

が増加し、虐待防止のための支援ができるようになった。

#### <課題>

##### ①支援技術

- ・以前よりも、他保健師のケースを知るようになったが、まだまだ個人で抱えているケースもあると考えられ、ケースの共有をはかっていきたい
- ・精神疾患、発達障害、人格障害等を有する保護者（特に母親）が虐待者の事例について、対応の行き詰まりが生じており、これらの対象者への援助技術の向上が必要である。
- ・保健師間の援助技術の差がさらに増大しており、事例検討会等を通じて複数の保健師でチェックしていく体制が必要である。また、保健師の力量に応じた事例の分担も検討すべきか悩む。

##### ②事例検討会の運営

- ・検討件数が増え、検討月の調整をする等の対応が必要になってきている。次回の検討月の判断をどのように行うべきかが難しい。
- ・タイムキーパーを導入したが、時間を超過することも多く、簡潔なケース発表の鍛錬が必要である

##### ③体制整備

- ・庁舎内の組織化、虐待の緊急時対応の連絡、会議の招集体制等

##### ④要保護児童対策地域協議会・ネットワーク支援

- ・事例検討会で得た助言や方針を、他機関や要保護児童対策地域協議会の中にどの様に反映させていくか
- ・必要時に利用できる支援サービスが少ない。
- ・実務者会議につながった後に、その会議でのケースに対する支援検討が十分できていない

現状がある。

- ・保健担当課による積極的な介入がすすみ、虐待担当課との支援方針の食い違いが生じており、危機的な状況の捉え方に温度差がみられる。（「保健師は大騒ぎしすぎ」と言われる）できるだけ両者で話し合いによる調整を行っているが、事例を担当している保健師のストレスが高まっている。
- ・保健担当課は、虐待事例の後追いではなく未然防止に力を注ぎたいが、現実的には虐待事例の支援の割合も多く、関係機関の役割分担を明確にした事例の整理が必要である。

##### ⑤関係機関連携

###### ・周産期医療との連携

母子手帳発行時からの連携、妊婦健診時や出産時の様子でハイリスクを医療機関で把握して、愛着を支援し地域にかえてもらう。妊娠中の医療機関との連携。それぞれの役割をお互い理解して深めていく。

###### ・地域の関係機関との連携

医療機関の連携について守秘義務と虐待防止、重篤化防止の視点に立ち共通認識の下に連携する。それぞれの機関が役割を理解し、連携する。

- ・自分たちは保健機関の役割が認識できているが、関係機関が保健機関の役割を認識できていない。

- ・自分たちの意識や知識が高まったことで、関係機関の意識や知識が不足していると感じる。

#### D. 考察

##### 1. 地域アセスメント手法の開発に関する研究 (1) 虐待児童虐待統計の分析及び自治体への聞き取り調査

厚生労働省への報告は、福祉行政報告例記入要領及び審査要領により児童相談所及び市町村

が行っており、重複して報告されている。しかし、聞き取りを行った自治体では児童相談所が市町村の要保護児童対策地域協議会の事例を把握していることから重複しないで報告しているところがあった。対応件数は施策を実施する上での基礎データであり、重複報告システムを、早急に改善すべきと考える。また、要領の解釈が異なって報告されている可能性も見受けられた。

通告件数は虐待通告の周知度を反映するが、通告件数と虐待対応件数が同数字で報告されているところが見受けられ、いずれかがオーバーカウントになっている可能性がある。啓発の効果을把握するには通告の把握と、虐待の判断をきちんと行い実態を把握することが重要である。

これらの課題があるにしても、福祉行政報告例における虐待対応件数と虐待の種類及び被虐待児の年齢には自治体によりばらつきが大きく、虐待対策に問題がある可能性を示唆している。

児童相談所と市町村が役割を分担し連携することが重要であるが、特に一部の政令指定都市の区ではこれらの課題が大きい可能性がある。

厚生労働省福祉行政報告例から全国児童相談所及び市町村の子ども虐待対応状況の分析を行い、虐待事例数等のばらつきが大きく取り組みに課題があることが示唆された。

## (2) 全国児童相談所及び自治体への調査

### ①児童相談所

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、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。

### ②市区町村児童福祉部署

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ある。

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ろが多かった。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。

これらのことから、要保護児童対策地域協議会の機能の充実には児童相談所及び母子保健部署と具体的な方法で連携を強化することが必要であると考えられた。

### ③市区町村母子保健部署

人口は 15.7 万人±14.3 万人であった。母子保健担当保健師数は 13.0±14.56 人、出生千人に対する保健師数は 8.6±9.90 人で、自治体によりばらつきが大きかった。

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。

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。しかし、虐待支援に必要な信頼関係を構築するためには多くの回数が必要であり、死亡事例では 3 歳以下が約 8 割と母子保健事業のカバーする年齢が多いことから、母子保健事業における虐待児への支援を把握することが必要と考えられた。

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關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。20% 未満の自治体では 60.0% であり、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である。虐待予防の視点の事業は、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。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っていることが明らかになった。

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。

### (3) 虐待対策地域アセスメント指標の開発

福祉行政報告例のデータ分析、虐待対応件数に特徴の見られる自治体への聞き取り調査、児童相談所と自治体児童福祉部署及び母子保健部署に対する調査から、地域虐待対策が全国に比べてどのようであるかを把握する指標として、以下の項目が適切と考えられた。なお、虐待対策の評価は地理的要件等もあることから、間接的項目もあげている。また、市区町村のアセスメント指標は、人口の少ないところでは偏った値が出てくることもあり、町村は対象外とする。

#### 虐待対策地域アセスメント指標（案）

##### ○都道府県

###### <児童相談所>

- ・子ども人口1万あたり虐待対応件数
- ・虐待対応件数のうち身体的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうちネグレクトの割合
- ・虐待対応件数のうち性的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち心理的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち3歳未満児の割合

###### <市町村>

- ・子ども人口1万あたり虐待対応件数
- ・把握経路別虐待対応件数で保健センターの割合
- ・把握経路別虐待対応件数で近隣・知人の割合
- ・虐待対応件数のうち身体的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうちネグレクトの割合
- ・虐待対応件数のうち性的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち心理的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち3歳未満児の割合
- ・要保護児童対策地域協議会調整機関担当職員が児童福祉司と同様の資格を有する者である市町村の割合
- ・乳児家庭全戸訪問事業実施市町村の割合
- ・養育支援訪問事業実施市町村の割合

##### ○児童相談所

###### <管轄地域状況>

- ・管内市区町村数
- ・管轄面積
- ・管轄人口
- ・子ども人口1万あたり不登校相談数
- ・子ども人口1万あたり非行相談数

###### <体制の状況>

- ・子ども人口1万人あたり児童福祉司数
- ・子ども人口1万人あたり虐待対応職員数
- ・子ども人口1万人あたり児童心理司数

###### <虐待対応状況>

- ・虐待通告件数のうち虐待と判断した割合
- ・虐待通告件数のうち通告後48時間内に児を現認した割合
- ・子ども人口1万あたり虐待対応件数
- ・虐待対応件数のうち身体的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうちネグレクトの割合
- ・虐待対応件数のうち性的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち心理的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち3歳未満児の割合
- ・虐待対応件数のうち一時保護・施設措置等の割合

##### ○市区

###### <地域状況>

- ・子ども人口1万あたり不登校相談数
- ・子ども人口1万あたり非行相談数
- ・母子健康手帳妊娠11週以内発行率
- ・若年（10代）出産率
- ・出産数に対する妊娠中からの支援率
- ・乳児家庭全戸訪問事業において何らかの支援が必要とされた家庭の割合
- ・4か月児健診未受診者把握率
- ・1歳6か月児健診未受診者把握率

###### <体制の状況>

- ・子ども人口1万人あたり虐待対応職員数
- ・相談窓口対応職員のうち児童福祉司と同等の資格を有する者の割合

###### <要保護児童対策地域協議会の状況>

- ・子ども人口1万人あたり全要保護児童登録数
- ・全登録数に占める要支援児童の割合
- ・全登録数に占める特定妊婦の割合

###### <虐待対応状況>

- ・虐待通告件数のうち虐待と判断した割合
- ・虐待通告件数のうち通告後48時間内に児を現認した割合
- ・子ども人口1万あたり虐待対応件数
- ・把握経路別虐待対応件数で保健センターの割合
- ・把握経路別虐待対応件数で近隣・知人の割合
- ・虐待対応件数のうち身体的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうちネグレクトの割合
- ・虐待対応件数のうち性的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち心理的虐待の割合
- ・虐待対応件数のうち3歳未満児の割合

地域アセスメントを収集・情報提供する機関を、データセンターとして定める必要がある。データセンターに都道府県、児童相談所及び市がアセスメント指標の項目データを送付すると、アセスメント機関のホームページに都道府県ごと、児童相談所ごと、市区町村ごとに地域アセスメント図が示されるイメージである。図15に児童相談所の地域アセスメント図を示した。地域の取り組みが一部であっても簡潔に示され、取り組みを進めることで指標が改善されていくことが実感でき、虐待対策の推進に寄与すると考えられる。

#### (4) 精度の高い虐待データの把握及び分析の検討

子ども虐待対策の推進のためには、できるだけ正確な発生状況と虐待事例の背景、施設入所等の支援状況、子どもたちの成人後の状況を把握する必要がある。すなわち、発見・支援・予後の把握であり、わが国ではそのいずれもができていない。地域のばらつきが大きいことから、報告する虐待の定義を明確にし、児童相談所と市町村の重複事例はどちらかで報告すべきである。平成25年度報告から、新規事例のみが福祉行政報告例にあげられるようになったことから、見かけ上虐待事例が減少することが予測されている。

しかし、これらの変更があっても、先に述べたことは解決されず、わが国のがん登録推進法と米国の虐待登録について検討し、あるべき姿を考察する。

##### a) がん登録推進法

がんの早期発見、治療の評価は、高齢化し増加するがんに対する取り組みを推進するために重要であり、がん対策基本法（平成19年4月1日施行）第17条2項に「国及び地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把

握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。」が定められた。しかし、健康増進法（平成15年5月1日施行）においても「生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない」とされながらも、それまで取り組みがなかなか広がらず、付帯決議が「がん登録については、がん罹患患者数、罹患率などの疫学的研究、がん検診の評価、がん医療の評価に不可欠の制度であり、院内がん登録制度、地域がん登録制度の更なる推進と登録精度の向上並びに個人情報保護を徹底するための措置について、本法成立後、検討を行い、所要の措置を講ずること。」となされた。

これを具現化するがん登録推進法が、平成25年12月6日に成立し、内容を厚生労働省説明資料から抜粋すると以下のとおりである。

- ・院内がん登録：医療機関内部の登録
- ・地域がん登録：都道府県レベルでの匿名化されたデータ。
- ・全国がん登録：全国医療機関から登録データを国立がん研究センターに吸い上げ、医療機関から市町村に出された死亡診断書の死亡状況と合わせて分析。全国レベルで実施されるので転居等で把握されなくなる問題がなくなる。

##### b) 米国の子ども虐待登録について

Child Abuse Prevention, Adoption, and Family Services Act of 1988 P.L. 100-294 が1988年5月に施行され、子ども虐待に関する責任ある部署の設立（データセンターも含む）、子ども虐待の間違った、あるいは根拠のない、証拠立てられない事例から虐待事例を把握する国家データ収集システムと、虐待の発生率を把握する調査などが言及されている。

<参考：目的>

- ・ Established the Inter-Agency Task Force on Child Abuse and Neglect, with responsibility for

programs and activities related to child abuse and neglect

- Broadened the scope of research to include investigative and judicial procedures applicable to child abuse cases and the national incidence of child abuse and neglect
- Established a national data collection system to include standardized data on false, unfounded, or unsubstantiated cases and the number of deaths due to child abuse and neglect

この法律により、1988年から子ども虐待データに関する活動がなされてきて、1990年にNDACANがスタートした。連邦政府は子ども虐待対策、データ収集に責任があり、各州児童局からデータを集め、調査会社が重複データの精査等を行い、そこで匿名化されたデータがNDACANに集められている。NDACANは報告書として発信するとともに、データを研究者に提供している。

きちんとデータを収集し、発生率を把握し、効果的な対策を行うことは重要で、米国の虐待件数が1992年から減少傾向であることも、このシステムがあるからこそ判明した。さらに重要なことは、虐待者のさまざまな要因等がわかったことであり、有効な対策が立てられ減少に寄与したと考えられる。

#### c) わが国の子ども虐待対策に必要なこと

児童虐待防止法に、虐待データ収集と分析を位置づける法改正が必要と考えられる。また、法に、がん登録推進法における国立がん研究センター、米国のNDACANのように、データセンター(例:子どもの虹情報研修センターなど)を位置づける必要がある

## 2. 保健機関による虐待発生予防介入モデル研究

4市に母子保健からの虐待予防についてシステムづくりを支援し、毎月の事例検討会を立ち上げ研究者がスーパーバイズを行った。スーパーバイズを最初の1年半は毎月(フルスーパーバイズステージ)、次の6か月は隔月に行い、以後は行わなかった(ハーフ&ノースーパーバイズステージ)。

### (1) 事例検討会の評価

#### 新規事例

減少: 2市

増減なし: 1市

増加: 1市

軽症化率

減少: 1市

増減なし: 0市

増加: 3市

それぞれの市の状況は結果に詳述した。市により、重症度判断で疑いの急増、ハイリスク事例が出にくいなどがあるが、全ての市で事例検討を進めることにより事例の共有、判断と方針の明確化等がなされ、このシステムの評価は高かった。まだまだ悩みつつも、このシステムを継続するとしており、保健師の支援技術を向上させ、保健機関としての責任を果たし、なによりも虐待を予防し軽症化させるために、全国に普及を図る意義は大きい。

### (2) 要保護児童対策地域協議会事例における評価

保健機関が母子保健活動等において妊娠早期、生後早期から虐待予防に取り組むことで、要保護児童対策地域協議会対応事例における低年齢の子どもが増加すると考えられる。そこで、要保護児童対策地域協議会対応事例における把握経路が保健センターの割合の変化と3歳未満児の割合の変化を、介入前と、事例検討会のフル

スーパーバイズステージとで比較した。

把握経路が保健センターの割合

減少：0市

増減なし：0市

増加：4市

3歳未満児の割合

減少：1市

増減なし：1市

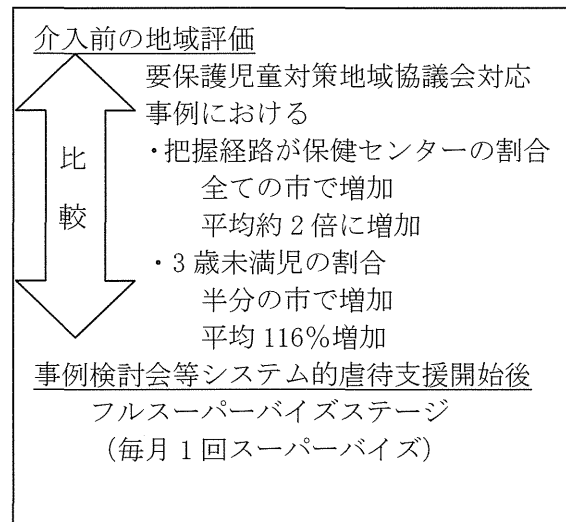
増加：2市

把握経路に占める保健センターの割合は、全ての市で増加した。介入前の割合から、安城市は186%、奈良市は143%、桜井市は365%、門真市は114%の増加が見られ、平均202%、すなわち約2倍に増加した。

3歳未満児の割合は2市で増加し、1市が不変、1市が減少した。介入前の割合から、安城市は143%、奈良市は73%、桜井市は152%、門真市は97%となり、平均116%に増加した。要保護児童対策地域協議会対応事例における3歳未満児の割合は、保育所等の要素も加わることから、4市における状況の違いによる、あるいは保健機関からアセスメントを用いた支援が波及するにはタイムラグが生じることによることが考えられた。

### (3) 予防介入モデル事業の評価

評価は次表のとおりであり、継続し全国展開する意義は大きく、「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」を作成し、全国市町村へ配布し普及をすすめる。



## E. 結論

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から、虐待は子育ての困難の反映と思われるが児童相談所の非行事例数との弱い相関がみられ、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、いずれも増加させ、地域虐待予防の効果があると考えられた。「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」を作成し、全国への普及を進める。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- ・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
- ・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、Vol174(10) p1563-1566、2011
- ・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、Vol141(10) p1260-1262、2011
- ・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、Vol141(10) p1257-1259、2011
- ・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
- ・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
- ・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
- ・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、Vol127(1) p21-28、2011
- ・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
- ・佐藤拓代：地域における保健活動と児童虐待防止、改訂新保育士養成講座第7巻「子どもの保健」、P21-28、全国社会福祉協議会、2012
- ・佐藤拓代：医療機関（医科・歯科）における子ども虐待予防・早期発見・初期対応の視点、P1-56、大阪府、2012
- ・佐藤拓代：「多胎妊婦」は支援を要する「特定妊婦」、一歩踏み込む支援を～防げたはずのふたつの「ふたご虐待死事件」の裁判から、P11-12、一般社団法人日本多胎支援協会、2012
- ・佐藤拓代：低出生体重児保健指導マニュアル～小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～、P1-32、大阪府、2012
- ・佐藤拓代：妊娠期からの虐待予防、世界の児童と母性第76号、P23-34、2014
- ・佐藤拓代：地域で取り組む虐待への対応—大阪府、周産期医学第44巻1号、P69-72、2014
- ・佐藤拓代：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」の活動、母子保健情報第67巻1号、P47-50、2013
- ・佐藤拓代：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」と子育て支援、子育て支援と心理臨床第7号、P80-84、2013
- ・佐藤拓代：特集「虐待死をめぐる—1カ月を迎えられない子どもたちの問題」にあたって、子どもの虐待とネグレクト第15巻1号、P5-6、2013
- ・佐藤拓代：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」から見えるもの、子どもの虐待とネグレクト第15巻1号、P35-40、2013
- ・佐藤拓代：多胎児の妊娠・出産・子育て～妊娠期からの切れ目のない支援～、妊娠期からの切れ目のない支援を、P1-20、一般社団法人日本多胎支援協会、さいたま市、2013

### 2. 学会発表

- ・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、Vol158(10) p263、2011
- ・石塚りか、佐藤拓代、松本小百合、鈴宮寛子、

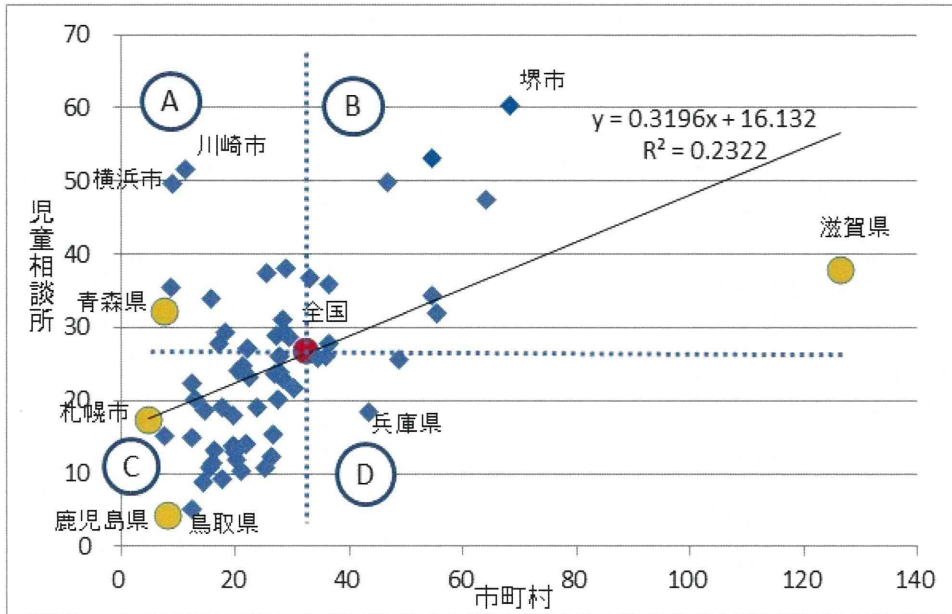


- 峯川章子；障害児と子ども虐待（第2報）～障害児家族への虐待予防の支援～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol158(10) p263、2011
- ・佐藤拓代；乳幼児健診で気になる子どもの背景にある貧困：アドボカシーセミナー「子どもの貧困に向き合う～気づきから行動へ！～」、第21回日本外来小児科学会年次集会。第21回日本外来小児科学会年次集会抄録集。P110、2011
  - ・佐藤拓代；公衆衛生と子どもの人権～子ども虐待そして大震災～：特別講演、第50回日本公衆衛生学会近畿地方会。第50回日本公衆衛生学会近畿地方会口演・示説要旨集、P4-5、2011
  - ・佐藤拓代、川口洋子；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
  - ・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
  - ・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
  - ・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
  - ・佐藤拓代・鈴宮寛子；子ども虐待に関する地域アセスメント研究（第1報）児童相談所と市町村の現状、第71回日本公衆衛生学会、日本公衆衛生学会雑誌、第59巻10号P341、2012
  - ・佐藤拓代・吉川泰典・潮田悦男・松村美鈴；奈良県における虐待予防を目指した両（母）親教室の展開、第53回日本母性衛生学会、母性衛生、第53巻3号P292、2012
  - ・佐藤拓代・光田信明；「にんしん SOS」の開設～全国都道府県で初めて開設された思いがけない妊娠の相談窓口～、第53回日本母性衛生学会、母性衛生、第53巻3号P235、2012
  - ・佐藤拓代；予防のために有効な家庭支援～妊娠期から虐待リスクのある家庭に濃厚な家庭訪問を～：市民公開講座、第59回日本小児保健協会学術集会、小児保健研究、第71巻講演集P90、2012
  - ・佐藤拓代・石塚りか・植田紀美子；子ども虐待の背景要因としての障害児、第59回日本小児保健協会学術集会、小児保健研究、第71巻講演集P157、2012
  - ・Takuyo Sato: Status of Children in Japan who have not Received Pediatric Health Examinations – Need for Child Abuse Prevention by Using a High Risk Approach. 19 International Congress on Child Abuse and Neglect. 講演集P163, 2012
  - ・佐藤拓代・加藤曜子；要保護児童対策地域協議会の使命と課題—自治体の特徴に応じた運営・児童相談所の関与のあり方を考える—：シンポジウム、第18回日本子ども虐待防止学会、第18回日本子ども虐待防止学会抄録集P60-61、2012
  - ・佐藤拓代・山田不二子；How to CAPS・CPTの構築・地域機関連携：分科会、第18回日本子ども虐待防止学会、第18回日本子ども虐待防止学会抄録集P140-141、2012
  - ・佐藤拓代・増沢高・前橋信和・鈴宮寛子；我が国の児童相談所と市町村の虐待対応分析～虐待アセスメント研究第一報～、第18回日本子ども虐待防止学会、第18回日本子ども虐待防止学会抄録集P221、2012
  - ・佐藤拓代・鈴宮寛子；子ども虐待に関する地域アセスメント研究（第2報）～児童福祉と

- 母子保健の連携～、第 72 回日本公衆衛生学会、日本公衆衛生雑誌第 60 巻 10 号 P375、2013
- ・ 佐藤拓代・光田信明：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」の 1 年半から見えてきたもの、第 54 回日本母性衛生学会、母性衛生第 54 巻 3 号 P222、2013
  - ・ 佐藤拓代・松本小百合・益邑千草：乳児家庭全戸訪問事業と地域における子育て感の検討、第 60 回日本小児保健協会学術集会講演集、小児保健研究第 72 巻 P162、2013
  - ・ 佐藤拓代：虐待死を防ぐために「あってはならない」視点からの脱却を～思いがけない妊娠の相談窓口“にんしん SOS”から見えてくるもの、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～：信州大会シンポジウム、第 19 回日本子ども虐待防止学会、第 19 回日本子ども虐待防止学会抄録集 P42、2013
  - ・ 佐藤拓代：保健と医療の連携による虐待予防の現在と未来：分科会、第 19 回日本子ども虐待防止学会、第 19 回日本子ども虐待防止学会抄録集 P90-91、2013
  - ・ 松岡典子・佐藤拓代：思いがけない（望まない）妊娠等の相談窓口の現状と課題：分科会、第 19 回日本子ども虐待防止学会、第 19 回日本子ども虐待防止学会抄録集 P124-125、2013
  - ・ 磯谷文明・加藤曜子・川崎二三彦・佐藤拓代・藤林武史：日本の子ども虐待防止制度—現在と未来：分科会、第 19 回日本子ども虐待防止学会、第 19 回日本子ども虐待防止学会抄録集 P168-169、2013
  - ・ 佐藤拓代・鈴宮寛子・増沢高・前橋信和：我が国の児童相談所と市町村の虐待対応分析～虐待地域アセスメント研究第 2 報～、第 19 回日本子ども虐待防止学会、第 19 回日本子ども虐待防止学会抄録集 P216、2013
- G. 知的財産権の出願・登録状況
- なし

<図 1>平成 22 年度子ども人口 1 万人あたり児童相談所と市町村の虐待相談対応件数  
及び現地調査を行った鹿児島県、札幌市、青森県、滋賀県の全国における状況  
(厚生労働省福祉行政報告例)

児童相談所と市町村の対応件数は相関係数  $r=0.2326$  と中等度の正の相関がある



<表 1>児童相談所調査：管内市区町村数と支援の違いの理由（複数回答）  
市区町村数が多いと人口規模により支援が違っている

上段:度数 下段:%		管内市区町村数					
		合計	1カ所	2~5カ所	6~9カ所	10~19カ所	20カ所以上
市区町村 支援違い の理由	合計	64 100.0	-	15 100.0	21 100.0	23 100.0	5 100.0
	人口規模	27 42.2	-	6 40.0	7 33.3	11 47.8	3 60.0
	市区町村力量	60 93.8	-	15 100.0	19 90.5	21 91.3	5 100.0
	市区町村要請	31 48.4	-	4 26.7	11 52.4	14 60.9	2 40.0
	交通事情	9 14.1	-	1 6.7	6 28.6	1 4.3	1 20.0
	その他	4 6.3	-	-	2 9.5	2 8.7	-

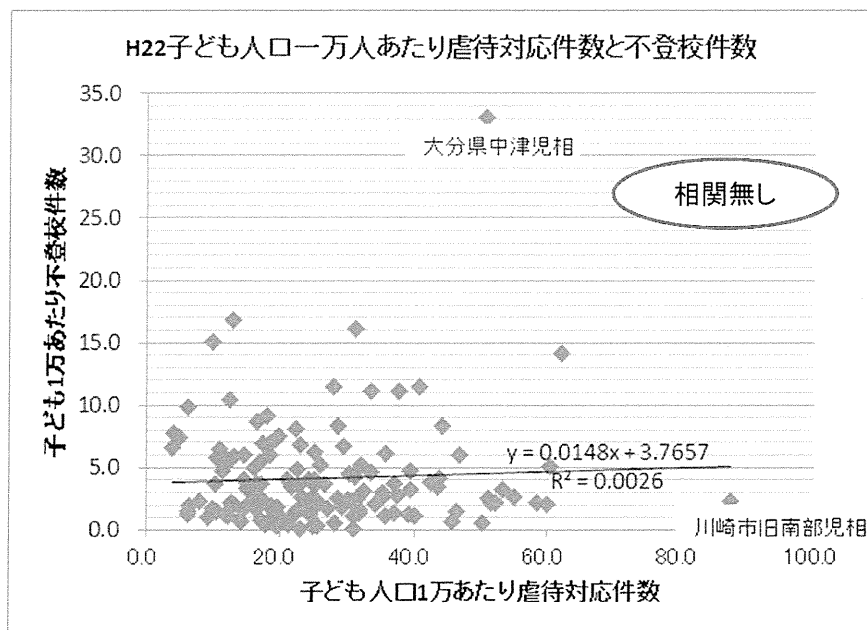
<表2> 児童相談所調査：管内市区町村数と支援内容（複数回答）

市区町村数が多いと定期的関係機関連絡会が多くなっている

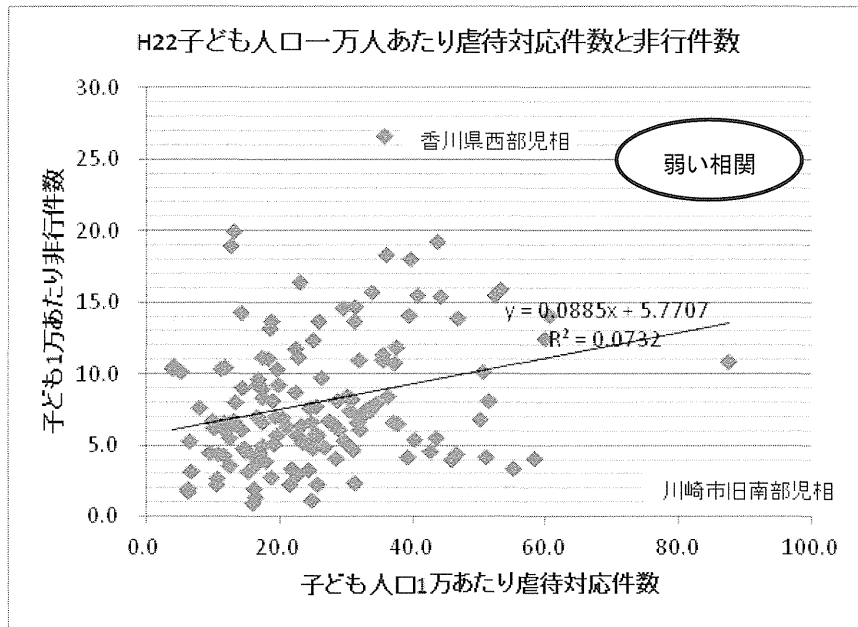
上段:度数 下段:%		管内区市町村数					
		合計	1カ所	2~5カ所	6~9カ所	10~19カ所	20カ所以上
市区町村 会議・研 修等	合計	122 100.0	2 100.0	33 100.0	45 100.0	33 100.0	9 100.0
	当者レベル定期事例検討会	33 27.0	1 50.0	9 27.3	10 22.2	11 33.3	2 22.2
	定期的関係機関連絡会	69 56.6	1 50.0	14 42.4	24 53.3	24 72.7	6 66.7
	定期的情報提供	54 44.3	1 50.0	14 42.4	20 44.4	16 48.5	3 33.3
	管内要対協合同会議	38 31.1	-	11 33.3	11 24.4	13 39.4	3 33.3
	管内要対協合同研修会	50 41.0	1 50.0	14 42.4	16 35.6	16 48.5	3 33.3
	関係機関研修会	83 68.0	2 100.0	24 72.7	28 62.2	23 69.7	6 66.7
	児相内事例検討会 市区町村出席	22 18.0	-	7 21.2	5 11.1	9 27.3	1 11.1
	児相に事例相談研 修会	15 12.3	1 50.0	5 15.2	5 11.1	3 9.1	1 11.1
	その他	12 9.8	-	2 6.1	4 8.9	4 12.1	2 22.2

<図2> 児童相談所調査:H22年度子ども人口1万人当たり虐待対応件数と子ども人口1万人当たり不登校件数

相関係数  $r=0.050$  と相関がみられない



＜図3＞児童相談所調査：H22年度子ども人口1万人当たり虐待対応件数と子ども人口1万人当たり非行件数  
 相関係数  $r=0.270$  と弱い相関がみられる



＜表3＞自治体児童福祉調査：要保護児童対策地域協議会の評価と児童相談所との連携の程度  
 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の連携がとれているところが多い

上段:度数 下段:%		要対協機能評価					
		合計	よく機能	ややよく機能	普通	やや機能していない	機能していない
児童相談所連携程度	合計	342 100.0	53 100.0	99 100.0	150 100.0	39 100.0	1 100.0
	とれている	100 29.2	31 58.5	36 36.4	28 18.7	5 12.8	-
	ややとれている	124 36.3	14 26.4	41 41.4	55 36.7	13 33.3	1 100.0
	普通	104 30.4	5 9.4	20 20.2	65 43.3	14 35.9	-
	ややとれていない	13 3.8	3 5.7	2 2.0	1 0.7	7 17.9	-
	とれていない	1 0.3	-	-	1 0.7	-	-

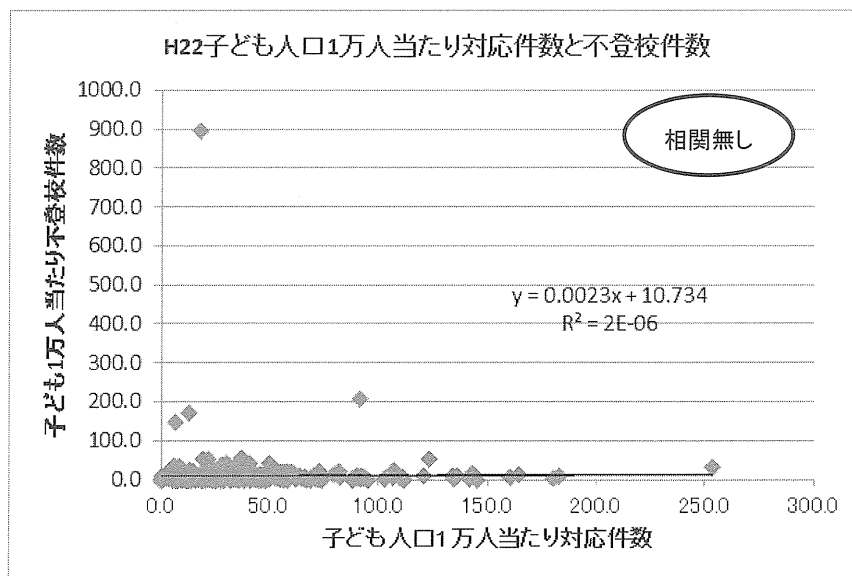
<表4>自治体児童福祉調査：母子保健部署との連携の程度と連携内容

連携がとれているところは低年齢の虐待事例を直ちに一緒に検討したり、乳児家庭全戸訪問事業の前に配慮が必要な事例を共有している

上段:度数 下段:%		母子保健部門連携程度					
		合計	とれている	ややとれている	普通	ややとれていない	とれていない
保健部署 連携内容	合計	343 100.0	133 100.0	135 100.0	71 100.0	4 100.0	-
	定期的事例検討会	100 29.2	48 36.1	38 28.1	14 19.7	-	-
	必要時同行訪問	317 92.4	123 92.5	130 96.3	60 84.5	4 100.0	-
	低年齢虐待直ちに一緒に検討	160 46.6	82 61.7	58 43.0	20 28.2	-	-
	必要時事例の相談	310 90.4	121 91.0	122 90.4	63 88.7	4 100.0	-
	定例で情報交換実施	124 36.2	59 44.4	48 35.6	15 21.1	2 50.0	-
	特定妊婦等妊娠期から事例共有	201 58.6	86 64.7	89 65.9	24 33.8	2 50.0	-
	乳児全戸訪問の前に配慮事例共有	137 39.9	68 51.1	56 41.5	11 15.5	2 50.0	-
	その他	13 3.8	9 6.8	3 2.2	1 1.4	-	-

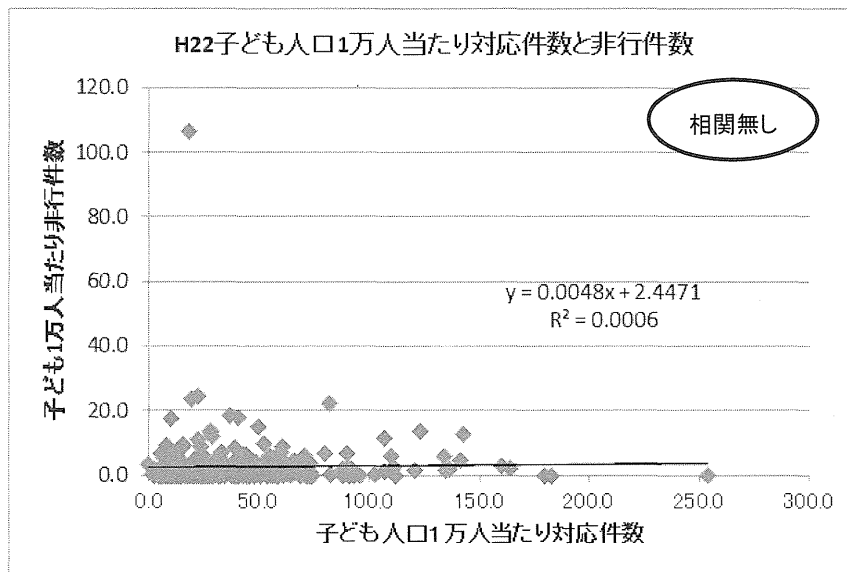
<図4>自治体児童福祉調査:H22年度子ども人口1万人当たり虐待対応件数と子ども人口1万人当たり不登校件数

まったく相関がみられない



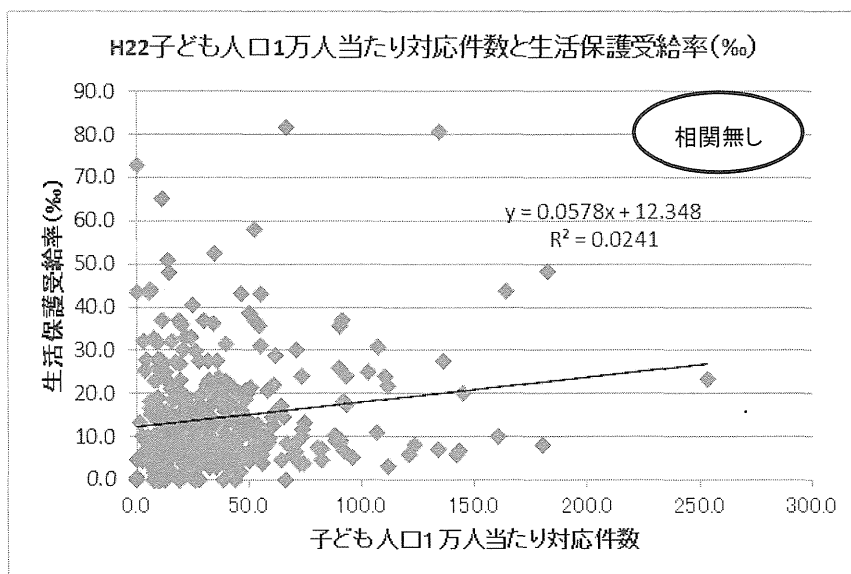
<図5>自治体児童福祉調査:H22年度子ども人口1万人当たり虐待対応件数と子ども人口1万人当たり非行件数

相関係数  $r=0.024$  と相関がみられない



<図6>自治体児童福祉調査:H22年度子ども人口1万人当たり虐待対応件数と生活保護受給率

相関係数  $r=0.155$  と相関がみられない



<表5>自治体母子保健調査：児童福祉部署との連携の程度と連携内容

連携がとれていると定期的事例検討会、低年齢の虐待通告と一緒に検討、定例情報交換の実施が多い

上段:度数 下段:%		児童福祉部署との連携程度					
		合計	とれている	ややとれている	普通	ややとれていない	とれていない
児童福祉 との連携 内容	合計	281 100.0	85 100.0	110 100.0	73 100.0	13 100.0	- -
	定期的事例検討会	99 35.2	43 50.6	37 33.6	17 23.3	2 15.4	- -
	必要時同行訪問	253 90.0	83 97.6	97 88.2	65 89.0	8 61.5	- -
	低年齢虐待通告一緒に検討	106 37.7	46 54.1	44 40.0	15 20.5	1 7.7	- -
	必要時事例相談	259 92.2	85 100.0	99 90.0	64 87.7	11 84.6	- -
	定例情報交換実施	114 40.6	45 52.9	40 36.4	26 35.6	3 23.1	- -
	その他	18 6.4	3 3.5	9 8.2	4 5.5	2 15.4	- -

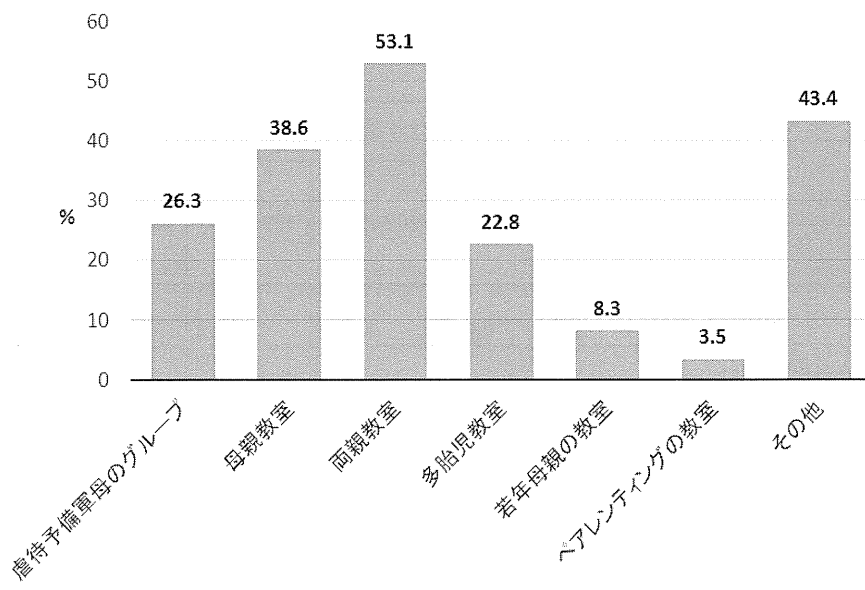
<表6>自治体母子保健調査：自治体種類と被虐待児一人あたり訪問回数

指定都市の区では訪問回数が多い

上段:度数 下段:%		自治体種類					
		合計	指定都市の区	中核市	保健所設置政令市	市	町
H22被虐待児一人あたりHV回数	全体	117 100.0	35 100.0	8 100.0	2 100.0	67 100.0	5 100.0
	1.5回未満	31 26.5	8 22.9	4 50.0	-	18 26.9	1 20.0
	2回未満	20 17.1	4 11.4	2 25.0	-	13 19.4	1 20.0
	2回以上	66 56.4	23 65.7	2 25.0	2 100.0	36 53.7	3 60.0



<図7>自治体母子保健調査：虐待予防の視点で実施している事業（複数回答）



<表7>自治体母子保健調査：平成22年度虐待事例における3歳未満児の割合と妊娠届出時アセスメント

割合が40%以上の自治体ではアセスメントを全数に実施しているところが多い

上段:度数 下段:%		H22年虐待3歳未満児割合			
		合計	20%未満	40%未満	40%以上
妊娠届出時 アセスメント	全体	159 100.0	35 100.0	30 100.0	94 100.0
	全数実施	119 74.8	21 60.0	22 73.3	76 80.9
	保健センター交付 で実施	13 8.2	3 8.6	3 10.0	7 7.4
	実施せず	27 17.0	11 31.4	5 16.7	11 11.7

<表 8> 自治体母子保健調査：平成 22 年度虐待事例における 3 歳未満児の割合とハイリスク児訪問把握

割合が 40%以上で訪問の把握が多い

上段:度数 下段:%		H22年虐待3歳未満児割合			
		合計	20%未満	40%未満	40%以上
ハイリスク児訪問把握有無	全体	188 100.0	41 100.0	31 100.0	96 100.0
	あり	52 31.0	11 26.8	8 25.8	33 34.4
	なし	116 69.0	30 73.2	23 74.2	63 65.6

<表 9> 自治体母子保健調査：平成 22 年度虐待事例における 3 歳未満児の割合と虐待予防の視点の事業

割合が 40%以上の自治体では、虐待予備軍母のグループ、多胎児教室の実施が多い

上段:度数 下段:%		H22年虐待3歳未満児割合			
		合計	20%未満	40%未満	40%以上
虐待予防の視点の事業	全体	126 100.0	27 100.0	24 100.0	75 100.0
	虐待予備軍母のグループ	33 26.2	2 7.4	5 20.8	26 34.7
	母親教室	52 41.3	12 44.4	12 50.0	28 37.3
	両親教室	62 49.2	14 51.9	14 58.3	34 45.3
	多胎児教室	29 23.0	4 14.8	5 20.8	20 26.7
	若年母親の教室	10 7.9	2 7.4	3 12.5	5 6.7
	ペアレンティングの教室	4 3.2	3 11.1	-	1 1.3
	その他	59 46.8	11 40.7	13 54.2	35 46.7

<表 10> リスクアセスメント指標

氏名:	記入者:	(所属)	記入回数:	回目
受理: 年 月 日	関わり開始:	年 月 日	記入日:	年 月 日

重症度: 最重度 重度 中度 軽度 疑い 左記の重症度に該当しない

乳幼児虐待リスクアセスメント指標

対象は就学前乳幼児。養育者は虐待者、非虐待者の両方。リスクの該当項目にすべて○をつける。○がついた項目のうち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。把握できない場合は不明欄に○を、児の状態等で記入できない項目は非該当とし空欄のままにする。リスクが中くらい以上の項目が多いときは虐待の重症度が高い。不明の項目が多いときも重症度が高いおそれがある。

評価項目	高いリスク	中くらいのリスク	低いリスクまたはリスクなし	不明	
子ども	1 虐待の継続	慢性	ときどき		
	2 年齢	3歳未満	3歳以上		
	3 出産状況	多胎 先天性疾患	低出生体重児	単胎	
	4 分離歴	親子分離あり		なし	
	5 身体状況	骨折 頭腹部、顔面、性器の外傷 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	該当なし	
	6 発育状態(身長・体重)	-2SD以下または 50%以下以上の低下	発育不良 成長曲線から低下	該当なし	
	7 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	
	8 健康状態	慢性疾患 身体障害 先天性疾患		該当なし	
	9 発達状態	月齢、年齢相応でない 発達障害		月齢、年齢相当	
	10 親との関係	あやしても笑わない 抱かれても反り返る 希薄(よそよそしい) 萎縮する なつかない 服従する	左記の傾向あり・時々あり	該当なし	
	11 情緒問題	無表情 よく泣く 視線が合わない おびえ 不安 暗い 攻撃的 遊べない 感情コントロールできず 誰にでもべちゃ	左記の傾向あり・時々あり	該当なし	
	12 問題行動	拒食 過食 異食 自傷 多動 かみつく 弄便 異糞 夜遺尿 盗み 徘徊 虚言 抜毛 性的言動	左記の傾向あり・時々あり	該当なし	
養育者	13 虐待の認識度	虐待行為を認めない 虐待行為を認めるが改善できない	虐待行為を認め、 一定の改善ができる	虐待行為を認め、改善ができる	
	14 精神状態	精神症状による自傷他害がある 未治療・治療効果の上がらない疾患あり 強いうつ及び強迫状態	左記の傾向あり 不安傾向あり	該当なし	
	15 性格等の問題	衝動的 暴行歴あり 共感性欠如	左記の傾向あり 未熟(わがまま、依存的)	該当なし	
	16 依存症の問題	アルコール、キャンパル等嗜癖の問題あり シナー覚せい剤等乱用の疑い		なし	
	17 虐待歴	本児きょうだいへの虐待歴(不明含) きょうだいの不審死	過去に説明の曖昧な怪我あり 虐待歴の疑いあり	なし	
	18 被虐待歴	被虐待歴あり 愛されなかった思い		なし	
	19 妊娠状況	望まぬ妊娠 妊婦健診未受診	第1子若年出産 12週以降妊娠届出	該当なし	
養育状況	20 子への感情・態度	子を拒否・受容がない きょうだい間での不平等な扱い 体罰の容認	左記の傾向あり 気持ちはあるが一貫しないしつけ	該当なし	
	21 育児(ケア)の問題	育児しない・できない 極度の不潔 医療を受けさせない 偏ったしつけ	左記の傾向あり 育児知識の不足 事故 防止・監督不十分 育児負担あり	該当なし	
	22 家事の問題	衣食住に重大な問題がある	料理・清潔・家計のやりくりの問題がある	該当なし	
	23 子を守る人的資源	子は在宅で虐待者がほとんどみている	子どもは在宅だが他にも養育者がいる 保 育所等社会資源の利用	常に他の養育者の目がある	
	24 家庭内非虐待者の態度	非虐待者がいない 虐待を認めない 傍観している	気づいているが子を守れない	子を守る	
家庭・環境	25 夫婦・家族関係	断絶 混乱・対立 不和 暴力 家族の変化	夫婦間の不満 ひとり親家庭 親との対立	該当なし	
	26 経済状況	生活が経済的に苦しい 経済基盤が不安定	やや苦しい 計画性が乏しい	該当なし	
	27 居住状況	不衛生、不適切な居住状況 転居を繰り返す 居住実態が不明	左記の傾向あり 時々あり	該当なし	
	28 相談できる人・機関	地域で孤立 親族と対立	少しサポートがある	援助あり	
29 援助協力度	援助の拒否 家の中に入れない 問題意識がない	時により態度が変わる	協力する SOSが適切に出せる		
計		個	個	個	

その他大きい要因となっている状況( )

<表 11> リスクアセスメント指標の項目説明

保健分野の乳幼児虐待リスクアセスメントの使用方法

- 1 重症度判断を行っていただくこと
- 2 高いリスク、中くらいのリスク項目が多いときは、虐待の通告を検討する
- 3 在宅援助を支援する場合は、親子の状況把握のために定期的に記入し、客観的に援助を評価していく。  
※リスクアセスメントは虐待の判断ではない、臨機応変なアセスメントが大切!

**注意!**  
リスクアセスメント指標の  
数値にたよりすぎない  
こと!

乳幼児虐待リスクアセスメント指標

評価項目	ネグレクトは慢性的な状態	中くらいのリスク	低いリスクまたはリスクなし	不明
1 虐待の継続	○ 慢性	ときどき		
2 年齢	○ 3歳未満	○ 3歳以上		
3 出産状況	○ 多胎	○ 低出生体重児	○ 単胎	
4 分離歴	○ 親子分離あり 長期入院、施設入所、親以外の養育者等		○ なし	
5 身体状況	○ 骨折、頭頸部(顔面)性器の外傷 首を絞められる等重大な影響の危険	○ 小さい傷がある たたかわれている	○ 該当なし	
6 成長(体重)	○ -2SD以下または 50%分位以上の低下	○ 発育不良 成長曲線から低下	○ 該当なし	
7 ケア等の状態	○ ケア(され)ていない 放置 健康すべて未受診	○ 左記の傾向あり・時々あり	○ 特に問題なし	
8 健康状態	○ 慢性疾患、身体障害、先天性疾患		○ 該当なし	
9 発達状態	○ 月齢、年齢相当でない 発達障害		○ 月齢、年齢相当	
10 親との関係	○ あやしても笑わない 抱かれても戻り返る	○ 左記の傾向あり・時々あり	○ 該当なし	
11 情緒問題	○ 無表情(く泣)視線が あびえ不安暗い攻撃「よく泣く」は虐待のきっかけとなることが多い。 感情コントロールできず 誰に「誰にでもべたべた」は安定していない人間関係により起こる		○ 該当なし	
12 行動	○ 拒食、過食、異食、自傷(多動)かみつく、弄便、異食、夜尿、盗み、徘徊、虚言、妨害	○ 左記の傾向あり・時々あり	○ 該当なし	
13 虐待の認識度	○ 虐待行為を認めない 虐待行為を認めるが改善できない	○ 「自傷」は罪を打ち付ける行為も含む。 「性的言動」は性的虐待のサインとして重要	○ 虐待行為を認め、改善ができる	
14 状態	○ 精神症状による自傷他害がある 未治療、治療効果の上からない疾患あり 強いうつ及び強迫状態	○ 左記の傾向あり 不安傾向あり	○ 該当なし	
15 性格等の問題	○ 衝動的、暴行歴あり、共感性欠如	○ 左記の傾向あり (依存性)	○ 該当なし	
16 依存症の問題	○ アルコール、薬物等嗜好の問題あり シガー覚せい剤等乱用の疑い	○ 覚せい剤には合法ドラッグを含む	○ なし	
17 虐待歴	○ 本見きょうだいへの虐待歴(不明含)きょうだいの不審死	○ 飛び込み分娩、健診回数未済、3か月以上の未受診	○ なし	
18 被虐待歴	○ 被虐待歴あり 愛されなかった思い		○ なし	
19 妊娠経過	○ 望まぬ妊娠、妊婦健診未受診	○ 第1子若年出産、12週以降妊娠届出	○ 該当なし	
20 子への感情・態度	○ 子に拒否・愛着がない きょうだいで間での不平等な扱い、嫉妬の表現	○ 左記の傾向あり 虐待歴があるが愛着は保たれている	○ 該当なし	
21 育児(ケア)の問題	○ 育児しない、できない 極度の不潔、医療を助けさせない 偏ったしつけ	○ 左記の傾向あり 育児知識の不足、事故防止・監督不十分、育児負担あり	○ 該当なし	
22 家事の問題	○ 衣食住に重大な問題がある	○ 料理・清潔・家計のやりくりの問題がある	○ 該当なし	
23 子を守る人的資源	○ 子も在宅で虐待者がほとんどみている	○ 子どもも在宅だが他にも養育者みている	○ 生活時間帯に虐待者以外の大人がいること。虐待を止められるかは問わない	
24 家庭内非虐待者の態度	○ 非虐待者が協力的でない 虐待を認めない 傍観している	○ 気づいているが子を守れない	○ 子を守る	
25 家族関係	○ 家族関係の悪化、 虐待・混乱・対立(不和)暴力 家族の変化	○ 期待の不満、ひとり親家庭、親との	○ 該当なし	
26 経済状況	○ 生活が経済的に苦しい 経済基盤が不安定	○ やや苦しい、計画性が乏しい	○ 該当なし	
27 居住状況	○ 不衛生、不適切な居住状況 転居を繰り返す	○ 両親の片方だけの対立も含む	○ 該当なし	
28 相談できる人・機関	○ 地域で孤立、親族と対立	○ 少しサポートがある	○ 援助あり	
29 援助協力度	○ 援助の拒否、家の中に入れない	○ 時により態度が変わる	○ 協力する	
計	○ 12	○ 個	○ 個	○ 個

その他大きい要因となっている状況( )

高いリスクが12個以上のときは、重症度が重度であることが多い