

地域の医療、保健に関わる多職種の「養育支援を特に必要とする家庭」に対する取組みの現状を知ることため、県で開催した「養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制にかかる説明会」に出席した 116 名を対象にアンケート調査を行った。厚生労働科学省通知（雇児総発第 0331003 号）の周知は、医療機関、市町村自治体、保健・福祉機関（振興局）のいずれも 25～30%程度であったが、医師、保健師などの職種では比較的周知されていた。通知周知は、子ども虐待のケース会議の経験、養育支援を必要とする子ども・家庭についての医療機関－保健機関連携による情報の共有の経験と有意に関係し、子ども虐待医療の関心や日常診療における支援の必要な子ども・家族への気づきの重要性が示唆された。22 年度は、さらに「大学病院における院内 SCAN (Safety for Child Abuse and Neglect)委員会による 4 年間の虐待予防活動に関する研究」、「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 -」を行い、要支援群は、中枢神経疾患を有する児とその家族に関連があること、入退院を繰り返す児とその家族も抽出され、さらに育児力の問題が高く、母親の不安や困難感が影響していることなどの特徴が明らかにされた。

山崎嘉久分担分

① 20 年度研究概要：医療機関と保健機関の連携状況に対する調査結果から

要保護児童への支援のための医療機関と保健機関の現場レベルでの連携状況の把握と本分担研究班で昨年度作成したガイドラインの有用性の検証のため、研究

協力者が所属する 4 府県の 263 保健機関を対象に、アンケート調査を実施した。要支援家庭に対する連携として、医療機関が参加するケース会議への参加は 59 件（50.9%）、医療機関からの文書による情報提供は 101 件（87.1%）、保健師の医療機関への訪問経験は 89 件（76.7%）、電話による連絡は 96 件（82.8%）など、現場担当者のニーズと工夫によって連携が行われている。ガイドラインは連携システム構築の根拠として有用であり、周知と活用が望まれる。

② 21 年度研究概要：要保護家庭を早期に支援するシステムにおける県型保健所の役割

愛知県保健所における母子保健担当者へのアンケート調査ならびに担当者との会議の内容に基づいて、要保護家庭を早期に支援するための医療機関・保健機関連携における県型保健所の役割について検討した。県型保健所が開催する連携会議は、関係機関の信頼関係の構築や支援に対する共通理解、連絡票などの共有化、継続的な支援を促進する点で必要性が高いと担当者は感じている。また、県型保健所も広域的な立場でより困難な事例など要保護家庭への直接的な支援のため、周産期の医療機関との連絡やケース会議の開催、保健師が医療機関を訪問するなど、管内の保健センターなどと共同して密に行っていることなどが明らかとなり、医療保健機関の連携を促進する県型保健所の役割は、地域の母子保健活動の中で重要な位置を占めることが確認された。

③ 22 年度研究概要：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

要保護家庭を早期に支援する保健医療連携システムについてアンケート調査を用いて検討した。市町村保健センター（116 機関）からの回答では、医療機関が参加するケース会議（50.9%）、医療機関からの文書による情報提供（87.1%）、保健師の医療機関訪問（76.7%）、電話による連絡（82.8%）などが行われていた。愛知県では 12 県型保健所中 11 保健所で定期的に開催される周産期医療機関と管内保健センターによる連携会議が、重要な役割を有すると認識されていた。虐待診療を担う小児保健医療施設との連携では、保健所・保健センターそれぞれの役割を活かした連携が行われていた。

## 研究 2：医療 - 教育連携の検討についての研究

### 市川光太郎担当分

#### ① 20 年度研究概要：医療-教育の連携強化のための研究（特に園医・校医の医療活動としての児童虐待相談事業の展開）

地域医師会・地区小児科医会との連携にて、医師会内に「児童虐待防止医療連携ネットワーク委員会」を設立し、小児科診療所のみならず、全科診療所と先の基幹病院との連携強化を図った。さらに、園医・校医と教育現場（保育園・幼稚園・学校）の連携強化を図る手だてとして、園医・校医活動の大きな柱とすることを、医師会指導で行い、その手段を検討した。

#### ② 21 年度研究概要：医療間、および医療-教育・保健等連携強化の有り方に関する研究特に園医・校医の児童虐待相談活動の支援体制事業の展開

「マルトリートメント症例早期発見に

向けて、医療機関と保育園・幼稚園・学校との連携マニュアル」の作成を行なった。マルトリートメント症例早期発見のための医療機関と保育園・幼稚園・学校との連携のシエーマを作成した。

#### ③ 22 年度研究概要：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）

これらの実施を円滑に行うために、教育委員会（生徒指導担当課長・幼稚園指導主事）、子ども家庭局（児童虐待防止担当課長・保育指導担当課長・障害児保育担当係長）、市医師会（小児科医会会長・基幹病院代表者・医師会担当理事）の 3 者による「実務者による作業部会」を発足させて、活動開始を行った。

## 研究 3：病院（母子センター）における「看護師」「心理士」の子ども虐待対応の役割に関する研究

### 小林美智子分担分

#### 3-1 周産期・小児 3 次医療センター院内 CAPS 活動にみえる看護師の役割

① 20 年度研究概要：平成 8 年 4 月から 18 年 3 月の CAPS 研究会での提出事例（164 例）から看護師の役割を分析・検討した。その中で看護師は 24 時間子どもとその家族と接することで、様々な事例を把握しやすく、他職種間との情報交換、状況の判断を行い、実際の対応を検討・実施しているとわかった。

② 21 年度研究概要：平成 18 年 6 月から平成 20 年 3 月に CAP(Child Abuse Prevention)小委員会に新規事例 160 例について、背景要因を分析・検討し、母性・新生児・小児部門別にみた看護師の詳細

な役割を明らかにした。背景要因を 1990 年に行なわれた大阪府医療保健福祉合同調査に準じ、周産期の問題、養育の問題、親の問題、家族形態、生活の問題に分けて分析した。最も高率であった要因は「実父母家族」、次に「経済不安」「過大な育児負担」であった。看護師は、親子の愛着行動上の特異性を把握し、子どもの養育が危惧される要因を早期に発見するために親子の関係性の観察を行なっているとわかった。

③ 22 年度研究概要：看護師が虐待の予防的関わりを果たすことを目的に、当センター看護師 361 人を対象に虐待への関心や日々の虐待への取り組みなど意識調査を行った。その中で 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を行なうための問題を分析検討した。そして、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た。周産期・小児 3 次医療センターで虐待発生予防のための取り組みを行うためには、1. 専門職種から構成された組織的対応が必要である 2. 虐待予防のための看護師の役割が重要である 3. 虐待発生予防の継続には職員に対する支援体制が必要である 4. 専門的知識修得のための教育、啓発活動が必要である。

### 3-2 周産期・小児三次医療センター院内 CAPS 活動にみえる心理士の役割

① 20 年度研究概要 ② 21 年度研究概要：院内の CAPS (Child Abuse Prevention Study)において 1996 年から 2006 年の間に報告された 166 事例のうち、心理士による関与のあった 84 事例 (男児 47 名、女

児 37 名) の特徴と関与内容を分析し、CAPS における心理士の役割について検討した。その結果、心理士は乳幼児期の発達早期から長期にわたり、発達検査・相談によって CAPS 事例に関わる場合が多いことが分かった。その発達検査によって、CAPS 事例は軽度の発達障害 (精神遅滞、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害) をともなう場合が多いこと (CAPS 全体の 166 名中 40 名、うち心理士の関与があったものは 33 名)、発達検査を受けた半数以上の事例が境界域以下の知的水準を示すことが明らかとなった。また心理士は、親子同席で行われることの多い発達検査・相談場面において、子どもの発達レベルだけではなく、子どもの情緒的問題や養育者および親子関係の問題を把握していることも多く、約 8 割の事例に対してそれらの問題を確認していることが明らかとなった。以上のことから、発達にリスクを抱える場合の多い CAPS 事例に対して、心理士が発達検査・相談によって関わることは虐待の早期発見・予防につながることで、また長期にわたって発達支援を行くことによって、継続した虐待予防が可能と考えられた。

③ 22 年度研究概要：心理士の関与した事例と関与しなかった事例の特徴の違いを分析し、どのような事例に対して心理士による関与が必要か、または関与が可能かを明らかにする。特に、院内の事例に特徴的な点 (出生体重、疾患、入院期間、外来受診期間等) や、養育者の特徴 (経済状況、婚姻関係、精神疾患等)、地域との連携状況との関連を明らかにし、CAPS 事例に対する心理士のフォローのあり方について検討した。

#### D. 分担班としての3年間の総括

①医療 - 保健機関連携システムの検討については、平成20年度厚生労働科学省通知、さらに20年2月に発行した「妊娠・出産・育児期に支援を必要とする家庭の地域における保健医療連携システム構築のガイドライン」に準拠した実施が始められることが望ましい。今後は妊娠期から学童期、思春期まで幅広い年齢に対応すること、医療ケアを含めた慢性疾患や障害をもつ子どもとその家族にも目を向ける必要があり、従来から培われた母子保健活動や保健機関機能を十分生かした包括的な対応が期待される（柳川、山崎）、②医療 - 教育機関連携については、園医・校医を通じた医療機関と保育園・幼稚園・学校との連携活動が、より円滑にすすむよう、教育委員会、子ども家庭局、市医師会の3者の「実務者による作業部会」が活動開始された（市川）。③看護師、臨床心理士の虐待対応の役割の検討については、看護師が虐待に至らないための予防的関わりには、虐待への関心や日々の虐待への取組みが重要で、さらに、院内の児童虐待防止小委員会（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の充実とその関与が必要である。心理士は、身体的基礎疾患をもち継続的な関与を必要とする事例への関与が多く、コメディカル3職種（心理士・MSW・保健師）間の事例情報から親子像全体を捉え、発達の側面、行動的側面だけでなく、情緒的側面を考慮した継続的関与などの役割が強調された（小林）、④現場機能中心の虐待対応チームの検討は、小児科病棟での「援助が必要な子ども・家族」の把握

（入院時養育者による子育てアンケートの活用）の検討が行われ、院内の医師、看護師、心理士、MSW、相談センター担当者、地域連携室担当者など多職種からなる院内SCAN（Safety for Child Abuse and Neglect）委員会の有用性が報告された（柳川）。

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）

分担総合研究報告書

## 虐待対応連携における医療機関の役割 （予防、医学的アセスメントなど）に関する研究

分担研究者 山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

### 研究 1. 乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)予防プログラムの 平成 20～22 年度実施結果

研究協力者 林 節子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク  
清田 僚子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

研究要旨 乳幼児揺さぶられ症候群(Shaken Baby Syndrome : SBS)は、1970 年代前半に Guthkelch AN と Caffey J によって相次いで報告された身体的虐待の一種であり、重症の脳障害を引き起こし、高い死亡率（約 1/5）と高い後遺症合併率（約 2/5）を有する。頭部が重く、頸部の筋肉が弱い乳幼児が暴力的に激しく揺さぶられることで、頭部に方向転換を伴う回転性加速度・減速度運動が起こり、頭蓋内出血・びまん性脳浮腫・広汎で多発性多層性の網膜出血を発症する。この暴力的な揺さぶりは、泣きやまない子どもの泣き声がかきかけとなって、養育者が自制心を消失したときに起こしやすい。ところが、これといった加害者特性が認められず、誰でも加害者となる危険性を持つ。また、乳幼児の身体を暴力的に揺さぶることで脳に損傷が生じることを知らずに、揺さぶってしまう加害者も多い。

これらのことから、以前より養育者に対する SBS 予防教育の有用性が指摘されており、いくつかの予防プログラムが各国で開発・実施されてきている。それら諸外国の予防プログラムの中から、Dias MS らの「産科病棟入院中に実施する両親向け予防教育プログラム」を日本用に応用・改編し、全国 5 つの病院で実施している。

平成平成 20～22 年度の 3 か年に実施された SBS 予防プログラムの実施状況を集計した。その結果、平均の受講率は 64.6%、母親の参加率は 78.3%、父親の参加率は 18.3%であった。

## A. 研究目的

東海大学医学部付属病院（神奈川県、平成22年4月以降は同病院の独自プログラムとしての実施に変更され、厚生労働科学研究からは外れた）、伊勢原協同病院（神奈川県）、徳島大学付属病院（徳島県）、豊田厚生病院（愛知県）、恵生会病院（大阪府）の全国5病院において試験的に実施された「乳幼児揺さぶられ症候群（Shaken Baby Syndrome, 以下 SBS と略す）予防プログラム（以下、「予防プログラム」と略す）」の受講者からアンケート用紙を回収し、それぞれの病院における受講家族数および全出産数に対する受講率等について平成20～22年度の3か年分を集計し、その結果を報告する。

ただし、平成22年度については、集計の都合上、4月から12月までの9ヶ月間とした。

## B. 研究方法

### 1) 実施病院

東海大学附属病院・伊勢原協同病院（神奈川県）、豊田厚生病院（愛知県）、徳島大学附属病院（徳島県）の4病院は出産後の母親とその家族を対象にしてSBS予防プログラムを実施し、恵生会病院（大阪府）は妊娠中の両親学級で実施した。

### 2) 「予防プログラム」の内容

指導者には、第1子のみでなく、全ての新生児の全ての親に対して（母親のみでなく、父親または父親代わりの人にも）、赤ちゃんを揺さぶることの危険性について退院する前に教育することを目標として、以下の内容で「予防プログラ

ム」を実施してもらおう。

- ①外来や病棟にポスター「わたしはこの子を揺さぶらない」を掲示する。
- ②広報用チラシを配付して、「予防プログラム」の周知を図る。
- ③泣き声CDをボリューム最高の大音量で5分間聞かせる。
- ④泣き声を聞き終わったら、聞いていたときに感じたことをお互いに話し合う。
- ⑤両親にSBS教育用DVDビデオ「どうしたらいい？なにをしたらいけない？赤ちゃんが泣きやまないとき『乳幼児揺さぶられ症候群』の正しい理解のために」を見せる。
- ⑥デモンストレーション用人形を使って、SBSの発生メカニズムを説明する。その際、「膝の上で赤ちゃんをピョンピョンさせたり、『高い高い』をしても、SBSが起ころことはないが、『高い高い』は落下の危険があるのでやってはいけない」ことを説明する。
- ⑦全ての受講者に社団法人日本小児科学会監訳「赤ちゃんを揺さぶらないで乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)を予防しましょう。」というSBS予防教育用パンフレットを渡す。
- ⑧SBS予防教育用パンフレットに基づき、赤ちゃんが泣いたときの対処法をできるだけたくさん例示して教育する。また、「何をやっても赤ちゃんが泣きやまないからといって、それは養育者の責任でもなければ、赤ちゃんが悪い子なのでもない」こと、および「赤ちゃんが何をやっても泣きやまないときは、無理に泣きやませようとせず、赤ちゃんをベビーベッドなどの安

全な場所に仰向けに寝かせて、自分はその場を離れ、5～10分ごとに赤ちゃんの様子を見にいった安全を確認できれば、泣かせたままにしておいてもよい」ことを説明する。

- ⑨アンケート用紙を受講者ひとりにつき1枚ずつ渡し、回答を依頼する。
- ⑩電話追跡調査を承諾してくれる人には、電話番号と氏名を記載してもらう。
- ⑪データ分析と電話追跡調査をするために、回収したアンケートを1ヶ月分ずつまとめてCMPNに送付する。

### 3) アンケートによる調査項目

- ①SBSを知っていたかどうかに関する設問と「予防プログラム」に関する理解度および感想を問う設問
- ②事前に持っていた知識と学習したことが一致していたかどうかに関する設問
- ③「高い高い」に関する理解と泣きやまないときの対処法に関する理解を客観的に測るための設問

### 4) 電話追跡調査

- ①出産後約2ヶ月が経ったあたりの時点で、電話追跡調査の許可を得られた家族に対して電話をかけ、「予防プログラム」を受講した記憶、教材およびアンケートに関する記憶、夫が受講しなかった人についてはその理由、「予防プログラム」が実際の育児で役立っているかを問う。
- ②赤ちゃんが泣きやまないときの対処法を具体的に聞き取る。

### 5) 結果の集計

- ①各病院の出産数および受講家族数から受講率を計算する。

- ②受講者の内訳から受講者の中で母親・父親の占める割合を算出する。

なお、平成20年度と21年度は12ヶ月分の集計となっているが、平成22年度については、集計の都合上、4月から12月までの9ヶ月分としてある。年間の平均数等を算出する場合、平成22年度については、9ヶ月分の集計数を4/3倍することで12か月分に換算した。

また、東海大学病院は、平成22年4月以降、病院独自のプログラムとして実施することとなったため、本研究への参加は平成22年3月で終了となった。

SBS予防プログラム自体は、各病院とも厚生労働科学研究としてのプログラム実施は平成23年1月末までで終了していただいた。今後、継続するかどうかについては、各病院の判断となる。

### (倫理面への配慮)

「予防プログラム」に関する調査において、個人情報の収集は、本人の承諾の得られたのみを対象とし、その他のデータは全て無記名のうえ、番号化・記号化をして、個人が特定できないよう配慮した。

## C. 研究結果

### 1) 各病院の出産数と受講家族数

「予防プログラム」を実施している5病院における平成20～22年度の年間出産数は図1のようになる。豊田厚生病院は、年間出産数約310件で他の病院と比較すると少ないが、その他の4病院は年平均507件（伊勢原協同病院）から652件（恵正会病院）の範囲に入っており、

この4病院において取り扱われる出産数に大きな差はない。

## 2) 受講率

「予防プログラム」の受講率は、図2の通りである。受講率の平均は、東海大学附属病院 77.2%(2か年)、伊勢原協同病院 20.3%、徳島大学附属病院 84.8%、豊田厚生病院 83.2%、恵生会病院 63.5%で、伊勢原協同病院の受講率が2割と低い以外、他の4病院は6割から8割5分程度の受講率を保っている。

しかしながら、受講率の年平均は、平成20年度 67.4%、21年度 63.6%、22年度 61.5%と年々低下傾向にあり、3か年の平均は 64.6%であった。

なお、恵生会病院は、妊娠中の両親学級において、「予防プログラム」を実施しており、他の病院と単純比較はできない。

## 3) 受講者の内訳

「予防プログラム」の受講者の内訳を図3に示したが、その中で母親と父親の占める割合(3か年分の平均)を病院ごとに比較してみると、東海大学附属病院(2か年)は母親が 82.2%で父親が 14.3%、伊勢原協同病院は母親が 56.9%で父親が 33.3%、徳島大学附属病院は母親 87.9%、父親 9.0%、豊田厚生病院は母親 89.1%、父親 9.2%、恵生会病院は母親 67.4%、父親 29.9%で、全病院を平均すると、母親の参加率は 78.3%、父親の参加率は 18.3%であった。

父親の占める割合で比較すると、3割を超えているのは伊勢原協同病院だけで、恵生会病院は3割弱(両親学級での実施)、東海大学附属病院、豊田厚生病院、徳島大学附属病院の3病院は 9%~

15%と低迷している。

## D. 考察

### 1) 実施病院の特徴について

①東海大学附属病院は、平成18年度よりSBS 予防教育プログラムを実施しており、既に病棟全体(産科病棟・MFICU(母体胎児集中治療管理室)・GCU(Growing Care Unit: 継続保育室))に定着したようである。受講率も7割7分と高く、実施状況は順調であるが、最も受講数の多い産科病棟がプログラム実施曜日を固定しているため、父親の都合が合わないことが多く、父親の受講は少ない。

平成22年度以降は、東海大学病院独自のプログラムとして病院主体で継続実施していくことが決まった。このような動きが全国の病院に広まっていくことが強く望まれる。

②伊勢原協同病院も平成18年度からプログラムを実施してきており、受講率は1割5分~2割5分と低いものの、安定的に実施されている。ここの特徴は、父親への呼びかけを積極的に行っているため、受講者の中で父親の占める割合は毎年3割を超えていて、5病院の中で最も多い。

プログラム指導者が少ないため、受講率は低いですが、父親を含めて多くの養育者にプログラムを実施している姿勢を高く評価したい。

③徳島大学附属病院は、5病院の中で一番最後に参加した病院だが、熱心に取り組んでいて、受講率は毎年8割を維持し、平成22年度は9割を超えた。ただし、父親の参加率が低いのがやや



残念であるが、平成 21 年度に 7.9%まで落ち込んだ父親の参加率が 22 年度には 9.4%に回復しており、努力の様子がうかがえる。

④豊田厚生病院は、出産数が他の病院の半分弱で少ないが、熱心に広報活動を実施しており、約 8 割の高い受講率を保っている。父親の占める割合がだんだん低下する傾向にあるので、父親の参加率を高める努力が必要である。

⑤恵生会病院は、妊娠中の両親学級でプログラムを実施しているため、6 割程度の受講率を維持できているが、減少傾向にあり、その原因の解明が望まれる。

両親学級という特長を活かして、父親の占める割合は 3 割と、好成績を収めている。

## 2) 今後の課題

それぞれの病院が特色ある取り組みをしていて、非常に頼もしい。

伊勢原協同病院は少ない指導者で非常に努力されているが、できれば、指導者を増やすことによって全体的な受講率の向上に取り組んでいただきたい。

恵生会病院は、両親学級で実施する SBS 予防プログラムの効用を全国に発信していただきたい。

東海大学附属病院、豊田厚生病院、徳

島大学附属病院には、父親の参加率向上のためにさらなる努力をお願いしたい。

今回は、3 か年分の受講率の集計結果報告に留まったが、データとしては、SBS の周知率・周知の媒体、知っていた知識と教育内容との相違、「高い高い」に関する理解度、電話追跡調査の結果など、分析に値するものがたくさん集まっているので、今後の研究成果として順次公表していきたい。

## E. 結論

日本中でたった 5 病院であるが、地道な努力によって SBS に関する「予防プログラム」が着実に実施され、赤ちゃんが泣きやまないときの正しい対処法と赤ちゃんを揺さぶることの危険性に関する知識が乳幼児を持つ親たちに少しずつ広まっている。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

未

## H. 知的財産権の出願・登録状況

未

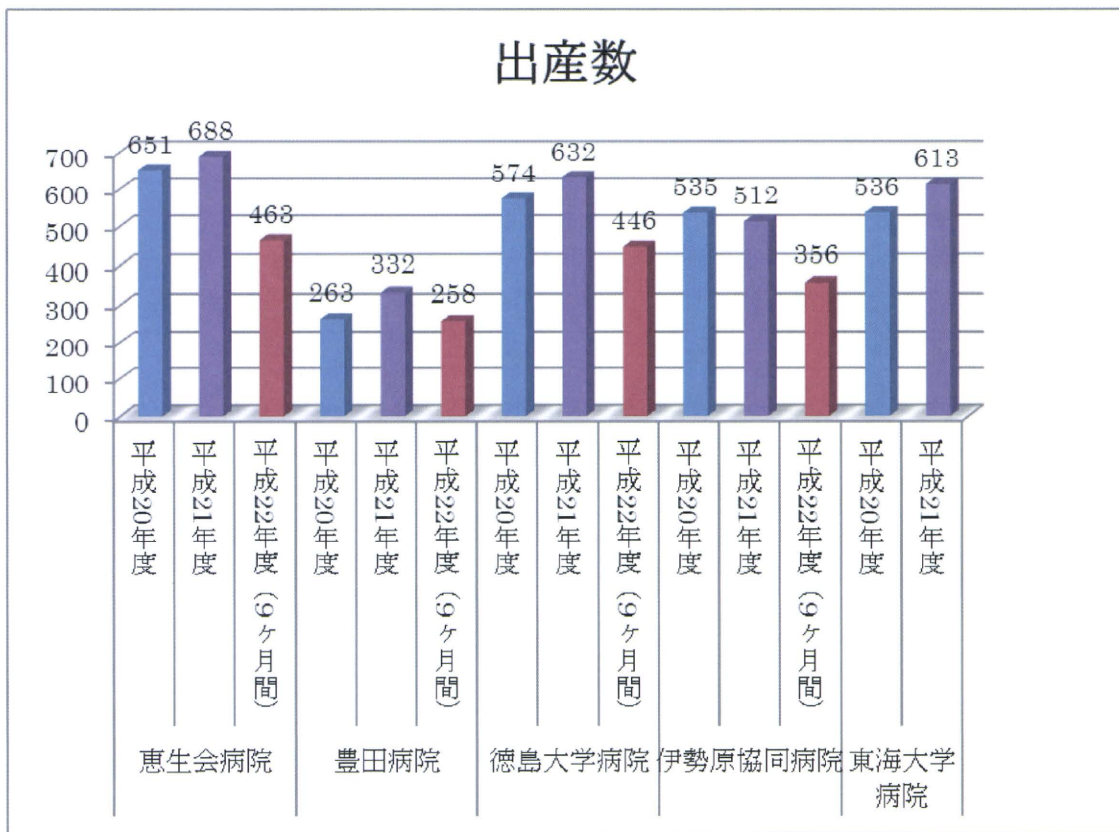


図 1

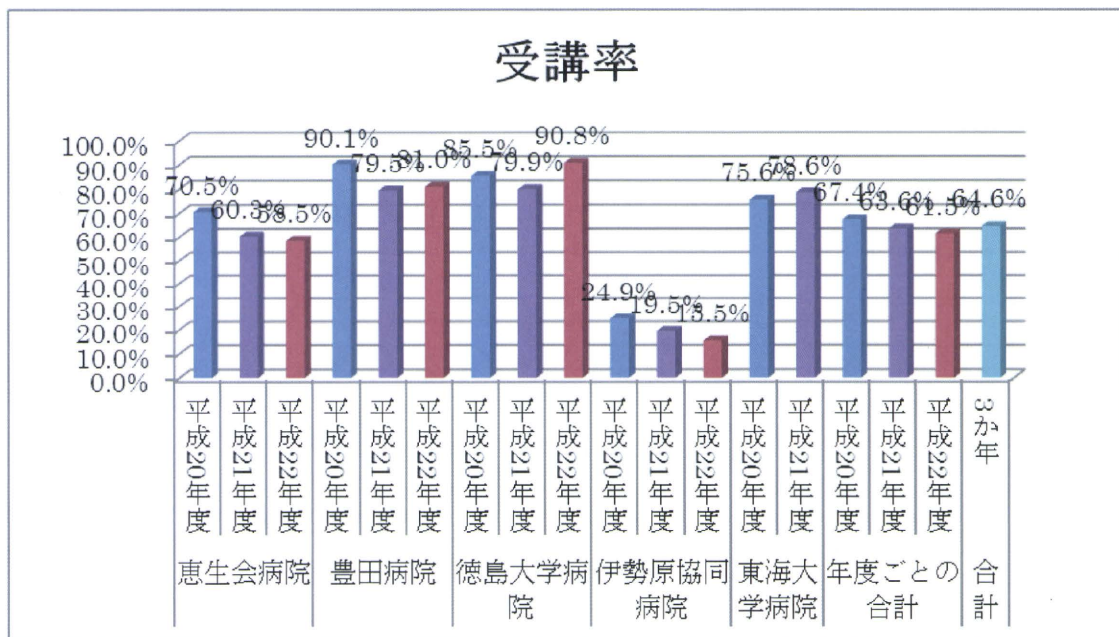


図 2

## 受講者の内訳

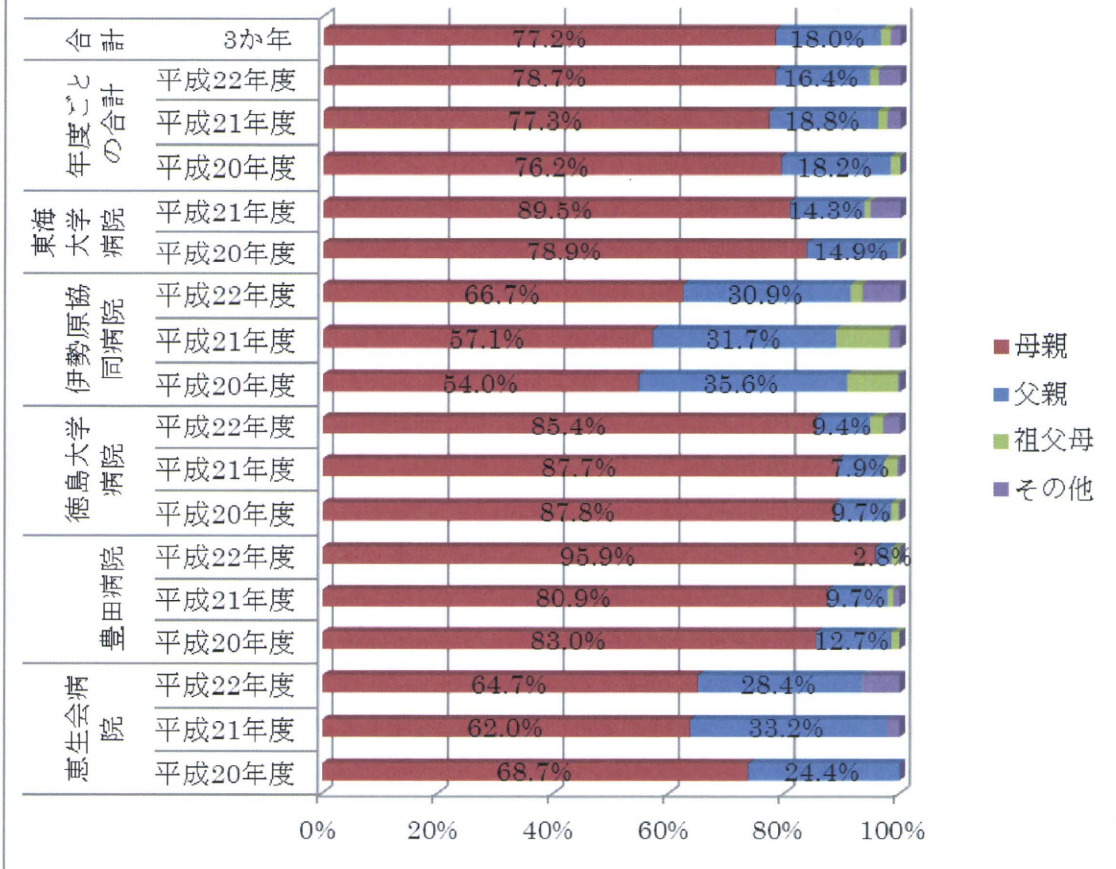


図 3

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）

分担総合研究報告書

## 虐待対応連携における医療機関の役割 （予防、医学的アセスメントなど）に関する研究

分担研究者 山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

### 研究2. 医療対応上の必要性に応じた各種子ども虐待診断マニュアル

研究協力者 溝口 史剛 群馬大学大学院小児科

研究要旨 虐待医療のシステムや教育体制が発展途上の本邦の現状で、有用となりうる医療機関向けマニュアルの作成を行った。一つのマニュアルで、すべてのニーズを満たすことは困難であり、医療対応上の必要レベル別に、3種のマニュアルの作成を立案した。1つは一般医師向けマニュアルで、2つ目は一般小児科医・虐待対応組織メンバー医師向けマニュアル、3つ目は専門医向けマニュアルである。そのうちの一般医師向けマニュアル・一般小児科医・虐待対応組織メンバー医師向けマニュアルにつき提示し、専門医向けマニュアルに関しては、米国専門医のContents Outlineを翻訳し、提示する。

虐待診断（虐待の除外診断）は、医療機関のみでなしうるものではなく、多機関連携チーム（MDT）で行う以外に真の解決策はない。本マニュアルは、本邦の虐待医学診断のボトムアップの一助として利用されうるとともに、各地域での連携強化のツール、また虐待医学教育のツールとしても利用されることを期待する。

#### A. 研究目的

本邦では虐待医療に対する卒前卒後教育体制は整っておらず、また、医療機関での虐待対応がシステム化されていない。そのような現状で、有用となりうるマニュアルの作成を昨年度に引き続き行った。

すべての医師が虐待対応に長けている状況というのは現実的には不可能であ

り、医師の提供すべき、虐待医療サービスの求められる水準は、その立場によりおのずと異なる。我々は、虐待の医療対応上の必要性のレベルに応じた3種のマニュアルを作成することとした。

1つ目は、一般医師を対象としたマニュアルであり、2つ目は、一般小児科医師並びに各病院の虐待対策委員会の構成メンバーとなっている医師を主な対象とした

マニュアルである。3 つ目のマニュアルは、より専門性の高い医師に向けたものである。

## B. 研究方法

昨年度の段階で一般医向けマニュアル、小児科・虐待対応委員向けマニュアルに関しては、素案が既に完成していた。本年度は、2009 年度に立ち上がったばかりの日本子ども虐待医学研究会の有志にて、ピアレビューを行い、各マニュアルにつき brush up を行った。

日本子ども虐待医学研究会の有志から、分担研究者の山田医師のリーダーシップのもと、一般医向けマニュアル担当班（◎溝口史剛、白石美穂、西田志穂、山田不二子）、小児科・虐待対応委員向けマニュアル担当班（◎舟橋敬一、内山健一郎、溝口史剛）をきめ、各班別会合にて、修正方針を決定し、メーリングリスト上でディスカッションを行い、全体での会合で確定していくという作業を繰り返した。全体会合は 2-3 か月毎に計 4 回行った。

専門医向けマニュアルに関しては、昨年度の報告書では虐待対応専門医師サブスペシャリティとして研鑽を積む医師を増やすための、スタディーガイドの作成を行う旨記載したが、American Board of Pediatrics (ABP) で正式に subspeciality として認可された Child Abuse Pediatrics(子ども虐待専門医)の Contents Outline が、オンライン上で入手できるようになった。  
<https://www.abp.org/abpwebsite/certinfo/subspec/suboutlines/chab.pdf>  
そこで、本ガイドラインで示された履修

到達目標に至る知識の自己学習ができるよう、欧米の成書の翻訳を行う方針とした。

(倫理面への配慮)

事例等の個人が特定されるような内容のものが含まれないように配慮を行った。

## C. 研究結果

### 1. 一般医向けマニュアル

ピアレビューの過程で、出来上がったマニュアルを別途添付する。

本マニュアルは、日常診療上子どもと接する機会が少なく、虐待事例に遭遇することを想定していない二・三次医療機関医師や、システムとして虐待に対応することが困難な 1 次医療機関医師向けに、実際に虐待が疑われる症例に遭遇した際に、地域の虐待対応システムに繋げる為に必要な、最低限の情報を絞った。

昨年度の素案からデザインを brush up し、また群馬県の子ども虐待多職種連携委員会の場で、実際の開業医師から出された意見も、マニュアルに盛り込んだ。

### 2. 一般小児科医師並びに各病院の虐待対策委員会の構成メンバー向けマニュアル

本マニュアルの内容に関しても、その内容につき添付する。実際の使用に関しては、いつでも内容を参照できるべく A6 判とし、白衣の胸ポケットに収めて使用するスタイルを想定して作成した。ただし試作段階で、一次医療機関医師からのニーズも多く寄せられた。一次医療機関

においては、据え置いて使用する事が想定され、そのような使用時により使いやすい A5 判での印刷にも対応できる版を用意した。

本マニュアルの対象者は、虐待事例に遭遇し、中心となり対応することが予想される医師である。しかし、そのような医師であっても、虐待対応トレーニングを受けたことのある医師はわずかであると思われ、各トピックを1ページ読みきりとなるように記載した。先に述べた A6 判であれば常にポケットに携帯でき、折に触れて読むことで自然に虐待対応準備性が身につくことを期待した。

### 3. 専門医向けマニュアル

先に述べた ABP の Contents Outline の幅広い履修目標に関して、1冊で網羅されている成書は、欧米の書籍でもそれほど多くはない。候補として挙げられた成書として、Robert M. Reece 編著の Child Abuse: Medical Diagnosis and Management 第3版(2008)、Angelo P. Giardino 編著の A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect 第2版(2010)、Carole Jenny 編著の Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence(2010)がある。うち既に日本の出版社にて著作権・翻訳権取得がなされている Reece の書籍が、最も早期に publish できる可能性が高く、翻訳作業を開始している。(本報告書提出時点で8割翻訳作業を終えている)。本事業と離れた形での作業となったが、本書の出版にて、当初の3種のマニュアルの作成という目的は満たされるものと考えている。本事業の報告としては、ABP の Child Abuse

Pediatrics の Contents Outline の翻訳を添付する。

### D. 考察

本事業は本年度が最終年度であるが、その間、臓器移植法の改正等により、虐待医学診断に対する重要性の認識はある程度向上したと実感する。しかしながら虐待診断(虐待の除外診断)は、医療機関のみでなしうるものではなく、多機関連携チーム(MDT)で行う以外に真の解決策はない。本邦での要保護児童対策地域協議会は、虐待確定後の継続支援体制構築にはきわめて強力な役割を果たしているが、新規事例における急性期の虐待の正確な評価、ならびに訴追も含めた司法医学的な対応については無力である。連携が進まぬ背景には、縦割り行政という問題もあるが、医療機関での医学診断というものについての必要性、重要性が、福祉機関、捜査機関側に正確に認知されていないという点も少なからずあげられる。本事業で作成した各マニュアルが、本邦での虐待医学診断のボトムアップの一助となれば幸いである。

群馬県においては、本マニュアルの活用方法につきディスカッションを重ねていく中で、多機関連携が前進していくことを実感した。

各自治体、病院、司法関係等で各マニュアルの入手を希望される方があれば、分担研究者もしくは研究協力者に連絡をいただきたい。各地域での連携強化のツール、また虐待医学教育のツールとしても利用していただければ幸いである。

### E. 結論

虐待の医療対応上の必要性のレベルに応じ、一般医向けマニュアル、一般小児科医師並びに病院虐待対策委員会の構成メンバー医師向けマニュアルを作成し、虐待専門医師として求められる Contents Outline につき示した。

医療機関での本マニュアルは完成されたものではなく、あくまで、現実に利用してもらいながら、より有用性の高いものに改訂されていくべきものである。

有用性や改善点につき、フィードバックを受けながら、改善していきたいと考えている。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

該当なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

##### 1. 特許取得

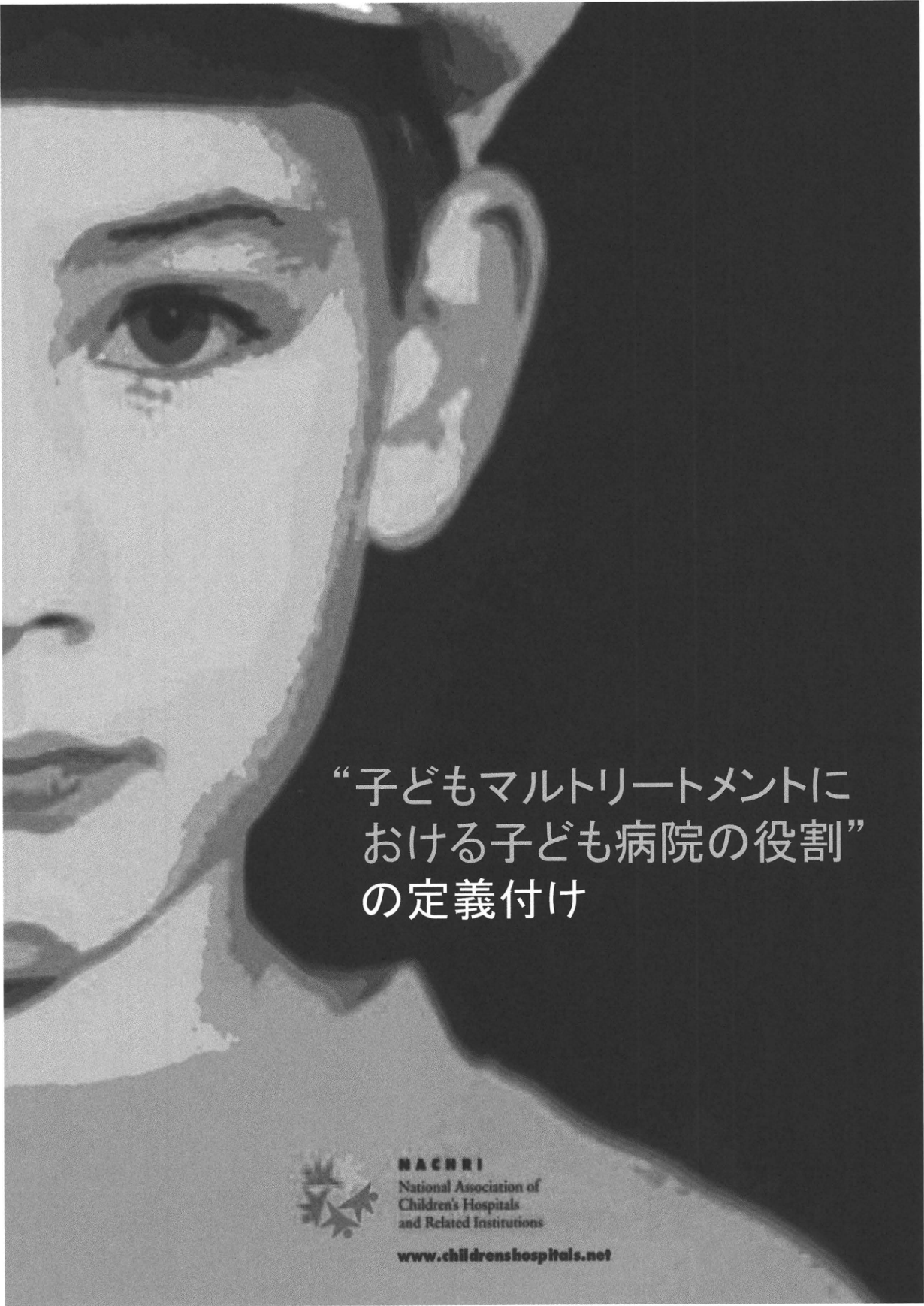
該当なし

##### 2. 実用新案登録

該当なし

##### 3. その他

なし



“子どもマルトリートメントに  
おける子ども病院の役割”  
の定義付け



**NACHRI**  
National Association of  
Children's Hospitals  
and Related Institutions

[www.childrenshospitals.net](http://www.childrenshospitals.net)



## 目次

### “子どものマルトリートメントにおける子ども病院の役割”の定義付け

はじめに.....	2
3段階システム.....	3
このガイドラインの利用方法.....	4
非急性治療体制における子ども虐待への対応.....	4
コミュニティ・ニーズの把握.....	5
補足資料について.....	5
セクション1    子ども病院の構造とスタッフ配置	
<b>子ども保護チーム</b> .....	<b>6</b>
第1章: 医療のリーダーシップ.....	8
第2章: チーム運営と調整.....	10
第3章: その他のプロフェッショナル.....	13
セクション2 <b>子ども病院の機能</b>	
<b>子ども保護チーム</b> .....	<b>15</b>
第4章: 臨床業務.....	16
第5章: 指針.....	18
第6章: 防止と支持活動.....	21
第7章: コミュニティと協力.....	25
第8章: 教育.....	29
第9章: 研究.....	32
セクション3 <b>子ども病院の運営インフラ</b>	
<b>子ども保護チーム</b> .....	<b>34</b>
第10章: 資金調達と償還.....	35
第11章: リスク・マネージメント.....	38
結論.....	40
参考文献.....	41
補足資料.....	42
付属資料 A: 子ども虐待資料、会議および研修.....	42
付属資料 B: 非営利団体向けロビー活動Q&A.....	46
付属資料 C: 子どもの権利擁護および防止プログラム報告例.....	49
付属資料 D: 契約および役務契約例.....	55
謝辞.....	58



## はじめに

子どもの虐待とネグレクト症例に接していない病院はない。たとえ病院に子ども虐待の専門プログラムがないとしても、子どものマルトリートメントは避けて通れない医療的問題である。虐待を受けた子どもが救急外来を受診した場合でも、専門的病院によって行われた往診や訪問看護等の際に子どものマルトリートメントが発見された場合も、迅速な対応が必要である。

子ども病院は、各々の病院においても、また病院全体としても、被虐待児や被ネグレクト児の医療ケアにおいて、議論の余地のないリーダーであり、出来ることはもっとあるはずである。毎年全米で300万件を超える子ども虐待およびネグレクト症例が報告されている事実は、全ての子ども病院に、緊急に行動を起こすことを促すものである（DHHS, 2005年）。さらにその緊急性を強調するものは、子ども虐待に関連した入院期間が2倍に延び、診断数も2倍に増加し、他の子どもの入院事例の2倍の費用がかかっている現実である（Rovi, 2004年）。子ども保護機関に報告されている子ども虐待およびネグレクト症例にかかる医療および精神保健費用は、年間20億ドルを上回っているのである（NCANDS, 2005年）。

“子どものマルトリートメントにおける子ども病院の役割の定義付け”は、子ども病院の設立、発展、および子ども虐待およびネグレクトへの持続的な対応プログラム向上のため、National Association of Children’s Hospitals and Related Institutions (NACHRI) が作成した総合的ガイドラインである。本ガイドラインは子ども虐待の専門家と、子ども病院の運営者による1年以上の議論を経て作成された。専門家はAmerican Academy of Pediatrics, Association of Medical School Pediatric Department Chairs, Ray E. Helfer Society およびNational Children’s Allianceを含む主要な協力機関から召集された。子どもの健康に関するリーダーがこのプロジェクトに提供した専門知識と貢献は、わが国の最も弱者である子どもに対する、子ども病院の対応を進歩させるであろう。

米国における最初の子どもマルトリートメント・チームは、Children’s Hospital of Pittsburgh およびChildrens Hospital Los Angelesで1950年代に結成された。以来、全国の子ども病院で、医者個人の消耗的な取り組みから、何十人もの専門家が配属された医療機関へ、プログラムの改善が行われてきた。そして、医療的介入の標準が設定されてきたのである。コミュニティの対応に不可欠なことは、子どもの虐待が、訴追や法執行の観点のみではなく、公共の保健問題として、医療の専門知識と視点でも捉えられることである。目的は、被虐待児それぞれの医療的ニーズに応え、また十分な医療サービスを受ける機会がないことも多いハイ・リスク群の、医学的包括評価を行いそして、身体的、精神的治療を行うことである。

最近まで、子ども虐待は医学会からは評価されていない専門分野で、子ども病院での子ども虐待・ネグレクトのプログラムは、取り組みを先導する包括的なシステムもなく、同プログラムがどのコミュニティに向けたものかも確立されないまま進められてきた。本ガイドラインは子ども病院が、どのような子どもマルトリートメント・プログラムを提供すべきかについて、インフラ、スタッフ、機能、および“基本的”プログラムとしてのシステム、“発展的”プログラム、または“専門拠点向け”の観点から概要を示したものである。

### 3段階システム

本ガイドラインは、その**基本的システム**の題目で、子ども虐待およびネグレクトにおいて、子ども病院が包括的に有すべき、そのコミュニティの医療ニーズに応える基本的な能力を呈示している。どのようなスタッフが必要か？ どのような指針を持つべきか？ 各地域のどのような他分野の専門家と協力すれば、プログラムが有効に働くか？ 子ども病院で本格的な、あるいは基本的な、子どものマルトリートメント・チームを立ち上げるために特に重要なこれらの質問が、このガイドラインに示されている。

子ども病院は、その立地するコミュニティ同様、独自性があるものである。個々の病院およびコミュニティには、基本プログラムに不適合または不適切な特定の要素が必ずあるものである。しかし、総じて言えば、これらのガイドラインに示された基本プログラムの枠組みは、殆どの子ども病院に当てはまるものである。

**発展的プログラム**の段階は、スタッフの能力補強という意味で、全般的に進歩したものである。例えば、プログラムにはソーシャル・ワーカーが加わったり、常勤のリーダー医師（院長・部長・医長等）に、子どものマルトリートメント・チームを主に担当させるなどである。また、発展的プログラムは守備範囲も広がり、そのコミュニティだけでなく、地域外からの照会にも応える場合が多くなる。

**専門拠点**は、教育的、および研究的能力に優れ、また、子ども虐待およびマルトリートメントに関する地域および国内のリーダー的立場をとる、専門的医師が存在する卓越な拠点である。基本および発展プログラムも教育・研究的能力を兼ね備えている場合もあるが、専門拠点では、

特別研究員制度、多施設治験への資金協力のほか、州単位以上の広範なレベルでの、子どもマルトリートメントの大規模な予防または介入の発議を先導することも多い。

**各段階ともに、前段階のガイドライン基準を満たし、かつ維持しているとの前提のもとで作成されている。**

しかし、ある段階と次の段階の間に溢出する要素もあることは十分に考えられる。子どものマルトリートメント・プログラムは、あるカテゴリーでは基本的プログラムレベルに合致しても、別のカテゴリーでは発展的プログラムが、よりふさわしい場合もある。プログラムのリーダーがそのレベルで、全ての症例を処理できなかったとしても、そのプログラムが必要基準を満たしていないということを意味するわけではない。本ガイドラインは、ある病院のプログラムと別の病院のプログラムとを、比較するためにあるわけではない。本ガイドラインは、子ども病院が子どものマルトリートメント・プログラムを確立し、コミュニティのニーズという観点から、成長目標を設定できるよう、枠組みを示すものである。

#### このガイドラインの利用方法

本ガイドラインが提唱していないことを、明らかにしておくことは重要である。本ガイドラインは、医学的パラメータまたは医学的意思決定手順を示したものではない。特定の試験方法や手順、治療選択を規定したものでもない(これらが目的の医師は、臨床指向型資料を記載した補足資料A (42ページ)を参照してほしい)。また本ガイドラインは、新たな認定文書というわけではなく、NACHRIはいかなる新規システムも構築していない。むしろ本ガイドラインは子ども病院が、子ども虐待・ネグレクト症例に対応・治療し、調査・研究し、予防していく上で、そして全国のプログラムを強化していく上で、果たすべきリーダーとしての役割を規定したものである。

本ガイドラインは、子ども病院において利用されることを想定して作成されたが、外部へのツールとしても利用できる。病院が自己評価を行う場合や、子ども保護チームがプログラムをブラッシュアップしたり、自分たちの出来ていることを確認する場合、また本ガイドラインを地域の他の機関やコミュニティ・グループに提供すれば、子ども病院が子ども虐待およびその予防に、広義に、多領域的に機能していることを理解する手引きとなるであろう。

本ガイドラインがどのようなものであり、またどのようなものではないかを明らかにしておくことによって、NACHRIがなぜ本ガイドラインを策定したかが分かることであろう。2000年にNACHRIの評議員会は、子ども虐待・ネグレクトを組織の重点的保健医療目標に定めることを承認し、これを子どもおよび子ども病院に有益な戦略的認識とした。NACHRIはマルトリートメントを受けた子どもの医療ケアと、子どものマルトリートメント領域における子ども病院のリーダーシップ強化に重点を置いた。本ガイドライン発刊に当たりNACHRIが目指したのは、以下の点である。

1. 子ども虐待およびネグレクトの分野に著明な貢献を行う
2. 子ども虐待およびネグレクトにおいて、子ども病院が果たす独自の役割を明らかにする
3. 子ども病院が虐待およびネグレクトを受けた子どもの診断において果たす役割について、一般の関心を喚起する。

#### 非急性治療体制における子ども虐待への対応

殆どの子ども病院では、本書に概略を示す子ども保護プログラムを構築することが可能だが、必ずしも全施設で可能とは限らない。施設の中には、熱傷センターやリハビリテーション・クリニックなどの専門病院がある。これらの病院は、子どものマルトリートメント防止および介