、家族のなかに自然に存在するような、Dさんの「関わらせてもら」う姿勢も、母親の安心感につながっている。

この関わりでは、「自分も少しこう、力を抜きながらっていうか、怖さはあったんですけど、これでいいのかなっていう・・・そんな感じ(p13)」と語っている。「がちがち」と表現した助産師5年目頃の関わりからは、少し「力を抜きながら」関わるという変化があった。「よく知ろう」というスタンスでの関わりや、「家族の雰囲気を壊さない」ように配慮する実践では、「構え」は脇に置かれて、「安心できる」「教えてもらえる関係」がつけられるのである。

第3項 教員としての実践－「出してもらえる」関係と「漏らしてもらえ」る関係

本項では看護教員として、学生とともに関わる実践をみていく。

3-1 「何を言っても大丈夫だな」

担当した母親は、パニック障害をもつ初産婦であった。産褥期の実習において、「この方とはなんかタイミングが合って、要所要所でよく顔を合わせながら学生と関わられた方(p16)」と表現した。授乳がうまくいっていなかった母親に対して、Dさんは学生とともに看護計画を立てて関わっていた。授乳の場面で母親はDさんと学生に話しかける。

D：学生と私で居たら、そのお母さんが、『あの、おっぱい飲ませてると、すごい気持ち悪くなっちゃって。気持ちが悪い、もうすごい気分が悪くなっちゃうんで、正直、おっぱいが苦痛なんですよね⁵²』って、(おっぱい)あげるのが、『ただ、スタッフさんも、一生懸命やっ、何ていうのかな、なんか辞めちゃ悪いような気がする』っていうか、『ちょっとスタッフさんには言い出しにくくて』って言って。『変なんですかね』とか、『辞めていんですかねえ』みたいなのを、学生と私に本音をこう、辛かったことをちょっと言ってくれたときがあって。こういう風なことを、出してもらえるような関係を、やっぱりベースに普段の看護でもない、なきや駄目っていうか、ある、あってよかった。言ってくれてよかったなって、すごく思ったんですけど。だから、『何を言っても大丈夫だな、この人らは』っていうふうに、思ってもらえるっていうか。そういう看護、関わり方がないと、なんか本当にちょっとした、もやもやとかって、多分だいぶお母さんたちってこう、助産師さんの顔色を見たりとか、なんかスタッフさんも頑張ってるからじゃないけど、なんかこう、言い出しにくい

状況って起きちゃうのかなって。(p16-17)

母親はDさんと学生に自己の母乳に対する思いを打ち明ける。それをDさんは母親の「本音」「辛かったこと」として受け止める。ちょっと言って「くれた」母親との関係を、「出してもらえる」関係と語っている。「要所要所でよく顔を合わせながら学生と関われた方」と母親との関係が成立した場面では、「くれた」と「もらえる」が対で語られている。Dさんが母親との関係を築いていく場面では、「くれた」「もらえた」として表現されるのである。

このような関係が「ベースに」「普段の看護」にあってよかったと語る。それは、「何を言っても大丈夫だな、この人らは」といった母親が安心できる関係である。「何を言っても」とは、「おっぱいが苦痛」といったネガティブな感情や「ちょっとした、もやもや」などである。一方そうではない「言い出しにくい状況」として、「助産師さんの顔色を見たり」「スタッフさんも頑張ってるから」と、母親がスタッフの「顔色」や「頑張り」を取り込む状況をDさんは捉える。つまり母親の言葉には、関わるスタッフの状況も取り込まれ反映した形で表現されることを認識するのである。

D: スタッフさんも実際コロナもあって、忙しいじゃないですか。臨床のスタッフさんも忙しいから、やっぱりお母さんたちは、忙しそうなお産師さんに気を遣われるところもあったり。暇そうな教員と学生とかだと、余計、言ってもらえたり。だから、なんかこう、こちらも余裕、余裕はある、ある感じっていうか、・・・こっちのやっぱり関わるスタンスっていうのが、現場の忙しさの中とで、自分も働き過ぎは本当に余裕がないんだけど。なんかちょっと、うまく言えないんですけども。そういう感じのところが、すごく大事になってくるのかなっていう、ちょっとこう、本音っていうか、ちっちゃい、もやもやとか、こんなこと言っちゃったら、なんか言われちゃうかなみたいなことなんかを、思わずに、言わせちゃう雰囲気をつくるっていうか、関係をつくる、みたいな。(p17)

さらにDさんが考える「言い出しにくい状況」とは、スタッフの忙しさや余裕のない状況、「こんなこと言っちゃったら、なんか言われちゃうかな」と母親が評価される状況である。それゆえ、「評価されないみたいな(p17)」看護師の「関わるスタンス」が大事で、母親にとって安心できる「言わせちゃう雰囲気」をつくる必要があると考えるのである。「言わせちゃう雰囲気」とは、前述の事例(2-2)で示された、家族の雰囲気を壊さずに「ありのまま」の家族のなかに自然に存在するような関わりである。

本項の実践は、教員として学生とともにいうという、1項や2項の実践とは立場が異なるが、どのように「関わっていったらいいのか」という問いは通底している。

3-2 「おせっかいでもいいから」

次も教員として、助産師学生と一緒に分娩時のケアに関わった事例である。母親は第1子を10代、未婚で出産し、その後1年以内に第2子を妊娠、特定妊婦に登録されていた。Dさんと学生の関わりは分娩期だけであったが、その後、その母親の子どもは生後1か月以内に亡くなっていた。原因は不明であった。

D: すごくあの茶髪で若々しい感じの明るい、『(学生の受持ち)大丈夫ですよ』っていう、ぼちゃっとした明るい経産婦さんで、背景をいろいろ複雑なシングルの方で、彼とは連絡取ってないけど、まあ、家族が居てとか。そういう方で、一見、明るいし、『大丈夫でーす』なんて、受け入れては、学生の受け入れもしてくれるし。断るってこともしないけど、・・・レッテル貼るとはまた別なんですけど、とは違う意味で、やっぱりその、逆にニコニコしてたり、何ていうのかな。やっぱりこっちからその深く、深くっていうか。ちょっとおせっかいでもいいから、訴えは多分その方から無かったとしても、もうちょっと何ていうんか、入り込め、自分(は)そのスタッフじゃないし、実習で行ってる教員なので。スタッフさんも、少し振り返りとかされたようなんですけど。ああいう雰囲気のお母さんが、結果、悲しい結果っていうところで、なんか、背景だけじゃないんだけど。その表面的なところだけ見ちゃうと、元気に明るく、(育児の)手技も良好にいろいろできちゃったりするし。なんかそこじゃないんだよなっていうのを、やっぱりすごく痛感した方もいましたね、なんか。

I: おせっかいでもいいからっていうのは、もうちょっと、何だろう、なんか言っとけたらよかったのかなっていうこと?

D: そうですね。自分はあの立ち位置だと、本当に実習指導でもお産のところ、(分娩)第1期とかなので。

I: ああ、そうですね。

D: そこでは、ただそこが自分がいた、仮定の話になっちゃうんですけど、仮定、もしそうであれ、たればみたいな話になっちゃうんですけど。自分がその一看護者だったとしても、例えばあの方が背景はいろいろ大変でも、1人目をちゃんと育てて、今回2人目で、ハキハキと明るく、育児も問題なくしてたら、さっと退院させちゃ、退院してたかもしれないし。ただ、スタッフさんもね、やっぱり毎回、妊婦健診とかで話は聞いたりしてるけど。やっぱり、どこまで、おせっかいかもしれないけど、そうですね、お母さんの方からは、多分いろいろ助けてとか発信とかが、出さないで生きてきてるっていうか、そういう(所)から今の状況が起きてる可能性があるから、やっぱり、お母さんのサインを待つんじゃなくて、ラベル貼りではない違う意味の、おせっかいなんだろうな。なんかそういう感じを、感度を助産師も上げながら、どうすればいいんだろうな。なんかそこはちょっと見えないんですけど。なんかそういうのを。(p14-15)

生後1か月以内に児が亡くなるという「悲しい結果」であったことに対してもDさんは、どう関わっていけばよかったのかを考えている。「一見、明るい」「大丈夫でーす」とニコニコしている母親を、「表面的」と語る。背景は「いろいろ複雑」で「シングル」の特定妊婦である。だがDさんが捉えるのは、母親が抱えているであろう「思い」に深く「入り込め」ていたのか、「アクセス」できていたのか、である。妊娠中から継続して関わり、「正直しんどいんだよなあとか、嫌だな、2人の育児、大変だよなあとか、何とかできないのかなあ(p17)」というような、「ちょっとしたことを漏らしてもらえていれるような関係をつくっておける(p17)」といいと語る。母親の「本音」や「ちょっとした、もやもや」を「漏らしてもらえ」る関係がつくれたのか、「つくっおけると、また違ったのかなあ(p17)」と考えるのである。

それゆえ、背景が複雑な特定妊婦というラベル貼りではない、「おせっかい」が必要だったのではないかと、「おせっかい」かもしれないけど、「おせっかい」なんだろうな、と自問自答するように、その母親との関わりを考えている。Dさんが「おせっかい」と表現するのは、母親からの「訴え」や「助けてとかの発信がない」ためである。しかし、Dさんは、「お母さんのサインを待つんじゃなく」て、「本音」を「漏らしてもらえ」る関係が築かれるよう、助産師も感度を上げて関わる必要を模索する。

さらに「いろいろ助けて」とかは「出さないで生きてきてる」と、母親のこれまでの生き方を捉え、それがこの「悲しい結果」とつながっているのではないかとDさんは考えるのである。前項(3項)で取り上げた、「出してもらえ」る関係と「言い出しにくい状況」は対立する状況を現わしていたが、この「漏らしてもらえ」る関係は水準が異なる。この事例のように、「助けて」を「出さない」で生きてきた母親の体験を想像するDさんは、「出」せるという母親の能動的な行為ではなく、「漏らしてもら」うという行為を期待している。母親の置かれた状況と母親からの発信がないことを、まずは助産師が察知して、「おせっかいかもしれない」と自覚しつつも、母親の力が発揮できるように後押するという助産師の関わりである。Dさんが示す「くれた」「もらえた」の関係は、母親と助産師の双方で作っていくもの、ということができる。

第4項 CNSとしての実践 一意図的につなげる

本項ではCNSとしての実践を取り上げる。CNS教育課程の指導にも携わるDさんは、CNS学生の実習期間が終了した後は、引き続きDさんが受け持ち助産師として関わっている。事例は30歳代の初産婦の母親と50歳代の父親で、早産のため児はNICU(新生児集中治療室)に入院していた。母親は毎日、片道1時間半から2時間かけて面会に来ていた。

D:『お母さん頑張り過ぎじゃないかね、大丈夫かね』っていうところ。あとは、お母さんの様子見てると、自分も見たり、学生も見たりとかしてると、困ったこととかって、もう周りをこうちょっとN(ICU)のスタッフさんがいても、こう見渡して、自分からは、こう質問とかはしなくて。赤ちゃんのこと、授乳、赤ちゃんの面会に来たときに。ただこっちか

ら声を掛けたりすると、いろいろ気掛かりなこととかを、ぶわーって言ってくれるようなお母さんだったんですね。(p20)

Dさんは母親の「頑張り過ぎ」ている状況やスタッフの様子を伺う姿、声を掛けると、「ぶわー」と表現されるほどに質問がある状況を懸念していた。また夫婦の年齢差や、母親は夫の家族とは会ったことがないこと、実母が統合失調症で療養中であることなど、「気になる要素がちょっとこの方、抱え込んでしまったりとか(p21)」、「やっぱり孤立しちやいそうだなってというのがあった(p21)」ため、地域の保健師につなげられるように調整する。まず母親本人に、「おうち帰って育児、ちょっとした心配なこととか、赤ちゃんの発育とか、一緒にこう確認とか見守ってくれたり、ちょっとしたことも相談できる(p21)」保健師さんに、「見守りとか相談役になってもらえるように、お伝えしてもいいですかね(p21)」と伝えると母親は「お願いします(p21)」と返答した。

D:そこは意図性を持って、CNSになってからだったんで、意図性を持って、すごくこう、人見知りも強そうな方だったんですけど。保健師さんの役割とか、『安心できる人だよ』っていうことをちょっとお伝えして。で、保健師さんの方には、退院連絡表みたいなNICUから、もちろん市町村になんか行くんですけど。そこだけだとちょっと書き切れないような、その微妙なそのお母さんのなんかこう、コミュニケーションでは、何だろう、『自分から出すことがあんまりじょう(ず)、苦手なんだけども、こちらから聞いていくと、いろんな不安を言ってくれたりとか』っていうので。で、『赤ちゃんのことも、すごく頑張るお母さんなので、自分の健康、顧みず。逆に、その不安、不安とかストレスを抱え込んでしまったりとか、疲労とかで、まあ、うつ状態とかがちょっと心配される』っていう。で、『サポーターも少し少ないところでも、余計こうちょっと、頑張り過ぎちやいそうで』っていうところをお伝えして。(p21)

前項(2-2)の関わりでは、「意図的」ではなかったと語ったDさんだったが、ここではCNSになってからだったので、「意図性をもって」と繰り返した。Dさんは、「退院連絡表」には書き切れないような、母親の「微妙な」情報を保健師に伝えようとする。それはサポート者の不在や早産児の育児といったラベリングされたものではなく、「すごく頑張るお母さんなので」「頑張り過ぎちやいそうで」といった母親の育児への姿勢や、発信は苦手だけれども、助産師から聞いていくと「いろいろな不安を言ってくれ」たりするといった、母親のコミュニケーションについてである。それらの状況から「うつ状態」に陥る心配を伝えるのである。そうすることで、保健師は児の退院後、早めに訪問に行ってくれた。

D:やっぱりそうすると、最初、EPDS(エジンバラ産後うつ質問票)がものすごく高かったみたいで。それで、もうなんか、『自分は消えてしまえばいいんだ、なんか大変過ぎて、退

院して育児が、もう自分は消えちゃえばいいんだ、と思ってたんだけど。保健師さん来てくれて、話を聞いてもらって、よかったです』、『なんていうふうに言ってくれたんですよ』とかで。市町村がやってる赤ちゃんとママが行けるような集まりも、保健師さんが紹介をしてくれたみたいで。保健師さんもちょうとこう外とつながれるように、調整してくれていて。保健師さんにもいろいろ本音を、実は昔なんか、病院では語られなかったんですけど、精神疾患みたいな何か診断を受けたことがあったような、実は背景があったのかなっていうことで。(p21-22)

Dさんが懸念していたように、母親は育児の負担からうつ傾向にあった。だが、保健師の訪問によって保健師との関係が築かれ、また社会とのつながりが持てるようになっていた。ここでもDさんの関わり方を示す、「くれた」「もらって」が語られ、保健師と母親の関係が示されている。自分から発信することが苦手な母親だと知っているDさんが、保健師につながぐことで、保健師にとっては関わりの糸口が見出しやすい。このような保健師との連携を、「こっちが感じているところを、しっかり伝えていくようなこと、すごく大事なのかな(p22)」と語っている。CNSとして母親と保健師をつなげるときには、意図的に保健師の役割を、「安心できる人」だと母親に伝えている。ここでもDさんは母親に「安心」を届けられるように実践している。それは母親が社会から孤立しないための支援である。

第5項 インタビュー時の実践の構造 - 「構え」から「覚悟」へ

「CNSで動き出したときは、逆に自分が構え過ぎちゃって(p13)」と語ったDさんだったが、教員としての実践(3項)やCNSとしての実践(4項)において、自己の「構え」を語ることはなかった。インタビューの最後に「構え」について問いかけた。本項はインタビュー時点のDさんの実践の構造である。Dさんは筆者の問いかけに、言い淀みながら言葉を探すようにして語った。

I: 最初におっしゃられた、(助産師)5年目とかのエピソードというか、事例のときの構えってというのは、今はどうでしょう?

D: ああ、構えは、今はですね、その、でも構えてる自分も嫌だったんですよね。だけど、その構えは今は、あんまり気にならなくなりました。・・・構えないようにしようとはしてる。構えはあんまり、でも、怖さみたいなのは、怖、怖さみたいなものは、あんまりない。ないっていうか、ない、ないわけでもないのかなあ。構えは、そうですねえ。あまり、でも、その5年目ぐらいのときの、がちがち感は自然に、でも確かに、取っ払われてきてる感じはありますが。こないだの、その学生が受け持った(分娩介助)7例目の産婦さん(新生児が亡くなる事例)のようなこともあったりってところで、重さ、構えはない、なんか重みを、何て言うんかな、あの覚悟、あ、覚悟だ。そう覚悟が、こっちも覚悟して、か関わ、何て言うんか、本当に、何だろう、表面的な関わりじゃあ、全然、対応、何ていうんかな。より、

より、寄り添うって言い方あれですけど、お母さんの本当の力にはなりきれないのかな、みたいな、なんかそういう覚悟を持って仕事しなきゃなんかな、みたいな。構えからそういう覚悟っばい感じ、に気が付き始めてるっていう感じ。そこを持つての実践を積み重ねるは、これからなのかなと思うんですけど。覚悟が足りないところとかの怖さもあったかもしれないです。話しててちょっと今、気が付きましたけど。なんか、なんか、その構えとか、怖さみたいなのは、なんか覚悟、覚悟を決めてこっちもしっかり向き合うみたいな。なんか誰かがやってくれるでもない。何だろう。なんか甘え、自分の甘い、みたいななんか、構え、分かんないですけど、なんか、本当にまとまりませんが、そんな感じです。(p28-29)

インタビュー冒頭で語られた助産師5年目頃の「構え」は「あんまり気にならなくな」った。「がちがち感は自然に」「取っ払われてきてる感じはありますが」と語り、新生児が亡くなるという事例を想起して、「重み」に置き換え、最終的に「覚悟」に着地した。「構え」から「覚悟」っばい感じに気が付き始めてる、そこを持つての実践の積み重ねは「これから」と語った。「ちょっと今、気が付きましたけど」と、「怖さ」は「覚悟」が足りないところからだ
と意味づけた。

助産師5年目頃の「構え」は、助産師としての規範や母親を受け持つことへの重圧といったものであり、Dさんを「がちがち」にさせるものであった。またそれは、関係構築を阻むものであった。それに対して、「覚悟」して関わることは、「お母さんの本当の力」になることである。「覚悟を決めてこっちもしっかり向き合う」と表現した実践は、母親の抱えている困難な状況を、「誰かがやってくれるでもない」という逃げない姿勢で、助産師も引き受ける「覚悟」なのだといえる。それは、母親の「おっぱいが苦痛」といったネガティブな感情や、医学的根拠としては疑わしい「ホメオパシー」への傾倒といったことに対しても、母親に立場に立って肯定することである。また新生児が亡くなるという悲しい結果の「重み」にも、「覚悟して」「しっかり向き合う」ことである。

Dさんの実践は、母親の「思い」や「抱えてるもの」にアクセスするために、「どういう気持ちなのか」を「よく知ろう」というスタンスでの関わりである。母親にとって「言い出しにくい状況」がないかを捉え、「教えてもらえる」、「漏らしてもらえ」るような「安心できる関係」の構築をめざす。それによって、「自分以外に自分を分かってくれてる人」がいる安心感を母親に届け、母親の力になろうとするのである。

第2節 助産師Eさんの実践 ―身体から心に届けるケア

助産師Eさんは、40歳代で病院に勤務する助産師で母性専門看護師の認定を受けている。Eさんの実践の構造は、【「話してもいいかなって、思ってもらえるような関係をつくる】ことを土台として、【身体から心に届けるケア】と【ケアがく届けられるように】という実践の構造が示された。

第1項 「話してもいいかなって、思ってもらえるような関係をつくる」 ―本音の表出

インタビュー冒頭では、Eさんの特定妊婦との関わりの構造が示された。

E: 最初、外来(妊婦健診)に来たときとかは、どんな人かね、最初、分からないけど、一応、前情報で、特定(妊婦)っぽいなあっていうことが分かっている場合は、先生(医師)の診察には、必ず付かせてもらって、なんですけど。まあ、待合室の様子とかも、ちょっと、時間があったら、ちらっと見に行ったりとか。何ていうの、姿勢というか、待ってる姿勢っていうんですか。そう、見させてもらったりとかして、診察室、入っての、先生とのやり取りとかを、こう、ねえ、横で付いてからの面談に、いつもしてるんですけど。面談をするときは、まあ、大体、個室みたいな所を確保して。で、対面にならないように、っていうんですかね。ちょっと斜めなるか。何でしょう。対角に、なんですかね。こう、90度ぐらいに座るとか。そんな感じで、こう、真正面でお話は、基本しないようには、している感じですかね。で、先生とのやり取り見てて、もう、ちゃきちゃき、こう、話したほうがいいのか。ゆっくり、ねえ、話したほうがいいのか、その人のタイプに合わせて、ちょっと、こちらも対応を変えるような、形でしてるかな、と思います。で、最初の初回は、踏み込めたら踏み込むかと思うんですけど、あんまり、こう、ずかずか聞かないというか。信頼関係つくるほうを優先にして。話してもいいかなって、思ってもらえるような関係をつくることが一番で。こう、何だろう、安心だったり、安全な人って思ってもらえるようになっていうような関係づくりを優先するかなと思います。外来では、ねえ。で、まあ、2回目とか3回目になってきたら、ちょっと、身体のことから。社会的な、心理社会的な背景とか、ちょっと聞いてくような感じにして。まあ、しゃべりやすいようにして。(p1-2)

Eさんの実践ではまず、待合室での特定妊婦の様子を少し離れた位置から伺い、医師の診察では横に付いてそのやり取りを見る。その後にEさんの面談に入るといったように、特定妊婦との距離を徐々に近づいていく様子が見られる。後述する語りでは、身体接触というさらに近づいた距離でのケアが示された。

面談室における配慮では、個室を確保して、椅子の配置は真正面ではなく斜めにする。また「その人のタイプに合わせて」話し方を変えたり、最初から「ずかずか聞かない」ようにする。これらはすべて、特定妊婦にとってEさんが、「安心」で「安全」な存在であり、「話

してもいいかな」と思ってもらえる関係をつくるためである。

助産師として、「大事にしていること」を次のように語る。

E：心理的安全っていうんですか。なんかこう、確保できる空間をとか。ねえ、時間を、こう、共有していくなかで。こう、本音がちょっと、ぼろぼろっと出たりとかすると、いいなぐらいな感じで。(p8)

Eさんの実践は、「話してもいいかなって、思ってもらえるような関係をつくる」ことを土台として、本音が「ぼろぼろ」と出たりするような関わりをめざしている。そのために、意識するのが、特定妊婦の「心理的安全」である。Eさんが「ずかずか」聞くのではなく、特定妊婦の思いが「ぼろぼろっと出たり」とするといいな、と考えている。特定妊婦との共有する「空間」や「時間」に配慮しながら築いていくEさんとの関係性において、「心理的安全」を確保するのである。

またそれと同時に、特定妊婦の思いの表出をもって、「心理的安全」が確保されている状況を捉える。初回から「踏み込めたら踏み込む」状況とは、妊婦の反応から、「話してもいいかな」という関係の成立を察知して、更なる表出へのアプローチをするのである。つまりEさんの実践では、特定妊婦の「タイプ」や反応に合わせて、Eさんが特定妊婦との距離を調整している。

さらにEさんの実践において際立つのは、「身体」を介した実践である。語り全体から、特定妊婦の「心理的安全」の確保をしつつ、「身体」から「心に」届けるケアの構造が見て取れた。Eさんのケアの帰結である「本音」の表出は、ケアが心に届いている状況を示している。他方で、ケアが「届かない」かもしれないという懸念から、ケアが〈届けられる〉範囲を探りながら、実践を組み立てていた。

2項では、〈身体から心に届けるケア〉という実践を、3項では、ケアが〈届けられるように〉という実践を示していく。

第2項 身体から心に届けるケア

2-1 「身体のことから」

入院している妊婦へのケアについての語りである。

E：病棟に入院したらね、なんか、もっとゆっくりお話ができたりとか。アロマ(マッサージ)もできたりとかもするので。

I：ああ、そっかそっか、うんうん。

E：アロマは結構、準夜帯とか。眠前がちょっと、私たちも、ちょっと時間、空いて。向こうもリラックスしてるような時間に、ドラマ見てなかったら、やるとかって。・・・それが一番、私たちも、そばに行きやすいし、向こうもリラックスして。何だろう、身体がほぐれ

て、心もほぐれて。しゃべ、しゃべっちゃうみたいな。(p9)

入院している場面では、妊婦とEさん双方の「時間」への配慮がなされる。「私たちも」時間が空く夜勤帯は、妊婦も「リラックスしてる」時間で、双方のタイミングが合う時間での、「アロマ(マッサージ)」は、「身体がほぐれて、心もほぐれて」、「しゃべっちゃう」のだと語る。「しゃべっちゃう」という表現は、漏れ出てくる様子が示されている。「そばに行きやすい」という表現からは、妊婦との距離を近づけるツールとして、「アロマ(マッサージ)」を使う意味が示されている。つまり「アロマ」というケアには、「身体がほぐれて、心もほぐれて」、本音が出されることをEさんは期待している。第1項で示した妊婦健診における、「身体のことから」聞いて「しゃべりやすいように」する、という構造と同様である。Eさんの実践では、妊婦との距離を調整したり、「身体のことから」聞いたり、アロマという身体接触をもって妊婦の心理的安全を確保していた。身体を糸口とした実践は後述する場面でも通底している。

アロママッサージを行う具体的な場面について、次のように語る。

E: 胎児の異常が分かったときとか。なんか、どよーんってしてるけど。『そばにいて、何、話したらいいか分からない』って結構、新人さんとかは、そういうことがあって。まあ、一緒に居るだけでも全然、それだけでケアになると思うから。まあでも、1個、きっかけが、なんかあった方がね、いいんやったら、こう、まあ、患者さんがよかったら、その、『アロマのマッサージできるけど、どうですか』とかって言って行くと、別に黙っててもいいし。

I: ああ、うん、うんうん。

E: ねえ、その、向こうも、大事にされてるっていう感覚をもってもらえると、それだけでもいいかなというところもあって。また、おいおいね、こう、しんどくなって、どうしようもないときに、連絡ができる場所をつくるっていう意味でも、また、それでアロマを使ったりとかしてますかね。(p10)

妊娠中に、「胎児の異常」が分かったときには、「どよーん」とした空気が流れている。新人助産師では、「何、話したらいいか分からない」と関わりに戸惑う。そのようなときEさんは、「一緒に居るだけでも全然、それだけでケアになると思う」とアドバイスする。Eさんが語る「ケア」という言葉には、「ケア」が対象に届いている、もしくは届くようなEさんの関わりの姿勢が含まれている。つまり「どよーん」とした空間のなかで行うアロママッサージは、その妊婦にケアとして届き得ると考えるのである。

また、新人助産師が何か話をすることを志向する一方で、Eさんは、アロママッサージを行う場面では、「別に黙っててもいい」と考えている。前述の語りでは、アロマは、「身体がほぐれて、心もほぐれて」「しゃべっちゃう」と語ったが、ここでは「黙っててもいい」と相反する状況が語られる。要するに、Eさんにとっての「アロマ」には、両義的な意味をも

つ。「しゃべっちゃう」という妊婦の「本音」が出たり、「黙ってても」「大事にされている」という身体的な「感覚」を妊婦に持ってもらえると、「それだけでもいい」と考えるのである。「どよーん」という場面では、すぐには思いを表出することは難しい。たとえ今すぐに「本音」が表出されなくても、のちに「大事にされ」たという「感覚」は、「しんどくなつて、どうしようもないとき」の「連絡ができる場所」となり得ることを意図している。

Eさんにとって、「アロマ」という身体を介したケアは、助産師の関わりの姿勢を伝えるものでもある。「おいおい」と表現した先取りしたケアは、胎児に異常が分かった事例の先を見据えたケアであり、直接的なケアが届かないかもしれない場合において、病院という場が妊婦にとって「安全」な場所として認識しておいてもらうためである。「連絡ができる場所をつくる」という表現からは、Eさんがそれを意図的に実践していることがわかる。

2-2 「ケア」が「もっと心に届いてくれるかな」

身体的なケアから、心に届けられるように関わった事例として語られたのは、合併症のため妊娠継続が難しくなった事例であった。その妊婦は、「妊娠を機に、もう、歩けない、動けない、声も(でない)(p11)」状態になった。妊娠中期に人工妊娠中絶⁵³を受けるため入院したが、数日間、陣痛が起こらず分娩に至っていなかった。Eさんは、「胎動も感じるしみたいな、もう、結構お母さんにしたら、すごいしんどい時間があって。(p12)」、「最初はすごい、能面みたいな感じやった(p12)」と語った。

E: 旦那さん(が)付き添いで、2泊ぐらいしたぐらいから、ちょっと、表情が緩んできて。なんか、ここは逃したらあかんっていうような感じやったんで。今、今、今やったら多分、ちょっと、ねえ、ケアした分が、ちょ、もっと心に届いてくれるかなというときがあって。

(p13)

E: その日はね、でも、日勤帯で、頑張ってシャンプーしたりとかしてね、その方のね。もう、首も、誰も支えられへんから、もう、なんか、旦那さんにも手伝ってもらって、やったんですけど。まあ、なんせ、まあ、そういう(動けない、声も出ない)のもあって、ケアもしつつ、看護の、ケアもしつつで、やっぱり、こう、その後に、ねえ、一緒にさせてもらうと、表出しやすいのかな?

I: うんうん、ああ。

E: タイミングよくいけばっていうところは、ありました。(p14)

妊娠を機に、「歩けない、動けない、声も」出ない状態になった妊婦の分娩までの時間を、Eさんは、「すごいしんどい時間」と表現する。それは、胎動を感じながら人工妊娠中絶を受けるという状況や、思いを表出する手段がない状況、また「能面みたいな」表情から、それらを受け取るのである。そうして2泊ぐらいしたとき、「表情が緩んできて」「ここは逃したらあかん」と考え、スタッフ数名でシャンプーを実施する。「逃したらあかん」というタ

イミングとは、「ケアした分が」「もっと心に届いてくれるかなというとき」である。つまりEさんは、シャンプーという身体的なケアを介して、「もっと心に届いてくれる」ことを期待している。そうすることで妊婦が思いを「表出しやすいのかな」と考えるのである。

コロナ禍による面会制限や、妊婦は声が出ないうえに手が動かないためLINE(コミュニケーションアプリ)も操作できず、夫とは気持ちが「伝え合えてなかったところがあっ(p14)」た。その状況を捉えていたEさんは、シャンプーを「旦那さんにも手伝ってもらって」、ふたりの「間に入ったりとか(p14)」する。この実践について、「話すきっかけだったりとか、気持ちを共有するっていうところでのケアは、そんなときは、なんか、こう、機を逃さずに(できた)(p14)」と語っている。そして、シャンプー後、妊婦は夫を介して、口唇術や小さい声で思いを表出した。

E: まあ、つらいはつらいっていうのとか、まあ、そんなときの気持ちですね。赤ちゃんに対する気持ち。こう、申し訳ない気持ちだったりとか。でも自分、まあ、2人目で、上の子が、まだ1歳やったから。まあ、ねえ、自分が子育てを、この状態で2人目を生んでも、なかなか、やっぱりね、難しい。おばあちゃんとかも、そばに居なかったし。難しいかもしれないっていう気持ちとかが、ちょっと徐々に、こう、聞けて。(p13)

「機を逃さずに」シャンプーを実施することで、それまで表出されることがなかった妊婦の赤ちゃんへの気持ちや子育てへの思いが徐々に聞けた。Eさんは妊婦の表情の変化を捉え、「今」という妊婦が表出できるであろう「タイミング」で、身体的なケアを介して近づき、表出されるように関わっている。つまりEさんの実践は、妊婦の反応を確認しつつ身体を介して、妊婦の心にケアを届けようと関わるのである。

次の語りは、人工妊娠中絶における分娩直後の場面である。

E: 赤ちゃんが生まれた後も。一応きれいに出了感じで。出たので、まあ、(妊婦は)動けないからね。そんなときは動けなかったから、パパにお風呂を、赤ちゃん入れてもらうのを、横から、ちょっと(妊婦に)見てもらったりとかして。まあ、でも、なんか、抱っこは、ちょっと、しんどくて、できなかったんですよ。まあ、しようと思ったらできたんですけど、気持ちがしんどくてね。

I: ああ、うんうん。

E: うん、つらくてできなくて、まあ、パパが抱っこしてるところを、ちょっと写真、一応、撮っという感じとかっていう感じで。(p13-14)

この語りでは、Eさん目線の実践と妊婦目線の思いが、組み合わせさって語られている。実際には、妊婦が言葉では表現していないであろう場面において、「しんどくて、できなかったんですよ」「しようと思ったらできたんですけど、気持ちがしんどくてね」と、妊婦の気

持ちを妊婦目線で語っている。一方、父親に児の沐浴をしてもらうのを、「横から、ちょっと(妊婦に)見てもらったりとかして」と、自己の実践も語る。つまりEさんの実践では、妊婦の思いを妊婦目線で捉え、取り込みつつ実践しているのである。

2-3 「身体も見つつ、心も見る」

前述の人工妊娠中絶時に実施したシャンプーといった身体的なケアと、インタビュー冒頭で語られた外来の場面についての筆者の問いかけに対する応答である。

I: (インタビューの)最初の外来の(場面の)ときも、『まず、身体のことから聞いて』、みたいなところも言ってはって。

E: うーん。

I: これとも、ちょっとつながりますか。

E: ああ、そうですね、確かに、そうかもしれません。看護のケアもしつつ。まあ、こう、あんまり、こう、面談だけメインでするっていうのは、外来やったらねえ、面談だけになっちゃうときも、あると思いますけど。それこう、身体も見つつ、心も見るっていう感じになってくるから。まあ、そうですね、確かに、アロマもそうですね。

I: うん。あ、そうか、そうか。

E: お母さんの身体ほぐして、心もほぐれてみたいな感じで、ですね、身体と心がつながてるから、まあ、先に身体のこととか、ちょっと、あなたに関心がありますよとか。把握を、でき、してますよっていうところを、こう、示してからの、内面的なところも一緒に、ちょっとケアしていきたいんだっていう、感じですかね。こう、心を、あなたの、こう、『心が、心のほうも心配だから』とかっていうようなことは、言ったりはしますね。(p20-21)

「先に身体のこと」と語るように、Eさんの実践では「身体のこと」が先行する。「身体と心がつながってる」から、「先に身体のこと」に関心を示し、妊婦に「安心だったり、安全な人」と思ってもらう。「お母さんの身体ほぐ」すことで、「心もほぐれてみたいな感じ」になると考えるのである。

前述(2-2)の場面や本項の語りでも、シャンプーについては、「看護のケア」と表現している。また「血圧、測るだけでもね。違いますもんね(p21)」語る。つまりEさんにとって、基礎看護技術であるシャンプーなどの清潔の援助や血圧測定においても、身体を介して、母親の心にケアが届けられると考えるのである。

この場面では、「そうですね、確かに」と同じ言葉を2回使用している。一度目のあとに、「そうかもしれません」と付け加えていたのが、そのあと自己の実践を想起し、二度目のあとには、「アロマもそうですね」と確認するような語りに変化している。これらは、普段意識されていなかった実践が即興的な語りのなかで言語化されたことを示している。

「身体のこと」を糸口としたEさんの実践では、「姿勢」や能面みたいな「表情」、後述す

る場面では「足」を見て、実践を組み立てていた。このように「身体も見つつ」、「心も見る」といった〈身体から心に届けるケア〉の構造を確認した。

第3項 ケアが〈届けられるように〉

本項では、ケアが「届かない」かもしれないという懸念から、ケアが〈届けられる〉範囲を探りながら関わる実践をみていく。

3-1 「妊婦健診(に)、ちゃんと来てくれるかな」

特定妊婦との関わりのなかで、すぐに連携が必要と考える場面を問うと、「妊娠継続が危ういとか」「妊婦健診(に)、ちゃんと来てくれるかなと思ったとき(p22)」と語り、そのような特定妊婦の状況を、「養育までいかない感じですよ(p22)」と表現した。つまりEさんは「ケア」が継続して届いていくのかを懸念しつつ実践している。

E: しゃかしやかの大きい袋あるじゃないですか。あれ、あれを持って、妊婦健診に来た子がいて。で、なんか、夏やったんですけど。足の裏が、真っ黒やったんですよ。で、内診のときにわかるじゃないですか。

I: ああ、はいはい、うん。

E: 足、上げて(診察)するから。診察介助したら。『なんで?』と思って。これは(と)思って、『おかしいぞ』って、先生と、こう、目、合わせながら、『え?』ってなってて、『足が黒い』とかってなってて、フッフ。でも、一応、住所、書いてあったんですよ。で、住所も確かめたんですけど、まあ、一応、書いてあるなと思ってたら、どう考えても、おうちにはいない足の裏の黒さっていうんですか、ウッフ。おうちが汚い以上の黒さというんでしょうか、何ていうんでしょう。

で、その、一緒に来た彼氏かな。彼氏やったな。彼氏と一緒に、こう、個室に入ってもらって。で、経済面もちょっと心配だったので。お仕事のことだったりとかを聞いて。『お食事どうしてるの?』とかっていうようなお話をしたら。どうも、買った物を食べてるばかりで、調理をしてる感じが全くなくなって。で、なんか、こう、『食材を買ってきて、こう、ご飯、作ったりとか、あんまりしないかな?』、みたいな感じで聞いたら。いや、『キッチン、キッチン無いし』みたいな感じで。

I: キッチンね、はい。

E: キッチンない。野外生活。近く(の)公園に住んでたんですよ、2人で。(p23-24)

妊娠発覚時はそれぞれの実家で暮らしていたが、双方ともに親との関係が悪化したため実家を出て、二人して公園で生活していた。この場面ではEさんは、妊婦の「足の裏の黒さ」を糸口に、経済面の心配から妊婦とパートナーを個室に招き入れて話を聞いている。ここでもEさんはまず、「心理的安全」への配慮をする。また「お食事どうしてるの?」とEさんの

心配を伝える形で話を聞く。そうすると、「なけなしのお金で」「お弁当とかパンとか(を)買って(p24)」、公園で生活していることが分かった。それまでの妊婦健診では語られていなかった状況が判明したのである。そこで、Eさんはソーシャルワーカーと連携し妊婦は婦人相談所とつながることができた。

この妊婦が社会の制度とつながった要因として、母子健康手帳が発行され公費負担の受診券があったことが関係している。「妊婦健診(に)、ちゃんと来てくれるか」と懸念される事例では、「経済面」が関与するとEさんは考えており、言い換えると、「妊婦健診にちゃんと」来られないハードルとして「経済面」を捉える。つまりEさんの妊婦健診(に)、ちゃんと来てくれるか」という懸念は、病院で助産師が継続的に関われるのかといった懸念であり、それゆえに、病院という場が妊婦にとって「安全」な場所であることを、自らの関わりで示し、継続して関われることを意識するのである。

3-2 「手が届かない」からこそ、「本音」を聞くケアー—そういう「わけじゃなくて」

本項では、Eさんが「手が届かない」「医療の手も入りにくい(p27)」と表現した女性との関わりを見ていく。女性は20歳代で持病を抱えており、2回目の中絶手術後であった。

E：アウス(人工妊娠中絶)の処置をしたときは、スタッフが保健指導とかをしても、まあ、全然、響いてない感じしてて、で、『赤ちゃんにも会わないって言ってます』で、なんか、『何とも思っていないような気がします』って言って。『また(中絶を)繰り返す気がする』って(スタッフが)言ってた人がいて。で、たまたま、外来にいたときに、その方の受診(手術後の診察)があったんですけど。・・・でも、足もね、その人の足、ちゃんと、こう、こっちで支えといてあげないと、(持病の影響で)関節もちょっと悪くって。

I：ああ、はいはい。

E：内診台も、ちょっと、一人では乗れないぐらいな感じなんですけど。まあ、それもそうですね、診察介助しながら、ちょっと、足、支えながら、『痛くない?』『大丈夫?』とかって言いながら。(p27-28)

Eさんが「たまたま、外来にいたときに」、手術後の診察があり、Eさんが担当する。女性は内診台に乗るには足を支えるなどの介助が必要であった。Eさんは、「痛くない?」「大丈夫?」と声をかけながら関わっていた。その後、入院病棟に戻るために、看護補助者が迎えに来てくれるまでの時間にEさんは女性と話しをする。

E：助手(看護補助者)さんを待ってるフリをしての面談をしたんですよ。フフツ。

I：あ、うんうん、ああ、はいはい。

E：ウフフフ。助手さん(には)、『もうちょっとしてから声掛けてください』って言うって。で、まあ、『助手さん来るまで、こっちのお部屋で、ちょっと待ってましょか』とかっ

て言って。

で、車いすの横に、同じ方向、向いて、座る感じにして。で、お母さん(実母)とは、お話できたのかとか。いろいろ話をしてたら、まあ、何だろう、『お母さん(実母)からは怒られてる』と。怒られてて、まあ、『あんまり話ができてなくて』で、(妊娠の)相手の人も、相手の人は誰かというと、『アプリで知り合った人』とかって言って。

うーん。で、なんで、そう、そうしたかって聞いてたら、『もう、すごい、(持病の)治療でストレスがたまると』って言って、『すごいしんどい』と。『もう、治療がしんどいとストレスがたまって、そのストレスを発散する方法が、そういうことで発散してるんです、私』っていうことで。(p28-29)

Eさんは、動かしにくそうな女性の「足」や「関節」を見て、「足(を)支え」ることによって、「身体」への気遣いを示している。また、「痛くない?」「大丈夫?」と言葉でも女性を気遣う。そのうえで、意図的に女性と話をする場を作り出す。女性には、「待ってましょか」とあくまでも待ち時間を装う。「同じ方向、向いて、座る」のは、女性の「心理的安全」を確保するとともに、女性と同じ目線に立って、女性の「本音」を聞こうとする現われといえる。そうすると、女性は実母との関係や妊娠の相手との関係、さらには、治療のストレスとその発散方法としての行為であることを語った。

Eさんが依頼して、医師から避妊具の提案をしてもらっていたことに対しても、本人なりに調べたりしていることが、ここでの会話から分かった。「本人も全然、その、助産師の指導が響いてなかったわけじゃなくて(p30)」と、Eさんは、スタッフから聞いていた女性の状況との差異を、「わけじゃなくて」という言葉を用いて語った。

E: そうやったんやってなって。でも、こう、本人も、子どもが嫌いなわけじゃなくて。私のこの身体では、子育てができないって言ってて。・・・赤ちゃん、ねえ、こう、中絶になったっていうことに関して、別に、なん、何とも思っていないわけではなく。自分でも(避妊具を)調べて、このまま、ままではあかんっていう気持ちもあって。でも、治療はストレスでっていう。(p32)

Eさんは、スタッフからの情報を一旦棚上げして、女性の「本音」に近づこうと聞くことで、「そうやったんや」と、女性の状況を捉えた。さらに、このような女性の状況を、「こう、自己肯定感じゃないけど。取り戻す、せるような、まあ、自分の気持ちが話せる場所を、ちょっとずつ、こう、確保してって(p33)」と女性のこの先へのケアを語る。

「自分のことも、大事にしてもらいたいっていうのもあったから(p34)」と、避妊だけではなく性感染症から身を守ることにしても情報提供する。ただし、「加減が難しいなと思いつつ」「拒否されない程度にね」、「一フレーズ、一フレーズ、見ながらでしたけど(p33)」と、その女性の反応を見ながらの関わりであったと語っている。またそれを、「可能な範囲

での保健指導(p34)」と表現した。つまり女性の状況と反応から、どこまでならケアが〈届けられる〉か、その範囲を探りながら関わるのである。それは、妊娠を中断した女性では、助産師の「手が届かない」状況となるためである。だからこそ、関わりの持てる場において、「本音」が表出されるように関わるのである。

3-3 「目が届かなくなる」時期のケア

臨床助産師としてEさんが、「目が届かなくなる」産後1、2か月を過ぎた母親たちの育児への懸念について語った。

E: やっぱ、こう、(産後)1か月で、こう、ガラッと支援体制が変わるとか。何ていうの、産後1か月までは支援あるけど。そこから、もう、ワンオ、急に、『ワンオベです』みたいな人は、まあ、注意はするようにしてますかね。もちろん、もう、もともと、サポートレスの人は、どうなってるか、保健センターとも連携しながら見るんですけど。1か月から、次の健診、保健センターの健診まで、だいぶ空いちゃうじゃないですか。今ね、3か月、4か月まで空いちゃうから。その間も、ちゃんとやっていけるかな、大丈夫かなは、ちょっと、退院のとき以上に見てるかもしれません。退院のときは、まだ、みんなが、こう、みんながまだ見てくれるし。まだ、1か月健診まで、手がたくさんあるから。手、手というか、目がね。
I: うん、目が、うんうんうんうん。

E: ねえ、うーん。もう、目が届かなくなる、その、1、2か月ぐらいが心配で。(p35-36)

Eさんは、産後1か月健診時は、「退院のとき以上に見てる」と語る。産後1か月までは、サポート者や医療機関、地域の保健センターなど、たくさんの「手」と「目」が、母子に届いている。しかし、それ以降、3、4か月までは、ケアが「空いちゃう」。つまり、ケアが「届かなくなる」時期をEさんは捉える。この場面では、「まで」という言葉が多用され、ケアが届く時間の範囲を見ていることがわかる。

特定妊婦やもともと「サポートレス」の母親では、保健センターと連携しながら見ていくが、そうではないローリスクの妊産婦では、産後1か月健診でのケアの継続性への見極めが特に必要と考えるのである。Eさんは、この語りのあとに、生後2か月で揺さぶられっこ症候群に至った事例を想起して語っている。特定妊婦ではなく、ローリスクと考えられた事例における「目が届かなくなる」時期に、どのようなケアが届けられるのかをEさんは模索するのである。

Eさんが捉える、「ケア」が「届かない」状況には、妊婦健診という場に来られず関われない状況、妊娠の中断による「手が届かない」状況、産後1か月以降という「目が届かなくなる」状況があった。だからこそ、それらの状況を捉え、ケアが〈届けられるよう〉に実践していることが示された。

第2部〔小括〕助産師による特定妊婦への実践

1. 助産師によって語られた特定妊婦の概要

6人の助産師によって語られた特定妊婦の概要を表3に示す。研究協力者が特定妊婦として捉えている背景要因を、「子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）」（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課，2013，31）の定義の項目と類義する要因を加えて分類し、整理した。助産師が語った事例数は一人3～6事例であった。助産師ごとに事例をナンバリングして該当する項目を記した。例えば、助産師Aさんの事例①では、夫が無職という経済的な課題とDVといった背景要因があった。

語られた事例をみると、「子ども虐待対応の手引き」の定義に挙げられている事例は、概ね登場していた。特定妊婦がもつ背景の要因は重複しており、先行研究と同様に、本研究においても、特定妊婦は複雑で重層化した課題があることが明らかになった。

表3 特定妊婦の概要

子ども虐待対応の手引き (特定妊婦の定義)	類義する要因	助産師A	助産師B	助産師C	助産師D	助産師E	助産師F
すでに養育の問題がある妊婦	要保護児童						
	虐待歴	⑤	①		④	④	②
支援者がいない妊婦							③
	未婚		①④		①④	③	③
	実母と不仲・確執			②③		③	
望まない妊娠をした妊婦	予期せぬ妊娠				①		①
若年妊婦		③	②		④		①
こころの問題がある妊婦		④⑤			①②③⑤	③	①③
経済的に困窮している妊婦				③		②	
	夫が無職	①					
妊婦健診未受診	飛び込み分娩		①				
(その他)	多産婦		⑤				②
	(20歳以上)年の差のある夫婦	③⑤			⑤		
	ステップファミリー		⑤				②
	DV	①②	④	③			②
	被虐待経験		②⑤	①			
	ヤングケアラー	⑤		③			
	発達障害		⑥	③			
	早産				⑤		
	身体疾患	⑤	④			①③	
	人工妊娠中絶					①③	

「子ども虐待の手引き」にはない要因として、助産師が捉えた状況には、「多産婦」、「20歳以上の年の差のある夫婦」、「ステップファミリー」、「DV」、「実母との不仲・確執」といった家族の課題や問題、「ヤングケアラー」や「被虐待経験」といった生育歴であった。多くは、「社会的ハイリスク」として注目されている要因である。ただし、「20歳以上の年の差のある夫婦」は、助産師が懸念する背景要因として、新たな視点といえる。

さらにEさんでは「人工妊娠中絶」の事例が語られた。特定妊婦では予期しない妊娠の場合があり、その帰結として人工妊娠中絶を選択することがある。特定妊婦のケアにおいては、養育にむけた支援と人工妊娠中絶のケアは隣り合わせにあることが示された。

2. 助産師の活動の場

6人の助産師の活動の場を図式化(図10)した。医療機関で勤務する臨床助産師はおもに、妊娠から産後1か月健診まで妊産婦と関わる。語りにおいても、「産後1か月まで」が関わりのリミットとして語られていた。それゆえ、保健センターの保健師をはじめとする地域の関係機関との連携をより一層、意識していることが示された。地域助産師は、妊娠期から継続して育児期にも関わりをもつ。Bさんの活動する地域では、助産師が産後1年まで特定妊婦との関わりをもっていた。Aさんでは、開業助産師として、育児サークルを主催しており、地域の関係職種との協働が示された。

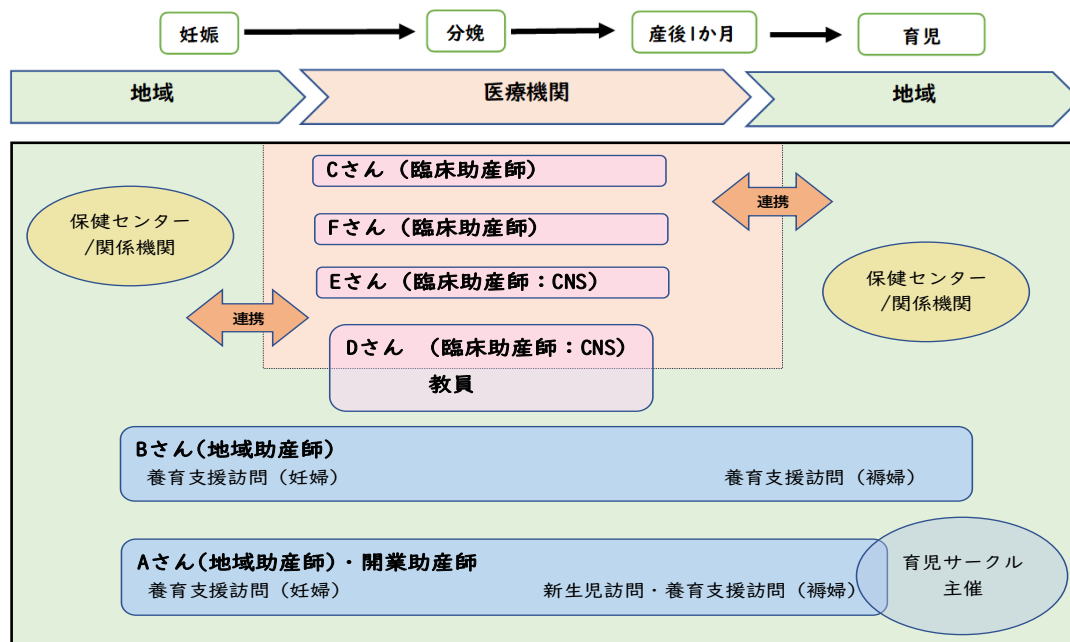


図10 研究協力者(助産師)の活動の場

日本看護協会(2021)「母子のための地域包括ケア病棟」推進に向けた手引きp10

(図4：母子支援における地域連携)を参考に筆者が作成

第3部 特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践と役割

助産師たちの実践の語りから、特定妊婦のケアをめぐる実践の構造を現象学的に記述した。助産師たちの通底した問いは、特定妊婦と「どのように関係をつくり、つながっていくのか」というものであった。実際には、自己を媒介として特定妊婦とつながり、母子や家族とのつながり、母親と保健師や地域社会とのつながりを支えるものであった。そうして、特定妊婦が社会の「誰か」とつながることによって、母子を孤立から守る実践であった。

第7章では、「特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の構え」を考察し、第8章では、助産師たちの実践の構えをふまえた「特定妊婦のケアをめぐる助産師の役割と課題」について考察する。

第7章 特定妊婦のケアをめぐる助産師の実践の構え

Benner(1984/1992, 邦訳, 5)によると、「ナースは患者について全体的な構えをもち、構えは常に蓄積され、外部の観察者には、つかみにくいものである。そして構えは状況に対する方向づけであり、そのことが、状況を知覚し記述する方法を変えていく」と述べる。実践の構えとは、いわば、実践のスタイルであり、現象学的な記述によって明らかになった助産師たちの実践の構造である。

助産師たちの「どのように関係をつくり、つながっていくのか」への応答として示された、次の3点から考察していく。第1節は、特定妊婦を「どのように捉えるのか」といった「助産師の特定妊婦へのまなざし」である。第2節は、特定妊婦と「どのようにつながっていくのか」という「実践のスキル」について、第3節は、助産師が特定妊婦と「つながる」ことの意味を論じる。

第1節 助産師の特定妊婦へのまなざし

第1項 間主観的な対人関係スタイル

助産師による特定妊婦との関わりでは、共通して間主観的な対人関係スタイルが示され、助産師は対象となる母親の目線を捉えつつ実践を組み立てていた。Cさんでは、母親が見る助産師からの視線をも含んだ視線を「みる」という再帰的構造が、Eさんでは、妊婦の目線を取り込みつつ実践するといった構造が示された。Aさんは、母親から見える助産師の「印象」を意識し、Bさんの実践では、あかちゃんと母親の両者と同じ目線にあることが示された。つまり助産師たちは母親の置かれている状況を間主観的に捉えつつ、同時に実践していることが明らかになった。

信田(2002, 159)は、DVや虐待における援助者の関わりにおいて、「中立的立場はない」と述べる。中立とは必ず「力の強い立場」に立ってしまうことだといい、関わりにおいては、虐待の加害者となった母親の立場に立ち、加害者の味方をする(信田, 2002, 162)だと

示す。このような援助者の立場性は、対象者には即座に見抜かれることから、「味方になる立場性」こそが重要(信田, 2020)である。Aさんの実践では、母親の「味方」であることを伝え、先入観を持たない関わりであった。このような母親の立場に立った関わりが、特定妊婦とのつながりの土台となる。

Dさんの実践では、「母親の思い」にアクセスするといった、「よく知ろう」というスタンスが示された。これは、Bennerらが示す、患者を気づかい世話をするという営みを通じて、「自分では病気を体験していなくても、患者の生き抜いている意味と関心に近づける」(Benner & Wrubel, 1989/1999, 邦訳, 100)という関わりに他ならない。これらが間主観的な対人関係スタイルである。

このような間主観的な見方への要請は、助産師としての実践の経験によって支えられている。Cさんでは、自己の価値観や助産観を棚上げし、「母子とその周りをみる」ことから実践を組み立てていた。Dさんは、助産師としての知識を棚上げして、母親が大事にしている価値を「教えてもらえる関係」をめざしていた。Eさんでは、他のスタッフからの情報を一旦棚上げした「そうではなくて」というまなざしで対象を捉えていた。つまり特定妊婦への関わりの経験が助産師たちに間主観的な見方を要請し、さらには、特定妊婦とのつながりへの応答としてケアが生み出されていくのである。これは西村(2016a)が述べる、「経験が動的に変化し意味を更新する」といった構造である。

このような関わりの帰結として、「安心できる関係」の構築や母親の「心理的安全」の確保といった関係が作られていくのである。

第2項 「変化を捉える」、「強みをみる」

助産師たちの語りでは、助産師と母親がつながることで、母親たちが変化していく姿が描かれていた。Aさんの実践では、「社会とつながると母親たちは変化する」ことが示された。育児がうまくいかずに「泣いていた母親が」「自信を持って育児ができる」ようになったり、「他のお母さんたちと関われる」ようになり、「笑顔」になるといった変化である。Bさんの実践では、「なかなか」「不自然な感じ」が、「だんだん」「自然に」育児ができるように母親は変化していた。これらの母親の変化は言わずもがな、助産師とのつながりにおいてである。母親の変化を促す実践として示されたのは母子を「褒める」ことであった。Bさんは、「褒めることをいっぱい発見したい」と語る。それは、母親の育児を評価するのではなく、ありのままの母親を認める行為である。母親にとって「褒められる」ことは、自己を認められる経験となることから、母親の変化を後押しする実践といえる。

Cさんの実践では、精神疾患による内服のため「8時間しか起きていられない」母親の状況を「8時間は起きていられる」と、困難を抱える母親の状況を「強み」として示された。Bさんでは、特定妊婦の置かれている逆境のなかに、「強みを捉える」実践があった。つまり助産師が捉える変化や「強み」の物差しは、いわゆる母親役割規範といった社会からまなざされる規範ではなく、その母親を主体として捉えていることがわかる。

子ども虐待防止における社会的要因のリスクアセスメントでは、親の階層要因や、特定のジェンダー化された家族像や母親規範に基づいて作成されていること、またその判断がスティグマ化してしまうという指摘がある(辻, 2016)。さらにリスクアセスメントの使用自体が、「問題」や「弱さ」のみが注視され、家族がもつ強さや資源、能力が軽視される(上野, 2016)。要するに、母親がリスク要因をもつことだけでラベリングされ特別視されてしまう危険である。

しかしながら、本研究で示された助産師の特定妊婦へのまなざしは、自己の価値観や規範を一旦棚上げした、間主観的な対人関係スタイルであり、母親の「強みをみる」まなざしであった。母親の「強みをみる」ことは、「ストレングスモデル」といわれ、子ども虐待予防に成果を上げている家庭訪問(Healthy Families America : HFA)のプログラムにも取り入れられている(白石, 2011)。小林(2009)は子ども虐待予防の支援において、ストレングス(強み)に着目しないと援助はうまくいかないと示す。つまり特定妊婦との関わりにおいて、母親を主体とした「強みをみる」まなざしが必要なのである。

特定妊婦とは、その妊婦がもつリスク要因を特定し出産前から切れ目のない支援体制を整えていく施策であるが、それは同時に「特定妊婦」というラベリングをすることに他ならない。だが、本研究の助産師の実践で示されたのは、特定妊婦をラベリングしない、まなざしであった。このような助産師のまなざしが、特定妊婦とのつながりの土台となることが示唆された。

第2節 助産師による特定妊婦への実践のスキル

第1項 「一緒に」、「聞く」、「代弁する」

助産師による特定妊婦との関わりで示された実践スキルについて考察する。これは助産師が特定妊婦と「つながっていく」ためのスキルである。

育児を行っていくには親はさまざまな変化が求められる。それまでの生活環境は養育環境へと変化する。育児に費やす時間が生じ、養育者である親はさまざまな責任を負うことになる。特定妊婦では、予期しない妊娠や経済的な問題から養育環境が整わなかったり、支援者がいないことから、その負担を一手に担うことになったりする。これらの状況を捉えた実践スキルが示された。

まず、助産師が「一緒に」行っていく実践である。Bさんでは、母親の状況に応じた「一緒に」行う実践が示され、その一つはモデリングであった。親モデルがいない特定妊婦ではBさんがモデルとなる。そうすることで母親が主体となって児と関わっていけるようになる。Aさんの実践では、若年の母親と「一緒に」児のケアを行うことで、母親との距離が一気に近づいた。Dさんでは、毎回の妊婦健診に、ただ「一緒に」居ることが示された。児の成長を「一緒に」喜ぶ実践は、BさんとFさんによって語られている。「一緒に」行う実践とは時間と場の共有である。それは同じ目線で共通の目的を果たすといった意味があり、不安を抱える妊婦や慣れない育児を行う母親にとっては安心感を与えるとともに、助産師が身近な

安心できる存在となるのだと考える。

次に助産師の「聞く」という実践を考察する。すべての助産師が母親たちの話を聞いていた。助産師が特定妊婦に話を「聞く」行為は、母親の語れる場を作ることでもある。

Dさんは、母親の「思い」や「抱えているもの」を「教えてもらおう」と表現した。Toombs(1992/2001)は「病いの意味」において、病気は主観的体験であるとし、「患者の語り」が、病気を理解するうえで中心的役割を担う(S. Kay Toombs, 1992/2001, 邦訳, 69)」と述べる。妊娠・分娩、育児における体験もまた、母親の主観的体験といえる。ならば、その人の「思い」や「抱えているもの」に接近するためには、「母親の語り」によってでしかアクセスできない。Dさんが母親の話を「教えてもらおう」とするのは、母親の体験してきたことを「よく知りたい」からであり、それらから母親の置かれている現状を理解するためである。特定妊婦といわれる母親では、困難を抱えてきた人生のなかで、妊娠・出産、育児というイベントが相まって訪れる。若年妊婦では発達段階の途中で課題を背負ったままであったり、未婚や経済的困窮といった困難を抱えていたりする。そのため、「母親の語り」から、妊娠までの体験を「教えてもらおう」ことが必要であるといえる。

「医学書院ケアシリーズ」編集者の白石は、民俗学者の六車さんの実践について、心理的な話をしていないのに、逆に心理的に信頼されていくといった「逆説」を示している(丸尾, 2021)。その実践とは、介護施設において高齢者が経験した「事実」を聞くといった実践である。要するに、ただ「聞く」ことが心理的援助となるのである。助産師が関心を寄せて母親の話を「聞く」行為は、母親の語る場が作られる。このとき重要なのは、母親が「評価されない」ことである。Dさんの実践では、ネガティブな感情を表出しても否定されず、評価されない状況において、母親の「思い」が語られた。Eさんが示した「心理的安全」の確保では、「ずかずか」聞くのではなく、特定妊婦の本音が「ぼろぼろっと出たり」する関わりであった。つまり母親が「何を言っても大丈夫だな」と思えるような助産師の姿勢を前提として、母親の語る場が作られるのである。そうして、母親にとって助産師が、信頼でき「安心できる」存在となる。

最後に「代弁する」スキルについて考える。Cさんでは、母親の思いを代弁することや、サポート者である義父母の目線を捉え、それらをCさんが伝えるといった実践が示された。Bさんでは、過去の母親の思いや「あかちゃん」の気持ちを代弁する実践であった。看護において代弁者とは、看護実践上の倫理的概念⁵⁴のひとつであるアドボカシー(権利擁護や代弁)として位置づけられる。意思決定が難しい場面や医師と患者との調整のなかで、看護職は権利擁護者や代弁者としての役割を果たす。

サラT、フライ他(2002/2005, 邦訳, 47)は、アドボカシーのモデルを「権利擁護モデル」、「価値による決定モデル」、「人として尊重するモデル」の3つを示している。Cさんが母親の言えない思いを汲み取って代弁することは、価値が対立している場面における調整であり、「価値による決定モデル」であると考えられる。Bさんが児の気持ちを代弁することは、児をひとりの人間として尊重する「人として尊重するモデル」といえる。つまり助産師

が実践する「代弁する」スキルには、倫理的規範がベースにある。代弁者となる前提には、母子を間主観的に捉える必要があり、換言すれば、母子の視点を捉えることで代弁者となり得る。また義父母や過去の母親の思いを代弁する行為は、助産師がそれらの視点を捉えているということである。そうして、義父母と母親、児と母親をつなげる実践が明らかになった。

助産師が特定妊婦と「つながっていく」ための実践スキルとして、「一緒に」、「聞く」、「代弁する」について論じた。第1節で取りあげた、「褒める」スキルもそのひとつと考える。これらのスキルを活用する前提には、「間主観的な対人関係スタイル」が必要であるとともに、「評価しない」ことや、共有する時間のなかでの「気持ちの共有」、「想像力」といった関わりの姿勢が実践を支えている。そうして助産師たちは、実践スキルを用いて、特定妊婦に安全で安心できる存在であることを伝え、「つながっていく」ことが示唆された。

第2項 身体を介したケア

Eさんの実践で示されたのは、身体接触を含んだ身体を介したケアであった。阿保(2015, 78)によると「看護実践とは、技術を、その人の身体をとおして患者の身体にはたらきかける技として適応すること」である。そして、看護師が患者に「触れる」ということは、単に物理的な接触にはとどまらない身体的な接触であることから、自覚的であったほうがいい(阿保, 2015, 97)と述べる。Eさんの実践では、血圧測定においても助産師による関わりの姿勢が伝えられることを示しており、身体接触の意味に自覚的であることがわかる。さらに、前述したように、阿保(2015, 120-121)は、看護師と患者の出会いにおいて、身体全体から「人柄」が醸し出されることを示している。つまり助産師と特定妊婦の出会いにおいて、すでにお互いに身体から「人柄」を感じ取っているのである。これは関わりの出発点としては大きな要素と考えられる。

沖縄において暴力に曝されている若年妊婦の調査と支援を行う上間(2023a, 129)は、「身体は甘く見ない方がいい」と述べる。またその支援においては「身体からしか入れない」という。逆境に置かれた若年妊婦の身体がまずケアされる必要と、身体を拠点にして引き受けたことが長期的に影響を及ぼすことへの危惧(上間, 2023a, 129)である。つまり、逆境を生きてきた特定妊婦では、特に「身体を介したケア」が重要といえるのである。

Eさんの実践では、「身体から心に届けるケア」が示された。助産師の「業」とされる「助産」、つまり分娩の過程において、「産婦は助産師の言葉、声のトーン、表情、しぐさ、触れる手を毛穴一つひとつで感じ取って」いる(古宇田, 2022)。一方、助産師も分娩時に、産婦の全身に触れた手の感覚や表情やしぐさ、声などから分娩進行を読み取っている(渡邊他, 2010)。これはMerleau-Ponty(1960/1970, 邦訳, 14)が述べる、「触れる－触れられる関係」の相互変換の状態で、間身体性(Merleau-Ponty, 1960/1970, 邦訳, 24)という現象である。つまり分娩時のケアにおいて、産婦と助産師は間身体性の関係にある。また妊婦健診においても「腹部触診」という助産師の身体を優れた診察道具として活用しており(笹川他, 2016)、妊婦健診においても妊産婦と助産師は間身体性の関係にある。

さらにEさんの実践では、「助産」の場面だけではなく、「シャンプー」や「血圧測定」といった基礎看護技術を含んだ助産師が関わるケア全般において、身体を介してケアを届けていることが示された。これらは特定妊婦にとって「大事にされた」という経験になり得るものである。助産師が自らの身体を道具として活用して関わり、間身体的な関係を構築するのである。

だが一方で、身体を介したケアの方法が適切ではない場合には、ケアが届かないだけでなく、妊産婦にとっては助産師に「大事に」されなかったという経験となり得る。つまり身体を介するケアは、両義的であり両刃の剣といった意味をもつ。上間(2023a)が述べるように、暴力に晒されている特定妊婦では、その影響が長期に及ぶからこそ、助産師の関わるケア全般において常に念頭に置く必要があると考える。

助産師の特徴的といえる実践に、「身体を見る」ことがある。これは「身体を介したケア」の前提になるものと考えられる。助産師たちは「身体を見る」ことから、身体からのサインを受け取っている。言い換えると、「身体」に着目することで、身体からのサインが「聞こえてくる」のである。これは、前述した助産師の「分娩介助」や「妊婦健診」、さらには、授乳支援における「乳房ケア」を担う助産師の専門性と関係があると考ええる。

Eさんの実践では、妊婦の「足の裏の黒さ」を糸口に、妊婦が公園で生活していることを把握したり、疾患の影響から動かしにくい女性の「足」を気づかうことから、本音の表出につなげる実践が示された。Aさんは、特定妊婦のリストカットや根性焼きの跡といった母親の「手」から受け取るサインを糸口に、母親が幼少期に受けた虐待の過去を察知していた。身体を見て判断することはFさんの実践でも語られている。Fさんは、我が子を世話する母親の「手」を見ることから、母親の育児の状況を捉えた。伊藤(2020, 8)によると、ケアの場面における接触面の人間関係では、特に「手」が主要な役割を果たすという。Fさんが母親の我が子に接する「手」を見て、「大切に育てている」ことを読みとっていたことが、これにあたると考える。

さらに助産師たちは赤ちゃんの「身体を見る」ことによって、育児の状況を捉えていた。Fさんは、「ぴかぴかの赤ちゃん」と表現し、母親が丁寧に育児していることを捉えた。Bさんは訪問において、児の身体の硬さから養育環境を捉え、Aさんでは、児の体重増加不良の原因が面前DVであることを捉えていた。これらは赤ちゃんの身体からのサインを受け取っていたということである。助産師が特定妊婦の状況を捉える際には、母子双方の「身体」からのサインを受け取っていることが明らかになった。そうして、身体からのサインを糸口に、実践を組み立て、特定妊婦と「つながっていく」ことが示唆された。これは上間が述べる「身体からしか入れない」というつながり方である。

第3節 助産師が特定妊婦と「つながる」ことの意味

本章第1節、第2節では、助産師が特定妊婦をどのようにまなざし、「どのようにつながるのか」を論じた。本節では、助産師と特定妊婦が「つながる」ことの意味を考える。

第1項 生活史を知る ―援助希求の後押し

生活史とは、「個人の生い立ちと人生の語り」である(岸, 2022, xviii)。助産師たちは特定妊婦のそれまでの話を聞いていた。助産師たちが特定妊婦の話を「聞く」ことは、その母親の「生い立ちや人生」といった「生活史を知る」ことであった。AさんとBさんは、母親が経験してきた過去の虐待の話を聞いている。Cさんも過去の母親の生活に目を向けていた。Dさんでは、母親が大事にしてきた価値を教えてもらったり、「助けて」を「出さないで生きてきた」であろう母親の過去を捉えていた。助産師が、困難を抱え逆境を生きてきたであろう特定妊婦の「生活史を知る」ことは、母親にとっては、辛かった過去の経験を「知っていてくれる」存在となる。またそれは、「知っていてくれる」助産師の存在を、「知る」という意味をもち、母親と助産師の双方が、「知っている」という状況となるのである。

Bさんは、虐待を受け育ってきた母親の気持ちを想像する。自身が母親となり我が子が泣いている状況に対して、子どもだった母親が「私なんか泣くことも許されへんかったで」と思う気持ちを捉えるのである。山下(2015)は、虐待を受けて育ったために心の病をもち、虐待してしまう親を「サバイバー」として敬意を払い、「その方が“子どもだった過去”と、“親になった現在”の状況や心のありように思いをはせながら接することが重要である」と述べる。特定妊婦のもつ困難な状況は、過去からの連続性として捉える必要があり、それゆえ、関わりにおいて特定妊婦の生活史を知ることが必要といえる。

一方、助産師にとって、特定妊婦の「生活史を知る」ことは、今まで知らなかった「生い立ちや人生」を知るとともに、新たな価値に触れる経験となる。実践者が語る「教えられる」という感覚について、村上(2021a, 49-50)は、「コミュニケーションが成立しそのなかで当事者が力を発揮することに対する手応えなのかもしれない。当事者と真摯に向き合ったケアラーだけが、この言葉を発することができる」と示す。本研究においても、母親から「教えてもらおう」とBさんやDさんが語っている。「教えてもらおう」という姿勢での関わりにおいて、コミュニケーションが成立し、特定妊婦の「生活史を知る」ことができるのである。

「生活史を知る」ことによる特定妊婦と助産師の双方が「知っている」という状況は、Aさんの実践で示されたように、特定妊婦が助産師に「すぐに相談できる」状況となり得る。つまり母親たちのSOSを出す力を後押しするのである。困ったときに誰かに助けてといえる「援助希求能力」の乏しさは、さまざまな領域の困難事例に共通する特徴で、それには成育歴上の逆境的体験が関与している。誰かに助けを求めるといふ行為は無防備かつ危険であり、時に屈辱的である(松本, 2019)。だからこそ、母親たちの「援助希求能力」を高めるという視点ではなく、「すぐに相談できる」助産師の存在を、母親たちに「知っていてもらおう」という視点が必要だと考える。とはいえ、母親の「変化を捉え」「強みをみる」といっ

たまなざし、母親とつながる実践スキルによっても、母親の援助希求は後押しされると考えられることから、両方からのアプローチが必要と考える。

妊娠を契機に出会う特定妊婦との関わりにおいて、助産師が「生活史を知る」ことは、それまでの困難を含めた支援になり得る。予期せぬ妊娠をした女性たちが抱える問題は妊娠したことで生じたというよりも、それ以前から存在していた問題が妊娠や出産をきっかけに顕在化または深刻化する場合が多く、そうした女性たちのなかにはさまざまな傷つきを体験している例が少なくない(シード・プランニング, 2021, 135)。困難な状況をもつハイリスク妊婦のケアをめぐるのは、妊婦本人に対するケアというよりも、子育て支援・児童虐待防止といった、子どもを取り巻く問題解決のみに着目する傾向(石原田, 2017)が指摘されており、母親の抱える困難な状況が置き去りにされてしまうことがある。しかし本研究で示されたような特定妊婦の過去を知り、連続性としてみていくことで、妊娠を起点として過去の困難と未来への課題を包含した支援となり得ることが示唆された。

第2項 「出てくる」という中動的な関わり ―自己責任を解除すること

本項では、助産師の関わりにおける、「出てくる」という現象を考察する。

Eさんの語りでは、心理的安全を確保することから本音が「ぼろぼろっと出たり」という実践が語られた。Bさんでは「ぽつぽつ出てくる」と語った。特定妊婦の話が「出てくる」という表現は、CさんやFさんでも語られており、Dさんは「本音を漏らしてもらえ」と表現した。これらは同様の構造と考えられる。

伊藤(2020, 161)は、視覚障害者の伴走でのコミュニケーションについて、「伝える」ではなく「伝わっていく」という現象を示している。それは「受け入れる」用意があるから、「伝わっていく」のであり、「伝わっていく」メッセージは、それを受け入れる隙があるところにだけしか届いていかない。つまり、信頼があるところにだけ、メッセージは伝わっていく(伊藤, 2020, 165)。助産師と特定妊婦の関わりに置き換えてみると、母親のメッセージは信頼できる「受け入れる」用意のある助産師にしか伝わっていかない。本音を「出させる」のではなく、助産師の関わりの帰結として「出てくる」のである。

さらに助産師たちは「受け入れる隙」を積極的に作っていると考えられる。Aさんは、「この人になんか相談してみよう」と思ってもらえる訪問を心がけてると語り、そのために、母親から見られる助産師の「印象」を意識していた。他の助産師たちも同様に、母親から見える助産師の姿を常に意識して関わっている。相談される「なんか」とは、どのような母親の思いでも、いつでも「受け入れられる」ことを示すものといえる。このような関わりにおいて、助産師が意図していなかったことが、母親から「出てくる」のである。

「出てくる」という実践の成り立ちには二つのベクトルがある。一つは、「身体を見る」ことで示されたような、助産師の察知する力である。これは村上(2023c, 42)が示す、子どもの潜在的なSOSをキャッチする力とされる「かすかなSOSへのアンテナ」と同様であると考えられる。母親自身も気づいていない潜在化したSOSを、助産師が察知することで、SOSとし

て受け取るといったものである。もう一つは、「母親から見える助産師の姿勢」を常に意識した関わりであり、身体全体から醸し出される「人柄」といったものも含まれる。いわば、助産師が母親の味方であることを「魅せる力」と言い換えられる。西村(2016b)は、「看護師として私たちが成り立つのは、ケアを受ける患者という他者の存在に依存している」と述べる。つまり、「出てくる」といった現象は、助産師が自己の姿勢を常に意識しつつも、他者である母親の存在に依存した帰結であるといえ、それゆえ、「出でくる」という表現となるのだと考えられる。この関わりは、積極的な姿勢であるにもかかわらず、受け身の実践である。このような実践において、母親のさまざまな思いが「出てくる」のである。

「出でくる」という現象は、前項の「生活史を知る」状況においても起こり得る。だが、それに留まらず「出でくる」のは、母親の「本音」や「ちょっとした、もやもや」、さらには、母親の潜在化したSOSも含まれ、その射程は広い。それらから母親のメッセージを受け取り助産師は実践しているのである。

他方で、「出てくる」や「漏らす」という表現は、中動態的な状態である。能動と受動の対立では、意志の概念が強く想起されるが、中動態では意志が前景化しない(國分, 2017, 97)。つまり本音を「漏らす」か「漏らさない」かに、母親の意志や責任が問われないのである。また、「出せる」か「出せない」という水準ではなく、助産師たちは「出てくる」ように関わっている。それは、援助希求というSOSを「出せない」ことへの責任を特定妊婦に問うのではなく、また助産師が母親を「評価しない」という関わりである。

「生活史を知る」ことも、「自己責任論理」を解体する(岸, 2016, 33)。生活史を聞くことは、「そういう事情があるなら、そういうことするのもしょうがないなあ(岸, 2016, 34)」という理解である。「私たちの人生の有り様や、その生き方には理由があり、動機がある」。それらを開かれた場で記述し共有していくことで、他者の合理性を理解することが可能となる。助産師たちは特定妊婦の生活史を聞きながら、妊娠までの困難な状況とそのなかで生きてきた妊婦たちの話を、間主観的に捉えていた。それゆえ、妊婦の変化を捉え、「強みをみる」ことができ、そしてそれらは自己責任論理を解除するのである。要するに、「生活史を知る」ことや「中動態的な関わり」は特定妊婦を評価しない、自己責任を解除するという意味がある。

虐待に陥った母親に、「言ってくれてありがとう」と伝えるBさんの関わりは、まさに母親を評価しない、自己責任を解除した関わりである。それによって孤立から母子を守ることができる。助産師による特定妊婦への実践では、間主観的な対人関係スタイルを土台とし、「実践スキル」を活用した「つながっていく」実践が明らかになった。

第8章 特定妊婦のケアをめぐる助産師の役割と課題

本章では、助産師の実践の構えから、「特定妊婦のケアをめぐる助産師の役割と課題」を考察する。第1節では「社会からの特定妊婦へのまなざし」を、第2節は、「問題解決モード」の思考と「ネガティブ・ケイパビリティ」の概念を取り入れる必要性を、第3節では、「社会とつながる支援」について論じる。

第1節 社会からの特定妊婦へのまなざし

第1項 特定妊婦の背景にある規範

私たちはそれまでの経験から意識せずとも家族や母親たるものの「像」を作り上げている。それは、近代家族のロマンテック・ラブ・イデオロギー⁵⁵⁾による「性別役割分業」や「母性愛」をベースとした「家族規範」や「母親役割規範」である。信田(2002, 162)によると、「従来の家庭観から脱しきれていない人ほど、虐待する母を責める」という。虐待が「あるべき家族像」からの逸脱ととらえるのか、そもそも家族関係、親子関係は権力構造だと捉えるのかの違いである。また「異常な家族だから虐待が起きる、家族の機能が衰退してきたから虐待が起きる」といったものは、従来の家族観からの推論であり、「ごくふつうと思われる家族」と「虐待のおきる家族」は地続きだ(信田, 2002, 179)と示した。これらが記されてから20年以上が経過したが、「家族」や「親子」にみる規範は変化してきただろうか。残念ながら、家族規範の背景にある、「家父長制」や「母性神話」、「母親役割規範」は根強く残っている。

Cさんの実践で語られた、子どもを「そんな時期に預けるなんてかわいそう」という実母と夫から、母親に対して投げかけられた言葉は、「母親役割規範」に他ならない。Cさんはそれを察知して母親の現状をふまえて代弁する。Dさんの実践では、母親の「おっぱい飲ませると気持ちが悪い、おっぱいが苦痛」という思いが語られる。母親は関わる助産師のまなざしを取り込み、その発言を躊躇し、評価されないであろうDさんに思いを打ち明けている。Fさんの実践では、「子どもをかわいく思えない」といった母親の言葉があった。これらの背景には「母性神話」がある。このような規範は無意識に私たちのなかに取り込まれ影響を及ぼす。だからこそ、このような規範に助産師は自覚的になる必要がある。

母親にまつわる言説は多く存在する。2022年日本でも翻訳が刊行された「母親になって後悔してる」は世界中で大反響を呼び、真っ二つに割れた議論(村井・鹿田, 2022)が起こった。この著書のなかで、母親たちは「よい母親」と「悪い母親」という「母親像」を追いかけていることが記されている(オルナ・ドーナト, 2016/2022, 邦訳, 66)。これは、母親の誰しものがもつ思いだと考えられる。日本における妊婦健診を受診しない未受診妊婦は、「悪い母親」として、世間やマスコミからバッシングの対象となる(石原田, 2018)。現代では妊娠はコントロールできるものという世間の認識と、性交には快楽があるということから「予期しない妊娠」をした女性に対しては、自己責任として厳しい目が向けられる(佐藤, 2021,

15)。つまり、特定妊婦では「母親役割規範」だけでなく、「母親役割規範」から逸脱した存在、という二重のまなざしが向けられるのである。

さらには、助産師の規範を母親が再帰的に取り込むことが示され、それは助産師もまた、規範に囚われているということである。宮地(2016)は、「ははがうまれる」というエッセイにおいて、「母親のための酸素マスク」について記している。飛行機の緊急対応用ビデオにある、「酸素マスクが降りてきたら、たとえ、子ども連れであっても、まず自分が落ち着いてマスクをつけて、それからお子さんにつけてあげましょう」というアナウンス指示である。宮地(2016, 77)は、これは「子育て全般にもいえる」という。母親が先に酸素マスクをつけることへの世の中の批判について、母親にも酸素マスクが必要なこと、母親の自己犠牲にはメリットがないことを強調し、ケアする人へのケアを示している。助産師が「よい母親」への支援をめざすのではなく、母親が自己の酸素マスクを自分自身で探しだし、まずは自分がつけられるように関わっていくことが必要と考える。

第2項 「助けて」と言える社会

Aさんの実践では、母親からの電話に助産師がすぐに駆けつけたり、夜中のSOSに応えたりすることで母親は助産師とつながることができた。Fさんでは、母親の「子どもをかわいく思えない」という言葉をSOSとして受け止めていた。Dさんの実践では、「助けて」とかSOSを「出さないで生きてきた」母親のこれまでの生き方を捉えていた。だが前述のとおり、援助希求は「無防備かつ危険」で、誰かに助けを求めるという行為にはさまざまなハードルがある。「助けて」が言えない背景には、弱さを認められない社会があり、それは自己責任を追及する社会である。特定妊婦の背景要因である、若年での妊娠や予期しない妊娠には、前述したような母性役割規範への囚われとそこからの逸脱というまなざしや、経済的困難や精神疾患には自己責任とスティグマを伴う社会のまなざしが存在する。

虐待死事件取材する杉山(2020)は、事件の背景に、「家族規範に則って、よい家族でありたいと願うこと自体が、虐待死事件の温床になることを繰り返し知らされる」と記す。それは母親だけでなく父親も同様に、「子どもを育てるのは家族の責任」だと考え、「理想のよい家族を目指して」頑張りぬくことを示している。2章3節で取りあげた大阪の二児置き去り死事件の加害者の母親の状況を杉山は、「母親であることから降りることができなかった」と記した(杉山, 2013, 256)。親たちが「助け」を求めないのは、社会からまなざされる親としての自分を守ることなのである。このような社会のまなざしが、援助希求能力を低下させるのだと考える。さらには、親であることだけにしか価値を見出せない、弱さが認められない社会が、「助けて」と言えない状況をつくるのである。

一方、本研究の助産師たちは、自己の価値観や規範を棚上げしたまなざしで特定妊婦たちと関わっていた。そうして、助産師が特定妊婦と「つながる」ことは、母親たちの自己責任を解除し、援助希求を後押しするという意味があった。これらを支えているのは、母親の「生活史を知る」ことや、母親の本音が「出てくる」といったような中動態的な関わりである。

したがって、本研究で示された、間主観的な対人関係スタイルや、実践スキルを用いた関わりこそが重要で、これらによって、母親たちが「助けて」と言える社会が作られていくのである。

熊谷(2012)は「自立は依存先を増やすこと」と述べ、さらに支援が必要な当事者が依存先を増やせないと同時に、支援者自身も「助けて」が言えない側面を指摘する(熊谷, 2019, 237)。他者の弱さを知るとは、種類は違うけれども自己の弱さにも目を向けることである。皆が弱さを受け入れられる社会は、誰もが「助けて」と言える社会である。特定妊婦との関わりにおいては、助産師自身も「助けて」と言え、協働する力が必要であると考ええる。

第2節 問題解決モードとネガティブ・ケイパビリティ

本節では、「特定妊婦の課題への留保」と「ただ聞くこと」について、「ネガティブ・ケイパビリティ」の概念を用いて考察する。

第1項 特定妊婦の課題への留保

看護基礎教育では「看護過程の展開⁵⁶」といった問題解決思考の学修がなされる。これは科学的根拠といわれるEBM(Evidence-Based Medicine)がベースとなっている。母性看護学や助産学の対象の多くは健康な妊産婦であることから、この領域では、「ウェルネス思考」といったその人の強みに着目することが教授される。だが、問題解決思考に慣れた学生たちは、「ウェルネス思考」に戸惑うことがある。また、母性看護学や助産学においても特定妊婦を含むハイリスク妊産婦では、問題解決思考が必要となる。しかしながら、特定妊婦のもつ課題は、すぐには解決が難しい状況が往々にしてある。それゆえ、問題解決思考が前面に出してしまうと、母親のもつ課題がクローズアップされる状況に陥ってしまう。

問題解決をする力(ポジティブ・ケイパビリティ)と対比される「ネガティブ・ケイパビリティ」は、「負の能力もしくは陰性能力」といわれるもので、「どうにも答えが出ない、どうにも対処しようのない事態に耐える能力」をさす(帚木, 2017, 3)。「何かを処理して問題解決する能力ではなく、そういうことをしない能力(帚木, 2017, 6)」であり、つまり「留保」する力である。「ネガティブ・ケイパビリティ」はイギリスの詩人キーツが遺した概念であり、帚木(2018)は、「ネガティブ・ケイパビリティ」こそが、他の人が何をどう感じているのかを想像する力だと説く。ヒトの脳は「わかろう」とする生物としての方向性が備わっているため、理解できない、宙ぶらりんのままでいると不快になってしまうのだという。また小川(2023, 83)によると、「ネガティブ・ケイパビリティ」とは、相手の気持ちや感情に寄り添いながらも、分かった気にならない「宙づり」の状態、答えの出ない不確かさである。

特定妊婦のすぐには解決できない課題に対面するときには、この「ネガティブ・ケイパビリティ」を発揮し、母親の置かれる状況を想像しつつも、「分かった気にならない」ことが重要と考える。Aさんの実践では、DVから抜け出せない母親の状況を想像し、BさんやDさんは、虐待を受けて育った母親の育児の場面を想像していた。

Fさんでは、母親の「子どもが可愛く思えない」という発言と「ぴかぴかの赤ちゃん」とのギャップからジレンマを抱えていた。我が子への「愛着」に関する発言が図として立ち上がることから、「育児ができていない」ことが背後に退けられるといった、特定妊婦の課題がクローズアップする状況があった。このような状況において、問題解決モードで関わることは母親のもつ力を隠してしまうのである。Fさんが同僚との会話で気づいていったように、育児上の課題を留保しつつ、母親の経験する育児を想像することが必要といえる。

さらに付け加えると、本研究の助産師たちは特定妊婦のもつ課題を「留保」しつつも、ポジティブな未来への想像も忘れてはいない。Bさんでは、虐待による母子分離を懸念しつつも、今、目の前にいる母子のつながりを母子健康手帳に残しておくといった、未来を先取りした実践が示された。Aさんは、DVから抜け出せない母親に対して助産師が常に「味方」であることを伝え続けた。これらは、ポジティブな未来を想像した関わりであるといえる。

第2項 ただ聞くことの大切さ

第7章第2節で「聞く」スキルについて述べ、「ただ聞く」ことが心理的援助となることを論じた。しかしながら、医療の場において「ただ聞く」ことは容易ではない。通常、医療の現場では何らかの問題や課題を解決する場であるためである。それゆえ、「問題解決モード」が、「ただ聞く」ことへのハードルとなっているのだと考える。帚木(2018)は、ポジティブ・ケイパビリティだけを身につけた看護師や医療職が、問題解決しなくてはと眉間にしわを寄せて探していくような関わりに警鐘を鳴らしている。

本研究の助産師たちでは、母親が話せるであろうタイミングを見計らい、「機を逃さずに」聞くといった実践が示された。Bさんは、助産師が聴くことで母親が「自分の言葉で」話せることを示した。Dさんは「よく知ろう」というスタンスでの関わりであった。上間(2023b)は、母親たちの話を「発見モード」で聞くことを示す。それは理解のベースを自分ではなく、「この人はいったい、どんな人だろう」と徹底的に母親ベースに置くことである。これは、Dさんが示した「よく知ろう」スタンスと通ずる。このような、母親の話を「問題解決モード」ではなく、「よく知ろう」という「発見モード」で、「ただ聞く」こともまた、「ネガティブ・ケイパビリティ」の力であると考えられる。

帚木(2018)によると、患者の生きていく喜びを支えるには、「ネガティブ・ケイパビリティ」を発揮した看護実践があるという。特定妊婦に関わる助産師には、この「ネガティブ・ケイパビリティ」を身につけ、「ただ聞く」実践が求められる。ただし補足しておく、本研究で示された助産師の実践では、母親の話を「ただ聞き」ながらも、特定妊婦の課題を放置してはいない。母親の「力」を信じて、ポジティブな未来を想像する。そうして、助産師のケアが届く範囲を見極めながら、関係職種との役割分担や連携を行うのである。

小川(2023, 83)は、ケア実践において「ネガティブ・ケイパビリティ」と「ポジティブ・ケイパビリティ」の両立を提案する。問題解決モードと、「ただ聞く」といった「ネガティブ・ケイパビリティ」を組み合わせた実践が必要と考える。

第3節 特定妊婦が社会とつながる支援

「つながる」ことの対極は「孤立」である。孤立とは、逆境のなかで外からの声が届いていないことと対になる現象(村上, 2021a, 149)である。「孤立が一番困る」とBさんは語る。Dさんも「やっぱり孤立しちやいそう」と、母親とつながろうとする。つまり助産師たちは「どのようにつながっていくのか」を問い、母子を孤立から守ることをめざして実践している。

第1項 助産師によるつなげる支援

助産師によるつなげる支援には、母子をつなげる支援がある。Bさんでは、過去の母子や未来を先取りした母子をつなぐ実践が明らかになった。Eさんでは、妻と夫、Cさんでは家族をつなげる支援が語られた。さらにAさんでは、特定妊婦が社会の「誰か」とつながっていく支援が示された。

地域との連携では、助産師が母親とつながり、地域の保健師や関係機関とつなげる実践が明らかになった。臨床助産師であるCさん、Fさん、専門看護師として病院に勤務するEさん、Dさんでは、地域の関係機関との連携と役割分担が示された。共通していたのは、病院で関われる産後1か月までを時間の区切りとして実践していることである。Cさんは、それを「限界」と表現し、だからこそ、関わりがもてる場では「踏み込んで」関わり地域につなげる実践であった。虐待予防に関わる助産師と保健師の連携については、大友他(2013)が、最初に信頼関係を築いた助産師が、保健師と母親の関係を結びつける戦略を示しており、Cさんの実践でも同様に母親と保健師をつなげる場面が語られた。また助産師や保健師自身の役割の強みと限界を認識し協力すること(大友他, 2013)は、Cさんが病院における「限界」から、地域との役割分担の必要性へと認識を新たにしたことと同様である。

Eさんは、産後1か月健診時は「退院のとき以上に見てる」と語り、それ以降3、4か月健診までの期間をケア届かなくなるすき間と捉えていた。それゆえ、地域の保健センターとの連携が特に必要と考えていた。Dさんの実践では病院内外の連携において、母親の「安心」を軸に「橋渡し」する方法が示された。CNSの実践を現象学的分析によって記述した研究(村上, 2019)でも、患者と看護師や医師とのあいだのすき間を察知して、そのすき間を埋めて両者をつなげる実践が示されている。妊娠・出産、育児において特定妊婦が支援の「すき間」に落ちることがないように、病院内外の連携体制が機能することで、母親は「安心して」育児を行っていける。組織を横断的に活動するCNSがこの役割を担うことで、より一層スムーズな連携体制が整えられると考える。

特定妊婦では、要対協に登録され関係機関の協働による支援が行われる。要対協の運営指針(厚生労働省, 2007a)では、「関係機関がその子ども等に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していくことが重要である」と記されている。多機関・多職種による連携において、「情報や考え方の共有」ができる場として機能するには、まずはそれぞれの立

場における「考え方」の共有が必要である。Fさんの実践では、病院と地域の関係機関における特定妊婦の「見立て」に齟齬が生じ、ジレンマに陥る場面が語られた。児童相談所による問題解決の視点は、児童相談所の機能のひとつである、子どもの安全確保のための「職権による一時保護」への判断を視野に入れたものであった。一方、助産師は特定妊婦に対して子育て支援の視点で関わる。このような立場による「考え方」をそれぞれが認識する必要がある。さらには、Fさんが捉えたような、児童相談所に対する社会からのまなざしといった、それぞれの専門職の置かれた立場への理解が必要だといえる。そうすることから、対等な立場での情報の共有ができる。

特定妊婦との関わりにおいて助産師は、母子の身体と育児を見ることから情報を得ていた。このような助産師が得ることができる情報を活用していくことは、母子への支援に拡がりをもつ。Fさんは、「みんなで見守る」実践を示した。それは病院と地域の関係機関が協働して特定妊婦の育児を支えていくものである。互いが対等の立場で見解を述べあうことで、ケース理解の的確性は増し互いを尊重した適切な役割分担と、助け合いがあることで、援助の質は確実に高まる(増沢, 2008, 209-210)。専門職それぞれが得意とするアプローチの仕方によって特定妊婦と関わり、ネットワークとして組織化されることが必要である。それらは母子のセーフティネットとなり孤立から母子を守ってっていく。

第2項 社会における「誰か」とのつながり

虐待死事件の取材から杉山は、「本来自分たちを守ってくれる制度はあるのに、支援を受けられずにいる」(杉山, 2017, 85-86)と、困難な家庭ほど社会とつながれていないことを指摘する。CさんやEさんの実践では、乳児院(産前・産後母子支援事業)や婦人保相談所といった関連機関とつなげる支援が示された。Aさんの実践では、母親たちが社会とつながる場所の提供がなされていた。Aさんたちが提供する「母親たちが集まれる場所」は社会の「誰か」とつながる場所であり、いわば母親たちの居場所である。母親がつながっていく「誰か」の存在は、専門職だけではない、母親同士や喫茶店のマスターといったコミュニティにまで拡がりをもっていた。

これは、貧困地区といわれる地域において子どもたちを支援する「見守りの同心円」(村上, 2021b, 134)といった構造と同様であると考ええる。その地域の子ども食堂という場では、支援者だけでなく、参加する「みんな」が、その人を取り囲むそれぞれの同心円状の輪がある。Aさんは、助産師として特定妊婦とつながろうとするが、一方では、母親がつながることができる互換可能な「誰か」の存在が必要だと考えていた。つまり母親が社会という場所に開かれた「誰か」から見守られていることが、母親と社会をつなげていくのである。このようなAさんの実践は、地域保健センターと開業助産師という2つの活動拠点をもち、Aさん自身が行政や地域社会とつながり、ネットワークを持っていることに依拠している。言い換えると、助産師が地域に根差して実践するには、地域におけるネットワークづくりが必要と考ええる。

他方で、Aさんが捉える母親の姿から考えると、自ら社会とつながる母親、支援すること
でつながる母親、つながることができない母親という、いくつかの層があることがわかる。
この層は母親の置かれた状況によって流動的であることが、虐待事件を記述したルポ虐待
(杉山, 2013)で示されている。この事件の母親は主婦時代、行政が提供するすべてのプログ
ラムに参加し、ママサークルの立ち上げにも一定の役割を果たす、「自ら社会とつながる」
母親であった。しかし離婚後ひとりで育児を行うようになり、うまくいかなかったとき、
公的機関にはアクセスできなくなり、社会が自分を助けてくれるということに確信が持て
なくなかった(杉山, 2016)。

たとえ今すぐには、支援が必要のない母親であっても、何かのきっかけで育児環境が悪化
すると、簡単に社会から孤立してしまうのが、特定妊婦といわれる母親たちだと考えられる。
それゆえ、本研究で示されたような、特定妊婦とつながる「実践スキル」を用い、間主観的
な対人関係スタイルによる関わりが必要で、母子が社会の「誰か」とつながっていくことを
支援する必要がある。

終章

最後に、「子ども虐待防止」と「助産師教育」の視点から示唆を述べる。

第1節 子ども虐待防止への示唆

子ども虐待にまつわる子どもの死を、Bさん、Dさんは同様にして、「悲しい結果」と表現した。Bさんは、「亡くなった命のことを忘れない」と繰り返し語り、「肝に銘じとかなあかん」と強く語った。助産師たちは、このような「悲しい結果」を胸に抱え、「どのように関わっていくのか」を問い続けている。

鷲山(2021)は社会が支援を怠ったときに虐待が起こるのだと述べる。子ども虐待とは、本来であれば届けられるべき支援が届かないがゆえに起こり、社会から孤立した状態と言い換えられる。つまり虐待に陥る母親や父親といった個人的な問題ではなく社会の構造上の問題と捉える必要がある。家族規範や母親役割規範はそこから外れることを許さずに非難の対象とする。虐待に陥る過程において、「困っているなら、なぜ助けを求めなかったのか」という援助希求能力を親に問う考えは、さらに親たちを孤立させてしまう。虐待が社会からの孤立と捉えられ、その責任の所在は「社会」なのである。

子ども虐待に対する取り組みは、公権力の家族への介入という契機と、家族・子どもへの支援という契機を同時に含むことに、その特徴があり、社会的関心や政策・制度の方向は、介入と支援の間を振り子のように揺れている(松本, 2007, 9)。Fさんの実践では、妊婦との信頼関係と関係機関への情報提供という対立からジレンマを抱えることや、特定妊婦と関係機関という違うベクトルに同時に向き合うという構造が明らかになった。助産師は介入と支援のあいだを揺れ動きながらも、一貫として支援の立場で関わる専門職である。

上間(2021, 335)は、子どもを保護する場合においても、「児童相談所の取り上げではなくて、その女性の決定でさせたい」と示す。今の状態がよくないから、一旦外部を入れる。「その決定は母親であるあなた」「だから取り戻すときにもケア主体として取り戻せる」ことを母親に伝える。これはまさに、母親の立場に立った支援である。子どもを保護されるという公的介入が、母親役割の剥奪でもなく、烙印でもなく、その母親自身で今の状態を判断して決定したと母親が思えるように関わるのである。それはケアの持続性のためである。

村上(2022, 310)は、ネグレクトという虐待している親ではなく、ヤングケアラーという視点でみることで、親が抱える困難という視点が捉えられることを示す。虐待を親の有責性の視点ではなく、孤立の視点から親子を捉えることができれば、躊躇なく支援が届けられる。第2章第3節で記した、「三つ子育児の母親による二男への傷害致死事件」において、「背中のあざ」を虐待の判断や「介入」といった視点ではなく、母親のSOSと捉えられれば、もっと早くに何らかの支援が届けられたのではないかと考える。

母子が社会の「誰か」とつながり続けることで、虐待という孤立から母子が守られる。

第2節 助産師教育への示唆 一人ひとりの実践に目を向ける教育

現象学的な質的研究の技法を用いた分析によって、助産師たちの実践を紐解いてきたが、それは助産師個々の経験に目を向けることであった。それは教育においても同様であると考えられる。守屋(2019)は教育実践において、一人ひとりの経験に目を向けることは、倫理的な要請であると述べる。またそれは、子どもの「生きられた経験」を問う現象学的な視点であるという。教育実践においても現象学に立ち戻り、学生個々の実践の経験から、その「生きられた経験」を問い、そして教員との関係性のなかで培っていくことが必要だと考える。本研究で明らかになった助産師がまなざす特定妊婦へのまなざしは、助産学教育に携わる教員から学生へのまなざしに置き換えられる。学生一人ひとりの経験を尊重する倫理的な視点と現象学的なまなざしによる関わりが求められている。さらに言うと、現象学的な質的研究の分析そのものが、他者への尊重の姿勢を要請されるものであり、自己の価値観や助産観の再構築の場となることから、教育実践においても活用していける技法といえる。

問題解決思考が助産師教育において重要である一方で、母親の話を「ただ聞く」といった経験も必要である。すぐには答えの出ない問題を考え続ける力を身につけ想像していくことや、「弱さ」を互いに認め合う経験が必要であると考えられる。西村(2018b)は、「弱さ」は結果的にいろいろな依存につながると述べ、「依存」の感覚が必要と示す。支えられているからこそ、支えられるのである。自己の「弱さ」を知ることは、「強み」となる。

助産師を含めた援助に関わる専門職の教育においては、対象の「役に立つこと」を念頭に教育を行っていくが、対象の利益とならない可能性、ケアが侵襲を与える可能性、もしかすると自分たちの関わりが妊産婦に「害」となってしまうかもしれないかも同時に教授し、ケアを追求していく必要があると考える。

筆者の現象学的な質的研究との出逢いは、20年以上前、看護教員養成課程に参加したときである。長年、読者として研究成果から学んできたが、いつしか自分自身でも取り組んでみたいと考えるようになった。『語りかける身体』、『摘便とお花見』、『現象学でよくとく専門看護師のコンピテンシー』等をバイブルにして研究に取り組んできた。現在、助産実践の場にはいない私にとって、助産師たちの実践の語りを聞くことは、「そう、そう、そう」と同意の場であり、「そうか、そうか」と発見する場であった。それらの語りを現象学的技法を用いて紐解いていく時間は、その助産師の実践のなかに身をおき私自身は実践しなくとも、追体験できる時間であった。

本論文に取り組むなかで、特定妊婦へのケアを探究するとともに、自己の助産観や自己のもつ規範についても考える機会となった。どんなに「言葉」を得ても、それまでに培ってきた規範が、そう簡単に手放せるわけではない。だからこそ、差異に気づいたときには一度立ち止まり考えていく必要がある。そうすることが対象の思いに近づいていける。

現在、私は助産師基礎教育に身をおく。助産学実習において、プライマリー助産師に頼り

すぎる妊婦を心配する学生がいた。ずっと依存し続けると自立できないのではないかと、
うのが彼女の主張であった。しかしながら、それは逆ではないかと提案してみた。頼ること
ができる助産師がいることで、妊産婦は自立(自律)して育児が行えるようになっていく。こ
のような議論を学生たちと続けながら、学生自身が考えられるように関わっていきたい。助
産師をめざす学生たちは、まだまだ未熟で助産観も定まらないまま、大海で浮き輪にしがみ
ついた状態で浮かんでいるかのように見える。それでも「助産師」になろうと進んでいく姿
には感銘を受ける。少し先の時代を生きている助産師として、後輩の助産師たちに、その実
践を残し継承していく一助に、本論文が貢献できれば幸いである。

謝辞

まず、本研究にご協力いただいた助産師のみなさまに、心より感謝申し上げます。本論
文はみなさまの実践によって支えられ完成することができました。本当にありがとうございました。

次に、研究テーマがしぼり切れず迷走していた私に、このテーマを選択するヒントを与
えてくださり、データ分析、論文作成まで常に伴走しご指導くださいました大阪大学大学
院人間科学研究科教授、村上靖彦先生に深謝いたします。

大阪大学大学院人間科学研究科教授、白川千尋先生には、毎年の研究報告書において、
ご指導と温かいお言葉をいただきました。感謝申し上げます。

周南公立大学人間健康科学部看護学科教授、大平光子先生には、私のキャリアの節目ご
とに、ご指導いただけたご縁に感謝するとともに、常に私の研究の理解者でいてくださっ
たこと、本当に感謝しています。

コロナ禍での学生生活において、ゼミの皆さまとは、ほとんどが画面越しで、数少ない
対面での交流は、研究を進めるうえで私の支えでした。貴重なアドバイスをいただきまし
た大阪大学大学院人間科学研究科「哲学と質的研究」ゼミの皆さま、本当にありがとうござ
いました。

臨床実践の現象学会における発表では、多くの先生方から、貴重なアドバイスと現象学
的な質的研究の基盤を学ばせていただきました。感謝いたします。

最後に、誰もが大切にされる社会を願い取り組んできた論文が、同僚と家族に支えられ
て完成できたことに感謝しています。

支えてくださったすべてのみなさまに深謝申し上げます。

脚注

序章

- 1 保健師助産師看護師法第3条に規定。
- 2 公益社団法人日本助産師会 助産師の声明・綱領 「助産師の定義」, <https://www.midwife.or.jp/midwife/statement.html> アクセス2023/11/28
- 3 公益社団法人 日本看護協会 母子のため地域包括ケア病棟の推進, <https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/innaijosan/> アクセス2023/11/28
- 4 医療法第2条「助産所」とは、「助産師が公衆又は特定多数人のためその業務を行う場所をいう」と規定され、助産師には開業権がある。
- 5 妊婦健康診査は母子保健法第13条に規定、妊娠全期間を通して14回程度とされている。
- 6 妊婦に対する保健指導は、母子保健法第10条に「市町村は、妊産婦若しくはその配偶者又は乳児若しくは幼児の保護者に対して、妊娠、出産又は育児に関し、必要な保健指導を行い、又は医師、歯科医師、助産師若しくは保健師について保健指導を受けることを勧奨しなければならない」と規定。
- 7 新生児・乳児への家庭訪問は、新生児訪問事業(母子保健法)、乳児家庭全戸訪問事業(児童福祉法)、養育支援訪問事業(児童福祉法)、産後ケア事業(母子保健法)のアウトリーチ等がある。
- 8 市町村が実施する育児サークルの他、助産院や助産師個人が主催する育児サークルがある。
- 9 養育支援訪問事業は児童福祉法6条、「養育支援が特に必要であると判断した家庭に対し、保健師・助産師・保育士等がその居宅を訪問し、養育に関する指導、助言等を行うことにより、当該家庭の適切な養育の実施を確保することを目的とする」と規定、特定妊婦等が対象となる。
- 10 産後ケア事業は母子保健法第17条の2、「市町村は、出産後一年を経過しない女子及び乳児の心身の状態に応じた保健指導、療養に伴う世話又は育児に関する指導、相談その他の援助を必要とする出産後一年を経過しない女子及び乳児につき、「産後ケア事業」を行うよう努めなければならない」と規定。

第1章

- 11 1970年代に、コインロッカーから遺棄された児が発見され、全国多発的に起こった事件である。
- 12 「児童の権利に関する条約」第19条では、「締約国は、児童が父母、法定保護者又は児童を監護する他の者による監護を受けている間において、あらゆる形態の身体的若しくは精神的な暴力、傷害若しくは虐待、放置若しくは怠慢な取扱い、不当な取扱い又は搾取（性的虐待を含む）からその児童を保護するためすべての適当な立法上、行政上、社会上及び教育上の措置をとる」と記されている。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-soudanjo-kai-betten.html> アクセス2023/11/28
- 13 認定NPO法人児童虐待防止協会, <https://www.apca.jp/> アクセス2023/11/28
- 14 社会福祉法人子どもの虐待防止センター(CCAP), <https://www.ccap.or.jp/> アクセス2023/11/28
- 15 1994年「日本子どもの虐待防止研究会」として発足。子ども虐待防止を目指し、医療・保健・福祉・教育・司法・行政などの実践家・研究者が一同に会する研究会である。2004年12月「日本子ども虐待防止学会」に名称変更、2013年12月には「一般社団法人 日本子ども虐待防止学会」となった。
<https://jaspcan.org/society/about-jaspcan/> アクセス2023/11/28
- 16 子ども虐待防止のシンボルマークとしてオレンジリボンを広めることで、子ども虐待をなくすことを呼びかける市民運動である。<https://www.orangeribbon.jp/> アクセス2023/11/28

- 17 2004年度から、児童虐待防止法が施行された11月を「児童虐待防止推進月間」と定め、期間中に児童虐待防止のための広報・啓発活動など種々な取組を集中的に実施することとした。<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/09/h0919-3.html> アクセス2023/11/28
- 18 こうのとりのゆりかごの設立について、運営する慈恵病院ホームページでは次のように記されている。「神様から授かった尊い命を何とかして助けることができなかったのか?赤ちゃんを産んだ母親もまた救うことができたのではなかろうか?という悔しい思いをし、どうしても赤ちゃんを育てられないと悩む女性が、最終的な問題解決として赤ちゃんを預ける所があれば、母子共に救われると考え開設しました」
http://ninshin-sos.jp/yurikago_found/#fund_frame アクセス2023/11/28
- 19 2023年9月現在、全国に56か所の「妊娠SOS相談窓口」がある。一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク。<https://zenninnet-sos.org/contact-list> アクセス2023/11/28
- 20 2016年改正児童福祉法(第6条の3第5項)において、「要支援児童等(特定妊婦を含む)と思われる者に日頃から接する機会の多い、病院、診療所、児童福祉施設、学校等が、要支援児童等と思われる者を把握した場合には、当該者の情報を所在地の市町村に提供するよう努めなければならない」と規定された。〈情報提供に当たっての共通の留意事項〉として、関係機関が要支援児童等に関する知り得た情報を市町村に提供することは、個人情報保護法第16条第3校第1号及び第23条第1項第1号に規定する「法令に基づく場合」に該当し、「例外的に、本人の同意を得ないで情報を提供しても個人情報保護法違反にならないことに留意されたい」、とある。
- 21 妊娠・出産包括支援モデル事業の取組事例集(29 市町村)。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/h26nshm.pdf> アクセス 2023/11/28
- 22 2018年3月東京都目黒区 5歳女兒の虐待死(養父から日常的に虐待を受けていた)、DVもあった。
- 23 2019年1月千葉県野田市 10歳女兒の虐待死(実父から日常的に虐待を受けていた)、DVもあった。
- 24 厚生労働省「体罰等によらない子育ての推進に関する検討会」令和2年2月。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000598146.pdf> アクセス2023/11/28
- 25 内密出産とは、母親が自分の個人情報を記入し封筒に閉じてから、赤ちゃんを出産しそのまま養子縁組へ託す仕組みである。匿名出産²⁷と共に、出産と育児で悩んでいる母親達への救済の手段とされている。
IABB: "International Association Baby Boxes". <http://www.iabb.info/germany1/> 2023/11/27
- 26 2010年大阪 実母が1歳と3歳の子どもをマンションの1室に置き去りにして餓死させた事件。
- 27 母親が完全に匿名で赤ちゃんを出産しそのまま養子縁組へ託す仕組みである。IABB: "International Association Baby Boxes". <http://www.iabb.info/germany1/> アクセス2023/11/27
- 28 フォスタリングとは、里親養育包括支援を指す。厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit-suite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/topics/tp190624-01_00010.html アクセス2023/11/28
- 29 ベビーボックス: ドイツでは1999年、ハンブルクで4人の赤ちゃんが遺棄される事件をきっかけに、2000年4月、初のベビーボックスがシュテルニパルクの幼稚園に設置された。IABB: "International Association Baby Boxes". <http://www.iabb.info/germany2/> アクセス2023/11/27

第2章

- 30 本調査における「未受診妊婦の定義」は、全妊娠経過を通じて産婦人科受診回数が3回以下もしくは、

最終受診日から3か月以上受診がない妊婦としている。大阪産婦人科医会，2014，3。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/mijyusin.html> アクセス2023/11/27

- 31 1993年ウィーンでの世界人権会議で決議、それを受け同年12月第48回国連総会において採択された。公益財団法人，日本女性学習財団。 <https://www.jawe2011.jp/cgi/keyword/keyword.cgi?num=n000045&mode=detail&catlist=1&onlist=1&alphalist=1&shlist=1> アクセス2023/11/28
- 32 10項目からなる質問紙でカットオフ値は9点である。産後2週間健診と産後1か月健診で実施することが推奨されている。
- 33 2019年さいたま市事件 9歳男児の虐待死(養父による絞殺、その後遺棄)
- 34 助産師外来とは、「緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊娠褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう」日本看護協会(2018)院内助産・助産師外来ガイドライン2018。 https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/innaijosan_2018.pdf アクセス2023/11/27
- 35 沖縄タイムズ，2023年10月25日付，くらし面。「特定妊婦らの温かい家に：『おにわ』県事業として始動」 <https://www.okinawatimes.co.jp/articles/-/1244762>）アクセス2023/11/28
- 36 デートDV防止全国ネットワーク。 <https://notalone-ddv.org/organization> アクセス2023/11/27
- 37 全国女性シェルターネット。 <https://nwsnet.or.jp/ja/> アクセス2023/11/27
- 38 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長(2017)出産後の養育について出産前から支援が必要と認められる妊婦(特定妊婦)の様子や状況例。要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について。別表1。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000174295.pdf> アクセス2023/11/27
- 39 大阪府(2019)養育支援者情報提供票(医療と保健の連携)要養育支援者情報提供票「妊婦版」「産婦・乳幼児版」。 <https://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/renkei.html> アクセス2023/11/27
- 40 大阪府(2020)要養育支援者情報提供票実施要項(令和2年度改訂版)。 <https://www.pref.osaka.lg.jp/attachment/3964/00016793/R2youyouikusiennsyazyouhouiteikyohyou%20youkou.pdf> アクセス2023/11/27
- 41 育児支援チェックリストは精神科既往歴、ライフイベント、住居や育児サポート、夫や実母等との関係など育児環境要因を評価するための9項目の質問票である。日本産婦人科医会，2021，83。
- 42 赤ちゃんへの気持ち質問票は、10項目の質問項目からなる母親が子どもへ抱く気持ち(ボンディング)について調査する簡便な質問票である。日本産婦人科医会(2021)，87。
- 43 こども家庭庁家庭福祉課調べ(2023)養子縁組あっせん事業者一覧(令和5年4月1日現在)。 https://www.cf.a.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f33696fb-1ccf-416e-9eff-0724df1bab11/569b914d/20230401_policies_shakaiteki-yougo_tokubetsu-youshi-engumi_36.pdf アクセス2023/11/27

第3章

- 44 専門看護師(Certified Nurse Specialist)とは。日本看護協会。

<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html> アクセス2023/11/25

第4章～第6章

- 45 母子健康手帳には、訪問時や分娩時の状況を記載する欄がある。通常、分娩時の記録は分娩介助を行った助産師が記載する。

- 46 明確な定義はないが、概ね5人以上出産した産婦を多産婦いう。
- 47 乳児用ミルクなどを一切使わずに母乳だけで育てていること。「完母」と略することがある。
- 48 新生児の体重増加量の目安 授乳の確立とともに約30 g/日（今日の助産 改訂第4版，南江堂，949）
- 49 ボンディング障害 母親のわが子に対する情緒的絆(ボンディング)の形成力の低下や欠如がみられる状態をいう。日本産婦人科医会(2017)妊産婦メンタルヘルスマニュアル-産後ケアへの切れ目のない支援に向けて，18-19. http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf
アクセス2023/11/27
- 50 調整とは、必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々間のコーディネーションを行う。日本看護協会，専門看護師，役割. <https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html> アクセス2023/11/27
- 51 ホメオパシーはドイツ人医師ハーネマン(1755-1843年)が始めたもので、レメディー(治療薬)と呼ばれる「ある種の水」を含ませた砂糖玉があらゆる病気を治療できると称するもの。日本学術会議(平成22年8月24日)において、「ホメオパシーの治療効果は科学的に明確に否定されている」との会長談話が出されている。日本医学会(2010)，<https://jams.med.or.jp/news/013.html> アクセス2023/11/27
- 52 近年、D-MER (Dysphoric milk ejection reflex；不快性射乳反射) という授乳時におこる嘔気等の不快症状の報告がある。
- 53 妊娠12週以降の妊娠中期に実施される人工妊娠中絶では、通常の分娩と同様に人工的に陣痛を起こして胎児を娩出させる方法をとる。

第7章・第8章

- 54 看護実践上の倫理的概念。日本看護協会. <https://www.nurse.or.jp/nursing/rinri/text/basic/approach.html> アクセス2023/11/27
- 55 ロマンテックラブ・イデオロギー とは、運命のひとりのひとと出会って一生添い遂げるという性と愛と生殖を結婚によって一体化させた規範である。千田有紀(2012)ライフスタイルの公正と家族ライフスタイルの公正と家族. 女性学19巻，12-21.
- 56 看護過程の展開 アセスメント、看護診断、看護計画、看護の実施、評価の要素から成る、看護を実施する際の問題解決プロセスである。

引用文献

- 阿部彩(2020)中年・高齢女性の貧困が問題にされないワケ。世界思想社のwebマガジン，女性の貧困，第3回. <https://web.sekaishisosha.jp/posts/4193> アクセス2023/11/28
- 阿保順子(2015)身体へのまなざしほんとうの看護学のために. すぴか書房.
- 赤羽根章子・遠藤晋作・木村奈緒美他(2022)若年の特定妊婦の抱える問題と訪問する助産師の支援と課題. 小児保健研究，81，401-411.
- 赤尾さく美(2020)思いがけない妊娠に悩む女性を受け止める：妊娠葛藤相談から養子縁組まで女性との関係形成について. 世界の児童と母性，87，34-38.

- 赤尾さく美(2021)支援の切れ目を希望につなぐ. 佐藤拓代編. 見えない妊娠クライシス 誰にも
言えない妊娠に悩む女性を社会支える. 76-92. かもがわ出版.
- 赤澤宗俊, 高木耕一郎(2019)未受診妊婦1,638例の検討 国内文献による系統的レビュー. 日本
周産期・新生児医学会雑誌, 55(1), 114-122.
- Amuli K., Decabooter K., Talrich F. et al(2021)Born in Brussels screening tool : the de
velopment of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. BM
C Public Health. DOI : 10.1186/s12889-021-11463-8
- 青野都, 桑名佳代子(2022)妊婦健診未受診の母親に対する助産師の困難と対応—分娩から退院ま
で. 伝統医療看護連携研究, 3(2), 82-92.
- Benner, P.(1984)／井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳(1992)ベナー看護論 達人ナースの卓越性
とパワー. 医学書院.
- Benner, P., & Wrubel, J.(1989)／難波卓志訳(1999)現象学的人間論と看護. 医学書院.
- 母子保健推進会議(2019)「予期せぬ妊娠に対する相談体制の現状と課題に関する調査研究」報
告書. 厚生労働省平成30 (2018) 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業. 公益社団法人
母子保健推進会議.
- Briere, J., Jordan, C.E.(2009)Childhood maltreatment, intervening variables, and adu
lt psychological difficulties in women : an overview. Trauma Violence Abuse, 10,
375-388.
- Choi, K.W., Sikkema, K.J.(2016)Childhood maltreatment and perinatal mood and anxi
ety disorders : A systematic review. Trauma Violence Abuse, 17(5), 427-453.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.(1987)Detection of postnatal depression: development
of the 10-item edinburgh postnatal depression scale. Br J Psychiatry, 150:782-6.
- Darling E.K., Grenier L., Nussey L. et al(2019)Access to midwifery care for people of
low socio-economic status : a qualitative descriptive study. BMC Pregnancy and
Childbirth. DOI:10.1186/s12884-019-2577-z
- Egeland, B.(1988)Breaking the cycle of abuse : Implications for prediction and interven
tion. In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Eds.), Early prediction and preven
tion of child abuse, 87-99. John Wiley & Sons.
- Espejord S., Auberg S.H., Kvitno T.K. et al(2022)Experiences of Norwegian community
midwives with caring for vulnerable pregnant women-A national cross-sectional st
udy. Sexual & Reproductive Healthcare. DOI : 10.1016/j.srhc.2021.100693.
- e-Stat政府統計の総合窓口, 福祉行政報告例, 厚生労働省 : 児童相談所における児童虐待相談処
理件数報告, 厚生省報告例年度報:児童福祉関係. <https://www.e-stat.go.jp/> 2023/11/28
- 藤田景子(2013) ドメスティック・バイオレンス被害女性の回復を促す周産期の助産ケア. 日本
助産学会誌, 27(2), 247-256.
- 藤原千沙(2009)貧困元年としての1985年—制度が生んだ女性の貧困, アジア女性資料センター,

- 女たちの21世紀 = Women's Asia 21 (57), 19-21.
- 福澤雪子, 鄭香苗(2016)周産期の継続支援と連携の現状に関する医療機関勤務助産師の認識. 日本看護学会論文集, ヘルスプロモーション, 46, 184-187.
- 福澤雪子, 鄭香苗(2017)周産期の継続支援と連携・協働の現状に関する行政保健師の認識. 日本看護学会論文集, ヘルスプロモーション, 47, 75-78.
- 船戸優里(2020)結愛へ 目黒区虐待死事件 母の獄中手記. 小学館.
- 後藤悠希, 末次加奈, 斎藤久美子(2022)産後頼る人がいないと感じる妊婦に対する継続支援一病棟助産師による産後退院早期の家庭訪問を実施して. 日本母性看護学会誌, 23(1), 33-39.
- Gray, J.D., Cutler, C.A., Dean, J.G., & Kempe, C.H.(1979)Prediction and prevention of child abuse and neglect. Journal of Social Issues. 35(2), 127-139.
- 帚木蓬生(2017)ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力. 朝日新聞出版.
- 帚木蓬生(2018)答えの出ない事態に耐える力: ネガティブ・ケイパビリティが支えるもの. 看護教育, 59(4), 268-273.
- 波多腰秀美(2019)医療と地域のネットワーク「こどもかんふぁ」を基盤とした特定妊婦等の周産期支援体制. 看護, 71(4), 94-98.
- 服部律子, 武田順子, 名和文香他(2019)助産師が認識する「気になる母子」への対応と他機関との連携に関する研究. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 63-73.
- 東真梨子, 安田孝子(2023)助産師が10代妊婦と信じあえる関係を構築していくプロセス. 母性衛生, 63(4), 758-765.
- 比良静代, 三平まり(2016)初産シングルマザーにおける妊娠期の看護—シングルマザーと婚姻初産婦の心理を比較して. 母性衛生, 56(4), 643-651.
- 平岡友良(2006)シングルマザーの周産期における医学的および社会的要因の検討. 母性衛生, 46(4), 500-506.
- 廣田直子, 木村由紀子, 河合智栄子他(2015)母親側からみた予防的な養育支援訪問の効果に関する検討. 保健師ジャーナル, 71(9), 786-793.
- 保坂亨, 増沢高, 佐々木宏二他(2004)「嬰兒殺」とコインロッカーベイビー事件, 平成15年度報告. 虐待の援助法に関する文献研究(第1報: 1970年代まで)戦後日本社会の「子どもの危機的状況」という視点からの心理社会的分析. 子どもの虹情報研修センター.
- 保坂亨, 増沢高, 秋山邦久他(2006)平成17年度研究報告書 児童虐待の援助法に関する文献研究(第3報: 1990年代まで) 戦後日本社会の「子どもの危機的状況」という視点からの心理社会的分析. 子どもの虹情報研修センター.
- 保坂亨, 吉田恒雄, 鈴木博人他(2006)平成17年度研究報告書 虐待の援助法に関する文献研究(第3報: 1990年代). 児童虐待に関する法制度および法学文献資料の研究 第2期(1990年4月から2000年5月まで). 子どもの虹情報研修センター.
- 法務省・厚生労働省(2022)妊婦がその身元情報を医療機関の一部の者のみに明らかにして出産した(内密出産)ときの取扱いについて. 法務省民一第2000号, 医政発0930第1号, 子発0930第

1号, 令和4年9月30日.

IABB: "International Association Baby Boxes". <http://www.iabb.info/korea/> アクセス2023/11/28

五十嵐隆(2017)子どもの貧困と小児医療・小児保健. 学術の動向, 22(10), 19-23.

池田由子(1997)児童虐待の歴史. 小児看護, 20(7), 916-919.

池谷和子(2014)アメリカにおける家族の崩壊と「こどもの権利」ー児童虐待防止法制度を素材として. 東洋邦楽, 57(3), 173-203.

井本寛子(2021)助産師からみた産前・産後ケアの課題. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 56(4), 598-603.

石原田明美(2017)社会的ハイリスク妊婦のケアをめぐる葛藤: 医療・福祉専門職へのインタビュー分析より. 社会問題研究, 66, 97-109.

石原田明美(2018)「よい母親」言説がもつ「権力性」: 医療・教育関連研究の検討を中心に. 大阪府立大学女性学研究, 25, 98-121.

石川博康(2016)特定妊婦の不均一性と産後の支援. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌, 2(1), 33-38.

伊藤亜紗(2020)手の倫理. 講談社.

伊藤路奈, 山本泰弘, 春名佑美他(2020)当院における特定妊婦の選定基準と経過に関する検討. 女性心身医学, 24(3)237-241.

岩下美代子, 岩本愛子(2008)日本における「子ども虐待」の変遷(第1報). 鹿児島純心女子短期大学研究紀要, 第38号, 31-55.

白見はなこ(2023)小児医療の未来ー成育基本法の成立から「こども家庭庁」創設へ. 小児保健研究, 82(2), 80-83.

賀数いづみ, 前田和子, 西平朋子(2015)沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定. 沖縄県立看護大学紀要, 16, 49-61.

水主川純, 定月みゆき, 箕浦茂樹他(2009)当科における10代分娩症例に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 45(3), 794-798.

兼次洋介, 仲西正憲(2022)周産期チェックリストを用いた子ども虐待リスク予測. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 58(3), 472-478.

春日義史, 玉川真澄, 鈴木毅他(2018)当院で対応した特定妊婦の実態. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 54(4), 965-968.

片岡弥恵子(2005)女性に対する暴力スクリーニング尺度の開発. 日本看護科学学会誌, 25(3), 51-60.

片岡弥恵子, ハ重ゆかり, 江藤宏美他(2005)妊娠期におけるドメスティック・バイオレンス. 日本公衆衛生雑誌, 52(9), 785-795.

片岡弥恵子(2008)DVと周産期医療. 周産期医学, 38(5), 607-612.

加藤曜子(2018)児童虐待防止に向けた取り組み-10代特定妊婦・親と市区町村要保護児童対策地域協議会の役割. 思春期学, 36(3/4), 319-325.

- 勝田美穂(2015)児童虐待防止法の立法過程－唱道連携モデルからの分析. 岐阜経済大学論集, 49(1), 1-20.
- 川松亮, 山野良一, 田中恵子他(2017)児童虐待に関する文献研究 子どもの貧困と虐待. 平成28年度研究報告書. 子どもの虹情報センター.
- 川松亮(2018)ルーマニア・ドイツの児童福祉制度視察報告書Ⅱ ドイツ連邦共和国編. 子どもの虹情報研修センター.
- 川崎二三彦, 相澤林太郎, 長尾真理子他(2016)児童虐待に関する文献研究 児童虐待とDV. 平成26年度研究報告書. 子どもの虹情報センター.
- 警察庁生活安全局少年課(2022)令和3年における少年非行, 児童虐待及び子供の性被害の状況. <https://www.npa.go.jp/bureau/safetylife/syonen/pdf/r3-syonenhikoujyokyo.pdf> アクセス2023/11/28
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al(1962)The battered-child syndrome. JAMA, 181(1), 17-24.
- Kempe, R.S.& Kempe, C.H.(1978)The abusive parent. Child Abuse, 10-24, Harvard University Press.
- 菊地真理(2021)「多様な家族」の限界への挑戦－再婚後の別居親子の継続と共同養育の実践. 家族関係学, 40, 25-34.
- 桐野由美子(2011)児童虐待防止のための家庭訪問事業-国際的視野からの沿革・現状・展望. 世界の児童と母性, 70, 12-17.
- 岸政彦(2016)質的調査とは何か. 岸政彦, 石岡丈昇, 丸山里美著. 質的社会調査の方法 他者の合理性の理解社会学. 1-36. 有斐閣.
- 岸政彦(2022)はじめに. 岸政彦編. 生活史論集. i-xxvi. ナカニシヤ出版.
- 小林美智子(2007)どう関わるかー子ども虐待Ⅶ 今後の展望. 小児科臨床, 60(4), 853-866.
- 小林美智子(2009)子ども虐待発生予防における母子保健のめざすもの. 子どもの虐待とネグレクト, 11(3), 322-334.
- 小林美智子(2012a)児童虐待とは. 医療: 国立医療学会誌, Japanese journal of National Medical Services, 66 (6), 243-249.
- 小林美智子(2012b)児童虐待 母子保健の原点に立ち戻る取り組みへ. 保健師ジャーナル, 68 (11), 956-961.
- 小林美智子(2015)子ども虐待の「支援」を考える. 子どもの虹情報研修センター紀要, 13,1-12.
- 小林裕子, 樋口文子(2018)周産期医療と母子保健の連携から子ども虐待発生予防支援へ. 子どもの虐待とネグレクト, 20(1), 24-35.
- こども家庭庁(2023a)令和3年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/a176de99-390e-4065-a7fb-fe569ab2450c/1cdcbbd45/20230401_policies_jidougyakutai_07.pdf アクセス2023/11/28
- こども家庭庁(2023b)2023年最近の母子保健を取り巻く状況. <https://www.jfpa.or.jp/boshi.pdf> アクセス2023/11/28

こども家庭庁(2023c)令和5年度予算概算要求の概要(参考資料). https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomomodo_seisaku_suishin/pdf/r5_yosangaisan_gaiyou_sankou.pdf アクセス2023/11/28

こども家庭庁(2023d)社会的養育・家庭支援部会(第2回)資料6 改正児童福祉法, 困難な問題を抱える女性支援新法のもとで, 母子生活支援施設が果たす役割と機能, および課題.
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/c75da9c6-c3cb-4848-9c16-f1644bbd2a36/7e35fbd3/20230401_councils_shingikai_shakai_katei_c75da9c6_07.pdf
 アクセス2023/11/28

こども家庭庁成育局(2023)産後ケア事業の更なる推進について. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/4dfcd1bb-0eda-4838-9ea6-778ba380f04c/5f0272ee/20230401_policies_boshihoken_tsuuchi_2023_36%20.pdf アクセス2023/11/28

こども家庭庁設置法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律(2022)こども家庭庁設置法, こども家庭庁設置法の施行に伴う関係法律の整備に関する法律及びこども基本法の公布について. <https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000991712.pdf> アクセス2023/11/28

こども家庭庁支援局家庭福祉課(2023)社会的養育の推進にむけて(令和5年4月5日).
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/8aba23f3-abb8-4f95-8202-f0fd487fbe16/355512cb/20230401_policies_shakaiteki-yougo_68.pdf アクセス2023/11/28

子どもの虹 情報センター, 数字と刊行物からみる, 世界各国の児童虐待の対応の状況. アメリカ合衆国. https://www.crc-japan.net/overseas_america/ アクセス2023/11/28

子どもの虹 情報センター, 数字と刊行物からみる, 世界各国の児童虐待の対応の状況. 大韓民国. https://www.crc-japan.net/overseas_korea/ アクセス2023/11/28

子どもの虹 情報センター, 数字と刊行物からみる, 世界各国の児童虐待の対応の状況. グレートブリテン及び北アイルランド連合王国. https://www.crc-japan.net/overseas_england/ アクセス2023/11/28

小榮住まゆ子(2020)わが国におけるステップファミリーの現状と子ども家庭福祉の課題ーソーシャルワークの視点から. 人間関係学研究, 18, 23-34.

國分功一郎(2017)中動態の世界 意志と責任の考古学. 医学書院.

厚生労働科学研究班(2022)「健やか親子21(第2次)」の指標(中間評価以降).
<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000939388.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2003)平成14年度衛生行政報告例の概況. 母体保護関係.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/02/kekka9.html> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2006)平成17年人口動態統計(確定数)の概況. 母の年齢(5歳階級)・出生順位別にみた出生数. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei05/hyo4.html>
 アクセス2023/11/28

厚生労働省(2007a)要保護児童対策地域協議会設置・運営指針: 第1章 要保護児童対策地域協議会とは. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/05-01.html> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2007b)要保護児童対策地域協議会設置・運営指針: 第2章 保護児童対策地域協議会

の設立。 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/05-02.html> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2007c)要保護児童対策地域協議会設置・運営指針：第3章 要保護児童対策地域協議会の運営。 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv11/05-03.html#03> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2013)健やか親子21最終評価報告書。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000035406.pdf> 2023/11/28

厚生労働省(2015)妊婦に対する健康診査についての望ましい基準（平成27年3月31日厚生労働省告示第226号）。 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82ab4662&dataType=0&pageNo=1 アクセス2023/11/28

厚生労働省(2017)平成28年度 人口動態統計特殊報告「婚姻に関する統計」の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/konin16/dl/gaikyo.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2020a)要保護児童対策地域協議会の設置運営状況調査結果の概要。
<https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/13046218/www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987741.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2020b)令和2年度調査票 養育支援訪問事業の実施状況調査。 <https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/13046218/www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987744.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2022a)令和2年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/20/dl/gaikyo.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2022b) 児童虐待相談の対応件数推移及び虐待相談の内容・相談経路。
<https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000989486.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2022c)令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況。 母の年齢(5歳階級)・出生順位別にみた出生数。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/dl/08_h4.pdf アクセス2023/11/28

厚生労働省(2022d)令和4年度 離婚に関する統計の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/riikon22/dl/suii.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2022e)児童福祉法等の一部を改正する法律(令和4年法律第66号)の概要。
<https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000968887.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省(2023a)令和3年度衛生行政報告例の概況。 母体保護関係。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/21/dl/gaikyo.pdf アクセス2023/11/28

厚生労働省(2023b)2022(令和4)年国民生活基礎調査の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省 新たな社会的養育の在り方に関する検討会(2017)新しい社会的養育ビジョン。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省:児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会(2014)「児童虐待防止医療ネットワーク事業推進の手引き」。 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000042510.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省家庭福祉課(2022) 婦人保護施設について. <https://www.mhlw.go.jp/content/001082318.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省健康局(2010)「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)」一部改正(案)のポイント(概要). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0428-9c.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局母子保健課(2022)妊娠届出数の状況について. <https://www.mhlw.go.jp/content/11925000/000997407.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局母子保健課(2023a)妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる調査結果について. https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20230313_kourousho5.pdf アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局母子保健課(2023b)令和3年度母子保健事業の実施状況.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11925000/001034335.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長(2019)児童福祉法第22条の規定に基づく助産の円滑な実施について. <https://ajhc.or.jp/siryo/20190808.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長(2020)「母子保健法の一部を改正する法律」の施行について(通知). 子発0805第3号. 令和2年8月5日.

厚生労働省子ども家庭局長通知(2023)「困難な問題を抱える女性への支援に関する法律」の施行に伴う関係法令の交付について(通知). (令和5年3月29日)(子発0329第1号).

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課(2022)令和3年度 全国ひとり親世帯等調査結果の概要.
<https://www.pref.kanagawa.jp/documents/96591/r4-6.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省子ども家庭局総務課(2023) 出産・子育て応援交付金の概要について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/001035057.pdf> アクセス2023/11/28

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長(2016)児童福祉法等の一部を改正する法律の公布について(通知). 雇児発 0603 第1号. 平成28年6月3日.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長(2017)「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」の一部改正について(平成29年3月31日). https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/fdf4848a-9194-4b7c-b228-1b7ed4847d58/ef6df854/20230401_policies_jidougyakutai_hourei-tsuuchi_76.pdf アクセス2023/11/28

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知(2002)地域保健における児童虐待防止対策の取組の推進について. 健発第0619001号/雇児発第0619001号. 平成14年6月19日.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知(2004) 育児支援家庭訪問事業の実施について. 雇児発第0331032号. 平成16年3月31日.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課(2013)子ども虐待対応の手引き(平成25年8月改正版).
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/130823-01c.pdf アクセス2023/11/28

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知(2007)出産や育児に悩みを持つ保護者に対する相談窓口の周知等について. 雇児総発第0405001号. 平成19年4月5日.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知(2011)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・福祉の連携体制の整備について。雇児総発0727第4号／雇児母発0727第3号／。平成23年7月27日。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長，母子保健課長通知(2012a)児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について。雇児総発1130第2号／雇児母発1130第2号／。平成24年11月30日。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長，母子保健課長通知(2012b)養育支援を特に必要とする家庭の束縛及び支援について。雇児総発1130第1号／雇児母発1130第1号／。平成24年11月30日。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・家庭福祉課長・母子保健課長通知(2011)妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について。雇児総発0727第1号／雇児福発0727第1号／雇児母発0727第1号／。平成23年7月27日。

厚生労働省による検証報告書(2005～2022)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次報告～第18次報告)。社会保障審議会児童部会 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会。 https://www.crc-japan.net/info/mhlw/inspection_result/#verification
アクセス2023/11/28

厚生労働省・健やか親子21推進協議会(2015)健やか親子21(第2次)。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000067539.pdf> アクセス2023/11/28

古宇田千恵(2022)助産師の助産観が産婦の育児観に及ぼす影響。江藤宏美編。ペリネイタルケア2022年夏季増刊，49-53。メディカ出版。

久保田まり(2019)虐待の世代間伝達を断ち切るために。チャイルドヘルス，22(3)，198-200。

熊谷晋一郎(2019)座談会「依存」のススメ-援助希求を超えて。松本俊彦編。「助けて」が言えないSOSを出さない人に支援者は何ができるか。231-254。日本評論社。

熊谷晋一郎(2012)自立は，依存先を増やすこと希望は，絶望を分かち合うこと。TOKYO人権，56号。 <https://www.tokyo-jinken.or.jp/site/tokyojinken/tj-56-interview.html> アクセス2023/11/28

倉澤健太郎(2021)第1章社会的ハイリスク妊婦とは。研究代表者 光田信明。社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究，資料 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書。厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究。 https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202007004A%20-sonota3.pdf アクセス2023/11/28

黒川祥子(2021)シングルマザー，その後。集英社。

丸尾宗一郎(2021)ケアが語られる土壌を耕す 編集種・白石正明に聞く。群像，76(8)，218-227。

丸山菜穂子，堀内成子，片岡弥恵子(2107)妊娠期シングルマザーの心身社会的特徴－非シングルマザーとの比較から。母性衛生，58(1)，108-118。

増田卓哉，齋藤真理，菊池豊他(2019)医療機関と地域行政の連携強化による特定妊婦支援の成果。日本小児科学会雑誌，123(10)，1511-1518。

- 増永健, 片山大地, 徳永航他(2021)当院における過去8年間の未受診妊婦から出生した新生児の現状. 小児保健研究, 80(5), 638-644.
- 増沢高(2008)第10章多分野協働における課題. 小林登監修. いっしょに考える子ども虐待. 205-214. 明石書店.
- 増沢高(2020)子ども虐待対応の変遷とその国際比較. 滝川一廣, 内海新祐編. 子ども虐待を考えるためにしておくべきこと. こころの科学. 69-86. 日本評論社.
- 増沢高, 田中恵子(2019)平成30年度研究報告書 イギリスの児童福祉制度視察報告書. 子どもの虹情報研修センター.
- 増沢高, 田中恵子, 趙正祐(2021)2020年(令和2年)度研究報告書 海外の児童虐待防止の取組みに関する調査研究. 子どもの虹情報研修センター.
- 松本伊智朗(2007)序章 介入と支援のはざま. 小林美智子, 松本伊智朗編. 子ども虐待 介入と支援のはざままで「ケアする社会」の構築に向けて. 9-24. 明石書店.
- 松本伊智朗(2010)子ども虐待問題と被虐待児童の自立過程における複合的困難の構造と社会的支援のあり方に関する実証的研究(研究代表者・松本伊智朗). 平成20・21年度厚生労働科学研究報告書(政策科学推進研究). <https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2009/091011/200901015B/200901015B0001.pdf> アクセス2023/11/28
- 松本俊彦(2019)はじめに. 松本俊彦編. 「助けて」が言えない SOSを出さない人に支援者は何ができるか. 1-3. 日本評論社.
- McRae D.N., Janssen P.A., Vedam S. et al(2018)Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position : a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. BMJ, 8(10). DOI : 10.1136/bmjopen-2018-022220.
- 光田信明(2021)序章 はじめに 手引書における理念・基本となる考え方. 研究代表者 光田信明. 社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究, 資料 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202007004A%20-sonota2.pdf アクセス2023/11/28
- 宮地尚子(2016)ははが生まれる. 福音館書店.
- 宮本亜由美, 小川久貴子, 宮内清子(2015)国内文献からとらえられる10代で出産した母親の育児の現状と今後の課題. 東京女子医科大学看護学会誌, 10(1), 19-25.
- Merleau-Ponty, M.(1960)／竹内芳郎監訳(1970)シーニュⅡ. みすず書房.
- 守屋淳(2019)子ども一人ひとりの経験に目を向けること－教育実践の改善に立ちはだかる壁を乗り越える道. 日本教育学会大会研究発表要項, 78, 268-269.
- 村井理子・鹿田昌美(2022)『『母親になって後悔してる』が巻き起こしたもの』前篇「母親」×「後悔」という組み合わせのタブー. 2022年12月13日. <https://kangaeruhito.jp/interview/752859> アクセス2023/11/28

- 村上靖彦(2013)摘便とお花見ー看護の語りの現象学. 医学書院.
- 村上靖彦(2019)CNSへのインタビュー 楽に勝つケア. 井部俊子・村上靖彦編, 現象学でよみとくー専門看護師のコンピテンシー. 140-154. 医学書院.
- 村上靖彦(2021a)ケアとは何かー看護・福祉で大事なこと. 中央公論新社.
- 村上靖彦(2021b)子どもたちがつくる町ー大阪・西成の子育て支援. 世界思想社.
- 村上靖彦(2022)ヤングケアラーとは誰か 家族を“気づかう”子どもたちの孤立. 朝日新聞出版.
- 村上靖彦(2023a)すぐ, もうしょっちゅう, ずっと<現象学的な質的研究>と経験のリアリティ. 現代思想, 2023年9月号, 98-110.
- 村上靖彦(2023b)客観性の落とし穴. 筑摩書房.
- 村上靖彦(2023c)「なんで私, こんな苦しいんやろう」と思ったけどー子どものかすかなSOSへのアンテナ. 松本俊彦編. 「助けて」が言えない 子ども編. 35-48. 日本評論社.
- 長尾真理子, 高橋芳雄, 山邊沙欧里他(2015)児童虐待に関する文献研究 精神障害をもつ保護者による虐待. 平成27年度研究報告書. 子どもの虹情報センター.
- 内閣府男女共同参画局(2021a)男女間における暴力に関する調査報告書. 令和3年3月. https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/pdf/r02danjokan-gaiyo.pdf アクセス2023/11/28
- 内閣府男女共同参画局(2021b)結婚と家族をめぐる基礎データ. 令和3年11月2日. <https://www.gender.go.jp/kaigi/kento/Marriage-Family/5th/pdf/1.pdf> アクセス2023/11/28
- 中板育美(2018)特定妊婦の概念と支援技術に関する考察. 子どもの虐待とネグレクト, 20(1), 10-18.
- 中村みどり・福井充(2023)フィンランドの子ども家庭支援. 藪長千乃監修(2023)フィンランドの子ども家庭支援視察報告書. <https://nf-kodomokatei.jp/wp-content/uploads/2023/07/%E3%83%95%E3%82%A3%E3%83%B3%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%83%89%E8%A6%96%E5%AF%9F%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8%E%BC%88%E6%9C%80%E7%B5%82%E7%89%88%E%BC%89.pdf> アクセス2023/11/28
- 中村美砂(2022)養育支援訪問事業における支援のあり方に関する研究ー支援者・利用者双方の視座より捉えて. 人間発達学研究, 13, 120-121.
- 中村岬, 藤田景子, 太田尚子(2022)被虐待経験をもつ女性に対する妊娠期から育児期における助産師の関わり. 母性衛生, 62(4), 594-601.
- 日本産婦人科医会(2021)妊産婦メンタルヘルスマニュアルー産後ケアへの切れ目のない支援に向けて. 中外医学社.
- 日本小児科学会: こどもの生活環境改善委員会(2014)子ども虐待対応院内組織. https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/abuse_19.pdf アクセス2023/11/28
- 日本周産期メンタルヘルス学会(2017)周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017. CQ19. 妊娠中・産後に精神的に不安定な母親を支援する看護職(助産師, 保健師, 看護師等)の活動のポイントは?. http://pmhguideline.com/consensus_guide/cq19.pdf アクセス2023/11/28
- 西俣安希子, 高畑香織, 森明子(2023)COVID-19の流行による関東大都市圏の妊婦の生活と健康

- に対する影響. 母性衛生, 64(1), 204-211.
- 西村ユミ(2011)現象学的研究の普遍性について. 日本看護研究学会雑誌, 34, 119.
- 西村ユミ(2014)第3部 現象学的看護研究の実際. 松葉祥一, 西村ユミ編. 現象学的看護研究—理論と分析の実際. 91-150. 医学書院.
- 西村ユミ(2016a)「そうではなくて」という思考スタイル 現象学と看護研究の関係を捉え直す. 看護研究, 49(4), 324-335.
- 西村ユミ(2016b)扉(特集)看護と哲学—共同がもたらす新たな知. 看護研究, 49(4), 256-257.
- 西村ユミ(2017)第2章ケアの実践を記述すること—自らの視点に立ち返ること. 西村ユミ・榊原哲也編. ケアの実践とは何か—現象学からの質的研究アプローチ. 22-44. ナカニシヤ出版.
- 西村ユミ(2018a)看護ケアと現象学的研究. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22, 57-60.
- 西村ユミ(2018b)「弱さ」の教育学のために—現象学がみつめること. 守屋淳・西村ユミ(対談). 看護教育, 59(4), 286-292.
- 信田さよ子(2002)DVと虐待 「家族の暴力」に援助者ができること. 医学書院.
- 信田さよ子(2020)いまふたたび「女性であること」を考える. 信田さよ子編. 女性の生きづらさ—その痛みを語る. 2-16. 日本評論社.
- 野沢信二(2022)第5章ステップファミリー. ニ宮周平・風間孝編. 家族の変容と法制度の再構築 ジェンダー/セクシュアリティ/子どもの視点から. 法律文化社.
- 沼田直子(2020)産科医療機関・地域助産師と連携した特定妊婦支援の取り組み—石川県行政の仕組みづくりと南加賀保健福祉センターの実践. 助産雑誌, 74(5), 346-352.
- 緒方あかね(2018)母親役割獲得を促すための妊娠期からの看護支援—特定妊婦への母親役割獲得理論を用いたアセスメントと看護支援. 日本赤十字社京都第一赤十字病院医学雑誌, 1(1), 87-93.
- 小川公代(2023)ケアする惑星. 講談社.
- 小川久貴子, 金澤貴子, 竹内道子他(2019)助産師とソーシャルワーカーからみた若年母の特徴および支援と課題. 日本母子看護学会誌, 12(2), 1-9.
- 小川久貴子, 田幡純子, 藤方小弥香他(2019) 10代母支援Webサイト「ティーンズママルーム」®の構築. 日本母子看護学会誌, 12(2), 75-81.
- 小川久貴子, 比嘉佐和子, 金澤貴子他(2022)若年妊婦の肯定感を高めるICT活用プログラムの効果—自己肯定感と心理的ストレス反応の年齢比較. 日本母子看護学会誌, 15(2), 46-55.
- 小川正樹, 松田義雄(2014)特定妊婦の把握に必要な医療情報に対する医療側と自治体側との意識の相違. 周産期医学, 44(6), 855-859.
- 岡田尚美(2016)分娩取扱医療機関の助産師が捉える保健師との連携. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 12(1), 35-40.
- 奥田直貴, 中井章人(2008)若年妊娠のリスクとメリット. ペリネイタルケア27(7), 669- 672.
- 岡野あすか, 玉上麻美(2021)産科医療施設における支援を要する妊婦のスクリーニング方法の実態. 母性衛生, 61(4), 554-563.

- 奥山真紀子(2012)医療機関ならびに行政機関のための病院内子ども虐待対応組織（CPT：Child Protection Team）構築・機能評価・連携ガイドー子ども虐待の医療的対応の核として機能するために．<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002kahn-att/2r9852000002kb4d.pdf> アクセス2023/11/28
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., Tatelbaum, R.(1986)Preventing child abuse and neglect. a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R.et al(1997)Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect:fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 278(8), 637-643.
- Olds, D.L., Robinson, J., O'Brien et al(2002)Home visiting by paraprofessionals and b y nurses : a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496.
- 大石真希, 池ノ上学, 田中守(2021)若年出産と高年出産. *周産期医学*, 51(13), 1239-1241.
- 大川加奈, 蝦名康彦(2022)特定妊婦の特徴－夜間産婦人科救急相談電話における432件の分析. *母性衛生*, 63(2), 474-482.
- 大阪産婦人科医会(2014)未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書．(平成25年度大阪府委託事業)．<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00098618/mijyusinchousa2013.pdf> アクセス2023/11/28
- 大阪産婦人科医会(2021)未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書．令和3年度結果について．<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3964/00098618/2021tyousa%20.pdf> アクセス2023/11/28
- 大谷利恵, 高橋秋絵, 植田奈津実他(2019)心理社会的ハイリスク妊産婦に訪問指導員としてメンタルヘルス支援を行う看護職が感じる困難. *日本精神保健看護学会誌*, 28(2), 69-78.
- 大友光恵, 麻原きよみ(2013)虐待予防のために母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携システムの記述的研究. *日本看護科学会誌*, 33(1), 3-11.
- 大塚久美子・片岡弥恵子(2021)第2章社会的ハイリスク妊産婦への支援にかかわる機関・職種. 研究代表者 光田信明.社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究, 資料 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202007004A%20-sonota4.pdf アクセス2023/11/28
- オルナ・ドーナト(2016)／鹿田昌美訳(2022)母親になって後悔してる. 新潮社.
- PwCコンサルティング合同会社(2021)令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 医療機関における被虐待児童の実態に関する調査 事業報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000861890.pdf> アクセス2023/11/28
- Raisler J., Kennedy H.(2005)Midwifery care of poor and vulnerable women,1925-2003. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(2), 113-121.

リベルタス・コンサルティング(2022)令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業:市区町村の要保護児童対策地域協議会等に関する調査研究 調査1:要対協と民間の連携に関する好事例調査報告書. <https://www.libertas.co.jp/mhlw/2021report1.pdf> アクセス2023/11/28

斎藤学(2003)「虐待する親とはどういう人たちか」子どもの虐待とネグレクト, 5(1), 98-105.

榊原哲也(2017)第1章現象学と現象学的研究. 西村ユミ・榊原哲也編. ケアの実践とは何かー現象学からの質的研究アプローチ. 1-21.ナカニシヤ出版.

坂本理代・伊藤充代・斎藤真也他(2022)地域に根付いた助産院の力を活かし医療的ケア児, 双胎児, うつ病合併妊婦を切れ目なく支える. 助産雑誌, 76(4), 414-421.

佐野信也(2020)関係形成が困難な親の理解と支援ー虐待(あるいは不適切な養育)を否認する親とのつき合いと折り合い. 世界の児童と母性, 87, 7-11.

サラT.フライ, メガン・ジェーン・ジョンストン(2002)／片田範子, 山本あい子訳(2005)看護実践の倫理ー倫理的意思決定のためのガイド(第2版). 第3章 看護実践上の倫理的概念. 47-60. 日本看護協会出版会.

笹川愛奈, 志村千鶴子, 神谷摂子(2016)妊婦における熟練助産師の腹部触診技能. 母性衛生, 57(2), 376-384.

佐々木美果, 清水嘉子, 塩澤綾乃他(2018)未就学児をもつシングルマザーの背景による育児ストレスと蓄積疲労. 母性衛生, 59(2), 416-423.

佐藤真梨子, 高橋健, 小林ゆかり他(2022)COVID-19罹患妊婦に必要なメンタルケアの検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 58(3), 504-509.

佐藤睦子, 上野昌江, 大川聡子(2021)児童虐待予防においてかわりが難しい母親との信頼関係構築に着目した熟練保健師の支援. 日本公衆衛生看護学会誌, 10(1), 3-11.

佐藤拓代(2015)特定妊婦の概念とその実際 求められる対応とは. 助産雑誌, 69(10), 804-807.

佐藤拓代(2021)妊娠を自己責任にせず0日死亡をなくす. 佐藤拓代編. 見えない妊娠クライシス 誰にも言えない妊娠に悩む女性を社会支える. 14-39. かもがわ出版.

Scheele J., Harmsen van der Vliet-Torij HW, Wingelaar-Loomans EM et al(2020)Defining vulnerability in European pregnant women, a Delphi study. Midwifery, 86. DOI.org/10.1016/j.midw.2020.102708

シード・プランニング(2020)妊娠を他者に知られたくない女性に対する海外の法・制度が各国の社会に生じた効果に関する調査研究報告書. 令和元年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000757398.pdf> アクセス2023/11/28

シード・プランニング(2021)令和2年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業 予期せぬ妊娠をした女性が出産を選択した場合における母子ともに安心・安全に出産できるための取組と出生した子どもへの支援に関する調査研究 報告書 令和3年(2021年)3月. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000864701.pdf> アクセス2023/11/28

シード・プランニング(2023)要保護児童対策地域協議会のあり方に関する調査研究報告書(令和5年3月). https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/7bbba95c-5cb

f-4767-af55-67acd3408fc5/d499c648/policies_jidougyakutai_Revised-Child-Welfare-ActResearch_03.pdf アクセス2023/11/28

政府広報オンライン(2017)児童虐待から子どもを守るための民法の「親権制限制度」.

<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201203/1.html> アクセス2023/11/28

重見大介(2022)「内密出産」海外ではどんな法制度? 思いがけない妊娠をした女性や子への支援.

<https://news.yahoo.co.jp/byline/shigemidaisuke/20220323-00287481> アクセス2023/11/28

島田真理恵(2023)産後ケア事業の法制化とその後(概説). 助産師, 77(3), 8-9.

新增有加, 逆瀬川真衣, 森川真美他(2020)未受診妊婦の背景要因に関する文献的考察. 大阪青山大学看護学ジャーナル, 3, 11-19.

白石淑江(2011)児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援(その1)－Healthy Families America の家庭訪問プログラムの概要と日本の家庭訪問事業の課題. 愛知淑徳大学論集, 福祉貢献学部篇(1), 69-81.

曾田佳澄, 榎原文(2020)市町村保健師が行う養育支援が必要なステップファミリーへの支援. 保健師ジャーナル, 76(11), 934-941.

総務省(2023)「子育て支援に関する行政評価・監視－産前・産後の支援を中心として」の結果に基づく勧告に対する改善措置状況(1回目のフォローアップ)の概要. 令和5年6月23日. https://www.soumu.go.jp/main_content/000888426.pdf アクセス2023/11/28

杉山春(2013)ルポ虐待－大阪二児置き去り死事件. 筑摩書房.

杉山春(2016)虐待に至る現在の若いママたちをそこまで追い詰めた過程. 助産師教育ニュースレター第86号. 公益社団法人 全国助産師教育協議会事務局.

杉山春(2017)児童虐待から考える－社会は家族に何を強いてきたか. 朝日新聞出版.

杉山春(2020)児童虐待死事件の取材から見えてきたもの. 信田さよ子編. 女性の生きづらさ－その痛みを語る. 25-31. 日本評論社.

鈴木公基, 田村圭浩, 高木静(2022)産褥早期におけるエジンバラ産後うつ病質問票が高得点となるリスク因子の検討. 母性衛生, 62(4), 666-672.

鈴木俊治, 江藤昌子(2017)どのような妊婦が産婦健康診査を受診しないのか. 周産期医学, 47(7), 950-953.

高橋明美(2020)特定妊婦との出会いと援助－医療機関と地域の保健福祉機関との連携. 保健師ジャーナル, 76(5), 362-367.

高橋良輔, 岡田十三, 成田萌他(2016)未受診妊婦と過少受診妊婦の周産期予後に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 52(1), 80-84.

高橋靖幸(2018)昭和戦前期の児童虐待問題と「子ども期の享受」－昭和8年児童虐待防止法の制定に関する構築主義的研究. 教育社会学研究, 第102集, 175-194.

高橋ゆう子, 武知公博(2021)当院における若年妊婦の動向. 臨床婦人科産科, 75(1), 177-182.

竹田省(2016)妊産婦の死亡“ゼロ”への挑戦. 日本産科婦人科学会雑誌, 68(9), 1815-1822.

竹田省(2018)産婦死亡に関する情報の管理体制の構築及び予防介入の展開に向けた研究(研究責

- 任者：池田智明). 平成30年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤(健やか次世代育成総合)研究事業. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182011/201807009A_upload/201807009A0003.pdf アクセス2023/11/28
- 滝川一廣(2017)子どものための精神医学. 医学書院.
- 滝川一廣(2019)〈児童虐待〉は増えているのか. 敬心・ジャーナル, 3(2), 1-8.
- 滝川一廣(2020)〈虐待死〉をどうとらえるか. 滝川一廣, 内海新祐編. 子ども虐待を考えるために知っておくべきこと, こころの科学. 2-29. 日本評論社.
- 田村知子(2019)産後1年未満の母親の産後家庭訪問に対するニーズ. 日本助産学会誌, 33(1), 61-71.
- 谷郷智美, 川村千恵子, 寺井陽子他(2018)養育支援訪問事業で訪問助産師が行っている自身の支援に対する認識. 日本助産学会誌, 32(2), 159-168.
- 田澤あけみ(2017)イギリス福祉施策にみる「児童保護」制度の軌跡と課題. 社会保障研究, 2, 202-214.
- 東京都社会福祉協議会(2021)福祉実践事例ポータルサイト. <http://fukushi-portal.tokyo/archives/522/> アクセス2023/11/28
- Toombs, S.Kay(1992)/永見勇訳(2001). 病いの意味・看護と患者理解のための現象学. 日本看護協会出版会.
- 辻京子(2016)母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント. 四国大学紀要, (A) 47, 37-50.
- 辻麻梨子, 井艸恵美(2019)止まらない虐待Part1 行政支援が届かない現実 知られざる児童虐待. 週刊東洋経済, 第6878号, 42-46. 東洋経済新報社.
- 槻木直子, 岩國亜紀子, 川下菜穂子他(2019)子育て世代包括支援センターで活動する看護職が提供している妊娠期からの切れ目ない子育て支援. 兵庫県立看護大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 26, 41-59.
- 内村真由美, 宮川めぐみ(2019)総合周産期母子医療センターに勤務する助産師・看護師の未受診妊婦に対する思い. 母性衛生, 59(4), 786-792.
- 植田陽子, 重光愛子, 松浦美幸他(2020)当院における若年妊娠の現状. 臨床婦人科産科, 74(11), 1183-1187.
- 上原由紀(2017)被虐待経験を持つ母の育児困難感に対する援助についてー虐待記憶の想起が育児に及ぼす影響との関連を中心に. 武蔵野大学人間科学研究所年報, 2, 101-116.
- 上間陽子(2017a)裸足で逃げるー沖縄の夜の街の少女たち. 太田出版.
- 上間陽子(2017b)家族をつくる沖縄のふたつの女性の調査から. 岸政彦編集, 現代思想2017年11月号 特集=エスノグラフィー質的調査の現在, 青土社.
- 上間陽子(2021)第6章 ケアと言葉. 信田さよ子・上間陽子. 言葉を失ったあとで. 279-340. 筑摩書房.
- 上間陽子(2023a)第3章 語り始めた女性たち. 別冊NHK100分de名著 フェミニズム. 89-129.

NHK出版.

上間陽子(2023b)沈黙を開き, 話を「聞く」とは. 上間陽子, 西寺浄帆. 東本願寺出版. <https://higashihonganji-shuppan.jp/free/dobo-taidan2023-03%E2%80%902/> アクセス2023/11/28

上野加代子(2016)「児童福祉から児童保護へ」の陥穽ーネオリベラルなリスク社会と児童虐待問題. 犯罪社会学研究, 41, 62-78.

上野昌江(2019)子ども虐待予防における看護職の支援. 上野昌江編. 子どもを虐待から護る. 3-19. 日本看護協会出版.

Vlassak E., Bessems K., Gubbels J.(2023)The experiences of midwives in caring for Vulnerable pregnant women in the netherlands : A qualitative cross-sectional study. Healthcare. DOI : 10.3390/healthcare11010130.

涌井菜央, 荻田和秀(2018)日本における若年妊娠/若年出産の現状と問題点. 産科と婦人科, 85 (12), 1479-1484.

鷲山拓男(2020)虐待の世代間伝達の理解. 子どもの虹情報研修センター紀要, 17, 34-53.

鷲山拓男(2021)虐待予防の「いま」と「これから」. 地域保健, 52(2), 68-71.

渡邊淳子, 恵美須文枝(2010)熟練助産師の分娩期における判断の手がかり. 日本助産学会誌, 24(1), 53-64.

藪長千乃(2022)第3章Ⅲフィンランドにおける児童保護. 横山美江編. ネウボラから学ぶ児童虐待防止メソッド. 105-129. 医学書院.

山田麻紗子, 渡邊忍, 小平英志他(2017)韓国(ソウル市)の児童福祉・虐待への取組みー関係機関の視察報告. 日本福祉大学社会福祉学部『日本福祉大学社会福祉論集』, 137, 133-151.

山縣千開, 春山早苗(2020)乳幼児をもつ生活困窮世帯の育児に関わる支援課題および市町村保健師の活動内容. 日本地域看護学会誌, 23(1), 32-41.

山本恒雄(2015)小児科の知っておくべき虐待臨床の現状ー児童相談所の現在, 改正された法律の知識. 東京小児科医会報, 33(3), 3-8.

山野良一(2022)貧困と孤立の交差点で, 子育て家族に“つながる”一手を考える. こころの科学, 224, 20-25.

山下浩(2015)心の病をもつ親と子どもの虐待. 教育と医学, 63(8), 705-713.

横山美江(2022)第1章Ⅱフィンランドの親子保健・児童虐待防止の特徴. 横山美江編, ネウボラから学ぶ児童虐待防止メソッド, 5-12. 医学書院.

米倉順孝(2021)特定妊婦に対する産後ケアの試み. 小児保健研究, 80(3), 330-332.

湯澤直美(2021)コロナ禍におけるシングルマザーの労働と子育て. 学術の動向, 26(1), 28-34.

初出一覧(それぞれ加筆修正を行っている)

第4章第1節：特定妊婦と関わる地域助産師の実践の現象学的記述－母親と社会をつなげる支援.

臨床実践の現象学，第5巻，第1号，1-15.

第5章第1節：臨床助産師による特定妊婦との関わりの実践の現象学的研究－母子とその周りも

みる．日本助産学会誌，37巻2号，114-125.

第6章第2節：身体から心に届けるケア－特定妊婦への助産師の実践の現象学的記述．日本母性看

護学会誌に掲載予定