

研 究

在宅重症心身障害児の被虐待様場面に対して訪問看護師が
情報提供ケースとして判断する実態と関連要因西 留美子¹⁾, 田口 (袴田) 理恵²⁾

〔論文要旨〕

目 的：在宅重症心身障害児（以下、在宅重症児）の被虐待様場面に対する訪問看護師の気づきと情報提供ケースとしての判断（以下、判断）の実態を把握し、被虐待対応経験との関連を明らかにする。

方 法：全国の小児訪問実績がある訪問看護ステーションで在宅重症児の訪問経験がある244人の訪問看護師を対象に自記式質問紙調査を行った。

結 果：本研究で提示した在宅重症児の36の被虐待様場面の中で訪問看護師が気づかなかった場面は1場面も存在しなかった。被虐待様場面に気づいた訪問看護師は110人（45.1%）で、そのうち被虐待として判断したのは79人（71.8%）であった。気づいた割合が最も高いものは「清潔の保持がなされていない」で、被虐待として判断した割合が最も高いものは「楽しみを与えられない」、次いで「障害や発達に合わせたコミュニケーション手段を見つけてもらえない」であった。被虐待様場面の判断に対する関連要因は、訪問看護師の被虐待対応経験であった。

考 察：児の成長発達に関わる楽しみやコミュニケーションを阻まれていることが被虐待判断の視点として示されたことは、家庭に入り込み親子の関わりを直視できる訪問看護師ならではの特徴であった。

結 論：①訪問看護師が気づいた全ての被虐待様場面のうち、気づいた割合が高いものは養育の怠慢の被虐待様場面で、被虐待として判断した割合が高いものは情緒の欲求に応じてもらえない被虐待様場面であった。②被虐待様場面の判断と有意な関連は、被虐待対応経験であった。

Key words：在宅重症心身障害児，被虐待，判断，訪問看護師

I. はじめに

本邦における20歳未満の超重症心身障害児の発生数は、2008年の8府県における杉本ら¹⁾の報告によると1,000人対0.19~0.45で、また2018年の13都道府県における口分田ら²⁾の高度医療的ケア児に関する報告では、その発生数を0.77と推計しており、いずれもそのうち約7割は、在宅での療養とされている。さらに、医療的ケアを必要とする在宅重症児が増加しており^{1,3,4)}、人工呼吸器、吸引などを必要とする児は、入院している重症児よりも在宅重症児の数が多く、高

度な医療的ケアが在宅で行われていることが示されている。またその高度な医療的ケアの9割以上が家族に委ねられている¹⁾ことから、その養育の負担によって加害の意図の有無とは無関係に「不適切な養育」が行われる可能性が潜在している^{5,6)}と考えられる。障害児の母親の養育負担に関しては国内外で報告されており^{4,7)}、障害児の被虐待状況は、2002年の本邦における調査では、障害のない児の4~10倍⁸⁾、2000年の米国における調査⁹⁾では3.4倍になることが報告されている。在宅重症児は、障害児の中でもとりわけ意思疎通が困難であり、寝たきりの状況が多いというその脆弱

Actual Conditions and Related Factors in Which Visiting Nurses Identify of Information Provision Case
Might be Abused Scenes of At-home Children with Severe Motor and Intellectual Disabilities
Rubiko NISHI, Rie HAKAMADA-TAGUCHI

〔3129〕

受付 19. 4. 4

採用 19.10. 7

1) 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科（研究職）

2) 共立女子大学大学院看護学研究科地域看護学分野（研究職）

性も虐待を生じやすい要素と考えられる。また、在宅における医療的ケアや介護による家族介護者への大きな負担および周囲の理解と支援体制の不十分さ¹⁰⁾は、被介護者への虐待を引き起こす可能性を有することから在宅重症児に対する虐待は重大な課題であると考えられる。

在宅重症児にとって、地域とのつながりの要となり得る児童発達支援事業では、医療的ケアを実施している施設が全体の32.0%に留まっている¹¹⁾ことから在宅重症児を受け入れる体制の整備が十分とは言い難い。在宅重症児は、容易に外出することができず、通所などのサービスの利用にも困難を伴うことから、閉鎖された家庭内で他者の目に触れる機会も少なく、被虐待が気づかれにくいという問題を抱えている。殊に高度な医療的ケアを必要とし、稀少な疾患を併せもつ脆弱な重症児に対する虐待は、経過とともに事態を急激に悪化させる可能性があり、事実気づきその状況を判断していくことが重要となる。それゆえ、家庭に入り込み、一定の時間と空間をともにする訪問看護師の役割は大きく、虐待対策の要となる可能性を有する。在宅重症児の被虐待の実態報告は散見されるのみ^{5, 6, 12~14)}で、重症児に関する虐待の調査研究においては、施設内の児や看護師を対象としており、訪問看護師における被虐待児の把握については、実態調査も行われていないのが現状である。外来看護師は、被虐待の判断を個人の経験に基づいてアセスメントを行っており、いわゆるグレーゾーンに気づいていながら、その実態が被虐待であると判断することに困難を感じていた¹⁵⁾。また、肢体不自由児施設や小児病棟、外来においては、被虐待対応経験のある看護師は、そうでない看護師に比べ虐待の判断をしていた^{16, 17)}。施設等の被虐待対応^{18, 19)}と同様に在宅重症児の被虐待をチームで判断するためには、実際に生活の中でケアを提供している訪問看護師の気づきと判断が重要であると思われる。これらには被虐待対応経験が関連している可能性を有している。

これらのことから本研究の目的は、在宅重症児の被虐待様場面に対する訪問看護師の気づきと判断の実態を把握し、訪問看護師の被虐待対応経験との関連を明らかにすることである。これらを明らかにすることは、訪問看護師の被虐待に対する感受性を高める研修などの推進となるを考える。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

在宅重症児：障害児は、児童福祉法等の法令において18歳未満とされているが、本研究では、調査対象の選定において介護サービス情報システム等を用いたため年齢区分が20歳未満であることから、20歳未満で、在宅で訪問看護を要する重症心身障害児（大島分類の1～4までの児、またはそれに準ずる状態を含めた児）とした。

在宅重症児の被虐待：児童虐待防止法に定義されている身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待に加えて経済的虐待を受けている状態とした。

在宅重症児の被虐待様場面：先行研究^{5, 6, 12~14)}において訪問看護師が介入した在宅重症児の被虐待の実態と子ども虐待に関する研究調査^{16, 20~22)}の項目を参考に、在宅で医療的ケアと療育を必要とする在宅重症児の脆弱性を考慮しながら在宅重症児の被虐待様場面を抽出した。さらに被虐待は、親の意図で判断するものではなく子どもにとって有害かどうかで判断する²³⁾視点が重要であることから、被虐待様場面は「・・・する」ではなく「・・・される」などで示した。次いで、在宅重症児への訪問経験が10年以上の訪問看護師3名と小児虐待に関する実践的な研究実績を有する学識経験者2名で被虐待様場面の妥当性を検討し、在宅重症児の被虐待として36場面を抽出した。

被虐待様場面の気づき：必ずしも理解を伴わず、見る、聞くなどしてふと思いがそこに至り、状況の存在を把握することとした。

被虐待様場面の判断：気づいた被虐待様場面について、被虐待の情報提供ケースとしてチームへ報告するために被虐待として特定（疑う、強く疑う、確信する）することとした。

2. 調査方法

インターネットで公開されている一般社団法人全国訪問看護事業協会正会員リスト²⁴⁾で住所が明らかにされている訪問看護ステーション4,172件（2013年5月29日現在）を対象とし、厚生労働省の「介護サービス情報公開システム」²⁵⁾を用いて、対象訪問看護ステーションの介護サービス情報公開システム調査回答前月の訪問実績の有無を調べた（2014年10月8日現在）。そのうち20歳未満の利用者への訪問実績が

ある1,188件の訪問看護ステーションの所長宛に無記名自記式アンケートを郵送し、在宅重症児への訪問経験がある訪問看護師1名を推薦してもらい、配布を依頼した。アンケート調査の回答は、対象者から直接郵送法によって回収した。訪問看護ステーション内で、対象となる訪問看護師が複数名存在した場合には、在宅重症児への訪問経験が豊富な訪問看護師を推薦するように依頼した。

3. 調査期間

2014年5～12月の間に実施した。

4. 調査内容

i. 研究協力者の概要

訪問看護師の基本属性は、年齢、性別、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、小児病棟等の看護師経験の有無、資格、職位、雇用形態、在宅重症児への訪問経験数を調査した。被虐待対応経験と意識では、過去の被虐待対応経験の有無を問うた。さらに訪問看護師が在宅重症児の訪問をする際に虐待の発生リスクを念頭に置いている程度は、「いつも置いている」、「大体置いている」、「あまり置いていない」、「置いていない」の4段階で問うた。在宅重症児の被虐待防止における訪問看護師の役割への考えを「役割だ」、「無関係ではない」、「役割ではない」の3段階で問うた。

研究協力者が所属する訪問看護ステーションの被虐待対応体制では、「マニュアルが十分に整備されている」などの5項目を「そうではない」、「あまりそうではない」、「ややそうである」、「そうである」の4段階で問うた。

ii. 訪問看護師による在宅重症児の被虐待様場面の気づきと判断

在宅重症児の被虐待様場面に訪問看護師が気づいた経験の有無を問い、気づいた場合は、それを被虐待として「疑わなかった」、「少し疑った」、「強く疑った」、「確信した」を問うた。在宅重症児の被虐待様場面は、「たたかかれている」、「楽しむことを与えられていない」などの36場面である。

5. 分析方法

研究協力者の概要は、基本属性、被虐待対応経験と意識、訪問看護ステーションの被虐待対応体制の各項目を単純集計した。看護師経験、訪問看護師経験、在

宅重症児への訪問経験は、それぞれの年数および件数を中央値で2群に分けて集計した。訪問看護師による被虐待様場面の気づきと判断は、36の被虐待様場面のそれぞれについて気づきと判断の有無を単純集計した。被虐待の判断の有無は、気づいた各被虐待様場面についてそれを被虐待として「疑わなかった」を「なし」とし、「少し疑う、強く疑った、確信した」を「あり」とした。被虐待様場面の判断の関連要因の検討においては、被虐待様場面の判断「あり」は、被虐待様場面を1場面以上被虐待として判断した場合とし、関連要因を訪問看護師の基本属性、被虐待対応経験と意識、訪問看護ステーションの被虐待対応体制として、単相関を求めた。相関係数の分析には、Spearman法を用いた。

加えて、有意な関連がみられた関連要因を独立変数とし、被虐待様場面の判断の有無を従属変数として強制投入法にてロジスティック回帰分析を行い、被虐待様場面の判断と関連要因の関連を検討した。統計解析には、SPSS統計のソフト statistics25を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

6. 倫理的配慮

調査対象の訪問看護ステーションの所長へは、研究の趣旨、研究方法、プライバシーの保護、研究目的以外にはデータを使用しないこと、調査を拒否しても不利益が生じないことを明記した文書を送付した。推薦された訪問看護師には、本人の自由意思により参加と辞退を決定し、同意はアンケートの返送にて得る旨を文書で示した。また、回答後のアンケートには、個人名や施設名は記入せず、同封の返信用封筒を用いて直接研究者への返送を依頼した。データの取り扱いと個人情報保護に関しては、細心の注意を払った。

なお、本研究は共立女子大学研究倫理審査会の承認を得て実施した（承認番号：14060）。

III. 研究結果

アンケートを送付した訪問看護ステーション1,188件のうち323件から回答が得られ、回収率は27.2%であった。このうち看護師以外の回答と在宅重症児への訪問経験なしの回答16人を除き、基本的属性の未記入13人、被虐待様場面の未回答50人を除外し、244人（有効回答率20.5%）を分析対象とした。

表1 研究協力者の概要 (N=244)

		全体 n (%)
研究協力者の基本属性		
性別	女性	236 (96.7)
	男性	8 (3.3)
年齢	50歳未満	139 (57.0)
	50歳以上	105 (43.0)
看護師経験	25年未満	118 (48.5)
	25年以上	126 (51.6)
訪問看護師経験	10年未満	108 (44.3)
	10年以上	136 (55.7)
小児看護(病院・施設)の経験	なし	188 (77.0)
	あり	56 (23.0)
在宅重症児への訪問経験	5人未満	110 (45.1)
	5人以上	134 (54.9)
保健師資格	なし	231 (94.7)
	あり	13 (5.3)
助産師資格	なし	239 (98.0)
	あり	5 (2.0)
介護支援専門員資格	なし	135 (55.3)
	あり	109 (44.7)
職位	管理者	172 (70.5)
	管理者以外	72 (29.5)
雇用形態	常勤	223 (91.4)
	非常勤	21 (8.6)
被虐待対応経験と意識		
被虐待対応経験	なし	190 (77.9)
	あり	54 (22.1)
念頭に被虐待リスクを置く	置いていない ¹	90 (36.9)
	置いている	154 (63.1)
在宅重症児への虐待防止は訪問看護師の役割である	役割ではない ²	149 (61.1)
	役割である	95 (38.9)
所属訪問看護ステーションの被虐待対応体制		
マニュアルの整備	整っていない ³	214 (87.7)
	整っている	30 (12.3)
報告方法	整っていない ³	156 (63.9)
	整っている	88 (36.1)
検討会の開催	整っていない ³	189 (77.5)
	整っている	55 (22.5)
研修会の参加の機会	整っていない ³	189 (77.5)
	整っている	55 (22.5)
他機関との連携体制	整っていない ³	153 (62.7)
	整っている	91 (37.3)

¹: 置いていない～あまり置いていない / 大体置いている～いつも置いている

²: 役割ではない～無関係ではない / 役割である

³: 整っていない～あまり整っていない / やや整っている～整っている

1. 研究協力者の概要 (表1)

研究協力者は、女性が236人(96.7%)、男性が8人(3.3%)で、年齢は、50歳以上が105人(43.0%)、看護師経験年数では25年以上が126人(51.6%)であった。訪問看護師経験年数では、10年以上が136人(55.7%)で、小児看護(病院・施設)経験は、経験ありが56人(23.0%)であった。在宅重症児への訪問経験は、5人以上が134人(54.9%)、5人未満が110人(45.1%)であった。職位は、管理者が172人(70.5%)であった。被虐待対応経験と意識では、過去に被虐待対応経験のある訪問看護師が54人(22.1%)であった。訪問の際に被虐待リスクを念頭に「大体置いている」または「いつも置いている」(以下、置いている)が154人(63.1%)、在宅重症児に対する虐待防止は訪問看護師の役割である(以下、役割である)は95人(38.9%)であった。訪問看護ステーションの被虐待対応体制では、マニュアルの整備が「やや整っている」または「整っている」(以下、整っている)は30人(12.3%)、「整っていない」または「あまり整っていない」(以下、整っていない)は214人(87.7%)であった。報告方法が整っているのは88人(36.1%)で、検討会では、その開催が整っているのは55人(22.5%)であった。研修会参加の機会においては、参加機会が整っているのは55人(22.5%)で、他機関との連携体制が整っているのは91人(37.3%)であった。

2. 被虐待様場面に対する訪問看護師の気づきと判断の実態 (表2)

本研究で提示した在宅重症児の被虐待様場面全ての中で訪問看護師が気づかなかった場面は存在しなかった。被虐待様場面に気づいた訪問看護師は110人(45.1%)で、被虐待様場面に気づかなかった訪問看護師は134人(54.9%)であった。気づいた被虐待様場面を1場面以上被虐待として判断した訪問看護師は79人(71.8%)で、1場面も被虐待として判断しなかった訪問看護師は31人(28.2%)であった。

在宅重症児の被虐待様場面で訪問看護師が気づいた割合が最も高いものは、「清潔の保持がなされていない」が64人(26.2%)で、次いで「オムツ、洋服の着替えが行われていない」が59人(24.2%)、「児の福祉手当等を生活費に充てられてしまう」が50人(20.5%)、「楽しむことを与えられていない」が49人(20.1%)であった。また、訪問看護師が気づいた被虐待様場面

表2 訪問看護師による被虐待様場面の気づきと判断の実態

(N=244)

在宅重症児の被虐待様場面	被虐待様場面の気づき		被虐待様場面の判断	
	なし n (%)	あり n (%)	なし* ¹ n (%)	あり* ² n (%)
たたかされている	201 (82.4)	43 (17.6)	22 (51.2)	21 (48.8)
体を縛られている (胴体拘束・抑制帯を含む)	216 (88.5)	28 (11.5)	26 (92.9)	2 (7.1)
身体に内出血, 傷などがある	202 (82.8)	42 (17.2)	24 (57.1)	18 (42.9)
骨折している (自然骨折以外)	214 (87.7)	30 (12.3)	24 (80.0)	6 (20.0)
火傷の跡がある	220 (90.2)	24 (9.8)	24 (100.0)	0 (0.0)
乱暴に体を動かされている	204 (83.6)	40 (16.4)	19 (47.5)	21 (52.5)
意図的に病気を悪くされている (呼吸器をはずすなど)	212 (86.9)	32 (13.1)	22 (68.8)	10 (31.2)
いつもより活気がなくぐったりしている	201 (82.4)	43 (17.6)	25 (58.1)	18 (41.9)
表情や訴えを捉えてもらえない	197 (80.7)	47 (19.3)	21 (44.7)	26 (55.3)
障害や発達に合わせたコミュニケーション手段を見つけてもらえない	198 (81.1)	46 (18.9)	19 (41.3)	27 (58.7)
楽しむことを与えられていない (音楽・おもちゃなど)	195 (79.9)	49 (20.1)	18 (36.7)	31 (63.3)
ほかのきょうだいと差別されている	198 (81.1)	46 (18.9)	22 (47.8)	24 (52.2)
痙攣や不随運動などをその都度注意されている	212 (86.9)	32 (13.1)	28 (87.5)	4 (12.5)
機能訓練を必要以上にさせられている	211 (86.5)	33 (13.5)	29 (87.9)	4 (12.1)
心を傷つけられることを繰り返言われている	205 (84.0)	39 (16.0)	23 (59.0)	16 (41.0)
大声で叱られている	202 (82.8)	42 (17.2)	25 (59.5)	17 (40.5)
頭をなでられない (または頻度が少なくなった)	205 (84.0)	39 (16.0)	24 (61.5)	15 (38.5)
家族から離れて一人の部屋で寝かされている	200 (82.0)	44 (18.0)	22 (50.0)	22 (50.0)
泣いても放置されている	198 (81.1)	46 (18.9)	22 (47.8)	24 (52.2)
車の中に放置されている	216 (88.5)	28 (11.5)	24 (85.7)	4 (14.3)
食事 (経管栄養含) が与えられない (または回数や量が減ってきた)	197 (80.7)	47 (19.3)	24 (51.1)	23 (48.9)
オムツ, 洋服の着替えが行われていない (または回数が減った)	185 (75.8)	59 (24.2)	27 (45.8)	32 (54.2)
清潔の保持がなされていない (またはされにくくなった)	180 (73.8)	64 (26.2)	28 (43.8)	36 (56.3)
必要な機能訓練をさせてもらえない (または頻度が少なくなった)	200 (82.0)	44 (18.0)	24 (54.5)	20 (45.5)
下痢や嘔吐を放置されている	210 (86.1)	34 (13.9)	23 (67.6)	11 (32.4)
医療行為 (吸引, 内服など) が提供されない (またはされなくなってきた)	199 (81.6)	45 (18.4)	22 (48.9)	23 (51.1)
医療行為に必要な物品が管理されていない (紛失など)	207 (84.8)	37 (15.2)	23 (62.2)	14 (37.8)
療育者に病気や障害に関心を持たれていない (関心が薄れてきた)	197 (80.7)	47 (19.3)	20 (42.6)	27 (57.4)
身体がやせてきている	201 (82.4)	43 (17.6)	23 (53.5)	20 (46.5)
状態の急変時に療育者に医療機関に連絡してもらえない	204 (83.6)	40 (16.4)	29 (72.5)	11 (27.5)
医療機関からの連絡を療育者に受けてもらえない	207 (84.8)	37 (15.2)	22 (59.5)	15 (40.5)
必要な入所や入院を療育者に拒まれる	201 (82.4)	43 (17.6)	26 (60.5)	17 (39.5)
状況を多職種に報告することを療育者に拒まれる	203 (83.2)	41 (16.8)	22 (53.7)	19 (46.3)
極端に不潔な環境の中で生活をさせられている	198 (81.1)	46 (18.9)	22 (47.8)	24 (52.2)
児の福祉手当等を生活費に充てられてしまう	194 (79.5)	50 (20.5)	20 (40.0)	30 (60.0)
必要以上に性器を触られている	219 (89.8)	25 (10.2)	25 (100.0)	0 (0.0)
上記のうち, 1場面でも気づきもしくは判断	134 (54.9)	110 (45.1)	31 (28.2) * ³	79 (71.8) * ⁴

質問『あなたがこれまでに被虐待様場面について, 把握したことが“ある”か“ない”かお答えください。“ある”場合には, それを被虐待として疑ったかどうか4つの選択 (疑わなかった・少し疑う・強く疑った・確信した) のいずれかに○をつけてください。』

*¹: 疑わなかった, *²: 少し疑う, 強く疑った, 確信した

*³: 気づいた被虐待様場面を1場面も被虐待として判断なし, *⁴: 気づいた被虐待様場面を1場面上被虐待として判断あり

表3 被虐待様場面の判断と関連要因の相関関係

(N=244)

	被虐待様 場面の判断	小児看護の 経験	在宅重症児 への訪問経験	被虐待 対応経験	念頭に被虐待 リスクを置く	検討会の 開催	他機関との 連携体制
被虐待様場面の判断 ^{*1}	-	.143*	.310**	.686**	.184**	.151*	.191**
小児看護（病院・施設） の経験 ^{*1}		-	.162*	.179**	.155*	.219**	.164*
在宅重症児への 訪問経験 ^{*2}			-	.423**	.127*	.154*	.171**
被虐待対応経験 ^{*1}				-	.142*	.232**	.263**
被虐待リスクを念頭に 置く ^{*3}					-	.209**	.273**
検討会の開催 ^{*4}						-	.395**
他機関との連携体制 ^{*4}							-

Spearman の ρ , * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

*¹:「なし」0,「あり」1, *²:「5人未満」0,「5人以上」1, *³:「置いていない」0,「置いている」1, *⁴:「整っていない」0,「整っている」1

表4 被虐待様場面の判断と関連要因のロジスティック回帰分析（強制投入法）

(N=244)

	偏回帰係数	有意確率	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
				下限	上限
小児看護（病院・施設）経験	.117	.800	1.124	.453	2.787
在宅重症児への訪問経験	.131	.745	1.140	.517	2.512
被虐待対応経験	4.202	.000	66.825	20.235	220.692
被虐待リスクを念頭に置く	.793	.068	2.210	.943	5.176
検討会の開催	-.274	.601	.760	.272	2.126
他機関との連携体制	-.036	.935	.965	.412	2.258
定数	-2.261	.000	.104		

モデル χ^2 検定 $p < .001$

判別の中率 86.5%

Hosmer & Lemeshow の検定 .573

被虐待として判断した割合が最も高いものは、「楽しむことを与えられていない」が31人（63.3%）で、次いで「児の福祉手当等を生活費に充てられてしまう」が30人（60.0%）、「障害や発達に合わせたコミュニケーション手段を見つけてもらえない」が27人（58.7%）、「療育者に病気や障害に関心を持たれていない」が27人（57.4%）であった。一方、訪問看護師が気づいた被虐待様場面を被虐待として判断しなかった割合が高いものは、「火傷の痕がある」24人（100.0%）、「必要以上に性器を触られている」25人（100.0%）、「体を縛られている」26人（92.9%）などであった。

3. 被虐待様場面の判断と関連要因の関係（表3, 4）

訪問看護師の被虐待様場面の判断の有無と有意な相関関係を示した関連要因を表3に示した。有意な相関

関係を示した関連要因は、小児看護（病院・施設）の経験あり（ $\rho = .143$ ）、在宅重症児への訪問経験5人以上（ $\rho = .310$ ）、被虐待対応経験あり（ $\rho = .686$ ）、被虐待リスクを念頭に置く（ $\rho = .184$ ）、検討会の開催が整っている（ $\rho = .151$ ）、他機関との連携体制が整っている（ $\rho = .191$ ）であった。また、関連要因間に強い相関関係を有するものは存在しなかった。これらの6変数を独立変数とし、訪問看護師の被虐待様場面の判断を従属変数とした2項ロジスティック分析の結果、過去の被虐待対応経験（オッズ比66.825, 95%信頼区間20.235~220.692, $p < .001$ ）が在宅重症児の被虐待様場面の判断に独立して有意に関連することが示された（表4）。

IV. 考 察

本研究では、在宅重症児の被虐待様場面に対する訪問看護師の気づきと判断の実態を把握し、訪問看護師の被虐待対応経験との関連を明らかにした。

1. 訪問看護師の被虐待様場面の気づきと判断の実態

訪問看護師が判断した割合の高い被虐待様場面は、「障害や発達に合わせたコミュニケーション手段を見つけてもらえない」、「楽しむことを与えられていない」など情緒的な欲求に応えてもらえないネグレクトであった。一方で、判断した割合が低い被虐待様場面は、「火傷の痕がある」、「体を縛られている」など身体的な衝撃を推測されるものや、「必要以上に性器を触られている」など性的な被虐待様場面であった。身体的虐待と比べて、ネグレクトは、他者から不当な扱いの痕跡が見えにくいことから判断することが困難であるといわれている。しかしながら、訪問看護師は、情緒的な欲求に応えてもらえない被虐待様場面をほかの被虐待様場面よりも高い割合で被虐待であると判断していた。すなわち訪問看護師は、情緒的な欲求に応えていない母親等の関わりを被虐待判断の視点として持ち合わせていると考える。一方で、清潔の保持がなされていないなどの養育の怠慢においては、気づきの割合は高いものの被虐待と判断する割合は約5割であった。清潔の保持がされていないことやおむつの交換がされていないことはネグレクトの中でも顕在化しやすい場面である。しかしながら医療的ケアの多い在宅重症児の母親等の多忙さや疲労など介護者の状況とのすり合わせにより被虐待として判断することが困難になる可能性を有する。また、在宅重症児は、体温の調整も難しく湯たんぽ等の保温の必要性も想定され、経管栄養チューブや呼吸器などの重要な管類の装着も必要となる。在宅重症児の場合、低体温や管の抜去は生命に直結することもあるため、訪問看護師は火傷に気づきながらも母親等の懸命な行為と捉え、被虐待としての判断には至らないことも考えられた。また、性器の接触に対する判断に関しては、性器の奇形により必要となるケア、一生おむつ交換を余儀なくされるなどの影響が推測される。思春期を迎えた児の性的介助^{26,27)}等も含め、その状況を被虐待として判断する困難さが存在すると思われる。

本研究において、児の成長発達に関わる楽しみやコ

ミュニケーションが被虐待判断の視点として示されたことは、家庭に入り込み親子の関わりを直視できる訪問看護師ならではの特徴であった。在宅重症児の被虐待判断に有意に関連する被虐待対応経験を有する訪問看護師の視点は、在宅重症児に対するネグレクト対策の要となる可能性が示された。

2. 被虐待様場面の判断との関連要因

本研究協力者は、約7割が管理者で、看護師経験25年以上と訪問看護師経験10年以上がともに5割以上であった。訪問看護ステーションの調査²⁸⁾によれば、管理者の看護師経験年数は平均25年7か月、訪問看護師経験年数は平均10年8か月であったことから、本研究協力者の看護師経験は、全国の訪問看護ステーションの管理者とほぼ同様であるといえる。在宅重症児の被虐待様場面の判断に関連する要因として、「小児看護(病院・施設)の経験あり」、「在宅重症児への訪問経験5人以上」、「被虐待対応経験あり」、「被虐待リスクを念頭に置く」、「検討会を開催する」、「他機関との連携体制が整っている」が示された。先行研究では、小児病棟や小児外来の看護師のうち、児童虐待の発見を意識している者は23.8%に留まっていた²⁹⁾。対象や調査時期が異なるものの、本研究では6割以上が被虐待のリスクを念頭に置いており、被虐待様場面の判断と関連を有する傾向を示したことから、被虐待を意識することは、在宅重症児の被虐待の判断には重要な要因であった。児童虐待の発見は、看護師の知識と経験を踏まえた気づきから始まる¹⁵⁾といわれている。保健所と外来看護師の児童虐待に対する臨床能力においても過去の対応経験の影響が報告されている³⁰⁾。また、被虐待児の対応経験のある肢体不自由児の施設や小児病棟外来の看護師は、被虐待児を判断する傾向であり¹⁶⁾、本研究においても同様の結果が示された。

本邦においては、児童に対する虐待リスクの指標や児童相談所への通告マニュアルなどは存在するものの、訪問看護師が家庭内に入り、児やその家族に直接関わる中で気づいた被虐待様場面を被虐待として判断する指標は見当たらない。本研究においても訪問看護ステーションの被虐待対応体制は、マニュアルの整備、報告方法、検討会の開催、研修会の参加の機会、他機関との連携体制のいずれも高率に「整っていない」結果であった。病院内では子ども虐待をチームで対応するマニュアル(CPT)等^{18,19)}があるものの、訪問看護

ステーション内では、その体制整備が十分でないという調査結果から、訪問看護師は被虐待の判断において、経験的に直観的意思決定を行っていると推測される。本研究においても過去の被虐待対応経験が被虐待様場面の判断に独立して有意に関連することが示された。訪問看護師は、訪問看護師の経験年数などの時間的経過の経験ではなく、被虐待対応経験という内容的な経験が被虐待として判断することにつながることを示された。これらのことから訪問看護師における被虐待の判断には、過去の経験や価値観に依拠し主観的な解釈に傾く危険性も有している。複雑な問題が絡み合っていると推測される在宅重症児の被虐待を訪問看護師が判断するためには、訪問看護師の被虐待対応経験を踏まえながらチームにおいてそれぞれのケースに対応する検討会や他機関との連携をしつつマニュアルの整備や報告方法の充実を整えることが必要であると考えられる。

3. 在宅重症児の被虐待対応体制構築への示唆

子どもの被虐待に関する看護研究は、主に保健師などなどのリスクアセスメントによる「被虐待予測」と病棟外来看護師などのフィジカルアセスメントによる「被虐待の推測」などが見受けられる。本研究では、家庭内での被虐待の実態を訪問看護師による被虐待の気づきと判断として明らかにした。「極端に不潔な環境の中で生活をさせられている」や「児の福祉手当等を生活費に充てられてしまう」などの家庭の状況は、健診などの場面で被虐待の予測としてアセスメントされる可能性を有している。また、「身体に内出血、傷がある」、「骨折している」などの児の状態は、病棟外来などの場面で被虐待の推測としてアセスメントされる可能性を有している。しかしながら「楽しみを与えられない」、「障害に合わせたコミュニケーション手段を見つけてもらえない」、「表情や訴えを捉えてもらえない」などの母親等と児の直接的な関わりは、訪問看護師として、家庭を支援するという立場における気づきであり、被虐待アセスメントの視点といえる。先行研究では、意図的ではなく敵意に基づくものでもない親子が、まるで存在しないかのような空虚な親子関係に基づくネグレクト現象が示されている³¹⁾。自らの訴えが困難な在宅重症児にとって必要な情緒的欲求に応えてもらえないというネグレクトの判断には、児のわずかなサインと母親等との関わりをその生活の中で、鋭敏に気づく訪問看護師の感受性が存在していた。

子どもの被虐待対策においては、「予防」、「早期発見・介入」、「再発防止」などさまざまな面から取り組みが行われている。本研究における被虐待対応経験のある訪問看護師は、被虐待様場面の気づきを被虐待として判断していたことから、チームにおける情報提供ケース決定につながると考えられ「早期発見・介入」において大いに貢献できると考える。特に被虐待様場面に気づいた割合とそれを被虐待として判断した割合が高値であった「児の福祉手当等を生活費に充てられてしまう」という訪問看護師の視点は、チームとして多職種と連携することにより予防・早期発見につながることを期待される。加えて、それらの訪問看護師の所属する訪問看護ステーションは、被虐待対策に関する検討会や他機関との連携体制が整っているという特徴から「再発防止」においても今後の貢献が期待される。在宅重症児の被虐待対応体制構築のためには、母親等を支援しながらも被虐待様場面を判断した訪問看護師と過去の被虐待対応経験のある訪問看護師の被虐待を判断する視点の集約が重要である。これらは、被虐待アセスメントツール開発および被虐待に対する感受性を高める研修などの推進となり、被虐待判断向上につながると思われる。

V. 研究の課題と限界

本研究の調査票回収率は27.2%であり、研究協力者は被虐待に関心の高い集団の可能性のあることから、結果の一般化には注意を要する。調査項目の被虐待様場面は先行研究から独自に作成したため、被虐待の分類を明確にし、信頼性や妥当性を高めることが今後の課題である。加えて、本研究では訪問看護師が在宅重症児の被虐待様場面を判断するには被虐待対応経験の関連が示されたが、今後は、在宅重症児の被虐待対応体制構築を目指し、訪問看護ステーションに求められる体制についても検討していくことが必要と考えられる。

VI. 結 論

本研究では、在宅重症児の被虐待様場面に対する訪問看護師の気づきと判断の実態を把握し、被虐待様場面の判断との関連要因を明らかにした。

1. 本研究で提示した在宅重症児の被虐待様場面全ての中で、訪問看護師が気づかなかった場面は存在しなかった。訪問看護師が気づいた割合の高いものは

養育の怠慢の被虐待様場面で、被虐待として判断した割合が高いものは情緒の欲求に応えてもらえない被虐待様場面であった。

2. 在宅重症児の被虐待様場面の判断と有意な関連がみられた項目は、過去の被虐待対応経験であった。

謝 辞

本研究実施にあたり、調査にご協力いただきました皆さま、ご意見をいただきました訪問看護ステーションの皆さまに深く感謝申し上げます。また、論文執筆にあたり熱心にご指導いただきました荒木田美香子先生に厚く御礼を申し上げます。

この研究は、日本地域看護学会第18回学術集会（横浜、2015年）において一部を発表した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 杉本健郎, 河原直人, 田中英高, 他. 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点—全国8府県のアンケート調査—. 日本小児科学会雑誌 2008;112(1): 94-101.
- 2) 口分田政夫, 星野陸夫, 佐藤清二, 他. 高度医療的ケア児の実態調査. 日本小児科学会雑誌 2018; 122(9): 1519-1526.
- 3) 松葉佐 正, 小林拓也, 平山貴度, 他. 医療的ケアを必要とする重症心身障害児および主たる介護者の実態調査 第1報: 家族での医療的ケア・社会資源の利用・介護の実態. 日本小児科学会雑誌 2018; 122(9): 1527-1532.
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. “平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）” http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf (参照2019-01-16)
- 5) 山本美智代. 辛さを口にしない母親—重症心身障害児に関わる看護師が捉えた母親の状況とその援助—. 日本ヒューマンケア学会誌 2011; 4(1): 19-28.
- 6) 山本美智代. 危機的状況の早期把握—重症心身障害児の母親と関わる看護師の技術—. 小児保健研究 2011; 70(2): 230-237.
- 7) Mohammad S Nazzal, Omar M AL-Rawajfah. Lived experiences of Jordanian mothers caring for a child with disability. Disability and Rehabilitation 2018; 40(23): 2723-2733.
- 8) 細川 徹, 本間博彰. わが国における障害者虐待の実態とその特徴. 厚生科学研究所（子ども家族総合研究事業）平成13年度報告書, 2002: 382-390.
- 9) Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse and Neglect 2000; 24(10): 1257-1273.
- 10) 松葉佐 正, 小林拓也, 平山貴度, 他. 医療的ケアを必要とする重症心身障害児および主たる介護者の実態調査 第2報: 医療的ケアを必要とする在宅重症心身障害児の主たる介護者の精神的健康状態. 日本小児科学会雑誌 2018; 122(9): 1533-1537.
- 11) 公益財団法人日本知的障害者福祉協会児童発達支援部会. “平成26年度全国児童発達支援センター実態調査報告. 2016: 143-206.” <http://www.aigo.or.jp/choken/pdf/26jihatulchosa.pdf> (参照2019-01-16)
- 12) 島田珠美. 小児訪問看護の実態—困難事例への対応紹介. 訪問看護と介護 2003; 8(5): 409-413.
- 13) 山本美智代. 心のことば, 身体のことば—障害児の家族の気持ちが語られるコミュニケーション—. 日本保健科学学会誌 2012; 15(1): 5-12.
- 14) 有本 梓, 横山由美, 西垣佳織, 他. 訪問看護師が在宅重症心身障害児の母親を支援する際に重要と考えている点. 日本地域看護学会誌 2012; 14(2): 43-52.
- 15) 大畑紀恵, 渡辺芳江, 朝野春美. 外来での被虐待児の発見とその対応（特集 子どもの外来看護—病院・クリニックで活かすヒント）（外来看護の役割—事例をとおして）. 小児看護 2010; 33(10): 1405-1410.
- 16) 小原千明, 佐々木久長. 看護師が肢体不自由児に対する虐待の有無を判断する際に関連する要因. 秋田大学保健学専攻紀要 2012; 20(2): 35-48.
- 17) 石原香織, 高橋恵美子, 小村智子. 児童虐待に対する看護師の意識調査. 日本小児看護学会誌 2015; 24(3): 10-17.
- 18) 日本子ども虐待医学会. “子ども虐待対応院内組織運営マニュアル（Child Protection Team）” <https://jamscan.jp/manual.html> (参照2019-09-22)
- 19) 文部科学省. “養護教諭のための児童虐待対応の手引” http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08011621.htm (参照2019-09-22)
- 20) 三徳和子, 伊藤亜古, 森 隆也, 他. 子ども虐待に関する母親の意識調査. 国際医療科学 2002;51(1):

77-83.

- 21) 李 環媛, 安山美穂. しつけと虐待に関する研究—子どもの生活に関りを持つ人を対象にした調査に基づいて—. 宮崎大学教育文化学部附属教育実践総合センター研究紀要 2004 ; 12 : 117-130.
- 22) 高橋重宏, 庄司順一, 中谷茂一, 他. 「子どもへの不適切な関わり (マルトリートメント)」のアセスメント基準とその社会的対応に関する研究 (2) —新たなフレームワークの提示とビネット調査を中心に—. 日本総合愛育研究所紀要 1995 ; (32) : 87-105.
- 23) 小林美智子. 児童虐待とは. 国立医療学会誌「医療」2012 ; 66 (6) : 243-249.
- 24) 一般社団法人全国訪問看護事業協会. “正会員リスト” https://www.zenhokan.or.jp/business_society/member_list/index.html (参照2018-05-23)
- 25) 厚生労働省. “介護事業所・生活関連情報検索, 介護サービス情報公開システム” <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (参照2018-06-16)
- 26) 草山太郎. 障害者の性へのサポートについて考える—ホワイトハンズ理念とサービスの検討をとおして—. 追手門学院大学社会学部紀要 2011 ; (5) : 1-21.
- 27) 児嶋芳郎, 細渕富夫, 障害者の性及び性教育の国際的到達点と課題—障害者権利条約における審議過程を中心に—. 埼玉大学教育学部附属教育実践総合センター紀要 2010 ; 9 : 81-90.
- 28) 厚生労働省. “平成24年度 老人保健健康増進等事業「訪問看護の基盤強化に関する調査研究事業」報告書(2012)” <https://www.murc.jp/uploads/2013/05/koukai130809.pdf> (参照2019-03-16)
- 29) 上野加央里, 長尾光城. 看護師の児童虐待認識に関する研究—虐待発見に必要な対策—. 川崎医療福祉学会誌 2010 ; 19 (2) : 379-385.
- 30) Yi—Wen Chen, Joh—Jong Huang, Tsung—Hsueh Lu, et al. Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice* 2015 ; 21 (suppl.1) : 21-26.
- 31) 三島正英. ネグレクトの行方. 山口県立大学社会福祉学部紀要 2005 ; (11) : 71-79.

[Summary]

Objective : This study was conducted to understand the actual situation in which visiting nurses recognition

might be abuse scenes of at-home children with severe motor and intellectual disabilities (home-bound critically ill children), and to clarify the relationship with abuse-treatment experience.

Method : We conducted a self-administered questionnaire survey of 244 visiting nurses who had visited home-based severely disabled children who have worked at home-visit nursing stations that have experience in child visits throughout the country.

Results : The visiting nurses noticed all 36 might be abuse scenes of home-bound critically ill children in this study. One hundred and ten visiting nurses (45.1%) noticed the scene of might be abuse, of which 79 (71.8%) recognized it as abuse. Among the abusive scenes, the highest percentage recognized by visiting nurses was “cleanliness not achieved.” Among the abusive scenes, the highest percentages of visiting nurses who were found to have been abused were “don’t give pleasure” and “do not find communication means tailored to disability or development.” The related factor to the perception of the abusive scene was the “visiting nurse” abuse experience. The factor related to the perception of the abusive scene was “the experience of visiting nurses dealing with abuse in the past.”

Discussion : The perspective to notice the abuses of visiting nurses was that they were hampered by the pleasures and communication involved in the child’s growth and development. These were the characteristic viewpoints of visiting nurses who were able to enter the home and face the relationship between parents and children.

Conclusion : 1. All the might be abused scenes were noticed by visiting nurses. Abuse that was frequently found by visiting nurses was neglected to be protected, and abuse that was frequently recognized as abuse was a situation where mothers etc. did not respond to emotional desires. 2. The significant relationship between visiting nurses recognize abusive scenes was the past experience with visiting nurses’ abuse.

[Key words]

at-home children with severe motor and intellectual disabilities, abuse, recognition, visiting nurses