

P-0502-5 妊娠・育児期の母親を取り巻く環境の都道府県格差
-健やか親子21 データから-

秋山 有佳¹⁾、篠原 亮次³⁾、元木 愛理¹⁾、市川 香織⁴⁾、尾島 俊之⁵⁾、
玉腰 浩司⁶⁾、松浦 賢長⁷⁾、山崎 嘉久⁸⁾、山縣 然太郎^{2,3)}

山梨大学大学院医学工学総合教育部社会医学講座¹⁾、山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座²⁾、山梨大学大学院医学工学総合研究部附属出生コホート研究センター³⁾、文京学院大学保健医療技術学部看護学科⁴⁾、浜松医科大学医学部健康社会医学講座⁵⁾、名古屋大学医学部保健学科看護学専攻⁶⁾、福岡県立大学看護学部⁷⁾、あいち小児保健医療総合センター⁸⁾

【目的】

妊娠判明時及び妊娠中の両親の喫煙状況、妊娠判明時及び妊娠中の母親の飲酒状況、生後1か月時の母乳栄養、父親の育児協力、現在の経済状況について、全国472市区町村から得られたデータを基に47都道府県の格差を検討する。

【方法】

対象は、「健やか親子21」最終評価実施対象となった全国472市区町村において、平成25年4月から8月の間に3・4か月(20,729名)、1歳6か月(27,922名)、3歳児(26,971名)健診を受診した児の保護者である。各市区町村から調査票の記入を保護者に依頼、それらを健診時に回収し分析を行った。児の年齢別に妊娠判明時及び妊娠中の両親の喫煙状況、妊娠判明時及び妊娠中の母親の飲酒状況、生後1か月時の母乳栄養、父親の育児協力、現在の経済状況について都道府県別の割合を算出し、五分位に分類した結果を日本地図上に示し、格差を可視化した。

【結果】

妊娠判明時及び妊娠中の両親の喫煙状況に関しては、児の年齢別全てにおいて母親では東北・関東地方で喫煙割合が高く、父親では東北・九州地方で高い傾向が見られた。妊娠判明時及び妊娠中の母親の飲酒に関しては、特定の都道府県で飲酒割合が高い傾向にあった。生後1か月時の母乳栄養に関しては、西日本側で生後1か月時に母乳のみを与えている割合が高い傾向が見られた。父親の育児協力に関しては、児の年齢別全てにおいて中部地方で父親が育児をする割合が高い傾向がみられた。現在の経済状況に関しては、特定の都道府県で経済状況が苦しいと感じている割合が高い傾向にあった。

【考察】

本研究では、都道府県格差を日本地図上に視覚的に示し、各項目によって地方に偏りがあることが示された。今後さらに格差に関する要因を検討していく。

P-0502-6 妊娠・育児期の母親を取り巻く環境の人口規模別比較
— 健やか親子21 データから —

元木 愛理¹⁾、篠原 亮次³⁾、秋山 有佳¹⁾、市川 香織⁴⁾、尾島 俊之⁵⁾、
玉腰 浩司⁶⁾、松浦 賢長⁷⁾、山崎 嘉久⁸⁾、山縣 然太郎^{2,3)}

山梨大学大学院医学工学総合教育部社会医学講座¹⁾、山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座²⁾、山梨大学大学院医学工学総合研究部附属
出生コホート研究センター³⁾、文京学院大学保健医療技術学部看護学科⁴⁾、
浜松医科大学医学部健康社会医学講座⁵⁾、名古屋大学医学部保健学科看護
学専攻⁶⁾、福岡県立大学看護学部⁷⁾、あいち小児保健医療総合センター⁸⁾

【目的】 母子保健分野における都道府県の地域格差が注目されている。その一方で、母子保健サービスは、健診や個別対応における専門家の関与が人口規模に影響を受けることが推測される。そこで、妊娠・出産時の環境、妊娠判明時及び妊娠中の両親の喫煙・飲酒、妊娠・出産に対する周囲の理解、現在の経済状況、父親の育児協力について、全国472市区町村から得られたデータを基に人口規模別に地域格差を検討した。

【方法】 対象は「健やか親子21」最終評価実施対象となった全国472市区町村において、平成25年4月から8月の間に3・4か月（20,729名）健診を受診した児の保護者である。各市区町村から調査票の記入を保護者に依頼し、それらを健診時に回収し分析を行った。対象の市区町村を人口規模により四分位に分類し、約40項目とのクロス集計及びカイ二乗検定、及び傾向性の検討を行った。

【結果】 対象の市区町村を人口規模別に四分位に分類した結果、第1四分位（40,080人以下）、第2四分位（42,081～80,910人）、第3四分位（80,911～154,530人）、第4四分位（154,531人以上）となった。妊娠・出産時の環境に関しては、人口が小さくなるほど妊娠中及び産後の助産師や保健師からのケアを十分に受けることができたとする割合が高い傾向がみられた。妊娠判明時及び妊娠中の両親の喫煙・飲酒に関しては、人口が小さくなるほど父親の喫煙割合が高い傾向がみられた。妊娠・出産に対する周囲の理解に関しては、人口が小さくなるほど職場や社会からの理解や対応について満足できたとする割合が高い傾向がみられた。現在の経済状況に関しては、人口が小さくなるほど経済的なゆとりがないとする割合が高い傾向がみられた。父親の育児協力に関しては、人口規模別に割合の差はみられなかった。

【結論】 母子保健の指標の中には人口規模によって割合に傾向性がみられるものがあり、それが都道府県の地域格差となっていると同時に、人口規模により母子保健サービスに差を生じる可能性があった。今後さらに地域格差に関する要因を検討していく。

P1-040

母子保健における妊娠・出産満足尺度の作成 — 健やか親子21最終評価の調査データ解析 —

篠原 亮次¹、秋山 有佳²、市川 香織³、
尾島 俊之⁴、玉腰 浩司⁵、松浦 堅長⁶、
山崎 嘉久⁷、山縣 然太郎^{1,8}

¹山梨大学大学院医学工学総合研究部附属 出生コホート研究センター、²山梨大学大学院医学工学総合教育部 社会医学講座、

³産前産後ケア推進協会、⁴浜松医科大学医学部 健康社会医学、

⁵名古屋大学医学部 保健学科 看護学専攻、

⁶福岡県立大学 看護学部、⁷あいち小児保健医療総合センター、

⁸山梨大学大学院医学工学総合研究部 社会医学講座

【背景】

「健やか親子21」では最終目標である「保健水準の指標」達成において、QOLを含む住民の保健水準を示している。保健的アプローチから母親の妊娠・出産に関するQOLを評価するには、母子保健に適用できる「妊娠・出産満足尺度」が必要である。

【目的】

母子保健における妊娠・出産満足尺度の作成と信頼性および妥当性の検討を行う。

【方法】

対象は、「健やか親子21」最終評価実施対象となった全国472市区町村（各都道府県、約10か所）および平成25年3月から8月の期間に3.4か月健診を受診した児の保護者20,729名である。方法は、各市区町村の母子保健担当課から「親と子の健康度調査アンケート」を乳幼児健診の対象となった保護者に記入を依頼し、健診時に回収した。分析は平成21年に実施された中間評価時のデータ及び今回の最終評価データを使用し、母親の妊娠・出産の満足に関する質問、計14項目について因子分析および信頼性、妥当性の検証を行った。尺度の信頼性は中間評価と最終評価の時系列的な因子構造の安定性評価および α 係数の算出、また妥当性は「妊娠・出産についての状況」についての項目と各因子得点および総得点との相関係数を算出し評価した。

【結果】

中間評価および最終評価の双方で因子分析より次の5因子、「医療ケアサポート」「出産情報」、「家族レベルサポート」、「社会レベルサポート」、「出産環境サポート」が抽出された。各因子の α 係数は、0.4～0.7、尺度全体で0.7であった。また妥当性の評価における相関係数は、尺度の総得点で0.31 ($p < 0.0001$)であった。

【考察】

中間評価および最終評価データ双方において同じ下位項目をもつ5因子が抽出され、時系列的に安定した因子構造が得られた。また α 係数は尺度全体で0.7であり、ある程度の信頼性が確保できたと考える。一方、妥当性評価に関しては、相関係数が総得点で0.3と低い値を示した。このことは、本尺度が母子保健に特化した項目を採用しているため、妊娠・出産の満足に関する他の要因が存在することが理由と考えられる。今後、さらに下位項目の追加を検討し信頼性と妥当性の検討を引き続き実施していく。

【結論】

母子保健に適用可能な「妊娠・出産満足尺度」の作成と信頼性、妥当性評価から今後の活用可能性が示された。安全で快適な妊娠・出産に関し、母親のQOL評価は重要である。

O1-003

妊娠中の両親の喫煙状況別に見た児の出生体重平均の相違 ～健やか親子21最終評価の全国調査より～

秋山 有佳¹、篠原 亮次²、市川 香織⁴、
尾島 俊之⁵、玉腰 浩司⁶、松浦 賢長⁷、
山崎 嘉久⁸、山縣 然太郎^{2,3}

¹山梨大学大学院医学工学総合教育部 社会医学講座、
²山梨大学大学院 医学工学総合研究部附属出生コホート研究センター、
³山梨大学大学院医学工学総合研究部 社会医学講座、
⁴産前産後ケア推進協会、⁵浜松医科大学医学部 健康社会医学、
⁶名古屋大学医学部 保健学科 看護学専攻、
⁷福岡県立大学 看護学部、⁸あいち小児保健医療総合センター

【背景】

妊娠中の母親の喫煙が低出生体重を引き起こす要因であることはこれまでの研究で明らかになっている。しかし、母親の喫煙状況に留まらず周囲環境としての父親の喫煙状況を加味し、出生体重の相違を検討した研究は数少ない。

【目的】

妊娠中の両親の喫煙状況別にみた児の出生体重平均の相違を検討する。

【方法】

対象は「健やか親子21」最終評価実施対象となった全国472市区町村において、平成25年4月から8月の間に3.4か月健診を受診した児の保護者20,729名である。調査方法は、各市区町村から自記式質問票による調査を保護者に依頼、それらを健診時に回収し分析を行った。分析対象は児の出生体重と親の喫煙に関する質問の回答が欠損していた者を除外した19,163名である。分析は妊娠中の両親の喫煙状況を4群に分類し、出生体重に関する分散分析および多重比較を行った。各群は、A. 両親とも喫煙なし、B. 父親のみ喫煙あり、C. 母親のみ喫煙あり、D. 両親とも喫煙ありの4群とした。

【結果】

一元配置分散分析では、児の出生体重に関する妊娠中の両親の喫煙状況の群間で有意差が認められた。さらに多重比較を行ったところ、B群とD群、A群とD群間で有意差が認められた。また、各群の出生体重の平均はA. 3,021.06g、B. 3,026.97g、C. 2,935.82g、D. 2,919.58gであり、父親の喫煙が加味されたD群で児の出生体重が最も少なかった。

【考察】

今回の結果から、両親ともに喫煙している場合は児の低出生体重のリスクを高める可能性が示唆された。一方、A群とB群の出生体重の平均に大きな差は見られなかった。このことは、今回の調査では父親の喫煙場所についての情報がなかったことから、父親が妊婦の近くで喫煙していなかった可能性が考えられる。また、C群よりD群の平均の方が低かった要因としては、両親とも喫煙している場合は父親のみの場合と異なり、父親が妊婦と同じ空間で喫煙している可能性が考えられる。さらに、母親の年齢及び両親の体格が修飾している可能性も考えられる。このことから、母親だけでなく父親の喫煙も加わることは、より児の出生体重を低下させる可能性が考えられる。

【結論】

母親の喫煙状況に周囲環境としての父親の喫煙状況が累積的に加味されると、児の出生体重は低下する傾向が示唆された。

P-3-095

次子出産希望は妊娠育児中の夫の支援が必要— 子育て支援のための労働環境のあり方—

山縣然太朗、篠原 亮次、秋山 有佳
山梨大学大学院医学工学総合研究部

【背景】 健やかや子 21 は 2001 年から 2014 年までの母子保健における国民運動計画である。2013 年に最終評価を行い、あわせて次期計画について検討した。発表者らは厚生労働研究班として最終評価及び次期計画のための資料提出の役割を担った。その中で、次子希望の関連する要因について検討した。【目的】 妊娠・出産に関する母親の環境要因と次子出産希望との関連を検討する。【方法】 対象は、「健やか親子 21」最終評価実施対象となった全国 472 市区町村において、平成 25 年 3 月から 8 月の間に 34 か月健診を受診した児の保護者 20,728 名のうち第 1 子の保護者 9,324 名である。自記式の調査票を健診時に実施した。次子出産希望を目的変数、母親の妊娠・出産の満足に関する 15 項目を説明変数、母親の年齢、児の性別、現在の母親の就業状況、現在の経済状況を調整変数としてロジスティック回帰分析を行った。【結果】 各説明変数に関して、次子出産希望に関するオッズ比が有意で主な項目は次の様であった。妊娠・出産の状況に満足した (OR=2.53)、現在の子育て状況に満足している (OR=3.10)、出産・育児に関して夫の理解や対応に満足できた (OR=2.10)、父親は育児をする (OR=2.91)、父親は子どもと遊ぶ (OR=3.15)、ゆったりとした気分で子どもと接する時間がある (OR=2.72)。【考察】 一般的に、初産の母親は出産経験のある母親よりも妊娠・出産に対する不安は大きいと考えられ、次子出産希望には、いとお産の体験と子育て環境が影響すると考えられる。今回の結果から、夫をはじめとする家族の協力や社会環境、お産に係る医療関係者の支援が母親の満足を高め、次子出産に意欲的になる可能性が考えられた。【結論】 第 1 子を出産した母親が次子を望む環境として、家族特に夫の支援や社会の理解が重要である可能性を示した。

特定妊婦の把握に必要な医療情報に対する医療側と自治体側との意識の相違

小川 正樹* 松田 義雄**

目 的

近年の我が国における子育て環境の厳しさを改善させる目的で、厚生労働省は平成21年に児童福祉法に基づいて養育支援訪問事業を開始した¹⁾。これは、育児ストレスやノイローゼなどの問題により育児不安や孤立感を抱える家庭に対して、保健師・助産師等による指導や助言を行うことにより、個々の家庭の療育上の問題を解決することを目的としている。これにより、育児放棄などの児童虐待を防止できると期待されている。本事業ガイドラインでは、この支援が必要な家庭を判断する指標として、「特定妊婦」(表1)があげられている。これは、出産後の育児期からの支援ではなく、より早期である妊娠中からの支援が必要な妊婦およびその家庭を指している。この特定妊婦とは、児童福祉法第6条で「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されている。

市区町村が実施主体である母子保健事業においては、この「特定妊婦」に代表される要支援家庭をより早期、特に妊娠初期に把握し、介入することが求められている。しかし、現在の行政からの介入は、母子健康手帳交付時と出生届提出時の2回の面接またはアンケートによるリスク要因からの分析で行われていることが多く、十分な把握が困難である。また妊婦への支援は、妊娠中には医療機関で行われるが、分娩後は地域の母子保健サービスからの支援となり、十分なリスク要因の情報が伝達されない可能性がある。結果的に、支援が必要なハイリスク母児への早期介入および継続介入が困難となっている。

したがって、支援が必要な「特定妊婦」などのハ

表1 ガイドラインに提示された養育支援が必要と判断される指標

大項目	小項目
基本情報	
子どもの状況	出生状況(未熟児・低出生体重児など)
養育者の状況	妊娠経過・分娩状況
養育環境	
特定妊婦	若年妊娠, 経済的問題, 妊娠葛藤, 多胎,
妊娠期から	妊婦の心身の不調, 母子健康手帳未発行,
支援必要	妊娠後期の妊娠届, 妊婦健診の未受診, その他

イリスク母児に対して妊娠初期からの早期介入と産後・育児期にかけて継続的な介入が有効に行われる方策を策定することが目標とされる。この目標を達成するために、医療機関から自治体に伝えられるべき産科保健情報の整理とその現状を明らかにすることを本研究の目的とした。

方 法

1. 行政側が必要としている妊娠中の医療情報について

行政側が、特定妊婦の把握に必要な妊娠中の情報をどのようなものを明らかにする目的で、母子保健担当の地域保健師に対して郵送によりアンケート調査を行った。アンケート内容(表2)は、母子健康手帳の記載事項から抽出し、各項目について必要の程度を3段階にわけて択一回答とした。平成24年7月より郵送し期限内に回答が得られたものを解析した。42施設に送付し33施設より回答が得られた(有効回答率79%)。

2. 医療機関側が自治体に提供している妊娠中の医療情報について

妊婦健康診査を実施している医療機関側がどの

おがわ まさき, 他 *東京女子医科大学産婦人科 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1
E-mail address : masakiogawa3@gmail.com **国際医療福祉大学病院周産期センター

表2 地域保健師へのアンケート内容

番号	質問項目	番号	質問項目
1	10代での妊娠	23	妊娠への不安の表出の有無
2	35歳以上の妊娠	24	妊娠に否定的な感情の表出
3	40歳以上の妊娠	25	つわりの有無と程度
4	子の父欄の無記入	26	妊娠への不安の表出の有無
5	子の父の無職	27	妊娠に否定的な感情の表出
6	出生届出済証明がないこと	28	緊急連絡先欄の未記入
7	結婚年齢の未記入(未婚)	29	育児手伝い者記載欄の未記入
8	精神疾患の既往	30	妊娠への不安の表出の有無
9	強いストレスの有無	31	妊娠に否定的な感情の表出
10	今回妊娠への不安の有無	32	妊婦健診未受診・不定期受診
11	夫の健康状態の不良	33	妊娠偶発症(切迫早産など)の有無
12	過去の異常妊娠の有無	34	妊娠中の体重増加不良の有無
13	前児の養育/健康の不良	35	HIV抗体陽性
14	風俗業従事など職業情報	36	HTLV-1抗体陽性
15	特殊な就労環境	37	母親学級の未受診
16	休職、転職、離職の情報	38	歯科健診の未受診
17	産前休暇取得の有無	39	異常分娩の有無と内容
18	同居者の有無とその内容	40	早産の有無
19	妊娠への不安の表出の有無	41	出産児死亡の有無
20	相談相手がいないという環境	42	死産の有無
21	里帰り出産の予定の有無	43	異常産褥の有無と内容
22	母性連絡カードの使用の有無	44	マタニティーブルーなどの有無

母子健康手帳の記載項目に基づき作成したアンケート内容である。番号が小さいほど、手帳内のより後ろのページに記載された内容となる。これらの各項目について、(A: 情報提供してほしい, B: 把握できるので情報提供の必要はない, C: 把握の必要はない)の三つの選択肢より択一回答とした。

ように妊娠中の情報を伝えるべきか、または実際に伝えているのか、その連絡方法と内容を明らかにする目的で、産婦人科医療機関の医師に対してメールによりアンケート調査(表3)を行った。対象の産婦人科医療施設は、全国周産期医療(MFICU)連絡協議会に所属する医療機関とした。同様に平成24年7月よりメールを送付し期限内に回答が得られたものを解析した。88施設より回答が得られた。

結果

行政側が、特定妊婦の把握に必要と考えている妊娠中の医療情報を図1に示した。「情報提供してほしい」項目をAで示し、この頻度が高い順に項目を並べ替えた。上位7項目は、妊娠への不安や、妊娠に対する否定的な感情の表出といった、精神心理的側面であった。同様の精神心理的項目(44、

表3 医療機関側へのアンケート内容

質問項目	回答
ハイリスク症例の自治体への紹介は?	行っていない 行っている
その紹介方法は? (重複回答可)	院内担当部署に相談する 自治体担当者に直接連絡する 既存の連絡システムを利用する
既存の連絡システムとは?	作成した専用の連絡票を利用 妊婦健診の受診票を利用 その他(自由記載)
対象疾患を考慮しているか?	考慮していない 考慮している 未受診妊婦 多胎 若年
考慮の場合その該当疾患は? (重複回答可)	母子健康手帳未発行 妊娠後期の初診 心身の不調 妊娠葛藤 経済的問題 その他(自由記載)

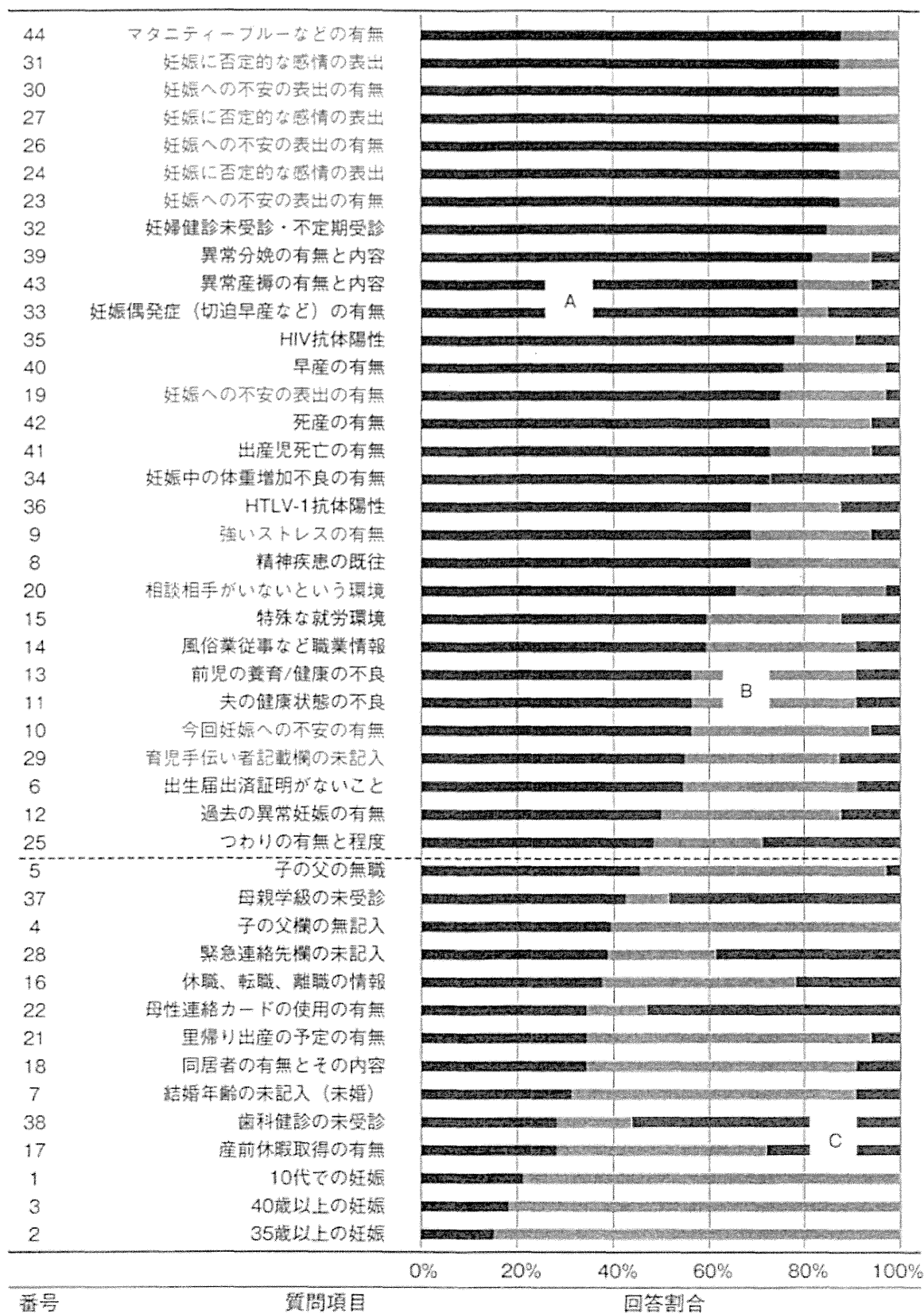


図1 自治体側が医療機関に情報を提供してほしいと希望している項目とその頻度

Aは「情報提供してほしい」項目で、Bは「把握できるので情報提供の必要はない」またはCの「把握の必要はない」項目である。妊婦の不安や精神的な側面に関する質問項目は色文字で示している。図中の破線以下の項目は、自治体側から情報提供の希望が低い項目を示している。

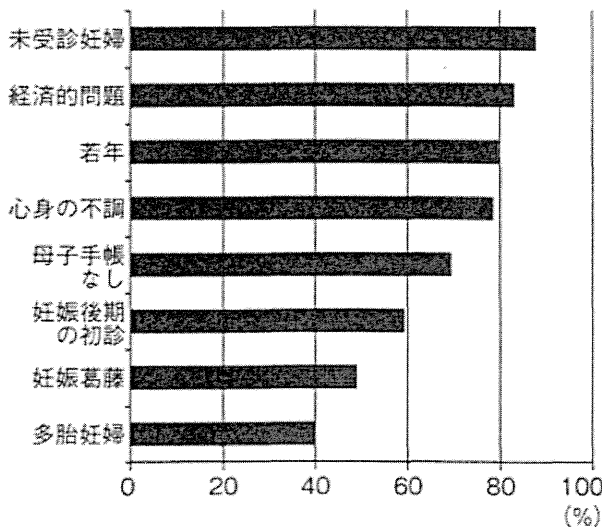


図2 医療機関が自治体側に実際に提供している対象頻度の高い順に項目を並べかえている。

31, 30, 27, 26, 24, 23, 19, 9, 20, 10, 29)を示したが、そのすべて12項目は情報獲得の必要性が50%以上であり、自治体側での情報獲得の必要性が高いことが示された。一方、情報獲得の必要性が50%未満の項目は破線以下の14項目であった。特に妊娠初期の母子健康手帳交付時に自動的に得られる年齢等の情報であった。

医療機関側が行政側にハイリスクの妊婦の情報を伝えている割合は75/88(85%)であり、「院内担当部署を通じて連絡する」が47施設、「直接連絡する」が23施設、「既存の連絡システムを利用する」が31施設であった。その既存の連絡システムに妊婦健康診査受診票を用いているのは2施設のみであった。また、対象疾患を考慮に入れている施設は76/81(94%)で、疾患内訳を図2に示す。「未受診妊婦」や「経済的問題」、「若年」など経済的な問題が多く、「多胎」や「妊娠葛藤」など、妊娠中の異常および妊婦の精神心理的な側面は少ない傾向にあった。以上より、自治体側では妊婦の精神的側面に、医療機関側では妊婦の経済的側面に関する項目に重点を置いていることが示された。

考 察

本研究で得られた最も重要なことは、「特定妊婦に代表されるハイリスク母児(または要支援家庭)の把握のために必要と考えている情報には、自治

体側と医療機関側の両者に大きな隔りがある」と示された点である。特に医療機関側では、「未受診妊婦」、「経済的問題」や「若年妊娠」といった、一般的には経済的弱者とみなされる項目を重視している傾向にあった。一方、自治体側では、「妊娠中の不安の表出」、「妊娠継続への否定の感情」など妊婦の精神心理的側面の問題をより重視する傾向にあった。これは、自治体側が、妊婦の心理的側面を把握しきれていない現状を示唆しているものと推定される。

この自治体側が妊婦の精神心理的側面を重要視する傾向は、厚生労働省が示している養育支援訪問事業ガイドラインの記載に由来するものと考えられる¹⁾。このガイドラインでは、養育支援が必要な対象者として具体的に以下をあげている。すなわち「出産後間もない時期(おおむね1年程度)の養育者が、育児ストレス、産後うつ状態、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して強い不安や孤立感を抱える家庭」を対象としている。これは「(特に育児に対して)不安を抱えた褥婦を意味するものであるが、「不安を抱えた妊婦」と解釈しているものかもしれない。したがって「不安を抱えた妊婦」を把握することが、要支援家庭の抽出にとって最も効率的であると自治体側が判断をしているためかもしれない。

妊婦は少なからず不安を有している。これが妊娠継続に関しての不安であるのか、または陣痛や出産といった未知の部分に関しての不安であるのか、さらには出産後の育児や養育環境に対する不安であるのか、について明確に区別できる指標はない。また医療者側でも、陣痛や出産に対する不安を捉えることには、大きな困難をきたさないが、妊婦が抱えている育児や養育に関する不安を正確に把握することは困難である。また、たとえ妊産褥婦が、育児放棄につながるような重大な不安を抱えていたとしても、キーパーソンである夫や家族の支援により克服していく場合もある。したがって、不安を抱える妊婦がすべて支援の対象になるものでもないと考えられる。さらに、「妊婦の不安」というキーワードで抽出された妊婦の情報がすべて自治体側にフィードバックされた場合、膨大な数となり、適切な支援体制を維持すること

は困難となる可能性も秘めている。

本調査研究より、自治体側への情報伝達は多くの医療施設で行われている(85%)ことが示された。また医師自身で行っている施設は少なく、多くは自施設内の該当する担当部署を経由して伝達されていた。さらに、現状では妊婦健診票を用いて行っている自治体はほとんどないことも明らかにされた。従事する医師数の減少により業務量が相対的に増えている産科医にとり、このような方向性が望ましいものと考えられる。

特定妊婦を自治体側が把握するために、最も有効な情報がどのようなものであるかについては、今回の調査研究では明らかにできなかった。しかし、水主川ら²⁾は、児童虐待の関連要因を明らかにする研究の中で、出産児への虐待を想定し児童相談所への通告がなされた89症例と、コントロール群400例において後方視的な検討を行っている。その結果、単変量解析では、10~20歳代での妊娠、未入籍、離婚歴、児の父親との音信不通、何らかの社会保障制度利用者、人工妊娠中絶既往、精神疾患などが児童相談所への通告例で有意に増加することと、多変量解析の結果、精神疾患(オッズ比6.3、95%信頼区間1.7~24.0)と児の父親との音信不通(オッズ比5.8、95%信頼区間1.2~27.9)が主な危険因子であることを明らかにしている。また、児童虐待の重症化と関連する主な危険因子としては、妊婦健診の未受診(オッズ比5.7、95%信頼区間1.5~21.9)であり、この妊婦健診未受診者の理由として経済的な困窮であることも示されている³⁾。本研究内で明らかにされた医療機関側からの情報提供項目は、以上のような後方視的な研究成果からも妥当と判断される。しかし、これらの危険因子である精神疾患や経済的な困窮、何らかの社会保障制度利用者などの項目に関しては、自治体側でもその情報をすでに保有している。精神障害者福祉保健手帳の発行部署は都道府県であり、個人の所得は市県民税より、また生活保護や前児の児童相談所扱いの履歴などで、自治体側は横の連携ができていれば、情報は容易に取得できるものと思われる。このような中においても、妊娠分娩時の情報は把握できないことより、医療機関側からの積極的な情報提供が望まれる。

今後の課題としては、行政と医療機関、妊産婦の三者間で密に連携できる組織的な方法を検討することである。連携にあたって、行政の枠組みを超えた何らかの統一した方法、あるいは統一した指針によるものが望まれるが、妊娠中からの包括的子育て支援に向けての母子健康手帳の活用が課題といわれている今こそ、情報媒体として、母親や家族の記録としての母子健康手帳の積極的活用を考えていく必要がある。

ハイリスク母児(要支援家庭)への早期介入を目的と考えた場合、妊婦自身の問題というよりも、新生児期以降に繋がる問題の抽出が必要となる。妊娠中からの情報伝達の媒体として、母子健康手帳に記載された項目の利用を考えると、母子保健法に基づき妊産婦死亡率を低下させることを目的とした現状の母子健康手帳では、その目的に叶った情報はまだ不足しているといわざるを得ない。したがって、特定妊婦の把握につながる、有用性の高い基礎情報として、妊婦の心理的側面などを包含した情報について母子健康手帳に加えていくことも検討すべきかもしれない。

謝辞

本研究は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金「母子保健事業の効果的実施のための妊婦健診、乳幼児健診データの利活用に関する研究」(代表:山縣然太郎)内の分担研究「ハイリスク母児(要支援家庭)への早期介入を目的とした妊娠中データの利活用に関する研究」(代表:松田義雄)として実施された。すべての著者において利益相反はありません。

文献

- 1) 養育支援訪問事業の概要 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate09/>, 2014/3/6)
- 2) 水主川 純: 妊娠期から行う児童虐待予防のための介入法構築に関する研究(平成23年度厚生労働科学研究費補助金報告書), pp1-22, 2012
- 3) Kakogawa J, Sadatsuki M, Ogaki Y, et al: Effect of social service prenatal care utilization on perinatal outcomes among women with socioeconomic problems in the Tokyo metropolitan area. ISRN Obstet Gynecol 2011: 856027, 2011

研 究

母親の主観的虐待観と個人的要因 および市区町村の対策との関連

—健やか親子21の調査から—

井上みゆき¹⁾, 篠原 亮次²⁾, 鈴木 孝太³⁾, 山崎 嘉久⁴⁾, 尾島 俊之⁵⁾
松浦 賢長⁶⁾, 玉腰 浩司⁷⁾, 市川 香織⁸⁾, 山縣然太郎³⁾

【論文要旨】

研究目的は、母親の主観的虐待観と個人的要因および市区町村の対策との関連を明らかにすることである。解析はロジスティック回帰分析を実施した。その結果、母親の主観的虐待観は、個人的要因である妊娠・出産・育児の満足がない、育児に自信が持てない、子どもとゆったりと過ごす時間がない、妊娠中の飲酒、現在の母親の喫煙、父親の育児参加がない、父親が子どもと遊ばないと高かった。また、健やか親子21に関連する対策を「他部所と連携」していない自治体で健診を受けた3歳児の母親において高かった。自治体の虐待予防対策は個人的要因の対応に加え、地域と連携して実践することが必要であることが示唆された。

Key words : 健やか親子21, 母親の主観的虐待観, 虐待対策と連携

I. 背 景

「健やか親子21」の主要な課題の1つに「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」として児童虐待対策がある。わが国の児童虐待の相談件数は年々増加し、主な虐待者は実母が多い¹⁾。実母による虐待は乳児期の安定したアタッチメントが形成されず²⁾、成長にともない反社会的行動、対人関係の問題、精神疾患を引き起こすことが多い³⁾。また虐待を受けた子どもは精神ストレスや栄養素など環境的要因により、遺伝子機能が損なわれると考えられている⁴⁾。したがって、児童虐待は虐待になる前に、気になるレベ

ルでの適切な支援と、虐待が深刻化する前の早期発見が必要となるため、「母親が子どもを虐待しているのではないかと思う」母親の主観的虐待観に着目した。子どもを虐待しているのではないかと思う母親がすべて虐待をするわけではないが、母親の主観的虐待観に関する文献では児童虐待の要因となるボンディングの困難、育児の気がかりに関連があることが示唆されている⁵⁾。また、3歳児にしつけとして、おしり叩きを母親が行っていると、児が5歳になると攻撃的な行動が増すことが明らかになっている⁶⁾。しかし、わが国の母親の主観的虐待観や虐待的養育態度の研究は一自治体を対象とした調査であり⁷⁻⁹⁾、全国規模で、乳幼

The Association of Individual Factors and Policies of Local Governments with Maternal Subjective

(2584)

Attitude toward Child Abuse : From a Survey of Healthy Parent and Children 21

受付 13.12.17

Miyuki INOUE, Ryoji SHINOHARA, Kohta SUZUKI, Yoshihisa YAMAZAKI, Toshiyuki OJIMA

採用 14. 8.24

Kencho MATSUURA, Koji TAMAKOSHI, Kaori ICHIKAWA, Zentaro YAMAGATA

1) 山梨県立大学看護学部 (看護師 / 研究職)

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部付属出生コホート研究センター (研究職)

3) 山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座 (医師 / 研究職)

4) あいち小児保健医療総合センター (医師 / 小児科)

5) 浜松医科大学医学部健康社会医学講座 (医師 / 研究職)

6) 福岡県立大学看護学部 (研究職)

7) 名古屋大学医学部保健学科看護学専攻 (医師 / 研究職)

8) 一般社団法人産前産後ケア推進協会 (助産師)

別刷請求先 : 井上みゆき 山梨県立大学看護学部 〒400-0062 山梨県甲府市池田1-6-1

Tel/Fax : 055-253-8169

児の母親を対象とした研究はない。WHO は虐待の発生モデルについて、養育者の個人の要因に加えて、環境的要因を考慮したモデルを提唱している¹⁰⁾。

そこで、本研究は母親の主観的虐待観と個人的要因および市区町村の対策との関連を明らかにする。また、「虐待予防対策」に取り組み「他部所と連携」の枠組みを構築し、実践している取り組み事例を示す。これらを明らかにすることは虐待になる前の早期発見や支援が可能となる母子保健活動の示唆を得ることに寄与すると考える。

II. 対象と方法

1. 調査内容

本研究は平成21年度厚生労働科学研究補助金 子ども家庭総合研究事業「健やか親子21を促進するための母子保健情報の利活用」(研究代表者:山縣然太郎)のデータを用いた横断研究である。この研究のうち使用したデータは、①人口規模別に無作為に抽出された138市区町村の乳幼児健康診査(3~4か月, 1歳6か月, 3歳)を受診した親子を対象とした自記式調査、②138市区町村の「健やか親子21」の取り組みに関する実態調査、③138市区町村の「取り組みデータベース」に登録されている児童虐待予防対策に関する取り組み事例である。親子を対象とした調査内容は子どもや親の心身の健康状態、生活習慣などである。市区町村の調査内容は「虐待予防対策」の取り組みと、「健やか親子21」を推進するために「他部所と連携」の構築とした。

これらの調査は山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て行われた(倫理審査承認番号739)。

本研究の質問項目は次に、目的変数、説明変数として説明する。

2. 解析方法

本研究の目的変数は「お母さんは子どもを虐待しているのではないかと思いますか」の質問に対して「はい・何ともいえない・いいえ」で選択したが、「何ともいえない」は、可能性が否定できないためリスクとし、「何ともいえない・はい」を母親の主観的虐待観「あり」とした。

説明変数は多くの先行研究で^{11~14)}児童虐待、育児のストレス、不安に関連する要因として指摘されている、「妊娠出産の満足」、「子どもとゆったりと過ごす時間」、

「現在の子育ての満足」、「育児に自信が持てない」、「相談相手が誰もいない」、「父親の育児参加」、「父親は子どもと遊ぶ」、「妊娠中の飲酒」、「現在の母親の喫煙」とした。

調整変数は「出生順」、「性別」、「出産時の母親の年齢」、「母親の就労」の基本的属性とした。

各変数は次に示すように2つの値にカテゴリー化した。「出生順」は、第1子と第2子以降として分類した。「出産時の母親の年齢」は、2009年の第1子を出生する女性の平均年齢が29.7歳であるため、「30歳未満」、「30歳以上」とした。「母親の就労」は、育児休暇中の回答は仕事を持っているとして、「就労あり」に分類した。「妊娠出産の満足」、「現在の子育ての満足」、「父親の育児参加」は、「している・まあしている・あまりしていない・していない」の4段階の選択肢であったが、「している・まあしている」は「あり」に、「あまりしていない・していない」は「なし」に分類した。3段階の「はい・何ともいえない・いいえ」の選択肢である「子どもとゆったりと過ごす時間」、「育児に自信が持てない」、「父親は子どもと遊ぶ」は、「何ともいえない」は可能性が否定できないためリスクとして扱った。

市区町村の「健やか親子21」の取り組みに関する実態調査から、国の「健やか親子21」の第1回中間評価を受けて重点課題として「虐待予防対策」に取り組んだか、「健やか親子21」を推進するために「他部所と連携」の枠組みを構築したか、以上2項目は「はい」、「いいえ」の選択肢で説明変数に加えた。

138市区町村のうち児童虐待予防対策の取り組みを他部所と連携して実施している具体的な事例は、「健やか親子21取り組みデータベース」から検索し提示した。「取り組みデータベース」は市区町村に登録番号が発行され、インターネット上で、市区町村が入力・修正できる仕組みになっている。

統計解析は3~4か月児、1歳6か月児、3歳児の年齢別に単ロジスティック回帰分析を実施した。次に年齢別に「出生順」、「性別」、「出産時の母親の年齢」、「母親の就労」を調整変数として多重ロジスティック回帰分析を実施した。

児童虐待予防対策の取り組みを他部所と連携して実施している事例は、記述統計にて市区町村を特定し、「健やか親子21取り組みデータベース」から市区町村名を入力し、「子どもの心の安らかな発達の促進と育

児不安の軽減」に関する対策を検索した。

統計学的有意水準は5%とし、使用した統計ソフトはSPSS Ver.21である。

Ⅲ. 結 果

質問紙の回収は親子の調査は3～4か月児健診で5,500人(回収率85.7%)、1歳6か月児健診で8,311人(回収率80.7%)、3歳児健診で7,597人(回収率78.6%)であった。

市区町村の「健やか親子21」の取り組みに関する実態調査は、138件(回収率100%)であった。

1. 母親の主観的虐待観と各変数の関連

母親の主観的虐待観と個人的要因および市区町村の対策の概要を表1に示した。母親の主観的虐待観について、「あり」と分類した人は3～4か月児健診654人(11.9%)、1歳6か月児健診1,815人(21.8%)、3歳児健診2,484人(32.7%)であった(表2)。母親の主観的虐待観「あり」と回答した人の虐待内容は、各年齢ともに感情的な言葉が最も多かった(表3)。

母親の主観的虐待観と各変数の関連を表4に示した。母親の主観的虐待観「あり」が高かった個人的要因の項目は、次のとおりである。「出生順」では3～4か月児、1歳6か月児では第1子よりも、第2子以降の方が高く、「出産時の母親の年齢」は1歳6か月児と3歳児において30歳以上よりも、30歳未満の場合が高かった。「母親の就労」は1歳6か月児と3歳児で「就労あり」よりも、「就労なし」の方が高かった。「育児に自信が持てない」、「現在の子育ての満足なし」、「子どもとゆったりと過ごす時間なし」、「父親の育児参加なし」、「父親は子どもと遊ばない」の項目では、3～4か月児、1歳6か月児、3歳児で高かった。「妊娠出産の満足なし」、「相談相手が誰もいない」、「妊娠中の飲酒あり」の項目では、1歳6か月児と3歳児で高く、「現在の母親の喫煙あり」は3歳児のみで高かった。「性別」はすべての児の年齢において、関連を認めなかった。

138市区町村の「健やか親子21」の取り組みに関する実態調査では、市区町村が「健やか親子21」を推進するために「他部所と連携」を実施していないと3歳児で母親の主観的虐待観「あり」が高かった。

2. 市区町村の児童虐待予防対策と他部所との連携を実施している事例

本調査対象の138市区町村のうち、国の「健やか親子21」の第1回中間評価を受け重点課題として「虐待予防対策」に取り組み「健やか親子21」を推進するために「他部所と連携」の枠組みを構築している市区町村は44件であった。この44市区町村のうち「健やか親子21取り組みデータベース」に、16市区町村、33件の取り組み事例が登録されていた(2013年5月31日現在)。各事例とも、「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」に関する市区町村の問題を住民と連携して実施していた。具体的な事例は紙面の関係上、主な3事例を示す。

【事例1】K町は出生率が少なく、過疎化が進んでいる。同じ年頃の子どもが近所にいないため、保育所に入所するまで全く他の子どもや親と触れ合えないことが問題となっている。その対策として、母子の孤立を防ぎ、子育てを支援することを目的に、地域の子育てボランティア、保育士、子育て支援センターと連携し、「親子教室」を実施している。多くの親子が参加できるように、毎月場所を変え、町内の遊び場を親に紹介している。

【事例2】K市は共働き、若い世代の核家族が多く、①子どもの離乳食作りに悩む親が多い、②おんぶ等の経験がなく、育児上の工夫が乏しい親が増えていることが問題となっていた。その対策は母親同士の仲間作りを目的とし、乳児を実際におんぶしながらの簡単な離乳食作りを実施するために、地域の食生活改善推進員、栄養士、地域の住民ボランティアと連携し、グループワークを取り入れ「離乳食教室」を開催している。

【事例3】H市は核家族化や少子化により、日常生活の中で、思春期の子どもたちが乳幼児と触れ合うことが少ないことが問題となっていた。対策は思春期の子どもが、幼児に触れ合う機会を作り、健全な父性・母性を育てると共に、生命の尊さを感じ取ることを目的に、中学・高校、「ふれあい母子ボランティア(幼児とその母親)」と連携し、思春期の子どもが幼児を抱っこ、あやす、遊ぶといった触れ合いの体験を実施している。

表1 母親の主観的虐待観と個人的要因および市区町村の対策の概要

項目	3~4か月					1歳6か月					3歳				
	N	なし		あり		N	なし		あり		N	なし		あり	
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%
出生順	5,368					7,864					7,170				
第1子		2,344	49.7	97	14.8		3,111	51.4	700	38.6		2,250	48.0	1,278	51.4
第2子以降		2,370	50.3	557	85.2		2,940	48.6	1,113	61.4		2,436	52.0	1,206	48.6
性別	5,356					7,852					7,153				
女		2,297	48.9	332	50.8		2,921	48.3	863	47.7		2,308	49.4	1,217	49.1
男		2,405	51.1	322	49.2		3,122	51.7	946	52.3		2,365	50.6	1,263	50.9
出産時の母親の年齢	5,370					7,860					7,165				
30歳未満		2,064	43.8	240	36.7		2,615	43.2	810	44.7		2,124	45.3	1,220	49.2
30歳以上		2,652	56.2	414	63.3		3,432	56.8	1,003	55.3		2,560	54.7	1,261	50.8
母親の就労	5,301					7,862					7,153				
なし		3,094	66.5	425	65.9		3,467	57.3	1,119	61.8		2,141	45.8	1,282	51.8
あり		1,562	33.5	220	34.1		2,585	42.7	691	38.2		2,535	54.2	1,195	48.2
妊娠出産の満足	5,335					7,793					7,102				
あり		4,434	94.7	608	93.4		5,682	94.7	1,651	92.2		4,390	94.5	2,231	90.8
なし		250	5.3	43	6.6		321	5.3	139	7.8		254	5.5	227	9.2
現在の子育ての満足	5,296					7,820					7,125				
あり		4,483	96.4	562	87.3		5,682	94.3	1,504	83.8		4,413	94.6	2,057	83.6
なし		169	3.6	82	12.7		343	5.7	291	16.2		252	5.4	403	16.4
育児に自信が持てない	5,303					7,825					7,140				
いいえ		1,789	38.4	74	11.5		2,201	36.6	163	9.0		1,743	37.4	226	9.1
はい		2,869	61.6	571	88.5		3,816	64.4	1,645	91.0		2,923	62.6	2,248	90.9
子どもとゆったりと過ごす時間	5,305					7,851					7,153				
あり		3,794	81.4	361	56.0		4,565	75.6	952	52.6		3,158	67.5	1,118	45.2
なし		866	18.6	284	44.0		1,476	24.4	858	47.4		1,520	32.5	1,357	54.8
父親の育児参加	5,291					7,704					6,919				
あり		4,331	93.3	582	89.7		5,473	92.3	1,566	83.3		4,105	90.8	2,058	85.9
なし		311	6.7	67	10.3		457	7.7	208	11.7		418	9.2	338	14.1
父親は子どもと遊ぶ	5,273					7,695					6,895				
あり		3,024	65.4	357	55.1		3,765	63.5	903	51.0		2,576	57.1	1,133	47.5
なし		1,601	34.6	291	44.9		2,160	36.5	867	49.0		1,932	42.9	1,254	52.5
相談相手が誰もいない	5,371					7,875					7,175				
いいえ		4,253	90.2	582	89.0		5,540	91.4	1,636	90.1		4,343	92.6	2,253	90.7
はい		464	9.8	72	11.0		520	8.6	179	9.9		348	7.4	231	9.3
現在の母親の喫煙	5,358					7,778					7,125				
なし		4,318	91.8	582	89.3		5,325	89.0	1,570	87.6		4,073	87.4	2,098	85.1
あり		388	8.2	70	10.7		661	11.0	222	12.4		586	12.6	368	14.9
妊娠中の飲酒	5,236					7,728					7,049				
なし		4,263	92.5	557	88.8		5,510	92.5	1,599	90.1		4,266	92.4	2,173	89.4
あり		346	7.5	70	11.2		444	7.5	175	9.9		352	7.6	258	10.6
児童虐待予防対策	5,371					7,875					7,175				
あり		3,274	69.4	455	69.6		4,298	70.9	1,241	68.4		3,308	70.5	1,733	69.8
なし		1,443	30.6	199	30.4		1,762	29.1	574	31.6		1,383	29.5	751	30.2
他部所と連携	5,273					7,774					7,085				
あり		2,032	43.9	261	40.6		2,558	42.8	745	41.5		2,205	47.7	1,107	45.0
なし		2,598	56.1	382	59.4		3,420	57.2	1,051	58.5		2,419	52.3	1,354	55.0

表2 各年齢における母親の主観的虐待観の割合

項目	3~4か月		1歳6か月		3歳	
	n	%	n	%	n	%
なし	4,717	85.8	6,060	72.9	4,691	61.7
あり	654	11.9	1,815	21.8	2,484	32.7
無回答	129	2.3	436	5.3	422	5.6

表3 母親の主観的虐待観「あり」と回答した虐待の内容

虐待の内容	3~4か月		1歳6か月		3歳	
	n	%	n	%	n	%
たたくなど	78	38.6	393	49.7	567	53.0
食事を長時間与えな いなどの制限や放置	5	2.5	6	0.8	4	0.4
しつけのし過ぎ	49	24.3	135	17.1	226	21.1
感情的な言葉	166	82.2	626	79.1	853	79.7
その他	11	5.4	27	3.4	26	2.4
無回答	8	4.0	7	0.9	8	0.7

(複数回答)

表4 母親の主観的虐待観「あり」と各変数との関連

項目		調整前			調整後*			
		OR	95% CI	p 値	OR	95% CI	p 値	
出生順	3~4 か月	第1子 第2子以降	5.68	4.54~7.10	<0.001	5.72	4.56~7.19	<0.001
	1歳6か月	第1子 第2子以降	1.68	1.51~1.87	<0.001	1.78	1.59~1.98	<0.001
	3歳	第1子 第2子以降	0.87	0.79~0.96	0.01	0.92	0.83~1.02	0.10
性別	3~4 か月	女 男	0.93	0.79~1.09	0.36	0.93	0.79~1.10	0.40
	1歳6か月	女 男	1.03	0.92~1.14	0.64	1.03	0.92~1.14	0.64
	3歳	女 男	1.01	0.92~1.12	0.80	1.02	0.92~1.12	0.75
出産時の母親の年齢	3~4 か月	30歳未満 30歳以上	1.34	1.13~1.59	<0.001	0.93	0.78~1.11	0.41
	1歳6か月	30歳未満 30歳以上	0.94	0.85~1.05	0.28	0.83	0.74~0.92	<0.001
	3歳	30歳未満 30歳以上	0.86	0.78~0.95	<0.001	0.87	0.79~0.97	0.01
母親の就労	3~4 か月	なし あり	1.03	0.86~1.22	0.78	1.02	0.85~1.22	0.83
	1歳6か月	なし あり	0.83	0.74~0.92	<0.001	0.80	0.72~0.89	<0.001
	3歳	なし あり	0.79	0.71~0.87	<0.001	0.79	0.72~0.87	<0.001
妊娠出産の満足	3~4 か月	なし あり	1.25	0.90~1.75	0.18	1.32	0.93~1.87	0.12
	1歳6か月	なし あり	1.49	1.21~1.83	<0.001	1.59	1.29~1.95	<0.001
	3歳	なし あり	1.76	1.46~2.12	<0.001	1.75	1.45~2.11	<0.001
現在の子育ての満足	3~4 か月	なし あり	3.87	2.93~5.11	<0.001	4.05	3.02~5.45	<0.001
	1歳6か月	なし あり	3.21	2.71~3.79	<0.001	3.19	2.70~3.78	<0.001
	3歳	なし あり	3.43	2.91~4.05	<0.001	3.54	3.00~4.19	<0.001
育児に自信が持てない	3~4 か月	いい え	4.81	3.75~6.17	<0.001	5.90	4.57~7.60	<0.001
	1歳6か月	いい え	5.82	4.91~6.90	<0.001	6.08	5.13~7.22	<0.001
	3歳	いい え	5.93	5.11~6.89	<0.001	5.91	5.09~6.86	<0.001
子どもとゆったりと過ごす時間	3~4 か月	なし あり	3.45	2.90~4.09	<0.001	2.64	2.21~3.16	<0.001
	1歳6か月	なし あり	2.79	2.50~3.11	<0.001	2.85	2.54~3.19	<0.001
	3歳	なし あり	2.52	2.28~2.79	<0.001	2.67	2.41~2.96	<0.001
父親の育児参加	3~4 か月	なし あり	1.60	1.21~2.12	<0.001	1.52	1.14~2.03	<0.001
	1歳6か月	なし あり	1.59	1.34~1.89	<0.001	1.57	1.31~1.87	<0.001
	3歳	なし あり	1.61	1.38~1.88	<0.001	1.61	1.38~1.88	<0.001
父親は子どもと遊ぶ	3~4 か月	なし あり	1.54	1.30~1.82	<0.001	1.34	1.13~1.60	<0.001
	1歳6か月	なし あり	1.67	1.50~1.86	<0.001	1.58	1.42~1.76	<0.001
	3歳	なし あり	1.48	1.34~1.63	<0.001	1.51	1.37~1.67	<0.001
相談相手が誰もいない	3~4 か月	いい え	1.13	0.87~1.48	0.35	1.23	0.97~1.68	0.08
	1歳6か月	いい え	1.17	0.98~1.39	0.09	1.22	1.01~1.46	0.04
	3歳	いい え	1.28	1.08~1.52	0.01	1.28	1.07~1.52	0.01
妊娠中の飲酒	3~4 か月	なし あり	1.55	1.18~2.03	<0.001	1.31	0.99~1.74	0.06
	1歳6か月	なし あり	1.36	1.13~1.63	<0.001	1.31	1.08~1.57	0.01
	3歳	なし あり	1.44	1.22~1.70	<0.001	1.50	1.27~1.78	<0.001
現在の母親の喫煙	3~4 か月	なし あり	1.34	1.02~1.75	0.03	1.18	0.89~1.57	0.25
	1歳6か月	なし あり	1.14	0.97~1.34	0.12	1.13	0.96~1.33	0.16
	3歳	なし あり	1.22	1.06~1.40	0.01	1.26	1.09~1.45	<0.001
児童虐待予防対策	3~4 か月	なし あり	0.99	0.83~1.19	0.93	0.98	0.81~1.17	0.79
	1歳6か月	なし あり	1.13	1.01~1.26	0.04	1.12	1.00~1.25	0.06
	3歳	なし あり	1.04	0.93~1.15	0.51	1.04	0.93~1.16	0.48
他部所と連携	3~4 か月	なし あり	1.15	0.97~1.35	0.11	1.08	0.91~1.29	0.36
	1歳6か月	なし あり	1.06	0.95~1.17	0.33	1.06	0.95~1.18	0.31
	3歳	なし あり	1.12	1.01~1.23	0.03	1.13	1.02~1.25	0.02

*出生順・性別・出産時の母親の年齢・母親の就労で調整。
調整後 p < 0.05 は p 値を太字にて表記。

IV. 考 察

本研究において、母親の主観的虐待観が児の年齢が上がるごとに増加したことは、幼児期前期では排泄、食事、衣類の着脱、睡眠などの基本的な生活習慣を身につけることが必要であり、この時期の虐待はしつけと連動しやすくなると考えられている¹⁵⁾。また、この時期の子どもは自我が芽生え反抗的な態度をとることや、不慮の事故が多いことから、言動による注意が多くなると考えられる。「出生順」が3～4か月児、1歳6か月児で第2子以降の方が母親の主観的虐待観が高いことは、わが国の第1子と第2子の平均出生間隔年数が2.62年¹⁶⁾であることから、3～4か月児や1歳6か月児が第2子の場合、第1子は3～4歳児が多いことが推定され、幼児期後期の子どもに手がかかり、下の子どもの対応の難しさがあると考えられる。自治体によっては、初産妊婦のみを対象として両親学級などが開催されており、初産妊婦が優先されやすい母子保健サービスのあり方を再検討する必要がある⁷⁾。

母親が就労をしていないと1歳6か月児と3歳児で、主観的虐待観のリスクが高くなっていたことは、乳幼児をもつ母親はフルタイムで就労している方が、身体的にも心理的にも健康であり、社会的にも安定している状態が高い¹⁷⁾ためと考えられる。育児期に母親が就労していると、過剰負担と考えられやすいが、育児に良い影響をもたらすこともあると捉える必要がある。

児の「性別」はすべての年齢において関連を認めなかった。わが国の児童相談所の調査では男女別の統計は出していないが、警察、司法が関与する死亡や傷害などの事件となる児童虐待検挙統計では女兒よりも男児が多い¹⁸⁾。本調査は母親の「子どもを虐待しているのではないか」という自己申告であり、虐待内容は身体的暴力よりも、「感情的な言葉」が多かった。死亡などの身体的虐待に至らない場合は児の性別は関係がない可能性がある。「妊娠中の飲酒」は1歳6か月児と3歳児で、「現在の母親の喫煙」は3歳児において、母親の主観的虐待観が高かったことは、わが国の女性の習慣的喫煙者と習慣的飲酒者の年齢は30～39歳代の割合が高く¹⁹⁾乳幼児期の子どもを養育する時期と一致する。母親の喫煙は妊娠時に禁煙をしても、父親の喫煙や育児不安が強いと再喫煙率が高いことが報告されている²⁰⁾。したがって、妊娠中の飲酒・喫煙予防は、母親だけでなく、父親を含めた家族、社会全体が妊

娠中の飲酒、喫煙が子どもに与える影響に関心を寄せ、禁酒、禁煙に努める仕組みが必要となる。

各年齢において母親の主観的虐待観に関連を認めた「妊娠出産の満足なし」、「育児に自信が持てない」、「現在の子育ての満足なし」、「子どもとゆったりと過ごす時間なし」、「父親の育児参加なし」、「父親は子どもと遊ばない」、「相談相手が誰もいない」は、産後の抑うつ^{21,22)}、育児の重度な苦悩や困難²³⁾、育児ストレスなどの虐待のリスク要因として報告されている。これらいくつかの要因が重なり合うことで、虐待となる可能性があると考えられるため、母親が発する、「子どもを虐待しているのではないかと思う」との言動に注意し、傾聴していくことが必要となる。

「健やか親子21」を推進するために「他部所と連携」の枠組みを構築している市区町村で健診を受けた3歳児の母親の主観的虐待観ありの割合は低かった。児童虐待対策を他部所と連携している事例では地域の母子保健の問題に即し、住民ボランティアや、中学・高校など、住民と連携して実施していた。Donnelly²⁴⁾によると、虐待はどの家庭にも発生すると考え、第1次予防では親子だけではなく全住民を対象とし、第2次予防で虐待のハイリスク・グループを対象とすることを提案している。第1次予防では親の行動や態度、知識の改善だけを目指すのではなく、全住民を対象とした虐待予防のための環境要因を改善することが必要と考える。したがって、児童虐待予防対策は地域の問題に応じ、すべての年齢層の住民を巻き込み、連携して実践することが有効と考えられた。

本研究は全国から無作為抽出された市区町村における3～4か月児、1歳6か月児、3歳児健診を受診する母親21,408人のデータを解析したものであり、市区町村の乳幼児健診を受診する母集団を代表していると考えられる。一方、限界は母親の主観的虐待観は認識に個人差があること、虐待に関連があると考えられている子どもの気質や、家族の経済状況を調査していないことである。

V. 結 論

母親の主観的虐待観は、個人的要因である妊娠・出産・育児の満足がない、育児に自信が持てない、子どもとゆったりと過ごす時間がない、妊娠中の飲酒、現在の母親の喫煙、父親の育児参加がない、父親が子どもと遊んでいないと高かった。また、健やか親子21に

関連する対策を「他部所と連携」していない自治体で健診を受けた3歳児の母親で高かった。したがって、虐待予防対策は個人的要因に加え、地域の問題に応じ、全住民を巻き込み連携し実践することの必要性が示唆された。

本研究は、平成21年度厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(研究代表者：山縣然太郎)、(課題番号：H21-子ども-一般-004)の助成にて行われた。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 日本子ども家庭総合研究所編. 日本子ども資料年鑑. 東京：KTC 中央出版, 2013：215-216.
- 2) 数井みゆき. 子ども虐待とアタッチメント. 数井みゆき, 遠藤利彦編. アタッチメントと臨床領域. 京都：ミネルヴァ書房, 2007：79-101.
- 3) 友田明美. 児童虐待と傷ついていく脳 癒されない傷. 東京：診断と治療社, 2012：12-43.
- 4) McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio A, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 2009；12：342-348.
- 5) Choi H, Yamashita T, Wada Y, et al. Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2010；64 (2)：120-127.
- 6) Taylor CA, Manganello JA, Lee SJ, et al. Mother's Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior. *Pediatrics* 2010；125 (5)：1056-1065.
- 7) 横山美江, 岡崎綾乃, 杉本昌子, 他. 乳児から小学生の子どもをもつ母親の虐待認識についての検討. *日本公衆衛生雑誌* 2011；58 (1)：30-39.
- 8) 浦山晶美, 西村真実子. 母親の内的ワーキングモデルと虐待的な養育態度の関連性. *日本公衆衛生雑誌* 2009；56 (4)：223-231.
- 9) 巽あさみ, 小野雄一郎. 「子どもを虐待しているのではないか」という母親の虐待の認識. *医学と生物学* 2004；148 (2)：8-14.
- 10) Preventing child maltreatment. a guide to taking action and generating evidence. [whqlibdoc. who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf) (2013年5月31日引用)
- 11) Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological / transactional model of community violence and child maltreatment：Consequences for children's development. *Psychiatry* 1993；56：96-118.
- 12) Sørbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH, et al. Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health* 2013；13：1471-2458.
- 13) 八重樫牧子, 小河孝則, 田口豊郁, 他. 乳幼児を持つ母親の子育て不安に影響を与える要因 子育て不安と児童虐待の関連性. *厚生指標* 2008；55 (13)：1-9.
- 14) 神原文子. 虐待予備軍である保護者の実態と子育て支援の課題. *子どもの虐待とネグレクト* 2006；8(1)：60-71.
- 15) 服部祥子. 生涯人間発達論—人間への深い理解と愛情を育むために. 第2版. 東京：医学書院, 2010：52-55.
- 16) 国立社会保障・人口問題研究所. 第13回出生動向基本調査. <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpwj200801/img/fb1.2.5.5.gif> (2013年5月30日引用)
- 17) 川村千恵子, 田辺昌吾, 高中宗一. 乳幼児をもつ母親のウェルビーイングに影響を及ぼす要因—属性, 子育て支援ニーズならびに充足度からの検討—. *メンタルヘルスの社会学* 2010；16：42-52.
- 18) 竹沢純子. 児童虐待の現状と子どものいる世帯を取り巻く社会経済的状況—公的統計及び先行研究に基づく考察—. *季刊社会保障研究* 2010；(4)：346-360.
- 19) 平成23年 国民健康・栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002q1st-att/2r9852000002q1wo.pdf>. (2013年5月30日引用).
- 20) 縷縷朋弥, 松田宣子. 出産後の女性の喫煙行動とその関連要因. *日本公衆衛生雑誌* 2010；57 (2)：104-112.
- 21) Manuel JI, Martinson ML, Bledsoe-Mansori SE, et al. The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Social Science & Medicine* 2012；75 (11)：2013-2020.

- 22) 松原直実, 堀田法子, 山口孝子. 育児期の母親の抑うつ状態に関する縦断的研究. *小児保健研究* 2012 ; 71 (6) : 800-807.
- 23) Mishina H, Takayama J, Aizawa S, et al. Maternal childrearing anxiety reflects childrearing burden and quality of life. *Pediatrics International* 2012 ; 54 : 504-509.
- 24) Donnelly AN. An Overview of Prevention of Physical Abuse and Neglect In The Battered Child 5th. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. Chicago : University of Chicago Press, 1997 : 597-593.

[Summary]

The objective of this study is to illustrate the association of maternal subjective views toward child abuse with individual characteristics and regional child-abuse policies. A logistic regression analysis was conducted and it was found that the mothers' subjective views toward child abuse were associated with individual factors like dissatisfaction with pregnancy, child birth, and child-

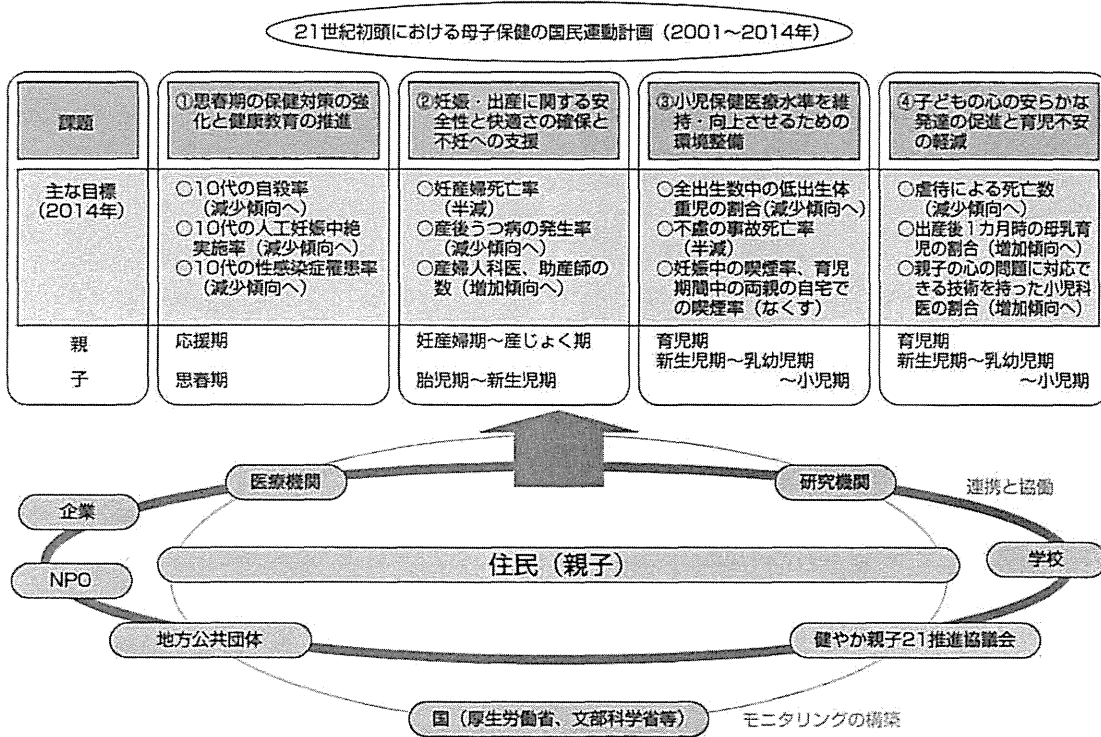
rearing ; lack of confidence in child-rearing ; lack of time to spend with the child ; drinking during pregnancy ; smoking in the present ; non-participation of the father in child-rearing ; and the father not playing with the child. Furthermore, it was clarified that maternal subjective views toward child abuse were related to mothers who took their three-year-old children's medical check-ups at municipalities where the measure related to "Healthy Parents and Children 21" was not well coordinated with other sections. These results suggest that, in addition to measures to counter individual factors, it is necessary to ensure that abuse prevention measures are implemented by municipalities in collaboration with the residents of local communities.

[Key words]

Healthy Parents and Children 21,
maternal subjective attitude toward child abuse,
policy and cooperation against child abuse

特集-1 健やか親子 21

21 世紀の母子への健康目標



健やか親子 21 のホームページ <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>

平成 12 年に、21 世紀の母子保健の取り組みの方向性を示した「健やか親子 21」が策定された。基本視点として、20 世紀中に達成された母子保健水準を低下させない、20 世紀中に達成しきれなかった課題を早期に克服する、20 世紀中盤に顕著化し 21 世紀にさらに深刻化することが予想される新たな課題に対応するために、新たな価値尺度や国際的な動向を踏まえた斬新な発想や手法によって取り組むべき課題を探求することとした。そこで、主要課題を、①思春期保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産の安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準の維持・向上のための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減とした。ヘルスプロモーションにその基本理念を置き、61 の目標値を設定した。また、「健やか親子 21 推進協議会」を設置し、関連団体の自主的な取り組みを推進した。期間は当初設定の平成 22 年が 26 年まで延長された。これまで、2 回の中間評価が行われ、指標の 7 割以上が改善していた。改善していない指標については達成に向けた対策や指標の見直しが行われた。

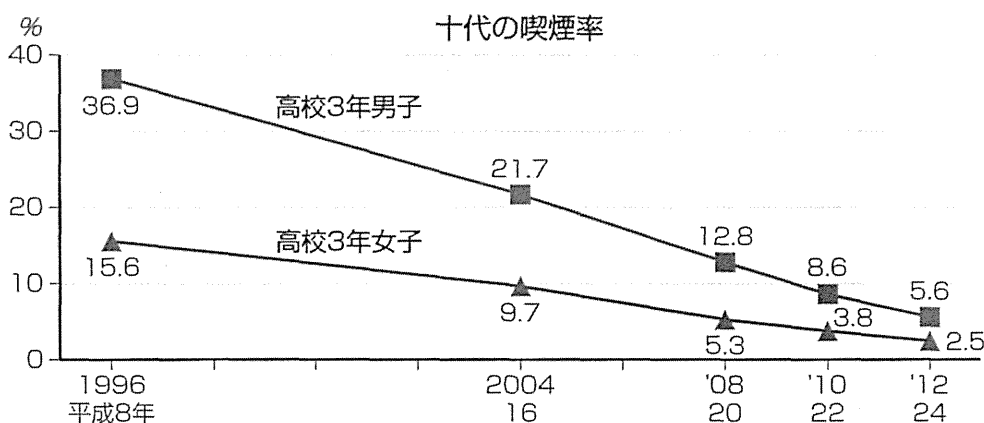
参照：本編 113 頁 (第 3 編第 2 章 1.母子保健)

特集-2 健やか親子 21 最終評価

約 8 割が改善していた

評価区分(策定時*の値と直近値とを比較)		該当項目数(割合)
1. 改善した	①目標を達成した	20項目(27.0%)
	②目標に達していないが改善した	40 (54.1)
2. 変わらない		8 (10.8)
3. 悪くなっている		5 (2.7)
4. 評価できない		4 (5.4)

*中間評価時に設定された指標については、中間評価時の値との比較



資料 「健やか親子 21」最終評価報告書、「厚生労働科学研究費補助金」未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究

健やか親子 21 の最終評価が平成 25 年 11 月に報告された。69 指標 (74 項目) のうち、「目標を達成した」と「目標に達していないが改善した」を合わせて 60 項目 (81.1%) である一方、「悪くなっている」は 2 項目 (2.7%) であった。目標を達成した項目は、十代の性感染症罹患率の減少、周産期死亡率の世界最高水準の維持、むし歯のない 3 歳児の割合 80% 以上などであり、目標に達していないが改善した項目は、十代の人工妊娠中絶実施率の減少、妊産婦死亡率の減少、妊娠中の喫煙率の減少、十代の喫煙率や飲酒率などであった。変わらない項目は、児童虐待による死亡数の減少などで、悪くなっていた項目は、十代の自殺率の減少と全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少であった。また、3 歳児のむし歯の有病率や妊婦の喫煙率など様々な母子保健指標で都道府県格差が認められた。

母子保健事業の推進のための課題として、母子保健に関する計画策定や情報の利活用などにより地域間格差の解消に向けた国・都道府県・市町村の役割の明確化を提言し、今後の母子保健の課題として、①思春期保健対策の充実、②周産期・小児救急・小児在宅医療の充実、③母子保健事業間の有機的な連携体制の強化、④安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制づくり、⑤「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援、⑥児童虐待防止対策の更なる充実を挙げた。

参照：本編 113～115 頁 (第 3 編第 2 章 1. 母子保健)