

欠である。

精神科を専門とする保健所医師がいくつかの保健所の圏域単位で、カンファレンス等に参加し、スーパーバイズするなどの工夫をしているところがある。

- ・小児科医、心理士、看護師等

子どもの心身の健康状態を専門的、客観的アセスメントをする。

#### ○保健機関

- ・精神保健嘱託医

主治医が無い場合や医療につながり難いケースについて、状態像の情報から勘案して専門的立場から病状・予後等の助言をする。

- ・精神保健福祉相談員

養育者の相談にのり、精神保健嘱託医への相談をコーディネートし医療へのつなぎを行う。

- ・保健師

家庭訪問や面談を通して家族像を把握し、具体的育児相談の立場で親支援と子どもの心身の健康状態の把握とリスクのアセスメントを行う。また、医療機関とのコーディネートを行う。

#### ○福祉機関

- ・児童相談所児童福祉司

中度以上の虐待には関わりをもつ。重症度の判断やカンファレンスでの関係者へのスーパーバイズを行う。親子分離の判断と緊急一時保護の必要性を養育者と子に説明し、子どもを保護する。

- ・家庭児童相談室相談員（市町村により名称は異なる）

子ども虐待の窓口であり、在宅支援を行っているところがある。児童相談所と連携し支援状況の進捗管理を行う。

- ・保育所保育士

子どもの心身の健康を観察し問題の早期把握や、また養育者や家庭の状況の変化や気にかかる問題があれば、ネットワークの中核へつなぐ。

- ・精神障害者ホームヘルパー

生活に密着した関わりが多いことから、担当者へは事前に専門職からケースへの関わり方や養育者との距離のとりかた等、基本的で具体的な助言が必要である。

#### ○教育機関

- ・幼稚園・小・中学校関係者

子どもの心身の健康観察とともに養育者や家庭の状況の変化や気にかかる問題があれば、ネットワークの中核へつなぐ。

#### ○その他

- ・主任児童委員・民生児童委員・各種ボランティア

生活の場での見守りの役割を期待するが、担当者へは事前に専門家によるケースへの関わり方について基本的で具体的な助言が必要である。

#### ○養育者の参加

アルコール依存症や薬物乱用など養育者が関係機関カンファレンスに参加しているところもある。養育者の問題によっては、参加できるように配慮を行う。

### (3) 検討のポイント

#### ① 親子分離を要する事例について

- ・分離の必要性についての理由を共通に認識し、親子への説明は児童相談所が行う。
- ・子どもが施設入所しているなど長期に継続して支援している事例では、見守りが希薄になりコーディネーターの存在も曖昧になりやすい。長期的見通しを持ち定期的にケースカンファレンスを行い、役割を見直すこと確認しておく。

② きょうだいのある事例

- ・特に多子の事例は、関わる機関が多くなり情報も煩雑になりやすい。中核になる機関を明確にし、情報整理をより木目こまやかにを行い、子ども一人ひとりの健康状態を把握する。

③ ファミリーケアの視点

- ・家族の健康問題や家族関係の変化にも注目して、それに伴う子どもの心身の状況に留意することが必要である。
- ・膠着した事例においては、子どもの心理的ケアを積極的に配慮する。

## 9 まとめ

養育者の精神保健福祉の問題は多岐にわたる。しかし、養育者を必要に応じ治療に結びつけ、日常生活を支援することで子どもに及ぼす影響を最小限に食い止めることができる。養育者が自尊心を持ち”親”となるよう、また子どもが子どもとして育っていくよう、長期的予後を予測し予防的に関わることはまさしく公衆衛生の役割であり、保健機関は積極的に養育者の精神保健福祉の問題に関わる必要がある。

① 保健機関は医療機関と関係機関との連携のパイプ役

養育者を精神保健福祉相談員と連携して医療につなげることはもちろんのこと、疾患に関する知識を持ち、医師と情報交換ができる保健師は、積極的に児童相談所等関係機関との連携のパイプ役を担うことが重要である。また、支援が膠着状態に陥ることも多く、関係機関によってみせる養育者の状況が異なることもあり、関係機関カンファレンスには精神科医の視点が必要となる。医師のカンファレンスへの導入や、出席できない場合には医師の意見を伝えたり、反対にカンファレンスの意見を医師につたえ、養育者の治療に反映を図る。

② 在宅での状況把握と支援を確実に

在宅支援においては、ストレスをできるだけ少なくするよう配偶者やその他の家族との調整、また育児の負担を軽減するための保育所の入所など生活のサポートが重要である。精神疾患のある養育者に積極的に関わり、養育者のストレス、育児の負担等を見極め、生活の安定を図るよう社会資源をコーディネートする。そのため、服薬状況や病状の把握などを確実に行うことができるよう、精神保健福祉の問題に関する研修が必要である。

③ 子どものこころへの影響を重要視し、養育問題から踏み込んで虐待事例ととらえる視点が重要

保健師は母のストレスや負担等に寄り添うあまり、養育問題として虐待の視点でアプローチしていないことがある。精神事例の虐待重症度の見極めの困難さはあるが、子どもに起こりうることを予測し予防的に支援するのは公衆衛生の役割である。関係機関に予測できる重症度について十分伝えることが、支援の膠着を来さないためにも必要である。特に乳幼児を持つ家庭の親子の見守り、アセスメントは保健師の役割として重要である。

④ 支援は長期に及ぶことから危機を予測した支援を行う

疾患が慢性であり、あるいは治療効果が上がらない疾患もあることから、援助のゴール設定が難しく支援が長期化することが多い。ライフイベントを予測しメリハリのある長期支援計画を立てる必要がある。

保健師の交代もよく起こるが、同伴訪問での引き継ぎに加え、膠着状態に陥っている親子では危機感が伝わりにくいこともあるので、過去に起こった危機を生言葉で必ず伝え

る等の工夫を行う。

#### ⑤ ハイリスク把握と予防的支援を行う

精神疾患がある場合、病識を持たず支援を求めてこないことが多い。乳幼児健診では必ず未受診者の把握を行い、家庭訪問も積極的に行っていく必要がある。また、副作用交付、各種申請の窓口等も利用し、要支援者の把握に努める。産科等の周産期医療機関等医療機関から要支援者の情報が保健機関に提供され、支援が行われるシステムの構築も必要である。

#### ⑥ 精神疾患がある養育者に支援できる資源の開拓

子育てに配慮した関わりのできる精神科医療機関は多いとはいえ、積極的に事例検討会等に参加を求め理解を深めてもらうなど、理解のできる医療機関の開拓につとめる必要がある。

また、うつ病など治療の見通しが短期間でできる疾病や、慢性期の統合失調症など育児の負担や生活のストレスを軽減する必要があるときに、一時的に子どもを預けることができるところを確保することは効果的である。家族等の支援を確保するとともに、一時的に親子の負担をとるレスパイト機能のある資源を確保するよう関係機関等に働きかけることも必要であろう。

### 【参 考】

#### 1. 統合失調症（精神分裂病）

##### （1）統合失調症とは

英語の病名Schizophreniaが「精神分裂病」と訳されていたが、「精神それ自体の分裂」と解されることが多く、誤解や偏見を助長する傾向があった。平成14年8月、日本精神神経学会は、「統合失調症」という呼称に変更することを発表し、その後、厚生労働省も正式名称とすることを決定した。

主として青年期に発病し、しばしば、幻覚・妄想・自我意識障害およびそれらに基づく行動異常を示す疾患である。比較的短期間に軽快するものもあるが、多くは、症状の増悪と寛解を繰り返す。一部は、人格の変化を来し、自発性が低下し、社会生活が困難になる。

発生頻度は、世界中、時代を問わず発生し、性差はない。年間発生率は人口1万対2～3人、有病率は0.2～0.9%、発病危険率は0.7～0.8%といわれている。原因不明であるが、発症には、生物学的、心理的、社会的要因がさまざまにかかわると、考えられている。

##### （2）症状と診断

特異的な身体所見や意識障害・記憶障害あるいは知能障害などを認めず、器質的な病変を示唆するものがない。したがって、症候の診かたにあげるような、特異な思考、知覚、感情意欲、行動の障害など一連の特徴的な精神症状があり、発病初期または慢性期には、社会的接触を忌避して孤立・自閉的などといった生活態度の変化をみることが多く、急性期には精神運動興奮や顕著な陽性症状をみるというような、経過や転帰のありかたを考慮して診断されている。

##### <症状>

##### ①思考障害

##### ・思考内容の異常＝「妄想」

不合理なのに強く確信していて、まわりから指摘されても訂正不能。

被害妄想、関係妄想、追跡妄想、注察妄想、誇大妄想、血統妄想など。

##### ・思考進行の異常

連合弛緩、滅裂思考、思考途絶。

## ②知覚障害

幻覚：実際には存在しないものを存在するかのよう知覚する。  
幻聴、幻視、体感幻覚など。

## ③自我意識障害

- ・離人体験：自分が行動している実感がない、外界の知覚がピンと来ない。
- ・作為体験：他の何者かによって、させられ、影響され、操られると感ずる。
- ・思考吹入、思考奪取、考想化声など。

## ④感情障害

感情鈍麻：感情に乏しくなり、周囲に対し、感情的反応がなくなる。

## ⑤自閉

\*陽性症状と陰性症状の考え方

陽性症状：幻覚、妄想、興奮など。

陰性症状：感情鈍麻、無為、自閉、自発性低下など。

## <病型>

- ①破瓜型（解体型）：意欲減退、独語、奇妙な行動など。
- ②緊張型：緊張病性興奮と緊張病性昏迷（外界の状況は認識されているが自発的行動が低下している）、拒絶症。
- ③妄想型：頑固な妄想が前景に立つ。
- ④単純型：陰性症状がゆっくりと進行する。
- ⑤残遺型：過去には、陽性症状があっても現在は陰性症状が中心となっている。
- ⑥鑑別不能型

## (3) 経過と予後

多様で、発症時期・病型・治療・リハビリテーション・生活環境などの違いによっても影響を受ける。薬物療法の進歩、開放的環境での治療により、重症例は減少してきている。

急性期からの回復過程としては、いきなり回復するのではなく、消耗期（疲労期）を経て回復期に至る。消耗期に、抑うつ状態となることもあるが、この時期は、「急性期で使い果たしたエネルギーを蓄えなおしている時期」と考えられ、焦らずに十分休息をとることが大切である。

## (4) 治療

### ① 薬物療法

抗精神病薬（強力精神安定剤）は、クロルプロマジン・ハロペリドール・スルピリドなどが代表的であるが、急性期での治療効果と慢性期での再発防止効果がある。従来の抗精神病薬は陰性症状への効果が弱く、錐体外路系副作用が強かったが、近年これらを改善した薬物が開発され、「非定型抗精神病薬」と呼ばれている。現在日本で発売されているものは、リスペリドン（リスパダール）・オランザピン（ジプレキサ）・クエチアピン（セロクエル）・ペロスピロン（ルーラン）である。

### ② 精神療法・・・現実生活での具体的支援、現実検討力の改善

### ③ リハビリテーション・・・レクリエーション、作業療法、生活技能訓練（SST）など。

## 2. うつ病

### (1) うつ病とは

うつ病は誰にでも発症しうる病気で、決して性格的な弱さだけに起因するものではないとされている。脳の働きが一時的に低下してしまうbrain disorderといえる。何らかの体質的素因（脳内アミン代謝系や視床下部下垂体系の何らかの脆弱性）、心因（性格特徴、環境要因）、身体因（身体疾患

と、妊娠、出産、月経、思春期、更年期、老年期などの生理的な変化も）などが絡み合っただけで発症するものと考えられる。

大うつ病の生涯有病率は女性で10～25%、男性で5～12%とされている。また新しい報告になればなるほど高い有病率になっている傾向がある。いかなる年齢でも発症するが、発症の平均年齢は20歳台半ばであるという報告がある。

うつの症状として家事が行えず、周りからの具体的な援助もないと、子どもの年齢が低い程結果的にネグレクトになり、最悪の場合には、(母親の役割を果たせていない) 自責感や(これからも果たせないという) 将来に対する悲観的な考えから希望を失い、子どもを巻き込んでの自殺の危険も考えられる。

## (2) 症状と診断

うつ病とは、かつてはそううつ病の一部、そううつ病のなかのうつ病相を示す患者に対して、あるいはうつ病相そのものを指した。しかし徐々に、単極性のうつ病(うつ病だけ発症、大うつ病)とそううつ病(そう病とうつ病両方発症、双極性障害)を分けて考える考え方が主流になってきた。ただし、発症時に(単極性)うつ病と診断された人の5～20%で経過中に双極性を示すようになると言われていて、単純に分けられない面もある。典型例以外の軽症例、辺縁・境界的症例の診断にはそれぞれの現場の精神科医にもいろいろな考え方があり、以下に主な2つの分類をあげる。日本では日常の臨床では十分利用されているとはいえない。

DSM-IV (最も精神医学の世界で使われている国際的な診断基準)

### (1) うつ病性障害

- ①大うつ病性障害(うつ病のエピソードが1回か、反復性も)
- ①気分変調性障害(軽いうつ状態が2年以上持続している)

### (2) 双極性障害

- ①双極Ⅰ型障害(1回あるいは複数回の躁病か、そう病とうつ病と両方のエピソード)
- ②双極Ⅱ型障害(軽躁病のエピソードを伴う反復性のうつ病のエピソード)
- ③気分循環性障害(軽いそう病のエピソードが2年以上持続している)

日本における伝統的な病因によるうつ病の分類

### ①内因性うつ病

外的な要因がなく、いわゆる目覚まし時計の原理に従って、自律的に発病し経過し、うつ病の中核的なものとして考えられている

### ②反応性うつ病

心因性とも言われ、かなりのショックな出来事や挫折体験や喪失体験などの外的要因が明らかな場合で、イライラして愚痴っぽく他責的で、一時的には気晴らしができたり、うれしい気持ちになったり笑ったりもできる

### ③神経症性うつ病

神経症性の葛藤が認められるうつで、未熟、依存的などの性格的問題があると考えられる

我が国においては上記のように分類する方法があったが、一見内因性と考えられるものでも、引き金となるような体験があったりして、心因性との区別がはっきりしなかったり、神経症性という概念があいまいであったり、内因性うつ病が慢性化に伴い神経症化したり、心因性をおびていったりと、この分け方も理想的なものとは言えない。

臨床の現場ではそれぞれの医師が場合によって色々な分類を使い分けているのが実情と思われる。

<症状>

I 精神症状

①意欲、気力の減退、②興味、喜びの減退、③能率の低下、④その他（憂うつ気分、無力感、自責感、自信喪失、不安、悲哀感、寂寥感、自殺念慮、焦燥感、易怒状態など）

II 身体症状

①睡眠障害、②食欲減退、体重減少、③倦怠感、④その他（頭痛、頭重、胸内苦悶、寝汗、性欲減退など）

III 日内変動（精神症状も身体症状も朝が最も悪く、夕方から楽になる）

以上のような症状を総合的にみて、病的なうつであるときちんと診断がつけばうつ病となり、まだきちんと診断するには到っていない段階では、うつ状態と表現される。

臨床の場では、精神症状、身体症状とも日内変動を伴って①～③の症状がそろっている場合に（中核的な）うつ病と診断される。また、極期であったり、重症であったりするほど、自分の状態の悪さを否認したり（いわゆる病識のない状態である）、あるいは症状の程度を少なめに申告したりすることがある。

（3）経過と予後

羅病期間は4～9ヶ月以上と長期で、なかには2年ないしはそれ以上うつ病エピソードが続いている人が5～10%にもなるとされている。また、大うつ病の50～80%がその後一回は再発すると言われるほど再燃や再発の多い慢性再発性疾患で、早期に適切な治療を開始し、注意深く経過を観ていくことが必要である。そして重症の大うつ病性障害を持つ人の15%もが自殺により死亡すると言われる。重症でなくてもうつ病の経過のどの時期でも自殺の可能性がある（特に回復期）、その点でも注意が必要である。また他の精神疾患、特にパニック障害、強迫性障害、摂食障害、境界性人格障害との併発も多くみられ、その場合には、より複雑な病状となり対応や診断も難しくなる。

（4）治療

うつ病、うつ状態の治療としては、抗うつ薬などの薬物療法が中心で同時に十分な休養が必要である。再燃・再発防止のためには、うつ病寛解後少なくとも6ヶ月間は抗うつ薬を減量せずに続けたほうが安全であるとされている。

① 薬物療法

ごく軽度の場合は、抗うつ作用のある抗不安薬や睡眠導入薬のみで1週間程度様子を見る場合もあるが、主体は抗うつ薬で、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）のルボックスが代表的である。不眠が顕著だとレンドルミン、エバミール、ロヒプノールなどが使われる。

② 休養

十分な休養が必要であり、そのため、うつ病は本人には直接の責任のない医学的な病気の状態であること（「あなたは悪くない」）、十分な休養と適切な治療によって必ず回復するのでこれ以上がんばってはいけないことを約束してもらう。

【参考 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。重症例は抗うつ剤等の精神科治療が必要

頻 度：産婦の10～20%に出現する。このうちの1～2割は重症といわれる  
留 意 点：マタニティブルーズと産後うつ病を混同しない

(地域保健における虐待予防マニュアルより)

うつ病の既往歴があれば産後うつ病の発症率は25%、初回分娩後に発症すると次回出産時に再発するリスクは50%と高く注意を要する。

治療は薬物療法が中心であり、欧米では、抗うつ薬では殆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、日本では一致した見解はない。乳児期早期を過ぎると血液中に蓄積する可能性は少ないとも言われている。児の血中で抗うつ薬が検出された場合は断乳が必要であり、母の思いを十分受け止めながら断乳の指導を行う。

#### 4. アルコール依存症

##### (1) アルコール依存症とは

我が国には少なく見積もっても、240万人のアルコール依存症患者がいて推計されている。従来は中年男性に限られていたが、近年は若年、女性、高齢者と多様化が進んでいる。アルコール依存症の中核にある病態は、飲酒に対するコントロール(過剰摂取抑制)障害であり、自分の飲酒問題を否認することが多いので(「否認の病気」、家族や職場関係者などから情報を得る必要がある。専門治療を望まない養育者を、いかに治療に結びつけるかが鍵となる。

##### (2) 症状と診断

診断のポイントとしては、

###### ①アルコールに対する耐性形成

飲酒量が増え、1日のうちの酩酊時間が長くなり、自分の飲酒を抑制できない。長い時間をかけても酒(アルコール)を買いに行くなど強い飲酒欲求がある。

###### ②離脱症状

飲酒中止から数日後に出現する後期離脱症候群(振戦せん妄)以外に、離脱後7から24時間の早期に出現する早期離脱症候群(①不安、焦燥感、抑鬱気分などの不快感情、②悪心、嘔吐などの自律神経症状、③振戦、④一過性幻覚症、けいれん発作)がある。こうした早期離脱症状の軽減の目的で飲酒するようになり、朝酒、昼酒が常習化する。

###### ③アルコール関連身体症状

肝障害(70-80%)、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病など

##### (3) 治療

最終目標は断酒を前提とした社会適応である。

###### ①離脱期

早期離脱症候群に対して、セルシン、ロヒピノール、レンドルミン等の服薬、後期離脱症候群に対してはセルシンの静注など。

###### ②脱習慣期(リハビリテーション期)

意志を強く持って断酒することには限界があり、孤独感から抜け出し断酒を継続するために断酒会、AA(Alcoholics Anonymous)の集団を利用することがよい。抗酒薬ノックビンなどを併用することも有用である。

#### 5. 人格障害

##### (1) 人格障害とは

人格障害は、ICD-10において「いくつかの根深く、持続的な行動のタイプを含んでいる。この行動のタイプとは社会的状況に対する個人の柔軟性を欠く広範な反応パターンである。これらのタイプは、個々の文化における平均的な個人の感じ方、考え方、他者との関わり方から、極端に相違し

偏っている。そしてこれらは変化を受け付けず、行動面および心理機能の多くの側面に影響を及ぼす性質がある。また、常にはではないが、しばしばさまざまな程度の主観的苦痛や社会的機能の障害を伴っている」と定義されている。また、DSM - IVにおける「人格障害の全般的診断基準」では、下記のように定められている。

#### 人格障害の全般的診断基準 (DSM-IV)

人格障害を診断するには、以下の条件を満たすことが必要である。

- A. その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った内的体験及び行動の持続的パターンであり、それは以下の領域の2つ（またはそれ以上）の領域に表れる。
  - (1) 認知（自己、他者および出来事を知覚し解釈する仕方）。
  - (2) 感情（情動反応の広がり、強さ、不安定性さ、適切さ）。
  - (3) 対人関係機能
  - (4) 衝動コントロール
- B. その持続的パターンには柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっている。
- C. その持続的パターンによって、臨床的に明らかな苦痛、または社会的、職業的もしくは他の重要な領域における機能障害を引き起こしている。
- D. そのパターンは長期間安定して持続しており、その始まりは遅くとも青年期または小児期早期にまでさかのぼることができる。
- E. その持続的パターンは、他の精神疾患の現れ、その結果ではうまく説明されない。
- F. その持続的パターンは、薬物（例薬物乱用や投薬）の作用や一般身体疾患（例えば頭部外傷）の直接的な作用によるものでない。

要するに、自己やものごとについてのとらえ方が通常のパターンからは大きく偏っており、自己の感情や行動をコントロールすることが困難なために、広い範囲にわたる対人関係や社会生活上の困難を、長期にわたり持続的に示す障害、として理解することができる。

有病率は、6～9%とされているが、時代や地域・文化などによってかなりの変動がある。また、人格障害は、遺伝要因や気質などの生物学的要因と、家庭・社会などの環境要因の相互作用によって顕在化すると考えられている。

#### (2) 診断または見立て

DSM-IVでは、妄想性人格障害・分裂病質人格障害・分裂病型人格障害・反社会性人格障害・境界性人格障害・演技性人格障害・自己愛性人格障害・回避性人格障害・依存性人格障害・強迫性人格障害などの類型が示されているが、類型間重複やうつ病など他の精神障害との併存も多い。よって、援助の際には、「人格障害」およびそれに準じた対応が必要な人なのかどうかを、大雑把にでも把握することが重要である。

人格障害の診断のためには、さまざまな人格検査や構造化診断面接法などがあるが、通常精神科臨床においては、患者の訴えを聴くとともに行動や態度を観察し、患者の周辺から幅広く情報を収集し、総合的に診断しているのが実状である。地域保健における虐待事例援助場面においても、継続的にさまざまな角度からの情報収集が必要であり、そのための機関連携は不可欠である。これらの情報は、今後の虐待状況を予測するためにも有効である。

#### どのような情報が必要か？

- ①現在の生活機能の把握：家事機能、夫婦関係、養育機能、近隣や親族との関係など
- ②身体疾患や身体症状の把握：慢性的な身体の不調を抱えている場合が多い
- ③精神疾患や精神症状の把握：受診歴・入院歴・服薬の有無など
  - ・診断名よりも、本人や周囲が困っている症状を具体的に特定することが重要



- ・治療機関でどのような説明を受けているか。本人がどのように理解しているのか
- ④治療の中断の有無とその理由。これまでの援助に対する姿勢など

#### 情報収集のためのポイント

- ①様々な側面からの情報収集：場面や状況・相手により言動が異なることがある
- ②行動パターンの大まかな把握
- ・何がストレスになるのか？どの程度のストレスで、どのような行動をとるのか？

### (3) 予後、一般経過

診断が下されても必ずしも治療に結びつかないのが人格障害であり、本人の治療意欲が治療開始の前提になる。予後、一般経過では、反社会性人格障害や境界性人格障害は、思春期に発症後年齢を重ねると、治るというわけではないが徐々に改善することもある。薬物治療の効果が期待されることもある。

### (4) 治療および援助

現在精神科臨床では、併存する精神症状や感情の不安定性・衝動性に対する薬物療法や、支持的  
精神療法・認知療法・対人関係療法や集団療法など、さまざまな技法を組み合わせた治療が実践  
されている。これらの治療効果も徐々に集積されつつあるが、効果が現れるまでには、長期的で柔軟  
な援助と本人の協力が不可欠であるとされている。よって、地域保健における援助においても、短  
期的な改善を期待するより、援助をいかに継続させるかを目指すほうが現実的である。

人格障害の援助においては、援助目標を共有することやルールの取り決めなど、援助の枠組み作  
りがとても重要である。援助の枠組みは、しばしば本人の側から破られるのであるが、何度も繰り  
返し設定しなおしては確認していく作業が必要であり、そのこと自体が治療的に働く。また、その  
人が抱える生活上の負担や悩みを共有し、援助することも有効であるといわれている。

#### <参考文献>

- ・ American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washinton,DC,1994.
- ・ 林 直樹著：人格障害の臨床評価と治療。金剛出版，2002。
- ・ Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock : Pocket Handbook of Clinical Psychiatry Second Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 1996. 融道男，岩脇淳監訳
- ・ 臨床精神医学ハンドブック：DSM-IV診断基準による診療の手引き。医学書院MYW，1997。
- ・ WHO : The ICD-10 Classification of Manual and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993. 中根允文，岡崎祐士，藤原妙子訳
- ・ ICD-10精神および行動の障害：RDC研究用診断基準。医学書院，1994。
- ・ 今日の診療Vol 1 2。医学書院。2002。
- ・ Helfer,Kemp,Krugman : The Battered Child Fifth Edition.The University of Chicago Press,Chicago,1997。
- ・ 英国保健省・内務省・教育雇用省：ワーキング・トゥギャザー。医学書院,2002.松本伊知朗、屋代道子訳
- ・ ブライアン・コービー：子ども虐待の歴史と理論。明石書店,2002.萩原重夫訳
- ・ シンディー・L・ミラー・ペリン、ロビン・D・ペリン：子ども虐待問題の理論と研究。明石書店。2003.伊藤友里訳
- ・ 佐藤拓代：子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル。厚生労働科学研究地域保健における子どもの虐待の予防・早期発見・援助に係る研究平成13年度研究報告書。2002。 .

## 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

### 1 はじめに

将来虐待となることが危惧される親子関係や家族の状況、また子育て環境等を早期に把握し、保健師等が家庭訪問等により援助を行うことが虐待を予防するために必要であり、周産期等から虐待のリスクが高い親子をもれなく把握し援助につなげていくシステムを構築する必要がある。そこで先進的に医療機関と保健機関が連携して虐待予防に取り組んでいる徳島県、兵庫県、石川県、広島市を視察し、今後のシステムのあり方を検討した。

### 2 視察機関

#### ①兵庫県「保健と医療が連携した子育てネット」

視察先：兵庫県庁、兵庫県龍野健康福祉事務所、姫路赤十字病院

#### ②徳島県「虐待予防医療・地域保健連携システム構築のための試行事業」

視察先：徳島県庁、徳島市民病院

#### ③石川県「母親のメンタルヘルス支援事業」

視察先：石川県庁、石川中央健康福祉センター、松任市石川中央病院

#### ④広島市「虐待予防のための産婦人科と連携した妊娠中からの支援」

視察先：広島市庁

### 3 内容

別表1のとおりである。それぞれの機関の印象・まとめは次のとおりである。

#### ①兵庫県

システムは別表2のとおりであり、事業は政令市を含めた兵庫県全域で行っており、管内の医療機関への説明は保健所が行っていた。また、隣県にあっても住民が利用する医療機関は対象としていた。医療機関からの情報受理後15日以内に初期支援を開始し、乳児の「生後1か月健診」までに家庭訪問を行い「家庭訪問状況」を医療機関に返信している。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、平成14年度出生約5万人のうち、1,255件の情報が提供されていた。また、平成14年の8か月間に支援した事例から15例の虐待、447例の虐待ハイリスクが把握されていた。的確に医療機関から保健機関に情報が提供され支援が行なわれているシステムと考えられた。

#### ②徳島県

立ち上げに当たって教育機関、医療機関、助産師会、児童相談所、市町村のワーキングメンバーで検討を重ねている。システムは別表3のとおりであるが、情報提供の同意が得られなかった場合に児童相談所への情報提供がきちんと位置付けられているのが特徴といえる。

まだ連携件数が少ないとのことであったが、この事業をきっかけに医療機関は地域支援の視点が

出てきて保健師活動が認識され、保健師が頼られることが増えてきたとのことである。ハイリスク親子で具体的に医療と保健との連携が構築されたことで、その他の疾病についても連携が推進されることを示唆している。

### ③石川県

「産後うつ病」の親が児を絞め殺した事例が事業の立ち上げの誘因となった。

EPSD（エジンバラ式産後うつ病問診票）を利用して支援を要する母親を把握し、産婦一般健診で産婦人科医等が精神科医や保健福祉センターにつなげるとともに、保健師は新生児訪問や未熟児訪問で継続支援を行っていくシステムである。「産後うつ病の早期発見と支援の手引き」が産科医と保健師ために作成されている。従来の未熟児等の母子保健法に基づいた事業に加えて、本事業でさらに産科領域と保健機関との連携を強めたことで、産後うつ病を始めとしたその他の子ども虐待予防も効果的に推進されていくものと考えられる。

### ④広島市

医療機関と保健機関との連携は未熟児、障害児等で以前からあったが、その基盤の上に立ち妊娠中からの親と子どもの養育問題に焦点を広げたシステム（別表4）である。児童相談所と1年間にわたり立ち上げの準備を行っているのが特徴的である。産科領域は自由診療の分野で、妊産婦自身が妊娠分娩への意識、経済的文化的条件から分娩施設を選択していくので、市内の全産婦人科機関からとの連携を組まないことには「ハイリスク群」が把握出来ないと考えているが、予算計上がないまま2区から立ち上げた事業とのことであり、今後の展開に期待するものである。

## 4 まとめ

これまでも保健所は、未熟児医療や養育医療を介して個々の事例に支援を行ってきた。しかし、夫婦二人であった家庭に子どもが加わり2方向の関係が6方向になると、それまでの生活に負荷が加わり見えなかった問題が大きく露呈してくる。周産期医療機関はまさしく子育ての問題を超早期に把握できる場所であり、ここから親子を支援することで虐待発生を防止することができる。それには、1医療機関の理解だけでなく広域で全医療機関と保健機関の連携システムが必要である。

本研究ではさまざまな情報を基に、兵庫県のようにすでに取り組みされているところや広島市のようにモデル的に開始したところへの視察を行った。未熟児や産後うつ病など切り口は異なっているが、このシステムをきっかけに連携が深まり、連絡票ではなくても保健機関に支援を要する親子の情報が多く寄せられるようになったというところが多かった。

医療機関から養育を要する親子の情報が保健機関に適切に提供され、保健機関も早期に家庭訪問等の養育状況の確認と支援を開始し、その情報を医療機関にフィードバックするシステムを構築する必要がある。システムの推進方策として別表1のようにさまざまな工夫がなされていたが、医療機関からの情報提供を得られやすくするには、兵庫県のように保険診療での診療情報提供料請求の対象とするのも効果的と考えられた。

子ども虐待予防のための医療機関と保健機関の連携に関する先進地調査

別表 1

府県市名	兵庫県	徳島県	石川県	広島市
1. 事業名	健康生活部健康局健康増進課 「医療と保健が連携した子育てネット」	保健福祉部健康増進課 「虐待予防医療・地域保健連携システム構築のための試行事業」	健康福祉部健康増進課 「母親のメンタルヘルス支援事業」	社会局保健部保健医療課 「児童虐待予防のための産婦人科と連携した妊娠中からの支援」
2. 予算	1,839千円	平成14年度子どもの心の健康づくり対策事業 平成15年度母子保健強化推進特別事業	4,000千円	特別な予算はなし
3. 規模	全県	平成14年度3保健所単位の各1医療機関 平成15年度県内全保健所(6保健所)各1医療機関	全県	2地区(東区・安佐北区)
4. 立ち上げまでの経過	平成13年4月「健やか親子21兵庫県計画」作成で取り組みを強化した 平成13年度の母子保健会議内で医療・保健・福祉・教育等と検討 平成14年度「未熟児等育児支援ネットワーク」の改正票で医療と保健の連携ネットワークを構築した 保健所が管内病院に事業について説明	平成16年度県内全産婦人科依頼予定 「虐待予防検討会」発足時は乳幼児健診で養育困難児、虐待ハイリスク親子の早期発見がねらいであったが、「同時に医療機関との連携を検討してはどうか」の意見があり、ワークショップを立ち上げて検討してきた	平成14年7月産婦人医師会石川県支部長に打診するとともに、三重大学岡野助教授意を求め 同年9月は母親のこころの支援に関する実態調査をする 同年10月母子保健業務指針作成ワークショップ(マンユール)作成 同年11月保健師、医師等への研修開催をして実態調査報告をする	母子保健手帳交付時の窓口で「ハイリスク群」(大阪府「ハイリスク基準」をモデル)担当保健師につなぐシステムをとった。 児童相談所合同で1年間かけて立ち上げの準備をした 平成13年度児童虐待予防会議開催 平成14年度児童虐待予防対策マンユール作成 平成15年度管内医療機関への説明
5. 事業の対象	未熟児・虐待をうけるおそれのある児・医療機関や助産所が「地域で早期支援が必要なハイリスク親子」とみなした者の内同意の得られた者	妊娠中から生後1歳ごろ 妊産婦健診、出産入院時、乳児健診時、医師、助産師、看護師等が虐待ハイリスクと判断し、保健師の家庭訪問などの支援が必要な親子「左藤拓代作成のリスクアセスメントシート簡略化版使用」	産婦：産後うつ病(EPDS)導入	妊婦・乳幼児ハイリスク家庭
6. 事業開始	平成14年4月～	平成14年10月～	平成15年7月～	平成15年10月～
7. 対象者数	平成14年度数1,233名	平成14年度10例 平成15年7月まで8例	期間が短いので今後集約	期間が短いので今後集約
8. 対象の医療機関	病院・診療所	病院・診療所	病院・診療所	2地区の病院・診療所4カ所

9. 医療機関と保健機関との連携方法と窓口	様式有り「未熟児等連絡票」を保健機関へ	様式有り「育児支援連絡票」を保健機関へ 事例により電話連絡もあり	様式有り「妊産婦連絡票」、「妊産婦指導連絡票」を保健福祉センターに送付、必要時「妊産婦指導連絡票」を精神科医療機関へ	・様式有り「未熟児出生連絡票・情報提供費」を保健所へ
10. 保健機関の関わり	連絡後に「医療機関から連絡を受けた」と家庭訪問（医療機関から連絡を受けて15日以内の初期支援開始）以降当該市町村への「未熟児等育児支援連絡票」にて連絡	退院前に連絡があったものは、入院中保健師が面接 連絡後退院後は家庭訪問、電話等	「妊産婦指導連絡票」受理後に保健師の家庭訪問	同意のとれた者に対して、医療機関から連絡後に「医療機関から連絡を受けた」と家庭訪問
・保健師の役割	保健師保健師の家庭訪問 しかし、広域担当であるため、市町村保健師からの支援情報の提供を受けていることが多い	保健所に連絡票着次第、保健所と保健センターとでどちらが家庭訪問をするのが適切か市町村と調整し、家庭訪問をする	保健師保健師の家庭訪問	政令市であることから、保健所と保健センター機能を併せ持つ：母子保健法19条に基づき家庭訪問一般乳幼児健診・予防接種・必要時の親子教室等で一貫した支援可
・保健センターの役割	問題がなければ、一般乳幼児健診・予防接種・必要時の親子教室等に紹介	市町村保健師が訪問をした場合は医療機関へそのまま報告をする。他一般乳幼児健診・予防接種に乗せる	一般乳幼児健診・予防接種・必要時の育児教室等支援	
・保健機関から医療機関へのフィードバック方法	未熟児等育児支援連絡票（訪問結果について）児の1ヶ月健診に合うように医療機関への報告	文書で報告	「妊産婦相談連絡票」を医療機関に返す	様式有り「妊婦・産婦指導報告票」
11. 評価	虐待のリスクを抱えた児と親を見逃さずに支援開始ができているか 調査目的、対象、方法、内容の評価 情報量・支援時期・連携機関・早期発見・事業拡大等の観点から評価する 平成14年度出生約5万人のうち、1,255件の情報が提供されていた。また、平成14年の8か月間に支援した事例から15例の虐待、447例の虐待ハイリスクが把握されていた。	・虐待予防検討会（大学、教育機関、医療機関、助産師会、保健所、児童相談所、市町村） ・「医療機関との連携ワーキング」（教育機関、医療機関、助産師会、保健所、児童相談所、市町村） 連絡のあった事例 平成14年度：育児能力（2）母親の体調不良（1）、経済・育児不安（1）、母親過剰起症候群（1）、母親若年（2）、望まぬ妊娠（2）、家庭環境複雑（1） 平成15年度：ネグレクト疑い（2）、精神的問題（1）、母親の若年（2）、育児不安（2）、親の認識不足・経済的問題等（1）	保健師の訪問からの状況把握後、1/月「支援事例検討会」開催	・産科医、小児科医からの連携数と内容の検討 2事例が連携あり。 ①母親の精神疾患 ②母親の生育歴に問題有りの母子家庭 産科領域からの連携協力が少ない。開始期間が短いので、今後評価を実施する

12. 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療と保健が連携した子育て支援ネットワークの評価</li> <li>医療機関と地域保健の連携</li> <li>児童虐待の早期発見と未然防止にかかわる推進方法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>虐待に対する意識の持ち方</li> <li>申し送る事例の選定方法と内容</li> <li>リスクアセスメントシート利用への意識と改良</li> <li>訪問時不在の対応</li> <li>保健師の適正な数</li> <li>計画的支援の不十分さ</li> <li>連携の充実と徹底</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>産科助産師が産後うつ病 (PPDS, 導入) について理解がない</li> <li>保健師の精神科領域の質的向上が重要</li> <li>事例検討が出来ていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各機関・職種「気づき」を持たせること</li> <li>グループケアの指導力向上</li> <li>連携数が少ないので、産婦人科からの情報提供をしてもらうにはどうしたらよいか</li> <li>虐待への理解は増加したが、医療機関は虐待されている子どもの背景、子育ての現状を知らない</li> <li>ネグレクト、予防については理解が不足している</li> </ul>
13. 展望	同上	システムはあっても職員の意識低下ではシステムは機能しないので、継続的意欲向上をしていくこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>意識的に「質の向上」をねらう「カンファレンス」開催</li> <li>事例検討会開催をしながら意識化を図ること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>産婦人科領域の職種 (医師・助産師・看護職) の意識化をはかり、連携を強化していく</li> <li>地域子育て支援センター機能強化</li> </ul>
保健機関	<p>兵庫県：龍崎福祉事務所 (熊野保健所)</p> <p>医療機関から連絡後に家庭訪問</p>	徳島県：視察なし	石川県：石川中央健康福祉センター	
1. どのように関わっているか	医療機関から連絡後に家庭訪問	医療機関から連絡後、1週間以内訪問	医療機関から連絡後に家庭訪問	
2. 保健所と保健センターの役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所から保健センターへ連絡</li> <li>保健所が初回把握はするが、一般乳幼児健診、家庭訪問は市町村のほうから収集が多い</li> <li>市町村と共同で事例に関わることも多い</li> <li>スーパーバイザー的役割</li> </ul>	保健所保健師の家庭訪問、状況把握後、問題がなければ市町村の一般事業に連絡をせず。一般乳幼児健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所から保健センターへ連絡</li> <li>保健所が初回把握はするが、一般乳幼児健診、家庭訪問は市町村のほうから収集が多い</li> <li>市町村から収集が多い</li> <li>市町村保健師が支援上困難性が生じた場合は保健所保健師がサポート・スーパーバイズ</li> </ul>	
3. 事業に関する会議・研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>管内の市町村保健師の事例検討会</li> <li>看護協会職能支部との連携会議は連携を強化する要素</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>健やか妊娠育児支援強化事業連絡会議 (医療機関・産科医会・助産師会・保健師会)</li> <li>地域ネットワーク会議 (各保健所単位・医師会・精神科医会・助産師・市町村等)</li> </ul>	

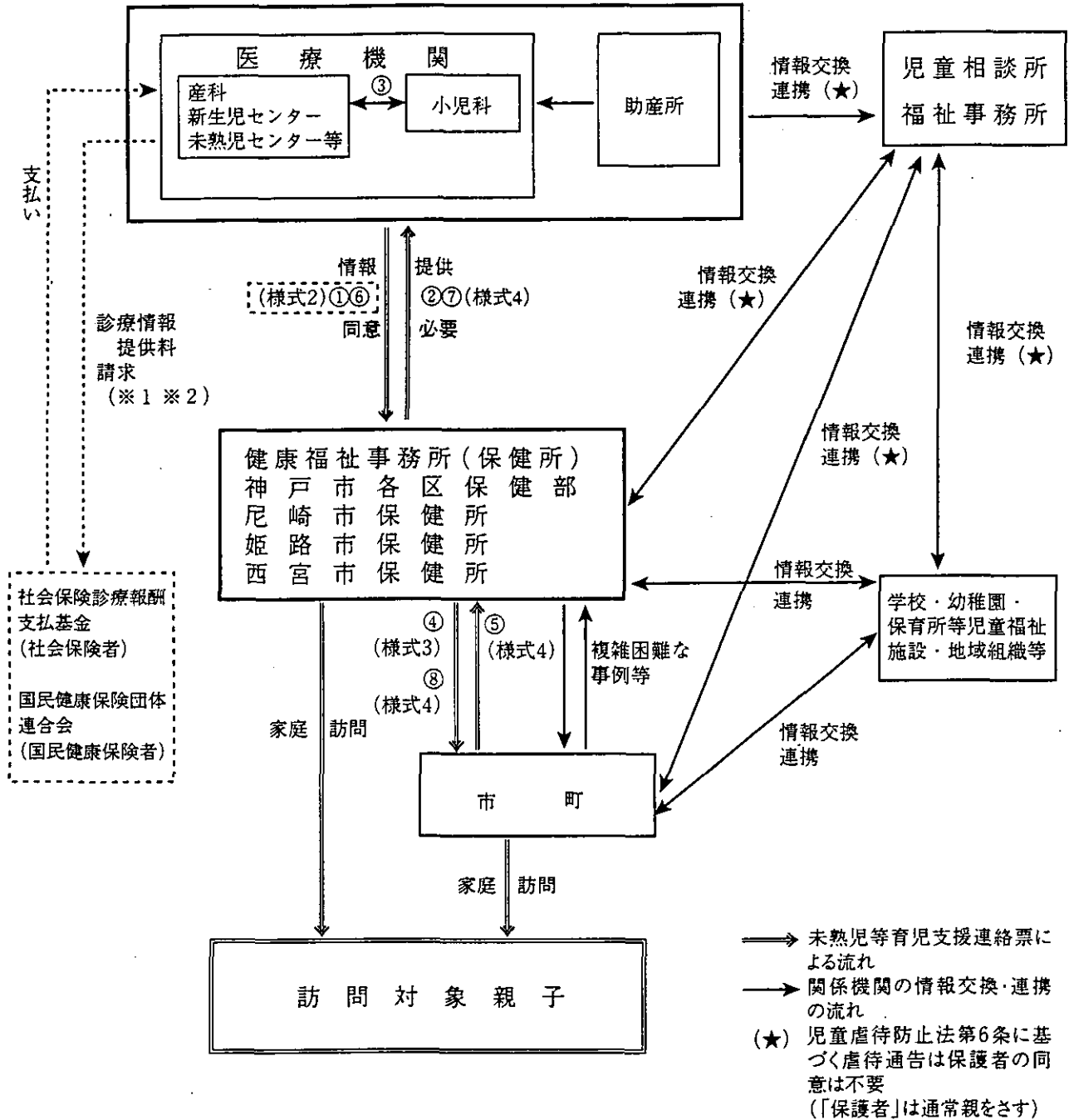
4. 事業評価と指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業内容と連携の成果を数値的に評価</li> <li>・ 事例への支援を期限決めて実施していくことが重要</li> <li>・ ハイリスク親子への支援が事業化された</li> <li>・ 本庁が挙げた上記項目</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 周産期医療機関と連携はとれているが、県内全域の産婦人科医師の理解が得られて、平成16年度立ち上げができたか課題。</li> <li>・ 連携に意識の高まりがあり、連携事例も継続的に送付されてくるかが課題</li> <li>・ 事例数、親子への支援結果の変容、医療機関の意識の変容等の指標で評価したい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業開始したところなので、今後評価</li> <li>・ 産婦人科・小児科・看護師・助産師・保健師参加の会議開催1/年</li> <li>・ 事例評価と量・質評価</li> </ul>
5. 課題と展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「ネットを組む」には「顔」が重要。平常の連携が重要。大学病院等の医師が多く転勤多く、ネットが組みがたい</li> <li>・ 人的資源不足で広域地域の事例の把握が困難</li> <li>・ 医療と保健との連携が拡充されるきっかけ</li> <li>・ 期限を区切る初期支援が</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健、医療側のスタッフの意識向上</li> <li>・ リスクアセスメントシート利用の意識と改良</li> <li>・ 訪問時不在の対応</li> <li>・ 連携した事例の初回訪問はされるが、継続的支援は困難</li> <li>・ 連携も担当者レベルで、医療と保健との連携という公的関係にはなっていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科医療機関との連携は困難性がある</li> <li>・ 高得点者、自殺企図のある者への継続支援者の技術向上</li> <li>・ 事例をとおしての関係機関との連携強化と技術向上</li> </ul>
医療機関	姫路日本赤十字病院 産婦人科・新生児室センター	徳島市産院 NICU、小児科医、産婦人科	松任市石川中央病院 産婦人科
1. 事業に関する院内会議	在宅療養支援委員会が兼務	今後立ち上げ予定 産婦人科、小児科、NICU 医師、看護師出席予定	
2. 誰が事業対象としてアセスメントするか、アセスメント表の有無	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アセスメント：看護職</li> <li>・ 「医療と保健が連携した子育て支援ネットのてびき」内容ハイリスク親子の項目</li> </ul>	県作成のマニュアルのアセスメントは有るが記入しにくい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 産後1ヶ月健診時、産婦がEPDS票を記入し看護師が9点以上を対象</li> <li>・ 入院時の看護職が外来に降りて面談</li> </ul>
3. 対象者の了解	同意の得られた者	「育児支援」という名目で了解をとる	同意の得られた者
4. 保健機関への連携	様式有り「ネットのてびき」緊急の場合は電話	様式有り「てびき掲載」	様式有り「マニュアル掲載」
5. 保健機関からの報告	様式有り「ネットのてびき」	様式有り 保健機関からの報告は「小児科外来」で受け取る	様式有り「マニュアル掲載」 産婦の1ヶ月健診に間に合うように保健機関から報告

6. 事業の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新生児連携は未熟児等であったが、産科領域と保健機関と連携ができた点を評価</li> <li>・ 1/年医療と保健との連携会議は有効</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本事業をとおして、支援という視点をもった保健師の機能が見えた、頼れる保健師が連携できた</li> </ul>	<p>今までも未熟児等では連携があったが、本事業をとおして、より地域との連携が組めてよい。</p>
7. 医療機関が抱える課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サマリー記入が困難</li> <li>・ 医療機関と保健機関のリスクの感じ方が異なる(例:低体重児すべてを医療機関は家庭訪問をして欲しいと思うが、保健機関は心配なし訪問なし)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関と保健機関のレベル差がある。病院では師長、主任が中心でスタッフ看護師のレベルアップが必要</li> <li>・ 病院だけでは関わるのはムリ</li> <li>・ 周産期問題に限定、乳児期以降も問題がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健機関からの報告が遅れるので、病院が保健機関に電話で問い合わせをしている</li> <li>・ 病院も急性期対応となる時代保健機関も統廃合があり、事業がうまく展開いくか危惧している</li> </ul>
8. 医療機関がもつ展望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成15年度からナーシングセンターでの相談機能強化(保健師・MSW等)</li> <li>・ 外科、脳外科等ネットに入れたい</li> <li>・ 高齢初産もリスクが高い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内が成熟したら乳児以降対象もできる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児保険制度的なものがあればよい</li> <li>・ 病院から家庭訪問制度があればよい</li> <li>・ 院内での産科、小児科と精神科との連携強化が必要</li> <li>・ 医療場面と地域での面談では事例が与える印象、アセスメント内容が異なるので、カンファレンスが必要</li> </ul>

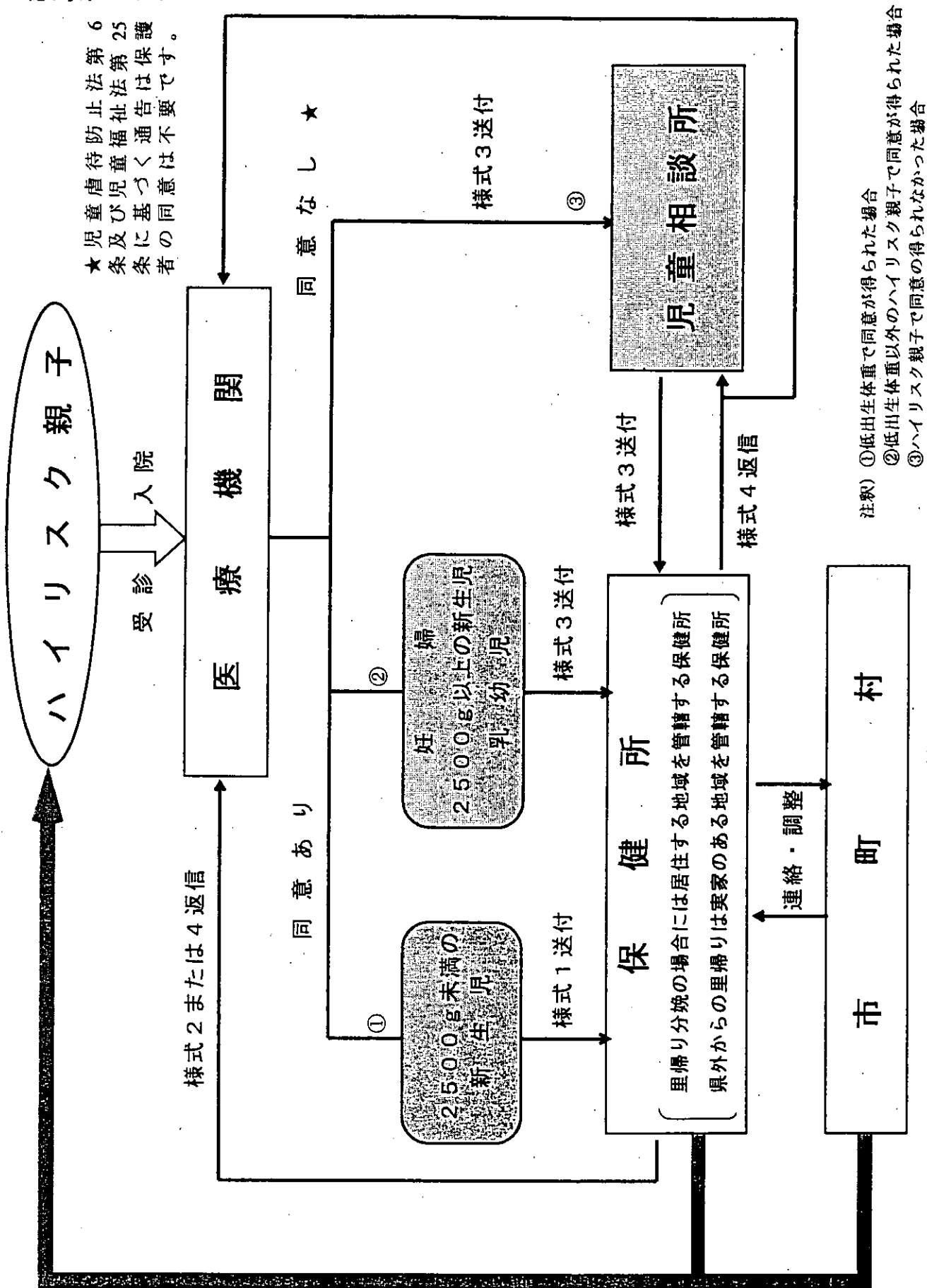


別表 2

兵庫県「保健と医療が連携した子育てネット」



徳島県「虐待予防医療・地域保健連携システム構築のための試行事業」

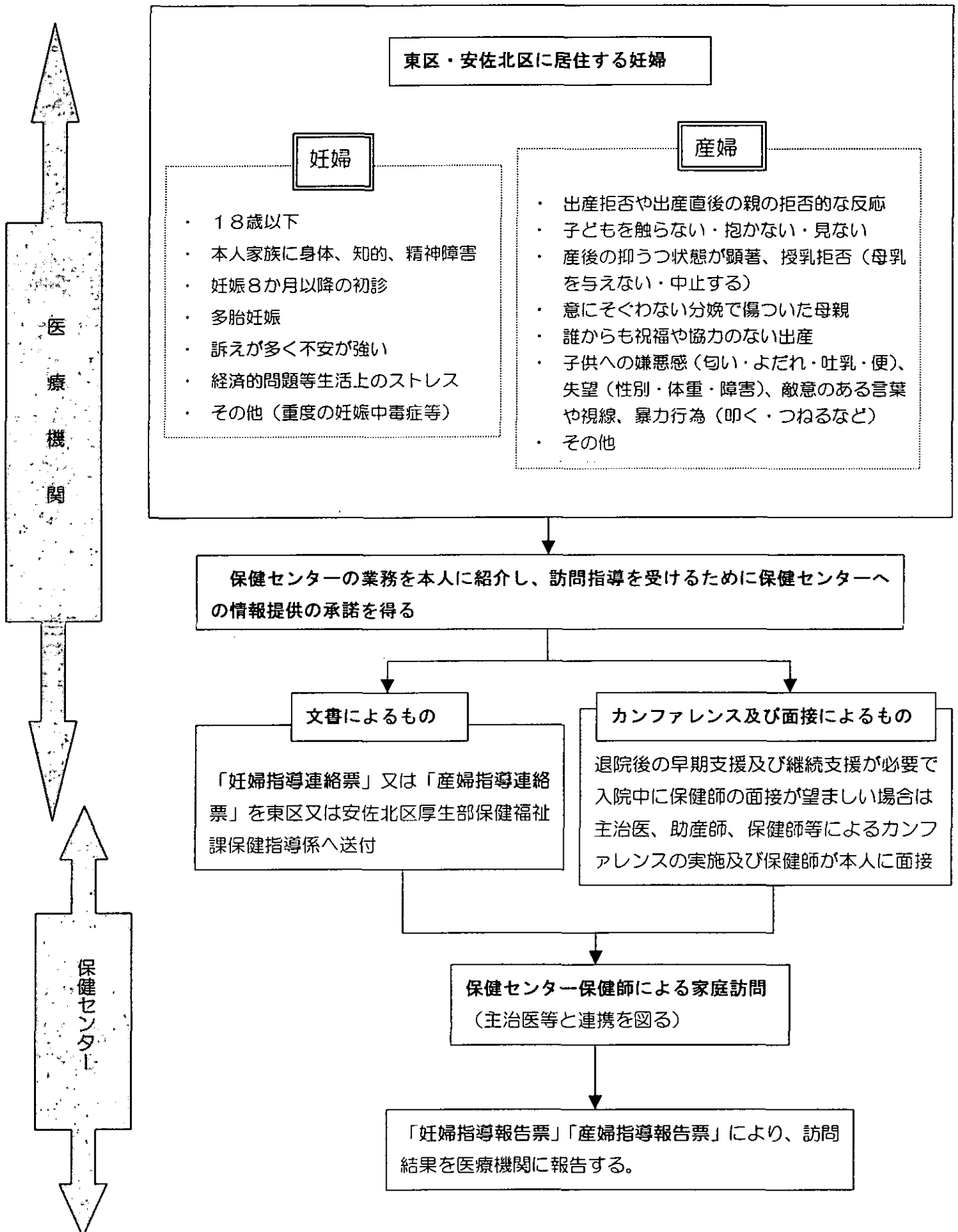


訪問支援

図1 情報のフロー図

別表 4

広島市「虐待予防のための産婦人科と連携した妊娠中からの支援」



## 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

### 1. 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、「市町村の子育て支援に関する関係各課で要支援家庭を把握する参考指標」使用し支援につなげることで、虐待予防の一翼を担うことを目的とする。

### 2. 使用方法

アセスメント指標は別表1のとおりである。

観察項目については、日ごろの養育者等との面接のなかで下記に注意して状況を把握する。書類上把握可能な項目は、それぞれの窓口で記入あるいは提出する書類から、このような家庭の状況を把握する。指標の項目に1つでも「該当あり」とされる場合、また経済不安についてはこれに加えて他の項目も把握された場合、具体的に支援を行っている部署の窓口案内する。養育者が拒否した場合は、子育て支援を行っている部署から連絡させて頂くことを説明する。

- ①観察項目については、具体的に養育者に聞くのではなく、あくまで観察して得られたことを記入する
- ②観察項目以外にも育児に困っている状況把握できるよう、例えば、家族構成で乳児期の子どもがいる場合は必ず、面接のなかで「子どもさんは元気ですか?」「子育てで聞きたいこと、相談したいことはありませんか?」など聞くように心がける
- ③面接した養育者について気になることがあれば、面接場面で指標をだすのではなく、面接後に必ず項目についてどうだったか、記録し点検を試みる
- ④把握できた家庭の状況については、次のように支援につなげるよう丁寧に対応する
  - ・10代の養育者は聞いても答えてくれないことが多いので、できたら「予防注射のことなどについて相談できる保健師がいる」と情報を提供し、さらに担当保健師の名前を伝えて紹介する
  - ・市民課で多胎の出生票が出された場合も、子育ての相談は保健センターで相談に乗ってくれることを紹介する
  - ・親の病気の内容によっては、保健所や保健センターを必ず紹介する。可能ならパンフレットを渡し担当の保健師名を紹介する
  - ・父子、母子など一人親の場合は、子育ての社会資源として保育所を紹介することも考えられ、そのときは保育課への申し込みについて紹介する

### 3. その他

参考指標を効果的に使用するため、虐待に関する研修を行うことが必要である。