

母子保健における養育問題事例への援助実態

—被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割—

(分担研究：被虐待児予防の保健指導に関する研究)

小林美智子¹⁾、納谷 保子²⁾、鈴木 敦子³⁾、佐藤 拓代⁴⁾

要約：虐待の予備群でもある養育問題への援助は大阪では保健所が中心に母子保健活動の中で行っている。援助手段では保健婦の頻回の家庭訪問が中心であり、家庭訪問による親との信頼関係を軸に他機関への公的ネットワークを構築するとともに、保育所や育児教室などの育児を代行でき親にとっても育児を実地学習できる場につなげている。家庭訪問は時間的効率が悪く、しかも拒否されることもあり困難が伴う援助手段である。しかし、乳幼児を連れての来所相談は、親自らの要望が少ない場合や社会行動がとりにくい場合や経済的問題を持つ場合には困難であり、家庭訪問が援助手段の中心になる。母子保健活動の中での家庭訪問援助を再度見直し、充実する必要がある。さらに、有効な援助方法は背景要因によって異なり、それぞれにあわせた援助が必要である。

見出し語：被虐待児予防、家庭訪問、保健婦活動、養育問題、地域システム

研究目的 大阪府の過去の調査から、被虐待児の地域システムにおいて保健所は、乳幼児虐待の早期発見と在宅援助の重要な機関であることが明らかになった¹⁻²⁾。しかし虐待は予防が最も重要である。今までの調査からは乳幼児虐待リスクの多くは周産期から把握できることがわかっており、ハイリスク児に周産期から母子保健の中で育児援助することが最も予防につながると思われる。そのため昨年度は虐待予備群と考えられる養育問題事例について、父母の背景要因、子どもの要因、

具体的な養育問題内容、把握経路と援助効果について報告した。その結果は、保健所が1年以上の継続援助した養育問題事例は0～5歳人口千対2.2人で、保健所は乳児期早期から把握しており、早期発見のポイントは育児能力・育児負担・育児不安・子の受容拒否・孤立育児であり、援助によってなんらかの養育問題の改善が見られた母親は65%、虐待移行は16%である³⁾。今年度はさらに援助方法や内容について二次調査したのでその一部を報告する。

1) 大阪府立母子保健総合医療センター)
(Osaka Medical Center & Research
Institute for Maternal and Child Health)
2) 大阪府立病院
(Osaka Prefectural Hospital)

3) 大阪大学
(Osaka University)
4) 大阪府泉大津保健所高石支所
(Izumitsu Health Center)

I 調査対象と方法

一次調査の対象は、大阪府22保健所で1993年7月現在で過去1年に、養育問題のための援助を1年間以上行った536例である。この中から二次調査対象を無作為抽出で3分の1を選び、同胞例は1事例のみとし、虐待は同胞例を除き全事例を対象とした。有効調査数は190例で、一次調査との比較では虐待移行例が36%である以外はほとんど差はみられない(表1)。

表1. 一次調査と二次調査の対象の比較

	一次調査	二次調査
対象総数	536 (100%)	190 (100%)
虐待数	83 (15.5)	68 (35.8)
性別 男/女 (%)	61%/39%	58%/42%
出生年		
1987年	34 (6.3)	12 (6.3)
1988	64 (11.9)	26 (13.7)
1989	147 (27.4)	60 (31.6)
1990	152 (28.4)	52 (27.4)
1991	108 (20.1)	37 (19.5)
1992	31 (5.8)	3 (1.6)
かかわり時の年齢 (月齢)		
妊娠中から	29 (5.4)	9 (4.7)
0歳	383 (71.5)	136 (71.6)
0～2カ月	155 (28.9)	55 (28.9)
3～5	167 (31.2)	53 (27.9)
6～8	40 (7.5)	21 (11.1)
9～11	21 (3.9)	7 (3.7)
1歳	83 (15.5)	27 (14.2)
2歳	27 (5.0)	14 (7.4)
3歳	13 (2.4)	4 (2.1)
4歳以上	1 (0.2)	—

調査方法は、母子保健カードから担当保健婦が調査用紙に転記した。調査項目は養育問題の発生機序と援助方法を構造的にとらえることを目指して作成した(表2)。

表2. 養育問題アンケート内容項目
—二次調査項目—

1 養育問題の背景	3 養育問題への援助
1) 育児のための家庭基盤	—保健所を中心として
2) 親準備性	1) 把握経路
3) 育児力の問題	2) 診断、方針の決定
4) 親子の愛情形成の阻害要因	3) 援助 4) 目的別援助
5) 育児体制の問題	4 地域システムとしての援助
6) 援助者	1) かかわった機関
2 子どもについて	2) 機関検討会
1) 周産期 2) 健康状態	5 虐待ケースの場合
2) 健康状態	6 今後に向けて
3) 発達 情緒	
4) 親 夫婦への影響	

II 結果

1 援助の枠組み

(1) 保健婦の援助方法

これらの対象への援助方法として保健婦は家庭訪問を重視し98.5%に行っている。このことはこの対象が相談のために家から出かけにくく、援助者がサービスを家庭まで届けられる家庭訪問でないと問題解決が難しいことを示している。電話での相談は53%に行っている。簡便なはずの電話での相談がそれほど行われていない理由は、親は自分から電話相談して能動的に問題解決しようとする対象ではないことや、電話では解決できない問題があることを示している。そして社会資源を活用して公的援助ネットワークを構築することを重視して保育所への紹介やその他の機関への紹介や機関調整を各々50%に行い、社会的孤立を解消し育児の実施学習の場でもある保健所の育児教室や他機関の育児教室への紹介を20～27%に行い、親自身の育児力を向上させるために親の疾患の治療やカウンセリングの導入を各々10%に行っている。そして経済援助や社会資源活用につながる公的書類手続きを24%に行っている(表3)。

表3. 保健婦の援助方法 N=190

	件数	割合 (%)
家庭訪問	187件	98.5%
電話相談	101	53.2
他機関利用の紹介	107	56.3
保育所紹介	93	48.9
関係機関の関わり調整	83	43.7
同伴受診	55	28.9
他機関育児教室への導入	52	27.4
保健所育児教室への導入	37	19.5
近隣グループ紹介	16	8.4
親の疾病治療導入	22	11.6
親のカウンセリング導入	20	10.5
公的書類手続き	45	23.7
物資の供与調整	14	7.4
その他	23	12.1

(2) 利用した保健所事業

家庭訪問や電話相談以外に利用した保健所事業は、一次健診(81%)、二次健診(71%)、心理相談(63%)、育児教室(21%)、医療費公費負担制度(16%)、精神保健相談(12%)、栄養相談(6%)である(表4)。一次二次健診の利用率は高く、一次健診は養育問題の発見の重要な場と一次ケアの場になりうること、二次健診や心理相談も今までの発達障害を対象とする相談だけでなく内容の充実を図ることによって養育問題の相談の場になりうることを示唆している。そして、昨年調査結果にみるように背景要因として親の心身の健康問題が高率であり、保健所が行っている精神疾患・難病・結核保健活動等と組み合わせでの援助がなされている。

表4. 利用した保健所事業 N=190

事業名	件数	割合
一次健診	154件	81.1%
二次健診	134	70.5
心理相談	118	62.5
育児教室	39	20.5
医療費公費負担制度	30	15.8
精神保健相談	22	11.6
栄養相談	12	6.3
その他	13	6.8

(3) 援助に関与した機関

虐待の援助では保健機関や医療機関だけでは不可能であり多機関の援助が必要で、機関間の連携が必須である。今回の調査対象でも保健所以外の機関が関与しているものが88%ある(表5)。その機関は、保育所が(55%)最も多く、次いで医療機関(44%)、児童相談所(37%)、障害児の通園施設(34%)、市町村の家庭児童相談室(23%)、福祉事務所(18%)である。児童委員や児童福祉入所施設の関与は多くない。今回の調査では市町村保健婦を調査項目として上げなかったが、その理由は今の大阪では市町村保健婦はハイリスク児への個別

援助はほとんど行っていないためである。

表5. 援助に関与した機関 N=190

関与した機関あり	件数	割合
関与した機関あり	168件	88.4%
なし	14	7.4
不明	8	4.2

関与した機関の内訳		N=168
保育所	92件	54.8%
医療機関	73	43.5
児童相談所	62	36.9
通園施設	57	33.9
家庭児童相談室	39	23.2
福祉事務所	30	17.9
児童委員	9	5.4
児童福祉施設	6	3.6
学校	3	1.8
その他	42	25.0

2 保健婦の家庭訪問による援助

援助の中心手段である保健婦の家庭訪問についてさらに分析を行った。

(1) 訪問時に注目したこと

訪問時に意識して注目したことは、育児の様子(68%)、子どもの状態(62%)、子どもの扱い方(50%)、親の状態(47%)、親子関係(43%)、夫婦関係(36%)、家事の状況(35%)、経済状況(32%)の順である(表6)。子どもの状態の観察を最も重視しながら、育児実態や、育児が行われる生活状況の把握に努めている。来所相談や電話相談ではわからない育児や生活の実態を家庭訪問では把握できる。

表6. 家庭訪問時に注目したこと N=187

注目したこと	件数	割合
育児の様子	127件	67.9%
子どもの状態	116	62.0
子どもの扱い方	93	49.7
親の状態	87	46.5
親子関係	81	43.3
夫婦の関係	68	36.4
家事の様子	65	34.8
経済状態	59	31.6
事故防止	38	20.3
その他	11	5.9

(2) 家庭訪問での援助内容

家庭訪問での援助内容は、親に共感して困っている親の立場に立つ援助関係を構築する(72%)、具体的な育児指導を生活実態に合わせて行う(71

%)、親が困っていることを話し合い共に整理していく(48%)、関係機関との関わり方の調整(46%)、兄弟の育児の相談(37%)、子どもについての知識や理解を促す働きかけ(35%)、家族関係問題についての調整(23%)の順である(表7)。表6と合わせると、観察の中心は子どもに置いて、援助は徹底して育児を行う母親を援助することで展開している。ヘンリーケンプは虐待の援助の基本は、援助者がまず親の相談相手になって親の社会的孤立をなくし、次いで生活上のストレスを社会資源を活用することで軽減し、子どもの問題は親に負担をかけず育児を代行することで改善し、その後生活実態にあった育児指導や子どもへの理解を増やす働きかけを行うべきであるとしている⁴⁾。大阪府保健婦はその基本に準じた援助を養育問題でも展開しようとしている。

表7 保健婦の訪問援助内容 N=187

親への共感を示す	134件	71.6%
具体的育児指導	132	70.6
親の困っていることの整理	90	48.1
関係機関かかわりの調整	85	45.5
兄弟の育児指導	69	36.9
子どもへの理解を促す	65	34.8
家族の調整	43	23.0
事故予防	33	17.6
家族計画	32	17.1
家事の指導	26	13.9
実家との調整	23	12.3
育児の代行	19	10.2
家事の代行	11	5.9
その他	12	6.4

(3) 濃厚援助

援助経過の中である時期に濃厚援助を行ったのは67%である。その目的は援助関係の構築(46%)、他機関への紹介(44%)、親からの相談に答えるため(31%)、緊急事態の発生(24%)である(表8)。このことは、この対象との援助関係を結ぶことは簡単ではないこと、つまり親は自らが援助を求めているのではないが子どもを守るためには介入が

必要であり、援助者は介入を受け入れてもらうために親との援助関係の構築を図るための濃厚援助を行っていることを示している。親との援助関係を構築できなければ援助は始まらない。また、他機関紹介についても、単に機関名を教えるだけでは利用できることは少なく、親に利用することによって得られる利点の納得をえて、手続きを仲介し、場合によっては相手機関への事前事後調整も必要なことが多い。援助介入の頻度は相手のニーズに沿って緊急時にも時期を逸せずに行う必要があり、このことが保健婦の業務計画との調整を必要とすることが多い。

表8. 濃厚援助について N=190

濃厚援助の時期	あり	128件	67.4%
	なし	62	32.6
濃厚援助必要理由			
援助関係をつくる		59件	46.1%
他機関紹介		56	43.8
親からの相談		39	30.5
緊急事態発生		31	24.2
その他		15	11.7

(4) 援助で心がけたこと

援助で心がけたことは、やはり親との信頼関係構築に最も心を使い(68%)、親を批判的にみるのではなく受容しようとし(51%)、あわせて親が話すことだけではなく親の状態を観察している(43%)。そして、親のニーズを大切にしてお互い関わるために要請があればすぐ動き(35%)、一方では子どもの状態観察を欠かさず(64%)に、具体的な育児指導を行っている(56%)。また、機関連携を重視して他機関との連携を図り(48%)、他機関利用のためには同伴しての手続きや受診を行っている(25%) (表9)。

表9. 援助で心がけたこと N=190

親との信頼関係構築	129件	67.9%
親を受容する	97	51.1
親の状態観察	82	43.2
要請があればすぐ動く	67	35.3
子どもの状態観察	122	64.2
具体的な育児指導	106	55.8
機関連携	91	47.9
同伴手続き、同伴受診	47	24.7
危機のキャッチ	40	21.1
上司への報告	24	12.6
その他	13	6.8

(5) 家庭訪問に伴う困難

家庭訪問を行うにあたっての困難は47%にあり、その理由は不在が多い(47%)、家に入れてもらえない(25%)、連絡がとれない(16%)などである(表10)。家庭訪問で親に会うためにも粘り強さが必要である。

表10. 家庭訪問の困難さ N=187

訪問困難あり	87件	46.5%
なし	100	53.5
訪問困難理由 N=87		
不在	41件	47.1%
家に入れてもらえない	22	25.3
連絡できない	14	16.1
居留守	11	12.6
父親がいる	10	11.5
子どもに会えない	8	9.2
その他	27	31.0

(6) 家庭訪問回数

その困難を越えての家庭訪問回数は11回以上が36%で、かなり繰り返して家庭訪問が行われている(表11)。

表11. 家庭訪問回数 N=190

家庭訪問回数	件数	%
0	6	3.2
1	6	3.2
2 ~ 5	60	31.6
6 ~ 10	47	24.7
11 ~ 20	38	20.0
21 ~ 30	9	4.7
30 ~	21	11.1
不明	3	1.6

(7) 保健所の援助に対する親の反応

保健所の援助に対する親の反応は、歓迎33%、普通32%、変動や好転などの反応の変化24%、で一貫した拒否や迷惑は12%である。今回の調査対

象は一般には援助関係を結ぶことが困難な親であると言われているが、9割の親聯と援助関係を結んでいる(表12)。親に拒否されても、子どもを守るために親に受け入れられる援助をしようと保健婦が努力している成果である。また、これらの対象は援助を拒否したり援助者を攻撃する場合もあるが、今回の調査結果にみられるように反応が変化することも多い。拒否されても、援助関係を構築しようとする努力を放棄せずに、親のニーズを再検討して家庭訪問を繰り返すことで受け入れられることもある。

表12. 保健所の援助に対する親の反応

歓迎	62件	32.6%
普通	60	31.6
歓迎と迷惑の変動	34	17.9
拒否	12	6.3
迷惑	11	5.8
好転	11	5.8
計	190	100%

3 背景要因別の援助実態

(1) 背景要因に対する援助効果

主な背景要因別にみると、数が多いのは育児不安、社会的孤立、育児力、夫婦関係、健康問題、経済問題の順であった。援助を行った結果としてその背景要因の改善は、育児不安が最も改善され(83%)、次いで健康問題(78%)、育児力(68%)、社会的孤立(67%)であるが、経済問題(55%)や夫婦関係(35%)は改善が困難である(表13)。

表13. 養育問題の背景要因に対する援助 N=190

	援助数	改善数	改善率
育児不安	133件	111件	83.4%
社会的孤立	121	81	66.9
育児力*	118	79	67.8
夫婦関係	96	34	35.4
健康問題	74	58	78.3
経済問題	64	35	54.7

*育児力援助数=150 援助効果不明数=32 検討可能数 118

養育問題は原因によってそれぞれ特有の問題がおこり、援助方法も異なる。ここではそれぞれについての援助実態について分析する。

(2) 育児力の問題への援助

育児力とは養育問題の原因が親の育児力を越えているために起きていると判断したものである。育児力の問題の158人をさらに、育児知識の混乱(43人)、育児知識が少ない(36人)、理解力が少ない(32人)、偏見ある育児知識(23人)、育児を実行できない(71人)、育児をしようとししない(20人)に分けた。育児を実行できないと育児をしようとししないをあわせると91人(60%)を占める。育児知識の伝達だけでは改善できない対象であることがわかる。

育児技術の指導方法；育児技術の指導方法としては育児教室は「知識の混乱」により多く行っているが、「しようとししない」や「実行できない」や「偏見育児」ではあまり導入されていない。個別の実地指導は「理解力少ない」や「しようとししない」や「育児知識が少ない」に高率に行っている(表14)。育児教室も、ある程度改善意欲があり行動できる親しか利用できないことがわかる。

表14. 母の育児力に対する育児技術の指導法

問題	方法	全体	指導	育児教室等体験	個別の実地指導	集団の実地指導
全体		150 (100%)	129 (86%)	37 (25%)	53 (35%)	21 (14%)
育児知識の混乱		43	41 (95)	16 (37)	14 (33)	6 (14)
育児知識が少ない		36	31 (86)	8 (22)	16 (44)	6 (18)
理解力が少ない		32	22 (69)	8 (25)	19 (59)	7 (22)
偏見ある育児知識		23	18 (78)	4 (18)	6 (26)	3 (13)
実行できない		71	61 (86)	12 (17)	28 (39)	9 (13)
しようとししない		20	18 (90)	3 (15)	9 (45)	2 (10)

育児力に問題の人数=158 援助した数=150

援助効果；援助効果は全体としては効果なし32%で、子どもの改善あり25%、親子関係の改善あり9%、混乱が減る27%、通園通所開始10%、である。育児力の内訳別では、効果がないのは「しよ

うとしない」(53%)が最も高率で、次いで「偏見育児」(43%)と「実行できない」(40%)、「理解力が少ない」(30%)と「育児知識少ない」(29%)と「育児知識の混乱」(22%)である(表15)。

表15. 育児力に対する指導の効果

	全体	子の改善	親子の改善	混乱が減る	通園通所開始	効果なし
全体	118 (100%)	30 (25%)	11 (9%)	32 (27%)	12 (10%)	38 (32%)
育児知識の混乱	41	3 (7)	5 (12)	20 (49)	4 (10)	9 (22)
育児知識が少ない	34	12 (35)	4 (12)	6 (18)	3 (9)	10 (29)
理解力が少ない	30	9 (30)	1 (3)	9 (30)	2 (7)	9 (30)
偏見ある育児知識	21	5 (24)	2 (10)	4 (19)	2 (10)	9 (43)
実行できない	62	14 (23)	5 (8)	14 (23)	4 (7)	25 (40)
しようとししない	19	7 (37)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	10 (53)

援助隊=150 援助結果不明数=32 分析数=118

虐待への移行率；虐待への移行率は全体では39%で、「しようとししない」が最も高率(64%)で、「育児知識の混乱」が最も低率(26%)である(表16)。「しようとししない」場合には、親の育児を変えようとする援助から、子どものケアを代行して子どもの健康を守る援助に方針転換する必要があるように思われる。

表16. 母の育児力の問題と予後

	全体	虐待群	非虐待群
全体	158 (100%)	62 (39.2%)	96 (60.8%)
育児知識の混乱	47	12 (25.5)	35 (74.5)
育児知識が少ない	42	20 (47.6)	22 (52.4)
理解力が少ない	40	17 (42.5)	23 (57.5)
偏見ある育児知識	31	14 (45.2)	17 (54.8)
実行できない	85	38 (44.7)	47 (55.3)
しようとししない	22	14 (63.6)	8 (36.4)

育児力の問題への援助は、今までの母子保健の一般的手法である育児知識の伝達では改善が難しいのはもちろんのこと、大阪府保健婦が行っているような親の相談相手になることや社会資源の活用でも十分な成果を上げられていない。欧米の経験では代行育児の導入や周産期からのもっと頻回の家庭訪問が有効であるとされている⁶⁻⁷⁾。さら

なる援助方法の検討が必要である。

(3) 育児不安に対する援助

育児不安は133人にみられ、改善率が最も良い背景要因である(表13)。

援助方法；育児不安に対しての援助方法は、他の背景要因と比較すると家庭訪問の率は低率であり(49%)、二次健診(54%)や心理相談(58%)他機関紹介(70%)や育児教室(38%)が高率である。つまりどちらかといえば援助を受けるために出かけることができる人であり、言い換えれば自らも援助を求めている人である(表17)。

援助結果：援助の結果も改善なしは17%で改善率は高く、不安の改善は75%にみられ、育児援助者の確保は27%になされている(表8)。

表17. 育児不安への援助 N=133

全体	133 (100%)
他機関紹介	93 (69.9)
保育所	66 (49.6)
医療機関	26 (19.5)
児童相談所	24 (18.0)
その他	31 (23.3)
電話相談	78 (58.6)
心理相談の導入	77 (57.9)
二次健診の導入	72 (54.1)
家庭訪問	65 (48.9)
育児教室の導入	50 (37.6)
援助者の確保	50 (37.6)
精神保健相談	15 (11.3)
その他	5 (3.8)
改善率=83.4%	一件当り援助内容=26

育児不安の原因別にみた援助効果；不安の背景は様々であり、よく言われる育児情報の混乱は少なく(13人)、むしろ母の性格(57人)や育児負担(44人)や夫婦不和(33人)や相談相手がない(32人)や夫の関わり不足(28人)などの親側の要因と、発達の遅れ(39人)や育てにくい子ども(36人)や子どもの疾病障害(29人)や第一子(18人)などの子ども側の要因に大別される。援助の効果をみると、夫婦不和がある場合には最も改善が困難であり、子ども側の要因の場合には援助による改善がかなり

可能である(表18)。

表18. 育児不安の原因と援助結果

	全体	不安の軽減	援助者の確保	変化なし
全体	133(100%)	100(75.2%)	36(27.1%)	22(16.6%)
母の性格の問題	57	40(72.7)	16(29.1)	11(20.1)
育児負担	44	33(78.6)	14(33.3)	5(11.9)
発達遅れ	39	30(83.3)	7(19.4)	6(16.7)
育てにくい子ども	36	26(74.3)	10(28.6)	7(20.0)
夫婦不和	33	19(57.6)	13(39.4)	8(24.2)
相談相手がない	32	24(77.4)	8(25.8)	6(19.4)
子どもの疾病障害	29	24(82.4)	6(20.7)	3(10.3)
夫の関わり不足	28	24(85.7)	8(28.6)	2(7.1)
第一子	18	15(83.3)	6(33.3)	2(11.1)
育児情報の混乱	13	10(76.9)	4(30.8)	3(23.1)
家族等に障害者あり	10	8(80.0)	4(40.0)	0
親族不和	10	6(60.0)	4(40.0)	2(20.0)
親族過干渉	6	5(83.3)	0	1(16.7)
親族関わり不足	5	3(60.0)	1(20.0)	2(40.0)
分娩経過	5	3(60.0)	0	2(40.0)
育児情報が少ない	5	5(100.0)	1(20.0)	0

虚待移行率；虐待への移行率は36%で、移行率が高いのは夫婦不和(67%)、母親の性格の問題(53%)であり、子ども側の要因では育てにくい子ども(47%)である(表19)。前表とあわせると、育児不安の中でも、第1子や発達の遅れなどの子ども側の要因では相談を繰り返すことによって改善しやすいが、育てにくい子どもや夫婦不和や母親の

表19. 育児不安の原因と予後

	全体	虐待群	非虐待群
全体	136 (100%)	49 (36.0%)	87 (64.0%)
母の性格の問題	57	30 (52.6)	27 (47.4)
育児負担	44	18 (40.9)	26 (59.1)
発達遅れ	39	14 (35.9)	25 (64.1)
育てにくい子ども	36	17 (47.2)	19 (52.8)
夫婦不和	33	22 (66.7)	11 (33.3)
相談相手がない	32	12 (37.5)	18 (62.5)
子どもの疾病障害	29	10 (34.5)	19 (65.5)
夫の関わり不足	28	11 (39.3)	17 (60.7)
第一子	18	7 (38.9)	11 (61.1)
育児情報の混乱	13	5 (38.5)	8 (61.5)
家族等に障害者あり	10	3 (30.0)	7 (70.0)
親族不和	10	5 (50.0)	5 (50.0)
親族過干渉	6	2 (33.3)	4 (66.7)
親族関わり不足	5	4 (80.0)	1 (20.0)
分娩経過	5	3 (60.0)	2 (40.0)
育児情報が少ない	5	2 (40.0)	3 (60.0)

性格の問題がある場合の援助方法についてのさらなる工夫が必要である。

(4) 社会的孤立への援助

社会的孤立の改善率は67%である(表13)。援助方法は他機関紹介63%、育児教室41%などであり日常的な親同士の交流や実地指導や育児代行を可能にする社会資源へつなげる援助を行っている(表20)。しかしその社会資源は公的ネットワークが中心であり実家や近隣は少ない。社会的孤立が大きな問題になる場合にはそのこと自体が私的ネットワークが得られない人であることを意味している。私的ネットワークの強化が困難な場合の援助としては公的ネットワークの構築をサポートすることが必要になる。

表20. 社会的孤立への援助

全体	132人(100%)
育児教室	54 (40.9)
民生児童委員紹介	3 (2.3)
他機関紹介	83 (62.9)
実家に協力依頼	20 (15.2)
近所の人を紹介	13 (9.8)
その他	18 (13.6)

(5) 経済的問題への援助

経済的問題の援助を行ったのは68人で、改善率は55%で、改善が難しい対象である。援助方法は公的制度の利用案内69%で、物資の供与調達も18%にみられる(表21)。物資の供与調達とは、ミルクやおむつや衣類や玩具などの育児必需品が多く、そのほとんどは私的調達である。

表21. 経済的問題への援助

全体	68 (100%)
就労安定	9 (13.2)
公的制度利用の案内	47 (69.1)
物資の供与調達	12 (17.6)
計画的家計の指導	11 (16.2)
公的住宅の紹介	7 (10.3)
その他	7 (10.3)

(6) 夫婦関係調整の援助

夫婦関係の問題の援助を行ったのは103人であり、改善は35%にすぎず、援助が最も難しい対象である。援助方法としては、母親の悩みを聞くが82%でほとんどである。その他にも夫に面接する(47%)や他の家族に面接する(21%)も行っている。そして少数ではあるが、母子寮の利用を勧めている(そのほとんどが虐待移行群である)(表22)。夫婦関係の調整については、母親の悩みを聞いて母親の精神的ストレスの軽減に少しは役だっても、基本的関係の調整は困難でありなかなか改善できない問題である。

表22. 夫婦関係調整への援助

全体	103 (100%)
母の悩みを聞く	84 (81.6)
夫に面接する	48 (46.6)
他の家族に面接する	22 (21.4)
母子寮を勧める	7 (6.8)
夫の疾病障害への援助導入	13 (12.6)
子どもの疾病障害への治療等の導入の説得	10 (9.7)
その他	11 (10.7)

III 考察

虐待予防につながる養育問題の援助の3大柱は家庭訪問による個別のきめ細かい援助と、他機関とのネットワーク構築と、育児教室や保育所の利用である。しかもその援助を展開するにも家庭訪問によって行っていると言える(表23)。

表23. 母子保健における養育問題への援助

ま	と	め
1	虐待ハイリスクである養育問題への最も重要な援助手段は保健婦の家庭訪問である。	
2	母子で参加するグループワークとしての育児教室や電話相談の充実が必要である。	
3	育児をする親を支援し、子どもの心身の健康を守るために、代行育児制度の充実や保健福祉の地域ネットワークの構築が必要である。	
4	養育問題は多様であり、各々についての援助方法を確立させる必要がある。	

家庭訪問の担い手は、母親の身近な相談相手になれて、しかも育児を具体的に指導できる保健機関の保健婦である。大きな養育問題を持ち虐待への移行率が高い事例では、親は問題に気づいているとは限らず、援助を求めているとは限らず、社会資源を自ら活用できるとは限らず、口頭での育児指導で実践できるとは限らない。そのような母子への援助は、援助する側が家へ出かけて援助することで親の負担を軽減するとともに、生活実態を見極めて援助方法を工夫して親に余分な負担をかけないことが必要であり、家庭訪問が最も有効な援助方法となる。母子保健業務の中での家庭訪問の重要性を再認識する必要がある。しかし調査結果にみるように、援助拒否や訪問困難がある上に、相手の要求にあわせたタイミングと緊急さと濃厚さが必要である。このことは、業務計画を立てにくいことを示しており、保健婦間での協力しあうチーム活動が必要になる。家庭訪問の目的は大きく分けて二つある。その一つは問題の把握である。育児の問題は親が自覚しているとは限らずまたその原因を理解しているとは限らない。場合によっては親が望まなくても子どもを守るために援助介入することも必要になる。従って親が話すことだけから判断するだけではなく、家庭訪問して保健婦が育児の実態を観察したり、生活実態を見てその背景要因を分析することが必要になる。育児の改善は親の負担が大きい作業であり、アセスメントを正確にすることで、最も負担少なく効果が大きい援助方法を見いだすことが可能になる。第二には家庭訪問でしかできない援助がある。それは、生活実態にあわせた実行可能な方法を親とともに見いだすことである。虐待予防で最も効率

が良いのは、一般を対象にした一次予防よりもハイリスク児への濃厚な予防的援助であると言われている。表24はハイリスク児への予防的援助として欧米で今最も有効とされて広く行われつつある方法である⁶⁾。看護婦が周産期から1回/1～6週の頻度で2歳まで家庭訪問する。その内容の柱は3本で、第1は子どもの健康を守るための子どもについての知識と技術を増やすことであり、子どもの身体的健康についてだけではなく、子どもの心や発達を理解して親子関係を発展させる内容になっている。第2は私的ネットワークを強化することで、親族や友人との関係を作ることを重視する。そして、第3は公的機関ネットワークを作ることによって、公的機関の利用を促している。例えば医療機関については、どのような時に受診するか判断力を育てることや、医師に症状を報告する方法や助言を求める方法を助言し、医師の指導の意味を理解して家庭で実施することをサポートする内容になっている。今回の調査からみてもこの柱での援助が有効であろうと思われる。

養育問題への援助も虐待の援助と同様に医療・保健・福祉の他機関の関与が必要である。その理由は背景要因の多様さと、援助内容が口頭指導だけではない実地指導や育児負担軽減や子どもの心身の問題の改善など多次元の援助が必要なためである。しかし、それらの機関につなげるには、親がその必要性と有効性を納得して、利用するための行動を起こすことが必要で、さらには相手機関の受け入れが条件になる。それをなりたたせるために保健婦は、母親や家族に説得し、事前に相手機関に交渉し、同伴して手続きすることもあるなど、時間をかけて丁寧に確実につなげる援助を行っ

表24. 家庭訪問援助による小児虐待の予防 (Olds DL)

<方法>

看護婦の家庭訪問を出生から2歳まで行う(1回/1-6週×75分)。

<援助内容>

1. 児の健康を守るための親行動の向上を目的として、子供に関する発達知識を増す。
 - *我が子の気質
 - *泣く意味を読み取る
 - *児の社会性・情緒・認識発達のニード
 - *身体的健康のためのケア方法
 - *体温の計りかた、よくかかる病気の対応方法
 - *乳幼児健診や予防接種の必要性
2. 私的な育児援助体制(ソーシャルネットワーク)を強化する。
 - *親しい友人や親族に来てもらう(家事や育児の援助、育児相談)
3. 公的サービスに繋げる。
 - *乳幼児健診の予約を取る
 - *病気の時に医者を受診させる
 - 受診するかどうかの決定や受診機関の決定を補助する。
 - 看護婦は症状や社会的・情緒的状态を主治医に伝える。
 - 家庭訪問し医師の指示をわかりやすく説明して補強する。
 - *その他必要な社会資源
 - 言語トレーニング、精神衛生相談、法律相談、公費補助、妊婦・乳児・幼児の栄養補助など

ている。養育問題についても地域システムの構築が必須である。

養育問題の把握は、昨年度の調査から乳児期前期に多くがされており、健診が重要な場になっていた。虐待のリスク要因の多くが周産期に把握しうる項目である。実際的な把握手段の一つは出生届や養育医療申請や育成医療申請や出生機関からの連絡であり、一つは乳幼児健診である。今回の調査結果でも個人案内して受診を干渉する公的乳幼児健診の受診率は高く、早期把握の重要な場

なりうる。しかも、昨年度調査では乳幼児健診での発見者の多くは医師ではなく保健婦であった。今後の乳幼児健診のあり方としては、養育問題については乳児期早期の個人案内する公費の、保健婦がきめ細かい育児相談でき、母親が困っていることに相談できる健診が重要である。そして、口頭指導では解決困難な養育問題がある場合には、引き続き家庭訪問して育児生活実態をみた援助につなげる必要がある。

養育問題の背景要因によって有効な援助方法は異なる。ここでは、育児能力、育児不安、社会的孤立、経済問題、夫婦関係についての援助方法の実態を報告した。育児不安や社会的孤立の改善率は高いが、育児能力や経済的問題や夫婦関係の問題では改善はそれよりも少ない。各背景要因毎の有効な援助のあり方をさらに分析して、援助マニュアルを作成する必要がある。また、養育問題の援助のためには相談技術の向上だけではなく、頻回に家庭訪問できる体制や、育児教室などの育児における社会的孤立を解消できる事業を行うことや、保育所や育児ヘルパーや短期緊急預かりなどの育児負担を代行する制度の充実や、医療費公費負担や育児用品の現物供与などの育児を行うための経済的援助の充実が望まれる。今後のわが国の少産の高齢化社会にとって、これらの子どもの健全育成への社会投資は決して高価すぎることはない。

最後にこの調査に協力いただきました、大阪府保健所保健婦諸姉と大阪児童虐待研究会の皆様にご感謝いたします。

<引用文献>

- 1) 大阪児童調査研究会、被虐待児のケアに関する

る調査報告書、1989

- 2) 大阪児童虐待研究会、大阪の乳幼児虐待一被虐待児の予防・早期発見・援助に関する調査報告一、1993
- 3) 小林美智子、納谷保子、鈴木敦子、佐藤拓代、被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割一大阪府保健所における養育問題と援助の実態から一、厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題」に関する研究、1994
- 4) Schmitt BD, Kempe CH, The Pediatrician's role in child abuse and neglect. Current Problem Pediatrics. 1975 : 5 ; 3-47
- 5) Gray JD, Kempe CH, Prediction and prevention of child abuse, Seminars in perinatology, Vol.3, No.1, 85-90, 1979
- 6) Olds DL, Henderson CR, Preventing child abuse and neglect:A randomized trial of nurse home visitation. Pediatrician, 1986: 78 : 65-78
- 7) Whitman BY, Accarde PJ, When a parent is mentally retarded, Paul.H.Brookes, 1990

大阪児童虐待研究会メンバー

研究員

石田 雅弘 : 大阪府中央児童相談所
泉 薫 : 大阪弁護士会(児童虐待制度研究会)
伊藤 裕康 : 大阪府環境保健部母子衛生係
今川 和子 : 大阪府松原保健所
郭 麗月 : 近畿大学精神科
桂 浩子 : 東大阪市家庭児童相談室
神田眞智子 : 大阪府児童福祉課健全育成係

佐藤 拓代 : 大阪府泉大津保健所高石支所
清水 宮 : 大阪府岸和田子ども家庭センター
杉野美佐子 : 堺市鳳保健所
津崎 哲郎 : 大阪府中央児童相談所
土田 妙子 : 大阪府泉大津保健所
西澤 哲 : 大阪府こころの健康総合センター
根来 憲仁 : 大阪府堺子ども家庭センター
野田 哲朗 : 大阪府こころの健康総合センター
服部 建 : 大阪家庭裁判所
橋本 和明 : 大阪家庭裁判所
平田 佳子 : 子どもの虐待ホットライン
藤田 迪代 : 大阪府貝塚保健所
藤本 勝彦 : 和泉幼児院
前田 徳春 : 救世軍希望館
松浦 玲子 : 大阪府富田林保健所河内長野支所
毛受 矩子 : 大阪府環境保健部保健所係
山本裕美子 : 大阪府枚方保健所

世話人

小林美智子 : 大阪府立母子保健総合医療センター
鈴木 敦子 : 大阪大学医学部保健学科
納谷 保子 : 大阪府立病院

事務局

今石 智子 : 大阪府立母子保健総合医療センター
加藤 曜子 : 子どもの虐待ホットライン
鎌田佳奈美 : 大阪大学医学部保健学科
中西 真弓 : 大阪府立母子保健総合医療センター
中農 浩子 : 大阪府立母子保健総合医療センター
榎木野裕美 : 大阪府立看護大学
藤江のどか : 大阪府立母子保健総合医療センター
古谷 悦美 : 大阪府立母子保健総合医療センター

峯川 章子 : 大阪府立母子保健総合医療センター

山田 和子 : 大阪府立公衆衛生専門学校

安枝 敦子 : 大阪府立母子保健総合医療センター

山本 悦代 : 大阪府立母子保健総合医療センター

Summary : It had been shown by the formerly studies in Osaka Prefecture that Health Center was the main support agency for the problems of child care. Especially, health visiting by health visitors is the essential to that support. It makes link to social networks, day nurseries, mother's classes. Though health visiting needs a lot of time and energy in answer to individual needs and sometimes meets with reject from parents, it is the nucleus of support. In the case of mothers who have young children or no cognizance of their needs, or socio-economic problems, it is difficult to visit Health Center. So we must fill up more substantial support system. Also, different helping menu must be arranged according to the each cases.



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:虐待の予備群でもある養育問題への援助は大阪では保健所を中心に母子保健活動の中で行っている。援助手段では保健婦の頻回の家庭訪問が中心であり、家庭訪問による親との信頼関係を軸に他機関への公的ネットワークを構築するとともに、保育所や育児教室などの育児を代行でき親にとっても育児を実地学習できる場につなげている。家庭訪問は時間的効率が悪く、しかも拒否されることもあり困難が伴う援助手段である。しかし、乳幼児を連れての来所相談は、親自らの要望が少ない場合や社会行動がとりにくい場合や経済的問題を持つ場合には困難であり、家庭訪問が援助手段の中心になる。母子保健活動の中での家庭訪問援助を再度見直し、充実する必要がある。さらに、有効な援助方法は背景要因によって異なり、それぞれにあわせた援助が必要である。