

また、指定発言では、親子の分離的対応を必要とする際に、児に医療的ニーズがある場合には病院でのケアを必要とするが、家族が不同意でも一時保護として子ども単独での入院を県内各地から受け入れている病院の小児科医として、愛知県心身障害者コロニー中央病院の水野氏はその対応には院内での事細かな情報共有が必要であること、児に医療的ケアが必要なくなっても次の受け入れ先がなく在院日数が平均で160日を越えてしまうなどの問題点を述べた。最後に一般の産科医療機関において助産師や看護師が中心となり、母乳育児の推進を軸として、子育て支援に取り組んでいる山田産婦人科病院の看護師長（助産師）である新實氏は、助産師として日ごろの活動は決して虐待予防のみを目指しているわけではないものの、子育て支援の活動を続けていくと、結果として虐待予防につながっているのだと述べた。

どのようにして院内ネットワークを構築したのかについて、シンポジストの5氏からは、救急医療や周産期医療の現場で対応に苦慮した小児科医やケースワーカーなどが核となり、現場主導で発見や院内・他機関との連携のための組織化を行った経験や、そうした活動を続ける中で病院機能評価認定の申請を契機として成文化に至ったこと、また院長からのトップダウン的意思決定を現場の小児科医が具体化した経験などが述べられた。

地域の中核病院と開業小児科医との連

携について各氏からは、児童虐待対応のみを目指した病診連携のシステムは地域に構築されてはいないが、医院から病院に紹介される小児疾患のひとつが虐待であるため、特別な連携システムがなくとも十分に対応できているとの意見が述べられた。病院からみても、開業医が虐待の告知や介入の役割を担うことは困難であり、虐待事例の場合には、病診連携システムを他の疾患と同じように利用して、病院に紹介すべきであるとの意見もあった（岩佐氏）。

さらに、病院での取り組みとしては、周産期からの子育て支援の視点の重要性が再認識され、その実現には、家族がすすんで地域や関係機関からの支援が受けられるよう、看護師、助産師、保健師などの看護職能が横に連携して家族の安心を紡いでいくこと、そのためにはそれぞれにスキルアップされる必要があることも強調された。

以下のシンポジウムの抄録は、シンポジウム終了後に、報告者各氏の加筆を得て掲載した。（症例については、省略）

シンポジウムの開催にあたって

あいち小児保健医療総合センター長 長嶋正實

2000年にいわゆる虐待防止法が施行されてから5年が経過し、本年度児童福祉法の一部改正とともに子どもの虐待に対する法的対応は新しい局面を迎えています。しかしこの間にも、児童相談所への通告件数は増加しつづけ、また昨今、死亡事例や重症のネグレクト事例の報告が目につき、性虐待事例の発見も相次いでいます。

そのような状況の中、愛知県では2000年の第6回日本子どもの虐待防止研究会あいち大会での保健・医療関係者によるいくつかの分科会、2002年に開かれた第105回日本小児科学会学術集会（名古屋市）でのシンポジウム「小児科医として子どもの虐待にどう関わるか」など、子どもの命に直接関わる医療機関としての対応について、さまざまな研究会や学会での議論が行われてきました。また、2000年には愛知県、名古屋市からそれぞれ医療機関向けの虐待対応マニュアルが作成、配布されました。愛知県医師会でも、警察医部会にいじめ・虐待小委員会が設置されて、積極的な取り組みが行われてきました。

これらの動きにも呼応して、現在、愛知県内の小児医療に関わる病院のうち30か所程度の病院が、子どもの虐待等に対応する院内システムを設置または設置の予定としています。これらの病院は、それぞれの地域医療の中核病院でもあり、患者として受診する虐待事例へ診療としての取り組みや、保健機関とともに進める周産期からの予防活動など、地域の虐待対応システムの中での重要な役割を果たしています。

今回のシンポジウムでは、県内各地域でそれぞれに活動を始めておられる主に病院小児科の先生方から、その実状と課題についてご報告をいただきます。県内には、これらの病院以外にも院内システムを構築されている病院が認められ、今年度の厚生労働科学研究班の調査では、他地域に比べ先進的な地域のひとつであるとも言われています。

本日のシンポジウムが、地域での虐待の予防活動や、地域医療ネットワークのあり方、地域ネットワークと医療機関との連携のあり方など多方面の課題に対して、実りあるものとなるよう祈念したいと思います。

日時 平成17年 3月19日（土）
午後2時～午後5時

場所 愛知県医師会館 9階大講堂

挨拶 愛知県医師会長 大輪 次郎
あいち小児保健医療総合センター長 長嶋 正實

シンポジウム =各機関ネットワークの現状とさらなる連携のために=

1 「救急病院における虐待対応」

名古屋第二赤十字病院第一小児科部長 岩佐 充二

2 「病院での通告、虐待の告知・介入に関して」

公立陶生病院小児科部長 山口 英明

3 「病院主催の事例検討会による地域保健医療ネットワークの構築」

一宮市立市民病院副院長 判治 康彦

4 「周産期からの虐待対策－予防を中心に－」

豊橋市民病院新生児医療センター部長 小山 典久

5 「地域医療ネットワークにおける開業小児科医の役割」

こどもクリニック・パパ 院長 高橋 昌久

指定発言

6 「医療的ニーズを要する親子分離事例への対応」

愛知県心身障害者コロニー中央病院 指導相談部長 水野 誠司

7 「虐待予防としての子育て支援活動」

山田産婦人科 看護師長（助産師） 新實 房子

コーディネーター

愛知県中央児童・障害者相談センター 児童専門監 前田 清

あいち小児保健医療総合センター 総合診療部長・保健室長 山崎 嘉久

【主催】 あいち小児保健医療総合センター

【後援】 愛知県医師会 愛知県産婦人科医会 愛知県小児科医会

このシンポジウムは厚生労働科学研究班「被虐待児への医学的総合医療システムのあり方に関する研究」の協力により開催されました。

資料 愛知県内の病院における子ども虐待の対応窓口

この窓口一覧のデータは、平成16年度厚生労働科学研究「被虐待児への医学的総合医療システムのあり方に関する研究」において、平成16年11月にあいち小児保健医療総合センターが愛知県内の国公立病院または地域医療の中核的な役割を担う病院)のうち、小児の医療(外科系、産科系を含む)を担っている77病院を対象として配布した「県内医療機関子ども虐待等連絡窓口一覧の作成へのご協力をお願い」の文書に対して、回答が得られたものを掲載してあります(この報告書では掲載省略)。

1 「救急病院における虐待対応」

名古屋第二赤十字病院第一小児科部長
岩佐 充二

本院は救急救命センターがあり年間約 10,000 名の小児が時間外を受診している。

1994 年から現在までにはっきりと虐待と診断し、入院したのは計 35 例で、その内容は身体的虐待 19 名、性的虐待 1 例、ネグレクト 10 例、心理的虐待 6 例であった。そのうち身体的虐待 3 例、ネグレクト 1 例が入院後死亡していた。身体的虐待 19 名中 18 例、ネグレクト 9 例中 3 例、心理的虐待 6 例中 3 例が救急外来経由で入院し、それ以外は小児科外来経由で入院していた。これら入院以外で救急外来を受診し、はっきりと虐待と診断したのは身体的虐待の 4 例で、そのうち心肺停止で搬入されたのは 2 例であった。

身体的虐待の入院経路が救急外来経由であることが多かった。虐待が疑われる児が救命救急センターなどに受診し、その場に対応した看護師や医師、職員が「この親子、何か変だ。」と気になった場合小児科医師に連絡をするという児童虐待予防連絡院内ネットワークをつくった。小児科医師に連絡があった時、あきらかに虐待と考えられる場合身体的な危機が考えられる場合はできるだけ入院管理をするようにしている。いつも虐待が疑われる場合 maltreatment ではあるが狭義の虐待なのか判断に迷うことが多い。病院では虐待と判断しても、病院は院外での調査手段を持っていない。児童相談所、警察などの判断と異なり戸惑うことも多いが、できる限り院外とのネットワークを深めることが重要であると考えられる。

2 「病院での通告、虐待の告知・介入に関して」 (小児科現場の困難さを含めて)

公立陶生病院小児科部長
山口 英明

通告は患者家族への診断情報の伝達であり、介入はそれに基づく具体的行動である。病院での医療行為において、程度の差はあれ、告知・介入はどのような病態においても必要である。児童虐待においても発見、通告、身体的安全（入院）、身体的治療、再発防止のいずれかの段階で告知・介入のプロセスを要する。ただ通常の医療行為においては両親・家族の同意を得て医療者と協力する形で行われ、医療者への人間関係的ストレスは少ない。しかし虐待の場合、虐待者が両親である場合が多く、初めから協力的であることはほとんどなく、医療スタッフの持つストレスは多大である。この点が大きく異なる。通告と介入はほぼセットとして行われ、以下の注意が必要とされる。

- 1 虐待を疑ったら否定できない限り虐待として対応を検討
- 2 1人で抱え込まない
- 3 関係者の顔が見える連携で対応
- 4 迷ったときは子どもの人権が尊重される方向で検討
- 5 <様子を見る>は厳禁、<様子を見ている>間も子どもは虐待されている。
- 6 保護者を責めない、しかし、対立することを恐れない。

<子ども虐待の臨床>より転載

このような観点から、我々の身近な症例を通して、通告・告知の問題について考えてみた。

症例1 5ヶ月 男児 Shaken baby syndrome(以下略)。

症例2 6才 男児(以下略)。

最後に虐待が個人の人生にどのような影をおとす出来事であるかを演者の経験した症例を呈示し、虐待防止の社会的意味も考えてみた。

症例3 成人 女性(以下略)。

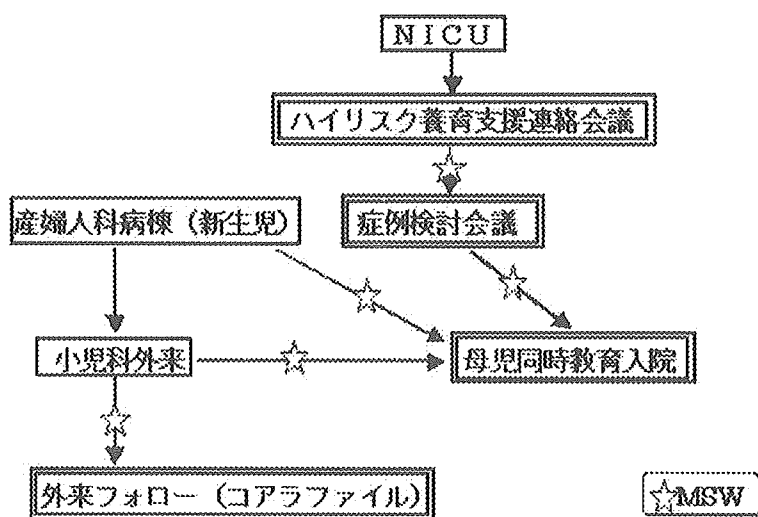
<演者は児童虐待を専門的に取り組んできた者ではない。当日はごく一般的小児科医の立場から発言した。>

3 「病院主催の事例検討会による地域保健医療ネットワークの構築」

一宮市立市民病院副院長
判治 康彦

新年を迎えても、全国で若年の両親などによる虐待によって亡くなる子どものニュースが流れています。当院でも年々増加する若年の出産など育児支援が必要なハイリスクなケースがフォローされていますが、他機関で出生したケースのフォローも必要となっており、関係機関との連携を密にしていくことが必要と思われます。家族関係が希薄になっているため、地域で家庭を支える仕組みが必要ですが、他人との関わりが少ない両親が多くフォローが難しくなっており、社会的に孤立しやすい両親には特別な配慮が必要です。児童相談所、保健所、保健センター、保育所、医療機関などがサポートチームをつくり家庭環境を改善し、子どもが健やかに育つように援助しなければなりません。

一宮市では児童虐待防止対策会議が定期的開催され、保護されて施設入所する子どもが多いことに驚きましたが、当院の小児科が関与した症例はほんの少数であることに気づきました。病院の小児科医は保護を必要とする被虐待児を診療する機会は少ないですが、



ハイリスク養育支援連絡会議（参加者）

（小児科医、研修医、産婦人科外来・病棟看護師、小児科外来・未熟児病棟看護師、産科、一宮保健所、一宮保健センター、宮崎保健所の保健師）

症例検討会議（参加者）

（一宮児童相談センター、一宮子育て支援課、一宮保健センター、一宮市民病院医師・看護師・研修医）

が多く、精神的にも物理的にも期待できません。また若い親は、子育ての方法を学習する機会がなく育ち、火のついたように泣き体を反らし抱くこともままならない我が子に困惑してしまいます。ハイリスク児が養育不全に至らないように、育児支援としての救いの手は虐待を未然に防ぐためにきわめて大切です。虐待を受けた子どもの中で新生児集中治療室（NICU）に入院していた子どもの割合が多いことが全国的に注目されており、当院のNICUもハイリスク児は増加していると思われます。従来、退院した新生児、乳児のほとんどは情報連絡を受けた地域担当保健師の家庭訪問などの指導を受け問題なく順調に成長していましたが、家庭が地域や行政の介入を拒否しているような場合は、効果的な支援が難しいことに苦慮していました。他人を信用することができず、人との触れ合いを嫌う親を孤立させない改善策として、当院では家庭における育児支援体制を円滑に構築するための情報交換を行う「ハイリスク養育支援連絡会議」を3年前に設立しました。月一回の開催ですが、退院する前の入院中に情報を交換して、できれば親と面識を持っていただくことを基本としております。病院で長期的に援助が必要と判断された場合は、カルテにコアラの絵がプリントされた用紙がセットされ、主治医以外の医師も特別な配慮が必要な子どもであることが分かるようにしております。他科のカルテにもコアラの用紙がセットされトラブルを防ぐように配慮しております。母親が養育支援を希望したが、祖母は虐待を疑った支援として気分を害されたこともあり、思慮深い慎重な対応が要求され複雑な価値観を理解できるチームワークが必要と思われます。ハイリスク養育支援連絡会議には約5症例が提示されるため時間的に詳細な検討は困難であり、特にハイリスクでフォローを要する例には「症例検討会議」で情報交換と支援の方法が検討され問題が解決されるまで定期的に会

養育支援を必要とするハイリスク児例に接することは多いと思われます。当院では、未婚者や10歳代の妊娠、出産が増えています。背景として両親の多くがネグレクトを受けた経験があり良好な養育環境で育っていないことが注目されます。祖父母は出産や生まれてくる子の養育に対して多くは無関心であり、援助を望まれても経済的に困窮していること

が開かれます。親などが以前より児童相談所と関わりがある症例では、児童相談所主催の「危機児童・家庭サポートチーム会議」が病院で開かれ、症例検討会議と同様に運営されています。

効果的な援助は妊娠中から関わりを持つことが大切で、親が子どもの時にハイリスク児として小児科でフォローされた例では、すでに小児科医とは信頼関係ができており遠慮しながらも助けを求めてきてくれます。一方、面識のない妊婦やその家庭に対しての育児支援は、今後プレネイタル・ビジットとして気楽に相談できる方法を考慮すべきと考えています。

子どもの問題、母の問題があって子育てが困難で養育不全が疑われた場合には、「母児同時教育入院」としての養育医療が必要であり、親の同意を得て一般小児科病棟に入院していただきます。医師、看護師、保育士、ケースワーカーのチームワークで取り組みますが良好な結果が期待される方法ではないかと思っています。

4 「周産期からの虐待対策 ―予防を中心に―」

豊橋市民病院新生児医療センター
部長 小山 典久

【はじめに】

約10年前、新聞に「赤ちゃんが自宅で死亡(白骨化)しているのを第三者によって発見された」との小さな記事が載った。低出生体重児との記載があり気になって確認してみると、1年前に元気に当院を退院していった患者さんであった。離婚し父親は音信不通、周囲の反対の中、妊婦検診受診のないまま出産に至った母親であった。児童相談所にも相談したが、自ら育てるとの意思を示し退院された。ところが退院後一度も当院にも母子保健センターの乳児健診にも受診していないことがわかった。1年以上もの間、病院、母子保健センター、児童相談所そして市の福祉課も、この母子に思いをめぐらすことが無かったわけである。この事件が当院での虐待への取り組みにおける大きな転機となった。周産期医療に携わるものは、虐待のハイリスクとされる低出生体重児や、ハンディキャップを持つ児とそこにご家族に接する機会も多く。児童虐待に関して特別な配慮が必要である。特に虐待発生前から家族と接することができるという点で特殊な立場にあり、虐待予防の視点からも重要な役割を担わなくてはならないと考える。われわれの施設での経験をふまえ、その後の対応の改善点、問題点等について考察する。

【豊橋市民病院新生児医療センターで経験した虐待症例から学んだこと】

- ・常に虐待の可能性に配慮して対応する必要がある
- ・児童相談所、母子保健センター、福祉課等と密に連携し情報を交換することが重要である
- ・院内のスタッフ間においても密な連携が必要である

- ・親御さんの心を開くためには初期の対応が極めて重要である
- ・こどもの安全を最優先すべきである
- ・現在の体制では親子の心理的治療が極めて困難である。
カウンセラーなどマンパワーの充実 ならびに心理治療専門の組織が必要である
- ・生命の危険がある児への医療ネグレクトなどでは、迅速に公正な判断をくださることのできる第三者の存在が望まれる。

【低出生体重児のご家族へのアンケートに記された意見から】

- ・母親は児に対し自責の念に駆られている
- ・親御さんは看護師や医師のことば、行動のひとつひとつを敏感に感じ、時に傷ついている

- ・些細なことでもこどもの様子を知りたいと願っている
- ・児に触れることは児への愛着を深める効果がある
- ・児の治療のみでなく、家族の心のケアも望んでいる
- ・両親のみでなく祖父母など家族皆へのサポートを望んでいる
- ・先に退院された同じような境遇のご家族との情報交換を希望している。

また自ら同じ境遇の ご家族の相談にのることを申し出てくれるご家族もいた

【新生児医療センター内での取り組み】

- ・絆ノート：スタッフ、ご家族双方から赤ちゃんの様子、感じたことなどを自由に書き込む。写真、足形なども添え成長の記録にもしている。親御さんの心の軌跡も記される
- ・カンガルーケア：あの温もりは一生忘れませんとのコメントもいただいた。
声を上げて泣き 出したお母さんもいた。
- ・ベビーマッサージ：花沢の対児感情評定尺度表を用いた検討で、児に対する不安、恐怖の軽減につながる事がわかった。

【院内・外との連携】

- ・豊橋市民病院虐待対策委員会の立ち上げと院内ネットワークの構築
- ・ソーシャルワーカーを中心とした家族の支援体制の確立
- ・ハイリスク児退院時における、ご家族と母子保健センター保健師との院内での面接を含めた連携
- ・児童相談所、母子保健センター、福祉課との情報交換と症例検討会
- ・母子センターでの低出生体重児や多胎児を対象にした育児教室の開設と協力

【今後の課題】

- ・地域の産科診療所とのネットワーク
- ・生殖医療がもたらす新たな問題点
夫婦の絆に問題が生じやすい
親の罪悪感に対する配慮
事前・妊娠中からのカウンセリングが重要

- 子どもへの告知の問題
- ・胎児診療の問題（胎児診断、胎児治療）
 - 胎児虐待が存在する
 - 胎児への愛着形成の問題
 - 罪悪感
 - 意思決定の支援
- ・障害児の問題
 - 家族のサポート体制
 - 医療ネグレクト

【おわりに】

とても未熟に思え心配していた親御さんが、いつの間にか立派な親に育っているということはよく経験する。その一方で育児を放棄する親御さんや、育児能力に問題があると判断し介入せざるを得ないご家族も存在する。関係スタッフで情報を共有し、ともに考え判断することが重要であるが、その判断の中心には常に赤ちゃんの気持ちを思いやる心がなくてはならない。赤ちゃんの"声なき声を聴く"のがわれわれの務めである。

5 「地域医療ネットワークにおける開業小児科医の役割」

こどもクリニック・パパ 院長
高橋 昌久

1 勤務医から開業小児科医へ（医療機関から児童相談所・教育現場へ）

- ・名古屋不登校相談連絡会（1999.7～）
- ・臨床心理士資格取得（2000.3）
- ・豊田加茂児童虐待事例検討会（2000.4～月1回）
- ・豊田相談ネットワーク（2002.4～）
- ・「こどもクリニック・パパ」開院（2002.10）
- ・スクールカウンセラー（2003.4～ 小・中学校に週2回）

2 開業小児科医の役割 開業小児科医が対応できるのはどこか？

主な虐待者

実父 29.9%、義父 9.0%、実母 55.2%、義母 4.5%、その他 1.4%

（平成 15 年度 西三河児童・障害者相談センター）

実父 12.6%、義父 7.9%、実母 71.4%、義母 3.2%、その他 4.9%

（平成 14 年度 豊田加茂児童・障害者相談センター）

A 乳幼児 家庭・園への援助

- ・未受診の母3割がうつ状態（乳幼児健診で東大など調査 児童虐待の危険性も）
- ・「一歳の息子は何に対しても興味津々で、忙しく動き回っています。ADHD というのは、保育園などの集団生活に入ってから様子でわかるもの ですか？」講演会における質問から。
- ・「子どもを守る保育者の役割」 保育者セミナーなどの開催

B 児童・生徒 家庭・学校への援助

- ・スクールカウンセラーをしてみてわかったこと（校医への本当の期待）
校区内小学校からの要請に応じて、小学校を訪問して行う児童へのカウンセリング並びに教職員及び保護者に対する助言及び援助
- ・子育て・教育の多様性
- ・成長曲線で早期発見
摂食障害、親の虐待や養育放棄（ネグレクト）、肥満などなど子供の異常
- ・発達障害児支援の現場からみえてくるもの

C 児童相談センターへの援助（児童福祉司の負担をいかに減らすか）

1 勉強会の主催 小児疾患研修会 2004

- 2004 0207 保育者セミナー2 昭和区事例を参考に
- 0614 たんぽぽ障害児教育セミナー（稲沢）（講演技術支援・共催）
- 0714 ターナー症候群/成長曲線を現場で活かす
- 0826 Royal Scottish Society for Prevention of Cruelty to Children (Children 1st) (英国) を招いて児童虐待防止に関する講演会
- 0922 ADHD 勉強会
- 1123 インドから来た手作りおもちゃ 子どもの創造性と家庭での親子の遊び方

2 医学的側面支援 埼玉県で起きた虐待事件の控訴審傍聴レポートを参考に

3 直接支援（すべて医師会からの参加）

- 豊田・加茂地域虐待児童問題関係機関連絡調整会議出席
- 豊田加茂児童虐待事例検討会参加
- とよた相談ネットワーク(事務局は豊田市教育委員会)参加

D まとめ

虐待予防活動という点では、勤務小児科医だった頃より開業小児科医になってからの方がニーズも多く、児童相談所一辺倒だった連携先も最近では子育て支援センターや保育園などが多く、児童相談センターとの橋渡し役を任されることも多い。

今のところ、虐待という言葉にとらわれず、子育て支援という観点から市町村事業へ参加している。

また、スクールカウンセラーとして積極的に教育現場へも顔を出している。「・・・はだめだ！」という指導は学校の指導担当教諭や児童相談センター職員に任せ、その代わり、常日頃から彼らが受け持つ山積した問題の一部を受け取ることにしている。常時接続したチャンネルを維持できていて初めて、ある日突然訪れる、診察室での緊張状態において安心して通告・相談できる仲間ができ、ひいては対象事例の子どもも家族をも救うことにつながるのではないだろうか。

6 「医療的ニーズを要する親子分離事例への対応」

愛知県心身障害者コロニー中央病院
指導相談部長 水野 誠司

【はじめに】

被虐待児が様々な理由により一時保護される時、児の栄養状態が不良であったり、外傷や熱傷を負っていたり、不衛生な状態であったりする 경우가少なくない。また過去の身体的虐待を客観的に評価するための医学的検査が必要な場合もある。これらのケースは保護直後に病院に入院して医学的な評価や治療を受けることが望ましいが、現在ほとんどの病院は乳幼児の入院に親の付き添いを求めている、親子分離の目的で一時保護された児が入院できる施設は極めて限られている。愛知県心身障害者コロニー中央病院は、30年前の設立時から子どもの入院に原則として親の付き添いを必要としないため、一時保護された児の入院が可能な数少ない病院の一つである。

【一時保護委託入院】

児童相談所からの一時保護委託入院は過去4年間で13例、そのうち小児科病棟に入院したのは11例で、入院時平均年齢は1歳1ヶ月、平均在院日数は161日であった。主な医学的所見としては、体重増加不良（6例）、発達の遅れ（4例）、頭蓋内出血（3例）、熱傷（1例）、網膜出血（1例）、頭シラミ（1例）などであった。職権による一時保護で親が保護先を知らない場合には、児と職員の安全のために非常時の対応を想定してあらかじめ地元の警察に連絡して協力を依頼している。

【入院時対応から退院まで】

入院時には全身の外傷や熱傷跡をくまなく確認し画像記録に残している。特に口腔内や外性器も念入りに確認する。その後全身計測を行い身体的発達の評価を行う。身体的虐待の疑いのある児については、全身骨のレントゲン撮影を行い、眼底所見も確認する。血液検査では各種の感染症の他、貧血や栄養状態の評価、腹部外傷による肝逸脱酵素の上昇の有無を確認する。また鑑別のために血液凝固能もチェックする。親と一緒に受診では発見できなかった外傷跡や医学的問題点が保護入院して初めて発見される場合もあり、虐待が

疑われる場合には早期に保護入院することも必要であろう。難点は緊急の入院であることが多いために出生時から現在までに受けた医療や発達発育に関する情報が極めて不足していることである。

入院後の体重増加曲線はそれまでの環境の評価に役立つ。例えば入院時に -2 SDであった体重が入院後数週で -1 SDに増加した場合は、それまでの好ましくない環境を示唆するものである。入院中は病棟保育士の継続的な関わりが必須で、入院時に無表情でほとんど感情を表出しない被虐待児であっても、乳幼児であれば通常数週間で子どもらしい表情が回復してくる。必要に応じ臨床心理士の評価を受けて、退院後の生活に備えている。親と面談する場合には、児童相談所に対立する親の立場にも配慮して中立的な立場を示して親が話をしやすいように努めている。

退院後の受け入れ先は乳児院（5例）、自宅（3例）、重症心身障害児施設（3例）であった。

【おわりに】

コロニー中央病院では施設の特殊性を活用して一時保護委託入院を受け入れているが、設立当時から被虐待児の一保護入院を想定して作られた施設ではない。医療の独立採算性が求められる昨今、小児の入院に母親の付き添いを必要としない現状の体制が将来も続く保証もない。今後は被虐待児の一時保護入院をあらかじめ想定した公的医療施設の設置が望まれる。また医療が不要になった後の受け入れ施設の選定で苦慮することも稀ではない。例えばチューブ栄養などの簡単な医療的ケアが必要なだけで乳児院は原則として受け入れない。重症心身障害児施設の不足も重度後遺症の児の退院を困難にしている。病院での一時保護が不要になった後の次の施設への移行が速やかに行われるよう、受け入れ施設の拡充をはかり、医療機関と児相と施設とが連携して対応に当たることが必要であろう。

7 「虐待予防としての子育て支援活動」

医療法人尚志会山田産婦人科
看護師長（助産師） 新實 房子

【はじめに】

当院は平成12年に愛知県で初めて、日本で14番目にBFH(Baby Friendly Hospital:赤ちゃんにやさしい病院)の認定を受けた。この認定を受けるための必要条件はWHO/ユニセフが共同勧告した「母乳育児を成功させるための10か条」をきちんと行っていることである。これは出産直後からの早期接触、母子同室、母乳育児を基本にしているが、この10か条を取り入れたことによって多くの母親たちの母乳育児を成功させてきた。早期接触や母子同室、母乳育児は母子相互作用を深め、母と子のきずなを強くし、愛着が形成されるといわれている。愛着が形成されることは母親の養育困難を緩和させ、子どもは誰かに守られているという安心感から、基本的信頼感ができてくるといわれている。この過程が親として

の自信を高め、その自信は育児不安をなくし虐待予防につながるのではないだろうか。

われわれは母親の気持ちに寄り添いながら子育て支援活動を行っているので当院の取り組みを紹介したいと思う。

【背景】

- ・ベッド数 19 床の診療所、年間出生数約 90 件：帝王切開率 11%、母乳率：1 ヶ月時 90%
- ・スタッフ

産科医 2 名、非常勤小児科医 2 名、助産師 9 名、看護師 8 名、准看護師 10 名、
医療通訳 2 名、看護助手 1 名、保母 3 名、事務 6 名、栄養士 2 名、厨房 4 名

【BFH認定施設としての取り組み】

- ① アクティブバース
- ② カンガルーケア
- ③ 母子同室（出産直後から）
- ④ 母乳育児（早期授乳・頻回授乳）
- ⑤ 母親教室 助産師外来 母乳外来
- ⑥ 2 週間健診 1 ヶ月健診 2 ヶ月育児相談会 育児サークル紹介

【虐待予防としての取り組み】

- ① 中高生に臨床の立場から生命誕生や授乳をとおして「いのちの大切さ」を伝えている。
- ② 妊娠、出産、産後のかかわりの中での子育て支援。
- ③ 養育困難が予想される親の早期発見と支援
- ④ 保健センターとの連携による支援

【助産師外来の役割】

- 健診後、家族背景や妊婦がかかえている問題のチェック・・・そこで見えてくるもの
- ・社会的問題（シングルマザー、若年妊娠など）
 - ・心理的問題（育児不安、DV など）
 - ・経済的問題（出産費が払えないなど）

対策として・・・保健指導カルテに記録と同時に赤線を引き他のスタッフにも分かるようにする。必要ならば保健センターや保健所に連絡をする。

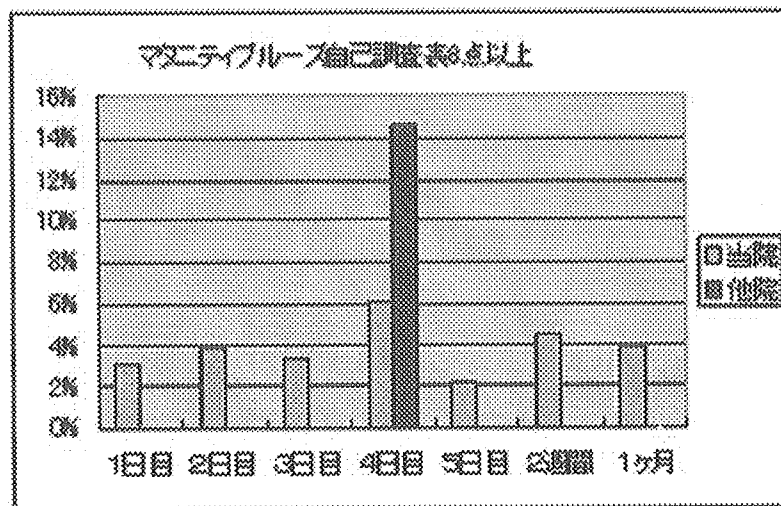
【退院後 1 週間健診およびフォロー外来】

入院中は母子同室で母乳育児を成功させるために、スタッフが一丸となってサポートしている。しかし、退院後はサポート不足のため確立されていた母乳育児が、1 ヶ月健診時に母乳不足感やストレスなどから安易に混合栄養や人工栄養に移行している場合がある。母乳育児がスムーズにいつているか問題はないかのチェックをし、訪問指導の必要があるようならば保健センターや保健所に連絡する。

【マタニティブルーズ自己調査表】

産後 1 日、2 日、3 日、4 日、5 日、2 週間、1 ヶ月に、マタニティブルーズの自己調査をしている。

点数が8点以上の場合個別面談をし、支援を強化する。図はマタニティブルーズ自己調査の点数が8点以上あった人の割合を示している。鈴木廣子注2)の研究によると産後4日目のマタニティブルーズ自己調査表の点数が8点以上だったものは14,6%と報告されていた。



【保健機関との連携】

助産師外来や入院中の関わり、退院後のフォローで「これは要注意かな」と感じたら地域の保健師に連絡をしている。以下事例を紹介する。

・事例紹介（個人のプライバシー保護のため内容の記載省略）

【おわりに】

少子化や核家族化が進む中、子育てする親は地域からも孤立しがちであり、母と子だけで過ごす時間が多く、さらに育児経験が少ないため育児不安を助長させる大きな要因となっている。子どもの虐待は養育困難な状況が重複した結果起こるとも言われている。われわれは妊娠、出産、育児と継続した関わりを持つようにしているが「何か気になる」と感じたら、保健機関へ連絡という子育て支援の連携をとっている。「出産施設がハイリスクのスクリーニングの場である」と思う。今後もBFH認定施設としての子育て支援を推進したい。

平成 17 年度 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究
分担研究 1 被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究
(分担研究者：小林美智子、大阪府立母子保健総合医療センター)

その 6 「和歌山県における児童虐待に対する医療機関の現状と今後の課題」
研究協力者；柳川敏彦（和歌山県立医科大学保健看護学部）

はじめに

医療機関は、被虐待児あるいは被虐待の疑い児に、出会う 1 つの機関として重要な役割を担う。発見、診断、保護、治療、関係機関との連携、長期フォローとともに虐待発生の予防と多岐にわたる。つまり医療現場は虐待最前線にある。

平成 15 年度から 17 年度の 3 年間に於いて、厚生労働研究で行われた「被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究（分担研究者；小林美智子）」との関連において、和歌山県下の医療機関の現状を概説し、今後の地域における医療機関のあり方を検討する。また、本報告書は和歌山県立医科大学保健看護学部を実施主体とする平成 16 年度厚生労働省補正予算「地域活動支援事業（児童虐待予防ネットワーク会議）」の調査結果も一部引用する。

1. 和歌山県下医療機関の取り組みの
現状：歴史とその特徴

1) 多職種ネットワークの中核として開設
和歌山県の児童虐待に対する医療機関の中核は、和歌山県立医科大学である。1994 年 1 月、小児科医局を事務局とし、公的機関を中心とした多職種からなる被虐待児症候群対策委員会の設置に始まる。活動内容は、被虐待児の実態調査、発生時の連絡網の樹立、事例の解析と成功例の収集、治療の援助、予防対策の立案と 1 病院機能の役割を超えたネットワークの中心的な活動を担ってきた。2000 年 3 月に、地域の一般市民の参加によって虐待に対応するという趣旨のもと、事務局を大学外に置き民間団体として会費で運営する「和歌山子どもの虐待防止協会」を設立し、2004 年 2 月に NPO 法人として

認可承認される。

2) 院内機関連絡協議会

対応事務局の民間移設に伴い、和歌山県立医科大学付属病院では、小児科病棟または NICU に入院した児および家族を対象に、2000 年 11 月に院内機関連絡協議会を設置した。構成委員は、医師、看護師、臨床心理士、県保健福祉相談センター職員である保健師、メディカルソーシャルワーカーからなり、協議会の開催は定期的に月に 1 回である。この協議会の目的は、「援助がなければ、子どもの健康や発達が達成できない、あるいは維持できない可能性のある子ども」、つまり「チルドレンインニード（以下、「援助が必要な子ども」）の概念を取り入れたことが特徴である。

2002 年 1 月から 2003 年 3 月までの機関に院内機関連絡委員会で検討した結果、

小児科一般病棟の入院患者 712 例中、72 例 (10.1%) が「援助が必要な子ども」として抽出された。この中には 31 例 (4.4%) のマルチトリートメント、11 例 (1.5%) の被虐待児が含まれていた。なお要援助と判断した子どもの要因は先天異常・奇形 (染色体異常を含む) が最も多く、頭蓋内出血、溺水、ネフローゼ症候群と続く。

3) 退院後の地域との連携

上記調査の 72 例中、複数回入院などの重複を除いた実数は 50 例であった。この 50 例中、居住地域での連携機関は、保健所 37 例 (74%)、児童相談所 13 例 (26%)、重症心身障害児・肢体不自由児施設 10 例 (20%)、保育所・幼稚園・学校 10 例 (20%)、臨床心理士や医師による心理対応例 4 例 (8%) であった。

この連携の特徴は、虐待かどうかの観点ではなく、児または家族のニーズに基づく観点であり、連携時に家族の同意を原則とした支援、援助システムである。

2. 厚生労働省研究の調査結果からの考察

1) 平成 15 年度研究

17 機関 (6 小児病院、5 大学病院、6 総合病院) の調査結果は、平成 15 年度報告書参照。和歌山県下についての調査結果を補足する。

A 病院内システムについて

病院内システムができることによる以下の 6 つの仮説について検証することが求められた。①発見・通告・連携が増える (○)、②子どもの入院・施設入所が増え、死亡が減少する (検証できず)、③スタッフの関心は診療科・職種によって様々で、全スタッフへの啓発が必要とな

る (○)、④活動はさらに発生予防、より早期の発見・治療に発展する (○)、⑤病院としての体制整備や、担当者の指名や対応マニュアル作成や、カンファレンスの実施や、他機関との連携会議が必要になる (○)、⑥被虐待児の診療は、一般疾患との違いが多く (一部○)、様々な工夫が必要である (○)。() 内に達成できているかどうか、あるいは賛同できるかどうかの観点で記したところ、上記のごとくおおむね到達していると思われた。②で、「検証できず」としたのは、チルドレンインニードの概念は虐待例を明確に分離したものでないためである。

B 地域医療システムについて

患者発生を契機とした連携は、開業医、地域関連機関 (肢体不自由児施設、重症心身障害児施設を含む)、あるいは 2 次公立病院から一般急性・慢性疾患と同様の経緯で受け入れ体制ができています。不備な点は、満床時、あるいは夜間に病棟における重症児対応などの物理的、時間的制約で生じる、いわゆる小児救急体制と共通した問題も多くあると思われる。なお、地域医療システムの定義が不明瞭である。小児科としての医療システム、医師会との医療システム、皮膚科、脳外科、整形外科などの多科を含めた医療システムなど、形態の問題があるとともに、地域多職種ネットワーク内に医療機関があるシステムと、地域医療システムの違いの明確化を行ったうえでの調査が必要であると思われる。

2) 平成 16 年度研究

6 府県 (福岡、群馬、愛知、和歌山、大阪、兵庫) において、以下の調査が行

われた。

Ⅰ．国公立病院における調査（和歌山県の国公立病院 n=15）

Ⅱ．小児病院における調査（和歌山県の小児病院 n=0）

Ⅲ．児童相談所（n=2）からみた地域医療ネットワーク調査

（ⅠからⅢはいずれも平成 16 年度報告書参照）

和歌山県下では、小児病院がなく、また児童相談所は 2 ケ所のため、国公立病院についての補足説明を行う。

A. 病院内システムについて

6 府県における 16 年度厚生労働省の調査報告書では、和歌山県の国公立病院は、n=11 であった。これは、6 府県統一調査対象病院の数で、地域独自調査対象病院の 4 病院を加えると、n=15 となる。15 病院で修正すると、院内組織ありは、15 年度研究で説明した和歌山県立医科大学 1 病院（6.7％）で、院内組織なし、作る予定あり 1（6.7％）、院内組織なし、作る予定なし 13（86.6％）となる。

6 府県統一調査対象病院全数 149 中、回答 90 病院のうち院内組織ありは 17 病院（18.9％）に比し、修正後も和歌山県は依然低いという結果であり、県下医療機関全体としてのボトムアップが望まれる。しかし、和歌山県においては、15 年度研究概要で述べたように設立経緯から 1 病院集中型で経緯したシステムである。

1 病院集中型の利点は、大学という 3 次機能が利用できることである。つまり 24 時間体制で、救急疾患、急性疾患および慢性疾患と同様に、被虐待児に対しても受け入れが行えたとともに、子どもの

身体的な診療以外に、心理・精神を含めた専門性が発揮できることである。もちろん診断、発見、治療のあらゆる場面で、他の疾患と同様に、虐待問題に対する定期的な研修システムが継続的に行われることが前提となる。

1 病院集中型の欠点は、地域での虐待対応の経験機会が少なくなるため、結果として虐待問題に対する感受性、診断能力、対応技能など多くの面で専門性が培われず、さらには虐待問題を回避する傾向が生じることである。

3)平成 17 年度研究

Ⅰ．6 府県（福岡、群馬、愛知、和歌山、大阪、兵庫）における保健所 131 ケ所、保健センター 382 ケ所へのアンケート調査が行われた。内容は保健機関の取り組みと医療機関の連携である（平成 17 年度報告書参照）。

Ⅱ．和歌山県の独自研究

平成 17 年 4 月施行の改正児童福祉法において、①市町村の児童相談に関する体制の充実を図ることが規定され、②要保護児童対策地域連絡協議会（地域虐待防止ネットワーク）の設置が努力義務として明記され、市町村地域における児童虐待の対応の責務と相談・支援が求められている。和歌山県立医科大学保健看護学部は、平成 16 年度厚生労働省補正予算および平成 17 年度予算において、「地域活動支援事業（児童虐待予防ネットワーク会議）」を行い、49 市町村（平成 16 年 10 月 1 日現在）の児童虐待予防ネットワークの構築に関する調査を行った（本報告書には未記載、希望者は和歌山県立医科大学保健看護学部に連絡をお願いしま

す)。

小林美智子研究班関連においては、7 振興局、1 支所の 8 箇所と 49 市町村における医療機関についてアンケート調査を実施した。対象は 1) 開業医・診療所、2) 小児科常勤の病院、3) 子ども専門病院である(表 1-1, 1-2, 1-3)。

1) 開業医・診療所

市町村からの開業医、診療所に期待する内容は、虐待の早期発見、関係機関との積極的な連携、疑い事例の専門機関への紹介、虐待への関心、虐待予防のための子育て支援・指導の順に高率であった。

表 1-1. 医療機関:開業医・診療所

| | 振興局 n=8 | 市町村 n=49 |
|--|------------|-------------|
| 1) 貴地域の開業医・診療所の虐待への取り組み・関心についてお聞きします | | |
| 1 一般的には関心は | | |
| ①高い | | 1 |
| ②どちらでもない | | 11 |
| ③低い | | 5 |
| ④不明 | 5 | 10 |
| 2 貴地域の開業医・診療所で発見される、あるいは疑われる虐待事例は増加していますか? | | |
| ①増加 | | 0 |
| ②不変 | | 13 |
| ③減少 | | 0 |
| ④不明 | 5 | 18 |
| 3 虐待事例での開業医・診療所との連携は増加していますか? | | |
| ①増加 | | 0 |
| ②不変 | | 15 |
| ③減少 | | 0 |
| ④不明 | 5 | 12 |
| 4 開業医・診療所(主に小児科・産婦人科)はかかりつけ医として虐待予防の機能をはたしていますか? | | |
| ①はい | | 3 |
| ②やや不十分 | | 1 |
| ③不十分 | | 3 |
| ④いいえ | | 5 |
| ⑤不明 | 5 | 13 |
| 5 開業医・診療所に期待することはなんですか | | |
| ①虐待への関心を持つ | 3 | 14 |
| ②虐待を疑うための診断レベルアップ | 3 | 9 |
| ③虐待予防のための子育て支援・指導 | 1 | 10 |
| ④関係機関との積極的な連携 | 3 | 17 |
| ⑤虐待の早期発見 | 3 | 18 |
| ⑥疑い事例の専門機関への紹介 | 3 | 16 |
| ⑦その他 | | 0 |

2) 小児科常勤の病院 3) 子ども専門病院

調査の時点での市町村と病院との連携は必ずしも高くなく、市町村の専門病院への期待は、他機関への助言が最も高く、病院への期待度は大きい。また、事例の受け入れとともに、被虐待児、虐待加害者への精神医療などの専門性が求められている。

表1-2. 医療機関:小児科常勤の病院

| | 振興局 n=8 | 市町村 n=49 |
|---|------------|-------------|
| 2)貴地域の病院(小児科医常勤)の虐待への取り組み・関心についてお聞きます。 | | |
| 1 一般的には関心は | | |
| ①高い | 4 | 5 |
| ②どちらでもない | 0 | 7 |
| ③低い | 0 | 1 |
| ④不明 | 2 | 9 |
| 2 虐待事例での子ども専門病院との連携はありますか？ | | |
| ①あり | 2 | 6 |
| ②なし | 4 | 13 |
| 3 2で連携が有りの場合、子ども | | |
| ①虐待の診断 | 2 | 3 |
| ②被虐待児の心理的治療 | | 4 |
| ③被虐待児の身体的治療 | | 3 |
| ④被虐待児の心理的評価 | | 1 |
| ⑤被虐待児の心理的治療 | | 1 |
| ⑥被虐待児の精神的治療 | | 0 |
| ⑦虐待者の心理的援助・治療 | | 1 |
| ⑧虐待事例のフォローアップ | 2 | 1 |
| ⑨虐待事例の援助・アドバイス依頼 | 1 | 2 |
| ⑩その他 | 1 | 2 |
| 4 地域の子ども専門病院として虐待の医療に十分役割を果たしていると思いますか？ | | |
| ①はい | | 4 |
| ②やや不十分 | 1 | 1 |
| ③不十分 | | 3 |
| ④いいえ | | 0 |
| ⑤不明 | 4 | 10 |
| 5 子ども専門病院に今後期待することは何ですか？ | | |
| ①児童虐待への取り組み | 2 | 9 |
| ②虐待事例の三次救急の受け入れ | 1 | 11 |
| ③困難事例の診断・治療 | 2 | 10 |
| ④被虐待児の入院治療 | 1 | 11 |
| ⑤被虐待児の精神医療 | 2 | 11 |
| ⑥虐待者の精神医療 | 2 | 10 |
| ⑦親子関係治療 | 2 | 7 |
| ⑧他機関への助言 | 1 | 12 |
| ⑨教育・啓発活動 | | 7 |
| ⑩その他 | 1 | 0 |

表1-3. 医療機関:子ども専門病院

| | 振興局 n=8 | 市町村 n=49 |
|---------------------------------|------------|-------------|
| 3)貴地域に虐待専門病院を設けるとしたら、その役割は何ですか？ | | |
| ①困難事例の診断・治療 | 4 | 22 |
| ②被虐待児の入院治療 | 4 | 20 |
| ③被虐待児の精神医療 | 3 | 23 |
| ④虐待者の精神医療 | 3 | 19 |
| ⑤親子関係治療 | 3 | 17 |
| ⑥医療職種へのコンサルト | 3 | 11 |
| ⑦他機関への助言 | 2 | 17 |
| ⑧裁判所への対応 | 2 | 6 |
| ⑨研究 | | 6 |
| ⑩教育・啓発活動 | 1 | 7 |
| ⑪その他 | | 1 |

2. 今後の課題に向けて

1) 院内システムについて

和歌山県下の医療機関における児童虐待への取り組みは、大学病院が中核とな

り公立機関の多職種からなるネットワークの中核という形で発足した。育児、子育て問題という日常性との関連や、被虐待児とその加害者への対応の多様性から民間、一般市民との協働が求められ民間

化、NPO 法人化へと進展するとともに、病院機能として日常診療の中での虐待問題の取り込みが必須となっている。大学病院の虐待に出会う可能性のある診療科は、すでに子どもに生じている問題という意味での事後的な対応は、救急、脳外科、整形外科、皮膚科、精神科などであり、生じる可能性があるハイリスク児への対応という意味で事前的に産科、NICU をふくめた新生児科があり、当然小児科は事前的にも事後的にも対応の場となる。1 診療科のみでは対応できないことは明白であり、複数科が関係する対応システムが必要となる。この場合、やはり小児の特性を最も周知している小児科が中核的な存在となることが望ましく、機能的には初期対応でのトリアージ的な役割とともに、長期的にはコーディネート的な役割が求められる。

2) 地域システムについて

児童福祉法で使用されている「要保護児童」という用語は、保護を要するという時点で事後的な意味合いが強い。現実には多くの市町村関係者は、事後的な対応に重点を置いたネットワーク機能を想定している。しかし、子どもに接する現場の専門家は、異口同音的に事前対応の重要性とその有効性を唱えている。

3) 地域医療システムについて

まず、地域医療システムの定義が不明瞭である。虐待という問題に対して、医療機関が主体となって行うシステムを意味することをさすのか、地域システムの中での医療機関のあり方を目的とするのかにより論点が異なる。

あるいは、医療機関が虐待という特化

した問題に対する医療システムを作ることの意味するのか、救急システムなどの小児医療システムを含めた問題の中で、この虐待問題をどのように扱うのかという課題も存在する。

4) 今後の医療機関の1 試案

1) から 3) の観点で児童虐待を考える場合、現在のわが国の小児医療が直面している課題を十分ふまえたうえでの対応構築が必要でないかと考える。

【わが国の小児医療の課題】

少子社会が進行するなか、現在の小児医療は様々な課題を抱かえている。制度、体制の問題として①医療保険制度における小児医療の不採算性により、病院小児科は小児病棟の縮小、混合病棟化、あるいは閉鎖が相次いでいる。②地域小児科の不足・偏在により、一部の病院に患者が集中し、休日・夜間救急がパンク状態になっている。③このような病院の小児科医は大変な過重労働を強いられている。そして、多くの地域は④小児救急医療体制、特に初期救急医療体制が破綻している。

また小児医療に関連する問題として子どもの心の危機が叫ばれている。いわゆる心身症や摂食障害が小児医療現場で増加しているが、さらにいじめ、不登校、家庭内暴力、ひきこもり、非行、少年犯罪など小児・思春期の心の問題は、小児医療にとっても最重要の課題である。自然災害後や小学生殺害事件周辺の子どもに生じる外傷後ストレス障害(P T S D)への対策も現況は必ずしも対応しきれていない課題である。育児についての不安感の増大や負担感、困難感、子どもに