

- ・本事業を実施するねらいは、虐待予防における保健婦との実質的な連携であり、地域に虐待対応のシステムを形成していくことにある。保健婦の主体的な取り組みが進めば、大阪の例が示すように虐待対応における児相の強力なパートナーになってくれると思われる。
- ・事業終了後の反省会において、県保健婦からは「これは、私たちが取り組んでいく仕事だと思った」という感想が聞かれた。
- ・管内3市の保健婦は、カンファレンスに毎回参加した。来年度からは、現在開催している1市だけでなく3市全てで、グレーゾーンの親を対象とするグループを始めることになった。
- ・保健所との共催であったので、保健所主催の精神保健相談を紹介でき、医療との関わりが必要なケースに対してはスムーズに受診へ繋げることができた。又、児相の精神科医が事前学習会講師やスーパーバイザーとして参加したことで、スタッフは安心して事業に取り組めた。

## 5. 児童虐待の治療と母子保健との連携

### (1) 治療を効果的に展開するための条件

児童虐待に対する治療的介入のための条件について、子ども総合センターの実践をもとに述べる。著者は長らく児童相談所の常勤精神科医として児童虐待に対して様々な関わりを続けてきた。その関わりは、表3のようになる。

表3 児童相談所の精神科医師としての関わり

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>①親との診察面接をとおして</li> <li>②精神発達精密健康診査の医師として</li> <li>③児童相談所職員のスーパーバイザーとして</li> <li>④他機関職員のコンサルテーションとして</li> <li>⑤精神科治療をとおして</li> </ul> |
|--|

親との面接、精神発達精密健康診査を通しての介入、他職種へのスーパービジョン、精神科治療などである。こうした経験から、虐待の治療的介入における児童相談所の限界を検討しながら子ども総合センターという診療と研修の機関の設立にかかわってきた。この二つの機関を比べながら親への介入について著者の考えを述べる。

児童相談所は児童虐待の中心的な機関とされている。親に対する法的介入をはじめとして、児童の保護や施設措置および地域支援を含めて児童相談所は実に膨大な業務に当たることを求められている。しかし、児童相談所の持つ行政介入機能と治療の実際とでは時に相容れないものがあり、児童相談所の治療的な機能の限界を指摘する声も少なくない。このため議論の一つとして、親に対する治療的介入を行うための条件として以下のことが挙げられる。

- ①児童虐待の最前線に治療の場あるいは治療的な取り組みができる場があること
- ②児童虐待の状態にある親に対して、治療をめざした、あるいは治療につなげる介入が適切になされること

- ③治療を担当するものが、治療の持ち方や進め方に高い自由度（機動性）を持てること
- ④クライアントに対して丁寧でかつ長期的に関われるような治療関係が維持できること

さて、子ども総合センターには多くの虐待ケースが受診する。そのルートは、おおむね以下ようになる。

- ①親からの直接の希望によって診療が開始される。
- ②市町村の保健婦が勧めて
- ③保育士が勧めて
- ④病院からの紹介で
- ⑤児童相談所から  
など。

我々の経験を整理してみると、我々が治療的に関わってきた虐待事例は以下のような母親達である。①自分の育児態度に対して問題意識を持った母親たち、②生活と身近な場所に働く職業人である保健婦や保育士などにすすめられ、それを受け入れた母親たちである。母親の中には保健婦や保育士にエスコートされることで診察の場に来るものもいた。言い換えれば、地域の中のキーパーソンのような存在である保健婦や子どもの保育を担当する保育士はこのような親を治療の場や専門的な相談の場にいざなえる立場にある。治療につながられる介入が行いやすい立場にあると言える。

ここで提示したケースは容易なケースと思われるかもしれないが、いくつかの重要な点を確認しておく。多くの母親たちは自分自身についての問題意識を持っていることが多いということである。育児の大変さや困難を感じている初期の頃には、苦痛や不安を感じているはずであり、条件さえ整えば他者の援助を欲するのである。この時点で自分が求めている援助や相談につながるような社会資源が見つからず、自信をさらに失い周囲への不信感を抱きはじめ、さらには怒りにも似た感情を抱き始めるのである。よって、育児不安を抱き始めたより早期の段階で地域の保健婦や保育所保育士などの第一次的専門職とのつながりが図られることが重要なテーマとなる。このような地域の育児支援システムによって早期から自然な形で援助を受けられている母親は、治療が必要な場合に治療を行う機関につながりやすくなると考えられるのである。

#### IV. 考察として（母子保健による虐待対策の実践に向けて）

##### (1) 母子保健の役割と課題

母子保健は児童虐待の早期の発見に大きな役割を果たす。健診そして精神発達精密健康診査などの介入をとおして、子育て不安の状態にある母親やメンタルヘルスを崩しかけている母親に、確実にかつ支援として関われる最も具体的な手段となる。そして他の分担研究で明らかになったように、母子保健は虐待に陥っている母親に対して継続的に長期的に援助を行い、またそうすることが母子保健の役割であることが示された。

児童相談所は法的な緊急介入を行うことが最優先される機関であることから、母子保健のような介入を行うことはなかなか難しい。むしろ両者が相補的に関わるのが重要であり、この違いが的確に認識され、その上で連携・協力することが必要である。

児童虐待対策で見逃されてはならない課題として、精神障害者や知的障害者の親の子育て支援対策がある。これは保健サイドにその役割が課せられている精神保健と大きく重な

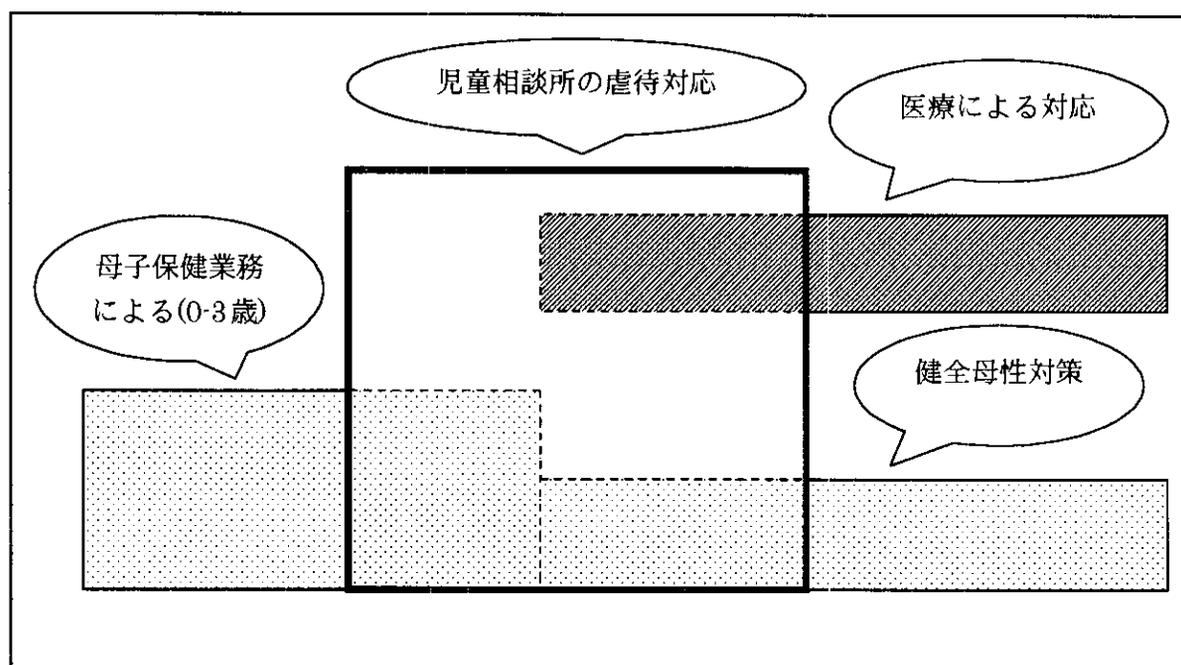
る。むしろ精神保健対策の一環として、彼らの家族作りや子育てをどのように援助するかという課題となる。

## (2)母子保健と児童相談所の治療的介入をめざした連携について

児童虐待の包括的な対応システムをめざす場合、児童相談所と母子保健の関係は図1のような位置づけが望まれる。母子保健は、児童虐待対策や子育て支援の入り口にあたり、また児童相談所や医療機関とのつながりを付ける上で極めて重要な役割を果たしているのである。また、治療につながるような介入をよりスムーズにし得る位置にある。

しかも、母子保健の主要な活動の一つに思春期対策が位置づけられ、思春期対策は児童虐待対策という視点から見れば、まさに健全母性の育成と大きくかかわることも見逃してはならない。思春期の子どもの中にも将来児童虐待と深くかかわる子どもも存在する。児童虐待のもう一つの側面は、親になることの難しさを物語っており、性の問題のみならず母性性の発達についても思春期の子どもを支援したり教育の機会を提供するなどの取り組みが望まれる。この点については、推進事業の報告を参照していただくこととしたい。

図1. 虐待対応における母子保健と児童相談所の関係



## (3)治療を担当する機関

母子保健は、育児支援として母性の発達支援と関わるも「治療につなげる介入」あるいは「治療をめざした介入」の役割をとることが多い。そしてこうした介入に引き続く専門的な治療や援助を担当する機関がどうしても必要になる。現行ではこの役割が児童相談所や医療機関に求められるところであるが、児童相談所はこの役割にこたえてゆくためには多くの工夫が必要となる。宮城県では子ども総合センター構想が動きだし、治療の枠組が設けられるケースには、治療が開始され始めたと言える。また問題行動を呈するようになった被虐待児に対しても、児童精神科医療を提供する機会が作られるようになってきた。そして今後の課題の一つとして、指導や必要とされるような治療を受けようとする事例にど

のように介入するかということが検討されなくてはならない。

#### (4)乳幼児の精神保健上の診断について

乳幼児期の母親と子どもに対して包括的なメンタルヘルス対応が必要なことはすでに明らかであり、そのために欧米先進国は乳幼児とその親に対するメンタルヘルス対策に力を入れている。ここではその一つとして、アメリカでの国家的プロジェクトの一つである「Zero to Three」に触れる。

乳幼児期においても成人期と同様に、人間は精神医学的な問題を抱え、それらが症状や問題行動を形成する。こうした乳幼児期の精神医学的問題をどのように診断し評価するかについて「Zero to Three」が開発された。成人期と異なり、乳幼児期は親との関係性の発達や問題の診断や評価が大きなテーマとなる。本研究のテーマである乳幼児期の母親の評価については第Ⅱ軸の関係性の診断と評価から多くの参考資料を得ることができる。母子保健はまさに母子関係に視点をおき、母子の関係性の発達を支援する役割がとても大きい。母子の関係性を適切にアセスメントするためにも「Zero to Three」で規定するような視点を取り入れてゆく必要がある。

乳幼児の発達の評価やメンタルヘルスの診断として、一次診断として (Primary Diagnosis) 大きく7つの診断カテゴリーを当てている。児童虐待や育児不安の母親による乳幼児に対する影響と関わりのある診断は、「心的外傷ストレス障害」、「乳幼児期の反応性愛着剥奪／不適切な養育障害」などが中心となる。また、母親の不安を引き出すような乳幼児の発達上の問題は、「統制障害」、「かかわりとコミュニケーションの障害」が注目に値する。こうした乳幼児の側のアセスメントについても、母子保健関係者は知っておく必要がある。

#### (5)家庭訪問プログラム

家庭訪問のあり方やその方法は、母子保健活動にとって極めて大きな課題である。特に虐待の予防や治療的介入をするためには家庭訪問の意義やその方法を常に検討しておかなくてはならない。後段で家庭訪問のあり方や治療的な介入プログラムとしての意味などを文献的に考察する。

## V・おわりに

児童虐待に対するさまざまな取り組みや研究によって、児童虐待の原因や発生のメカニズムがかなり明らかになった。それらの結果として、児童虐待は一部の特別な人たちに限られた問題ではなく、どの人であっても子どもとの関係にいくつかの問題（困難性）が重なれば起こしかねない問題であることが理解されつつある。多くの研究が明らかにしてきたことは、児童虐待の大半が乳幼児期・幼児期に始まっていることである。目の前の子どもの育児をめぐる自分自身の不安や混乱が立ち現れてきたり、自分の子ども時代の傷つくことになった育児の記憶に振り回され、次第に育児に問題が生じてくるようである。また、親の側の問題とならんで虐待という不適切な育児を引き出しかねないような問題を抱える子どもが抱える問題にも関心を払う必要があり、その両者の相互作用として虐待が発生してくる側面がある。

私たちの次の課題はこうして明らかになった原因や要因にどう取り組むかである。家族形成期や育児期の親にどのような支援やケアを提供するか、どのような支援システムを構築するか、そして虐待を受けて心に大きな傷を受けて苦しむ親子の治療的な支援をどのような社会システムとして創出するのか、そのひとつの試みとして母子保健が大きくクロー

ズアップされている。

また、児童虐待のほんの少し外側に目を向けることも必要である。虐待といえないまでも不適切な育児あるいはちょっとした育児の不備をとおして子どもの心を傷つけてしまうことはよくある。育児をパーフェクトにやりおおせることは不可能であろう。いろいろな出来事を通して子どもは心の傷を受けることになるが、この心の傷は子どもによっては成長の節目節目で心の問題として立ち現れてくることがある。それが不登校や心身症そしてさまざまな神経症として現れてくると考えられるが、こうした子どもが驚くほどの数で増えてきているのも現在の特徴である。そのような子どもや子どもの問題に苦悩する親に対する専門的な援助として、親と子どものメンタルヘルス対策が急務となっている。

児童虐待は、社会の危機的状況を映し出す鏡であるばかりではない。児童虐待が私たちに課すもう一つのテーマは、この問題に真剣に取り組むことによって、見過ごしてきた社会や家族にとって大切なものを快復することができるかもしれないということである。失われつつある家族や親子関係の原点に立ち返ることができるかもしれないということである。子どもを守ることや悲劇を防ぐことやの中に、私たちが自分自身を含めて回復しなければならないことに数多く出会うことになるであろう。児童虐待にどのように取り組むか、その取り組みや結果は私たち社会の将来を占うことにもなるのであろう。

## VI. 文献

全国乳児福祉協議会資料：全国乳児院入所状況実態調査結果等（平成12年8月実施）

Kay Karlsson & Anna Skagerberg (1999) : The Signal; Newsletter of the World Association for Infant Mental Health Vol.7, No.2.

小林 登(2000)：児童虐待および対策の実態把握に関する研究。平成12年度厚生科学研究子ども家庭総合研究事業。

## 資料 1

### 宮城県乳幼児精神発達精密健康診査事業実施要綱

#### 1. 目的

この要綱は、市町村が実施する乳幼児健康診査で、精神発達上の問題が発見された乳幼児を対象に「精神発達精密健康診査（以下「精健」という。）」を行い、明らかに問題のある乳幼児に対して早期療育の体制を整え、早期治療を行うとともに、育児不安などのために生じてくる虐待を防止するため、親の育児を専門的に支援するほか、被虐待児や性格行動（神経症、鬱状態）に問題のある乳幼児の保育を行う保育所等に対して専門的技術支援を行うことを目的とする。

#### 2. 実施機関

精健は、市町村の依頼に基づき地域子どもセンターが行う。

#### 3. 実施対象

乳幼児健康診査の結果、精神発達上に問題があり、市町村及び保健福祉事務所が地域子どもセンターの精健を必要と判断した、次に掲げる乳幼児等を対象とする。

- (1)問題性の大きい知的障害児及びその関係者
- (2)親の育児不安が強く、虐待発生の可能性の高い乳幼児又は既に虐待の発生している乳幼児及びその関係者

#### 4. 実施体制

- (1)本事業は、所内診査と巡回診査から成る。
- (2)スタッフは、児童精神科医、心理判定員、児童福祉司、保健婦等とし、これらの職員が十分な連携を保って実施に当たる。

#### 5. 実施方法

- (1)市町村は、精健の対象とする乳幼児等について、保健福祉事務所との協議を経て、地域子どもセンターに依頼する。
- (2)市町村は、精神発達精密健康診査票（様式 1，様式 2）及び対象児童の健康診査票の写しを添えて、実施日の 10 日前までに地域子どもセンターに依頼する（様式 3）
- (3)地域子どもセンターは、精健終了後、関係職員による判定会議を開催し、総合的診断及び今後の指導の方向性を検討するとともに、指導上の役割分担を決定する。
- (4)地域子どもセンターは、精健結果を市町村に報告する。（様式 4）
- (5)精健の結果、保健福祉事務所及び市町村は、(3)で決定された役割分担に基づき適切に事後指導を行う。

#### 6. 保育所等への技術支援

地域子どもセンターは、3 に掲げた精神発達に問題のある乳幼児が通所している保育所又は障害児通園施設等からの依頼に基づき、必要な技術支援を行うことができる。

#### 7. その他精健の実施に当たって必要な事項については、別に定める。

#### 附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から施行する。

## 児童虐待の予防における家庭訪問の意義と課題

小野 善 郎 (和歌山県子ども・障害者相談センター)

小児保健や母子保健の領域では、実践活動の方法として従来より家庭訪問が活用されてきている。家庭訪問により乳幼児をもつ家族に対して育児支援を行うことは、児童虐待の予防活動としての効果も期待され、欧米を中心に多くの実証的研究が報告されている。これらの文献をレビューし、児童虐待の予防に関連した家庭訪問の意義と課題について検討する。

### 1. 定義

家庭訪問とは、家庭にいる家族に直接、情報、指導や相談を提供したり、情緒的、実践的支援を提供する方策である(Zero to Three, 1999)。しかし家庭訪問という一定の方策があるのではなく、むしろサービスを提供する手段と理解すべきであり、その方法には多様性が大きい(Powell, 1993)。保健活動の重要な方策として広く実践されてきているが、教育、福祉など、さまざまな分野でも活用されている。

### 2. 歴史的背景

家庭訪問は、ヨーロッパの国々で 100 年以上前から行われ、今日ではほとんどの先進国での保健活動として実践されている。

イギリスでは、1850 年代半ばに衛生状態の改善や伝染病の対策として家庭健康訪問 home health visit (HHV)が始まり、看護婦、衛生技術者、あるいは一般の人が乳幼児のいる家庭に派遣され、健康や衛生についての助言を提供するようになった。20 世紀の初めには HHV はイギリス全土に普及し、第二次世界大戦が始まる頃には、すべての新生児に対して生後 10 日以内に家庭訪問する制度が確立した。今日ではナショナルヘルスサービスの制度の中で、地域の医師 (general practitioner)を中心として HHV が行われている。その他のヨーロッパ諸国においても、同様の HHV が普及し、母子保健の重要な要素として位置づけられてきている(Kammerman & Kahn, 1993; Marks, 2001)。

アメリカでは 19 世紀後半から、保健婦やソーシャルワーカーが都市部の貧困家庭の女性と子どもに家庭内での教育や健康管理を提供することが始められた。20 世紀の初頭にはニューヨーク市の保健局が看護学生を使って母親に母乳育児と衛生管理を教える家庭訪問プログラムを実施し、スラム街の乳児の夏期下痢症による死亡率を下げるのに成功した。20 世紀の後半には、家庭訪問の目的は、未熟児や出生低体重児、発達に遅れのある子ども、十代の妊娠、児童虐待のリスクの高い家庭などへの支援に変化した(Weiss, 1993)。特に児童虐待への関心が高まるとともに、1980 年代から児童虐待の予防を目的とした家庭訪問プログラムが実施されるようになり、さらに 1991 年に United State Advisory Board on Child Abuse and Neglect が児童虐待の予防のために家庭訪問プログラムの推進を提唱して以来、全米で数多くのプログラムが実施されるようになった。それらに対する評価を経て、Healthy Family America などいくつかのモデルプログラムが全米に展開している(Krugman, 1993)。

わが国での制度化された家庭訪問は、昭和 36 年の新生児訪問指導に始まり、新生児や未熟児に対し必要に応じて医師、保健婦、助産婦などが訪問する制度が確立している。また、妊産婦

に対する保健指導として家庭訪問が行われることもある。これらの母子保健制度は当初、乳児死亡、周産期死亡、妊産婦死亡などの母子保健の向上が目的であったが、社会情勢の変化とともに単に保健衛生面だけでなく育児支援の役割も大きくなってきている。平成9年度よりは、主な母子保健事業が市町村によって提供されている(わが国の母子保健、2000)。このような公的な母子保健事業とは別に、育児不安や児童虐待などの問題への取り組みとして、さまざまなパイロット事業も試みられるようになってきている。

### 3. 児童虐待の予防と家庭訪問

児童虐待の予防のために家庭訪問を利用することについて、1976年にKempeはヨーロッパで行われてきたすべての新生児に対する家庭健康訪問(HHV)を参照し、すべての子どもは包括的なケアを受ける権利があり、すべての妊婦は子どもが就学するまで訪問を受ける権利があると述べている。そしてHHVが児童虐待の予防に大きな役割があることを強調した(Kempe,1976)。以来、多くの家庭訪問プログラムが試みられ、その有効性について評価されてきた。ここでは、現在アメリカで普及しつつある2つの代表的なモデルプログラムの概略を示し、児童虐待の予防を目的とした家庭訪問プログラムの類型をめぐる論点について解説する。

モデルプログラムの概略

(1) **The Nurse Home Visitation Program(NHVP)**: アメリカでの児童虐待への関心が高まり、その予防への試みとして、David Oldsらが1978年よりニューヨーク州郊外のElmiaで始めた一連の実証的研究から生まれたプログラムで、今日では全米で140カ所以上の地域で実施されている(Gomby, 2000)。このプログラムでは、妊娠中から子どもの生後2年までの間、看護婦が家庭に訪問し(おおむね2週間に1回)、母子およびその家族への支援を提供する。このプログラムの内容は以下の3つの理論に基づいている(Oldsら、1999)。

- ① **Human ecology theory**: 子どもの発達には親がいかに養育するかによって影響され、親の養育はその家族、社会的ネットワーク、近隣、コミュニティーの特徴とそれらとの相互作用に影響される。この理論に基づいて看護婦は、家庭訪問や家族を保健・福祉サービスにつなげることで、父親を含めた家族とも関わり、それぞれの家族の物理的、社会的環境を向上させる。
- ② **Self-efficacy theory**: この理論は、妊娠中の女性の健康に関連する行動、子どもの養育、自分自身の発達についての考え方を理解するのに有用な理論である。この理論によれば、人は期待した結果が得られると信じる行動を選択し、自分自身でうまく実施できると考える行動を選択する。すなわち、個人のself-efficacyの観念は行動の選択に影響し、困難に直面したときにどの程度の努力が引き出されるかが決定される。そこで、家庭訪問ではまず、女性の行動が自分自身の健康と子どもの健康や発達にどのような影響があるかを知ることがを援助し、次いで親が現実に行える、小さな目標を設定し、それを達成することで成功体験を蓄積させる。これらの成功が、女性により大きな試練を乗り越える自信をつけることになる。
- ③ **Attachment theory**: attachment theoryは、新生児は生存のために、ストレス状況、疾患、疲労した状況で特定の養育者に接近しようとするのが、生物学的に備わっていると仮定している。この理論ではさらに、子どもの社会の中での信念や、彼らが親になったときの自分自身の子どもへの共感や反応性は、その子どもが親から養育や情緒的応答などから、どの程度のattachmentを得たかに影響されると仮定している。そこでこのプログラ

ムでは、親の感受性、応答性を促進し、子どもの生後しばらくの間育児に専念させるようにしている。また、訪問者は、母親と他の養育者の子どもの育て方や、育児観を、自分たち自身が子どもの時にどのように育てられたかということを参考に考えさせるようにしている。さらに訪問者は、母親が他の家族と共感的で信頼的な関係を築くように努力する。このような関係を経験することにより、母親は他者を信頼し、子供との間により感受性と共感性のある関係を持つことが期待される。

NHVP ではこれらの基本的理論に基づき、(1)妊娠の転帰、子どもの健康と発達、親としての今後の人生に影響を与えると思われる女性(と他の家族)の行動が向上するように促す、(2)女性が家族や友人との間で支持的な人間関係を築くことを助ける、(3)女性と家族が必要とする保健、福祉サービスにつなげる、などの活動を行うことで、児童虐待の予防をめざしている(Olds, et al., 1999)。

(2) **Healthy Families America (HFA)**: このプログラムは、1992年に **Prevent Child Abuse America** (以前の **National Committee to Prevent Child Abuse**)によって、育児支援、子どもの健康と発達の促進、児童虐待とネグレクトの予防を目的に立ち上げられた。これは 1975年にハワイで始められた **Hawaii's Healthy Start Program (HHSP)**での研究と経験をもとに築かれ、今日では全米で 420以上のコミュニティーで実践されている(**Prevent Child Abuse America, 2000**)。HFAの家庭訪問プログラムは、単一の完全に統一された方法というよりも、以下の3つの基本的な要素(**critical elements**)に基づいてそれぞれの地域で家庭訪問プログラムが実施されるといふ形がとられている(**Daro & Harding, 1999**)。

- ① サービスの開始: 訪問は出生前または出産後から開始され、子どもが5歳になるまで継続される。標準的な評価法を用いて、新しい親の抱える問題の大きさに応じたサービスを提供する。サービスを受けるのは、家族の自由意志による。
- ② サービスの内容: 訪問は積極的に(たとえば、少なくとも週1回)行い、明文化された基準に従って増減する。サービスは家族の文化的背景を充分尊重して行われ、両親の支援に加え、親子関係や子どもの発達にも焦点を当てて行われる。すべての家族が健全な健康と発達が得られるように医療機関につながるように支援を行い、必要に応じ財政、食料、住居についての支援、育児支援、職業訓練、物質乱用の治療プログラムやドメスティックバイオレンスのシェルターなどにつなぐこともある。訪問者の担当ケース数は制限されていて、毎週訪問するケースは 15以下でなければならない。
- ③ 訪問者の選択と訓練: 訪問者は性格、経験、学歴によって選ばれ、家族評価や家庭訪問の基本について集中的なトレーニングを受け、週1回のスーパーヴィジョンを継続的に受ける。

#### プログラムの類型について

上述の HFA が示す3つの基本的要素は、今日行われているさまざまな家庭訪問プログラムの特性を決定する要素であり、それぞれの要素にはいくつかの異なるパターンがある。プログラムの類型をめぐっては、以下のような問題について議論が行われている。

- ① 訪問対象: ヨーロッパで普及している HHV では、すべての新生児に対して家庭訪問を行う(**universal**)のに対し、アメリカではハイリスクな親などに限定して訪問を行う(**targeted**)ものが多い。後者ではさらに、訪問対象者をスクリーニングによって選定するもの(**screening-based**)と、若年、貧困など特定の階層を対象とする(**population-based**)とがある。児童虐待の予防活動としてみると、前者は一次予防活

動であり、後者は二次予防活動といえる(Dubowitz, 1989)。

- ② 訪問者のタイプ:家庭訪問は訪問者が直接家族に行う支援であり、訪問者の資質はプログラムのもっとも重要な要素となる(Wasik, 1993)。ヨーロッパの HHV やわが国の新生児訪問では、保健婦や助産婦などの専門職(professional)が訪問することが一般的である。NHVP では専門職である看護婦が訪問を行うのに対し、HFA ではさまざま職種や背景の人々が一定の訓練を受けて訪問するもので、このタイプの訪問者は準専門職(paraprofessional)と呼ばれる。専門職であっても給与が支払われている場合と無償のボランティアとして訪問している場合とがある。また、一般の人(lay person)による家庭訪問を提供しているプログラムもある。例えば、アイルランドの Community Mothers Programme では育児経験のある母親を訪問者に用いている(Johnson ら, 2000)。
- ③ 介入の内容:妊婦や乳幼児を持つ家庭への支援としては、妊娠・出産・育児に関連したさまざまな情報を提供したり、指導をするもの(instructive)や、訪問者との間に信頼関係を築くことで支持的に(supportive)支援するものがある。しかし、実際にはどちらか一方のみのプログラムはなく、地域社会のさまざまな資源との連携を含め、多角的なサービスを提供するものが多い。

#### 4. 家庭訪問の有効性

家庭訪問プログラムの有効性に関して数多くの研究が報告されているが、家庭訪問はその目的や目標、方法が多様であるだけでなく、訪問を受ける家庭の状況(家族構成、経済状態、生活習慣など)も多様であるため、適切な方法論により慎重に評価する必要がある。ここでは実験的研究である無作為対照比較試験 randomized controlled trial (RCT)による評価が行われた研究結果を中心に、家庭訪問プログラムの有効性について検討する。

1970～1980年代にかけての初期の研究に関しては、Olds & Kitzman (1993)が包括的なレビューで詳しく述べている。彼らは子どもと家族の生活を向上させるための家庭訪問プログラムのうち、RCTによりその効果が評価された 31 の研究結果を、未熟児および出生低体重児の予防、未熟児あるいは低体重で出生した新生児の予後の改善、低収入家庭や児童虐待のリスクの高い家庭に対するサービスなどの観点からまとめている。

このうち児童虐待に関連した研究としては、低収入、未婚、若年など社会・経済的リスクが高い家庭を対象とした研究が 19 あり、さらに児童虐待の予防を目的としたプログラムの研究が6つ(いずれも米国)あった。どの研究においても家庭訪問によって児童虐待の全体としての頻度の減少は認められなかった。その要因として、虐待の定義や把握の方法の問題が挙げられている。ほとんどの研究では、州の児童保護局 Child Protective Service (CPS)の報告によって虐待を把握しているが、これらのデータは通常過小評価される傾向がある(実際の虐待はこの数よりも多いと考えられている)ため、家庭訪問群と対照群との差が出にくいと考えられた。また、アメリカでは訪問者が虐待を疑った場合、州の児童福祉機関に報告する義務があるため、家庭訪問群でより多くの虐待が報告される傾向があることも、家庭訪問を受けた家庭で虐待が減少する効果が明らかにされない要因と考えられた。したがって、CPS の報告を用いた研究で、家庭訪問群での虐待の頻度が対照群よりも有意に減少していないことが、ただちに児童虐待予防に対する家庭訪問プログラムの有効性を否定するものとはいえないと考えられる。

6つの児童虐待の予防を目的とした家庭訪問プログラムのうち、Olds ら(1986)がニューヨーク州

Elmira で行った研究では、養育困難のリスクが極めて高い女性において、州が確定した児童虐待の頻度が減少したことが認められた(Oldsらの研究については後にさらに解説する)。

彼らは結論として、家庭訪問は有望な方法であると考えられるが、その有効性については少なくとも RCT で明確にするのは困難であることを指摘している。

Robertsら(1996)も児童虐待の発生頻度に関する家庭訪問プログラムの有効性の評価が研究ごとに異なり、結果が一致しないことの要因として上述の Olds と Kitzman が指摘したような児童虐待件数の評価の偏りを挙げ、虐待件数の代わりに乳幼児期の外傷の発生頻度を指標として、家庭訪問プログラムの有効性を検討した RCT による研究のメタ分析を行った。家庭訪問プログラムの転帰として乳幼児期の外傷の発生を評価した欧米の8つの研究のうち、7つの研究で家庭訪問を受けた群で外傷の発生が低かったことが報告され、これらの研究結果から計算した累積オッズ比は 0.74(95%信頼区間:0.60-0.92)で、家庭訪問プログラムが乳幼児期の外傷を有意に減少させる可能性を示した。

1990年代にはアメリカでは数多くの家庭訪問プログラムが実施されるようになった。これらのプログラムのうち児童虐待の予防効果をもっとも明確に示しているのが、Oldsらによる一連のNHVPの研究で、それぞれの研究について簡単に解説する。

NHVPはニューヨーク州の Elmira において400人の初産婦に対して、看護婦による家庭訪問を受ける群と、通常の母子保健サービスを受ける対照群とに無作為に分けられ、妊娠の転帰、養育の問題、子どもの発達、母親の生活経過について比較が行われた。参加者は地域の周産期ケア機関からリクルートされた妊娠26週未満の初産婦で、そのうち85%は低所得、未婚、19歳未満などの子どもの健康と発達に対するリスク要因を持っていた。児童虐待に関する転帰として、看護婦の訪問を受けていた子どもは対照群の子どもよりも救急受診が32%少なかった。これは家庭訪問群で外傷と誤嚥による救急受診が56%少なかったことで説明された。低所得、未婚、若年の母親から生まれた子どもでは、生後2年間における児童虐待が80%減少したことが認められた。家庭訪問群ではこの他にも、子どもの拘束や体罰の減少、家庭内での適切な遊具の増加、子どもの外傷や誤嚥による救急受診の減少など、養育環境の改善も認められた(Olds, et al., 1986)。救急受診が少ないことは2年間のプログラムが終了した後の2年間においても持続していたが、児童虐待の減少はなくなっていた。これは看護婦が訪問していた家庭では虐待が発見されやすいことや、プログラムの終了時に家族を適切な機関に紹介したためと思われた。また、生後4年間に発見された児童虐待は、看護婦が訪問した家族ではより軽度な形で発見される傾向が認められた(Olds, et al., 1995)。

Elmiraでの研究では、出生前から生後2年間の看護婦による家庭訪問の影響を15年間にわたって追跡し、当初訪問を行った女性のうち324人(81%)について長期の転帰を報告している。虐待に関しても、看護婦の訪問を受けていた母親は、確認された児童虐待の報告書の中で虐待者とされていたことが対照群よりも有意に少なく、長期にわたる効果を示していた(Olds, et al., 1997)。

Elmiraでの研究は、この他にも妊婦の喫煙の減少、未熟児や低体重児の出生の減少などの妊娠予後の改善、次の妊娠の減少、妊娠間隔の延長、生活保護受給機関の短縮、低所得、未婚女性の逮捕の減少などの母親の生活経過の改善が認められている。しかしNHVPの有効性がElmira(ニューヨークの近郊で白人が主体の地域)だけでなく、それ以外のコミュニティでも有効であるかを確かめるために、黒人が主体の地域であるテネシー州 Memphis でも大規模な研究が行われた。Memphisの研究のサンプルは、総合病院の産科クリニックからリクルートされた妊娠29

週末満の初産婦 1139 人が参加し、Elmira 同様、家庭訪問を受ける群と通常の母子保健を受ける群とに無作為に分けられた。参加者の 92%が黒人で、98%が未婚、65%が 18 歳未満、85%が貧困家庭、9%が喫煙者で、Elmira の研究で有効性が高かった未婚、若年、貧困などの要因を持つ参加者に重点がおかれたサンプル構成であった。結果は、養育の問題に関しては、看護婦の家庭訪問を受けた女性の子どもは生後2年間に外傷と誤嚥で受診することが対照群の子どもよりも少なく、入院期間も短かった。子どもが2歳になった時点で、家庭訪問を受けていた母親は児童虐待と関連した育児観(共感能力の欠如、体罰への確信、乳幼児への非現実的な期待)が対照群の母親よりも有意に少なかった。妊娠の転帰や母親の生活経過においても、Elmira とほぼ同等の結果が得られた(Kitzman, et al., 1997)。

2つの地域での研究全体として、NHVP は養育に関する問題を減少させ、母親の生活経過を改善する2つの効果が、特にハイリスクな女性で認められたが、妊娠転帰の改善については明確な有効性は示されていない。NHVP のこれらの効果は、児童虐待の予防に寄与するものと期待されるが、最近 Eckenrode ら(2000)が Elmira の 15 年間のフォローアップ研究のひとつとして家庭訪問の効果に影響を与える条件を検討したところ、ドメスティックバイオレンス(配偶者からの暴力)を受けていた女性で、児童虐待の防止効果が減弱していることが報告された。このことは NHVP がすべての家庭において児童虐待を防止できないことを示唆する所見として注目されている。

家庭訪問プログラムの児童虐待予防に対する効果については、既に述べたように虐待の認知の問題から、単に CPS などの児童保護に関連する行政機関や司法関係の資料だけから判断することは難しく、適切な研究デザインによる研究においても家庭訪問が児童虐待を防止する効果については控えめな結果がほとんどである(Gomby, 1999)。そのため最近の研究では、児童虐待とネグレクトに関連する養育環境、母親の養育観・態度、母親の精神保健上の問題などを指標とした評価で、プログラムの効果を判断するものが多くなっている。

Armstrong ら(1999)は、オーストラリアでの看護婦による家庭訪問を受けた母親では、産後うつ病スクリーニングスコアの有意な減少、親の役割を果たすことの改善、自己アイデンティティの向上がみられ、母子関係が積極的になることにより、子どもとのより安定的なアタッチメントの発達を促す効果があることを報告している。また、Navaie-Waliser ら(2000)は、ハイリスクな母親への家庭訪問により、低頻度の訪問では対照群と差はなかったが、高頻度の訪問を受けた母親では自尊心が高く抑うつが弱いことを示している。Johnson ら(2000)は、アイルランドにおけるボランティアの母親による家庭訪問プログラムの7年間の長期的な効果として、訪問を受けた女性は受けなかった女性よりも、子どもの事故が少ない、子どもの宿題を見てあげる、体罰を肯定しないなど育児スキルの向上と、母親としての自尊心や母性に対する前向きな気持ちがより強かったことを挙げている。これらの所見は家庭訪問による母子関係や養育環境の改善が得られることを示し、児童虐待のリスク要因を減弱させる効果を示唆するものと考えられる。

わが国においても母子保健、小児保健サービスとして家庭訪問は広く行われているが、家庭訪問の虐待予防に対する有効性についての実証的研究は報告されていない。

## 5. 今後の課題

これまでの経験や研究から、米国の Zero to Three 委員会(1999)は有効な家庭訪問プログラムを実施するためには、以下のような要素が求められるとしている。

- 1) 明確に定義された目標と目的
- 2) 目標と目的を達成するための方法を訪問員が周知していること

- 3) 適切な人材の採用と訓練
- 4) 他の社会資源との協力
- 5) 適切で安定的な財源
- 6) 効果の評価を行い、継続的に質を向上させること

しかし、このような要素を満たす家庭訪問プログラムでも、家庭訪問はすべての家族を助ける「魔法の弾」でも「万能薬」でもない(Korfmacher, 1999)。Gomby(1999)は、「家庭訪問は壊れやすい介入(fragile intervention)であり、ケースマネジメントが成功するかは地域の関係機関の支援次第であり、親が変わらなければ子どもに良い結果がえられない」と家庭訪問の限界に言及している。にもかかわらず、Kempe(1976)が児童虐待の予防として家庭訪問の可能性を提唱して以来、欧米を中心に積極的に取り組まれてきた。過去およそ20年間に行われてきたプログラムについての検討から、いくつかの課題が提起されている。これらの課題の多くは、プログラムの実施に関するもので、成功しているモデルプログラムでも途中で脱落する家族が多いこと(20~67%; Gomby, 2000)、家庭訪問の効果が高いとされている社会的に不利な家族(貧困、未婚、若年)のプログラムへの参加が低いことなどが指摘されている。支援の必要な家庭に対して家庭訪問プログラムへの参加を持続させるため、Constantino ら(2001)はグループミーティングを組み入れ、良好な結果が得られたことを報告しており、より有効なプログラムの実施へ向けた取り組みが始まっている。

わが国における児童虐待防止活動においても、家庭訪問の活用に関心が高まっているが、家庭訪問は個々の家庭の中で支援を提供することから、地域や文化によりさまざまな差異があると考えられる。これまでに取り上げた研究はすべて欧米、特に米国で行われた研究であり、これらの結果をそのままわが国に当てはめることには慎重でなければならない。今後、わが国においても、家庭訪問を取り入れた虐待予防活動に関する実証的研究が望まれる。

## 文献

- Armstrong, K.L., Fraser, J.A., Dadds, M.R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health*, 35(3), 237-244.
- Constantino, J.N., Hashemi, N., Solis, E., Alon, T., Haley, S., McClure, S., Nordlicht, N., Constantino, M.A., Elmen, J., & Carlson, V.K. (2001). Supplementation of urban home visitation with series of group meetings for parents and infants: results of a "real-world" randomized, controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1571-1581.
- Daro, D.A., & Harding, K.A. (1999). *Healthy Families America: using research to enhance practice. The Future of Children*, 9(1), 152-176.
- Dubowitz, H. (1989). Prevention of child maltreatment: what is known. *Pediatrics*, 83(4), 570-577.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson Jr, C.R., Smith, E., Olds, D.L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H., & Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation. The limiting effects of domestic violence. *JAMA*, 284(11), 1385-1391.
- Gomby, D.S., Culross, P.L., & Behrman, R.E. (1999). Home visiting: recent program evaluations analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), 426.
- Gomby, D.S. (2000). Promise and limitations of home visitation. *JAMA*, 284(11), 1430-1431.
- Johnson, Z., Howell, F., & Molley, B. (1993). Community mother's programme: randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ*, 306, 1449-1452.

- Kamerman, S.B., & Kahn, A.J. (1993). Home healthvisiting in Europe. *The Future of Children*, 3(3), 39-52.
- Kempe C.H. (1976). Approaches to preventing child abuse: the health visitor concept. *American Journal of Diseases of Children*, 130(9), 941-947.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., McConnochie, K.M., Sidora, K., Luckey, D.W., Shaver, D., Engelhardt, K., James D., & Barnard, K. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcome, childhood injuries, and repeated childbearing. a randomized controlled trial. *JAMA*, 278(8), 644-652.
- Korfmacher, J. (1999). Home visiting: promise and peril. *The Signal*, 7(3), 48.
- Krugman, R.D. (1993). Universal home visiting: a recommendation from the U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *The Future of Children*, 3(3), 184-191.
- Marks, M.N., 吉田敬子訳, (2001). ロンドン南東部の周産期精神医学－産科と精神科領域のパートナーシップ－. *精神科診断学*, 12(3), 307-318.
- Navaie-Waliser, M., Martin, S.L., Tessaro, I., Campbell, M.K., & Cross, A.W. (2000). Social support and psychological functioning among high-risk mothers: the impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. *Public Health Nurs*, 17(4), 280-291.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing Child Abuse and Neglect: a randomized trial of nurse homevisitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- Olds, D.L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, 3(3), 59-72.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H., & Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 95(3), 365-372.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L.M., & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA*, 278(8), 637-643.
- Olds, D.L., Henderson, Jr, C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E., & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
- Powell, D.R. (1993). Inside home visiting programs. *The Future of Children*, 3(3), 23-38.
- Prevent Child Abuse (2000). Newsletter #4
- Roberts, I., Kramer, M.S., & Suissa, S. (1996). Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomized controlled trials. *BMJ*, 312, 29-33.
- わが国の母子保健、平成 12 年度. (2000).
- Wasik, B.H. (1993). Staffing issues for home visiting program. *The Future of Children*, 3(3), 140-157.
- Weiss, H.B. (1993). Home visits: necessary but not sufficient. *The Future of Children*, 3(3), 113-128.
- Zero to Three (1999). Home visiting. Reaching babies and families 'where they live'.

平成13年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「乳幼児期の虐待防止および育児不安の母親の支援を目的とした母子保健に関する研究」

## 分担研究報告書

乳幼児期の虐待防止および育児不安の母親に対する治療的介入と  
機関支援のあり方に関する研究 (Part II)

シンポジウム

「児童虐待の早期予防と子育て支援を目的とした母子保健のあり方について」

分担研究者 本間博彰（宮城県子ども総合センター）  
研究協力者 鈴宮寛子（福岡市博多区保健福祉センター）  
中板育美（東京都南多摩保健所）  
橋本洋子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院周産期センター）

### 要旨

児童虐待の早期予防と子育て支援という母子保健の課題に取り組むためには、母親のメンタルヘルスおよび母性性の発達に注目することが必要である。そのためこのテーマに焦点をおいて、母子保健活動をどのように展開するかといったテーマについて、3名の研究協力者のプレゼンテーションを行い、それをもとにディスカッションを行った。

### 1. はじめに

コーディネイター 主任研究者 本間博彰

児童虐待に対するさまざまな取り組みや研究によって、児童虐待の原因や発生のメカニズムがかなり明らかになってきた。その結果の一つとして、児童虐待は一部の特別な人たちに限られた問題ではなく、どの人であっても子どもとの関係にいくつかの問題（困難性）が重なれば起こしかねない問題であることが理解されてきた。また児童虐待は育児と密接に関わる問題であり、早期の予防的介入および育児支援的な介入が重要な役割を果たしうることから、母子保健に期待される役割や課題は極めて大きいと言わなければならない。本研究では、虐待や育児不安と密接に関わる育児期の母親のメンタルヘルスに焦点を当て、支援のあり方や支援をめざした介入をどのように進めるかについて取り組んだ。以下に述べるような実践的な活動を展開している臨床家による実践を紹介していただき、母子保健に求められる時代的要請や課題を討議した。

第一番目の報告は、母親のメンタルヘルスの危機的状態の一つである「産後うつ病」に対する対策、二番目は、児童虐待や不適切な育児に陥った母親に対する支援を目的とした母子保健活動、三番目は、出産と共に始まる母子のコミュニケーションと母性の発達への支援である。

## プレゼンテーション 1 「新生児訪問指導における虐待予防活動」

福岡市博多区保健福祉センター 鈴宮寛子

### 1. はじめに

博多区保健福祉センター健康課長をしております鈴宮といたします。今年の4月から福祉事務所と保健所が合体して保健福祉センターという組織の名称になっております。

さきにお断りしておきたいのは、福岡市は政令指定都市ですので、昔から乳幼児健診を保健所が行っておりました。そして地域保健法が施行されて、多くの県型の保健所では乳幼児健診を市町村に下ろしたと思うのですが、福岡市は変わらず、市でございますので、乳幼児健診をこの保健福祉センター、保健所が名称が変わって保健福祉センターというところで行っております。そして、福岡市の場合は4カ月健診、1歳半健診、3歳児健診の三つの健診をすべて集団で保健センターに呼び出しをして実施をしているというのをさきにお断りしておきたいと思えます。

子育て支援ということで、福岡市はかなり前からいろいろなことに取り組んできております。育児不安という言葉が乳幼児健診マニュアルという中に取り上げられてきたのは、実は平成6年でした。そのころ、福岡市は何をやっていたのかというと、平成6年のときに、これはどこでもやっている母子保健事業すけれども、乳幼児健診、今お話しをしましたね、家庭訪問、母子保健の中で非常に威力を発揮しているのは保健婦、また助産婦による家庭訪問、マタニティスクールです。今育児不安ということが出てきたので、その平成6年のころから福岡市は地域で子育てグループをつくるということを一生涯懸命やってきました。今、福岡市には、大体1小学校区に1公民館がありますが、ほぼ同じ数だけ、約150個ぐらい育児グループができています。最近の動きとしては、育児グループというのは、ある特定の個性を持ったグループで、そのグループ個性に合わないと入れないお母さんたちがいるということです。カリキュラムが決まっているようなグループ活動ではなくて、ほっとできて、お母さんがほかの地域のお母さんたちとおしゃべりしながら交流するような場所ということで、子育てサロンという動きが出てきております。その担い手になってきているのは、子育てを終えたOBママですね。小学校高学年とかもうちょっと大きいお子さんたちを持ったお母さんたちが援助をしているというのが、今、少しずつできつつあるのが福岡市の現状です。

### 2. 健診と子育て支援

子育て支援として、その育児グループとかそういうこともやってきたのですが、何が一番大きかったかということ、乳幼児健診表の問診項目に育児不安の内容を平成6年から取り入れました。乳幼児健診でお母さんの心の不安をチェックしていくようになりました。これは後ほどまたお見せしますが、それ以外に今日、中心にお話をする母親の心の健康支援事業というのが、今一番の課題で取り組んでおります。

今お話をした乳幼児健診の問診項目を入れるというのを平成6年からしたのですが、ここに書いてあるのがその問診項目、4カ月のときの問診項目なんですが、「こどもの発育や病気のことがとても気になりますか」とか、「ゆったりした気分でもと過ごせる時間がありますか」「お母さんはだっこや言葉かけを十分していますか」というようなレジュメに書いたような質問項目を入れています。

そして、特に「育児は楽しいですか」「育児は心配がありますか」という質問項目を入れ

て、これを「はい」「いいえ」「どちらでもない」という3段階で○をつけていただいております。「育児は楽しいですか」という答えには、ほとんどのお母さんが「はい」と答えるのですが、やはり1%から5%ぐらい。そのときによって割合は違いますが、「いいえ」と答えられるお母さんがいます。そのお母さんたちに2次設問をする中で育児不安を抱えているお母さんはいないだろうか、いれば健診後、家庭訪問や育児グループへつなげようという活動を平成6年からしてきました。

ただ、私は母子保健でこの乳幼児健診のこの活動を見ながら、ずっと思い悩んでいたのは、育児不安というお母さんの状態ですね。私は医者ですので、どうしても診断学的なところが頭の要素でありますので、こういう要件が整うと育児不安のお母さんとかというのが、残念ながら定義的なものはつきりしません。この乳幼児健診の間診項目に入れて、育児不安を疑うということで家庭訪問につながってはいきましたが、間診をとられる保健婦の感性によってとりようはまちまちで確定したものがないので、育児不安のお母さんたちというのは何だろうと考えていました。そしてそれに十分私たち母子保健に従事している人間は介入して援助ができているのだろうか、本当にできているのだろうかということをちょっと疑問にしておりました。

その中で子育て支援ということを考えていくと、育児不安と言われるお母さんたち、ここがまだ漠然としているのですが、それから発展していった、さらに児童虐待を起してしまうような危険なお母さん、そして本当はもっと健康的なお母さんたちを考えると、乳幼児健診のデータを皆さんが見られていてわかるように、こどもさんの寝る時間が非常に遅くなり、だらだらとおやつを食べて、生活基盤の全くとれていない今の親子像というのが浮かび上がってきていると思います。こういう三点に対して私たちは母子保健活動の中で健康支援・育児支援の立場で援助していかなければいけないと思っています。

特に、私たち保健に従事している人間は、助産婦とか保健婦とか医師とかいった専門集団です。医療的な知識を持ちながら援助ができるプロフェッショナルとしての仕事は何だろうかということを考えながら児童を今まで見てきました。その中で、これは三角のピラミッドですが、私たちがしなければいけないこと。健康的なお母さんの中に見られる育児不安という方もいらっしゃいます。それは地域の中でマンションがあって、そこでひとりぼつねんと生活をしているお母さんとかですね。福岡の場合は転勤族が多いので地域になじめなくてぼつねんとしているお母さんたちというのがいらっしゃいます。そういうお母さんたちが育児グループに入って元気になっていくという活動がありますが、今、私が考えているのはそういう活動を援助するのは、OBママとかボランティアさん、そして市民センターや公民館などの地域の力というのが高まってきておりますので、そこにお任せをしていくのでいいのではないのかなと考えています。そして、それよりももっと難しい、このピラミッドの上の方にある虐待をしているお母さんやハイリスク、危険性をはらんでいて、ちょっと一歩間違えると虐待になってしまうかもしれないお母さんたち、そして非常に強度の育児不安で、やはりピラミッドの上に進んでしまうかもしれないお母さん、そういうお母さんをいかにピラミッドの下に下げていくかという努力をするのが保健の仕事と考えます。より難しいところを担っていくのが母子保健の仕事になっているのではないかと私は考えています。

### 3. 産後のメンタルヘルス

では、実際に何を博多で始めたかということ、九州大学の児童精神科の吉田先生という先生とめぐり会いまして、産後のメンタルヘルスということをお勉強いたしました。産後のメンタルヘルスで、特に産後うつ病ということを学んだときに、4カ月健診でお母さんをチェックするので本当に育児不安の援助、新項目を入れた援助でよかったのだろうか、とても遅いのではないのだろうかということで、産後うつ病のスクリーニングでの援助を開始しています。

ここでこの産後のメンタルヘルスということ、この三つの病気について、皆さんぜひ基礎知識として持っていただきたいと思いますので、復習かもしれませんが学んでいただきたいと思っています。残念ながら、日本はまだこの産後のメンタルヘルスというところの知識が一般のお母さん方には広まっておりません。特に産後うつ病という疾患概念があることがお母さんたちは知らなくて、実は産後つらい気持ちを抱えているお母さんたちもいるのではないかなと思っています。

#### (1) マタニティーブルーズについて

最初にブルーズですけれども、産後の間もない時期から産後1週間ぐらいに起きます。大体1日から2日で収まります。今の日本であれば、産院の中でわけもなく涙が出て、わけもなく悲しくて、いらいらして、落ち込んでしまうような状態が一過性にやってきます。でも決して長引くことはなくて、自然に収まります。これが特徴です。治療の必要はありません。1週間以上もその症状が延びるブルーズというのがありません。

ブルーズという言葉は、割とお母さんたち知っていらして、そういうときは静かにじっと過ごしていけば、時が解決していきます。周りの人たちがそれにパニックであわてて大騒ぎをする必要がないということを周囲が知っていれば収まっていくものと、何もトラブルなく収まっていくと覚えていただければと思います。

#### (2) 産後精神病について

次に、うつ病を飛ばして先に産後精神病をお話しします。これは出産直後から数週間で発病いたします。1,000人の出産で1例ぐらい。めったに会うものではありません。だから、保健婦さんも産後精神病に業務の中で会うか会わないか、職歴の中で会うか会わないか、助産婦さんであれば会うことが何例かあるかもしれないという程度のものです。これはだれが見ても明らかです。いわゆる精神病の状態。妄想があったり、錯乱状態になったりというようなはなばなしい精神症状があり、あとは感情障害ですね。突然泣きだしたり、笑いだしたりというような感情の障害が起こっていく。素人さんが見ても明らかにおかしいと気づくような状態が産後精神病です。この病気になられた方は、全員精神科の治療が必要になります。

#### (3) 産後うつ病について

##### ① 産後うつ病の発症

それでは、大事な産後うつ病の話をしたしたいと思います。産後精神病は見ればわかるからいいのですが、産後うつ病、これはまだなかなか知られていません。ここのレジュメでは産後1カ月から3カ月がピークというふうに書かせていただいておりますが、博多保健所をベースにして九州大学の吉田先生がフィールドリサーチする中では、もっと早い時期から発症し、ピークももうちょっと早いかもしれないということをおっしゃられています。お産をされたお母さんの10%から15%が産後うつ病になります。欧米ではもっと高いと言われていますが、一応日本では10%から15%。そのうちの2割の方に精神科的な薬物

治療が必要です。ですから 100 人の出産したお母さんがいたら 2 人は薬物治療が必要になります。そして、13 人ぐらいは産後うつ病の状態になっていると覚えておいていただければと思います。

産後という基準は、今のところないそうです。いつまでを産後というか。ですから、産後何カ月までをいうのか、1 年までをいうのか半年までをいうのかというのは医学的にまだ決まっていらないだそうです。出産した後でおきるうつ病ということで、今のところは定義したいと思います。

## ②産後うつ病の症状について

そして、本当の精神科的な診断というのは、今、アメリカの DSM-IV の診断基準で大症状が幾つあって、それが 2 週間続くというような診断基準に当てはめて行うのですが、私たちが知っておきたい症状というのは、一般的なうつ病と同じですね。気分が落ち込んで、物事を悪い方ばかりに考え、日常的なことを決めるのに時間がかかって考えがまとまらない。そして身体的な症状の訴えとして、疲れやすいというようなことを訴えるようになりますし、やる気がない、考えがまとまらない、眠れない。不眠ということを訴えてくると、非常に注意して聞いていかなければいけないと思います。そして、最悪の状態が、自分のこどもがかわいくない、愛せない。そして最終的な非常に悪い状態としては、嬰兒殺し、母子心中ということが起こってくるのが産後うつ病です。

けさ、こちらに来たときに、こちらの県でお母さんが小さなお子さんを殺したという事件があったと聞きました。新聞記事だけで詳細は一切知らないのですが、もしかしたらこういうような産後うつ病のお母さんだったかもしれない。それに周りが気づかなくて、どんどんもっと頑張れば、家事をしていたらうまくいくし、こどもはだんだんにここに笑顔が出てきてかわいくなるわよと言葉かけをして、逆にお母さんを追い込んでいたということもあるかもしれません。産後うつ病ということを知っていて、そういうお母さんの状態になったときに、私たちはどうしてあげたらいいのかということをお母さんも知っておく必要があるし、周囲の家族、そして援助者である保健婦とか助産婦も知っておく必要があるのではないかと考えています。

うつ病のお母さんに育てられたこどもはどうなるかということ、非常に感情が落ち込んでいて、お母さんがこどもさんの世話も十分にできない状態になりますので、最初の出会いである母子の愛着というところでのかわかりが低下します。これは調査研究でわかっていることですが、4 歳までフォローした結果で、うつ病のお母さんに育てられたこどもさんは発達が遅延するということがわかっているそうです。特に男の子の方が顕著に見られるそうです。

## ③産後うつ病の発症要因

これが産後うつ病を考える場合の機序ですけれども、もともとのお母さんの持っている愛着スタイルですね。人と人との愛情の表現の仕方とか、接し方という愛着スタイル、その上、家庭でのサポートがないような状態のところストレスとしてうつ病になりやすい要因が加わっていくと産後うつ病になっていくと、今、考えられています。

社会的な病気、環境的な病気と考えてもいいのではないかなと思います。もともとのお母さんの持っている愛着スタイルがありますが、ストレスとなるような産後うつ病になりやすい要因とサポートの欠如ですね。家事の援助とか育児の援助というところがないと起こってくると考えていただければと思います。

もう一つ、最近、吉田先生が言っていることは、私たちのフィールド調査でわかってきたことでは、こどもの病気があると、そこにさらに陰を落としてうつ病になりやすくなるということもわかってきました。こどもが鼠径ヘルニアであったりとか心臓病であったりとかいうような病気があると、お母さんは非常にうつ病になりやすくなります。産後うつ病となりやすい要因、これをしっかり覚えておいていただきたいと思うのですが、配偶者、夫との軋轢です。夫とどれだけ会話をし、どれだけ育児のこと、家事のことを語り合うことができているか、そして話せるような状態にあるのか、うまくいっているのか。

後ほどお話をしますが、エジンバラの産後うつ病スケールを使って援助しているときに、どんなにお母さんというのが夫の存在によって左右されているのかに気づかされました。そして、もう一つの要因は、家族との軋轢です。実母や姑、兄弟との関係性がうまくいっているかどうかというのも非常な要因になります。そして家族や周囲からのサポートがない、家事や育児のサポート力が全くない、そしてお友達関係も全くないというような人は、よりうつ病になりやすい。また、お母さん自身が精神的な治療歴、思春期のころパニックになってちょっとカウンセリングに通ったとか、少いうつ病的な傾向があってお菓子を飲んだことがあるとか、心療内科に通ったことがあるというような既往歴があると、よりうつ病になりやすいようです。

最後に、過去1年間のライフイベント。ライフイベントというのは何かというと、夫が突然仕事を失ったとか、家族、近親者の死があったとか、大きな交通事故にだれか身近なものがあつたとか、そういうライフイベントがあつた場合です。以上が今広く言われている五つのなりやすい要因です。

それプラス括弧して書いているのが、やはり私たちのフィールド調査でわかってきたことで、出産における産科的な問題です。帝王切開を受けていたり、不妊治療を受けていたり、早流産のために非常に長く治療を受けたというような、今回の出産にまつわる産科的な治療ですね。そういうことがあつた人は、私たちの調査ではうつ病になる傾向が高かつたです。

#### ④産後うつ病の治療について

産後うつ病の治療、これは先ほどちょっとお話ししましたが、約2割の人に薬物治療が必要ですが、あと13人の方はほとんどが家族、夫が育児を肩がわりしたりとか、家事を肩がわりしたりするような中で実際的な手助けによって乗り越えていくことができます。それが夫や家族の軋轢があつてその援助が得られない場合は、そこで保健婦の出番になると思います。家庭訪問して、そのお母さんが抱えている悩みや話を聞いてあげる。そういうお母さんというのは、本当にその悩みを夫に打ち明けていません。そういうお話を聞いてあげるだけで、一時的に癒されて、また家事、育児、そして子育てができるような状態で乗り越えていることができます。

薬物治療をした場合には、母乳への移行というのは非常に少ないです。よく精神科のお薬を飲むとおっぱいをあげてはいけないという話がありますが、その心配は一切要らないと。与えて構わない、断乳しなくていいですよとされています。

私たちが見ていく中で、何に一番注意して、この人は薬物治療した方がいい、もっと精神科に積極的に治療に行かせた方がいいかと考えなければいけないのは、おうちの中で育児、家事がどれだけ保たれてできているか、そしてお母さんの不安やうつの症状が長引いていて、不眠状態がひどく長引いていないかということだと思います。