

図2 虐待予防のための病院保健師の役割
 病院保健師は医療－保健機関連携の担い手

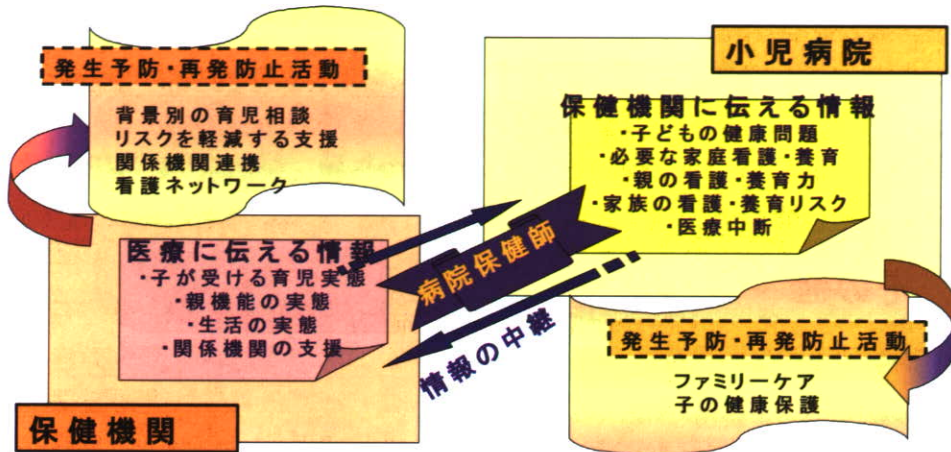


図3 医療と福祉の連携
 MSWは児童相談機関と医療の連携の窓口

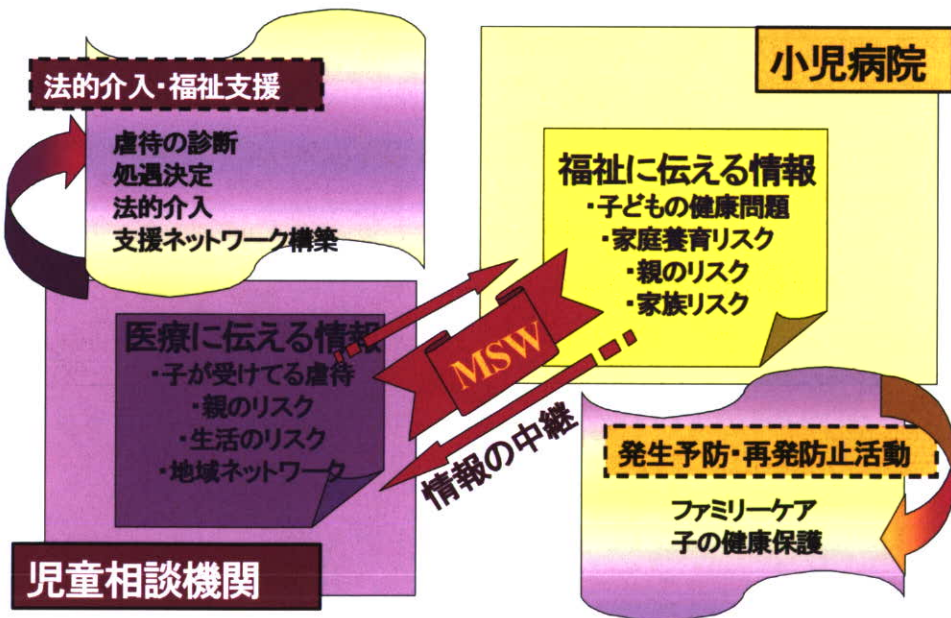
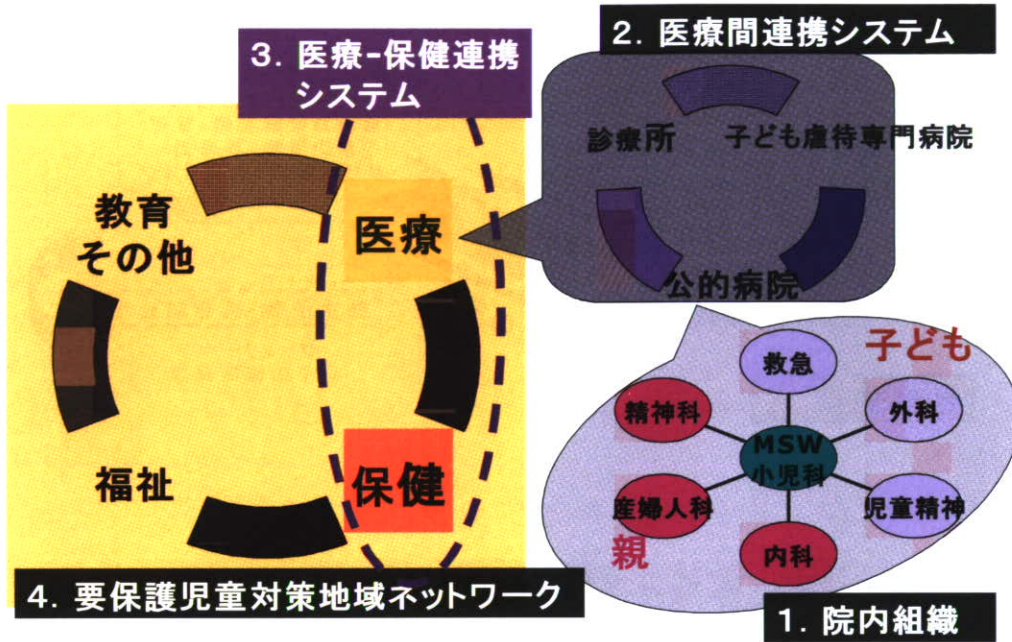


図4 子ども虐待医療の連携システム構築



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
分担研究者 柳川敏彦

小児総合医療機関における虐待対応（予防を含む）に向けての MSW、保健師、心理士の役割

木村和代(保健師) 藤江のどか(MSW)
小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

研究要旨

小児総合医療機関における虐待予防の取り組みは虐待防止法の制定後、早急に進んでいると思われた。

今回、日本小児総合医療施設協議会会員 29 機関にアンケート調査を実施し、各機関の MSW、保健師、心理士の配置状況や業務内容などの実態を把握した。

各医療機関の常勤配置状況では MSW は 21 機関、心理士は 21 機関、保健師は 10 機関で、配置人数は各職種ともに 1～2 人の常勤配置が多かった。

各職種の業務内容についてみると、保健師は育児相談及び親支援（90.0%）を主軸に地域保健機関（保健所・保健センター）との連絡調整(80.0%)、受療・生活支援の相談（80.0%）を、MSW はケース面談及びアセスメント（82.6%）をしながら児童相談所との相談窓口対応（87.5%）や、福祉機関との連携(87.5%)を、心理士は子どもに対する心理アセスメント（76.2%）及び心理治療（71.4%）、育児相談及び親支援（71.4%）を担当していた。各職種ともに院内スタッフとの連携は高率に実施していた。

虐待は一職種で抱えきれるものではなく、スーパーバイズを受け、担当者会議を緊急時、必要時に開催しながら、関わる職種全体で取り組むものである。

機関内で各職種が有機的に連携し、必要時に地域関係機関（保健・福祉）に連携を図り、虐待を予防していくことが今後ますます求められている。

はじめに

小児総合医療機関における虐待対応において、MSW、保健師及び心理士の業務内容を把握し、各職種の役割を追究するため日本小児総合医療施設協議会会員 29 医療施設（平成 19 年）にアンケート調査を実施したので報告する。

調査対象

日本小児総合医療施設協議会会員 29 機関に質問紙を送付し、24 機関から回答を得た。（回答率 82.8%）

調査結果

1. MSW、保健師及び心理士の配置

各職種の配置状況は表1のとおりである。

表1 MSW・保健師・心理士の配置 (n=24)

職種	配置あり	配置なし	その他
MSW	23	1	PSW配置1
保健師	10	14	
心理士	21	3	

常勤、非常勤を問わず、MSWの配置は23機関(95.8%)、心理士は21機関(87.5%)と高率だった。一方、保健師の配置は10機関(41.7%)とMSW・心理士に比べ少ない状況だった。

MSWと保健師が共に配置されている機関は8機関(33.3%)、MSWと保健師及び心理士3職種が揃って配置されている機関は8機関(33.3%)だった。

2. MSW、保健師及び心理士の常勤配置人数

各機関、各職種共に常勤は1~2人の配置が多い。

MSWは21機関(87.5%)で配置されていた。5~6人配置されている機関もあった。心理士は20機関(83.3%)で配置されていた。一方、保健師の配置は8機関(33.7%)とMSW、心理士の配置に比べ少なかった(表2)。

表2 MSW、保健師及び心理士の常勤配置機関

(n=24)

配置人数	MSW常勤	保健師常勤	心理士
0	3	16	4
1	10	4	5
2	6	1	9
3	1	1	2
4	2	1	1
5	1	1	2
6	1		1

3. MSW、保健師及び心理士の所属について

MSWと保健師が同じ所属で勤務する機関は4機関、MSWと心理士が同じ所属で勤務する機関は2機関、保健師と心理士が同じ所属で勤務する機関は1機関、MSWと保健師、心理士の3職種が揃って同じ所属で勤務する機関は1

機関だった(表3)。

4. MSW、保健師及び心理士のスーパーバイズを受ける職種と職制

MSWがスーパーバイズを受ける職種は医師が19機関と最も多かった。医師のスーパーバイズのない機関は2機関あった。医師の診療科では児童精神科、精神科、児童思春期精神科、新生児科、心療科、小児科、発達小児科、整形外科等さまざまである。心療科のほかにも母子保健室、地域支援科、保健指導部、育児支援対策室などの部署に勤務する医師が対応している機関もある。その他には事務職、保健師、看護師、医療社会事業司が挙げられた。職制では虐待関連担当委員長、副委員長クラス、副院長、診療局長、各課部長クラス、室長クラス、係長、事務系では事務局次長、部長、課長クラスの立場の人がスーパーバイズにあっていた。医療社会事業部長、医療社会事業課長のところもあった(表4)。

次に保健師のスーパーバイズについては、回答のあった8機関すべてが医師を挙げている。診療科では児童思春期精神科、新生児科、心療科医師であり、そのほかに、虐待防止委員会委員長、母子保健室、地域医療連携室、地域支援科、保健指導部、地域保健室の医師を挙げた。職制では、病院長、医療局長、部長クラス、室長クラス、係長クラスであった。医師の他には事務職、助産師が挙がっており、直属の上司ではない場合もある(表5)。

次に心理士のスーパーバイズをみた。心理士の配置のある21機関のうちスーパーバイズの回答のあった12機関すべてが医師を挙げている。診療科では児童精神科、こころの心療部、児童思春期精神科、精神科、心療科、小児科、発達小児科、児童精神科を挙げ、他にも保健指導部、母子保健室、地域医療連携室が挙げられた。

職制では病院長、副院長、部長クラス、室長クラス、医長クラスの医師が多い。また非常勤医師や外部のスーパーバイズを受けている機関もあった(表6)。

5. MSW、保健師及び心理士の業務内容（非常勤配置も含む）

保健師は「育児相談及び親支援」（90.0%）を中心に、「ケース面談及びアセスメント」「受療・生活支援の相談」「院内スタッフとの連絡調整」「地域保健機関との連絡調整」にあっている。

一方、MSW は「児童相談所との虐待対応窓口」「福祉機関との連携」「受療・生活支援の相談」「院内スタッフとの連絡調整」を中心に業務を展開している（表 7）。

表7 保健師と MSW の業務内容

業務内容	保健師 n=10	MSW n=23
育児相談及び親支援	9(90.0%)	15(65.2%)
ケース面談及びアセスメント	8(80.0%)	19(82.6%)
受療・生活支援の相談	8(80.1%)	20(87.0%)
院内スタッフと連携調整	8(80.1%)	20(87.0%)
地域保健機関との連絡調整	8(80.1%)	18(78.3%)
他の医療機関との連携	7(70.0%)	17(74.0%)
児童相談所との虐待対応窓口	5(50.0%)	21(87.5%)
福祉機関との連携	6(60.0%)	21(87.5%)
訪問看護ステーションとの連携調整	5(50.0%)	12(55.2%)

保健師と MSW の業務の違いは大きく二点ある。一点は、病院保健師は育児相談を主軸に親の相談を受け受療・生活支援のアプローチをしていること。二点目は院内スタッフとの連携調整を図りながら、ケースの生活背景を含めリスクアセスメントし、地域保健機関に連絡し、確実にケースを橋渡ししていくことである。

医療機関における保健師や MSW は疾病・障害のある子どもの支援として、親の生活基盤の安定と、子どもの成長発達をあらゆる面からサポートしていくために、育児相談を切り口に相談を展開する保健師と、ソーシャルサポートを切り口に相談を展開する MSW は車の両輪として、相互連携の中で大きな役割を持つ職種であるといえる。

「訪問看護ステーションとの連絡調整」は保健師の配属が少ないこともあるが、MSW の業務として対応している機関の方がやや上回っている。

心理士は「子どもに対する心理アセスメント」

（76.2%）を中心に「子どもに対する心理治療」（71.4%）、「育児相談及び親支援」（71.4%）の業務を展開している。「院内スタッフとの連絡調整」をはかりながら、「親に対する心理アセスメント」「院内他職種へのコンサルテーション」も重要な業務と位置づけている（表 8）。

表8 心理士の業務内容 (n=21)

業務内容	心理士
子どもに対する心理アセスメント	16(76.2%)
子どもに対する心理治療	15(71.4%)
育児相談及び親支援	15(71.4%)
院内スタッフとの連絡調整	14(66.7%)
院内他職種へのコンサルテーション	10(47.6%)
福祉機関との連携	10(47.6%)
親に対する心理アセスメント	10(47.6%)
親に対する心理治療	9(42.9%)
その他	3(14.3%)

6. 虐待対応会議の開催について

虐待対応会議を開催している機関は 21 機関あったが、会議名はすべての機関が異なり、その機関が会議を設立していった経過の中で位置づけられ、会議名が決定していったものと推測できた（表 9）。

表9 虐待対応会議の有無 (n=24)

	あり	なし
虐待対応会議開催	21	3

第二会議、第三会議、第四会議まで実施している機関もあり、虐待対応が様々な形で病院内のシステムとして機能している実態が伺えた（表 10）。

虐待対応会議がない理由としては

- 定期的には開いていない、対応例が生じた時はカンファレンスを開く
- 個々のケースに応じて関係者が集まり協議を行っている
- 病院内で対策チームがあるわけではなく、ケースごとに、担当医師・看護師・地域機関（児童相談所・保健所・保健センター等）で会議をもっている、等の理由を挙げている。

7. その他

MSW、保健師、心理士の配属のない機関で工夫されていること、希望など記入された内容を列記してみた。

MSWの配属については、「2名の配置はあるが不足」、「PSWを常勤配置し、MSWと共に虐待対応している」と返答した機関などがあつた。MSW職種は23機関が配置、対応しているが、なお人員配置の不足を訴えていた。

保健師の配置については「予防的関与が出来ないこと」「地域保健機関（保健所・保健センターなど）との連携がさらに密に取れる」など、全体的に人手不足の中で、機関内の訪問看護師が保健機関との連絡調整にあたっている。また機関内の「子育て支援室」に所属する看護師が地域保健機関の保健師との連絡調整を引き受けている機関もあつた。保健師の配置はまだまだ少ない状況にあり、機関内の看護師が代行的に地域との連絡調整にあたっていることが推測された。

また心理士については、「長期間経過した心理的虐待事例の対応で、心理士の配置の必要性を感じた」と返答した機関や、「予防の視点で出生直後の障害受容の困難な事例に対して、母子関係の形成が極めて難しい家族支援において心理士の配属の必要性を痛感した」、「親のストレスのはけ口など、受け手としての役割も持ちたい。」「虐待対応会議への参加を希望するが職場実態から参加を望めない状況」等の意見があつた。心理士の虐待対応における配置を望んでいることが回答から推測された。

8. 考察

今回、日本小児総合医療施設協議会に所属する29機関へ質問紙による調査を実施し、医療機関が子ども虐待に対応する職種、その職種へのスーパーバイズ対応の有無、職制、院内での虐待対応会議の有無や構成メンバー、参加人員など各機関での取り組み方をまとめることができた。

虐待対応ではMSWが機関内での中心的役割を担い、院内の連絡調整、児童相談所との連絡の窓口としての役割を果たしている。

保健師は地域保健機関（保健所・保健センター）との連絡調整の要であり、ケース面談をとおして、育児相談・親支援をしながら、リスクアセスメントしている姿が確認できた。育児相談の中で親との人間関係をはぐくみ、親への支援が継続されることが虐待予防の重要な役割となると思われる。在宅生活が継続できるよう、育児負担を軽減する細やかなサービスを関係機関と共にプログラムしていくことが、親支援の何物にも変えがたい大きな機能といえる。医療と保健の中で密な連携を進めていくことが重要となる。そのためにも、保健師の配置のない機関にも保健師が配置されることが望まれる。

保健師は育児支援を主軸に親支援のサポートを、MSWはソーシャルサポートを主軸に親支援を実施し、明らかに違う業務をベースに生活支援を実施している。どちらの職種も配置されることで、より支援内容は細やかになり、安心・安定した生活支援につながると考える。

また、心理士は、子どもに対する心理アセスメントをし、子どもの心理治療を充実させていくことが本来の業務で展開されるであろうが、親への心理治療はまだ着手できずにいる機関も多い。親治療の役割をどの機関が担い対応するのか検討の余地は残されているが、今後、その課題を果たしていくことが求められている。

虐待対応にはかかわる職種が多く必要である。しかし、いずれの職種も人員不足の中で、フル回転で業務展開しており、必要な時に身軽に動けない実態が浮かび上がった。院内のシステム化と各職種の連携強化、児童相談所、地域保健機関等院内外の関係機関、関係職種のネットワークの充実がますます重要になる。

それぞれの職種の役割を果たしながら関係者が密に連携を取り、細やかな対応をしていかなければ、救える命をも救えない事態が起こりうることを常に念頭に置いた活動が求められている。

まとめ

1. 保健師とMSWの業務内容は明らかに異なり、育児相談を主軸に相談対応を継続する保健師と、ソーシャルワークを主軸に相談に応じる

MSW の両職種が配置されることで、虐待予防の視点で違いがはっきりしたケース対応ができる。

2. 心理士が配置されて病院は多いが、子どもに対する心理アセスメント、心理治療を主軸に相談を実施している。養育問題解決に向けて親に対する治療アセスメントや心理治療をどう進めていくか課題が残る。

3. 各機関で虐待防止会議の取り組みも進んでいる状況にあることは分かったが、どの機関とも会議名が異なっていた。機関ごとに設立した経緯も異なり、会議の意味合いも異なることが推測された。

今後、ますますそれぞれの病院内虐待防止の取り組みが充実していくこと、先進病院として近隣医療機関へのモデルとなりうる活動を実践していくことが期待される。

参考文献

1. 医療機関の虐待対応の向上に関する研究 平成18年度 厚生労働科学研究 分担研究者：柳川敏彦

表3 MSW、保健師、及び心理士の所属

(n=24)

	MSW所属	保健師所属	心理士所属
A	成育支援局		
B	生育在宅支援室		臨床心理科業務
C	母子保健指導室	母子保健指導室	
E	地域医療連携室		精神科
F	運営部 医事課		こころの診療部
G	事務局医事係		事務局医事係
H	母子保健室	母子保健室	発達支援科
I	地域医療連携室	地域医療連携室	指導相談室
J	経営管理部 患者・地域支援係(室)	経営管理部 患者・地域支援係(室)	医療技術部 リハビリテーション技術科
K	医療社会事業部・医療社会事業課		精神科
L	総合診療部	保健センター保健室	総合診療部 心理指導科
M		保健指導部	保健指導部(小児科業務)
N	地域医療連携室(事務部下)		児童指導室(小児科下)
O	事務局 医事課 医療相談室	企画調査部 地域保健室	発達小児科
P	管理部・医事課患者支援担当		精神神経科・児童青年精神科
Q	指導相談部	指導相談部	指導相談部
R	地域医療連携室		
S	地域連携科		
T	事務局 企画課 医療相談室	看護部 外来	リハビリテーション科
U	総務課医事係(地域連携室)		小児精神科
V	医療相談部		精神神経科
W	事務局 医療福祉相談室		子ども医療センター

表4 MSWのスーパーバイズ

機関	職種及び職制
A	医師 : 副院長
B	医師
C	保健師・医師: 係長・医療局長(委員会委員長)
D	医師・事務 : 副院長・児童精神科医・CAAT所属の医師・医事経営担当主幹(ライン上の直属の上司)
E	医師・看護師: 精神科部長・地域医療連携室師長
F	医師・事務職: SCANチーム医師・医事課長
G	医師・事務職: 児童思春期精神科部長・母子保健室長・病院長・副総務局長
H	医師 : 第1診療部長兼地域医療連携室長
I	医師、助産師、保健師 : 新生児科部長、患者・地域支援係長、患者・地域支援係保健師
J	医療社会事業司: 医療社会事業課長・医療社会事務部長
K	医師 : 心療科部長・保健室長
L	医師 : 保健指導部長
M	医師 : 副院長(小児科)・小児科医長・地域連携室長
N	医師・事務職 : 発達小児科部長・事務局次長
O	虐待担当医 : 上司ではない
P	医師・事務職: 小児科医長・専門職
Q	事務職
R	医師 : 育児支援対策室長
S	医師 : 整形外科部長、院長
T	医師・看護師
U	医師 : 主治医・小児科教授
V	医師・事務・看護師: 副センター長・経営管理課

表5 保健師のスーパーバイズ

機関	職種及び職制
A	医師・事務職: 児童思春期精神科部長・母子保健室長・病院長・副総務局長
B	医師 : 第1診療部長兼地域医療連携室長
C	医師・助産師: 新生児科部長、患者・地域支援係長
D	医師 : 心療科部長・保健室長
E	医師 : 保健指導部長
F	医師 : 地域保健室長
G	虐待担当医: 上司ではない

表6 心理士のスーパーバイザー

機関	職種及び職制
A	事務職
B	医師 : こころの診療部医師
C	医師・事務職: 児童思春期精神科部長・母子保健室長・病院長・副総務局長
D	医師 : 第1診療部長兼地域医療連携室長
E	: 相談があれば対応
F	臨床心理士 : 精神科医師
G	医師・心理士: 心療科部長・スーパーバイザー
H	医師 : 保健指導部長
I	医師 : 副院長・小児科医長
J	医師 : 発達小児科部長
K	虐待担当医: 上司ではない
L	医師 : 小児精神科部長
M	医師・MSW: 主治医・小児科教授

表10 虐待会議の名称

機関	会議1名称	会議2名称	会議3名称	会議4名称
A	家族関係支援委員会	CA検討会		
B	子ども虐待防止委員会	要支援事例検討会		
C	小児虐待対応チーム (child Abuse Action Team)			
D	児童虐待対策委員会	事例検討部会		
E	子ども虐待防止委員会	SCAN会議	SCANチーム	
F	CA検討会			
G	児童虐待対策会議	児童虐待症例検討部会	緊急症例検討部会	定例症例検討部会
H	児童虐待防止対策委員会			
I	CAP委員会			
J	小児虐待対策委員会			
K	虐待ネットワーク委員会			
L	随時のケースカンファレンス			
M	三重病院虐待連絡委員会			
N	児童虐待防止推進委員会	CAP小委員会	CAPチーム	
O	虐待対策委員会			
P	子ども虐待防止委員会			
Q	小児虐待対策会議			
R	育児支援ワーキンググループ会議	育児支援対策会議		
S	要保護児童院内連絡会			
T	小児虐待対策委員会	小児虐待対策委員 コアチーム		

資料 1

MSW・保健師・心理士の配置の有無

タイプ	病床数	MSW 有無	保健師 有無	心理士 有無	msw人数		保健師人数		心理士人数		PSW常 勤
					常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
小児病院 (周産期含む)	100	×	○	○	0	0	4	0	3	有り	
	103	○	×	○	0	有り	0	0	1	有り	
	150	○	○	×	1	0	1	有り	0	0	
	160	○	×	○	2	0	0	0	1	有り	
	200	○	○	○	1	0	1	0	1	有り	
	200	○	○	○	1	0	1	0	2	0	
	200	○	○	○	1	有り	5	0	5	有り	
	203	○	×	○	2	0	0	0	2	0	
	214	○	×	○	0	有り	0	0	0	有り	
	290	○	○	○	1	有り	1	0	2	0	
	300	○	×	○	1	有り	0	0	3	有り	
	303	○	×	○	1	0	0	0	2	0	
	363	○	○	○	2	0	2	有り	2	有り	
	419	○	○	○	3	0	3	有り	5	有り	1
	460	○	×	○	2	0	0	0	2	有り	
総合病院	280	○	×	○	1	0	0	0	1	0	
	500	○	○	○	1	0	0	有り	1	有り	
	661	○	×	×	2	有り	0	0	0	0	
	766	○	×	×	1	0	0	0	0	0	
	857	○	×	○	6	0	0	0	2	0	
	1063	○	×	○	4	0	0	0	6	有り	
	1394	○	○	○	2	0	* 15	0	2	0	
大学	1167	○	×	○	4	0	0	0	4	0	
	1130	○	×	○	5	0	0	0	2	0	

* 15は保健師資格あり、看護師として病棟勤務

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

周産期・小児三次医療センター院内 CAPS 活動にみえる MSW・保健師の役割 小児病院における保健師の役割

木村和代(保健師) 藤江のどか(MSW) 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

研究要旨

周産期・子ども病院で働く保健師は数少ない。周産期・小児三次医療センターである大阪府立母子保健総合医療センター（以下センターと略す）では、1981年開設時から保健師を配置し、地域保健機関（保健所・保健センター）との連携業務を実施している。

センターでの保健師の活動は26年の経過の中で、医師、看護師ら院内職員や地域保健機関には認知されてきたが、保健師の配置のない病院では、医師、看護師をはじめ関係職種にも保健師の役割は見えにくい。ことに地域保健機関との連携を担い、養育問題支援をしていることなど知る機会もないと思われた。

今回、センターで平成8年2月に発足したCAPS研究会（Child Abuse Prevention Study）で平成18年3月までの10年間に提出された事例を通して、病院保健師のかかわりを分析し、役割を検討した。

その結果、事例の概要では、障害、疾病、医療的ケアなど子どもの健康問題がある事例が83.2%を占めた。また母の問題がある事例が93.9%、母の生育歴に問題ありの事例は57.7%、家族の問題ありの事例は80.6%、子どもへの愛着形成に問題ありと判断した事例は58.8%あった。経済の問題、育児協力者など複合的な養育問題を抱えた事例にどのような支援をしているのか分析結果を報告する。

また、医師、MSWら院内関係職種との連携、地域保健機関との連携についても実態を示し、子どもの虐待予防の取り組みについて病院保健師の役割を示した。

保健師は主に育児相談、MSWはソーシャルワークから育児負担軽減の方策を探っていた。また、保健師は地域保健機関と、MSWは児童相談所など福祉機関と連携し、養育問題を継続支援し、虐待予防に努めていた。

はじめに

医療機関での子ども虐待対応には事務部門を含めた院内全体の理解と協力、さらには関係機関との連携・協働が不可欠である。

センターは、母体・胎児・新生児から乳幼児に対して一貫した診療を行う病床数363床（母性棟100床、NICU棟60床、小児医療病棟203床）の専門医療機関である。平成

8年からCAPS研究会*を開催し、院内組織として10年間虐待予防に取り組んできた。

今回、センターにおけるCAPS研究会(平成8年から平成18年)に提出された159事例(表1)を通して、病院保健師*のかかわりを分析し、保健師の役割について検討した。

表1 MSWと保健師の関与 (n=159)

MSWの関与あり	133(83.6%)
保健師の関与あり*	123(77.4%)
* 面談実施は	119 (74.8%)
両者の関与あり	106(66.7%)

平成18年度厚生労働科学研究「医療機関の虐待対応の向上に関する研究」より抜粋。

*CAPS研究会について

目的は、①虐待をもれなく発見し、正確な診断を行う。②子どもと家族に適切な対応を行う(特に初期対応、対外機関との連携について)。③子どもと家族により専門的な医療・看護を行う。

活動内容は、①チームでの診断、治療、援助の検討。②一貫したケア体制の整備。③ケアのためのマニュアル作成。④啓発活動。⑤実態分析、であり月1回事例報告を中心に活動を行ってきた。

*病院保健師について

保健師は1981年の開設当初から、企画調査部地域保健室に属し、「医療と保健の連携」を掲げ、地域保健機関との連携を進めてきた。

現在、地域保健室には保健所の勤務経験10年以上の保健師2名が配置されており、地域における母子保健活動推進の一端を担い、病院内で母子保健業務を実施している。病院保健師は、一定期間の任務を経て保健所保健師と交代し、病院内での経験を生かして活動している。

I. 方法

CAPS研究会に提出された159事例の中で保健師が面談した119事例について、保健師記録から必要項目を読み取り、データ集積した。

分析に関しては、統計ソフト『即析』を使用した。

II. 結果

1. 事例の概要

1) 区分

産科(ハイリスク妊娠でセンター出生し、特別な医療を要しなかった児)、NICU(NICUに入院した児)、小児医療(NICU以外の病棟に入院した児及び外来受療の児)の3区分でみると表2のとおりで、小児医療が45.4%を占めた。産科ケースは妊娠中に提出された場合と出産後の提出の両者が含まれる。自宅での育児が始まる前からの関与が半数以上である。

表2 事例区分 (n=119)

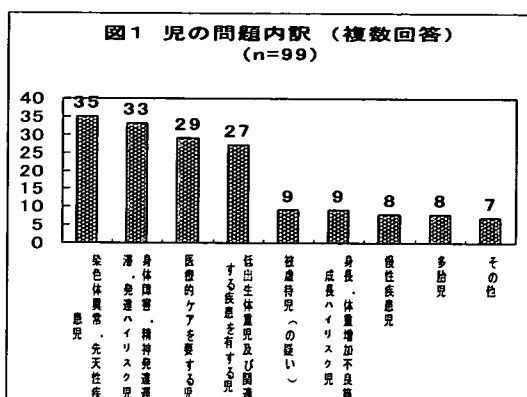
産科	21(17.6%)
N I C U	44(37.0%)
小児医療	54(45.4%)

2) 児の健康問題

児の健康問題の有無については、何らかの問題のある事例が83.2%を占めた(表3)。問題の内訳は図1のとおりである。染色体異常・先天性疾患児が35(35.4%)と多い。医療的ケアを要する児は実人員29(経管栄養9、在宅酸素療法8、ストマケア3、VPシャント3、IVH療法2、気管切開1、その他食事に時間のかかる口唇口蓋裂術後の児ら9など)で、29.2%を占めた。

表3 児の問題 (n=119)

あり	99(83.2%)
なし	20(16.8%)
総計	119(100%)



3) 家族の形態

73.1%は初婚だが、未婚、再婚、離婚が26.1%を占めた(表4)。

表4 家族の形態 (n=119)

初婚	87(73.1%)
未婚	12(10.1%)
再婚	9(7.6%)
離婚	10(8.4%)
その他	1(0.8%)
総計	119(100%)

2. 初期介入の状況

1) 母の問題

母の問題の有無については、問題を抱えた事例が93.9%を占めた。問題ありの内訳は、障害または精神疾患(疑い含む)あり37、育児能力の問題27、同胞育児の問題23、未成熟な人格21などだった。アルコール・薬物使用歴あり、DVなどの問題もあった。問題なしは6.1%だった(表5)。

表5 母の問題 (複数回答) (n=119)

問題なし	7(6.1%)
問題あり	112(93.9%)
障害または精神疾患(疑い含む)あり	37
育児能力の問題	27
同胞育児の問題	23
未成熟な人格	21
母の気性	18
内科的疾患あり	15
強い育児不安	11
アルコール・薬物使用歴あり	8
児の受け入れ不良	8
若年産婦(初産が若年含む)	8
DV	7
高齢産婦	5
外国人	2
その他	6

2) 母の生育歴

母の生育歴に問題のある事例が57.1%を占めた(表6)。

表6 母の生育歴 (n=119)

問題あり	68(57.1%)
問題なし	20(16.8%)
その他	3(2.5%)
不明	28(23.5%)

問題ありの内訳は、親との関係では、被虐待(疑い含む)12、両親との確執12、両親が離婚11などが挙げられる。

母自身の問題では、中卒・高校中退13、触法行為(覚せい剤・薬物使用)6だった(表7)。

表7 母の生育歴問題ありの内訳
(複数回答) (n=68)

親との関係	54(79.4%)
被虐待(疑い含む)	12
両親との確執	12
両親が離婚	11
両(片)親が他界	7
厳しい躰	6
生家が経済苦	3
親に精神疾患・アルコール問題あり	1
両親の不和	1
同胞に親が虐待	1
母自身の問題	41(60.2%)
中卒・高校中退	13
触法行為(覚せい剤・薬物使用)	6
精神疾患・人格障害(疑い含む)	5
離婚歴あり	5
対人関係不良	4
内科疾患あり	3
施設入所歴あり	3
未成熟	2
その他	2(2.9%)

3) 家族の問題

家族の問題は80.6%にみられた。問題ありの内訳は、家庭基盤が脆弱(未入籍、離婚や再婚、蒸発、母子家庭、生活困窮など)32、夫婦関係の不良27、実家との関係不良19、家族内で虐待あり14、同胞の問題あり7、家族の障害受容不良5だった。問題なしは16.0%だった(表8)。

表8 家族の問題(複数回答)(n=119)

問題なし	19(16.0%)
問題あり	96(80.6%)
家庭基盤が脆弱	32
夫婦関係の不良	27
実家との関係不良	19
家族内で虐待あり	14
同胞の問題あり	7
家族の障害受容不良	5
不明	4(3.4%)

4) 父の生育歴

父の生育歴は、問題ありが30.3%、不明が52.9%だった(表9)。不明が多いのは、母との面談が中心で、父の生育歴は把握しきれな

いからである。

表9 父の生育歴 (n=119)

問題あり	36(30.3%)
問題なし	17(14.3%)
その他	3(2.5%)

問題ありの内訳は、親との関係では両親が離婚7、両(片)親が他界5、被虐待(疑い含む)4、親に精神疾患・アルコール問題あり4だった。父自身の問題では中卒・高校中退が7、触法行為(覚せい剤・薬物使用)6だった(表10)。

表10 父の生育歴問題ありの内訳
(複数回答) (n=36)

親との関係	24(66.6%)
両親が離婚	7
両(片)親が他界	5
被虐待(疑い含む)	4
親に精神疾患・アルコール問題あり	4
生家が経済苦	2
親が触法行為	1
親が人格障害(疑い含む)	1
父自身の問題	23(63.8%)
中卒・高校中退	7
触法行為(覚せい剤・薬物使用)	6
精神疾患・人格障害(疑い含む)	4
未成熟	3
内科疾患あり	2
離婚歴あり	1

5) 児への愛着形成

児への愛着形成には、58.8%に問題があった(表11)。

表11 児への愛着形成 (n=119)

問題あり	70(58.8%)
問題なし	37(31.1%)
その他	10(8.4%)
不明	2(1.7%)

問題ありの内訳は、可愛くない児との発言20、障害・疾病受容できず10、イライラ感持続8、精神不安定5、育児放棄・ネグレクト傾向5だった。また、育児不安が高い、可愛がり方が分からないなどの問題もあった(表

12)。

表12 愛着形成問題ありの内訳 (n=70)

可愛くない児と発言	20
障害・疾病受容できず	10
イライラ感持続	8
精神不安定	5
育児放棄・ネグレクト傾向	5
育児不安が高い	5
育児能力の低下	4
未熟な育児	3
可愛がり方がわからない	2
不安表出少ない	2
負担感の訴え強い	2
育児環境未整備	2
体調不良の主訴多い	1
面会少ない(長期分離)	1

6) 経済の問題

経済の問題ありは56.3%だった(表13)。

表13 経済問題 (n=119)

問題あり	67(56.3%)
問題なし	44(37.0%)
不明	8(6.7%)

問題ありの内訳は、低所得 18、生活保護 15、無職 11、借金苦 9 など、厳しい生活実態が浮かび上がった(表14)。

表14 経済問題ありの内訳 (複数回答)(n=67)

低所得	18
生活保護	15
無職	11
借金苦	9
実家の援助頼み	9
転職多い	8
自宅なし	2
その他	7

7) 育児協力者

育児協力者は母方祖父母が53.8%、父方祖父母7.6%で、協力者なしは28.0%だった(表15)。

表15 育児協力者 (n=119)

母方祖父母	64(53.8%)
父方祖父母	9(7.6%)
叔父叔母	2(1.7%)
父母の友人	2(1.7%)
その他	3(2.5%)
協力者なし	34(28.0%)
不明	5(4.2%)

8) 初回面談時の保健師の支援内容

直接的支援では、病状をおさえた育児相談81.5%、不安軽減の支援60.5%、家族間の調整31.1%、障害受容の支援27.7%、また間接的支援では、地域保健機関との連携85.7%が最も多かった(表16)。

表16 初回面談時の支援内容 (複数回答)(n=119)

直接的支援	
病状をおさえた育児相談	97(81.5%)
不安軽減の支援	72(60.5%)
家族間の調整	37(31.1%)
障害受容の支援	33(27.7%)
間接的支援	
地域保健機関との連携	102(85.7%)
福祉機関との連携	15(12.6%)
他医療機関との連携	5(4.2%)
その他	5(4.2%)
不明	8(6.7%)

9) 初回面談時の保健師の所感

養育問題重度(危機的状況)は10.9%、中度(危惧あり)65.5%、軽度(育児環境、養育問題の緊急性はなく、支援を得れば育児可能と判断)19.3%だった(表17)。

表17 保健師の所感 (n=119)

養育問題 重度(危機的状況)	13(10.9%)
養育問題 中度(危惧あり)	78(65.5%)
養育問題 軽度	23(19.3%)
不明	5(4.2%)

3. 病院内・外の連携

1) 院内職種との連携

院内職種との連携は医師100%、看護師・助産師90.8%、MSW86.6%と高率である。心理士、リハビリスタッフらとの連携も多かった(表18)。

表18 院内職種との連携 (n=119)

医師	119(100%)
看護師・助産師	108(90.8%)
MSW	103(86.6%)
心理士	42(35.3%)
リハビリスタッフ	17(14.3%)
その他	2(1.7%)

2) 地域保健機関との連携

親の了解を得て地域保健機関へ引継ぎをしたのは84.0%だった。親の了解を得られなかったが地域保健機関に引継ぎをしたのは9.2%だった(表19)。

表19 地域保健機関との連携 (n=119)

親の了解得て地域保健機関に引継ぎ	100(84.0%)
親の了解得られないまま地域保健機関に引継ぎ	11(9.2%)
不明	8(6.7%)

3) 親と地域保健機関の関係

地域保健機関に引き継ぎ後、親と地域保健機関の関係を評価した。関係良好は53.8%、どちらでもない23.5%、関係不良13.4%だった(表20)。

表20 親と地域保健機関の関係 (n=119)

関係良好	64(53.8%)
どちらでもない	28(23.5%)
関係不良	16(13.4%)
不明	11(9.2%)

4) 地域における関与機関

地域保健機関は97.5%とほぼ全例関与していた。福祉機関(施設・相談機関・療育機関・保育所・子育て支援センターなど)は73.1%、児童相談所は50.4%、他医療機関は32.8%関与していた(表21)。

表21 地域における関与機関(複数回答) (n=119)

地域保健機関(保健所・保健センター)	116(97.5%)
福祉機関(施設・相談機関)	87(73.1%)
児童相談所	60(50.4%)
他医療機関	39(32.8%)
教育機関(学校・幼稚園)	11(9.2%)
警察	4(3.4%)
その他	3(2.5%)
不明	3(2.5%)

5) カンファレンスの開催回数

カンファレンス開催回数は(表22)に示した。カンファレンスは78例(65.5%)で開催していた。5回以上は11例あり、その内訳は5回4例、6回3例、7回2例、8回1例、19回1例だった。

表22 カンファレンス開催回数 (n=119)

	1回	2回	3回	4回	5回以上	開催せず
事例数	30	15	10	11	11	41

4. 支援の経過

1) 保健師の支援期間

区分別にみたそれぞれの平均は、産科が平均12.1ヶ月、NICUは46.8ヶ月、小児医療は30.4ヶ月だった。全体の平均支援期間は33.2ヶ月で、支援期間は1~3年が39.5%を占めた(表23)。

2) 保健師の支援回数

保健師の支援回数と面談・電話相談・地域保健機関連携・院内連携別の支援回数を区分別に示した(表24~28)。

3) 養育状況の変化

支援を継続する中で、育児負担の軽減がはかられ養育状況が良好変化した事例は42.0%だった。良好変化と判断した理由は保育所利用、祖父母の協力などが挙げられる。また変化なしは32.8%だった(表29)。

表29 養育状況の変化 (n=119)

良好変化あり	50(42.0%)
悪化変化あり	23(19.3%)
変化なし	39(32.8%)

4) 地域保健機関との関係と養育状況の変化
 養育状況が良好変化と判断した50例のうち84.0%は地域保健機関との関係が良好だった。また、悪化変化と判断した23例では関係良好が34.8%と少なかった(図2)。

5) 支援を多く要した事例

支援を多く要した事例として、保健師の面談回数10回以上、地域保健機関連携30回以上、院内連携50回以上、カンファレンス開催5回以上のすべてを満たした事例の背景など概要をまとめて一覧表に示した(表30)。

6) 保健師の最終支援結果

保健師の支援終了時点でまとめると、医療、保健師の支援ともに終了は82例(68.9%)で、そのうち養育問題軽減と判断し終了しているのは26例(21.8%)だった。現在も医療継続中で保健師の支援終了は15例、保健師の支援も継続中は22例だった(表31)。

表31 保健師の最終支援結果 (n=119)

医療終了	支援終了	82	養育問題軽減	26
			施設利用	26
			転院	13
			中断	11
			死亡	4
			不明	2
医療継続中	支援終了	15		
	支援継続中	22		

III. 考察

○保健師の初期介入(退院前面談)について

退院前は親の不安が最も表出されやすい

時期である。センターでは主治医、看護師、コメディカルスタッフ(心理士・リハビリスタッフ)ら関与する職種の情報に保健師が事前収集し、退院前面談を実施している。退院前面談は、今後の支援につなげる重要な場である。面談時に把握した内容は表3、図1のとおりで、83.2%の事例に養育を危惧する児の問題があった。

親は、染色体異常・先天性疾患、身体障害・精神発達遅滞・発達ハイリスク、医療的ケアを要するなど、通常育児に付加した児の問題に困惑と不安を抱えている。保健師は親の訴えや不安を傾聴し、親に寄り添って退院に向けた支援を開始する。育児協力者の有無、生活上の問題などを確認しながら退院後のイメージを形作り、親の気持ちの整理を見守ると同時に、疾病や障害に留意した具体的な育児指導を実施する。保健師は医学的知識をもつ専門職であり医師、看護師らのもつ知識や情報を踏まえ、生活に結び付けた育児を考え指導している。

また、表5のとおり93.9%の母に問題があった。保健師は、障害または精神疾患(疑い含む)、育児能力、同胞育児など、母がもつ問題の把握を重視している。母の生育歴にまで踏み込み、被虐待歴、実家との確執、両親の離婚、中卒・高校中退、触法問題なども確認している。特に生育歴は現在の社会生活に深く関与している。母の生育歴を押さえることは母との関係作り及び支援の展開に欠かせないと考えられる。

さらに、表8、表13のとおり、家族や経済にも問題が多かった。養育は家庭環境によっても大きく左右される。児や母の問題を解決するだけでは不十分な事例も多い。

保健師は、家族が抱える問題を総合的にとらえて養育問題の早期発見・早期予防をアセスメントする。児の治療が中心の医療機関の中であって、このような生活背景を念頭におき養育問題に対応する保健師の役割は貴重で

ある。

○院内の連携

保健師は面談結果等で知り得た情報を主治医や関係職種に院内で適時提供している。

医師、看護師、MSW、コメディカルスタッフらとの連絡調整は、表 18、表 28 のとおりかなり頻回であった。それぞれの職種からどのような情報を収集し、保健師はどのような情報を提供しているのか、以下に示した。

院内関係者に保健師が収集する情報と提供する情報

保健師が収集する情報	
医師	児の病状経過・と治療状況・治療方
看護師	児のケア状況と看護上の問題
MSW	児のソーシャルリスクの確認
コメディカル	児の療育上の問題

保健師が提供する情報	
・地域での生活の状況 (経済状況・夫婦間の問題・父母両実家との関係・育児協力の有無など)	
・児の受容と育児負担、養育上の問題リスク等	
・地域保健機関の支援状況	

養育問題を疑う事例の中には、かかわる職種により訴える内容や表現方法を変えて事実を見せず、支援者を混乱させて振り回す事例も多々ある。支援者がもつ断片的な情報を収集し、総合的に事例を見ないといけない。そのためには一同に会したカンファレンスが必要である(表 22)。また一度でなく繰り返しカンファレンスを必要とする事例も多い(表 18、表 28)。院内関係者にカンファレンスの意義を伝えるなどの連絡調整、日程調整、会議設定に多くの時間を要するが、保健師や MSW の重要な業務である。またこの点では保健師と MSW の協働は欠かせないと考える。

○地域保健機関との連携

地域保健機関との連絡調整も保健師業務の重要な役割である(表 16)。院内連携と同様に地域保健機関との情報交換を以下に示した。

地域保健機関に保健師が収集する情報と提供する情報

保健師が収集する情報	
・児や親の生活実態の確認 (父母の関係・祖父母らの支援・近隣との関係)	
・育児環境の見極め(居住実態・安心できる家庭・経済状況など)	
・親の児の受け止めや養育上の問題の有無	

保健師が提供する情報	
・児の病院内での収集情報 (病状・治療状況や方針・育児ケアや医療ケア上の問題など)	
・児の受容と育児負担、養育上のリスクなど	

地域保健機関への引き継ぎは、医療機関が把握した事例の背景や現状をどれだけ正確に伝えられるか、細心の注意を払い実施している。この引き継ぎが地域の支援展開を左右することもあるので、センターでは親に地域保健機関の役割を伝えて良好な受け入れとなるよう努めている。親の同意を得た連携は 84.0%と高い割合である(表 19)。

保健師は、後に親と地域保健機関との関係を確認している。関係良好は 53.8%で、不良が 13.8%だった(表 20)。さまざまな事情から行政の関与を拒否する事例も増えている。親が受け入れられるような形での地域保健機関連携を今後も考える必要がある。

医療機関への受療が終了となる事例では、養育を危惧していても支援を地域保健機関に託していくことになる。常日頃から地域保健機関との円滑な連携が保健師に求められている。

○保健師の継続支援

保健師の支援期間は短期から、長期に及ぶものまで様々であった(表 23)。

継続支援の中で、保健師は育児環境や親の育児負担の程度を判断し、親とともに育児軽減の方法を考えていた。

育児負担の軽減は、身近な育児支援者の充足・充実か、地域の社会的な育児サポートの利用に大別される。現実には身近な育児支援

者（表 15）には限界があるため、保健師は養育が危惧される事例には社会的な育児サポートに結びつける援助を心がけていた。なおここでいう「地域の社会的な育児サポート」とは親子教室、幼児教室、保育所、幼稚園などの集団保育、通園施設、入所施設を包括している。

支援を多く要した事例（表 30）をみると、複雑で改善が難しい問題を抱え、継続した支援関係が築きにくい事例や、家族間や経済問題に何度か変化を生じ、不安を抱えながらも養育を見守っている事例も含まれている。保健師は、このような事例には受診時に親と会話し接点を持つことに留意している。まずは児の医療が中断しないように、そして親を理解し親の気持ちに寄り添うかかわりを始める。

様々な支援を展開するにも、親が自身を理解してもらっていると感じる関係（信頼関係）ができていなければ、助言や提案を受け入れる姿勢は生まれにくい。特に母親の問題（障害や精神疾患など）がある場合は、何らかのきっかけで母の問題が重症化し養育が危機的状況に陥ることも少なくないため、母との信頼関係を築き、長期的に母の主訴（困りごとや不安）に応じる役割が保健師に求められている。

養育が危機的状況に変化した場合、危機を一時的に回避しても問題そのものは改善されないため、養育環境の再調整が望まれる。その際、ひとつの方法として入所施設の利用を提案することもある。一時的な施設利用は養育問題の軽減には有効であるが、施設は親にとって罪悪感や抵抗感をもちやすい。親がこうした提案に耳を傾け、受け入れるように院内ではMSWらと支援方針を一致させることが必要である。

通常、保健師は院内で面談する機会を得て、事例に何らかの変化が生じていないかを確認しているが、保健師が直接対応できない事例も稀にある。まずは面談できる方法を模索す

るが、どうしても親が面談を了解されない場合や、面談設定が困難な場合は、間接的支援にまわり、直接的支援をしている関係者（関係機関）に必要な情報提供する方法も取っている。

保健師の最終関わり状況をみると、養育問題が軽減し支援終了は 26 事例で、医療は継続中だが現時点では支援終了は 15 事例、両者を合わせると 41 事例（34.4%）だった（表 31）。保健師の支援は養育問題の軽減に一定の効果を生んでいると考える。

なお、社会的な育児サポートは市町村間で格差がある。管轄地域の保健機関とは情報交換をしながら、院内で継続支援することが求められる。養育問題は疾病の治療という医療現場だけで解決できない。保健や福祉と連携し取り組まなければならない課題である。

まとめ

虐待対応における**病院保健師の役割**についてまとめてみる。

1. 病院保健師は退院前面談を通して養育上の問題を評価し、必要な援助につなぐ

保健師は子どもや親、その家族の心身の健康を守る視点からかかわる職種であり、保健師の面談は親（特に母親）の不安や問題を把握し、養育問題をキャッチすることと、今後の養育上の問題を評価し必要な援助につなぐことに有効である。

特に育児不安、育児負担が大きい場合、保健師は母の現時点の問題（心身両面の病気など）に目をむけ、母の生育歴、家族の生活背景など、児のこのことのみならず児を取り巻く育児環境にも配慮した対処を行っている。

2. 病院保健師は育児相談など母への直接的支援を中心に、地域保健機関との連携で育児軽減を図る支援（保育所入所、身近な人の育児支援など）を継続している

育児相談に応じながら、育児負担軽減の支援を地域保健機関と連携し継続している。

地域での孤立した育児を防ぎ、育児軽減を図ることが虐待の予防となる。親が支援を求めない、あるいは拒否的な場合は地域保健機関に親の了解を得て対応することができない。しかし地域保健機関の支援を得るための方法を地域サイドと調整し早期からの支援を地域に託し、支援が継続できるよう努めている。

3. センター受療中の児に生活の変化が起こっていないか早期に把握

定期受診や、入退院を繰り返す児に生活の変化が起こっていないか。父母や、祖父母ら家族間の人間関係の変化に気を配り、日ごろの生活の変化を察知している。その際は生活背景を念頭におき、児の育児環境を常に把握しながら、地域保健機関と一緒に見守る姿勢で臨んでいる。

また、児の成長発達の変化に添って母親の気持ちの揺れを察知し支援していくことが必要であり、家族の持つ問題の軽減、解消につながる援助をしている。

4. いずれの事例でも病院単独での支援、保健師単独での支援は成り立たない。

院内関係職種との連携、地域保健機関、地域関係機関、関係職種との連携が必要で、有効に機能するためにも、院内でシステムとして組み込まれた専任の病院保健師は必要であり、医療と保健の連携の要として配置されることが望まれる。

5. 病院保健師とMSW 両職種が揃い、切り口の異なる支援で虐待予防の取組みを実施

ソーシャルワークをベースにするMSWと医学的知識をベースに育児相談などの保健を担当する保健師は明らかに異なる領域から事例にアプローチし、生活の背景を把握し支援を組み立てていく。それぞれの職種の特徴を

十分に発揮し、両職種が配置されることで病院内の虐待予防の取組みに大きく寄与することができると思う。

なお、この研究は保健師記録からの読み取りですすめており、研究の限界があることを記しておく。

参考文献

1. 医療機関の虐待対応の向上に関する研究 平成18年度 厚生労働科学研究 分担研究者：柳川敏彦
2. 子ども病院における保健師の役割 平成16年度すこやか基金 大阪府立母子保健総合医療センター 木村和代
3. 周産期医療の理論と実際「周産期センターにおける医療と保健の連携」 監修 竹内徹 1992年7月 メディカ出版