

表2. A 医師会におけるFGインタビューの分析結果

I. 虐待認識の現状

1) 虐待例(G-1)

経験があっても数は多くない

身体的(骨折、つねられた跡、火傷)、ネグレクト(多数のきょうだいがいて面倒をみない、年齢に比べ体重が少ない、アトピー、気管支喘息で病院に連れてこない)、精神的(結果として円形脱毛)などを経験。あるいは直接の経験はないが、以前に大学で遭遇したり、就学指導委員会で聞いた。

軽症の場合はつれてこないのではないか、虐待の親がそもそも病院に連れてこない

加害者は親だけでなく、保育士、教師の場合もある

2) 虐待の背景

① 社会的要因(G-2)

時代の変化(親、教師の権威の減少、核家族化、母性・父性意識の低下)

*3世代家族では、祖父母が虐待伸展の抑制になる例もある。

② 子どもの要因(G-3)

障害の子ども(知的障害、アスペルガー症候群、注意欠陥多動児などでは、子どもに対する接し方、育児の困難がある)、親の期待に沿わない子ども(継子、連れ子、要らない子)、親の望まない子

③ 親の要因(G-4)

生活の中でのストレス、育児ノイローゼ、ストレスの対処[理性のコントロール]が未熟、子どもに対して愛情がない、子どもに関心がなく、子どもを自宅に残してパチンコでかける、金銭的に恵まれない

離婚:離婚前のストレスもある、離婚後すぐに再婚し子どもができた場合、連れ子が邪魔になる。

3) 虐待の判断、診断(G-5、G-6)

何を虐待というか、判断が困難

グレーゾーンをどう考えるか

家族に聞いても出してくれず、発見が困難

見逃しの可能性もある、あるいは普段の診療で見抜けないこともあり、後日、頭蓋内出血で警察から問い合わせがあった。

虐待を疑った時にどこに連絡をしたら良いかわからない。

金銭的に恵まれない場合、親が子煩悩でかわいがっているのに、ネグレクトと診断されると、親に同情する。

4) しつけ・体罰

愛情の有無が大切だが、見分けるのは困難

II. 虐待児例の対応(G-7)

虐待の確定が困難。虐待診断が誤っていればどうすればよいのか。

家族の情報を(診察時だけでなく)、子ども、親、近隣から得る。

3 世代家族では、おじいちゃん、おばあちゃんが子育てを応援できる、地域で連絡しあう、支え合う。

III. 様々な取り組み(G-7)

医者だけでの対応は困難(虐待の判断にしても、グレーゾーンの対応も難しい)

保健師さんへの連絡利用する

乳児健診、学校健診を利用する

虐待に遭遇した場合の連絡先を知っておく、相談する

対応システムが必要

児童相談所の権限の強化

情報の収集:疑った場合医師同士の申し送りも必要。就学指導委員会の参加、園医や校

医は現場に入っていく、地域住民もいろんな情報を持っている

ネットワーク:医療、教育、福祉のネットワークを医師も知っておくことが必要

専門医療機関につなげる(あるいは専門の医師に連絡する)

関係者のストレスの軽減も必要

予防(G-8)

教育では、命の授業、母性・父性の気づきと育成(小中学校の教育、思春期教育)

IV. 今後の課題(G-9)

人材育成と配置

関係スタッフの教育も必要

専門知識をもつ関係者があちこちにいることも必要

虐待対応マニュアルの普及と啓発

表3. B医師会におけるFGインタビュー分析結果

I. 子ども虐待の認識

1. 背景(マクロ的視点 G-1、G-2)

- 1) 社会 ①個人の秩序が混沌 ②格差社会 弱いところへ捌け口
- 2) 教育 ①教師の質↓、信念↓ ②ゆとり教育 ③めだかの学校
- 3) 「命の大切さ」↓ ①ゲーム ②虫や動物 …… 世相・風潮
- 4) 我慢をしない

2. 個別要因

- 1) 親の精神状態、性格、ヒステリー、精神疾患
 - 2) 正しい子育て、躾とはどういうことか知らない
 - 3) いじめられやすい性格・態度・行動(発達障害)
- } — 親(G-3)
- } — 子ども(G-4)

3. 虐待例(G-5)

- 1) あざ、低体重 2) 偏食、夜更かし 3) 親の過剰な要求(無理に塾へ通わせる)

虐待についてのとらえ方は様々であるが、何が虐待なのかという基準は必要

II. しつけと体罰(G-6、G-7)

1. 暴力容認(体罰は必要)

分別のない子どもは言ってもわからない→・父性、母性のバランス
・自分の痛み

2. 暴力否定

暴力の伝播、暴力(押さえ)がない場合

結果的にしつけは、本人または社会のためになる

III. システムづくり(G-8、G-9)

1. 早期発見

自治会、学校 うわさ

2. 機関の機能↑

保健師、児童相談所、医療機関、協議会(守秘義務)

3. 人材育成、研修

予防 シングルマザーへの支援、医師の勉強、研修

医療機関の役割

厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
(主任研究者 奥山眞紀子)

分担研究報告書
分担研究者 柳川敏彦

医療機関の虐待対応の向上に関する研究
北九州市における開業医療機関の児童虐待に関する意識調査と病
診連携(児童虐待防止医療機関ネットワーク)体制の構築に関する
検討

市川 光太郎 北九州市立八幡病院小児救急センター

研究要旨

北九州市内の個人医療機関における児童虐待症例に対する郵送でのアンケート実態調査を行なった。回答率は 62.6%と決して高くはなかったが、小児科～内科小児科、外科、整形外科など児童虐待症例に関わる機会のある医療機関から万遍なく回答が得られた。半数近くが校医・園医などの公職を行なっていたが、診療科別には小児科が最も多く 84.8%が公務を行なっていた。虐待診断の困難性に関しては 70.6%が困難・自分ではできないと回答しており、確定診断の難しさを表していた。実際に児童虐待症例を経験した施設は 8.9%であったが、診療科別には小児科が 62.6%を占め、最も多かったが、更に小児科での経験率は 33%と 3 施設に 1 施設は経験ありと高い比率がわかった。これらの虐待症例の対応では、自施設から関係機関への直接通告・相談よりも、基幹病院小児科への紹介や家族へ直接注意するなど、公にせずに穏便に解決する傾向が垣間みられた。実際の対応で困ったことは家族への対応が最も多かったことから、開業医療機関単独では時間的な制約などから、理想の対応には問題が多いことが推察された。このような意味からも、明らかに虐待との診断が付く症例ではなく、グレーゾーンのような疑い例ほど、基幹病院との病診連携が必要と考えられた。実際に過半数が児童虐待における病診連携体制があるほうが良いとの意見であり、この体制が構築されたら、婦人科以外の各診療科では 85%強が利用すると答えた。婦人科はネットワーク体制に最も低い賛成率、利用率であったが、子どもの診療が出産後はほとんどなくなることにより、児童虐待への関わりが現実的ではなくなるのかもしれない。いずれにせよ、病診連携を中心とした、医療機関同士での児童虐待発見・防止ネットワーク体制の構築は、医療機関における児童虐待問題に対する見識向上や、診断治療に関わる医療機関の重要性などにおいて、他の関係機関への啓発や、より相談しやすい窓口になると思われる。

以上の観点からも選択された地域基幹病院で 24 時間 365 日救急医療を実践していることを必要条件として、常に小児科医が常駐し、外科・整形外科・脳外科のバックアップが行なえることを十分条件に、医療ネットワーク基幹病院を指定し、この病診連携による『児童虐待防止医療機関ネットワーク体制』を構築して、確定診断・通報(相談)・緊急避難的保護入院対応・関係機関職員の研修や指導・病診や病 〃 連携における事例検討などを含め、児童虐待問題対応レベルアップの実践が求められる。

A 研究目的

平成 15～17 年度「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)における現場

医療従事者における調査から①虐待認識が低い、②対応策が判らないなどの課題が医療分野から抽出された。すなわち、医療分野における虐待問題に対するボトムアップが必要であることがわかった。さらには虐待問題への

専門性の充実(身体的問題と心理的問題への対応)も課題であることがわかったが、本研究では、前者の医療従事者における虐待問題に対するボトムアップに注視し、この課題をクリアするための現状調査と課題点の抽出、改善策の検討を研究目的とし、北九州地区における開業医療機関の意識調査と児童虐待症例における病診連携体制の構築を目的に調査検討を行なった。

B 研究方法

北九州市内の医療機関における小児科標榜、内科小児科標榜、外科及び整形外科、脳外科、産婦人科標榜の施設を無作為に430施設抽出し、往復はがきによるアンケート調査を平成18年12月に行った。特に医療機関名は返信に記入しない無記名アンケート調査とした。なお、アンケートの質問項目は表1に示す内容とした。

また、児童虐待の発見・診断・通告・治療における病診連携体制の確立を目標に、基幹総合病院小児科への呼びかけを行い、医療機関児童虐待ネットワーク体制への参加を求めた。これらの総合病院小児科では24時間365日救急医療を実践していることを必要条件として、常に小児科医が常駐し、外科・整形外科・脳外科のバックアップが行なえることを十分条件とした。

C 研究結果

アンケート調査の施設回答率は無作為に抽出して郵送した北九州市内開業医療機関430施設中、269施設から回答を得て、回答率62.6%であった。

(1) 調査施設の標榜診療科別の回答数

標榜診療科は複数の診療科を掲げている施設が多いため、主たる診療科に統一して集計した。全体における回答診療科の施設数と比率は、小児科46施設、17.1%、内科63施設、23.4%、外科74施設、27.5%、整形外科52施設19.3%、脳外科4施設、1.5%、産婦人科27施設、10.0%、耳鼻科などのその他の診療科が、3施設、1.1%であった。また、診療科別の回答率は小児科46施設/66施設で69.7%、内科63施設/106施設で59.4%、外科74施設/120施設で60.0%、整形外科52施設/80施設で65.0%、脳外科4施設/8施設で50.0%、産婦人科27施設/50施設で54.0%で

あり、診療科別に回答率のばらつきは強くなかった。

(2) 園医、校医などの役職の有無(回答なし1施設、N=268)

園医もしくは校医或いはその両方を兼ねて、地域児童と関わる役職を行なっている施設は、全体では115施設42.9%で、校医園医をしていない施設は153施設57.1%であった。診療科別の役職の有無をみると、小児科が84.8%、内科が71.4%、外科が23.0%、整形外科が13.5%、婦人科が22.2%、脳外科は0%、その他の診療科が33.3%であった(表2参照)。

(3) 虐待の診断における困難性に関して(回答なし16施設、N=253)

虐待診断は簡単であるとの回答は2施設0.7%、そんなに難しくないとの回答が、61施設22.7%で、困難であるとの回答が、140施設52.0%で、自分できないが50施設18.6%、回答なしが16施設5.9%であった。

虐待診断が困難、自分できないを合わせた全体比率は70.6%で、回答なしを除いた比率は75.1%であった。診療科別の比率は小児科で65.2%(回答なしを除く比率は71.4%)、内科で71.4%(76.3%)、外科で70.3%(73.2%)、整形外科で61.5%(62.7%)、脳外科で100%(100%)、婦人科で92.6%(100%)、その他では0%(0%)であった。脳外科とその他の診療科は回答数が少なく評価できないと考えられた(表3参照)。

(4) この数年間での虐待症例経験数(回答なし6施設、N=263)

虐待症例経験施設は24施設8.9%で、経験なしが239施設88.8%、回答なしが6施設2.2%の結果であった。経験施設の診療科別では小児科が15施設62.5%、内科が4施設16.7%、外科と婦人科が2施設8.3%、脳外科が1施設4.2%であった。また、数年間で5例以上の経験施設も2施設みられたが、2例が6施設、1例が12施設で、経験施設の過半数が1-2例の経験数であった(表4参照)。診療科別の虐待症例経験率をみると、小児科が32.6%(回答なしを除くと33.3%)、内科が6.3%(6.6%)、外科が2.7%(2.7%)、整形外科が0%(0%)、脳外科が25.0%(25.0%)、婦人科が7.4%(7.4%)、その他の診療科が0%(0%)であった(表4参照)。

(5) 虐待症例経験施設の対応法は?(複数回

答可)

子ども総合センターに自ら通報(相談)したが 4 施設、園・学校を通じて通報(相談)したが 4 施設、基幹病院に紹介した 6 施設、家族に注意したが 5 施設、その他が 8 施設であった(表 5 参照)。その他の意見としては、地区担当の保健師や生活支援課、保健所への相談などがみられた。警察と連絡を取った施設もみられたが、具体的な対応・判断に迷うとの意見もあった(表 5 参照)。

(6) 実際の対応に際して困った点は？(複数回答可)

通報の手順が面倒であったが 2 施設、通報先の対応が不十分であったが 1 施設、再調査など面倒であったが 2 施設、家族の対応が大変であったが 7 施設、家族から文句を言われたが 2 施設、その他が 9 施設、回答なしが 11 施設であった(表 6 参照)。その他の意見としては、その後の連携がない、役所が動いてくれた方が良い、介入拒否にあって大変だった、関係職種への虐待への理解を指導啓発すべき、開業医は面倒で逃げ大病院は教育不足、判断が難しい、特になし、などであった(表 6 参照)。

(7) 児童虐待における病診連携システムの必要性は？(回答なし 12 施設、N=257)

あった方が良いが 209 施設 77.7%、どちらでも良いが 28 施設 10.4%、特に必要性を感じないが 20 施設 7.4%、回答なしが 12 施設 4.5% であった。必要性を感じない・どちらでも良いを除いた、あった方が良いとの回答の診療科別の比率を見てみると、小児科が 87.0% (回答なしを除いた比率 87.0%)、内科が 76.2% (80.0%)、外科が 77.0% (83.8%)、整形外科が 76.9% (78.4%)、脳外科が 100% (100%)、婦人科が 66.7% (69.2%)、その他が 66.7% (100%) であった(表 7 参照)。

(8) 病診連携システムの利用に関して(回答なし 7 施設、N=262)

多いに利用するが 86 施設 32.0%、必要例のみ利用するが 149 施設 55.4%、余り利用しないと思うが 27 施設 10.0%、回答なしが 7 施設 2.6% であった。多いに利用する・必要例のみ利用するを利用する施設として、その診療科別比率をみると、小児科が 93.5% (回答なしを除いた比率 93.5%)、内科が 88.9% (90.3%)、外科が 87.8% (92.9%)、整形外科が 90.4% (92.2%)、脳外科が 100% (100%)、婦人科が

66.7% (69.2%)、その他が 66.7% (66.7%) であった(表 8 参照)。

D 考察

児童虐待と遭遇すると予測される、北九州市内の標榜診療科医療機関において、無作為に抽出した医療機関 430 施設に、往復はがきによる児童虐待に関するアンケート調査を行った。回答率は 62.6% であり、児童虐待に関心が低いとは考えられなかった。各診療科におけるアンケート回答率も大きなばらつきはなく、50.0%~69.7% であった。最も高い回答率は小児科の 69.7% であり、当然の結果といえる。しかし、産婦人科では 54% と予想外に少ない印象を受けた。

児童虐待における関係機関の中で、いわゆる線として一定期間、あるいは日々の様子が観察可能な教育機関と医療機関との関係は深く、お互いの連携強化が求められている。実際の校医・園医を行なっている比率をみると、「行なっている」との回答は 42.9% と半数満たなかった。しかし、診療科別にみると、小児科が一番多く、84.8% と高率で校医・園医を行なっていたし、その療法兼任している率も多かった。次いで、内科が 71.4% と多く、この 2 つの診療科が他の診療科の率に比較して格段に高かった。園医・校医の公的役割を担っている開業医は 4 割強と半数以下であるが、この役割を担っている開業医は集団保育・教育における子ども達の健全育成と擁護に対して、与えられた責任は大きく、そのリーダーシップが求められている。さらに、教育機関との連携を行なっていく上では、園医・校医の比率の高い小児科医、内科医が中心的な役割を行なっていくべきと考えられた。

一方、虐待の診断に関する設問には、全体の 75.1% と過半数が困難で、自分では自信がないと答えていた。このことは疑い症例ほど確定診断をすることが困難であるとの意味合いが強いかとも考えられた。いずれにせよ、診断が難しいとの回答が多いことは、その診断精度を高める学習・研修が一般開業医向けに必要であると考えられる。診療科別には内科、外科、脳外科、婦人科などが困難度を高く回答していたが、小児科と整形外科は 60% 台と少し低い値であった。小児科医が低めであることは予測が可能であるが、整形外科医で低い値が出たのは、骨レントゲンなどによる骨折の形態と予

測される受傷機転などから形態学的に身体的虐待の診断が行ないやすいという一面がこの結果を表しているのかもしれない。

実際に、この数年間で虐待症例を経験した医療機関は8.9%であり、中には5例以上など経験豊富な医療機関もあったが、経験施設の中で半数は1例の経験であり、4分の1が2例の経験であった。診療科別の経験比率は小児科が30%強であり、次いで婦人科が7%余り、内科が6%余り、外科が3%弱の比率であった。脳外科が25%と高かったが総数が少ないため、評価できない。いずれにせよ、開業小児科医は3人に1人は虐待症例を経験していることとなり、その多さに目を見張るが、次いで、婦人科医、内科医が7%前後経験することから、これらの診療科における虐待早期発見・診断・対応のスキルアップが必要となるであろう。

実際の対応方法に関しては、関係機関に最終結果的には通報するという対応法が最も多いものの、医療機関から子ども総合センター（児童相談所）に直接通報・連絡したケースは少ないと考えられた。また、家族へ注意する、基幹病院小児科に紹介するなど、通報・連絡などで、医療機関自体が主体的に公に対応するのではなく、穏便に済ますような対応を行なっている施設も少なくなく、この傾向は小児科以外の診療科だけではなく小児科医にも多くみられた。この点は、やはり、開業医の立場上、診療時間的な制約、評判の問題など、煩わしい問題に巻き込まれたくない、などという、種々の意識が働くものと推測された。

このことは対応を行なって困った点に関する回答で、最も多かった回答が、家族の対応が大変だった、ということからも推測されると思われる。通報・連絡先での問題は少なく、時間的な制約などのジレンマなどで大変さを回答する内容が多かった。しかし、通報・連絡後の連携がないとの回答も見られたことは医療機関の虐待への関わりが通報で終わりではないということを示しており、貴重な意見である。

対応での問題において、開業医レベルでの対応は時間的な制約や家族との対応などで、困難が多いことが多数を占めたが、実際の対応においても基幹病院小児科へ紹介するとの回答が多かった。すなわち、医療機関同士での連携が既に一部では自然発生的に行なわれているが、虐待対応における病診連携システムの必要性についての調査を行なった。「あ

った方が良い」が77.7%と過半数を占めた。診療科別には小児科では87%と最も高い結果で、虐待症例との遭遇頻度の高さからも必要に迫られている一面があるものと思われる。他の診療科では70%台後半であったが、婦人科では66.7%と他の診療科よりもやや低値であった。これはいわゆる子どもそのものの診療機会が少ないという現実からの数字と考えられた。

実際にこのような児童虐待連携システムができた場合に、利用するかどうかを尋ねた結果、「大いに利用する」「必要例のみする」が合わせて、87.4%との回答が得られ、連携システムに期待する意見が多いことがわかった。診療科別には小児科が93.5%と最も高く、婦人科が66.7%と最も低かった。婦人科での低値は、前述した理由で良いと考えられたが、他の診療科でも90%前後の利用期待度が得られた。

しかし、中には、医療機関同士の連携強化より、医療機関から直接の通報が時間的にも有用性が高いとの意見も寄せられた。確かに、確定診断ができる症例では、その一面もあるが、いわゆるグレーゾーンの症例などで迷う症例をもう少し様子を見ようとして、虐待が信仰する危険性もあるし、これらの症例を医療機関の中でピックアップして、複数の医療の目で観察していくという点においては医療機関同士の連携ネットワークは有用であると考えられる。さらに、地域医療機関における児童虐待という社会問題に対する姿勢（いわゆる熱意・知識の普遍化）の底上げにはきわめて有用と考えられるという一面もあるからである。また、限られた人的資源でフル活動している子ども総合センター（児童相談所）へ、フェジーなグレーゾーンの症例相談があちこちの医療機関から舞い込むことは、その症例の緊急度判断等を踏まえた対応順位などで混乱を起しかねない。このような部分でのメリットも十分に考えられる。更には教育機関を含めた、他の関係機関からの虐待症例に対する相談窓口として、医療機関連携ネットワークが使用され、公的な見解を述べるのが可能になっていくことも予測されるとともに、児童虐待症例の診断・治療における医療機関の役割の重要性を、関係諸機関に再認識していただけることにつながると思われる。

児童虐待の発見・診断・通告・治療における病診連携体制の確立を目標に、基幹総合病

院小児科への呼びかけを行い、医療機関児童虐待防止ネットワーク体制への参加を求めた。これらの総合病院小児科では24時間365日救急医療を実践していることを必要条件として、常に小児科医が常駐し、外科・整形外科・脳外科のバックアップが行なえることを十分条件とした基幹病院を指定した(図参照)。これにより、医療連携ネットワークの核となる施設として、症例の確定診断・通報(連絡相談)・緊急避難的保護入院などの活動とともに、病診・病々連携における事例検討や関係機関職員研修などを行なうことを義務付けて、医療ネットワーク自体の向上と、その重要性の啓発、関係機関との連携強化を図ることとした。

E 結論

北九州市内の開業医療機関における虐待症例実態調査を行なった。園医・校医などの公職を担っている施設が半数近くあり、虐待事例の相談などを受けやすい立場にあった。実際にこの数年間に虐待事例の経験は8%強であり、特に小児科医では3人に1人の経験と、少なくなかった。実際の対応ではやはり個人診療所としての限界もあり、理想的な対応ができ

ない施設も少なくないと予測され、家族への対応に苦慮している結果が得られた。この観点からも、地域基幹病院を核とした、医療機関における児童虐待防止医療機関ネットワークの構築は大いに期待されるし、実際に構築されれば利用したいとの意見が過半数であった。この点も踏まえ、地域医療機関での児童虐待への関わりの強化と他の関係機関との連携強化のためにも医療機関における児童虐待連携ネットワークは必要であると考えられる。

地域基幹病院の中で、救急医療を実践し、脳外科など児童虐待症例対応に不可欠な診療科のバックアップ体制が整った総合病院を、医療ネットワーク体制の核となる基幹病院として指定して協力を仰ぐこととした。

F 投稿・発表予定

- 1) 平成19年度に日本小児救急医学会雑誌に投稿予定
- 2) 第21回日本小児救急医学会総会(鹿児島市)で口演発表予定
- 4) 第54回日本小児保健学会で口演発表予定
- 5) 平成19年度に日本小児科学会福岡地方会で口演発表

表1 児童虐待・医療機関ネットワーク体制に関するアンケート調査

1. 貴診療所(院)の標榜診療科を教えてください
①小児科、②内科小児科、③外科、④整形外科、⑤脳外科、⑥婦人科、⑦その他()
2. 先生は園医・校医などの公務をなされていますか
①している(a.園医、b.校医) ②していない
3. 児童虐待(疑い例を含め)の診断に関して
①簡単、②そんなに難しくない、③困難、④自分ではできない
4. この数年で虐待(疑い例を含む)症例の経験はお有りですか？
①あり(a.5例以上、b.4例、c.3例、d.2例、e.1例) ②なし⇒問い6へお進み下さい
5. お有りの先生方のその後の対応についてお教え下さい
①子ども総合センターに自分で通報(相談)した、②園・学校を通じて通報(相談)した
③基幹病院に紹介した、④家族に注意した、⑤その他()
6. その際に困られたことがありますか？(複数回答可)
①通報の手順が面倒だった、②通報先の対応が不十分だった、③再調査など面倒だった
④家族の対応が大変だった、⑤家族から文句を言われた、⑥その他()
7. 疑い例の相談や通報を含めた対応の依頼や症例検討など自己研修の場を含めて、基幹病院と診療所の連携システムがあったほうが良いと思いますか？
①あった方がいい、②どっちでも良い、③特に必要を感じない
8. 医療機関同士の連携システムが構築されたら、利用しますか？
①大いにする、②必要例のみする、③余り利用しないと思う

御協力ありがとうございました。

表2 園医・校医等の役職の有無

有無と内訳	総計(%)	小児科(N=46)	内科(N=63)	外科(N=74)	整形(N=52)	脳外科(N=4)	婦人科(N=27)	その他(N=3)
している	115施設(42.9%)	39	45	17	7	0	6	1
園医のみ		7	8	1	2	0	0	0
園医・校医両方		18	14	2	0	0	0	0
校医のみ		2	10	13	3	0	4	1
未回答		12	13	1	2	0	2	0
していない	153施設(57.1%)	7	18	56	45	4	21	2
回答なし	1施設	0	0	1	0	0	0	0
診療科別役職比率	—	84.80%	71.40%	23.00%	13.50%	0.00%	22.20%	33.30%

表3 虐待の診断に難易について

難易度	総計(%)	小児科(N=46)	内科(N=63)	外科(N=74)	整形(N=52)	脳外科(N=4)	婦人科(N=27)	その他(N=3)
簡単	2施設(0.7%)	0	0	0	1	0	0	1
そんなに難しくない	61施設(22.7%)	12	15	18	18	0	0	0
困難	140施設(52.0%)	26	33	36	27	4	12	0
自分ではできない	50施設(18.6%)	4	12	16	5	0	13	0
回答なし	16施設(5.9%)	4	4	3	1	0	2	2
困難・自分ではできない比	70.6%(75.1%*)	65.2%(71.4%)	71.4%(76.3%)	70.3%(73.2%)	61.5%(62.7%)	100%(100%)	92.6%(100%)	0%(0%)

* 回答なしを除いた数での比率

表4 虐待症例の経験数(この数年間)

経験の有無と症例数	総計(%)	小児科(N=46)	内科(N=63)	外科(N=74)	整形(N=52)	脳外科(N=4)	婦人科(N=27)	その他(N=3)
あり	24施設(8.9%)	15	4	2	0	1	2	0
5例以上	2	1	0	0	0	1	0	0
4例	1	1	0	0	0	0	0	0
3例	2	2	0	0	0	0	0	0
2例	6	4	2	0	0	0	0	0
1例	12	7	2	1	0	0	2	0
不詳	1	0	0	1	0	0	0	0
なし	239施設(88.8%)	30	58	70	50	3	25	3
回答なし	6施設(2.2%)	1	2	1	2	0	0	0
診療科別症例経験率		32.6%(33.3%*)	6.3%(6.6%)	2.7%(2.7%)	0.0%(0.0%)	25.0%(25.0%)	7.4%(7.4%)	0.0%(0.0%)

* 回答なしを除いた数での比率

表5 実際の対応法(重複回答)

対応法	施設数	施設内訳
子ども総合センターに自ら通報(相談)した	4	小児科3、婦人科1
園・学校を通じて通報(相談)した	4	小児科4
基幹病院に紹介した	6	小児科4、外科1、整形1
家族に注意した	5	小児科3、内科1、外科1
その他*	8	小児科2、内科3、外科・脳外・婦人科1
回答なし	3	内科・外科・整形1

* その他の意見

- ・反社会的なため、警察に通報した
- ・ネグレクト疑いとして保健所に連絡した
- ・地区担当の保健師に介入を依頼した
- ・生活支援課に通報した
- ・診療では気付かず、相談員から連絡があった
- ・通報ではなく連絡という形式を取っている
- ・保健所・警察・市当局と話し合いをした
- ・具体的な対応、判断に迷っている

表6 対応に際して困ったこと(重複回答)

対応法	施設数	施設内訳
通報の手順が面倒であった	2	小児科1、内科1
通報先の対応が不十分であった	1	内科1
再調査など面倒であった	2	小児科1、内科1
家族の対応が大変だった	7	小児科4、内科2、外科1
家族から文句を言われた	2	内科1、婦人科1
その他*	9	小児科6、内科・脳外・婦人科1
回答なし	11	小児科4、内科3、外科・整形2

*その他の意見
・その後の連携がない
・役所が動いてくれた方が良い
・介入拒否にあって大変だった
・関係職種の虐待への理解を指導啓発すべき
・開業医は面倒で逃げ、大病院は教育不足
・判断が難しい
・特になし ×2施設
・回答なし ×3施設

表7 児童虐待における病診連携システムの必要性

必要性の是非	総計(%)	小児科(N=46)	内科(N=63)	外科(N=74)	整形(N=52)	脳外科(N=4)	婦人科(N=27)	その他(N=3)
あった方が良い	209施設(77.7%)	40	48	57	40	4	18	2
どっちでも良い	28施設(10.4%)	4	8	6	8	0	2	0
特に必要性を感じない	20施設(7.4%)	2	5	4	3	0	6	0
回答なし	12施設(4.5%)	0	3	6	1	0	1	1
必要と思う診療科別比率	—	87%(87.0%*)	76.2%(80.0%)	77.0%(83.8%)	76.9%(78.4%)	100%(100%)	66.7%(69.2%)	66.7%(100%)

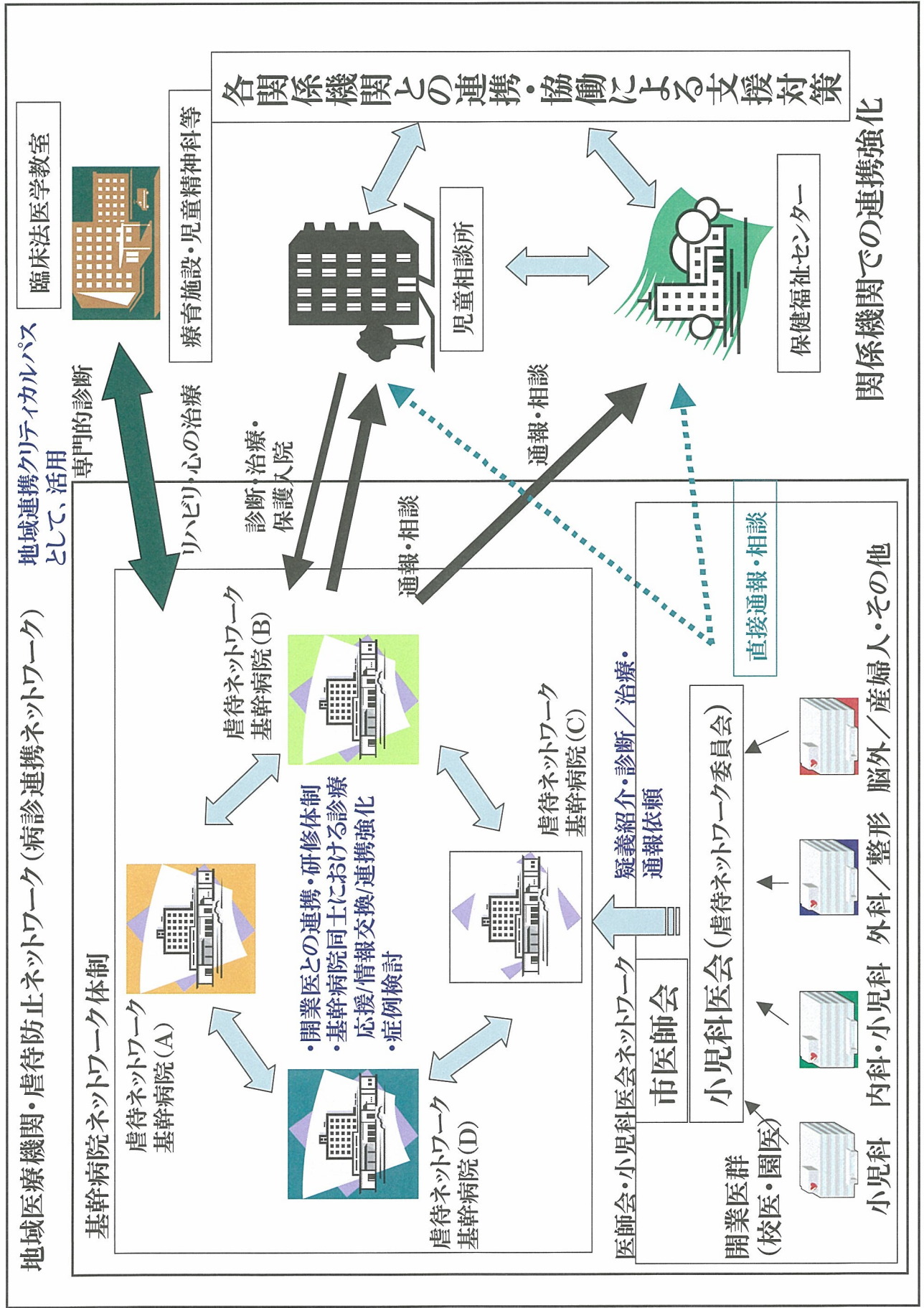
* 回答なしを除いた数での比率

表8 病診連携システムの利用に関して

利用の有無	総計(%)	小児科(N=46)	内科(N=63)	外科(N=74)	整形(N=52)	脳外科(N=4)	婦人科(N=27)	その他(N=3)
多いにする	86施設(32.0%)	22	26	25	6	1	5	1
必要例のみする	149施設(55.4%)	21	30	40	41	3	13	1
余り利用しないと 思う	27施設(10.0%)	3	7	4	4	0	8	1
回答なし	7施設(2.6%)	0	1	4	1	0	1	0
利用する診療科別比率	—	93.5%(93.5%*)	88.9%(90.3%)	87.8%(92.9%)	90.4%(92.2%)	100%(100%)	66.7%(69.2%)	66.7%(66.7%)

* 回答なしを除いた数での比率

図 地域社会における児童虐待防止医療機関ネットワーク



厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
(主任研究者 奥山真紀子)

分担研究報告書
分担研究者 柳川敏彦

医療機関の虐待対応の向上に関する研究

「小児科医の子育て支援や虐待予防・対応に関する意識と

医療現場で対応可能な取り組みに関する検討」

山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

小児科医が健康診断や日常診療の中で、子育て支援の取り組みや虐待予防・対応についてどう考え、支援を実施しているか、また、虐待事例について医療機関や地域との連携の現状と今後のあるべきシステムについて検討した。

子育て支援が必要な親子との出会いがあると答えた小児科医は、地域の関係機関と連携し、役割分担をしながらその親子を支えている現状が明らかになった。また、虐待事例についても医療機関や地域の関係機関と連携した対応ができていることが分かった。日常の診療や健康診断の場面での子育て支援の視点での関わりが、虐待予防・対応にも繋がっていることが示唆された。医療現場で親子と関わる際に、子育て支援の視点を持つことが虐待予防・早期発見にとって重要といえる。

研究協力者

秋津佐智恵 (あいち小児保健医療総合センター)
志水 哲也 (愛知県小児科医会長)

児童虐待防止法が施行されて6年が経った。法律によれば、虐待の早期発見はもちろんのこと「児童虐待の予防や、子どもの自立の支援に関する国及び地方公共団体の施策に協力すること」も医師の責務と明示されている。しかし、

現実には死亡事件・傷害事件は後を絶たない。起きてしまった後の介入には多くの困難があり、むしろ虐待など子どもの問題が起こる前からの関わり、つまり、子育て支援の立場から、困難を持つ家族を含めて地域で支えることの重要性が痛感される。

愛知県内の中核病院では、院内ネットワークの構築など虐待対応をシステム化している病院が他府県よりも比較的多いことが把握されている^{1) 2)}。一方、開業医院など地域の医療機関の取

り組みについてはあまり明らかになっていない。子ども虐待への対応において、開業医院と中核病院の役割は異なっており、開業医院には起きてからの対応よりも予防的な関わりや、子育て支援としての地域活動への貢献がより期待される。

今回、愛知県小児科医会の協力により、小児科医が健康診断や日常診療の中で、子育て支援や虐待予防・対応についてどのように感じているか、または実行可能な取り組み等についてアンケート調査を実施した。あわせて、虐待事例についての医療機関や地域との連携のあり方について、主に開業医院の現状と今後のあるべきシステム等についての考察を行った。

A. 研究目的

小児科医が健康診断や日常診療の中で、子育て支援や虐待予防・対応についてどのような視点でいるのかの実態を明らかにし、小児科医ができる子育て支援の取り組みを検討する。また、虐待事例の医療機関や地域との連携のあり方について必要な課題を検討する。

B. 研究方法

愛知県小児科医会の協力により、愛知県小児科医会所属の会員 388 名に対し、平成 19 年 1 月から 2 月に、無記名、自記式の質問紙法による調査を実施した。

乳幼児健診への従事について、日常診療場面での子育て支援について、日常診療場面での虐待介入について、社会活動への参加についての 4 点について質問を行った。

(倫理面への配慮)

研究の開始にあたっては、厚生労働省医政局長通達「臨床研究に関する倫理指針(平成 15 年 7 月)に基づき、あいち小児保健医療総合セ

ンター倫理委員会にてその妥当性、倫理性について検討され、承認を得た上で実施した。

C. 研究結果

愛知県小児科医会所属の会員 388 名に対し、アンケート調査を実施し、167 名より回答を得た(回収率 43.0%)。

回答者の専門領域(サブスペシャリティ)は、一般小児診療が 130 名(77.8%)、アレルギー 37 名(22.2%)、感染症 26 名(15.6%)、一般内科 24 名(14.4%)、心身医学 16 名(9.6%)、循環器 15 名(9.0%)、小児保健 13 名(7.8%)、神経 7 名(4.2%)、腎疾患 5 名(3.0%)、内分泌 3 名(1.8%)、消化器 2 名(1.2%)、精神科 2 名(1.2%)、その他 6 名(3.6%)であった(複数回答)。

経過年数は、20 年未満が 16 名(9.6%)、20 年以上 30 年未満が 49 名(29.3%)、30 年以上 40 年未満が 49 名(30.4%)、40 年以上が 45 名(26.9%)、不明が 8 名(4.8%)であった。

勤務先は、病院が 24 名(14.4%)でうち、100 床未満が 2 名、100~300 床未満が 6 名、300~500 床未満が 5 名、500 床以上が 11 名であった。診療所は 135 名(80.8%)、その他が 2 名(1.2%)、不明が 6 名(3.6%)であった。

1. 乳幼児健康診断への従事について

市町村が実施する乳幼児の集団健康診断(以下健診)への従事については従事しているが 122 名(73.1%)、以前従事していたが 23 名(13.8%)、従事なしが 20 名(12.0%)であった。従事している、以前従事していたと答えた 145 名に健診での小児科医の関わりについて尋ねたところ、この集団健診について現状どおりの関わりでよいが、42 名(29.0%)であった。すべての健診に小児科医が従事すべきであるが 73 名(50.3%)、健診での診察時間が短い 51 名

(35.2%)、医師も健診後のカンファレンスへの参加が必要であるが 46 名 (31.7%)、親の相談がもっと聞きたいが 35 名 (24.1%)、医療機関での個別健診にしたほうがよいが 19 名 (13.1%)、その他 16 名 (11.0%) であった。

院内での個別乳幼児健診の実施については、実施しているが 151 名 (90.4%)、実施なしが 14 名 (8.4%) であった。個別乳幼児健診を実施している 151 名に健診の従事者を尋ねたところ、医師が 151 名 (100%)、看護師が 125 名 (82.8%)、栄養士が 42 名 (27.8%)、保育士が 7 名 (4.6%)、助産師が 6 名 (4.0%)、臨床心理士が 4 名 (2.6%)、保健師が 2 名 (1.3%)、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士がそれぞれ 1 名 (0.6%) であった。健診で実施している内容は診察が 151 名 (100%)、身体計測が 148 名 (98.0%)、育児相談が 142 名 (94.0%)、栄養相談が 116 名 (76.8%)、母乳相談が 66 名 (43.7%)、発達検査が 58 名 (38.4%)、心理検査が 7 名 (4.2%)、その他が 10 名 (6.0%) であった。その他にはスクリーニングエコー、事故防止教育等があった。

2. 日常診療場面での子育て支援について

日常診療や個別健診の場面で子育て支援が必要と思う親子との出会いの有無について、よくあるが 41 名 (24.6%)、少しあるが 94 名 (56.3%)、ほとんどないが 25 名 (15.0%) であった(図 1)。

以下の項目については、よくある、少しあると答えた 135 名について検討をした。

子育て支援が必要な親子への対応について院内で実施していることを尋ねたところ、保健センターや保健所等への相談を親に勧めるが 90 名 (66.7%)、受診や相談をしやすい雰囲気づくりをするが 71 名 (52.6%)、育児スキルを具体的

に指導するが 66 名 (48.9%)、保健センターや保健所等へ連絡をするが 57 名 (42.2%)、院内スタッフとカンファレンスを実施するが 15 名 (11.1%)、その他が 10 名 (7.4%) であった。その他には、入院による育児スキルの指導や母子入院、心理外来での母子フォロー等の意見があった(図 2)。

日常の診療や個別健診で出会った親子について、地域の関係機関(保健所・保健センター、児童相談所、学校、幼・保育園等)に連絡したことはあるが 101 名 (74.8%)、連絡したことはないが 33 名 (24.4%) であった (図 3)。

地域の関係機関と連携しながら支援をしている親子があるが 66 名 (48.9%)、なしが 65 名 (48.1%) であった(図 4)。地域の関係機関へ連絡をしたことがある、または連携しながら支援しているとのいずれかに回答した 108 名に、それほどどのような親子かと尋ねたところ、発達の遅れが 74 名 (68.5%)、母の不安が強いが 61 名 (56.5%)、発育の遅れ 52 名 (48.1%)、虐待を疑うけがが 29 名 (26.9%)、ネグレクトを疑う容姿が 29 名 (26.4%)、身近に育児の支援者がいないが 27 名 (25.0%)、母が病気であるが 19 名 (17.6%)、慢性疾患を持つ子が 17 名 (15.7%)、ミルクの飲みが悪いが 16 名 (14.8%)、アレルギー疾患を持つ子が 16 名 (13.0%)、経済的に困窮が 14 名 (13.0%)、DV(ドメスティック・バイオレンス)を疑うけがが 10 名 (9.3%)、その他が 10 名 (9.3%) であった。その他は発達障害や非行等であった(図 5)。

子育て支援が必要な親子について地域の関係機関が担うべき役割は、母への子育て支援が 82 名 (60.7%)、発達・発育の確認が 75 名 (55.6%)、育児相談が 54 名 (40.0%)、家庭の環境調整が 52 名 (38.5%)、子どもの保護が 36 名 (26.7%)、栄養相談が 35 名 (25.9%)、服薬

の確認が 11 名 (8.1%)、清潔保持が 10 名 (7.4%)、その他が 5 名 (3.7%)であった。その他には教育機関との調整等の意見があった(図 6)。

子育て支援が必要と思う親子に対して、医師として担うべき役割について尋ねたところ、親からの相談を受けるが 113 名 (83.7%)、日常診療で子どもの身体のチェックをするが 101 名 (71.9%)、発達の確認等の理由で定期的にフォローするが 97 名 (71.9%)、その他専門機関に紹介する等が 9 件 (6.7%)であった(図 7)。

地域との連携について困難はないが 52 名 (38.5%)だった。個人情報取り扱いが難しいが 53 名 (39.3%)、関係機関が何をしてくれるか分からないが 32 名 (23.7%)、行った支援についての回答がないが 20 名 (14.8%)、親から連携についての了解が得られないが 19 名 (14.1%)、どこへ連絡するのか分からないが 12 名 (6.7%)、連絡してもすぐに対応してもらえないが 9 名 (6.7%)、その他 9 名 (6.7%)であった(図 8)。

院内スタッフと一緒に子育て支援を目的に取り組んでいることがあると回答したところは 26 名 (19.3%)で、内容は病院では院内ネットワークの構築と、他機関との連携に関するものが 5 名、次いで子育て支援や母治療を目的とした外来の開設が 3 名であった。診療所では子育て相談が 5 名、次いで病児保育の 3 名であった(表 1)。

3. 日常診療場面での虐待介入について

揺さぶられっ子症候群(SBS)の疾患概念について理解しているが 83 名 (61.5%)、重要な問題と考えているが 35 名 (25.9%)、聞いたことはあるが 11 名 (8.1%)、誤解を招くため安易に用いるべきではないが 15 名 (11.1%)、疾患概念

が理解できないが 4 名 (3.0%)、知らないが 1 名 (0.7%)、疾患として認めないが 0 名であった(図 9)。揺さぶられっ子症候群をこれまでに疑った、または診断した経験ありが 14 名 (10.4%)で、いずれも病院においてであり、開業医院での診断は 1 件もなかった。診断経験なしは 116 名 (85.9%)であった(図 10)。

虐待を疑った親子との出会いがあるが 79 名 (58.5%)、なしが 51 名 (37.8%)であった(図 11)。虐待を疑った親子との出会いがあると答えた 79 名のうち、虐待や虐待疑いを児童相談所や市町村の窓口に通告したことがあるは 59 名 (74.7%)、なしが 20 名 (25.3%)であった。虐待を疑う親子が受診をしたとき、精密検査や入院治療等を目的に他の病院へ紹介した経験はあるが 21 名 (15.6%)で、うち診療所勤務が 17 名、病院勤務が 4 名であった(図 12)。内容は頭部外傷や骨折、体重増加不良等であった。母が精神疾患、親子関係から虐待を疑い専門外来へ紹介したといった事例もあった(表 2)。他院へ紹介したと答えた 21 名のうち、相手先の病院の対応はよかったが 18 名で、対応に問題があったは 3 名で、古い傷だったことと親権の問題で保護者の同意なしでの入院ができなかったこと、対応した医師と母がトラブルを起こした、母が入院を拒否したため、入院できなかった等の理由であった。紹介した経験なしは 106 名 (78.5%)であった。

虐待を疑う親子が受診をしてきた場合の対応については、ほぼ十分できているが 24 名 (17.8%)であった。虐待かどうかの判断が難しいが 82 名 (60.7%)、どのように関わればよいか分からないが 20 名 (14.8%)、どこに連絡したらよいか分からないが 11 名 (8.1%)、関係機関が何をしてくれるか分からないが 9 名 (6.7%)、連絡してもすぐに対応してくれないが 4 名 (3.0%)、

その他が 15 名(11.1%)であった(図 13)。その他には、院内ネットは十分機能しているが、専門分野に分かれているため、院内での調整に困難な場合があるや虐待を疑ったことに対して父から脅しを受けたことがあり、医療従事者を保護する体制が当院ではできていない、救急医療の現場では虐待を疑う大切さを研修医に教育することも大切、経営者としては虐待にふれるのは本当は怖い等の意見があった。

4. 社会活動への参加について

病児保育を実施しているは 5 名(3.7%)で、実施なしは 111 名(82.2%)であった。実施したいができないは 12 名(8.9%)で、理由はスタッフや場所の確保や採算に関するが多かった(図 14)。子育て支援を目的として実施していることは、電話相談が 37 名(27.4%)、ホーム・ページでの情報提供は 18 名(13.3%)、メール相談は 12 名(8.9%)、院内での母子交流会は 8 名(5.9%)、情報誌の発行が 8 名(5.9%)、その他が 17 名(12.6%)であった(図 15)。

園医や学校医等の社会活動への現在の取り組み状況については、何らかの取り組みをしている者は 98 名(72.6%)であった。園医が 65 名(48.1%)で最も多く、次いで学校医の 54 名(40.0%)、愛知県小児救急電話相談(#8000)の 39 名(28.9%)であった。今後取り組みたい内容については、園医と学校の授業での講師が 9 名(6.7%)であった。取り組んでいる内容は、園医では発達に関する療育指導と軽度発達障害が 27 名と最も多く、次アレルギーに関することの 29 名であった。学校医では子どもの心の問題が 24 名と最も多く、次いで軽度発達障害の 16 名であった。様々な活動を通して現在取り組んでいる内容や取り組みたい内容では、心の問題が 75 名と最も多く、次いで軽度発達障害が 69

名、発達に関する療育指導が 63 名であった。親向けの子育て講座は 57 名、虐待は 32 名であった(図 16)。

D. 考察

1. 小児科医の子育て支援への取り組みについて

健診や日常診療場面で気になる親子との出会いがあると答えた小児科医は 80.9%であった。周産期医療機関・助産施設の助産師・看護師等に同様の質問をしたが、出会いがありとの回答は 37.8%であり、今回の調査で小児科医の多くが子育て支援の必要な親子を把握しており、子育て支援について高い意識を持っていることが明らかになった。気になる親子については、保健所や保健センターでの相談の勧奨やケース連絡が行われており、小児科医が保健機関の役割を認識し、連携をしながら親子を支える仕組みが機能しているといえる。院内でも受診や相談しやすい雰囲気づくりに努めており、日常の診療や健診の場面で親子をよく観察し、相談に応じていくことが小児科医のできる子育て支援であるとの認識もある。また小児科医のみでなく、院内スタッフと共に院内・地域とのネットワークの構築や院内での相談活動等に取り組んでおり、スタッフ全員で親子を支える体制の整備が小児科医の中で進んでいることが分かった。

連携をしている事例をみると、発達・発育の遅れや母の不安が強い等いずれも虐待のハイリスクに分類され、要支援家庭である。そのような家族に対し、地域へは母の子育て支援と発育・発達の確認、育児相談の役割を期待しており、小児科医としては親からの相談を受ける、日常診療の中で子どもの身体をチェックする、定期的にフォローするという役割を担っていた。要支

援家族について地域と役割分担しながら支えている実態が明らかになった。小児科医も地域の子育て支援の資源の1つの役割を担っているといえる。

子育て支援における地域との連携は 38.5%が問題なしと考えており、地域との連携が進んでいる現状が伺えたが、一方で個人情報の取り扱いの問題や関係機関の役割が不明といった課題も出され、病院・診療所と地域との連携についての今後の課題も明らかになった。これらの課題を解決するためには、ケースを通じてより医療と保健が相互連携しやすくする体制を双方で整備していくことが望まれ、集団健診時や園医・学校医活動等行政機関との関わりの中でのより一層の情報交換等も必要といえる。

集団健診や個別健診には小児科医の多くが従事していた。集団健診においては、すべての健診に小児科医が従事すべき、母の相談をもっと聞きたい、医師も健診後のカンファレンスに参加すべきとの意見も多く、健診も子育て支援の重要な場面としてとらえ、その後のフォローへの関心が強いことが分かった。集団健診を個別化したほうがよいとの意見は 11.1%であり、個別健診への移行が徐々に進む中、集団・個別健診に関わらず、健診における小児科医の活用や連携の方法についての検討が、今後必要といえる。

小児科医の多くが健診や日常診療の中で子育て支援の視点を持つことは、地域との連携を活発にし、地域と役割分担をしながら協働で親子を支える仕組みを作っていることが分かった。小児科医ができる子育て支援とは、受診時によく観察し、親の相談にのることと多くの医師が考えており、受診してきた親子への支援の機会を逃さないような関わりが期待される。

2. 小児科医の虐待介入について

愛知県内の中核病院では、院内ネットワークの構築など虐待対応をシステム化している病院が他府県よりも比較的多いことが把握されているが、開業医院の現状については明らかになっていなかった。今回の調査で日常の診療や健診場面において子育て支援の視点で取り組んでいる小児科医は虐待予防・対応についても十分可能であることが明らかになった。虐待を疑う親子との出会いがあるは子育て支援の視点で取り組んでいる小児科医では 58.5%であり、出会ったケースについては 74.7%が児童相談所や市町村の窓口へ通告をしていた。虐待(疑)のケースについては通告義務が課されており、法の認識が進んでいる実態が明らかになった。

虐待を疑う親子が受診した場合の対応については、虐待かどうかの判断が困難との意見も多かったが、その回答をした小児科医の中には虐待通告の経験や他院への紹介の経験も多くみられる傾向があった。積極的に取り組んでいるための困難さとも評価することができる。

頭部外傷や骨折等の入院が必要な重症事例や親子分離が必要な事例、精神科領域の事例等、専門性を有するものについては専門医との医療機関連携が進んでいることも分かった。他院へ紹介した事例については、対応に満足したという回答も多く、今後も専門性が必要な事例については、連携をしながらの支援が必要である。また、退院後はかかりつけ医(診療所)による日常診療と連携しながら、虐待の予防・再発防止のための入院治療等、医療機関連携のシステム整備も必要である。

他院へ紹介した事例についてはいずれも重症例であり、軽症事例やグレーゾーン家族へは開業医院を中心とし、保健機関と連携をした支援がなされているといえる。入院による育児スキ

ルの指導、母子入院、心理外来での母子フォロー等を実施している医療機関もあり、親子を支える仕組みについて、医療連携等を通じ開業医院へ情報提供していくことも必要であり、その中で家族支援に有効な手立てを選択し、入院を交えながらの支援を行っていくことも虐待予防にとって必要である。

開業医はかかりつけ医として地域で長期に継続的に子どもに関わる立場として、子育て支援の視点を持つことが虐待予防・早期発見にとって重要といえる。

E. 結論

小児科医には地域で暮らす子どもの健全な成長・発達を見届ける役割がある。

今回の調査では、子育て支援の視点で日常診療に取り組んでいる小児科医は、地域との連携や役割分担について理解し、家族を支えていることが分かった。また、虐待予防や対応も可能なことが分かった。

親子と関わる際に、子育て支援の視点から家族を支えることが子どもの健全な成長・発達に繋がっていくといえる。

謝辞

終わりに、この調査にご協力くださいました愛知県小児科医会の皆様に深謝します。

F. 参考文献

- 1) 森田好樹, 他; 国公立病院における病院内および地域医療システムに関する調査. 厚生労働科学研究, 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平成 16 年研究報告書 2005.
- 2) 山崎嘉久、塩之谷真弓; 愛知県内の児童

虐待に対する院内ネットワーク・地域ネットワークの現状. 厚生労働科学研究, 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平成 17 年研究報告書 2006.

- 3) 山崎嘉久、塩之谷真弓; 周産期医療施設・助産施設における子育て支援の取り組み. 愛知県周産期医療協議会調査研究報告書 2006.

図1. 子育て支援が必要な親子との出会い 名 (%)

よくある	41	(24.6)
少しある	94	(56.3)
ほとんどない	25	(15.0)

図2. 要支援親子への院内での対応 (N=135) 名 (%)

保健センターでの相談を勧める	90	(66.7)
受診しやすい雰囲気づくり	71	(52.6)
育児スキルの指導	66	(48.9)
保健センターへ連絡する	57	(42.2)
スタッフとカンファレンス	15	(11.1)
その他	10	(7.4)

図3. 地域の機関への連絡 名 (%)

	出会いあり : N=135		全体 : N=167	
あり	101	(74.8)	104	(62.3)
なし	33	(24.4)	41	(24.6)

図4. 地域と連携した支援 名 (%)

	出会いあり : N=135		全体 : N=167	
あり	66	(48.9)	71	(45.0)
なし	65	(48.1)	88	(52.7)

図5. 連絡・支援した親子について 名 (%)

	出会いあり : N=108		全体 : N=114	
発達の遅れ	74	(68.5)	80	(70.2)
母の不安が強い	61	(56.5)	63	(55.3)
発育の遅れ	52	(48.1)	57	(50.0)
虐待を疑うけが	29	(26.9)	29	(25.4)
虐待を疑う容姿	29	(26.9)	29	(25.4)
支援者いない	27	(25.0)	28	(24.5)
母が病気	19	(17.6)	19	(16.7)
慢性疾患児	17	(15.7)	17	(14.9)
ミルクの飲みが悪い	16	(14.8)	16	(14.0)
アレルギー疾患児	14	(13.0)	16	(14.0)
経済的に困窮	14	(13.0)	14	(12.3)
DV疑	10	(9.3)	10	(8.8)
その他	10	(9.3)	10	(8.8)

図6. 地域の機関の役割 名 (%)

	出会いあり : N=135		全体 : N=167	
母への子育て支援	82	(60.7)	86	(51.4)
発達・発育の確認	75	(55.6)	87	(52.1)
育児相談	54	(40.0)	60	(35.9)
環境調整	52	(38.5)	54	(32.3)
子どもの保護	36	(26.7)	38	(22.8)
栄養相談	35	(25.9)	40	(24.0)
服薬の確認	11	(8.1)	13	(7.8)
清潔保持	10	(7.4)	13	(7.8)
その他	5	(3.7)	5	(3.0)

図7. 子育て支援での医師の役割 名 (%)

	出会いあり : N=135		全体 : N=167	
親からの相談をうける	113	(83.7)	127	(76.0)
身体チェック	108	(80.0)	121	(72.5)
定期的にフォロー	97	(71.9)	112	(67.1)
その他	9	(6.7)	10	(6.2)