

母子保健分野における子どもの虐待重症度の評価

(分担研究：虐待の予防に関する研究)

小林美智子¹⁾、佐藤拓代²⁾、納谷保子³⁾、鈴木敦子⁴⁾

要約：虐待を把握したときに的確に状況を判断し、時期を逸さない緊急介入などを行うためには重症度の評価が不可欠である。今回我々は、重症度評価のためのリスクアセスメントを検討したが、親子の分離が必要な重度において得点が高く、重症度の予測に役立つと考えられた。社会的状況把握項目として保健婦の虐待に対する認識や援助技術の共有化が可能であり、また、機関連携におけるケースの理解を一致させる資料としても有用であると考えられる。

見出し語：被虐待児症候群、虐待重症度、アセスメント、母子保健活動

調査目的 これまで大阪府保健所における虐待についての調査を昭和63年と平成2年、平成8年の3回、また養育問題についての調査を平成5年に行い、乳幼児虐待の早期発見・援助において保健所の果たしている役割が明らかにされた¹⁾。すなわち、ネグレクトの早期発見や、関係機関と連携しての在宅援助、またハイリスク親子への予防的援助が保健所の重要な役割である。しかし虐待への援助は一機関では完結せず、関係機関と共通認識をもち連携しての援助が必要である。また、本年度から地域保健関連諸法の全面施行により乳幼児健診などの母子保健事業が市町村に移管され、保健所と保健センターの連携がますます重要になり、客観的に虐待を判断し情報の共有を行う必要性がでてきた。

虐待の把握、ケースの状況を踏まえた時期を逸さない援助のためには、虐待か否か、また生命に危険を及ぼしているかなど重症度の判断を行うことは重要である。そこで、虐待の判断におけるリスクアセスメントを検討した。

調査対象と方法 表1、表2の調査をもとに検討した。表2の調査から得られた子どもの虐待の実態と援助に関しては、平成8年度本研究にて報告したとおりである。虐待の重症度の定義は表3に基づき、また重症度の検定は表4の分類によった。

1) 大阪府立母子保健総合医療センター
(Osaka Medical Center & Research Institute
for Maternal and Child Health)

2) 大阪府岸和田保健所(Kisiwada Health Center)
3) 大阪府立病院(Osaka Prefectural Hospital)
4) 大阪大学(Osaka University)

なお、統計学的な検討は χ^2 検定、Fisherの直接法、t 検定を用い、*は $p<0.1$ 、**は $p<0.05$ 、***は $p<0.01$ を、またFisherの直接法では#は $p<0.1$ 、##は $p<0.05$ 、###は $p<0.01$ を示した。

表1 養育問題調査(平成5年)

府下保健所で過去1年間に援助を行った6歳未満の養育問題の事例		N=536
虐待	虐待移行	82(15.5)
虐待の疑い		28(5.2)
虐待の予測		19(3.5)
問題継続		354(66.0)
問題消失		45(8.4)

表2 子どもの虐待調査(平成8年)

府下保健所で過去1年間に援助を行った18歳未満の虐待の事例		N=130
身体的虐待		43(33.1)
ネグレクト		71(54.6)
性的虐待		0(0.0)
心理的虐待		3(2.3)
虐待の疑い		25(19.2)

表3 虐待の重症度

最重度:	頭部外傷、腹部外傷、窒息、医療放棄など生命の危険のおそれあり、緊急介入による分離が必要
重 度:	すぐに生命の危険がないが、子の健康・成長・発達に重要な影響、またはおそれあり、早急の介入が必要
中 度:	入院の必要はないが、長期には子の人格形成に障害を残すおそれあり
軽 度:	子への暴力・ネグレクト的行為はあるが、一時的と予測されるか、制御あり、親子関係の病理が少ないもの
疑 い:	重症度に関わらず虐待の疑いがある

表4 判断時虐待の重症度

最重度	7(5.4)
* 重度	24(18.5)
* 中度	41(31.5)
* 軽度	31(23.8)
疑い	25(19.2)
不明	2(1.5)
* 検定に使用	N=130

結果と考察

1. 虐待判断時の重症度

関わり始めた時期と虐待の判断年齢では、関わりはじめは乳児期が60例と多いが、虐待判断では乳児期が49例、1歳から6歳までは1歳ごとに約10例と平均していた(表5)。特に2歳以降の幼児は関わり開始が少ないものの虐待判断数が多く、まったく自分からは動けなく親に依存している乳児期と自己主張し始めた時期は、親にとってのストレスが児に向かう可能性があることを示しており、適切な育児の援助がこの時期には必要であろう。

重症度と出生体重では、2500g未満に最重度が有意に多かった(表6)。また1500g未満、2000g未満でも重症度が高い傾向にあり、未熟児では新生児ケアがなされ親子の分離が長引く場合があるなど、愛着形成の障害の把握と児の受け止めへの親の心理をふまえた援助が必要である。

重症度と年齢では、乳児では重症度が重い傾向にあり、72ヶ月以上では有意に中度が多くなっていった(表7)。中度は長期的には子の人格形成への影響が危惧され、親子の分離の必要性はなくても子の健全な発達を促す安全な場所での生活を確保することが必要である。重症度と虐待の種類では、身体的虐待は頭部外傷など生命に危険を及ぼすこ

表5 関わり始めた時期・虐待判断年齢

	関わり開始	虐待判断
	N=130	N=130
妊娠中	18(13.8)	—
出生後		
0-3カ月	33(25.4)	29(22.3)
4-11カ月	27(20.8)	20(15.4)
12-23カ月	15(11.5)	21(16.2)
24-72カ月	19(14.6)	42(32.3)
72カ月以上	6(4.6)	9(6.9)
不明	12(9.2)	9(6.9)

とが多く、有意に最重度に多かった（表8）。重症度の判断がつかない疑いでは、虐待かどうかの疑いも多くなっていた。さらに虐待者との関係では、父親に有意に最重度、重度が多く、表8からおそらく身体的虐待が多いものと考えられた（表9）。しかし父親への関わりは保健婦では限界があることが多く、危機を把握する手段の検討と、子どもの

生命を守るためには警察なども巻き込んだ援助活動の展開が必要である。

2. 重症度の判断

判断機関を見ると、有意に医療機関に最重度が多く、保育所では中度が多かった（表10）。意識障害などで医療機関を受診し虐待によると判断さ

表6 虐待判断時の重症度と出生体重

全体 N=130	1500g未満 N=4	2000g未満 N=4	2500g未満 N=15	3000g未満 N=39	3000g以上 N=42
最重度 7(5.4)	—	—	3(20.0)#	2(5.1)	2(4.8)
重 度 24(18.5)	1(25.0)	2(50.0)	3(20.0)	7(17.9)	6(14.3)
中 度 41(31.5)	1(25.0)	1(25.0)	4(26.7)	9(23.1)	17(40.5)
軽 度 31(23.8)	2(50.0)	—	3(20.0)	11(28.2)	8(19.0)
疑 い 25(23.8)	—	1(25.0)	2(13.3)	10(25.6)	9(21.4)

表7 虐待判断時の重症度と児の月齢

全体 N=130	0-3カ月 N=29	4-11カ月 N=20	12-23カ月 N=21	24-71カ月 N=40	72カ月以上 N=9
最重度 7(5.4)	1(3.4)	3(15.0)	1(4.8)	2(5.0)	—
重 度 24(18.5)	6(20.7)	6(30.0)	4(19.0)	6(15.0)	1(11.1)
中 度 41(31.5)	10(34.5)	4(20.0)	5(23.8)	14(35.0)	6(66.7)**
軽 度 31(23.8)	7(24.1)	3(15.0)	7(33.3)	10(25.0)	1(11.1)
疑 い 25(23.8)	5(17.2)	4(20.0)	4(19.0)	8(20.0)	1(11.1)

表8 虐待判断時の重症度と虐待の種類

全体 N=130	身体的虐待 N=42	ネグレクト N=70	心理的虐待 N=3	虐待の疑い N=25
最重度 7(5.4)	6(14.3)*	3(4.3)	—	—
重 度 24(18.5)	11(26.2)	13(18.6)	1(33.3)	2(8.0)
中 度 41(31.5)	14(33.3)	29(41.4)	1(33.3)	2(8.0)
軽 度 31(23.8)	8(19.0)	20(28.6)	1(33.3)	4(16.0)##
疑 い 25(23.8)	3(7.1)*	5(7.1)##	—	17(68.0)

表9 虐待判断時の重症度と主たる虐待者

全体 N=130	母親 N=115	父親 N=27	継母養母 N=1	継父養父 N=1	その他 N=1
最重度 7(5.4)	3(2.6)	4(14.8)#	1(100.0)#	1(100.0)#	—
重 度 24(18.5)	20(17.4)	9(33.3)*	—	—	—
中 度 41(31.5)	38(33.0)	7(25.9)	—	—	1(100.0)
軽 度 31(23.8)	30(26.1)	1(3.7)##	—	—	—
疑 い 25(23.8)	24(20.9)	6(22.2)	—	—	—

れることが多いと考えられ、しかも低年齢で虐待を発見する機関の一つである¹⁾ことから、医療機関との連携はケースの早期把握と重症ケースの把握に非常に重要であり、援助ネットワークを一刻も早く構築する必要があるといえる。保育所では安全と生活の確保がそこでなされていることが多く、重度は少ないが、日常的な関わりを通して親子の様子、育児や生活の実態を把握しやすいことで、長期には子どもの心に障害をもたらす虐待を多く発見しているといえる。将来的には発見機関として大きい役割をになう可能性があり、保育所との連携強化が必要である。判断職種では、医療機関に最重度が多いこととあいまって医師が最重度に多い(表11)。よほどのことがないと自発的には受診しないという親の受診行動の特徴が影響しており、親が来院することを前提とした「待ち

の姿勢」のみでは対応できないことを示唆している。子どもは情緒問題や発達遅滞などの健康問題を持っていることが多く、虐待による症状を診断できるように医師の関心を深めるとともに、機関連携システムの構築が急務である。注目されるのは心理職が疑いに多いことであり、健診などでの子どもの発達の遅れからその背景として親子の問題に気づいていると考えられ、心理職の重要性を強調すべきであろう。

虐待と意識し始めてから関わり始めた機関の判断では、子ども家庭センター(児童相談所)を除き「虐待でない」という判断が有意に多かった(表12)。重度、中度についても機関の判断は有意に少なく、反対に軽度と認識しているのが多かった。危機を感じているところから呼びかけて機関連携が始まるが、大阪でも虐待の判断を一致さ

表10 虐待判断時の重症度と虐待判断機関

全体 N=130	保健所活動 N=82	医療機関 N=15	保育所 N=7	子ども家庭 センター N=6	虐待ホット ライン N=4	他の保健所 N=3
最重度 7(5.4)	2(2.4)	4(26.7)##	—	—	—	—
重 度 24(18.5)	16(19.5)	4(26.7)	—	1(16.7)	1(25.0)	1(33.3)
中 度 41(31.5)	27(32.9)	3(20.0)	5(71.4)##	3(50.0)	1(25.0)	—
軽 度 31(23.8)	22(26.8)	1(6.7)	1(14.3)	2(33.3)	1(25.0)	—
疑 い 25(23.8)	15(18.3)	3(20.0)	1(14.3)	—	1(25.0)	2(66.7)

上位6機関

表11 虐待判断時の重症度と虐待判断職種

全体 N=130	保健婦 N=72	医師 N=15	心理職 N=8	ケースワ ーカー N=7	保母 N=7	精神保健福 祉相談員 N=3
最重度 7(5.4)	2(2.8)	3(20.0)#	—	—	1(14.3)	—
重 度 24(18.5)	14(19.4)	5(33.3)	—	—	—	1(33.3)
中 度 41(31.5)	23(31.9)	3(20.0)	2(25.0)	4(57.1)	4(57.1)	2(66.7)
軽 度 31(23.8)	21(29.2)	1(6.7)	2(25.0)	2(28.6)	1(14.3)	—
疑 い 25(23.8)	11(15.3)	3(20.0)	4(50.0)#	1(14.3)	1(14.3)	—

上位6職種

せることの難しさを現している。客観的に重症度を伝えるためにも、虐待のアセスメントは必要である。

検討会が適切に開催され、必要時には施設入所など親子の分離も援助手段としてとってきていることによると考えられる。

3. 重症度の変化

判断時と現在の重症度では、当初より重症化したのは、中度から重度の1例、軽度から中度の4例であり、非該当を除き軽度化されているのがほとんどであった。非該当は現在援助が中断または終了しているものであり、施設入所が13例（10%）、転出7例（5.4%）、リスクの低下6例（4.6%）、死亡3例（2.3%）などである（表13）。関係機関

4. リスクアセスメント表

リスクアセスメントの必要性がこれまでの取り組みから明らかになったが、保健機関が使うものについてはこれまで報告がなされていないのが現状である。そこで養育問題調査において、多変量解析等により抽出された虐待への移行度が高い項目²⁾と、サンフランシスコの児童救急サービスにおける虐待の通報時での状況把握のためのアセス

表12 虐待と意識後関わり始めた機関の重症度判断

保健所判断時重症度	子ども家庭センター	医療機関	保育所	家庭児童相談室	福祉事務所	通園施設	学校	入所施設	
N=114	N=68	N=64	N=50	N=38	N=27	N=19	N=18	N=17	
虐待でない	—	2(1.0)	8(12.5)###	4(8.0)###	3(7.9)##	5(18.5)###	3(15.8)###	2(11.1)#	2(11.8)#
虐待									
最重度	7(6.1)	2(1.0)	1(1.6)	1(2.0)	2(5.3)	1(3.7)	—	1(5.6)	1(5.9)
重度	21(18.4)	6(2.9)*	5(7.8)#	1(2.0)###	2(5.3)#	1(3.7)#	—	2(11.1)#	2(11.8)
中度	36(31.6)	13(19.1)*	11(17.2)**	9(18.0)**	4(10.5)##	1(3.7)###	3(15.8)	2(11.1)	2(11.8)
軽度	24(21.1)	12(17.6)	8(12.5)	10(20.0)	6(15.8)	4(14.8)	2(10.5)	3(16.7)	2(11.8)
疑い	24(21.1)	23(33.8)*	17(26.6)	14(28.0)	14(36.8)*	6(22.2)	10(52.6)***	1(5.6)	4(23.5)

上位8機関

表13 虐待判断時の重症度と現在の重症度

判断時重症度	現在の重症度						
	最重度	重度	中度	軽度	疑い	非該当	
最重度	7(100.0)	1(14.3)	1(14.3)	—	1(14.3)	1(14.3)	3(42.9)
重度	24(100.0)	—	6(25.0)	4(16.7)	4(16.7)	2(8.3)	6(25.0)
中度	41(100.0)	—	1(2.4)	15(36.6)	11(26.8)	2(4.9)	9(22.0)
軽度	31(100.0)	—	—	4(12.9)	11(35.5)	6(19.4)	10(32.3)
疑い	25(100.0)	—	1(4.0)	2(8.0)	3(12.0)	15(60.0)	3(12.0)
計	130(100.0%)	1(0.8)	9(6.9)	25(19.2)	31(23.8)	26(20.0)	31(23.8)

表14 養育問題調査での虐待移行を目的変数とした数量化2類

順位	母の把握問題	N=534	レンジ	母の養育問題	N=527	レンジ	児の把握問題	N=465	レンジ
1位	子の受容がない	92(17.2)	0.2256	厳しい体罰	34(6.5)	0.3357	双胎	11(2.4)	0.6140
2位	医療受けさせぬ	25(4.7)	0.1827	過干渉	15(2.8)	0.2751	発育遅れ	100(21.5)	0.0979
3位	望まぬ妊娠	34(6.4)	0.1798	自己流育児	20(3.8)	0.1719	なつかない	11(2.4)	0.0895
4位	生育歴	98(18.4)	0.1531	事故防止不足	52(9.9)	0.1415	行動情緒問題	145(31.1)	0.0814
5位	近隣から孤立	75(14.0)	0.1458	育児不安	164(31.1)	0.1419	新生児ケア	44(9.4)	0.0774

メント³⁾を参考にアセスメント表を作成した(表14, 15, 16)。すなわち、親子関係や育児行動そのもの、育児の基盤などを把握する項目と、児の虐待により現れている症状などを把握する項目による構成とし、数量化Ⅱ類によりレンジが高い項目を高いリスクに、レンジが低い項目を中度のリスクに、低いリスクはほとんどがその項目単独では援助を要する問題とはならないものをあてはめた。また、レンジが高くても報告数が非常に少ない項目はアセスメントとしては実用的ではないので省略し、表16を作成した。

平成8年の調査においてこのアセスメント表への記入を求めた。記入方法は、評価項目のそれぞれのリスクのうち一つでも当てはまるものがある場合を該当とし、不明などで記入項目がない場合は空欄のままとすることとした。

5. 重症度とリスク項目数

リスクアセスメント表に記入された虐待判断時における評価項目ごとのリスクをみると、高いリスクに多いのは「子どもとの接触度」58%、ついで「生活状況」「虐待歴」などであり、「アルコール」「単胎か否か」は少なかった(表17)。中位のリスクでは「被虐待歴」「情緒的精神状態」などが多く、記入不明は少なく、「子と親の関係」の11.5%が最も多い項目であった。

アセスメント表の有効性を検討するため、評価項目ごとのリスクの数と虐待の重症度をみると、高いリスク数は虐待が重症ほど有意に多くなっていった(図1)。最重度重度、中度、軽度いずれも有意に異なっていたが、疑いは軽度と有意な違いはなかった。中位のリスク数と重症度では有意差は

なく、低リスク数では高リスクと同程度の有意差がみられた。(図2, 3)記入不明数は重症度と有意差はみられなかった。

さらに項目ごとにリスクと重症度を検討した。

「妊娠分娩状況」では高いリスク、中位のリスク、

図1 高リスク項目数と虐待判断時重症度

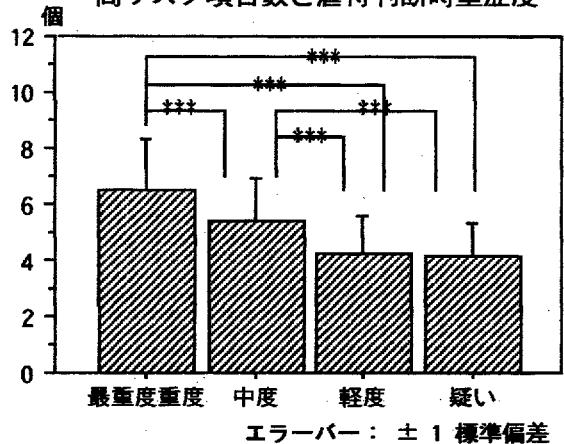


図2 中リスク項目数と虐待判断時重症度

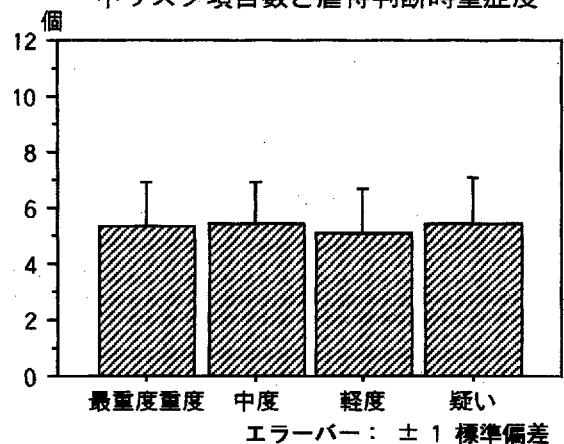


図3 低リスク項目数と虐待判断重症度

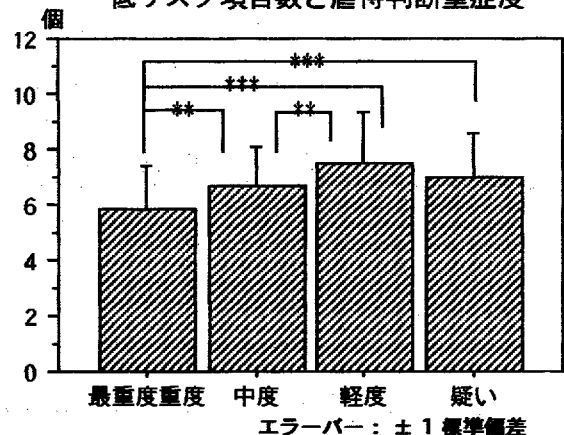


表15 サンフランシスコの児童救急サービスにおけるアセスメント

		高いリスク例	中位のリスク例	低いリスク例
1	子ども 年齢・心身の状態	5歳以下・心身障害/多動	5-9歳 何らかの援助がいる	10歳以上 傷害なし
2	虐待の程度と頻度	緊急の入院、治療	小さな傷、説明のつかない傷	生酔なし
	ネグレクトの程度と頻度	保護者が援助を拒否	必要なニーズを与えていない	偶然のこと
3	傷の位置	頭、顔、性器	胴体	手・肘など
4	学校問題	ひどい問題行動	よく欠席する	問題行動なし
5	保護者の身体的・知的・情緒的能力	障害・現実認識を欠く	少し障害あり	現実的期待
6	保護者の協力度	問題なしとする	文句を言う	協力的
7	育児知識	育児方法や知識なし	一貫しないしつけ	適切な子育て知識
8	養育代替え者の存在	同居し、暴力あり	養育代替え者が時々世話	サポート的
9	保護者の虐待歴	虐待歴数回、現在調査中	虐待歴あり	虐待歴なし
10	ファミリーサポート力	地域で孤立	友人や隣人から少しサポート	援助あり
11	虐待者と子どもの接触度	家にいる	家にいるが他に大人がいる	屋外
12	家族の生活環境状況	乱雑な室内・破損	不潔	比較的清潔で安全
13	ストレスあるいは危機的状況	配偶者の死・夫婦不和	妊娠・出産・低収入	安定した家庭・経済
14	アルコール・薬物乱用	ドラッグ/アルコール常用		使用なし
		使用すると少し判断が鈍る		

表16 リスクアセスメント表

評価項目	高いリスク③～⑥点	中位のリスク①～②点	低いリスク0～①点
妊娠分娩状況	④ 望まぬ妊娠	② 母若年	① その他or問題なし
育児行動	⑥ 子どもの受容がない or 厳しい体罰 or 医療を受けさせない	② 事故防止不足 視野外放置	① その他の問題
養育者	④ 別居離婚夫婦不和	① 夫婦間の不満	① その他or問題なし
生活状況	③ 地域で孤立	② 友人や隣人から少しサポートあり	① 援助あり
家事育児	③ 育児しようとしていない or 料理、清潔に問題	② 一貫しないしつけ or 知識ない	① 適切な知識を持つ
経済状況	④ 不安定、苦しい	② やや苦しい	① 問題なし
援助協力度	③ 援助の拒否 or 問題を認識しない	② 文句をいう 拒否歓迎と変動	① 協力的
虐待歴	⑥ 虐待歴ありOR不明		0 虐待歴なし
被虐待歴	③ 被虐待歴あり	② 不明	① なし
子どもとの接触度	③ 子どもが在宅	② 子どもが在宅するがほかに大人がいる	① 保育所等で接触度低い
アルコール	③ 養育者or養育代替え者にアルコール問題あり		① 問題なし
情緒的精神状態	③ 精神症状で子どもを傷つける	② 心理的問題あり	① なし
年齢	③ 1歳以下	② 幼児	① 学童
単胎か否か	③ 多胎		① 単胎
子と親の関係	④ こわがるor服従する	② 密着または拒否	① 普通
行動情緒問題	③ 無表情・なつかない ・おびえ	② それ以外の行動情緒問題あり	① 問題なし
発達の遅れ	③ 大きく遅れあり	② 少しの遅れあり	① 遅れなし
発育(身長体重)	⑤ -2SD以下 or 50%ile以上の低下	② 少しの遅れあり	① 遅れなし
身体症状	⑥ 骨折脳外傷 or 繰り返す内出血やあざ傷跡やけど	② 小さな傷・説明のつかない傷	① 傷なし

表17 虐待判断時のリスク

N=130

評価項目		高いリスク	中度のリスク	低いリスク	不明
養育者など	妊娠分娩状況	28(21.5)	23(17.7)	69(53.1)	10(7.7)
	育児行動	45(34.6)	35(26.9)	44(33.8)	6(4.6)
	家族の問題	31(23.8)	39(30.0)	53(40.8)	7(5.4)
	生活状況	68(52.3)	29(22.3)	26(20.0)	7(5.4)
	家事育児	63(48.5)	45(34.6)	17(13.1)	5(3.8)
	経済状況	62(47.7)	38(29.2)	28(21.5)	2(1.5)
	援助協力度	57(43.8)	33(25.4)	36(27.7)	4(3.1)
	虐待歴	68(52.3)	—	51(39.2)	11(8.5)
	被虐待歴	22(16.9)	80(61.5)	25(19.2)	3(2.3)
	子どもとの接触度	75(57.7)	17(13.1)	34(26.2)	4(3.1)
	アルコール	9(6.9)	—	108(83.1)	13(10.0)
	情緒的精神	14(10.8)	74(56.9)	35(26.9)	7(5.4)
	子ども	年齢	46(35.4)	74(56.9)	10(7.7)
単胎か否か		3(2.3)	—	124(95.4)	3(2.3)
子と親の関係		31(23.8)	30(23.1)	54(41.5)	15(11.5)
行動情緒問題		37(28.3)	47(36.2)	36(27.7)	10(7.7)
発達の遅れ		24(18.5)	47(36.2)	57(43.8)	2(1.5)
発育(身長体重)		17(13.1)	34(26.2)	72(55.4)	7(5.4)
身体症状		18(13.8)	22(16.9)	84(64.6)	6(4.6)

低いリスクが重症度においてそれぞれ有意に異なる群と判定された(表18)。post hocセル寄与率では高いリスクが最重度重症度に対して大きく、高いリスクに重みをつけ4点とし、中位のリスクは2点、低いリスクは1点とした。他の評価項目では親の「育児行動」「虐待歴」と子の「身体症状」が $p < 0.005$ と、それぞれ高いリスクが最重度重症度に、低いリスクが軽度に、高いリスクが最重度重症度に関係しており、同様に高いリスク6点、低いリスク0点、高いリスク6点とした(表19, 20)。また「家族の問題」「経済状況」「子と親の関係」「発育」も有意にリスクが異なる群とされ、それぞれ中位のリスク1点、高いリスク4点、高いリスク4点、高いリスク5点とし、その他の評価項目では高いリスク3点、中位のリスクは2点、低いリスクは1点とした。リスクごとに点数を付与して作成したのが表16である。

表18 妊娠分娩状況のリスクと重症度

	全体	高いリスク	中位のリスク	低いリスク
	N=130	N=28	N=23	N=69
最重度重症	31(23.8)	12(42.9)	7(30.4)	10(14.5)
中度	41(31.5)	10(35.7)	6(26.1)	22(31.9)
軽度	31(23.8)	4(14.3)	4(17.4)	21(30.4)
疑い	25(19.2)	2(7.1)	4(17.4)	16(23.2)

$p=0.0496$

post hocセル寄与率は高いリスクが最重度重症度に高い

表19 評価項目と重症度との検定(1)

親の評価項目	p値	post hocセル寄与率
妊娠分娩状況	0.0496	高いリスク-最重度重症
育児行動	0.0001	高いリスク-最重度重症
家族の問題	0.0339	中位のリスク-軽度
生活状況	0.3930	
家事育児	0.2184	
経済状況	0.0488	高いリスク-最重度重症
援助協力度	0.2550	
虐待歴	0.0027	低いリスク-軽度
被虐待歴	0.3698	
子どもとの接触度	0.1163	
アルコール	0.6403	
情緒的精神状態	0.4907	

表20 評価項目と重症度との検定 (2)

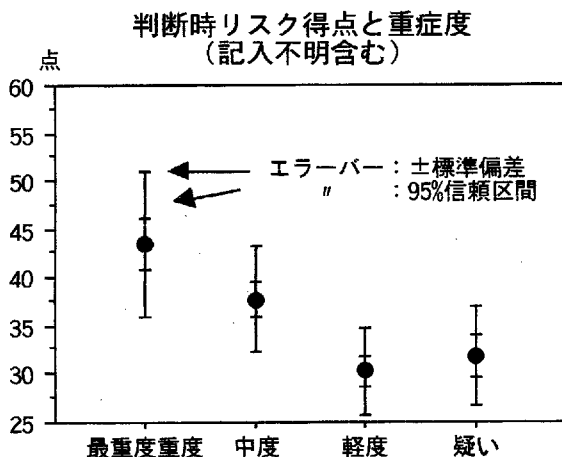
児の評価項目	p値	post hocセル寄与率
年齢	0.3471	
単胎か否か	0.4661	
子と親の関係	0.0447	高いリスク-最重度重度
行動情緒問題	0.3529	
発達の遅れ	0.1397	
発育(身長体重)	0.0054	高いリスク-最重度重度
身体症状	0.0000	高いリスク-最重度重度

6. 重症度とリスク得点

リスクアセスメント表による合計得点と虐待判断時の重症度を検討した。いずれかの項目に記入がない51人を除いた合計点は 39.85 ± 7.54 点で、記入のない不明を0点とした合計は 38.69 ± 7.91 点であった。仮説平均値の差を0とするとp値は0.30、また仮説分散比を1するp値は0.67と有意差はみられなかった。すなわち、把握することができず不明の項目がある場合でも、合計得点により重症度を判断することが可能であると考えられた。

そこで、不明を0点としたリスク得点と重症度を見ると図4のとおりであり、仮説平均値の差を0とするp値、仮説分散比を1するp値は最重度重度と軽度はそれぞれ0.01以下、0.11、最重度重度と軽度は0.001以下、0.02、軽度と軽度は0.001以下、

図4



0.35であった。最重度重度群と軽度群、軽度群はそれぞれ有意に異なるということが出来る。合計点45点以上を最重度重度とするといずれかの記入不明を含むと18例中15例83.3%、除去すると12例中11例91.7%が実際の判断と一致した。同様に軽度を35~44点とするとそれぞれ56例中29例51.8%、35例中21例60.0%が一致した。軽度の一致率は低く、疑いが虐待そのものと重症度の疑いを含み軽度よりは得点が高いためと考えられた。リスク得点から重症度を判断することは、虐待者との分離が必要な重症度においては有効であるといえる。しかし、虐待かどうかを判断することは難しく、アセスメントでの判断例数を積み重ねて検討する必要がある。

7. 援助の効果とリスクアセスメント

リスクアセスメント表を用いて援助の効果判定が可能であるか検討した。報告例から同一家族は1事例のみとし、また調査時点で援助継続中でありかつ入院、施設入所中でない65人を抽出し分析した。

虐待判断時のアセスメント表(表16)から援助あるいは時間により変化しない項目、すなわち養育者の「妊娠分娩」「虐待歴」「被虐待歴」と子どもの「単胎か否か」を除き、判断時と調査時点でのリスクの変化を検討した。表21のように養育者の高いリスクのうち「子どもとの接触度」は有意に低下し、「育児行動」「情緒的精神状態」も低下していた。保育所入所をすすめるなど虐待者との接触の低下をはかり、親を受容する保健婦の援助が効果的であると考えられる。「経済状況」は有意に改善されず保健婦の援助の限界があるこ

表21 虐待判断時と調査時の高いリスクの変化

評価項目		不変	低下
養育者など	育児行動 N=24	11(45.8)	12(50.0)
	家族の問題 N=15	10(66.7)	5(33.3)
	生活状況 N=30	18(60.0)	11(36.7)
	家事育児 N=31	23(74.2)	8(25.8)
	経済状況 ### N=30	25(83.3)	5(16.7)
	援助協力度 N=29	17(58.6)	10(34.5)
	子どもとの接触度 ** N=38	17(44.7)	21(55.3)
	アルコール N= 7	4(57.1)	2(28.6)
	情緒的精神状態 N= 8	4(50.0)	4(50.0)
	年齢 ** N=21	8(38.1)	13(61.9)
子ども	子と親の関係 N=16	11(68.8)	5(31.3)
	行動情緒問題 N=14	7(50.0)	6(42.8)
	発達の遅れ ### N=15	15(100.0)	0
	発育(身長体重) N=10	7(70.0)	3(30.0)
	身体症状 ### N= 8	0	6(75.0)
計	N=296	177(59.8)	111(37.5)

とから、機関連携が必要である。子どもの高いリスクをみると「身体症状」「年齢」は有意に低下していたが、「発達の遅れ」は変化が見られず改善が難しかった。もともとの発達の問題や虐待による発達の遅れによるものが含まれていると考えられ、いずれにしても長期的に発達を促進させる親への働きかけとともに通園施設などの導入が必要である。

虐待判断時と同様にリスクアセスメント表による合計得点と虐待判断時の重症度を検討した。最重度は33点以上とすると、いずれかの記入不明を含むと30.8%、除去すると33.3%が一致し、同様に中度は28点から32点で60.0%、84.6%、軽度は27点以下で40.5%、76.5%の判断が可能であった。判断時と比して一致率は低く、援助の効果はこのリスクアセスメント表の項目以外による新たな評価が必要なものと考えられた。

まとめ 虐待における保健機関の役割は、親の困っている育児への関わりの中から虐待の予防・早期発見を行い、重症度を見極めて在宅での援助を

行うことにあり、虐待を発見したときの確に重症度を判断し適切な援助を展開することが子どもの生命を守る上で重要である。保健婦は虐待か否かを判断し、把握と同時に危機を予測しながら援助を開始しなければならず、重症度の判断について理解を深め事例を共有化し知識を積み重ねていくことが必要である。しかし、虐待事例の経験が保健婦によりばらつきがあること、虐待の判断そのものの困難さがあることから、発見時に把握すべき項目としてアセスメント表を用いることは、重症度の予測に役立ち、予後の予測に基づいた援助計画を立てるうえで有用であると考えられる。今後はこのアセスメント表をプロスペクティブに試行し、さらに検討を続けて改良していく必要がある。また、援助の評価については、アセスメント表を用いて試みたが鋭敏度は高くなかった。今後は、援助の有効性を判断できるアセスメント表の検討が必要である。

また、地域保健法のもとでの重層的な母子保健サービスを提供するためには、市町村保健センターと保健所の連携強化が必要であり、虐待の背景要因の共通認識をもつことが重要になる。必要時には早急の介入を行うなど時期を逸さない援助のためには、関係機関が重症度を共有しアセスメントの普遍化をはかることが必要である。このようなアセスメントは機関により得る情報の差や、死亡の危険性や施設入所、入院、保護の必要性などを判断するのによっても異なる可能性があり、今後は福祉分野や医療分野など関係機関それぞれがアセスメントを確立させ、しかし根幹の部分は機関によりあまりかけ離れないようなアセスメントのシステム化が必要であろう。

文献

- 1)大阪児童虐待研究会,小林美智子,納谷保子,鈴木敦子
他;大阪の乳幼児虐待-被虐待児の予防・早期発見・援助
に関する調査報告.1993.
- 2)佐藤拓代、他;養育問題からみる児童虐待の要因,
小児保健研究,55(2),1996.
- 3)加藤曜子;児童虐待アセスメントの諸指標,社会福
祉学,1994.

大阪児童虐待防止研究会メンバー

赤井 計洋:大府児童福祉課企画推進係・ケースワーカー
阿部 明子:大阪家庭裁判所・調査官
石田 文三:春陽法律事務所・弁護士
石田 雅弘:大阪市民生局阿武山学園・児童福祉士
泉 薫:淀屋橋法律事務所・弁護士
今川 和子:大阪府狭山保健所・精神保健福祉相談員
奥野 浩一:大阪家庭裁判所・調査官
郭 麗月:近畿大学医学部精神神経科・医師
桂 浩子:東大阪市家庭児童相談室・相談員
亀岡 智美:大阪府立中宮病院松心園・医師
才村 真理:大阪府堺子ども家庭センター・児童福祉士
阪元 博子:大阪府健康増進課保健所係・保健婦
佐藤 拓代:大阪府岸和田保健所・医師
澤田和加子:大阪府中央子ども家庭センター・心理
曾田 俊子:大阪府中央児童相談所・児童福祉士
津崎 哲郎:大阪府中央児童相談所・児童福祉士
土田 妙子:大阪府松原保健所・保健婦
手嶋 寛子:堺市南保健所・保健婦
内藤 早苗:五月法律事務所・弁護士
中西 眞弓:大阪府池田保健所箕面支所・保健婦
西澤 哲:日本社会事業大学・臨床心理
西牧 謙吾:堺市堺保健所・医師
野田 哲朗:大阪府こころの健康総合センター・医師
平田 佳子:児童虐待防止協会・ケースワーカー
藤田 迪代:大阪府岸和田保健所・保健婦
藤本 勝彦:和泉乳児院・養護施設長
堀木 道子:大阪府中央子ども家庭センター・児童福祉士
前田 徳晴:救世軍希望館・養護施設長
松浦 玲子:大阪府門真保健所・医師
毛受 矩子:大阪府池田保健所摂津支所・保健婦
山本裕美子:大阪府枚方保健所・保健婦

世話人

小林美智子:大阪府立母子保健総合医療センター・医師
鈴木 敦子:大阪大学医学部保健学科・看護婦
納谷 保子:大阪府立病院・医師

事務局

上野 昌江:大阪府立看護大学・保健婦
榎木 文子:大阪府立母子保健総合医療センター・ケース
ワーカー
加藤 曜子:児童虐待防止協会・電話相談員
鎌田佳奈美:大阪大学医学部保健学科・看護婦
小杉 恵:大阪府立母子保健総合医療センター・医師
鈴木 泰子:大阪大学医学部保健学科・看護婦
中農 浩子:大阪府立母子保健総合医療センター・心理
榎木野裕美:大阪府立看護大学小児看護・看護婦
濱家 敦子:児童虐待防止協会・電話相談員
藤江のどか:大阪府立母子保健総合医療センター・メン
タルワーカー
古谷 悦美:大阪府立病院・医師
峯川 章子:大阪府立母子保健総合医療センター・医師
山口 和子:大阪府立母子保健総合医療センター・保健婦
山路 雅代:大阪府和泉保健所・保健婦
山田 和子:国立公衆衛生院・保健婦
山本 悦代:大阪府立母子保健総合医療センター・心理



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約：虐待を把握したときに的確に状況を判断し、時期を逸さない緊急介入などを行うためには重症度の評価が不可欠である。今回我々は、重症度評価のためのリスクアセスメントを検討したが、親子の分離が必要な重度において得点が高く、重症度の予測に役立つと考えられた。社会的状況把握項目として保健婦の虐待に対する認識や援助技術の共有化が可能であり、また、機関連携におけるケースの理解を一致させる資料としても有用であると考えられる。