

[自治体との連携]

事例報告 松山市急患医療センターの現状の報告

小谷信行（松山赤十字病院 小児科）

松山市急患医療センターは小児救急医療充実のために以前の準夜帯の21時から24時までの3時間の小児科医による対応をあらため、平成14年4月から21時から翌朝8時までの準夜、深夜帯の対応に変更した。同時に二次救急病院として小児病床のある市内の3病院を二次当番病院として輪番制とした。

	総受診患者数	二次病院に転送患者数
平成12年度	4549名	75名
平成13年度	4748名	55名
平成14年度	9758名	211名

結果として

準夜帯のみの平成12年度、13年度と比較して平成14年度は準夜帯も患者数が増え、総受診患者数は倍増した。なによりも信頼度が増した反映として二次病院に転送される患者さんが3-4倍になり、医療ネグレクトの予防や子育て支援の心理的、医療的な面での効果を上げていると考えられる。

さらに平成15年6月に新しい松山市急患医療センターとして改築した。それを期に急患医療センターを育児支援センターと結合させ、総合的な育児支援の場とした。

1 Fは小児救急を21時～翌朝8時までおこなう。

2 Fは育児支援センターとして

1) 子育て電話相談、来所相談 8時-20時 保育士2名常駐

2) 育児支援カウンセリング 週4回 カウンセラー2名

3) 赤ちゃん健康講座10回（月1回）小児科医、看護師、薬剤師

等をおこなっている。

小児救急医療の取り組みが有効に機能している条件は次のように考えられる。

- A) 松山市当局、医師会、小児科医会、病院勤務医などが積極的に小児救急の問題に取り組む連携ができています。
- B) 二次病院をしっかりと確保できたこと。
- C) 育児支援センターと結合させることにより、スタッフや利用者に救急医療だけではなく子育て支援を含めた総合的な支援センターであることが意識づけられる。
- D) 連携により福祉、保健、医療の面で有効な細やかなサービスを受ける窓口になる。これを広く行う条件や方策は小児科医の減少、予算面など難しい問題が多いが松山市の例はよいモデルになり得ると考えられる。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における  
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

### 〔助産師の役割〕

子どもへの虐待予防、早期発見における助産師の可能性

福島 富士子（国立保健医療科学院）

#### 1. 子どもへの虐待

全国で子どもへの虐待が増加している。虐待とは、身体に対する暴力だけではなく、猥褻行為、養育を怠るネグレクト、精神的・心理的に子どもが傷つくような言動をすることなども含まれる。日本における出生数は年々減少しているにも関わらず、近年、子どもへの虐待数増加に歯止めがかかる気配は見えていない。子どもの生命・健康をあずかる医療関係者にとって、いかにして子どもへの虐待を無くしていくのか、その対応策を検討し実行に移していくことは速急に取り組んでいかなければならない大きな課題である。

厚生労働省の調査によれば、2002 年度に全国の児童相談所が受け付けた児童虐待の相談件数は、約 2 万 4 千件。その 5 年前の 1997 年には全国で約 5 千件であった。2000 年に児童虐待防止法が施行され、行政による啓発活動などによって通報や相談が増えている面はあるものの、子どもへの虐待が全国で深刻な問題として存在していることだけは確かである。

#### 2. 被害者は誰か

全国で相次ぐ子どもへの虐待のうち、虐待を加えられ、亡くなった被害者の多くは乳児や幼児である。子どもへの虐待を行なうものは親、ないし親にかわる保護者であることが多いが、虐待の多くが「家庭」という極めて外界からは見えにくい壁の中で行なわれるために、第三者による発見が難しい。とくに修学年齢前の幼児期の子どもの場合、虐待の発見は極めて難しく、ひどい虐待がすでに行なわれた子どもたちが、病院へ運び込まれ、そこでやっと虐待の事実が医療関係者によって発覚した、というはしばしばあることである。子どもたちが最大の被害者であることは間違いない。しかし、医療関係者が虐待への対応、支援を考える上で重要であるのは、被害者として認識し対応する必要のある主体は子どもたちだけではなく、その子どもを抱える親たちも含むのだという点である。虐待を行なってしまふ親たちも、決して自ら望んで子どもを虐待しているわけではなく、虐待を誘発するような環境に親たちが置かれたことによって、その虐待が行なわれていると考えられる。子どもが泣き止まない、言うことを聞かない、周囲には

信頼して相談にのってもらえる人もいない、だから子どもにどのような対応をとっていいのかわからない。核家族化と都市化の進行によって、昔居たような地域の「おばちゃん」的存在がいなくなり、子育ての仕方がわからない。そのような理由も地域の子育て能力の減退は虐待増加の一つの原因であると思われる。その意味では、親たちもまた被害者なのである。

### 3. 虐待の事後対応型から予防・早期発見型へ

では、医療関係者はどのように子どもへの虐待に対応していくべきなのか。

まず、虐待を受けている子どもをいち早く発見し、その親子に対して適切な支援の手を差し伸べることが大切である。しかし、実際には虐待を発見することは簡単ではなく、だからといって虐待が行なわれてから病院で事後対応的な態度に留まっていたら、子どもと親の健康をより積極的に促進していくことには繋がらない。子どもと親の健康をより積極的に保障していくためには、子どもへの虐待が実際に起きてしまう前に「予防する」という視点、虐待を「早期発見し再発を防ぐ」という視点から、これまでの医療サービスを早急に問い直し、新たな支援体制をつくりあげる必要がある。その支援体制づくりにおいて、助産師の活動が大いに期待される。

### 4. 助産師による親、子どもへのかかわり

助産院は、歴史的にも、妊娠期から産褥期まで継続的にケアの提供を行い、さらには子どもが生まれた後も継続的なかかわりを続けるという活動を行っている。

この活動においては、助産師は、出産前から出産後までをトータルにケアし、子どもの健康はもちろんのこと、出産後の母の健康状態（身体的健康だけではなく精神的健康をも含め）も継続的にケアの対象とし、子育てにおける相談相手として機能している。妊娠・出産は、女性と家族にとって人生の大きなイベントであり、子育てはそれまでの生活に大きな変動を促すものでもある。赤ちゃんという存在を、家族に向かえることは一二度が多い現代の家族にとって、母親や家族が子育てについて不安感を抱いたり、悩んだりする事は当然である。そんな時、女性の身により沿った、子育てに伴う生活の知恵やこころの持ちようを伝える助産師が身近にいる。母親と子ども、家族にとってとても身近な子育ての相談家というイメージが近いだろう。助産師によるこれらの継続ケアの実施は、女性とその家族の育児不安は軽減され、育児への自信へと繋がっているのである。

このように母子と積極的に、そして継続的にかかわる助産師は、子どもへの虐待を事前に防ぐ、虐待を早期に発見できうる存在として大きな意味をもつ。継続ケアを行なう助産師に子どもへの虐待との関係で期待できることは、「家庭」という、極めて第三者からは見えにくい領域へ入り込み、母と子どもの健康を、お産を共にしたという助産師と母の親密な関係の中から確認できるということである。育児への支援も妊娠期から

分娩期を通じて濃密なかかわりとケアを行うことにより深い信頼が生まれ、心から語り合える関係性が生じる。妊娠期から継続的にできるだけ一人の人、私のための助産婦さんとなるからである。女性にとって危機的な状況である出産をともに乗り切った助産師という存在はその後の育児の悩み、家族の問題も本音で語り合える友人となりえる。そこには上下関係はない。安心して癒される存在となっている。分娩介助、助産を中心においた継続ケア、子育て支援は、いかにして子どもへの虐待を事前に予防するか、虐待を早期に発見するかを考えると、重要な役割を担う存在なのである。

## 5. 助産師減少という問題

以上のように、子どもへの虐待対応として期待できる助産院の活動ではあるが、しかし、助産師数の減少化という大きな問題も抱えている。

助産師養成課程は現在、四年制看護大学を中心に設置されており、年々助産師養成所学校は閉鎖されてきている。文部科学省による設置認可数、養成課程の定員そのものは以前と比較して減ったわけではないが、実際の四年制看護大学の学生の多くは保健師養成課程へと学び、助産師養成課程へ学ぶものは少ないというのが現状である。また過去には助産師資格を取得し、助産院を開業するというキャリアコースは珍しいものではなかった。助産師資格を取得するという行動には、以前なら将来的に開業したいという動機づけが働いていたのだろう。これらの背景には助産師養成のためのカリキュラム問題がある。また助産院を開業したいと思う助産師がいてもそれを阻む嘱託制度も助産師数増加、助産院開業率増加へと向けて解決していかなければならない課題である。子どもへの虐待予防という観点からも、助産婦に関する課題は重要な検討課題であるといえるだろう。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における  
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

【病院ボランティアの役割】

子どもと家族の視点に立った病院ボランティア活動による子育て支援

山崎 嘉久・塩之谷 真弓（あいち小児保健医療総合センター）

【はじめに】

あいち小児保健医療総合センターでは「豊かな子どもと家族の療養環境」を目指し、平成 13 年 11 月のオープンと同時にボランティアを導入した。

不安の中で外来を受診する子どもと家族に対して、子どもと家族の視点に立った医療サービス提供を目指す中、病院ボランティア活動が子育て支援に果たす役割を考察した。

【内容・結果】

平成 14 年度末で 226 名のボランティアが登録をし「Bauen Platz」という自主グループを作って活動している。年齢は 18 歳から 70 代の方までと幅広いが、若い方達が比較的多く、男性も多数活躍している。オープンから平成 14 年度末までの総活動時間は約 6,800 時間であった。

その他 2 団体の登録があり、「小児の森プロジェクト」では、子どもと家族の療養・療育の森を目指し、病院に隣接している森の手入れを実施している。平成 14 年度末までに 12 回のワークショップを実施し、延べ 660 人が参加した。もう一つのグループ「ともしび」は縫い物の支援が中心で、保育室のわくわくルームで子どもが遊んだりプリパレーションに使うためのウォルドルフ人形や着せ替え用の洋服を作っていただくなど療養環境のための側面支援をしていた。している。

子育て支援の立場から病院ボランティアの活動を考察する。

1. 受診する子どもと家族の安心

外来プレイルームでは、つみきのお部屋・レールのお部屋・おまごとのお部屋などのプレイルームがあり、ボランティアが活動している。プレイルームの中では病気で苦しんでいるはずの子どもたちは実にいきいきと楽しく遊び、不安を多く抱え込まれているはずのご家族が、待合室では実にゆったりとした時を過ごしている。そんなご家族からは「初めて病院を恐る恐る訪ねたら、ボランティアさんが声を掛けて下さりとても心強く安心しました」「今までは ADHD のため病院の待合室が母子ともに恐怖の時間でした

が、プレイルームでボランティアさんと楽しくつみきで遊びながら待つことができ、安心して受診できる病院だと思いました」「プレイルームで遊ぶのを楽しみに病院に来ています」などの声が多数寄せられています。こうした活動から、実際、泣き声が少ない病院と評価され、医療や検査がしやすくなり、子ども自身の負担の減少にも貢献している。

また、ボランティアは家族には職員以上に身近な存在でもあり、家庭内の問題や育児について相談する場合も少なくない。育児疲れの相談などがあった場合、ボランティアから保健部門保健師の相談へとつなげている。・・・ピュアカウンセリングと癒しの環境作り、そして医療と患者の橋渡しなどの役割

プレイルームや受付の各所にはミニ水族館があり、金魚や熱帯魚、カメなどが飼われていて、ボランティアがメンテナンスをしている。こうした生き物を見るのを楽しみに受診している子も多く、えさやりでは各所で子どもたちの歓声が上がっている。

## 2. 療養環境としての活動

オープン以来、生花の生け込みボランティアが、外来の各所にアレルギーにも配慮したお花を毎週生けてくださっている。

また、玄関前に季節の花を植えたり、草取りをしてくださったり、季節の飾りを作ってくださったり等、子どもと家族が少しでも気持ちよく過ごせるようにとの活動を実施している。

## 3. 入院する子どもと家族の安心

入院している子どもたちのふれあいのため、学習ボランティアや英語ボランティアが子どもたちに関わっている。病院外の人達と関わることの少ない子どもたちにとって、病院外からのボランティアが外の風を運んでくれることで子どもたちにはよい刺激となり、家族からも安心の声が届いている。

## 4. 職員への意識改革・・・患者や家族の真のニーズは「安心」であることへの再認識

こうしたボランティアの存在が、病院職員に対しても子どもと家族の視点に立った医療サービスの提供の意識を高めている。医療機関として単に医療の技術のみを提供するのではなく、医療技術の提供を軸として、施設を利用した子どもと家族に安心していただき、家族が医療機関の職員に対して気軽に相談できるようになることで、地域の一機関として、子育て支援の役割を果たしてゆく可能性がある。

## 5. 病院全体としての子育て支援へ

子どもと家族への豊かな療養環境の視点で各部門が機能してゆくことで、病院全体で子どもと家族を支える姿勢が生まれている。

センターでは、院内の子育て支援機能の充実の中、院内の各部門、職員やボランティ

アを始めとした各職種が、育児に疲れた家族に気付いた場合の支援のための連絡先を、医療ソーシャルワーカーか虐待担当保健師として窓口を一本化し、場合によっては院内の虐待ネットワーク委員会のネットワークチームとしての対応へとつなげている。

#### 【考察】

「豊かな子どもと家族の療養環境」を目指して導入した病院ボランティアが、子育て支援の立場でも子どもと家族に大きな安心とやすらぎを与え、ひいては職員の意識改革も推進し、病院全体としての子育て支援を推進してゆく姿勢へとつながっていることを認めた。

当センターは平成15年11月14日、第二回癒しと安らぎの環境フォーラムで病院部門優秀賞を受賞した。センターの外観、内部のドングリとクリの冒険の壁画などのハード面の工夫とともに、職員が白衣を着ずに圧迫感を与えない工夫やボランティアを子育て支援の立場からも積極的に導入することによるソフト面での効果も大きく、ハード面、ソフト面双方の相乗効果として、よりよい子どもと家族への療養環境が生まれていると考えられる。

今後もボランティアと協同しつつ、病院全体として子育て支援に取り組んでゆき、地域の一子育て支援機関として、地域とも連携しつつ活動を推進してゆきたい。

#### 【保健師の役割】

##### Ⅱ 保健師の医療機関配置による子育て支援・虐待予防活動への効果について

山崎 嘉久・塩之谷 真弓（あいち小児保健医療総合センター）

#### 【はじめに】

当センターでは虐待ネットワーク委員会を組織し、児童精神科医、小児科医、臨床心理士、保健師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどによる虐待対応チームを設けて子ども虐待に対応している。

保健部門では保健相談を保健師・小児科医等で実施しているが、今回は子ども虐待に関する虐待相談をまとめ、医療機関に配置された保健師の役割について検討し、地域の虐待対応に地域の保健師が果たすべき役割と、医療機関に保健師を配置することによる地域の子育て支援・虐待予防活動への意義について考察した。

#### 【対象と方法】

平成14年度の1年間に実施した子ども虐待相談341件について、事例記録データを作成し、保健部門が地域の専門家、家族からの相談等に対して行った活動について分析した。

【結果】

1. 相談対象者、相談者、相談方法の分析

虐待相談の対象となったのは61事例、54家族で、相談時の年齢は3歳～学齢前児童23人(37.7%)、3歳未満児22人(36.1%)が多かった。虐待の種別ではネグレクト29人(47.5%)、身体的虐待25人(41.0%)が多く、心理的虐待4人、性的虐待2人、MSP1人であった(表1)。

虐待相談では一度の相談に複数の相談者が来所することもあり、延べ361名の相談者数を認めた。その内訳は表2の通りで、母からの相談回数が最も多く全体の1/3を占めた。市町村保健師(延85人、23.5%)、児童相談センター(延37人、10.3%)からの相談も多く認めた。相談時間は平均31.5分であった。

相談方法は電話相談が228件(66.9%)と最も多く、面接98件、地域虐待会議への出席6件、コンサルテーションの実施6件、市町村保健師と同道の家庭訪問2件、メール相談1件であった。

2. 初回虐待相談の内容

対象となった61事例の初回虐待相談の内容は、地域の専門家からの相談が39件(63.9%)と最も多く、当センター受診事例の地域専門家への紹介7件、母からの直接相談4件、センター受診者について医師からの紹介による相談4件、センター内調整2件のほか地域のケース会議での事例把握も5件あった。

地域の専門家からの初回虐待相談39事例の内訳を表3に示す。市町村保健師からの相談は24件(61.5%)で、虐待の種別はネグレクト12件、身体的虐待9件等、相談目的は虐待を疑う事例にどう対応したらよいかの事例相談14件、受診依頼9件等であった。市

表1 被虐待児の年齢・虐待の種別

	ネグレクト	身体的虐待	心理的虐待	性的虐待	MSP*	計
0～3歳未満児	16	4	1	0	1	22 (36.1%)
3歳～学齢前児童	6	14	2	1	0	23 (37.7%)
小学生	6	6	1	0	0	13 (21.3%)
中学生	0	0	0	0	0	0
高校生						3
その他	1	1	0	1	0	3 (4.9%)
計	29 (47.5%)	25 (41.0%)	4 (6.6%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	61 (100%)

\*Munchausen Syndrome by Proxy

表2 虐待相談への相談者内訳

相談者	人	%
保健所保健師他	20	5.5
児童相談センター	37	10.3
市町村保健師	85	23.5
市町・家庭児童相談員等	18	5.0
保育園等保育士	18	4.4
学校	22	6.1
医療関係者(医師)	5	1.4
施設職員	4	1.1
母	123	34.1
父	19	5.3
祖父母	4	1.1
会議メンバー	8	2.2
計	361	100

表3 地域の専門家からの初回虐待相談の内訳(39事例)

相談者	件数	虐待の種別	目的	実施内容
保健所保健師他	3件 (7.6%)	ネグレクト2 身体的1	事例相談2 会議依頼1	相談・支援3 受診へ1 会議出席へ1
児童相談センター	4件 (10.3%)	医療ネグレクト2 身体的1 性的1	受診依頼1 入院依頼・相談3	相談・支援4 受診へ1 情報提供3
市町村保健師	24件 (61.5%)	ネグレクト12 身体的9 心理的2 性的1	事例相談14 受診依頼9 受診状況確認1	相談・支援24 受診へ13 保健相談・エグゼクティブへ2 会議開催へその他3
市町・家庭児童相談員	4件 (10.3%)	ネグレクト2 身体的2	事例相談3 受診依頼1	相談・支援4 保健相談・エグゼクティブへ1 地域支援へ1
保育士	1件 (2.6%)	ネグレクト1	受診状況と 対応相談1	状況報告・相談・支援1 地域での療育体験1
学校	2件 (5.1%)	ネグレクト2	事例相談1 受診依頼1	相談・支援2 受診へ1 地域支援へ1
医療関係者(医師)	1件 (2.6%)	医療ネグレクト1	事例相談1	相談・支援1 会議開催を提案



町村保健師は母子保健の最前線におり、虐待事例の援助方法や今後の方向性に悩んで相談してくる場合が多く、地域支援体制や保健師の動きの相談に乗り、問題点や今後の方向性を整理したり、密接な連携のもとで心療科受診につなげるなどの支援を実施した。児童相談センターからの相談は4件であり、医療ネグレクト2件を始め重度の虐待事例の相談が殆どで、入院や心療科受診が可能かといった具体的な処遇についての相談が多かった。

### 3. 保健部門における虐待対応の継続

表4に282件の虐待事例の継続相談状況を示す。相談件数は地域の専門家から当センターへの相談が90件(31.9%)、家族等からの相談129件(45.7%)、センターから地域の専門家への連絡等が63件(22.3%)であった。

地域からの相談内容を分析すると、地域相談者への助言・支援が多く当センターが地域実務者への支援機関として役割を果たしつつあることが示された。また相談継続の中で地域から家族に同意を促して心療科受診につながる例もあった。

家族等からの相談は、心療科等受診時に家族の気持ちを支えたり受診の継続を促したりなどの診療の側面支援や、揺れ動く家族の気持ちに共感したり、生活上の問題を把握する等の内容であった。電話相談も多く、地域関係者とも連携しながら家族が相談したい時に対応する柔軟かつタイムリーな相談を実施した。

センターから地域への連絡等では、家族相談での状況を連絡しつつ対応を共に考えてゆく地域相談者への助言・支援が多く、会議依頼・出席、地域・療育・児相へつなげるなどを実施した。

なお、61事例中39事例(63.9%)が保健相談や心療科等の受診を継続している。また、54家族中14家族に対して40回、センターの虐待対応チームメンバーでケース会議を実施し(内15回は地域の関係者と共に)、地域でのケース会議にも10家族16回の会議に小児科医や保健師が出席し、地域支援を実施した。

#### 【考察】

当センターは、保健と医療の部門とが有機的に連携してゆく先進的な機関であること

表4 虐待事例の継続相談状況

実施	相談件数	地域 ↓ センター	家族等から 直接	センター ↓ 地域	計
地	事例の紹介・相談	0	0	0	0
域	状況報告・方針連絡	85(94.4%)	0	0	85(30.1%)
	受診の依頼	4(4.4%)	0	0	4(1.4%)
両方	会議の依頼・出席	9(10.0%)	0	13(20.6%)	22(7.8%)
セ ン タ ー	事例の紹介・報告・連絡・状況確認	0	0	42(66.7%)	42(14.9%)
	地域相談者への助言・支援	59(65.6%)	1(0.8%)	25(39.7%)	85(30.1%)
	地域・療育・児相へつなげる	7(7.8%)	4(3.1%)	12(19.0%)	23(8.6%)
	保健相談・コンサルテーションへ	3(3.3%)	0	1(1.6%)	4(1.4%)
	受診へつなげる・受診日連絡	8(8.9%)	2(1.6%)	5(7.9%)	15(5.3%)
	入院へつなげる	0	1(0.8%)	0	1(0.4%)
	院内調整	6(6.7%)	7(5.4%)	7(11.1%)	20(7.1%)
	医師の指示を連絡	1(1.1%)	10(7.8%)	2(3.2%)	13(4.6%)
	コンサルテーション実施・結果連絡	0	0	8(12.7%)	8(2.8%)
	医療情報提供	1(1.1%)	0	1(1.6%)	2(0.7%)
	役割分担	0	0	7(11.1%)	7(2.5%)
	児相通告	0	0	2(3.2%)	2(0.7%)
	面接・支援・助言	0	69(53.5%)	0	69(24.5%)
	電話・支援・助言	0	58(45.0%)	0	58(20.6%)
訪問・支援・助言	0	2(1.6%)	0	2(0.7%)	
計		183(203.3%)	154(119.4%)	125(198.4%)	462(163.8%)

から、保健部門の保健師や医療ソーシャルワーカーが院内連携しつつ、地域からの虐待ケースの相談に乗ったり、必要時には治療へつなぎ、医療では虐待の外来・入院治療を実施し、さらに保健部門としては治療が継続してゆくための支援として地域ネットワークと連携しての対応や、専門家への虐待相談、必要時のケース会議の開催などを合わせて実施した。また保健部門では虐待予防事業として、虐待予防への研究・研修などの予防活動もあわせて実施できる機能ももっている。

地域の虐待対応を考えた場合、地域の保健師のできるコーディネート機能と、医療機関に同様の仕組みやマンパワーがない場合でもできる活動展開について考察した。

### 1. 地域の保健師がコーディネーターとして果たすべき役割

子ども虐待に小児保健が果たすべき役割として予防活動が重要であることは言うまでもなく、子育て支援に始まる予防活動と虐待事例への対応とは地域を支える保健師にとっては切り離せない一連の活動である。

地域の保健機関の保健師は、地域の子育て支援事例・虐待事例への地域ネットワークの中心として活動できる立場にあり、必要時は地域ネットワークと治療機関である病院とのコーディネート機能をも充分担うことができる。継続したこのような対応をしてゆくことこそが、健やかな親子を育む社会の実現には重要な役割である。

### 2. 医療機関に保健師を配置することによる効果

虐待対応は、医療につなぎ、治療することだけが最終の目的ではない。医療は中断してしまえばもう何もう術はない。虐待対応には継続した地域ネットワークによる支えが何より必要であり、この地域ネットワークと医療機関とが連携してこそ、治療の継続も可能となる。医療機関も、地域のネットワークの一機関として機能することが求められている。

医療機関に保健師や医療ソーシャルワーカーを配置することで、地域の専門家からの子ども虐待相談窓口として機能することができ、受診の際には相談者である患児や家族を支え、受診援助等の院内コーディネートが可能となる。地域・医療・家族の三者をつなぎ、治療の継続を支援する地域ネットワークの一員としても、また、地域の専門家への技術的支援などの役割も果たすことができる。

さらに必要時は、虐待対応チームのケース検討会議を院内で実施したり、地域でのケース検討会議へも出席するなど地域ネットワークを支援することが可能となる。

### 3. 今後の全国での活動展開の可能性

全国の医療ソーシャルワーカーや保健師のいる子ども病院では、当センターと同様の機能を各県を中心として持ち、県下の各種虐待相談に乗ってゆけるものとする。

また、地方の市民病院クラスの病院でも、医療ソーシャルワーカーや保健師を雇用す

ることで、保健医療を包括した地域保健医療を行うことができ、これにより地域の子育て支援活動の向上へとつながる。医療機関側としては、地域と連携した上で質の高い医療を提供し患者家族が安心して入院生活を送ることができることから、適切な医療の提供、患者数確保の増加へとつながる。また、保健も含めた予防的対応を視野に入れた医療の提供が、無駄な受診を減らし、ひいては国民医療費の効率的な運営にも寄与してゆくことにもつながるのではないだろうか。

#### 【まとめ】

子ども虐待に関する虐待相談の分析から、当センターの保健部門が子どもと家族の生活面・社会面・福祉面を包括した地域ネットワーク機能構築へ果たす役割を確認した。地域ネットワークの継続的な支援と連携の上で、当センターの治療プログラムが機能し、ひいては虐待の連鎖の遮断へとつながってゆく。

そして、こうした連携については、地域の保健機関の保健師も同様のコーディネートが可能であり、また、医療機関に医療ソーシャルワーカーや保健師を雇用することで、保健医療を包括した地域保健医療が実現可能となることが示唆された。

医療や保健、福祉といった縦割りの壁を払った視点こそが今後の虐待対応には必要であり、医療機関が医療ソーシャルワーカーや保健師を雇用し、予防的な分野を担う保健との連携をしてゆくことが、健やかな親子を育む社会の実現には重要である。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における  
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

## 〔ソーシャルワーカーの役割〕

SWの配置による虐待予防への効果

法 由美子（北里大学病院）

### 1 病院のソーシャルワーカー（以下SW）の仕事

病院のソーシャルワーカー（以下SW）の仕事とは、患者さんや家族が抱えている心理・社会生活上の問題にたいして、患者さんや家族ができるだけ自分たちの力で解決できるように援助することである。その際SWは患者さんや家族の取り組みに働きかけると同時に、患者さんや家族が周りのあらゆる社会資源を活用できるように、社会資源の出所となる機関への働きかけも行っている。社会資源とは制度、サービス、マンパワー、システムなど問題解決のための使えるあらゆるものである。それらを調査、開拓し、患者さんや家族に情報提供し、選択してもらう。そして必要な場合にはSWが機関と連携を取りながら側面的に援助をしている。つまり患者さんや家族と社会資源双方への働きかけをすることがSWの仕事の特徴である。

・・・「SWが行う面接の目的は三つあり、一つは親の心理・社会的側面の情報収集、二つ目は親とのラポール（信頼・共感関係）形成、三つ目は親が今感じている問題の解決を社会資源の活用しながら手伝うことである。」とあるように、MSWの仕事や役割は、まさに今後の医療福祉のあり方の先取りといえる。MSWの取り組み姿勢は、医療スタッフ各々が職種に関係なく備えるべきものであり、MSWの医療機関の配置と位置づけの明確化により、その効果が期待できる。医療機関によっては、医療をバックグラウンドに持つメリットを重視して、看護師をMSWとして採用しているところも少なくない。福祉関係の知識を持つMSWと比較すると互いの長所・短所はあるだろうが、MSWの目指している患者主役のヘルスプロモーションの考え方を有していれば、職種にそれほどこだわる必要はないかもしれない。しかし、看護師として従来の医療の旧態然とした患者指導の姿勢を維持しているならば、その枠に縛られにくい看護師など医療をバックグラウンドに持たないMSWの採用をより強く望むことになるだろう。

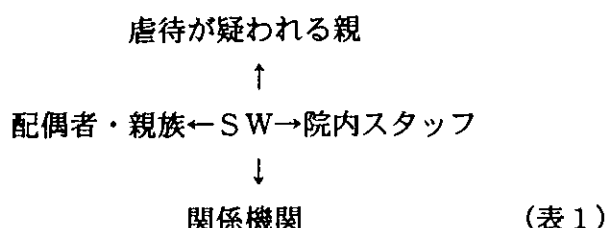
### 2 虐待対応におけるSWの役割

#### 1) コーディネート

虐待ケースに対応するためには、関係機関が連携をとりながら子どもと家族を援助す

ることは、その子どもや家族にとっても、援助をする側にとっても大切である。その連携のコーディネーターとして病院の中にSWがいればSWが適任であると考え。その理由は第1にSWは日常業務の中で児童相談所や保健所、福祉事務所などの保健・福祉に関係する機関（以下関係機関）と連携をとっているためその機関に対する知識を持っており、機関の機能や限界を把握しているからである。また関係機関からみてもSWが病院の窓口としての機能を持っている認識があるために連携が取りやすいと考える。第2には虐待の予防（再発予防も含めて）のための援助を継続するためには、親が医療機関以外の新たな関係機関の担当者と信頼関係が結べることが重要である。SWは親の心理的タイミングを計り、細かい配慮をしながら関係機関と調整することができる。ケースによっては虐待のリスクがある親ではない、配偶者や祖父母への働きかけを行う場合もある。そのような様々な人の関係性を見ながら調整することは、患者さんや家族と、社会資源の双方に働きかける仕事をしているSWが得意としている役割であると考え。第3には病院内のスタッフのコーディネートをする場合、SWは診療科や病棟の枠の外に配置されていることが多いため、利害関係無く、多職種への働きかけがケースに応じてできるため、コーディネート機能を発揮しやすいと考える。

まとめるとコーディネーターとしてのSWは親やその配偶者、親族などへの直接援助と平行して、院内の医師や看護婦に働きかけ、問題意識を高め、適切な行動を促すと同時に、関係機関と足並みを揃えて援助できるようコーディネートする役割が果たせると考える（表1）。



## 2) 親への直接援助

子どもや親に対する直接援助に関しては、必ずしもSWが担う必要はないと考える。そのケースの抱えている問題によってまた、関係の持ちやすさによって、医師、看護師、病院保健師、精神科医、臨床心理士、SWなど関わる職種は決まってくると考える。しかし虐待が起こった後の初期介入に関しては、SWのアセスメントが必要であり、場合によっては、SWが直接援助をすることが最もアプローチしやすいことが多い。その理由は虐待が起っている家族には親自身の抱えている何らかの心理・社会生活上の問題があり、その問題が未解決のまま存在し、それが虐待という形で表現されていると考えるからである。虐待を契機にその問題への気づきを促し、取り組みを促すためには、SW

の援助が適切であると思われる。そこでここでは、SWの直接援助について述べたい。

#### ①初期介入

初期介入でSWが行う面接の目的は三つある。一つは親の心理・社会的側面の情報収集である。二つ目は親とのラポール形成である。三つ目は親が今感じている問題の解決を社会資源の活用しながら手伝うことである。病院で発見するケースは親が子どもを自ら連れてきているという特徴がある。それは親が子どもを助けたいと思っているからであり、その気持ちを信じて向き合うことで、親を援助できる可能性がある。しかし親が虐待を否認している場合が多いので、SWからアウトリーチをしていく必要がある。面接ではまず親が今感じている問題を解決していくことを目的として、十分に親の話を聴く。話をきちんと聴いてもらった、という経験を持つことが、親にとって今後の援助者との関係作りにも有効である。それと平行しながら意図的に心理・社会的な側面の情報を聴いていく(表2)。その情報は虐待かどうかの判断をするための重要な材料となることに加えて、親の理解を深めることになる。またその側面に触れていくことは、親自身が抱えている未解決な問題への気づきにつながる。また親が人から「理解をしてもらえた」という実感を持つことは、親が未解決な問題に取り組むエネルギーにつながると考える。

#### ②継続援助

親が自分自身の未解決な問題に気づき、取り組むことができるように援助するというのは、相当時間がかかることである。親が虐待を受けてきた被害者、サバイバーである場合は、親が自分の親との関係をどう整理してきたかが重要な点である。SWの関わりによって親が自分を見つめ直し、「子供が自分を愛してくれない」「自分と親との関係と同じかもしれない」と言った気持ちを言語化できるようになる場合もある。しかしこれは長い道のりの第1歩である。その後も継続して援助することが望ましいが、実際には子どもの病状の回復や児童相談所への移管などの状況の変化に伴ってSWの援助が続けられなく場合が多い。親がその先にも取り組んでいこうとするモチベーションがあれば、精神科や臨床心理士によるカウンセリングを紹介する。また同じ問題を抱えた親同士のセルフヘルプグループへの参加をすすめる。精神科の領域でSWがセルフヘルプグループをサポートしている実践もある。

・MSWの最も重要かつ不可欠な仕事は、当事者や家族等の本音を聞き出すことであり、それが全てのスタートであり評価となる。患者らはそう簡単に本音を語らないし、見せ掛けの要望に振り回されることなく、本音が何かを、患者らと共に見出していくプロセスが大切である。それらを通じて信頼関係が生まれ、その中で患者らの安心を支援することが可能になる。本音を聞き出すためのテクニックは、キャラクターではなくスキルとして身につけられるような教育体制が必要であり、継続的に行えるツールも重要である。MSWの国家資格は今のところ計画はないが、各地域やMSWの会などでの研修のバックアップ体制や、OJTにおいて能力を養えるツールを開発するなど、国レベルの支援が期待される。

## 〔自治体との連携〕

### 北里大学病院と行政機関との連携

法 由美子（北里大学病院）

#### 1 関係機関によるケースカンファレンスの開催

虐待を疑われるケースを発見した場合、または虐待のリスクが大きいケースについては、医療機関と自治体、その他関係する機関との連携を促進するためには、ケースカンファレンスを開くことが有効である。その理由は、連携を取り合う機関同士が一同に会することで、それぞれの機関の役割や限界をお互いに知り合うことができるからである。直接顔を合わせることでお互いの信頼感が深まり、援助チームとして充実する。またすでにそのケースと関わりを持っていた関係機関がある場合は、それまでの関係を考慮した上で方針を立てられる。ケースカンファレンスの検討内容は来院時の病気やけがの状況、親子の様子、医学的所見、面会の様子、家族状況、社会背景などの情報交換、そこから虐待の判断、告知、介入方法などの援助方針の決定である。在宅ケースについては、定期的にカンファレンスを開くことは継続した援助のために必要である。カンファレンスを開く上で最近出てきた問題点としては、親が精神科にかかっている場合、その主治医からの情報が得にくいことである。親の精神状態に関して情報提供することは、秘密漏洩にあたるのではないかと医療機関側は考えるためである。特にネグレクトなどケースなどが問題になる。虐待防止法の6条で通告に関しては守秘義務違反にならない旨が記載されているが、援助方針を立てるための親の病状に関してはその範囲とは考えにくい。患者さんの個人情報を守る配慮が求められる医療機関にとっては、今後親に関する情報提供も法律で規定され、かつネットワークミーティングの参加者が職務として守秘義務を持っていることが徹底されないと情報交換は難しいと考える。

コメント・・・関係機関によるケースカンファレンス、Face to Face の話し合いの中で、患者主役を中心に置いた信頼関係が構築される点で極めて重要であり、そのためにも情報収集・共有化を推進する際の個人情報の保護と活用に関する規定が明確にされる必要がある。

#### 2 病院側の窓口の存在

もう一つ自治体との連携を推進するためには、医療機関側に虐待に関する窓口が存在することが望ましい。虐待の対応について知識を持った人あるいは、システムがあれば、その医療機関の機能を十分に利用できる。医療機関で虐待を発見し、通告するだけでなく、地域で虐待が疑われた場合、地域からの医療機関での診療や援助が求められるケースも増えている。そのような時虐待のケースの特殊性が理解できていないと地域の望む役割が果たせない。このように医療機関の窓口の有無によって連携の促進のされ方は変わってくる。その窓口は病院の性格や組織の大きさによるが、大学病院のような大規模

で、かつスタッフが流動的な組織では、病院内に虐待の対応システムがあることで対応が円滑になると考えられる。北里大学病院では児童虐待に対してはCAPSという専門のチームで活動し、対応のシステムをもっているで紹介したい。

北里大学病院では児童虐待を防止する目的で、平成3年からCAPS (Child Abuse Prevention System) という専門のチームを作って活動をしてきた。その活動内容は虐待が疑われるケースを院内の多職種で評価し、介入・治療・援助を行うことである。構成メンバーは小児科科長を委員長として、医師(小児科、救命救急医学科、精神神経科、脳神経外科)、看護師(小児科病棟、産科病棟、救命救急センター、小児科外来)、臨床心理士、病院保健師、ソーシャルワーカー(以下SW)で、それにケースの主治医が加わる。ケースによっては法医学の医師にも参加している。発足の契機となったのは1つの死亡ケースを経験したことであった。発足当初は有志による勉強会という形だったが、児童相談所への通告など病院としての責任ある決定をする役割を持つため、平成5年に病院の正式な委員会となった。委員会はケース検討を中心とし、関係機関との連携の窓口、院内のシステムづくり、職員への啓発などが主な活動である。コーディネーターの役割はSWが担っている。虐待を疑われるケースを発見した場合の具体的な流れは、発見した職員がSWに連絡をし、SWが委員長に連絡をし、メンバーを召集し、カンファレンスを開くという流れである。カンファレンスの際ほとんどのケースは、その後地域で中心的に関わる児童相談所や保健所など地域の関係機関にも参加してもらっている(図1)。平成3年～平成14年9月までに80事例を経験した。

CAPSの発足以前の虐待ケースは、救急センター経由のケースが多く、死亡例も多かった。発足後、数年は重症な身体的虐待のケースが主であった。しかし徐々に院内の虐待への関心が高まり、知識が増え、注意をして診ていくことでネグレクトや虐待予備軍のケースを多く発見するようになった。そして虐待が再発あるいは重症化しないように早くから援助するという予防的な関わりもできるようになりつつある。また救急センターに運ばれる溺水や転落の事故ケースでも、受傷の背景にはネグレクトがあるというケースも少なくないという現状が見えてきた。

このようにケースを積み重ねていくことで、医療機関の役割を再認識することができる。その役割を地域の一機関として果たすことが、連携を促進することにつながっていると思われる。



平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における  
予防的支援方法の開発に関する研究」

（研究協力者報告書）

### 〔医療機関と自治体の連携〕

妊娠期、周産期における児童虐待予防に関する医療機関、自治体、地域の連携に関する  
検討

福永一郎（保健計画総合研究所）

### ＜地域保健体制＞

一般に地域保健体制は、住民を中心に、行政、関係機関・専門家で構成される。地域保健行政は、指定都市、中核市等、市が保健所を設置しているほかは、都道府県並びに都道府県保健所と市町村自治体の二重構造になっている。保健所を設置している市の場合は、原則的には市自治体が地域保健行政を受け持つが、精神保健業務などでは隣接区域の都道府県保健所が一部受け持っている場合もある。

都道府県保健所は一般に地方機関の一つとして、管轄区域を持ち、単に都道府県庁と地域との連絡業務だけでなく、管轄区域の健康問題に対処する役割を担っている。母子保健行政では、市町村の支援、市町村では対処困難な課題の直接業務、広域での調整、情報機能、研修機能、調査研究機能などを担うこととされている。

市町村は一次的な業務を行う行政機関として位置づけられ、都道府県保健所は市町村業務を支援する役割と、地域の企画調整を行う役割、および市町村では難しい高度な業務を行う行政機関として位置づけられている。

一方、市が保健所を設置している場合は種々の形態があるが、保健所が市の本庁としていわゆる市の保健行政の政策機能を有している場合と、市の本庁ではなく行政組織上一つのサービス執行機関として位置づけられている場合の両方がある。

いずれにしても、都道府県保健所、市町村自治体は、単に事業を提供するだけではなく、そのいずれもおのおの管轄区域の地域保健に対する政策立案機能を果たすことが求められている。

市町村は保健行政の第一線機関として位置し、住民に対して身近なサービスを提供している。母子保健行政の大部分は市町村行政がカバーしており、虐待予防に結びつく新生児訪問、妊産婦健診、妊産婦相談などの業務は市町村業務とされている。

児童虐待に関する業務は、一般に母子保健行政体系の中で扱われているが、内容的には精神保健面の取り組みも必要となるため、精神保健行政体系の一部としても行われている場合もある。従って児童福祉行政における児童相談所のように、都道府県の精神保

健福祉センターが何らかの役割を担っている場合もあり得る。

児童虐待に関する主な役割を担っている児童福祉の体系は、地域保健とは異なる行政体系の中で動いている。

福祉行政の部署はどちらかというと有事以降の対応が主となり、保健行政は予防といわれるが、児童虐待の各層においてフレキシブルな対応が可能である。予防的側面は、現在の児童福祉行政体系では十分に対応できないため、地域保健行政体系の中で対応することが求められている。したがって、妊娠期、周産期における児童虐待予防の地域行政は、地域保健行政が担うことになる。

住民としては、地域での保健活動の担い手としては組織活動が位置づけられる。地縁と関係が深い組織としては自治会、婦人会、母子愛育会、母子保健推進員組織、民生児童委員などがあるが、これらは妊娠期、周産期の住民とはあまり接点がない。接点を持ちうるのは児童虐待に取り組むことに特化した NPO 等ボランティアな市民団体である。しかしながら、現状では市民活動は有事以降の対応が活動の主体となっている。住民組織は地域保健活動の主役として地域活動を担う存在であるので、地縁と関係が深い組織も含め、これらの住民組織活動を妊娠期、周産期の虐待予防に活用する方策は今後の課題である。近未来には、地縁と関係が深い組織は意識啓発がもっとも担う役割として考えられ、また、児童虐待に取り組むことに特化した NPO 等ボランティアな市民団体については、ハイリスク妊産婦への相談機能、介入機能等を担うことが考えられる。

関係機関として代表的なものには医療機関がある。妊娠期、周産期においては、住民（利用者）ともっとも接点を持っている機関であり、妊娠期、周産期における児童虐待予防を考える上で大きな社会資源である。

このような特性を持つ地域保健体系の中で、妊娠期、周産期における児童虐待予防のあり方を考えてみたい。

#### <妊娠期、周産期の住民と行政、関係機関との接点>

##### 1. 制度面からみた接点、介入機会

###### 1) 妊娠期

###### (1) 健康診査

公費により、妊婦健康診査制度があり、実施されている。また、診察医より指示があれば訪問指導が行われる。必要な例には精密健康診査が行われる。

###### (2) 個別指導

会場等において、妊娠期の保健医療に関する相談が行われる。多くは妊娠届け時、母親学級時等を利用してなされ、一部には事務所相談もあるものと思われる。

### (3) 訪問指導

市町村保健師により、妊婦訪問指導が行われている。妊婦健康診査の結果を受けて行われるものであるが、実際にはどのような例に行われるかは、実施主体の判断による。

### (4) 両(母)親学級

市町村、保健所により、両(母)親学級が行われる場合もある。実施するかどうか、その内容は、実施主体の判断による。

### (5) その他

「出産前小児保健指導(プレネイタルビジット)」があげられているが、一般化していない。

## 2) 産褥、新生児期

### (1) 個別指導

産婦、乳児に関する相談が行われる。産婦の多くは事務所相談によるものと思われる。新生児に特化した個別指導はない。

### (2) 産婦訪問指導

産褥期にある産婦に対して訪問し、必要な指導を行う。実施するかどうか、その内容は、実施主体の判断による。

### (3) 新生児訪問指導

実施主体は市町村である。新生児に対して訪問し、新生児の状態および養育状況を観察し、育児等について必要な情報提供、指導を行う。実施するかどうか、その内容は、実施主体の判断による。全数に訪問している場合、第1子のみ全数訪問している場合、母親より依頼がある場合に訪問している場合、電話相談例や母親ないしは産科医療機関等の訪問依頼などで情報を収集し、選択して訪問している場合等がある。実施するかどうか、どのような例に行われるかは、実施主体の判断による。

### (4) 未熟児訪問指導

実施主体は保健所である。未熟児について訪問指導を行う。2500グラム未満の低体重で出生した児は保健所に届け出られることになっている。通常的新生児に比し、やや高度に専門的知識を要するとされている。未熟児養育医療(一般に見られる未熟児のうち特に高度に医療を必要とする状態で申請されと思われる)との関連は必ずしもなく、保健所(政令市を含む)実施の場合は、低体重児の届け出や母親より依頼がある場合に

訪問している場合が多いと思われ、すなわち、必ずしも未熟児とはいえない範疇の児に対して行われている可能性があるが、実施するかどうか、どのような例に行われるかは、実施主体の判断による。市町村の場合は、新生児訪問を行った場合、訪問者が未熟児と判断したものを未熟児として計上しているのであり、はじめから未熟児にターゲットを絞って行われたものではないと予想されるが、いずれにしても実態は明らかではない。

#### (5) その他

「産後ケア事業」があげられているが一般化していない。

昨年度の本研究班の報告で、著者が述べたとおり、これらの介入機会は現時点では多くの妊産婦をカバーしているとはいえない。また、新生児訪問をのぞき、そのほとんどが医療機関委託であって、介入の端緒は実施委託医療機関からの連絡等で間接的に把握できるものである。新生児訪問は全新生児と妊婦に直接介入可能な絶好の機会であるが、事業実績としては新生児の4分の1をカバーしているにすぎず（平成12年度）、実質的な接点としては十分に機能しうるものとはいえない。

両(母)親学級は啓発機会としては利用しうるが、行政が実施しているものは妊婦数を十分カバーしているとはいえない。

#### 2) 医療機関における接点、介入機会

医療機関における接点は多くある。現在の日本ではほとんどの妊婦が産科医療機関において管理されている。また、分娩もほとんどが産科医療機関で、一部が助産所でなされ、自宅分娩等は非常に珍しい。従って、わが国においては、妊娠期、周産期における児童虐待予防については医療機関における接点を重要視すべきである。

また、助産所、在宅の助産師については、自治体からの委託により産婦訪問、新生児訪問を行っているケースがあり、この場合、利用者としての住民との接点はかなりある。

医療機関における問題点は、その多くを占める診療所においては、限られた診療時間とマンパワーでは児童虐待予防にまで十分に対応できない点である。また、たとえばハイリスク妊婦の発見に対して何らかの公的給付等があれば誘導が可能であると思われるが、現状では医療機関の全くのボランティアな活動となっている。

この点については昨年度の報告書において言及・提案した。

#### <医療機関と自治体との連携方策>

##### 1) ハイリスク妊産婦の発見とフォローに関して

望まない妊娠、夫の非協力、妊婦健診の非受診等ハイリスク妊産婦の発見は、主として医療機関においてなされるものであり、理想的には十分なフォローが必要である。こ