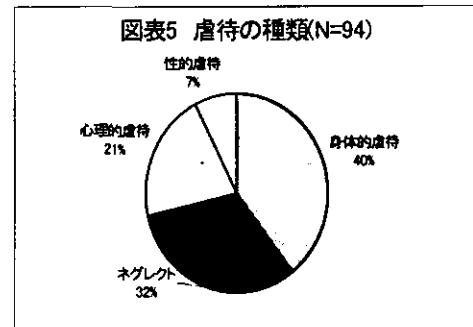
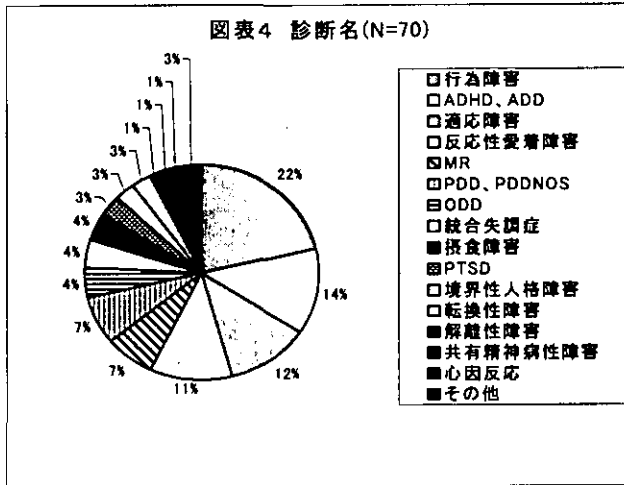


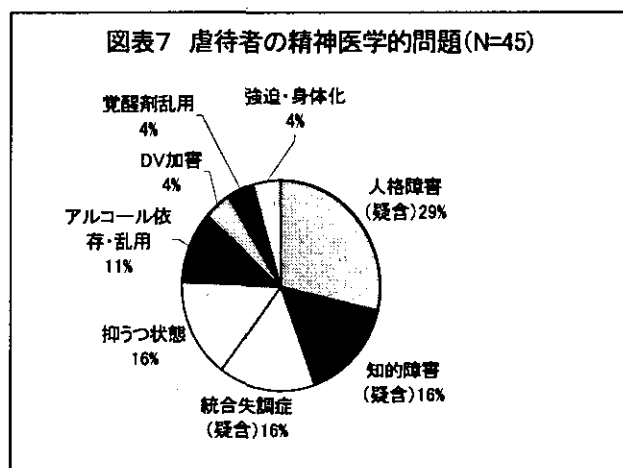
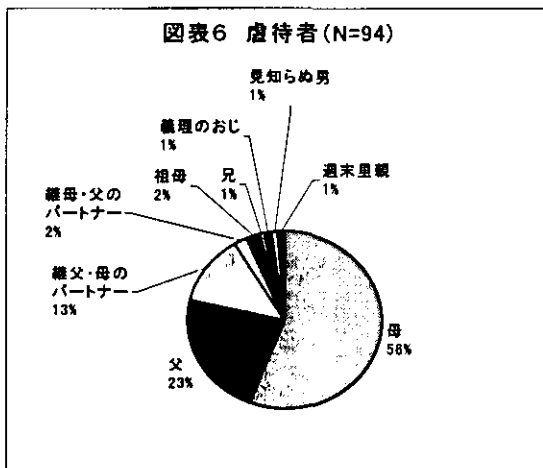
## ②診断名と虐待の種類

入院時の主な診断名は、行為障害が最も多く約2割強である。公立の精神科単科病院に併設された松心園が、児童虐待の中でも重篤な精神医学的問題を呈するに至った症例の入院治療を求められていたといえる。その他には、児童精神科領域が対象とするさまざまな診断が見られるが、ADHD・適応障害・反応性愛着障害など児童虐待と関連が深いと言われるものが、それぞれ約1割強であった(図表4)。また、虐待の種類については、重複して認められるものも多かったが、身体的虐待が4割、ネグレクトが約3割、心理的虐待が約2割で、性的虐待は1割弱であった(図表5)。



## ③虐待者と虐待者の病理

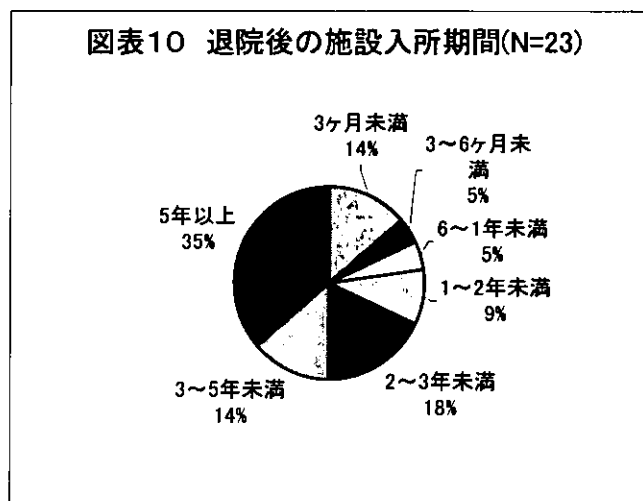
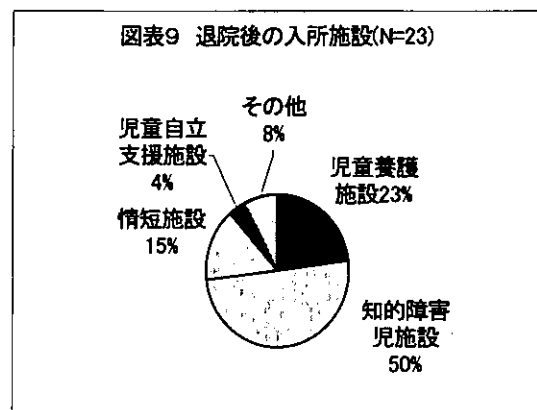
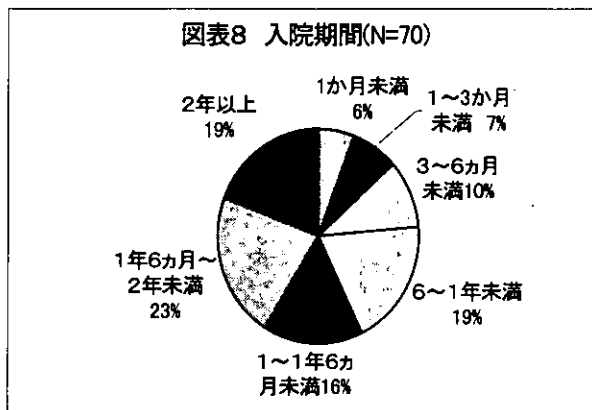
70例において、虐待者の総数は94人である。そのうち、実母が最も多く約6割弱、実父が2割強で、概ね他の全国調査と同様の結果であった<sup>3)</sup>(図表6)。また、入院治療経過の中で虐待者の精神医学的問題が把握できたのは、70例中44例(62.9%)である。総虐待者94人のうち、精神医学的問題が把握できたのは45人(47.9%)であるが、その中で、人格障害(疑いを含む)が最も多く3割に認められている。知的障害・統合失調症・抑うつ状態はそれぞれ疑いを含んで2割弱、アルコール乱用・依存が約1割に認められている(図表7)。その他にも、DV加害・覚醒剤乱用・強迫傾向や身体化傾向などが認められており、このことから、子どもが松心園に入院を要した児童虐待症例では、虐待者にさまざまな精神医学的問題が認められることがわかる。



#### ④入院期間と退院後の施設入所期間

図表8に示すように、松心園に入院した児童虐待症例70例の入院期間はさまざまであるが、1年以上が半数を超え、2年以上の症例も約2割存在した。これらの症例の中には、子ども自身の精神医学的症状の改善に時間を要した症例もあるが、それ以上に、家庭への退院のための調整が難航した症例、家族再統合のために子どもの精神医学的症状の改善だけでなくより一層の人格発達を保障するための時間を要した症例、家庭への退院が困難であり退院後の処遇が決まらず入院が長引いた症例などが含まれている。

これら70例のうち、大阪府子ども家庭センターの管轄内症例で、調査可能であった34例の松心園退院後の施設入所状況を図表9.10に示す。調査時点での子どもの平均年齢は18.1歳である。34例中松心園退院後に児童福祉施設に入所した子どもは23例(67.6%)である。このうちの4例は退院後に2回の施設入所歴を持つ。これら23例の入所施設種別は図表9に示すとおりである。また、施設入所期間は約半数が3年以上であり、35%は5年以上であった(図表10)。今回は、個々の症例の家族病理や提供した治療内容の検討をしていないが、松心園に入院を要する子ども達は、松心園退院後も長期にわたって施設内ケアを要する状況にあることがうかがえた。



## 2. 家庭内虐待の治療ガイドライン

虐待を受けた子ども達は、愛着の障害・自己調節の障害・解離障害などと、これらの障害から派生する対人関係や行動上の問題を呈することが多く、このことによって健康な人格発達が阻害され、社会生活上のさまざまな不適応が生じる。これらの心理面・行動面に問題を抱える子ども達への早期の援助は、成人の精神障害を予防するうえでも非常に重要である。米国では1980年代から、子どものメンタルヘルス対策が、子どもと家族を援助の中心に据えた地域ベースにシフトしてきており、さまざまなプログラムが実施され、評価されている<sup>4)</sup>。

一方、虐待された子どもやトラウマに焦点をあてた治療ガイドラインも、さまざまな機関から出されているが、その中の一つにNational Crime Victims Research and Treatment Centerから2003年に出された「Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment」<sup>5)</sup>がある。これは、家庭内で身体的・性的虐待を受けた子どもとその家族のためのメンタルヘルス治療ガイドラインである。この中では、24のプログラムが紹介され評価されている。評価の基準は次に示すとおりである。①理論的な基礎がしっかりしている。②治療のプロトコールがある。③治療プロトコールが利用しやすい。④治療によるリスクが低い。⑤効果の実証がなされている。

24のプログラムは、子どものためのプログラム 9、家族・親子への介入プログラム 13、加害者プログラム 2からなる。この中の、家族・親子への13の介入プログラムで、効果の実証レベルが3（少なくとも1つのグループスタディか数例の事例スタディがなされている。または他の対象でも効果が実証されている）と評価されているプログラムは以下の6つである。

これらのプログラムの焦点は、親機能（ここでは「親」を便宜上「養育者など」と同義で使用する）、親子関係、家族機能、家族を支える社会的サポート機能などまでさまざまである。しかし、親の自己効力感を高めるためのペアレントスキルの習得、親自身のストレスマネジメントやコミュニケーションスキルの向上、さまざまなコミュニティケアとの連携などの要素は、それぞれのプログラムで比重の軽重はあるものの共通しているもののように思われる。

### ①Behavioral Parent Training Interventions for Conduct-Disordered Children

1968年にPattersonらによって開発された「Living With Children」に基づいて作られた親トレーニングプログラムや、Social Learning Theoryに基づくアプローチでオレゴン大学ヘルスサイエンスセンターで開発された「Social Learning Parent Training」などのプログラムがある。養育者などが、子どもの望ましい行動を増やし、破壊的行動に効果的に対応する方法を学ぶことによって、自己効力感を高めるようにプログラムされている。いずれも米国心理学会で推奨されている。同じくSocial Learning Theoryに基づいて開発されたBarkleyのプログラムは、「ADHDの子どもを持つ親のためのプログラム」として、日本にも導入されている。

### ②Family Focused, Child Centered Treatment Interventions in Child Maltreatment (FTI)

子どもの安全とリスクの軽減に重点をおき、親は行動を変える責任があることを明確にした治療的介入プログラムである。APSAC（American Professional Society on the Abuse of Children）のガイドラインに沿った法的・医学的な評価がなされ、家族機能の強化と家族再統合のためのさまざまな領域のコミュニティシステムにおけるケアをコーディネートする。再統合が不可能であると判断された時には、早い段階で永続的な分離のための計画が立てられる。

### ③Multisystemic Therapy (MST) for Maltreated Children and their Families

1970年代後半に、非行・若年犯罪者など反社会的行動を示す若者を対象に発展したプログラム。子どもの行動をモニターすることができる家族らをサポートする。虐待する親に、怒りのマネジメ

ント法やその他のペアレントスキルを教えるなど、現在に焦点をあてた行動指向的介入によって家族をエンパワメントする。これらの介入によって、虐待する親は子どもの行動をコントロールすることを学び、ネグレクトをする親は子どもの行動により良く反応できるようになる。プログラムは家庭やコミュニティなど、家族の都合の良い場所で提供される。

#### ④Parent-Child Education Program for Physically Abused Parents

家庭やクリニックをベースに行なわれる介入プログラム。ことばや暴力による虐待につながりやすい「力で支配する子育て法」を減少させ、肯定的な親子関係を確立する。非暴力的なしつけ法や親のセルフコントロール法、社会資源へのアクセス法などのスキルを教える。さまざまなコミュニティサービスを利用しながら親同士の連携を図り、親が子どもの行動をモニターしたり、親自身が肯定的な感情を表現できるよう教える「親の感性を高める方法」。親が、子どもの発達を促すような活動や指示の出し方を学び、子どもの情緒や行動面の発達に関して「適切な期待を設定できるよう援助する方法」。「怒りのコントロールと効果的なしつけのための戦略」を教えるプログラムなどからなる。

#### ⑤Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

2 - 8 歳の子どものとその養育者を対象に、子どもの反抗や怒りなどの行動を減少させ、親の肯定的行動を増やし、親子関係の質を改善することに焦点を置くプログラム。セラピストは、肯定的なしつけ法を具体的に教え、親に対して指示的に関わる。また、セラピストは親子の関わりを観察室から観察し、その結果は親にフィードバックされる。

#### ⑥Physical Abuse-informed Family Therapy

暴力的で強制的な対応を減らし、家族のスキルを高めるための家族システムへの介入プログラム。子どもの虐待を、個人・家族・ソーシャルサポートの相互作用の視点から捉える家族エコロジカルモデル (Family Ecological Model) としている。家族療法とインフォーマルな多次元のサービスから構成される。家族構造と家族の相互作用の評価、家族間の協力を向上させるためのリフレイミング、体罰を使うことの否定的効果についてのディスカッションなどがなされ、暴力を使用しない対応方法の取り決めがなされる。また、家族内の問題を解決するためのコミュニケーションスキルのトレーニングもなされる。

### 3. 考察

児童精神科治療施設である大阪府立松心園における児童虐待入院治療例を概観すると、子どもの診断名として、行為障害の占める割合が高い。また、人格障害など、虐待者の精神医学的問題も高率に認められている。児童虐待症例全体の中でも処遇困難例であると考えられるこれらの症例は、松心園における入院治療期間も長期に及ぶ。また、家庭への退院が困難なために施設入所した子どもは約7割であり、そのうち約半数が3年以上の期間にわたって児童福祉施設での施設内ケアを受けている。

今後、虐待された子ども達や虐待する養育者などに対する治療プログラムの整備に伴って、児童精神科治療施設での入院期間の短縮もありうると思われる。しかし先に述べたように、児童虐待症例では、子どもの精神医学的症状の改善だけでなく、子ども自身の人格発達の保障や家族への継続的なサポートなどが必要であるため、入院期間の短縮は他の援助プログラムによって補われる形になり、援助にかかる時間や労力などの経済的コストの総量を減少させることは困難であると考えられる。このような現状を見ると、児童虐待事例への二次予防としての早期発見・早期援助はもちろ

んのこと、育児不安や育児困難感の段階で虐待をくいとめるための一次予防が非常に重要であると思われる。

一方、現在主に北米で実践されている家庭内児童虐待に対する援助プログラムを概観すると、親の自己効力感を高めるためのペアレントスキルの習得、親自身のストレスマネジメントやコミュニケーションスキルの向上、さまざまなコミュニティケアとの連携などの要素が共通して認められている。これらのプログラムは、家庭内虐待によって心理面や行動面にさまざまな問題を呈する子どもとその家族を対象にしたものであるが、プログラムの基礎となる理論は普遍的であり、通常の子育てにも共通するものが多い。虐待の一次予防においても、積極的にこれらの要素を取り入れていくことが有効であると思われる。

### 参考文献

- 1) 亀岡智美: 児童虐待に関する精神医学的考察(1) - 精神科領域における疾病学的な理解と位置付けについて - . 児童青年精神医学とその近接領域, 34(2), 1993
- 2) 亀岡智美: 被虐待児の精神医学. 臨床精神医学, 26(1), 1997
- 3) 小林 登: 児童虐待全国実態調査. 虐待発生と対応の実態. 平成 13 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書. 2002.
- 4) National Institute of Mental Health : Children and Mental Health. Chapter3 from Mental Health : Report of the Surgeon General. <http://www.nimh.nih.gov/>. 2002
- 5) Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (Eds.): Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment (Final Report : January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center

## 地域保健機関における子ども虐待支援

分担研究者 佐藤 拓代 大阪府健康福祉部地域保健福祉室長

研究協力者 小林 美智子 大阪府立母子保健総合医療センター成長発達科部長  
杉山 登志郎 あいち小児保健医療総合センター保健センター長兼心療科部長  
鈴木 敦子 福井大学看護福祉部教授  
津崎 哲郎 大阪市中央児童相談所長  
山田 和子 国立保健医療科学院公衆衛生看護部看護マネージメント室長  
徳永 雅子 徳永家族問題相談室長  
小坂 みち代 三重県津地方県民局健康福祉部保健衛生チームマネージャー  
長谷川 喜久美 開業助産師  
工藤 充子 元京都府宇治児童相談所長  
加藤 曜子 流通科学大学教授  
毛受 矩子 四天王寺国際仏教大学助教授  
岩佐 嘉彦 大阪弁護士会弁護士  
中塚 恒子 大阪府富田林子ども家庭センター所長  
北川 幸子 大阪府吹田市立保健センター主査  
山本 裕美子 大阪府吹田保健所保健師  
中西 眞弓 大阪府藤井寺保健所保健補佐  
峯川 章子 大阪府池田保健所地域保健課長

**研究要旨** 3年計画の最終年であり、これまでの研究に基づき、保健機関の虐待予防の取り組みを推進するため4つの視点から研究をおこなった。第1にこころの問題を抱える養育者が多いことから、多職種による事例研究会を行い支援の検討を行った。保健機関は生活支援を細やかに行うとともに、精神科医療機関と他機関との連携のキー機関としての役割を積極的に担う必要がある。第2に早期に支援を行うことが重要であり、広域的に周産期等医療機関と保健機関が連携してシステム的に援助を行っている先進地に訪問調査を行った。支援を要する親子の情報を医療情報提供などを用いて確実に保健機関につなげるシステムが必要である。第3に、専門機関ばかりではなく親子に接する窓口で、支援が必要な親子を把握し支援に結びつける指標の作成を行った。第4に、虐待の親子に関係機関が連携して効果的に支援を行うためには、ネットワーク会議が効果的に開催される必要がある。ネットワーク会議で事例の共通理解と支援方向の検討がシステム的に行われるよう、アセスメントシートを試作し保健機関、児童相談所、市町村ネットワークでモデル実施を行い、さらに改良を加えて「地域ネットワークにおける事例検討のためのアセスメントシート」の作成を行った。

### I. はじめに

急増している子ども虐待に対する対策として、虐待者の大部分を占める母親が地域に密着した保健活動を行っている保健師の援助を受け入れやすいことから、保健師の虐待ハイリスクの把握、予防的援助、早期発見、虐待軽減、再

発防止の取り組みの推進を図ることが重要である。

そこで、研究1年目の平成13年度には、親子関係や子どもの行動情緒の問題を把握すること、育児のストレスを把握し負担を軽減する援助を導入すること、親を受容し保健師の援助が

受け入れられるようにすることで孤立を防止すること、家庭訪問を核として関係機関のコーディネートを行うことなどの内容を網羅し、「子どもに関わるすべての活動を虐待予防の視点に」転換することをキーワードに、「子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル」の作成を行った。

研究 2 年目の平成 14 年度には、保健所、市町村保健センター等の地域保健機関における虐待の予防・早期発見・援助の実態を把握し、課題と対応の方向性を明らかにするために、全国の 4,038 保健機関に調査を行い 2,310 機関 (57.2%) から回答が得られた。地域保健機関の虐待に関する取り組みをさらに充実するために、①虐待援助技術の普遍化の推進、②とくに市町村保健センター・市町村における組織としての対応の推進、③虐待に対する地域保健関与の明確化、④都道府県保健所における専門的母子保健業務の充実、⑤事例を多く経験している保健師に対する専門的援助技術の研修が必要であることが明らかになった。

最終年度である今年度は、平成 14 年度調査の課題である虐待援助技術の向上と普遍化の推進を図るため、4 つのテーマに基づき研究を行った。第 1 は、精神保健福祉の問題のある養育者に対する支援について、第 2 は、医療機関と保健機関の連携による虐待ハイリスクへの援助システムについて、第 3 は、公的機関の各種受付等から支援につなげるアセスメント指標について、第 4 は、地域ネットワークにおける事例検討のためのアセスメントシートについての研究である。

## Ⅱ. 精神保健福祉の問題のある養育者に対する支援についての研究

### A. 研究目的

虐待事例や虐待ハイリスクの事例では、多かれ少なかれ養育者にこころの問題があるというのは現場の保健師からよく聞く。そこで、これまでの大阪府における調査から、養育者の精神保健福祉の問題について検討し、事例研究により支援方法を明らかにする。

### B. 研究方法（倫理面への配慮）

過去の数量化されたデータの検討については倫理面への配慮は必要がない。

事例検討は、保健師・医師・児童福祉司・弁護士・教師・保育士・施設指導員・心理職等の多職種による特定のメンバーで、プライバシーに十分配慮し、1 事例について約 3 時間 30 分の検討を 10 事例に行った。養育者の問題は、統合失調症、うつ病、人格障害、依存症など診断名のついている事例から、診断名がつかず精神疾患の疑いとして支援を行っている事例まで多岐にわたった。報告は個々の事例についてではなく、抽出された内容によるものである。

### C. 結果

#### 1. 虐待事例または虐待ハイリスクにおける養育者の精神保健福祉の問題～過去の調査から～

これまでに実施されている保健機関を対象とした調査報告をみると、養育者の精神保健福祉関連問題に直接焦点を当てたものではなく、養育者の育児力を評価する際のひとつの問題点としての捉え方のみで留まっていた。

そこで、我々が実施した平成 5 年の大阪府保健所の調査<sup>1)</sup>、平成 11 年の 4 府県における調査<sup>2)</sup> から、養育者の精神保健福祉の問題について検討した。

#### (1) 被虐待児予防の保健指導に関する研究（母子保健における養育問題事例への援助実態）

平成 5 年度に実施された調査であり、1 次調査として、大阪府 22 保健所において過去 1 年間に、養育問題のための援助を 1 年以上行った 536 例を対象としている。養育問題の背景要因の把握を行っており、その中で親の精神保健関連項目としては、

①問題：知的障害、精神疾患、アルコール、シンナー、性格

②性格：社会的未熟、攻撃暴力的、爆発的、神経症的、病的

があげられている。

さらに、上記の 1 次調査の対象者のうち、虐待へ移行した 55 例全例と、非虐待群を 3

分の1無作為抽出した合計162例を対象として2次調査を行っている。

予後についての有意差の検定をおこなった。

○育児力に問題のある事例は、154例(95.1%)に見られ、うち母の育児力の問題があったのは、135例(83.3%)であった。

母の育児力の問題の原因として、精神疾患は22例(16.3%)に見られたが、予後とは有意差がなかった。むしろ、虐待移行に見られたのは、性格の問題であった。

○保健所で行った援助について、保健所事業の精神保健相談を利用したものは19例(14.1%)であった。全例、虐待群もしくは援助継続群であり、問題消失群はなかった。

(2) 虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における推進体制の構築に関する研究(保健医療機関における子どもの虐待の予後と評価)

大阪府下、栃木県、群馬県、和歌山県の協力の得られた保健所と市町村において、平成11年のある期間に、虐待あるいは虐待の疑いまたは虐待のおそれ保健師が援助を開始した6歳未満の事例66例を対象とし、援助開始後約1か月後と約1年後に、調査を行っている。目的は、保健師がどのように虐待(ハイリスク含)の事例を捉え、どのように判断しているかを明らかにし、また、虐待に影響する要因を明らかにし、アセスメント指標を開発することであった。

以下のような結果がみられた。

○援助開始後1か月の時点で把握できている親の背景・育児については、「母の問題あり」は47例(71.2%)であり、対人関係問題12例(25.5%)、神経症的11例(23.4%)、人格障害6例(12.8%)、過度に几帳面6例(12.8%)、躁うつ・統合失調症4例(8.5%)であった。治療中であるものは、6例のみであった。

○9か月以上の援助をおこなった事例35例について、「親の問題あり」と全経過の中で

判断したものは、30例(85.7%)であり、対人関係問題14例(46.7%)、神経症的7例(23.3%)、人格障害6例(20.0%)、過度に几帳面6例(20.0%)、躁うつ・統合失調症3例(10.0%)であった。

実数では、援助開始時とあまり変化がないので、これらの問題を抱える親に対しては長期に援助が必要になってきている状況を示すと考えられる。

○援助開始時に虐待であった17例と虐待疑いと虐待のおそれの49例のうち、解決終了した11例を除き虐待・疑い・おそれと1年後に判断された30例を加えて虐待群とし、また、初期疑い・おそれから虐待とでないと判断された8例を非虐待群として比較検討した。親に関する情報の予後で有意差が見られた項目は、「神経症的」(7例、22.6%)であり、非虐待群に多かった。

以上のことから、養育者に精神疾患があることは長期的に支援を要するが、そのことが養育問題から虐待に移行させる要因とは言えないことが明らかになった。

## 2. 養育者が精神保健福祉の問題を持つ虐待事例への支援について

事例研究会により検討を行い、別紙1のとおりである。

## Ⅲ. 医療機関と保健機関の連携による虐待ハイリスクへの援助システムの研究

### A. 研究目的

ハイリスク事例を早期に把握し虐待を予防する援助につなげるためには、医療機関、特に周産期医療機関と保健機関との連携が重要であり、有効な援助システムを明らかにする。

### B. 研究方法(倫理面への配慮)

先駆的に取り組んでいる兵庫県、徳島県、石川県、広島市の担当部署及び医療機関、保健所に対して聞き取りにより調査を行った。機関に対する調査であり、倫理面への配慮は必要ない。



## C. 結果

別紙2のとおりである。

## IV. 公的機関の各種受付等から支援につながる アセスメント指標の研究

### A. 研究目的

多くの親子に接する部署で、虐待ハイリスクを把握し虐待を予防する援助を行うことで、子どもの健全な成長や発達を促進し、親も子も救うことができる。そこで、児童福祉課、障害福祉課、市民課及び生活保護課等の窓口といった、親子に接する保健・福祉の専門職以外の職員でも、虐待ハイリスクを把握し支援につなげることを目的とする。

### B. 研究方法（倫理面への配慮）

これまでに作成されている保健機関によるリスクアセスメント指標<sup>3)</sup>等をもとに、窓口等で実際に把握可能な指標について検討を行った。文献に基づく研究であり、倫理面への配慮は必要でない。

## C. 結果

別紙3のとおりである。

## V. 地域ネットワークにおける事例検討のための アセスメントシートの研究

### A. 研究目的

関係機関が使用する虐待または育児困難事例に関するアセスメントシートを作成し、ネットワーク会議において事例の共有化が図られ援助が有効に行なわれることを目的とする。

### B. 研究方法（倫理面への配慮）

保健機関のアセスメントについて、文献及び各地の使用されているアセスメント等の検討を行い、ネットワーク会議において使用するアセスメントシートを作成する。モデル的に3ヶ月間、大阪府吹田市、枚方市、兵庫県保健所、徳島県保健所の保健機関、埼玉県児童相談所、泉大津市ネットワーク会議で使用し、簡潔に共通理解が得られるかどうか、援助はどここの項目に着目して行なうか等の検討を行い、指標の評価

を行なうとともに、指標の改良を行う。

アセスメントシートの検討は個人を特定できない形で行った。

## C. 結果

別紙4のとおりである。

## VI. まとめ

3年計画の最終年度である今年度は、平成14年度調査の課題である虐待援助技術の向上と普遍化の推進を図るため、4つのテーマに基づき研究を行った。

第1は、精神保健福祉の問題を持つ養育者への支援について多職種による事例研究会を行った。養育者の行動や状態には生育歴が影響することから、診断名だけではなく生活がどのようであったのか等を把握し、これらを踏まえた生活支援をライフイベントを予測しつつ細やかに行う必要がある。また、保健機関は精神科医療機関と他機関との連携のキー機関としての役割を積極的に担う必要がある。

第2は、医療機関と連携した虐待ハイリスクに対する支援について先進地に調査を行い、兵庫県は医療機関が養育者の了解を得て診療報酬を請求して情報提供を行っていることから支援件数も多く、このような連携システムが必要と考えられた。

第3は、虐待のハイリスクを網羅的に把握するために公的機関の各種受付等から支援につながる方策を検討し、アセスメント指標の作成を行った。

第4は、地域ネットワークにおいて事例の共通理解と支援の検討を効果的に進める方策の検討であり、アセスメントシートの開発を行い数か所の保健所、保健センター、児童相談所、市町村ネットワークで試行し、改良を重ね、関係機関が共通して使用できるアセスメントシートの作成を行った。

今後は、これらの成果を基に子ども虐待を総合的に支援していく必要がある。

## Ⅶ. 研究発表

### ○研究報告

- ・佐藤拓代；虐待の予防・早期発見、そして在宅での支援.月刊少年育成 555：32-37.2002
- ・佐藤拓代；児童虐待ケースをめぐる保健所・市町村保健センターの関わり.月刊福祉 11：22-24.2002
- ・佐藤拓代編著；子ども虐待予防のための地域保健活動マニュアル.子ども虐待予防地域保健研究会.社会保険研究所.2002
- ・佐藤拓代、中西眞弓；大阪府の保健機関における子ども虐待への取り組み.大阪公衆衛生 75:19-23.2004.

### ○研究発表

- ・中西眞弓他；第 61 回日本公衆衛生学会「保健所と児童相談所の連携システムー共通の乳幼児リスクアセスメント指標の作成ー」
- ・毛受矩子他；第 62 回日本公衆衛生学会「保健機関の子ども虐待の取り組みー全国保健所・保健センター一等調査第 1 報ー」
- ・中西眞弓他；第 62 回日本公衆衛生学会「保健機関の子ども虐待の取り組みー全国保健所・保健センター等調査第 2 報ー」

### <文献>

- 1)大阪児童虐待研究会；子どもの虐待予防にむけてー大阪府保健所における養育問題への援助実態ー. 1998.
- 2)小林美智子，他；保健所における子どもの虐待の実態と援助ー第 4 回大阪府調査ー. 厚生省心身障害研究，効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究平成 8 年度研究報告書. 1997.
- 3)小林美智子，佐藤拓代，泉谷徳男；保健医療機関における子どもの虐待の予後と評価. 厚生科学研究，虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域の推進体制の構築に関する研究平成 11 年度研究報告書. 2001.

### <研究協力：大阪児童虐待研究会>

内藤 早苗：大阪弁護士会・弁護士  
浜田 雄久：大阪弁護士会・弁護士  
峯本 耕治：大阪弁護士会・弁護士  
今村 淳子：堺市東保健センター・医師  
長谷 豊：大阪市西成区保健福祉センター・医師

峯川 章子：大阪府池田保健所・医師  
平田 良：大阪船員保険病院・医師  
馬場 美子：大阪府立病院・医師  
松浦 玲子：大阪府こころの健康総合センター・医師  
小杉 恵：大阪府こころの健康総合センター・医師  
亀岡 智美：大阪府こころの健康総合センター・医師  
漆葉 成彦：大阪府こころの健康総合センター・医師  
多田 直子：岸和田市立山直南小学校・教諭  
土方 由起子：東大阪市立盾津東中学校・教諭  
森口 由美子：大阪府立桃谷高校通信制課程養護教諭  
山下 成子：大阪市中央児童相談所・児童福祉司  
岡田 隆：大阪市中央児童相談所・児童福祉司  
石田 雅弘：大阪市中央児童相談所・児童福祉司  
加藤 典子：大阪府東大阪子ども家庭センター・児童福祉司

辻本 謙嗣：生駒学園・児童養護施設長  
前田 徳晴：救世軍希望館・児童養護施設長  
藤本 勝彦：あゆみの丘・児童養護施設長  
西澤 哲：大阪大学人間科学部・心理  
前田 研史：神戸女子大学・心理  
八木 安理子：枚方市家庭児童相談室・相談員  
田中 優子：松原市家庭児童相談室・相談員  
加藤 曜子：児童虐待防止協会・電話相談員  
有馬 克子：児童虐待防止協会・電話相談員  
千葉 郁子：東大阪市児童部児童課・保育士  
橋本 真紀：聖和大学・保育士  
毛受 矩子：四天王寺国際仏教大学・保健師  
日野 和江：大阪市大正保健センター・保健師  
山本 あつ子：堺市中保健センター・保健師  
大堀 孝子：東大阪市東保健センター・保健師  
西岡 美砂子：枚方市保健センター・保健師  
平井 悦子：茨木保健所摂津支所・保健師  
折井 由美子：大阪府四條畷保健所・保健師  
大田 景子：大阪府岸和田保健所貝塚支所・保健師  
藤江のどか：大阪府立母子保健総合医療センター・メンタルワーカー  
今川 和子：大阪府富田林保健所河内長野支所・精神保健福祉相談員

### 事務局

小林美智子：大阪府立母子保健総合医療センター・医師  
納谷 保子：元大阪府立病院・医師  
鈴木 敦子：福井大学・看護師  
香西摩也子：大阪府立母子保健総合医療センター・メンタルワーカー  
植木野裕美：滋賀医科大学・看護師  
鎌田佳奈美：大阪府立看護大学医療技術短期大学部・看護師  
山田 和子：国立保健医療科学院・保健師  
上野 昌江：大阪府立看護大学・保健師

木村 和代：大阪府立母子保健総合医療センター・保健師  
河原寿賀子：大阪府立母子保健総合医療センター・保健師  
北川 幸子：吹田市立保健センター・保健師  
藤田 迪代：大阪府寝屋川保健所・保健師  
中西 真弓：大阪府藤井寺保健所・保健師  
山本裕美子：大阪府吹田保健所・保健師

植田 恵美：大阪府富田林保健所・保健師  
野元 千聡：大阪府富田林保健所・保健師  
山本 祐子：大阪府健康福祉部地域保健課・保健師  
才村 真理：帝塚山大学・元児童福祉司  
濱家 敦子：児童虐待防止協会・電話相談員

## 養育者の精神保健福祉の問題への支援

### 1 はじめに

保健所は古くから精神保健福祉における地域の第一線の支援機関であり、各種のこころの健康相談や社会復帰の支援を行ってきた。平成14年に市町村が精神保健福祉手帳の交付や福祉サービスの提供を開始したことから、福祉担当課だけではなく保健センターもこころの問題を持つ養育者に支援を行うところが増えてきている。保健所は医療的な関わり、市町村（保健センター）は福祉的な関わりを行っていると言える。

虐待の背景にこころの問題を抱えている養育者は多い。しかし、医療機関につながっていて病状が安定している大多数の養育者は、育児の負担が大きいつきに支援を行うだけで何ら問題なく子育てを行うことができる。

しかし、なかには医療が必要であっても結びつけることが難しく、また長期的支援が必要になる養育者がいる。必要時には施設入所のタイミング、退所の判断、発達に合わせた子どもへの関わりなど、関係機関の緊密な連携による支援が必要である。精神科医療の知識など福祉機関では十分な認識が得られているとは言い難く、保健機関がネットワークに関与する必要があり、特に、児童相談所と医療機関との連携に保健師はもっと積極的に関与する必要がある。

また、精神保健福祉の問題で子どもへの影響が特に大きいのは、治療が困難な反社会性人格障害、治療に数年間かかることで子育ては困難と考えられる多重人格障害といわれているが、きちんと治療されていない、あるいは治療がうまくいっていない精神疾患も及ぼす影響は大きい。英国のネグレクトの死亡例100件の3分の1に明らかに精神疾患が見られたという報告や、両親のいずれかにうつ病、統合失調症などの精神疾患があった場合、虐待発生率が2、3倍になり、特に反社会的な人格障害では身体的虐待があきらかに増えているという報告もある。このような疾病が疑われるときは精神科医による確認や診断が必要であり、その後の子育ての見通しをたて適切な養育がなされるよう支援するとともに、時には将来を予測した親子分離を行うことが必要になることもある。

精神疾患等の医療からのアプローチが必要である反面、生活能力、育児能力には生育歴も大きく関係しており、生活者という観点からの関与が必要である。子育てがどのような状態でなされているのか、養育者を支援する家族がいるかどうか、子どもを危険から守れるのかという視点が必要である。子どもが育って行くに必要な要求に応えられるもう一人の養育者もしくは他の人がいることで、子どもを守ることができる。食事・睡眠・育児等生活のサポートが必要であり、在宅支援におけるこれらのコーディネーターとしても保健機関の果たすべき役割は大きい。

以下、精神保健福祉の問題（精神疾患とせず、精神保健福祉法の観点から精神保健福祉の問題とした）への保健機関の保健師を中心とした支援についてまとめた。

### 2 精神保健福祉の問題に関わる上で必要な視点

子どもの虐待に支援するときには、養育者（虐待者）を受容し信頼関係を作ること、生活のストレス、育児の負担を軽減すること、孤立を防ぐことが基本であることは言うまでもない。虐待予防においても同様であり、これらに加え、以下の視点が必要である。

#### ① 病気になる以前の生育歴、家族関係、社会経験等が養育者の状況に影響している

病気の診断が重要であることに加え、それまでどのような生活をしていて、自分の親との関係はどうであったかということが、現在の養育者の生活能力、社会性等に関係している。また、も

ともとの性格により病状が修飾されることもあるので、精神科医に受診する際には、生育歴等の情報とともに養育者の行動特性を伝えることが診断に有用となる。特に養育者の行動はエピソードとそのときの反応、行動を簡潔に的確に伝えることが望ましい。

これらの情報は、病気が軽症化してもどこまで期待できるのか、ゴールはどこなのかを見極める参考にもなり、より現実的な援助計画を立てることができる。

#### <行動特性を把握する内容>

厚生労働科学研究服部祥子班岡本分担研究者作成「虐待者及び家族支援のためのアセスメント」より

例：良心の呵責（罪障感が強い・行動を正当化する・欠如）

共感性（子どもの気持ちがわかり尊重する・なかなかわからない・欠如）

依存性（自己決定し行動できる・人の判断に頼りがち・強く依存）

自己像（自己肯定的・劣等感や不全感、被害意識が強い・万能感が強い）

自己中心性（人の立場を配慮できる・自分勝手・他罰的）

対人関係（適度な関係・支配服従・操作的・関係がもてない）

衝動性・攻撃性（コントロール可・不十分だが一定のコントロール可・激しい 攻撃性）

攻撃の対象（特定の子どものみ・家庭内で暴力・家庭外でも暴力的言動）

社会規範の逸脱性（概ね約束やルールを守る・なかなか守れない・逸脱や無視）

強迫性（物事に柔軟に対応できる・融通が利かない・過度なこだわりと頑固さ）

妄想性（なし・被害的になりやすい・奇異な思念を曲げない）

#### ② 家族としての養育能力を判断し、必要時には時期を逸さない親子分離が必要

疾病が安定しているときには生活を支援する視点での援助を行うが、問題がある養育者自身の養育能力の見極めと、もう一人の養育者がどれくらい養育に関与しているか、あるいは関与できるのかという家族全体の養育能力を判断することが重要である。養育者の養育能力が乏しく、家族に養育に関与できる人がいない場合、また、現在は何とかできていても、養育できない事態が予想されるときには、躊躇せず他の養育者を見つけたり、親子分離を行う必要がある。

#### ③ 疾病の理解と服薬状況等を把握し、適切に医療機関に結びつける

精神疾患であっても急性期や安定期など、現在どのような状況であるのか、またどのような目的でどのような作用のある薬を服用しているのか把握する必要がある。日ごろから医療機関と連携し、在宅での服薬状況を伝え治療へのフィードバックを図り、悪化したときにタイムリーな治療が行われるようにする。また、医療機関から得られた情報を関係機関にもきちんと伝えていく。

#### ④ 支援が長期にわたるという認識

うつ病のように治療により短期間で治癒する場合もあるが、長期の支援が必要な疾患や治療効果のあまり上がらない疾患もある。長期にわたると中心となって支援していく機関が変わっていき、支援の評価や見直しがなされぬまま子どもの心の問題が大きくなってしまふことが起こりがちである。関係機関が連携し支援計画を立て、ライフステージ・ライフイベントを予測し問題が起こる前に早めに支援を行うことが必要である。また、子どもの心への影響は体の傷と違って誰でもわかるというものではないため、専門的な機関による定期的な子どもの評価が必要である。

#### ⑤ アルコール問題、薬物乱用の把握

我が国のアルコール消費量は急激に増加しており、しかも若年女性、未成年者の飲酒が増加し、覚醒剤等の薬物乱用も低年齢化してきている。アルコールや薬物によりネグレクトや重度の身体的虐待が起こることがあり、全ての事例にこれらの問題がないか、家庭訪問などで意識して把握する必要がある。

### 3 精神疾患が疑われるとき

精神疾患が疑われるときは、当然精神科医による診断や判断が必要であり、医療機関を受診するよう働きかける必要がある。

しかし、養育者が問題を認識していない場合、自主的に医療機関を受診しないことがほとんどである。家族、親族で養育者が信頼できる人がいれば、その人に養育者の状態をよく理解してもらうよう働きかけ、医療に結びつけられる役割を担ってもらうことができる。しかし、家族から見放され、関わりを持つことを拒否されていることが多い。現実に関係機関が困っているのは、このように支援にむすびつけるのが困難な事例である。保健所の精神保健福祉相談員から精神科嘱託医に相談し、家庭訪問につながる場合もあるが、それでもなお支援につながらない場合もある。

このような場合には、複数の関係者による情報を持ち寄り、役割の押しつけにならないよう配慮しながら、関係機関カンファレンスで支援のきっかけはないかていねいに検討する。また、子どもの状態が危険であると判断される場合には、児童虐待防止法、児童福祉法に基づく立ち入り調査を実施することも考慮する。

主な精神疾患については、【参考】を参照のこと。

### 4 精神保健福祉の問題のある養育者への支援

はじめに述べたように保健所と保健センターはそれぞれ果たす役割があり、お互いの役割を認識し、連携しながら支援を行う。医療機関との連携は保健機関の大きな役割であり、福祉機関等とのパイプ役を担う。

#### (1) 家庭訪問等による状況把握と支援

養育者あるいは家族からの相談は、最初は電話での相談という形が多い。また周産期医療機関からの連絡も電話や文章で連絡相談がはいるが、養育問題の有無や母の養育能力の判断をするために必ず訪問することが重要である。

##### ① 初期に把握、支援すること

- 家庭訪問の目的は、養育者が困っていることに相談に乗り支援することであることを伝える。
- 養育者の困っていることの話や、あるいは困っていると認識していなくても（起こっている問題に認識がなく、支援を求めないことも多い）充分話を聞き、思いを受け止め信頼関係をつくる。
- 精神症状（アルコールの状況、覚醒剤、シンナーの把握なども含めて）などの観察を、育児ができていかどうか、日常生活はどうかなど、ミルクをつくる動作や抱き方等一緒に育児などを行い判断していく。しかし、たとえば家の散乱が著しくてもうつのためか怠惰のためか判断が難しいこともある。
- 養育者には育児軽減をはかる支援を行い、日頃の育児はできるだけ最低限度ですむようにコーディネートする。あせらず身体を休め治療に専念することが、今後の育児が早くできることにつながるなどの見通しを伝える。
- 生育歴の把握  
養育者と同伴で医療機関などに受診する時や、子育てと一緒に支援している機会を捉え、親にどのように育てられたのか、子育てについてどう思っているのか、病気になる前の状況、能力はどうだったのかなど会話のなかでストレートに聞くのではなく、話してもらうようにする。精神科の診断名にこだわらずに、現在の養育者の状況が病気そのものによるものかどうか判断する。

##### ② 子どもの様子についての確認と支援

子どもの成長発達、うつ病では養育者の反応の乏しいこと、人格障害では共感性の乏しいこと等、病気によって大きく影響される。安全確保はもちろんだが、情緒面の影響については慎重に観察する必要がある。身近に育児の応援者が確保できないときは特に慎重に判断して、必要時には子どもとの分離も検討する。

### ③ 家族関係、家族の健康問題の把握と支援

祖父母、夫等育児の協力者の把握、親との関係、夫婦関係など家族関係を把握し、誰が支援できるのか、またアルコール問題ではそれを支えている人が誰なのかを判断する。キーとなる人に、病気を正しく理解し支援に協力してもらうよう働きかける。家族に他の疾患があることもあり、家族としての心身の健康の視点を持った支援も必要である。

### ④ 長期的な支援

長期になると、養育者は治療の中断や中止をしてしまうことがある。今何が大事かなどと相談にのりながら、服薬内容や薬の効果、副作用などについて、思いを充分傾聴する。

主体的に生活の組み立てが出来るよう、必要に応じて保育所利用、精神障害者ホームヘルパー等の利用、ボランティアなど社会資源を活用できることを助言しコーディネートを行う。定期的に生活し収入もある程度得られるように、デイケアや作業所等が利用できるよう支援する。また、これらの機関とは十分に情報を交換し、連携して支援できるよう定期的にカンファレンスを行っていく。

養育者とともにライフコースでストレスや生活の負担が予測されることを把握し、ともに長期的な生活の計画をたてる。

次子の妊娠・出産について、または頻回の妊娠を防ぐ避妊の指導など、養育者の置かれている状況に応じ具体的な援助を行う。

### ⑤ 親子関係の評価を行う

子どもの様子や養育者の状況の変化、または養育の困難さをもたらしている要因の変化などについて、リスクアセスメント指標などを参考に評価を行う。特に支援の効果については、親子関係の変化、子どもの情緒発達を重要視して評価を行う。

支援が長期的になることも多く、関係機関によるカンファレンスで定期的にこれらの評価を共有し必要に応じて関係機関との役割分担も見直す。

## (2) 入院等への関わり

養育者の問題が精神疾患に由来するのかを判断し、治療が必要な場合は適切に医療につないでいく必要がある。

入院による治療が必要な場合はしばらく子どもと離れなければならない、養育者の子育てを否定するのではなく、「あなたはよくやっている。だからしんどい今の状態を治療して、いい状態で子どもを育てよう」といったような入院への動機付けをしていくことが大切である。

また、親子の状態によっては子どもの施設入所が必要な場合がある。養育者が子どもに対しておこなっている行為が、子どもの心身にとって良くない影響を与えていることを場合によっては養育者に伝えていかねばならない。そして、施設入所にあたって、事前に養育者と一緒に見学するなど施設で子どもが育つことを肯定的に捉えていけるように支援していくことも大切である。

## (3) 在宅での支援の留意点

精神疾患をもつ養育者への援助の方法は、事例によっては振り回されることも多いので、援助の枠組みをきちんと持ち丁寧なかかわりが大切になる。場合によっては養育者と子どもの担当者を分

けるなどの工夫が必要である。また、養育者自身の自己評価を高めていけるように支援していくことも大切である。

### ① 統合失調症

#### ○治療への働きかけ

本人は、病的体験に対する客観的認識（病識）が不十分だったり、欠如していて、病気や治療についての理解を得ることが困難なことが多い。「幻覚・妄想などの異常体験に対する治療が必要」と説明するのではなく、「異常体験に伴う不安・焦燥・不眠・苦痛・悩みなどをやわらげ、落ち着いて事態に対応するために休養や服薬が役立つ」ことを説明する。異常体験を一方向的に批判・訂正するのではなく、体験をしている立場・訴えについては、共感・受容する。

#### ○精神障害の特性を踏まえた支援

精神障害の基盤には、直接の観察は難しいが、「敏感さ」と「気遣いのし過ぎ」がある。陰性症状を示している患者には、状態や能力をみながら負担の軽いものから始め、ゆっくりと、段階的に支援を進めることが望ましい。病気と生活障害を併せ持つ精神障害者にとって、在宅生活を送る上でホームヘルプサービスを活用することの意義は大きく、導入を積極的に検討する。

### ② うつ病

#### ○治療に結びつける

なによりも治療に結びつけることが重要であり、そのため、養育者にうつ病という病気の説明と病名だけでなくうつ病にみられる症状と経過を説明し、治療可能な病気であることを理解してもらう。そして、治療の必要性を説明する。「気分で乗りこえる」、「頑張る」だけでは、この状態は乗りこえられないこと、適度な休養とうつ症状を緩和するための薬物治療が必要であることを丁寧に説明する。

#### ○十分な休養がとれるよう働きかける

十分な休養が必要であると養育者に説明するとともに、家族にも励ましや気分転換の工夫では、状態は逆に悪化してしまうことを理解してもらう必要がある。

その他、うつ病の誘因となっているストレスや出来事を解決できるように援助する。

#### ○家族への働きかけ

家族や周囲の人に休養させるよう働きかけるとともに、服薬管理・自殺予防などについて協力を依頼する。

#### ○自殺等の防止

病状がよくなりかけたとき自殺を行うことがあり、危機的な状況と考えられるときには最優先で家庭訪問等を行い、速やかに医療機関等の関係機関と連携して援助を行う。自殺しないということを約束することも重要である。

そのほか、病状としてももの見方が否定的、悲観的に偏ってしまっているため、重大な決定は状態が回復するまで決してしないことを告げる。

#### ○授乳期には必要があれば断乳の支援

母乳は精神安定剤ではやめる必要はない。しかし、抗うつ薬については、欧米ではほとんど乳幼児への悪影響はなく断乳の必要もないとされているが、日本ではまだ一般的には認知されていない現状である。断乳する場合は、母の思いを十分受け止めながら細やかに指導する。

### ③ アルコール依存症

できるだけ治療早期から、本人ならびに家族に対し、①病気の知識の伝達、②アルコール依存症を受け入れる、③断酒への動機づけと持続のための具体的方法の確立、を理解してもらうよう働きかける。家族の苦悩と混乱、怒りを和らげ、病気を受け入れやすくするためにも、できるだけ家族



の治療への参加を促すことが重要である。

○治療に結びつける

誰が飲酒問題を支えているのかどうかの見極めをする。家族の中で飲酒問題を支えている支え手（イネイブラー）が、自分の問題に気づき、飲酒問題から手を放すことができるように働きかけることで、依存症のある養育者が困り治療に結びつくことができる。①飲み方の異常は病気である、②専門的な治療が必要である、③治療により回復が可能、そのためには、④断酒が必要の4点で説明をする。

○子どもの安全確認と保護を最優先に

子どもは、世話がされずにネグレクトであったり、身体的暴力を受けていることがあり、安全を確認し、必要時には子どもの保護に向けて支援を行う。依存症ではなく問題飲酒でも身体的虐待を受けることがあり、家庭訪問で飲酒状態を把握する。

#### ④ 人格障害

支援者によって養育者が話す内容が異なったり、要求が異なって関係機関の信頼関係が害されることがあり、役割分担の明確化と情報の共有に心がけておく。また、支援する側が疲弊することがよくあり、チームで対応できるよう、また支援者のサポートを行うよう体制を整えるとともに、スーパーバイズできる人を確保する必要がある。さらに、暴力的な養育者もあり上司まであげて組織としての対応が行えるように体制を整える必要がある。

○基本的には生活を支持するように支援を行う

生活上の負担や対人関係、家族関係の悩み事に対する生活上の指導や調整が重要な役割である。また、問題行動に至るプロセスや背景を把握し防止するよう働きかける。暴力は対人関係の失敗がきっかけであったり、自傷行為は他者を操作し周囲の関心を集めたいことが背景であることが多い。

近すぎず（期待しすぎる、振り回される）遠すぎず（変化が認められにくい）、本人と同じレベルで見守る。

○援助の枠組みやルールを明確にする

対応できる時間、援助の内容などについて、できることとできないことを明確にする。

長時間の電話を受けることがよくあるが、何を求めているか聞きながら、同時に自分たちのできることはここまでという限界をはっきりと相手に伝える。

○援助の目標を共有する

できるだけ本人の悩みや困っていることに焦点を当てて目標を設定する。生活面や経済上の困難を、援助・調整することが有効である場合が多い。

アプローチの目標を、子育てが大変なら他の親戚の応援を求めるとか、他の負担になることをさげるとか本人にできる工夫をしてもらう。過剰に援助すると依存心を助長する。援助の目標は自分の強さやコントロール力を高めることである。

○責任範囲を明確にする

基本的に「本人の行動の責任は本人にある」という姿勢を維持する。

また、基本的に、自分で責任のとれないことや本来の業務を超えることは請け負わない。要求が多く振り回されるときは、自分たちの業務の枠を超えているのでこのようなことが維持できるわけなく「少なめの助けて耐え抜ける力をつけてほしい」ということを、不安が多くない時期に告げておく。

○支援者のコントロールできる範囲のことをする。

支援者の安全感が脅かされるようなことはしない。無理をしない。

そのほか、秘密を求められることがある。境界性人格障害は特に、対人関係や自分の体験がスプ

リットしていることに直面することをさけるため、特別に親密な関係を求めることがある。秘密にすると約束しても、関与の目的や原則を説明しながら、「あなたを援助するためには最低限の情報を他の支援者と共有することが必要」と自信を持っていうことが必要である。秘密にすると支援者が孤立し苦しくなるばかりか、かえって本人の猜疑心をふくらませてしまうこともある。

## 6 子どもへの影響と関わり

### (1) 子どもへの影響

養育者は長期間精神疾患を患っていることが多く、その養育者と生活をしている子どもが被っている心身の影響も、恐らく長期間に亘っていることが考えられる。子どもの人格形成への影響は大きいものがある。

#### ① 統合失調症

子どもへの影響としては、治療が適切になされ病状が安定している場合は問題はない。しかし、未治療の場合、また病状が安定していない場合は、養育が困難でネグレクトが危惧される場合もある。また、共感性が乏しかったりすると発達の遅れ等の問題が生じることがある。

#### ② うつ病

子どもの世話ができずにネグレクトとなる場合がある。子どものところに及ぼす影響も大きいとされ、長じてから自殺が多いという報告もある。

#### ③ アルコール依存症

アルコール依存症の最大の犠牲者は子どもたちといわれるように、子どもへの影響は大きく、以下のようにさまざまなことが考えられる。

##### ○父親が依存症の場合

- ・身体的虐待が多い／重症度が高い
- ・夫婦間暴力の目撃者となって、心理的虐待も受ける（見えない暴力）
- ・母親のぐち、「お前さえいなければ離婚する」等の心理的被害
- ・母親が家出、離婚した後に女兒が性的虐待の被害者となることもある

##### ○母親が依存症の場合

- ・食事の支度をしない、世話をしないなどのネグレクトが多い
- ・だらしない母親、父親の悪口、子どもへの暴言や攻撃で心理的虐待を受ける
- ・乳幼児は身体的虐待もある

また、子ども時代に良い子となるように自分を押しつけて育った人が、大人になると対人関係や社会適応の困難をきっかけに抑鬱状態や神経症などの問題を抱え、アダルトチルドレン（Adult Children：AC）と呼ばれることもある。

#### ④ 人格障害

養育者が人格障害であった場合、その衝動性や感情不安定性のために、直接加害的に子どもを虐待してしまうことが多い。また、子どもに養育者の自傷行為や他害行為を目撃させることや、情緒的要求に充分応じられないことによる子どもの人格発達への悪影響は大きい。

そのほか、子どもと養育者の果たす役割が逆転し、子どもが年齢にそぐわない監護者の役割を果たしていることもある。

## (2) 子どもへの関わり

(1) のようにさまざまな影響が考えられるが、明確に身体的虐待やネグレクトで分離が必要とされる場合を除き、慢性的なネグレクトや心理的虐待の場合、在宅で推移し子どもが大きくなるにつれ問題行動が多くなり支援に悩むことは多い。養育者に精神保健福祉の問題がある場合、乳幼児期に子どもへの将来的影響を予測したうえで、援助方針を立てる必要がある。ていねいに養育者の子育てを支援していくことが子どもへの影響を軽減する。

また、子どもに対しては、遊びの中から友人を作るといった社会的経験を十分積むように関わることで、養育者の問題を乗り越える力を持てるよう関わる必要がある。

養育者に入院しての治療が必要となった場合、子どもに対して「親の体調が悪いから入院する」きちんと説明を行う。虐待を受けている子どもは自己イメージが低いことが多く、「自分のせいで、親が入院することになった」と自分自身を責めがちになるからである。きちんと「あなた(子ども)は悪くない」と言葉にして伝えることが大切である。

養育者への適切な治療とともに、子どもの問題行動などを解決し子どもの状態がよくなることにより養育者の病状も改善することがあることから、子どもの問題行動への援助も並行して行っていく必要がある。

## 7 機関との連携

### (1) 医療機関との連携

#### ① 養育者を医療につなげる

精神疾患があっても服薬がきちんとなされ症状が落ち着いていれば、新たに医療につなげる必要はない。医療につなげる必要があるのは未治療の統合失調症、うつ病等であり、疾病そのものの症状に加え、家庭内や子育ての状況、問題に対する解決能力等から受診の必要性を判断する。

養育者へ医療機関の紹介を行い受診につなげるが、病状(アルコール・覚醒剤・その他)によっては、医療機関の専門性、通院の利便性等を考慮して適切な医療機関へつなげる必要がある。また、精神保健福祉相談員との連携や精神科診療所、病院のケースワーカーとの連携は必要不可欠である。

医療につなげることが困難な場合は、不眠や身体の不調を訴えた時などの機会に紹介を行う。しかし、養育者だけあるいは家族だけでは受診につながらないことがあるので、必要に応じて受診に同伴し、確実に治療につながるように配慮する。

また、子育ての大切さ、生活リズムの必要性や子どもの事で困っていることなどを理由に養育者に治療の必要性を説明すると受診につながりやすい。

精神症状があるのに病気を認めない場合等の対応は、本人との信頼関係がえられる人から、医療の必要性を説明してもらう。また、治療導入への協力者をみつけるなど工夫がいる。必要に応じて保健所・在宅医の往診などの利用法もある。

#### ② 養育者の状況を医療に伝える(主治医との連絡調整)

養育者に適切な医療を提供するためにも、子育てや日頃の生活の状況など家族全体の状況について主治医に情報を提供する。また、本人の服薬状況など治療の状態を伝えるとともに、主治医には虐待、養育者の育児の大変さへの認識を持ってもらう。特にネグレクトの状況については具体的に伝えることが大切である。

養育者の育児の負担度が大きく分離が必要と考えられるときは、主治医に、養育者と子どもの分離の要否、期間などについて意見をもらっておく必要がある。

#### ③ 関係機関の役割や情報を医療にも伝える

養育負担の軽減のために、医療をチームに入れた関係者の連携が必要不可欠である。関係機関へも、育児支援の協力のためのネットワークと治療について理解をしてもらうよう連絡調整を担う。

## (2) 医療機関以外の機関との調整、導入

養育者が治療に専念してもらうため、医療状況（服薬内容、治療の効果、副作用など）について把握し、関係機関とのカンファレンスを行い、支援方法を検討するとともに役割分担を明確にする。長期的な育児支援のためにも定期的カンファレンスは開催し、養育者には社会資源の情報を提供して、日常生活適応力や社会性を身につけてもらうよう働きかけていく。

養育者への社会資源としては、精神保健福祉手帳の取得による精神障害者ホームヘルパーの利用や、訪問看護師の利用、保育所の利用ができるなど、生活支援を支援する援助を具体的に伝える。必要時には一緒に行動して申請などを行う。

## 8 関係機関のネットワークによる関わり

### (1) 関係機関への関わりの視点

虐待防止・再発予防対策の視点で子どもの安全を確保するためには一機関や一職種の関与で完結できるものではないことから、親子に関わる多分野の関係機関が、積極的に連携し、協働することが必須である。特に養育者に精神保健福祉の問題が考えられる事例において、支援者は養育者の治療へのつなぎや対応に注意が向けられ、子どもの心身の安全への配慮を怠りがちである。養育者の育児能力、共感性の乏しさ、強迫的な育児観等についても養育問題としてアプローチする必要がある。

さらに必要ことは、関係する機関が、そのような養育者から育児をうける子どもは、長期的、慢性的なネグレクトであるとして認識することである。心理的虐待、身体的虐待などの重複する虐待を含め、その重症度を見極めるためにも、小児科医や心理職等の専門職の関与が必要である。

密接に関わっている関係者でも気づき難い、子どもに重い心理的虐待が潜んでいる可能性も視野に入れ、保健師は関係機関ネットワークを充実させるために医療職のコーディネイトを行う。また、ファミリーケアの視点から家族一人ひとりの心身の健康問題や生活の変化に注目し、その家族力動の中で生じている課題として支援計画をたてる。

### (2) 関係機関によるケースカンファレンスと機関の役割・検討のポイント

#### ① ケースカンファレンスの目的

○精神保健福祉の問題がある事例においては、ややもすると養育問題としてのみでとらえられがちであるが、子ども虐待の視点からの共通認識を持つ。

機関や相手により話す内容が異なったり、関係者が振り回されるケースなどにおいても、関わっている機関が同席する情報交換から全体像を見極め、予後を予測し支援方針を検討する。

○重症度と長期的支援方針を検討し、支援状況の進捗を管理する。児童相談所は虐待支援の中核機関であるが、児童相談所と連携し市町村虐待防止ネットワークの中核機関（市町村で子ども虐待を扱う部署、たとえば家庭児童相談室等）がケースカンファレンスを組織的・継続的に開催し、支援方針に基づく各機関の進捗状況を管理する。

○関係各機関・職種の間で機能や役割を共通認識し、役割を補完し合う。

#### ② 参加者

望ましい参加者は以下のとおりである。

##### ○医療機関

・精神科の主治医、ケースワーカー、心理士等

養育者の病的状態、病状の変化を長期的視点で的確に捉える必要があるため、参画が不可