

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

(2584)

Miyuki INOUE, Ryoji SHINOHARA, Kohta SUZUKI, Yoshihisa YAMAZAKI, Toshiyuki OJIMA
Kencho MATSUURA, Koji TAMAKOSHI, Kaori ICHIKAWA, Zentarō YAMAGATA

受付 13.12.17

採用 14. 8.24

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附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うことがありますか」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	項目	OR	調整前		調整後*	調整後*		
			95% CI	p 値		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	0.93	0.79~1.09	0.36	0.93	0.79~1.10	0.40
	1歳6 か月	女	1.03	0.92~1.14	0.64	1.03	0.92~1.14	0.64
	3歳	女	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	1.03	0.86~1.22	0.78	1.02	0.85~1.22	0.83
	1歳6 か月	あり	0.83	0.74~0.92	<0.001	0.80	0.72~0.89	<0.001
	3歳	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	あり	1.25	0.90~1.75	0.18	1.32	0.93~1.87	0.12
	1歳6 か月	あり	1.49	1.21~1.83	<0.001	1.59	1.29~1.95	<0.001
	3歳	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	あり	3.87	2.93~5.11	<0.001	4.05	3.02~5.45	<0.001
	1歳6 か月	あり	3.21	2.71~3.79	<0.001	3.19	2.70~3.78	<0.001
	3歳	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	4.81	3.75~6.17	<0.001	5.90	4.57~7.60	<0.001
	1歳6 か月	いい	5.82	4.91~6.90	<0.001	6.08	5.13~7.22	<0.001
	3歳	いい	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	あり	3.45	2.90~4.09	<0.001	2.64	2.21~3.16	<0.001
	1歳6 か月	あり	2.79	2.50~3.11	<0.001	2.85	2.54~3.19	<0.001
	3歳	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	あり	1.60	1.21~2.12	<0.001	1.52	1.14~2.03	<0.001
	1歳6 か月	あり	1.59	1.34~1.89	<0.001	1.57	1.31~1.87	<0.001
	3歳	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	あり	1.54	1.30~1.82	<0.001	1.34	1.13~1.60	<0.001
	1歳6 か月	あり	1.67	1.50~1.86	<0.001	1.58	1.42~1.76	<0.001
	3歳	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	1.13	0.87~1.48	0.35	1.28	0.97~1.68	0.08
	1歳6 か月	いい	1.17	0.98~1.39	0.09	1.22	1.01~1.46	0.04
	3歳	いい	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	1.55	1.18~2.03	<0.001	1.31	0.99~1.74	0.06
	1歳6 か月	あり	1.36	1.13~1.63	<0.001	1.31	1.08~1.57	0.01
	3歳	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	1.34	1.02~1.75	0.03	1.18	0.89~1.57	0.25
	1歳6 か月	あり	1.14	0.97~1.34	0.12	1.13	0.96~1.33	0.16
	3歳	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	あり	0.99	0.83~1.19	0.93	0.98	0.81~1.17	0.79
	1歳6 か月	あり	1.13	1.01~1.26	0.04	1.12	1.00~1.25	0.06
	3歳	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	あり	1.15	0.97~1.35	0.11	1.08	0.91~1.29	0.36
	1歳6 か月	あり	1.06	0.95~1.17	0.33	1.06	0.95~1.18	0.31
	3歳	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、母親だけではなく、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 (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, 畠中宗一. 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) 頼頼朋弥, 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

【雑誌】
平成 27 年度

日本小児連絡協議会からの提言

子どもとICT(スマートフォン・タブレット端末など)の問題についての提言
日本小児連絡協議会「子どもとICT～子どもたちの健やかな成長を願って～」委員会

日本小児保健協会¹⁾, 日本小児科学会²⁾, 日本小児科医会³⁾, 日本小児期外科系関連学会協議会⁴⁾
岡田 知雄¹⁾, 村田 光範¹⁾, 鈴木 順造¹⁾, 山縣然太郎¹⁾, 前田 美穂¹⁾, 原 光彦¹⁾
井口 由子¹⁾, 田澤 雄作²⁾, 斎藤 伸治²⁾, 村上佳津美²⁾, 内海 裕美³⁾, 川上 一恵³⁾
仁尾 正記⁴⁾, 川島 章子⁴⁾, 横井 匡⁴⁾

I. 背景

2008年以降, わが国でもスマートフォン(以下, スマホと略)やタブレット端末が急速に普及し, 子どもだけで, 何時でも何処でも無制限にインターネットに接続できるようになりました。ICT(Information and Communication Technology)は社会生活全般の利便性を高め, 教育や医療においても革新的なツールとして有効活用されています。その一方で, ICTの普及は子ども社会においても, 遊びや人間関係, 生活習慣の点で大きな変化をもたらしました。子どもにおけるICTの弊害として, 親子の絆から始まる人間と人間との絆の形成に影響を与え, 実社会での体験の機会を奪って, 健やかな成長発達や社会性の形成を妨げることは極めて大きな問題です。更には, 子どものネット依存も深刻化しており, ICTの適正利用は子どもの健やかな成長発達にとって, 解決すべき重要課題となっています。

子どもたちを取り巻くこのようなICT環境は, 利点と問題点を持った両刃の剣であり, 短時間で膨大なデータのやり取りが可能となった反面, 子どもたちがインターネット上のいじめや犯罪の加害者や被害者になったり, ネット依存に起因したさまざまな心身の健康障害が生じたり, 人間としての健やかな成長発達が妨げられるなど, 見過ごすことのできない多様で深刻な問題が明らかになってきました(参考資料1, 2)。子どもがインターネットに関わることで生じやすい問題点を要約すると, 1) 情報管理が十分にできないこと, 2) 日常生活リズムの障害が生じやすいこと, 端的には使用時間が長くなり睡眠不足に起因する健康障害が生じやすいこと, 3) 親子の絆や実体験不足により社会性獲得の機会が欠如する危険性, 4) 一般に子どもたちにはスマホなどを購入し, 維持管理する経済能力がないことが挙げられます。

保護者は, インターネットに関わる情報モラル教育の一環として, 子どもが使うスマホなどの管理責任を明確にしなくてはなりません。子どもが使用するスマホなどは, 保護者が子どもに貸与するものであり, とくに保護者は子どもが使うスマホなどの管理責任が自分にあることを自覚しなくてはなりません。子どもとの間に貸与の前提となる約束事をしっかりと取り交わす必要があります。約束に不履行があれば, 保護者は子どもに対して毅然とした態度で臨まねばなりません(参考資料3)。

以上に述べた諸問題を解決するために, 保護者と子どもたちを取り囲むすべての大人に対して, 以下に示すような子どもとICTの問題について緊急に提言します。

II. 提言の対象

この提言は, 子どもへの影響力が強い保護者を中心として, 教育関係者, 医療関係者, 保育関係者, ICTの開発・普及に携わる事業者, この分野の研究者も対象としています。また, ここでいう“子ども”とは, 主として一人でスマホなどを扱うことができる小学生から高校生を意味しています。

子どもに対する過剰なメディア接触に起因するさまざまな問題は, 乳幼児期から生じます。子どもを対象としたメディア接触の問題については, 2004年に日本小児科医会の“子どもとメディア対策委員会”や, 日本小児科学会の“子どもの生活環境改善委員会”, 乳幼児とスマホの問題については, 2013年に日本小児科医会から提言がなされているので, これらを参考としてください。

III. 提言

1. 保護者は, 不適切なICT利用が子どもの健やかな成長発達や心身の健康に悪影響を及ぼしうることを認識し, 責任を持ってスマホやタブレット端末を管理しましょう。
(具体的方法は次の通りです)
 - 1) スマホなどの管理者は保護者であることを子どもに明確に伝えましょう。
 - 2) 保護者はスマホなどが子どもに及ぼす悪影響について学習しましょう。

- 3) スマホなどの適切な使い方を親子で話し合いルールを決めましょう。
- 4) 保護者は子どもに貸与したスマホ等の利用状況を折に触れて確認しましょう。
- 5) 子どもが決められたルールを守れない場合には一旦没収し、改めて話し合いましょう。
2. 学校では、子どもや保護者に対する情報モラル教育を推進しましょう。
 - 1) ネット社会における著作権や個人情報の保護のルールを学ばせましょう。
 - 2) ICTの使い過ぎによる健康障害やネット依存について学ばせましょう。
 - 3) いじめなどのネットトラブル予防と発生時の対策について学ばせましょう。
3. 子どもに関わる医療関係者や保育関係者は、不適切なICT利用に伴う健康障害発生の可能性を意識して業務を行い、その可能性があれば適切な助言を行いましょう。
4. ICTの開発・普及に携わる事業者は、不適切なICT利用が子どもの心身の健康や健やかな成長発達に悪影響を及ぼしうることを利用者に伝えるとともに、その対策を講じましょう。
5. 研究者は、不適切なICT利用に起因する子どもの健康障害や成長発達障害に関する研究を積極的に行い、その成果を家庭や教育医療現場に還元しましょう。

参考文献

- 1) 日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会、「子どもとメディア」の問題に対する提言、2004年2月6日。
- 2) 日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、提言：乳幼児のテレビ・ビデオ長時間視聴は危険です、2004年4月5日。
- 3) 日本小児科学会学校保健・心の問題委員会、提言：21世紀の間診票、日本小児科学会雑誌 2008；112：1592-1593。
- 4) 日本小児科学会学校保健心の問題委員会、「提言」2010、日本小児科学会雑誌 2010；114：919。
- 5) 日本小児科医会、スマホに子守りをさせないで（ポスター）、2013年12月4日。
- 6) 村田光範、子どもとICT～健やかな成長のためにはどうあるべきか～、小児保健研究 2014；73（3）：384-396。
（参考資料1, 2, 3）

（参考資料1）子どもとインターネットとの関わり現状と問題点

1. 子どもがインターネットとの関わりを持つ機器について

ここ3年ほどの間にスマホやタブレットと呼ばれる、子どもでも簡単に操作できる機器が急速に普及してきており、多くの家庭では、子どもと連絡を取るための必須の器具としてスマホを含む携帯電話（以下、スマホに代表させる）を子どもに持たせているのが現状です。

スマホは機能上、電源を入れた瞬間から、世界中のインターネットに繋がってしまっていることが、子どもがスマホを使ううえで大きな問題なのです。その害を一言でいえば、インターネットを介して流出した個人情報がいろいろな形で悪用され、ときには犯罪にまで発展することです。子どもに関わるインターネットを介した情報については、保護者はもとより社会全体が管理し、時には監督しなくてはなりません。

2. 子どもとSNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）

子どものインターネット利用形態の多くは、Line、Twitter、Facebookなどのソーシャル・ネットワーキング・サービス（social networking service：SNS）を介した情報交換や、大勢のネット仲間と一緒に大規模多人数同時参加型オンラインロールプレイングゲーム：Massively Multiplayer Online Role-Playing Gameに参加することです。日本学校保健会の平成24年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書（以下、報告書と略）によれば、小学1・2年生で15人に1人、小学校高学年で10人に1人、中学生で3人に1人、高校生では4人のうち3人がSNSを使った経験があります。適切な情報モラル教育を受けないままSNSを利用する機会が増えれば、現在問題になっているSNSを介した不適切な交際やサイト内での中傷やネットいじめの発生頻度が増加することが懸念されます。また、同報告書によれば、年齢が高くなるほど、女兒ほどインターネットやメールに費やす時間が長く、ネット依存に陥る危険性が高くなります。ICTの過度の使用は、睡眠障害、遅刻・欠席の増加、学業不振の原因になるばかりか、孤独感の助長、攻撃性の亢進、規範意識の欠如、抑うつ傾向などの心理・社会的問題を抱えやすいことも明らかになっています。長時間のオンラインゲームによる死亡例の報告によって注目を浴びたネット依存症ですが、現時点ではネット依存症の明確な定義や診療ガイドラインは存在せず、今後のこの方面の研究成果の蓄積が待たれます。しかし、すでにICTの不適切で過度の使用によって、子どもたちの心身の健康や健やかな成長発達に悪影響を及ぼしていることは明らかです。

3. インターネットやスマホなどでメールをした時間

先に引用した報告書によると、小学1・2年生と3・4年生は5～10%の者がインターネットやメールを利用しているに過ぎないですが、小学5・6年生になると25%、中学生の男子で52.8%、女子で64.2%、高校生になると男子で85.2%、女子で91.5%がインターネットやメールをしています。

インターネットやメールをしている時間では、小学生では男女ともに30分ぐらいがもっとも多く、高校生では男女ともに1時間ぐらいがもっとも多く、高校生で1～2時間行う者は男子27.6%、女子26.5%であり、3時間以上行う者は男子8.0%、女子21.9%でした。女子に長時間行う者が多いことは、後で述べる朝すっきり目覚める者が少ないことにも関係していると思われます。

4. 寝起きの状況

報告書によると、調査当日の朝に「すっきり目が覚めた」と答えた者は、中学生の男子で22.0%、女子で15.9%、高校生の男子で18.7%、女子で16.3%でした。「眠くてなかなか起きられなかった」者も中学生の男子で19.6%、女子で26.1%であり、高校生の男子で24.9%、女子で28.8%と女子の方が男子よりも朝の目覚めの状況が悪い傾向を示しました。

また、この報告書によると日中眠たいと訴えている者は中学生の男子で47.8%、女子で60.3%あり、高校生においては男子で57.5%、女子で66.0%と女子の方がその率が高く、寝不足を感じている理由を聞くと複数回答ではあるものの、インターネットやメールをしている率が女子に高いことが関係していることが考えられます。全体として男女ともに「深夜テレビやビデオやDVDを見ている」、「ゲームをしている」、「インターネットやメールをしている」の率が高学年になるほど高くなっていて、夜間のスクリーンタイムの時間が長いことが朝の目覚めの悪いこと、それに日中の眠気や寝不足を感じる原因になっていると思われます。

学齢期の子どもたちは当然のことながら朝から夕方までは学校で過ごしているし、学習塾や稽古事で夜もかなり遅い時間まで忙しく過ごしているので、インターネットやメール、ゲームなどは夜もかなり遅い時間になってから始めるので、2時間近くもの視聴時間となると就寝時刻も遅くなってしまいう結果になることは十分に理解できます。

5. 携帯・スマホ使用時間と学力低下

文部科学省による全国学力テストの際に施行したアンケート調査によれば、平日に携帯・スマホを1時間以上使用している者は、小学6年生で15.1%、中学3年生では47.6%で、国語A,B,算数A,Bの成績は、携帯・スマホの利用時間が長いほど悪い傾向にあったと報告されています。

(参考資料2) インターネットに関わる子どもの健康障害

1. ネット上のいじめ (electronic aggression, internet bullying, cyberbullying)

学校裏サイトに代表される「ネット上のいじめ」があり、これには子どもが加害者 (bully) になる場合と、被害者 (victim) になる場合があります。このインターネット上のいじめが加害者と被害者の心と体に及ぼす影響について従来のいじめ (traditional bullying) とどこが違うのかは、まだ不明な点が多いが、文部科学省の「『ネット上のいじめ』から子どもたちを守るために一見直そう! ケータイ・ネットの利用のあり方を一子どもを守り育てる体制づくりのための有識者会議まとめ」では、「ネット上のいじめは被害が短期間で極めて深刻になる」としています。日本小児連絡協議会は、上記の「有識者会議のまとめ」や、米国の National Crime Prevention Council “cyberbullying” のサイトなどを参照するなどして、ネット上のいじめの予防と発生時対策に積極的に参加する必要があります。

2. ネット依存症 (Internet addiction, Internet addiction disorder, problematic Internet use, Internet abuse, digital media compulsion)

ネット依存症は、1996～1998年にかけて米国においてその概念が確立したのですが、まだ疾患としての診断基準は定まっていません。しかし、ネット依存症のスクリーニングテストはほぼ定着してきています。昨年、厚生労働省研究班がわが国の中・高校生の8%に当たる約52万人がネット依存症である可能性が高いと報告したことが、大きな話題になりました。韓国では子どもも大人もネット依存症が人的資源の国家的な損失をもたらすとして大きな問題になっています。

(参考資料3) 保護者と子どもが交わすスマホの使用(貸与)の基本条項

保護者が子どもにスマホを貸与するに当たっては基本的な約束事項を交わす必要があり、その約束項目の基本条項は次の通りです。

- 1) スマホの所有者は保護者であること。
- 2) スマホの購入費と維持費は保護者が負担すること。
- 3) インターネット接続に関わる手続きは保護者の責任において行うこと。
- 4) 保護者は、スマホをロックし、これを解除するためのパスワード、子どもが使うメールアドレス、SNS、アプリ購入などに関するIDやパスワードについて確認し、記録しておくこと。
- 5) 4)の条項が満たされれば、子どものスマホ使用状況を保護者が持つスマホで確認することができるので、保護者はいつでも子どものスマホ使用状況を確認する権利があること。
- 6) 保護者が子どものスマホ使用状況が不適切と判断した時は、一方的に子どものスマホ使用を禁止し、改めて子どもとスマホ使用についての約束事を再確認すること。

このことについてアメリカの母親が自分の子どものiPhoneを持たせるに当たって子どもと結んだ正しい使い方の約束、「母から子へのiPhone, 18の約束」の日本語訳を参考までに挙げておきます。18もの約束をしなくてはならないところに、スマホの持つ問題の深さがあるといえます。

「母から子へのiPhone, 18の約束」(要約)

- ① これはお母さんのiPhoneです。
- ② iPhoneのパスワードはお母さんに報告しなさい。
- ③ これは電話です。パパかママの電話には必ず出ること。
- ④ 学校がある日は7:30pmに、週末は9:00pmに、そして翌朝7:30amまではパパかママにiPhoneを渡すこと。
- ⑤ 学校に持って行ってはいけないが、特別な事情があれば相談にのります。
- ⑥ 自分のせいで壊したときは、修理費は自己負担。
- ⑦ iPhoneを使って人を傷つけないこと。
- ⑧ 相手に面と向かって言えないことはiPhoneを使って言わないこと。
- ⑨ 友だちの親の前で言えないことをiPhoneを使って言わないこと。
- ⑩ アダルトサイトやポルノは禁止。
- ⑪ 公共の場では電源を切るかサイレントモードにする。
- ⑫ 他人にあなたの大事なところの写真を送ったり、貰ったりしてはだめ。
- ⑬ むやみに写真やビデオを撮らないこと。
- ⑭ ときどき家にiPhoneを置いて出かけるようにしなさい。
- ⑮ みんなが聞いているのとは違う素晴らしいあなただけの音楽をダウンロードしてね。
- ⑯ ときどきワードゲームやパズルゲームで遊んでね。
- ⑰ グーグル検索だけに頼らず、ちゃんと周りの世界を自分の目で見てほしい。
- ⑱ この約束を破った場合は、お母さんはiPhoneを取り上げます。そして何がまずかったか、一緒に考えて、また一からスタートしましょう。

次世代の健康分野における 社会環境の整備

子どもの健康格差

「健康日本21」(第二次)の課題に、健康格差の是正が挙げられています。健康格差は地域格差、個人の属性による格差に分けられます。前者は都道府県、市町村における健康格差であり、後者は個人の社会的経済的格差によって生じる健康格差です。母子保健における国民健康づくり運動の「健やか親子21」の最終評価の結果等から、子どもの健康についても、同様の格差が生じていることが明らかとなりました。

都道府県別の3歳児のむし歯の有病率と小学5年生男子の肥満割合を見ると、3歳児のむし歯の都道府県別の有病率格差は2.5倍になっており、小学5年生の男子の肥満も高率5県と低率5府県で比較しても2倍の格差があります。

家族関連社会保障と合計特殊出生率

世帯所得の格差を補うしくみの一つが社会保障です。わが国の高齢者に対する社会保障のGDP比は他の先進国とあまり変わらないことに比して、家族関連社会保障がほかの先進国と比べて低くなっています。

また、合計特殊出生率は家族関連の社会保障のGDP比に関連しており、家族関連の社会保障を増やすことが少子化対策に寄与することが示唆されます。

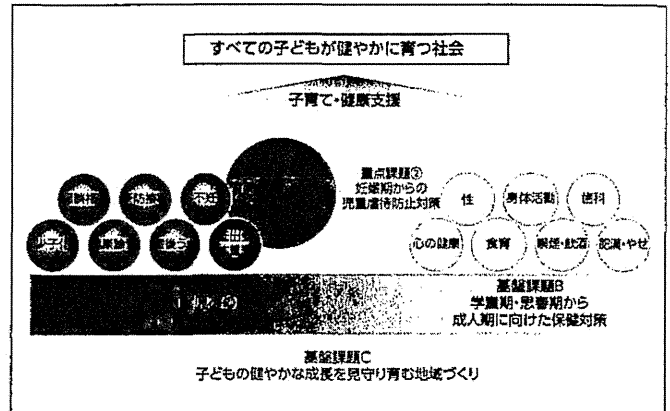
健やか親子21(第二次)：

すべての子どもが健やかに育つ社会の実現

2015年から始まる健やか親子21(第二次)においても、社会環境の整備は重要な取り組みです。ここでは10年後のめざす姿として「すべての子どもが健やかに育つ社会」を掲げました(図参照)。これは2つの方向性から出されたもので、一つは日本全国どこで生まれても一定の質の母子保健サービスを受けられ、生命が守られるという地域間の健康格差の解消という視点であり、もう一つは疾病や障害、親の経済状態等、個人の家庭環境の違いを超えて、多様性を認識して母子保健サービスを展開するという視点です。

健やか親子21(第二次)では3つの基盤課題と2つの重点課題を設定し、64の指標、すなわち、健康水準の指標(25)、健康行動の指標(19)、環境整備

図●健やか親子21(第二次)のイメージ



の指標(20)について目標値を定めています。加えて、指標には目標値は定めませんが注視していく29の参考指標を示しました。基盤課題Cは、「子どもの健やかな成長を見守り育む地域」ということで、ソーシャル・キャピタルの醸成によりこの地域で子育てをしたいと思う親の割合などが指標になっています。

次世代の健康の社会環境の整備： ソーシャル・キャピタルの醸成

健康増進の基本的な戦略が、地域の良好なソーシャル・キャピタルの醸成を基盤として、個人の健康的な生活習慣や行動を促すことにあることは、従来言われている「健康づくりはまちづくり」の科学的根拠に基づく表現と言えます。そして、ソーシャル・キャピタルの醸成にはコミュニケーションのあり方がキーになります。人と人とのつながりを形成するさまざまな手段によるコミュニケーション、地域住民の問題解決のためのコミュニケーション、健康弱者を孤立化させないコミュニケーションなどです。

次世代の健康における社会環境整備はソーシャル・キャピタルの醸成に加えて、子どもの健康を支える関係者の連携の充実にあります。子育てを取り巻くさまざまな課題を解決するためには、家庭を中心に、医療機関、学校、地域、企業、民間団体等が連携して、社会全体で取り組む必要があります。母子愛育会、食生活改善推進会、学校保健委員会など既存の組織や子育て支援のNPOなどが連携できる環境づくりは行政の最も重要な役割の一つです。

女性の健康をとりまく現状と課題

山縣然太郎

やまがた ぜんたろう 山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授 連絡先：〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110

はじめに

女性の健康はリプロダクティブヘルス・ライツの視点を抜きには考えられないことが男性との大きな違いであろう。これは卵巣から分泌する女性ホルモンの変動による女性自身の健康と、生まれてくる次世代の健康〔DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) の概念〕との2つの視点から女性の健康を考える必要があるということである。さらに、社会的、文化的に形成された男女の違い、すなわち、ジェンダーが女性の健康に与える影響が大きいことも考慮しなければならない(図1)。

本稿では健やか親子21¹⁾の最終評価および次期計画、さらに健康日本21(第二次)²⁾の指標も踏まえて、母子保健を中心に女性のライフステージと健康の現状と課題を解説する。

健やか親子21の最終評価から見た女性の健康課題

健やか親子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り、少子化対策と健康日本21の一翼を担う。4つの課題、すなわち、①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進、②妊娠・出産に関する安全性と

快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備、④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減について69指標(74項目)について目標値を定めている³⁾。目標値の約80%が達成もしくは改善という最終評価の結果であった。一方、悪くなっていた指標が2つあった。十代の自殺率と低出生体重児の割合である。以下、女性の健康に関連する指標について解説する。

1. 十代の女性の健康

思春期の健康問題は心の健康、肥満・やせ、性感染症、望まない妊娠などの心身の健康と飲酒・喫煙、薬物乱用、食、運動、睡眠などの生活習慣である。健やか親子21においてもこれらについて指標を定めて取り組んできた。十代の自殺率が悪化していること以外はこれらに関連する指標はいずれも改善と評価したが、懸念材料も多々ある。

十代の自殺率については図2に示すように男女ともに増加している。警察庁の統計によると未成年の自殺の動機は進路や学業不振などの学校問題が多く、次いで精神疾患などの健康問題である。2008年には両者はいずれも原因に占める割合が約30%と同程度であったが、2012年では学校問題が33%と健康問題の23%に比べて相対的に高くなっている。ただし、女

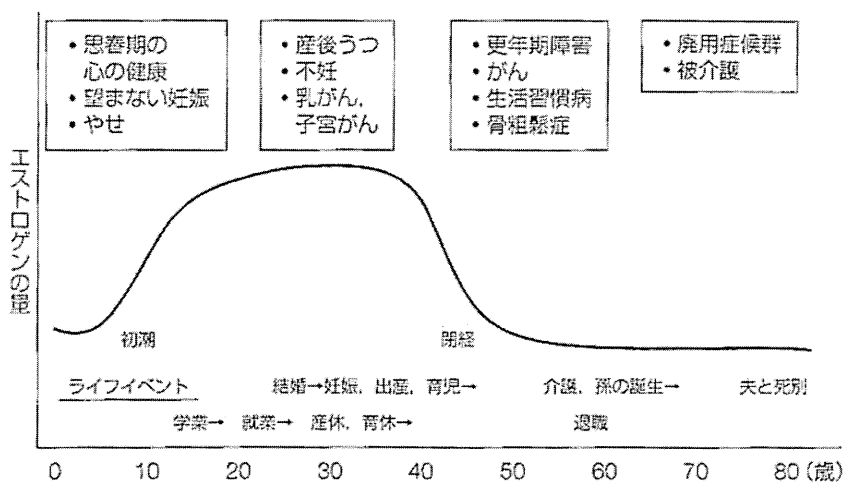


図1 女性の年齢経過におけるエストロゲンの量と疾患、ライフイベント

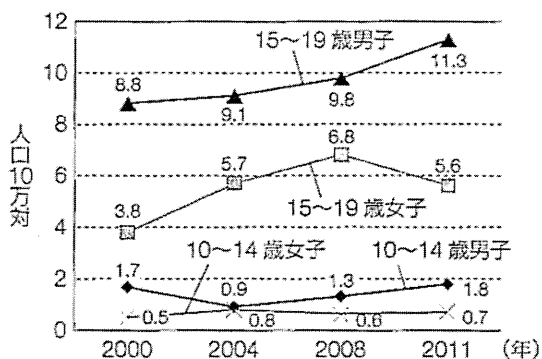


図2 十代の自殺率の年次推移

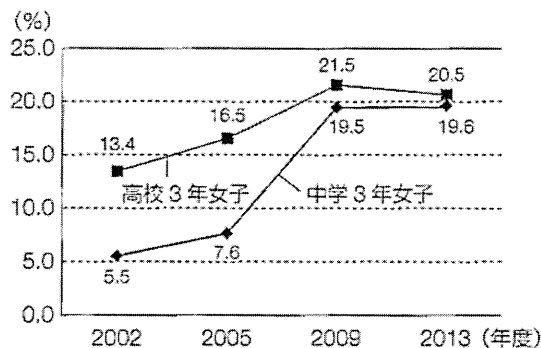


図3 不健康やせの年次推移

子の原因の1位は健康問題である。

改善はしたと評価されたものの懸念される課題としては、やせの問題、朝食欠食、望まない妊娠である。

指標である思春期やせ症⁴⁾については中高生の女子は2002年の2.3%から2013年には1.5%と改善しているものの、命に関わる摂食障害の早期発見・早期治療は学校保健における重要な対策である。不健康やせは図3に示すように中学生、高校生共に増加しており、5人に1人が不健康やせである。特に中学3年生の女子は5.5%から19.6%と約4倍に急増しており、や

せの低年齢化が進んでいる可能性がある。また、やせ願望がある者はうつ傾向にある者の割合が多いことを、筆者らは地域の思春期調査で明らかにしている⁵⁾。

朝食欠食について、男子は改善傾向にあるが、女子は7歳から14歳で2008年の5.0%から2011年の5.4%、15歳から19歳で10.0%から13.3%と悪化している。朝食をとらない理由として食欲がないが多く、生活リズムの夜型化とダイエットが要因として考えられる。

十代の人工妊娠中絶は2000年の人口千対12.1から2011年には7.1と改善していた。十

代における概算妊娠率はこの間減少を続けており、健康避妊薬の流通、緊急避妊薬の利用の影響に加えて、性行動の停滞傾向が関連していると考えられている。一方で、課題としては、2001年以降の減少傾向が弱まりつつあることと都道府県格差が生じていることであり、今後注視していく必要がある。

2. 妊婦の健康

妊娠期には妊娠高血圧症候群をはじめ妊娠に関連する疾患があるが、他の項に譲る。妊婦の生活習慣は自身の健康のみならず、生まれてくる子どもの健康に影響を与える。後者はBarker説に始まるDOHaDの概念であり、胎児期や新生児期の環境が小児期、成人期の疾患のリスクとなることが明らかになっている。筆者らは地域の母子保健縦断調査(甲州プロジェクト)で妊娠初期の喫煙と朝食欠食が5歳児の肥満のリスクになることを明らかにした⁶⁾。さらに、妊娠初期の喫煙は9歳から10歳においても2倍の肥満のリスクがあることを報告した⁷⁾。これらの結果はまさに、DOHaDの概念を裏付ける結果である。これに関連した健やか親子21の指標が低出生体重児の割合であるが、最終評価で悪化していた2つの指標の一つである。これまでの報告から妊娠期間の短縮が一つの要因であることが明らかになっている⁸⁾。増加の原因解明は低出生体重児の発育発達へのリスクとともにDOHaDの視点からも重要であり、胎児の疾患、妊娠前の体格、妊娠中の環境、低栄養などさらなる検討が必要である。

妊婦の喫煙、飲酒は改善していた。しかし、喫煙に関しては20代の妊婦やそのパートナーの喫煙率が一般集団に比べて2倍以上高いことと出産後の再喫煙が課題である。

産後うつ病の疑いとなるEPDS(エジンバラの産後うつスケール)が9点以上の者の割合は2001年の13.4%から2013年には9.0%に減少した。産後うつの原因には出産後のホルモン動

態の急激な変化に伴うホルモンバランスの乱れや生活面での大きな変化が挙げられている。対策としては、妊婦が産後うつを認識して、対処法を習得しておくとともに、妊娠期からの予防的介入の仕組みが効果的である。

健やか親子21(第2次)における女性の健康課題

2015年から開始する健やか親子21(第2次)は、健やか親子21の最終評価を踏まえて、切れ目のない支援と社会で子育てをするという母子保健の基本課題としての3つの基盤課題と、多くの母子保健の課題から特に、発達障害と虐待を取り上げて、2つの重点課題を設定した(図4)。指標は最終結果としての「健康水準の指標」を16、その結果を達成するための個人の行動に関する「健康行動の指標」を18、個人の行動を支援する行政や団体の取り組みとしての「環境整備の指標」を18設定し、加えて目標値は設定しないが注視する指標として28の「参考指標」を示した⁹⁾。

1. 妊娠、出産、育児を見守る地域環境

基本的には現行の健やか親子21の指標が踏襲されているが、妊娠、出産、育児に関わる環境の指標が多く加わった。例えば、この地域で子育てをしたいと思う親の割合、妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思う就労妊婦の割合、マタニティマークを妊娠中に使用したことのある母親の割合、マタニティマークを知っている国民の割合などである。

2. 貧困と母子保健

日本の相対的貧困率(世帯所得の中央値の50%未満の者の割合)は2010年のOECD(経済協力開発機構)の報告では16.0%でOECD加盟国34か国の中で貧困率は29と下から6番目となっている。さらに、子どもの貧困は深刻で、一人親世帯の相対的貧困率は50.8%と高い水準

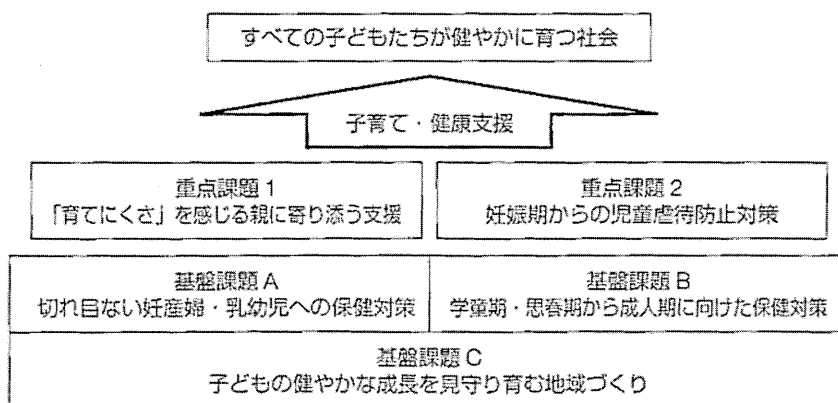


図4 健やか親子 21(第2次)の課題と目指す姿

になっている。

経済格差と健康格差に関連があることは、国民健康・栄養調査の低所得ほど喫煙率が高く、肥満率が高いという結果で明らかにされた。健やか親子 21 の最終評価でも、経済的にゆとりのない母親はゆとりのある母親に比べて、喫煙率が高く、子育てにゆとりが持たず、虐待していると思う者が多く、父親の支援が得られておらず、子育てサークルなどへの参加もできていない実態が明らかになった。また、先進国において、合計特殊出生率が高い国は社会保障費における家族支出の GDP 比が高い傾向がみられており、少子化対策にとっても経済的側面は重要な課題である。

健康日本 21(第二次)における女性の健康課題

健康日本 21(第二次)は国民健康増進の総合的な国民運動計画である。この中でも女性の健康に関する指標は多く掲げられている。以下、健やか親子 21 の指標との重複を除き、主な指標について解説する。

1. 健康寿命と平均寿命の差

2010 年の健康寿命は女性で 73.62 歳と男性の 70.42 歳よりも 3 歳ほど長い。しかし、平均寿

命との差は女性で 12.68 歳であり、男性の 9.13 歳に比べて長く、日常生活に制限がある期間が男性よりも長い。

2. がん検診受診率

子宮頸がんおよび乳がんの検診受診率(平成 22 年)はそれぞれ 37.7% と 39.1% である。海外の子宮頸がん受診率は米国が 85.0%(2010 年)、フランスが 71.1%(2010 年)、韓国が 68.7%(2012) である。乳がん検診受診率は米国が 80.4%(2010 年)、フランスが 75.4%(2010 年)、韓国が 74.1%(2012 年)であり、いずれも、わが国の受診率はこれらの国と比較して極めて低い。

他のがんに比較して、子宮がん、乳がんは若年から罹患するために、50 歳前半までは男性のがん罹患率より女性のがん罹患率の方が高い。子宮頸がん検診(細胞診)は 20 歳以上、乳がん検診(マンモグラフィ)は 40 歳以上の女性に対して、いずれも 2 年に 1 回の検診受診が有効とされており、受診率向上に向けた取り組みが必要である。

3. 循環器疾患

循環器疾患について、女性は男性に比べて年齢調整死亡率がいずれも半分程度である。しかし、総コレステロール値や LDL コレステロー