かった事例は、児のカルテにスキャンをし経過を残す。

備考：費用の取扱
入院児：保険扱いとし、別途特別室料（1 日 9,000 円）を徴収
母　親：宿泊費は無料（付添いのため）
支援料として（２泊３日 18,840 円（食事代含む）を徴収
支援料内訳（指導料 5,000 円×3 日＋食事代 640 円（食事療養費額）×６食）
【２泊３日の場合：45,840 円（9,000 円×３日＋18,840 円】

母児同室の実施から精算までの流れ

NICUカンファレンス
・対象児の検討・選定

↓

担当医師
プライマリ看護師
・母親に説明
・母親の意思確認

↓　6階東病棟看護師長に報告

6階東病棟看護師長
・主治医ともに児の退室可能日を決定
・母親に希望日の日程確認

↓　6階西病棟看護師長に報告
（1週間前までに）

6階西病棟看護師長
・病床の調整
・医事室6西担当者に連絡

↓　6階東病棟看護師長に回答
（3日前までに）

前日（金曜日）
・共同カンファレンス
・「母児同室支援申込・予約依頼書」の作成
・食事の希望を確認
・「特別病室申込書」の作成
・「家族付添許可申請書」の作成

→
「母児同室支援申込・予約依頼書」の（写）栄養管理室へ
（金曜日の17時までに）

→
関係書類（原本）を医事室へ

栄養管理室
・食事の種類、材料の確認
・食札の準備
・翌日の勤務者への連絡
（以降　実施期間中繰り返し）
・実施日初日（土曜日）昼から最終日（月曜日）朝まで食事を提
（食事の配膳先　6階西病棟）

医事室　入院算定（6西担当）
・関係書類の確認
（それぞれの書類の原本を保管）

↓

↓　実施日初日（土曜日）
10時に6階西病棟へ転棟

実施日（土～月曜日）
・オリエンテーション
・授乳指導、沐浴、育児指導の実施
・指導の実施評価
・指導の進捗状況の確認
・NICUカンファレンスでの評価

→
全日（3日間　毎日）
「母児同室支援料」を登録

医事室　入院算定（6西担当）
・医事コンの取込・確認
・関係書類との突号
・特別病室は、入院児で算定
・母児同室支援料は、母親で算定

↓

↓

退棟　（最終日（月曜日）10時30分までに）

退院時精算
医事室　会計窓口
・入院児　入院費用＋特別病室料金を収納
・母親　母児同室支援料を収納

↓　（手続終了）

退院

母児同室支援申込・予約依頼書

平成　　年　　月　　日

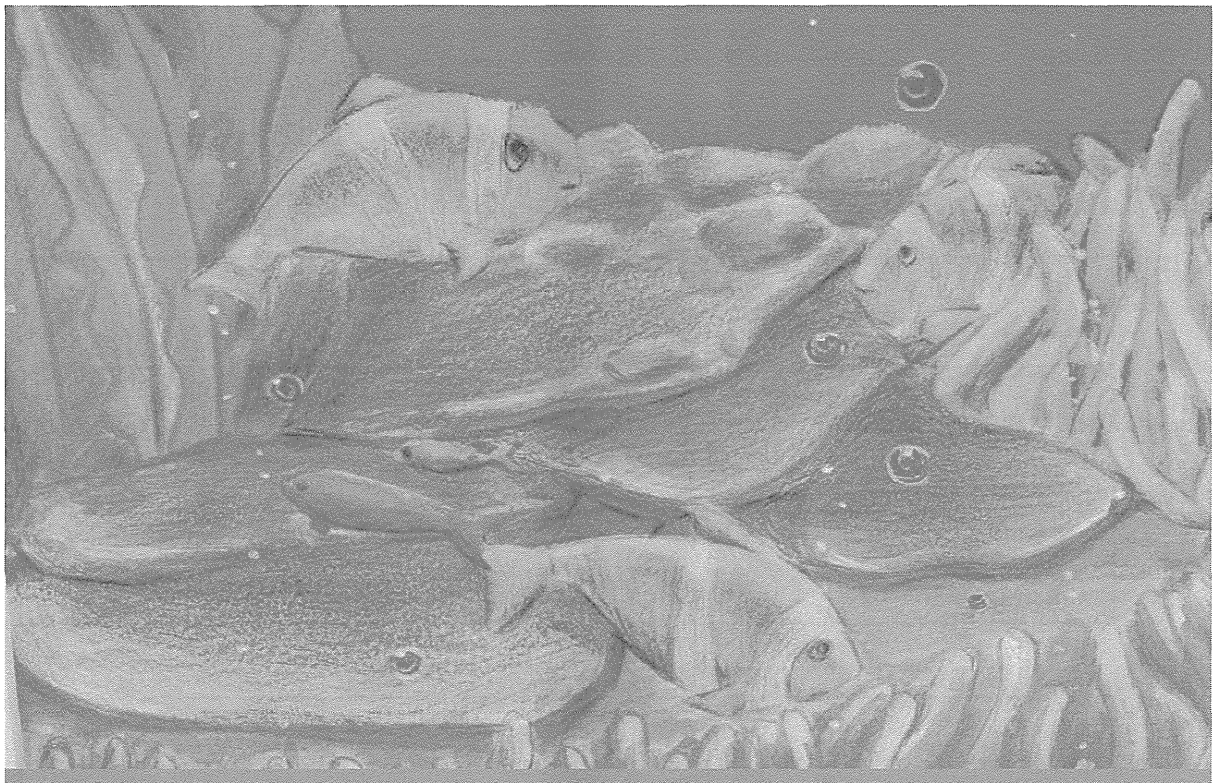
独立行政法人
国立国際医療研究センター　病院長　殿

私は、母児同室支援を受けること及び自由診療料金として定められた料金を支払うことに同意し、下記のとおり「母児同室支援」を申込（予約）いたします。

申込者（児童の母親）	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名	印		
		ID		
	生年月日	昭和・平成　年　月　日	連絡先	
	食事の有無	有　　無　　（食事のキャンセル等の変更は出来ません。）		

対象児童	フリガナ			
	氏　名			
		ID		
	生年月日	平成　年　月　日	性　別	男性　・　女性

予約日時	平成　年　月　日（　）　時　分 ～　平成　年　月　日（　）　時　分（　泊　日）
指導場所	階　病棟　　号室　※（特別室申込書を確認）
指　導　料	1日　5，000円　　（3日　15，000円）
食　事　代	3，840円　　（640円 × 6食）



母児同室のご案内

産科／新生児科からのお知らせ

お子様がNICU入院中のお母様に、退院前の母児同室をご案内します。お母様にとっては、長らくお子様と離れていたことで、ご自宅に帰られた後も多くの心配があることと思われます。そのようなお母様の育児に関する疑問や不安などを軽減し、家庭で安心して育児に取り組めることを目的としています。

期　間　　２泊３日程度（基本的には土、日、月）
場　所　　６階西病棟　9,000円特別室
体　制　　医師、看護師、助産師及びＭＳＷからなるチームにより対応
費　用　　お子様：保険扱による自己負担金及び特別室料(1日9,000円)
　　お母様：宿泊費は無料、指導料(2泊3日18,840円(食事代含む))

例【２泊３日：45,840円(9,000×3日+18,840円)】

国立国際医療研究センター産科／新生児科

育児指導評価表

生後（　）日目 ： 母児同室（　）日目　　□（　／　）母児同室前評価（前日引き継）
体重（　　）g （前日比　　g）
①哺乳 ： 直母 実施（　）回　　問題　○なし　○あり　○自立
　　瓶乳 実施（　）回　　問題　○なし　○あり　○自立

②排泄管理 ： オムツ交換　　： 実施　○有　○無　　問題　○なし　○あり　○自立
　　肛門刺激（綿棒）： 実施　○有　○無　　問題　○なし　○あり　○自立
　　イチジク浣腸　　： 実施　○有　○無　　問題　○なし　○あり　○自立

③沐浴 ： 実施（　）回目　　問題　○なし　○あり　○自立

④抱っこ ： 実施　○有　○無　　問題　○なし　○あり　○自立

⑤夜間母児同室 ： 実施（　）回目　問題　○なし　○あり　○自立

⑥［　　］ ： 実施（　）回目　問題　○なし　○あり　○自立

⑦［　　］ ： 実施（　）回目　問題　○なし　○あり　○自立

⑧背景要因 ： 問題　○なし　○あり

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU・GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービスの向上の検討

研究 2-C: 産褥ケア施設の現状の検討

研究協力者　　橋本　初江　（橋本助産院　東京都助産師会理事）

研究要旨：産科医療機関から退院直後の母子に、心身のケアや育児サポート等を行う産後ケア事業について述べる。病院出産が増加している中、産後ケア事業の母体として助産院が有力候補である。しかし、経営の観点から試算した場合、1 泊数万円が必要経費と見込まれている。補助金の割合は国が 4 分の 1、地方自治体が 4 分の 1、家族の実費が 2 分の 1 であり、いまだに家庭への負担は大きい。現時点で事業を開始した地方自治体は横浜市のみである。産褥ケアを推進するうえでの問題点について述べる。

A：　はじめに

安部晋三内閣のもと、平成 26 年度厚生労働省の母子保健対策の強化として 314 億円が計上されている。その中の「地域における切れ目ない妊娠・出産の支援の強化」では①妊娠から出産、産後までの支援の強化と②不妊治療への支援がうたわれている。①の産科医療機関からの退院直後の母子に心身のケアや育児サポート等を行う産後ケア事業の母体として助産院が有力候補である。

今回、産後母子ケアモデルが普及するために必要なものについて検討する。

B：　産後ケア事業

助産院を利用した産褥ケア施設の定義として、褥婦が新生児と産科病院を退院したあと、親戚等の支援が得られない、育児手技そのものに不安がある場合などに、褥婦と新生児が一緒に数日間利用する施設である。

武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町（東京都世田谷区）や子育て支援施設ゆりかご（長野県上田市）などは、先駆け的な産褥ケア施設で、それぞれ運営母体、料金、利用者の条件、ケアする施設の者、滞在期間、サービス内容などは特色がある（詳細はホームページ参照）。

今までも、各助産施設で個別のニーズに沿って実施されていた。今回は国と地方自治体からの補助があり、利用者の拡大が期待できる。横浜市では、産後母子ケアモデル事業を国の事業化に先駆け、2013 年 10 月 1 日から開始した。産後母子ショートステイでは、助産所で助産師が母親の心身のケア・育児素ポートを支援する。実施場所は市内 8 か所の助産所に委託する。利用者自己負担額は 1 割で、1 日当たり 3,000 円（1 泊 2 日 6,000 円）である。

C：　考察

核家族が進む中、産後の褥婦および新生児の育児支援を家族や親戚内で求めることが難しい時代になってきている。そんな中で、助産院を利用した産褥ケア施設の可能性は大きいと思われた。

しかし、経営が成り立つ入院費を試算したところ、1 泊数万円かかること、補助金の割合は国が 4 分の 1、地方自治体が 4 分の 1、家庭が 2 分の 1 の実費であり、家族の負担が大きい。一方、地方自治体の経済的負担も決して少なくなく、開始を決めた自治体は現時点で横浜市のみである。
今後、褥婦家庭に求められる産褥ケアと財源の確保、地域のコンセンサスなど問題点を克服することが重要である。また、短期間であれば、我々が実施している院内母子同室制度（研究 2-B. 国際医療研究センター病院における母児同室制度の試み）も選択肢として挙げることができる。

D：結論

助産院を利用した産褥ケア施設は経営的にもいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

研究３：NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待予防についての研究

研究分担者　　赤平　百絵　（国際医療研究センター病院　小児科　ＧＣＵ科長）

研究要旨：子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第１次から第９次報告の累計）によると、心中以外の虐待死事例で死亡した子どもの全数は 495 人、年齢は 0 歳が 218 人 (49.5%) と最も多い。それらのうち、0 日・0 か月児の死亡事例の 100 例（20.2%）であり、さらに日齢 0 日児事例が 83 人(16.8%) ある。国際医療研究センター病院では、NICU・GCU 入院新生児というリスクの高い児の適切な外来フォローについて言及した。倉敷成人病センターでは、出生前の虐待対応開始のためのシステム作りを行った。さらに、子ども虐待防止委員会設置前後における院内職員の子ども虐待の意識調査を行った。

研究 3-A.　NICU 及び GCU 入院新生児の周産期危険因子とフォローアップ体制について

研究要旨：NICU・GCU に入院した新生児が、早期に必要な退院支援・福祉サービスを享受できるよう、入院時評価票を用いて社会的にリスクのある児を抽出した。それらの児が退院後の外来で適切なフォローアップが行われているかについて検討した。対象は、2011 年 1 月から 2013 年 5 月までに、国際医療研究センター病院 NICU に入院した新生児 431 名で、そのうち 97 名が該当した。乳児院へ転院した 6 名は全員を妊婦健診未受診かつ未入籍であった。それら 6 名を除く 91 名について検討したところ、83 名は外来受診を継続し、8 名が中断した。保健師介入は、外来継続の 83 名中 24 名に、外来中断の 8 名中 5 名に行われていた。外来中断した 8 名のうち、6 名において連絡が取れなくなり、2 名（双胎）が母国に帰国した。新生児が退院する前に、適切な保健師による地域介入・連携にもかかわらず、外来中断するものが多かった。今後、さらに適切なフォロー体制を確立することが必要と思われた。

研究 3-B.　一般病院における子ども虐待防止スクリーニングシステムの構築 ── 同意通告と代理通告 ──

研究要旨：妊娠中に始まり出産後にも継続するシステムでの子ども虐待発見率は悉皆調査で 1.0% であった。CAPS 設置前と後で子ども虐待通告率は 0.6→1.3%と倍増した。職員の子ども虐待防止への意識向上には法人認可の子ども虐待止委員会の設置が有効であった。保護者と医療者による同意に基づく通告後も保護者との関係性を概ね維持することが可能だった。

研究 3-C.　院内職員に対する子ども虐待に関する意識調査

研究要旨：倉敷成人病センター全職員を対象としたアンケート調査により、子ども虐待防止委員会（Child Abuse Protection System　CAPS、以下 CAPS）設置前後の子ども虐待対応に関する職員の意識の変化を検討した結果、子ども虐待の早期発見努力・通告義務に関する意識の向上を認められた。医療機関における子ども虐待対応に関する意識向上には虐待防止マニュアルによる周知徹底、定期的な研修会開催に加えて、日常業務の中で発生する子ども虐待対応に対する CAPS の積極的関与が大切であると考えられた。

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待予防についての研究

研究 3-A: NICU・GCU に社会的ハイリスク妊婦から出生し，当センターNICU に入院した児のフォローアップ体制について

研究協力者　　西端　みどり　（国際医療研究センター病院　小児科）

研究要旨：NICU・GCU に入院した新生児が、早期に必要な退院支援・福祉サービスを享受できるよう、入院時評価票を用いて社会的にリスクのある児を抽出した。それらの児が退院後の外来で適切なフォローアップが行われているかについて検討した。対象は、2011 年 1 月から 2013 年 5 月までに、国際医療研究センター病院 NICU に入院した新生児 431 名で、そのうち 97 名が該当した。乳児院へ転院した 6 名は全員を妊婦健診未受診かつ未入籍であった。それら 6 名を除く 91 名について検討したところ、83 名は外来受診を継続し、8 名が中断した。保健師介入は、外来継続の 83 名中 24 名に、外来中断の 8 名中 5 名に行われていた。外来中断した 8 名のうち、6 名において連絡が取れなくなり、2 名（双胎）が母国に帰国した。新生児が退院する前に、適切な保健師による地域介入・連携にもかかわらず、外来中断するものが多かった。今後、さらに適切なフォロー体制を確立することが必要と思われた。

A：　研究目的

近年、妊娠への認識低下、妊婦健診未受診、保護者の育児能力不足や育児支援体制の欠落などより良好な育児環境下にない新生児が増加している。特に新生児治療室に入院した児は、医療介入や出生早期の母子分離などにより、発育・発達の問題に加えて社会的問題が顕在化することが多い。

それら新生児や家族を適切に支援するために、入院時の評価方法を標準化し、早期に支援が必要な家庭を抽出して、多種専門職会議において定期的な協議を行なった。さらに退院後に外来で適切なフォローアップを受けているかについて検討した。

B：　研究方法

対象は 2011 年 1 月から 2013 年 5 月までに、国際医療研究センターNICU・GCU に入院した 431 人の新生児を、入院児評価票（研究 2-A. 国際医療研究センター病院の NICU・GCU における多種専門職会議と新生児特定集中治療室退院調整加算の表 1．入院時アセスメントシート）を用いて社会的問題を抽出した。ひとつでも該当した児は、1 週間に一度定期的に行っている多種専門職による症例検討会（以下、多種専門職検討会）を通じて医療ソーシャルワーカー(以下 MSW)に紹介した。

入院評価票は、①妊娠～出産（多胎、父母の精神・身体疾患や知的障害、出産状況）、②社会的背景（10 代の父母、母が 40 代以上の初産婦）、婚姻状況、家庭内暴力、外国籍、経済的問題、居住状況）、③育児（児の状況、同胞が 5 人以上、上の子への養育、親族等の協力、関係機関の介入）を抽出項目にした。なお、正式導入した 2012 年 4 月より前の評価項目に、若干の差異はあるがそれを加えた。

C：　研究結果

C-1.　社会的ハイリスク妊婦の特徴

研究期間中に NICU・GCU に入院した 431 名のうち、入院時評価票に該当した新生児は 97 名（22.5%）であった。内訳は、育児能力不足（精神疾患合併・経済的困窮）48 名、外国籍 43 名、未入籍 27 名、妊婦健診未受診 14 名、夜間接客業従事 6 名、児童相談所・保健所の介入歴 5 名、若年出産 1 名（重複を含む）であった。

C-2.　新生児の転帰

97 人中 90 名(92.8%)が自宅に退院した。6 名が乳児院へ、1 名が母子支援施設に退院した。

C-3.　退院後に乳児院、母子支援施設に行った児 7 名の危険因子について

7 名全員が複数の抽出項目に該当していた。3

項目該当２名、４項目該当が３名、５項目外該当が２名であった。特に、妊婦健診未受診、未入籍の項目は７名全員にあり、強力な危険因子と考えた。保健所や児童相談所の介入歴が３名にあり、妊娠中の重要な抽出項目と考えられた。しかし、今回の３名は全員、妊婦健診未受診かつ未入籍であった。

C-4.　児の外来でのフォローアップ

97名中乳児院のため転院となった6名を除く91名を外来フォローした。そのうち83名が外来で継続フォローし、８名（8.8%）は外来に受診をしなくなった。外来受診が中断した８名の診断名は、薬物離脱症候群２名（母が抗精神薬内服治療）、早産の双胎２名、低出生体重児１名、新生児黄疸１名、先天性肺炎１名、敗血症疑い１名であった。これらの病状は軽症で、入院期間も長くなかった。それら８名のうち、６名は連絡が取れず（理由は不明）、早産の双胎２名が母国へ帰国した。

C-5.　地域保健師介入

自宅に退院した91名のうち29名の事例について保健師訪問を依頼した。保健師の介入は外来継続した83名のうち24名に、外来中断した８名のうち５名に行われていた。

D：　考察

当センター病院NICU・GCUに入院した児で、入院時評価票を用いて、社会的リスクを抽出したところ、431名中97名(22.5%)が該当した。

抽出該当項目では、育児能力不足が最も多く、48名(49.5%)を占めた。乳児院・母子支援施設に入所した児の抽出項目は複数該当し、全員妊婦健診未受診かつ未入籍が含まれていた。これら２つは、危険因子として重要と思われた。

外来中断の児は、疾患が軽症である児が多く、入院期間も短かった。よって、地域保健師介入を行っていても、家族への外来継続の重要性が充分つたわれなかった可能性がある。特に８名中６名に連絡が取れなくなり、他施設への適切な紹介が行われない状況にある。地域を巻き込んだ連携方法が必要であろう。

この研究の限界としては、抽出項目に該当しなかった334名の検討は行っていない。よって、それらの中にも退院後に社会的リスクが生じ、医療・社会福祉サービスが必要になった場合もある。我々が現在しようしている評価票が妥当であるか、検討していくことが大切である。

E：結論

・入院時評価票を使用することで、退院支援・福祉サービスの早期介入ができた。
・外来受診の継続を適切に行うため、地域連携はますます重要になると思われた。
・評価票の妥当性の検討がいつ用と思われた。

F：健康危険情報

なし

G：研究発表

1.　論文発表

・細川 真一.
社会的リスクのある周産期医療 社会的リスクのある妊婦から出生した新生児のフォローアップ体制について　周産期から外来へ. 日本周産期・新生児医学会雑誌. 2013; 49(1):143-146.

２.　学会発表

・日本未熟児新生児学会（会議録）

・西端 みどり, 森本 奈央, 森 朋子, 田中 瑞恵, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次.
社会的ハイリスク妊婦から出生し当院 NICU に入院した児のフォローアップ体制について. 日本未熟児新生児学会雑誌. 2013;25(3):489.

・森本 奈央, 田中 瑞恵, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次.
母児同室に向けての当院での取り組み.
日本未熟児新生児学会雑誌 2012;24(3):635.

・兼重 昌夫, 高砂 聡志, 大熊 香織, 畠山 征, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次.
社会的ハイリスク妊娠の現状と問題点　今後の支援に向けて 妊婦健診受診状況に問題がある妊婦の児とそのフォローアップについて.
日本未熟児新生児学会雑誌。2010;22(3):469.

・日本周産期・新生児学会（会議録）

・本田 真梨, 正谷 憲宏, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次.
当院で出生した SGA 児のフォローアップにおける問題点について.

日本周産期・新生児医学会雑誌. 2013:49(2);621.

・細川 真一.
社会的リスクのある周産期医療 社会的リスクのある妊婦から出生した新生児のフォローアップ体制について　周産期から外来へ.
日本周産期・新生児医学会雑誌. 2012:48(2);311.

・赤平 百絵, 細川 真一, 兼重 昌夫, 水主川 純, 箕浦 茂樹, 松下 竹次.
当センターにおける周産期ハイリスク児の乳児虐待予防の取り組み.
日本周産期・新生児医学会雑誌 2011:47(2);365.

・兼重 昌夫, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次.
当センターNICU から乳児院、母子生活支援施設へ退院した児の検討.
日本周産期・新生児医学会雑誌. 2010:46(2);504.

H：知的財産権の出願・登録状況
なし

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

NICU及びGCU入院新生児の乳児虐待予防についての研究

研究3-B: 一般病院における子ども虐待防止スクリーニングシステムの構築
── 同意通告と代理通告 ──

研究協力者　　御牧　信義　　（一般財団法人　倉敷成人病センター小児科）

研究要旨：妊娠中に始まり出産後にも継続するシステムでの子ども虐待発見率は悉皆調査で1.0%であった。CAPS設置前と後で子ども虐待通告率は0.6→1.3%と倍増した。職員の子ども虐待防止への意識向上には法人認可の子ども虐待防止委員会の設置が有効であった。保護者と医療者による同意に基づく通告後も保護者との関係性を概ね維持することが可能だった。

A：　研究目的

子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第８次報告）によると心中以外の虐待死事例で死亡した子どもの年齢は０歳が23人（45.1%）と最も多いとされる。また平成22年度に把握した０日・０か月児の死亡事例の数は12例（12人）のうち、日齢０日児事例が９人、月齢０か月児事例が２人　とされるなど出生前の虐待対応開始が求められている。そこで当院では妊娠中に始まる子ども虐待防止を主眼とした子ども虐待防止策を新たに策定し実施した。

B：　本研究の背景

B-1：当院の医療的背景

当院は入院病床260床の一般病院であるが年間分娩数は1,635件（平成23年度）と多く、地域の周産期医療を担う中核的病院であると共に、発達障がいを含む小児神経疾患（年間小児神経外来実受診者数　1560人）の対応の中核的対応を担っているのが特徴で、周産期あるいは発達障害など子ども虐待ハイリスク児の診療機会が多い。

B-2:子ども虐待スクリーニングシステムの概要

子ども虐待スクリーニングシステムは本来、小児全員に対して実施されることが望ましいが現実的には実施不可能な面もあるため、18歳未満の外来患者に対してはサンプル調査を、入院患者および周産期対応母子（周産期対応母子に関しては妊娠34週と早期新生児期の２回）、に対し、全数調査を実施した。

当院の子ども虐待スクリーニングは法人認可のシステムとして構築されており、倉敷成人病センター子ども虐待防止委員会（Child Abuse Protection System,以下CAPS）を平成24年4月、法人として正式設置し、スクリーニング実施場所は法人内全部署とした。

子ども虐待通告は児童虐待防止法に規定されるそれに従うが、当院では通告に係る職員の負担軽減を目的に、院内職員から児童相談所などの院外諸機関への虐待通告を代理する代理通告を実施した。

虐待通告後の保護者への支援を継続するため、虐待通告前に保護者の通告同意を働きかける同意通告を原則的実施とした。

以上を踏まえて倉敷成人病センター子ども虐待対応システムを新たに構築した。スクリーニングアルゴリズムを（図１）に示した。

C：研究方法

C-1：対象

CAPSが設置された平成24年4月から平成24年10月までの7か月間の出生児913例、18歳未満の全小児入院患者 368例、および外来小児患者5,524人、計6,805例を対象とした(表１)。

C-2：スクリーニング方法

C-2-1:　周産期例全例に対する子ども虐待スクリーニング。

第１次スクリーニング:妊娠34週時に産科外来で母全員に対して助産師が指定のスクリ

ーニングシート（表２）を用いて実施。

第２次スクリーニング：早期新生児期に周産期センター看護師が全新生児と母に対して指定のスクリーニングシート（表３）を用いて実施。

第３次スクリーニング：第２次スクリーニングで１項目以上のチェックが入力された例に関し、周産期センターおよびCAPSスタッフが、保護者に聞き取り調査を行ない、母子支援の必要性、およびCAPSへの虐待報告必要性について検討した。

C-2-2:小児入院患者に対する子ども虐待スクリーニング

入院患者のうち 18 歳未満の全小児患者に対して子ども虐待チェックリスト（表４－１、表４－２）を用いて実施した。

C-2-3: 外来小児患者に対する子ども虐待スクリーニング

当院小児科外来を受診した5,524例のうち、病院受付開始からの対応で子ども虐待が疑われる児に対して子ども虐待チェックリスト（表４－１、表４－２）を用いてサンプル調査を実施した。

D： 研究結果

D-1. CAPSへ院内虐待報告の実施例

周産期例 913例中12例(1.3%))、小児入院患者368例中 6例(1.6%)、5,524例中外来患者 5例(0.09%)であった。

D-2. 院外機関への通告実施例

周産期スクリーニング実施例 ではなかった。小児入院患者2例、外来患者3例であり、院外機関への通告率は6,805例中5例（0.07%）であった。そのうち全数スクリーニングを実施した周産期例および小児入院患者での通告例は913+368例中2例(0.16%)であった。通告先は児童相談所3例、地域子ども相談センター（要保護児童対策地域協議会の行政窓口） 4例、警察1例であった。

D-3 . 周産期の全数スクリーニング成績

周産期スクリーニングを実施した全出生児と母 913例のうち、母子支援が必要と考えられた例は913例中117例（12.8%）であった。虐待疑い例（CAPSの院内報告例）は913例中12例（1.3%)。であった。スクーリング全体のまとめを表5に示す。

D-4. 同意通告例のまとめ

同意通告実施が可能であったのは小児入院患者2例中1例、外来患者3例全員であり、虐待通告例のうち同意通告可能例は5例中4例(80%)であった。同意通告例4例の虐待重症度の判定は1,2,3,5（岡山県の基準）が各々1例であり、虐待の程度と同意通告の間に相関性は乏しかった。複数の骨折と重症度が最も高かった乳児例1例では入院監視、警察への通報、および児童相談所での一時保護が実施されたが、母親の了解に基づく同意通告は可能であった。

4例とも児童相談所への同意通告後に保護者との関係性を維持することは可能であったが、警察への通報＋一時保護実施例1例においては警察介入後に医療機関からの介入は困難となった（表６）。

D-5. 虐待スクリーニングの精度

最終的な虐待判定を指標とした本スクリーニングでの虐待推定の感度は5例中5例（100%)、特異度は7469例中7446例（99.7%)、そして陽性反応的中度は28例中5例（17.8%）であった（表７）。

D-6. 職員の意識変化

CAPS設置後、特に同意通告の導入により、第一線の職員の虐待通告に関する心理的負担が軽減された。職員、特に看護師の子ども虐待への意識が高まり、CAPSへの院内報告が増えた。また事務待合での病院事務職員からの情報収集も行われるようになった。医師に関しては小児科医師の意識はCAPS設置前から高かったが、CAPS設置後に小児科以外の医師から子ども虐待に関する相談、紹介が増え、医師を含めて、法人全体で子ども虐待への意識が高まったと感じられた。

E： 考察

一般的医療機関における悉皆調査による子ども虐待通告率は0.16%と考えられた。

周産期母子支援を要する例は CAPS 設置により、職員の対応が改善し、減少した可能性が示唆された。

同意通告は虐待重症度が高くても可能で、通告後の医療機関―患者家族との関係性維持はある程度、可能であった。代理通告により、職員の虐待通告へのストレスが軽減された。法人認可での CAPS 設置は職員の子ども虐待への意識の高まりに寄与した。周産期、特に妊娠中からの全数スクリーニングは虐待防止および母子支

援に対する出生前対応と位置づけられる。

F：結論

一般的医療機関における悉皆調査による子ども虐待通告率 0.16%は注目すべき所見と考えられた。周産期悉皆調査は虐待対応例のみならず、母子支援必要例を明確化することに有用であった。代理通告は虐待通告に対する職員のストレス軽減に有効と考えられた。子ども虐待対応に対する医療機関職員の意識向上には医療機関全体としての意識統一が有用であった。

G：健康危険情報

なし

H：研究発表

1．　論文発表

なし

2．　学会発表

1）第 18 回日本子ども虐待防止学会学術集会 高知りょうま大会

「当院における子ども虐待防止の取り組み --- 代理通告と同意通告 ---」倉敷成人病センター小児科　御牧信義ら　2012 年 12 月 7～8 日　高知

2）岡山市医師会　保育園医・幼稚園医部会研修会　（岡山市医師会・岡山市内医師会連合会・岡山市保健所共催）乳幼児健診講習会　「倉敷成人病センター子ども虐待防止委員会の活動について」倉敷成人病センター小児科　御牧信義 2013 年 3 月 14 日（木）　岡山

I：知的財産権の出願・登録状況

特になし。

図1　　倉敷成人病センター子ども虐待対応システム

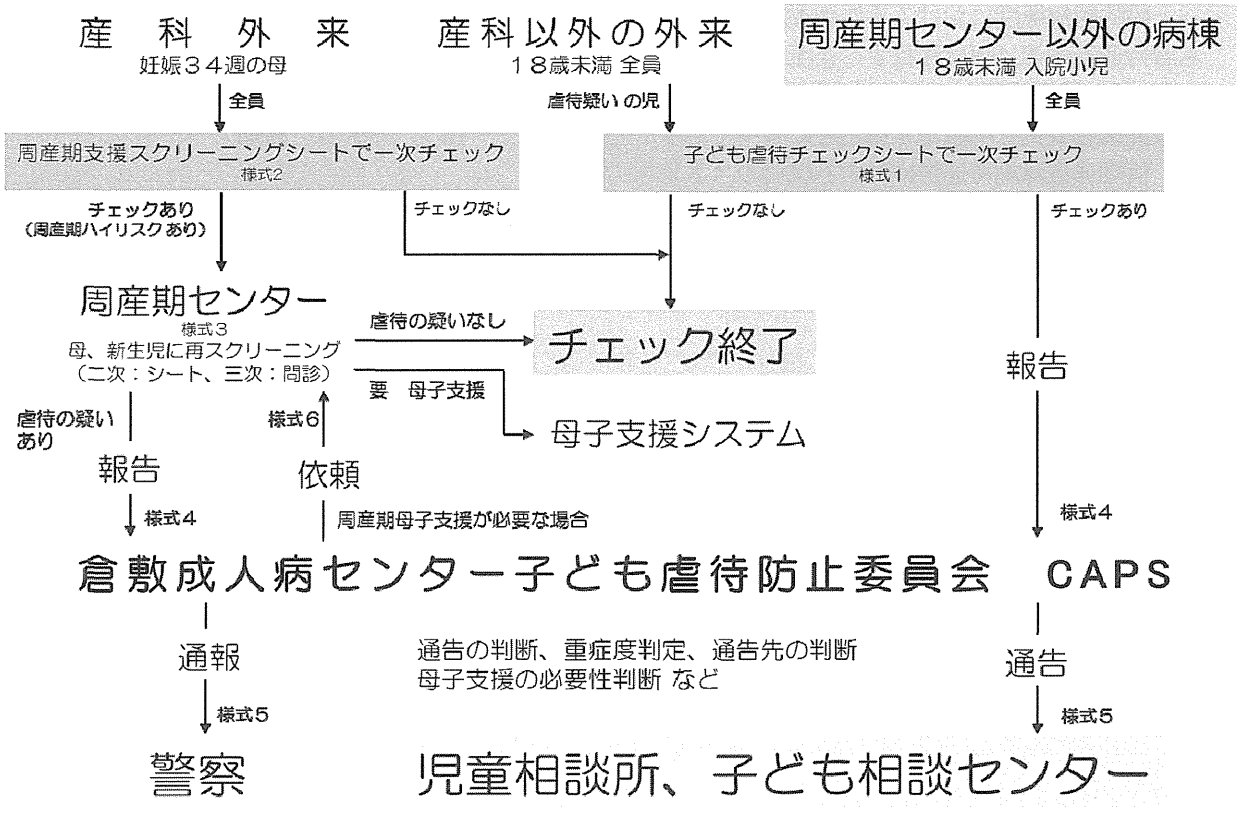


表1　　スクリーニング期間と対象

調査期間

H24/4（CAPS設置）～H24/10

対象

当院で出生した全新生児	９１３人
小児入院患者（18歳未満）	３６８人
外来小児患者（18歳未満）	5,５２４人
合計	6,８０５人

表２　周産期支援スクリーニングシート（妊婦、産婦用）

病棟名		母：	氏名
入院日	平成　年　月　日		ＩＤ
記入日	平成　年　月　日		診断
記載者			主治医

産科外来あるいは周産期センターでチェックする項目	
妊娠中の母体の観察	
多胎合併	□双胎　□品胎以上
精神疾患	□あり
理解力	□同じ質問を何回もする　□その他
妊娠状況	□望まない妊娠　□定期健診受診無　□その他
上の子への対応	□子どもと視線を合わせない　□子どもを放置　□無視・拒否 □話しかけが出来ない　□叩く等の暴力行為
身体的障害	□あり（　　）
母体の社会的背景	
夫婦の年齢	□１０代(夫) □１０代(妻)　□４０代以上
外国籍	□夫（　　）　□妻（　　）
婚姻状況	□再婚　□内縁　□未婚　□その他
子どもの数	□多産（４人以上）　□その他
ＤＶ（疑い）	□あり
経済状況	□夫が定職なし・職を転々としている □低収入（生活保護以下）　□失業中　□その他
居住状況	□住所不定・住民票がない
社会保障制度の利用状況	□必要な状態だが申請していない □申請中（　　） □利用している（　　）
社会資源の利用状況	□必要な状態だが申請していない □申請中（　　） □利用している（　　）

周産期センターでチェックする項目	
出産時の状況	
分娩状況	□飛込み分娩　□自宅分娩　□未健診
出産後の育児行動	
家族の協力	□得られない　□その他
児への愛着行動	□過保護的　□放任的　□その他
育児への支援者	□誰もいない　□遠方にいる　□その他
育児の仕方	□話しかけが出来ない　□その他
出産後の母の状態	
産後回復	□不良
産後不安	□マタニティブルー傾向　□その他

その他（自由記載）

対応			
周産期母子支援	□　不要	□　必要	（　　）
CAPSへの報告	□　あり	□　なし	（　　）

表3　周産期支援スクリーニングシート（新生児用）

病棟名	周産期センター	新生児名	
入院日	平成　年　月　日	生年月日	平成　年　月　日
主治医		児のＩＤ	
記入日	平成　年　月　日	児の性別	男　・　女
記載者		児の診断	
		母のＩＤ	

出生時の基本情報	
在胎週数	在胎　週　日
胎児数	□単胎 □多胎　（　胎　　番目）
出生場所	□院内 □院外　（搬送　　） □未受診
分娩方法	□経膣　□帝王切開
入院時 計測値	体重　g 身長　cm 頭囲　cm 胸囲　cm
家庭環境の情報	
両親の年齢	母親（　歳） 父親（　歳）
両親の婚姻状況	□内縁　□未婚　□再婚
兄弟姉妹	□無 □有（　人　　番目）
精神疾患	□母親 □父親
親の国籍	□両親とも外国籍 □片親のみ外国籍

状況	
面会	□無く、連絡にて来る
言葉がけ	□面会時ない
経済状況 育児能力	□問題あり（□生活保護受給） □子どもの世話が出来ない □子どもを無視・放置
予測される 医療処置	□有 □経管栄養　□胃婁　□ストマ □酸素療法　□気管切開 □人工呼吸器 □持続点滴 □保育器収容（１週間以上）
児への対応 母	□触らない　□抱かない □児と視線を合わさない
父	□触らない　□抱かない □児と視線を合わさない
退院後の養育場所	□自宅外（　　） □乳児院　□その他（　　）
退院後の養育者	□母親か父親のどちらか一方 □両親以外（　　）
育児への不安	□言葉で不安を表出している □泣いている
育児への支援者	□近隣にいない □誰もいない

社会的支援・サービス情報		
ＭＳＷ	□必要なのに連絡 未	□連絡済み
社会保障制度の 利用状況	□必要な状態だが申請していない □申請中（　　） □利用している（　　）	
社会資源の 利用状況	□必要な状態だが申請していない □申請中（　　） □利用している（　　）	

その他（自由記載）

対応			
周産期母子支援	□　不要	□　必要	（　　）
CAPSへの報告	□　あり	□　なし	（　　）

表4－1　　子ども虐待チェックリスト　　1ページ目

チェック時　　年　　月　　日　　時　チェック者（　　）所属（　　科）
患者名（　　）　ID（　　）

受付・事務部門　□
　保険　　□保険証がない　□保険証を持参していない　□生活保護　　□住所が不定
　　□母子医療　　□未払いがある　□電話がない（あっても差し止めで不通）
態度　　□事務手続きをしたがらない　　□事務の手続きに不備が多い
　　□診療への不満を誰となく言う
その他　（　　）
待合室　□
　態度　　□順番が待てない　　□他の家族とトラブルを起こす　　□態度が傲慢
　　□場所をわきまえず騒ぐ
　□子供の面倒を見ない・世話をしない・不衛生な装い
　　□子供を異様に叱ったり脅したりする　　□子供を平気で叩く
　　□子供の重症度と無関係な態度が見られる
□スタッフの言動や診療内容に文句をつける
その他（　　）
診察室　□
　親子手帳　□持参していない　　□ほとんど記載がない　　□健診歴がない・少ない
　既往歴　　□予防接種をしていない　　□既往疾患を覚えていない
　　□以前のことを聞くと極端に嫌がる　　□他医療機関の悪口を言う
　　□家族の中で既往歴の把握が異なり意見が一致しない
　現病歴　　□発症や重症状況をきちんと説明できない　　□説明が変化する
　　□保護者での説明が食い違う　　□受診までの時間経過が長い
　　□家庭看護がほとんどされていない　　□日ごろの状態が説明できない
　　□子供の病状把握ができていない
　診療説明　□状態に関わらず自己主張が強く、不要な応急処置を要望する
　　□重症度に全く関心がない　　□診断名や予後説明に耳を貸さない
　　□説明に対して質問が少ない　　□治療や入院の必要性を理解しない
　　□子供の病状より自分の都合を優先したがる　□薬など必要以上に欲しがる
　　□一回の治療で完結出来る治療法を望み、再診などを嫌う
　　□再受診などの説明を確認しない　　□家庭療育への説明を聞かない
　その他（　　）

表4－2　　子ども虐待チェックリスト　　2ページ目

子どもの身体所見□

・全身状態　□低身長（－2.0SD 未満）　□痩せ（－2.0SD 未満）　□栄養障害
□体重増加不良　□るいそう
□おおよそ不適切な服装（季節はずれ、性別不明など）
□不衛生（垢まみれ、ひどいオムツかぶれ、未治療の皮膚炎など）

・皮膚　□新旧混在の外傷痕　□多数の小さな出血班　□四肢体幹内側の傷
□不審な傷（指や紐の形の挫傷、腕や手首を巻いている挫傷など）
□不自然な熱傷（多数の円形の熱傷、手背部の熱傷、乳児の口腔内熱傷、熱源が推定できる熱傷、境界明瞭な熱傷痕など）
□頭皮内の複数の外傷や抜毛痕

・骨折　□新旧混在する複数回骨折　□多発骨折　□頭蓋骨骨折
□頭蓋骨骨折（特に縫合線を越えた頭蓋骨骨折）　□肋骨骨折
□肩甲骨骨折
□椎骨骨折　□乳児の骨折　□らせん状骨折　□鉛管骨折
※鉛管骨折：パイプを折るような外力で対側の骨皮質が保たれる骨折

・頭部　□頭蓋内出血（特に硬膜下血腫）　□眼球損傷　□網膜出血
□前眼房出血　□多発脳内出血（Abused Head Trauma AHT）

・性器　□肛門や性器周辺の外傷　□若年妊娠　□性器自身の損傷

・その他　□事故・中毒による反復障害　□反復する尿路感染症
□原因不明の疾患の反復（代理によるミュンヒハウゼン症候群等の疑い）
□原因不明もしくは説明のつかない発育発達遅延

○子どもの心理・精神・行動所見　□
□一見して子どもらしくない無表情　□動きがぎこちない
□表情が暗く・硬く、感情を余り外に出さない・出そうとしない
□触られることを異様に嫌がる　□自分からの発語が極端に少ない
□保護者が傍らに居るのと居ないのとで動きや表情が極端に変わる
□大人の顔色を窺ったり、怯えた表情をする　□異様に甘える
□注意を引く言動　□過度の乱暴な言動　□多動で落ち着きがない
□目立つ無気力さ・活動性の低下　□持続する疲労感・倦怠感
□繰り返す食行動異常（むさぼり食い、過食・拒食、異食）
□家に帰りたがらない　□繰り返す家出　□夜間遅い時間の外出
□単独での非行（特に食物を主とした盗み）　□急激な学力低下
□年齢不相応な「性」に関する言葉　□常識・社会性の顕著な欠如

●診断評価　育児障害　□グレー　□イエロー　□レッド

●報告/通告　□院内（CAPS）　□倉敷市子ども相談センター　□倉敷児童相談所
□倉敷警察署

表5　CAPS設置後の子ども虐待スクリーニング成績　(H24／4～10)

部署	人数	周産期 母子支援	CAPSへ 報告	院外へ 通告	同意 通告
周産期	913(全)	117 (12.8%)	12 (1.3%)	0	0
小児入院*	368 (全)	0	6 (1.6%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)
小児外来*	5,524(サ)	0	5	3	3
合計	6,805	57	25	5	4

表6　同意通告4例のまとめ

症例	虐待 重症度	一時保護 の有無	警察へ 通報	同意通告後 の関係維持
1	1	－	－	可能
2	2	－	－	可能
3	3	－	－	可能
4	5	入院保護	＋	可能→困難

表7　　虐待スクリーニングシステムの精度

		虐待		
		あり	なし	計
スクリーニング	陽性	5	23	28
	陰性	0	7446	7446
	計	5	7469	7474

感度　　5／5　　→　100%
特異度　　7446／7469　　→　99.7%
陽性反応的中度　　5／28　　→　17.8%