

(A-DES)から解離傾向について評価を行った。

A-DESの平均は26.0点でかなり高値であった。35点以上の高値が46名中10名(21.7%)に認められた。

年齢による差は見られなかった。性差では、男子30.2点、女子22.0点と男子が高い傾向にあった。虐待の有無では、虐待経験ありの群が29.3点で、なしの24.0点よりも高い傾向にあった。

解離傾向と診断との関係を図5-1、図5-2に示した。

子ども面接では、解離傾向が高い群で不安性障害、社会恐怖、強迫性障害などが多い傾向があった。

職員面接では、解離傾向が高い群で有意にADHDの診断が多く認められた。

#### D. 考察

質問紙法に加えて構造化面接を用いて、入所児童本人からの聞き取りと、日常関わっている担当職員からの聞き取りとを比較した。

##### (1) 対象児の診断について

47名中、構造化面接で68%のケースで何らかの診断基準を満たした。今回の対象としたケースは、数は限られているが、ケース選択は施設側ではなく、こちらで極力機械的に選択した。したがって、この結果は施設入所児の現状をある程度反映していると考えられる。

##### (2) 児童からと職員からとの診断の相違について

児童と職員とでは、診断の一致するものと一致しないものがあった。

診断が一致したのは、注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害の診断のついたものである。これらは、破壊性行動障害としてDSM-IVでは同じ診断カテゴリー

に含まれる。実際には特に注意欠陥多動性障害は、軽度発達障害の側面よりも不適切養育や愛着の問題に伴う多動性行動障害に該当するものも多いと思われるが、いずれにしても、問題が表面化しやすく、本人も周囲もそれぞれが不適応を認識することができるのであろうと思われる。

診断の一致しなかったのは、大うつ病性障害、全般性不安障害に関する診断で、児童、職員からの情報により診断を行ったが、全く一致しなかった。児童からの情報で診断されたが職員からの情報で診断に至らなかったケースの中には、行為障害や反抗挑戦性障害の診断を満たすものも見られた。これは児童期の気分障害が示す症状である焦燥感やいらいらとそれに伴う問題行動や、不安や自信のなさの裏返しである反抗を捉えている可能性があるのではないだろうか。職員からの情報で診断されたが児童からの情報で診断されなかったケースでは、過剰適応しているタイプや防衛の強いタイプで、初対面の面接者に対して語らなかったことが関係していると考えられた。

社会恐怖・強迫性障害・過食症は、児童からの情報でのみ診断された。強迫性障害は重症であれば明らかとなるであろうが、軽度の強迫観念であれば周囲に気づかれにくい。また社会恐怖・強迫性障害・軽度の過食は本人が悩んでいてもそれを問題として認識せず、訴えられることが少ないと考えられる。

##### (3) 性差、年齢による違い

性差による有意な差は認めなかった。

年齢による診断の違いを見ると、低年齢で全般不安障害が多く、高年齢でうつが多く見られた。子どもの情緒的な問題は、年齢によって好発する症状が違う。様々な生育歴と養育環境を背景に持つ入所児童たちであるが、情緒障害を呈する場合に年齢層

によりある程度症状が共通している可能性があると思われる。

また、こども面接では、年長児群に ADHD の診断を満たすものが多い傾向が見られた。本来 ADHD は発達早期からの発達障害であり、幼児期から児童期早期に症状が目立ち、成長とともに行動のコントロールが獲得され、症状は改善してくることの方が多い。年長児群の方が多いのは、本来の ADHD ではないものを見ている可能性があると思われる。不適切養育や不安定な生育歴を持つものが多い児童養護施設入所児童が、思春期を迎えて、不安や焦燥感を抱く。それが「集中力がない」「衝動的になりやすい」という形で児童自身が自覚するのではないかと考えられる。しかしながら、ADHD 児に関しても集中力や衝動性の問題について年少時には気づかなかったものが、年長になって気づいてくることも臨床の中でよく経験することである。これについては確定的なことを言うのは難しい。

#### (4) 虐待歴による違い

虐待種別・虐待歴の有無によって、面接結果に大きな違いは認めなかった。これは、昨年の調査における、虐待歴のある児のほうが精神的問題を持つものが多いとの結果とは一致しなかった。虐待が明らかでなくても、十分な養育体験を得られていなかったり、他の外傷体験が見られたことが影響している可能性があると考えられる。これについてはもう少しケース数を増やして検討する必要がある。

#### (5) 解離傾向との関連

やはり解離傾向は高い傾向を認めた。虐待経験のある群の方が高い傾向が見られた。心的外傷体験と解離の関連は以前より言われていることであり、この結果もそれと矛盾しない。

解離傾向の高い群では、不安障害、社会恐怖、強迫性障害などの情緒障害が多く見られた。解離傾向の高い群は外傷体験を持っていたり、あるいはそれ自体が情緒障害を呈する心理的な要因となりうると考えられる。

解離傾向の高い群では、職員面接では ADHD の診断が有意に多く認められた。ADHD の診断の中に含まれる集中力や注意力の問題が解離傾向と関連していると考えられる。被虐待児を含めて心的外傷体験を持つものには解離を呈することが多い。しかしながら明確な解離性障害を発症し、それにより日常生活に影響が出たり、明らかな行動障害とならないとなかなか周囲のものが把握するのは困難である。本人自身も自覚していないことも多いと思われる。

#### E. まとめ

児童養護施設に入所している児童の精神的問題を調査するため、児童および施設職員に対して質問紙調査および構造化面接を行った。

児童養護施設に入所する児童の実に 3分の2には精神科診断がつけられた。しかし、このうち、実際に受診に至っているケースは限られている。

昨年のアンケート調査の結果と同様に、行動化を伴う問題（破壊性行動障害）についてはかなり職員も把握しているようであるが、気分障害や不安障害、強迫性障害などといった内在化する問題については十分に把握できていない場合も多かった。

今回の調査の結果から、内在化する問題について検討するためのポイントとして、下記の点を提唱することができると考える。

- ① 入所児童の 3分の2に何らかの精神科的問題がある可能性に留意して児の評価に当たる。
- ② 低年齢では不安の訴えを、年長児では

うつの訴えに着目する

- ③ ADHD を疑わせるような注意集中力や衝動的行動の問題を認めるときに解離の可能性を考慮する。

<文献>

Teare M, Fristad MA, Weller EB, Weller RA, Salmon P.: Study I: development and criterion validity of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). J Child Adolesc Psychopharmacol. 1998;8(4):205-11.

Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. : Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. J Nerv Ment Dis. 1997 Aug;185(8):491-7.

図1

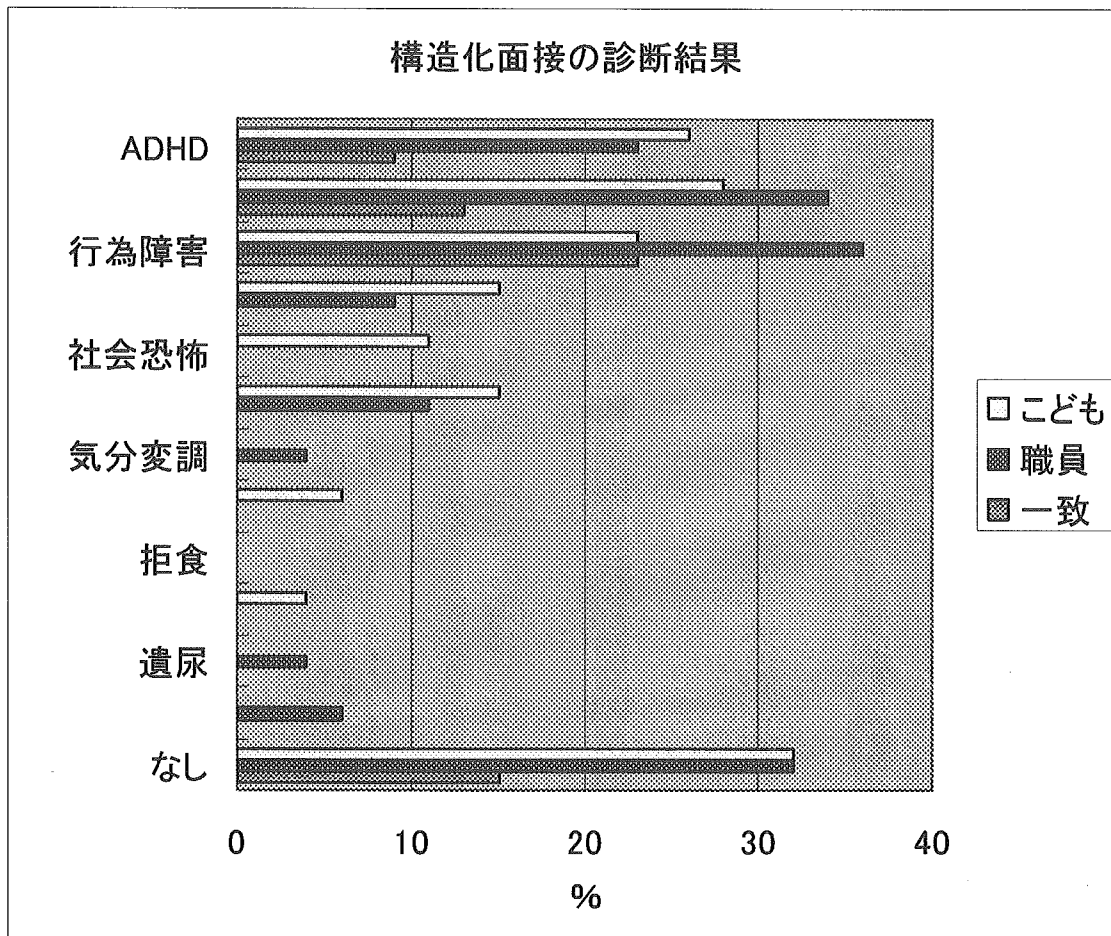


図 2 - 1

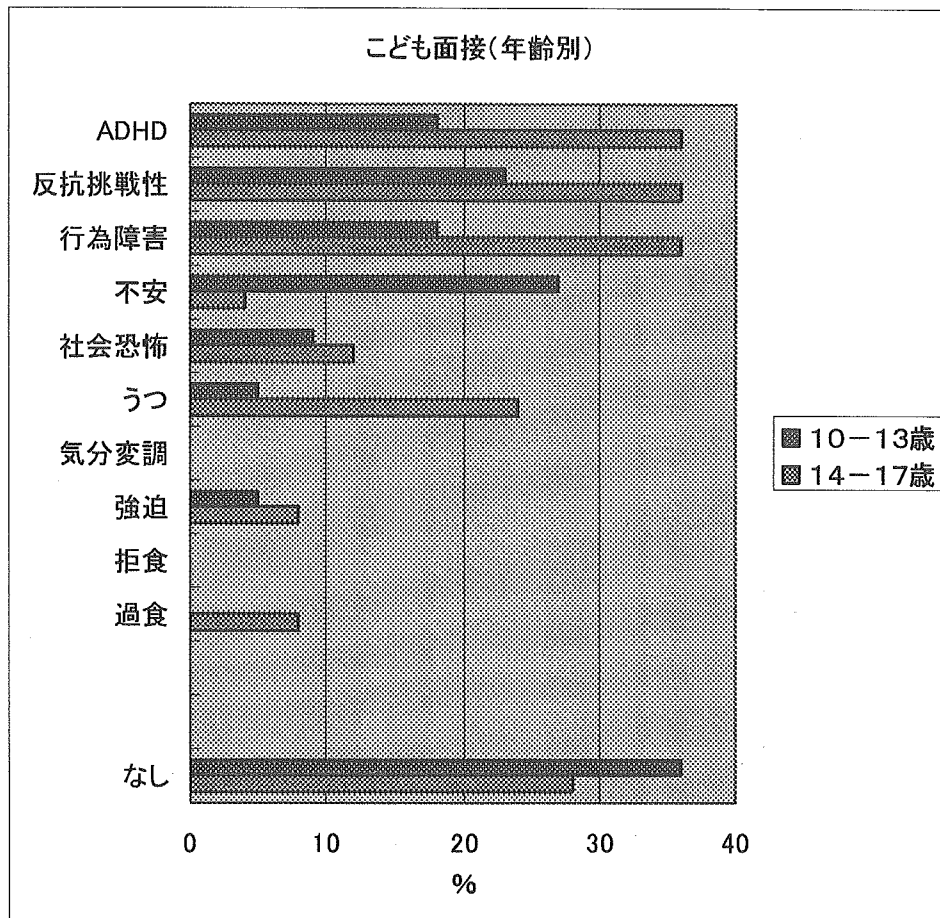


図 2 - 2

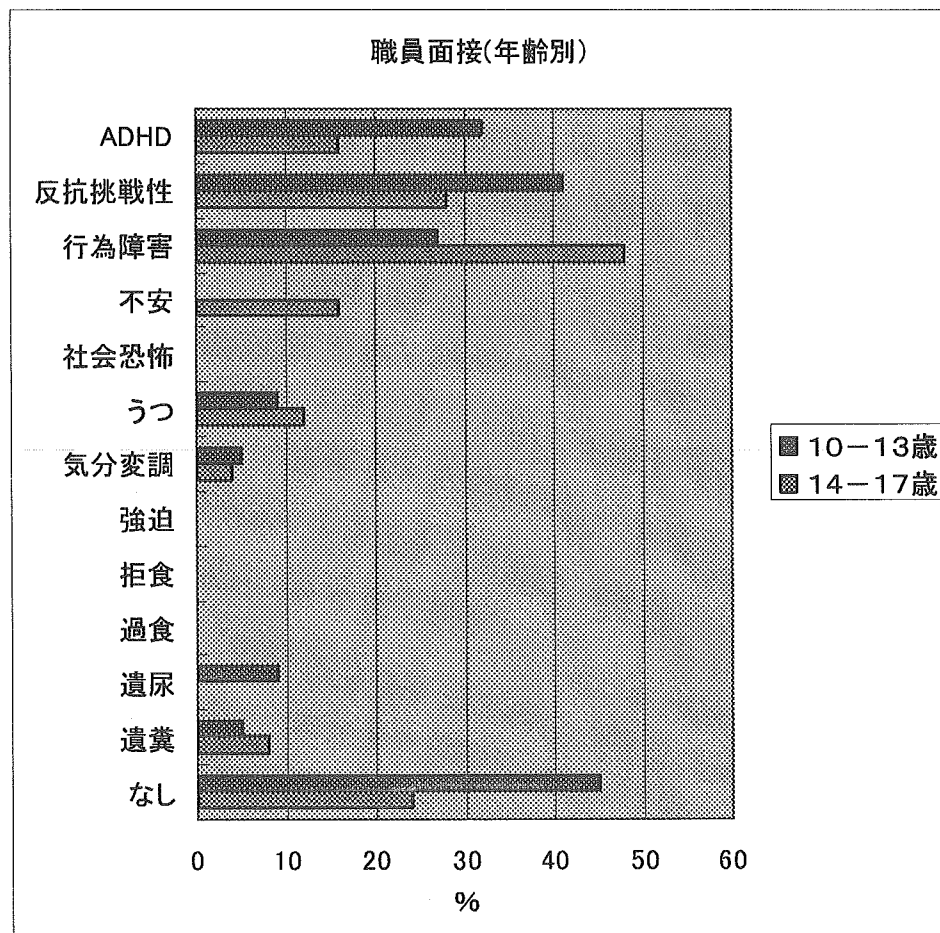


図3-1

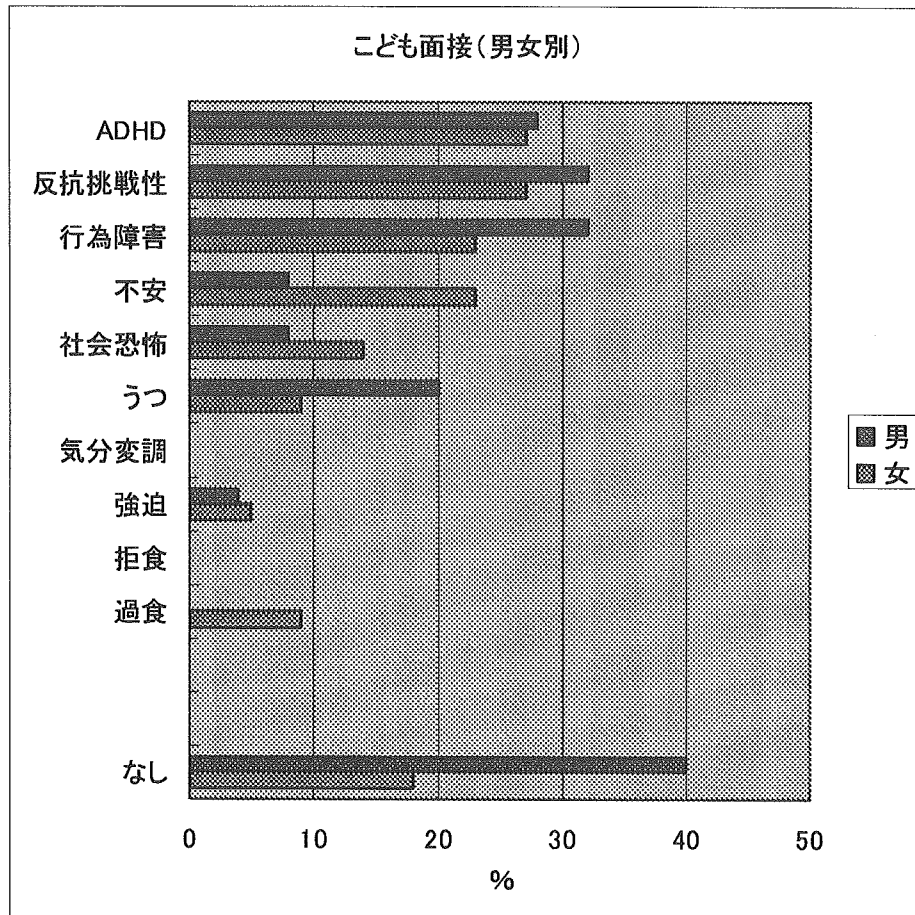


図3-2

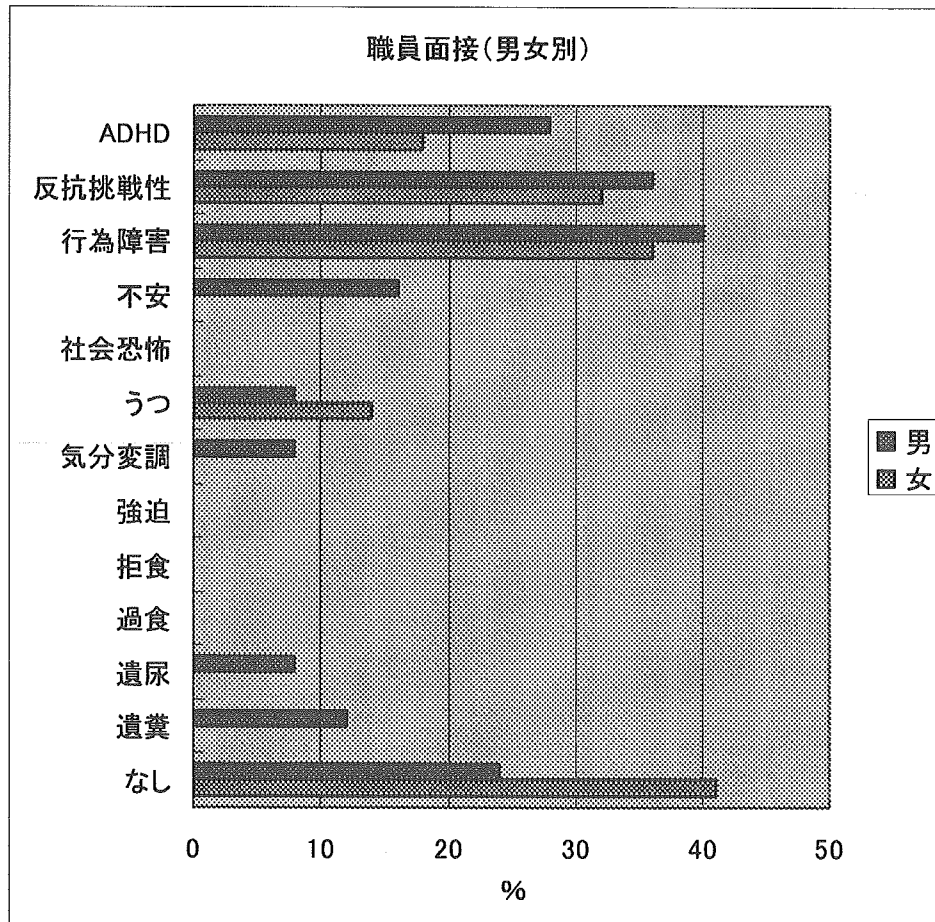


図4-1

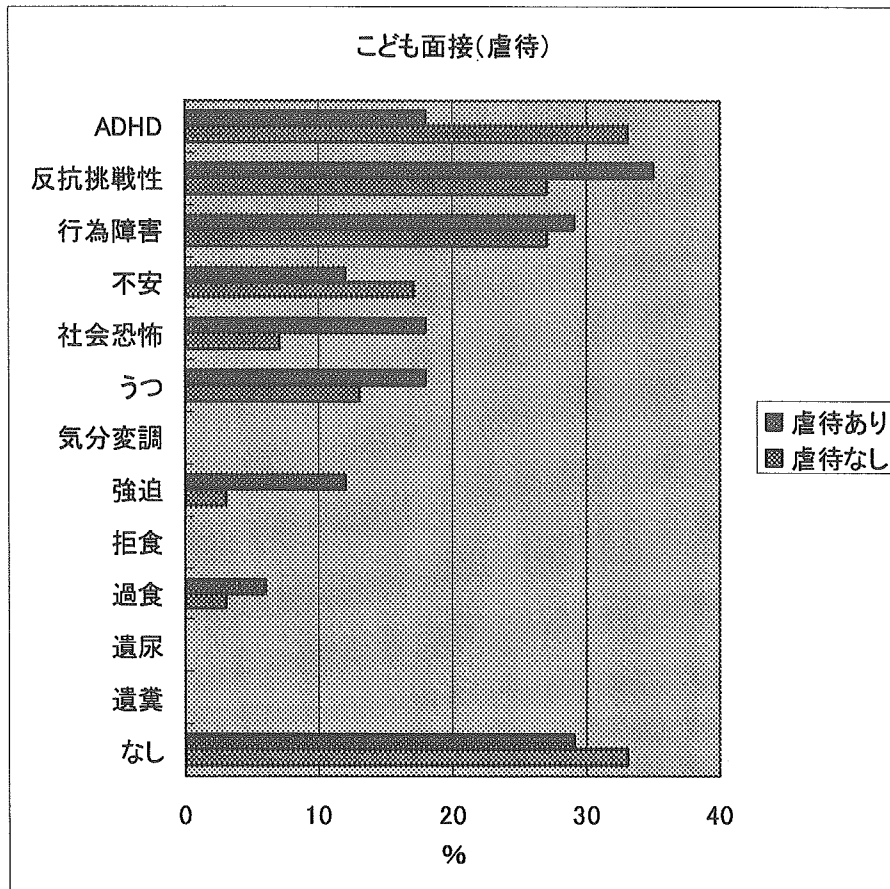


図4-2

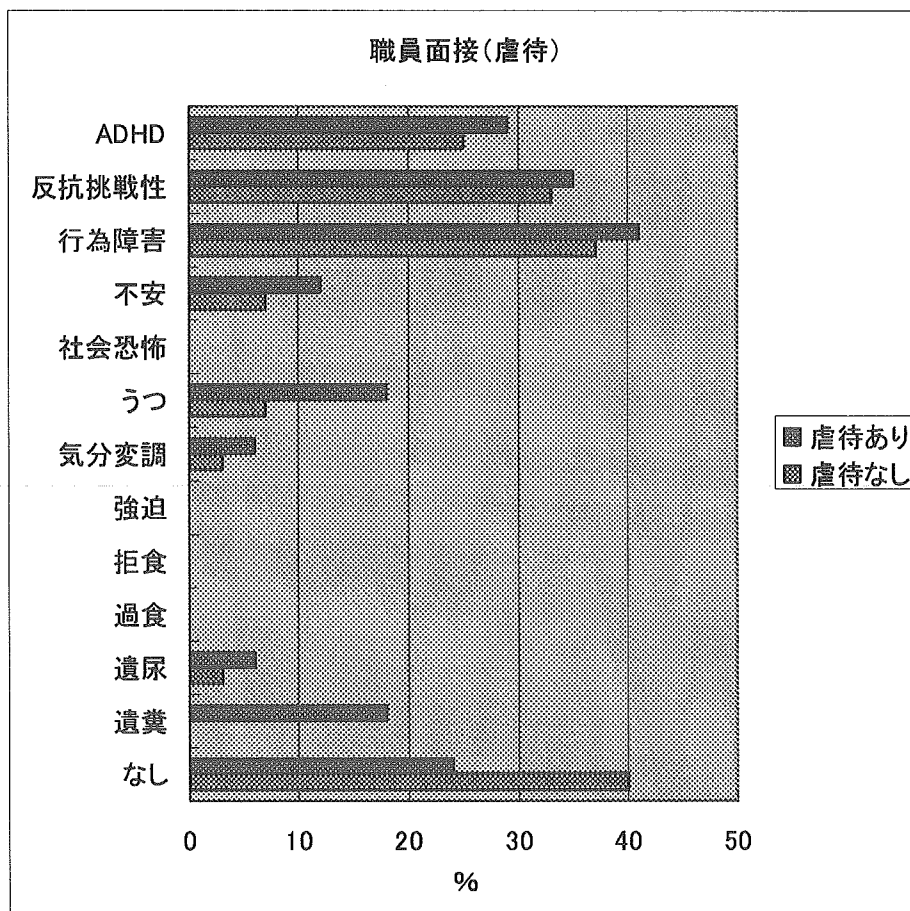


図5-1

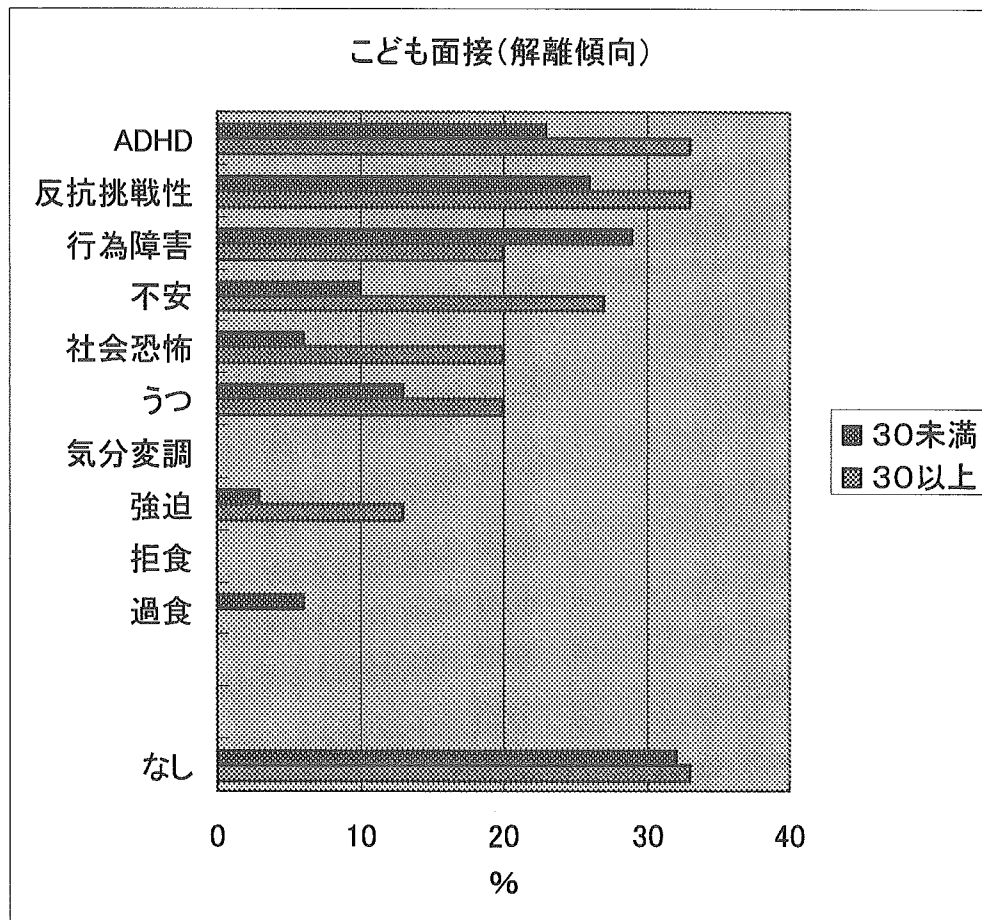


図5-2

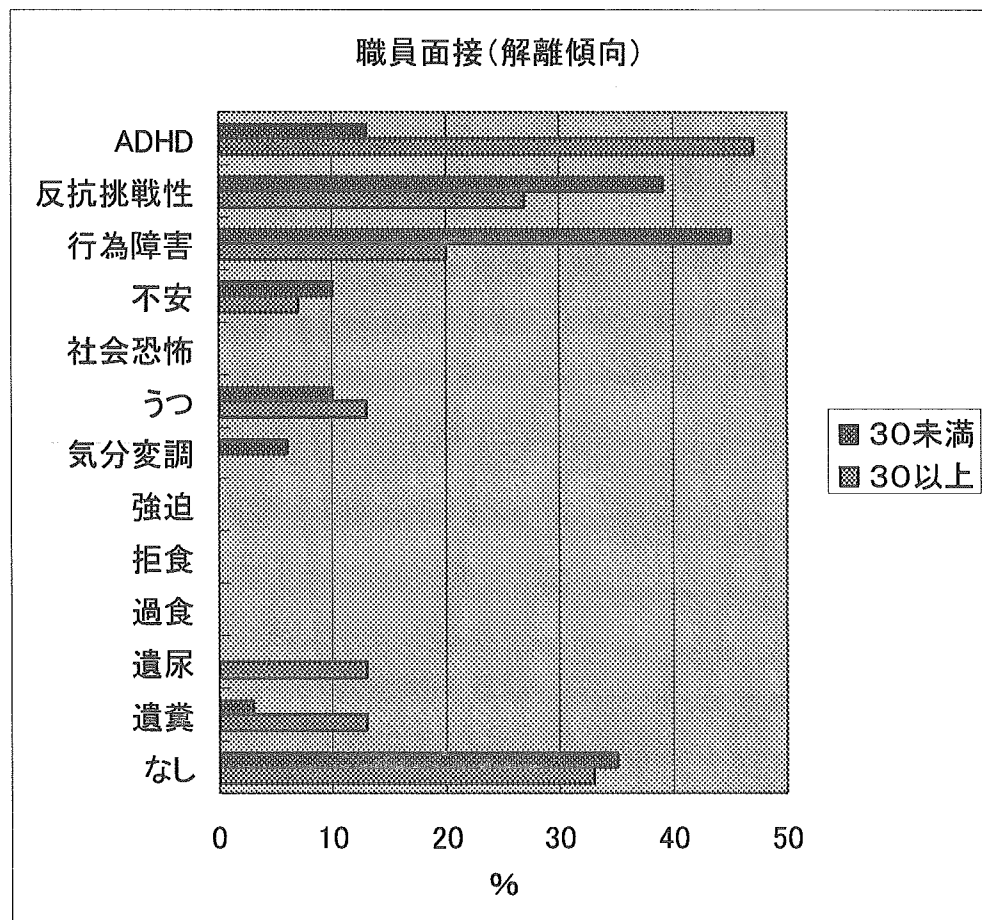




表1 構造化面接 項目

子ども用面接マニュアル 項目 (ChIPSの一部)

注意欠陥多動性障害  
反抗挑戦性障害  
行為障害  
社会恐怖  
全般不安性障害  
強迫性障害  
拒食症  
過食症  
うつ／気分変調症

保護者用面接マニュアル 項目 (P-ChIPSの一部)

注意欠陥多動性障害  
反抗挑戦性障害  
行為障害  
社会恐怖  
全般不安性障害  
強迫性障害  
拒食症  
過食症  
うつ／気分変調症  
遺尿症  
遺糞症



厚生労働科学研究費補助金：子ども家庭総合研究事業  
被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究（H15-子ども-009）  
分担研究者 奥山 眞紀子（国立成育医療センター）

分担研究4 被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究

研究要旨

これまで、医療における虐待に関するマニュアルや手引きの多くは発見から介入におけるものであり、在宅ケアに関する手引きは殆ど存在していなかった。

初年度に行った研究では、在宅ケアは親の改善度が子どもの改善度に影響していることが明らかにされ、親への支援が重要であることが示された。今回は、初年度のケースのうち、実母が支援の対象であったケースとその後に在宅支援が行われたケースの経過を症例として収集分析した。その結果、在宅ケアに関しては、要保護児童対策地域協議会に関する知識が必要であり、在宅支援の目的を認識すること、および、連携の実際に関する知識が必要であることがあきらかであった。また、小児科と精神科にわけて、在宅支援のあり方をまとめ、更に、医療におけるアセスメントのポイントと支援のポイントを加えて、医療における在宅ケアの手引きの目次を作成し、それを基に手引きを執筆した。

研究協力者（アイウエオ順）

生田 憲正（国立成育医療センター）  
笠原 麻里（国立成育医療センター）  
清水 誠（国立成育医療センター）  
中村 文子（国立成育医療センター）  
宮尾 益知（国立成育医療センター）

泉 真由子（国立成育医療センター）  
小平 雅基（国立精神神経センター 国府台病院）  
中野 三津子（国立成育医療センター）  
藤原 武男（国立成育医療センター）

A. 研究目的

児童相談所において通告されたケースの約 80%が在宅支援になっている。また、児童虐待防止等に関する法律および児童福祉法が改正され、子ども虐待に関する第一義的な対応は地域でなされることとなり、要保護児童対策地域協議会（以下、協議会）が設置されることとなった。医療機関も協議会の一員として在宅ケアに関わることが求められている。しかしながら、在宅ケアは医療モデルだけでは困難であり、地域との連携に加えて、家族全体を把握し、危機を察知する力を持たなければならない。

にもかかわらず、現在、医療機関がどのように在宅ケアに関わればよいかという手引き

はなく、個々の医師が手探りで行っている状態である。今回、在宅ケアを行うことが多い医療機関において、在宅ケアに関するケースを集めて検討した結果を基に、医療機関における在宅支援の手引書を作成し、提供することによって、その技術の普及と進化をはかるものである。

B. 研究方法

平成 15 年度に分析を行った 54 ケースを中心に細かい分析を加え、一般の医療に加えてどのような点を注意しなければならないかに関しての項目を抽出した。

また、個人情報観点からケースを上げることが出来ないが、親や子どもの特徴による

関わり方を提示できるような方法を検討した。

### C. 結果および考察

在宅ケアを行ううえで知っておかなければならない知識や考え方として、

1. 「不適切な養育」という考え方の導入
  2. 協議会に関する知識
  3. 協議会や地域ネットの一員としての自分の役割の認識
  4. 情報の集約の方法に関する認識
  5. 危機状態に気付くことの重要性
  6. 子ども、親、家族、地域に関するアセスメントの方法
  7. 小児科における在宅ケアの特徴
  8. 精神科における在宅ケアの特徴
  9. アセスメントに基づく代表的な問題へのケアの方法
- をあげることが出来た。

これらを基に、以下のような目次を組み立て、手引きを作成した。

- I. 在宅ケアとは
  1. 不適切な養育という考え方
  2. 在宅ケアの必要性と目的
  3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）
- II. 在宅ケアのあり方
  1. 原則
  2. 協議会や地域ネットへのつなぎ方
  3. 協議会や地域ネットへの参加
  4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション
- III. 在宅ケアのプロセス
  1. 情報収集とアセスメント
  2. アセスメントの総合
  3. 支援計画と役割分担
  4. 情報の集約に関して
  5. 定期的な評価会議
  6. 家族が転居する時
  7. 在宅ケアの終了
- IV. 小児科における在宅支援
  1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が

必要な時

2. 在宅支援における診療
3. 避けるべきこと

### V. 精神科における在宅支援

1. 在宅支援における診療
2. 気をつけるべきこと

### VI. 医療機関におけるケースの評価

1. 子どもの評価
2. 親（主たる養育者）の評価
3. 親子関係の評価
4. 家族の評価
5. サポートシステムに関する評価

### VII. 医療における支援の実際

1. 支援の目的
2. 評価から支援計画へ
3. 親の状態による支援の例

### VIII. 最後に

### D. 結論

これまでの在宅ケアの症例を元に、次ページ以降に添付する「医療における在宅ケアの手引きを」作成した。これまでにはなかったものであり、今後の知見を加えて、改定して、より使いやすいものにすることが望まれる。

### F. 研究業績

- 奥山眞紀子：親子再統合の意味とその支援，  
母子保健情報 2005；50号：147—150
- 奥山眞紀子：虐待を受けた子どものトラウマ  
と愛着，トラウマティック・ストレス  
2005；3：3-11
- 奥山眞紀子：虐待を受けた子どものPTSD  
とトラウマケア，看護技術 2005；51：  
40-43
- 奥山眞紀子：愛着障害の治療，精神科治療  
学 2005；20 増刊号「新精神科治療ガイ  
ドライン」：294-297
- 奥山眞紀子：子ども病院におけるリエゾン精  
神医学，児童青年精神医学とその近接領

- 域 2005; 46: 79-89
- 奥山眞紀子: 思春期の性被害・性加害—思春期におこりやすい問題とその対応—, 小児科診療 2005; 68: 1067-1074
- 奥山眞紀子: 児童虐待の分類と概要, 小児科診療 2005; 68: 208-214
- 奥山眞紀子: 虐待臨床から, 小児の精神と神経 2005; 45: 322-325
- 奥山眞紀子: 子どもの虐待—ネグレクトおよびドメスティックバイオレンスについて—, 健康教室 2005; 第650集: 86-89
- 奥山眞紀子: Shaken Baby Syndrome, 坂井聖二, 奥山眞紀子, 井上登生編: 子ども虐待の臨床—医学的診断と対応— 2005. 1: 99-105 南山堂; 東京
- 奥山眞紀子: 性的虐待とその所見, 坂井聖二, 奥山眞紀子, 井上登生編: 子ども虐待の臨床—医学的診断と対応— 2005. 1: 211-234 南山堂; 東京
- 奥山眞紀子: 性的虐待の現状と支援の課題, 日本家族心理学会編 家族間暴力のカウンセリング 2005. 5: 85~100 金子書房; 東京
- 奥山眞紀子: 子どもの自立支援の理念について, 児童自立支援対策研究会編: 子ども・家族の自立を支援するために—子ども自立支援ハンドブッカー—, 2005. 6 PP14~32 児童福祉協会; 東京
- 奥山眞紀子: 虐待をいかに防止するか—落とさないネットワークの構築に向けて, 児童虐待—防止のためのポイント 2005. 6. 30 PP156~166 年友企画株式会社; 東京
- 奥山眞紀子: トラウマについて教えてください、PTSDについて教えてください、解離性障害について教えてください、虐待を受けた子どもとのかかわり方について教えてください、思春期の子どもとのかかわり方について教えてください、性の問題にはどのように対処したらいいですか?, 庄司順一編: Q & A 里親教育を知るための基礎知識 2005. 8; PP176~183、PP226~235 明石書店; 東京
- 奥山眞紀子: 子供虐待, 第8章 子供の心の治療の新しい流れ 先端医療シリーズ 34 小児科の新しい流れ 2005. 6. 3; PP193~197 先端医療技術研究所; 東京
- 奥山眞紀子: 協編著 子ども・家族への支援計画を立てるために—子どもの自立支援計画ガイドライン 児童自立支援計画研究会編 2005. 6 児童福祉協会

# 不適切な養育に関する医療における在宅ケアの手引き

## <目次>

- I. 在宅ケアとは
  1. 不適切な養育という考え方
  2. 在宅ケアの必要性と目的
  3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）
- II. 在宅ケアのあり方
  1. 原則
  2. 協議会や地域ネットへのつなぎ方
  3. 協議会や地域ネットへの参加
  4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション
- III. 在宅ケアのプロセス
  1. 情報収集とアセスメント
  2. アセスメントの総合
  3. 支援計画と役割分担
  4. 情報の集約に関して
  5. 定期的な評価会議
  6. 家族が転居する時
  7. 在宅ケアの終了
- IV. 小児科における在宅支援
  1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が必要な時
  2. 在宅支援における診療
  3. 避けるべきこと
- V. 精神科における在宅支援
  1. 在宅支援における診療
  2. 気をつけるべきこと
- VI. 医療機関におけるケースの評価
  1. 子どもの評価
  2. 親（主たる養育者）の評価
  3. 親子関係の評価
  4. 家族の評価
  5. サポートシステムに関する評価
- VII. 医療における支援の実際
  1. 支援の目的

2. 評価から支援計画へ
3. 親の状態による支援の例

## VIII. 最後に

### <本文>

- I. 在宅ケアとは
  1. 不適切な養育という考え方  
「不適切な養育（maltreatment）」とは「子ども虐待」と同意語として使われる言葉です。しかし、「子ども虐待」が積極的な行動のみを指すように受け取られがちです。また、「虐待」とは親や加害者の行為を指すと考えられがちでもあります。在宅ケアは、本来、子どもにとって適切な養育がなされるように支援するものであり、積極的虐待を減少させるのみならず、子どもにとって良いケアになっているかどうか問題となるのです。従って、在宅ケアの場合は「不適切な養育（maltreatment）」という言葉を用いたほうが誤解の少ない対応となると考えられます。
  2. 在宅ケアの必要性と目的
    - 1) 必要性  
児童相談所に通告されたケースの80%は在宅ケアとなっています。この殆どは適切な養育を行っているわけではなく、何らかの不適切な養育はあるが、親子を分離してケアする程までの危険性はないと判断されたケースです。従って、放置してよいわけではなく、在宅で治療を含めたケアを行っていかねばなりません。
    - 2) 在宅ケアの目的  
医療における在宅ケアの目的は大きく二つ有ると考えてよいでしょう。一つは子どもが危険にならないよう

な見守り、危険な状態を発見したらすぐに強い介入を行って子どもを危険から守ることで。もう一つは、家族ができるだけ適切な養育ができるような支援を行うことです。この二つは常に意識しておく必要があります。

### 3)在宅ケアは危険と裏腹

今でも、虐待で命を落とす子どもがいるのが現実です。かといって少しでも危険があれば全てを分離ケアにするというわけにはいきません。在宅ケアでは、ケアと同時に危機を早めに察知して子どもの安全を守るという機能も果たしていかなければなりません。

## 3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）

### 1)在宅ケアの主体は協議会や地域ネットワーク

平成15年に改正された「児童虐待防止等に関する法律」および「児童福祉法」によって、虐待、つまり不適切な養育のケアの第一線は地域であり、専門的対応が必要になったときに児童相談所に支援を求めることになりました。児童相談所が専門的に評価して、在宅ケアが妥当と考えられたときにも協議会や地域ネットワークが主体となって在宅ケアを行うこととなります。

医療機関もこの協議会や地域ネットワークの一員として在宅ケアに参加することになります。

### 2)協議会と守秘義務

改正児童福祉法で位置づけられた「要保護児童対策地域協議会」（以下、協議会）とは、地域で要保護児童対策を行うためのネットワークを指します。法律的に定められた一つの意味は、協議会のメンバーの守秘義務が貸されたことにあります。つまり、外部に対する守秘義務があることで、内部での個人情報やり取りを可能にしたのです。従って、医師であっても、協議会の中で個人情報の開示をするこ

とは守秘義務違反にはならないと考えられます。

### 3)協議会のマネジメント

協議会にはマネジメントをする人を置くことになっています。協議会に参加するときには確認をする必要があります。事務を担当する人とケースのマネジメントをする人の両方を確認しましょう。

## II. 在宅ケアのあり方

### 1. 原則

在宅ケアは一人で抱え込まないことが原則です。協議会やネットの一員としてのケアであることを認識しなければなりません。

### 2. 協議会や地域ネットワークへのつなぎ方

医療機関で抱えている子どもに関して、地域での支援が必要と考えられるときには、地域のネットワークにつなげる方法として、以下の方法があります。

#### 1)児童相談所に虐待通告を行う

虐待が行われていると考えられ、子どもにとっての危険が高い可能性があるときには児童相談所に虐待通告を行います。児童相談所は通告には対応をします。児童相談所の判断で分離の必要はなく、在宅ケアが必要と考えられるときには、地域の協議会やネットワーク対応になります。

#### 2)福祉事務所への虐待通告

虐待ではあるが、すぐに分離が必要のないときには地域の福祉事務所への通告を行うことでもよいのです。児童相談所に通告するか地域福祉へ通告するかは本来は問題ではなく、いずれにしても福祉で適切な対応がなされなければなりません。しかし、地域によっての特性もあります。最初は通告しやすい機関に通告を行ってみることが求められます。

3) 通告したほうが良いと考えられるが、どのようにしたら良いかわからないとき

本来、通告の場合には、通告した人の秘密は守られることになっています。しかしながら、医療機関の場合には親に告知することが求められる場合がありますし、児童相談所などの福祉関係者が親に会うことで明らかになってしまうなどの不安を持つことがあるでしょう。だからといって見逃すことは子どもの危険につながります。相談しやすいところの相談してみることが重要です。普段から連携があるのなら、まず、地域の保健センターもしくは県の保健所に連絡をして相談することも意味があります。また、民間団体の電話相談などに電話を入れて相談してみることもできます。放置しない対応が重要です。

4) 通告をするほどではない不適切な養育

虐待として通告することは躊躇する段階だが、不適切な養育ではあり、支援が必要と考えられるときには、地域の福祉や保健センターに相談をします。そこから支援が始まります。

5) 告知

虐待通告の場合も不適切な養育への支援の場合も、できれば、親に告知することが望めます。その時に伝えるのは以下の点です。

- ① 関心があるのは子どもの安全である。
- ② 親を非難しているわけではない
- ③ 子どもが安全なように子育てができるように支援をしたい
- ④ その為に、児童相談所や保健所と連携したい
- ⑤ 子どもの安全に確信が持てないときは通告するのは義務である

これらの点を念頭に、親を非難したりするのではなく、支援したいという気持ちを伝えるのが告知です。その結

果、親のほうから相談したいという気持ちになることが望めます。

子どもが理解できる年齢以上の場合には子どもにも話をすることが望めます。子どもの場合も以下の気持ちを伝えるとよいでしょう。

- ① あなたの安全に関心があり、あなたを守りたい
- ② お父さんやお母さんがあなたにとってよいお父さんやお母さんになれるようにお手伝いがしたい

3. 協議会や地域ネットへの参加

自分から地域につないだ子どもと家族はもちろんのこと、それ以外のケースに関しても、協議会や地域ネットに参加することが社会から求められています。忙しい臨床の合間に他所へ出て行くことが困難なときには、その旨を伝えて、医療機関に来てもらうことも一つの方法です。

4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション

協議会や地域ネットでは、医療関係者、特に医師からの意見は非常に重要な意味を持つことがあります。特に、それが介入を弱める発言の時にはそれが重視されがちです。例えば、「今のお母さんは恐らく大丈夫だろう。それより子どもを切り離すことでのダメージが大きい」と言うと、医師が大丈夫と言ったと言うことで、強い介入が見送られがちになります。その為に子どもの命が失われたこともあります。常に自分の発言が子どもの安全を守るためのものであるかどうかを確認することが重要です。危険度がわからない時には危険性が高いほうに判断しておくことが求められます。

協議会や地域ネットは医療関係者は少なく、メディカルモデルでは話が進まないことがあります。初めての時には苛立ちを感じたり、別の国に来たような錯覚を覚えるかもしれません。しかし、それは相手も同じです。子どもの安全を守ることに立ち返って話



を進めることが重要です。

### Ⅲ．在宅ケアのプロセス

#### 1．情報収集とアセスメント

在宅ケアの最初にはそれぞれの立場から情報を収集して、それを集め、アセスメントを行うことが必要です。医療の場合には、医学的な情報（問診所見、診察所見、診察時の行動、その他の情報）と医学的判断を提供することが求められます。前述のごとく、協議会の場合や公務員のみの場合には、守秘義務に関しては心配する必要はありませんが、必要以上の情報を流す必要もありません。

他機関からの情報と多角的につき合わせることで、新たな発見をすることもあります。例えば、医師の前では従順な親を演じていても、他機関の人の前では怒りを爆発させていることがあります。つまり、自分の前に現れているだけではわからない部分が有るのです。その点でも情報の交換と共有は重要な視点です。

#### 2．アセスメントの総合

多職種で得られた情報を総合して、子どもの状況、親の状況、親子関係の状況、家族の状況、サポートシステムの状況、などに関するアセスメントが必要になります。これらを総合して、危険度を判定し、支援の方法を決定します。

#### 3．支援計画と役割分担

支援をするに当たっては、それぞれの機関の役割を明確にすることが必要です。例えば、子どもの安全確認と子育て支援のために、保健師が家庭訪問をする、週1回医療機関に通わせ、身体的診察と子育て支援を行う、など、いくつかの具体的な支援計画を立てます。

その際、医療機関としてどのような支援が求められているかを確認します。

#### 4．情報の集約に関して

在宅ケアの成否で最も重要なのは情報の集約とその判断です。支援のメンバーの情報をどこに集約するのかを確認します。以下のような時には必ずケースマネージャーに情報が集約されなければなりません。どこに連絡を取るべきかを確認しましょう。以下のような時には必ず、連絡を入れることが必要です。

- ① 来院予定日もしくは期間に連絡なく来院しなかった時、あるいは連絡はあってもその理由に疑問を抱いた時や理由自体が親のストレスにつながる危険があるとき、または、来院しないことが続いた時
- ② 転居、新たな同居人、片親や祖父母の長期不在など、環境の変化に関する情報が入った時
- ③ 親の言動や子どもの言動に気になる変化があった時
- ④ その他、気になることあった時

#### 5．定期的な評価会議

在宅ケアにおける支援計画が順調に進んでいるか、どのように変化したかを判断するために、定期的な評価会議を行うことが必要です。医療としては、目標に応じて、

- ① 子どもの身体的成長
- ② 子どもの発達
- ③ 子どもの行動
- ④ 親の精神的状況
- ⑤ 親の育児状況
- ⑥ 家族の状況

等に着き、どのように変化したかを報告します。悪化していると考えられる時には、更にどのような支援が必要かを考えなければなりません。

#### 6．家族が転居する時

家族が転居する時には転居先に支援を依頼しなければなりません。子どもに特別な病気があったり、精神的な問題があるときには、転居先の地域での医療機関を紹介する必要が生じる

場合があります。そのような場合には積極的に提供しましょう。

#### 7. 在宅ケアの終了

家族が変化し、子どもが発達して、支援を終了にする場合は、変化があったらかならず、どこかの機関に連絡が入るような手立てをとることが必要です。例えば、小学校に上がることを機会に終了する場合には、地域と学校で見守りを続け、気になることがあったら支援を再開できるような方向性を地域で確認しておくことが必要です。

### IV. 小児科における在宅支援

#### 1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が必要な時

小児科における在宅支援が必要なのは以下のような場合です。

- ①基礎疾患や障害があるとき
- ②発達の遅れがあるとき
- ③非器質性成長障害
- ④外傷の既往があるとき
- ⑤低年齢で子どもに何らかの育てにくさがあるとき

しかし、これ以外でも、子どものかかりつけ医として支援ができることは多いものです。子どもを守るために、積極的に在宅ケアに参加して欲しいものです。

#### 2. 在宅支援における診療

在宅支援では通常の診療に加えて、以下のことが必要である。

##### 1) 身体計測

不適切な養育では成長障害があったり、頭部外傷によって一時期から頭囲が拡大したりすることがあります。従って、必ず身体計測を行って成長曲線に記入することが大切です。

##### 2) 頭からつま先までの診察

不適切な養育の場合には、ネグレクトと考えていても突然暴力につながる場合があります。診察の時には、必ず、裸にして寝かせて頭からつま先までの診察をすることが必要です。

#### 3) 親子関係の観察

診察時の親子関係の観察も重要なポイントです。待合室、入室時、親と話をしている時、子どもの診察時、などにどのような親子の関係が有るかを観察することも大切です。例えば、診察をする時に子どもが泣いても関心を示さないとか、自分の話に夢中になって子どもを無視しているなどの親の行動や、親が離れても子どもが関心を持たないとか、親が近づくと返って激しく子どもがなくななどの子どもの行動は、親子関係の問題を示唆します。

#### 4) 具体的な育児方法の支援

在宅支援を必要とする親は漠然とした形ではなく、具体的な育児方法を提示することが必要な場合が多いものです。ミルクの作り方一つにしても具体的に示しながら優しく教えることが必要です。

#### 5) できるだけ親の話を聞く時間をとる

在宅支援を必要とする親の中には、自分の話を聴いて欲しい親もいます。会話が通じない子どもと一日二人でいることに疲れていたり、親失格と言われるのではないかと不安に思っていたりします。子どもの身体を見てくれる小児科医や看護師は親にとっては話しやすい場合もあります。

#### 6) 家族全体に関する話に注意して聞く

そのような安心できる会話の中で、家族の話が出てくることがあります。夫との関係の話、嫁姑の話などです。最初はこんな話しをして良いのかと思いつながらしている親も、受け入れてもらえることで更に話が進んでいくこともあります。耳を傾けることが必要です。

#### 7) 看護師などとの関わりに注意

医師の前では優等生を装っている親でも、看護師やその他のコメディカルの前では様々な顔を見せることがあります。他の医療関係者とどのような対応がなされているのかを聞いてみることも役に立ちます。

### 3. 避けるべきこと

#### 1) 親を責めたり笑ったりする

在宅支援を必要とする親は自尊心が低下している親が多いものです。こちらとしては責めているつもりや馬鹿にしているつもりはなくても、些細なことで、責められていると感じたり、馬鹿にされていると感じたりすることがあります。注意が必要です。

#### 2) 上から「指導」する対応

在宅支援が必要となる親の中には、嘗て自分自身が権威的な親に育てられてきた場合があります。上からの押し付けに対して恐怖を持つこともあります。その点も注意が必要です。

#### 3) 巻き込まれる対応

人格に偏りのある親の場合、巻き込みやすそうな人を巻き込んで支援を分断するような動きをすることがあります。医師の前で他の支援者の悪口を言い出した時、必要以上に医師を褒めたり、近づいてくる時、医師—患者関係以上の関わり（医療機関以外の場所で会う、自宅に招くなど）を求めたり提供してきた時には注意することが必要です。

## V. 精神科における在宅支援

精神科では、親への治療・ケアを担うことが多い。ここではその場合を想定して診療とその注意点を述べます。

### 1. 在宅支援における診療

#### 1) 診断名のみではなく、養育能力に関する判断が必要

親の「病気」に対応するだけでなく、「病理」を見極めて、対応することが必要です。返って「病気」の重症度と養育の問題の深さとは一致しないことは少なくありません。また、養育能力に対する把握、親子関係のとり方、などに関する判断が必要です。

#### 2) 子どもに対する思いを聞く

親が子どもを「かわいい」と思うのは当然だと思い込まずに、「かわいいと思えない」こともあることを念頭に

親の思いを聞くことが大切です。親自身も「自分はおかしい」と思っていることもあります。

#### 3) 家族全体を見る視点が必要

親個人の状態のみではなく、家族全体のかかわりを把握して対応する必要があります。

#### 4) PSWの関与が望ましい

医師は個人を診ることが役割ですが、在宅支援の場合には環境の中で親がどのように対応しているかを判断することが必要となります。できるだけPSWが関与することが望まれます。

#### 5) 地域の他の機関と一緒に支援していくことを伝える

親が医師や医療機関に転移していることは多く、他機関からの支援を受けにくくなっている場合があります。そのような場合には他の機関からの支援が必要であることを伝え、他の機関からの支援を受けるように配慮することが必要です。

#### 6) 親の過去をどう扱うか

不適切な養育となる親の中には過去に不適切な養育を受けて育った人も少なくありません。その中にはトラウマを負っている人もいます。過去のトラウマに接近すると、返って一時的に症状が悪化することがあります。それが必要な場合には、一時的に子どもを保護できる状況を作り出しておくなどの対策が必要です。十分に注意した診療が求められます。

### 2. 気をつけるべきこと

#### 1) 親の病状の安定にのみ視点を当てることの危険

精神科の医師から「今、子どもを取り上げたら、親がもっと不安定になる」と告げられ、子どもの保護が躊躇されるという事態を聞くことは多いものです。中にはそれによって子どもの命が落とされたケースもあります。弱者である子どもの安全を第一に考える必要があります。

#### 2) 個人の症状のみで判断することの危険

怒りの対象見つけて、怒りを発散す

ることで個人的な症状が改善しているように見えることもあります。個人の症状のみならず、家族からの情報を取ることも必要です。

## VI. 医療機関におけるケースの評価

### 1. 子どもの評価

以下の項目に関して評価が必要です。

#### 1) 基礎疾患・障害

基礎疾患や障害は育てにくさを増加させるリスク因子です。子どもの基礎疾患や障害が子どもや親にどのような負担となっているのかを判断する必要があります。

#### 2) 成長

身長・体重・頭囲に関して、必ず成長曲線をつけて評価することが必要です。養育が不適切な状態の時に成長障害となっていることが明らかにわかる時も有ります。

#### 3) 既往歴

明らかな基礎疾患がなくても、肺炎を繰り返すなどの既往は親子への負担であると同時に養育の問題が影響している可能性もあります。

#### 4) 発達レベル

運動発達、認知の発達、精神発達、社会性の発達などに関する評価が必要です。必要に応じて心理検査を行うことは助けになることがあります。児童相談所が関与している場合には、児童相談所での検査も可能です。協議会や地域ネットでそのような検査が行われているかどうかの情報を得ておくことも大切です。

#### 5) 愛着の問題

凍りついたような目で表情に乏しく、他者と係わりを持とうとしない乳児、誰にでもべたべたする幼児などは愛着の問題を疑わなければなりません。

また、乳幼児期の親子の愛着形成に関する評価をするには、負荷をかけることが必要です。例えば、誰かが子どもが怖がるおもちゃを子どものほうに向かわせるなどの負荷をかけた時

に、親に近づいて親の援助を受けるような行動をとるかを観察する必要があります。負荷をかけないとその判断は困難です。愛着の問題には、全く親を無視する場合、親の助けを受けようとせずに固まってしまう場合などは重度な問題です。

その他、親子の間を観察して、親を支配しようとしている場合、親からはなれずに親を振り回している場合、親の前で自分を危険に晒す行為を取る場合、なども親子関係に問題が有ると考える必要があります。

#### 6) 発達障害の鑑別

愛着の問題があるときには、発達障害との区別が困難になる時があります。長期に支援をしてみなければならぬ場合が多いものです。最初の段階で100%の鑑別が困難であっても、両方を視野に入れて支援を続けていく必要があります。

#### 7) 自己調節

不適切な養育を受けている子どもは、自分を一定の状態に保つことが苦手で、自己を調節することが困難になっていることが多いものです。泣き出すととめられない、かんしゃくが激しい、パニックになる、などの行動は、親にとって更に扱いづらくなり、より不適切な養育につながってしまいがちです。

睡眠リズム、食事のむら、感情の調節などに関して質問をして、評価をすることが必要です。

#### 8) 行動の問題

不適切な養育を受けた子どもは行動の問題をもつことが少なくありません。特に大きくなってくると、多動、衝動、乱暴、などの問題が生じてくることがあります。それが更なる不適切な養育に結びつくこともありますし、学校での不適応につながることもあります。

行動の問題に関しての評価が必要です。CBCL (Child Behavior Checklist) などの質問紙による評価も可能です。