

# 乳幼児の発育・発達並に養護改善に 関する研究

## 新生児医療の評価研究

研究第2部 宮崎 叶

### I 研究の目的と研究法

筆者は1970年から1974年まで、厚生省の危急新生児の集中強化医療に関する研究班員として、1975年には新生児の養護改善に関する分担研究者として、1976年には未熟児管理基準に関する研究班長として、新生児・未熟児・ハイリスク児の研究をしてきた。(日本総合愛育研究所紀要7-13集、本論文に必要なものは、そのつど文献として紹介する。)また1968年には産科並びに新生児病棟における看護管理に関する研究<sup>1)</sup>を行なった。その間、研究の主体はハイリスク児・未熟児であって、その看護の主流は高度のハイリスク児や未熟児を観察保育室で観察し、要すれば中間医療室、新生児集中治療室(NICU)にうつして集中的に治療することであった<sup>2)</sup>。昭和50年の厚生省の母子衛生の主なる統計によれば、我が国全体の新生児死亡率は6.8とこのことである。1,000人の出生で6.8人が新生児期(殊に早期新生児期といわれる生後7日以内)に死亡するのであって、これらは中間医療室ないしNICUで救命的な看護を受けるべきは当然であるが、新生児期に死亡するものと周囲には何人かのハイリスク児がいるのであって、Swyerは3人と推定<sup>3)</sup>しており、これはNICUの対象であって、中間医療や従来未熟養育医療とよばれた。保存的なGrowing careの対象をも加えると、筆者の調査による計算では4.1人となり、文献的な考察も参考にし、安全率をもった6<sup>4)</sup>人を提唱した。

従って、1,000人の新生児中950人は健康な新生児ということになり、これらについての養護法は我が国では医学的にも、心理学的にも殆ど放置の状態にある。ところが欧米では、健康新生児の生理・心理の研究が行われ始め、それに基づいた養護法が問題にされるようになってきている<sup>5)6)</sup>のであって、我が国でも座視することは許されない状況になったと考えられる。

分娩と、それに引続く新生児の養護が施設で行なわれるようになったのは、生活の近代化の現われと考えられ、工業化社会にみられる傾向といえようが、近代化の代償として種々の公害が問題にされるようになったのは周知のことで、新生児・小児保健の分野でいえば、母乳栄養の衰退、人工栄養の激増を例にあげることができよう。

近代化を推進するに際しては、それに伴う障害ないし弊害を考慮しなければならないのであるが、新生児の栄養では、その点の配慮がかけていなかったとはいえない。施設分娩激増の傾向が、母乳栄養衰退の他にもなにか障害を伴っていないかを考慮しなければならないのではないが、考えてみる必要がありそうである。そこで筆者は、筆者の従来<sup>7)</sup>の研究と、その間に抄録した文献に基づいて、主として、健康新生児を小児科学的、小児保健学的に考察して、問題点を指摘しようとして試みる。未熟児、ハイリスク児、病的新生児に関しては、すでに論じつくしたと考えられるからである。

### II 新生児養護の現状

母子衛生の主なる統計によると、1975年には、我が国の全分娩の98.8%が施設に入院して行なわれたという。施設分娩増加の傾向は年をおって進んでいるので、我が国の新生児養護を論ずる場合、総べての分娩が施設で行なわれるという前提に立ってもよきそうに思われる。分娩の立合者は98.8%の91%、すなわち施設分娩の90%が医師、残りが助産婦ということであるが、これも年次的には医師の立合が増加の傾向にあり、100%に近づくものと思われる。

母子衛生の統計はこれ以上のことを教えてくれないので、最近の調査がないままに1968年の筆者の調査<sup>1)</sup>に当たってみると、523の総合病院の73%、64の産院の62%、その他の産科を主とする187病院の57%において、いわ

ゆる母子別室制の新生児養護が行なわれており、更に詳しい内容は統合病院では69.3%が退院まで、26.4%が生後の一定期間、2.1%が夜間のみ、産院では47.6%が退院まで、42.9%が生後の一定期間、4.8%が夜間のみ、その他の産科を主とする病院では66.7%が退院まで、27.5%が生後一定期間、2.0%が夜間のみ母子別室が行なわれているということであった。生後一定期間というもの内容は1日から6日以上までであったが、生後1日というような必要最短の観察期間ではなく、生後5日間にピークがあった。我が国の施設分娩では過半数が、大なり小なり母子別室を行なわれているということになる。母子同室制をとっている施設もない訳ではないが、第1表に示すように、母子同室の新しい考え方に適合しているものばかりとはいえない。

第1表 母子同室の形態(%)

病院内容	母子同室	母のベッドのわきに新生児ベッド	母室内に新生児コーナー
総合病院	12.0	85.9	2.1
産院	15.4	76.9	7.7
その他の病院	9.0	83.8	7.7

第2表 正常新生児の診療責任者(%)

病院内容	産科医	常勤小児科医	非常勤小児科医	産科医小児科協同	ときに産科医小児科
総合病院	82.2	5.8	0.5	9.9	1.7
産院	77.3	18.2	0	4.5	0
その他の病院	87.0	4.1	0.7	5.5	2.7

第3表 異常新生児の診療責任者(%)

病院内容	産科医	常勤小児科医	非常勤小児科医	産科医小児科協同	時に産科医、時に産科医小児科
総合病院	40.6	26.0	1.7	22.9	8.8
産院	54.5	22.7	4.5	13.6	4.5
その他の病院	68.3	12.4	0	11.7	7.6

第4表 新生児と看護婦の割合

病産院内容	新生児3人以下	新生児4人に1人	新生児5~8人に1人	新生児8~10人に1人	新生児10~15人に1人	新生児15人以上	計
総合病院	14(7.7)	64(35.2)	44(24.2)	20(11.0)	16(8.8)	24(13.2)	182
産院	0	7(53.8)	4(30.8)	1(7.7)	1(7.7)	0	13
その他	5(11.1)	14(31.1)	15(33.3)	5(11.1)	4(8.9)	2(4.4)	45

第5表 新生児室専任の看護婦の有無

病産院内容	総合病院	産院	その他	計
病産院内容	総合病院	195(51.7)	182(48.3)	377
	産院	14(66.7)	7(33.3)	21
	その他	48(42.9)	64(57.1)	112
産科病棟種類	産科病棟独立	51(53.7)	44(46.3)	95
	産科婦人科混合	112(54.4)	94(45.6)	206
	他科との混合	94(45.0)	115(55.0)	209
合計	257(50.4)	253(49.6)	510	

最後に新生児の養護に当たる人員を医師の場合には新生児が正常であるか異常であるかに分けて、看護婦の場合には看護する新生児の数に対する看護婦の割合と、新生児室専任の看護婦の有無について、それぞれ第2表、第3表、第4表、第5表、に掲げておく。

多少古い数字を紹介したが、最近になって小児科医が新生児医療にめざましい進出を行なっているものの、それは主としてハイリスク児・未熟児・病的新生児に対してであるので第3表を別にすれば、著しい誤や違いはないものと考えてよい。厚生省が母乳育児を奨励し、母乳育児の成功は、いつにかかって新生児期の扱いにあることが強調されているのに、それが新生児育児の実際になかなか反映しないことは、筆者の推論を肯定するものと思わせる。

### III 新生児医療の現状に対する評価

我が国では分娩が殆ど100%施設内で行なわれるといったが、新生児の養護ないし医療は、それに引き続いて、施設内で行なわれることになる。それが乳幼児保健体制にとって望ましいことであるがどうかを論ずるのが、この論文の一つの目的であるので、殆ど分娩の100%が施設で行なわれるに至った理由がやむを得ないものであったか否かを考えてみる必要がある。

産科医にすれば、よく整備された分娩室で、救急の人員や設備、備品、医薬品、検査用具が整備されたところでの助産を望むのは当然であろう。これが我が国の新生児死亡率を世界の一流にまで低下せしめた要因であろうから、小児保健の側からも支持すべきことのように思われる。まして、産科側には、妊産婦死亡率を、世界の一流にまで低下させるという努力目標がいまだに達成されていないという事実がある。

小児科側からすれば、後に述べるような理由で我が国の助産施設の現状からすれば、分娩とそれに引き続く新生児の養護が施設内で行なわれる現状に100%賛成という訳にはゆかない。しかし、核家族化が進むにつれ子供を産む適齢期の家族にとっては分娩の場所、従って、自分の新生児の育児室としても望ましい、自由に使える日当りのよい8畳間はおろか6畳間をもつことも期待しえない住宅事情であつてみれば、入院分娩もやむをえない。現在の助産施設の看護力が十分でないことは、第4表、第5表からも知られようが、核家族の場合それにすらすらとざるをえない場合が多いのである。

産科側の利害と、妊産婦を含む家族の利害とが一致して、ほとんど100%の施設分娩ということになったのであろうが、ここに、利害が必ずしも一致しない新生児が生まれてくるのが問題になる。家庭分娩には、施設分娩ではなかなか望みえない親母性を高揚されるしくみがあり、母子のアタッチメントを通じて、新生児に適切な刺激を与える利点があるとする研究がみられているが、詳細は後で論じるとして、古くから、例えばイギリスには、子供は、健康な家庭生活に伴って、当然生まれてくるもので、その第一歩は家庭で踏みだすことが望ましいとする考え方があることを紹介しておく。これは医学書、育児書などにはあがらさまには記されていないが、妊婦を、家庭で分娩してもよいものと施設で分娩させるものに区分するのにも努力している産科医やホームドクター、保健婦に、また、家庭分娩のための助産婦を教育し、万一家庭分娩で事故が起きた際はそれがどこで起ころうとも、20分以内に、救急の人員と機材を乗せた、いわゆる飛行小隊を現場に到着させる制度の確保に努力している国民医療の当局者に、なぜそのようなときに、はかないともいえる努力をするのかを質問すると、わかってくるのである。

この考え方は、ホームを大切にすイギリス流ともいえようが、人権を尊重する民主主義国であれば、医師の便宜に先んじて、利用者の意思ないし希望を尊重する態度があつてしかるべきで、オランダにも同じような考え方があり、相当数の家庭分娩が行なわれ、その際、医療

サービスのみでなく、母の産褥期間中、母子の世話をしてくれる専門の家政婦が、保健制度によって保証されていたことを思い出す。このように育児のうえで、家庭分娩を望ましいとする思想は存在するものの、科学的なその証明がなされているとはいいがたい。しかし、最近になって、新生児から乳幼児にかけての、母子交互作用の発育に及ぼす意義が注目されるようになって、例えば Brazelton<sup>8)</sup>は、新生児に対して、たとえ多少有害と思われる刺激でも、無刺激よりはまして、出生直後から1年間の発育・発達への追及の結果、従来ホスピタリズムについて知られていたことが、新生児にも起りうることをみて、新生児の発しているサインを受けとめて、それに反応することは、その発達をうながす動機となり、出生直後から個性を示す新生児の独特のサインに適切な対応をしてあげることが、父母に果せられるにふさわしい役割であると主張している。この点、家庭分娩であれば、母はもちろん父も、新生児の出生直後から Brazelton の育児に参加できる。以上のような研究が、アメリカなどで NICU にまで、父母が入り込むことを許し、養護ばかりでなく、治療にも参加させる傾向が現われる基盤になっているものと思われるが、この傾向が、健康な新生児にさえ、殆ど認められない我が国では問題として取りあげておく必要がある。Klaus 等<sup>9)</sup>は10人の満期産児を産んだ産婦を、母子を分娩台に置いたまま、10分間観察して、うち5人は赤ちゃんの四肢や軀幹を手のひらで撫で、2人はすぐさま赤ちゃんの頬を指さきでつき、更に2人は赤ちゃんと対面して、目と目が合うような姿勢をとったことを報告している。このような母子の交渉は、側切開縫合手術時の痛みのために、ときどき中断したと附記されているのを見ると、施設分娩で、医師や看護婦が同室し、治療が行なわれており、また観察者がおるにもかかわらず、条件が整えられれば、母子間の交流が出生直後から現われることを示すもので施設分娩に対する小児科側の批判をかわじう事実と思われるが、我が国の施設内分娩で Klaus のような研究を試みが行なわれていることは聞いていない。

ここで、Bergman の130人の新生児の誕生直後から生後3時間までの新生児の写真集<sup>10)</sup>を紹介したい。生直後の新生児が、いかに母や父や、その他の環境に、働きかけうるかを、あざやかに写しだしていることも、我々に多くの事を教えてくれるが、その撮影の場が、スウェーデン医学の最高峰ともいえるカロリンスカ大学病院であるのは驚きで、筆者はカロリンスカ病院で、かつて

気圧調節まで動員して、感染防止のための、極端な母子別室制度を行なっているのをみただけに、我が国の新生児養護の考え方のマンネリズムのようなものを感じるのである。写真にみるような病院における、生直後からの、母はもちろん父親までが参加する新生児の養育、写真家もはいることのできる新生児棟は、潔癖なまでの感染防止の施策を行なったうえでこそ、安全に機能すると思われるので、我が国では、その前に行なわなければならないことが数々ある事を知らなければならないことはいうまでもない。

同じ論文の中で、KlausらはCaliforniaのSanta Crugで行なわれた52の家庭分娩の際の助産婦の観察を紹介しているが、それから得られた結果は、以下に記す8項目であったという。

(1) 母が積極的に分娩に関与した——これは、母がお産のための部屋を自分で選び、お産の場所や立合者の居場所をつつらえ、陣痛や娩出の際、入院分娩ではみられない積極的に自力をふりしぼったことに現われていた。これは助産婦の指導に従ったのかもしれないが、52人中37%は膝手位で、他は側臥位で分娩を行なったというが、これらの体位が生まれて来る赤ちゃんを見やすい体位であることは注目すべきではあるまいか。

(2) 生まれるとすぐ、母は赤ちゃんを抱きあげた——膝手位でお産をした母も、胎盤娩出前に体位を変えて赤ちゃんを抱き、しばしば母児が目と目を合わせたという。

(3) 母は始めは指さきで赤ちゃんの頬をさするが、数分のうちに、手のひらや頭をなで始める。

(4) 分娩に立合った人の興奮をも伴ない、驚くほど産室のムードが高まってくる。

(5) 皆が、長い間赤ちゃんに見られる。

(6) 立合いの女性が母の身づくろいをしてあげる。

(7) 赤ちゃんは、はじめ母の胸や乳房などをなめているが、5～6分のうちに母乳栄養が始まる——乳房に取りついて吸い始めるのであろう。

(8) 両親は赤ちゃんに話しかけると、調子の高い声を用いる——これは興奮のためでないことは、赤ちゃん以外に話しかけるときは、普段の声であることが知られるという。

このような事実が何を意味しているかは解釈が難しいが、母子関係の発現と確立についての臨界期、敏感期については、未だ不明の点が多いものの、それが生直後にみられるとすれば、行なわれる機会を与えるというのが、育児の原則であろうから、施設分娩でもその機会を与える試みは行なわれるべきものと思われる。

Klausらは、施設分娩より、家庭分娩のほうが、母の喜びが大きく、多くの母は分娩の時点でオルガスムスに似た感覚を経験したとも記しているのであるが、これが母子の愛着行動を推進するとも解釈されそうに思われるけれど、これは今後の研究にまつとして、施設分娩で実現しようものであるか、大変疑わしく思われる。

#### IV 提 案

我が国の施設分娩の現状と、それに対する新生児の生理及び心理の観点からの評価的検討を行なった。我が国の施設分娩は産科医をはじめとする分娩助助者の便宜を主として推進されており、妊産婦の便宜ないし希望は二の次にされているように思われる。まして、新生児の都合は大きく無視されているようである。育児の原則の一つは、児に備わった能力は、発揮する機会を与えて育てることであろう。みてきたとおり、新生児は(もちろん成熟の状態にもよるが)、裸の母の傍に裸の状態でおかれると、かなり母に働きかけることが知られ、母の反応及び母からの自発的働きかけとあいまって、母子の愛着行動が高まってゆく。

家庭分娩の場合、母は積極的に行動することにも触れたが、そのような母が、生まれたばかりの赤ちゃんに積極的に働きかけることをみた。母性能力がそれだけ向上しているということで、育児が成功するためには、子供とともに母性も育ててゆくことが望ましいことを考えると、そのような機会を与えることが少ない。助産助助者本位の分娩が問題にされなければならない。

分娩の場に、母以外のものを立合うことができ、赤ちゃんの出生を祝福する雰囲気をもりあげると、母も児も高揚して、母子愛着行動が一層進むらしいとの観察もあるので、助産の際の医師、助産婦の冷静沈着な行動は望ましいにしても、臨床医として期待される母子に対する温かい愛に、裏打されたものであることが必要そうである。

以上、助産関係者に意見ないし要望めいたことを記したが、産科学を知らない小児科医の不遜と批判されるかも知れない。

小児科医としてできることは、すべての助産に立合って、出生直後、新生児を観察、診察して、要観察、要治療のものを鑑別して、リスクを除外された新生児は、なるべく速かに、母との愛着行動が進行しえる状況に置いてやることであろう。

新生児にとって多少の不利に目をつぶって、全分娩が施設で行なわれるのであれば、母子保健の流れのなかで、対象の全員が、専門家の監示下におかれる唯一の機

会という利点を最大限に生かさなければ、制度の怠慢と批判されるのではあるまいか。この点、分娩室に必ずしも小児科医が参加しない現状は問題というべきであろう。

## V 結 論

母児の愛着行動が、新生児期にすでに認められ、これが、子供の健康な心理発達に何らかの関係があることが研究されるようになってきているのに、我が国の分娩で

は、母子の主体性が認められておらず、またそれを認めようとする傾向も乏しいことを指摘した。

家庭分娩の復活も一考に値すると考えられたが、我が国の住宅事情、医療制度下では幻想に過ぎない。せめて、すべての分娩に小児科医が立合って、新生児の生理と心理の最先端の知識に基づいた育児指導を行なうとともに、それらの症例を追及研究しながら新生児の生理と心理に関する正確な知見を積み重ねてゆくことだろう。

## 〔文 献〕

- 1) 宮崎叶：母子を主体として病院の産科および小児病棟の位置および看護管理に関する研究，昭和43年度厚生科学研究費による産科並びに新生児病棟における看護管理に関する研究報告書，51—64頁（1968）
- 2) 宮崎叶，他：ハイリスク児の管理に関する研究，日本総合愛育研究所紀要第13集，33—42頁（1977）
- 3) Swyer, P. R.: The Pediatric Clinics of North America 17:761, (1970)
- 4) 宮崎叶，他：ハイリスク新生児の医療の現状に関する2, 3の調査，日本総合愛育研究所紀要第11集，51—67頁，（1976）
- 5) Ciba Foundation Symposium 33: Parent-Infant Interaction, Elsevier Excerpta Medica (North-Holland, 1975)
- 6) Ambrose, A. (Editor): Stimulation in Early Infancy, Academic Press (London and New York, 1969)
- 7) Brazelton, T. B.: Infants and Mothers, Delacorte Press (Seymour Lawrence 1969)
- 8) Klaus, M. H.: Does human Maternal behavior after delivery show a characteristic pattern?, 文献5), 69—78頁
- 9) Bergman, T.: 誕生の詩—あかちゃんのはじめての時間—(日本語版), 偕成社, 東京 (1978)