

(4) 虐待の判断

虐待の判断は誰でもでき、子どもの症状・様子を重要視する

虐待かどうかの判断は、クロかシロかというようにはっきり判断がされなければ援助が始められないものではない。誰でもどの職種でも判断できるが、複数の「目」で判断することが望ましい。児童相談所と違い自らの活動の中から虐待を把握している保健機関は、疑いを持って虐待防止の援助を開始していることが多い。

虐待はまず、子どもの状態・様子を重要視し、①子どもの身体的状態がどのようなのか、それは原因が親によるものでないと考えられるものであるかどうか、②親子の様子はどうか、不自然なところはないか、子どもが親に愛着を持っているかどうか、などから判断すべきである。さらに、親が虐待を告白せず行為を認めなくても、親の言葉や行動、社会的・心理的背景から補足して総合的に判断することが必要である。

<虐待の判断：親がかわいがっていても虐待はある>

被虐待児：生後3か月の男児。在胎36週、出生体重2455g。軽度のネグレクト。

母：32歳。24歳で結婚。会社では周りからの評価も高く、本人も自信を持ってきばきと仕事をこなしていた。妊娠後期に育児に専念することを目的に退職した。

父：38歳。会社員。

【関わりのきっかけ】

未熟児訪問。しかし、里帰り分娩で母子の帰宅が遅れたため、生後2か月半の時が初回訪問となった。

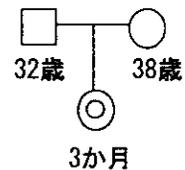
【事例の経過】

初回訪問時、家の中は適温に保たれきれいに整えられており、児の身体も清潔で発達には問題は感じられなかった。しかし、児の体重を母子健康手帳の体重曲線にプロットしてみると、生後1か月健診からはほとんど増加していなかった。授乳量を尋ねると母乳哺育主義で児が泣けば与えていると言う。乳房の観察では母乳分泌がよくない。ミルクを足すことと授乳記録と体重測定を勧めた。

3日後の継続訪問時にも体重増加不良の原因がみあたらなかったため、母親の許可を得て出生病院の医師と連絡を取り児の診察を依頼した。幸い児の健康状態には問題がなかったので育児の方法について見直して見ることにした。保健師は母親の体調を尋ね、産後の疲労や育児負担について癒しの言葉かけをした。母親は「初めて私のことを聞いてくれた」と語り始めた。「子どもを産まないことを約束しあって結婚したが、夫が40歳を目前に子どもを望み、育児のため自分だけが退職を余儀なくされた。」「夫や家族は児を可愛がるが育児は自分にだけに任されている。」「育児は女の仕事といわれ誰も誉めてくれない。どこまでやっても達成感がもてない。」「児が泣いても抱かないと段々泣かなくなったので、実はミルクは殆ど足していなかった」と語った。

【保健師の役割】

保健師は母親の気持ちをしっかりと受け止め、夫や家族にも会い育児協力といたわりについて促すなどの調整をした。一見、育児知識や家族関係、経済問題等の問題はなさそうな、しっかりとした母親には育児問題などある訳はないとの先入観から、親側のSOSを見逃してしまうことになりかねないことを反省させられた事例である。



第4章 虐待を予防するハイリスクへの関わり

虐待のハイリスクに気づき、軽減させることで虐待が予防できる

1. 虐待のハイリスクとは何か

子どもの虐待は養育問題のもっとも困難な状況が重なった結果起こる現象である。子どもの虐待を未然に防ぎ、早期発見するには、保健機関が地域母子保健の視点から「虐待ハイリスク」を正しく理解し、あらゆる地域保健活動の中で、より丁寧で繊細な関わりを必要とする親子（声無きSOS）にできるだけ早く気づき、予防的援助を開始することが不可欠である。

「気にかかる事例」に出会ったとき、虐待か否かの判断やどう関わればよいのか戸惑ってしまうことがしばしばある。そのような時、まず、子どもの心身の成長発達を阻害することをできるだけ少なくする方策を最優先する。そのためには、事例についてできるだけ多くの情報を集め、今、何が起きているのか、子どもを救うために保健師が何をやる必要があるのかを関係者の複数の視点から検討し、問題を整理し、援助方針を一致させ取り組むことが必要である。重要なことは、「虐待か否か」ではなく子どもに何が起きているかの判断であり、親を責めることなく育児負担などのリスク要因を軽減させる支援を展開することである。

ここでは、今は子どもにとっての弊害はないが、育児困難から虐待へ発展する可能性の高い要因を虐待ハイリスクとして記述する。

(1) 周産期のハイリスク

母子健康手帳から得られる情報は貴重で、記載内容をきっかけに母親自身から妊娠中の体調、気持ち、子どもへの期待などをふりかえりながら話してもらうことができる。家庭訪問や面接、乳幼児健診の際には、必ず母子健康手帳を見せてもらう。乳幼児健診カードにあらかじめ受付で転記されている部分もあるが、保健師の眼で観ることが必要である。たとえば、家族関係（親の再婚や継母・継父関係）の情報を得ることができる。

また、日頃から周産期を扱う医療機関との関わりを密接にして気にかかる事例の援助については、プライバシーは十分に配慮をして連絡を取り合う。

母子健康手帳をきっかけに得られるハイリスクな状態

1. 婚姻形態・状況：未婚、内縁
2. 母の妊娠出産等：第1子を十代で妊娠・出産、多胎・低出生体重児出産、多子妊娠・出産、慢性疾患あり
3. 母子健康手帳の発行：出産後または妊娠後期であったり、妊婦自身が記入する項目にほとんど記録がされていない（望まない妊娠・出産）
4. 妊娠中の状況：定期健診未受診、飛び込み出産
5. こどもについて：親が記入する項目にほとんど記載がない

周産期医療機関から得られるハイリスクな状態

1. 受療状況：切迫早産等の緊急母体搬送などの入院歴、妊娠中の長期入院歴、分娩時の状況
2. 妊娠・出産を巡ってのエピソード：
 - ①出産への心身の準備不足に加え、予期せぬ事態における家庭的、経済的な負担や早産への自責感から、胎児への受容を阻害され否定的な発言がみられることがある
 - ②産前産後の抑うつ状態
3. 新生児期の状況：
 - ①新生児期の親子分離歴：長期分離は愛着形成不全を招き易い
 - ②期待はずれの子ども：性別、顔ぼうや体型への失望を極端にあらわす、疾病・障害予後への否定的反応
 - ③子どもとの関わりかた：新生児期の授乳の仕方、おむつの替え方、泣いたときの対処のしかた・あやしかた、子どもと視線を合わせない・関心が無い・触らない・抱かないなど関わりを極端に避ける、愛情のこもった言葉かけや泣いてもあやさないなどの共感性のない言動
4. 他の家族の状況：父親や家族の母親や子どもへの否定的言動
5. 1か月健診での親子の様子：子どもの発育・発達、疾病の有無、母親の育児不安、育児疲れ、産後の体調の回復状況、子どものケアやかかわり方、父親や家族の育児援助や相談者の有無等

(2) 子どものハイリスク

子どもの観察から、表情や発育・発達の良くない状況に気づいたとき、それらは周産期のトラブルや基礎疾患等の医学的要因から起こっているのか、養育状況からの問題なのかを総合的に判断し、問題を見極めることが大切である。

子どものハイリスクな状態

1. 発育・発達に問題がある
 - ・発育不良：-2SD以下または50%タイル以上の低下、発育曲線からはずれて増加不良や横ばい状態
発育曲線にプロットし、経過や、身長と体重のバランス、標準値及び発育のカーブ（勾配）と比較をする
 - ・発達のおくれ：基礎疾患に起因するものか環境要因によるものか
標準との比較（低出生体重児ならば修正月齢でみる）
2. 関わり不足からの弊害、疾病、障害
 - ・ケア不足：不潔による慢性皮膚疾患・尿路感染症を繰り返す
 - ・不自然な姿勢、抱きにくい
3. 情緒・行動に問題がある
 - 主に乳児期にみられるもの：気持ちを苛立たせるような泣き声、あやしても泣き止まない、疼痛や空腹でもあまり泣かない、あやしてもあまり笑わない、眉間に皺、おびえたような表情、表情が乏しい、視線が合わない、うつろな凝視等
 - 主に幼児期に見られるもの：攻撃性、乱暴、多動、緘黙、自傷、抜毛、拒食、多食、過食、異食、夜尿、遺尿、遺糞、不眠、夜驚、パニック

(3) 親のハイリスク

親との最初の出会いが大切である。乳幼児健診時や電話連絡の場面でも、不安や援助を求めたい気持ちを言語化されないことがしばしばあるが、どのような時でも受容的な態度で相手の話に添いながら対応することが必要である。次につながるためには、相手の気持ちに負担がかからないように「今度、お宅の近くを訪問するとき、お伺いしてもいいですか」と、家庭訪問を持ちかけてみる。家庭訪問は、親にとっては生活の場でより緊張感の少ないなかで居ながらにして相談でき、保健師にとっても生活状況が把握でき、生活実態に合った助言や支援を行い、親との信頼関係を築いていくためにも貴重な機会である。しかし、なぜ自分だけにとか、育児を評価されるのではないか、家の中を監視されるのではないかなどの思いから家庭訪問を拒否されることもあるが、強要せず約束は何らかの形でとるなど次へのつなぎだけは切れないう対応する。

育児状況から把握するハイリスクな状態

1. 子どもへのかかわり方：物のように扱う、あやさない、子どもと視線を合わさない、話しかけをほとんどしない、事故防止に対する配慮がない等、子どもを受容しにくく子どもを否定する発言がある
2. 子どもへの理解：子どもに起こっている問題に気づかない、健康問題に関心がない子どもの発達を理解していない、発達の遅れに気づかない、子どもの発達にそぐわないしつけ、厳しい体罰が必要と強調するしつけ
3. 育児能力：育てにくさをよく訴える、子どもとの関わりに自信がなく育児不安が大きい、育児能力が低く、親の都合に子どもを合わせすぎる、極端な自己流育児を押し通し他者の助言が入らない
4. 親子の愛着形成不全
 - ・低出生体重児や新生児期からの疾病による長期入院や施設入所等の親子分離歴
 - ・障害や慢性疾患等があり育てにくい子ども
 - ・健診や予防接種等をほとんど受けていない
 - ・適切な時期に受診していなかったり受診の中断や拒否がある
5. その他の様子
 - ・医療を受けさせない、乳幼児健診や予防接種を受けさせない
 - ・しばしば大声を上げる、児の扱いが乱暴・暴力を振るう
 - ・子どもを閉じこめて外に出さない
 - ・過去に虐待を疑う行為やきょうだいに不審死（死因や状況が不明、基礎疾患によらない突然死、溺死、脱水、衰弱、受診の遅れが疑われる）がある
 - ・きょうだいの中で差別する

親自身の性格・病気・生活等から把握するハイリスクな状態

1. 感情のコントロールが下手、すぐカッとなりやすく自制心を失いやすい未熟な性格傾向、共感性の欠如、すぐに手が出る、暴力的
2. 未治療の精神障害、人格障害、アルコール及び薬物依存、知的障害等
3. 親自身の被虐待歴

<薬物依存の母への援助>

【家族】

被虐待児：1歳女児。母親が分娩台で暴れたため帝王切開にて38週2500gで出生。発育良好。

母：20歳。未婚。以前から薬物依存等の問題あり。生活保護受給。

【関わりのきっかけ】

以前からシンナー等の吸飲で保健所に相談があり精神保健福祉相談員が関わっていたが、出産後再度吸飲が始まり祖母から「母親が子どもをつかみ頭を叩く」という情報が保健所に入った。

【事例の経過】

保健師は以前にも関わりがあったので、妊娠中から本人と会おうとするも一度も会えなかった。祖母からの相談で虐待を疑い、状況確認のため保健師が新生児訪問ということで育児を中心に母親のサポートを開始した。母は普段は子を可愛がっているが、シンナー吸飲等で急激に錯乱状態になった時は暴力を振るったり物を投げたりする。祖父母が殆ど児の世話をしている。祖父は昔気質の素朴な人で児をととても可愛がっている、祖母は話をよくしてくれるが物事の理解がよくない印象がある。

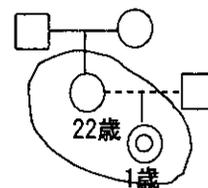
保健所、児童相談所、市児童課、病院の関係機関会議で、情報交換及び機関の役割を分担し確認した。

- ①当面は、保健師が児のことで継続訪問を行う。
- ②精神保健福祉相談員は薬物依存に対して援助を行う。
- ③保健師が在宅では危険と判断すれば、すぐに児童相談所が対応する。保健師が困ったときは関係機関事例検討会を開催し、対応を検討する。
- ④情報を集約する機関を決める。本来なら児童相談所だが、保健師の訪問がベースとなる期間は保健所へ情報を集める。
- ⑤転居後は再度連絡会議を開く。

母にとって望まない妊娠であったかもしれないが、未婚の母になると決心して出産しており、児の存在は否定されていない。母は児を「かわいい」と思っており、うまく子育てができることで母が成長することを期待したい。祖父母は、今までの経過から、しっかりと母を受けとめアドバイスできるキーパーソンになり得ていないが、側面からの育児支援はできているのでその役割を維持していけるよう援助する。また、祖母は緊急時の連絡をくれるが、パニックになっていろいろな機関へ「児が殺される」等の電話をするので、迅速に関係機関と連絡をとり調整をしながら援助を行っている。

【保健師の役割】

唯一危険を知らせてくれる祖母との関係を保ち、母とは育児やその他の生活面での援手に関わっている。保育所入所が決まっており、転居して二人での生活もスタートする。今後も関係機関との連絡調整を十分行っていきながら生活の支援を行う必要がある。また、シンナー乱用防止についての支援は以前は精神保健福祉相談員が面接をしていたが、今後は子育てを通して行う。虐待予防グループへの参加へつなげたいと考えている。



(4) 家族関係、地域等との関係のハイリスク

家族関係の基盤が弱く、困ってもSOS出せない、出したくてもどこへ出したらよいのかわからないことがあり、公的機関や友人、近隣からの支援も拒む傾向が強く援助の入り方に工夫が必要である。

家族関係、地域等でのハイリスクな状態

1. 家庭内不和、親族との関係不良の合成家族、複雑な関係者の同居、単親家庭
2. 夫婦関係、両親、きょうだい、近隣、友人、職場等との人間関係の問題が頻発
3. 仕事、人間関係、経済問題等による生活上のストレスが高い
 - ・仕事が長続きせず転職の繰り返し、失業、アルバイト等不安定な就労
 - ・無収入、低収入、借金

- ・家計のやりくりが出来ない、無計画に家財や車等のローンを組む
- 4. 地域や近隣から孤立している
- 5. 生活基盤が不安定、転居を繰り返す
 - ・住民票を置いたまま、各地を転々とする

2. 妊娠から分娩、産後に気をつけることは何か

虐待が発生しやすい親子関係は周産期から把握が可能である

(1) 妊娠・分娩時の虐待を予防する援助

虐待リスク要因である生育歴などから親子間の信頼関係が築けなかったハイリスク妊婦に対して、妊娠期からの対児感情の育成に努めることは重要である。

特に、分娩では心身共に緊張度の高い経験となるライフイベントであり、不安や恐怖、孤独感などがより一層強くなるので、母親自身の抱える問題は早期に発見し解決しなければならぬ。

①主体的な分娩への支援

妊娠届や母子健康手帳、妊婦検診、助産師外来、妊婦訪問、電話訪問などで生育歴や社会背景、育児環境など把握し、家族をも含めた具体的なバースプランのもとに、主体的な安全感のある満足のある分娩体験ができるよう促す。

イメージしていた分娩と異なる場合の体験は不全感を抱き続けその後の育児や次子の分娩に影響をも及ぼす。

②親となる準備教育への支援

a. 妊婦教室・両親教室の勧奨

不安の軽減、また、相談の場や医療機関で聞けなかったことなど聞きやすい場となり、孤立化を避ける仲間づくりとしても、とても有効である。

b. 母子健康手帳を用いての意識づけを図る

母子健康手帳の記録や活用を促し親になることへの意識づけを図る。

コミュニケーションのとれているその場で妊娠経過状況の確認を行い、新たなリスク因子が把握できれば、妊婦訪問や出産予定医療機関へ、産後は新生児訪問へと継続的につなげられるよう記載内容は見落とさないようにする。

③ハイリスク妊婦への関わり

愛着形成不全となる低出生体重児やNICU入院歴や出生後の母子分離など、子どものリスク要因を予防することは極めて重要で問題解決に努めなければならない。

ハイリスク妊婦の妊娠生活で不摂生や食生活の乱れ、飲酒、喫煙、内服薬、家事の負担、性生活など日常背景には十分な配慮や指導が必要である。そして、切迫流早産や妊娠中毒症などで入退院の繰り返しや長期間の入院を要する場合などは、治療によるストレスがかかりさらにリスクが高くなるので予防的支援に努める。必要に応じて、医療機関が地域の保健機関へ連絡を行うよう、日頃からの連携につとめる。

④望まない妊娠

望まない妊娠に至ったきっかけは、若年、経済困難、夫婦間暴力（DV）での性行為の強要、性虐待、レイプ、そして誤った避妊知識などがある。子どもに対する愛着がはぐくまれるよう、分娩や新生児に関する知識を提供するとともに出産に向けた準備をともにし、親の気持ちを傾聴し受容する。出産後は育児の負担をできるだけ軽減し、親が子に向き合う時間を多くとり、子どものメッセージに対して親が行動し子どもが心地よい状態を示すと行った、親子間関係の肯定的感情を経験できるように働きかける。どうしても子どもを受け入れられず養育ができない場合は、他の養育方法について家族や医療機関スタッフ、児童相談所などによる検討が必要である。

望まない妊娠の背景には家族や環境の問題があることも多く、長期的視野での支援が必要である。また、望まない性行為を「ノー」といえるような性を尊重する働きかけや、受胎調節指導員などを活用し家族計画の情報提供を行うことも重要である。

妊娠期の虐待を予防する援助

1. 早産予防は、新生児期の愛着形成不全の予防につながる
2. 主体性を持った妊娠への支援を行う
3. 早産や低出生体重児の出産へとつながるリスクを軽減する
4. 望まない妊娠を早期に把握し、子どもへの肯定的感情を育てるよう支援する

④対児感情の促進

a. 母乳推進

母乳育児された児は愛着形成されやすく虐待発生は少ない

出生直後に直接母乳などで母児接触を図り、父親や家族の面会も勧奨しその後も早期に短時間でも出来る限り母親は子どもに触り、母児同室で育児技術を習得していくのが理想である。しかし、ハイリスク母親は乳房の張ってくる感じや痛み、そして母乳そのものに対して拒否や嫌悪感を抱くことがある。「べたべたして気持ち悪い・服が汚れる・めんどうくさい」などの言動がみられる。そのような時には、痛みなどの苦痛に対して十分な配慮と思いやりで対応しゆっくりと励ましていき、乳腺炎の予防にも努めた乳房管理のセルフケアができるような授乳方法を繰り返して教える。

NICU収容児や障害児、疾患をもつ児、双胎児など、長期入院で母子分離されている場合には、特に、愛着形成困難をきたしやすく直接授乳が出来なくても母親の搾乳による母乳育児は必要である。在宅中の母親に対しては、搾乳方法や冷凍母乳の方法について、搾乳パックの使い方、医療機関への運び方など一緒にやって見せ母乳栄養が続けられるようにする。このことは、結果的には、離れた赤ちゃんのもとに頻回に会いに行くことになり対児感情を育てることになる。

b. タッチケア*・カンガルーケア**

面会時には出来るだけ家族の手による授乳方法にしたり、児の状況によってはタッチケアやカンガルーケアを行う。母親や父親は児に触れることから、不安だった気持ちが「あたたかい、小さいけれどしっかりしてる、思った以上にかわいい」など育てても大丈夫と思えるようになってくる。温かな肌と心のふれあいにより愛着形成が促される。

しかし、子どもを触らない・抱かない・見ない、子どもへの嫌悪感（匂いやよだれ・

吐乳・便)、授乳拒否(母乳を与えない・中止する)、敵意のある言葉や視線、暴力的行為などがみられたり、「墮ろしたかった、生まなければよかった、連れて帰れない、育てられない、イライラする、誰かにあげたい」など、親が拒否的な反応を示す場合は、無理をせず、母親に見合った選択方法を考慮する。

*タッチケア：ハイリスク新生児、特にNICUに入院中などの児を親がゆっくりマッサージなどを行う。親子の愛着形成が促進されるとともに児の発育発達も促進される。

*カンガルーケア：ハイリスク新生児、特にNICUに入院中などの児をおむっただけして親の裸の胸に直面してゆっくり抱く。親子の愛着形成が促進されるとともに児の状態の安定が得られる。

分娩後の虐待を予防する援助

1. 出生直後より母児の接触や家族との面会を促す。
2. 入院中より母児同室を促し、育児技術や授乳指導を繰り返しおこなっていく。
3. NICU入院児など長期に母子分離がおこなわれるときには、愛着形成を促していけるような配慮が必要である。

⑤さまざまな育児不安と長期継続支援

子どもの生理や行動のリズムがわからない育てにくさを持った子どもでは、親は特に不安になりやすい。関係機関と連携し、子どもの生理発達の理解を促す援助や育児の負担を軽減する資源の導入などを行い長期的に支援する。

a. 病児(慢性疾患)や障害児の場合

児を受け入れていくために親が告知されたことへの精神的フォローは重要である。障害児受容までの心理的問題を解決するための支援はもっとも必要であり、日々の育児についての負担や不安について親とともに考え支援する。

b. 多胎児の場合

子どもに体重差があったり状態に違いがあるときには、子どもと一緒に退院とならず一人が先に在宅になる場合がある。低出生体重児であることも多く、どのように子どもを扱っていいのか不安になったり、後から退院してくる子どもとの愛着形成に問題を生じる場合があり、退院直後からの支援を開始する。

c. 貴重児の場合

現代の高度生殖医療における不妊治療により得た貴重児は、期待を持って生まれてくからといって子育てに問題ないわけではない。治療期間が長ければ長いほど不妊であった自分と妊娠した自分とのアイデンティティーの問題や、妊娠が目標となっていた長い道程と出産直後から始まる大変な子育てとのギャップに、母親の心理的負担は大きくサポートが必要である。「体外受精児だからこのなの？」など、母親の漠然とした不安も多くみられるが、子どもの成長、発達は自然妊娠と変わらないことを説明し子どもの受容を促進させるよう援助する。

(2) 母乳育児からの関わり

乳腺炎などのトラブルや自分の都合で(飲酒や喫煙、容姿など)、或いは、身近な親たちからの指摘により母乳へ執着し過ぎて母乳育児を失敗したり断乳した場合、挫折感や罪悪感、自信喪失感などで心理的リスクは大きくなる。

また、母乳不足でないかどうかは大きな不安であり医療機関の母乳外来や、地域の保健機関や開業助産師との連携を密にして、気軽にいつでもどこでも継続的に相談が受けられ

るように配慮する。

相談時、母親が訴えるほどに母乳のトラブルもなく一見、何でもない状況の場合でもコミュニケーションを十分にとり配慮しながら接していくことは必要である。

母乳育児指導では、肌のふれあいを通じて母親と安心感や信頼感を築くことができ、援助者からの支援のメッセージを受け、母乳相談の背景に隠された母親の心の奥底にある苦しみを援助者に知らせてくれるような関係性ができやすい。

(3) 新生児訪問

新生児期では、児の発育状況、児との生活、母乳の状態、産褥復古状態などの母親の不安が特に大きい。また、育児の基盤が不安定な家庭では子どもを迎えて緊張が強く、ストレスが高まっている。助産師と連携して新生児訪問を行い、母親を支援するとともに家族を調整し、育児の負担を軽減する支援を行う。保健師は、新生児訪問は虐待予防としてもっとも重要であることを認識し、これまで以上に積極的に取り組む必要がある。

新生児連絡票で訪問を希望しないとされている場合でも、「おっぱいの調子はどう？しこりは？」、「赤ちゃんの吸い方はどうかなー」、「よく頑張ってるね、その調子だね、そう～それじゃちょっとだけでも様子をみせてくれるかしら」など、電話などで育児をいたわりながら授乳状況を聞き訪問へと結び付けていく。母乳は母親の不安や関心度が高く、新生児期では訪問の約束が取れることが多い。

また、虐待の背景要因である望まない妊娠や多産をさけるためには避妊指導は重要であり、正確な知識と具体的な技術を習得するためにも新生児訪問はよい機会となる。

新生児訪問の意義

1. もっとも育児不安が多い時期であり、軽減をはかることができる
2. 愛着形成を促す母乳の推進ができる
3. 夫婦関係、経済状態、援助者、親との関係等の育児基盤を早期に把握できる
4. 育児困難、育児負担を軽減する援助を早期に導入できる
5. 避妊指導を効果的に行うことができる

(4) 新生児訪問実施指導員と保健所、区市町村保健センターとの連携

家庭訪問の実施は、母子保健法の第10条に掲げられているが市町村保健師、助産師、看護師や委託を受けた開業、在宅、病院勤務のそれぞれの助産師が行っている。

①新生児訪問実施指導員から訪問指導後の報告を受けるとともに、特に問題のない場合は、指定日までに提出された新生児訪問記録により状況を把握する。緊急時や気になる事例の場合は、そのつど母子保健担当や地区担当保健師、または助産師に連絡する体制が必要である。

②市町村は、新生児訪問指導員と母子保健担当保健師や助産師との連絡会等を定期的にもち、お互いに情報交換するとともに、必要時には事例検討会も行う。

図表18 周産期においてハイリスクを予知できる場と状況

	関わりのある場	予知状況の把握
妊娠期	妊娠届、母子健康手帳交付、面接、妊婦訪問、電話相談、母親	望まない妊娠(人工妊娠中絶を希望していた)無計画妊娠、妊娠を後悔、若年妊娠、不妊治

(入院含)	(両親) 教室、マタニティ各種教室、外来検診、助産師外来入院・看護記録 ・カンファレンス ・保健師の面会訪問	療、自分の外観変化への嫌悪、分娩への極度の恐怖、生まれてくる子への異常な関心度(性別など)、生活上または家族の邪魔になる子、未婚、育児援助者なく孤独な親、夫婦不和、DV、親自身の被虐待歴、子どもへの虐待歴、入院や治療拒否、訪問拒否、妊婦検診未受診入院退院の繰り返しや長期入院、経済困難
出産期 (入院中)	入院(病室、分娩室、授乳室) ・受け持ち制度 ・カンファレンス ・看護記録、分娩記録 ・保健師の面会訪問 授乳指導、沐浴指導、退院指導、受胎調節指導	意にそぐわない分娩で傷ついた母親、出産拒否や出産直後の親の拒否的な反応、誰からも祝福や協力のない出産、子どもを触らない・抱かない・見ない、子どもへの嫌悪感(匂い・よだれ・吐乳・便)、失望(性別・体重・障害)、敵意のある言葉や視線、暴力的行為(叩く・つねるなど) 産後の抑うつ状態が顕著、授乳拒否(母乳を与えない・中止する)
産褥期 (退院後)	出生届け、外来受診(通院)、母乳外来、1か月健診(産科・小児科)、沐浴介助、母乳育児指導、電話相談、育児相談、新生児訪問、未熟児訪問 児の小児科入院(母子分離時) ・面会、授乳 ・カンガルーケア	出生届け未提出、夫や家族の協力や援助がない、子どもの受け入れ態勢、準備ができてない、抑うつ状態の持続、訪問拒否、育児放棄、子どもに対する扱い方が粗暴であったり機械的、子どもへの嫌悪感・敵意・暴力の持続 母親の否定的感情・産まなければよかった ・育てたくない ・誰かもらってほしいなど 子どもの入院時に面会に行かない、子どもの退院を希望しない

<妊娠中からの関わりのある事例：周産期との連携>

【家族】

母親：23歳。三人姉妹の長女。幼児期より両親が多忙で祖母に育てられる。妊娠7か月。

父親：23歳。幼児期に母親が死亡。

【関わりのきっかけ】

妊娠6か月時、妊婦連絡票記載内容の確認で助産師が電話したところ、勤労妊婦で妊娠経過は異常がないというが、声が暗く各種情報提供と両親教室の参加を促した。妊娠7か月時の両親教室でも、夫婦で参加したが母親の表情は暗かった。助産師がいつでも相談に乗ることを伝えると、後日来所し、「自分の母親から愛してもらった思いがない」「妊娠してから親のことを考えるようになりとてもつらい」「おなかの中で動く子どもに何の感情もない。産めば虐待しそう」と、無表情で淡々と話した。

【事例の経過】

助産師は母親の話に耳を傾け受容につとめ、妊娠経過や育児に関する知識を再確認し、地区担当の保健師や出産予定医療機関の助産師を紹介した。その後、保健師や助産師、医療機関の助産師と事例検討会により情報を共有し対応方針を協議した。助産師は妊娠や分娩を介し、また児出産後は新生児指導や母乳指導により母を受け止めること、保健師も母の受容とともに育児負担の軽減と家族調整、地域での子育て支援を行っていくことを確認した。

妊娠8か月半で切迫早産のため入院となるが、産科看護師との連携ができていたので適切

な支援が行われた。母親は入院当初は未熟児出産への不安がみられ児への否定的感情も危惧されたが、しだいに穏やかになり笑顔が見られ、2600gの女児を自然出産した。出産後、母乳育児指導も十分実施され、母親は積極的に育児行動をとるようになり退院した。

退院1週間後の健診や保健師の家庭訪問、新生児訪問など、1か月健診までに頻回に母親と接触したことで、母親は「これからの自分を見つめ、夫と一緒に子育てをして自分なりに子どもを愛してみます」と話すまでになった。

【保健師の役割】

周産期には妊娠ネグレクトや出産拒否を防止するために、妊娠期の危機管理を行うとともに妊婦の状態を的確に判断し、助産師と保健師が適切に役割分担を行い連携して援助を行うことが必要である。出産予定機関との連携を密にし情報交換を行ったことで、切迫早産の入院時には看護師、助産師が濃厚な看護を行い児に対する肯定的感情を引き出すことができた。周産期後は保健師が中心となり、育児環境の調整を行い地域での子育てを支援する。

3. 産後うつ病や強い育児不安にどのように関わるか

出産後、「楽しい子育てを夢見ていたのに、気分がブルーになって落ち込んでしまう。」「こんなはずではなかった。」と戸惑っている母親が数多くいる。昔から「産後の肥立ちが悪い」という言葉があるように、産後数ヶ月は気分が不安定になりがちである。援助者は母たちに「産後はハッピーでなくていいよ」というメッセージを出して、もっと母親が自分の気分の変化をまわりの人に伝えやすくするように対応しなければいけない。産後にみられる気分の変化としてマタニティブルーと産後うつ病がある。

(1) マタニティブルーと産後うつ病のちがい

マタニティブルー

発 生：出産後すぐから数日間

症 状：涙もろい、抑うつ、疲れ、頭痛、食欲がない、気分がふさぐ、集中しにくい、不安になる、リラックスできない、眠りが浅い・夢を見る、物忘れしやすい、どうしていいのかわからない

持続期間：数時間から2日。出産して退院前に一度エジンバラ式産後うつ病自己評価表（EPDS参考p 78参照）でスクリーニングしておく

対 応：やさしく接する

頻 度：産婦の大半（50%～80%）におこる。自然に良くなり、普通は治療は必要ない。

留 意 点：産後うつ病の可能性を考えてフォローと引継ぎをする

産後うつ病

発 生：出産後1週間からでも出現、産後数ヶ月まで

症 状：抑うつ気分、興味や喜びの著しい減退、食欲の減退や増加またはこれに伴う体重の変化、不眠や睡眠過多、イライラして動き回る又は動作緩慢、疲れやすい、家事や育児の気力減退、無価値感、過剰な罪悪感、思考力や集中力や決断力減退

持続期間：数週間から数ヶ月（数年に及ぶこともある）

対 応：受容的な対応、実質的なサポート、重症例は精神科医療を必要とし、抗うつ剤を投与

頻 度：産婦の10～20%に出現する。このうちの1～2割は重症

留 意 点：マタニティブルーと産後うつ病を混同しない

産後精神病

発 生：産後2週間以内の早い時期

症 状：幻覚・妄想・困惑状態などの精神症状がでるので精神科治療が必要である

頻 度：1000 出産に1例の頻度で発生する

(2) 育児不安・産後うつ病に気付くには

マタニティ・ブルーズは出産後数時間から2日という早い時期に起こるので、周産期医療の一環として、退院前に産科の病院でEPDSのスクリーニングしておくことが望ましい。そして9点以上の母親は、地域でフォローの対象として市町村保健センターに連絡し、保健師がモニターする。

また、地域で母子保健のシステムとして産後うつ病を早期発見するには、新生児訪問指導員が家庭訪問するときに、全ての母親に対してEPDSでスクリーニングを行い、9点以上の得点者には地区担当の保健師が継続的アプローチをする。

また日常の電話相談や乳児健診などで、訴えが多いとか、過度な心配、育児に自信がない、育児に行き詰まりを感じている、虐待してしまうのではないかというような育児不安の強い母親に出会ったときには、母親にEPDSスクリーニングシートを渡して自分の気分がどうなのかということを自己記入してもらい、その結果をアセスメントして対応する。

(3) 産後うつ病の母親への対応

①傾聴する

育児不安に悩んでいる母親にどのように接するか。クライアントから信頼され、ラポール*をつくることが初期対応の大事な課題である。話をゆっくり聴いてもらうだけでも母親は心が軽くなる。ラポール形成のためには保健師もクライアントの話を傾聴する技術が必要である。

話を傾聴するときに留意すること

1. 相手に威圧感を与えないよう斜め90度くらいで向き合う
2. 開放的な姿勢で、腕組みなどはしてはいけない
3. 適当に前方に体を傾けた姿勢で
4. アイ・コンタクト（視線を合わせるが、みつめすぎない）
5. やさしい表情と笑顔で、時にはうなずいたりしながら、適度にリラックスした雰囲気です話を進めていく。

*ラポール：フランス語で「架け橋」の意味。親しみのある信頼感。

②育児負担を軽くする

母親を追い詰めないように、育児を楽にする援助を行う。ベビーシッターの利用を勧めるとか、症状が重ければ緊急一時保育、乳児院を気軽に活用するように勧めていく。子育ての支援を安易に実家に頼ることは危険かもしれないので、実父母や義父母との人間関係を把握する。むしろ母親が気が楽になるにはどのような資源が望ましいかを一緒に検討して活用する。保育所を利用するにしても送迎に負担がかからないように、父親の協力の有無やボランティアの導入などを検討して支援ネットワークを組むことも時には必要である。

③家庭訪問

定期的な家庭訪問を継続して、親のカウンセリングと子育ての支援をする。訪問は45分程度を、週1～2回から行い、落ち着いていけば徐々に間隔を空ける。

約束は必ず守り、母親を見捨てない対応をすることが肝要である。

④治療

産後うつ病の重症例には、抗うつ剤などの薬物治療が必要である。薬物投与は必要かつ十分量を投与し、すみやかに症状の改善を図る。中途半端な投与量では母親の症状をいたずらに長引かせることになる。精神科医につなぐときは、産後うつ病に理解があり、母親に母性神話を押し付けたくないような医師を紹介するなどの配慮が必要である。

母親の希望で母乳を継続する場合は、母乳移行がごくわずかな薬剤もあるので主治医とよく相談しながらすすめる。

⑤注意すること

産後うつ病は、治療やカウンセリングがうまくいっていないと母親の自殺、子どもを連れて母子心中に及ぶこともあるので、対応は慎重にする。母親と決して自殺はしないという約束を交わして関わっていくことが望ましい。

必要に応じてスーパーバイザーを入れて関係機関による事例検討会議をする。

4. 未熟児、障害児へどのように関わるか

未熟児、障害児は児の受容や育児負担等の問題が親に負担となって生じることが多く、虐待ハイリスクとして積極的に関わり、虐待を予防する必要がある。

低出生体重児は、体重が小さければ小さいほど入院・治療期間が長期にわたり、親との分離期間も長くなり母子関係の確立が遅れる可能性がある。また、小さく産んだ自分を責めたり、小さい子どもを育てることに強い育児不安を持っている親もいる。

愛着形成の問題等については、周産期で色々な試みがされており、退院までに面会を工夫し、親子の接触をふやすなどが取り組まれている。また、地域との連携による育児支援をスムーズに展開するために、NICU等の入院中に地域の保健師と養育者との面接の機会を設け、「退院したらこの人に相談できる」ことを伝え、虐待発生を予防するために退院後の地域での経過をみる健診や訪問での育児支援を確実に行う必要がある。

肢体不自由児も発達障害児も、子どもに関わる家族（特に母親）の心身両面にわたる負担は大きいものがある。保健師は、退院後の「哺乳がうまくできない」「夜泣きが激しい」「育てにくい」等の訴えに細やかに対応し育児支援をしながら、「夫婦がうまくいっているか」「母親の子どもへの思いはどうか」など母親の気持ちを充分傾聴し親が障害をもつ児を受容できるように、また、ときに親が抱く障害児を産んだことに罪悪感を抱くことのないよう支援を行う。合併症など他の病気のため病院への頻回の受診が必要であることも多く、きょうだいの育児を含めて長期的に育児負担の軽減をはかる支援が必要である。

未熟児や障害児等の出生については、養育医療や小児慢性特定疾患、育成医療等の申請で早期に把握し育児支援の体制を作っていく。周産期医療や小児科医療と、保健機関が地域で継続して育児支援する機能役割を担っていることについての認識を深め、日頃から情報提供等の連絡とともに地域での状況のフィードバックを行うシステムを構築することが重要である。

未熟児・障害児への支援のポイント

- ・未熟児、障害児は被虐待児になる多くのリスクファクターをもっているため早期の支援が重要
- ・親の子どもの受容を促進する支援とともに、育児負担の軽減を図る
- ・日頃から周産期医療機関、小児科医療機関との連携を構築する

<障害児への育児支援と家族へのサポート：障害受容と母親の心因反応への援助>

【家族】

児：1歳女児。38週で帝王切開により2600gで出生。哺乳力が弱く身体が柔らかい。

母：26歳。産後心因反応。

大きな病気もせず普通に生活、高校卒業後は会社勤めをし妊娠をきっかけに退職。性格はおとなしいほう。

父：28歳。会社員。口数は少なくおとなしい。妻が少しでも状態が良くなるようにと、休日は2人でいろいろな所へ出かけ妻のイライラ・ストレス発散をはかるようにしている。

【関わりのきっかけ】

発達障害のリスクが高いため病院から退院後の育児相談の依頼があり、保健師が関わりを開始。

【事例の経過】

保健師は退院後から、1～2回/週の頻度で家庭訪問を行った。医療機関の1か月健診で運動障害を指摘されその後病気の診断がつき、4か月で首がしっかりせず筋緊張も弱く、反応に乏しいため療育が必要と判断された。

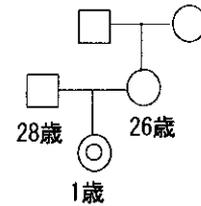
母親は心因反応のためか育児能力が乏しく、出産後から今日に至るまで、「よほど気が向かないと本児を抱いたことはない」という。昼間は、母親と児と祖母と三人で過ごしているが、母親の児への関心は薄い。保健師が傍から見ている、母親自身、児を自分が産んだ子どもとしての認識はないようにみられる。児の存在を無視しているが、児に手をあげたりはしない。母親は、児を『自分の母親（祖母）を奪う存在』と思い、「こいつのせいでこんな体になった」「抱きたくない。顔見るのもうっとうしい。」「泣き声がうるさい。一緒にいるのもいや。腹立つ！」等、自分の思いを保健師に訴えた。児の世話は祖母に任せきり。祖母の育児負担が増大する中、祖母や関係者の間で「児を保育所へ預けてみてはどうか」という意見も出たが、「保育所へ入れるということは、老人を世話できなくなったからと言って施設へ預けることと同じ」という考えで夫が反対した。母親の発病により、母方の祖母は退職し、育児及び母親の面倒をみている。祖母の負担は相当大きいものと思われるが、母親の病気の理解に努め、育児に関しても父母の意見を尊重している。

保健師の支援は、母親が納得の上、1回/2週間の面接、電話は2回/週と約束した。決められた約束については、きちんと守れている。児については、保健所の健診で小児科医師の診察と保健師による相談を継続しているが、療育訓練については今後の大きな課題である。

母親は、人格形成及び情緒面での未熟さがあり、加えて強度の心因反応がある。精神科での治療を継続している母親への支援と、育児への支援、家族への支援が必要である。母親は大人になりきれず出産までは何とか自分を保つことができたが、出産というストレスにより未熟さをカバーできなくなり、児に対して自分と同じ立場を投影し、退行を起しているものと思われる。

【保健師の役割】

今後も、家族ぐるみの支援が必要である。保健師は母親、家族をサポートし、母親が児を自分の子どもとして受容し、子育てができる日を目指し関係機関がうまく連携をとりながら支援することが大事である。



5. 妊娠届出時に気をつけることは何か

妊娠届を受理し、母子健康手帳を交付する事務は、保健部門で行われるところ、市民部門で行われるところ、両者で行うところとある。妊娠届が出された時点で保健師が対応できる場合は今後受けられるサービス内容について冊子を用いて紹介するなど、保健師が子育て支援者として存在することをPRすることで、今後のスムーズな母子保健活動の展開につなぐことができる。

ここでも「虐待の予防」と言う視点は重要である。面接できる場合は、「妊娠おめでとうございます」と、挨拶した時の反応から、望んだ妊娠だったか、配偶者の有無や関係、経済状況などが把握でき、この時点から相手の状況と大変さに応じた社会資源の活用を共に考えていくことができる。

また、保健師が面接ができない場合は、妊娠届の管理を保健部門で行い、妊娠届事項、アンケートなどから育児困難になりやすい要素を抽出して、経過を見ていく関りが必要である。

妊娠届出時のハイリスクの把握

1. 面接可能なときには、母の反応から妊娠を巡っての気持ちを引き出し、必要時には妊娠中よりの予防的援助を開始する。
2. 面接不可能時には、妊娠届の事項より要フォロー項目を確認する。
 - ①届出時の妊娠週数が22週を超過しているかどうか
 - ②10歳代の妊娠か
 - ③多胎か
 - ④多産か

6. 乳幼児健診で気をつけることは何か

乳幼児健診は、母子保健活動の中心的な活動である。多くの特別区や市町村で、集団健診や個別健診として乳(3～4か月)児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診が行われており、受診率は9割前後と高く、住民票と外国人登録がある対象者の多くの子どもとその親に出会えるチャンスとなっている。

高い受診率は、乳幼児健診への住民ニーズの現れであるが、住民は何を求めて集団健診に来所するのだろうか。従来、健診は子どもの発育・発達を観察し、発達の遅れや異常、疾病を早期発見することに主眼がおかれていた。しかし、医療が整備され、周産期医療の進歩に伴い早期からの診断治療、療育が始められるようになった現在、その目的は変化してきている。母親たちは、同じ年月齢の子どもや同じような状況の親に出会える場として、そして友達づくりの場として、また、専門職に相談できる場として、そして今までの育児を専門職に認めてもらう場としての健診を求めている。すなわち、健診には、子育て支援の場としての機能が求められているのである。

健診では、公的機関での最初の出会いの場であり、育児不安や育児困難で悩む母親が健診に来て良かった、相談してよかったと思える体制作りが重要である。保健師はこの最初の出会いの場を大切にすることが必要である。始めから虐待の相談をする人は殆どいない。

また、集団での健診では、短い時間に多くの同じ年月齢の子どもとその親に会うので、個別性を重視した相談活動を行うのは難しいと考えがちであるが、一方で多くの親子に出会えるのでさまざまな場面で健診従事者が虐待家族の持つ不自然さに気付きやすくなり、虐待の早期発見のチャンスともいえる。そこで、健診後のカンファレンスで、健診従事者

が感じた親子の印象を大切に虐待のサインを見分ける感性や力量を磨いていき、サインの共有化を図ることが大切になる。

また、健診の場では児童相談所や医療機関等の適切な機関に確実につなげるという視点が重要である。虐待の疑いのある親子でも、児童相談所を子どもの問題で困っている人の相談にのる機関とうまく紹介すると、関わりやすくなる。

未受診児のなかには、背景要因として多くの問題を抱えていることが多い。その理由や状況を把握して丁寧に援助につなげていく必要がある。

健診で出会った育児不安や育児困難の母親をその後支援することができれば、虐待は確実に減少すると考えられる。

虐待を予防する視点で健診に必要なこと

1. 「子育て支援の場」としての機能を果たす（発想の転換）
2. 育児不安や育児困難で悩む母親が健診に来て良かった、相談して助かったと思いき、その後も相談関係が継続するような場にする（出会いの場）
3. 虐待・不自然な親子の発見の場でもある。健診後のカンファレンスを活用して多職種の情報を総合的に共有し、援助を検討する。
4. 出会いの場から相談関係が継続するよう、必要な機関につなげていく
5. 未受診児についての理由や状況の把握

(1) 虐待予防の視点を持った健診への変革

① 来所してよかったと思える健診づくり

ア 健診を、子どものためだけでなく親のためのものに工夫する。

健診は子どものためのもので、自分の相談はしてはいけないと思っている母親がいる。しかし、子育てする者の身体・精神状況は子育てに大きく影響し、特に精神的な不安やストレス、育児が苦手だとの思いは、話していく事で問題は解決しなくても楽になることがあるため、親のための健診の位置付けをPRする必要がある。

さらに、同じような状況の人が集まるので、母親が情報交換したり、交流できる場、友達がつくれるような場を健診に確保する。その場で、多くの人が同じように悩んでいるんだと感じられれば、ずいぶん気が楽になる経験ができる。

また、事前に問診票の送付を行い、あらかじめ親が記入し持参する方式のところでは、チェックされる意識をもちやすい問診が本当に必要かを検討し、最後の全員相談を大切に、母親の交流の場の設定などの工夫も大切である。

イ 親を認める

相談に具体的な助言をすることは大切であるが、単純に知識での回答は、それをしなかった母親の今までの育児を否定することにもつながるおそれがある。実際、不用意な言葉の行き違いで、母親を怒らせてしまうこともある。そのため、安易に回答するのではなく、相槌や「大変だね。」など言動で受容しながら相談者に寄り添って先ずじっくり聴く必要がある。母親の心配事に対して父親はどのように考えているのか、子育てを手伝ってくれる人がいるか、悩みを打ち明ける人がいるかなど、母親の置かれた状況をよく聴くことで、本質的な問題に本人が気づき解決策につながることや、解決できないことでも「わかってくれた」という思いで、自分を出すことができれば、虐待のことも自ら語ることができ、子育て支援の糸口をつくることのできる。

しかし、いまだに母性神話にとらわれ潜在意識で良い母親でなければとストレスになっている多くの母親に出会う。子育てが大変である事実を専門職の我々が認め、そ

れを日々行っている母親に対して「頑張っているね」と認めるよう心掛けたい。

②プライバシーへの配慮—話せる環境づくり

健診では集団の中でプライバシーが保たれず、個人的な相談がしにくいという親も多い。可能なら、騒がしい隣の人と一緒にテーブル等で問診や相談を行わず、パーティションやついたてのあるプライバシーに配慮したところで行いたい。少なくとも、口ごもるとか、何か話したような様子があるとき、また保健師が込み入った話を聞きたいときは別室で話をするので、さまざまな情報が得られ、また、親とも信頼関係を築ききつかけとすることができる。

③問診票の工夫

健診では、子どもの成長・発達欄が多くなりがちな問診票ではあるが、子育てについての項目をとりあげる。例えば、「家族の協力はありますか」「家族以外で子育てについて気軽に話せる人がいますか」「気軽にお子さんを2～3時間預けられる人がいますか」「子育ては楽しいですか」「育児をしていてイライラすることが多いですか」などを取り入れ、「はい」、「いいえ」、「どちらともいえない」の3択での回答にする。また、「お母さん・お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください」として、「身体の不安・心の悩み・家事や仕事が忙しい・経済的な心配・祖父母との関係・介護」など、例示したうえで自由記載スペースを空けておくのもよい。

このような問診項目を糸口に話をすすめていく。しかし、事前記載がない場合は、警戒心もあり、気になり書けない場合もあるため注意が必要である。

④健診に従事するスタッフの情報の共有

健診には事務職、保健師、医師、看護師、心理職、栄養士、ボランティアなどさまざまな職種が関与する。健診では、親子ともども緊張して来所することも多い。なるべくリラックスしてもらい、普段の様子をみられるように、例えば、待ち時間に会場を工夫して親子触れ合い遊びができるスペースを確保し、遊びを保育士に先導してもらい、その状況を臨床心理士や保健師がそれとなく子どもの発達だけでなく親子の関係性にも注目して観察し相談に応じられるようにしたい。健診スタッフが抱いた虐待ハイリスクとして援助が必要な親子、虐待の疑いがある親子等には、健診の場で情報を共有し、さまざまな立場で親子に接することにより、より総合的な判断が可能となる。

また、健診カードにわからないように何らかの形でサインをつける等、スタッフが情報を共有するシステムが必要である。

さらに、問診や相談場面のみならず、受付時の親の子どもへの暴力的な対応や、計測時の子どものぎこちない抱き方など、健診のさまざまな場面での親子の様子からの気づきが大切で、母子保健推進員が健診に参加しているところなどはその人々とも、健診後のカンファレンスを通して皆で見る「目」を養う事が重要である。

(2) 親子のどのようなところに気づくか

虐待は明確にこれがあれば虐待といえるものではない。そのため、保健師は、親の訴えをよく聴き、目の前の親や子どもの様子、家族の状況、生活経済状況なども考慮して、「なにかおかしい」と感じ「虐待ではないか」と疑う「目」をもつことが要求される。

①年代別の子どもの症状

乳児期：説明の曖昧な傷がある、叩かれた後がある、骨折がある、ミルクを飲ませていけると言うが体重増加が悪い、がつがつとミルクを飲む、入浴や更衣等ケアされて

いない、表情が乏しい、おびえている、視線が合わない、あやしても笑わない、抱かれても反り返る、よく泣く、頭を打ち付けるなど自傷行為があるなど

1歳6か月：説明の曖昧な傷がある、叩かれた後がある、骨折がある、体重・身長が増加があるときから悪い・横ばい、親の前で萎縮する、親になつかない、親と別れても泣かない、おびえがある、表情が乏しい、笑わない、がつがつ食べる、拒食（食べない）、自傷行為があるなど

3歳：説明の曖昧な傷がある、叩かれた後がある、骨折がある、体重・身長が増加があるときから悪い・横ばい、親の前で萎縮する、親になつかない、遊べない、多動、うそをつく、徘徊する、かみつく、乱暴、がつがつ食べる、拒食（食べない）、自傷行為がある、感情のコントロールが難しい、誰にでもべたべたするなど

②気になる親子への気づき

健診への準備ができていない、子どもと物のように接する、子どもの様子を気にかけない、事故防止の配慮がない、平気で子どもを叩く殴る、厳しくしつけるという、この子はかわいくないと言うなど

虐待ハイリスクに示された因子の観察という方法もあるが、「成長・発達」、「傷」、「表情」、「言動」、「親子の関係性」について感知することが重要である。例えば、親や子どもの無表情、親が言っているほどのミルクを飲んでいるように思えない小さな発育や、傷のつき方と親の説明の食い違い、親が子どもに声掛けが少ない、子どもが変にスタッフにべたべたする、なぜか親のスタッフへの拒否的な態度など、数値で測れるものではない気になる親子への気づきを大切にする必要がある。

(3) 継続的な援助へのつなげかた

①保健師の家庭訪問につなげる

どれだけ熟達したスタッフが揃っていても、虐待を健診のその場で見て聞いて判断するには限界がある。「なにかおかしい」という違和感が健診後のカンファレンスを通して消化されない場合は、経過観察とし、家庭訪問して判断する必要がある（家庭訪問がなぜ必要かに記載）。気になる親子に健診の場で出会ったならば、その場でできるだけ担当保健師を紹介するように努める。

②医療機関等との連携をはかる

健診でネグレクトや不審なけがなどの身体的虐待が疑われる場合には、親に抵抗がないような「何か病気が隠れているかもしれない」などの理由づけをして、所内で実施している他の健診の利用を勧めたり、医療機関に紹介受診をおこなう。その際には、確実につなげることが大切である。

重症度の判断によっては、また緊急性が高い場合には児童相談所へ通告・相談するなどしてつなげる。

(4) 未受診児訪問の必要性

虐待通報等での児童福祉担当者からの問い合わせに健診の未受診者が多いという事実がある。乳幼児健診の受診率は全国的に8～9割と高い現状であるが、来所しなかった1～2割に虐待などにつながる恐れのある養育上の問題をもった親子が含まれている可能性がある。来所しなかった未受診児への再勧奨の通知をするなどきめの細かいサービスや、「医療機関などで健診をお受けになった方はその結果をお知らせ下さい」等の言葉を添えて案内す

るなどの受診勧奨の工夫を行う。

特に乳児期の健診は、親から他機関での健診結果の連絡をもらえることも多いが、それでも未受診の場合は、家庭訪問を行う必要がある。家庭訪問すると共働きなどの理由などで不在も多いが、出会えた未受診児の中にはネグレクトの疑いなど養育に関する問題を抱えていることがある。未受診児訪問では、健診で経過観察を要する者と比較しても圧倒的に高率に親の育児の問題が浮かび上がってくる傾向がある。

乳幼児での全数を対象とした児の発達・発育保障のための保健活動をめざし、住民の立場で健診に来て良かったと思える乳幼児健診体制を実施する。そして健診の受診率をあげる一方で、虐待の予防、発見、重症化予防として、健診に来られない、自分から上手に声をあげられない育児支援が必要な人を早期に把握し援助を行っていくために、未受診児訪問に積極的に取り組む必要がある。

未受診児訪問の必要性

1. 来所しなかった子どもの中には子どもを育てることに問題のある親子が含まれている。
2. 虐待の予防、発見、重症化予防として自ら声をあげることのできない育児支援が必要な養育者を発見する機会である。

(5) 委託健診（個別健診）での関わり

市町村によっては一部あるいはすべての健診を医療機関に委託する個別健診として実施しているところもある。

個別健診では、医師側にとっては集団健診の場合に比べてゆっくり診察をすることができたり、病気などの時にいつも診ている子を経時的に診ることができ、また受診者にとっても普段からのかかりつけ医で受診できたり、健診時間を選択できる、家の近くの医療機関を受診できる、などの利点がある。しかし、ほとんどの場合、健診の場面で医師以外の専門職に相談する機会が少ないため、保健師や栄養士等による地域での具体的な育児支援プログラムを活用してもらえよう積極的に連携をおこなっていく必要がある。

①健診時に気になった事例への対応について

医師は親子の状況から気になる点があれば、健診票に連絡事項として記載する。しかし、記載のみで細かい情報まで伝わらない場合もあるので、健診後に健診票が実施主体である市町村に送られてくるが、通常は1～2か月かかる場合が多くタイムリーに情報が伝わらない。事例の状況によっては、医師に直接連絡をとれるようなシステムの確立が必要である。保健師は医師から連絡をうけた場合には速やかに事例に働きかけ、適切な援助を開始しなければならない。また、情報が入り次第、健診票にはすべて目を通し、子どもの既往歴（頭部外傷・骨折・火傷・けがが多いなど）や保護者の主訴の記載（育児不安がある・育児が大変・子どもがかわいくない・相談相手がいないなど）などから気になる事例には、「健診後いかがお過ごしですか？お子さんもずいぶんやんちゃするようになり、にぎやかなことでしょう。近くまで家庭訪問に来ましたので寄ってみました。」などと気軽に受け止めてもらえるよう働きかけ、親にアプローチをすることが必要である。

②日常的な医師との連携

地域での援助の経過や結果はそのつど、医師にフィードバックする。そして日常的に

医師との連携を深め、信頼関係を作っていくことは、より適切かつ円滑な援助を行なう上で重要である。連絡をとるときには電話やファックスのみに頼らず、できるだけ保健師が医療機関に出向くなどして医師と実際に会って情報交換することも必要である。

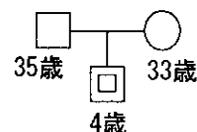
<乳幼児健診での把握からの援助>

【家族】

被虐待児：4歳3か月の男児。

母：33歳。うつ病。被虐待歴あり。

父：35歳。



【関わりのきっかけ】

1歳6か月児健診時に、児が乱暴で他児とのトラブル多く、母が育児のしんどさを訴えていたことからフォローを開始する。

【事例の経過】

保健師は健診の場で母のしんどさを受け止め、家庭訪問を約束するとともに地域の育児教室を紹介した。育児教室に参加する中で、母がうつ病で内服しており体調が悪いといらいらして子どもを叩くことがエスカレートしていることがわかった。また、母自身も実父から殴られるなどの暴力を受けて育ち、実母は精神疾患で治療歴があったことが把握された。

児に知的な遅れはなかったが乱暴や多動があり、母の不眠やしんどさが続くため主治医の勧めもあって、病気を理由に保育園を申請し入所することとなった。児が4歳前に一家は転居したが、転居後さらに母のいらいらが増え、父や子どもにあたることも増えていった。子どもにむかって「産まなければよかった」「死んだらいい」などと言ったり、包丁を振り回す、冬の寒い日に寝室にクーラーを入れる、入浴中にシャワーを水にする、児の大事にしている指人形を切り刻むなどのことがあったことを保健師に話した。父は優しく協力的に見えるが、母にとっては「とらえどころがない人」と不満が大きかった。

母は医療機関でのカウンセリングをしばらく受けていたがその後中断したため、保健師は保健所の精神保健相談を紹介してつないだところ、「境界域人格障害」の疑いがあるとわかった。そこで精神神経科の医療機関を紹介し、通院してのカウンセリング、治療が開始された。

【保健師の役割】

保健師は健診から次の援助へ確実につなぎ、家庭訪問を行うとともに母との信頼関係を築き、育児負担を軽減するよう支援した。父にも面接して話を聞くなど家族調整等に努め、保育園・児童相談所・保健所・医療機関とも連携し情報を共有して援助を行った。

カウンセリングの中断で保健所の精神保健相談につなぎ、そこから得られた診断名で医療機関のカウンセリングや治療に結び付けた。

7. 電話相談・来所相談で気をつけることは何か

電話相談は、手軽で便利と軽い相談も多いが、本音が出ることも多い相談である。やっとの思いで電話した背景を考慮し、充分にその思いや状況をきくことが必要である。

例えば、「ミルクの飲みが悪い」との相談に愛着の問題やネグレクトの状況が潜んでいる場合がある。「どんな事でお困りですか」「そんなとき、お母さんはどうしているの」など、具体的に状況を聞き出していくことが大切である。また、小食の相談に「お母さん、食べてくれないと心配だね」「お父さんはそのことについてなんて言っているの」と、相談の中での相手の思いに注目していると、自分の問題として、「つい叩いてしまう」といったような親が本当は気になっていた事柄がでてきたりする。そのような時は、「よく話してくれたね」と相手の行動をほめ、今後も継続した相談に応じられるような配慮が大切である。顔が見えない相談であるからこそ、保健師が丁寧に対応することが大切である。