

# 子どもの虹情報研修センター

日本虐待・思春期問題情報研修センター

## 紀 要 No.9 (2011)

- 発刊にあたって ..... 小林美智子
- 論 文 ・虐待による乳幼児頭部外傷..... 長嶋 達也
- 特別講演  
より ・優しい親になるには - 子ども虐待から  
マタレッセンスとパタレッセンスを考える..... 小林 登
- 研修講演  
より ・DV被害者へのフェミニスト・アプローチ  
およびコミュニティ・アプローチ..... 高嶋 克子  
・周産期における子ども虐待のリスク..... 佐藤 拓代  
・解離について..... 細澤 仁  
・子ども虐待における母子臨床..... 山下 洋
- 実践報告・  
エッセイ ・母子生活支援施設 倉明園の実践..... 大塩 孝江  
・つなぐ願い - 子ども虐待防止オレンジリボン  
たすきリレーへの思い・5 - ..... 増沢 高  
・原発事故・放射能問題と子どもの権利侵害..... 増沢 高
- 研究報告 ・児童相談所における児童福祉司スーパーバイズの  
あり方に関する研究（第2報）..... 川崎二三彦他
- 事業報告 ・平成22年度専門研修の実績と評価  
・平成22年度の専門相談について



# 子どもの虹情報研修センター紀要第9号発刊にあたって

子どもの虹情報研修センター長  
小林 美智子

子どもの虹情報研修センターは、ここに紀要第9号を発刊することができました。センター長としては喜びに堪えず、また紀要の発刊にあたり原稿をいただいた先生方には心より感謝申し上げます。

虐待による乳幼児頭部外傷は、診断が難しく死亡や重度障害をきたしやすいことが知られています。SBS (Shaken Baby Syndrome) という言葉は広く社会に広まりましたが、この概念の広がりと共に欧米では深刻な議論も生じており、わが国でも概念や用語をめぐる混乱が生じました。巻頭の兵庫県立こども病院の長嶋達也先生による「虐待による乳幼児頭部外傷」というタイトルの論文はこの問題を取り上げたものです。先生は厚労省研究班のメンバーとしてこの問題に携わってこられたお一人です。また、2010年7月から18歳未満の子どもの脳死臓器提供が可能となりましたが、虐待を受けて死亡した場合はこの対象から除外されるため、小児医療の現場では基準作成や虐待対応の院内体制の整備が求められることになりました。今回の論文ではこの新たな問題についても触れられています。

昨年の公開講座では、「子育てとやさしさ」をテーマとし、小林登名誉センター長からは「優しい親になるには一子ども虐待からマタレッセンスとパタレッセンスを考える」というタイトルで、母親や父親になる時期の重要性や、やさしさがなぜ乳幼児の心身を育むのかという科学的な根拠についてお話を頂きました。今回の「特別講演より」は、その内容を掲載したものです。「マタレッセンス」という言葉は、日本ではあまり使われておりませんが、「お母さんになる時期」を指し、同じように「パタレッセンス」は「お父さんになる時期」を意味しています。これまで長年にわたって子どもに関する学際的な研究に取り組みされてこられた先生の活動と、エレン・ケイの言った「子どもの世紀」を21世紀に実現したいという思いには心より敬服いたします。

センターでは昨年26本の研修を実施いたしました。数多くの講義や演習が行われたのですが、その中から4つの講義を取り上げて、編集掲載いたしました。東京女子大学現代教養学部の高畠克子先生の「DV被害者へのフェミニスト・アプローチおよびコミュニティ・アプローチ」、大阪府立母子保健総合医療センターの佐藤拓代先生の「周産期における子ども虐待のリスク」、相山女学園大学の細澤仁先生の「解離について」、九州大学病院の山下洋先生の「子ども虐待における母子臨床」の4つです。「DV」「周産期」「母子臨床」といったトピックは、いずれも子ども虐待の予防や支援と深く結びついています。子どもや家族の健全な育ちを支えていくために、重要かつ実践に役立つ内容豊かな論考ばかりです。解離の視点を持つことは、児童福祉施設において、心的外傷や愛着の問題を抱えた子どもたちの入所が増加する中、子どもの理解を一層深めてくれるでしょう。

エッセイとしては、母子生活支援施設 倉明園の大塩孝江先生が「母子生活支援施設 倉明園の実践」を、昨年引き続き、研修部長の増沢高が「つなぐ願い—子ども虐待防止オレンジリボンたすきリレーへの思い・5—」「原発事故・放射能問題と子どもの権利侵害」を執筆しています。

研究報告は、「児童相談所における児童福祉司スーパーバイズのあり方に関する研究（第2報）」から、「座談会」の部分抜き出して掲載しました。児童相談所の専門性を高め、適切な相談援助を行うために、児童福祉司のスーパーバイザーに必要とされるものについて、ぜひ参考にさせていただきたいと思えます。

昨年度の3月11日には未曾有の大震災が東日本を襲いました。子どもたちの傷は大きく、原発の問題は依然として収束の気配を見せませんし、放射能による子どもへの影響は、今後拡大する恐れさえあります。復興に向けた道の中、ともすれば見落とされてしまいかねない子どもの問題に対しても、当センターは子どもの権利を擁護するために真摯に向き合っていきたいと考えております。

来年度は子どもの虹情報研修センター設立から節目の10年目となります。しかし、子どもや家族を支援するための体制の整備や専門職の育成については、まだまだ課題が山積みの現状です。来年度は新たな10年に向けて、これまでの業務を振り返り、今後のセンターに求められる役割を考えていきたいと存じます。なお、今年度の11月にはセンターのこれまでの活動を評価され、光栄にも「子ども若者育成・子育て支援功労者・内閣府特命担当大臣表彰」を頂きました。これまでの9年間で、事業は大きく発展し関係諸機関から厚い信頼を得られていると感じます。多くの方の御理解・御協力に感謝するとともに、皆様の期待に応えられるようにセンター職員一同あらためて気を引き締めて励んでいく所存です。今後ともご支援をお願い致します。

## 子どもの虹情報研修センター紀要 No.9

# 目 次

発刊にあたって		小林美智子	
論 文	・ 虐待による乳幼児頭部外傷	長嶋 達也	1
特別講演より	・ 優しい親になるには — 子ども虐待から マタレッセンスとパタレッセンスを考える	小林 登	13
研修講演より	・ DV被害者へのフェミニスト・アプローチ およびコミュニティ・アプローチ	高島 克子	28
	・ 周産期における子ども虐待のリスク	佐藤 拓代	45
	・ 解離について	細澤 仁	71
	・ 子ども虐待における母子臨床	山下 洋	88
実践報告・エッセイ	・ 母子生活支援施設 倉明園の実践	大塩 孝江	110
	・ つなぐ願い — 子ども虐待防止 オレンジリボンたすきリレーへの思い・5—	増沢 高	121
	・ 原発事故・放射能問題と子どもの権利侵害	増沢 高	132
研 究 報 告	・ 児童相談所における児童福祉司スーパーバイズの あり方に関する研究（第2報）	川崎二三彦他	134
事 業 報 告	・ 平成22年度専門研修の実績と評価		165
	・ 平成22年度の専門相談について		192

# 「虐待による乳幼児頭部外傷」

長 嶋 達 也

(兵庫県立こども病院脳神経外科)

虐待による乳幼児頭部外傷は、外表所見からの診断が時に困難である上に死亡や重度障害をきたしやすいことから、身体的虐待のなかでも特異な位置を占めている。臨床的には硬膜下血腫、網膜出血、曖昧なあるいは外傷を説明できない病歴という特徴を高率に認めるが、外部所見に乏しいためしばしば虐待によるものか事故によるものかの鑑別が困難である<sup>(44)</sup>。複数の専門にまたがる医学的に複雑な病態であり、脳外科医を含む臨床医、法医学者、児童福祉関係者、司法関係者など広範な分野に関わる問題である。本稿では脳神経外科から見た頭部外傷としての側面についてその歴史的背景と概念を整理し、臨床診断上の問題につき述べる。また、2010年7月に小児における脳死臓器提供が可能となったことから、被虐待児を除外するという新たな問題についても触れる。

## I. 歴史的背景

### 1. 前史 (19世紀半ばから20世紀半ば)

19世紀半ばにはフランスのTardieu (1818-1879) は5例の乳児を含む32例の虐待による死亡例の法医学的検討を報告した<sup>(36)</sup>。その8年後には嬰兒殺に関する法医学的な著作において、子どもの身体的虐待の典型像である様々な色調の皮膚損傷、骨折、硬膜下血腫について記述し、虐待が保護者によって加えられたものであることも指摘した。しかしTardieuの観察は長い間受け入れられることはなかった。

19世紀後半から乳児に硬膜下血腫、眼底出血、骨折を伴う病態があることは認識されていたが、原因は特定されずに感染、栄養不良、静脈閉塞などの様々な病気の可能性が指摘されるのみであった<sup>(4)</sup>。原因に対する正しい認識を妨げたのは「親がわが子を傷つける」という事実を認めたくない「心理的、社会的な抵抗」を推測させる。また、1900年における米国でも乳児死亡率(1000出生あたりの乳児死亡)は133人と高率であり、20世紀前半までは原因に関わらず乳児の死は稀なことではなかったのである<sup>(4)</sup>。

### 2. Kempeによるbattered-child syndrome (被殴打児症候群) の確立 (1950年代—1960年代)

1962年米国の小児科医Kempeは、保護者からの暴力により多発的な外傷を負った児童達に対してbattered-child syndrome (被殴打児症候群) の医学的概念を確立した<sup>(32)</sup>。「多くは3歳未満の児童において、硬膜下血腫や異なる治癒過程にある説明のつかない複合的骨折、発育不全などがみられる場合、あるいは軟部組織の腫脹や打撲傷が存在する場合、外傷の程度や種類がその発生原因として説明される病歴と矛盾したり、突然死亡した児童については、被殴打児症候群を疑わなければならない」ということが概念の中心をなす。

1950年に30.46人であった米国の乳児死亡率は、1990年(8.81人)に10人を割り、現在は6.26人である。1950年に50.07人と米国の2倍であった日本の乳児死亡率は、急速に低下して1980年(8.75人)に10人を割り、現在は米国の半数以下の2.79人である(国連人口部門統計)<sup>(63)</sup>。乳児死亡率がある程度低下して初めて乳児の死亡原因として虐待に社会的な目が向け始められるのかもしれない。

### 3. Caffeyによるwiplash shaken infant syndrome (WSIS) の概念とその背景 (1970年代—1980年代前半)

被虐待児の医学的所見への理解が深まるにしたがって、外表面に明らかな虐待による外傷所見がないにもかかわらず、硬膜下血腫、網膜出血、骨折を含む特徴的な症候群をしめす例の病態をどのように説明するのかという疑問が生じた。

1971年、英国の脳外科医Guthkelchは被虐待児において硬膜下血腫は最もありふれた所見であるにもかかわらず、必ずしも頭部外傷の外傷所見を伴わないことから、殴打よりも揺さぶることにより繰り返し生じる脳への加速/減速が原因となっているのではないかという仮説を示した<sup>(21)</sup>。1972-74年に、米国の放射線科医Caffeyは、wiplash shaken infant syndrome (WSIS) として、乳幼児における硬膜下血腫、眼球内出血、多発性長管骨折とshaking (揺さぶり) による受傷メカニズムに新たな概念と診断名を与えた<sup>(11)</sup>。揺さぶりによる加速/減速機序 — wiplash (鞭打ち) 損傷の概念を取り入れた点で新しかった。

1960年代のモータリゼーションとともに急増した頭部外傷は当時の脳神経外科の主要な研究課題となり、生体力学的な頭部外傷研究から加速/減速による脳損傷の機序、反衝 contre-coupと直撃 coup による脳損傷、剪断損傷 shearing injuryなどの概念が確立した<sup>(50)</sup>。Ommaya (1969) らは交通事故によるむち打ち損傷により頭部には全く外傷がないにもかかわらず硬膜下血腫を生じた2症例を報告し、鞭を打つように頭部を前後に揺さぶる (回転加速度を与える) と脳表の架橋静脈が断裂して硬膜下血腫を生じたり、剪断損傷による脳挫傷を生じると報告した<sup>(51)</sup>。生体力学的な頭部外傷研究から得られた理解が、虐待による乳幼児の頭部外傷においてしばしば頭部外表面に損傷を伴わないにもかかわらず硬膜下血腫が生じる機序への説明として受け入れられていったのである。

1970年代後半のCTスキャン導入から1980年代前半にかけて、頭部外傷の診断精度が飛躍的に高まるとともに虐待による乳幼児頭部外傷の理解が進んだ<sup>(66)</sup>。臨床的には痙攣・無呼吸などによる発症、CT所見では薄い硬膜下血腫 (大脳鎌周囲の大脳縦裂内への分布が特徴的) の存在、網膜出血、高い死亡率という特徴が明らかにされた。

注意しなければならないことは、GuthkelchもCaffeyのいずれも揺さぶりを虐待による乳幼児頭部外傷の唯一の機序としてはいないことである。Caffeyの1974年の論文では、1例は杖で殴り殺されており、他の1例は揺さぶりの間に頭部をベビーベッドの柵に打ち付けられている<sup>(11)</sup>。Guthkelch (1971) の論文では虐待によると思われる3歳以下の乳幼児23例のうち13例に硬膜下血腫をともない、13例のうち8例では頭蓋骨折などの明らかな頭部打撲の所見を認めたが、5例では頭部への直達外傷の所見を認めなかったとしている<sup>(21)</sup>。

### 4. Shaken Baby Syndromeの概念の広がり混乱 (1980年代後半—2000年代前半)

Caffeyの報告以来Shaken Baby Syndromeという用語が再び論文上に現れるのは1980年代後半から1990年代にかけてである。CTの普及に伴い乳幼児の頭蓋内出血が診断される機会が増えたことや、乳児死亡率が10/1000人 (1%) を下回ったことも背景にある<sup>(63)</sup>。1990年代には英米両国で虐待による脳損傷により赤ちゃんが死亡したり重い後遺障害を残す現象に対して「揺さぶるという行為」に焦点を当てたShaken Baby Syndrome (SBS) という用語が大きく取り上げられて社会化した。PubMedでSBSをキーワードとして検索すると1990年半ばからの10年間に爆発的に論文が増加する (図1)。英米ではSBSに関連する裁判で専門家の意見が分かれて議論を呼んだことが社会的な背景にある<sup>(13)</sup><sup>(65)</sup>。やがてSBSという用語が「虐待による乳幼児頭部外傷」と同義に用いられるようになってきた。米小児科学会は、1993年と2001年に“Shaken baby syndrome”に関する報告を出して概念の整理を試みている<sup>(5)</sup><sup>(6)</sup>。

1987年にDuhaimはSBS死亡例13例全例に鈍的外傷所見を伴ったことから、揺さぶりのみで硬膜下出血や脳損傷が生じるという概念に疑問を呈している<sup>(14)</sup>。ダミー人形を使用した生体工学的な実験により、揺さぶり

に衝撃 (impact) が加わった場合の方がはるかに大きな力が加わることを明らかにし<sup>(54)</sup>、揺さぶりに加えて打撲すること (impact) の要素が加わることが重要であるとしてShaken/impact syndromeとすべきであるとした。一方、Hadley (1989) は、虐待による頭部外傷13例のうち頭部に直達外力が加わった所見のない死亡例が8例あり、そのうち6例を解剖した結果、1例に頭蓋への直達外力を示す所見、5例に脊髄硬膜外あるいは硬膜下血腫、脊髄挫傷の存在を示した<sup>(22)</sup>。これらの患児の年齢の中間値は3ヶ月であったことから、幼弱な乳児の一部には頭部への直達外力を伴わないwiplash-shaken機序により致命的な脳脊髄損傷をきたしうるとした。

英米では裁判における検察側と弁護側の専門家証人の間にしばしば鋭い対立が生じた。「赤ちゃんが保護者から虐待を受けて死んでしまう」というのも「無実の保護者が虐待の罪を問われる」というのもいずれもセンセーショナルな話題であり、裁判における専門家間の対立はマスコミの関心を引いた。裁判ではいつ受傷したか、あるいは外傷と症状の関係に関心が持たれ、受傷機序がshakingのみか、shaking/impactか、あるいは低い高さからの転落でSBSの症状が生じうるのか、網膜出血の診断的な意義などが問われるようになった<sup>(4)</sup> (52)。

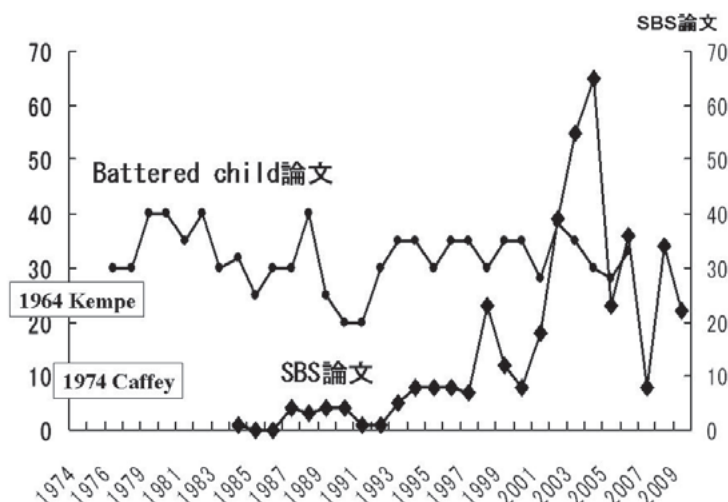


図1 Shaken baby syndromeに関する論文数の推移 (PubMed)

1990年代後半からSBS関連の論文・発表数が急増する。原著論文が少なく、綜説、letter to editor、コメントの類が多いのが特徴といえる。

## II. 概念・用語の混乱と整理

### 1. 本邦における変遷

日本の脳外科医の間では、従来から1歳前後の乳幼児が畳の上で転倒するような軽微な家庭内外傷によって生じる脳実質損傷を伴わない急性硬膜下血腫が存在すると考えられており、中村のI型頭蓋内出血と呼ばれてきた<sup>(45)</sup>。外傷機転は畳の上や床の上で、つかまり立ちやお座りをしていて後方に転倒し、後頭部を打撲することが多く、外力が矢状方向に働き、架橋静脈が破綻して出血すると考えられている。わが国の小児脳神経外科の教科書では<sup>(57)</sup>、急性硬膜下血腫を乳幼児硬膜下血腫、年長児急性硬膜下血腫、被虐待児に見られる急性硬膜下血腫の3型に分類しているが、乳幼児急性硬膜下血腫は中村のI型に相応している。Aokiら (1984) は乳幼児硬膜下血腫においても高率に網膜出血が認められると報告したが<sup>(1)</sup>、米国では家庭内の転倒などの軽微な頭部外傷では硬膜下血腫・網膜出血を引き起こさないとの考えが一般的であり、SBSが見逃されているのではないかという指摘を受けた。日本でいうところの乳幼児急性硬膜下血腫の月齢 (1歳前後) が欧米のいわゆるSBS (6ヶ月未満) に比して高いことから、重なりのある2つの異なった病態を見ている可能性がある。

日本では1990年代後半から「揺すぶられっ子症候群」「乳幼児揺さぶられ症候群」などの訳語が不明確な概念とともに一般化し<sup>(25)</sup>、偶発事故によりSBSが生じたとの報告も見られるようになった<sup>(17)</sup>。本邦における概念・用語の混乱や欧米社会における深刻な議論を受けて、2006年には厚生労働省の研究班 (18指-4、田村班) 内に虐待による頭部外傷 (いわゆるSBS) を研究するグループが結成された<sup>(46)</sup>。

## 2. 概念と用語の整理（2000年代後半）

2004年に英国のMinnsらは、「SBSという受傷機転を特定する用語を使用せずに、inflicted traumatic brain injuryやnon-accidental head injuryというgeneric term（一般名称）を使用すべきである」と提言した<sup>(43)</sup>。米国でも「“shaking”という言葉を使用することによって、投げたり、突き飛ばしたり、殴ったりする明らかな物理的な機序に対して目をふさいでしまうことになる。単に閉鎖性頭部外傷というのが最もふさわしい状態に対して、狭い意味を持つ“shaking”という用語を用いることは、予防策を考える時にも限定的になる危険を有する」という意見が有力になってきた<sup>(16)</sup>。

2009年に米国小児科学会は、「小児科医は、診断と医学的な発表において“Shaken Baby Syndrome”のように単一の受傷機転を意味する用語を使用せずに「虐待による乳幼児頭部外傷—abusive head trauma in infants and children」の用語を使用すべきである。」との勧告を行った<sup>(7)</sup>。わが国では2009年に厚生労働省の研究班（18指-4）が「虐待が疑われる乳幼児の頭部外傷の診断・治療・予防の手引きを」を作成している<sup>(46)</sup>。この手引きではSBSという用語が表題から注意深く避けられている。虐待による乳幼児の頭部外傷の受傷機序は多様であり、一次性脳損傷に二次性脳損傷（低酸素・虚血）が加わる複雑な病態であると理解されるようになってきたのである。

## Ⅲ. 疫学

### 1. 発生頻度

虐待による乳幼児の頭部外傷は、わが国においても決して新しい現象ではない。最も早い例はこども病院開設当初の1970年代前半にまで遡ることができる。兵庫県立こども病院脳神経外科の経験では、1980-88年の間に経験した乳児硬膜下血腫の19%が虐待によるものであり、その病像は現在経験されるものと大きく変わらない<sup>(34)</sup> <sup>(49)</sup>。欧米では頭部外傷で入院した2歳未満児の24%<sup>(15)</sup> から39%<sup>(62)</sup> が虐待によると推測されている。乳児期とくに6ヶ月未満の重症例・死亡例に限るとその多くが虐待によるものと考えられる。

英国スコットランド（人口509万人）の前方視的研究（1988-1989）では、虐待による頭部外傷の頻度は1歳未満のこども人口10万人あたり年間24.6人である<sup>(8)</sup>。同期間に19例発生し、年齢中間値は2.2ヶ月（4週-8.8ヶ月）であった。同時期にスコットランドで虐待により死亡した子どもは3例であり、そのうち1例が頭部外傷による死亡であった。カナダ（人口3200万人）における5歳未満の調査では、年間40例のSBSが発生し8例が死亡すると推定されている<sup>(35)</sup>。米国における虐待による乳幼児頭部外傷の発生率も類似した値を示しており、平均すると1歳未満のこども人口10万人あたり年間28.2人となる<sup>(33)</sup>。Graupmanは、米国（人口3億1千万人）における虐待による頭部外傷死は280-479人/年と推定している<sup>(20)</sup>。

日本における正確な発生頻度は知られていない。厚労省の調査では2009年度の1年間の虐待死亡49人のうち頭部外傷が死因であるのは15人（30.6%）であり<sup>(59)</sup>、6人は3歳未満であった。カナダの年間死亡数8人（5歳未満）とスコットランドの年間死亡1人（1歳未満）を人口比で日本に当てはめると31人と24人になり、日本の発生率あるいは捕捉率のいずれかが低いと考えられる。

### 2. 発症年齢、性別

カナダの調査（1988-1998）では<sup>(35)</sup>、5歳未満の364例の発症年齢中間値は生後4.6ヶ月（7日-58ヶ月）であった。Keenanらは月齢の中間値4ヶ月（2.5-8.0ヶ月）、平均値5.9ヶ月としている<sup>(29)</sup>。6ヶ月以下に多く、特に2ヶ月以下に多い<sup>(55)</sup>。虐待による乳幼児の頭部外傷の研究は3歳未満あるいは2歳未満を対象にされることが多いが、乳児期前半が最も危険な時期であるといえる。日本におけるこどもの虐待による死亡統計（平成23年第

7次報告)では<sup>(59)</sup>、2009年の1年間の虐待死例は49例(男28、女18、不明3)であった。3歳以下が38例(約80%)を占めており、中でも0歳児は20例(42.6%)であった。0歳児のうちでも過半数が6ヶ月未満である(図2)。わが国においてもおおむね3歳以下に発生し、乳児とくに6ヶ月未満に多い現象であることが推測される。年齢(月齢)特異性の臨床的意義は大きい。生後6ヶ月以降、特に1歳前後から運動能力の向上とともに家庭内での事故の頻度、多様性共に増すことから、虐待と事故による受傷との鑑別が難しくなる<sup>(65)</sup>。

男女比は、Graupman (23:13)<sup>(20)</sup>、Barlow (12:7)<sup>(8)</sup>、Keenan (21:13)<sup>(29)</sup>のように男児の死亡例が女児より多い傾向があることは日本と同じである。男児の方がよく泣くのが原因ではないかと推測されているが、信頼できる定量的な研究はない。

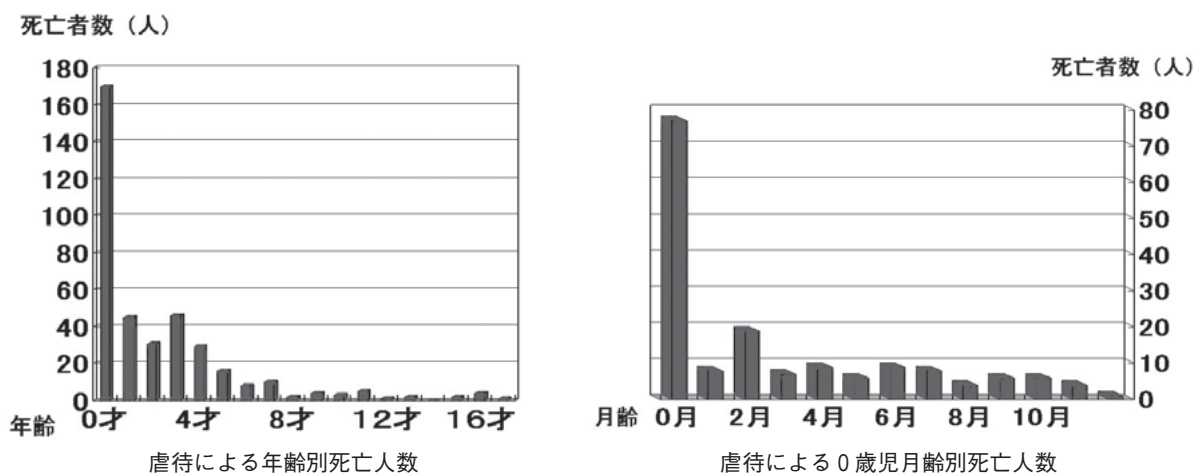


図2 虐待による死亡の年齢別・月齢別の特徴<sup>(59)</sup>

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について— 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 第7次報告(平成23年)(対象期間:平成15年7月1日から平成22年3月31日)

#### IV. 臨床診断上の問題

##### 1. 保護者から報告される受傷機転が信用できないこと

虐待による乳幼児頭部外傷が他の外傷や疾患と決定的に異なる点は、保護者から聴取される病歴や受傷機転に信用がおけないことである。最大の特徴は、CTスキャンで硬膜下血腫を主とする頭部外傷の所見があるにもかかわらず、頭部を打撲したという病歴が報告されないこと、家庭内の軽微な外傷であること、患児の月齢や重症度と報告された受傷機転が合致しないことである<sup>(35)</sup>。

厚労省研究班の調査では、虐待による2歳未満の外傷性脳障害25例において、親から最初に申告された病歴の84%は「外傷機転なし」であった。聴取された受傷機転として家庭内の転倒・低い場所からの転落が8%、殴打が4%であり、「揺さぶり」が報告された例はなかった<sup>(4)</sup>。スコットランドの調査では、98例のうち75%に受傷歴が聴取されなかった<sup>(55)</sup>。Hettlerは<sup>(23)</sup>、外傷性頭蓋内出血があるにもかかわらず外傷の病歴がないことは、虐待例では69.4%であるのに対して非虐待例では2.6%に過ぎなかったことから、虐待の特異性が高い(0.97)所見であるとしている。

受傷機転として「揺さぶりshaking」が聴取されることは少ない<sup>(37)</sup>。Duhaimeは48例のうち受傷機転として「揺さぶり」のみを挙げたのは1例(2%)、「転落あるいは打撲に揺さぶりが加わった」ことを挙げたのは10例(21%)であったとしている<sup>(15)</sup>。保護者から「揺さぶった」ことを聴取したことを根拠に受傷機転が「揺



さぶり」であるとする文献は少なくないが<sup>(60)</sup>、保護者から報告される受傷機転はいずれにしても突き詰めると真実かどうか分からない。フランスにおける112例の虐待による頭部外傷例を対象にして保護者から「暴力的な揺さぶり」が自白された29例に検討を加えた研究で興味ある点は<sup>(3)</sup>、自白のすべてが警察の捜査あるいは裁判の過程で得られたということである。病院では受傷機転を明らかにしなかった保護者が暴力を加えたことを自供することがあるが、捜査過程における自白や裁判の結果が有罪であることをもって自動的に虐待であると確定することには慎重でなければならない<sup>(24)</sup>。外国では司法取引、わが国でも受傷（加害）機転による量刑の変化などに影響を受ける可能性があることから、警察での捜査や裁判における尋問過程で得られた供述や判決をそのまま医学的な判断にフィードバックすることはできない。

「家庭内の低いところからの転落・転倒により重篤な頭蓋内損傷が生じうるかどうか」については欧米の裁判でも大きな問題となったため、それを論じた文献も多い<sup>(12) (53) (56)</sup>。結論のみを述べれば、「家庭内の低いところからの転落や転倒により重篤な頭蓋内損傷が生じることは稀である」とはいえる。しかし「家庭内の低いところからの転落や転倒により重篤な頭蓋内損傷が生じることはない、したがって虐待である」とすることは出来ない。頭蓋内損傷の程度は、頭部に回転する力が加わったか否か、床の性状、頭部打撲部位など複数の要素に左右されるため、転落した高さや重症度は必ずしも比例しない。発達段階を考慮し、受傷機転を具体的に聴取して頭蓋内損傷の重症度を説明しうるか否かを判断することが重要である。保護者からの受傷機転の聴取では、①具体性を欠くこと、②両親の間で異なること、③発達レベルと合わないこと、④途中で変化すること、⑤他人（近所の人や兄弟姉妹）に責任転嫁する、⑥聴取された受傷機転と外傷の態様・程度が合致しないことなどが虐待を疑わせる重要な要素となる。

## 2. 非特異的な症状による発症

食欲不振、嘔吐、傾眠、痙攣、無呼吸、頭囲拡大、発達遅滞などの非特異的な臨床症状を訴えることが多いために、虐待による頭部外傷が見逃されうる<sup>(30)</sup>。カナダにおける364例の分析では<sup>(35)</sup>、痙攣様のエピソード（45%）、意識障害（43%）、呼吸不全（34%）の3症状が非特異的な症状とされている。

米国における173例の3歳未満の虐待による頭部外傷の後方視的研究によれば<sup>(27)</sup>、54例（31.7%）は初診時に診断がつかず、診断までに要した時間は平均7日であった。見逃された例のうち15例（27.8%）が再受傷しており、22例（4.07%）は見逃されたためになんらかの合併症を経験している。見逃された後に死亡した5例のうち4例は早期診断により死亡を防げた可能性があったとしている。間違った診断名の上位3つは、①ウイルス性胃腸炎またはインフルエンザ、②偶発的な事故による頭部外傷、③敗血症のルールアウトであった。見逃しやすい要素は、生後6ヶ月未満であること、白人の子であること、両親とともに暮らしていること、症状が軽度であることなどが上げられている<sup>(27)</sup>。

## 3. 死亡例における受診時の症状

米国デンバー小児病院における虐待による頭部外傷による死亡36例を対象にした研究では、最も多い初発症状は無呼吸あるいは脈を触れないであった<sup>(20)</sup>。頭部外傷を訴えたのは1例に過ぎない。初診時の平均GCSは3.9点、75%はGCS 3点であり初診時からすでに深昏睡であり医学的・脳神経外科的になすすべのない状態であったとしている。Arbogast（2005）は4歳未満の外傷死亡例314例（1986-2003）のうち虐待による頭部外傷が死因であった121例（37%）を分析し、大部分（70-75%）は入院時GCS score 3を示したものの、2歳未満の13例（10.7%）が入院時GCS score > 7、3例（2.5%）が入院時GCS score > 12（lucid interval）であったことを報告している<sup>(2)</sup>。入院時の神経学的重症度は受傷から入院までの時間にも左右されるため、虐待による場合は受傷後に時間が経過して重篤になってから入院した可能性も考慮しなければならない。いずれにしろ死亡

例の多くは入院時にはすでになすすべのない状態であることが多いという事実は、著者らの経験にも合致している。一方、少ないながら死亡例でも受傷後にGCS score>12のlucid interval（清明期）がありうるということは、裁判において受傷時期を特定する上で問題となりうる。

#### 4. 網膜出血の診断的意義

網膜出血が偶発事故に合併することは少なく、虐待による乳幼児の頭部外傷に特徴的な所見であることは明らかである。米小児科学会は、健康であった5歳未満の小児の予想されない死亡、説明のつかない乳幼児突如性危急事態（ALTE）、眼症状を示す全身疾患の例は眼科に紹介するように勧告した<sup>(39)</sup>。一方、網膜出血をきたす力学的機序については必ずしも解明されていないし、個々の症例で網膜出血を虐待の診断根拠とすることの科学的な妥当性については議論が残されている<sup>(38)</sup>。重要な点は、①網膜出血を認めたときにそれを根拠に虐待による乳幼児頭部外傷といえるのかどうか（特異性）ということ、②虐待であるときにどれだけ網膜出血を認めるか（感受性）、③網膜出血の中でも特に診断価値の高い所見（特異的・診断的）というのがあるのかどうかという3点である。厚労省研究班調査では虐待例の64%、事故例の9%に網膜出血を認めている<sup>(46)</sup>。Bhardwajらによる20論文（971論文から抽出）のメタアナリシスによると<sup>(10)</sup>、虐待診断における網膜出血を含む眼球内出血の感受性は平均75%、特異性は平均94%とされる。両側性で高度な多層性の網膜出血が最も虐待に特異的であるとしている。

網膜出血の虐待特異性についての議論は広範である<sup>(38)</sup>。クモ膜下出血や重症頭部外傷に伴う網膜および硝子体出血はTerson症候群として知られている<sup>(9)</sup>。Medeleらはクモ膜下出血および重症頭部外傷（GCS3-10）で頭蓋内圧が20mmHg以上を示す22例の眼底を検索し、クモ膜下出血13例中6例（46%）、重症頭部外傷9例中4例（44%）に網膜または硝子体出血を認めた<sup>(41)</sup>。虐待によらない頭蓋内出血57例の眼底を検索した報告では、2例（4%）に網膜出血を認めた<sup>(58)</sup>。事故による小児頭部外傷525例の検討では、網膜出血の合併は稀であり、強い力が加わった場合のみに生じると報告されている<sup>(28)</sup>。一方、2歳以下の乳幼児の頭部外傷で交通事故に起因する18例の分析から、3例（18%）に虐待によるものと鑑別できない網膜出血を認めたとの報告がある<sup>(64)</sup>。家庭内で発生した事故による軽症頭部外傷で網膜出血が生じうるかどうかという疑問に対して、西本らは虐待が否定された3歳以下の急性硬膜下血腫例25例に検討を加えた<sup>(48)</sup>。年齢は平均8.5ヶ月（6-17ヶ月）であり6ヶ月未満はなかった。網膜出血を15例（60%）に認めており、9例は両側性であった。虐待否定の根拠に「再発しなかったこと」を挙げている点で弱いところがあるがよく計画された研究である。

## V. 画像診断上の問題

### 1. スクリーニング

American College of Radiologyは、2歳以下の乳幼児の頭部外傷は全例CTスキャンと全身骨検索をするよう勧告している<sup>(42)</sup>。急性期におけるCTスキャンは硬膜下血腫やクモ膜下出血、頭蓋骨折の検出感度が高い。Jaspan（2003）は虐待の疑われる小児頭部外傷のMRIを含む放射線学的診断プロトコールを示した— ①まず全身状態を安定させた後、頭部CTスキャンを行い生命の危険をもたらす粗大病変の有無および頭蓋内病変の診断をつける。②CTで異常なく神経症状も無ければ神経放射線学的評価は終える。③入院初日か翌日に全身の骨レントゲン検査（頭蓋を含む）を行う。④入院3-4日後にMRIを行い、薄い硬膜下血腫や脳損傷を評価する。可能な限り拡散強調画像を行い、微細な脳損傷を評価する。⑤受傷後10日目にCTスキャンを行い、水頭症や慢性硬膜下血腫への移行を評価する。⑥受傷後早期のMRIで異常を認めた場合には、2-3ヵ月後に経過観察のMRIを行う。慢性期のMRI所見は予後を予想するのに有用である<sup>(26)</sup>。

問題となるのは、小児救急の現場で呼吸障害やけいれん発作、ショックなどの非特異的な症状を訴えて来院した例で、頭部打撲の病歴が聴取されず、また頭部外傷を示唆する外部所見もない例に対する頭部CTスキヤンの適応である。非特異的症状の原因が明らかではない乳幼児の場合には、虐待による頭部外傷を鑑別診断に加えて頭部CTスキヤンを行う必要がある。

## 2. CT所見

結論をまず述べると、「虐待に特徴的 (characteristic) なCT所見は存在するが、診断的な (diagnostic) な所見というものはない」というのが筆者の考えである。虐待を疑う症例のCT所見を正しく解釈することは、偶発事故による頭部外傷、低酸素・虚血脳障害、代謝性疾患、出血性疾患などの広範な臨床経験を要する。

硬膜下血腫、脳挫傷、クモ膜下出血の存在が虐待による頭部外傷に最もよく認められるCT所見である。びまん性脳腫張を主体とするもの、一側性急性硬膜下血腫を主体とするもの、慢性硬膜下血腫を主体とするものに大別される (図3)。受傷からの時間経過により所見が変化するために多様な画像所見を呈する。びまん性脳腫張を主体とするものが半数近くを占めており、この特徴は英米の報告と大差ない<sup>(47)</sup>。びまん性脳腫張例は、受傷直後の低酸素虚血脳障害が病態に深く関与しており、重症例ではその程度が予後を決定する。いわゆるSBSといわれる4ヶ月未満に好発する脳損傷は、脳外科医が交通事故などによる頭部外傷として経験する病態とは明らかに異なる。頭部外傷というより低酸素・虚血脳損傷の臨床像と似ており、「硬膜下血腫と網膜出血を伴う乳児の脳症」<sup>(19)</sup>とでも呼べるようなCT所見を呈する。このような例は高度の脳萎縮に移行し長期生存した後に死亡することも少なくない。最近の法医学的な研究では<sup>(40)</sup>、1999-2010年の間に法医解剖された1歳未満の虐待による頭部外傷例5例に多発嚢胞性脳軟化を認めており、これらの例は受傷後17-933日の長期生存の後に死亡している。Gedess (2001) は虐待による頭部外傷で死亡した9ヶ月以下の乳児37例と他の原因で死亡した14例の乳児を比較検討し、非常に幼弱な乳児における虐待による頭部外傷に伴う主要な病理所見は瀰漫性軸索損傷ではなく低酸素虚血脳障害であると報告した<sup>(18)</sup>。頸髄、頭蓋頸椎移行部の硬膜外出血と脳幹の局所的な軸索損傷を11例 (30%) に認めたが、対照群では1例も認めなかった。頸髄レベルの過伸展屈曲が脊髄損傷をもたらし、それが臨床的な無呼吸の原因になったと考えられるとした。

外傷を説明できる受傷歴がないにもかかわらず大脳半球間裂の血腫、脳実質損傷、白質裂傷、びまん性軸索損傷、低酸素虚血脳障害の所見を認める場合には、虐待による脳損傷の特異性が高い。一方、CT所見のみによる診断の信頼性についての報告では、大脳半球間裂の血腫、脳挫傷、硬膜外血腫、クモ膜下出血、頭蓋冠の骨折のいずれも偶発事故によるものと統計学的な差が無かった<sup>(61)</sup>。

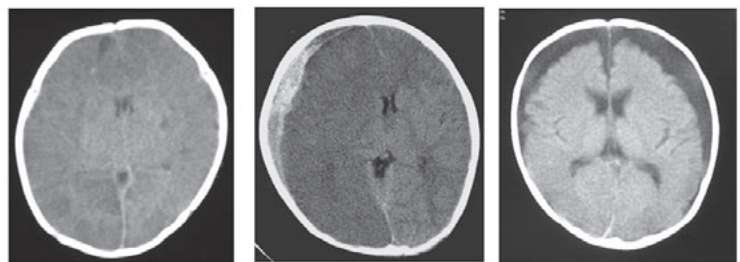


図3 虐待による乳幼児頭部外傷の3型 (CT所見)

- 左：瀰漫性脳腫張を主体とする型
- 中：正中偏位を伴う急性硬膜下血腫を主体とする型
- 右：両側性慢性硬膜下血腫を主体とする型

## 3. 骨折

乳幼児の虐待では頭部外傷が唯一の所見であり、頭蓋内損傷が重篤であるにもかかわらず他の部位の外傷所見を欠くことがむしろ多い。厚生省研究班の調査では、頭蓋骨折を認めたのは16%であった。スコットランドからの報告では、頭蓋骨折を伴ったものは26%、何らかの頭部への外力の所見を伴ったものが53%であった。

虐待診断における頭蓋骨折の感受性、特異性共に高くはない<sup>(31)</sup>。頭部の打撲歴が聴取されない例における頭蓋骨折の存在は虐待を慎重に除外しなければならない。5ヶ月未満では自分の行動で頭蓋骨折や頭部打撲が生じることは考えにくいので、頭蓋骨折の所見は強い外力が加わった客観的な所見として特に重要である。

厚生労働省研究班の調査では、頭蓋以外の骨折を伴う例は8%、頭部以外の皮下出血は20%の結果であった<sup>(46)</sup>。死亡例の検討でも<sup>(20)</sup>、頭部以外の外傷を認めたのは17%に過ぎない。大腿骨骨幹骨折の場合患児の運動発達レベルが重要であり、歩行開始前の大腿骨幹骨折は身体虐待を考えなければならない。乳幼児の上腕骨および大腿骨幹部に捻転するような力が加わって生じるらせん状骨折は、自然外力では起こりにくい骨折であり虐待による特異性が高い。虐待による肋骨骨折はどこにでも生じるが、肋骨後部骨折が多いとされる。このように虐待に特徴的な骨折というものが存在するということは重要であるが、その診断特異性にはおのずと限界がある<sup>(31)</sup>。

## VI. 脳死下小児臓器移植と虐待による乳幼児頭部外傷

2010年7月に「臓器の移植に関する法律（臓器移植法）」の改正が施行されて、15歳未満の小児からの脳死下臓器提供が可能になった。また、18歳未満の児童（児童福祉法第4条の定める）では「虐待を受けて死亡した児童から臓器が提供されることのないよう適切に対応」することが条件にされたことから、小児医療の現場は虐待除外の基準作成や虐待対応の院内体制の整備が求められることになった。

虐待による死亡例の中で脳死判定が問題になりうる例がどの程度あるのかということについては十分に把握されていない。厚労省の調査報告（平成23年第7次報告）によると、2003年から2010年の虐待による全死亡数は386人であった<sup>(59)</sup>。0歳児の全死亡数が170人（45%）と全年齢中で最多であり、その中でも0ヶ月は77人と突出して多い（図2）。小児脳死判定基準では「修正齢12週未満」が除外されていることから、0歳児のうち104人（61%）を占める3ヶ月未満児は除外される。3歳未満の死亡数292人（75%）から3ヶ月未満児を除くと188人である。一方、4歳以上は80人と数が少ない上にこの年齢層は虐待による頭部外傷の診断が問題になることは少ない。小児の臓器移植・脳死判定において虐待の除外が問題になりうるのが「虐待による乳幼児頭部外傷」に他ならないことが分かる。

直接死因として第1位の頭部外傷が約1/3を占めていることから、法的脳死判定の対象になりうる虐待による乳幼児頭部外傷死亡例は62例/7年間（8.8人/年）と概算できる。Graupmanは、虐待による乳幼児頭部外傷で死亡した36例のうち31例（86%）は脳死宣告と治療打ち切りがなされたと報告している<sup>(20)</sup>。3歳以下の乳幼児で実際に家族が承諾して臓器提供を前提とした法的脳死判定に進む可能性があるのはかなり稀であろうと推測される。

## VII. まとめ

虐待による乳幼児の頭部外傷に関わる医師は診断の不確実性、グレーゾーンの存在に悩まされる。保護者から聴取する病歴は信用できず、初診時から急性期にかけて患児と家族に関する情報は不十分であることが多い。時には退院した後に親の薬物中毒に関する情報が得られて驚かされることもある。司法解剖の結果を知らされることはなく、捜査の結果立件されなかったとしてもその理由を知ることもない。臨床医として確実な診断を積み重ねて診断精度を向上させることが本質的に困難な対象であり、「灰色の霧の中で最悪の結果を避ける」対応にならざるを得ない。

臨床現場における虐待による乳幼児頭部外傷診断の原則は「こどもの保護」であるため「疑わしきは虐待」

## ■ 論 文 ■

として対応することになる。不明瞭なあるいは年齢に合致しない受傷機転、CT上の硬膜下血腫、網膜出血、頭部以外の骨折や外傷など虐待を疑わせる特徴的な所見の重複を認めたときには、虐待にたいする「合理的な疑い」を持つことができる。「合理的な疑い」を持った場合には、児童相談所への通知を含める組織的な対応を進めなければならない。注意すべきことは「疑わしきは虐待」の考え方は過剰診断と背中合わせであることである。筆者らは親には毅然として対応する一方、「虐待者」のレッテルを貼って画一的な対応に陥ることのないよう配慮している。

一方、犯罪として司法対応がなされるためには「合理的な疑いを超える証拠」が求められる<sup>(3)</sup>。厳密な除外診断、現場検証、警察による捜査、司法解剖所見などから総合的に判断する必要がある、その原則は「疑わしきは罰せず」である。

両者の原則・目的の違いを理解した上で、臨床現場では「こどもの保護」を最優先する。専門家として司法に関わる場合には、虐待診断の特異性、医学的診断の限界に対する深い理解に基づく対応が求められている。

## 【文献】

- (1) Aoki N, Masuzawa H: Infantile acute subdural hematoma. Clinical analysis of 26 cases. J Neurosurg 61:273-80. 1984
- (2) Arbogast KB, Margulies SS, Christian CW. Initial neurologic presentation in young children sustaining inflicted and unintentional fatal head injuries. Pediatrics. 116(1):180-4. 2005
- (3) Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. Pediatrics. 126(3):546-55. 2010
- (4) Al-Holou WN, O'Hara EA, Cohen-Gadol AA, Maher CO. Nonaccidental head injury in children. Historical vignette. J Neurosurg Pediatr. 3(6):474-83. 2009
- (5) American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Shaken baby syndrome: inflicted cerebral trauma. Pediatrics. 92(6):872-5. 1993
- (6) American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics. 108(1):206-10. 2001
- (7) American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect; Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics. 123(5):1409-11. 2009
- (8) Barlow KM, Minns RA. Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. Lancet. 4:356(9241):1571-2. 2000
- (9) Bhardwaj G, Jacobs MB, Moran KT, Tan K. Terson syndrome with ipsilateral severe hemorrhagic retinopathy in a 7-month-old child. J AAPOS. 14(5):441-3. 2010
- (10) Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB, Moran KT, Martin FJ, Coroneo MT. A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. Ophthalmology. 117(5):983-992.e17. 2010
- (11) Caffey J: The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleeding, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. Pediatrics 54:396-403. 1974
- (12) Denton S, Mileusnic D. Delayed sudden death in an infant following an accidental fall: a case report with review of the literature. Am J Forensic Med Pathol. 24(4):371-6. 2003
- (13) Donohoe M. Evidence-based medicine and shaken baby syndrome: part I: literature review, 1966-1998. Am J Forensic Med Pathol. 24(3):239-42. 2003
- (14) Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wisner R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. J Neurosurg. 66(3):409-15. 1987
- (15) Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, Schut L, Sutton LN, Seidl TS, Nudelman S, Budenz D, Hertle R, Tsiaras W, et al. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. Pediatrics. 90(2 Pt 1):179-85. 1992
- (16) Duhaime AC. Editorial. Calling things what they are. J Neurosurg Pediatr. 3(6):472-3. 2009

- (17) 福島英賢, 森近省吾, 吉田幸一, 植田史朗, 子延俊文, 今西正巳, 奥地一夫: 日常行為が原因と考えられた Shaken-Baby Syndrome の 2 例 日本救急医学会誌 12:314-317. 2001
- (18) Geddes JF, Vowles GH, Hackshaw AK, Nickols CD, Scott IS, Whitwell HL: Neuropathology of inflicted head injury in children. II. Microscopic brain injury in infants. *Brain* 124:1299-1306. 2001
- (19) Geddes JF, Tasker RC, Hackshaw AK, Nickols CD, Adams GG, Whitwell HL, Scheimberg I. Dural haemorrhage in non-traumatic infant deaths: does it explain the bleeding in 'shaken baby syndrome'? *Neuropathol Appl Neurobiol.* 29 (1) :14-22. 2003
- (20) Graupman P, Winston KR. Nonaccidental head trauma as a cause of childhood death. *J Neurosurg.* 104 (4 Suppl) :245-50. 2006
- (21) Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J.* 22:2(5759):430-1. 1971
- (22) Hadley MN, Sonntag VK, Reigate HL, Murphy A. The infant whiplash-shake injury syndrome: a clinical and pathological study. *Neurosurgery.* 24(4):536-40. 1989
- (23) Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics.* 111 (3):602-7. 2003
- (24) Hyman CJ, Ayoub D, Miller M. Response to Vinchon. *Childs Nerv Syst.* 27(2):201; author reply 203-4. 2011
- (25) 伊藤昌弘: Shaken Baby Syndrome (揺すぶられっ子症候群). *小児科* 38:1589-1596. 1997
- (26) Jaspan T, Griffiths PD, McConachie NS, Punt JA. Neuroimaging for non-accidental head injury in childhood: a proposed protocol. *Clin Radiol.* 58(1):44-53. 2003
- (27) Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA.* 17:281(7):621-6. 1999
- (28) Johnson DL, Braun D, Friendly D. Accidental head trauma and retinal hemorrhage. *Neurosurgery.* 33(2):231-4. 1993
- (29) Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA.* 6:290(5):621-6. 2003
- (30) Kemp AM, Stoodley N, Cobley C, Coles L, Kemp KW: Apnoea and brain swelling in non-accidental head injury. *Arch Dis Child.* 88:472-476. 2003
- (31) Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta S, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ.* 337:a1518. 2008
- (32) Kempe CH, Siverman FN, Stee BF, Droegemueller W, Silver HK: The battered-child syndrome. *JAMA* 7:181:17-24. 1962
- (33) Kesler H, Dias MS, Shaffer M, Rottmund C, Cappos K, Thomas NJ. Demographics of abusive head trauma in the Commonwealth of Pennsylvania. *J Neurosurg Pediatr.* 1(5):351-6. 2008
- (34) 木村充, 坂本敬三: Child abuseによる硬膜下血腫 *Clin Neurosci* 6:80-82. 1988
- (35) King WJ, MacKay M, Sirnick A: Canadian Shaken Baby Study Group Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ* 168:155-159. 2003
- (36) Labbé J. Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl.* 29 (4):311-24. 2005
- (37) Leestma JE. Case analysis of brain-injured admittedly shaken infants: 54 cases, 1969-2001. *Am J Forensic Med Pathol.* 26 (3):199-212. 2005
- (38) Levin AV. Retinal hemorrhage in abusive head trauma. *Pediatrics.* 126(5):961-70. 2010
- (39) Levin AV, Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, Section on Ophthalmology. The eye examination in the evaluation of child abuse. *Pediatrics.* 126(2):376-80. 2010
- (40) Matlung SE, Bilo RA, Kubat B, van Rijn RR. Multicystic encephalomalacia as an end-stage finding in abusive head trauma. *Forensic Sci Med Pathol.* 7(4):355-363. 2011
- (41) Medele RJ, Stummer W, Mueller AJ, Steiger HJ, Reulen HJ. Terson's syndrome in subarachnoid hemorrhage and severe brain injury accompanied by acutely raised intracranial pressure. *J Neurosurg.* 88(5):851-4. 1998
- (42) Meyer JS, Gunderman R, Coley BD, Bulas D, Garber M, Karmazyn B, Keller MS, Kulkarni AV, Milla SS, Myseros JS, Paidas C, Pizzutillo PD, Podberesky DJ, Prince JS, Ragheb J; American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria<sup>®</sup> on suspected physical abuse-child. *J Am Coll Radiol.* 8(2):87-94. 2011
- (43) Minns RA, Busuttill A. Patterns of presentation of the shaken baby syndrome: four types of inflicted brain injury

■ 論 文 ■

- predominate. *BMJ*. 328(7442):766. 2004
- (44) Minns R, Brown JK: Neurological perspectives of non-accidental head injury and whiplash/shaken baby syndrome: an overview. In Minns AD and Brown JK (eds) : *Shaking and the non-accidental head injury in children*. London, Mac Keith Press, pp1-105. 2005
- (45) 中村紀夫, 小林茂, 平川公義: 小児の頭部外傷と頭蓋内血腫の特徴 第2報 急性・亜急性頭蓋内出血. *脳と神経*:785-794. 1965
- (46) 中村肇, 奥村真紀子, 長嶋達也. 厚生労働省・神経疾患研究委託費18指-4「虐待が疑われる乳幼児の頭部外傷の診断・治療・予防の手引き」. 2009
- (47) 長嶋達也, 他: 虐待による頭部外傷に対する包括的アプローチ—2歳未満児の検討. *小児の脳神経* 32:430-437. 2007
- (48) 西本博: 家庭内での軽微な外傷による乳児急性硬膜下血腫. *小児の脳神経*, 31:215-223. 2006
- (49) 及川奏, 坂本敬三, 小林憲夫: 新生児・乳児期における外傷性急性・亜急性硬膜下血腫の検討. *小児の脳神経* 15:283-290. 1990
- (50) Ommaya AK, Faas F, Yarnell P. Whiplash injury and brain damage: an experimental study. *JAMA*. 204(4):285-9. 1968
- (51) Ommaya AK, Yarnell P. Subdural haematoma after whiplash injury. *Lancet*. 2(7614):237-9. 1969
- (52) Parrish RN: Prosecuting a case. In Minns AD and Brown JK (eds): *Shaking and the non-accidental head injury in children*. London, Mac Keith Press, pp393-420. 2005
- (53) Plunkett J. Fatal pediatric head injuries caused by short-distance falls. *Am J Forensic Med Pathol*. 22(1):1-12. 2001
- (54) Prange MT, Coats B, Duhaime AC, Margulies SS. Anthropomorphic simulations of falls, shakes, and inflicted impacts in infants. *J Neurosurg*. 99(1):143-50. 2003
- (55) Rauth-Farley K, Fraizer LD, Parrish RN: Current perspectives on abusive head trauma. In Frasier L, Rauth-Farley K, Alexander R, Parrish RN (eds) : *Abusive Head Trauma in infants and children: A medical, legal, and forensic reference*. Louis, GW Medical, pp1-10. 2006
- (56) Reiber GD. Fatal falls in childhood. How far must children fall to sustain fatal head injury? Report of cases and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*. 14(3):201-7. 1993
- (57) 西本博 第8章頭部外傷, 坂本博昭, 山崎麻美編, 小児脳神経外科学, 東京, 金芳堂, pp679-780. 2009
- (58) Schloff S, Mullaney PB, Armstrong DC, Simantirakis E, Humphreys RP, Myseros JS, Buncic JR, Levin AV. Retinal findings in children with intracranial hemorrhage. *Ophthalmology*. 109(8):1472-6. 2002
- (59) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(平成23年第7次報告)  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/7-2.pdf>
- (60) Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotiak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 158(5):454-8. 2004
- (61) Tung GA, Kumar M, Richardson RC, Jenny C, Brown WD. Comparison of accidental and nonaccidental traumatic head injury in children on noncontrast computed tomography. *Pediatrics*. 118(2):626-33. 2006
- (62) Tzioumi D, Oates RK. Subdural hematomas in children under 2 years. Accidental or inflicted? A 10-year experience. *Child Abuse & Neglect*. 22(11):1105-1112. 1998
- (63) United Nations World Population Prospects report . List of countries by infant mortality rate.  
[http://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_countries\\_by\\_infant\\_mortality\\_rate](http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_infant_mortality_rate)
- (64) Vinchon M, Noizet O, Defoort-Dhellemmes S, Soto-Ares G, Dhellemmes P. Infantile subdural hematomas due to traffic accidents. *Pediatr Neurosurg*. 37(5):245-53. 2002
- (65) Wilkins B. Head injury--abuse or accident? *Arch Dis Child*. 76(5):393-6; discussion 396-7. 1997
- (66) Zimmerman RA, Bilaniuk LT, Bruce D, Schut L, Uzzell B, Goldberg HI. Computed tomography of craniocerebral injury in the abused child. *Radiology*. 130(3):687-90. 1979

# 「優しい親になるには — 子ども虐待からマタレッセンスとパタレッセンスを考える」

小林 登

(子どもの虹情報研修センター 名誉センター長)

## I. はじめに

11月は厚生労働省が決めた児童虐待防止推進月間、その公開講演会にお招き頂き有難うございます。大変光栄に思うと同時に、嬉しくも思っております。タイトルは、「優しい親になるには—子ども虐待からマタレッセンスとパタレッセンスを考える」に致しました。「マタレッセンス」あるいは「パタレッセンス」という言葉をご存知の方、いらっしゃいますか？あまり使われない言葉です。「アドレッセンス」(青年期)という言葉をご存知でしょう。それと同じような意味で、「マタレッセンス」「materescence」は、「お母さんになる時期」、あるいは「なること」、「パタレッセンス」「paterescence」は、「お父さんになる時期」、あるいは「なること」という意味ですね。日本では、あまり目にしませんが、お母さんになるとか、お父さんになるという時期は重要で、特に生命を直接バトンタッチする母親の重要性については、明らかです。

## II. 親になること、マタレッセンスとパタレッセンス

マタレッセンスとか、パタレッセンスという言葉を使って、医療人類学的にも親になる時期が重要と言いだした人は、ダナ・ラファエル (Dana Raphael) という女性で、子育ての医療人類学者です。文化人類学者マーガレット・ミードのお弟子さんで、大学で勉強している時、学生結婚をして、赤ちゃんが出来ました。なんとか良いお母さんになりたい、母乳で育てたいと、一生懸命努力したけれども、おっぱいが出ない、うまくいかない。そういう自分の苦い体験から、子育てに関心を持ち、医療の立場から

文化人類学的研究を始めようと思ったのです。フィリピンの中の山の中、アフリカの砂漠の中、あるいはポリネシアンの島々などの部落の中に住み込んで、世界各地の伝統文化の中での子育て研究ばかりでなく、ニューヨークとかの先進社会の子育ての問題を一生かけて調べ上げたんですね。それをまとめて、何冊か本を書いたんですが、そのひとつが「Breastfeeding, Tender Gift」です。

その昔、60年代の始めに3年程、私はロンドンに留学していたものですから、その後ヨーロッパに行く時はいつも、ロンドンに立寄って、勉強した病院や、よく行っていた医学書専門の本屋などを訪ねていました。1970年代のある年、ロンドンのその本屋で、その本を見つけました。それを読み、大変感銘を受けたんですね。こういう考え方でものを見ないといけない、すなわち医学・医療における文化人類学的発想の重要性を感じたのです。

それは何かというと、医者は、当然のことながら、医学・生物学的にももの考えますけれども、文化人類学的な発想は殆んどないわけですね。しかし、我々の見ている患者さんにも、それぞれの民族の文化、地域の文化、社会の文化、さらには家庭の文化というものがあつたのです。そういうものを考えて、医療はやって行かなければならないということ、この本を読んで勉強したのです。ですから、私は、その後はいつもそういう考え方をしようと思つて居るのです。

Danaさんは、母乳で子育てする時には、「Continuous Emotional Support」 「持続的に優しく、お母さんを勇気づける事」が重要だと言つたのです。それと同時に、「ドゥーラ」 「Doula」という言葉も紹介しています。ドゥーラというのは、女性が妊娠・分娩し、



つづいて母乳哺育も含めて子育てをするのを助ける人のことなんですね。後に述べますが、ギリシャ語でそう呼ぶのです。同時に、「マタレッセンス」(成母期)という言葉も、この本の中で紹介しています。

この本を訳して、ある出版社から出したんです。東大紛争後の頃で、女性も飛んでいた時代で、こういう考え方に強く抵抗したんですね。その上、本の表紙が非常に漫画チックになっているんです。「まじめな本なのに、どうしてこんな表紙にしたんだ」と、文句を言ったんです。結果は残念ながらあまり売れなかったのです。もし、これが売れていたら、皆さん方も、この言葉をとうの昔に知っていたんじゃないかと思います。

Danaさんは、チャーミングな女性で、私もお付き合いし、70年代から80年代の中頃まで、日本の文化にも関心持った事もありまして、ほとんど毎年、日本に来られたのです。残念ながら、最近ちょっとお体の調子が悪くて、おいではなりません、今でもメールのやり取りだけはしています。

その彼女が言い出したのは、どんな伝統文化の社会を見ても、生命のバトンタッチをする、すなわち妊娠、分娩、子育てをする重要な時には、女性の助け合いシステムがあり、その中心になる女性がいるということです。その女性がドゥーラなのです。そもそもは「奴隷」と言う意味で、あまり良い意味ではないんですけれども、ギリシャで女性のドゥーラというと、「子育てを助ける人」という意味で、尊敬される存在なんですね。そういう助け合いのシステムは、先進社会でも昔はあったし、伝統文化の社会では、今でも勿論あるわけです。しかし、先進社会では、そういうのがなくなっていったことが、おそらく今の子育て問題の原点にあるんじゃないか、と彼女は指摘しているのです。

日本では、どういう人がドゥーラ役をしていたか考えたことがあるのですが、お産婆さんだったと思うんですね。子どもの頃、お産のお世話をする家に鞆を持って入っていく姿を思い出します。お産の直接のお世話ばかりでなく、色々な意味で子育てのあり方を教えていたと思うんですね。そして、Danaさんは、どんな伝統文化の社会をみても、必ずそう

いう人がいる、そういう人を中心に女性同士の助け合いのシステムがある、とおっしゃるんです。

そのような助け合いによって、現在のような医学・医療がほとんどなくても、人類は長いこと、生命のバトンタッチがちゃんと出来たんだということです。先進社会ではそれが無くなり、それをやっているのは、産婦人科の先生であり、小児科の先生ですけども、その昔と全く異なった、ある意味では「ふれあいの少ないかたち」になっていると言えると思うのです。しかし、伝統文化の社会、あるいは、先進社会で昔は行われていたようなサポートシステムは、細かい所まで気を配って世話をする、心と心のふれあいによる子育てのサポートだったと言えると思うのです。先進社会では余りにも職業的になって、それがなくなってしまったのです。

広く見ますと、動物にもドゥーラはあるということです。例えば、メスのイルカ同士の助け合いシステムがあって、陣痛が始まると、メスイルカが集まって来て、お産しているメスを皆で取り巻いて助け、生まれてくる赤ちゃんを鼻で海上に押し上げて、空気を吸わせる様にしているのです。象も同じように、メスの象が集まって、出産する象の周りを取り囲んで、助けて合っていると言うのです。

優しい勇気づけのサポートが重要というDanaさんの指摘を考えると、現在の先進社会の中でも、女性の妊娠、分娩、育児の時に、そういった優しさによって生命をバトンタッチする女性を助けるような新しいかたちの体制が重要じゃないかと、私は考えるようになったのです。そういうものが社会から消えてなくなったことが、ある意味で言うと、子育て問題ばかりでなく、今の虐待問題にも関係しているとさえ考えているのです。

さて、虐待問題から考えて、このマタレッセンス、お母さんになること、パタレッセンス、お父さんになることを考えてみたいと思います。虐待する親には、子どもに対する思いやりだとか、優しさがないこと、さらには子どもに対して優しい心を持ってないから、虐待するんじゃないかと思うわけです。これは統計上には、優しさがある、ないというような調査はありませんけれども、厚労省の統計から見ると、

養育環境とか養育者の状況や、子どもの状況から見ると、優しさは類推出来ると思うのです。

例えば、養育環境では、地域からの孤立、また未婚の母を含めてのひとり親ですね、さらには転居して間もないとか、そして経済的不安などもあげられているのです。養育者の状況としては、養育者の性格だとか感情だとか、さらに育児不安とか。そして、子どもの状況では、特に未熟児ですね。それは、赤ちゃんを抱っこする機会がないことが大きな原因となります。また、発育の遅れ、双子、さらには、子どもの障害というような、子育てをむずかしくする要因もあげられていますね。そういうことがあるから、子どもに対する優しさの気持ちを持ってない所に、大きな原因があるのです。勿論、その親達は、そもそもそういう気持ちを持ってないような性格の人だということも関係すると思うんです。

また、世代間連鎖といって、虐待された子どもが、成人して親になると、子どもを虐待すると言うんですね。それは確かにそうなんですが、では必ず100パーセント虐待する親になるかという、どの統計を見ても、100パーセントというのはありません。調べた範囲以内では、一番多いので約50パーセント、少ないのになると約30パーセント。勿論一般人口の発生頻度から比べれば、5倍から10倍になります。こういう世代間連鎖を見ると、小さい時に虐待されても、その後優しい人に育てられる、いろいろなかたちで優しさを体験する、更には、虐待された子どもが大人になった時に「私は親に虐待されたけれども、絶対自分はそんな親にならない」というような知性・理性の心ですね。この知性とか理性と優しさが組み合わせられた心で物事を考えられるようになれば、虐待は連鎖しないのですね。したがって、必ずしも100パーセント世代間連鎖は起こらないことは明らかなのです。

これからも、優しさの重要性が言えると思うんですね。親は、優しい心があるからこそ、子どもの心を読み取ることが出来るし、そして、赤ちゃんが泣いたら抱っこするし、あやすといういとなみが自然に出来るようになるのです。それを、しつけだとか、教育だとかといって、常識的な範囲を超えた暴力的

な行動をとることになってしまうところに、その虐待者に心の問題があると考えerわけです。

### Ⅲ. 子どもに必須の「優しさ」を科学する

では何故、親は、優しい心を持ってないといけないんだ、ということを考えてみたいと思います。それは、子どもが育つのに優しさが必要だからです。特に、小さい子どもには優しさが重要だと思うんです。子どもが育つ姿は、「成長」と「発達」の2つに分けて考えなければなりません。体が育つ「成長」と、心が育つ「発達」の2つの側面ですね。体が育つには何が重要かという、良い栄養という物質ですね。しかし、心が育つのに何が重要かという、良い情報という姿かたちのないものなんですね。栄養も情報もですね、その子どもの体全体の遺伝子基盤の仕組みの力、すなわちプログラムを介して、体を成長させ、脳も大きくし、心を発達させているんですね。この2つを同じようなレベルで考えていくことが重要と思うのです。優しさが重要、特に乳幼児などの小さい子どもにとって重要だということは、色々な事例が沢山報告されていますけれども、学問的に誰が見ても科学的によく証明されている研究は中々ないんですね。残念ながら日本では特に少ない。そこで少々古くなりますが、いくつかの古い外国の研究を中心に紹介しましょう。

#### (1) ウィドーソンの報告

まず、ウィドーソン(E.M. Widdowson)が、1951年、イギリスの医学雑誌「ランセット」に発表した論文です。1951年というは第二次世界大戦が終わって間もない頃です。ウィドーソンは、オックスフォード大学の女性の栄養学者で、ドイツのイギリス占領地域にある2つの孤児院の子ども達の体重を調べて、大きな違いを見つけたんです(図1)。当時のことですから、イギリスだって十分に食料はありませんでしたから、アメリカから飛行機で、食料や色々な物資を運んで来るような状態だったと思います。

2つの孤児院、AとBとしますが、AもBも子ども達は同じ量の食事を取っていました。しかし、Aの

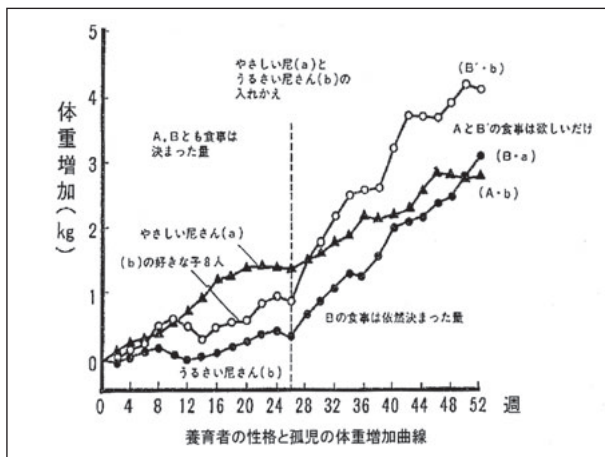


図 1

子どもの体重増加は、Bよりもはるかに良いということを見つけたんですね。調べてみると、Aは優しい、若い女性が子どもの世話をしていました。女性の方の中にも、電車の中で、隣に赤ちゃんがいると、すぐ「いい子、いい子」って手を振ったりするような、明るい性格の優しい人でした。この孤児院は、カトリックの施設なので、世話している女性は、全員尼さん (nun-sister) なのです。

ところが、Bの方は、うるさいおばあちゃん、いつもガミガミ言うわけです。ですから、子ども達は、上目使いに、そのおばあちゃんの顔をうかがいながら生活しているのです。したがって、同じ量の食事をとっていても、体重増加が違ってしまったのです。ところが、このうるさいおばあちゃんにも、好きな子が8人いたというんです。その8人は、体重増加が良くて、このAとBの子ども達の体重の真ん中程だったのです。それは、子どもの中でも、ニコニコと愛嬌も良く、素直に言うこともよく聞くような、いわゆる「良い子」がいますね。そういう子だったと思うんです。

そこで、Aのシスターが辞めることになり、ウィドソンはどうしたかという、このうるさいおばあちゃんに「あなたはBを辞めて、この好きな子8人を連れて、Aの施設に移り、前からいた子ども達と一緒に世話をしなさい」と指示したんですね。Aには、体重増加の良い子ども達が集まることになり、一方うるさいシスターがいなくなったBには、体重増加の悪い子ばかりが残ることになったのです。し

かしBにはAにいたのと同じような優しい女性を見つけて、その子ども達を世話させたのです。しかし、食事の量は全然増やしませんでした。一方、このうるさいおばあちゃんに移ったAの方は、うるさいおばあちゃん came からの理由で、食事の量を増やしたんです。

ウィドソンはオックスフォード大学の教授になるような女性ですから、頭がひらめいて、この実験のデザインをしたのです。そうしたら、ということが起こったかという、食事の量を増やさなくても、優しいシスターが来たBの施設で世話されている体重増加の悪かった子ども達は、どんどんと体重が増加して、Aの子ども達の体重増加をこえたのです。体重増加の良かったAの子ども達は、うるさいおばあちゃん came して世話したので、食事の量を増やしているにもかかわらず、体重増加がわずかですがスローダウンして逆転されてしまったんです。そして、うるさいおばあちゃんの好きな子は余計に食べるもんですから、体重増加がグンと良くなった。これは、科学的に見ても、非常にきれいな実験的な証明ですね。いかに、世話する人の優しい性格が、子どもの成長、すなわち体重増加に影響するかということ、科学的に立派に証明した研究なのです。

## (2) 母性剥離症候群、心理的虐待の事例

心理的な虐待状態の子どもにも、優しさを考える良い事例は沢山あります。特に、双子の場合は、優しさの果たす役割を考えるのに良いデータを示します。例えば、女の子と男の子の双子の場合、小さい時は身長・体重に男女差はないものなんです。母親は、男の子を可愛いと思えない。何故かと言うと、旦那に似てるからなんです。ところが、女の子の方は、自分の味方だと思って可愛がる。そうすると、同じ家庭で生活していても、体重増加や育つ姿に男の子と女の子で差が出て来たというデータが沢山あるんですね。これは心理的虐待あるいはネグレクトの事例ですから、ここにおいでの方皆さん方も、ご覧になったことがあると思うんですね。

では何故こういう風に育ちの違いが出てくるのでしょうか。図2は、神奈川母子保健センターの諏訪

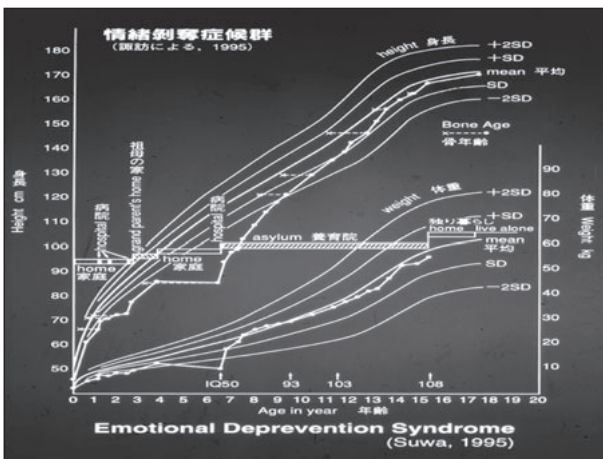


図 2

博士が20年間もフォローアップした珍しい心理的虐待の事例ですが、その中にその答えがあります。体重の増加、身長伸びが悪い時は、家において母親から心理的虐待を受けていた時なんです。母親は、この子をどうしても可愛く思えないんです。身長・体重の増加のよい時は、病院にいる時なんです、普通の子どもと全く逆なんです。それで、身長曲線も体重曲線も階段状になっているのです。3歳から4歳までは祖母に育てられ、身長・体重の増加もよかったです。4歳から6歳頃までの母親の元に戻された時から、身長・体重の増加が悪く、身長は1センチも伸びない、体重は低下したのです。

その時に成長ホルモンの分泌を調べたんです。成長ホルモン分泌検査というのは、インシュリンをちょっと注射して、そうすると血液の中に成長ホルモンが出てくるので、それを計って、どの位反応が良いかを調べるんです。直後は全然山が出てこない、注射をして120分間追いかけても、全然上昇しない。やっと45日目になって、1時間後にピークになる成長ホルモンの分泌パターンが現われ、3年後になって、やっときれいなピークが出て、正常なパターンにもどったことが明らかになったのです。成長ホルモンを分泌する体のプログラムも、優しくされない事によって狂わされてしまい、子どもの身長の伸びも体重の増加も落ちることになるわけですね。したがって、子どもにとって、優しくされるということは、感覚的にうれしくなる以上に、子どもの成長・発達にとっては、必要なのです。

この子どもは、学齢に達した時、医学的配慮で養護施設に入ることになったのです。もう母親の元に帰さない方がよいと判断されたんです。施設では、先生方の優しいケアを受けることが出来るので、身長も体重の伸びも良くなり、どんどんと正常な子どもの身長曲線、体重曲線になったのです。更に、母親の元において、体重は低下し、身長は1センチも伸びない状態の終わり頃に測ったIQは50だったものが、施設に入ると、先生方の優しさでIQは93、103、108とぐんぐん上がったんです。学びに関係する知性の心のプログラムも、優しさで良く働くようになったと言えるのです。この事例も、子どもの成長・発達に優しさが重要であることを示しています。

#### IV. 何故人間は優しい心を持ったか

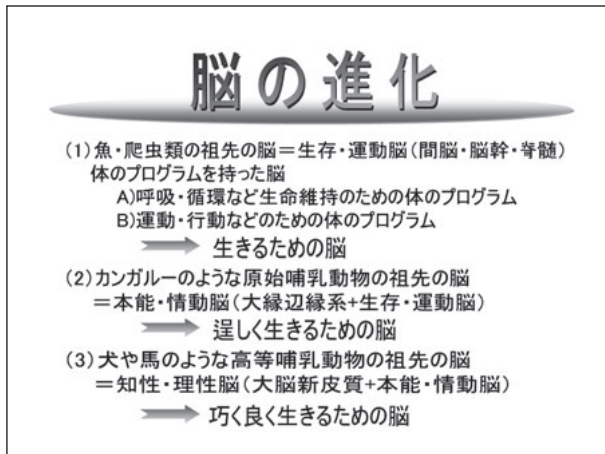
##### 一 脳の進化と心の進化

それでは何故、人類は優しい心を持ったかを考えてみたいと思うんです。脊椎動物の進化は、5億年前ぐらいの魚の祖先から始まって、数億年前の両生類、爬虫類、1億年前の鳥類の祖先、そして7000万年程前の哺乳類の祖先へと進化して、そして2、3000万年前には霊長類に、その中の特殊な猿が人間に進化したと考えられるのです。この脊椎動物になった時に、神経組織を脊椎のてっぺん、あるいは前の方に集めて脳が出来たと考えられています。したがって、魚の祖先の脳がわれわれの脳の原型で、哺乳動物の祖先になって段々と脳が大きくなり、霊長類の脳、そして人間の脳に進化したと言えるのです。

魚や爬虫類の祖先の脳は、呼吸や循環などの生命の維持に必要な体のプログラムと、運動や行動のための体のプログラムしか持っていなかったと考えられるのです。例えば、エイのような古いタイプの魚を考えてみますと、海の中で大きな口を開けて、体をゆっくり動かし、小さな魚を捕って生きてますね。ですから生きていくための生理的活動の体のプログラムと、食べるためなどに必要な運動の体のプログラムだけの脳を持っていたと言えるので

す。これは、「生存・運動脳」と言ったらいいと思うんです。脊椎動物になって一番最初にそういう脳をもったのです (表1)。

表1



そして、原始的な哺乳動物の祖先になりますと、本能・情動の心のプログラムをもった脳に進化するんですね。例えば、カンガルーっていうのは、哺乳動物の中では、原始的な哺乳動物の生き残りと考えられているわけで、本能・情動の心のプログラムを持つ大脳辺縁系が「生存・運動脳」をカバーして出来たような脳なのです。そうなりますと、仲間を増やすために子孫をつくる性欲だとか、体を造り、その働きを維持するための食欲だとか、そんな本能の心のプログラムが、体のプログラムの働きをよくして生き残ったのです。更には攻撃だとか、優しさですね、そういった情動の心のプログラムが、自らを守り生きていくために攻撃する、また仲間とチームを作る、そういった情動の心のプログラムを使って、この「生存・運動脳」の体のプログラムの働きを強化して生き残ってきたと言えるわけです。当然のことながら、「優しさ」に代表される情動は仲間を作るのに、「怒り」、「恐れ」に代表される情動は攻撃するのに必要だったことは、皆さんも理解されますね。ですからこういうような脳は、強く逞しく生きるための「本能・情動脳」と言っても良いと思うんです。

そして、犬や馬のような高等哺乳動物の祖先になって、初めて、知性、理性の心のプログラムを持つ

た脳、つまり大脳新皮質が本能・情動脳をカバーして出来た脳になり、それまでに進化してきた心と体のプログラムを、知性・理性の心のプログラムで実際良く働かせて、動物仲間との関係ばかりでなく、自然との関係も考えて、うまく良く生きるための脳に進化したのが、高等哺乳動物の祖先の「知性・理性脳」なのです。この知性・理性脳が、前頭葉中心に更に進化して、文化・文明も作る人間の脳が出来たと言えると思うのです。

人間の進化をまとめて見ますと、1400万年前ぐらい前に、この地球上に現われた特別な原始的霊長類のラマピテスから始まって、500万～700万年前頃に、チンパンジーの祖先と分かれて、350万年前に直立猿人だとか、80万年から100万年前に原人、そして10万年前に旧人ネアンデルタール人、4万年前に新人のクロマニヨン人と進化してきたわけです。知性・理性脳を上手く働かせることによって、石器を使うとか、言葉をしゃべるとかして、段々と脳が大きくなりながら進化したのです。北京原人、あるいはジャワ原人などの原人になりますと、火や石器を使い、原始的な言葉をしゃべるようになったのです。

さらに、ネアンデルタール人になりますと、情感豊かで、死者を弔い、花を手向け、長老、勇者を敬いというように、心が豊かになるとともに、前頭葉も発達してきたのです。しかし、ネアンデルタール人は、後から進化してきたクロマニヨン人に滅ぼされたと考えられています。クロマニヨン人は、ネアンデルタール人より進化していて、言葉を使い、狩猟・採集の方法も豊かになり、洞窟絵画や歌や音楽や舞踏など芸術活動、さらには宗教活動も行っていたと考えられていて、われわれ現代人に進化したということになっています。

換言すれば、森林に住んでいた猿の中で、小型で牙など自らを守る手段をもっていない特別な猿が、サバンナに出て直立歩行を始めて、人間への進化の道をとってきたと言えるのです。そこでは、食べるためには、チームを組んで、動物を捕らなければならず、そのために、戦うという心のプログラムばかりでなく、優しさで代表される情動の心のプログラムも進化させ、仲間と手を握って、チームを作って

生き残ったと言えるのです。それが更に発達して家庭を作り、社会を作りというように、進化してきたと考えられるのです。文化・文明の流れの中では、生存のために、他の動物ばかりでなく、他の部族、他の国の人々と闘う必要もあり、怒りとか攻撃の心のプログラムも必要であったと言えます。

ですから優しさというものを、単なる気持ちの問題ではなくて、その裏にある進化の歴史まで考える進化心理学の考え方で見るのが重要であると思うのです。何故我々は今、犯罪とか行動のいろいろな問題に直面しているのか、を考える時、1つはですね、あまりにも豊かになりすぎて、優しさ、さらには助け合いの心を使わないでも、生きていけるようになったため、優しさが失われ、先進社会は荒れてきているんじゃないかという風にも思えますが、少し考え過ぎかもしれません。

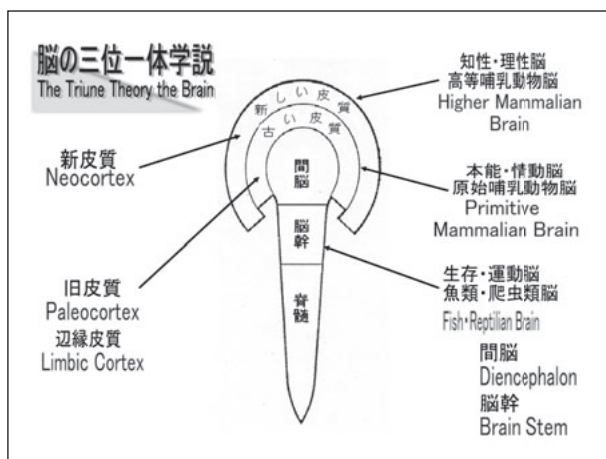


図 3

現在の私達の脳は、上述のようにはじめに進化した生存運動脳を、古い皮質、すなわち本能と情動の心のプログラムを持つ皮質でカバーし、それをさらに新しい皮質、知性と理性の心のプログラムを持つ皮質でカバーして出来たと言えます。したがって、3つの脳の組み合わせ、三層構造体、あるいは融合体として、我々の脳が働いているのです。それは、体を動かしたり、心臓を動かしたりするような、運動や生理機能のための体のプログラムの脳が最初に現われ、その体のプログラムを上手く良く使うために、色々な心のプログラムを進化させてきたとも言

えるのです。そして、家庭や社会も、文化や文明も、体のプログラムを心のプログラムでうまくよく使って、生き残ってきた生存のための生命の流れの延長線上に出来たと考えられると思うんです。

## V. 子どもは生物的存在として生まれ、社会的存在として育てられ、育つ

それでは、育てられる子どもの方を考えてみたいと思います。子どもは生物的存在として生まれて、社会的存在として育てられ、育つものなのです。この2つの側面は、お互いに影響しあっているわけです。その2つの側面を分けて考えると、直面する虐待の問題も、論理的に分析も出来ると思うんです。生物的存在としての子どもというのは、遺伝子で育つプログラム、すなわち、いろいろな心と体のプログラムを持って生まれると言えます。遺伝子でという事は、進化の歴史で獲得して来た心と体のプログラムをもち、それによって育つことなのです。それは、あなた方でも「考えてみればそう見える」と納得して下さると思うんです。特に、胎児とか新生児の行動だとかを見ますと。



図 4

妊娠11週の胎児でも、ちゃんと手を動かし、足を動かしている、そしてドキドキと心臓も拍動させていることを、我々は見ることが出来るのです(図4)。体のプログラムの働きは、生命の「かたち」を作り維持するものとして働いているということは、皆さ

ん方もお分かりになると思うんですね。では、心のプログラムはどうか、次に考えてみましょう。これは、12週の胎児をおなかに持ち、テレビを観ながら音楽を聞いているお母さんの研究で、その答は明らかになったのです。その音楽が変わると、それを聞いているお母さんはもちろん、音楽が変わりますから、心臓の打ち方が変わるんですけども、胎児の心臓の打ち方も変わるんですね。それは、胎児でもすでに音楽を感じる心のプログラムの基本的なものは出来上がっていることを示しているのです。ですから、そういう発想で、私は子どもの育つ姿を捉えないといけないと思っているわけです。



図 5

ある産婦人科の先生が、「小林先生、この胎児はお腹の中で笑ってるんですよ」(図5)と一枚の超音波画像写真を下さった。初めは「そんなことあるかなあ」と思ったのです。しかし、考えてみると、生まれたばかりの赤ちゃんでも、産湯につかっている時にニンマリするじゃないですか。勿論それは、本当の笑いではないと、小児科の先生は誰でも言います。私も、そう思います。しかし、笑いの基本的プログラムであることだけは否定出来ないと考えました。お母さんにあやされて笑う時に使う心のプログラムを、胎児も使って、笑いを作る感情の心のプログラムが働くとニンマリするのだと言えると思うのです。胎児の場合は、おそらくお母さんが美味しいものを食べて、栄養分濃厚な血液が胎盤を通っても、微笑みの顔を作るかもしれません。

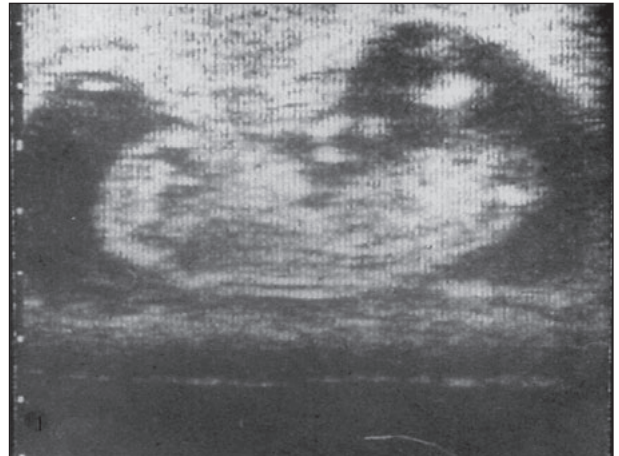


図 6

子宮に出っ張りが出て来ることがあります。子宮の筋肉の緊張、弛緩や収縮のバランスで、子宮に出っ張りが出て来たり、へこんだりするらしいんですね。そこに、胎児の頭が引っかかることがあるのです。そうすると胎児は、外そうとして、手を突っ張り、足を突っ張りします。そして、どう外したかと言うと、今座ってる皆さん方の方に、顔をぐるっと回して、外したと言うんですね(図6)。これを見ますと、私は、基本的なものではありますが、胎児でも考える心のプログラムを持っていると考えた方が良くと思います。手を突っ張り、足を突っ張ったりした力の情報を脳の中で集めて分析して、首をまわすという行動を選んで行って外したと言えると思うんですね。そうすると、考えるプログラムだって、胎児は持っているということになります。勿論、私達が数学の問題を考える時には、色々な知性やなにかの心のプログラムと結び合せていると考えられます。私達大人が持っているような、複雑なことを考えるプログラムだとかは、生後の生活の中で、いろいろな心のプログラムを組み合わされたものと言えるのではないのでしょうか。

胎児が指を吸うことも、超音波画像で調べるとよく見られます。吸うという行動の基本的な体のプログラムは、胎児もちゃんと持っていて、そういう行動をとるということを教えているわけです。勿論、生まれてからすぐに母乳を飲むとか、水を飲むとかに関係しますが、大きくなってから指を吸うという、なかなか解釈が難しいこともあります。例えば、

子どもは、おっかないテレビを見ながら、指を吸ったりしますからね。しかし、少なくとも、吸啜をするという、指を吸うという行動の基本的な体のプログラムは、胎児も持っていて、それを生まれてから、いろいろなプログラムと結び付いて、おっぱいを飲む、あるいは遊ぶとかに、いろいろと使っているんだと考えればいいと思うのです。

赤ちゃんは生まれた時に、おぎゃーと泣きますね。あれは、びっくりして、驚いて泣いているんです。だからこそ、助産師さんが、その産声あげている赤ちゃんを優しく抱いて、「いいこ、いいこ」と言ったり、あるいはお母さんに抱っこさせて、優しく肩を叩いたりすると、泣き止む。これもやっぱり、そういう悲しさ、恐ろしさ、驚きを感じずる心のプログラムがあるからなんですね。



図 7

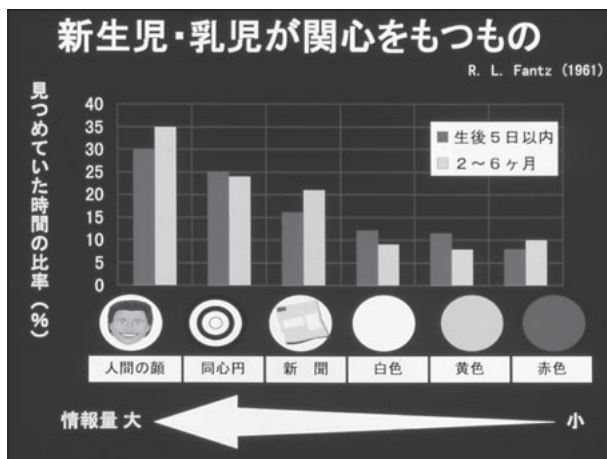


図 8

その次が非常に重要なことだと思うのです。産ぶ声がおさまると、赤ちゃんは周囲をジーっと見回し始めます (図7)。何か変わった物が無いかと探してるんです。これは、「好奇心のプログラム」を持って生まれることを示していると思うのです。生まれながらにして、そのプログラムをもっているからこそ、育てる中で子どもはいろいろな物事を学んでいくことが出来るのです。

あなた方が心理学を勉強した時に、教科書にも出てたと思いますが、Fantz先生の1961年の有名な論文があります。同じ大きさの、赤丸、黄色丸、白丸、新聞紙の丸、同心円の丸、顔を書いた丸を、生後5日以内の新生児と2ヶ月~6ヶ月の乳児の赤ちゃんに見せて、注視時間を調べた実験報告ですね (図8)。赤丸、黄色丸、白丸ではほとんど差はない、しかし、新聞紙の丸、同心円の丸になって増え、人間の顔になるとさらに注視時間は増える。しかも、その傾向は、2~6ヶ月の赤ちゃんの方が強いのです。この時、Fantzは、情報量が増えれば増えるほど、子どもの注視時間が延びると考えたのです。ですから、子どもはインフォメーション (情報) を求める力を持って生まれて来る、インフォメーションシーカーだと言えるのです。



図 9

吸啜のプログラムが無ければ、赤ちゃんは母乳を飲めず、生きてはいけませんね。ですから、前に申し上げたように、あるのは当然なんです。しかし、生後4、5ヶ月の赤ちゃんが、お母さんのおっぱい



を飲んでいる時に、お母さんの目をじーっと見つめて、吸うのを止めることがあります。おそらく、母乳で子育てなさった方は、体験されたと思います。そうすると、お母さんは、軽くゆすりながら、「○○ちゃん、もっとお飲み」、「ママのおっぱいおいしいでしょ」と語りかけるわけですね。したがって、吸うというプログラムは、栄養をとるという、生命にとって必須のプログラムであると同時に、ある年齢になれば、コミュニケーションのプログラムにも使われると考えられるのです。

お母さんが、我が子をあやしている時のやり取りは、お互いにコミュニケーションをしているんですね。もちろん赤ちゃんには言語がありませんけれども、お母さんの語りかけのリズムやピッチなど、さらには表情によって、感性の情報を読み取って、母子間で信号行動と反応行動のやりとりをしているのです。これを「母子相互作用」と申しますが、情報のやりとりによってコミュニケーションをしていると言えるわけです。その結果、赤ちゃんの母親への愛着、母親のわが子への愛情というものが出来上がり、「心の絆」が形成されると言えます。

こういう風に、人間として生きていくのに必要な心と体のプログラムの基本的なものは、全てもって子どもは生まれるのです。その生まれた子どもを、優しく子育てすることによって、そのプログラムを働かせながら育てていけば、それがうまく組み合わせられて、大人が持っているような複雑なプログラムが出来て、どんな事態にも対応できるようになるのです。言語をしゃべるようになるというのはその代表でしょう。ですから、生まれながらにして育つ心と体の基本的なプログラムをもっていることが、生物的存在としての子どもということになるわけです。

社会的存在としての子どもは、育てられる存在であり、育つプログラムを働かせるものは情報ですから、心と体のプログラムは、情報によって働かせられながら、組み合わせられると言えます。それを生物学的に考えれば、エコロジーで説明出来ると思うんですね。生活環境の情報、すなわち家庭や社会の情報が、子どもの心と体のプログラムを働かせながら

組み合わせて育てているのです。

ここで1つ指摘しておきたい事は、体験しないモノは育たないということですね。これは、なかなか人間では実験出来ないのですが、あなた方の立場のように、優しさを体験しない虐待された子どもを見ていれば、どうしてあんな行動をとるんだらうという事は、理解出来ると思うのですね。しかし、動物実験では非常にきれいに証明されているのです。例えば、健康な猫で普通に育てられれば、視覚情報を処理する部分の脳の構造は、当然のことながら正常に発達します。ところが、生後ある期間に渡って、まぶたを縫い合せて、目に光が入らないようにすると、その構造が乱れるんですね。これは、ハーバード大学の先生方がノーベル賞を貰った研究です。物を見ないというような環境で子猫を育てると、脳の見る所の構造が乱れてしまうというデータはちゃんとあるのですね。

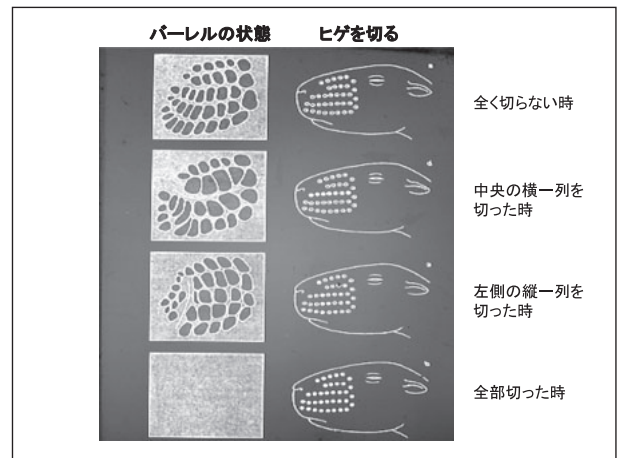


図10

ネズミのヒゲも同じですね。脳の中には、ヒゲ1本1本から来る情報を処理して感じる、パーレル(樽)と呼ばれる神経細胞の固まりがあるんですね。生まれたばかりのネズミの、1列並びのヒゲを切つて、ヒゲで触った情報が入るのをカットしてしまうと、それに対応するパーレルが育たない。全部のヒゲを剃って育てると、パーレルが全く育たないというデータもあるんですね。

この2つの実験は、猫とネズミで、人間からだいぶ離れてはおりますけれども、「使わないプログラ

ムは育たない」ということを、きれいに証明しているのです。ですから、私達は、生物学的存在として、生まれながらにして持っている心と体のプログラムを上手く働かせてあげなければなりません。それには優しさというものが、プログラムの働きを活発にするのに非常に重要になるのです。

## VI. 育てると人間のいとなみ

### — 育児・保育・教育を捉え直す

「育つ」ということの整理から始めたいと思います。「育つ」には、体の成長growthと、心の発達developmentの二つがあることは前に申し上げました。その他に、「発育」という言葉もありますが、英語では、“growth and development” ですから「成長と発達」を合わせた考えであると言えます。最近、「成育」と言う言葉も使われます。それは、医学の中には「成育限界」という言葉があるんですね。未熟児医療で、ある体重以下の子どもは、いくら努力しても育たない、その成育限界の成育をとっています。ということは、「育つ」ということと、「育てる」ということが組み合わされている概念が「成育」と考えれば良いと思います。それが「成育医療センター」という名称にも使われるわけです。

子どもを育てる技術は、育児と保育と教育であることは明らかです。「育児」はもちろん、お母さんやお父さんの“parenting”「親になること」に訳せばよいと思いますが、育てるいとなみであることは当然です。「保育」は“child-care”で、保育士さんという専門家が保育園という施設で育てることですね。それから、「教育」は教師・教員による、学校・幼稚園という施設での教えるいとなみで、英語では“education”です。この三つは、みんな日本語で書くと「育」、育てるという字が入っているんですね。ですから私は、育児も保育も教育も、お互いに関係していることは明らかで、人間の育てるいとなみの中の1つのタイプと考えれば良いと思います。

体が育つと言うのは、成長growthであり、細胞、組織、臓器を組み合わせて大きくなることですが、心が育つ、あるいは機能が育つというのは、発達

developmentで、今まで申し上げたように、遺伝子で決まる、基本的な心と体のプログラムを組み合わせると考えれば良い。プログラムとは何かというと、神経細胞システムを働かせるものと考えerわけです。生まれながらにもっている、いろいろなプログラムを組み合わせ、いかなる事態でも対応出来るような、複雑な神経細胞システムとしての脳と、それを働かせる複雑なプログラムを作るということが、心が育つと考えれば良いと思います。

ですから、働かせながら組み合わせるということが、非常に重要であって、働かせるためには何が必要かということ、優しさで代表されるような感性情報、平たく言えば心が重要になると考えられるのです。育てるとするのは、前に申し上げましたように、「育児」、「保育」、「教育」に整理出来ます。特に、幼稚園や保育園の教育というのは、小さい子どもを育てるEarly Education としてまとめられますね。今、子どもを育てるのに「保育」も「教育」もないと、保育と幼稚園教育を一緒にすることが、社会的な論議になっているわけです。育児は親がすることですけれども、教育も含まれ、極言すれば、大人になるまでずっと続くということになるかと思います。また、育児は、家庭で行うから「家庭技術」ということになるとは思いますが、保育と教育は、「社会技術」になるわけで、社会の特別な施設で営まれる方法に位置づけられると言えます。

家庭技術だとか、社会技術という言葉は、文科省の研究の中にも出てくる言葉ですが、育てる人間の多様ないとなみを、このように整理されることは注目になります。保育と幼稚園の教育がそれぞれ別なのは、良いか、悪いかというのは大きな論議になって、今一緒にしようとしているけれども、なかなか上手くいかない。1984年(昭和59年)に出来た臨時教育審議会に、私も委員として参加しましたが、そこでも幼稚園と保育園を一緒にするということはディスカッションされたんですね。しかし、時期尚早ということで、一応このままやっつけようということになったんですが、その後もなかなか一緒に出来ないのです。それこそ、欧米先進国政府の多くがやっているように、「子ども省」だとか、「子ども家

庭省」とか、最近韓国でも「子ども家庭省」が出来たように、日本も「子ども家庭省」として、文科省、厚労省の関係部門の行政を一緒にしなければ、なかなか一元化出来ないと思います。

心を育てるプロセスの始まりを考えてみますと、次のように整理出来ると思うんです。生まれて間もなくは、「母子相互作用」によって、母親は我が子を可愛いと思うようになり、子どもはお母さんに対する愛着ができる。そういう「母と子の心の絆」が基盤になって、その上で、お父さんと子ども、さらには、お兄さん、お姉さんと兄弟姉妹の子ども同士、さらには、隣の叔母さんというように、それぞれの心の絆を基盤にして、人間関係は拡大していくと考えられます。その重要なステップは何かというと、まず母子相互作用で「基本的信頼」“Basic Trust”を作り上げることです。人生は平和である、人は信じられる存在である、ということを知り、信じられるようになることですね。

いろいろなことを学ぶプロセスには、幼児期に入ると、言語の発達とか、二足歩行で目的地に自分でいけるようになるという運動機能の発達だとか、複雑に絡み合って、心は発達していくと言えると思うのです。基本的信頼につづいて、人のやっていることを見て、あの人はどういうことを考えているんだと、人の振りを見て、人の心を読み取る力、そういう「心の理論」“Theory of Mind”というような力を、4、5歳になって持つようになるのです。こういう基本的な流れの中で、人間は大人になって、普通の人であれば、普通に人間関係を保ち、仕事を共にし、家庭生活、社会生活と共同生活をしていけるようになると思えるのです。この中で、上述の言葉の発達と、それから二足歩行が出来るようになる時期というのは、1歳ぐらいから後になると思いますが、重要な時期だと思えるのです。

何故ならば、言葉というのは、いろいろなやり取りで、情報を記号化して論理的に理解するようになるからです。勿論、言葉のリズムやピッチのような感性的な力も重要です。それは、お母さんは自分に何を言おうとしているのか、赤ちゃんでも充分理解出来ることから明らかです。しかし、論理的にと

いう事は、 $1 + 1 = 2$ であるといった数学の理論のようなもので、言葉があるからこそ、それが理解出来ると思うんですね。そういう意味で、言葉は非常に重要だと思う。それから、トコトコ歩いていけるようになるということは、自分の行きたい所に行く、さらには、二足で歩くことによって視点が高くなることも含めて、情報の質が変わっていく。その質が変わっていく情報を、自らの意志で取り込むことが、心を育てるのに重要な役を果たしていくんじゃないかと考えているわけです。心の発達にとって、情報は極めて貴重ですから。

「基本的信頼」、「心の理論」と、心が育つ過程を人間関係から整理してみましょう。生まれる前には、お母さんと子どもは胎盤でつながっていますね。お産で生まれたと同時に、それぞれ別々になりますけれども、上述のように、それにつづく母子相互作用によって出来る母性愛、あるいは、さらには父子相互作用によって出来る父性愛によって、子どもの愛着と一緒に、まず親と子の心の絆が、新生児期から乳幼児期にわたって出来上がり、再統合されると考えれば良いと思うんです。

そして親子関係が出来上がると、今度は、親子以外の、兄弟姉妹との人間関係、さらに近隣の人々との人間関係の心の絆は、幼児期になって自分の家の中の遊び、そして隣の家に遊びに行けるようになる、出来てくるだろうし、幼稚園、保育園に入れば、そこでの子ども同士や保育士や教師との人間関係も出来るでしょうし、学童期になりますと、学校という集団生活の中で、色々な人との人間関係を体験することによって、心の絆が増えていきます。ですから、愛着と、母性愛、父性愛で育まれた心の絆、さらには人間関係が、基本的信頼、さらには心の理論に発達させながら、分離、独立して、個人化、社会化して、保育園、幼稚園、学校の生活も加わって、思春期を経て、大人になって、社会人として育っていく過程を経ていくわけです。

しかし、そのいずれの時期も、この人と人との関係が、母子、父子、きょうだいと、そして他人と自分との関係で広がっていくのです。人間同士の間を結びつける、心というものは何かと考えてみますと、

基本的には、“sensitivity”、「心を読み取る力」、さらには「心の理論」といっても良いと思いますけども、相手の表情だとか、声だとか、あるいは、行動から、相手の心を読み取る力があって、それを元に、言葉ばかりでなく表情や視線、行動を返してお互いに「相互作用」“interaction”して、ふれあうことによって人間関係が出来上がっていくという風に、整理出来ると思います。

母子相互作用というのは、人間関係の原型を作る基本的な仕組みですけど、それは父親や兄弟・姉妹との間、そして保育園や幼稚園の先生、さらには学校の先生との間にとっても、同じ仕組みが基本的には働いていると理解すべきであると思います。ですから、我々は、社会の中で、どういう風にこの人間関係を上手く育てていくかを考えなければなりません。親と子といっても、それぞれ異なった親の性格や心理状態、成育歴、家庭状況、職場の状態とか色々なモノやコトが絡み合うし、シングルマザーの場合もあるし。それぞれの子どもの方にも心理状態、身体状態、あるいは発育過程、色々な違いがあります。したがって、親子の相互作用が上手くいくように、社会に子育てのサポーター・システムをどう構築していくかということが重要になると思うんですね。

それには、社会全体の雰囲気も重要で、それは倫理的な情報と、感性的な情報と2つあると思います。優しい町づくりというようなことは、感性情報豊かな町作りと言えると思います。実は、子守唄協会にもちょっと関係しているのですが、子守唄協会の運動は、町を優しくする役割を果たすと思います。子守唄が流れる町を作れとよく言うんですけども、子守唄が少しでも流れている町になれば、町全体を優しくするのに意味があると思うのです。また、倫理・道徳みたいな論理的な情報も非常に重要だと思うんです。何か、こういう物が軽視されている現代社会では、犯罪などのいろんな問題が起こっても当然じゃないかという気もするんですね。

どんなに良いサポーター・システムを作っても、社会全体の中のこういう情報基盤が充実していないと、子育ては上手くいかないんじゃないかな

と思います。虐待問題も確かに、親達の問題もありますが、社会全体の情報環境が良くなれば、少しでも減らすことが出来る、少なくとも増加させないことは必ず出来ると思っているんです。話はそんなに単純じゃないかもしれませんが。何故かと言うと、虐待は先進国共通の悩みのようにも見えるからですね。

私がアメリカに行ってきたのは昭和29年ですから、あなた方のお父さん、お母さんだって生まれていなかったかもしれないという時代に、アメリカでインターンをしたんです。その時、虐待の事例を見たのが、最初でした。戦争に勝って、最も豊かなアメリカですね。日本では食べ物も何も十分に無い時代だったんですけど、向こうに行ったら、医者だったから、余計恵まれていたのかもしれませんが、夜食の時、食堂には鶏のから揚げが山積みで、それをパクパク食べるような生活だったんです。どうしてそんな豊かな国で、母親がわが子を虐待する、なぜキリスト教の国なのにと、その時いろいろと感じたものでした。アメリカでは、最近になって、虐待は少し横ばいになったようですが、日本は朝鮮戦争を経て、少し豊かになったと感じた60年代から、児童相談所でもっと前からあったと思いますけれども、医療の現場にも虐待問題が表れてきたんです。ですから、何か本質的には豊かさの中に、そうした人間の心を蝕んでしまう何かがあって問題が起こるように見えるのです。

## VII. マタレッセンス、パタレッセンスにも必要な学習

「育つ」ということを、成長と発達の2つに分けて整理しましたけれども、それは論理的に考えていくために良いということであって、同じように「育つ」というプロセスと「育てる」というプロセスも、お互いに影響し合っているんだと申し上げたい。父親であろうと母親であろうと、幼稚園の先生であろうと、保育士さんであろうと、そういう人達の子どもを育てる営みというものは、子どもの育つ営みと、お互いに相互作用しているのです。つまり子どもが持っている心のプログラム、体のプログラムを上手く働かせるということがまず重要だと考えており

ます。

さらに現在の子育て問題を見ていると、子ども達に赤ちゃんを触らせるとか、お母さんが赤ちゃんを世話しているところを、子ども達に見せるとかして、子育てを学ばせることも、重要ではないかと思うようになりました。私が子どもの時には、男の子でも赤ちゃんをおんぶして遊んでいる子もいたし、勿論女の子では、沢山いた。そういう姿を、今の日本では見る事が少なくなった。子どもの数が減った事がひとつありますけども、先進化とともに消えてしまった、隠れてしまったといったら良いと思うんです。

イギリスのチンパンジー学者Jane Goodallさんも、このセンターで何年か前に講演して頂いたことがあるんですね。その時「チンパンジーでも子どもの虐待はありますか？」と伺ったんですね。そしたら、彼女はしばらく考えて、「あります」とおっしゃったんですね。「ありますけれども、姉妹で一番下の場合だった」って言われたんですよ。つまりメスの末っ子のチンパンジーが虐待するという事は、上のチンパンジーのように子育てを見る機会がないんですね。だから、赤ちゃんとは、どういうものかというのが分かっていない。赤ちゃんを見たことがない、末っ子のメスのチンパンジーは、赤ちゃんが生まれると、赤ちゃんだという実感が無い。なにか変なものが出て来たかと攪乱してしまって、パッと投げ出しちゃったりするんですね。けれども、そんな末っ子のメスのチンパンジーも、妊娠を重ねていくうちに良いお母さんになると思うんですよ。明らかにこれは、「学習」が子育てにも重要なんだってことを教えていると思うんですね。

ですから私は、マタレッセンスかパタレッセンスに、母親になる父親になるのに必要なことは何かと言うと、そういう子育て体験や、子育てに必要な知識の学習も重要だと思うのです。考えているうちに、幼児期から始まって、学童、思春期と、あらゆる機会を捉えて、子育て体験をやっていく必要があるんじゃないかと思うようになったのです。私が東大にいる時に、看護学校の校長もやらされたものですから、その時の教え子がですね、卒業後「先生一回講

演に来て」と招かれて山形に行きました。1970年代のことですが、そこでは、子ども達が子育ての体験学習をやったんですね。そしたら、中学生の子ども達が、男の子もね、赤ちゃんを抱かせたら「めんこい、めんこい」と言って喜ぶというんですね。「先生、学習って凄く重要ですよ」と言っていました。ですから、そういう意味で、学習も重要なんだという事を、最近特に考えるようになった次第です。

## Ⅷ. まとめ — チャイルドケアリング・デザイン

最後に一言申し上げたいのは、今の社会には色々な子ども問題がありますね。1番は、少子化問題だと思うし、育児の問題もあるし、教育問題もあるし、さらには子どもの行動の問題もあるしと、いろんな問題があります。その子どもに関する問題の解決には、子どものことをよく考えて、関係するいろんなモノやコトをデザインしなければいけないと思うのです。それを、私は“Child-Caring Design”「チャイルドケアリング・デザイン」と呼んでいます。“Child Care”というと「保育」になりますけれども、この“Caring”と言うのは、子どものことを「考える」とか「心配する」という意味ですね。ですから、チャイルドケアリング・デザインと言うのは、子どものことを考え心配してデザインをするという意味。そういう考え方で、社会の全てを捉え直さなければいけないんじゃないかを感じているところです。

何故かと言うと、我々が現在行っているモノやコトはですね、殆んどが前からのつながりで出来上がっているわけです。ですから、少子化問題でも、政府が一生懸命やっても、なかなか解決出来ない。それは、発想の転換をして、新しい視点で全てのモノやコトをチャイルドケアリング・デザインから始めなければならないと思うのです。では誰がチャイルドケアリング・デザインしたら良いか。少子化問題でも、まさに子どもに関係深い女性がやった方がよろしい。役人に優秀な女性を沢山入れて、本当に子どものことを考えてもらって、「こういう風にしたら良い」というような、デザインをして出して頂

きたいと思っているんですね。

ここで、「日本子ども学会」のこともちょっとPRさせて頂きたいと思います。この学会は、どんな専門家でも、子どもに関心のある人は一緒に勉強しましょう、という学際的な学会なんです。子ども学会という言葉には、ある特定の学問の臭いがない、どんな立場の人でも、皆さん平等に発言出来るのです。日本子ども学会では、そのチャイルドケアリング・デザインを1つ大きなテーマにして、子ども達のために、社会の全てのモノやコトを捉え直そうと話し合っています。そして21世紀、もう10年経ってしまいましたけれども、子ども達の世紀にすべく、より良い社会を作っていこうと考えているわけであります。

このお話をまとめとして、私の講義を終わらせて頂くことに致します。ご清聴ありがとうございます。

# 「DV被害者へのフェミニスト・アプローチ およびコミュニティ・アプローチ」

高 畠 克 子

(東京女子大学現代教養学部)

\* 平成22年度 テーマ別研修「DVと子ども虐待」での講演をまとめたものです。

## I はじめに

ただ今ご紹介頂きました、東京女子大学の高畠でございます。今日はDVの被害者支援について、フェミニスト・アプローチとコミュニティ・アプローチを合わせて、皆さんにお話ししたいと思います。

まず、皆さんのお手元にあります、「シェルター・コミュニティの支援機能」という図を見て頂きたいと思います（図1を参照）。この図を少し説明いたしますと、まず「シェルター・コミュニティ」という言葉ですが、ここではドメスティック・バイオレンス（家庭内暴力、以下DVと略記）を受けてきた被害者が、DVから逃れて避難するところをシェルターと名付けています。そのシェルターを拠点にして、支援する機関や専門家や仲間のいる広い領域をコミュニティと言います。そして、丸の内に書かれている三つプラス一つの支援機能は、主にシェルター内で行われる機能になりますし、丸の外に書か

れている五つプラス一つの機能は、主にシェルター外のコミュニティで行われるものになります。ここで、シェルターの内と外と表現しましたが、実際にシェルターという建物の中で行う活動は、厳密に言うところ緊急に安全な場を提供する機能だけでして、そのほかの三つの機能は、シェルター内と少し離れたところにある東京フェミニストセラピー・センター（FTCと略記）で行うものですが、シェルター内の活動としました。

今日お話しすることは、図1に書かれている「DV被害者への支援機能」についてですが、このことに全体の3/4ぐらいの時間を使って話しして、あとの1/4ぐらいの時間は、皆さん方のようなケア・テーカー（対人援助職）といわれる心理・保育・福祉・看護などの職業に携わる人びとが、陥りがちな「バーンアウト」(burn-out)についてお話しいたします。まずは、皆さん各自に、「バーンアウト・チェックリスト」で自己診断していただいた後で、バーンアウトを予防する手立てをお話ししたいと思います。

以上が、今日お話しすることの概略です。

## II DV被害者とは

それでは始めたいと思いますが、まず今日の講演会の表題「DV被害者へのフェミニスト・アプローチおよびコミュニティ・アプローチ」を見て頂きますと、DV被害者とあります。多くの方は当然、夫から妻への暴力を指すと思われるのですが、昨今では必ずしもそうとは言えません。DV防止法すなわ

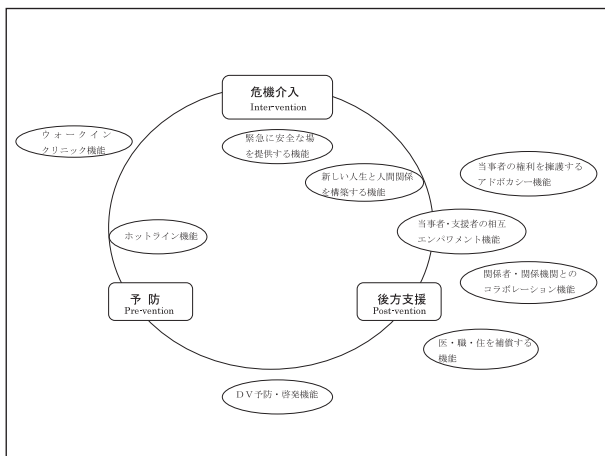


図1 シェルター・コミュニティの支援機能

ち「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(2001年)ができたころは、夫の暴力に何年も晒されて結婚生活を余儀なくされてきた妻たちを想定していました。そして、以前からしばしば起こっていた両親から子どもへの暴力(児童虐待)、子どもから高齢の親への暴力(高齢者虐待)なども、看過できない家族内暴力として認知されてきて、2000年には「児童虐待防止法」、2006年には「高齢者虐待防止法」の成立を見るに至っています。さらに、ここで取り上げる両親間の暴力(DV)を見て育った、DV目撃者としての子どもへの暴力についても、深刻な児童虐待として認知されるようになり、「児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律」(2004年)の中で、目撃も子どもにトラウマを与える暴力として盛り込まれました。また、当時DVと規定されていなかった暴力の形態、例えば、妻から夫への暴力、あるいは婚姻関係にない異性間の暴力(デート・バイオレンス、デートDVとも言う)、同性間の暴力なども、深刻な問題として増大してきました。このように、「夫から妻への暴力」としてのDVの規定には入りにくい暴力を、アメリカなどの諸外国では、親密なパートナー間の暴力(Intimate Partner Violence, IPV)と規定する方向が昨今強くなっています。

そこで、ここで取り上げるDV被害者とは、DV被害女性とDV目撃者である被害児を対象として設定して、皆様にお話ししたいと考えています。

### Ⅲ フェミニスト・アプローチ

#### およびコミュニティ・アプローチとは

次に表題にあるのは、フェミニスト・アプローチとコミュニティ・アプローチですので、それぞれについて簡単にお話しいたします。

#### 1 フェミニスト・アプローチ

まず、フェミニスト・アプローチですが、私の場合はフェミニスト・セラピーを想定していますので、リンカーンのゲティスバーグの演説を文字って、「女性の、女性による、女性のためのセラピー」

(Therapy of the women, by the women, for the women)を想定したアプローチを指します。フェミニスト・セラピーという考え方は、1960~70年代にアメリカで始まった第二派フェミニズム運動の中から生まれたものです(高島、2004「女性が癒やすフェミニスト・セラピー」)。そして、フェミニスト・アプローチは、次の7つの基本的理念によって実践されます。

- ① セラピストとクライアントは、「平場(ひらば)性」に基づく関係であるという理念です。これが意味するところは、普通治療というとき、セラピストが上から患者を治療したり、指導したり、教育したり、従わせたりするなどの関係を指しますが、フェミニスト・アプローチでは、対等性・平等性・透明性が尊重される関係で、これを「ひらば性」と言います。
- ② フェミニスト・セラピーは対人関係です。とてもシンプルな考え方ですが、セラピストとの対人関係の中で、クライアントは自分の問題や弱点(脆弱性)を語り、それをセラピストと共に見つめ直し、乗り越えることができるという関係のことです。
- ③ クライアントを社会的・文化的文脈で捉えることです。クライアントを病理性を持った個人としてみるのではなく、社会的・歴史的・文化的・環境的に創られた人間として捉えることです。
- ④ 女性のライフサイクルから人生を捉えなおすことです。今の問題状況が、女性の人生の中で重要な意味を持ち、これからの人生を規定するポジティブな出来事と考えることです。
- ⑤ クライアントの自己主張や自己決定を尊重し、自分自身を表現することによって、自分らしさを自覚し、それを評価することです。
- ⑥ クライアントをエンパワメントすることです。今まで心理・社会的に抑圧された自分を解放し、自分の力(パワー)を自覚すること、そして自分自身を信じることです。
- ⑦ クライアントをアドボケイトすることです。今まで抑圧されてきて、行使できなかった女性の本来持っている権利を擁護することです。

それでは次に、このようなフェミニスト・アプローチの7つの理念に沿って、DV被害者をどのよ



うに支援するかについて、図1にあるように9つの支援機能がシェルターを中心にして展開していることは、後ほど具体的にご説明いたします。ここでは、7つの理念が9つの支援機能とどのように結びついているかだけ、簡単にご説明いたします。

# ホットライン機能は、被害者と最初に出会うチャンスになりますので、とりわけ①の「ひらば性」と②のシェルター・スタッフとの対人関係が重要な理念になります。# 緊急に安全な場を提供する機能も、同様に理念の①と②が大きく影響します。# 新しい人生と人間関係を構築する機能は、理念①②に加えて④の女性のライフサイクルから人生を捉えなおすことが必要になります。# 当事者・支援者の相互エンパワメント機能は、理念①②に加えて、③社会的・文化的文脈でとらえることと⑤自己主張や自己決定と⑥エンパワメントが必須の理念になります。ここまでの機能が、主にシェルター内とFTCの機能に当たり、次の5つの機能は、主にシェルター外で展開するものです。# アドボカシー機能は、理念①②③⑥⑦です。# 関係者・関係機関とのコラボレーション機能も、①②③⑤⑥ですし、# DV予防・啓発機能は、③⑤⑥⑦が重要な理念として作用します。# 医療・職業・住居を補償する機能は、DV被害者のシェルター退所後の生活全般の支援をするという点では、①から⑦までの理念をすべて網羅すると考えてもよいでしょう。最後の# ウォークインクリニック機能は医療機関との連携ですが、深く傷ついた心をいやす長い道のりを同行して行くイメージになります。

なお、前にも言いましたように、DV被害者は今まだ女性が圧倒的に多く、目撃者の子どもを加えても、まだフェミニスト・アプローチで支援することが十分にできますが、この頃増えている被害者男性にも支援の手を差し伸べるとしたら、男女共同参画の考え方と次ぎに挙げるコミュニティ心理学的アプローチあるいはコミュニティ・アプローチが必要になることは明らかです。

## 2 コミュニティ・アプローチ

コミュニティ心理学をご存じない方がいらっしや

るかもしれませんが、これは比較的新しい分野の学問で、社会学と心理学と合わせたような感じの心理学です（高島、2011「臨床心理学をまなぶ 第5巻、コミュニティ・アプローチ」）。

まず第一に、重要な理念として「個人と環境の適合性」があります。個人person、環境environment、適合性fit, fitnessですが、個人の状況と個人を取り巻く環境の状況、それらをfitさせることが、コミュニティ心理学の目指す一番重要な理念です。たとえば、DV被害者というとき、被害を受けた妻や子どもたちに対して、様々な治療とか支援を提供しますが、コミュニティ心理学では、その被害者個人を取り巻いている家庭の状況とか、その人の住んでいる地域の状況とか、あるいは子どもさんだったら学校の状況とか、社会における価値観とか、メディアの在り方とか、そういった個人を取り巻く環境要因にも働きかけて、環境を変えたり社会の人びとの意識を変えたりして、個人がその環境のなかで上手く適合できるように支援します。これが、コミュニティ・アプローチというものです。

先程見て頂いた「シェルター・コミュニティの支援機能」の図1で説明しますと、フェミニスト・アプローチでは、シェルター内（FTCを含めて）での機能と外での機能に分けましたが、コミュニティ・アプローチでは、丸の中は個人に対する機能、丸の外は環境に対する機能と考え、それらの機能をトータルで見っていきます。

次に、コミュニティ心理学における重要な理念は、「予防」(pre-vention)です。予防概念は、もともと医学や公衆衛生学の領域から生まれたもので、病気になって治療するより、病気にならないように予防する方が、苦痛も少なく、「費用対効果」(cost and benefit effect)の点からも、有効であると考えられてきました。1963年にケネディ大統領は、「精神病および精神薄弱に関する教書」を出しましたが、その中に「1オンスの予防は1ポンドの治療に勝る」という言葉があります。病気になって、莫大な治療費と働けなくなることによる経済的損失と精神的負担を考えると、病気にならないように健全な生活を送る方が、どれほどよいかは明らかです。そこで、

予防 (pre-vention)、危機介入 (crisis intervention)、後方支援 (post-vention) がセットになって、介入や支援を行うことが、病気やストレスに満ちた状態からの回復に直接繋がると考えます。

先程見て頂いた図1で説明しますと、予防が左下に、そして時計回りに、一番上に危機介入があり、次に後方支援があって、予防に繋がって循環的に機能しています。ですからDV被害者の場合、もし予防が十分機能していれば、危機介入でシェルターに逃げることもなく、退所後の後方支援も必要でなくなります。しかし、逆に言えば後方支援体制があって初めて、DV予防・啓発機能と結びついて、DV被害者を下支えできる環境が整うことになります。ですから予防と後方援助があることで、DV被害者の危機的状況は回避されることになります。

以上述べてきたことが、コミュニティ・アプローチにおいては最重要ともいえるべき、「個人と環境の適合性」、「予防」、「危機介入」、「後方支援」ですが、それについては後程述べます。コミュニティ・アプローチにはこれ以外にも、いくつかの理念があります。その中でも、DV被害者支援に不可欠で、フェミニスト・アプローチと共通なものとして、①「生態学的アプローチ」、②「エンパワメント」、③コラボレーションなどがあります。

①の生態学的アプローチについては、コミュニティ心理学では、マイクロレベル（個人や家庭などへのアプローチ）、メゾレベル（マイクロレベルを繋ぎ合わせて、例えば子供にとっては家庭と学校と近所の遊び仲間との関係へのアプローチ、大人にとっては家庭と職場と社会生活との関係へのアプローチ）であります。さらにマクロレベルになりますと、文化や価値体系やイデオロギーなどへのアプローチです。これは、フェミニスト・アプローチであれば、③の文化的・社会的文脈の中で捉えるという理念に近い考え方です。②のエンパワメントの理念は、コミュニティ心理学では、個人・組織・コミュニティなどの3側面からのアプローチになります。③のコラボレーションの理念は、ほとんどフェミニスト・アプローチのそれと変わりませんが、あえて言うなら、コミュニティ心理学では専門家同士

のコラボレーションよりも、非専門家やボランティア、さらに当事者同士のコラボレーションを重視します。ですから、自助グループ (self-help group) の育成・援助に力点が置かれます。なお、これ以外に、④個人やコミュニティの強さ (strength) の尊重、⑤多様性の尊重、⑥コミュニティ感覚、⑦社会の変革などが挙げられます。

#### IV シェルター・コミュニティにおける支援機能とは

それでは、私たちが1997年に、FTCシェルターを立ち上げた経緯と、シェルター・コミュニティにおいてDV被害者への支援をどのように行ってきたのか、9つの支援機能についてお話しします。

私たちは1991年から、東京フェミニストセラピー・センター (FTC) という小さなオフィスで、女性の電話相談やフェミニスト・セラピーを行ってききましたが、被害者の話を聞いていますと、このまま夫のいる家に帰るといふ彼女たちの判断にストップをかけなければ、再び夫から暴力を受けることは必須と考えられました。こういう時に、「女性や子どもたちを、すぐに保護できて身の安全を確保できる場所、シェルターがほしいね」という実感から始めて、自分たちの力で、FTC付属のシェルターを作りました。そして、DV被害女性や子どもたちをFTCシェルターに入所させることは、安全・安心の場に彼女たちを緊急保護するという危機介入を行うことになりました。それと同時に、シェルターに出入りする様々なボランティアや支援者および関係機関の人びとと出会うことは、様々な機関や人びととの繋がりのもとに、シェルター中心のコミュニティが出来上がることになりました。

再び、「シェルター・コミュニティの支援機能」の図1に沿ってお話しします。

##### 1 予防


(1) ホットライン機能 (PP2を参照)

それでは、まず予防の所を見て頂くと、丸の内側にホットライン機能と書いてあります。この機能についてパワーポイント2)を見て頂きながら、説明

**I. DV被害者への支援**  
(シェルター・コミュニティが果たす機能)

**1) ホットライン機能**

- 相手のニーズを聞き取る
- 単なる夫婦喧嘩ではなく、女性の心身に傷を残す人権侵害的な行為であることを伝える(暴力のサイクル・力と支配の車輪の構造など)
- 必要な情報を提供する  
(配偶者暴力相談支援センター、女性センター、警察、福祉事務所保健センター、児童相談所、裁判所、医療機関、弁護士など)



PP 2

していきます。

FTCシェルターを作った母体である、東京フェミニスト・セラピー・センターには、女性からのいろいろな相談電話がかかってきます。「どうしても夫と別れたいんです」、「どうやって夫と上手くやったら良いか教えてください」、「子どもが最近ちょっと落ち着かなくておかしいんです。どうしたらいいですか」などです。そこで、まず相手がどういう必要に迫られて電話をかけてきたのか、相手のニーズを丁寧に聴き取ることが始まりです。

ところが、最初から「私はDVの被害者です」と言う方は、ほとんどいらっしゃらなくて、例えば「最近何だかこう気分が落ち込んで、何もする気がなくて、体調も悪くて、更年期でしょうか?」、「なかなか夜眠れないし、悪夢ですぐ目が覚めてしまい、熟睡した感じがありません」など、身体的な訴えや過呼吸などパニック様発作の症状などが多く話されます。心の病が身体に形を代えて現れている場合も見受けられますので、その人の在りようを大きな目で想像しながら、丁寧に聴き取ることが必要です。その内にだんだんと、「実は夫から暴力を受けているんです」とか、「夫は自分勝手に、自分の思い通りにしようとするので、夫婦喧嘩が絶えないんです」とか、DVを予想させるようなエピソードが話されます。話せるようだったら、もう少し詳しく何うと、ちょっとしたつまらないことで口げんかになったり、手を上げられて怪我をしたりすると、被害女性たちは一様に、「自分のやり方が悪かったから、夫

をこんな風に怒らせたんだから、私が何とかしなければ」と思って、反省したり自分を責めたりするのは。しかし、ここで大事なことは、DVとは単なる夫婦喧嘩ではなく、女性の心と体に深い傷を残す人権侵害的な行為であることを伝え、これがいわゆるDVといわれる家庭内暴力であることを伝えます。さらにもう少し分かり易い考え方として、「暴力のサイクル説」や「力と支配の車輪構造説」などで簡単にお話ししてから、「暴力が起こったのはあなたの責任ではない」ことをきちんと伝えます。

さて、皆さんはもうご存知と思いますが、「暴力のサイクル説」というのがあります。アメリカの心理療法家のレノア・ウォーカーさんの説で、暴力とは、加害者の中にだんだんと蓄積されてくる怒りなど負の感情が、ある閾値を超えると、爆発することをさします。そして、怒りなどの負の感情がたまってくる時期を「蓄積期」、この感情が極期になる時期を「爆発期」といいます。この時期に入ると、今まで溜りに溜まった負の感情が一気に排出された(2, 3日から1週間続くなど)あと、人が変わったように静かになり、「悪い事した。ごめんなさい」と言って、謝罪と償いの「ハネムーン期」を迎えます。それから再び、「蓄積期」、「爆発期」、「ハネムーン期」と繰り返されます。ウォーカーさんは、この「暴力の3サイクル」を、2回以上繰り返した場合にDVと名付けています。このようなDVに関する知識を、ホットラインの段階で簡単に伝えておくと、シェルターに来られてからのDVに対する理解や認知が、急速に進むこととなります。

さらに、必要な情報を提供するという点では、配偶者暴力相談センター、女性センター、警察の生活安全課、福祉事務所、精神保健センター、児童相談所、地方裁判所、医療機関に関する情報などを適宜提供します。以上の公共機関は、無料で相談に応じてくれますので、とても便利です。配偶者暴力相談センターや女性センターでは、DV全体のことを相談できて、女性相談員がサポートしてくれますし、経済的な相談は福祉事務所、生活上の安全が脅かされる場合は警察生活安全課、保健センターや保健福祉センターでは母子の相談、子どもさんについての

相談は児童相談所ですし、地方裁判所では保護命令の申し立て、家庭裁判所では離婚および子どもの親権のことが相談できます。

## (2) ウォークインクリニック機能

一般的に身体的な暴力、精神的な暴力、性的な暴力、経済的な暴力などを受け続けていますと、様々な身体上の疾病や精神的な障害などが出てきます。殴られて痣ができたり、捻挫や骨折などがあつたりすれば、だれでも病院に行って治療してもらいますが、DV被害者の場合、病院に行って医者から根掘り葉掘り詮索されるのではないかと考えすぎてしまうせいか、また家の恥を話すことになると思うせいか、行こうとしないことがしばしばあります。しかし、なるべく早く診察を受けて診断書を書いてもらい、それらの怪我や疾病がDVのせいであるという因果関係が明白になれば、その後の保護命令や離婚に関連する諸問題を解決する上でも有利になりますし、婚費請求や慰謝料に関しても容易になります。一方、身体的な傷や疾病は治療が始まれば治りますが、精神的・性的暴力などによる疾病の場合は、DVに明るい精神科医や心理臨床家から、しっかりと治療を受けることで、複雑性PTSDの回復への道が開かれますし、なるべく早い時期に、事情の分かってくれるウォークインクリニックで始めるのが得策です。

そこで、シェルター・コミュニティでは、相談できるウォークインクリニックのリストを持っていて、日頃からコンタクトを取って、必要な時に紹介できる体制を作っています。以上のことは、予防というより、危機介入以後のことかもしれませんが、このような事情を前もって聞いておき、何かあったら相談できる精神科医や心理臨床家が身近にいたことが、DV予防には何よりも必要なことです。

## 2 危機介入

### (1) 緊急に安全な場を提供する機能(PP3を参照)

私たちの作ったシェルターは5部屋ありますが、親子で泊まれる6~8畳ぐらいの部屋が2つ、4.5畳ぐらいの1人で泊まれる部屋が2つ、それに共通の談話室兼食堂、2つのトイレと1つのお風呂場か

1. DV被害者への支援

### 2) 緊急に安全な場を提供する機能

- 安心できる環境であることの説明(セキュリティ、相互のプライバシーの守秘、外部連絡の遮断、人が守るなど)
- インフォームド・コンセントを行う(DVに関するアセスメント、シェルターでの共同生活、今後の見通し、退所後の生活再建など)
- 不安・恐怖感・抑うつ感・安堵感などの感情をしっかりと受け止める
- スタッフが安全に配慮すると同時に、当事者自身も安全に配慮する(危険な場所に近づかない、電話連絡などしない、自分を守る力の育成など)
- 夫の元に戻るときの安全について(安全計画を立てて危険になったら再度利用するように)

### PP3

らなっていて、生活できる最少限の家具や調度があります。食事は自炊ですが、みんなで作って食べたり適宜工夫したりしています。

ここでは、安全と安心できる場所であることを可能にするために、物理的な安全に加えて、お互いに信頼し決まり事を守るという心理的な安心が遵守されています。前者の物理的な安全としては、お金を払ってSECOMを入れて、何かあった時には、廊下にある緊急ボタンを押せば、連絡ができ緊急出動も可能です。後者の心理的な安心としては、相手を尊重し相互に信頼しあい、相互にプライバシーをきちっと守る、自分の世界を大事にする、相手から侵入されたり相手に無理やり侵入したりしない、この場を口外しない(退所後も同様)、シェルター内から外へ連絡しない、また外からの連絡も受けない、などが重要な決め事(シェルターのルール)です。今の時代は誰でも、携帯電話やメールを持っていますので、それを規制するのは難しいですが、お互いにシェルターの安全・安心という共通目標を実現するために、自発的に携帯をスタッフに預けたりしています。あるときは、利用者がたまたま携帯を切り忘れて、こちらの話が盗み聞きされて、シェルターの住所がばれて、夫に乗り込まれたことがありました。その時は、スタッフに他の入所者から連絡があり、セコムの人とスタッフが、夫を警察まで連れて行って事情を話してもらい、その間に利用者は別のシェルターに逃がすという措置を取りました。そしてその後、入所者は全員移動し、シェルターは3か

月間一時閉鎖になりました。ちょっとした不注意で、シェルター全体が、入所者はもちろん私たちスタッフも全体が、危険に陥ってしまうという事態に追い込まれました。この例からもわかるように、またパワーポイント2)の資料で4番目に書いてあるように、スタッフが安全に配慮することはもちろんですが、シェルターを安全な場所にするためには、スタッフ同様利用者自身も、安全に常に配慮して行動を起こし、危険な場所や夫が居るような場所に近づかない、電話連絡などを絶対しないということです。そのことが、自分自身で自分を守る力を育てていくことに繋がると思います。なぜなら、DVを受けてきた女性や子どもたちは、大変な思いで過酷な日々を過ごしてきたわけですが、逃げて自分の身を守ることができてこなかった人たちです。そこで、シェルターにいる間に自分の体や心を安全に守るということを学習しなければなりませんし、同じ仲間や支援者の力も貸してもらいながら、自分を守る力を育てていくことが必要です。

次に、インフォームド・コンセントについてお話しします。インフォームするとは、情報を提供することですし、コンセントは同意することですから、一般的には「説明と同意」と言われています。よく病院でお医者さんから、「あなたの病気は〇〇で、治療法としては手術と投薬で、〇〇か月すると治ります」ということが知らされたうえで、同意書にサインをするという段取りで行われます。

これと同じように、「今のあなたはDVの被害者であり、これから最大3か月間、このシェルターで同じ体験者と共同生活をし、それによって受けた被害から少しでも回復して、今後同じような被害に遭わないように、どうやって防いで新しい生活を再建していくかを一緒に考えましょう」と説明します。さらに、今後の見通しとしては、知らない閉鎖的な空間で共同生活するわけですから、不安や恐怖感、さらには将来の見通しの立たなさからくる苛立ちや心もとなさ、抑うつや後悔の念などが渦巻いていますので、個人セラピーで十分に受け止めると同時に、同じ体験者も同じ思いでここに来て、新しい生活再建を果たし巣立っていることなどをある程度伝え

て、安心感を持ってもらいます。さらに、退所すれば直ぐにでも、何処に生活するかで、アパート生活になるのか、母子支援施設に入るのか、単独で自立支援施設に入るのかなど、様々な選択肢があります。

私たちのシェルターの場合、半分ぐらいの方たちは近隣に居を構えて、引き続き福祉事務所や区役所の支援を受けながら、就職先や子どもたちの教育や保育のチャンスを模索します。ここで重要なのは、まずは住居を定めることです。例えば、ホームレスの人たちを支援する場合、基本的には、まず自分の住居を確保することになりますし、この点では、支援は「半福、半就労」という考え方です。すなわち、半分は福祉的な支援を受けますが、半分は自力で働くことを目指していきます。この際、自力で働くためには自分の居所を定めること、いわゆる住民票のある居所を定めることが優先されます。ホームレスの人への支援では、「ハウジングファースト」のやり方で、まず部屋を確保するためには、お金をどうやって稼ぐかを考えます。たとえば「Big Issue」という雑誌を販売して収入を得て、その売り上げを貯めて自分のアパートを確保し、そこを現住所にして仕事をするという生き方です。

## (2) 新しい人生と人間関係を構築する機能

(PP 4 を参照)

まず、パワーポイント3)を見て頂くと、最初に個人・集団セラピーによる回復とありますが、新しい人生や人間関係を取り結ぶためには、個人治療や集団治療を受けることが必須です。なぜなら、被害

I. DV被害者への支援

### 3) 新しい人生と人間関係を構築する機能

- 個人・集団セラピーによる回復
- セラピーの流れ
  - ① セラピストとの安全で治療的な関係の形成段階
  - ② ト라우マを再体験する段階
  - ③ 否定的な自己を軽減する段階  
(strength, competenceを重視する)
  - ④ 怒りをワークする段階
  - ⑤ 悲しみや喪失をグリーフワークする段階
  - ⑥ DVの意味を捉えなおす段階 (被害者からサバイバーへ)
  - ⑦ 新しい人生を構築する段階
- 支援者や仲間との繋がりを大事にする  
(シェルター内ミーティング、自助グループ、のキャンプやイベントへの参加)

者たちの多くは、DV夫から、「力と支配の車輪構造」の中で、様々な暴力を受けてきましたので、夫との関係は尋常とは言えません。また、加害者や被害者を問わず、原家族の中で両親間にDVがあった率が40%とも50%とも言われているように、原家族との間でも偏った人間関係が存在していたと考えられます。このように、偏った人間関係で受けたトラウマは、健全なセラピストとの人間関係の中で癒やされていきます。暴力のない相互に信頼できる治療関係の中で、また同じDVを受けてきた仲間の中で、セラピストが治療的に統制していくグループの中で、健全な人間関係が回復していくのです。

それでは次に、個人・集団におけるセラピーの流れの7段階についてお話しします。

①セラピストとの安全で治療的な関係の形成段階：

これは前段で、既に説明しましたように、セラピストとの治療関係を通して、偏った人間関係を健全にしてゆくわけですが、それにはセラピストが被害者から信頼できる人間と認知してもらえることが大前提です。そのためには、シェルターからフェミニスト・セラピー・センターに、週1回の頻度で、個人および集団のセラピーに通ってもらうことが、治療関係・信頼関係の第一歩になります。

②トラウマを再体験する段階：治療関係が徐々に形成されていきますと、セラピストに自分が受けた過去のトラウマについて、ぼつぼつと話してくれるようになります。そこでセラピストは、焦らず無理強いわずゆっくりと、話せることから語ってもらいます。それでも、あまりにも酷いトラウマを受けていると、その事柄自体を思い出せなかったり、無意識の内に別人格になったり、辛い記憶を想起して再びトラウマ体験がフラッシュバックされたり、さらに防衛機制が働いて、体験がなかったかのように忘れてしまったりしますので、慎重に行う必要があります。

③否定的な自己を軽減する段階：このプロセスで否定的な自己が浮上してきます。「自分は駄目だから、こんな暴力を受けてもしょうがない」、「子どもが言うことを聞かないのは、自分が悪いからだ」など、すべて自分のせいにして身動きが取れなくなっ

てまいいます。コミュニティ心理学では、ネガティブな部分をポジティブに変えることもあります。その人の持っている強み (strength) とか、有能性 (competence) を発見して、大事にしていき、そこから出発することもします。ですから、そういう被害を受けながらも、生き延びて来た力 (強み) を大切にしたり、それに敬意を払ったりします。相手の持つ強みを尊重する治療関係の中から、自分自身の自尊感情や肯定感や自己効力感などが芽生えてきて、心身の回復に向かうのです。

このことは、グループセラピーの中でも同じです。同じDV被害者同士が、このような話し合いの中から、相手の強さとか、優れた所とかをお互いに話し合いながら、今後の新しい人生に活かしていくこと、過去に囚われるのではなく、将来に活かしていくことが不可欠です。

④怒りをワークする段階：以上のように、話し合いを通して力が出て来ますと、過去を振り返って、夫に対する怒りとか恨みとかが出てきます。「本当に今は、殺したい程の思いだ」とか、「何んで、私はあの人の為にこんな人生を歩まなくてはならないのか」とか、当然と言えば当然の怒りが出てきて、それを仲間の中で語り共有します。出したからと言って収まる怒りではないかもしれませんが、先ずは出してみると、ある程度怒りは収まるものです。

⑤悲しみや喪失をグリーフワークする段階：怒りが出た後には、悲しみ (grief) が襲ってきます。それは喪失体験に伴うものです。シェルターにたどり着いた女性や子どもたちは、数限りない喪失体験をしています。夫との結婚生活を夢見て結婚したわけですから、夢見た結婚生活、夢を託した夫、思い描いていた家庭生活などを失ってしまいました。また、夫は妻の一挙手一投足に監視の目を光らせ、人間関係までコントロールしていましたから、それに伴う実家との関係、昔から付き合いしていた友人たちとの関係なども喪失してしまいました。さらに、家を出てきたために、共同名義で買った家や近隣の人びと、家においてきたアルバムや思い出の品々など、掛け替えのないものをたくさん失いました。また、夫の追跡を逃れるために、シェルターから職場や学校に

行けないわけですから、これに伴う女性たちの仕事や職場の人間関係、子どもたちの保育園・学校・先生・友だちなどの別れも大きな喪失体験で、それに伴う大きな悲しみもあります。そして、グリーフワークというのは、これらの喪失体験や悲しみの感情を、同じ仲間と共有体験しながら、それを癒していくことなのです。

⑥DVの意味を捉えなおす段階：以上のように、今まで体験した出来事やそれに伴う怒りや悲しみの感情などを、自分の中で少し整理をしたうえで、改めて「今まで受けてきたDVって何だったんだろう」、「何故、暴力を受けてしまったんだろう」、「何故こう、抜け出せなかったんだろう」など、自分にその意味を問うプロセスがあります。そして、このプロセスは、被害者 (victim) からサバイバー (survivor) へと、自分自身を意味づけなおすプロセスでもあり、ここから新しい展開が始まります。すなわち、自分は今までずっと被害を受け続けて来たけれど、個人や集団セラピーやグループワークを通して実感したことは、自分は大変な所（修羅場）を生き延びて来たサバイバーであり、その見方でもう一度、自分の被害体験を意味づけし直すことが大事だということです。

⑦新しい人生を構築する段階：この段階を加えて、お話しした7段階が、いわゆる「セラピーの流れ」ということになります。

さらに、PP4の機能の最後に、支援者や仲間との繋がりを大事にするということを付け加えました。なぜなら、危機介入のところでは、個人に対するセラピーという面に力点が置かれてきましたが、コミュニティ・アプローチへとバトンタッチされる中で、これまでのセラピスト主導から仲間や支援者主導へと、サバイバーとしての生き方がより鮮明になるかもしれません。そして、新しい人生をどうやって作り上げるかは、セラピストではなく一緒に考えていく仲間や支援者にシフトするだろうと思います。同じシェルターの仲間たちで、既に卒業して社会的に活躍している先輩たちなどが、新しい人生を作り上げて行く時の良き隣人となるでしょう。考えてみますと、DV被害者のほとんどは、今までの人

生で唯一夫としか繋がってなかったと言えるかもしれません。なぜなら、夫との繋がり以外のものは、実家であれ女友だちであれ、夫からすべて否定され繋がりを絶たれてきたからです。ですから、新しい仲間との関係、仲間の優しさ、仲間の癒しの力、そういうものを一切体験してきませんでしたので、ここで初めて繋がりの大切さを実感します。

### 3 後方支援

前段の危機介入から、ここでは3番目の後方支援の段階に移ります。すなわち、DV被害者が夫から離れてシェルターにたどり着き、シェルター・コミュニティの仲間や支援者と繋がり、その後にシェルターを退所して、地域コミュニティを巻き込んだより大きいシェルター・コミュニティで、さらに多くの後方支援機能の中で自立していくのです。

#### (1) 当事者・支援者の相互エンパワメント機能 (PP5を参照)

ここでは相互エンパワメント機能についてお話しします。普通エンパワメントと言いますと、個人に力 (パワー) を付与していくという意味で使われますが、コミュニティ心理学や社会福祉学では、個人以上に組織やコミュニティへのエンパワメントという意味が強くなります。確かに、シェルター内 (FTCを含む) でセラピーが行われる場合は、個人へのエンパワメントというニュアンスが強いですが、図1にあるように内側を小さく外側を大きくすることにより、シェルター外での当事者と支援者相互のエン

I. DV被害者への支援

#### 4) 当事者・支援者の相互エンパワメント機能

- 個人・組織(シェルター)・コミュニティに対するエンパワメント
- 個人: 自尊心・自己肯定感・所属感・貢献感・自己決定や自己選択の力
- 組織: 多くの人が共通の目標に向かって活動していること, さまざまな組織とコラボレーションしていること
- 組織・コミュニティのエンパワメントには、コラボレーションが不可欠

パワメントを強調するように図示してあります。個人へのエンパワメントは、失われてしまったパワー（ディスパワメントされたもの）、すなわち自尊心、自己肯定感、所属感、貢献感（人に役に立つという感覚）、自分自身の行く先を決定していくという自己決定権などを取り戻していくことです。シェルターなどの組織へのエンパワメントは、DV被害者の方たちがシェルターを退所して、シェルター外の地域や関係機関などのコミュニティにサバイバーとして参入する時に、シェルターも組織として外の機関に働きかけて、自立生活ができるように後押ししますし、外の組織もこれを受けて住居の確保、就労保障、経済的な補償、子どもへの教育保障などの体制を整えていきます。その結果、シェルター、福祉事務所、ハローワーク、保険事務所などの組織は、サービスを広げてエンパワメントされます。そして、個人・組織のエンパワメントが、さらにこれらの組織を統合しているシェルター・コミュニティをエンパワメントしていき、さらに法制度、厚生労働行政や文部科学行政などの在り方を変化させ、社会の改革が進むというシナリオに繋がる支援なのです。

(2) 当事者の権利を擁護するアドボカシー機能

(PP 6 を参照)

後方支援の(2)としては、シェルターの内外で法的支援をするのがアドボケイターであり、これらの活動を総称して、シェルター・コミュニティにおけるアドボカシー機能と言うことにします。アドボカシーとは、本来当事者の「権利を擁護する」という意味ですが、初めてシェルターに来られた方には、何をどう法的に支援してもらえるか分りにくいのです。そこで、アドボケイターはDV被害者と共に、侵害されている彼女らの権利を取り戻すことを支援します。まず、シェルターに入って切実なことは、夫から動静を探られたりストーカーされたり、子どもを拉致されたり誘拐されたりしないかという不安と恐怖心が大きくなることです。そこで、これらの危険を防止するために、アドボケイターは被害者が過去に受けたトラウマ体験を呼び起こす苦痛なプロセスに付き合いながら、それらの事実を時系列に沿って文章化し記録を作ることを手伝います。この

I. DV被害者への支援

### 5)当事者の権利を擁護するアドボカシー機能

- **法的解決とストレス**：証拠集め、陳述書の作成、弁護士との話し合い、警察・裁判所・法律扶助協会などへ出向くときの同行、同席など
- **刑事告訴**：夫の暴力や傷害を刑事事件として訴える場合、被害届を警察に提出し警察の作成した被害届に署名捺印し、告訴が完了。警察や検察官による尋問
- **保護命令の申し立て**：申立書の作成及び地方裁判所への提出。裁判官の面接
- **離婚調停・裁判**：調停の場合相互に言い分を聞かれるが、夫と日時をずらして調停員と会うか代理人で終えるかになる(同行・同席)
- 弁護士との話し合いの仲介役
- 離婚後の子どもの親権、養育費、面接交渉など

PP 6

記録を持って、被害者に同行して警察や配偶者暴力相談センターに出向いたり、裁判所に提出する陳述書の作成を手伝ったうえで、保護命令の申立書と一緒に地方裁判所に提出するのに同行したり、医療機関を受診しDVによる傷害や疾病の診断書を書いてもらうように促したり、DV相談を専門にする弁護士や公的な司法機関である法テラスを紹介したり、同行したりします。

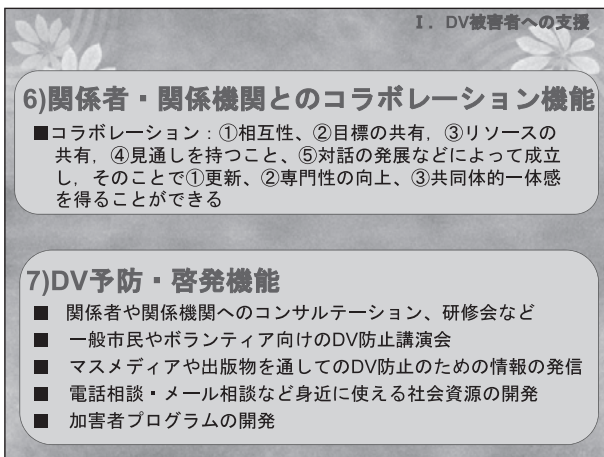
このように、アドボケイターはDV被害者およびサバイバーに寄り添いながら、彼女らを心理的に支援すると同時に、法的機関や人びとと繋ぎながら、彼女らの自明の権利を擁護し、望む形の法的立場を回復することに全力を尽くします。

(3) 関係者・関係機関とのコラボレーション機能

(PP 7 を参照)

次は、シェルターの外に書かれている諸機関とのコラボレーション機能ですが、これによってサバイバーが地域で自立的な生活をするための環境整備がなされるということになります。どのような人びとや機関とコラボレーションするかについては、図2の「支援ネットワーク図」をご覧ください。安全・健康・心のケア・子ども・法的問題・福祉/経済問題など、テーマごとにどのような機関や支援者と結びついているかが、お分かり頂けたと思います。ところで、この「支援ネットワーク図」は2003年に作りましたが、現在の支援コラボレーションの在り方は、概念的にも実践的にも少し変わってきているようですので、少しお話しします。ネットワークはそ





PP 7

のまま使うことが多いですが、あえて和訳すると網状組織と訳されますし、コラボレーション (Collaboration) は協働と訳されています。前者はネットワークという組織の在り方を示す静的なものですが、後者はCo (協力・共同) とLabor (労働) の合成語で、協力し合って働くという動的な意味を持ちます。そして、協力し合って働く場合は、関与する人びとが一堂に会して、どのような目標で働くのか、それぞれの機関や人びとが持っている社会資源を、いつどのように使うのか、またそれぞれの専門とするところが異なりますので、相手を十分に理解して、そのうえで協働したからには責任も分かち合うということになります。ですから、このコラボレーションという言葉は、それぞれの違いを大事にしながら徹底的に議論をして支援を作り上げるとい

う点で、非常に深い意味があるように思われます。コラボレーションによって、心理は心理、福祉は福祉、ドクターはドクター、相談員は相談員というように、関与する人びとが自分の専門性を、他の専門性と協働させながら高めていくという意味があります。一方で、このような協働の中から、運命共同体的な一体感とか、共同体感覚とか、コミュニティ・センスとかが生まれてきて、これが社会を変えたり環境を変えたりしていくことになります。これこそがコミュニティ心理学の実践、コミュニティ・アプローチなのです。

(4) DV予防・啓発機能 (PP 7を参照)

最後はDVの予防と啓発機能ですが、図1を見ますと、後方支援と予防との間に位置しています。この機能もシェルター外での活動ですが、地域からなんらかの要請がありましたら、即刻問題の現場に向き、積極的に専門家に対してコンサルテーションやスーパービジョン、また時にはDV防止研修会などを開いたりします。また、一般市民向けのDV防止講座を開いたり、学校などで暴力防止のワークショップや寸劇を行ったり、メディアを通して積極的に発言したり、DV予防キャンペーンを張ったりして、DVや暴力や戦争のない社会の実現を目指します。

## V DV目撃者である子どもへの支援

両親間の暴力を見て育った目撃者としての子どもの場合と、父親の暴力が母親だけでなく子どもにまで及ぶ場合と二つありますが、これらも子どもの心身に大変酷い「心の傷」(トラウマ)を負わせることとなります。そこで、被害女性たちへのアプローチと同様、1危機介入、2治療的サービス、3予防について、子どもへの支援を順次簡単に述べたいと思います。

### 1 危機介入 (PP 8を参照)

(1) 子どもの出すサイン

DVに日常的に晒されていると、子どもは様々なサインを出します。それは場所を変えて、安全なシェ

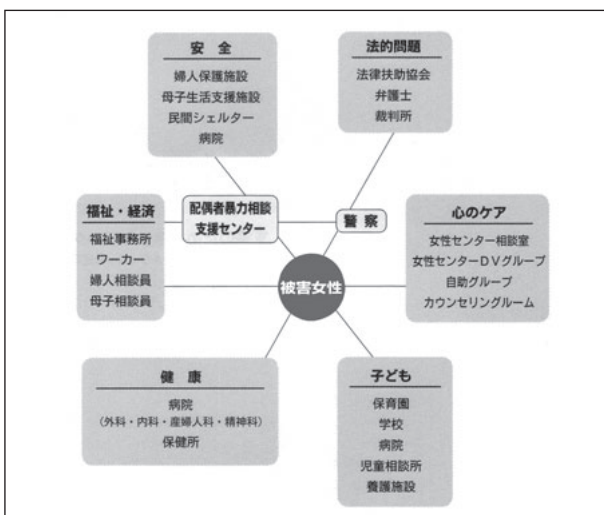


図2 支援ネットワーク図

**II. DV目撃者である子どもへの支援**

1) 危機介入について

- 子どもの出すサイン（怪我・不眠・夜驚・退行・引きこもり・強迫・攻撃性・解離など）を敏感にキャッチすること
- 安全な場の提供
- 関係者からの通告→児童相談所による処遇及び措置（28条）

2) 治療的サービスの提供について

- 子どもへのセラピーの流れ
  - ① 関係性の形成段階
  - ② 退行とfeedingの段階
  - ③ 3Rの段階：re-experience(再体験)、release(開放)、re-integration(再統合)
  - ④ 現実的な人間関係への適応を試みる段階
  - ⑤ 終結段階
- 親や家族への支援プログラム

PP 8

ルターにおいても、たぶん家でも出していたような様々なサインが出てきます。それは、凄いストレス状況にあったことを物語っていますが、一番目立つのは不眠や夜驚や悪夢にうなされるなどの睡眠関連の障害です。母子の会話を聞いていると、「また昨日、お父ちゃんが夢に出てきて怖かった」という台詞が多いのに気づかされます。また、赤ちゃん返りやそれに伴う夜尿や遺尿・遺糞、さらに引きこもりなども少なくありません。それと対照的なのが、大人子ども（アダルトチルドレン）のように、周囲の人（特に母親に対して）や物に、過剰な気の遣い方をします。また、シェルターでもけんかや言い争いが起こりますが、このような時になると、解離症状を起こして目が虚ろになったり、いつもと違う変なふるまいをしたりする子どももいます。このように、心や体で示すいつもと違う状態を、大人は敏感にキャッチすることが必要です。このようなストレス反応は、たぶん家でも出していたと思われそうですが、DVを受けている母親は、自分のことで精いっぱいですから、子どもの出すサインに気付けないことが多いのです。しかし、子どもがこのようなサインを出した時こそ、危機介入すべきなのです。

(2) 安全な場の提供

トラウマティックな家庭の環境から、安全な場であるシェルターに逃れてきた子どもたちは、母親を独占できる蜜月期に入ったと言えるかもしれません。シェルターに来たことで、今まで叶わなかった安心・安全なアタッチメント関係を、母子共々に取

り戻すことができるかもしれません。しかし、そう簡単にいくとは限りません。母親自身が自立した生活を再建するという大きな課題を抱えていますから、時には子どもの問題は後回しになるかもしれませんが、他の母親がカバーしたり、出入りするスタッフやボランティアが関わったりして、何らかの解決に至る場合もあります（コラボレーション機能）。シェルターは、どんな暴力も起こらない、起こさない場であってほしいと思います。

(3) 児童相談所による処遇および措置

2 治療的サービス (PP 8を参照)

(1) 子どもへのセラピーの流れ

治療に関しては、DV被害女性に行ったのと同様のセラピーの流れがあります。

①セラピストとの関係性の形成段階：まずは子どもとの出会いと関係性を大事にします。特に小さい子どもにとっては、初めて親以外の人と親のいないところで (strange situation)、新しい人間関係を作る訳ですから大変な体験になります。最初子どもによっては、泣いたり不機嫌になったりすることもあります。ほとんどセッションの終わりには打ち解けてきます。そういう点では子どもたちは、他者からの接近や言葉かけに緊張はするものの、求めており受け入れの準備状態はできていると言えます。

②退行とFeedingの段階：それでも、相手が信頼できるか否かを、いつも試してることがありますが、多くの場合は、退行がすぐに起こって赤ちゃん返りしてしまいます。このように、早期に急激に退行が起こってきますと、それを上手に活用して、徐々にミルクから離乳食を与えて、そして大きく成長させていきます。実際のミルクは「心のミルク」や「言葉のミルク」ということで、Feedingしながら、子どもたちに届けていきます。なぜ、これほど早く退行が起こるのかというと、日ごろ家族から、愛情や心のミルクがもらえていないことに関係しています。

③3Rの段階：次は、トラウマを再体験する段階で、子どもたちも再体験によって、非常に怯えたり暴力的になったりしますが、ここではセラピストからネガティブな感情を出しても大丈夫ということをお伝え

て、リリース（解放）していくことが必要です。怒りは怒りとして出していく、あるいは悲しみは悲しみとして泣いて出すなどして、感情を解放していくことが大切で、解放した後に再統合するというプロセスも不可欠です。このように、Re-experience Release Re-integrationなど3つのRのプロセスを通して、トラウマへの心の整理ができるのです。

#### ④現実的な人間関係への適応を試みる段階

⑤終結段階：最後が終結段階で、これが子どもたちにとって、大変意味のある大事なセッションになります。子どもたちはDVをされていた父親から離れて来ましたし、おじいちゃん、おばあちゃん、友だちなどたくさんのおいしい人たちとも、本意ながら「さよなら」をしてきました。それと同じように、治療者との間でも新しい楽しい体験をしながらも、どこかで別れの時期を迎えることになります。トラウマティックな別れにならないように、治療者は子どもとの別れをしっかりと行わなければなりません。通常の遊戯療法だと、終結に至るまでのセッションを数回か重ねますが、シェルターに来た子どもたちとは、3か月の短いお付き合いになります。ですから、治療が終結しても後方支援の中で、一緒に暮らした母子たちが年に一回クリスマスパーティで会うとか、1泊2日の夏の親子キャンプ合宿で再会するとか、自助グループのイベントで楽しむとかで、その後も継続する形をとって、繋がりを大事にしています。

#### (2) 親や家族への支援プログラム

以上の子どもへのセラピーは、1対1で行われますが、集団プログラムとしてシェルターの中にいる子どもたち全員を対象にすることもあります。たとえば、シェルターに入って来た子どもたちは、他の子どもに対して、父親がやったように、自分の思い通りにならないと、罵倒を浴びせかけたり、暴力を振ったりしますので、スタッフやボランティアは、子どもたちの出すサインを見逃さずに、適切な対応をしなければなりません。なぜなら、シェルターというものは、外に対してだけでなくシェルター内でも、原則として暴力のない安全な場所なのです。ですから、子どもたちが喧嘩を始めたりしたら、必要

なら仲裁に入って、暴力でなくきちんと言葉で表現するとか、守るべき社会のルールを説明します。子どもによっては、学校や普通の社会で守らなければならない約束事を、親からも学校からもきちんと教えられていなかったり、初めからそういうものが抜け落ちていたりしますので、その都度注意して教える必要があります。これもある意味では、実地教育プログラムであって、子どもたちが社会に巣立っていく時の準備支援プログラムでもあるのです。

さらに、シェルター退所後に、子どもや親たちに提供する支援プログラムは、post-ventionという形で企画されますが、これは何よりも当事者あるいはサバイバーのニーズが中心になって作られるものです。そしてそこに、関係機関や専門家やボランティアたちが加わって、関係者のコラボレーションによって進められます。たとえば、上記の夏に行われる親子キャンプ合宿などは、例年100名ほどの親子たちと50名ほどのボランティアや関係者が参加して、協働によって行われます。

### 3 予防 (PP9を参照)

すでにDV被害女性に対する予防的支援の一つとして、ホットライン機能はかなり有効であったように、子どもにとっても、いつでもどこからでも相談できるホットラインの整備は重要だと考えます。子ども110番やいじめ110番などが、この身近なサービスです。

また、DVの目撃者である子どもに対して、カナ

II. DV目撃者である子どもへの支援

3) 予防について

- 虐待110番、子育て110番など、すぐに相談できるホットラインの整備
- 虐待防止教育プログラム：CAP (Child Assault Prevention)
  - ① 子どもたちは誰でも安心して (safe)
  - ② 自信を持って (strong)
  - ③ 自由に行動できる (free)→ NO, GO, TELL
- エンパワメント教育：自己肯定感・自己コントロール感・自己効力感・自己決定力の育成など

ダのCAP (Child Assault Prevention) プログラムに書かれていることは、小さい頃から学校などで繰り返し提供されることが、大人になっても暴力防止に有効だということです。基本的なこととして、子どもたちは誰でも、安全な場所に居て、安心した人間関係が結べることが、権利として認められていることから出発しています。この基本的な考え方は、どこからきているかという、子どもたちはどのような子どもでも、本来パワーを持っていて、そのパワーで成長していけるという徹底した楽観主義に根差しています。パワーを持っていますから、たとえトラウマを受けても、それ以上に強いパワーを持っていると考えます。CAPのスローガンの一つが、このstrongで、自分たちは強くて、生き抜く強さを持っているということです。それから、自由であること (free) というのは、自分の判断できちんと行動できるということで、自分に対する自信でもあります。CAPでは、safe, strong, free の3つの理念の下に、子どもたちを教育してきました。ロールプレーやグループワークなどの体験学習を通して、具体的に学びますが、もし暴力を受けたら、まず「NOと言いなさい」とあります。それでも止まらなかつたら、「逃げなさい (GO)」。そして誰か信頼できる人に、そのことを告げなさい (TELL)」とあります。このような「虐待防止教育プログラム」を、小学生のころから「暴力予防プログラム」として学習しますので、子どもたちには自己肯定感、自己コントロール感、自己効力感、自己決定力などが育っていきます。他にも、アサーション・トレーニング (Assertion Training, AT) などあって、どのようにして相手に自分の気持ちを伝えるか、コミュニケーションや言葉のやり取りをどのように行うのか、などのプログラムもあります。このようなことで、予防というのは、起こる前に防いでいくことですから、暴力が起らない様にするために、エンパワメント教育とか予防教育とかいうものを、すべての子どもにさまざまな場面で行ってみる必要があると思います。

## VI 支援者やケア・テーカーの

### メンタルヘルス維持のための支援

それではお配りしてあるバーンアウト・チェックリストを見て頂いて、皆さんにチェックして頂きたいと思います。最近6ヶ月、これは長いと思いますので、3ヶ月ぐらいと考えて頂いて、次の様な事ほどの程度経験しましたかという質問に対して、右の欄で当てはまると思う番号に丸を付けて下さい。1. はない、2. はまれにある、3. はときどきある、4. はしばしばある、5. はいつもある、ということです。

もう、皆さん終わりましたでしょうか？ あとは自己採点をして頂きたいと思います。EE、DP、PAについて、それぞれに当てはまる項目の番号を書きましたので、各自で計算してください。なお、PA (個人的達成感) に関しては、逆転項目ですから、5. と答えた項目は1点、4. と答えた項目は2点をいう風にして、合計点を計算してください。

あなたは最近6ヶ月の間に、次のようなことをどの程度経験しましたか？  
右欄の当てはまると思う番号に○印をつけてください。

	1.	2.	3.	4.	5.
	な	ま	時	し	い
	い	れ	々	ば	つ
	に	あ	し	も	
	あ	る	ば	あ	る
	る				
1. 「こんな仕事、もうやめた」と思うことがある。	1	2	3	4	5
2. われを忘れるほど仕事に熱中することがある。	1	2	3	4	5
3. こまごまと気配りすることが面倒に感じることがある。	1	2	3	4	5
4. この仕事は私の性分に合っていると思うことがある。	1	2	3	4	5
5. 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある。	1	2	3	4	5
6. 自分の仕事がつまらなく思えて仕方がないことがある。	1	2	3	4	5
7. 一日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある。	1	2	3	4	5
8. 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある。	1	2	3	4	5
9. 仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある。	1	2	3	4	5
10. 同僚や患者と、何も話したくなくなることがある。	1	2	3	4	5
11. 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある。	1	2	3	4	5
12. 仕事のために心にゆとりがなくなつたと感じることもある。	1	2	3	4	5
13. 今の仕事に、心から喜びを感じることもある。	1	2	3	4	5
14. 今の仕事に、私にとってあまり意味がないと思うことがある。	1	2	3	4	5
15. 仕事を楽しんで、知らないうちに時間がすぎることもある。	1	2	3	4	5
16. 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある。	1	2	3	4	5
17. 我ながら、仕事を上手くやり終えたと思うことがある。	1	2	3	4	5

バーンアウト (燃えつき症候群) 尺度 (久保・田尾、1992)

表1 バーンアウトの自己診断表 (田尾、久保、1996)

診 断	情緒的消耗感	脱人格化	個人的達成感
まだ大丈夫 (40% ↓)	5-15	6-11	25-18
平均的 (40-60%)	16-18	12-14	17-16
注 意 (60-80%)	19-20	15-17	15-13
要 注 意 (80-95%)	21-23	18-20	12-10
危 険 (95% ↑)	24-25	21-30	9-5

EE (情緒的消耗感、emotional exhaustion) : 1, 7, 8, 12, 16, の5項目の合計得点

DP (脱人格化、depersonalization) : 3, 5, 6, 10, 11, 14, の6項目の合計得点

PA (個人的達成感、personal accomplishment) : 2, 4, 9, 13, 15, 17, の6項目の合計

この表で、3つの尺度について、皆さんが計算した合計得点を表1に照らし合わせてみますと、「まだ大丈夫」から「危険」までのどこに位置しているかが診断できると思います。

いかがでしたでしょうか？

注意、要注意、危険と診断された方は、バーンアウトがかなり進んでいますので、どう対処すればよいのかを、これから危機介入と予防という観点からお話します。

### 1 危機介入 (PP11を参照)

まず、バーンアウトという危機状態に介入する場合には、いまどのようなストレス状態にあって、どう対処すればよいかということを考えなければなり

ません。そこで、コミュニティ・アプローチで考えますと、個人レベルでストレス対処方法を考えると共に、環境レベルで職場環境の改善を考えるなど、両面からのアプローチが必要になります。

#### (1) ストレスへの対処方法の学習

① ストレス状態の自覚：これはいま皆さんにやって頂いたチェックリストで、まず客観的に数値で自覚することです。このチェックリストは、看護師さんを対象に作られた尺度で、標準化して表1のような数字が出されています。今日の皆さんは、主にDV被害者の支援をされている方たちなので、看護師さんの結果と非常によく似ているのではいかと思います。一般的に被害者支援をされている方は、何とかしようと頑張りすぎて、情緒的疲労が酷くなり脱人格化が進んで（非情で非人間的で、その人らしさがなくなる）、しかも思うような結果が出せなくて（達成感や満足感がなくて）、バーンアウトしてもおかしくない状況になりやすいのです。注意状態以上は、危ない域に入っていますから、次の工夫が必要です。

② 仕事からの距離を作る：極端に言えば、今まで頑張りすぎていた分、手抜きをすればいいということです。そのために、「3つの間」をお勧めします。人間関係の間、空間の間、時間の間、この「3つの間」です。仕事から距離を置くとは、「空間の間」を作って、職場という環境から離れ、「時間の間」を作って、就業時間が終わったら、仕事をやめるといった気持ちでいなければなりません。しかし、職場を離れても職場仲間と飲みに行っても、「人間の間」と「時間の間」を作っていないことになります。職場を離れたら別の人間関係の中で、趣味をやるとか、昔の友達に会って楽しむとか、仕事に関係したことは全て忘れることです。このように、「3つの間」

Ⅲ. 支援者やケア・テーカーのメンタルヘルス維持のための支援

**1) 危機介入について**

■ ストレスへの対処方法の学習

- ① ストレス状態の自覚 (燃え尽き尺度で客観的に)、
- ② 仕事からの距離をつくり (職場という空間、職場での人間関係、勤務時間から間を置くこと：3間)、
- ③ 健康の回復 (規則的な睡眠と食事を確保し、Relaxation・Refresh・Recreationの3Rを行う)

■ 職場環境の改善

- ① 職務上の過重負担の軽減  
(適切なcase load・勤務時間の短縮・職務の質的恒常化)
- ② 仕事への援助者自身の自律性の保障  
(自分の意思によるスケジュール管理)
- ③ 役割の明確化  
(仕事の目標・責任体制の明確化・役割期待と葛藤の問題の解決)

PP11

を実行することは、意外に難しいことですが、これを実行していると、バーンアウトをしないですむでしょう。

③健康の回復：それから健康の回復のためには、定期的に睡眠と食事を取り、生活の基本パターンをしっかりと作ることです。逆にバーンアウトしかかった時というのは、朝起きられなくなったり、寝付きが悪くなり夢見が多くなったりします。前段では「3つの間」でしたけれど、ここでは3Rにします。リラクゼーション (Relaxation)、リフレッシュ (Refresh)、リクリエーション (Recreation) の3Rです。対人援助職の人は、深刻な問題について相手と話し合うことが多いため、知らず知らずのうちに、相手との関係の中で生じた緊張感・切迫感などを、私生活にも持ち込んでしまいます。頭のどこかで3Rを呪文のように唱えておくともよいかもしれません。

## (2) 職場環境の改善

危機的介入のなかでは、(1)の個人的対処法に加えて、ここでは職場環境への対処方法も考えておかなければなりません。

①職務上の過重負担の軽減：職場環境の改善ということだと、当然ですが職務上の過重負担というものを減らしていくことが大切です。ところで、皆さんはいろいろなケースを持っておられると思いますが、1人何ケースくらいが適切なケースロード (case-load) だと思いますか？自分が出来る範囲を超えないようにすべきです。あまりにも多いケースを受け持っていますと、当然ケアの中身も荒くなりますし、自分にとっても相手にとっても、不満足感が残ります。ですから、先程言いましたように、残業とか時間を超過してまで仕事をすることは基本的には止めるべきで、これは個人の問題というよりは、職場環境の調整ということで、管理者にきちんと対応してもらう必要があります。現在は、大きい企業ですと、産業医 (内科医や精神科医) や産業カウンセラーがいて、彼らが職場に対してさまざまな提言をしたり、EAP (Employ Assistance Program) を導入したりします。特にこのごろは、過重労働によって、鬱になった人、過労自殺しそうになった人、会社を辞めたり休んだりして引きこもってしまった

人などが少なくありません。そういう人たちに対して、職場環境を改善するように、EAPというプログラムを導入するとか、会社の上層部 (管理者) に対して、専門的な立場からアドバイスをするとかで対応しています。

②仕事への自律性の保障：従業員一人ひとりの立場や意思を尊重して、過重労働にならないスケジュール管理をしっかりと行っていけるように、上司などの姿勢や考え方を変えなければなりません。管理職や人事権を持つ人たちには、特別にEAPを徹底して教育することが必要です。それがひいては、それぞれの社員が自分の仕事への誇りと自律性を取り戻すことにつながるのです。

③役割の明確化：まず、仕事についての全体目標を確認したうえで、役割および責任体制の明確化が急がれます。

## 2 予防

ケア・テーカーのメンタルヘルスをより良く維持するためには、予防的介入として次の3つを挙げたいと思います。

①スーパーヴィジョンやコンサルテーションによる介入：ケア・テーカーの専門家になるためには、スーパーヴィジョンやコンサルテーションを受けることが、初心者でもベテランでも不可欠です。

ところで、精神科医の北山修氏は、スーパーヴィジョンについて、「介入する」、「見守る」、「割って入る」、などと述べています。もともとスーパーヴィジョンとは、上から見るという意味ですので、「こうしなさい、ああしなさい」と教えるという意味があるかもしれません。しかし、フェミニスト・アプローチやコミュニティ・アプローチでは、スーパーヴィザーとスーパーヴィジーの関係は、セラピストとしては先輩と後輩、臨床経験の長い人と短い人、年長者と若手、援助者と被援助者という関係はあるものの、「ひらば性」や対等性を重んじています。ですから、スーパーヴィジーとクライアントとの治療関係の中に、第3者であるスーパーヴィザーが割って入ったうえで、二人の距離の取り方とか、二人の関係の密着度とかを常に考慮しながら、議論し

■ 研修講演より ■

ていきます。たとえば、この関係はちょっと密着しすぎているとか、治療者が巻き込まれて柔軟性を欠いているとか、この応答では上手くいかないとか、スーパーヴィザーが気付いたところを指摘して、話し合っていくことなのです。そして、スーパーヴィザーを良い意味で利用して、自分の治療関係やスキルの改善を図り、頑張り過ぎないように、バーンアウトしないように予防していきます。

②仲間との同僚性 (companionship) の回復：また、同じ様な体験をしている仲間と一緒に、「こう言う事があったんだけど、どうしたらいいかなー」「今日は〇〇さんの対応で疲れきっちゃった」などと言って、率直に話し合ったりガス抜きをしたりします。一方、ケース検討会の場で活発な意見交換をしたりして、同僚性 (companionship) を育成させながら、自分の支援のあり方で、抱え込みすぎたり孤立化したりする点を、改善していくことがあるかと思えます。

③他の専門家とのコラボレーション：同じ専門家同士で集まるのではなく、当事者や他の専門家と協働することで、目標・役割・責任を共有して果たして行くことも重要です。

以上、DV被害女性や子どもたちへの支援について、予防・危機介入・後方支援というコミュニティ心理学の視点から、DV被害者のためのシェルター・コミュニティで行われているフェミニスト・セラピイ的支援活動を報告させていただきました。また最後に、支援活動に関わるケア・テーカーが陥りやすい燃え尽き症候群についてもお話しいたしました。皆様自身がバーンアウト・チェックリストをつけることで、燃え尽き度を自覚し、それへの危機介入・予防を考えるきっかけにして頂ければ幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

## 「周産期における子ども虐待のリスク」

佐藤 拓代

(独)大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター企画調査部長)

\* 平成22年度 テーマ別研修「子ども虐待防止と周産期の支援」での講演をまとめたものです。

ご紹介いただきました佐藤です。私は臨床を10年間、小児科、産科と新生児の周産期をやってきて、それから後は保健所におりました。今は大阪府立母子保健総合医療センターの企画調査部という、ちょっと珍しいどちらかというところの公衆衛生の部門にいます。

大阪府立母子保健総合医療センターは今年で30年になるんですが、設立当初は主に産科と新生児で160床、乳児の40床、そして企画調査部だったんですね。今は産科100床、新生児60床、小児医療211床で、研究所もあります。小さい子どもさんを育て上げて地域に返す、あるいはハイリスクの妊婦さんも来られるわけですが、そこを地域と連携していかに子育てを健やかにしていただくかということ念頭に置いて、30年前にこの企画調査部という保健師さんがいる部門をつくったわけです。

こども病院の中で保健師さんがいると、高度医療を受けて自宅に帰る子どもさんのことを見ましても、やっぱりケースワーカーではないつながりができるんだなと改めて思っています。未熟児はもとより、先天性の疾患を持って手術して在宅に帰す、あるいは慢性疾患で呼吸器をつけたまま自宅に帰らなきゃならないという人たちに、細やかなところまで地域に伝えられるのはやっぱり保健師さんなんですね。

ところが全国で病院に保健師さんは、あまりいません。こども病院にいる保健師さんの連絡協議会というのがあります。ちょっと前置きが長くなるんですけど、すみません。地元に戻ってもらって、保健と福祉と医療をつなぐ部門として、病院の中の保健部門が重要なんだということをお願いしたい

なと思っていて。全国で10カ所の公的病院に保健師さんがいて、連絡協議会を持ってお互いにどんなことをしているのかというような情報交換をしています。

ところが去年その協議会を当センターで開いたんですけど、1カ所が保健師さんからケースワーカーに変わり9カ所になったんです。保健師さんの活動というのは水みたいなもので、なかったら非常に困るし、非常にいい働きをしているんだけど、そのところのアピール度が低いと病院の中の認識が弱くなってしまいかねないというように思います。

今すごく予防が注目されています。今日のご参加の方たちの名簿を見ますと、保健分野の方も多いしもちろん児童福祉の方も多いですけど、保健の分野、保健師さんの活動をよく理解していただいて、本当にパートナーとして一緒に仕事をしていただく。それが予防には非常に効果があるというように思っています。

### 1. 周産期とは

周産期の定義は、統計上は妊娠22週から生後7日未満です。ところがみんなが周産期というのは、赤ちゃんが生まれてから1カ月とか2カ月ぐらいの期間をイメージしている方が多いように思います。実際には出産前後を指しますが、概念が広がっていると思います。

ところが産科では、この22週0日になるのか21週6日になるのかでは、すごく変わります。妊娠が継続できなくて胎内死亡して21週の6日だったら流産



抜いで、22週0日だったら死産です。しかし、市町村には死産の届出が12週以降は必要で、定義が異なっています。

大体、予定日を算出するのがいかに難しいか、頼みの綱は、お母さんの最終月経。それから後は、超音波で赤ちゃんのサイズをはかって、それから赤ちゃんの大きさから推測して予定日を出すわけなんですけれど。でもそれも妊娠の初めのころにそういうエコー（超音波）の検査がなされないと、予定日の算出は難しいんです。これが妊娠後期になってから受診してくる方の問題なんですね。

今は胎内でエコーでかなり先天性の奇形とかがわかります。妊娠後期になってから受診してくると、さらにもう一つの議論を引き起こしていて、例えばお母さんたちは健診の一環だとして超音波を受けているんですが、実際には先天異常がわかってしまって告知の場面にもなりかねないということです。

普通、遺伝子検査を受ける場合には、そういう重大なことがあるかもしれないからということで同意書を取って検査をしています。ところが超音波の検査は同意書を取っていない。だから普通の健常な赤ちゃんが生まれてきて楽しい生活が始まるかなと思っていたんだけど、産婦人科の先生から全然準備がないままに、「おたくの子どもさんはひょっとするとこんなような障害があるかもしれないので、どっか違うところに行ってみてください」となると、お母さんもう頭が真っ白で、あと何を考えていたかわからなかったというようなことをおっしゃいます。

ところが先天異常をエコーで見るのも、赤ちゃんがおなかの中にきっちきちに入ってきたらわかりにくいのです。中期ぐらいの、羊水があって赤ちゃんがふわふわ空中遊泳しているくらいのときだったら性別もわかるし、いろいろな内臓の奇形なんかも見やすいんですね。妊娠後半まで全然医療機関にかからないで、飛び込みで分娩するというのは、そんなこともあるということも知っていただきたい。

周産期死亡率は我が国では妊娠22週からですが、世界では28週以降の死産と比較しています。

28週以降の死産と7日未満の死亡を合わせて、日

本では出産1000対2.9人で世界でトップレベルです。その次に高いのはスウェーデンの4.4、カナダが6.3、アメリカが6.8、イギリスが8.5、フランスが10.5というように、断トツに我が国の周産期医療、産科医療が非常によく進んでいることをあらわしています。

周産期というのはもう一つ子どもを産む側にとってみると、子どもを受け入れて分娩し育て始めるという大激動の時期なんですね。ホルモンも、今までだったら月経が来て月経血を流すように、どっちかというところ収縮して異物を排出するほうに働くんですが、赤ちゃんというのは本当に遺伝子的には自分とは相入れないものなんですけれども、それをきちんとおなかの中に置いておいて育て上げるから、免疫機構もすごい変化が起こっていますし、ホルモン系統でも子宮が大きくなるのを受容するような変化が起こっているわけなんです。だから心も体も非常に影響を受けるということです。

ところが一部の人は、妊娠・分娩というのは病気じゃないんだと。病気じゃないから医療機関に行く必要はないんだというように変に誤解をしまっているところもあるし、また反対に非常に大事にされ過ぎて肥満が起こって、産道の周りにも脂肪がちがちについて、かなり分娩がしんどいというようなこともあるので、これは本当に中庸の正しい理解、妊娠・分娩・出産で女性の体に何が起こるのか、あるいは心の動きがどんななのかというのを、子どもに携わるすべての機関の人たちには知ってほしいなと思います。

この中でも特に産褥期、産後の体がもとに戻るまでの期間は、赤ちゃんに没頭し愛着をはぐくむ時期なんですね。この赤ちゃんに没頭しというの、さわるパターンを見ていくとおもしろいです。普通は、赤ちゃんが生まれて、「やあ、かわいい、かわいい」と言ってびしっと抱けると思うんですけども、赤ちゃんが思ったようなはずじゃないな、本当に自分の子かなと思うときには、おもしろいことに試し行動から始まるんですね。

未熟児にかかわっていきますと、思いもよらないほど小さく生まれた我が子に愛着を育てるときには、まず保育器のちっちゃい窓のところから手を入

れてみて、つんつんと突っつくんですね。あっ、動いたわ、本当に生きているというのを確認しつつ、あったかいわ、やっぱり生きてるんだと思いながら、その次によく手のひらぐらいで赤ちゃんをさわるようになってきて、それから赤ちゃんが大きくなったら胸の上に乗せるとかというようなプロセスが起こります。

ですから、普通の大きさで生まれてきた赤ちゃんとの愛着の育て方に比べ、小さく生まれてきた赤ちゃんとの愛着というのは、かなり時間がかかるなど。指先つんつんから、手のひらになって、抱きしめるとい、そこまでの時間も赤ちゃんが病院に入っている間には医療サイドのほうでしっかりやってあげる必要があると。ところがお母さんの体には負担がかかるというのは、先ほど言ったとおりです。

## 2. 調査や事例からみる周産期の問題

### (1) 死亡事例集の検証結果報告から

国が虐待死亡の検証結果を出し、もう第6次報告まで行きました。妊娠期、周産期の問題だけを、その報告書の中から抽出しました(スライド①)。ここに心中以外と書いてあるんですけど、これは虐待死です。心中も同じくらい数があります。心中はどちらかという子どもの年齢もばらばらだし、背景要因もさまざまというような報告がなされています。

心中以外の虐待死のところで、網かけしたのは、私

がおやおやと思ったところなんですね。タバコの常習とアルコールの常習は、67例のうち未記入が48例もあり7例と5例は全体の1割ぐらいになりますが、記入している分に対する割合でいくと36.8%と26.3%なんです。これは第5次報告では10数%でした。2~3倍になっています。

ということは、おなかの中にいる子どもによくないということはかなり常識に近いと思うんですが、そういうことを知っていても習慣を変えられない、おなかの子どもに思いを寄せがたい人たちなのではないかと、その人たちがふえているのではないかと心配します。

それと望まない妊娠、計画していない妊娠ですね。この把握がまた難しいんですけれども、最近は母子健康手帳をとりに来られるときに、この妊娠は計画した妊娠ですかというように聞いているところはかなりあります。でもそれが本当に計画したか計画してないかというのと、望んだ妊娠か望まない妊娠かというのは微妙にニュアンスが違います。本当はこっちのほうもストレートに聞くべきかと思うんですけれども、国はこれを一緒に集計しています。やっぱり記入していない例は半分以上あり、記入例に占める割合は7割で若年妊娠が3割です。

若年妊娠は未記入が18例もあるのは、ちょっとどうしたものなのかなと思うんです。お母さんの年齢から子どもの年齢を引くと機械的に出てくると思うので未記入だけの話で、本当は把握しているんじゃないかなと思うんですけれども。これは大事です。また後のほうで言います。

それから母子健康手帳の未発行が4割。妊婦健診を受けてないのが6割。母子健康手帳はただ単にとりに来るだけじゃなくて、今は14回の妊婦健診の受診券がついているんです。都道府県、市町村によって補助額はかなりばらつきがあり、14回で11万ぐらい補助金を出しているところがあるから、すごいメリットいっぱいのはずなんですけど、そういうことをわかっていてもとりに来ないのか、あるいはそういう情報が行き届きにくい人たちなのかということ、考えてしまいます。

この検証結果で、だんだん把握する割合も高く

	心中以外 N=67			記入例に占める割合
	あり	なし	未記入・不明	
切迫流産・早産	4(6.0%)	18(26.9%)	45(67.2%)	18.2%
妊婦高血圧症候群	2(3.0%)	15(22.4%)	50(74.6%)	11.8%
喫煙の常習	7(10.4%)	12(17.9%)	48(71.6%)	36.8%
アルコールの常習	5(7.5%)	14(20.9%)	48(71.6%)	26.3%
マタニティブルー	1(1.5%)	14(20.9%)	52(77.6%)	6.7%
望まない妊娠/計画していない妊娠	21(31.3%)	8(11.9%)	38(56.7%)	72.4%
若年(10代)妊娠	15(22.4%)	34(50.7%)	18(26.9%)	30.6%
母子健康手帳の未発行	20(29.9%)	27(40.3%)	20(29.9%)	42.6%
妊婦健診未受診	21(31.3%)	16(23.9%)	30(44.8%)	56.8%
胎児虐待	0(0.0%)	21(31.3%)	46(68.7%)	-
墜落分娩	9(13.4%)	22(32.8%)	36(53.7%)	29.0%
陣痛が微弱であった	1(1.5%)	18(26.9%)	48(71.6%)	5.3%
帝王切開	4(6.0%)	33(49.3%)	30(44.8%)	10.8%
低体重	9(13.4%)	20(29.9%)	38(56.7%)	31.0%
多胎	4(6.0%)	40(59.7%)	23(34.3%)	9.1%
新生児仮死	0(0.0%)	29(43.3%)	38(56.7%)	-
その他の疾患・障害	0(0.0%)	29(43.3%)	38(56.7%)	-
出生時の退院の遅れによる母子分離	6(9.0%)	38(56.7%)	23(34.3%)	13.6%
NICU入院	2(3.0%)	40(59.7%)	25(37.3%)	4.8%

スライド①

なっていて、今や子どもの虐待に関する死亡事例への影響は妊娠期・周産期の問題がかなり大きいと言えます。特に子どもがちょっと大きくなって死亡した事例なんかでも、これが隠されている事例があるんです。さらに細かく見ていきますと、乳児が6割です。前年は4割でしたから、去年の報告は2割多くなりました。そのうちに新生児、生まれた月のうちに殺されてしまうのが7割弱ですね。主たる加害者は実母が6割です。

望まない妊娠、妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行が、生まれたその日に殺された子に限ると7割弱、75%、8割というようにものすごく割合が高くなっています。生まれたその日に殺してしまうというのは、赤ちゃんが生きて生活することすら考えにくいような妊娠生活を送っていたとか、どうしたらいいかわからなかったとか、そのような人たちではないかと思えます。

今、母子健康手帳交付のときに面接して、そこからリスクが高いから支援するのはかなりの市町村がやっていますけれども、それもとりに来ない人が多いわけですから、もう遅いわけです。ですから、とりに来ないような人、妊娠したかしないかは薬局で買う妊娠チェックだけで済ませているような人たちに、いかにアプローチするかというのがこれからの大きな課題だと思います。

それから乳幼児健診の未受診も多いです。平成21年度の全国で3・4カ月児健診の未受診は6.3%なんですけど、4倍以上です。1歳6カ月児健診の未受診も9.2%ですけれども、5倍ぐらいです。すごく公的サービスに乗りにくい人たちだということも言えます。

ちなみに市区町村への妊娠の届け出がどのぐらい遅い人たちがいるのかというのを、調べてみました。妊娠20週までで97.7%がとりに来ています。満11週以内に86.9%とほとんどの方は、とりに来ています。だから満11週で切るか12週で切るか、少なくともこれ以降にとりに来た人たちは、もうちょっと細やかにかかわる必要があると思います。さらに分娩後にとりに来たということも0.2%います。

これもまたPRの仕方にもよるのかもしれませんが

が、市町村によってばらつきがあります。20週までの届け出が多いところというのは、都道府県等としているのは政令指定都市、中核市等は厚労省が都道府県並みに報告を求めていますので、そこで比較検討すると、広島市が多く、秋田市、富山市、船橋市、大津市となります。20週までの届け出が少ないほうからいくと東大阪市、奈良県等々です。

極端に少ないこの二つを除くと差が小さく、まあまあ頑張っていると思います。頑張っているからこそ、妊娠の届け出が遅い人は星マークをつけてしっかりフォローしなければならないと思います。自分たちのところの社会資源と合わせてどこからフォローするかですが、私は20週で切ってもいいんじゃないかなと思います。

国の検証の報告書の中に出てきていた事例から、周産期をみてみます。細かいところがよくわからないんですけど、でもやっぱり周産期の情報がかなり影響しているのかなと読み取れなくもないので、ご紹介します。

「こんにちは赤ちゃん」で訪問したんですが、お母さんが生後間もなくから夜間に飲食店に勤め始めていたことを聞いていたと言っています。だからお母さんでなくお父さんに会ったのかもしれない。それをどう、こんにちは赤ちゃん事業の報告を集めるところに返したのかなというのは、私は聞きたいところなんですけど。離婚されているんですね、で、転居したと。出産した医療機関からのリスクが転居先につながっていなかった。ということは、多分出産した医療機関でも何かあったんでしょう。だから「こんにちは赤ちゃん」で行く市に伝わっていたようです。さらに児童扶養手当の申請が行われ、母子自立支援員等が積極的にかかわりを持つことはなかったということで、母子家庭になったということからのリスクの変化が把握されていなかったような感じがします。

子どもが通っていた保育所や幼稚園でも、傷やあざの情報等があったようです。また病院からも通告があったということで、きっと担ぎ込まれたか連れていったかで問題があったんでしょう。で、児相は虐待と判断していなかった。まあ、ポイントは幾つ

かあるんですけれども、少なくとも言えることは出産した医療機関からのリスクの情報ということなんです。

ですから今度は医療機関から情報をもらう。医療機関に5日間ぐらいしか入院してないんですけれども、その中でやっぱり家族の面会が少ないとか、赤ちゃんへの接し方が非常にぎこちないとか、いろいろな問題が、短い期間ですけれども把握できるんです。もちろん飛び込みでお産に来たとか、いろいろな情報があるので、それを医療機関からこっちのほうも積極的にもらうことをするというのが今や求められています。

この仕組みづくりというのが、いろいろなところのお話を聞かせてもらいますと、点と点なんです。面になっていないんです。ある医療機関からは非常によく情報をもらうんだけど、違うところの医療機関からはもらえないということではなく、点ではない面の対策が求められています。面の対策で周産期医療機関から情報をもらう仕組みをつくっているのが兵庫県です。それから徳島も徳島大学が中心になって医療情報をもらうような仕組みをつくられています。ぜひそれを保健所の役割として、都道府県型でも中核市でもいいですけれども、調整してしっかり面をつくっていただきたいなと思います。

もう一つの事例は、アンケート上の「いろいろあり」の項目にチェックしていたということは、後期健診のようなんです。赤ちゃんの健診は4カ月とか1歳半、3歳は集団でやっているところがほとんどですけれども、乳児後期健診というか10カ月ぐらいの健診は医療機関でやっていることが多いんです。これはどうも医療機関での委託された健診のようで、チェックしていたんだけど、それがきちんと市町村の訪問するところに伝わっていなかったようです。

医師会にこの後期健診のデータを集めて、それから保健センターに返しているところが多いですよ。医師会で何で集めるかという、支払い事務があるから集めているんです。そうすると、医師会経由で紙が戻ってくるのを待っているのではとても間に合わない。後期健診を診た医療機関から、「あれ、

このお母さん心配でちょっと危ないね」というような情報を即電話でもらうような体制でないと、タイムリーな支援ができないです。

それから医療機関のケースワーカーから、面会が少なく来院しても本児をあまり抱かない、リストカットの跡のようなものがあると言っているんです。双子で上にも第一子がいると言っているから、きっと双子で未熟児だったんでしょう。これは周産期が持っているものすごく高いリスクです。リストカットなんていったら大変な事例で、しっかり病院に入院している間に地域とカンファレンスを持ち、どうやってこのお母さんたちを支えていくかというのをやっていかなきゃならないと思うんです。やっていたかもしれませんが、報告書では簡単過ぎてわかりません。

訪問は行っているんです。訪問も初期の受け入れはよかったので、次回の訪問を約束したと。ところが私が保健師さんと一緒に保健所に20何年間いた経験からすると、この訪問の約束というのがまたくせものなんです。訪問というのは、普通はリスクアセスメントをしてどのくらいの頻度で行かなければならないかというのを、大体頭に入れながら保健師さんは行っているんですけれども、「あなたの場合にはここ1カ月は1週間に1回、毎回行くからね」というような約束がなかなかできないというか、約束しないで訪問を終わっている場合があるんです。

そうすると、人との信頼関係を結びにくい人たちは、見かけ上はすごくここにこととして保健師さんを受け入れるんです。ところが保健師さんが帰った後は、どっと疲れるということが結構あるんです。じゃあ、次に来る前にさっさといなくなろうかなとか、あるいは次には訪問を拒否しようかなとかいうことが起こりかねない。これだけのリスクがあります。だったら次の訪問は、「しばらく子育てのこととかお母さんの心配事を聞くために毎週毎週来るからね、じゃあ来週水曜日ね」とか、「ずっと水曜日来るね」と。それくらいのお約束をして帰ってきてもいいんじゃないかなと思うんです。

再訪問したところ既に転居後であったと書いているから、1週間後には転居できないと思うんですよ。

どれくらいの訪問間隔だったのかなと思いますね。これも周産期の情報がどれだけ重みを持ってとらえられていたかということです。

## (2) 新聞報道の事例から

これは大阪で非常に騒がれた事件です。去年の春は死亡事例がものすごく相次いだんです。新聞の情報からですが、1歳10カ月の3女であごが骨折していました。あごが骨折していたんだけど、そのあごの中に肉まんが押し込められていた事例なんです。前の日まで食べたということを親御さんは言い張ったんですけど、新聞によるとあごが骨折していてとても痛くて嘔めるはずがないから、親が押し込めたのではというようなことを書かれていました。顔にやけどがあって、消えかけたあざもあって、死因は急性硬膜下出血、揺さぶられ症候群かなと。

子どもが4人、5歳、3歳、9カ月。無職の、夫かどうかわかりません、新聞では男性と書いていました。虐待の兆候から1年8カ月、21回、訪問や電話等をしています。この人は、2008年に駆け込み出産で生まれているんです。先ほどの死亡事例のところでも妊婦健診未受診とか——駆け込みというのは妊婦健診未受診ですよ。おなかが痛くなって医療機関に救急車か何かで来るわけですから。

1カ月健診に、お母さんの産後の肥立ちがいいとか赤ちゃんの体重とかを見るための健診をするんですけど、来なかったわけです。1カ月ちょっとのときに市に連絡をしています。すごいですよね、1カ月健診に来なかったその日ぐらいきっと連絡したんだろうなと思うんです。医療機関が抱えている重大性というか、「危ないぞ」という思いはすごいと思うんですけれども。保健師さんも訪問して接触できなくてネグレクトの疑いで要対協に上げていて——ここはすばらしいですね。全く生まれた子どもの姿を見てないんだけどネグレクトというのは、特定妊婦の考え方とも通じますよね。

市の保健師さんが2カ月後によく子どもに会っているんですけど、お母さんがいない。何をしていたのか。それから後ずっと両親と6回会えず、7回会えずと。半分拒否されてますよね。自宅では

会えないから、今度は施設で会う。保健センターで会ったのか福祉事務所で会ったのかよくわかりません。健診には一回も連れてこない子どもさんです。多分、4カ月児健診の未受診が9月が10月ぐらいだったんでしょうね。その未受診訪問が長引いて、このときによく訪問できたのかなと思うんですけど。

ほっぺたには薄いあざがあって、お姉ちゃんがたたいたと言いつ張ったと。赤ちゃんのほっぺのあざというのは、ものすごい強い力が加わるか鋭いものが当てられるかしないとできませんよね。赤ちゃんって、脂肪ぶくぶくですから。「お姉ちゃんがたたいた」と言ったらしいです。5歳のお姉ちゃんがたたいて、こんなあざができるのかなと思うんです。

そんなのできるはずないねということで、関係者はそこを突っ込んだか突っ込まないか、それも新聞からだよくわかりません。だけど同じあざがあるんです。で、また同じ説明をしているんですね。またあざがあって、お姉ちゃんのせいにして。お母さんは「本気で怒ってグーが出ることも」と言っているから、多分これはお母さんのSOSだったと思うんです。お母さんが今までやっていたということの思いをちらっと言って、大変なことをしているという思いだったのかもしれないです。

12月に4女の健診で本児連れてこずと。この4女は健診に連れていっているんです。というと、上の子は健診を受けていたんだろうかと。この子は受けているんですけど、何で死亡児だけ健診をずっと受けてなかったんだろうかと、すごく思うわけです。

さらに体が小さそうだったから、フォローしているような感じなんですね。「来てね」と言ったけど来なかったから、お母さんが断りの電話を入れてきたときに、「じゃあ家庭訪問に行くからね」という約束をしているんですけど、家庭訪問に行く前日かなんかに殺しています。追い詰められた人は大変なことをするかもしれないという思いも、片や持たなあかんと思います。

幾つかポイントをこの事例で思います。医療機関からの情報の重みは先ほどから言ってきているんですけど、あと駆け込み出産というのはお金がなかつ

たのかもしれないと思うので、上の子どもたちの医療費、生活保護もいつからもらっているのか、そんな視点での周産期の情報を集めるというのも重要です。

あとこの子だけが重大な虐待を受けた機序。先ほど、上の子どもは駆け込み分娩だったのかな、健診受けたのかなとかいろいろ言いました。保健師が拒否されていて、生活保護のワーカーは月1回行けるから、一緒に訪問しているんです。ところが後の新聞で、「保健師さんが何をやる人かわからなかった」とお母さんが答えているというのが書かれています。

保健のほうからのやわらかいアプローチでかかわれなくなったときに、介入型というか監視型の家庭訪問できる職種の人と一緒に行くというのは、かなりメリットとデメリットがあると思います。保健師さんは、「ケースワーカーはこんなことをするけど私はこんなことをする職種です」というように、しっかり書き物にして渡すぐらい予防的な活動を親の頭の中にインプットさせる必要があると思うんです。

さらにこの子だけということで、周産期以外にも上の子の子育て、健診もどうだったのかということも把握しないといけない。そうすると、この子だけがものすごく行政サービスにも乗りにくいし周産期にもリスクが高かったら、この子は危ないということがもっと前に出てきてしかるべきだったんじゃないかなと思います。

未受診者の把握のところは、一生懸命頑張っています。だけど下の子の健診で本児を連れてこないというときに、「上のお姉ちゃんはどうしているのか」というのを聞いてくれたのかなと思うんですね。すなわち健診というのは、その家族の全員の子どもを見られるチャンスでもあるということなんです。上の子を連れてきて、上の子をたたいたから発見する場合がありますし、普通だったらお留守番できないような年齢のきょうだいがいる場合に、そのきょうだいは残されて何をしているのかという視点も必要です。

大体が支援がありがたく思われるのは、1人目の子どものときなんです。だから関係機関との関係を

よくするというのは、1人目のときにしっかり関係づくりをするということを言いたいです。

もう一つ、大阪の堺の事例ですけれども、去年の1月、24歳のお母さんが生後2カ月の長女を揺さぶって、揺さぶられ症候群かなということで死亡させています。お父さんは外出していました。これも新聞からですけれども、インターネットに「2カ月しか生きられなかったけど……」「生まれてきてくれた意味を考えて生きていきます」というように、何か自分が揺さぶったことと全く関係ないような文章を書いています。夫が育児に協力的でないのに悩んでいたと。育児疲れのため泣きやまないことに腹を立てたと言ったようです。

保健センターでは、母親教室に通う熱心なお母さんと。かなり近いところにお住まいがあったようで、しょっちゅう子どもを連れて相談に来ていたようです。1月の下旬というのは、死亡させた前日か前々日ぐらいだったようなんですけれども、夫が手伝わない、好きな時間に買い物ができないと言っているんですけど、「子どもがかわいいと思えない」ということを言っているんです。

このお母さん自身は結構知識があるし、虐待の危機感を自覚して専門医も受診して、ということは精神科にも受診したと言ったらしいんです。でも本当に行っているのかどうかはよくわからない。産後うつかなというようなことは新聞には書かれていました。でも私は死亡を食い止めるためには、お母さんが「かわいいと思えない」と、今まで言わなかったことがほろっと出てきたときに、保健師さんはどう対応すべきだったのかなということを思うんですね。

往々にして、しょっちゅう何でもかんでも言ってくるような人たちは、「ああ、そうなんや、そうなんや」という形で流すことが多いんですけれども、こういうように今まで言わなかったことを言うときには、「え、そうなんだ、お母さん、そこまで思い詰めてるんだ」とか、何か今までと違うようなことが起こっているぞというような視点で言葉かけをするのを、きっとお母さんは求めていたのかなと思うんです。今まではそんなことを言っていないんです

から。

周産期のアセスメントはどうだったのかなとすごく思うんです。母親教室は来ていたんだけど、医療機関で出産というときに夫とか実家の支援がどうだったのかとかね。

あと、泣きやまないということで何回も来ています。だったら具体的に揺さぶられ症候群予防のメッセージ、「いくら泣きやまなくてもこんな揺さぶり方はやったらいけないよ」「泣きやまないのは今の時期には普通だからね」ということも言ってあげるようなアプローチが必要ではなかったかなと思うんです。周産期からの支援では、泣きやまないことへの対応というのは重大ポイント中の重大ポイントです。後のほうでまた言います。

### (3) 未受診出産等実態調査報告から

総論的な未受診分娩に移ります。去年の3月に大阪産婦人科医会が報告をしています(スライド②、③)。これは大阪府が調査を委託したもので、市レベルとか病院レベルでこの分析をしているところはあるんですけど、都道府県単位でやったのは初めてと思います。

定義を未受診は受診回数3回以下、または最終受診日から3か月以上の受診がない妊婦としています。21年1年間の分娩は分娩1000対2人弱、139人しかいないですね。その背景は未成年が15.8%、ほとんどが未婚です。パートナーがいる人もいない人もいますが、わかっている限りでも非正規雇用、フ

#### 未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書

- 死産3例、低出生体重児26.3%、早産児13.8%、31.7%がNICUに入院。
- 母親は帝王切開22%、産科医の立ち会わない分娩13例、27%に妊娠高血圧など。
- 13.1%が乳児院や里親委託。
- 助産券26%、生活保護申請29%、59%が要支援ケース。
- DV(配偶者暴力)やネグレクトの既往もしくは危惧が8例、乳児健診未受診もしくは体重増加不良が10例。

#### スライド③

リーターとか。経済的にかなり苦しいと思います。

未受診の理由は、お金がない、失業し経済的に苦しかった等の経済的理由が3割です。妊娠に気づかなかった、どこに行っていかなかったが2割。大体この妊娠に気づかなかった、どこに行っていかなかったというのは若年のお母さんが多いです。高校生がスーパーで産み落とすとかね。そういうような、思春期に対するアプローチも必要です。あと多忙が10%。多忙というのは、子どもの健康と多忙とをてんびんにかけたらどっちよという感じで思うんです。あとは不倫がやっぱりありますね。

分娩で子どもはどうかというと、死産が3例です。今や本当に死産は少なくなり、満28週以降の死産は出産1000に2ぐらいです。約5倍です。低出生の子、2500グラム未満の子どもを低出生体重児といいますが、今は男の子で9%、女の子で10%なんです。その2.5倍ぐらい体重がちっちゃいですよね。早産の子どもも多い。

それから3割がNICUに入院する。NICUという、未熟児とか障害を持っている子どもさんが入院するところの1日の医療費というのは、ものすごくかかります。1日入院しただけでも10万円かかるんです。医療費もかなりですから、予防的にお金をかけることで医療費も節減されると思うんですけどね。

帝王切開も多い。産科医の立ち会わない分娩。お母さんの体にも妊娠高血圧症候群、これは昔は妊娠

#### 未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書

2010年3月大阪産婦人科医会

- 未受診は受診回数3回以下または最終受診日から3か月以上の受診がない妊婦と定義。飛び込み分娩も当然含まれる。
- 平成21年1年間の分娩数は、139人(分娩千対1.99人)
- 未成年24人(15.8%)、未婚69%。パートナーは55人が就労も非正規雇用と半数が推測された。
- 未受診の理由は、「お金がない」「失業し経済的に苦しかった」等経済的理由が33%。「妊娠に気づかなかった」「どこに行っていかなかった」などが21%、多忙が10%、不倫や離婚等10%、相談相手がいない等が7%などであった。

#### スライド②

中毒症とっていました。それが3人に1人以上ぐらいですかね。産まれても家に帰れない。乳児院や里親に委託して、お産自身は助産制度か生活保護をそれから申請して生活保護での扶助になるか。地域に帰る子どもでも59%が要支援だと。家に帰ってからもDVだったりネグレクトが起こったりとか。乳幼児健診も未受診、体重もふえないという、おなかの中にいるときから飛び込みだとか妊婦健診未受診というのは、言ってみたら胎児のネグレクトです。

受け入れられないか無視しているというネグレクトは、生まれてきてからもやっぱり続いているということなんです。なので、今や周産期で把握するような情報は、いつか改善されたと思っても、ずっと気をつけて見ていかなければならない大きな要因の柱と言えらると思います。

助産制度というのがわかりにくい人もいるかと思うので、ちょっと説明します。助産制度は入院費です。一部の市では外来のときからこの助産制度で妊婦さんの健診まで補助してくれるところがあるんですけども、大抵は入院後です。だから退院する前に申請してくれなければ。本当は入院する前に申請してもらわなきゃならないんですけどね。

これは児福法です。保健上、必要があるにもかかわらず経済的に困窮していて出産費用を負担できないときに、本人から申請があった場合に助産施設に入所させるんです。ところがすべての医療機関で受け入れられるわけじゃなくて、指定された病院または助産院です。出産費用を公費負担。今はお産に40数万円ぐらいかかりますよね。だけど40数万すべてが出るわけではなくて、一部負担があるところがほとんどです。その部分も上乗せして出しているところもあたりはするんですけども。市及び福祉事務所を持つ自治体による措置で、費用負担が国2分の1、自治体2分の1なんです。

これがかなり出てくると、持ち出しになるから市としてはあまりPRはしていない。ところが今、ネット上はすごいですね。「お産の費用をもっと安くないでしょうか」と検索すると、「助産制度というこんなので5万ぐらいでお産できる制度があるみたいよ」とかいう感じのやりとりがされていて、「こ

れを受けやすくするにはこうしたらいいわよ」とかっていうのまで出ています。

全国では415施設あり、全くないのが8県8市あります。そこでどれだけの分娩を受け入れているかというと、北海道が249件、横線を引いているのは助産施設を持っていないところです（スライド④）。東京都が615で大阪府が646、大阪市も698、堺も355、そのほかに中核市を省略しています。大阪だったら東大阪と高槻があるので、それを合わせると大阪が全体の3分の1を占めている。大阪だけがそんなに経済的に困窮している人が多いのかというと、そういうわけではない。この問題意識は産婦人科医会は非常に大きく持っています。

H20年度都道府県等別助産制度入所措置数

北海道	249	東京都	615	滋賀県	19	香川県	2	札幌市	208
青森県	12	神奈川県	28	京都府	89	愛媛県	1	仙台市	80
岩手県	-	新潟県	-	大阪府	646	高知県	45	さいたま市	-
宮城県	126	富山県	-	兵庫県	9	福岡県	31	千葉市	10
秋田県	3	石川県	-	奈良県	37	佐賀県	1	横浜市	154
山形県	13	福井県	-	和歌山県	4	長崎県	29	川崎市	71
福島県	5	山梨県	4	鳥取県	10	熊本県	11	新潟市	36
茨城県	5	長野県	16	島根県	6	大分県	1	静岡市	16
栃木県	-	岐阜県	1	岡山県	4	宮崎県	29	浜松市	5
群馬県	-	静岡県	2	広島県	-	鹿児島県	8	名古屋市	52
埼玉県	64	愛知県	18	山口県	4	沖縄県	75	京都市	-
千葉県	28	三重県	37	徳島県	61			大阪市	698
								堺市	355
								神戸市	288
								広島市	-
								北九州市	2
								福岡市	83

合計5166件。大阪府(大阪市・堺市含)が1699件(32.9%)と多い

スライド④

どんな制度かという、病院が2~3床このベッドを申請するんです。その2~3床にこの助産制度を使う人が入院していたら、あとは入院させたいと言っても、いっぱいですと言って断るんです。

大抵のところ断るのはなぜかという、こういう助産制度を使う人たちは非常に複雑な背景を抱えている場合があるんです。知的に問題があったり、支援者がいなかったり、覚せい剤とか。最近なんか生まれる日の前日まで風俗で働いていて、変な男の人がついてきて、「この子は要らん、母乳なんかやらんでいい。施設にすぐやるから、退院したらすぐ働かせるから」と言ってね。

東京都は見かけ上は数が少ないですが、これに関しては、東京都産婦人科医会が20年3月ぐらいでし



たかね、助産制度を分析して提言を出しています。今やこの助産制度を受けない医療機関が多くなってきているから大変なことになっているということを出しています。

また、先ほど一部負担があると言いましたが、それを踏み倒すこともあるんです。病院としては、本当に持ち出しだらけです。大変なんですけれども、でもこのところをうまく支援していかないとこのような事例は救えないわけです。だからしっかりご自分の府県の数等を把握していただいて、周産期というと経済的に困窮している人たちへの支援が重要だけれども、その仕組みは我がところはしっかりなされているのかどうかというのを検討していただきたいと思います。

うちの母子センターの虐待防止委員会が院内にニュースも出しています。その院内のニュースの中で、センターはこの助産制度を使って入院してくる人が非常に多いと（スライド⑤）。この人たちはフリーターなどの非正規労働者とか若年離婚、それから扶助を使う人たちもいるんですけど、生活保護でも来る人たちがいるんです。だから大変な人が多い。妊娠中から助産制度を利用する人に対しては、福祉の人が直接病院に連れてくる人が多いのですが、それを保健にも情報を提供して、しっかり生まれる前から三者が連携を強化して支援を行う必要があると思っています。

だから当センターに保健師がいますけれども、そういう助産制度で来るような人たちを、保健セン

ターがほとんどですけれども地域の保健機関に情報提供をして連携して支援ということを進めています。

#### （４）母親による乳児期早期の死亡

乳児殺しをおさらいします。いろいろなことが言われているんですけれども、幾つかの文献で共通項目がありまして、心の問題があるというような文献が多くて3割弱とか出てきています。

あとは外見上の変化に気づかれてない人たちが結構多いんですね。中学生、高校生の妊娠はものすごくそう思います。普通の子のにこにこした、おめでたく赤ちゃんが生まれる人というのは妊娠してまずよと堂々とおなかを突き出して歩きますけれども、中高生はスカートのウエストのところをちょっと伸ばしたぐらいでおさまるくらい、あんまり目立たないことが多いですね。腹筋が発達しているせいかどうかかわからないですけど。

本当に赤ちゃんもいにくいんでしょうね。いにくいおなかにはいにくいなりにびったりおさまって、気づかれにくいですね。お母さんが娘の妊娠をわからなかったとよく言いますが、本当にちらっと見てはわからない。11月ぐらいに生まれたのに秋の運動会も一生懸命走っていたし、夏にはプールで泳いでいて全然わからなかったという子もいます。気づかれにくいというのも、私たちが支援しにくいポイントなんだろうと思います。

あと気づきたくない。気づきたくないというのは、先ほどの妊婦健診を受けたくないということにもあるんでしょうね。体が思いもよらない変化をして、それにどう対処するかということにも関係していると思うんですけれども。

あとコミュニケーションの問題で、とにかくこういうような子はしゃべる言葉も少ないとか、家庭の中でも孤立しているとか、いろいろな問題がある場合がある。あとパートナーと生活できるめどが全くない。ここら辺はよくわかりますね。経済的な問題。先ほど助産費で言ったとおりなんですけれども。育児不安と産後うつがあるんですね。だからただ単な

助産制度の利用者は、フリーターなど非正規労働者や、若年、未婚、生活保護受給者など低所得者、外国人などが中心となっており、その背景には、さらに子育ての困難を予測させる要因があることが多い。  
妊娠中から助産制度の利用者に対しても、福祉と医療、保健が連携を強化し支援を行う必要がある。

大阪府立母子保健総合医療センター  
院内職員向けのCAPニュース2010年3月号から

スライド⑤



平成11年保健機関調査③

	父親の経済問題の有無と子どもの状況			母親の経済問題の有無と子どもの状況		
	あり	なし	計	あり	なし	計
全体	121(27.0)	335(73.0)	456(100)	139(30.5)	317(69.5)	456(100)
慢性疾患	5(4.1)	7(2.1)	12(2.6)	5(3.6)	7(2.1)	12(2.6)
新生児期親子分離*	12(9.9)	16(4.8)	28(6.1)	15(10.8)	13(3.9)	28(6.1)
その他親子分離**	18(14.9)	19(5.7)	37(8.1)	20(14.4)	17(5.1)	37(8.1)
基礎疾患発育の遅れ**	14(11.6)	12(3.6)	26(5.7)	17(12.2)	9(2.7)	26(5.7)
非基礎疾患発育の遅れ	25(20.7)	46(13.7)	71(15.6)	26(18.7)	45(13.4)	71(15.6)
基礎疾患発達遅れの遅れ***	20(16.5)	17(5.1)	37(8.1)	21(15.1)	16(4.8)	37(8.1)
非基礎疾患発達遅れの遅れ	47(38.2)	114(34.0)	161(35.3)	51(36.7)	110(32.8)	161(35.3)
情緒行動問題	53(43.8)	116(34.6)	169(37.1)	52(37.4)	117(34.9)	169(37.1)

\*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

父も母も親子分離が経済問題と関係していた。また、慢性的に医療が必要な基礎疾患による発育・発達遅れの遅れが大きく関係していた。経済問題により医療にかかることができないのか、あるいは社会的スキルを持たず適切な医療行動ができないのか、いずれにしても子どもへの医療支援が必要である。

スライド⑧

いうのは多分未熟児だったりということが考えられるんですけども、先ほどの助産制度を利用した子どもさんの場合でも、ちっちゃい子が多かったですよ。だからきつと経済問題があると、子どもも小さかったのかもしれないと思います。その他の親子分離という、だれかのおばあちゃんが育てたとか、施設に入れたとかも、結構どっちも多いです。

意外だったのは、基礎疾患があって発育のおくれという、病気があるんだけど医療機関にひよっとしたら連れて行ってないんじゃないかという、こっちのほうが多かったんです。基礎疾患がない発育のおくれとか発達のおくれというのはネグレクトそのものですから、こっちのほうに有意差がつくのかなと思っただんですけど、そうではなかった。

そうすると、お金がないということはネグレクトの中でもメディカルネグレクト的なものと関係しているのではないかなとすごく思います。経済問題により医療にかかることができないのか、あるいは社会的スキルを持たず適切な医療行動ができないのか。とにかく経済問題がある場合には、病気を持っている子どもへの医療支援が必要だということがはっきりわかりました。

この分析は平成11年の調査で、子どもの虐待と貧困の切り口から松本伊智朗先生が本を出そうということで、改めて振り返っているいろいろな調査からこの経済問題のことを分析すると、日ごろから思っていたけれども、それが数字でも裏づけられたなど。やっぱり経済問題というのは、一過性のその時々

が苦しいだけじゃないんだというのがよくわかったのでお話ししました。

(6) 周産期の子ども虐待のリスク

周産期の子ども虐待のリスクです (スライド⑨)。これがほとんどまとめに近いスライドなんですけれども。妊娠の自覚がないというのがまた一つのくくりであります。それは知識がないということもあるんですけど、若年だったり心の問題だったり知的な問題だったりして自覚がないという切り口。

周産期の子ども虐待のリスク

- 妊娠の自覚がない・知識がない: 若年、ころの問題、知的問題など
- 子どもに愛着がない: パートナーとの関係に問題、生育歴に問題など
- 分娩費用がない: 経済的問題、支援者がいない
- 育てられない(との思い込み): 世間的に受け入れられない出産、ころの問題、知的問題、経済的問題、支援者がいないなど
- (育てる意識はあるが) 育児の負担が大きい: 多胎、ころの問題(特に産後うつ)、知的問題、支援者がいない
- 期待はずれの子ども: 未熟児、障害児、疾病を持つ児、育てにくい子、期待はずれの性など

スライド⑨

それから子どもに愛着がない。パートナーとの関係に問題があって、要らない子だったとかね。あとは生育歴に問題があって、とてもじゃないけれども産む子どもに自分がされていたことと同じことをしてしまいそうというような人たちなんかのパターン。

あとはただ単なる費用の問題。それと育てられないという思い込みがある人たち。世間的に受け入れられない出産とか、心の問題があって本当にうつになってという人たちとか、知的問題、経済的な問題、支援者がいない場合でもこれがありますよね。

育てる気はあるし愛着はあるんだけど、育児の負担が大きい人たち。多胎であったり、心の問題、知的な問題、支援者がいないという切り口であったり。あと子どもが期待外れの子ども。未熟児、障害児、疾病を持つ子ども、育てにくい子、期待外れの子。

こちら辺が子ども虐待のリスクだと思うんです。ちょっと細々書きましたけれども、周産期の場合に

はこんなところを把握していただきたいと思うわけです。表面に出てきているのは育てられないということなのかもしれないですけども、でもその背景は妊娠の自覚がないのか、愛着の問題なのか、あるいはただ単なる費用の問題なのか、育児負担の問題なのかということで整理をして把握していただきたいと思います。

### 3. 虐待予防の支援

#### (1) 妊娠期からの子どもを迎える支援

愛着の形成の問題は、子どもの虐待には非常に関係があります。古い調査ですけども、大阪府の保健師さんたちが関わった事例です。1年間ハイリスク群にかかわって、虐待に行く群と虐待に行かない群があるんですけど、愛着形成の阻害があった群は虐待に非常に有意に行っています。その中で具体的にどんなことがというのを調べているんですけども、望まない妊娠が断トツに多かったんです。

これは、普通に母子健康手帳をとりに来て妊婦健診を受けているような人でも、例えば生育歴に大きい問題がある人たちはどんなことを考えているのかという図式です（スライド⑩）。おなかの中に赤ちゃんがいるときには、胎動が始まってけったりするときに、私のお母さんもこんなふうにして私を産んだのかなとか思うんですけど、出産の痛みが来たときにもやっぱり振り返ってますよね。

ところが本当はかなり親と問題がある場合には、

全く意識の底に押し込めて何も考えてない妊婦さんもいるんですね、話をすると。でもそれは、ものすごく問題があると思うんですね、隠しているわけですから。だけど育児行動の中で、やっぱり無意識でよみがえってきますね。だから意識に上らせるということが重要なんです。

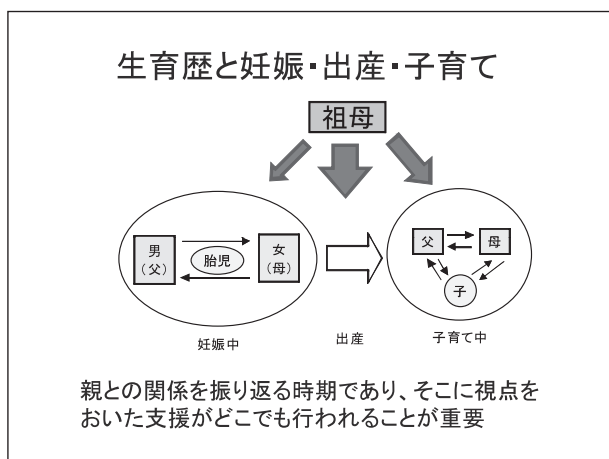
赤ちゃんの子育てでも、四六時中泣いている子に母乳をやるときにも親のことを、こんなふうにしてやってくれたんだろうかと思ひ出します。だから親の関係を振り返る時期なので、全く思い出さない人たちはそれもリスクが高いから、そこを思い出させて親との関係を整理するような支援を行う必要があると思います。

もうひとつ言いたいのは、妊娠中というのはおなかの赤ちゃんはお母さんの附属物なんですね。どっちかという夫婦は1対1の関係でしかないんです。だから社会的スキルとか人間関係が未熟だったりすると、2人のときには仲よく生活しているんですけど、でも赤ちゃんが生まれてきて2方向が6方向の関係になりますよね。そうすると途端にいろいろなことがぎくしゃくしてきて、関係が悪くなるというのはよくあります。

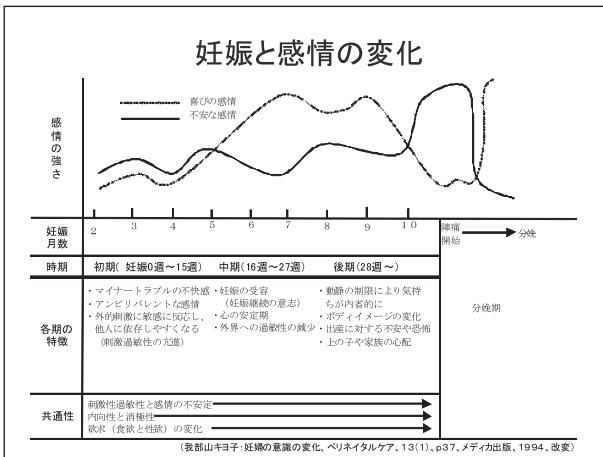
そういった意味からすると、初めての子どもというのは、私はよく言っているんですけども負荷試験なんですね。糖尿病の予備軍を判断するために、糖を飲んでもらって血糖を調べるんですけど、それと同じようなことが子どもが生まれてくると起こるから、1人目の子のときはかなりこの人の社会性がわかります。2人目、3人目も同じような問題が起こるわけです。1人目のときにしっかり評価をする、あるいは1人目のときにうまく子育てがいくように支援するというのが大事だと思います。

また、妊娠と感情の問題では、妊娠したら普通に結婚していて普通な家庭だったらみんながうれしいだろうと思うと、そうではないです。妊娠と感情の変化ですが、点線が喜びの感情で、実線が不安の感情です（スライド⑪）。

妊娠初期には、生理が来なくて妊娠したかなと思うんですけども不安です。こんなんで赤ちゃんは生まれるだろうか、産んでやっていけるだろうか、



スライド⑩



スライド①

つわりもしんどいという不安があるんですけども、妊娠中期になってきて5～6カ月に胎動が始まりますね。そうすると妊娠も安定してきていて、体調もよくなってご飯もどんどん食べられますし、うれしいな、私でも赤ちゃんが産めるんだという喜びの感情が勝ります。

妊娠後半期になってくると、今度は赤ちゃんが生まれる直前にはやっぱりどんな子が生まれるんだろう、赤ちゃんが生まれてきて私たち夫婦はうまくやっつけられるのかな、痛いんだろうとか、いろいろな不安がよぎってもものすごく不安は大きくなるんですが、陣痛が始まってすぐにほんとに生まれるわけじゃなく何時間かはかかるわけです。何時間かかるうちに、やっぱり子どもを受け入れる。そんな心の変化が起こって、ちゃんと分娩して子どもを受けとめるわけです。

ところが妊娠の後半期のこの時点で未熟児を産むということは、中断してしまうということですよ。だから後半期の赤ちゃんを迎える巣づくりといいますが、そんな作業、心の準備もできないままに生んでいるので、赤ちゃんを迎える濃厚な支援がより必要です。

じゃあ不安が全くなければいいのかというと、不安がない人はかなりリスクが高いと思ってください。妊娠していたかどうかわからなくて、全く普通の生活をしているような人たちが、死亡事例の中にもそうじゃないかなと思われるような人も紛れ込んでいるんですけども、不安を全く感じないという

のはかなりのハイリスクです。

人間が赤ちゃんを産んでいくという作業は、不安を克服していく作業だと言われています。ある人は、スパイラルのように不安が起こりますが、それに寄り添うように大丈夫だ、大丈夫だ、私でもやっつけるとらせん状に振り返り、振り返りして、不安を打ち消し、お産になっていくんだという図をかいている人たちもいるくらいなんです。

だから不安で悩んでもらわなくてはいけません。自分のおなかの中にはどんな人間が宿っているのか。あるいは私たちはこの子どもを迎えてどんな生活をしていくのか。一生懸命、夫婦で悩んでもらわなきゃならない。それを簡単に、「こんな大丈夫よ、だれでも産むんだから」といってほんとに放してしまうと見捨てられ感を持つんです。不安な気持ちに一生懸命寄り添いながら、お母さんたちの自分の親のところを整理していく。そんな作業が必要で、それがすごく子どもとの愛着をつくるのに関係します。

また最近出ている文献では、胎動と愛着の関係がはっきりしてきました。ある文献では胎動をカウントさせて、しっかり胎動をカウントできた例が、赤ちゃんが生まれてきてから心理テストをやった愛着の関係を見ると、非常に愛着がいいと。

望まない妊娠をした人たちは子どもを意識したくないから、中学生なんかもよく言うんですけども、「ただ単なるガスが動いたと思った」とか「便秘だからと思った」とかいうように、赤ちゃんに向かい合っていない、対話をしていない。胎動を感じるということは、「今ご飯を食べたから元気になったんだね」と言っているとか、胎動の時間というのはそういうような会話がなされるんですね。

だから胎動を自覚していますかという妊娠中期以降のアプローチを、ぜひしてください。そして胎動を自覚させるようにしてあげてください。おなかに手を当てて、これは赤ちゃんの手かな足かな、男の子かな女の子かなと。よかったらお父さんもおなかに手を当てて、何々ちゃん元気かいとか。そんな作業もやっていただきたい。それがすごく愛着をつくれます。

妊婦さんへの支援のポイントをまとめますと、不安を出せるように傾聴するという、聞く姿勢がまず第一です。不安を否定するのではなくて、どうしてそう感じるのかというそのプロセスで生育歴の問題を把握しなければならない。それでそれを自分が整理できるように持っていかなければならない。胎動の自覚も重要です。

妊娠後半期は、巣づくりの支援。具体的な生活のイメージ、赤ちゃんを寝かせるのをどうするのか、おしめはどうするのかから始まって、用意するのを一緒にやっていく。その中で生活能力が把握できます。このお母さんは、こんなこともできなかったんだとか、子育ての問題の予測ができます。妊婦さんに家庭訪問をしてほしいんですけど、これもよく私は言っているんですけども、平成17年に全国の保健センターに調査をしたんです。そしたら妊娠中の家庭訪問が年間ゼロ件だったというのが3分の1の保健センターから報告が上がってきまして、私はびっくりしました。妊婦さんにこれだけ家庭訪問に行っていないんだと。

そのときには私は東大阪市という保健所の保健所長をしていましたので、保健師さんに妊婦さんの家庭訪問が必要だと思うけど、何で行かないのと言うと、働いていたりするとお産のための妊娠後半期の出産前の休暇に入ると、家庭訪問の日程を合わせてというのに余裕がなくて1回ぐらいしか行けないというのが一つ。

もう一つは、赤ちゃんが生まれていたら、おしめとかなんとかいろいろなことを話せるんだけど、お母さんと1対1だったら、血圧をはかって体はどうですか、調子いいですかぐらいで話が終わってしまうから場がもたないと言うんです。

場がもたなくても、先ほどから言ったように妊娠中は非常に重要な時期ですので、とにかく何かやってよということを言いました。手作業で何かづくり出す、編み物をするとかね。教えてあげてもいいと思うんですけど、何かを用意しながら、例えば紙でおむつ入れなんかをつくったという人もいましたね。新聞の広告紙でかぶとみないなのからつくる物入れのつくり方とかあるじゃないですか。物は何で

もいいんです。とにかく何かを一緒につくり出す作業をするということで、妊婦さんも心を開きやすくなる。で、親との問題を整理してほしいと言いました。

できたらお産のときにも関係の悪かった自分の実のお母さんも巻き込みたい。よくやったと、とにかくみんなが褒めてあげてほしいと。妊婦さんの自己効力感を育てる一番いい機会だと思います。

いろいろなリスクを持っている妊婦さんがいるんですけども、私は妊産婦への虐待予防の支援マニュアルというのを平成19年度の研究でつくって、都道府県を通じて全国の市町村に配れるように2500冊配布しました。その中から背景別にいくつか支援についてお話します。

## (2) 若年妊産婦への支援

若年のお母さんというのは経済的に自立していないし、大体できちゃった婚が多いんです。10代の妊婦さんの8割はできちゃった婚です。茶髪だったりして、一般的な妊婦さんのグループにはなじみにくいことがあるんです。連絡がとりにくいこともあって、携帯のメールだったら連絡をとりやすいということもあるんですけど、この人たちというのは本当に自分の子どもは附属物と、夜中まで子連れで一緒に遊んでいる人たちもいるんですけど、反面、一生懸命頑張っている人たちもいて、若年の妊婦さんといっても一くくりにはできないと思うんです。

ところが先ほど言った、できちゃった婚が8割というのと同時に、若年の妊婦さんはDVが結構多いです。東大阪でやっている若年の妊婦さんの教室では、DVが3割ぐらいいましたね。何と3割ですよ。妊娠の受け止めはどうか、必要な医療を受けているかという関わりが必要です。

それから実家との関係。若くして家を出たいから、確信的にあの人の子どもを産むんだといって、大丈夫よと言いながら妊娠する人たちがいるから、実家との関係を押さえるのが必須です。

それから社会生活、学校はどうか。若年の妊婦さ

んの中でも、アルバイトでもいいんですけれども、ちょっと世の中に出て働いたことがある人たちはやっぱりバランスがとれています。そこのところを把握すると、支援するときにこの人には何を持っていったらいいか考えられます。あと高校が問題なんですね。定時制高校に行っているということが多くて、学校から退学されそうなのかとかを把握しなければいけないです。

つぎは知識があるかどうかとか、社会生活スキル、相談できる人がいるかどうか。そこら辺をしっかり押さえて、若年だからこそよくやったということを書いてあげたい。とにかくスキルの獲得のところをすすめていく。自立可能な部分はとってしまわないで、肩がわりするんじゃなくてこの人たちを育てるという支援が必要です。ちょっとだけ初めはやってみて、じゃあお母さん次はやってみて、「うまくできたじゃない、うまいね」と言いながら育ててあげてほしい。

パートナーとともに成長できるということは、パートナーともあまり肝心なことはしゃべらないという人が結構多いんです。だけどやっぱり心配なことも一緒に話していくのが家族ですから、「しゃべり合って悩みを打ち明け合ってというようなことをやっていくのよ、みんな」とか言いながら支援していってほしい。

あと同じ世代のママがいたらいいんですけれども、いなくても支援者（保健師）が若い保健師じゃなくておばあちゃん保健師でも何をする人なのか、言っても頭にきちんと落ちていない人が多いです。余計なおせっかいを言う人ばかりがいてと言われるんですけど、「私たちはあなたのことをお説教しに来る人じゃないのよ」ということをちゃんと伝えて、紙の書き物で名刺がわりに渡してもいいんじゃないかなと思うんです。この人たちは、いい支援をしていったらものすごく育ちます。

若年のお母さん特有の思い込みがありまして、大抵が早め早めに発達を誤解しているんです。例えば、ひとり歩きが1歳3カ月ぐらいまでに90数%ですね。それが1歳前に歩くと思っている人がほとんどだったり、排せつのしつけも2歳前後なんですけれ

ども、1歳半までにおしっこは8割、うんちは5割できると思っています。

今のお母さんは排尿のしつけがね、ミルクの空き缶しつけというのを知ってますか。排尿のしつけは早くやればやるほどうまくいくとか言って、ミルクの空き缶に、首が据わってないあたりからおしめを取ってチャーツとさせると出ると言っているんですけどね。そんな早く排せつのしつけができるはずなのに、それにばかり目を向けていてどうするのかなと思うんですけど。

だから具体的に聞いてみないとわからないです。今のお母さんたちは何をしているかちょっとわからない。ネットの書き込みをのぞいてみるのも一つの手ですね。

権威に服するという、あなたは偉いから言うことを聞くというのは2歳以上じゃなきゃできないんですけれども、1歳で8割できると思っているし、やっていいことと悪いことの判断は3歳ぐらいじゃないとわからないんですけど、1歳前にはできると思っている。この子はわざと私を困らせようとして言うことを聞かない、やりにくい子だと手がぱちぱちと出てきてということが起こるんです。だから若年のお母さんほど子どもの発達ってそんなもんじゃないよという、普通の子どもを見せるようなチャンスをつくるべきだと思います。

### (3) ひとり親への支援

ひとり親ですけれども、心理的に大体が不安定です。妊娠中にひとり親になるのか初めからひとり育てるのかにしても。経済的基盤も弱いんです。ひとり親に至る背景に、若年とか知的障害があったり心の問題を持っていたりするんです。

あとひとり親の人というのは、よく携帯サイトで出会った人と一緒になろうとして、縁もゆかりもないところに引っ越していったり簡単にあちこちに行きます。転居は結構多いです。なので目の前に来たときにとにかくしっかりつかんで、妊娠の受けとめはどうなのかなと。「この子を妊娠したときに、うれしいと思った？ どんな思いだった？」というように、望まぬ妊娠をとにかく把握してほしい。

それから産後の生活の具体的なイメージを、ひとり親だったら、赤ちゃんをひとりにして買い物にも行けないよねと。そうすると、はっと気がついたりするんですね。赤ちゃんというのは、寝ていたらひとりで置いて買い物に出てもいいと思ったとかって言うんですけど、そういう具体的なイメージがどうなのか。沐浴をどうやって入れるとかね。経済問題しかりです。

それから認知の問題。最近では、別れているから認知の手続なんかもとりにたくないんですという人も結構多い。そういう人は、養育費なんかもある当ては全くないわけです。経済的にも苦しいし、どうするんだらうなという人たちに会います。

生育歴の問題があるからこそやっぱり相談できなくて、家を飛び出しているという先ほどの若年と同じような場合もあるし、DV歴でひとりになっている場合もあるんです。とにかくこの人の場合には相談できる人、サポートしてくれる人です。頼ってきている男が携帯サイトで出会った、職業もはっきりしていないような人というのだったらリスクは20倍、30倍、40倍ぐらいになったと思って支援していかないと危ない。

支援のポイントは、家族背景、生育歴が複雑であることがとにかく多いので、赤ちゃんへの愛着をつくるということも大事です、前向きに出産にね。

見かけ上のひとり親というのが結構あったりして、そうするとこの子が育てるんじゃなくておばあちゃんが育てるという場合があるんですね。だったらおばあちゃんに対して養育能力を把握しなきゃならないです。あといろいろな制度があるので、そこから辺のところも情報を提供するということです。

#### (4) 多胎妊娠への支援

多胎妊娠は不妊治療により増加傾向でしたが、最近では横ばいです。というのは、平成20年に産婦人科医会が不妊治療をしても2個以内の移植で可能な限り1個だと勧告をしたのです。

多胎妊娠というのは、お母さんにとってみても子どもにとってみても非常にリスクが高いです。子どもに行く血液が多くなるということで妊娠高血圧症

候群とか腎臓が悪くなるとか、結構合併症が多いです。おなかの子どもも早産だったり低出生体重児のことが多いんです。

低出生体重児以外に一卵性双生児か二卵性双生児かというのはしっかり、特に保健の分野の人は聞いてください。一卵性双生児でも絨毛が二つなら胎盤の血管を共有していないことがほとんどなのでいいのですが、絨毛がひとつで胎盤を共有していると一人の子だけに血液がいっぱい行って、この子は心不全になって、残された子どもは血液が少なくなる双胎間の輸血症候群があるんですけれども、それを予防することをしなければならいんです。一卵性双生児で絨毛膜が一つというのは要注意です。

今はかなり早期に超音波で判断できているはずなので、それによって妊婦さんへの働きかけが全く違ってきます。そのお母さんたちは、頻回に産科を受診してもらわないとリスクが把握できません。あと安静が必要なことがあります。そうすると上の子どもさんはだれが見るのかとかね。子育てが大変というイメージが大きいですね。

アセスメントとしては、子どもの体重差などは一卵性で多くというのはさっきのことで、幾つの卵が把握されているか、不妊治療の結果の多胎か、多胎を母親の家族がどうとらえているか。今もと言ったらなんなんですけど、双子というのはよく思わない地方がありますね。それは把握しなければならない。妊娠中の母体の管理がどんな状況かというのは、先ほどの子どものこともそうなんですけどね。とにかくこの人たちは早めの入院準備を視点に置いてかわらなければならないです。多胎ならではのいろいろなグッズとかもありますし、お役立ち情報もぜひ提供してほしい。

ほとんどが、子どもの退院が2人一緒ではないですね。愛着は、最初に退院してきた子はかわいいけれど、後からの子はかわいくない。また後からの子が、慢性疾患を持っていたり障害を持っていることが多いです。なので、特に後から退院してくる子に対しての愛着形成の支援をしっかりやってほしいと思います。



### (5) 高齢出産への支援

高齢出産の人たちは不妊治療をしていることがあります。出産まで就労していることが多くて経済的には余裕があるんです。ところが赤ちゃんへのイメージが膨らみ過ぎていて、「こんなはずじゃなかった」という思いを持つ方が結構多いです。マニュアル的に考えて、柔軟に対応できない方もいます。妊娠で初めて地域に向き合うこともあり孤立しやすい。助けを求めることに抵抗する人もいるんですね。私、大丈夫ですと保健師さんの支援を拒否する場合が結構あるんです。一人っ子で貴重児だったり、または不妊治療や子どもの数が多いとか。そうでなくてもネグレクトで子どもの数が多い場合もあるんですけどね。お母さんの年齢が高いということは、おじいちゃん、おばあちゃんも年齢が高いから、介護も必要な場合もあるということです。

アセスメントとしては、高齢出産に至った要因は何か、第1子なのか経産かです。経産婦でも続けて子どもを生む場合に、まあとにかくちっちゃい赤ちゃんの世話をしているときには幸せというタイプのネグレクトがいるんです。少し大きくなると世話をしないで。そこら辺のところはやっぱり帝王切開で産むんだったら、その次の避妊のことをどう考えるかとかいうアプローチも必要になってくるんですけど。

妊娠の受けとめ、産後の具体的イメージというのは基本編ですけども、1人目のお産の場合には不安が強くないか。育児不安が結構多い場合がある。あと結構、近くの人とはお友達になりにくいという人たちがいるので、お友達づくりが必要ですね。地域では35歳以上の妊婦教室なんていうのをやっているところもあります。情報過多な場合も多いというのも、この人たちの特徴です。枝葉のところだけ気にしている場合があるから、優先順位をつけてあげて、中核の部分とどうでもいい部分を整理してあげる必要があるんじゃないかと思います。あと、顔は若くても体はやっぱりしんどい。頑張り過ぎる人があるので、体の変化を把握するというのも大事です。

### (6) 不妊治療後の妊娠への支援

不妊治療後の出産も、高齢出産と同じような場合があるんですけど、不妊に対する身体的、心理的、経済的な負担が大きいと。私の出会ったお母さんが不妊治療で生まれた子をどうしても受けとめられなくて、「この子には高級車1台ぐらいお金をかけた」と言います。1回の高度不妊治療で20~30万はかかりますよね。今は不妊制度の補助があるから1回15万で、所得制限はあるんですけども、年間2回5年間ぐらい補助があるんですけども、それでもやっぱり保険がきかないしすごく負担がかかります。ということで、お金をかけてそれだけなりの思いがあるんですけど、でもそんな子ばかりが生まれてくるわけではないです。

もう一つの問題は、不妊の専門機関で妊娠しても、ここはクリニックレベルが多く、お産を見ていないところが多い。分娩は違うところに行くから、この不妊時代を知っているところと離れていく場合があるんです。みずから不妊治療後であることを開示することが少なく、不安を抱えたままという人たちがいます。自分の親にも言えないという人たちがいるんです。

だから私たちは児の受けとめがどうか、どんな子が生まれてくると思うのという感じで聞くべきです。ものすごく浮ついたイメージだけがあるんだしたら、「いやいや、赤ちゃんというのは生まれてくるとお母さんの思うままにいかないこともいっぱいあるしね」とかと言いながら、ちょっとイメージの修正を図るべきではないかなと思います。胎内の子のイメージと生まれてからの子どものイメージのギャップが多過ぎると、そんなはずではなかったということになります。

仲間づくり。本当に不妊のことを訴えられるような仲間がいたら一番いいんだと思います。

### (7) 望まない妊娠への支援

「こうのとりのゆりかご」が望まない妊娠への支援になってきているんですが、でも望まない妊娠への支援が妊娠中からきちんと行われているところというのは、本当はこれが必要なんですけどなかなか

ないです。

愛着の形成に関係し、というのは、先ほどの私たちの調査からも言いましたけど、イギリスの調査からでもそうですし、うつ状態にもなるということが言われています。パートナー以外の子どもであることの把握は困難なんですね、見かけ上は喜んだりしているから。計画的な妊娠ですか、そうじゃないですか、ぐらいいは聞けますけれどもね。ただ未婚とかDVとかおめでた婚だったりすると、望まない妊娠ということは結構多いので、機械的に把握できる部分からだけでも把握していく必要があります。

妊婦健診の未受診、飛び込み分娩が望まない妊娠の最たるものですが、このときだとちょっと遅いんですからね。でも、遅くとも出産直後から支援していったら効果があるので、そこら辺の情報をすぐもらえるような連携が必要です。

支援のポイントは、育児の基盤がとにかくできていない場合が多いので、どこに寝かせるか、どんなようなものを用意するかとかだと思えますよね。あつてはならないこととして否定しないで、妊婦さんの率直な気持ちを受けとめて、胎動を自覚しながらという、この胎動がポイントです。これは何回も言いました。

不倫やパートナーと別れたなどで、中絶もしているんでしょうか、産むということで支援を拒否して強がりを言っている場合もあります。ポイントはそこだと思います。支援者が、認知ももらってないの、相手は今どこにもいないって、そんな人たちの子どもを産むのという思いは顔からうかがわれます。そうではなくて、「すごいね、お母さんは命を大事にしている偉いね」と言って心から歓迎していただきたいと思います。それで相談をしていただけるような関係づくりがすごく大事だと思います。

## (8) 揺さぶられ症候群の予防

死亡事例のところでも出てきていた揺さぶられ症候群の予防は周産期では重要です。揺さぶられ症候群は、がくんがくんと頭が前後ろに行って、頭の中の橋静脈という橋渡しの静脈が切れて硬膜下血腫をつくってしまうことが多いんです。

また、豆腐がなべの中で揺さぶられるような感じで軸索損傷というのが結構起こるんです。大人が交通事故のときなんか、ずっと古いことは覚えていても新しいことはすぐに忘れるとかいうことが起こるように、軸索損傷が起こると人が変わったようになるとか、感情の起伏が激しいとか、高次脳機能障害と言われるようなものを引き起こしやすいです。

あとは目のところにも網膜出血を起こすんです。目の後ろにも神経と血管があるんです。ここのところが揺さぶられてねじれて、網膜の底に出血を起こします。なので、失明したり、視力がなかなか出てこない弱視が多いです。けど揺さぶったときに体に指の跡くらいがあるだけで、外からは全然見えない。知らないうちにぐったりして元気がなくなって、病院に連れて行ってCTを撮ると頭の中に出血というパターンです。

昔、学校保健で子どもたちの心配事を聞いたりしていたときに、原因不明の弱視で知的にもおくらせていて問題児という子がいました。今から思うと、原因不明の弱視というのは揺さぶられ症候群の結果だったのかなというのをすごく思います。なので、目をポイントの一つとして、保育所以降のハイリスクの家庭にかかわる場合には、きょうだいの中である子どもは視力がなかなか出ないということがあったら、いろいろな問題行動も一緒に伴っていないかどうかちょっと気をつけて見てください。対象は1歳未満、特に6カ月未満に多いです。男の子が多い。6割の子どもは死亡してしまうか重大な障害を残すかです。

母子健康手帳の新生児欄には、首が据わっていないときには揺さぶるのはよしましよと書いてあるんですけども、首が据わっていてもリスクは高いんです。脳脊髄膜のところの貯留と脳のサイズとの関係があるので、出生したときに脳出血が起こって脳がちょっと小さくなっていて、おうちに帰る子どもがいるんですね。その子どもの事例では、ちょっとお父さんが高い高いをして揺さぶっただけでも、すき間があり過ぎたからなんでしょう、脳の中に出血を起こしました。そういうことがなければ、普通に高い高いしたぐらいでは出血は起こらないんですけど

れども、2歳ぐらいまでもこのところのすき間は大きいです。首が据わってからでも、2歳ぐらいまではリスクが高いです。

新聞に出てくる、頭の中に出血していたというのがわかったような事例でも、年齢が1歳ぐらいの子どもさんも見ますよね。なので、具体的にこんなことはしてはいけないという啓発をする必要があります。アメリカとかカナダでは、この啓発をしていて揺さぶられ症候群の発症率が減ったという報告もあります。どんな揺さぶりかということまで啓発しているわけです。1秒間に2から4サイクルですよ。こんなもんです。

私が東大阪にいたときに、妊婦教室に揺さぶられ症候群の啓発を取り入れました。それには揺さぶられ症候群用のお人形があるんです。輸入したんですけれども。沐浴させる赤ちゃんは3キロで重さはぴったりなんですけど、ビニールで首が結構かたいのね。そうじゃなくてやわらかめで頭に帽子をかぶせていて、揺さぶったら帽子が吹っ飛ばすようなお人形があるんです。

あとは5分間、アメリカから輸入した赤ちゃんの泣き声のCDを聞きます。その泣き声というのは本当にいたたまれないですね。「じゃあ、こんなような泣き方が起こったときにどうしますか」というグループワークを、お父さんとお母さんが一緒に考えてもらうということをやっています。それがカナダとかアメリカでやって効果があったというプログラムです。

どんなことが起こるかというところまで教えていきます。赤ちゃんと大人は、大人と体重900キロのゴリラとの関係だから、ちょっとしたことでかなり重たい力がかかってしまうんだということ。ひざの上のびよんびよんでは起こらない、ソファから落としたのでも起こらない、おんぶ、ジョギング、高い高いでも起こらないと。虐待で頭の中に出血していると、このようなことをしたと言いますが、でもそれでは起こらない。アメリカでは加害者の70%が男性で、赤ちゃんの泣き声が引き金になることが多いと言われています。

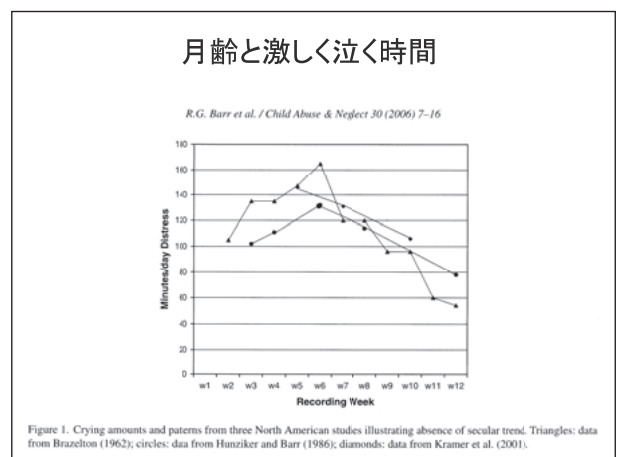
揺さぶられ症候群は、虐待の一つと考えたほうが

予防ができます。事故予防じゃなくて何かいらいらがあるんじゃないかとか、背景で支援してくれる人がいないんじゃないかとか、そんなことを考えて予防していくにはやっぱり虐待の視点なんですね。

なので、揺さぶられ症候群は、子ども虐待の一つとしたほうが取り組みやすいんです。日本小児科学会のホームページをのぞいてください。揺さぶられ症候群のパンフレットが出ていますから、それをカラーでプリントしたりして窓口に置いて配ってもいいと思います。こんなんで予防できますというのが載っています。

養育者の要因として子ども虐待の一つと考えてもいいのは、孤立、うつ状態、いらいら、経験不足等があるんですね。やっぱり背景に何かがある。普通の人は赤ちゃんが泣いても、あんなにいらついても、そんな揺さぶりはしないと思うんです。赤ちゃん側もやっぱり特徴的な泣き声を出しますし、ニーズの多さ。どうやったらこの子は穏やかになるのかわからないような大変な子どもさんである場合もあるんですね。あとは環境要因として赤ちゃんを決して揺さぶってはいけないという知識が足りないと、赤ちゃんをあやすつもりで揺さぶってしまうんでしょうね。

具体的に月例と激しく泣く時間を見ると、1962年の報告が三角マーク、1986年の報告が丸、2001年の報告がダイヤモンド、ひし形ですね（スライド⑫）。どれも同じように2週間ぐらいから始まって生後6～7週がピークなんです。これは人種にもよらない。



スライド⑫

どんな人種も、同じような泣きやまない時期があるんだそうです。

例えば子育てをするのに、日本は昔はおぶって育てましたけれども、ぐるぐる巻きにして育てるような民族とかありますよね。中国なんかもぐるぐる巻きにしたりしているんですけれども、それでも泣きやまない。それからアフリカのある部族は、赤ちゃんはカンガルーのようにずっとおぶったまま育てるんですけれども、それでもやっぱりこの時期には泣きやまないんだそうです。おもしろいことに、チンパンジーも泣きやまない時期があるのだそうです。

人類が最初に独立歩行を始めたときに、洞窟の中で住むときにやっぱり夜は怖く不安な夕方になって、泣くということは自分のサインを伝えるためなのではないかなど、そんなこととかを言っている人もあるんです。

解釈はいろいろな見方があるかと思うんですけれども、でも現実的には6週間ぐらいがピークで、また泣きやまないというのがおさまるのには、すんとよくなるんじゃないかってちょっと時間がかかる。ものすごくよく泣く子なんかは、1日のうち合わせて2時間以上も泣いているという事実です。

揺さぶられ症候群で入院した子どもの月齢は12週間ぐらいがピークなんです。この泣きやまないという時期と12週が、少しのずれがあるということで、推測なんですけれども、泣きやまないということによって実は小さく揺さぶっているのではないかと。小さく揺さぶっていて、赤ちゃんが少し頭の中に出血するからおとなしくなる。それをこの子は男の子だから乱暴なことが好きなんだというすり込みが男の人に特に起こってしまって、どんどん激しくなっていくって揺さぶってしまうんじゃないかということが言われています。

それにはやっぱり一番初めの、ちょっとだけでも揺さぶるといってのを少なくしたらいいということと、泣き声を実際に聞かせてもいいんだけれども、実際に聞かせなくても泣き声ってこんなことがあるんだよということを啓発していったらいいということでPURPLE（パープル）という啓発をやっているロナルド・バルさんがいます。先ほどの泣き声

の調査も、真ん中の調査をやっているんですけれども。

PというのはPeak of cryingで、どんなにいい養育者でも泣き声の発作があるんだと。2カ月ぐらいまでは、どんどんひどく泣くんだと。

それからUnexpected（予測不能）で、どのときに泣くのかわからない。自然発生的で説明不能。ということは、おなかがすいているときでも、おむつが汚れているときでもない。

Resist to soothingで、どんなに慰めても納まらない。どんなことをやっても、ミルクを飲ませても。

それからPain-like face、顔をしかめて本当におなかが痛そうで、おなかの中に何かができているんじゃないかと思うくらい痛そうに見える。

Long lastingで、泣き声が平均30~40分。生後2~3カ月に特徴的で5カ月ぐらいには終わることも多い。だらだらと泣かなくならない子どももいるんです。私たちの昔の調査で、8カ月に7%泣きやまないという子どもがいました。

Eveningで、午後遅くから夕方にかけて起こる。これが人類の夕方の不安だと思うんですね。狩猟に行っている大人が早く帰ってきてほしい、あるいは動物に襲われるかもしれないという、夜に行く寂しさというので夕方泣くのではないかと。

この頭文字をとってPURPLE（パープル）と。これを押さえたらいいいということを言っています。ぜひ、やってみていただきたいと思います。

泣きやまないときというのはこんなことがあるよというだけではおさまらないから、具体的にどうしたらいいのかまで行かないと啓発にはならないわけです。まずはおむつかえ、熱、体の異常がないか、げっぷをさせて、おしゃぶり、室温の確認、肌を合わせてだっこ。まあまあ、これは皆さんやっていることだと思うんです。具体的に、「こうしたらどうかな、こうしたらどうかな」というのを言ってみたらいいと思います。

それでも泣きやまないときにはというのが、いま求められているところなんですけど、深呼吸して、気分転換して、赤ちゃんを安全なところに、ベビーベッドの中に置いて部屋を離れる。これを一言言っ

てあげるだけでかなり楽だと思います。最近、泣き声で虐待の通告をされることがあります。でも、泣きやまない子がいることは事実です。

聞いた事例では、1歳過ぎの子どもさんだっと思いますが、どうやっても泣きやまないから押し入れに入れたと。そのお母さんは何回も近所から泣き声通告を警察に出されていて、警察がどうしたんですかと確認に来ているというのを何回も経験していたようです。なので、子どもが泣いたらどうしたらいいかわからなくなったから押し入れに入れて、それで死亡してしまっていたというような事例があります。

だからちょっと泣き声を、泣かしたらいかんよという話ではない、困っていることに寄り添うようなアプローチをしなくちゃならないと思います。周りが見張りじゃなくてね。地域も「隣の赤ちゃんはよく泣く赤ちゃんね」といって、本当に虐待が起こっているかなという視点ではなくて、警察に一報する前にトントントンといって、「赤ちゃんが泣きやまないで大変そうですね」と。「他人が見たら何とかかなるかもしれないし、私がちょっと手助けしてあげましょうか」と。その視点だと思うんですよ。近隣が見張りになってしまったというように、そのお母さんは思ったんでしょう。

泣き声の通告というのは大阪府も啓発していますが、もう一歩進んで、泣きやまない子どもを抱えているつらさという視点が必要だと思います。自尊心の低いお母さんは自信をなくすと。お父さんはどうしたらいいかわからず揺さぶってしまうから、とにかく泣くことについて正しい知識と揺さぶらないことの啓発をしていく必要があると思います。

### (9) 赤ちゃんへの誤解

誤解の一つは、いろいろなお母さんたちに出会いますと、失敗した失敗したと思っているお母さんたちがいて、赤ちゃんとのきずなが出産後間もなくできるんだと思っているんですね。カンガルーケアで赤ちゃんが生まれたら、軽く血をぬぐってお母さんの裸の胸に置くわけですよ。そうすると赤ちゃんが、もぞもぞとおっぱいを探し当ててちょっと口に入れ

るとかね。そうするとそのお母さんはよくできましたマークで、それができなかったお母さんはうまくいかないお母さんという認識でいる人たちが多くいます。

赤ちゃん人間との触れ合いというのは、そんなにいつきだけで完全にできるわけではない、時間をかけてつくられていくものだからと。でもこのところを聞き出さないとわからないんですよ。何でそんなに、お母さんが私はだめだと思っているのかわからない。ということは、どんなお産だったのかなと。赤ちゃんが初めて生まれたときにどんな触れ合いをしたのかなということを聞き出さないと、大丈夫だよということが伝わらないだろうなとすごく思います。なので、具体的に聞いてあげてくださいね。

二つ目は、赤ちゃんはものすごく能力があるんだということが、最近どんなところでも言われているでしょう。そうすると、おなかの子に対する教育をし始めるんですね。

無理やりおなかの赤ちゃんに何かで働きかける、例えば英語のテープを聞かせるとかね。「あっ、今日もテープを聞かせるのを忘れたわ」というプレッシャーより、お母さんがとにかくリラックスすることが重要です。無理に胎児から才能を伸ばして、生まれたときに人より先んじている。そんな子がいいのかというと、そればかりはないので。人間は失敗しながら自分で学んでいくところもあるからねということをお母さんに言わないと。お金がある、余裕のあるお母さんこそこんなことをやっているんです。それでまた自分を追い詰めている。それはいけないと思います。

三つ目は、赤ちゃんの生理的な反射を誤解している。これもすべて生育歴に問題があるお母さんたちがね。モロー反射というのは、大きい音を聞くと赤ちゃんが手を広げ抱きつく反射なんです。新生児のころを見たことがある人はよくわかると思いますけど、これもお猿さんからの残しものの原始反射なんです。お猿さんで、何か事が起こったときに、赤ちゃんはお母さんのおなかにしがみつかないと逃げるときに振り落とされるでしょう。だからしっかり

しがみつく反射なんです。

それをこの子はものすごく敏感過ぎる子だということで、赤ちゃんが寝ているそばを抜き足差し足忍び足で、上の子が何かきゅきゅと高い声で言ったら、「赤ちゃんが起きるでしょう」とか言ったりしてね。ものすごく上の子にばしばしとやるんですよ。おなかの中でも、お父さんの声もお母さんの声も聞いていますけれども、上のお兄ちゃんががさがさしているお兄ちゃんだということもちゃんと聞いているんです。だから赤ちゃんが生まれてきたら、「上のお兄ちゃんに、静かにしなさいと言わないでいいよ」ということを言わないといけない。「これは生理的な反射よ、赤ちゃん耳がよくてよかったじゃない」と言わないと、すごくどん詰まりになっていきます。

探索反射と吸てつ反射というのは、お口のそばにおっぱいとかを持ってくると、お乳を吸うために口で探す反射をするんですね。それでまた口の中に何かを突っ込むと吸てつ反射で吸うわけです。それは赤ちゃんは、おなかがいっぱいでもやってしまうんです。

口のそばに持っていくとミルクを飲むから、ミルクでどんどん太らせてしまうとか。ということは私のおっぱいが足りていなかったのではないかとか、生育歴に問題のあるお母さんは、「私のおっぱいがまずいからなんですか」と。あと赤ちゃんはげんこつもしゃぶるし足もしゃぶるでしょう。お行儀が悪いって言うんですね。「お口の中に物を入れて、それで確かめているんだからね」と言うんですけども、「でもこの子は母乳が終わったらこぶしを口に持っていきます、これは私に対する不満でしょうか」とかって言います。

そんなことを言ってくれるくらい関係になっているお母さんはいいんだと思うんですけど、そのくらい細々と赤ちゃんの一举一動に自分のことの評価をされていると思っている人がいるということです。

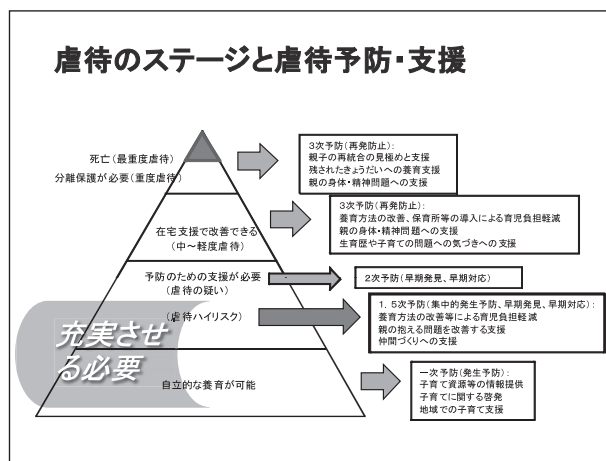
赤ちゃんの反応を誤解しているというのは、さらに、能力があると思っているから、目と目を合わせて私が舌を出したら舌を出すと思っているのね。有名ないろいろなビデオがあるじゃないですか。笑っ

たら笑うとかね。でも赤ちゃんもステージが五つぐらいあってね、本当に気分がいいステージしか反応しないんですよ。それを反応しない、反応しないって言ってね。天井を見てにやっと笑ったとかね。まあ確かに新生児というのは、そんな不気味なときもあるんです。

なので、ここはやっぱり助産師さんの出番だと思います。もうちょっと助産師さんを活用して、こういう不安の高いお母さんたちの細々としたのを、そうじゃない、そうじゃないというのを、新生児訪問というのは必要だったら28日すぎても行けるし何回行ってもいいんですから、何回でも行ってもらいたいと思うんです。

### (10) 虐待のステージと虐待予防・支援

虐待のステージは死亡する事例、中度の在宅で支援で改善できるレベルのものから、虐待のハイリスクのところまであります（スライド⑬）。虐待のリスクはどんなものが背景要因かというのも皆さんご存じと思いますが、でもその中核はやっぱり周産期の問題、それから親との生育歴の問題なんです。



スライド⑬

普通に子育てができそうな人たちの間から、このリスクの高い人たちを拾い上げて、ここにしっかり支援をするという枠組みがすごく効果があるんです。なので、とにかく医療からかなり情報をもらいたいと思います。医療と保健と福祉が連携して、そのハイリスクの人たちを拾い上げる仕組みづくり

です。

お互いの特性を理解しての連携で、福祉はこの虐待のハイリスクという周産期の部分の理解がやっぱりなかなかしがたいと思うんです。これは保健分野の人たちがとにかく児童福祉の人たちに、赤ちゃんがおなかにいるときと生まれてきてからのお母さんたちの反応のところをしっかりと教えてあげる必要があると思います。

保健はというと、福祉はいろいろな窓口があります。その窓口の機能とか、それから介入型のところから動き出すということを知って、私たちの言っていることが通じないとかではなくて心配を一緒に共有する。私たちはこういう役割をしますので、これ以上おうちにいたら心配かと思うんですということをうまく伝える。それが必要だと思います。何せ周産期というのは、どっちかという問題がまだ起こっていない時期ですからね。そのときから支援が必要です。

福祉は、事が起こってからだったら呼びやすい、動きやすい。でも、事が起こってないときから動くのは保健だからです。こことここが話していることが通じなかったら、せっかくの対象の方たちに効果的な支援が行われません。だからぜひ心配性の保健の話も聞いてあげてほしいし、福祉は今言った周産期のことをみんな知ってください。医療機関はいろいろな情報をどんどん地域に流してほしいと思います。特に見る目を育てるといふ部分はぼちぼちで始めていますので、だったら点の医療機関じゃなくて、面として取り組んでもらうためには都道府県の保健分野か保健所の仕事だと思うんですけれども、そこにも働きかけてほしいなと思います。

#### (11) 妊娠中からのエビデンスのある支援

妊娠中の支援で有効なもの、エビデンスが幾つか出ています。1991年にアメリカで虐待予防に有効な支援方法は何かという諮問が出されたいいんですけれど、その諮問の根拠になった三つの報告が出ていました。一つは1977年にヘンリー・ケンプがやったもので、妊娠中からの家庭訪問で身体的虐待が減ったというのを言っているし、ダロもハイリスクを含

めた虐待への介入の費用対効果で、集団療法や自助グループなどに対して家庭訪問とかサービスが虐待を著明に減少させると言っています。

もちろん虐待のものすごい背景を抱えている人たちは、自助グループとか集団療法でないと自分の問題に気がつかないですから、こういう支援も必要なんですけれども、だれにでもやるというものではないですね。そういう意味だと思ってください。これを否定しているわけではありません。

今年の日本子ども虐待防止学会がつくばでありますけれども、オールズを呼ぶと聞いています。オールズは初産婦プラス10代プラス未婚プラス経済的問題、この四つの問題がある人たちに妊娠中から2歳になるまで20数回訪問しています。2歳のときと3年後と10年後、15年後に有意に虐待が減少しています。2年後では、この介入をした群は4%の虐待発生率です。でも介入をしていない、同じような背景を持っている人たちは19%の虐待発生率です。そこで有意に差があるというのが出てきています。

いずれも成功しているポイントは、出産前あるいは出産後からの家庭訪問で、リスクを見きわめているんですね。リスクのある新しい(第1子)母親はだれでも家庭訪問を受けられると。プログラムを示して、お母さんが納得して受けとめると。赤ちゃんが生まれる前からのほうが、説明をして納得はしていただきやすいと思います。家庭訪問だけではなくて地域との連携も図り、そしてまた福祉の施策なんかも入れていくと。明確な基準による定期的かつ頻回の家庭訪問。みそはこれだと思うんです。こんな家庭訪問ができるように、保健師さんたちは自分の仕事を整理していただきたいなと思うんです。

オールズがやったのは何かというと、妊娠中の大体中期ぐらいから支援が始まっていることが多いんですけど、最初は2~3週間に一回の訪問です。赤ちゃんの産み月が近づいてくると1週間に一回、新生児のときも1週間に一回、そして2週間に一回、3週間に一回というように延ばしていくんです。

定期的に来るといふことは、支援を受け入れる側にとってみると、すごく受け入れやすいんです。この人は何をしてくれる人かもわかるし、いつ来るか

というのわかるし、見捨てられ感もないですよ。保健師さんはよく何かあったら言ってきてねと言いますが、「何かあったら言ってきてね」ということはリスクが高い人にとってみると、見捨てられたと感じることがあり、十分その人の背景や生育歴とかを押さえて言ってほしいなと思います。

どんなことをやっているかという、皆さん保健師さんたちがやっているようなことです。子どもの発達のこと、先ほどの10代のお母さんは子どもの発達を誤解していましたよね。そのことをちゃんと、「そうじゃないよ」と言ってあげるし、「子どもを家で育てるってこんなものよ」と。どこで遊ばせるとかね。それから家族機能で、「みんなが家に帰りたいたいなど、家は港よ」とかね。「みんながみんなのことを褒め合って、よくやってきたね」「仕事ご苦労さんというような、みんなが批判するんじゃないで受け入れる、そんなものが家族よ」と。

それから全体の養育方法の改善を図る。これはやっていると思います。あと他人のニーズに対する共感や意識を高める。どうしてもネグレクトのお母さんとか10代のお母さんとかは、そのサインに対して鈍い。つらいだろう、おなかすいたろうというように、人のサインの読み取り。それを細々と、「赤ちゃん泣いてるね、おなかすいてるんじゃないかな、寒いんじゃないかな、寂しいんじゃないかな」とかね。そういうことを言いながら意識を高めてほしい。

それからお母さん自身がやっていることを細かいことでも褒める。ポジティブな自己概念を持ってもらって、家族自身も夫のことを責めるばかりじゃなくて褒める。何かいいところが一つぐらいはあるはずよと言って褒めるということをしてあげる。

あと大体にしてコミュニケーションが不十分ですね。今、特に若いお母さんなんかは携帯ではメールしますが、口ではなかなかしゃべらない。でも人間の子どもは言葉によって育っていくんです。だから言葉をかけてほしいと言うんですね。テレビは言葉ではない。人間の生の言葉をかけてほしい、しゃべってほしいということを行っています。

あとカッとなるのはどんなときなのかなということも気がついてもらって、それを避ける方法を教え

る。とにかく、たたかないということが重要だと思います。たたき始めると、あとがとまらなくなる人がかなりいますので、たたかないとしたほうがむしろ私たちも楽です。あざが残らない程度のたたき方は虐待じゃないとあって昔は言っていたんですけども、でもたたかないほうが楽だと思います。

#### 4. まとめ

周産期の虐待は重大な結果となることがあります。子どもも死に至ることがあります。リスクは、母親、家族、子どもにあって、総合的に判断する必要があります。ところが妊娠・出産は病気じゃないという思いだけがあって、子どものケアまで行かない場合があるんですけども、疾病予防という視点でのかかわりが必要ですね、お母さんがより健康になるという視点で。だから妊産婦健診に行ってほしいです。

この子が生まれたら、先にはこの家族はどうなるかという、その変化への対応も求められる時期です。お母さん自身がこだわりがあって許容範囲が狭かったり、ほかの事実を酌み取れなかったり、わかっても動けないお母さんとか、価値観に問題があるお母さんというのは大変ですよ。だから何が起こるかという子育てリスクの予想をしてください。変化に対応が難しいお母さんは、リスクがそれだけ高くなると思ってください。

妊娠中は、関心の範囲が広がります。エコロジカルになるお母さんたちもいれば、添加物にもものすごく関心が高くなるお母さんもいるんです。能力のある人たちは情報を求めます。それによって物の見方が変わる時期でもあるので、行動変容は期待できやすいです。だからうまいことかかわってくださいということです。

周産期にかかわるチャンスに支援できているか評価を行って、保健、医療、福祉が連携して取り組みの強化を行う必要があります。要対協の中で関係機関がどこのルートから把握しているケースかは出していると思うんですけど、その割合を見てください。自分のところは保健が十分機能しているのかどう



■ 研修講演より ■

か。それとともに子どもの年齢別では出していると思うんですけども、その年齢別のところに妊娠期からの集計もしてください。妊娠期からかわる事例が多くなればなるほど虐待は減ってくるはずで。なので、自分のところが持っているデータの取り組みの評価とデータの評価をぜひやっていただきたいと思います。

母子健康手帳をとりに来たらアンケートをとったりしていろいろなことをやっていけるんだけど、母子健康手帳をとりに来ないなど行政サービスに乗らない妊婦さんがいるんですね。その妊婦さんこそ支援が必要だと思うので、工夫を凝らした取り組みがいま求められています。

思春期のときからいろいろな啓発をしていくことが必要でしょうけれども、キイは薬局じゃないかなと思います。薬局に1,000円ぐらいの妊娠チェッカーは買いに来るのね。そのときに、「赤ちゃんを育てるめどがなかったらここに相談できますよ」というような仕組みが必要ではないかなと。

ということで、今2月議会で議論中ではあるんですけども、社会的ハイリスクへの相談窓口というのを、母子センターの私の働いている企画調査部のところに来年度から設ける動きがあります。今までとちょっと発想が違う早め早めの支援をしていかないと、生まれたその日に死亡してしまうという事態はとって予防するのが難しいのではないかというように思っているところです。

ありがとうございました。(拍手)

(終了)

# 「解離について」

細 澤 仁  
(梶山女学園大学)

\* 平成22年度「治療機関・施設専門研修」での講演をまとめたものです。

## I はじめに

解離性同一性障害(Dissociative Identity Disorder: DID) は従来、多重人格と呼ばれていた。1880年から1920年にかけて、多重人格への関心は隆盛を極めたが、1920年から1970年にかけて解離に対する関心は著しく衰えた。

しかし、1973年に現代的多重人格理解に多大な影響を与えた『シビル』(Schreiber FR) が出版された。そして、1980年には米国で『精神疾患の診断・統計マニュアル第3版』(DSM-III) が出版され、そこに「多重人格性障害」が正式な診断名として採用されるにおよび、多重人格ムーブメントが北米を中心に起こった。この動きはまた児童虐待への関心、および、外傷後ストレス障害を中心とする、精神障害の心因としての外傷の再評価という動きとも並行している。北米の解離の専門家達の治療論は外傷理論に基づくものである。DSM-IVにおいて、多重人格性障害はその名称を解離性同一性障害と変更された。

この論文では、北米の解離性障害の専門家の考えを二つの時期にわけて検討する。その後、私自身の考えを述べるつもりである。なお、解離性障害および心的外傷の治療についての私の考えは、『解離性障害の治療技法』(2008)と『心的外傷の治療技法』(2010) に詳述されているので、関心がある読者は参照されたい。

## II 1970年代から1990年代前半の北米を中心とする解離性障害の理解と治療論

### 1 解離の定義

解離の定義は1970年代以降、大きな変更はないようである。米国の代表的な精神医学の教科書である、『カプラン臨床精神医学テキスト』(1994)の解離性障害の章の冒頭を引用する。「精神的に健康な状態では、人はある基本的な性格を持った一個の人間として統一された自己という感覚を持っている。解離性障害における重要な機能障害は、そのような意識の統一性を失うことである」また、Ludwig AM (1983) は「解離は、通常は他の機能と統合されているある心の機能がより区画化され、自動化された仕方で作動し、それについて意識的に気付いたり、記憶を呼び起こすことができなくなっている過程である」と述べている。解離の本質は統合機能の異常ということになる。そして、臨床的には解離は記憶や意識の障害として現れることになる。

### 2 解離体験尺度

#### (Dissociative Experience Scale : DES)

DESはBernstein EM and Putnam FW (1986) によって開発され、その信頼性と妥当性が検証された質問紙である。開発者は、「DESは診断のための道具として使用することは意図されておらず、主要な解離性精神病理のためのスクリーニングテストとして有用であることが証明された」と述べている。

### 3 解離の機能

解離、あるいは解離性障害と心的外傷の関連は確立されていると言って良い。Putnam FW (1989) は「解離とは本来心的外傷体験を処理するための防衛として用いられている正常過程であり、時がたつにつれて不適応的過程ないし病的過程に発展する」と述べている。この考えの背後には「解離連続体仮説」がある。

解離連続体仮説とは、日常生活に認められる白昼夢や、会話中に上の空になるといった正常解離から、健忘や遁走などの病的解離まで、連続性がある、とする理論である。解離連続体仮説には二つの根拠がある。一つは正常人における催眠感受性の分布に特有のカーブがあることである。多くの研究において、催眠感受性は潜在的解離能力と密接に関連があるとされてきた。また、催眠感受性は生物学的に規定されている生得的能力であるとも言われている。もう一つの根拠は、DESによる研究の結果である。Putnam FW (1989) は正常人からDID患者までの一連の対象群についてのDES得点の中央値が段階的に増加することを示している。

解離が本来は適応的機能だとしたら、それはいかなるものなのであろう。よく引用されるLudwig AMの古典的論文『解離の心理生物学的機能』(1983)から、彼が述べる解離の七つの主要な機能を列挙する。それらは、i) 行動の自動化、ii) 作業の省力化と効率化、iii) 和解できない葛藤の解消、iv) 現実の拘束からの逃避、v) 破局的体験の隔離、vi) 感情のカタルシスの発散、vii) 群れ感覚の増強、である。彼は、解離能力は生物学的基礎を持っており、潜在的に個人や種が生き残るための価値を持っていると結論付けている。

まとめると、解離は生得的正常プロセスで、心的外傷体験に対する防衛として用いられる、ということになる。

### 4 解離性障害の診断

#### —特に解離性同一性障害をめぐって

DIDの診断は端的に言えば交代人格の存在の確認をもってなされる。そのためには医師が交代人格と

出会う必要がある。患者が自らDIDであると述べることは少なく、また病院を受診するホスト人格が交代人格の存在をはっきりとは知らない場合もあるので、まず臨床家はDIDかもしれないと疑う必要がある。

Putnam FW (1989) はDIDによく認められる症状のプロフィールについて述べている。まず、彼はDIDを疑うべき患者のプロフィールの中核にある徴候として、このような患者は「典型的には精神医学的、神経学的、内科学的な症状をふんだんに示し、多くの診断名が付けられ、しかもその診断による標準的治療が無効である」と述べている。その上で彼はDIDのよく示す精神医学的診断について列挙している。それらは、抑うつ症状、解離症状、不安症状・恐怖症状、物質乱用、幻覚、思考障害、妄想、自殺・自傷、緊張病症状、性転換・衣装倒錯である。また、神経学的・内科学的症状として頻度が高いものは頭痛である。これらのことは診断の難しさという問題と関連する。

DIDの診断を困難にしている理由の一つは病歴聴取が難しいということである。DID患者は生活史上、重要な出来事の記憶を喪失していることが多い。生活史を含む病歴を一貫したものとして述べるできないことは解離性障害の特徴の一つであるので、まずはこのことから解離性障害を疑うべきである。解離性障害を疑うことがなければ、次の診断の段階に至ることはありえない。Putnam FW (1989) はDIDの診断に有用ないくつかの質問事項を挙げている。それらは、i) 健忘、または、時間喪失に関する質問、ii) 離人感と非現実感に関する質問、iii) 日常生活体験に関する質問（嘘つきと呼ばれることが多い、フラッシュバックや侵入性イメージの有無）、iv) シュナイダーの一級症状に関する質問、などである。シュナイダーの一級症状は、①思考化声、②問答形式の幻声、③行動についてコメントする幻声、④身体への影響体験、⑤させられ感情、⑥させられ思考、⑦させられ行為、⑧被影響体験、⑨思考奪取、⑩思考伝播、⑪妄想知覚、である。これらの症状は本来、統合失調症に特徴的なものと考えられてきたが、Kluft RP (1987) によれば、DID患

者はしばしば、シュナイダーの一級症状を満たしているという。

解離性障害の診断作業に用いられる最も頻度の高い心理テストは前述のDESであろう。開発者であるBernstein EM and Putnam FW (1986)は「DESは解離性障害を持つ被験者と持たない被験者を弁別することができる、信頼性と妥当性が確認された道具である」と述べている。安(1997)は、診断に際して、DES施行後、補足的に解離症状についての問診を進めていくことを推奨している。また、彼はDESの質問項目自体が解離症状について面接する際に役立つ表現が多いと述べている。DESを施行すること自体に治療者側、あるいは患者側に抵抗がある場合は、診断面接の中にDESの項目をさりげなく入れるということも可能であろう。

さて、DIDであるという診断の確定には交代人格と出会うことが必要である。交代人格が自ら臨床家の前に出て、自分は患者とは別の存在であると名乗ると診断は容易い。問題となるのはDIDという疑いを持っているが、自然発生的に交代人格に出会うことができない場合である。その際、いくつかの技法が考案されている。安(1997)は、交代人格と出会うための技法を三つの場合に分けて記述している。一つ目は、面接中に臨床家が患者の人格変換に気づき、そのことに患者の注意を向けるような介入をするという技法である。そのような介入に応じて、交代人格が名乗ることがある。二つ目は、臨床家が交代人格を呼び出すという技法である。具体的には健忘エピソードを鍵に呼び出すことが多い。患者があるエピソードについての記憶がないということは、その間、交代人格が活動しているという可能性が高い。そのときに活動していた交代人格に出てくるように要請するのである。三つ目は、催眠ないし薬物を用いて交代人格を引き出すという技法である。ただ、薬物の使用に関しては解離性障害の専門家からも慎重にすべきであるという意見が多い。

## 5 病因

解離性障害の病因についての代表的モデルはKluft RP (1984)の四因子理論である。その四因子

とは、i) 解離する潜在能力・催眠感受性、ii) 子どもの自我の適応能力を外傷的に圧倒する生活史上の体験、iii) 解離性防衛が取る形式を決定する造形化影響と基質、iv) 重要な他者により与えられた刺激障壁や修復的体験が不適切であること、例えば、不十分な慰め、である。

この理論に従うと、解離する能力を持った子どもが、通常の防衛機制で対処できないほどの心的外傷を体験し、個人の生得的特徴と環境の影響のもと、重要な他者により外傷の修復の機会が与えられないとき、解離性障害を進展させるということになる。

解離性障害の専門家たちが共通して病因となる因子として挙げるのは、心的外傷と解離能力・催眠感受性である。この二点について検討したい。

解離性障害の病因としての心的外傷は古くから指摘されていた。ジャネや初期のフロイトはヒステリーの病因として心的外傷を挙げていた。性的虐待とDIDの関連を最初に明瞭に報告したのが、『失われた私—多重人格・シビルの記録』(1973)であった。そして、アメリカの国立精神保健研究所が行ったDID100例の調査(Putnam FWら, 1986)によると、全DID患者の97パーセントが小児期に重大な心的外傷体験があったと述べている。その中でも性的虐待は最も多く報告され、83パーセントの患者が報告した。性的虐待の大部分は近親姦であった。75パーセントの患者が身体的虐待を報告し、性的虐待と身体的虐待を共に体験していたのは68パーセントであった。また、親や兄弟などの暴力的死を目撃した者は45パーセントであった。

Putnam FW (1985)は「子どもは大人よりストレスへの対処のための防衛機制として解離を用いやすいようだ」と述べている。多くの専門家により、自然発生的に解離状態に入り込む傾向性は、催眠感受性と関係あると考えられている。Putnam FW (1989)はDESとスタンフォード催眠感受性尺度の点数に高い相関があると報告している。催眠感受性は小児期に上昇し、9-10歳ごろピークとなり、青年期に下降して、成人のレベルで定常となると言われている。

解離能力を持つ子どもが圧倒的心的外傷を経験し

DIDを発展させるという理論は“自己催眠モデル”と呼ばれている。この自己催眠モデルはこの時期の解離性障害の専門家たちの間で支配的モデルであった。

## 6 治療

### (1) 治療の概要

Putnam FW (1989) はDIDの治療課題として、“治療同盟の確立、患者の生活変化を促進する、分割を統一に置換する”、の三点を挙げている。

解離性障害の治療における“治療同盟の確立”、あるいは信頼関係の確立の重要性を指摘する専門家は多い。治療同盟が大切なのはDIDの心理療法に限らないが、混沌とした環境で生きてきた可能性が高い解離性障害患者にとって治療者と治療同盟を結ぶことはとりわけ困難なことであり、またそれ自体が治療的である。治療同盟に関して、DIDに特有な問題として、治療同盟は、すべての交代人格一つ一つに対して個別に確立されなければならないということがある。

“患者の生活変化を促進する”ということに関しては、Putnam FW (1989) は「不適応行動をつきとめ、これをより適切な対処法に置き換えることによって起きる」と述べている。そして、このことが可能になるのは、心的外傷の想起と再処理にかかっているという。この治療論は基本的には認知行動療法的発想に近い。

そして、“分割を統一に置換する”ということとは人格の統合を意味しているのではなく、「目的と動機の点で安定した一体感を達成すること」(Putnam FW, 1989) である。

### (2) 治療の段階

治療の段階に関して、解離性障害の専門家たちは様々に述べているが、概ね一致していることもあり、最も一般臨床家に役立つと思われるPutnam FW (1989) の治療段階論を紹介するつもりである。

しかし、その前にHerman JL (1992) による外傷症候群の回復の諸段階を検討したい。というのは、北米の解離性障害の専門家の立場は解離性障害の治

療の本質は心的外傷の治療であるとしているからである。つまり解離性障害の治療の段階とは、外傷症候群の治療段階に対して解離性障害に特異的な問題を加味したものである。Herman JLは外傷症候群の回復の諸段階を非常にシンプルに、“安全の確立、心的外傷体験の想起と喪の作業、通常生活との再結合”の三段階に分けた。“安全の確立”は治療に入っていく準備を内的・外的に整えていくことであろう。無論、心的外傷を負った患者にとって、この作業自体が治療的であることは言うまでもない。“心的外傷体験の想起と喪の作業”は外傷症候群の治療の中心的作業である。ここで治療者に対して外傷記憶を語るといふ作業が行われる。この際、語りには感情や身体感覚を伴う必要がある。この作業を通して心的外傷体験は生活史の中に統合される。“通常生活との再結合”とは、外傷体験を代謝した患者が未来を創造するということである。ここで、患者は自己と和解し、他者と再結合するのである。以上がHerman JLの治療段階論である。

ここでPutnam FWの治療段階論に戻る。彼は治療を八つの作業段階に分けた。それらは①診断をつけること、②最初期介入、③最初期安定化、④診断の受容、⑤コミュニケーションと協力の発達、⑥外傷の消化、⑦解決と統合、⑧解決後の対処技術の向上である。以下、それぞれの項目を検討したい。

診断に関しては、診断なくして治療をすることはありえないのだが、あえて入れる必要があったところにDIDの診断の難しさがあるということであろう。

初期介入の目的は、治療を開始すること、および、患者を安定させ、治療の中核である除反応の作業ができるように準備を整えることである。この際、重要なことは、治療同盟が確立しないうちに外傷記憶の除反応作業を進めてはならないということである。また、Putnam FWはこの間に治療者は系統的に交代人格と出会う作業をすることになると述べている。

初期安定化に関して重要な作業は治療契約を結ぶということである。治療契約の目的は、患者、および、治療者の安全の確保である。この意味で限界設

定を必然的に含む。契約の文言はできる限り簡単明瞭かつ具体的であることが重要である。

診断の受容に関しては、DID患者がしばしば診断に対して懐疑的、あるいは否認するという問題がある。Putnam FWは診断の否認は外傷記憶に直面することからの逃避が主要な力動であろうと述べている。診断の受容は論理的な議論により起こるものではないので、説得は必要なく、そのプロセスが進むように治療的に援助していくという姿勢が大切であると彼は述べている。

コミュニケーションと協力の発達に関してはDID治療特有のいくつかの技法が開発されている。交代人格間の内部コミュニケーションを促進する技法に関しては、治療者が媒介する、伝言板の利用、内部会話の促進などが挙げられている。内部コミュニケーションがある程度確立された後、内部での意思決定が行われるように援助することになる。そして治療が進むと、人格変換のコントロールが可能になるという。

ここまでの、治療に入っていく準備段階と捉えることができる。Putnam FWを始めとする北米の解離性障害の治療の専門家たちは、DID治療の中心的課題を外傷の代謝であると考えている。そして、それは外傷記憶の想起と再処理を通してなされると主張している。外傷記憶の想起は感情を伴ったもの、つまり除反応という形式を取る必要がある。除反応は「意識することに耐えられないために抑圧されてきた苦痛な体験を想起した後に訪れる情緒の解放あるいは放出のことである。これによって苦痛な情動の部分的放出あるいは脱感作と洞察の深化が起こり、それを介して治療効果が生じることがある」と定義されている。解離性障害患者は自発的に除反応を起こすことがよくあるが、治療場面外での自発的除反応には治療的効果はないとされる。除反応が治療的になるのは、治療者により安全で支持的な環境が作られているという前提のもと、治療者と共に患者が除反応を誘発し、統御し、処理変形するときである。治療的除反応はコントロールされた除反応であると理解することができる。

そして、解決と統合の段階に至る。北米の解離性

障害の専門家たちは、DIDの望ましい治療目標として人格の統合を挙げている。しかし、Putnam FW (1989) でさえ、統合は「多くの患者に対しては端的に非現実的な目標かもしれない」と述べている。さらに、彼は「統合を治療の中心に据えるのは間違いである。治療は非適応的な反応と行動を、より適切な形の対処行動に置き換えることを目標とすべきである」と述べている。

解決後の対処技術の向上は、Herman JL (1992) の言う再結合の理念に沿った治療段階である。

### (3) 心理療法における諸問題

心理療法における諸問題を、①心理療法の設定、②治療関係、つまり、転移—逆転移、の二点に絞って検討する。

まず、心理療法の設定であるが、解離性障害の専門家たちの学会である国際解離学会 (International Society for the Study of Dissociation : ISSD) のガイドラインを見てみよう。DIDの望ましい治療構造は外来における個人心理療法であると記述されている。そして、セッションの頻度は最低週2回が推奨されている。ただし、週3回以上のセッションを行う場合は、患者が退行し、治療者への依存を強めることがあるので注意すべきであるとされている。セッションの長さは90分を超えることがあるにせよ、構造化されるべきであると記述されている。

Putnam FW (1989) も外来における個人心理療法が治療の中心であるとしている。セッションの頻度に関して、週に2、3回を推奨している。彼によると、「それ以下の頻度の面接では治療が袋小路に入りがちだし、それ以上の面接は非常に錯綜して混沌無秩序な治療に陥りやすい」とのことである。また彼は自分のDID患者との面接時間は90分であると語っている。特に除反応の作業が行われるときは50分では短すぎるとのことである。しかし、彼も一度面接の時間を決めたら、その境界線を遵守すべきであると述べている。電話や危機介入のための面接も構造化することが望ましいとされている。

ISSDのガイドライン、およびPutnam FW共にDIDの心理療法特有の構造について触れているが、

治療構造の重要性については伝統的心理療法の考え方と変わるところはない。虐待が境界の侵犯を本質としており、そのことがDID患者の病理に多大な影響を与えていることから、境界のマネージメントは極めて重要である。

次に、治療関係をめぐる諸問題について述べる。この問題は外傷性転移、および、外傷性逆転移の問題に収束される。転移の定義は様々あるが、臨床的には転移とは患者が治療者に向ける感情のことであり、逆転移とは治療者が患者に向ける感情と理解することが最も有用であろう。転移、逆転移を通してある転移状況が生成される。外傷性転移と外傷性逆転移を通して生成された転移状況はオリジナルの外傷と共通する構造を持っており、それを外傷の再演と呼ぶ。

外傷論の立場からの外傷性転移と外傷性逆転移に関してはHerman JL (1992) の説明がわかりやすい。彼女はいくつかの典型的な外傷性転移と外傷性逆転移のあり方について記述している。外傷性転移のひとつのあり方は恐怖体験に起源を持つものである。患者は治療者等の権威に対して強い恐怖を感じる。また、外傷性転移は孤立無援体験を反映するものもある。患者は虐待の最中、孤立無援であり、完全に見捨てられたという感覚を持つ。その感覚が強いと、治療者に万能的救済者の役割を取らせようとする。つまり、治療者を理想化するようになる。そして、治療者がこの理想化された期待を満たすことができないと、患者は強烈な怒りを治療者に向けることになる。また、外傷を負った患者は人を信頼することが困難である。患者はあらゆる疑念と不信を治療関係に持ち込む。不信の内容としては、治療者が肝心のところで逃げ出すのではないか、あるいは、治療者が加害者と同じ動機を持っているのではないかと様々である。さらに、不信感がある故に、患者は治療者の言動に対して被害的に反応する。また、虐待関係の本質は支配・被支配という関係性を含んでいるので、この関係性が治療関係に持ち込まれることもある。特に性的虐待を体験した患者の場合は、性的な色合いを帯びた転移を治療者に向けてくることがよくある。DID患者の場合は、これらの外傷性転

移に加えて、解離という機制がさらに転移のあり方を複雑にさせる。Putnam FW (1989) によると、DID患者の交代人格たちは、治療者に対してそれぞれが半独立的な転移を示すという。

次に、外傷性逆転移に関するHerman JL (1992) の説明を見てみたい。心的外傷体験の証人の役割をつとめる治療者は情緒的に圧倒される。治療者は患者と同一の恐怖、怒り、絶望を体験する。この現象は特に、「代理受傷」と呼ばれている。さらに、患者の外傷体験を聞くことにより、治療者の過去の個人的外傷体験が再活性化される。治療者は人間の加害性と残虐性の物語に曝されることで、人間への基本的信頼が揺さぶられる。また、治療者は孤立無援体験をわかち持つことにより、自信を失うことがある。そして、孤立無援感に持ちこたえることができないと、治療者は救済者の役割を演じようとするかもしれない。その結果、治療関係の境界の侵犯が生じることもある。治療者は患者の怒りと同一化し、加害者、傍観者、以前の治療者に怒りに向ける場合もある。一方で、治療者は加害者と同一化することもある。加害者との同一化は、患者の物語る内容への懐疑、虐待を過小評価したり合理化したりする、患者へネガティブな感情を抱くといった形で現れる。そして、治療者は覗き見的な興奮を覚えたり、患者に性的感情を抱いたりするかもしれない。さらに、治療者はいくつかの罪悪感を体験する。ひとつは外傷を負わなかった傍観者に特有の反応である「目撃者の罪悪感」であり、もうひとつは治療の過程で患者に外傷の再体験をさせているという罪悪感である。さらに、Putnam FW (1989) はDID患者との心理療法に特有の逆転移反応をいくつか挙げている。治療を求めて来た主人格が、治療が始まるとあまり治療の場に登場せず、他の交代人格は主人格ほど治療に熱心でない場合がある。このようなときに治療者は治療契約の本質が踏みにじられたと感じることがある。また、交代人格はそれぞれに固有の生活史を持っているなど、治療者は膨大な量の情報を処理する必要に迫られ圧倒される。患者が絶え間なく変わることにより、治療者は欲求不満状態になる。そして、DID患者との心理療法に携わるとき、

同僚にどう思われるかという恐れを抱くという。

これらの外傷性転移と外傷性逆転移の複雑な相互作用の中、治療関係において外傷状況が再演される。Putnam FW (1989)によると、DID患者の場合は、虐待の再演は、人格システム内と治療関係内の双方で生じる。Herman JL (1992)は外傷の再演についてネガティブな意味しか認めてない。彼女は「外傷性転移反応も逆転移反応も避けられない。同じく避けられないのは、両方の反応が良質の治療関係の発展を妨げることであり」と述べ、患者・治療者双方の安全を保障するために、二つの防護法、つまり、治療契約と治療者に対するサポート・システムが必要であると語っている。Putnam FW (1989)はDID患者における外傷の再演について、「健忘障壁を破って、記憶している苦痛を他の人格たちに転送しようとする試みである」とややポジティブな意義についても触れているが、治療関係においては基本的に乗り越えられるべきものという扱いである。

## 7 予後

Kluft RP (1985)は200人以上のDID患者の転帰を調査し、DID患者には自然治癒は起こらず、また解離を直接扱う治療を受けない限り治癒しないと報告した。さらに、Kluft RP (1984)は、DID患者171名から得たデータとして、83名が人格の融合に至り、40名は人格の統合に至っておらず、50名は人格の融合には至ったが様々な理由により研究の基準を満たさなかったと報告した。彼は、適切な治療を受けさえすれば、DID患者の予後は良いと結論付けている。この時期の多くの解離性障害の専門家たちは、DID患者の予後について楽観的であった。

## 8 疫学

従来、DIDを含む解離性障害は稀な疾患であると思われてきたが、この時期、DIDは一般に思われているよりも有病率が高いだろうと言われるようになった。しかし、Putnam FWは『多重人格性障害—その診断と治療』(1989)の中で、この時点では未だDIDを始めとする解離性障害の大規模な疫学的調査は行われていないと言っている。疫学に関する

科学的知見は1990年代を待たねばならない。

## Ⅲ 1990年代後半以降の

### 北米を中心とする解離性障害の理解と治療論

解離性障害の治療経験の集積、および、実証的研究の増加に伴い、1990年代後半より、北米の解離性障害の理解と治療論にいくつかのシフトが認められる。まず、統計的研究により、解離性障害の疫学や解離と外傷の関係がより明らかにされた。このことに関連して、解離の病因論に関して外傷—自己催眠仮説から外傷—発達論への移行が認められる。また、治療論としては“外傷の消化・統合”という作業が中心であることに変わりはないが、特異的技法である“コントロールされた除反応”に対する懐疑が生じた。そして、治療的楽観主義から現実主義への移行が認められる。この章ではこれらの移行を中心に検討していきたい。

## 1 疫学

解離性障害の疫学に関しては1990年以降、様々な研究により明らかになっていった。ただし、解離性障害に関しては診断が困難であるという問題があるので、正確な疫学データを得るためには診断という手順を研究に含む必要があった。

まず、精神科入院患者における解離性障害の占める割合ということについて検討する。比較的厳密な疫学的基準を満たした研究として最初に発表されたものはRoss CAら(1991)によるものである。彼らはあらかじめDIDと診断されていた患者を除いた299人の精神科入院患者に対して、まずDESをスクリーニングとして用いて(カットオフ得点は20点)、解離性障害の可能性のある患者80人を選別した。その80名に対して構造化診断面接法のひとつである解離性障害面接スケジュール(Dissociative Disorders Interview Schedule: DDIS)を行ったところ、10名が臨床的にDIDであると確認された。彼らの研究では、精神科入院患者の21パーセントが解離性障害と診断され、3パーセントがDIDと診断されることである。続いて、Saxe GNら(1993)の研究が発



表された。100人の精神科患者を対象としたこの研究において、彼らもまずDESをスクリーニングとして用いた（カットオフ得点は25点）。DES25点以上の被験者にDDISを行った。彼らの研究では、精神科入院患者の15パーセントが解離性障害と診断され、4パーセントがDIDと診断された。以上の研究はDESをスクリーニングとして用いているが、Latz TTら（1995）によると、176人の被験者全員（ただし女性入院患者）にDDISを施行したところ、12パーセントがDIDと診断されたとのことである。北米における比較的新しい報告としてRifkin Aら（1974-1998）によるものがある。彼らは診断の道具として、DSM-IV解離性障害群のための構造化臨床面接（Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders：SCID-D）を用いている。この調査では、女性精神科入院患者のうち、DIDと診断されたのは1パーセントであった。Rifkin Aらは従来の報告より解離性障害患者の頻度が低かったこと、および、上記のLatz TTらの調査結果に触れ、より厳密な調査方法を取ったことの影響であろうとしている。

また、一般人口における解離体験についてはDESを用いて調査した研究がいくつかある。Ross CA et alら（1990）はランダム・サンプリングされた1055人にDESを施行したところ、DES得点30点以上の者は全体の5パーセントであったと報告している。また、Putnam FWら（1996）の調査によれば、正常の成人群（415人）においてはDES得点が30点以上の者は全体の4パーセントであった。Mulder RTら（1998）はDESに修正を加え、1028人を対象にして一般人口における解離体験について調査したところ、解離体験の高得点者は6パーセントであったと報告している。一般人口においては、5パーセント前後が病的解離を経験していると考えて良いであろう。

## 2 解離と外傷

従来指摘されてきた解離と性的虐待の直接的関係についても様々な異論が登場するようになった。Mulder RTら（1998）は一般人口からランダム・サ

ンプリングをした被験者を対象とし、小児期の性的虐待、小児期の身体的虐待、精神的診断、および、DES得点の関連を検討した。そして、小児期の性的虐待と解離には直接的関連はなかったとの結果を報告した。この関連は小児期の性的虐待と身体的虐待、および、精神科疾患との関連に依存しているという。一方、身体的虐待と精神科疾患は解離と直接的な関連を持っていた。この研究は、性的虐待が解離性障害の原因であるとする仮説に対する有力な反証と考えて良いであろう。しかし、間接的影響については確認されたと捉えることもできる。Draijer NとLangeland W（1999）は、精神科入院患者を対象として、解離と小児期の性的虐待、小児期の身体的虐待、対人間の暴力の目撃、早期の親との分離、知覚された親の機能不全との関連を検討した。解離と関連があったのは、小児期の性的虐待、身体的虐待、および、母親の機能不全であった。彼らは母親が機能不全であったり、あるいは母親が心理的に利用可能でないと、子どもの中に自分をなだめ落ち着かせる能力が育たず、圧倒される感情への脆弱性が形成され、そのような体験に対する防衛として解離を使用するようになるのではないかと述べている。この考えは後述する愛着理論の考え方と立場を同じくすると理解して良いであろう。そう明示されているわけではないが、ここでも解離と性的虐待の直接的関連は否定され、個人が解離性障害を発展させる脆弱性が前提とされている。

このように解離と性的虐待の直接的関係に関しては否定的所見が増加してきた。その大きな流れを解離の病因としての‘外傷—発達論’としてまとめることが可能である。外傷—発達論に関しては、Putnam FW（1997）の「離散的行動状態モデル」、および、愛着理論が重要であるので、その二つの理論をこの後検討する。しかし、その前に性的虐待を第一の要因とする立場である外傷—自己催眠仮説についていまだ少し検討することにする。

## 3 解離の病因としての外傷—自己催眠仮説の衰退

外傷—自己催眠仮説は、生得的自己催眠能力を持つ子どもが、慢性の外傷に対してその能力を防衛と

して用いるというものである。この防衛の反復的使用により、ある自己催眠状態はある交代人格として結晶化しDIDになる。この仮説を支持する論拠が五つある（Putnam FWとCarlson EB, 1998）。その全てを列挙することはしないが、重要なものを二つ挙げておく。ひとつはDID患者は被催眠能力が高いということであり、もうひとつは児童期の外傷が被催眠能力を増大させるということである。Putnam FWとCarlson EB（1998）は総説の中で、いくつかの研究を引き合いに出し、上記の二つの論拠を否定した。Putnam FW（1997）はその著書の中で、「催眠と解離との関係はほとんどない」と述べている。

#### 4 離散的行動状態モデル（Putnam FW, 1997）

離散的行動状態モデルは解離性障害の代表的研究者であるPutnam FWがその著書の中で展開した発達論に基づく病的解離モデルである。

この理論の出発点には、Putnam FWの解離連続体仮説から病的解離論への踏み出しがある。もともと解離連続体仮説の根拠としてDES得点分布が用いられていたが、そのDES得点の分布を詳細に検討した結果、解離連続体よりも類型論に立つ方が良いとの理解が生じた。そして、Waller NGら（1996）はタクソン測定統計分析を駆使して、タクソンのすなわち類型学的モデルの方が連続体モデルよりも、特に臨床水準の集団にはよくあてはまると結論した。つまり、正常解離から病的解離までの連続体があるのではなく、正常解離と病的解離という二つの類型が存在するとのことである。

Putnam FW（1997）はまず、精神状態は意識と行動より成るユニークな構造であるということを前提とした。そして、離散的行動状態とは心理学的・生理学的・行動科学的変数のワンセットがつくる特異的でユニークな布置形態であるとした。

子どもは生まれながらいくつかの行動状態の基礎的なワンセットを持っている。そして、個人の行動は、状態から状態へと不連続的な飛躍すなわちスイッチを重ねて、状態間を渡っていく。離散的状態は一過性の行動構造体である。正常発達において、新状態の創生と新連絡経路の発達が生じる。また、

子どもは行動状態のコントロールが可能になっていく。さらに、メタ認知的統合、すなわち、情報と行動の統合、自己感覚の発達と統合が生じる。

児童虐待はこれらの発達にいくつかの重大な影響を与える。一つ目は外傷の状態の創生である。二つ目は行動状態間経路の改変である。三つ目は行動状態調整能力の破壊である。四つ目は行動状態の自己調整の不適應的試行である。五つ目はメタ認知的統合機能の破壊である。

ここで、病的解離という観点から、以上のことを整理する。離散的行動状態モデルにおける病的解離の定義は、正常意識状態から遠く隔たった外傷により引き起こされた離散的行動状態の一つのカテゴリーである。正常解離と病的解離を分けているのは、状態間の距離、それぞれの状態において記入された情報と知識への接近可能性／取り出し可能性の状態依存性、両状態の経路、知識と自己感覚の統合のメタ認知的水準、である。さらに、DIDの交代人格の生成に関する因子として、特定の外傷体験の反復と関連した文脈因子群が合わさって生じる状態が繰り返し誘導されること、および、メタ認知的統合機能の発達の挫折が挙げられた。DIDにおける同一性の断片化は、それ以前は完全であった同一性が粉碎された結果ではなく、離散的意識状態の発達過程における整理統合の失敗である。Putnam FW（1997）は、DIDの「発生源は、発達初期における基本的行動状態の統御と統合の獲得が外傷によって阻害され、それが自己感覚におけるさまざまな相違を生み、それぞれ違った自己感覚の断片を核としてその周囲に結晶してゆく結果、高度の離散的行動状態群が創りだされるところにある」とまとめている。

#### 5 愛着理論による解離理解

1990年代以降、最も注目されるべき解離理解は愛着理論によるものである。愛着理論とは言うまでもなく、Bowlby Jによって唱えられた学説である。Bowlby Jは精神分析に多くを負うてはいるが、比較行動学や制御理論などを取り入れて理論を展開させた。そのため、愛着理論は精神分析というフィールドに留まらない広がりを見せている。

Bowlby J (1982) は、愛着とは子どもが特定の対象に対する接近や接触を求めることであると述べている。これに対して、接近を達成しようとしたり、維持しようとしたりするために子どもが示す行動を愛着行動と名付けている。Bowlby Jは古典的精神分析理論と同様にその理論の核に生物学をおいたが、愛着は他の欲動に還元されるものではなく、一次的なものであるとした。

愛着理論をより洗練させたのがAinsworth MDSであった。Ainsworth MDSら (1978) は新奇場面法strange-situation procedureを考案し、三つの愛着のパターンを発見し、グループA (insecure-avoidant)、B (secure)、C (insecure-resistant/ambivalent) と名付けた。新奇場面法とは実験室の設定において、子どもが親との分離と再会に対してどのような反応を示すかを観察する構造化された方法である。グループBは母親に対して安定した愛着を持つと分類された。グループAは母親に対して不安定な愛着を持ち、また回避的である。グループCは母親に対して不安定な愛着を持ち、また反抗的である。

1986年に、Main MとSolomon Jは新しい愛着パターンであるグループD (insecure-disorganized/disoriented) を発見したことを発表した。グループDの子どもは愛着的相互作用の中で見当識を失っているように見え、養育者との分離—再会のエピソードに対して同時に、あるいは極めて短時間の間に矛盾する行動を示した。つまり、グループDは養育者に対して接近と回避を同時に行い、その結果、愛着行動は全体としては統合や見当識を欠くものとなるという特徴を持っている。続いて、Main MとSolomon J (1990) はグループDの愛着は養育者の生活史における未解決の外傷や喪失と関連があることを証明した。その後、グループDの愛着は低リスクサンプルと比較して高リスクサンプル(感情障害、臨床サンプル、家庭内暴力サンプル等) に高率に認められるという研究が相次いだ。さらに、愛着理論は児童虐待により関心を向けるようになった。

一方、愛着と解離の関係についても様々な指摘がなされるようになった。DIDを愛着障害として最初

に概念化したのはBarach PMM (1991) であった。Barach PMMはBowlby Jの言う脱愛着detachmentを解離過程と結びつけた。脱愛着は愛着行動を制御する生得的行動—動因システムを活性化する意識的情報処理からの積極的締め出しである。この意味で、脱愛着はある種の解離過程と考えることができる。しかし、その後の愛着と解離の関係についての研究は上述のグループDの愛着をめぐる展開した。Liotti G (1992) は、幼小児がグループDの愛着を持っていると、解離性障害への脆弱性が増大すると述べている。つまり、グループDの子どもが心的外傷に後年曝されることによって解離性障害に発展するということである。さらに、Main MとMorgan H (1996) はグループDの愛着における失見当識は意識の変容を意味していることに触れ、そのときの状態をトランス様と記述している。そして、必ずしも全てのグループDの行動パターンが解離現象に直ちに一致するわけではないとの留保は付けながら、「トランス様状態とおそらく解離していると考えられる行動が非統合型の子どもの一部にみられる」と述べている。つまり、グループDの愛着はそれ自体解離様状態を含み、かつ、解離性障害への脆弱性となっているということになる。

Lyons-Ruth K (2003) は縦断的愛着研究から得られた所見として以下の三点を指摘した。一つ目は、幼児のグループDの愛着は後の解離症状の重要な前駆である、という点である。二つ目は、早期の脆弱性は親—幼児間における情動コミュニケーションのパターン、特に情緒的利用不可能性や役割交代のようなより微妙な行為との関連がある、という点である。三つ目は、グループDの愛着関係の性質により、後に心的外傷に曝露されたとき、ある者は解離症状を発展させるが、ある者は解離症状を発展させないのとは何故かということに関して部分的に説明をすることが可能になるだろう、という点である。

Putnam FWの離散的行動状態モデル同様、愛着理論による解離理解は、心的外傷に対する正常反応としての解離という解離連続体仮説から、病的解離論への移行を示している。Putnam FWのモデルがそれでも外傷論に留まるものである一方、愛着理論

による解離理解は個人の脆弱性の方向に一步踏み出しているようだ。ただし、愛着理論における脆弱性は個人の生得的問題ではなく、あくまで、その起源は親—幼児の情動コミュニケーションにあることには注意を要する。

## 6 治療論の変遷

### (1) 原則

治療論の原則の変遷は、解離理解が外傷—自己催眠モデルから外傷—発達論モデルに移行したことで併行している。

まず、愛着理論からの技法論について検討する。愛着理論の立場では、統合された自己は発達の過程で獲得されるものであり、正常であれば統合された自己という感覚を創り出すはずの統合過程が対人関係において頓挫することが解離ということになる。つまり、Liotti G (2006) が言うように、解離が後の発達段階で心的苦痛に対する防衛として用いられるのはあくまで二次的なことであるということになる。解離は崩壊の結果、あるいは、防衛によりコントロールする戦略の失敗であり、外傷に対する防衛としての機能は一次的なものではないのである。愛着理論による解離性障害の治療モデルは従来のもの(Herman JLのモデルのような段階に方向付けられた心理療法)を基本とし、心的外傷の代謝の重要性を認めながらも、治療関係における愛着のワークにより焦点付けられている。

Liotti Gら (2005) は、愛着理論に基づく治療論をまとめた。まず前提として、グループDの愛着の力動を意識しておくことが、解離性障害患者の治療で重要であることを強調している。そして、治療者が深い痛みを持つ患者に対して共感的理解を提供することを通して、治療関係の中で患者の愛着システムが活性化されると述べている。治療者は転移の中での自我状態の変化をグループDの愛着に基づく関係性におけるジレンマの側面から理解し、その背後にある単一の意味を探求する。この作業を通して患者は安定型の愛着を経験し始める。このプロセスは修正情動体験として理解される。一方、患者は、理想化から、脱価値化や自他への攻撃に移行すると

いうことの背後に、他者により理解され、苦しみを癒してもらいたいという単一の動機が存在していることを理解するようになる。修正情動体験とこれらの内省により患者は統合に向かうと彼らは述べている。

続いて、Putnam FWの治療論の変遷について検討したい。Putnam FWは『解離—若年期における病理と治療』(1997)の中にその治療論の変化が見て取れる。むろん、このモノグラフは児童／青年の解離性障害についての病理と治療に関するものであり、彼自身、度々児童に関してはと留保を付けている。しかし、私はこのテキストにおいて展開された治療論は成人患者にも当てはまる部分が多いと感じている。Putnam FWはいくつかの治療哲学を挙げているが、その中で最も重要な視点は「児童の自然回復力を支える」ということであろう。これはPutnam FWの病理理解が発達論に傾いたことからの論理的必然であると思われる。治療の根本は自然回復力が発揮されるのを援助することであると彼は述べている。その上で、彼は「治療において総体的に重視すべきことは、自己統御、感情と衝動の調整、行動の統合、意識と自己の表象との統一の強化である」と述べている。そして、児童の解離性障害患者の治療における心的外傷のワークに関しては遊戯療法を推奨している。

### (2) 除反応

外傷のワークにおける除反応の特権的地位に関してはかなりの批判が起こった。Ross CAは1989年に出版されたモノグラフの中で既に除反応に対して慎重な姿勢を取っていた。そして、1997年に出版された改訂版では、Ross CAは除反応を治療技法としては用いないと宣言した。彼は、除反応は行動化であり、それは感情や記憶を認知の上で、そして、言語的に処理する代わりにそれらを行為に変容してしまうものであると述べている。除反応は治療のためには必要なく、むしろ、再外傷体験であり、また退行促進的でもあるので、反治療的であるとしている。Putnam FW (1997) は児童の治療に関してはと留保は付けたが、除反応を治療技法として用いること

に反対を表明した。

### (3) 交代人格の取り扱い

交代人格の取り扱いについてもやや慎重な姿勢が認められるようになった。Putnam FW (1997) は、交代人格状態が十分に結晶化していない児童に関してのみという留保は付けているが、「同一性の変化を別の名前で呼んだり、その児童まるごとから離れたもの、それとは別個のものと考えていると示唆するような形の対決をしないことが肝心である」と述べている。さらに、彼は患者をDIDとして社会化すること避けることが大切であると述べ、家族が特定の交代人格と直接交渉しないことを推奨している。

## 7 予後

Putnam FW (1997) はその著書の中で、「現代の多重人格性障害研究運動が初期（おおよそ1978年から1988年）に犯した最大の誤りの一つは成功した治療結果の誇大広告である」と述べている。予後に関しては現在なお確たることは言えない状況だが、必要以上に悲観的になる必要はないが、あまりに楽観的になることはできない。私たちに必要なのは、現実的になり、地道に臨床に取り組むことであろう。

## IV 私の考え

### 1 私の解離理解

解離という機制に関する理解は大きく二つの観点があると思われる。ひとつは解離を発達の停止と見る観点であり、もうひとつは解離を防衛として見る観点である。私の立場はこの二つの観点を統合的に理解するということにある。

私は病的解離という現象を情緒発達の停止の表れとして理解している。この意味で、私の考えはPutnam FWの離散的行動状態モデルや愛着理論による解離理解と共通する視点を持つと思われる。Berman E (1981) は解離を「対象と自己表象の統合、および自己—対象の境界を強固にする能力を含む基本的な自我機能の発達が停止」したことによるものとしている。

私はこれまで少なからぬ解離性障害患者との治療に携わった。比較的適応が良い患者でも心理療法過程において深い退行を示した。治療状況において、未分化な愛情と攻撃性、そして断片化した対象関係が露呈し、未消化の精神病水準の不安が噴出することが多かった。この点はパーソナリティ障害の治療と共通する点でもある。そこで、解離性障害とパーソナリティ障害は発達の停止という共通する病理を持っていると考えることが可能である。おそらく解離性障害とパーソナリティ障害の違いは病理に対する防衛のパターンの違いによるということも一部あるのだろう。

病的解離は情緒発達の停止の表れであると主張したが、それは単に統合機能の発達の停止に留まらないことを強調しておく。このことは解離性障害患者との心理療法はパーソナリティ障害の心理療法と同じ程度に困難であるということの意味している。さて、問題は情緒発達が停止した原因は何かということである。私の考えは愛着理論に近いものだが、それよりも直接的にWinnicott DWの発達論に拠るところが大きい。

Winnicott DW (1965) は、母親から受ける養育によって、幼児は自分のパーソナルな存在を持つことができ、存在することの連続性を形成し始める、と述べている。この存在することの連続性を基盤にして、幼児のなかの生得的潜在力が芽生え始めるのである。生得的潜在力は本当の自己と言い換えることができる。本当の自己は、孤立した状態にあるとき、生き生きと存在する。Winnicott DW (1958) によれば、環境が幼児のニーズに積極的に適応することにより、幼児は孤立の状態にいることが可能になり、その状態において、幼児は「自発的に動き、その自己感覚を失うことなく、環境は発見される」とのことである。環境が幼児に対して誤った適応をすると環境の侵襲となり、その結果、「自己感覚は失われてしまい、孤立へと撤退することでしかそれを取り戻すことはできない」のである。環境が幼児のニーズに適応することへ失敗することが侵襲なのである。そして、侵襲が生じると、幼児の存在することは中断され、幼児は反応しなければならなくな

る。反応することは存在することの中断である以上、存在の絶滅となり、想像を絶する不安が発生する。侵襲は常に外傷的であるわけではなく、発達促進的である場合もある。侵襲は早過ぎたり、強烈過ぎたときに外傷的になるのである。私は幼児がほど良い環境を持つことができなかつたことが、情緒発達の停止につながり、解離性障害を進展させる個人の脆弱性を形成すると考えている。

次に解離を防衛として見る観点を取り上げてみたい。解離は何を防衛しているのだろうか。私が関わった多くの症例において、心理療法の中で精神病水準の不安が表出された。適応が良く見える解離性障害患者でも、病歴や治療歴の中で、急性精神病状態に陥ったことがある者が多い。境界性パーソナリティ障害に比べて一見安定しているように見える患者が多いのだが、同等の重篤な病理を持っていることを考え合わせると、解離は精神病水準の不安に対する防衛として機能していると考えて良いのではないだろうか。Bromberg PM (1994) は、外傷の基本的性質は自己の断片化であるとし、「解離は自己の断片化に対する防衛であり、類催眠状態で両立し難い意識状態の結合を解き、認知的には相互に無関係な非連続的心的体験としてのみそれらに接近することを可能にすることにより個性と正気を再建する機制」であると述べている。また、Sullivan HS (1940) はパニックを「自己の、解離を行う力が急に消失すること」とし、パニックの続発現象として急性精神病状態を記述している。解離の破綻により急性精神病状態になるとすると、逆に解離は精神病水準の不安への防衛として機能しているとも考えられるであろう。私は解離の本来の機能は、不適切な環境の侵襲によって生成した精神病水準の不安に対する防衛であると考えている。

さて、ここで問題がひとつ浮上する。それは本来、早期乳幼児心性と関連している精神病水準の不安が、その後体験した外傷、殊に性的虐待で何故刺激されるのだろうか、という問題である。性的虐待は幼児期でもあり得るが、通常児童青年期に起こると考えられる。私は継父による性的虐待を体験した解離性障害患者との治療を少なからず経験したが、

再婚した時期もあり性的虐待の時期はほとんどが児童青年期だった。Ferenczi S (1933) は発達途上にある子どもは母性的守り、つまり相当量のやさしさがないと一人でいることに耐えられないと言い、その段階を“受身的対象愛の段階”、あるいは“やさしさの段階”と呼んでいる。やさしさの段階にある子どもが、彼らが望む以上の愛を押し付けられると病理的な結果をもたらされる。性的虐待はやさしさを求める子どものところを、大人が情熱、つまり成熟した人の願望と取り違える、あるいは、子どものやさしさを求めるところを性的に利用することから起こることになる。また、Ferenczi Sは性的虐待が起こる状況として母親との疎遠な関係についても触れている。母親のネグレクトを背景にして、愛情を求める子どものところを父親が性的に搾取するという構図は現代の私たちにとってもお馴染みのものである。性的虐待の外傷としての本質とは何なのだろうか。性的虐待の典型は女兒が母親のネグレクト的養育態度を背景として父親により性的虐待を受けるといえるものである。その場合、女兒にとっては、良い世話を受けたというニーズは母親により満たされず、エディプス的欲求は父親により性的に利用されるのである。本人のニーズと環境の対応の齟齬が性的虐待には本質的に存在するのである。この本人のニーズと環境の対応の齟齬はウィニコットの環境の侵襲と本質を同じくする。つまり、性的虐待は早期の環境の侵襲の再演となっており、それ故、その際に生成した精神病水準の不安を刺激し、それに対する防衛として解離を作動させると私は考えている。

解離は当初精神病水準の不安への防衛として用いられるが、後には対人関係上に現れる葛藤の回避手段として用いられるようになる。解離性障害患者の対人関係上に現れる葛藤は主に彼らが持つ中核的葛藤に起源を持つと思われる。解離性障害患者の中核的葛藤は私自身が定式化している（細澤，2001）。以下中核的葛藤を簡単に要約したい。

我々は生きている限り心の傷つきを日常的に経験している。それでも我々が外傷性精神障害を発症しないのは外傷を消化できる心的な力、および外的支

持環境を持っているからである。この外傷を消化する能力を自然治癒力と呼ぶことが可能であろう。解離性障害患者はこの自然治癒力が心的、あるいは外的要因により発揮できなくなっていると考えられる。そして、この心的・外的要因が患者の対象関係に影響を与え、中核的葛藤を形成する。今度はその中核的葛藤は治療関係を含む対人関係上に転移される。その葛藤を回避するため交代人格現象を始めとする解離が用いられるのである。

## 2 私の治療論

私の治療論は解離理解に基づいている。前述のように、私は解離を早期の発達停止の表れであると共に、精神病水準の不安への防衛であり、後に対人関係上に現れる中核的葛藤を回避するために用いるようになると考えている。ここから私の治療論は以下の二点を中心となる。ひとつは治療関係に転移される中核的葛藤をワークスルーすること、もうひとつは精神病水準の不安を治療関係の中で「抱えること」(Winnicott DW) である。

### (1) 治療関係に転移される中核的葛藤をワークスルーすること

先ほど説明したように、患者が外傷体験を持ったとき、その外傷を消化する能力、つまり自然治癒力が発揮できない心的、あるいは外的要因があったと考えられる。その要因が中核的葛藤となり、治療関係に転移されるのである。転移の上に現れた中核的葛藤は通常の精神分析的技法（主に解釈）で扱うことになる。

### (2) 治療関係の中で精神病水準の不安を抱えること

患者が深い退行を示したとき、それを治療者がいかに扱うかという問題については様々な意見がある。

Balint M (1968) は退行からの前進を「新規蒔き直し」と概念化した。彼の病理理解は「基底欠損」という概念を中心に構成されている。Balint Mによると、「基底欠損」の起源は、「個体形成の初期段階において個体の持つ生理・心理的欲求と供給されう

る物質的・心理的保護・配慮・好意間に存在する相当の落差」にあり、「各種神経症、性格異常、心身症」も「病因論的に同一の実体が示す諸症状に他ならない」とのことである。基底欠損は精神病水準の不安とほぼ同じ内容を持つと考えて良いであろう。

そして、Balint M (1968) は、治療論について、「分析治療における二大因子は解釈と対象関係」であり、治療のある時期、つまり患者が退行状態にあるときには、「有効に機能する関係を創り出し維持する方が正しい解釈を告げるよりも大切」であると述べ、「押しつけがましくない」治療者として存在し、退行を受容することの重要性を指摘している。基底欠損領域に退行している患者には解釈をもって強引な介入を試みないで当面寛大に患者の退行に耐えることが推奨されている。基底欠損領域に退行している患者に必要なのは以下のような状況である。「圧迫的あるいは抑制的な対象が目の前にあってはならないこと、環界は静穏平和安全で押しつけがましくないものでなければならないこと、環界が存在すべきこと、それも主体（患者）に好意的な環界であるべきこと、しかも、主体（患者）はいかなる意味でも環界への注意、認知、関心を強制されないこと」(Balint M, 1968) 退行から新規蒔き直し、そして、そのときの治療者の役割とは「押しつけがましくない」治療者として機能すること、ということがバルイントの治療論と考えて良いであろう。

さて、「押しつけがましくない」治療者として患者の傍らに現前しているとき、治療者は何をしているのだろうか。さらに、退行から新規蒔き直しというプロセスにはいかなる意味があるのだろうか。これらの疑問にBalint M (1968) とは少し異なる視点からの回答を提示しているのがWinnicott DWであると私は考えている。

Winnicott DWの治療論を理解するためには彼の発達論、なかでも一次ナルシズム論について理解する必要がある。フロイトによれば、一次ナルシズムは幼児がリビドーの全てを自分自身に備給する早期の状態である。この状態の幼児は万能感に満ち満ちている。つまり、一次ナルシズムは、主体と外界の間に溝がない、いわば対象のない状態である。

このような発達段階が事実としてあるかということに関しては議論があるところであり、多くの精神分析の理論家は一次ナルシズムを否定している。一次ナルシズムの概念を積極的に使用している数少ない精神分析家がWinnicott DW (1958) である。彼は「一次ナルシズムにおいては、環境が個人を抱えていて、それと同時に個人は環境について何も知らずにそれと一体となっているのである」と述べている。「ひとりの乳児などというものは存在しない」のである。ここでは「ほど良い積極的適応を行う環境」が必要となる。母親は幼児に100パーセント適応することにより、「彼女の乳房が乳児の一部であるという錯覚のための機会を乳児に与える」のである。ここではまだ対象は存在しない。さらに、Winnicott DWは「環境が子どものニーズに対して積極的な適応を行うことにより、子どもが邪魔されることのない孤立の状態でいられる」ことが重要であり、「この状態において、彼は自発的に動き、その自己感覚を失うことなく環境は発見されてゆく」と述べている。

Winnicott DWの治療論はこの一次ナルシズムの抱えを中心としている。一次ナルシズムの抱えに関してはWinnicott DWの著作の中でもとりわけ刺激的な論文『精神分析的設定内での退行のメタサイコロジカルで臨床的な側面』(1958) に比較的詳しいので、そこに表出された考えを簡単に以下にまとめる。精神病水準の病理は早期乳幼児期における環境の側の適応の失敗が原因である。環境の側の適応の失敗とは換言すれば適切な早期の母性的養育の不在である。精神病水準の病理を持つ患者は心理療法の設定の中で一次ナルシズムへ退行する。そこで治療者が環境の失敗状況に十分な形で対応すると患者は一次ナルシズムから前進する。この間、治療者は通常の分析的作業を長期にわたって中断し、適切なマネジメント＝良い母性的養育に専心することが必要である。Winnicott DW (1958) は精神病水準の病理を持つ患者では、「母親が実際に乳幼児を抱えることが必要となるような、原初的情緒発達が問題となってくる」と述べている。彼はちょうど良い瞬間で状況を抱えることが治療的なのは抑う

つポジションにまで到達している患者としている。抑うつポジションに到達している患者には解釈を介して抱えを提供することが可能であると言い換えることもできる。しかし、精神病水準の病理を持つ患者には具象的抱え、つまり、マネジメントが必要となる。精神病水準の病理を持つ患者は一次ナルシズムが侵襲されない時間と空間が十分に維持されることが必要なのである。

私の治療論において、治療関係の中で精神病水準の不安を抱えるということは、一次ナルシズムへの退行を抱えるということの意味する。深い退行が生じたとき、私たち治療者は患者に錯覚のための機会を提供する必要がある。そのとき、治療者は侵襲をしてはならない。そのためには適切なマネジメントを講じつつ、「押しつけがましくない」治療者として患者の傍らに現前し続けることが必要なのである。

## V おわりに

この論文において、私は北米を中心とする解離性障害運動について二つの時期に分けて検討した。そして、その後に私自身の解離理解と治療論を説明した。



【参考文献】

- Ainsworth MDS et al (1978) Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
- 安克昌 (1997) 交代人格との出会い—解離性同一性障害の診断について. アルコール依存とアディクション 14 : 9-16
- Balint M (1968) The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. Tavistock Publications, London. 『治療論からみた退行—基底欠損の精神分析』(中井久夫訳), 金剛出版, 1978年
- Barach PMM (1991) Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder. Dissociation. 7 : 117-123
- Berman E (1981) Multiple Personality : Psychoanalytic Perspectives. International Journal of Psycho-Analysis. 62 : 283-300
- Bernstein EM and Putnam FW (1986) Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. Journal of Nervous and Mental Disease. 174 : 727-735
- Bowlby J (1982) Attachment and Loss. Tavistock Publication, London. 『母子関係の理論 新版 I 愛着行動』(黒田実郎ら訳), 岩崎学術出版社, 1991年
- Bromberg PM (1994) "Speak ! That I may see you" : Some Reflections on Dissociation, Reality, and Psychoanalytic Listening. Psychoanalytic Dialogues. 4 : 517-547
- Draijer N and Langeland W (1999) Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients. American Journal of Psychiatry. 156 : 379-385
- Ferenczi S (1933) Confusion of Tongues between Adults and the Child. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-analysis. Karnac books, London.
- Herman JL (1992) Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books, New York. 『心的外傷と回復』(中井久夫訳), みすず書房, 1996年
- 細澤仁 (2001) 解離性同一性障害の精神療法—終結3症例を通して. 思春期青年期精神医学 11 : 89-98
- 細澤仁 (2008) 解離性障害の治療技法. みすず書房
- 細澤仁 (2010) 心的外傷の治療技法. みすず書房
- Kaplan HL, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 『カプラン臨床精神医学テキスト』(井上令一, 四宮滋子監訳), メディカル・サイエンス・インターナショナル, 1996年
- Kluft RP (1984) Treatment of Multiple Personality Disorder : A Study of 33 Cases. Psychiatric Clinics of North America. 7 : 9-29S
- Kluft RP (1985) The Natural History of Multiple Personality Disorder. In Kluft RP (ed) Childhood Antecedents of Multiple Personality. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Kluft RP (1987) First-Rank Symptom as a Diagnostic Clue to Multiple Personality Disorder. American Journal of Psychiatry. 144 : 293-298
- Latz TT et al (1995) Multiple Personality Disorder among Female Inpatients in a State Hospital. American Journal of Psychiatry. 152 : 1343-1348
- Liotti G (1992) Disorganized/Disoriented Attachment in the Etiology of the Dissociative Disorders. Dissociation. 5 : 196-204
- Liotti G (2006) A Model of Dissociation based on Attachment Theory and Research. Journal of Trauma and Dissociation. 7 : 55-73
- Liotti G, Mollon P, Miti G (2005) Dissociative Disorders. In Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (eds) Oxford Textbook of Psychotherapy. Oxford University Press, New York.
- Ludwig AM (1983) The Psychobiological Functions of Dissociation. American Journal of Clinical Hypnosis. 26 : 93-99
- Lyons-Ruth K (2003) Dissociation and the Parent-Infant Dialogue : A Longitudinal Perspective from Attachment Research. Journal of the American Psychoanalytic Association. 51 : 883-911
- Main M and Morgan H (1996) Disorganization and Disorientation in Infant Strange Situation Behavior : Phenotype Resemblance to Dissociative States. In Michelson LK and Ray WJ (eds) Handbook of dissociation : Theory, Empirical, and Clinical Perspectives. Plenum Press, New York
- Main M and Solomon J (1986) Discovery of an Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern. In Brazelton TB and Yogman MW (eds) Affective Development in Infancy. Ablex Publishing Corporation, New Jersey.
- Main M and Solomon J (1990) Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange

- Situation. In Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds) Attachment in the Preschool Years : Theory, Research, and Intervention. The University of Chicago Press, Chicago
- Mulder RT et al (1998) Relationship between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample. *American Journal of Psychiatry*. 155 : 806 – 811
- Putnam FW (1985) Dissociation as a Response to Extreme Trauma. In Kluft RP (ed) Childhood Antecedents of Multiple Personality. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Putnam FW (1989) Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. Guilford Press, New York. 『多重人格性障害—その診断と治療』(安克昌, 中井久夫共訳), 岩崎学術出版社, 2000年
- Putnam FW (1997) Dissociation in Children and Adolescents : A Developmental Perspective. Guilford Press, New York. 『解離—若年期における病理と治療』(中井久夫訳), みすず書房, 2001年
- Putnam FW and Carlson EB (1998) Hypnosis, Dissociation, and Trauma : Myths, Metaphors, and Mechanisms. In Bremner JD and Marmar CR (eds) Trauma, Memory, and Dissociation. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Putnam FW et al (1986) The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder : Review of 100 Recent Cases. *Journal of Clinical Psychiatry*. 47 : 285-293
- Putnam FW et al (1996) Patterns of Dissociation in Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 184 : 673 – 679
- Rifkin A et al (1998) Dissociative Identity Disorder in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 155 : 844 – 845
- Ross CA (1989) Multiple Personality Disorder : Diagnosis, Clinical Features, and Treatment. John Wiley & Sons, New York.
- Ross CA (1997) Dissociative Identity Disorder : Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality. John Wiley & Sons, New York.
- Ross CA et al (1990) Dissociative Experiences in the General Population. *American Journal of Psychiatry*. 147 : 1547 – 1552
- Ross CA et al (1991) The Frequency of Multiple Personality Disorder among Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 148 : 1717 – 1720
- Saxe GN et al (1993) Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 150 : 1037-1042
- Schreiber FR (1973) Sybil. A.M. Heath. 『失われた私—多重人格・シビルの記録』(卷正平訳), ハヤカワ文庫, 1978年
- Sullivan HS (1940) Conceptions of Modern Psychiatry : The First William Alanson White Memorial Lectures. Norton, New York. 『現代精神医学の概念』(中井久夫, 山口隆訳), みすず書房, 1976年
- Waller NG et al (1996) Type of Dissociation and Dissociative Types. *Psychological Methods*. 1 : 300 – 321
- Winnicott DW (1958) Collected Papers:Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Tavistock Publications,London. 『児童分析から精神分析へ』(北山修監訳), 岩崎学術出版社, 1990年
- Winnicott DW (1965) The Maturation Process and the Facilitating Environment : Studies in the Theory of Emotional Development. Hogarth Press, London. 『情緒発達の精神分析理論』(牛島定信訳), 岩崎学術出版社, 1977年

## 「子ども虐待における母子臨床」

山下 洋  
(九州大学病院)

\* 平成22年度 テーマ別研修「子ども虐待防止と周産期の支援」での講演をまとめたものです。

### はじめに

私の専門領域は、児童精神科という子どもの心の問題を扱う領域です。子どもに関わっていると家族の問題や、特に子どもの心の育ちのスタートのところ、周産期の親と子の心のありようはどうかというところにも行き当たります。九大の先輩である吉田敬子先生が英国に留学して、子どもと家族の育ちのスタートのところ、すなわち周産期の精神医学に関する臨床と研究が進んでいるところで勉強して来られました。私も英国での知見を日本での実践に応用していく過程に関わりながら、母子臨床を学ぶようになりました。

周産期にお母さんと赤ちゃんの関わり合いが大事と分かっている、そこで起こる問題に対して実際にどんな臨床や支援の型があるのか手探りであった時期を経て、今は色んな手立てが見えて来た状況です。今回の話のタイトルは母子臨床ですが、お母さんの心の問題と子どもの育ち、それらを丸ごと見ていくという意味で、この言葉を使っています。

### 子ども虐待の背景

母子臨床の前提にある社会的背景について、いくつかイメージを示します。虹センターのスタッフの方達と英国のロンドンを中心に色んな社会的養護の施設サービスの視察をした時に貰った資料の中の1つです(図1)。英国ではChildren in needと言って、安全な育ちのために何らかの支援のニーズのある子どもがどの位国の中に居るのかを、包括的に社会的

養護の全体像として見える様にする調査や一般に公開する資料が非常に良く出来ています。特に母子臨床の視点からは、支援を必要としているのは母子と家族だろうという意味で、FamilyをChildren in needという言葉に付け加えました。

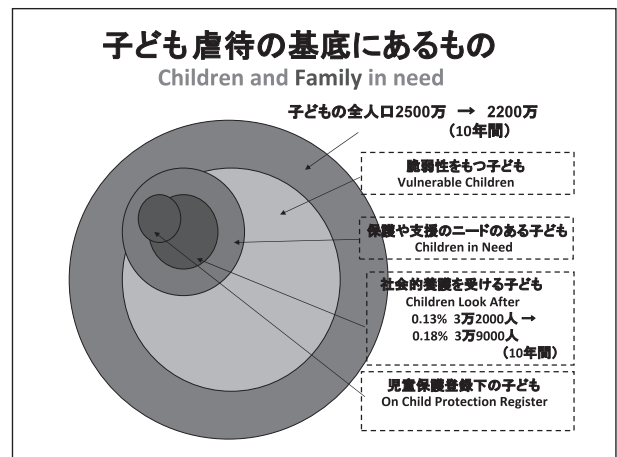


図1

実際は日本でも同じ様な構図、分布でニーズを持つ子どもが居ると私は理解しています。子どもと家族の社会的支援のニーズが基底にあって、その上で母子の心の問題を取り扱います。この図では、広い脆弱性のある子ども、脆弱性を持つ子ども、保護や支援のニーズがある子ども、結果的に社会的養護を受ける子どもと言うニーズの高い順に移り変わっていく同心円の構図が示されています。私たちは、脆弱性のある子どもと母親というこの広い部分で気になる母子も診ているし、実際に社会的養護が必要なケースも診ています。このような全体像の中に母子臨床があります。そして母子の「脆弱性」にお母さ

んの心の問題も関わります。脆弱性という言葉は、支援の立場からは様々なニーズと読み替えることも出来ます。

心の問題と言うと、心だけがクローズアップされますけども、心の問題に行き着くまでの、色々な負担や不利の状況すなわち脆弱性がケースごとにあります。経済的なゆとりのなさや住環境など生活全体の困難さを抱えています。一方、社会経済的には、平均的な生活でも、家族の周辺の地域との関係の中で、親のメンタルヘルスの問題があると社会的な活動がしづらくなり、結果的に孤立の原因となります。さらには家族の中での安心出来ない、暴力的な関係性などの背景を持つケースが浮かび上がってきます。また子ども自身も育てづらい色々な問題を抱えている場合があります。このような問題のリストのどのレベルに介入するかが母子臨床の課題です。臨床の前面には、子育てに悩むお母さんや、色々な問題や育てにくさを示す子どもがいます。このような前景の状況と背景の問題とが図と地の関係になっています。地の部分の背景要因を常に踏まえながら、図として見えている母子に関わる複眼視的視点が必要となります。これらは普段の臨床の感覚ですが、丁度、2010年度の虹センターの紀要の中に子ども虐待の基底にある、様々なニーズを明らかにした調査研究が報告されています。これは母子臨床の背景に大変良く当てはまると思われましたので、その中の1つを示します(図2)。

虐待ケースの中には、まず地域での社会的孤立と

いう要因、それから社会経済的な困難、子どもや親にメンタルヘルスや育ちの問題やDVなど家族関係の病理があります。これら3つの重なり合いに虐待のケースがほとんど入ります。どの子どもと親の問題にも、社会経済のおよび地域、家族それぞれのレベルにニーズがあるということです。私の臨床の経験でも、そうしたケースがほとんどです。

特に周産期は子ども虐待の基底にある状況が一番端的にあらわれ多領域で気づかれて、支援につながりやすい時期でもあるため、子ども虐待の実践でも、注目されて来たと思います。皆さんも、お聞きになったと思いますが、産後うつ病やマタニティーブルーなどの産後の心の問題によって、子どもの誕生の傍らで、それを喜ばずに沈んだ気持ちでいることがあることは、広く知られています。これには、医療の面からも裏付けがあります。図3に示すように医療機関で精神保健サービスをお母さんが受ける数を、出産前の妊娠中から産後の1年までを通してみると産後の1ヶ月以内と言う赤ちゃんと出会ってすぐの時期に非常に受診率が上がっています。この時期は心のニーズや色々な問題が集中して起きる重要な時期といえます。さらに周産期医療センターなど、総合病院で産科も精神科もあるところでは、お母さんの心のニーズや赤ちゃんの危機的状況は産後だけに留まらず、生まれてくる前の妊娠期から、さまざまな心の問題があることが分かってきます。産科医と精神科医が顔見知りで、気になるケースをやりとりする体制ができてくると、医療ではリエゾンと言

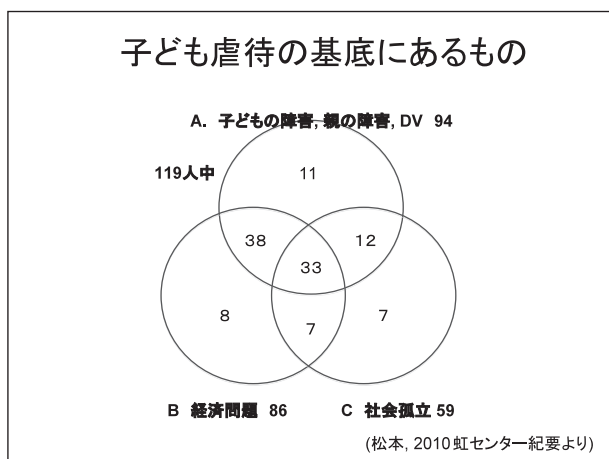


図2

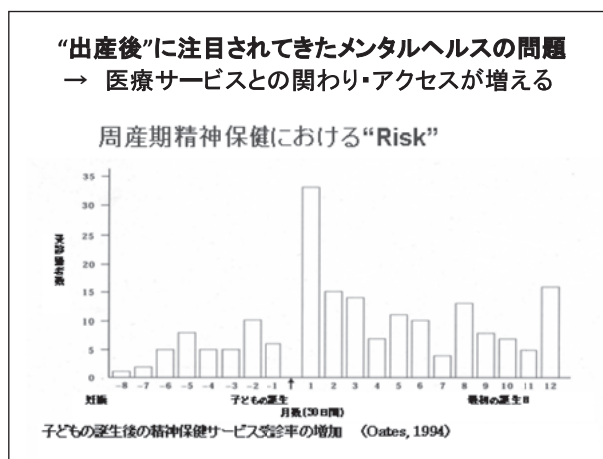


図3

いますが、妊娠中に既に産科の助産師や主治医が、生まれて来てからが心配と思っているケースが非常に多く、生まれてくる前からのサポートが大事になることがわかってきています。

### 母子臨床における赤ちゃんの力

ここで最初の赤ちゃんが生まれ落ちたところの親子の交流を見てみましょう。これは生まれてまだ10分しかたっていない赤ちゃん、です。

(動画再生)

大人が赤ちゃんの前で舌をぺろっと出すと赤ちゃんも真似をして出すという乳児の模倣反射です。

(動画終了)

最後に、男性は「お父さんって呼んでごらん」と言っています。もちろん言葉が出てくるわけではないですが。生まれて10分後でも、大人が働きかけると大人の真似をして呼応する様に答えるという、ある意味不思議な赤ちゃんの能力があるわけです。生まれてすぐ自分と目が合った瞬間に、赤ちゃんの方も応答してくる経験をすると、親としてはそのまま赤ちゃんが喋って、「お父さんって呼んでごらん」と言ったら答えるんじゃないかという錯覚をもってもおかしくありません。こうした赤ちゃんの能力についての肯定的な錯覚も相まって、愛着感情、“子どもはもう自分を親と認めてるんだ”みたいな、絆の感情の高まりが生まれます。親子の絆が赤ちゃんの持っている力によって、引き出されるということです。自分の赤ちゃんでなくても、見ているだけでもそういう気持ちが高まるくらいなので、自分の子どもに出会って反応があったときの子育てに向けたポジティブな親感情と動機付けというのは、かなり大きいものだと思います。

この図4は、赤ちゃんが持っている育ちの能力が、母性行動や親行動すなわち子どものケアをする行動を引き出して、良循環の子育てが起きるというモデルです。親に向けた赤ちゃんの側からのシグナル、やりとりに向けたキューが出ると、親もそれに応えて、話しかけたり世話をしたりという関わりを促されます。それに子どもが反応した相互作用がどんど

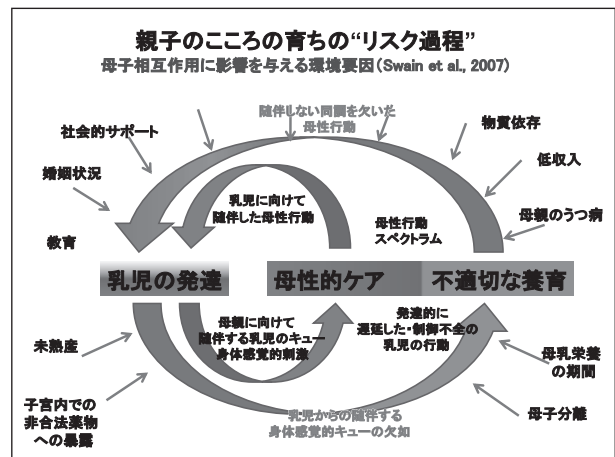


図 4

ん高まり、至適な母性的ケアに近づいていきます。しかし実際の乳幼児の臨床を見ると、赤ちゃんにも色々な特性があります。模倣反射などが明瞭にできるビビットな反応をする赤ちゃんもいれば、反応の方向付けが曖昧な赤ちゃんもいます。背景には低体重や早産児であったり、妊娠中に、喫煙や飲酒など、色々な物質に、外国だと非合法薬物に曝露されたなどの要因があります。そういった状況で生まれてくる赤ちゃんの中にはなかなか母性行動を促すような反応が出ない場合があります。そうすると親の方も、赤ちゃんからのきっかけとなるキューがないので、母性行動が引き出されにくいのです。極端になると不適切な養育の悪循環の始まりになり、それが続くと上手くいかない子育てが深刻化するという事になります。

親の側にも、母性行動、親行動を引き出されるきっかけは色々あって、赤ちゃんと接する中で、最初は反応が乏しくても、次第に色々な行動も出てくる事もあります。未熟産とか早産児だとNICUに赤ちゃんが入って、生後数ヶ月間を母子分離して過ごすとか、他の理由で母子分離が起こる場合もあります。育児のスタートでの母子分離の状況や母乳栄養の状況も母性行動に影響を与えます。子育ての最初の場合では初乳をあげたいという所からスタートしますが、授乳が上手くいかないこともあります。さらに経過すると離乳を経験することもあります。今日の話のメインになるのは、親自身がうつ病で育児に専念出来なかったり、心の中に色々な苦痛や葛藤を抱

えている場合です。心理社会要因としては経済的な問題で生活に余裕がない、あるいは外からのサポートがなくてケアをする環境が作れない場合があります。婚姻状況で家族間の支えがない、暴力的な関係があるなど外側からの要因も養育行動に関わっています。悪循環は一連の“リスク過程”すなわち相互作用の悪循環です。この過程に働きかけて、良循環の、母性行動、子育ての連鎖にしていくのが、母子臨床の1つの大きな目標です。

リスク過程を整理する為に、“お母さんの要因”、“乳幼児・子どもの側の要因”、“母子の間（関係性）の要因”“お母さんと子どもの外側にある社会的な要因”という風に分けて考えると、母子臨床のニーズの在処が分かりやすくなります。特に母子の“間”に注目すると、母子の間が上手くいくとはどう言うことかに行き当たります。母子関係を、整理すると、まずお母さんから子どもへのベクトル、お母さんが子どもに対して抱く“自分の子どもである”と言う特別な絆の感覚と言うか、つながりの感覚があります。これを表す言葉として、ボンディングという言葉を使います。ボンディングとは、英語のボンドからきていますから接着する様なつながりですね。生まれた瞬間からあるいは妊娠中からもうこの絆の感覚は徐々に育っています。赤ちゃんの方にも、お母さんのケアする気持ちや行動を引き出す愛着行動が育ってきます、子どもの愛着行動が育つ過程の両方を合わせて“間”の母子関係と言う織物が紡ぎ出されると考えられます。この過程がうまく進むと親に

は絆の感覚が生まれ子どもには愛着行動が育ちます。一方でそれらが上手く育っていかない所に私たちの臨床の介入のポイントがあります。“母”、“子ども”、“あいだ”という見方は、母子への支援では役立つ枠組みです（図5）。

母子の“<sup>あいだ</sup>間”にあるもの —ボンディングと愛着—

赤ちゃんがまだ目に見えない妊娠中でも今超音波画像とかで見る赤ちゃんの姿、親でない人を見ると超音波画像は色んなノイズもいっぱい入っていますが、お母さんにとっては、白黒の超音波画像でも本当に可愛く見えるらしくて「この辺が足ですね」と言うだけで「わぁ可愛い」と思うようです。そのくらい思い入れを持って見るというのがボンディングの始まりかなと言う気がします。超音波検査のない時代ではお母さん達はもっと触覚的な胎動が愛着感のきっかけとなるが多かったかと思います。ただ妊娠中に色んなパニック障害とかうつ病にかかっているお母さんでは、不安や緊張の中で、子どもにつながるサインを見たり、感じたりした時に、同じ様な幸せな愛着感が持てない場合があります。お腹の中の赤ちゃんから来る圧迫感がむしろ不安や苦しみの感覚につながると言うお母さんもおられます。お腹の中に居ると言うだけで追いつめられている気がして、早くお腹から赤ちゃんが出て欲しいと訴えるお母さんもいます。中には虐待のケースとして報告される事がありますが、お腹に赤ちゃんがいる事が苦痛で大きくなったお腹を叩いたりとかパートナーにお腹を蹴らせたりなど流産を目的の行動をとる方もいます。流産はしたくないけど、お腹に赤ちゃんが居るのが苦しいと言う、本当に説明出来ない苦しさに引き裂かれた気持ちを持つお母さんもおられます。そうしたケースでも多くの場合は生まれた赤ちゃんと対面した瞬間に妊娠中や出産の苦しさも忘れる様な愛着感を体験されます。

皆が最初から愛着感を持つかという、誕生と出会いの場である産科病棟では打ち明けられないですが、アンケートを実施すると最初に赤ちゃんを見た時には実感がなかったと言うお母さんも意外に多い

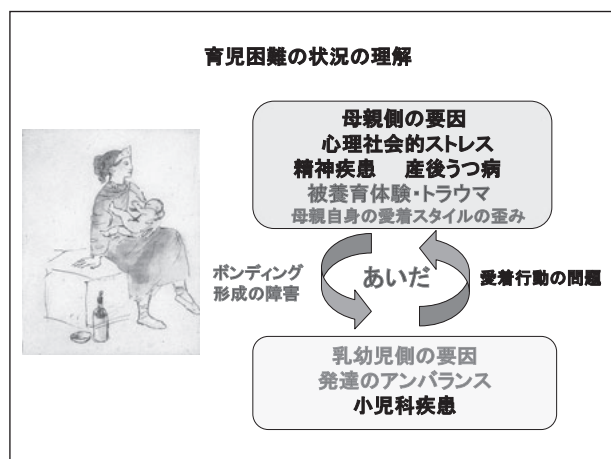


図 5

ことがわかりました。何も感じなかったとか人の子じゃないみたいに思ったなどの回答もあります。エイリアンが生まれてきたような気がしたというお母さんもいました。赤ちゃんに対して何も感じないと言う事は最初のうちは必ずしも病的とは限らないようです。助産師外来を訪れる2週間目、褥婦外来の1ヶ月目まで経ってから聞いてみると、育てている間に、どんどん可愛さが増えたと語られ、大体4ヶ月ぐらいまでにゆっくりと愛着感が育ってくることも多いようです。この4ヶ月頃というと、3ヵ月の笑顔という情緒発達のマイルストーンもあり、赤ちゃんの笑顔や笑いが出てくる頃です。そうした赤ちゃんの育ちに助けられて愛着感が出てくる人が多いと言えます。その中でも心配なお母さんでは、4ヶ月経っても何も感じないどころか、一緒に居ることが辛いとか、子どもが居ない方が、気持ちが楽になるというような訴えが増えてくる場合があります。あるいはイライラするとか、怒りを感じるとか、憎く感じると回答をされる場合があります。産後うつ病のお母さんには、そうした訴えがかなりの割合で見られるため、お母さんの抑うつの治療とともに、子どもへのボンディングの形成も支援の課題となります。もっとも分かりにくいのは、お母さんは愛着感を強く持っているけども、赤ちゃんが思い通りに寝てくれなかったり泣いたりすると急に強い怒りを感じてしまうと言う場合です。「赤ちゃんが可愛いですか」と聞くと「すごく可愛い」と答えていても、色んな状況によって病的な怒りが出るお母さんもいるわけです。最後に虐待のリスクとはつながりにくいですが、赤ちゃんが大切だと感じるあまり、怖くて、何か赤ちゃんに病気や怪我をさせそうで触れないという育児不安の極端な型を示すお母さんもいます。接触を怖れるあまり結局ネグレクトに近い状況に陥ることも考えられます。ボンディングのあり方にも、色んな側面があることを知っておくと、お母さんの育児不安や困難の訴えを聞き取りやすくなるかと思います。母親の赤ちゃんへの気持ちを聞き取ることは、通常のカウンセリングや面談では難しいこともあります。“赤ちゃんへの気持ち質問票”という自己質問票がありますが、これは九大の吉田

が英国に行った時に母子臨床の実践の中で使われていたものの日本語版として訳したものです。10項目程度で赤ちゃんに対してどんな気持ちかという質問項目に答えていくようになっています。得点が高い程マイナスの気持ちが高い事になるので、お母さん自身がチェックした結果を見ながら、さらに赤ちゃんへの気持ちや育児への不安を聞き取っていくための支援のツールとして使っています。

表1は産後うつ病と赤ちゃんへの否定的な感情が一部関連する事を示しています。『いとおいしいと感じる』の項目では、全く感じないと答えた人の方が、得点が高くなります。10項目のうちイタリックになっている所が、産後うつ病のお母さんで特に高かった項目です。一方でこの結果を見ると、親が赤ちゃんとの出会いから刺激を受けて抱く愛着感情とそれを引き出す赤ちゃんの力と言うのは、予想以上に強いものだと思います。つまりこの評価からはマイナスの感情があると答えたお母さんの比率は非常に低いことがわかります。産後うつ病が10から15パーセント、マタニティーブルーが50から80パーセントと非常に高い比率見られます。それに比べると赤ちゃんへの気持ちがマイナスであると答えるお母さんはとても少ないことが、このアンケート調査を見て感じたことです。『いとおいしいと感じない』の項目には、100人に1人か2人ぐらいのお母さんしか、そう答えていません。お母さん自身にうつがありますか、落ち込みますかと聞いたらあるとこたえるお母さんはずっと多い。産後すぐにいとおいしい

表1 赤ちゃんへの気持ち質問票と産後うつ病  
否定的な答えをした母親の割合(%)

	産後うつ病	対照
1. いとおいしいと感じる		1.6
2. どうしていいかわからない	4倍	7.1
3. とてもいやな気持ちがする	4倍	1.1
4. 特別な気持ちがわかない		1.9
5. 怒りっぽいと感じる	2倍	1.8
6. 世話を楽しみながらしている	3倍	8.8
7. こんな子でなかったらと思う	2倍	2.1
8. 守ってあげたいと感じる		2.8
9. この子がいなかったらと思う		1.7
10. とても身近を感じる	2倍	2.6

と感じないとか嫌な気持ちがあると答えたお母さんは、よほどボンディングを築けない問題を持っていると考える必要があります。もちろん母子臨床の実践では、「そんな気持ちになるお母さんは滅多に居ません」と言う訳ではありません。お母さんの中には、色々な理由で「マイナスの感情を赤ちゃんに持ってしまうこともあります」「その事自体が悪いことではありません」と言う風にお話をします。

### 子どもが生まれる前からの母子臨床 一予防的介入一

まず母子臨床の課題である予防的介入のアウトラインをみてみます。産科もある医療機関の課題となるのは『妊娠中から支援が出来ないか』ということです。これまで産後に気になるお母さんを、精神科の立場から産科、小児科と連携して、サポートするという、取り組みが中心でした。これはいわゆる二次予防です。これを妊娠が分かって、母子手帳が交付される時期から、色々なニーズがある母子に介入が出来ないかと言うのが医療機関のテーマだと思います。その時には妊娠中なので産後うつ病とまた別の色々な母子のニーズの理解が必要になってきます。母子手帳交付時に危機的な状況がわかり、そのなかで妊娠出産に臨む親たちがいることを、これまでの講義で聞いておられると思います。不安を抱えながら親になろうとしている女性やパートナーとの出会いの時期は予防的介入の重要なタイミングです。治療という医療のモデルではですね、まだ赤ちゃんが生まれていない段階で何が出来るかということが、工夫が必要なところです。

保健師であれば、手帳を交付するときに少し時間が作れて、親になることにどんな感情、態度、期待あるいは不安を持っているかを聞き取る、いわゆる促進的な面接を行うことができます。そうした機会を助産師、保健師を中心に母子臨床に関わる人たちが持っているといいと思います。赤ちゃんは、生まれた瞬間から、先程のビデオの様に社会的、情緒的存在でもあると言うことを伝え、親の感受性を高めることが出来ると、赤ちゃんと出会った時の親の戸惑いや不安が減るのではないかと思います。二次予防の

取り組みは出産後からの育児支援が始まってもう10年ぐらいになるかと思います。親の抑うつ感情を入り口にして、ケースごとのニーズを見つけてサポートを提供する取り組みが、1つの予防的介入として確立して来ています。これについては後で述べます。産後うつ病としてスクリーニングされたフォローの経過を踏まえると抑うつ改善だけを見てフォローしていくのでは、十分ではないことが見えてきます。スクリーニングで陽性となるケースの中に色々なタイプのお母さんがいることも分かっているので、そのことも理解して支援することが必要です。

母子臨床は育児支援を入り口とした介入です。産後早期の授乳とか、睡眠とか離乳をめぐるのさまざまなお母さんの悩みから、育児の困難さ全体を捉えて支援します。授乳、睡眠、離乳の問題と、お母さんの抑うつとの関係も分かっています。赤ちゃんの睡眠パターンは、小さい時ほど断片的ですが、お母さんの睡眠もそれに併せて断片化しています。なかなか寝てくれない度合いが激しいとか、泣きが激しい子どもの育児をしているお母さん程、抑うつに陥りやすいと言うことです。睡眠の問題は、その子どもの発達の問題だけではなく、お母さんのメンタルヘルスとも結び付いています。なかなか寝てくれない子どもにどう対処するかを通じて、親のメンタルヘルスも改善していく方法も提唱されています。赤ちゃんの睡眠クリニックは欧米のモデルがありますが、これを日本でそのまま取り入れられるかという文化差の問題があります。日本はほとんど添い寝ですよ。欧米の赤ちゃんの睡眠の問題への親プログラムを見ていると、赤ちゃんはベビーベッドの中に、親と別に寝かせるというのが前提なので、泣いたら親がそばに行って抱っこして宥めることを、徐々にその間隔を広げるというやり方です。赤ちゃんに添い寝する日本のお母さんでは、こうした欧米の教科書にある赤ちゃんの睡眠の問題への対応と全然違ってきます。文化差の検討から添い寝のプラス面とマイナス面が指摘されています。たとえば日本とかアジアで多い添い寝の方が、突然死などのリスクが下がる確率が減るベネフィットが示されています。逆に赤ちゃんが、自律的な睡眠のリズム



を作ると言う面では添い寝のマイナス面もあります。この辺りは日本の中で支援のモデルを考える必要があります。また授乳、離乳とか、赤ちゃんがよちよちあるきを始めたところで、なかなか親の思い通りに動いてくれない時に、親訓練的なアプローチを早めに導入していけると、予防的介入につながっていくのではないかと思います。これらは、寝てくれない、赤ちゃんが泣いて親をしょっちゅう呼ぶ、親も泣かれるときつい気持ちになる等、親子の関わり合いの実際的な対処法を考えていくような予防的介入です。

### 親と子の“<sup>あいだ</sup>間”で起こることをみる

何が親子の関わり合いを支えるかを考えてみます。実際的な問題で楽しさよりも苦しさとか辛さが強くなっている親に、子どもと向かい合っただけの気持ちのキャッチボールする時の喜びの感覚、満足感、充実感を思い出してもらうことも大切だと思います。子どもとのキャッチボールの意味を、理論的な理解に加えて直感的につかんでもらう。母子臨床では、お母さんと赤ちゃんの関わり合いをビデオに撮って、支援者と一緒に観ながら、親と子の“あいだ”で何が起きているか、色んな想像してみるという試みがあります。このような親の感受性や想像力を高める介入の報告が増えていきます。赤ちゃんにはまだ言葉がない。言葉を使ったカウンセリングと違うアプローチが必要です。この辺りは保育の方達の実践に学ぶところが多いでしょう。親子の関わり合いは、栄養を与えて、安全な環境を提供することだけではない。赤ちゃんの心を整えたり、赤ちゃんの心を照らし返して豊かにする働き、心を抱えて安心感を持たせる働き、やり取りからコミュニケーションの芽生えを作るなど、色んな意味がキャッチボールの中にあることに気づき、学んでもらうこと。ビデオフィードバックを使った母子臨床が教えてくれるのはそういうことだと思います。

私はそうした目的でお母さんや支援者の方に色々な動画を見てもらうことがあります。これもその一

部です。

(動画再生)

親子の感情のキャッチボールの意味がわかる研究方法の一つに、スティルフェイス (Still Face) ・パラダイムがあります。これは見方によってはちょっと可哀想な実験的なビデオです。最初に話しているのはトロニックという母子相互作用の研究の第一人者です。最初はお母さんと赤ちゃんが関わり合っただけ、指差し合ったりとか、真似し合ったりしています。赤ちゃんは活発に関わり合っています。すると、お母さんは1回振り向いて、向き直るとこんな風に完全に無表情を作ります。で赤ちゃんはぎょっとする。それまでの楽しいキャッチボールが途絶えてびっくりしています。赤ちゃんは一生懸命指差して、お母さんの反応を引き出そうとして、声も出しています。それでも反応しないと何が起きてるんだらうと、赤ちゃんもだんだん不安になって来ます。奇声を上げたり、指をしゃぶったり、後ろを向いて「どうしよう」という感じですね。そして泣いて可哀想な感じになります。その後、お母さんが関わりを返すと、この子は気難しい気質ではないので、すぐになっこりして、リカバーしています。余談ですが、こういう研究をみると、外国のお母さんと言うのは顔のほりが深いので、無表情の時とですね、関わり合っただけ表情を出している時の差が凄く強烈なコントラストというか、怖いですよ、これが日本の赤ちゃんとお母さんだと、こんなにメリハリつかないと思うんです。

(動画終了)

親子の心のキャッチボールは、途絶えたり修復することが日々の生活の中で繰り返されます。それを端的に示すのが、このスティルフェイスというパラダイムと言えるでしょう。親子双方で、キャッチボールを維持する働きかけをみる為に、親の方が反応を止めて、赤ちゃんがどう動くか、親が反応を再開したら、赤ちゃんがどう回復するかのプロセスを見えています。最近では、産後うつ病のお母さんや、境界型人格障害のお母さんの赤ちゃんにこれをやらせようという大胆な研究も行われています。私はうつ病のお母さんにあんな顔してもらっては、臨床ではで

きないのですが、海外では試みられています。

この研究が教えてくれるもう一つのことは、うつ病のケースだと、お母さんのスティルフェイスという固まったような無表情の状態が、母子の日常生活で長く続くことが想像できます。赤ちゃんは一生懸命お母さんを活気付けて、反応を引き出そうとして、それでもお母さんはぼんやりして答えてくれない時間を繰り返しているかもしれません。そんな状況では赤ちゃんの方もお母さんと同じ様に元気をなくしたり、お母さんが反応を再開しても、赤ちゃんの関心が戻ってこないとか、1回泣き出して、気難しくなったら回復しないことが起こります。お母さんと赤ちゃんの間の気持ちを調節し合うことが、難しくなっているケースが多く見られます。臨床で、うつ状態にあるお母さんにやりとりのビデオを見せると、自分は赤ちゃんに応えてあげられないと自責感を持つこともあり得るでしょう。介入のタイミングを慎重に考慮しないと出来ないことですが、赤ちゃんとの関わり方を話し合う時に、キャッチボールを通じてお互いの気持ちを調節していることが、ビデオを用いると直観的に理解できると思います。

### 安全のためのキャッチボール

親と子の“気持ちのコントロール”に加えて、赤ちゃんの“安全の確保”もまたキャッチボールを通じて築かれます。はいはいとか、よちよち歩きの動き始めた赤ちゃんの安全を維持することは、親が単に気

をつけなさいねと言うだけじゃなくて、親と子のキャッチボールで、子どもに安全を伝えたり、危険を伝えたりする必要があります。子どもの愛着行動というのは、単に絆が深まるということだけではなくて、安全を確保するプロセスでもあります。このことは心のゆとりが無い状況では、なかなか気づかれませんが、親と子の絆のゴム紐みたいなあり方を示しています。赤ちゃんが自分で動くのを見守る時と、危険を知らせるシグナルを出して手綱を引くようにコントロールする時とがあります。育児困難に陥っている心の問題があるお母さんにはそういう絆のあり方を改めて示すことも必要になります。図6は米国で開発された安全感の輪（Circle of Security）と言う、子どものニーズや対応の仕方を理解する為のプログラムから引用しました。日本でも、神戸の北川先生が実践しています。活発に活動している時は見守り一緒に楽しんで、遊び疲れて不安になった時は親の許に戻って休憩し安心したいと言うニーズを、「自分の避難所になってね」等とわかりやすいメッセージと共に示しています。

この動画は社会的参照という心の発達のパラダイムを説明したのですが、これも親子での安全の確保ということを教えてくれます。

(動画再生)

子どもが親の顔を見ながら安全と危険を理解していると言う、社会的参照の有名な実験です。実際には危なくない視覚的断崖という断崖に見えるガラス張りの装置を作っています。子どもは大丈夫か

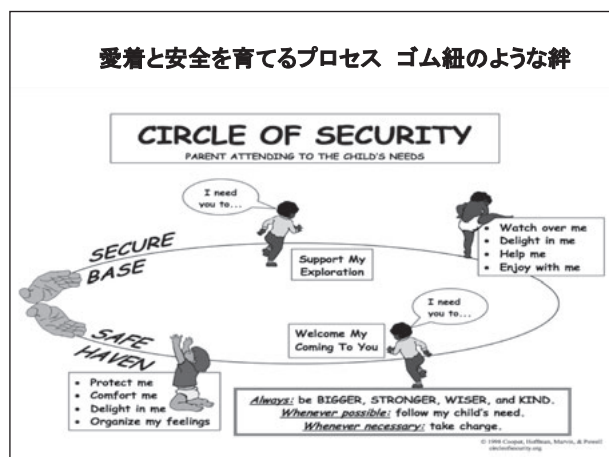


図 6



図 7

なあといってお母さんの方を見ます。向こう側には母さんが立っていて色々な顔を見せます。赤ちゃんの行動をお母さんの表情がコントロールしているということがわかります。お母さんに怖い顔をされると、赤ちゃんが「ん？」となっています。ちょっと怖いかなあ大丈夫かなあと言って一旦退いて、またお母さんがにっこり笑っていると、断崖のところも乗り越えていくという話です。(図7)

### お母さんにも必要な情緒的なつながりとケア

母子臨床の立場からこのビデオをみてみます。状況にふさわしい表情をお母さんが出来る状態だと、子どもはその表情から状況を理解して、安心して行動が出来ますが、お母さん自身にトラウマや重いうつ病があると、子どもが非常に混乱した行動をすると言う親からの訴えがみられます。子どもの混乱した行動の背景には、診療場面では伺えないけれども、家庭の中ではお母さんが、ふっと表情を失ったり、何かを思い出して恐怖の表情浮かべたりしていることが推測できます。それを見た子どもが、お母さん大丈夫？という事で、色々な混乱した行動とか、固まったり、奇声を上げたりしていることも考えられます。そこで状況や子どもの様子に応じて親が柔軟に応答出来るという、情緒的応答性の概念が、母子臨床の中で大事なキーワードになると思います。一般的な心理教育として、言葉のない乳児を持つ親が関わりの意味を直感的に理解できるビデオを見て、子どもの行動と一緒に理解する経験を提供できます。その経験を通じて、親をエンパワメントし準備性を高めるために使うのがいいと思います。

また困難も感じつつ育児体験を重ねている人同士の、ピア・グループとか、ピア・サポートがあります。情緒的応答性は赤ちゃんとの感情の共有ですが、実はお母さん自身が色々な人との感情を共有し応答してもらって体験がないと、赤ちゃんへの応答性も高まらないと思います。お母さん自身が自分の困難な気持ちとか、不安や辛さを共有し受け止められる、そう言う場をお母さん自身にも提供することをピア・サポートと言います。

親の感受性を高めるために、お母さん自身がつながりやケアを受ける体験をして欲しいので、頑張る育児支援じゃなくて、親自身の気持ちや辛さに目を配り、息抜きやゆっくり息が付けて楽になるとか、そういうことを含んだ多様な子育てを認める支援が考えられます。教え導き、応援するだけではなく、親の感情にそった子育てということで、欧米の言葉ではMellowと言う“成熟した”とか、“折り合った”という意味の言葉を用いて、Mellow parentingという考え方があります。この視点が母子臨床には必要です。子育てのノウハウの伝達に留まらない、たとえば乳幼児をマッサージすることで、親子の不安緊張を緩め、ゆっくりと呼吸するなどお母さんの身体的なリラクゼーションをはかりながら、色々な赤ちゃんと自分自身のニーズに気付くベビーマッサージという実践があります。

親の気持ちにそったと言うことでは、頑張っても出来ていないことをやりましょうと言うことよりも、自分と周りをねぎらうと言う様なことです。すでに出来ていることを一緒に振り返り、自分自身も悩む存在であると言うことを認め、家族間でのねぎらいやサポート、レスパイト（息抜き）を勧めます。自分を責めずに、自分自身にも息抜きをさせてあげることが、支援者自身や支援のスタッフ間にも必要なことです。また支援モデルは育児困難として出て来た、問題の解決の過程を共有する、一方的にトップダウン的にこうしなさいと言うのではなくて、一緒に考えていきましょうと言うスタンスです。そして基本的にはポジティブな子育てを目指すという視点からの支援となります。大きな目で見ると、周囲の理解や資源、受け皿を見付けたり、架け橋を作り、つながることが増えていくことが、育児困難な悪循環から脱する為には必要と思います。

Mindfulness（マインドフルネス）とは、このような働きかけを包括して使われる言葉です。また赤ちゃんの顔と声が見えるところで支援をする、すなわち赤ちゃんに導かれた臨床の過程が大事だと思います。今回時間を取って動画を入れたのも、常に赤ちゃんを目の前に心の中に浮かべながら支援するという意味もあります。そして支援者自身の赤ちゃん

に対する応答性、すなわち赤ちゃんの苦痛や不安を抱えることが出来るかということに気付きながら支援をすることも母子臨床の視点です。

### 地域における母子臨床の取り組み

地域での支援の実際に移ります。病院では、抑うつ症状に気付かれたお母さんを、そのまま治療することもあります。多くのケースでは、出産後お母さんは地域に帰って支援を受けます。福岡市の母子訪問の取り組みは、鈴宮先生が去年、数年間の調査の結果をまとめています。図8は支援の経過をエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の得点の変化で示しています。通常母子訪問は、出産後お母さんから連絡・依頼があって、1ヶ月とか、1ヶ月半で訪問を開始します。訪問場面で用いられているのがEPDSという自己記入式の質問票を使ったスクリーニングです。最初の初回訪問で、9点以上が、スクリーニングで産後うつ病ではないかという目安になる点数です。図8では9点以上だった58人のお母さんについて示しています。1回目の訪問ではうつ病が分かり、そこでお母さんに対人関係でどんな問題があったかとか、どんな負担があるかっていうことを聞いて、こんなサポートがありますという情報提供をします。またこれから継続して訪問するので、困ったことがあったら相談して下さいと声かけをし

ます。次に2週間から1ヶ月おいて、第2回目の訪問をすると、EPDSの得点も1回目と2回目の間で半分ぐらいに下がっています。うつ病の薬を飲んだ訳ではなくて、継続訪問にお母さんがつながったというだけで、これだけ下がっています。下がったことには色んな解釈があります。産後うつ病のお母さんの多くが、自然に時間の経過の中でうつ病を乗り越えている結果とも読めます。また支援を得た安心感で、お母さんの生活の立て直しや適応が図られたとも理解出来ます。全てのケースに医療が必要なわけではないことも分かります。ケースによっては3回目4回目と訪問を重ねた場合もあります。4回目は産後7、8ヶ月、9ヶ月頃ですが、この時期まで支援が必要だったケースは58例中4例だけでした。

### 産後うつ病への支援とは？ 一人関係療法的介入

産後うつ病のスクリーニングとか母子訪問に取り組んだ当初は、うつ病のお母さんが出て来たら、保健師訪問だけで支えられるかという不安もありましたが、はじめてみると、お母さん自身や家族の力もあり、支援の受け皿があることの効果もあって、地域で支えていけることがわかりました。次に薬物療法や心理療法の専門家ではない人達が、どんな内容の支援をするかということです。支援をしている保健師とのスーパーヴァイズを振り返って、やりとりのテーマや支援経過を振り返ると、その内容が1番近い治療法として対人関係療法があげられます。うつ病のわかりやすい治療法として広まっていますが実際にやっている支援はこれにかなり近いのです。うつ病のなりやすさには、元々の体質など、生得的な脆弱性もありますが、発症のきっかけになる状況や抑うつが深まるきっかけになっているのは、しばしば対人関係での色んなストレスや葛藤です。特に育児期のお母さんのうつ病は、育児をめぐって生じる対人関係の色んな問題が、うつ病の発症につながります。子どもが生まれるのは大仕事で、妊娠中や出産後の生活や子育てをめぐって両親間の不和を生じたり、環境整備の課題や経済的な負担などさまざまなストレス状況が生じます。重要な人との愛着関係

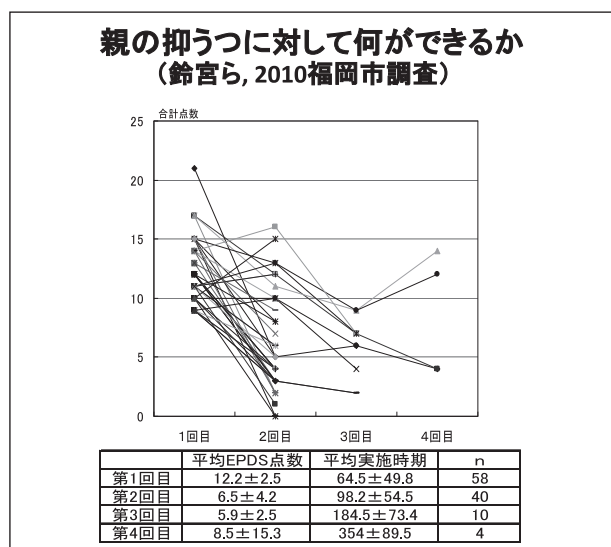


図 8

や関わり合いで起きてくる家族不和などの生活上のストレスに、親と支援者が気付いて一緒に対応を考えることが抑うつを軽減に役立つと考えられます。対人関係のストレスを取り上げて、そこに受け皿として支援を提供するというのが、しばしばとられている介入パターンです。子どもの要因では、周産期医療では、子どもが生まれてくることはこんなはずだという、期待通りの出産体験や子どもを持つ体験ができなかったという、ある意味での喪失体験にしばしば出会います。あらかじめ持っていた理想の喪失から起きる悲哀感で、目の前のあるがままの子どもを受け入れることが難しいということがテーマとなるお母さんがいます。子どもを一緒に見ながらそれを受け入れて、家族として迎えていくかを話し合います。生まれて来た子どもの子育て、家庭生活での理解の不一致が抑うつをきっかけである場合は、その聞き取りや可能であれば、両親と育児についての話し合いをすることで問題解決も有効です。こうした介入は早い時期で、抑うつが長引かない時期ほど有効です。また子どもが生まれたことで、生活やその中で役割が変わると予想していても、その程度が予想以上ということも多いのです。これに予期しないストレスとなる出来事が加わりますと、ストレスの対処のためにこれまで以上の家族のサポートが必要になるのです。そこに3世代の問題がさらに生じたりします。実家との関係で立場が変わっていたりすると、ストレスと対人関係の葛藤の悪循環が生じます。対人関係には、変えられるものと、変えられないものがあります。変えられないもの場合には新たに打ち明けが出来る対人関係を築くことが抑うつ病の改善につながります。そうした相談相手がないことも重要なストレス状況です。虐待やネグレクトにつながりやすいという意味でも見過ごせない問題です。孤立につながるような対人関係の問題に受け皿を提供することが大切です。受け皿というのは対人関係、人とのつながりです。ここが産後のお母さんの心の問題への対応では一番大事なところだと思います。そして支援者自身が受け皿となってこの役割を担っているということになります。

## 母子臨床におけるうつ病診断の取り扱い

うつ病の診断については、家庭訪問の場でもよく投げかけられる質問ですが、支援の手がかりとして柔軟に対応する必要があります。これまで言ったようにクリニックや精神科病院にかからずによくなっていく方も多いです。支援者はうつ病の診断する立場ではないですが、ニーズを評価することはできるので診断や治療を受けられるように支援を行うことが多いと思います。うつ病という言葉には、様々な理解や受け止め方があるので、それを把握することから始まります。支援や問題解決という視点から柔軟に考えると、あえてうつ病という“病気”になってみるという言い方もあるわけです。いわゆる病気・患者としての役割をとることで、支援や休養、状況のリセットへとつながる場合があります。うつ病ということ、いい意味で言い訳にして、自分にとって困難なことを自己開示して周りに伝えることで、対人関係を見直すことができ、色んなプラスのことが起きてくる。そういう意味ではうつ病の診断を受けることで、実際的にもその後の育児支援の色んなサポートを受けやすくなる場合があります。保育所の利用や支援員の要請なども含めて、新しい対処行動をとることができます。このような実際的なうつ病診断という、前向きなお話の仕方をします。うつ病になったお母さんの話を聞いていると、うつ病になってみて、対人関係の見直しができ、人との関わりあいの、細かい機微、相手の気持ちや人柄などが分かったと語られることがあります。うつ病をもつ自分として人と関わると、ほんとうに自分を思ってくれた人やそうでない人が分かったと書いたりされる人もいます。うつ病の中のタイプによっては、身体がきついという、しんどさとかですね、育児疲労などが前面に出ているお母さんもいます。この場合は対人関係の問題ばかりを持ち出すよりも、お母さん自身が疲れやストレスから回復する為に、何が出来るかということに焦点を当てます。日本の伝統的な考え方は産後の肥立ちの話に近いですが、お母さん自身も妊娠出産という大変な一仕事したのだから、しばらく休養という、養生の視点を支援の

中にもちこむこともあります。日本で特に上の世代の、ご実家のご両親に理解を得るには、育児疲労には養生が必要という話の方が、対人関係のサポートが足りない指摘するよりも、納得されやすい場合もあります。私の勤務する九大病院では森田療法という治療法の伝統があります。日本で生まれた心理療法の中にもこういう視点があります。母親だからこそあらねばならないという気持ちから、自分自身の心とか身体の回復のニーズに耳を傾けてあるがままに身を委ねるといふ日本の伝統的な心理療法の視点を時々織り込むこともできます。

### 父親の産後うつ病 —抑うつになることの肯定的な意味—

これは2006年に出た精神科のジャーナルの表紙です。“SAD DADS” 悲しい父親というタイトルです。赤ちゃんを抱いている悲しげなお父さんの写真が掲載されています。産後うつ病などお母さんのうつ病には、ずっと注目されて



きました。実は、周産期、特にはじめて赤ちゃんを持つ体験はお父さんにとっても大変な体験です。お母さんの妊娠中から産後にかけて、実はかなりの割合でお父さんの方もうつ病やうつ状態になっています。頻度については5パーセントから25パーセントまでいろんな数字が報告されています。お母さんのうつ病と比べてもさほど変わらないぐらいの頻度です。

お父さんはお母さんに引きずられてうつ病になるだけで、子育てなど1番大変なのはお母さんという見方もありますが、欧米の調査研究のすごいところは、周産期にお父さんがうつ病だったことがデータで取られ、さらにコホート調査といって、周産期にデータをとった子どもを思春期になるまで追跡しています。何千人のデータを統計的にみると、すでに

産後うつ病のお母さんについては子どもが学齢児まで大きくなった時に、多動や学習障害など軽度けれども発達の問題がみられる比率が高いことは報告されていました。最近、そのコホート調査を新たに分析して、周産期のお父さんのデータから解析すると、お母さんのうつ病の影響を統計処理で補正しても、お父さんのうつ病も子どもの発達に、あきらかに影響していたという報告も出てきています。子どもの育ちを考える上では、単親家庭など色々な状況ありますが、お父さん、家族それぞれのうつ症状という視点も大事になると思います。うつ病になるということはマイナスの側面だけでなく、初めての子育ての時に、赤ちゃんという磁力というか引きつける力をもつ存在が生まれて来て、家族の関わり合いが劇的に変わるモーメントとなる訳です。そのモーメントは子育てにおけるプラスの感情が一番大きいでしょう。一方で色々な不安、葛藤が、ある程度生じて、自信をなくしたり幻滅したり、そういうことが起きるのも子育てをその後長く続けていく親の側の感受性の証である場合もあるかもしれません。精神科でも多くは産後うつ病のマイナスの面を言いますが、時々、不安やうつになれない親の方にも、色々な問題がある親もいるということを言われています。

もちろんうつ病自体は苦痛も強くサポートを受けるべき問題ですが、不安や抑うつにはプラスの、親になるために人間的に成長する、変わるためのきっかけという視点もあります。お父さんの産後うつ病に気付かれたり、増えているという議論は、実は今までよりもお父さんが育児参加したり、養育の当事者としての感受性を持った人が増えているので、周産期のうつに気付かれているのかもしれない。私の経験でも、お母さんが妊娠中からうつ病になったケースをみているとお父さんも一緒にうつ病になって、ふたりとも専門職で、お父さんも仕事を休まれました。産後もお母さんのうつは続いていたのですが、お母さんのきつきさを、お父さんもよく分かると言うことで、お父さんが育児休暇とられました。それで半年間しっかりお父さんが、育児をして、親子3人で支え合ったケースをみました。お父さん

がばりばり働いて出張でほとんど家にいなかったら、このお母さんはどうなっていたらと思うました。うつ病には色々な意味があるという気がします。

## 母子臨床のシステム作り

産後うつ病のお母さんが精神科医療に自らつながることはほとんどないので、アウトリーチ型の支援のアクセスの手段として母子訪問の機会を活用してきたのが今まで10年間の国内での取り組みだったかと思えます。母子訪問は、子どもの育児状況をみるという理由での訪問なので、その機会を上手く利用してお母さんの方のニーズを効果的に把握する手立てとして、産後うつ病スクリーニングの自己質問紙や、背景のリスク要因、育児不安、育児困難を聞き取る工夫が、市町村でなされています。大まかに言うと、スクリーニングを組み合わせた支援というのは、いろいろなリスクがある親を見つけて、どう支援するかといういわゆる“ハイリスクアプローチ”とカテゴライズできます。一方最近の流れは、母子訪問の依頼票や低出生体重児であるとの連絡票をもとにハイリスクと思われる人を選んで訪問するあり方から、少子化もあって全数把握というシステム変わってきているようです。そうすると地域に暮らす色々なお母さん全部と家庭訪問の場で出会うことになります。スクリーニングを行う意味も変わってきます。これまでは訪問依頼や連絡票をもらって、お母さんにも母子訪問のサポートを受けるといった構えがあったわけですが、全戸訪問では自ら訪問支援を望んだ人だけではなくになります。地域の中での取り組みの変化で訪問数が増えると、色々な支援者が関わるようになります。そんな中でお母さんについての詳しい情報が最初に得られるのは病院なので、病院で得られた情報が地域の支援活動に、うまくつながるためのシステム作りが、今取り組まれていることではないかと思えます。医療機関の役割を考えると、実は2週間に1回とか1週間に1回必ずお母さんが受診する妊娠期そして周産期は、負担なくメンタルサポートを提供できる重要な時期です。

## 周産期にこころの問題をみつかることへのバリアー

精神面の支援を提供するシステム作りにあたって課題となるのが心の問題を取り扱う際の様々なレベルでのバリアーの存在です。総合病院の中の産科と精神科のやりとりでもスムーズに行くとは限りません。助産師が気になるお母さんに母子メンタルクリニックがありますよと声かけをしても、お母さんやご家族から必要ないという反応がかえってくることも、少なからずあります。心の問題には、地域社会の中で疎外され特別視されるスティグマの問題の歴史があります。周産期や子どもの育ちに関わる場所では尚更です。また心の問題に足を踏み入れようとすると、社会的なスティグマだけではなくて、当事者の中にも心の問題に向き合にくいバリアーがあります。まわりが当然のように、新しい命が生まれてくる期待とプラスの気持ちをもっている中で、自分の気持ちがどうもうまくいっていない、子どもと向き合えないと打ち明けるのは他の時期よりも難しいことです。これが子どもが色々悪さをしたりとか反抗するような、学齢期とか思春期の場合だと、子どもと向き合う大変さは親も口にして共有しやすいでしょう。先程紹介したボンディング質問紙を、試みに思春期や学齢期の親につけてもらうとマイナスの点数が十何点など高い結果が得られます。赤ちゃんが生まれてくる時に、否定的な感情を周囲に打ち明ける事の困難さが、周産期の心の問題に特有なバリアーです。特に祖父母の世代の家族には、うつ病というと入院して出て来れなくなるイメージを持つ方も多く、そういうスティグマの問題もあります。心の問題が生じたときに支援につながる道筋を築くために、こういうバリアーやスティグマを減らすような病院の中での広報活動や院内連携、地域の中での広報活動が必要です。十分な情報を常に発信してバリアーを減らす必要があります。産後うつ病は有名人がそうだったということで、メディアで注目を浴びることも少なからずあります。そうすると産後うつ病がスキャンダルとして報道され、虐待、自傷行為などネガティブな面に注目され極端な誤解も生まれます。自傷行為がある重症の

ケース以外は産後うつ病ではないと思われて、実際には軽い状態が多く支援で回復するというバランスのとれた、前向きの情報発信が浸透しにくくなります。注目を集める為にはショッキングなケースが取り上げられがちですが、実は軽いケースで色んなサポートを受けて、うまくいっている産後うつ病やマタニティブルーに関するプラスの情報も十分に発信する必要があります。Applebyという精神科医が、周産期の女性の自殺について英国全体で調査した研究報告があります。防ぎ得た自殺とそうでない自殺を検証すると産後うつ病が自殺のきっかけになったケースも中にはあります。うつ病になってからケアにつながるまでの経路 (Pathway) も調査されています。産後うつ病になったお母さん約1,000人に調査を実施していますが、ほとんど皆が不調を自覚しながらも、3分の2のお母さんは誰にも打ち明けないと答えています。英国でもこんな実情があります。残りの3分の1は身内や女性の友達に打ち明け、専門職の助産師とかボランティア人に相談すると答えた人は、ずっと少なくなるという結果でした。打ち明けた後の受け皿ですが、イギリスの場合には医療費が無料で、ジェネラルプラクティショナー (GP) 一般医が最初に地域のお母さん達を診るのですが、そこに受診してうつ病の診断を受けた人は千人の中でたった75人でした。この75人のうち、医師が診断して紹介状を準備したが、精神科を受診したのはその中のわずか17人という結果でした。1,000人のこのころの不具合を感じているお母さんの中で、専門医療につながるのは17人に減ってしまうということです。バリアーとかスティグマは社会にもあるが、お母さんの心の中にもあることも、この調査結果は示しています。地域の支援で、精神科医療にどうつながるかということは、ケース検討でもよく出てくる問題ですが、なかなかつながりにくいという前提は、どこの国でもあるという例です。

### 産後うつ病のスクリーニングと診断

— 育児困難を理解するために —

産後うつ病の受診の経路は母子医療、母子保健活

動から、あるいは市町村の地域保健福祉のシステムを通じての場合が多く、直接に精神医療に、育児困難なお母さんがアクセスしてくることはほとんどありません。うつ病の頻度は非常に高いということもあり、精神保健の専門家以外の方が、早期対応として状態を把握する、基本的ないくつかのスキルやツールが必要だと思います。このためには先ずうつ病を理解することと、さらに当事者の方からうつ病の症状を情報として取り出し評価して支援に役立つツールを持つことです。

最初のスクリーニングの時に、ツールを用いるだけでなく、うつ病についての理解があって、スクリーニングの意味を理解して結果に応じた初期対応が出来るのが理想です。

図9にうつ病の症状の基本的な構造を示します。物悲しくて塞いだような抑うつ気分が中核にある症状です。もう1つは物事が楽しめない、興味が持てない、楽しい筈のものを見ても喜びの感情がないなどの、興味・喜びの減退も中核症状として重要です。「気持ちが落ち込みますか」と言って「ない」と答えるお母さんでも「前は楽しかった事が全く楽しめませんか」とか、「前は見て笑えたものに笑ったり出来ませんか」と聞くと「それはありますね」と答える場合も多いのです。興味や喜びがない中での育児がどれだけ大変かということを想像して頂きたいのです。赤ちゃんと気持ちのキャッチボールをするには、怒ったり、笑ったり、色んな表情が自然に出てくるのが求められます。赤ちゃんを見ても楽

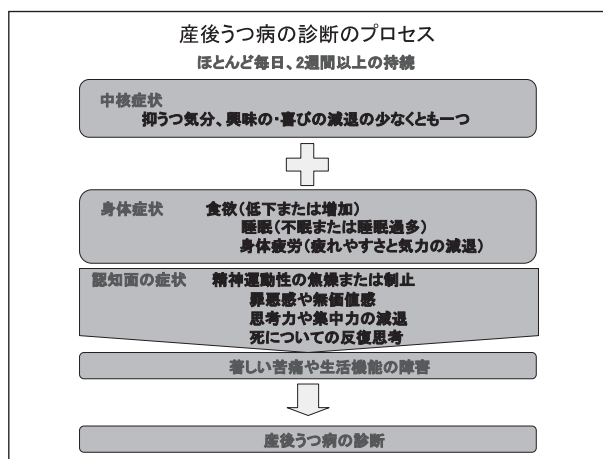


図 9



しいという気持ちがないところで無理矢理赤ちゃんに向かって笑うのは、大変なことも理解出来ます。うつ病のお母さんはそれでも基本的には一生懸命子育てをする方が多いです。鬱々として何も楽しくないのに、お子さんに関わろうとして余計に疲れるというパターンも多くみられます。

精神科にはつながりにくくても、医療機関自体には受診している場合があります。それはうつ病にも身体の症状があるためです。食欲不振、不眠、疲れやすさ等の症状に対し、まず体調がおかしいと思って内科で具合が悪くないか診てもらいに行く方も多し。うつ病では自律神経のバランスが崩れるので、頭痛や微熱が続くなど色んな症状も出ます。そうした人たちは身体の症状から医療機関に関わることがあります。不調を訴えて内科小児科を受診する母親にうつ病のケースもあり得ることを地域医療での共通理解とするべきでしょう。

実際の支援場面では、お母さんが意外な言動をしたり、支援者の助言や指導が直ぐに理解してもらえないこともよく起こります。くわしく説明しても、面接に最後にもう1度同じ事を聞き返します。そんな時に「人の話を聞いてなくて、上の空ですね」という理解ではなく、うつ病症状の集中困難や決断困難のために、色んな指導内容、説明内容が入らない事もあります。通常の家訪だと「お母さんこれもやりましょうね」「頑張りましょうね」とか言うことで、話していくと通常は「よく分かりました」と、そのまま受け取られますが、うつ病の母親では泣き出して「自分にはそんな事も出来そうにありません」とか、「母親失格です」など、思いもよらないネガティブな自分を責める反応が返る場合もあります。これには過剰な罪責感という、うつ病特有の認知の歪みが影響しています。お母さんの性格の歪みではなく、うつ病の症状で過度の悲観性や無価値観を持って物事を捉えるので、指導とか頑張れというメッセージが、マイナスの影響を生んだと考える必要があります。うつ病の人に頑張れと言ってはいけないということは、良く皆さんも聞かれると思います。励ましのメッセージは、もちろんプラスの効果があるのですが、うつ病の場合は“頑張れ”のメッ

セージが、罪悪感とか無価値観のフィルターにかかって、自分に頑張りが足りない、至らないからと言われていると受け取る場合が多いと言うことです。うつ病について心理教育的な情報提供や説明をした上で、大丈夫“一緒に”頑張っていきましょうねって言うのは問題ないのです。頑張れを言ってはいけないというと、凄くきこちない関わりになる場合もあります。

最後にうつ病のスクリーニングでは、エジンバラ産後うつ病質問票もそうですが、「自分を傷つけたくなるとか、そういった死について考えることがありますか」という項目が含まれています。うつ病の症状として、死についての思考やイメージが、理由のあるなしに関わらず、度々浮かぶと言う侵入思考があるためです。新生児期、乳児期の子どもが亡くなるという結果になった死亡事例でも、うつ病の症状で、自分が死にたい気持ちや考えが強くなって自分が死ぬことの巻き添えとして（拡大自殺という言い方もありますが）、子どもが犠牲になった場合があります。そうしたリスクを考えるとこの項目は重要です。ただこの項目が陽性だから、いきなり拡大自殺を思い浮かべなくてもよいと思います。大抵の場合、よく聞き取りをすると「疲れている時はそんな気持ちになる時もあります」とかですね、今にも子どもと一緒に死にたいと思っている訳ではないと言うことが多いです。チェック項目として大事だけれど、スクリーニングではチェックの後で陽性の項目についてさらに具体的にどういうことかを聞いてくと身構える程ではないことも多いのです。うつ病は怖い、危ないというイメージがつくと、別のステイグマになります。うつ病の方ほとんどは支援で立ち直るということを前提に理解して頂きたいと思います。

### 産後うつ病のスクリーニングの意義

産後うつ病のスクリーニングは、母子訪問中の短時間で情報や判断が得られるという意味で役に立つツールです。また地域の精神保健の実態を把握して対応を考える資料として、実践に向けた研究調査の

意義があります。さらに心の問題のスクリーニングをするという態度自体が、心の支援も他の問題と分け隔てなく考えているというメッセージとなり、精神保健の認識を高めるという意味もあります。さらにスクリーニングの結果は、情報の共有という意味では、医療機関などに紹介する場合には客観的情報として重要になります。母子訪問を実践する方にとってのスクリーニングの意義は、お母さんが気持ちを打ち明けるきっかけになるということです。チェックリストに記入したり、書くことで、自分の気持ちに気付いたり、整理したり、説明しやすくなるお母さんも多いと思います。面と向かっては話しづらい中で受診前のアンケートを渡しておく、詳しく話したい事を書いて来られる母親もおられます。書くことはコミュニケーションの重要な手立てとなります。自殺予防は産後に限らず、思春期でも大人でも男性でも取り組まれています。うつ病スクリーニングにはこの意義もあります。実際の自殺企図というのは何年かに1回としても、スクリーニングする価値はあると思います。産後うつ病質問票の得点が9点以上でスクリーニング陽性となるケースを積み重ねると、うつ病以外の場合でもスクリーニングにかかる人がいます。育児不安が強い人とか、ボンディングの形成が上手くいかずに虐待リスクがある人、不安定なパーソナリティの人、うつ病スクリーニングにかかります。スクリーニングはうつ病の支援に加え、それ以外のタイプの母親のニーズにも関わっています。

### 周産期を通じたメンタルケアの連携と支援の流れ

医療機関で心の問題が上がってくる最初は出会いの場は産科です。そこで助産師が色々な聞き取りをすることが入り口になります。精神科は、その後でメンタルヘルス・コンサルテーションと言うかたちで関わります。コンサルテーションの橋渡しのために定期的に産科と精神科のカンファレンスをします。そこで精神科から産科スタッフへバックアップをするのが1番基本のサポートです。育児機能不全の可能性がカンファレンスの中で共有された時に、

精神科医療が必要か、そうでない場合には助産師が、地域保健福祉の方との連携を始めるなどの、支援の選択肢を話し合います。このためカンファレンスであがるのは、実際の精神科受診ケースの2倍3倍あります。多くは気になるケースとして産科と精神科で情報共有して見守りながら、出産までフォローします。妊婦が精神科薬物治療を受けている場合は、産科が妊婦検診をするのに併せて精神科でもフォローします。精神科薬物療法以外の心理社会的リスクが高いケースは、心理士その他のスタッフによるアセスメントとカウンセリング、すなわち育児がどの位出来そうかとか、サポートする人がいるかななどの評価や育児の支援機関の関係調整が主な支援となります。これらの作業を早い時期から慎重にしていると産後に育児に急に行き詰まることもなく、産後の支援、地域の支援につながっていきます。母親が育児に関われない可能性もあるケースでは、地域の福祉資源に妊娠中の段階からの連携を本人の理解と承諾を得ながらすすめ、ケース会議を開きます。

出産後の心の症状についてのモニターは、医療機関から地域保健スタッフによる母子訪問や訪問看護へと引き継がれます。さらに赤ちゃんの方にも問題があった時には、母子の受診先として小児科も連携の輪に入ります。母子関係の障害の評価は精神科の役割も大きくなりますが、虐待リスクに直結する様なケースであれば、さらに保健所、児童相談所との連携を密にしていきます。図10はその大きな枠組みをまとめたものです。

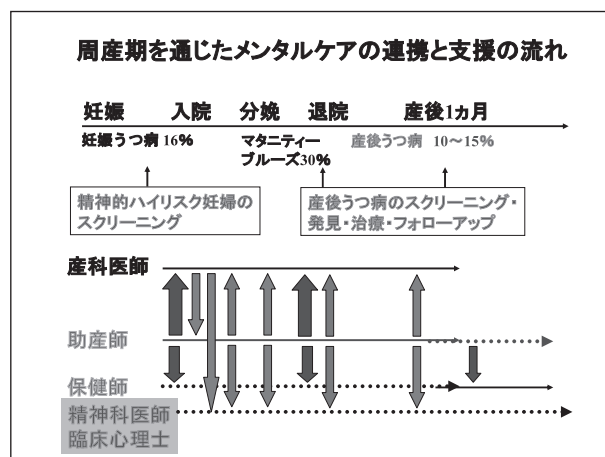


図10

## 産後うつ病と育児ストレス

うつ病をもつ親にとっての育児状況と、どのようにしてストレスが生じるかを考えてみます。物事を楽しめない、集中困難、ネガティブな自己評価、自責感や罪悪感などのうつ病症状は日々の育児ストレスに直結します。以前からもっている、うつ病になりやすい傾向、すなわち脆弱性も、育児ストレスにつながります。脆弱性の例として、お母さん自身の養育体験で、虐待まではいかなくても、親子関係を否定的に認識している場合があります。自分の子ども時代に、養育者との苦痛な別離を経験した、強い叱責を繰り返された体験によって、物事や将来への悲観性、不安、自己否定などのネガティブな物事の見方が強くなります。否定的、悲観的に解釈する傾向が強いと育児中の出来事をマイナスの意味に認識して、否定的な感情が生じ育児ストレスが高まる悪循環に陥りやすくなります。また否定的な経験が多いということは失敗体験の蓄積とも言えるので、自己評価が低下している場合があります。子どもの育ちはお母さんの自己評価にそのままつながるので、子どもの育ちで順調にいかない部分が全て自己評価の低下につながります。自己評価の低下により脅かされた感情が、否定的・攻撃的な態度としてそのまま出るタイプの方と、反動として、自分は子どもを完璧に育てないといけないという完全主義的態度になる場合があります。自己評価の低さの裏返しのような完全主義のお母さんだと、育児困難を面談の中では言葉にしないと、子どもの問題を否認することにつながりやすくなります。そうした理解を踏まえて、お母さんの自己評価を脅かさない型の支援が求められます。

育児ストレスの蓄積したときに生じやすい態度は、自分を責めるかあるいはサポートしてくれない周囲を責めるという、自罰、他罰的態度です。それらはお母さんの受動的または攻撃的な性格と理解するよりも、抑うつ症状や子育ての困難さから自罰・他罰傾向が生じていると理解した方がいい場合があります。ストレスから親の情緒応答性が下がったために子どもが泣いて情緒的なニーズを伝えているの

を、自分を責め攻撃していると考えてイライラするという反応をします。情緒的応答性のずれが積み重なると、キャッチボールを通じて学ばれる子ども自身の感情をコントロールする力が育つ機会を失います。そして子ども自身の感情をコントロールする力が育たないことで、子育てのストレスが増す悪循環に陥ります。子どもが、よく笑い機嫌がよく扱いやすい気質の場合はいいですが、泣いて寝つかない、むずかるなどの否定的な行動への対応はうつ病のお母さんにとっては難しいことです。思わず強制的な手段や、侵入的で過干渉になるか、あるいは赤ちゃんが泣いている状況から逃避するかのも両極端の反応をしやすいです。そうした反応で子どもが益々扱いにくくなる悪循環の持続がうつ病のお母さんの育児困難のあり方の1つのモデルです。

## 剥奪状況への乳児の反応 一母性的養育の強調の功罪一

(動画再生)

このビデオは第二次大戦後間もない頃に米国で撮られた育児困難の極端な例である、母性剥奪の状況で育った子どもの育ちについてのスピッツによる有名な臨床研究です。これは子どものうつ病のモデルとしても考えられています。スピッツが1950年代に、乳幼児のうつ病としてアナクリティック・ディプレッション(委託うつ病)という概念を提唱しました。これはお母さんと分離して2ヶ月ぐらいの子どもです。悲しげで涙もろいか無表情な状態です。分離の期間が3ヶ月を超えて長くなると表情や感情だけではなく、身体の姿勢や行動が硬直して無気力なものになってきます。こんな風にぐったりと寝そべって反応しない赤ちゃんもいます。この時代欧米では、こんなベビーベッドの中に1人1人が赤ちゃん入れられてケアされていました。身体的ケアは受けても情緒的な関わりがないと、心のエネルギーを失ってぐったりとした状態になってしまいます。さらに半年を過ぎて生後半年以上、お母さんと分離していると、ほとんど人間的な反応が無いうつろな状態になっています。外の世界に関心を失い、手を見たり、指しゃぶりや、自分の足をずっと見つめ、身体を揺

すり、目の前に手をかざして振る行動を続けています。身体的発育も抑制されて体重も増えていない状態です。最初のビデオで生まれて間もなくとも、大人が舌を出したら、赤ちゃんも舌を出している、外の世界と活発に交流している赤ちゃんの姿とはあまりにも対極的な状態です。最後に1年以上母性的養育を剥奪された子どものなかには成長が停止して、死に至った事例もあったというショッキングなメッセージが述べられています。

(動画終了)

スピッツは精神分析の専門家なので、子どもの抑うつは母性を剥奪された所で起きてくると言う理論から、このビデオを作ったと思いますが、鮮烈で痛ましい映像だけに社会的反響もあり、当時このビデオがかなり大きい影響力を持ちました。同時期に英国でもボウルビーがホスピタリズムという言葉で施設の中において栄養とか身体ケアがあっても母性的ケアがないと情緒的発達が停止するという同じ様なメッセージが発せられました。これらの理念は現在の乳幼児期のケア体制における家庭的養育の重視にも大きな影響を与えています。現在でも母親が育児をできない重い状態で治療をずっと受けていなくて、子どもの成長不全から初めて養育の問題に気付かれて、病院や施設に保護された場合はこれに近い事例もあります。極端な剥奪状況と、子どもの成長発達の阻害の関連は明らかな科学的事実ですが、3歳までの子育てが大事とか、子どもの発達の問題はお母さんの子育てに責任があるといった議論に一般化されると問題が生じます。必ずしもお母さんでなくても、母性的なケアが出来る色々な人がいる中で育てられていれば、こうした状態にはならない。極限状況でのエビデンスが、一般の子育てと3歳児神話に直結すると極端な話になります。うつ病のお母さんにはこのような例を出すと、むしろ怯えさせてしまい、お母さんの自信喪失、自己評価の低下を招きかねません。

### 周産期のメンタルヘルスの問題の多様性

この表2は九大病院の母子メンタルヘルス・サー

表2 九大病院・母子メンタルヘルスクリニック  
利用者の精神科的診断分類：妊娠後期における診断

	N (%)
気分障害 (うつ病)	29 (27%)
不安障害	27 (25%)
統合失調症	10 (9%)
その他の精神医学的診断	21 (19%)
精神医学的診断なし	22 (20%)
総計	109

ビスに相談に来られた母子の診断の結果です。妊娠後期には、うつ病の方が1番多くみられました。産後にはマタニティーブルーが半数以上のお母さんが一時的には経験するという気持ちの動揺、心身の不安定であり最も多い訴えです。産後うつ病もしばしばみられる問題です。同じくらいの頻度で不安が中心の心の問題を持つ方がおられます。軽い不安障害で不眠症の薬とか、リラックスする薬を飲んでいく程度の方から、パニック障害、強迫性障害など強迫観念が強いお母さん、トラウマ体験を持っていて、トラウマの後の色々なフラッシュバックなどPTSD症状までが含まれます。うつと不安の2つが妊娠中からのお母さんの治療の中で多い問題ですね。統合失調症の方も症状が軽い場合は地域で薬を飲むだけで、安定している方も非常に多くなっています。私の経験でも、3人4人の子育てをしているケースがあります。統合失調症の方も地域で出産・子育てが出来るとなっている時代になっていくので、治療中に妊娠が分かって来られた方がいます。一方産後精神病は稀ですが、起きた時には非常に重い症状が出るので、お母さん自身、育児状況や子どもの安全のモニターが必要な状態です。

他には分類が難しい状態、あるいは精神医学的診断なしという人がいます。分類が難しいケースにはパーソナリティーや発達障害のお母さんが入ります。思春期頃から不安定な人間関係などのパーソナリティーの問題があり治療を受けていた女性がパートナーを持ち出産に臨む場合もあります。思いもよ

らない所での虐待の事故など、重篤な結果につながった事例ではお母さんのパーソナリティーが不安定で衝動的な行動で、生活状況も次々に変わり予測しにくいケースがあります。自分を危険にさらす行動もあり妊娠中で一貫して安定した生活が必要なのに、繰り返す転居によってサポートがなくなってきたケースや、つながっていると思っけていても、急にコンタクトが途切れるなど、支援関係を維持しにくい方もいます。こうしたケースでは現実には育児困難がなくても周囲を心配させ、注目されたいという理由で、執拗に訴えをする場合もあります。SOSを出す場面がバラバラで文脈が未統合で予測しにくくても、経過をつなぐと、育児状況の苦悩から相談の行動を取っていることが見えてくる場合があります。なるだけ広い範囲にセーフティーネットを作って支援者がつながり、見守る事が必要になります。パーソナリティーの問題では、評価と対応のために多職種がケース会議により色々な場面でお母さんの情報をつなぎながら方針を立てる事が必要になります。軽度の場合が多いですが知的障害を持ち、それまで気づかれていなかった女性もいます。EPDSも高得点の方をよく見ていくと、軽度の発達遅れの遅れがあって、妊娠・出産後の新しい状況で色々な対処行動がとれなくて混乱しているケースがあります。こうしたケースの軽度の遅れの見立ては重要で、うつ病としての支援に加えて、適切な対処行動の欠如や見通しがつかないための短絡的な行動を、どうコントロールしサポートするかが課題になります。あるいは知的には全体が遅れがなくても、多様な状況に対処するときにアンバランスな力を持つ発達障害のお母さんが妊娠出産するケースがあります。最近の経験ではこだわりが強く、思い込みが強いので、自分の妊娠に気付かずに、突然の流産で来院したケースがあります。ずっと上の子どもの問題行動で通院されていました。本人によれば「つわりは大体妊婦さんの80パーセントに見られると本に書いてあったので、自分は色々な事で、80パーセント以内と思うから、つわりがない限り妊娠はあり得ないと思ってました」と言いました。自分の妊娠に気付かなかったいきさつに硬直的で具体的な思考

法という発達障害特性が出ているケースもありました。

診断なしのところには、たとえばDV被害などで、スクリーニングを付けてもらったときに被害後で非常に精神的に不安定で、高かったという人などがあります。また産科医療機関では、期待通りの妊娠出産というプロセスをたどれずに、待ち望んだ子どもが生まれずに途中で亡くなるなどの喪失体験、その後で起きてくる心の不調もあります。

いずれの心の問題も、それらをきっかけに子どもへの情緒的な絆を築けなかった場合に虐待のリスクを考えます。直接心の問題がイコール虐待あるいは育児能力ということではないという視点を持って支援を行っています。実際、うつ病のご両親が非常に細やかな子育てをしているというケースはたくさんあります。

### 精神疾患によって異なるスクリーニングの意義

—精神科受診例の縦断調査から—

先ほどの診断分類ごとにスクリーニングの得点を検討したのがこの表3です。前述のように妊娠後期にEPDSを用いてスクリーニングをすると、うつ病はもちろん、不安障害でも同じ位高くスクリーニングが陽性となるケースがほとんどです。統合失調症ではうつ病の症状を聞いても高い点数を付けない場合が多いのです。幻覚妄想などの症状が主になる統合失調症のお母さんを見分けるのにEPDSは適切ではないことを示しています。

表3 九大病院・母子メンタルヘルスクリニック利用者のEPDS得点の変化

		EPDS 得点			
		妊娠後期	産後1カ月	産後4カ月	産後7カ月
気分障害	人数	25	28	17	14
	mean	18.3	12.4	9.9	11.1
	SD	6.4	7.8	6.5	7.9
不安障害	人数	27	22	19	15
	mean	14.6	10.0	8.8	10.1
	SD	4.8	6.1	3.9	4.4
統合失調症	人数	8	9	7	7
	mean	9.0	7.7	5.3	5.4
	SD	7.9	5.0	3.0	2.5

スクリーニング後の支援経過でのEPDSの結果をみると、赤ちゃんとのボンディングが成立し、愛着感情も育つ過程で産後4ヶ月目頃にはうつ病症状の得点は全体に下がっています。7ヶ月頃の離乳や人見知りが始まる辺りで、育児疲れも出てEPDS得点が上がっています。最初にうつ症状や不安が強く、高得点でその後下がってくるタイプのお母さんと、逆に後から上がってくるタイプのお母さんがいます。それぞれうつ症状や不安の原因が違うことが考えられます。最初に高いお母さんは初産とかで予期不安やストレスが高い人ですが、後から上がるのは育児負担、生活困難、住環境などで、蓄積した疲れが高得点につながると考えられます。子どもの転帰ですが、服薬中に妊娠されて出産した場合も、大きなトラブルなく生まれています。1年後の発達スクリーニングの検査でもほとんどが正常域に入っています。心の病をもつお母さんの子どもの発達は、必ずしも阻害され、発達障害になるとは限らないという、プラスのメッセージです。

### 病院と地域の連携のあり方

母子臨床の背景にある、周産期医療の状況は年々変わっています。周産期医療の集約化といって出産をとっていた病院が閉じるなど色々な事が起きます。九大病院でも1年を隔てて出産数が400から800と倍になったことがあります。受診するお母さんの状況も変わり、体制も変わってきます。産科と精神科が協力してのリエゾンの体制は10年近くなりますが、出産数が非常に増えた時期からリエゾンでつなげ難いケースも増えました。そこで助産師が保健指導に加えて心の問題への診断面接やカウンセリングも試みる助産師外来の取り組みが2008年から3年間続いています。助産師はEPDSを使った妊娠中や出産後の退院時のスクリーニングと保健指導もしています。その後産後1ヶ月の褥婦健診になります。周産期センターでも多職種チームや連携体制がないところのような取り組みは難しいと思います。中には心理士が何名もいる様な周産期医療センターもありますが、九大では助産師が連携のコアになるのが特

徴といえるでしょう。周産期精神医学の専門家の北村俊則先生の調査では、実は妊娠初期にも望まない妊娠とかDVの問題も関わるのですが、妊娠うつ病のお母さんが十数パーセントであったと報告されています。九大の取り組みは妊娠後期から関わりますが、妊娠初期でのスクリーニングと支援はどのようなシステムで可能になるかを検討しています。

大学病院の中の連携を話しましたが、多くのお母さん達は大学病院での出産よりも地域の産科クリニックを受診しており、そこで出産をして子育てをしたいとの希望も多いです。地域で出産と育児を見守るシステムをどうするかは今後の課題です。図11に地域での母子保健活動における医療機関の役割とケアの流れを示しました。産科クリニックで気になるお話をされたお母さんがいると、産科クリニックでは対応出来ないと判断され、総合病院に母子メンタルケアの取り組みがあるとなると、遠距離でも総合病院での出産を勧めるケースもあります。理想的には地域の顔が見える所で出産したいし、支援を受けたいというお母さんが多いのです。専門的ケアが、母子と家族のニーズに一致するとは限らないことを忘れてはいけないと思います。リエゾン体制がある病院が中核にあるのは重要ですが、地域での産科クリニックと、心の医療、母子保健スタッフの間の連携が出来ることが望まれます。通常心の医療の中で妊娠中のお母さんを診るってことにはなかなか大変で、実際に診ている精神科医師が少ないことも事実です。心の問題を持つ方の妊娠出産をいくつか経

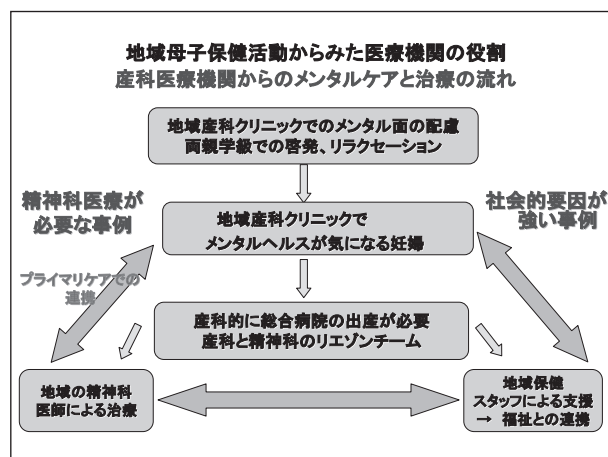


図11

験されたクリニックの先生もおられるので、そういうケースが増えるといいと思います。クリニックでは難しいのは、子どもが生まれた後の支援の準備を地域保健とやり取りすることがありますが、ケースワーカーや保健師がいると積極的にされますが、多職種のスタッフがいなくつなぎの作業が難しくなります。出産を終えたら、かかりつけの心のドクターにサポートしてもらいたいというニーズも含め、地域の中での産科、母子保健、精神医療の連携が増えると、お母さんと子どもにとって負担が少ない出産が出来ると思います。もう1つは心の問題と言うよりも、苦悩の原因が現実の生活の中にある場合があります。望まない妊娠で経済的に生活が立ち行かない、パートナーの理解が得られない、暴力を振るわれているなどの状況です。これらも産科クリニックで支えていくのは難しいので、心の問題に対応できる総合病院に来ている流れもあります。これは院内虐待防止委員会の設置などを通して総合病院の包括的な対応のメリットを生かすべきケースです。

### 母子臨床へのヒント 海外の取り組みから

これからの母子臨床の展望ということで海外の取り組みを見てみたいと思います。色々な問題を重複して持っていて、親の精神的問題、貧困、社会的孤立の3つの要因を持つケースは、多領域・多職種による支援の必要なモデルです。そのような事例への取り組みとして、英国で視察したのがIntensive Parenting Programです。このプログラムは親訓練をベースとしていますが、家族全員でプログラムに参加して、子どもは療育、親は指導やグループミーティングを受けながら、ほとんど1日を支援センターで過ごします。子どもが施設に収容されるという対応だけでなく、地域の中で家族丸ごとを多職種で支援するのも、1つの方法としてあることに気付かされました。

親の心の問題は周産期がもっとも深刻な結果に結び付きませんが、実は小児期や思春期に精神障害のある親と暮らしている子どもも色々なニーズを持っています。そのようなケースのヒントになるのが、

Parental Mental Health Serviceと言う取り組みです。これは保健サービスの一貫としてのNSPCCという伝統ある非営利の児童福祉専門機関が行っている活動です。このサービスで1番大切と思ったのは、精神医療機関のカンファレンスに児童福祉の立場として毎回出て、大人のケースにも家族がいて、子どもがいるケースに、子どもの生活状況はどうかという問いを投げかけることで、精神医療の方に子どもの問題への気付きを高めてもらうと言う連携のあり方です。これはとても意義のある取り組みではないかと思っています。

### 母子臨床におけるピットフォール

母子臨床で忘れてはいけない課題は、子どもが曝されている虐待などのリスクの評価です。これについては厚労省が毎年公開する死亡事例検証の結果を見ると、色々な分析があって大変参考になります。同様な資料として、虹センターの川崎研究部長が広く詳しく調べておられる子殺しに関する文献の中に最近の2007年の96例の子どもの死亡事例の分析の論文をあげておられました。これはとても重要な調査で、いわゆる子殺しの事例をみていくと、全てではなくとも、育児不安や抑うつ状態などのお母さんの心の問題が、子どもを巻き添えにした心中のきっかけになることがわかります。この事実は子を持つ親の治療をしている立場では肝に銘じて、サポートしていかないといけないと思います。私の地域で起きた事例を見ても、産後精神病の症状で、死亡事例になったというケースもあり、そういうケースを見逃さないことは大切です。精神病の症状が重なる重症のうつ病の事例が、転居などで治療の切れ目・節目にぶつかった時に重篤な事故が起きています。切れ目のないサポートの重要性は事例検証にも示されています。

言い換えれば子どもの視点からの危機的状況を判断し、危機介入の対応をする必要性があります。親の子どもに関する不安や、妄想が強い場合は危機介入が必要になります。お母さんが、この子は絶対に普通に育たないという確信を持つ様な症状があり、

追い詰められているようなケースでは子どもにとっての安全を念頭に置く必要があります。子どもの精神科治療だけが注目され精神科治療の主導だけで進むと、子どもの安全の為に介入が遅れる様なケースがあります。親への治療方針とは別に、子どもがそういう状態のお母さんの元で安全かのモニターは、非常に大事なことです。母親が精神医学的には重症でなくても、家族・経済問題が重なって切迫し育児困難が危機的状況になる場合があります。精神医療にかかっていると、お母さんの精神医学的重症度だけが、支援の指標となりがちで子どものおかれたリスク・危機的状況が見過ごされがちです。これもピットフォールの一つといえるでしょう。精神医療の中に入っても子どもの顔が見えている状態で、子どもの安否を地域の人も支援者も皆が共有していることが望まれます。精神医療が入ったことで“閉鎖”してしまい子どもの顔が見なくなるのを避けることが重要と思います。

複雑な困難ケースでは、ケース・フォーミレーションといって、色んな多領域が関わるところでケースのニーズについての見立てを織り上げる作業が大切だと思います。そして関連する機関それぞれの認識における、温度差を共有し合って互いの理解を深めることが、危機介入のタイミングや適切な判断につながると思います。やはり専門化した医療だけではなく、子どもと家族の顔を見て生活に関わる現場が支援の土台であると感じています。

しめくくりのスライドは母子臨床で色んな多職種が連携する時に、職種間のギャップで子どもさんの顔を見失い、赤ちゃんを取り落とすことがないようにとすることで、そのシンボルを示しました。旧いシステムであるロンドンの地下鉄では隙間が多く、乗り降り次に必ずアナウンスされる“MIND THE GAP”というメッセージが足下に示されています。常にこれを肝に銘じながら地域や病院の中での連携を進めていくのが必要ではないかと思っています。







## 母子生活支援施設 倉明園の実践

母子生活支援施設 倉明園  
大 塩 孝 江

### I はじめに

母子生活支援施設はあまり知られてない施設ですが、DV被害者支援では第一線を走っていると自負しておりますし、児童福祉施設で唯一家族支援をしている施設です。この研修会で母子生活支援施設を取り上げていただいたことに感謝申し上げます。

### II 母子生活支援施設とは

母子生活支援施設は児童福祉法第38条に規定されており、配偶者のない母親とその子どもを保護し、母と子が一緒に安心して暮らし、自立していけるよう総合的な援助を行う施設です。この施設は、昭和23年に児童福祉法の中に位置づけられた施設で平成10年までは母子寮と呼ばれていました。当時の母子寮は、第2次世界大戦後の戦争未亡人とその子どもたちを保護し、住宅提供や、いわゆる貧困対策のための施設であり、児童の健全育成を目的とした施設でした。しかしそれらの使命を終えた後も次代のニーズを受けながら住宅提供はもちろん、経済的に困窮された家庭に対しての支援、子どもたちの健全育成と共にお母さんたちが生き生きとご自分の人生を歩んでいくことができるように支援をする施設です。平成10年、母子寮から母子生活支援施設へと名称変更され、さらに自立を支援する施設であると規定されました。

働いている職員は施設長、母子指導員（倉明園では母子支援員と呼んでいます）—お母さんを担当、少年指導員—学童期、中高生の子どもたちを担当、保育士—乳幼児を担当です。さらに、心理療法担当職員、被虐待児個別対応職員、特別生活指導費加算

による職員一障害があるなど処遇が困難な利用者が4名以上いっしょだと、非常勤で職員を1名配置することができるという加算制度です。そのような職員が働いております。

#### 倉明園での生活

では実際に母子生活支援施設で利用者はどのような生活を営んでいらっしゃるのか、お伝えしたいと思います。

- **(居室)** 利用者の居室は2DK15部屋、1DK5部屋です。そして緊急一時保護室が施設内に1部屋、施設外にシェルターとして1部屋あります。それぞれにトイレ、台所、押し入れ、ベランダがありますが、シェルター以外はお風呂が共同です。
- **(保育室)** 0歳から6歳までの乳幼児の保育を行う部屋です。倉明園では3歳児以上の子どもたちは毎日職員が保育園に迎えに行き、約1キロの道のりを歩いて帰ってきます。台風や警報が発令された日は車で行きますが、それ以外は雨の日も雪の日も、ほとんど毎日徒歩で降園しています。迎えから帰ってお母さん方が仕事から帰ってこられる夜7時までの間をこの保育室で過ごします。保育室はそのほかにも、子どもが病気のときの保育、朝お母さんが早く出勤されるときに行う早朝保育、残業などでお母さんの帰りが遅いときには夜7時以降9時まで夜間保育等を実施しています。日・祝日なども出勤されるお母さんがありますので、休日保育を実施します。それから、宿泊保育も行っています。子どもたちが入院した時にはお母さんが付き添いされますから、兄弟（姉妹）が残ることになります。お母さんが入院された時には子どもたちが残ることになります。そういうと

きには、子どもたちは本来ならば児童相談所か児童養護施設での一時保護になりますけれど、倉明園では子どもたちにとって一番慣れた環境で育てようということで、宿直の職員と一緒に泊まります。また調停や訴訟などでお母さんが外泊されるときにも宿泊保育を実施しております。

- **(学習室)** 小学生の学童保育を行う部屋です。勉強のコーナーと、ピアノを弾いたり、絵本を読んだりするコーナーを分けています。台所ではおやつを一緒に作ったり、お茶を沸かしたり、おやつを配ったりしています。倉明園では6年前から毎日手づくりのおやつを提供しています。
- **(ミーティングルーム)** 中高生グループが使っている部屋で、日中はお母さん方が集われる場所です。ここにはお茶のセットや、雑誌や新聞などを置いており、お母さん方が集まってこられて、それぞれ雑談や新聞を読まれたり、井戸端会議をされたりする部屋です。その後毎日大体4時以降ぐらいからは中高生が帰ってきて、中高生の部屋になります。中高生がおやつを食べながらしゃべったり勉強したりする部屋です。
- **(緊急一時保護室)** 緊急一時保護室には、生活用品はほとんどそろえております。テレビ、扇風機、テーブル、トイレと風呂があります。台所もありますので、ここで生活ができるようになっていきます。
- **(心理相談室)** 倉明園では常勤の心理士を配置しておりますが、常勤の心理士は母子支援員としております。心理的な支援が必要な利用者を担当し、生活を見守りながら生活場面での面接を行っております。その他非常勤の臨床心理士が2名、週2回この部屋で心理面接や箱庭療法を行っております。

母子生活支援施設は他の社会福祉施設とは異なり、家族で利用できる施設です。居室のドアを閉められたら、家族での生活が保障されます。食事時間も、就寝時間も、起床時間も全くありません。ドアを一枚閉められると、そのまま家族でそのときに応じた生活を営んでおられます。

### Ⅲ 利用者の状況

それでは、母子生活支援施設の利用者の状況についてお伝えしたいと思います。

これは平成20年度の全母協（全国母子生活支援施設協議会）が実施しました実態調査と、「社会的養護体系における母子生活支援施設の現代的役割とケアのあり方に関する調査研究」の結果からまとめたものです。入所している子どもの年齢は6歳以下41.3%、小学生37.9%と、8割の子どもたちが小学生以下で、子育て支援を必要としている年齢の子どもが多いという実態です。

次に入所理由です（図1参照）。一番多いのが夫などからの暴力（DV）で42.8%です。経済的な困窮は16.9%、住宅事情は22.7%です。入所理由は入所の際、何の理由で入所されたかという主訴になりますので、DV被害者はDVですとおっしゃいますし、離婚したんだけど今住む家がないとか、地域で暮らしていたけれども経済的に困窮してしまったとかが入所理由になります。このように利用者ご本人が申告された理由になっておりますので児童虐待は割合としては少ないんですけれども、お母さんからお話を聞いたり、子どもたちの様子を見てみると、虐待を受けている子どもたちもかなりの割合でおります。

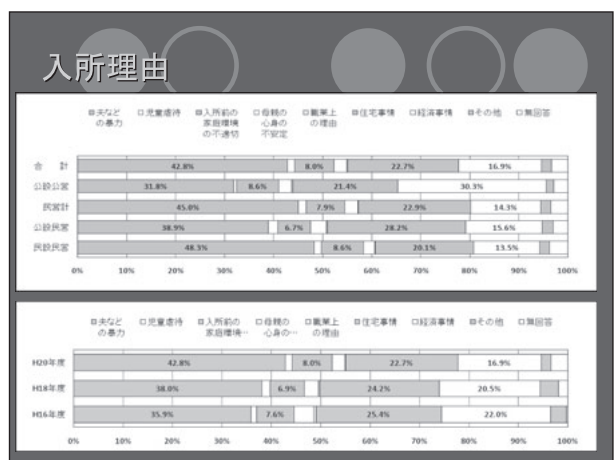


図1 入所理由

次は障害の状況です。障害のある子どもは10.6%、お母さんで障害のある方は22.9%です。子どもたち

は診断を受けている数字ですが、お母さんの22.9%は、精神保健福祉手帳、あるいは療育手帳、身体障害者手帳など障害手帳を所持しておられる方プラス、職員がこの方は障害がおありだよなという数も含まれていますので22.9%という数に上がっています。ただ、そんなに簡単に障害者と言っていいんですかという倫理的なところはあろうかとは思いますが、精神科に通院しておられて、手帳は取得しておられないけれども申請されれば手帳はもらえますとか、あるいは知的にはボーダーなんだけれども、ご本人が手帳をもらわないと言われたとか、そういう方たちもありますので、そういう方も含めての22.9%です。いずれにしてもかなり高い比率で障害のあるお母さん、障害のある子どもが入所しています。

次は就労状況です（図2参照）。就労しているお

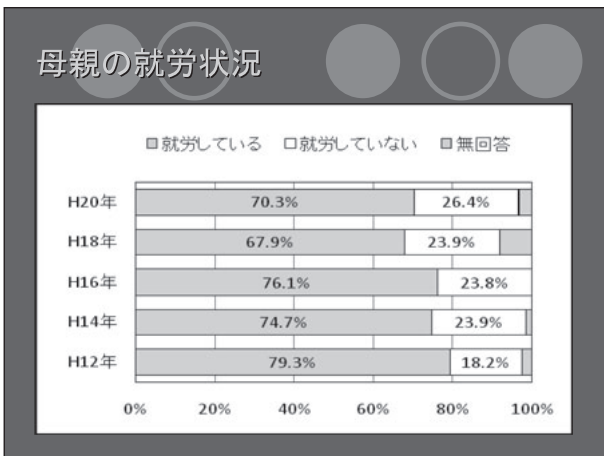


図2 母親の就労状況

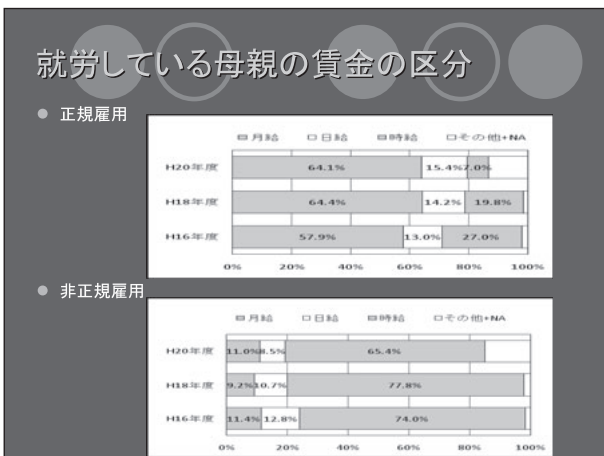


図3 就労している母親の賃金の区分

母さんが70.3%と7割の方が就労しておられますがその中の8割が非正規雇用です。賃金区分をごらんください（図3参照）。非常に低い収入です。8割の方が非正規雇用で、時給の方が65.4%です。収入区分では、非正規雇用の方では5万円から10万未満が41.5%、5万円未満が8.6%ですから、非正規雇用の約半数が10万未満の収入です。18%だった正規雇用も、一番多い収入区分は10万から15万円ですから、本当に低賃金で暮らしていらっしゃいます（図4参照）。

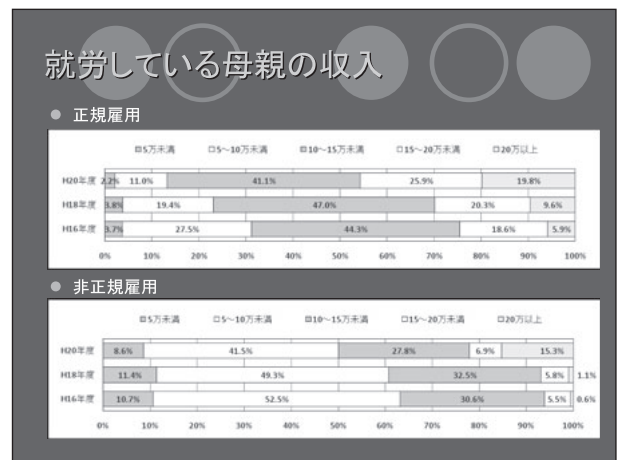


図4 就労している母親の収入

就労していない理由は、乳幼児の世話8.2%、病気29.5%、障害がある10.5%、休職中37.3%です。

利用者の方の最終学歴です。これは「社会的養護体系における母子生活支援施設の現代的役割とケアのあり方に関する調査研究」の利用者調査の結果です。最終学歴が中卒は25.3%で4分の1の方が中卒です。利用者の平均就労収入は112万5000円です。これを1カ月に換算すると10万円にも満たないという収入で生活しておられるというのが、母子生活支援施設利用者の生活の現状です。厚生労働省の調査結果による全国の母子世帯の就労収入は167万円でしたから、それに比べても50万円も低い就労収入で生活しておられるのが母子生活支援施設利用者の生活です。

お母さんご自身が成人するまでに経験されたことです（図5参照）。父親との死別10.2%、母親との死別7.2%、父親との生別22.3%、母親との生別

これまでの暮らしについて  
成人するまでに経験したこと

日本国籍	ある	ない	無回答	乳幼児期	小学生期	中学生期	中卒以上20歳未満
1 父親との死別	10.2	76.5	1.8	1.5	2.5	4.6	13.3
2 母親との死別	7.2	79.3	1.0	1.5	1.1	3.8	13.5
3 父親との生別	22.3	63.5	7.6	5.9	3.9	8.2	14.1
4 母親との生別	16.6	68.6	6.6	5.3	3.4	6.1	14.8
5 父親の長期入院（3か月以上）	11.8	72.1	1.8	3.4	2.3	6.2	16.1
6 母親の長期入院	13.1	72.1	1.6	5.4	3.9	6.4	14.8
7 その他の理由による父親の長期不在（3か月以上）	14.8	69.8	3.8	9.7	5.4	4.8	15.4
8 その他の理由による母親の長期不在	8.9	73.9	3.3	4.4	2.1	2.6	17.2
9 施設で暮らした経験	<b>6.6</b>	80.1	3.0	<b>2.8</b>	<b>2.3</b>	<b>2.0</b>	<b>13.3</b>
10 生活保護を受けた経験	<b>10.0</b>	75.5	2.3	<b>4.8</b>	<b>4.1</b>	<b>4.9</b>	<b>14.4</b>
11 生活保護は受けなかったが家庭が経済的に苦しかった経験	<b>33.3</b>	49.9	8.0	<b>21.5</b>	<b>19.2</b>	<b>19.4</b>	<b>16.7</b>
12 虐待を受けた経験	<b>20.5</b>	66.0	8.4	<b>16.6</b>	<b>12.0</b>	<b>7.4</b>	<b>13.5</b>
13 親の暴力を目撃した経験	<b>34.5</b>	53.0	13.0	<b>27.1</b>	<b>18.7</b>	<b>11.8</b>	<b>12.6</b>

図5 成人するまでに経験したこと

16.6%、以上はひとり親家庭で育てられた方たちの割合です。次に施設で暮らした経験が6.6%です。子ども時代に乳児院とか児童養護施設、自立援助ホーム、児童自立支援施設、母子生活支援施設も含めて児童福祉施設で暮らした経験のある方が6.6%おられます。生活保護を受けた経験のある10.0%、生活保護は受けなかったが家庭が経済的に苦しかった経験がある33.3%、お母さんご自身が虐待を受けた経験がある20.5%、親の暴力を目撃した経験がある34.5%です。利用者はひとり親家庭、経済的に困窮した家庭、さらに虐待や暴力にさらされた子ども時代を送られた方たちもあり、これらのことがこれから後にお伝えするように、利用者の自立を阻む原因となっています。

母子生活支援施設の利用者の就労を阻む原因は学歴、女性であること、これは利用者だけではなく、私も含めた女性ですべてに共通することですが、女性であることによって就労条件が狭くなっています。また先ほどの調査にもありましたが生い立ちによるもの、DV被害者であること、DV被害者であるということは心身の健康面での不安、経済的な困窮、身元を保証する手だてがないということは採用にとっても不利になります。そして1人で子どもを育てているということも採用には不利になります。それから就労先の限定、これはうちの施設のような田舎の施設では顕著です。公共の交通機関が発達していませんので、自転車や通勤には徒歩での通勤範囲に狭められてきます。DV被害者はほとんど何も持

ち出せないまま施設での生活を始められますので、生活保護を受給しなければいけない。そうすると、車の免許はあるけれど車を持つことができない。そうすると、就労先も限られてしまうということになってしまいます。

#### IV 母子生活支援施設におけるDV被害者支援

母子生活支援施設ではDV被害者の一時保護などの緊急的な対応もしますし、その後数年にわたり生活の場での自立支援をしています。まず母子で安心して生活することができる環境の提供を行います。着のみ着のままでも来られてもすぐに生活できるように、生活用品はほとんどそろえています。布団はもちろん電気製品、台所用品などを揃えており、下着やパジャマがなければ買いますし、避難されたその日から生活ができるようにしています。並行して加害者との関係の整理をします。加害者への対応を含むDV防止法における保護命令の申請や、離婚へ向けての調停、訴訟に向けての支援など、法的な支援もします。そしてとても大切なことは心の整理への支援です。これがかなり時間のかかる支援です。それから子どもたちへの支援の提供、心と体の回復への支援、就労支援を含む自立支援を行っております。

#### DVと子ども

大人が思っている以上に子どもたちは両親のDVを知っています。お母さんは「うちの子どもは何にも知らないんです。私が殴られていたのは寝室ですから、子どもは寝ていました」とかおっしゃいますが、そんなことはありません。家庭で起きるDVを8割の子どもは知っています。お母さんの傷、涙の痕、壁の穴、割れた皿、どなり声、子どもたちはそのことに触れてはいけないことも知っています。子どもの半数以上は、お父さんから身体的な虐待を受けています。お母さんから厳しいしつけやネグレクトなどを受けることもあります。DVは力の強い者、パワーのある者が力の弱い者を支配していくための方法として暴力を使いますから、力の強い夫から暴力を受けると、お母さんの心の中に吹き荒れている

ストレスは子どもたちに向かってしまうということが起こってきます。お母さんは、暴力を受け続けることによって、自分はだめな人間なんだ、この世に存在しなくてもいいんだというようなうつ状態に陥ることもありますので、そうなる子どもを保護したり、育てていくなどということはできなくなりますから、ネグレクトになってしまうこともたびたび起こっています。

子どもの気持ちと反応です。子どもたちは不安や混乱。いつまたお父さんが怒り出すかもしれない、お父さんが怖い、家庭がばらばらになったらどうしよう、お父さんは家の中でどうしていつも大きな声を出すのだろう、お母さんがけがをしたらどうしよう、お母さんは私を守ってくれない、お父さんはお母さんにひどいことをするけれど優しいところもある等いろいろと思っているのですね。これがまた複雑な気持ちなんです。

子どもたちはお母さんだって悪い、黙っていないではっきり嫌だと言えればいいのにと思ったりします。しかしお母さんも嫌だと言えないんです。言えなくなってしまっているぐらいパワーが落ちているんです。子どもにはお父さんも好きだとか、お父さんも優しいところがあるというような気持ちもありますから、気持ちをごちゃごちゃになって自分の気持ちがわからない。私だけどうしてこんな家に生まれてきたのだろう、私がいい子にしていればけんかは起きないかもしれない、私が悪いからけんかが起きてしまうんだと思っている子どもたちも多いのです。だれも私の気持ちをわかってくれない、お父さんがお母さんにひどいことをするのは私が悪い子だからだ、私のことをもっと大切に優しくしてほしい、など子どもたちはとても複雑な気持ちの中で生きています。

お父さんとお母さんがDV関係にあると、子どもたちは年齢が小さければ小さいほど、お父さんとお母さんの前ではとてもいい子です。そしてお父さんとお母さんを刺激しないように、お父さんとお母さんの顔色を見ながら暮らしています。

DVのある家庭に育つ子どもたちは、くつろげるはずの家庭がいつ不安定になるか、いつ暴力が吹き

荒れるのか予想がつかない状況に生きています。自分の周囲の世界も安全ではない。母親のうつや不安から、子どもが子どもとして育つことを保障されない。両親の暴力を止められない無力感、暴力による問題解決を学ぶ。ここが大変なところで、暴力が連鎖をしてしまうこともあります。家で起こっていることを誰にも言えない。特に小学生以上の子どもたちは、自分の家が友達の家と違うということがだんだんわかってきますので、自分の家で起こっていることを友達にも話すことができないというような子どもたちが多い。その結果、感情のコントロールが難しい、衝動性、攻撃性が強い、自己評価が低い、不安がったり落ち込んで元気がなく抑うつ等の心理的影響がみられる、慢性的な頭痛や腹痛を訴える、問題を解決するために頻りに暴力という手段を使う、発育、発達に遅れがある、いつも1人で遊んでいたりが友達がいないなど孤立している、友達と対等のコミュニケーションを築きにくい、というようなことが起こっています。

子どもから見たお母さんは自分を守ってくれない、いつも負ける弱いお母さん、自分の方を向かずにお父さんの顔色ばかりを見ている、自分がお母さんをケアしなくてはいけない。先ほどありましたけれども、子どもたちが子どもとして育つことを保障されないというのがこれです。お母さんがうつとか、お母さんがいつも負ける弱い存在ですと、子どものほうがお母さんを保護する存在になっていってしまっ、「お母さんどうしたの、心配しなくてもいいよ、大丈夫よ」というようなことを子どものほうがお母さんに声をかける。それをお母さんは「うちの子はとても優しい」とか「私を守ってくれる」とおっしゃいますが、それは役割が逆転しているということです。子どもはもともと親に保護される存在であるはずなのに、子どものほうが親を保護しなくてはいけないというふうに役割が逆転してしまっています。

DV被害者にしてみれば、子どもを守りきれていない自分への罪悪感とあきらめ、惨めな自分を見ている子どもへの役割逆転の感情、子どもの否認、乖離を、おとなしくしてくれるしっかりとした子ども

と理想化します。

DV被害者と子どもの生活では、子どもが被害者に暴力的になることもあります。これは男の子に限らず、女の子でもお母さんに対してものすごく暴力的になったりします。そうするとお母さんは子どもが夫に見えてしまったり、自分が夫から暴力を受けていたときに戻ってしまったり、子どもが怖くなって、子どもの言いなりになってしまうということが起こって来たりします。子どもが言うことを聞かないことも多いです。子ども自身に育てにくさが生じていることもあります。

それから、子どもが「前の生活のほうがよかった」と言ったりします。年齢が高くなって小学生高学年あたりで入所してくると、子どもたちはお母さんとお父さんはDV関係にはあったけれども、僕には友達がたくさんいたんだ、あるいはお父さんと一緒に生活をしていれば僕にはちゃんと僕の部屋があった、僕の部屋にはテレビもあったし、エアコンもあったと、「前の生活のほうがよかった、僕はお父さんとお母さんがけんかをしている間は自分の部屋に閉じこもってればよかった、それなのにこんなところに来てしまった」というようなことを言う子どもたちがいます。

お母さんご自身は、母子生活支援施設で生活をしようと、ここしか選択肢がないという状況で入所してきておられる方が多く、少ない選択肢の中でもご自分で意思決定をして入所してきておられます。しかし子どもたちは同伴児ですから、子どもたちの意思にかかわらず連れてこられたという状況で入所してきますから、「前のほうがよかった」と言うことがあります。子どもたちの「前のほうがよかった」という言葉ほど、お母さんにダメージを与える言葉はありません。お母さんは迷いながら入所してきておられます。帰ろうかな、子どものために帰ったほうがいいのか、子どもにとって父親は必要、私ひとりで子どもたちを養っていけるのだろうかなど、いろいろな思いの中で迷いながら入所してきておられますから、子どもたちが「前のほうがよかった、お父さんとの生活のほうがよかった」というようなことを言うと、打ちのめされて奈落の底に落ちられま

す。お母さんから気持ちを聞きながら、「それでも暴力がない、暴力を使わない家族を選択されたんですよね」ということを伝えながら支援しています。私たちは子どもたちの「前のほうがよかった」という言葉を、「倉明園に来てよかった」という言葉に変えたいと思いながら支援しています。

今はいい子であるが大人になってから問題を持つこともあります。先ほども申し上げましたけれども、お父さんとお母さんがDV関係にあると、子どもたちはいい子が多いです。もうちょっと年齢が高くなると家に寄りつかなくなったり、非行に走ったりすることがありますけれども、子どもたちの年齢が低いと、いい子にしてお父さんとお母さんの間を取り持つような行動をしたりしますが、それはやっぱり無理なことをしているんです。自分らしく生きていないから、母子生活支援施設という安心できる場所、安心できる大人に出会いしばらくたつと、不登校になったり引きこもったりする子どもたちもいます。DV家庭で育った子どもたちにはその子の状況に合わせた支援が必要です。

## V 倉明園におけるDV被害者支援

倉明園の本体施設の定員は20世帯です。平成23年1月1日現在20世帯が入所、そのうちの13世帯がDV被害者で、3世帯が外国籍の方です。そのほかにも小規模分園型母子生活支援施設（サテライト）を平成19年度から運営しています。ここは本体施設での自立度が高まった方が、地域の中のサテライトで1年間生活をし、その後地域に自立していくというステップの場です。サテライトは定員が5世帯で、平成23年1月1日現在5世帯入所、うち3世帯がDV被害者、1世帯が外国籍の方です。それからアフターケアも行っています。

生活の安定を図ることはもちろんですが、お母さんへの支援と子どもへの支援を同時に行うことが必要であり、必要に応じて母子関係の調整を行うことができるのが母子生活支援施設です。

倉明園でのDV被害者支援についてお伝えします。倉明園では緊急一時保護事業を平成6年4月1

日より実施しています。平成6年から平成14年6月までは、緊急一時保護の定員は1世帯で、施設の1室で行っていましたが、DV防止法が施行された平成14年7月からは、鳥取県からの委託でシェルターとして民間アパートを1室借り上げておりますので、緊急一時保護ケースの定員は現在は2世帯です。平成6年4月から平成22年3月現在までに、241ケースを受け入れ、うちDVケースは154ケースでした。

この緊急一時保護事業は、DV被害者だけではなくそのほかにも法人独自の一時保護を実施しております。例えば今日から住むところがない、公園で車の中で生活をしている、橋の下で生活をしている、妊娠中で切迫流産で入院しているが退院後帰るところがないなど、女性であればどんな方でも受け入れるということを原則として始めた一時保護事業です。定員の2世帯がうまっていても3ケース目、4ケース目の問い合わせもあります。そうすると夜は保育室に布団を敷いて寝てもらい、翌日にどこか県内で受けてもらえるところをお願いしたりします。3世帯とか多いときですと、次にお伝えしますステップハウスの部屋も使って、4ケースの一時保護の受け入れをするときもあります。

ステップハウスは平成15年7月より鳥取県が開設をした施設で、配偶者からの暴力被害者、単身の女性など、他の法律で自立支援が受けられない、または受けることが困難な者に対して生活の場を提供し、生活上の支援及び精神的なケアを行う鳥取県の単独事業です。

定員は7名で、民間アパートを8部屋借り上げ、1部屋を事務所として使っています。対象はDV被害者等という書き方で、DV被害者の方の自立支援も含め、その他の法律では支援を受けられない単身女性への自立支援を行う施設です。職員は2名で1名は生活支援員、1名は心理療法担当職員で、倉明園の職員を出向という形でステップハウスに常駐させています。最大1年間の利用が可能です。平成15年7月から平成23年1月1日現在までには、49人の方の利用がありました。

ステップハウスの対象は単身女性ですが、母子でも受け入れることがあります。母子の受け入れは、

お母さんには自立支援が必要だけれども、子どもには養育支援が必要ないという家庭です。入所後の支援は、生活の安定、経済的な安定も含むということで、経済的な支援については生活保護の申請をしたりします。しかし一番の大切な支援は人生の再スタートへの支援です。

## Ⅵ 子どもたちへの支援

倉明園での子どもたちへの支援について、具体的にお伝えします。倉明園では子どもたちを年齢に分けて乳幼児期は保育室グループ、学童期の子ども達は小学生グループ、中高生は中高生グループと、それぞれの発達段階に分けてグループ活動をしています。保育室グループには保育士2名、小学生グループには少年指導員25名（中高生と兼務の職員が1名）、それから中高生グループには少年指導員15名（小学生と兼務の職員が1名）を配置して専属でかかわっています。

3歳未満児にはお母さんも丸ごと子育て支援をします。お母さんがDV被害で力を失っている、あるいはご自身の生い立ちから子ども時代に子どもとして保護されてこなかったという方もありますので、育て方がわからない、どうしていいかわからないというお母さんもおられます。赤ちゃんの抱き方、おむつのかえ方、離乳食の作り方、沐浴の仕方等、生活の中で保育士を中心にしながらお母さん担当の母子支援員も関わり、より具体的に継続的に関わっていきます。

倉明園では妊娠中に一時保護をして、その後出産を迎え、出産後に正式入所になり生活をするというお母さんも1年に大体2人から3人ぐらいおられます。職員は妊娠中に産するための準備や赤ちゃんのための準備を一緒にしながら、気持ちを聞かせてもらう中で出産への気持ちの整理のお手伝いをします。担当職員と私は出産にも立ち会わせてもらいます。職員は入院中も毎日病院へ行き赤ちゃんの顔も見て、それからお母さんとお話をして、洗濯物を持って帰って来るという支援をしています。退院後は産後1カ月までは産後のケアをします。担当の母子支

援員を中心に食事をつくり、洗濯をし、赤ちゃんの沐浴をし、実家でのケアとまではできませんけれども、気持ちは実家です。お母さんの産後を大切にす、赤ちゃんとお母さんの関係を育むという支援をしています。様々な子育て支援を行っていますが、乳幼児期には職員が一緒にすることで、子育てのノウハウや子どもへの関わり方が身につきますので、お母さんと共にやっています。

小学生グループは、帰宅後6時までの学童保育、長期休暇中の学童保育を実施しています。その中で自己肯定感の回復のための支援や、社会的なスキルを身につけるための支援も行っています。

中学生グループですが、ここもとても大事な支援ですから専任の職員を配置し、時間をかけて支援しております。中学生になってくると、自分探しを始めますし、自分の家族に対して第三者的な目で見たりとか、様々なことで悩んだりします。それから自分の進路を決めていく時期でもありますので、とても大切な時期です。もちろん勉強も大事にしていますが、学習支援という名のもとに、子どもたちが学校でいろいろなこと、いじめられたりすること、あるいは楽しかったこと、嬉しかったこと、辛かったことが聞いてもらえるような環境をつくっています。夏休みには中学生グループで1泊2日の研修旅行、冬はスキー合宿など、いろいろな社会体験を積んでいくことも大切にしております。この時期にしっかりと進路支援をしておくことも大切です。高校に進学しても中退してしまったり、あるいは高校に進学することができなかつたりすると、大人になったときに就労先が限定されてしまったり、貧困のスパイラルに陥ってしまったりということも起こってきますので、進路支援にも力を入れています。お母さんから依頼があれば、職員も中学校、高校の三者懇談に一緒に行かせてもらって、子どもたちの様子を聞き、お母さんとともに進路を探していくという支援もしています。夜間の学習支援も行っています。

それから、就労支援や心の健康を回復する支援もしています。

お母さんへの支援では、入所時の支援は、生活の

安定を図るということが一番です。それと同時に心理療法も含めて心の健康を回復する支援を行っています。心の健康を回復する支援には心理療法、精神科への通院、服薬などが挙げられると思いますが、実は私たち職員はそれだけが心理的な回復への支援ではないと思っています。もちろん精神科へ通院して必要であれば薬をもらうこともとても大事です。カウンセリングを受けて心を整理するのもとても大事です。そしてそれらにプラス日常的にきちんとかかわっていく支援がものすごく大事だと思っています。お母さんが安定して生活できる環境を提供する。安定して生活できる環境の一番大事なものは、もちろん人間関係です。自分のことを心配してくれる職員がいる、信頼できる人がいる、という良好な人間関係が一番大事だと思っています。倉明園ではお母さんには担当制にしています。母子支援員が一人ひとり個別に担当します。入所時から「あなたの担当はこの職員です」とお伝えしています。

それから法的支援、就労支援、家事支援、経済的な安定のための支援、関係機関との連携などを行っています。関係機関と連携することで、より広い視野で幅の広い支援を行うことができます。また家事支援は実は本当に大切です。この家事支援が日常的にできるというのが、母子生活支援施設の強みだと思っています。家事支援は、食事をつくる、洗濯を手伝う、掃除を一緒にする、買い物に一緒に行く、日常的な家事支援を単発的にではなく、必要な方には継続してやることができることが母子生活支援施設の強みだと思っています。

先ほども申し上げましたけれども、子育てが苦手なお母さん、ちょっと危なっかしいかなというようなお母さんや、子どもを育てていくためのスキルが身につけていないお母さんがおられますが、子育て支援と家事支援をセットで提供すると、子どもたちが安定してきます。子どもたちの環境が守られる、生活が守られますので、ぐっと生活のレベルが上がってきます。家事支援を提供していくことはとても大事なことです。

それから外国籍の方への支援、出産前後の支援、退所時の支援をしております。退所時の支援もとて



も大事にしています。倉明園の合い言葉は「終わりよければすべてよし」です。終わりをきちんとつないでおくと、地域に出られたときも困られたときには助けてほしいとか、どうしたらいいですかと相談に来られたり、電話がかかってくるので、退所時も退所先を一緒に探したり、退所後の地域へつなぐ支援もしています。

それからアフターケア、緊急一時保護利用者への支援もしています。

利用者との関係については担当職員(母子支援員)を中心にかかわる。基本的には職員の勤務時間内で、担当職員と利用者とのよい情緒的なかわりが持てるよう、利用者のよき理解者として受容的態度でかわる。担当職員と利用者の信頼関係を大切にするため、他の職員との協力体制をとる、利用者の心の健康さを保つよう心がける、ということでもまとめていますけれども、担当制にしていますと実際に施設の中でさまざまな感情がぐるぐるとうごめきます。

それは利用者から職員への転移感情、それに伴う職員の逆転移感情の中で職員が振り回されたり、それからぐーっと利用者や担当職員が近くなってしまったり、あるいは例えば担当職員に対していい感情だけ向けられれば逆転移の感情が起こっても割といい関係でいられますけれども、そのうちマイナスの感情も起こってきます。そうすると担当職員はものすごく自分の何かを引っ張られて、利用者さんに対して何かをぶつけてしまうなんていうことも起こってきますので、私たちは、引き継ぎを大切にしよう心がけています。午前中に一度出勤している職員で引き継ぎをし、その中の1人が午後出勤した宿直、遅番の職員につなげていきます。引き継ぎは事務日誌とか個人の記録を読めば何が起きているかということはおわかりですが、倉明園ではそれだけではなく、利用者や職員とこんなやりとりがあった、あるいは利用者同士でこんなやりとりがあった、その時にどういう思いになっておられたか、あるいは職員はどのような思いをしたかということもきちんと伝えていくようにします。引き継ぎの中で、それぞれがスーパーバイズを受けながら、それはこういうことが起きているからじゃない、それはこうい

うふうな感情が引き出されたんじゃないとか、あなたが怒る気持ちはわかるわとか、利用者さんはそんなことを言われてちょっと辛かったんじゃないとか、というようないろいろなことが出てきます。それから職員が感じたことも、その中で言葉できちんと表すようにしています。そうすると、「私は昨日とても嫌な思いをしたんです」と言う職員がいると、どうしてそんな感情が浮かんできたんだろうということを誰かがまた「それはこういうことじゃないかな」というようなことを言葉として返します。引き継ぎをしながら気持ちが整理されますので、引き継ぎをとっても大事にしています。

それから担当制ですと、どうしても振り回されたり、ものすごく利用者さんと近くなっていったりしますので、そのときには周りにはいる職員が「危ないよ、ちょっと振り回されているよ」ということも伝えるようにしています。しかし、利用者や職員の間で様々な感情がうごめいている中で仕事をしていると、職員同士がぶつかるといことも起きます。ぶつかったときは本当に大変です。議論もしますし、「私ひとり沖に流されたわ」と言って泣く職員もいます。「私ひとり沖に流されたわ」というのは、1人だけが職員集団から外れてしまった、自分が阻害されているような気持ちになったということです。そういうことが起きているということは、職員の問題もあるかもしれませんが、利用者によって操作されながらそういうことが起きているということを言語化して伝えるんですけども、渦の中にいる職員にはそれが伝わらないので、感情的に泣いたりします。

でも、時間がたてばきちんと整理ができるようになってきて、「ああ、私はあのときはあんな状態だったんだな」ということが理解できるようになります。担当職員を中心にかかわると、利用者との関係がとても濃くなって、利用者が職員に対して対象恒常性、「この人に対してだったら何でも言えるし、どんなことを言っても見捨てられない」という関係も生まれるけれども、ある意味、危険もはらんでいます。しかし子どもたちもそうですが、お母さんご自身ももう一度、本当の意味で見捨てられない人間関係、「本当にあなたのことを大事にするよ」という人間関

係の結び直しをされることを体験しないと、子どもとの関係の中でもやはりいい関係が結べないので、そこをととても大事にしています。しかし、辛いときも時々あります。

心の回復のための支援ですが、精神科、心療内科等への通院、服薬、心理療法の実施など先ほど申し上げたことです。そして心の回復への医療的な支援とともに、安全で安心して心を休めることのできる環境と安心できる人間関係。この人間関係がとても大切です。

DVからの回復についてです。自分の気持ちを大切にすることができる、自分の意見を言うことができる、自分で自分のことが決められる、自分の存在を認めることができる、社会活動レベルの回復、自分の目標に向かって実際に行動できるようになるなど回復への道りがあります。回復への道りは10人おられたら10人さまざまです。ひどいDV被害を受けて青あざをたくさんつくってこられたお母さんが、「私は生活保護を受けたくないんです、だから働きます」と言われました。力のある方で、資格もありましたので介護の仕事につかれてばりばり働いておられる方もあります。しかし、だからといってこのお母さんがDV被害から回復されていると私たちは思っていません。やっぱり働いておられても、経済的に自立しておられても、心が傷つきやすかったり、仕事上のことでも傷つきやすく、ちょっとうつになられたりします。回復はその人その人の道りなので十人十色だと思っています。DV被害者もちろん一人ひとりの状況や傷の深さも異なりますので、その人その人に合わせた支援が必要です。私たちは一人一人に合わせた個別支援をしています。

そういうと、「じゃあ利用者の方が要求されたことを全部提供しているんですね」と思われるかもしれませんが、そうではありません。利用者のニーズに合わせた支援はしますけれども、その枠は倉明園でできる枠です。倉明園がここまでは提供できますよという枠をきちんと利用者提示して、利用者がここもしてほしいと言われても、申しわけありませんがそこはできませんということを、伝えるようにしています。職員自身も現場でいろいろな利用者

と出会い、いろいろなことを学び、体験し、また研修を重ねる中で一人一人の職員の枠が広がっていきますので、職員の力量とともに倉明園の支援の枠も少しずつ広がっていると感じています。これは利用者の方の皆様のおかげです。

## VII 母子生活支援施設に求められている機能

母子生活支援施設に求められている機能は、「子どもの育ちの保障」「養育支援」「家族としての生活の保障」「親子での生活を見守り支援してもらえる」「家族の危機的な状況の回復」「児童虐待防止のための取り組み」です。

皆様もご存じだと思いますが「ハインリッヒの法則」があります。これを児童虐待防止の支援に当てはめると、一つの重大な事故、例えば虐待死亡事故などの下には29の軽微な事案があって、その29の軽微な事案の下には300の不具合、異常があると言われていています。300の不具合、異常をほうっておくと29の軽微な事案になって、ここでも手を打たなければ1個の重大な事案になってしまうというのがハインリッヒの法則です。これを子育て支援に当てはめると、一つの重大な児童虐待死の下には不適切な29の子育てがある、その29の不適切な子育ての下には、300の子育て不安があるということになります。私を含めてだれでも、子育て不安や不適切な子育ては常に起こっています。300の子育て不安や29の不適切な子育てにきちんと子育て支援を提供すれば、この重大な児童虐待死に至らないということです。

母子生活支援施設は生活の場で子育て支援をしておりますので、不適切な子育てや子育て不安に手が届くというのが強みです。倉明園で実施している子育て支援は、早朝保育や夜間保育、病児保育などの具体的な保育支援はもちろん、その他にお母さんだけではないほかに大人の家族があれば、あるいは上に年齢の大きな兄弟たちがいれば日常的に助けてもらえる子育て支援も提供しています。例えば仕事から帰られたときにお母さんが車から子どもさんをおろされる、そのときに荷物をおろされたり、家まで荷物を運ばれたり、ちょっと夕食の準備をしてこら

れるまで子どもたちを事務所で預かってみているとか。それから子どもをお風呂に入れられるときに、2人とか3人の子どもたちを入れるのはとても大変なので、職員がお風呂まで一番小さい子どもを迎えに行き、パジャマを着せて、お母さんが上の子どもと一緒に上のお風呂から上がってこられるのを事務所で待つとか。お母さんが頭が痛いときに一時保育をするとか、イライラして子どもに当たってしまいそうな気持の時には子どもを預かるとか、他に大人の家族があれば当たり前の手を助けてもらえるようなところで提供します。日常生活の中でのちょっとした関わりですが、私たちが関わることでお母さんはゆとりができ、子どもに対しての優しい言葉かけができるようになってきますので、いつも誰かが声をかけ、子どもを抱っこし、子どもに声をかけ、子どもたちを預かるというような日常的な子育て支援も行っています。

それから子どもの抱き方、近所づき合いについてです。利用者同士での「あの人にあいさつをしたのにあいさつが返ってこなかった、もう私はあいさつをしない、私はキレました」とか、そんなことをおっしゃるお母さんがいます。「それでもあいさつをご自分がされなかったら嫌でしょう」「その人はちょっと調子が悪かったのかな」みたいなことを言いながら、苦情を聞いたりします。それから近所づき合い、回覧板の回し方とか、洗濯機を回す時間など生活そのものから、離婚訴訟まで幅広く包括的に家族を支援することができます。子どもとお母さん、それぞれの気持ちや立場を理解し、子どもの気持ち、お母さんの気持ち、家族の状況を代弁することができるのが母子生活支援施設です。

私たちはお母さんと子ども両方に支援をしていますが、お母さんに支援をすることはとても大事なことです。子どもに支援をするのは児童福祉施設ですから当たり前ですが、お母さんにも子どもにも個別の支援をしながら、それぞれを支えています。お母さんに支援をしていくことによって、お母さんが生き生きと自分らしさを回復される。自分らしく生き生きと生きられるようになってくると、子どもとの関係がものすごくよくなります。お母さん

が調子が悪くても、子どもたちが少しずつ回復してくる。子どもたちが少しでも回復してくると、お母さんはそれが嬉しくて励みになる。お母さんが少しでも元気を回復されると子どもたちはそれが嬉しい。というふうに、家族関係にいい風が吹きます。親子が相互関係で相乗効果のように回復が早まっていきます。私はお母さん、子どもたちどちらにも支援ができる母子生活支援施設に、ここで働いたらこの現場をやめられませんというぐらひはまっています。

(終了)

## ○ つなぐ願い

### ー子ども虐待防止オレンジリボンたすきリレーへの思い・5ー

子どもの虹情報研修センター  
増 沢 高

子ども虐待防止オレンジリボンたすきリレー実行委員会より、今回の東日本大震災で亡くなられた方々、被害にあわれた方々のご冥福と少しでも早い回復をお祈りいたします。また救助活動をはじめ、復興に向けてご尽力された方々、今もなおその渦中におられる方々への心からの感謝と激励を申し上げます。

#### 1. 東日本大震災

未曾有の大地震が東日本を襲ったのは3月11日でした。ちょうど5回目のたすきリレーに向けての具体的な検討に入った中でのことでした。東京と神奈川県も大きく揺れました。その後の1か月は、関東でも計画停電が続き、飲料水の購入や給油が困難になるなど、不安定な日々が続きました。「もうたすきリレーどころではない」という思いが日を追うごとに大きくなりました。衝撃的で想像を絶する事態は、社会の様々な営みを自粛ムードに向けました。様々な機関の年間スケジュールから年度末と次年度の企画が消えていきました。

ところが1か月を過ぎた頃から全体のムードが変わってきました。この1か月は被災の影響から少しずつでも回復していくという流れとは全く逆で、その甚大さと復興に向けた道のりの遠いことを、日を追うごとに自覚せざるを得ない1か月でした。ところがその一方で新たな機運が起きてきました。それは、このまま全てが足踏みしていたのでは、かえって未来は遠のく、前を向いて進もう、動ける機関や人は、やるべきことはやっけて行こうというものです。この思いは、被災地である東北の人たちがより強かったと聞きます。実行委員会でも、実施の有無を

検討しましたが、ほとんどの委員が実施に賛成でした。むしろ、子ども虐待防止と子どもの明るい未来創出を目的としたたすきリレーに、震災からの復興と被災した日本の子どもたち（私たちは東北の子どもたちは当然のこと、全ての日本の子どもたちが被災したと思っています）の未来を祈る企画を組み入れるべきという声が強かったのです。

こうしてたすきリレーは実施に向けて再び動き出しました。そして未来を祈る企画として誕生したのが「祈りの『Friendship』キルトたすき」の製作です。7センチ四方の布ピースにメッセージを書いてもらい、1枚60cm×120cmのキルトを作り、それをつなげて16m位までの、大きなたすきを作ろうというものです。一人100円でメッセージを書き、集まったお金は義援金として被災者に送られます。大きなたすきを製作することの背景には、かの有名な鎌倉の大仏の存在がありました。

#### 2. 鎌倉の大仏からのリレー

昨年話になります。第4回目のたすきリレーを終えたばかりの12月。鎌倉児童ホームを通じて、鎌倉市とたすきリレーを通した児童虐待啓発の協働に関して話し合いがもたれました。当日は鎌倉市役所にお伺いし、松尾鎌倉市長をはじめ、市役所の職員の方々と直接お話をさせていただき、もし可能であればという前提で、鎌倉市にある大仏をスタートとし、逗子、横須賀を巡る三浦半島のコースの設置を提案しました。恐れ多い提案であることは自覚していましたが、話し合いでは「夢ではあるが全く可能性がないわけではない」と前向きなムードで、実

現に向けて協力していく方向が確認されました。とはいっても鎌倉の大仏スタートは簡単ではありません。直後の実行委員会では、委員のほとんどは叶わぬ夢と思いました。国宝であり、世界的に有名な鎌倉の大仏です。相手が名実ともに大きすぎます。この夢の実現の立ちはだかる壁は実際の大仏よりも大きく感じられました。

様々な方々に相談、ご協力もいただき、とにかく一度だけでも話を聞いていただけたらありがたいと大仏のある高德院に打診しました。ところが想像に反して、すぐに話を聞いていただけたのです。当日は私と佐々木副委員長の二人が予定よりもかなり早い時間に高德院に趣きました。まずは大仏に手を合わせ、住職とお会いできることを感謝いたしました。その後境内を歩いていると、ふと大仏横の回廊内壁にかけられた大きな草鞋が目に入りました。その大きさに大仏のものであることはすぐに分かります。そこに書かれていた説明では、長さ1.8m、幅0.9m、重量45kgもあるそうです。茨城県の常陸太田市の子どもたちが、戦後間もない1951年に「大仏様に日本中を行脚し、万民を幸せにさせていただきたい」と願って作り始めたそうで、以降数年に一度、子どもたちが製作し奉納を続けているそうです。常陸太田市は茨城県の北東部に位置し、今回の震災でも大きな影響を受けたに違いない場所です。私たちは、災害からの復興支援と大仏がつながった感覚を覚えました。その理由のもう一つに、大仏の津波災害にまつわる有名な話があります。

大仏はもともと大仏殿内に納められていたのですが、500年前の明応7年に起きた巨大地震により発生した津波が、大仏殿まで到達し仏殿を流してしまっただけです。つまり大仏は津波に負けずに座し続けた被災仏なのです。私たちは、戦後の子どもたちと同じように、子どもたちの未来を大仏に祈りたい気持ちで一杯になりました。「祈りの『Friendship』キルトたすき」は、つまり大仏にかけていただくたすきなのです。実はこのことは鎌倉スタートの話が出た時から胸に秘めていたことでした。もちろん実際に大仏にかけていただくわけにはいきません。しかし大きな草鞋を見た時に、完成した暁には草鞋と同

じように回廊壁に奉納できたらと、夢のようなことを思ったのです。

佐藤住職は優しく私たちを出迎えてくれました。じっと私たちの話を聞いてくださった後、今度は佐藤住職が子どもの健全な育成に対する思いを静かに語っていただきました。それをお伺いして、ご多忙にもかかわらず私たちとお会いしていただいた理由が少しわかった気がしました。佐藤住職は、子どもたちの様々な活動、育成プログラムを実施しているNPO法人「鎌倉てらこや」の顧問でもあり、子どもの幸せと明るい未来を人一倍願う方であったのです。我々の稚拙な説明に熱心に耳を傾けていただき、そういう趣旨ならと、大仏からスタートすることを了解されたのです。そして「祈りの『Friendship』キルトたすき」の製作と回廊内壁の掲示についても承諾してくださったのです。話し合いの後は、夢にも昇るような気持ちで、伺った二人はしばし放心状態でした。改めて大仏に手を合わせ、感謝とこれからの成功を祈念いたしました。

### 3. 鎌倉・三浦コースの新設

こうして鎌倉・三浦コース新設の現実化へ向けて走り始めました。実は三浦地域で新コースの設立を求める声は以前からありました。これは昨年9月にまでさかのぼります。4回目のたすきリレーに向けてその準備も佳境に入っていた時のことです。ある研修会で、鎌倉・三浦地域児童相談所の寺田所長が、「三浦地域でもたすきリレーのコースを作りたいけど、いいかなあ」と声をかけて来られました。それはとてもうれしい提案だったのですが、一方でこれまでの2コースでもかなり手一杯だったため、困惑したのも事実です。ただ「みんなの負担にならないように、任せてくれたらこちらで動くから」と言ってくださいました。そこで、さすがに2か月後の実施は無理でも、翌年に向けて検討することになったのです。

ですから、鎌倉スタートの話があった時には、すぐに寺田所長のことが頭に浮かび、市役所での話し合いの結果や高德院での朗報を、一早く寺田所長に

お伝えしたのでした。寺田所長は、満を持したようにコース設定に向けて動き始めました。第1の中継点として鶴岡八幡宮太鼓橋が決まった後は、第3中継所に逗子市役所、第4中継所は横須賀中央駅前広場と決まっていきました。横須賀中央駅前広場は横須賀市児童相談所が中心に設定し、大規模なキャンペーンが繰り広げられることとなりました。児童虐待対応において、県の児童相談所と市区町村との連携は重要ですが、全国的には課題が多いのも事実で、時に起こる虐待死亡事件の背景に二者間の連携の問題が指摘されることがあります。ぎくしゃくがあればこうしたイベントにも表れるものです。スムーズな運びの背景には、鎌倉三浦地域の連携の質の良さがあるのだと思います。このことは神奈川県在住の一市民である筆者にとってはとても嬉しいことなのです。児童相談所は激務です。そんな中万難を排して尽力された寺田所長には本当に頭が下がります。また寺田所長は何も話されませんが、行政職の方がこうした活動に積極的に参加することに対して、いろいろな風当たりがないわけではないと推察します。子ども虐待対応には多分野協働が基本とされながら専門別や縦割りによる壁がそれを妨げます。システムや考え方を突破しなくては進めない課題が山積みで、特に行政機関ではなおのことと思います。たすきリレーは、こうした突破を目指してはじめられた経緯があります。こうした趣旨も理解され主体的に動いていただいた寺田所長には感謝の気持ちで一杯です。

第5中継所は関東学院大学と決まり、当日行われる大学祭のメインステージ上でのリレーが実現することとなりました。この実現に取り組まれたのは、横浜市のファミリーグループホームである斎藤ホームの斎藤さんです。斎藤さんは湘南コースのランナー役員として毎年最終区を束ねている方です。関東学院大学の非常勤講師も務めている関係から学生と協力し、大学祭とのコラボが実現したのです。

第6中継所はセブンイレブン横浜片吹店と決まりました。寺田所長が頻繁に利用するコンビニで、直接交渉して実現しました。コンビニエンスストアがたすきリレーの中継所に入ることは、委員会の希望

でした。コンビニエンスストアには虐待を受けて居場所のない子どもや放置された子どもが向かいやすい店でもあり、そうした子どもたちにとっては砂漠のオアシス的な存在なのでしょう。昨年横浜で不幸な事件がありました。コンビニエンスストアでおにぎりとパンを万引きした少年に、店主と警察官が対応したところ、体中に痣があり、虐待を受けていることが分かり、親が逮捕されたのです。食事が与えられず、空腹の限界からのコンビニエンスストアでの万引でした。ちょうど夏休み前の短縮授業期間で給食がなかったことも原因かもしれません。男児の万引きはSOSのサインでもあり、コンビニエンスストアが救済の場となったのです。こうしたことは全国のコンビニエンスストアでも少なからず起きていると思います。カンヌ映画祭で主演男優賞を受賞した映画「誰も知らない」でもコンビニエンスストアに向かう子どもの姿が描かれています。

その後神奈川県がセブンイレブン本社と交渉され、セブンイレブンの協賛が決まり、ランナー全員に飲料水とカロリーメイトが渡されることとなりました。さらに湘南コースと都心コースにも1か所ずつセブンイレブンが中継所として加わることとなりました。

最後の中継所は横浜市中央児童相談所と決まりました。横浜市は毎年ゴール会場で子どもの遊び場などのイベントブースを出していましたが、中継所としては初参加です。中継後には伊勢佐木町モールもコースに加わり、ゴールまでの最終区間が華やかなものとなりました。

鎌倉・三浦コース新設にあたって、重要な立役者がもう二人います。鎌倉児童ホームの秦園長と指導員である川島さんです。鎌倉スタートを事前に調整していたのも、彼と秦園長でした。川島さんはこれまで湘南コースのランナー役員をしており、鎌倉からのコースを願う一人でした。今回は鎌倉・三浦コースの全てのランナー役員を束ねる責任者です。彼の走力は相当なもので、神奈川県の児童福祉施設のマラソン大会では、子どもに交じっていつも先頭を元気に走っています。今回は鎌倉・三浦コースの全区を走り、全体を監督することとなりました。ま

た秦園長と川島さんはじめ鎌倉児童ホームの職員は、常日頃から地域の様々な機関や人たちと交流を深めています。今回のイベントでも、そうしたつながりある機関や企業に声をかけられました。その結果新たにいくつもの後援団体が加わることとなりました。その中には鎌倉の神社等の庭園を手掛ける彩樹園や、鎌倉に行けば必ず目に留まる人力車を運営する鎌倉力車株式会社プラネスなどがあります。

#### 4. 多領域に広がる参加の輪

児童福祉施設職員が中心に始まったたすきリレーですが、5回目を迎えてこれに関わる方々の実に多領域に渡るようになりました。各コースの中継点では、施設、児童相談所、市役所、小学校、大学、神社、公園、病院、コンビニエンスストア、東京タワー、スポーツセンターなど実に多彩です。その中で湘南コースでは、平塚の総合公園内に第3区のコースを設け、視覚障害者と子ども達等も参加できるようにしたのです。この企画は平塚市社会福祉協議会の遠藤さんの発案です。実はこの企画が動き始めたのも昨年になります。市民マラソン大会等に視覚障害の方が参加できるよう伴走のボランティアをしている木曜ランナーズの代表である内野さんから、視覚障害者と子どもたちもたすきリレーに参加できないかとの打診をいただいたのです。しかしたすきリレーは公道を走るため、段差も多く危険であることから、昨年は見合わせていたのです。しかしぜひ参加していただこうと遠藤さんが総合公園内のコースを考え、しかも毎年平塚市社会福祉協議会イベント実行委員会が行っている福祉フェスティバルのプログラムに第3区の走行を組み入れる形で設定されたのです。たすきリレーを各地域の啓発活動に組み入れてもらうのは、実行委員会が常に願っていることの一つです。これまでも湘南コースの永野小学校、都心コースの品川児童相談所など、中継点のある地域や機関のいくつかが、たすきリレーを通して子ども虐待防止の啓発活動を主体的、積極的に行ってきました。今回の平塚市社会福祉協議会の企画は、規模も大きく、かつ障害を抱えた子どもたちが多数参加で

きることを可能にした点で、極めて優れたアイデアであり、全ての実行委員が感激した企画でした。

走るランナーも多彩となりました。300人以上のランナーが集まったのですが、児童福祉施設職員、児童相談所職員、市役所職員、教員、消防士、医師、企業の方、米軍の方など児童福祉の領域を越えて多岐に及びます。それぞれのランナーは、おそらく日常生活のどこかでたすきリレーを話題にするでしょう。それぞれの領域の中でこの話題が少しずつ広がれば、いつかはきっと大きな啓発の輪になると思います。時間はかかるかもしれませんが、こうした広がりは、一瞬で消える一方的な呼びかけよりも、手ごたえのある確かなものと思うのです。

ゴール会場のブースも増えました。「祈りの『Friendship』キルトたすき製作」のブースをはじめとして、「子どもシェルター・てんぼ」「全国児童家庭支援センター協議会」「セブンイレブン」「横浜市民生児童委員による綿あめ」のブースなどが新たに加わりました。当日は全てのブースが並び、虐待防止活動の紹介や親子が楽しんでもらえるような企画を展開していました。またプロのデザイナーであるこくぶともみさんが、たすきリレーのイメージのイラストを多数展示されました。ステージ上では午前10時から、歌ありパントマイムありの様々なショウが展開されました。また会場内では学生による着ぐるみのキャラクターが子どもたちと戯れ、大道芸師が得意の技を見せて回り、ボランティアの方々が手作りのリボンを配布するなど、始めたころと比べて随分と華やいだものになりました。ブースやイベントなど、多分野の方々に構成されていることによって、会場の雰囲気にも多様さと奥行きが生まれることを再認識しました。

#### 5. 思いの込められたたすきのリレー

今年のたすきリレーは10月30日の日曜日に行われました。昨年同様、児童虐待防止推進月間である11月に入る直前のこけら落とし的な意味も込めてこの日となりました。1週間前には小山市でたすきリレーが行われ、そのたすきを受け取りました。また

前日には滋賀県でたすきリレーが行われ、都心コースで毎年全区を走られている井上さんが参加し、滋賀県のたすき引き継いでこられました。また岩手県では、被災した方々がニット製の手作りのたすきをたくさん作られました。復興への思いの込められたたすきです。身に着けるランナーは気持ちがいまる思いがしたでしょう。

渋谷駅前のハチ公像前からスタートを切る都心コースは、日本子ども総合研究所、東京タワー、泉岳寺、品川児童相談所、大田区大森スポーツセンター、川崎市役所、セブンイレブン浦島町店そしてゴールである横浜山下公園へとたすきをつなぎ、神奈川県二宮町にある心泉学園からの湘南コースは、エリザベスサンダースホーム、平塚市総合公園平塚のはらっぱ、セブンイレブンサザンビーチ店、茅ヶ崎ファーム、遊行寺、西横浜国際総合病院、永野小学校、山下公園へとたすきをつなげます。

当日の朝は良く晴れた青空でした。3コースは予定通りスタートセレモニーが行われました。スタートセレモニーと一口で言っても、その趣は3コースで異なるものでした。都心コースのスタート地のハチ公像前には、渋谷駅前でもあり多くの方々が集まりました。昨年同様ハチ公像にたすきをかけ、大きな声援に包まれる中でスタートしました。湘南コースのスタートは児童養護施設である心泉学園です。そこには坂本二宮町長をはじめとする地域の方々と施設の子もたちが集まり、温かい雰囲気の中で、子どもたちの声援を受けてのスタートでした。高德院では、松尾市長の挨拶の後、大仏を前にしての佐藤住職の祈りの込められた挨拶の後、厳かな気の引き締まる空気の中でランナー全員は大仏様に手を合わせスタートしました。それぞれの第1区のランナーは多彩でした。鎌倉・三浦コースの第1区は、松尾鎌倉市長をはじめ、市役所職員、児童相談所職員、施設職員、市役所職員、格闘家、郵便局職員、企業の方などで構成されています。都心コースは、児童相談所、施設職員、NPOの方、企業の方などです。湘南コースは、学校教諭、施設職員、消防所職員、役場職員等、実に30名のランナーが走りました。1区十数名で走ることとなっているため、二グループ

に分かれての走行となりました。第1区のみならず、ランナーの希望者はこれまでで最大数でした。ランナーの呼びかけから2週間ほどで各区のランナー定員が一杯になったのです。

## 6. 感動のゴールと全国に広がるたすきの輪

朝の青空も正午には曇り空に変わり、2時過ぎには小雨が降りだしました。ただ走り始めたランナーには全く関係がありません。ひたすら笑顔でゴールに向かって走っています。3時半過ぎ、いよいよゴールの時を迎えました。気づくと雨は上がっています。ランナーを迎えるために天気も歓迎してくれているようです。3コースのランナーはタイムスケジュールを大きく外れることなく、山下公園の入り口に入りました。山下公園は海に面して横に長い公園です。最後は3つのコースが3列に進んで一緒にゴールをします。

ランナーを迎え入れる山下公園ですが、この山下公園も震災と深い関係があります。この公園は1923年9月1日に起きた関東大震災の復興事業のひとつとして震災による瓦礫を埋め立てて造成された公園なのです。関東大震災は東京のみならず横浜にも壊滅的な被害をもたらしました。その後復興の象徴として瓦礫や焼土を埋め立てて山下公園を造成することになったのです。そして日本で最初の臨海公園として1930年（昭和5年）に開園したのです。それから五年後の1935年（昭和10年）には震災からの復興を祝う復興博覧会がこの公園で盛大に行われたといわれています。今回のたすきリレーと震災復興に何かの縁を感じずにはられませんでした。

3時40分、ステージのあるメイン会場からランナーたちの姿が見えてきました。皆笑顔です。それぞれのコースを走った3つの隊列を一緒になってこちらに向かってくる光景は壮観です。ランナーの数が増えたことで、Tシャツの白色とたすきのオレンジがひととき輝きます。ランナーの隊列は、最後に大きな一つのかたまりとなって、一斉にゴールテープを切りました。誰もがさわやかな笑顔です。皆のたすきに書かれた「子どもに明るい未来を」のメッ



## ■ 実践報告・エッセイ ■

セージが素直に心に響きました。このわれわれのたすきと、小山からのたすき、滋賀県のたすき、そして岩手県の方々の手作りのニットのたすきは、岐阜県のたすきリレー実行委員会に引き継がれました。たすきは全国の各地でつながれ、来年は再びこの地を駆け抜けます。

たすきリレーは、ランナーがたすきをつなぐだけでなく、これに携わっていただくことで多くの方々

がつながっていく実感があります。それは子ども虐待防止と子どもの笑顔を願う心のたすきとっていいのかもしれませんが。心のたすきは次々とつながれ、やがては大きな心の輪となると信じています。大会のフィナーレで皆が歌う「翼をください」を聴きながら、そんなことを思いました。一般市民も専門家も関係なく、分野や立場がどうであれ、子どもの明るい未来を望む心は一つなのです。

### 謝辞

まず、たすきを身につけて走っていただいたランナーの皆さまとキャンペーン会場で歌やトークをしていただきました皆様に感謝申し上げます。

次の方々には財政面での支援をしていただきました。NPO法人児童虐待防止全国ネットワーク、資生堂社会福祉事業財団、NPO法人エキスパート・チャリティ・アソシエーション、(財) 神奈川新聞厚生文化事業団、(株) ガリバー、サッポロ飲料 (株)、セブンイレブン、ユースキン製薬 (株)、日本アムウェイ合同会社、東京キワニスクラブ、横浜キワニスクラブ、用賀山崎釜金、カードショップカレントウ、星野司法書士合同事務所、湘南信用金庫、神奈川県保険医協会、神奈川県生命保険協会、用賀おたふく。心より感謝申し上げます。また、子どもの虹情報研修センターで行われる研修期間中に募金をお願いしたところ多くの方が協力をしてくださいました。ありがとうございました。

次にあげさせていただく後援の機関、団体の方々からは、大きなご支援をいただきました。厚生労働省、東京都、神奈川県、神奈川県警察、横浜市こども青少年局、川崎市、鎌倉市、渋谷区、大田区、逗子市、横須賀市、茅ヶ崎市、小山市、神奈川県社会福祉協議会、全国児童相談所長会、神奈川県児童福祉施設協議会、神奈川県母子生活支援施設協議会、神奈川県保険医協会、神奈川県教育委員会、東京都社会福祉協議会、横須賀市児童相談所、横浜市ファミリーホーム連絡協議会、川崎市あゆみの会、(財) 神奈川新聞厚生文化事業団、(株) 資生堂、鎌倉高德院、渋谷忠犬ハチ公銅像維持会、アン基金プロジェクト、東京キワニスクラブ、横浜キワニスクラブ、彩樹園、鎌倉力車株式会社プラネス。大変ありがとうございました。

スタートや中継所等の設定にご協力をいただいた渋谷忠犬ハチ公銅像維持会、鎌倉高德院、鶴岡八幡宮、逗子市役所、心泉学園、東京タワー、横浜市立永野小学校、セブンイレブン横浜片吹店、セブンイレブン浦島町店、セブンイレブンサザンビーチ店、平塚市社会福祉協議会、泉岳寺、遊行寺、西横浜国際総合病院、関東学院大学大学祭実行委員会、神奈川県障害者スポーツ振興協議会、伊勢佐木町1・2丁目地区商店街振興組合、協同組合伊勢佐木町商店街、エリザベスサンダースホーム、茅ヶ崎ファーム、日本子ども家庭総合研究所、川崎市役所、横須賀市役所、品川児童相談所、大田区大森スポーツセンター、横浜市中央児童相談所に心から感謝申し上げます。

キャンペーン会場でブースを設置していただくなど会場を盛り上げていただきました神奈川県、大磯学園、資生堂社会福祉事業財団、セブンイレブン、全国児童家庭支援センター協議会、横浜市、川崎市あゆみの会、カンガルーOYAMA、CROP、神奈川県母子生活支援施設協議会、特定非営利活動法人子どもセンターてんぼ、栗原さんをはじめとするパントマイマーの皆様、原宿ライブハウス・ジェットロボット、こくぶともみさん、幸保エバーグリーンズ、成田圭さん、坂本博之さん、土田聡子さん、甲州戦記サクライザーの皆様、朗読劇「ハッピーバースデー」2011横浜公演実行委員会、(株) 閃利、岩手県ハート・ニットプロジェクトに感謝いたします。またご寄付をいただいた方々このイベントにご支援ご協力をいただいた方々に深く感謝いたします。

さらに次にあげさせていただく方々には、キャンペーン会場でリボンやチラシを配るなどのボランティア活動をしていただきました。横浜キワニスクラブ、渋谷区子ども家庭支援センター、永谷連合町内会、品川区民生・児童委員、東京都社会福祉協議会児童部会従事者会、戸塚区民生・児童委員、関東学院大学、明治大学など学生の皆さま。心より感謝申し上げます。

オレンジリボン作成にご協力いただいた、港南区社会福祉協議会、下永谷地区民生委員、川崎市あゆみの会、横浜キワニスクラブ、エキスパート・チャリティ・アソシエーション、日本アムウェイ合同会社、日本子ども総合研究所、鎌倉児童ホーム、CROP、専門学校・大学生、有志ボランティアの方、心より感謝申し上げます。

そして、今回始まった新プロジェクト「祈りの『Friendship』キルトたすき」の製作では、キルト作家若山雅子さんをアドバイザーに、勝山泰江さん、荒井美夏さんとその仲間たちにご尽力いただきました。心より感謝申し上げます。

2011 子ども虐待防止オレンジリボンたすきリレー 資料

1. 2011 オレンジリボンたすきリレー 全コース図



新設コースの鎌倉・三浦コースは鎌倉大仏前からスタートです。



みんなでゴール!

## 2. ランナーの職種と人数

職種	都心	鎌倉・三浦	湘南	合計
児童福祉施設	13	19	36	68
児童相談所	44	9	17	70
グループホーム・里親	5	1	2	8
子ども家庭支援センター	7			7
福祉一般	11	2		13
教育	1	3	35	39
行政		25	6	31
医療			3	3
企業	20	4	2	26
学生		9	5	14
その他	2	20	42	64
その他	103	92	148	343



都心コースのランナーたち

## 3. 走行タイムと各区のランナー数

### ●都心コース

区	ルート	時間	ランナー数
スタート 渋谷 第1区	渋谷駅ハチ公前 ～日本子ども家庭総合研究所 (4km)	9 : 30	11名
麻布中継点 第2区	日本子ども家庭総合研究所 ～東京タワー (3km)	10 : 15	11名
東京タワー中継点 第3区	東京タワー ～泉岳寺 (4km)	10 : 50	10名
品川第1中継点 第4区	泉岳寺 ～品川児童相談所 (2.5 km)	11 : 20	15名
品川第2中継点 第5区	品川児童相談所 ～大田区大森スポーツセンター (4.3 km)	11 : 40	11名
大田中継点 第6区	大田区大森スポーツセンター ～川崎市役所 (6.7 km)	12 : 10	14名
川崎中継点 第7区	川崎市役所 ～セブンイレブン浦島町店 (8.2 km)	13 : 10	14名
鶴見中継点 第8区	セブンイレブン浦島町店 ～山下公園 (6km)	14 : 20	17名
ゴール	山下公園	15 : 20	(計 103名)

● 鎌倉・三浦コース

区	ルート	時 間	ランナー数
スタート 高德院 第1区	高德院（鎌倉大仏） ～鶴岡八幡宮（4.2 km）	8：30	16名
鶴岡八幡宮中継点 第2区	鶴岡八幡宮 ～逗子市役所（5 km）	9：00	14名
逗子中継点 第3区	逗子市役所 ～横須賀中央駅前広場（13 km）	9：40	19名
横須賀中継点 第4区	横須賀中央駅前広場～ 関東学院大学（8.5km）	11：15	12名
六浦中継点 第5区	関東学院大学 ～セブンイレブン横浜片吹店（4 km）	12：30	11名
片吹中継点 第6区	セブンイレブン横浜片吹店 ～横浜市中央児童相談所（11km）	13：15	9名
横浜中継点 第7区	横浜市中央児童相談所 ～山下公園（4.2 km）	14：35	11名
ゴール	山下公園	15：20	（計 92名）



鎌倉・段葛を走るランナーたち

鶴岡八幡宮・復活の大銀杏の前で



● 湘南コース

区	ルート	時 間	ランナー数
スタート 二宮 第1区	心泉学園 ～エリザベスサンダースホーム (5.7 km)	8 : 20	29 名
大磯中継点 第2区	エリザベスサンダースホーム ～平塚市総合公園 (5.5 km)	9 : 10	10 名
平塚中継点 第3区	平塚市総合公園 ～平塚市総合公園 (2 km)	10 : 00	41 名
平塚中継点 第4区	平塚市総合公園 ～セブンイレブンサザンビーチ店 (7.5km)	10 : 20	6 名
茅ヶ崎第1中継点 第5区	セブンイレブンサザンビーチ店 ～茅ヶ崎ファーム (3.6 km)	11 : 10	13 名
茅ヶ崎第2中継点 第6区	茅ヶ崎ファーム～ 遊行寺 (6 km)	11 : 40	9 名
藤沢中継点 第7区	遊行寺 ～西横浜国際総合病院 (5 km)	12 : 20	12 名
戸塚中継点 第8区	西横浜国際総合病院 ～横浜市立永野小学校 (7.5km)	13 : 00	10 名
上永谷中継点 第9区	横浜市立永野小学校 ～山下公園 (11 km)	13 : 50	18 名
ゴール	山下公園	15 : 20	(計 148 名)
総ランナー数			合計 343 名

※複数区を走行したランナーはそれぞれ1名としてカウントしました



平塚市総合公園では、視覚障害の方も一緒に走りました

都心コースを走るランナーたち



#### 4. 山下公園のイベント

時間	内容
司会	島田薫・永井美佐江
10:00	幸保エバーグリーンズ プラスバンド
11:15	甲州戦記サクライザー イベント
11:50	成田 圭さん ライブ
12:45	坂本博之さん トークショー
13:20	HIP HOP ダンス
13:20	くりちゃんと仲間たち大道芸
14:20	土田 聡子さん ライブ
15:20	ゴールセレモニー

ステージでは歌やイベントで、盛り上がりました!



ブース出展一覧
神奈川県 神奈川県保険医協会 大磯学園
全国児童家庭支援センター協議会
資生堂社会福祉事業財団
横浜市青少年子ども局
特定非営利法人子どもセンターてんぼ
NPO 法人 CROP.
カンガルーOYAMA
神奈川県母子生活支援施設協議会
セブンイレブン
祈りの「Friendship」キルトたすき



作成頂いたリボンの総数 22,400 個



さまざまな団体がブースを出展してくれました!



## 原発事故・放射能問題と子どもの権利侵害

子どもの虹情報研修センター  
増 沢 高

今年の3月11日、東日本を大地震が襲った。子どもの虹情報研修センターでは、22年度の最後の研修であるテーマ別研修の最終日、最後のプログラムが進行していた時だった。80人以上いた参加者は、2度ほど（と筆者の体は記憶している）大きな揺れを体験した。そしてその後の停電と交通機関のマヒで帰宅が困難となってしまった。

あれから9か月。東北各県の震災と津波被害を受けた被災者は、なお過酷な状況の中で極寒を迎えようとしている今、それでも復興への力強い歩みを進めている。原発と放射能の問題は、現在なお収束というには程遠く、むしろ放射能の問題は今になって明らかになる事実と、拡大する汚染による様々な影響が進行形としてある。しかしこうした事態にかかわらずなぜか風化されつつあるように見える。そしてこうした問題の只中に何ら罪のない子どもたちがいる。

先日の日本子ども虐待防止学会で震災関連特別企画としてシンポジウムが行われた。その第2部は「被災地の状況報告」というテーマで、何人かのシンポジストが、避難所の状況や支援の状況を話された。そのお一人として、福島県にある青葉学園の神戸園長先生が実情を報告された。それは筆者にとってこの問題に対する深刻さを再認識するものだった。以下に子どもに与える影響に絞ってその内容の概要を示すが、筆者の聞き取りによるため、細部の間違いがあったらお許し願いたい。おそらくは学会機関誌に報告が掲載されると思うので、そちらを参照されたい。（）内は筆者の思ったことなどである。

・避難を希望しても、できるのは裕福な家庭で、ここにも経済的格差の問題があること（おそらく子どもを抱える20代は、貧困層といわれている世代

であり、避難を難しくさせているだろう）。たとえ避難できても、父親は仕事の関係で残らざるを得ない家族も多く、家族の解体が生じる危険があること。

- ・家の中にとどまらざるを得ない子どもの体力が低下している。学校では運動会を中止したが、除染の終わった校庭でせめてもとミニ運動会を行ったところ、足が絡んで転ぶ年少の子どもが多かったこと。体重の増加がみられない子どももいる。今は、この冬の感染症が心配であるなど健康面に影響が出ていること。
- ・学園は原発から70km圏内にあり、当初は避難地域20km圏内に対してアメリカが80km圏内と報告し、その後日本に合わせて修正されたものの、その後の結果はアメリカが正しいという情報の交錯が園のみならず市民を動揺させ続けたこと。
- ・食材等、放射能汚染に関する不安は強い。こうした不安が子どもに影響を与え、子どもの不安も高めていること。
- ・一番心配しているのは、子どもたちが大人になったときに差別されるのではないかということ。（実際差別はすでに起きている。福島出身ということで婚約が解消された女性、避難した家族が誹謗中傷を受けるといった事実がある）。

別のシンポジストである臨床心理士の金丸氏（茨城大学）によれば、一番の不安である放射能の問題について、地域で語りたくても利害関係が絡み、正直に話せないという。つまり職種によっては、放射能汚染がないことにしてほしい人たちがいるためである。被災者に話を聴いていくと、必ずこの問題に行き着くのに、地域でこれに触れた論議をすれば争いになってしまうという。

これらをまとめると、原発・放射能問題は、放射能による身体への影響も含め、子どもの健康に関わる保健医療の問題、家族や子どもの不安とそれを地域で共有することさえできないストレスを抱えるという心理・精神的問題、差別などの社会的問題、そしてここでは述べられてはいないものの、この問題に対する子どもの態度を左右するだろう教育の問題等、様々な分野にまたがる問題であることを再認識する。

筆者は被災の問題を扱うときに、地震及び津波被害の問題と原発・放射能の問題とは分けて論じられるべきであり、一緒に論じることはその本質をぼやけさせてしまうと感じている。前者は天災であり、後者は人災である側面が強いし、被害の内容は全く異なるものである。さらに、後者の問題は、多領域にわたる問題であることを認識し、各専門分野が子どもの権利侵害という視点で問題を整理し、子どもの最善の利益のために何ができるかを論議すべきである。

とは言え、どうしてよいのか分からないほどに大きな問題であり、途方に暮れて思考が停止しそうになる。しかし様々な報道や様々な場で開かれる災害に対する論議を聴いていると、どこか焦点がぼやけて、本質が伝わってこない印象を持つ。この問題に触れることは、日本経済の利害関係と政治に絡む危険を察知するのか、どこか避けて、あいまいにしているように見えてならない。

このままぼやけて何もせずでは福島県の子どもたちに対する社会的ネグレクトと言わざるを得ない。神戸先生の報告は、過去から現在、そして未来へと拡大しながら進行する問題への深刻な不安の訴えである。真摯に受け止めねばならないと自らに言い聞かせた迫力あるシンポジウムの報告だった。自分に何ができるのか、本気で考えなければ、子ども達の前に、大人として立つ資格はないと思った。



## 児童相談所における児童福祉司スーパーバイズのあり方に関する研究（第2報）

研究代表者	川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター）
共同研究者	衣斐 哲臣（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター）
	野坂 正径（神奈川県小田原児童相談所）
	菅野 道英（滋賀県中央子ども家庭相談センター）
	武田 玲子（横浜市中心児童相談所）
	山澤 重美（鳥取県米子児童相談所）
	佐々木宏二（子どもの虹情報研修センター）
	長尾真理子（子どもの虹情報研修センター）

### 1. 研究の目的

本研究は、児童虐待対応など児童相談所の専門性を高め、適切な相談援助を行うために、児童福祉司スーパービジョン\*1の現状と課題を明らかにし、児童福祉司スーパーバイザー\*2に必要とされるものは何か、また児童福祉司スーパーバイズのあり方等について検討することを目的としている。

平成20年度では、児童福祉司スーパーバイザーとしての経験を持つ研究代表者および共同研究者が、児童相談所におけるスーパーバイザーとしての体験及びスーパーバイザーとしての体験を報告し、それをふまえて児童福祉司スーパーバイズのあり方、現状と課題等について討議・検討した。合わせて、児童福祉法が施行された昭和23年以降に発出された国の指針\*3から児童福祉司スーパーバイザーにかかわる部分を概観し、児童相談所のスーパービジョンについての文献レビューを行った。最後に、これらの研究を通して明らかになったことを踏まえ、問題提起を行った。それは、以下の3点である。

\*1 ここで使用している用語については、平成20年度研究報告書と同様、「子ども・家族の相談援助をするためにー市町村児童家庭相談援助指針・児童相談所運営指針」に掲載されている「スーパービジョンの要領」において「児童相談所の利用者に対して適切な相談援助活動ができるようにするために、各職員の職務遂行能力を向上させる目的で行われる各専門分野の熟達者による教育・訓練・指導の行為を『スーパービジョン』、教育・訓練・指導に当たる者を『スーパーバイザー』、それらを受ける者を『スーパーバイザー』と呼ぶ」とされている点をふまえている。

また「スーパーバイズ」という用語を、スーパービジョンとほぼ同義で、あるいは「スーパービジョンを行うこと」といった意味で併用することについても、平成20年度報告書に準じている。

\*2 従来、児童相談所運営指針において、スーパーバイザーは「教育・訓練・指導担当児童福祉司」と称していた。平成20年3月の改定により、「教育・訓練・指導担当児童福祉司（児童福祉司スーパーバイザー）」と「教育・訓練・指導担当児童心理司（児童心理司スーパーバイザー）」に区分した。

- (1) 歴史的に見ても、児童相談所においてスーパーバイザーの配置が十分には行われておらず、根付いていないことが明らかになった。しかしながら、児童虐待への適切な対応を求められる今日の児童相談所においては、経験豊富なスーパーバイザーの存在が強く必要とされており、各自治体において中長期的な見通しをもった人事政策が求められていること。
- (2) 現在の児童相談所は、危機管理や組織的対応の必要性が強調されており、現行の「スーパービジョンの要領」(財団法人日本児童福祉協会, 2005; pp.355-363) \*4が示された時点とは大きく変化していることから、内容について再検討し、現状にそったものに再編成する必要があると思われること。
- (3) 上記2点を検討するにあたり、児童相談所において現在行われている具体的なスーパービジョン事例について検討することを通して、スーパービジョンの現状と課題、事例の蓄積を行う必要があること。
- 平成22年度は、(3)に挙げた問題提起に焦点を当てた。すなわち、今日の児童相談所におけるスーパービジョン事例を検討し、児童福祉司スーパービジョンの現状と課題について議論・整理することを本研究の目的とした。\*5

## IV 座談会 (まとめの討議)

### 「児童福祉司スーパーバイズのあり方」を考える

以下は、平成22年3月17日に行った、第3回研究会における座談会(まとめの討議)について、整理したものである。

#### はじめに

川崎(司会) 年度末のご多忙の中、お集まりいただきありがとうございます。本研究については、もともと現場の実践を生かすという趣旨で始めたという経緯があり、研究のまとめについても、なるべく現場の声を具体的に反映させるということを狙いとしていることから、全員での討議をそのまま形として残すということにしました。その点をご了解ください。

さて、振り返ると、第1回研究会ではスーパーバイズのあり方を中心に各職場の状況について皆さんから報告していただき、第2回で具体的なスーパーバイズの実際について報告を受け、検討しました。この1回目と2回目の討議を通じて得られたこともふまえて、今日は児童福祉司スーパーバイズのあり方について、改めて議論を深めていきたいと思えます。

\*3 例えば、昭和26年3月発行『児童福祉マニュアル』、昭和27年3月発行『児童福祉必携』、昭和32年2月『児童相談所執務必携』、昭和39年2月発行『児童相談所執務必携(昭和39年改訂)』、昭和52年3月発行『児童相談所執務提要』、平成2年3月発行『児童相談所運営指針』など。

\*4 詳しくは、『平成20年度研究報告書 児童相談所における児童福祉司スーパーバイズのあり方に関する研究』の「II. 国の指針を概観する」及び「VI. 資料」を参照のこと。

\*5 なお、紙面の都合により、各研究者が自ら行ったスーパーバイズの事例についての報告等は割愛し、それらをふまえたまとめの討議部分のみを掲載した。研究報告書の全文は、センターの援助機関向けホームページにおいて閲覧できるので、関心のある方はそちらを参照されたい。なお各研究者の所属は、本研究を実施した平成21年度時点のものである。

## ■ 研究報告 ■

本日の具体的な進め方ですが、第2回研究会で、衣斐さんがスーパーバイザーとしてのご自身の1日の動きの中から導き出したスーパーバイズのいくつかのパターンを例示してくださったので、それを利用させてもらい、現在のスーパーバイズの特徴や今後の展望、課題などについて、話し合いたいと考えております。衣斐さんの分けだと、スーパーバイズは、①継続指導型、②助言・指示型、③組織対応型、④同席面接型、⑤集団カンファ

レンス型、⑥ケース進行管理型、⑦その他となっています。

この分けは、スーパーバイザーの実際の活動をベースにした実践的、実務的なものと考えられること、こうした区分をすることで、スーパーバイザー自身も自らの役割を客観視し、自己洞察を深めることができるという点で、有用なのではないでしょうか。

### スーパーバイズを分けする

- 現在の児童相談所児童福祉司スーパーバイズは、以下のように区分することができる。すなわち、①継続指導型、②助言・指示型、③組織対応型、④同席面接型、⑤集団カンファレンス型、⑥ケース進行管理型、⑦その他、である。
- スーパーバイズの型を分けすることで、スーパーバイザーは自らの業務内容を客観視でき、自己洞察も進むことで、より適切なスーパービジョンが可能となる。

### 継続指導型スーパーバイズ

**川崎** 早速ですが、まずは、①継続指導型について議論していきたいと思います。この型については、第2回研究会での衣斐さんの事例報告のなかにはありませんでしたが、武田さんが報告された事例がそれに該当するとして、検討されたかと思えます。昨今の児童相談所は忙しくて、1つの事例に対して継続的にスーパーバイズを行うのはなかなか難しいという現状もあるかと思いますが、ともかく自由にご発言をお願いします。

**衣斐** 武田さん、こういう形態は多いんですか？

**武田** そうですね。横浜の児童福祉司は専門職で、一時期はかなりベテランの方も多かったんですが、その方たちが一気に退職された後、多くを新人に近い方が占める状況になりました。そのため、何ケースかは継続指導型スーパーバイズ、スーパービジョンを取らざるを得ないわけです。性的虐待とか親対応が非常に難しい虐待ケースなどでは、特にこうした対応を必要としています。

でも、自分が児童福祉司をやっていた時は、こうした継続指導型スーパーバイズはほとんどあり

ませんでした。どちらかという②の助言・指示型、それと③の組織対応型でしょうか。何かあったときには状況を報告し、その上で、「かくかくしかじかなので、一緒に入ってください」と頼んでいたと思います。でも現在は、組織的な、また人材的な課題が多くあるため、①の継続指導型をやらざるを得ないと感じています。

**菅野** 武田さんの事例を聞いて、すごく丁寧にやっているように思いました。長いこと児童相談所にいるけど、昔はほんまに、いきなり面接、いきなりやりなさいという調子やったからねえ。

うちの場合、“児童福祉司初めて”どころか、“社会人初めて”みたいな人も入ってくるので、地域担当を持たない児童福祉司、言ってみればスーパーバイザーと地域担当福祉司の中間に位置するようなポジションの人が、全部のケースではないんですけど、1年ぐらいは、今おっしゃったような形や、組織対応型に近い形で援助し、関係者会議にも参加しています。

**川崎** ところで、児童相談所運営指針の参考資料に

位置づけられている『スーパービジョンの要領』には、「スーパーバイザーは、必要とされる事項について、個人的にスーパーバイザーのスーパービジョンを受ける必要がある。個人的スーパービジョンは、原則として毎週1時間、同一ケースの相談援助活動の全過程について、各段階で留意すべき事項を中心に分析・検討を行う」という一節があります。でも、今議論している継続指導型では、武田さんの事例のように、ある時には指導・助言というスタイルをとることがあるけれど、他方では、児童福祉司と役割分担してスーパーバイザーもケースに直接関わっています。だとしたら、『スーパービジョンの要領』で述べられていることは、今ではもう絵に描いた餅で、現実的ではないということなんでしょうか。

もしもそうだとしたら、つまり、今日的にはここで実践されているような継続指導型がスタンダードであるとしたら、『スーパービジョンの要領』も変更しないといけないのかも知れない。

**衣斐** それは、内部でやる個人スーパービジョンってことなんでしょうか。どこか違う場所、違う児童相談所に行ってスーパーバイズを受ける場合は、従来から言われているスーパービジョンが成り立ちやすいですよね。

**菅野** スーパーバイザーは直接ケースにはタッチせずに、児童福祉司が純粋にスーパービジョンを受けるという形ですね。

**川崎** 『スーパービジョンの要領』は、「すべての事項についてスーパービジョンができる」と考えるのは非現実的である。したがって、相互にスーパービジョンを行うほか、必要に応じ外部の専門家によるスーパービジョンの機会を設けることが必要である」とも述べています。だから、必ずしも内部でやらなければいけないというわけじゃないんだけど、「スーパービジョンは外でやれ」ということではないはずです。だとしたら、これまで言われてきたオーソドックスなやり方というのは、今でも取り組まねばならない人材育成の方法なのか、では、それは現在の児童相談所にとって現実的なのか。実は去年の研究の時から気になってい

るんです。

**衣斐** 外部でスーパービジョンを受ける場合は自ずと形が決まるというか、外部のスーパーバイザーが直接ケースの面接に入るなんて考えられないけど、組織内部のスーパーバイザーだと、自分も入ってやらないと何か意地悪しているような感じになったり、児童福祉司から頼まれると嫌と言えないというかね。ですから、内部で純粋にスーパーバイズだけをしようとする、スーパーバイザーの方に忍耐があるんだろうなと思うんですよ。

**川崎** 自分はこっち側にいて、あなた頑張りなさいというのは苦しい？

**武田** そうですね。

**菅野** 古くから言われているスーパービジョンは、要するにその人のやり方とか理論を学びたいという意味も含めたスーパーバイズですよ。スーパーバイザーのやり方で指導を受けるわけですから、個人スーパーバイズって幅が狭いんですよね。でも児童相談所の中だと、いろんなことをしなくてはいけない。内部にいろんなケースに対応できるようなスーパーバイザー、マルチな方がいてくれるといいんですが、現実にそんな人はなかなかいないし、毎週毎週っていうのも、今ではちょっと想定しにくいですよ。

**川崎** 児童相談所のスーパーバイズということで考えたら、新人が増えてきたとか世代交代だからとかの事情も含めて、武田さんが報告されたような形の取り組みが定番というのか、やはり基本になるんですかね。

**菅野** 一緒にやってみないと伝わらんとくも実際あるしね。偉そうに言うてるだけではあかんでしょう。

**川崎** う〜ん。なるほど。

**菅野** もちろん1つのケースを通して、“これで人を育てる”みたいなニュアンスはあると思うんですよ。ただし、いろんなものを提供できるスーパーバイザーがいるかどうか。それこそスーパーバイザーのスーパーバイズという問題とも絡んでくると思いますね。

**川崎** その点は後で議論するつもりです。

**衣斐** 野坂さんが報告された事例は、継続指導型プラス組織対応型であり、かつ助言指導もして同席面接もしてますよね。言うなれば、①継続指導型、②助言・指示型、③組織対応型、④同席面接型、これらの全部をされてるようになって感じました。これは児童福祉司サイドから何か要望があったことだったんでしょうか。

**野坂** 新しく児童福祉司になったばかりの人に、初めての重篤なケースだったので、最初だけ同席面接をしました。ただし、どの辺を節目にして児童福祉司に任せていこうかっていうことは、ずっと考えていました。だから、ここで言われている継続指導型というのとは少し違ってはいます。とはいえ性的虐待とかの重篤なケースだったりすると、必ず一緒に関わることになります。ベテランの児童福祉司であっても、ある程度組織的に対応しなければならぬという事例では、複数対応を原則にしていますから。

**川崎** はい。

**野坂** 年配のケースワーカーなんかの話を聞くと、「昔は一人でやってた」「今の福祉司は、そういう意味では精神的負担は軽くなってるんじゃないか」みたいなおっしゃり方をしますが、今は一人で全てやるというわけにはいなくなってますからね。

**川崎** 皆さん方のお話を伺っていると、スーパービジョン、スーパーバイズのあり方が純粋に変化したというよりも、むしろ児童相談所が対応する相談の内容が変わり、ケースワーク、ソーシャルワークの進め方、援助の方法も変化を余儀なくされ、複数対応などが必要となり、そういう大きな波の中で、スーパーバイザーも必要に応じて一緒に対応するようになったということなんですか。

**武田** そちらが大きいかもしれないですね。

**佐々木** 未経験の新人と困難事例とが一緒に押し寄せてきちゃった。だから経験者がついてやらないといけない、やらざるを得ないという感じですよ。今抱えているのはほとんどが困難なケース。それを新人がやらなきゃいけないから、どうしてもマンツーマンでの継続的な指導が必要になっている。

**武田** 全部ではないですけど、大変なケースと言われている性的虐待とか厳しい虐待の事例、あるいは重篤な非行。そういう事例は、早い話、保護者との間で「言った」「言わない」で揉めたりしないように複数で対応するという場合がありますよね。ただしこれは、スーパーバイズという意味とは少し違うかも知れませんが……。

**川崎** 今後もこういう形態は必要になってくるということですね。じゃあ、ある程度ベテランになっている人に対してはどうなのでしょう。

**武田** 継続指導型は、比率としてはやはり初心者のほうが高くなりますよね。結構難しいケースも来ているので、新しい人には是非とも必要なやり方だと思います。

**菅野** 比率的にはそうだと思うけど、中堅とかベテランの人であっても、たとえば「会議がちょっと混乱していて難しいから一緒に入って欲しい」というオーダーなんかがあれば、スーパーバイザーが直接入ってことはある。

**川崎** ベテランになってくればポイント、ポイントでやれば良いということですかね。ただしそれは、後で出てくる「同席型スーパーバイズ」と言えるかも知れません。その点、初心者の場合はずっとフォローする必要が多くて、やはり「継続型」の比率が高くなるということでしょうか。

### 継続指導型スーパーバイズのポイント

- 継続指導型スーパーバイズは、スーパーバイザーが児童福祉司に対し、1事例について経過を追って適宜指導、援助する形態のスーパーバイズである。
- スーパーバイザーは、必要に応じ自ら役割を担ってケースに直接関与することもある。
- 新人福祉司を含む未経験の児童福祉司が担当する困難事例（難しい保護者、性的虐待、重篤な虐待や非行事

例等)では特に必要となる。

- ベテラン児童福祉司であっても、複数対応が必要な事例では、継続指導型スーパーバイズが求められることがある。
- 困難事例が多くなってきた児童相談所の現状、世代交代が続く現在、その重要性は増している。

## 助言・指示型スーパーバイズ

**川崎** そろそろ、次の「助言・指示型」に移りましょう。この点について第2回研究会ではどんな議論があったか、長尾さん、覚えていることはありますか？

**長尾** えっ、急に言われても思いだせないんですが……。でも、衣斐さんの原稿を読んでいて私はすごく納得したんです。児童相談所は忙しくて困難なケースも多いから、本当に危機的な状況で、児童福祉司さんがヘルプを求めてスーパーバイザーのところに行くっていう状況も多いのかなって思います。そういう時って、多分一から全て説明する時間がない。「1、2で聞いて、3、4で質問を投げ返して……」と書いてあるように、本当に短いやり取りだけで必要なことを押さえ、すぐ動かないといけないわけですから、こういうのがすごく助かるだろうなあって思ったんです。

私は心理の立場なので、①の継続指導型スーパーバイズが欲しい時もあるんですが、ケースが危機的状況になった場合には、こういうスーパーバイズが欲しいです。その時々、スーパーバイザーがアセスメントして答えてくれば、本当に助かるなと思って、納得しながら読みました。

**衣斐** よく分かっていたら、ありがとうございます。確かに、そういうところがスーパーバイザーの醍醐味だと思いますね。まさに現場っていう感じで。

「今こういうケースが来てるんです」とか、「こんな状況になってます！ どうしたらいいんでしょう」と質問されて、「で、どうするつもり？」などとその場で返す。福祉司さんとのそういうやりとり自体が面白いんですね。もちろん答えを出してあげないと前に進めないわけやから、何らか

の提案をしますよね。それが的確な答えかどうかは、こっちも半信半疑なんですけど、数を重ねるうちに、次第に「あ、これでいいんだ」「こういうスーパーバイズが生きてくるんだ」って思えてくるわけです。

**川崎** こういう形は、これはもうみんな無数に経験していると思うんですね。けれど、1を聞いて10を知るとばかりはいかない……。

**衣斐** でも、1を聞いて10を知るでしょ、川崎さん。

**川崎** というか、私は“この福祉司とこのケース”っていう具合に、常にセットで見ました。だから似たようなケースであっても、「ああ、はい、はい」と返しておけばそれで大丈夫ということもあれば、逆に、よほど注意して聞かないと迂闊に返事できないぞという福祉司さんもありました。ケースの中味と同時に必ず担当者を見るんですよ、やっぱり。その両方がちゃんとわかれば、あんまり失敗はないように思います。

**衣斐** この手のやりとりでは、ワーカーさんが言うの聞いてパッと浮かんだイメージで質問し、その答えがこっちの想定したことと一致すれば、「あっ、このケース、やはりこういうケースなんだ」という仮説が立てられます。その仮説に基づいてまた返し、ワーカーからの返事を再吟味する。それが、1、2、3、4ぐらいのやり取りで、5、6の段階では、もう実際に提案してやってもらう。その結果をフィードバックしてもらって、「あっ、そうだったんか。それやったら、次はちょっと路線変更してみようよ」みたいな感じで、後のフォローにつなげていく。短時間で助言・指示するといっても、言いつ放しだと駄目なんですよ。

**川崎** 確かに醍醐味もあるでしょうけど、スーパー

■ 研究報告 ■

バイザーはいろいろ忙しいから時間がないですよ。こういうやり取りでの困難さとか、難しさを感じることはありませんか。

**菅野** 福祉司さんが支援の大まかな方向性を掴んでいて、そのためにどう進めるか知恵を貸してくれと言うのであれば、「あっ、こんな作戦どうやる」って割と簡単にアイデア出せるんです。でも、そういう場合って意外と少ないんですよ。むしろエピソードばかりが語られて、結局は何を求められているのか分からへんようなことも珍しくはない。それだと、具体的な助言をする前に、まず情報の整理からしないとあかん。そういうことで結構時間を取られることがあるかな。

**野坂** ケースワーカーが、スーパーバイザーを相手に確認作業をしているようなこともありますね。自分のやり方にまだ自信が持てず、「こういう風にやってるんだけど、どう思われますか」みたいな相談をしてくる。でも、実際にはかなり深く考えてるんです。じゃあ何故尋ねてくるかという、スーパーバイザーを使って自分のやっていることに間違いがないかどうか整理し、自信をつけていくためなんですよ。それでステップアップしていきます。

**川崎** 確かにそういうことはありますね。それもスーパーバイザーの結構たいせつな役目だと思います。私が児童福祉司をやっている時のことですが、「これで行こうと思うんですが、いいですか」とか、「こういう方向で考えてるんですが……」みたいなことを、よく上司に言っていました。でも上司は「あ、はい」で終わっちゃうんです。実はこれ、相談のようで相談ではない。野坂さんが今言われたように、自分の立てた方針には一定の自信があるんだけど、それを組織的にも了解してもらってからことを運ぶという意味が大きかった。それはそれで重要なんですね。

ところが逆の立場になってみると、ちょっと違った風景が見えてきました。課長の私に、児童福祉司が「こうしたい」って言ってきたときに、本当は「かなり危ないなあ」とか、「あんまり賛成できないなあ」と思っても、「あ、はい」と言っ

てすぐには止めないんです。「あなたがやりたいんだったら、ともかくやってみよう」という姿勢をとりつつ、一方では、その方針だとどんなりリスクがあるかを考え、その時のことをシミュレーションしておく。担当者がそれでやりたいなら、まずは思う存分やらせてもらう。そのかわり危なさはこちらが引き受けるつもりで覚悟しておく。私にはそういうところがありました。そのほうが、本人も納得できるし、児童福祉司の成長にもつながると思うんですね。もちろん全てそうだとはいってはいけません。その辺は、危険度との比較でさじ加減するわけです。

**菅野** 僕がアドバイスしていくときは、結構細かい話をしています。たとえば親と面接する時に、「こういう話題で、こういう言葉を使ってみたら」みたいなこと。その親がしゃべったことをよく聞いて、言い回しも含めてどう返すか言ってみたり、具体的なテクニックなんかも結構話してるなっています。

**川崎** 確かにそうやね。「私やったらこう言う」みたいにして、親に返す言葉をそのまま口に出して福祉司さんに聞いてもらう。あれは自分の癖なのかどうか、よく分かんないけど……。

**武田** 過去にこういうパターンがあったとか、こういう事例を体験したことがあるってことは結構言ってますね。同じような状況の時、こういう対応をしたらこうなったとか、ちがうやり方をしたらこう進んだとか、他の人のケースも含めて過去の経験はよく伝えていきますね。

**菅野** それはありますね。「相手がスッて聞いてくれはったらいいけど、反発されたらどうしよう？」とか尋ねられるもんで、いろんな展開の可能性を頭に置いて慌てないように、みたいなことをアドバイスします。

**武田** こっちがだめだったら次はこの方法みたいな。

**川崎** ところで、こちらにアイデアがあまり浮かばないで困った、というようなことはないですか。

**佐々木** それとは少し違うかもしれませんが、助言を求められて具体的に提案するでしょ、すると

「あ、それやりました」「こういう方法は?」「あ、それもやりました」って調子で、次々「それもそれもやりました」と言われるんで、もっと違うアイデアを示さねばならないと、こちらが責任を感じてしまったり……。その他にもいくつかアドバイスの方法を考えさせられたことがありましたね。

**川崎** そのような状況って、どこに問題があるんでしょうか。

**佐々木** う～ん、その児童福祉司さんは、ただ機械的に言っているだけで、自分が話したことが相手にどう受けとめられたのかということ、きちんと自分自身で考えてないんじゃないかという気はしましたね。あるいは防衛が強くて、こちらのアドバイスに対して欠点を指摘されたら受けとめてしまい、言い訳的に反応しただけかも知れません。そのように防衛的になっている児童福祉司さんにどう話していけばいいのか、迷いましたね。

**菅野** そういう時って、児童福祉司さんに「どうしたいん?」って訊きますよね、僕だったら。

**野坂** 通告があって、ケースワーカーが家庭訪問したんですね。ところが、戻ってからその時の様子を詳しく報告してもらっても、私が知りたい情報が何もないんです。「ここはどうなってるの?」「これはどうだったの?」とか、「この辺のことは聞いた?」って尋ねても全然答えられないんですよ。その時は結局「もう一回訪問に行って」ってことにしたんですけど、そういう話をしているうちに、段々と私がワーカーさんを責めているような雰囲気になっちゃったんです。そんなつもりじゃなかったんですけど。本人も緊張していたってことはわかるんですが、初回の訪問だったので、こちらもどういう風にケースを組み立てていこうか思案しますし、やはりそのためには情報が必要ですよ。だからやむを得ない面はあるんですけど、指示的な感じがあまりにも強く出てしまった。それって、やっぱりすごくまずいなあって思った記憶があります。

**川崎** よくわかります。さっきは私も「福祉司とケースを常にセットで見る」なんて言いましたが、

ケースの内容に熱中してしまうと、担当福祉司のことがどこかへ飛んでしまって配慮するのを忘れるということがありました。スーパーバイザーとスーパーバイジーの関係って、担当者とクライアントの関係に類似するといわれることがあるでしょう。スーパーバイザーは支持的に、つまりサポートティブであれと言うんですが、そんなに簡単ではないですよ。

**菅野** でも、スーパーバイザーが自分で仮説が立てられへんかったら、何もできないじゃないですか。

**野坂** そのワーカーさんは、訪問はしたものの、たぶん次のステップまで考える余裕がなかったんだと思います。新しい福祉司さんは、そういうところで行き詰まることが多いんでしょうね。たとえば「こうでした、ああでした」と。そのことに限れば情報は正確なんですけど、実は次につながるために必要な情報はあまりない。だから「次どうすんの?」って訊かれると困っちゃうんですよ。

**菅野** スーパーバイザーだって、助言・指示するためには、ケースについて自分自身に一定のイメージができ、その時点である程度の見立て、見通しが立たないと無理でしょう。

**川崎** だから見立てが立たない場合は、さっき野坂さんが新人福祉司さんに求めたように、「もう一度家庭訪問して、これこれについて調べて来て」って言うことが、まさに助言になるわけですよ。

**菅野** あっ、それはよくやっていますね。僕の場合、福祉司から心理診断のオーダーを受ける窓口になっているので、その時点でいろいろ確認するんです。「親はどう言うてんの?」「いや、学校の先生が……」「そうじゃなくて、親御さんの気持ちを知りたいの」「あのう、先生が……」。こういうやりとりを通じて、福祉司さんは抜けて落ちていた部分の調査をしていくことになるわけです。

**衣斐** この助言・指示型については、福祉司さんが助言を求めたいという場合のことを、私は想定していたんです。この型では、向こうが自分のやりたいようにやるんだったら助言を求めてくることもないでしょうし、結果的に「こっも文句は言いませんよ」ということになるので、正直言って不



## ■ 研究報告 ■

安はあります。進行状況がみえませんか。ですから、もう少し枠をはめて「必ず助言を求めに来なさい」と言えなくはない。ただ、基本的には本人が自分で困らないでやってるんであれば、こちらは口を出しません。そういう待ちの姿勢も大事なのかなと思うんですよ。

**川崎** でもその場合、全然助言を求めない人もいるでしょう。こういう人へのスーパーバイズはどうなるのでしょうか。

**菅野** 押し売りの助言・指示っていうのはありますね。誰かが何人かで喋っているのが耳に入って、「うん?」「待てよ?」って思ったとき、こっ

ちから輪の中に入って、そこから気づいたことをしゃべるんです。

**佐々木** 積極介入型ですね。

**菅野** 押し売りやと思うんですけど、それが結構役に立つ。

**川崎** なるほどね。ところで衣斐さんが、先ほどいみじくもおっしゃったように、助言・指示型が「待ちの姿勢」の中での的確にスーパーバイズするものだとしたら、助言を求めようとしない人への対応は、むしろケース管理をどのようにしていくかという問題に通ずるのではないかと思います。これは、この後で議論することにしたいと思います。

### 助言・指示型スーパーバイズのポイント

- 助言・指示型スーパーバイズの基本は、待ちの姿勢。
- 児童福祉司は危機的な状況の中で助言を求めてくる。限られた時間を有効に活用する工夫を！
- 1,2で聞いて、3,4で質問し、5,6で提案を行い、7,8で経過をみて、9,10でフォロー。
- スーパーバイザーは、常にケースと担当福祉司の両方をセットで考えることが大切。
- 児童福祉司の方針が危うくても支持することがある。その場合はスーパーバイザーが予測されるリスクを検討、引き受ける準備ひきうけるしておく。
- スーパーバイザーは抽斗ひきだしの多さが宝、過去の経験を生かして助言する。
- 担当者が面接で保護者に返す言葉を、スーパーバイザーが口に出して言う方法もある。
- 児童福祉司は、自分の方針に確信を持つとして「質問」の形で確認する場合もある。
- スーパーバイザーも仮説が立たないと助言ができない。仮説のための情報整理をすることも重要で、「××についてもう一度調べてみて」という助言もある。

### ケース進行管理型スーパーバイズ

**川崎** 先ほどからの議論の流れもありますので、ここからは6番目に挙げられた「ケース進行管理」というテーマで議論をしたいと思います。

**武田** 福祉司さんの中には、ケースワークが全然進行しなくなっちゃう方もありますよね。たとえば、苦労して一時保護したらほっとしてしまうのか、その後の動きがパタッと止まってしまって、こちらがやきもきするようなこととか……。

**野坂** うちで言うと、一人の児童福祉司が大体60から80ケースぐらいを持ってますよね。すると、それぞれのワーカーさん、特に新しい方は、自分の得意なところには手をつけるんですよ。だからそ

のケースだけは進むんです。ところが苦手だと感じているケースだと、なかなか動いてくれない。私はそこには介入しますね。「ところであのケースはどうなったの?」って訊くんです。そうしたら、「えっ?!」って。やっぱり困ってるんですよ。手をつけられてない。ワーカーさんによって得意・不得意があるので、やはりこちらから声をかける必要があるんです。福祉司さんが少し経験を積んできたら、今度は逆に、苦手だろうなと思っても意図的にしばらく見ていることもありますけど。

**川崎** スーパーバイザーには、やはり管理的側面が

求められますよね。だから、助言というより、まず報告を求めなくちゃならない。ただし、1人の児童福祉司がたくさんのケースを抱えていたら、あるいは1人のスーパーバイザーがたくさんの福祉司を抱えていたら、どこまで完全にできるかっていう問題がある。全ケースというわけにはいかないので、勢い気になるケースに、あるいは全然見えなくなってるケースなんかに限られますよね。

**野坂** 神奈川では、かつて児童養護施設入所中の子どもが外泊中に虐待死するという事件\*1がありました。担当者はとても真面目な方で、それは一生懸命やっていたと聞いています。ただし、予定していた帰省期間を超えて外泊が長引いていたということについては、必ずしも所内において必要十分な報告がなされていたとは言えませんでした。行き詰まってしまうと、逆に報告できなくなってしまうということがあるかも知れませんが、スーパーバイザーがそこをどう押さえていくかっていうのが、やっぱり大切だろうなって思います。

**川崎** 私が地域担当の児童福祉司をしている時のことを振り返ると、どうしたって行き詰ってしまうケースが何件かは出てくるんですよ。それって、上司に相談はしたいんだけど、その前に、まずは自分でもう少し何とかしとかなきゃいけないって考えてしまうんですね。たとえば、親御さんに1本電話をして状況を確認しておこうとか。ところがそういうケースに限って、決して忘れていないわけじゃないのに、その1本の電話が難しいんです。それでますます気分が重くなる。

**山澤** 自分の場合、ケース管理に関しては、2人の福祉司が在宅で受け持っている数が約160ケースで、それに施設入所ケースが加わります。それを、1か月に1回必ずチェックするんです。

**川崎** 全ケースですか。

**山澤** そうです。集中してやります。やり方も、「動きがない」「ああそうですか」ということで終わりにはしないで、「具体的にどうなっているのか」

ということ確認します。「前回の時、こうしようと言ったでしょ」というふうにね。福祉司さんは、最初そう訊かれること自体が苦痛だったみたいで、特に1か月間何も動けてないような場合は、結構いやがってました。でも、繰り返し繰り返しやっていくことによってケースが展開していくんです。児童福祉司も要領が分かってきたのでしょよね、きっと。だから、管理というのは大切なことだと思うんです。ただ、こっちもしんどいですよね。

**野坂** 私たちのところも、3か月に一回は必ず全ケースやっています。

**武田** 横浜の場合はITシステムがあるので、スーパーバイザーから所長に至るまで、ケース記録が全部見えちゃうんです。ただし記録を書かないと、当然ですが見ることはできません。というか見ても記録がなければ何もわからない。

**野坂** 神奈川県はITシステムは、6か月以上動きがないと、画面上でそれがわかるようになっています。

**佐々木** それは虐待の全ケースっていうことですか。

**野坂** そうです。チェックをすると、全部出てくるんです。

**武田** 横浜の場合も同じで、野坂さんが言ったように一定期間動きがなければランプで警告されます。でもそれは、スーパービジョンとはちょっと違うかもしれないですよ。

**山澤** 記録は大切なことだと思うんですけど、記録で回ってくるものを読むのと、児童福祉司から直接話を聞くのとでは、やっぱり全然違うと思うんですよ。だから対面しての報告を大切にしています。

**武田** そうですね。

**佐々木** 直接話していれば、記録の行間に含まれる大切なものが読み取れますからね。

**山澤** ですから、「必ず報告ちょうだい」と言っています。福祉司さんは、家庭訪問や関係機関との協

\*1 平成18年度に発生した虐待死事件。経済的な事情で預かっていた児童の外泊を認めたところ、帰省日を過ぎても施設に戻さないまま日時が過ぎて、そのまま虐待死に至った。

## ■ 研究報告 ■

議が長引いたりして夜遅く帰ってくることも多いので、こっちもなるべく残って待っているようにしています。もちろん、やむを得ず翌日になることもありますが……。

**菅野** 管理的な部分は、当然のことながら管理職ポジションの役割で、それは広い意味での、つまり大枠の部分でのスーパービジョンになると思うんです。うちは進行管理の中で、どの情報を大事に扱うか、家族の状況が悪いのはなぜかといったことが書けるような書式を作って利用しているので、管理イコールケースの見立てにもなっています。進行管理は単に進行管理一色ではなくて、自然とケースの見方とかりスクの拾い方に習熟するようになっていく。

**衣斐** そういう意味では、やはりスーパーバイズになるんですね。進行管理しながらスーパーバイズするっていう側面が出てくる。

**菅野** 進行管理会議では、たくさんのケースをごく短時間で全部見ていくわけだから、スーパーバイザーもすごく早いペースで究極の読みを求められる。児童福祉司だって、要点だけをしゃべるようにしないとあかん。だから説明しているとすぐに時間がなくなってしまう。

**川崎** 実際に多くのケースの進行管理をしなきゃいけない、で、実はそれが管理というだけでなくスーパーバイズにもなるってことですかね。そこもうちょっと詳しく説明してください。

**菅野** 先月と比べて今の状態がどうなっていて、どんな支援が必要なのか、端的に言えばこれだけの要素ですよ。子どもの安全度が上がったのか下がったのかという評価をして、支援がうまく行ってへんかったら支援の方法を変える。短時間で今現在の見立てをし、それを分かりやすく伝えて児童福祉司に分かってもらうということです。

**衣斐** ところで、『スーパービジョンの要領』って、平成17年に改定された児童相談所運営指針に添付されているものが一番新しいんですね。そこでは虐待への対応という点に関してどのように記載

されているんですか。

**川崎** この『スーパービジョンの要領』は、平成12年に「児童相談所執務提要」が衣替えして「児童相談所運営指針」に改められた際に、その参考資料として載せられたものですが、運営指針がその後何度も改定されたのに比べて、こちらのほうは、実はそれ以後ほとんど改定されていません。だから平成17年に新しい運営指針が出されたときも、『スーパービジョンの要領』のほうは、わずかに語句の修正がなされた程度\*2で、内容的には平成2年当時とほぼ同じなんです。ここにはケース進行管理に関して「調査、面接、検査、指導等の内容が適切か、仕事の計画が合理的で計画どおり実施されているか否かを点検し、必要な指導を行う。特に、ケースの進行計画に偏りがないかどうかを点検し、全体のバランスを図る」という記述はあるんですが、「虐待」という言葉は全くでてこない。だから、従来型のスーパービジョンの要領であると考えられますね。

**菅野** 現在の児童相談所に求められるのは、要するにリスクマネジメントなんです。だから、リスクマネジメントをするのが進行管理です。ただしリスクの把握だけじゃ不十分だから、支援のポイントを把握することも含めて管理する。結局そこですよ。

**川崎** 短時間でどんどんやらなきゃいけない。時間がないだけに集中して考えていく、それが力量をアップさせるっていうイメージですかね。

**菅野** 要素をズバッと抽出せんらんから、エピソードを書く欄もない。でも突っ込まれたら「実はこういうエピソードがあつてね」というふうな報告できなあかん。それに、「えっ、これ先月のコピーとちゃうか!」みたいな突っ込みもありますからね。

**衣斐** それで、今の児童相談所の虐待対応に欠かせないスーパーバイザーの役割でしょう。

**武田** そうですね。「進行管理的スーパーバイズ」のウェイトは大きいように思います。

\*2 たとえば、「児童」を「子ども」に、「心理判定員」を「児童心理司」に、「処遇」を「援助」に変更する程度の改定が行われたのみである。

**衣斐** ワーカーを育てるとかワーカーの主体性を大事にするっていう意味では、「いつでも相談に乗るよ」という待ちの姿勢が必要だけど、他方では報告してこない人に対してもスーパーバイズをしないといかん。それはワーカーを助けると同時に虐待対応の社会的責務を負う児童相談所の中にいるスーパーバイザーの役割でもあるんじゃないでしょうか。もしもその点をおさなりにして何か問題が起これば、その不作為の責任として「児童相談所が関与していたにもかかわらずなぜ放置していたのか」ということが問われます。それにちゃんと対応できるようなスーパービジョンが必要なんだと思うんですよ。

**野坂** 所長をはじめとして、管理職はスーパーバイザーに対してそのあたりのことを一番期待しているんだと思います。

私は、「仕事の順位づけにはいつも注意してね」と言います。なぜかというと、ケースワーカーって自分の仕事は自分で組み立てるじゃないですか。そこがケースワーカーの面白さでもあるわけだけど、そのために、結果としてできないことや考えがまとまらない場合はどんどん後回しになっていくと思うんです。そこが落とし穴にもなるんで注意を払う必要がある。だから月1回の進行管理会議では、その点をフォローするように努めています。機械的に管理するだけっていうのは、管理的でいやだっていう気持ちが常にあるので……。

**川崎** それはあくまでもケースの進行管理なんですよね。つまりワーカーさんの管理とは違う？

**佐々木** そこは表裏一体でしょうね。ワーカーさんにもいろいろあって、どちらかという自分の思いだけで独走しがちなタイプと、逆に不作為が続くようなタイプがある。今は独走するようなワーカーさんは少なくなってきたかも知れません。ですから、不作為のまま過ぎていくような状況のほ

うが、管理者としては恐ろしいかな。

**山澤** ケースを管理する中で特に注意していることは、他機関との関係です。今では児童相談所だけが単独で持っているケースってほとんどないですよ。多くは要保護児童対策地域協議会などで協議されています。そこで私が必ずチェックするのは、そのケースの主担当機関がどこになっているかってこと。児童相談所が持っているのか市が持っているのか。その点が決まっていなかったり中途半端になっていたら、次の会議に直接自分が入ってすり合わせをすることもあります。でないと怖いんですよ、正直言って。

**川崎** ウウム、そうすると今はもうケース管理の幅を広げて、関係機関も視野に入れておこなきゃいけないということでしょうか。

**野坂** そのことがワーカーさんの負担になっているっていうことはよく聞きますね。市町村も入り、いろんな人がいろんな形で関わっているので、児童相談所が主体のケースであっても周囲の目が光っているんです。それだけにきちっとやんなくちゃいけないというプレッシャーも強く、精神的な負担はすごく増えているっていうんです。

**川崎** ところで、ワーカーの立場に立ったら、管理されるっていうのはどうなんでしょう。しんどいんですか、それとも楽になるんですか。

**菅野** 進行管理の会議に向けて資料作りもしなくちゃいけないし、手間はものすごくかかっていますよね。でも、「今月の動きは？」っていうチェックがあるので、何もできてなければ、とにかく電話一本は架けるといった形で、ケースワークを展開させる支えにはなっていますよね。それから、うちではその会議に半日くらいかけるので、「自分のケースのことを自分の仲間内でしゃべれるのはすごくありがたい」という声は聞きます。

**川崎** なるほど。

### ケース進行管理型スーパーバイズのポイント

○現在の児童相談所でケース進行管理は重要不可欠。スーパーバイザーの社会的責任ともいえる。

- 児童虐待対応におけるケース進行管理のポイントは、リスク及び支援の要点の把握。
- 児童福祉司には得手・不得手がある。不得手の部分は得てして滞る。
- 児童福祉司は、スーパーバイザーに相談したくてもその一歩が出せないことがあることに留意する。
- 上記にもかかわって、押しかけ型スーパーバイズ、積極介入が必要となる場合がある。
- ケース進行管理は児童福祉司にとって負担でもあるが、児童福祉司を楽にする方法でもある。
- ケース進行管理は、単なる管理ではなくスーパービジョンの場でもある。
- ケース進行管理では、所内に目を向けるだけでなく、関係機関も視野に入れておく。
- ITシステムによる管理だけでなく、児童福祉司と直接対面して報告を聞くことも重要である。
- 進行管理のための会議では短時間で多数のケースをチェックするため、スーパーバイザーの力量が問われる。児童福祉司も、いかに手際よく要点をまとめるかの力量が問われる。

### 組織対応型スーパーバイズ

**川崎** 次の組織対応型のスーパーバイズに話を進めたいと思います。これは児童福祉司の上司として組織の責任者の役回りを担い、スーパーバイザーが児童福祉司と一緒に動くという意味でしょうか。このような方法は以前にも当然あったはずですが、虐待問題が前面に出てくる中で比重が高くなってきた、不可欠になってきたと思います。衣斐さん、これって福祉司さんがちょっと困ってしまったようなときに、私が責任ある立場の者ですとってスーパーバイザーが出て行くイメージなんですか。

**衣斐** それもあるし、局面がなかなか展開しないときに、ちょっと違った言い方を違った者がすることによって変化を作るといこともあります。たとえば、スーパーバイザーが少し権威的に、「これは児童相談所としての考え方なんです。この担当者だけが言っているわけではないんですよ」と言ってみたりね。

**川崎** そういう形で出ていくことは、やはり多いですか。

**武田** 多いですね。

**衣斐** 保護者と直接対応するだけでなく、関係機関とのやりとりの場に出向くということもあります。

**菅野** そうそう。関係機関同士が対立関係に陥ってしまったり、膠着状態が続いたりすると、スーパー

バイザーが介入しないといけないことがある。

**川崎** 組織対応型というのは、多くの場合、局面を変えるためにスーパーバイザーが出て行くんですよね、きっと。でも、そこまでのプロセスはいろいろだと思うんです。たとえば児童福祉司サイドからスーパーバイザーに要請がある場合、あるいは保護者が上司を出せと言ってくる場合。さらに、要請はなくてもスーパーバイザーが自ら判断して出て行くこともあるかと思います。その辺はどうなんですか。

**山澤** 児童福祉司からのSOSは必ずありますよね。それを受けて、「じゃあ、今日どういう内容で面接するつもりなの？」って、ある程度聞くじゃないですか。もちろん、中には児童福祉司が一人で行く気持ちでいることもあります。でも、「この場面なら、こういうことが予想される」といったことをこっちが判断して、敢えて同席することもありますね。

**川崎** まさに組織として取り組む必要があるって判断をしているわけですね。

**野坂** 虐待通告を受けて職権で一時保護をしたとき、保護者を呼び出しますよね。そういう時は対立することが予想されるので、必ず同席します。そして、虐待の告知はスーパーバイザーが引き受けます。その上で、「今後のことについては、この児童福祉司が担当しますので、よく話し合っ

ください」とつなげます。後は、その後の展開に応じて一緒に入ることもあります。

**川崎** その辺は、他の児童相談所でも共通しているんですか。

**武田** 共通してますね。節目節目で入ることがあるのも同じです。

**川崎** 組織対応型の場合、スーパーバイザーと児童福祉司とのチームワークは難しくありませんか。何か工夫してることはありますか。

**衣斐** こっちが出過ぎてしまうと、児童福祉司さんに頼られるだけでなく、保護者もスーパーバイザーを頼ってしまって担当の福祉司さんがそっちのけになってしまうことがあります。そうならないように注意するのはスーパーバイザーの至上命題ぐらいに意識してますね。要するに、こっちが出ることで局面は変えるけど、それは一回きりですよということなんです。それ以降も登場しないといけなような場合がないわけではないけど、基本的には児童福祉司を主体にするというスタンスを守ります。

**川崎** 「これが児童相談所の判断です」とスーパーバイザーが伝え、「今後についてはこの担当福祉司が相談していきますから」と区切りをつけるわけですね。でも、たとえば菅野さんが会議に行ったら、次の会議にも出てくるよう期待されてしまうことってないですか。

**菅野** 児童福祉司には、事前に「とりあえず助っ人だからね」って念を押しておくし、関係機関の人から「次も来てもらえますよね」っていう雰囲気を感じたら、こっちから先に「次は来ません」って言っちゃう。

**衣斐** 完全に嫌われてしまっても困るけど、好かれないようにする？

**野坂** 私は、スーパーバイザーは嫌われてもいいって割り切っているところがあります。保護者と担当福祉司とが繋がるために、私たちが意図的に嫌われる役割をとるわけです。

**衣斐** 嫌われ切ってしまうてもよくないというか……。

**野坂** そうですね。そこが微妙ですね。

**川崎** 親御さんにすると、児童相談所全部が敵というんじゃないで、「こいつが悪いんだ」って思うことが結構ありますよね、もしかしたら、そうであってほしいと期待しているかも知れない。だったら担当の福祉司ではなくスーパーバイザーがその役を引き受けるという対応には意味がありますね。

**野坂** 怒りを率直にぶつけてもらわないことには次の変化も見えてこないケースもあるので、その場合にはスーパーバイザーの方に怒りを向けてもらうようにします。

**武田** でも、逆に私が入ることで、それまですごく興奮していたお父さんが手のひらを返したように静かになって説明を聞いてくれるということもありました。

**野坂** 男性と女性の違いはあると思いますね。武田さんの場合は、やっぱり優しい言い方になってるんじゃないでしょうか。私たちは、男性としてちょっと違った言い方があるんだと思う。

**武田** 確かにやり方が違うのかもしれない。相手が聞く姿勢になってくれれば、「最近もいろんな事件があったでしょう」「法律的にはこのようになっているんです」と、ていねいに丁寧にお話していくことができるんですね。

**山澤** 私は児童福祉司に対して、まずは親御さんに歩み寄るように、仲良くなるようにしてもらいます。それで、よく次のような言い方をしてもらいます。「上司もこう言っており、私はあなたのためにこれだけ努力した」と。でも保護者の意向に添わない方針もあります。そういう場合には、「お父さんお母さん、こういうことなんだ。私にはちょっと悔しさもあるけど、上司がこういう判断をしている」と言ってもらいます。そこで私が出て行きます。そして、「所長がこういう判断してるから、私はあなたのためにこれだけのことをやりたい」「このような方法があります…」と明確な方向を伝えます。

**川崎** 所長の判断だと言うと、相手が「所長を出せ」と言ってきませんか。

**山澤** めったにないですね。

**川崎** それはやはり、場の状況をよく掴んでタイミ

■ 研究報告 ■

ングよく「このような方法があります」と言ってるんでしょね。

**山澤** 「所長を出せ」と言われても、その手前で壁になることが私たち職制の役割ですよ。

**川崎** 確かに。

**山澤** 児童福祉司さんも、「上司がこう言うから」っていうのを使うとすごく楽なんですよ。

**菅野** スーパーバイザーが直接登場しない組織対応型ですかね。

**川崎** 素晴らしい。

**佐々木** 私の場合、「上司が」とか「所長が」って児童福祉司が言って、「じゃあ、上司を出せ、所長を出せ」と返されたということを何度か経験しています。ですので、児童福祉司がそういう言い方をする場合には、事前にしっかり意思の疎通をはかるようにしていましたね。

**武田** 私は「上司」って言わず「会議でこう決まりました」って言うようにしてます。個人の判断だけで決めていると思われたらまずいので。「会議の中では、こういう話も出ましたよ」って、会議の様子を具体的に説明することもあります。

**川崎** 組織対応型では、スーパーバイザーが児童福祉司とは違った立場で役割を担うわけですが、実際に出て行くか否かで迷うことってないですか。たとえば児童福祉司が逃げ腰になって、「上司を出します」って簡単に言いすぎるようなこととか……。

**菅野** 自分の役割が明確であれば、「はいはい」って出て行きます。でも、何をしに行くのか分からへん場合には、福祉司さんにまず訊きますよね、何をしたいのか。そこでやり取りをして、「じゃあこの役割で」っていうことが見えてくれば行きます。役回りはいろいろですけど……。

**川崎** 逆に言えば、組織対応型では、「事前の役割分担」「お互いにこの線で行きましょうっていうチームとしての意思疎通」が出来ていることが必要条件で、「係長、大変だから来てください」といきなり言われてうまくいくというものじゃない。

**武田** 考え方を一致させておかないとね。引き際だって大切ですから。

**菅野** そうそう。こっちがきついことを言うポジションで、児童福祉司がフォローをするとしたら、現場でサインも送らないとあかん。実はかなり練っているんですよ、事前に。

**川崎** やっぱり事前の打合せ。それが面接の行方を左右する。

**菅野** よっぽどよく分かってる人間同士でないと、その場で臨機応変に役割分担を動かすなんて難しいですからね。

**長尾** あのう、1つ訊いてみたいことがあるんです。私の経験では、せっかく役割分担をし、打ち合わせをしても、実際に面接に入ると、「あれっ？」と感じてうまくいかないことが結構あるんです。そういう時ってどういうふうに対処されてるんでしょうか。

**川崎** 課長として対応してたときのことでしょね。その場合、私は明らかに児童福祉司の上司ですよ。ですから保護者も当然、私が責任者だということでも話してきます。ところが細かな経過などに関しては、それまでずっと関わっていた児童福祉司のほうが絶対に詳しいんです。保護者と児童福祉司とスーパーバイザーを並べたら、情報量が一番少ないのはスーパーバイザーですよ。だから保護者と対立しているような場合だと、下手をすると「そんなことも知らないで！」と非難されかねない。その辺は落とし穴になりやすいんで、注意してました。ただし、細かなことは知らなくても、そのケースでは何がポイントなのかということについては、担当福祉司以上にきちんと理解しておく必要がある。でないとこの役割はできないんです。

**野坂** ある程度経験年数を経ている人は、スーパーバイザーを上手に使いますよ。「今日ちょっと一緒に面接に入ってもらえますか」「実はこういう役割をお願いしたいんです」って。でも新しい方には、こちらから「じゃあこういうふうに進めましょう」と話してあげます。中には、さっき山澤さんが話されたように、「上司がこう言っているんで」と一人でうまくやり取りされる人もいます。ケースバイケースだと思うんですが。

**衣斐** 長尾さんが言われたようなことを逆手にとって使うこともありますよ。

**長尾** という？

**衣斐** 敢えて、保護者の目の前で食い違いを見せるんです。「あんたさっきこう言ってたやろ」「あ、だから僕が勘違いしてたってことか」みたいにして舞台裏を明かすことが、逆に相手にストンと落ちることもあるからね。

**武田** うまくいかない場合、中休みをとりますね。また、揉めることが予想される男性に女性二人で面接するような時には、「一時間したら入ってきて」と、別の管理職にあらかじめ頼んでおいたりもします。

**川崎** 児童相談所の中での面接だと、「ちょっと休憩します」というのは自然にできますよね。それから、直接面接には入らなくとも、面接室のドア越しに耳をそばだてて内容を聴いたりしてました。それで「あっ、これは大丈夫」と判断したり、タイミングをはかってドアをノックし、「すみません、ちょっと…」と福祉司を呼び出して様子を確認したりしたんです。所内であれば、そういうメタポジションからの介入っていうのも可能なんですね。ただし家庭訪問の場合は厳しい。「相手の城」ですから、こちらがその場をコントロールするのは難しいんです。その場合は、やはり事前に十分な打ち合わせをしておかないといけない。

**菅野** でも、最初にちゃんと役割分担を確認していれば、それが崩れるってことはほとんどないですよ。仮にケースワーカーがきつめに言い過ぎたなって思ったら、「彼はこういう言い方しかできないけど、本当は……」みたいな言い方でフォローもできるからね。組織対応型は基本的にはそれほど崩れない。ただし、役割分担は崩れなかったけれど玉砕したってのはある。権威を持って行ったけど通じなかったというような。

**武田** それは、もうしょうがないです。いくら説得

してもだめだったってことはありますから。そのときはもう面接を繰り返すしかない。何回も繰り返すっていうのを方針とするんです。

**川崎** いずれにしても役割ははっきりしているわけですね。

**武田** ところで最近、この組織対応型を子どもに対してもやらなきゃいけないことが出てきました。施設内で暴力行為を起こして措置変更しなければならぬ時だとか、一時保護しなければいけない時。

**野坂** ワーカーさんと心理でうまくやってくれればいいんでしょうけどね。

**武田** 家庭裁判所送致のような場合もそうですが、決定事項を子どもに申し渡すような場面で、こちらが駆り出されてやらなきゃいけない。

**菅野** 確かにそれあります。この前もね、僕はその子と会ったこともなかったんだけど、本人が「偉い人が、『いい』って言わなあかんのか？」って訊いてきたらしいんで、こっちはもう、そのストーリーによって登場しました。権威を使うことで納得させられることもありますからね。

**武田** 最近それが増えてきたように感じます。自分が児童福祉司のときは、少なくとも子どもに関しては、スーパーバイザーをお願いしたってことはないんですけどね。

**野坂** 子どもの能力なんかもあって、人を分けた方が分かりやすいってことはあると思います。たとえば、軽度の知的障害があって非行問題を抱えている子どもがいたんですが、いつも対応している児童福祉司ではなくて、私が入って言うべきことをはっきりと伝えました。一人の児童福祉司さんが優しくしたり厳しくしたりというのではうまく伝わらないけど、人を変えることで本人も理解できたんです。

**川崎** いろいろありがとうございました。少し休憩しましょうか。

### 組織対応型スーパーバイズのポイント

- スーパーバイザーが組織の責任者の立場で面接等に出向く形のスーパーバイズ。



- 保護者等の面接だけでなく、関係機関協議などでも必要とされる場合がある。
- 児童虐待対応などが増加するにつれ、組織対応型スーパーバイズは重要性を増している。
- スーパーバイザーが登場することで膠着状態を打開したり、局面を変えるという役割がある。
- 児童福祉司や保護者が頼りすぎることによってスーパーバイザーが主担当者にならないよう留意する必要がある。
- 組織対応型スーパーバイズ成功の鍵は事前の準備（打ち合わせ）。福祉司とスーパーバイザーそれぞれの役割や面接方針の確認、意思統一が重要。
- 担当児童福祉司がスムーズに援助できるよう、スーパーバイザーが嫌われ役をとることも必要。
- 詳細情報は児童福祉司。ただしスーパーバイザーは担当者以上に事例のポイントを押さえておく。
- 面接が行き詰まった場合は、適宜中休みをとるなどの方法を駆使する。
- 相手が納得するため、面接場面で舞台裏を明かすような方法（裏技）もある。
- スーパーバイザーのさらに上のポジションにいる人の協力が必要な場合もある（メタポジションからの介入も準備しておく）
- 「上司の意見ですが」「会議で決まったことですが」と児童福祉司が説明し、スーパーバイザーが直接登場しない型もあり得る。
- 子どもに対しても、スーパーバイザーが組織対応型で対応することが有効な場合がある。

## 同席面接型スーパーバイズ

**川崎** では、次に移りたいと思います。「同席面接型スーパーバイズ」ですが、衣斐さんによれば、面接の主導権はスーパーバイザーがとる。つまり、主従で言えば、むしろワーカーのほうが従になる感じでしょうか。これが、狭義の意味でのOJTであり、先輩のやり方を学ぶということにつながっていくと位置づけられているかと思います。衣斐さん、そういう理解でいいでしょうか。

**衣斐** そうですね。私自身の経験では、児童福祉司と一緒に面接に入ると、黙っていようと思っても我慢できないことが多かったんで、いっそのこと自分が主導権をとってしまおうと考えたわけです。これを同席面接型と呼ぶのは、要するに仲間なんだという意味合いを強調したかったからです。このタイプでは、面接に来ている親御さんに対しては上司とか部下といった関係性を示す必要は特にありません。ただ、スーパーバイザーが面接の主導権を握ると、担当児童福祉司に対しては、その場が必然的に教育的な意味合いを持ってきます。またこっちが主導権をとれば、福祉司さんは自然に記録をとってくれたりしますよね。だから、スーパーバイザーとしては面接の場面で変に我慢

しなくてもいいし、思う存分に面接に没頭できます。

**川崎** なるほどね、大体のイメージはできました。確認の意味で、先に論じた「組織対応型」との違いをもう一度説明してもらえますか。

**衣斐** 「同席面接型」は、どちらかというと普通の面接なんです。

**川崎** スーパーバイザーが、担当児童福祉司に近い立場で面接をしているということでしょうか。

**衣斐** そうそう。ですから、自分が上司だとか責任者だっという「組織対応型」での役割は、それほど表立っては出てこない。

**川崎** わかりました。みなさん、こういう形の面接ってされてますか？

**菅野** 僕は児童心理司側のセクションにいることもあって、それが仕事みたいなところがあります。この間も、服役しているお母さんと面会するために児童福祉司と一緒に刑務所に行ったんです。母親にとっては面接者の上下関係なんて意味がないから、まさに同席面接ですよ。それで僕が主になって面接を進めたんですけど、お母さんが「ここではケンカもせんと頑張ってます」って言ったん

ですわ。そこで「それはきっと、お母さんの中に眠ってた力なんやろね」「ちゃんと頑張るための種は前から持ってたけど、それがここで芽吹いたんとちゃうかな」って返したわけです。そしたら、面接が終わって児童福祉司が、「あの話よかったですね。ケンカをしていないということを単に肯定するより、もともと力があって、それが芽を出したという言い方のほうが、お母さんの励みになりますから」と感想をいってくれました。

**川崎** ええ。

**菅野** 同席面接は、スーパーバイザーにしたら一種のデモンストレーションにもなるので、つまり1つのモデルを見せることになるので、新人福祉司はそういうところからも吸収できるというか、学べるんですよ。

**武田** 確かにモデルを見せるっていうのはあるかもしれない。

**衣斐** しかも後の振り返りで、児童福祉司が面接のどの場面に関心を持ち、どこに注目したかが分かるから、結果的に福祉司さんのレベルを知ることでもできる。そういう意味では、継続指導型のスーパービジョンにもつながる気がします。

**川崎** 新人の児童福祉司にしてみたら、「あっ、そういうやり方をするのか！」って具体的にわかるから、同席面接型スーパーバイズが、まさにOJTになっているってことがよく理解できました。

ところで、こういうスタイルで面接するのはどういうケース、あるいはどういう局面で有効になるのか、もしくは必要となるのか。その辺りが明確になると、イメージがさらにふくらむんですが……。

**衣斐** 組織対応型とまではいかないけれど、それでも膠着している局面に変化を起こしたいような場合には、一緒に面接に入ろうってことになりやすいよね、やはり。局面を変えるっていう意味合いはあると思います。

**川崎** 組織の代表とか責任者というのではなく、言ってみれば経験者として、技量のある者として同席するというニュアンスですかね。

**菅野** この型って、児童心理司の育成スタイルとし

てはごく普通なんですよ。新人の心理司は、まずは先輩の検査場面の観察から入って、だんだん独立していきますからね。それから家族面接の時とか家族再統合へ持っていくケースなんかにも、このパターンがある。心理はむしろこっちがメインなんです。

**山澤** たとえば施設から退所するようなケースがあったとします。その場合に、担当者が交代してケースを引き継いでいるようなときには、こういう形で同席面接することが必要じゃないかと思えますね。というのは新しく引き継いだ担当者がこれまでのことをちゃんと理解できてなくて、ぶれちゃうことがあるんです。もちろん見立ての通りに進むこともありますけど、ぶれた時には、それを修正しないと次の組み立てが難しくなりますから。引き継ぎが終わっているわけですから、建前としては分かってないといけないんだけど、必ずしも十分ではないということがあるので、やはり協働作業が必要になります。

**川崎** 一緒に面接場面を共有する中で、理解不足とか勘違いしている部分を正すというのか、児童福祉司に道をつけてあげて、道がついたところで任せ。「流れはこうですよ」って指し示すようなイメージですかね。

**山澤** スーパーバイザーが木の幹に当たる部分をやって、担当児童福祉司が枝の部分、樹冠部を引き受けるようにするわけです。

**武田** なるほどね。そのほかで言えば、最近よく親子が一緒にいる場面をつくって観察することがあるんですけど、「お母さんってどんな人なのかな」って見立てが必要なとき、ちょこっと入ることがあります。そういうときは、親子の状況だけを観察して帰ってくるんです。そして、次はもう私は面接には入らないんだけど、児童福祉司さんに、「こういうアドバイスしたら」と助言したりします。

**川崎** 皆さんのお話を聞いていると、結構幅広く、いろんな場面でやっているんですね。

**武田** そう言われてみれば、そうですね。

**菅野** でも、「あのお母さん、どんな人か見て」っ

■ 研究報告 ■

て言われても、入り方は難しいですね。僕はたとえば「今日は情報を整理するために、もう一人別の人に入ってもらいます」って紹介してもらって同席したりします。そうすれば、面接自体は僕が主導で進められますし、情報をホワイトボードに書き出して、それを見ながら親にもスタッフにも助言をすることができる。そういうケースは1回こっきりで終わりです。何か臨時的というか、パート的な感じかな。数は多くないけど、こういう形の面接がたまにあります。

**武田** 私の場合、こういうパターンで面接に入るのはアセスメントが必要な場合が多いかなと思います。

**衣斐** それから、膠着していて、タイミングとしてその時期に変化がほしいようなケース。

**武田** あと、スーパーバイザーとしてモデル的な面接を示すような場合。

**野坂** 虐待対応で介入的な面接をするような場合だと、どうしても担当者とその上司のような形になるので、今言われているような同席面接型にはなりにくいんですけど、虐待じゃない主訴での飛込み相談だとか、本当に単発でアセスメントをしなくちゃいけないようなケースでは、こういう形で一緒に入ることがあります。でも私の中では、スーパーバイザーが面接の主導をとるっていうイメージはあんまりないですね。

**川崎** ここでいう同席面接型と言えるかどうかは分からないんだけど、たとえば里親になりたいって人が来たら、まずは制度をきちんと説明しなくてはいけないですね。ところが新人児童福祉司だと、ある程度はわかっているけども細かな点を説明するまでの自信がない。そういうときには同席して説明をし、いろいろな疑問にもこっちが答える。その上で、後は担当者に任せることがあります。これって、少し意味が違いますかねえ。

**菅野** それもスーパービジョンの1つでしょうね。

**川崎** 新人児童福祉司さんは絶対に必要としているよね、そういう手助けを。

**菅野** そうそう。

**衣斐** 同席面接型では、スーパーバイザーが主導権

をとる場合もあれば、補足説明をする場合もあるし、局面を変えるスーパーバイズをその場ですることもある。同席していた児童福祉司が「自分にはとても真似できない技術だ」と思ったとしても、そういうモデルを見せるということもある。逆に「あんな言い方したくないな」って思われることもないではない。

**野坂** いずれにしても、前後の打ち合わせとのか、終了後の検証が入らないとスーパーバイズとしては成り立たないと思います。

**川崎** やはりそれがセットなんだ。事前の打ち合わせと面接、それから事後のふりかえり。それが全体としてスーパービジョンになるということですね。

**野坂** 面接って、実は面接室で待っているところからすでに始まっていて、誰がどこに座るかといったことも含めて見立てをするじゃないですか。それと同じで、終わった後で、その面接がどうだったのか、どう感じたのかをやり取りしてやっと完結するんです。一緒に入ったとしても、面接が終わった途端にじゃあ終わりというんでは、たぶん、スーパーバイズとして成立しにくいと思います。

**川崎** 確かにそうですね。

**野坂** スーパーバイザーの側にしても、児童福祉司さんと話してみると、保護者の見方が2人で全く違っていったことに気づくこともありますから。

**衣斐** 同席面接では、児童福祉司とスーパーバイザーが同じ空間にいて同じものを見てますよね。だから、スーパーバイザーも自分の所感をストレートに伝えることができるし、そこから議論が始まります。「僕はこう感じたよ」「何でそんなふうに思うんですか」「かくかくしかじかでしょ」「ああ、なるほど」。こう進めば互いに納得できるし、「でもこうじゃないんですか」って具合に反論されたら、それはそれでまた議論が深まる。別にスーパーバイザーが偉いとか正しいとかっていうことではなくて、同じ土俵で議論できる点はいいですよね。

**菅野** 僕は面接の前に、よく「今日の面接どうしたい？」って訊くんです。そうすると「こんなこと

を伝えたい」というようにして児童福祉司さんから希望が出されるので、「じゃあ、こういう風に面接するわ」って伝えます。そして面接での工夫を見てもらう。

**衣斐** 逆に、「自分のしやすいようにやってみて」と、とりあえずは主導権を児童福祉司に渡しておいて、もしも行き詰まったり途中で混乱したりしたら、それをフォローするって方法もありますよね。

**川崎** 今の衣斐さんが言ったやり方は、OJTという点で言えば、モデルを示すというところから一歩進んでるかもしれませんね。あるいは面接の途中で攻守交代すると決めておいて、最初は児童福祉司さんにやってもらい、出番を計ってスーパーバイザーが登場するような進め方もあります。しばらくは保護者と児童福祉司のやり取りをみて経過や状況を掴み、事前情報と比較しながら、見通しが立ったところで口を挟むような感じ。私は結構そういうやり方をしたと思う。

**衣斐** 他人の面接を見る機会はなかなかないから、同じ職場にスーパーバイザーがいて、こういう面接ができるってのは、いずれにしても貴重ですよ。

ところで、長尾さんは母子生活支援施設でも勤務されてるんですよね。そちらにはスーパーバイザーってありますか？

**長尾** 私は心理の立場で仕事をしているんですが、施設には施設長だとか上司はいても、心理のスーパーバイザー的役割の方はいないですね。

**衣斐** 誰かの面接を見る機会というのは？

**長尾** 母子指導員の面接に、心理の役割で入ることはあります。子どもからの聞き取りの際に一緒に入ることもありますし、子どもと面接したことをお母さんに説明する時に入ることもあります。

**川崎** 児童相談所は厳しい職場ではあるけれども、スーパーバイザーがいて助言したり、直接面接に入ったりということもできるというのは、やはり重要ですよ。もちろん、母子生活支援施設でも、そういうスタッフは必要なんだろうけど……。

**長尾** はい。

**衣斐** 結局、この同席面接型スーパーバイズという

のは、「俺の背中を見て育てくれよ」というのか、「私も土俵にあがるし、まな板の上にも乗ってあげようじゃないの」っていう、そういう意気込みのあるスーパーバイズなんやろね。

**川崎** なるほど、いい喩えですね、それは。ところで、いざ土俵に上がった方がいいが、ずっとけてしまったとか、児童福祉司さんとの意思疎通がうまくいかないで困ったなんて経験はないですか？

**衣斐** 福祉司さんにとって期待はずれの上司ってことですか？ それはあり得ますよね。そういうことがあるとスーパーバイザーもショックを受けるといえるか、しょげるでしょうけど、でもそのことを口に出して言えますかね。

**武田** 私が児童福祉司のときのことを思い出すと、「ちょっと！ どうしてああいうこと言っちゃったんですか？」ってスーパーバイザーに不満をぶつけてました。「もっとビシッと行ってほしかったのに」ってね。

**川崎** 担当者は、どうしたってスーパーバイザーに期待しますよね。難しいからこそ頼んでいるんだし、全能とまでは言わなくても、せっかく入ってもらうんだから何とかうまくやってよと期待する。これはどう解決したらいいですかね。

**野坂** うちの児童福祉司さんも、私が一緒に入ると決めたら、こう言ってほしい、って感じで期待するみたいですね。ですから、面接に入る前に十分な打ち合わせをしなきゃいけません。

**武田** さっきは、児童福祉司として私がスーパーバイザーに不満をこぼしたって言ったんですが、自分がスーパーバイザーになったら、逆に言われてしまったということもありました。福祉司さんと私とで、面接の方向性は同じだったんですけど、私の発言に対して「途中でハラハラしちゃった」って言われたんです。というのは、保護者とかなり激しく対立する状況で、私は正面からそこにぶつからんじゃなくて、一旦迂回したんですね。

**川崎** 確かに道筋が違うんですよね、児童福祉司とスーパーバイザーとでは。こっちは遠回りして目的地をめざそうと考えているのに、児童福祉司は近道をしたがる。

## ■ 研究報告 ■

**武田** 面接が終わって、福祉司さんは「途中でもうハラハラしました」「それが再びここに戻ってきたのでびっくりしました」なんて言っていました。

**川崎** そこに到達するためには、相手にどうしても訊いておかなきゃいけないこととかがある、その点を確認してると脇道に逸れてるように思えるんですよね。でも確認できてしまえば、次の方向は自ずと見えてくる。

**佐々木** 対立的な状況で応援に入っても、一旦は相手の言い分を聞きますよね。担当の福祉司さんは、そういう場面でハラハラするんでしょうね。こちらはそれでおしまいにしようとは思ってないんだけど、相手の言い分に耳を傾けていると、早く本題に入ってくれて思うのかも知れません。

**野坂** 児童福祉司さんの中には、ストレートにズバーンと入り込もうとするタイプの人がありますよね。そういう人のやり方を見ていると、逆にこっちがハラハラすることがあります。私なんかは、野球のピッチャーに喩えるとカーブしか投げない、それもスローカーブしか投げないので、そう思うのかも知れません。

**川崎** ゴールは同じでも、そこに至る道筋は違うことも多い。だから面接の前には、やはりきちんと話し合っておくことが大切なんでしょうね。それから終わった後でも振り返る。「だからあの時に、こう質問したんだよ」「あっ、そうだったんですか」という感じでね。

### 同席面接型スーパーバイズのポイント

- 「同席面接型スーパーバイズ」では、面接の主導権をスーパーバイザーがとることが多い。もっとも途中から前面に登場したり、補足説明型であったりとバリエーションがある。
- 「組織対応型」ではスーパーバイザーが責任者として、また上司としての権威を活用して役割を果たすのに比べ、「同席面接型」では、おもにスーパーバイザーの経験や技量を発揮して対応する。
- モデルとして技術を見せる、アセスメントを実施する、面接の道筋を指し示す、膠着した局面を打開するなど、同席面接型スーパーバイズにはさまざまな目的がある。
- 自ら土俵にあがり、まな板の上にも乗るスーパーバイザーには、意気込みと覚悟が必要。
- スーパーバイザーと児童福祉司が同席し、同じ場を共有しているので、OJTとして有効である。
- ゴールは共通でも、スーパーバイザーと児童福祉司とでは、そこに至る道筋が違うこともある。
- 事前の打ち合わせと事後のふり返りが不可欠である。

### 集団カンファレンス型スーパーバイズ

**川崎** さて、お疲れかとは思いますが、あと少しでするので、よろしくお願ひします。今度は「集団カンファレンス型スーパーバイズ」について話していきましょう。

衣斐さんは「1つのケースについて、複数の者が参加し、比較的時間をかけて行うカンファレンス型の形態」と述べています。この点について、「スーパービジョンの要領」には次のように書かれています。すなわち集団的スーパービジョンは「固定メンバーによる少人数の集団によって行う。個人的スーパービジョンと比べて、1対1の緊張

感が緩和され、他人の意見を聞くことにより啓発されるという利点があり、次の点において有効である。(ア) 特定のケースについての援助指針、面接技術、指導技術等について総合的に検討し、統一的な理解を図る。(イ) 特定の担当者が直面している問題を題材にして、全員が解決の方法を検討するとともに、その担当者に対するスーパービジョンの機会とする」

さて、「集団カンファレンス型スーパーバイズ」には、さまざまな会議や場面が含まれると思います。援助方針会議や緊急受理会議、判定会議など

もその1つでしょうし、職場内で行われる医師や弁護士などに参加してもらってケースカンファレンスなども当然含まれると思います。さらには要保護児童対策地域協議会、地域における個別ケース検討会議なども含まれると考えていいでしょうね。そうすると、これらを一括りで議論するのは難しいかも知れません。

**衣斐** 私も「集団カンファレンス型」っていうふうにとまとめたけれど、確かにそれぞれの会議やカンファレンスの性格に応じて、ワーカーの役割もスーパーバイザーの役割も違ってくる。それぞれ地域へ出れば地域での役割も違ってくると思うので、一括しては扱いにくいかもしれないですね。

**川崎** そこで、まずは関係者協議について話してみたいと思います。山澤さんにお聞きしたいんですが、確か第2回研究会で、関係者協議に出席した若い児童福祉司さんが泣いて戻ってくるので、その後はなるべく一緒に参加し、児童相談所の考えを伝えたり、方向性を打ち出すようにしたってことを話されていましたよね。そのあたりから口火を切っていただければと思います。

**山澤** 最近ね、病院でのカンファレンスが週5本ぐらい、もう毎日のようにあって、私も担当者と一緒に出るようにしてるんですよ。というのも医療サイドからは、必ず児童相談所の役割について聞かれるじゃないですか。それに議論をふまえて今後の方向性を出す際にも、持ち帰って考えるというわけにはいかないことも多いですよ。なにしろ、そこには施設からも来ていますし市町村も入ってきますから、その場である程度は具体的な方針を出さなくては行けない。相手が求めてくれば、やはり児童相談所としての考え方をその場で伝えないといけないんです。カンファレンスを実りあるものにするためには、やはりスーパーバイザー的な立場からの参加が必要になります。

**川崎** 医療関係者を含めて多くの機関が集まり、その場で一定の方向性を出していくためには、担当者だけでは不十分だってことですね。

**山澤** 子どもが病院にいるのと在宅にいるのとでは全然違いますよね。病院にいるのであればまだ

楽なんですけど、退院などして在宅の時には児童相談所に対する期待感が大きいでしょう。ですから、医療が絡むようなケースでも、福祉的な措置をふくむ全体的な方針を考える上では、児童相談所がスーパーバイザー的な役割を果たさないといけないことがある。だから私も必ず参加するわけです。

**川崎** ええ。

**山澤** あと、学校ですよ。学校の期待感も大きいですよ。民生委員も加わって協議をするんですが、児童相談所としてうまく対応できていないこともあります。そういうときは頭を下げないとだめですよ。それで私たちが出て行くということがあります。

**川崎** 今、頭を下げる、謝るって言われたんですが、担当の児童福祉司に不十分な点があるって関係者会議とかで責められるでしょ。その時に、担当者を守るのか、つまり「かくかくしかじかの事情もあるわけですから」というふうに説明するのか、それともスーパーバイザーとして「確かに不十分でした」って素直に詫げるのか、私はよく悩まされました。というのは、不十分さを強調し過ぎると担当者の信用が落ちてしまって以後のケースワークが難しくなるという気もするし、逆に突っ張ってしまうと協議そのものが行き詰まる。内容的な問題と同時にそんな余計なことも頭をよぎったものですから。

**山澤** 担当者はやれているつもりなんですよ。ただ、まわりの期待感と比べて差がありすぎる。ですから、本当はやっておかなければならないことが1～2か月間でも滞っていたら、「児童相談所は今まで何やってたんですか！」って不満になるわけです。そういう状況ならば、「申し訳ない」って頭を下げるしかないですよ。その場をおさめると言いますか。その上で私の場合は、次に児童相談所がやることを2～3項目、会議の中で言います。そのようにして関係者協議を進めるわけです。それでね、担当者に対しては、慰めるという気持ちも込めて「この点ができてなかったよな」「だから、次はこうしような」ということを

## ■ 研究報告 ■

確認します。そして、後はもうアフターファイブですよ。そのときには私の過去の失敗例をいっぱい話すんです。もうそれくらいしかありませんね。

**菅野** 集团的にやる場合、スーパーバイザーの発言が絶対視されたり、参加者の意見が抑制されないように心がける必要があるって衣斐さんが書いてるでしょ。でもね、ちょうど昨日も関係機関協議があって行ってきたんだけど、みんなの話を聞いてると、「こんな状況です」「こうなってます」みたいな感じで単なるエピソードが垂れ流しされてるだけなんです。それで我慢できなくなって、「あんたら、この子にどんな力をつけたかって思ってるんや」「援助を促進させる要因は何で、あんたらは何をしたいんや」って聞いて、とにかくそれらについて逐一書き出してもらったんです。そしたら、「そうなんや。私らは、子どもにこんな力つけてほしかったんや」って言って帰っていかはった。そやから、ちょっと洗脳したんやろかって気になったんですわ。

**衣斐** でも、それって参加した人が、「ああ、こうやればいいんだ」と感じたり、「ヒントをもらえた」って思ったわけでしょ。皆が納得したわけだから、それがまさに集団カンファレンス型のスーパービジョンであって、決して洗脳したわけではないと思いますよ。「菅野さんが言うことやから間違いない」「衣斐さんが言うことやからもう従わないとあかん」みたいな感じで、参加者が自分で考えもせずにスーパーバイザーの言うことを絶対視するなら問題だけど、ちゃんと1つの方法論を駆使して全体が納得するような形でスーパーバイズした結果なら、それはまさにこの型の本来のスーパーバイズのあり方ですよ。

**菅野** 地域の会議に出てて思うのは、みんな疲れきっているってこと。なぜかという、何を目的に自分たちが支援をしているのか分からなくなっているから。在宅で援助するのであれば、自分らが一生懸命やっていることが子どもの育ちにどんな良い影響を与えてるのか、そこをちゃんと確認しないとあかん。たとえば家庭訪問に行くとか、子どもと話すとか、いろいろしてるじゃないです

か。それらは子どもに最悪の事態が起きないように働きかけだし、子どもの育ちの助けになってるはずでしょ。だから僕が地域のカンファレンス行く時には、もうそこしか考えてへんの。

**川崎** 疲れを癒して元気を出すようなスーパーバイズ。

**菅野** ほんまにね、地域の人たちが、自分らはいったい何のために苦勞しているのかが分からなくなると、「児童相談所が引き揚げる、つまり一時保護するためのネタだけは見落とさないようにしよう」みたいな思考しかできなくなってしまう。

**衣斐** 菅野さんが今言ったような形で地域のみんなの力を引き出すことも、この集団カンファレンス型のスーパービジョンやと思うんですよ。そういう視点をこっちが持つこと自体が、みんなを元気にさせることになりますよね。

**菅野** 大事なものは方向づけであり、今やってることの意味をみんなで共有するってことかな。所内のカンファレンスでも同じですよ。各部署から集まって現状報告をするだけでは不十分で、みんなの意見を集めながら、今何が起きてるのかを共有し、どういう方向に進めばいいのかを見いだす。

**衣斐** 1つ言うと、それでみんなが納得してくれる場合もあるけど、必ずしもそうじゃないよね、集団だから。だから全員一致とはいえなくとも、議論をふまえてある程度ゆるぎない意見を出しておくということは必要でしょうね。

**菅野** 当面こっちの方向で、ということになれば、それでいいわけや。

**川崎** 今聞いていると、地域でのカンファレンスには、やはりスーパーバイザーが欠かせないんだって感じました。じゃあ、児童相談所のスーパーバイザーが参加すればいいのかというと、件数の多さ1つとっても全てに参加するのは難しいようにも思います。だったら、地域担当の児童福祉司がその役割を担う必要があるのか、その場合にはスーパーバイザーは児童福祉司に対してどのように援助するのか、等々の課題が浮かんでくるわけですが、その点を議論する時間はないので、次に進めさせてください。

さて、ここまで、おもに関係者間での協議、地域でのカンファレンスについて話してもらったので、ここからは児童相談所内部でのカンファレンスや援助方針会議等を含めた、所内でのスーパーバイズに話を移したいと思います。よろしいでしょうか。

**野坂** 第1回研究会で話し合ったとき、県や児童相談所によって、ケース会議のやり方がぜんぜん違うことに気づきました。神奈川県の場合は、毎週火曜日がケース会議の日になっています。具体的には、1週間の動きをふまえて、児童福祉司さんが提出すべきと判断したケースは全部出します。ですからうちの場合、1回の会議に大体50ケースくらい出てきます。まあ経過報告が多いですけど。児童福祉司が概要を説明し、討議の後で最終的な方向性、方針を確認します。この中で私がいちばん心配しているのは、やっぱり児童福祉司が会議に出さないケース、出せないケースです。そういう場合は、配慮もしながら「このケースも会議に出してね」と話しています。

**川崎** それは先ほどのケース進行管理に通ずるところですね。

**野坂** ええ。何ととっても会議にはたくさんのスタッフが参加しますし、心理職とワーカーとではケースの見立てが全く違うこともありますから、それで方針も深まっていくんです。で、私は児童福祉司の班なので、会議の場面では、児童福祉司の提案をフォローするとか補足的に解説するとか、ある意味やっぱりサポートすることが多いですね。

**川崎** ワーカーをサポートする。

**野坂** そうです。この研究会メンバーには心理職の方もいるのでちょっと言いにくいんですが、児童福祉司は心理職スタッフから厳しく叩かれることもありますよね。あまりにも保護者寄りであったり、子どもの目線でものごとを見られなくなってしまうと批判されるんです。ですから私の場合は、児童福祉司さんが何を根拠にこういう方向に進めようとしているのか、福祉司さんに代わって説明することもあります。そのため、会議に出す前に十

分に打ち合わせをしておきます。

**川崎** 野坂さんのお話を聞いていると、さまざまな面で本当によく児童福祉司をサポートされていますよね。アリス・K・キャロルが残した「児童福祉司マニアル」にも、「職員会や会議は研修であり、教育機関である」といった記述があるわけですが、それを地でいくような印象です。他の方、いかがでしょうか。

**菅野** 以前に少し説明したと思うけど、援助方針会議では、僕が討議内容を全部パソコンに打ち込んで、それを画面で見せてるんですよ。すると必然的に自分がしゃべる量は減るじゃないですか。そういうこともあって、こっちも言いたいことはあるけど我慢して、比較的経験のある福祉司さんに、「発言してよ」ってそそのかしたりしてます。言うなれば会議のコーディネイトをしてるわけ。それがスーパービジョンになるのかどうかは分からんけど、そういう場を体験することで参加者みんなが学習していく機会にはなると思うんですわ。

**川崎** そうですね。とにかく集团的に議論すれば、いろいろな見方が出るので、1対1でやってるよりも、すごく勉強になると思います。ただ一方では、あくまでも援助方針会議ですから、その事例に対する援助方針を決定するというのが第一の目的ですよ。ワーカーの成長とかワーカーに対するサポートというのは当然配慮するにしても二の次になる。だから、どういうんでしょう、会議でのやりとりは、他のミーティングなんかとは少し違うイメージがあるんですよえ。

**武田** 私の見ている福祉司さんは、援助方針会議とか判定会議に出す前に、「チェックしてください」って相談にくることが多いです。ですから会議の前に、一応どういう方針で行くのかってことは決めておくようにします。でも、そうしておいても他の管理職から厳しく指摘されて立ち往生してしまい、涙ぐみそうになっちゃうこともあるんです。ですから決めた方針が通らなかった場合にはどうするのか、そこまで話し合うようにしています。それぐらいしないと、もう本当に大変らしいですよ、みんなケースを出したくなくなっ



■ 研究報告 ■

てしまう。

**野坂** いろいろ考えてはいても、上手くプレゼンできないことがある。やっぱりプレッシャーがかかるんですよ。

**武田** それくらい苦しめば、どんどん上手にはなってきましたけどね。

**川崎** スーパーバイザーのポジションに立ったときは、所長がひな壇に座ると、ラインで言えば、後は課長の私と係長ということになるので、私が事前にOKを出すと、もうお墨付きを与えてしまう感じになって肝心の援助方針会議が十分な議論の場にならないという心配があったのかも知れません。だから根回しをし過ぎるようなら、「ちょっと待って！ これは会議で議論してくれ」って遮ったんじゃないかと思います。

**菅野** 修行の場にほうりこむわけ？

**川崎** いいのか悪いのかはわからないけど、そういうことが結構あったように思います。

**菅野** 確かに援助方針会議の質問はシビアですよ。

**川崎** やっぱりそうなるよね。でないとしっかりした方針は出てこない。

**菅野** うちの場合だと、「そういう方針だったら、じゃあそれは誰がするの？」「具体的にはどうするの？」「いつまでにするの？」って突っ込まれて、それに受け答えしていきます。そこで、おろおろとしはると、みんなの意見を集約し、最終的に「じゃあこういう方向でやってください」という結論を出す。それを僕がパソコンに打ち込んで終わり。それがスーパーバイズになるというのか、とにかく学びの場ではありますわね。逆に言えば、援助方針会議ではそこまでサポートせなあかんのやないかと思う。とはいうものの、実は全部のケースにそんなことやってられへんという実情もあってねえ……。

**野坂** 話はちょっと違うかも知れませんが、事前に担当者と話して考えた方針には、自分としてもある程度の自信はありますよね。それが援助方針会議の議論を通じて、「これでいける」って確信が変わる。ですから援助方針会議というのは、私自

身が行ったスーパービジョンの内容が、児童相談所全体で共有される場でもある。改めて正しさを認識できるんですね。

**武田** 確かにそういう面はあるかもしれないですね。

**野坂** だから私は、プレゼン的にはワーカーの方の説明不足の部分をフォローする役割だと思ってます。

**武田** 事前にちゃんと話してもらってないと、会議の時になって「あれっ？」ということに……。

**野坂** 会議の場になってから不安材料をあれこれ出してくる人もいます。「そんなに不安に思っているんだったら、会議の前に言っておいてよ」みたいなことがありましたね。

**武田** 受理会議の時なんかには多いんですが、最初の情報と違うことが、後から出てきたりする。

**野坂** 他の人に質問されたり、突っ込まれて出てきたみたいなこともありますね。

**川崎** ところで、そういう場合に児童福祉司の提案を承認せず、「差し戻し」とか、「来週もう一回出して」っていうことが、私の経験では結構あったように記憶しているんですが、皆さんのところではどうですか？

**菅野** 結構というほどはないですね。

**武田** 時々はあります。

**山澤** うちにはありますよ。たとえば援助方針自体は揺るがないとしても、調査すべきことが残されていることってよくあるじゃないですか。そういうときは、「差し戻し」にして再調査してもらうんです。そして次の会議で必ず確認します。

**武田** 受理会議では、そうした再調査をお願いすることも多いですね。

**山澤** ええ。でも受理会議だけじゃないですよ。たとえば児童福祉施設からの退所を決める場合だって、父親が引き取るという場面が出てくれば、それはそれで確認しておくべき事項も出てくるでしょうし、再婚した母が引き取るのであれば、継父との関係はどうなるのかみたいなことがどこまで調査できてるのかってこともありますよね。退所という方向は決まっていますが、その後の取り組

みなどに関しては、差し戻しということが出てきます。

**川崎** 方針決定にはタイミングもあるので、1週間先に延ばしてもいい場合と、調査が多少不十分でも、その日に決めてしまわないといけない場合があります。差し戻すといっても、そういう状況については、私も常に考えてました。

**菅野** とはいうものの、児童福祉司はすでに援助方針会議のときまでに、関係機関や保護者などに対していろんな根回しをしたり、コンタクトとって段取りしてるんですよね。そこで180度ひっくりかえってしまうと、関係機関や家族との関係で立場がなくなる。

**川崎** だからね、仮に最善の方針とまでは言えないにしても、そこまで段取りが進んでるんだったら、これはもうひっくり返したらいかんということはあるんです。でもその代わりに、方針の不十分な点はどうやって補うかっていうことを会議では議論しないとイケない。逆に言うと、児童福祉司はどこまで自分の裁量で段取りをしておけばいいのか、どこからは、ちゃんと会議決定を先行させないといけないのか、それが問われるんですよ。いずれにしても援助方針会議は真剣勝負ですし、ある意味では修羅場ですよ。だからこそ鍛えられるし、スーパーバイザーの役割も重要だといえるんじゃないでしょうか。

**山澤** 援助方針会議には、職員さんは全員出られるんですか。

**菅野** 職員全員ですね。

**武田** うちの職員全員は出てないです。

**川崎** 援助方針会議の持ち方も全国さまざまで、規模の小さい児童相談所と大きな児童相談所とでは、進め方もかなり違っているようですね。

**野坂** 神奈川県の場合、中央児童相談所は午前と午後とで会議の持ち方を分けたみたいです。午前中は重篤なケースを選んで全員参加で議論し、午後はそれぞれの担当福祉司だけが出席する。うちは比較的小規模なので、全員参加で会議を開いています。ただ、最近は児童福祉司も増えてきたので、全員がいるところで報告するのは、かなりプレッ

シャーになるみたいですね。

**川崎** なるほど。でも全員参加だと、自分が提出していなくても他の人の事例を議論することで勉強にはなるでしょう。

**山澤** 研修ですよ。研修の場だと思った方がいいですよ。

**衣斐** 「集団カンファレンス型」の場合は、もちろんスーパーバイザー1人が意見を言うわけではないし、むしろスーパーバイザーがずっと黙っててもかまわない。あるいは菅野さんがやっていたようにコーディネーターとしてある程度の方向づけをするということもある。それにここでは、担当者個人に対してだけじゃなくて、参加者全員に対するスーパーバイズということもあるでしょう。また、担当の児童福祉司にしても、スーパーバイザー個人にスーパービジョンを受けるんじゃないくて、参加者全員からスーパーバイズされていることになる。他の型のスーパーバイズとは異質な感じはあるけれど、やはり研修の場ではありますよね。

**菅野** すごい学びの場ではあると思うんです。たとえば会議中、僕はパソコンに向かって、長い話を要約して入力するじゃないですか。すると見ている者は、「あっ、そういうふうに要約するのか」って思うわけ。だから、それ自体が要約の仕方のトレーニングにもなるんです。

**野坂** もう1つ言うと、会議に参加することで「みんながこのケースを知っておく」ことになるでしょ。それだけで意味があるんですよ。今は担当が大変な思いをしているんだってことも共有されるので、実際のケースに携わらなくても担当福祉司さんをサポートすることができます。

**川崎** ええ。

**野坂** ただし、スーパーバイザーとしての立ち位置は、所長がどういう人で、どういうポジションを取るかによっても違ってきますよね。

**川崎** スーパーバイザーは、自分の立ち位置を十分ふまえる必要があるし、それによって役割も変えないといけないけど、いずれにしても援助方針会議は、スーパービジョンの場としても重要だということですね。

### 集団カンファレンス型スーパーバイズのポイント

- 複数の者が参加し、1つのケースについて比較的時間をかけて行う集団カンファレンス型スーパーバイズにはさまざまな形態がある。
- 援助方針会議や職場内で行われる医師や弁護士に入ってもらっての相談、要保護児童対策地域協議会等での個別ケース検討会議（関係者協議）なども集団カンファレンス型スーパーバイズの1つと考えられる。
- 関係者協議ではスーパーバイザーの存在が重要であり、児童相談所スーパーバイザーにその役割が期待されることも多い。
- スーパーバイザーの意見が絶対視されるカンファレンスであってはならない。
- スーパーバイザーは、協議をコーディネートし、全体の力を引き出す役割を持つ。
- 集団カンファレンス型スーパーバイズでは、担当者が参加者全員からスーパーバイズを受けると同時に、参加者全員がスーパーバイズを受けるという意味合いもある。
- 受理・判定・援助方針会議（ケース会議）は、集団カンファレンスの場でもあり、研修の場でもある。援助方針を決めるために議論する真剣勝負の場でもあり、議論が白熱する修羅場でもある。
- スーパーバイザーは、事前に担当児童福祉司と打ち合わせをし、担当者をサポートすることが必要。
- スーパーバイザーが事前に考えた方針が会議全体で承認されることで、スーパーバイザー自身が自信を深める場にもなる。
- ケース会議の進め方や参加メンバーは、自治体によって、また児童相談所の規模などによって違いがある。スーパーバイザーはそれらをふまえて適切に役割を発揮する必要がある。

### その他のスーパーバイズ

川崎 さて、これで一応は6つの型のスーパーバイズについて議論したんですが、衣斐さんは、それに加えて「⑥その他のスーパーバイズ」を挙げています。そこには「面接以外の児童福祉司業務に対する指導」などと書かれています。

菅野 ここに例示されている「文書作成」とかも、児童福祉司としてはすごく大事ですね。何しろ児童相談所は行政機関やから。

川崎 確かに、現行の「スーパービジョンの要領」にも、スーパーバイザーが行うべき基本的事項として「児童記録票、一時保護中の子ども等の記録、公文書の作成等に関する技術指導を行う」というのが挙げられています。みなさんは、たとえば児童記録票の書き方って、どんなふうにして指導しているんですか？

山澤 記録はさまざまな取り方があります。現在は異動で本所にはいないのですが、30歳代前半の女性児童福祉司の記録は要点が集約されていて見本にもなるので、他の児童福祉司にそれを読んでいただき、参考にしてもらおうことがあります。こう

いう書き方が全てじゃないけれど、「工夫してね」とは言います。若い人って記録を書くスピードは早いじゃないですか。私なんかの何倍も早い。でも、量はあってもただただ書いていただけだったりするから。

川崎 どういう記録が良いかっていうのは、私はいまだによく分からない。

山澤 事例にもよりますが、普段から「裁判に耐えられる記録」ということを言ってます。ポイントがあると思いますから、そこだけはちゃんと押さえようねと。難しいケースの場合なんかだと、一言一句も逃すなとも言います。

菅野 児童記録票の書き方だけでなく、一般的な公文書も書かなきゃいけないし、児童福祉施設入所を決めたときには調定、つまり保護者から費用徴収をするための負担金額の認定事務もあるでしょ。それらは適正にきちっとしないとイケないですよ。

川崎 最低限の義務。

菅野 でしょ。それに関するこって、結構ウエー

トがあるんですよ。お金のことやし、ミスが無いように指導しないとイケない。

**川崎** 子どもが入所したら終わりじゃないってことですよ。私自身も新人児童福祉司の時に、調定のための書類を出そうとしない保護者とやりとりして、すごく考えさせられたことがありました。ですから、保護者に費用徴収のための書類を出してもらって、やっと入所手続きが完了するってことなんです。それを徹底しておかないと、後々ケースワーク自体にもマイナスの影響が出たり、さまざまな面で不都合が生じる。

**野坂** 横浜市は、費用認定は本課でやるんですよね？

**武田** いえ、正確には児童相談所で決定して、本課が徴収するシステムです。だから徴収事務そのものはしません、調定までは児童相談所の分担になっているんです。

**佐々木** 保護者が必要書類を出してくれないので、福祉司さんが困ることが多いんですよね。

**川崎** 横浜は、年度が替わった場合でも児童相談所で調定するんですか。

**武田** はい、それはしています。

**山澤** 本所の場合は、調定も費用徴収も児童相談所でやっているの、滞納があれば督促や取り立てもしないといけないんです。それはもう大変ですよ。

**野坂** 私も滞納をしている家庭を訪問して取り立てもしました。塩をまかれましたけど……。

**菅野** 基本的な事務処理のスーパーバイズっていうのは、あまり表には出ないけれど、実はすごい

大事な部分なんだよね。

**川崎** 費用徴収に関してはきちんとマニュアルを作成して、それに沿ってやる必要があるんじゃないかな。

**衣斐** そのあたりのスーパーバイズは誰の役割になるの？先輩ワーカーから教えてもらうのか、マニュアルを見せられてそのとおりやれということになっているのか。

**武田** 自治体によっても違いますよね、そもそもシステムそのものが違いますから。

**川崎** 児童相談所で行うように決められている以上は、やはりスーパーバイザーの役割じゃないでしょうか。

**野坂** 本当はね、徴収事務を児童相談所のケースワークと切り離して、別にしてほしいんですよ。

**武田** 児童福祉施設の行事のときに久しぶりに親御さんと会って、話すのが滞納のことではねえ。

**川崎** 確にお金の問題は重要ですよ。費用徴収の事務が入ってくると、児童福祉司も保護者も、援助のための家庭訪問なのかお金の取り立てに来たのかが分からなくなってしまう。そのあたりの問題については、児童相談所業務を熟知している立場から意見を出していくことも、スーパーバイザーの役割かも知れませんね。

というようなことで、この点での議論は一応ここまでとさせていただきます。事務的な面でのスーパーバイズは、児童相談所がどんな事務を引き受けているかによって大きく異なるようですが、決して忘れてはならないものだということがわかりました。

### その他のスーパーバイズのポイント

- ケースワークや面接場面以外にも、スーパーバイズが必要とされることがたくさんある。
- 児童記録票作成に関する指導も重要なスーパーバイズの1つである。
- 事務処理に関することがスーパーバイズの事項として語られることは少ないが、大切なものであり、スーパーバイザーの指導は欠かせない。
- 児童福祉施設入所等に伴う負担金の決定（調定事務）が児童相談所の役割とされている場合には、スーパーバイザーとしての指導・監督が求められる。

## スーパーバイザーに対するスーパーバイズ

川崎 討議の時間も残り少なくなってきましたが、最後にどうしても話し合っておきたいことがあります。それは、スーパーバイザーに対するスーパーバイズです。この点に関して「スーパービジョンの要領」は、最後に「スーパーバイザーの限界について」という項目を立てて、次のように述べています。これは、継続型スーパーバイズについて議論したときにも少し紹介したんですが、もう一度言いますね。「スーパーバイザーがこれまで受けてきた教育、訓練、相談援助活動の経験、習得している理論、技術、自己の臨床観及び対人関係における自己の特徴等によってスーパーバイザーへの援助の限界が決まってくる。すべての理論、技術を習得することは非常に困難であり、すべての事項についてスーパービジョンができるのは非現実的である。したがって、相互にスーパービジョンを行うほか、必要に応じ外部の専門家によるスーパービジョンの機会を設けることが必要である」。この点に関連して、何か感じることや課題だと思うことがありましたら、一言ずつでもご発言いただければと思います。

菅野 こういう機会がすごく役立つと思うね、何と書いても。

川崎 こういう機会って、この研究会のことですか？

菅野 そう。スーパーバイザーたちが集まることや。「スーパービジョンの要領」にも「相互にスーパービジョンを行う」ことが必要って書いてあるようだけど、今回も他の人たちの工夫とかいろいろなことが聞けて、ずいぶん参考になった。スーパーバイザーたちのピアグループが必要だよ。

川崎 それって、各都道府県で同じ立場の人たちがいますよね。

菅野 全然違う人同士がやらんとあかん。システムが違うことで見えてくるものもあるし、直接利害関係がある人とはやりにくいということもある。内輪だけでは、たぶん効果は半減するやろね。

武田 通常業務での連絡会はすでに頻繁にやっています。それから神奈川県内だと、県と政令市と

児童相談所設置市である横須賀市を含めて4県市での会議もあります。それも結構勉強になりますね。新年度からは相模原市が政令市になるので5県市になります。

衣斐 スーパーバイザーが自分でやってることを見直して、それをみんなで検討するっていうのは、それ自体がスーパーバイザーのスーパーバイズという構造になっていますよね。この研究会は、実はそういう作業をしてきたんだと思う。参加してみても確かに良い刺激を受けたし、知らないこともいっぱいあるなって、改めて思いました。

川崎 お話を聞かせてもらいながら、子どもの虹情報研修センターの「児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修」も、さらに工夫していかないといけないと感じています。ただしセンター研修は、本研究会のように少数というわけにはいかないので、難しい面もあるとは思いますが……。

衣斐 それから、以前にも少し話題になった他県との交流もスーパーバイザーにとっては役に立つんじゃないかと思います。要するに、私が野坂さんのところに行かせてもらって、

武田 援助方針会議を傍聴させてもらうというプランですね。

川崎 今回の研究計画で、本当はそれをやってみたかったんですけどね。

衣斐 援助方針会議に他県の児童相談所のスーパーバイザーが来たら、やっぱり緊張もするけど、見学する側にしたら、「こんなやり方してるのか！」って、そりゃあもう目から鱗が落ちるようなことがいっぱいあると思う。今回、話を聞くだけでも考えさせられることがいっぱいあったけど、でも理解できたのは半分ですよ、きっと。半分はイメージできるけど半分は分かんない。それが中に入れてもらえば、「あーっ、これがあのとき言ってたことか！」って具合に胸にストンと落ちるんじゃないですか。

川崎 実は私は、子どもの虹情報研修センターに赴任した最初の年に何か所かの児童相談所を訪問さ

せてもらって援助方針会議にも陪席させてもらったんです。衣斐さんが今言ったように、会議の運営方法は、もう全然違いましたし、考えさせられることはいっぱいありました。

**武田** 少し違うかも知れませんが、神奈川県が虐待対策班を設置して取り組んでいるのはすごく刺激になっています。横浜もそこから学ぼうとしてるんですが、それが神奈川県域全体のレベルを引き上げる効果も持っています。他縣市から学ぶことってたくさんありますもんねえ。

**川崎** 神奈川県の取り組みは、やはり昨年度の研究会で中央児童相談所の加藤所長さん（当時）から聞かせてもらいました。組織的に支える体制をつくってレベルアップを図ろうとしたんだと思います。

**衣斐** 話は変わりますが、スーパーバイザーの心構えみたいなことで言うと、「自分が想定していることが全て」だなんて思ってたらとんでもないってうか、やはり想定外のことが起こり得るという意識が必要なんだと思います。そして、自分自身もスーパーバイズを受けるという気持ちを忘れないで、そのための具体的な資源を確保しておく、言うならばメタ・スーパーバイザーを置いておけると良いなって思います。

**菅野** 現実問題として、各児童相談所ごとでみていくと10年選手は数えるほどしかいなくなってきたでしょ。だから、「児童相談所にいたのはもうずいぶん前のことですわ」という人がスーパーバイザーとして赴任してきたり、そもそも児童相談所経験が非常に少ない人がスーパーバイザーを引き受けるというようなことがある。そういうスーパーバイザーのためにも、スーパーバイザーの階層が必要なんじゃないですか。でないと、衣斐さんがいくら「自分自身もスーパーバイズを受けるという気持ちを忘れないように」と言っても成り立たないと思うんですよ。

**川崎** 昨年度の「スーパーバイズのあり方に関する研究」に参加してくださった横浜市南部児童相談所の松橋所長さん（当時）は、そういう意味では自分自身をスーパーバイザーのスーパーバイザー

だと自覚されておられましたね。まさに、今言われたスーパーバイザーの階層が存在しているんです。スーパーバイザーは、言うなれば現場監督ですから、現場監督をちゃんと監督する、つまりスーパーバイザーのスーパーバイザーは絶対必要なんですよ。特に現在の児童相談所は、困難事例もたくさん抱えていますから、経験の蓄積といった点からも重要です。

**佐々木** 私は子どもの虹情報研修センターで専門相談を担当しているのですが、セカンドオピニオンとして意見を求められることも多いんですが、そういう場合、否応なしにスーパーバイザー的なことを言わなきゃいけないことがあります。というのは、「今の児童相談所では、こういう対応は認められなくなっている」と言わざるを得ないような場合もありますので……。でも、逆に言えば、全国的にはやはり十分な経験がないままスーパーバイザーの役割を担わなければならない方がいるってことだと思います。だからでしょうか。みなさんがよく訊きたがるのは、「他の県ではどのようにされているでしょうか」ということです。

**川崎** 佐々木さんの話とも重なるんですが、個人的な関係も含めて、いろんな分野で詳しい人を、自分のまわりになるべく多く確保しておくことではないでしょうか。そして、具体的な問題で意見がほしい場合には、遠慮なくそこへ行って訊くんです。

**衣斐** 日本児童相談所を作らないといけませんね。困った時はそこへ行きましょうって（笑）。

**菅野** それや！ それ作ろう。というのは冗談として、やはり職場のシステムとして、職員の年齢や経験年数なども含めて適正な配置がされているということが必要でしょう。結局はシステムですよ。そこがしっかりしていなかったら、児童相談所は正常に機能しない。

**川崎** そういう仕組みがあって初めて、現場でやっていけると思う。私は課長職についてスーパーバイザーの役割を担うことになった途端、孤立感を覚えた記憶があります。というのは、課長は職場に1人しかいませんでしたから。スーパーバイ

## ■ 研究報告 ■

ザーも、その上にメタ・スーパーバイザーが置かれていて階層的に支えられる必要があるんです。

**菅野** 今までの児童相談所は、その辺りが弱点だったんですよ。すごく立派な人がいても、その人がいなくなったら終わりみたいなね。それではもうあかん時代になってる。だから人材育成ができる構造をきちっと作って、着実に職員が育つ組織にしていかないとだめなんです。

**武田** 世代交代で若い人たちが多くなってきたから、その人たちにどんどん教えるしかない。

**川崎** やっぱり最後は人を育てることのできる組織。

**菅野** 最終的にはそこですよ。人を活かすのも殺すのも。

**川崎** と話している間に、早くも予定の時間をオーバーしてしまいました。まだ語り尽くせていないことも多々あるとは思いますが、都合3回の研究会は、これで終わりとさせていただきます。活発なご意見もいただき、有益な会になったと思っています。お忙しい中、本当にありがとうございました。

### スーパーバイザーに対するスーパーバイズのポイント

- スーパーバイザーが集まって各自の工夫や実践を報告し、話し合えるピアグループが必要。
- 県や市を超えて援助方針会議に相互参加するなど、交流の機会を持つことも意味がある。
- スーパーバイザーは想定外を想定する心構えが必要。
- スーパーバイザーとしてメタ・スーパーバイズを受けることが必要。スーパーバイザー自身が自分のまわりに相談できる人を確保しておく。
- 児童相談所の中にスーパーバイザーのスーパーバイザーを置くような組織体制が必要。
- 人材育成のシステムを構築すること。

## 平成22年度専門研修の実績と評価

### 1. 平成22年度実施の研修の概要

#### (1) 平成22年度研修の基本方針

子どもの虹情報研修センター（以下「センター」という）は、平成14年度より児童虐待対応等に関わる援助者の専門研修事業を行っています。平成22年度研修は、以下の点を基本方針として企画・運営しました。

##### ① 「参加型」研修の継続

センター研修では、開設以来、全国から集まった参加者が問題意識を持って議論しあうことを通じ、相互に切磋琢磨することにより、子ども虐待対応への専門性の向上をめざした「参加型研修」を基本においています。このため、研修によって異なりますが、参加者自らの業務内容や機関情報をまとめた「フェイスシート」、現状を総合的に把握する「アンケート」、そして関わった事例をまとめる「事例の概要」等を事前課題として提示、提出をお願いしています。加えて、グループ討議やシンポジウム、事例検討等、討論型プログラムの時間配分を多くとりました。事例検討においても、少人数での事例検討を組み合わせています。

##### ② 地域虐待対応研修（各自治体で行う市町村向けの研修）の充実

19年度より地域で行う虐待対応研修の企画、実施を担う人を対象とした「地域虐待対応研修指導者養成研修」を実施しています。要保護児童対策地域協議会の充実と市町村の相談窓口体制の充実は喫緊の課題です。研修では、21年度から受講した研修の講義に関してはインターネット配信できるシステムを整え、各地で研修を実施する際に活用できるよう工夫しました。参加者が人材育成プランを検討し、具体的な研修の企画・実施ができることを目的にしていますが、研修の実施率は決して高い状況にありませんでした。市町村の児童家庭相談担当を中心とした人材育成についての研究等を踏まえ、人材育成計画のモデルを示すなどの支援と地域で実施可能で具体的な研修プログラムの提供に努め、指導者養成研修の啓発をさらに図りました。

##### ③ 児童福祉施設の人材育成体系に則った研修の位置付け

児童福祉施設への基幹的職員の配置に伴い、新人から中堅、ベテランまでの人材育成を目的とした研修体系の構築が各施設協議会や都道府県で求められ、その取り組みが始まっています。センター研修は、これまで行ってきた児童養護施設職員指導者研修や乳児院職員指導者研修および情緒障害児短期治療施設職員指導者研修を、ベテランや基幹的職員のフォローアップを原則とし、リーダー養成としての側面をより強めていくことが課題と考えました。研修内容として「アセスメント」「家族への支援」「チームアプローチ」を中心的テーマとし、この点でのリーダーシップをはかれるよう内容を工夫しました。

##### ④ Web研修の本格実施

21年度から本格実施したWeb研修に対する参加者の評価は高く、継続しての実施を希望する声が多かったため、希望者は継続とし、欠員となったメンバー数のみ募集いたしました。22年度は昨年度の反省を生かし、時間数を伸ばすなどの改善を行いました。また昨年度の参加者の中で課題研究に携わるなど事業参加への機会も提供することで、幅広く人材育成がはかれるような体系化を検討しました。



## ■ 事業報告 ■

### ⑤ 合同研修の更なる充実

児童虐待対応において多機関協働は不可欠であり、そのためにも近接する機関の合同研修は非常に重要と認識しています。これまでも、連携の必要な職種、機関、施設等の合同研修を立ち上げてきましたが、22年度は「教育機関と児童相談所の合同研修」、および「児童相談所・児童福祉施設合同研修」を実施いたしました。

### ⑥ 「児童福祉施設心理担当職員合同研修」受入れの拡大について

14年度より開催しています「児童福祉施設心理担当職員合同研修」への参加申し込みが年ごとに増加し、昨年は募集開始後数週間で参加定員を大幅に上回り、かなりの参加をお断りいたしました。こうした状況を踏まえ、本年度は2回開催とし、参加希望者の受け入れの拡大を図りました。

## (2) 平成22年度研修で新設／再編した研修

平成22年度は以下の4つの研修を新設／再編しました。それぞれの研修を簡単に記していますが、詳しい内容については「3. 研修を振り返って」にて説明します。

### ① 特別研修「教育機関と児童相談所職員の合同研修」の実施

子ども虐待対応における学校と児童相談所との連携強化は古くからの課題です。岸和田事件以来、小中学生の虐待による死亡等の事件が繰り返されており、昨年も東京都江戸川区で死亡事件が発生しました。その度に学校と児童相談所との連携が大きな問題として指摘されています。こうした状況を踏まえ、文部科学省にも承認をいただき、特別研修として実施いたしました。

### ② 「児童相談所・児童福祉施設職員合同研修」の新設

施設入所の段階のアセスメントや家族再統合に向けた支援においては、児童相談所と児童福祉施設の連携が不可欠です。かつ支援困難なケースが増加している現状を踏まえても両機関の協働がこれまで以上に求められるのは確実です。そこで「児童相談所・児童福祉施設職員合同研修」を新設しました。

### ③ テーマ別研修について

22年度は「子ども虐待と周産期の支援」と「DVと子ども虐待」の2つのテーマ別研修を行いました。前者は81名、後者は84名で、両研修共に希望者が多く、お断りする人が多数ありました。児童相談所職員をはじめとして、前者では乳児院、保健機関、母子生活支援施設、児童養護施設、市区町村職員が、後者では母子生活支援施設、市区町村、児童養護施設職員の参加者が多く、児童福祉分野で関心の高いテーマであることが分かりました。両テーマとも子ども虐待と密接に関係しており、特に虐待の予防という視点からは強くアプローチすべき領域であることを認識しました。そのためには、児童福祉諸機関と周産期医療や保健分野、あるいは女性相談分野との協働等が重要であることを認識しました。

### ④ 「児童福祉施設心理担当職員合同研修」の2回開催について

年々「児童福祉施設心理担当職員合同研修」への参加希望が増加し、一昨年は定員の倍以上の希望があり、応じきれなかったことを踏まえ、昨年は2回開催といたしました。それぞれの参加人数は80名と81名で、参加希望に応じることができました。

## 2. 参加状況

平成22年度に実施した研修と参加者数は表1の通りです。

全研修で1,599名の参加がありました。昨年度の1,485名に比べ114名増となりました(表1)。

表1 子どもの虹情報研修センターで実施した研修一覧と参加者数

研 修 名	期 日	H22年度	H21年度	H20年度
児童相談所長研修<前期>	H22/4/21(水)~4/23(金)	(94)	62	76
児童相談所長研修<後期>	H22/10/6(水)~10/8(金)	92	(64)	(78)
児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修	H22/5/12(水)~5/13(木)	27	24	23
児童相談所医師専門研修	H22/5/13(木)~5/14(金)	21	17	
地域虐待対応研修指導者養成研修	H22/6/8(火)~6/11(金)	78	39	38
児童相談所児童福祉司指導者基礎研修	H22/6/29(火)~7/2(金)	65	81	
地域虐待対応アドバンス研修	H22/7/13(火)~7/14(水)	62(福井)	61(岩手)	33(秋田)
地域虐待対応アドバンス研修	H22/7/21(火)~7/22(水)	91(愛媛)	87(岡山)	79(岐阜)
地域虐待対応アドバンス研修	H22/2/2(火)~2/3(水)	57(栃木)	66(沖縄)	75(茨城)
特別研修 教育機関と児童相談所職員の合同研修	H22/7/28(水)~7/29(木)	47		
児童相談所児童心理司SV研修	H22/8/3(火)~8/6(金)	53	48	51
大学生・大学MDT(多分野横断チーム)研修	H22/8/24(火)~8/25(水)	91	62	63
情緒障害児短期治療施設指導職員研修	H22/9/7(火)~9/9(木)	28	21	24
児童相談所児童福祉司SV研修	H22/9/14(火)~9/17(金)	61	66	74
児童養護施設職員指導者研修	H22/10/26(火)~10/29(金)	80	80	84
治療機関・施設専門研修	H22/11/9(火)~11/12(金)	81	82	67
児童福祉施設指導者合同研修	H22/12/1(水)~12/3(金)	85	84	85
児童福祉施設心理担当職員合同研修A	H22/12/15(水)~12/17(金)	80	88	87
児童福祉施設心理担当職員合同研修B	H22/12/20(月)~12/22(水)	81		
児童相談所中堅児童福祉司・児童心理司等合同研修	H23/1/12(火)~1/15(金)	86	84	87
乳児院職員指導者研修	H23/1/26(火)~1/29(金)	55	48	43
児童相談所・児童福祉施設職員合同研修(新)	H23/2/16(水)~2/18(金)	79		
テーマ別研修「H22年度:周産期の支援」	H23/3/2(水)~3/4(金)	81	84*1	141*3
テーマ別研修「H22年度:DVと子ども虐待」	H23/3/9(水)~3/11(金)	84	111*2	99*4
児童福祉施設職員等地域合同研修	H22/9/8(火)	26(福岡)	64(滋賀)	46(大阪)
児童福祉関係職員長期研修(Web研修)	年8回	8	8	
参 加 者 合 計		1599	1485	1469

\*1「平成21年度:性的虐待」\*2「平成21年度:家族への支援」\*3「平成20年度:親への支援」\*4「平成20年度:児童虐待に関する諸問題」

### 3. 各研修を振り返って

各研修のプログラム、講師名、時間配分等を表2～23に示しました。

センターでは、研修終了時に、研修後アンケートを実施し、研修に対する評価、今後の研修への要望を聴取していますが、その一部も加えてそれぞれの研修ごとに振り返ることとします。

#### (1) 児童相談所長研修（表2-1、2-2）

平成16年度の児童福祉法改正により義務化された研修で、対象は、4月から新しく着任された児童相談所長です。研修プログラムは厚生労働大臣が告示した基準に合致するように構成された内容を＜前期＞＜後期＞に分けて策定しました。＜前期＞研修では所長として必要な基本的事項を中心に、＜後期＞は半年間の実務経験を踏まえ、事例検討やグループ討議等により児童虐待等への具体的対応のあり方等について学べるプログラムとなっています。

表2-1 児童相談所長研修＜前期＞

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童家庭福祉の動向と課題	太田和男（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課）	1.5
	講義	児童相談所の運営 －児童虐待への対応と危機管理－	村瀬 修（しずおか・子ども家庭プラットフォーム）	1.5
	講義	ジャーナリズムから見た児童相談所	小宮純一（フリージャーナリスト）	1.5
2	講義	要保護児童対策地域協議会等関係機関との連携	安部計彦（西南学院大学人間科学部）	2.0
	講義	死亡事例から学ぶ	川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター）	1.5
	講義	少年非行の理解と対応	橋本和明（花園大学社会福祉学部）	1.5
	討議	児童相談所の運営	参加者＜グループ討議＞ 石田公一（岐阜県立白鳩学園） 水鳥川洋子（前千葉県中央児童相談所） 佐々木宏二（前子どもの虹情報研修センター） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター） 川崎二三彦（ ）	1.5
3	講義	児童虐待への対応－法的対応のあり方－	磯谷文明（くれたけ法律事務所）	2.5

表2-2 児童相談所長研修＜後期＞

日	形式	講義名	講師等	時間
1	討議	児童相談所の運営	村瀬 修（しずおか・子ども家庭プラットフォーム） ＜グループ討議＞	2.5
	演習	事例検討 児童虐待の初期対応	津崎哲郎（花園大学社会福祉学部）	2.0
2	演習	事例検討 適切な法的対応	磯谷文明（くれたけ法律事務所）	3.0
	演習	事例検討 少年非行への対応	橋本和明（花園大学社会福祉学部）	1.5
	討議	子どもの権利擁護	伊達直利（旭児童ホーム） ＜グループ討議＞	3.0
3	討議	要保護児童対策地域協議会との 役割分担と連携	才村 純（関西学院大学人間福祉学部） ＜グループ討議＞	3.0

今年度は、計92名の参加がありました。＜前期＞のグループ討議では、児童相談所の経験年数が少ない参加者が集まったグループには、児童相談所経験の豊富な助言者が入り、参加者からの質問に答えられる時間になりました。＜後期＞研修では、参加者から事前に提出された事例の検討を中心に行いました。例年、グループ編成は＜前期＞＜後期＞と同一メンバーとして、参加者相互の情報交換や交流が進むように配慮しております。参加者は、＜前期＞研修の後で、全国児童相談所長会議（8月）が開催され、そのあとに＜後期＞研修が行われるなど、定期的に顔を合わせる機会が多いため、相互の交流・情報交換が進んでいるようです。センターとしても、引き続き児童相談所長間の交流のネットワークが整備されるよう工夫していきたいと思っております。

### （2）児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修（表3）

児童相談所や情緒障害児短期治療施設、医療機関等に勤務する医師の専門研修です。この研修は、リピーター参加者が多く、14年度から9年間継続して参加された方もおられます。

表3 児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修：宿泊研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	虐待の診断について	長嶋達也（兵庫県立こども病院）	2.0
	講義	虐待・衝動行為に対する治療について	笠原麻里（国立成育医療研究センター）	1.5
	討議	現場の課題	参加者＜意見交換会＞	2.0
2	演習	事例検討 被虐待児と家族への援助と医師の役割	助言：岩佐嘉彦（いぶき法律事務所） 司会：小野善郎（和歌山県精神保健福祉センター）	2.0
	演習	事例検討 被虐待児と家族への援助と医師の役割	司会：高瀬利男（横浜いずみ学園）	2.0

今年度は、27名の参加がありました。内訳は児童相談所医師17名、情緒障害児短期治療施設医師5名、児童自立支援施設医師1名、精神保健福祉センター1名、医療機関・施設3名でした。

講義は、脳神経外科医である長嶋先生をお招きして、虐待による頭部外傷の問題をテーマにした「虐待の診断についてをお願い致しました。笠原先生には、参加者の希望を受けて「虐待・衝動行為に対する治療について」をお願い致しました。

2日目午前の事例検討では、昨年度に引き続き助言者に弁護士をお招きし、児童相談所に勤務する医師からの法的対応に絡む事例を検討しました。午後の事例は、児童相談所の医師が特に親対応に積極的に関わっている事例検討を行いました。参加者は日頃から虐待事例に携わっているためか、午前・午後ともに、活発な意見交換となりました。

研修後アンケートでは、「普段接することのない先輩医師の方々のお話が色々聴けたのが良かった」という声がありました。一人職場が多い中、同じ立場の方が集まる研修は貴重な機会となっているようです。

（長嶋先生の論文は本紀要に掲載されています）

### （3）児童相談所医師専門研修（表4）

本研修は、児童相談所で働く医師からの希望で平成21年度より新設しています。

表4 児童相談所医師専門研修：宿泊研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	シンポジウム	児童相談所医師の実践	金井 剛（横浜市中央児童相談所） 藤林武史（福岡市こども総合相談センター） 古田洋子（埼玉県中央児童相談所） 司会：小野善郎（和歌山県精神保健福祉センター）	2.0
	討議	意見交換会		1.5
2	演習	事例検討 被虐待児と家族への援助と医師の役割	磯谷文明（くれたけ法律事務所）	2.5

研修参加者は21名でした。昨年の研修後からメーリングリストを作成し、参加者同士の交流を研修後も続けられるようにしました。討議や実践報告から、児童相談所によって医師の役割が異なっていることが共有され、参加者自身の児童相談所での立ち位置や役割を考える機会になったようです。

(4) 地域虐待対応研修指導者養成研修（表5）

この研修は、市町村等地域で研修を行う際の指導者を養成することを目的とした研修です。市町村が児童家庭相談を行うことに伴い、都道府県は市町村への研修を含めたバックアップを担当することとなりました。そのような実情を踏まえ、センターでは市町村への研修を企画・実施する担当者への研修を20年度より開催しています。対象は、児童相談所、要保護児童対策地域協議会の調整機関の職員及びこれらの機関を所管する本庁の職員など研修講師、企画立案担当予定者としてしました。

表5 地域虐待対応研修指導者養成研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童虐待法制度の理解 ☆	千正康裕（厚生労働省雇用均等・児童家庭局）	2.0
	講義	研修の意義と計画	増沢 高（子どもの虹情報研修センター）	1.5
	討議	情報交換（自己紹介）	グループ討議＜参加者＞	1.0
2	講義	ケースのアセスメントについて ☆	増沢 高	2.0
	講義	要保護児童対策地域協議会の運営 ☆	加藤曜子（流通科学大学）	1.0
	演習	要保護児童対策地域協議会の運営	加藤曜子	2.5
3	実践報告	虐待を受けた子どもと家族・ ハイリスク家庭の支援	寺谷志津枝（鳥取県倉吉市立上井保育園） 塚根智子（鳥取県倉吉市福祉保健部） 井上和加子（鎌倉市子どもみらい部）	2.5
	講義	子育てを考える ☆	佐藤拓代（大阪府立母子保健総合医療センター）	1.0
	演習	乳児家庭全戸訪問事業 （こんにちは赤ちゃん事業）の進め方	佐藤拓代	3.0
4	討議	研修計画とプログラムの作成	グループ討議＜参加者＞	2.5
	討議	研修計画とプログラムの作成（全体会）	グループ討議＜参加者＞	2.0

45自治体（政令市を含む全69の内）78名の参加がありました。参加者の内訳は、児童相談所職員が50名（64%）、市区町村担当者が24名（31%）、本庁職員4名（5%）という内訳でした。

研修は、行政説明等の最新情報から、児童虐待分野における研修の意義と計画や、先進的な取り組みを行っている市町村からの実践報告、演習など幅広く盛り込みました。要保護児童対策地域協議会の運営、乳幼児全

戸訪問事業の2テーマに関しては、前半は講義、後半は演習という形式をとり、参加者が地域に戻って研修を実施する際に参考になることを意識して構成しました。☆がついている講義は、インターネットによる講義映像配信を行いました。

21年度参加者への一年後アンケートより、研修終了後、自分の地域で研修を企画・実施した自治体は20ヵ所で、参加自治体（39箇所）の51.2%でした（回答率61.3%）。研修参加者が受講後に地域で研修を行う際の後方支援について、今後も検討していく必要があります。

（5）児童相談所児童福祉司基礎研修（表6）

センターでは、毎年実施している児童福祉司スーパーバイザー研修の経験年数に大きな開きがあったこと、自治体の人事異動システムにより指導的立場として児童相談所に配置されるが児童相談所経験年数の低い職員が多いという現状を受け、児童相談所経験年数が3年に満たない職員を対象とし、21年度より本研修を新規開催しました。

表6 児童相談所児童福祉司指導者基礎研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	プレセッション	ジェノグラムについて	川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター）	2.0
	講義	児童相談所教育・訓練・指導担当者としての役割	川崎二三彦	1.5
	討議	児童相談所の抱える現状と課題	参加者<グループ討議> 齊藤幸芳（東京都品川児童相談所） 影山 孝（東京都児童相談センター） 須藤友美（横浜市西部児童相談所） 土橋俊彦（神奈川県中央児童相談所） 武田玲子（横浜市中央児童相談所） 水鳥川洋子（前千葉県中央児童相談所） 佐々木宏二（前子どもの虹情報研修センター） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター）	2.0
2	講義	虐待に対する法的手段の適切な活用	高橋 温（新横浜法律事務所）	2.5
	演習	虐待事例の検討（初期対応事例）	松風勝代（大阪府福祉部こども室）	2.0
	演習	虐待事例の検討（施設入所等事例）	松風勝代	2.0
3	講義	虐待の心身の発達に及ぼす影響	増沢 高（子どもの虹情報研修センター）	2.5
	演習	虐待事例と非行事例の検討	橋本和明（花園大学社会福祉学部）	2.0
		小グループ	*山野則子（大阪府立大学人間社会学部） 鈴木浩之（神奈川県中央児童相談所） 川崎二三彦 小出太美夫	
演習	虐待事例と非行事例の検討	同上	2.0	
小グループ	*同上			
4	講義	ケースの「見立て」について	小野善郎（和歌山県精神保健福祉センター）	2.5

参加者は65名で、平均経験年数は2.8年でした。10年以上のベテラン児童福祉司も2名（3%）いましたが、3年未満が43名（66%）と多くが児童相談所経験が少ない方でした。本研修では希望者を対象にプレセッションを設け、ジェノグラムの書き方について演習を行いました。また、指導的立場としての役割についての講義や、法的対応についての講義など、基本的な知識を習得できると同時に、事例検討からは実践で使えるスキル

■ 事業報告 ■

も学べるよう工夫しました。参加者からの評価も概ね良好でした。

(6) 地域虐待対応等アドバンス研修 (表7-1～7-3)

18年度から「市町村虐待対応等セミナー」から「地域虐待対応等合同研修」に再編した本研修ですが、20年度より「地域虐待対応等アドバンス研修」というステップアップ研修として実施しています。研修会場は、今までの開催場所等を考慮して、福井、愛媛、栃木の3ヶ所としました。

表7-1 地域虐待対応等アドバンス研修 (福井)

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	リスクアセスメントと見立て	志村浩二 (三重県亀山市子ども総合センター)	1.5
	講義	地域におけるハイリスク家庭への支援	志村浩二	2.0
	討議	児童虐待対応における 機関連携の課題と解決の方向	参加者<グループ討議>	2.0
2	演習	ケースレポートを考える	子どもの虹情報研修センター職員	2.0
	演習	事例検討 要保護児童対策地域協議会構成機関の連携	菅野道英 (滋賀県中央子ども家庭相談センター)	2.5

表7-2 地域虐待対応等アドバンス研修 (愛媛)

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	リスクアセスメントと見立て	加藤曜子 (流通科学大学)	1.5
	講義	地域におけるハイリスク家庭への支援	白山真知子 (NPO法人 児童虐待防止協会)	2.0
	討議	児童虐待対応における 機関連携の課題と解決の方向	参加者<グループ討議>	2.0
2	演習	ケースレポートを考える	子どもの虹情報研修センター	2.0
	演習	事例検討 要保護児童対策地域協議会構成機関の連携	山野則子 (大阪府立大学人間社会学部)	2.5

表7-3 児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	リスクアセスメントと見立て	志村浩二 (三重県亀山市子ども総合センター)	1.5
	講義	地域におけるハイリスク家庭への支援	同上	2.0
	討議	児童虐待対応における 機関連携の課題と解決の方向	参加者<グループ討議>	2.0
2	演習	ケースレポートを考える	子どもの虹情報研修センター	2.0
	演習	事例検討 要保護児童対策地域協議会構成機関の連携	秋山邦久 (常磐大学大学院)	2.5

参加者は、福井62名、愛媛91名、栃木57名で、主に児童相談所と市町村からの参加でした。

今年度も児童相談所と市町村との連携を軸に、「リスクアセスメントと見立て」「地域におけるハイリスク家庭への支援」の講義を組み入れました。20年度から事例検討を盛り込み、事前課題で自身が関わった事例を

まとめることが必要になりました。特に市町村担当職員は事例をまとめる作業に不慣れなことが多く、事例を振り返るだけでなくこの作業自体が研修の一環となることを狙っています。研修当日は自分のかかわったケースを、他機関に対して短時間で報告するための「ケースレポートを考える」演習を行いました。アセスメントやケースレポートのフォーマットは、「具体的で実践にすぐに役立つ」と、好評をいただきました。様々な地域に出向くたびに、グループ討議や事例検討を通して体制や対応に地域差があるように感じています。また、人事の問題も絡み、専門性の蓄積に課題もあります。今後、この地域差・専門性の向上をどう図っていくかが大きな課題です。

(7) 特別研修 教育機関と児童相談所職員の合同研修 (表8)

学校と児童相談所の連携強化を目的として、今年度特別に設定された合同研修です。

表8 特別研修 教育機関と児童相談所職員の合同研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童虐待の現状と課題	玉井邦夫 (大正大学人間学部)	1.5
	討議	情報の共有	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	死亡事例から学ぶ	川崎二三彦 (子どもの虹情報研修センター)	1.5
	講義	児童虐待の影響と回復に向けた援助の視点	増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)	1.5
	実践報告	学校と児童相談所との連携について	佐藤隆司 (神奈川県県北地域児童相談所) 福井俊道 (岐阜県東濃子ども相談センター) 永井邦保 (千葉県船橋市立金杉台中学校) 川崎二三彦	1.5
	討議	学校と児童相談所との連携を強化するために	参加者<グループ討議> 川崎二三彦	2.0

年度末に急きょ設定した研修であったため、特に学校等教育機関への周知が十分でなく、教育機関からの参加が47名中8名(17%)と少なかったのですが、児童相談所に教育機関から出向している教員が12名(26%)いたために、福祉職と半数近くとなりました。

講義では児童虐待の現状と課題、死亡事例、援助の視点など、学校と児童相談所の共通理解が必要な内容を取り上げました。グループ討議や実践報告では、両方の立場を知っている参加者がつなぎ役となり、それぞれの領域における児童虐待対応の認識の違いを理解し、共通理解に向けた連携のあり方、適切な協働による対応のあり方など、貴重な意見を共有することができました。

(8) 児童相談所児童心理司スーパーバイザー研修 (表9)

本研修は、従来「児童相談所心理職員指導者研修」として実施されてきたものですが、法改正に伴い、児童心理司スーパーバイザーが明確に打ち出されたことを機に、20年度より「児童相談所児童心理司スーパーバイザー研修」として再編したものです。この研修も、児童相談所経験年数を「5年以上」として、参加者に一定以上の経験年数を求めています。

今年度は53名の参加がありました。参加者の児童相談所の平均経験年数は9.8年でした。



表9 児童相談所児童心理司スーパーバイザー研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童相談所における児童心理司の役割	木全玲子（東京都杉並児童相談所）	1.5
	討議	児童虐待対応における児童相談所児童心理司の役割	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	アセスメント	菅野道英（滋賀県中央子ども家庭相談センター）	2.0
	演習	アセスメント	菅野道英 参加者<グループ討議>	2.5
	講義	性的虐待への対応	山本恒雄（日本子ども家庭総合研究所）	2.0
3	講義	児童福祉施設での子どもの育ち	橋原真也（子どもの虹情報研修センター）	2.0
	演習	事例検討	神田秀人（山形県立鶴岡病院）	2.0
		小グループ	*中垣真通（静岡県西部児童相談所） 柴田長生（京都府家庭支援総合センター） 倭文真智子（前東京都足立児童相談所） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター）	
	演習	事例検討	神田秀人	2.0
小グループ		*同上		
4	討議	児童相談所児童心理司の スーパーヴィジョンについて考える	参加者<グループ討議>	2.5
	講義	スーパーヴィジョンの実際	平岡篤武（静岡県健康福祉部）	2.0

内容については、児童心理司の役割を最初に考え直す講義を設定し、2日目には担当心理司としても、スーパーバイザーとしても常に力量を磨いておくべきアセスメントについての講義と演習、どの児童相談所でも大きな課題となっている性虐待についての講義を盛り込みました。3日目には児童福祉施設の子どもの育ちを取り上げると共に、事例検討を行いました。「今後の自分の動き方のモデルや目標が浮かび上がった」「各地でSVを務めている方々と話せて勉強になった」との肯定的な意見が寄せられる一方で、心理検査や所見の書き方、スーパーバイザーとしての役割や方法などについても、より焦点をあててほしいとの要望もあり、今後の内容に反映させていきたいと思えます。

(9) 大学生・大学院生児童虐待MDT（多分野横断チーム）研修（表10）

センターでは、18年度から大学生・大学院生を対象とした研修を開催しております。学生時代から児童虐待の現状を知り、そして多分野協働の重要性を学ぶことで、就職後の多機関間連携がより推進されることを期待して開催しています。今年度の参加者は91名で、内訳は、心理学関係の学部が多く、ついで、教育、社会福祉、保育、看護でした。

表10 大学生・大学院生児童虐待MDT（多分野横断チーム）研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童虐待とは	川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター）	1.5
	講義	児童虐待と生命の危機	市川光太郎（北九州市立八幡病院小児救急センター）	1.5
	講義	虐待を受けた子どもの理解と援助	増沢 高（子どもの虹情報研修センター）	1.5
	討議	課題の共有	参加者<グループ討議>	1.5

2	演習	事例検討	秋山 邦久（常磐大学大学院）	2.5
	討議	発生予防のための啓発活動について	参加者<グループ討議>	2.0

研修内容は、事例検討や児童虐待防止に関する啓発活動に関するグループ討議など、少人数で討議する時間を多く設定しました。専攻分野の異なる学生が意見交換することにより、「多様な見方、考え方に触れ視点が広がると同時に、自分の専門性を認識することができた」「同年代の人たちと『子ども虐待』についてこれほど真剣に話しあったのは初めてで、とても刺激を受けた」といった感想がありました。

**(10) 情緒障害児短期治療施設職員指導者研修（表11）**

この研修は、15年度から、新設もしくは開設予定の情緒障害児短期治療施設職員、既存施設の新任職員を対象とした研修として実施していましたが、全国情緒障害児短期治療施設協議会で新設施設（及び新人）対象の研修を行い、センターでは経験を積んだ指導者対象の研修を20年度から行っています。

**表11 情緒障害児短期治療施設職員指導者研修**

日	形式	講義名	講師等	時間
1	シンポジウム	治療的援助の本質と未来像	杉山信作（広島市こども療育センター） 滝川一廣（学習院大学文学部） 細江逸雄（愛知県立ならわ学園）	2.5
	討議	事例の共有と情短のあるべき姿について	参加者<グループ討議>	1.5
2	演習	事例検討 子どもの育ちの実際	小倉 清（クリニックおぐら）	2.5
	演習	事例検討 子どもの育ちの実際	平田美音（名古屋市児童福祉センター）	2.5
	討議	援助方針の見直し	参加者<グループ討議>	1.5
3	シンポジウム	情短施設における家族支援	宮井研治（大阪市立児童院） 中島喜伸（大村椿の森学園） 窪田知香（さざなみ学園） 坂口繁治（岩手県社会福祉士会） 山喜高秀（志學館大学人間関係学部）	2.5

今年度は、28名の参加があり、平均経験年数は6.8年でした。

議論をより深めることを目的に、21年度からグループ討議の人数を4人という少人数に設定したことが好評を頂いています。グループ分けについては、さまざまな職種の方々と、昔からある情短と新設情短が混ざるようにし、できるだけ多くの方と討議できるように工夫しました。

事例検討で報告された事例は、それぞれ多くの課題をもった子どもたちであり、どう支援していくか子どもに沿った視点で検討された貴重な事例検討でした。また、治療的援助の本質や家族支援についてのシンポジウムを通して、「日々の多忙な業務の中で忘れがちであった、本質的な側面を考え直すことができた」といった意見が寄せられました。

**(11) 児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修（表12）**

本研修は、児童相談所で中心的・指導的立場にある児童福祉司（スーパーバイザー）を対象とした研修です。児童相談所運営指針によると、児童相談所児童福祉司スーパーバイザーは、少なくとも10年程度の相談援助

■ 事業報告 ■

活動経験が求められますが、経験10年以上の児童福祉司となると、該当する参加者が少ないため、センターでは、児童相談所経験5年以上を参加条件として設定して研修を実施しております。「児童相談所経験5年以上」の参加者ということで、研修内容は応用編として位置づけています。

表12 児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童相談所におけるスーパーバイザーの役割	川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター）	1.5
	討議	児童相談所の抱える現状と課題（情報交換）	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	虐待に対する法的手段の適切な活用	高橋 温（新横浜法律事務所）	2.0
	演習	事例検討（大グループ） 虐待事例の検討（初期対応・法的対応ケース）	津崎哲郎（花園大学）	2.0
		事例検討（小グループ） 虐待事例の検討（継続支援ケース）	山本恒雄（日本子ども家庭総合研究所） 才村 純（関西学院大学） 鈴木浩之（神奈川県中央児童相談所） 佐々木宏二（前子どもの虹情報研修センター） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター）	
	演習	事例検討（大グループ） 虐待事例の検討（初期対応・法的対応ケース）	津崎哲郎（花園大学）	2.0
事例検討（小グループ） 虐待事例の検討（継続支援ケース）		山本恒雄（日本子ども家庭総合研究所） 才村 純（関西学院大学） 鈴木浩之（神奈川県中央児童相談所） 佐々木宏二（前子どもの虹情報研修センター） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター）		
3	講義	ケースの見立てについて	金井 剛（横浜市中央児童相談所）	2.0
	実践報告	児童相談所におけるスーパービジョンについて	衣斐哲臣（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター） 武田玲子（横浜市中央児童相談所）	2.0
	討議	児童相談所におけるスーパービジョンについて	参加者<グループ討議>	2.0
4	演習	事例検討 非行相談事例の検討	渡辺 忍（名古屋市西部児童相談所）	2.5

今年度は61名の参加（平均経験年数8.9年）がありました。

例年好評である「法的対応」に関する講義では、参加者から事前に提出された質問事項に講師（弁護士）が応えるQ&A方式を継続するなど、参加者の悩みやニーズに直接対応できる内容としました。事例検討も「職権一時保護・立入調査」「法的対応（法28条事例）」「在宅指導（家族再統合を含む）」「非行事例」など、児童相談所で対応する事例を幅広く取り入れました。また、スーパーバイズに特化したものをもっと盛り込んでほしいという参加者からの要望を受け、20年・21年度に行った「児童相談所における児童福祉司スーパーバイズのあり方に関する研究」の結果をもとに講義と実践報告を行いました。

(12) 児童養護施設職員指導者研修（表13）

この研修は、児童養護施設において子ども達を直接支援する職員のうち、指導的立場にある職員を対象としたものです。

表13 児童養護施設職員指導者研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童養護施設の今日的課題	桑原教修（舞鶴学園）	2.0
	討議	施設とケースの紹介	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	子どもの発達と生活	内海新祐（旭児童ホーム）	2.0
	講義	子どもの示す症状について	細澤 仁（椙山女学園大学）	2.0
	演習	日々の養育を考える	参加者<グループ討議> 増沢 高 榑原真也 南山今日子（子どもの虹情報研修センター）	2.5
3	講義	施設における家族への援助	島川丈夫（同仁学院）	2.5
	演習	事例検討	村瀬嘉代子（北翔大学大学院）	2.0
		事例検討（小グループ）	* 島川丈夫 瀧井有美子（横浜いずみ学園） 齋藤新二（齋藤ホーム） 橋川 英和（共生会伊豆長岡学園）	
	演習	事例検討	村瀬嘉代子	2.0
事例検討（小グループ）		* 同上		
4	講義	職員チームのあり方 －良好なチームを目指して－	増沢 高	2.5
	演習	ケアプランの作成	古谷みどり（光の子どもの家） 杉山史恵（湘南学園） 高山由美子（東京育成園） 三浦聡介（東京恵明学園児童部） 大塚 斉（武蔵野児童学園） 増沢 高 榑原真也 南山今日子	2.5

今回は80名の参加がありました。児童養護施設は578ヶ所（平成22年5月現在）ありますが、9年間で研修に参加された施設は422施設（73%：平成22年度末現在）となりました。

プログラムは、「アセスメント」「家族支援」「チームワーク」を3大柱とし、研修を企画しました。本研修は、昨年度より演習、振り返りを多く取り入れ、より参加型の研修にしています。事前課題でまとめてきたケースについて、4日間かけ、最終的にケアプランを作成する流れになっています。20年度からこの研修に関しては、研修評価の研究を行っています。こういった演習のあり方がより参加者に有意義なものになるか、今後も評価を行いながら検討していきます。

### (13) 治療機関・施設専門研修（表14）

情緒障害児短期治療施設、小児医療施設、小児精神科医療施設、児童相談所等の治療に携わる職員を対象に、治療施設関係諸機関合同研修として実施している研修です。

表14 治療機関・施設専門研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	乳幼児期の発達について -愛着に焦点をあてて	遠藤利彦 (東京大学大学院)	2.0
	講義	発達障害とは何か	玉井邦夫 (大正大学人間学部)	2.0
	討議	情報交換 (自己紹介)	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	解離について	細澤 仁 (相山女学園大学人間関係学部)	2.0
	講義	子どもの性化行動の理解と対応	山本恒雄 (日本子ども家庭総合研究所)	2.0
	討議	被虐待児の治療的援助 (全体発表含む)	参加者<グループ討議>	2.0
3	演習	事例検討 子どもと親への治療的援助 (小グループ)	笠井華英 (東京都杉並児童相談所) 志村浩二 (亀山市子ども総合支援室) 鈴木 清 (横浜市中央児童相談所) 高田 治 (横浜いずみ学園) 平岡篤武 (静岡県健康福祉部) 山喜高秀 (志学館大学人間関係学部) 小出太美夫 (子どもの虹情報研修センター)	2.5
	演習	事例検討 子どもと親への治療的援助	村瀬嘉代子 (北翔大学大学院)	2.5

今年度は、児童相談所 (一時保護所職員を含む) (59名)、情緒障害児短期治療施設 (15名)、医療機関 (5名)、市町村 (1名)、乳児院 (1名) と各方面からの参加がありました。参加者の職種も、児童心理司、児童福祉司、セラピスト、児童指導員、保育士、保健師、看護師等、多職種によって構成されております。

治療機関・施設からの参加者ということ意識して内容を設定しました。講義では「愛着」「発達障害」「解離」「性化行動」を取り上げました。参加者にも4つのテーマの中から最も関心のあるテーマを選んでもらい、討議や事例検討についてのグループ分けに反映されるよう、配慮しました。講義を通して、これらのテーマに共通点があることに気づかされたという意見が多く寄せられ、さまざまな視点から子どもを捉える必要性が聞かれました。事例検討は、前半は関心のあるテーマに沿った10人単位での小グループで、後半は、参加者全員が一堂に会して行いました。

(細澤先生の講義録は本紀要に掲載されています)

(14) 児童福祉施設指導者合同研修 (表15)

この研修は、児童養護施設職員指導者研修、乳児院職員指導者研修の発展形として、17年度より実施している研修です。18年度から、母子生活支援施設、児童自立支援施設を、19年度から情緒障害児短期治療施設にも参加を呼び掛けたこともあり、多施設合同の研修となりました。

表15 児童福祉施設指導者合同研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	アセスメントについて	神田秀人 (山形県立鶴岡病院)	2.0
	討議		参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	チームアプローチと多機関協働	増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)	2.5
	シンポジウム	子どもの未来像を描く	山澤重美 (鳥取県米子児童相談所) 齋藤新二 (齋藤ホーム)	3.5

3	演習	事例検討 子どもと親への援助（1）	西田寿美（三重県立小児心療センターあすなろ学園）	2.5
		事例検討（小グループ）	山澤重美 国分美希（至誠学園） 加藤尚子（明治大学文学部） 中島喜伸（大村椿の森学園） 南山今日子（子どもの虹情報研修センター）	
	演習	事例検討 子どもと親への援助（2）	西田寿美	
		事例検討（小グループ）	国分美希（至誠学園） 加藤尚子（明治大学文学部） 中島喜伸（大村椿の森学園） 増沢 高（子どもの虹情報研修センター）	

今年度は85名の参加がありました。内訳は児童養護施設55名、母子生活支援施設から11名、乳児院から10名、情緒障害児短期治療施設から2名、児童自立支援施設から4名、さらに自立援助ホーム、盲児施設、児童相談所、一時保護所からそれぞれ1名の参加となっています。

まず、講義として「アセスメント」と「チームアプローチ」というどの児童福祉施設にも、子どもと家族を支援していく上で共通のテーマを設定しました。

2日目午後には「子どもの未来像を描く」というテーマでシンポジウムを行い、児童自立支援施設、ファミリーグループホームの事例を報告して頂きました。いずれの事例も長い経過があり、多くの課題を抱えた子どもやその家族でした。しかし、担当者を始めとしたチームが、日常の中での支援を重ね、施設を出た後もあきらめずにつきあい、継続的に支援を行った結果として子どもの「未来」が開けていったという実践報告でした。

20年度よりグループ編成にひと工夫いれ、初日の情報交換では多施設混合の編成とし、合同研修ゆえの交流ができるように設定しました。また、3日目の事例検討では、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設混合のグループと、乳児院、母子生活支援施設それぞれのグループを作成し、同種施設が集まることである程度の共通理解の上で事例検討が行えるように設定しました。

#### （15）児童福祉施設心理担当職員合同研修（表16-1、16-2）

児童福祉施設に勤務する心理担当職員を対象に15年度より実施している研修です。現場のニーズは高く、毎年定員を超える参加希望があるため、22年度は2回開催といたしました。

表16-1 児童福祉施設心理担当職員合同研修A

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	発達障害について	水口 進（常磐大学大学院人間科学研究科）	2.0
	討議	施設とケースの情報交換	参加者<グループ討議>	2.0
2	演習	事例検討 子どもの援助について	高瀬利男（横浜いずみ学園）	2.5
		事例検討（小グループ）	内海新祐（旭児童ホーム） 古谷みどり（光の子どもの家） 瀧井有美子（横浜いずみ学園） 杉山史恵（湘南学園） 中垣真通（静岡県富士児童相談所） 南山今日子（子どもの虹情報研修センター）	

■ 事業報告 ■

2	演習	事例検討 子どもの援助について	高瀬利男	2.5
		事例検討 (小グループ)	内海新祐 古谷みどり 瀧井有美子 杉山史恵 中垣真通 増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)	
	演習	ケアプランの作成	参加者	1.5
3	講義	施設のチーム力動について	増沢 高	2.5
	討議	施設のチームワークを考える	参加者<グループ討議>	2.5

表16-2 児童福祉施設心理担当職員合同研修B

日	形式	講 義 名	講 師 等	時間
1	講義	発達障害について	杉山登志郎 (浜松医科大学児童青年期精神医学講座)	2.0
	討議	施設とケースの情報交換	参加者<グループ討議>	2.0
	演習	事例検討 子どもの援助について	川畑友二 (クリニック川畑)	2.5
		事例検討 (小グループ)	内海新祐 (旭児童ホーム) 古谷みどり (光の子どもの家) 吉野りえ (同仁学院) 中垣真通 (静岡県富士児童相談所) 榎原真也 (子どもの虹情報研修センター) 南山今日子 ( 同上 )	
2	演習	事例検討 子どもの援助について	川畑友二	2.5
		事例検討 (小グループ)	内海新祐 古谷みどり 吉野りえ 中垣真通 榎原真也 増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)	
	演習	ケアプランの作成	参加者	1.5
3	講義	施設のチーム力動について	増沢 高	2.5
	討議	施設のチームワークを考える	参加者<グループ討議>	2.5

AとBの2回の研修を開催し、それぞれ80名、81名の参加がありました。研修Aでは、児童養護施設53名、乳児院10名、母子生活支援施設10名、情緒障害児短期治療施設4名、児童自立支援施設2名、児童家庭センター1名の参加がありました。研修Bでは、児童養護施設54名、乳児院12名、母子生活支援施設8名、情緒障害児短期治療施設4名、児童自立支援施設3名の参加がありました。

20年度に続き、今年度も、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設のグループと、乳児院のグループ、母子生活支援施設のグループという、施設単位でのグループ編成としました。児童福祉施設の心理担当職員は、各施設で1人職種であることが多く、心理職としての仕事も各自で立ち上げていかななくてはならない部分も多くあります。また、施設心理職の研修機会も少ないため、同種施設が集まってのグループ討議や事例検討は、ある程度の共通理解のもとに、情報交換やディスカッションが行われることとなり、参加者からは好評でした。

児童養護施設をはじめとした児童福祉施設に心理職が導入されるようになって10年が経過し、長く施設心理

職として勤務されている方と、新しい職員の方と参加者の層も2分してきています。そのため、参加者の経験年数をどう扱っていくかは今後の課題です。

(16) 児童相談所中堅児童福祉司・児童心理司合同研修 (表17)

児童相談所において中核的役割を担う児童福祉司と児童心理司の合同研修として再編した研修です。

表17 児童相談所中堅児童福祉司・児童心理司合同研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童相談所の今日的課題について	八戸弘仁 (厚生労働省雇用均等・児童家庭局)	1.0
	討議	児童相談所の役割と課題 (情報交換)	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	児童虐待と生命の危機 - 救急医療の現場から -	市川光太郎 (北九州市立八幡病院救急救命センター)	2.5
	講義	福祉司と心理司の協働について	柴田長生 (京都府家庭支援総合センター)	2.0
	講義	性的虐待の理解と対応	山本恒雄 (日本子ども家庭総合研究所)	2.0
3	講義	ケースの「見立て」について	小野善郎 (和歌山県精神保健福祉センター)	2.0
	演習	事例検討	藤林武史 (福岡市こども総合相談センター)	2.0
		事例検討 (小グループ)	* 才村 純 (関西学院大学人間福祉学部) 佐々木宏二 (前子どもの虹情報研修センター) 川崎二三彦 (子どもの虹情報研修センター) 小出太美夫 ( )	
	演習	事例検討	藤林武史	2.0
事例検討 (小グループ)		* 同上		
4	講義	家庭裁判所と児童相談所との連携	鈴木俊也 (横浜家庭裁判所)	2.0
	討議	児童虐待対応における児童福祉司と児童心理司との連携・協働について	川崎二三彦 参加者<グループ討議>	3.0

今年度は86名の参加 (児童福祉司56名、児童心理司29名、女性相談ケースワーカー1名) を得て行われました。内容については、職種間の相互理解と協働が推進されるプログラムとしました。児童福祉司・心理司ともに理解しておくべき内容として行政説明や救急現場での虐待対応や性的虐待についてなど、幅広いテーマを盛り込んだ講義を設定しました。また、法28条ケースが増えている中、「家庭裁判所との連携」も組み入れました。事例検討では、大グループ・小グループどちらかで、児童福祉司、児童心理司からの報告を両方聞けるように工夫し、両者の立場を生かした「協働」に力点が置かれた事例検討が行われました。しかし、連携の重要性は参加者も十分に理解しているものの、具体的な連携のありようについて論議を深めていくことが難しいなどの意見が聞かれ、今後の課題が残りました。

(17) 乳児院職員指導者研修 (表18)

18年度から内容を大幅にリニューアルし、事例検討などを取り入れた研修として実施しています。

表18 乳児院職員指導者研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	乳幼児母子関係と虐待の心身の発達に及ぼす影響	渡辺久子 (慶應義塾大学医学部)	3.0
	討議	情報交換	参加者<グループ討議>	1.0



■ 事業報告 ■

2	講義	乳児院の現状と課題	長井晶子（久良岐乳児院）	2.5
	演習	乳幼児期に起きがちな問題の理解とその対応	山崎知克（浜松市発達医療総合福祉センター）	3.0
	討議	事例の分かち合い	参加者<グループ討議>	1.0
3	演習	事例検討（小グループ）	窪田道子（神奈川県立中里学園） 芝 太郎（ドルカスベビーホーム） 稲富憲朗（清心乳児園） 小出太美夫（子どもの虹情報研修センター） 南山今日子（ ）	2.0
	演習	子どもの情緒発達とケアの実際	青木紀久代（お茶の水女子大学大学院）	3.5
4	講義	対応の難しい親への理解と援助について	白川美也子（昭和大学東病院）	2.0
	講義	乳児院における里親支援	山本朝美（小鳩乳児院）	2.0

今年度の参加者は55名でした。この9年間を通して、9割近い（89.4%）乳児院が研修に参加されています。

事例検討では積極的な意見交換が行われました。そして、子どもの情緒発達を促進するためのケアプランを立てる演習を行いました。2-3名のさらに小さなグループに分かれ、事前課題でまとめたケースについてディスカッションを通して具体的なケアプランを立てました。講義も、「乳幼児母子関係と虐待の影響」「乳児院の現状と課題」「親支援」「里親支援」など、子どもへの支援だけでなく親や里親への支援もテーマに取り入れられました。現場のニーズに即したものが多く好評でしたが、一方で「もっと他施設と情報交換したかった」「ケアプランの作成が難しかった」という声もあり、講義と演習のバランスを検討すること、支援に役立つケアプランが誰にでも作成できるよう、わかりやすく手順を示すことなどが課題として残りました。

(18) 児童相談所・児童福祉施設職員合同研修（表19）

児童相談所・児童福祉施設の協働がこれまで以上に求められる現状を踏まえ、「児童相談所・児童福祉施設職員合同研修」を今年度から新設しました。

表19 児童相談所・児童福祉施設職員合同研修

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	児童相談所と児童福祉施設との協働	小木曾 宏（房総双葉学園）	1.5
	討議	各機関の現状と課題（情報交換）	参加者<グループ討議>	2.0
2	講義	協働によるアセスメント	近藤直司（山梨県立精神保健福祉センター）	2.5
	演習	事例検討 児童相談所と児童福祉施設とのより良い協働を目指して	金井 剛（横浜市中央児童相談所） 平岡篤武（静岡県健康福祉部）	1.5
	演習	事例検討 児童相談所と児童福祉施設とのより良い協働を目指して	同上	1.5
3	講義	家族支援について	高橋利一（至誠学園）	2.0
	シンポジウム	社会的養護児童における「施設」「地域」の意味	白鳥浄子（慈光園） 山澤重美（鳥取県米子児童相談所） 石田公一（岐阜県立白鳩学園）	3.0

参加者は児童相談所職員39名、児童福祉施設40名と半々でしたが、それぞれの機関の経験年数の差が大きく、

施設職員は長く（9.0年）、児童相談所職員は短い（3.7年）という傾向値でした。そのためか児童相談所職員がやや遠慮気味に参加していた印象がありました。事例検討のケースは、施設入所後両者が密接に協働して支援したケースを求めましたが、協働が積極的にはかれていた事例を選ぶのが難しく、現状の一端を表しているように感じました。研修全体を通しては、お互いの実情を理解する良い機会にはなり、協働の重要性について認識を深める契機となりました。さらには実践報告等を通して、児童相談所と施設を核として、子どもの住んでいた市町村との連携の必要性も指摘されました。

(19) テーマ別研修「子ども虐待防止と周産期の支援」(表20)

センターでは、合同研修の一形態として「テーマ別研修」を実施しております。その年度のテーマは参加者アンケートで要望の多いものやその時に関心の高い問題など、時宜に合ったテーマを設定しています。機関・職種を問わず参加が可能なこともあり、テーマによりますが、定員を大幅に超えることも少なくありません。過去のテーマを挙げると「発達障害と児童虐待」「介入の意義と方法」(17年度)、「発生予防」「親への支援」(18年度)、「性的虐待」「非行と児童虐待」(19年度)、「親への支援」「児童虐待に関する諸問題」(20年度)、「性的虐待」「家族への支援」(21年度)を取り上げました。22年度は、「子ども虐待防止と周産期の支援」「DVと子ども虐待」を取り上げることとしました。

表20 テーマ別研修「子ども虐待防止と周産期の支援」

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	妊娠と出産について - 母親の視点から -	安達知子 (愛育病院)	1.5
	講義	周産期の子どもの発達	篠原一之 (長崎大学大学院)	1.5
	討議	情報交換 (自己紹介)	参加者<グループ討議>	1.0
2	講義	周産期における子ども虐待のリスク	佐藤拓代 (大阪府立母子保健総合医療センター)	2.5
	実践報告	死亡事例の検証報告書より	川崎二三彦 (子どもの虹情報研修センター)	1.0
	講義	救急医療の現場から	山田新尚 (岐阜県総合医療センター)	1.5
	実践報告	市町村における周産期からの支援	薬師川厚子 (東大阪市健康福祉局)	1.5
3	講義	子ども虐待における母子臨床	山下 洋 (九州大学病院)	2.5
	討議	子ども虐待防止のためにできること	参加者<グループ討議>	2.5

参加者は、81名でした。内訳は、児童相談所（29名）、保健関係（11名）、児童養護施設（9名）、乳児院（10名）、市町村担当者（7名）、母子生活支援施設（8名）、情緒障害児短期治療施設（1名）、児童家庭支援センター（1名）、医療関係（5名）と、多くの領域・機関の方々が参加しました。

プログラムは、周産期の母子関係や子どもの発達、虐待のリスクや各機関における現状について、実践報告を含め幅広い講義を盛り込みました。講義の中では、胎児や乳児の様子についての動画や写真などの視覚的な媒体も豊富に使用され、参加者は熱心に見入っていました。子どもの実際の様子を目にすることによって、「母子分離の際の子ども表情にショックを受けた」との感想を述べる方もいました。

他機関での現状や支援の実際についても積極的な情報交換がなされ、子ども虐待を防止するためには、周産期から親子を支援していくためのネットワークの構築が重要であることを参加者の方々も痛感したようでした。

(佐藤先生、山下先生の講義録は本紀要に掲載されています)

■ 事業報告 ■

(20) テーマ別研修「DVと子ども虐待」(表21)

もう1本のテーマ別研修は「DVと子ども虐待」としました。

表21 テーマ別研修「DVと子ども虐待」

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義	DV被害者へのフェミニスト・アプローチ およびコミュニティ・アプローチ	高島克子(東京女子大学)	1.5
	講義	DV防止法とその適用について	小坪淳子(松ヶ丘法律事務所)	1.5
	討議	情報交換(自己紹介)	参加者<グループ討議>	1.0
2	講義	DV家庭における 子ども虐待のリスクと支援について	山本恒雄(日本子ども家庭総合研究所)	2.5
	実践報告	女性相談の現場より	武井淳子(神奈川県女性相談所)	1.0
	実践報告	母子生活支援施設からの報告	大塩孝江(倉明園)	1.5
	実践報告	DV加害者への治療的関わり	中村 正(立命館大学)	1.5
3	演習	事例検討 DV家族への支援	報告:武藤和恵(半田同胞園) 助言:米田弘枝(立正大学)	2.5
	討議	DV防止のためにできること	参加者<グループ討議>	2.5

参加者は84名でした。内訳は、児童相談所(22名)、母子生活支援施設(21名)、市町村(12名)、児童養護施設(10名)、乳児院(5名)、情長障害児短期治療施設(5名)、女性相談所(3名)、医療(3名)、児童自立支援施設(1名)、児童家庭支援センター(1名)、教育(1名)と多分野からの参加がありました。本研修も、年度末の人事異動や施設入所児童の卒業、卒園という多忙な時期にもかかわらず、非常に多くの方々の参加をいただきました。

今回のテーマ別研修では、まず、DV被害者へのアプローチについて、続いて法的な側面からDV防止法について、DV家庭における子ども虐待のリスクと支援について講義を頂きました。実践報告では、女性相談、母子生活支援施設それぞれの立場と、DV加害者への治療的かかわりについても報告頂きました。講義と実践報告を踏まえて、最終日には事例検討を行いました。

このテーマ別研修の最終日の討議中に東日本大震災が起きました。あらためて震災で亡くなられた方々に心からお悔やみを申し上げますと共に、被災された方々に謹んでお見舞い申し上げます。

(高島先生の講義録、大塩先生の実践報告は本紀要に掲載されています)

(21) 児童福祉施設職員等地域合同研修(表22)

石川県、鹿児島県(16年度:試行実施)、鳥取県、千葉県、神奈川県(17年度)、群馬県、岩手県、三重県(18年度)、宮城県、埼玉県、茨城県(19年度)、大阪府、山梨県(20年度)、滋賀県、広島県、愛知県(21年度)に続き、22年度は福岡県にて実施しました。

約5ヶ月前より各地域の事務局と協議を重ね、午前中は講義、午後は事例検討という基本構成は残しつつ各地域のニーズに合わせたプログラムを作成しました。

参加者は、児童養護施設を中心に、乳児院、情緒障害児短期治療施設、母子生活支援施設、児童自立支援施設など多くの児童福祉施設が集まりました。

表22 児童福祉施設職員等地域合同研修（福岡）

日	形式	講義名	講師等	時間
1	講義演習	ケースカンファレンスのあり方	増沢 高（子どもの虹情報研修センター）	2.0
	演習	ケースカンファレンス 施設入所児童の理解と支援	助言：山喜高秀（志学館大学） 下木猛史（鹿児島自然学園） 司会：増沢 高	3.5

この研修は、センターにとっても、その地域特有の現場の苦労や優れた取り組み、工夫を知り、学ぶ機会となることもあり、開催の意義は非常に大きいことを感じています。センターで実施する研修との関係もあり、開催の調整が難しいこともあります。今後も続けていきたいと考えております。

(22) 児童福祉関係職員長期研修（Web研修）（表23）

Web研修とは、インターネットを活用し、少人数のグループによる定期的なグループ討議、事例検討等を通して、援助技術の向上を図るとともに、社会的養護に関連した研究や講師を担える人材の育成を目指して21年度より本格実施しています。事務局もあわせて10名がWeb画面上に一堂に会し、カメラとマイクを使い、双方向にやりとりができるシステムを利用しています。今年度の参加者は児童養護施設、情緒障害児短期治療施設に勤める8名であり、平均経験年数が7.8年と全員が児童福祉施設で一定程度経験を積んだ方ばかりでした。6月のプレ研修会では精神科治療について講義を頂き、オリエンテーションも含めてこれから1年間事例検討を行うメンバーで顔合わせを行いました。7月より月に1回、事例検討を行い、参加者が一人一回発表する機会を設け、Web画面上で事例検討を行いました。3月には修了研修会を実施する予定でしたが、東日本大震災の影響で中止となりました。

表23 児童福祉関係職員長期研修（Web研修）

月 日	プログラム	内 容	時間
6月3日(木) -4日(金)	プレ研修会	【講義】精神科治療について 高瀬利男（横浜いずみ学園） 【討議】自己紹介と問題意識の共有 【オリエンテーション】	
7月16日(金)	事例検討		2.0
8月26日(木)	事例検討		2.0
9月24日(金)	事例検討		2.0
10月22日(金)	事例検討		2.0
11月22日(月)	事例検討		2.0
12月6日(月)	事例検討		2.0
2月14日(月)	事例検討		2.0

■ 事業報告 ■

(23) 公開講座 (表24)

表24 公開講座

日	形式	講 義 名	講 師 等	時間
1	公開講座	基調講演 優しい親になるには - 子ども虐待から マタレッセンスとバタレッセンスを考える	小林 登 (子どもの虹情報研修センター名誉センター長)	1.5
	公開講座	実践報告 人と向き合う力を育てよう～人間関係力を学ぶ 「赤ちゃん登校日」授業の実践	高塚人志 (鳥取大学医学部総合医学教育センター)	1.5

センターでは、毎年「児童虐待防止推進月間」と定められた11月に公開講座を開催しています。本年度の公開講座では、「子育てとやさしさ」をテーマに、前子どもの虹情報研修センター長である小林登先生に基調講演を、鳥取大学医学部の高塚人志先生より実践報告をいただきました。小林先生の講演では、やさしさが子どもの成長に対して果たす役割や、虐待を予防し子どもにやさしい社会を作るヒントを頂きました。高塚先生は、小中高生が赤ちゃんとふれあい、いのちの尊さを実感する「赤ちゃん登校日」の実践についてお話しされました。子育ての重要性や社会が果たす役割についてあらためて振り返り、子ども虐待防止について参加者の方々と考える機会となりました。

(小林先生の講義録は本紀要に掲載されています)

4. 研修の評価

(1) 研修全体の評価

センターでは研修後に「大変役に立つ」から「役に立たない」まで5段階評価によるアンケート調査を実施しています。この評価に基づいた、研修参加直後のアンケート結果を表示しました(表23)。

「大変役に立つ」・「まあまあ役に立つ」の割合は、最も低い「テーマ別研修・DVと子ども虐待」で85.7%、次いで「地域虐待対応アドバンス研修(愛媛県)」が87.1%、「地域虐待対応研修指導者養成研修」が87.8%、「児童相談所・児童福祉施設職員合同研修」が89.5%でした。その他の研修は全て90%以上で、100%が5本ありました。アンケート結果は研修直後の主観的な感想が中心となりますが、概ね高い評価を得ているものと考えています。

表23 平成22年度研修 研修参加後のアンケート結果の状況

	No	研修名称	参加者数	回答者数	「大変良い・良い」		「やや工夫が必要・工夫が必要」	
					人数	%	人数	%
児童相談所	1	児童相談所長研修 <<前期>>	92	90	89	(98.9%)	2	(2.2%)
	2	児童相談所長研修 <<後期>>	92	86	83	(96.5%)	0	(0.0%)
	3	児童相談所医師専門研修	21	15	15	(100.0%)	0	(0.0%)
	4	児童相談所児童福祉司指導者基礎研修	65	63	60	(95.2%)	0	(0.0%)
	5	児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修	61	57	55	(96.5%)	0	(0.0%)
	6	児童相談所児童心理司スーパーバイザー研修	53	52	50	(96.2%)	0	(0.0%)
	7	児童相談所中堅児童福祉司・児童心理司等合同研修	86	85	84	(98.8%)	0	(0.0%)
児童福祉施設	1	情緒障害児短期治療施設職員指導者研修	28	28	26	(92.9%)	1	(3.6%)
	2	児童養護施設職員指導者研修	80	77	77	(100.0%)	0	(0.0%)
	3	児童福祉施設指導者合同研修	85	77	74	(96.1%)	0	(0.0%)
	4	乳児院職員指導者研修	55	54	53	(98.1%)	0	(0.0%)
	5	児童福祉施設心理担当職員合同研修(A)	80	76	73	(96.1%)	1	(1.3%)
	6	児童福祉施設心理担当職員合同研修(B)	81	80	79	(98.8%)	0	(0.0%)
	7	児童福祉施設職員等地域合同研修 <福岡県>	26	26	26	(100.0%)	0	(0.0%)
市町村	1	地域虐待対応研修指導者養成研修	78	74	65	(87.8%)	1	(1.4%)
	2	地域虐待対応アドバンス研修(福井県)	62	62	59	(95.2%)	0	(0.0%)
	3	地域虐待対応アドバンス研修(愛媛県)	91	85	74	(87.1%)	0	(0.0%)
	4	地域虐待対応アドバンス研修(栃木県)	57	57	57	(100.0%)	0	(0.0%)
その他	1	児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修	27	25	24	(96.0%)	0	(0.0%)
	2	治療機関・施設専門研修	81	78	77	(98.7%)	0	(0.0%)
	3	特別研修 教育機関と児童相談所の合同研修	47	46	43	(93.5%)	0	(0.0%)
	4	大学生・大学院生MDT(多分野横断)研修	91	81	81	(100.0%)	0	(0.0%)
	5	児童相談所・児童福祉施設職員合同研修	79	76	68	(89.5%)	1	(1.3%)
	6	テーマ別研修「子ども虐待防止と周産期の支援」	81	79	78	(98.7%)	0	(0.0%)
	7	テーマ別研修「DVと子ども虐待」	84	42	36	(85.7%)	0	(0.0%)

■ 事業報告 ■

(2) 研修への要望

研修後のアンケートでは、希望するテーマについての要望もお聞きしています（表24）。希望の最も多いのは、「保護者の理解と対応」に関する研修で、児童相談所、児童福祉施設、市町村等から万遍なく希望がありました。これは、どの機関・施設も、保護者への対応で苦慮していることの表れと思われまます。次いで、「家族再統合」に関する研修、「ケースの見立て」に関する研修の順となりました。これらの意見も参考として、今後の研修プログラムを策定していきます。

表24 平成22年度研修 研修への要望

	No	研修名称	参加者数	回答者数	1位	2位	3位
児童相談所	1	児童相談所児童福祉司指導者基礎研修	65	63	「家族支援について」29名	「虐待する保護者の理解と対応」24名	「法的対応」21名 「アセスメント」21名
	2	児童相談所児童福祉司スーパーバイザー研修	61	57	「法的対応」26名	「家族支援について」21名	「市町村との連携と後方支援」19名
	3	児童相談所児童心理司スーパーバイザー研修	53	52	「被虐待児への心理治療」25名	「ケースの見立て」20名	「スーパービジョンの方法と実際」16名
	4	児童相談所中堅児童福祉司・児童心理司等合同研修	86	85	「保護者の理解と対応」35名	「法的対応」21名 「被虐待児への心理治療」21名	「ケースの見立て」21名
児童福祉施設	1	情緒障害児短期治療施設職員指導者研修	28	28	「具体的な治療技法について」11名	「チームアプローチについて」11名	「保護者の理解と対応」8名 「性の加害・被害について」
	2	児童養護施設職員指導者研修	80	77	「施設退所後のアフターフォロー」32名	「保護者の理解と関わり」28名	「問題行動への対応」26名 「職員チームのあり方」26名
	3	児童福祉施設指導者合同研修	85	77	「職員チームのあり方」30名	「子どもの見立て」26名	「発達障害について」25名
	4	乳児院職員指導者研修	55	54	「職員チームのあり方」29名	「保護者の理解と援助」24名	「虐待の心身に及ぼす影響」22名
	5	児童福祉施設心理担当職員合同研修（A）	80	76	「ケースの見立て」49名	「性的問題への対応」33名	「ケースカンファレンス」30名 「愛着（愛着障害）について」30名 「職員のメンタルケアについて」30名
	6	児童福祉施設心理担当職員合同研修（B）	81	80	「ケースの見立て」47名	「職員のメンタルケアについて」39名	「愛着（愛着障害）について」31名 「チームアプローチについて」31名
市町村	1	地域虐待対応研修指導者養成研修	78	74	「虐待する保護者の理解と援助」35名	「法的対応」28名	「家族支援について」25名
	2	地域虐待対応アドバンス研修<福井県>	62	62	「虐待する保護者の理解と援助」20名	「初期対応」18名 「家族支援について」18名	「虐待された子どもの理解と対応」17名
	3	地域虐待対応アドバンス研修<愛媛県>	91	85	「虐待する保護者の理解と対応」34名	「ネグレクトについて」28名	「発達障害と児童虐待」24名
	4	地域虐待対応アドバンス研修<栃木県>	57	57	「虐待する保護者の理解と援助」21名 「家族支援について」21名	「法的対応」17名	「児童家庭相談のあり方・進め方」15名 「虐待された子どもの理解と対応」15名 「リスクアセスメント」15名 「要保護児童対策地域協議会の運営」15名
その他	1	児童相談所・情緒障害児短期治療施設・医療機関等医師専門研修	27	25	「ケースカンファレンス」10名	「アセスメント」7名 「性的虐待」7名 「スーパービジョンの方法と実際」7名	「虐待する親の理解と治療」6名 「他機関・他職種との連携」6名 「少年非行」6名
	2	治療機関・施設専門研修	81	78	「具体的な治療技法について」31名	「ケースの見立て」30名	「保護者の理解と対応」29名
	3	特別研修 教育機関と児童相談所の合同研修	47	46	「家族支援について」17名	「発達障害と児童虐待」16名	「モニタリング（見守り）について」13名
	4	児童相談所・児童福祉施設職員合同研修	79	76	「家族支援について」33名	「保護者の理解と対応」28名 「性的問題行動への対応」28名	「ケースの見立て」24名

## 5. 研修の課題と平成23年度研修の方向

平成22年度研修で出てきた課題や昨今の児童虐待の事件の増加、深刻化など社会情勢を踏まえ、平成23年度は次のような取り組みを行っていきます。

### (1) 地域の人材育成について

要保護児童対策地域協議会の充実と市区町村の相談窓口体制の充実は喫緊の課題です。市区町村に対しては、地域に出向いての「地域虐待対応合同アドバンス研修」と19年度からは「地域虐待対応研修指導者養成研修」を実施しています。前者については年間3か所の地域に出向くのが限界で、毎年全国をつつがなくカバーすることは不可能です。そこでセンターとしては、各自治体独自で市区町村向けの研修が積極的に行われるよう「地域虐待対応研修指導者養成研修」に力を入れているところです。一年後アンケートで把握した研修実施状況は、回答者39名中27名でしたが、未回答が多く（41名）十分な把握ができませんでした。ただ、研修の企画、実施においては、地域で研修企画・実施を担う人が参加していない、研修プログラムの企画が難しい、演習の進行等を担うことが難しいなどの意見があり、より積極的に研修を企画・実施できるようなサポートが必要と考えます。

23年度の研修では、研修企画の参考にできるよう、必要と思われる研修プログラム案をいくつか提示し、そこには各プログラムで使用できる研修映像記録作品（DVD）のリストを添付するなどして、実施に向けた具体的なプランを提供する方針です。

### (2) 子ども虐待の発生予防を視野に入れた研修の充実

子ども虐待の予防の重要性についてはこれまでも認識されてきましたが、WHOやISPCANを中心とした世界的動向、あるいは我が国のこの10年間の取り組みを振り返ったとき、より強く求められていると思われます。一般の子育て支援サービスの充実、妊婦への支援、DVの防止に向けた支援等が虐待の発生予防に強く結びついていることを、研修の講義や実践報告を通して再認識しています。21年度のテーマ別研修で取り上げた周産期の支援とDVは、どちらも児童福祉諸機関から多数の参加者が集まり、関心の高さがうかがわれると同時に、これらへの対応が虐待の予防に結びついていること、ゆえに保健機関、周産期医療機関、女性相談所などとの連携が不可欠であることを学びました。今後は、虐待の予防を視野に入れた研修がこれまで以上に充実するよう検討します。

### (3) 人材育成体系に則った研修の位置付け

センター研修の役割は、児童虐待に携わる各分野の指導者養成です。そのためには人材育成体系がベースとしてあり、センター研修が、全体の体系の中でどこを担うのかを明確にすることが望ましいと考えます。児童福祉施設領域においては、基幹的職員の配置に伴い、新人から中堅、ベテランまでの人材育成を目的とした研修体系の構築が求められ、各協議会を中心にその取り組みが始まり、センターが担うべき役割も明確化しつつあります。一方、児童相談所や市区町村職員においては、人材育成の体系がすべての自治体で整っているわけではありません。そのため、センター研修が担う役割は、必ずしもリーダー養成に限らず、中堅職員や経験年数が少ない職員への研修も行う状況にあります。市区町村についても「地域虐待対応研修指導者養成研修」の設立に伴い、それまでの地域虐待対応合同研修を地域虐待対応アドバンス研修と改め、ステップアップした内容へと発展を図ったのですが、参加者の状況はそれまでとあまり変わらず、プログラムは基本的な内容に止まらざるを得ない状況です。

児童相談所や市区町村職員における人材育成体系の構築が必要と考えます。いくつかの自治体で、このため



## ■ 事業報告 ■

の取り組みが始まりつつあります。今後はこうした自治体の人材育成体系に向けた取り組みの把握に努めます。併せて、今年はいくつかの自治体と協働し、人材育成体系構築とそれに伴う研修プランの作成を検討する方針です。

### (4) ステップアップ研修としての長期研修の充実

小グループによる参加型の長期研修として、毎月1回の事例検討を行うWeb研修と、23年度に試行実施する児童相談所児童福祉司SVステップアップ研修の2つがあります。児童相談所児童福祉司SVステップアップ研修は、児童相談所児童福祉司SV研修の参加者を対象に、年2回、センターでお互いの実践について報告しあう形での研修を予定しています。今後も必要な長期研修の設置に向けて検討する方針です。

### (5) 研修参加者の受入れの拡大について

「児童福祉施設心理担当職員合同研修」「児童養護施設職員指導者研修」「児童福祉施設指導者合同研修」「教育機関・児童相談所合同研修」「テーマ別研修」など、参加定員を大幅に上回り、かなりの参加をお断りした研修があります。「児童福祉施設心理担当職員合同研修」は、23年度は定員を130名とし、施設種別によって別個の講義を受講するなど、分科会方式をとるなどして対応します。ただこうした工夫が難しい研修がほとんどで、増加する参加希望にどのように応じていくかが課題となっています。

## 平成22年度の専門相談について

子どもの虹情報研修センター専門相談室では、児童虐待等の問題に関わっている児童相談所や児童家庭支援センター、児童福祉施設、市町村の相談窓口等の機関を対象にして、各現場で抱えている事例の処遇・援助に関する相談や情報の提供等の相談を行っております。

相談は、電話、Eメール、FAX、面談などにより、主に当センターの職員が対応しておりますが、法的対応に関する相談については必要に応じて専門相談員として委嘱している弁護士により相談・助言等を行っております。

当相談室については、主に当センターにおける研修や、地域に出向いて実施している研修（地域虐待対応等合同研修、及び児童福祉施設職員地域研修－出前研修）等を通して周知を計って参りましたが、平成15年度の開室以来、相談の件数も年々増加し、その内容も幅広いものになっております。

### 1. 平成22年度の相談状況

#### (1) 相談受案件数

相談受案件数は、平成22年度は昨年度と比べて約56%増の378件でした。これは、開設当初の約5倍の伸率となります。

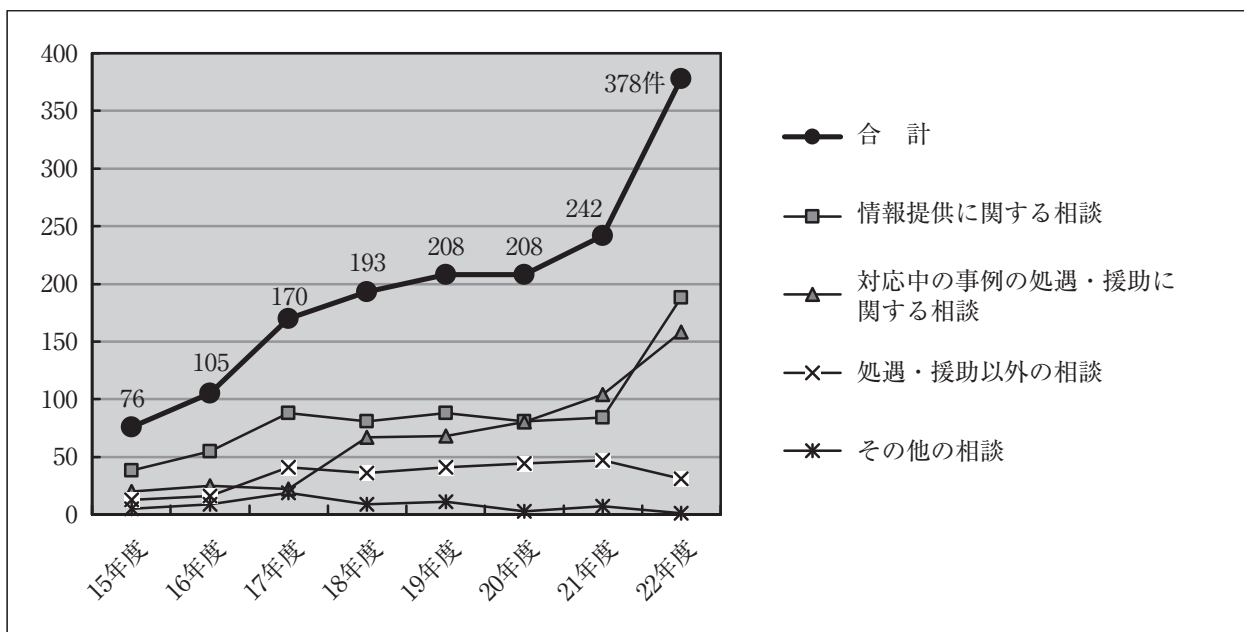


図1 年度別受案件数の推移 (単位：件)

なお、各月の受理状況は下記のとおりです。

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
37件	43	35	28	30	42	35	23	30	31	22	22	378

■ 事業報告 ■

(2) 相談の方法 (手段)

電話による相談が全体の66.9%を占め、次いでEメールが17.5%となっています。

右図の「面談」は、当センターの研修における参加者からの相談で、「その他」は、要請のあった地域に向向いて行う児童福祉施設職員地域研修（出前研修）の会場での相談です。

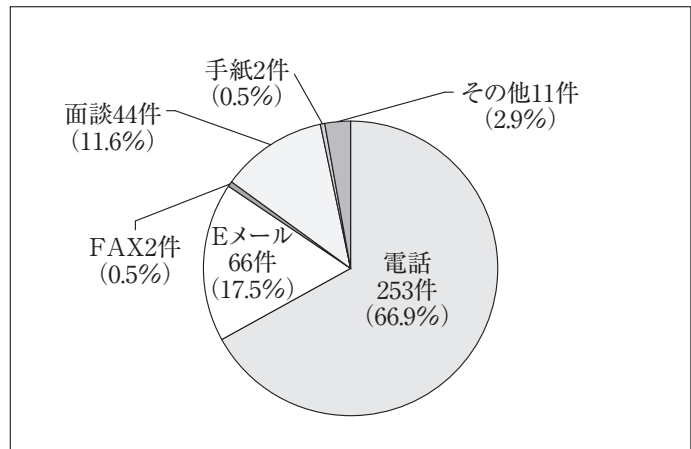


図2 相談の方法

(3) 平成22年度分野別・内容別相談状況

相談の内容別にみると、最も多いのが研修講師の相談や文献資料の照会などの情報提供に関する相談で、188件（49.7%）と大きく増えております。次いで、処遇・援助に関する相談で158件（34.7%）、そして、制度利用や機関連携のあり方などケース援助関連以外の相談が31件（8.2%）となっています。

分野別では、福祉が最も多く176件（46.6%）、次いで法律が105件（27.8%）、心理が64件（16.9%）と続いています。この中で福祉相談の伸びが目立ち（昨年度91件－37.6%）、現場での対応の深刻化が伺えます。

個別にみると、福祉に関する情報提供の相談が最も多く116件（30.7%）、次いでケースの処遇・援助に関する法律相談84件（22.2%）、そしてケースの処遇・援助に関する福祉相談が43件（11.4%）、となっています。

分野別・内容別相談状況（単位：件）

内容 \ 分野	法 律	保 健・医 療	心 理	福 祉	そ の 他	計
処遇・援助に関する相談	84	4	27	43	0	158 (41.8%)
処遇・援助以外の相談	6	2	5	16	2	31 ( 8.2%)
情報提供に関する相談	15	9	32	116	16	188 (49.7%)
その他の相談	0	0	0	1	0	1 ( 0.3%)
計	105 (27.8%)	15 (4.0%)	64 (16.9%)	176 (46.6%)	18 (4.8%)	378 (100%)

(4) 平成22年度機関等別受理状況

平成22年度における機関等からの相談受理状況は、児童相談所からの相談が47.4%と最も多く、次いで地方公共団体が14.3%、報道機関6.6%となっています。

機 関	件数 (%)	機 関	件数 (%)
医療機関	5 ( 1.3)	母子生活支援施設	14 ( 3.7)
地方公共団体	54 (14.3)	家庭児童相談室	1 ( 0.3)
児童相談所	179 (47.4)	保健所・保健センター	6 ( 1.6)
乳児院	1 ( 0.3)	福祉事務所	1 ( 0.3)
児童養護施設	20 ( 5.3)	報道機関	25 ( 6.6)
児童自立支援施設	0 ( 0.0)	教育委員会	7 ( 1.9)
情緒障害児短期治療施設	12 ( 3.2)	大学・大学生・大学院生	16 ( 4.2)
里 親	8 ( 2.1)	個人 (市民)	8 ( 2.1)
ファミリーグループホーム	3 ( 0.8)	その他	18 ( 4.8)
		合 計	378 (100)

2. 平成22年度の相談事例から (抜粋)

【法的分野】

- ① 措置延長委託中の19歳の里子について、里親からの虐待行為が判明したため、別の委託先を検討したいが、18歳を超えた児童の措置変更は可能か？
- ② 生後4か月の乳児を、生後すぐに乳児院に一時保護。母は精神疾患で養育能力に欠けるが、病識なく、施設入所を拒否する。母は養育をしていないので、虐待の事実もない状況であるが、法28条による申立は可能か？同様の事例があれば、援助経過や審判結果等を教えてほしい。

【保健・医療分野】

- ① 虐待対応の組織作りをしている医療機関や、医療機関向けの虐待対応マニュアルについての情報がほしい。
- ② 乳児院入所中の1歳児を引き取り希望が強い母。精神的に不安定なので精神科に受診させたいが、母にその気はない。養育が困難であることを自覚させるためにも、病院につなげたいが、どうしたらよいか？

■ 事業報告 ■

【心理分野】

- ① 児童福祉施設内で、子ども同士の性加害・被害関係が判明した。心理的なケアの進め方について、他施設での実践例等を知りたい。
- ② 母子生活支援施設入所中の母子で、母から子への暴言がひどい。子どもは、母の前では畏縮している。母子関係をよい方向にもっていくにはどうしたらよいか相談したい。

【福祉分野】

- ① 父からの0歳児への虐待が疑われる事例。一旦は相談関係が形成されたが、相談経過の中で、保護者が家庭訪問を拒否するようになる。出頭要求という手段をとるかどうか迷っている。
- ② 精神疾患を抱える母が、妊娠中にもかかわらず、自分の思い通りにならない時に、おなかを叩く等の行為に出る。どう対応したらよいか？

【その他】

- ① 全国児童心理司会のHPを立ち上げるにあたっての技術的な助言がほしい。
- ② 情緒障害児短期治療施設を設置するための計画を策定中。施設の構造や機能などについての意見がほしい。また、参考になりそうな資料があれば教えてほしい。

専門相談室

電話 045-871-9345 (直通)

FAX 045-871-8091

Eメール soudan@crc-japan.net

〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地

## 子どもの虹情報研修センター紀要 No. 9

平成23年12月29日発行

発 行 社会福祉法人 横浜博萌会  
子どもの虹情報研修センター  
(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

編 集 子どもの虹情報研修センター  
〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地  
TEL. 045-871-8011 FAX. 045-871-8091  
mail : info@crc-japan.net  
URL : <http://www.crc-japan.net>

印 刷 株ガリバー TEL. 045-510-1341(代)



CRC Japan

## Children's Rainbow Center

Japan Information and Training Center for Problems related to Child Abuse and Adolescent Turmoil

社会福祉法人 横浜博萌会

### 子どもの虹情報研修センター

(日本虐待・思春期問題情報研修センター)