

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。母乳に関することは母親の不安や関心度が高く、新生児期では訪問が受け入れられることが多い。

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強まる時期であり、心理的な不安を軽減できる
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) 新生児訪問指導員と保健所、市町村との連携

家庭訪問の実施は、母子保健法の第 10 条に上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。

#### 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<br>(入院含) | 妊娠届、母子健康手帳交付、面接、妊婦訪問、電話相談、母親(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<br>・カンファレンス<br>・保健師の面会訪問 | 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<br>(入院中) | 入院(病室、分娩室、授乳室)<br>・受け持ち制度<br>・カンファレンス<br>・看護記録、分娩記録                                     | 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、   |

|              |  |  |
|--------------|--|--|
|              | <p>・保健師の面会訪問<br/>授乳指導、沐浴指導、退院指導、<br/>受胎調節指導</p>  | <p>子どもへの嫌悪感（匂い・よだれ・吐乳・<br/>便）、失望（性別・体重・障害）、敵意の<br/>ある言葉や視線、暴力的行為（叩く・つね<br/>る など）<br/>産後の抑うつ状態が顕著、授乳拒否（母乳を<br/>与えない・中止する）</p>   |
| 産褥期<br>(退院後) | <p>出生届け、外来受診（通院）、<br/>母乳外来、1 か月健診（産科・<br/>小児科）、沐浴介助、母乳育児<br/>指導、電話相談、育児相談、新<br/>生児訪問、未熟児訪問</p> <p>児の小児科入院（母子分離時）<br/>・面会、授乳<br/>・カンガルーケア</p> | <p>出生届け未提出、夫や家族の協力や援助がな<br/>い、子どもの受け入れ態勢、準備ができてな<br/>い、抑うつ状態の持続、訪問拒否、育児放棄、<br/>子どもに対する扱い方が粗暴であったり機械<br/>的、子どもへの嫌悪感・敵意・暴力の持続<br/>母親の否定的感情・産まなければよかった<br/>・育てたくない<br/>・誰かもらってほしいなど<br/>子どもの入院時に面会に行かない、子どもの<br/>退院を希望しない</p> |

## （２）育児不安・産後うつ病に気づくには

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、これらが疑われる時には退院前に産科の病院で EPDS のスクリーニングをしておくことが望ましい。そして 9 点以上の母親は産後うつ病のリスクが高いといわれ、保健所または市町村に連絡してもらい保健師が地域でフォローをする。

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 EPDS 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行うことが重要である。

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ご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ので、保健師は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  
気で話を進めていく。

\*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行う。訪問はケースバイ  
ケースであるがおおむね週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り、うつ病と思われる場合には精  
神科医等の専門医への受診を勧奨する。必要かつ十分量の薬物投与がなされると、すみやかに症  
状が改善される。精神科医につなぐときは、産後うつ病に理解がある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、母乳への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や母子心中に及  
ぶこともあるので、対応は慎重にする。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必要がある。

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、親が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
- ・親の子どもを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

## 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せう」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、経過を見ていく関わりが必要である。

#### 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児（3～4か月）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しなければならない。始めから虐待の相談をする人はほとんどいない。

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づきやすくなり、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いねい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い、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

- a. 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、それを言葉に出すだけでも気持ちが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、安心感を持ち気分転換することもできる。

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。

#### b. 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、相づちや「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ができる。

しかし、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」と認めるよう心がけたい。

### 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こゝで、さまざまな情報が得られ、また、親とも信頼関係を築くきっ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、栄養士、心理職、保育士、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、その状況を心理職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、計測時の子どものごちない抱き方など、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、頭を打ちつ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、子どもに対して物のように接する、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、厳しくしつけると言う、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

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。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る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。

### 7. 援助の基本は何か

被虐待児は児童相談所に通告された後、必要に応じて施設保護等がなされるが、施設入所は虐待処理件数の約2割にすぎない。大部分は在宅で、子どもの年齢に応じて中心となる機関が保健機関、保育所、学校等と変化し、関係機関の連携による援助が行われている。適切な支援が行われないと、子どもは虐待による心身の問題が十分に解決されないまま地域で育ち、やがて親になるのであり、長期的視点での援助が必要である。

保健師は母子保健から親子に関わるが多く、ややもすると母親のみに視点がいきがちであるが、虐待が子どもの心身の発達に及ぼす影響を十分に認識し、子どもの心身の状態を観察することが重要である。また、虐待は家族が機能していないことによって生じる問題でもある。家族がどのような状態、関係性にあるのか、母親のほかに祖父母や父親との接点をさぐり工夫してアプローチを行い、問題を把握する必要がある。また、きょうだいも虐待されていたり、虐待されていなくても心理的影響は大きいことから、父親やきょうだい等の家族を視点に入れて援助を行う。虐待者が父親であっても母親に援助を行うことが有効であるという報告もある。

援助の基本は、まず親の気持ちに寄り添い、親（養育者）との信頼関係を築き、親・子・家族への評価をおこなった上で、具体的なケアを提供するとともに関係機関のコーディネートをおこなうことである。

母子保健の分野では不適切な養育をしている虐待ハイリスク、または虐待が疑われる親に出会う機会が多い。育児不安・育児困難・虐待のおそれなどの事例を把握したら早急に家庭訪問を行ない、できるだけ事例に関して必要な情報を収集することによって、総合的・客観的に状況を判断し、今後の対応を考えることが必要である。その際、決して保健師1人で抱え込んだり事例にのめり込むのではなく、上司への報告やスタッフ間のカンファレンスによって事例の状況を共有しておき、組織・機関として対応することが重要である。

### (1) 子どもの安全・成長発達の確認

子どもの状態や安全を優先して確認する。例えば、親や親族が「子どもは風邪をひいて寝ている」というような理由づけをして会わせようとしなくてもあるが、「顔だけでもみせてね」などと言って子どもと会い安全を確認する。

子どもは言葉で正確に訴えることができないので、子どもをあやしたり遊ばせるなど子どもとの直接的な接触を通して、体重増加の状況・身体の傷（火傷・骨折・外傷の既往や有無）・運動や言葉の発達のおくれ・子どもの言動や行動が乱暴・落ち着きのなさ・おびえた態度・うつろな目や表情の乏しさや硬さなどを観察する。特に未熟児や多胎児・障害児、育てにくい子ども等は虐待の背景要因として重要であり、細やかに親子に関わり状況を把握する。長時間一緒に過ごしている親が虐待者となっていることも多く、家庭内で誰が子どもと一緒に過ごしているのか確認する。

また、親子に関わる際に、祖父母等からの間接的な情報で状況判断を行うことのないようにする。情報にフィルターがかかっている場合や祖父母が虐待者である場合もあり、工夫をして親子に会うなど、直接的な情報で判断を行う。

### (2) 親を受け入れ、理解して信頼関係を作る

決して親を批判したり非難したりするのではなく、親の話を傾聴し、親としての生き方や存在を受け入れ、共感的な対応を心がける。親が子どもをどんなふうに見止めているのか、どんなことが育児の負担になっているのか等をとらえながら、具体的に困っていることを把握し、一つ一つ軽減できるよう支援する。

そうして信頼関係を築く努力を重ねながら、親側の問題（たとえばアルコール依存・薬物依存・被虐待歴・人格障害やうつ病などの精神神経疾患・知的障害・夫婦間暴力など）の有無を把握し、親の生活能力や育児力を見極める。

また家族関係・育児の状況・経済生活状況や、近隣関係・子育てについて相談する人の有無など、必要な情報を把握し、虐待の状況を親や祖父母からのみの話で判断するのではなく総合的・客観的に判断し、対応について考える。

主な虐待者は実母による場合が多いが、父親（継父・養父を含む）による虐待には重症度の高い事例がしばしば見られる。父親には日中の時間帯には面接できないことが多く、状況の把握も不十分になりがちである。しかし、父親に面接することが必要と判断した場合には、夜間や休日などを含めて時間帯を調整してでも、会う必要がある。

### (3) 育児の負担、生活のストレスの軽減

虐待の背景には、親の「育児能力に問題がある」が多く、さらにその背景には親の性格の問題、知的障害、精神疾患などがみられている。子どもの側では、多胎や子どもの障害、子どもの数が多いことなどが関係しており、これらが育児に負担をかけストレスの多い状態になることが虐待発生につながる。

育児の負荷を軽減するために、保育所につなげることや、日中だけでも他の養育者が養育を代替

えすることなどを導入する。利用できる社会資源が見つからないときは、子育ての手抜きの工夫や、料理や掃除など家事を代行するサービス方法を教えることも必要である。

平行して、親が行っていることは虐待であることに気づくような関わりと、具体的にカットとなったら子どもから離れて隣の部屋に行くなど、虐待行為を回避することができるように助言することも必要であろう。

#### (4) 関係機関と連携して支援する

虐待は親や子どもが精神的あるいは身体的な疾病や障害をもっていたり、経済的に不安定、社会から孤立している等多様な問題を抱えている場合が多く、一機関のみで支援することは難しい。保健機関の役割として、適切に関係機関につなげることが重要である。

関係機関としては児童相談所・福祉事務所・医療機関・保育園・幼稚園・学校・警察・民生・児童委員などがあるが、それぞれの機関がもつ機能と役割を理解し、必要に応じて親に紹介をし、支援を受けられるよう調整することが必要である。親に紹介する場合には、親が困っていることや子どもの発達・発育のことなどを理由にして他機関を紹介すると、スムーズにつなげることができる。

#### (5) 家族・親族の調整

夫婦の仲が悪い、または親戚からも近隣からも孤立している傾向にある親は、虐待のリスクが高いので、親自身の生活上のストレスが何かを理解するように傾聴する。一番の相談相手は「夫である」と答える母が多いが、その夫も残業が多く物理的に不在となっていることが多い。直接の育児支援者が不在と考えられる場合は、育児の応援として「まず親族の応援が出来るのかどうか。」を聞く。次に困ったときに誰に相談するのかを確認し、育児を何らかのかたちで直ちに支援してくれるかどうか確認しておく。しかし、身近な支援者がいない場合が多く、まずは翌日の育児に困らないように調整を行い、次には1週間の見通しで公的ネットワークの育児支援の調整を行う。家族調整、特に、夫との関係は重要であり、母の「子育てのしんどさ」を代弁して伝え調整をする。夫が母の心の支えになれるように支援する。

#### (6) 近隣の状況把握と活用（私的支援のネットワークづくり）

育児を含めて生活が安定して営めることが目標であり、保健師の支援は虐待のことだけでなく、母子の家族をとりまく最も身近な環境として近所の状況をとらえる必要がある。家族のことや近所、親戚関係のことなど育児にまつわる対人関係の能力について情報把握を行う。例えば「子育てのことで近所に応援してくれる人がいるか」「近所から色々言われていやな事はなにか」等、まずは困っていることについて詳しく聴くなどして、家族の相談者になるよう心がける。ほとんどの事例は地域から孤立していることが多く、地域での育児支援のメドがつきにくい。地域で育児の応援者を確保できると緊急時の対応が可能となり、身近な応援者の確保は子どもが小さいほど有効である。

#### (7) 社会資源の情報把握と活用（公的支援のネットワークづくり）

親が経済的問題で困っているときは、利用できる福祉制度があれば積極的に紹介する。また、親は育児を負担に感じていることがあるので、保育所・幼児教室などへの児の入所をすすめる。特に、ネグレクトなどの事例では保育所への連携は在宅支援として有効な社会資源であり、入所させることは育児負担の軽減だけでなく、子どもの安全や成長、発達の保障につながるため、積極的に利用する。

これらを活用して支援をするには、対象者にあわせて機関を選んで紹介する必要がある。さらに、

親が関係機関に行く前に事前に親子の状況などをその機関に説明し理解を得るようにしたり、親が初めて機関へ行くときは不安や、緊張があるので、その機関の支援を受け入れやすいように同伴訪問したりすることが必要である。

また、地域では民生・児童委員と連携し、身近な相談者となってもらえるよう、働きかけをしていき、育児負担の軽減をおこなう。

## 8. 家庭訪問がなぜ必要か

家庭訪問は必ず行い、家の中に受け入れられない場合でも生活環境は把握する

### (1) 家庭訪問の重要性

地域において保健師が子どもに出会う場合は、健診や育児相談の場であり、健診や相談などで不適切な育児がなされていると感じた場合は、家庭訪問をして状況をより詳しく確認する。家庭訪問は、対象者の生活の場に出向き、生活環境や家庭の状況を直接観察でき、児童虐待を発見できる有効な手段であり、必ず家庭訪問を行う。

保健師はまず、母親の生活時間にあわせるなどの配慮をし、タイミングを合わせて出来るだけ約束してから家庭訪問を行う。例えば「きょうだいが生まれましたね。いかがですか。」「お子さんがいる家庭に全部訪問させてもらっています（赤ちゃんのカードで全数管理）。」「健診にいらっしゃいませんでしたね。未受診の方の様子をおたずねしています。」「地域を担当している保健師で、ちょっとそこまで来たのでお伺いしました。」など親に訪問する理由を試行錯誤して伝え、会えるように努力する。

実際の家庭訪問の場では、母親の育児や家事能力を見極めるため、母親の困ったことから育児への支援を行っていく。例えば、離乳時期には、必要に応じて一緒に離乳食を作ったりすることで、その家族に一番必要とした育児支援が有効になされることになり、その中で保健師との関係も深まっていく。

また、母親と話すなかで、精神疾患の治療を受けていることや虐待の症状が疑われる訴えなどが把握できることが多く、行動の観察にもつながる。母親のありのままを受け入れることで、実際の育児と母親が理想としている育児のギャップに母親自身が苦しんでいることもわかり、母親への理解が深まる場合が多い。このようにまずは母親を受け入れ助言、支援することで、母親との信頼関係をつくることを重視して訪問を行う。

子どもの安全確認は虐待の援助において最優先されることであり、子どもと合わせてもらえるようにする。母親は「子どもは寝ていますから。」等と合わせてもらえない場合があるので、「そうなの。かわいい笑顔に会えなくて残念。どこに寝ているの、寝顔を拝見させてね。」など、母親と同じように子どものことを心配している理由を説明しながら、子どもの状態が観察できるような工夫をする。

子どもと会えたら、例えば体重や頭囲・胸囲などを計りながら、子どもの発育発達や皮膚の状況、外傷の有無を把握するとともに、子どもを遊ばせるなどして表情の乏しさの有無、子どもの気質などを観察する。

初期の支援としては育児支援が有効であり、親の育児状況を観察できるとともに、一緒に育児を行うことで母親が具体的に育児を経験できるように心がける。このように家庭訪問では、「親の立場にたって傾聴し共感をもって相談にあたり、育児不安の軽減に努めること」「今後も気軽に相談できるような信頼関係を築くこと」が重要である。

### 家庭訪問のポイントと行うべきこと

1. 子どもの安全確認は最優先課題である
2. 相手の状況（生活時間、困っていることなど）に臨機応変に対応する
3. 生活の場に出向き、近隣も含めた生活環境を把握する
4. 生活の場で相手の立場にたって傾聴し、共感をもって相談にのる
5. 具体的に親の困っている育児を実践することにより、親と信頼関係を築く

### （２）訪問を拒否された場合

親が子ども時代に被虐待歴があったりすると、人との関係がとりにくく、初回の訪問を断ったり、居留守を使ったりすることが多くある。少なくとも相手に「あなたの子育ての応援ができたら・・・心配している」など気持ちを伝え、何かあったら相談にのれることを伝えて次の訪問につなげることが重要である。どうしても親に会えない場合は手紙で心配していることや、応援したい旨の内容を書いて気持ちを伝えるなど、知恵をしばりさまざまな工夫を行う。訪問の約束ができたら援助の一步が踏み出せるが、どうしてもコンタクトが取れない場合は、地域の民生・児童委員などに尋ねてみるなどして情報収集しながら、次の健診の呼びかけをするなど何らかの保健との接点を探ることが必要である。たとえ訪問を拒否されたとしてもめげないこと、そういう親の病理性につきあっていく姿勢が大切である。保健師の気持ちが伝わると親子の子育てが支援できるかも知れず、断られたから・母親に会えないから・居留守を使うから・・・と決して諦めず、継続して支援することに徹することが重要である。

しかし、重症度の内容によっては上司とも相談して機関としての判断を行い、他機関との事例検討会を開いて対策を検討することが必要である。相手が受け入れてくれる努力は怠らず、なお、相手が援助しても変わらない親がいることも念頭に置いて援助を展開する。特に内縁関係の親への情報は入りにくいこともあり、情報不足で判断もつきにくい場合は、機関として相談・判断し児童相談所へ通告しておくことも必要である。また、保健師が支援を継続するためには、関わり方の相談ができ、拒否されたときの自分の感情を吐露でき支えられるような職場環境づくりも重要である。

### 家庭訪問を拒否されたときの対応

1. 心配している気持ちを伝える。
2. 子どもや家族の地域での接点をさがす。
3. 以上のことがだめでも決してあきらめずめげず、支援の努力をする。
4. 子どもに会えない場合には、予想外に重症度が高い時もあるので、関係機関での対策を必ず検討する。

## 地域保健機関における子ども虐待への取り組み

### 【研究目的】

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・援助の実態を把握することにより、課題と対応の方向性を明らかにする。

### 【研究方法】

全国保健所、区市町村保健センター、保健センターを持たない市町村母子保健主管課に対し、平成14年12月から平成15年1月にかけて郵送により調査を行った。内容は、18歳未満の子どもで虐待または虐待が疑われる「虐待」事例及び虐待が発生する可能性が高い要因のある「虐待ハイリスク」事例に関する取り組みについてであり、回答は保健師職のリーダーに求めた。なお、保健センターは「平成13年度版全国市町村保健センター要覧」の保健センター及び類似施設とし、老人福祉センター、公民館・文化センター等の名称の施設、および保健師が配置されていない施設を除いた。

### 【結果と考察】

全国保健所、保健センター、保健センターを持たない市町村（以下、市町村）4,038機関に調査用紙を送付し、2,310機関（57.2%）から回答が得られた都道府県保健所の回答率が74.7%と高く市町村は47.0%であり、虐待の取り組みがなされている機関からの回答が高くなっている可能性がある。

援助を行っている虐待事例がある機関は69.3%で、都道府県保健所は81.7%、政令市保健所は78.4%、政令市保健センターは87.2%であったが、市町村は57.0%と少なかった。人口1万人あたりの事例数は0.85で、政令市保健所は1.34と事例数が多かったが、都道府県保健所は0.34と少なく、都道府県保健所は未熟児・障害児等の虐待ハイリスクに関わっていても、母子保健担当保健師数が1機関に2.4人であることなどから、機能が十分に果たせていない可能性がある。

また、事例数は組織の統合がない機関に多く、ネットワークのある機関に多かった。ネットワークにより保健機関の役割が関係機関に認識されるとともに、事例が掘り起こされることから、地域ネットワークの充実を図ることが重要である。

虐待の判断は、政令市保健所・保健センターの2割がアセスメント等によっており、援助事例数が多くなるほど多く利用していた。「決裁」等の機関としての虐待への対応は、都道府県保健、政令市保健所・保健センターでは5割に行われていたが、市町村保健センター・市町村では2割にすぎなかった。児童相談所への通告は39.0%が経験し、政令市保健所は8割が経験していたが市町村は2割であり、援助事例がある機関の通告方法を決めているかどうかについては、政令市保健センターは6割が決めていたが市町村は3割であった。虐待は死亡等の重大な結果を招くこともあることから組織としての対応が必要であり、特に市町村保健センター・市町村の体制を整備するよう働きかける必要がある。

児童相談所からの援助の要請は事例がある機関の54.6%が経験していた。「原則関わらない」としている機関はなく、「これまでの関わりと関係なく関わる手段がある」時に関わるのは53.1%、関わりや手段の有無に関係なく「すべてに関わる努力」をする機関が39.0%であり、児童相談所と連携して援助が行われていた。

虐待の重症度が高いときには児童相談所と連携し、時期を逸さずに親子分離を図る必要があり、援助を行う上で重症度判断を行う必要がある。しかし、重症度判断を「行っていない」のが政令市保健所・保健センターでは2割であったが、市町村保健センター・市町村では約5割と多かった。事例のある機関でリスクアセスメントツールの使用は「ほぼ使用」「事例により使用」を合わせても2割と少なく、援助計画をたてていないのも2割にみられた。具体的援助内容はほぼ虐待の基本的関わり方を網羅していたが、虐待像の把握と判断、援助の計画・評価等の援助技術を高める必要がある。

虐待ハイリスクへの援助は、周産期医療機関と連携し「育児不安」の74.2%をはじめとして多くの機関で取り組まれていたが、市町村保健センター・市町村では「若年」妊産婦等への取り組みの割合が低かった。親子の問題では保健所が精神保健や未熟児障害児、市町村が健診未受診といったそれぞれの役割とされている対象からハイリスクに援助を行っていたが、政令市保健センター・保健センターは様々な問題への取り組みがよく行われていた。乳幼児健診では、「気になる事例の健診後の検討」が9割、「相談しやすい雰囲気」づくりが9割弱など、虐待予防・早期発見の視点で多くの取り組みが行われていた。

保健所と市町村母子保健部門との連携では、事例のある機関の85.6%で保健所職員が市町村に助言を行っており、保健所の市町村への研修も74.6%に実施されていた。

援助で困ることは、多くの事例に援助を行っている機関は援助の受け皿のことで困っていることが多く、市町村保健センター・市町村では「虐待の判断が難しい」としていた。援助に必要なことは、「地域ネットワークの充実」「援助技法の確立」が多かったが、政令市保健所・保健センターは援助資源と研修を求め、都道府県保健所は「法による保健機関関与の明確化」「市町村母子の積極的関与」を求めている。

今回の調査から、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地域ネットワークの充実と積極的関与、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といえる。

## 地域保健機関における子ども虐待支援

### I 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

#### 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、それまでの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、医療機関に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。

### 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、育児ができていのかどうか、日常生活はどうかなど、ミルクをつくる動作や抱き方と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

子どもの成長発達には、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ず、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は、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に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