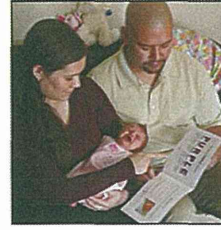


赤ちゃんを見てくれる全ての人に知ってもらいましょう

1. The Period of **PURPLE** Crying®「パープル・クライイング」を説明
2. 正常に泣いても、とてもイライラさせられること
3. 赤ちゃんを揺さぶることの危険性
4. 赤ちゃんを安全なところに寝かせ、ひと息入れても全くかまわないこと
5. 我慢できなくなったらいつでも連絡してくれてよいこと



赤ちゃんを世話してもらう人に、特に生後 5 ヶ月間は注意してください。ストレスにうまく対処できなかったり、短気な人の場合は、赤ちゃんを預けると危険である可能性があります。

8

赤ちゃんの泣き行動は生後 2 ヶ月でピークとなり、その後は和らぐことが分かりましたね。突然泣き出すこともあるし、理由が分からないこともあります。いくらなだめようとしても聞かずに泣き続けることも多く、たとえ痛みがなくても痛そうに泣いたりします。5 時間以上に渡って泣くこともあります。他の時間帯に比べて、午後から夕方にかけてよく泣きます。



以上で正常で健康な赤ちゃんであっても、The Period of **PURPLE** Crying®「パープル・クライイング」を経験することがあると分かりましたね。赤ちゃんはそれでも泣き続けるかもしれません。でも、赤ちゃんも、そして私たち自身も大丈夫ということも理解できましたね。

9

The Period of **PURPLE** Crying®「パープル・クライニング」は米国の乳幼児揺さぶられ症候群研究班 (NCSBS: National Center on Shaken Baby Syndrome)の乳幼児揺さぶられ症候群防止プログラムのひとつ。プリティッシュ・コロンビア州バンカー・バー市のプリティッシュ・コロンビア大学の小児科学教授で、カナダ・リサーチ・チェア・ロナルド・G・バー医師とのパートナーシップの下で開発されました。

本冊子に掲載された内容および乳児の泣き行動パターンに関する理解は、バー教授をはじめとする科学者の25年以上に渡る研究に基づいています。The Period of **PURPLE** Crying®「パープル・クライニング」のコンセプトはバー教授が開発したもので、本プログラムに基づく研究は Doris Duke 慈善基金、George S. and Dolores Doré Eccles 基金および BC 州子供と家族育成省 (Ministry of Children and Family Development) の支援により実現しました。

翻訳資金援助: 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究所)
「児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究」(主任研究者: 奥山真紀子)

当プログラム日本語顧問: 藤原 武男 医師/公衆衛生学修士/博士 (健康促進)

本プログラムに関する詳細は www.dontshake.org もしくは NCSBS(1-888-273-0071) までどうぞ。

The Period of **PURPLE** Crying®「パープル・クライニング」は登録商標であり、全ての内容が著作権により保護されています。一切の権利はロナルド・G・バー医師および National Center on Shaken Baby Syndromeが留保しています(2004-2007)。

本プログラムでは
赤ちゃんの生まれた
全ての家庭に
本冊子と DVD を
送呈しています。

National Center on
**Shaken Baby
Syndrome**
www.dontshake.org

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

病院で把握される虐待症例における個人的・社会的要因の解明に関する研究：
妊娠期に把握した母親の発達障害傾向と産んだ子どもへの虐待傾向との関連について

分担研究者 奥山 眞紀子 (独)国立成育医療研究センター こころの診療部 部長
研究協力者 笠原 麻里 駒木野病院
辻井 弘美 (独)国立成育医療研究センター こころの診療部 非常勤看護師

研究要旨

これまでの我々の研究で、妊娠期に把握できる虐待の個人的リスクファクターとしてはうつ・不安より発達障害傾向（自閉症スペクトラム（ASD）傾向および注意欠陥多動障害（ADHD）傾向）の可能性が高いと考えるようになった。そこで、昨年度までの成育医療研究開発費で調査を行ったが、細かい分析が行えなかったデータに関して、データを再検討し、分析し、専門的な見地から議論して考察を行った。調査内容としては妊娠中期にメンタルヘルスクリーニングを行い、産後の子どもへの虐待行動に関連するかを、前方視的に質問紙により調査・解析を行った。対象となった1480世帯のうち、846世帯の有効回答を得た（有効回答率57.2%）。結果は、親のASD傾向があった場合、虐待傾向は3.34倍高く、ADHD傾向がある場合、2.70倍高くなることがわかった。（いずれも $p < 0.05$ ）さらに、個別の虐待行動との関連をみた場合、ASD傾向の母親は「つねる」虐待のリスクが7.0倍であり、ADHD傾向の母親は「怒鳴る」虐待のリスクが3.6倍で、発達障害傾向のタイプにより異なる虐待行動のリスクとなっていることがわかった。このことから、産前のメンタルヘルスクリーニングにおいて、母親のASD傾向およびADHD傾向を評価し、早期から育児支援の体制を考慮することが、虐待行動の予防に役立つ可能性が示唆された。

A. 研究の背景と目的

厚生労働省の虐待死の検証からも、死亡事例は乳児期に多く、妊娠期の問題がリスクファクターとして大きいことが明らかとなっている。そこで、国立成育医療研究センターでは、妊娠期からの虐待予防を目指して、2007年より妊娠中期にスクリーニングを行い、支援を提供することをやって来た。これまでの研究では、虐待のリスクとしての母親のメンタルヘルスの問題として産後うつに関しての報告が多いため、初期には不安・うつ尺度でのスクリーニングを中心としたが、臨床的には、母親や家族の発達障害傾向、つまり自閉症スペクトラム傾向や注意

欠陥多動性障害傾向が子育ての上でリスクになる危険性があると考えられることから、2009年1月より自閉症スペクトラム障害（ASD）および注意欠陥多動性障害（ADHD）の尺度も加えてスクリーニングを行って来た。その結果、臨床的にはASD傾向を持つと考えられる母親の育児の問題の大きさを経験することとなった。

一方、2009年度より、妊娠中期スクリーニングを行った親の子育てに関する調査を開始した。その結果、妊娠中期にうつ・不安が高い群は子育てにおいてもリスクが高いことは有意だったが、うつ・不安が虐待傾向を予測することはできないという結果であった。

2009年より開始したASDおよびADHDの尺度を加えたメンタルヘルスクリーニングの結果と子育ての状況を検討するため、2011年に同様の調査を行った。

本研究の目的は、2011年に行った調査のデータを、クリーニングし、分析し、専門的な立場から議論して考察して、ASD傾向およびADHD傾向が個人的リスク要因であるかどうかを特定することである。

B. 研究方法

今回分析したデータの調査方法は以下の通りであった。研究対象は、2009年1月5日から2010年9月30日までに、当院において妊娠期のメンタルヘルスのスクリーニング（当院産科で分娩予定の妊婦に配布する妊娠中期間診票第2版に回答し、育児心理科で結果評定すること）を受けた女性である。妊娠中に問診票が回収され有効回答が得られた件数は1772件であったが、このうち、他院分娩者、当院で分娩した者すでにパイロット調査でスクリーニング該当児が参加した者、スクリーニングに回答した女性や該当児が死亡した場合は除外し、さらに既存情報から郵送が困難な状況（住所不明など）な例は除外した1480世帯に産後アンケートを郵送した。

この調査における妊娠中期間診票の中で、PARS(自記式)によって評価されたASD傾向、およびASRSによって評価したADHD傾向を分析した。

今回の分析では、調査で用いたアウトカムの指標の中で、子どもへの虐待行為(徳永ら、2000)に関する評価を行った。

C. 研究結果

郵送1480世帯中、892世帯(60.3%)から回答を得ることができた。そのうち、有効回答は846世帯であった。

妊娠時の母親の年齢は平均34.9歳(標準偏差

=4.2歳)であった。子どもの月齢は平均18.4か月(標準偏差4.4か月)で、男児が440名(52.0%)であった。第1子は477名(56.4%)であった。産後に身体的疾患を有していたのは112名(13.2%)、精神的問題で治療を受けていたのは14名(1.7%)であった。社会経済的要因については、世帯年収が400万円未満が62世帯(7.3%)、1500万円以上が81世帯(9.6%)であった。母親の教育歴は高卒以下が60名(7.1%)、大卒以上が490名(57.9%)であった。PARS短縮版8点以上をASD傾向ありとし、ASD傾向があったのは42名(5.0%)であった。また、ASRSで4点以上をADHD傾向ありとし、ADHD傾向があったのは23名(2.7%)であった(表1)。

各虐待項目の分布を表2に示す。「泣かせたままにする」が時々以上で62.6%、「大声でどなる」が時々以上で56.4%、「手を叩く」が時々以上で29.8%、「お尻を叩く」が時々以上で19.4%、「頭を叩く」が時々以上で13.2%、「顔を平手打ちする」が時々以上で5.1%であった。その他の虐待は時々以上は5%未満であった。虐待行動をスコア化したところ、平均は2.2(標準偏差:2.0)で右にSkewした分布であった。そこで低、中、高を0-2、3-5、6以上として分布から分けた結果が表3である。

産前に評価したASD傾向およびADHD傾向と、産後における虐待傾向との関連を順序ロジスティック回帰分析によって調べたところ(表4)、ASD傾向では調整なしで3.35倍、調整後も3.34倍、ADHD傾向をさらに調整しても2.85倍虐待傾向のリスクであることがわかった(いずれも $p<0.05$)。また、ADHD傾向も調整した場合2.70倍、虐待傾向のリスクであることがわかった($p<0.05$)。しかし、これはASD傾向を調整すると有意ではなくなった。

さらに、各虐待行動との関連をみると(表5)、ASD傾向があった場合、「つねる」虐待を7.0倍行いやすいことがわかった($p<0.05$)。さらに、

ADHD 傾向がある場合、「どなる」虐待を 3.6 倍行いやすいことがわかった ($p=0.083$)。

D. 考察

本調査の結果から、母親の年齢、子どもの月齢に関わらず、母親の ASD および ADHD 傾向があることは、子どもへの虐待行動を増すことが明らかとなった。このことは、これまでの研究から明らかになってきた育児中にみられる母子関係の質的問題も考慮すると、親の発達障害傾向があることは、早期の親子関係の安定性に大きな影響を与えると考えることができる。

人生早期の親子における健康な関係性は、養育者が安定的に育児を行う中で、子どもには愛着 (attachment) が発達し、親子間で相互に交流しつつ、子どもの精神発達が促進される基盤をなすものである。その中で、親には充足感や喜びが感じられ、育児という休息のない長い役割を負いつづけることができるのであろう。親子の関係性は相互に関与しあうために、バランスを失うと互いに悪循環を生み、親から子への虐待という行為を生じかねない。

今回の調査では、1 歳半前後を中心とした子どもをもつ親の育児について検討したが、この時期の早期幼児期までの親子関係における、親のコミュニケーション力の問題は、育児に大きく影響することが明らかになった。実際に言語的交流が親子関係をつなぐ主要なツールとなる少し前のこの時期には、むしろ言語以外のコミュニケーション力が重要な役割を担うが、ASD の特性を持った者にはそれが苦手であることは周知のとおりで、この点は、このような傾向をもった成人が親になった時に、早期幼児期の虐待行動を増すまでに至るといえる点、注目する必要がある。さらに、対人関係技能の問題やこだわりの強さも、育児という臨機応変な対応をその都度求められ、かつ日々変化する状況に問題を生じることは十分に想定できる。ただし、このような問題は臨床実感こそあれ、明らかに

されてこなかった。本調査を考慮するきっかけともなっている「軽度発達障害者の育児支援に関する研究 (笠原麻里、平成 20 年度)」においても、指摘してきたところであるが、早期の母子関係における ASD の特性は、そうではない親の育児に比べて数倍以上虐待行動が出現している可能性は特筆すべきであろう。

また、ASD の特性は、産前産後の短時間で変化する可能性は少なく、その人の有している特性として継続されるものと考えられる。

ADHD も同様に、2 つ以上のことを同時にできないことから、パニックをきたし、「どなる」などの虐待にいたるのではないかと考えられる。

以上から、早期の親子関係における虐待防止対策として、親の ASD および ADHD の特性に気づくことによって、育児支援の手立てを産前から考慮することが役立つものと考えられる。このことは、妊婦健診など産前の介入が可能であることも、子ども虐待への有効な対策が乏しい中であって、占める割合は多くはないものの、確実に介入できる可能性があり、さらにスキルトレーニングなどの手立てが有効であると考えられることから、虐待防止の観点から、有用な育児支援を講じる際の重要な項目であると考えられる。

E. 結論

親の発達障害傾向は虐待行動を増すことがわかった。このことから、産前のメンタルヘルスクリーニングにおいて、親の発達障害傾向、とくに ASD および ADHD 傾向を評価し、早期から育児支援の体制を考慮することが、虐待行動の予防に役立つ可能性が強く示唆された。

<参考文献>

- 1) A. S. Zigmond, et. al. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370, 1983. (訳北村俊則. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS 尺度). *精神科診断学*, 4, 371-372. 1993)

2) R.C.Kessler, L.Adler, et al.: The World Health Organization adult ADHD self-report scale(ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological Medicine (2005), 35, 245-256

3) H. Kurita, T. Koyama, et al.: Autism-Spectrum Quotient-Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. Psychiatry and Clinical Neuroscience (2005), 59, 490-496

4) 徳永雅子、大原美和子ら：首都圏一般人口における児童虐待の調査。厚生学の指標 (2000) 47, 3-10

5) 川合尚、庄司順一ら：子ども総研式・育児支援質問紙（ミレニアム版）の手引の作成。日本子ども家庭総合研究所紀要（2001）第 37 集, 159-180

6) 安達潤、行廣隆次ら：広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性・妥当性についての検討。精神医学 (2008) 50, 431-438

7) T. Teramoto, T. Hirose and R. Bakeman: A study of the validity of the Japanese Nursing Child Assessment Teaching Scale (JNCATS) utilizing sequential analysis: A second analysis of mother-child teaching interaction. J Med Dent Sci (2010) 57:209-220

8) 笠原麻里：軽度発達障害者の育児支援に関する研究—育児困難予防のための妊娠期からのとりくみ—。厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」平成 20 年度 総括・分担研究報告書 代表研究者神尾陽子

9) 笠原麻里ら：平成 21～23 年度成育医療研究開発費「胎児期からの小児虐待防止対策のための研究」（研究代表者 奥山 眞紀子）（印刷中）

<http://www.ncchd.go.jp/center/information/en-trust/h23-21s-10.pdf>（総括報告）

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

表 1. 参加者の属性 (N=846)

			N	%	範囲	
			または 平均	または 標準偏差	最少	最大
妊娠 20 週に おける母親の 属性	PDD	PARS スコア 8+	42	5.0		
	ADHD	ASRS スコア 0-1	719	85.0		
		ASRS スコア 2-3	104	12.3		
		ASRS スコア 4-6	23	2.7		
		年齢	歳	34.9	4.2	20
	婚姻状況	既婚	832	98.4		
		未婚・その他	14	1.7		
	就労状況	無職・主婦	482	57.0		
		パートタイム	69	8.2		
		フルタイム	239	28.3		
		その他	56	6.6		
	身体疾患	あり	112	13.2		
	現在治療中の精神疾患	あり	14	1.7		
	過去の精神疾患治療歴	あり	68	8.0		
	2 回以上の中絶経験	あり	86	10.2		
	妊娠方法	自然妊娠	631	74.6		
人工授精		50	5.9			
体外受精		150	17.7			
その他		15	1.8			
追跡時の母親の 属性	年齢	歳	36.8	4.2	22	46
	パートナーの年齢	歳	38.8	5.1	24	61
	婚姻期間	年	7.3	3.7	1	23.5
	パートナーの状況	パートナーと同居	817	96.6		
		パートナーと同居せず	18	2.1		
		パートナーなし	5	0.6		
		無回答	6	0.7		
	就労状況	無職・主婦	507	59.9		
		パートタイム	45	5.3		
		フルタイム	227	26.8		
		その他	67	7.9		
	教育歴	高卒以下	60	7.1		
		短大・専門	294	34.8		
大卒以上		490	57.9			
無回答		2	0.2			
世帯年収	400 万円未満	62	7.3			
	400-799 万円	310	36.6			
	800-1499 万円	331	39.1			

		1500+ 万円	81	9.6		
		無回答	62	7.3		
	子育てについて	たくさんいる	444	52.5		
	身近に相談できる人	何人かいる	342	40.4		
		ほとんどいない・いない	60	7.1		
子どもの属性	月齢	歳	18.4	4.4	10	32
	性別	男の子	440	52.0		
		女の子	406	48.0		
	出生順位	第一子	477	56.4		
		第二子以上	331	39.1		
		欠損値	38	1.5		
	きょうだいの数	0	466	55.1		
		1	273	32.3		
		2+	60	7.1		
		欠損値	47	5.6		
	多胎	あり	54	6.4		

表 2. 子どもへの虐待行動の分布

	まったくない (スコア:0)		ときどきある (スコア:1)		しばしばある (スコア:2)	
	N	%	N	%	N	%
1. 泣いても放っておくことがある	316	37.5	476	56.5	51	6.1
2. 食事を与えないことがある	839	99.2	7	0.8	0	0.0
3. 風呂に入れたり下着を変えたりしないことがある	812	96.0	33	3.9	1	0.1
4. 大声でしかることがある	368	43.7	417	49.5	58	6.9
5. お尻を叩くことがある	682	80.6	150	17.7	14	1.7
6. 手を叩くことがある	594	70.2	238	28.1	14	1.7
7. 頭を叩くことがある	734	86.9	103	12.2	8	1.0
8. 顔を叩くことがある	803	94.9	38	4.5	5	0.6
9. つねることがある	818	96.8	27	3.2	0	0.0
10. 物を使って叩くことがある	839	99.3	6	0.7	0	0.0
11. 物で投げつけることがある	831	98.2	15	1.8	0	0.0
12. 髪を切ることがある(散髪ではなく)	846	100.0	0	0.0	0	0.0
13. 押入れなどに入れることがある	836	98.9	8	1.0	1	0.1
14. 家の外(ベランダなど)に出すことがある	836	98.8	10	1.2	0	0.0
15. 子どもも家においたまま出かけることがある	812	96.0	33	3.9	1	0.1
16. 裸のままにしておくことがある	843	99.7	2	0.2	1	0.1
17. 自動車の中に子どもだけでおくことがある	812	96.0	32	3.8	2	0.2

表 3. 虐待行動スコアの分布

	N または平均	% or 標準偏差	最小値	最大値
合計スコア (範囲: 0-34)	2.2	2.0	0	11
低 (範囲: 0-2)	533	63.0		
中 (範囲: 3-5)	255	30.1		
高 (範囲: 6+)	58	6.9		

表 4. 母親の PDD または ADHD 傾向の虐待行動に対するオッズ比(OR) (順序ロジスティック回帰)

		調整なし			モデル 1			モデル 2		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
PDD	PARS score <8	ref			ref			ref		
	PARS score 8+	3.35	1.85-6.06	<0.001	3.34	1.79-6.25	<0.001	2.85	1.47-5.52	0.002
ADHD	ASRS score 0-1	ref			ref			ref		
	ASRS score 2-3	1.58	1.05-2.37	0.028	1.47	0.95-2.28	0.082	1.21	0.77-1.92	0.41
	ASRS score 4-6	1.89	0.86-4.15	0.11	2.70	1.15-6.32	0.022	2.05	0.86-4.92	0.11

モデル1は母親の年齢、身体疾患、現在の精神疾患、過去の精神疾患、2回以上の中絶歴、妊娠方法、年収、現在の就労状況、教育歴、パートナーの状況、子どもの月齢、性別、出生順位、多胎、相談できる人の有無を調整

モデル2はさらに PDD および ADHD を同時に投入しお互いに調整

表 5. 各虐待行動に対する PDD および ADHD のオッズ比(ロジスティック回帰)

	PDD			ADHD					
	PARS 8+			ASRS 2-3			ASRS 4-6		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
1. 泣いても放っておくことがある	1.57	0.51-4.87	0.43	2.22	1.00-4.93	0.05	3.27	0.78-13.8	0.11
2. 食事を与えないことがある	NA			NA			NA		
3. 風呂に入れたり下着を変えたりしないことがある	3.01	0.88-10.2	0.078	1.72	0.64-4.60	0.28	1.84	0.28-12.0	0.53
4. 大声でしかることがある	1.35	0.46-4.00	0.59	2.59	1.25-5.38	0.011	3.59	0.85-15.2	0.083
5. お尻を叩くことがある	1.93	0.85-4.39	0.12	0.80	0.44-1.45	0.46	0.92	0.27-3.21	0.90
6. 手を叩くことがある	1.76	0.84-3.70	0.13	0.71	0.42-1.19	0.20	0.69	0.23-2.08	0.51
7. 頭を叩くことがある	1.17	0.45-3.02	0.74	1.04	0.55-1.99	0.90	1.45	0.39-5.44	0.58
8. 顔を叩くことがある	1.30	0.32-5.31	0.72	1.36	0.53-3.50	0.52	0.79	0.09-7.32	0.84
9. つねることがある	7.00	1.46-33.6	0.015	0.50	0.11-2.18	0.35	NA		
10. 物を使って叩くことがある	NA			NA			NA		
11. 物で投げつけることがある	3.56	0.45-28.3	0.23	0.37	0.03-3.45	0.38	NA		
12. 髪を切ることがある(散髪ではなく)	NA			NA			NA		
13. 押入れなどに入れることがある	0.63	0.03-15.5	0.78	3.11	0.34-28.1	0.31	NA		
14. 家の外(ベランダなど)に出すことがある	NA			NA			NA		
15. 子どもも家においたまま出かけることがある	2.74	0.66-11.3	0.16	1.71	0.59-4.95	0.32	0.93	0.08-10.8	0.95
16. 裸のままにしておくことがある	NA			NA			NA		
17. 自動車の中に子どもだけでおくことがある	1.47	0.35-6.18	0.60	1.17	0.39-3.50	0.78	1.85	0.33-10.5	0.49

母親の年齢、身体疾患、現在の精神疾患、過去の精神疾患、2 回以上の中絶歴、妊娠方法、年収、現在の就労状況、教育歴、パートナーの状況、子どもの月齢、性別、出生順位、多胎、相談できる人の有無、PDD および ASD を調整

地域で把握される虐待症例における個人的・社会的要因の解明に関する研究

分担研究者 小稲 文 鎌ヶ谷市役所健康福祉部
こども課子育て総合相談室 主査

研究協力者 河村 秋 鎌ヶ谷市役所健康福祉部
こども課子育て総合相談室 養育支援訪問員

研究要旨 地域で把握される虐待事例は、どのような経緯で把握されるのか。虐待発見後の支援経過から子どもの様子、養育環境、養育者の思いの変化を明らかにし介入可能な個人的・社会的要因、さらに虐待の予防因子について検討した。

A. 研究目的

本研究の目的は、虐待が発生し深刻化する個人的・社会的要因についてその時期と内容、さらには虐待の予防因子についても明らかにすることである。

B. 研究方法

要保護児童対策地域協議会において要保護児童として平成 21 年度から平成 24 年度（11 月末現在）に把握された学童期以降の児童 77 人の事例について、把握経路、主たる虐待者、種別、虐待の重症度、児の発達の問題の有無、集団での生活の適応（いじめ・不登校・非行事実の有無、学業成績の状況）の要因を確認し、併せて親の経済的な問題、疾病・障害・性格的な問題等子育てに関する気になる事項の有無などを明らかにして、虐待の要因を分析する。

さらに継続して要保護児童となっている児童の要因や終結の場合はどうのような理由かを分析し、虐待の予防要因を検討する。

（倫理面への配慮）

データを指標として理解し、事例の内容について触れるが個人情報は一切含まれないこと、市全体の要保護児童の傾向をみていくものとし、数量的な処理をできる限り行うことを条件として同意を得る必要はなしとした。

C. 研究結果

1. 要保護児童数の推移（表 1）

平成 24 年度は前年度に比べ、全体に占める学童期以降の比率が 47.2%から 55.2%と増加し、中でも中学生が特に増加している。そのことは、4 年間継続している児童も含まれるため、小学生から中学生に推移している。

2. 虐待の内容

1) 虐待の類型別（図 1）

ネグレクト、心理的虐待が 38%と高い割合を占めた。さらにネグレクトについては貧困との関係性（図 1-1）を調べたところ、65%が経済的に苦しいという結果であった。

また、児の発達状態について療育手帳の所持、特別支援学級等の利用、こども発達センター在籍児を障害があるものとして捉え、虐待の類型別による差があるかをみた（表 2）。特に身体的虐待は発達障害ありの割合が 72%と高かった。

2) 主たる虐待者（図 2）

実母が 51%と半数以上を占めた。

3) 虐待の重症度（図 3）

軽度が 69%と高い割合であった。また重度としては身体的虐待が多かった。重症度は担当者の捉え方に相違があることが分かり、該当しない、最重度につけることがない、少ない、こともわかった。

4) 把握経路 (図 4)

近隣から市へ通報が入る、近隣から警察に通報が入るといった把握が 49%と半数近くであった。相談 (関係機関、学校、家族) という形で把握したものが 43%であった。

3. 支援の中で把握されたこと

1) 養育者の疾患の有無と虐待の類型別 (表 3)

精神疾患、発達障害に着目したが、いずれも療育手帳、精神保健福祉手帳の所持、精神科受診中など本人も自覚があるとしたため不明が多くなっている。

母が精神疾患のあるものが 23 人 (30%) であり、虐待の類型別では心理的虐待が多かった。その母の疾患としては、境界型人格障害、適応障害、アルコール依存症、統合失調症であった。

2) 夫婦・家族関係 (図 5)

ひとり親家庭が 40%であった。そして、夫婦間の DV ありが 21%と子育てを誰かと助け合い行うということができない環境であった。

3) 児の生活適応 (図 6)

特になし 12%、不明 18%を除き、70%が何かの問題を抱えていた。

4. 対応状況

1) 要保護児童該当回数と虐待の類型別 (表 4)

一度は終結後、再度要保護児童となった児は 17 人 (22%) いた。心理的虐待で 4 回該当となった事例は、親の怒鳴り声と児の泣き声での通報であり、家庭への介入ができず終結理由も長期虐待確認なしとの事由であった。不明点が多く調査が進まない現状もあった。

2) 個別支援会議開催数と虐待の類型別 (表 5)

個別支援会議は、56 回開催された。開催の対象は 26 人 (34%) に対してであり、ネグレクトの対象の会議が 15 人 (57.6%) と多かった。

3) 要保護児童と担当者の面接の有無 (図 7)

対象者のうち 56% (43 人) の児に対して、直接話を聞くことができた。

4) 終結の事由 (図 8)

長期虐待確認なしが 22%であり、家庭への介

入ができず見守りの中で終結した。

D. 考察

1. 学童期の要保護児童の増加について

教育委員会や学校との連携が強化され、要保護児童として市が進行管理をしながら関係機関が連携して支援していくネットワークが確立されてきたことにより、今まで把握できなかった対象者が把握されたことにより増加したのではないかと考えられる。今回の結果からは、近隣から警察への通報、近隣から市への通報が多くを占めていることが示された。そのことは、「虐待かなと思ったらまず連絡」という意識が近隣住民に定着してきている証であり、虐待予防への関心の高まりを思慮する。

今後は、そのネットワークの存在を保護者に知らせ、関係機関がそれぞれの役割の中で、子どもの人権を守るための支援をしていることを認識してもらうことも改善を図る上で重要と思われる。

2. 虐待の類型

虐待の類型として多くを占めていたネグレクトについて、そのうち多くの家庭が経済的な困難を抱えていた。この経済的な問題を家族だけでは解決できない事例も多い。税金の未払い、無保険のため医療が受けられない、金銭管理ができず学校の教材費が払えないなど「親自身が自分で判断してすべきこと」とされているものの中には市で把握できる部分も多い。保護者の隠れたニーズに対して守秘義務を保ちながらキャッチし、そこから社会資源の活用の仕方などを足掛かりにアプローチをすることで家族と社会の関係も変えることができると考える。地域の支援を得るために関係機関による個別支援会議が開催される場合も多い。その際に家庭への支援目標が共通理解され、解決のためにそれぞれの機関の役割が明確にされないと「このような子どもがいる」という全体での把握にとどまる。結果や効果を期待しての関係機関全体によ

る支援が必要であると考えます。

また、ひとり親家庭に対しての支援も同様であり、市としては親に子育て支援の情報を伝えている認識はあっても、多くの情報の活用方法が分からない、または認知されない現状もある。母子自立支援員の相談など身近に寄り添い、親を支援する存在が子どもの環境を整える一助になると思われる。

3. 発達障害がある児を持つ家庭への支援

発達障害のある児への支援をみると、乳幼児期に児の療育支援と併せて行われていた家庭への生活指導や親支援の側面が、学童期以降は、児の進学や進級について教育的な側面の相談が主となっている現状がある。親が障害を受容できているように思えても、そのことと日々の生活は別であり、しつこく称しての身体的虐待、「この子に言ってもしょうがない」と放任（ネグレクト）が行われることがある。関わる人が子どもの後ろにある親の姿や思いも把握し、親が子どもと楽しい時間を過ごすことができる、そして子どもの成長を喜ぶことができることをめざして生活ができるように支援していくことが必要と思われる。

4. 虐待の重症度の把握について

虐待の類型別で割合が高かった心理的虐待、ネグレクトは現在のアセスメントシートでは重度の行動になりにくい。このことは、判断を現行の指標だけでは難しいのか、生活環境不良の捉え方について判断者によるばらつきがあり統一すべきか等、今後検討していく必要がある。

しかし、リスクアセスメントシートを活用した事例の検討を通じて関係者間の共通認識がもてることは重要である。

5. 家庭への介入について

家庭への介入においては、まず子どもから話を聞くこと、そこから子どもの思いを知ることが心がけるべきであると思われる。今まで自分自身の思いを表現することができなかつた児に対して、安心して話ができる大人の存在や学校

以外に話せる場があることを伝えることで児の自尊感情を高めるための支援ができればと考える。そのことから児の生活適応として特にストレスに対処する力を高められればと考える。親の精神疾患等による虐待は、児にとって長い期間の心的外傷を受けているに等しい現状がある。親の精神疾患が治癒することも難しい現状の中で、「家族全体としてどのように支援を活用して充実した生活を送ることができるか。」親自身が考えることができるようにする教育も必要であり、関係者間で合意をしながら、家族に寄り添った支援をしていくことが家庭を保つためには重要になると思われる。

6. 要保護児童地域対策協議会について

関係者が対象者を理解してチームとして取り組めるためにはどのような運営をめざすべきか。現在の内容としては、市の中で起きている虐待などの現状を知る場、対象者の情報共有の場としての活用が主である。具体的な役割は個別支援会議で決める形になっているが、開催基準や次の開催時期などの評価についても明確な決まりはない。まずは、虐待の背景を共有し、現在の重症度やリスク要因を検討することで、今後の支援計画を検討できる場になることをめざすべきである。

E. 結論

学童期の虐待を予防するためには、家族そして子ども自身から家族全体を把握する視点を持ち続け、重症化する前に支援を受けられる体制をつくることが重要であると再認識した。

そのためには親も子も、利用できる支援の内容や、支援を依頼する方法を知ること、実際に支援を活用できることが必要と思われる。

関係者間の連携の中で対象者を知り、チームで支えるためには、共通認識が不可欠であり、そのことからより具体的な支援を決め、結果や効果を振り返ることも必要である。対象者を支える人が同じ方向で対象者に方針を伝えること

で教育的な効果も高まり、対象者が人への信頼を持つこと、さらには対象家族と社会がつながるきっかけになると考える。

F. 健康危険情報

該当なし

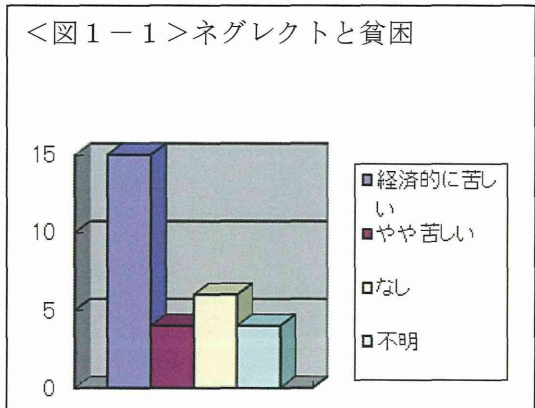
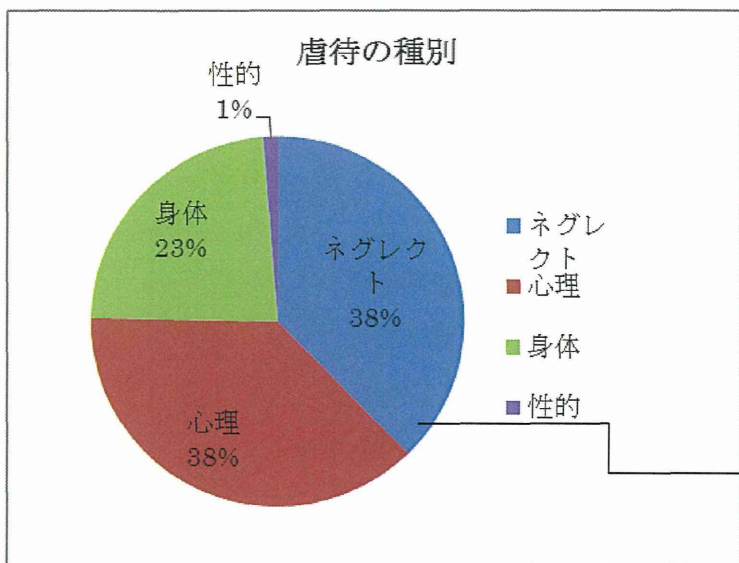
G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

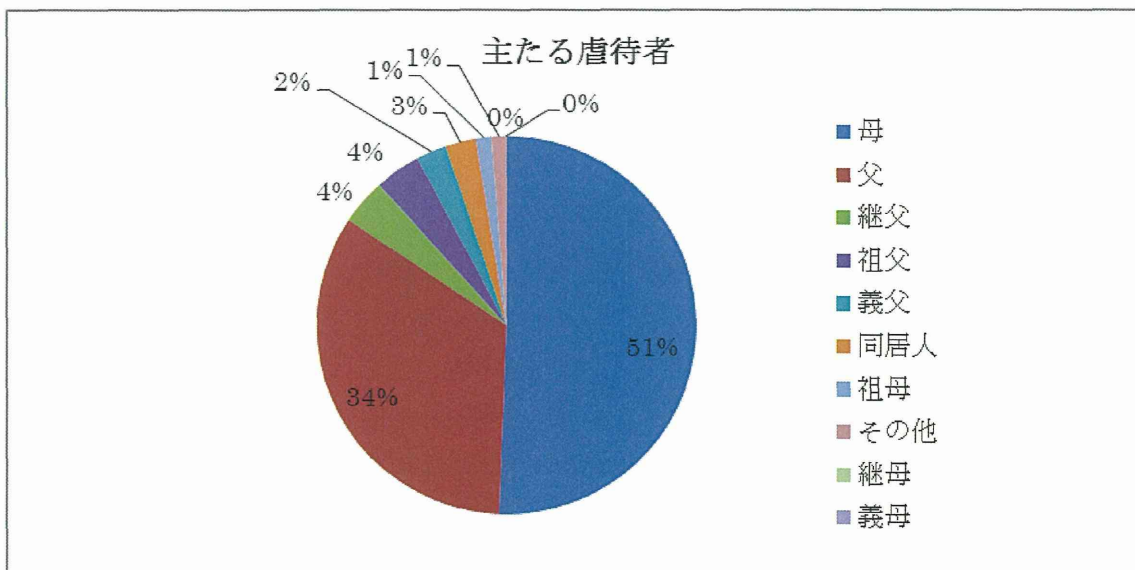
H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 なし

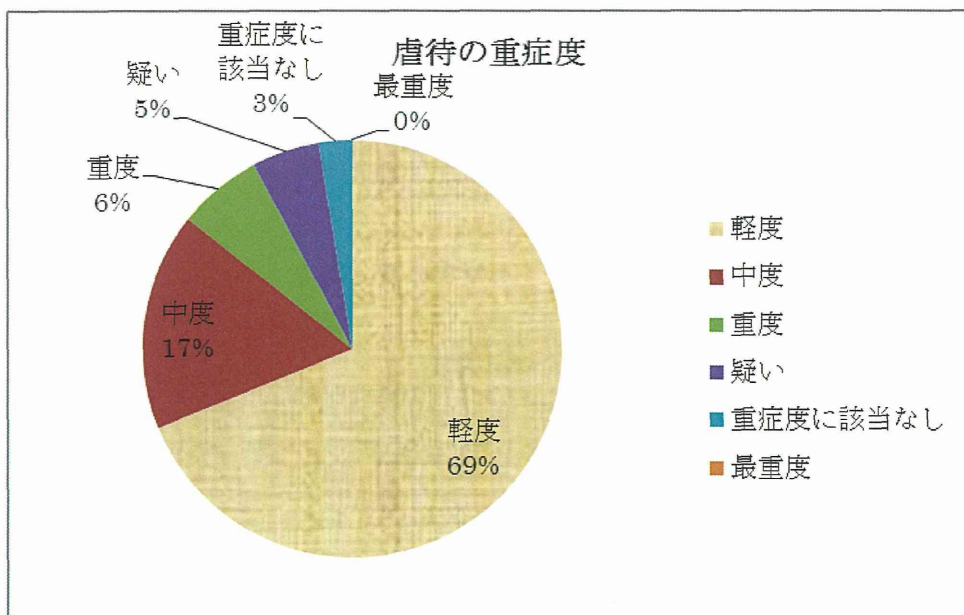
<図1> 虐待の類型別



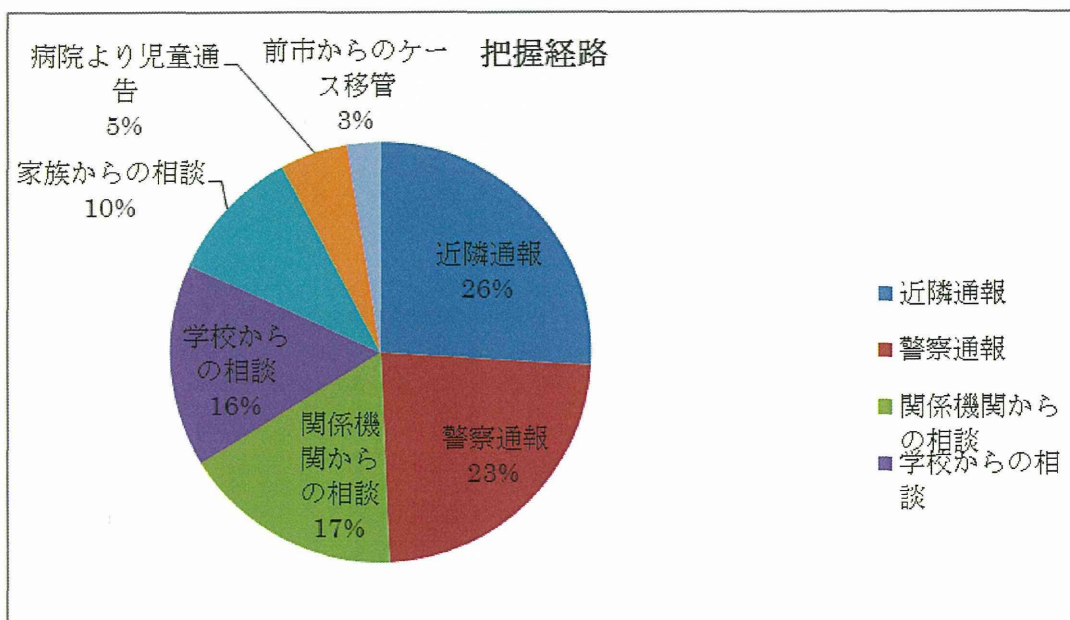
<図2> 主たる虐待者



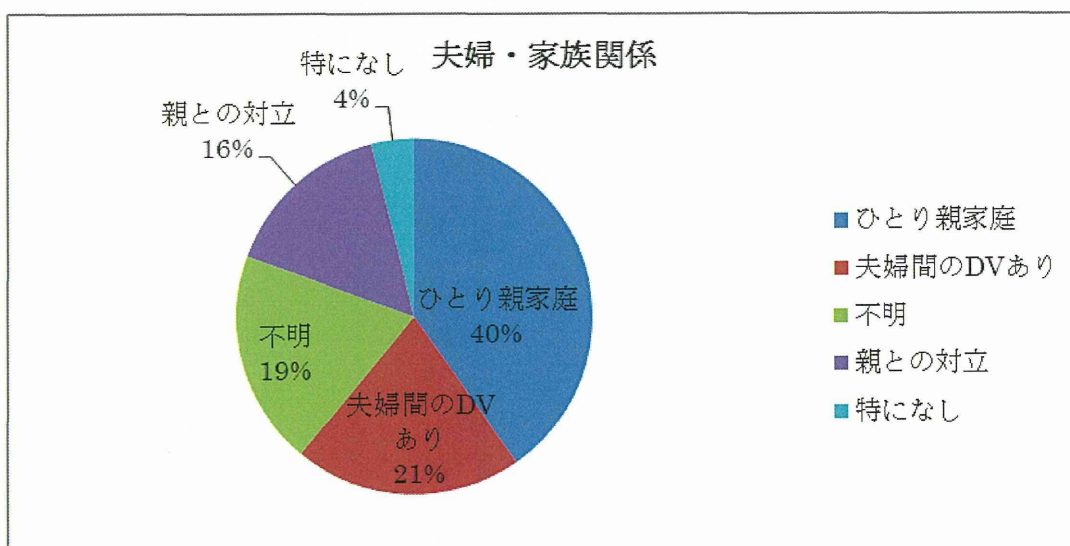
<図3> 虐待の重症度



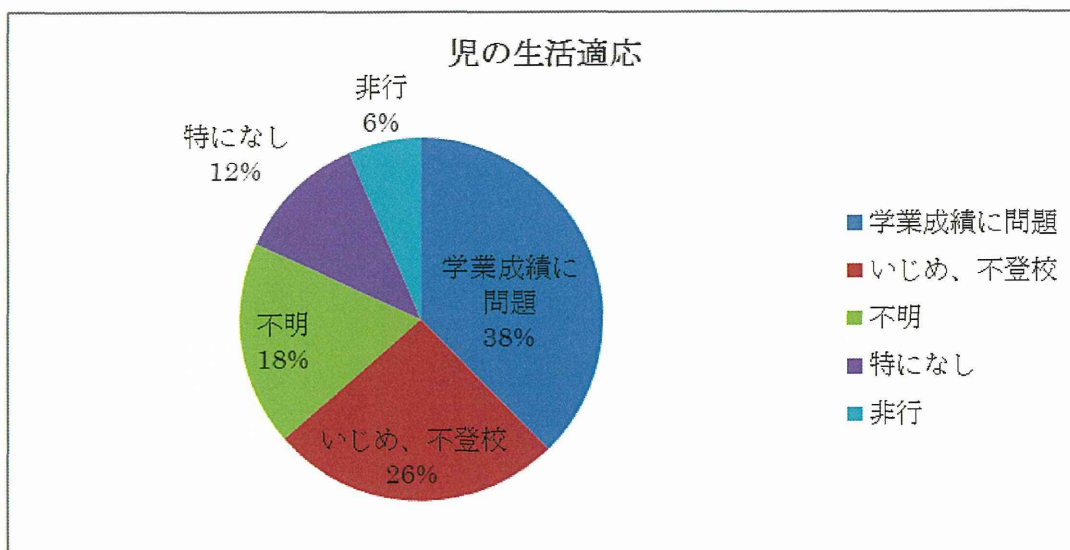
<図4> 把握経路



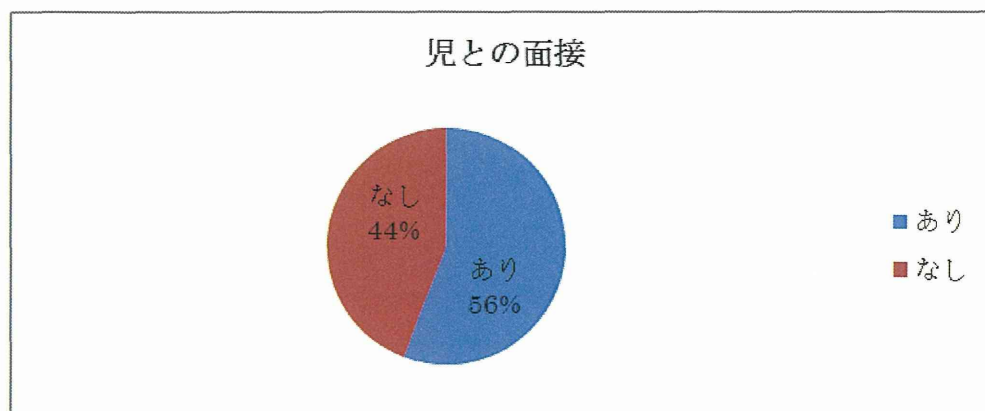
<図5> 夫婦・家族関係



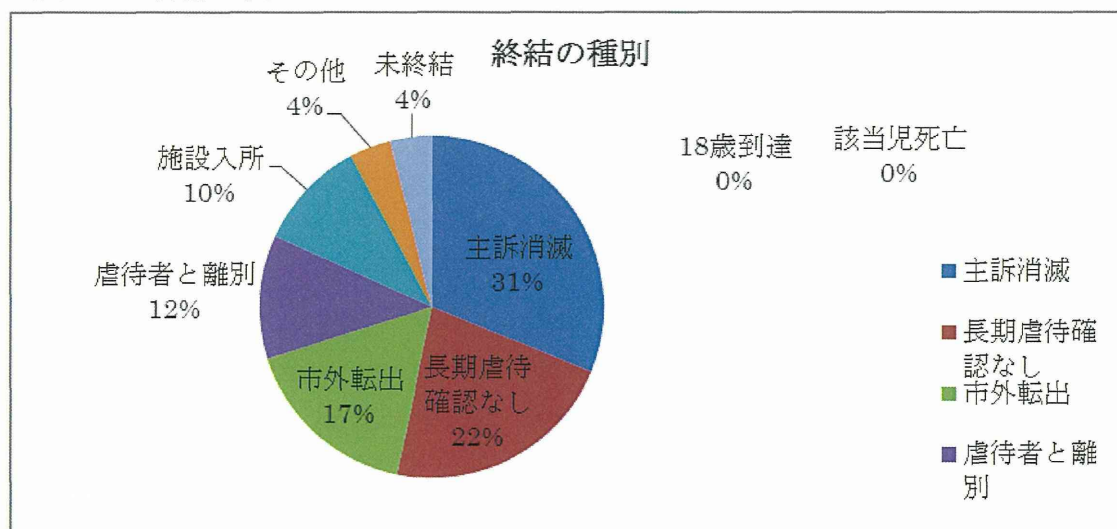
<図6> 児の生活適応



<図7> 要保護児童と担当者の面接の有無



<図8> 終結の事由



<表1> 要保護児童数の推移

年度	乳幼児	小学生	中学生	高校生	総数
平成21年度	30 (53.6%)	25 (44.6%)	1 (1.8%)	0	56
平成22年度	34 (55.7%)	22 (36.1%)	4 (6.6%)	1 (1.6%)	61
平成23年度	38 (52.8%)	23 (31.9%)	8 (11.1%)	3 (4.2%)	72
平成24年度	30 (44.8%)	18 (26.8%)	15 (22.4%)	4 (6.0%)	67

(人)

<表2> 児童の発達障害の有無と虐待の類型別

児の発達障害	虐待の類型別				
	ネグレクト	心理	身体	性的	総計
あり	13	9	13		35
なし	14	16	5	1	36
不明	2	4			6
総計	29	29	18	1	77

(人)

<表3> 養育者の疾患の有無と虐待の類型別

養育者の疾患	虐待の類型別				
	ネグレクト	心理	身体	性的	総計
両親とも発達障害と 精神疾患あり			1		1
両親とも発達障害あり	2				2
両親とも精神疾患あり	1	2			3
母の発達障害あり		1			1
母の精神疾患あり	5	13	3		21
父の精神疾患あり	1				1
不明	20	13	14	1	48
総計	29	29	18	1	77

(人)

<表4> 要保護児童該当回数と虐待の類型別

要保護児童対象回数	虐待の類型別				
	ネグレクト	心理	身体	性的	総計
1回	23	22	14	1	60
2回	5	6	2		13
3回	1		2		3
4回以上		1			1
総計	29	29	18	1	77

(人)

<表5> 個別支援会議開催数と虐待の類型別

個別支援会議開催数	虐待の類型別				
	ネグレクト	心理	身体	性的	総計
1回	4	1	4	1	10
2回	4	2	1		7
3回	2	1	1		4
4回以上	5				5
総数	15	4	6	1	26

(人)

地域アセスメント手法の開発および保健機関による虐待発生予防介入モデル研究

分担研究者 佐藤 拓代 大阪府立母子保健総合医療センター 企画調査部長
研究協力者 増沢 高 子どもの虹情報研修センター
前橋 信和 関西学院大学人間福祉学部
鈴宮 寛子 島根県健康福祉部
中西 眞弓 元関西医療大学保健看護学部
千代みどり 東大阪市保健所中保健センター
石丸 敏子 大阪府門真市健康増進課
緑川 小夜 愛知県安城市保健センター
嗟峨伊佐子 奈良県奈良市保健所健康増進課
芝谷喜美子 奈良県桜井市健康推進課
吉田 礼子 大阪府池田保健所
山下 典子 大阪府富田林保健所

研究要旨 児童相談所及び市区町村児童福祉部署への質問紙調査及び聞き取り調査から、虐待の把握と報告に係る問題、児童相談所の管轄・体制の問題、要保護児童対策地域協議会の機能強化の問題が明らかになった。要保護児童対策地域協議会がよく機能するためには、児童相談所及び市区町村母子保健部署との連携が強化されることが重要である。多くの市町村を抱える児童相談所では市町村により支援内容が異なり、今後は地域アセスメント手法の確立と、虐待対策をきちんと評価するために虐待報告のあるべき姿等についての検討が必要である。

保健機関による虐待発生予防介入モデル研究では、アセスメント指標を用いたシステム的支援が保健師の支援技術を高め虐待事例を軽度化させていることがわかった。事例をとおした保健機関から児童福祉機関への働きかけで地域ネットワークの課題が明確化され、地域サービスの開発のニーズが高まるなど、虐待に至る前からの支援が地域に広がることの重要性が明らかになった。今後は要保護児童対策地域協議会など地域の対応状況の変化も評価し、母子保健からの虐待予防の効果について広く発信することが必要である。

A. 研究目的

わが国の子ども虐待に関する公的データである福祉行政報告例から、全国の子ども人口1万人当たり子ども虐待対応件数とかけ離れた数値を示す児童相談所及び市区町村に調査を行い、地域虐待対策の評価を行うとともに、望ましい虐待対策を検討する。また、児童相談所及び自治体の児童福祉部署及び母子保健部署に調査を

行い、地域における虐待対策アセスメント指標を開発し、全国自治体が自ら虐待対策の評価を行う仕組みを構築することを目的とする。

さらに、佐藤が開発した保健機関のリスクアセスメント指標（表17）は、地域ベースで使用することで児童虐待発生が抑えられた実績（保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の開発と虐待予防のためのシステム的地

域保健活動の構築。子どもの虐待とネグレクト。2008)がある。介入自治体の母子保健部署において、アセスメントツールを用いて妊娠期からの虐待予防支援を行い、より普遍性のあるモデルを構築することを目的とする。

B. 研究方法

1. 地域アセスメント手法の開発に関する研究

(1)全国児童相談所及び自治体への調査

全国児童相談所 206 カ所に調査紙調査を行った。また、児童相談所の状況と管内自治体の状況を関連させて検討するため、人口の多寡に関わらず 1 件の回答となり同じパワーを持つことから小さい自治体を除くこととし、管内で人口の大きい自治体から順に児童相談所の管内人口の約 7 割になるまで抽出を行い調査対象自治体とした。対象自治体は 612 カ所となり、児童福祉及び母子保健部署に、質問紙の郵送による調査を行った。

(2)児童相談所及び自治体等に対する聞き取り調査

昨年度の研究で報告した厚生労働省福祉行政報告例における児童相談所及び市区町村の虐待対応件数の分析から、全国の子ども 1 万人当たり対応件数に比して児童相談所及び市町村がともに少ない札幌市・鹿児島県、市町村が全国平均からかけ離れて多い滋賀県、市町村が全国よりかけ離れて少ない青森県の児童福祉担当者、母子保健担当者、児童相談所に聞き取りによる調査を行った。

2. 保健機関による虐待発生予防介入モデル研究

昨年度から継続して実施しているモデル市のアセスメントツールを用いた事例検討会に分担研究者及び研究協力者が月 1 回参加し、スーパーバイズを行った。効果的な虐待等事例の検討のために、工夫を重ねている自治体の視察を行い、自らが課題に気づくと共に改善策を講じる

ことをサポートする。

介入モデル自治体：愛知県安城市、奈良県奈良市（奈良市保健所）、奈良県桜井市、大阪府門真市

サポート自治体：東大阪市（保健所中保健センター）

（倫理面への配慮）

地域アセスメント手法の開発に関する研究の自治体への調査は、公的機関に対する個人を特定しない調査であり、倫理面への配慮は必要としない。保健機関による虐待発生予防介入モデル研究は、事例研究を公的機関主体で実施するものであり分析は個人を特定して行わず、公衆衛生上の対策をすすめるために必要なこととして倫理面への配慮は必要としない。

C. 研究結果

1. 地域アセスメント手法の開発に関する研究

(1)全国児童相談所及び自治体への調査

全国児童相談所 206 カ所に調査を行い、147 カ所から回答があり 71.4%の回答率であった。

自治体 612 カ所の児童福祉及び母子保健部署に調査を行い回答率はそれぞれ 360 カ所（58.8%）、331 カ所（54.1%）であった。しかし、母子保健部署では特に政令指定都市の区において市全体の状況の回答などがあり、区の状況はホームページの統計書などからでも把握できなかったため分析から除外し、326 カ所（53.3%）について分析した。

人口など記入されている数値については、平成 22 年国勢調査及び人口動態調査等から訂正及び追加を行い、欠測が少なくなるよう努めた。

①児童相談所

a) 管内について

147 カ所の児童相談所の管内人口は平均 64.5 万人±77.6 万人で、人口の幅が大きかった。管轄市区町村は平均 8.9 カ所±5.8 カ所で、これも幅が大きかった。18 歳未満の子ども人口（以下、