

1月25日開催 オレンジリボン運動 シンポジウム

「メンタルヘルス問題のある親とその子どもに対する在宅支援を考える」

(1) 開会の言葉

児童虐待防止全国ネットワーク 理事長 吉田恒雄

皆さんこんにちは。今日はお休みのところ、また大変寒い中、私どものシンポジウムにお越しいただき誠にありがとうございます。開会にあたり一言ご挨拶を申し上げます。既にご承知の方も多いと思いますが、私ども児童虐待防止全国ネットワークは2001年から活動を行っております。当初は「児童虐待防止法の改正を求める全国ネットワーク」として、関係する団体の意見交換、情報交換を目的として作られました。その後、2005年に、今私たちが行っている「オレンジリボン」を始めることになりました。栃木県の小山市での悲惨な事件をきっかけに、小山にあった「カンガルーOYAMA」という団体さんが活動を始めて、それを私たちが引き継いでいるということです。

オレンジリボンは児童虐待防止の啓発を主な目的にしています。リボンをシンボルマークにして、虐待のない社会を目指そうという市民運動です。国の方は、自治体、国としての啓発ですが、私たちは民間分野での啓発を行っています。今日もたくさんお見えですが、個人サポーターに登録いただいている方は2万人を超えました。数多くの支援団体、支援企業さんも加わっていただいております。それぞれの企画を活かした活動が広がっています。そしてこのオレンジリボンの活動をさらに進めるため、2016年から「オレンジリボンフォーラム」を行なっています。虐待の原因に親のストレスがあるのであれば、少しでも親御さんに楽しい時間を過ごしていただく。子どもの笑顔をご覧いただき、子育ての元気を取り戻し、そこに来られる方と知り合いになったり、参加団体とつながりを持つことで、さらにこれが広がっていけばと、児童虐待の発生予防の活動に取り組んでいます。

今日のシンポジウムは、最初の児童虐待防止法の改正を求めるところにつながる、ある意味ソーシャルアクションの一環として行っています。児童育成協会さんのご協力をいただき、専門職の方の対応力向上も大きな目的にしております。

今回は「メンタル問題のある親とその子どもへの支援」ということで、この内容は今回で4回目になります。最初が、児童福祉と精神保健福祉をどうつなぐかという話でした。2回目は、親元で暮らすお子さんたちが、親御さんやきょうだいの世話で学校に行けないなど様々な課題を抱えている、ヤングケアラー問題を取り上げました。3回目は、実際にメンタル問題を抱えておられる方のご発言を含めて、支援のあり方を考えるということでした。4回目となる今回は、児童福祉法の改正もあり、「在宅支援」ということで、親子が一緒に生活できるための支援をまず充実させな

ければいけないと。こうした支援は、障害のあるなしに関わらず、受ける権利があるわけです。これをどう実現していくのか、今回は保健師さん、精神保健福祉士さん、そして北海道の浦河からお二人に来ていただいております、地域での実践、この具体的なところを皆さんに知っていただこうと思います。

それぞれのお話、私も大変期待しております。皆さま方も、今日の講演とパネルディスカッションをお聞きになって、これを持ち帰り、そして是非それぞれの仕事に活かしていただきたいと思っております。まだまだやらなければいけないことがたくさんありますが、この問題の難しさと同時に、これは決して解決不可能な問題じゃないことを、皆が取り組む、一緒になって進めることによって解決の道が見えてくるということ、今日お見えの皆さま方と一緒に共有したいと思っております。長い時間になりますが、今日はどうぞよろしく願いいたします。

(2) 基調講演 川崎二三彦氏（子どもの虹情報研修センター長）

「子どもの虐待死を防ぐために～メンタルヘルスの問題を抱える保護者への支援～」

ただ今ご紹介いただきました川崎です。

私の話は、おもに「虐待死」についてですが、多くの死亡事例は、里親委託や児童福祉施設入所中ではなく、地域で生活している中で、いわば在宅支援の中で発生しています。また、死亡事例の中には、保護者がメンタルヘルスを抱えている事例が一定数あります。本日は、その点をふまえて報告したいと思います。

厚生労働省の「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」（以下、専門委員会と言います）は、毎年「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」を公表していますが、現在第15次まで出ております。そして第10次報告では、初めて「精神疾患のある養育者における事例について」を特集し、その理由を次のように述べています。

「これまで、当委員会における検証において把握された子ども虐待による死亡事例の中で、精神疾患のある養育者によって虐待がなされ死亡に至った事例が一定数あった（心中以外の虐待死事例1割程度、心中による虐待死事例2割程度）。」

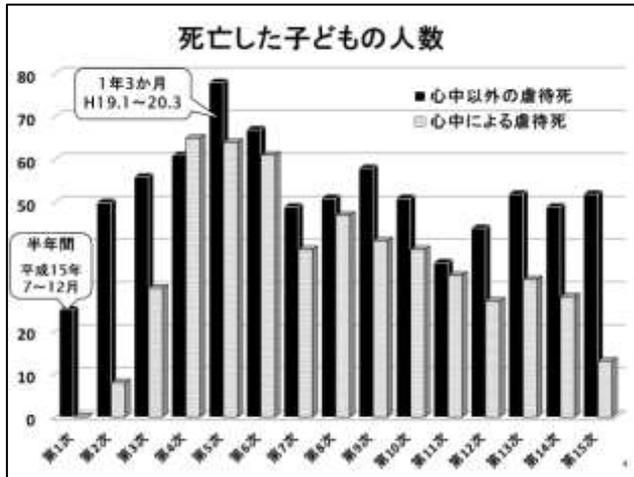
そこで、「特に、子どもに最も深く関わりのある実母による虐待死事例の中で、実母に精神疾患のあった事例」を集約、検討しており、以後の報告でも継続して取り上げています。

精神疾患を持つ方々への支援はなかなか難しい問題や課題がありますが、具体的な取り組みについては、後半のシンポジウムで実践報告等もございますので、私は、死亡事例から見えてきた特徴や課題を中心に報告させていただきます。

■厚生労働省専門委員会 第15次報告

前半では、死亡事例全般のことについて説明します。その後、後半では具体的な2つの事例から考えていく予定です。

・死亡した子どもの人数



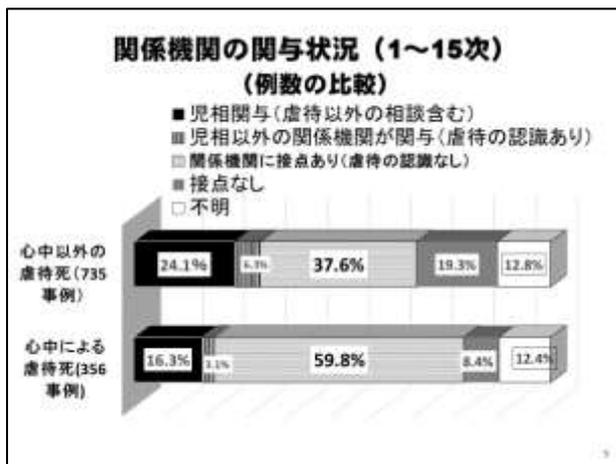
図は、死亡した子どもの人数です。専門委員会が公表した第1次から第15次までのものです。第1次報告の対象期間は、平成15年7月から12月までの半年間ですので、やや中途半端ですが、実はその前に、厚生労働省が自ら調査している数字があるからです。その調査が、児童虐待防止法制定時から平成15年6月末までを対象としていたため、第1次報告はその年の残り半年を対象にしたものと思われる

れます。両者を合わせると、児童虐待防止法制定時から第15次報告までの期間に、1,433人の子どもが亡くなっていることとなります（第1次から15次までの合計では1306人）。

図を見ていただくとわかりますが、第1次から第4次にかけて「心中事例」が急激に増えています。心中事例はメンタルヘルスの問題とたいへん大きく関わってくると思われませんが、なぜこんなに増えているのかを考えると、それまで「心中事例も虐待の一つである」という理解がなかなか浸透していなかったところ、やはり、心中事例も報告すべきものとの認識、理解が深まったからではないかと思えます。

なお、この統計は、第13次から虐待と断定できない「疑義事例」も加えられており、厳密に言えばそれまでの統計と若干意味の違いが起こっている点も付け加えておきます。

・関係機関の関与状況



さて、今回のテーマは在宅支援ということですので、「関係機関の関与状況」も調べてみました。ここで「児童相談所が関与していた事例」には、虐待以外の相談も含まれています。例えば障害相談を受けたケースなども含まれるものと思います。次の「児童相談所以外の関係機関が関与（虐待の認識あり）した事例」については、死亡に至るような事例ですから、“当然児童

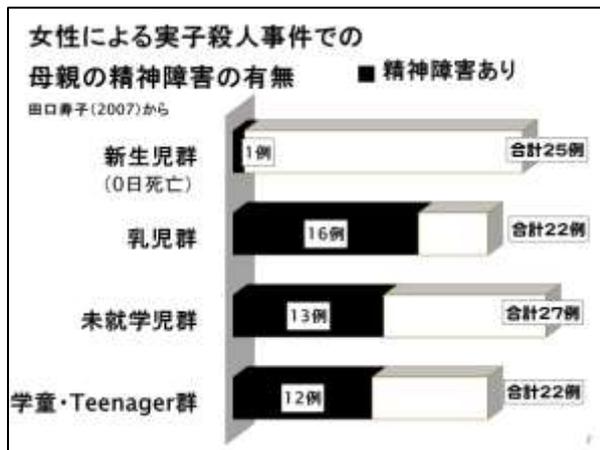
相談所とも連携すべきだったが、そこまでの認識はなかった”事例と考えていいと思います。そして一番多いのが「関係機関と接点があったが虐待の認識は持ち得なかった」という事例です。死亡するような深刻な虐待であるにもかかわらず、虐待と認識すらされていなかったわけですから、虐待というのは本当に捉えるのが難しいと感じます。そして「接点なし」も一定数あります。次に述べるように、0日児死亡の件数も多いので、接点なし事例には、これらも含まれるのではないかと思います。以上、関係機関の関与状況では、この辺り注意をしておいていいかと思っています。

・0歳児の死亡人数と割合の推移

次に、亡くなった子どもの年齢です。0歳児、なかでも0日児が多い。「心中以外の虐待死」における0歳児の死亡人数と割合を整理すると図のようになりますが、第6次報告では0歳児が58.2%となり、0歳児の問題がクローズアップされたことから、第7次報告で初めて0歳児の問題を特集することになりました。0歳児は、最近数年間も6割前後の高い数値を示しており、第1次から15次までを通してても、心中以外の虐待死の中で0歳児は47.9%。やはり0歳児の問題が虐待死における大きな課題であることが分かります。



なお、0歳児の約4割を0日児が占めており、心中以外の虐待死全体で見ても0日児が2割近くに達します。0日児死亡がとりわけ大きな課題になっているわけです。



今回のテーマを考える上で紹介したい研究があります。田口寿子先生の調査「わが国におけるMaternal Filicideの現状と防止対策—96例の分析から」です。2007年の報告ですので少し古いのですが、0日児死亡には、精神障害——この研究では「精神障害」という言葉が使われていました——がほとんど見られず、1日以上乳児、幼児、学齢児では、いずれも過半数若しくはそれに近い

事例で精神障害が見られるという結果です。ですので、虐待死を克服するためには、精神疾患の問題に対してどのように私たちが取り組むかが大きな課題になると思っています。

・心中による虐待死

ところで、今まで見てきたのは「心中以外の虐待死」でした。次に「心中による虐待死」を見ると、被害児の年齢にバラつきがあります。年齢に関係なく犠牲になっているわけです。なぜかという、子どもは親が自分を殺すなんて生まれてこのかた考えたことがありません。全くの無防備です。一方親は、子どもに睡眠剤を飲ませ、眠っているところを絞殺したり、車で海に飛び込むなど、防ぎようがないわけです。また、1事例で複数の被害児がしばしば見られることも、心中事例の特徴です。例えば、3人のお子さんを一挙に殺害して、自分も死んでしまう事件などです。そして、こうした事例には、精神障害を抱えておられる方がやはりかなりの数あります。心中事例と今回のテーマは、少し関係している気がしています。

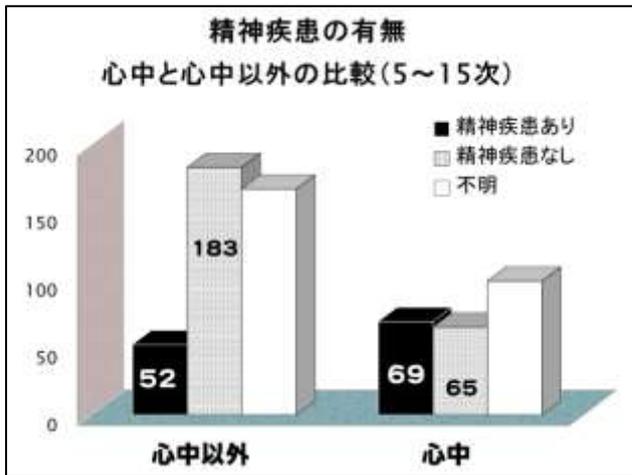
■精神疾患のある養育者における事例 第15次報告から

以下では、専門委員会の「精神疾患のある養育者における事例について」で取り上げられている「実母に精神疾患のあった事例」について、第15次報告でどんな実態が報告されているか見ていきます。精神疾患のある事例は「実母」だけでなく、件数は少なくとも実父の事例もありますが、やはり実母が非常に多いということで、厚生労働省としては、第10次報告から実母の事例を中心に調査しているものと思われます。

・精神疾患の有無 心中と心中以外の比較 (5～15次)

まず、精神疾患の「あり」事例と「なし」事例の件数を見比べてみます。ここで「精神疾患あり」とは「医師の診断があるケース」に限定されています。「不明」の中にも精神疾患「あり」の事例が含まれる可能性がありますが、一応この3つに分けています。

図は、＜心中以外＞と＜心中＞とに分けて、5次から15次の間の件数を示したものです。＜心中以外＞の事例では、精神疾患「あり」の件数が52例ありました。一



方、精神疾患「なし」事例は、183例でした。なお、これは死亡した子ども的人数ではなく、事例数です。

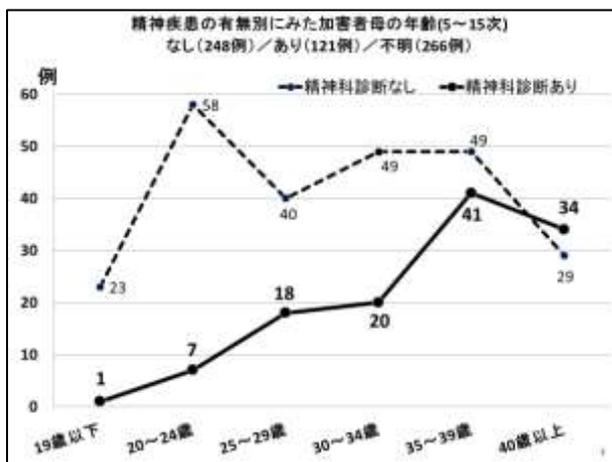
次に＜心中＞事例を見ますと、全体の件数は＜心中以外＞事例の方が多いのですが、＜心中＞事例における精神疾患「あり」は69例と、＜心中以外＞事例（52例）より多くなっています。こちらも事例数ですので、例えば子どもさん3人が一度に亡くなったような事例も「1例」と数え

ます。ですので死亡人数で言えばもっと多いと思います。また、精神疾患の「あり」「なし」を比較すると、「あり」事例の方が「なし」事例（65例）より多い。ということで、やはり心中事例を考えた時、実母の精神疾患はたいへん大きな問題になってくる気がします。

不明も含めた全体から改めて精神疾患「あり」の割合を見ると、＜心中以外＞の事例では12.9%で1割を超え、＜心中＞事例は29.6%で3割近い。精神疾患が直接の引き金になっているか否かは別として、虐待死を考えた時には、＜心中＞＜心中以外＞を問わず、その背景にこういう問題があることを忘れてはならないように思います。

・加害者母の年齢

専門委員会が、初めて精神障害について特集した第10次報告の際、実は私は専門委員会の委員を務めていました。この時、改めて気づかされたことの一つに、「加害者母の年齢」があります。



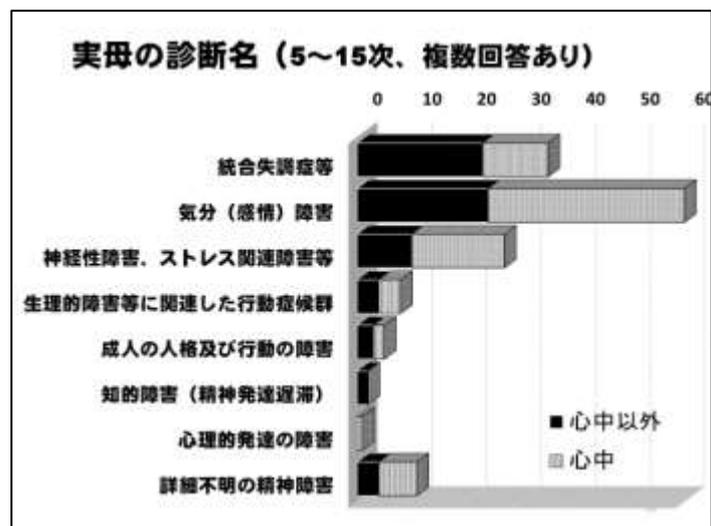
精神疾患「あり」と「なし」を比べると、「なし」は248例で、20代前半が最も高くなっています。ところが「あり」事例の母親の年齢を見ると、年齢が増すに従って次第に事例数が上昇し、40歳以上になると、精神疾患「あり」が、「なし」より実数で上回ることになります。事例数は「なし」が248例、「あり」が121例ですから、実数で半数以下にもかかわらず、40歳

以上では、「あり」が上回る。こうした傾向を受け、第10次報告では「比較的高齢

の母親に精神疾患が見られた場合には、より実効性のある育児支援の必要性について検討する意義が高まる」と、慎重な表現ながら注意を喚起しています。このような傾向の理由は定かではないのですが、もしかしたら精神疾患に罹患してから経過が長く、十分な支援ができずに重篤化しているような実態があるのかも知れません。私たちは、若年のお母さんには支援が必要と思うけれど、年齢が高い場合はそれなりになんとか対応してくれるんじゃないかという期待感があるかも知れませんが、それが落とし穴になる可能性もあります。比較的年齢が高い母親についても支援の気持ちをしっかり持っていかなければいけないと思っています。

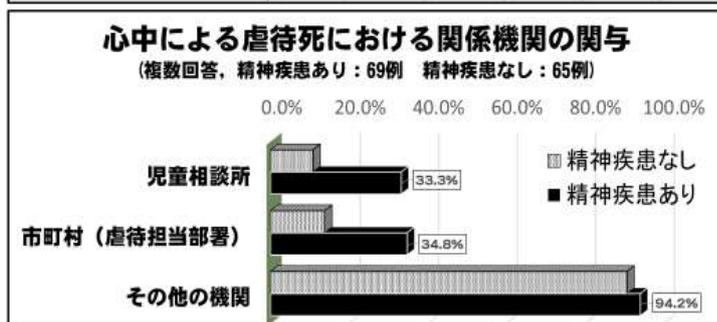
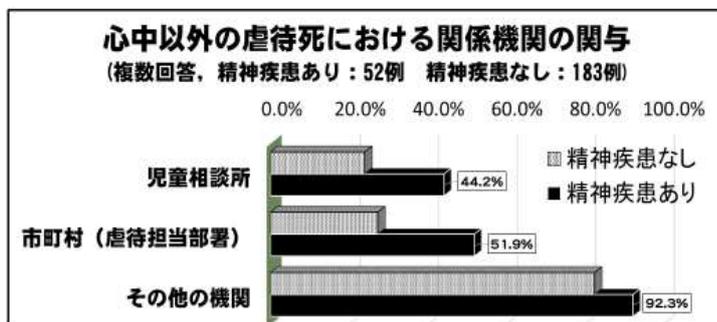
・実母の診断名

次に診断名ですが、先ほど言いましたように、この報告では精神疾患「あり」を「医師の診断のあるケース」に限っています。こちらも<心中>と<心中以外>で数字を見ますと、「気分障害」といわれる診断が一番多くなっています。あとは図のようになっています。



・虐待死における関係機関の関与

次の図は、精神疾患「あり」事例と「なし」事例に分けた上で、「虐待死における関係機関の関与」を示しています。



精神疾患「あり」と「なし」を比べますと、<心中以外>の虐待死に関しては、「児童相談所」の関与があった事例は、精神疾患「あり」事例が約44%、精神疾患「なし」事例は、図に数値は記載していませんが、約20%程度の関与となっています。「市町村」の関与を見ても、精神疾患「あり」事例へ関与していたのは半数を超えていますが、精神疾患「なし」事例では3割未満にしか関与してい

ません。「その他の関係機関」を見ても、やはり精神疾患「あり」事例への関与は9

割を超えていて、精神疾患「なし」事例よりも関与の割合は高くなっています。なお、「その他の機関」には、「母子保健」「医療機関」などがあります。

<心中>事例でも、精神疾患「あり」事例への関与が、「なし」事例よりも高くなっています。なお、心中事例の場合の「その他の機関」では、「養育機関」「教育機関」などの関与の割合が高くなっていたと思います。

以上をまとめると、精神疾患「あり」と判断された事例については、それまでに関係機関が関わっているケースが比較的多いということになります。つまり、親御さんが精神疾患の問題を抱えていると、支援が必要とされて、それなりに関係機関の関わりがあることが分かります。先に死亡事例への関係機関の関与状況について見たように、関係機関と接点があっても児童虐待と気づかない例が多いという実情はあるにしても、特に精神疾患を有する保護者の事例などでは、子どもと家族の関係を含めて注意深く見守り、支援のあり方を検討することで、こうした事例を防いでいく、そんな潜在的可能性があるのではないかと思います。

駆け足で恐縮ですが、第15次報告の中での精神疾患の問題について、特徴的などころに触れてみました。今日は一部しか紹介できませんでしたが、厚労省のホームページ等で第15次報告の全文を読むことができます。「精神疾患」という単語で検索していただくと、他にも様々なデータが出てまいりますのでぜひ当たっていただければと思います。

■事例

ここから後半ということで、具体的な事例を紹介しながら考えていきたいと思えます。前半が少し駆け足だったので、事例は多少わかりやすくしたいと思っています。

事例は2つ用意しました。事例1から紹介します。私はどんな事例でも必ず、その家族がどんな家族かしっかり考えたいということでジェノグラムを書きます。

大変申し訳ありませんが、当日説明した事例は、諸般の事情により、ここでは省かせていただきます。
--

虐待死といえ、最近では東京都目黒区の事件や千葉県野田市の事例などが大きく報道され社会的関心を呼んでいます。それらの事例では、きちんとアセスメントして支援を行っていれば死亡を未然に防ぐことができたはずだと批判されています。

一方、ここで紹介した精神疾患を有する事例は、乳幼児の死亡でよく見られる「予期せぬ妊娠（望まない妊娠）」や「母子手帳の未発行」「妊婦健診未受診」な

どは該当しませんでした。「リスク」ということで考えると、一般的に指摘されるような虐待死のリスクでは測れないわけです。その意味では、精神疾患を抱える方のリスクや、支援のポイントも、角度を変えて見ていく必要があると思います。

時間が来ましたので、まとめないといけません。今回報告した事例においても、精神疾患のある実母に対する行政機関の関与、支援は比較的なされていたと言えると思います。ただし、先にも申しましたが、精神疾患を有する事例について初めて特集した第10次報告では、

「今回、精神疾患のある実母は、支援者・行政機関の関与が比較的なされていたことがわかった。精神疾患患者への一般的支援は、地域保健や精神科医療において一定程度整備されてきており、病状が比較的重くても地域生活を支える仕組みがあると思われるが、精神疾患患者が養育者になった場合、『患者の育児を支える』という視点は、まだ十分に浸透していないと思われる」と指摘した上で、関係機関に対して、次のように求めています。

「このため、関係機関の職員は、各精神疾患の特性についてよく理解しておく必要があり、患者が育児を行う場合にストレスになりやすい状況などについて、個別性を重視しながら把握し、直接的な関与を好まない場合などへの有効な関与の方法など専門的アプローチに通じる必要がある」

加えて、保護者の主治医に対しても「養育者（患者）の主治医は、精神疾患のある養育者のみならず、子どもを含めた家族全体を支えるという視点をもつことが重要であり、医療機関のみで抱え込まず、事例の状況に応じて市町村職員や児童相談所等へ積極的にアプローチ（継続支援を依頼）する等、地域における医療・保健・福祉のネットワークを活用していくことが大切である」と述べています。

先ほど出した事例もそうですが、国の提言として、まずは精神疾患の特性について、直接治療に関わっていない人でもしっかり理解をしていきましょう、また、主治医に対しても、「子どもを含めた家族全体を支える」視点をもってほしい、それが重要であると書いているわけです。

また、「希死念慮（自殺企図）を抱く養育者は、実際の行動へ結びつく可能性も十分に高い」と述べ、親子心中に至る危険性等にも留意することを求めています。今回の2つの事例は違いましたが、やはり母子心中、母子心中未遂の事例もけっこうあります。

国の提言ですので抽象的ではありますが、基本的なことは記載されていると思います。このことを踏まえ、私たちはやはり個々の事例に対する支援をしていく必要があるんじゃないかという気がしております。十分ではありませんが、この後のシ

ンポジストでの皆さんの具体的な実践の報告に期待して、これで終了とさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

(3) 渡辺好恵 氏 (特定非営利活動法人 埼玉子どもを虐待から守る会 副会長) 「在宅支援で子どもの権利は守れるか～親と子の支援は表裏一体～」

皆さん、こんにちは。今日はこの会場に様々な立場の方がいることを想定し、資料を用意いたしました。川崎先生から、国の死亡事例検証全体の話があり、その中で「母子保健とは何？、何をやってるの？」と、ご指摘を受けるだろうと想定し、母子保健について準備したことをお話しします。

私は、埼玉県でNPO法人埼玉子どもを虐待から守る会の副会長を拝命し、埼玉県内で虐待かなと心配な子どもたちに出会った時に、関係者と事例検討をしながら立ち上がった会が、「埼玉子どもを虐待から守る会」です。本日お話しする事例は、主にNPO活動で相談に応じたものです。その中で保健師が、精神保健と母子保健の方法論で援助ができるということをお話しさせていただきます。

●結論

はじめに、結論を言わせていただきます。

「母子保健と精神保健の目的と子ども虐待への介入方法は共通点が多い」ということです。それは、問題志向型、問題発見型の対応では子どもの命は守れない

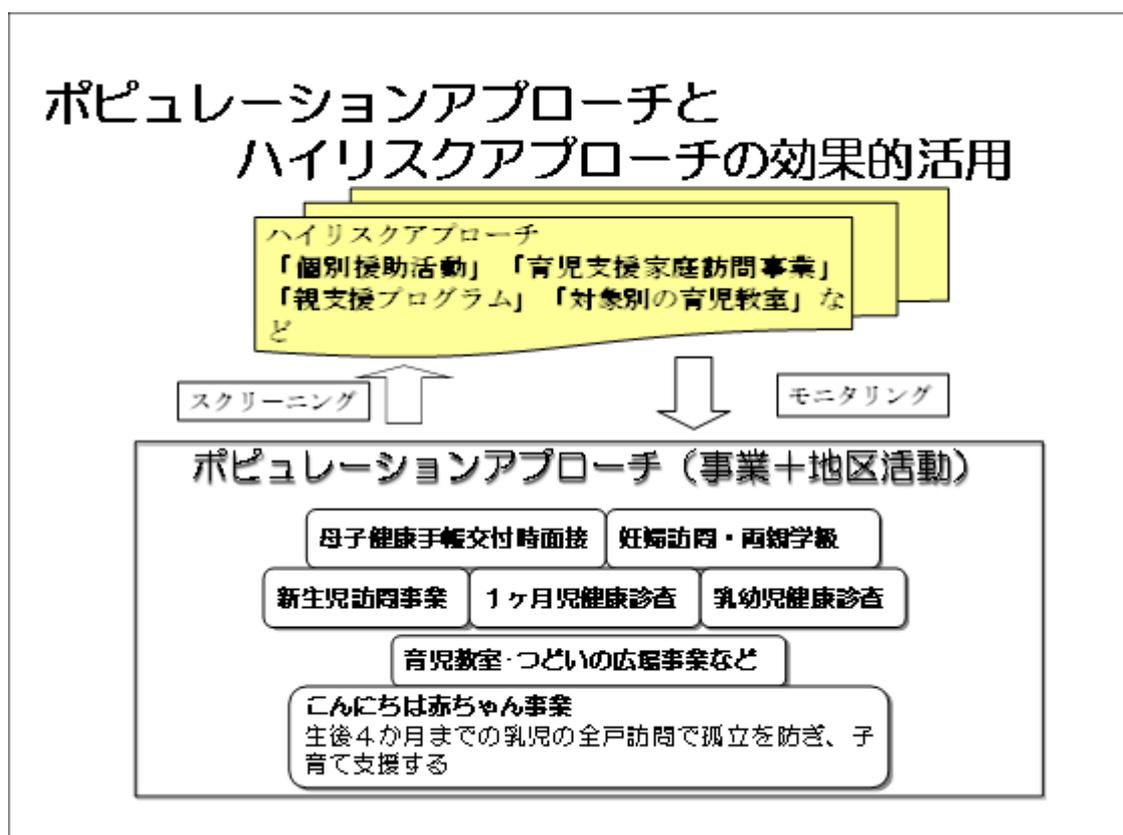
最初に結論

- ・ 母子保健と精神保健の目的と子ども虐待への介入方法は共通点が多い。
- ・ 保健師が子ども虐待に関わるのは、母子保健の目的の一部だから
- ・ 子どもへの支援と親(養育者)への支援は表裏一体
- ・ 親子が地域社会で暮らし続けられることの重要性
- ・ 「在宅支援」という支援はない。

ということ。目の前の事象をどのように乗り越えていくか。そして当事者が持つ底力をどう強化し、足りないところを周りの人たちが埋め合わせていくかどう発想でないと、虐待の根本的な解決はありえません。これは虐待の問題に私が取り組み始めた昭和の時代から、精神保健に関わっていた保健師の大先輩から言われた「虐待だ！っと、ラベリングして何が解決するの？」という一言が、

今でも私の座右の銘となっています。発見や通告だけでは何も変わりません。子どもは救えません。子どもへの虐待と親への支援は表裏一体です。今日は「在宅支援」がテーマです。親子が地域社会で暮らし続けること、それがすごく大事です。当たり前の生活が地域の中で保障されることが、在宅での支援です。また、「在宅支援」という支援はありません。市町村福祉部門に児童相談所から送致される際「在宅支援」といわれると、「私たち、何すりゃいいの？」と思われると思います。在宅で支援するための方法を具体的に考え、それを実施しなければ、在宅支援はできません。迷っている間に何も支援されることなく放置されてしまうことになります。

子ども虐待への支援は、「視線は子どもに、支援は保護者・養育者へ」と私は思っています。ここが難しいところです。保健師での経験が浅い人はよく「お母さん支援」という言葉を使います。児童福祉の人たちはそれでちょっと紛らわせてしまうことがあるかもしれませんが、お母さんやお父さん、周りの養育者の支援をした結果は、子どもの心身の成長発達で評価するのです。母子保健の一番難しいところで、「視線は子どもに、支援は保護者・養育者へ」が母子保健の基本的ですが、「虐待」と名が付くと、この大事なところがズレてしまって、「安否確認のみ」となってしまう。誰の安否確認をどのようにするのか？それは、「子どもが順調に成長・発達しているか、そうでないのであれば、どの部分がどのように不十分なのか」、保健師はしっかり判断する責任があります。これは児童相談所の児童福祉司に責任を負ってもらうことはできないことです。



子どもの成長・発達には、養育者に様々な面で依存しています。虐待とは、加害者が悪くしようと思っていなくても、子どもによくない状況があれば、それは全て虐待と考えることが、グローバル・スタンダードになってきています。「子どもを育てるために必要な“家族内の機能”が十分ではない」ということが、虐待という問題の根っこだと考えます。加害者に処罰を与えるだけでは根本的な解決には不十分です。家族機能を改善するための学習機会が必要です。自分がどう生きていくのか、自分の拠り所はどこにあるのかという、人間として必要な基本的なものを学ぶ機会を保障する方法を組み立てていかなくてはなりません。そういった意味で先行

している、精神保健分野の様々な依存症の治療プログラムがこのお手本になると思っています。

私は、保健所でのアルコール依存症患者さんの支援グループの中で、回復する方たちの支援をさせていただき経過の中で、つまずいたり、再飲酒してしまったり、入院し、再度断酒に向き合ったり、行ったり来たりしますが、徐々に底が上がって、「自分は、生きていていいんだ。」という自己認識の芽が出て、初めて回復の入口に立てた方を見てきました。虐待をしまう親（養育者）、虐待を受けて育ち大人になっている当事者の皆さんにも、そういった形の支援が必要だと思います。

●虐待によるダメージ

ここで虐待によるダメージをもう一度確認しておきます。身体の傷も大変ダメージはあると思うのですが、注目すべきは精神的なダメージで、その人の人生に大きな痕を残すと感じています。

虐待によるダメージ

▶ **身体的ダメージ⇒わかりやすいダメージ**

低身長・低体重
外傷...頭部外傷・胸腹部外傷・骨折・アザ・擦過傷・
性器外傷
皮膚症状・感染症
歯科・眼科・耳鼻科的問題

▶ **精神的ダメージ⇒わかりにくいダメージ**

発達の問題：知的な遅れ・多動傾向・自閉傾向
アタッチメント形成の問題：安心感に乏しい対人関係
トラウマによる問題：フラッシュバック
解離・攻撃性

ここでトラウマについて再確認します。フラッシュバックなどのトラウマ症状は、その人が安全地帯に入ったころから表出することが多いです。保護されて、その人が安全だと思った時にはじめて出てきます。子どもなら、施設や里親に保護され、その環境が安全だと認識すると、突然、驚くような行動を起こします。その状況になったときに里親が対応しきれるかをサポートするための里親支援プログラムが必要で、児童相談所の中にそのための仕事が続けられています。その時、里親や児童相談所以外の、地域で子育て支援をしてくださっている方をお願いしたい事として、里親や施設職員のサポーターとして、子育てに関してインフォーマルな支え合いや声かけなどをしてほしいです。そして、子どもの成長・発達は、自我の成長に伴って身近な人に対して「反抗的な言動や、試し行動をしながら自分の中で物差しを見つけ、こんなことは今ここで親に言うべきじゃないな、もっと考えなきゃな

と、コントロールする力をつけていきます。」里親や施設など社会的養育の環境のもとで養育されている子どもにもその環境の保証をしていただきたいです。

子どもの成長・発達の揺れに付き合う里親の苦労を周りの専門職の人たちが理解し、一緒に考える支援を地域の中で作っていただきたいと思います。今、日本では、社会的養護の充実ということで、里親の数を増やしていこうと旗を掲げて活動が始まっています。これから先、皆さんの周りにも里親や里子さんに出会うことも増えるかと思いますが、ぜひ地域社会の中で当たり前の子育て支援が得られるよう皆さんのご協力をお願いしたいと思います。

精神的な虐待は長期間にわたりダメージを与え続けます。そして人生そのものに影響を残します。その回復のためには、支援体制の下でも、回復には虐待を受けてきた期間と同等かそれ以上の時間がかかるものだという前提で、支援者間の連携を考えていただきたいです。今の課題や自分たちが気になったことなどの問題が解消したら、それで支援終了ではなく、その経験や方法論を次の支援者にバトンタッチします。地域、在宅で暮らしていくということは、そのバトンタッチを、結婚や転居、進学などで、よその地域に行ってもぜひ支援を続けていただける形にしてほしいと思います。

●Shaken Baby Syndrome 乳幼児ゆさぶられ症候群

厚生労働省が先日、CDR (Child Death Review) について、モデル事業として開始し2年後から本格稼働させるという説明会を母子保健担当部署の人を集めて開いたという報道がありました。その中で今後、Shaken Baby Syndrome (乳幼児ゆさぶられ症候群) の名前が上がってくると思います。



Shaken Baby Syndrome は、証明が非常に難しいと言われていています。刑事裁判の中では、誰が犯人かという議論されることが多いと聞いています。しかし、子どもの立場で考えたら、別に誰にやられたかよりも、そういう環境から安全を守ってほしいということが大切になるます。揺さぶられると、子どもの脳へのダメージや、肋骨が折れたり、そういうものが確実に起こると、医学的、科学的に証明されています。ですから裁判で無罪になることと、子どもにこれが起こっていなかった証明とは別の次元だということを、報道をお聞きになる際にはぜひ覚えておいていただきたいと思います。Shaken Baby Syndromeは、WEB等でもいろいろ情報が出ていますし、厚生労働省のサイトにも予防のた

めの動画等も出ていますのでぜひご覧ください。かなり数は多いと思いますし、CDRが本格的に始まり死因究明がされていくと、この数はさらに増えてくると予測されています。

参考：乳幼児揺さぶられ症候群の予防と赤ちゃんの“泣き”への対処法の動画『赤ちゃんが泣きやまない』

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030718.html>

●身体所見のポイント

身体所見のポイント

- ・ 身長体重曲線をつける。
乳児期は特に**体重の増加を確認**
(体重の停滞は発達の停滞)
- ・ 予防接種歴・健診歴のチェック。
母子手帳の確認。

子どもの発育・発達を確認する際に使えるツールとして、母子保健分野で活用しているポイントを2つご紹介します。

最初は「乳幼児身体発育曲線」です。10年に一度改正され、子どもの統計をもとに、上下5%タイル値のところに線が引かれていてグラフがあります。このグラフをつけてると経時的な変化を確認することが

できます。これがあると、長期休みの後で体重が減るとか、家族形態が変化した時に体重が減ったり身長の伸びが止まっているということに気づけたり、漠然とした不安を裏付ける根拠になることがあります。家族機能の変化と子どもの成長・発達はよくリンクした変化がみられますので、ぜひこれを使ってみてください。「乳幼児身体発育曲線」と検索すると出てきますので参考にしてください。

参考：平成22年乳幼児身体発育調査の概況について（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042861.html>

それから「予防接種・検診歴」です。予防接種に関しては、「全部受けているか」ではなく、「受けるべき時期にこの子は受けられていたのか」という視点と「この時期までは受けているのにここから急にない」などから、「ここで何があったの？」と聞くきっかけになります。「この予防接種途中で止まっちゃってるけど、なにか行けない事情があったの？」と話すことを糸口として、子どもを取り巻く家族環境の変化を知ることができるのです。予防接種歴や健診歴は、「受けられていない理由があるの？」と、たずねることで保護者が話せていなかった出来事を語るきっかけを作っていくことが大切です。

母子手帳には、これまでに話したすべての項目が網羅されています。母子保健分野では、妊娠出産包括支援センターという枠組みを作り、できるだけ専門職が母子

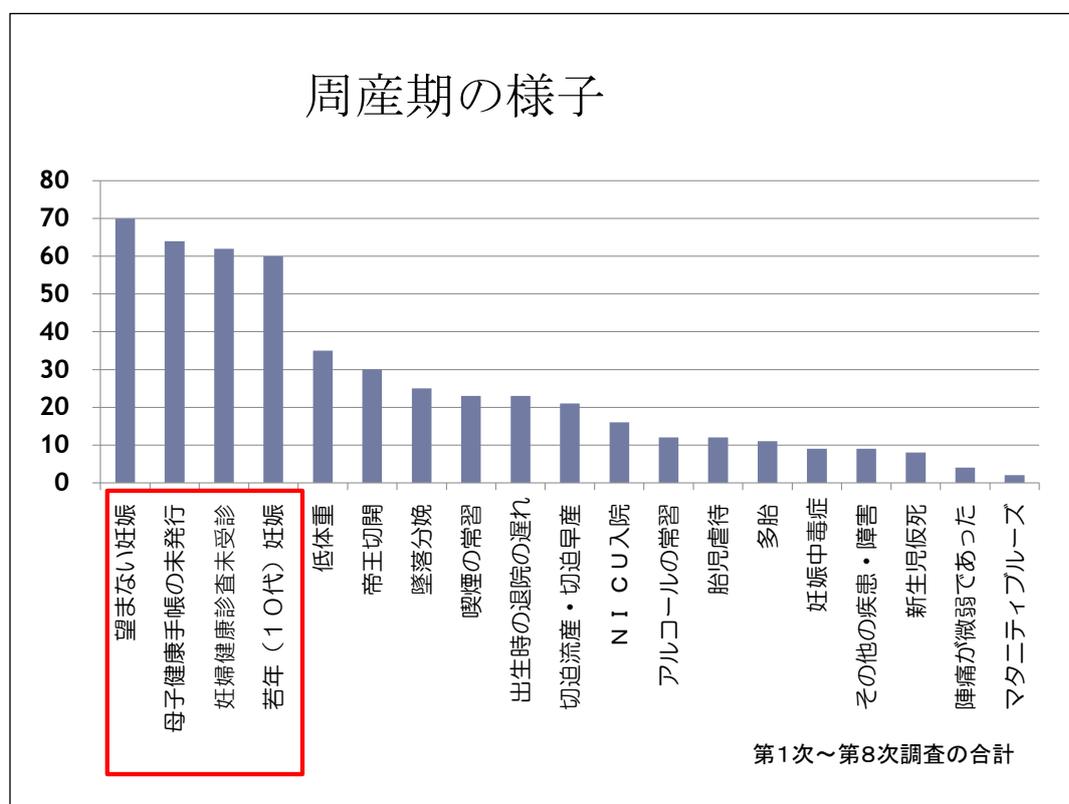
健康手帳の発行から親子に関わって、その時点で必要な支援がどこにあるのかを把握するようになっていきます。川崎先生の2事例はどうだったのかなと、思いました。

参考：母子健康手帳について（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/oshi-hoken/kenkou-04.html

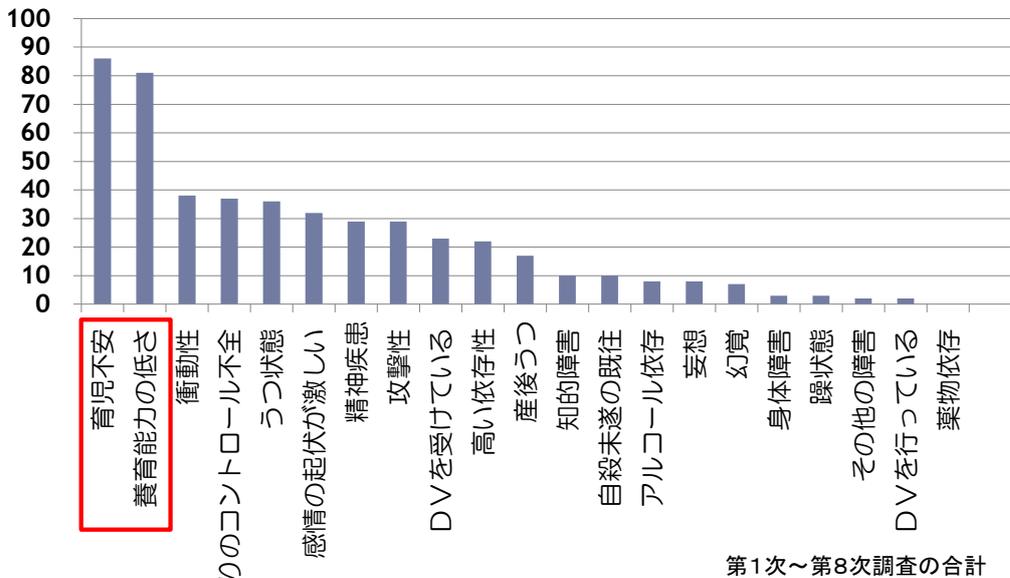
●周産期の様子

国の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の中に「妊娠期・周産期の問題」とい項目があります。その中で、望まない妊娠や、母子健康手帳を持っていない、乳幼児健診未受診、お母さんが若いということが、死亡事例検証の中でも言われ続け、第10次「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」で、特定妊婦への対策と繋がっています。注目すべきは、子育ては様々な生活能力が総合的に必要であるにも関わらず、その方法を学ぶことができず、どうしていいか分からないまま子どもの命が奪われることが、8次報告までの母親の様子でした。



実母の「養育者の心理精神的問題」の中で、「精神疾患」は3割弱です。欧米の統計でも同程度です。「精神疾患」と「ハンディキャップ」が混同されている現実があります。「育児不安」や「養育能力の低さ」、「衝動性」など、実母の行動の問題点が挙げられていますが、見る角度を変えると、心身の疾患に加えて発達面で子育てや生活の支援が必要な実母であることが伺えます。支援をする人は、実母の生活全体を知ることが大切になります。

養育者の心理的・精神的問題（実母）



●子ども虐待対策の目指すこと

私たちが子ども虐待対策で目指すことは、「子どもの命と安全・安心の環境を守ること」です。これは母子保健に携わる人は忘れてはいけない事です。そのために親支援は手段であって目的ではありません。親の行動が変わらなければ子どもの安全は守れません。親の行動が変わるためにどうすればいいのかという視点で親支援することが大切です。人の行動を変えてもらうための、支援者側の支援技術の訓練が必要です。その時に大事なのは、その親だって苦しんでいるということ。もしかしたら子育てじゃなくて他の理由や、経済的なことであるかもしれません。苦しんでいるところの困惑や苦しみに私たち支援者が近づいていくことから始まります。

子ども虐待対策の目指すこと(Mission)

子どもの命と安全・安心の環境を守ること
(親支援は大事な手段の一つである。)

親の行動変容が不可欠である。

そのために親の苦しみや困惑に近づき、理解をしながら親の行動が良い方向へ変化するよう支援することが必要である。



予防こそが重要な戦略になる

そして「それを理解しているよ。だから一緒に進んで行こうね」というメッセージを伝え続け、少しでも変化が見られたら、当たり前的事でも出来たら褒める。例えば「明日の10時に電話してね」と約束したら10時に電話をかけてきてくれたら、「よく電話してくれたね」と、気持ちが良いような反応を返します。それを繰り返すことで「この人にだったらこうすると褒めてもらえるんだ」という経験を母親自身が積み上げ支援者との関係を構築することの心地よさを経験することが、寄り添うことにつながっていくと思います。

●「特定妊婦」という言葉

特定妊婦という言葉

助産師	保健師	児童福祉部門
・ 高齢妊婦:高血圧:高血糖:精神障害:習慣性流産:胎児の発育不全:心臓疾患:甲状腺疾患:血液疾患(凝固不全等)等の妊婦	・ 家族関係・経済的問題・依存症(アルコール・薬物・暴力等)・多産・多児・親の生育歴	・ 出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦

これは母子保健領域では昔からあった要注意事象です。最近、児童福祉領域で「お お、これは!」ということで、法律用語等になったので注目を浴びていますが、助産師や保健師は昔から関わってきました。ただし視点が若干違います。助産師は母体を中心に注意して見てきていましたが、私たち保健師は家族機能を中心に関わってきました。

●保健師が行う保健活動の特徴

保健師活動の特徴は、先ほどの話でも紛れています。地域の中で現状をちゃんと分析すること。これも基礎教育の中でしっかりと教育を受けているはず。同時に、必要な支援を作る、組み合わせていく、事例ごとのオーダーメイド支援プランを立てる。これが

保健師が行う保健活動の特徴

- ・ 地域の妊産婦支援の現状を分析する。
- ・ 必要な支援を構築する。
- ・ 地域の中の資源を活用するための情報収集
- ・ 関係者との合意形成作業
- ・ システムを機能させながらの見直しと細かな修正
- ・ システムの目的を常に関係者間で確認する。



魂を伝えることが
最も大切

大事です。支援にケースをはめるのではなく、この人にこのサービスを使ってこうやって組み立てていこうという思考を持つ。資源がなければ、その資源を集めてきたり、開発もします。そのために関係者との合意形成を図っていくのです。

システムを機能させながら、細かく見直していくことも大切です。一回システムができるとその運用が目的になってしまいがちで、危険です。システムができると魂が抜けると私は思っているのです、魂＝目的をしっかりと伝えていくことが大事だと思います。

●虐待発生予防活動として特定妊婦の支援の重要性

虐待発生予防活動⇒特定妊婦の支援の重要性

・ 母子保健だからこそできる虐待予防活動

何も起こらないうちから虐待の芽を摘み取ることができる可能性がある。

⇒それを失敗しても次のタイミングで再度支援の糸口を作れる。

助産師の強み・弱み

強み：苦しい時にその苦しさを緩和する方法を持っている。

弱み：来なくなってしまうと追跡するのが難しい。

保健師の強み・弱み

強み：生活の中で支援を行っていきける。

弱み：強権的な権限を持っていない。(母子保健分野の保健師)

・ 特定妊婦を作らない母子保健活動

今、目の前の特定妊婦に対して社会経済的な支援を集中的に投入子どもは子どもだけでも社会で育てる。理由を作って支援を継続思春期保健の強化が大事

死亡事例検証等でも指摘されていますが、特定妊婦についてのいまの大きな課題は、妊娠期からの支援に関してこの兆候をキャッチするのが医療機関しかないことです。でも医療機関にかからない0日死亡の事例も相当数あります。そういう意味で、今の仕組みではかなり限界があります。妊娠届出がされたら

ら妊婦については、妊婦健診受診状況や、妊娠中の状況は、サポートを続けましょう。特に、若年妊婦や多胎の人はそれだけで子育て負担が大きいことは明らかなので、子育ての観点から考えたら支援が必要な対象です。その時点で動機づけをし、具体的な約束をします。「退院したら会いましょう」では、会えなくなります。

特定妊婦支援の困難な理由＝課題

- ・ 妊娠期からの要支援家庭の把握と現状の虐待予防の取り組みの限界
 - ➡ 現場的には医療機関が主体になっていることが多い。
- ・ 妊婦健診未受診妊婦の把握方法と保健指導（特に若年妊婦）
 - ➡ 把握の時期が遅れがち
- ・ 若年妊産婦や多産の人の支援や把握が難しい
 - ➡ 当事者が困っていないことが多く、動機づけに時間とスキルが必要。
- ・ 母子や母子手帳交付時に気になった特定妊婦だが、市町村での介入を拒否する対象者に対する支援的介入が難しい。
 - ➡ リスクはあるが、何も起こっていない段階での介入の困難さ

先ほどの川崎先生の事例にもあるように、会ってくれません。『必ず、退院前に医療機関内で顔を合わせてください。』理由は、対象となる人の多くは、自己肯定感が低くて、実はいろんな人に物を言われることにビクビクしているからです。「私はあなたに危害を加えようとしていない。」と、いうことを伝えるためには、対象者（母親）の

特性を考慮した場合、顔を見ないと伝わらないので、対象者のいるところに出向いてください。特に予防活動をする人の対応は、先手必勝です。

母子健康手帳交付は、市町村の役割がとても大事ですが、全ての妊婦への母子保健サービスの提供に関する入口です。そして、この情報から様々な子育て支援サービスへとつながって初めて市町村がこの家族・親子の状況を知ることができるのです。その為、入り口ではその後に繋がる関係性を作ることを大切にします。

児童相談所のかかわりと大きく質が異なることを理解し、連携を取ってほしいと思います。

●医療機関と地域母子保健の連携の課題

特定妊婦支援の困難な理由＝課題

- ・ 若年、ハイリスクな特定妊婦の発見機会が増えているが、発見後支援するためには、努力が必要。
- ・ 妊娠中に生活支援する場所→母子生活支援施設（これ以外ないが単身妊婦は原則利用できない）では不十分。
 - ➡ 法律、体制の整備急務（人・数・質すべて）
- ・ 一般的妊婦への支援より、多くの労力がかかるがそれに従事する職員の数と技術の不足
 - ➡ 人材育成（先達の経験を受け継ぐ仕組み OJT）
- ・ 他の目的で設置またはつくられた制度の運用は、時として拡大解釈が必要
 - ➡ 通知をだす。（実践に合わせる・実践事例の積み上げ）

妊娠中に産科医療機関から連絡を受けることは、増えてはいますが少ないです。お産で入院する期間が正常分娩の場合平均5日前後と、短くなっています。そうすると「金曜日に産気づいて入院して、土日月火、今日退院です」みたいな連絡が増え、連絡があった時に「明日ね」とか「退院したら教えてください」では間に合わないのがいまの産科医療の実態です。また、

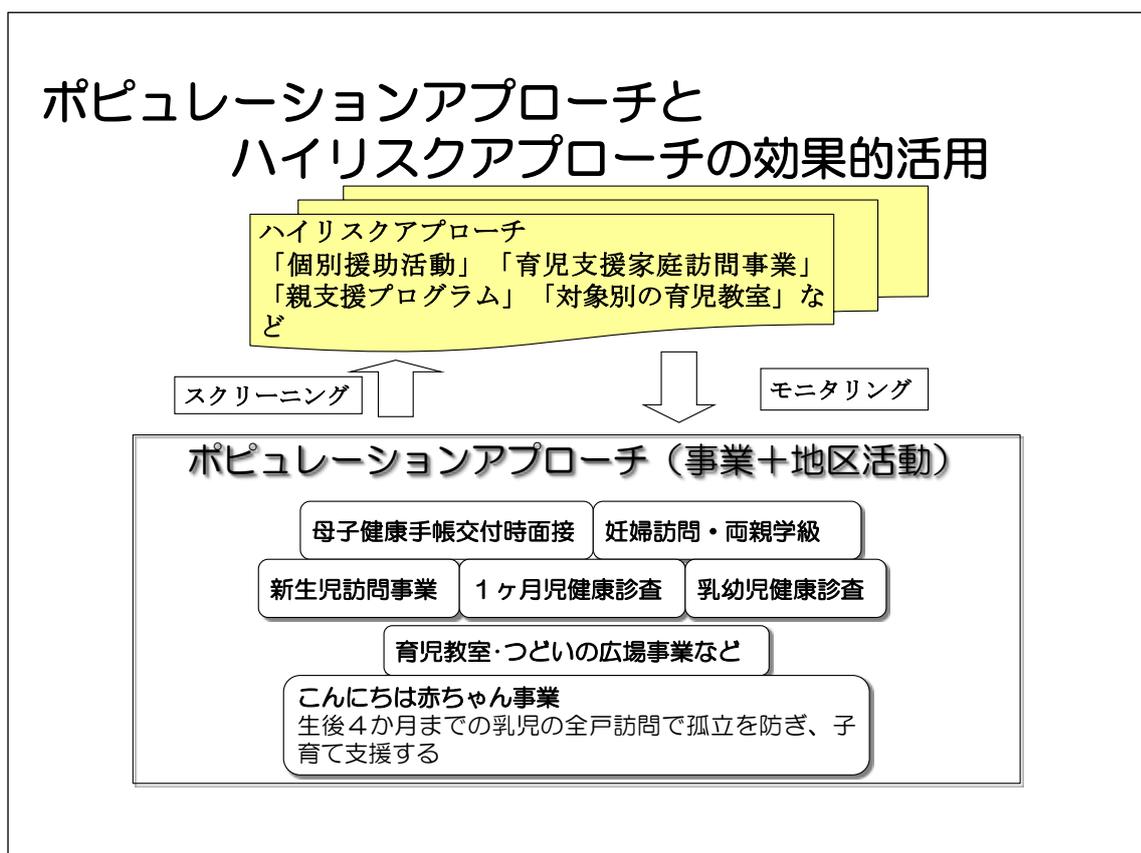
病院の中で大騒ぎしたケースは連絡が入りますが、静かな経過の妊産婦は連絡が滞りがちです。言うならネグレクトしそうな静かな不器用な妊産婦は、医療機関から連絡されにくい状況になります。それから福祉機関からの連絡で、妊娠が発覚して

「もうお産しそう」とか「病院が見つからない」という時には、支援方法がたいへん難しくなってきますので、できるだけ早く母子保健部門の保健師につないでほしいです。

●ポピュレーション・アプローチとハイリスク・アプローチの効果的活用

下の図は、母子保健の「ポピュレーション・アプローチ」と「ハイリスク・アプローチ」を連動させ、日々活動していくことを表した図です。

希望した人が全て受けられるサービスが、ポピュレーション・アプローチと言われるものです。母子健康手帳、両親学級、母親学級、乳幼児健康診査、予防接種、そういったもの全てがそうです。4ヶ月までの乳児全戸訪問事業も含まれます。



上の部分が、ハイリスク・アプローチと言われ、この中にある「親支援プログラム」、これが浦河の方でご紹介いただけるプログラムに近いかと思いますが、「虐待しちゃいそう・・・」「虐待してます。」と親自身が気づいているグループで、同じ立場の人が、安全な場で、語り合うことで、グループ精神療法的なプログラムです。地域の保健所等でやっているプログラムなので、それぞれの地域の情報を確認してみてください。

●母子保健活動の特徴

再確認になりますが、子どもが生まれてからの支援制度は結構ありますが、妊娠中というのはすごく少ないです。そこで母子保健の特徴ですが、『全ての子育て中

母子保健活動の特徴

- ほぼ全ての子育て中の親子を対象
- 広義のハイリスク者の把握
 - 「望まない妊娠に戸惑う親」
 - 「虐待しそうと悩む親」
 - 「虐待している親」
- 包括的に捉えた展開を可能にする仕組み
- 全国どの自治体でももれなく行われている

の親子』が対象です。「相談があったら」とか、「届出があったら」じゃなくて、地域に住んでる人全部が対象というのが、母子保健活動の特徴です。広義の意味でのハイリスク者の把握ということで、望まない妊娠や、妊娠に戸惑う人、「虐待しちやいそう」と悩む人や、「人の話なんだ

けど」と、言いながら自分の事を話す人もよく聞きます。まさに虐待してしまっている親も、私たちが把握すべき対象に含まれます。包括的に捉えて展開していくことができるのが母子保健活動です。

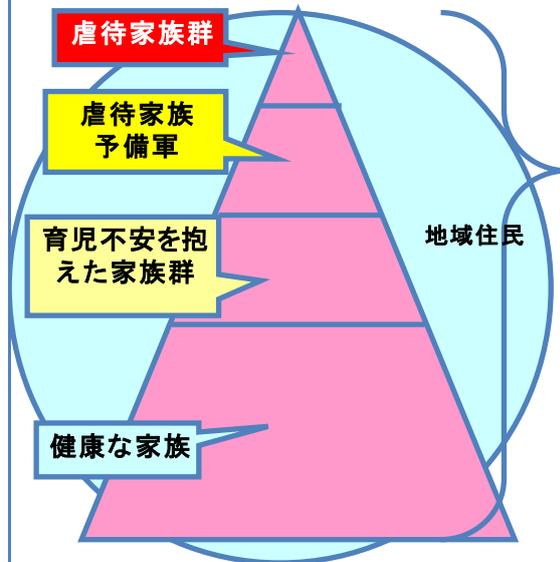
更に、すごく大事な点が、全国どの自治体にもくまなくある制度であることです。だからこそ自治体間で連携する理由につながっています。現状は、思春期保健も周産期の保健も手薄です。思春期に関しては学校保健に、周産期は産科医療機関にお任せで流れてしまっているところがあるのでふりかえりが必要です。致命的なこととしては、特定妊婦、特に10代の、19歳で未婚でDVを受けているような事例や、16歳の既婚でDVを受けているような人たちが使える支援制度がないことです。

「見立て成人」と言っても、民法上、16歳であろうと19歳であろうと、結婚すると「成人」扱いされてしまう制度上の課題があります。児童福祉法が使える年齢の産婦さんなのにそれが使えないなど、法律上の限界もあります。

●虐待予防活動の対象の考え方（概念）

虐待を考える時、よく「虐待家族群」「虐待家族予備軍」「育児不安を抱えた家族群」の3つの階層のピラミッドで言われます。私たち母子保健の人は、ここに実は「健全な家族」がいることを忘れずにおきたいです。そういう意味で4つの階層に分けています。

虐待予防活動の対象の考え方（概念）



要支援家庭とは

子育てに係る不安を解消し、虐待を予防するために支援を必要とする子育て家庭を意味する。

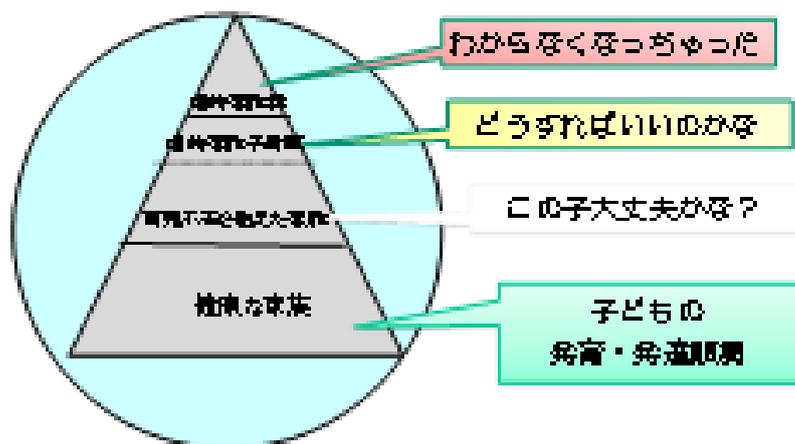
「保護者の状況、子どもの状況、養育環境に何らかの問題をかかえ、それを放置することで養育が困難な状況に陥る可能性がある家庭」であり、保護者が自ら支援を必要と考えていない場合も含む。

（要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン、2006、東京都）

虐待予防活動と母子保健活動の対象比較



虐待予防活動と母子保健活動の対象比較

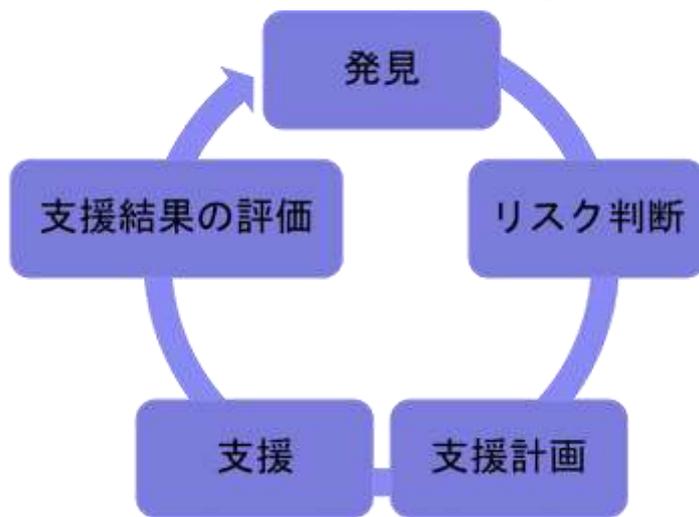


その次の段階「虐待家族予備軍」では、「いろいろやってみたけど、もうどうしていいかわからない」という相談に移っていきます。そして最後には「もうどうしていいかわかんない、これしかない」と言っていて、叩いたり外に出したり、子どもを家に残してパチンコへ行って0歳児が死んじゃったり、そういうところまで行き着いたのが「虐待家族群」という形になるかと思います。

●母子保健と虐待予防の考え方は同じ

母子保健と虐待予防の考え方が非常に近いところは、発見したらリスク判断して、支援計画して、支援して、支援を評価して、また……と、くるくる回す考え方ですが、いま大事なものは、「支援計画をしっかりと立てているか」です。これが「“在宅支援”という支援はありません」と言ったところにつながります。関係者で協議した時には、遠慮せずに、「いつ、どこで、誰が、誰に、何を、どのようにする」を確認し合ってください。そしてそこに出てきた“言葉の確認”をしてください。拠って立つ立場によっては、同じ言葉でも意味することが違うというのはよくあることです。

母子保健と虐待予防対策は考え方は同じ



それをぜひ確認していただきたいです。そして、支援した結果の“評価”は、目的に合った評価ができているかが大事です。要するに「子どもの安全・安心が担保されたか」。親がこう言ったとか、親が反省したとして、反省してどうなったの？って、そこまで突っ込まないと評価にはならないということが大事なところですよ。

最初に戻って結論をもう一度言います。母子保健と精神保健の目的と、子ども虐待への介入方法というのは、非常に近いです。地域社会の中で生活し続けていくための支援、学習ということが方法論です。保健師が子ども虐待に関わるのは、それが母子保健の一部だからです。そして、支援は子どもの心身の発育・発達をしっかりと見届ける事です。親子が地域社会で暮らし続け、当たり前前の生活が当たり前になること。通告しておしまいではなく、通告したらその後も責任をもって、地域に戻ってこられるところまでしっかりと見届けることです。親支援は子どもが保護された後も続きます。保護されたから終わりということではないのです。

(4)加藤雅江 氏 (杏林大学医学部附属病院 精神保健福祉士)

「家族を視野に入れた支援のために～精神保健福祉士ができること～」

いま渡辺さんが母子保健の分野からお話くださいました。そこを引き継ぐ形で。私は三鷹市の杏林大学医学部附属病院でソーシャルワーカーをしています。最初の川崎先生のお話ではもちろん事例もですし、母子保健のところで渡辺さんがいろんな想いを伝えてくださいました。医療機関にいる私としても、最近、医療機関が「連携」を目的に支援をしているように思うところがあります。「情報を渡す」ことが連携だと誤解されてしまっているのではないかと。そうではなく、本当にうまくつながらなかったからこそあの2事例があったのだろうと反省すると、私たちは医療機関の中で何をしたらいいのか。特に私は精神保健福祉士という立場です。精神科の単科ではなく総合病院で、一般科の患者さんに対しても、精神保健福祉士としてメンタルヘルスの課題がどこかにないか、そんな視点を持って介入することが多いので、そのへんの話混ぜながらお伝えできたらと思います。

川崎先生が先ほどお話くださったところをもう一度数字を見ていきます。だいたい年間50件ぐらいの死亡事例があります。1週間に一人が亡くなっている数です。ここに心が加わるともっと増えます。この数字は、間違いなく虐待で亡くなったというお子さんです。私が働いているのは三次救急という、高度救命救急医療センターで、救急車が年間2000人ほどの患者さんを運んできます。そこで「本当にこの子事故なのかな」「すごく気になる死に方だよな」と感じて、最終的に警察は事故として扱う事例が多いわけです。同じような救命救急センター、あるいは三次救急をやっているところは少なくとも全国で47、8ヶ所ありますので、そう考えると、本当にこの50名という数はどうなんだろう……というのが、正直、医療現場にいて思うところです。

もう一つ、その日に亡くなってしまったお子さんが、この10年間で110人ほどいらっしやる。加害者という言い方は嫌ですが、この赤ちゃんたちの命を奪ってしまったのは9割がお母さん。そしてその9割のお母さんたちが、母子手帳をもらっていらっしやらない、あるいは受診もしていない方です。皆さんご存知のように、妊娠して翌日赤ちゃんが生まれるわけではないので、このお母さんたちは10ヶ月間ずっと、どこにもつながれなくて苦しんでいたのだと思います。そう考えるといろんな課題が見えてきます。もしかしたら生活が苦しかったのかな、お母さん自身にメンタルヘルスの課題があったのかな、あるいは何かほかにお子さんの妊娠、出産に集中できない大事な事情があったのかな、と見えてくるわけです。医療機関でそういうところに仕事として関わっているのが精神保健福祉士です。私たちが普段、仕事の中で見える課題をどうアセスメントして、日々の支援につなげていくことができるか。

子どもの虐待とは“現象”なんですね。そこまでにいろんなプロセスがある。そのプロセスにうまく支援者が関われなかった結果、子どもの虐待という現象が生じていると考えると、そこを専門として支援していると公言する私たちはすごく申し訳なくなります。私たち自身が力をつけていくことが大事になってくると思います。

●例えば「妊娠」についての課題 精神保健福祉士の視点から何が見えるか

例えば、妊娠の項目を見ていきます。うちの病院はだいたい年間1000件のお産があります。先ほど渡辺さんがおっしゃったように、病院は大変なケースはつなぐ。でも実際に私たちが経験したのは、そんな大変な方ではなかったけど、退院して4日目に赤ちゃんを投げちゃったケースでした。それ以来、私たちワーカーは、周産期でおいでになるお母さんには必ず会うようにしてます。お家でどんな準備をしていますか？ お金はどうかな？ 気になることないですか？ と話を聞きます。

最近の統計では、出産時の死亡原因には自殺が多いことが出ています。一般のうつ病の有病率は人口比で5.6%ですが、妊娠中はその倍です。先ほど渡辺さんの話にありましたが、産後うつも、実は妊娠中にすでに発症していることがあると調査で出ています。妊婦の自殺は、妊娠に気がついて2ヶ月目ぐらいが多いという話もあります。これはもしかしたら、妊娠に気がついて、妊娠継続しようか悩む、その時期なのかもしれません。ですので妊娠の背景に何があるのかに目を向けない限り、妊娠という切り口だけで解決すべき課題を見つけるのはなかなか難しいと思います。

性虐待の割合は、統計上、ものすごく少ない数として提示されていますが、医療機関にいて、小学生か中学生と思うような当事者の方たちからの問い合わせ電話が多くなってきました。最近では性被害にあわれた方が実名で被害を公表したり、報道もあり、これは性虐待だと子どもたちが知る機会が増えてきているのだと思います。けどやっぱり、子どもたちが相談する場といっても、日中は学校もあるし、いろんなことで難しいという印象です。「サインを出してもいいよ」と大人が言っておきながら、適切な支援ができないのであれば、子どもたちは二重三重に苦しんでしまうので、そこがないようにしたい。妊娠というキーワードで考えるだけでも、これだけいろんな課題が背景にあり得ることを私たちが知っておくことは大事かと思っています。

先進諸国の中で、日本は中絶の数も多いです。10代の出産が1日に27人って、とても多いと思うんです。要は対象に合わせた相談窓口が、現状なかなか提示されていない。たとえば10代の子たちが、いろいろ秘密にしながら自分の悩みをどこか相談したいと思った時、学校に行ってる時間しか受け付けられない保健所や公的な窓口にはなかなかつながらない。学校を休めば「どうしたんだろう？」と言われてしまう。そのため手っ取り早くSNSで発信したりして、誤った情報を得てしまうことがある。だからこそ、私たちは対象者に合わせた窓口の多様性を考えていかななくてはならないと思います。

●医療機関にいて見えてきたこと

医療機関にいて、家族全体をケアの対象として見ていかなければと思うのと、精神保健福祉士として患者さんが当たり前前に生活する権利を保障するというのが、私たちの仕事の根底にあります。ですので、精神疾患がある方たちの妊娠や出産、子育てが危ないという話ではなくて、虐待を未然に防ぐと同時に、そういう方たちが安全に子育てできるように、あるいは私たちが支援をする時に知っておくべき情報として、精神疾患をとらえておくのがいいのかなと思います。孤立を防いで、社会参加や社会生活を支えることがすごく大事だと思います。

なにしろ病院というのは、当初、虐待を受けた子どもたちが本当に重症な状況で運ばれてきて、悲しい結果を確認する場所だったわけです。死亡事例と同じよう

に、そこから見えるものを紐解いていくと、二歩三歩手前でできたことがいろいろあったのに、なぜやれなかったんだろうという感覚になっていく。その確認をするのが医療機関だとしたらものすごく悲しいことです。それで、病院の中に虐待防止の委員会を作りました。虐待させない環境を作っていく、周産期の方すべてに会っていく、なんだかよくわからない小さい子の事故にはすべて関わり、症例は必ず地域の保健師さんに連絡して顔つなぎしていく、そんなことを始めています。

いま、おうちの方たち、家族の方たちを見ていくと、やっぱり他者とのつながりが薄いなあと思います。渡辺さんも、精神保健と虐待防止は親和性が高いとおっしゃってましたけど、大人自身がアディクションやDV、いろんな課題を抱える中で子育てをしている。そのリスクを私たちが分かっているかきかきいけなないと思います。子ども自身が持っている課題も実際にあります。それから、貧困であったり、就労が難しい親御さんもいます。それを個人の責任に帰すのではなく、社会的な課題として取り組んでいきましょう。その上で、家だけではなく、最近は学校も、すごく孤立して苦しもうに思うことがあるので、その辺りの歪みを補っていくような作業ができたらと思います。

●子ども虐待を取り巻く課題を乗り越えるために精神保健福祉士がすべきこと

虐待対応って特別なものではないと思うんです。普段、患者さんとお話をする中で、あ、ここ気になるな、この部分が少し楽になればこの人は生きやすいだろう、子育てしやすいだろうな、と思うところにプラスして、子どもたちが怖い目に遭わないか、危険はないかという評価をしていくことが大事になると思います。

ここに「メンタルヘルスの課題へのアプローチ」と書きました。例えばうつ病の方が、少し状態が悪くなり、眠ることが難しくなってきた、なかなかすっきり眠れないのでお酒を飲むようになったけど量が増えてきたと。多分みなさん、その方の酒量の問題、アルコールの問題に気が付かれると思います。その時、そのうちにお子さんがないか、頭に入れてほしいんです。アルコールプラスうつの方は、自殺のリスクが少し高くなる。普段、そういう方たちとお話をしていて、この方たちがどのぐらい自殺することを考えているか、実際に行動に移すかと考えます。私たちはアルコールが入るリスクを予測したり、ご本人ともいろいろ確認をしていくんですけど、普段自分たちがお酒を飲んでも分かりますが、お酒が入るとちょっと行動が予測不能になりがちです。先ほどの話に戻ると、心中などの可能性も出てくるので、ちょっと心配ということで、プラスの情報を取ることが大事になると思います。

●日本精神保健福祉士協会の取り組み

私たち日本精神保健福祉士協会「子どもの虐待対応プロジェクト」を立ち上げました。いま、本当にたくさんの精神保健福祉士がクリニックなどで働いているんですが、皆さんとお話すると、虐待事例に遭ったことがないと言われることが多いです。でも、そんなわけではないんです。精神保健福祉士は普段の業務の中で虐待防

止をやっているんですが、虐待防止という自覚はないんですね。だから、それは子ども虐待の予防になっているのだとわかりやすく通訳してあげると、もう少し虐待防止の機能が効果的に働くんじゃないかと思って、いま、動きたいと思っているところです。

●救命救急センターでの仕事からNPOを立ち上げるまで

私自身の業務は、救命救急センターで自殺未遂の患者さんたちを支援することです。大体年間180人を超える過量服薬の方たちが運ばれてきます。首吊っちゃったとか飛び込んだという人は除いて、過量服薬の人だけで年間180人です。私はそのすべての方に、生育歴や、いま何が苦しいと思っているのかとか、どんな支援があれば生きづらさが消えていくか、そんなお話をしている状況です。みなさん大体、処方薬を200錠とか300錠、多い方は600錠とか、まとめて飲んで来られます。で、その方たちがおっしゃるのは、「薬をためにために、いつでも死ぬと思うと、今日一日がんばって生きられる」と。そんな苦しい生き方ったらないだろうと思うんです。

救命センターに運ばれてくるオーバードーズの方は、10代の方ばかりではなく、上は70代の方もいらっしゃいます。つまり、子ども時代に受けた傷、うまく育ててもらえなかった感覚が、何十年も生きづらさにつながってしまうんだと。半数以上の方が被虐や、養育環境が適切でない中で子ども時代を過ごしています。そこで私が思ったのは、子どもの虐待にちゃんと取り組まないと、その後ずっと、20年、30年苦しむ人たちができてしまう。その人たちと私は、今後は救命センターで、オーバードーズというポイントで会わなくてはいけなくなってしまう。それもちょっと辛いと思いました。いま面談を続けている20代の方は、自傷行為をすることで、初めて自分が生きている意味が見えてきた、だから私から自傷行為を取り上げないでくださいと、面と向かって言うわけです。そんなふうに考え方が……私からすると、ちょっと苦しい、歪んでしまうんだなあ、辛いんだろうな、という感覚になります。そういう生きづらさを抱えて大人になる。

子どもたちはみんなSOSを出しています。出しているけど、発信しても周りの大人はなかなか気づいてくれないと言うので、それなら、子どもたちが生活をしている、そのいま、“ナウ（now）”に向き合いたいと思って、地域でNPOを立ち上げました。ホームページを作り、子どもたちからもアクセスできるようにしているので、本当に他愛もない電話が入ります。「宿題やろうと思ったら筆箱がないんだけど知りませんか」とか。でも、もしかしたらそれは何かのサインかもしれない。そう思いながら見えています。

●地域で活動して見えてきたこと

子どもたちは本当に安心した、安全な状況でないと、大人にいろんな話をしてくれないことが地域の活動を通して見えてきました。病院にいただけではおうちの中はのぞくことができない。だからこそ地域の保健師さんや子ども家庭支援センターの方におうちを訪問していただくのだけれど、やっぱりそこでどう見立てるか。それが難しいと思いました。

「虐待は通報が大事」と、たくさん広報されています。でも、地域に出て思ったのは、みなさん絶対に通報しないです。なぜかというと、通報した後どうなるか分からないから。警察が来るんですか？ 自分が言ったとみんなに知れ渡るんですか？ など言われます。私は4年前にこの地域に出て行き、いろんな方とお話するようになりました。そうすると私に連絡をくれるんです。どここのおうちで大きな声がしたとか、ライターで火をつけて遊んでたとか、あのおうちは金曜日の給食の後、月曜日の給食までごはん食べさせてないとか。「申し訳ないけど、それ、児童相談所に電話してみてください」とか、「必要だったらその場で警察に電話してください」と言うんですが、「それはできません」とまず言われます。気を利かせた方がそのおうちに「ちょっと心配だよ」と言いに行ったら、「これは虐待じゃない。しつけですから」と言われたそうですが、その方は私に「しつけと言われてホッとした」と言うんです。いやいや、そこはホッとするところじゃなくて心配してくれって思いますけども。やっぱり問題解決の方法、何をしたらどうなるのか、具体的に提示していくことが大事だと思いました。

●終わりに

話をまとめます。「子どもの虐待」というのは、現象として表出されているものです。私たちが患者さんや対象者の方のためと思って生活支援をしているつもりでも、それが効果をなさない、あるいは見当違いなものであった、見落としていたということによって、子どもの虐待が起きている可能性がある。そのことを私たち自身が自覚しなきゃいけない。

地域に出て子どもたちと話していると、どんな状況であっても、家族や親の存在は子どもたちにとって絶対なんです。それはひどいと思うような話でも、子どもたちは親を悪く言わない。自分が悪かった、という評価をします。ですのでそれも踏まえて親御さんに対応しなきゃいけない。

「家族をケアする」と簡単に言われますが、すごくデリケートなことです。おうちが貧しくなった時、親御さんは子どもにそれを言うのでしょうか。例えば自分だったら、仕事がなくなった、明日からごはんが食べられないと、面と向かって子どもに言わない気がします。そういう状況で自分は食べなくても、子どもには食べさせるかなと思ったり。そうすると子どもたちは、親は隠してるけど何かありそうだ、でもそこは触れちゃいけないことみたいだから外に言っちゃいけないって思うこと

でしょう。一時期、子どもの貧困に関わろうとすごく言われましたが、家族のケアに関わるのであれば、かなりデリケートなことなので、慎重に対応しなくてはいけないと思います。

そしてどんな時も、“子どもが中心”です。子どもが怖い目に遭わないことが一番大事です。いろんな施策が、世代の交流や居場所づくりを提示しています。でもそれは最終的な結果であって、そのプロセスがすごく大事なことだと思うんです。子育てする家族の方がどんな思いをして、もしかしたら辛い感覚でいるのかもしれない。ちゃんと育てなさいとか、きちんとしなさいと言われることの「ちゃんと」「きちんと」がなかなか分からない親御さんも多くいます。ですので、そういう子育てにうまく付き合っていくことが大事だと思っています。以上です、ありがとうございました。

(5) 伊藤恵里子氏（医療法人薪水 浦河ひがし町診療所 ソーシャルワーカー） 「応援ミーティング～当事者と支援者が共に安心を創り出す場～」

浦河ひがし町診療所のソーシャルワーカーの伊藤です。前半は私が、そして後半はうちの診療所の院長の川村医師が、浦河での試みをみなさんに紹介できたらと思います。

北海道の浦河町は、札幌から車で3時間ぐらいのところで、襟裳岬の少し手前にあります。浦河町の有名どころには「浦河べてるの家」があります。ここは精神障害を持った方たちが、地域でいきいきと生活しているということで、全国的に有名になったところなんです。

べてるの大事にしている理念の一つに、「三度の飯よりミーティング」があります。問題はいろいろ起きるけれども、当事者を中心にいつも集まりミーティングをもって、自分たちの苦勞を語るという文化があります。問題はすぐには解決されないのだけれど、自分たちの問題をただ専門家に預けるのではなく、同じような苦勞を抱えている仲間や支援者と一緒に、自分たちの苦勞を自分たちで研究しよう、という「当事者研究」も浦河発信のもんです。

●安心と人とのつながり

「精神障害を抱える人の回復とは、一病院の治療や一機関の専門援助技術だけでよくさせようと抱え込む中で起きるのではなく、安心が増えることによって、人と人とのつながりによって実現するものだ」。これはあとでコメントしてくれるうちの院長の言葉です。病気や障害を持っていても、一人一人がその人らしい持ち味が発揮されて、その人らしく地域で暮らしていけるにはどうしたらいいのか。この安心とつながりをどうやって地域に作っていけるだろうか、ということはずっと考え

続けてきた歴史があります。子育てや子ども虐待の分野でも、この「安心と自信」、「安心と人とのつながり」をテーマに考え続けてきています。

浦河は過疎化の町のはずなんですけれども（笑）、私たちの周りでは赤ちゃんの話題が次から次へと起きています。先月12月、それも年末にさしかかる後半に、ベビーラッシュで3人の赤ちゃんが生まれました。一人は統合失調症を持つお母さんで、電波とか、サトラレとか、被害妄想の苦勞を持ってるお母さんです。生まれてから訪問に行くと、丸坊主にして（笑）とにかくがんばりモード全開で、一生懸命赤ちゃんのことをがんばってました。彼女は長年べてるで自分の病気を語る文化の中で下積みを積んできた人なので、私たちの中では非常に優等生のお母さんです。

もう一人は、夫婦で知的障害を持っている家です。先祖代々お金の苦勞が深刻な家で。赤ちゃんが産まれる寸前にパパが仕事を辞めてしまい、お金のない実家に、このお金のない二人が転がり込んで、そこで今、赤ちゃんを育て始めているという貧困家庭です。もう一人は未受診妊婦さんで、周りが気づいた時にはもう臨月でした。彼女は幼い頃から、本当に自分の気持ちや思いを話す経験が過度になかったんだと思うんですけど、SOSが出せないまま、大事なことから逃避したまま臨月を迎えてしまった方です。

この3人のような家庭の一つひとつ出会うたびに、赤ちゃんが守られて、安心して育っていくにはどういう地域があったらいいのか考えさせられるのと、私たちは何を目指していくんだと、考えさせられます。病気や障害を持った、あるいはいろいろな苦勞を抱えた親であっても、どうやれば地域で安心して子育てしていけるか。3人を問題のないしっかりした親にすると言ってもなかなか難しいと思います。私たちの思い描く理想的な親にさせようとするほど、あるいは自分でがんばらせればがんばらせるほど、行き詰るのは目に見えているし、子どもに安心が少なくなっていくことも見えます。しっかりしてない親であっても、いろいろな苦勞がある親であっても、みんなに支えられ、いろいろな人に応援をもらって、そして子どもも守られてすくすく成長して……。そういう地域ってどうやったらできるのか。親だけじゃなくて、子どもの周りにも大人たちがたくさんいて、親が頼りにならなくてもいろいろな大人に支えてもらえるような。親もしっかりしないままでも、ちゃんと問題と向かい合っていくことが応援されて、親も成長していけて、親の役割があって、笑顔があって。そういう地域ってどうやったらできるかなということを、いつも話し合っていて考えてます。

●社会的孤立

この3つの家庭の苦勞はそれぞれ違いますが、目指すところは一緒だと思っています。やっぱりこの「安心とつながり」をどうやって作っていけるかがポイントです。「安心とつながり」の反対は、「社会的孤立」です。社会的孤立が及ぼす一番

深刻な結末は、「言葉を失う」ということだと思えます。どうせ理解されない。人は信用できない。そういう経験をたくさん積んで、言葉を使っても通じなくて、傷ついて。そして言葉を溜め込んで。そういう中で虐待が起きてくるんじゃないかと思えます。

先ほど川崎先生の話で、精神障害と虐待の関連性の話を聞きながら考えてたんですけど。私が気になったのは、「精神障害という障害」が虐待するんだろうか……。死亡事例についても、社会的孤立状態はどうだったんだろうと考えながら聞いていました。ですので、安心とつながりをベースに、言葉が失われた状態が回復する、自己表現の回復、言葉の回復というのは、いつも私たちのキーワードです。これをキーワードに浦河で取り組んできた一つの試みに「応援ミーティング」があります。

●応援ミーティング

応援ミーティングとは、この安心とつながりを当事者と支援者が一緒に創っていきこうという場です。いろんな生きづらさを抱える子ども、親、家族。そしてその家族を応援する支援者たちが集まって、一緒にその家族にとっての安心安全な暮らしを目指すためにつながり、対話して、共同研究し続ける場です。そしてそうした空気が地域全体に流れていって、誰もが安心して暮らせる地域になっていくことを目指している場でもあります。

浦河町ではこの応援ミーティングを1999年からやってきて、今年度でちょうど20年でした。はじめは自主的なネットワーク活動として行なっていましたが、児童福祉法改正以降は、要対協の活動の一つとして行なっています。毎月第3水曜日は応援ミーティングの日です。20年間、毎月やってきたので、浦河の支援者たちはこの日をいつも空けているという形で定着しています。支援者たちが日々の関わりに行きづまったり、相談したいことがあると、「来週応援ミーティングだからそれまでがんばろう」、「応援ミーティングまでに取り組んでおこう」とか、当事者たちも「来週でしょう、ミーティング」と、そんな会話がごく自然になされます。

応援ミーティングの特徴は、まずは「当事者と一緒に」です。一般的な個別ケース検討会議では関係者だけが集まって、あれこれ親の問題を分析、検討したりしますが、大変な苦勞を抱えた家であればあるほど、あるいは私たちの関わりが、行きづまれば行きづまるほど、苦しい、暗い空気の中で、どんどん会議が行きづまってしまう。皆さんもそんな会議のご経験があるかと思えます。特に精神障害を持っている親だと、この親に育てられるのか、何かあったらどうするのか、誰が責任を取るのか、子育ては無理でしょう……。こういう声が一層強まります。年末に誕生した3人の赤ちゃんの家庭もそうでした。厳しい言葉がたくさん関係者から出されました。

そのように行きづまった時は基本に戻って、「これは当事者と一緒に考えましょう」とします。当事者の力は本当に大きくて、当事者が入ると不思議と支援者の空気が変わります。否定的な空気が、一步も二歩も前が出る空気によって、「一緒に取り組もう」という空気になります。応援ミーティングで取り上げるテーマはさまざまですが、テーマを取り扱う時、支援者が上から注意したり、指導したり、教えるという関係や、あるいは何とかさせなきゃという批判の目、疑いの目、問題を見る目で行うのではなくて、応援の視点、空気を作ることを大事にします。問題解決に一生懸命になるアプローチではなく、どうやったらその人の魅力や能力が膨らむか、家族みんなの安心が広がるかということを中心に考えていく、そういうアプローチです。課題は当事者と一緒に眺めます。問題を抱える人を真ん中において、支援者があれこれ評価し、正しいアドバイスをするのではなくて、当事者も支援者と同じところに座って、課題を一緒に眺める、話し合う、聴き合う、報告し合う、そういう体制です。

3人の赤ちゃんの家庭の場合は、3人とも、子どもも親も安心安全な暮らしをすることが大きな課題になると思います。例えば、がんばり方、頼り方、甘え方が課題だったり、お金との付き合い方だったり、大事なことから逃避する癖が課題になったり。こういうのを真ん中において、一緒に研究します。一緒に悩んで考えて作戦を立てる、実験してみる感じです。もちろんすぐに答えが出る世界じゃない。すぐに解決はしないんですけど、悩み続ける作業が必要な分野、必要な世界だと思います。その悩み続ける時、一人で悩むのか、支援者だけで悩むのか、あるいは当事者も一緒にみんな悩むのか。ここに大きな違いが出てくるというのが20年続けて思うことです。そして大事なのが、ユーモアと笑いです。応援ミーティングは笑いがたくさん起きます。この笑顔です。えー、なんでこんなに笑ってんのという感じがすけれど。情けない話とか、相変わらずの失敗や戸惑い、葛藤がたくさん出てくる。外では言えないぶっちゃけ話を、当事者だけでなく支援者もオープンに語り合う中にこんな笑顔が生まれます。もちろん虐待を笑ってるわけじゃないですよ。子どもにとって、子どもとの生活を大事にするために何が必要かということを中心にユーモアたっぷりに語り合って、とことん対話し合います。こうした笑いのある安心した空気を吸っていると、みんなよくしゃべるようになるんですね。当事者だけでなく、安心した支援者がよくしゃべるようになるのには驚きます。実は支援者が一番、安心が必要なのかなと思ったりします。私たちが目指すのはこういう関係性であって、こういう地域だと思っています。

いま、応援ミーティングで注目の人、私たちの希望の星になっている人がいます。Mさんです。先ほどからお話ししてる3人の赤ちゃんの家庭が持っている課題を、Mさんはすべてぎゅっと併せ持った方でした。妊娠8ヶ月で登場して、幻覚妄想の症状がかなり重い統合失調症で、パチンコ依存でお金の問題も大きく、冷蔵庫には味噌と米しかなくて、北海道なのにストーブの灯油も買えなくて、大きいお腹を

したまんま布団に潜り込んでいて、支援者たちが真っ青になった家庭でした。普通は当然、乳児院、母子分離のコースを歩むケースです。でも緊急の応援ミーティングが開かれた時に、本人が言ったんですね。「自分で赤ちゃんを育てたい」って。それじゃあみんなで協力しよう、応援しよう、ということになりました。ただ、そういう状態での出産だったので、やっぱりMさんだけに赤ちゃんは任せておけない。地域みんなで赤ちゃんを育てるよ、みんなでやろう、という関わりが始まりました。

まず応援ミーティングで本人と支援者とで打ち合わせして、最初の1ヶ月は、保健師さんの訪問だけじゃなくて、訪問看護師さんとかボランティアさん、いろいろ支援を組み合わせて、ミルクの度に1日何回も訪問する、特別支援のスケジュールが組まれました。統合失調症は寝不足に弱い、疲れに弱い病気なので、症状悪化につながる可能性がある夜間は無理せずボランティアさんをお願いしないか話し合いました。複雑な課題を抱えた家庭を地域で支援するためには、既存のフォーマルな支援の枠に当てはめようとしてもまかないきれません。何重もの支援が継続されることが必要で、マニュアルを超えたオーダーメイドな関わりが必要です。そしてそれは包括的な支援である必要があります。応援ミーティングでみんなが知恵を出し合っ、ボランティアさんや地域住民の手を借りながら、ないサービスは作り出していく努力をします。

Mさんの床上げの時期が終わると、日中一人で部屋にいると幻聴が強くなってしまいうので、うちの診療所のデイケアで過ごして、みんなの中にいよう、みんなが赤ちゃんを育てようと、デイケアの一角にベビーベッドが置かれました。そして院長をはじめ、看護師やスタッフ、デイケアのメンバーたち、もうみんな嬉しくて役に立ちたくて、抱っこだおむつだミルクだって、デイケアがすごくいい雰囲気になりました（笑）。認知症のおばあちゃんや、病気の重い方、いろんな人が抱っこしてるんですけど、ふと気がついたらお母さんがいない。お母さんどこ行った？と言ったら、「タバコ！」って（笑）。安心してタバコを吸いに行ける環境になっていました。あまりにもみんなを幸せにしてくれるので、院長が「この赤ちゃんに給料払わなきゃ」と言い出して、本当に、百日祝いに院長が鯛をプレゼント（笑）。保健師さんや応援ミーティングで関わる関係者たちにもデイケアに来てもらって、盛大な百日のお祝いパーティが行われました。本当に楽しい一日でした。

そんな空気の中で、はじめは大きなサングラスをして、うつむいて、全然言葉が出てこなかったMさんですが、どんどん話せるようになって。いろんなところで応援をもらって取り組んだこと、どんな経験や発見があったかということをお祝いミーティングで報告してくれるようになっていきました。お金を使いすぎる時、自分に何が起きるのか。自分が子どもの頃大人に受け止めてもらえなかった体験。児童養

護施設で育っている上の子どもたちへの罪悪感とか、そういうことを語ってくれるようになっていきました。

応援ミーティングは一回やって終わりの会議ではありません。応援ミーティングが作戦本部的な役割だとしたら、各関係者は実働部隊みたいなもので、他の支援と連動しています。応援ミーティングで話し合ったことを、地域で支援者と一緒に取り組み、それがどうだったかをまた報告します。本人からも報告するし、支援者からも自分たちはこういうことが心配だった、みたいなことを率直にオープンに語り合います。そしてまたチャレンジして、ふりかえるという感じで、継続的に応援ミーティングは行われます。Mさんは「あじさいクラブ」という子育てミーティングにも参加してよく語れるようになりました。あじさいクラブは、病気や障害、メンタルヘルスの課題や苦勞を抱えながら子育てしている親たちが集まるグループです。「わかる、わかる」と共感し合えるピアの力は、やっぱり語る力を成長させてくれます。このあじさいクラブも20年、毎週続けています。配布資料に少し内容を載せていますので、興味ある方はご覧ください。

支援者はMさんの応援ミーティングを本当に楽しみにしています。語る場や応援してもらおう場が広がって、そこで報告するMさんの語りを聴いて、私たちが学ぶことが本当に多いです。彼女からどんな語りが出てくるか本当にワクワクします。人は変われるということ、私たちの想像をはるかに超えた形で体験させてくれます。子育てをしていたら問題はいろいろ起きます。自分との付き合いに苦勞することも、もちろん出てきます。でも、こうやって話し合っていける関係や、言葉とか、SOSを出せる言葉があると、病状が悪くなって危機的な状況になったとしても、それを一緒に考えられる。私はこれが虐待予防の目指すところではないかと思っています。こうやってどんどん地域で応援してもらえらるつながりや話す場が広がって、子どもも親も支援者も、安心とつながりの関係が深まり厚みが出てくる感じですね。これを広げたいなあと思います。Mさんからたくさんヒントをもらって、私たちの目指していく方向がまた明確になったと思っています。

私たちの応援ミーティングでは、しっかりした親になること、完璧な子育てができる親になることを目指すわけではない。不器用なまま、情けないまま、苦手なことを持ったままでいい。それでもつながっていたら安心が増える。安心が増えると言葉が増える、対話が増える。できないことは相談して助けてもらう。少しずつ練習すればいい。問題は相変わらず起きてても、一人で抱えず、言葉で語って、一緒に考えて乗り越えていく。目指すのはそういう関係性、温かいつながりで親子を包んでいける地域づくり。これが私たちの目指すところですね。年末に生まれた3人の赤ちゃんも、赤ちゃんの家庭も、こういうあったかい空気に包んでいけたらと思います。描きながら、今、応援が開始しています。

では川村医師にバトンタッチします。川村医師が応援ミーティングで言った語録が皆さんに配られてますので（笑）あとでゆっくりお読みください。私たちと一緒に長年応援ミーティングをつくってきた精神科医の川村医師です。これはなんの写真でしょうか（笑）。つい先週です。Mさんの子どもと床屋さんに行ってる先生の写真ですけれども。

川村 敏明氏（浦河ひがし町診療所 院長・精神科医師）

自分たちが浦河でやってることを、遠くの町、遠くの場所で聞くと、自分たちがやっていることを改めて確認する意味でもたいへん新鮮です。応援ミーティングには私も1回目から参加して、20年経ちました。たいへん順調に、地域の中で、子育てのありようについて何らかのメッセージや成果を確実に積み上げてきてると私は見えています。

私は精神科医ですから、やはり精神医療からスタートしています。精神科医療は日本では約100年の歴史があります。この100年をどう見るか、常に考えています。100年前に東大の初代教授が書いた「精神障害者二重の不幸」という有名な論文があります。「我が国十数万人の精神障害者は、この病に生まれたる不幸に加うるに、我が国に生まれたという二重の不幸を持っている」と。これにどういう答えを出せばいいんだろうか、日本は100年間何をしてきたか、私たちはそれを浦河でどうしたか、非常に身近なテーマとして考えてきました。精神障害という世界に、あるいは精神科医療がその場に何を成し得るかとやってきた時、やはり私たちの地域も、精神病の人、精神障害者は、いわゆる「偏見差別の中に置かれ最低最悪の人生を送る人」というしっかりしたレッテルが貼られ、剥がしようがない全会一致のような評価でした。何の病気になってもいいけど精神病はまずいというようなことが暗黙のうちにあった。それは全国どこでもそうでしょうけど、近くに精神病院がある町では、その病院の名前を言って、「あそこに行ったら終わりだ」と言われるような。東京では松沢（病院）だろう、北海道なら有名な古い精神病院の名前と。浦河は「7病棟」と呼ばれていました。浦河には浦河赤十字病院という総合病院があり、私も38年前に勤めました。当時、7病棟というのは、地域の中のいわゆる差別、あるいは誰かをからかったりバカ扱いする時に「お前、7病棟、7病棟」と出てくる言葉です。そういう中で今日のべている活動はスタートしました。

何をしたかということ、先ほど伊藤の発表にも出てきましたが、「言葉を取り戻す」。私たちは自分たちの精神医療、あるいは精神科というところをどう見ていたかと。私たちは患者さんや病気は一生懸命診ますが、私たち自身を診ることをあまりしてこなかった。これを私は「医者病識」と呼んでいます。医者は患者さんの病識は鋭く突く。「病識なし」ってカルテに書くんです。じゃあ医者はどうだったか。100年前のいわゆる座敷牢の時代から、座敷牢がなくなり大変立派な精神病院と

いう建物に変わりました。精神障害者が「我が国に生まれたる不幸」という状況は、100年前と比べて何か変わったか、大きな前進があったか。

ちなみに約6年前、浦河では精神科病棟を廃止しました。当時は400床の病院で、そのうち1/3が精神科で最大130ベッドありましたが、それをゼロにしました。年間約5億円は節税したんじゃないかと思うんですが、国から特に返ってきたことはありません（笑）。年間約1兆円が精神医療の入院治療に使われているんじゃないかと思うんですけど。10年で50億ですからね。5億節税したら、日赤病院に1億、浦河町に1億、べてるに1億、2億は国からどうぞ、となればいい時代だなと思うんですけど、まあ全部国が持っていったと。まあこういう現状で、100年間で基本は変わってないと思います。そういうことを考えながら、今日のテーマの虐待の問題が、これから先どうなっていくんだろう。どういう歴史をたどってきたのか、よい方に進んでいるんだろうかと。

私は田舎の医者ですから、田舎から、自分たちのまちから見えることとして発想します。浦河はなぜ病床をゼロにできたのか。私がゼロにしたんじゃないですね。べてるの活動したら精神科病棟が要らなくなってきたというか、入院する人がなくなったんです。つまり、いろんな問題がそうなんですけど、地域の中では、問題の、人間の分別が行われるわけです。その中でも精神科病棟、7病棟というのは、変なこと、変な問題、迷惑をかける問題で、ちょっと普通でない人を入れる、分別する場所だったんです。それが、べてるのメンバーはミーティングを重ねて言葉を持つようになって、まあ普通ではないけど（笑）楽しい人たちになって、全国的なレベルで活動したり、テレビや新聞には出るし本は出すし、普通の人たちがやらないことを浦河ではいっぱいやるわけです。地域以外に伝わる、言ってみれば文化的な活動とか人が呼べる活動はすべて精神障害者の関係した世界、活動なんです。精神病が差別対象にされていただけの時代と比較したら何という変化だと思います。昔は偏見差別、今は「いいなあべてる」「いいなあ病気になる人」とジェラシーの的（笑）。不思議なことが起きてます。今は、「健常者を支援しよう」と盛んに言いますね、健常者が健常でないから（笑）。健常というポーズを取ることはとても上手になっているけど、人には大切な弱さというものがあると。失敗という体験も持っているはずだ。それを生かさないと精神障害というのは生きていけないんですよ。病院の中にいるしかない。外で暮らそうと思ったらそういう体験を生かしていく、つまり必ずミーティングの場、仲間の場に持ってくることを繰り返さないで。

大きなテーマ、大きな問題、全体が抱えななきゃいけない問題。誰もね、精神病と向き合いたくなかったと思います。虐待の問題も、誰も真剣に向き合いたくない。安倍総理もあまり好きな話題ではないらしいと今日聞きました。安倍総理のこともうちのデイケアで話題になります。アベ君という、いつもお金がない貧乏な人がいました。この人がなんとか貧乏を乗り切って生きていく方法がないかと、「アベノ

ミクス」を考えようと（笑）。で、アベ君のアベノミクスに最低必要なことは何かといたら、「正直さ」だと。隠さない、ごまかさない。（会場・笑） 浦河のアベ君がそう考えた時、みんなが、東京の方にも安倍君という人がいるらしいけど、無理だなと（笑）ごまかすし嘘つくし。あの人は永遠に回復しないっていう、まあそういう評価でした。

話を戻しますけれど、子育てという問題を、そこからくるテーマをどう受け止めていくか。私は浦河という地域全体の中で見た時に、条件の悪いところだけじゃなくて、子どもすべてが、子どもも親ももっと守られて、もっと安心できてと考えます。先ほどスライドに写ってた「たっく」ももう2歳になりました。この子の子育てを健常者のお母さん方も含めてみんなで見えるわけです。「たっくみたいな子育て、私もしたかったなあ」「たっくはいいなあ」。寄ってたかってみんな育てるわけです。私はこれを「縄文式」と呼んでます（笑）。みんな寄ってたかってやる、そういう空気を大事にしたい。

この「応援」という方向性が、僕は子育てという世界にとっても大事だと思います。人が安心して問題と共に生きていくためには、それが絶対の必要条件だと、僕は精神医療の世界の中から、経験から学んだ。そういう空気、場の中で、私たちが苦しむ問題、虐待の問題も考えていきたいです。

僕が僕の経験からお話しさせていただくと、できたら100年前「二重の不幸」と言った東大の教授に、「浦河の精神医療はこうやってみました」と報告してみたいと思います。「こんなもんでいかがでっしゃるか」って。そして「君、これどうやってやったんだ？」と聞かれますね。もちろん100年前に戻ってお話はできませんけれども、実は去年、私、東大でお話したんです。僕ので東大で話せるわけじゃないですよ。浦河のメンバーが、僕らを後押ししてくれたんです。心の中では、100年前の世界に浦河の活動を報告に行ってきたように思えました。

みんなと語ると、変化します。子育てはもっと広くみんなですていくという空気の中で、みんなと悩む。僕は、精神科医の役目は悩ませることだと思っています。僕は病気はあまり治さないと言うんです。病院も入院はやめて外来だけ。するとどういことが起きるかという、患者さんが病気の話あまりしなくなります。僕に病気の話をしてもらっても大したことしてくれないし入院させる場所もない。そうすると、いろんな苦労話をして、それを仲間に相談して今こんなふうにしてますって報告が主で、僕は「よくやってるね」と言う。ほとんどそれが仕事です。

僕は、希望を持っていけるよ、ということをお伝えしたい。そうじゃないとやっぱり虐待の問題もどうしても暗くなります。これが10年後、20年後、50年後どうなっているか考えた時、どういう方向に進むか。問題はいっぱい見えてくるけど、問

題を解決するよりは、今も浦河は問題ばかりですけど、人の力が湧き上がるような工夫を、やっぱり全体で考えていく空気を作っていきたいと思います。

繰り返しますけども、浦河のこの開放的な精神医療は私が作ったのではない、医者がやったのではないんです。遠くに行くと、たいてい間違っただけで私が褒められちゃうんです。違います。精神障害者に可能性や力があつたのを、病院に入れて力を発揮しないようにしていた100年間だったんです。そういう誤解から彼らを解放したいんです。私は大したことはしないけど、期待もされなくなってきた、その寂しさに耐えれば（笑）、なんとかなっていくということです。ありがとうございました。

(6) パネルディスカッション「メンタルヘルス問題のある親とその子どもに対する在宅支援を考える」

司会・コーディネーター 吉田恒雄

司会

第3部は今までのご発表をもとにして、会場の皆さん方からいただいた質問にそれぞれのシンポジストにお答えいただくという形で進めていきたいと思います。とても内容の濃いお話をいただきましたので、会場の皆さんからもたくさん質問をいただきました。全てにお答えすることができませんので、重なる部分や同じような質問はチョイスしてシンポジストの方にお話をさせていただきます。

簡単に今日の発表をふりかえってみます。最初に川崎さんからは、虐待の死亡事例検証から見た、特にメンタル面に課題のある親の事案の特徴や、その複雑さに加えて、この対応という点でも、通常の、例えば目黒とか野田のような事件とはまた違う視点が必要だというご指摘をいただきました。渡辺さんは保健師の立場から、保健師だからできること、しなければいけないことを。そういう点では、今の母子保健という観点からすると、虐待対応の根幹というところで少し違う方向にしているようだというご指摘をいただきました。加藤さんからは、精神保健福祉士、特に病院の救急の場面から分かってくると、特に地域の中でやるべきことのお話をいただきました。伊藤さんと川村さんには、浦河での実践を大変分かりやすく、そして我々が目指すべき点をご紹介いただいたというところであります。

それではまず川崎さんからいくつか質問をピックアップしてお答えいただければと思います。

川崎

たくさんのご質問をありがとうございます。何人かの方に共通するものとして、例えば「精神疾患を持つ親が、自身の疾患に無自覚で、受診や支援を拒否する場合

どうするか」、あるいは「直接的な支援を望まない方に対してどうしたらいいのか」という質問がございました。

確かに精神疾患を持っていることを認めたくない方はたくさんおられます。そういう場合、「自分には治療は必要ない」「自分はしっかりしている」とおっしゃいます。私も児童相談所時代にそのような方と出会って苦慮した記憶があります。その方は、お子さんを児童福祉施設に預けていたのですが、「私はもう治ったから子どもを返してほしい」と毎日のように電話してこられました。“病気だと思われているから子どもを返してもらえない”と信じ込んで、必死でそれを否定しようとするわけですが、紆余曲折がありました。お母さんがしっかりご自身の病気と向き合い、お医者さんが出す薬をきちんと服用してくれたら、子どもさんを引き取る可能性が高くなる」「治ったと言い張って診察も受けないようだと、一緒に暮らすことも難しくなる」ということを理解してもらうためにあれこれ努力して、伝えてた記憶があります。すると、それまで病院にもつながらず、治療も中断しがちで次々と病院を代えていた人が、同じ病院できちんと治療を受けてくれるようになりました。子どもさんを引き取りたい、じゃあどうしたらいいのかと考えてくれたことが動機になったのかなと思っています。全てうまく言ったわけではありませんが……。

もう一つの質問は、「子どもさんも障害を抱えている場合、どうしていくのか」という内容です。親御さんも大変な中で、子どもさん自身も大変ということです。実は今、日本子ども虐待防止学会（JaSPCAN）が実施している障害児虐待等についての実態把握や家族支援の在り方についての研究に協力しています。私は障害児に対する死亡事例について調べていますが、そのために昔読んだ『我が子、葦船に乗せて』という本を改めて引っ張り出して読み直しました。お子さんは軽度の知的障害だと思われそうですが、周囲の人は問題視しないことでも、母親はすごく気にして、最後は思いあまって殺害してしまいます。

私は長く児童相談所にいたので、さまざまな障害を持ったたくさんのお子さんとお会いしました。その時、こちらでは障害の程度にも軽重があると見ます。そしてついつい、「これぐらいなら大丈夫」と思ってしまいがちですが、親御さんにしたら、そういう比較はあまり意味がなくて、お一人お一人深刻な思いをされているわけですから、それをしっかり受けとめないといけなさと自戒していました。子どもさんが障害を持っているということについて、どう支援していくのか改めて考えなければいけないと思います。

最後に、たぶん先ほど申し上げた資料を見られたと思うんですけど、「心中による虐待死が減少傾向にあるようだが、その理由をどう思うか」というご質問がありました。私も心中事例について注意しているので、心中事例が少しずつ減少している可能性があるかとみています。警察庁統計でも、そのような傾向が感じられ、注

目しています。とはいえ、ここ最近のことだけを見て確実な傾向であるとは言い切れません。でも減少しているように見えないこともない。理由はちょっと分かりませんが、平成28年の児童福祉法改正で、「子どもは権利の主体者である」ことが謳われました。私は、心中事例だけでなく、0日児等の死亡をなくしていくためにも、この規定が社会に浸透する必要があると思っています。どんなお子さんであっても一個の人格を持った存在であるということを社会の常識にするということです。今まだ浸透しているとは思いませんので、それが心中事例の減少と関係するとは思いませんが、少なくとも子どもが権利を持った主体者であることをしっかり伝えていく中で、こうした事案を減らしていきたいと、そんなふうに思っております。他にもいろいろありましたが、私のほうからは一応以上とさせていただきます。

司会

ありがとうございます。また会場のほうからは、時間の配分を見ながら、手を挙げてご質問いただく時間を設けたいと思います。続きまして渡辺さんからお願いします。

渡辺

私、今日はNPOの立場から来ているので、NPOでもあり、生業としては公務員をしているのもございまして、児童相談所ですとか、保健師など、主に公務員として虐待に関わっている人たちの限界と、民間としてどう関わっていくかというようなところを少しお話したいと思います。

私が民間のNPO立ち上げに関わったのは、公務員は限界があると思ったからなんです。その理由の一つは転勤です。本人が専門性を深めようと思っても、上司からの紙一枚で、それが成し得ない組織機構に現状なっている。私の経歴を見ていただくとお分かりですが、自分が望んで異動しているわけではありません。そこが民間との大きな違いです。自己決定は二の次です。なので、あの時まであのポジションにあの人がいてくれたからできていたことができなくなるということは、現実としてかなり起こっていると思います。その典型として各地の児童相談所職員のキャリア不足ということで耳にしております。埼玉県などは特にそうですが、児童福祉司さんの数は増えました。しかし新規採用なので、その人たちをひとくくりと数えられないんですね。一緒に動かなきゃいけなかったり、指導が必要であるということで。中途採用職員として経験者を採っているところでもやはり即戦力にはなり得ていない。いまは過渡期だと思いますが、公務員の限界というのは、そういったことで専門性の担保が難しいということで実感しています。内々には、そのポジションを離れたとしても、同僚や部下だった後輩から「今の上司に相談しても埒があかないんで相談にのってください」と来ます。でも表向き、組織としては動けないから、こういうルートを使ってこう相談しなさいと言うのがせいぜいのバックアップ。そこを埋めるがために、「じゃあ、埼玉の『守る会』に電話してごらん。あそ

こは専門家がいっぱいつながっているから、そこで知恵をもらって動く」。あるいはケース検討会というのを民間団体の一部として持っています。「オープンクロード」という形で、持ち込まれた相談には対応しますが、相談は外に出さない前提のミーティングを重ねてきていて、その中で知恵をもらい自分の活動拠点に帰ってケースワークに活かしたりする。そういう柔軟な動きができるのが民間の活動の利点かと思います。先生方のお話の中、べてるのお話にも「溝を埋める」とあったと思うんですけども、やっぱり、溝を埋める動きをする場所というのが、民間団体の大きな、今後も期待される機能の一部と私は思っています。

精神保健の関連で一つ質問が出ております。ACT（エーシーティ）というのがあります。包括的な地域活動支援システムというのが、精神保健の分野で最近盛んに議論されているのは承知しております。ただ、あのシステムをそのまま虐待に使えるかということ、一番大きな点は当事者の違いになります。ACTの場合はまず当事者として精神障害者があって、そこに関わる周りの条件としての家族であり、子どもでありという観点です。どうしても主体が患者さんご本人になる。そうすると、ご本人と子どもが家族の中で一緒にいることで、子どもが巻き起こす様々なイベント事でご本人が揺れる状況になると、どちらを優先すべきかで対立が起こってしまうというのが、現状としてまだまだ見受けられます。悲しいかな、私が現場で働いている時に病院のお医者さんと対立したのもそこでした。この子はこのまま保護しないでいるとごはん食べられなくなっちゃうから、一時的に親御さんを説得して、子どもを預かってもらって、成長してもらって、そしてまた戻しましょうよということをやったら、精神科の先生から「この子をいま離れたらお母さんの具合が悪くなる」と強く反対されるということは、まだ時々起こります。控えめに言ってます

（笑）。先生は患者さんご本人を守らなければいけない立場でのご判断でしょうからそれは当然だと思うんです。なんですけども、そういうことがあるので、ACTが今すぐに使えるにはちょっとまだ熟成しきってないのかな、もう少し見極めていったほうが使えるものになるのかな、というあたりで、私からは終わりにしたいと思います。

司会

ありがとうございました。それでは加藤さんからお願いします。

加藤

私は大学病院にいますので、大学病院にいてどんなことが気になるかという話だったんですけども。法医学の先生たちとお話をする中で、最近、病理解剖を希望する方がどんどん減ってきていると。いまの医療はそういう病理解剖をさせていただいたことによって、病気の成り立ちや、治療の経過を見たり、薬剤の効果を調べたりができて、治療が確立していった面もある。それがなかなかできなくなるのは医

療全体として大変なことだという話を時々するんです。その中でやっぱり、Child Death Reviewの話も出てきます。

先ほどちょっとお話ししましたが、年に数例、救急外来でいわゆる「来院時心肺停止」という形で、おいでになった時にはもう呼吸もしてなくて、死亡確認だけというお子さんたちにお会いします。そうすると警察も児童相談所も入ってという流れになる。私たち医療の場にいる者としても、原因が何なのか知りたい思いは湧いてきます。ただ逆の面から見たとき、親御さんにしてみてもお子さんが急に亡くなってどうしてなのかという疑問を私たち以上に持ってらっしゃる中で、疑いの目を向けられている、そんな風を感じさせてしまう例もあるんじゃないかと思うんですね。そういうのはいろんなことがわかってきて、最終的にこういう疾患があったんだ、これは時間をかけないと分からないよねという事例だった時に、やっぱり親御さんは辛い思いをしたんだろうなあと。だから、これが法整備されて、どなたに対してもするんですよ、となっていくのも方法としてはあるのかと思いました。

それから、地域の中で子どもたちの居場所を作る時に最初に思ったのは、親、大人が勝手にこんなふうにした方がいいんじゃないかと作り込み過ぎないようにしたいということです。とにかく場を作って、その場がどんなふうに動いていくかを見守るのが大人だと考えるようにしました。いま、50~60人の子どもたちが来ます。でも誰一人、そこで支援を受けたいと思って来てる子はいないんです。ただただ、その場が楽しいから来てくれている。そこに来る大人と関わることを楽しんでいるという場なのかな。ただ、普段私は支援を業務としているので、プンプン「支援臭」をにおわせちゃってるんだろうなあとと思います。そこを子どもたちが感じるといろんな話しをしてくれないと思うので、いまは彼らが思う通り「50を超えて、家族もいない、寂しい女の人」という役割を演じようと思っています（笑）。なんかそんなことをしながら、安全に失敗をして。私たちのところ、ルールがないんです。ルールがないということは、スタッフも含めて自分が何ができるのか考えていかなきゃいけないんです。子どもたちも、ここ楽しかった、また来たい、次来る時にはどんなことがここでできるかなと考えてくる。そんなことが積み重ねられていくのがいいと思います。地域に出て本当に思ったのは、こんなに地域の中に、民間の力が、いろんなことやってる団体があるんだということ。なので、まずはそういう団体を知るところからはじめて居場所をつくっていくのもありかなと思います。以上です。

司会

ありがとうございました。それでは最後に伊藤さんと川村さんに質問がたくさん寄せられております。お二人のほうで選択して答えていただければと思います。

伊藤

たくさん質問をありがとうございます。たくさんある中で、いくつか重なった質問があったのでそれを選びました。「応援ミーティングを始める時のポイントを教えてください」、「どうやってその応援ミーティングに入る方を選ばれるんでしょうか」、「例えば他の人に立ち入られたくない、踏み込まれたくないと言う人がいるんじゃないでしょうか」、「辛いことを言われるんじゃないかと、逆に恐怖や不安を感じてしまいませんか」という質問がありました。

どうやって始めるかですけど、それはポンと応援ミーティングからスタートするのではなくて。先ほどスライドでもお見せしましたが、いろんな関係者が応援ミーティングには集まっています。そしてやっぱりキーになる関係者、支援者がいます。例えば学校ならスクールソーシャルワーカーとか、教育委員会とか、あるいは保健師さんとか。そのキーになった方が、本当に丁寧にまずは信頼関係をつくります。支援者もつながっていく大事さを感じているので、本人の話を聴きながら、どうやってこのつながりを増やしていけるかをみんなで狙います。いつも応援ミーティングで関係者だけで話す時、支援者はこうなったという報告もしているのです、どうやって登場人物を増やすか、支援者を増やすか、またみんなで練ります。そういう中で例えば、ちょっとこうタイミングを狙って、「お母さんのそういう話って同じような苦労してる人いるから、それ、子育てミーティングで相談してみない?」とか、「おんなじような苦労してた人いたわ」「じゃあその人の話聞いてみるのに私、付き合うよ」とか試してみる。で、支援者が付き合っ、さっきのあじさいクラブとかと一緒に連れて来てくれたりする。そういうところから少しずつ、今度はあじさいクラブのメンバーから、「こんな支援を受けてるんだよ」とか、「私は応援ミーティングやってもらって、こんなよかったよ」みたいな話が当事者に入っていきます。そうすると、なんとなくその文化にだんだん巻き込まれていくというか。「あ、もしかして応援されるって、よいことなのかも」みたいな。

もちろん最初は、人に頼るとか応援される経験が少ない方たちが多いので、ほんとに初めは躊躇したり拒否するというか、シャッターが降りちゃってなかなか関わりが難しい人たちもいるんですけど、少しずつ少しずつ近づいてきたり、応援の幅を広げていく、その空気に巻き込んでいくみたいなことをやるかなと思いました。そんな中で、応援ミーティングに関わっている人が増えたら、その人たちとみんな「じゃあちょっと今度打ち合わせしない?」という感じで、その人に合わせて打ち合わせをして、だんだん広がっていく感じですね。

「当事者をその中で追い込んじゃうことありませんか」と質問もありました。うーん……どうしてそうならないか、いまここで考えてたんですけど、やっぱり“問題解決に焦点を当ててない”んですよね。その人の魅力とか、その人ががんばってすることにみんな注目する中で、当事者はだんだん気持ちが和らぐというか、自分

をわかってもらったという空気になっていくんだと思います。でもやっぱり、ポイントとして「褒めどころ」ってある気がします。

例えばさっきのMさんだったら、「お金の苦勞がなくなったから、マル」とかじゃなくて、お金の苦勞は相変わらずある。だけど、「お金を持つといつもどういうことが起こるの？」ということをもみんなで研究する中で、「使っちゃったんだよね、また」と言えたことを、よく言えたね、よく相談できたねって褒める。

実はMさんの家族も先祖代々お金の苦勞がある。この人に年金が入ったといたら親戚一同ガーンと集まって、この人にお金が入ったといたらまたバーンと集まって、という感じなんですね。もう、いま、使わないと自分のお金がなくなる、買いたいものがなくなっちゃう。だからお金を持つと、いま使わなきゃって思うんだ、という話をしてくれる。そうすると支援者も、「なるほどねえ、だから使っちゃうんだ」って、「よく話してくれたね」とみんな感心するわけです。私たちはただお金の問題がなくなるというところに集中するんじゃなくて、彼女と語り合える関係に集中していく、というところがあると思いました。

それで、つい昨日の話を、さっき電車の中で川村医師に聞いてたんですけど。先ほど臨月になっちゃってたお母さんの話をしましたけど、今ちょっと赤ちゃんが保留状態になってる状態の中で、眠れないという相談が川村医師のところに来た。その時の返し方がね、まあ応援ミーティングのポイントかと思ったので、川村先生、その辺を付け加えてもらっていいですか。

川村

出産後、眠れない日が続いてるという話をスタッフが私のところに持ってきて、「じゃあ今日、先生に眠れないことを相談しよう」となった。僕は前もって、朝のスタッフミーティングで聞いてて、へー、Yちゃん眠れなくなった、いいね、と。悩んでるのかもしれないし、苦しんでるんでしょうという想像ですよ。僕は診察室でみんなに、「Yちゃんが悩めるようになった、苦しむようになった。これいい兆しだから、良くなっていく、良くなっていく」とまず言ったんです。

それで、Yちゃんのところに僕が行って、眠れないって相談を受けたスタッフも同席して話を聞きました。僕は改めて「Yちゃん、実はYちゃんが眠れないって言うので、みんなで良くなってきてるなあって喜んでたんだ」って言ったら、「え？」って（笑）。「Yちゃん、今までいろんな問題あったけど、眠れなかったことなんてあったの？」と言ったら、「いや、眠れないことはなかった」と。今回、出産2回目で、前はよく寝たらしいです（笑）。

語らずにいられないことがいっぱい出てきて、やっぱり自分の気持ちを言わないまましていると、すごく苦しく辛くなっていくことがはっきりしてきたんです。このうちは、お母さんと同居してますけど、お母さんがパチンコ依存でね。いつもお金の問題があるうちなんですね。でも子どもとしては、外では「うちは何の問題もありません」と、要するに大事なことは言わないということを、家族全体でずっと守ってきたんです。結果的に妊娠したけど、臨月まで言わなかったのは、やっぱり大事なことは言わないという、長年の積み重ねの結果ですから。その人が、なにか言わないとやっていけないくらい眠れなくなってきたというのが、「Yちゃん、良くなってきたわぁ」ということなんです。

「今日先生に何してほしいの？ 薬でももらいにきたの？」って。「こんな悩んでる時に薬で消すなんてもったいないから（会場・笑）ね、毎日スタッフに自分の気持ちを話す。そのいい練習になるから。それと一週間に一回、私にまとめの報告をしなさい」って。「良くなってるから。眠れないのは良くなってる兆しだから」って言ったら「ええ〜？（笑）」って言いながら聞いてました。ちょっと楽しかったですね。眠れないの、いいよって、ちょっと応援できた感じがしましたね（笑）

司会

どうもありがとうございました。それではどなたかお一人だけ、ご質問をお願いいたします。

質問者

県立広島大学の松宮と申します。今日は素晴らしい顔ぶれで、素晴らしい企画をありがとうございました。質問というより、ちょっといまうかがった中で感じたことを、本当に短く。

渡辺さんが先ほどACTのことを少し触れられていました。僕は全国ACTのいくつか調査をしてきました。結論から言うと、ACTすごいと思います。家庭訪問に行って、生活をして、子どもとキャッチボールして、お母さんとも話をしてくる。こういう活動を実際に何例か拾ってきています。全部が全部ではなく、全国でも本当に一桁です。でもそれはすごい機能です。このときやはり思ったのは、精神科医が汚れた部屋の掃除まで一緒にやる、スタッフも一緒にやる、こういう関係性。川村先生がおっしゃった、今日も何回もありましたけど、暮らしのことをその人の目線に立ってという、そういうことを医療者が言うことで、スタッフが大いに元気づけられて、いまの話では当事者も元気づけられて、「暮らしの主人公でいていいんだ」ということになる。これが大事なんだと思いました。

だからACTでもそうだし、今日の皆さんの話もそうですけど、メンタルヘルス問題があると、分からないから、不気味だから、苦しいから、苦手だからと、お医者さんに全部丸投げになる。こうやってどんどん苦しくなる。で、お医者さんの方は唐

待のことよくわかんないまま、できもしないのに丸引き受けして、結局何も進まず、中学生になったから、高校生になったからといって返していく。これをやめなきゃいけない。そのために本当の意味で生活が見える精神科医を仲間に入れなきゃいけないと、今日皆さんの話をうかがって強く思いました。ありがとうございます。

司会

ありがとうございました。私がすべきまとめをしていただいたような（会場・笑）。ありがとうございます。最後に本当にわずかな時間ですけれども、私のほうで簡単にまとめさせていただきます。今日は、在宅支援のあり方を考えると、できればどういう制度が、というところまで進めようというのが当初の企画だったんです。でも、まだまだそこまでいってないなあと。それで今日お話をうかがってて見えてきたのは「在宅支援の理念」な気がします。皆さんおっしゃったのはやっぱり、「当事者を主体にする」「子どもの目線で」そして「親に関わっていく」という、ここだと思っただけですね。医療なり福祉なり、在宅支援の場合やはりそこをしつかり押さえていかないと。指導という介入や、支援という上からの押し付けで、今まで当事者の人がとても受けられないと逃げてきたわけです。以前、川村さんからうかがったんですが、「SOSを出すと逃げちゃうんだよね」というんですよ。虐待してると言ったら子どもを連れてかれちゃう。自分の具合が悪いと言ったら入院させられちゃう。それじゃ安心してSOS出せないわけです。だから、SOSを出していいんだという場であったり、関係であったりが、在宅支援の基本にあるのだということが今日のお話から見えてきた。制度を作るにもそこを押さえないと、支援したい人がいっぱい出てきて、それをどう調整して、どういう権限でという妙な話になってしまう。しかしそうじゃないんだと。まさに川村さんがおっしゃったように、何もしないことがどれだけ難しく大切なのか、どう当事者の力を引き出すかという点も、一回押さえた上で在宅支援のあり方を考える、そういう機会になったんじゃないかと、私自身の感想を述べさせていただきました。

これまで「メンタルヘルス課題」をテーマに今日を含めて4回やってきましたけれども、我々としては今日のところまでを押さえた上で、ひとつまとめをしていきたいと思っております。どういう形になるか分かりませんが、またそれができた時には皆さん方にホームページ等でご案内できるかと思います。その時までもうしばらくお待ちいただければと思います。

今日は皆様方、シンポジストの方々のご協力、ほぼ予定通り進めることができました。大変充実した内容のシンポジウムになりました。聞いていて心がほっとするような、そうだよなど、納得できるような話を受けて、私としても本当に力づけられた思いです。最後にシンポジストの皆さん方に盛大な拍手をお送りいただければと思います。今日は誠にありがとうございました。