

静岡県立大学短期大学部

特別研究報告書（13・14年度） - 53

英国の児童虐待におけるヘルスビジターの初期援助技術に関する研究

三輪眞知子・深江久代・今福恵子・小川亜矢

Research about the initial assistance technology of the health visitor in the child abuse of UK

MIWA, Machiko FUKAE, Hisayo IMAFUKU, Keiko OGAWA, Aya

はじめに

全国の児童相談所における児童虐待相談件数は、平成7年度1,800件に対し、平成12年度18,804件であった。静岡県の児童相談所の相談件数は平成7年度43件に対し、平成12年度444件であった。全国、静岡県ともに5年間で約10に増加している。

厚生労働省では「健やか親子21」の政策化の中で乳幼児期における母子保健事業のあり方を模索し、児童虐待予防は2010年までの国民計画の主要課題である。

児童虐待予防施策として、育児支援との関係で母子保健における新生児訪問、1歳6カ月検診、3歳児検診等における保健師の役割が強調されている。しかし、保健師の母子保健における児童虐待予防の初期援助技術開発の研究はなされていない。英国では児童虐待予防についてNHS（国民保健サービス）が中心となり、「予防に勝る戦略はない」を国是とし、妊娠期から学童期までの一貫した母子保健システムの中でヘルスビジターが中心的な役割を担っている。また、NPO等の非営利組織が児童虐待予防に積極的に関わり、ヘルスビジターと共同した取り組みで成果を挙げている。しかし、英国のこうした児童虐待予防に関するヘルスビジターの初期援助技術に関する研究はほとんど紹介されていない。

本研究は、英国のヘルスビジターが子ども虐待の予測として活用している「子どもと家族のアセスメント枠組み（Framework for Assessment of Children in Need and their Families）」「児童虐待の早期予測と早期予防のハンドブック（EARLY PREDICTION AND PREVENTION OF CHILD ABUSE A Handbook）」の文献研究から英国におけるヘルスビジターの初期援助の必要性について明らかにする。

対象及び方法

1. 英国の「子どもと家族のアセスメント枠組み (Framework for Assessment of Children in Need and their Families)」児童虐待の早期予測と早期予防のハンドブック (EARLY PREDICTION AND PREVENTION OF CHILD ABUSE A Handbook) の翻訳の要約をする。
2. 英国の児童虐待予防におけるヘルスビジター (保健師) の役割等の文献検討から、日本の児童虐待予防における保健師の初期援助技術の課題を検討する。

結 果

1. 子ども及び家族のアセスメント

英国では、年間の小児保護にかかる経済的コストは、7億3500万ポンドと推定されている (the National Commission into the Prevention of Child Abuse, 1996)。これに対して米国での年間経済的コストは、124億1000万ドルと推定されている (WHO, 1999)。従って、児童虐待を防ぎ、同時に、小児を保護する社会的コストを最小限にとどめるには、どのようなサービスを提供すれば良いかについての議論が次第に高まってきている。

論争になっている一つの領域は、アセスメントとサービス提供のプロセスで生じる倫理的問題点であり、特に、“実際に保護が必要な”小児の指標に関してスクリーニングしようとする場合での問題点である。つまり、虐待のリスクの高い小児を保護できなく、その小児に対しては介入が行われず、小児は危害からの回避ができない状態のままであることがある。一方、保護が必要でない小児を間違えて保護すると、不必要な介入を招き、“レッテル貼り”になることがあることである。この問題を解決するためには、両親が家族ベースのアセスメントの機能について理解していることを考慮に入れる必要がある。英国児童保護のパートナーシップ規定集 (Department of Health, 1995a) は、両親を招いて専門家と共通の情報を提供し、アセスメントの記入および解釈に積極的な役割を果たす必要があるとしている。両親に対しては、有害なアウトカムを招く危険因子が多数存在するため、両親を支援とサービスを受ける“支援する優先性が高い家族 family in priority”と認定したことを明確にする必要がある。“ハイリスク家族 high risk family”などの否定的なレッテルを決して貼ってはならない。

小児保護専門家の方針決定プロセスを支援するために提供された最も新しい情報が、新しい保健省の“Framework for Assessment of Children in Need and their Families (小児およびその家族のアセスメント枠組み)”であり“ライラックブック Lilac Book”と一般に呼ばれているものである (Department of Health et al. 2000b)。しかし、このフレームワークは、ソーシャルワーカーが家族アセスメントにより総合的 (ホリスティック) アプローチをし、より広い環境と、家族の機能に及ぼす影響について検討することを奨励するのが主な狙いである。特に、以下に示す 1) Child's Developmental Needs (子どもの発達・発育上のニーズ) 2) Parenting Capacity (両親が子どものニーズに答えられるかどうか: 育児能力) 3) Family & Environmental Factors (両親が子どものニーズに答えるのに影響を及ぼす社会的環境的因子) の3つの家族コンポーネントのアセスメントを行う (図 3.1 参照)。

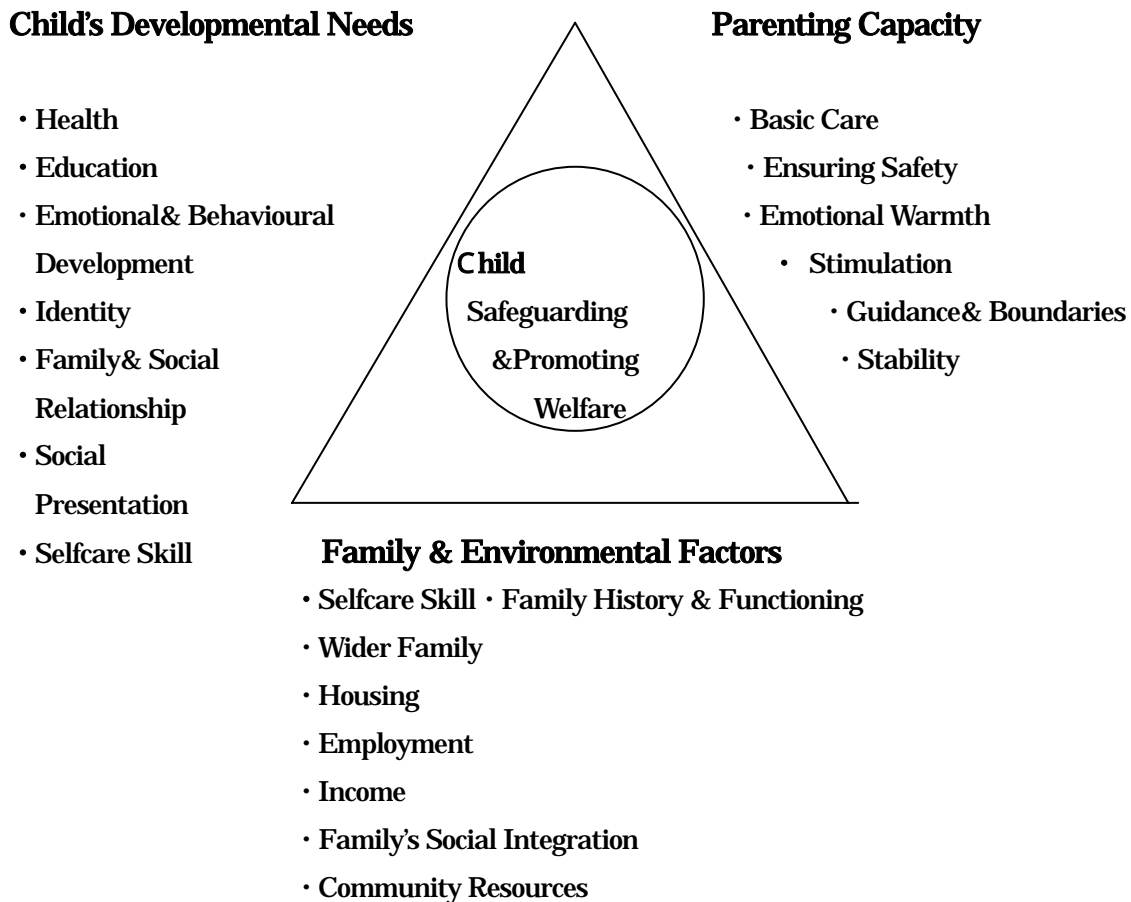


図 3.1 Framework for Assessment of Children in Need and their Families(子どもおよびその家族のアセスメント枠組み) Department of Health et al, 2000b

1) Child's Developmental Needs (子どもの発達・発育上のニーズ)

健康 教育 情緒と行動の発達 自分らしさ 家族と社会の関係
社会へのデビュー セルフケア技術

2) Parenting Capacity (両親が小児のニーズに答えられるかどうか : 育児能力)

基本となる育児 確実な安全 児への思いやり 情緒的な暖かさ 励まし
指導と限度 安定

3) Family & Environmental Factors (両親が小児のニーズに答えるのに影響を及ぼす社会的環境的因子)

家族歴と役割 親類 住宅 職業 所得 家族と社会の調和 地域資源

2 . 公衆衛生の観点

英国の行政の最新の Framework for Assessment of Children in Need and their Families という先導は、児童保護の狭い見方から、児童福祉や発達のようなより幅広い点にまで見方を広めるとい

う点で歓迎すべきものである。しかし、このようなホリスティックなアプローチは遅すぎると反論することもできる。ソーシャルワーカーは、小児に重大な危害が及んでいる疑いがある段階でのみ関与することになるからである。公衆衛生的なアプローチでは、このタイプのアセスメントは、生後1年未満に全ての乳児で実施でき、小児に危機が及ぶ前に予測することができる。どのようなコミュニティ専門家でもこのプロセスに関与できるが、英国ではそのような予防的アプローチはプライマリーケアチーム、とりわけ家庭訪問をするヘルスビジターの責任である。残念なことに、ソーシャルワーカーは実際に生じている小児保護活動に謀殺されていて、(多くのソーシャルワーカーがより好ましいと考えている)より効果の高い児童虐待の予防にソーシャルワーカーを活用する機会もリソースもほとんどない。家庭内暴力の原因については現在では解明が進んでおり、従って予防的なソーシャルワークが可能であり望ましいものである。

多くの研究者が、小児虐待ならびに家族虐待のモデルを提出しており (Browne, 1988; Frude, 1980; Gelles, 1997) 児童虐待は複数の原因があることが強調されている。非常に重要なことに、家族関係がうまく機能しないこと、ならびに親子の相互関係に乏しいことが、両方とも児童虐待およびネグレクトの形成と維持に寄与することが現在では認識されている(Burrell et al., 1994; Crittenden, 1985; Wolfe, 1991)。逆にいえば、家族関係や親子の相互作用が良好であることが、保護因子として機能し、家族にふりかかってくる社会的環境的ストレスを跳ね返すものとなる可能性がある(Browne & Herbert, 1997)。

このようなことが認識されて、児童保護への公衆衛生アプローチが構築されることとなった。

これは以下のように定義される。

- 1) 児童虐待やネグレクトを児童福祉、家族、コミュニティのより広い領域の中で考える。
- 2) 小児の発達ニーズを児童保護に関連したものばかりで評価するのではなく全体の中で評価する。
(3つフレームワークでのアセスメントをヘルスビジターが行う：図 3.1 参照)
- (1) 小児のニーズに適切にこたえられる親の能力について評価する。
- (2) 親の能力に対して、より広い家族因子および環境因子の影響について考慮する。
- (3) 小児保護を、家族への医療、社会サービスの中に一体化し、一方で望ましい親としての働きを促進し、小児のニーズに答えられる親の能力を高める。

Wolfe (1991; 1993)は、一次予防ならびに二次予防に関心を向け、それぞれ全国民(ユニバーサルサービス)とハイリスクグループ(ターゲティッドサービス)を対象に検証することで、親の知識、態度、スキル、行動をより積極的なものに促進するための親の能力および家族サポートを行う早期介入法を構築することが有望であることを認めた。彼は、1ないし3年間保健師が家庭訪問を行うなどのそれぞれの状況にあわせたプログラムが、小児の障害を少なくし、救急救命室への搬入回数を少なくし、保護期間への通報回数を少なくするという点で望ましいアウトカムを達成する最も成功の可能性の高い介入法であると主張している。実際、保健師が家庭訪問を行うことで、短期および長期の両方で、不遇な家族への合衆国政府の出費が少なくなることを Olds ら(1993, 1994)が示し

ている。

以上のことから、児童虐待の予測や予防的ソーシャルワークは不可能に近く、予防的アプローチは生後1年未満の全ての乳児に家庭訪問を公的実施しているヘルスビジターが可能であり望ましいものである。

3．早期介入の重要性

2000年に、登録件数が最も高かったのは、生後1年未満の乳児に対する身体的虐待とネグレクトであった(1万人あたり71例)。児童保護登録(Child Protection Register)に登録される割合は年齢とともに低下し、小児の69%が10歳以下で登録されている。全ての年齢群で、男児と女児は同じ割合であった(Department of Health, 2000a)。小児保護登録に登録される小児のほとんどが10歳以下であり、最もリスクの高いグループが1歳未満であることを考えれば、虐待を受けた小児の大半が、自分への虐待を予防する行動を積極的にとることができるとは期待できない。ヘルプライン(電話サービス)はティーンエイジャーにとって非常に効果的なものであるが、それよりも低年齢の児童虐待を予防できていない(Browne & Griffiths, 1988)。さらに多くの小児が、学校での予防プログラムを受ける前に虐待を受けているものと思われる。早期介入が必要であることを示すもっとも説得性のある指標が、英国での致死性虐待ならびに重篤な障害のレベルについてのデータである(第2章参照)。内務省の示した数値では、1週間に2例の小児が、事故以外の外傷を受けて死亡しており、さらに別の2例が、受けた障害が原因で、永続的な障害者となっていることが示されている(Browne & Lynch, 1995 参照)。注目すべきことに、1983年から1997年までの間に NSPCC 児童虐待登録(Child Abuse Registers)に登録された小児死亡例の75%は死亡前にソーシャルサービスを受けていることを示すものがなかった(Creighton, 1995)。従って、出生時点から家族とかかわり合っている医療専門家は、児童保護の事後対策を行うのではなく、先を見越した行動をとる必要がある。

これらのことは、ユニバーサルサービスとターゲットドサービスの両方を行う早期介入が重要であり、小児の生後5年以内に保健師が行う家庭訪問が本質的役割を果たすことを示すものである。児童虐待が高リスクの家族のターゲットを設定する方法を用いて、保健師は重大な危害が生じる前に援助の必要性の高い親と小児にサービスを提供できる。

4．介入の必要な家族のターゲティング

乏しい資源を特定の目標に向けることで小児を保護するのが“リスク戦略”である。リスク戦略の目的は、小児に対する身体的、精神的損傷が生じる前に、子育てに支援が最も必要な家族に対して特別な関心を払うことである。このアプローチは、全ての小児に一次予防サービスを行うことは、望ましいことではあるが、経済的に実現可能なものではないために構築されたものである。例えば、1995年以来、ユニバーサル健康増進プログラム(小児健康調査と家庭訪問を含む)は、関与する保健専門家の数と NHS 資金が連続して削減されている。その結果、保健師の家庭訪問と学校保健サービスの両方が縮小されている(Browne & Lynch, 1998)。

そのため、小児に危害を加えるリスクが高いと同定された家族に介入を絞る方法が構築された。保健師は現在では、家庭訪問の優先順位を設定し、サービスの“プライオリティーの高い”家族、すなわち支援する必要なもっとも高い家族に焦点を当てて継続訪問するように要請されている。この 20 年間に構築されたこのような家族を同定する方法には、児童虐待が始まる前にハイリスク家族を予測するチェックリストと面接スケジュールがある(Browne et al. 2000; Browne & Saqi, 1988a; Finkelhor, 1980; Magura & Moses, 1986; Monaghan et al., 1986)。

5 . スクリーニングの有効性

危険因子チェックリストを実際に応用して、特に大規模な出生コホートに用いて、偽陽性（ハイリスクに分類されたが、虐待は受けていない小児の数と、検出逸脱（実際には虐待を受けているのに低リスクに分類された小児）の数が多いため問題点が生じた。児童保護リスクアセスメントに関してこの情報を確立することが不可欠なことであるが、実際にはほとんど実施されていない（例、Department of Health, 2000b）。このことは、小児ならびに適切なリソースの使用という両方の点で重要な意味を有している。虐待のリスクの高い小児を同定できなかったことは、その小児に対しては介入が行われず、小児は危害からの保護を受けられない状態のままであることを意味し、一方、ハイリスクであると小児を間違えて分類すると、不必要な介入を招き（しばしば危害に終わる場合がある）、“レッテル貼り”になり、リソースの適切な割り当てが得られなくなる。表 3.1 に Dalglish から引用した（パーソナルコミュニケーション）小児を引き離すかどうかの判断における可能性のあるアウトカムについてまとめている。

表 3.1 小児保護活動の方針決定の結果（Dalglish、パーソナルコミュニケーション）

	行動を起こすべきであった。 “ Yes ” というべきであった。	行動を起こすべきでなかった。 “ No ” というべきであった。
実際の決定。 Yes 子供を隔離する	当たった 連鎖を断ち切る 小児は安全に感じる 小児の“重荷”が解消 小児は保護的行動を構築 placement disruption, anger hurt	偽アラーム 体制による虐待 トラウマとストレスを経験 家族から（不適切に）隔離される “善者”への不信 無力感
実際の決定 No、隔離しない	検出逸脱 小児は再び虐待を受ける 安全に感じない 信頼感を醸成しない 障害が生じる 死亡	適切に No placement disruption はない 家族の関係は正常なまま 小児のネットワークは正常なまま

Leventhal (1988)は、ハイリスクグループを同定する手段については2つの問うべき問題点があると述べている。第一に、ハイリスク群のうちどれだけがその後虐待を受けているのか(陽性予測確度)、そして第二に、虐待を受けたグループのうち、どれだけが最初の時点でハイリスクと同定されていたか(感度)の2点である。最善のアプローチは、陽性予測確度と感度の両方を最大限に高めるチェックリストを考案することであると彼は結論付けている。(1)狭い閾値クライテリア(例えば、より多くの危険因子が存在する必要があるとすること)を設定して、高い陽性予測確度を実現するが、検出逸脱事例が多く生じることになる;ならびに(2)広い閾値クライテリア(例えば、より少ない数の危険因子で十分であるとする)を設定して、ハイリスク家庭をより多く同定するが、偽アラームも多く生じることになることのバランスをとるべきである。

集団全体では、児童虐待とネグレクトのプリバレンスが比較的少ないことと、スクリーニングの有効性に対するもっとも楽観的な推定を組み合わせても、スクリーニングプログラムでは多くの偽陽性事例が生じることになるであろうと思われる。実際、このようなことがあてはまることが Browne and Saqi (1988a)によって示されている。彼等は1回だけ行われた危険因子の典型的な家庭訪問者の“チェックリスト”を評価した。チェックリストの検出率は82%であり、これに対して偽アラームの発生率が12%であることは、スクリーニングした1万出生例に対して、33例の真のリスク事例と1195例の偽アラームを判別する必要があることを示唆している。このことは、スクリーニングツールを使用することに対する反対意見と一部の研究者からは受け止められた(例、Howitt, 1992)。しかし、Leventhal (1988)は、縦断的コホート研究から、予測がフィージブルであることを示唆するエビデンスを示したが、親子関係の標準化されたアセスメントを構築し利用することを含め、家族のアセスメントの改善が必要であると彼は結論付けた。従って、この研究は、親子関係と、愛慕(attachment)、親の感受性および期待などの行動指標に基づいた“第二の”スクリーニングが必要であることを示すものと考えられる(Browne & Saqi, 1988b; Leventhal, 1988; Morton & Browne, 1998)。

考 察

英国の児童虐待予防におけるヘルスビジターの役割等の文献検討から日本の児童虐待予防における保健師の初期援助技術について次のことが考察できた。

1. 児童虐待の一次予防におけるヘルスビジターの役割

1) 公衆衛生の観点からの3つのフレームワークを使用しての関わり

今まで、英国は児童虐待に対する政策は児童保護登録制度に重点をおいてきた。しかし、社会的コストを最小限にとどめるサービスが検討され“Framework for Assessment of Children in Need and their Families (小児およびその家族のアセスメント枠組み)”が出された。

これは子どもだけに限定しないでより広い環境と、家族の機能が子どもの発達発育に及ぼす影響についても検討することであり、家族と行政がパートナーシップをとり、プライオリティの高い家族への援助を強化し、児童保護登録者を減らすことがねらいである。

しかし、「児童虐待が起こってからソーシャルワーカーがこのフレームワークの視点でアセスメントしているのでは遅く、児童虐待を予測して未然に防ぐには、公衆衛生的アプローチが必要である。」とケビンは言っている。

英国ではヘルスビジターによる家庭訪問が生後1歳未満のすべての乳児に実施されているのでこの時点でこの3つのフレームワークを活用すべきであるとケビンは考えている。その理由は「家族関係や親子の相互作用が良好であることが、児童虐待の保護因子として機能し、家族にふりかかってくる社会環境的因子的ストレスを跳ね返すものとなる可能性がある」この実態を把握し支援に結びつけられるのはヘルスビジターであると考えているからである。現在、英国では児童保護制度への公衆衛生アプローチが構築されるようになった。

日本においても母子保健歴史があり、英国のヘルスビジターが「3つのフレームワークでのアセスメント(図3.1)」を使用した公衆衛生アプローチは下記の示唆が得られる。

1. 児童虐待を児童福祉、家族、コミュニティのより広い領域の中で考える。
 2. 小児の発達ニーズを児童保護に関連したものばかりで評価するのではなく全体の中で評価する。
- (1) 小児のニーズに適切にこたえられる親の能力について評価する。
- (2) 親の能力に対して、より広い家族因子および環境因子の影響について考慮する。
- (3) 小児保護を、家族への医療、社会サービスの中に一体化し、一方で望ましい親としての働きを促進し、小児のニーズに答えられる親の能力を高める。

このことは、小児のニーズを発達発育と考え、小児のニーズに両親がこたえられる能力があるかどうかを評価したり、子育てに対する社会並びに環境因子の影響を評価する事が児童虐待のおそれのある家族をスクリーニングすることになる。スクリーニングの目的は積極的な子育てを促進し、親子関係が崩壊する前に小児にニーズにこたえられるよう親の能力を高めることにあると考えられる。このアプローチが成功していることを示す科学的根拠として小児の家庭訪問をコミュニティベースで行う活動を15年間実施した後、効果があることを示した研究がある(Kitzman et al 1997)。

日本の母子保健でも新生児期から就学前までは、新生児訪問、乳幼児健診等地域の保健師のかわりが多く、保健師は児童虐待を予測した援助ができやすい立場にあり、今後の重要な役割と考える。

現在、日本における児童虐待予防のための保健師活動マニュアルでは「乳幼児健診で気をつけること」として「来所して良かったと思える健診づくり」「親の訴えを良く聴き、目の前の親や子どもの様子、家族の状況、生活経済状況等も考慮して、“何かおかしい”と感じ“虐待ではないか”と疑う“目”をもつことが要求される」としている。これは保健師が児童虐待の早期発見をするための健診の方向性としては重要なことである。しかし、児童虐待を予測・予防するためには、具体的なアセスメント視点や項目が必要である。英国の3つのフレームワーク(図3.1)は日本の保健師が児童虐待を予測・予防する客観的視点として学ぶことが多いと考えられた。

2) 早期介入のかかわり

文献では「出生時点から家族とかかわり合っている医療専門家は、児童保護の事後対策を行うのではなく、先を見越した行動をとる必要がある。ユニバーサルサービスとターゲットドサービスの両方を行う早期介入が重要であり、小児の生後5年以内に保健師が行う家庭訪問が本質的役割を果たすことを示すものである。児童虐待が高リスクの家族のターゲットを設定する方法を用いて、保健師は重大な危害が生じる前に援助の必要性の高い親と小児にサービスを提供できる。」としている。

日本の保健師も児童虐待が高リスクの家族を判断する評価方法の開発が必要である。英国にはこの20年で構築された「ハイリスク家族を予測するチェックリストと面接スケジュール」がある。今後はこのチェックリストを参考にしてハイリスク家族を予測する日本版チェックリストの検討も考えたい。

2. 児童虐待二次予防におけるスクリーニングのチェックリスト

英国では児童保護登録制度を実施している。問題点の一つは「児童虐待をした親や受けた子どもが保護されない」すなわち「虐待のリスクが高い小児を保護できなかった」ことであり、その小児に対しては介入が行われず、小児は危害からの保護がうけられない状態のままである場合も多い。二つ目は「ハイリスクであると小児を間違えて分類すると、不必要な介入を招き“レッテル貼り”になり、リソースの適切な割り当てが得られなくなる」である。

英国ではこれらの問題点に対して縦断的コホート研究を実施している。その結果から、親子関係の標準化されたアセスメントを構築し利用することを含め、家族のアセスメントの改善が必要であると結論付け、親子関係と、愛慕(attachment)、親の感受性および期待などの行動指標に基づいた“第二の”スクリーニングが必要であるとしている。これは訓練された専門家が家庭訪問等による面接により親子関係の行動を客観的視点に基づきアセスメントするものである。

従来、日本の保健師は、母子保健の歴史があるにも関わらず、児の発達発育ニーズと親の育児能力や環境及び親子関係等を一般的な視点と経験と感で判断している場合が多かったと反省している。1.においては、児童虐待が起こる前の保健師の予測・予防の初期援助技術として「英国における3つのフレームワークによるアセスメント視点」の日本版の開発の必要性が示唆された。2.においては、児童虐待が起こった初期の早期発見として「英国で開発している親子関係と、愛慕(attachment)、親の感受性および期待などの行動指標に基づいた“第二の”スクリーニング：客観的判断基準」の日本版の策定の必要性が示唆された。今後、日本の保健師は児童虐待の初期援助技術として、経験と感のみではなく、科学的根拠を明らかにしながら、普遍化できる客観的視点について研究し、実践と評価を繰返しながら、児童虐待の予測・予防に効果がでるものを開発していくことが課題であると考えられた。

文 献

- 1) Department of Health : Framework for the Assessment of Child in need and their Families, 1999
- 2) Kevin. D.B. et. Al : EARY PREDICTION EVENTION OF CHILD ABUSE A Handbook, WILEY, 2002
- 3) 佐藤拓代他 : 子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル , 地域保健における子どもが虐待の予防の早期発見、援助にかかる報告書 , 2002

(2 0 0 3 年 3 月 2 5 日 受 理)