

表3 年代別

就学前	31	13.5%
小学校	143	62.5%
中学校	49	21.4%
高校以上	6	2.6%

表4 虐待の種別（複数回答）

身体的	156	68.1%
ネグレクト	94	41.0%
心理的	69	30.1%
性的	48	21.0%
代理ミュンヒハウゼン症候群	9	0.9%

③外部機関の出席（図15）

児童相談所が224回（97.8%）と一番多く、次いで学校が165回（72.1%）、児童課57回（24.9%）、施設37回（16.2%）、保健機関34回（14.8%）等となっている。

④対象・目的（2009年1月～12月実施47件）

心療科が39件、その他の科が8件であり、入院中は26件、通院中は19件、入院前1件、転院後1件であった。会議開催を依頼したのは地域の機関からと施設からがそれぞれ6件、センターからが35件であった。入院中のケースはすべてセンターから開催を依頼しており、退院

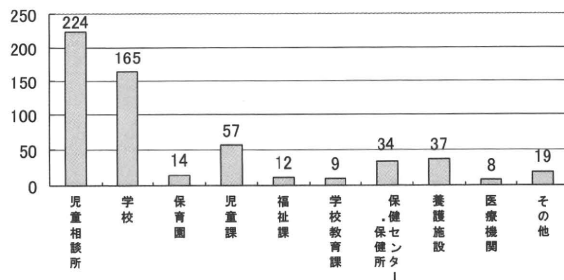


図15 外部機関の出席（複数回答）

に向けての調整が主な目的となっている。地域や施設からの開催依頼のケースはかなり困難な状況であった。

D. 考察

保健室を介した連絡ケースは、経済的な問題、父親がいない・支援してくれる家族がいないなど家族の問題、母自身の精神的な疾患・理解の問題など、疾患を持つ子どもを育てる上で支障があると思われるケースが多くを占めていた。そのため治療効果を確実にするためにも子どもと家族をサポートする体制を整えることを期待して、育児支援を保健機関へ依頼していることが多いことが確認できた。一方、地域から病院へは、問題のあるケースほど家族から正確な医療情報が伝わりにくいためか、医療的な情報を提供することを期待していることが分かった。また、特に虐待のケースの場合は、地域での介入が困難な場合も多く、医療からの介入、支援に対するアドバイスを期待していることが分かった。

虐待ネットワーク委員会報告ケースからは、当センターでは心療科入院は小中学生に限っていることや虐待に関連する問題が多いため、学校や児童相談所との連携が多くなっていることが確認できた。入院前は不登校や学校でトラブルのあった子どもが多いため、その子どもの疾患上の問題と対応については医師から、生活上の問題と対応については看護師から、教育に関しては入院中に通学していた養護学校の教員から等、様々な面でのアドバイスをすることで教師の不安・疑問を解消し、少しでも子どもが安心して

て登校できるように調整することを医療機関の役割と考えている。

子育て支援外来への受診はすでに心療科に通院中の家族が 22.2%を占めていることから、問題は子どもだけでなく、家族全体の治療・支援が必要なことが考えられ、この子育て支援外来への紹介のうち 3 割が地域関係機関であることを含めて、受診の判断、通院継続のための支援や家族調整においても地域関係機関との連携が重要であると思われる。その中心的な機関が児童相談所であり、子どもの安全の確保においては欠かせない機関と考えている。

ケース検討会議の対象はより処遇困難ケースが多く、十分な情報交換・支援の方針・役割の確認が必要である。会議により様々な機関の動きや考え、そして様々な機関で支援していることを実感でき、会議を通じて支援機関のつながりが促進する。更に新たな支援機関を開拓する場としても有効な機会である。会議開催に関して各関係機関に打診すると、ほとんどの機関が積極的に出席することから考えると、本当に対応に困っているということが分かる。

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¹。地域で患者と家族を支えるためには様々な機関の連携が重要であり、医療機関と地域がお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ことを期待できる

多問題の家庭ほど、地域や行政制度

から取り残されていたり、行動を起こすことが困難であるため、総括して把握し支援する機関が本来は必要である。特に保健機関には患者・家族の住む地域の状況や行政の制度を把握していることや、その機能から包括的な支援²が期待される。また地域の母子保健の中核機関であることも、虐待の予防という視点において重要な機関と考えている。

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。

E. 結論

保健室を介した連絡ケースと虐待ネットワーク委員会報告ケースから地域関係機関との連携をみたところ、対象者の違いから連携機関に多少の違いが見られた。前者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、後者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。

いずれにおいても、患者・家族を支えるために地域関係機関の支援は必要であり、特に保健機関は地域での支援機関の核となるため、医療と保健が連携し子どもと家族をとりまく環境を支援することが必要である。

本報告書の内容の一部は、日本子ども防止学会第 16 回学術集會くまもと大会（2011 年 11 月 27 日・28 日、熊本市）にて発表した。

F. 参考文献

¹ 秋津佐智恵：子ども虐待へのチームアプローチ.あいち小児保健医療総合センターにおける取組 精神科看護 2008: 35 (7):39 - 43

² 山崎 嘉久、加藤 恵子、柳川 敏彦：要保護児童を早期に支援するシステムにおける県型保健所の役割.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 平成 21 年度報告書 p13-20, 2010 年

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 奥山真紀子）

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

医療現場・教育現場との連携強化のための研究

（園医・校医の児童虐待相談機能強化のための事業推進について）

研究協力者 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

平成 20 年度から地域小児科医会に虐待防止委員会を設立し、虐待対応における病診連携、病〃連携強化を図った。被虐待児が小児科以外の診療科に受診することから、地区医師会に虐待防止医療連携ネットワーク委員会（以後、委員会という）を設立し、医師会全体として虐待問題対応の底上げを医師会の活動事業とした。その 1 つは他科医と病院小児科の診療科を超えての病診連携の徹底であり、もう 1 つは園医会・学校医会を通じて、園医・校医の虐待対応の底上げを図るための活動を行った。

次年度より委員会内に作業部会を作り、教育機関との連携方法（実際の医療相談マニュアル—特に受診を勧める方便の例文集—、医療機関連携マニュアル、マルトリートメント相談書・意見書）を作成した。教育委員会を通じて、保育園・幼稚園・小学校にこれらを配付し、園医・校医との連携強化を教育側からも指導するようにした。実際に、委員会のネットワークで疑われた症例の全例把握のために、園医・校医が相談を受けた症例（対応困難で基幹病院へ連携した症例を含む）の委員会への報告制度を制定した。

また、委員会に実務者会議を置いて、各地区における市要保護児童協議会実務者会議のメンバーを兼任し、そこに相談されている事例と委員会で掌握する事例との相関性の検討を行うこととした。すなわち、マルトリートメントメディカルコントロール（Maltreatment Medical Control system：虐待事例事後検証検討会）として、事例の事後検証を行い、委員会ネットワーク活動の評価を行うとともに、園医・校医の対応の評価を行うこととした。

より良い医療-教育連携の有り方を継続的に行うシステムと地域要保護児童協議会を中心とした行政システムとの連携を図って、二重三重の視点による支援児童・支援家庭の発見と要保護児童の医療的関わりを強化していくことができる体制作りを模索していく予定である。

【見出し語】

園医・校医、教育委員会・医師会連携、児童虐待事例事後検証体制（Maltreatment medical control system）

A. 研究目的

児童虐待症例の相談・通告頻度を機関別に検討すると医療機関は5%前後と警察の7%前後より低い通報率である。これに対して、教育機関では15%以上と高い。実際に教育機関では、日常的な日々の観察を通じて、すなわち観察の「線」として、虐待の可能性を判断しているものと思われる。しかし、医学的判断には少なくとも自信がなく、その決定には躊躇があると思われ、それが時に、児童相談所への相談の遅れにつながる危険性を有し、実際に遅れてしまうことさえ生じる。教育機関には園医・校医が存在するものの、実際の医療活動としては健康診断の実施等の事業活動で手一杯の状況で、医療側・教育機関側ともにその余裕を持ち合わせていない状況である。そこで、園医・校医としての公的医療活動の柱として虐待相談事業をシステム化することにより、実際に医療側の児童虐待に関する対応のボトムアップにもつながるものと予測される。これによって、医療機関と教育機関が連携強化される結果となり、児童虐待の早期発見はより高まると思われる。

以上のことから、医療-教育連携の強化を行うことが要支援児童・家庭の発掘および虐待移行防止、さらには要保護児童への医療支援早期関与が可能となるであろうことを目的に、その体制作りの研究を行った。

B. 研究方法

これまでに設立活動してきた地区小児科医会・虐待防止連携委員会、および地区医師会・児童虐待防止医療連携ネットワーク委員会（以下、委員会と表す）を通じて、園医会・学校医会への働きかけと教育委員会への働きかけを行い、実際にマルトリートメント症例相談書・意見書等を用いての相談体制を確立した。

教育委員会を通じて、医療側への相談体制を強化することと医療側が確実にそれに対する対応（返事）を行うことをシ

ステム化することとした。さらに委員会への事例報告の遵守と地域要保護児童協議会での事例との相同性を確認しながら、医療現場-教育現場との連携強化を図ることとした。

C. 研究結果

地区小児科医会・虐待防止連携委員会と地区医師会・委員会によって、診療科を超えた病診連携・病リ連携強化を図るとともに、関係機関との連携強化体制を構築した（図1）。また、医師会委員会を通じて、園医会・学校医会へ申し入れを行い、園医・校医の新しい医療活動として、児童虐待相談事業を行うことを決定した（図2）。その際に委員会に作業部会を設置し、園医・校医向けのマニュアルと教育機関向けのマニュアル（一部共用）を作成した。実際のマニュアルは「マルトリートメント症例の早期発見に向けて」とタイトルし、①子どもの状況に応じた幼稚園・保育園・学校の対応マニュアル、②マルトリートメント疑い症例相談書マニュアル、③マルトリートメント疑い症例相談・依頼返書マニュアル、の3部作として、特に①の項において、教育機関からの相談手順を詳細し、さらに②の項で、教育機関から家族へ受診を勧める際の言い方（方便）の例文を多用し、使いやすいように工夫した（平成20年度21年度当研究報告書を参照）。

医療現場・教育現場との連携強化がスムーズに行われるためにも、委員会から行政を通じて、教育委員会に申し入れを行い、これまでの経緯と目的を説明した上で、連携強化に賛同をして頂き、教育委員会からも教育現場から積極的に相談をしていくことを指導する体制が構築された（図3）。

さらに、この医療-教育連携体制における事例の全例把握のために、その全例報告を委員会に行うように園医・校医に義務づけた。さらに、委員会実務者会議（地区別要保護児童連絡協議会実務者会議に参加の医師がメンバー）と地区別要保護

児童連絡協議会実務者会議との連携を語り、その事例の事後検証を含めての症例把握を行っている。医療現場-教育現場との連携強化事業で発見された児童の事後検証はきわめて重要で、Maltreatment medical control 体制として検証していく体制である。

D. 考察

医療機関における児童虐待対応のボトムアップの一環として、虐待防止医療連携基幹病院の制定とともに病診連携、病〃連携を諮ってきた。特に児童虐待疑義症例の紹介・診断・治療・通告などがスムーズに行えるような体制を構築した。

実際には、児童虐待症例や疑義症例が通常時間帯に診療所など一般医療機関を受診する頻度はきわめて低く、児童虐待における病診連携体制を構築しても、実際の早期発見や早期支援開始等において、どの程度の有用性が存在するのか疑問的な一面が残った。

傷病を有さない（健康な）子ども達と接点に近い医療者として、教育機関には園医・校医が存在している。しかし、実際の園医・校医の活動は、医療側・教育側の繁忙さからも健康診断事業程度にとどまっている状況である。すなわち、教育側からも子ども達の心身の変化等について、園医・校医に相談する意識や体制が構築されていないのも現状である。

そこで、園医・校医としての公的医療活動の柱の1つに児童虐待相談事業を取り入れることが、医療側の児童虐待対応の底上げとなり、教育機関における児童の心身状態に関する悩みや不安、あるいは児童虐待の早期発見にもつながるものと予測された。

医療現場・教育現場との連携強化として、医師会に委員会なる組織を構築して、医療機関における児童虐待問題への見識の向上を行うことから始めた。さらに、園医・校医の医療活動の1つとして、児童虐待相談事業を位置づけ、相談書・意見書の共通フォーマットの作成、さらに

は児童虐待症例の診断書・意見書の作成し実用を開始した。これらの連携強化は医療側は医師会が、教育側は教育委員会が音頭を取って、連携強化に努めるように指導することで実施が容易となり、現実的な行動アップにつながったと考えられる。

また、医療現場・教育現場連携強化体制で発見された症例が、各地区で行われている要保護児童連絡協議会・実務者会議で相談されるか否かの確認と評価の際の多角的視点でのフィードバックが委員会・実務者会議に求められ、園医会・校医会から報告される症例における事後検証での参考資料とする体制を構築し、これで、要支援児童・家庭、要保護児童への医療的関わりの強化を行うことが可能になると考えられる。これらの体制を救急医療体制における救命士活動の事後検証として、全国的に行われている Medical control 体制（各都道府県 MC 協議会）を見倣って、「Maltreatment medical control」と名付けて事後検証体制の確立を諮った。現実的に、要支援児童・家庭への早期介入、さらには要保護児童に対する医療的関わりの是非の検討など、種々の再評価が可能であり、医療側の形成評価となり、この事後検証を究めることで、医療側のマルチトリートメント症例対応のスキルアップに直接つながるものと考えられた。

さらに、このような相談事業が地域に根付いて、普遍的に、かつ恒久的に行われることにより、虐待-マルチトリートメントに対する地域住民の正の意識向上が起こり、虐待ゼロ地域への一歩となるのではと期待される。このためにもこの体制を維持し、その地域での子ども達の健全育成の大きな柱とすべきである。

E. 結論

児童虐待に関する医療現場-教育現場連携強化の一環として、特に園医・校医による児童虐待相談事業を医師会、教育委員会を通じてシステム化した。この体

制構築は教育機関で児童虐待疑いの正確性、早期発見・早期支援につながり、及び医療機関の虐待対応の底上げという2面的効果が期待される。このためにも事後検証となる Maltreatment medical control を確実にやっていく必要がある。これとともに、この体制を維持・充実化することで、要保護児童の医療的支援の正確化、要支援児童・家庭の早期支援へつながって行くことが期待される。これにより地域における児童虐待防止の意識が広がるとともに、子ども達の健全育成の大きな柱となりうるものと期待される。

F. 投稿・発表予定

- 1) 平成 23 年度に日本小児救急医学会雑誌に投稿予定
- 2) 第 25 回日本小児救急医学会総会（東京）で口演発表予定
- 3) 平成 23 年度の日本小児保健学会、及び日本保育園保健学会で口演発表予定
- 4) 平成 23 年度に日本小児科学会福岡地方会で口演発表予定

図1 地域社会における児童虐待防止医療機関ネットワーク

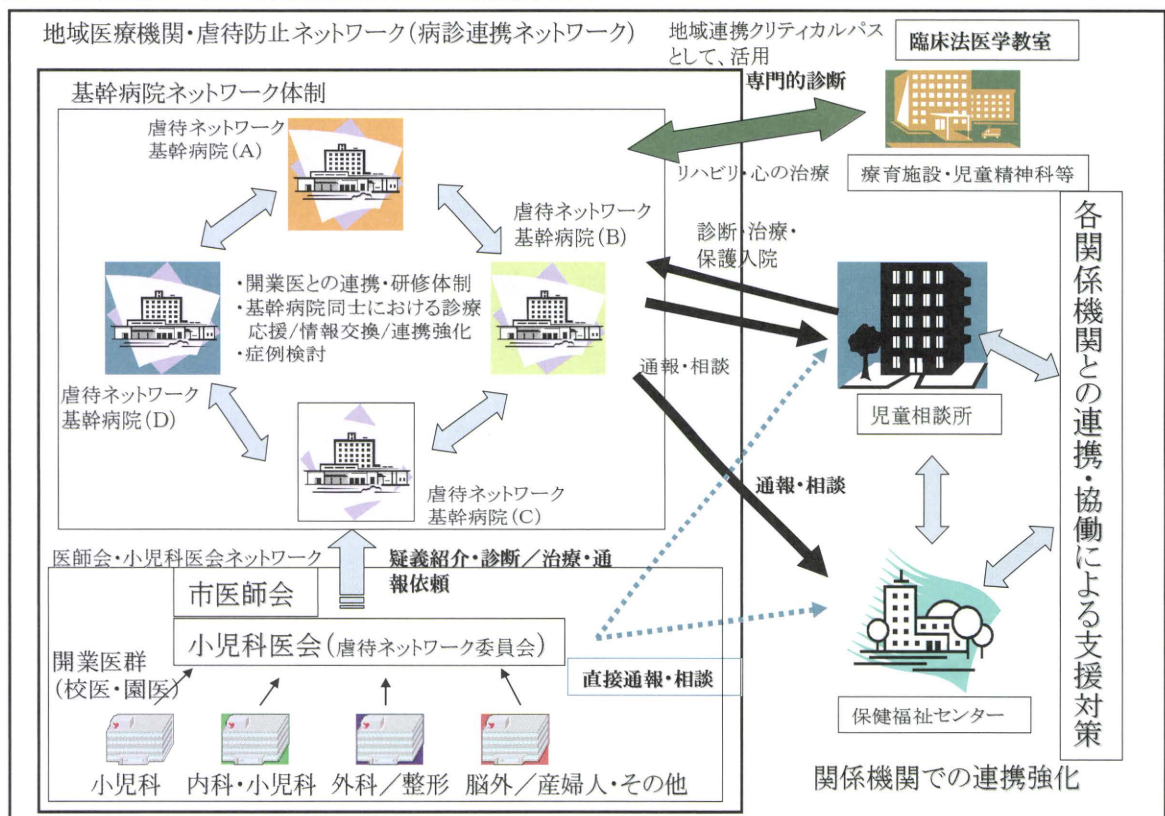


図2 保育園・幼稚園・学校における児童虐待防止医療連携ネットワークの概要

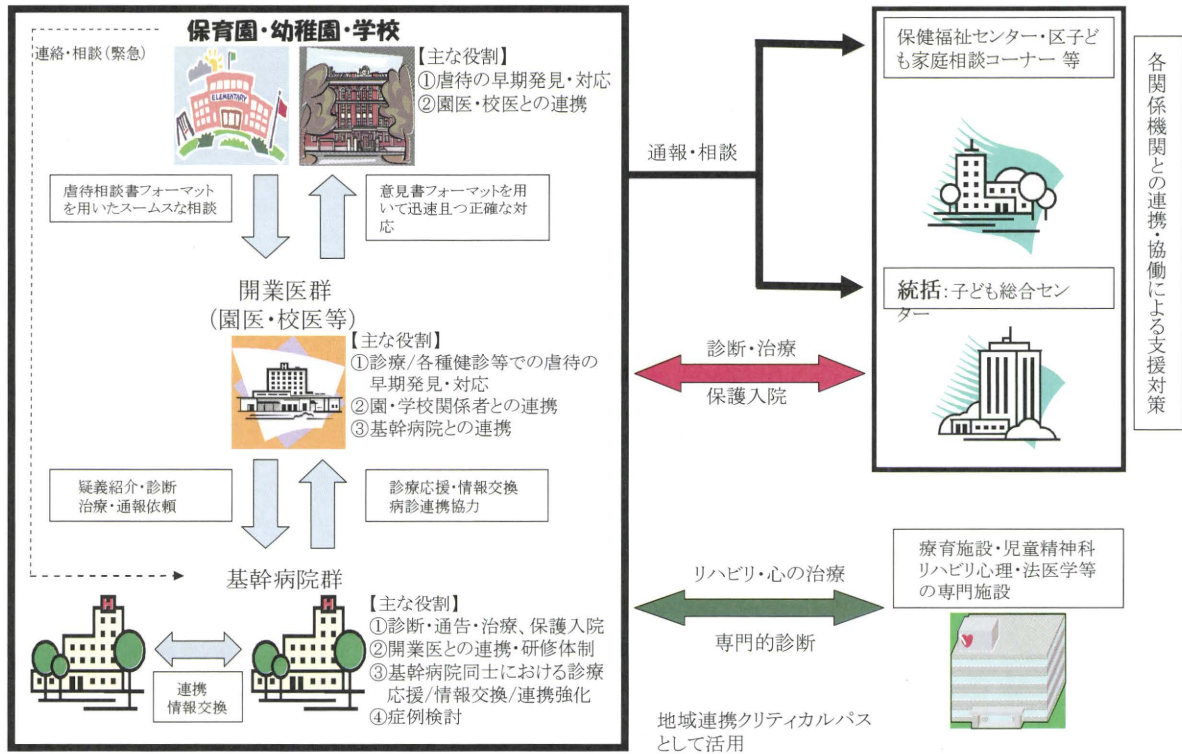
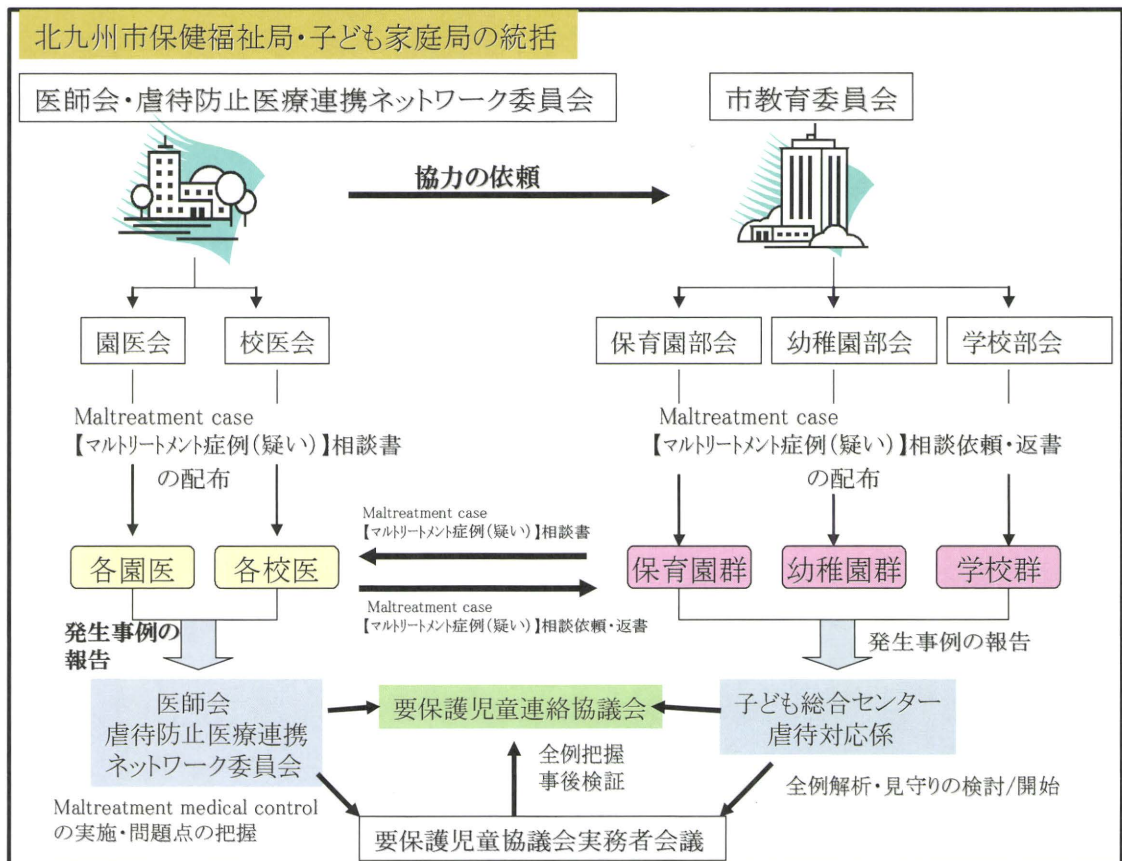


図3 医療・教育機関(保育園・幼稚園・学校)連携施行実施図



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 奥山真紀子）

虐待に関する医療間及び他機関との連携のあり方に関する研究

分担研究者 柳川敏彦 和歌山県立医科大学 保健看護学部

周産期・小児3次医療センターにおける、虐待発生予防のための 看護師の役割に関する検討 —第3報—

森山浩子 大島ゆかり 川口めぐみ 石上悦子 田仲淑子 小林美智子
地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合 医療センター

研究要旨

周産期・小児三次医療機関である大阪府立母子保健総合医療センターで対象としているハイリスク妊産婦、低出生体重児、疾病新生児、医療的ケアを継続する必要のある子どもたちは、親子の分離による愛着形成不全、成長発達面での問題や特有の育てにくさを持ち続けること、社会・経済問題が加わることから、児童虐待のハイリスクと捉えられてきた。そこで開設当初からの医療現場における取り組みとして、関係機関連携の窓口である医療ソーシャルワーカー（以下 MSW とする）や保健師、虐待の診療を担う発達小児科が平成8年2月に院内公的研究会として児童虐待防止研究会（以下 CAPS〈Child Abuse Prevention Study〉研究会とする）を発足させた。平成18年から児童虐待防止推進委員会の下部組織として児童虐待防止小委員会（以下 CAP〈Child Abuse Prevention〉小委員会とする）として院内組織に位置づけられた。CAP小委員会の構成員は看護師と発達小児科医師、新生児科医師、脳外科医師などの診療科医師、心理士、保健師、MSWであり、看護師は各部署より1名ずつ選出されている。CAP小委員会では、事例の検討・共有だけでなく、事例の重症度、緊急性や危機介入の判断を適切に行い、子どもと家族に適切な援助を行うために、児童虐待の早期発見や適切かつ円滑な対応、対外機関との連携、早期対応を目指した活動を行っている。そして、各部署のCAP委員は、虐待予防として部署で中心的役割を担っている。しかし、複雑かつ困難な事例が年々増加傾向にあり、すべて継続できているわけではなく、各部署のCAP委員の虐待に対する取り組みや関わりは個人の裁量に委ねられているのが現状である。

今回、看護師が虐待に至らないための予防的関わりを十分果たすために、看護師の虐待への関心や日々の虐待への取り組みなど現状把握する。またCAP委員の役割意識、認識を知り、部署内でCAP委員が子どもや家族に適切な援助に対して中心的役割を果たすための問題を探りCAP小委員会として、事例の検討、調査・研究、啓発活動など組織的対応をさらに充実させるための課題を明らかにし、今後の活動の指標にする。

A. はじめに

周産期・小児三次医療機関である大阪府立母子保健総合医療センターで対象としているハイリスク妊産婦、低出生体重児、疾病新生児、医療的ケアを継続する必要のある子どもたちは、親子の分離による愛着形成不全、成長発達面での問題や特有の育てにくさを持ち続けること、社会・経済問題が加わることから、児童虐待のハイリスクと捉えられてきた。そこで開設当初からの医療現場における取り組みとして、関係機関連携の窓口である医療ソーシャルワーカーや保健師、虐待の診療を担う発達小児科が平成8年2月に院内公的研究会としてCAPS研究会を発足させた。平成18年6月からはCAPS研究会から、CAP小委員会として新たな組織として院内組織に位置づけられた。CAP小委員会では、事例の検討や共有だけでなく事例の重症度、緊急性や危機介入の判断を行い、子どもと家族に適切な援助を行うために、虐待の早期発見や適切かつ円滑な対応、対外機関との連携、早期対応を目指した活動を行っている。そして、各部署のCAP委員は、虐待予防として部署で中心的役割を担っている。しかし、複雑かつ困難な事例が年々増加傾向にあり、すべて継続できているわけではなく、各部署のCAP委員の虐待に対する取り組みや関わりは個人の裁量に委ねられているのが現状である。

B. 目的

今回、看護師が虐待に至らないための予防的関わりを十分果たすために、看護師の虐待への関心や日々の虐待への取り組みなど現状把握する。CAP委員の役割

意識、認識を知り、部署内でCAP委員が子どもや家族に適切な援助に対して中心的役割を果たすための問題を探りCAP小委員会として、事例の検討、調査・研究、啓発活動など組織的対応をさらに充実させるための課題を明らかにし、今後の活動の指標にする。

<CAP小委員会について>

平成18年6月からはCAPS研究会から、CAP小委員会として院内組織に位置づけられた。目的は、①センター内における症例の把握・検討及び症例の集約、蓄積を行い、児童虐待の早期発見や適切かつ円滑な対応、医療・看護の向上、防止を図る。②法的義務の履行など、センターとしての対応策ならびに対外期間との連携について協議・検討する。③特に、子どもと家族に対する適切な初期対応及び対外期間との連携について、早期活動を行う。④調査、研究、啓発活動を行う。構成員は、看護部、診療部、コメディカルの3部門から成り、看護部は各部署から看護師1名を選出している（構成員の約70%）。診療部門は周産期、内科系、外科系としコメディカルは心理士、保健師、MSW（構成員の約30%）である（約25名）。CAP小委員会には、下部組織としてCAPチームを設けた。CAPチームは、看護・診療・コメディカルの各部門別の代表性とし、看護師、新生児科医師、発達小児科医師、脳外科医師、MSW、保健師、心理士（約15名）から成り、よりチームとしての実践・評価・支援を行っている。CAPチームの活動内容は、①緊急性や危機介入の判断を行う②チームとしてケアや対策など方針を示す③虐待かどうか、虐待の重症度を総合的にアセスメ

ントする④事例に対する看護、医療チームへのアドバイスを行う⑤センター内における虐待事例を把握し、現状を報告する。⑥啓発活動として最新情報の提示を行う⑦センター内のマニュアル作成を行う⑧センター内の虐待対応を発展させるための分析を行う。月1回、CAPチームで検討会を設け、年3回全体会議を行っている。

C. 研究方法

1. 対象：全看護職

2. 期間：平成22年9月から平成23年3月末

3. データの収集方法：CAP小委員会会議で、本研究の目的、意義について説明。各病棟のCAP委員よりスタッフに配布。

病棟内に回収箱を設置し回収する

データ分析方法：結果を、①看護師の虐待に関する関心②CAP小委員会の認知度③看護師のCAP活動状況④CAP委員看護師のCAP活動状況⑤CAP小委員会として組織的対応の4つの視点から分析する。

CAP活動とは、家族の不適切な対応や子どもの状態や状況で養育が危惧される、虐待が疑われる事例などについて早期に発見し、適切な援助や支援が行えるように働きかけることとする。

4. 倫理的配慮

本研究は当センター倫理委員会の承認を受ける。アンケート調査の参加は自由意志とし、結果は個人が特定されないよう配慮し分析に用いるデータは記憶媒体に保存し、病棟内で鍵を掛けた状態で保管する。研究終了後に得たデータは破棄する。

D. 結果

1. 対象の内訳について

調査用紙は、427人配布し、353人回収(82.7%)した。その内訳は、センター経験年数が15年以上84人と最も多く、次に5年以上10年未満63人、1年未満が40人であった。(表1)

表1：センター経験年数 n=353

	人	%
1年未満	44	12.5%
2年未満	36	10.2%
3年未満	27	7.6%
4年未満	34	9.6%
5年未満	23	6.5%
5-10年	63	17.8%
10-15年	42	11.9%
15年以上	84	23.8%

2. 看護師の虐待に関する関心

「虐待に関心・興味がありますか」の問いについては、353人中321人(88.9%)が「はい」と答えており、「いいえ」が24人、無回答が8人であった。(表2)

表2：虐待に関心、興味 n=353

	人	%
あり	321	88.9%
なし	24	6.6%
無回答	8	2.2%

「過去1年間に虐待に関する院内・院外研修会や研究会、学会などに参加したことがありますか」については、361人中111人(30.7%)が参加しており、平均参加回数は1.23回であった。(表3)

表3：研修参加有無 n=353

	人	%
あり	109	30.2%
なし	232	64.3%
無回答	12	3.3%

3. CAP 小委員会の認知度

1) CAP 小委員会の組織としての認知度
「CAP 小委員会が院内組織として活動を行っていますか」の問いについて 353 人中 56 人 (15.9%) が「とても知っている」、244 人 (69.1%) が「知っている」と答えている。また、38 人 (10.8%) が「あまり知らない」、15 人 (4.2%) が「全く知らない」であった (表 4)

表 4 : CAP 小委員会認知度 n = 353

	人	%
とても知っている	56	15.9%
知っている	244	69.1%
あまり知らない	38	10.8%
全く知らない	15	4.2%

看護師のセンター経験年数別に見ると、3 年以上のセンター経験のある看護師は、「全く知らない」と答えているのは、0 人であった。10 年以上 15 年未満の経験のある看護師は、「あまり知らない」「全く知らない」と答えているのが 0 人であった。(表 5)

表 5 : センター看護師経験年数と認知度 n = 353

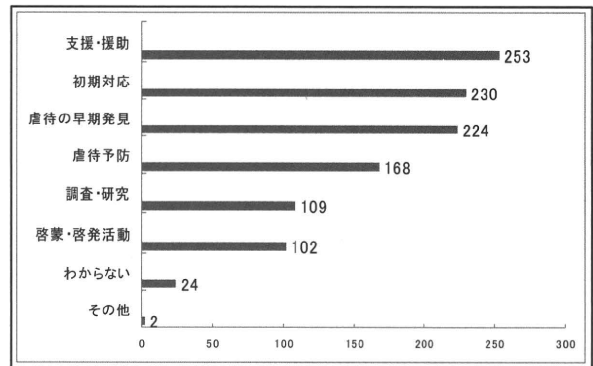
	とても知っている	知っている	あまり知らない	全く知らない
1年未満	1(2.3%)	20(45.5%)	10(22.7%)	13(29.5%)
2年未満	2(5.6%)	20(55.6%)	12(33.3%)	2(5.6%)
3年未満	2(7.4%)	21(77.8%)	4(14.8%)	0
4年未満	3(8.8%)	28(82.4%)	3(8.8%)	0
5年未満	3(13.0%)	18(78.2%)	2(8.7%)	0
5-10年	8(12.7%)	50(79.4%)	5(9.4%)	0
10-15年	11(26.1%)	31(72.5%)	0	0
15年以上	26(31.3%)	57(67.8%)	1(0.1%)	0

2) CAP 小委員会の役割

「CAP 小委員会がどのような役割を担っていると思いますか」の問いについて、353 人中 253 人 (71.7%) が、「チームとしての様々な側面からの支援・援助」と

答えており、次いで「症例の重症度、緊急性や危機介入の判断を行い初期対応」で 230 人 (65.1%) であり、虐待予防と答えたのは、168 人 (47.5%) であった。(表 6)

表 6 : CAP 小委員会の役割 (複数回答)



4. 看護師の CAP 活動状況

1) CAP 小委員会の事例提出の有無と理由

「CAP 小委員会に事例提出をされたことがありますか」の問いについて、353 人中 97 人 (27.5%) が、「あり」と答えており、その理由で最も多いのは「その事例が気になった」で、72 人 (74.3%) 次いで、「CAP 委員から声をかけられた」で 56 人 (55.4%) であった。事例提出が「ない」と答えたのは 252 人 (71.4%) で、その理由で最も多いのは、「対象事例がなかった」で 79 人 (31.3%)、次いで「対象事例か判断がつかなかった」25 人 (4.4%) であった。(表 7) (表 8)

表 7 : CAP 小委員会への事例提出有無 n = 353

	人	%
あり	97	27.5%
なし	252	71.4%
無回答	4	1.1%

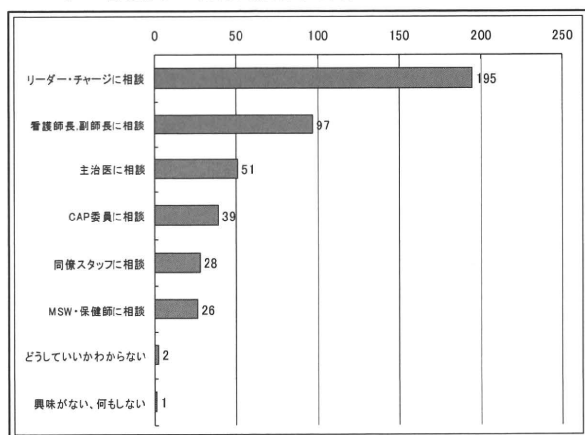
表8：事例提出有無の理由 n=353（複数回答）

提出ありの理由 n=97	人	%
①その事例が気になった	72	74.3%
②CAP委員から声をかけられた	56	55.4%
③看護師として虐待を疑う、養育が危惧されるケースなどを提出する	53	54.6%
提出なしの理由 n=252	人	%
①対象事例がなかった	79	31.3%
②対象事例か判断がつかなかった	25	9.9%
③看護師として虐待を疑う、養育が危惧されるケースなどを提出する義務があることを知らなかった	11	4.4%

2) 子ども・家族が気にかかる事例を発見した時の看護師の行動

「家族の不適切な対応や子どもの状態・状況でおかしい、あれと思った時にどのような行動をしますか」の問いについて、看護師はまず 353 人中 195 人 (55.2%) が「リーダー・チャージに相談」次に 97 人 (27.4%) が看護師長・副師長など上司に相談すると答えている。(表 9)

表9：子ども・家族が気にかかる事例を発見した時の看護師の行動(複数回答) n=353



5. CAP 委員看護師の CAP 活動状況

1) CAP 委員経験有無による CAP 活動状況

「これまでに CAP 委員 (CAPS 研究者を含む) をしたことがありますか」の問いについて 353 人中、CAP 委員の経験があ

るのは 49 人 (13.8%) ない人は 288 人で、無回答が 16 人であった。CAP 委員の経験のある 49 人中回答のあった 39 人に対して、「部署での CAP 委員の役割として大切だと思うこと、また実際に活動できているか」について聞き、重要だと考えている項目と実際に行えている内容を比較した。(表 10) (表 11)

表10：CAP委員の役割として大切な項目 n=39

	大切	大切でない	全く大切でない
部署内における事例の把握	11	0	0
必要な情報を収集、事例紹介用紙の記入	20	1	0
看護計画に参画、助言	23	1	0
子ども・家族への直接・間接援助	20	0	0
コメディカルとの連携	15	0	0
主治医とのチームケア	17	0	0
文献や参考図書など情報提供を行なう	24	2	0
CAP小委員会で討議した内容をフィードバック	17	0	0
虐待・虐待疑いかをアセスメントする	19	0	0
継続して事例への関わり、情報収集	18	0	0

表11：CAP委員の役割として実施している項目 n=39

	実施している	実施していない	全く実施していない
部署内における事例の把握	25	3	0
必要な情報を収集、事例紹介用紙の記入	26	6	2
看護計画に参画、助言	24	7	1
子ども・家族への直接・間接援助	27	7	0
コメディカルとの連携	24	6	1
主治医とのチームケア	23	11	0
文献や参考図書など情報提供を行なう	19	17	1
CAP小委員会で討議した内容をフィードバック	24	10	0
虐待・虐待疑いかをアセスメントする	23	9	0
継続して事例への関わり、情報収集	22	7	1

2) CAP 活動を行う上でのストレス

「CAP 活動を行ううえでストレスを感じたことがありますか」の問いについて、CAP 委員の経験の有無で差があるかをみた。CAP 委員の経験がある 49 人中 48 人の回答があり、「強く感じる」8 人 (16.7%) 「時々感じる」30 人 (62.5%) であった。CAP 委員の経験がない 288 人中 157 人の

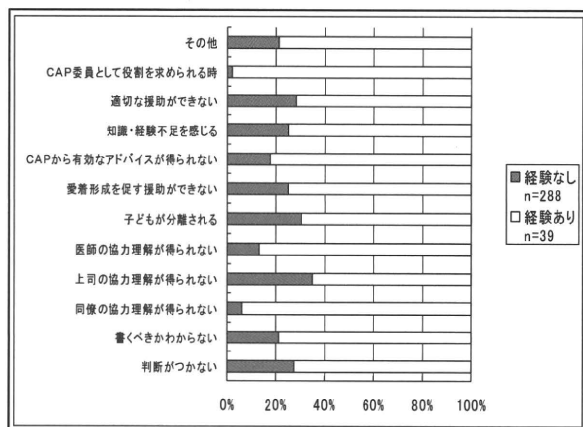
回答があり、「強く感じる」6人(3.8%)
「時々感じる」35人(22.3%)であった。
(表12)

表12: CAP活動を行う上でのストレス

	経験なし n=157	%	経験あり n=48	%
強く感じる	6	3.8%	8	16.7%
時々感じる	35	22.3%	30	62.5%
あまり感じない	24	15.3%	8	16.7%
感じない	12	7.6%	1	2.1%
わからない	80	51.0%	1	2.1%

CAP活動でのストレスの内容をCAP委員経験の有無で比較した。CAP委員の経験のある人は、ない人と比較し、「CAP委員として役割を求められるとき」「同僚の協力理解が得られないとき」に強くストレスを感じていた。(表13)

表13: CAP活動のストレスの内容



3) 無力感、虚無感またその対処法の有無
「CAP活動を行う上で無力感・虚無感を感じた経験がありますか」の問いについて221人の回答があった。221人中54人(24.4%)が「ある」「少しある」と答えたのが81人(36.7%)で半数以上が無力感・虚無感を感じた経験があった(表14)

表14: 無力感・虚無感の有無 n=221

	人	%
ある	54	24.4%
少しある	81	36.7%
ほとんど無い	61	27.6%
無い	25	11.3%

CAP委員経験の有無でみると、CAP委員の経験ありで回答のあった47人中、無力感・虚無感を「ある、少しある」と答えたのが39人(82.9%)、「無い、ほとんどない」8人(17.1%)であった。CAP経験のない人は「ある、少しある」が89人(61.1%)「無い、ほとんどない」が73人(38.9%)であった。(表15)

表15: CAP委員経験有無別の無力感・虚無感

	経験なし n=221	%	経験あり n=47	%
ある	37	22.8%	16	34.0%
少しある	52	32.1%	23	48.9%
ほとんど無い	52	32.1%	6	12.8%
無い	21	13.0%	2	4.3%

「無力感・虚無感の対処・解消方法がありますか」については、回答のあった127人中45人(35.4%)が「ある」と答えており、「ない」と答えたのは82人(64.6%)であった。(表16)

表16: 無力感・虚無感の対処方法 n=127

	人	%
ある	45	35.4%
ない	82	64.6%

6. 虐待医療・看護を行うための条件

厚生労働科学研究杉山登志郎班平成16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で、国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—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—で、6 府県（福岡県、群馬県、愛知県、和歌山県、大阪府、兵庫県）の国立、府県立、市町村立の公的総合病院 149 施設を対象に、実態のアンケート調査が行われた。その中で、虐待医療の困難な点として、「親の対応（n=57）」「子どもの対応（n=35）」「虐待専門部門を設けるための条件設備（n=9）」についての設問があり、今回はその設問に準じて質問項目を設けた。

1) 親への対応

「親の対応で困難な点は何であると思いますか」の問いについて、「親への援助がわからない」が 353 人中 160 人 (45.3%) でもっとも多く、次いで「医療への不信・攻撃」が 134 人 (38.0%)、「医療中断」が 85 人 (24.1%) で「助言指導に従わない」74 人 (21.0%) で、「医療の規則を守らない」55 人 (15.6%) 「他患者とのトラブル」48 人 (13.6%) であった。（表 17）

表 17：親への対応困難な点 n=353（複数回答）

	人	%
親への援助がわからない	160	45.3%
虐待を起こす親の問題がわからない	29	8.2%
助言指導に従わない	74	21.0%
医療の規則を守らない	55	15.6%
医療費未払い	31	8.8%
他者患者とのトラブル	48	13.6%
医療への不信・攻撃	134	38.0%
医療中断	85	24.1%
強引な退院要求	33	9.3%
他機関への不信	19	5.4%
その他	17	4.8%

2) 子どもへの対応

「子どもへの対応で困難な点は何であると思いますか」の問いについては「問題行動」が 360 人中 127 人 (36%) ともっとも多く、次いで「なかなか退院でき

ない」が 97 人 (27.5%)、「社会的入院が多い」91 人 (25.8%)、「他の親への苦情 44 人 (12.5%) であった。（表 18）

表 18：子どもへの対応困難な点 n=353（複数回答）

	人	%
問題行動	127	36.0%
なかなか退院できない	97	27.5%
他児の治療に支障	33	9.3%
他の親の苦情	44	12.5%
社会的入院が多い	91	25.8%
看護師からの苦情	14	4.0%
その他	14	4.0%

3) 虐待専門部門に必要な条件

「当センターに虐待専門の部門・部署を設けるにはどのような条件設備が必要だと思いますか」の問いについては「病院スタッフの知識・技術向上」が 353 人中 203 人 (57.5%) 次いで「児童相談所との連携強化」178 人 (50.4%)、「虐待専門看護師の育成」が 164 人 (46.5%) で、「虐待専門医の育成」154 人 (43.6%)、「専任の心理士の配属」144 人 (40.8%)、「専任の MSW の配属」「専任の院内保健士の配属」と専任スタッフの配属を希望する回答が多かった。（表 19）

表 19：虐待専門部門に必要な条件 n=353（複数回答）

	人	%
病院スタッフの知識・技術向上	203	57.5%
虐待専門医の育成	154	43.6%
虐待専門看護師の育成	164	46.5%
専用病棟の確保	66	18.7%
専任のMSWの配属	91	25.8%
専任の院内保健士の配属	86	24.4%
専任の心理士の配属	144	40.8%
子どもの医療費の公費負担	29	8.2%
虐待医療の診療報酬の増額	47	13.3%
不採算を補償する公的補助金	46	13.0%
児童相談所との連携強化	178	50.4%
弁護士との連携強化	42	11.9%
その他	4	1.1%

E. 考察

①看護師の虐待に関する関心②CAP 活動の認知度③看護師の CAP 活動状況④CAP 委員看護師の CAP 活動状況⑤CAP 小委員会として組織的対応の必要性の4つの視点から考察する。

1. 看護師の虐待に関する関心

看護師の89%が虐待予防への関心があり、非常に高い。これは、看護師が24時間を通して子どもや家族と接しており、子どもの養育が危惧される要因を早期に発見する機会が多いことが影響していると考えられる。また子ども・家族の抱える問題をアセスメントし、看護介入を行う看護師は虐待の予防的活動を身近に感じているのではないかと考える。看護師の役割を果たすためには、ひとつひとつの事例を重ねることにより、さらに専門的知識を深め、適切な対処方法を知る必要がある。研修や研究会への参加は30%であり看護師個々が正しい知識を活かし、虐待予防や早期発見に携わっているという役割意識を高めることが必要である。周産期・小児3次医療センターに勤める職員としての役割について、啓蒙活動を行うことが必要であり、知識習得のための機会を増やすことが重要である。

2. CAP 小委員会の認知度

CAP 委員会として、院内組織として位置づけられ2010年4月で4年目を迎える。「とても知っている」「知っている」は85%と高い。これは、2005年「子ども虐待対応マニュアル第2版」が発行され各部署に配布され、CAP 小委員会の活動が看護師に認知されやすくなった。CAP 小

委員会を月1回開催し、養育が危惧される、気にかかる事例など検討会を継続していると共に、ニュースレターを年4回発行し活動状況などを報告していることが影響していると考えられる。

また、CAP 小委員会の役割は「チームとしての様々な側面からの支援・援助」

「症例の重症度、緊急性や危機介入の判断を行い、初期対応」と考えているのが約6割以上を占めていた。「虐待予防」と答えているのは約半数以下であり、看護師は、虐待予防だけに留まらず、問題解決のための援助を具体的に求めていることが伺える。

3. 看護師の CAP 活動状況

CAP 小委員会への事例提出経験がある看護師は27.5%であった。CAP 小委員会での事例検討数は160事例(3年間)であり、虐待に関して89%が関心を持ちながら、事例提出に至っていない現状がわかる。事例報告をする理由として「その事例が気になった」が一番多いことから、事例に対し気になるエピソードがあると積極的に看護師として関わろうという姿勢が考えられる。また、「CAP 委員から声をかけられた」が55.4%であった。これはCAP 委員が、スタッフに対して事例提出を働きかけているためと思われる。事例提出を行う意味は、ただ記入するのではなく記入のための必要な情報の収集・整理、問題の分析と子ども・家族への関わりとして順序だてて考えるための手段と成る。看護師個々の気づきが重要であり、それが看護師のCAP活動に繋がると考える。

家族の不適切な対応や子どもの状態・

状況でおかしいと思った時に、55.2%がリーダー・インチャージに相談しており、次に27.4%が看護師長・副師長などの上司に相談していた。これは看護師間での報告、相談できる体制があり、すぐに対応するための連絡・調整する連携システムが整っているためと考える。看護師自身への虐待に関する知識を高める教育が必要である。

4. CAP 委員看護師の活動状況

CAP 委員の役割として大切だと考えている項目と実際に行えている内容を比較したところ、大切だと感じていても実施できない現実があることがわかった。特に「看護計画に参画・助言」「必要な情報を収集、事例紹介用紙の記入」「子ども・家族への直接・間接援助」は大切と感じており、日々の業務の中でCAP委員がその役割を果そうと努力していることが伺える。しかし、CAP委員活動の時間は特別に与えられているわけではなく、CAP委員が日々の業務から時間を割いて実施している現状がある。「文献や参考図書など情報提供を行なう」「主治医とチームケア」「CAP小委員会で討議した内容をフィードバック」など重要だと理解できているが、実施できていない。これは、日常業務が終了した後個人にその業務が委ねられており、交代勤務を行う看護師にとって時間を確保するのが困難なためと考える。特に「主治医とのチームケア」に関しては、看護師の時間の確保だけではない要因もあると思われる。子どもや家族が気にかかる事例を発見した時の看護師の行動として、主治医に相談するが14%であり、看護師

はまず看護師間で問題を解決するように努力しており、主治医を巻き込んだチームケアに至っていないことがわかる。看護師のCAP活動を行うための時間確保だけでなく、医師を含めたチームで取り組むことも重要である。

一方で、CAP委員自身のCAP活動を行うための意識の向上や専門知識の習得のための教育も重要である。CAP委員は、スタッフから具体的な解決策を求められている。日々の勤務の中で突然同僚からCAP委員として、即戦力を要求される。しかしCAP委員は特別な教育を受けた者が選出されているわけではない。CAP委員としての能力は座学だけではなく、経験によって高まる。看護師がCAP委員活動を積極的に行えるように「CAP委員活動必携」の作成などの検討も考慮する必要がある。それはCAP委員経験者のほうが、未経験よりも、CAP活動を行うストレスの内容でも、「同僚の協理理解が得られない」「CAP委員として役割を求められるとき」に強く感じていることからわかる。

また、CAP委員経験者は未経験者よりも、CAP活動で無力感・虚無感を感じやすい傾向にある。無力感・虚無感の具体的な対処方法は、全員が上司や同僚、友人に相談すると答えている。CAP委員が職場内で孤立することなく相談できる環境が必要である。そして、CAP委員をサポートするための、CAP小委員会としての組織だった体制作りが重要である。

つまり、虐待予防に携わる一人ひとりが積極的に取り組むためには、看護師の精神面のサポート、および知識・技術的支援体制を総合的に整えることが最も重

要である。

5. CAP 小委員会として組織的対応の必要性

親への対応で困難な点では、「親への援助がわからない」が45.3%と半数弱である。長引く経済不安により、雇用の不安定化、生活のゆとりのなさ、親自身を取りまく環境が複雑化していることで、親自身を理解するのが難しくなっていることが影響していると考えられる。次に対応困難な点として、「医療への不信・攻撃」が38%である。子どもの疾患だけでなく、経済不安や過大な育児負担、育児能力の問題、複雑な家庭事情などが不信感・不満感を高める可能性がある。看護師は24時間子どもや家族と接し日常生活援助を行っているため、家族の攻撃の対象となりやすい。「医療中断」と答えているのは、24.1%である。親の都合による医療中断は、疾患のある子供には非常なリスクであり避けたい状況である。しかし親の認識を変えることは難しく、困難に感じていると思われる。

子どもの対応としては、「問題行動」と答えているのが36%であった。虐待が危惧される子供は、入院中に暴力的行動や依存的行動などの問題行動を表出させる場合が多い。さらに子どもの発達状況に応じて発生する問題が重なり、養育を見守る看護師は困難を感じている。また「なかなか退院できない」「社会的入院が多い」を対応困難とあげている者も多い。子どもの安全な環境が整わなければ、社会的入院が長引き、退院できない状況が作り出される。子どもの成長発達を考えれば早期退院が適切であるが、思うよ

うに環境の整わない中で悩む看護師の姿がある。

虐待専門部門に必要な条件として、「病院スタッフの知識・技術の向上」と57.5%の者が答えている。当院では母子看護の研修の一環として虐待の研修が開催されている。しかしより専門的な研修は個人に委ねられており、基礎から応用へと活用できる教育システムの構築が必要である。次いで多いのは「児童相談所との連携強化」で50.4%であった。退院後の環境が整った後に退院が許可される。退院後は電話訪問や外来受診などで状況を把握しているが、さらに児童相談所など地域の施設への連絡も密に行うことを期待している。看護師は親・子どもの対応でそれぞれに苦慮しており、トラブルに対処しなければならない。しかし、そのためのマンパワーの確保は十分でない。虐待専門医、看護師の育成、専任のMSW、保健師、心理士の配属を切に願っている。

看護師は気になる事例に関して、看護師あるいは複数の他職種で情報を整理、状況の判断、方向性の確認を行っている。また、MSWや保健師は関与の時期や内容、関わり方の重要度に関係なく何らかの関与をしており、関係職種間で情報交換を行うことで、情報共有することが重要である。看護師だけでなく、他職種の専門的視点から事例の問題把握を行うことは、迅速な対応にも繋がる。子どもや家族に適切な支援を行うために、多角的にアセスメントすることが必要であり、他職種を含めた院内組織を持つことは事例の方向性が示され、継続したケアを展開することが可能となる。

子ども虐待は、子どもの心と体に大き

な傷を残し、子どもの未来に永続的な影響を与える可能性がある。CAP 小委員会として、院内での組織的活動を行うことは、虐待や虐待が危惧されるケースについては、家族・子どもの詳細、関係者の関わりなどデータベースを作るための指標となりその意義は大きい。子どもの成長・発達・長期予後を見据えた計画的援助を行うために、過去の症例を検討し、虐待が起こる前の早期介入・支援が、目の前の症例でできるように今後も検証を続けていくことが重要である。

F. 結論

1. 看護師の 89%が虐待予防への関心はあるが、事例報告を行なったことがあるのは 27.5%である。
2. 看護師の 85%が CAP 小委員会を認知している。
3. 家族の不適切な対応や子どもの状態・状況で気にかかる時に、看護師の 55.2%がまずリーダー・インチャージに相談している。
4. CAP 委員の役割として、大切だと考えていても実施できない現実がある。
5. CAP 委員経験者は、未経験者よりストレスを感じており、CAP 委員をサポートするためには、組織だった体制や支援と長期的な教育が必要である。
6. 看護師は、親への対応困難な点として 45.3%が「親への援助がわからない」、子どもへの対応困難な点は 36%が「問題行動」である。
7. 子どもの成長発達や家族機能を育むために 24 時間を通して子どもや家族が抱える問題を適正に評価・支援を行うための組織的対応が重要である。

G. 今後の課題

看護師は経験を重ねることでより問題を的確に捉え看護を提供しようと努力する。看護師の CAP 活動を支援し、事例の検討、調査・研究、啓発活動などを充実させるためには個々が自力で努力するには限界がある。親の医療への不信・攻撃、強引な退院要求など親の問題、そして子どもの問題行動や、社会的入院など子ども自身の問題など看護師にとってストレスフルな事例が増加傾向にある。その中で、解決・支援のための具体的アドバイスや精神的サポートなど CAP 委員会として素早くかつ柔軟に行えるようなシステムも必要である。

引用・参考文献：

- 1) 小泉武宣：子ども虐待発生予防における周産期医療の役割. 周産期医学 32 : 693-697, 2002
- 2) 小林美智子：虐待発生の背景. 周産期医学 32 : 687-691, 2002
- 3) 木村和代他：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. 平成 19 年度厚生労働科学研究、奥山眞紀子主任研究
- 4) 木村和代他：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. 平成 19 年度厚生労働科学研究、奥山眞紀子主任研究
- 5) 野島佐由美他：ナースによる心のケアハンドブックー現象の理解と介入方法
- 6) 辻 佐恵子他：入院中の被虐待児をもつ親に対する看護職のかかわりの分析. 日本小児看護学会誌 Vol.18, No1 P39~44, 2009

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 奥山真紀子）

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

研究3. 小児病院におけるMSW・保健師・心理士・看護師の役割 周産期・小児三次医療センターCAPS活動にみえる心理士の役割 その3

研究協力者 山本 悦代 山川 咲子 村田 雅子 藤江 のどか 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

当センターでのCAPS（Child Abuse Prevention Study、虐待予防のための院内組織）において心理士は、医師、看護師、保健師、MSW等、他職種と協働して虐待予防に取り組んできた。

平成20年度、21年度における分担研究の結果から、CAPS事例に対して心理士は、親子同室での発達検査の場面を活かして、養育者および親子関係の問題を把握し、それによって虐待を早期に発見し予防へつなげていることが明らかとなった。また、複数回の長期にわたる発達検査・相談場面があることで、親子関係や子どもの行動・情緒面での変化を継続的に把握できることが明らかとなった。また、事例の重症度に応じてパーソナリティ検査や入院中の行動観察、心理治療も行っていた。つまり、検査によるアセスメント的な関わりだけではなく、心理治療による治療的な関わりも行っていた。

本年度は、CAPS事例において心理士による関与の頻度には、どのようなことが関連しているか調査し、どのような事例には心理士による関与が可能か、また今後どのような事例に対して関与が必要か検討した。その際、①CAPS事例が医療機関の事例であることから、医療的な側面（外来受診回数、受診回数、入院回数、入院期間）と心理士による関与との関連性の検討、②CAPS事例には院内の様々な職種が関与しており、MSWが把握した社会的問題と、心理士による関与との関連性についての検討と、コメディカル他職種との視点の違いと役割についての検討、③心理士が関与した事例に対して、発達水準や検査・相談時の問題の有無、発達障害に関する精神医学的診断の有無、これらの違いと心理士による関与との関連性について検討した。

分析の結果、CAPS事例において心理士は、①身体的な基礎疾患をもち継続して医療的な関与を多く必要とする事例に対して関与していた。また、②コメディカル3職種間（心理士・MSW・保健師）で、それぞれの職種の視点を活かして事例に関する情報を把握し、それらの情報を照らし合わせることで、親子像の全体を捉えていた。3職種間での情報把握においては、心理士は特に、親子同室での検査場面で観察される、親子での否定的関わり、つまり親から子への過度の叱責とそれに対する子どもの警戒、怯え等の情報を多く把握していた。③心理士による関与の継続は、発達の側面や、行動レベルで観察される問題だけではなく、情緒的側面を考慮して行なわれていた可能性が考えられた。