

決して赤ちゃんを 激しく揺さぶらないでください。

- 無理に泣きやませようと激しく揺さぶらないでください。
- また、泣き声が周囲に聞こえないようにと赤ちゃんの口をふさがらないでください。
- 赤ちゃんの泣きの特徴と激しく揺さぶってはいけないことを、
家族に知ってもらいましょう。
- 泣かれてイライラするのは誰でも同じ。
赤ちゃんのお世話をする全ての人に
揺さぶりの危険性を知ってもらいましょう。
- また、ご近所にも赤ちゃんの泣きの特徴を知ってもらいましょう。



10



【協力・監修】

独立行政法人
国立成育医療研究センター研究所
成育社会医学研究部 部長 藤原 武男 医師・医学博士

認定特定非営利活動法人
子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
理事長 山田 不二子 医師

国立大学法人
東京工業大学
情報理工学研究科 准教授 宮崎 祐介 博士(工学)

【協力・CG制作】

SCIEMENT 株式会社 サイアメント

【制作】

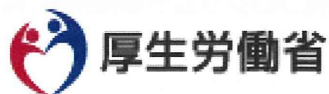
厚生労働省

◆このDVDは、行政機関、医療機関、教育機関での視聴を用途に制作されました。◆著作権者に無断で複製・改変・公衆送信(ネット配信等)・上映・頒布等を行うことは著作権法で禁止されています。

赤ちゃんが泣きやまない

泣きへの理解と対処のために

DVD活用ガイド 指導者向け



このガイドは、行政機関、保健機関、医療機関などで

「赤ちゃんが泣きやまない ——泣きへの理解と対処のために——」

のDVDを活用する上での留意点等を
指導者向けに示すものです。

視聴者への説明の際、参考にしてください。



1.DVDの目的

赤ちゃんの泣きの特徴とその対処法を理解してもらうこと、特に、泣きやませるために激しく揺さぶったり口を塞いだりしてはいけないことを認識してもらうことを目的に作成されています。

2.DVDの内容

大きく、下記の3つの内容で構成されています。全体を視聴することで正しく理解できるよう作成されていますので、できるだけ11分間全て視聴してもらってください。

- ① 赤ちゃんの泣きの特徴の理解
- ② 泣きやませようと揺さぶった場合の影響
- ③ 赤ちゃんの泣きへの対処法の紹介

3.視聴の対象者と活用の場面

妊娠期にある父母や乳児を抱える養育者、乳児の世話をする可能性がある全ての方に視聴してもらってください。

産科医療機関に入院中の教育プログラムや退院指導、両親教室、子育て教室など集団の場でも、家庭訪問といった個別支援の場でもかまいません。家庭訪問の場合は、ポータブルDVDプレーヤーを活用すると便利です。

4. 補足して伝えたいことがよいこと・伝える際に気をつけること

赤ちゃんの泣きへの対処法

赤ちゃんの泣きへの対処法は、ミルクやおむつ替えなど生理的な欲求に応える以外にもたくさんあります。DVDでは、その一例を紹介していますが、指導者の方が有効と考える他の対処法もぜひ紹介してください。ただし、DVDで紹介している内容や他の方法を試しても泣きやまず、自分の子どもがおかしいのではと思い悩む親もいますので、全ての子どもに効果があるわけではないことも伝えてください。また、発熱や嘔吐などの症状がある場合は医療機関を受診すること、さらに泣きやまず心配であればいつでも医療機関を受診してよいことを伝えてください。

揺さぶりとおやしの説明

「乳幼児揺さぶられ症候群」になることをおそれ、(首や体をしっかり支えた状態での)高い高いや横向きで抱っこをして揺らすなどのおやしを行うことに過敏になることがあります。

説明の際には、「このくらい揺さぶるとなります。」という伝え方よりも、揺さぶりにおいて、頭が前後に激しく揺さぶられる状態が危険だということを伝えてください。

ただし、頭が前後に激しく揺さぶられないからといって、赤ちゃんを空中に放り投げる行為(これを「高い高い」と捉える人もいます)など、落下といった別の危険性がある行為をしてはいけなことは当然です。赤ちゃんの月齢や発達状況にあわせたおやし方を理解してもらってください。

また、もしも赤ちゃんを揺さぶってしまい、赤ちゃんの具合が少しでもおかしいと思ったら、迷わず医療機関を受診し、揺さぶったことを隠さず医師に伝えること、そのことが子どもを救うために重要なことも伝えてください。

育児全般含めた相談窓口の周知

DVDでは、泣きだけを取り上げていますが、泣きへの対処は育児の一部分です。また、同じような泣きをされても、その時その時の養育者の心理状態によりイライラする度合いは変わります。DVDの視聴をきっかけに、養育者の不安や悩みを把握し、その解消に努めてください。あわせて、育児に関する地域の相談窓口も伝えてください。

5. 関係者の理解

このDVDの内容を実践するに当たって、泣き声がやまない等の理由で近所から児童相談所等に通告されるのではないかと心配する養育者もいるかもしれません。

まずは、各地域において、関係機関の職員がこのDVDを視聴し、赤ちゃんの泣きに関する理解を深め、養育者を支援してください。



このDVD活用ガイドは以下の皆様の協力・監修により作成いたしました。

独立行政法人
国立成育医療研究センター研究所
成育社会医学研究部 部長 藤原 武男 医師・医学博士

認定特定非営利活動法人
子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
理事長 山田 不二子 医師

2013年 3月

資料3 泣きの知識および揺さぶりの知識についての質問紙

あてはまると思うものに○をしてください。
あまり深く考えずに、直観的に答えてください。

		とても そう思う	そう 思う	そうは 思わない	全く 思わない
1	生後数週間から赤ちゃんは泣く事が増加し、生後1, 2か月がそのピークになり、その後減少すると思いますか。	1	2	3	4
2	健康な赤ちゃんは、突然あるいは、はっきりとした理由も無く泣き出すことはないと思いますか。	1	2	3	4
3	赤ちゃんを激しく揺さぶると、赤ちゃんの重篤(じゅうとく)な健康上の問題を引き起こしたり、死に至る原因になりうると思いますか。	1	2	3	4
4	赤ちゃんが泣いているときはいつもどこか具合が悪いサインだと思いますか。	1	2	3	4
5	健康な赤ちゃんでも時々、1日合計5時間以上も泣くことがあると思いますか。	1	2	3	4
6	泣き止ませるために赤ちゃんを激しく揺さぶることは、良い方法だと思いますか。	1	2	3	4
7	良い親ほど、泣く赤ちゃんをなだめることが出来ると思いますか。	1	2	3	4
8	赤ちゃんの泣き声にとてもイライラしたときは、赤ちゃんのそばから離れても良いと思いますか。	1	2	3	4

* 1、2、4、5、7、8が泣きの知識、3、6が揺さぶりの知識。1、3、5、7、8は反転項目とし、合計点を100点満点に換算した。

資料4 全体および各集団における泣きの知識および揺さぶりの知識の変化

		泣きの知識			揺さぶりの知識		
		視聴前	視聴後	p	視聴前	視聴後	p
全体		56.1	73.6	<0.001	89.9	96.4	<0.001
年齢	24歳以下	53.8	71.9	<0.001	89.2	96.4	<0.001
	25-29歳	56.4	74.1	<0.001	91.0	96.9	<0.001
	30-34歳	56.5	73.8	<0.001	89.6	96.6	<0.001
	35-39歳	56.0	72.8	<0.001	89.6	95.7	<0.001
	40歳以上	54.7	73.8	<0.001	89.2	96.1	<0.001
性別	男性	53.9	73.5	<0.001	87.6	96.0	<0.001
	女性	57.1	73.5	<0.001	91.0	96.6	<0.001
出生順位	第1子	56.0	73.6	<0.001	89.7	96.5	<0.001
	第2子以降	59.0	72.2	<0.001	94.7	95	0.90
EPDS	9点以上	55.2	69.8	<0.001	87.1	95.3	<0.001
	8点以下	56.1	73.7	<0.001	90.1	96.5	<0.001

親の発達障害傾向と子どもへの虐待傾向に関する質的研究

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

研究要旨

本研究の目的は、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、質的研究を行うことである。

その結果、発達障害傾向のある母親が虐待に至る要素は以下の8点が考えられた。つまり、食事へのこだわり、検査・治療へのこだわり、子どもと同調できない、二つ以上のことを平行処理できない、融通が利かない・予定を変えられない、子どもが思ったように行動しないと苛立つ、理屈で追いつめる・衝動的な暴力を正当化、社会との不適応（会社での人間関係など）であった。今後はこれらの知見を踏まえた上での介入研究が待たれる。

A. 研究目的

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、妊娠中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行って来た。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つい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、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、質的研究を行った。

B. 研究方法

分担研究者および研究協力者の経験をナラテ

ィブにまとめた。

C. 研究結果

発達障害傾向のある母親が虐待に至る要素は以下の8点が考えられた。

1. 食事へのこだわり：母乳でなければとのこだわりが強く、母乳が出ないのに人工乳を追加できない。特殊な栄養方法に嵌り、低体重、くる病などに至る。アトピー性皮膚炎でアレルギー除去食を徹底し、自分も子どもも極端な痩せになる。原発事故以来、産地が西方向でない子供に食べさせることができない。それに一生懸命で子どもが情緒的ネグレクトとなる。
2. 検査・治療へのこだわり：ステロイドへの極端な拒否（重症アトピーでもステロイドを拒否）、必要な放射線検査を拒否、治らないのなら治療の価値はないといって治療拒否をする。

3. 子どもと同調できない：離乳食をうまく与えられないため、体重増加不良や食事の時間が極端に長くなる。また子どもの感情へのミラリングができないため、子どもの感情の認知が発達しない。さらに子どもとの共感ができないために、子どもへの苛立ちが強くなる、また子どもの共感性が育たない。
4. 二つ以上のことを平行処理できない：例えば、コンロが複数あっても一つずつしか使えないので、食事のバリエーションがない。また洗濯をしながら食事の支度などができないため、家事全般に時間がかかる。そして子どもをお風呂に入れてから自分の入浴するため、子どもを一人にせざるを得ない。さらに子どもの食事と自分の食事を一緒にできないため、自分の食事は疲れてできない。
5. 融通が利かない、予定を変えられない：自分が予定した順番の内、一つのことを何らかの理由で変更になると後のことが全てできなくなる。また子どもが病気になっても対処できない。優先順位がつけられない。
6. 子どもが思ったように行動しないと苛立つ：予定が崩れる、自分のストーリーが遂行できないので苛立つ。子どもにとっては何故怒られているかわからない状況も存在する。自己制御がうまく行かず、子どもを殴ってしまうこともある。
7. 理屈で追いつめる、衝動的な暴力を正当化：特に父親に多く、情緒を認めることができず、理屈のみで解釈してしまう。子どもに対しても勉強等で追いつめる傾向にある。子どもの自己評価が下がるような対応を繰り返してしまう。一方、仕事の業績は良いことが少なくない。
8. 社会との不適応（会社での人間関係など）：多くは就労そのものに問題はないが、人間

関係の問題はある。ただし、その自覚がない（他者の文句を言うだけ）。その結果、近所との付き合いもなくある種の引きこもり状態となることもある。保育園や学校でも理解されず、トラブルとなることもある

D. 考察

親の発達障害傾向の子どもへの影響として、栄養面の問題が生じることが多いことがわかった。また、身体的虐待に至ることもあった。しかし、最も大きいのは心理的影響と考えられる。情緒的交流が少なく、アタッチメントの問題を持ちやすいことも無視できない。行動を上手に制御してもらえないことから行動の問題で学校等で対応に苦慮する状態になることもある。また、追いつめられることからそれへの反応が起きることもある。さらに、元々の負因なのか環境性なのか不明だが、子どもも発達障害傾向となることが多い。これらに注意して介入する必要がある。

E. 結論

親の発達障害がどのように子どもの虐待にいたるのか、その質的研究を行った。今後はこれらの知見を踏まえた上での介入研究が待たれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・奥山眞紀子：虐待の世代間連鎖を断ち、次世代のレジリエンシーを育む～アタッチメントとトラウマの視点から～, 第12回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2013. 5. 11

・奥山真紀子：乳幼児虐待予防のための、医療・保健・福祉の多職種連携の問題点について-周産期の母親のメンタルサポートの観点から-。第5回日本子ども虐待医学研究会学術集会，東京，2013. 7. 21

・奥山真紀子：子どもの虐待死を着実に減らす戦略～官民で考える目標の設定と具体的行動～，日本子ども虐待防止学会（JaSPCAN）第19回学術集会信州大会，長野，2013. 12. 14

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

地域で把握される虐待事例における個人的・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
研究協力者 河村 秋 淑徳大学看護栄養学部
看護学科 地域看護学

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検討し、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

要保護児童及び要支援児童として長期間支援している2事例について、時系列に事例の経過を追い、各時期における虐待の内容、子どもの様子、親の養育環境、親の思い、行われた支援について把握している情報を整理する。

事例の個人的・社会的要因を虐待のリスク要因として捉え、支援によって改善した点についてまとめ、今後の必要な支援を検討する。

（倫理面への配慮）

検討する事例については、個人、関係機関を匿名化した。事例には、研究の目的、個人情報保護について説明し、同意を得ている。

C. 研究結果

事例1：心理的虐待、身体的虐待

支援期間14年、保健推進員訪問（乳児家庭全

戸訪問事業）で把握、ひとり親家庭、他の兄弟あり、把握時に親の精神科受診歴はなし、子どもは支援後に療育手帳を取得、育児の支援者相談者は祖母。

事例2：心理的虐待、ネグレクト

支援期間6年、保健推進員訪問（乳児家庭全戸訪問事業）で把握、両親と子の家庭、他の兄弟なし、父から母へのDVがあり、把握時に親の精神科受診歴はなし、子どもは支援後に療育手帳を取得、育児の支援者相談者は祖母であり、父母がキーパーソンとしての養育は難しい。

虐待発見前に把握していた内容

今回2事例の情報を整理した結果、共通した養育環境であることが分かった。

- ・母は、保健推進員訪問（乳児家庭全戸訪問事業）を受け入れ、相談相手の有無の質問に対し、友だちがいないと回答している。
- ・保健師が育児相談の必要な家庭として継続した相談を行い、出生時の状況、養育状況、家族の形態、生活状況について把握をしていた。
- ・保健師等が母との面接、相談、訪問を行った際に相談時間が1時間を超えることが常であ

り、相談者である職員との話を求め、心配や困り事として次々に話を続け、相談者との距離感が保てないことや内容がある話ではないが終えることが難しいことが多かった。

- ・支援をし続けても助言を受け入れることや何かの改善がみられる等の変化はない。
- ・日程が指定されている健診などの母子保健サービスは受けられても、母自身で計画する予防接種受診等はできない。

把握した虐待の内容と変化

2 事例とも支援の経過の中で虐待の内容や親の思いが①～④へ変化をした。

①子どもが泣く時などに、親が責められている思いになり「うるさい、私が何をすればいいのと言っているの」と子どもに怒鳴り声を浴びせる。養育は親のペースと気分で行われる。

②子どもが言う事を聞かないことを理由に親が叩くことを正当化する。しかし、子どもにはなぜ親が怒っているかがわからないので、同じことが繰り返される。

③親のいうこと（従わせようとしていること）を子どもが理解できないことや返事をしないことを理由に、「同年齢の子に比べて発達が遅れている」「子どもが成長しない」と養育上の大変さを子どもに問題があると訴え、食事（時間がかかることや少食を理由にどうせ食べないと食事を抜く、えさのように手軽なものを与え続ける）や身の回りの世話をしなくなる。

④親は「子どもと一緒に空気を吸うのも苦痛」「朝になるとまた同じ繰り返しの生活が始まる」等と養育が苦痛となり意欲がさらに低下した。その結果、「子どもを無視する」「部屋に閉じ込める」等をして、支援者に子を預かってほしいと子どもの前で言い出す。

虐待発見後の支援経過と把握した内容

①子どもの様子

- ・親子で求め合うものやタイミングが合わず、しっくりといている場面をみることがない。親と共感することがない。
- ・子どもの発達に問題があることが分かり、学校による支援は受け入れられても、親の困りごとは変わらないので、なぜ子どもがそのようなことをするのかがわからず、苦しくなると怒鳴り叩くという行為は続いている。そのため子どもは、親の顔色を見る、おびえる姿など情緒の問題を抱えている。

②養育環境

経済状況

- ・ギャンブル、ゲーム、買い物に依存しやすい。
- ・計画的に金銭を使えない。

夫婦・家族関係

- ・親だけでものごとを判断できない。

相談できる人・機関

- ・養育に関する自分なりの方法や思いが強く、祖母から協力を快く受けられない。
- ・母の友達はいない。
- ・相談者が親のことを理解したいと思っていることを伝え、親の生活史と養育歴を振り返ることができた。
- ・支援により、ネットワークができ、親が相談できる場は増えている。

③親の精神状況・性格等の問題

- ・事例1の母は、「周りの人はみんな子どもの味方で虐待をしている自分の味方はいない」と思い、事例2の母は、子どもがいるために「一日家にいるのに家事も育児もできない」と父に言われると思っており、いずれも自分が責められていると感じていた。
- ・親自身が「自分の親に十分養育をされてこなかった」という思いがある。
- ・母は家族間の葛藤が強く、精神的に不安定になりやすい。
- ・母は社会生活の中で不全感を持ち、友人がいないこと、相手にいろいろなことを求められると

パニックになってしまうこと、衝動的に子どもを怒るとそのことを覚えていないことを話した。

- ・支援の中で母が「死にたい」「消えてしまいたい」と思っている気持ちを引き出すことができ、精神科受診へつなげることができた。
- ・母は、医師に自分の生活史や養育歴、そして今まで子どもの養育での苦痛や大変さを話したことで、発達障害を持つこと、2次的に育児の負担によるうつ状態になっていることを診断された。
- ・事例2は、薬物療法の必要性がなくなった時点で治療を自己判断で中断している。

④母の思いの変化

- ・事例1の母は、自分がどんな時に子どもの思いが受け入れないかが分かり、虐待行為を行ってしまった時に、罪悪感を持つようになった。
- ・親は自分を責めることや、投げやりになることが少なくなり、支援者に対し自分の思いを話すことができるようになった。

D. 考察

1. 支援者が介入可能な親の個人的・社会的要因
事例の親は、自分が親から十分に養育をされてこなかったという思いがあり、家族間の葛藤が強く、自分を責め続ける等精神的に不安定になりやすい状況であった。

親自身が「友だちがいない」「相談相手がない」と今までの生活上においても孤立しており、支援を受けることをいやがらないが、親のこだわりが強く助言を受け入れることがほとんどないことから、支援による改善が見えにくかった。このことから親自身だけでなく、支援者も先の見通しを持って目標の設定が難しいため、支援が長期化したと思われる。

支援者は家族の機能を整えるために、親がどこまで子どもの養育に気持ちや行動を向けられ

るかを判断すること、さらに親の子育てに関する思いを引出し、虐待という問題が解決するまで支援し続けることを約束して、親との信頼関係を築くことが大切であると考えられる。

2. 虐待を予防すると考えられる因子

保健推進員訪問（乳児家庭全戸訪問事業）によって把握されたこの事例からも、事業の目的である「すべての乳児家庭を訪問し、様々な不安や悩みを聞くこと」が虐待を予防するために効果的であり、その際に親子の心身の状況や養育環境等の把握ができる質問紙の作成や訪問者が親の思いに耳を傾け助言をする技術が必要と思われる。さらに、周囲に相談者がいないこと、地域から孤立していること、育児知識の不足等を理由に支援が必要な家庭として保健師につなげる視点を持つことも重要と思われる。

事例のように支援者を受け入れる等のプラス面について有効にいかし、逆に人との関わりを好まない事例については、少しでもつながりを持ち、家庭に対して何を心配しているか、どんな支援ができるか明確に親に伝えることが必要と思われる。

支援者は親に向き合い、親の生活史や養育歴を把握しながら、親の思いを理解していくことが求められる。親に精神的疾患がある可能性も念頭に置き、必要時には精神科医との連携を取り、受診勧奨、服薬継続の支援なども行っていく必要があると考えられる。

3. 今後必要な支援

虐待の内容について経過を追って振り返ることで、子どもの年齢、推移する期間には違いがあっても、親は子どもが泣くことが要因となり①苛立ち怒鳴る②叩くことが日常となる③子どもの行動が原因であると虐待を正当化する④親の養育意欲の低下とうつ傾向という同様な変化を遂げていることがわかった。

今回明らかにされた、事例に共通した経過や親の個人的・社会的要因について連携機関が共

有することにより、虐待継続のリスクを予測すること、親の生活史や養育歴の把握の必要性、親の精神疾患の可能性などを念頭に置いた支援が求められる。そのためには虐待のためのアセスメントツールを導入することで情報収集をして、その家庭のリスクとされるマイナス面だけでなく、強みとされるプラスの面も明確にすることで、具体的に支援を計画できると考える。

また、その効果を親子の関係性や親の行動の変化を把握しながら、チームで継続して評価していくことが必要である。

さらに虐待を予防するためには、子どもだけでなく家族全体の問題を把握する視点を持ち続け、重症化する前にその家庭に必要な具体的な支援を行えることが重要である。

そして、虐待を受けた子どもが在宅で生活していくために、支援者が児童虐待に関する必要な知識や技術を得るための研修や関係機関がネットワークを意識しながら調整していくこと

が今後の課題であると考えます。

E. 結論

支援経過が長期化している事例の背景、環境、支援の振り返りを行うことで虐待の発生への誘因となる因子、予防となる因子、今後必要な支援について検討を行うことができた。

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

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

研究要旨

地域アセスメント手法の開発のために、これまで厚生労働省福祉行政例の分析、児童相談所及び自治体児童福祉部署・母子保健部署への調査を行い、さらに分析を進めた。児童相談所の虐待対応件数と非行事例数とで弱い相関がみられ、母子保健部署では3歳未満の低年齢児の割合を高めるのは妊娠期届出時のアセスメントを全数に実施するなど、活発な母子保健活動に関係していることがわかった。これらから、都道府県、児童相談所、市区の地域アセスメント指標項目の選定を行い、地域アセスメント図（案）の作成を行った。

これまでの本研究で虐待データの精度の問題、報告の問題が明らかになっており、先進的にデータセンターを設置している米国への視察調査及びわが国のがん登録推進法等の検討から、地域虐待対策の評価を行う上で必須のデータシステムのあり方について明らかにした。

地域保健機関に対する虐待予防介入モデル事業は、介入前と介入中の要保護児童対策地域協議会対応事例における保健センターの把握の割合、3歳未満児の割合の比較から、それぞれ平均202%、116%の増加がみられ、地域虐待予防の効果があると考えられた。全国への普及をめざし、「地域保健機関におけるリスクアセスメントを用いたシステムの虐待予防マニュアル」の作成を行った。

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
嵯峨伊佐子	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

また、佐藤が開発した保健機関のリスクアセスメント指標（佐藤拓代：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の地域保健活動の構築．子どもの虐待とネグレクト．第10巻第1号 P66-74. 2008）を用いて、システムの妊娠期からの虐待予防介入をモデル市に行い、虐待予防効果を評価するとともに、全国的に普及可能な虐待予防モデルを構築することを目的とする。

A. 研究目的

子どもの虐待に関する公的報告機関である児童相談所及び市町村児童福祉部署の報告データ、及び両機関に対する調査からわが国の虐待対策の評価方法を明らかにする。

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結果の分析

平成23年度に実施した全国児童相談所及び

その管内人口の約 7 割の自治体に対する調査結果の分析を継続する。回答は児童相談所 147 カ所 (71.4%)、自治体児童福祉部署 360 カ所 (58.8%)、自治体母子保健部署 331 カ所 (54.1%) であった。

(2) 米国 National Data Archives on Child Abuse and Neglect (NDACAN) の視察

米国の虐待対策はわが国よりはるかに進んでいると言われている。特に定期的な虐待発生率調査等を実施している、虐待に関する全米のデータセンターである National Data Archive on Child Abuse and Neglect (NDACAN) を視察し、わが国の望ましいデータシステムについて検討する。

2. 保健機関による虐待発生予防介入モデル研究

昨年度は、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、今年度上半期は 2 か月に 1 回参加してスーパーバイズを行った。下半期からは全く参加せず、自治体としての継続性を維持する取り組みの検討と、保健機関のみならず要保護児童対策地域協議会データから、地域としての虐待予防効果を検討する。

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における自治体への調査は、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

① 児童相談所

これまでの分析は以下のとおりである。

- 児童相談所ごとの子ども人口 1 万人あたり児童虐待対応件数は 26.5 件±14.3 件で、子ども人口と対応件数には相関がみられなかった
- 児童相談所の管内人口は 64.5 万人±77.6 万人、管轄市区町村は 8.9 カ所±5.8 カ所と、管内人口と市区町村数のばらつきが大きかった
- 児童虐待対応職員数は 1.21 人±1.16 人と、児童相談所によりばらつきが大きかった。職員数は子ども人口が多いところで少なかったが、虐待対応件数と職員数には相関がなく、少ない人数でも多くの事例に対応している状況を表していると考えられた
- 市区町村支援が市区町村により違っているのは 49.6%と半数の児童相談所にみられ、特に 10 カ所以上の市区町村ではその割合が多かった。支援が違う理由は、地区町村の力量によるのが 93.8%ともっとも多かったが、人口規模によるものも 42.2%あり、特に 20 カ所以上の市区町村を抱えている児童相談所では 60.0%と多くなり、真に必要な支援を行うためには市区町村の地域アセスメントが重要であると考えられた

米国は詳細な子どもの虐待データを公表しており、1991 年ごろから性的虐待がいち早く減少し 1990 年と 2005 年の比較では 51%減少となり、遅れて減少し始めた身体的虐待も 1992 年と 2005 年の比較で 46%の減少がみられている（ディビッド・フィンケルホー著、森田ゆり等

訳;子ども被害者学のすすめ、岩波書店、2010)。
子ども虐待には子育ての困難を引き起こす社会的背景が影響することから、減少の信憑性を判断するためにDV、10代の妊娠、少年非行の動向の分析がなされているが、同様の減少がみられていることで、やはり子どもの虐待は真に減少しているとされている。

わが国においても虐待と同様の社会的背景を持つ不登校、非行に関するか、検討を行った。図1に児童相談所の子ども人口1万人あたりの虐待対応件数と不登校件数の関係を示すが、相関係数 $r=0.050$ と相関がみられなかった。また、図2に同様に子ども人口1万人あたりの虐待対応件数と非行件数の関係を示すが、相関係数 $r=0.270$ と弱い相関がみられた。

②自治体児童福祉部署

これまでの分析は以下のとおりである。

- 子ども人口1万人あたりの虐待対応件数は35.7件±33.6件と幅が大きく、子ども人口と対応件数には相関がみられなかった。
- 虐待対応職員数は4.9人±3.9人とばらつきが大きく、子ども人口と職員数には弱い負の相関があったが、虐待対応件数と職員数は相関が見られなかった。子ども人口0.5万人以下では71.4%が全ての職員が全地域をカバーしていたが人口2万人以上では22.9%になるなど、虐待対応体制は子ども人口2~5万人に分岐点がある可能性が考えられた
- 通告時の児の確認のポリシーは48時間以内が50.6%ともっとも多かったが、決めていないのが4.9%にみられた。直ちに確認するのは0.5万人未満では63.9%と多かったが5万人以上では少なくなり、反対に48時間以上は5万人以上68.8%と多くなっていた。これらのことから、子ども人口の多寡に応じた職員など体制整備が必要と考えられた
- 要保護児童対策地域協議会は88.5%の市区町

村が普通以上に機能しているとしていた。やや機能していないのは11.2%であったが子ども人口0.5万人未満では21.6%と多くなり、人口の少ないところでの運営の工夫などが必要と考えられた

- 児童相談所との連携は普通以上が95.9%であり、連携の程度は子ども人口や虐待対応件数による違いはみられなかった。要保護児童対策地域協議会がよく機能しているところでは児童相談所と連携がとれているとことが多かった。要保護児童対策地域協議会の機能発揮と児童相談所との連携が関係していると考えられた
- 母子保健部署との連携は普通以上が98.8%であり、ほとんどが連携に問題がなかった。連携がとれているところでは低年齢の虐待事例を直ちに一緒に検討、乳児家庭全戸訪問の前に配慮が必要な事例の共有が多くなされていた。要保護児童対策地域協議会の機能をよく評価しているところでは母子保健部署との連携がとれているのが全体の38.9%に比べ65.4%と多くなっていた

児童相談所と同様に、虐待と同様の社会的背景を持つと考えられることから、不登校、非行について検討を行った。図3に自治体の子ども人口1万人あたりの虐待対応件数と不登校件数の関係を示すが、まったく相関がみられなかった。不登校件数がかけ離れて多い1自治体を除いて分析したが、やはり相関がなかった。また、図4に同様に子ども人口1万人あたりの虐待対応件数と非行件数の関係を示すが、相関係数 $r=0.024$ と相関がみられなかった。

生活保護受給率と子ども人口1万人あたりの対応件数について検討した。生活保護の状況は、世帯受給率、人口1,000人あたり受給率によって示される。本調査では100人あたりの受給率で回答を求めたので、自治体のホームページ等

から数字の精査と訂正を行ったのちに分析した。結果では、図5に示すとおり、子ども人口1万人あたりの対応件数と生活保護受給率は不登校や非行よりは相関係数が高かったが、 $r=0.155$ と相関がみられなかった。

③自治体母子保健部署

これまでの分析は以下のとおりである。

- ・人口は15.7万人±14.3万人であった
- ・子ども虐待への対応は、リスクアセスメントを45.8%で実施し政令指定都市の区や中核市はそれぞれ74.3%、63.8%と多かったが、市は38.0%、町は42.2%と少なかった
- ・児童虐待事例に家庭訪問を行っていたのは149カ所(45.7%)であったが、把握できない、不明等が多く、実際には多くの自治体で訪問しているが報告が義務づけられておらず把握できないものと考えられた。家庭訪問回数は2.6回±2.04回と、厚生労働省地域保健・健康増進報告による各種訪問からは多かった
- ・児童福祉部署との連携は普通以上が95.5%であった。連携がとれているところでは定期的事例検討会が全体の35.2%に比べて50.6%と多いなど、低年齢虐待通告を一緒に検討する、定例情報交換を行うことが連携推進に必要と考えられた

今年度は母子保健事業を中心にさらに分析を行った。

a) 母子保健担当保健師の状況

母子保健担当保健師数は13.0±14.56人で、自治体によりばらつきがあった。出生千人に対する保健師数は8.6±9.90人で、3人未満の自治体は10カ所(3.1%)、10人未満167カ所(51.2%)、30人未満123カ所(37.7%)、30人以上21カ所(6.4%)であった。自治体の種類と保健師数をみると、出生千対保健師数が3

人未満は指定都市の区では全体の3.1%に比して9.8%と多く、反対に30人以上は町で全体の6.5%に比して50.0%と多くなっていた(表1)。出生数が少ない自治体で保健師数が多かったが、人口が少なくても乳幼児健診などのサービスについて、頻度は減少させても大きい自治体と同様に必要であることから、人口の大きい自治体で一概にサービスが低下しているとは考えにくかった。

母子保健の経験年数が5年以上の保健師の割合は13.0±12.56%であり、経験年数が短い保健師が多かった。若い保健師は母親と年齢層が近いことから受け入れてもらいやすいと考えられるが、母子保健では家族全体を把握し将来を見据えた支援も行わなければならない、ベテラン保健師のスーパーバイズが必要である。母子保健は若い保健師ばかりではなく、バランスのとれた配置を望みたい。

b) 妊娠届出時の取組

妊娠届出時の面接の全数実施が198カ所(62.3%)、保健センターでの交付時のみの実施が99カ所(31.1%)で、実施していないのは21カ所(6.6%)と、ほとんどの自治体で実施していた。

妊娠届出時に計画した妊娠か、支援の有無等、アンケートで支援を必要とする妊婦を把握することが重要であるが、アンケートの全数実施は227カ所(71.8%)、保健センターの交付時のみの実施が18カ所(5.7%)であった。実施していないのは71カ所(22.5%)であった。

妊娠届出時のアセスメントは、全数実施は227カ所(69.6%)、保健センター交付時のみ19カ所(5.8%)、未実施60カ所(18.4%)であった。出生千対母子担当保健師数が30人以上と30人未満でアセスメントの実施状況が異なった(表2)。母子担当保健師数が30人以上での自治体では、全数実施が少なく、未実施が

多かった。出生児数あたりでは保健師数が多くても業務のメニュー数が多く、妊娠届出時にスタンバイして面接を行うことが困難であることがうかがわれた。保健師以外が妊娠届出を受理しても、アンケートの実施などで必要時には保健師の面接につなげるシステムが必要と考えられた。

c) 虐待のリスクアセスメント

虐待のリスクアセスメントは 132 カ所 (45.8%) で実施しており、政令指定都市の区は 74.3%、中核市は 63.8% と実施が多かったが、市は 38.0%、町は 42.2% と少なかった。

出生千対母子保健担当保健師数が 3 人未満の自治体では、虐待リスクアセスメントの実施が 70.0% と多く、30 人以上では反対に未実施が 70.6% と多かった (表 3)。リスクアセスメントを使用するには研修を受けてリスクアセスメントを理解することが必要である。出生数あたりでは保健師数が多くても、絶対数が多くなければ研修に出向くことが難しい状況がうかがわれる。

d) 家庭訪問実施状況

乳児に対して平成 22 年度に実施した状況を尋ねた。出生数を母数とした訪問率は、妊婦訪問率 $2.3 \pm 7.43\%$ 、産婦訪問率 $38.8 \pm 35.51\%$ 、新生児訪問率 $13.8 \pm 20.70\%$ 、乳児訪問率 $31.6 \pm 30.92\%$ で、一人あたり訪問回数はそれぞれ、 1.5 ± 0.61 回、 1.3 ± 0.41 回、 1.2 ± 0.84 回、 1.3 ± 0.39 回であった。これは、同様に平成 22 年度地域保健・健康増進報告から計算すると、妊婦訪問率 1.7%、産婦訪問率 59.6%、新生児訪問率 24.4%、乳児訪問率 (未熟児、新生児を除く) 46.4% であるので、乳児訪問率の母数に未熟児・新生児が含まれて大きくなっていることを換算しても、低い数値であった。調査対象となった自治体が人口の多い自治体であることか

ら、全国でも人口が多い自治体の訪問率が高くないことがうかがわれた。しかし、平均訪問回数は、それぞれ 1.5 回、1.1 回、1.1 回、1.1 回であることから、今回の調査対象の人口規模の大きい自治体では支援を多く実施していることがわかった。

乳児については、訪問率 10% 未満 102 カ所 (31.3%)、30% 未満 90 カ所 (27.6%)、50% 未満 35 カ所 (10.7%)、50% 以上 79 カ所 (24.2%) と、50% 以上に訪問を行っているところが 4 分の一であった。訪問回数も 1.1 回未満 62 カ所 (19.0%)、1.5 回未満 164 カ所 (50.3%)、1.5 回以上 76 カ所 (23.3%) と、1.5 回以上の訪問を行っているところが約 4 分の一であった。

虐待児への訪問を行っているのは 149 カ所 (47.5%) で、残りの 177 カ所 (54.3%) は把握できずまたは不明、未記入などであった。虐待児の家庭訪問を把握し報告することが厚生労働省から求められておらず、把握が困難と考えられた。家庭訪問数の報告があった 149 カ所では、被虐待児 1 件あたりの訪問回数は 2.6 ± 2.04 回であった。平成 22 年度地域保健・健康増進報告における家庭訪問報告で、もっとも一人当たりの回数が多いのは幼児への家庭訪問 1.5 回であり、それに比して多くの家庭訪問を実施しているといえる。自治体の種類別にみると、指定都市の区では訪問回数が 2 回以上は全体の 56.4% に比べて 65.7% と多くなっていたが、中核市では回答数が少ないものの 25.0% と少なかった (表 4)。中核市と指定都市の区とは同じような都道府県型と市町村型の母子保健活動を行っており、この違いが何によるものか検討する必要があると考えられた。

虐待の背景要因となることもある障害児への訪問は 146 カ所から回答があり、 1.6 ± 3.90 回実施されていた。障害児への支援は都道府県型の保健師活動とするところがあり、また地域保健・健康増進報告でも報告を求められないこと

から把握が困難と考えられた。虐待児と同様に地域保健・健康増進報告における幼児への訪問回数より、やや多く訪問されていた。自治体の種類別にみると、1.5回以上訪問しているのは指定都市の区では全体の20.5%に比して5.3%と少なく、反対に市で27.5%、回答数が少ないものの町で27.3%と多くなっていた(表5)。人口規模の大きい自治体ではさまざまなサービスを利用することができることから、保健師の訪問は初期のアセスメントや関係機関調整等が終了すると支援回数が少なくなっている可能性がある。

e) 虐待予防の事業

虐待予防の視点で実施している事業があると回答した自治体は228カ所(69.9%)であった。その内容は、両親教室121カ所(53.1%)、母親教室88カ所(38.6%)が多く、虐待予備軍母のグループも60カ所(25.3%)で実施されていた(図6)。多胎児教室や若年親の教室も虐待予防の視点で実施されており、ペアレンティングの教室も8カ所(3.5%)で実施されていた。その他の回答が多かったが、内容は妊娠期からの面接指導や乳児全戸家庭訪問事業(こんには赤ちゃん事業)などの既存の事業のほか、親のメンタルヘルス支援事業、母子保健推進員との連携支援、親子ふれあい教室、2歳児訪問事業など、多種多様な工夫をこらしたものが回答されていた。

自治体の種類と虐待予防の視点の事業との関係を見ると、虐待予備軍母のグループが指定都市の区では54.3%、中核市では37.0%と、全体の26.3%より多く実施されていた(表6)。対象となる母親が多いこと、実施体制が整備しやすいものと考えられた。多胎児教室も指定都市の区に加え保健所設置政令市も多く実施していた。しかし、若年母親の教室は中核市のみで多く実施されており、人口だけではない別の要因

が関係している可能性がある。

f) 3歳未満の虐待児の割合と児童福祉との連携等

平成22年度の自治体の児童虐待に占める3歳未満児の割合は、福祉行政報告例から22.8%であるが、本調査では45.4±30.0%と自治体間のばらつきが大きいものの3歳未満児の虐待に多く対応していた。3歳未満児の割合が何に関係しているのか検討を行った。

まず、母子保健活動では、妊娠届出時にアセスメントを全数に行っているのが全体では74.8%であるのに対し、3歳未満児の割合が40%以上の自治体では80.9%であった(表7)。20%未満の自治体では60.0%であるので、母子保健活動がスタートする最初の親との接点から取り組みを行うことが重要と言えよう。また、虐待ハイリスク児への訪問数などを把握している自治体も、3歳未満児の割合が20%未満では26.8%であるのに対し、40%以上では34.4%とやや多く(表8)、虐待予防の視点の事業についても、虐待予備軍母のグループは20%未満では7.4%であるのに対し40%以上の自治体では34.7%と約5倍であり、多胎児教室でも20%未満の自治体では14.8%に対し40%以上の自治体は26.7%と多く実施していた(表9)。妊娠期から虐待予防に取り組むことが、乳幼児期早期に虐待を把握し支援することにつながることが明らかになった。

児童福祉との連携は、連携の程度について「とれている」とするのが3歳未満児の割合が20%未満の自治体では41.0%であったが、40%以上では30.9%と少なかった(表10)。連携の内容についても、定期的事例検討会、低年齢虐待通告時一緒に検討が同様に40%以上の自治体で少なく、児童福祉部門との連携がよいことが直接的に3歳未満児の虐待把握を促しているとはいいがたい(表11)。しかし、児童福祉部門と