

親子関係の失調に関する社会病理的研究 —小児医療の場における被虐待児の実態— (分担研究：小児期の成長・発達と養育条件に関する 医学的、心理学的及び社会学的研究)

松井一郎*、内藤和美*、小林 登**

要約 医療の場で扱われている被虐待児・被放置児の実態と、虐待・放置の発生に関連する要因を明らかにし、発生および再発防止のための援助のあり方を具体化する目的で、全国約500医療機関の小児科で診断された被虐待児症候群、愛情剥奪症候群症例の調査を行った(1986年度および1987年度)。1986年度の調査で収集された被虐待児症候群172例、愛情剥奪症候群56例、特殊型3例の集計・解析の結果から、症候群の概念を含む患児の特性、虐待・放置の発生および再発に関わる要因等について考察した。

見出し語：被虐待児症候群、愛情剥奪症候群、小児医療

研究目的 われわれは、2回の予備調査を経て、1986年度より以下の目的のもとに、医療の場で扱われている被虐待児・被放置児の調査研究に取り組んで来た。

- ①医療の場で扱われている被虐待児・被放置児の実態(属性、症状、経過、予後等)を明らかにすること、
- ②単発的な調査の実施ではなく、小児医療領域で継続的に調査研究を蓄積していくための基礎を作ること、
- ③虐待・放置の発生と再発に関連する、家族の要因を明らかにすること、
- ④以上を踏まえ、現行社会資源の活用、とりわけ多機関・多職種連携による、発生防止、再発防止のための援助のあり方を具体的に提示すること。

このうち、本年度は、昨年度実施した第1回被虐待児・被放置児実態調査(以下1986年度調査と略す)の結果の解析から、①、③とりわけ③を明確化することを主題とした。さらに、②の継続調

査として、1987年度調査を実施することとした。

研究方法 (1) 定義

虐待・放置されている子どもの問題を取り扱うにあたり、昨年度来のわれわれの調査研究では、主に、医療機関の小児科で、被虐待児症候群ないし愛情剥奪症候群と診断される症例に着目し、これらを収集することとした。表1に、われわれが用いている両症候群の定義を示した(表1)。

(2) 調査用紙

1984～1985年にかけて実施した予備調査の結果を踏まえ、39項目から成る調査用紙を作成した(表2)。

(3) 被虐待児・被放置児実態調査の実施

上記の調査用紙を用い、まず1986年度調査では、a.病床数300以上の全国505医療機関に調査用紙を郵送する方法(郵送法)、b.5医療機関で筆者が担当医師より直接聴取し、病歴を参照して調査用紙に記入する方法(直接法)、c.国内医学雑誌に掲載

* 国立小児病院小児医療研究センター小児生態研究部
(Dept. of Child Ecology, National
Children's Medical Research Center)

** 国立小児病院(National Children's Hospital)

表1. 定義

被虐待児症候群

親または親に代わる養育者により加えられた虐待行為の結果、小児に損傷が生じた状態で、以下の要件を満たすもの。

〈虐待行為〉：

- a. 非偶発的であること（事故でないこと）
- b. 長期にわたり反復的、継続的であること
- c. 身体的暴行ないし性的虐待を含むこと
- d. 通常の状態、体罰の程度を越えていること

〈損傷〉：治療を要する状態

〈親子関係〉：治療的対応を要する状態であること

愛情剥奪症候群

親または親に代わる養育者が、小児の健康と発育発達に必要な保護、最低限の衣食住の世話、情緒的、医療的ケア等を長期、慢性的に放棄した結果、小児に治療を要する症状が生じた状態。

親子関係が治療的対応を要する状態であることを要件とする

なお、心中、遺棄は、これらに含まれないものとする。

表2. 調査用紙の内容

I. 患児について

氏名、性別、生年月日、出生時体重、在胎週数、診断時住所(県)、診断時年齢、診断時身長・体重、診断名、新生児期の特別のケア、先天異常その他の既往症、家庭以外での養育の既往、虐待・放置の種類、虐待・放置の方法、初診時主訴、症状〔外傷による皮膚症状、骨折、中枢神経系の症状、眼の症状、内臓損傷、成長障害、栄養障害、感染症、精神運動発達の遅れ、行動・情緒の問題、特記すべき検査所見、他〕

II. 診療について

今回最初に関わった機関、入院か外来か、患児を連れてきた人、患児同伴者の説明・態度の疑問点、虐待事実の確認、検査、診療過程における他機関・他職種との連絡、転帰

III. 治療後の経過について

患児の引き取り、家庭へもどった場合のフォロー、再発

IV. 親および家族について

同居家族の構成、患児妊娠・出産に関する特記事項、主な加害者、加害者が一方の親の場合他方の親の態度、他のこどもへの加害、虐待・放置と関連したと考えられる要因、それまでの家庭への援助、加害者の認識

載された症例報告を検索、収集し、調査用紙に記入する方法(文献法)、の3方法により、年次を問わず、被虐待児症候群および愛情剥奪症候群と診断された症例を収集した。1987年度調査では、1986年度調査で、a., b., c. いずれかの方法で連絡を取り得た全対象、504医療機関小児科に、専ら郵送法で症例報告を依頼した(1987年12月)。

(4) 集計と解析

1986年度調査収集例は、重複例と定義に適さないものを除く全症例の情報を入力し、a. 診断名別(調査用紙の全項目)、b. 被虐待児症候群の再発有無別(14項目)、c. 被虐待児症候群の加害者別(20項目)、d. 被虐待児症候群の重度・非重度別(13項目)の4種の集計を行った。a. は被虐待児症候群と愛情剥奪症候群の比較、b. は、退院後、家庭へもどった被虐待児症候群のうち、後に虐待が再発した群と、再発しなかった群の比較である。愛情剥奪症候群は例数が少なく、今回は、被虐待児症候群に限った。c. では、被虐待児症候群の、主な加害者が父親である群と母親である群を比較した。愛情剥奪症候群は、父親が主な加害者となった例がごく少なかったため除外した。また、d. は、被虐待児症候群について、Leventhalらの定義を参考に、「生存例で、骨折、中枢神経系の症状、内臓損傷、の3カテゴリーのうち2つ以上に症状ありのもの、および死亡例」を重度群と定義し、重度群とそれ以外のもの(非重度群)を比較した。

集計項目ごとに、 χ^2 検定により、a. b. c. d. 各2群間の比率の差の有意性を検討した。診断時年齢、出生体重など数値をデータとする項目については、t検定により各2群間の平均値の差異を検討した。

次いで、被虐待児症候群の、虐待の再発の有無にはどのような要因が寄与しているのか、また、退院時までの種々の情報から再発の危険性を予測し得るかを検討するため、再発の有無を目的変量に、15項目を説明変量に用いて、数量化Ⅱ類による判別式の作成を試みた。

1987年度調査収集例の集計・解析は、1988年度調査をも併せ、最終年度に3年次分を一括して行うこととした。

(5) 事例検討

症例の情報を項目ごとに分けてしまわず、要因

表3. 1986年度調査の概要

1. 全国510病院小児科への報告依頼により、114施設から被虐待児症候群172、愛情剥奪症候群56、特殊型3、計231例が報告された。
2. 両症候群とも、0歳をピークに低年齢児が多かった
3. 両症候群とも、40%あまりが低出生体重児であった
4. 両症候群とも、約10%が多胎児であった
5. 入院中に死亡した児はいずれも被虐待児症候群で、13例(7.6%)であったが、退院後、家庭へもどった被虐待児症候群9例(11.3%)、愛情剥奪症候群1例(3.3%)が死亡した(表4)
6. 退院後、約半数が家庭にもどり、約30%が施設に措置された。家庭へもどった児の殆どが何らかのかたちでフォローされていたが、フォローされた被虐待児症候群の60%、愛情剥奪症候群の23%に再発が確認された(表5)
7. 被虐・放置と関連したと考えられる要因として、養育者の性格の問題、経済的不安定、夫婦の不和・不仲、がともに1/3以上の事例に指摘された(表6)

表4. 転帰

	被虐待児症候群	愛情剥奪症候群	有意性	他	計
入院中	9 (5.2)	2 (3.6)	—	—	11 (4.8)
入院中死亡	13 (7.6)	—	—	—	13 (5.6)
退院後生存	137 (79.7)	53 (94.6)	3 (100.0)	—	193 (83.6)
退院後死亡	9 (5.2)	1 (1.8)	—	—	10 (4.3)
転院	4 (2.3)	—	—	—	4 (1.7)
計	172 (100.0)	56 (100.0)	3 (100.0)	—	231 (100.0)

(%) … 無記入を除く全体に対する割合

表5. フォローあり例における再発

	被虐待児症候群	愛情剥奪症候群	有意性	他	計
再発あり	34 (59.6)	6 (23.1)	‡	1 (33.3)	41 (49.4)
再発なし	23 (40.4)	17 (73.9)	—	2 (66.7)	42 (50.6)
不明・無記入	16	10	—	—	26
計	73	30	—	3	106

(%) … 不明を除く全体に対する割合
—再発ありの確認—

‡ P<0.05

	被虐待児症候群	愛情剥奪症候群	有意性	他	計
外来再診	13 (22.8)	2 (10.0)	—	—	15 (18.8)
再入院	5 (8.8)	—	—	—	5 (6.3)
保健婦訪問	4 (7.0)	1 (5.0)	—	—	5 (6.3)
他病院受療	7 (12.3)	—	—	1 (33.3)	8 (10.0)
その他	7 (12.3)	2 (10.0)	—	—	9 (11.3)

複数回答を含む

表6. 虐待・放置と関連したと考えられる要因

例数(%)

	被虐待児童症候群	愛情剥奪症候群	有意性	他	計
—養育者—					
a.精神疾患	5 (3.0)	4 (7.4)		1 (33.3)	10 (4.5)
b.身体疾患・障害	12 (7.3)	6 (11.1)		—	18 (8.1)
c.神経症	18 (11.0)	1 (1.9)		—	19 (8.5)
d.アルコール依存・酒乱	13 (7.9)	—		—	13 (5.8)
e.薬物濫用	1 (0.6)	—		—	1 (0.5)
f.知能の問題	20 (12.2)	9 (16.7)		—	29 (13.1)
g.性格の問題	74 (45.1)	21 (38.9)		3 (100.0)	98 (44.3)
h.生育歴	14 (8.5)	5 (9.3)		—	19 (8.6)
i.関与に拒否的	14 (8.5)	5 (9.3)		—	19 (8.6)
—児—					
j.障害・遅れ	14 (8.5)	5 (9.3)		—	19 (8.6)
k.排泄の問題	19 (11.6)	2 (3.7)		—	21 (9.5)
l.哺乳・食事の問題	17 (10.4)	5 (9.3)		—	22 (10.0)
m.反抗・なつかない	26 (15.9)	4 (7.4)		—	30 (13.6)
n.泣き・夜泣き	18 (11.0)	2 (3.7)		—	20 (9.0)
o.行動の問題	16 (9.8)	1 (1.9)		—	17 (7.7)
p.他	26 (15.9)	7 (13.0)		—	33 (14.9)
—家庭—					
q.育児負担大	9 (5.5)	4 (7.4)		—	13 (5.9)
r.経済的不安定	65 (39.6)	20 (37.0)		—	85 (38.5)
s.夫婦不和・不仲	58 (35.4)	18 (33.3)		1 (33.3)	77 (34.8)
t.他の家族関係の問題	36 (22.0)	13 (24.1)		—	49 (22.2)
u.孤立した家庭	33 (20.1)	6 (11.1)		—	39 (17.6)
v.他	14 (8.5)	2 (3.7)		2 (66.7)	16 (7.2)

複数回答を含む

(%) … 不明、無記入を除く全体に対する割合

指摘された項目の数

	被虐待児童症候群	愛情剥奪症候群	有意性	他	計
1	26 (15.9)	11 (20.4)		—	37 (16.7)
2	35 (21.3)	17 (31.5)		2 (66.7)	54 (24.4)
3	39 (23.8)	8 (14.8)		1 (33.3)	48 (21.7)
4	26 (15.9)	9 (16.7)		—	35 (15.8)
5	15 (9.1)	5 (9.3)		—	20 (9.0)
6	9 (5.5)	—		—	9 (4.1)
7	7 (4.3)	1 (1.9)		—	8 (3.6)
8	1 (0.6)	—		—	1 (0.5)
9	1 (0.6)	—		—	1 (0.5)
項目数平均	3.1	2.5	‡	2.3	3.0
特になし	4 (2.4)	3 (5.6)		—	8 (3.6)
不明	3	1		—	5
無記入	4	1		—	5
計	172	56			231

(%) … 不明、無記入を除く全体に対する割合

表7. 被虐待児症候群

外傷による皮膚症状	91.2%	皮下出血	62.4
		打撲傷	59.4
		火傷	30.0
骨折	35.6	(頭蓋骨	13.3)
		(上肢	11.7)
		(下肢	11.0)
中枢神経系損傷	50.6	(硬膜下血腫	19.4)
		(硬膜下出血	8.8)
成長障害	69.3	低体重	64.8
		低身長	45.7
栄養障害	57.1		
精神運動発達の遅れ	61.5		
行動・情緒の問題	72.2	無表情	48.2

表7-2. 愛情剥奪症候群

外傷による皮膚症状	35.8	皮下出血	17.0
		擦過傷	9.4
成長障害	96.4	低体重	89.3
		低身長	85.7
栄養障害	77.4		
精神運動発達の遅れ	83.6		
行動・情緒の問題	94.4	無表情	66.7
		(過食	27.8)

表8. 1986年度調査—診断名別集計で有意差が認められた項目

被虐待児症候群(虐) 愛情剥奪症候群(愛)

項	目	(虐)	(愛)	有意性
男児の低出生体重児の割合		27.5	54.1	‡
今回最初に関わった機関	当病院小児科	22.0	37.0	‡
	他病院	37.5	14.8	‡‡‡
	保健所	4.8	24.1	‡‡‡
初診時のおとなの態度の不審		69.8	43.2	‡‡‡
検査	C T	63.5	39.6	‡‡‡
	内分泌	29.6	69.8	‡‡‡
	発達	49.1	81.1	‡‡‡
診療過程の児童相談所との連絡		56.4	33.3	‡‡
再発あり		59.6	23.1	‡
加害者	父親	20.8	3.6	‡‡
それまでの保健所の関与		15.1	29.8	‡

‡ P<0.05 ‡‡ P<0.01 ‡‡‡ P<0.005

表 9. 1986 年度調査—被虐待児症候群の再発有無別集計で有意差が認められた項目

		再発あり群（あり）となし群（なし）		
項	目	（あり）	（なし）	有意性
虐待と関連したと考えられる要因				
	身体疾患	—	22.7	‡
	児の摂食に関する問題	—	18.2	‡
診療過程で認識態度に変化あり		11.8	45.5	‡
				‡ P<0.05

表 10. 1986 年度調査—被虐待児症候群の加害者別集計で有意差が認められた項目

		父親群（父）と母親群（母）		
項	目	（父）	（母）	有意性
虐待と関連したと考えられる要因				
	アルコール依存・酒乱	15.2	3.0	‡
	経済的不安定	54.5	31.7	‡
				‡ P<0.05

表 11. 1986 年度調査—被虐待児症候群の重症度別集計で有意差が認められた項目

		重度群（重）と非重度群（非）		
重度生存例で「骨折」、「中枢神経系の症状」、「内臓損傷」の3カテゴリーのうち、2つ以上に症状ありのもの、および死亡例				
項	目	（重）	（非）	有意性
患児が0歳児		35.7	16.7	‡
今回最初に関わった機関が他病院		60.0	26.7	‡‡‡
初診時のおとなの態度の不審		86.7	59.7	‡‡‡
診療過程での他機関との連絡	児童相談所	44.6	64.4	‡
	警察	32.1	5.9	‡‡‡
虐待と関連したと考えられる要因	経済的不安定	28.3	47.2	‡
	夫婦不和	20.8	43.4	‡‡
				‡ P<0.05 ‡‡ P<0.01 ‡‡‡ P<0.005

図1. 数量化Ⅱ類による再発有群、無群の検出

項目	カテゴリ	NORMALIZED SCORE					RANGE	
		(再発なし)	-0.5	0	0.5	1.0		1.5
養育者の精神疾患	ありなし	+2.397						2.397
養育者の生育歴の問題	ありなし	+2.036 -0.150						2.186
夫婦不和	ありなし	+0.596 -0.499						1.095
孤立した家庭	ありなし	+0.745 -0.199						0.944
養育者の性格の問題	ありなし	+0.497 -0.362						0.859
経済的不安定	ありなし	-0.499 +0.288						0.787
初診時の態度の不審	ありなし	+0.397 -0.361						0.758
他児への虐待	ありなし	-0.596 +0.138						0.734
育児負担過大	ありなし	-0.645 +0.078						0.723
児の障害・疾病	ありなし	+0.447 -0.054						0.501
妊娠・分娩の特記事項	ありなし	-0.199 +0.211						0.410
診療過程の他機関連携	ありなし	+0.159 -0.159						0.317
養育者の知能の問題	ありなし	+0.199 -0.021						0.220
児の年齢	0歳 1歳~	-0.074						0.074
養育者のアルコール依存・酒乱	ありなし	-0.023						0.023

相関比 0.4689

が重なって発生に至る経緯や、対応の展開を、一連の過程として観察することも大切と考え、比較的情報が多く、発生経緯が注目されたもの3例、事後対応のあり方が注目されたもの2例、計5例を詳細に記述し、検討した。

結果 1987年度調査では、114施設から報告された、BCS172例、DS56例、特殊型3例、計231例が集計、解析の対象となった。なお、これらの数字は、昨年度の報告後の追加例と、重複報告の判明により除外した1例を含むため、昨年度に報告した単純集計の結果と若干異なっている。

集計より除外した8例は、主として、加害の慢性、反復性という定義に反するもの(単発的、偶発的加害、事故に近い)であった。

(1) 診断名別集計

被虐待児症候群・愛情剥奪症候群別の単純集計の結果は、昨年度すでに報告した。特に注目された点を中心に、表3にその概要をまとめた(表3~6)。また、表7は、30%以上の症例に記載さ

れた症状(カテゴリ)によって、被虐待児症候群、愛情剥奪症候群を輪郭づけてみたものである。

被虐待児症候群と愛情剥奪症候群を、調査用紙の全項目について比較した結果、症状、虐待・放置の方法、施行した検査等、症候群の定義そのものに関わる項目を除き、表8の12項目に有意差がみられた(表8)。

(2) 被虐待児症候群の再発有無別集計

被虐待児症候群の再発あり群となし群の比較では、表9の3項目に有意差が認められた(表9)。

(3) 加害者別集計

被虐待児症候群の加害者父親群と母親群の比較で、有意差があったのは、表10の2項目のみであった(表10)。

(4) 重症度別集計

重度群と非重度群の比較では、表11に示す7項目に有意差が認められた(表11)。

(5) 数量化Ⅱ類による再発あり群となし群の検出
まず、全体の相関比は0.469、判別率は84.0%(42例/50例)、ミニマックス適中率は82.64%

であった。検討した15項目のうち9項目は、その存在が再発ありの方向に寄与していた。寄与の大きい順に、養育者の精神疾患、養育者の生育歴の問題、夫婦不和、孤立した家庭、養育者の性格の問題等であった(図1)。

(6) 事例検討

詳細は別途報告するが、発生経緯として、孤立した母子密着状態に注目した事例では、過剰期待と所有物化を、養育者の生育歴と虐待の關係に注目した事例では、反復強迫の機制を読み取った。また、事後対応のあり方に注目した2例は、現在わが国でこのような事例に対して展開することのできる事後対応のモデルと捉え、a.対応チーム編成の必要性、b.援助方針と役割分担、とりわけKey person(親子に関わるかなめ)と統括役(チームのかなめ)明確化の必要性、c.統括役をだれがどう担うかがチームの機能を左右する要点であり、現状ではこの点に困難がある様に思われること、を整理した。

(7) 1987年度調査

1986年度調査とはほぼ同一の医療機関を対象に、1986年11月から1987年11月までの約1年間に診断された症例の報告を求めた調査で、1988年1月末現在、小児科休診中1を含む221の回答が得られた(回答率43.9%)。うち、ありは40施設(有効回答の18.2%)で48例、なしが180施設(有効回答の81.8%)であった。

考察 (1) 発生数について

数の多少にかかわらず、養育者から虐待・放置されている子らと、その家庭の問題は、看過され得ぬ、しばしば重い問題である。が、問題の拡がり、すなわち発生数の数の実態を知ることまた、対応を考える上で重要なことである。主に本調査の規模と対象を見定める目的で、1983年1年間の症例経験の有無と例数のみを尋ねたわれわれの予備調査1(1984年12月)では、回答した639施設(回答率63.5%)のうち、90施設(14.1%)が129例を経験していた。また、前述のように、1986年度調査では114施設231例(年次不問)、1987年度調査では40施設48例(約1年間)が報告された。が、われわれは、未だ、対応を要する被虐待児・被放置児のどれほどが医療機関で把握されているか、また、実際に医療機関で扱われた症例のどれ

ほどをこれら調査で収集し得たのか、を評価するための資料をもっていない。

一方、1986年度調査で報告された症例の都道府県別分布(医療機関の所在別および患児住所別)と、医療機関あたりの報告症例数の分布を調べてみると、報告症例は、都道府県別にも偏在しており、さらに、いくつかの特定の医療機関からの多数症例(最高23例)と、他ほとんどの医療機関の1、2例ずつ、といった極めて偏った構成になっている。これらの偏在の原因を考えると、都道府県別の偏りには、a.虐待や放置の発生の偏在、b.医療機関における把握・診断の的確性の問題、c.診断基準の問題、d.報告(調査協力)の偏在等、医療機関あたり症例数の偏りには、a.~d.のほか、e.被虐待児・被放置児を扱う医療機関の偏在(特定医療機関集中)等を考えることができる。

これらを考え併せると、医療対応を要する被虐待児・被放置児の発生数の評価は、継続調査のある程度の蓄積、何らかのかたちでのa.~e.の検討、場合によっては調査対象の再検討を経てからにすべきと思われる。ちなみに、医療と結びつき難い事例をも含めた児童相談所の全国調査では、1983年度1年間に、全国164の児童相談所で扱われた416例の被虐待児・被放置児が報告されており、調査を担当した池田は、この結果とわれわれの調査結果のほか、未発見例、児童相談所に報告されない例、傷害致死事件として処理される例等の存在をも考慮に入れ、現在のわが国における虐待・放置事例の年間新規発生を概ね1,000例と推定している。

(2) 被虐待児症候群、愛情剥奪症候群の特徴について

被虐待児症候群は、0歳児を筆頭に低年齢児が多く、0~4歳児が全体の78.4%を占めている。性比は、1.20で、大差ではないが男児に多い傾向がみられた。これらの性・年齢分布は、予備調査以来一貫した傾向であり、アメリカの報告とも一致する。一方、性的被虐待や、身体的な傷が必ずしも顕著でない例を多く含む児童相談所調査の報告例では、学童を中心とする年長児、しかも女兒が多く、その対比が注目される。症状の記載からは、症候群を構成する症候の内容(表7)とともに、その特徴的な現れ方が注目された。a.症状の多系統への拡がり・多彩さ、b.外傷による皮膚症状や

骨折の新旧混在(反復加害による)、c. 頭部の損傷が多いこと(外傷による皮膚症状、骨折、中枢神経系の症状)、d. 「凍りついた凝視」と形容される無表情や食行動異常など、さまざまな特有の行動・情緒の問題—いずれも、家庭内の人間関係が、慢性的に緊張・不安・恐怖に満ちた状態であることに起因した、神経症的ないし心身症的と考えられる、等である。症状以外の特徴として、患児を連れて受診したおとなの説明や態度の不審さが、しばしば見極め、診断のきっかけとなっていることが注目された。

愛情剥奪症候群は、やはり0歳を筆頭に低年齢児が多いが、性比は、1986年度調査では0.81で女兒に多い傾向であった。愛情剥奪症候群児の小児科初診時の主訴を調べてみると、70%以上の症例が「発育の遅れ・発育障害」となっている。表8の、被虐待児症候群と愛情剥奪症候群の間に差のあった項目のうち、愛情剥奪症候群に有意に高かったものに着目してみると、今回最初に関わった機関が保健所、それまでの家庭への援助のうち保健所の関与、等で、被虐待児症候群に比べて保健所との関わりが強いことが伺える。これは、愛情剥奪症候群児が健診や保健婦の家庭訪問で、発育の遅れ・発育障害として発見されることが多いことを反映しているものと思われる。

症状は、4人に1人には過食が見られるにもかかわらず、発育の遅れ・発育障害がほぼ必定で、栄養状態も不良、そして行動・情緒面にさまざまな問題をもつことが特徴といえよう。行動・情緒の問題は、被虐待児症候群以上に、食行動の異常が前面に出るものが多いことが注目された(表7)。

以上のような症候群の特徴を踏まえ、診断過程で重要と思われることをまとめてみると、a. 虐待や放置が疑われる時は、軽重にかかわらず入院させること(児の保護)、b. 種々の検査を含め全身をくまなく調べる(症状の多彩さ、反復加害の有無の検討)、c. 養育者を問い詰めたり、責めたりしないこと(児と養育者の双方を治療・援助過程にのせるための関係づくり)等が挙げられる。

(3) 虐待・放置の発生に関連する要因

1986年度調査で報告された231例とその家庭を一般集団と比較すると、いくつかの際だった特徴が見出せる。低出生体重児(未熟児)の多さ(42.1%/一般5.7%)、多胎児の多さ(10.4%/1.1%)、

先天異常をもつ児の多さ(14.9%/5.5%)、多子家庭の多さ(21%/1.7%)、片親家庭の多さ(13.5%/1.9%)等である。また、一般との精確な比較は難しいが、望まぬ出産であったもの多さ(11.2%)、家庭単位で見た場合、経済的不安定(38.5%)、夫婦不和(34.8%)、その他の家族関係の問題(22.2%)、孤立した家庭(17.6%)、そして、「虐待・放置と関連したと考えられる要因」として挙げられた項目数の分布からも推察される多問題家族(種々の問題を重複して抱えている、サービス・援助を要する「依存状態」の慢性的持続、問題解決の意欲の薄弱、夫婦またはその一方の情緒的未熟、等の特徴を併せ持つ家族)の傾向等である。なお、アメリカ等では、親特に母親が若年であること、がリスク要因としてしばしば指摘されるが、母親が加害者となった事例について、患児出産時の母年齢を算出してみたところ平均27.0歳(±3.20)で、わが国の一般の出産年齢の分布と差がなく、若年の傾向は認められなかった。

虐待や放置は、個別特定の要因によってではなく、むしろさまざまな要因の縦(時間的)・横(情的)の重なりの中で発生するものと考えられ、短絡的に上記のような特徴、要因と虐待・放置との因果関係を論じることは避けたいが、これらに関連要因と認めたいうで、それが負因として重なっていかないようにするための援助を考えるべきである。これらのうち、まず未熟児、多胎児、先天異常をもつ児、望まぬ妊娠・出産等は、産科・小児科医療、地域の保健サービスを結んだ一連の母子保健活動を柱として、ある程度の予防的援助策を検討し得るもの、その他は、負担軽減、問題解決のための福祉的援助が中心となるものである。

前者について、まず、未熟児が親子関係の形成・展開上不利な要因になり得るとすれば、a. 親子の絆形成に不可欠な相互作用が充分展開しない(児の予備適応不十分)、b. 未熟児室等への収容哺育による長期の分離が、円滑な親子関係成立の妨げとなる、c. 機能の未熟や易罹性に伴う特別のケアの必要、育児負担、精神的・経済的負担、d. 以後の発育・発達への不安、心配、e. 不完全なイメージ、等を可能性としては考えることができる。多胎児の場合は、a. 育児負担が大きい、b. 単胎児より未熟児や周生期の障害が多く、それが一方または双方の長期収容分離や一層の養育負担増につ

ながら、c.互いに常に比較の対象となる、d.多胎に対する偏見・迷信の存在、e.育児負担を減らすため、一方が親類等に預けられることがある、等、先天異常をもつ児の場合は、a.障害の受け容れ難さ、b.治療や特別のケアの必要とそれに伴う育児負担、精神的・経済的負担、c.医学的ケアのための、出生直後からの親子分離、等を考えることができる。

具体的には、別稿で論じるが、こうした可能性が不利な要因として布置されぬようにするために、望まぬ妊娠の場合を含めて以下の点を協調したい。すなわち、a.周産期管理におけるカウンセリング機能の充実、b.周産期管理におけるソーシャルワーク機能の充実（環境調整、育児のための家庭内外の協力体制作り、地域の保健婦や福祉関係へのつながり）、そしてc.退院後の育児援助である。c.には、保健婦等の家庭訪問や、さまざまな小集団活動への導入のほか、親の会活動（極小未熟児、障害児、多胎児）の紹介等が含まれよう。

(4) 再発有無別、加害者別、重度別集計の結果から

重度別集計以外は、群間にあまり際だった差異は見いだせなかった。重度別集計で、重度群に有意に高かったものとして、「患児が0歳児」は、未熟で無防備な乳児は容易に重篤な状態に陥るであろうことから、「今回最初に関わった機関が他病院」は、重篤さ・困難さゆえに地域の基幹病院に紹介される場合があることから、また、「診療過程での警察との連絡」、「初診時のおとなの態度に不審点あり」等、いずれもよく了解できる結果であった。

(5) 数量化Ⅱ類による検討の結果から

発生の予防的援助もさることながら、発生後の再発防止策の具体化は、われわれの調査研究の最大課題である。被虐待児症候群の再発有無別の集計では、両群間に大きな差異を見いだすことはできなかったが、今回の資料から、再発に寄与する要因を見極めたい、それを再発防止策具体化の手がかりにしたいと考え、この検討を試みた。

まず、相関比0.469、判別率84.0% (42/50)、ミニマックス適中率82.64%は、充分高いものであった。すなわち退院時までには得られたいくつかの情報から、再発の危険性のある程度予測できるものと考えられる。

また、検討対象とした項目の過半が、より大きく再発ありの方向に寄与していることが示され、特に、再発ありへの大きな寄与が示されたものが、「虐待と関連したと考えられる要因」のうち、養育者個人の問題、および家庭内の状況因に集中していたことが注目された。他方、児の要因—疾病・障害、年齢（0歳であること）等—と、対側の要因—診療過程における他機関との連絡（複数機関との連絡）、当初検討項目に含めていた外来通院継続、児童相談所のフォロー、保健所のフォロー等—には、再発有無との間にわずかな関連しか見いだせなかった。養育者個人の問題と家庭の状況因のある種のもので、再発危険性の評価の上で、特に重視されねばならない、すなわち事後の対応過程で、取り組みの重点とされねばならない場合が多いことを示唆する結果であった。

以上の結果より、われわれは、適切有効な再発危険性評価法（スコア）を開発する責任を負ったものと考えている。退院時点での再発危険性の評価は、対応チームの編成、方針および働きかけのあり方の策定上重要な意味を持つからである。その開発には、症例を重ねつつ、項目の選び方、養育者個人の問題、家庭の状況因の要因項目の細区分の必要、各項目の重みづけ、さらに要因の重複度（全体的重さ）評価の可能性、等を検討することが必要となろう。

(6) 治療対応

1986年度調査の結果の中でとりわけ注目されたのが、児の医療機関退院後の経過であった。退院後、全体の約半数が家庭にもどり、それらの殆どは、外来通院、保健所や児童相談所からの訪問、或いはそれらの組合せ等何らかのかたちでフォローされていたが、フォローされた被虐待児症候群の約60%、愛情剥奪症候群の23%に再発が認められている（表5）。また、入院中に死亡した児は、すべて被虐待児症候群の13例（同症候群児の7.6%）であったが、このほかに、家庭へもどった児の約10%にあたる10例（うち愛情剥奪症候群1例）が家庭へ引き取られた後に死亡しており、これは看過し得ない結果である（表4）。この予後の悪さは、これらの事例とりわけ被虐待児症候群児の家庭の抱える問題の根深さ、困難さを示すとともに、事後対応のありかたに未だ検討改善の余地があることを示唆している。

モデルとなり得る事例の検討や、数量化Ⅱ類による検討の結果を考慮に入れ、アメリカにおける諸活動をも参考に、現在わが国で展開し得る、事後対応について、その要点を整理した。詳細は、最終年度に、患児および養育者（加害者）の具体的な治療内容をも含めて、提言としてまとめるが、ここでその骨格のみ示しておきたい。

第1に、医療機関における、ソーシャルワークおよびカウンセリング部門整備の必要性である。1986年度調査でも示されたように、虐待・放置事例に必要な対応は多領域にわたるため、診療にあたった医師は、児童相談所をはじめ、さまざまな機関、職種と連絡をとりながら対応を進めていく。それを円滑に進めるため、医療機関には、医師と連携して、入院中児と養育者に関わり、相談にのり、次に述べる「治療チーム」の編成を含め、退院後の対応を検討・調整する任務を担う者（医療ソーシャルワーカー、心理職等）が配置されているべきである。虐待・放置事例の場合、成因そのもの、従って治療対応上の課題に占める社会的・心理的問題の比重が大きく、このような事例への対応を考える上では、これら職種の配置は他の場合に増して重要である。

第2に、さまざまな職種がチームを編成して治療対応にあたる必要がある。チームを組むということでは、単に連絡がとられるということではない。なるべく早い時点で、具体的には、家族と医師、および院内ソーシャルワーカー（ないし相当の役割を担う院内外の職種）との間で、退院後のことが相談・協議されるようになる頃、事例に係わる職種が集まって話し合い、a. 援助方針、方策、および役割分担を決め、b. Key person と、チーム全体の統括役を明確にするということである。Key person は、親子がさまざまな機関と関わる間、一貫して親子にとって「唯一主要な人物」として関わり続け、親子の立場から諸機関・職種との連絡、調整をはかる。一方、統括役は、チーム内の連携と機能の全体を調整・統括し、指導・助言を行う。現在わが国で治療チームを編成する場合、これに参加し得るのは、医師、精神科医、家庭医・校医等その他の医師、保健所および市町村の保健婦、児童相談所ケースワーカー（児童福祉司、相談員）、福祉事務所の現業員（社会福祉主事）、病院の医療ソーシャルワーカー、保健所・

児童相談所・病院等の心理職（心理相談員、心理判定員、カウンセラー）、教師・保母、福祉施設職員等で、事例に応じて、そのいずれもが Key person、統括役となる可能性を持つ。誰が適任かは、事例次第、編成されたチーム次第であるが、Key person は、当該親子と最も良い信頼関係を築き得る者、即ち親子が最も心を開く者が担うべきである。

第3に、過渡的方策として、地域内で虐待・放置事例を扱う医療機関の拠点化である。年次を問わぬ報告依頼で、大半の医療機関が1、2例の経験という事実は、数の上では、わが国の小児医療に占めるこの問題の比重が、決して大きくはないことを示している。事例の困難さに、医療機関が戸惑う場合があることや、対応の不適切が取り返しのつかぬ結果を導く場合があることも指摘されている。行政的に、児童相談所もしくは保健所の管轄区ごとに養育障害事例に十分な対応ができる拠点医療機関を指定し、当座、そこが域内で発見されたこのような事例の、医療対応の中心となって福祉、保健、教育、警察等との連携体制を作りあげ、他の医療機関に対して、助言機関・モデル機関の役割を担う、といった拠点化を考えることができる。1986年度調査の、医療機関あたりの報告症例数の偏りが示唆するように、指定、モデル化という意図的なかたちでなくとも、一部の地域で現実に進行しつつあることである。

文 献

- 1) 内藤和美ら：被虐待児症候群実態調査の報告：小児科診療、50(3)、433-438、1987。
- 2) 内藤和美：小児医療の場にみる被虐待児の実態：児童育成研究、5、17-33、1987。
- 3) 内藤和美：わが国における被虐待児症候群：世界の児童と母性、22、46-51、1987。
- 4) 内藤和美ら：Battered Child Syndrome—行動小児科学の立場から—：小児科診療、51(1)、55-64、1987。

ABSTRACT

Study on Damaged Parent-Infant Relationships ; Battered and Neglected Children Cared in Pediatrics

Ichiro Machui, Kazumi Naito, Noboru Kobayashi

We've been studying about battered and neglected children detected in medical activities, In the study on those children diagnosed as Battered Child Syndrome and Deprivation Syndrome at pediatric departments of 510 major hospitals in Japan, 172 cases of Battered Child Syndrome and 56 cases of Deprivation Syndrome and 3 cases of special type were reported from 114 hospitals. More than 40% of these cases were born with the birthweight under 2,500g, and about 10% of them were born in multiple birth. 7.6% of Battered Child Syndrome cases have died in hospital, and about 10% of those who returned to home after leaving hospital have died at home. The recurrence rate of abuse is 59.6% in Battered Child Syndrome and 23.1% in Deprivation Syndrome. We have analyzed the contributions of various factors to the recurrence of abuse with multivariate analysis. Then mental diseases of the parent (abuser), life history of the parent, disagreement of the parents and isolation of the family were shown to have the largest contribution to recurrence of abuse.

In this report, we have discussed about these characteristics and the relationships of certain factors to occurrence or recurrence of abuse.

1987 年度調査症例報告協力者 (敬称略)

施 設 名	医 師 名	施 設 名	医 師 名
聖マリア病院	進 藤 静 生	横須賀共済病院	広 瀬 誠
東京都立墨東病院	西 川 慶 繁	名古屋第一赤十字病院	有 吉 允 子
大分県立病院	梶 原 真 人	神奈川県立足柄上病院	深 沢 博 史
横浜市立大学病院	藤 田	市立敦賀病院	蘭 田 毅
愛媛県立中央病院	高 山 有 道	松江赤十字病院	橋 本 和 広
東京小児療育病院	長 博 雪	筑波大学付属病院	浜 野 建 三
岡山大学付属病院	吉 川 清 志	徳島市民病院	山 下 和 子
深川市立総合病院	井 関 憲 一	鳥取大学付属病院	白 石 真 博
国立東信病院	渡 辺 長 文	大阪医科大学付属病院	田 中 英 高
広島赤十字病院	西 美 和	社会保険神戸中央病院	曾 我 啓 一
横浜赤十字病院	白 鳥 孝 平	徳島大学付属病院	上 田 隆
慶応義塾大学付属病院	山 下 直 哉	国療長良病院	二 村 敦 朗
日本医科大学付属病院	務 川 靖	国療長良病院	森 崎 郁 夫
大津市民病院	高 田 洋	順天堂医院	有 阪 治
鹿児島大学付属病院	小 野 星 吾	大垣市民病院	近 藤 富 雄
健保鳴門病院	河 野 公 子	日本大学付属板橋病院	大久保 修
済生会宇都宮病院	加 藤 一 昭	大阪府立病院	納 谷 保 子
東京医科大学付属病院	宮 島 祐	自治医科大学付属病院	田 端 葉 子
東京女子医科大学第二病院	伊 藤 けい子	日本大学付属駿河台病院	松 浦
国療北陸病院	斉 藤 千カ子	防衛医科大学付属病院	田 村 喜久子



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 医療の場で扱われている被虐待児・被放置児の実態と、虐待・放置の発生に関連する要因を明らかにし、発生および再発防止のための援助のあり方を具体化する目的で、全国約 500 医療機関の小児科で診断された被虐待児症候群、愛情剥奪症候群症例の調査を行った(1986 年度および 1987 年度)。1986 年度の調査で収集された被虐待児症候群 172 例、愛情剥奪症候群 56 例、特殊型 3 例の集計・解析の結果から、症候群の概念を含む患児の特性、虐待・放置の発生および再発に関わる要因等について考察した。