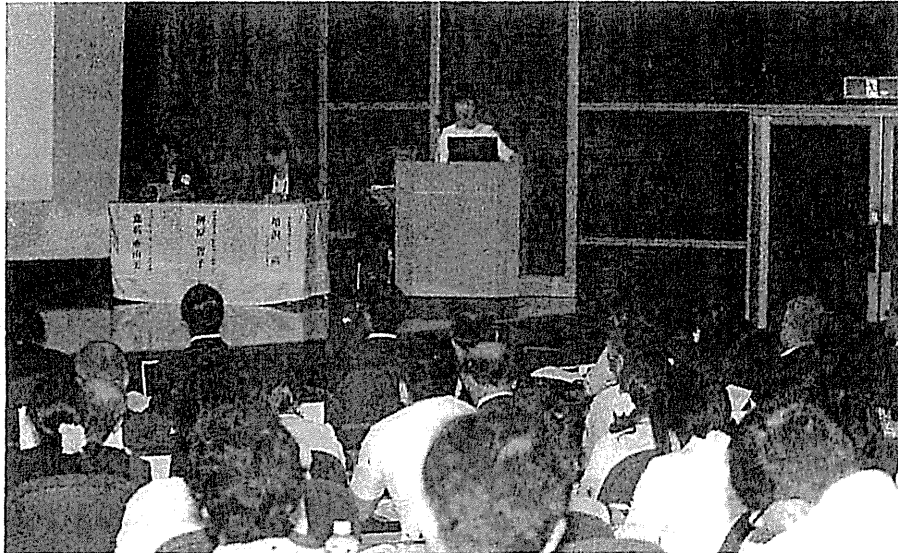


育て支援できる訳ではありません。通告する前にひと声かけるといった“お節介”を、と一つ申し上げたい。

二つ目は…。 “にんしんSOS” にいちばん最初にかかってきた電話は、若い女性からでした。すごく怒っています。妊娠して、初めは優しくしていた彼がいなくなった。彼のアパートはもぬけのカラ、実家のこともよく分からない。中絶するにしても産むにしてもお金がいる。だから捜してくれ、と家出人捜索に近いことを警察に頼んだ。警察が困って、こういうところがあるから相談してみても、と私たちの“にんしんSOS”へ電話してきた—。何週目なのか、親に相談することが大切だ、と支援しましたが、こういう相談を女性からも男性からもよく受け

る度に、もう少し前の思春期のところで、しっかり伝えるべきメッセージがあるのではないか、とつくづく思います。性感染症予防ばかりではない、と言って“寝た子を起こす”でもない、もっときちんと人が生きていく基本としての性を伝えてほしい…これが二つ目です。

そして三つ目は、先ほどの表(表8)にありました通り、虐待死亡事例の背景には、親との関係が大きく関わっています。皆さんは日々子どもと接しておられると思いますが、目の前の子どもの母親がどのようないきさつでこの子を産んだのか、そういうところまで知ってほしい。そのことを踏まえることによって、親に一步近づいたところで支援ができるのではないかと思います。



佐藤先生の講演に熱心に耳を傾ける参加者たち

ご紹介
お願い

●子ども

—関

まず

まいり

私は

発行に

力なが

見たの

うです

してい

ではま

ア、グ

い中、

ループ

ホをつ

くり

係で、

私

ていま

し

の教授

陣

面や研

修

団の歩

ま

護の歴

史

る現場

を

働きが

折

虐待予防～妊娠期中からの虐待予防について学ぶ～

大阪府立母子保健総合医療センター

企画調査部長 佐藤 拓代

はじめに

私は学生時代から周産期医学に興味があり、一般小児科と産婦人科、新生児科で未熟児を育てあげるということをやって、そのあと保健所で保健師さんと20数年働いてきました。医師として「どこに軸があるのか」と言われたりもしましたが、自分の中では親子関係に焦点があったのだと思います。妊娠中からの子どもの虐待予防が厚生労働省の通知で出されていますが、今までしてきた産科、小児科、新生児科と、地域の保健師さんとの活動で、今変えていかなければならないところがここだったのだなとつくづく思っているところで

妊娠・出産・育児感などの現状

企画調査部長というのが分かりにくいと思うので説明します。33年前に当センターができた時から、未熟児をそのまま地域に返すというのではなく、地域でも医療を継続し、子どもに適切な養育環境が整えられるようにという思いがあり、大阪府から保健師を派遣してもらっています。現在は地方独立行政法人ですので、若干名の事務職員を除いて大阪府からの職員は引き上げになりましたが、保健師だけは引き続き派遣してくれています。地域をよく知っている保健師が私のいる企画調査部に派遣されており、入院中からしっかり未熟児の親やハイリスクの妊婦さんにも会い、現場の保健師につなぐということをしています。企画調査部は電子カルテ等の情報管理室や診療情報管理室、JICA研修やWHOのコラボレーションセ

ンターの窓口などの企画調査室もあり、病院・研究所というセンターの3本柱の一つです。

妊娠期からの支援は、現在の出生状況を見て頂くのが一番良いと思い、昭和25年から平成23年までのグラフを持ってきました<PPT 1>。10代の出産は増えているように思いますが、昔は2.4%、現在は1.3%と少なくなっています。昔の10代のお母さんは自分の親元近くで出産したのですが、今はむしろ親から離れたくて、出会い系サイトで知り合った人と結婚して知らない街に住んでいるという方が目立つようになりました。かなり支援が必要な若いお母さんが多いという気がします。また、以前は25~29歳に産む方が多かったのですが、平成12年頃を境に30代の後半に産む方が多くなり、平成30年頃には30代後半に産む人が一番多くなるのではと思います。40代のお母さんは昔は何人も産んで未っ子が40代というのがあったのですが、今は一人目のお子さんを出産される方が結構多いです。体外受精等の高度不妊治療により37人に1人が生まれてきています。不妊治療を何回も繰り返してようやく子どもを持ったものの、イメージと現実のギャップにかなり戸惑ううえ体力はついていかず、下手をすると自分の親の介護も必要という年齢の高いお母さんの問題があります。また、4人に1人が妊娠後の結婚（おめでた婚）なのです<PPT 2>。結婚期間が妊娠期間より短い出生（おめでた婚）の割合は、1980~2000年までの間に、全体で12%から24%に増えました。10代は5割から8割に増加しましたが、かなり増

えたのは20代前半で、3倍くらいにまで増えて約6割です。昔は10代の方が相手もよくわからないままに結婚し、リスクはかなり高いと思っていましたが、今や20代前半までがその状況です。2.1 弱の合計特殊出生率がないと日本の人口は減り続けるのですが、沖縄県がそれに近い1.8くらいの値を示しています。沖縄はおめでた婚率も42%と高いので、おめでた婚への偏見が少なく、産みやすく育てやすいのだろーと思ひます。今105万人くらいが生まれていますが、生まれてくる子どもに対し中絶される子どもが19%、約20万人います。都道府県別に中絶率とおめでた婚率をみますと、どちらも高いのは北海道や東北地方、九州など北と南に多いようです。どちらも低いのは、滋賀県や岐阜県など本州の中心に多く相手を見極めて結婚している土地柄なのかもしれませぬ。岐阜県はおめでた婚率も中絶率もそれほど高くない、地域もよく取り組んでいて、偏見も少ない良い所なのかなと思ひます。東京都や大阪府は中絶率が高くおめでた婚が低いので、子どもを妊娠しても産みにくいようです。

母子健康手帳の発育曲線が10年に1度見直されるので厚生労働省が身体発育の調査を行っていますが、そのときに全国5千人以上のお母さんに幼児健康度調査を行っています<PPT 3>。そこで「子どもを虐待していると思ひ」と約1割が回答しています。普通のお母さんが虐待しているかもと10人に1人は考へているわけです。1歳でも100人に7人、3歳では6人に一人がそう考へており、3歳児の第一次反抗期の時期は、やはりしんどいようです。虐待の内容も聞いていますが、1歳でも「たたくなど」が半分くらいです。多いのは「感情的な言葉」で約8割です。2歳で「たたくなど」が増えていますが、2歳くらいの子は、単語は出ても言葉が出ないのでどこかしさを感ぜたり、言うことを聞かなくて「叩く」行為につながりやすくなります。「しつけのし過ぎ」というのは年齢に従い徐々に増えて5人に

1人です。就学前は本当にストレスがかかると思ひます。感情的な言葉である「いらぬ」「あっち行け」などと言ってしまう方が8割いるので、普通のお母さんでも子育てが大変な状況だといふことがよく分かります。今のお母さんは子どもの数が少ないため失敗が許されぬと思ひ、とにかく色々な習い事をさせ、お金をかけて育てます。育てた子どもが思ったような子どもにならぬことかから虐待するといふケースにも出会います。イライラして子どもに向き合えず、息が詰まる中で、立派な育児だけをしようとかんじがらぬになっているお母さん像が浮かびあがります。

死亡事例から見てくるもの

子ども虐待による死亡事例等の検証結果を厚生労働省が毎年報告しています。近々第9次報告が出ますが、第1次から第8次までの人数は、毎回ほぼ50例で心中も年間約50例あり、把握されているだけで100例くらいの死亡事例が毎年ありますが、実際にはそれ以上にあるのかもしれないませぬ。年齢的にみると0歳児が最も多く4~6割、3歳までをあわせるとどの報告でも約8割を占めます。体の小さい子どもが死亡しやすく、リスクが高く危ないといふことがわかります。加害の動機も分析しています<PPT 4>。「不明」が多いですが、「しつけのつもり」「保護を怠った」が多いのが目立ちます。代理ミュンヒハウゼン症候群は医療従事者がだまされることもある虐待で、今までは症例報告レベルでしたが、実はよく出会っているかもしれない虐待です。私も地域で、下痢で20数回も入退院を繰り返すケースに出あったのですが、よくよく話を聞くと、下剤を飲ませたのかもしれないと思ひました。しかし、主治医に聞くと主治医は「絶対そんなことはありえない」と否定されました。その後やはり、下剤によるとわかったのですが、代理ミュンヒハウゼン症候群は主治医も本当に病気と思ってしまう虐待で、海外の文献では20数回も開腹手術をした

という報告もあるくらいです。医療従事者は「こういうこともあるかもしれない」というイメージを持っておく必要のある虐待です。

動機の中の「子の存在の拒否・否定」というのが問題と思います。妊娠期・周産期の問題がまとめられています。私が黄色で網掛けをした部分が妊娠期からの虐待予防には鍵となるところだと思います< PPT 5 >。「切迫流産・早産」が17.4%ありますが、36～37週未満で出産する早産は6%くらいしかありません。流産がどの程度入っているのかは分かりにくいですが、切迫早産も考えるとかなりリスクが高いといえるかもしれません。「喫煙の常習」は46.7%です。20代女性の喫煙率は12.8%、30代で16.6%ですので、お母さんたちの中では、タバコをやめられない人で虐待をしている人がかなり多いといえます。それから「望まない妊娠/計画していない妊娠」が55.6%です。若年(10代)妊娠は40.0%ですが、さっき全国では1.3%といたしましたので、30倍以上若年のお母さんが多いことになります。生まれても母子健康手帳をとりに来ない「母子健康手帳の未発行」が27.3%。分娩までに99.3%、分娩後を入れると99.5%のお母さんがとりに来ますので非常に多く、母子健康手帳を取りに来ない方たちは赤ちゃんの存在そのものを否定しているのかもしれない。「妊婦健診未受診」は40.7%あります。国は、望ましい妊婦健診の回数を14回としています。未受診の程度はわかりにくいのですが、大阪府産婦人科医会が妊婦健診未受診者の調査をしたところ、250人に1人で0.4%になりますので、これも非常に多いと言えます。

概要をみると、乳児期の死亡は45%ですが、新生児がそのうちの半分から多い時は6割の年もあり、かなり多くを占めているのは間違いありません< PPT 6 >。虐待者を見ると6割が実のお母さんですが、新生児を殺しているのは100%母親だということがわかっています。1歳を越えると実母の交際相手が浮上してきます。これも、

毎回同じ傾向です。お母さんの心理面・精神面からの問題では、どの年も「育児不安」が約3割と多いです。複数回答で次に多いのが「養育能力の低さ」で、知的問題があったり、うつであったり、生育歴の問題であったりで25%。「精神障害」が15.9%、その周辺群が同じくらいあります。今や実母の問題は、「育児不安がないか」、「育児能力があるか」、「心の問題はないか」、その3つを妊娠中からしっかりと見抜く力が求められているといえます。関与している機関は、実は「関与している」とは言い難い状況で、市町村が母子健康手帳を取りに来ることで接点ができるのが約4割なのですが、第4次から第8次報告ではどこも全く関わっていないという事例が1割から2割ありました。母子健康手帳も取りに来ないと、どの機関も関わらず、新聞報道で初めて事故を知るといった事態になってしまいます。子ども側の問題では、泣き止まない「激しい泣き」が1割です。それ以外は理由として出てきていませんが、中には発達障害などもあるのでしょう。また、「望まない妊娠」では、母子健康手帳も妊婦健診も受けてないというのが約7割です。乳幼児健診も未受診が多く、3～4ヶ月健診を全国平均の2倍受けず、1歳6ヶ月健診も7倍くらいが受けていません。3歳児健診も4倍受けていないという状態です。妊娠中は母子健康手帳を取りに来ず、妊婦健診にも乳幼児健診にも来ないという、本当に支援体制に乗りにくい方たちがいるということがいえると思います。第1次～第8次報告をまとめてみると、生まれたその日に殺している母親は望まない妊娠が約8割と多く、その時期を乗り越えた1か月以内の死亡では約3割に減少しています。つまり、出生当日の死亡を減少させるには、望まない妊娠の相談窓口などを作らないと救うことはできないということができるといえるでしょう。

都道府県レベルで初めて、2年前に大阪府が当センター企画調査部地域保健室に、「にんしん

SOS」という思いがけない妊娠の相談窓口を設置しました。年間で1000人ほどの相談が飛び込んできます。電話相談は月曜～金曜日、メール相談は365日受け付けています。年末年始には何十件とメールが入っているのを、1月4日に確認し全部に返事をします。当初はメールでの相談が多いかと思っていましたが、メールは3割弱で電話が7割です。本当に困っているので、電話ですぐに相談をして答えを返して欲しいようです。ある時、妊婦健診も受けておらず、母子健康手帳も取りに行っていないような方から相談が入り、赤ちゃんを産んで六日目だが思ったよりも出血が多く止まらないとの電話がきたのです。両親にも相談できず、初めての子どもさんだったのですが自分の部屋で出産し、へその緒を切って胎盤はゴミ箱に捨てたと言うのです。赤ちゃんの状態も心配でしたし、住所を教えてくださいましたので、近くの病院のケースワーカーさんに家庭訪問してもらい、保健センターの保健師さんにも駆けつけてもらい、救急車を即呼んで母子共に病院に運んだということがありました。相談がなかったらどうなっていたのかなと思います。大阪府から委託を受けていますが、大阪府内からの相談は7割で、3割は全国からあります。岐阜県からも相談を受けていますし、「こうのとりのゆりかご」のある熊本県からも相談があります。私たちは“産む・産まないは、あなたに決めてもらう”としています。“産めないと思っているのはなぜ”か、“産もうと思っているのなら何が困難なのか”ということを話し合います。お金がないのか、中絶を考えているのなら特別養子縁組制度があることなどを伝えながら、ご本人さんに決めてもらうのです。生理がこないというレベルの相談から、安定期だが…という相談まで本当にいろいろな相談が入ってきます。若年出産の方は、“家から出たかった”、“親との葛藤があった”という方があり若年出産は親子関係で要注意です。しかもおめでた婚率からみれば、20代前半までは親子の関係性がどう

なのかをみる必要があると思っています。

これは、大阪産婦人科医会がわが国で初めて都道府県レベルで妊婦健診未受診妊婦について調査をした報告書です<PPT 7>。未受診についての定義がこれまでなく、14回のところ3回以下とか、健診間隔が3か月以上あく妊婦を調査対象と決めて調査しています。最初の調査時の152件からどんどん増えて、今ではその倍近い307件となり、分娩250件に対して飛び込み出産が1件あるといえる状況です。全県調査を行っているところはあまりないのですが、隣の奈良県は1000人に1人、岡山県も1000人に1人と聞いていますので大阪府は多いと思います。年齢で見ると、未成年と30歳代後半にピークがあります。中学生・高校生ではパートナーも7割が未成年で、親にも言えずにお産に至ってしまうといえます。30代後半では飛び込み出産のリピーターも多いようで、健康を過信して“今回もうまくいく”、“お金をかけずにうまく出産できる”と思っているのかもしれません。しかし、定職がなく経済的に苦しいということがベースに見えています。未受診の理由は、経済的問題が約3割、知識の欠如や認識の甘さなどもあります<PPT 8>。しかし、胎児は、妊娠かどうかわからず迷っている間にもどんどん大きくなります。安静にしていたら治癒する普通の病気とは違うことへの認識の甘さがあります。十代では「親に言えずどうしたらよいかわからなかった」が4人に一人で、家族に言えない場合は、親に相談できない関係性の悪さがあります。母親の被虐待歴も3.9%ですが、前回の調査では1割でした。お母さんの精神疾患も1割ありますが、それと同等の被虐待歴が浮かびあがってきました。死産の子どものは、周産期死亡率からすると全国の4倍くらい多くなります。妊婦健診を受けないと、子ども自身がスタートラインから不利となり、助かる命も助からないのです。こういう調査結果を産婦人科医会がメンバーに伝え返すことで、“妊婦健診を受けない=子どもの

リスクが高まること”への理解が深まり、新生児合併症は6分の1に減りました。NICUに入院する子どもも減りました。子ども自身の予後はよくなったかもしれませんが、子育てをするお母さんの背景の問題は同じようにあり、ここに産婦人科医だけではない保健と福祉が連携した子育て支援の必要性があります

虐待死亡事例等の検証結果の加害の動機にもどりますが、「泣き止まない苛立ち」に対しては「揺さぶられ症候群」がほとんどです<PPT 4>。ご存知と思いますが、硬膜下出血、脳浮腫、眼底出血が特徴的です。2歳までは脳と脳脊髄膜液腔（くも膜下腔）の隙間が大きいので、揺さぶられ症候群のリスクが高いといわれています。また脳出血の後遺症などがあるお子さんはこの隙間が大きいので、ますます出血するリスクが高くなります。揺さぶられ症候群の大半は1歳未満で、男の子が多いです。泣き止まないため少し激しく揺さぶってしまい、頭の中に出血して泣き止むと「この子は乱暴なのが好きなのだ」ともって揺さぶってしまい、より頭に出血を起すパターンが考えられています。揺さぶり方も、“よしよし”というゆっくりした揺さぶり方ではなく、1秒間に3～4回往復するような“ガクンガクン”という揺さぶり方です。例えば子どもの体重が5キロで、揺さぶる大人の体重が60キロだとすると、50キロの体重の人が600キロの体重で振り回されるような、そんな加速度がかかるイメージをして頂くとわかりやすいと思います。

この揺さぶられ症候群は、虐待と考えたほうがいいのかというのが世界的な見解です<PPT 9>。揺さぶる背景には、養育者自身の孤立、うつ、イライラ、経験不足など、とにかく支援者の不足があるというのが共通認識です。さらに、赤ちゃんを揺さぶってはいけないという知識も少なく、赤ちゃん自身もすぐ泣きやすいというか、本当にしつこく泣く赤ちゃんもいて、赤ちゃん側の要因もあって起こります。そのため、“予防できる”

と考えられています。どうして予防できるのかといえば、どんな赤ちゃんでもひどい時には泣く時間が1日に160分くらいはあるということを知らないからです。1962年に新生児医療でよく知られるプラゼルトンが“泣き”の調査をしています<PPT 10>。生後2週間くらいから泣き止まない状態が増加し、生後6週間くらいから徐々に減っていきます。1986年の調査でも2001年の調査でも同じように、泣きのピークは生後5～6週間くらいから徐々に下がっていきます。激しい赤ちゃんは、1日に120分も泣くのだというはっきりとした事実があります。“赤ちゃんは激しく泣くものだ”という情報を知らせておくだけでも全然違うでしょう。揺さぶられ症候群で入院した児の月齢は泣く時間のピークから2～3週間くらいの遅れがあるので、泣き止まないで揺さぶりはじめていよいよ激しく揺さぶったときに揺さぶられ症候群が起こると考えられています。これを予防するには“赤ちゃんは泣き止まない時がある”ということ啓発することです。うつぶせ寝や受動喫煙をさせないなどの啓発でSIDSが減少していますが、それと同様にプログラム化した取り組みで、既にアメリカやカナダでは揺さぶられ症候群が減少してきているといえます。

厚生労働省も、虐待予防として揺さぶられ症候群の啓発に力を入れており、岐阜県の関係者にもDVDが送られてきているはずで、このDVDは複製可能で、国立生育医療研究センターの藤原先生が話されているプログラムです。赤ちゃんの頭は透明の亚克力でできていて、揺さぶられると実際にどのように脳の表面が出血するのかというところまで動画でわかるようにできています。皆さんのところで、ぜひ広く使ってもらえたらと思います。赤ちゃんの泣き声を聞かせるプログラムもあります。泣き声を5分間聞かせて、揺さぶられ症候群というのはどんなもので、とても予後が悪いということを話して、ではどうしようかというプログラムです。そして、「その時にはこう

いうことをして泣き止ませるのだよ」と伝えます。当たり前と思われていることが、初めての子育てではわからないのです。それでも泣き止まない時には、“安心できる場所に仰向けに寝かせて、側を離れてお茶を飲みましょう”というのがDVDにあります。このようなメッセージを伝えていく必要があるのです。

妊娠期からの虐待予防

厚生労働省は、先ほどのような虐待予防を含めて矢継ぎ早に通達を出しており、平成23年からのキーワードは「医療機関と連携した（妊娠期からの）虐待予防」です<PPT 11>。しかし虐待予防は、医療機関だけが行って済むわけではありません。何が一番効果的なのかを、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの観点から整理します。「健康日本21」という健康づくり運動があります。“減塩しましょう”、“歩きましょう”、“健康診断を受けましょう”などの様々なメッセージを出しています。健康リスクが高い人も低い人も含めて、全体の健康度を高くしようというのがポピュレーションアプローチです。ところが虐待予防では、“虐待をやめましょう”、“子育ては皆でしましょう”といっても一握りの虐待に至る人は予防できません。虐待は、生育歴など極めて個別の問題が影響しているからです。そのため、リスクの高い人をターゲットにして濃厚に支援することが、虐待を予防する上でコスト的にも一番パフォーマンスがよいことが海外の文献で示されています。

リスクの高い方に関わる上で参考になるのが、平成12年度の「すこやか親子21」検討会報告書に、虐待が起こる4要素として示されています<PPT 12>。この出典は、Steelの論文です。ヘンリーケンプが1962年にバタードチャイルドシンドロームという論文を出していますが、その彼と一緒に仕事をしていた精神科医です。Steelは、虐待を受けた子ども達の背景には4つ

の条件が揃っていると述べています。この4つが揃ったら、みんな虐待になるというわけではありませんが、「(1)多くの親は子ども時代に大人から愛情を受けていなかったこと」をみると、どの文献でも3割から4割はあてはまります。きょうだい間差別を含めた「満たされない思い」というのは、昔の大阪府保健所調査ではほとんど100%にみられました。

親が育つにはどのようなモデルがあるかということでは、1980年代にベルスキーのペアレンティングモデルがあります<PPT 13>。虐待がどのように起こるかをエコロジカルモデルで示しています。親の生育歴は今の親の性格に影響しており、たとえば公的機関に反発するのは受け入れられた経験がないためといえます。そして、それはまた夫婦関係や子育て、仕事が続くかどうかにも影響を及ぼします。仕事が続くかどうかは、お金が続けて入るということです。また、やりたくないこともできるかどうか、社会的に折り合うことができるのかも示されているといえます。お友達ともなかなかつながらない、ネットワークも乏しい、子どもも育てるのが難しい子であるとかの要因で、子育ての困難が起こると説明しています。

妊娠・出産・子育ては、まさしく親との関係を振り返る時期です<PPT 14>。“汚らしい親から生まれたと思うとぞっとする”というお母さんもいます。自分の親との関係が目の前に突きつけられるのですが、それを隠し通す人もいれば、子どもが生まれて段々反応するようになると、自分が親にされたことと同じことを子どもにしてしまう人もいます。ここを妊娠中から把握して、予防する支援をしていきたいのです。生育歴に問題があり社会的に未熟な親には、関係性の問題があります。夫婦二人と胎児の時は二方向の関係性ですが、赤ちゃんが生まれると六方向の関係性になります。二人の時にはうまくやれていても、赤ちゃんが産まれるとお母さんを赤ちゃんにとられ

た気がして、お父さんが子どもに暴力を振るうことがあります。未熟な母親は“とにかく夫が帰ってくるのが待ち遠しい”、“彼と一緒に夜の街に出かけたい”と、子どもだけを家において外出することもあります。“置いて行ってはいけない”と言うと、“では、いつになったら出かけられるようになるのか？”と詰め寄られ、保健師が答えに窮したこともあります。“いつになったら置いて行ってもいい”ということではなく、置いて行かれた子どもがどのような気持になるのかが分からないのです。この六方向にうまく支援をしていくことは至難の業です。それでもしっかり一人目の子育て支援を行えば、関係性をうまくこなせる親になれる人がいるのです。

周産期の子ども虐待のリスクを分娩前から分娩後まであげてみました<PPT 15>。分娩前からわかるものでは、「妊娠の自覚がない・知識がない」では若年であったり、こころの問題や知的問題があったりします。このことはわりに把握しやすいと思うのですが、気をつけたいのは「分娩費用がない」です。経済的に苦しいのですが、親に相談できないから分娩費用がないということもあります。支援者がいないことが背景にあることもあるので、経済的な問題を抱えている場合にはぜひ支援者についても把握して欲しいと思います。「育てられない(との思い込み)」は、世間的に受け入れられない出産である場合、把握するのが難しいです。私たちの「にんしんSOS」相談でも、妊婦健診を未受診の方がようやく地域で保健師の支援を受けて出産したのですが、そのあと連絡が取れなくなったという方がいます。この方の場合、性産業や水商売に携わる方で相手が誰の子かも分からず、どこにも相談できなかったようです。ようやく支援につながったと思っても、世間的に受け入れられない出産では、偏見のない特別の配慮を要する方達への対応が必要なのであり、支援者はスキルが必要です。子どもに愛着がない場合は妊娠中から把握できることもありますが、分娩後

に初めて把握できることもあります。母の新生児への接し方を細やかに把握することが大切で、周産期医療機関で把握していただいて、ぜひ地域につなげていただきたいと思います。

さきほどリスクといいましたが、医療機関と地域サイドでは言葉がかみ合わないことがいろいろな場面であります<PPT 16>。医療でハイリスクといえば医学的なハイリスクですが、地域では子育てのリスクが高いことをイメージします。しかし、若年や妊婦健診未受診の医学的リスクの高い方たちは、子育てのリスク、すなわち社会的なリスクを合わせて持っていることがあります。また、問題をややこしくしているのが特定妊婦です。児童福祉法で市町村が担う要保護児童対策地域協議会が支援する対象者は、虐待の要保護事例とハイリスクの支援事例、そして生まれてきたら支援が必要と思われる妊婦さん、すなわち特定妊婦というこの3段階になっています。特定妊婦というと地域で支援しなければならないため、社会的リスクが全部含まれるのかということ、要保護児童対策地域協議会の中では特定妊婦のケースはそれほど多くはなく、あまりネットワークにのっていません。私はこの医学的ハイリスク、社会的ハイリスクと“特定”妊婦はある部分は重なっていて、“特定”の枠が市町村によって異なり、社会的リスクのある一部分しかネットワークにあがっていないのではと思います。これまでお話ししてきたように、「妊婦健診未受診」、「相談できない望まない妊娠」、「支援者のいない若年妊娠」等は医学的リスクも高いですが虐待のリスクが高く、この方たちはネットワークが漏れなく把握して支援しなくてはと思います。

妊婦への支援のポイントは、子どもに愛着があるのかどうかを把握し胎児の受容への支援を行う、それに尽きると思います<PPT 17>。親に言えずに出産した10代のお母さんの中には、胎動を自覚しなかったという方に何人も出会いました。便秘だと本当に思っていたというのです。

胎動を自覚して日記につけるだけでも愛着が生まれ、愛着行動が有意に高いという海外の報告があります。お父さんが胎動を自覚することも大切です。「巣作りの支援」で妊娠中にどこに赤ちゃんを寝かせるか、どんな物を用意するかなどを支援していく中で、親との問題を整理してもらい良いお産をしてもらう。そして、“うまくいったね”とご両親を褒めて、良いスタートを切らせてあげたいと思います。リスクの高い人には、祖父母に立ち会ってもらいたいと思います。

世界的に虐待予防のエビデンスがあるとされているのは、Oldsの「胎児期・乳児期プロジェクト」です<PPT 18>。妊娠中から家庭訪問を行い、2歳になるまで平均23回の訪問を行ったところ、2歳時点で同じリスクがあるけれど家庭訪問を行わなかったコントロール群と比較して有意に虐待が発生しなかったとしています。また、この効果は15歳までも続いているのです。2011年に日本子ども虐待防止学会で話される機会がありましたが、リスクの高くない家庭では、予防効果は見られなかったといえます<PPT 19>。つまり、どの家庭でも虐待は起こりうるが、支援効果があるのはリスクの高い人達で、濃厚な支援ははっきりとした効果を示すと言われています。同じプログラムを医療系の専門職でない人が行って比較すると、医療系専門職が訪問したほうが効果的なのだそうです。一人目でしかも妊娠中からの支援では心身の問題への対応が必要で、信頼関係を築きやすいのです。医療系専門職が関わる仕組みが重要だといえます。

まとめです。妊娠出産は病気ではありませんが、先を見据えて準備できる能力がないと対応できません<PPT 20>。子どもに人生の良いスタートをきってもらうことが重要で、妊娠期からサービスに乗りにくい妊婦に気づき、しっかり支援を行わなければなりません。それには、母子健康手帳発行からではなく、行政サービスにのらない妊婦をすくい上げる知恵をこらした取り組みが必要

です。回数が少なくても妊婦健診を受けていたら、医療機関でこのような妊婦が把握できるよう見抜く力をつけることも大切です。当センターでも妊娠期から社会的ハイリスクのワーキンググループをつくり支援しています。産科医師、助産師、看護師、保健師、MSWと私が毎月事例を検討し、早めに外来受診時には同じプライマリ看護師がつくとか、地域の保健師につなぐということをしています。その患者さんが受診する時に付き添って色々話を聞いて、とにかく関係を作ることを目指しています。普通のお母さんでも、行動変容しやすい時期です。なによりも妊娠期の重要性をネットワークが認識し、小さなきっかけからでも医療機関が把握し支援につなげるような、既存サービスに乗らない方には工夫を凝らした取り組みがいま求められている時代と思います。

注) 本論文は、岐阜県総合医療センター児童虐待予防研修会(2013.7.11)での特別講演の内容に加筆修正を加えた上で、児童虐待予防委員会にご投稿いただいたものです。

執筆代表者

岩田 力 東京家政大学教授
広瀬 宏之 横須賀市療育相談センター所長



執筆者 (執筆順)

岩田 力 東京家政大学教授
..... 序章 / 1章1・2節 / 第3章

佐藤 拓代 大阪府立母子保健総合医療センター企画調査部長
..... 第1章第3節

加藤 忠明 国立成育医療センター研究所成育政策科学研究部非常勤研究員
..... 第2章

鈴木みゆき 和洋女子大学教授..... 第4章第1節

広瀬 宏之 横須賀市療育相談センター所長
..... 第4章第2節 / 第9章第5節

井桁 容子 東京家政大学ナースリールーム主任..... 第5章

菊地 政幸 社会福祉法人東京児童協会理事長..... 第6章

細井 香 横浜創英大学准教授..... 第7章

横山 正子 神戸女子大学教授..... 第8章

藤城富美子 浜田山保育園看護師..... 第9章第1・2・3・4節

西山 里利 日自大学専任講師..... 第10章

益邑 千草 日本子ども家庭総合研究所主任研究員..... 第11章



新 保育士養成講座 第7巻
子どもの保健

改訂
1版

発行 2011年 5月20日 初版第1刷発行
2013年 12月 9日 改訂1版第2刷発行

編集 新 保育士養成講座編纂委員会

発行者 川井 一心

発行所 社会福祉法人 全国社会福祉協議会
〒100-8980 東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル
TEL : 03-3581-9511 郵便振替 : 00160-5-38440

定価 本体 1,900 円 (税別)

印刷所 日経印刷株式会社

複製禁止

ISBN978-4-7935-1068-7 C0336 ¥1900E

$B = \text{出産数(出生数 + 妊娠22週以後の死産数)}$

・ 妊産婦死亡率 = $\text{妊産婦死亡数} / \text{出産数(出生数 + 妊娠22週以後の死産数)} \times 100,000$

・ 死産率 = $\text{死産数} / \text{出産数(出生数 + 死産数)} \times 1,000$

5 まとめ

これまで述べてきた健康の概念は、WHOの示した定義に則ったものであるが、保育士が子どもたちを健康に育てていく際には、自身の健康をも意識してはじめて実践することができよう。序章でも述べたように、保育士の役割は、保育所以外にも広い場で次世代の社会を担う人間を育てていくものである。子どものもつ能力を十全に引き出すためには、その子どもが健康であることはいわば前提条件である。もちろん応用問題としては、何か疾病をもっている子ども、あるいは先天的な障害のある子どもの健康とは何かということを考えなければならないこともあるが、それは今後に譲るとして、多くの子どもを育てていく際に、健康であること、健康を増進すること、自らを含めてwell-beingであることが必要であり、それぞれが「保健」であろう。

第3節

地域における保健活動と児童虐待防止

1 予防の視点でみる児童虐待

児童相談所の対応した児童虐待件数は、平成2(1990)年には1101件であったが、平成23(2011)年には5万9862件と急増している(厚生労働省)。平成17(2005)年から市町村も虐待相談に対応することになったが、同年の3万8183件から平成22(2010)年では6万7232件とこれも急増しており、虐待の予防は喫緊の課題となっている。

平成22(2010)年の児童虐待の種類は、児童相談所で身体的虐待

児童虐待件数
児童相談所と市町村が対応した児童虐待件数は、通告をどちらに行ってもよいことから重複があり、わが国の児童虐待件数は合算した値より少ないものと考えられる。児童相談所と市町村の関係は、市町村が第一義的児童相談を受け、児童相談所は困難なケースを扱うとされている。

38.2%、性的虐待2.5%、心理的虐待26.7%、保護の怠慢・拒否(ネグレクト)32.5%であり、同じく市町村では身体的虐待37.3%、性的虐待1.4%、心理的虐待22.7%、保護の怠慢・拒否(ネグレクト)38.6%であった。また、年齢別では児童相談所で0歳から3歳未満が19.6%、3歳から就学前が24.2%、市町村で0歳から3歳未満が22.8%、3歳から就学前が27.8%と保育が必要な年齢層が4割から5割を占め、保育における虐待予防の視点が重要になってきている。

注1
平成12(2000)年の児童虐待の防止等に関する法律施行から、新聞報道や都道府県等の報告により厚生労働省が把握している虐待死亡事例について、社会保障審議会児童部会の児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会が検証を行っている。平成20(2008)年改正施行の同法で地方公共団体も行うこととなった。

1 子どもへの影響

児童虐待が子どもの心身に及ぼす影響は大きい。最悪の事態である死亡は、平成24(2012)年7月に報告された「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等(第8次報告)」¹⁾では心中を除くと51人であり、そのうち1歳未満の乳児が45.1%であった。死亡に至らなくても障害が残ったり、発育や発達の遅れ、乱暴や多動などの情緒行動の問題が見られることがあり、何よりも子どもの自尊心が大きく傷つく。特に乳児期は人間への基本的信頼関係を構築する時期であり、子どもに与える影響は重大である。

2 リスク要因

平成12(2000)年に策定された「健やか親子21」で、子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減が取り組みの大きな柱のひとつとされ、児童虐待は①多くの親は子ども時代におとなから愛情を受けていなかったこと、②生活にストレス(経済不安や夫婦不和や育児負担など)が積み重なって危機的状況にあること、③社会的に孤立化し、援助者がいないこと、④親にとって意に沿わない子(望まぬ妊娠、愛着形成阻害、育てにくい子など)であることの4点がそろうとした。この4点は、親子にかかわるうえで重要な基本的視点であり、これらを把握し軽減する支援が求められている。

そのほか、表1-2、1-3に示すような虐待リスク要因が指摘されており、特に望まない妊娠(計画していない妊娠など)は虐待死亡例の2割に把握され(記入例に占める割合では6割弱)(表1-4)、妊娠中からの親子の愛着に問題があることが考えられている。

健やか親子21
平成12(2000)年に策定された母子保健の平成26(2014)年までの国民運動計画。①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減を柱として指標が設定されている。

虐待リスク要因
児童虐待は養育者(父、母等)と子どものさまざまな要因が複合して起こると考えられている。そのなかでもより虐待に移行しやすい項目が虐待リスク要因であり、特に虐待された育った、親に愛された思いがないといった生育歴の問題は虐待に関係していると考えられている。

表1-2 親の虐待リスク要因

- ・望まない妊娠
- ・第1子を十代で出産
- ・子どもの虐待歴・不審死
- ・育児の負担が大きい
- ・被虐待歴がある、親に愛されなかった思いがある
- ・危機の解決、ストレスの解消ができない
- ・アルコール・薬物の問題がある
- ・夫婦の対立、不和がある
- ・夫婦間暴力 (DV) がある
- ・母子・父子家庭、他人の同居
- ・経済が苦しい
- ・親の行為を止める人がいない
- ・近隣から孤立、親族対立
- ・援助が受け入れられない

望まない妊娠
母親は妊娠中に胎児との愛着を育んでいく。夫婦不和、レイプ、パートナーと家庭を築くことができない等の望まない妊娠では、有意に虐待が多いという報告があり、厚生労働省の死亡事例の検証でも望まない妊娠が2割であった(厚生労働省「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)」)。

表1-3 子どもの虐待リスク要因

- ・多胎
- ・低出生体重児
- ・親子の分離歴がある
- ・きょうだいが多い
- ・発達の遅れ
- ・慢性疾患や障害がある
- ・育てにくい子である

出典(表1-2、1-3):大阪児童虐待研究会「子ども虐待の予防に向けて一大阪における養育問題への援助実態」を基に作成

表1-4 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)

	虐待死 N=51			記入例に占める割合
	あり	なし	未記入・不明	
切迫流産・早産	4(7.8%)	19(37.3%)	28(54.9%)	17.4%
妊娠高血圧症候群	2(3.9%)	21(41.2%)	28(54.9%)	8.7%
喫煙の常習	7(13.7%)	8(15.7%)	36(70.6%)	46.7%
アルコールの常習	1(2.0%)	12(23.5%)	38(74.5%)	7.7%
マタニティブルー	0(0.0%)	9(17.6%)	42(82.4%)	0.0%
望まない妊娠/計画していない妊娠	10(19.6%)	8(15.7%)	33(64.7%)	55.6%
若年(10代)妊娠	14(27.5%)	21(41.2%)	16(31.4%)	40.0%
母子健康手帳の未発行	9(17.6%)	24(47.1%)	18(35.3%)	27.3%
妊婦健診未受診	11(21.6%)	16(31.4%)	24(47.1%)	40.7%
胎児虐待	5(9.8%)	11(21.6%)	35(68.6%)	31.3%
墜落分娩	2(3.9%)	26(51.0%)	23(45.1%)	7.1%
陣痛が微弱であった	0(0.0%)	18(35.3%)	33(64.7%)	0.0%
帝王切開	7(13.7%)	25(49.0%)	19(37.3%)	21.9%
低体重	7(13.7%)	22(43.1%)	22(43.1%)	24.1%
多胎	3(5.9%)	31(60.8%)	17(33.3%)	8.8%
新生児仮死	0(0.0%)	28(54.9%)	23(45.1%)	0.0%
その他の疾患・障害	0(0.0%)	28(54.9%)	23(45.1%)	0.0%
出生時の退院の遅れによる母子分離	3(5.9%)	29(56.9%)	19(37.3%)	9.4%
NICU入院	1(2.0%)	30(58.8%)	20(39.2%)	3.2%

出典:厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会資料「記入例に占める割合」は佐藤作成

3 虐待のステージと虐待予防・支援

児童虐待の予防を公衆衛生の予防レベルから整理すると、自立して子どもの養育が可能である家庭には虐待の発生予防の1次予防として、育児サークルや親子教室といった子育て資源等の情報提供や、子育てに関する啓発、保育所での一時預かりなどの地域での子育て支援がある。これは、あらゆる子育て家庭に育児の負担を軽減する支援である。

1.5次予防

公衆衛生では、疾病の発生予防を1次予防、早期発見を2次予防、疾病の再発予防を3次予防という。発生予防で関与したなかから疾病を早期に発見することを1.5次予防ということがある。

1.5次予防は、多くの親子の中から虐待に至るリスクの高い親子を把握し虐待に至ることを予防する育児負担の軽減、保護者の抱える問題の改善、孤立を防ぐ仲間づくり等を行う支援であり、保健師等の専門職が行っている。効果的に虐待を予防するためには、1.5次予防が重要である。

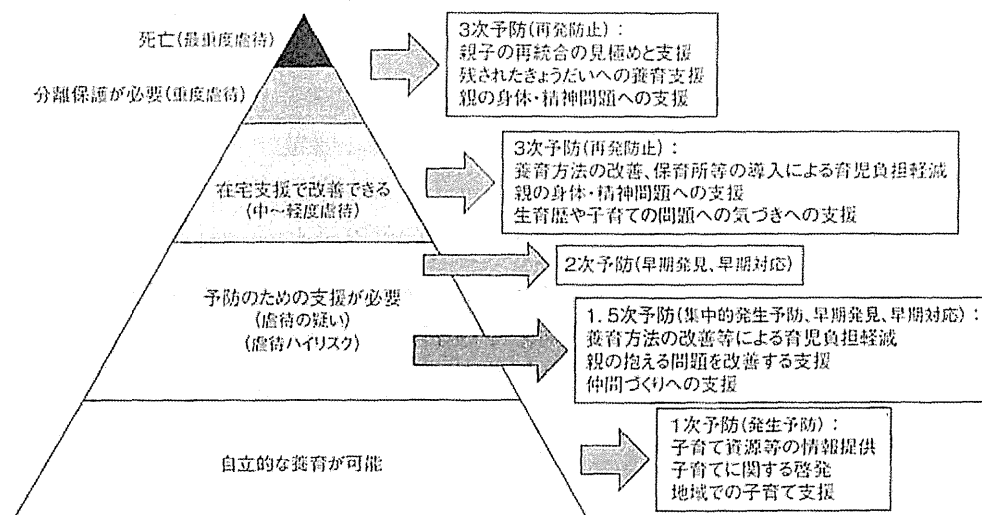
2次予防は虐待の早期発見・早期対応であり、3次予防は虐待の起こっている家庭に対する再発防止の支援である。虐待が重度で施設入所等の親子の分離を行った家庭に対しては、家庭に子どもが帰れるかどうかの見極めと、保護者が育児行動を改善して子どもと再び暮らすことができるようにする支援、虐待された子どもばかりではなく、ほかの子どもも虐待を見ていることから残されたきょうだいに対する支援、保護者も心身の問題を抱えていることが多く、これへの支援を行う必要がある。在宅支援で改善できる虐待が中度から軽度の家庭に対しては、家庭訪問等で親の養育方法の改善を図りつつ親自身が生育歴や子育ての問題に気づき、それを改善し乗り越えていく支援を行う。特に就学前の乳幼児のいる家庭に対しては、日中親子が離れて過ごし育児の負担が軽減できる保育所の導入が有効である。

虐待のステージと虐待予防・支援について図1-1に示す。

2 地域保健における虐待予防・支援

地域保健機関は市町村保健センターと保健所(都道府県型と政令市型がある)をさし、母子保健事業に関しては、保健所では未熟児や障害児などに対する事業、市町村保健センターは乳幼児健診や育児教室といった一般市民が広く利用できる事業を実施している。政令市型(特別区、政令指定都市、中核市、地域保健法の保健所設置

図 1-1 虐待のステージと虐待予防・支援



出典：佐藤拓代「虐待予防と親支援—保健所からのレポート」津崎哲郎・橋本和明編著『児童虐待はいま—連携システムの構築に向けて』ミネルヴァ書房、2008年、118頁

市)の保健所は、都道府県型保健所と市町村保健センターの両方の事業を行っている(第11章参照)。

地域保健機関にいる保健師は家庭訪問を行うことができ、妊娠前から親と子どもの心と体の健康に関する支援を行っている。急増した児童虐待は保健師活動の重要課題であり、表1-2、1-3のリスク要因を把握し虐待に至ることを予防する支援が行われている。

1 児童虐待の把握

市町村への妊娠届出や母子健康手帳の発行時に、10代の妊婦や母子家庭、支援者がいないなどを把握し、家庭訪問を行い、育児環境を整え支援者を導入するなどの支援を行っている。死亡事例ではこれらの届け出等の遅延やまったくない場合が多く、アタッチメント(愛着)の問題や育児を行う用意ができていないことが考えられる(表1-4)。これらを把握するには産科医療機関との連携も重要であり、さらに育児の困難が予測される母親の疾病等の情報提供も受けて支援を開始している。

4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診といった乳幼児健診は、それぞれ平成22(2010)年度で95.3%、94.0%、91.3%と受診率が高い(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」)。健診の主眼

点は、栄養・感染症の問題への対応から発達・障害の早期発見・対応、そして近年は親子関係の問題への対応とシフトしてきた。待ち時間の親子のようすやアンケートなどによる生活の状況、または親からの訴え、子どもの表情などから、虐待や虐待ハイリスクを把握し、親の困っていることを聞き出し家庭訪問等を行っている。親のニーズがなく家庭訪問が受け入れられなくても、支援が必要な状況の場合、何とか親が参加しやすいような教室へつなげるなどの工夫をこらし、親の関わりが少なく発達が遅れ気味であるネグレクトや、叩いてしつける等の身体的虐待の発見につながるようになった。また、健診の待ち時間に保育士等による親子の遊びを取り入れたり、育児情報や子育てグループの情報などが手に取れるよう工夫をこらしているところも多い。

しかし、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)」では死亡事例の3~4か月児の未受診が8.7%、1歳6か月児健診の未受診が47.1%と、それぞれ全国平均の4.7%、6.0%の数倍と未受診者が多かった。未受診者にはネグレクトも含まれており、ネグレクトを行う親は自らは支援を求めず、子どもに関心が向かないことが多い。このような家庭では子どもは適切な人間関係を学ぶことができず、子どもの成長・発達に及ぼす影響は大きい。保健師等の家庭訪問による未受診者の把握が重要となってきている。

2 虐待予防の支援

保健機関で行っていることは、保護者を育てることである。妊娠中から若年妊娠や母子家庭、低出生体重児といった虐待ハイリスクに対し、相手の土俵である家庭への訪問を繰り返し、一緒に育児をしながら親子関係を育て、訪問者との信頼関係を築き、仲間づくりを促進して孤立を防ぐといった支援を行っている。特に保護者への共感を示すことが大切であり、育児方法を材料に、カウンセリング的に関わることが効果的であると考えられている。

また、在宅の虐待事例や保健師の個別支援だけでは解決されにくい問題を抱える事例を対象に、集団的な支援としてMCG(mother and child group)、大阪方式マザーグループ、MY TREEペアレンツ・プログラム、ノーバディズ・パーフェクトプログラム、前向きな問題解決プログラム・トリプルPなどを行っているところもある。

集団的な支援
虐待を行っているレベルから、虐待の予備軍、育児不安、一般の子育てに困っている親まで、対象者はさまざまである。生育歴等のより深刻な問題を抱えているグループでは、秘密を守る、話はこっぴどくするなどの取り決めのもとに話すことで、受容され、自分を振り返り、子どもとの関係が改善される等の効果があるとされている。



保
家庭
健事
める
健
進と
保育
有す
虐
育所
を連
「よく
うこ
関係
べ、
よる
し
じ、
るな
きは
要が

引用
*1

*2
*3

参考
4

5
6

3 保育所と保健機関等との連携

保育所は、乳幼児健診や生後4か月までに家庭訪問を行う「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」など市町村の母子保健事業や児童福祉事業を理解し、親に受診や訪問の受け入れをすすめるなど協力を行うことが重要である。

健診等で保健機関が親子の問題を把握したとき、子どもの発達促進と栄養摂取の推進のために、親に保育所をすすめることが多い。保育所で適切なかわりを行うために、保健機関と連携し情報を共有することが大切である。

虐待のリスクがある、または虐待で在宅支援を行う乳幼児は、保育所に親の育児負担軽減の役割が期待されている。なかなか子どもを連れてこない保護者にやさしく登園を促し、登園したときには「よく来たね」とほめ、送迎のときに声かけをするなどの支援を行うことが、保護者に受け入れてもらえたと感じさせ保護者との信頼関係をつくっていく。子どもはきちんとバランスのよい食事を食べ、十分に遊んでおとなに受け入れられる経験をすることが虐待による悪影響を軽減する。

しかし、子どもが子どもらしくなると保護者はやりにくさを感じ、虐待が悪化することがある。また、母子家庭にパートナーがいるなど家族関係の変化が起こったり、子どもに不審な傷等があるときは、市町村の児童福祉担当部局に情報をあげて対策を検討する必要がある。

引用文献：

- * 1. 高野陽「新しい保育所保育指針」『小児保健研究』第67巻4号(2008年)、日本小児保健協会、553～556頁
- * 2. 松村明編『大辞林第三版』三省堂、2006年、1232頁
- * 3. 高野陽「小児の健康」改訂・保育士養成講座編纂委員会編『改訂4版保育士養成講座 第5巻小児保健』全国社会福祉協議会、2010年、11頁

参考文献：

- 4. 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)」2012年
- 5. 厚生労働省「健やか親子21検討会報告書」2000年
- 6. 大阪児童虐待研究会「子ども虐待の予防に向けて—大阪府保健所における養育問題への援助実態—」1998年

乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)

平成19(2007)年から「生後4か月までの全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」として開始された。平成21(2009)年の改正児童福祉法で現行名称になり、市町村事業として位置づけられた。保健師・助産師や民生・児童委員、母子保健推進員等が生後4か月までに家庭訪問し、子育ての情報提供や養育環境等の把握を行い必要時に支援に結びつけている。

7. 佐藤拓代「母子保健と小児保健による虐待予防—ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへ」『子どもの虐待とネグレクト』第11巻3号(2009年11月)、金剛出版
8. 佐藤拓代「保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のための体系的な地域保健活動の構築」『子どもの虐待とネグレクト』第10巻1号(2008年4月)、金剛出版
9. 佐藤拓代・中板育美・遠藤厚子「保健機関における保護者に対する支援・治療」『子ども・家族への支援・治療をするために』日本児童福祉協会、2004年
10. 小林美智子「保健医療機関における子ども虐待の重症度と援助」平成11年度厚生科学研究、2000年

執筆協力者等一覧

今回の改正に当たっては、以下の方々にご協力いただきました(※五十音順、敬称略)。

◆ 子ども虐待対応の手引きの改正に関する検討会委員

安部 計彦	西南学院大学
磯谷 文明	くれたけ法律事務所
奥山 真紀子	国立成育医療研究センター
影山 孝	東京都多摩児童相談所
○川崎 二三彦	子どもの虹情報研修センター
才村 純	関西学院大学
佐藤 拓代	大阪府立母子保健総合医療センター
山本 恒雄	日本子ども家庭総合研究所

(○は座長)

◆ 執筆協力者

安部 計彦	西南学院大学
磯谷 文明	くれたけ法律事務所
市村 好弘	大阪市こども相談センター
猪俣 武久	東京都児童相談センター
奥山 真紀子	国立成育医療研究センター
影山 孝	東京都多摩児童相談所
加藤 曜子	流通科学大学
上川 光司	東京都児童相談センター
川崎 二三彦	子どもの虹情報研修センター
小出 太美夫	子どもの虹情報研修センター
才村 純	関西学院大学
堺 豊史	大阪府東大阪子ども家庭センター
坂入 健二	葛飾区子ども総合センター
佐藤 隆司	神奈川県中央児童相談所
佐藤 拓代	大阪府立母子保健総合医療センター
新内 康丈	東京都児童相談センター
鈴木 浩之	神奈川県中央児童相談所
野村 武司	獨協大学法科大学院
浜田 真樹	浜田・木村法律事務所

子どもの発達には、生命のはじまりから成人期に達するまで多くの段階がある。一般的には胎生期、新生児期、乳児期、幼児期、学童期、思春期、青年期に区分され、どの子どももこの段階を経て大人に向かう。即ち、子どもの発達過程には一定の方向性と連続性がある。また、それぞれの段階には発達課題や特徴があり、子どもの側のニーズに応え、子どもの自主性を尊重しながら成長発達が豊かに保障される必要がある。特に、子どもの発達の基盤となる身近な大人（保護者等）との情緒的な信頼関係は乳幼児期に確立するとされていることから、乳幼児期の大人との関係をしっかり確立できるような支援を行うことや信頼関係の確立を妨げる環境を改善することは、子どもの発達支援の観点からたいへん重要である。

また、子どもの自立を実現するためには、学力や生活力を涵養するとともに、子どもが困ったときに適切な援助を求めることができるような、子どもが受け入れられていると感じられる養育環境を整え、必要な助言を求めてかなえられるという体験をすることを通じて支援される必要がある。

(3) パーマネンシーへの配慮

子どものパーマネンシーとは、永続的な人間関係や生活の場を保障することであり、子どもの発達支援、自立支援における基本的な視点である。大人との情緒的・心理的関係や生活環境の安定性と継続性は子どもの健全な発達に不可欠である。とりわけ家庭から離れて暮らす子どもについては、施設においても里親家庭においてもパーマネンシーに配慮した対応を行う必要があり、長期にわたる社会的養護が必要な場合は子どもの自立を見通した上でのパーマネンシープランニングが必要となる。

また、在宅における場合でも、保護者や家庭が子どものパーマネンシーを保障できるよう、側面的な支援を行う視点をもつことが必要である。子どものケアを行う場合も連続性のある支援が行えるような配慮を行い、相談機関の体制及び連携等の充実を図ることが求められる。

5 子ども虐待対応の枠組み

(1) 虐待の重症度と市区町村・児童相談所の対応

児童福祉法により児童相談所は、専門的な知識及び技術が必要な相談に応じ、立入調査や一時保護、児童福祉施設への入所等の措置を行い、また市区町村に対し必要な援助を行うこととされている。一方、市区町村は業務として子育て家庭の相談に応じ、要保護児童の通告先となることとされている。また、市区町村は専門的な知識や技術を必要とする相談は、児童相談所の援助・助言を求めることとされている。（児童福祉法第10条、第11条及び第12条）

子ども虐待の対応は、自立した育児が可能な虐待ローリスクから生命の危険等の最重度虐待までのレベルの異なる事例への対応が含まれ、これらに対する児童相談所と市区町村の役割は、図1（注1：佐藤，2008より一部改変）のように整理できる。これにより、虐待に至っていないが