

総合討論参加者のプロフィール

上野 美明



1993年3月 保健婦専門学校卒業
 1993年4月 都立病院にて看護婦として勤務
 1997年4月 東京都足立区にて保健婦として勤務
 (江北保健総合センターに勤務)
 2004年4月 足立区竹の塚保健総合センター勤務、現在に至る

桂 浩子



1964年3月 神戸女学院大学文学部卒業
 1966年4月 布施市(現東大阪市)家庭児童相談室嘱託
 1972年10月 東大阪市の職
 2000年3月 日本子どもの虐待防止研究会制度検討委員会委員
 2001年9月 同定年退職
 一貫して家庭児童相談等児童福祉業務に携わる
 2001年10月 特定非営利活動法人児童虐待防止協会 理事・相談員(2003年3月より事務局長就任)
 2002年4月 大阪キリスト教短期大学講師
 2003年5月 大阪子どもネットワーク運営委員、現在に至る(論文等)
 「家庭児童相談室で出会った親子」2000 ミネルヴァ書房(共著)
 「児童虐待ケースをめぐる家庭児童相談室の機能」2002 月刊福祉11号
 「子ども家庭支援員マニュアル」2003 明石書店(共著)

植松 紀子

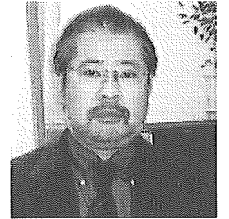


1966年 日本大学文理学部心理学科卒業
 1966年4月 武蔵野赤十字病院小児精神衛生相談員
 1977年 神奈川県相模原児童相談所 非常勤心理判定員
 1978年 川崎市中央児童相談所 非常勤心理判定員・特別相談員
 1986年 藤沢市教育委員会指導課 巡回教育相談員(非常勤)
 1989年 藤沢市教育委員会指導課 教育ケースワーカー(非常勤)
 1992年 財団法人児童育成協会・こどもの城小児保健部、現在に至る

(その他)

日本大学非常勤講師
 川崎市川崎保健所 特別相談員
 藤沢市教育委員会 スーパーバイザー(相談指導教室)
 横浜市教育委員会 スーパーバイザー(相談指導教室)
 日本学校メンタルヘルス学会評議員
 文部科学省 早期教育研究会 研究員(資格)
 臨床心理士(財)日本臨床心理士資格認定協会・0182
 保育士 神奈川県(国へ申請中)

熊井 利廣



1974年 早稲田大学教育学部卒業
 三鷹市役所入職
 北野ハピネスセンター
 児童福祉課保育係
 児童福祉課子育て支援係
 子ども家庭支援センター
 2002年10月 杏林大学保健学部保健学科専任講師、現在に至る(共著)
 三鷹市の子ども家庭支援ネットワーク(ミネルヴァ書房)
 ―地域における子育て支援の取り組み―

総合討論参加者のプロフィール

志田 紀子

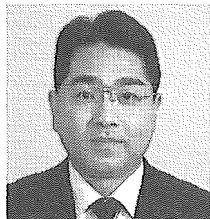


1961年 青山学院女子短期大学英文科卒業
1961年 伊藤忠商事(株)入社
1965年 公立中学校英語教諭を経て単身渡米。帰国後、米国人弁護士秘書を経て子育てに専念。傍ら、高校生交換留学ボランティア活動をする。また、30年以上にわたって0歳から15歳の子どもと親を対象に育児と教育の相談を行う
1992年 育児カレッジ創設後、各地で「遊びとしつけ」の講演活動を行う。内藤寿七郎博士記念の第1回育児の原理賞を受賞。「乳幼児期の母と子のコミュニケーションの重要性」を訴え続けている。3児の母。
現在、育児カレッジ会長

(著書)

「遊びとしつけ」学陽書房、「遊びとおもちゃ」学陽書房
育児カレッジ HP <http://www.ikuji.org>

新保 幸男



厚生省(原厚生労働省)、愛知教育大学を経て、神奈川県立保健福祉大学へ着任。現在、同大学保健福祉学部社会福祉学科助教授

(各種委員)

茅ヶ崎市次世代育成支援対策協議会会長、逗子市次世代育成支援計画部会会長、資生堂社会福祉事業財団『世界の児童と母性』編集委員会委員長、日本子ども家庭福祉学会機関誌編集委員など

(最近の主な著書)

『児童福祉の新展開』(共著、同文書院、2005)
『児童福祉論』(共著、中央法規出版、2005)など

高岡 孝江



1976年 川崎市多摩、高津、中原保健所勤務
1999年 川崎市、高津区役所保健所勤務(平成15年より川崎市高津区役所保健福祉センターとなる)

高山 静子



1997年 IPA(子どもの遊ぶ権利のための国際協会)日本支部運営委員
1998年 地域ぐるみの子育てをすすめるひだまりの会を創設
2003年 福岡県社会教育委員
2003年 NPO「子どもとメディア」常務理事
2004年 つどいの広場全国連絡協議会 世話人(著書)
「家族援助論」保育出版社(共著)、他

中村 敬



1965年 日本大学医学部卒業
1966年 日本大学板橋病院小児科学教室入局
1975年 都立築地産院小児科医長に昇進
1979年 都立八王子小児病院新生児部門(NICU)の医長に赴任
1987年 東京都母子保健サービスセンター情報担当部門の室長に就任
1996年 恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所情報担当部長に就任
1999年 大正大学人間学部および同大学院教授に就任(人間学部人間福祉学科社会福祉学専攻)
2004年 大正大学大学院人間学研究科長に就任、現在に至る(主な著書)
すこやか親子の育児書(社会保険出版社)分担執筆
パパ・ママの育児書(母子愛育会)分担執筆
朝日新聞知恵蔵1999~2004年版「出産・育児」など

総合討論参加者のプロフィール

萩原 安代



1996年4月 小川地区愛育班 奥部班 班員
2000年4月 同奥部班 分班長
小川地区愛育班 班長
2001年4月 山南町愛育会 副会長
2002年4月 山南町愛育会会長、現在に至る

堀田 邦子



1990年 大阪市立厚生女学院(現 大阪市立保健専門学校)卒業
1990年 泉大津市役所健康推進課入庁、現在に至る

本田 浩子



虎ノ門病院勤務
渋谷区保健所
東京都烏しよ保健所大島出張所
東京都衛生局総務部地域保健課保健指導調整係
東京都南多摩保健所
厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課 研修生
現在、福祉保健局少子社会対策部子ども医療課母子保健係

松田 博雄



1973年3月 日本大学医学部卒業
1977年3月 日本大学大学院医学研究科内科系小児科学終了
1977年9月 医学博士(日本大学)
専攻科目 小児科学(小児保健学、小児神経学)
教授、現在に至る

(主な著書)

松田博雄：母子保健と保健師の役割—子どもを中心として—、
臨時増刊号、楽しくお産、楽しく子育て—周産期医学
から出産・育児を考える。周産期医学 32増刊号、721
-726, 2002.

松田博雄：虐待防止のためのネットワーキング、三鷹市で果たす
杏林大学病院の役割。助産婦雑誌 56：975-980,
2002.

松田博雄：児童虐待の診断と分析—医療機関の立場で、児童虐
待と現代の家族。中谷瞳子、岩井宜子、中谷真樹編。
東京、新山社、2003、24-40.

松田博雄：三鷹市における子ども家庭支援ネットワーク、松田
博雄、山本真美、熊井利広編、京都、ミネルバ書房、
2003、5-154, 171-193.

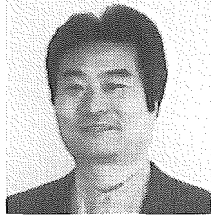
谷中 由美



1992年 大阪府立公衆衛生専門学校卒業
1992年 泉大津市役所健康推進課入庁、現在に至る

総合討論参加者のプロフィール

山崎 嘉久



1981年 岐阜大学医学部卒業
1983年 天理よろづ相談所病院 小児科・小児循環器科シニア・レジデント
1988年 大垣市民病院 小児循環器・新生児科医長
1994年 岐阜県立岐阜病院 小児科部長
1999年 岐阜県健康福祉環境部健康政策課技術課長補佐(併任)
2000年 愛知県健康福祉部県立病院課主幹
2001年 あいち小児保健医療総合センター保健センター保健室長
2003年 同 総合診療部長、現在に至る
医学博士
日本小児保健協会 理事・評議員
日本小児循環器学会 評議員
日本超音波医学会 指導医・認定超音波専門医
日本小児科学会 専門医
日本感染症学会 専門医・ICD (インフェクション・コントロール・ドクター)
日本循環器学会 認定循環器専門医
日本医師会 認定産業医
(主な著書)
今日の小児治療指針 医学書院 (分担)
救急診療の実際 廣川書店 (共著)

吉田 弘道



1976年 早稲田大学第一文学部心理学科卒業
1986年 早稲田大学大学院文学研究科博士課程後期心理学専攻単位取得満期退学
1984年 こどもの城小児保健部 (93年から次長)
1995年 (財)東京都精神医学総合研究会 臨床心理研究部門主任研究員
2000年 専修大学文学部教授 (発達臨床心理学担当)、現在に至る
(資格)
臨床心理士 (財・日本臨床心理士資格認定協会)、日本精神分析学会「認定心理療法士」「認定心理療法士スーパーバイザー」(学会関係)
日本小児保健協会評議員、日本小児精神神経学会評議員

吉永陽一郎



1986年 福岡大学医学部卒業
久留米大学医学部小児科学教室入局
1994年 全国初の子育て専門診療科「育児療養科」を開設
現在 吉永小児科医院副院長
聖マリア病院母子総合医療センター 育児療養科長
久留米大学医学部小児科学教室 非常勤講師
筑紫女学園大学、短期大学 非常勤講師
福岡県久留米児童相談所 嘱託医
日本タッチケア研究会 幹事
ボディーパーカッション協会 理事
(主な著作)
子育ての、そばにいる人はだれ? (メディカ出版)
子ども医学館 (小学館)
心と体の健診ガイド乳児編・幼児編 (日本小児医事出版社)、他

〈グループ1〉

周産期からの支援システムを考える

1. 現代の子育て支援の課題
 - ハイリスクの親と子の早期発見
2. ハイリスクへの早期支援をどうすすめるか
 - 周産期からのスタート・虐待防止システムとの連携

グループ1 「周産期からの支援システムを考える」

山口 本日、司会をさせていただきます山口でございます。

グループ1「周産期からの支援システムを考える」からスタートしたいと思います。グループ1は、現代の子育て支援の課題の中で「ハイリスクへの早期支援をどう進めるか」についてご討論いただきました。

発表者の板倉先生から説明を伺うことにします。

板倉 まず、①「ハイリスクの親と子を早期に発見する方法」について、次に、②「その問題点と対策と課題」を討議しました。

各施設で実際に行われていることは実にたくさんあり、とても全部は書ききれませんでしたので、特徴的なものだけをピックアップしてまとめています。

埼玉医大総合医療センター*1では、退院後養育に問題が生じる可能性のある母子に個別に対応しています。産科から「症例連絡票」が提出された症例については、担当の新生児科医が家族と面談を行い、家族の承諾を得られた児については保健所に連絡して、乳児健診でのフォローを行っています。保健所からは新生児訪問の様子が報告され、同センターは、保健所との連携がうまく行われています。

問題は、退院後連絡がつかなくなる母子のことです。実は、こういった母子が最も問題を抱えている症例だと思われませんが、今のところよい解決方法はありません。

ケースワーカーや心理士などとの連携も重要と考え、連絡をとるようにしたところ徐々に連携の効果が現れつつあります。

それ以外の問題もいくつかあがっています。一つは、時間的な問題で、特に普通分娩で入院中の母子と十分に関わることは、時間的な制約があり、難しいのが実情です。ハイリスク症例については、妊娠中から十分に関わる必要があります。

加えて、小児科医の中にもこのような問題に対する認識が低く、問題を重視しない医師が多いのが実情です。小児科医の問題意識を高める教育の充実も必要ではないでしょうか。

聖マリア病院*2では、先取的にさまざまなシステムを取り入れ、独自に工夫しながらハイリスクの親と子を早期に発見する方法を展開しています。

その一つが、育児養育科の設置です。「入院中～退院後を通じた伴走者」とのコンセプトで、対象となる児の5分の4は入院していない児です。

また、入院中の赤ちゃんの様子を書いたはがきを月2回「ひよこ通信」として家にいる親御さん宛てに送っています。

早期介入として、「カンガルーケア」「タッチケア」も用いています。

吉永小児科では、ハイリスクの親と子を早期に発見するために、開業医による十分な健診と育児相談を実施しています。

今後の対策としては、いま以上に健診を充実するために、新生児科経験医師と連携を図り、医師は必ず小児科の研修を経た後に健診に当たることが必

*1 埼玉医大総合医療センター

○活動・取り組みのきっかけ

・総合周産期母子医療センターの開設

24時間体制で母体胎児、新生児の救急患者を受け入れ

養育に問題のある症例の増加

・正常新生児として退院した中からの虐待症例の経験

○経過（キーパーソン・協力者を含めて）

・正常新生児に対する退院診察

退院前に母親の前で児を診察して、母親の心遣いな点について相談にのる

・退院後、養育に問題の生じる可能性のある母子をピックアップし、出産後家族と面談し承諾を得られた症例について、退院後、保健所に連絡、協力してフォローしている

主な協力者：産科（母体・胎児部門）看護師、小児科（新生児部門）看護師、地域の保健所の母子担当保健師、ケース・ワーカー

○問題や障害となったこと

・短期間で退院する正常産の母親と十分面談ができないこと

・精神疾患を合併する母親の投薬と授乳について

精神科医と意見が合わないことがある

他院で投薬をうけている場合、連絡がとりにくい

・小児科医でも問題を重視しない者もあり、退院後のフォローが十分なされないことがある

○これからの課題

・短期間のうちにいかに母親と十分語り合い、協力者と検討し合うか

・臨床心理士との協力

どのように母親と関わってもらうか

*2 聖マリア病院

○活動・取り組みのきっかけ

「育児養育科」開設以来、出産前後や新生児センター入院中から支援が必要な母親に会い、周産期、新生児センター入院中からの母子愛着形成支援が必要であることを感じ、さまざまなスタッフと協力して以下のような試みを行っている。

○経過（キーパーソン・協力者を含めて）

(I) 育児に関する家族の負担を軽減する

1. 面会の支援：面会の時間を充実させることを前提に、その他の医療行為を企画。

2. センター内での育児：医療保育士、ディベロプメンタルケア。

3. フォローアップの支援：新生児 OB 会。

(II) 家族が心安らかに育児をできるように応援する

家族に正確な情報を伝える。家族の気持ちを

理解し、不安を軽減することを意図した支援が必要。

1. 家族同士の話す場：サロン・ド・ファミーユ。
2. 退院後の支援：地域の一資源である自施設を認識することが望まれている。
3. 入院中、退院後を通じた「伴走者」：育児療養科。

(Ⅲ) 愛着形成支援

1. 面会の支援：児に触れたり、声かけで児との接触を促す。
2. ネガティブな感情への支援：ひよこ通信。
3. 早期介入（early intervention）：カンガルーケアやタッチケア。

○問題や障害となったこと

家族に優しくすることに異を唱えるものはいないが、それ以前に集中治療を充実させるべきであるという立場もある。救急救命と、気持ちの支援のどちらも欠かすことができないことを訴え続ける必要がある。

早期介入などの試みは、多忙なセンター業務の中でどのように行か、場所をどうするかなどの問題がある。しかし、まず行うことを決心することから解決策が見つかってくることが多い。

○これからの課題

さまざまな試みの有用性を確かめていく。

多くの施設の試みを集め、モデルとして広く公表していく。

新生児センターで、特徴的な例として経験した母子関係を、健常児の家庭の支援へつなげていく。

一般家庭でのタッチケア。

要となりそうです。大病院・大学病院とは異なる、敷居の低い開業医のような窓口でのフォローが必要ですし、潜在需要もあるので増やすべきです。そのためにも、小児科医個々のスキルアップが必要となります。

あいち小児保健医療総合センター^{*3(27)(f)}では、ハイリスクの親と子を早期に発見するために医療機関と保健機関の連絡票を用いています。この連絡票はもともと愛知県周産期医療協議会参加医療施設として、入院した赤ちゃんを対象とするものでした。連絡票の提出にあたっては、必ず家族の同意が必要です。虐待症例では同意がない症例が多く、また、調査対象外施設の医療機関の診察では保健所に連絡がいていなかった連絡票未提出症例も見られたとの報告があります。

問題点は、いまだに「保健師は何をするのか」という保健師の活動に理解を示さない医師がいることや、「保健師の指導で余計不安になった」というお母さんがいることです。活動について医師への認知を図るとともに、保健師のさらなるスキルアップも必要です。

また、出産から退院までの短い期間では、保健師がお母さんたちと信頼関係を築くのは非常に難しいのです。集団健診を行っている地域でも4カ月健診までは保健師とお母さんの接触の機会がないため、ブラックボックス的な状況が生じています。母子手帳交付時からお母さんと保健師が関わり、相談しやすい環境を早期に構築することが望まれます。

児童虐待防止協会^{*4(33)(f)}では、ハイリスクの親と子を早期に発見するために、虐待に関するホットラインを設け、全国規模の電話相談を実施しています。ホットラインを通じ、母親の本音を聞くことができています。子どもの相談で電話をかけてくるのですが、結局のところ、多くのお母さんはだれかに自分の話を聞いて欲しくてダイヤルをしているようです。

電話相談では、症例に応じて相談者の住む地域の機関や子育て支援の場につないでいきます。地域の子育て支援の場につなぐことができないグレーゾーンの問題を抱える母親にどう応えていくかが問題になっています。

地域の保健所主催のマザーグループという活動もできていて、協会も運営にかかったり、スタッフを派遣しています。グレーゾーンの母親を対象としたグループワークで、このグループに加わることでかなり変わってきて、効果が見えた母親もいます。マザーグループでのポイントは、母親に「自分が大事にされている」という感覚を持たせること。加えて、秘密は厳守されるという安心感を与えることです。

現時点での問題点は、グループの運営に手間がかかること、人手が足りないことなどです。若いお母さんたちが対象となるので、それを解決するために今後はメールやチャット、携帯メールなどの利用も検討してはどうか、という意見があがっています。しかし、直接肌と肌が触れあう中で、人と出会い、共感しあえることが母親の変化につながると感じているので、もう少し検討の要があると思われます。

マザーグループでは大変効果があった母親もいる反面、そうでない母親も存在します。マザーグループがその人に有効かどうかを見極めなければなりません。マザーグループの効果をアップさせていくには、どのような母親にマザーグループを勧めるかという、セレクトが大きな鍵を握ります。セレクト

トするのは簡単ではなく、セレクトで問題が生じることもあります。セレクトの方法や基準を考えるのは保健師の仕事です。保健師が適切にセレクトできるようにするための教育の充実が必要です。

大阪府泉大津市^{*5(38頁)}では、ハイリスクの親と子を早期に発見するために、児童虐待防止ネットワーク（CAPIO）が活動しています。多職種が関与し、素早く対応できるのが特長です。病院から保健所へ連絡がいくだけでなく、問題のある母親が第2子を出産する時には保健所から病院へ連絡がいく、というように保健所と病院が相互に連絡を取り合う方法が採用されています。

多職種が関与しているのは画期的ですが、連絡がくる機関が限られており、裾野がなかなか広がっていかないことが課題としてあげられます。まだまだ認知度が低いことも課題です。協力する医師も限られていて、医師たちに児童虐待防止ネットワーク（CAPIO）の活動を知ってもらう必要があります。

また、保健所から病院に連絡しようとする時に、保健所で妊婦からの承諾が得にくいという実情があります。さらに、乳幼児期だけではなく、その後の長期的な支援も今後取り組みたいことの一つです。

ハイリスクの親と子を早期に発見する活動を展開していくという話し合いの中で、キーとなりそうな言葉が出てきたのであげてみます。

1. 周産期からの育児支援における保健師の役割の重要性

ハイリスクの親と子を早期に発見する最大の鍵を握っているのが保健師です。医療機関や医師からは連絡しにくい、という声もあり、保健師の役割が非常に大きいのです。

2. 医師・保健師ともに、妊娠中からの関わりの重要性

母子手帳交付や妊婦検診などを利用して、早期からの関わりができないものでしょうか。

3. 病院と保健所・保健センターの連絡の必要性

退院連絡票には数量的なことだけではなく、退院後に想定される問題点を記載して保健所で把握しやすいようにすることが必要です。この点に関しては、地域性もありますし、なかなか難しいかと思いますが、本来は連絡票ではなく、実際に担当者が面会してそれから連絡を取り合う「顔見知りの連絡」が理想だという意見もありました。

4. 同じ症例でも、個別に対応を変える必要性

支援を求める親もいれば、求めない親もいます。虐待のタイプや親のタイプはそれぞれ異なるので、それに伴って相談や支援の方法を変えなければなりません。特に、ハイリスク症例では他にも増して個別対応が重要です。症例によるセレクトの技量を習得するためには、保健師も医師も勉強が必要となります。

5. 安心できる場の提供

秘密が守られるという安心感と、話を良く聞いてくれるという安心感を提供することはとても大切です。医師は、話しやすい“お医者さん”として、安心感をもたれることを心掛けて相談に乗ることです。また、サロンやマザーグループ、電話相談も秘密が守られるという点ではいい方法であるといえます。

6. 乳児健診の充実

乳児健診では、新生児科経験者の医師、小児科医による健診が必要です。小児科医もスキルアップをしなければなりません。母親の相談に乗る時に、小児科医にしても保健師にしても、「相談の回答はほんとうにこれでよいのか」と思うことがあるという話が出ました。少ない数をじっくりこなすためには、保険の介入なども考えてほしいという声もあがっています。

7. 医師の認識の向上

現時点においては協力してくれる医者が限られています。力を貸してくれる医師の数を増やすためには、医学教育の充実を図り、虐待が「特別な家庭でおこるものではない」という正しい認識をしっかりと持ってもらう必要があります。虐待の連絡者・通告者としての役割を病院に担ってもらい、それを強化するために、医師から協力を得られるシステムを作ることが火急の課題です。

8. 各職種の連携

ケースワーカーの必要性が話し合いの中で何度も出てきました。フォローアップには保健師、医師のみならず、ケースワーカーや心理士も関わり多職種間の連携がなされることが強く望まれます。保健師については、できれば病院内にその地域での実務経験のある者がいることが理想です。

山口 何か補足がございますか。

松田 守秘義務を遵守する観点からは、プライバシーに関する情報を必要機関に伝えてしまうのは、法的には問題があります。例えば、児童相談所の求めに応じて診断書を書くことは、親の承諾を得ていないことになります。その点の検討が必要だという話が出ました。

吉田 ハイリスクの親と子を早期に発見し、早期に対応するためには、妊娠中から母親に対応することが重要であるということを話し合いました。妊婦健診時については、産科から保健所につなぎ、その一方で、保健所から産科にもつなげる。そうすることで早期からの関わりが実現します。出産直後の支援については、その体制をどう構築するかが課題になります。

また、中心になって動ける人がどこにいるかということもポイントになってきます。それが保健師である地域もあれば、小児科医である地域もありますが、中心になる人がいる地域は、ネットワークがしやすいと感じました。中心になって活動してくれる人を見つけて、増やしていくことが重要だと思います。異職種の連携を担ってくれる人が不足していますので、職種間の連携役を務める方の専門性を高めることも大切です。

ネットワーク内での守秘義務について、法的な保護の下で活動ができればうれしい、という意見がでました。ネットワークに参加している機関が秘密を守りながら情報を共有し合うことが可能となるような、法整備がなされればいいという話もありました。

山口 本日、コメンテーターとして、お二人の先生に参加していただいております。お一人は大正大学教授の中村先生です。もうお一方は、東京都三鷹市家庭支援センターの佐伯先生。これから、グループ1のディスカッション

に入りますが、お二人にはディスカッションの際にご発言いただくことにします。

松田 ケースワーカーとメディカル・ケースワーカーとの違いを教えてくださいたいのです。

中村 病院内にいて、患者が地域で生活する上で必要な資源をどう活用するか考えるのが、メディカル・ケースワーカーと言っているのではないのでしょうか。地域でのケースワーカーについては特別な資格の取得義務はなく、わが国では、多くの場合、保健師がその役割を担っていると理解しています。

また、社会福祉士という資格があり、今その養成が盛んですが、資格を取得したらそれで即戦力になるかといえば、実際にはそうならないのです。即戦力となるには、経験がものをいいます。現在の保健師の役割を、これからは保育士さんがカバーすることも期待したいところです。

グループ1では「周産期からの支援システムを考える」というテーマで、病院から地域へといった、いわゆる“縦割り”のシステムの課題が報告されたと思いますが、別の問題も指摘しておきたいと思います。

私は、低体重児や障害発生の潜在的可能性のある、あるいは障害を実際に抱えている子どもたちと親のグループの活動に6年間ほど関わっていますが、地域では、そういった子どもを持つ親たちが宙に浮いてしまっています。ここは、病院と保健所との縦割りのつながりだけではカバーできません。縦のつながりで埋められない点を、生活の場においてグループワークなどを活用して補っていかねばならないのです。地域を土台にしたグループワークで親たちをエンパワーメント、つまり、力付けたり、勇気付けていかないと親たちが“宙に浮いている”問題は解決しないのです。

それからもう一つ、行政の対応の問題があります。さまざまな制度の申請のために親が行政の窓口に行きますが、担当者の判断で、「まだあなたは適用でない」「3歳にならないと障害がはっきりしないからだめ」といわれ、門前払いされてしまうケースもあります。障害者手帳を取得していないと使えない制度がたくさんあります。そのあたりは専門家を加えて、親自身がエンパワーメントして、自分たちの力で問題を突破していかないといけない時代になっています。

根本的な問題は、これらの子どもたちのためのケアマネジャーがいないことにあります。高齢者にはケアマネジャーがいて、行政サービスが利用しやすいようにできていますが、ケアを必要としている子どもにはケアマネジャーがいないのです。そうすると、親を中心にしながら、あるいはグループワークを中心にしながら親自身が力をつけることが必要になってくるのです。ぜひ地域の生活の場でのグループワークを展開していくことをお考えいただきたいのです。

グループでは子どもの健康上のことのみならず、家庭的な問題も含めて、既存の制度をどう活用していくかを考えます。子どもが小さいうちは何とか親だけで処理できるのですが、3歳を過ぎ、学童期に近くなると親の力量だけでは問題解決できずに、非常に困ってしまいます。それを個々のケースに

合わせて、ケアマネジメントをする必要があるのですが、そのような制度が今のところありません。

上野 私は10代の母親のグループに関わっています。メンバーに、病院からの連絡があったケースは、残念ながら私の記憶にはありません。保健所に病院から連絡があった場合は、グループではなくて個別で対応することが多いです。

やはり連絡票をもらう親への対応は、導入から非常に気を遣います。連絡票が来た親は、グループの中に入りにくい方が多いという私個人の印象があり、こういった方への支援の方法について、まだ悩んでいるところがあります。

高山 現在、グループワークの代わりに、子育てサロン**を活用するケースが増えています。親たちをエンパワーメントするという意識をスタッフが持っているところでは、グループがどんどん結成されていきます。私たちの場合、保健所の中でサロンを開催しており、そのため保健師さんとの連携は大変スムーズにとれています。ハイリスクの方たちがサロンを利用していることもあり、そこで、地域の方たちとハイリスクの方たちのつながりが強くなります。

中村 ハイリスク児でない場合、ひろ場やサロンなどでの対応で十分にカバーできると思いますが、ハイリスク児の場合は、子どもたちがひろ場やサロンのようなグループに入れられないことがあります。親も障害を完全に受容するまでにはかなり長いプロセスが必要です。ハイリスク児を対象としたグループワークに参加しているうちに、親たちにだんだん自分たちで問題を解決し、乗り越えようという意識が出てくるのですね。それをうまく生かせればと考えています。

一方、どんなにこちらが手を差し延べても、グループに入っこない親御さんもいます。コミュニケーションを取るのが不得手な親が非常に増えていることがその背景にあると思います。子どもに障害がある場合や、将来障害が生じるかもしれないという心配があればなおさら、自分から人の輪に入っていくのを躊躇しがちです。そのような親御さんには、最初は個別に対応し、ある時点でグループワークに入ってもらいます。例えば、子どもが入院している時から、親としてはとても心配なわけですが、その時期からできるだけグループワークに誘っています。誘う時には、情報の収集方法と、守秘義務に十分留意しなければならないと考えています。

前川 小児神経医は児に障害がある場合、診断結果を説明します。残念ながら大部分の医師は、親の気持ちに対する配慮が欠けています。その点を荒木先生はいかがお考えですか。

荒木 親の気持ちをフォローするには保健所との関わりが重要だと考えます。保健所に子育て支援事業があり、そこでは健常児ばかりではなく、ハイ

リスクの子どもも一緒に活動しています。そこには、こちらから保母を派遣しています。また1歳半、3歳児健診には臨床心理士、作業療法士などを派遣しています。

保健所の仕事には、子育て支援事業の他に相談事業もあります。母親が子どもを抱いたまま相談をしたくないという要望が強いので、託児専門の保育士を派遣しています。そうすることで母親は安心してゆっくり保健師と相談できます。その間、子どもは保育士に遊んでもらい、遊びを覚える、というシステムで取り組んでいます。

上野 保健所の中で、障害を抱えたお母さんたちのグループワークを実施しているところは多いのではないかと思います。私の所属しているところでも、つい最近立ち上げました。ダウン症の出生が多く、お母さんたちを支えるために必要に迫られてグループワークを開始したのです。

先日は、スーパーバイズの支援の先生をお呼びして、グループワークを実施しました。そこで涙なくしては聞くことができない医療機関の対応の話を行い、ワーク中のお母さん同士が啓発され、力を得て帰っていった人たちがいました。例えば、各地域の保健所にある施設に通うため保健所に入ります。お母さんもいらっしゃいますので、その時に、保健所のスタッフがグループ参加を勧めると、お母さんは、自分の不安な気持ちに対して方向性が見つけられ、力を得られるようなグループを見つけられるかもしれないな、と思いながら聞かせていただきました。

吉永 いろいろなお母さんと関わる機会を増やしたいと思っている母親は、たくさんいます。例えば、新生児センター・周産期センターに入院している間に、「同じような病気を持った子供のお母さんと会ってみたい」という声を時々聞きます。そうしたニーズに応えるために、聖マリア病院にはサロン・ド・ファミリーユという集まりがあります。そこでは、臨床心理士が同席して、お母さんたちと話をします。「受け持ちの医師が転勤になり、担当のお医者さんが変わって心配」「お医者さんは隣の人には一生懸命説明していたのに、うちの子のことはあまり説明してくれなかった」「何とか手帳ってどこでもらうの？」など不安に思っていることや、入手したい情報についての話がお母さんたちの間で出てきます。

また、私は1,000グラム未満の赤ちゃんを出産した母親の集まりなどに呼ばれて保健所に行くことがあります。保健所からは「低体重で産まれた子どもたちの家庭での健康管理について話してほしい」と依頼されますが、実際に話す時は、最初に「センターにいるときは大変だったでしょう？」とお母さんに尋ねます。そして、最後は「命と戦う仕事が終わったので、これから発達ですよ」と励まします。そこで、同じような境遇のお母さんたち同士のつながりができて、「うちの子はもうすぐ退院なんです」「ああ、そう。うちの子、退院して来たけれど子どもと接していて楽しいわよ」という会話が生まれます。これがきっかけになって、今後お母さんたちのいいつながりに育っていけばと思いつつ見えています。

植松 私は川崎の保健所で臨床心理士として、1歳半から2歳3ヵ月児を対象にグループカウンセリングのようなものを主催しています。低体重や未熟児、軽度の障害のある子どもたちの中でも大丈夫な子を、健常児たちのグループに入れていきます。非常に限られた年齢の中での関わりで、健常児たちとふれあい、その中で問題を持った児も発達していきます。子どもたちの障害の有無に関係なく、自然とお母さんたちの接触が始まり、交流が広がっていきます。こうするとお母さん方はゆっくりとしたペースでグループに馴染んでいくことができるようです。

また、私の児童相談所勤務での経験から述べますと、児童相談所のケースワーカーはとても忙しいのです。児童相談所は、心理判定員と心理相談員、ケースワーカーという三つの職種で構成されていますが、児童相談所の外へ出て直接家族や施設などと接するのはケースワーカーが主になります。大きな責任を持たされて、重要な判断を自ら下さなくてはならないという点からすると、現場の最前線にいるのは、児童相談所などのケースワーカーだろうと思います。

前川 ハイリスクの子どもや障害児について、最初にそのことに気づくのが地域の機関です。疑いが生じたら保健所に行き、精密検診を受けることとなりますが、その時の検診を担当する医師の能力が大きく問われます。実は、最もゆっくりと医師に対応してもらえるのがこの検診の時なのです。ところが、諸待遇がよくないこともあり、協力を得られる医師を集めるのが非常に難しいのです。検診を買って出ようという医師はたくさんいるのですが、実際は、自分の持ち場から出られないのですね。すると若い研修医が検診をすることになります。しかし、検診しても何分経験がないですから、何も分からず、親御さんや関係者にかえってご迷惑を掛けることもあります。大事なものは、保健師と一緒に医師が親とお互いにひざを突き合わせて、具体的にどういうことをしたらいいかを話すことです。まずは、親に子どもの症状を容许させることです。親も何回か保健所に来ているうちに、何かしなくてはという気持ちが出てくるものです。

保健所・保健センターが有しているノウハウはとても素晴らしいと思います。なんといっても地区担当者が虐待寸前の子をピックアップしてくるのですから。しかし、課題もあるのです。対応するにも、人手が足りません。上手くピックアップしていても、その先の連携がうまくいかないことがあり、それがとても残念だと思います。

中村 私がグループワークを実施している地域でよく耳にするのは、出生時に特に超未熟児だった子どもや、障害が残る可能性をもつ子どもたちが、乳児期に風邪をひいて近所の医師のところに行くと「経過がわからないので、かかりつけの先生のところへ行ってください」と言われて診てくれない。それで結局、薬をもらわずに戻ってくるというのです。私はグループワークを主催していますが、診療をしているわけではありませんから、この手の問題を解決できずにいつも困ってしまうのです。珍しいケースではないのです。地域の医師が認識を変えていかないといけないと思っています。

それから、児童相談所には有能なソーシャルワーカーがたくさんいらっしゃる。施設にもいらっしゃる。福祉関連の施設・機関にはいるのに、地域に根付いて、フリーに活動するソーシャルワーカーとなる人がいないのです。地域でソーシャルワーカーとして活動する人をサポートする制度が何もありません。医者も同様です。例えばサロンなどで、フリーにアドバイスをする医者が必要だと思うのです。地域でフリーに活動するソーシャルワーカーや医師の重要性を訴え、変えていかなければならない部分がまだまだ多くあると思います。

また、これは私の研究班のもので、聖マリアンナ医科大学病院の堀内先生がまとめたデータなのですが、母乳栄養で子どもを育てたいという母親が結構います。栄養の問題とは別に、子どもに愛情を注ぎたいから母乳を希望しているのです。そういう親たちに母乳で育てるための支援を、周産期から実施する必要があるのではないのでしょうか。保健師や医師はどうしても乳児の体の大きさ等に気を取られ過ぎて、すぐ「混合栄養にしましょう」「母乳は切り上げたほうがいいよ」と指導をしてしまいがちですが、これにはちょっと反省の余地がある、と堀内先生は提言しています。私も全くその通りだと思います。

吉田 定期健診など決められた行事に参加しない親がいることも大きな問題の一つです。その対策として訪問が非常に有効です。この訪問のしっかりとした事業化とそのための予算確保をすることは必要です。問題解決のための有効な手段や対処方法に対して予算を取り、事業化するためのサポートが、地域にも保健所、病院などの機関にも必要であるという話も出ました。

また、周産期からの支援のために様々な機関が連携を取り合いますが、連携をスムーズに行うためにはどんなことを連絡票に書くべきかを含め、どんな連絡票がいいのかという問題も出てきました。

前川 産院を退院する時に「新生児訪問を希望する」「希望しない」という質問項目があります。「希望しない」と一度回答してしまうと、退院時に親との関係が切れてしまい、次のコンタクトが取れません。ですから、その項目をぜひ消してほしいと、周産期に関わる人たちから要望がありました。

松田 医師の専門性アップが大きな問題とされましたが、現在、周産期医療は総合周産期センターと地域周産期センターが二本柱となり、非常に充実してきています。問題は、フォローアップが抜けている点です。フォローアップに関する制度がありません。

聖マリア病院ではとても素晴らしいフォローアップ体制が整っていますが、フォローアップが十分でない病院が非常に多いのです。ですから、総合周産期センターなり地域周産期センターにフォローアップも担っていただけたらと思います。

前川 医療機関のフォローアップに限らず、今、親が安心していろいろなことを委ねることができるフォローのシステムが大変少ないのです。障害の有

無に関わらず必要です。そういったフォローを担当するチームには、育児経験のある人が一人欲しい。経験者がいるといないとは違います。保健師、保育士、栄養士、それ以外でも子育ての経験のある人なら誰でもいいのです。

山口 グループ1の「ハイリスクの親と子を早期に発見する方法とその課題」についてのワークショップとその内容に基づくディスカッションをまとめさせていただきます。

1. ハイリスクの発見

最も大きな問題はハイリスクの子どもをどのようにピックアップしていくかという情報収集とその対応方法です。

2. 制度の問題

訪問事業、連絡票作成の問題、フォローアップの問題ですね。それぞれの地域の行政に任せてしまうのではなくて、子どもたちのためになるような制度の実施を中央に対して、わたしたち自身が声を大にして強く訴えたいと思います。

3. 職種間連携

どのように連携し、チームワークを作るかが今後の課題です。

小児保健法を作ろうという動きがあります。老人保健法は以前からありますが、子ども向けのものはありません。高齢者に比して、子どもが優遇されていないというのが、大方の意見です。ですから、老人保健法に準じた小児保健法を作ろうというので、今、検討されています。そうすると、子どものためのケアマネジャーなどが制度化されるのではないかと考えられます。そのような方向に向かっているということをお伝えしておきます。

* 3 あいち小児保健医療総合センター

○活動・取り組みのきっかけ

虐待予防を始めとする健やかな親子の実現のため、子育て支援の立場での周産期医療と保健活動の連携が地域の母子保健活動における重要な課題である。

愛知県周産期医療協議会の平成13年度調査から、ハイリスク新生児が地域の保健支援活動を享受するためには、医療機関からの働きかけが有効であることが明らかとなった。

平成14年度においては、この結果を踏まえ、有効な連絡方法を検討するため保健機関関係者と医療協議会関係者により子育て支援に視点を置いた連絡票を作成し、これを用いた介入的な調査を実施した。

○経過（キーパーソン・協力者を含めて）

【連絡票作成と介入、調査の方法】

平成14年11月から平成15年1月の期間に協議会参加の医療施設を退院または退院予定の患者・家族のうち調査に同意が得られた家族を対象とし、医療機関の判断で連絡の必要な状態（育児上の問題がある、療育が必要、要支援家庭児、若年出産、母が精神疾患を有する、基礎疾患のある児など）を有する患者・家族については、家族の了解を得た上で連絡票（事務局より配布）等を用いて患者情報を共有した。なお、連絡票・連絡項目は協議会関係者、保健機関関係者による会合で検討し作成した。

【調査実施方法】

調査は以下のステップで実施した。

1) 医療機関での調査同意確認ならびに医療機関から保健機関への連絡票（患者情報）の送付

調査についての患者家族の同意医療機関で連絡が必要と判断した患者について、退院前の状況、退院後の問題点、療育の必要性や子育て支援の必要性の情報などを「連絡票」とともに主治医から保健機関に送付。患者・家族の「同意書」もあわせて送付する。連絡の有無にかかわらず調査に同意が得られた家族の「同意書」はすべて調査事務局に送付する。

2) 保健機関から医療機関への連絡票の返信

家庭訪問や来所相談など、なんらかの保健サービスが初めて実施された時点で、その内容や今後の計画などを保健機関から医療機関に返信、その写しを調査事務局まで送付。

3) 家族へのアンケート調査（平成15年5月実施：退院後4カ月～半年経過した時期）

調査に同意が得られた家族（連絡票の有無に関わらず）に対して、退院後の保健サービスの利用状況や在宅での問題点などに関したアンケート調査を実施。

4) 保健機関へのアンケート調査（平成15年5月実施）

調査に同意が得られたNICU収容児・家族に対する保健サービスの実施状況、医療機関との連携状況などについて患者別の調査を実施。

5) 医療機関と保健機関との連絡体制に関する施設アンケート調査

今回調査で使用した連絡票に関する意見、ならびに既存の連絡体制の実態と問題点の把握のため、平成15年5月に関係機関へのアンケート調査を実施。

【結果】

1. 既存の医療機関と保健機関の連携の実態

県内ではすでに特定の医療機関と保健機関の間に所定の連絡システムを構築している地域を認めた。アンケートからは豊川保健所管内と豊橋市民病院との共通の連絡票、名古屋市保健所と主に名古屋市立大学関連の病院で共通の連絡票、さらに春日井保健所小牧支所関連の保健センターにおける連絡票の存在が明確となった。また、調査以外の情報として瀬戸保健所管内で共通書式を設ける試みが始まっている。

この一方、県内の25施設（25.6%）の保健機関において医療機関からの連絡を受けたことがないと回答されていた。

連絡が行われてきた医療機関において、これまでその連絡には問題はなかったと回答が多かったが、保健機関からは、88施設中24施設（27.3%）で、連絡基準の不統一性、親の不同意による守秘義務遵守や保健活動開始の困難さなどの問題が指摘された。

2. 医療機関が判断した連絡の必要性の検討

調査に同意が得られた236名の退院児のうち、医療機関が保健機関に連絡の必要があると判断したのは79例（33.5%）であった。

連絡票の項目から、医療機関の判断として親に支援が必要な要因を有し、かつ家庭に支援が必要な要因を有する17例（親・家庭

要支援群)、親に支援が必要な要因を有する22例(親要支援群)、家庭に支援が必要な要因を有する9例(家庭要支援群)、親または家庭の要因を有するとは判断されない31例(支援必要なし群)に分類した。医療的な背景と要支援の評価は独立していた(表1)。

これらの事例に対して医療機関が求める保健活動は、親・家庭要支援群では早期の家庭訪問が多いのに対して、支援必要なし群では家族からの相談への対応の回答が多かった(表2)。

3. 保健機関が実施した保健活動

保健機関による家庭訪問は、79例中34例に実施、退院から訪問までの期間は平均21日(退院前25日～退院後93日)で、里帰り出産では実家に訪問の行われた例も認められた。親・家庭要支援群、家庭要支援群では、支援必要なし群に比べて継続的な訪問や積極的な介入を多く認め、この群の家庭へは積極的な対応が行われていた(表3)。

表1 連絡票の送付が必要と医療機関が判断した79例の医療的背景

医療機関の評価	(n=)	出生体重				多胎			療育、在宅医療が必要	その比率
		<1000g	<1500g	<2500g	2500g<	双胎	品胎	なし		
親に支援が必要+家庭に支援が必要	17	4	5	6	2	3	1	13	13	76.5%
親に支援が必要	22	1	3	9	9	7	2	13	12	54.5%
家庭に支援が必要	9	2	1	5	1	4	0	5	3	33.3%
「親・家庭への支援が必要」項目無記入	31	3	3	16	9	1	0	30	27	87.1%

表2 医療機関から保健機関に要望された保健活動項目

医療機関の評価	(n=)	医療機関からの要望			
		早期の家庭訪問	家族からの相談へ対応	他機関への連絡	その他
親に支援が必要+家庭に支援が必要	17	16	14	0	2
親に支援が必要	22	13	15	0	0
家庭に支援が必要	9	1	7	0	0
「親・家庭への支援が必要」項目無記入	31	9	24	0	0

表3 保健機関が今後継続的に対応すると連絡した内容

医療機関の評価	(n=)	継続的な対応方針					
		継続的な訪問	訪問継続の比率	積極的介入*	必要時に相談対応	健診等の来所勧奨	教室参加の継続勧
親に支援が必要+家庭に支援が必要	17	11	64.7%	1	1	5	0
親に支援が必要	22	7	31.8%	2	5	3	1
家庭に支援が必要	9	6	66.7%	0	1	3	0
「親・家庭への支援が必要」項目無記入	31	10	32.3%	0	7	14	0

*母子寮入所支援、定期的な電話連絡(2件)

表4 家族アンケートによる退院後4～6カ月時点での子育て不安に関する状況

子育てに関する質問項目	回答	今回調査対象例			参考値		
		全体 n=162	連絡票の必要性		健常群* 3カ月健	健常群** 1～3歳	虐待群** 1～3歳
			あり群 n=52	なし群 n=110			
お子さんは育てやすいと感じますか?	いいえ	7.4%	1.9%	10.0%	5.3%	27.0%	56.6%
子育てについて不安になることがありますか?	はい	48.8%	67.3%	40.0%	49.1%	43.7%	75.3%
お子さんにかっとなってしまふことがありますか?	はい	30.2%	32.7%	29.1%	7.0%	75.6%	91.0%
子育てに夫婦の協力ができていると感じますか?	いいえ	6.2%	5.8%	6.4%	1.8%	14.8%	34.2%
子育てに悩んだ時に相談できる人が身近にいますか?	いいえ	4.9%	1.9%	6.4%	1.8%	3.0%	9.5%
子育て以外に現在とても悩んでいることがありますか?	はい	40.7%	42.3%	40.0%	8.8%	8.1%	27.1%

*3カ月健診での調査(低出生体重児、基礎疾患児をのぞく)

**キッズアンケート調査(1歳半健診・3歳健診)

表5 虐待または子育て上の問題から児童相談センターに連絡した事例（平成15年5月時点）

平成14年11月～平成15年1月に病院または産院等を退院した事例

A. 保健機関へのアンケート調査

	退院医療機関所在地	愛知県周産期医療協議会での医療機関の位置づけ	報告機関名	例数	連絡票利用状況
1	A市a区	地域周産期母子医療センター	A保健所	1	利用なし(患者同意なし)
2	A市a区	地域周産期医療施設	B保健所	1	利用なし(調査対象外医療施設)
3	A市b区	地域周産期医療施設	C保健所	2	利用なし(調査対象外医療施設)
4	A市	地域周産期医療施設	D保健所	2	利用なし(調査対象外医療施設)
5	A市	地域周産期医療施設	B保健所	1	利用なし(調査対象外医療施設)
6	A市c区	地域周産期医療施設	E保健センター	1	利用なし(調査対象外医療施設)
7	B市	地域周産期医療施設	A保健所	2	利用なし(調査対象外医療施設)
8	B市	地域周産期医療施設	F保健センター	1	利用なし(調査対象外医療施設)
9	記載なし	地域周産期医療施設	G保健所	1	利用なし(調査対象外医療施設)

B. 医療機関へのアンケート調査

	退院医療機関所在地	愛知県周産期医療協議会での医療機関の位置づけ	報告機関名	例数	連絡票利用状況
1	A市a区	地域周産期母子医療センター	退院病院	2	利用なし(患者同意なし)
2	A市b区	地域周産期母子医療センター	退院病院		利用なし(患者同意なし)
3	A市d区	地域周産期母子医療センター	退院病院	1	利用なし(患者同意なし)

表6 家庭を支援する地域ネットワーク*が必要と回答された事例（平成15年5月時点）

* (地域の関係機関の担当者によるケース会議や相互の連絡など)

	報告機関名	支援を必要とする理由		ネットワークの状況	連絡票利用状況
		医療・療育上	子育て支援上		
1	H町保健センター	発達の問題	母死亡、伯父伯母が養育中	すでにネットワークがある	利用なし
2	I市保健センター	後遺症・合併症など	母外国籍、近隣からの孤立、子育ての不安	必要だがまだない	利用あり
3	J市保健センター	発達、後遺症など	子育ての不安	必要だがまだない	利用あり
4	K市保健福祉センター	発達、後遺症など	問題なし	すでにネットワークがある	利用なし
5	L保健所	発達、後遺症など	問題なし	すでにネットワークがある	利用あり

4. 家族アンケートによる子育て不安の状況

236例中162例から回答が得られ、連絡票が用いられた52例（連絡あり群）と連絡なし群110例で分析を行った。連絡あり群における子育てについての不安度（67.3%）は、連絡なし群（40.0%）より高く、かつ虐待群と健常群の中間に位置する値を示した。また、両群とも健常群に比較して子育て以外の悩みの頻度が高い傾向を認めた。調査対象となった家族の子育て不安状況は、概ね虐待群ほど高くはないものの、健常群に比較しては高い傾向を示した（表4）。

5. 平成15年5月時点における対象家族等に関する虐待発生状況

医療機関または保健機関への二次調査で、調査対象期間中（平成14年11月から平成15年1月）に出生した子どもについて、虐待または子育て上の問題から児童相談センターに連絡された事例を少なくとも12例認めた。このうち1例が今回の調査対象事例ではあったが、調査への同意が得られず、保健サービスの実施状況等に関するデータは得られなかった。

一方、医療機関から保健機関への連絡票が用いられた家族の中には、家族、親、子どもの要因分析から、いつ虐待通告が必要となってもおかしくない要因を有する例も認めたが、平成15年5月時点でこの中から虐待の報告は認めなかった（表5）。

また、調査への家族の同意はあったものの、医療機関から保健機関への連絡票が送付されなかった事例についても二次調査から虐待の報告は認めなかった。さらに保健機関に対する平成15年5月時点での保健活動実施状況調査から、対象事例に対して保健機関が「地域の関係機関の担当者によるケース会議や相互の連絡など家庭を支援する地域ネットワークが必要」と回答した事例は5例認めた。こ

の5例は上記虐待事例には含まれておらず、保健機関などを中心として地域で対応が開始されている事例と理解された（表6）。

○問題や障害となったこと

愛知県周産期医療協議会関連の医療機関が判断した子育て支援の必要性は、保健活動の継続の必要性とよく一致していた。また、その条件の整理や情報共有に今回作成した「連絡票」は有用である可能性が示唆された。今回の対象事例のうち医療機関または保健機関からの二次調査で、医療機関での調査の同意が得られず連絡票は用いられなかった事例に虐待の報告があった。また、連絡票使用例の中での家族、親、子どもの要因分析から、いつ虐待通告が必要となってもおかしくないリスクを有する例も認めしたが、この中から現時点で虐待の発生は認めていない。

今回の検討から、多胎や低出生体重児など虐待のリスク要因が高いグループに対して、子育て支援に視点をとおいた連絡票を軸とした周産期医療と保健活動の連携による介入は有効な手段であると考えられる。この背景には医療機関が子どもの病気のみではなく、親や家族の関係を分析する能力が高まってきたこと、保健機関が子育て支援の視点からこのようなハイリスクグループに対して積極的な取り組みを始めていることが関連している。

○これからの課題

今回はNICU入院児など比較的長期の入院例が多く、医療機関も家族との関係形成に積極的な姿勢をもつ対象を用いた検討であった。要支援家庭であっても子どもにリスク要因の少ない出産は、さらに幅広い医療機関、助産施設で行われ、また、その在院期間も1週間以内と短期である。このような対象に対して同様の手法が有効となるためには、病診・病病連携に保健機関をも交えた、子育て支援を軸とした地域でのネットワークシステムの構築、訪問や相談に係るマンパワー確保のための医療保険制度や福祉制度など社会システムの改革が必要である。

NICU（または新生児病棟等）退院後の
地域での支援体制（保健師活動）の実態調査（同意書）

主治医ならびに愛知県周産期医療協議会宛

私は、平成 14 年度に愛知県周産期医療協議会で行われる「NICU（または新生児病棟等）退院後の地域での支援体制（保健師活動）の実態調査」に関して別添の文書に基づいて医療機関から説明を受け、よく理解しました。

下記の者について、1) 今回の調査に参加します。また 2) 医療機関が家族との話し合いのうえで必要と判断した場合には、退院後に十分な保健サービスを受けるため医療機関から保健機関に連絡票などを用いて連絡することについてもあわせて同意します。

平成 年 月 日

同意者の氏名： _____

※患者様・ご家族様へ

下にお名前、ご住所、里帰り先（もしあれば）等についてご退院までに記入頂き主治医までご提出ください。

患者様氏名： _____ 平成（ ）年（ ）月（ ）日生 男・女
保護者氏名： _____ 続柄（父・母・ ）
現住所： 〒□□□ - □□□□□ 電話：（ ）—（ ）—（ ） _____ 市・郡 _____ 区・町・村 _____ 番地
（アパート名等） _____
里帰り先： 〒□□□ - □□□□□ 電話：（ ）—（ ）—（ ） _____ 市・郡 _____ 区・町・村 _____ 番地
（アパート名等） _____ 様方
ご入院病院名： _____ 主治医名： _____
ご退院日（予定）：平成（ ）年（ ）月（ ）日頃

※医療機関記入欄（ご家族と話し合いなどのうえで、次の A または B を選択し○を記してください）

A. 保健機関への連絡の必要なし → ご家族にご記入頂いた後、1 枚目のみを調査事務局（あいち小児保健医療総合センター）宛て返信封筒にて送付ください。この情報を基に家族宛アンケート用紙を送付します。

B. 保健機関への連絡の必要あり → ご家族にご記入頂いた後、1 枚目を調査事務局に、2 枚目を当該保健機関に、「連絡票」および（必要なら）貴病院でご使用中の連絡用の書類などとともに送付ください。

医療機関へのお願い

この用紙は、保健機関への連絡の有無に関わらず平成 14 年 11 月～平成 15 年 1 月に退院になるすべての患者様・ご家族に渡してください。