

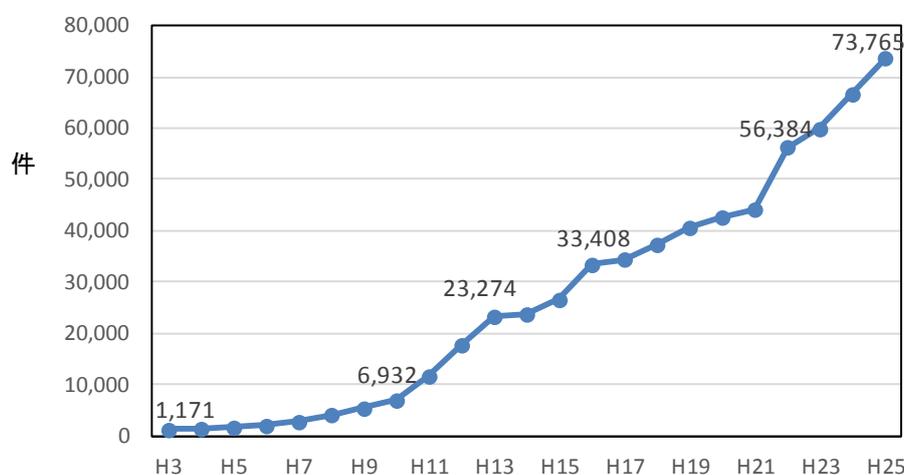
(3) 妊娠期からの児童虐待防止の促進

「健やか親子21」の最終評価において、児童虐待による死亡数については、現状では年度毎のばらつきが大きく、減少傾向という目標を達成している状況ではないとの評価でした。「児童相談所における児童虐待相談の対応件数」については、社会的な関心の高まりによる影響があるものの、年々増加しています。

これまでの子ども虐待による死亡事例等の検証において、日齢0日児の事例では母子健康手帳の未交付や妊婦健康診査未受診の事例が見られるとされており、養育支援を必要とする家庭への妊娠期・出産後早期からの支援を充実することが求められます。

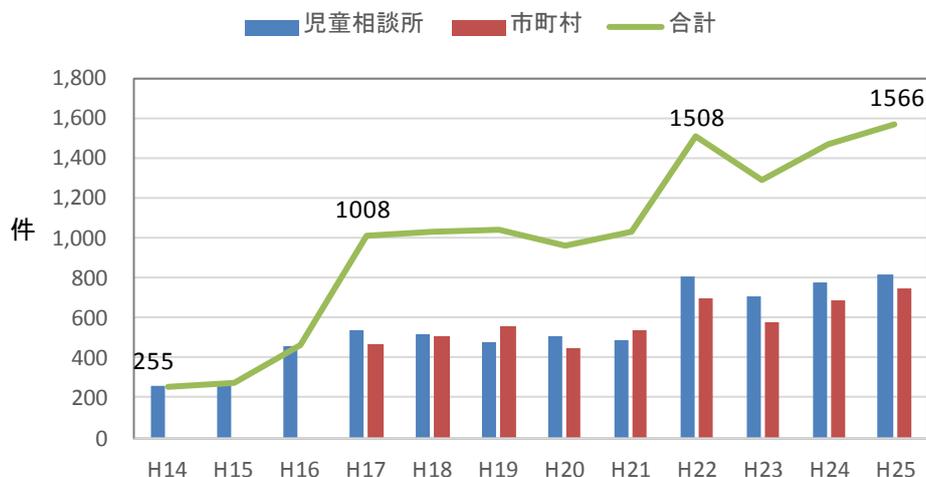
県の状況をみると、児童相談所及び市町における児童虐待対応件数が年々増加しており、平成25年度においては1,566件と過去最高となりました。

【全国の児童相談所で対応した児童虐待対応件数】



資料：厚生労働省発表（全国207か所の児童相談所が把握した児童虐待の件数）

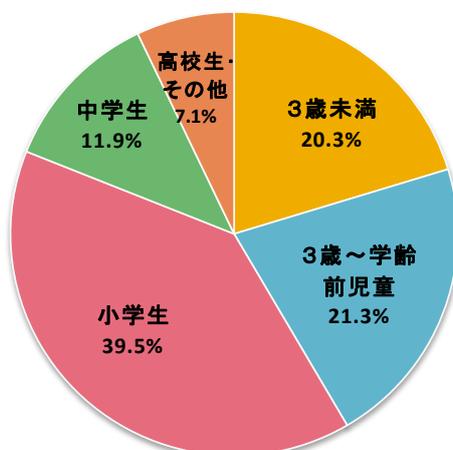
【栃木県における児童虐待相談対応件数の推移】



資料：こども政策課調べ

平成25年度の県内の児童相談所が相談対応した被虐待児童の年齢構成を見ると、0～学齢前だけで全体の41.6%を占めています。

【平成25年度 被虐待児の年齢構成(県)】



資料：中央児童相談所調べ

また、平成24年度に全国で把握した心中以外の虐待死事例（51人）のうち、0歳児の死亡人数は22人であり、心中以外の虐待死による死亡人数全体の約4割以上を占めています。その中でも、生後24時間以内の死亡と考えられる日齢0日児の死亡事例と日齢1日以上月齢1か月未満児の死亡事例を合わせた0日・0か月児の心中以外の虐待死事例は11人でした。0日・0か月児事例が0歳児の死亡事例の半数を占めていることがわかります。

【0歳児の心中以外の虐待死事故の死亡人数の推移】（全国）

区分	第1次報告 H15年度	第2次報告 H16年度	第3次報告 H17年度	第4次報告 H18年度	第5次報告 H19年度	第6次報告 H20年度	第7次報告 H21年度	第8次報告 H22年度	第9次報告 H23年度	第10次報告 H24年度	総数
人数	11	23	20	20	37	39	20	23	25	22	240
割合	44.0	46.0	35.7	32.8	47.4	58.2	40.8	45.1	43.1	43.1	44.0

資料：社会保障審議会児童部会児童虐待等保護事例の検証に関する専門委員会第10次報告

※第1次報告は、対象期間が平成15年7月1日から同年12月末日（半年間）、第5次報告は平成19年1月1日から平成20年3月31日まで（1年3ヶ月間）と、対象期間（月間）が他の報告と異なる。

【0日・0か月児事例の死亡人数の推移と0歳児の心中以外の虐待死事例における割合】

年次	0日	0か月	合計	構成割合	0歳
第1次報告	1	1	2	18.2%	11
第2次報告	6	2	8	34.8%	23
第3次報告	8	0	8	40.0%	20
第4次報告	8	1	9	45.0%	20
第5次報告	16	1	17	45.9%	37
第6次報告	22	4	26	66.7%	39
第7次報告	6	1	7	35.0%	20
第8次報告	9	3	12	52.2%	23
第9次報告	7	4	11	44.0%	25
第10次報告	11	0	11	50.0%	22
総数	94	17	111	46.3%	240

子ども虐待は、身体的、精神的、社会的、経済的等の要因が複雑に絡み合っ起こると考えられています。しかし、それらの要因を多く有しているからといって、必ずしも虐待につながるわけではありません。虐待のおそれを適切に判断するためには、リスク要因とともに、虐待を発生させることを防ぐ家族のストレングス（強み）とのバランスを意識してアセスメントすることが重要です。

一方で、虐待する保護者には、経済不況等の世相の影響、あるいは少子化・核家族化の影響からくる未経験や未熟さ、育児の知識や技術の不足、さらに世代間連鎖等多岐にわたる背景が見られます。また、地域社会からの孤立や人的なサポートの希薄さも感じられます。

これらの状況を早期から把握して支援につなぐことが虐待の発生予防となり、子どもの生命と人権を守り、子どもの健全な成長・発達を保障することにつながります。

子ども虐待はどこにでも起こりうるという認識にたち、通常実施している母子保健事業を充実させることが重要です。虐待発生 of 主な要因は次のとおりです。

虐待に至るおそれのある要因（リスク要因）

保護者側	・ 妊娠そのものを受容することが困難（望まぬ妊娠、10代の妊娠）
	・ 子どもへの愛着形成が十分に行われていない。（妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある。長期入院）
	・ マタニティーブルーズや産後うつ病等精神的に不安定な状況
	・ 元来性格が攻撃的・衝動的
	・ 医療につながっていない精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存
	・ 被虐待経験
子ども側	・ 育児に対する不安やストレス（保護者が未熟等） 等
	・ 乳児期の子ども
	・ 未熟児
	・ 障害児
養育環境	・ 何らかの育てにくさを持っている子ども 等
	・ 未婚を含む単身家庭
	・ 内縁者や同居人がいる家庭
	・ 子連れの再婚家庭
	・ 夫婦関係を初め人間関係に問題を抱える家庭
	・ 転居を繰り返す家庭
	・ 親族や地域社会から孤立した家庭
	・ 生計者の失業や転職の繰り返し等で経済不安のある家庭
・ 夫婦不和、配偶者からの暴力等不安定な状況にある家庭	
・ 定期的な健康診査を受診しない 等	

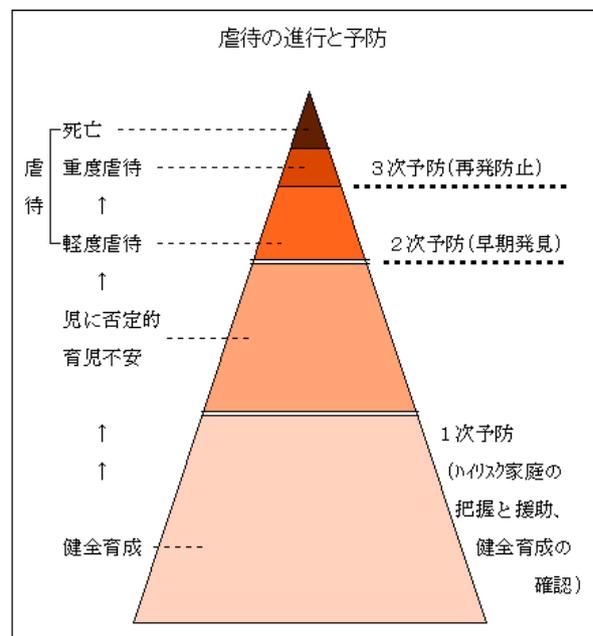
① 母子保健における子ども虐待防止への取組

県健康福祉センター（保健所）や市町の母子保健担当部署は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第376号）等を踏まえ、母子保健活動、精神保健活動、障害児（者）への支援活動等様々な地域保健活動を行っています。また、これらの活動や医療機関との連携を通じて、養育支援が必要な家庭に対して積極的な支援を実施する等虐待の発生防止に向けた取組をはじめ、虐待を受けた子どもとその保護者に対して家族全体を視野に入れた在宅支援を行っています。

母子保健における子ども虐待防止への取組については、平成8年に「母子保健施策の実施について」（平成8年11月20日児発第933号厚生省児童家庭局長通知）の中で、乳幼児健康診査や相談等の母子保健事業において、虐待兆候の早期発見に努めるとともに、保護者の不安や訴えを受け止め、家庭環境等に配慮しながら、学校保健、福祉等の諸施策と連携して、子ども虐待の防止に努めることが明記されています。

その後も、「地域保健における児童虐待防止対策の取組の推進について」（平成14年6月19日雇児発第0619001号厚生労働省健康局長、雇用均等・児童家庭局長通知）、「地域保健対策の推進に課する基本的な指針の一部を改正する告示について」（平成15年5月1日厚生労働省告示第201号）、「児童虐待防止対策における適切な対応について」（平成16年1月30日雇児総発第0130001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）、「『家庭の養育力』に着目した母子保健対策の推進について」（平成16年3月31日雇児母発第0331001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知）などの通知が発出され、保健所や市町村保健センター等が、関係機関との適切な連携の下に、養育力の不足している家庭に対して早期に必要な支援を行い、子ども虐待防止対策の取組を推進することが明記されています。

また、平成13年から開始された「健やか親子21（母子保健の2010年までの国民運動計画）」においても、保健所・市町村保健センター等ではこれまで明確ではなかった児童虐待対策を母子保健の主要事業の一つとして明確に位置付け、積極的な活動を展開するように提言されています。具体的な取組としては、一次予防として特にハイリスク母子に対して保健師、助産師等の周産期からの家庭訪問等による育児サポートとともに、乳幼児健康診査の場における母親の育児不安や親子関係の状況の把握に努め、未受診児の家庭に対して保健師による訪問指導等を行うなどの対応強化を求めています。また、医療機関と地域保健とが協力して虐待を受けた子どもの発見、保護、再発防止、子どもの心身の治療、親子関係の修復、長期のフォローアップについての取組を進めるよう求めています。



図は平成11年度厚生科学研究「虐待の子防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究」（主任研究者 松井一郎）から

② 一次予防の取組

【妊娠から分娩まで】

母子保健事業は、子ども虐待に対して、予防的な関わりができる重要な役割をもっています。育児不安が危惧されるハイリスク妊婦のスクリーニングによる早期発見と支援が重要です。母子健康手帳を発行する際に、各種の母子保健事業案内や妊娠出産に関するパンフレット等を渡し、妊婦が自己の健康管理を行っていくことの動機づけを行います。

特定妊婦は児童福祉法第6条で、養育支援訪問事業を行う対象者のひとつとして「出産後の養育について出産前から支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」とされています。また、児童福祉法第25条の2では、「地方公共団体は、単独でまたは共同して、要保護児童の適切な保護または要支援児童もしくは特定妊婦への適切な支援を図るため、（中略）要保護児童対策地域協議会を置く」とされ、ネットワークで支援する対象者でもあります。

特定妊婦は、妊娠中から支援を行うことで養育環境が改善される、または悪化を防ぐことができる対象者であり、以下のように整理して考えることができます。

ア すでに養育の問題がある妊婦

要保護児童、養育支援児童を養育している妊婦

イ 支援者がいない妊婦

未婚またはひとり親で親族など身近な支援者がいない妊婦、夫の協力が得られない妊婦など

ウ 妊婦の自覚がない・知識がない妊婦、出産の準備をしていない妊婦

エ 望まない妊娠をした妊婦

育てられない、もしくはその思い込みがある、婚外で妊娠をした妊婦、すでに多くの子どもを養育しているが経済的に困窮している状態で妊娠した妊婦など

オ 若年妊婦

カ こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール依存、薬物依存など

キ 経済的に困窮している妊婦

ク 妊娠届の未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数の少ない妊婦（未受診となった背景を把握することが重要）

このような対象層は、妊娠届出を行わず妊婦健康診査を受診しない場合も多いため、既存の行政サービスだけで把握することは困難であり、分娩を取り扱う医療機関や要保護児童対策地域協議会など関係機関との連携を強化することが重要です。

また、母親（両親）学級などへの参加を勧めることも大切です。平成25年の人口動態調査の結果では、99.8%の分娩が病院、診療所、助産所で行われており、多くの人たちは病院等においても、さまざまな教室の受講の機会があります。

しかし、近隣社会と孤立しがちな母親たちにとっては、居住地域においてのお互いの出会いの場が必要であり、母親（両親）学級においても正しい知識の提供だけでなく、不安の軽減や友達づくりをするなど、お互いに交流できる場の提供が望まれます。

さらに、妊娠中の病院等で行われる健康診査の場や母親（両親）学級等でハイリスク妊婦が発見されることもあり、医療機関等と地域とのつながりを基盤とした助産師、看護師、保健師によるフォローアップが今後期待されます。

【医療機関等から家庭へ】

一般的に、産後1ヶ月間は、新しい家族を受け入れていくプロセスの中では、不安も大きくなりがちです。また、里帰り出産の場合には、産後1ヶ月に限らず、実家から自宅に戻った時期等に不安が増大し、母親が精神的に不安定になることもあります。

育児不安が増大しがちな産後1ヶ月間を重視して、その時期の母親の心の状態を見極める手段としてエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を用いた、産後うつ病の早期発見がありますが、これは、母親とともに心の状態に向き合うことであり、母親に効果的にメンタルケアを行うことができます。

また、未熟児や低体重児、障害児等を出産した場合は、母親は、自分を責める気持ちに押しつぶされそうになっていることがあります。その中で、子どもを受け入れることが困難になったり、育児そのものの負担が増えるリスクを多く抱えることもあります。このような場合は、子どもが入院中から、母親と一緒に病院に出向くことや病院の医師や助産師と顔合わせをしたり、電話相談やサービスの利用方法を紹介したり、さらには、母親を支える父親を支援することも必要になってきます。

なお、父親に対しては、妊娠中から子育て全般についての知識や、母親をサポートする際の注意点、乳幼児揺さぶられ症候群等について周知啓発していくことも重要です。

乳幼児揺さぶられ症候群については、父親のみでなく祖父母や母親にも、早くから情報提供していくことも必要です。

【「乳幼児揺さぶられ症候群」の周知啓発】

揺さぶりによる乳幼児への影響。

赤ちゃんの頭の中はとても脆いので
激しく揺さぶると重大な後遺症が残る可能性があります。

たとえば将来的に…

- げんごしょうがい 言語障害
- がくしゅうしょうがい 学習障害
- ほこうこんなん 歩行困難
- しつめい 失明

そして、最悪の場合は死にいたることもあります。

【乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）】

すべての乳児のいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぐために、その居宅において様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する必要な情報提供を行うとともに、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供に結びつけることにより、地域の中で子どもが健やかに育成できる環境整備を図ることを目的とした、広く一般を対象とした子育て支援事業です。

原則として生後4か月を迎えるまでの、すべての乳児のいる家庭を事業の対象とします。ただし、生後4か月を迎えるまでの間に、健康診査等により乳児及びその保護者の

状況が確認できており、対象家庭の都合等により生後4か月を経過して訪問せざるを得ない場合は対象として差し支えないこととなっています。できる限り早期に訪問し支援を行うことが望ましいことから、市町において独自に早期の訪問時期を定めることが適当です。

本事業と母子保健法に基づく訪問指導は法的な位置づけや、第一義的な目的は異なるものの、いずれも新生児や乳児がいる家庭へのサポートを行うものであり、密接な関係にあります。このため、効果的かつ効率的な事業実施の観点からも、母子保健法に基づく新生児訪問等の乳児に対する訪問指導を実施している市町の判断により、これらの訪問指導等と併せて本事業を実施するなど、効果的な取り組みを検討する必要があります。

なお、支援の必要性が高いと見込まれる家庭に対しては可能な限り保健師等の専門職が訪問することとし、市町と県健康福祉センターの母子保健担当との連携の下、母子保健法に基づく新生児訪問や乳児に対する訪問指導の必要性がある場合には、優先的にこれらを実施する必要があります。その上で本事業を実施する場合は、事前の情報等を踏まえ、対象家庭の状況に配慮し、母子保健法に基づく訪問指導の際に本事業訪問者が同行する等の対応が望まれます。

【乳幼児健康診査】

主なものとして、3～4か月児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査があります。乳幼児健康診査については、従来からの発達・育児のチェックや異常・病気の早期発見という疾病中心の健診から、子どもを取り巻く家族全体に目を向ける健診へと転換させていくことは、虐待予防の観点から大切です。

健診に来る保護者は、それまでの育児の評価をされることに対する緊張感を持ちながら参加します。そして、その場では、「否定されたくない」「認めてほしい」「理解して共感してほしい」と考えています。健診場面では、「上手に子育てできていますね」等のように保護者達の日々の育児を認めることから始めることで、保護者は「今のままで大丈夫」と自信を高め、多少なりともその裏に隠している不安を、軽減あるいは解消に向かわせる力を発揮できるようになることも少なくありません。

これまでの健診では、医師や保健師の何げない一言、例えば「小さい」「発育が悪い」「母乳では不十分」「ミルクを足した方が良い」「言葉が遅い」「発達に遅れがある可能性がある」などの言葉が、認めてほしいと願い、緊張感を持ちながら参加する保護者の心に傷を与えていたこともあります。援助者は、専門家の発する一言の重みを真摯に受け止め、言葉かけには十分な配慮が必要であることを認識する必要があります。

子育て中の親は、多かれ少なかれ、次のような悩みを経験します。

- ・母親らしく頑張らなければと思えば思うほど、子どもをガミガミ怒鳴りつけてしまう。
- ・子どもが自分の思いどおりにならないことで、自分自身の不安やいらだちを我慢できない。
- ・自分自身の残忍性や暴力性に気づき、弱者（子ども）を支配してしまいたいとか、時には傷つけたいと思うことがある。悪いことだとは思いますが、時々頭に浮かぶことがある。

しかし、子育ては、そのことを通じて親自身が成長する機会を得ているともいえます。現代社会では、その機会を成長機会と捉えることができずに、ストレスを課す形になり

やすい子育て環境であるため、全ての保護者が虐待行為に至る可能性を秘めているという共通理解を持つ必要があります。その上で、健診場面では、生活のあらゆるシーンから虐待のリスクを見つめ、その危機に陥りやすい家族や育児困難感を抱く保護者を早期に発見し、保護者の負担感や悩みに寄り添い、そのリスクを軽減させるための支援を提供していく体制を整えることが必要なのです。

健康診査を受けていない親には、必ず連絡をとり、子どもの成長・発達の状況や養育環境を家庭訪問等で積極的に把握し、養育上の問題を抱えている家庭に対して支援を行っていくべきです。保健師だけで対応するのではなく、要保護児童対策地域協議会の構成員や児童委員等地域の支援者を活用することも一つの方法です。訪問を拒否したり、育児についての質問等に対して「何も困っていない」とか「相談することはない」というような拒絶的な態度をとる親は虐待が疑われることがあります。その場合、親を非難したり、心理的に追いつめるのではなく、まず親の気持ちを受け止めることなどを通じて信頼関係を構築し、その上で必要な支援を適切に行うことが重要です。

③ 虐待家族への対応による進行防止及び再発防止・再調整（二次、三次予防）

虐待する家族やその危険性のある家族は、地域の乳幼児をほぼ全数把握している母子保健活動の中で発見することは十分可能です。しかも、その機会は、妊娠期から3歳児健康診査までに、子どもの成長に合わせて数回にわたります。

家庭訪問で生活場面を観察する場合は、子どもの身体・精神的状況と、家族の状況が重要なポイントになります。情報を整理し、必要であれば適宜要保護児童対策協議会の調整機関である児童福祉担当課と協議し個別ケース検討会議を活用し、対応を進めていきます。個別ケース検討会議では、情報の共有や認識の確認を行い、関係機関の役割分担を明確にし、子どもや家族に対して自立に至るまでの切れ目のない支援を行うことが必要です。保健師は、これまで関わってきた経緯や関係者の情報等を的確に提供していくことが求められます。

また、個別の援助だけでなく、虐待する保護者や虐待をしそうと悩む保護者に対するグループミーティングも援助プログラムの一環として重要な取り組みです。

資料：平成 25 年 8 月 23 日付け改正「子ども虐待対応の手引き」

（雇児総発 0823 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）