

保健所における子どもの虐待の実態と援助 —第4回大阪府調査—

—家庭支援による再発防止について—

(分担研究：被虐待児の地域システムに関する研究)

小林美智子¹⁾、佐藤拓代²⁾、納谷保子³⁾、鈴木敦子⁴⁾

要約：大阪府では8年前から保健・医療・福祉の地域システムを構築して虐待問題について取り組んできた。その中で保健所がどのような役割を果たしているか、援助の詳細について第4回目の調査を行った。保健所が援助している虐待数は増加しているが、死亡率は減少した。以前と変わった援助は施設入所・保育所入所・関係機関カンファレンス開催の増加である。保健婦は母子保健活動の中で自ら発見し、母親の育児の相談者になって、子どもの保護や在宅児への援助を行い、関係機関につなげるとともに援助ネットワークを構築し運営している。援助手段としては、家庭訪問や機関訪問などのアウトリーチが重要になっている。過去の大阪の経験からみると、保健医療における虐待防止のための家庭支援では、「生命の危機や在宅援助で改善できなければ親子を分離する」ことと、「在宅児への援助体制の整備」が重要である。その具体策についても提案した。乳幼児虐待の再発防止対策では、医療の治療機能・保健の予防機能は重要であり、系統的な取り組みのシステム化を急ぐ必要がある。

見出し語：被虐待児症候群、家庭支援、再発防止、母子保健活動、

はじめに 大阪府では1988年に第1回の保健・医療・福祉の合同調査を行ってから、被虐待児の早期発見と援助を地域システムを構築して行ってきた。その中で保健の役割が一層明らかになってきている。この間保健所は早期発見・医療や児童相談所と連携しての子どもの保護・再発予防のための在宅援助に取り組み、さらにはハイリスク児への虐待発生予防を行ってきた。大阪府市児童相談

所も虐待児対策を最重視して系統的対策を進めている。大阪府児童相談所の統計からこの間の変化を見ると、児童相談所の援助対象数が増加しており(表1)、中でも保健所からの紹介が急増している(表2)。つまり、保健・福祉行政が共同して取り組むことで、医療・教育を含むネットワークを発展させている。この間、厚生省心身障害研究の一貫として関係機関関係職種で構成する研究

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) 大阪府岸和田保健所
(Kishiwada Health Center)

3) 大阪府立病院
(Osaka Prefectural Hospital)
4) 大阪大学
(Osaka University)

表1 大阪府児童相談所の虐待相談数の年次変化

年度	新相談件数
1970年	12件
74年	23
1990年	138
1991年	118
1992年	150
1993年	204
1994年	227
1995年	249

表2 大阪府児童相談所の虐待援助状況 平成7年

援助中の被虐待児数	在宅指導	322人	施設入所	295人
相談経路				
親族・知人	33件		学校・教育委員会	62件
家族	88		幼稚園・保育所	22
児本人	10		児童施設	4
警察関係	12		児童委員など	5
家庭児童相談室など	52		虐待ホットライン	4
保健機関	71		児童相談所	3
医療機関	26		その他	16

(大阪府児童相談所統計)

会を組織して定例的に事例研究会を行い、一例一例の事例を通して援助方法を検討し、機関連携の進め方を検討してきている。

研究目的 今回4回目の調査として保健所が援助している虐待児の実態と援助の詳細を分析した。過去の調査と比較して、効果的な援助を分析するとともに、再発防止に対する家庭支援による援助について考察し、保健機関の役割について検討を

行った。

調査方法と対象 調査対象は、1996年9月1日現在で大阪府保健所で援助中の、18歳未満の被虐待児であるが、この1年間に死亡・中断・終了した事例も含んでいる。調査方法は、被虐待児毎に、調査用紙に、担当保健婦が記入した。調査用紙は、保健所の医師・保健婦・精神保健相談員などで構成する研究会を組織して作成し、保健所長会・保健婦長会を通して組織的に取り組んだ。調査報告数は137件あったが、調査基準に合わない7例を除外し、130例を分析対象とした。兄弟例が16例あり、114家族である。分析は項目によって130児又は114家族について行った。

調査結果

1. 対象の概要

過去の調査との比較は調査対象の設定が異なるために厳密には比較しにくいだが、大阪府保健所が援助している虐待児は、この8年間に増加していることは明らかである。今回の調査児の概要は、死亡3人2.3%、施設入所38人29.2%、病院入院23人17.7%である。8年前と比較すると、死亡率

表3 大阪の4回の被虐待児調査の比較

	1988年	1990年	1993年	1996年
調査対象				
期間	1983~1987年	1988~1989年	過去1年間	過去1年間
機関	府保健・医療・児相等	保健医療児相施設	府保健所	府保健所
子の年令	18歳未満	6歳未満	18歳未満	18歳未満
調査対象児	虐待	虐待	養育問題	虐待
調査数	保健所は102人	府市保健所138人	虐待は82人	130人
死亡率	9.8%	6.5%	2.4%	2.3%
施設入所率	13.7%	21.7%	18.2%	29.2%
病院入院率	14.7%	21.7%	12.7%	17.7%
保育所入所	22.4%	31.2%	56.4%	41.5%
児相と連携	49.0%	36.9%	51.0%	58.8%
事例検討会	-	18.1%	50.1%	63.2%

は9.8%から2.3%に減少し（年間実数は変化ない）、施設入所（13.7%から29.2%）・保育所入所（22.4%から41.5%）・関係機関カンファレンス（初回調査後開催されるようになったものであり今回は63.2%）が増加している（表3）。つまり、施設入所・保育所入所・関係機関の連携援助が進むことで死亡を減少させている可能性がある。

表4 虐待の型 N=130児

身体的虐待	33.1%
ネグレクト	54.6
心理的虐待	2.3
虐待の疑い	19.2
不明	0.0

表5 虐待者 N=130児

実母	90.0%
実父	21.5
継養母	0.8
継養父	0.8
その他	0.8
不明	0.8

表6 虐待の重症度 N=130児

重症度	把握時	現在
最重度	5.4%	0.8%
重度	18.5	6.9
中度	31.5	19.2
軽度	23.8	23.8
疑い	19.2	20.0
不明	1.5	20.0*

* 終了・中断を含む

表7 出生年 N=130児

平成8年	7人	5.4%
7年	20	15.4
5～6年	35	26.9
2～4年	41	31.5
1～59年	21	16.2
58年～	4	3.1
不明	2	1.5

年間出生数4.7万人

表8 調査対象像 N=130児

兄弟例	10.0%
未熟児出生	19.2
多胎	2.3
新生児期入院	14.6
乳児期の分離	21.5
出産時母の年齢<20歳	13.1

2. 虐待の実態と背景の実態

虐待の状況は、ネグレクト54.6%が身体的虐待33.1%よりも多く、心理的虐待2.3%、虐待の疑いが19.2%である（表4）。「虐待の疑い」には、虐待の確信が持てない場合や、子どもに虐待による症状がなくても「虐待しそう」などの母親の訴えがある場合が含まれ、危機感が大きい場合も多く、保健現場が会う特有の対象である。虐待者は、実母90.0%で最も多く、実父21.5%であり、継父母は1.6%にすぎない（表5）。重症度は付表の基準に従って分類しているが、把握時には最重症5.4%、重度18.5%、中度31.5%、軽度23.8%である（表6）。現在の重症度は把握時と比べると、再重度・重度・中度が減少しており、重度の虐待ほど減少している。重度ほど重点的に援助を行っていることを示しており、その成果が挙がって、死亡率の低下にもつながっていると思われる。子ども側の背景としては、未熟児出生19.2%、多胎2.3%、新生児期入院14.6%、乳児期の分離21.5%、10代の母が13.1%であった（表8）。親側の背景としては、家族形態は母子家庭14.6%で（表9）、夫婦関係では再婚9.2%、別居・未婚・離婚13.8%である（表10）。

表9 家族形態 N=130児

核家族	75.4%
母子家庭	14.6
父子家庭	0.8
3世代家族	3.8

表10 夫婦関係 N=130児

初婚同志	66.9%
父子ともに再婚	1.5
父が再婚	1.5
母が再婚	6.2
内縁関係	2.3
別居	3.1
未婚	3.8
離婚	6.9
その他	2.3

表11 虐待を判断した年令 N=130児

	0～3月	4～11月	1歳	2～5歳	6歳～	不明・なし
虐待を判断	22.3%	15.4%	16.2%	32.3%	6.9%	6.9%
保健所関与	25.4	20.8	11.5	14.6	4.6	20.8
医療機関関与	13.1	7.7	10.0	16.2	2.3	50.8
児童相談所関与	5.4	8.5	9.2	23.1	4.6	49.2
保育所関与	2.3	4.6	6.9	19.2	2.3	63.8

3. 発見について

虐待と判断した年齢は、0歳が37.7%、1歳が16.2%、2～5歳が32.3%で、低年齢が多い（表11）。保健所がその事例を把握した時の年齢は0歳が46.2%、1歳11.5%、2～5歳14.6%で、虐待を判断する以前から関わっていることも多い。把握経路は、保健所活動が54.6%で、保健所自らの活動での発見である。乳幼児虐待の発見はまさに保健の重要な役割であり、母子保健活動の中で早期発見しなければならない。他の把握経路としては、医療機関からの紹介が19.2%、福祉機関は児童相談所や保育所などの合計が11.5%、電話相談4.6%で、他機関と連携しての早期把握のためには医療との連携が重要である（表12）。

虐待を判断(診断)した機関は、保健所64.6%、医療機関11.5%、児童相談所4.6%などで（表13）、保健所で援助する虐待では保健所自らの判断が必須である。その理由としては発見即判断が必要なためであろう。虐待を判断した職種は、保健婦56.2%、医師13.1%、心理・SWそれぞれ6.2%、保母5.4%で（表14）、判断者としては保健婦が重要である。虐待では発見時に他機関や他職種に紹介して診断を仰ぐことが困難な場合が多い、そのために最初に出合った保健婦が単独で判断することが迫られる。しかし、虐待かどうかはどの専門職も一人ですべきでないと言われていることや、重症度・緊急度・処遇方針決定の判断は経験と知

識を要すことであり、保健婦をサポートする医師・SW・心理などの専門職種や児童相談所のサポートが望まれる。

表12 保健所の把握経路 N=130児

保健所活動	54.6%
医療機関	19.2
児童相談所	3.1
家庭児童相談室	2.3
福祉事務所	1.5
市町村保健機関	0.8
保育所・通園施設	4.6
虐待ホットライン	4.6
他の保健所	2.3
その他	6.9

表13 虐待を判断した機関 N=130児

保健所活動	64.6%
医療機関	11.5
児童相談所	4.6
家庭児童相談室	1.5
福祉事務所	0.0
市町村保健機関	0.0
保育所・通園施設	6.2
虐待ホットライン	3.1
他の保健所	2.3
その他	6.2

表14 虐待を判断した職種 N=130児

医師	13.1%
看護婦	1.5
保健婦	56.2
心理職	6.2
ワーカー	6.9
保母	5.4
その他	3.1
不明	7.7

表15 援助中の子の状況 N=130児

在宅のみ	24.6%
保育所	41.5
入院あり	17.7
施設入所	29.2
その他	30.8
不明	1.5

4. 援助の概要について

援助経過中の子どもの状況は、全経過中に在宅のみであったのは24.6%にすぎず、保育所41.5%、入院17.7%、施設入所29.2%である（表15）。子どもを親から全面的にあるいは部分的に分離する

ことが重要な援助になっている。

過去1年間の重症度の変化は、重症化10.8%、軽症化26.9%で、残りの変化なし30.8%と変動20.0%を合わせた50.8%はあまり変化がみられていない(表16)。虐待の援助の難しさがうかがわれる。援助の中断・終了は23.8%で、残り74.6%は援助を継続中である(表17)。その中断・終了理由は、施設入所10.0%、転出5.4%で、リスクの低下は4.6%のみである(表18)。保健婦の援助の限界によるものは1.5%にすぎず、粘り強い援助を行っていることがわかる。また、施設入所した後も援助を継続している事例が見られる。虐待では援助機関が変わることが多いが、長期にフォローアップすることが必要であり、施設入所では児童相談所に、転居では転居先の保健所に、確実に移管することが重要である。

保健婦の援助手段は、家庭訪問94.6%、電話83.1%、面接62.3%、クリニック58.5%、機関連絡82.3%、機関訪問53.1%、同伴訪問41.5%である(表19)。家庭訪問と機関連絡が非常に高率であり、機関訪問や同伴訪問と合わせて、虐待では来所を待つのではないアウトリーチが必須の手段である。虐待への援助は親が来所することを前提としたクリニックだけでは対応しきれない。

保健所内で関わった職種は、他の保健婦56.9%・健診の医師50.8%・健診の心理41.5%・P S W 23.8%であり、上司である保健婦長26.2%・保健所長10.8%も関わっている(表20)。虐待児を担当保健婦1人で援助することは量的質的に困難であり、直接に援助する担当保健婦をサポートする所内支援体制(同僚、上司、他職種)が必要である。健診スタッフについても虐待の判断や援助の

ための専門性が求められており、今までの発達障害中心の内容からの転換が必要になっている。小児科医・心理・精神科医を含めたチームで診断と援助を行う体制の整備が望まれる。

表16 過去1年間の重症度の変化 N=130児

変化なし	30.8%
重症化	10.8
軽症化	26.9
変動	20.0
その他	0.8
不明	10.8

表17 援助の継続 N=130児

継続中	74.6%
中断	10.0
終了	13.8
不明	1.5

表18 中断終了の理由 N=130児

援助の拒否	1.5%
リスクの低下	4.6
保健婦援助の限界	0.0
転出	5.4
施設入所	10.0
死亡	2.3

表19 保健婦が関わった手段 N=130児

家庭訪問	94.6%
面接	62.3
電話	83.1
クリニック	58.5
育児教室	10.8
同伴訪問	41.5
機関訪問	53.1
機関連絡	82.3
その他	13.8
不明	0.8

表20 保健所で関わった職種 N=130児

他の保健婦	56.9%
保健所長	10.8
予防課長	4.6
保健婦長	26.2
保健所の医師	11.5
健診の医師	50.8
健診の心理	41.5
P S W	23.8
栄養士	7.7
その他	13.8
不明	11.5

5. 行った援助内容について

虐待に気づいた時にすぐにした援助は、親の相談者になる69.2%、関係機関に働きかける63.8%、子どもをデイケアにつなげる35.4%、家族調整

27.7%、子どもを親から分離する25.4%、援助者を見つける24.6%、親を医療につなげる20.8%、子どもを医療につなげる18.5%である（表21）。ヘンリー・ケンプが最初にすべき事としている「親の相談者になる」ことを最も重視して行い、同時に関係機関との援助ネットワーク構築を行っている。次いで事例に応じて、子どもと親への援助を行っており、子どもに対してはデイケア・親からの分離・医療につなげるの順であり、親に対しては家族調整・医療につなげることを行っている。

継続援助の中で過去1年間に、援助を行った問題は多い順に、母の育児力77.2%、育児負担75.3%、援助者なし69.3%、育児体制66.7%、子どもの健康問題60.5%、愛着形成阻害59.6%、母の家事能力46.5%、経済問題43.9%、母の生育歴44.7%、父母の健康問題38.6%、夫婦不和32.5%であ

表21 気づいた時にすぐした援助 N=130児

親の相談役になる	69.2%
関係機関に働き掛ける	63.8
子をデイケアにつなげる	35.4
家族調整	27.7
子を親から分離する	25.4
援助者を見つける	24.6
親を医療につなげる	20.8
子を医療につなげる	18.5
その他	4.6

表22 過去1年間の援助（問題と援助） N=114家族

項目	問題		援助あり	
	ありA	なし	B	B/A
母の育児力	85.1%	4.4%	77.2%	90.7%
育児負担	79.8	7.0	75.3	94.4
援助者なし	74.6	10.5	69.3	92.9
育児体制	71.9	7.9	66.7	92.8
愛着形成阻害	64.9	14.0	59.6	91.8
経済問題	64.9	18.4	43.9	67.6
子の健康問題	59.7	23.7	60.5	100
母の家事能力	56.1	29.8	46.5	82.9
母の生育歴	54.4	5.3	44.7	82.2
父母健康問題	45.6	29.8	38.6	84.6
夫婦不和	43.8	25.4	32.5	74.2
父育児非協力	40.4	25.4	22.8	89.8
父の生育歴	23.6	10.5	11.4	48.3

る。夫の問題についての援助は多くない（表22）。援助はまず育児の問題について行い、次いで子どもの健康問題や親子関係について行い、さらにその背景になっている生活や親の問題に対して構造的に行っている。そして、援助対象の中心は母親になっており、次いで子供であり、父親への援助は少ない。

虐待者への援助で効果が大いなのは、育児負担50.8%・援助者なし49.1%・育児体制45.6%などの育児そのものについてであるが、効果あまりみられないのは、父の育児非協力1.6%、父の生育歴3.5%、夫婦不和12.3%、母の生育歴19.3%、母の家事能力21.9%、経済問題25.5%である（表23）。子どもへの援助効果は、虐待者への効果に相関しており、虐待では親に援助することが子どもの改善につながると言える。

表23 過去1年間の援助の項目別の効果 N=114家族

項目	援助あり	虐待者へ効果		子供への効果	
		あり	なし	あり	なし
母の育児力	88人	43.8%	19.3%	39.1%	16.7%
育児負担	85	50.8	8.8	47.4	7.0
援助者なし	78	49.1	12.3	50.0	5.3
育児体制	73	45.6	11.4	42.1	8.8
子の健康問題	67	33.4	13.6	36.8	10.5
愛着形成阻害	65	23.7	15.8	21.0	15.8
母の家事能力	54	21.9	20.2	22.8	15.8
経済問題	52	25.5	16.7	20.2	11.4
母の生育歴	48	19.3	13.2	14.0	8.8
父母健康問題	45	23.7	11.4	16.7	12.3
夫婦不和	37	12.3	11.4	9.7	14.9
父育児非協力	26	1.6	7.9	7.0	7.9
父の生育歴	13	3.5	6.1	2.7	4.4

6. 援助項目ごとの援助内容の詳細

「母の育児能力」への援助は77.2%に行っている。育児負担に理解と共感する63.2%、努力を誉めて励ます62.3%、育児知識の提供58.8%、公的サービスの利用53.5%、実行可能な育児方法の指導45.6%、母の疾病障害の治療35.1%、効率的な

方法の指導29.8%、父親の役割と理解を得る22.8%、親族の理解と協力を得る17.5%である（表24）。母親への共感と支え、具体的な育児の知識や方法や工夫が多く、次いで公的サービスの利用をし、父親や親族の協力の調整を行っている。

「育児負担」への援助は対象の75.4%に行っている。内容は、努力を誉めて励ます60.5%、育児負担に理解共感を示す54.4%、過度の期待や不安の軽減51.8%、父親の育児協力を得る35.1%、公的サービスの利用34.2%、効率的な育児の助言29.8%、親族の育児援助を得る20.2%、民間サービスの利用10.5%である（表25）。母親の育児負担・不安への共感と支えを行うとともに子どもへの過度の期待の軽減が中心で、次いで父親の育児協力や公的サービスの利用である。虐待の育児負担では、親への精神的サポートだけでは不十分で、

親の育児負担を実際に減少させる援助が必要であり、そのために利用できる社会資源がもっと必要である。

「育児の援助者なし」への援助は対象の69.3%に行っている。内容は、公的サービスの利用が55.3%で最も多い。次いで親族の援助を得る31.6%、施設入所の検討28.1%、父親の育児協力を得る21.1%、近隣友人の育児援助21.1%、児童福祉委員等の利用12.3%などである（表26）。虐待の家族では家族内や親族からの育児援助が得にくく、そのために公的サービスの導入が重要になっている

「育児体制」への援助は66.7%に行っており、施設入所が27.2%あるがそれ以外にも公的サービスの利用が最も多く52.6%、家族内の援助としては父親の協力26.3%・親族の協力24.6%であった（表27）。虐待では親の生育史にも問題がある場合が多く、親族の援助を得ることは困難なことが多く、施設入所を始めとする公的サービスが必要である。利用できる公的資源の整備が必要である。

表24 「母の育児能力」の援助 N=114家族

育児負担に理解・共感	63.2%
努力を誉めて励ます	62.3
育児知識の提供	58.8
公的サービスの利用	53.5
実行可能な方法の指導	45.6
母の疾病障害の治療	35.1
効率的な育児の助言	29.8
父の役割と理解を得る	22.8
親族の理解協力を得る	17.5
家族計画の知識提供	15.8
育児・親子教室の利用	9.6
民間サービスの利用	7.0

(77.2%に援助あり)

表25 「育児負担」の援助 N=114家族

努力を誉めて励ます	60.5%
育児負担に理解・共感	54.4
過度の期待不安の軽減	51.8
原因・内容・程度の分析	38.6
父親の育児協力を得る	35.1
公的サービスの利用	34.2
効率的な育児の助言	29.8
親族の育児援助を得る	20.2
家族計画の知識提供	13.2
民間サービスの利用	10.5
育児・親子教室の利用	8.8

(75.4%に援助あり)

表26 「援助者なし」の援助 N=114家族

公的サービスの利用	55.3%
親族の育児援助を得る	31.6
施設入所の検討	28.1
父親の育児協力を得る	21.1
近隣友人の育児援助	21.1
児童福祉委員等の利用	12.3
民間サービスの利用	5.3

(69.3%に援助あり)

表27 「育児体制」の援助 N=114家族

公的サービスの利用	52.6%
家族内育児体制分析	28.1
施設入所・親子分離	27.2
父の育児協力を得る	26.3
親族の育児協力を得る	24.6
近隣・友人の協力を得る	12.3
兄弟の公的サービス利用	8.8
児童福祉委員等の利用	7.9
民間サービスの利用	6.1

(66.7%に援助あり)

表28 「愛着形成阻害」の援助 N=114家族

子の発育発達知識提供	47.4%
定期的健診・通院を援助	47.4
養育の代行体制を整備	43.9
努力を誉め自信を育てる	39.5
子への率直な感情を傾聴	36.0
適切な躰・体罰について	32.5
具体的な育児指導と支持	30.7
精神科医・心理への紹介	21.9
育児困難の解決法の相談	19.3
母へのマザリング	17.5
家族計画の知識提供	14.9

(59.6%に援助あり)

表29 「経済問題」の援助 N=114家族

原因の分析	25.4%
公的補助制度の利用	21.1
生活育児物資の供与	18.4
家族計画の知識提供	13.2
家計やりくりの助言	12.3
生活保護の申請	11.4
借金返済の知識提供	9.6
公的住宅の紹介	8.8
就労相談機関の紹介	7.9
返済相談機関の紹介	6.1
販売勧誘への対処法	4.4
家計委託者に任せる	4.4

(43.9%に援助あり)

表30 「子の健康問題」の援助 N=114家族

疾病の理解を促す	38.6%
同伴受診	23.7
公的制度の導入	20.2
入院の手配	9.6
心理治療の導入	8.8
デイケアの導入	4.4

(60.5%に援助あり)

表31 「母の家事能力」の援助 N=114家族

努力を誉めて励ます	47.4%
母・家族の健康管理助言	33.3
社会資源の紹介	25.4
家族の医療受診を助言	22.8
家事の具体的指導・援助	17.5
近隣・親族付き合い助言	20.2
効率的な家事の助言	14.9
家計やりくりの助言	14.9

(46.5%に援助あり)

「愛着形成阻害」への援助は59.6%に行っており、多様な援助を行っている(表28)。

「経済問題への援助を43.9%に行っており、内容は、公的補助制度の利用21.1%、生活育児物資の調達18.4%、生活保護の申請11.4%、公的住宅

の紹介8.8%などである(表29)。虐待がおきている経済困窮家庭に対して行える援助手段は限られており、せめて育児に必要な費用を補助する制度が望まれる。そして、虐待改善への取り組みに対しては自己負担をなくし、公的補助する制度が必要である

「子どもの健康問題」への援助は60.5%に行っている。疾病の理解を促す38.7%、同伴受診23.7%、公的制度の導入20.2%である(表30)。母子保健における子どもの虐待への取り組みはあくまでも子どもの健康障害の治療・予防を目標としている事がわかる(児童福祉は子どもの人権保護を目標にしている)。

「母の家事能力」への援助を46.5%に行っている。最も高率なのは努力を励ます47.4%で、次いで多いのは家族の健康管理の助言33.3%・社会資源の紹介25.4%で(表31)、家族の医療受診の助言などの健康管理と社会資源の活用についてであり、実際の家事についての指導はそれほど多くはない。

「母の生育歴」への援助は44.7%に行っている。内容としては、信頼できる情報を提供する33.3%、考えや感情の表出を促す32.5%、自己評価を肯定する31.6%、他者の援助の受容を促進する26.3%、自己選択や責任遂行を援助27.2%などであり(表

表32 「母の生育歴」の援助 N=114家族

信頼できる情報提供	33.3%
考え感情の表出	32.5
自己評価の肯定	31.6
自己選択・責任を援助	27.2
他者の援助の受容促進	26.3
問題解決法・将来計画を	25.4
能力を生かす体験を	21.9
PSW・自助グループ紹介	19.3
支援システムの構築	15.8
役割モデルになる	13.2

(44.7%に援助あり)

32)、欧米で最も有効と言われている自助グループやカウンセリングは多くない。多くの親は生育歴を語り、子ども時代のしんどさを理解されることで精神的に安定し、子育てでのストレスを軽減させうる。そのことを親へ支援できる社会資源の増加が望まれ、今後の課題である。

「父母の健康問題」への援助は38.6%に行っており(表33)、重要な援助の一つとなっている。

「夫婦不和」への援助は32.5%に行っているが、相手への不満を傾聴する28.1%が中心で(表34)、具体的援助手段が少ない。夫婦カウンセリングや法的相談などの今までとは異なった援助手段の導入が望まれる。

「父親の育児非協力」への援助は22.8%に行っているにすぎず(表35)、「父の生育歴」の援助を行ったのは11%にすぎない(表36)。

表33 「父母の健康問題」の援助 N=114家族

疾病の理解促す	39.7%
同伴受診	14.9
公的制度の導入	9.6
カウンセリング導入	8.8
入院の手配	6.1
(38.6%に援助)	

表34 「夫婦不和」の援助 N=114家族

相手への不満を傾聴	28.1%
夫婦関係維持を援助	12.3
夫婦間の問題の整理	11.4
避妊知識提供・方法選択	9.6
夫婦間の話し合い	7.0
家族計画・育児見通し	7.0
精神科医・心理の紹介	6.1
問題解決の選択と実行	5.3
相談機関の紹介	5.3
親族の援助を得る	3.5
別居・離婚の援助	2.6
(32.5%に援助あり)	

7. 他機関との連携

虐待の援助は1機関だけではできないために保健-医療-福祉の連携が必須である。保健所が相談した機関は、医療機関60.5%が最も多く、児童

表35 「父親育児非協力」の援助 N=114家族

母の父親役割期待を	12.3%
母への励まし	13.2
育児協力可能性話し合い	11.4
父から母への励ましを	12.8
父として自覚・役割を	10.5
父への母の満足度会話	8.8
他の援助者を得る	8.8
父に発育発達知識を	8.8
育児方針差の話し合い	5.3
父を期待せぬ育児体制	4.4
父の疾病障害の治療	2.6
(22.8%に援助あり)	

表36 「父の生育歴」の援助 N=114家族

他者の援助の受容促進	10.5%
問題解決法・将来計画を	8.8
自己評価の肯定	7.9
考え感情の表出	7.0
信頼できる情報提供	7.0
自己選択・責任を援助	6.1
能力を生かす体験を	5.3
支援システムの構築	5.3
PSW・自助グループ紹介	3.5
役割モデルになる	0.9
(11.4%に援助あり)	

相談所58.8%、次いで保育所41.2%、家庭児童相談室34.2%である。警察・弁護士・家庭裁判所は殆どみられない(表37)。管内の地域システムには児童相談所・医療機関・保育所・家庭児童相談室が必須の機関である。警察・弁護士・家庭裁判所の関与は絶対数が少なく、しかも児童相談所を介して行うことが多く、保健所が直接に連携することは滅多にない。これらの機関は府県単位の広

表37 過去1年に保健所が相談・連携した機関 N=114家族

機関	相談あり	関与あり	関与・過去の調査と比較	
			88年	90年(～6歳)
医療機関	60.5%	56.1%	54.9%	35.5%
児童相談所	58.8	58.8	49.0	36.9
保育所	41.2	43.9	22.4	31.2(含幼)
福祉事務所	21.9	23.7	26.5	12.8
通園施設	14.0	16.7	9.8	5.0
家庭児童相談室	34.2	33.3	30.4	10.6
入所施設	7.9	14.9	10.8	—
学校	10.5	15.8	5.9	—
警察	2.6	2.6	0.0	2.6
弁護士	0.0	0.9	—	—
家庭裁判所	1.8	3.5	0.0	—
その他	17.5	15.8	—	—

表38 ネットワークの中での役割と連携での問題 N=114家族

機関	関与あり	援助の中心機関	情報を集中させる	援助が多い	保健所が対応困難	保健所が紹介困難	振り返って必要だった
保健所	100 %	48.2 %	51.8 %	39.5 %	- %	- %	- %
医療機関	56.1	3.5	3.5	7.9	4.4	1.8	7.0
児童相談所	58.8	12.3	14.0	12.3	6.1	0.0	7.0
保育所	43.9	11.4	5.3	15.8	0.9	0.9	9.6
福祉事務所	23.7	1.8	0.9	2.6	0.0	0.9	2.6
通園施設	16.7	2.6	0.9	5.3	0.0	0.0	1.8
家庭児童相談室	33.3	2.6	4.4	5.3	0.9	0.9	3.5
入所施設	14.9	-	-	-	0.9	1.8	2.6
学校	15.8	-	-	-	0.9	1.8	1.8
警察	2.6	-	-	-	0.0	0.0	2.6
弁護士	0.9	-	-	-	0.0	0.0	1.8
家庭裁判所	3.5	-	-	-	0.0	0.0	2.6
その他	15.8	5.3	2.6	15.8	3.5	0.9	7.0

表39 関係機関への相談方法 N=130児

	電話	たまたま	面談する	カンファ	文書連絡	その他
医療機関	37.7 %	3.8 %	28.5 %	19.2 %	8.5 %	3.8 %
児童相談所	39.2	9.2	33.8	23.8	0.0	1.5
保育所	20.8	6.2	24.6	15.4	0.0	0.8
福祉事務所	9.2	1.5	15.4	5.4	0.0	0.8
通園施設	10.8	3.1	11.5	3.8	0.8	0.8
家庭児童相談室	22.3	11.5	23.8	12.3	0.8	1.5
入所施設	4.6	0.8	2.3	1.5	1.5	0.0
学校	6.7	0.8	3.8	5.4	0.0	0.0
警察	0.8	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0
弁護士	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
家庭裁判所	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

表40 関係機関会議 N=114家族
あり71人 (62.3%)

機関	呼び掛け	会議参加
保健所	43.0%	61.4%
児童相談所	8.8	39.5
家庭児童相談室	2.6	20.5
医療機関	3.5	20.2
保育所	1.8	19.3
福祉事務所	0.0	7.9
通園施設	1.8	7.0
その他	0.9	21.1

域的・地域システムでは重要になる。保健所が連携して関わった機関は多い順に、児童相談所58.8%、医療機関56.1%、保育所43.9%、家庭児童相談室33.3%、福祉事務所23.7%、である。以前と比較すると、児童相談所と保育所との連携が激増している。

多機関連携の中での役割は、援助をオーガナイズする中心機関・情報の集中機関・日常の援助の量が多い機関が必要であるが、どれも最も多いの

は保健所である(表38)。つまり、乳幼児虐待では保健所が援助の中心機関になっており、情報の集中機関であり、援助が多い機関である。つまり、保健所には直接的援助とともに機関連携の調整機能も担っている。

保健所から関係機関への相談方法は、電話と面談が多く、文書は少ない(表39)。関係者会議(カンファレンス)は62.3%に開催しており、非常に多くなっている。保健所は呼びかけ機関になることが多い。カンファレンスへの参加機関は、児童相談所39.5%、医療機関20.2%、家庭児童相談室20.5%、保育所19.3%である(表40)。以前と比較してカンファレンスの開催は著しく増加し、参加機関も増えている。カンファレンスの内容は、情報交換58.8%、問題意識の一致化43.9%、各機

関の役割理解39.5%、ケース像の一致化37.7%である（表41）。カンファレンスで重視されているのは、情報の交換・問題意識やケース像の一致・役割分担である。

表41 関係機関会議の内容 N=114家族

情報交換	58.8%
問題意識の一致化	43.9
各機関の役割理解	39.5
ケース像の一致化	37.7
すぐすべき援助	29.8
今後の援助方針	28.9
各機関の役割決定	28.9
緊急時の対応	17.5
長期的援助方針	17.5
虐待・重症度の一致	15.8
その他	1.8

8. 保健婦の体制について

保健婦の交代は43%と多く、その理由は転勤である（表43）。虐待は援助者との関係の構築が困難であるが、10年以上にわたる長期フォローが重要であり、保健婦交代時の確実な引継ぎ方法の工夫が必要である。そして、虐待の援助は困難であり（表45）、援助者を支援するネットワークも必要である。困難な時の対応としては、同僚に相談43.0%、保健婦上司に相談39.5%、健診の医師や心理に相談27.2%など所内の支援を多く受けている。そして、関係機関にも高率に相談し55.3%、関係者会議も33.3%に開催している（表46）。虐待を一人で援助することは判断・援助量・精神的負担ともに誰にとっても困難であり、所内の組織的取り組みは必要であり、今後は育児支援クリニックなどの 専門家の参画できる体制の整備が必要

表42 会議の成果 N=114家族

おおむね満足	19.3%
まあまあ満足	33.3
満足なし	6.1
不明	41.2

である。

表43 保健婦の交代 N=114家族

保健婦転勤	32.5%
保健婦退職	2.6
保健婦地区変え	3.5
管外転出	5.3
管内転居	1.8
その他	3.5

表44 保健婦引継ぎ方法 N=114家族

記録	26.3%
口頭	26.3
同伴訪問	19.3
機関に同伴	7.0
その他	3.5
引継ぎなし	0.9

表45 援助の困難さ N=114家族

保健婦の関わり拒否	21.9%
保健婦への攻撃	5.3
即時援助の要求	17.5
時間外援助の要求	12.3
子の生命の危機	20.2
親の自殺のおそれ	4.4
離婚	5.3
兄弟への暴力	5.3
妻への暴力	2.6
その他	18.2
困難なし	13.2

表46 困難な時の解決法 N=114家族

同僚に相談	43.0%
保健婦上司に相談	39.5
他の上司に相談	11.1
健診医師・心理に相談	27.2
所内で検討会実施	16.7
関係者会議の開催	33.3
関係機関に相談	55.3
その他	21.9

考 察

I 家庭支援による虐待の再発防止の取り組み

1. 乳幼児虐待の再発防止のための対策

乳幼児虐待では再発防止の最大の目標は、死亡を予防することであり、究極的には被虐待児の情緒発達を守ることである。そのための援助は、まず再発を防止し、次いで虐待的育児をなくし、さらに望ましい親子関係にまで改善していくことである。再発防止のための対策としては、虐待援助

表47 乳幼児虐待の再発防止のための対策

重点的な対応	基本となる対応
生命の危機や在宅支援で改善できなければ親子を分離する	在宅の被虐待児への援助体制の充実が必須である
(1)発見時は入院検査する (2)積極的に施設入所させる (3)在宅では保育所へ(育児代行) (4)危機の早期発見・介入 (5)施設から家庭への濃厚援助 (6)援助終結は評価して行う (7)機関連携による援助 (8)重症児の登録制度	(1)早期発見・早期介入 (2)重症度判断が重要 (3)発生機序からの援助計画 (4)親との信頼関係構築 (5)親への育児や生活援助 (6)子の精神・発達・成長の治療 (7)親子関係の治療 (8)長期フォローアップ

一般の基本となる対応に加えて、再発防止のために重点的に行うべき対策がある(表47)。重点的な対応の原則は「生命の危機や在宅支援で改善できなければ親子を分離する」ことである。その具体的な対応としては、①発見時の入院検査、②積極的な施設保護、③在宅援助での保育所入所、④危機の早期発見と早期介入、⑤施設から家庭に退所する時の集中的援助、⑥援助終結時の再評価、⑦保健・医療・福祉機関が連携する援助、⑧重症児をフォローする登録制度、の8項目をあげたい。これらの重点的対策は、再発援助の基本を粘り強く行うことによって支えられる。基本となる対応の原則は「在宅児への援助体制の充実」であり、わが国では全く未整備な「在宅被虐待児援助の地域システムの構築」が必須である。基本的対応の具体策としては、①早期発見・早期介入が大前提であり、②重症度判断をできるだけ正確に行うこと、③虐待が起きている発生機序を分析して科学的に根拠ある援助方針を作成し、④親との信頼関係の構築を重視して、⑤親への育児支援や育児基盤となる生活の支援を行い、⑥子どもの育てにくさを軽減するために情緒・発達・成長障害の治療を親に負担を掛けることなく行い、⑦拗れている親子関係不調をほぐして愛着形成を再構築する援

助を行い、⑧数年～10年以上のフォローアップを行うことである。

2. 発見時の入院による重症度判断

子どもを親の元においたままで診断することは、援助中断や親の拒否によって不可能になることが多いため、入院して行うことが望ましい。入院させて過去・現在の虐待の影響を表す心身の症状を精査し、入院すると新たな症状が起きないことを確認し、子どもを保護下において虐待の実態を問診するとともに心理社会的背景を評価する。そして、それらの①子どもの症状と②虐待実態と③育児状況と④生活状態と⑤親の要因と⑥援助の状況から総合的に重症度判断を行い、発生機序を分析し、客観的に根拠ある援助方針を作成する。発見時に再発防止のために特に注目すべき重症度の判断は、死亡の危険性、入院や施設入所の必要性、児童相談所への通告を行うか、警察通報や法的対応を行うかである(表48)。大阪の調査でみると死の危険が大きいのは、死につながるような外傷歴、長期に続く体重増加不良や減少、生命の危険がある医療放置、兄弟の虐待死(疑いを含む)である(表49)。入院しての検査が必要な対象を表50に示すが、治療はどんな場合にも入院させて行

表48 発見時に判断すべきこと

1. 死亡の危険性があるか?
2. 入院すべきか?
3. 分離(施設、親族)すべきか?
4. 児童相談所へ通告すべきか?
5. 警察へ通報すべきか?
6. 法的対応をとるべき?

表49 再発で死亡しやすい乳幼児虐待

1. 頭蓋内外傷、内蔵外傷、窒息、致命的な薬物投与
2. 長期の体重増加不良
3. 生命の危険ある医療放置
4. 虐待又は原因不明死児の兄弟

表50 入院精査が必要な子ども

検査・治療は入院して行う
1. 4歳以下
2. 治療が必要な外傷
3. 原因不明の外傷
4. 治療が必要な成長障害
5. 重度の情緒行動問題
6. 「殺すかも」の親の発言
7. 親を恐怖する子

表51 注意すべき症状

身体症状
1. 頭・顔面・頸・腹部皮膚外傷
2. 頭蓋内外傷歴（断層撮影）
3. 眼底出血・網膜剥離
4. 鼓膜裂傷
5. 脊椎・肋骨骨折・長骨骨端・若木骨折
6. 腹部内臓外傷（超音波検査）
7. 熱傷
8. 毒物の投与
9. 妊娠・性器の外傷・感染症
10. 低身長
11. 体重の減少・停滞
12. 基礎疾患・感染症の放置
13. 清潔・齲齒・近視の放置
精神症状
1. 情緒行動問題・心身症
2. 発達遅れ

うほうが望ましい。重症度判断のためには子どもの心身症状の評価は非常に重要であり（表51）、医師が虐待の影響による症状をもっと熟知することが必要である。重症度判断のためのサンフランシスコ児童救急サービスの評価指標を参考に紹介する（表52）。ここに上げられているような項目

表53 在宅が可能かどうかの判断基準

1. 在宅が可能
(1) 症状の理由について認識あり
(2) 児のニーズを新たに理解する
(3) 児をデイケアに通わせる
(4) 生活形態を変える
(5) 家庭訪問を受け入れる
(6) 定期的な通院を継続できる
(7) 援助ネットワークがある
2. 親から分離が必要
(1) よほどでないを受診しない
(2) 児に拒否的・攻撃的・無関心
(3) 母に薬物依存・アルコール症
(4) 精神疾患を治療放置している

についての情報収集と評価が必要になる。そして、退院時に家に帰れるかや最初から在宅のままでも援助を行っても再発防止できるかの判断基準としては（表53）、在宅援助で改善が見込まれるのは、①親が症状が起きた理由について認識している、②子どものニーズを新たに理解している、③子どもを日々デイケアに通わせる、④今までの生活形態を何か変える、⑤家庭訪問による援助を受け入れる、⑥定期的な通院を継続できる、⑦親子を援助するネットワークが構築できている、である。これらの7項目がないと在宅での改善の見込みは少なく、特に①よほどでないで自発的に受診しない、②親が児に拒否的・攻撃的・無関心である、③親が治療プログラムに協力しない、④母親が薬

表52 重症度の判断のための指標（サンフランシスコ児童救急サービスを脚色）
①子の症状+②親子関係+③育児状況+④生活状態+⑤親の要因+⑥援助関係から総合的に評価する

指標	高いリスク	中度リスク	低いリスク
1. 子の年齢・心身状態	4歳以下、心身障害/多動	5～9歳、手が掛る子	10歳以上、障害なし
2. 虐待程度 {身体的 {ネグレクト	緊急入院・治療を要する傷 援助を拒否する	小さい傷、原因不明の傷 必要なケアをしていない	外傷がない 偶発的ネグレクト
3. 外傷の部位	頭・顔・性器	胴体	四肢
4. 情緒行動問題	ひどい問題行動	問題行動あり	問題行動なし
5. 保護者の能力	現実認識を欠く	軽度身体/精神障害あり	現実的な期待ができる
6. 援助への協力度	問題を認識していない	援助介入に文句を言う	援助に協力的
7. 育児知識	育児知識・技術がない	一貫性がない躰	適切な育児知識がある
8. 育児の援助者	同居しているが虐待する	時々代行者が世話をする	安定した継続的援助
9. 保護者の虐待歴	虐待の再犯、虐待調査中	虐待歴あり	虐待歴なし
10. 家族への援助者	地域で孤立	少しサポートあり	援助あり
11. 虐待者と子の接触	家に2人だけにいる	家に他の大人がいる	同居していない
12. 家族の生活環境	乱雑な室/家具家屋破損	不潔	比較的清潔で安全
13. 生活のストレス、危機	配偶者の死、夫婦不和	妊娠、出産、低収入	安定した家庭と経済
14. 飲酒、薬物依存	常用	使用すると判断が鈍る	使用なし

物やアルコール依存、⑤精神疾患を治療放置している親、では改善の可能性は少なく在宅では子どもが危険である。

3. 積極的な施設への保護

乳幼児では生命に危険がある場合や在宅援助での改善見込みが小さい場合には、できるだけ積極的に施設入所させることが重要である。虐待の援助の基本は「危機には親子を分離する」ことである。虐待者からの分離が危機回避に最も即効的方法であり、他に即効的手段はない。そして、分離によって、子ども自身の治療や、親自身の治療がやりやすくなる。施設入所は児童相談所の措置で行うために、児童相談所へ確実につなげることが必要で、今までの援助者が協力して行う。施設入所は、親子関係を断つものでも永久の分離を意味するものでもない。一時期親子を分離することで、虐待関係を治療し、親子関係を修復することが目的である。施設入所の目的としては、①危機回避、②治療目的、③福祉目的、④警察や家庭裁判所が関与しての強制的手段による保護がある(表54)。施設入所は長期間にわたる虐待援助の中で一時期利用する一手段であり、親の意志として入所させる方がその後の援助を継続するには望ましい。そのため、治療目的やケースワーク的に勧めるのが望ましく、その限界時にのみ法的手段を用いる。保健医療機関は、施設入所を治療目的として勧める方が望ましい。しかし、子どもに危険があるにもかかわらず親が納得しない場合には、法的手段を取ることを躊躇してはならない。その場合には児童相談所と協力して行う。

そして、施設入所を虐待の治療として位置づけるためには、家庭への安全な退所を目標としたケ

アを入所中から行う必要がある。そのためには、①入所後に分かる虐待の詳細を再評価しなおすことが重要で、虐待を軽視したり虐待に気づかずに養育相談事例として対応すると、外泊時や退所後思わぬ再発がおきる。そして退所後の再発防止には、入所中にこそ②子どもの精神治療・③親のカウンセリング・④親子関係の治療・⑤生活環境の安定化を図ることが必須である(表55)。これらの援助は子どもが生活する施設を中心に行うが、多くの機関の協力が必要であり、⑥子どもや親を治療する機関・親や家族の生活を支援する機関とネットワークを構築して行う。入所中にこれらの援助を行わないと、退所後に再発する可能性が大きい。

4. 在宅では保育所入所が有効

在宅では親の育児を代わりに補足する援助が必

表54 虐待児の施設保護の目的手段

原則：危機には親子を分離する 目的：危機回避・子治療・親治療 実施：児童相談所との連携作業 努力：ケースワーク限界時は法的手段
1. 危機回避のため 2. 治療目的 (1) 子の治療 (2) 親子関係の治療 (3) 親の治療のための代行育児 3. 福祉目的 (1) 親の希望 (2) 基本的生活の保障 4. 強制的手段による保護 (1) 警察の介入指導 (2) 家庭裁判所など法的対応

表55 退所を目指す施設入所中のケア

退所に向け入所時から援助する施設と地域機関の連携が必要
1. 入所中に虐待の詳細を評価 子どもの変化・言動から 親の行動・変化から 2. 子どもの精神治療 3. 親のカウンセリング 4. 親子関係の治療 5. 生活環境の安定化 6. 援助ネットワークの構築

須であり、方法としては親族の援助や各種のデイケアがある。しかし、一般に虐待家族では親族関係に確執があり援助関係を持続させることが苦手な親が多いために、公的手段が最も安定して継続できる。その中でも毎日長時間の代行育児ができる保育所が最も有効である。保育所の役割は、子どもに対しては①虐待されない安全で安心して生活できる時間、②食・清潔・保温などの生存に必須のケアの保障、③発達段階に応じた発達刺激、④大人から受容され愛され尊重される体験を通して基本的信頼観や自尊心を育むことである。親に対しては、①何よりも育児負担を軽減させうる、②保母との日々の出会いの中で困っている事について相談できることは社会的孤立を解消させ、③保母の育児を見聞きすることで育児モデルを持つことができる。援助チームへの役割は、①毎日子

どもの状態から虐待をモニターして危機を早期発見し、②関係機関の始動を促すことである（表56）。保育所でこのような援助を行うためには、子どもへの対応や親への対応を保育所に指導できる機関や、家族を援助できる機関との連携が必要である。

5. 危機の早期発見と早期介入

再発は援助が不成功の場合におきるが、それだけでなく一時期改善していても生活の危機に再発しやすい。再発は親子関係の危機におきる。親子関係の危機は親のストレスが増強する時であり、出産・転職・転居・離婚・家族の病気など生活の変化に伴うストレスや、子どもの情緒行動問題・疾病の時・反抗期などの手が掛かる状態や、援助関係の不調和や減少が誘因になる。密接な援助関係の中でこれらの危機を予測して、予防的援助を集中的に行うことで再発を防止しうる。そして、再発の兆しは子どもの心身症状から早期発見して、必要ならば一時期の早期分離を図る（表57）。また、再発の危機では今までの援助方針の見直しも必要になる。

6. 施設から家庭への安全な移行

一般の施設入所では退所には親の意志が最優先される。しかし、虐待では施設からの退所には、再発の可能性の評価と子どもの利益を優先させる必要がある。帰宅が可能な条件は表58に示す。そして帰宅前後には子どもにも親にも特有の援助が必要である（表59）。子どもは帰宅が近づくと、家に帰れる喜びと再度虐待されることへの恐怖に激しく心が揺れる、そして馴染んだ施設職員からの離別は新たな見捨てられ不安に襲われる（施設入所は子どもにとっては親からの見捨てられ体験

表56 乳幼児虐待での保育所の役割

子どもへの役割
1. 安全で安心できる生活
2. 食・清潔・保温保障（育児代行）
3. 適正な発達刺激
4. 人を信じ自尊心を育てるケア
親への役割
1. 育児負担の軽減
2. 社会的孤立の解消
3. 現実的な育児モデルを得る
援助チームへの役割
1. 虐待と援助効果のモニター
2. 危機の把握と援助機関の動員

表57 危機の早期介入

危機を早期発見し集中援助
危機には分離する
1. 病院への緊急入院
2. 施設ヘショートステイ
3. 一時保護所へ緊急保護
4. 緊急保育（保育所）
援助方針を変更する
1. 関係者会議を開催
2. 虐待像の再検討
3. 援助方針の再評価
4. 援助方針の変更

表58 施設から家庭への帰宅可能な条件

1. 親とCWの信頼関係
2. 親がリハビリに意欲あり
3. 親が退所時の再調整の必要性を認識
4. 親自身に問題があると認める
5. 虐待発生時のストレスが減少
6. 親がリスクを認め援助を求める
7. 近将来の予測されるリスク増がない
8. フラストレーションへの耐性が増している
9. 親が子の現実的ニーズを認識
10. 子に親元に戻る用意がある
11. 兄弟に準備ができてきている
12. 親が施設との交流継続を許可する
13. 初期援助者も退所を可と判断している
14. 再結合を支援する資源がある
15. 退所への条件を親が理解する
16. スーパーバイザーが可と認める

David N Jones 1987

表59 施設からの帰宅前後の援助

児の環境変化への適応を援助し
親が子を理解できるように支援

子への援助

1. 恐怖心のケア
2. 再度の見捨てられ不安のケア
3. 親子関係再構築のケア
4. 生活変化への適応のケア

親への援助

1. 子の生活習慣・育児法を伝達
2. 帰宅後の子の反応対応を助言
3. 事前の面会・外出・外泊
4. 直後の相談を（訪問・電話も）
5. 地域機関への引継ぎ
6. 1年以上のフォローアップ

である)。そして、帰宅後は親子関係再構築のプロセスを歩むが、そこでは不安に襲われたり親に直ぐには馴染まなかったりでストレスが大きく、退行したり情緒行動問題や心身症を表出する。これらの行動に親は戸惑い、親子関係の不調が再発し、虐待に発展しやすい。そして、今までと異なる場所で異なる人の中で異なる生活システムの中で、新たに適応していくことになり、そのサポートも必要である。親への援助としては、入所中に変化している子どもを育児しやすいように生活習慣や育児法をできるだけ伝達し、帰宅前後の子どもの反応とその対応についてを助言し、移行をより円滑にするために事前に面会や外出や外泊を計

画的に進め、その間に子どもと親への支援を行い、帰宅直後には特に頻回のサポートが必要であり親からの相談を待つだけではなく積極的に関わり、家庭訪問や電話訪問も必要である。その時期としては、帰宅の次の日・1週間後・2週間後・1か月後・その後1年間は毎月の育児相談が望ましい。この時期には子どもと親への治療が必要になることもある。

7. 援助の終結を評価してから

虐待の援助は長期に継続しなければならないにもかかわらず、家族の転居や援助中断や、援助者の転勤や、援助機関の変遷によって、多くの事例で援助が徐々に消滅していきフォローが途切れていく。そして、再発が突然におきる。援助の終結は虐待の消失と子どもの心身症状の消失時にしかありえない。徐々に改善していることを実証する項目（表60）と、終結できる条件（表62）を示す。

表60 虐待の改善を実証づける事項

1. 親が援助チームに協力的で援助を利用する
2. 危機や大きな問題の時に親から援助を要請する
3. 関わる専門職が以下を感じる：親が
 - (1) 怒りを他の方法に転換できるようになる
 - (2) 子の行動に対する衝動をある程度抑制できる
 - (3) 自分に対する否定的感情表現に我慢できる
 - (4) 体罰的でない一貫した正当な躰を行える
 - (5) 親から、子育ての助言を求め、一部実行できる
 - (6) 子ども特有のニーズを認め、人権を認める
 - (7) 発達段階の行動を理解し、現実的期待を持つ
 - (8) わが子について肯定的な言葉で話す
4. 親が危機状態に気づき、子から離れる
5. 配偶者が危機に気づき、子を守る介入をする
6. 家族機能に以下の改善が見られる：親が
 - (1) 混沌とした生活を変えたいと思う
 - (2) 父母が相互扶助的になり、育児家事を分担する
 - (3) 危機に気づき、新たな解決法を試みる
 - (4) 危機に陥る前にストレスに気づき、解決する
 - (5) 援助者や友人親族の援助が増え、孤立が減る
7. 子どもに以下の改善が見られる
 - (1) 医療受診の中断がなく、予約が守られる
 - (2) 新しい外傷がない
 - (3) 発育や発達が順調である
 - (4) 子が「虐待的に扱われている」と言わなくなる
 - (5) 子が虐待を避ける行動ができ、援助を求められる
 - (6) 子の行動・学業・対人関係・自己像が改善する

Schmitt, 1988

表61 長期フォローアップ

改善の指標
1. 子どもの改善
(1) 虐待症状の消失
(2) 成長発達の正常化
(3) 心理的問題の消失
2. 親子関係の改善
3. 心理社会的背景の改善
4. 援助関係の継続と質
中断防止対策
1. 転出先への引継ぎ
2. 援助機関変遷時の引継ぎ
3. 保健婦交代時の引継ぎ
4. 登録制度

表62 虐待援助を終結できる条件

1. 虐待当時のストレスの減少
2. 親が問題を見通し、対処/援助要請できる
3. 近将来にストレスやリスクない
4. 親のフラストレーションへの耐性が増す
5. 親が子どもに現実的な認識を持つ
6. 夫婦・近隣などの対人関係が持続
7. 親子が一緒に楽しむことができる
8. 相談できる専門職が数人いる
9. スーパーバイザーが可と認める

David N Jones 1987

表63 乳幼児虐待の地域システムにおける関係機関の役割

<p>I. 医療機関の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 発見：特に外傷、成長障害、医療中断から 2. 診断：子どもの症状からの重症度診断 3. 入院による保護 4. 子の治療：外傷、成長障害、発達遅滞、情緒障害 5. 関係機関への紹介：児童相談所、保健機関 6. 長期フォロー：虐待、成長、発達、情緒 7. ハイリスク児の発見と虐待発生予防 <p>II. 保健機関の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 発見：乳幼児、特にネグレクト 2. 関係機関への紹介：医療機関、児童相談所 3. 在宅援助：育児支援、生活援助、育児指導 4. 援助ネットワークの構築 5. ハイリスク児への予防的育児援助 <p>III. 児童相談所の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 通告の受理 2. 発見：各種相談（養育、非行、障害）の中から 3. 調査と診断 4. 処遇決定：施設保護、在宅 5. 施設保護：入所援助、入所中援助、退所援助 6. 法的対応 7. 在宅援助の統括 8. 関係機関へのスーパーバイズ 9. 地域の全虐待児の長期フォロー 10. 地域システムの構築 11. 法制度や行政制度の整備 	<p>IV. 保育所・学校の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅児の援助：保護（安心、基本ケア） 成長発達保障、心的外傷の治療 2. 在宅親の援助：育児負担軽減、育児相談指導 3. 発見：再発の発見 4. 関係機関への紹介：児童相談所、保健機関、医療 5. ハイリスク児への発生予防 <p>V. 乳児院・養護施設の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 子どもの保護 2. 基本的生活の保障 3. 成長・発達の保障 4. 心的外傷の治療 5. 親子関係の修復 6. 退所後の援助機関への引継ぎ 7. 退所後の子どもへの継続相談 <p>VI. 福祉事務所の役割</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 通告の受理 2. 発見：福祉相談の中にある虐待 3. 関係機関へ紹介：児童相談所、保育所、保健機関 4. 経済援助 5. 保育所への措置 6. ホームヘルパーの派遣 7. 母子寮への措置 8. ハイリスク児への予防的援助 <p>VII. 家庭裁判所</p> <p>VIII. 警察</p>
--	--

付表 重症度判断の基準

1. 生命の危険：以下の可能性がある場合、緊急介入による即時の分離が必要 頭部外傷、腹部外傷、窒息、医療放置や肺炎や脱水症、親子心中、「殺しそう」の言動
2. 重 度：すぐに生命の危険ないが、子どもに健康・成長障害あり、早急の介入が必要
3. 中 度：すぐに入院を要する健康障害はないが、長期には子どもの人格形成に問題を残すもの
4. 軽 度：暴力やネグレクトはあるが、一時的と予測されるか、親子関係の病理が少ないもの
5. 予 備 軍：実際の暴力やケア不足はないが、「叩いてしまいそう」「嫌い」「虐待しそう」と言う

再発の危険性がなくなった後に、子どもの心の治療と親の育児を変えるカウンセリングが可能になり、援助目標の転換が必要になる。確実に長期に援助しフォローするためには登録制度が必要になるであろう。

8. 機関連携による援助

再発予防には上記のように子どもと親への多面的で継続する援助が必要であり、例え児童相談所でも一機関だけでは行えない。一人一人の子どもに援助ネットワークを構築するとともに、その前提として機関同士が協力しあうための地域システムの構築が必要である。地域システムには市町村単位の近域システムと府県単位の広域システムが必要である。多くの機関が連携援助するために

は、援助目標を共有し、役割分担を明確にし、情報伝達方法や統括者を決める。そして、相互に相手を支援する関係が望まれる。地域システムにおける各機関の役割を表63に一覧する。今後の虐待の再発防止対策では、医療の治療的役割、保健の予防的役割が重要になる。

II 乳幼児虐待の基本となる保健の援助

乳幼児虐待の再発予防のための基本となる対応は、在宅児への援助体制の充実である。ここでは、家庭訪問して母親の育児を支援できる保健婦の役割が中心になる。

1. 保健婦の役割

(1) 保健婦の役割：は、①乳幼児虐待の早期発見（特にネグレクト）、②発見時の診断（判断）、③初期援助としての、子どもへの援助、親への援助、関係機関ネットワークの構築、④在宅援助

表64 保健婦の役割

1. 早期発見
2. 診断（判断）
3. 初期援助
(1) 子どもの保護
(2) 親との援助関係構築
(3) 機関ネットワーク構築
4. 在宅児への援助（再発防止）
5. 長期フォローアップ
6. 発生予防

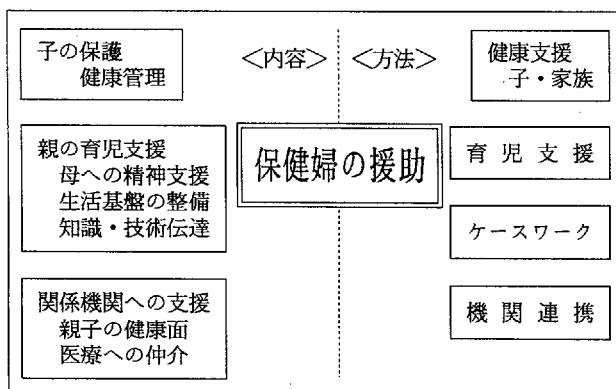


図1 虐待児と親への保健婦の援助

(再発防止)の中心者であり、⑤長期フォローアップ、さらには⑥発生予防である(表64)。

(2) 虐待児と親への保健婦の援助：の内容は、最も中心の課題は①子どもの心身の健康ケアであり、そのために、②親への育児援助(母への精神支援、生活基盤の整備、育児知識・技術の伝達)、③関係機関への支援(特に健康管理面)を行う。援助方法としては、①保健婦の本来業務である子どもと家族の健康支援、②子どもの健康を守るための育児支援、③育児基盤を調整・補強するためのケースワーク、④関係機関への紹介や機関調整がある。保健婦の援助では子どもの健康ケアを中心に据えながら、家族全体のケースワークも含めたケアとともに、関係機関の援助を導入し調整するケースワーク機能が不可欠である(図1)。

2. 発見について

(3) 早期発見の充実：のための手段としては、①従来の母子保健活動の内容の見直し、②親が家から直接に相談できる電話相談の整備、③医療機関から地域システムへつなげる窓口としての保健所の役割の強化、④その他保育所・福祉事務所・学校等との連携強化(この場合には家庭訪問機能や、子どもと家族の健康ケアへの期待が多い)である(表65)。これらの活動を進めるためには、①保

表65 早期発見の対策

充実する手段

- 保健活動での発見の向上
 - 乳幼児健診の視点の転換
 - 未受診児の把握
 - 家庭訪問の重視
- 電話相談等の充実
 - 虐待者(=親)
 - 親族、目撃者
- 医療機関との連携促進

周産期、小児科、救急医療
- その他の機関との連携

保育所、福祉事務所、学校、ホットライン

表66 診断（判断）のために

評価する事項 1. 子どもの健康 (1) 虐待の健康への影響 外傷、成長、発達、情緒 (2) ケア状態の評価 2. 親子関係 3. 育児実態 4. 生活実態 5. 親の背景
評価する手段 1. 子の心身の診察・検査 2. 親子関係の観察 3. 親から見た育児史、被虐待史 4. 家庭訪問（育児・生活実態） 5. 関係機関からの情報収集 6. 援助効果の評価（親子の変化）

表67 虐待について判断すべき項目

1. 虐待？（告白、確信、疑い） 2. 虐待の型 3. 虐待者
4. 重症度（分離の必要性） 5. 緊急度 6. 発生時期 7. 発生機序の分析 8. 予後の予測 9. 有効な援助方針の作成 10. 必要な連携機関の判断

健スタッフの知識・技術向上のための研修、②母子保健活動の中に系統的に組み込むマニュアルの作成、③身近な機関が密接に有機的に連携できる地域システムの構築、④虐待の発生予防と早期相談を促すための社会啓蒙が必要である

(4) 診断のために：は、①子どもの健康状態（虐待の直接的影響のみではなく、一般的健康状態、ケア状態の評価も必要）、②親子関係のあり方、③育児の実態、④育児が行われている背景としての生活の実態、⑤親の育児観やその育児観を育んだ生育史を知り、総合的に判断する。これら进行评估する手段としては、①子どもの心身の系統的な診察と検査（身体症状のみではなく精神状態の評価が重要）、②面接中の親子の関わり方の観察や親が子供について語る内容から親子関係を、③親が感じている今までの育児上の困難さ、兄弟の育

児の方法や、自分自身の子ども時代の育児のされ方などから、親の育児観について把握し、④面談だけでは知り得ない育児や生活の実態を家庭訪問して把握し、⑤客観的な状況については今までの関係者（過去の医療保健・保育所や学校・福祉事務所・児童相談所など）から聞くことで情報収集し、さらには⑥援助を始めた後の効果の再評価（援助の拒否・助言が無効など）などである（表66）。

(5) 虐待についての判断すべき項目：はまず、①虐待かどうか（親自身が告白しているか、目撃者などの情報や総合的な状況から確信があるか、疑うが確信を持ってないかを区別する）、親がどのように語るかも重要である。②虐待の型については主複とも分類する（ほとんどの虐待には心理的虐待とネグレクトが含まれている）、③虐待者は誰か（確信か、疑いか）、もう片方の親はどのように寄与しているかである。次いで、④虐待の重症度（特に子どもを分離する必要があるかどうか）、⑤必要な援助の緊急度、⑥何時から始まっているか、⑦虐待が発生している要因を把握し、その重みについて判断する（親が一番苦痛に思っている要因を知ることと、ケースワーク診断からの要因分析の両方が必要）、⑧重症度と援助の有効性からの予後予測、⑨虐待像と発生機序からの援助方針（直ぐにすべき子への援助と親への援助、援助関係構築のための方針、虐待軽減のためにすべき・できる援助など）を作成し、⑩連携すべき機関とそこに期待する役割を判断する（表67）。

(6) 子どもの健康状態（虐待）の評価：を行うためには、①発見時の健康状態（外傷、成長、発達、情緒、ケア状態）だけではなく、②発育曲線や③

発達歴から環境の影響を読みとり、④過去の外傷や疾病（急性疾患を含む）とその時の医療受診状況、健康管理状況を把握するために⑤健診未受診状況や⑥予防接種未受診状況を把握し、⑦周産期を中心としたリスクを聴取し、⑧子どもの障害や疾病や気質などの子ども側の虐待を誘発する要因、⑨今までの分離体験・養育者の変遷・育児上の困難さなどの養育歴、⑩親の育児方針や育児感を知って子どもへの影響を判断し、子どもの虐待歴を判断する（表68）。

(7) 虐待を誘発する発生機序の把握：すべき項目は、①虐待がある時には親は必ず育児に困っているが、それは育児負担か育児不安か混乱か逃避なのか、その状況や程度を知り、②子ども側の要因がどのように作用しているか、③愛着形成阻害の程度とその要因、④親の育児知識・技術・実行力、⑤援助者の援助の実態、⑥育児を行う生活基盤の問題、⑦親自身の子どもの時代の広義の被虐待歴、

表68 子どもの健康状態（虐待）の評価

1. 発見時の外傷・成長・発達・情緒・ケア状態
2. 発育曲線（環境の影響）
3. 発達歴
4. 事故・疾病歴の受診状況
5. 健診未受診状況（乳幼児・妊婦）
6. 予防接種未受診状況
7. 周産期のリスク
8. 子ども側のリスク
9. 養育歴（分離体験・養育者変遷）
10. 育児方針（体罰・甘えの受容）

表69 発生機序の分析

1. 親の「育児のしんどさ」程度 負担・不安・混乱・逃避
2. 親子関係を阻害する要因 育てにくい・手が掛る子 愛着形成阻害
3. 育児知識・技術・実行力不足
4. 社会的孤立
5. 育児基礎の脆弱さ 経済・住居・夫婦関・親健康
6. 親の被虐待歴（広義）

について把握する（表69）。

3. 援助について

(8) 子どもへの援助：はまず最も重要なのは①虐待から保護し虐待を回避させることであり、そのために必要な方法を判断し手段を見つける。そして、②心身の健康問題の治療と回復を図る、この必要性の判断と対応は保健特有の重要な役割である。③子どもの健康を守るために、基本的ケアを保障するが、この中には食事・清潔・保温・医療・発達刺激・安全が含まれる。④初期には軽視されがちであるが長期予後で最も重要になる精神ケアを初期から系統的に行う。その中では安心感・人への基本的信頼感・自尊心の育成を重視する。そして可能ならば⑤親子関係の修復を図るが、無理を押しつけると親の子どもへの拒否感が増強して子どもの症状は悪化し、虐待を増強させてしまうため、親子関係の修復が可能な場合に限られる。援助手段としては、まずは①医療につなぐことで、系統的な健康状態の診察と検査が必要である。子どもの健康への影響の評価を軽視すると虐待の重症度判断を誤り、援助方針を誤ることにつながる。②長期のあるいは緊急の親からの分離が必要ならば施設入所を行うが、その場合には児童相談所が窓口であり紹介する（確実に可能にするためには家族への十分なケースワークを行うとともに、児童相談所には同伴するなどの支援が必要である）。そして在宅でいる場合にも③親の育児を代行することは重要で、その手段としては親族の協力・保育所入所があり、その実現を支援する。さらに④家庭での育児の改善を図るが、その時にはまず虐待の軽減を重視し、次いで実際のケアの改善を図り、最後に可能ならば精神的親子関係の改善を図

る。最初から精神的親子関係の改善を目標にすべきではない。なお、医療機関との連携内容や連携方法についてはさらに検討が必要である（表70）。

表70 子どもへの初期援助

援助の内容	
1.	虐待からの保護・回避
2.	心身の健康問題の治療・回復
3.	基本的ケアの保障 食・清潔・保温・医療・発達刺激・安全
4.	精神的ケア 安心感・基本的信頼・自尊心
5.	(可能なら)親子関係の修復
援助手段	
1.	医療につなぐ(検査・治療・保護)
2.	施設入所
3.	代行育児体制の整備 親族の協力・保育所入所
4.	家庭育児の改善 虐待軽減・ケア改善・親子関係

(9) 親への初期援助：の内容として、まず行うことは①虐待している者（あるいは育児の担当者である母親）の相談者となれる援助関係を構築する。次いで②育児負担を軽減する援助を行い、③育児を行う生活基盤を整備強化し、④社会資源を紹介して援助機関を有効利用するようにケースワークする。⑤虐待行為を回避するためには、子どもから離れることの重要性を話し、叩きそうになったら離れること・危機には一時期分離することを勧める、そしてこれらの援助で虐待が軽減すれば次いで⑥育児知識や技術を学習する援助（助言・実習・育児教室など）して育児の改善を図る。この時に、虐待の改善が図れていないのに育児を改善しようとするとう虐待を増強させてしまう。援助の最終目的は親子関係の修復であり、そのためには⑦子どもの受容の促進を図るが、そのためには子どもの行動の意味の読みとりや、発達段階での行動特徴やその対応方法、子どもの気質にあった育児についての助言が有効であるとされている。そ

して、⑧親自身が受容され自尊心を取り戻すことが必要で、場合によっては生育歴からの課題の治療のために専門家のカウンセリングも必要になる場合がある。これらの援助手段としては、①親にとって日々相談できる親の立場になって相談できる親密な相談者の確保、②育児を代行して育児負担を軽減する体制、③家族の衣食住医を保障し育児経費を確保する経済支援、④親の育児を孤立化せず援助する、親族や近隣や友人の私的支援ネットワークの構築を行う、しかし虐待家族では親族にも問題があり支援を受けられないことが多く、親の社会性の乏しさから近隣友人関係が困難な場合が多く、⑤公的ネットワークの構築が必須である。そして、親自身の問題の治療として⑥親の健康問題の治療・カウンセリング・最も有効であるとされる自助グループへの参加を実現する。親のカウンセリングや自助グループについては受け手の育成が今後必要である（表71）。

表71 親への初期援助

援助内容	
1.	親の相談者になる
2.	育児負担の軽減
3.	育児基盤の補強
4.	援助機関の有効利用
5.	虐待行為の回避
6.	育児知識・技術の伝達
7.	子どもの受容促進
8.	親の悩みのカウンセリング
援助手段	
1.	親密な相談者の確保 保健婦・保母・CWなど
2.	代行育児体制 保育所・親族・ヘルパー
3.	経済支援
4.	私的ネットワークの再構築
5.	公的ネットワークの構築
6.	親の医療・カウンセリング・自助グループ

(10) 長期フォローアップ：虐待の援助は、短期目標（初期援助）・中期目標（再発の防止）・長期目標（子どもの成長発達や情緒発達の保障・親の

育児感の変化・親子関係の改善など)を設定して順に行っていく。そのためには少なくとも5～10年のフォローアップが必須であり、系統的に実施するとともに、長期フォローできる体制の整備が必要である。改善の指標となるのは、一番重要なのは①子どもの改善であり、その内容としては虐待による症状の消失・成長発達の正常化・心理的問題の消失である。そして、②親子関係の改善で、子どもが親を恐れなくなることや・親に要求や感情を出せるようになることや・甘えを受容されることなどで、親が子どものケアを行うこと・子どもを肯定的に見れるようになること・会話や遊びかけが可能になること・子どもの発達段階やニーズにみあった対応ができることなどである。そして、③心理社会的背景の問題が軽減して、④援助者との関係が深まっており今後も改善が見込まれることである。フォローの中断を防ぐ対策としては、①転居(虐待では高率)の場合には転居先の機関へ引継を行うことが必要で、そのためには全国的なネットワークが必要になる。そして②子どもが成長し援助課題が変遷するとともに援助機関が変わっていくが、その時に後継機関へ確実に引継が必要であり、③保健機関内でも担当保健婦が交代する時に中断がおきやすく確実な引継が必要である。これらを確実にを行うためには、④5～10年の経過を把握し続けるための機関が必要であり、各機関毎・地域毎・全国的な登録制度が必要になる。

(11) 他機関に紹介し連携援助するために：虐待は保健機関だけでは援助できない。大阪府調査でも施設入所・保育所入所の増加が死亡を減少させている可能性があるだけでなく、子どもの健康を

改善させている可能性があり、これらの機関との連携は重要である。そのためには、まず①他機関への紹介を行うが、親が利用することを承認し申請するとともに、受け入れ機関が必要な援助を実行してくれることが大切である。そのためには事前調整を行い、場合によっては同伴訪問や手続きの代行し、新しい機関との援助関係が成立・発展するように支援する。そして多くの機関が関与するために、②機関間の役割調整が必要であり、それをより系統的に行うためにカンファレンスを行い、情報の集約と伝達を行い、それを円滑に行うための③地域システムを構築し、④長期フォローのための登録を行う(表72)。

(12) ネットワーク内の機能：としては、①親への直接的援助者(日常的な援助者と治療者)、②子どもへの直接的援助者(日常的な援助者と治療者)、③チームをオーガナイズする担当者、④情報を収集して伝達する者、⑤困難な状況でより高次に客観的にコンサルト・スーパーバイズできる者が必要である(表73)。

表72 他機関へ紹介し連携援助するために

1. 他機関への紹介 事前調整、同伴受診、手続代行 援助関係成立・継続のサポート
2. 他機関の役割調整 (1) 連絡調整 (2) カンファレンスの開催 認識・方針の一致、役割分担 (3) 情報収集・伝達
3. 地域システムの構築
4. 長期フォローのための登録

表73 ネットワークの中の役割

1. 親への援助者 日常的援助者・治療者
2. 子どもへの援助者 日常的援助者・治療者
3. チームオーガナイザー
4. 情報収集と伝達
5. コンサルタント、スーパーバイズ

4. 保健婦を支える体制

(13) 保健婦を支えるネットワーク：虐待への援助は、生命の危険をはらみ、緊急対応が必要であったり・精神的・時間的負担が大きく・迷いが生じやすく、さらに他機関への責任が重く、保健婦が一人のみで担当することは望ましくない。援助自体を分担し・責任を共有し・判断をサポートする体制が、所内にも地域にも必要である。そのために、①所内の支援体制には、同僚保健婦・婦長や所長・P S Wや栄養士などの他職種の参画が必要であり、さらに②保健婦活動を技術的に補佐する機能としての、療育相談に相当する「育児支援クリニック」を設けて専門の医師・心理・C Wの支援体制の整備が必要である。③地域内の関係機関のネットワークとしては児童相談所・医療機関・保育所が必須であり、他に福祉事務所・学校・幼稚園・警察が望ましい。そして④非常に困難で対応に苦慮する事例については相談できる広域の関係機関のネットワークが望ましく、経験豊かな医師・心理・C W・弁護士・家庭裁判所が望ましい。⑤そしてこれらの連携を円滑にするために地域システムを作り、連絡会議を常設し、管内の虐待児の長期フォローのための登録を行う（図2）。

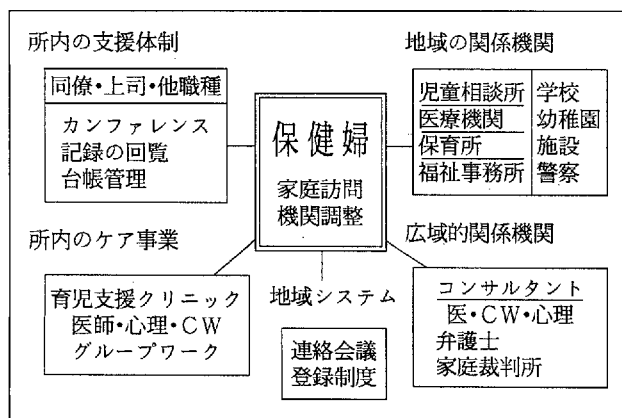


図2 保健婦を支えるネットワーク

(14) これらを行う保健婦の活動手段：は、重度の虐待ほど（治療への自主的動きが少なく、受診・通所が困難な心理社会的背景が大きい）親が自ら来所することが少ないために、家庭訪問や同伴受診が唯一の手段であることが多く、他機関紹介のための事前の根回しや機関連携のための機関訪問などのアウトリーチできる手段が最も重要である（地域システムでの保健婦の最も重要な役割である）。そして、親が来所して利用できる専門性の高い育児支援クリニックや自助グループなどの新事業を設けることが必要である。そして、情報収集や機関間役割調整や地域システム構築などの地域保健活動も重要である（表74）。

表74 保健婦の活動手段

アウトリーチ
1. 家庭訪問
2. 同伴受診
3. 機関訪問
4. 電話での相談
来所相談
1. 育児支援クリニック
2. 面談
3. グループワーク
情報収集と伝達
機関間の役割調整
地域システムの構築

おわりに

乳幼児虐待の早期発見は、親が自ら相談する事が稀であり、日常的に子どもに接する機関（乳幼児では保健医療）が能動的に早期発見に勤めることで初めて可能になる。そして、育児のハイリスク児に周産期から、親への育児支援をすることが発生予防につながる。そして、再発防止には、在宅児への継続的な構造的な援助が必要であり、家庭訪問して健康管理し育児支援し関係機関ネットワークを運営することや、危機を早期発見して早期介入する必要がある。その役割は保健婦が最適

であり、母子保健の役割である。そして、施設保護が必要な場合には児童相談所へ紹介するとともに、児童相談所と協力して保育所・学校・警察などを含んだ地域システムを構築する役割がある。発生予防と再発防止対策にとっては、子どもの健康問題に関わる、医療の治療役割と、保健の予防役割は不可欠である。

大阪児童虐待防止研究会メンバー

安部 隆夫	家庭裁判所	調査官
橋本 和明	家庭裁判所	調査官
石田 文三	春陽法律事務所	弁護士
泉 薫	淀屋橋法律事務所	弁護士
内藤 早苗	五月法律事務所	弁護士
郭 麗月	近畿大学精神科	児童精神
亀岡 智美	松心園	児童精神
西澤 哲	日本社会福祉大学	心理
神田真智子	府児童福祉課	CW
掘木 道子	府中央子ども家庭センター	児童福祉
澤田和加子	府中央子ども家庭センター	心理
才村 真理	府堺子ども家庭センター	児童福祉司
津崎 哲郎	大阪市中央児童相談所	児童福祉司
石田 雅弘	大阪市中央児童相談所	児童福祉司
曾田 俊子	大阪市中央児童相談所	児童福祉司
藤本 勝彦	和泉幼児院	施設長
前田 徳晴	救世軍希望館	施設長
桂 裕子	東大阪市家庭児童相談室	相談員
佐藤 拓代	府岸和田保健所	保健所長
松浦 玲子	府富田林保健所河内長野支所	支所長
土田 妙子	府泉大津保健所	保健婦長
西牧 謙悟	堺市宿院保健所	医師
毛受 矩子	府環境保健部	保健婦

山本裕美子	府枚方保健所	保健婦
今川 和子	狭山保健所	PSW・CW
中西 真弓	大阪府立母子医療センター	保健婦
野田 哲朗	府心の健康総合センター	精神医
平田 佳子	児童虐待防止協会	CW

世話人

小林美智子	大阪府立母子医療センター	小児科
納谷 保子	大阪府立病院	小児科
鈴木 敦子	大阪大学保健学科	小児看護

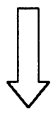
事務局

古谷 悦美	府立病院	小児科
楢木野裕美	大阪府立看護大学	小児看護
鎌田佐奈美	大阪大学保健学科	小児看護
上野 昌江	大阪府立看護大学	公衆衛生
山田 和子	府立公衆衛生専門学校	保健婦
山路 雅代	府和泉保健所	保健婦
小杉 恵	大阪府立母子医療センター	小児科
松下 章子	大阪府立母子医療センター	小児科
藤江のどか	大阪府立母子医療センター	MSW
中農 浩子	大阪府立母子医療センター	心理
山本 悦代	大阪府立母子医療センター	心理
山口 和子	大阪府立母子医療センター	保健婦
樫本 文子	大阪府立母子医療センター	MSW
加藤 曜子	児童虐待防止協会	CW
浜家 敦子	児童虐待防止協会	CW
鈴木 泰子	大阪大学保健学科	看護



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 :大阪府では 8 年前から保健・医療・福祉の地域システムを構築して虐待問題について取り組んできた。その中で保健所がどのような役割を果たしているか、援助の詳細について第 4 回目の調査を行った。保健所が援助している虐待数は増加しているが、死亡率は減少した。以前と変わった援助は施設入所・保育所入所・関係機関カンファレンス開催の増加である。保健婦は母子保健活動の中で自ら発見し、母親の育児の相談者になって、子どもの保護や在宅児への援助を行い、関係機関につなげるとともに援助ネットワークを構築し運営している。援助手段としては、家庭訪問や機関訪問などのアウトリーチが重要になっている。過去の大阪の経験からみると、保健医療における虐待防止のための家庭支援では、「生命の危機や在宅援助で改善できなければ親子を分離する」ことと、「在宅児への援助体制の整備」が重要である。その具体策についても提案した。乳幼児虐待の再発防止対策では、医療の治療機能・保健の予防機能は重要であり、系統的な取り組みのシステム化を急ぐ必要がある。