

機関連携が必要な役割分担や援助方法などについても、今後さらに整理していく必要があると思われる。

#### 6. リスクアセスメント尺度について

今回の調査では、同一事例に対して同一時期に数種類のリスクアセスメントを行い、その相互比較を行うことを企画した。しかし時間的な余裕がなく、満足できるような結果は得られなかった。

虐待は数多くの要因が作用し、周囲からのさまざまな影響で、色々な現れ方をする。そのため援助者は戸惑い、判断に迷い、対応に苦慮している。

そのため家族状況や子どもの状態が簡便にアセスメントでき、状況が俯瞰的に把握できる尺度の要請は高いが、現実にはまだ試行錯誤の段階である。

今後引き続き検討したいと考えている。

#### G. 謝 辞

この調査は2年間にわたって西日本地区7ヶ所の児童相談所と保健所（保健センター）に研究協力員を得て、数多くの児童福祉司や保健婦の方々の協力を受けながら、平成12年4月から9月の間に各機関で関わった虐待事例について実態調査と追跡調査を行い、貴重な知見を得ることができた。

ここで改めて協力を頂いたみなさまに感謝申し上げると同時に、この研究の主任研究員であり、このような機会を提供していただき、また研究の進め方や分析についてきめの細かい助言を頂いた宮城県子ども総合センターの本間博彰先生に感謝申し上げたい。

#### <参考文献>

- ・平成12年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書  
（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）  
主任研究員 本間博彰、2001.
- ・厚生労働省「子ども虐待対応の手引（平成12年11月版）」、2001.
- ・安部計彦「ストップ・ザ・児童虐待」ぎょうせい、2001.

(資料)

平成13年度厚生科学研究

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

昨年度はお忙しい中、貴所での児童虐待への取り組みについての調査にご協力頂きありがとうございました。おかげで児童相談所の児童福祉司と保健所(保健センター)保健婦のそれぞれの児童虐待への取り組みの実態や特徴、相互連携の様子などについて大変興味深い研究結果を得ることができました。

特にこの研究の特徴は、現場レベルでは実名で事例が把握されていることで、そのためその子ども達について長期の追跡が可能なことと、機関連携の実態を正確に把握できることです。

つきましては今年度も引き続き調査を継続したいと考えていますが、その主眼は次の二点です。

- (1)昨年度調査した子どもの現状を分かる範囲で追跡する(ファイルで確認する程度で、新たに訪問や電話等で調査する必要はない)。
- (2)虐待の危険度について、二つのリスクアセスメント尺度に記入し、尺度の妥当性やその当時の判断の是非、虐待状況の変化等を振り返る。

10月末までに研究協力員を通じて当方までお届け願います。お忙しい時期とは思いますが、よろしくご協力をお願いします。

平成13年9月

主任研究者 本間博彰(宮城県中央児童相談所)  
分担研究員 安部計彦(北九州市児童相談所)

### 調査票の記入要領

児童相談所N○、保健所(センター)N○：事前に研究協力員が記入しております。

最後に状況を確認した年月：記録に残っている最後の日を年月でお答え下さい。なお現在も継続中の場合は平成13年9月とご記入下さい。

- (1)住所や居所の平成13年8月末現在の最新の情報で、該当するものに○を付けてください。なおファイル等で確認し、新たに調査する必要はありません。(以下同じ)。
- (2)虐待のエピソードについて、最初に発見した頃と前回調査終了後1年間の様子を記入してください。
- (3)前回調査終了後の最近1年間での保護者の状況の変化について記入して下さい。
- (4)最近1年間に、この家族に対して行った援助の内容について記入して下さい。

- (5)(4)の内、実際に援助が部分的にでも実現した内容を番号でお答え下さい。
- (6)～(8)最近1年間での、児童福祉司と保健婦の連携内容についてお答え下さい。
- (9)最近の状況は、「虐待」か「虐待とは言えない」のかの判断をお答え下さい。
- (10)厚生省「子ども虐待対応の手引（平成12年11月改訂版）」にある「一時保護決定に向けてのアセスメントシート」の項目（一部修正）です。前回調査時と最近の様子についてお答え下さい。
- (11)大阪府母子医療センターの小林美智子先生を中心に作られたアセスメントシート（一部修正）です。すべての項目の該当する枠に記入し、横の欄で一番大きな数を足した合計で危険度を判断します。

問い合わせ先：北九州市児童相談所 安部計彦

〒805 - 0059 北九州市八幡東区尾倉3 - 4 - 36  
電話：093 - 681 - 8261、ファックス：093 - 671 - 6002

## 調 査 票

機関名： \_\_\_\_\_

児童相談所N○ \_\_\_\_\_、

保健所(センター)N○ \_\_\_\_\_

最後に状況を確認した年月： 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月

### <第1部> 追 跡 調 査

#### 1 現在の子どもの様子

(1)現在（平成13年8月末または最後に把握した時点）の住所(居所)

1. 従前の自宅で親と同居      2. 離婚して片方の親と同居      3. 転居して親と同居  
4. 児童養護施設・乳児院入所      5. 児童自立支援施設入所      6. 行方不明（管轄外転居）  
7. 死亡      8. 親と別れて親族と同居      9. その他\_\_\_\_\_

#### 2 経過

(2)最初に虐待を発見した頃の虐待のエピソードについて、以下の尺度（1＝「全くなかった」～4＝「頻繁にあった」）の上に×印を付けて下さい。また、最近1年間（平成12年10月～13年8月）での虐待のエピソードについても、同じ評定尺度上に○印をつけて下さい。なお不明の場合は印をつけないで下さい。      （記入の例：

1-----2-----3-----4)

全くなかった      めったになかった      たまにあった      頻繁にあった  
1-----2-----3-----4

	評定尺度
1. 首を絞めた.	1. 1-----2-----3-----4
2. 棒などで叩いた.	2. 1-----2-----3-----4
3. 手で叩いた.	3. 1-----2-----3-----4
4. 蹴った.	4. 1-----2-----3-----4
5. タバコなどの火を押し付けた.	5. 1-----2-----3-----4
6. 骨折させた.	6. 1-----2-----3-----4
7. 食事を与えなかった.	7. 1-----2-----3-----4
8. 外に追い出した.	8. 1-----2-----3-----4
9. 長時間正座させた.	9. 1-----2-----3-----4
10. 大声で長時間叱った.	10. 1-----2-----3-----4
11. 人格を否定するような罵倒を浴びせた.	11. 1-----2-----3-----4
12. 長期間無視をした.	12. 1-----2-----3-----4
13. 口をきかなかった.	13. 1-----2-----3-----4
14. 病院に連れて行かなかった.	14. 1-----2-----3-----4
15. 子どもたちだけで放置した.	15. 1-----2-----3-----4
16. 学校などに行かせなかった.	16. 1-----2-----3-----4

- |                     |     |                     |
|---------------------|-----|---------------------|
| 17. 極端に不潔であった。      | 17. | 1-----2-----3-----4 |
| 18. ガス・電気・水道を停止された。 | 18. | 1-----2-----3-----4 |
| 19. 性的嫌がらせをした。      | 19. | 1-----2-----3-----4 |
| 20. 子どもの体重が増えなかった。  | 20. | 1-----2-----3-----4 |
| 21. その他、_____       | 21. | 1-----2-----3-----4 |

(3)この間（平成12年10月～13年8月末）に、新たに見られた保護者の状況(複数回答可)

- |               |         |        |              |                |
|---------------|---------|--------|--------------|----------------|
| 1. 病気         | 2. 貧困   | 3. 失業  | 4. 精神障害・人格障害 | 5. アルコール依存     |
| 6. 一人親        | 7. 育児不安 | 8. 再婚  | 9. 他の兄弟への虐待  | 10. 夫婦間暴力 (DV) |
| 11. 妊娠        | 12. 出産  | 13. 離別 | 14. 結婚・同棲    | 15. 不明         |
| 16. その他 _____ |         |        |              |                |

(4)この間（平成12年10月～13年8月末）に行った援助(複数回答可)

- |              |            |               |          |         |          |
|--------------|------------|---------------|----------|---------|----------|
| 1. 保護者に電話    | 2. 保護者と面接  | 3. 家庭訪問       | 4. 一時保護  | 5. 立入調査 | 6. 28条申請 |
| 7. 親権喪失請求    | 8. 児の所属訪問  | 9. 母子寮入所      | 10. 病院紹介 |         |          |
| 11. 育児サークル勧誘 | 12. 児の通所指導 | 13. 同意による施設入所 |          |         |          |
| 14. 保育所入所援助  | 15. 接触なし   | 16. その他 _____ |          |         |          |

(5)(4)の9～14のうち、実際に部分的にでも実行できた援助 \_\_\_\_\_

#### 4 機関連携

(6)この間に児童相談所と保健所（センター）間での電話連絡や情報交換

1. 全く無かった。 2. めったになかった。 3. たまにあった。 4. 頻繁にあった。

(7)この間に児童相談所と保健所（センター）間で行った合同カンファレンス

1. 全く無かった。 2. めったになかった。 3. たまにあった。 4. 頻繁にあった。

\*もし一度以上あったなら、その回数を書いてください。(          回)

(8)この間で児童相談所と保健所（センター）が同伴での家庭訪問など、共同で援助に関わった状況

1. 全く無かった。 2. めったになかった。 3. たまにあった。 4. 頻繁にあった。

\* (家庭訪問：          回, 所属訪問：          回, その他 \_\_\_\_\_ :          回)

#### 5 現在の評価

(9)現在の状況の評価

1. 虐待でない      2. どちらともいえない      3. 虐待と判断      4. 不明

### <第2部> リスクアセスメント尺度

(10) 前回調査した時点(平成12年4月～9月末)での状況について、以下の評定尺度(1=「全くなかった」～4=「頻繁にあった」)上にX印をつけて下さい。また、この間(平成12年10月～13年8月)に見られた状況を、同じ評定尺度上にO印をつけて下さい(なお不明な場合は印をつけない)。

全くなかった                      めったになかった                      たまにあった                      頻繁にあった  
 1-----2-----3-----4

**緊急介入(緊急一時保護を検討)**

評定尺度

- |                               |    |                     |
|-------------------------------|----|---------------------|
| 1. 子ども自身が保護・救済を求めている。         | 1. | 1-----2-----3-----4 |
| 2. 保護者が、子どもの保護を求めている。         | 2. | 1-----2-----3-----4 |
| 3. 子ども自らが虐待を訴える状況が切迫していた。     | 3. | 1-----2-----3-----4 |
| 4. 保護者が虐待を訴える状況が切迫していた。       | 4. | 1-----2-----3-----4 |
| 5. 性的虐待(性交, 性的行為の強要の事実があった)   | 5. | 1-----2-----3-----4 |
| 6. 外傷(致死的な外傷, 内蔵破裂, 頭蓋骨骨折など)  | 6. | 1-----2-----3-----4 |
| 7. 保護の怠慢・拒否(衰弱, 脱水症状, 医療放棄など) | 7. | 1-----2-----3-----4 |

**早急介入(発生前の一時保護を検討)**

- |                                      |     |                     |
|--------------------------------------|-----|---------------------|
| 8. 乳幼児だった。                           | 8.  | 1-----2-----3-----4 |
| 9. 生命に危険な行為があった(頭部打撲、首絞め、戸外放置、溺れなど)。 | 9.  | 1-----2-----3-----4 |
| 10. 性的行為にいたらない性的虐待があった。              | 10. | 1-----2-----3-----4 |
| 11. 新旧混在した傷があったり、頻繁に入院したりした。         | 11. | 1-----2-----3-----4 |
| 12. 過去に通報、児童相談所介入、一時保護、施設入所の経歴があった。  | 12. | 1-----2-----3-----4 |
| 13. 保護者に虐待の自覚、認識がなかった。               | 13. | 1-----2-----3-----4 |
| 14. 保護者が精神的に不安定で、判断力が衰弱していた。         | 14. | 1-----2-----3-----4 |

**早期介入(集中的な援助、場合によっては一時保護を検討)**

- |   |     |                     |
|---|-----|---------------------|
| 15. 子どもが保護者への拒否感、恐れ、おびえが強かった。                   | 15. | 1-----2-----3-----4 |
| 16. 子どもが保護者と面接場面で、無表情、無感動、過度のスキンシップを他の大人に求めている。 | 16. | 1-----2-----3-----4 |
| 17. 子どもに虐待に起因する心身の発達の遅れ、または精神的な要因による身体症状がある。    | 17. | 1-----2-----3-----4 |
| 18. 養育者は子どもへの拒否的感情があった。                         | 18. | 1-----2-----3-----4 |
| 19. 養育者の精神状態に問題があった。(うつ的、育児ノイローゼなど)             | 19. | 1-----2-----3-----4 |
| 20. 養育者にアルコール依存、薬物などの問題があった。                    | 20. | 1-----2-----3-----4 |
| 21. 養育者の性格や行動が攻撃的で未熟だった。                        | 21. | 1-----2-----3-----4 |
| 22. 養育者は行政機関等からの援助に拒否的だった。                      | 22. | 1-----2-----3-----4 |
| 23. 家族や同居人に対する暴力があった。                           | 23. | 1-----2-----3-----4 |
| 24. 子どもの日常的な世話をする保護者がいなかった。                     | 24. | 1-----2-----3-----4 |

**継続的な援助(継続的・統合的な援助、場合によっては一時保護を検討)**

- |                                      |     |                     |
|--------------------------------------|-----|---------------------|
| 25. 虐待によらない子どもの生育歴上の問題があった(発達の遅れなど)。 | 25. | 1-----2-----3-----4 |
|--------------------------------------|-----|---------------------|

26. 子どもに問題行動が見られた（攻撃的，盗み，徘徊など）。 26. 1-----2-----3-----4  
 27. 保護者に被虐待歴があった。 27. 1-----2-----3-----4  
 28. 保護者の養育態度や知識、家事能力に問題があった。 28. 1-----2-----3-----4

(1) 前回調査した時点(平成12年4月～9月末)で各項目について該当すれば○、該当しなければ×、不明は？ をつけてください。

	評価項目	高いリスク③～⑥	中位のリスク①～②	低いリスク(0)～①
養育者の状況等	妊娠分娩	望まぬ妊娠④	母親若年②	その他、問題なし①
	育児行動	厳しい体罰、病院に連れて行かない⑤	事故防止不足、視野外放置②	その他の問題①
	家族の問題	別居、夫婦不和④	夫婦の不満①	その他、問題なし①
	生活状況	地域で孤立③	友人等から少し援助②	援助あり①
	家事・育児	育児しない、料理・清潔に問題③	一貫しないしつけ、知識不足②	適切な知識を持つ①
	経済状況	不安定、著しい困窮④	やや苦しい②	問題なし①
	援助協力度	援助の拒否③	文句を言う、歓迎と拒否の変動②	協力的①
	過去の虐待	虐待歴あり、不明⑥		なし(0)
	親の被虐待	被虐待歴あり③	不明②	なし①
	子どもとの接触度	子どもが在宅③	子どもは在宅だが他に大人がいる②	保育所等に在園①
	アルコール	親等に問題あり③		問題なし①
	精神状態、情緒	神経症等で子どもを傷つける③	心理的問題あり②	なし①
	子どもの状況等	年齢	1歳未満③	幼児②
単胎		多胎③		単胎①
親子の関係		怖がる、服従する④	密着・拒否②	普通①
行動・情緒		無表情・おびえ・なつかない③	その他の行動・情緒的問題②	問題なし①
発達の遅れ		大きく遅れ③	少し遅れあり②	遅れなし①
身体発育		50%以下以上の低下⑤	少し遅れあり②	遅れなし①
身体状況		骨折、脳外傷、繰り返す出血、火傷⑥	小さな傷、説明のつかない傷跡②	傷なし①

\*参考 [ 25点以下：問題なし、26～34点：軽度  
 35～44：中度、 45点以上：重度 ]

合計 点

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）

## 厚生科学研究（子ども家庭総合総合研究事業）推進事業報告書

（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）

### メンタルヘルスに問題のある母親に対する援助と治療的介入について

主任研究者 本 間 博 彰（宮城県保健福祉部技術副参事兼子ども総合センター）  
研究協力者 井 出 浩（神戸市こども家庭センター）  
岡 本 正 子（大阪府中央子ども家庭センター）  
小 野 善 郎（和歌山県子ども・障害者相談センター）  
本 多 奈 美（東北大学医学部精神医学教室）  
鳴 海 明 敏（青森県健康福祉部子ども未来課）  
村 瀬 修（静岡県西部児童相談所）  
猪 又 初 恵（宮城県中央地域子どもセンター）  
片 瀬 道（宮城県中央地域子どもセンター）  
川 越 聡一郎（宮城県中央地域子どもセンター）  
藤 原 加奈江（宮城県中央地域子どもセンター）

#### 研究の趣旨

本研究は厚生科学推進事業の一つである外国人研究者招聘事業の一環として、「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」の研究協力者とともに行ったものである。招聘した外国人研究者はスウェーデンのウプサラ大学心理学部上席研究員（Senior Researcher）である Pia Risholm Mothander 博士で、研究は大きく三点からなり、第一点は Pia Risholm Mothander 博士による基調報告をもとに本テーマについて検討したものである。第二点は、保健センターや保育所及び母子通園施設に対する視察研究、そして第三点は、視察をもとに精神発達精密健康診査をとおして治療的にかかわった育児不安や虐待ケースのスーパービジョンをもとに治療的介入や母子治療について検討した。あわせて母子保健にかかわる保健婦や、虐待や育児不安の影響を受けた乳幼児のケアに取り組む保育士達への支援について検討した。

#### I. 基調報告

スウェーデンにおける母子保健とメンタルヘルスに問題のある母親への援助について

Pia Risholm Mothander PhD

Uppsala University, Dept of Psychology, Uppsala, Sweden

IBU, Institute for Child and Adolescence Psychotherapy, Stockholm, Sweden

## 1. はじめに

まず、ここにお招きいただきましたことを本当にうれしく思います。本間先生に日本に招いていただいて、そして岡本先生、そのほかの方たちのお招きで、こうして大阪に来れましたことをうれしく思っております。

皆さんがスウェーデンのことについてどれくらい御存じなのかということとはわかりませんが、私自身は2年前に日本に初めて来る前、日本のことはほとんど知りませんでした。一つおもしろいことは、日本とスウェーデンは非常に似ているということです。もちろん違うところもたくさんありますけれども。

前回日本に来たときは宮城県にしか行きませんでしたので、私の日本のイメージというのは宮城県というのが日本だと思っていましたが、今回は大阪に来て、あしたは京都にも行きます。あしたの京都をとっても楽しみにしています。

きょうのプレゼンテーションは、次のような順序で進めようと思います。まず、最初に私の国、スウェーデンを少しだけ紹介したいと思います。その次に、少し理論的な概念についてお話ししたいと思います。どうしてこの理論を取り上げるかといいますと、行動を起こすときに、その背景にある理論というものを理解していることは非常に重要だと思うからです。その後、私の経験してきたスウェーデンでの子どもの精神保健に関する経験をお話しします。最後に、子どもの心の問題と家族の問題についてお話しします。

この会場は外の景色が余りに美しいので、皆さん、私の方を最後までずっと見てくださるかどうかわかりませんが、私だったら多分外を見続けていると思うんですけども……。眠くなったら、途中で休憩をとりたいと思います。

私の出身のスウェーデンという国は、日本より少しだけ面積は大きく、そして人口は日本よりも少ない国です。スウェーデンの人口は大体900万人ぐらいです。きょうわかったんですけども、900万人というのは大体大阪の人口だということです。日本は、この900万人というスウェーデンの人口の14倍の人口を持ち、そしてスウェーデンの大体3分の2ぐらいの面積のところに日本の人たちは住んでいるということを知りました。ですから、大阪府の人たちが日本中に散らばって住んでいる、日本より少し大きいぐらいのところに散らばって住んでいるということを想像してください。それがスウェーデンです。

スウェーデンは、長いこと同じような、同質の人間が住んでいました。大雑把に言うと、スイズという人たちと、サミという先住民族の人たちです。しかし、30年ぐらい前から、世界のいろいろな国からいろいろな人々が来るようになって、そして難民申請をしてスウェーデンに定着する人、またはスウェーデンに永住する人たちが増えてきました。ですから、現在のスウェーデンは非常に多文化社会です。こういう背景の違う人たちがたくさんスウェーデンに来たことによって、文化的な交流が起こって、この人たちから私たちはたくさんのことを学びました。しかし、文化的交流というのは、必ずしも簡単なものではなかったことは言うまでもありません。でも、残念なことに日本からたくさんの方たちがスウェーデンに来て、住みつくことは余りありません。距離が遠すぎるのか、言葉が難し過ぎるのか、どういう理由なのかは、よくわかりません。

スウェーデンについて、もう一つだけ統計的な事実を申し上げたいと思います。スウェーデンは現在少子化の傾向をたどっています。これは日本も同じことだと思います。数年前まで、1人の女性から2人、3人の子どもが生まれるというのは当たり前でした。ベビ

ブームという時期もあったんですけども、現在は1人の女性から大体1人の子どもしか生まれえないという現象になっています。日本も、多分同じような状況があるのではないかと思います。このような少子化の現象の中で、私たちはスウェーデン人ではない他の国の人たちがスウェーデンに来て、子どもを生んでくれて、家庭をつくってくれるということが必要です。そうでなければ人口が保てません。スウェーデンは、福祉制度が非常に整っていて、かなりよい制度を持っていると私は思っていますけれども、このような福祉制度がそろっているところであっても、スウェーデンの女性は子どもを生んで育てていくことを選ばないという現象があります。この現象の背景は簡単なことではなくて、かなり深いところでの考え方、価値観の変容というものから出ていることだと思います。

## 2. “親になる”ということに関する理論的なこと

### (1)母子の関係性の理解に関して

次に、まず子どもたちの健康、そして身体的な健康とともに精神的、心理的な健康を理解するために必要な理論の幾つかについて紹介したいと思います。理論を紹介することの私の意図は、私たちが扱うことになる問題について臨床の場面で正しく正確に理解することが、治療とか行動を起こす前の大前提となるからです。私たちが直面する問題は、大体の場合非常に複雑です。ですから、それを理解するためには理論が不可欠です。

車が故障した場合は、故障したパーツを一部かえて、それで調子よくなれば、また車は動きますが、人間の場合はそうはいきません。人間は、身体の一部がぐあいが悪くなったときには、身体の一部に影響してきますから、一部が治ったからといって全部が動くということにはならないわけです。

重要なことは、私たちが母親と子どもに何らかの形で介入しようとする場合、これは母親だけとか子どもだけとかいったように、子どもと母親を切り離して考えることは、まずできないということです。母親と子どもの関係、この二者関係というのは、本来的なシステムの一部として理解することが非常に大切です。真ん中に円があって、その周りに幾つかの円があるような状態を想像してください。その一番の中心の円が母親と子どもであり、その周りに家族というのがあって、さらに周りに親戚も含んだ大きな家族というのがあって、その周りに社会や地域があるといった人間関係を想像してください。つまり人間の関係は円周状というか、円が広がっていくようにできあがっています。これは平面的な広がりですが、現在の平面的な広がりだけではなくて、何世代も前に戻って縦の軸を見ることが必要です。ですから、今、私たちの目の前に起きている現象は、非常に複雑でそれを理解するのに個別的に当たらなくてはなりませんので、私は治療マニュアルというようなものは信じません。治療マニュアルというのは、余りに簡略化されていると思っています。

それよりは、私は1人の子ども、そしてその子どもを取り巻く環境というのを独立した一つのシステムとして見て、そしてそれを理解することに集中したいと思います。

ですから、母親の状態を見ていて、ちょっと心配なことがあると感じるときには、その母親の精神的な状態は、恐らく子どもに影響していると思います。同じように、子どもを見ていて子どもの状態に少しでも注意しなければいけないと感じる場合は、その状態は母親に大きな影響を与えているという相互的な影響があり得るわけです。

## (2) 出産にまつわる理論的なこと

次に、子どもの出産をめぐることに関する理論をお話したいと思います。子どもの状態を本当に理解しようと思うときには、過去のこと、そして現在のこと、そして将来あり得るリスクのことについて複合的に見なければなりません。

女性が出産を迎えるというこのプロセスは、人間関係の発達、そして精神面の発達といった両方の発達を密接に伴うものであります。私はいろいろな訓練を受けてきましたが、精神分析のトレーニングを受けていたときは、トレーニングの内容というのは非常に精神面に重きが置かれていました。しかし、今日は個人の精神面よりも、むしろ人間関係の発達についてのトレーニングに力が置かれています。

人が親になるということについて、そのプロセスが始まるのは、恐らく皆さんが赤ちゃんを目の前にしたときに親になったという実感があって、このプロセスが始まるのではないかと思われるかもしれませんが、それよりもっと前から親になるというプロセスが始まっています。実際に赤ちゃんを目の前にする時よりもずっと以前に始まっていますし、このプロセスが実際に始まる瞬間を具体的に把握するのは難しいかもしれません。

比喩的に説明しますが、1人の親というのは、自分が実際に出産を経験するよりも以前に、自分の意識の中でたくさん子どもたちをもう既に出産しているというような経験を持っているようです。これは非常に深いところでの人間の経験というか、そういうものであります。

このことは理論的でよく理解できないかもしれませんので、もう少し説明をいたします。子どもが2歳か3歳ぐらいのとき、そして自分が男の子であるとか女の子であるということ意識し始めるころ、子どもはいつか自分もお父さんとか母親みたいになるんだという意識を持ち始めます。私は、この頃に親になるというプロセスがもう既に始まっていると思っています。その理由は、この年齢のときに男の子は何をするべき、女の子はどういうふうに行動するというようなことを子どもたちは学びとっているからです。世界のどこに住んでいるか、どういう文化や環境の中にいるかということによって、女の子がすること、また男の子に期待されていることというのは異なってきますので、それをどのように学びとるかというのは、文化によって、また環境によって異なります。

ですから、違う国に来て子どもたちの様子を見ているのはとてもおもしろいのです。言葉がわからないので子どもたちと話すことはできないのですけれども、ただ見ただけで何をやっているのか、どのように遊んでいるのか、見るだけでもとてもおもしろいのです。世界中どこへ行っても、遊びの中に同じようなテーマがあります。どのような役割であるとか、どのような遊び方であるとか、国が違っていても似たものがあります。

## (3) 遊びの中で“親になる準備”をする

けさ、私は早い時間に仙台を出て大阪に来ました。仙台空港まで行く電車の中で通学途中の子どもたちと一緒にになりました。その子どもたちが、かばんにディベアとか小さなぬいぐるみの動物とかそういうものをつけているのに気づきました。こういうもの一つ一つが重要なんです。小さな2歳、3歳の子どもがディベアで遊ぶような形で高校生がディベアをつけているわけではありません。でも、かばんにつけておきたいという気持ちがあるわけです。小さい子どもたちが人形とか動物とか、そういうものを使って遊ぶとき、これは子どもが小さいものをいたわる、そして面倒を見るということ遊びの中でやって

います。これが早い段階での小さいものへの密接なつながり、そういうものをつくるプロセスになっています。これは自分が小さいときに親から受けた感情的な受けたものを、今度は自分が人形などに対して表現することによって、感情をもう一回再現する、感情を外に出しているということになります。

このような人形などの遊びを通して子どもたちは何をやっているかということ、自分たちがどういうふうに相手をケアしていくかというモデルを自分の中につくっていくわけです。このモデルというのは、もちろん自分が親にどのように扱われたかということのをベースにしてつくっているわけですが、それがただの親のまねというのではなくて、自分がほかの人をどういうふうにケアしてあげるかというモデルを自分の中に作っているのです。このような遊びを通して子どもたちは親になる準備をすでに始めています。子どもたちの中には、ある日自分はお父さんとか母親になるんだという考えが既に育っていきます。自分が親になるということは、今度は次の世代の子どもを自分がつくっていくことができるという考えを自分の中に持つことで、このことはとても重要です。子どもたちが想像する赤ちゃんというのは、もちろん実存の赤ちゃんではありませんから、自分の想像の中にある「ファンタジーベビー」、「想像の赤ちゃん」と言われているようなものを子どもたちは頭の中で描いていくわけです。この「想像の赤ちゃん」というのは、自分の頭の中でつくられています。この「想像の赤ちゃん」というのは、完璧なイメージで作られたもので、本当にかわいくて、そして自分のことを愛してくれる、100%愛してくれるようなそういう想像の赤ちゃんです。この「想像の赤ちゃん」をどれだけ創造できるかということは、その人の生殖能力にもつながっています。どれくらい新しい次の世代を生むことができるかということにつながってきます。この「想像の赤ちゃん」の夢を持つことは、人と人との関係の中での精神的な側面であります。

### 3. 親になる準備と危機

#### (1) 「現実の赤ちゃん」に向けて

この段階の発達を理解は非常に複雑ですが、どうしてもこの段階のことがらを皆さんにお話ししたいのは、身体的に大人になっていっても、精神的な発達がこの段階で止まっている大人がいるからです。子どもを実際に持つことになったときに、この段階で精神発達が止まっている女性の場合は、実際に自分が子どもを生んだときに、自分が生んだ、目の前にした子どもが想像の赤ちゃんと違う存在であることに気がつきます。そうすると、それを受けとめることができなくなる女性が実際にいます。ある人は、女性は実際に赤ちゃんを生んで育てるよりも、妊娠して子どものことをいろいろ想像している段階の方が楽しいのだと言う人もいます。というのは、実際に生まれてくる子どもというのは、「想像の赤ちゃん」とは全然あるいは随分違う存在だからです。小さな子どもというのは、いろいろなニーズがあります。「現実の赤ちゃん」は一人にしておいて何時間も放置しておくわけにもいきませんし、24時間本当にその子どもに専念しなければならないほどいろいろなニーズを発することになります。四六時中泣いているかもしれませんし、ご飯を食べさせなければならぬかもしれませんし、夜中にでも起こされるわけです。赤ちゃんは、どんな要求であろうと一方的に親に対して要求を突きつけ、親はそれに従わなければならないという状態になります。ですから、この「想像の赤ちゃん」を期待していた女性にとっては、

このようにいろいろなニーズをぶつけてきて、そして自分を振り回すような存在が実際に生まれてきたときにすごいフラストレーションを感じるようになります。「想像の赤ちゃん」というのは、母親はむしろお人形さんみたいなものを想像していたわけですから、そういうものとは全然違う実際の赤ちゃんに振り回されることでフラストレーションを感じるようになります。赤ちゃんというのが“物”であるというように考えている人達にとっては、そこで暴力的になる傾向が出てくるのです。

子どもが欲しいということ、子どもを持ちたいということ自体が、ある意味で心の深いところでは非常にナルシスト的なことだと思えます。つまり私だけの存在を持ちたいというものが根底にあります。しかし、精神的発達、そして人との人間関係の発達を遂げるプロセスの中で、赤ちゃんは母親にとって、「私と私の赤ちゃん」から「私達と私達の赤ちゃん」という認識に変わっていかねばなりません。このような段階に進んでくると、私一人では赤ちゃんはつくれませんから、そのパートナーを探すことになります。この想像の赤ちゃん、ファンタジーベイビーをずっと夢見ている人の場合には、パートナーと一緒にいなくても、今度はそのパートナーと一緒にこのファンタジーベイビーをつくっていく、夢をどんどん広げていくようになります。

文化というのは、人々を包むものでありますから、どのような文化的な環境の中におかれているのかによって、母親のこの発達に大きな影響を与えます。しかし、こうした文化に関係なく、世界中で子どもが生まれること、そのために妊娠をするためには、男性と女性が身体的に合体をすることが必要で、これは文化に関係のない事実です。ただ、現在は技術的に合体をすることなく子どもを授かるし、生むこともできます。また、合体しても子どもを生まないようにできます。技術によって人と人との接触なくして子どもができるということは、人間の心理的な発達にとって好ましくないことです。私たちの一般的な考えの中では、家族を持つためには男の人と女の人が接触をするということが必要だと理解しています。親になるための心理的な準備というのは、女性と男性は違う形をとっています。一番最初に「ファンタジーベイビー」、「想像の赤ちゃん」という存在を夢に描くとき、男性と女性の描き方というのはそう違いはありません。自分たちが実際のものではなくて夢を描くわけですから、男の人も女の人も、こういう赤ちゃんだったらいいなと描くイメージというものはそう違いません。

## (2)親になることの変化と発達

しかし、その次の段階にゆきますと、男性と女性で、これは大きく違ってきます。というのは、女性の中では胎児が育っていくことになりますから、胎児が育つことによる女性の心理的、身体的な変化、そしてその胎児との一体感というものが、どんどん女性の中では高まっていきます。その一方で、男性の中には何も身体的な変化が起こらないどころか、男性はどちらかというとその子どもと母親との関係から阻害されるような状態になっていくわけです。この段階では、女性の理解というのは、「母親である私」というものに移行して、その次に「この子どもの母親である私」というように移行していきます。同じように、自分のパートナーに対する認識も「彼」というものから、「この赤ちゃんのお父さんであるこの人」というものによって変わっていきます。ですから、この妊娠の段階の一つ目の特徴的な変化というのは、女性が胎児を自分の一部、自分の体の中の一部として認識することが一番大きな一つの段階です。この女性の身体というのは、今までのものとは全然違うものに

なっていますし、胎児というものが自分の中にあるという、特に最初の妊娠の場合は、自分の身体が今まで経験のなかった状態になるわけです。妊娠の初期の時期には、女性の中で起こっている変化というのは、彼女自身が全部担っていくことになります。というのは、初期の段階ではまだ外からは余り変化が見られませんが、何が起こっているのかを多くの人は認識できないからです。この時の女性は、だれかに助けを求めたり、または自分が妊娠をしていることを伝えることは、もちろんできます。しかし、他者は、この女性が感じていること、今、身体の中で起こっていることをすべて理解することは不可能です。

### (3)父親としての課題と役割

スウェーデンでは、この段階から子どものお父さん、つまり男性が妊娠のプロセスに積極的に参加することが奨励されていますが、多くの男性は妊娠初期にその女性を助けることになかなか積極的に参加できません。というのは、男性にとっては、何をしなければならぬのか、何も変わっていないように見えるのに何をしなければいけないのかわからないからです。父親の場合は、この変化が自分の中で起こってこないのに、こうしたことを理解するのは非常に難しい。ホルモンの変化もありませんし、感情の変化もありません。ですから、男性ができるサポートは、より社会的なサポートであり知的なサポートであります。

私はこの妊娠期にあるカップルのサポートのためのセッションをよくやりますが、妊娠初期の段階で父親になろうとする男性の多くは、「自分のパートナーは近くに来てくれと言ってみたり、そうかと思えば離れてくれと言ってみたり、何をしてほしいのかわからない」と文句を言うのをしばしば耳にします。妊娠の中期になって、外からだれが見てもこの人は妊娠をしているんだということがわかるようになると、状況は少し変わってきます。この時期になると、女性は、胎児が動いたり、胎児のいろいろな動きとか音とかいろいろな変化を感じるようになります。子どもの父親にとっては超音波診断装置をとおして聞こえる胎児や胎児が実際に育っているのを見るのが非常に重要だと言うお父さんたちもいます。

### (4)妊娠・出産期の危機

この中期には子どもが早産をしてしまう可能性も出てきます。しかし、今は技術の発達によって、早産や流産を防ぐことができるようになりました。ですから、女性がこうした知識を持っているということも必要です。必要であれば医療の援助を受けて健康な子どもを生むことができることを知っていることが必要です。

女性の中には不安や夢がうずまくようになります。それは子どもが生まれてきたときに、自分が親として何をしたらいいんだろうとか、子どもが生まれてきたら、その子どもの父親との関係がどうなっていくんだろうかといったようなことがいろいろうずまくようになります。女性は胎児と直接話をしたり、直接の関係を持つことができるようになります。また、男性の方は物理的にも離れていますから、子どもとのつながりから疎外されているといった気持ちを持つようになります。

しかし、この妊娠期の最後の3分の1の期間になりますと、多分女性は身体的にも非常に重くて、動くのも大変だったりしますので、よりはっきりした形で男性の力やサポートを必要とします。この時期になると、いろいろな形で男性の力や協力が必要になりますので、男性も赤ちゃんが生まれてきたら何が必要かとか、どのように赤ちゃんに関わるかと

いったことを考えたり行動したりすることに参加することができるようになります。もし女性が、夢見る赤ちゃん、想像の赤ちゃんというものを期待しすぎている場合は、実際に生まれてくる子どもというのがそれに合わないことになると、いろいろな意味でリスクが高くなります。

自分が一人で想像して、赤ちゃんというのはこういうものだと思惟した赤ちゃんを「ファンタジーベイビー」と言いますが、「ドリームベイビー」というのは、カップルが2人で子どもに対していろいろ夢をもち、こういう赤ちゃんが生まれてきたらいいなという共通のイメージをもった赤ちゃんで、カップルはこうした夢の子どもを生むということになります。その2人の共同作業によって夢の実現として生まれてきた子どもでは、そこには夢もありますし、現実とのずれもあります。でもそこに2人がお互いにサポートし合えるような関係ができているカップルのあいだに生まれてきた子どもは、より多くのサポートが得られる可能性とが高いわけです。しかし、生まれてくる子どもの父親と母親の人間関係が余りよくない場合は、子どもは危険にさらされるということになります。

3段階目のテーマ。夢の赤ちゃん、お父さんと母親の想像が合体して2人の夢として生まれてきた子どもも、この次の段階として「実際の赤ちゃん」というものになってしまう、それが3段階目の課題です。実際の赤ちゃんといった存在を認識することになる時期は、男性と女性によって違います。女性は、先ほど言ったように胎児を身ごもる経験をしたときに、これが実際の赤ちゃんなんだということを身体でわかります。一方、男性にとっては、赤ちゃんがおぎゃーと生まれてきて、実際に赤ちゃんを見た瞬間に、これが実際の赤ちゃんなんだということになります。ですから、そこには数カ月のずれというものがあります。男女二人が実際の赤ちゃんの親になるのは、一緒に実際の赤ちゃんを実感するときになりますので、子どもが実際に目の前にあらわれたとき、その2人は新しい段階に入って、親ということになるわけです。しかし、この女性のパートナーである子どものお父さんが精神的に心理的に安定した人でない場合、または赤ちゃんが生まれてくるという段階になるまで待ってられないような人の場合、子どもは生まれてきたときに安心や安定した状況の中で生活できなくなるような場合があります。女性が男性に対して信頼をおけない場合、または一方的に子どもをつくらされたと感じる場合、それは非常に難しい関係になっていきます。そして出産した後も子どもは十分な安心した環境の中で育っていくことができなくなります。出産に際しては、このような苦しみや痛みや問題は出てきませんから、男性がこのことに直面するのが非常に難しいということになります。ですからこの段階でリスクとなるような要因が幾つもあります。

現在、スウェーデンや日本では家族の形態がどんどん小さくなっています。核家族化していますので、子どもが生まれてくる生活環境の中では、父親と母親の作る信頼関係による社会的なセーフティネットがより重要になってきています。家族の中には他の関係がないわけですから、父親と母親の関係が唯一、または最も重要なセーフティネットになります。

#### (5)まとめ

最後に、理論的な部分のまとめをしたいと思います。今までの理論的なお話で言いたかったことは、女性が母親になるときは、未熟な女性、または他の人との人間関係の中で安定した人間関係を持っていない人、そして本当の実際の赤ちゃんが生まれてくるというこ

とに準備ができていない人、そういう女性から生まれてくる子どもたちというのは、いろいろな意味で大きなリスクに直面することになります。

こういう女性たちがストレスが高い状態におかれると、虐待という事態につながっていく可能性が非常に高いということです。これは理論的にも今まで積み重ねられた多くの研究からも既にわかっていることでもありますので、こうした理解を持ち、そしてできるだけ子どもたちと接する専門職の人たちがこのような知識を理解していく、それを広めていくことが非常に重要だと思えます。

次に、アメリカの乳幼児精神医学の専門家が書いた本について紹介したいと思います。ダニエル・スターンという方で、本の名前は「Motherhood constellation」で、1995年に書かれた本です。ダニエル・スターンがこの本の中で何を言っているかといいますと、女性が母親になるとき、この女性の性格というのが全く変わるということを言っています。この性格をめぐる変化について、次の四点で表現しています。第一点は、子どもを生かす、子どもを生かし続ける、生きるためには何でもするという、それが一つ目です。母親は子どもに対してご飯を与えたり、保護をしたり、寒くないか、暑くないか、ちゃんと清潔にしているかというようなことを四六時中気をつかうということになります。子どもに何か危害を加えようとするものは、母親に対する攻撃であると受けとるようになります。ですから、子どものおむつが濡れているのに全然構わない母親とか、それから子どもの顔の上に毛布がかかっているのに全然気がつかない母親を見たら、私はちょっと気をつけなければいけないと瞬間に思います。このダニエル・スターンは、早い時期に未熟児で生まれた子どものこともこの本の中で紹介をしています。本当でしたら10カ月間という長い期間、胎内にいることができず生まれた子どものことです。国際的に証明されていることですが、未熟児の子どもとか障害を持った子どもというのは、親の虐待に遭いやすい、遭っている割合が高いという調査結果が出ています。

第二点は、生まれてきた子どもを愛するということです。生まれてきた子どもを愛する時に、この目の前にいる子どもがまだ想像の子どもであったり、まだ夢の子どもであり続けながら、それを愛しているという人もいます。しかし、実際に生まれてきた子ども、いろいろなニーズを向ける子どもを愛することもできるわけです。ここで私が非常に気になる母親というのは、子どもの存在が邪魔であると感じたり、子どもがいろいろなニーズを出してくることに對して、この子どもが自分に合わせるべきだと思ったり、そのように扱う母親たちのことです。

第三点は、サポートできるようなネットワークをつくるということです。母親を1人で孤立させておいてはならないということです。母親は、肉体的にも精神的にも疲れてしまうときもありますし、どうしたらいいのかわからなくてアドバイスが必要なこともあります。そのような時に周りでサポートできる人、またはそのシステム、そういうものが絶対に必要であって、孤立させてはならないということです。この点に関して私が気になる女性というのは、親戚とか親とかから遠いところに住んでいる人、または友達がない人、そういう人達です。現在の社会というのは、一人一人の人をどんどん孤立させて、他の人との接点がなくなってきたというのが共通のことではないでしょうか。

スウェーデンでは、女性が働いているときは職場でいろいろなたくさんの友達がいって楽しく仕事をしているわけですがけれども、いったん子どもを生むと家に引きこもることになり

ます。主婦になると、友達のほとんどは働いているわけですから、自分の周りには友達がなくて、そして孤立するという傾向があります。スウェーデンではこのような問題が起きていますけれども、日本ではどうなのかわかりませんが、日本の方がもっとたくさんの人が暮らしているわけですから、近くにたくさん人がいるはずでスウェーデンよりは良い状況にあるのではないかと思います。しかし、いずれにしても社会のあり方というのが変わってきていますので、それが妊婦や出産を終えた女性にとって社会とのつながりを大きく変えているという実態があるのではないかと思います。

第四点は、自分自身のアイデンティティの変容や変化ということです。それまではだれかの娘であった自分が、今度はいきなりだれかの母親になるというアイデンティティの変化です。ここで気になる女性というのは、子どもに対する責任と自分の親に対する責任との間で板挟みになっている女性です。日本では、自分の親、または連れ合いの親の面倒をみるのが文化の中で非常に重要な役割とされているという理解をしましたが、そのことはこの状態に近いもの、親に対する責任と子どもに対する責任との間に女性が立たされているといった問題があると思います。これはすべての女性にとって戦いというか、大変なことになりますけれども、自分の親を優先するべきなのか、子どもを優先するべきなのか、いろいろな場面で大変な緊張にさらされることがあり得ます。

#### 4. スウェーデンにおける母親と子どもに対する対策

次に、スウェーデンにおける子どものメンタルヘルス対策についてお話をします。今まで理論的な説明に時間を費やしたのは、私たちが日ごろ出会うさまざまな問題を抱えた子どもと親に直面するときに、私たちがこの理論的な認識と知識を常に持って対応することが重要だからです。また、同時に私たちは自分の子どもに対する責任だけではなくて、社会的な責任も一人一人が担っています。私たちは、プロフェッショナルなワーカーとして社会の中で出産を控えている女性、そして出産を終えて子どもたちと向き合っている女性たち、その親子に対してのサポートを提供していくという立場にあります。家族の中では、子どもの父親と母親が子どもの非常に大きなサポートシステムになります。その関係が良好であるということがまず重要ですが、社会的なレベルで見ますと、社会の中にその親ができない部分をサポートするようなシステム、例えばデイケアなどの社会的サポートシステムが家族や子どもたちをサポートするシステムが整っていることが不可欠です。

##### (1) 妊娠・出産期の支援体制

スウェーデンのシステムについて簡単にご紹介いたします。もしスウェーデンのシステムのことについて詳しくお知りになりたい方は、2年前に私がフィンランドの人と一緒に日本に来たときに提供した資料が本間先生のところにありますので、それをどうぞお借りしてください。また、本間先生はすでにスウェーデンに3回か4回ぐらい行かれていて、スウェーデンの社会のシステムについていろいろ調べられたりしておられますので、スウェーデンの子どもと親をサポートするシステムのことについては本間先生が全部知っておられますのでどうぞ聞いてください。

スウェーデンでは、子どもが生まれる前の妊娠期のケアは無料です。妊娠が判明しますとその女性に対して助産婦が指定されることとなります。この助産婦が妊娠期間ずっといろいろな形でのサポートをしていくことになるわけですが、この妊娠期にやがて子

どもの父親になる男性がいろいろな形で参加することを強く奨励します。そのほかに、父親が出産の準備クラスに参加することも強く勧めます。この出産準備クラスというのは、大体が助産婦さんによってすべて企画されています。中には心理学者がスーパーバイズしているものもありますが、大体は助産婦がすべてを企画し実施しています。この出産準備クラスは、男の人が参加しやすいように夜に開かれるといった工夫もされています。スウェーデンの男性の多くは、実際に出産に立ち会って、出産する女性の近くにおいて立ち会うことが一般的ですので、男性自身もやはり準備をしなければいけないという意識がとても高いのです。

このクラスは幾つかのテーマごとに別れ、子どもが生まれてくるということはどういうことなのかとか、既にほかの子どもが生まれているとしたら子どもたちが兄弟を持つというのはどういうことなのかとかいうようなテーマによって別れています。

クリニックでの出産は無料です。現在は、多くの場合、出産後の入院は1日に限られ、1日たった家に戻ります。数年前までは、何日でもクリニックに入院していることができたけれども最近は1日で家に返すということになりました。これは経済的理由によることが大きいわけですが、どれだけ女性がサポートを必要とするか、出産直後にサポートをどれだけ必要とするかというのは人によって随分違います。出産に問題がなくて普通の出産をした場合、そのクリニックに1日入院をして、そして家に帰ってから二、三日たちましたら、そこのクリニックの助産婦が家に訪問して様子を見にきます。出産のためのクリニックというのは、もちろん産婦人科のようなクリニックですので、出産が終わって、その助産婦が訪問するようになると、次は子どものクリニックにこの役割を移行するということになります。

この助産婦は産婦人科のクリニック、マタernal・ヘルス・クリニック（母体の健康に関するクリニック）に所属しています。一方、チャイルド・ヘルス・クリニックというのは、小児科のクリニックです。このチャイルド・ヘルス・クリニックには、子どもの健康に専門にかかわる看護婦がおり、マタernal・ヘルス・クリニックの助産婦とチャイルド・ヘルス・クリニックの看護婦の両者がこの出産前後のほとんどの親子にかかわることができるようになっています。

## (2)子どもの医学的ケア体制

このチャイルド・ヘルス・クリニックつまり小児科クリニックは、多くの場合住宅地にあります。このチャイルド・ヘルス・クリニックの中で一番重要な役割を担うのは、小児担当看護婦です。この人たちは、看護婦のトレーニングのほかに小児科の専門トレーニングも受けています。チャイルド・ヘルス・クリニックの小児担当看護婦は、多くの場合、約600人の子どもの担当をします。この看護婦は電話で相談を受けることもします。また家庭訪問もしますし、そして直接の面接相談というのもします。

このチャイルド・ヘルス・クリニックの看護婦は、家庭訪問であるとかいろいろな方法で家族と個別に、かつ密接なかかわりをしますので、家族や出産を終えた母親が孤立することは減ります。身近なところに親や親戚や友達がない母親たちであっても、この看護婦の訪問によって必要な情報を得たり、また精神的なサポートを得ていくということになっていきます。

先ほどご紹介したダニエル・スターンの本の中に、「どんな母親も孤立してはならない」

ということが書いてありますけれども、それを回避する一つの重要な役割をこの看護婦は担っています。このクリニックの看護婦が提供する心理的なサポート、精神的なサポートというのは、医療的な知識とかケアよりも重要性が高いということが言えます。その理由は、この看護婦が家に行くことや親子がクリニックに行くのは非常にシンプルで簡単な関係だからです。このクリニックの中には、ペアレンタル・サポートという親をサポートするためのクラスがありますが、この親をサポートするためのクラスは、母親の妊娠中に始まっています。そして、子どもが生まれてからある程度の年齢になるまで続きます。この親のサポートのグループというのは、看護婦によって心理的なサポートを受けるだけではなく、母親同士、同じ立場の親同士と一緒に会うことによって、お互いに支援をし合えるという機会にもなっています。

### (3) デイケアについて

子どもが1歳から1歳半ぐらいになると、ほとんどの母親がデイケアのことを考え始めます。スウェーデンでは60%以上の子どもたちが何らかの形のデイケアに通っています。デイケアセンターは政府によって運営され、費用もすべて政府が出しています。月曜日から金曜日まで、昼間、夜まで11時間開いています。親が在宅の場合とか、親が失業していて今家にいるというような状況の子どもたちでも、ほかの子どもと出会って刺激を受けることが発達上大きなプラスになります。そういう子どもたちのために、デイケアとは別にいろいろなプログラムが用意され、参加できるようになっています。これを私たちはオープンな幼稚園と呼んでいます。

### (4) 親の育児休業制度

子どもが生まれると子どもの母親か父親のいずれかは1年間の育児休暇をとることができます。その間、それまで受け取っていたサラリーの75%をこの育児休暇の間受け続けることができ、このお金はすべて政府の保険から出るもので、企業はその負担をしなくてもいいわけです。スウェーデンのほとんどの子どもたちは、出産後1年間は親のどちらかが一緒にいて子どもの面倒をみるという形態をとっています。本当に少ないケースですけれども、親の両親が面倒をみるケースもはありますが、ほとんどの場合は1歳になるまでは両親のどちらかが子どもの面倒をみて、1歳になってからデイケアに入るのが普通です。子どもが12歳以下の場合、子どもが病気になったときは、両親のいずれかが家にいて、そして育児休暇のときと同じように75%の収入を得ることができます。これは長期にわたって子どもが病気になった場合でも同じです。子どもが病弱でしょっちゅう病気になるような場合でも、このシステムは1年間に120日まで使えます。

スウェーデンでは7歳以下の子どもを持つ親の70%が働いています。しかし、その人たちの多くはパートタイムか、または週に何日かといった働き方をしています。私はここで、皆さんにあることを打ち明ければなりません。私は、この育児というのは男性と女性がともに担う責任だと思っています。今、女性がこれだけ外で働くといった状況が一般的になってきている中で、子どもが病気になったときにその子どもの面倒をみるのは、男女の両方が担わなければならないと思います。私は、ここで打ち明ければなりませんと申し上げたのは、スウェーデンでは男女の両方が一緒に担っているということを言いたいのですけれども、実際はそうではありません。スウェーデンでは姿勢の面ではかなり男性もそのことを理解しています。しかし、実際はどうかというと、やはり女性が外でも仕事

をし、そして家の中の仕事も担い、そして子育てもかなりの部分を担うというのが現実です。スウェーデンの男性は、恐らく日本の男性よりも家の中の仕事をたくさんしていると思いますが、それでも私はまだまだ道のりは長いと思っています。これは家族に対する考え方とか、家族の中での役割のとり方が変わっていくには非常に長い時間がかかるという一つの例です。

最後のポイントに移りたいと思います。

## 5. 精神的な問題を抱える母親へのケアについて

母親たちに精神的な問題がある場合の対応についてお話しを続けます。子どもを妊娠し、出産していくプロセスの中で親が精神的な状態に陥る場合があります。この出産の時期に女性が高いリスクで精神的な状態になることはご存じのことと思います。妊娠以前からあるいは出産以前から精神病を罹患している女性では、出産の時期や出産後の子育ての時期に精神病院で治療を受けなければならないということもあり得ます。スウェーデンでは、親が精神病院で子どもと一緒に入院する、あるいは親が治療を受けている期間に子どもが同じ場所で生活をするような体制はありません。ですから、母親が精神病院に入院しなければならない場合は、子どもは母親から離されて父親かまたはほかの人によって育てられることになります。

### (1) 精神的な問題を抱える母親に対する治療

しかし、このような母親は精神面の治療や回復のために多くのサポートが必要となった時、自分が病気になったことに対してあるいは子育てができないことに対して罪の意識を強く持つようになります。ダニエル・スターンも言っていますけれども、そういう罪の意識を乗り越えていくようなサポートが必要になってきます。

出産によって精神的な問題を抱えることになる母親たちに対しては、いろいろな対処の方法が考えられます。母子二者関係のカウンセリングや治療が考えられますし、または同じような状況の人たちをグループにしてグループケアということもできます。

### (2) 母親のグループ治療について

私はノルウェーにおいても子どもの相談にかかわっていますが、そこでは精神病に陥った母親と赤ちゃんのための回復のプログラムをおこなっています。このプログラムには父親も積極的に参加してもらいます。というのも母親が精神病で入院し、子どもから離れている場合、子育てを父親が担う場合が多いからです。この場合のグループセッションは、多くの場合少人数で行います。その赤ちゃんと母親たちが3人から4人で一つのグループとなり、そして2人のセラピストが加わります。小さいグループで行うことが非常に重要です。その理由は、精神病の回復段階にある人たちはいろいろな不安とか、さまざまなニーズがありますので、小さいグループで十分にそのようなニーズが受けとめられ、回復をめざしてゆくことが重要だからです。このグループでは、1週間に1回程度、3人から4人の人たちが一緒になってグループセッションをしますが、1週間に1回のグループセッションのほかにそれぞれの人たちはニーズに応じて個別のセッションをセラピストとの間で持つこともできます。

このグループセッションで何をやるんですかということをよく聞かれるのですが、このグループセッションに準備されたカリキュラムというのは一切ありません。ここで私たち