

が教えるということは何もなくて、みんなで一緒にご飯を食べたり、歌を歌ったり、お話をしたりといったことをしています。

スウェーデンでもこれと同じようなサービスがあります。グループセッションをしたり、またはグループで活動するということがそのものがセラピーであるというようなグループセッションがあります。スウェーデンのグループセッションは、1日4時間から5時間のセッションを週に3回ぐらいやるといった、もっと集中的なものです。私が関わっているところでは1週間に1回のセッションですが、一つのグループが1週間に1度出会うということにすれば、もっとたくさんの人たちのグループを並行して行うことができます。こうすればたくさんの母親と子どもたちを治療することができるからです。多くの場合、このグループ治療の期間というのは、9カ月から1年です。これはスウェーデンで集中的に行っているものと同じ期間です。

### (3)グループ治療と個別治療

ときには、グループに参加したくないという母親もいますし、またはグループに加わったものの人間関係がうまくいかなくなってグループはやりたくないという人もいます。こうした場合にはセラピストと個別のセッションを行います。セラピストと母親の個別のセッションは、より伝統的なカウンセリングとかサイコセラピーのセッションとよく似ています。ここで重要なのは、このセッションには必ず赤ちゃんと一緒に参加しているということです。

このセッションに赤ちゃんと一緒に参加しているということの重要性は、セッションを通してこの子どもにとって母親であるということはどういうことなのか、またその赤ちゃんにとって自分が母親であるということはどういうことなのかというのを認識していくことです。ですから、赤ちゃんと自分がいるところに、経験の豊かなそして信頼できるセラピストと一緒にいるという経験を持つことによって、今度はそのセラピストがいない、赤ちゃん自分だけが対面するときにも、ちゃんと赤ちゃんとかがかわれる、そういう自信をセッションの中でつけていくということになります。

ただしこのセッションの中では、その赤ちゃんと母親だけがいるのではなく、「赤ちゃん部屋の幽霊」というような存在が出てきてセラピーが中断されたり、影響を受けることがあります。この「赤ちゃん部屋の幽霊」というのは、そこには実際には存在しないけれども、母親にとっての過去のいろいろな記憶、思い、経験の中から幽霊的な存在というのがあらわれることを言います。そしてそのような存在によってセラピーが影響されるといったことがあります。

このようなことが起こるのは、多くの場合、赤ちゃんの行動や表情とか、そういうものがこの母親の過去のいろいろな記憶を引き出すからです。赤ちゃんのたてる音とか、ノンバーバルな笑いとか表情とか、そういうものすべてが引き金になって母親が押し込めてきた過去の記憶が出てくるからです。

このようなできごとを経験する母親たちは少なくありません。しかし、出産をした多くの女性は抑うつや気分の落ち込みを経験します。西洋の統計では、出産の有無や出産期にあるなしに関係なく、女性の実に10%から15%の人たちが抑うつや気分の落ち込みを経験していると言われています。どうしてこんなにたくさんの女性が抑うつを経験するのかについては、さらに1日程度の時間をかけて話し合いをしなければならないほどの大きな

トピックですが、しかし妊娠そして出産を控えている人たちの多くが、またこういう精神的な状態や抑うつを経験しているということも確かです。

#### (4)母親と抑うつ

妊娠や出産を経験する女性の多くがこのような抑うつやうつ病的な状態になりますが、この人たちに対する有効なプログラムはありません。しかし、できればそういうプログラムとかサービスをつくり出したいとは思っています。というのは、うつ病的な親のそばにずっといる赤ちゃんは、非常に大きな影響を受けるからです。非常に重いうつ病の女性に対しては治療をする必要がありますが、そんなに強度のうつ病ではない人たちの場合は、そのまま普通の生活が続けられるのが一般的です。そして、母親が一度も自分に対して笑ってくれていないとか、笑わない親と一緒に住んでいる子どもたちがかかなりの数います。母親が子どもに対して笑わなくなれば、そのうち子どもも母親に対して笑わなくなります。母親がこうした精神的な状態にある場合は、他の養育者が赤ちゃんに対して母親とは異なった感情的なかわり、その赤ちゃんに笑うようなかわりをするのが非常に重要になります。

#### (5)抑うつのカウンセリング・治療体制

先ほど述べたチャイルド・ヘルス・クリニックの看護婦は、このよううつ病状態にある母親に対してカウンセリングも提供いたします。このカウンセリングは非常に効果があって、十分な効果があらわれる場合が多いのです。それは、このカウンセリングというのは、サポートのネットワーク、どこかでだれかが自分をサポートしてくれているという感覚を母親の中に強めていくからです。このカウンセリングは臨床心理士によってスーパーバイズされています。

カウンセリングはどのように始まるかといいますと、多くの場合、看護婦が家庭訪問を開始した時や母親がクリニックを訪れた時に、「何かうかない顔をしていますね」というところから始めるわけです。このカウンセリングのセッションの中で何かを教えるとか、何かを導くとか、そういうことは一切しません。というのは、この母親は自分がいろいろするべきだけれども、できていないこととか、子どもに対する罪の意識とか、そういった感情でもう精いっぱいだからです。このカウンセラーの役割をとる看護婦は、ただ母親の話を聞くということをしします。

このような状態にある母親に対しては、看護婦が電話で連絡をしたり、または近くに行ったら立ち寄りというようにことを繰り返して、だれかがあなたのことを思っているんだよというメッセージを伝えるようにします。このチャイルド・ヘルス・クリニックの看護婦が非常に重要な役割を持っており、親になるためのサポートのクラスを企画し運営すると先ほど言いましたが、この親のサポートグループまたは子育て支援グループの中には、特に問題がない親のグループもありますし、それから特定の問題のある人たちと一緒にしているグループもあります。例えば未熟児の子どもを持つ親のグループ、またはシングルマザーのグループ、このような具体的に何か共通の課題を抱える親をメンバーにして運営される場合もあります。この子育て支援グループの中では、親自身が自分の役割が変化してくることをどのように受けとめているのかとか、自分の親との関係の変化、または仕事に戻っていくということについての問題などをみんなで話し合います。

#### (6)児童虐待対策法としてのアーガー法について

最後に、子どもの親が社会的に問題がある場合、または長い精神的な病気を患っている場合、あるいは子どもに対する虐待を繰り返し行っているというような場合には子どもを親から離して別な家庭を見つけるということも必要になってきます。

スウェーデンでは、アーガー法という法律があり、これはしつけなどの問題に対して、いかなる場合でも力を使って身体的な虐待を行うことを禁止している法律です。この法律は 20 年ほど前に施行されましたが、この法律ができたときに大人たちはこれで大人はしつけができなくなる、しつけができなくなったら子どもたちはやりたい放題になる、しつけをやられていない子どもが増えてやりたい放題になって、社会はめちゃくちゃになるといったような恐れを持ったのですが、実際はそうはなっていません。逆に、大人たちのしつけというものに対する考え方がこの 20 年間で大分変わりました。ですから、今現在はスウェーデンの一般的な市民の中には、どんな状況であってもしつけに暴力とか力を使うということは絶対によくないんだという認識が定着いたしました。

もし虐待の可能性が疑われるサインが見られる場合は、親と子どもを一緒に保護できる施設があります。そこに親と子どもを保護し、6 週間程度をかけて虐待の実態を調べることができます。この 6 週間の検査や調査をもとに、ある一定の評価が出され、その評価に基づいて、子どもを家族が引き取って家族と一緒に育てていくべきなのか、そうでないのかという判断が出されます。もし家庭に戻っていく場合は、親は継続的に子どものガイダンスやカウンセラーをする人たちやチャイルドケアをする人たちと継続的にコンタクトをとって、いろいろ報告をしたりカウンセリングを受けることになります。

このようなシステムのあるスウェーデンには子どもの虐待はないのではないかとと思われるかもしれませんが、社会的なシステムというのは 100%使えるわけではないので、まだ虐待ケースはあります。

スウェーデンではこのようなシステムのおかげで、ほかの国に比べて身体的、性的、そして言語による暴力といった、子どもに向けられる暴力は少ないとは思いますが、まだまだそういうケースがあることは否めません。しかし、私たちのような子どもにかかわる専門家にとって重要なのは、社会の中にそのような子どもたちをサポートするシステムをつくっていくことの必要性を広めていく、それが一番重要なことなのではないかと思っています。私たち子どもにかかわる専門家は、どうしてその子どもたちの親が大きなストレスを感じて愛する子どもを傷つけることになってしまうのか理解することが必要です。母親や親たちが必要としている精神的なニーズに対応するために、いろいろなレベルで専門家の知識と経験が融合されて投入される必要があります。そのために、私たちは国を越えてそして立場を越えて協力していく必要があります。

以上で私の報告を終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

## II. Pia Risholm Mothander 博士との協議

### 質問①：うつ病の母親への対応について

身体的には健康なので、社会的・心理的サポートが強調されてきた。重いうつ病の人へのカウンセリング的対応は効果がないが、うつ病的な人や軽症の人へは非常に効果がある。そのような対象の母親から子どもを引き離さないことがポイントだと思う。

看護婦がカウンセリングを担当して、その看護婦を臨床心理士がスーパーバイズするシ

システムで回している。全ての医療機関は政府が運営している。

#### 質問②：家庭訪問の可否の判断は

対象者が来て欲しいと思うかどうか判断の基準。2時間必要なときは2時間かけるし、声がけでいいときは、数分ですむ。ポイントはその人との人間関係がどうつくりられているかということ。1日中一人の人の所にいるわけには行かない。もっとたくさんの家庭に訪問したいが限度がある。書類の整理のための時間も必要。

看護婦、臨床心理士、医師と連携をとって、重症の患者を発見したら、次のステップに回している。

子どもを母親がどのように受け入れているかがポイント。また、子どもの様子も観察ポイント。笑顔の有無、体重の増加などを見ていく。

#### 質問③：訪問を拒否されたらどうするか

どんなに歓迎されてなくても、虐待の危険性を感じたら、面接の時間を取って欲しいということを伝える。それでも嫌だと言いついたら、クリニックと違って、介入する権限を持っている機関に介入してもらう事になるということを伝える。

母親の知らないところで、介入の話が進んで介入が行われると、その後の関係が大変になるので、十分な話し合いが必要である。

子どもが虐待のサインを出している場合は、歓迎される、されないの問題ではない。法律に基づいて相手の意思に拘わらず介入する。

クリニックの看護婦としては、出来るだけ話し合いで行きたいと思っはいる。

#### 質問④：アーガー法について

この法律でも身体的暴力について細かく定義しているわけではない。虐待の定義もあいまいなところがある。その辺の具体的な事よりも、全ての大人に対して躰について考えさせた事がこの法律の効果だったと思っている。

この法律では、子どもを尊重しているかどうか問われている。大人は子どもを躰なければならぬし、大人自身が怒りを表すこともある。しかし其の際に、子どもを尊重しているかどうか問われる。怒りを表すことと虐待の違いは、子どもを尊重しているかどうかである。

#### 質問⑤：出産時の体験の母親への影響について

出産時のショックは母親の育児行動に大きな影響を与える。出産という体験は自然の体験なので、人間が意図的にコントロールできるものではないと思っている。陣痛促進剤を使ったとしても、人によって効き方が違うので、そもそもコントロールは出来ないプロセスである。出産だけを切り離して考えるのではなく、妊娠、出産も子育ての一部として位置付けて行くことが大切である。

スウェーデンでは妊娠すると母子健康センターの助産婦が担当助産婦として決められる。この助産婦が妊娠から出産に至るまで一貫して担当する。(この助産婦は家庭訪問はしない)しかし、出産は病院で行うために、出産の際の担当者は違う人になる。

最近、経済的理由から出産のための小さな施設が閉じられて、大きな病院に統合されてきているが、いい事だとは思っていない。どこで出産をするかは、まだ妊婦が選ぶ事が出来る。

病院では見学時間が設けられており、施設の見学やスタッフとの面会ができる。一人で

行くのが不安な人は担当の助産婦さんと一緒に見学に行く人が多い。このようにしているのは、出産に対して気持ちの上で準備が出来ていれば対応能力が高くなるからです。しかし、出産に対する不安を担当の助産婦さんにも話していない人も出てくる。そんな時は、出産までに十分な心理的な準備が出来ないままに出産を迎えるということも出てくる。医療機関の中では心理的なケアが十分できないことから、心理的にも身体的にも準備ができていないので帝王切開が多くなる。医療機関としては心理的なケアを十分にするよりも切ってしまった方が早いので手術してしまう事が多い。本当に医療的な意味で帝王切開が必要なケースは多くない。スウェーデンでも産婦の恐怖から帝王切開による出産が多くなっている。

第1子のお産や医療的な処置を必要とするお産の場合は何日か病院へ滞在できるが、そうでない通常のお産は24時間以内に母子ともに帰宅する。第1子お産の場合は、1週間まで滞在できるが、多くの人は3～4日で退院する。母乳が出始めると退院する人が多い。

スウェーデンでは、ほとんどの父親が分娩に立ち会う。分娩に立ち会う事で、父親と子どものきずながより早く確立する。また、父親の分娩への立会いは、虐待の防止にも効果的であると認められている。分娩室で父親が出来る事はほとんどない。心理的に母親を支えたり慰めてあげたり、水を上げたりするくらいである。しかし、存在そのものが非常に重要である。男性にとっては、分娩に立ち会う事はとても強い体験で、ショックの大きい経験であり、また、これまでの経験と全く違うものである。

つまり、分娩においては女性が全ての中心になる。女性が全ての仕事をやっていて、男性は役割がなく何もしないでうろうろするしかない。このことは、女性と男性の関係を強くする体験でもある。お産直後の夜は、父親もクリニックに滞在できるので、その夜は家族が一体になれる。

最近の病院は、ホテルのような造りで普通の生活の状態に近い施設を作って、その側に医療が用意されているという施設も出来てきている。そこでは定期的な看護婦の見回りなどがなく、必要なときに連絡をしてきてもらうということなので、より普通の生活に近い状態で出産を迎える事が出来る。

母親と新生児が帰宅するとすぐ、チャイルドヘルスクリニックの看護婦と連絡を取り、看護婦が家庭訪問する。この初回の家庭訪問では、時間をたっぷり取る。

スウェーデンでは、40～50年前からお産前後のこのようなシステムが出来ている。お産直後に、チャイルドヘルスクリニックの看護婦が家庭訪問してくれるということは、誰もが知っていることである。妊娠中の担当助産婦とお産後の看護婦は、同じビルに勤務していて、スーパーバイズの臨床心理士も共通の事が多い。妊娠中から看護婦が声を掛けたり、お産後赤ちゃんを助産婦さんに見せたりする。

妊娠・お産・子育てを一つのプロセスとして捕らえて欲しい。しかし、現在のスウェーデンではお産だけがこのプロセスから外れている。

質問⑥：胎児とのコミュニケーションについて

妊娠期間中の母親と胎児のコミュニケーションはその後の母子関係を築いて行く上でとても重要である。母子のコミュニケーションは、おそらく妊娠以前に始まっている。それは、ごっこ遊びの中での人形への語りかけなどに見られる。そのようなコミュニケーションがお腹に胎児が入ることでより具体的になる。そして、胎児から反応が帰って来るよ

うになるとそれは現実のものになる。

先日、本間先生たちと一緒に食事をしていたとき、その中に妊婦さんが一人いたが、その人が食事中に急にナイフとフォークを置いて、俯いてご自分のお腹を見つめて手を置いた。それは母とお腹の中にいる子どもとのコミュニケーションの場面だった。このような妊娠中の胎児とのコミュニケーションは、出産後の母子のアタッチメント形成の準備として重要である。しかし全ての女性が胎児とコミュニケーションするということに準備が出来ているわけではない。身体の中で起きている事を否定しようと思う人もある。そんな場合は出産後の子どもとのアタッチメントの形成に大きな影響を与える。そのような事もあるので、妊婦の周囲にいる人は、胎児とのコミュニケーションを奨励することが必要である。

質問⑦：日本では妊娠したら病院へ行くことが多いが・・・

スウェーデンでは助産婦は立場の強い専門家であり、まず助産婦に相談する。助産婦は家庭訪問をしない。助産婦は妊娠した人のケアだけでなく、家族計画や性教育も担当している。学校の生徒がマタernalヘルスクリニックを訪問して、助産婦の話や話を聞くこともある。だから、妊娠したら助産婦に相談するという事は広く周知されている。妊娠検査も助産婦にしてもらうことができる。薬局で簡単な妊娠テストを売っているが、助産婦は無料だから多くの方が助産婦のところに行く。

妊娠後、最初の助産婦との面接には男性も一緒にマタernalヘルスクリニックへ行くことが勧められている。どんなに忙しくても最初の面接には男性も同席する。最初の面接では1時間以上時間を取る。その妊娠を継続するかどうか検討されなければならないので時間をたっぷり取っている。

質問⑧：しつけについて

しつけの問題は文化と関わっている。子どもへのしつけは、価値観や躾の方法と関わっており変化するのは大変である。100年前のスウェーデンでは、子どもの気持ちを考えることは必要ない事とされていた。子どもの気持ちは森の中にあると言われていた。子どもを躾するためにはどんな方法をとってもいい。躾をする際に子どもの気持ちを尊重しなければならぬなどとは言われていなかった。

アーガー法のことを考えれば、人間の価値観が変化して行くためには非常に時間がかかる、しかし、時間がかかっても意識は変わり得るということが分かるだろう。児童虐待の問題は、待ってられない。待ってられる事とられない事がある。児童虐待については、予防から介入・保護に取り組んでいかなければならない。また、虐待のある家族を支援していくことも大切で、あらゆるレベルで関わって行く事が大切である。

質問⑨：女性の成熟の度合いを促進するためにはどうするのか

親となるための準備がどの程度出来ているかということ。ドリームベイビーは男性と女性と一緒にイメージを作り上げていくプロセス。そして、このプロセスは赤ちゃんが産後も続くものである。たとえば社長になるだろうかとか野球の選手になって欲しいとか、ドラッグに手を出さないだろうかなど。ドリームベイビーは、胎児が動いたり母親が胎児とコミュニケーションする体験などを通して明確になっていく。

しかし、中には産後もファンタジーベイビーのイメージを持ちつづける人もいる。産後のリアルな赤ちゃんにファンタジーベイビーのイメージを当てはめようとするが、フ

アンタジーベイビーは現実とかけ離れているので、結局現実を受け入れられなくなってしまふ。それに比べて、ドリームベイビーは柔軟なイメージなので、現実折り合いをつけて行く事が出来る。

質問⑩：プリネータルケアに参加しない人や看護婦の訪問を望まない人への対応はどうなっているのか

まず、何故希望しないのかを調べる。アクセスできないのか、若すぎるのか、何か社会的不利な条件を持っている人なのか調べる。次に、その人が、どこにコンタクトをとって誰から情報を得て、誰を信頼しているのかを調べて、そのルートを使って情報を入れていくことをする。

日本では妊娠のケアが定着していないと思うが、なおさら情報とアクセスのネットワークを造る必要があると思う。

また、プログラムを魅力的にすることも大切な事だ。お説教や否定は妊娠中の人にとってプラスにならない。その人たちをサポートする雰囲気が必要。

スウェーデンでは妊娠・出産にかかる経費は国が負担しているが、日本はそこまで行っていない。この際このメンバーで国に働きかけることも検討したらいかがか。

## II. スーパービジョンについて

虐待に陥っている母親や、あるいはその予備軍とも言える育児不安の状態にある母親に対する援助としての治療的介入および母子治療はもっか最も力を入れなくてはならないテーマとなっている。欧米や北欧では乳幼児精神保健が発達し、専門的な治療や支援活動が進んでいる。Pia Risholm Mothander 博士は治療的介入や母子治療のスペシャリストの教育やスーパービジョンを専門としているため、宮城県中央地域子どもセンター（中央児童相談所）の心理判定員による治療ケースのスーパービジョンを実施し、スーパービジョンについての研修と検討を行った。以下にスーパービジョンを受けた三名の報告を記載する。

### 1. ケース1（担当 宮城県中央地域子どもセンター 川越聡一郎）

このケースは言葉の遅れを心配した両親が相談を希望した4歳の男児の事例である。相談を続けていく中で、言葉の遅れだけではなく発達全体に遅れがあること、自閉的な特徴があることが考えられた。しかし、親は子どもの発達の可能性を信じる中で、本児の障害を受け入れることができず、地元の保育所とも児童相談所の医師とも対立関係に陥ってしまった。私は、そうした親の気持ちをどう扱うかに苦慮しながらも、親との関係を継続する中で、親の方も徐々に子どもの姿をありのままに捉えることができるようになり、福祉的な制度の利用も考えるようになったという経過を辿っている。

#### (1) スーパービジョンでケースを紹介する

私が先生からスーパービジョンを受けたかったポイントは、①いかに療育の目標を設定していくか、②母親の攻撃性や葛藤に対する対応の仕方、③自分自身の自信のなさに対する対応であった。

事例について一通り説明した後、先生はゆっくりとお話を始めた。「スーパービジョンには質がある。事実の確認を行うような質問は答えるのが簡単である。一方、この子にとっ

て人生とは何だろうという哲学的な質問に答えるのは、とても難しい。私の行うスーパービジョンは一緒に考えていくスーパービジョンである。明確な答えを出せる訳ではないので、がっかりしないように。」とのお話であった。おっとりとした表情で、ゆっくりとした英語でお話され、聞いていて安心する語り口であった。

私が出した事例に関して、アプローチとして幾つか考えられると先生は指摘された。一つは子どもの発達について考えるアプローチ、もう一つは母親の気持ちについて考えるアプローチ。両方を考えるアプローチもある。先生は子どもについてと母親についてと、両方について考えてみようかと提案された。

## (2)子どもに関してのスーパービジョン

先生は、まず子どもについて色々と質問された。child smile (子どもが何に笑い掛けるか?) について、睡眠はどうか、お腹がすいた時にはどうやって訴えてくるか、小さい頃はどんな子どもだったかなど。そうした質問に上手く答えられない自分に気付く中で、いかに子どものことを親から語らせていなかったかということを感じた。また、子どもの生育歴の中で最低限確認しておくことを、自分はおざなりにしていたことが分かった。

先生は発達の過程の中では色々なことが起きており、そうしたことは確認する必要があると話された。母親が話し難い時には母親が話せるように励まし、子どものことをもっともっと話してできる雰囲気を作ることを強調された。子どものことをきちんと見ることはとても大事であり、それがよく分かるようになると、親のことも分かるようになると話された。

「子どもは母親に対して愛着形成をしている」と話した私の話に対して、先生は愛着形成という言葉は、厳密に使わなければならないと指摘された。「この事例の場合、母親は本当に愛着対象であるとは、簡単に言えない。familiar objectとは理解できるが、not personと理解しているかもしれない。そのレベルならば、好きな鞆、ジャケットというレベルと同じである。もしくは、easy objectと言ってもいいかもしれない。こうした場合、attachmentとは質的に違うものである。」と。

また、子どもが現在置かれている状態についても、お話された。「基本的なself-regulationが上手くできない子どもの場合、大変なことが多い。自分がこの子どもの立場に立てば、いかに大変かということ想像してごらんください。言葉も使えない、視線も合わせられないなど要求を伝える手段に乏しい時、本当に生きにくい生活を強いられていることが予想できるでしょう。」と。

## (3)親(特に母親)に関してのスーパービジョン

先生は、「子どもの臨床を行う時、親を支えることは非常に大切である。なぜなら、子どもの養育を保証しているのが親であるから。」と話された。そして、「お母さんが子どものことについて何を話すかは重要である。」と強調された。

先生はコミュニケーションのことを説明してくれる中で、療育の目標の設定と、母親からの攻撃性への対応に関して、以下のように話された。

①母親と子どもが目を合わせるということは大事な発達過程。更に大事なのは、母親が指さしをしてその方向を子どもが見ること。なぜなら、それはjoint attentionだから。心の理論でも話題にされている、他者の意図の理解、心の共有に繋がっていく。二つの異なった心が共有するという。言葉は確かにコミュニケーションとして分かりやすいものであ



るが、non-verbalなコミュニケーションがあることを理解しておく必要がある。それは発達のプロセスとして押さえておく。コミュニケーションを増やしたいという母親の意図に沿うというのは、verbalのみではないはず。

②セラピストは母親が子どもの動きをもっと見れるように働きかけることが大事である。

③療育の目標としてprogramを立てる時、子どもの全体像を捉えて、その状態に合った目標を立てることが大事。しかし、親の方の思いもある場合、どうするか？親は期待を変化させていく必要がある。親は今後子どもが周囲から援助を受けていくということを受け入れていくことが求められる。しかしそこには、拒否や否定の気持ちがどうしても伴うはず。その葛藤の中で、周囲に対する攻撃性が出てくる。

④親の攻撃性がセラピストに向かってきた場合、しばしば自分のせいではないかと考えてしまうことがある。しかし、冷静に分析してみると、それは親の不安な気持ちの投映として現れていることに気付く。

⑤父親の期待像と母親の期待像が違っている場合、それを変えるのは難しい。このケースの場合、母親と父親の受容の違いがある。保育所との対立があり、コミュニティに対する不信感もある。そうした中で生じる攻撃性は、クリニックに持ち込まれる可能性もある。その際、セラピストとしてはチームで働いているという立場は大事。今回の場合は、医師が悪い立場でセラピストが良い立場になっているが、いつも良い立場に立てる訳ではない。攻撃された時は一人だけで受けるのではなく、チームで共有することが必要である。

⑥セラピストは親のニーズに敏感であることが大事。「それは大事ですね。」と応じる。実際にできるかどうかは別であるが、その折り合いをどうつけていくかを、親と一緒に見つけていくのが、セラピストの仕事である。セラピストは子どもの小さな変化に気付くことが大事。小さな変化をセラピストと親で共有することで、親は自分を振り返ることに繋がってくる。

#### (4)セラピストとしての態度について

私の自信のなさに対して、先生は以下のような話しをしてくれた。

①私は三人の子どもの親であるので、一人の子どもの親の気持ちは分からない。我々は知的障害児や自閉症児や肢体不自由児を育てたことがないので、その親の気持ちははっきりと分からないかもしれない。重要なことは親に語ってもらうこと。私はあなたのことを理解しようとしているが、あなたも私にあなたのことを話してくれなければならないと伝える。自分の経験とは違うのだから、話してもらうしかない。

②親の相談業務に当たる時、アドバイスしようとしてはならない。人は不安な状態にある時、活動的になる。自分が語るのではなく、親にストーリーを語らせる。そのチャンスを親に与える。その中で親の方に気付きが出てくるので、それを支える。

また、精神的健康を保ちながら、相談援助に当たる秘訣として、sympathyとempathyのお話をなされた。「sympathyとempathyは違う。sympathyとは全面的に共感するという。empathyはあなたの気持ちは理解するが、同じ立場には立てないという気持ち。自分が分からないことについては、だからこそクライアントに説明してもらう必要がある。我々の仕事はempathyの気持ちでしっかりとやるのが大事。その上で、アフターファイブはその気持ちも仕事場に置いて、今度は家のことに向き合うことが大事である。」

最後に先生は、こんなお話をされた。「この親は障害を受け入れるか、受け入れないでい

ようかと迷っている。祖母の所に預けるか、自分が育てるか迷っている。スローペースで寄り添っていくこと。親の不安を聞いてあげること。答えは、きっと親が自分で見つけるはず。それを支えること。」

#### (5)スーパービジョンを受けて

このケースは、力動的な動きがある中で、私は悩み、自信を失いかげながら、何とか対応してきた事例であり、今も継続中である。私自身、毎回、毎回、面接をこなすことに精一杯で、そこに生じてきている状況について考察することはこれまでなかった。

先生は、親や子どもが置かれた立場、その中で出てくる攻撃性、セラピストとして感じる不安とその対処法など、構造的な視点と、心理的な視点を使いながら詳しく説明を下さったので、色々なことに気付かされた。

親の話にしっかりと耳を傾けることの大事さ、一人だけで臨床しているのではなくチームで行っているという視点、分からないということが基本でありクライアントから教えてもらうという尊敬の姿勢をもつことなど、セラピストとして大事な態度についても教えて頂き、本当に勉強になった。今後の臨床につなげていきたい。

## 2. ケース2 (担当 宮城県中央地域子どもセンター 片瀬 道)

このケース(2歳)は、当時通っていた保育所から両親に対して子どもの問題を指摘されたことで、母親が混乱し急速精健となったという経過をもつ。保育所から指摘されたのは、児が、入所当初より視線を合わせない、かんしゃくを起こす、オウム返しをするなどの行動が見られ、半年たっても目立った改善がないということであった。

母親は、「この子のことをおかしいと言う人がいる以上、心配だ。でも自分ではどうしたらよいかわからないから、教えてほしい。」と訴えるのだった。

精健には、両親と児の3人のみが来所し、母親の希望により、保育所からの同席は見合わされた。また、その後の継続的な面接は、母子のみが通所するという形で行われ、父が次に来所したのは終結時であった。

終結までの10回近い面接の中で、初めは児に対し混乱し、時に拒否的な態度を示していた母親が、じよじよに子どもを受け入れ、かつ、児の方でも母親を求めるようになり、母子関係が改善され、同時に当初の問題も消えていった。終結してから半年後に確認したところ、保育所での適応はよく、母子関係もうまくいっているということであった。

#### (1)スーパーヴィジョンでケースを紹介する

私が今回のスーパーヴィジョンのポイントとして考えていたことは次の二点であった。一点目は児に対して母親が示す攻撃性を面接の中でどう取り扱うか、二点目は面接の中で児が私に対して示す親密さをどう取り扱うか、であった。

スーパーヴィジョンは、継続して行われた母子面接の内容をPia先生に紹介するところから始まった。上記の二つの点にポイントを絞るために、経過の紹介は、初回から中期までを報告した。というもの、初回から5、6回頃まで、面接を重ねてはいるものの、私はこのケースをどう理解すればよいのかわからず、重苦しいものをセラピストとして感じていたからである。

時折先生は簡単なコメントや質問をする。たとえば、生まれた直後の児に母親が呼びかけた時のこと、児からの反応がないことに、母は耳が聞こえない子なのかと心配をするく

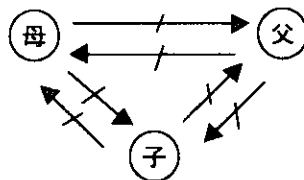
だりがある。私としては、新生児から明確な反応が引き出せなくても、母親が感じたような不安をもつということが極端に過ぎるような気がして違和感があった。先生からのコメントは「お母さんは反応をしてもらえないことで自分が拒否されたように感じたのかもかもしれませんね。」というものであった。

私がこの時感じたのは、面接の中で、クライアントが語ることに對してこういう返し方をしていくことが「よく聴く」ということなのだということだった。面接中に私は母親から違和感を感じ取ってしまった。だから児が生まれたときに母親が受けた感じを一緒に感じ取ってみようとしても、なかなかうまくいかず、実際には「あーそうなんですね。」という大変間の抜けた返し方しかできなかったのだと気づかされた。「よく聴く」というのは、ただ肯いて聞くことなのではなく、いかにその人の感情に合わせていくことが大事かということに改めて認識させられるコメントであった。

母親が生後間もない児を、家族に預けて働きにでてしまうというエピソードに関して、子どもに対する母からの攻撃性であると指摘された。私は、面接の中で、母親から児に向かって発せられる言動に攻撃的なものを多々感じていた。それは、2歳になって保育所に入り、そこで問題を指摘された最近のこととして考えていた。しかし実はそうではなくて、児に対する攻撃的な思いは、児が生まれて間もない頃からずっと引きずってきていることに気づかされ、すぐには向かい合えないように私が感じてしまっていた母親の混乱ぶりの根の深さを思い知らされた。

## (2)関係性を調べる

面接経過の全体に目を通したところで、先生は黒板に次のような図を描かれた。



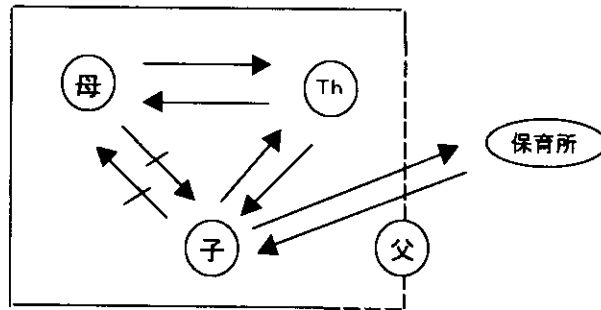
互いの関係、相手に対して思っていることを表にすると以下のようなになる。

子→母	呼ばれても反応をしない。無視する。訊かれたことに答えない。
母→子	バカな子。みんなと同じようにできない子。当てつける子。
子→父	こわがる。
父→子	遊び方が荒っぼすぎる。いうことをきかないと叩く。
母→父	子どもの世話をするのが下手で、すぐにやめてしまう。
父→母	俺よりできない、頭の悪いやつ。

これらは図の矢印で表されるように、互いの関係はどれも切れていることがPia先生から説明された。

図B

A 先生は引き続き、面接の場面での関係を図にしてみましたと言われた。



図Bの関係、相手に対する思いを前の図と同じように表にしたものが下記である。

子→母	呼ばれても反応をしない。無視する。訊かれたことに答えない。
母→子	バカな子。みんなと同じようにできない子。当てつける子。 この子のことは心配。大好きなのに大嫌い。
子→私	遊んで欲しい。
私→子	子のサインを読みとって応じる。なるべくは母にその役割をやってもらおうとする。
子→保育所	(良かったはず)
保育所→子	(良かったはず)
母→私	自分の話を聴いてもらえる。
私→母	押しつけがましいことを言わない。
(父	来所回数が少なく、面接という場面では周辺的な役割)

(3)「関係性がpatientである。」

ここで私が気づかされたことは、二つあった。

ひとつは、保育所のことである。Pia先生は、児が私に対しては関わりを持とうとする点を取り上げ、「この子が諦めていないのは、それまでの対人関係の中で何か良いものがあったはず。最初に見たように、家庭の中では父・母・子の三者の関わりがどれも切れているので、保育所できちんと関係をもってもらっていたと考えられます。」私はここではたと思い当たることがあった。精健を実施するに当たり、事前に申し送りされていた主訴とは異なり、生き生きとしていて周囲の大人と関わろうとするのが、児の第一印象なのだ。

先生は、さらにも言われた。「(そういう厳しい状況の中で諦めなかったのだから)この子は闘う子だ。」この一言は、まさにこの子をズバリ言い当てている。面接中に、父や母が呼びかけても児はすり抜けていってしまうことが多く、「私たちのことを無視するんだから。」と、両親は繰り返した。しかし、そうした父母からの訴えとは別に、児は私に対して遊んで欲しそうにし、幼い表現ながら自分の要求を懸命にわかしてもらおうとした。そうした、面接の細部までを報告する前に、先生は、児が闘っていると表現された。児が何と、両親あるいは母親の中の何と闘おうとしているのか、それを明らかにすること

が私の課題になる。

そしてもう一点、先生から指摘されたのは、この関係そのものがpatientだということである。母親でもなく、子でもなく、この母子の間に交わされている関係そのものを問題とせよということだった。母子関係が問題とされるケースの場合、子どもの側にも育てにくさなどの問題があり、母の側にも何らかの問題があるのだろうという捉え方は、日頃からしているつもりでも、ともすれば、誰が悪い、何が原因とどこかで考えてしまいがちである。そうではなく、関係そのものを扱えと言われたことが、私には大変新鮮だった。

では、このように関係がpatientという場合、それをどう扱っていくかについて、次のような話がなされた。

まず、母子関係が始まったところに戻るというのである。始まりはどこだと思いますか？という先生の問いかけに、お腹の中にいる時？それとも子どもをもとうと思った時？と答える私に、先生が言われたのは、母親が自分の母親とどういう関係にあったか、どういう育てられ方をしたかにあるというのだった。つまり、母親がその母親とどうattachmentをもっていたかにかかってくるというのである。親として子育てに使える元手がそこにはある。元手とは「親が自分にしてくれたこと」であり、「あなたはどう育てられたの？」と訊いていくことが“関係”を扱うことになるというのである。

#### (4)セラピストの役割

Pia先生はさらに付け加えて、「このお母さんは、(子どものことを嫌いと言ったりもするが)心配をしていることが、希望です。母親にとっても、子どもにとってもセラピストが希望の対象となっています。母親が自分自身のnegative feelingを面接で出すことができたのは、セラピストを信頼できたからです。お母さんは、我が子が自分の声に反応してくれないことで、子どもから拒否されたように感じ、また、自分の親からは、あんたの小さい頃のことなんか覚えていないと、やはり認めてもらえず拒否されたような感じをもっているわけです。上からも下からもされていた拒否を、セラピストからはされなかったことに意味があるのです。」

私はこの母親の、児へのambivalentな思いに圧倒されていたのだ。しかも、このケースに限らず、こうした母子関係に出会うと、「結局のところ、お母さんはこの子のことが嫌いなものね。」という、白黒決めてしまう見方をしていたことに気づかされた。それはおそらく、関係性を扱う場合にも同様のことが起きていたのだと思う。子どものことが主訴となっても、セラピストとしては母子関係を取り上げる必要を感じることは珍しいことではない。しかし、母親との間で、母子関係をテーマとしていこうとの認識を共有することが、時に難しいことがある。母親を責めることになりはしないか、と危惧してしまったり、また、実際に母親から「私が悪いのですか？」と言われてしまうこともある。

しかし、子どものことが好きなのも本当、嫌いなのも本当と、葛藤を葛藤のまま扱っていくことが、この「関係そのものがpatientである。」という視点をもつことで可能となると教えられたと、私は考えている。

#### (5)スーパービジョンを終えて

このケースは、最初に報告した通り、主訴が消えたために終結している。しかし、なぜ母親がある時期から急激に変化していったのか、私自身実はよく分からないまま終結を迎えていた。Pia先生に教えられて、私が無自覚にしていたことが明らかにされたことにより、

今後につなげていくことができ、大きな学びとなった。

関係性を取り扱う場合、図に描いたり、また、次に報告されるケース3のようにビデオを使ったりということが、クライアントとセラピストがテーマを共有する上で有効なことも今回の学びの一つだった。スーパービジョン以降の面接で、それらをさっそく取り入れているところである。

「セラピストが希望になること」—この言葉を実現させるために、よく聴くことが大切なのだと教えられたように私は思う。その過程の中でクライアントがセラピストに安全感をもちattachmentが作られるときに、母もまた我が子との間で安全なattachmentが築かれることになるのであろう。

### 3. ケース3 (担当 宮城県中央地域子どもセンター 猪又初恵)

このケース(2歳)は、精健でフォローしていたケースで、子どもの激しい自傷行為が問題となっていた。母子関係がうまくいかず、母親による心理的・身体的虐待があった。特にこの子どもは頭を床に打ち付けるなどの自傷行為が激しいということで、母親との面接の他に保育所と連絡を取りながらフォローしていた。

今回のスーパービジョンでは、保育所での子どもの様子を映したビデオと、母親との面接で分かった母親の背景などについての資料を用意した。私としては、子どもの自傷行為の意味を探りたいということが一番の目的であり、さらに、子どもが自分の感情をコントロールする力をどうやって身につけていくのか、その場合アタッチメントがどうその課題と関係するのかを知りたいと思った。

#### (1)ビデオに写った“出来事”を見る

スーパービジョンでは、まず最初に参加者全員でケースビデオを見た。

ビデオは子どもの保育所の様子である。最初、保育室で子どもは保育士と二人だけで落ち着いて遊んでいたが、しばらくすると他の子ども達の声が聞こえ、みんなが教室に戻ってきた。そして保育士が次の活動のためにおもちゃを片づけようとその子どもを誘うと、その子どもが暴れだすといった場面である。

先生は「ビデオを使うとセッションの中では見れなかった事を見ることができる。それも印象に巻き込まれないで見ることができるので、そこで何が起きていたのかを理解したり、このようなスーパービジョンにも役立つ。ビデオは細かいところを見ていくことができるので、子ども側からまた大人側から、どういうメッセージが送られているのかを実際の場面に即して検討できる。」と説明され、小刻みにビデオをストップしながら、その場面で起きている事を見ていった。その場では全く気づかない、また私たちにはあとでビデオを見たとしても見逃してしまう細かい動きが数多くとりあげられた。

映像のわずかな流れの中で、ビデオ児童センターの場面の刻み方は私の想像を遙かに超えるものであった。例えば次のような点である。( )はピア先生のコメントである。

- ・それまでその子に注意を集中していた保育士が、他の子ども達が部屋に入ってきたとたん他の子ども達のほうに視線を向けている
- ・子どもと保育士がいっしょに他の子どもたちのほうを見る
- ・子どもは固くなる
- ・子どもは保育士から離れていく(子どもは圧倒されている)

- ・子どもが「かして！かして！」と両手を合わせながら繰り返して言う
- ・保育士は子どもをしっかり抱いていない
- ・子どもは保育士のほうを見るが距離がある（分かってくれない）
- ・保育士は子どもを抱くチャンスを逃している
- ・子どもは保育士から離れるが必ず戻ってきている（アンビバレンスな気持ちでいる）
- ・物を投げつつも保育士の膝に手をおいている（「私の先生！」誰にも渡したくない気持ち）
- ・子どもは泣いて暴れ、疲れ果ててエネルギーがダウンしている
- ・赤ちゃんのような声を出している

これらについてその場面ごとに画像を止め、その時の子どもの気持ちにも言及しながら説明していった。

## (2)self regulationについて

先生はある場面でビデオを停止させ、その場面の子どもの行動に注目した。その場面では、子どもが泣きながら「かして！かして！」と言い、両手をあわせて保育士に訴えていた。保育士はおもちゃを要求されたと思って「明日、貸してあげるからね」と、もうきょうは終わりなんだよと言うことを子どもにくり返し伝えている。しかし子どもは、何度も同じ行動を繰り返すばかりで、あきらかにコミュニケーションがずれていた。

実はこうしたやりとりは面接場面でも、よく見られた。例えば、母親にだっこを要求しては「あっち、あっち」と泣きながら、指をさして行きたい方向を示す（かのようにするのだが）。そして言うとおりにしてやるとまた同じように別の方向を指さして「あっち、あっち」と繰り返すのであった。母親にとっては子どもが何を言いたいのか分からないので、子どものことが「いやになる」場面であったし、子どもにとってはいつも一人泣き暴れ続けなくてはならない場面であった。

先生はこの場面を見て、「これは自分で自分を統合しようとしている行動だ。この手を合わせている行為は、自傷行為と同じだ」と言われた。そして「子どもは無力感を感じている。どうやって助けを求めたらいいか分からない状況だ」と説明された。

この言葉を聞いたとき、私はまさに目から鱗が落ちたようで、これまでのもやもやした霧が一気に晴れるような感じであった。このself regulationという概念が、この子どもに長い間見られた自傷行為の意味をびったり表している気がしたのである。

私には、この子どもが自傷行為という痛々しい行動を通して、何を伝えたいのかどうしても分からなかった。子どもが自分の不満を表しているという解釈もできないこともなかったが、はっきりとした脈絡もない場面で頻回に起こるものだから「なぜここで故意に頭を激しく床にぶつけなくてはならないのか」という思いが消えなかった。

しかしビデオを見ての先生の説明を聞いて、私の中に「この子どもは自傷行為で意志を表現しているのではなく、必死で自分の気持ちをコントロールしようとしていたのだ」という思いが、一種の驚きと共に浮かんできた。

先生によれば、self regulation behaviorはある状態からある状態へ移行するときに見られる行動で、多くのことを抱えすぎるときに制限を加えて不安や、恐怖を統制するという。この行動には身体的自己統制と情緒的自己統制があり、前者は睡眠、空腹、のどの渇きなど生理的な部分に関係しており、後者は対人関係、社会性につながっていく、そして

この情緒的自己統制には愛着が大きく関与するということがあった。

私は今回 self regulation という概念を聞いて、他のケースの子ども達の「突然自分の手をかじる」「突然自分や他の子どもを箸で突く」など、以前から気になっていた行動が思い浮かんだ。他のケースについてもこの視点から再検討していきたいと思った。

### (3) Attachment と inner work model について

先生は、母子の attachment で大切な点として次の3点をあげられた。

- ①母親が子どものニーズに敏感であること
- ②予測しやすい関係であること
- ③信頼できるものであること

このケースについては、面接で明らかになった母親の背景についてもあらかじめ先生に伝えておいたのだが、先生はこのお母さんについて、子どものニーズよりも自分の不安が大きく、子どもにとっては母の行動が予測できず、信頼できない関係にあると話された。こうした関係からは将来様々な人との関係の基礎になる inner work model が作られにくいということであった。

子どもは信頼できる人との関係から inner work model を形成するが、信頼できる母親のもとでモデルが作られると、その子どもは secure child になれるということであった。このモデルが安定しないと問題は統合されず、断片化されてしまうということで、こうした子どもたちは危険なとき、逃げていいのか攻撃していいのか分からず動きが凍り付いてしまうということである。また成長していく中で、ひきこもりの問題が出たり、注目を得たいが故に他人に対してまた自分に対して攻撃的な行動をとるという問題を起こすこともあるということであった。

また、先生からこの年齢の子どもは母親との“関係のドラマ”を他の場面でも再現するというお話があった。このケースも、子どもにうまく関われない母親との“関係のドラマ”を保育所で再現しており、それだからこそ、子どもにつきあうのは大変なのだが、この保育士はよく忍耐強く子どもを受けとめようとしているという感想であった。しかし保育士は子どもに対して「あなたのことは好きだし、気持ちは分かるけど、こうやって先生を叩く行動は良くないよ」というメッセージを伝えなくてはならないと先生の考えを付け加えられた。

さらに先生は「治療にとって重要なことは母親を支援するということである」と話された。そのために、保育所ではその子どもの担当者が母親をも担当し、母親と保育士がよいコミュニケーションを保つことが重要で、そうすることによって母子の関係も改善されていくということであった。しかし、保育士は時には母親の話の聞いたり、また時には子どもをリラックスさせるためにしっかり抱いたりなど、仕事に自信を持ち続けながら親子に対応するのは大変な事である。だから、仕事に不安を抱えたときは保育士自身がスーパービジョンを受け、不安の解消を図る事が大切であるということであった。

### (4) まとめ

今回スーパービジョンを受ける機会を与えられ、多くのことを学ぶことができた。

虐待を含めた maltreatment の問題を扱う場合、母親の面接の重要性ということはかつてからいわれてきたが、母子の関係そのものを検討するという視点はまだまだ未熟である。今回のスーパービジョンを通して、ビデオを使うことでセッションでは見えない子どもの



行動や細かい関係性が具体的に見えてくるということが分かった。子どもの気持ちを全体的に漠然と捉えるのではなく、具体的な場面に即して何が起きているのか、特に関係性の中で何が起きているのかを詳しく見ていくことが重要であることを痛感した。

ピア先生によれば、ビデオの検討は権威のある人がいなくても、仲間で検討することで様々なことが見えてくるものだということであった。今後はビデオを通して関係性を見る視点を養っていきたいと感じた。

## 総合研究報告書

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次長

### 研究要旨

乳幼児期の虐待防止および育児不安の母親に対する支援を実際かつより効果的に行うために、次の三つの研究を行った。一つは、「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ついて」、二つ目は、「虐待の要因となる母子の Risk factor の相互関係の検討と予防」、三つ目は、「母子保健機関と児童福祉機関の役割分担と効果的連携のあり方」である。

研究班は、児童相談所の常勤精神科医師、児童福祉司および心理判定員を中心に、保健機関に従事する保健婦から構成した。

結果として、健診と事後措置である精神発達精密健康診査は予防的介入のための効果的な実際的な戦略として位置づけられる。乳幼児の発達チェックとしてのみならず母親のメンタルヘルス対策としても取り組むことができ、育児支援として関わることで大きな効果を発揮しうる。同時に、虐待のハイリスク要因としての、ハイリスクマザーおよびハイリスクチャイルドというカテゴリーを組み立てることができ、これらは母子手帳交付時あるいは健診時に把握できることから、虐待予防的に介入が可能であるばかりではなく、治療をめざした介入も行いうることが明らかになった。

虐待の実態について、4つの虐待形態が複雑に重なりうることを明らかにするとともに、ハイリスクマザーやハイリスクチャイルドの要因を統計的に分析検討した。二年次は、特に障害児の虐待の実態を調査した。健常児の場合よりも数倍のリスクがあることが判明した。また発生年齢も遅い年齢であることが示唆された。

母子保健活動と児童相談所の連携についての研究では、母子保健と児童相談所のそれぞれの援助のあり方や提供できる介入に違いのあることが明らかにされた。継続的かつ育児支援的に関われる母子保健の特性と法的及び危機介入的に関わる児童相談所の特徴を理解して連携・協力体制をとることが望まれる。

### 分担研究者氏名・所属施設および所属施設における職名

- |        |      |                           |
|--------|------|---------------------------|
| 分担研究 1 | 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次長 |
| 分担研究 2 | 細川 徹 | 東北大学大学院教育学研究科人間発達臨床科学教授   |
| 分担研究 3 | 安部計彦 | 北九州市児童相談所相談係長             |

## A. 研究目的

児童虐待は、社会の行く末に大きな影を落とす出来事である。児童虐待の増加は、親としての機能や親としての発達に深刻な問題が生じていることを示すだけではなく、虐待を受けた子どもが長じて思春期に至ったときのことや親になったときのことを考えると、虐待の増加ぶりは、これからの社会の行方に赤信号を灯すような現象となっている。また、生命を奪われる子どもの数も年々増加しており、一人の人間が親として成長発達するプロセスに大きな問題が生じている現実を示している。

本研究は、母親の精神保健と親としての成長発達に視点をおき、乳幼児期の虐待の予防と育児不安の母親のケアをテーマに行ったものであるが、1年目の研究は、乳幼児期の児童虐待の実態、虐待状況の分析、母親のメンタルヘルス、健診や精神発達精密健康診査に着目した予防的な介入のあり方、そして母子保健と児童相談所の連携・協力などについて検討してきた。2年目は、治療的介入と治療のあり方を中心にして危機にある家族の支援に応えるための母子保健のあり方と機関関連について、また母子保健と児童福祉の連携の実態と今後の課題について、そして虐待のハイリスクである障害児の虐待の実態について調査および検討を行った。

## B. 研究方法

児童虐待の実践に直結する研究を志向したことから、三つの分担研究班の一つは児童虐待の治療的介入活動の中心的な役割を果たす児童相談所の常勤精神科医師や児童虐待対策に長い経験を有する児童福祉司や心理判定員を中心としたメンバーで構成した。もう一つの研究班は、母子保健と児童相談所の連携・協力のあり方をテーマにしていることから、西日本地区の県や市町に活動の拠点を置く保健婦と、児童相談所の心理判定員で構成した。三つ目の研究班は、疫学的調査を中心にして児童虐待の実態を統計的に検討した。

先進的な母子保健活動を展開して諸外国の実際と比較することは不可欠であるので、子ども家庭総合研究推進事業の援助を得て、スウェーデンのウプサラ大学ピア・リスホルム研究員を招聘して共同研究を行った。共同研究の内容は、スウェーデンの母子保健活動の報告を受け、それをもとに包括的な母子保健活動のあり方を検討した。特に治療的介入をサポートするためのスーパービジョンについては、実際のケーススーパービジョンをもとに検討した。

また、主任研究者が所属する宮城県の児童相談所は、市町村母子保健活動と密接な連携のもとに精神発達精密健康診査制度を発展させてきた歴史があり、児童虐待あるいは育児不安の母親の支援にも深く関わってきた。この精神発達精密健康診査を児童虐待の対策との関連で検討した。また、平成13年に発足した宮城県子ども総合センターは、本研究のテーマを実践するような目的を併せ持つ機関であることから、子ども総合センターで行われてきた実践を検討することで本研究のテーマを検討した。

## C. 研究結果

**分担研究1 (分担研究者：本間博彰)：** 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

## 第1年次（平成12年次）

育児不安や乳幼児虐待の背景要因としての、育児期の母親のメンタルヘルスの問題および育児期の母親を取り巻く環境の問題を整理した。メンタルヘルスの問題については、産後うつ病をはじめとする精神面の問題があるが、結婚の時期のテーマや育児の時期のテーマという家族ライフサイクルの視点からも理解しなければならない。子育てに関わる環境の問題、特に支援する側の問題としては、育児がマニュアル化され、母親だけでなく支援に関わる援助者の理解もまたマニュアル化されたことは大きな問題である。適切な育児環境を構築する際には、母親の育児に対する思いや期待に比べて母親の現実的な取り組みがうまくいかないという、母親の行動と思考のずれについても考慮して支援を考えてゆく必要がある。

介入システムを検討整理した。虐待や育児不安に対する介入は、健診や精神発達精密健康診査システムを基本にすることになるが、このシステムは虐待の発見や育児不安の状態にある母親の支援を最も柔軟に行える。特に初期介入は市町村の母子保健すなわち健診の中で、児が示す問題行動と母子の相互関係を把握することから始められる。保育所や小児科臨床そして家庭児童相談室や子育て支援センターも初期介入の場となる。二次的介入は市町村母子保健が専門機関とどのように協同作業をするかにかかる。保健所が培ってきた障害児の療育教室などの経験を生かしたグループワークの実施、児童相談所との実際的な連携が開始される。市町村母子保健に対するコンサルテーションの実施や保育所の効果的な活用が、この共同作業の重要なメニューとして取り込まなければならない。

虐待状況のアセスメントと介入の戦略の概略をまとめた。介入の戦略的シエーマを5段階で整理した。このような視点、あるいは、このような見通しを持ち、母子保健活動を展開することが親や子に対してのより現実的な援助や指導となるものと考えられる。

それは、

- レベル1：市町村母子保健介入（事実の把握と親への関係作り：保健婦活動）、
- レベル2：第一次連携（コンサルテーション／スーパーバイズによる市町村支援）、
- レベル3：第二次連携（判定／指導セクションが治療的な介入／訪問による援助）、
- レベル4：第三次連携（児童福祉司による法的介入）、
- レベル5：第四次連携（ケアと治療による介入）である。

治療的介入の概略および自らが疲弊する可能性のある保健婦や保育士に対するサポートシステムの基本的な視点をまとめた。

最後に、母子保健担当者が育児不安や虐待ケースに取り組む上で理解を深めるためのいくつかの基本的な考え方について、文献的な考察をした。すなわちハイリスクの概念と産後うつ病そして家族ライフサイクルについてまとめた。

## 第2年次（平成13年度）

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を適切に行うためには、母子保健のあり方の質的な向上と展開を図る必要がある。具体的な取り組みとしては、乳幼児健診のあり方および健診によって把握されうるハイリスク母親とハイリスク児に対する援助活動の質的・技術的展開を推進することにかかる。この度の研究では、母子保健を母子のメンタルヘルスの視点から検討することでこの目的に寄与し、あわせて児童相談所の臨床経験や児童相談所で取り組まれてきた健診後の事後措置の一つである精神発達精密