

がなされているかを把握する上で重要であり、親からの主観的情報ばかりでなく必ず家庭訪問を行い客観的情報を的確に把握する必要がある。

(3) 虐待について

虐待行為に対する認識は「なし」が 18 例 (51.4%) と多く、虐待していない親が虐待者の行為を止められないのが 16 例 (45.7%) であった (表 27)。虐待行為に対する虐待者と非虐待者の認識や、非虐待者がどのように行動しているの

<表27>1年後の虐待行為について

虐待者の認識あり	8 (22.9%)
虐待者の認識なし	18 (51.4%)
非虐待者が行為を止められない	16 (45.7%)
非虐待者認識も放置	3 (8.6%)
非虐待者認識せず	7 (20.0%)
非虐待者積極的に負担	1 (2.9%)
非虐待者消極的に負担	1 (2.9%)
非虐待者が認識し行為を阻止	7 (20.0%)

N=35

<表28>虐待の改善を実証事項づける事項

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

Schmitt

<表29>虐待者の行動問題

N=35

	問題なし	問題あり	改善あり
怒りを他の方法に転換	4 (11.4%)	30 (85.7%)	6 (17.1%)
子の行動への衝動を抑制	4 (11.4%)	29 (82.6%)	8 (22.9%)
自分への否定的感情表現に我慢	5 (14.3%)	28 (80.0%)	5 (14.3%)
体罰的でない一貫した正当なしつけ	6 (17.1%)	28 (80.0%)	3 (8.6%)
虐待者から子育て助言求め実行	2 (5.7%)	32 (91.4%)	17 (48.6%)
子のニーズと人権認める	4 (11.4%)	30 (85.7%)	9 (25.7%)
子の発達行動理解し現実的期待を持つ	1 (2.9%)	33 (94.3%)	9 (25.7%)
子について肯定的な言葉で話す	2 (5.7%)	32 (91.4%)	9 (25.7%)
混沌とした生活を変えたいと思う	3 (8.6%)	31 (88.6%)	19 (54.3%)
父母が相互扶助的で家事育児分担	7 (20.0%)	27 (77.1%)	4 (11.4%)
危機に気づき新たな解決法を試みる	1 (2.9%)	32 (91.4%)	11 (31.4%)
危機に陥る前にストレスに気づき解決	2 (5.7%)	31 (88.6%)	9 (25.7%)
援助者や友人親族援助増え孤立減少	2 (5.7%)	31 (88.6%)	10 (28.6%)

かを把握する必要がある。

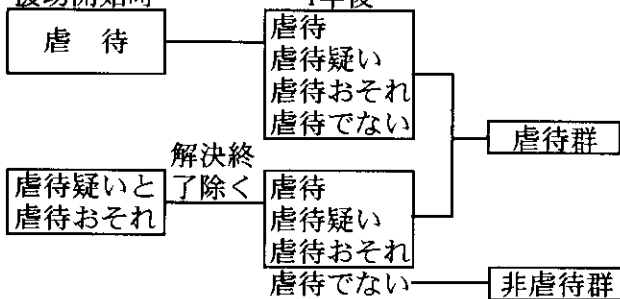
虐待者の行動については、Schmitt が (表 28) のように改善を実証づける事項¹²⁾として掲げており、これらの項目に関する改善を検討した。問題は「子の発達の理解」が最も多く 33 例 (94.3%) に把握され、少ないものでも「父母の家事育児分担」27 例 (77.1%) と 9 割から 8 割前後が把握されていた (表 29)。これらの行為の改善は「生活改善」が 54.3%、「虐待者から子育て助言を求め」が 48.6%であったが、「体罰的でないしつけ」「父母の家事育児分担」「否定の我慢」「怒りの転換」は 1 割前後と少なかった。「父母の育児分担」は現代の会社に多くの時間をとられている状況が改善できないものであるとも考えられるが、「体罰的でないしつけ」「否定の我慢」「怒りの転換」は生育歴とも密接に関連して改善しにくいことを表していると考えられた。

6. 虐待の評価

これまでに我々が報告したリスクアセスメント指標²⁾による得点と1年後の判断を検討した(表30)。45点以上の得点は重症度の最重度とよく一致するもののそれ以下の得点については中度軽度を反映しているとはいえなかったが、今回1年後に虐待と判断された14例のうち11例は得点が35点以上と高めであった。そこでこれまでのリスクアセスメント指標をベースに、より軽い虐待を把握するアセスメントを開発するために検討を行った。

援助開始時に虐待であった17例と、虐待疑いと虐待のおそれの49例のうち、解決終了した11例を除き虐待・疑い・おそれと1年後に判断された30例を加えて虐待群とし、また、初期疑い・おそれから虐待でないと判断された8例を非虐待群として比較検討した(表31)。

＜表31＞虐待群と非虐待群の内容



子どもの症状背景等を危険因子、虐待群を結果因子としてオッズ比と、カイ2乗検定またはFisherの直接法によるp値で予後に影響する因子を検討した(表32)。オッズ比からは1以上の虐待群となりやすい因子がいくつか把握されたが、95%信頼区間を見るといずれも下限が1より小さく有意とはいえなかった。p値からは $p < 0.1$ を有効とすると「出生体重2500g～3000g」「多胎である」「児を否定する発言」「誰にでもべたべ

た」が虐待群に有意に多かった。「発達の遅れあり」「多動」「対人関係弱い」は反対に虐待群に有意に少なかった。

同様に(表34)の親に関する情報からは、やはりオッズ比からは有意に判定できる因子はなかったが、p値で「母子家庭等一人親」「非虐待者が虐待行為を止められない」「虐待者から子育て助言求めない」「子の発達理解なし」「子を肯定できず」「危機の解決試行せず」「ストレスの気づきと解決なし」「孤立解消せず」が、有意に虐待群に多く、「神経症的」は虐待群に少なかった。

親に関する育児家事情報の予後では、オッズ比p値ともに有意に出るものはなかった(表34)。

援助・連携の予後では、「複数機関の虐待判断」「保健婦との援助非協力的」「家庭訪問の受け入れにくい」がp値から有意に虐待群に多かった(表35)。

これまでに作成した我々のアセスメント指標は、多くの事例に基づき統計学的な操作を行うことにより作成したものであることから、これを基本にして今回の調査結果から得られた内容の付加を行い新アセスメント指標を作成した(表36)。

前回は「養育者など」と「子ども」に評価項目を大きく分けていたが、今回は「虐待の判断」「子ども」「養育の状況」「養育者の背景」「保健婦援助の受け入れ」と大きくわけ、項目数を19項目から26項目とした。子どもに関してはより虐待の症状が把握できるようにネグレクトは「ケア等の状態」心理的影響は「親との関係」、そして子どもの要因として「分離歴」「健康問題」を追加した。養育の状態として「虐為」「子どもへの感情」「子どもの問題の認識」を新しく追加した。この養育の状態、養育者の背景とも、虐待者のみならず非虐待者の状況も合わせて総合的にチェックするものである。養育者の背景には「問題への

＜表30＞援助開始時のリスク得点と1年後の判断

1年後の判断	合計 N=66	45点以上	35～44点	35点未満
		N=10	N=31	N=25
虐待	14 (21.2%)	2 (20.0)	9 (29.0)	3 (12.0)
虐待疑い	17 (25.8%)	1 (10.0)	7 (22.6)	9 (36.0)
虐待おそれ	8 (12.1%)	2 (20.0)	4 (12.9)	2 (8.0)
虐待でない	19 (28.8%)	3 (30.0)	6 (19.4)	10 (40.0)
不明	8 (12.1%)	2 (20.0)	5 (16.1)	1 (4.0)

<表32> 児に関する情報の予後

	例数 (割合)	虐待群	非虐待群	オッズ比	95%信頼区間	P値
兄弟数が3人以上	N=10 (18.2%)	10	0			0.326
兄弟関係長子でない	N=17 (30.9%)	16	1	3.613	0.41-31.98	0.411
出生体重2500~3000g*	N=22 (45.8%)	21	1	7.737	0.87-68.81	0.055
多胎である*	N=2 (3.6%)	0	2			0.019
対象乳幼児健診未受診	N=16 (31.4%)	12	4	0.387		0.239
対象予防接種全く受けず	N=10 (10.0%)	9	1	1.588	0.17-14.93	>.999
基礎疾患あり	N=9 (16.7%)	8	1	1.231	0.13-11.67	>.999
親子分離歴あり	N=11 (21.2%)	6	0			0.322
発達の遅れあり*	N=12 (23.5%)	8	4	0.229		0.057
虐待把握症状あり	N=51 (18.12%)	44	7	2.095	0.19-23.09	0.477
外傷	N=15 (29.4%)	13	2	1.048	0.18-6.11	>.999
児を否定する発言*	N=22 (41.2%)	21	1	5.478	0.61-49.35	0.097
たたかれる	N=17 (33.3%)	15	2	1.293	0.22-7.47	>.999
子どものみ放置	N=16 (31.4%)	13	3	0.559		0.664
不潔等ケアされず	N=9 (17.6%)	9	0			0.328
食物の不適切量回数	N=9 (17.6%)	8	1	1.333	0.14-12.67	>.999
兄弟間差別	N=8 (15.7%)	8	0			0.579
体重身長のみ低下	N=6 (11.8%)	5	1	0.769		>.999
閉じこめ	N=6 (11.8%)	4	2	0.559		0.604
子どもの様子問題あり	N=48 (87.3%)	41	7	0.976		>.999
乱暴	N=13 (28.9%)	10	3	0.476		0.394
多動*	N=11 (24.4%)	6	5	0.075		0.006
誰にでもべたべた*	N=11 (24.4%)	11	0			0.099
無表情	N=10 (22.2%)	8	2	0.667		0.577
親と別れて泣かず	N=10 (22.2%)	7	3	0.301		0.172
対人関係弱い*	N=8 (17.8%)	5	3	0.202		0.094
よく泣く	N=6 (13.3%)	4	2	0.294		0.230
無反応	N=5 (11.1%)	5	0			0.577
強情	N=5 (11.1%)	4	1	0.706		0.309
親を怖がる	N=5 (11.1%)	5	0			0.577
1年後発育状態正常範囲外	N=10 (28.6%)	10	0			0.127
親の関わりによる情緒行動問題あり	N=13 (44.8%)	12	1	4.000	0.39-41.23	0.343

空欄は計算不能

*予後に影響または有意差がある

<表33> 親に関する情報の予後

	例数/全体数	虐待群	非虐待群	オッズ比	95%信頼区間	P値
出産時母の年齢20歳未満	N=3 (5.7%)	3	0			>.999
母子家庭、内縁等一人親*	N=15 (27.3%)	15	0			0.091
妊娠届妊婦健診受診に問題	N=5 (9.8%)	5	0			>.999
望まぬ妊娠あり	N=12 (26.1%)	11	1	2.200	0.24-19.90	0.667
周産期に危惧する情報あり	N=10 (23.3%)	10	0			0.329
夫婦間暴力がある	N=5 (11.9%)	4	1	0.353		0.400
被虐待歴あり	N=15 (27.3%)	14	1	2.970	0.33-26.44	0.423
アルコール問題あり	N=4 (9.1%)	3	1	0.439		0.457
全体把握親の問題あり	N=31 (88.6%)	26	5			0.386
対人関係	N=15 (48.4%)	11	4	0.183		0.172
人格障害	N=7 (22.6%)	6	1	1.200	0.11-12.88	>.999
神経症的*	N=7 (22.6%)	4	3	0.121		0.062
知的障害	N=5 (16.1%)	5	0			0.560
虐待者の虐待の認識なし	N=18 (51.4%)	16	2	1.714	0.25-11.78	0.658
非虐待者が虐待行為を止められない*	N=12 (34.3%)	12	0			0.081
怒りの転換ができない	N=30 (88.2%)	27	3	3.000	0.23-38.74	0.410
衝動抑制ができない	N=29 (87.8%)	26	3	2.889	0.22-37.35	0.420
否定の我慢ができない	N=29 (87.8%)	25	3	2.083	0.17-25.31	0.431
体罰的でないしつけができない	N=28 (82.3%)	25	3	1.667	0.14-19.48	0.559
虐待者から子育て助言求めない*	N=32 (94.1%)	29	3	9.667	0.47-197.29	0.084
子のニーズと人権認識なし	N=30 (88.2%)	27	3	3.000	0.23-38.74	0.410
子の発達理解なし*	N=33 (97.1%)	30	3			0.098
子の肯定できず*	N=32 (94.1%)	29	3	9.667	0.47-197.29	0.084
生活改善できず	N=31 (91.2%)	28	3	4.667	0.32-68.03	0.225
父母育児分担せず	N=27 (79.4%)	24	3	1.333	0.12-15.20	>.999
危機の解決試行せず*	N=32 (96.7%)	29	3			0.006
ストレスの気づきと解決なし*	N=31 (93.9%)	28	3	9.333	0.46-190.64	0.090
孤立解消せず*	N=31 (93.9%)	28	3	9.333	0.46-190.64	0.090

空欄は計算不能

*予後に影響または有意差がある

<表34>親の育児家事情報の予後

	例数/全体数	虐待群	非虐待群	オッズ比	95%信頼区間	P値
母育児の問題認識なし	N=24 (53.3%)	18	6	0.316		>.999
父育児の問題認識なし	N=11 (84.6%)	9	2	1.125	0.08-16.31	>.999
全体で把握親の育児問題あり	N=35 (100%)	4	0			>.999
育児負担大きい	N=19 (28.8%)	15	4	0.250		0.347
育児知識混乱	N=19 (28.8%)	16	3	0.762		>.999
子ども嫌い	N=14 (21.2%)	12	2	1.000		>.999
育児しようとせず	N=14 (21.2%)	12	2	1.000		>.999
子の要求わかるも応えられず	N=14 (21.2%)	10	4	0.125		0.134
すぐにたたく	N=11 (16.7%)	11	0			0.157
子の要求わからず	N=10 (15.2%)	8	2	0.545		>.999
夫婦間でサポートない	N=10 (15.2%)	7	3	0.120		0.149
放置	N=9 (13.6%)	9	0			0.297
子に過度の要求	N=8 (12.1%)	8	0			0.315
事故防止配慮ない	N=7 (10.6%)	7	0			0.559
育児知識ない	N=5 (7.6%)	5	0			>.999
母の家事の問題あり	N=22 (21.8%)	19	3	1.407	0.20-9.96	>.999
近所つきあい	N=15 (7.7%)	12	3			0.523
料理	N=11 (10.9%)	9	2	0.450		>.999
日常問題処理	N=9 (8.9%)	8	1	1.454	0.11-18.90	>.999
親族つきあい	N=8 (7.9%)	6	2	0.230		0.527
清潔	N=7 (6.9%)	7	0			0.523
健康管理	N=7 (6.9%)	7	0			0.523
家計やりくり	N=6 (5.9%)	5	1	0.714		>.999
掃除	N=6 (5.9%)	6	0			0.523

空欄は計算不能

*予後に影響または有意差がある

<表35>援助・連携の予後

	例数/全体数	虐待群	非虐待群	オッズ比	95%信頼区間	P値
把握時間と機関あり	N=23 (41.8%)	20	3	1.235	0.26-5.78	>.999
複数機関の虐待判断*	N=23 (48.8%)	16	0			0.039
親との援助関係非協力的	N=16 (30.8%)	15	1	3.621	0.41-32.23	0.409
1年後チームとの援助関係非協力的	N=11 (30.9%)	11	0			0.102
1年後保健婦との援助関係非協力的*	N=13 (38.2%)	13	0			0.057
1年後家庭訪問の受け入れよくない*	N=13 (39.4%)	13	0			0.050

空欄は計算不能

*予後に影響または有意差がある

対処」新しく追加した。

今回は総合得点での判断までは検討ができなかったため、高いリスク、中くらいのリスク、低いリスクの数で判断し、中くらい以上のリスクに多くチェックされる場合は虐待の可能性が高いと判断してよいと考える。また、調査結果からネグレクトに関連する項目を多く採用しているため、これまでは把握されにくかったネグレクトが判断しやすくなっていると考えられる。

しかし、このアセスメント指標には各項目に重み付けがなされおらず、本来的には子どもの状態で虐待は判断されるべきであり、子どもの項目はウェイトが高くなるような操作が必要となる。さらに、虐待に関わる複雑な情報をこのシートに記入しようとするには各項目の内容を説明する手引きの作成等も必要であり、今後も継続して検討する必要がある。

D. まとめ

子どもの虐待の把握と評価に関して、これまで我が国ではなされていないプロスペクティブ調査を行った。

保健婦は虐待の疑いを持ちながら援助を開始していた。虐待は判断ができなければ援助が開始されないということではなく疑うことが重要であり、虐待の視点を持つことによって親の問題や子どもの問題を総合的に捉え関係機関の連携による援助を導入することが可能となる。

援助開始後1年後の状況で虐待でないと判断されていたのが19例(28.8%)と多かった。虐待でないとする理由は、援助資源の導入や要因となっている状況が解消されたことにより改善されたなどであったが、愛着行動がよい等の理由によるものもあった。虐待は子どもの症状、状態から判断する必要があることを強調する必要がある。一

<表36>保健分野の乳幼児虐待リスクアセスメント指標（案）

就学以前の乳幼児の虐待（疑い）時に記入。養育者は虐待者・非虐待者の両方。該当項目にすべて○をつけ、○がついた項目のうちでより高いリスクの項目を評価し、項目欄の左欄に○をつける。

評価項目	高いリスク	中くらいのリスク	低いリスク	不明
①虐待の判断	複数機関の判断			
②年齢	1歳以下	1歳以上		
③出生状況	多胎	低出生体重児	左記の問題なし	
④分離歴	親子分離歴あり		分離歴なし	
⑤身体状況	骨折 頭腹部外傷 首を絞められる等重大な影響の危惧	小さい傷がある たたかわれている	左記の問題なし	
⑥ケア等の状態	ケアされていない 放置 健診すべて未受診	左記の傾向あり 時々あり	特に問題なし	
⑦発育（身長・体重）	-2SD以下または50% タイル以上の低下	発育悪い 成長発育曲線からはずれる	左記の問題なし	
⑧発達	遅れあり		遅れなし	
⑨健康状態	慢性疾患 障害あり		問題なし	
⑩情緒行動問題	無(乏しい)表情 乱暴 多動 誰にでもべたべた	親の関わりによる問題・左記の傾向あり	特に問題なし	
⑪親との関係	こわがる 萎縮する なつかない おびえ	左記の傾向あり 時々あり	特に問題なし	
⑫虐待行為	行為を止める人がいない	虐待者は行為を認識している	行為を認識し改善できる	
⑬子どもへの感情	受容がない 児否定の発言 兄弟間差別	左記の傾向あり 時々あり	特に問題なし	
⑭育児行動	厳しい体罰 医療受けさせない 育児しようとしていない 発達理解ない	事故防止不足 育児負担大 育児知識の不足	左記の問題なし	
⑮子どもの問題の認識	認識せず	認識するも育児行動変えず	育児行動を変えられる	
⑯子との接触度	子は在宅で親がみている	子どもは在宅だが他に大人がいる	保育所等社会資源利用	
⑰妊娠分娩状況	望まぬ妊娠	若年の母	左記の問題なし	
⑱虐待歴	本児兄弟への虐待歴(不明含) 兄弟の不審死	過去に説明の曖昧なけが・状況	なし	
⑲被虐待歴	被虐待歴 愛されなかった思い		なし	
⑳精神・性格状態	精神状態で子を傷つける 危惧 衝動的 共感性欠	鬱的 強迫的 未熟 性格	左記の問題なし	
㉑問題への対処	危機の解決できず ストレス解消できず	左記の傾向あり 時々あり	特に問題なし	
㉒アルコール・薬物等	依存・乱用(疑い)		なし	
㉓家族の問題	夫婦の対立・混乱 夫婦間暴力 母子家庭等定形でない家族	夫婦間の不満 親との対立	左記の問題なし	
㉔経済状況	苦しい 不安定	左記の傾向あり 時々あり	特に問題なし	
㉕生活状況	地域で孤立 親族対立	友人親族等から少しサポートあり	サポートあり	
㉖保健婦援助の受け入れ	拒否 無視 変動 訪問できず	受動的	受け入れよい 普通	
計	個	個	個	

度虐待を疑った事例は、多くの問題を抱えていることが多く、虐待でないと判断されてからも何らかの形で援助はすぐにさしのべられるような地域における体制づくりが重要である。虐待でないとする判断はまた、保健婦の虐待に対する捉え方の相違である可能性があり、時代の要請に従い虐待の捉え方がより心の問題へとシフトしている現在、虐待を判断する指標が必要である。

今回の分析をふまえ、保健婦の虐待の判断の指標となるアセスメント指標の作成を行った。平成9年に報告した重症度の高い虐待を判断するのに有効なアセスメントをベースにし、児の心理的状況やネグレクトを多く把握するような項目と、親の認識、親との援助関係を評価する項目を取り入れた。このアセスメント指標の実践的検討を今後行っていく必要がある。(佐藤 拓代)

II. 医療機関受診時の状況や対応と子ども虐待の予後

A. はじめに

前回の報告¹⁾で医療機関の扱う虐待事例は年少児の身体的暴行が主で、重症や最重症が大部分であり、医療機関で虐待診断の後に在宅援助とするか施設入所などの親子分離を行うかの処遇の判断がその後の虐待再発や悪化などに重要な影響を与えることを指摘した。今回は予後に関係する要因を分析し、医療機関の受診時の状況から予後の予測と医療機関の対応の予後に対する影響を検討した。

B. 対象及び方法

大阪小児科学会会員を対象にした、アンケート調査により集計された4年間(1995年1月～1998年12月)のこども虐待例及び疑い例149例を分析した。

1. 予後の定義

医療機関受診後の患児の経過によって、全般的な予後を、「死亡」、「再発による入院または施設入所」、「再発及び悪化(入院にいたらず)」、「改善なし」、「改善あり」の5つに分類した。そして「改善あり」を死亡、悪化、再発以外で身体的虐待がなく、成長・発達・親子関係・家族機能のいずれかに改善を認めたものとした。さらに、「改善あり」を予後良に、それ以外を予後不良に区分し、経過不明例を除いた112例を分析対象とした(表37)。

全般的予後不良		
死亡		15(13.4%)
再発(入院/施設)		16(14.3%)
再発/悪化		9(8.0%)
改善なし		18(16.1%)
全般的予後良		
改善あり		54(48.2%)

また、成長、発達、親子関係及び家族機能について医療機関受診中にそれぞれの症状や問題がみられた症例の中でその後の経過が「改善あり」を予後良、「不変」及び「悪化」及び「その他」を予後不良とした。(表38)

2. 予後に関連する要因として分析した項目

予後に関連する要因として以下の項目を分析対象にした。

(1) 患児の背景に関連する項目(括弧内はn数)

性別(男:90、女:56)、年齢(0歳:47、1-3歳:50、4歳以上:49)、在胎週数(早期産:24、正期産:65)、新生児期の特別ケア(有:28、無:97)、基礎疾患(有:41、無:108)、虐待の既往(有:70、無:60)、養育者の交代(有:49、無:89)、家族構成(実父母:42、その他:78)、同胞への虐待(有:26、無:54)、養育者の問題(有:106、無:10)、家庭の問題(有:118、無:31)

<表38>成長、発達、親子関係、家庭機能の予後

	予後良 改善	予後不良			合計
		不変	悪化	その他	
成長の予後	35(85.4)	4(9.8)	2(4.9)	0	41(100%)
発達の予後	24(75.0)	4(12.5)	4(12.5)	0	32(100%)
親子関係の予後	37(43.5)	35(41.2)	6(7.1)	7(8.2)	85(100%)
家庭機能の予後	31(39.7)	33(42.3)	6(7.7)	8(10.3)	78(100%)

(2) 診断時の患児と親及び家族の状況に関連する項目

死亡の危険(有:42、無:107)、身体的後遺症の危険(有:35、無:114)、成長発育障害(有:54、無:95)、発達の遅れ(有:38、無:111)、皮膚粘膜外傷(無:74、軽症:31、中等症:31、重症:11、外傷あるが程度不明:2)、情緒行動障害(無:92、軽症:10、中等症:26、重症:19、障害あるが程度不明:2)、子供の心理問題(有:78、無:14)、親の心理問題(有:112、無:9)、虐待者の認識(自覚あり:25、その他:100)、子供を守る人(有:48、無:78)

(3) 医療機関受診後の状況、医療機関の処置に関連する項目

養育者の治療への態度(拒否・無関心:51、その他:69)、入院中のトラブル(有:73、無:50)、医療機関の親子分離に関する処遇(当初より親子分離せず:51、考慮したが分離できず:32、親子分離または施設入所中:58)、児童相談所や警察などの他機関との連携(有:130、無:14)、他機関との関係(良好:56、その他:18)、親のカウンセリングまたは子への心理療法(有:47、無:102)

3. 分析方法

統計学的な検討には統計ソフトとしてSPSS ver9.0とLogXact 4を用いて χ^2 乗検定、Fisherの正確確率法(Exact Test)及びロジスティック回帰分析を行った。

C. 結果と考察

1. 分割表からみた予後と予後要因の関係

医療機関受診後の経過は成長の改善が35例(85.4%)、発達の改善が24例(75.0%)であるのに対して親子関係の改善は37例(43.5%)、家庭機能の改善は37例31例(39.7%)と改善率はかばしくなく、それらを含んだ全般的予後の改善は48.2%であった。

これらの予後のうち、成長及び発達の予後は例数が少ないため今回の予後要因の分析から除外し、全般的予後、親子関係の予後、家庭機能の予後と予後要因との関係を分割表から検討した(表39)。

(1) 全般的予後

予後要因と全般的予後との分割表で有意に予後不良と関連していた項目は、診断時に「皮膚粘膜外傷あり」(オッズ比2.610、 $P=0.015$)、「皮膚粘膜外傷の程度」($P=0.045$)、「養育者に問題あり」(オッズ比8.632、 $P=0.031$)、「親または子への心理療法なし」(オッズ比2.476、 $P=0.030$)の4項目であった。診断時に皮膚粘膜外傷が重症であるほど予後が不良であった。

(2) 親子関係の予後

親子関係の予後不良と有意に関連していた項目は、「虐待の既往あり」(オッズ比2.917、 $P=0.036$)、診断時の「皮膚粘膜外傷の程度」($P=0.004$)、家族構成が「実父母以外」(オッズ比3.967、 $P=0.013$)、「親または子への心理療法なし」(オッズ比2.625、 $P=0.047$)の4項目であった。

(3) 家族機能の予後

家族機能の予後不良に有意に関連した項目は、「情緒行動障害あり」(オッズ比4.237、 $P=0.005$)、「情緒行動障害の程度」($P=0.022$)、「子どもに心理的問題あり」($P=0.011$)の2項目であった

以上の結果から、医療機関が虐待を診断した時点で得られた情報の中で予後と関連しているものを検討すると、全般的予後については「皮膚粘膜外傷あり」の他、「死亡の危険」、「身体的後遺症の可能性」なども統計的に有意ではなかったが予後不良に関連していた。これは、病院受診のことも虐待が身体的暴行が中心であることに関係しており、身体症状の程度がそのまま後の予後に関連することが示された。

次に親子関係の予後不良との関係では、「虐待の既往」と「皮膚粘膜外傷」や「実父母以外の家族」構成の他、有意ではないが、「基礎疾患の有無」、「養育者に問題あり」、「情緒行動障害」、「子どもの心理問題あり」などで、主として家族背景と子どもの心理・情緒の問題が関連していた。

一方、家族機能の予後には子どもの情緒行動障害、心理的問題が関連し、それらへの対応が家族機能の改善に重要であることがわかった。

また、子どもが年長であることが親子関係と家族機能の予後不良にともに関連していた。

<表39> 予後と予後要因との関係 オッズ比とP値 (Fisher exact test及びLogistic回帰分析)

説明変数		全般的予後 (不良/良)		親子関係の予後 (不良/良)		家族機能の予後 (不良/良)	
		オッズ比	P値	オッズ比	P値	オッズ比	P値
性別	女/男	0.912	0.847	1.33	0.656	1.279	0.642
年齢分類			0.914		0.116		0.113
	0歳	1		1		1	
	1-3歳	1.228	0.651	1.408	0.687	2.009	0.222
	4歳以上	1.193	0.712	3.14	0.083	3.529	0.039*
週数分類	早期産/正期産	1.031	1	0.866	1	0.598	0.546
新生児の特別ケア	有/無	0.9	1	0.878	0.805	0.915	0.534
基礎疾患の有無	有/無	0.905	0.837	2.175	0.155	2.13	0.154
被虐待の既往	有/無	0.944	1	2.917	0.036*	1.929	0.225
養育者の交代	有/無	1.512	0.402	0.955	1	0.792	0.805
死亡の危険	有/無	1.927	0.153	0.711	0.608	0.747	0.605
身体後遺症	有/無	2.057	0.138	1.988	0.231	1.099	1
成長発育障害	有/無	0.522	0.121	1.467	0.511	1.445	0.492
発達の遅れ	有/無	0.522	0.142	1.074	1	1.385	0.626
皮膚粘膜外傷の有無	有/無	2.61	0.015	0.692	0.509	0.754	0.64
皮膚粘膜外傷の程度			0.045*		0.004*		0.169
	無	1		1		1	
	軽	2.404	0.118	0.224	0.029*	0.332	0.135
	中	1.63	0.533	0.768	0.904	1.169	1
	重症	6.396	0.027*	6.831	0.054	2.88	0.624
情緒行動障害の有無	有/無	0.563	0.173	2.007	0.131	4.237	0.005*
情緒行動障害の程度			0.489		0.504		0.022*
	無	1		1		1	
	軽	0.567	0.738	2.059	0.706	1.793	0.875
	中	0.678	0.616	1.894	0.406	5.489	0.018*
	重症	0.454	0.253	2.063	0.369	4.325	0.06
子供の心理問題	有/無	1.111	1	4.462	0.353	計算不能*	0.011*
親の心理問題	有/無	1.274	1	1.176	1	0.724	1
家族構成	その他/実父母	1.71	0.268	3.967	0.013*	1.535	0.451
同胞への虐待	有/無	0.697	0.592	1.174	1	1.905	0.522
養育者の問題	有/無	8.632	0.031*	7.448	0.052	1.565	0.676
家庭の問題	有/無	0.811	0.79	1.333	0.724	計算不能*	-
虐待者の認識	その他/自覚有り	0.981	1	0.705	0.596	0.401	0.165
子供を守る人	有/無	0.989	1	0.692	0.488	0.519	0.225
治療への態度	拒否・無関心/ その他	1.695	0.288	1.855	0.234	1.841	0.307
入院中のトラブル	有/無	0.708	0.418	0.818	0.813	1.457	0.613
診断後の処遇			0.136		0.363		0.353
	①親子分離を 考慮しても分 離できず	2.573	0.071	0.5	0.218	0.421	0.149
	②親子分離せ	2.142	0.102	0.5	0.2	0.574	0.338
	③親子分離・施 設入所中	1		1		1	
	分離(③)/不分 離(①+②)	0.435	0.064	2	0.17	2.01	0.222
他機関との連携	無/有	0.469	0.359	1.006	1	0.844	1
他機関との関係	良以外/良	2.095	0.278	1.625	0.558	2.087	0.26
親・子への心理療法	無/有	2.476	0.030*	2.625	0.047*	1.44	0.491

計算不能*: 分母が0であるため計算不能 P値*: P<0.05

2. 医療機関の対応と予後

(1) 医療機関の対応の予後に対する影響

予後を目的変数とし、親子分離に関する処遇、他の機関との関係、親や子への心理療法の3項目を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。そして単変量回帰による粗オッズ比と患児の性、年齢、診断時重症度(表40)で調整した調整オッズ比を算出した。

重症		
死亡の危険	33 (29.5%)	
身体的後遺症	22 (19.6%)	
発達発育情緒障害	40 (35.7%)	
軽症	17 (15.2%)	

①親子分離に関する処遇

医療機関で虐待の診断後、親子分離を考慮し分

離した例(施設入所中も含めて)は58例(41.1%)、当初、分離を考慮しても分離できなかった例が32例(22.7%)、当初より分離を考慮しなかった例は51例(36.2%)であった。

ロジスティック回帰分析の結果、性、年齢、診断時重症度にかかわらず全般的予後に関して「当初、分離を考慮したが分離できず」の方が「親子分離した」より予後不良の傾向(調整オッズ比2.8774(P=0.0621))があり、同様に「当初より親子分離を考慮せず」の方が「親子分離した」より予後不良の傾向(調整オッズ比2.5999 P=0.0893)があった(表41)。一方、親子関係の予後や家族予後の予後については統計的有意ではないが、いずれも「親子分離」に対して「親子分離せず(分離できずと分離せず)」のオッズ比が1以下で、全般的

<表41>医療機関受診後の処遇と予後

	粗オッズ比*1	95%信頼区間		P値	調整オッズ比*2	95%信頼区間		P値
		下限	上限			下限	上限	
全般的予後	n=105				n=101			
分離考慮し分離・施設入所中	1.0000				1.0000			
分離考慮したが分離できず	2.5733	0.9228	7.1764	0.0709	2.8774	0.948	8.7333	0.0621
親子分離せず	2.1416	0.8604	5.3311	0.1017	2.5999	0.8634	7.8282	0.0893
親子関係の予後	n=82				n=80			
分離考慮し分離・施設入所中	1.0000				1.0000			
分離考慮したが分離できず	0.5001	0.166	1.5057	0.2181	0.432	0.1256	1.4865	0.1831
親子分離せず	0.5001	0.1731	1.4443	0.2003	0.5063	0.1344	1.9071	0.3144
家族機能の予後	n=75				n=73			
分離考慮し分離・施設入所中	1.0000				1.0000			
分離考慮したが分離できず	0.4211	0.13	1.3635	0.1491	0.3181	0.0805	1.2564	0.1022
親子分離せず	0.5742	0.1846	1.7859	0.3379	1.1900	0.2564	5.5221	0.8242

粗オッズ比*1:単変量解析によるオッズ比

調整オッズ比*2:性、年齢、診断時重症度を組込んだ多変量解析によるオッズ比

<表42>他機関との関係と予後

	粗オッズ比*1	95%信頼区間		P値	調整オッズ比*2	95%信頼区間		P値
		下限	上限			下限	上限	
全般的予後	n=73				n=71			
関係良好	1.0000				1.0000			
その他	2.0952	0.7077	6.2032	0.1817	2.4429	0.6597	9.0462	0.1812
親子関係の予後	n=65				n=63			
関係良好	1.0000				1.0000			
その他	1.6250	0.5031	5.2491	0.4171	1.4064	0.3312	5.9723	0.6439
家族機能の予後	n=60				n=58			
関係良好	1.0000				1.0000			
その他	2.087	0.6266	6.9506	0.2307	2.3843	0.5155	11.028	0.2662

粗オッズ比*1:単変量解析によるオッズ比

調整オッズ比*2:性、年齢、診断時重症度を組込んだ多変量解析によるオッズ比

予後とは逆の結果であった。

②他機関との関係

児童相談所や警察などの他機関との良好な関係と各予後への影響について分析したが、「良好以外」の粗オッズ比と調整オッズ比は、「良好な関係」に対してともに1以上でいずれも予後不良と関連しているようであったが、統計的有意ではなかった(表42)。

③親または子への心理療法

親または子への心理療法(親のカウンセリングまたは子への心理療法)は19施設(70.4%)、47例(31.5%)に行われていた。その内訳は子への心理療法は10施設(37.0%)で19例(12.8%)、親へのカウンセリングは17施設(63.0%)で36例(24.2%)であった。

この親や子への心理療法と全般的予後の関連をみると性、年齢、診断時重症度にかかわらず「心理療法なし」の方が「心理療法実施」より予後不良に有意に関連(調整オッズ比2.6956 $P=0.0258$)していた(表43)。また親子関係の予後についても、同様に「心理療法なし」の方が予後不良に有意に関連(調整オッズ比3.0040 $P=0.0371$)していた。

次に虐待者の認識や治療に対する態度を説明変数に組込んだ調整オッズ比では、全般的予後と親

子関係の予後のいずれも、P値は大きくなるものの粗オッズ比と大差がなく、親や子へ心理療法の予後に対する効果は虐待者の認識や治療に対する態度によってあまり影響されないことが推測された。

(2) 親子分離に関する医療機関の方針について親子分離を考慮しなかった例のその後の予後を検討してみると、在宅援助で改善できると判断し親子分離をしなかったがその後の予後が不良であったものについて、全般的予後の不良は33.3%(8例:不変3、悪化・死亡5)、親子予後の不良例は31.4%(5例:不変4、悪化・死亡1)、家族機能の予後の不良例は46.7%(7例:不変6、悪化1)であった(表44)。

このように在宅援助による改善を期待しても全般的予後や親子関係や家族機能の改善がよくないものは少なくなく、親子分離の判断の難しさが示された。

次に親子分離を考慮した理由とその後の予後の関係を検討した(表45)。

それによれば、こどもに生命の危険があるため親子分離を考慮しても、親の反対などで分離できなかったものの方が実際に分離できたものより全般的予後が不良の傾向があり($P=0.071$)、さらに、

<表43>親又は子への心理療法と予後

	粗オッズ比*1			P値	調整オッズ比*2			P値	調整オッズ比*3			P値
	粗オッズ比*1	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限		調整オッズ比*2	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限		調整オッズ比*3	95%信頼区間 下限	95%信頼区間 上限	
全般的予後	n=109				n=105				n=90			
心理療法実施	1.0000				1.0000				1.0000			
心理療法なし	2.4761	1.1146	5.5006	0.0260	2.6956	1.1274	6.4452	0.0258	2.1302	0.8623	5.2635	0.1012
親子関係の予後	n=85				n=83				n=71			
心理療法実施	1.0000				1.0000				1.0000			
心理療法なし	2.6247	1.0833	6.3593	0.0326	3.004	1.0681	8.4485	0.0371	2.7615	0.9826	7.7607	0.0540
家族機能の予後	n=78				n=76				n=64			
心理療法実施	1.0000				1.0000				1.0000			
心理療法なし	1.4399	0.5788	3.5821	0.4330	1.7461	0.5954	5.1207	0.3099	1.5615	0.5238	4.6547	0.4239

粗オッズ比*1:単変量解析によるオッズ比

調整オッズ比*2:性、年齢、診断時重症度を組込んだ多変量解析によるオッズ比

調整オッズ比*3:虐待者の認識、治療に対する態度を組み込んだ多変量解析によるオッズ比

子に重度情緒または心身障害が理由で分離を考慮した場合も、分離できなかったものの方が分離できたものより全般的予後が不良であった ($P=0.020$)。

このことから生命の危険や、重度情緒または心身障害などの理由の場合、親子分離が必要であり、親を説得すると同時に、親の同意が得られなくても親子分離できる法的対応が円滑に行える体制を構築する必要がある。

3. 患者背景、診断時の状況、医療機関受診後の経過から予後を予測するモデルの構築

各予後を目的変数とし、予後に関連する諸要因を説明変数として組込んだロジスティック回帰分析によって予後を予測するモデルを検討した。

最適モデル構築のための説明変数の選択は、事象数の極端に少ない説明変数を除外した後、統計ソフトSPSSを使った尤度比による変数増加法によって自動的に選択された変数を参考に、臨床的な意義も加味しておこなった。また説明変数の組合せによって、欠損値が非常に多くなる場合には、各説明変数のP値や尤度比の変化などから手作業で選択した。

(1) 全般的予後

選択された予後要因は「皮膚粘膜外傷」、「養育者の交代」、「身体的後遺症の危険」、「虐待診断後の処遇」、「親または子への心理療法」の5項目であり、皮膚粘膜外傷と診断後の処遇、親・子への心理療法のP値が低かった (表46)。

それによる判別の結果は感度(予後良症例の中で予後良と判別できた割合)は74.51%、特異度(予後不良症例の中で予後不良と判別できた割合)は68.09%であった。

(2) 親子関係の予後

選択された要因は「基礎疾患」、「虐待の既往」、「身体的後遺症の危険」、「中等症以上の皮膚粘膜外傷」、「情緒行動障害」、「家族構成」、「親または子への心理療法」の7項目で判別結果は感度87.88%、特異度79.31%であった (表47)。各要因のP値は低く、判別の成績は比較的良好であった。

(3) 家族機能の予後(表12)

選択された要因は「基礎疾患」、「情緒行動障害」、「虐待者の認識」、「治療態度」、「虐待診断後の処遇」、「親または子への心理療法」の6項目で判別結果は感度72.00%、特異度81.08%であった (表48)。情緒行動障害と診断後の処遇のP値が低かった。

D. まとめ

親子の分離が全般的予後の改善に関係していることが今回の調査で明らかになり、親子の分離は子どもの虐待に対応していくために必要な手段であることが示された。そのためには虐待を受け、心身に多様な症状をもつ子どもを親から分離して治療的かわりのできる適切な施設や里親制度の充実が望まれる。

しかし一方で、親子分離は親子関係や家族機能の改善には結びつかないことも明らかになった。

<表44>親子分離をしない理由と予後

分離考慮しない理由	全般的予後			親子関係予後			家族機能予後		
	良	不良	小計	良	不良	小計	良	不良	小計
在宅援助で改善期待	16	8	24	13	5	18	8	7	15
患児が重症	0	8	8	0	0	0	0	0	0
その他	3	7	10	1	3	4	3	3	3
分離方法わからず	0	1	1	0	1	1	0	1	1
総計	19	24	43	14	9	23	11	11	19

<表45>親子分離の考慮理由と全般的予後

考慮結果	生命の危険*1		この重度情緒障害・心身障害*2		家庭の養育機能低い		親の情緒不安定	
	予後良	予後不良	予後良	予後不良	予後良	予後不良	予後良	予後不良
分離・施設入所	14	0	8	3	9	2	3	3
分離できず	3	8	1	7	7	2	3	5

*1 $P=0.071$ *2 $P=0.020$

<表46> 全般的予後の予測モデル (N=98)

回帰式の係数

説明変数	回帰係数	標準誤差	Waldの χ^2 値	自由度	P値	偏相関 係数	Exp(回帰 係数)
皮膚粘膜外傷 (1:あり, 0:なし)	1.0512	0.4782	4.8329	1	0.0279	0.1445	2.8611
養育者の交代 (1:あり, 0:なし)	0.6150	0.4948	1.5448	1	0.2139	0.0000	1.8496
身体的後遺症の危険 (1:あり, 0:なし)	0.9570	0.5486	3.0426	1	0.0811	0.0877	2.6038
診断後処遇(1:親子分離・ 施設入所中, 0:分離せず)	-1.0440	0.5051	4.2719	1	0.0387	-0.1294	0.3520
親・子心理療法 (1:未実施, 0:実施せず)	1.2587	0.4930	6.5187	1	0.0107	0.1825	3.5210
定数	-1.5344	0.5410	8.0441	1	0.0046		

判別表

		期待度数 (判別結果)			計	
		予後良	予後不良	計		
観測度数	予後良	38	13	51	74.51%	感度 特異度
	予後不良	15	32	47	68.09%	
計		53	45	98	71.43%	

<参考> 表の見方

$Z = 1.0512 \times \text{皮膚粘膜外傷有り} + 0.6150 \times \text{養育者の交代} + 0.9570 \times \text{身体的後遺症の危険} - 1.0440 \times \text{診断後処遇} + 1.2587 \times \text{親・子心理療法} - 1.5344$ としてZが正のとき、

$$\text{確率 } p = \text{EXP}(Z) / (\text{EXP}(Z) + 1)$$

確率pが0.5以上となり予後不良と判別される。

<表47> 親子関係の予後の予測モデル (N=62)

回帰式の係数

説明変数	回帰係数	標準誤差	Waldの χ^2 値	自由度	P値	偏相関 係数	Exp(回帰 係数)
基礎疾患 (1:あり, 0:なし)	0.9429	0.7170	1.7293	1	0.1885	0.0000	2.5673
虐待の既往 (1:あり, 0:なし)	1.4734	0.7094	4.3141	1	0.0378	0.1643	4.3639
身体的後遺症の危険 (1:あり, 0:なし)	1.4863	0.8950	2.7579	1	0.0968	0.0940	4.4208
皮膚粘膜外傷 (1:中等症以上, 0:軽症以下)	1.3306	0.9654	1.8994	1	0.1681	0.0000	3.7831
情緒行動障害 (1:あり, 0:なし)	2.2340	0.7978	7.8413	1	0.0051	0.2611	9.3371
家族構成 (1:実父母以外, 0:実父母)	1.5315	0.7625	4.0339	1	0.0446	0.1541	4.6249
親・子心理療法 (1:未実施, 0:実施)	1.4427	0.7045	4.1929	1	0.0406	0.1600	4.2319
定数	-4.1768	1.0669	15.327	1	0.0001		

判別表

		期待度数 (判別結果)			計	
		予後良	予後不良	計		
観測度数	予後良	29	4	33	87.88%	感度 特異度
	予後不良	6	23	29	79.31%	
計		35	27	62	83.87%	

<表48> 家族機能の予後の予測モデル (N=62)
回帰式の係数

説明変数	回帰係数	標準誤差	Waldの χ^2 値	自由度	P値	偏相関 係数	Exp(回帰 係数)
基礎疾患 (1:あり, 0:なし)	1.1637	0.7347	2.5087	1	0.1132	0.0780	3.2018
情緒行動障害 (1:あり, 0:なし)	1.4751	0.6892	4.5808	1	0.0323	0.1757	4.3714
虐待者の認識 (1:その他, 0:自覚あり)	-1.6911	1.0107	2.7999	1	0.0943	-0.0978	0.1843
治療態度 (1:拒否無関心, 0:その他)	1.4328	0.7353	3.7977	1	0.0513	0.1466	4.1906
診断後処遇(1:親子分離・ 施設入所中, 0:分離せず)	1.6492	0.7398	4.9704	1	0.0258	0.1885	5.2031
親・子心理療法 (1:未実施, 0:実施せず)	0.7876	0.6668	1.3950	1	0.2376	0.0000	2.1981
定数	-0.8609	0.8852	0.9459	1	0.3308		

判別表

		期待度数 (判別結果)				
		予後良	予後不良	計		
観測度数	予後良	18	7	25	72.00%	感度 特異度
	予後不良	7	30	37	81.08%	
計		25	37	62	77.42%	

この結果は分離した後、子への援助は進むが家族再構築に向けた援助が十分になされておらず、分離してしまうと親子が疎遠になっていくことの現れだと考えられる。今後は家族の再統合にむけて、親子関係や家族機能の改善が得られるよう取り組む体制が構築されることが重要である。

次に、虐待者の虐待に対する認識や治療意欲にかかわらず、親や子どもへの心理療法が全般的予後や親子関係の改善に有効であることが判明した。親の態度より医療機関が心理療法を提供できるかどうか重要である。

しかしながら今回の調査では心理療法は31.5%にしか行われていなかったことから、心理療法が十分に可能な施設は限られているのが現状である。今後心理療法を医療機関で行うためには、医師だけでなく臨床心理士やケースワーカーの関与が必要であり、これらの職種育成と心理治療に対する経済的に保障される体制作りが求められている。

さらに、在宅援助による改善を期待し親子分離を考慮しなかった群で、親子分離した群よりも全般的予後不良の傾向がみられたことは、現在の分離を考慮する基準を再考する必要性を示している。

今回の調査では、「皮膚粘膜外傷の程度」、「養育者の問題あり」、「心理療法なし」、「虐待の既往

あり」、「家族構成が実父母以外」、「子どもに情緒行動障害や心理问题あり」が、予後不良に有意に関連していることが判った。また、多変量解析によって予後予測モデルの検討も試みた。今回は後方視的データであるため予測式をそのまま適用できないが、予後に関連するいくつかの要因を選択することが出来た。

これらの点を踏まえて今後、医療機関で遭遇する重症な虐待児に対する親子分離など処遇の決定に有効で実用的なアセスメント指標を検討していく必要がある。
(泉谷 徳男)

最後に、調査にご協力いただいた栃木県・群馬県・和歌山県・大阪府・大阪府下市町村の保健婦(士)と、大阪小児科学会の皆様に深くお礼申し上げます。

研究協力者

納谷 保子 元大阪府立病院小児科部長
鈴木 敦子 大阪大学医学部保健学科教授

研究協力

「重症化・再発防止の技法」検討会議委員
北川 幸子 吹田市立保健センター
西岡美砂子 枚方市立保健センター

中西 眞弓 大阪府四条畷保健所
 大阪小児科学会地域医療委員会
 泉谷 徳男 国立大阪南病院
 入江 紀夫 入江診療所
 尾崎 元 大阪市立総合医療センター
 小野 厚 済生会泉尾病院
 高松 勇 大阪府立羽曳野病院
 田中 英高 大阪医科大学
 西野 昌光 愛仁会 高槻病院
 林 敬次 高槻赤十字病院
 平田 良 NTT西日本大阪病院
 山本 秀彦 大阪赤十字病院

文献

- 1) 小林美智子；保健医療機関における子どもの虐待の重症度と援助。厚生科学研究，虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域の推進体制の構築に関する研究平成 11 年度研究報告書。2000.
- 2) 小林美智子，佐藤拓代、他；母子保健分野における子どもの虐待重症度の評価。厚生省心身障害研究，効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究平成 9 年度研究報告書。1998.
- 3) 小林美智子；保健医療機関における重症度アセスメントについて—再発防止のための重症度評価と援助指針—。厚生科学研究，虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域の推進体制の構築に関する研究平成 10 年度研究報告書。1999.
- 4) 加藤曜子、佐藤拓代；重症度判断と危険度について。子どもの虐待とネグレクト。Vol.2 No.1 (79-85)。2000.
- 5) 厚生統計協会；厚生 の 指標。Vol.47 No.9 2000.
- 6) 恩賜財団母子愛育会；平成 10 年度版全国子育てマップ。1999.
- 7) 大阪児童虐待調査研究会；被虐待児のケアに関する調査報告書。1989.
- 8) 大阪児童虐待研究会；大阪の乳幼児虐待—被虐待児の予防・早期発見・援助に関する調査報告書一。1993.
- 9) 大阪児童虐待研究会；子どもの虐待予防にむけて—大阪府保健所における養育問題への援助実態一。1998.
- 10) 小林美智子，他；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—。厚生省心身障害研究，効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究平成 8 年度研究報告書。1997.
- 11) 佐藤拓代，他；虐待により生じている子どもの虐待に対する母の認識。第 47 回日本小児保健学会講演集。2000.
- 12) Bross DC, Krugman RD, Schmitt BD, et al ; The new child protection team Handbook. New York London. 1988.

大阪児童虐待研究会メンバー

赤井 計洋：大阪府健康福祉部児童福祉課・ケースワーカー
 井上 重蔵：高鷲学園・児童養護施設長
 石田 雅弘：大阪市中央児童相談所・児童福祉司
 今井 龍也：堺市保健所・医師
 漆葉 成彦：大阪府立こころの健康総合センター・医師
 岡本 正子：大阪府中央子ども家庭センター・医師
 郭 麗月：桃山学院大学・医師
 桂 浩子：東大阪市家庭児童相談室・相談員
 上向井節子：堺市北保健センター・保健婦
 亀岡 智美：大阪府立中宮病院松心園・医師
 楠本 高敏：児童虐待防止協会・元調査官
 朽木 悦子：大阪市環境保健局健康推進部・保健婦
 曾田 俊子：大阪市中央児童相談所・児童福祉司
 千葉 郁子：東大阪市児童部保育研究室・保母
 鶴田満由美：大阪市西保健センター・保健婦
 津崎 哲郎：大阪市中央児童相談所・児童福祉司
 内藤 早苗：五月法律事務所・弁護士
 中西 眞弓：大阪府四条畷保健所・保健婦
 西澤 哲：大阪大学人間科学部・心理
 長谷 豊：大阪市生野保健センター・医師
 根来 憲仁：大阪府中央子ども家庭センター・心理
 浜田 雄久：なにわ共同法律事務所・弁護士
 東本トヨミ：東大阪市立盾津東中学校・教諭
 平井 悦子：大阪府茨城保健所摂津支所・保健婦
 平田 佳子：児童虐待防止協会・ケースワーカー
 藤田 迪代：大阪府岸和田保健所・保健婦
 藤本 勝彦：和泉幼児院・児童養護施設長
 前田 研史：神戸女子大学文学部・心理
 前田 徳晴：救世軍希望館・児童養護施設長
 峯本 耕治：長野法律事務所・弁護士
 松浦 玲子：大阪府岸和田保健所・医師
 森口由美子：大阪府立桃谷高校・教諭
 森岡 幸子：大阪府健康福祉部地域保健課・保健婦
 八木安理子：枚方市家庭児童相談室・相談員
 山本裕美子：大阪府枚方保健所・保健婦
 輪木 恵子：大阪府中央子ども家庭センター・児童福祉司
 事務局

小林美智子：大阪府立母子保健総合医療センター・医師
納谷 保子：元大阪府立病院・医師
鈴木 敦子：大阪大学・看護婦
佐藤 拓代：大阪府富田林保健所・医師
峯川 章子：大阪府和泉保健所・医師
入山 晶：大阪府立母子保健総合医療センター・医師
上野 昌江：大阪府立看護大学・保健婦
折井由美子：大阪府立母子保健総合医療センター・保健婦
山田 和子：国立公衆衛生院・保健婦
北川 幸子：吹田市保健センター・保健婦
西岡美砂子：枚方市保健センター・保健婦
河原寿賀子：大阪府立母子保健総合医療センター・保健婦
樫本 文子：大阪府立母子保健総合医療センター・メディカルシ
ャリ-カ-
藤江のどか：大阪府立母子保健総合医療センター・メディカルシ
ャリ-カ-
榎木野裕美：大阪大学医学部保健学科・看護婦
河上 智香：大阪大学医学部保健学科・看護婦
才村 真理：帝塚山大学・元児童福祉司
加藤 曜子：児童虐待防止協会・電話相談員
濱家 敦子：児童虐待防止協会・電話相談員
中農 浩子：大阪府立母子保健総合医療センター・心理
山本 悦代：大阪府立母子保健総合医療センター・心理

「虐待の予防、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」

分担研究報告書

虐待予防のための連携のあり方と援助方法 病院－保健所連携の構築に関する検討 その3

分担研究者 柳川敏彦 和歌山県立医科大学小児科講師

小池通夫 和歌山県立医科大学小児科名誉教授

研究要旨 児童虐待の予防を目的とした医療機関と保健所との連携を確立するため、具体的方法の作成、検討を行なった。Ⅰ. 新生児部門では、新生児育成医療を介した連携の強化が、虐待発生予防に結びつくと考え、病院側で①育成医療意見書作成時のインフォームド Consent、②退院時連絡票作成の徹底を行ない、保健所側では③保健婦自宅訪問でのチェックリスト票の作成と④病院への文書による返信を検討した。Ⅱ. 一般病棟では、入院児を対象とし、要援助者の抽出に重点を置き、⑤子ども、養育者、家族環境の観点でのアセスメントをすること、⑥保健福祉相談部門の利用が援助すべき児童、家族の把握に役立つことが示された。

A. 研究目的

平成10年度は、「医療機関と保健所の連携の実態把握」を目的に、和歌山、大阪、栃木、群馬の4府県病院調査の結果、虐待群で72.4%、ハイリスク・疑い群で85%の連携が行われていることが判明し、連携後の援助方法として、保健婦の自宅訪問や、保健婦の入院児童への病院訪問があげられた。さらに虐待ハイリスク群・疑い群の児における要因として低出生体重児が高率であった。

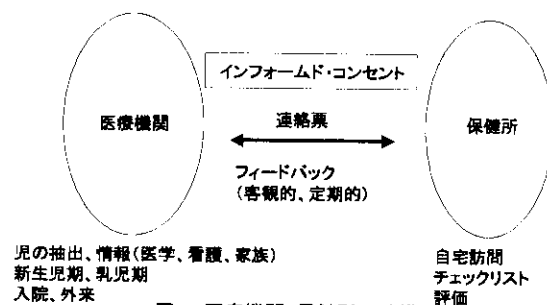
平成11年度は「低出生体重児・病的新生児を対象とした病院－保健所連携の実態把握」を目的に、NICU（新生児集中治療室）入院児の退院連絡票の活用状況を調査した結果、病院から保健所への連絡は66.7%で、保健所から病院への連絡は82.8%であった。病院側では、出生体重2500g以上の児、NICUから一般病棟を経由して退院した児などの退院連絡票が作成されなかった理由としてあげられ、保健所側からは文書による返信票がない、あるいは返信書式が病院により違う、主観的な返信内容が多いなどの問題点が明らかになった。しかし、NICU－保健所連携システムの利用が、虐待ハイリスク・疑い群の把握と援助法の作成に有用であることが示された。

以上の経緯をもとに、「要援助者の把握と援助法の確立」を目的に、

- Ⅰ. 新生児部門で行われているシステムの整備
- Ⅱ. 一般病棟と保健所連携の試案作成 の2点について検討を行う。

B. 研究方法（連携の概念 図1）

- Ⅰ. 新生児部門におけるシステムの整備として、
 1. インフォームド・ Consent (同意書)の作成
 2. 出生連絡票の作成の院内徹底化
 3. 家庭訪問連絡票の作成 について検討した。
- Ⅱ. 入院児の要援助者把握として
 1. 入院児を対象とした家族機能評価（アセスメント）
 2. 保健所における連絡児童に対する取り扱い方法
 3. 病院福祉部門の利用 について検討した。



C. 研究結果

I 新生児部門

I-1. インフォームドコンセント(同意書) (図2)

連携への第1歩は、家族の参加である。病院、保健所によるそれぞれの連絡票の目的は、児の状態を共有し、児、家族にとって必要なサービス、援助を早期に提供することである。家族の周知のないところでの情報の交換は、その後援助拒否の可能性を持ち、地域での孤立化につながる。病院→保健所の連絡票の送付にあたり、従来口答で行っていた内容を、文書化した同意書を作成した。

I-2. 出生連絡票(図3) 病院→保健所

厚生省児童家庭局母子保健課監修の母子保健マニュアルに準拠した出生連絡票を利用した。

昨年度までの問題点改善のため、未熟児育成医療意見書を作成した新生児以外の児についても出生連絡票を作成すること、一般病棟への転棟の可能性のある児については、転棟までに作成することなどの徹底を行い、NICU入院新生児は、死亡例を除いて全例、保健所への連携が行われるようになった。しかし、児が死亡した場合は、母親や家族への精神的サポートは必要で、今後連携対象としたい。

I-3. 家庭訪問連絡票(図4) 保健所→病院

保健婦による家庭訪問連絡票を作成し、文書による病院への返信方法を検討した。新生児期に限定せず、乳幼児への利用も可能である。保健婦は、児の状態や家族状況をチェック方式で漏れなく、同一の方法で把握でき、客観的な内容がフィードバックされる。さらに具体的な援助方法を導くことができると思われる。母親の育児不安、育児ストレスや夫婦仲、経済状態など1回訪問で把握困難な内容も含まれ、項目内容は、今後の検討を要する。

II. 一般病棟

II-1. 家族機能アセスメント

一般病棟入院児を対象とした家族機能評価を行なった。入院児が短期である場合、詳細な評価の時間がないことも多く、評価不能例が予想されるため、以下の手順が考案された。

1. 入院時の看護基本表の作成：病院で行なわれて

いるシステムを有効に利用する。入院児は、看護方針決定のため、全例を対象に院内統一の基本表が作成される。項目は、児についての身体的内容、栄養、排泄、運動、知覚、感情などと、両親および家族状況など多岐にわたる。

2. アセスメント連絡票(図5)：上記作業と同時に、詳細なアセスメントを行なうかどうか、入院時、入院1週間目、退院時(長期の場合1ヵ月め、以後適宜)について行ない、記録として保存する。症例の漏れを防止するためのステップである。

3. アセスメントチェックリストの作成(図6)：児、養育者、家族・環境の3つのフレームワーク(図7)に基づいたチェックリストである。やはり、短期入院では把握困難な項目を含むが、項目内容を理解することで、職員への研修効果が期待できる。

4. 保健所への連絡：要援助児と判断した場合、保健所連絡を行ない、保健婦による自宅訪問を依頼する。退院後の地域での援助を円滑化する目的で、入院中に保健婦の来院を依頼する事例も存在する。

以上の手順を行なった結果、平成12年9月1日から2月28日までの6か月間に和歌山県立医科大学の入院児288名中、33名(11.5%)の援助が必要な児の内部報告がなされた。年齢は、0歳が13名(39.4%)、1歳8名(24.2%)と乳幼児が多く、疾患は先天性心疾患が、18名(54.5%)と高率であった。この他、基礎疾患は多岐にわたるが、染色体異常、奇形症候群、精神発達遅延、自閉障害、糖尿病などが目立った。また、火傷、頭蓋内出血、溺水などの救急疾患も注目された。

II-2. 保健所での連絡児に対する取り扱い

病院からの連絡に対して保健所の対応手順の試案を示す。

1. 病院からの連絡票の受理

2. 児および家族情報の確認、追加：病院からの連絡に対し、乳幼児健康診査票を利用し、確認、追加を行なう。保健所では健診時期における経時変化が確認されたり、健診受診状況も確認される。

3. 自宅訪問：原則として自宅訪問を実施し、児および家族の状況把握を行ない、育児に対する助言を行なう。

4.返信票の作成と援助方法：病院に対し、把握内容を返信すると共に、機関で可能な援助内容の検討を行ない、実施する。

II-3. 保健福祉相談センターの利用

平成11年6月に和歌山県は、県立医大病院内に和歌山県子ども保健福祉相談センターを設置した。相談事業や疾病に関する講演会、講習会などを施設内外で展開している。平成11年6月1日から平成12年11月30日の期間、来所相談件数は81件であった。入院中の相談は28件(31.6%)、外来通院は46件(56.8%)、その他7件(8.6%)であった。相談内容は、疾病そのものや専門家の紹介希望、家族会の問い合わせの他、福祉制度・医療費給付制度についてや精神面の相談など多岐にわたっている。81件中、24件(うち虐待疑いは8件)は保健所に、8件(うち虐待疑いは7件)は児童相談所に事後援助の依頼を行なった。重複を除く被虐待のおそれのある児童は、10名で、うち2名について複数機関出席のケースカンファレンスを行なった。看護婦や医師の現場では出てこない相談内容があることや、ソーシャルワーク的な対応の必要性が浮かび上がる。

D. 考察

NICU部門および一般小児病棟の入院児を対象に、病院一保健所連携の方法について検討を行なった。いずれも虐待ハイリスク群の段階で、援助が必要と思われる児および家族への対応が目的である。虐待発生予防の観点からは、一次予防、二次予防の対応を考えたものであるが、まったく問題がないと思われた家族で後に虐待が発生したり、さらにはすでに虐待が発生していたのかかわらず、把握ができなかった経験も少なくない。3年間の研究を通じて、我々が試みたのは、病院側が関係したすべての児、家族に対してできうる限り、眼を向ける方法についての検討である。

NICU部門は、すでに養育医療を介しての保健所連携が先行し、十分な効果が認められている。虐待への対応も、現行の制度活用が効率的であると思われる。1.入院新生児全員の連絡票の作成、2.自宅訪問における児と家族の客観的把握、3.病院への文書による返信を実行することが効果的

な援助につながると思われた。連絡票作成と保健所への送付について、両親(養育者)の参加と同意が今後不可欠と思われ、文書による同意書を作成した。

一般病棟では、ハイリスク群の把握が課題である。ハイリスク群抽出のため、家族機能評価というアセスメントの概念を検討した。本来は、子ども、養育者、家族・環境の3側面によるチェックリストの活用が望ましいと思われるが、時間的制約による困難さに直面した。入院児全員に作成される看護基本表を利用し、入院時、入院早期、退院時の時点で詳細なアセスメントを行なうかどうかの判断を行なう方法を選択した。この結果、後方視的な要援助者の把握が、前方視的に行なわれ、約10%の入院児および家族に眼を向ける機会が得られた。

保健福祉相談部門の設置に伴い、養育医療、育成医療、身体障害手帳、療育手帳などの行政福祉サービスの相談を契機に、要援助者の把握が行なわれた。相談者自身からの悩みなど、より具体的な内容把握がなされ、ソーシャルワーク的アプローチの必要性が示唆された。

E. 結論

家族機能評価(アセスメント)という概念を導入することは、児および家族の状況把握と援助法の方向性の検討に有用であった。問題点として、一般家族やハイリスク群という虐待予備群の段階での機関間の情報共有、情報連絡はプライバシーに関わる事象と思われる。解決方法として、インフォームドコンセントの導入が必須であると思われた。継続的な援助を行なうために、関連機関の養育者に対する認識は、両親と一緒に歩んでいくというパートナーシップとしての認識が、将来必要になると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

・柳川敏彦、下山田洋三、紀平省悟、南弘一、崎山美知代、北野尚美、小池通夫、前田哲也、市川光太郎、峯本耕治：メディカルネグレクトの対応について 子どもの虐待とネグレクト 2:101-110, 2000

- ・北野尚美、柳川敏彦、南弘一、小池通夫：Shaken baby syndromeで発生し、身体的虐待が防ぎえなかった一例子どもの虐待とネグレクト 2:164-170, 2000
- ・柳川敏彦、小池通夫、下山田洋三：子どもの虐待 発見と対応—医療現場から① チャイルドヘルス 3:15-18, 2000
- ・柳川敏彦：子どもの虐待における保育所の役割を考える発見と対応 保育の友 48:11-16, 2000

2. 学会発表

- ・北野尚美、柳川敏彦、南弘一、吉川徳茂：1か月健診で発見された体重増加不良の6例第6回日本こどもの虐待防止研究会、名古屋市2000年12月
- G. 知的所有権の状況 なし

共同研究者

北野尚美、南弘一、下山田洋三、紀平省吾、吉川徳茂

図2. インフォームド・コンセント

お子様がNICU（新生児集中治療室）に入院されたお父様お母様へ

養育医療意見書及び未熟児出生連絡票の記載についての説明

和歌山県立医科大学周産期部

主治医 _____

担当看護婦 _____

当施設は、和歌山県立医科大学周産期部NICUです。NICU（新生児集中治療室）とは、出生体重が2,500g未満の児（低出生体重児）、在胎37週未満で出生した児（早産児）、病気の新生児が救命のため入院し、集中治療を受ける施設です。

入院が必要な新生児に対し、その養育に必要な医療（以下「養育医療」という。）の給付を行い、又はこれに代えて養育医療に要する費用を支給できます。

当施設は、指定養育医療機関です。もよりの保健所で養育医療に関する申請書類をもらってきていただければ、主治医が養育医療意見書を記載いたします。

新生児が未熟児であるかどうかの判断は必ずしも明確ではないので、体重によって一応の目安とします。低出生体重児が出生したときは、保護者の方は保健所に届けなければなりません。また、出生体重が2,500g以上であっても、未熟児に起因する異常が認められた新生児は、養育医療の対象になります。

生理的に未熟な状態のお子様は、病気にかかりやすく、心身に障害を残す場合もあり、育てる上で配慮が必要です。

NICU退院後、保健婦、助産婦、医師らが、お子様の健やかな発育発達を支援するために、ご家庭へ訪問指導することができます。この訪問指導をより効果的に行うために、お子様の病状を正確に把握する必要があり、そのために病院とお住まいになっている地域の保健所の協力、連携が必要となります。

当NICUでは、主治医と担当看護婦らが未熟児出生連絡票（別紙）を記入し、もよりの保健所と協力して退院されたお子様の養育に関わってきております。

未熟児出生連絡票（別紙）の記入内容については、病院及び保健所には守秘義務がありますので、本来の目的以外に使用されることはありません。希望により保護者の方は内容をご覧になって、ご意見を付け加えることが可能です。

以上の内容をご理解いただければ下欄に署名をお願いします。

患児名 _____ 保護者名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

図3. 出生連絡票

厚生省児童家庭局母子保健課監修の母子保健マニュアル出生連絡票に準拠

出生連絡票(医療機関→保健所)

保健所長殿

病棟科長: _____
病棟主任: _____

今後の指導をお願いいたします。

児の氏名	生 年 月 日	患者番号:	同胞	子中	第	子
父母の名	父: _____	母: _____	産	産		
住所	〒 _____ 電話番号 _____					
出生時の状況	出生場所: _____	週 体重: _____	分続方法: _____	分続胎位: _____		
入院中の経過	入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
	保育部収容: _____					
臨床経過	入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日					
	保育部収容: _____					
退院時の状況	主な退院指導内容 _____					
予想される問題点	_____					
保健所で行ってほしい指導	_____					

入院中の主治医: _____ 受け持ち看護婦: _____
 外来担当(主治)医: _____
 次回の当院受診予約日 年 月 日 記録日: 年 月 日

※本連絡票を保健所に送ることについては、保護者の了解を得ております。

図5. アセスメント連絡票

アセスメント連絡票

1. 入院時 2. 1週間後 3. 退院時または退院後のアセスメントを記入して下さい。
 内容は、児や親がまたは生活環境で気になること、退院すべきことを書いてください。
 なお、子ども、養育者、環境の欄の右上のスペースにAB.Cの3段階評価をつけてください。
 A: 特に問題がないと思われる場合
 B: 現時点では援助は必要ないと思うが、気になる問題がある場合
 C: 援助が必要と思われる場合

入院時	記入日					
	記入日					
入院後1週間	記入日					
	記入日					
退院時(長期)	記入日					
	記入日					

子ども	養育者	環境	その他	記入者
-----	-----	----	-----	-----

図4. 家庭訪問連絡票

家庭訪問連絡票

児氏名	母氏名	第 回訪問	年 月 日
住所	電話番号	保健所名()	担当名()

児の状態

栄養 栄養法	良 母乳 離乳食 普通食	混合	不良 人工 特別食
食欲 機嫌 活気 睡眠	良 良 普通 良	亢進	低下 不良
皮膚 衣服 入浴 排便	清潔 適切 毎日 毎日	病変あり ()日に1回	不潔 不適切 不明
運動障害 知的障害 身体症状 体重 遊び 遊び相手 母子手帳	なし なし なし 増加 上手 友達	変化なし	あり あり あり 減少 下手 同胞 父 母 紛失

同胞の状態

兄・姉	なし	あり(歳 か月)
弟・妹	なし	あり(歳 か月)
慢性疾患	なし	あり
児と同症状	なし	あり

母の状態

元気 表情 睡眠 食欲 活動性 体重 体調	あり 良 良 普通 普通 変化なし 良	おとなしい 旺盛 亢進 増加	なし 不良 低下 減少 不良
自由時間 外出 就業	あり 毎日 あり	()日に1回 休暇中	なし なし なし
環境整備	良		不良
炊事 掃除 選択 料理 近所付き合い 子育て 児との相性	楽しい 楽しい 楽しい 楽しい 楽しい 楽しい 良	苦手 苦手 苦手 苦手 苦手 普通	辛い 辛い 辛い 辛い 辛い 不良
育児の心配 金銭の心配 夫婦仲不安 母の実家 夫の実家 親しい友人	なし なし 協力的 協力的 なし 近隣 あり	遠い 遠い	疎遠 疎遠 あり 遠方 なし
相談相手	あり	夫のみ	なし
夫の職業 夫の休日 夫の家事協力 夫の育児協力	定職 定期 あり 満足 満足	不定 不定期 普通 普通	無職 なし なし 不満 不満

母から質問

あり	なし
内容	助言

母の希望

あり	なし
----	----

今回の訪問を終えて

問題点	アセスメント
計画	

経過観察	要	不要
支援	要(闘病・育児・経済・その他)	不要
緊急性	あり	なし
次回訪問予定	あり (月 日)	なし

申し送り
