

多い群で有意に高い割合を示していた(表14)。また、患者の病気以外で虐待を引き起こしていた要因として、「子どもの特徴」という項目が虐待判断経験の多い群で有意に高かった(表15)。このことから、虐待事例判断経験が多い医師は患者本人のみではなく、家族や親子の視点をもって診療していると考えられる。

(表14) 虐待判断根拠と虐待判断事例経験のクロス集計 (n=65)

	1-5 例	6 例以上	Fisher 検定
患者本人の訴え	28(68.3%)	22(91.7%)	P<0.05
患者本人の言動	13(31.7%)	16(66.7%)	P<0.01
患者の子育ての問題	7(17.0%)	10(41.7%)	P<0.05
関係機関からの照会	9(22.0%)	7(29.2%)	
子どもの言動	7(17.0%)	7(29.2%)	
受診時の親子の様子	5(12.2%)	7(29.2%)	
他の親族からの訴え	5(12.2%)	6(25.0%)	
関係機関からの紹介	5(12.2%)	6(25.0%)	
子どもに外傷	2( 4.9%)	2( 8.3%)	
計	41	24	

(表15)患者の病気以外で虐待を引き起こしている要因 (n=65)

	1-5 例	6 例以上	Fisher 検定
患者本人の性格	26(70.3%)	16(69.6%)	
患者の配偶者との関係	21(56.8%)	15(65.2%)	
一人の子育て	18(48.6%)	12(52.2%)	
経済状態	15(40.5%)	12(52.2%)	
親族との関係	10(27.0%)	9(39.1%)	
子どもの特徴	4(10.8%)	8(34.8%)	P<0.05
近所との人間関係	7(18.9%)	3(13.0%)	
無回答	4	1	
計	41	24	

### 3).対応

#### ① 対応の現状

事例に対する対応としては、96.9%が継続受診を勧めており、67.7%が行政機関に連絡していた。継続受診の内容を見ると、判断経験の多い群では患者本人への治療のみならず、家族や子どもへのアプローチを行っていた(表16)。さらに行政機関への連絡でも、判断経験の多い群の方がより多くの機関との連携を行っている様子が伺える(表16)。その場合、児童相談所や保健所との連携も結構行なわれている様子が見える。

(表16) 継続受診を勧めた内容と虐待判断経験のクロス集計

	1-5 例	6例以上
精神療法	23(56.1%)	16(66.7%)
投薬	22(53.7%)	16(66.7%)
患者の家族に協力依頼	20(48.8%)	14(58.3%)
カウンセリング	16(39.0%)	12(50.0%)
子どもも含めて受診	3( 7.3%)	7(29.2%)
デイケア	0	2( 8.3%)
計	41	24

(表17) 行政機関への連絡と虐待判断経験のクロス集計

	1-5 例	6例以上
児童相談所	14(34.1%)	15(62.5%)
保健所	4( 9.8%)	10(41.7%)
保健センター	2( 4.9%)	7(29.2%)
福祉事務所(家庭児童相談室)	7(17.0%)	8(33.3%)
保育所・学校	7(17.0%)	2( 8.3%)
計	41	24

## ② 虐待事例に対応する際の困難

## ○ 通告に関連して

虐待事例の通告に関する対処の際の難しさとしては、「事実確認が出来ない」「虐待と判断することの難しさ」「どの程度の虐待を通告してよいか分からない」が全体の半数以上で挙げられていた。これを虐待判断経験とクロス集計してみると(表18)、判断経験が多い群で「通告によって治療関係が崩れる懸念」が高い傾向が見られた。

## ○ 患者に対する対応や治療上の問題点

「治療が中断される恐れ」は判断経験が多い群でも高い割合となっていたが、「親子の関係の視点で見ること」の難しさは経験と共に軽減していると思われた(表19)。

(表18) 虐待事例に関する対処の難しさ—通告に関すること—と虐待判断経験のクロス集計

	1-5 例	6 例以上	判断経験なし
事実確認が出来ない	22(62.9%)	12(54.5%)	19(73.1%)
判断の難しさ	22(62.9%)	11(50.0%)	18(69.2%)
どの程度を通告するか	20(57.1%)	14(63.6%)	15(57.7%)
治療関係が崩れる懸念	13(37.1%)	12(54.5%)	6(23.1%)
守秘義務	5(14.3%)	4(18.2%)	6(23.1%)
計	35	22	26

(表19)虐待している患者に対する対応や治療上の問題と虐待判断経験のクロス集計

	1-5 例	6 例以上	判断経験なし
親子の関係の視点で見ることの難しさ	18(43.9%)	7(29.2%)	14(58.3%)
治療が中断される怖れ	16(39.0%)	9(37.5%)	10(12.4%)
信頼関係を失うこと	10(24.4%)	4(16.7%)	3(12.5%)
患者のプライバシーに係わる問題	6(14.6%)	5(20.8%)	7(29.2%)
計	34	18	24

○ 診療体制

診療体制については、「診療時間が長くなるにも係わらず診療報酬が低く、スタッフを雇用することも難しい」状況が明らかになった(表20)。

(表20)診療体制の問題と虐待判断経験のクロス集計

	1-5 例	6 例以上	判断経験なし
診療報酬が低い	15(42.9%)	14(66.7%)	8(36.4%)
診療時間が長くなる	29(82.9%)	17(81.0%)	17(77.3%)
スタッフが不足	13(37.1%)	9(42.9%)	10(45.5%)
現行体制ではスタッフを抱えることが出来ない	11(31.4%)	4(19.0%)	11(50.0%)
その他	0	1	2
計	35	21	22

精神科医師についてのアンケートまとめ

1. 虐待判断事例はクリニックで経験が多く、単科精神科病院で経験が少ない傾向があった。
2. デイケアがある病院、児童青年期の患者、アルコール関係の患者を多く診察している病院・クリニックでは、虐待事例の経験が多かった。
3. 虐待事例の経験の多い医師の方が、患者本人のみならず、親子・家族の視点を持って診療していた。継続受診に際しては、子どもを受診させたり、他機関との連携を積極的に行なっている様子が明らかとなった。
4. 通告に関しては、事実確認・判断・通告の程度について困難を感じている医師が多く、虐待判断経験が少ないほど連携の経験も少なかった。6例以上経験している医師は、日頃から児童相談所等の機関とのつながりがあるところとも考えられる。

しかし、虐待判断経験の多い医師で、通告の問題と患者との治療関係の間での悩みが見られた。このことは、外部からの強制力が伴わない条件で虐待者の治療が行なわれる際に当然起こってくる問題であると考えられる。

- 5 診療体制については、診療時間が長くなるにも係わらず診療報酬が低く、スタッフを雇用することも難しい状況が明らかになった。

★ 5と6の結果は、虐待者への治療が一定程度行なわれる為には、「虐待加算」などの虐待事例に特化した制度の整備が必要になることを示している。

### 3 小児科医師に対する調査

#### 1) 病院の概要、経験・意識

##### ① 病院の概要(表21)

回答者の所属病院は、単科小児科医院、小児科標榜医院がそれぞれ約 1/3を占めていた。

##### ② 育児不安、育児困難経験の有無(表22)

明らかな虐待とはいえない「育児不安・育児困難例の経験」のこの一年間の経験数についての質問では、経験ありが全体の約 60%を占め、1-5 例が多かった。

(表21)回答者の所属病院(n=220)

	回答数(人)	構成比(%)
単科小児科医院	74	33.6
小児科標榜医院	72	32.7
私立病院	38	17.3
公立病院	21	9.5
大学付属病院	15	6.8

(表22)育児不安・育児困難例の経験(n=221)

	回答数(人)	構成比(%)
1-5 例	111	50.2
6-10 例	17	7.7
11-20 例	8	3.6
21 例以上	0	0
経験なし	85	38.5

##### ③ 小児科病床の有無と育児不安事例経験との関連

回答者の所属している病院・診療所の中で、入院病床があるところは全体の 40.4%であった。病床数は 50 床までが全体の 87%を占めていた。入院病床の有無と育児不安・育児困難事例の経験のクロス集計では(表 14)、入院病床ありの群では育児不安・育児困難事例経験のある者が約 90%を占めているのに対して、入院病床がない群では、育児不安・育児困難事例の経験は約 50%にとどまっていた。

また、入院病棟で新生児病棟があるところは全体の 31.3%であったが、新生児病棟の有無と育児不安・育児困難事例経験のクロス集計でも(表 14)と同様の結果であった(表 15)。

(表 14)小児科病床の有無と育児不安・育児困難事例経験のクロス集計(n=156)

	育児不安・育児困難事例 経験あり	経験なし	計
小児科病床あり	57(90.5%)	6(9.5%)	63
小児科病床なし	49(52.7%)	44(47.%)	93

(表 15)新生児病棟の有無と育児不安・育児困難事例経験のクロス集計((n=142)

	育児不安・育児困難事例 経験あり	経験なし	計
新生児病棟あり	42(91.3%)	4(8.7%)	46
新生児病棟なし	57(59.4%)	39(40.6%)	96

##### ④ 外来診療の内容と育児不安事例経験との関連

外来診療の内容では、夜間救急外来が 15.9%、休日救急外来が 14.1%、専門外来が 32.7%の施設で行われていた。外来診療の内容と育児不安・育児困難事例経験の有無のクロス集計では(表 16)、一般小児科外来では事例経験あり 60%であるのに対して、夜間・休日・専門外来のある施設では約 80%が事例経験があった。

(表 16) 外来診療の内容と育児不安・育児困難事例経験のクロス集計 (n=213)

	育児不安・育児困難事例 経験あり	経験なし	計
一般小児科外来	124(60.8%)	80(39.2%)	204
夜間救急外来	30(88.2%)	4(11.8%)	34
休日救急外来	25(83.3%)	5(16.7%)	30
専門外来	62(87.3%)	9(12.7%)	71

⑤ 心理士配置の有無と育児不安事例経験との関連

全体の 23% で心理士の配置があった。心理士の有無と育児不安・育児困難事例経験のクロス集計では、心理士の配置があるところで 90% 以上 が経験ありであったのに対して、心理士の配置のない群では約 50% にとどまっていた。

2) 育児不安・育児困難例の内容

① 気になる症例について

明らかな虐待とはいえないが「気になる症例」と考える内容についての解答と、育児不安・育児困難事例経験のクロス集計(表 17)では、児については「不潔であったり十分ケアできていない」ところが気になるとの回答が、事例経験の多い群で高い割合を示していた。親については、全体では「受診時の様子」が高い割合を示していたが、事例経験の多い群では、それに加えて「育児スキルの問題」「育児不安・育児困難を訴える」の項目も高い割合となっていた。

(表 17) 気になる症例の内容(複数回答) (n=136)

児について	1-5 例	6 例以上	カイ二乗検定
外傷が事故との鑑別がつかない	66(59.5%)	16(64.0%)	
不潔であったり十分ケアできない	73(65.8%)	23(92.0%)	P<0.05
症状に不審な点がある	49(44.1%)	14(56.0%)	
発育の問題がある	62(55.9%)	17(68.0%)	
言動が気になる	57(51.4%)	13(52.0%)	
母数	111	25	

親について	1-5 例	6 例以上	カイ二乗検定
厳しすぎるしつけ	39(35.1%)	13(52.0%)	
育児スキルの問題	42(37.8%)	19(76.0%)	P<0.001
受診時の様子	78(70.3%)	20(80.0%)	
育児不安・育児困難を訴える	47(42.3%)	18(72.0%)	P<0.05
親自身に外傷がある	23(20.7%)	4(16.0%)	
母数	111	25	

② 気になると思った根拠

気になる症例を「気になる」と考えた根拠については、「受診時の親子の様子・児の情緒行動問題・不適切なケア」の順に高い割合を示していた(表 18)。この内容は、虐待事例と判断する根

拠と同じ内容であるが、虐待と判断するかどうかは、ひとつは程度の差が考えられるが、他の要因もある可能性がある。これらの事例は、生活情報や家族全体を把握しやすい福祉領域では虐待グレーゾーンから軽度・さらに中度の虐待と判断される可能性が高い事例と考えられる。しかし、この点について比較したアンケートではないため、今後検討が必要な領域と考える。また、**経験症例数による比較では「不適切なケア・児の情緒行動問題・親の訴え」の項目で有意差を認めた。**(表18)「気になる」と考えた根拠(複数回答)

	1-5 例	6 例以上	カイ二乗検定	Fisher 検定
児自身の訴え	4(3.6%)	2(8.0%)		
児の外傷所見	33(29.7%)	7(28.0%)		
児の成長障害	43(38.7%)	12(48.0%)		
不適切なケア	45(40.5%)	22(88.0%)	P<0.001	
適切な医療を受けさせていない	21(18.9%)	9(36.0%)		
児の情緒・行動問題	50(45.0%)	19(76.0%)		P<0.01
親の訴え	23(20.7%)	11(44.0%)		P<0.05
受診時の親子の様子	56(50.4%)	15(60.0%)		
スタッフからの情報	23(20.7%)	7(28.0%)		
関係機関からの情報	7(6.3%)	3(12.0%)		
親類・知人・地域からの訴え	5(4.5%)	1(4.0%)		
母数	111	25		

### ③ 気になる症例とであった場面

気になる症例と出会った場面については、日常診療場面が全体で**88.4%**と高い割合を占めていたが、経験症例の多い群では健診場面や他科・関係機関からの紹介も比較的高い割合となっていた(表19)。

(表19)気になる症例と出会った場面(複数回答)

	全体	1-5 例	6 例以上
日常診療場面	145(88.4%)	99(90.0%)	22(88.0%)
健診場面	26(15.9%)	14(12.7%)	9(36.0%)
校医・嘱託医としての健診場面	21(12.8%)	8(7.3%)	3(12.0%)
親から電話で相談	4(2.4%)	3(2.7%)	1(4.0%)
親族・知人から紹介	8(4.9%)	6(5.5%)	1(4.0%)
他科や関係機関から紹介	18(11.0%)	11(10.0%)	6(24.0%)
母数	164	110	25

## 3) 対応

### ① 実際の対応について

症例への対応については、全体では関係機関に相談する、一般外来で継続してフォローするという回答が多かったが、**経験症例の多い群では特別に時間をとってフォローする、心理士による面接を行った、の割合が比較的高かった(表20)。**このことは、現在の診療体制の中で、意志

個人の意識や努力で行なわれている状況を反映していると考えられる。

(表20) 気になる症例に対して行った対応(複数回答)

	全体	1-5 例	6 例以上
一般外来で継続してフォロー	73(44.8%)	51(46.4%)	13(52.0%)
特別に時間をとってフォロー	28(17.2%)	17(15.5%)	9(36.0%)
心理士による面接を行った	18(11.0%)	11(10.0%)	6(24.0%)
入院させた	26(16.0%)	18(16.4%)	4(14.0%)
関係機関に相談した	86(52.8%)	58(52.7%)	16(64.0%)
他の医師に相談した	18(11.0%)	13(11.8%)	3(12.0%)
特に何もしなかった	18(11.0%)	11(10.0%)	4(14.0%)
母数	163	110	25

## ② 対応する際に困ったこと

これらの症例を扱う上で困ったことがあったかどうかの問いについては、全体の71.7%が「あった」と答えており、気になる症例の経験が多い群で困ったことがあった割合が高くなっていった(表21)。困ったことの内容を見ると、全体では「医療機関で見ていくことの難しさ」が63.9%と高い割合を占めていた。次いで「患者や家族との信頼関係」が43.7%、「どのように対処しているか分からなかった」「予後の判断が出来なかった」が約20%となっていたが、経験症例で比較すると、「患者や家族との信頼関係」は経験症例の多い群で有意に高く、「どのように対処しているか分からなかった」「予後の判断が出来なかった」は経験症例の少ない群に比較的高い割合となっていた(表22)。ここで一番高い割合の医療機関で見ていくことの難しさについては、どのような連携がくまると、あるいはどのような役割であれば可能であるのか、内容を詰める必要があると考えられる。

(表21) 「気になる」症例を見ていく上で困ったことがあるか

	全体	1-5 例	6 例以上
あり	119(71.7%)	80(74.1%)	21(84.0%)
なし	47(28.3%)	28(25.9%)	4(16.0%)
母数	166	108	25

(表22) 症例を扱う上で困ったこと(複数回答)

	全体	1-5 例	6 例以上
どのように対処しているか分からなかった	27(22.7%)	21(26.3%)	1(4.8%)
予後の判断ができなかった	24(20.2%)	18(22.5%)	3(12.0%)
紹介先が分からなかった	14(11.8%)	6(5.5%)	4(19.0%)
患者や家族との信頼関係	52(43.7%)	28(25.5%)	15(71.4%)
医療機関で見ていくことの難しさ	76(63.9%)	54(52.7%)	13(61.9%)
自分に対する精神的負担や悩み	10(8.4%)	7(6.4%)	3(14.3%)
症例を虐待として見ることの抵抗	16(13.4%)	12(15.0%)	0
他のスタッフと共通理解が得にくかった	7(5.9%)	4(3.6%)	2(9.5%)
母数	119	80	21

#### 4) 子育て支援、連携について

##### ① 現在の診療体制でみていける症例

子育て支援に向けての取り組みについて、現在の診療の中で見ていける症例の内容については、育児不安の症例までは見ていけるという回答が全体の80%以上で見られた。また、育児困難の中でも子ども側の影響が認められる症例については全体の半数近くが見ていける(見ていく必要がある)と考えているが、親や家族の要因が大きい症例については、育児不安・育児困難の経験症例の多い群でもほとんどが見れないと考えているようである。

(表 23) 現在の診療の中で見ていけると考える症例(複数回答)

	全体	1-5 例	6 例以上	経験なし
一般的な育児に関する相談	202(93.5%)	101(92.7%)	23(92.0%)	72(96.0%)
育児不安の相談	177(81.9%)	88(80.7%)	22(88.0%)	61(81.3%)
子どもの成長・発達に影響がありそうな育児困難例	104(48.1%)	50(45.9%)	20(80.0%)	31(41.3%)
家族全体の調整が必要な育児困難例	30(13.9%)	17(15.6%)	6(24.0%)	7(9.3%)
児に情緒・行動上の問題を認める症例	55(25.5%)	32(29.4%)	10(40.0%)	11(14.7%)
親に心身の不調を認める症例	33(15.3%)	17(15.6%)	4(16.0%)	11(14.7%)
母数	216	109	25	75

##### ② 他機関との連携の状況

小児科のみで見ることが難しい場合に、他科や他機関との連携が重要になってくるが、地域の機関との連携については、産婦人科や精神科など他の診療科との連携は出来ていない割合が高く、保健所・保健センターとの連携は比較的できていた。一方児童相談所、福祉事務所、保育所・幼稚園、学校との連携は出来ているという回答とできていないという回答の両極が見られた。このことから、今後は医療ネットワークと地域機関ネットワークの両方の構築がなされないと、援助の必要な子どもおよびその家族への支援は難しいことが分かる。

(表 24) 地域機関との連携(複数回答)(n=190)

	連携ができています	連携ができていない
産婦人科	21(11.1%)	67(35.3%)
精神科	24(12.6%)	79(41.6%)
その他の科	11(5.8%)	40(21.1%)
保健所	70(36.8%)	37(19.5%)
保健センター	94(49.5%)	38(20.0%)
福祉事務所(家庭児童相談室)	48(25.3%)	60(31.6%)
児童相談所(子ども家庭センター)	73(38.4%)	60(31.6%)
保育所・幼稚園	69(36.3%)	52(27.4%)
学校	48(25.3%)	68(35.8%)



## 小児科医師についてのアンケートのまとめ

1. 小児科入院病床のない医院では育児不安・育児困難事例(以下育児不安事例)の経験が少ない傾向が見られた。また、一般外来以外に専門外来や救急外来を行っている施設では、一般外来のみより事例経験の割合が高くなっていた。全体の 23%で心理士の配置があったが、配置のあるところの 90%以上で育児相談事例の経験をもっていた。
2. 育児不安事例の内容では、6 例以上の経験を持つ群では、子が不潔であったり、親の育児スキルの問題、親自身が自ら育児不安・育児困難を訴えるという内容で高い傾向にあった。このことから、ネグレクトの状態を判断することや親自身の訴えを引き出すことについては、援助者側に対する啓発が必要であると考え。
3. 子どもに関する問題については、現在の診療の中で見ていこうと考えている回答者が多かった。しかし一方で親の心身の不調への援助や家族関係の調整が必要な事例については、ほとんどが見れないと考えていた。
4. 関係機関との連携においては、保健所・保健センターとは比較的連携が出来ていたが、他の診療科との連携はほとんど出来ていなかった。行政機関との連携はできていると出来ていないがほぼ同率となっており、今後地域ネットワークの中に地域医療ネットワークの形成を組み込むことが重要であると考え

## 4 産婦人科医・開業助産師に対する調査

### 1). 病院の概要、経験・意識および回答者について

#### ① 病院の概要

回答者の所属病院は、単科産科医院が最も多く全体の 52.3%を占めていた。次いで助産院、私立総合病院、公立総合病院となっており、単科産科病院は 4%と少なかった。

(表 25)回答者の所属病院 (n=149)

	回答数(人)	構成比(%)
単科産科医院	78	52.3
単科産科病院	6	4.0
私立総合病院	23	15.4
公立総合病院	16	10.7
大学病院	0	0
助産院	26	17.4

#### ② 虐待事例経験の有無

過去 3 年間の虐待事例の経験は、経験なしが 80%以上を占める。経験のある者の中でも1-5 例の経験が93.1%を占めるが、6-10 例、11-20 例の経験をもつ者が各々1名ずつあった。

(表 26) 過去 3 年間の虐待判断事例の経験(【】内助産師の数) (n=171)

	回答数	構成比(%)
1-5 例	27【10】	15.8【33.3%】
6-10 例	1	0.6
11-20 例	1	0.6
21 例以上	0	0
経験なし	142【20】	84.0【66.7%】



③ 妊産婦からの相談を受けた経験の有無

妊産婦からの出産や育児に関する不安や悩みの相談の経験についての質問では、そのような相談をされたことのある者が全体の約 70%を占めていた。中でも助産師の場合は、経験の無いものはいず、ほとんどが 21 例以上の経験を持っていた。

(表 27) 出産や育児に関する悩みの相談の経験(【】内助産師の数) (n=170)

	回答数	構成比(%)
1-5 例	45【 2】	26.5【 6.7%】
6-10 例	21【 4】	12.4【13.3%】
11-20 例	20【 1】	11.8【 3.3%】
21 例以上	36【23】	21.2【76.7%】
経験なし	48【 0】	28.2【 0 1】



④ 病室のタイプと出産・育児の悩みの相談経験との関連

入院施設での病室のタイプは母子同室が 41%、母子別室が 23.9%、両方のタイプありが 35%であった。

病室のタイプと出産や育児の悩みの相談経験をクロス集計して見ると(表 30)、 $P < 0.01$ の危険率で関連が見られた。すなわち、母子同室の病室タイプでは相談経験ありが多かった。

(表 28) 病室のタイプと出産や育児の悩みの相談経験とのクロス集計 (n=113)

	相談経験あり	経験なし
母子同室	45(48.4%)	3(15.0%)
母子別室	18(19.4%)	10(50.0%)
両方のタイプあり	30(32.3%)	7(35.0%)
計	93	20

カイ二乗検定にて $P < 0.01$ で有意差あり

⑤ 母乳育児健診の有無と出産・育児の悩み相談経験の関連

妊産婦健診は全体の 92.4%で行っていた。また、新生児健診も全体の約 80%に行っていた。母乳育児相談はありが 63.2%、なしが 36.8%であったが、母乳育児相談と出産や育児の悩みの相談経験をクロス集計して見ると(表 31)、 $P < 0.01$ 危険率で関連が見られた。すなわち、母乳育

児相談がある群では育児の悩み相談経験がある者が多かった。

(表29) 母乳育児健診の有無と出産や育児の悩みの相談経験とのクロス集計 (n=162)

	相談経験あり	経験なし
母乳育児相談あり	92(77.3%)	12(27.9%)
母乳育児相談なし	27(22.7%)	31(72.1%)
計	119	43

カイ二乗検定にて $P < 0.01$ で有意差あり

#### ⑥ 援助者の性別と出産・育児に関する相談経験との関連

回答者の性別を見ると、男子 125 名、女子 44 名となっていた。また職種としては医師 136 名、助産師 30 名であった(女性医師が 25 名ということになる)。

性別と出産や育児に関する不安や悩み相談の経験のクロス集計を見ると、男子で経験なしが多く、女子では 21 例以上の経験ありが多かった。さらに職種の比較で見ると、助産師では 21 例以上の経験ありが 3/4 を占めていたが、医師では 1-5 例の経験と経験なしがほぼ同率であった。また医師の中では性別による大きな差がないことが分かる。

援助者の性別と出産や育児に関する不安や悩みの相談の経験のクロス集計 (n=169)

	1-5 例	6-10 例	11-20 例	21 例以上	経験なし	計
男	40(32.0%)	15(12.0%)	15(12.0%)	12(9.6%)	43(34.4%)	125
女	5(11.4%)	6(13.6%)	4(9.1%)	24(54.5%)	5(11.4%)	44

援助者の職種と出産や育児に関する不安や悩みの相談の経験のクロス集計 (n=166)

	1-5 例	6-10 例	11-20 例	21 例以上	経験なし	計
産婦人科医	43(31.6%)	17(12.5%)	19(14.0%)	13(9.6%)	44(32.4%)	136
助産師	2(6.7%)	4(13.3%)	1(3.3%)	23(76.7%)	0	30

医師の性別と出産や育児に関する不安や悩みの相談の経験のクロス集計 (n=139)

	1-5 例	6-10 例	11-20 例	21 例以上	経験なし	計
男	40(32.0%)	15(12.0%)	15(12.0%)	12(9.6%)	43(34.4%)	125
女	3(21.4%)	2(14.3%)	3(21.4%)	1(7.1%)	5(35.7%)	14

## 2) 相談内容について

### ① 相談内容について

出産や育児に関する不安や悩みの内容についての解答を、相談経験 1-5 例群と 21 例以上群で比べてみると(表 30)、全体の傾向としては、出産そのものへの不安や母乳のトラブル、妊産婦自身の心身の不調などの悩みが多いが、1-5 例群と 21 例以上群で  $P < 0.01$  の危険率で両群間に優位差がみられたのは、「育てにくい・育児がしんどい」「母乳のトラブル」「夫婦間の問題」であった。また「出産・育児の手助けがない」は  $P < 0.05$  の危険率で有意差が見られた。

(表 30) 妊産婦からの出産や育児に関する不安についての相談の内容(複数回答)

	1-5 例	21 例以上	カイ二乗検定
出産そのものへの不安	55(64.0%)	25(69.4%)	
子育てに自信がない	27(31.4%)	15(41.7%)	
子どもがかわいくない	4(4.7%)	5(13.9%)	
子どもに病気や障害がある	21(22.0%)	7(19.4%)	
育てにくい・育児がしんどい	13(15.1%)	18(50.0%)	P<0.01
多胎のため育児が大変	7(8.1%)	4(11.1%)	
低出生体重児のため育ちが心配	8(9.3%)	6(16.7%)	
母乳のトラブルについて	54(62.8%)	33(91.7%)	P<0.01
妊産婦自身の心身の不調について	41(47.7%)	22(61.1%)	
夫婦間の問題について	12(14.0%)	17(47.2%)	P<0.01
他のきょうだいについて	3(3.5%)	7(19.4%)	
親族との関係について	9(10.5%)	11(30.6%)	
出産・育児の手助けがない	22(25.6%)	17(47.2%)	P<0.05
経済的な問題	30(34.9%)	11(30.6%)	
子どもの認知・相手との関係	19(22.1%)	4(11.1%)	
その他	5(5.8%)	4(11.1%)	
母数	86	36	

さらに、母乳のトラブルについての回答では、全体ではその内容の各項目に大きな差は見られなかったが、相談経験数での比較をすると、21 例以上の群で「出ない」「児が吸わない」という回答が有意に多かった(表 31)。

(表 31) 母乳のトラブルについて(複数回答)

	1-20 例	21 例以上	カイ二乗検定
痛い	22(62.9%)	21(80.8%)	
出ない	17(48.6%)	22(84.6%)	P<0.01
足りない	20(57.1%)	21(80.8%)	
児が吸わない	14(40.0%)	25(96.2%)	P<0.01
母数	35	26	

## ② 育児不安や児童虐待につながる危険を感じた時は？

育児不安や児童虐待につながる危険を感じたのはどんなときであったかという設問についての解答では、全体で「マタニティブルーの症状が強い」が 50.3%、次いで「経済的に不安定」が 47.0%みられた。また、妊産婦からの出産や育児に関する不安についての相談経験 21 例以上の群では、「必要以上の不安を訴える」「夫婦関係がうまくいっていない」の回答も多くみられた。

両群間で有意差が見られた項目は、「子どもへの愛着が見られない」「子どもに疾患や障害がある」という項目であった。

(表 32) 育児不安や児童虐待につながる危険を感じたとき(複数回答)

	1-20 例	21 例以上	カイ二乗検定
必要以上の不安を訴える	29(35.4%)	18(50.0%)	
数多くの不安や悩みを抱えている	20(24.4%)	12(33.3%)	
マタニティブルーの症状が強い	40(48.8%)	22(61.1%)	
子どもへの愛着が見られない	18(22.0%)	16(44.4%)	P<0.05
育児能力・家事能力に欠ける	30(36.6%)	14(38.9%)	
若年出産	23(30.2%)	9(25.0%)	
未婚の母	18(28.0%)	4(11.1%)	
飛び込みの出産である	17(20.7%)	8(22.2%)	
子どもに疾患や障害がある	6(7.3%)	8(22.2%)	P<0.05
夫婦関係がうまくいっていない	24(29.3%)	17(47.2%)	
家族や親族の協力・援助を期待できない	18(22.0%)	13(36.1%)	
経済的に不安定	38(46.3%)	19(52.8%)	
その他	5(6.1%)	6(16.7%)	
母数	82	36	

### 3) 対応について

#### ① 対応した職種

育児不安や児童虐待につながる不安を感じたときの対応として、対応した職種は医師(64%)、助産師(54.9%)と多く、その他ケースワーカー(MSW 含む)9、保健師 4、心理職3件が挙げられた。

#### ② 院内対応および他機関連携の状況

院内対応では継続受診、電話相談、院内相談室を利用している。このうち電話相談は、妊産婦からの出産や育児に関する不安についての相談経験 21 例以上の群が平均値より上回った(表 33)。院外他機関との連携では、相談経験 21 例以上の群は 1-20 例の群に比べて保健センターや子育て支援センターなど多くの機関との連携が出来ているが、精神科や児童相談所との連携は多いとは言えない。

(表 33) 院内の対応(複数回答)

	1-20 例	21 例以上	カイ二乗検定
継続受診	43(53.1%)	15(42.9%)	
院内相談室	23(28.4%)	15(42.9%)	
家庭訪問	11(13.6%)	9(25.7%)	
電話相談	24(29.6%)	21(60.0%)	P<0.01
その他	3(3.7%)	0	
母数	81	35	

(表 34) 院外のお機関との連携(複数回答)

	1-20 例	21 例以上	カイ二乗検定
精神科	22(27.2%)	6(17.1%)	
小児科	6( 7.4%)	7(20.0%)	P<0.05
助産院	1( 1.2%)	3( 8.6%)	P<0.05
他科	2( 2.5%)	3( 8.6%)	
保健所	14(17.3%)	11(31.4%)	
保健センター	14(17.3%)	25(71.4%)	P<0.01
福祉事務所(家庭児童相談室)	12(14.8%)	10(28.6%)	
児童相談所	5( 6.2%)	6(17.1%)	
子育て支援センター	4( 4.9%)	11(31.4%)	P<0.01
その他	1( 1.2%)	2( 5.7%)	
母数	81	35	

#### 4) 児童虐待事例について

表1に示したように、過去3年間の虐待事例の経験は、経験なしが80%以上を占めた。経験者が虐待と判断した根拠では(表 35)、受診中の母子の様子、受診時の子どもへの態度、妊産婦自身の訴えなどが挙げられている。また、虐待と判断した時に通告したかどうかについては、70%以上が通告しなかったと答えており(表 36)、その理由(表 37)と照らし合わせると、判断と通告との間の大きな壁が感じられた。

(表 35) 虐待と判断した根拠(複数回答) (n=30)

	回答数	構成比(%)
出産後、子どもの世話がじゅうぶんに出来ていない	7	23.3
受診時、子どもをたたいたりつねったりすることが見られた	8	26.7
受診時、子どもに怪我やあざがあった	5	16.7
子どもの体重の増えが悪いなど、成長・発達が芳しくない	6	20.0
受診時、母子の様子で気になることがある	10	33.3
妊産婦の訴えがあった	9	30.0
受診時、妊産婦の様子で気になることがある	3	10.0
家族の訴えがあった	3	10.0
その他	7	23.3

(表 36) 通告したかどうか(n=31)

	回答数	構成比(%)
した	9	29.0
しなかった	22	71.0

(表 37) 通告しなかった理由(複数回答)(n=26)

	回答数	構成比(%)
通告義務を知らなかった	1	3.8
虐待と判断することができなかった	8	30.8
プライバシーにかかることなので立ち入ることが困難	3	11.5
守秘義務が優先すると考えた	1	3.8
通告の必要性は感じたが、院内での総意が得られなかった	1	3.8
どの程度の虐待を通告していいかわからなかった	7	26.9
その他	14	53.8

### 産婦人科医師・助産師へのアンケートのまとめ

#### <病院の概要、経験・意識および回答者について>

- 1、過去 3 年間の虐待事例の経験は、経験なしが 80%以上を占める。経験ある者の中でも1-5 例の経験が93.1%を占めるが、6-10 例、1-20 例の経験をもつ者各々1名ずつあった。
- 2、全体の約 70%が妊産婦から出産や育児に関する不安や悩みの相談を受けた経験があった。虐待判断経験があるほうが、出産や育児の悩みの相談経験も多かった。
- 3、入院施設での病室のタイプでの比較では、母子同室が 41%、母子別室が 23.9%、両方のタイプありが 35%と、妊産婦から出産や育児に関する不安や悩みの相談を受けていた。すなわち、病室のタイプと出産や育児の悩み相談経験のクロス集計では、母子別室の病室タイプでは相談経験がない者が多かった。
- 4、母乳育児相談については、相談あり63.2%、なし36.8%であった。また、母乳育児相談と出産や育児の悩みの相談経験とのクロス集計では、母乳育児相談がある群で悩み相談経験がある者が多かった。
- 5、母乳育児相談を受けた経験についての職種差を見ると、助産師では「21 例以上の経験あり」が 3/4 を占めていたが、医師では 1-5 例の経験ありと経験なしがほぼ同率であった。また、医師の中での性別による相談経験の差は認めなかった。

#### <相談内容について>

- 1、出産や育児に関する不安や悩みの相談の内容では、夫婦関係や家族・親族などについての相談が相談経験 21 例以上の群で多い傾向が見られた。
- 2、母乳のトラブルについての回答では、全体では各項目に大きな差は見られなかったが、相談経験での比較で 21 例以上の群で「児が吸わない」という回答が有意に多かった。
- 3、育児不安や児童虐待につながる危険を感じたのはどんなときであったかという設問についての解答では、全体で「マタニティブルーの症状が強い」が 50.3%、次いで「経済的に不安定」が 47.0%みられた。妊産婦からの出産や育児に関する不安についての相談経験 21 例以上の群では、「必要以上の不安を訴える」「夫婦関係がうまくいっていない」の回答も多くみられた。

#### <対応について>

- 1、育児不安や児童虐待につながる不安を感じたときの対応として、対応した職種は医師、助産婦が多く、その他としてケースワーカー、保健師、心理職が挙げられた。

2, 院内対応では継続受診、電話相談、院内相談室を利用していた。このうち電話相談については、妊産婦からの出産や育児に関する不安についての相談経験 21 例以上の群が平均値より上回った。院外他機関との連携では、相談経験 21 例以上の群は多くの機関との連携が出来ていたが、それでも精神科、児童相談所、家庭児童相談室との連携は少なかった。

<虐待事例について>

過去 3 年間の虐待事例の経験は、経験なしが 80%以上を占めていた。経験者が虐待と判断した根拠としては、受診中の母子の様子、受診時の子どもへの態度、妊産婦自身の訴えなどが挙げられていた。また、虐待と判断した時に通告したかどうかについては、70%以上が通告しなかったと答えており、判断と通告との間の大きな壁が感じられた。

#### 参考図書・資料

- 1) ブライアン・コービー著(萩原重夫訳):子ども虐待の歴史と理論,明石書店、2002
- 2) シンディー・L・ミラーペリン、ロビン・D・ペリン著(伊藤友里訳):子ども虐待問題の理論と研究、明石書店、2003
- 3) メアリー・エドナ・ヘルファ、ルース・S・ケンプ、リチャード・D・クルーグマン編.(坂井聖二監訳):虐待された子ども第5版、明石書店、2003
- 4) ロバート・M・リース編(郭 麗月監訳):虐待された子どもへの治療、明石書店、2005



分担研究：ヘルスプロモーションに基づいた、医療・福祉の連携等地域資源の有効活用による  
子育てで不安解消に関する研究 一特に妊娠・出産期における虐待予防対策一  
——医療機関発進型の虐待予防対策の推進——

分担研究者 榎本 真事 愛媛大学病院医療福祉支援センター

## 要約

児童虐待対策に留まらず、本来の虐待予防活動を推進するためには、生活モデルを重視したヘルスプロモーションの観点から、地域の医療機関を子育てエンパワメントへの有効資源として着目し、自主的な取り組みを促進することが重要であるとの認識から、1)医療機関関係者のボランティアな先駆的活動の情報発信 2)医療者のパラダイムシフト・人材育成研修等 3)医療機関を子育て資源へ、地域でのネットワーク化への提案など、に関する調査研究を実施した。

全国の先進地や関係団体にアンケート調査や訪問調査を実施し、それらの情報を元に先進的取り組みを行ってきている医療機関やそれらに関わってきた関係機関による研究会議を立ち上げ、1)ヘルスプロモーションの観点からの医療機関（分娩機関）発信型の子育て支援を通じた虐待予防のあり方についての調査研究 2)先進地の取り組み普及のためのマニュアル開発 3)医療機関と自治体等をつなぐリスクアセスメント票の活用と要点 4)医療関係者向け（助産師・保健師・臨床心理士・MSW等）研修用のプログラム・テキストの開発 5)全国自治体への次世代育成計画と児童虐待対策との関連の検討などを行い、医療機関のボランティアな活動を通じた、地域の虐待予防対策について研究調査を行い、そして以下のような知見が得られた

- 1) 自治体側から医療機関に、スクリーニングの手法を用いて依頼するシステムを全国に安易に広げることは誤って親子を傷つける可能性もあり、互いの信頼関係をも崩しかねない。医療機関がリスクアセスメント票を、対話の一つのツールとして活用し、子育て支援・エンパワメントの一環として主体性を持って、自治体等と連携が図られるような環境整備が重要である。
- 2) 妊娠分娩に関わる医師や助産師等の、より主体的かつボランティアな虐待予防への取り組みを推進するために、子育て支援における役割についてのコンセンサスを図ると共に、人づくりのための研修プログラムを開発し普及する必要がある。また分娩機関と地域をつなぐ保健師等公衆衛生を専門とした地域の資源をマネジメントできる人材育成も極めて重要である。今回これらに関するテキストやプログラムを作成した。
- 3) 全国には子育て支援に関する医療機関の先駆的な取り組みが少なからずあり、その実態を明らかにし広く情報提供すると共に、その普及のための具体的なマニュアル作成やモデル的实施などを推進し、医療機関の自主的な取り組みとして普及・拡大を図るよう検討していく必要がある。その一環としてハローベビーカードの実践のマニュアルを作成しモデル的な実施を行った。
- 4) 一部の医療機関では「成育医療」という名の下で胎児カルテを作成し胎児に人格を持たせることで子育て意識を喚起し、親としての自覚や満足感などを賦活化するなど、子育てのエンパワメントを図る試みをしている。胎児を保険対象とし人格を認めた医療を普及することは、虐待予防にも効果的であり、そのための環境整備が期待される。
- 5) 医療機関からの発信は地域での予防ケアへつながる促進因子となっており、これを推進する

ためにはスタッフのボランティアな取り組みが不可欠であり、診療報酬や制度等を工夫・改正するだけでは難しい。また社会貢献の一環として医療機関からのボランティアな子育て支援が行われるような環境づくりのために、この点に注目した国や地方行政レベルあるいは関係団体等の各施策を考える必要がある。

6) 妊娠・出産という子から親になる大切な時期に、世代間伝達の修復や構築、親が子育てに自信を持って取り組めるようなエンパワメントを図ることが、本当の快適なお産として、広く受け止められるためにも、BFHの普及は重要だ。認定されている病院はいまだ少ないが、虐待予防の根本的な対策の一つとして、医療機関の第三者評価項目に入れるなどとあわせて、この認定を推進する意義は大きい。

虐待予防は、住民自身が乗り越える力を支援する（エンパワメント）ための地域システム（環境整備）を構築する必要がある。地域の各種資源（特に医療機関）を有効活用することにより、地域特性に応じた子育て不安への対策が推進でき、ヘルスプロモーションの考え方を地域に普及することができる。自治体から医療機関に依頼してではなく、医療機関が自主的にしかも虐待予防だけではなく子育てエンパワメントの観点から取り組むことの重要性が確認された。

今後は、健康日本21の一環として国民運動としてとらえ、住民主役の子育て支援環境づくりの視点が必要である。専門家や行政による事例対応や早期発見といった介入による指導的な体制の充実を図っても限界があり効果も期待しがたい。ヘルスプロモーションの考え方を積極的に取り入れ、子育て支援として地域資源をできるだけ有効に活用した、住民・地域の主体的・独創的活動を支援する地域レベルの取り組みが重要である。

## 1. 研究組織

<分担研究者>

榎本 真聿 愛媛大学病院医療福祉支援センター

<研究協力者>

山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター

塩之谷真弓 あいち小児保健医療総合センター

福永 一郎 (有) 保健計画総合研究所

法 由美子 北里大学病院

山田 新尚 鈴木岐阜県立岐阜病院

鈴木美佐子 鈴木岐阜県立岐阜病院

澤田 敬 高知県立中央児童相談所

川島 美保 高知県中村市役所保健介護課

福島富士子 国立保健医療科学院

堀内 勁 聖マリアンナ医科大学病院)

永山美千子 日本母乳の会事務局

小谷 信行 松山赤十字病院

小林 伯幹 (社) 全国保健センター連合会

澤田 陽子 愛媛大学医療福祉支援センター

## 2. 研究目的

医療機関の自主的な子育てエンパワメントへの取り組みを促進することにより、虐待予防活動の推進を図る。そして生活モデルを重視したヘルスプロモーションの観点から、以下のような調査研究を行う。

1)医療機関関係者のボランティアな先駆的活動の情報発信 2)医療者のパラダイムシフト・人材育成 研修等 3)医療機関を子育て資源へ 地域でのネットワーク化への提案など

<ヘルスプロモーションの観点>

WHOが1986年オタワ憲章で提唱した保健・医療・福祉に共通した理念であり、本研究テーマとの関連での分担研究者の考え方を以下に示した。

1)住民主役・・・住民と行政や専門家の目的共有 虐待早期発見ではなく、あくまで子育て支援  
2)地域資源の活用・・・既存の医療資源（分娩機関やスタッフ）のボランティアな活動を引き出す  
3)エンパワメント・・・外からではなく、地域や

住民個々にある「内なる力」の賦活化

4)スクリーニングによる直接指導に留まらず、情報提供や受け皿のネットワーク化による環境整備の推進

5)保健・医療モデルより生活モデルの重視

6)住民や地域資源の主体的な参加の促進

### 3. 研究方法

全国の先進地や関係団体にアンケート調査や訪問調査を実施し、それらの情報を元に先進的取り組みを行ってきている医療機関やそれらに関わってきた関係機関による研究会議を立ち上げ、地域資源特に医療機関のボランティアな活動を通じた、地域の虐待予防対策について研究調査を行ってきた。ヘルスプロモーションの観点に基づいた地域の資源（特に分娩機関）を有効に活用する環境整備を行うことにより、地域に根付いた虐待予防への取り組みが推進される可能性を明らかにした。

また自治体を対象とした郵送アンケート調査を行い、次世代育成計画と児童虐待対策との関連等を調査した。

### 4. 研究成果

虐待予防は、住民自身が乗り越える力を支援する（エンパワメント）ための地域システム（環境整備）を構築する必要がある。地域の各種資源（特に医療機関）を有効活用することにより、地域特性に応じた子育て不安への対策が推進でき、ヘルスプロモーションの考え方を地域に普及することができる。自治体から医療機関に依頼してではなく、医療機関が自主的にしかも虐待予防だけではなく子育てエンパワメントの観点から取り組むことの重要性が確認された。

1)ヘルスプロモーションの観点からの医療機関（分娩機関）発信型の子育て支援を通じた虐待予防のあり方についての調査研究 2)先進地の取り組み普及のためのマニュアル開発 3)子育て支援ツールとしてのリスクアセスメント票の

活用と要点 4)医療関係者向け（助産師・保健師・臨床心理士・MSW等）研修用のプログラム・テキストの開発 5)全国自治体への次世代育成計画と児童虐待対策との関連の検討

### 5. 研究班から得られた知見（総括 櫃本真津）

#### 1) 自治体との医療機関の連携について

保健と医療の連携を考えると、保健（行政）側から医療機関にハイリスクケースの情報提供を、スクリーニングの手法を用いて依頼するシステムが考え易いが、この手法を全国に安易に広げることは誤って親子を傷つける可能性もあり、根本的な予防へもつながらない。また虐待発見を目的とした調査票では、妊婦の本音を聞き取ることが難しく、信頼関係をも崩しかねない。またわが国の児童虐待の課題は、発見や介入のステップから、継続的対応に移っていることから、医療機関が単に見つけ出し、保健機関に知らせるだけでは継続的介入にはつながらない。そのためにも、継続的な連絡票や運用方法の検討などがより重要である。リスクアセスメント票を用いたスクリーニングというよりも、対話の一つのツールとして活用し、子育て支援・エンパワメントの一環として互いに信頼関係を築くことが医療機関の使命として受け入れられ、医療機関（分娩機関）が主体性を持って、自治体等と連携が図られるよう配慮されることは重要だと考えられる。そのためには、自治体から医療機関に、虐待予防のためのスクリーニングとしてリスクアセスメント票を依頼する対策にとどまらず、医療機関（特に分娩機関や助産師等）が自ら子育て支援の責任と役割を認識し、日常の医療活動の一環として、子育てエンパワメントを図り、児童虐待予防に寄与できる意識の向上や仕組みづくりを展開していく必要がある。以下にそのための提案のいくつかを記した。

#### 2) 人材育成

前述した方向を推進するためには、分娩機関

のスタッフである産科医・助産師等の人材育成はきわめて重要であり、子育て支援としての役割を認識し、子育てエンパワメントを通じて虐待予防の一助を担っていくことが期待される。助産師の「助」は妊産婦への支援であることは間違いなく、治療といった医学的対応ではなく、むしろお産という重要な人間の営みつまり生活の支援として行われるべきと考えている。

研修プログラムを開発し、妊娠分娩に関わる医師や助産師等の役割の重要性を強調し、虐待予防への取り組みを推進するための研修や各スタッフの役割についてのコンセンサスを図るなど、人づくりのための環境整備の必要性をまず強調したい。また分娩機関と地域をつなぐ自治体等のスタッフの役割も重要であり、保健師等の公衆衛生を専門とした地域の資源をマネジメントできる人材育成も極めて重要である。

本研究班では、医療機関（分娩機関を含む）の医師や助産師、また自治体の保健師等を対象とした、教育用のテキストを開発した。今後医療現場や自治体等で活用されることを期待している。

### 3) 先進的活動の普及

松山赤十字病院では「ハローベビー・カード」・「ハローママ・カード」を実施してきた経験から、病院と妊産婦をつなぐたった一枚の「カード」だけでも、いざという時に専門家に頼れるということで、妊婦自身や子育て不安軽減の大きな手段となる意義は大きいことを強調している。虐待の原因やきっかけが、既に妊娠期から見られるケースが少なからずあることを感じていた助産師達は、自分達の虐待予防への責任・役割を痛感し、ボランティアに対応している。サービス向上の一環といった発想からではなく、助産師自身の能力向上のために、ホットラインの窓口を自主的に担っていると聞いているが、病院のボランティアな取り組みは、自らの医療者としての能力を向上させる上でも重要であることを指摘している。このような試みは、今後

全国の医療機関へ普及・定着すべきで、そのための施策を国レベルで検討する必要がある、例えばカード発行と受け皿の整備を病院の診療基準として認めることにより、全国の分娩機関での普及が期待できるこのシステムを全国に普及するよう、他の医療機関で実際に実施しその普及のための検討を行っている。本研究班では、これら先駆的取り組みのマニュアルを作成すると共に、他の医療機関でのモデル的实施を行い、より拡大して活用する方法を検討した。

### 4) 胎児カルテの導入

胎児は妊婦の体の一部として扱われており、胎児の人格は認められていない。胎児の状況は妊婦のカルテに記載され、胎児としての独立したカルテは診療報酬体系の中で認められていない。一部の医療機関では「成育医療」という名の下で胎児カルテを作成し胎児に人格を持たせることで子育て意識を喚起し、親としての自覚や満足感などを賦活化するなど、子育てのエンパワメントを図る試みをしている。胎児を保険対象とし人格を認めた医療を普及することは、虐待予防にも効果的だと考えられる。

生活モデルを重視するのであれば、保健は医療と福祉をつなげる役割を担い、その他の地域の資源を含めてコーディネートし、住民が自らの医師で選択できる受け皿としての環境を整備することに力を入れていくことを期待したい、そのためにも、保健師が公衆衛生マインドを持って、医療や福祉の分野に積極的に進出することは、重要な意味を持つと考えられる。

医師よりも患者に身近なスタッフが、その意の実現に向けてリーダーシップを発揮すべきであり、ましてや助産師は医療モデルというより生活モデルとして、妊産婦を支援することが重要であり、助産師の役割や活動範囲を見直し、拡大する機運や具体的な取り組みが期待される。

### 5) 病院の第三者医療機関評価項目として加える

病院では、多職種のコラボレーションが組みやす