

### 3. 母親の心理

妊娠とは、胎内に小さな命が芽生え成長していくことであるが、命を育てていることの喜びと、自分の中で自分ではないものが育っていくことの違和感とが、常に隣り合わせていても不思議はない。自分の中にありながら、あるいは自分自身の身体でありながら、自分ではコントロールできない体験を味わいつつ、まだ見ぬ赤ちゃんへのイメージをふくらませていく。イメージの赤ちゃんは、時には理想化された完璧な赤ちゃんであり、時には不安に満ちた存在であるかもしれない。母親としての自分も、赤ちゃんを抱え育む機能を有しつつ、時には異物としての赤ちゃんを排除しようとする機能を持つかもしれない。こうしたさまざまな葛藤を抱えつつ、イメージの赤ちゃんとの関係を模索し、周囲の人々との関係を調整していくことが、出産後の育児への原動力となっていくのである。

母親は産みさえすれば母親になれるわけではないし、育児知識や技術を習得したからといって、その子にふさわしい育児ができるとは限らない。Winnicott,D.W.は、「母親なら誰でも、妊娠後期から産後数週間あるいは数ヶ月間『原初的母性的没頭』という状態になって赤ちゃんへの同一化が可能になり、赤ちゃんが何を欲しているのかがわかるようになる」と記述している。赤ちゃんへの同一化とは、赤ちゃんの立場に身を置くということであるが、私は、出産をすれば自動的に赤ちゃんへの同一化が可能になるわけではなく、母子が出会い、互いに引き出し引き出され合いながら関係性が生まれ育つ中で、母親から赤ちゃんへの同一化が行われ、それぞれの赤ちゃんにふさわしい育児が可能になるのであろうと考えている。

### 4. 「生命」の視点と「いのち」の視点（表 1,2 参照）

次に、私たちが命や人間を見るときに2つの視点を整理してみよう。命や人間を、自分とは切り離れた対象として客観的・科学的にとらえ、数値やデータで表現する場合には、便宜上「生命」の視点と呼ぶ。対照的に、自分と切り離して客観的・科学的に割り切ることはできず、相互交流的・相互関与的な関係の中に生きている存在としてとらえる場合には「いのち」の視点と区別することができる。

「生命の視点」と「いのちの視点」とは、どちらかが良い悪い、あるいはどちらかが価値があるかないというものではない。誰しもが、両方の視点を持っていて、両方の視点を行き来していると言えるだろう。そして、「生命」の視点を活性化するのは、情報として知ることであり、一方「いのち」の視点を活性化するのは、実感として知ることであると考えてことができる。

親と子どもが出会うときにも、この両方の視点が考えられるが、関係の中で「いのち」として見てもらうことによって、初めて子どもはこころを育むことが可能になる。「生命」として関係から切り離され、測定されたり、チェックされたりしているだけでは、こころを育むことは難しいとだろう。親にとっても、「いのち」との出会いの歓びを欠いて、ひとつの「生命」を育て上げる責任のみがあるならば、深刻な育児不安に陥ってしまうのも当然である。

### 5. 映像に見る「いのち」の出会い

臍帯の処置のみをして、沐浴も測定もしていない、出生2～3分後の赤ちゃんを、裸のままお母さんの素肌の胸に抱いてもらい、2時間を過ごした母子の様子を、実際に体験し

た富盛英子さんの手記とビデオの映像から、再現してみたい。

<手記より>①

「陣痛室で12時間、分娩台上がってから2時間。一般のお産からいけば、決して長くはないその14時間は、私にとって、果てしなく長い時間に思われました。「もういきまなくていいですよ」と言われて一瞬の後、「ぎゅるぎゅる、ぎゅるり、スポン！」という何とも言えぬ音。「フンギャ、フンギャ」という、思っていたより頼りない産声。見ると、私の向こうに、先生の両手にべろーんとぶらさがった、ヒトの子らしき、赤い、ぬるぬるしてそうな物体が見えました。私は不思議な思いでそれを眺め、「え、ウソ、本当に生まれたの？信じられない！」と、何度も叫んでいました。

——出産を体感した後、まず母親は聴覚と視覚によって子どもをとらえているが、この段階では「物体」という言葉にも表現されているように、自分とは切り離された対象として子どもを眺めている。

<手記より>②

汚れを軽く拭われただけのハルカが、私の胸の上に置かれました。ぐにやぐにやした、生温かい、しっとりした生き物が、ブルブルと小刻みに震えながら、私の上をうごめいていました。「え、え」という妙な声もたてています。当たり前のことですが、私は、それが、まさしく生きた生き物で、それは私が産み落としたものだということに驚いていました。ズリズリと私の上を這い回る感触、血や皮脂がこびりついた赤黒い皮膚、血なまぐさい匂い。私は一生、あの感触、あの温かさ、あの匂いを忘れないでしょう。

不思議と、気持ち悪いという感情はありませんでした。私はすでに、ウリウリと身をすりよせてくる、その生き物を「可愛い」と思う感情に支配されていました。彼女は一生懸命、私に体をこすりつけ、閉じられた見えない目で、私を探していました。本当に彼女は一生懸命でした。その様子は、まるで「ほら、私、産まれてきたのよ」と言っているようで、まさに全身で「あなたの子だよ」とアピールしていました。この世界にやってきて、拠り所となるのはあなただけです、とされているような気がしました。

——皮膚と皮膚を直接合わせることで、母親は子どもをまさしく「生き物」ととらえ、触覚や嗅覚をはじめとして全身感覚的に赤ちゃんを感じている。赤ちゃんも全身を母親にゆだね、全身で母親を感じているらしいことを知ることができる。

観察によれば、出産数分後に、赤ちゃんを直接胸に抱いた母親は、まず安堵と喜びにひたるかのようにじっと抱きしめ、それから全身を確かめるように撫でていく。母親は、赤ちゃんが泣かないことを心配し、胸に接して抱かれているあいだは泣かないと聞いて安心したり、赤ちゃんが毛深いことを気にして、産毛であるという説明に納得したりしながら、「丈夫そう」「背中の骨格がお父さんと似ている」などと、外側から感じた感想を述べる。

<手記より>③

やがて目がうっすらと開いて、彼女は私を見ました。潤んだ、黒い、不思議な光をたたえた目が私を見ました。それは、すばらしい目でした。

——生後15分を過ぎた頃、赤ちゃんは目を開け、母親と目が合う。

観察によれば、このとき赤ちゃんが目を少し細めた様子を見て、母親は「まぶしそうだねえ」と自分の手を赤ちゃんの目の上にかざしている。この段階で、母親は赤ちゃんに同一化し、赤ちゃんの気持ちを読みとって行動しているのである。間主観的コミュニケーションが始まっているといってもいいだろう。赤ちゃんにも、母親の目をじっと見詰める行

動が多く見られる。

<手記より>④

そして彼女は、おっぱいを探しはじめました。顔を私の胸にこすりつけ、小さな口を精いっぱいバクバクさせ、おっぱいを探し求める、無心で一途な姿。思っていたより、力強い手や足の動き。この世界で生きる力をすでに身につけていることに、私は驚きました。私は、新生児というのは、もっとか弱く頼りないものと思っていたからです。やがて彼女はおっぱいを見つけ、初めはなめていただけですが、突然、乳首を吸い出しました。短い間でしたが、彼女は私のおっぱいを吸ってくれました。コクコクコクという速い、規則的な、心臓の鼓動のような感覚。今でもそう感じますが、赤ん坊におっぱいを吸われるという感覚は、何か生命の鼓動に似たものを感じます。

——生後30分を過ぎる頃から、赤ちゃんの能動性はさらに高まり、乳頭吸啜に向けて目的的に行動し始める。母親は、赤ちゃんの生きる力に驚嘆し、感動を覚えている。

観察によれば、最初の吸啜の後、コクコクと母乳を飲み始めるまでのあいだ約20分間、赤ちゃんは母親の乳輪をなめつづける。この間、母親は赤ちゃんの動きに同調する様に、赤ちゃんを優しく撫で低い声で歌う。Stern,D.N.の言う「情動調律」の萌芽が、この段階ですでに観察できる。そして、興味深いことには、赤ちゃんも乳房にのみ引きつけられているのではなく、母親の声が聞こえると、そのたびに何度も母親の顔を見るという行動が見られる。母親を乳房という部分対象としてではなく、全体対象としてとらえているのである。その後、母親の赤ちゃんへの同一化はさらに進む様子が観察され、また、赤ちゃんは計測のために母親から離されると、その間激しく泣き続けることが観察される。

このあと、母親は急速に赤ちゃんとの関係に没頭していく。赤ちゃんの視線をたどり、視線がビデオカメラに向いていると思った母親が「これ（ビデオカメラ）が珍しいものだということがわかっているような知的な目つき」と読み取っている場面も見られる。また、父親と赤ちゃんとの出会いの様子も知ることができる。

## 6. 母と子の関係性の発達

赤ちゃんは、出生直後の1～2時間、alertと呼ばれ、敏活で周囲からの刺激を最も取り入れやすい状態にあることが明らかにされている。一方、出産直後の母親は、出産による達成感とホルモンの関係から、気分が高揚して敏感になっている。出産・出生直後の時間帯に、母親と赤ちゃんとが出会っていくための準備状態が、母子共に整っているのである。

従って、事情が許す限り、出生直後の1～2時間を親子が共に過ごせるように計らうことは必要であるが、人間の場合、この早期接触ができなかったからといって、関係が結ばれないということではない。たとえば赤ちゃんがNICU（新生児集中治療室）に入院しなければならない場合でも、周囲のサポートがあれば、長く困難な道程であることは否めないが、同じようなプロセスをたどって親子は関係性を育てていくことを、私は見出している。

母と子の関係性の推移における質的な変化をまとめてみよう。母親は、はじめ赤ちゃんを外側から自分とは切り離された客観的な対象、一般的な「赤ちゃんというもの」としてとらえている。ところが、関係性の発達にともなって、赤ちゃんの気持ちを間主観的に読み取り、赤ちゃんの行動に調律的に行動するようになっていく。このとき、母親にとって赤ちゃんは唯一無二の「かけがえのないわが子」という特別な存在になっている。このこ

とを、私は<母親という「いのち」と子どもという「いのち」が出会い、つながること>であると、表現したいと思う。早期接触による効果とは、まさに「いのち」の出会いとつながりのプロセスを促進することなのであると、私は考えている。

## 7. いのちの出会いとそれを育む器

出産直後に前記の様な出会いを持つことができた親子は、その後も育児不安もなく順調な育児を行うことができるのであろうか。否である。前記の母親は、退院後里帰りをするともなく、両親のみで家事・育児を行ったのであるが、一ヵ月後やつれた様子で「うんち・おしっこまみれの大変さです」と語った。そして「・・・でも、今まで味わったことのない幸せも運んできてくれた」とも語ってくれた。別の母親は、やはり出産の1ヵ月後、「あれも大変で、これも大変で・・・」と育児の大変さを語りつつ、「全部楽しいです」と述べ、育児では大変さと楽しさが矛盾しないことを教えてくれた。

ただし、育児の大変さを「楽しい」と感じられるためには、十分なサポートが必要であることを強調したいと思う。前記の場面でも、出産直後に母と子が肌と肌を合わせて接してさえいれば関係が育まれると考えるとしたら、それは間違いである。母子のそばには、Doulaのように私が付き添っている。助産婦も産科医も近くにいて、さりげなくサポートをしている。そのように、「いのち」の出会いには、それを守る器のような人々の存在が必要なのである。

まず、母子が物理的に安全であることが第一条件である。母親が赤ちゃんの状態を知って安心していられることも必要である。たとえば「元気な産声」と言われるのに、出生直後に母親の胸に抱かれた赤ちゃんは、ほとんど泣かない。母親は泣かないことで心配になるが、「胸に抱かれている間は泣かないのですよ」と伝えることで、ほっとして、また赤ちゃんとの関係に没頭していくことができる。母親が心理的に安全感を持てることも大切である。周囲の人々のまなざしが「評価のまなざし」であると思ったら、母親は「良い母親」を演じることにエネルギーを注ぎ、赤ちゃんとの関係に没頭していくことはできないだろう。周囲の人々に守られていると感じるとき、はじめて母親は関係に没頭することができるようになり、母と子の「いのち」が出会い、つながっていくことが可能になるのである。

「いのち」の出会いとそれを育む器の重要性は、出産直後の母子だけではなく、あらゆる関係性の原点ではないかと、私は考えている。そして、「いのち」の出会いを保証するサポートこそが、周産期の予防的ケアの基本であると考えている。

周産期という時期にきめ細かなケアを行うことで、かなりハイリスクな親子も順調に関係を育てることが可能になるのではないかと考えている。周産期は、リスクをチャンスに変えていくことが可能な時期なのである。

## 8. 周産期において虐待などのリスクをどうみきわめるか

成育史等の情報によってのみではなく、臨床的観察によってハイリスクな親子をみきわめることが重要である。

### \* 1. 親と子の関係性の発達とは？

表3「低出生体重児と親における関係性の発達モデル」を使って、関係性の発達のプロセスが滞ったり歪んだりしていないかをみきわめる。例えば表3のステージ0, 1で滞っている場合は、neglect(放任・遺棄)のリスクが高く、ステージ3の否定的な読み取りが遷延す

る場合には「虐待」のリスクが高いなどの見通しをもつことが可能である。

\* 2. 表象(representation)の歪みの程度は？

図 2 のように、目に見える行動として起きている相互作用と、それをどう見ているかという表象(representation)の世界がある。表象とは、幻想も含めて個人のさまざまな経験の記憶の集積と個人的解釈の混合物であると、Stern は述べているが、相互作用の客観的な出来事は表象を通して、主観的に体験され解釈されるのである。ここに特有のゆがみが見られるとき、たとえば生まれたばかりの赤ちゃんが泣いているのを見て「私を困らせるために泣く」と知覚したり、「非難するような目で見ると読み取ったりすることが生じてくる。表象の歪みが予想されるような読み取りが見られるときも、要注意である。

\* 3. 親は内省をすることがどの程度可能か？

親が自分の心の動きを見つめられるということは、リスクを回避したり治療的関わりを持ったりする上で、大切な要素である。葛藤や悩みを持つことができずに、行動化してしまう傾向が強い場合は、要注意である。

<\*1,2,3 の3つの要素は関連しあっており、関係性の発達が滞っていて、表象の歪みが予想され、かつ内省が難しい場合に、最もリスクは高いと思われる>

\* 4. 産後抑うつはどの程度？

\*1,2,3 とは独立している場合も多いが、抑うつが重い場合はリスクが高いと言える。

\* 5. 親の capacity の問題は？

まず知的能力の問題が考えられるが、これはIQ値で判断するのではなく、臨床的観察によって育児能力をみきわめることが必要である。個人的な能力に比較して育児負担の大きい場合、たとえば多胎の場合や子どもに病気や障害のある場合などが含まれる。いずれも、サポートがあれば育児が可能な場合が多い。

\* 6. 「抱える環境」は整っているか？

どの場合でも、「抱える環境」の有無・大きさは、重要な要因となる。そして、唯一支援によって動かせる要素でもある。

## 9. 周産期における、ハイリスクな親子への治療的関わり

\* 1. 個別面接を通じて、親への心理療法的アプローチを行なう。

\* 2. 相互作用の一方のパートナーである、子どもへの母性的・人間的関わりをスタッフが心掛ける。

\* 3. 親子が共にいるとき、居心地良く共にいられるように、Doula 的関わりを行う。

評価のまなざしではなく、護りのまなざしが重要である。親-乳幼児心理療法を適用することも有効である。

周産期とは、ライフサイクルにおけるひとつの危機であり、リスク性は高いが、同時に適切できめ細かな対応によって、治療的に反応しやすい時機でもある。周産期のリスクは、その意味でもチャンスにつながっているのである。

参考資料

図1(橋本,2001)

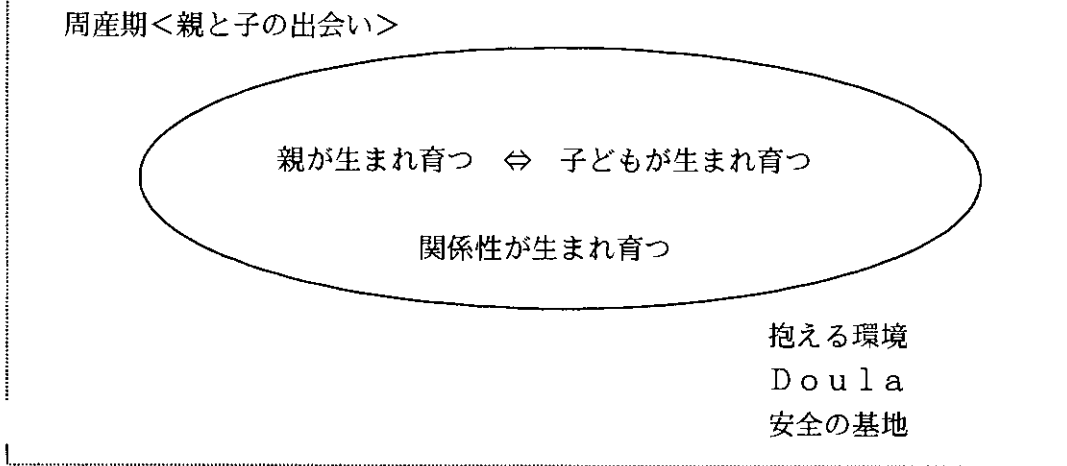


図2 相互作用とその表象(representation) (Stern,D.N.,1995)

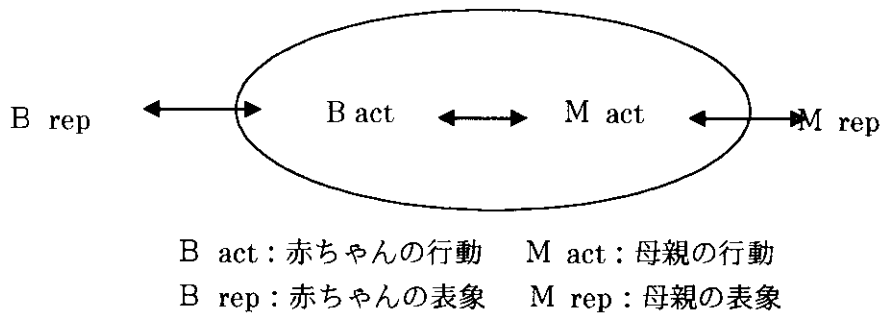


表1

「生命」の視点	「いのち」の視点
対象化され、客観的・科学的・分析的にみることが可能な「生物学的生命」 普遍的・数で表現できる「三人称の生命」	間主観的にとらえられ、 客観的・論理的に割り切れない、 唯一のかけがえのない存在 相互交流的・相互関与的な 関係の中に生きる、二人称の「いのち」

表2

「生命の視点」を活性化する	「いのちの視点」を活性化する
↑ 情報として知る (医学的情報・データ・育児知識 etc.)	↑ 実感として知る (間近に見る・抱っこ・皮膚接触 etc.)

表3 低出生体重児と親における関係性の発達モデル

	STAGE 0	STAGE 1	STAGE 2	STAGE 3	STAGE 4	STAGE 5
関係の特性 (親の児に ついての認 知・解釈)	我が子という実感が ない	「生きている」存在 ことに気付く	「反応しうる」存在 ことに気付く	反応に意味を読みと る肯定的 — 否定的	「相互作用しうる」存 在であることに気付く	互恵的 [reciprocal] な 相互作用の積み重ね
親の コメント	見に向き合えない 「これが私の赤ちゃん？」 「本当に生きられるの だろうか」 「見ているのが辛い、 怖い」 「腫れ物に触れるよう うか」 「将来どうなるのだら うか」 「可愛いは思えない」 「これで人間になるの だろうか」 「夢であつたらいいの に」	「生きていると思えた」 「頑張っているんだ」 「お目目開けて」 「目が合う」 「側に立つと目を開け る」 「(尻が)じっと見えて いる」 「顔をしかめる」 「足を触ると動かす」	「○○ちゃん」 そつと名を呼ぶ 「お目目開けて」 「目が合う」 「側に立つと目を開け る」 「(尻が)じっと見えて いる」 「顔をしかめる」 「足を触ると動かす」	「呼ぶと、こちらを見 る」 「帰ろうとすると、泣 く」 「手を握り返す」 「触ると、嫌がる」 「目を合わせようとす ると、視線を避ける」	「本当に目が合う」 「泣いても、私が抱く と、泣きやむ」 「上手にオッパイを吸 ってくれた」 「吸ってくれるとオッ パイが張る」 「眠ってくれないと、 帰れない」	「顔を見て笑うようにな った」 「お話をします」 (クレーイング)
親 の 行 動	触れることができな い	促されて触れる 指先で四肢をつつく	指先で四肢を撫でる	掌で?幹を撫でる 頬、口の周りをつつく	掌で頭をぐくると撫で る 接触に抵抗がない	くすぐる 遊びの要素をもった接 触
声 か け	無言	(涙)	呼びかけ そつと静かな声	一方的な語りかけ 成人との会話の口調	対話の間をもつ語りか け 高いピッチ	マザリース (母親語)
注 視	遠くから“眺める”	次第に顔を寄せる	児の視線をとらえよう とする	児の表情を読みとろう とする	見つめあう	あやす (と笑う)
児の 状態・ 行動	(急性期) 生命の危機 筋肉は弛緩し、 動きがほとんどない	顔をしかめる 時々目を開ける	持続的に目を開ける 四肢を動かす 泣く	眼球運動の開始 (33 週) 自発微笑の増加 呼びかけに四肢を動か す 声のほうへ目を向ける 差し出した指を握る 差し出した指やゴムの 乳首を吸う 声をあげて泣く	18~30cmの正中線上 で 視線を合わせる (38 週) 力強くオッパイを吸う alertの時間が長くな る 語りかけに、 動きを止めて目と目を 合わせる	社会的微笑の出現 (人の声に対して 42~45~50週まで 人の顔に対して 43~46~新増)

注) この表は10例の母子について筆者が行った臨床的観察から抽出し、その後検証を加えつつ臨床に使用している「親と子の関係性の発達モデル」である。超早期の親と子の関係性の発達過  
程において、この過程を特徴づけるものは関係についての親の認知あるいは解釈である。筆者は考えている。そしてそれを端的に表現しているのは親の“コメントの変化”であろう。  
この表では第1軸に“コメントの変化”をとっている。コメントはベッドサイドで語られたものであり、ほとんど無言である場合が多いステージ0のみレトロスペクティブな聞き取りに  
よるものに加えている。行動レベルでの“相互作用の変化”はまず“親の行動”として観察される。“子どもの状態・行動”に関しては成熟のプロセスに従う部分が多く、ステージの進  
行に大きな影響を与えつつ、次第に両者の“相互作用”へと発展していく。

## 参考文献

- 橋本洋子：NICUとこころのケア。メディカ出版，2000。
- Kraus & Kennel：親と子のきずな。竹内徹ら訳，医学書院，東京，1985。
- Mahler, M.S.ら：乳幼児の心理的誕生。高橋雅士，他(訳)，黎明書房，1981。
- Stern, D.N.：親-乳幼児心理療法。馬場禮子，他(訳)，岩崎学術出版，2000。
- Trevarthen, C.ら：赤ちゃんの話しかけようとする意欲。乳幼児精神保健の新しい風。渡辺春子(訳)，ネルヴァ書房，2001。
- 渡辺久子：母子臨床と世代間伝達。金剛出版，2000。
- Winnicott, D.W.：赤ん坊と母親。成田善弘，他(訳)，岩崎学術出版社，1993。



#### IV. シンポジウム

本間：3人の先生方のご発表を受けて、これから少しの時間をディスカッションに使いたいと思います。

まず最初に、3人の先生のお話を聞いて、ご質問とか、もうちょっとこの辺はどうだろうとか、そういうようなことでお聞きになる方がおりましたらお手を挙げてください。

では、皆さんにお考えいただいている間に、今日は特別に田中康雄先生と鳴海明敏先生がいらしていますので、何かご感想、ご質問、あるいはつけ加えることがございましたらお願いします。

田中：北海道から来ました道立緑ヶ丘病院の田中です。あしたが本当の仕事でして、きょうは本間先生においでと言われて軽い気持ちで来てしまいました。ただ、お話を伺いまして非常に勉強になりました。どうもありがとうございます。

我々北海道の方で十勝の帯広市というところでも、今、母子保健の見直しをしております、まさにマタニティブルーの問題とか、そううつ病の問題について、あるいは乳幼児健診のあり方などには、苦勞しているところで非常に参考になったので、早速持ちかえろうと思っています。

感想といいますか、皆さんに共通していたのが、きちっと同じレベルで評価ができるシステムづくりというか、構造をしっかりとやられておいででして、名人技とかそういう感性に頼るということではなくて、そういうことが大切なんだろうというふうに改めて思いました。

最初に鈴宮先生のお話にありましたように、マタニティブルーとか産後うつ病の存在自体がまだまだ十分ではないというのは、まさにそのとおりだと思っております、これは質問の方にも入るのですが、私は精神科なものですから、第1にこういう方を診るということは余りないのではないかと考えているんです。それで、産婦人科の先生や小児科の先生との連絡、連携のあり方や相談機関の部分での、何かご示唆がありましたら教えていただきたいということがあります。

次の質問は、これは鈴宮と橋本先生の両方にご質問したかったことなんですが、いわゆるハイリスクお子さんの中に我々はちょっと障害のあるお子さんを少し診ることが多いものですから、もともとそういう障害のあるお子さん、あるいは Difficult Child という、癪の強い、最初から育てにくいお子さんという印象を持っているお子さんがおいでなのですが、そういうところでのエジンバラの評価の方法などについて何かご示唆がありましたらということです。

それと、周産期のところでは素晴らしいビデオを見せていただいたんですけども、最初の出会いのときに、これもかつて総合病院に勤めていたときに表在奇形を持たれた赤ちゃんの告知の問題、お母さんにどう伝えるかというところがあって、ある意味でのハイリスクお母子関係にならざるを得ないような、そういうときの周産期のケアについてちょっと教えていただければと思います。

中板さんの方には、すみません、私、無知でわからなかったのですが、MCGというのはよくわからなかったのです。MCGというのはマジソンスクエアガーデンではないよな。これは何だろうと、あれはMSGだよなと思って、教えていただければと思います。

先生のスライドのところ、低得点でしたか、育児、子どもさんの健康問題の方が特定の部分で逆転していたような気がしているのですが、同じように障害のあるお子さんとそ

の虐待についての関連で何かございましたらということで、短い時間なのに、本間先生、すみません。

本間：三つの質問がありました。

一つは、鈴宮先生。2番目の質問は橋本先生。3番目の質問は中板先生にされていますので、では順にいきましょうか。

鈴宮：小児科、産科との連携なんですけど、今、このEPDSを使っているということを福岡で一生懸命PRしております。そうしたらもともと福岡市は母子保健に対して、小児保健に関して小児科に熱心な開業医の先生たちがいらっやいまして、小児科の乳幼児健診マニュアルを出されている先生たちのグループがありまして、その第3版に、今度は改訂でつくられることになっておりまして、そこにEPDSを私が書くことになっておりまして、関心を持っていただいております。

産科との連携なのですが、なかなか産科は私にとってはタブーです。ただ、今回このエジンバラに関しては、実はことしから厚生科学研究で全国調査をしております。その筆頭は、実は産婦人科で、九大の産婦人科の教授なんですけれども、それでも一般開業医の先生にとっては、まだ身体が全体でなかなか心の方の連携ができていないところです。

本当は、エジンバラは入院中の1週間に1回とってもらえばいいと思いますし、実は本当は妊娠中にハイリスクチェックシートというスクリーニングをかけていただいて、既往歴のあるお母さんとか、夫との軋轢があるようなお母さんというのが、本当はそのときから保健婦との連携と。さらに、もっと進んで予防的介入ができると、本当はいいと考えております。ただ、現状はなかなかそこがうまくできていないところです。

それから、Difficult Child の件なんですけれども、最初にやった101例の中に、実は鼠径ヘルニアの赤ちゃんがいて、誤った小児科医が決して泣かせてはいけないという指導をしてしまったんですね。それで、お母さんにとってはDifficult Child になってしまったわけです。泣かせてはいけないので、ずっと抱きつづけて、もう本当にかわいそうだったです。すごい高得点を出した方です。もう一回受診をし直していただいて、正しい指導と指示を私どもでし直したら、すんと落ちました。だから、そういう意味でDifficult Child とエジンバラというのは、関係が深くなってきます。

そしてもう一つ産後うつ病に関して3年間フォローしていて、うつ病治療をしていたお母さんの子どもがいらっやるんですけども、これはやはり言葉は遅くて出ていません。今、もう心身障害センターへの療育に通っています。うつ病で外に出れなかったお母さんがようやく外に出れるようになりました。1日に1回家の周りを回るだけがせいせいというのを、保健婦が何とか治療にこぎつけ、家族の理解というのを聞いたんですけども、それも言葉が遅れているということを理解させるのに時間がかかって、今、やっと療育につながってきております。非常に子どもに対しての影響、親子関係というものに非常に影響があると思っています。

中板：MCGということですけども、マザーアンドチャイルドグループで、そのまま母と子の関係を考える会ということで、東京の虐待防止センターが最初に始めたグループです。手法としては、AAですとか、いわゆるアディクションの関係のグループとやり方は一緒に、少人数でファシリテーターがいて、お喋りを一周それぞれ話して回るというやり方です。言いつ放し、聞きつ放しで、決して否定とか指導とはしないというグループのことです。

高得点群と低得点群で子どもの健康問題というところで、低得点を語ってくるのですが、これは家庭基盤ですとか、そういう親性ですとか、そういったところは点数に入らないんだけれども、いわゆる多指症とかそういう障害があったり、ちょっと経過観察をした方がいい、体重の伸びが悪いですとか、これまでも母子保健の中で扱ってフォローしてきたようなケースが低得点でフォローケースになっているという状況です。

この辺のグループに関しては、援助の姿勢というか、その辺はもう既にこれまでのスタイルの中でできてきていると思いますし、障害児医療みたいなところで、同じ多指症であっても、それを意外と早目に受けとめる親もいれば、非常に長くかかって受けとめていく親もいる。同じ障害だからこうすればいいとかではなくて、やはり親の受容しているプロセスに沿って援助していくという、その辺は既にこれまでの母子保健体系の中で保健婦ができてきてことなんだろうと思っています。低得点群に関してはそういうことです。

高得点群は、これまでなかなか介入しきれなかった部分のグループになるのかなと感じています。

橋本：今、表在奇形のあるお子さんについてということをお願いいただきましたが、そのあたりが私なんかやることのお仕事の中心的なところになるのですが、結論から申しますと、本当にきめ細かなケアをしていると、他の障害のお母さんの場合と全く同じように子どもとちゃんとつながっていくことが可能なんだというのは実感しています、決して拒否することなく。いっぱい事例が出てきますけれども、眼球の位置異常があって、口唇口蓋裂があってというようなお子さんでも、本当に最初からすごく丁寧に、その前にどういうふうに想像していращやるのというところから始まって、それでこんな感じでこうだけれどもこうだということ言ってから面会と一緒に入ってとやっていると、「思っていたより全然変じゃない」という言葉が出るようなこともあります。

配慮みたいなものが逆に傷つけることは結構多いかなと思います。例えば隠してしまえば、隠されなければならないほどの子を自分は産んでしまったんだという傷つきの方がむしろ大きい。だから、口唇口蓋裂だったら、本当にそういうふうに言って、子どもも手術をしていけば大丈夫ですからねと最初から合わせてしまえば全然問題ないだろうと思いますし、その辺はきちんときめ細かに見ていくことだと思います。

さっき、生命の視点、いのちの視点ということをちょっと書いたんですけども、いのちの視点が活性化される前、要するに会う前に情報だけ生命の視点だけ活性化されてしまうと、とても次にいのちとして出会っていくことが難しくなるというのがすごくあるというふうに思います。

普通、大人だったら、病気のところだけ言えばいいですよ。腎臓が悪くてこうこうこうですと言えばいいけれども、小さな子どもが産まれた、あるいは障害のお子さんが産まれたときに、例えば小さな子だとありがちなんですけども、肺が膨らんでなくて、心臓に穴が開いていて、脳の血管にも出血があってというようなことだけを言われると、ちゃんとした赤ちゃんがいてそういうのあるんだではなくて、そういう悪いところのつきはぎのようなイメージしかなくなってしまうと、その後本当の赤ちゃんとお会ったときすごく難しくなるんですね。

本間：障害児の問題というのは、とても大きな問題になりますよね。これは統計的な数値ですけれども、例えば障害児の場合、普通の子どもよりも虐待される可能性が高いと出ていますね。多分 3.5 倍以上だろうと言われていていますね。それから、障害児についても療育

というものをどういうふうにか考えるか。例えば障害児を持った親たちが障害児をどんなふうにか子育てをするか、そういう視点で療育が行われるべきであろうと。訓練でいくのが、果して親のニーズに合うのだろうかという点での反省というのは随分ありますよね。親のニーズはそれぞれ違うのかもしれませんが、その辺のニーズをどのようにくみ取るかというのがとても大事なことかなと思ったんです。

私の質問ですけれども、中板先生の話聞いていろいろ驚いたのですが、保健婦さんって、中板さんのお話を聞いて非常に精神医学の素養というか、その辺のトレーニングとか勉強をされていたような感じがするんですね。何か保健婦さんとしてどんなトレーニングをされてきたのか、その辺を教えてくださいませんか。

中板：私は本当に普通の保健婦なので、そのようなことは特にないですけれども、東京都の仕組みとして精神保健活動を精神保健相談員の方に一時行って仕事をしたことがあるのですが、保健婦が精神保健福祉活動もやるということで、全体をやるしくみに東京都になっているんですね。精神保健福祉活動をする中から、母子保健をめぐるという視点から先輩から受け継がれてきたのではないかなというだけで、決して特別な勉強をしてきたわけではありません。

本間：去年の趣旨も、例えば思春期の精神障害、あるいは思春期の精神的な問題を出すこともたちの対策を考えるときに、もっともっとその全段階である幼児期、あるいは乳幼児期の対策をきちんとすべきだというのが我々の一つの答えだったんですね。そうしたときに、それは多分母子保健が核になるだろうという感じを持っていたんですね。

母子保健は、ともすればきょうの話にもありましたけれども、一つの反省として、身体の発達であるとか病気のことであるとか、そういったところにずっと手をかけてきて、それは一定の成果を見たはずなんですね。しかし、きょうの話にありましたように、母と子の関係性の問題であるとか、メンタルなレベルがどうなっているのとか、そういったところに目を向けなければならないというのは、多分意識のどこかはあるはずですよ。それは多分みんなが知っていることなんです、それをより保健婦活動の中で南多摩でやられていたことというのは、僕は精神科の医者なんですけれども、精神科の医者が聞いてもすごいなと思ったんですね。我々精神科の医者は、多分適当に診断をして薬を出して、適当に放り投げておくという批判もありましたけれども、それに近いことをしているんだろうと思うんですね。我々医者が投げたところを、保健婦さんとかいろいろな方々が一生懸命底上げしているんだろうと思うんですね。そういう意味において反省しながら聞いていたんです。そんなところが、実はとても驚いていたんです。

もう一つ、鈴宮先生に聞きたいのですけれども、やはり私たちは虐待対策を十分してきたつもりなんです、エビデンスとか事実というものに対して余り目を向けなかったかもしれない。医学的な所見、根拠というのをエビデンスというんですけれども、そのエビデンスというのが、今とても声高に叫ばれているんですね。それでお話を聞いていて、産後うつ病というもののエビデンスですね、そしてこの実態が、例えばエジンバラのあいう検査法で数値化されますよね。これも一つのエビデンスなんですよ。そういったものに基づいて自分たちの保健活動をつくっていくというのが、私たち宮城の人はもっとまねるといって取り入れるべきだと思うんです。そういう点でエビデンスというものを意識されてきた背景にとっても感心して聞いていました。そういうものを意識するできごとというものが何かあったのか、少しお聞きしたいと思います。

鈴宮：先ほどお話ししたんですけれども、最初にプログラムを考えて手を染めはじめたのは、私一人の個人的な吉田先生とのつながりで、4カ月健診で産後うつ病なんて拾っていないわね、遅すぎるわねというのがきっかけだったんですけれども、以前、やはり保健婦たちがこんなに心を見ていなかった、そして見れるようになったという感激、本当に言葉に出して返ってきたと。ただ、それに私と保健婦の係長が感激して、あとはただひたすら突っ走っただけです。

今、7保健所に広がったところで、非常に難しさを感じています。

私の足元で日ごろから母子保健、母子保健といって課長が繰り返し唱えているところに、若い保健婦が入ってきたら当然のように母子保健の大切さを思っただけで染まってくんですけども、そしてそれに全員の先輩保健婦たちが染まってく中で見ている保健婦と、今度は予算化して号令一下始まった、何もない状況で始まったところで育てゆく保健婦では随分温度差があり、今すごく難しさを感じています。保健婦さんのモチベーションを上げるというところの難しさですね。

この問題、やればやるほど非常に力量を問われ、困難な問題だなということをしごく思うんです。心の問題ですから、一生懸命家庭訪問をしても、お母さんはそんなにすぐには変わらないし、目に見えての感謝もないし、目に見えての変化もないという中で保健婦さんがただ家庭訪問をして話を聞き、その中で支えていく。非常にジレンマの多い中で家庭訪問をしている、それを続けていくところの難しさを。私は上に立つ人間なのでそれを支えていく側に回っていかなければいけないのかな、なぜしなければいけないのかを教えるべくことになる。

この母子問題に取り組んだもう一つ大きなきっかけとしては、うちは組織上の問題があります。それまでは高齢者にシフトしていました。在宅介護という問題に非常にシフトしていたのですが、別組織が高齢者の家庭訪問を担当し、介護保険と一緒に行くようになったんです。高齢者の家庭訪問はしなくなって、それでうちの保健所は地域保健婦の活動テーマが「健康づくりと母子保健」とはっきり宣言したんです。あと70年、80年生きる子どもたちを支えるためにお母さんを援助しようと。それが二つの大きなきっかけだと思います。

本間：児童虐待に関連した問題というのは、やればやるほどブラックホールみたいな感じがしますよね。今のお話がありましたように、70年、80年生きていく人がもっともっと重要になるのですよね。高齢者とても大事なことなんでけれども、社会的に見たときにどっちが大事かなどと言っただけではいけないのかもしれませんが、そういう一つの方針みたいなものもやはり大事なことなんだろうなと私もかねて思っていて、それを言ってくれたのでいいなと思って聞いていました。

会場の皆さまは質問がございますか。

会場質問1：保育所では、現在、6カ月の年齢から乳児が入っています。そうなったときに、まず私たちで虐待というか、目に見える虐待されている親子のそういうケースはまだ私自身持ったことはないんですけれども、ほのかな、何となく虐待の根っこというか、虐待に近い状態がたまに見られることがあります。そのような場合に、保健婦さんの動き方あるいは保育所との連携とか、そういうのはどのようにになっているのかお聞きしたい。

あともう一つ、その保育所側に保健婦さんからの情報が流れてこないことが多々あります。障害児の虐待の例も含めて、保健婦さんとして保育所に求めるもの、虐待に関して何

かありましたらお聞きしたいなと思ったんですけれども、よろしくお願いします。

中板：最近では保育所の方から通報といいますか、児童相談所に通報するのはちょっと気が引けるんだけどもという場合には保健所に連絡をしてということでPRはしているんですね。保健所に通報いただいた場合は、保健婦が保育所の方に行きまして、実際にお子さんを見たりして判断をしています。そういう意味では、最初に私たち保健婦も保育所に預けることで密室の育児からの脱出が図れるわけなので、保育所というのは重要な場所だと思っています。実際にそういうケースがいた場合には、なるべく保育所の方に入れる方向で動きます。そのときは、保育所の先生たちにも一緒にネットの中に入れていただいて、このケースを保育所に入れる意味がどこにあるのかですとか、その中で保育所の先生たちにどの辺を見てほしいとか、例えば2日間続けてこなかったら保健所の方に連絡してほしいですとか、具体的なプランを一緒に考えさせていただいて動いています。そういうことで本当はもしかしたら放っておいたら無理だったかなというケースも、何とか在宅で支えられたり、つながったりしていますので、保健婦としてはかなり保育所という重要な、乳幼児を地域で守るといったときには重要な機関だと思っていますので、ぜひ保育所の先生たちにも通報というか、ちょっと心配な子どもがいるんですということでお電話いただいたりして構わないのではないかなと思っています。

鈴宮：保健所と保育所との連携ということで福岡がやっているのは、平成6年に乳幼児健診の間診票に虐待の項目を入れましたが、そのときに、実は育児支援ネットワーク会議の予算がついておりまして、その予算を使って、管内の保育園の主任さんとか園長先生に集まらせていただいて年に1回の連絡会議というのをさせていただいています。その中で保健婦の仕事を理解していただき、また私たちは逆に今、保育園が園を地域に開放しての育児支援活動をされていますので、そういう情報ももらうというところでのネットをつくろうというのを今ずっと続けています。そういうのがあると情報交換になっていいと思いますし、保健婦もその場で園の先生との顔見知りできて、もっとそれに保育園と連絡しやすくなるということができているように思います。

もう一つは私からの注文といたしましては、実は福岡、この1カ月の間に立て続けに児童虐待で数ケースの死亡事例がありまして、それは実は見ているとネグレクト。小学校、保育園で気づいてはいたんですが、どこに通報していいかわからないというのが声として聞こえてきました。さらに言うと、私は博多に来て4年半の間に通告されずに死んだ子どもは合計5人もいまして、それを全部共通して見ていると、保育園や学校の先生たちがネグレクト、それも目に余ってお風呂に入れたりとか、余りにも臭くて汚いので、お尻を洗うついでに赤ちゃんをお風呂に入れて洗っていますとか、毎日同じ洋服を着せているのでかわいそうなので、自分の子どもの服をあげて着せていますとか、ご飯も余りよく食べていないようなので、園のご飯の残りとか、小学校の給食の残りをあげていますと。そういうふう目に余って、それを手をかけているような実態があったんです。そういうのをぜひ通告していただきたいなど。

そのように手をかけるとしても、それではもう限界なんです。ですから、園の先生が一生懸命お世話をする、愛にあふれたお世話をされているんですけれども、それが限界の域値を越えているというふうに意識されて、ぜひ通告していただきたいと。これを私は来週帰ったら、すぐ直後に保育園との連絡会議を開催する予定になっていて、強く訴えていきたいと思っています。

**本間：**県内の保育所の方々には、例えばこども総合センターの企画育成班の方でいろいろな研修をやっていますよね。5コースの研修をしていると思うんです。障害児を担当しているところの保育士の方のコースとか、あるいは乳児を担当されているところの保育士のコースとか、多分全国で初めての試みをこの県がしているわけです。それを通じて、皆さんの方には虐待も含めて障害児の保育の仕方も含めて、その辺の情報が多分どんどんどんどん流れていると思うんです。ぜひとも県の中にそういういろいろな試み、あるいはそういう事業がありますので、改めて我々の方から出している情報をときどき見ていただけるといいなと思うんです。きょうの研修も、実はこども総合センターの主催でやっているわけです。それは子どもにまつわるさまざまな問題を県のいろいろな方々と、県の市町村の方々と広く一緒に勉強していきながら、一緒にこの県をもり立てていこうという趣旨なんですね。そのために、きょうは難しい中身のお話ではありましたが、それぞれの地区で活躍されている3名の方々に仙台にわざわざ来ていただいて、かなり具体的なお話しをしていただきました。県ではホームページがありますし、その中にはこども総合センターのホームページもありますので、これはただ宣伝するだけでなく、そういうものにきちんとアクセスしていくということも皆さん方の義務ですので、このことも覚えておいてほしいなと思いました。

その他の質問はいかがでしょうか。

**会場質問2：**中央地域こどもセンターの心理の猪股です。一つお聞きしたいのですが、市町村の虐待の予防活動に心理職に手伝って欲しいということでよく依頼されているんですけども、私自身その役割がなかなか見えてこなくて、どういう働きをしたらのかとても困っています。それで心理職をどういうふうに使っていらっしゃるのか、教えてください。

**中板：**都道府県が母子保健をしていたころに健診の場面に心理相談があり、心理相談員が非常勤で入っていらっしゃいましたけれども、今も母子保健は市町村の業務となり、市町村がそのまま引き継いで心理相談をしていると思います。その役割としては、大分変わってきているのではないかなと思います。昔は、発達を見る、心理発達をチェックするというので、よくテストみたいなものをされていました。ところが、そういうことだけでは健診の場面での心理相談員さんの役割がちょっと難しいということで、親子の関係性が見れるとか、養育問題にサポートできるというようなことを心理相談員さんの方に求められてきています。

先ほどMCGの話がありましたけれども、MCGを実際にファシリテーターが、うちはファシリテーターは保健婦がやっていますけれども、場所によっては心理相談員がしていたり、虐待防止センターの相談員が来てやっていたりということもあります。そのグループの中での個人の心理的な側面をきちんととらえて判断していくということもされたりしています。心理的な側面の判断をして、あとは心理の先生の方からは、雇い上げでお願いしているので、その先生がずっと継続して見るということではできませんので、要所要所で判断していただきながら、保健婦が家庭に行って実際はどうなのかなというところを見てくるとかその辺の役割分担はしています。

**会場質問3：**地域の保健婦をしております。きょう、先生方皆さんのお話の中で、保健婦の虐待のモチベーションを上げるという話が何度も出てきましたが、私たちは保健婦の教育の中で対人関係をとるときの距離のとり方とか、アクセスの仕方とかいうのを十分訓練されてきていなくて、現場で頑張れ頑張れと言われていた部分があって、それが技量とか

才能と言われたりしますが、これからやっていく若い保健婦さんたちの中ではかなり厳しいし、現実には私たち十五、六人の保健婦がいる石巻なんですけど、ものの考え方が違うので、問題の出方が10年前とは子どもの問題の出方が変わってきているのに、システムが変えられないジレンマを抱えているので、何かアドバイスがあればよろしくお願いします。

本間：お一人ずつお聞きしましょうか。では、鈴宮先生。

鈴宮：私も非常に悩んでいます。特に、現在うちの保健所は保健婦が若年化しているんです。20代保健婦が半数以上占めているのがコウクウ保健婦なんですね。マニュアルで育ってきた今時の若者が保健婦になって、ときどき頭がくらくらすることがあって、どうやってしようかなど。年取ったら係長に何とかならんやろうか、どういうふうに教育しようか、一々教えなければいけないのかなど。本当はここで言ってもしょうがないことなんですけれども、卒業したら一人前といって出されてしまって、すぐその場から、何カ月間は先輩保健婦がつくんですけれども、ケースを持たされて家庭訪問をがんがん行き始めますよね。あのシステムが、大体私は間違いだと思っているんです。1年ないし2年は教育期間が必要だと思います。それは行政の今の非常に厳しい予算の中では無理だとは思っているんですけれども、常日ごろ思うのは、予備トレーニング期間みたいなものは現場で一、二年欲しい。それから先輩保健婦の後につきながらその家庭訪問で座ってお話を聞くだけではなくて、お釜の中を見てご飯があるかどうかとか、冷蔵庫を開けて本当に食料があるかどうかも見ってくるのよというところから現場を見ていく、それ上手にやりこなせる保健婦というのが育つのではないかなと思っています。

虐待に関しては、まだまだ研修を重ねて、同じ言語でしゃべるといことは、どの職種でも研修が必要。

そして、今すごく必要だと思っているのは、うちの保健婦に言っているのは、リスクアセスメント表を使って、見る目、どこを見なければいけないか。十分情報がとれてきていないんですよ。こういうところを見なければいけない。リスクアセスメント、いろいろなものが今開発されていますよね、小林先生のとかが……。ああいうのが頭に入った上で見てくる目というのをトレーニングしていく。ケースをまとめてプレゼンテーションをしてリスクアセスメントをするというトレーニングを積み重ねるしかないかなというふうに思っています。

中板：お悩みはとてもよくわかります。教育なんですけれども、看護教育、保健婦教育の中で虐待という部分をきちんととらえて教育のカリキュラムに入れるというのが、まだほとんどなされていない状況で、私もやっと去年教科書の中で虐待という、それもトピックスで虐待という項目を書かせていただいたというぐらいで、本当に時間を割いて、虐待って何なのというところをちゃんと教育の中で伝えるということ自体がまだなされていない。とても残念というところがございます。

それで、実際にそういう教育を終えて現場に来て、東京都なんか本当にかわいそうなくらい母子、乳児の明るい未来を見ることもなく、いきなり陽性症状の激しい精神病の方と接したり、協会の方に振り回されたりとか、本当につぶれそうになるぐらい過酷なところでやっていますけれども、虐待の問題に自分が直面して、それを取り込めるか、取り込めないかということが非常に大きな問題になるんですが、基本的な考え方としては、虐待をしている親を告発するというイメージで見ってしまうと、そこからとまってしまおうと思うんですね。虐待している親というのはそれだけでもう叫びです。「とめて、お願い」



という叫びなので、その叫びにこたえるんだという姿勢を保健の分野は持たないと、ちょっと逃げたくなってしまうかなということになるのかなと思います。

結局、私は何名かの虐待のお母さんと出会って、最終的に分離するときに、さんざん拒否しながら、最後は分離まで持って行って、お母さんがそのとき、最後に、よく言うんですね。「これでよかったんですね。これでいいですね。私は今これしか方法がとれないんですね」ということをよく確認の意味で言うてくるんですね。「そうなんだよ。今はこれがあなたが母親としてやれる最大のこの子に対する愛情のかけ方だね」というところで落ちつくんですけれども、本当に心底から出てくる心の叫びなんだというところに虐待の援助というものを結びつけないと拒否したくなってしまうし、それを認めてしまって親を責めることになるのではないかとか、そういうことにつながっていくのかなというふうに思います。最終的な目標は、先ほども言いましたけれども、子どもが安全と安心を保障できるというところで、私は基本的に子どもは親に育てられるべきとは思ってなくて、やはりいい大人と出会っていくべきだなと思っているんですね。だから、それが親であればもちろん一番いいけれども、それが例えば保育園の先生であったり、学校の先生であったり、自分が成長していく過程の中で、「あ、この人は私に生きていていいんだというメッセージを送ってくれているんだ」という人に出会うことが一番大事なことだと思うので、そういう状況をつくっていくための援助なんだというふうに考えて、そのためには親をサポートすることから始まるんだなというところで、虐待の援助をイコール親を責めてしまうとか、告発してしまうとか、そういうイメージから脱却して、それは心の叫びなんだというところに立ち返るような研修ですとか、統一した見解というのが持てるようになるのかなと思っています。

本間：橋本先生、何かつけ加えられるようなことはございませんか。

橋本：お母さんに直接ということではないのですが、虐待のケアをしていくというのは、物すごく自分自身の中も揺さぶられることなんだと思うんですね。そういう意味で、今ネットワークとか言われているけれども、それは決して役割分担ではなくて、きっとみんなが揺さぶられるわけですよ。自分の中にきっとあるネガティブなものを見てしまう体験にもつながるし、そういうこともあるので、ケアするものをケアするということは、今とても言われ始めていますけれども、私たちの周産期センターなんかでも物すごく自分自身が揺さぶられるようなケースってたくさんあるので、そのあたりを仲間同士で共有する、あるいは私たちみたいな異職種が入って別の視点も入りながら共有していくというような、共有していくという意味ではいいネットワークというのは、自分の心の揺れも一緒に向き合っていくというような、そういう意味でのサポートシステムとしてのネットワークが必要なかなと思っています。

### 「シンポジウムのまとめ」

本間：終了の時間を過ぎていますが、あともう少し時間をいただいて、私の方で簡単にまとめをしたいと思います。それから、その後で鈴宮先生の方からちょっとアナウンスメントがあります。あと四、五分、私に時間をください。

きょうはいろいろな話がされましたけれども、児童虐待というのは、今まではどちらかというとき上がってしまった児童虐待に翻弄されてきたわけですよ。でき上がった児童虐待についてもいろいろ調査をしてきました。うちの県も2年前に大きな調査をしまし

て、最終的に 500 数ケースを拾いだし、そのケースを細かく統計的に調べました。その中で私はハイリスクマザーとかハイリスクチャイルドというカテゴリーを使って厚生科学研究をまとめたんですね。つまり、虐待をしそうなお母さん、虐待に陥りそうなお母さんというのはいるわけです。きょうのお話の中に随分出てきたように産後うつ病の人もそうですし、経済的な問題を抱えている人もそうですし、ご主人の協力を得られない人もそうですし、地域の中に孤立している人もそうですし、虐待をしそうなお母さんというのがかなりはつきりと取り出せるんですね。また、虐待を受けやすい子どもというのもしっかりと取り出せるんですね。例えば障害を持っている子どもであるとか、あるいは未熟児で生まれた子どもであるとか、あるいは育てにくいような子どもであるとか、あるいはよくわからないんだけども何か育てにくい子どもというのはいますよね。そういう一つのカテゴリーで見ていきますと、もしかしたらそういう子どもたち、そういうお母さんたちというのは、母子手帳をいただいたときに、もう既にその多くの実態がはつきりするわけですね。こういう方々は虐待をしそうだから、そのお母さんたちに対してはどんな援助をするか、どんな内容の援助をどのくらいするかということまで我々は思いをめぐらさなければならぬだろうと思うんですね。そうしたときに保健婦さんの仕事というのは、多分もっとも重要になってくるだろうと思うんですね。

そして、橋本先生のお話にありましたように、実は妊娠中のことであるとか、あるいは出産のときにどのような出産を経験するのとか、出産のときに子どもとどのように出会うのとか、そういうこともとても大事なファクターだということがわかりましたよね。助産婦さんの問題とか、あるいは産婦人科の出産の問題とか、遡ってゆくわけですね。リスクはどのステージにもあるし、そのリスクは裏を返せばチャンスであるわけです。子どもとどのようにもう一度関係性をつくるか、あるいは子どもとどのようにわかり合っていくかとか、リスクの裏側にさまざまなチャンスがあるわけです。それは虐待ということ以上に子どもがより健康に育つという意味です。虐待という問題は、いかに防ぐかという問題だけではなくて、その裏側にあるのは、子どもがもっとも健康に育つということなんです。虐待対策というのは母子保健という言葉で置きかえられてきていますが、もっといえば乳幼児のメンタルヘルスなんですね。乳幼児のころにどれだけ良いメンタルに育つような環境が持てるかということによって、その子どもたちは思春期を迎えたときの危機をうまく乗り越えていくだろうし、大人になってからももっといい自分たちの家族をつくるだろうし、そういう意味において虐待の対策の裏側にある問題というのがあるんですね。虐待の対策の裏側にある問題というのは、もうちょっと社会がもっと健康に動くということとか、あるいは家族というものをもう一遍見直してみるとか、人が生きるということはどういうことであるのか、どうやって自分が自己実現を図るかということがあります。これは中板先生のお話にも出てきましたし、橋本先生のお話にも出てきたと思うんです。

さて、今とりあえずの問題として、私たち、きょうのディスカッションの中で私は1カ所抜けていたような気がするんですね。それはやはり精神的な問題であり、なおかつ精神医学的な、あるいは精神医療を必要とするような問題に対してどのように取り組むかということがありました。時間があれば鈴宮先生の方から聞いたのかもしれませんが、要するにうつ病であるとか、もっと重い状態の人たちのケアをどうするか。それは保健婦さんが幾ら髪をふり乱して頑張っても無理ですね。保母さんが幾ら頑張っても無理ですね。そこにもうちょっと医療が入ってこなければならぬ。精神科の医療が入ってこなければ

ならないんですね。精神科の医療が、もう少し家族をつくっていく時期に、子どもとかお母さんとかお父さんとかの問題にかかわなければならないですよ。現実には、精神分裂病とか既に発病している精神障害者が家族をつくりますよね。子どもを産むんですよ。全国に乳児院がございますが、2,800人ぐらいの子供が乳児院にいるんです。そこに入っている子どもの300人以上が親が精神障害者であったり、知的障害者であるんですよ。そこに答えが出ているんです。もう少しメンタルなハンディキャップ、精神的なハンディキャップ、知的なハンディキャップを持った方々が家族をどういうふうにつくって、そこで子どもをどういうふうに育てていくかということについて、もう少し考えなければならないということなんです。これは母子保健の問題ではないんです。精神医療の問題であり、精神保健の問題であり、知的障害の領域の問題なんですね。そのところの認識を持たなければならないと思う。そういう意味で医療との連携をどうするか、あるいは大人の障害者をサポートする機関との連携をどうするか。もちろん連携だけではなくて、彼らがもう少しそのことに思いを向けなければならない、視点を向けなければならないというところがあるだろうと思うんですね。その辺も多分これからのテーマになってくると思うんですね。

ともあれ、きょうのシンポジウムの中でいろいろはっきりしたことは、事実を、あるいはきちんと所見をとりながら、その積み重ねをしていきながら、ケアも我々の取り組みをもっと制度化し、それを行政の中で生かしていくことだと思うんです。

本当はいっぱい言いたいことがあったんですけども、司会をするということは我慢をしなければならないということなものですから。

きょうは、母子保健、あるいは保育士の方々のお仕事の方に焦点が向いたと思います。でも、ここには児童相談所の方々もいると思います。現在の児童相談所は確かに大変です。しかし、どうでしょうか、皆さん。きょうのお話を聞いていて、大変なのは児童相談所だけではないということなんです。母子保健をやっている保健婦も大変だし。多分統計的な数値でいくと、児童虐待の3分の1が児童相談所で対応されているんですよ。あとの3分の1は母子保健だと思うんです。あとの3分の1がほうりっ放しなんですね。そこに事件が起きるということなんです。そういうことを考えながらこれからの児童福祉をやらなければならないし、児童相談所ももっと自分たちのやっている仕事の中身を点検しながら、事実を積み上げていきながら、よりよく、より効率的な対策というのを考えていかなければならないだろうと私は最近つくづく思います。

以上で本日のシンポジウムのいっさいを終了します。

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

### わが国における障害児虐待の実態とその特徴

分担研究者 細川 徹（東北大学大学院教育学研究科教授）

主任研究者 本間 博 彰（宮城県子ども総合センター次長）

#### 研究要旨

全国の児童相談所（支所を含む）182ヶ所を対象に障害児の虐待に関する質問紙調査を行ったところ（回収率 79.1%、有効回答率 77.5%）、平成 12 年度に児童相談所が扱った児童虐待相談件数 13,983 件のうち、被虐待児が障害児であったケースは 1,008 件（7.2%）であった。公表されている人口学的データをもとに推計すると、障害の有無に関わらず虐待されている児童は千人あたり 0.6~0.7 人であるのに対して、障害児の場合は千人あたり 5.4~7.0 人にのぼった。被虐待障害児は総数では男児がやや多く（58.3%）、件数は小学生の時期がピークであり、高校生以上では女児が多数を占めた。虐待のタイプ別では、身体的虐待が 43.4%、性的虐待が 3.5%、ネグレクトが 43.6%、心理的虐待が 9.6%であった。障害の種別では、知的障害児への虐待は身体障害児への約 5 倍に達し、また、情緒障害や行動障害をもつ児の虐待のリスクが高く、米国の調査結果と一致していた。主たる虐待者は実母・実父が多く、非障害児虐待の場合と同じであった。身体的虐待では ADHD 児と広汎性発達障害児が標的になりやすいのに対して、ネグレクトではその逆で、むしろ未熟児等が多かった。また、性的虐待では被害を受けた大多数は女児で平均年齢も高かった。心理的虐待では、知的障害児が相対的に少なく、虐待者は女性の養育者（実母、継母、祖母）が多かった。

#### 1. 目的

米国の母集団研究によると、障害児への虐待の発生率は非障害児の 3.4 倍に達するという（Sullivan and Knutson, 2000）。健全児あるいは非障害児に比べて障害児の場合は虐待が発見しにくいことを考えると、これらの数字はまだ過小評価である可能性が高い。一方、わが国では障害児虐待の実態はほとんど知られていない。そこで、本研究ではこの点に焦点を絞り、わが国における障害児虐待の実態とその特徴を解明することを目的とした。

#### 2. 方法

平成 13 年 12 月に全国の児童相談所（支所を含む）182ヶ所を対象に郵送による質問紙調査（「障害児の虐待に関するアンケート調査」）を実施した。質問紙は総括票と個人票からなり、総括票はすべての虐待相談件数とその中で被虐待児が障害児である件数（虐待の結果としての障害は除く）を性別・年齢別に記入するもので、個人票は被虐待児が障害児