

## 2. 島根県の児童虐待における障害児

これまで虐待事例における障害児は、児童相談所における調査からのみ状況が把握されている<sup>1)</sup>。実際の事例における障害児について、島根県児童相談所及び島根県の一圏域での要保護児童対策地域協議会の事例から検討を行った。

### (1) 島根県児童相談所

島根県では児童相談所の報告に障害児数も求めており、表 2 に示した。身体障害児は平成 20 年度と 21 年度の平均で 1.9%、同様に知的障害 6.6%、発達障害 8.8%であった。田村<sup>1)</sup>の報告ではそれぞれ 1.9%、7.4%、6.1%であり、島根県では発達障害が多くなっていたが、身体障害、知的障害の割合はほぼ同じであった。全国の児童相談所が扱う虐待事例のうち身体障害が約 2%、知的障害が約 7%と考えられる。発達障害は、関わりの初めからその可能性を念頭に置いて行動観察や心理検査等を行うと把握率は高くなる。島根県の発達障害 8.8%がより実態に近い可能性がある。

### (2) 要保護児童対策地域協議会

児童相談所と市町村の要保護児童対策地域協議会は、役割分担と連携により虐待事例の支援を行っている。児童相談所はより対応が困難な事例を扱うことから、地域の関係機関が支援している要保護児童対策地域協議会の事例について検討を行った。

島根県の 1 市（人口約 3.8 万）と 1 町（人口約 4 千人）の要保護児童対策地域協議会は、それぞれ毎月 1 回、3 か月に 1 回開催されている。協議した事例は 64 人で、身体障害 0 人、知的障害 3 人（4.7%）、発達障害（疑いを含む）6 人（9.3%）であった。島根県の児童相談所に比べると

身体障害、知的障害が少ない。発達障害はほぼ同等であるが、これは疑いを含むことから発達障害の確定事例では若干少ない可能性がある。

要保護児童対策地域協議会では地域社会資源で対応可能な軽度の事例にも対応していることから、育児が困難で広域の支援機関が必要な障害の比率が少ない可能性がある。また、障害児支援では児童相談所の虐待対応課以外の障害児対応課の関わりが必要になることがあり、児童相談所での障害児の割合が高くなっているとも考えられる。

（資料：鈴木寛子）

## 3. 東大阪市保健所の支援事例

東大阪市は人口約 50 万人の中核市で保健所を設置している。保健師が、平成 22 年度中に支援を行なった在宅高度医療が必要な障害児（14 事例）と、支援状況の記録が確認できる障害児 8 事例について検討を行った。

事例を

- ①障害がすでに判明し支援ニーズあり  
（在宅高度医療児 14 事例）
  - ②障害がすでに判明し支援ニーズなし
  - ③障害が支援中に判明し支援ニーズあり
  - ④障害が支援中に判明し支援ニーズなし
- の 4 群に分類して、要保護児童対策地域協議会での連携、学童児においては就学後の支援も合わせて検討を行った。

また、平成 22 年度の本研究において、障害以外の虐待の背景要因として次表の 6 項目が考えられ、事例にこれらの要因との関係も検討した。

## 障害児の虐待の親の背景要因

- ①生育歴や複雑な背景
- ②知的障害
- ③精神疾患
- ④DV
- ⑤支援者不在
- ⑥予定外(望まぬ)の妊娠

### 1) 事例の経過及び支援内容

#### (1) 障害がすでに判明し支援ニーズあり

表3の通り14事例であり、すべて先天性と考えられる障害であった。入院期間が長く、おそらく医療機関でも親の障害受容の支援が行われていたと考えられる。事例1以外は複数機関が関わっており、訪問看護を7事例が利用していた。

虐待事例は事例12、13であり、それぞれネグレクトの最重度、身体的虐待の中度であった。障害児の親の背景要因は③事例にあり、そのうち2事例は虐待に至っていた。

#### (2) 障害がすでに判明し支援ニーズなし

※①②はきょうだい事例である。

##### 事例①【重症てんかん】

38週 3038gで出生

ネグレクト疑い→ケース移管

支援開始時期：平成16年2月(妊娠中)

処遇検討時期：平成18年6月(2歳3か月)

支援効果なし

##### 事例②【感音性難聴】

37週 2670gで出生

ネグレクト疑い→ケース移管

支援開始時期：姉への支援中(妊娠中)

処遇検討会時期：平成18年6月(1歳2か月)

支援効果なし

1子(事例1)の妊娠中、通院病院より連絡が入り、家庭訪問につながる。夫婦ともにアルコール依存症。母は複雑な生育歴あり。夫婦とも人の意見を受け入れにくいところがあった。

1子は「重症てんかん」で発達の遅れあり。母は子どもの障害を受け入れられなかった。自己流の育児を行っており、外出や入浴をさせない、「障害・てんかん」の言葉に敏感に反応。育児負担が大きい支援者がいない。障害があるために一時保育などのサービスの利用が難しい。最終的に4歳児からの保育所入所が決定したにもかかわらず、集団に入る不安が大きく辞退する。

2子(事例2)は産後の聴覚検査で難聴が疑われ、その後「感音性難聴」と診断される。ベビーラックに入れられて、あまり抱っこされることがなかった。2歳時より保育所入所となる。

2子の保育所入所前には母親の飲酒が再開。大量服薬もあり、一時不安定な状態になったが入院せず、おば(母の妹)の支援を受ける。育児ストレス、育児負担が大きかったと思われる。

妊娠中から相談を受けていた保健師が、出産直前に交代。その後も1年おきに担当保健師が次々と交代し、もともと難しい母親と信頼関係をつくるのが困難であった。また、利用できる福祉サービスもなく、家庭の負担や母のストレスを軽減することが難しかった。

その後、家庭児童相談室が主担支援機関となるが、支援拒否。現在は学校が見守りを続けている。

##### 事例③【知的障害・口唇口蓋裂】

在胎週数不明(妊婦健診未受診、自宅分娩のため) 3008gで出生

ネグレクト軽度→ケース移管

支援開始時期：平成 14 年 1 月（出産直後）

通告時期：平成 16 年 11 月（2 歳 9 か月）

支援効果なし

本児は第 5 子であるが、第 3 子の兄も口唇口蓋裂（施設入所中）であり、もともと保健師が支援に入っていた家庭であった。本児は知的障害もあり、物事の理解が弱かった。育児力が低い家庭に障害の子どもが生まれ、母親には養育する力がなかった。

母親自身、きちんと養育される環境で育っておらず（母は出産後植物状態、父は不明）親戚の家を転々とし、中学校卒業後から仕事に就いた。

父親も知的に弱く、アルバイトを転々としていた。生活保護をはじめとした福祉制度を紹介してもなかなか理解を示さず、支援を受けようとしなかった。本児について乳幼児健診は全て未受診であり、予約健診で時々経過を確認していった。発育発達の遅れが顕著であった。

本児の支援中にも妊娠。1 歳 2 か月時に第 6 子が生まれ、本児の受診・手術など必要な医療が滞った。適切な医療が受けられないため、ことばの発達が促されず、栄養がとりにくいため、発達面にも影響が及んだ。発達に関する支援も全く受けようとせず、保育所入所の勧めも受け入れなかった。

その後も自宅分娩・救急搬送をくり返し、第 9 子まで出産した（第 9 子は夫も気が付かなかった）。避妊や中絶の説得にも耳を貸さず、保護のタイミングも逃していた。

**(3) 障害が支援中に判明し支援ニーズあり事例④【広範性発達障害・反抗挑戦性障害】**

41 週 3755 g で出生

身体的虐待軽度・心理的虐待軽度→軽度

支援開始時期：平成 20 年 2 月（5 歳 6 か月）

所内処遇検討会：平成 22 年 4 月（7 歳 8 か月）

通告時期：平成 22 年 4 月（7 歳 8 か月）

支援効果あり

本児妹が低出生体重児であったことをきっかけに、保健師の支援開始。この時、本児（3 歳 8 か月）はすでに就労用件で保育所に入所しており、全ての乳幼児健診で「異常なし」となっていた。

妹の発育相談を継続する中で、母は本児に対するイライラ感を時々訴え、本児の通う保育所に相談していた。5 歳 6 か月になった頃、母親から本児の脱毛について保健センターに電話相談あり。

訪問して状況を聴くと、本児が 5 歳から脱毛が始まったこと、妹が生まれてから本児に対して鬱陶しいと思うようになったことがわかった。母に被虐待歴があり、愛された思いはなく、親に甘えた記憶もない、ものさしでよく叩かれたとのことであった。保健師は、脱毛については皮膚科受診勧奨と併せ、保育園の巡回相談を紹介した。また保育所に状況を説明し、巡回相談へのつなぎを依頼した。

その後医療機関を受診するが、脱毛の原因はわからず。ステロイド治療を説明されるが保留。脱毛はその後ますます悪化。

また、保育園の巡回相談は母の期待するような相談にならず、拒否で中断。（やめておいたらよかったし、傷ついた…と。）その後、家庭児童相談室が相談窓口となって対応するが、1 回の面接で終了。

担当保健師の交代や、巡回相談につながらなかったこともあり、数ヶ月間支援

が中断するが、妹の3歳6か月児健診をきっかけに支援再開。小学校入学後は学校の勧めもあって、夏休みに療育センター受診。「広範性発達障害・反抗挑戦性障害」と診断される。その頃不登校傾向がみられ、学校が本児宅に迎えに行くようになった。また母は支援学級を考え、学校に相談したが「IQが高くて無理。」と言われる。しかし、徐々に学習面での遅れが見られる。

母「(本児は)自分に似ていていや。」という発言あり。

7歳4か月に発達支援ネットワーク協議会で検討を行った。発達支援について、関係機関で役割分担を行い、保健センターの支援のみとなった。

母、第3子妊娠。

7歳8か月に保健師の訪問で以下の状況が把握され、所内処遇検討会の結果、通告となり要保護児童対策地域協議会ケースとなった。

母は児に対して「おまえが死ね。」と言って頭部をげんこつで殴る。また、叩く、罵るを繰り返した。児はそのことに対して「痛くない。何回でもやれ。」と挑発してくる。一回言い出したら言うことをきかず、同じ場所に2時間以上泣いたまま固まっている、炊飯器を持って部屋にこもる…等の行動あり。また、妹に包丁を突きつけたり、「(自分は)生まれてこなかったらよかった。」などの言動あり。

母はたびたび精神的な訴えをするものの、受診にはつながらず。児の障害の受け入れもできず。父は母を支え、子どものことを守れる存在であった。

通告した頃、本児は支援学級に通い始める。また、療育センターの家庭訪問もあり母子共に徐々に落ち着いていった。その後も学校が中心となって支援を行っている。

要保護児童対策地域協議会の検討ではモニタリングで対応。23年6月に改善終了となった。

#### 事例⑤【ADHD】

40週 3265gで出生

身体的虐待最重度→10歳5か月時終了  
支援開始時期：平成16年11月(3歳6か月)

処遇検討時期：平成18年11月(5歳6か月)

#### 支援効果あり

母親にとっては3人目の子どもであり、1・2子とは20歳ほど年が離れている。4か月児健診、1歳6か月児健診では特に異常なかった。

3歳6か月児健診において多動、衝動的、指示が入りにくいなどの状態がみられ、心理発達相談をすすめられる。検査中は課題にのりにくく、うろうろしたり、大きな机を1人の力で動かしたりと、その様子からADHDが疑われた。この頃、幼稚園入園間近で療育グループへの参加も難しく、地域の保育所の育児相談につながったが、育児相談中でも勝手に保育中の教室に入っていったり、じっと座っておくことができず、グループ支援の効果が出にくかった。また、入園直前に医療機関の児童精神科を受診したが、「ADHDの疑い」ということであったため、1回で終了した。

その後地域の幼稚園に入園したが、やはり集団での行動は難しかった。入園から1年半経過した5歳6か月頃、育児に悩んだ母親は衝動的に児の首を絞めてしまう。母自ら児童相談所に電話を入れ、児童相談所職員と保健センター保健師が緊急訪問。子どもは一時保護された。母親は疲れ切った様子であった。一時保護中に診察を受け、ADHDと診断される。

首を絞めた時点より、主担機関は児童相談所となり、モニタリングと母親支援がなされていた。小学校入学後は、学校を中心に児への支援は継続されており、現在は月 1 回の間隔で教育センターによる巡回相談を受けている。

虐待としての支援は 23 年度中に改善終了した。

#### 事例⑥【ネフローゼ症候群・多動、療育手帳 B 2】

37 週 2220 g で出生

心理的虐待・身体的虐待中度→

ケース移管

支援開始時期：平成 15 年 8 月（2 歳 8 か月）

通告時期：平成 18 年 4 月（5 歳 3 か月）

支援効果なし

乳幼児期より果汁を多飲、不規則な食生活や生活リズムの乱れなどで保育フォローしていた。弟の新生児訪問時、本児の病気のことや福祉制度の利用のことなどで母より相談あり。

1 歳 6 か月児健診では大きな発達の遅れはなく、2 歳時の経過観察で保育所の育児相談紹介となった。

2 歳 6 か月にネフローゼ症候群と診断される。その後、家庭での塩分や水分のコントロールができず、何回も入退院を繰り返していた。

3 歳 6 か月児健診の心理発達相談で、ことばの遅れ、多動、病気で入院が多い、などの要件で保育所入所を勧められるが、母の強い希望でその後近隣の幼稚園に通うことになった。

幼稚園入園後も保健師の細やかな訪問や電話での支援が継続され、母は保健師に事あるごとに相談や報告をしてくるようになった。特に 5 歳を過ぎた頃に離婚し、母が不安になっている時期に保健師

が丁寧に対応したことで信頼関係がより深まり、児をたたくこと、怒鳴ることや家に放置してきていること、本児に対するやりにくさやイライラ感があることなど告白してくれた。また育児のしんどさに加えて看病疲れもあるようであった。この母の告白から通告を行った。

就学前には、発達検査へのつなぎや教育委員会への相談、就学予定学校への相談時の同行などを細やかに行なうことで保健師への信頼感はますます高まったようであった。母は知的に弱いところもあったが、保健師の支援を受け入れて母なりに成長し、子どもへの虐待も徐々に改善していった。

小学校入学後は時々、保健師に近況報告に来ていたが、担当者の交代もあって徐々に関係は遠のいていった。

就学後は主担機関は家庭児童相談室、支援主担機関は教育委員会。

10 歳に療育手帳取得。

10 歳 11 か月、ネフローゼ症候群で入院中の医療機関より連絡あり。疾患のコントロールが悪く、自宅に戻っては体調を悪化させ、入退院を繰り返している。地域の学校へはほとんど通えておらず、他院からの訪問教育を受けている。また発達障害の傾向もみられる。家庭での食事や母親の体調不良（軽度リウマチ）、児に対するケアにも問題があるため、保健師の支援を依頼したいとのことであった。

病院にてケース会議を開催し、小児慢性特定疾患での訪問看護の導入。保健師・栄養士の家庭訪問、学校との連携も図っていく。併せて療育の見立ても必要と思われる。発達支援ネットワーク協議会へ。その後、訪問看護週 4 回と、ホームヘルパーが導入された。

#### 事例⑦【重症仮死、胃食道逆流症→乳糖

## 【分解酵素欠損症】

39週 1434g で出生 5人兄弟の第2子  
身体的虐待→

支援開始時期：平成10年7月（0か月  
20日）

通告時期：平成13年5月（2歳9か月）  
母からの相談で

所内処遇検討会 平成17年3月

支援効果なし

母に潰瘍性大腸炎あり。

未熟児養育医療で把握。出産病院からの連絡票送付あり。「母親が精神的に不安定。父親は育児に積極的」との記載あり。第1子は前夫との間の子どもで、本児は母が再婚後の第2子で不妊治療の末、授かった子どもであった。実家との関係が悪く、育児の支援者なし。本児は生後より嘔吐を繰り返し、発育不良で生後3か月より経管栄養となり、1歳3か月で胃瘻を造設し育児は困難であった。病気と併せて発達の遅れもあり。身体の状況が落ち着いた頃、療育にもつながりかけたが、第3子の妊娠・出産で途絶える。基幹病院への受診も途絶えがちになり、必要な検査や医療を受けさせていなかった。

母は、一貫しない発言で本心がつかみにくい。夫からの自分や第1子への暴力の話をはのめかすが、どこまで真実なのかわかりにくかった。

2歳に発達支援ネットワーク協議会で検討し、1歳6か月健診後のフォローグループへの処遇。

2歳5か月、両親の子どもへの虐待、親から愛されなかった思い、母親の夫に対する不満などの問題を抱えていたが、児童相談所に相談していた。

2歳9か月、個別ケース検討会議。その後1年間支援中断。療育についても兄弟の育児、経済的困難、距離が離れている、などの理由で中断していた。保健師

が訪問を再開したが本児はより乱暴になっており、母子関係も完全にこじれていた。母は、「(児のこと) かわいくない。叩いてしまう。」という。次年度の保育所入所に向けて支援を行なった。その後訪問継続するが、説明のつかないケガあり。保育所入所をすすめるが、最終的に経済的な理由で父親が反対する。その後必要性を繰り返し説明し、3歳10か月時ようやく入所となる。

5歳4か月、12kg前後。発達3歳半～4歳レベル。

小学校入学後、母親が学校に父親の虐待について相談。その後学校から家庭に指導するが、結局3日後に小学校から児童相談所に通告あり。

その後、第3子・4子・5子が生まれる。第5子は望まぬ妊娠で、出生直後出産病院から通告があげられた。

12歳、兄からの身体的虐待で一時保護。その後在宅支援。

13歳、中学校支援学級に入級。

23年度中に虐待支援は改善終了となる。

他の兄弟も含め、保健センターが継続支援中。

## (4) 障害が支援中に判明し支援ニーズなし 事例⑧【自閉症疑い】

40週 3556g で出生

身体的虐待軽度→改善

支援開始時期：平成18年5月（3歳6  
か月）

通告時期：平成18年6月（3歳7か月）  
支援効果あり

1歳6か月児健診では、名詞（一）語頭のみ、耳をふさぐなどの様子があったが、特に異常なし。3歳6か月児健診で心理発達相談を受ける。認知2:3～2:6、言語2歳過ぎ、言語不明瞭、落ち着きなく対人関係の弱さあり。食事はほとんど

食わず、ビタミン剤を飲んでいた。自閉症を心配し、近医受診したが、医師から心配ないと言われ、専門機関の受診やグループ参加などをすすめるが母は希望せず。

健診から1か月後母方祖母より虐待通告あり。内容は、母について、「一度にいろいろ言われるとパニックになる。パニックになると子どもをたたく。また、寝ている児を起こして無理やり食事を食べさせたり、下の子がハイハイして寄ってくると足蹴りしたりしていた。夫は妻がキレることを恐れ、妻の行動にはあまり口出しをしない。うつ歴、てんかんあり。高2の時、バイク事故に遭って20日間意識不明であった。事故後後遺症？事故後はリストカット、自殺未遂、大量服薬などを繰り返していた。離れていた両親とは妊娠をきっかけに同居」。

祖母からの通告後は、保健師が頻回に家庭訪問を繰り返す中で母や祖母の話を聴き、地域の育児相談につないだ。しかし、適切と考えた児童デイサービスは拒否した。また、母親自身の受診を促した。

支援が継続する中で、徐々に児に手を出すこともなく落ち着いてきた。また、祖母が冷静に児の両親に話をすることで、徐々に改善に向かった。母のパニックの大きな原因となっていた、夫とのなじり合いのケンカもなくなっていった。

## 2) 考察

### (1) 障害がはっきりしていて支援ニーズあり

・高度医療児のような重度障害の場合、支援者が多いこともあるのか虐待につながることは少なかった。この14事例については、障害児の虐待の親の背景要因のリスクをもつ家庭が少なかったことも関係しているといえる。

・重度障害の場合生まれた時のイメージ、

初対面時のイメージが重要である。母親が思い描いていた赤ちゃん像とのギャップを、どう埋め合わせるか医療側の支援が重要である。

- ・望まない妊娠の上障害児が生まれると、受容は更に困難で医療ネグレクトになりやすい。
- ・児の動きの少ない重度障害児は、虐待へ移行することが少ない。
- ・望んだ妊娠で、母親に知的な問題や精神疾患がなければ虐待に移行することは少ない。

(2) 障害がはっきりしていて支援ニーズなし  
事例①～③は、医療ネグレクトのケースであるといえる。

- ・母との関係がうまく構築できず、子どもを適切な治療や療育につなぐことができなかった。
- ・制度やシステムが整備されていない時期であり、子どもにとって不適切な環境を改善することが困難であった。

(3) 障害が支援中に判明し支援ニーズあり  
事例の背景がさまざまであり、事例に則して考察を行った。

事例④：支援者が本児の脱毛・暴言や、妹の発育不良を母親からの身体的虐待・心理的虐待の影響と捉え、子どもの元々の障害である発達障害への視点が弱かった。また、母親の障害受容の困難さもあり、診断の遅れにつながった。障害と虐待は合併することが多いという視点をもって、アセスメントすることが重要である。

事例⑤：診断に時間がかかり、就学前後にはっきりしてくる発達障害は、母子の日々の積み重ねの中で、育児のまずさや反抗期だから仕方な

いことと思ひ込み、親も子どものやりにくさが障害からきているものとは捉えにくく、結果として放置してしまうこともある。時間が経つにつれ、愛着障害や母子関係のこじれが起こり、悪循環につながる。

ケース④⑤は、発達障害という目に見えない障害であって、就学前後に顕著になってくるため障害受容も難しく、診断も遅れがちになった。早期に診断を受けることで、親の安堵感につながったり、周囲の関わりも変化して、事態が好転することもある。

事例⑥：虐待支援が一旦終了した事例が、医療機関からの相談をきっかけに、発達支援ケースとして支援が再開した。自宅で母親が子どもの健康管理ができず、疾病の状態が悪化する繰り返しの状況である。子どもの立場からいえば医療ネグレクトであるが、親にその管理能力・育児能力がなく、養育に大きな問題を抱える場合は、支援機関が積極的に介入しないと、状況が改善する見込みはない。

事例⑦：親の不適切な養育と、子どもの身体的疾患の診断の遅れ、徐々にはっきりしてくる知的障害などで、早くから相談があったにも関わらず予防が困難であった。

#### (4) 障害が支援中に判明し支援ニーズなし

事例⑧支援者の存在が重要な事例であった。養育者の能力をカバーできる存在が身近にあることは大きい。親の能力向上、関わりの変化を求めることは困難である。しかし支援ニーズがなくても、代行できる家族や機関の介入が重要である。

### 3) まとめ

#### (1) 障害児家族の支援に必要な視点

事例の検討より、障害児家族の支援に注意が必要な背景要因として、以下の6項目が抽出された。これらを把握する視点が重要である。

障害児家族への支援で把握すべき背景

- ・ 夫婦関係（障害受容・支えあい）はどうか
- ・ 母親が話のできる人はいるか（家族、親戚、近隣、関係機関などからの支援）
- ・ そのケースにとって利用可能な有効なサービスはあるか
- ・ 児の動きの度合いはどうか（多動で、反抗的であるほどリスク上昇）
- ・ 家族（特に母親）の育児能力はどの程度か
- ・ 家族（特に母親）の育児スキルはどの程度か

#### (2) 要保護児童対策地域協議会の成熟～虐待と障害の見方の変化～

事例の経過で二重下線を引いた要保護児童対策地域協議会と、さらに発達支援ネットワーク協議会の障害児への支援について述べる。

平成17年度に要保児童対策地域協議会（以下、「要対協」とする。）が設置され、2年ほどはなかなか協議会としての機能は発揮されなかった。東大阪市では要対協より数十年も前から、障害についての協議を行なう場として「発達支援ネットワーク協議会（旧：四所合同連絡会）」がある。障害児については虐待があっても、障害支援があれば要対協からは対象外として捉えられていた。まさにこの時期は構造的にネグレクトをしていたとも



言える。

しかし、平成20年度以降は、どちらかといえば要対協が先行する形となってきた。最近では要対協と発達支援ネットワーク協議会が共有して個別支援ケース会議の開催がされる傾向にある。要対協設置当初は会議に参加することのなかった、療育施設職員やホームヘルパーの参加がみられるようになった。要対協の成熟が感じられる。自治体によっては要対協に発達支援を含む形でシステム化されているところもあるが、東大阪市が今後どのかたちで協議を行っていくか、現状で固定するのではなく、柔軟に検討が必要なことであると考える。

一方、要対協のデメリットを感じるところもある。要対協の設置後、支援の途切れてしまうケースが見受けられる。子どもの成長や所属の変化に伴い、主担機関が移管されることが多いが、つなぎを慎重に行なわないと支援が途切れ、あいまいになってしまうことがある。進行管理を行なう主担機関と、直接支援を行なう機関の役割・連携の確認がその都度必要である。

また児童相談所は、虐待の介入的支援が優先され、本来の障害支援・発達支援とは役割が異なる。介入的視点と障害支援の視点は当然異なった、一致しないものである。虐待の介入と親支援を同一機関が担うことは、当然無理が生じると思われる。現在は機関内の役割分担の中で、虐待と障害を共有して捉え、支援が行なわれてきているようであるが、大きな課題であると考ええる。

虐待は効果的な支援によって改善されるが、障害が治ることはなく、支援のニーズは成人後もずっと続いていくものである。

今後「障害者虐待の防止、障害者の養

護者に対する支援等に関する法律」が平成24年10月1日より施行予定である。

「児童虐待の防止法等に関する法律」「児童福祉法」との重なりもあり、国全体として乳幼児～老成人の虐待防止システムを、再考するひとつの機会になるのではないかと思われる。

(石塚りか)

#### D. 考察

わが国の虐待事例における障害児の割合は、市町村の要保護児童対策地域協議会より児童相談所が高いと考えられ、児童相談所で身体障害が約2%、知的障害が約7%、発達障害は6%以上を占めるものと考えられた。虐待死亡事例には障害児もあり、特に心中による死亡を予防するためには障害の受容の支援、育児負担の軽減、経済問題の解決といった多機関による支援が必要である。

障害児家族への支援を、障害の把握時期及び養育者の支援ニーズの有無で4群に分けて分析を行った。障害がすでに判明し支援ニーズがある場合は虐待事例が少なく、障害がすでに判明しているが支援ニーズがない場合はメディカルネグレクトであった。障害が支援中に判明し支援ニーズがある場合は、発達障害等であり、養育者の認識の時期が遅く子どもに問題行動が起こっていたが、支援ニーズがあると改善に向かっていた。障害が支援中に判明し支援ニーズがない場合は、親族の支援者の存在が重要と考えられた。生後早期から障害を持つ場合は、入院中からの医療機関と連携した育児基盤の把握と整備、細やかな病状の理解と障害受容の支援、育児負担軽減の支援が重要である。支援過程で障害が疑われる事例では、障害が確定しなくても養育者の育児の困難に寄り添い、家族内の理解者を多

くし、育児負担を軽減する支援を早期に導入することが必要である。

## E. 結論

障害児の虐待予防として、生後早期から障害を持つ場合は、入院中からの医療機関と連携した育児基盤の把握と整備、細やかな病状の理解と障害受容の支援、育児負担軽減の支援が重要である。支援過程で障害が疑われる事例では、障害が確定しなくても養育者の育児の困難に寄り添い、家族内の理解者を多くし、育児負担を軽減する支援を早期に導入することが必要である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- ①佐藤拓代：妊娠期からの虐待予防、チャイルドヘルス、Vol14(9)p1562-1565、2011
- ②佐藤拓代；保健機関による子ども虐待予防—ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへ—。小児科診療、Vol74(10) p1563-1566、2011
- ③佐藤拓代；How to Follow-up Q&A 地域連携：病院でのフォローアップと地域連携はどうしたらよいでしょうか？。周産期医学、Vol41(10) p1260-1262、2011
- ④佐藤拓代；How to Follow-up Q&A 保健センターの健診：現在実施されている年齢、内容と事後指導について教えてください。周産期医学、Vol41(10) p1257-1259、2011
- ⑤佐藤拓代；子ども虐待予防に公衆衛生が果たす役割、「大阪公衆衛生」82号、P1-2、2011
- ⑥佐藤拓代；周産期における子ども虐待のリスク、子どもの虹情報研修センター紀要、Vol9 p45-70、2011

- ⑦佐藤拓代：地域における保健活動と児童虐待防止、新保育士養成講座第7巻 子どもの保健、P21-27、全国社会福祉協議会、2011
- ⑧枝光尚美、佐藤拓代：大阪府立母子保健総合医療センターにおける分娩推移、大阪府立母子保健総合医療センター雑誌、Vol27(1) p21-28、2011
- ⑨ Takeo Fujiwara, Keiko Natsume, Makiko Okuyama, Takuyo Sato, Ichiro Kawachi : Do home-visit programs for mothers with infants reduce parenting stress and increase social capital in Japan? Journal of Epidemiology & Community Health, In Print

### 2. 学会発表

- ①佐藤拓代、石塚りか、鈴宮寛子、松本小百合、峯川章子； 障害児と子ども虐待（第1報）～虐待の背景要因としての障害児の検討～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p263、2011
- ②石塚りか、佐藤拓代、松本小百合、鈴宮寛子、峯川章子； 障害児と子ども虐待（第2報）～障害児家族への虐待予防の支援～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p263、2011
- ③植田紀美子、成澤佐和子、西脇美佐子、梶川邦子、西上優子、柴田真理子、松下彰宏、富和清隆、藤江のどか、米本直裕、佐藤拓代； 障害児家族のニーズアセスメント指標の開発（第1報）～ニーズの実態把握～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p262、2011
- ④佐藤拓代；乳幼児健診で気になる子どもの背景にある貧困：アドボカシーセ

ミナー「子どもの貧困に向き合う～気づきから行動へ!～」、第 21 回日本外来小児科学会年次集会。第 21 回日本外来小児科学会年次集会抄録集。P110、2011

⑤佐藤拓代；公衆衛生と子どもの人権～子ども虐待そして大震災～：特別講演、第 50 回日本公衆衛生学会近畿地方会。第 50 回日本公衆衛生学会近畿地方会口演・示説要旨集、P4-5、2011

⑥佐藤拓代、川口洋子；奈良県における乳幼児健診未受診者調査～健診別の状況～、第 58 回日本小児保健協会学術集会。第 58 回日本小児保健協会学術集会講演集、P153、2011

⑦佐藤拓代；子ども虐待の予防法としての家庭訪問プログラム：国際プログラム、第 17 回日本子ども虐待防止学会。第 17 回日本子ども虐待防止学会抄録集。P50-51、2011

⑧佐藤拓代、井上登生他；分科会「乳 幼

児健康診査の現状と今後の課題—集団か個別か、そもそも乳児健診の目的は—」、第 17 回日本子ども虐待防止学会。第 17 回日本子ども虐待防止学会抄録集。P118-119、2011

⑨佐藤拓代；奈良県における公立保育所・幼稚園に所属しない 4・5 歳児の実態—虐待予防のアプローチを考える—、第 17 回日本子ども虐待防止学会。第 17 回日本子ども虐待防止学会抄録集。P186、2011

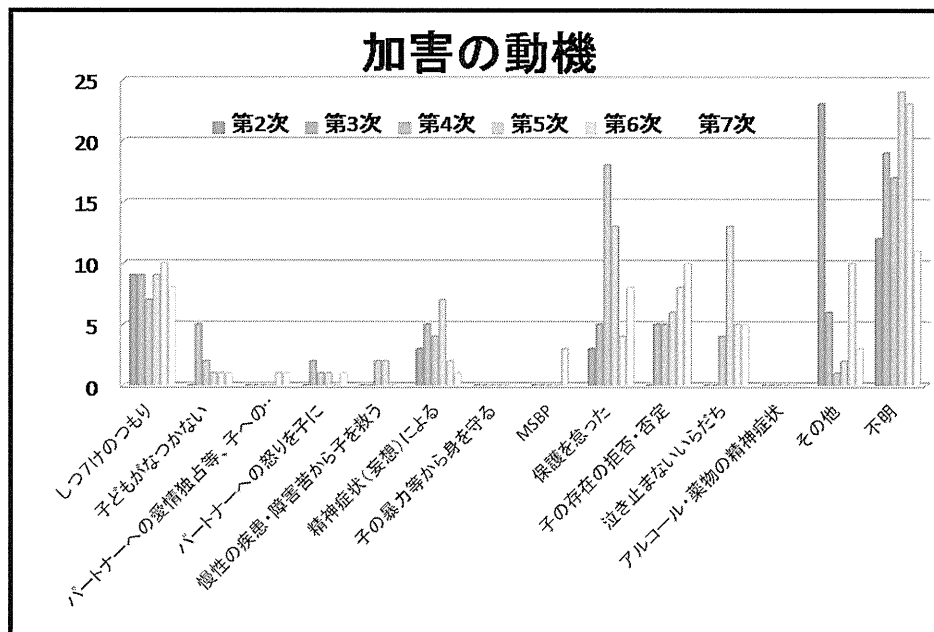
#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### <文献>

1)田村静子；虐待につながる児童の分析状況から見た考察。『全国児童相談所における家庭支援への取り組み状況調査報告書』「全児相」通巻第 87 号別冊。全国児童相談所長会。2009

＜図1＞第2次～第7次子ども虐待による死亡事例等の検証結果より加害の動機：  
 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会



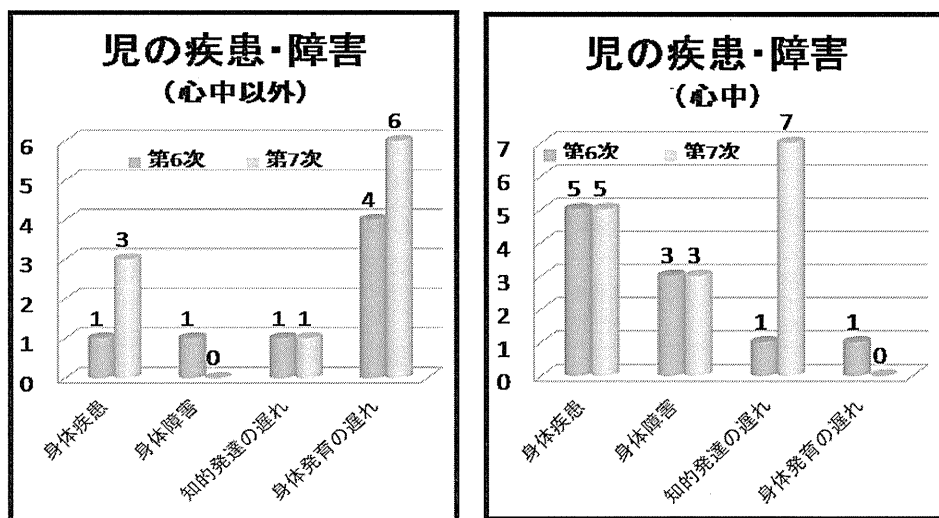
＜表1＞第4次～第7次子ども虐待による死亡事例等の検証結果:周産期の問題のうちの「その他の疾患・障害」

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

第4次	第5次	第6次	第7次
N=61	N=78	N=67	N=49
4(6.6%)	2(2.6%)	0	3(6.1%)

＜図2＞第6次～第7次子ども虐待による死亡事例等の検証結果:「その他の疾患・障害」の内容

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会



<表2> 島根県児童相談所虐待相談における障害児等（複数回答）  
島根県児童相談所業務概要報告補助統計

	未熟児等	身体の障害	知的障害	発達障害	特になし	新規虐待実数
平成20年度	5(2.8%)	4(2.2%)	10(5.6%)	13(7.3%)	142(79.8%)	178(100%)
平成21年度	4(2.9%)	2(1.4%)	11(7.9%)	15(10.8%)	110(79.1%)	139(100%)
合計	9(2.8%)	6(1.9%)	21(6.6%)	28(8.8%)	252(79.5%)	317(100%)

<表3> 障害がすでに判明し支援ニーズがある事例  
東大阪市保健所の在宅高度医療児

	年齢	性別	疾患名	医療的ケア	障害の時期		育児・虐待	支援機関	※①～⑥のリスク要因	虐待
					先天性	後天性				
1	0:10	女	単心房共通房室弁遺残 肺動脈閉鎖症	在宅酸素療法	○		祖父母と同居。支援有。患者会の交流あり	保健センター		
2	2:06	女	気管狭窄症	人工呼吸方を伴わない気管切開(1:9まで)	○		気管切開部を閉じた後は、言語発達促進のため、地域の資源や育相へ参加	保健センター、保育所		
3	1:11	男	大血管転位症、心室中核欠損、肺動脈閉鎖症	在宅酸素療法	○		かかりつけ医が見つからない。母の不安などの対応は保健師が支援。子どもの事受け入れがたい。もともと好きでない	訪問看護、保健センター、保育所		
4	5:07	男	脳性まひ	胃ろう、在宅人工呼吸療法	○		母、いろいろな機関に相談できる力あり。	療育センター、訪問看護、MSW、保健師		
5	6:07	男	低酸素脳症、気管狭窄	鼻腔栄養、在宅人工呼吸療法、吸引	○		母親の性格が難しく、関係機関とのトラブルもあったが、他機関の支援でのりきった。	療育センター、病院リハビリ、訪問看護 保健センター		
6	0:10	女	新生児仮死、新生児虚血性脳症のため重度脳障害	十二指腸チューブ、在宅酸素療法、吸引	○		母、頑張りすぎるタイプ。保健師が定期的に話を傾聴し、支援。	訪問看護、訪問リハビリ、保健センター	⑥結婚前の妊娠。すべてイメージしていた事と違った。	
7	1:06	女	fraser症候群(口蓋軟化症、口唇口蓋裂、無眼球症、鎖肛)	鼻腔栄養、在宅人工呼吸療法、気管切開、吸引	○		母、いろいろな機関に相談できる力あり。訪問看護の導入にあたり、母が指導	訪問看護、療育センター 保健センター		
8	0:10	男	臍帯ヘルニア	鼻腔栄養、在宅人工呼吸療法	○		母、機関連絡できる。保健師にもよく相談している。	療育センター、保健センター		
9	3:02	男	ダウン症候群	鼻腔栄養、吸引	○		母の支援のため、保健師が定期的に訪問。レスパイとできる場がなかった	療育センター、保健センター		
10	6:00	男	パーター症候群	胃ろう	○		不妊治療で妊娠。「やっと授かった子で大切にしている」という。	療育センター、保健センター、幼稚園		
11	6:00	男	ミトコンドリア脳症	胃ろう、在宅酸素療法、吸引	○		多くの機関支援があり、重度であるが地域の小学校に進級。かかりつけ医が熱心。	かかりつけ医往診、訪問看護、療育センター、保健センター		
12	1:09	男	両大血管右室起始、左心低形成、大動脈縮窄症	在宅人工呼吸療法、吸引	○		兄弟もおり、支援者がいないため母の疲労が大きい。レスパイとできる場がない。夫婦関係悪い	かかりつけ医往診、訪問看護、保健センター、訪問リハ(5/週)	④DV ⑤支援者不在	ネグレクト 最重度
13	1:05	男	先天性食道閉鎖症	胃ろう	○		兄弟：要保護ケース 本児出生前より保健師が支援継続。生後1歳まで入院。	保健センター、養育支援訪問事業	①生育歴や複雑な背景	身体的虐待 中度
14	3:06	男	點頭てんかん	鼻腔栄養	△		第2子妊娠希望であるが、本児の育児で母悩む。レスパイとできる場所なし。	療育センター、保健センター、リハビリ入院		



*Silver Ribbon Campaign*

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)

障害児をもつ家族に対するニーズアセスメント指標の開発と  
小児病院と地域が連携した包括的な支援方策に関する研究  
総括・分担研究報告書(平成23年度)

2012年3月30日

研究代表者 植田 紀美子

地方独立行政法人 大阪府立病院機構  
大阪府立母子保健総合医療センター  
〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840  
Tel 0725-56-1220 Fax 0725-56-5682

