

「虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究」

分担研究報告書

保健医療機関における重症度アセスメントについて

—再発防止のための重症度評価と援助指針—

分担研究者 小林 美智子 大阪府立母子保健総合医療センター成長発達部長

大阪府保健所で援助した虐待事例について、その援助効果を昨年作成した重症度のアセスメント表で分析した。重症例では、改善された項目は子どもの身体症状と子どもとの接触度であるが、改善しにくい項目は経済状態と子どもの発達の遅れであった。軽症例では、このアセスメント表では援助効果を判定しにくい、社会的孤立や子どもの情緒行動問題は悪化例も多かった。在宅で虐待が改善されている事例は、乳児期早期から援助している児やデイケアにつなげた児や母親の精神疾患であった。また、医療機関では、再発や再発死が多いが、心理社会的背景の把握が困難で、フォローアップもできていない。保健機関のアセスメント表をさらに在宅援助指針にも使えるように改善するとともに、医療機関では再発防止に寄与できるアセスメント表の作成が必要である。

1 はじめに

わが国の子どもの虐待の実態が明らかになるにつれ、医療・保健・福祉・教育が一体となった国家的対策が必要であることがわかってきた。児童福祉法でわが国の虐待対策に責任を負う児童相談所は通告される機関であり、発見機関ではない。さらに、児童相談所だけでは、子どもや親の治療や、多くの在宅児の長期の再発防止援助を担いきれない。医療・保健・教育機関を含む地域システムの構築が必要である。地域全体の虐待される子どもを漏れなく早期発見し、多くの在宅児への援助を行うためには、子どもに日々で会う機関、特にすべての子どもに出会う機会を持つ出産機関・保健機関・医療機関・義務教育機関の役割が重要になる。そこでの保健機関の役割は、乳幼児虐待の発生予防や早期発見と、在宅児への再発防止の援助も重要である。再発防止の手段は、保健婦による頻回の家庭訪問による親への育児支援と、関係機関ネットワークを構築し連携援助するケースワークである。この活動は大阪府だけでなくいくつかの府県で実践され、その有効性が報告されている。我々は、保健機関で発見時に分離の必要性を判断する重症度評価アセスメント表を作成したが、さらに母子保健活動における再発防止の指針ともなり効果判定もできる評価表へと充実させる

ために分析を行った。

また、これまでの医療機関からの報告では身体症状が重症な子どもが多く、しかも退院時の再発や死亡が多い。しかし、実際にはその前に、外傷や感染症などで受診しているはずであり、その時に虐待に気がつけば、早期発見につながる可能性がある。そこで、医療現場で日常的に使用しやすい虐待発見や重症度判断の指標と、再発防止のマニュアルを作成することを目的に、これまでの報告の分析を行った。

II 保健機関における子どもの虐待の再発防止について—リスクアセスメントの応用—

A. 目的

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・早期発見を行うことにある¹⁾。発見と援助は同一線上にあり、虐待を発見した時、的確に重症度を判断し必要な機関と連携をとり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。

昨年度の厚生省心身障害研究の報告として、我々は、保健分野における重症度評価のためのアセスメントを検討した²⁾。重症度の定義を表1とすると、虐待者との分離が必要である最重度・重度では、8割以上がアセスメント表による点数化で

判断が可能であったが、中度以下では判断率が低かった(表2)。現実に保健婦が判断に躊躇するのは、虐待か否かの境界線上の事例に面したときであり、児童相談所などの連携の必要性についてである。虐待の軽症事例についてのアセスメントを開発する必要がある。

また、予防的援助の中から虐待を発見することは、援助が長期間にわたることを意味している。保健婦の判断で家庭訪問などが可能なことは、他の職種にはみられない機動性が発揮できるという長所であるが、ややもすると1機関だけで事例を抱え込む危険性を含んでいる。現在行っている援助が果たして有効なのか否かのアセスメントは、次世代につながる虐待の連鎖を切断するために必要である。

そこで、虐待に対する有効な援助ー虐待の再発防止について、リスクアセスメント表(表3)を用いて検討を行った。

表1 虐待の重症度

最重度:	頭部外傷、腹部外傷、窒息、医療放置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2 重症度とリスク得点

最重度・重度:	合計点45点以上
一致率	記入不明含む(83.3%)
	記入不明除外(91.7%)
中度:	合計点35~44点
一致率	記入不明含む(51.8%)
	記入不明除外(60.0%)

表3 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	
養育者 な ど	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
	家族の問題	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 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
子 ど も	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%以下以上の低下	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

B. 方法

平成8年に大阪府下保健所保健婦が援助を行った18歳未満の虐待事例114例に対する調査をもとに検討した。統計学的な検討は χ^2 検定、Fisherの直接法を用い、前者では*は $p<0.1$ 、**は $p<0.05$ 、**は $p<0.01$ を、また後者では#は $p<0.1$ 、##は $p<0.05$ 、###は $p<0.01$ を示した。

C. 結果と考察

1. 援助による重症度変化

調査時点で援助継続中であつ入院、施設入所中でない65事例の虐待判断時と調査時点でのリスクの変化をみた。養育者の高いリスクのうち、不安定、苦しいなどの「経済状態」は有意に低下率が低く、養育者と子どもが在宅する「子どもとの接触度」は有意に改善していた（表4）。これはお

表4 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)
	子 ど も	年齢 ** N=21	8(38.1)
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)
虐待判断時の記入数 N=296		177(59.8)	111(37.5)

そらく保育所入所などで養育者との接触度が低下したことによると考えられた。子どもの「年齢」は、当然のことではあるが年齢を重ねることで有意にリスクが低下し、骨折などの「身体症状」も治療などにより有意に改善していた。しかし、「発達の遅れ」は全例改善されていなかった。これは、児の本質的な疾病などによる発達の遅れを含んでいることも考えられるが、虐待による養育状況でできあがった大きく遅れのある状態は、援助によっても改善は難しいことを示していると考えられた。

中位のリスクの変化では、養育者の「子どもとの接触度」は不変が少なく、増加または低下が有意であった（表5）。これは、他の大人がいる状態から養育者だけの生活になったか、保育所に入所しリスクが低下した状態が多いことを示している。子どもの小さな傷などの「身体症状」は、有意に低下していた。

低いリスクは本来があまり問題とならない内容のため、増加している項目はリスクの増大として重要である。養育者では「家族の問題」はリスクの増大がない項目として優位であったが、援助などの「生活状況」は優位にリスクが増大していた（表6）。友人などから少しの援助を得られるのみなど孤立に向かって変化してきており、虐待者にはベースに対人関係の問題があることを示すものと考えられる。虐待の起こる条件として孤立は最重要課題であることから、常に援助者がいるかどうかの判断を行い、援助者を確保する必要がある。

子どもではそれぞれ問題がなしとされていた「行動情緒問題」「発達の遅れ」でリスクが増大

表5 虐待判断時と調査時の中位のリスクの変化

評価項目		増加	不変	低下
養育者 な ど	育児行動 N=18	1(5.6)	10(55.6)	6(33.3)
	家族の問題 N=18	1(5.6)	14(77.8)	2(11.1)
	生活状況 N=18	2(11.1)	13(72.2)	2(11.1)
	家事育児 N=26	2(7.7)	21(80.8)	3(11.5)
	経済状況 N=19	1(5.3)	16(84.2)	2(10.5)
	援助協力度 N=18	1(5.6)	14(77.8)	3(16.7)
	子どもとの接触度 ## N=11	2(18.2)	5(45.5)	4(36.4)
	アルコール N=0	0	0	0
	情緒的精神状態 N=42	2(4.8)	33(78.6)	7(16.7)
	子 ど も	年齢 N=42	0	39(92.9)
子と親の関係 N=17		1(5.9)	13(76.5)	2(11.8)
行動情緒問題 N=30		1(3.3)	22(73.3)	4(13.3)
発達の遅れ N=25		3(12.0)	20(80.0)	2(8.0)
発育(身長体重) N=18		1(5.6)	15(83.3)	1(5.6)
身体症状 ### N=9		0	3(33.3)	6(66.7)
虐待判断時の記入数 N=311		18(5.8)	238(76.5)	47(15.1)

表6 虐待判断時と調査時の低いリスクの変化

評価項目		増加	不変
養育者 な ど	育児行動 N=24	3(12.5)	20(83.3)
	家族の問題 # N=30	0	29(96.7)
	生活状況 # N=17	4(23.6)	12(70.6)
	家事育児 N=7	0	7(100.0)
	経済状況 N=18	2(11.1)	15(83.3)
	援助協力度 N=20	3(15.0)	16(80.0)
	子どもとの接触度 N=17	1(5.9)	16(94.1)
	アルコール ### N=55	0	54(98.2)
	情緒的精神状態 N=15	0	15(100.0)
	子 ど も	年齢 N=5	1(20.0)
子と親の関係 N=28		5(17.8)	21(75.0)
行動情緒問題 # N=17		4(23.5)	13(76.5)
発達の遅れ *** N=27		7(25.9)	20(74.1)
発育(身長体重) N=37		4(10.8)	33(89.2)
身体症状 # N=48		1(2.1)	46(95.8)
虐待判断時の記入数 N=365		35(9.6)	321(87.9)

していた。これは、一見正常範囲に見えていても虐待行為が子どもへ影響を及ぼしていることを示している。援助により生命の危険が消失した後に行動情緒問題が明らかに明らかになったり、あるいは当初から軽度の虐待として親子関係の修復に向けた援助が行われなかった場合などが考えられる。当面の危機が回避でき虐待が軽症化すると、援助が途絶えてしまうことが多い。しかし、根本的な親子関係の問題が改善されないと年齢とともに行動情緒問題は大きく明らかになるのであり、援助を継続することの重要性がここにある。長期的援助では中心となる機関が変遷せざるを得なく、関係機関に情報を提供し事例を共有するためにアセスメント表を活用することが考えられる。

2. 事例からみた再発予防

虐待と判断した時とある程度の間隔をおいた調査時点との重症度の変化をみると、軽度以上の事例では、中度の1例（2.4%）、軽度の4例（12.9%）を除き不変または軽症化しており、援助による効果と考えられた²⁾。過去の調査と比較し事例検討会の開催率、施設入所率、保育所入所率が上昇していることが効果的な援助と結びついていると考えられる³⁾。事例から再発予防への援助について検討した。

(1) 在宅援助中でここ1年間に重症度が軽度化した事例

18事例あり、①在宅での育児支援が主体の4例、②保育所、幼稚園などデイケアへつなぐ援助が主体の10例、③母の精神疾患治療導入への援助が主体の4例と分類できた（表7）。

①は全例とも重症度は軽度で虐待者は母であった。親の「妊娠分娩状況」「育児行動」「経済状況」の問題は少なく、「援助協力度」に問題がある事例が多かった。児は把握の不明な項目が多いNo.2を除いて、何らかの「行動情緒問題」「発育」の問題を持っていた。全例保健婦が乳児期早期に関わり始めており、母の育児、児の発育への援助が主体であり、児童相談所の関与がほとんどがなかった。

②は虐待判断時の重症度は疑いから重度までさまざまであった。背景では未熟児が4事例、若年親が4事例、母子家庭などが3事例と、育児の負担が主体の問題が多かった。虐待判断時期は乳児期の2例を除き幼児期であり、保育所幼稚園などへの入所が可能となる年齢で虐待と判断された場合、デイケアへつなぐことが多いと考えられた。親の

「妊娠分娩状況」「育児行動」「経済状況」で大きい問題があるのが目立ち、「家事育児」は把握できている全例に一貫しないしつけなどの中位以上の問題があった。「情緒的精神状態」も問題を持たない親は少なく、「被虐待歴」が3事例にあるのが注目された。子どもでは「子と親の関係」で3事例に怖がるなどの状態があり、何らかの「行動情緒問題」「発達の遅れ」「発育」の問題を抱えていた。「身体状況」で6点が4事例あり、また重症度では最重度・重度が3事例あり、危機を乗り越えた後に要因を見極めた上でデイケアへ導入する援助はかなり効果的と考えられ、在宅での援助手段として保育所が大きい役割を担っていることがわかった。

③は全例とも母の精神疾患が問題であり、重症度は中度以上であった。親の「家事育児」の問題が全例に大きく、「情緒的精神問題」も1事例を除き大きかった。子どもは1例を除き「子と親の関係」「行動情緒問題」に問題があり、「身体症状」「発育」はほとんど問題がなかった。虐待判断時期は乳児期から8歳までさまざまであり、精神保健福祉相談員が3事例を判断していた。児童相談所の関与はなく、医療機関との連携が中心となるが多かった。重症度は全例が中度以上であることから、養育者の精神疾患を早期に把握し適切に医療につなげることが必要であり、精神保健福祉相談員と保健婦の連携による援助を行うことが保健所の役割として重要である。

(2) 施設に入所後在宅で援助を行っている事例

12例あり、当然児童相談所は全例に関与していたが、①母の精神疾患に対する援助が主体の4例、②育児負担軽減の3例、③危機回避に施設入所した5例と分類できた（表8）。

①は親の「育児行動」の問題が在宅での精神疾患の場合より大きいのが目立った。「家事育児」はやはり問題が大きかった。子どもでは全例がこわがるなど「子と親の関係」で大きい問題を抱えており、「行動情緒問題」と併せてこのアセスメント表では把握しきれない親の問題、おそらく疾病そのものの問題が施設入所の大きい要因であり、それがまた子どもにも重大な影響を及ぼしているものと考えられた。現在は、学校を含め全例が何らかのデイケアに通っていた。母の治療などの期間のみ施設を利用し、退所後はデイケアにつなぐことが効果的であると考えられた。しかし、虐待判断時期がNo.2の乳児期を除き2歳以上の幼児期で

表7 在宅援助中でここ1年に重症度が軽度化した事例のリスク得点

援助内容	在宅育児支援が主体				デイケア導入への援助が主体										母の精神疾患治療主体				
	NO.1	NO.2	NO.3	NO.4	NO.5	NO.6	NO.7	NO.8	NO.9	NO.10	NO.11	NO.12	NO.13	NO.14	NO.15	NO.16	NO.17	NO.18	
評価項目																			
妊娠分娩状況 育児行動 家族の問題 生活状況 家事育児 経済状況 援助協力度 虐待歴 被虐待歴 子どもとの接触度 アルコール 情緒的精神状態 年齢 単胎か否か 子と親の関係 行動情緒問題 発達の遅れ 発育(身長体重) 身体症状	1	2	1	1	2	4	2	4	2	1	2	4	-	1	1	2	1	1	
	1	2	1	1	1	6	2	6	6	1	1	6	6	6	6	1	1	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	4	-	1	1	1	4	4	4
	2	3	3	1	2	3	2	1	1	3	1	2	1	3	3	2	3	1	1
	3	2	1	2	2	2	2	2	2	-	2	2	-	-	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	4	1	4	4	1	1	4	4	4
	3	3	3	1	3	3	1	2	4	1	1	1	3	2	3	1	3	2	2
	0	-	0	0	-	0	0	0	2	6	6	6	-	6	6	0	6	6	6
	1	2	2	1	2	3	2	2	0	2	2	3	2	3	3	1	2	2	1
	3	2	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3	2	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1	3	-	1	3	-	3	3	1	1	1	1
	2	1	1	1	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	2	3	2	2	1
	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2
	1	-	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
	1	-	2	1	1	2	2	1	4	2	1	-	4	4	4	1	1	1	4
3	-	3	1	1	1	2	1	3	2	1	-	2	2	3	1	2	2	2	
2	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	
5	1	1	1	5	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	
1	1	1	1	6	1	6	1	1	6	1	2	2	6	2	1	1	1	1	
リスク得点合計	34	26	29	33	29	47	35	37	50	30	39	48	37	54	49	25	41	43	
判断時の重症度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	重度	中度	軽度	最重度	軽度	軽度	中度	軽度	軽度	中度	中度	重度	中度	
現在の重症度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	軽度	

表8 施設入所後在宅の事例のリスク得点

援助内容 評価項目		母の精神疾患治療				育児負担軽減			危機の回避が主体				
		NO.1	NO.2	NO.3	NO.4	NO.5	NO.6	NO.7	NO.8	NO.9	NO.10	NO.11	NO.12
養育者など	妊娠分娩状況	1	2	1	2	-	1	1	1	2	4	2	2
	育児行動	2	6	2	6	1	1	2	6	6	6	6	6
	家族の問題	1	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1
	生活状況	2	2	1	2	-	2	3	2	3	3	3	2
	家事育児	2	3	3	2	-	3	3	2	3	3	3	3
	経済状況	1	2	4	4	2	4	4	1	4	4	4	2
	援助協力度	2	1	1	2	2	1	3	2	1	3	2	1
	虐待歴	6	6	6	0	6	6	0	0	0	-	0	6
	被虐待歴	2	3	3	1	2	2	1	1	3	3	3	3
	子どもとの接触度	3	3	1	3	3	2	3	3	1	3	1	3
子ども	アルコール	1	-	3	1	3	1	1	1	1	1	1	-
	情緒的精神状態	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2	3	2
	年齢	2	2	1	2	2	3	1	2	1	3	2	2
	単胎か否か	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	子と親の関係	4	4	4	4	-	1	1	2	4	-	4	4
	行動情緒問題	2	2	2	3	-	1	1	1	3	1	3	2
	発達の遅れ	2	1	1	3	-	1	2	1	1	1	3	1
	発育(身長体重)	2	1	1	5	-	1	1	1	2	1	1	1
	身体症状	1	6	1	2	-	1	1	2	1	1	6	6
	リスク得点合計	39	48	42	50	25	35	31	31	39	44	49	48
判断時の重症度	中度	軽度	軽度	重度	疑い	疑い	軽度	重度	中度	中度	最重度	重度	
現在の重症度	軽度	軽度	軽度	重度	疑い	中度	軽度	疑い	軽度	軽度	重度	重度	

あり、子どもに対する影響の大きさから、心の問題を早期に把握して援助につなげることの重要性をさらに認識する必要がある。

②は、子どもに問題が少ないのが目立った。親の問題も「経済状況」でリスクが大きいものの大きな特徴はみられなかった。育児負担軽減のため施設を利用するときは、アセスメント表で把握されない家族の育児への援助体制などが要因として関係しているものと考えられた。施設退所後は全例が保育所、学校など日中の育児負担が軽減されるようデイケアにつながっていた。

③は、重症度は最重度・重度が3例、中度が2例であり、虐待者は父親が3例、母親が2例であった。かなり危機的な状態と考えられたが、施設入所をはかり家族調整などの援助を行うことで現在は重度が2例、軽度以下が3例となっていた。親の問題は全例に大きい「育児行動」の問題があり、「生活状況」「家事育児」「経済状況」「被虐待歴」の問題も多くにあり、非常に困難な育児状況にあるものと考えられた。その背景には若年の両親、夫婦不和のいずれかがみられた。子どもは「子と親の関係」「身体状況」の問題が大きいものが目立った。子どもにあまり問題がみられないNO.10は母の被虐待歴、望まぬ妊娠と重度の虐待がおこる可能性があったが、周産期に医療機関から連絡があることで新生児早期に保健婦が関わり始め、重

症化を阻止できた事例と考えられた。

D. 結論

我々の作成したアセスメント表による虐待の評価は、最重度・重度ではかなり重症度が判断と一致しているが、中度以下ではあまり鋭敏性が高くない。しかし、保健分野で出会う虐待は中度、軽度で55%を占めることから、中度以下の虐待を評価するアセスメントの開発が必要である²⁾。また、虐待に取り組み始めたところでは、どこから虐待ととらえたらよいかが明らかでないとして、関係機関との連携による援助を躊躇することが多い。中度以下の虐待重症度、また虐待か否かの判断のためのアセスメント表を開発することは、虐待の定義についても関係機関のコンセンサスを得ることになり有意義と考えられる。次年度の研究はこのアセスメント表をプロスペクティブに試行し、さらに調査項目を付け加えることにより、アセスメント表の改善を検討する予定である。

また、親と子どもの状況を把握し、リスク点数を下げる援助を行うことが虐待の援助ともいえる。実際にアセスメント表を使用した報告では、点数が示す重症度が臨床像と一致し、援助によりリスク得点の低下がみられている⁴⁾。しかし、合計得点のみならず今回の事例への援助で報告したように、重要な背景要因が何であるのか改善可能な項

目が何であるのかを明らかにすることが、効果的な再発予防の援助につながり重要である。一方で予測される危機の回避のために、また再発防止の援助の視点からは、今回のアセスメント表は不十分であり、育児支援の状況、子どもの状況などをとらえる項目が必要である。虐待を把握する「眼」と再発防止の援助の普遍化のために、大阪府のみならず他府県に調査を広げ今後も研究を続ける必要がある。

III 医療機関における子どもの虐待の再発防止について

A. 目的

リスクアセスメント表は、欧米ではサンフランシスコ児童救急サービスをはじめ各所で作成されている。我々が昨年作成した母子保健分野における子どもの虐待重症度判断のためのリスクアセスメント表は、保健所の調査を基にして作成し、母子保健活動の中で被虐待児に出会ったときに利用しやすいようにしたものである。このアセスメント表の特徴は、子どもの症状・親子関係・育児状況・生活状態・親の要因・援助関係から総合的に評価していることにあり、アセスメントによって最重度・重度と判断された場合には、在宅にいる児を入院・一時保護・施設入所等を利用して、緊急に治療につなげたり、親と分離する必要があるとしている。一方医療機関でこのアセスメント表の利用を考えてみた場合、これらの項目すべてを医療機関だけで把握することは困難である。例えば、近隣や友人や親族との関係、家族の問題、家事育児能力などは、医療機関では情報が得られないことが多い(表9)。また医療機関で被虐待児と診断される多くは、重度・最重度とされる身体所見を有していることが多く、重症度判断のアセスメントよりも、現在入院している子どもの退院に際して、在宅が可能かどうかの判断のほうが再発予防のためにはより実際的である。このような

医療機関特有の状況もあるため、医療機関で利用できる処遇決定のためのリスクアセスメント表の作成が必要である。また現在医療機関での虐待の対応も一貫しておらず、被虐待児を扱う中で、医療機関で起こってくる問題点を明確にしていく必要もある。医療機関を対象にこれらを目的とした調査を行い検討する必要がある。今回われわれはこの目的にあった調査を行うための調査項目について検討を行った。

B. 方法

調査項目を検討するにあたり、以下の医療機関調査データを利用した。

- 1.1986年度厚生省「小児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」による、小林登等らの全国小児医療機関における被虐待児調査報告。報告数226例。
- 2.1991年度厚生省心身障害研究「小児の健康と養育条件に関する研究」による、松井一郎等らの全国小児医療機関における被虐待児調査報告。報告数431例。
- 3.1988年大阪における保健医療福祉機関による被虐待児の合同調査。全機関からの報告数403例。うち医療機関からの報告数93例、重複を除く実数は79例。
- 4.1990年大阪における保健医療福祉機関による被虐待児の合同調査。全機関からの報告数402例。うち医療機関からの報告数31例。

C. 結果と考察

1. 退院後の再発の状況

医療機関では後で述べるように長期の経過観察は困難であるので、再発を正確に把握することは難しい。このような状況から、調査において再発なしは必ずしも「なし」でないかもしれないが、ありは確実に「あり」だと考えることができる。1986～1991年度の全国の医療機関調査では、在宅児童の40%前後に再発を認めてあり、1988年の大

表9 虐待者の生活状況

	全体	経済不安	夫婦不和	育児負担大	劣悪生活環境	親族から孤立	近隣から孤立	不明
医療機関	31	38.7%	22.6%	6.5%	22.6%	12.9%	9.7%	38.7%
保健所	138	57.2%	55.8%	40.6%	20.3%	30.4%	35.5%	6.5%
児童相談所	97	62.9%	57.7%	29.9%	16.5%	35.1%	36.1%	0.0%
家庭児童相談室	34	52.9%	52.9%	29.4%	17.6%	29.4%	50.0%	5.9%
入所施設	102	40.2%	44.1%	21.6%	17.6%	17.6%	13.7%	18.6%
計	402人	52.5%	50.5%	29.6%	18.7%	26.9%	29.4%	10.4%

1990年大阪府合同調査 重複回答

阪の合同調査の中での医療機関調査だけを取り上げても、在宅児童の36.4%に再発があった(表10)。これらの調査では再発の程度については不明であるが、中には再発による死亡や再入院を要した事例の報告が含まれており、退院時の処遇の判断や在宅援助が不十分であることを示している。退院後の状況を再発についてだけでなく、子どもの状態・問題行動の改善を評価することで、退院時の処遇判断や援助方法に役立てることができると考えられる。

表10 家庭に戻った場合の再発

調査期間	～1984年	1985～87年	1988～90年
報告数	161人	132人	138人
再発なし	56.2%	63.2%	60.0%
再発あり			
外来で発見	12.3%	17.5%	14.5%
入院で発見	8.2%	7.0%	7.3%
他医療機関	4.1%	1.8%	10.9%
保健婦訪問	2.7%	7.0%	
保育園			7.3%
その他	16.5%	7.0%	5.4%

松井等による全国医療機関調査 1991年報告書

2. 死亡例

1986年度の全国医療機関対象の被虐待児調査の報告226例の中に23例の死亡がある。受診の契機となった外傷や身体症状による死亡は13例で、他の10例は一度はそれらの症状が軽快して退院した後、虐待の再発と思われる状況での死亡である。この報告では87例(42.2%)が治療後家庭に戻っており、家庭に戻った中の11.5%が死亡していることになる。1988年の大阪府の調査では報告79例中9例の死亡例があり、そのうち5例までが虐待が疑われる身体症状があり、医療機関が関与している中で死亡であった。死亡を防ぐためのリスク因子を大阪の2回の調査の死亡例から検討した(表11,12,13)。年齢は1歳未満が43%、3歳未満が78%で、死因のほとんどが頭部外傷、突然死、医療放置であった。死亡するまでの経過として、身体的虐待の中で致死的外傷を受けるまでに、皮膚粘膜の外傷以外の外傷歴のあるものが70%あり、頭部外傷歴5例、骨折2例、関節症状2例であった。ネグレクトでは重症の基礎疾患があり、当初は医療機関に受診していたが、後に医療放置・拒否が5例、新生児からのフォロー中に不潔・放置等の養育問題を認めていたのが5例、著明な体重増加不良が2例あった。これらの事例の多くは虐待を疑っていたが、子どもを保護する対応がされず死

亡している。また死亡例のなかに、同胞例が2組あったこと、入院や施設入所による長期の親子分離があったことから、子どもの基礎疾患の有無、虐待を疑わせる既往歴や家族歴・養育歴が重要であった。

表11 死亡年齢

	死亡総数	身体的虐待	ネグレクト
0歳	13人(48.1%)	7人(70.0%)	6人(42.9%)
1歳	13人(48.1%)	1人(10.0%)	3人(21.4%)
2～3歳	4人(16.7%)	2人(20.0%)	2人(14.3%)
4歳以上	4人(16.7%)	0	3人(21.4%)
計	24人(100%)	10人(100%)	14人(100%)

1988年1990年大阪府合同調査(重複事例除く)

表12 死因

	死亡総数	身体的虐待	ネグレクト
頭部外傷	8人(33.3%)	7人(70.0%)	0
突然死	7人(29.2%)	1人(10.0%)	5人(35.7%)
医療放置	6人(25.0%)	2人(20.0%)	6人(42.9%)
肺炎	2人(8.3%)	0	2人(14.3%)
自殺	1人(4.2%)	0	1人(7.1%)
計	24人(100%)	10人(100%)	14人(100%)

1988年1990年大阪府合同調査(重複事例除く)

表13 死亡までの症状の経過

身体的虐待	
外傷歴 7例	頭部外傷 5例
	骨折 2例
	関節症状 2例
長期の親子分離 2例	
養育者の精神疾患 1例	
ネグレクト	
重症の基礎疾患あるも医療拒否	5例
フォロー中不潔・放置・医療拒否	5例
著明な栄養不良	2例
育児疲れ・かわいくない	1例
不登校・心気症	1例

1988年1990年大阪府合同調査(重複事例除く)

3. 子どもの保護について

現在の虐待事例の親子分離は必ずしも虐待が重症であるためではない(表14.15)。また虐待が重度であっても、今の制度の元では親の同意を得られないなら親子分離は困難であり、家に戻るこ

表14 身体症状の重症度と施設入所

	報告数	施設入所あり	施設入所なし
死亡	11人	9.1%	90.9%
重症	66人	56.1%	42.4%
その他	233人	57.5%	42.1%
計	318人	55.3%	43.7%

1990年大阪府合同調査(重複事例除く)

表15 入所理由と報告機関

	報告数	虐待が 重度	親の情緒 不安定	家庭機能 が低い	在宅で改 善がない	親が希望	子が希望	その他	不明
医療機関	31人	9.7%	9.7%	9.7%	6.5%	3.2%	3.2%		25.8%
保健所	141人	6.4%	9.2%	14.2%	7.8%	11.3%		8.5%	5.0%
児童相談所	104人	17.3%	36.5%	43.3%	34.6%	34.6%	4.8%	7.7%	7.7%
家庭児童相談室	34人	5.9%	20.6%	14.7%	20.6%	20.6%	2.9%	2.9%	5.9%
入所施設	102人	27.5%	30.0%	53.3%	20.8%	27.5%	7.5%	15.0%	2.5%
計	402人	15.1%	22.6%	31.9%	18.8%	21.6%	3.7%	9.1%	6.3%

1990年大阪府合同調査

とがあるのを、時に経験することである。在宅が可能か親からの分離が必要かを判断する基準を表16に示す。以前の調査では医療機関や保健所が関わっている事例は親子分離は少なかったが、死亡例は多かった(表17)。一方施設入所児での死亡は少ない(表14)。このことは医療機関退院時の、在宅が可能か親子分離が必要かの、この当時の判断基準が不適切で子どもの命を守れていないことを示している。子どもの安全のために親子分離を要する基準を検討する必要がある。そのために次年度に予定している調査では、親子の分離が必要であったか、また現実に親子分離されたかどうかをみることによって、必要性と制度のずれ、それが予後に及ぼす影響について検討したい。

表16 在宅が可能かどうかの判断基準

1. 在宅が可能
(1)症状の理由について認識あり
(2)児のニーズを新たに理解する
(3)児をデイケアに通わせる
(4)生活形態を変える
(5)家庭訪問を受け入れる
(6)定期的な通院を継続できる
(7)援助ネットワークがある
2. 親から分離が必要
(1)よほどでないとう診しない
(2)児に拒否的・攻撃的・無関心
(3)治療プログラムに協力しない
(4)母に薬物依存・アルコール症
(5)精神疾患を治療放置している

表17 親子分離と報告機関

	報告数	分離あり	分離なし	死亡	不明
医療機関	31人	19.4%	64.5%	3.2%	12.9%
保健所	141人	25.5%	66.0%	7.1%	1.4%
児童相談所	104人	63.5%	31.6%		1.9%
家庭児童相談室	34人	38.2%	58.8%		2.9%
計	310人	39.0%	54.5%	3.5%	3.0%

1990年大阪府合同調査(入所施設除く)

4. 機関連携の現状と各機関の役割

1988年の大阪での合同調査では医療機関で発見された被虐待児は、半数以上は医療機関単独でみていることが多く、他機関との連携には消極的であった(表18)。1988年と1990年の大阪の合同調査における死亡事例の検討でも、医療機関が単独でみている事例が多かったが、1991年の松井の報告では、年々児童相談所や保健所や福祉事務所との連携が増加している(表19)。しかし、今までの調査では、医療機関と他機関との連携の実態や各機関にどのような役割を期待しているかは明確にされていない。医療機関に対して調査を行うことで医療機関からみた各機関が果たす役割と予後との関係を検討し、援助における各機関のありかたを模索したい。

表18 医療機関と他機関との連携

相談経路	経過観察機関	
医療機関のみ 52人(66.7%)	医療機関のみ	30人(38.5%)
	保健所	8人(10.3%)
	児相等の福祉機関	8人(10.3%)
	保健所・児相等の福祉機関	6人(7.7%)
保健所から 18人(23.1%)	医療機関のみ	4人(5.1%)
	保健所	10人(12.8%)
	児相等の福祉機関	0
児相から 5人(6.4%)	保健所・児相等の福祉機関	4人(5.1%)
	医療機関のみ	2人(2.6%)
	保健所	0
	児相等の福祉機関	3人(3.8%)
保健所児相から 3人(3.8%)	保健所・児相等の福祉機関	0
	医療機関のみ	0
	保健所	1人(1.3%)
	児相等の福祉機関	1人(1.3%)
計	保健所・児相等の福祉機関	1人(1.3%)
計		78人(100%)

1988年大阪府合同調査(重複事例除く)

表19 治療中の他機関との連携

調査期間	～1984年	1985～87年	1988～90年
報告数	161人	132人	138人
他医院	2.5%	3.0%	2.9%
児童相談所	51.9%	42.4%	60.4%
保健所	21.3%	31.8%	37.4%
市町村母子担当課	7.5%	12.9%	10.1%
福祉事務所	14.4%	15.9%	17.3%
福祉施設	13.8%	12.1%	14.4%
民生委員	0.6%	0.8%	5.0%
保育園・幼稚園・学校	13.8%	14.4%	7.2%
警察	14.4%	12.1%	19.4%
裁判所		0.8%	0.7%
その他	0.6%	0.8%	1.4%

松井等の医療機関調査 1991年報告

5. 医療機関での入院・外来治療について

医療機関に受診する目的は、身体症状、主に虐待によって生じた外傷の治療である。そのため身体症状が消失もしくは固定化すると、退院を要求し外来通院を中断しやすい。調査によると医療機関の援助期間は約半数が不明で、2年以上外来で経過観察のできている事例は20%以下で、改善終了は13%であった(表20.21)。退院後のフォローができるための必要条件について検討するとともに、どの位の期間のフォローが現実的に可能であるか、その中での機関連携をどう考えるのかも検討することは重要である。また入院中に起こってくる問題を予測しその対策をとることも必要である。病院で行われる治療の内容は、病院の規模、スタッフの職種等により異なり、入院期間にも影響を及ぼす。入院期間が2ヶ月以上が約半数あり

表20 援助期間

0～2ヶ月	4人 (12.9%)
3～5ヶ月	0
6～11ヶ月	3人 (9.7%)
1～2年未満	3人 (9.7%)
2～3年未満	3人 (9.7%)
3年以上	3人 (9.7%)
不明	15人 (48.5%)
計	31人 (100%)

1990年大阪府合同調査

表21 調査時の取り扱い状況

継続中	5人 (16.1%)
改善終了	4人 (12.9%)
中断	1人 (3.2%)
他機関紹介	7人 (22.6%)
不明	14人 (41.9%)
計	31人 (100%)

1990年大阪府合同調査

(表22)、入院が長期に及びやすい理由を明確にすることは、入院中のトラブルをできるだけ少なくさせ、医療の不採算性の解決や被虐待児の援助体制を構築するうえで重要である。

表22 入院期間

1～9日	6人 (12.0%)
10～29日	8人 (16.0%)
30～59日	11人 (22.0%)
60日以上	25人 (50.0%)
計	50人 (100%)

1990年大阪府合同調査

D. 結論

以上の検討から、受診時の身体所見から判断した場合の重症度や退院時に考慮した親子分離の必要性と、退院後の援助を通じた子どもの状況の変化を比較し、それらに影響を及ぼした状況、援助について検討し、医療機関で利用できる処遇アセスメント表が必要であると考えられる。そこで次年度は、これらを目的とした調査を大阪の小児科医を対象に行う予定である。さらに地域を広げた調査を行うことを検討したい。

IV まとめ

大阪府保健所で援助した虐待事例について、その援助効果を昨年作成した重症度評価のアセスメント表を用い分析した。重症例で改善しやすかったのは、子どもの身体症状と子どもとの接触度であるが、改善しにくい項目は経済状態・子どもの発達の遅れであった。軽症例では、このアセスメント表では、改善効果を判断しにくかったが、社会的孤立や子どもの行動情緒問題は悪化例が多かった。その理由としては、重症例は危機感から保育所入所や濃厚援助が積極的になされるが、軽症例ではそこまでの援助が少ないことが予測される。しかし、軽症例に悪化傾向があることをみると、虐待の定義を拡大する必要があること、在宅児への援助が重要であることがわかる。また、在宅で改善傾向にあった事例は、軽度で乳児期早期から保健婦が育児援助した群、保育所や幼稚園などのでいケアにつないだ群、親の精神疾患の治療を導入した群であり、いったん施設入所した後在宅となった事例は、母親の精神疾患、育児負担を改善できた群、親子関係の危機に一時期分離した群であった。虐待は施設入所する重症児から在宅で親元に居続ける中度・軽症の児まであり、中度や

軽症事例は多く、在宅援助を長期に必要とするが、児童相談所の関与は少ない。今後の母子保健は、この在宅乳幼児への再発防止の援助も担うことが必須であろう。今後アセスメント表を前方視的に試行し、親子分離の必要性の判断だけでなく、在宅の再発防止の援助指針や援助効果を予測できる表に充実したい。

また、医療機関では退院後の再発や再発での死亡が多く、家庭への退院の是非の判断が重要である。しかし、医療現場では心理社会的背景を把握するのは難しく、時間的余裕もない場合が多く、保健機関でのアセスメント表は有用でない。今後、医療機関調査を行い、医療現場で有用なアセスメント表を作成するとともに、再発防止のマニュアルを作成したい。

研究協力者

佐藤拓代 大阪府岸和田保健所長
 納谷保子 大阪府立病院小児科部長
 鈴木敦子 大阪大学医学部教授

文献

- 1) 大阪児童虐待研究会；子どもの虐待予防にむけて－大阪府保健所における養育問題への援助実態。1998。
- 2) 小林美智子，他；母子保健分野における子どもの虐待重症度の評価。厚生省心身障害研究，効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究平成9年度研究報告書。1998。
- 3) 小林美智子，他；保健所における子どもの虐待の実態と援助－第4回大阪府調査－。厚生省心身障害研究，効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究平成8年度研究報告書。1997。
- 4) 西川みち子，他；『子育て「きずな教室」』の虐待防止効果について－リスクアセスメント表の活用から。児童相談所紀要。滋賀県中央児童相談所，1998。
- 5) 小林登，他；1986年度被虐待児調査。厚生省「小児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」－親子関係失調に関する社会病理学的研究－。1987。
- 6) 松井一郎，他；小児虐待の早期発見・予防のための虐待背景の分析－時代推移－。厚生省心身障害研究，地域・家庭環境の小児に対する影響等に関する研究平成3年度研究報告書。1992。
- 7) 大阪児童虐待調査研究会；被虐待児のケアに関する調査報告書。1989。
- 8) 大阪児童虐待研究会；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書－。

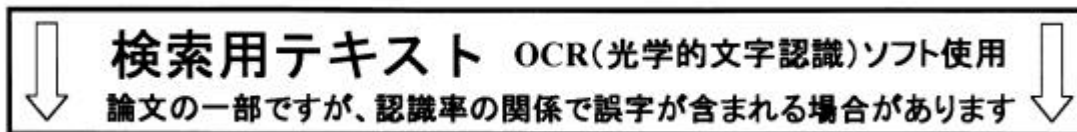
1993。

大阪児童虐待研究会メンバー

計洋：大府府福祉部・ケースワーカー
 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・児童福祉司
 石田 龍也：堺市衛生部地域保健課・医師
 今井 和子：大阪府狭山保健所・精神保健福祉相談員
 今川 正子：大阪府中央子ども家庭センター・医師
 岡本 麗月：桃山学院大学・医師
 郭 浩子：東大阪市家庭児童相談室・相談員
 桂 智美：大阪府立中宮病院松心園・医師
 亀岡 瑞枝：大阪府保健衛生部健康増進課・保健婦
 木本 真理：大阪府東大阪子ども家庭センター児童福祉司
 才村 拓代：大阪府岸和田保健所・医師
 佐藤 俊子：大阪市中央児童相談所・児童福祉司
 曾田 辰野 洋子：大阪府中央子ども家庭センター・心理
 野津 哲郎：大阪市中央児童相談所・児童福祉司
 崎内 早苗：五月法律事務所・弁護士
 藤中 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
 長谷 豊：大阪市阿倍野保健所・医師
 畑中 美子：堺市西保健所・保健婦
 花谷 隆志：大阪府立こころの健康総合センター・医師
 浜田 雄久：なにわ共同法律事務所・弁護士
 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
 前田 徳晴：救世軍希望館・養護施設長
 前野 多喜子：大阪市大正保健所・保健婦
 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
 輪木 恵子：大阪府中央子ども家庭センター・児童福祉司

事務局

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・看護婦
 納谷 保子：大阪府立病院・医師
 上野 昌江：大阪府立看護大学・保健婦
 折井由美子：大阪府立母子保健総合医療センター・保健婦
 樫木 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
 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：大阪大学・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・メディカルソーシャルワーカー
 峯川 章子：大阪府和泉保健所・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



大阪府保健所で援助した虐待事例について、その援助効果を昨年作成した重症度のアセスメント表で分析した。重症例では、改善された項目は子どもの身体症状と子どもとの接触度であるが、改善しにくい項目は経済状態と子どもの発達の遅れであった。軽症例では、このアセスメント表では援助効果を判定しにくい、社会的孤立や子どもの情緒行動問題は悪化例も多かった。在宅で虐待が改善されている事例は、乳児期}期から援助している児やデイケアにつなげた児や母親の精神疾患であった。また、医療機関では、再発や再発死が多いが、心理社会的背景の把握が困難で、フォローアップもできていない。保健機関のアセスメント表をさらに在宅援助指針にも使えるように改善するとともに、医療機関では再発防止に寄与できるアセスメント表の作成が必要である。