

保健師の子ども虐待の初期リスクアセスメントの実態に関する研究 —保健師が支援した子ども虐待事例を通して—

Initial Risk Assessment of Child Abuse: Analysis of data on support cases by public health nurses

松田宣子* 石井美由紀** 奥田博子*** 倉田哲也**** 内村利恵**
Nobuko Matsuda Miyuki Ishii Hiroko Okuda Tetsuya Kurata Rie Uchimura

Abstract

Purpose: This study attempts to clarify the actual situation of public health nurses' (PHNs') initial risk assessment of child abuse.

Methods: We conducted an anonymous self-administered questionnaire survey by mail. 578 participants who had worked as PHNs for more than three years were randomly recruited from across Japan for this study. All participants were divided into three groups, "prefecture group (n = 334)", "government-decreed city group (n = 184)", and "municipality group (n = 47)". The data were analyzed statistically using the chi-square test, one-way ANOVA, and multiple comparison of Tuckey b.

Results: A statistically significant difference was found between the demographic characteristics of three groups and the use of the scale at the time of the initial risk assessment of child abuse. There was also a statistically significant association with the number of support cases of child abuse per PHN and the use of the scale at the time of the initial risk assessment.

Discussion: These findings indicate the initial risk assessment scale is required for PHNs to support abused children appropriately.

キーワード：子ども虐待，保健師，初期リスクアセスメント

I. 緒言

全国児童相談所での児童虐待相談対応件数は平成26年度の速報値で88,931件に上り¹⁾，統計を取り始めた平成2年度以降，毎年増加の一途を辿っており，また多数の死亡事件が発生している。

* 関西国際大学保健医療学部
** 神戸大学大学院保健学研究科
*** 国立医療保健科学院
**** 大阪市保健所感染症対策課

このようにわが国で子ども虐待の数が増加してきている社会現象について、西澤は「虐待件数の増加の背景には、子どもに対して暴力を振るわなければならない大人が非常に増えてきていることがあるのではないか。これはひとつの文化現象であり、社会現象である」と述べている²⁾。わが国の親に、子どもを拒否する、子どもの存在価値を否定するなど、子どもに対する加虐性が存在するようになったとも述べ、子どもの存在を利用して欲求不満を解消する親が現れて増加していることが危惧されている。この問題の急増化や深刻化の背景には、親個人のストレスや心のゆがみ、あるいは家族全体のストレスや病理が影を落としている。

一方、英国や米国では、早期発見し、治療するより、その危険のある(at risk)子どもを将来にわたって虐待から守ることが、第1義的な戦略とされており、リスクアセスメントツールの開発や活用が行われている³⁾。日本では、乳幼児健診などで子どもの虐待の早期発見・防止のため簡便なリスクアセスメント項目を入れている^{4), 5)}。しかし、リスクアセスメントツールとしての開発も一部研究的にされてはいるが、実用的な活用はあまりされていない。そこで、我々は、保健師が、地域において周産期から育児期の経過の中で早期より母子に関わる機会が多く、支援を行っているため、リスクアセスメントツールを開発することにより、子ども虐待リスクを早期に発見・防止に活用できると考え研究を重ねてきた。

本研究は、その第一段階として、保健師が支援した子ども虐待事例を通して子ども虐待の初期リスクアセスメントに関する実態を明らかにすることを目的とし、今後の子ども虐待に向けた保健師の支援に活用できる基礎的資料にできると考えた。

II. 研究方法

1. 研究対象および期間

対象は、無作為抽出した全国の都道府県および政令市・中核市の保健所、市町村保健センターおよび児童相談所で子ども虐待やその疑いのある事例の支援に関わったことがあり、3年以上の経験のある保健師である。

調査期間は、平成16年8月～平成16年10月である。

2. 調査方法

無作為抽出した全国の都道府県および政令市・中核市の保健所、市町村保健センター、児童相談所の所長ならびに施設長に子ども虐待やその疑いのある事例の支援に関わったことのある3年以上の経験のある保健師を推薦してもらい、調査協力の依頼を行った。調査票の配布方法は、無作為抽出した保健所・市町村保健センター、児童相談所の各施設に郵送にて調査票を5～10部送付した。回収については協力の得られた個人単位として郵送にて研究機関宛に返送してもらった。

調査配布施設数は都道府県保健所(市町村保健センター・児童相談所を含む)237ヶ所、政令市・中核市保健所75ヶ所であり、調査票の配布数は都道府県保健所(市町村保健センター・児童相談所を含む)1185、政令市・中核市保健所750である。

3. 調査内容

分析対象者の概要、保健師が関わり始めた時の児の年齢・虐待開始年齢・支援期間、保健師が

関わり始めた時の事例の状況、虐待あるいは虐待の疑いのリスクが高いと判断した根拠、保健師の属性と子ども虐待リスクアセスメントスケールの使用との関連、子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキルに関する自由記載である。

4. 分析方法

統計学的分析は、質的変数の独立性の検定には χ^2 検定（Fisherの直接法）を行った。3群以上の平均値の差の検定は一元配置分散分析を行い、多重比較ではTuckey bを用いた。統計解析には、SPSS 17.0 for Windowsを使用した。子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキルに関する自由記載は、意味内容の類似性に基づき分類・整理した。

5. 倫理的配慮

対象者個人のプライバシー保護および、調査への参加の任意性を保障するために、回収は個人単位で、返送は無記名で直接研究機関宛に郵送とした。

データの処理には、個人や固有名称が特定されないようにID化を行い配慮することとした。神戸大学医学倫理委員会にて承認を得た。

Ⅲ. 結果

回収数（率）は646（33.4%）であった。このうち、今回は都道府県保健所、政令市・中核市保健所、市町村保健センターの3群での比較分析を行うため、所属が児童相談所の1件、その他の12件は分析対象から除外した。また、記入不備の目立つ質問紙も分析対象から除外した。結果、分析対象数（率）は578（30.0%）であった。なお、微細な記入漏れについては、該当箇所のみを欠損値として扱った。そのため項目ごとの対象者数の合計が異なる。

1. 分析対象者の概要（表1）

保健師の所属は、都道府県保健所334人（57.8%）、政令市・中核市保健所184人（31.8%）、市町村保健センター47人（8.1%）であった。保健師経験年数（平均値±SD）は、全対象者15.0±10.2年、都道府県保健所17.1±10.9年、政令市・中核市保健所12.0±8.4年、市町村保健センター12.3±8.7年で、分散分析の結果、経験年数に有意差があり（ $F(2,555)=17.062, p<0.01$ ）、多重比較の結果、都道府県保健所と政令市・中核市保健所、都道府県保健所と市町村保健センターの間に有意差があった。虐待担当事例数は3群に有意差は認められなかった。

表1 分析対象者の所属、保健師経験年数、虐待担当事例数

	所属 (N = 578)		保健師経験年数 (N=571)			虐待担当事例数 (N=544)		
	n (%)	n	Mean±SD	1)	P値 ²⁾	n	Mean±SD	P値 ²⁾
都道府県保健所	334 (57.8)	328	17.1±10.9	*]	p<0.01	313	7.9±29.2	n.s.
政令市・中核市保健所	184 (31.8)	183	12.0±8.4			171	9.2±9.9	
市町村保健センター	47 (8.1)	47	12.3±8.7			47	6.4±6.2	

1) Tukey bを用いた多重比較, *: p < 0.05

2) 一元配置分散分析

2. 保健師が関わり始めた時の児の年齢、虐待開始年齢、支援期間（表2）

保健師が関わり始めた時の児の年齢（平均値±SD）は、全対象者2.4±3.8歳、都道府県保健所2.8±4.2歳、政令市・中核市保健所1.6±2.8歳、市町村保健センター1.4±1.9歳であった。分散分析の結果、3群に有意差があり（F(2,547)=7.482, p<0.01）、多重比較の結果、都道府県保健所と政令市・中核市保健所、都道府県保健所と市町村保健センターの間で有意差があった。

保健師が関わり始めた時の児の虐待開始年齢（平均値±SD）は、全対象者1.5±3.0歳、都道府県保健所1.8±3.5歳、政令市・中核市保健所1.0±1.8歳、市町村保健センター1.3±3.0歳であった。分散分析の結果、3群に有意差があり（F(2,485)=3.395, p<0.05）、多重比較の結果、都道府県保健所と政令市・中核市保健所、都道府県保健所と市町村保健センターの間で有意差があった。

保健師が関わり始めた時の支援期間（平均値±SD）は、全対象者1.8±1.5年、都道府県保健所1.9±2.0年、政令市・中核市保健所2.0±1.5年、市町村保健センター1.7±1.1年であり、3群に有意差はなかった。

表2 保健師が関わり始めた時の児の年齢、虐待開始年齢、支援期間

	児の年齢（歳）（N=550）				虐待開始年齢（歳）（N=488）				支援期間（年）（N=524）		
	n	Mean±SD	1)	P値 ²⁾	n	Mean±SD	1)	P値 ²⁾	n	Mean±SD	P値 ²⁾
都道府県保健所	324	2.8±4.2]	* p<0.01	281	1.8±3.5]	* p<0.05	300	1.9±2.0	n.s.
政令市・中核市保健所	180	1.6±2.8			165	1.0±1.8			181	2.0±1.5	
市町村保健センター	46	1.4±1.9			42	1.3±3.0			43	1.7±1.1	

1) Tukey b を用いた多重比較, *: p < 0.05 2) 一元配置分散分析

3. 保健師が関わり始めた時の事例の状況（表3）

事例の把握経路について、3群で比較した結果、医療機関からの把握について有意差があった（p<0.05）。都道府県保健所が政令市・中核市保健所および市町村保健センターよりも医療機関から事例を把握する傾向にあった。他の把握経路については3群間で有意差はなかった。

児の虐待の種類については、いずれも3群間で有意差はなかった。

重症度判断については3群間で有意差があり（p<0.01）、都道府県保健所は「予備軍」、政令市・中核市保健所および市町村保健センターは「中度」と判定した割合が多い傾向にあった。

主な虐待者は、3群ともに実母が80%以上、実父が約20%を占めており、3群間に有意差はなかった。

4. 虐待あるいは虐待の疑いのリスクが高いと判断した根拠（表4）

虐待による子どもの症状の一般的健康状態について3群で比較した結果、清潔保持不足（p<0.05）と予防接種未接種（p<0.01）に有意差があった。清潔保持不足は市町村保健センターが、予防接種未接種は政令市・中核市保健所が判断の根拠とする傾向があった。しかし、特に注意すべき外傷について3群間で有意差はなかった。

虐待を疑う親の言動の疑わしい病歴の説明および健診時や訪問時の親の言動では、3群間で有意差はなかった。しかし、健診時や訪問時の親の言動のうち、「言葉かけがきつい」、「育児能力がない」については、いずれの群においても30%以上を占めていた。

表3 保健師が関わり始めた時の事例の状況

			都道府県保健所		政令市・中核市保健所		市町村保健センター		P値 ¹⁾
			n	%	n	%	n	%	
把握経路	保健活動	把握した	139	41.6	90	48.9	18	38.3	0.203
		把握していない	195	58.4	94	51.1	28	59.6	
	医療機関	把握した	86	25.7	30	16.3	6	12.8	0.013
		把握していない	248	74.3	154	83.7	41	87.2	
	児童関連施設	把握した	23	6.9	20	10.9	7	14.9	0.081
		把握していない	311	93.1	164	89.1	40	85.1	
	福祉機関	把握した	26	7.8	19	10.3	3	6.4	0.566
		把握していない	308	92.2	165	89.7	44	93.6	
	教育機関	把握した	5	1.5	2	1.1	2	4.3	0.403
		把握していない	329	98.5	182	98.9	45	95.7	
	家族・親戚	把握した	13	3.9	8	4.3	1	2.1	0.892
		把握していない	321	96.1	176	95.7	46	97.9	
近隣	把握した	11	3.3	6	3.3	5	10.6	0.070	
	把握していない	323	96.7	178	96.7	42	89.4		
民生・児童委員	把握した	4	1.2	3	1.6	2	4.3	0.214	
	把握していない	330	98.8	181	98.4	45	95.7		
虐待の種類	身体的虐待	あり	179	53.6	105	57.1	24	51.1	0.651
		なし	155	46.4	79	42.9	23	48.9	
	ネグレクト	あり	221	66.2	118	64.1	33	70.2	0.586
		なし	113	33.8	65	35.3	14	29.8	
	心理的虐待	あり	120	35.9	80	43.5	22	46.8	0.136
		なし	214	64.1	104	56.5	25	53.2	
	性的虐待	あり	7	2.1	6	3.3	1	2.1	0.767
		なし	327	97.9	178	96.7	46	97.9	
重症度判断	生命の危険	38	11.6	19	10.6	2	4.3	0.007	
	重度	110	33.5	47	26.1	12	25.5		
	中度	108	32.9	84	46.7	24	51.1		
	軽度	47	14.3	27	15.0	8	17.0		
	予備軍	25	7.6	3	1.7	1	2.1		
主な虐待者	実父	あり	73	21.9	33	17.9	12	25.5	0.412
		なし	261	78.1	151	82.1	35	74.5	
	実母	あり	280	83.8	164	89.1	42	89.4	0.407
		なし	54	16.2	20	10.9	5	10.6	

1) X²検定 (Fisher の直接法, 両側検定)

5. 保健師の属性と子ども虐待リスクアセスメントスケールの使用との関連 (表5)

事例への支援のプロセスにおける虐待リスクアセスメントスケールの使用と保健師の属性との関連を検討した結果, 所属, 保健師経験年数, 担当事例数について3群間で有意差があった。政令市・中核市保健所の保健師は他2群の保健師よりもリスクアセスメントスケールを活用している傾向があった。経験年数では, 21年以上の経験を有する保健師が他よりもリスクアセスメントスケールを活用していない傾向があった。担当事例件数では, 11件以上の方がリスクアセスメントスケールを活用している傾向があった。

一方, 虐待リスクアセスメントスケールを使用していないと回答した者にその理由を尋ねたところ, 「個別でケースを捉えることが必要だから」22.1%, 「既成のスケールは使いにくい」14.9%, 「スケールを活用しなくとも従来の問診などで充足できている」7.7%, 「既成スケールは判定が不適切である」1.3%の順に多かった。

6. 子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキルに関する自由回答 (表6)

子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキルについて自由回答を求めた結果,

表4 虐待あるいは虐待の疑いのリスクが高いと判断した根拠

		都道府県保健所		政令市・中核市保健所		市町村保健センター		P値 ¹⁾		
		n	%	n	%	n	%			
虐待による子どもの症状 一般的健康状態	外傷が多い	あり	56	16.8	28	15.3	11	23.4	0.415	
		なし	278	83.2	155	84.7	36	76.6		
	体重増加不良	あり	104	31.1	48	26.2	14	29.8	0.744	
		なし	230	68.9	135	73.8	33	70.2		
	病気の放置	あり	29	8.7	11	6.0	2	4.3	0.371	
		なし	305	91.3	172	94.0	45	95.7		
	清潔保持不足	あり	102	30.5	63	34.4	23	48.9	0.040	
		なし	232	69.5	120	65.6	24	51.1		
	発達遅れ	あり	121	36.2	56	30.6	13	27.7	0.285	
		なし	213	63.8	127	69.4	34	72.3		
	情緒行動問題	あり	84	25.1	49	26.8	14	29.8	0.767	
		なし	250	74.9	134	73.2	33	70.2		
予防接種未接種（少ない）	あり	38	11.4	38	20.8	11	23.4	0.005		
	なし	296	88.6	145	79.2	36	76.6			
乳幼児健診未受診（少ない）	あり	53	15.9	39	21.3	10	21.3	0.257		
	なし	281	84.1	144	78.7	37	78.7			
子どもの表情が乏しい	あり	88	26.3	51	27.9	7	14.9	0.400		
	なし	246	73.7	132	72.1	40	85.1			
特に注意すべき外傷	頭蓋内外傷、硬膜下血腫	あり	15	4.5	11	6.0	1	2.1	0.498	
		なし	319	95.5	172	93.5	46	97.9		
	腹部内臓外傷	あり	3	0.9	0	0.0	0	0.0	0.354	
		なし	331	99.1	183	99.5	47	100.0		
	骨折	あり	14	4.2	3	1.6	0	0.0	0.121	
		なし	320	95.8	180	97.8	47	100.0		
	網膜出血	あり	1	0.3	2	1.1	0	0.0	0.431	
		なし	333	99.7	181	98.4	47	100.0		
	出血斑	あり	41	12.3	23	12.5	5	10.6	0.937	
		なし	293	87.7	160	87.0	42	89.4		
	火傷、溺水、中毒	あり	21	6.3	16	8.7	3	6.4	0.136	
		なし	313	93.7	167	90.8	44	93.6		
虐待を疑う親の言動	疑わしい病歴の説明	矛盾する病歴	あり	20	6.0	9	4.9	2	4.3	0.809
		なし	314	94.0	175	95.1	45	95.7		
	子どもの自傷の申し立て	あり	26	7.8	10	5.4	5	10.6	0.398	
		なし	308	92.2	174	94.6	42	89.4		
	第三者のせいにする	あり	36	10.8	23	12.5	6	12.8	0.670	
		なし	298	89.2	161	87.5	41	87.2		
反復する疑わしい外傷	あり	43	12.9	21	11.4	4	8.5	0.657		
	なし	291	87.1	163	88.6	43	91.5			
健診時や訪問時の親の言動	子どもを抱かない	あり	50	15.0	25	13.6	10	21.3	0.420	
		なし	284	85.0	159	86.4	37	78.7		
	子どもと関わらない	あり	84	25.1	45	24.5	8	17.0	0.714	
		なし	250	74.9	139	75.5	39	83.0		
	育児能力がない	あり	116	34.7	57	31.0	16	34.0	0.684	
		なし	218	65.3	127	69.0	31	66.0		
	育児不安が強い	あり	61	18.3	34	18.5	10	21.3	0.883	
		なし	273	81.7	150	81.5	37	78.7		
	子どもを叩く	あり	72	21.6	43	23.4	14	29.8	0.443	
		なし	262	78.4	141	76.6	33	70.2		
	子どもへの言葉かけがきつい	あり	115	34.4	69	37.5	20	42.6	0.699	
		なし	219	65.6	115	62.5	27	57.4		
育児をしていない	あり	95	28.4	44	23.9	10	21.3	0.647		
	なし	239	71.6	140	76.1	37	78.7			
育児指導に関心がない	あり	43	12.9	27	14.7	6	12.8	0.839		
	なし	291	87.1	157	85.3	41	87.2			

1) X²検定 (Fisher の直接法, 両側検定)

有効回答中306 (52.9%) の回答が得られた。カテゴリーとして「虐待を見極めるための幅広い知識」や「対応の技術」に関するものや、「初期介入のための的確な判断」、保健師の「虐待を疑う“あれ?”という感性」、 「関係機関や職種との連携・協働」などが抽出された。

表5 保健師の属性と子ども虐待リスクアセスメントスケールの使用との関連

		リスクアセスメントスケール				P値 ¹⁾
		使用した		使用していない		
		n	%	n	%	
所属	都道府県保健所	78	23.7	251	76.3	p<0.01
	政令市・中核市保健所	94	52.2	86	47.8	
	市町村保健センター	18	5.5	29	8.8	
保健師経験年数	5年以下	50	40.3	74	59.7	p<0.001
	6～10年	38	47.5	42	52.5	
	11～15年	39	38.6	62	61.4	
	16～20年	36	32.4	75	67.6	
	21年以上	32	21.2	119	78.8	
担当事例数	10件以下	135	29.4	323	70.4	p<0.001
	11件以上	53	64.6	29	35.4	

1) X²検定 (Fisher の直接法, 両側検定)

IV. 考 察

1. 対象者の属性

本調査の対象者の属性に関して、全対象者の保健師経験年数（平均値）が約15年と、全国の保健師経験年数（平均値）の約16年と近似していた⁶⁾。また、都道府県保健所群は他の2群よりも保健師経験年数が有意に長いという点についても、先述の全国調査⁶⁾の結果と同様であった。従って、本調査のサンプリングの適切性が担保されているものと考えられる。

2. 保健師が支援した子ども虐待事例の実態

保健師が関わり始めた時の児の虐待開始年齢から、虐待は1歳半頃という乳幼児期の早期から起こっていた。虐待の種類はネグレクト、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待の順に多く、重症度は「中度」以上の判定ケースの割合が75%以上を占めることから、保健師は早期介入の必要性の高い重篤な事例を担当している実態が浮き彫りとなった。この結果は先行研究の結果⁷⁾と類似していた。

3. 保健師が支援した子ども虐待事例と初期リスクアセスメントに関する3群比較

保健師が関わり始めた時の児の年齢と児の虐待開始年齢に関する3群の比較分析の結果、市町村保健センターや政令市・中核市保健所の保健師は都道府県の保健師よりも虐待開始後、短期間のうちに関わりを持っており、乳幼児健康診査や訪問指導等の機会を有効活用し、ケースの早期把握を実践していることが伺えた。

一方、重症度判断について、都道府県保健所の保健師は「予備軍」、政令市・中核市保健所および市町村保健センターの保健師は「中度」と判定した割合が多い傾向にあった。これには、都道府県保健所の保健師は他2群に比して、事例の把握経路として医療機関の占める割合が統計学的有意に高いという今回の調査結果が関連していると思われる。昨今の児童虐待防止に向けた院外

表6 子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキル

カテゴリ	サブカテゴリ	サブカテゴリを代表する記載内容
虐待を見極めるための幅広い知識	乳幼児の発育・発達に関する知識	基本的な児の発達（正常発達）
	子ども虐待の知識	虐待の発生機序を正しく理論的に、理解すること
		ハイリスクとなる要因を知っていること アディクションに関する知識及び精神疾患(人格障害等) 等への知識などが必要
	関係法規の知識	関係法規の知識
親子を支援するための知識	親支援のためのタイプ別親への対応方法の知識 社会資源の知識	
対応の技術	観察力	母の微妙な変化や子どもがOSを読み取れるよう観察力がとても必要 虐待者の訴えの有無に関わらず、緊急度、重症度を客観的に判断するための観察力が必要
	コミュニケーションスキル	親とのコミュニケーション能力 コミュニケーション技法の向上
	対象者との関係形成能力	保護者と信頼関係を築いていく力 母親に対し身近な相談者であること、母親に寄り添うことができる姿勢を持っていること
	対象者との面接技術	ケースへの面接技術、カウンセリング技法 虐待していると思われる相手との面接技術をアップすること
	アセスメント能力	社会、経済、親の生育歴等、幅広い視点でアセスメントが必要 客観的に親子の状態を把握してアセスメントできる能力
	支援の糸口を探る	最初の関わりでのきっかけにできるようなチャンスを逃さないこと（健診未受診など） 望んでない相手に訪問(状況把握) する際の入り方
	対象者の特徴に応じた支援方法	親の持つ精神疾患や極端な性格異常を持つ人との対応方法 ネグレクトのケースの初期介入が難しく、介入手段や方法論
初期介入のための的確な判断	意図的な情報収集	ハイリスク要因を意識した情報収集
	アセスメントツールの適切な活用	初期介入段階のアセスメントの訓練が必要 アセスメントツールをどれだけ活用し情報を取り込めるかが重要
	フォローが必要な親子の把握	新生児訪問、乳児健診などで気になる母子を拾える視点を持っていること 妊娠中から虐待のリスク要因を持つ母親を拾い、フォローしていくこと
	保健機関としての対応	把握時の初動体制の整備 個人受け持ちという考え方から保健所として組織として判断する機能をつくること
	担当保健師の支援体制	保健師自身の精神保健の安定（スーパーバイザーや指導・助言者がいる体制） 職場内（内部）で十分話し合いを持ち、一人で抱え込まない
虐待を疑う“あれ？”という感性	虐待を疑う感性 虐待の疑いをキャッチできる感性が必要である 『何かおかしい』と気づく感性や能力	
関係機関や職種との連携・協働	連携・協働のための能力	地域や専門職種など連携がとれるスキル 関係機関との調整能力
	多機関による支援体制	母子保健領域だけではなくてもやっていたらいいので保健、福祉、医療、学校との連携が本当に大切 保健師のみでなく本人をサポートしているところ(保健所、幼稚園、学校など) といかに連携をとって関わっていくか
	関係機関とのネットワーク構築	関係者へケースの理解と協力をしてもらえようネットワークを組む事 関係機関をつなぐネットワークづくり

地域連携においては、特定妊婦等のハイリスクケースになり得る、いわゆる「予備軍」の情報共有が進展しており⁸⁾、医療機関からの事例の把握が多い傾向にある都道府県保健所の保健師は「予備軍」の事例を把握する可能性が高まると予測される。しかしながら、今回の調査では都道府県保健所の保健師が「予備軍」と判定する割合の高さと医療機関からの事例の把握の割合の高さととの関連を特定するには至っていない。

虐待あるいは虐待の疑いのリスクが高いと判断した根拠のうち、特に注意すべき外傷や虐待を疑う親の言動の疑わしい説明、健診時や訪問時の言動については3群間で有意差はなく、保健師が有する共通の視点であることが判明した。しかし、虐待による子どもの症状の一般的健康状態

については、市町村保健センターの保健師は清潔保持の不足、政令市・中核市保健所の保健師は予防接種の未接種により着目する傾向があった。これは今回の調査で初めて明らかとなったが、今回の調査ではその要因までは特定できていない。

4. 保健師の属性と子ども虐待リスクアセスメントスケールの使用の関連

今回の調査では、政令市・中核市保健所の保健師は他2群の保健師よりもリスクアセスメントスケールを活用している傾向にあった。政令市・中核市保健所群は、21年以上の保健師経験年数を有する保健師の割合が最も少なく、また虐待担当事例数が最も多いという特徴がある。今回の調査では、21年以上の保健師経験年数を有する保健師はリスクアセスメントスケールを活用しておらず、担当事例数の多い保健師の方が活用している傾向が明らかとなっており、政令市・中核市保健所の保健師がリスクアセスメントスケールを活用する傾向を裏付けている。

虐待リスクアセスメントスケールを使用していないと回答した者の理由として、「個別でケースを捉えることが必要だから」が最も多かった。アセスメントスケールを使用しなくとも、子どもの虐待予防や早期介入に活かせる技量を有していることが推察される⁷⁾が、その技量の構造や獲得のプロセスについては改めて検証する必要がある。

5. 子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキル

子ども虐待リスクアセスメントに必要な保健師の知識やスキルについての自由回答から、保健師が支援を行うためには虐待への知識、アセスメント能力、対応の技術の獲得など実際的なスキルの獲得とともに福祉や教育などの地域の多くの機関や職種との協働によって支援を行うスキルが求められていた。

6. 本研究の限界と今後の展望

本稿は、平成16年に実施した調査データの分析結果であり、データ収集からの時間的経過の長さは否めず、本研究の限界と言える。また、今回は、都道府県および政令市・中核市保健所ならびに市町村保健センターという地域保健における保健師のみを対象に子ども虐待の初期リスクアセスメントに関わる実態について調査を実施したが、複雑な家族背景や要因から派生する虐待の予防や、早期介入、支援のためには保健のみならず、福祉や教育など幅広い機関や職種で協働によって子育て支援を展開することが不可欠であることはいうまでもない。そのためには、これらの支援チームでのケース把握や経過などの情報や問題の共有、支援による効果の確認のためにも互いの共通理解の媒体ともなる客観的なリスクアセスメントツールは不可欠である⁹⁻¹⁴⁾。今後は虐待予防に関わる保健師のみならず関連職種も活用可能なリスクアセスメントツールの開発に取り組む予定である。

V. 結語

子ども虐待予防や支援に関わる第一線機関で活動する保健師の初期リスクアセスメントの実態が明らかになった。保健師の属性とリスクアセスメントスケールの活用との関連が明らかとなり、子ども虐待初期リスクアセスメントスケールの必要性が示唆された。子ども虐待リスクアセスマ

ントに必要な保健師の知識やスキルについての自由記述回答の分析から「虐待を見極めるための幅広い知識」や「対応の技術」に関するものや、「初期介入のための的確な判断」、保健師の「虐待を疑う“あれ?”という感性」「関係機関や職種との連携・協働」という保健師自身の技術や能力が抽出され、今後は、アセスメントツールと併用したスキルの獲得や向上についても検討していく必要性が示された。

謝 辞

本調査にあたり、業務でご多忙のなか調査にご協力をいただきました保健師の皆様方に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成15-16年度厚生労働科学研究「保健師による母子保健活動における児童虐待リスクアセスメントツールの開発（研究代表者：松田宣子）」の一部である。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：児童虐待相談の対応件数及び虐待による死亡事例件数の推移。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000099957.pdf> (平成27年10月13日閲覧)
- 2) 高橋重宏, 庄司順一：子ども虐待, 中央法規, 2002
- 3) イギリス保健省・内務省・教育雇用省著, 松本伊知朗訳：子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー, 医学書院, 2002
- 4) 松井一郎他：虐待予防地域システムの構築と母子保健活動とくに強化したい機能を中心に, 生活教育, 2001
- 5) 高野陽, 柳川洋編：母子保健マニュアル第4版, 南山堂, 2001
- 6) 社団法人日本看護協会. 平成22年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 7頁, 2011
- 7) 松野郷有実子, 石川美帆, 水井真知子：旭川市保健所における保健師による乳幼児虐待に対する援助活動. 小児保健研究, 62巻1号, 104-108, 2003
- 8) 中板育美. 特定妊婦に関する知識と育児支援, 小児看護, 38巻5号, 545-549頁, 2015
- 9) 佐藤拓代：平成13年度厚生科学研究補助金子ども家庭総合研究事業, 地域保健における子ども虐待の予防・早期発見・援助に係る研究報告書, 子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル～子どもに関わるすべての活動を虐待予防の視点に～, 2002
- 10) 有本 梓, 田高悦子：児童虐待に対する保健師による活動内容と課題に関する文献検討, 日本地域看護学会誌17(2): 45-54頁, 2014
- 11) 上野昌江, 山田和子, 山本裕美子：児童虐待における保健師の家庭訪問により支援内容の分析 母親との信頼関係構築に焦点をあてて, 『子どもの虐待とネグレクト』8巻2号280-289頁, 2006
- 12) 小林美智子, 松本伊智郎：子ども虐待 介入と支援のはざままで, 明石書店, 2007
- 13) 澤田 敬, 菊池義洋, 岡本啓一, 岡田節子, 川島美保, 安部多恵, 助村 妙：周産期からの育児混乱・虐待予防・病院, 保健師の母親介入と地域での連帯, 子どもの虐待とネグレクト9巻1号, 102-110, 2007
- 14) 守村里美, 白井栄子, 岩本 泉：ハイリスク母子への家庭訪問における保健師の支援の傾向と課題 家族生活力量モデルを用いた初回訪問と継続訪問の分析から, 保健師ジャーナル, 64巻7号, 642-647頁, 2008