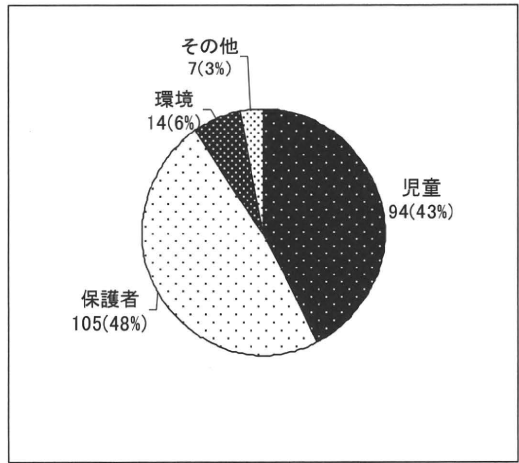
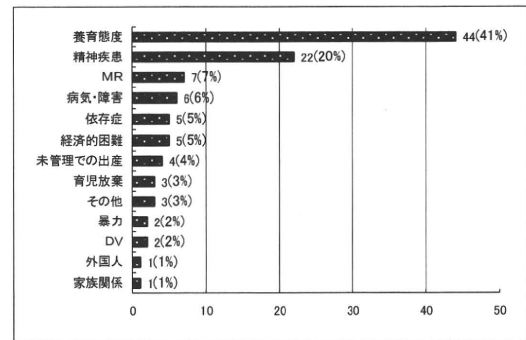


低年齢児の方が危険度も増すことや、生まれてくる前から関わるのでまず周産期で新規としてあがり、その後他科から継続ケースとして報告されている。

④問題分類:



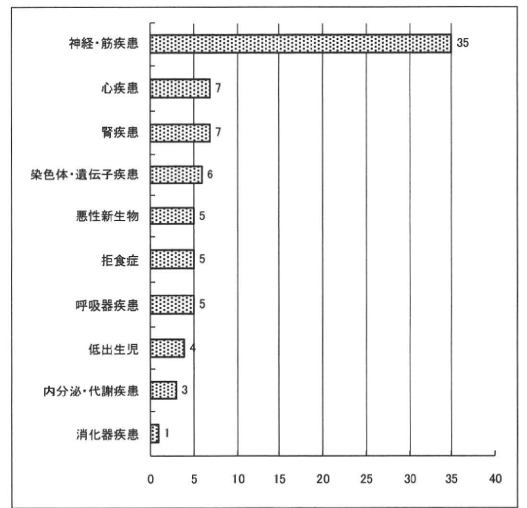
保護者が 48%と半数を占める。保護者の問題として詳細をみていくと、出産後の入院や、入院での児への付き添い場面から養育態度 41%と多かった。確実な暴言・暴力等がなくても、児への言葉がけや基本的な院内ルールを守れない等があれば気になるケースとして報告している為だと思われる。次いで、養育者の精神疾患が 20%でうつや人格障害等の精神疾患や精神遅滞があることで問題が生じてくることが多い。



次に児童が 43%を占める。児の問題の詳細をみていくと、社会的要因 9%、疾患 82%であった。特徴として疾患の分類は様々だが、呼

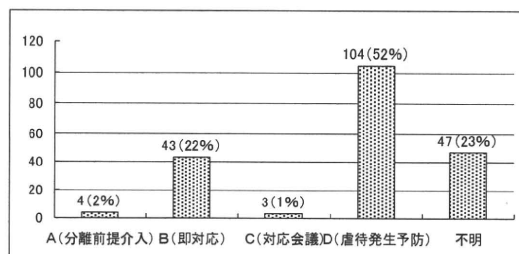
吸器の管理が必要だったり、神経・筋疾患により身体障害があったり、発達障害等の慢性疾患や継続的な支援が必要なケースが多かった。

(Ⅰ) 疾患	神経・筋疾患	35
	心疾患	7
	腎疾患	7
	染色体・遺伝子疾患	6
	悪性新生物	5
	拒食症	5
	呼吸器疾患	5
	低出生児	4
	内分泌・代謝疾患	3
	消化器疾患	1
計		78(82%)
(Ⅱ) 社会的要因		8(9%)
(Ⅲ) 不明		8(9%)

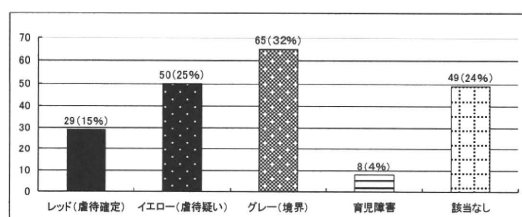


⑤緊急度: 早期から不適切な養育やハイリスクに対するケースに気付く、虐待発生予防が 52%と 1 番多い。緊急度が高い分離前提介入は2%、即対応が 22%と少ないのは、虐待を受けたことによる医療受診がほとんどであり、半数以上は対応まではしていないケースで、虐待発生予防の為に気になるという時点

で報告している為に多いと思われる。

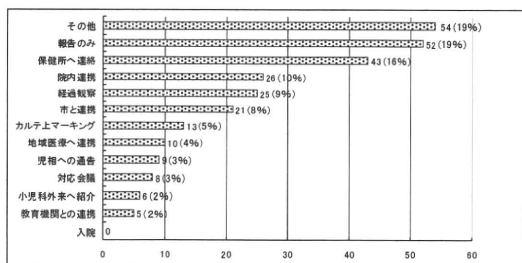


⑥診断評価:虐待疑い 25%、境界 32%で虐待と確定されていないケースが多かった。該当なしが 24%とあり、実際に言動に表れていないが、児の疾病や保護者の疾病等のリスクのあるハイリスク群である。イエロー、グレー、該当なしを合わせると 8 割弱が予防的な診断をしたケース報告である。

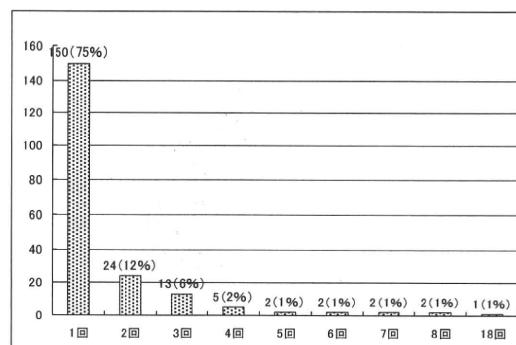


⑦対応:その他を除くと、報告のみが19%と多くなっている。報告のみでも、名前をあげておくことにより、院内で他科を受診した時に、丁寧に観察することができ、つながりができている。

項目の特徴としては、保健所への連絡以外に退院時の訪問看護等の地域医療への連携や院内連携を行った。次いで、報告のみが19%と多く、小さな気付きでも報告している為である。その他、数としては8%だが、市との連携も行っていて、要保護児童対策地域協議会での検討・報告も行っている。

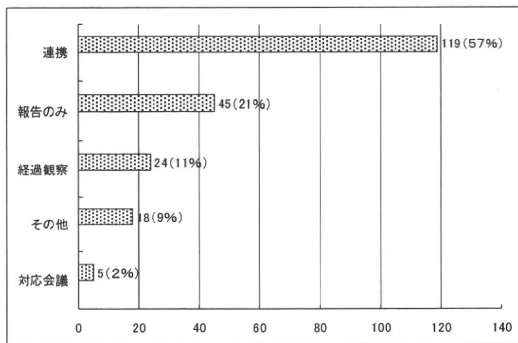


⑧検討回数:検討回数が1回というケースが75%と非常に多い。会議を行う時点では、対応をして退院してしまったケースや、その後変化や問題がないケースがほとんどである。その反面、18回という長期で検討していくケースもある。平均回数は1.62回である。



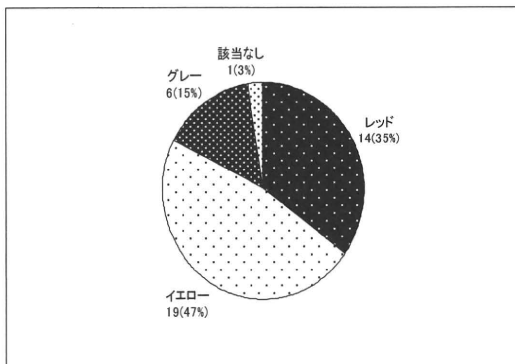
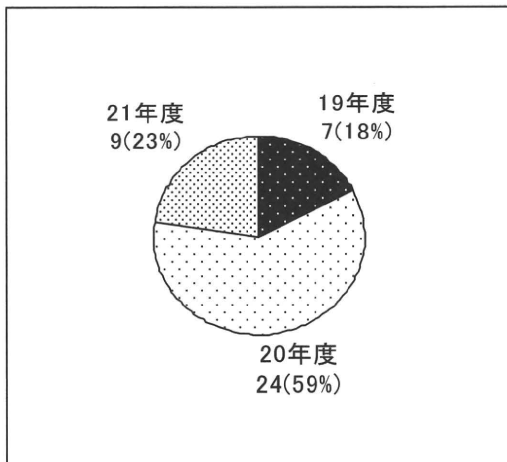
⑨転帰:連携をとったケースが56%と多く、連携先は保健所が37%と多かった。年齢区分からもわかるように、就学までの児が多く、通告までも必要がないが地域での検診等で、もう一度フォローしてもらうことが保健所への連携で可能になっている。

転帰		件数
(Ⅰ) 連携		119 (56%)
内訳	保健所	44
	院内	23
	児相	21
	市	17
	教育	5
	その他	6
	地域医療	3
(Ⅱ) 報告のみ		45 (21%)
(Ⅲ) 経過観察		24 (11%)
(Ⅳ) その他		18 (9%)
(Ⅴ) 対応会議		5 (2%)
計		211

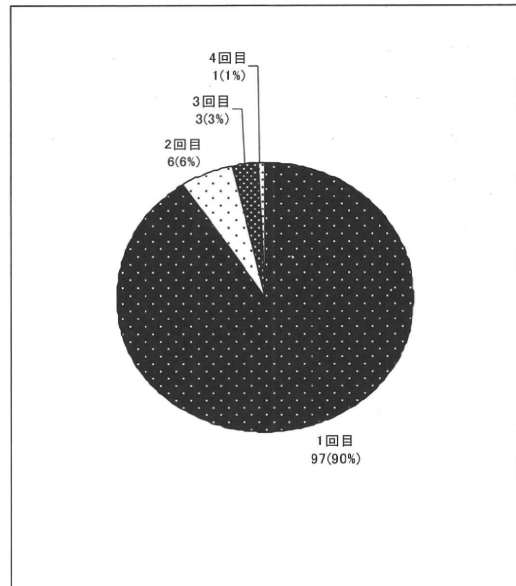


また、それぞれの転帰と併用して、気になる児の情報共有を行う為に共通のマーク(Sマーク)をカルテに記載している。Sマーク児を診断評価別でみると、虐待確定のレッド 35%で、それ以外の予防の意味で疑いや境界の児につけているほうが合わせると65%と多い。

19年度	7
20年度	24
21年度	9
計	40



⑩対応時期: 初回での報告時点ですでに対応をしているケースや、検討後何らかの対応を早期に行っているため1回目で連携での対応 90%となっている。



E. 考察

今回の統計で、SCAN は気になる段階で事例を認識し、その後継続的な見守り早期に支援することで、虐待予防としての機能をしていることがわかった。

虐待確定の対処であれば、直接医療機関と児童相談所等の公的な機関とやり取りして対処していくが、予防的なケースについては、経過を追っていく必要性はあるが、病棟から退院し、外来通院になる等、関連機関が移り変わるため医療機関が経過を追うことは困難である。総合医療機関として、SCAN が窓口となり院内連携、保健所や地域医療に連携していくことで、保健師等の訪問を拒むような家庭でも、医療は必要性が高いので無理なく定期的に見守りができる上に、入院中に地域医療と連携することにより在宅での病気への不安の軽減につながると思われる。

F. 結果

SCAN で情報を共有し、支援室が拠点となり、情報の整理や、地域との連携をしていく必要がある。また、医療機関側からの働きかけは、比較的行いやすいが、その後の地域や他機関からのケースに対する連携は行いにくい。支援室が窓口となり気軽に受診状況を確認しあったりすることで、子ども、家族への継続的な見守り支援と連携のシステム作りが重要である。

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書

虐待に関する医療間および他機関との連携の在り方に関する研究

大学病院勤務の看護師における子育て支援への積極的アプローチ —小児科病棟の患者家族からの分析—

分担研究者 柳川敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部
研究協力者 寺本ゆみ 和歌山県立医科大学附属病院

研究要旨

看護職による虐待予防のための早期発見と早期対応の必要性が指摘されている。大学病院の看護師が、何らかの支援が必要な家族を気になる段階で発見して、的確な状況把握と共通認識をもち、地域の子育て支援につなげることが必要であると考えた。

研究1の要支援家族の抽出において、A大学附属病院の小児科病棟の入院児283人（6か月以内の再入院を除く18歳未満）を対象に、「子育てアンケート」「看護基本情報」「看護師の観察」をもとに、要支援家族一覧表に点数を入れ定量的スクリーニングを行い、病棟カンファレンスで援助の要否の判断や院内外の関連機関への連絡を検討した。その結果、何らかの援助が必要な子どもあるいは家族98人（47.3%）を抽出した。要支援群と支援なし群については、中枢神経疾患を有する児とその家族に関連があることが特徴としてみられた。また、入退院を繰り返す児とその家族も要支援になることが示唆された。要支援群では、育児力の問題が高く、母親の不安や困難感が影響していた。看護師は、母親に寄り添う取り組みから育児状況、疾病・障害を受容するまでの過程を見守り、生活に応じた指導を行いながら医療と保健機関を繋いでいた。しかし、教育機関との連携は3%であり不十分と考えられ連携強化を図る必要がある。

研究2は要支援家族の退院後におけるニーズにおいて、退院3ヵ月後の母親の子育てについての意識調査を行った。子どもの病気や発達に関することに関しては55.1%、子育てに関するいろいろなサービスや施設の利用方法を知りたい人は51.7%と支援を求められていた。医療機関から市町村保健機関への連携体制の周知を図り、早期に保健福祉サービスが提供できるようにしていくことが重要である。

退院3ヵ月後の子育てへの認知においては、全体として楽しいという結果から、入院中に母親の育児不安や負担があったとしても、退院後に適切な対処方法を選択し、育児を実践して軽減していることも予測された。

A. はじめに

A大学附属病院では、難病・子ども保健支援センターと小児成育医療支援室を窓口として、子ども虐待の進展予防を目的に、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、両部門の職員の構成によるSCAN（Safety for Child Abuse and Neglect）チーム委員会を定期的に開催している。主として、産科、NICU・新生児、小児科病棟、小児科外来、救急外来で「何らかの援助が必要な子ども」を対象に、援助方法を検討し、関係機関に連絡している。SCANチーム委員会で検討される件数も年々増加して2009年度87件、2010年度97件と上回っている。また、2008年度の和歌山県難病・子ども保健相談支援センター（以下、子ども保健相談支援センター）の子ども相談件数は576件で、2001年から500件を超えている。再相談率は40%で、相談内容は療養生活で病気の子どもの育てるうえでの悩み、不安を含み最も多く、疾患別相談件数では先天性疾患として染色体に起因する疾患や発達障害などである。

臨床の現場において、在院日数の短縮、電子カルテの導入、個人情報保護法に伴い家族背景の情報収集の困難性など、患児と家族の状況が十分に把握できないため、後に虐待事実が判明する事例もある。

また、「なんか気になる」「このまま退院するのは心配」と曖昧になっていた事例がある。そのため、大学病院の看護師が、何らかの支援が必要な家族を気になる段階で発見して、的確な状況把握と共通認識をもち、情報を整理して具体的な援助ができること。つまり、地域の子育て支援につなげることが必要であると考えた。

B. 目的

1. A大学附属病院の小児科病棟の入院児で、何らかの支援が必要な子どもあるいは家族（要支援家族）を抽出しその特徴を明らかにすること
2. 要支援家族の退院後におけるニーズについ

ての内容を把握することにより、育児支援の在り方を検討するための基礎的資料を得ること

C. 調査対象

H22年2月26日～8月26日までにA大学附属病院の小児科病棟の入院児283人（6か月以内の再入院を除く18歳未満）

D. 研究内容

研究1. 要支援家族の把握（抽出）に関して

1. 方法：東京都南多摩保健所「子ども虐待予防活動の展開」（平成16年度発行）の「子育てアンケート」と「虐待要因一覧表」を活用した。医療機関では、虐待要因一覧表を要支援家族一覧表と示し、乳幼児検診時に得られる情報（問診、診察所見、個別相談など）乳幼児健診前の把握情報（妊娠届、母子手帳交付、新生児訪問等）を、看護師による観察と診療録や看護基本情報から得られる情報と準拠した。

2. スクリーニングシステムの基本的な流れ（図1）

- 1) 子育てアンケートは入院後48時間以内に保護者が直接記入する
- 2) 子育てアンケートの項目および選択肢は、要支援家族一覧表75項目のうち51項目の部分で構成している。また、看護師による観察は6項目で、診療録や看護基本情報から得られる情報は18項目で構成している。
- 3) 子育てアンケート提出時点で、要支援家族一覧表に転記する。
- 4) 要支援家族要因一覧表は、「Ⅰ家庭基盤36項目/166点」「Ⅱ親準備性3項目/13点」「Ⅲ親子の愛着形成8項目16項目/30点」「Ⅳ育児力12項目/102点」「Ⅴ子どもの健康問題/58点」の5つのカテゴリーに分類し、要因やきっかけになりやすいことを整理し、点数化して定量的スクリーニングを行う。
- 5) 定量化スクリーニングにより、24点以上要支援群と23点以下支援なし群に分けた。

6) 病棟カンファレンスは、その結果をもとにアセスメントし援助の要否の判断や院内・院外の関連機関への連絡を検討した。

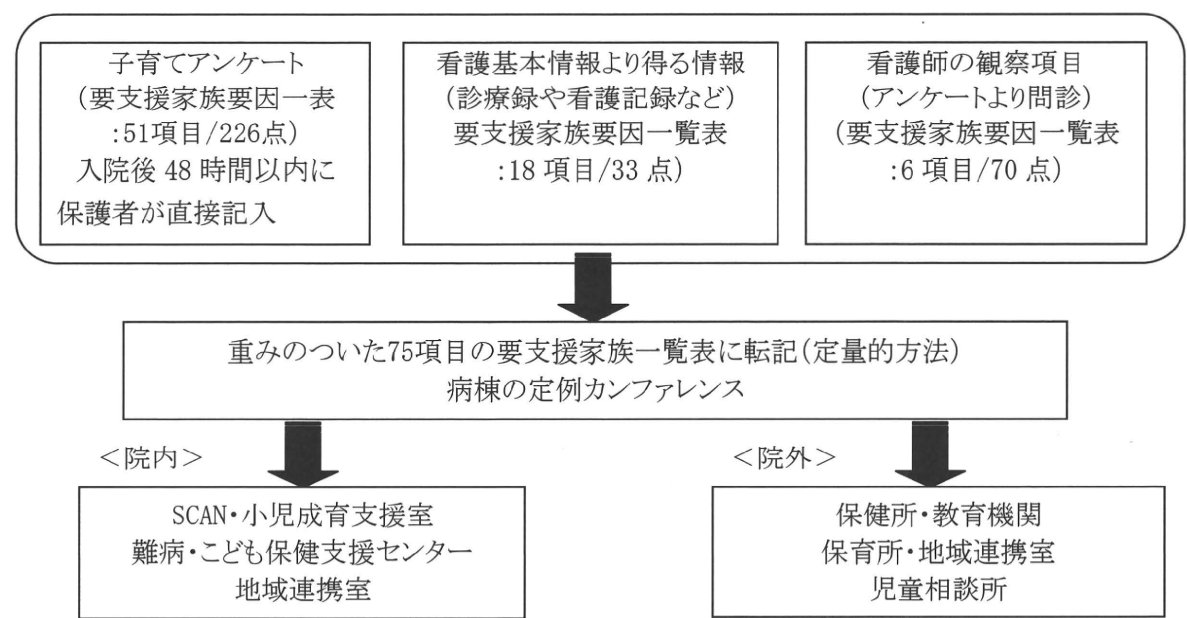


図 1 スクリーニングシステムの流れ

研究 2. 要支援家族の退院におけるニーズにおいて

1. 方法：退院 3 ヶ月後に、養育者（主として母親）の子育てについての意識調査を郵送質問紙調査を用いて実施した。
- 1) 対象者への質問紙にはあらかじめ子育てアンケートと共通の番号を振り、入院時と退院 3 ヶ月後を判別した。
- 2) 質問紙は、ホームスタート・ジャパンが作成した「子育てについての意識調査」で、①支援を行う上での手助け度②子育てへの認知度を測定した。
- 3) アンケートは単一回答法で①支援を行う上での手助け度は 14 項目で、2 項選択法からなっており、評価尺度法を用いた。①質問項目に対し「かなり必要：5 点」「困っているのて手を借りたい：4 点」「ちょっとだけ手助けしてほしい：3 点」「手を貸してくれるなら嬉しい：2 点」「必要ない：1 点」の 6 件法で評定を求め、高得点ほど手助け度を感じていることを示す。得点範囲は 0 点～70 点である。②子育てへの認知度は 1 項目で多肢(項)選択法とした。

E. 結果

1. 要支援家族の把握(抽出)に関して

- 1) 対象児の属性(表 1)
- 対象児の要支援群 24 点以上は 98 人(47.3%)であり、支援なし群 23 点以下 109 人(52.7%)であった。

表 1 対象児の属性 n=207

	要支援群 n(%)	支援なし群 n(%)
該当数	98(47.3)	109(52.7)
性別		
男	60(61.2)	68(62.4)
女	38(38.8)	41(37.6)
平均年齢	4.62	5.12
入院期間	8.02	7.76
基礎疾患		
あり	71(72.4)	67(61.5)
平均得点	41.8	11.9
標準偏差	15.5	6.3

表 1 に示すように、要支援群の平均年齢は 4.62±4.26 で、入院期間は 8.02±7.52 であった。「性別」「年齢」「入院期間」「基礎疾患の有無」については、2 群間において有意差は認められなかった。

2) 要支援群の得点分布(表 2)

要支援群の得点分布は、7 割が 24～44 点に集中しており、平均得点は 41.8±15.5 であった。最大得点は 100 点であった。

表 2 要支援群の得点分布 n=98

得点階層	n 数(%)
24～34 点	35(35.7)
35～44 点	34(34.7)
45～54 点	13(13.3)
55～64 点	5(5.1)
65～74 点	6(6.1)
75～84 点	2(2.0)
85～94 点	1(1.0)
95～104 点	2(2.0)

3) 対象児の疾患別分類(表 3)

表 3 疾患別分類(χ^2 検定)

*p < 0.05 NS:有意差なし n=207

	要支援 群 n= 98(%)	支援なし 群 n= 107(%)	有 意 確 率 P 値
悪性新生物	4 (4.1)	1 (1.0)	NS
慢性腎疾患	13 (13.3)	11 (10.2)	NS
慢性心疾患	26 (26.5)	27 (25)	NS
慢性呼吸器疾患	0 (0)	1 (0.9)	NS
内分泌疾患	2 (2.0)	3 (3.1)	NS
血友病など血液・ 免疫疾患	1 (1.0)	5 (4.6)	NS
中枢神経疾患	24 (24.5)	13 (12.0)	0.0297*
慢性消化器疾患	1 (1.0)	6 (5.5)	NS
一般的な疾患*	27 (27.6)	41 (38)	NS

*ヘルニア、斜視、停留睾丸、母斑、外傷など

要支援群において「中枢神経疾患」は有意に高率であった(p<0.05)。他の疾患では差はみ

られなかった。

4) 対象児の年齢階層別による比較(表 4)

要支援は、すべての年齢で存在し、6～12 歳の学童期は 32 人(32.7%)で 1～2 歳の幼児前期が 24 人(24.9%)であった。0～1 歳未満の乳児期は 19 人(19.4%)と 3～5 歳の幼児期 18 人(18.4%)はほぼ同程度であった。いずれの年齢においても 2 群間に差は認められなかった。

表 4 対象児の年齢階層別による比較

(χ^2 検定) n=207

	要支援群 n=98 n %	支援なし 群 n=109 n %	有意確率 P 値
0～1 歳未満	19(19.4)	21(19.3)	0.9823
1～2 歳	24(24.9)	27(24.8)	0.9627
3～5 歳	18(18.4)	19(17.4)	0.8607
6～12 歳	32(32.7)	29(26.6)	0.4236
13～18 歳	5(5.1)	13(11.9)	0.1355

5) 要支援群の年齢階層別および基礎疾患による比較(表 5)

慢性心疾患や中枢神経疾患は、すべての年齢で存在し 37.6%～75%を占めていた。

0～1 歳未満は、慢性心疾患 6 人(31.6%)や中枢神経疾患 6 人(31.6%)を有する児で 63.2%を占めていた。1～2 歳は慢性心疾患 10 人(41.7%)で最も多く、中枢神経疾患 8 人(33.3%)と合わせると 75%を占めていた。3～5 歳は一般的な疾患 50%で割合が高かった。そして、6～12 歳の学童期の慢性腎疾患 9 人(28.1%)のうち 6 人は頻回再発型ネフローゼで入退院を繰り返していた。また、13～18 歳の青年期の 2 人(40%)も頻回再発型ネフローゼで入退院を繰り返していた。

表 5 要支援群の年齢階層別および基礎疾患 n=98

	0～1 歳未満 n=19 (%)	1～2 歳 n=24 (%)	3～5 歳 n=18 (%)	6～12 歳 n=32 (%)	13～18 歳 n=5 (%)
悪性新生物	2(10.5)	1(4.2)	0	1(3.1)	0
慢性腎疾患	0	1(4.2)	1(5.6)	9(28.1)	2(40)
慢性心疾患	6(31.6)	10(41.7)	3(16.7)	6(18.8)	1(20)
内分泌疾患	0	0	1(5.6)	1(3.1)	0
血友病など血液・免疫疾患	0	1(4.2)	0	0	0
中枢神経疾患	6(31.6)	8(33.3)	4(22.2)	6(18.8)	1(20)
慢性消化器疾患	0	0	0	1(3.1)	0
一般的な疾患*	5(26.3)	3(12.5)	9(50)	8(25)	1(20)

*:ヘルニア、斜視、停留精巣、母斑、外傷など

表 6 要支援群の年齢階層別およびカテゴリー得点の比較

平均値/総得点=割合(%) n=98

カテゴリー (項目数) / 総得点	年齢 0～1 歳 未満 n=19	1～2 歳 n=24	3～5 歳 n=18	6～12 歳 n=32	13～18 歳 n=5	全体
I 家庭基盤 (36) / 166	8.6	8.2	7.0	10.2	7.3	8.7
II 親準備性 (3) / 13	10.2	9.3	12.8	9.6	10.8	10.2
III 親子の愛着形成 (8) / 30	11.9	13.8	11.5	11.8	18	12.6
IV 育児力 (16) / 102	17.6	13.4	15.0	13.9	14.7	14.9
V 子どもの健康問題 (12) / 58	15.2	14.2	9.2	11.6	8.6	12.4
合計 (75) / 365	12.6	11.3	10.3	11.7	10.7	11.5

6) 要支援群の年齢階層別とカテゴリー得点の比較(表 6)

0～1 歳未満では育児力は 17.6%でより大きな値を示した。次いで 3～5 歳は 15%で、13～18 歳は 14.7%、6～12 歳も 13.9%という順に多かった。1～2 歳は子どもの健康問題で 14.2%であった。いずれも年齢階層別によるカテゴリーの割合に差は認められなかった。得点の高い年齢は 0～1 歳未満 12.6%、6～12 歳 11.7%、1～2 歳 11.3%という順であった。

7) 要支援群となったカテゴリーの要因

要支援児家族の要因一覧表について、75 項目について χ^2 検定を行った結果、有意差が見られた 18 項目の要因をあげている(表 7)。

要支援群では、「育児に対する協力が得にくい」($p<0.001$)、「未熟児」($p<0.001$)「負担が増え疲れる」($p<0.001$)、「上の子への対応」

($p<0.001$)において有意に強かった。次に、「母の現在の気持ちよくない」($p<0.01$)、「母の現在の気持ち何とも言えない」($p<0.01$)、「不安定な収入」($p<0.01$)、「被虐待歴」($p<0.01$)、「子を持つ親同士の付き合いが苦手」($p<0.01$)、「発達の遅れ」($p<0.01$)、上の子の様子「落ち着きがない」($p<0.01$)において、支援なし群より要支援群の方が有意に関連を示した。また、「疾患・障害あり」($p<0.05$)、「育児方針が違う」($p<0.05$)「母喫煙あり」($p<0.05$)

「育て方がわからない」($p<0.05$)、「親族からの干渉」($p<0.05$)、「本児の気になる様子」($p<0.05$)において、要支援群が有意に関連していた。

表 7 要支援群となったカテゴリーの要因

n=207

カテゴリー	項目	要支援群 (n=98)		支援なし群 (n=109)		Fisher's exact test *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001
		該当 有	該当 無	該当 有	該当 無	
Ⅰ 家族基盤	育児に対する協力が得にくい	13	85	1	108	0.0004***
	母の現在の気持ち何とも言えない	52	46	34	75	0.0019**
	不安定な収入	17	81	5	104	0.0032**
	母の現在の気持ちよくない	12	86	2	107	0.0040**
	育児方針が違う	4	94	0	109	0.0486 *
Ⅱ 親準備性	被虐待歴	7	91	0	109	0.0047**
	母喫煙あり	14	84	6	103	0.0365*
Ⅲ親子の愛 着形成	未熟児	14	84	1	108	0.0002***
Ⅳ 育児力	負担が増え疲れる	23	75	7	102	0.0006***
	上の子への対応	30	68	13	96	0.0011**
	子を持つ親同士の付き合いが苦手	12	86	2	107	0.0040**
	親族からの干渉	9	89	2	107	0.0270 *
	育て方がわからない	14	84	6	103	0.0365*
Ⅴ 子どもの 健康問題	発達の遅れ	17	81	5	104	0.0032**
	上の子の様子落ち着きがない	15	83	4	105	0.0066**
	疾患・障害あり	68	30	59	50	0.0318 *
	上の子の様子その他	14	84	6	103	0.0365*
	本児の気になる様子	8	90	2	107	0.0493*

2. 要支援家族への支援の実施

1) 援助の実施状況(表 8)

表 8 主たる援助内容の内訳 (単一回答法)

n=116

援助内容	要支援		支援なし	
	n	%	n	%
育児スキル提供	29	29.6	6	5.6
子どもの健康問題	21	21.4	6	5.6
気持ちの傾聴	21	21.4	5	4.7
情報提供	8	8.2	5	4.7
問題整理・家族診断	6	6.1	0	0
親性育成	2	2.0	2	1.9
指導:気管切開管理	2	2.0	0	0
親のメンタル支援	1	1.0	1	0.9
虐待対応	0	0	1	0.9
合計	90	91.8	26	24.3

援助内容の内訳は、その都度育児に悩んでしまう場合などの「育児スキル」29人(29.6%)、母親が気持ちを語ることで問題解決できそうな場合の「気持ちの傾聴」21人(21.4%)、子どもの発育や発達の問題で経過を見ていく必要がある場合の「子どもの健康問題」21人(21.4%)と多く、母親に寄り添う取り組みから育児状況、疾病・障害を受容するまでの過程を見守り、生活に応じた指導を行っていた。

2) 医療・機関との連携状況(表 9)

要支援群の連携機関との連携割合は 50%であった。その内訳は、外来部門との連携 17人(17.3%)、保健所・保健センターへ連絡 12人(12.2%)、院内 SCAN へ報告 10人(10.2%)であった。

表 9 主たる連携機関の内訳（単一回答法）

関連機関	n=207			
	要支援 n=98 %		支援なし n=107 %	
外来部門との連携	17	17.3	1	0.9
保健所・				
保健センターへ連絡	12	12.2	5	4.6
院内 SCAN へ報告	10	10.2	2	1.8
子ども保健相談				
支援センターへ連絡	3	3.1	1	0.9
教育機関との連絡	3	3.1	0	0
その他				
(訪問看護)連携	3	3.1	0	0
児童相談所への				
連絡	2	2.0	1	0.9
小計	50	51.0	10	9.2
連携なし	48	49.0	97	90.8

3. 要支援家族の退院におけるニーズにおいて

退院時に質問紙を配布できた養育者は 153 人で、渡せず漏れた者は 54 人(26.1%)であった。そのうち返送があった者と欠損値のある患者 3 人を除いた 64 人(41.8%)のデータを、分析に用いた。

分析対象者のうち要支援群は 29 人(45.3%)、支援なし群は 35 人(54.7%)であった。また、支援を行う上での手助け度は、要支援群の方が有意に高い平均値を示してした（表 10）。

表 10 手助け度の平均値の比較 n=64

	要支援群 n=29(%)	支援なし 群 n=35(%)	P 値 ***: P<0.001
該当数	28(45.3)	35(54.7)	
平均値	26.7	20.2	0.0091** *
標準偏差	8.5	10.3	

1) 支援を行う上での手助け度の状況
(表 11-1)

「子どもの病気や発育・発達に関すること」に関して、「かなり必要」「困っているので手を借りたい」「ちょっとだけ手助けしてほしい」を合わせて、16 人(55.1%)が支援を必要と感じていた。

一方「子どもが多い、年子・双子などからくる悩みを軽くしたい」に関しては、「必要ない」「該当なし」を合わせると 25 人(86.1%)で、あまり手助けを必要と感じていなかった。ただし、育児力の中で「子どもを叱りすぎているようなきがすること」12 人(41.3%)「子育てのストレスがたまって、子どもに手をあげたり、世話をしなかったりしてしまう」6 人(20.6%)については手助けを必要と感じていた。

2) 子育てへの認知状況（表 11-2）

子育てで一番多く感じている回答分布で 26 人(87.1%)が「大変だけど楽しい」「楽しい」「とても楽しい」と全体に回答していた。

F. 考察

1. 要支援児・家族の特徴

本研究の結果から、要支援児・家族の特徴として以下のことが明らかとなった。

子どもの年齢幅に関係なく、どの年齢層においても要支援児・家族は存在していた。

カテゴリーで最も平均値が高かったのが育児力で、母親は子育てに対して、「子を持つ親同士の付き合いが苦手」「親族からの干渉」「育児に対する協力が得にくい」「育児方針が違う」「育て方がわからない」「上の子への対応」といった困難感や不安を感じていた。また、「負担が増え疲れる」「自分の自由な時間がなく苦痛」といった心身の不調を感じていた。このような育児の問題は、看護師による基本情報の聞き取りや観察だけでは把握できるとはいえない。

そこで、自記式の子育てアンケートは、養育者の入院時でのメッセージであるから、子ども・家族の背景に潜む要因を、アセスメントすることで、医療者間で共有し早期介入、支援につながることを理解しておく必要がある。

今回の調査では、乳幼児健康診査のアンケートを用いたため、要援助の割合は 47.3%であった。柳川らの報告で示されている「援助が必

要な子ども」の割合 10%と比較しても高値となった。また、東京都南多摩保健所ではB市3～4 か月乳幼児健診でスクリーニングを行った結果、抽出された要支援の割合の 37.1%よりも高値となった。

これは、入院に伴う精神的負担、身体的負担、さらに退院後の長期療養に基づく経済的負担など、さまざまな情緒的問題を抱えていることが多いことから高くなったといえる。

何らかの支援を必要とする児とその家族に影響のある疾患は、中枢神経疾患が最も関係していた。つまり、子どもの健康問題の内容として、「発達遅れ」「疾患・障害あり」など、中枢神経疾患が虐待の高リスクになることを裏づける結果であった。

一方、「落ち着きがない」「本児の気になる様子」など、被虐待児が多動を示すことは臨床的によく知られた事実であり、これらの知見から、要支援家族を多側面から理解し子育て支援をしていくことが、親子関係の構築を促すと考える。

また、今回入退院を繰り返す児とその家族も、要支援に影響する要因であることが示された。入退院を繰り返す状況、およびその関連要因に着目し、心理的な支援をしていく必要がある。

2. 医療・関係機関の連携

小児科病棟において、母親たちは育児の上でさまざまな不安や困難感を持っている。また、基礎疾患児の管理や発達障害のフォローアップなど、幅広い年齢で継続的なかわりが必要である。何らかの援助を必要とする親の視点に立つと、対象となる子どもの年齢は青年期というまでもなく、成人期にまでも含む必要が出てきている。

母子保健事業のなかで気になる子どもやその家族を継続支援できることが望まれる。

また、病気を持った児童生徒の学校生活を支援するために、医療機関との連携の重要性は報

告されている。従来からの障害のある子どもたちだけでなく、学習障害、アスペルガーなどの発達障害のある子どもたちへの対応の難しさが増している

子どもの発達を踏まえた子育て支援を考え、教育機関とともに連携しながら、乳幼児期から初等教育、中等教育、高等教育と一貫した支援体制を考えていかなければならない。

3. 要支援家族の退院後におけるニーズ

今回の調査で、育児力の問題は多様で、看護師は母親の育児不安や育児能力不足を感じて、援助していることが分かる。

支援を行う上での手助け度では、「子どもの病気や発育・発達に関すること」「子育てに関するいろいろなサービスや施設の利用方法を知りたい」「私(親)自身の時間がとれず自由がないこと」について苦慮していることが明らかになった。つまり、子どもの健康問題が軽いからといって母親の負担も軽いとは限らない。子どもの健康問題や発育・発達を促す保健事業・他機関のサービスの情報を求めている。

しかし、大学病院の看護師は日常的に利用できる社会資源の存在が十分に認識できておらず、地域で行われている育児支援活動の詳細について知らないという現状が伺えた。

そこで、市町村保健機関から医療機関に対して母子保健事業や民間団体などの情報を積極的に提供することが必要であると考え

その反面、退院3ヵ月後の子育てへの認知について、全体として楽しいという結果から、入院中に母親の育児不安や負担があったとしても、退院後に適切な対処方法を選択し、育児を実践して軽減していることも予測される。

G. 結 語

何らかの支援が必要な子どもあるいは家族を抽出しその特徴と、要支援家族の退院後におけるニーズにより育児支援の在り方を明らか

にした。

1. 何らかの援助が必要な子どもあるいは家族 98 人(47.3%)を抽出した
2. 要支援群には、中枢神経疾患を有する児とその家族に関連があることが特徴としてみられた
3. 入退院を繰り返す児とその家族も、要支援群の影響要因になることが示唆された
4. 要支援群では、育児力の問題が高かった
5. 育児力の問題には、母親の不安や困難感、心身の不調が影響していた
6. 学童期への支援を行ううえで、医療機関から教育機関への支援依頼・情報提供が求められている
7. 要支援家族の退院後におけるニーズは、子どもの健康問題や発育・発達を促す保健事業・他機関のサービスの情報を求めている

表 11-1 支援を行う上での手助け度の回答分布

n=29

質問項目	手助け度	手助け度					該当なし
		かなり必要	困っている ので手を 借りたい	ちょっと だけ手 助けし てほしい	手を貸 してくれ るならう れしい	必要な い	
1 子どもの病気や発育・発達に関すること		5 (17.2%)	2 (6.9%)	9 (31.0%)	9 (31.0%)	2 (6.9%)	2 (6.9%)
2 子育てに関するいろいろなサービスや施設の利用方法を知りたい		5 (17.2%)	0	10 (34.5%)	9 (31.0%)	3 (10.3%)	2 (6.9%)
3 子どもを叱りすぎているような気がする		3 (10.3%)	4 (13.8%)	5 (17.2%)	9 (31.0%)	5 (17.2%)	3 (10.3%)
4 子育てにかかる経済的負担が大きい		3 (10.3%)	2 (6.9%)	7 (24.1%)	13 (44.8%)	2 (6.9%)	0
5 子どもの教育やしつけに関する		2 (6.9%)	2 (6.9%)	4 (13.8%)	15 (51.7%)	5 (17.2%)	1 (3.4%)
6 私(親)自身の時間がとれず自由がない		1 (3.4%)	3 (10.3%)	11 (37.9%)	9 (31.0%)	5 (17.2%)	0
7 子どもの困った行動(問題行動)を減らしたい		0	3 (10.3%)	5 (17.2%)	6 (20.7%)	11 (37.9%)	4 (13.8%)
8 炊事・洗濯・掃除など、家事をもう少しうまくこなせるようにしたい		2 (6.9%)	1 (3.4%)	5 (17.2%)	9 (31.0%)	9 (31.0%)	3 (4.7%)
9 子育てのストレスがたまって、子どもに手をあげたり、世話をしなかったりしてしまう		1 (3.4%)	2 (6.9%)	3 (10.3%)	10 (34.5%)	10 (34.5%)	3 (10.3%)
10 育児の方法がよくわからない		1 (3.4%)	0	4 (13.8%)	13 (44.8%)	8 (27.6%)	3 (4.7%)
11 家族と子育てに関して意見が合わない		1 (3.4%)	0	3 (10.3%)	10 (34.5%)	11 (37.9%)	4 (13.8%)
12 身近に一緒に子育てをする友達や仲間が欲しい孤立感を解消したい		1 (3.4%)	0	3 (10.3%)	18 (62.0%)	5 (17.2%)	2 (6.9%)
13 子どもが多い、年子・双子などからくる悩みを軽くしたい		0	0	1 (3.4%)	3 (10.3%)	18 (62.0%)	7 (24.1%)
14 その他		0	0	0	1 (3.4%)	3 (10.3%)	25 (86.2%)

表 11-2 子育て認知度の回答分布

n=29

質問項目	子育て認知度				
	人数(%)				
	かなり大変	ちょっと大変	大変だけど楽しい	楽しい	とても楽しい
子育てで一番多く感じていることは	1(3.4%)	1(3.4%)	18(62.0%)	7(24.1%)	1(1.6%)

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）
（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書

虐待に関する医療間および他機関との連携の在り方に関する研究

分担研究者 柳川 敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部

要保護家庭を早期に支援する医療機関と地域の関連機関との
連携に関する検討

研究協力者 久野千恵子 あいち小児保健医療総合センター保健センター
小田 京子 あいち小児保健医療総合センター保健センター
山崎 嘉久 あいち小児保健医療総合センター保健センター

医療機関と地域の関係機関が連携した要保護家庭への支援について検討するため、当センターと地域関係機関との連携を分析する目的で、保健室を介した連絡ケースと虐待ネットワーク委員会で扱ったケースから状況を分析し、特に保健機関との連携について検討した。

その結果、対象者の違いから連携機関に多少の違いが見られることが分かった。保健室を介した連絡ケースでは身体的な疾患があるため医療的な問題を抱えたり、育児不安の問題でより子育て支援の意味が強いため、保健機関との連携が多くなっている。一方、虐待ネットワーク委員会で扱ったケースは、すでに虐待が起きているケースで年齢的にも就学以降が多く、児童相談所、学校との連携が多くなっている。虐待の問題、親の子育て上の問題などは子どもの治療に著しく影響するが、医療機関は受診という限られた機会しか対応できないため地域でのサポートが重要となる。地域で患者・家族を支えるためには様々な機関の連携が重要であり、医療機関と地域が互いに情報を共有し、それぞれの役割を果たすことでより効果的な支援につながると思われる。特に保健機関には患者・家族の住む地域の状況や行政制度を把握していることや、その機能から地域での包括的な支援を期待している。連絡し合うことで保健機関がケースを把握する機会となり、それが地域の体制づくりにつながるとすれば、連携の意義がさらに大きくなると考える。

A. 研究目的

医療現場では、さまざまな疾患を持つ子どもや虐待の疑いのある子どもに出会う機会がある。また、同時に親・家族の問題に対応する必要がある場合も少なくない。

こうした場合、医療機関だけでの対応では十分な効果を期待できないことが多い。そのため従来から医療機関と地域関係機関との連携の必要性を言われてきている。特に保健機関には子育て支援や児童虐待予防に関しての期待が高まっている。

当センターの保健室においても、様々なケースに関して地域関係機関と連絡を取りながら支援をしている。今回は実際にどのような連携をしているのかなど当センターの状況を分析し、特に保健機関との連携に関して検討することとした。

B. 研究方法

- 1) 平成 21 年度に保健室へ連絡のあった保健相談新規事例 143 件（①病棟から 55 件②外来から 51 件③地域から 37 件）について内容を分析する。
- 2) 平成 17 年から 21 年の虐待ネットワーク委員会で扱ったケース①委員会会議での報告例延べ 959 例（実 683 例）と、②ケース検討会での報告件数 229 件について内容を分析する。

C. 研究結果

- 1) 保健室を介した連絡ケースの検討

当センターには 27 の診療科がある。入院・通院中で支援が必要と思われるケースに対して医療部門から保健室に連絡があり、院内で連携して支援をしている。さらに福祉サービスの導入や地域の見守り、家庭への介入が必要な場合には積極的に地域の関係機関と連携しながらケース支援を行っている。

また保健室は地域との連絡窓口の役

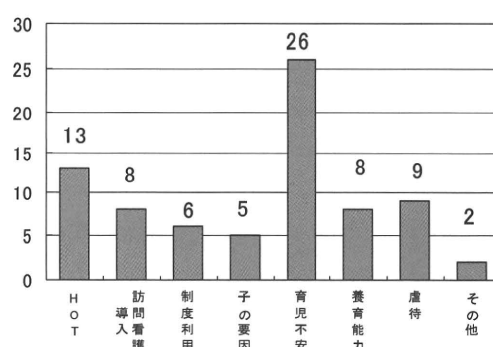


図 1 病棟からの主な連絡内容

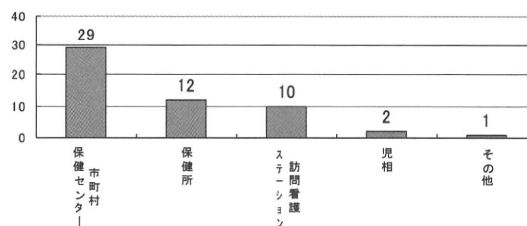


図 2 病棟からの連絡先

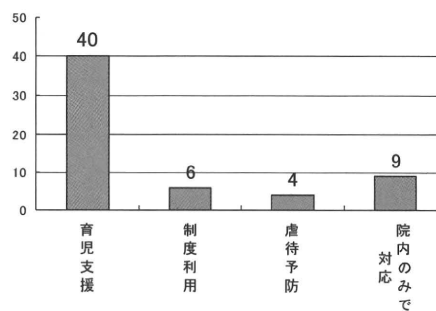


図 3 病棟からの主な連絡内容

割を果たして、入院・通院中のケースに関する相談、受診に関する相談等にも対応している。

(1) 病棟からの連絡

病棟からの連絡ケースの新規事例は53件で循環器科からが30件(56.6%)であった。主な連絡内容(図1)は在宅酸素療法(home oxygen therapy: HOT)導入が13件(24.5%)、訪問看護導入が8件(15.1%)、制度利用が6件(11.3%)と医療的な支援が

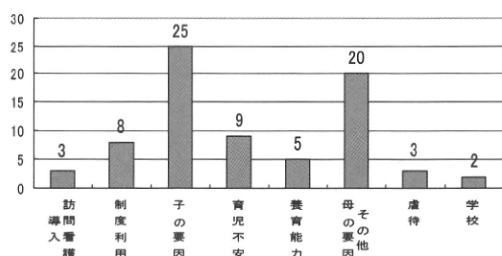


図4 外来からの主な連絡内容

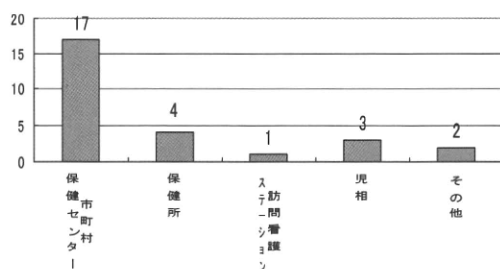


図5 連絡先

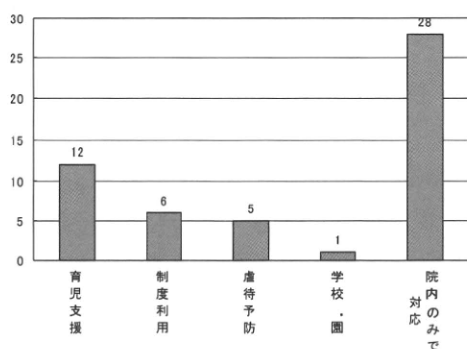


図6 地域への主な連絡内容

必要な場合がある一方、育児不安に関するもの26件(49.1%)、虐待9件(17.0%)、養育能力の問題8件(15.1%)と親の問題に関するものも多く見られた。地域への連絡先(図2)としては市町村保健センターが多く29件(54.7%)、保健所12件(22.6%)であり、複数の機関に支援を依頼するケースもある。連絡内容(図3)は育児支援が40件(75.5%)と多くを占めた。退院後、外来受診の機会を捉えて継続フォローしているケースは28件(52.8%)であり、地域と情報を共有しながら医療と保健の両面から支援を行っている。

(2) 外来からの連絡

外来からの連絡新規事例は51件で心療科からが23件(45.1%)であった。主な連絡内容(図4)は子どもの要因が25件(49.0%)と半数近く見られたが、育児不安9件(17.6%)、養育能力の問題5件(9.8%)、その他の母の要因20件(39.2%)と親の問題があわせて34件(66.7%)と多く見られた。地域への連絡先(図5)としては市町村保健センターが多く17件(33.3%)であった。連絡内容(図6)は育児支援が12件(23.5%)、制度利用6件(11.8%)、虐待5件(9.8%)であったが、院内のみで対応したものが28件(54.9%)であった。これは依頼内容が特定されていて終結した場合、地域への連絡を希望しない場合が含まれている。これを契機に継続フォローしているケースは33件(64.7%)であり、より問題が複雑で年齢も高い傾向が見られた。

(3) 地域関係機関からの連絡

地域からの連絡ケース新規事例は 37 件であり、心療科受診中が 16 件 (43.3%) で、連絡の目的 (図 7) は問い合わせが 24 件 (64.9%) であった。連絡をしてきた機関 (図 8) は市町村保健センターが多く 17 件 (46.0%)、次いで児童課・家庭児童相談室 8 件 (21.6%)、児童相談所 4 件 (10.8%) であった。連絡内容 (図 9) は受診状況の把握が 24 件 (64.9%) と一番多く、医療情報を把握したい状況がわかった。子どものこと、母 (家族) のことについての情報提供や受診時の同席依頼も見られた。

虐待対応しているケースは 16 件 (43.2%) であり、地域で対応に苦慮している場合にも連絡がある傾向であった。連絡により受診時だけでは分からない患者と家族の状況を知ることができて、治療に反映することができている。これを契機にフォローしているケースは 15 件 (40.5%) であった。

2) 虐待ネットワーク委員会報告ケースでの地域関係機関との連携

当センターでの虐待ケースの把握は、他の医療機関からの紹介、保健師が家族や地域の関係機関から受ける保健相談を実施しながら虐待の専門外来である「子育て支援外来」への受診につなぐ場合、当センターの他科での発見など入り口は様々である。そのような様々なところから入ってくるケースにもれなく及び速やかな対応と処遇を組織的に行うために 2001 年の開院と同時に虐待ネットワーク委員会を設け、委員会では院内での対応や地域の関係機関との連携を検討して

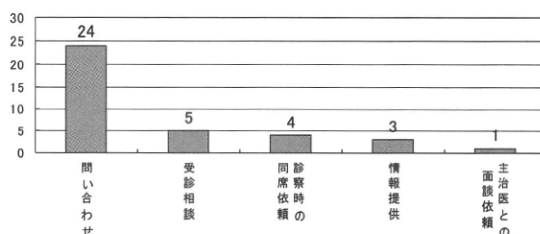


図 7 地域関係機関からの連絡の目的

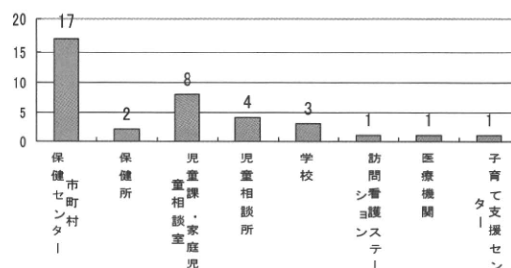


図 8 連絡してきた機関

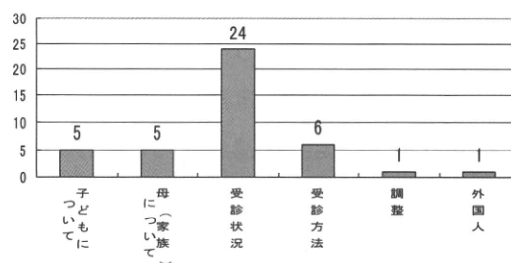


図 9 地域からの主な連絡内容

いる。構成員は保健センター長、心療科医師、救急診療科医師を始め院内各部署からの代表者計 19 名となっていて、ケースワーカーと保健師が事務局を担当している。定例の処遇会議としてはケースの進行管理を目的とした拡大ネットワーク委員会会議とケース検討会がある。委員会会議は月 1 回、ケース検討会はほぼ週 1 回実施していて、適宜ミーティングも実施している。今回は過去 5 年間の委員会で開催した委員会会議での報告ケースの状況を地域の関係機関との連携の視

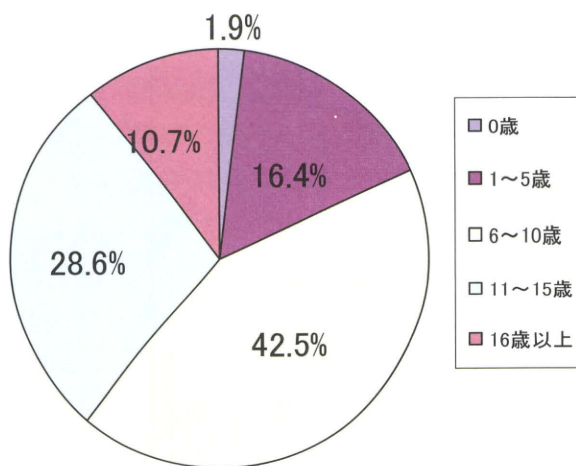


図 10 報告時の年齢別割合

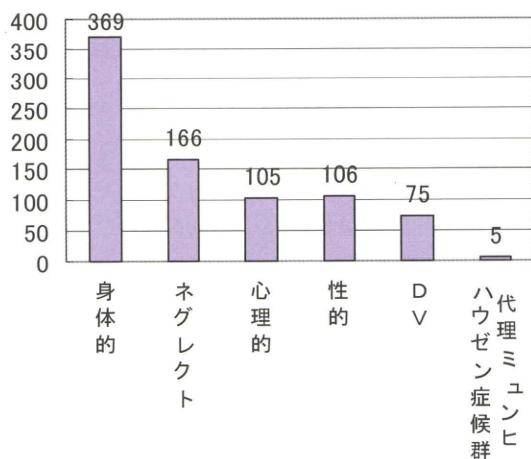


図 11 虐待の種別（複数回答）

表 1 報告部署

子育て支援外来(心療科)	536	78.5%
心療科入院	83	12.1%
その他の科	64	9.4%

点で振り返ってみた。

（１）拡大ネットワーク委員会会議での報告例延べ 959 例（実 683 例）について

①年齢（図 10）

6～10 歳が 290 例（42.5%）と一番多

く、次いで 11～15 歳が 195 例（28.6%）、1～5 歳が 112 例（16.4%）となっている。ちなみに高校生以上のほとんどは子どもの親である。

②虐待の種別（図 11）

身体的が 369 例（54.1%）、ネグレクト 166 例（24.3%）、性的 106 例（15.5%）、心理的 105 例（15.4%）となっている。

③報告部署（表 1）

子育て支援外来が 536 例（78.5%）、心療科入院が 83 例（12.1%）、その他の科からが 64 例（9.4%）であった。

④子育て支援外来への紹介機関（2009 年 1 月～12 月初診 81 件）（図 12）

他の医療機関からの紹介が一番多く 32 例（39.5%）、心療科通院中の家族も多く 18 例（22.2%）、児童相談所 17 例（21.0%）、保健機関 3 例（4%）などであった。地域の関係機関からの紹介についてはケースワーカーや保健師があらかじめ状況を聞き受診につなげている。

⑤その他の科からの報告例 64 例の状況（図 13）

年齢は 0 ヶ月～15 歳までであり、内分泌科が 18 例（28.1%）と一番多く、次いで心療科外来 9 例（14.1%）、循環器科 7 例（10.9%）、神経科 6 例（9.4%）等となっている。

0～1 歳は 27 例と全体の 42.2%を占めた。27 例中内分泌科が 6 例、循環器科が 5 例、神経科が 3 例であった。内分泌科は体重増加不良が 5 例、形成外科、小児外科、整形外科、眼科等の外傷は 7 例だった。その他の科からの報告例は乳幼児

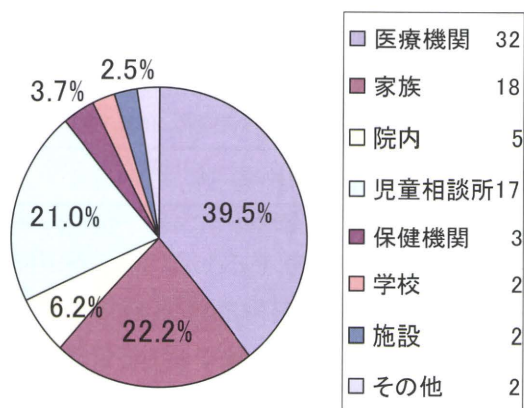


図 12 子育て支援外来への紹介機関

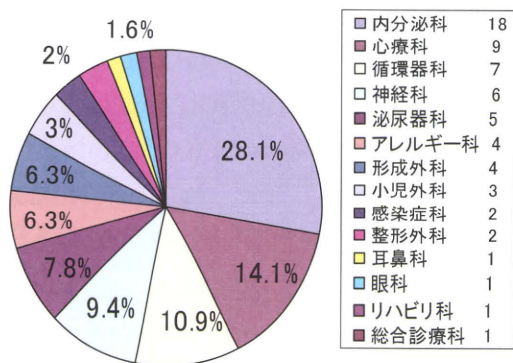


図 13 その他の科からの報告例の状況

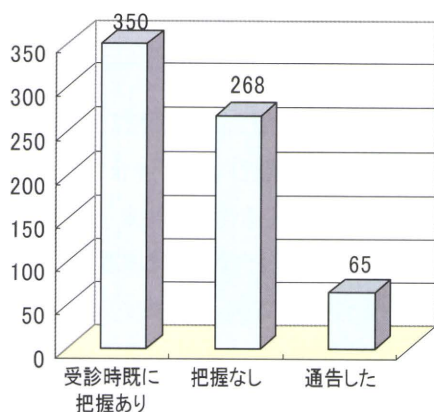


図 14 児童相談所の把握状況

であったり、基礎疾患があったりという

ことで地域の保健機関へ支援を依頼することが多い。

⑥児童相談所の把握状況（図 14）

受診時すでに児相が把握していたのは 350 例（51.4%）、把握しておらず通告したのは 65 例（9.5%）であった。

⑦報告例予後（表 2）

年末時の状況を毎年確認してもれないケース支援をめざしている。2009 年 12 月の状況をみると、683 例のうち約半数はセンター受診を終了または中断していた。受診中断は 110 例（16.1%）であり、そのうち状況を把握できない「不明」は 33 例（4.8%）だった。「不明」となったケースの多くは受診時に地域関係機関とのつながりがなく、数回受診したのみの場合であった。

表 2 報告例の予後

心療科通院中		309	45.3%
他科通院中		37	5.4%
受診中断	他機関フォロー	77	11.3%
	不明	33	4.8%
転院・終了		227	33.2%
計		683	100.0%

（2）ケース検討会での検討件数 229 件について

①年代別（表 3）

ケース検討会の対象は小学生が一番多く 143 人（62.5%）で、次いで中学生 49 人（21.4%）であった。

②虐待の種別（表 4）

身体的が 156 件（68.1%）、ネグレクト 94 件（41%）、心理的 69 件（30.1%）であった。