

## ハイリスク児に対する虐待発生予防のための、予後を分ける要因と援助

### — 被虐待児予防の地域システムにおける保健機関の役割 —

(分担研究：被虐待児予防の保健指導に関する研究)

小林美智子<sup>1)</sup>、納谷保子<sup>2)</sup>、鈴木敦子<sup>3)</sup>、峯川章子<sup>1)</sup>、佐藤拓代<sup>4)</sup>

要約：保健婦が1年以上援助した養育問題乳幼児について、予後を分ける背景要因と援助について分析した。養育問題の背景の中でも、予後を分ける要因により注意深く援助を行いフォローする必要がある。虐待に移行しやすい項目は、夫婦不和、妻の夫への不満内容が経済観念少・飲酒・家族への暴力、経済不安、父母の生育歴での広義の被虐待歴、母の家事能力の中で料理・清潔保持・医療利用ができない、乳児期の愛着形成阻害歴、子どもの健康問題で体重増加不良・外傷が多い、子どもの健康管理で必要な医療を受診しない、子どもが親を畏れ・服従している、親が子どもを否定・拒否している、などである。そして保健所が行った援助では、養育問題が継続するものは一般的事業を利用しにくく、より専門的な個別対応できる事業や家庭訪問での援助が必要である。そして、虐待移行群では他群よりも、他機関調整・公的手続きの援助・カウンセリングが高率であり、他機関の関与としては医療機関・児童相談所が高率である。保健婦の母子保健活動の中でのカウンセリングやケースワーク機能が要求される。難治性の養育問題では虐待ではなくても、子どもの心身健康問題がおきている。このため、虐待のハイリスク児を母子保健活動の中で早期発見し、虐待への移行を防止する援助（一次予防）をすることが、子どもの心身の健康を守るために重要である。

見出し語：被虐待児、発生予防、母子保健活動、ハイリスク要因

**研究目的** 母子保健活動の中で保健婦が行っている養育問題への援助は、虐待の一次発生予防につながると考えられる。大阪府保健所の保健婦が養育問題のために1年以上の継続援助を行った事例について、平成5年度はその背景について分析し<sup>1)</sup>、平成6年度は保健婦の援助について分析を行った<sup>2)</sup>。今年度は養育問題がある児の中の、どのような事例が虐待に移行しやすいか、予後による援助の違いがあるのかの実態を調査した。その結果から、虐待への移行を予防する母子保健での援助のあり方を考察したい。

#### 【調査対象と方法】

大阪府保健所で1993年7月までの1年間に、養育問題のために1年以上援助した事例は536人であった。その中から、虐待へ移行した55例(兄弟例では1例のみを対象とした)と、非虐待群を3分の1に無作為抽出した合計162例を調査対象とした。調査方法は、援助を行った保健婦が1994年に調査用紙個票に記入している。

1年間以上援助を行った後の予後によって4群に分けた。虐待へ移行した者55人、虐待の疑いがあるが確信を持っていない者7人、虐待ではないが問題消失せず援助を継続している者88人、援助によって問題が消失した者12人

1) 大阪府立母子保健総合センター  
(Osaka Medical Center & Research  
Institute for Maternal and Child Health)  
2) 大阪府立病院  
(Osaka Prefectural Hospital)

3) 大阪大学  
(Osaka University)  
4) 大阪府泉大津保健所高石支所  
(Izumitsu Health Center)

である。養育問題の背景については、援助方法を見いだすために、養育問題が起きる要因を構造的に取らえる試みを行い、①育児のための家庭基盤の問題・②親自身の問題・③親子の愛着形成阻害・④育児体制・⑤子ども側の要因に5大別した(表1)。さらに、家庭基盤を夫婦関係と経済不安に、親の要因を親準備性と育児力に分け

表1 養育問題がおきる要因

1. 育児のための家庭基盤
2. 親側の要因
3. 親子の愛着形成阻害
4. 育児体制
5. 子どもの要因

ている。援助については、援助手段と援助内容の両面について調査した。有意差検定は、予後の4群間または2群間(虐待と援助継続中)で行い、 $\lambda^2$ 検定で $P < 0.05$ を\*、Fisher検定で $P < 0.05$ を#で示している。

【結果と考察】

1. 背景要因と予後

1) 構造的に見た背景要因

1年以上の援助を必要とする難治性の養育問題の背景は、単一の要因ではなく、幾つかの要因が累積している。家庭基盤を夫婦関係と経済不安に、親の要因を親準備性と育児力に分けた7項目についてみると、一人当たりの

平均項目数は虐待移行群(6.3)が最も多く、問題消失群が最も少ない(4.2)。つまり問題累積事例ほど重症化しやすい(表2)。

両群にはほぼ全例に見られる項目は、育児力と子どもの健康問題で、やや差があるのは夫婦関係と親準備性と育児体制で、有意差があるのは経済不安と愛着形成阻害である。つまり、育児力や子どもの健康問題があるだけで虐待に移行するのではなく、夫婦関係・親準備性・育児体制の累積や、経済不安・愛着形成阻害の有無が、虐待移行の有無に影響している。言い換えると、育児力や子どもの健康問題がある場合でも、経済不安を重視して夫婦関係の問題・育児体制の問題・親準備性の問題を減らす援助を累積して行い、愛着形成阻害を予防すれば虐待の発生(重症化)を予防できる可能性がある。

2) 家庭基盤の問題と予後

安定した育児が行われるには、育児を行う場となる家庭自体の存立基盤の安定が必須条件であり、その基本條件は夫婦関係と経済状態である。

(1) 夫婦関係の問題

夫婦関係の問題は、虐待群では他よりも多い傾向があるが有意差はみられない。しかし、夫婦不和は予後に有意差がある(表3)。妻の夫への不満は、夫の妻への不満よりも多く、平均項目数も多い。これは、夫側の不満は妻側の不満よりも把握しにくい故かもしれないが、表面化している母親の問題の背景に父親の問題が大きいこ

表2 養育問題の背景と予後

問題あり	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
1. 家庭基盤		124 (77)	51 (93)	7(100)	59 (67)	7 (58)
夫婦関係		111 (69)	44 (80)	6 (86)	56 (64)	5 (42)
経済不安		* 85 (53)	41 (75)	7(100)	33 (38)	4 (33)
2. 親の状況		155 (96)	55(100)	7(100)	83 (94)	10 (83)
親準備性		129 (80)	53 (96)	7(100)	62 (71)	7 (58)
育児力		154 (95)	55(100)	7(100)	82 (93)	10 (83)
3. 愛着形成阻害		* 89 (55)	48 (87)	3 (43)	33 (38)	5 (42)
4. 育児体制		128 (79)	51 (93)	6 (86)	63 (72)	8 (67)
5. 子の健康問題		155 (96)	55(100)	7(100)	82 (93)	11 (92)
平均項目数(7項目中)		5.3	6.3	6.1	4.7	4.2

とを示している可能性がある。妻の夫への不満の中で高率なのは育児や家族への関心が少い・経済観念が少・姑関係だが、予後に有意差があるのは経済観念や賭事などの経済面・アルコールや妻子への暴力・親族付き合いの問題・夫婦の会話少ないである。妻の夫への不満の一人当たりの平均項目数は、虐待移行群（3.1）が継続援助群（1.3）よりも多い。これらのことから、養育問題の

予後を予測するには、夫婦の関係が重要である。中でも夫婦不和がある、妻の夫の不満として経済観念が少・酒症を含む妻子への暴力傾向・親族付き合いの問題・夫婦の会話少ない場合や、不満項目が多い場合には虐待への移行率が高い。

(2) 経済不安

経済不安は53%と高率にみられ、経済不安の有無は虐

表3 夫婦関係の問題と予後

夫婦関係問題	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
夫婦関係問題有		111 (69)	44 (80)	6 (86)	56 (64)	5 (42)
1. 夫婦不和	#	75 (46)	38 (69)	4 (57)	29 (33)	4 (33)
2. 妻⇒夫の不満 <sup>注1)</sup>		100 (61)	41 (75)	6 (86)	48 (55)	5 (41)
(主な)						
(内訳) 育児に関心少		32 (20)	15 (27)	2 (29)	13 (15)	2 (17)
家事に関心少		28 (17)	12 (7)		15 (17)	1 (8)
経済観念少	#	27 (17)	16 (29)	4 (57)	7 (8)	
姑舅関係		24 (15)	13 (24)	1 (14)	10 (11)	
帰宅遅い		21 (13)	8 (15)		11 (13)	2 (17)
育児方針異		19 (12)	10 (18)	1 (14)	8 (9)	
仕事しない		18 (11)	11 (20)		7 (8)	
会話少	#	18 (11)	13 (24)		5 (6)	
子への暴力	#	18 (11)	14 (32)	2 (29)	1 (1)	1 (8)
妻への暴力	#	16 (10)	12 (22)		3 (3)	1 (8)
賭事	#	14 (9)	11 (20)		3 (3)	
親族付き合い	#	13 (8)	10 (18)		3 (6)	
離婚		10 (6)	5 (9)		5 (6)	
妻に関心少		9 (6)	5 (9)		4 (5)	
アルコール	#	7 (4)	6 (11)	1 (14)		
平均項目数		1.9	3.1	1.9	1.3	0.5
3. 夫⇒妻の不満 <sup>注2)</sup>		61 (38)	27 (49)	4 (57)	28 (32)	2 (17)
(主な)						
(内訳) 育児できぬ		25 (15)	11 (20)	1 (14)	13 (15)	
家事できぬ		22 (14)	7 (13)	2 (29)	12 (14)	1 (8)
経済観念		12 (7)	4 (7)	2 (29)	6 (7)	
育児方針		9 (6)	5 (9)		4 (5)	
親戚付き合い		6 (4)	5 (9)		1 (1)	
異性関係		6 (4)	4 (7)		2 (3)	
姑関係		5 (3)	4 (7)		1 (1)	
別居		4 (3)	1 (2)		3 (3)	
アルコール		3 (2)	3 (6)			
平均項目数		0.8	1.1	0.9	0.7	1.2

注1) 妻⇒夫には他に家族への暴力2、異性関係8、別居5、離婚10、がある。

注2) 夫⇒妻には他に遊び3、愚痴7、酒3、近所付き合い4、離婚6、夫への関心少5、がある。

待移行に有意差がある（表3）。経済不安の内容としては、就労不安定・低収入・失業・生活保護・浪費・借金などである。養育問題があり、育児に影響するような経済不安がある場合には、経済的援助が非常に必要であ

る。

### 3) 親準備性と予後

親自身の条件である親準備性を見る項目としては、父の生育歴と、育児行動の基本となる家事能力について

表4 親準備性と予後

親準備性	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
親準備性の問題有		129 (80)	53 (96)	7(100)	62 (71)	7 (58)
1. 母の生育歴 <sup>注3)</sup>		* 71 (44)	34 (62)	4 (57)	30 (48)	3 (25)
片親で育つ		16 (10)	9 (16)		7 (8)	
被虐待歴	#	13 (8)	12 (22)		1 (1)	
親の酒症	#	9 (6)	6 (11)	1 (14)	2 (2)	
不登校		7 (4)	4 (7)		3 (3)	
両親不在	#	6 (4)	5 (9)			1 (8)
施設育ち		6 (4)	4 (7)		2 (2)	
高校中退		6 (4)	3 (5)		3 (3)	
非行		4 (2)	2 (4)		2 (2)	
親の疾病		4 (2)	2 (4)	1 (14)	1 (1)	
平均項目数		0.7	1.2	0.9	0.5	0.3
2. 父の生育歴 <sup>注4)</sup>		41 (25)	16 (29)	3 (43)	20 (23)	3 (25)
非行		8 (5)	5 (10)		3 (3)	
片親で育つ		8 (5)	2 (4)		6 (7)	
被虐待歴	#	5 (3)	5 (10)			
両親不在		5 (3)	4 (7)			1 (8)
親の酒症		4 (3)	3 (6)		1 (1)	
高校中退		4 (3)	2 (4)		2 (2)	
兄弟障害		4 (3)	2 (4)			
施設育ち		2 (1)	2 (4)			
平均項目数		0.38	0.56	0.43	0.28	0.17
3. 母の家事能力		115 (71)	46 (72)	6 (86)	58 (66)	5 (42)
近所付合い		68 (42)	32 (58)	3 (43)	30 (34)	3 (25)
日常処理		65 (40)	28 (51)	6 (86)	30 (34)	1 (8)
料理	*	55 (34)	27 (49)	4 (57)	22 (25)	2 (17)
清潔	*	50 (31)	26 (47)	3 (43)	19 (22)	2 (17)
掃除		49 (30)	23 (42)	4 (57)	21 (23)	1 (8)
家計		39 (24)	17 (31)	3 (43)	18 (20)	1 (8)
健康管理		38 (23)	18 (33)	4 (57)	16 (18)	
親族付合い	*	36 (19)	19 (35)	2 (29)	13 (15)	2 (17)
医療利用	*	24 (15)	14 (26)	2 (29)	7 (8)	1 (8)
社会資源の利用		22 (14)	9 (16)	2 (29)	10 (11)	1 (8)

注3) 母の生育歴はこの他に、精神疾患親1、障害親1、障害兄弟3。

注4) 父の生育歴はこの他に、精神疾患親2、不登校2。

調べた。問題の多さは、母の家事能力・母の生育歴・父の生育歴の順である（表4）。生育歴は把握しにくい、一人当たりの平均項目数は父母ともに、虐待移行群は継続援助群や問題消失群よりも多い。育児の担当者である母親の生育歴の有無は予後に有意差があり、父親の生育歴よりも影響が大きい。母の生育歴の内容で予後に有意差があるのは、被虐待歴と、親の酒症・両親不在などの広義の被虐待歴である。父の生育歴の中で予後に有意差があるのも被虐待歴である。

育児行動の基礎は家事行動である。難治性養育問題では育児の問題（95%、後述）だけでなく母の家事能力の問題（71%）が高率に見られる。母の家事能力の中で予後に有意差があるのは、料理・清潔・医療利用などの子

どもの健康を守るために必須の家事と、親族付き合いである。父母の生育歴は把握しにくい、予後の予測には非常に重要である。中でも被虐待歴や、被虐待歴を示唆する親の酒症・両親不在などに注目すべきである。そして、難治性の養育問題では育児援助だけではなく、家事への援助（家事代行のヘルパー派遣など）が必要である。しかも、家事能力に問題が多いことは、親の育児行動の改善が口頭指導だけでは困難であることも示唆し、子どもを守るには親の変化を待つよりも育児を代行する方が有効であることを示している。

#### 4) 育児力の問題と予後

育児を日々行うには、家庭基盤の安定や親準備性の上に現実の育児についての実行力が必要である。その育児

表5 育児力の問題と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
育児力の問題	154 (95)	55(100)	7(100)	82 (93)	10 (83)
1. 母の育児力	135 (83)	51 (93)	7(100)	69 (78)	8 (67)
(1) 育児力の内容					
育児実行できぬ	74 (46)	32 (58)	6 (86)	34 (39)	2 (17)
育児知識混乱	41 (25)	9 (16)	3 (43)	26 (30)	3 (25)
育児知識ない	36 (22)	16 (29)	3 (43)	14 (16)	3 (25)
理解力ない	32 (20)	12 (22)	2 (29)	17 (19)	1 (8)
偏見育児知識	26 (16)	12 (22)	1 (14)	12 (14)	1 (8)
しようとしてない	# 18 (13)	11 (20)	1 (14)	6 (7)	
(2) 母育児力の原因					
性格	60 (37)	29 (53)	1 (14)	28 (32)	2 (17)
知的障害	32 (20)	13 (24)	3 (43)	17 (19)	2 (17)
精神疾患	22 (14)	7 (13)	1 (14)	14 (16)	
疾病障害	10 (6)	3 (5)	1 (14)	4 (5)	2 (17)
2. 育児負担	121 (75)	45 (82)	7(100)	61 (69)	8 (67)
児疾病障害	36 (11)	11 (20)	3 (43)	20 (23)	2 (17)
親疾病障害	27 (17)	8 (15)	3 (43)	14 (16)	2 (17)
兄弟疾病障害	36 (22)	11 (20)	3 (43)	20 (23)	2 (17)
年子	21 (13)	5 (9)	3 (43)	13 (15)	
多子	18 (11)	9 (16)	1 (14)	7 (8)	1 (8)
多胎	5 (3)	3 (5)		2 (2)	
3. 父の育児力	77 (48)	33 (60)	4 (57)	36 (41)	4 (33)
育児非協力	55 (34)	23 (42)	3 (43)	25 (28)	4 (33)
母へ非共感	49 (30)	21 (38)	3 (43)	24 (27)	1 (8)
子を無視	# 10 (6)	9 (16)	1 (14)		

力の問題は95%にみられ、予後による差は少ない(表5)。1年以上の援助を必要とする養育問題は、単に育児知識や育児不安や育児意欲の問題ではなく、ほとんどの例でその底に育児力の問題がある。つまり、親の育児を変えようと指導するだけでなく、その親にできる育児の工夫をしたり、親に負いきれない育児を補うサポートが必要である。

母の育児力の内容として、多いのは育児を実行できない(46%)だが、虐待移行に有意差があるのは、育児をしようとしていないであり、育児知識の混乱や不足・実行できない・理解力がないのみでは必ずしも虐待には移行しない。そして、母の育児力の原因の中で虐待移行にやや差があるのは、精神疾患や知的障害よりも、性格の問題である。育児負担は高率(75%)に見られるが、予後による差はあまりない。父の育児力の問題は低率だが、よく言われる育児に非協力よりも、子どもを無視するが予後に有意差がある。つまり予後に影響するのは、育児や子どもへの関心が少ないことや、性格の問題であり、育児知識や理解力や精神疾患や知的障害や育児負担自体ではない。

#### 5) 親子の愛着形成阻害と予後

どんなに家庭基盤や親準備性や育児力が整っていても、親子関係に不調和があれば虐待が起こりうる。親子関係の発達に非常に重要と言われている愛着形成を阻害する要因があったかどうかについて調査した。愛着形成阻害の有無は予後に有意差があり、虐待移行群の87%にみられるが他群では約40%である(表6)。愛着形成阻害の

原因の一人当たりの平均項目数も、虐待移行群が他群よりも多い。

原因項目別にみると有意差があるのは、望まぬ妊娠と施設入所による長期の分離体験であり、そして入院による分離は必ずしも予後を分けているわけではない。つまり、心理社会的背景がある要因は予後に影響するが、疾病などの子ども側の要因だけでは必ずしも予後を分けてはいない。

この結果から、愛着形成阻害を防止する援助は虐待の予防に非常に重要である。その援助は、子どもを受容し難い心理社会的背景がある場合により重要である。そして、分離体験(新生児期入院も含む)についても分離自体よりも背景の心理社会的問題がより重要であり、分離した場合には親への援助を中心にした愛着形成援助が有効であろう。

#### 6) 育児体制の問題と予後

以上の4項目が例え整っていても、育児は育児者にとっては日々の心身の具体的労働であり、その育児を支える体制が必要である。それは、過剰な育児負担を手伝う援助者や、育児できる相談者や、育児の喜びや悩みを共有し支えあう人であると言われている。

育児体制の問題は79%にみられ、虐待移行群にやや多くみられるが有意差はなかった(表7)。育児体制の問題の内容として最も多いのは、夫の非協力(48%)である。予後については、夫の非協力にやや差がみられるが、実家関係や姑関係には差がみられない。当然のことではあるが、母の育児を支えるキーパーソンは夫であり、実

表6 親子の愛着阻害要因と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
愛着形成阻害あり	# 89 (55)	48 (87)	3 (43)	33 (38)	5 (42)
期待外れの子	27 (17)	14 (26)		13 (15)	
望まぬ妊娠	# 25 (15)	18 (33)	1 (14)	5 (6)	1 (8)
再婚	1 (1)	1 (2)			
分離体験 <sup>注5)</sup>	19 (12)	10 (18)		7 (8)	2 (17)
平均項目数	0.7	1.2	0.4	0.4	0.4

注5) 分離体験の内訳は、入院12、#施設8、親戚に2であり、入院は予後の差を認めない。

表7 育児体制の問題と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
育児体制問題あり	128 (79)	51 (93)	6 (86)	63 (72)	8 (67)
夫非協力	78 (48)	34 (62)	4 (57)	37 (42)	3 (25)
手掛かる家族有	42 (26)	16 (29)	4 (57)	22 (25)	
嫁姑関係	27 (17)	14 (26)	2 (29)	11 (13)	
実家と疎遠	26 (16)	10 (18)	1 (14)	11 (13)	4 (33)
祖父母の過干渉	16 (10)	6 (11)	1 (14)	9 (10)	

表8 子どもの健康問題と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
健康問題あり	155 (96)	55(100)	7(100)	82 (93)	11 (92)
行動情緒問題	119 (74)	45 (82)	5 (71)	62 (70)	7 (58)
発達遅滞	118 (73)	41 (75)	3 (43)	66 (75)	8 (67)
体重増加不良	# 37 (23)	22 (40)	1 (14)	12 (14)	2 (17)
易感染性	18 (11)	5 (9)	2 (29)	10 (11)	1 (8)
皮膚疾患	14 (9)	8 (15)	1 (14)	4 (5)	1 (8)
外傷多い	# 10 (6)	8 (15)	1 (14)	1 (1)	

家関係や姑関係だけが問題になるのではない。

### 7) 子どもの健康問題と予後

養育困難や虐待の要因として、子ども側の問題がある。しかし、調査時点でみられる子どもの健康問題が一次的要因であるのか養育問題の結果なのかの判断は不可能に近い。ここでは、子どもの健康問題・健康管理状況・情緒行動問題・親子関係について分析した。

#### (1) 子どもの健康問題

子どもの健康問題は96%にもみられた(表8)。乳幼児期の改善困難な養育問題のほとんどの子どもが健康問題を持っており、医療保健の関与は重要である。高率な問題は、行動情緒異常(74%)と発達遅滞(73%)である。

この中で予後に有意差があるのは、体重増加不良と外傷が多いである。養育問題があって、子どもに体重増加不良や多外傷がある場合には虐待移行の可能性が大きく、虐待としての援助介入が必要である。

#### (2) 子どもの健康管理状態

子どもの健康管理で、乳幼児健診や予防接種を全く受

けていないは数%で、しかも予後による差は少ない(大阪府下では鍵月齢に個人通知の集団健診をし、未受診者には保健婦が家庭訪問している、表9)。一方、親の自主性にまかされる医療の受診状況の問題(42%)が大きい。医療受診の問題としては、虐待移行群には受診が必要な時にも受診しないが有意に多い。自発的には受診しないという虐待移行群の特徴を理解して、個人通知する乳幼児健診の重要性を再認識し、その公的健診を発見の場とする工夫が必要である。そして、治療現場では、めったに受診しないこれらの子どもの受診を貴重な出会いと認識して、その機会を最大限に生かすとともに、家庭ケアの不足を予測して積極的に入院を活用することが必要である。

#### (3) 子どもの発達情緒

子どもの発達情緒の問題は全体(96%)でも、発達の遅れ(70%)・発達の歪み(75%)・情緒問題(74%)でも高率であり、予後による差はみられない(表10)。このことは、継続援助群でも子どもの心はすでに害されていることを表しており、継続援助群も子ども側からみれ

表9 健康管理状況と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
健康管理					
1. 乳幼児健康なし <sup>注6)</sup>	15 (9)	6 (11)		8 (9)	1 (8)
2. 予防接種なし <sup>注7)</sup>	11 (7)	5 (9)	1 (14)	5 (6)	
3. 医療受診の問題	68 (42)	32 (58)	3 (43)	30 (34)	3 (25)
頻回の受診	31 (19)	11 (20)		16 (18)	3 (25)
入院あり	37 (23)	17 (31)	1 (14)	16 (18)	3 (25)
受診しない	# 12 (7)	8 (15)	2 (29)	2 (2)	
受診の遅れ	13 (8)	6 (11)	1 (14)	6 (7)	

注6) 調査地域では3、18、36ヶ月健診は保健所や市町村が個人通知による集団健診を行っている。

注7) 予防接種については、不明が45(28%)を占める。

ば本来は虐待とみなして、濃厚な援助をすべきであることを示している可能性がある。発達の遅れの特徴は、程度は軽度～境界域の遅れが多く、歪みは言語社会性の遅

れが大きい。情緒の問題の特徴は、明確な症状形成をしているものはむしろ少なく、今まであまり重視してなかった表情の乏しさ・活気のなさ・多動・情緒不安定・乱暴・

表10 子どもの発達・情緒と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
発達情緒問題					
発達情緒問題あり	155 (96)	54 (98)	7(100)	83 (94)	11 (92)
1. 発達の遅れあり	114 (70)	40 (73)	3 (43)	64 (73)	7 (58)
疑い	47 (41)	15 (27)		27 (31)	5 (42)
軽度	38 (23)	16 (29)	3 (43)	18 (20)	1 (8)
中度	19 (11)	6 (11)		12 (14)	1 (8)
重度	10 (6)	3 (5)		7 (8)	
2. 発達の歪みあり	121 (75)	44 (80)	3 (43)	67 (76)	7 (58)
運動の遅れ	36 (22)	12 (22)	2 (29)	20 (23)	2 (17)
言葉の遅れ	92 (57)	32 (58)	3 (43)	51 (58)	6 (50)
社会性遅れ	67 (41)	28 (51)		36 (31)	3 (25)
排泄自立遅れ	35 (22)	13 (24)		22 (25)	
早すぎる自立	2 (1)	2 (4)			
年不相応役割	5 (3)	3 (5)		2 (2)	
3. 情緒問題あり <sup>注8)</sup>	120 (74)	45 (82)	5 (71)	64 (73)	6 (50)
表情乏しい	53 (33)	23 (42)		29 (33)	1 (8)
活気ない	46 (28)	19 (35)	2 (29)	22 (25)	3 (25)
多動	42 (26)	13 (24)	1 (14)	27 (31)	1 (8)
情緒不安定	37 (23)	18 (33)	2 (29)	16 (18)	1 (8)
乱暴	22 (14)	8 (15)	1 (14)	13 (15)	
遊べない	18 (11)	6 (11)		12 (14)	
パニック	13 (8)	3 (5)		10 (10)	
徘徊	7 (4)	5 (9)		2 (2)	

注8) この他に、多食、夜尿3、遺糞3、腹痛1、夜驚4、チック2、脱毛1、盗み1、嘘2がある。



表11 親子関係と予後

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
親子の態度					
子の親への態度					
恐がる	# 18 (11)	18 (33)			
服従	# 12 (7)	9 (16)		2 (2)	
拒否	12 (7)	7 (13)		4 (5)	1 (8)
密着	26 (16)	8 (15)	1 (14)	15 (17)	2 (17)
普通	71 (44)	15 (27)	6 (86)	44 (50)	6 (50)
親の子どもへの態度					
否定	# 10 (6)	6 (11)	1 (14)	2 (5)	1 (8)
拒否	# 20 (12)	13 (24)	1 (14)	5 (6)	1 (8)
無視	15 (9)	9 (16)	1 (14)	5 (6)	
動揺	46 (28)	21 (38)	1 (14)	24 (27)	
肯定	45 (28)	7 (13)	3 (43)	28 (32)	7 (58)

遊べないなどの漠然とした症状を、情緒問題の表れとみなして、注目する必要がある。これらの微症状が、不安・恐怖感・基本的信頼感の欠如・自尊心の欠如・現実回避傾向などの将来の性格形成の歪みの芽である可能性がある。母子保健の中で、難治性の養育問題（＝広義の虐待）の発見と援助には、子どもの微妙な発達の遅れと情緒問題にもっと注目して、早期発見し、虐待に準じる濃厚援助をする必要がある。

#### (4) 親子関係と予後

虐待移行群は、子の親への態度に恐がる・服従、親の子どもへの態度に否定・拒否が有意差がみられた（表11）。しかし、虐待されている子どもも親に密着することがあることにも注目する必要がある。予後の予測には、親の子どもへの態度だけではなく、子どもの親への態度に注目する必要がある。

## 2. 保健所の活動

これらの養育問題への保健所の活動を、予後との比較で分析した。

### 1) 発見の経路

1年以上の援助を必要とする養育問題の発見の多くを、保健所は独自の活動で行っている。これらの養育問題事例の発見は、子どもの心身の健康を守る予防医学的視点

からの発見であり、医療や福祉の視点とは異なる保健特有の見方である。その独自の活動による把握経路として重要なのは、乳幼児健診・相談・医療費公費負担制度である（表12）。公的乳幼児健診は養育問題発見の重要な場であり、技術向上によってさらに発見率を上げられる可能性がある。なお、健診での発見者は保健婦であった。また、医療費公費負担手続きも、単に給付手続きだけではなく、養育困難児の相談の機会となりうる。相談での発見については、子どもの状態だけではなく育児に困っている親に注目することで発見しやすくなる。しかし、虐待移行群では継続援助群よりも、医療機関や保育所・近隣からの紹介が多く、重篤な養育問題事例の把握には地域ネットワークが必要である。

### 2) 保健所で行った援助方法

保健婦は家庭訪問を97%に行っており、予後による差はない（表13）。養育問題事例には、虐待でなくても家庭訪問援助は必須である<sup>2)</sup>。

保健所が行った援助では、事業化しているものは、虐待移行群よりもむしろ継続援助群や問題消失群に利用が多い。しかも、養育問題事例の利用が多い事業は一次健診を除くと、二次健診と子どもの心理相談などであり、より専門性が高く十分に個別対応ができる相談事業である。これらの二次健診なども従来の障害児相談のための

表 12 保健所が養育問題を把握した経路

把握経路	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
1. 保健所		124 (77)	37 (67)	5 (71)	74 (84)	8 (67)
乳幼児健診		56 (35)	11 (20)	2 (29)	38 (43)	5 (42)
未受診児対策		6 (4)	1 (2)	1 (14)	4 (5)	
相談		28 (17)	11 (20)		17 (19)	
妊娠・出生届け		7 (4)	2 (4)		5 (6)	
医療費公費負担		19 (12)	6 (11)	2 (29)	8 (9)	3 (25)
過去からの係り		7 (4)	5 (9)		2 (2)	
2. 医療機関		21 (13)	11 (20)	1 (14)	8 (8)	1 (8)
3. 保育所・近隣		17 (11)	7 (13)	1 (14)	6 (7)	3 (25)

表 13 保健所で行った援助方法

援助方法	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
1. 家庭訪問		157 (97)	53 (96)	7(100)	82 (98)	11 (92)
2. 保健所事業						
一次健診		136 (84)	43 (78)	7(100)	75 (85)	11 (92)
二次健診		114 (70)	38 (69)	5 (71)	63 (72)	8 (67)
子の心理相談		100 (62)	29 (53)	4 (57)	57 (65)	10 (83)
育児教室		37 (23)	10 (18)	1 (14)	23 (26)	3 (25)
公費負担制度		27 (17)	8 (15)	1 (14)	14 (16)	4 (33)
精神保健相談		19 (12)	11 (20)		8 (9)	
栄養相談		11 (7)	4 (7)	2 (33)	5 (6)	
平均項目数		2.9	2.7	3.0	2.9	3.2
3. その他						
他機関紹介		91 (56)	37 (67)	6 (86)	45 (51)	3 (25)
電話相談		89 (55)	36 (65)	5 (71)	44 (50)	4 (33)
他機関調整	#	69 (43)	34 (62)	4 (57)	31 (35)	
保育所紹介		78 (48)	33 (60)	5 (71)	36 (41)	4 (33)
育児教室保健所		34 (21)	14 (26)	2 (29)	16 (18)	2 (17)
他機関		49 (30)	16 (29)	1 (14)	26 (30)	6 (50)
自主グループ		14 (9)	5 (9)		7 (8)	2 (17)
同伴受診		48 (30)	22 (40)	3 (43)	23 (26)	
公的書類手続き	#	40 (25)	20 (36)	4 (57)	16 (18)	
親の疾病治療		14 (9)	8 (15)		6 (7)	
カウンセリング	#	18 (11)	11 (20)		6 (7)	1 (8)
物資の供与		12 (7)	6 (11)	2 (29)	4 (5)	
平均項目数		3.6	4.6	4.9	3.1	1.8

内容が中心であるが、今後は養育問題に対応できる専門性を備えた体制をつくる必要がある。

一方、虐待移行群は、事業化していないその他の個別対応の援助が一人平均4.6で、継続援助群3.1よりも多項

表 14 保健所以外の機関関与

関与機関	予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
関与機関あり		143 (88)	52 (95)	6 (86)	78 (89)	7 (58)
保育所		76 (47)	31 (56)	3 (43)	39 (44)	3 (25)
医療機関	#	60 (37)	31 (56)	4 (57)	24 (27)	
児童相談所	#	54 (33)	28 (51)	4 (57)	22 (25)	1 (8)
通園施設		48 (30)	14 (26)	3 (43)	30 (34)	1 (8)
家庭児童相談室		33 (20)	15 (27)	4 (57)	13 (15)	
福祉事務所		26 (16)	10 (18)	1 (14)	15 (17)	
児童委員	#	8 (5)	6 (11)		2 (2)	
児童福祉施設		6 (4)	2 (4)		4 (5)	
学校	#	3 (2)	3 (5)			
平均項目数		2.2	2.7	3.0	2.0	0.8

目が行われている。その項目として多いのは、他機関紹介 (56%)、電話相談 (55%)、保育所紹介 (48%)、他機関調整 (43%) などである。中でも虐待移行群に有意差がある援助項目は、他機関調整と公的書類の手続きとカウンセリングであり、ケースワークとカウンセリング機能が重要になっている。つまり、虐待移行群への援助としては、生活の枠組みを整える援助と親への精神的援助が重要である。援助のためには、保健婦は家族機能診断とその問題解決技術や、親子関係の病理を理解した援助技術が必要になる。

虐待移行群への援助では、事業化した母子保健活動よりも、相手のニーズに合わせた個別対応の援助の方が重要である。その理由としては、親が能動的に動くことが少ないことや社会性の少なさ、つまり自己解決能力の少なさが推測される。そのために援助は育児についての助言だけでは有効ではなく、親が出掛けなくても援助を宅配できる家庭訪問・家族機能診断やカウンセリングなどの専門性高い個別相談・他機関調整などのケースワーカー機能が非常に重要になる。

### 3) 保健所以外の機関の関与

養育問題全体として、他機関の関与は高率である。中でも福祉機関の関与が極めて多い (表14)。一人当たりの係わり他機関数は、虐待移行群が2.7、継続援助群が2.0、問題消失群が0.8である。関与機関が多いのは、

保育所 (47%)、医療機関 (37%)、児童相談所 (33%)、通園施設 (30%) である。虐待移行群に有意に多いのは、医療機関と児童相談所である。

難治性養育問題では、保健所を含めて3~4機関が連携援助している。特に虐待移行群は保健所と保育所と医療機関と児童相談所が関わることが多い。この保健-医療-福祉の連携には、紹介方法や役割分担や情報交換についてのルール作りが必要である (地域システムの構築)。

### 4) 援助による養育問題の改善率

これらの事例に大阪府保健婦は、経験上から有効と思われる援助を上記のように行ってきた。その結果として、養育問題についてなんらかの改善が母の65%、父の15%にできている (表15)。当然のこととして、虐待群は問題消失群に比して改善率は低い。しかしこの結果は、虐待移行した事例でも、養育問題の何らかの改善をなしていることを示している。また一方では、上記のような多様な手段を駆使した援助によっても虐待を防止しきれないことも示している。放置すれば虐待になったかもしれない事例を援助によってどの程度の予防できたかは不明である。虐待の予防は容易な課題ではなく、予防しきれない事例も少なくない。つまり、母子保健活動での虐待発生予防活動では、虐待の早期発見と虐待児の初期援助へと連続していくものであり、虐待への援助も母子保

表 15 援助による養育問題の改善状況

予後	全 体 162人 (100%)	虐 待 55人 (100%)	疑 虐 待 7人 (100%)	継続援助 88人 (100%)	問題消失 12人 (100%)
母の改善あり	106 (65)	33 (60)	6 (86)	56 (64)	11 (92)
父の改善あり	25 (15)	9 (16)	2 (29)	11 (13)	3 (25)

健活動で行うことが必須になる。

【まとめ】

母子保健活動での養育問題への育児援助は虐待発生予防につながるものである。その難治性の養育問題事例の中でも、虐待移行に大きく影響しやすい要因がある(表16)。このことは、養育問題に出会った時に虐待へ移行

表 16 虐待に移行しやすいハイリスク要因

1. 養育背景要因が重層的に累積している
2. 夫婦関係  
夫婦不和  
夫への不満：経済観念、妻子へ暴力、酒症、  
会話少、親戚付き合い
3. 経済不安
4. 親準備性  
母生育歴：被虐待、親の酒症、両親不在  
父生育歴：被虐待  
母家事能力：料理、清潔、医療利用
5. 育児力  
母：育児をしようとしていない  
父：子どもを無視する
6. 愛着形成障害：望まぬ妊娠、施設による分離
7. 子どもの健康管理  
健康問題：体重増加不良、外傷多い  
健康管理：医療を受診しない  
親子関係：子が恐怖・服従、親が否定・拒否

しやすい児を予測しうる可能性を示している。そして、これらの虐待に移行しやすい要因の改善についての援助を重点的に行うことが(表17)、虐待発生予防のためのより効率的な援助になる可能性がある。そして、今後の母子保健の重要課題である虐待発生予防のための援助を行うには、専門性を要する個別対応が必要であり、母子

表 17 虐待予防のためのハイリスクへの援助(案)

1. 育児指導だけではなく育児条件改善の援助が必要  
経済不安を重視して  
夫婦不和・育児体制・親準備性・愛着形成を多面的に
2. 親の広義の被虐待歴・家庭内暴力歴は重視援助を
3. 愛着形成促進ケアは親側への援助を重視  
特に望まぬ妊娠・心理社会的要因による分離
4. 育児負担では、育児代行を図る  
保育所、育児援助者、シッター
5. 子どもの心の治療
6. 親子関係不調に対する親へのカウンセリング
7. 家事援助も大切  
ヘルパー、家事援助者
8. 私的ネットワークの再構築
9. 公的機関ネットワークの構築
10. 保健機関での母子保健活動の充実  
家庭訪問重視、専門クリニックの充実、育児教室
11. 保健婦の技術研修  
育児カウンセリング、家族機能診断、ケースワーク

保健機関の中の援助体制整備とスタッフの訓練が要求される。

来年度は、予後別の援助実態をさらに詳細に分析し、より良い援助のあり方を考察する予定である。

【参考文献】

- (1) 小林美智子、納谷保子、鈴木敦子、佐藤拓代：被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割  
—大阪府保健所における養育問題と援助の実態から—  
平成5年度厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題」に関する研究、27-35
- (2) 小林美智子、納谷保子、鈴木敦子、佐藤拓代：母子保健における養育問題事例への援助実態  
—被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割—

平成6年度厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題」に関する研究、24-35

#### 大阪児童虐待研究会メンバー

##### 研究員

石田 雅弘：大阪市中央児童相談所  
泉 薫：大阪弁護士会（児童虐待制度研究会）  
伊藤 裕康：大阪府環境保健部保健予防課母子衛生係  
今川 和子：大阪府狭山保健所  
郭 麗月：近畿大学精神科  
桂 浩子：東大阪市家庭児童相談室  
神田眞智子：大阪府福祉部児童福祉課企画推進係  
木村 百合：大阪府富田林市こども家庭センター  
佐藤 拓代：大阪府泉大津保健所高石支部  
清水 宮：大阪府精神薄弱者更生相談所  
杉野美佐子：堺市鳳保健所  
津崎 哲郎：大阪市中央児童相談所  
土田 妙子：大阪府泉大津保健所  
西澤 哲：日本社会事業大学  
根来 憲仁：大阪府堺子ども家庭センター  
野田 哲朗：大阪府立こころの健康センター  
服部 建：大阪家庭裁判所  
橋本 和明：大阪家庭裁判所  
平田 佳子：子どもの虐待ホットライン  
藤田 迪代：大阪府貝塚保健所  
藤本 勝彦：和泉幼児院

前田 徳春：救世軍希望館  
松浦 玲子：大阪府富田林保健所河内長野支所  
毛受 矩子：大阪府環境保健部健康増進課保健所係  
山本裕美子：大阪府枚方保健所

##### 世話人

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

##### 事務局

今石 智子：大阪府立母子保健総合医療センター  
加藤 曜子：子どもの虐待ホットライン  
鎌田佳奈美：大阪大学医学部保健学科  
小杉 恵：大阪府立母子保健総合医療センター  
中西 真弓：大阪府立母子保健総合医療センター  
中農 浩子：大阪府立母子保健総合医療センター  
楢木野裕美：大阪府立看護大学  
藤江のどか：大阪府立母子保健総合医療センター  
古谷 悦美：大阪府立病院  
峯川 章子：大阪府立母子保健総合医療センター  
山口 和子：大阪府立母子保健総合医療センター  
山田 和子：大阪府立公衆衛生専門学校  
山本悦代：大阪府立母子保健総合医療センター

#### Abstract

Risk factors which pass on child abuse and support to prevent it in health care.

The cases which the health visitors helped the mothers for child care problems over the year, were analyzed the factors associated with child abuse. It have attempted to uncover the factors in order to predict child abuse, and to consider the help they need. The risk factors were identified as increasing pass on abuseing. The important factors influencing the child abuse were marital conflicts, excess alcohol, violence to family, financial problems, maternal deprivation in parental and current histories, poor standard for cooking, hygiene ignorance, long delay for treatment, low weight, multiple injuries, terror/obedience to parent, refuse/reject the child etc. The group which had passed on child abuse needed more involvement of hospital/child guidance center, social support and counseling than other group. But also the group which needed longterm helping, needed the individual and professional support and home visiting. And children have physical and emotional problems. So it is very important to early detect and prevent to pass on child abuse in mother and child health care.



## 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:保健婦が1年以上援助した養育問題乳幼児について、予後を分ける背景要因と援助について分析した。養育問題の背景の中でも、予後を分ける要因により注意深く援助を行いフォローする必要がある。虐待に移行しやすい項目は、夫婦不和、妻の夫への不満内容が経済観念少・飲酒・家族への暴力、経済不安、父母の生育歴での広義の被虐待歴、母の家事能力の中で料理・清潔保持・医療利用ができない、乳児期の愛着形成阻害歴、子どもの健康問題で体重増加不良・外傷が多い、子どもの健康管理で必要な医療を受診しない、子どもが親を恐れ・服従している、親が子どもを否定・拒否している、などである。そして保健所が行った援助では、養育問題が継続するものは一般的事業を利用しにくく、より専門的な個別対応できる事業や家庭訪問での援助が必要である。そして、虐待移行群では他群よりも、他機関調整・公的手続きの援助・カウンセリングが高率であり、他機関の関与としては医療機関・児童相談所が高率である。保健婦の母子保健活動の中でのカウンセリングやケースワーク機能が要求される。難治性の養育問題では虐待ではなくても、子どもの心身健康問題がおきている。このため、虐待のハイリスク児を母子保健活動の中で早期発見し、虐待への移行を防止する援助(一次予防)をすることが、子どもの心身の健康を守るために重要である。