

図3 保護入院期間中の MSW 対応回数の推移

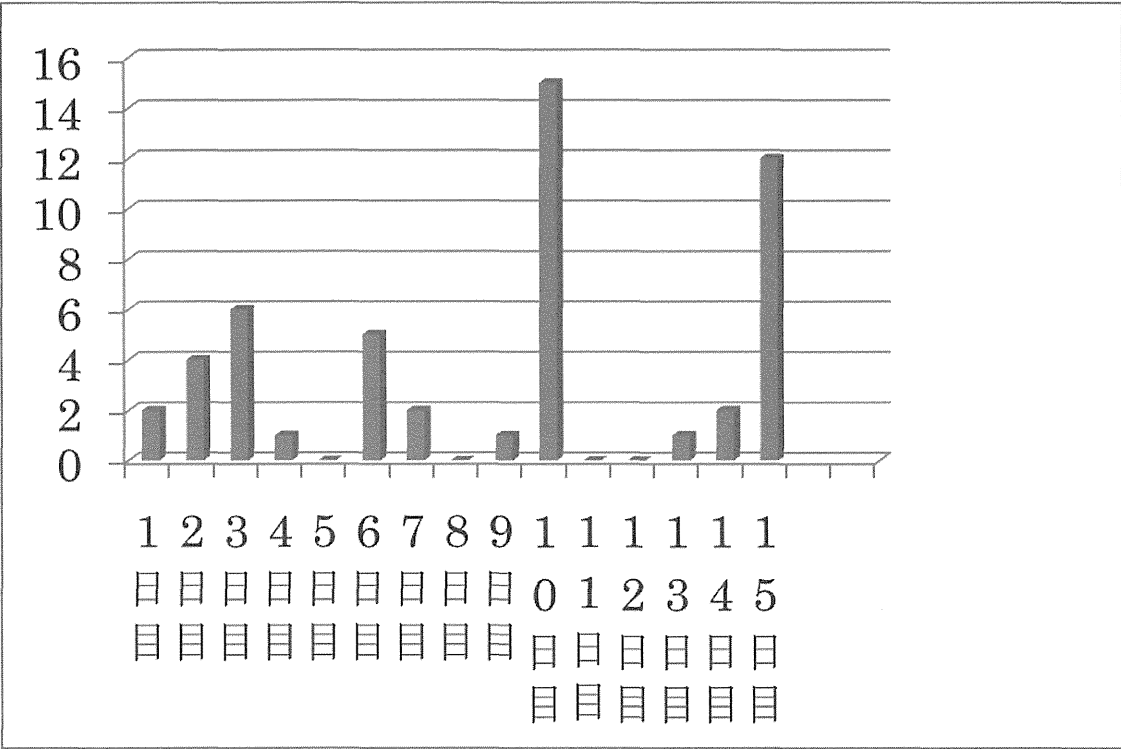


表1 代理通告導入後の 院内・院外各所への聞き取り結果

医療機関全体：	情報の集約がより容易になる発見・通告者の通常業務負担軽減が図れる 院外機関から病院に連絡しやすくなる MSW に業務負担が集中する傾向があるのが問題
医師：	診療業務への影響がほぼ無かった 責任を個人が負う意識が無くなった
医師以外の医療機関関係者：	代理通告担当者（MSW）が明確で通告しやすかった CPT を虐待に関する相談窓口としてとらえるようになった 虐待入院例の入院病棟では、同意通告か否かでストレスに差はなかった。
代理通告担当者（MSW）：	拘束時間が長く、厳しい
代理通告担当 MSW 以外の MSW：	担当 MSW と情報共有はできるがすべての例に完全対応には自信がない 担当 MSW が不在の際の代理対応で困ることがある 代理通告対応はある程度の経験が必要 経験がある MSW 間であっても共有が困難な情報もある。
院外機関：	代理通告担当者（MSW）が明確で連絡しやすい 時間外での緊急連絡へ対応を希望 複数の MSW での対応への希望

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（2 年度）

研究 3-D：妊娠中に始まる子ども虐待予防に関する周産期全数スクリーニングが
職員の意識に与える影響の検討

分担研究者 御牧 信義（倉敷成人病センター小児科）
研究協力者 高橋 澄子（倉敷成人病センター看護部）

研究要旨：虐待ハイリスク例や母子支援必要例が妊娠中に 9.8%、産直後に 10.9%の頻度で、早期発見され、妊娠中に始まる周産期全数スクリーニングにより、子ども虐待ハイリスク例あるいは母子支援必要例の早期発見・早期対応が可能と考えられた。また本スクリーニングにより、子ども虐待、早期母子支援に対する職員への意識付け効果があることが示唆された。本スクリーニングにより、職員への負荷となる場合もあり、職員の負担軽減についての配慮が必要である。

A：研究目的

当院の産科外来および周産期センターで実施している妊娠中に始まる子ども虐待予防に関する周産期全数スクリーニングを実施している。その効果は虐待通告例および早期母子支援必要例の増加という実績を残しているが、このスクリーニングシステムが職員にも種々の影響を及ぼしている。この全数スクリーニングシステムは全国稀有のシステムであると思われるため、職員への影響の検討もこれまでないと思われるので報告する。

B：研究方法

平成 24 年 4 月～平成 25 年 12 月の間に当院産科外来を受診した妊娠 34 週の全妊婦 2,949 例を対象とし、以下の子ども虐待に関する 1～3 次スクリーニングを実施した。1 次あるいは 2 次スクリーニングで 1 項目以上、1 項目以上チェックされた場合、子ども虐待疑い例とした。また 1, 2, 3 次スクリーニング結果はデータベース化したうえで、診療にかかわる部分については電子カルテに登録した。

なお本スクリーニングシステムを図 1 に示した。各スクリーニング段階の詳細は以下に示す。

1 次スクリーニング：

妊娠 34 週に当院産科外来を受診した妊婦を対象に、新たに作製した子ども虐待スクリーニングシート（妊婦、産婦用、表 1）を用いて、

1 次スクリーニングを実施した。判定はチェックが全くな要らない場合は、スクリーニング終了とし、1 項目以上チェックが入ったら、子ども虐待ハイリスク例とした。いずれの場合も 2 次スクリーニングは実施した。

2 次スクリーニング：

当センターに入院し出産した後、新生児の扱い方などを含めて評価する子ども虐待スクリーニングシート（新生児用、表 2）を用いて全新生児と母に対する第 2 次スクリーニングを全員に対して実施した。判定はチェックが全く入らない場合は、スクリーニング終了とし、1 項目以上チェックが入った場合、子ども虐待ハイリスク例とし、3 次スクリーニングを行った。

3 次スクリーニング：

第 2 次スクリーニングで虐待ハイリスクと判定された母あるいは新生児に対して、当センター看護師、助産師が病室を訪問する通常業務の一環として個別介入し、聞き取り内容、当センター内での母の様子、母の育児技術評価などを含めて出産後数日かけて総合的に複数人で、周産期母子支援、あるいは CPT への虐待報告の必要性に関して評価し、母子支援必要例と子ども虐待疑い例に区分した。

なお虐待疑い例については CPT へ所定の方法で虐待報告した。母子支援必要例に対して院内母子支援システムで対応を行う。在院中は看護師、助産師が育児技術、家庭サポートなどを

行うが、退院後、生後1ヶ月までは電話訪問で状況を把握し、必要な計画を立案し継続フォローを行うが、1ヶ月健診以後は当院小児科外来で看護師、保育士、MSWなどが小児医療チームとして対応する。必要に応じて地区担当保健師へ連絡したり、岡山県産婦人科医会「気になる母子支援」へ戸別訪問等をお願いする。

なお本スクリーニングシステムに従事している看護師、助産師に対面調査で、本システムが与える影響を聞き取った。

C：研究結果

C-1. 周産期全数スクリーニング結果（表3）

妊娠34週の妊婦2,949例に対して実施した1次スクリーニングで1項目以上チェックがあったのは290例（9.8%）だった。2次+3次スクリーニングで母子支援が必要と判断されたのは320例（10.9%）、地区担当保健師に依頼したのが66例（2.1%）で、院内CPTへ子ども虐待ハイリスクあるいは疑いで報告したのは22例（0.7%）であった。なおこの期間で院外機関への虐待通告例はなかった。

C-2. 本スクリーニング開始前の母子支援必要例に関する結果

本スクリーニング導入以前（平成21年）までは看護師、助産師が独自の視点で母子支援の必要性を判断していた。約5%の母子が退院後も対応継続が必要と判断された。それに対してスクリーニング導入後は、10.9%に増加しており、スクリーニング導入の効果がみられた。

C-3. 本スクリーニングシステムでの母子支援必要例に関する結果

本スクリーニング導入後は、継続的な母子支援必要例は10.9%とスクリーニング開始前に比し、倍増していた。

C-4. 本システムに従事する助産師・看護師への聞き取り調査結果（表4）

メリットとしては、スタッフ自身の子ども虐待、母子支援への意識が高くなった、周産期ハイリスクあるいは虐待疑い例への対応策の理解が進んだ、母子関係の背景因子に関する理解が進んだ、周産期医療に携わる新人教育の一環として機能しうるであった。デメリットは全数スクリーニング結果内容のデータベース化に係る職員の負担が過大であることであった。

D：考察

継続して母子支援が必要と判断される例は、妊娠中は9.8%、産後の母子では10.9%が発見され、早期に開始するスクリーニングの必要性が示唆された。なお判定基準が若干異なるが、本スクリーニング開始前の約5%に比し、10.9%と倍増している可能性が示唆され、妊娠期に始まる周産期全数スクリーニングにより子ども虐待ハイリスク例あるいは母子支援必要例の早期発見・早期対応が可能となると考えられた。

更に周産期全数スクリーニングにより、子ども虐待、早期母子支援に対する職員への意識付け効果があることが示唆された。

E：結論

妊娠期に始まる周産期全数スクリーニングシステムは子ども虐待ハイリスク例あるいは母子支援必要例の早期発見・早期対応が可能となると共に、子ども虐待、早期母子支援に対する職員への意識付けを向上させることが出来ると考えられた。ただシステム維持のための職員の負担について配慮することが必要であった。

F：健康危険情報 なし

G：研究発表

1. 学会発表

1) 第20回日本子ども虐待防止学会 名古屋大会

「子ども虐待防止の早期対応に係る周産期における全数スクリーニングの検討」

倉敷成人病センター看護部 高橋澄子

2014年9月14～15日 岡山

2) 第87回 日本小児科学会岡山地方会

「子ども虐待防止を目指した周産期からの全数スクリーニング」

倉敷成人病センター小児科 松田文子ら

2014年12月7日 岡山

2：論文発表

なし

H：知的財産権の出願・登録状況

なし。開示すべき利益相反もなし。

図1 周産期全数スクリーニングシステム

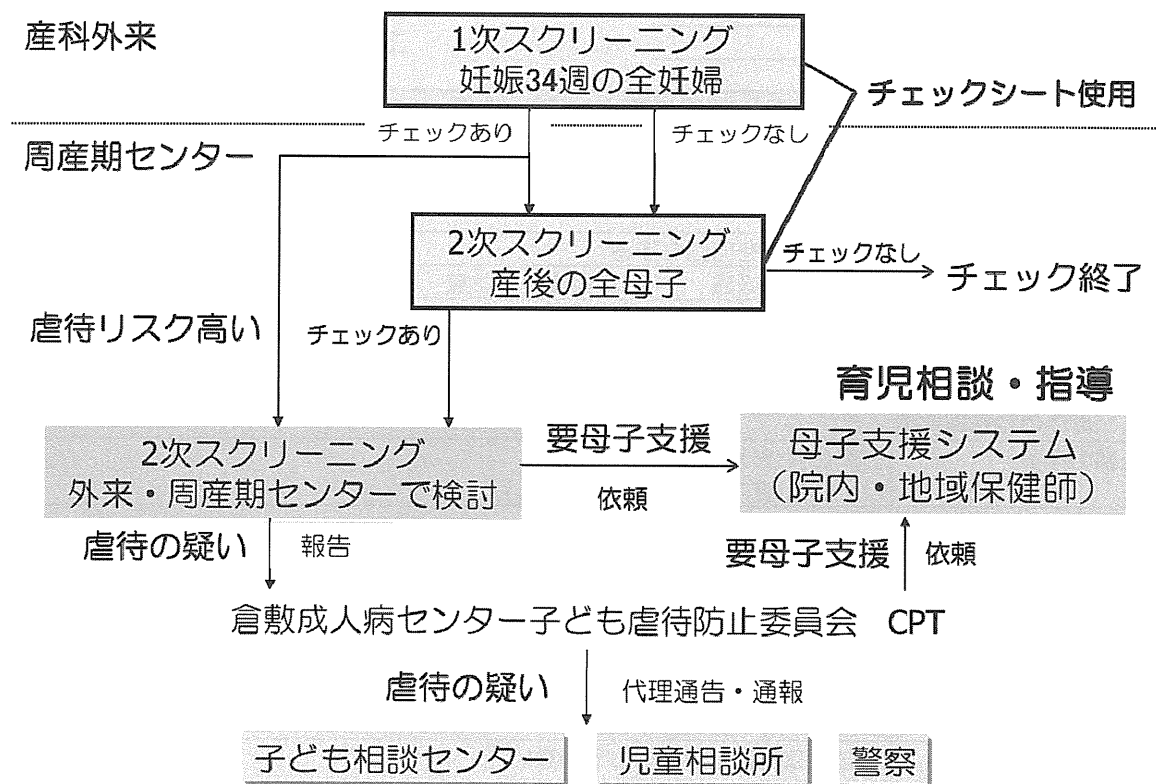


表1 周産期支援スクリーニングシート（妊婦、産婦用）

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2 周産期支援スクリーニングシート（新生児用）

病棟名
 入院日
 主治医
 記入日
 記載者

周産期センター
 平成 年 月 日
 平成 年 月 日

新生児名
 生年月日
 児のID
 児の性別
 児の診断
 母のID

平成 年 月 日
 男 ・ 女

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3 全数スクリーニング結果

1 次スクリーニングで1 項目以上チェックあり 290 例（9.8%）

2、3 次スクリーニングで

母子支援が必要	320 例（10.9%）
地区担当保健師に依頼	66 例（ 2.1%）
CPT 報告	22 例（ 0.7%）
院外機関への虐待通告	0 例

表4 周産期全数スクリーニングシステムに従事する看護師、助産師への聞き取り調査結果

メリット:

- ・スタッフ自身の子ども虐待、母子支援への意識が高くなった
- ・周産期ハイリスク例あるいは虐待疑い例に対する対応への理解が進んだ
- ・母子関係の背景因子への理解が広がった
- ・周産期医療に携わる新人に対する教育的価値を認める。

デメリット:

- ・全数スクリーニング実施による、内容のデータベース化に係る職員の負担が過大

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4：子ども虐待防止・予防のための病院間連携の設立（都市型・新宿区モデルの提唱）
（2年度）

分担研究者 赤平 百絵（国際医療研究センター病院 小児科）

研究要旨：子ども虐待を未然に防ぐために、個別の病院対応には限界があり、地域の小児科の病院間連携は必須である。初年度に、新宿区病院間連携を設立し、初年度（2014年度）に1回、2年度（2015年度）に2回の会議を開催した。医療側からは、病院勤務小児科医、医療ソーシャルワーカー、看護師、小児科医師会代表が、行政からは子ども家庭センター、児童相談所が、司法からは警察が参加し、事例検討を中心に活発に討議した。国がうたう児童虐待防止医療ネットワーク事業は、中核病院を中心とした地域医療ネットワークの作成を推進しているが、新宿区のように総合病院が多い地域では中核病院の選定が難しい。それを解決する制度として、各病院間および病院と地域の連携を強固にすることや、子ども虐待関連の情報を共有する役割を担うキッズマネージャーを提案した。現行制度を活用する場合、子ども家庭支援センターのソーシャルワーカーや保健師がキッズマネージャーに適任であった。各病院の院内子ども虐待防止委員会（Child Protective Team：CPT）への参加を足掛かりに、多種専門職会議に拡大していくのが有効な方法である。現在1病院のCPTに、子ども家庭支援センターのソーシャルワーカーや保健師が、定期的に参加している。今後、参加する病院数を増やすこと、多種専門職会議への拡大を促し、キッズマネージャー制度の定着を計るべきである。

A：はじめに

平成26年12月1日現在、新宿区の住民基本台帳人口32.8万、そのうち15歳未満人口が2.8万（8.5%）、外国人3.6万（11.1%）を占め、日本有数の繁華街を有している。地方からの人口流入、多様な就業形態、増加する外国人居住者という特徴をもつ。

小児医療施設は、3大学病院（東京医科大学病院、東京女子医科大学病院、慶応義塾大学病院）、4総合病院（国際医療研究センター病院、JCHO東京新宿メディカルセンター、JCHO東京山手メディカルセンター、聖母病院）と、多くの小児科クリニックがある。

新生児医療施設では、総合周産期母子医療センターが1施設（東京女子医科大学病院）、地域周産期母子医療センターが3施設（東京医科大学病院、慶応義塾大学病院、国際医療研究センター病院）ある。

子ども家庭支援センター（子家セン）は4か所（信濃町、榎町、中落合、北新宿）あり、さらに統括する子ども総合センターがある。

小児患者層は、新宿区のみにとどまらず、北海道から沖縄、さらに海外に及ぶ。また、新宿歌舞伎町で生計を立てている者の飛び込み分娩や漫画

喫茶で分娩して搬送された例も経験する。そのような環境の中、子どもの虐待例や疑わしい例に遭遇した場合、個別の病院対応のみでは限界があり、子ども達や家庭の実情を把握するのが難しい。このような状況下、複数の自治体や病院が関わった新生児虐待例を経験し、病院間の密な連携の必要性を痛感した。

国の児童虐待防止医療ネットワーク事業では、中核病院が中心となり、地域のネットワークを推進するモデル事業が始まっている。しかし、新宿区のように複数の総合病院がある地域では、中核病院を設定する方式はそぐわない。

そこで、子ども虐待を予防するには、新宿区の小児科の病院や地域連携を強固にする必要があり、病院、医師会、子家セン、児童相談所と警察が集まり事例検討を中心にした会議を定期開催した。複数の総合病院がある病院間連携には病院間や病院と地域を連携するのに中心的な役割を担うキッズマネージャー（仮称）制度の実現が重要と思われた。キッズマネージャーの適切な職種や実現可能な制度について検討した。

B. 新宿区病院間連携の概要

新宿区では行政主導の要保護児童対策地域協議

会（要対協）が定期的に行われている。しかし、平日に開催されるため、現場の小児科医師の参加が難しく、病院間の横のつながりは強くなかった。

○会の運営・規約等の決定

1. 会の運営：

- ・現在ある「新宿区子ども家庭・若者サポートネットワーク」（要対協）の中の虐待防止部会の医療部会とする。

2. 会の活動：

- ・事例検討による検証
- ・情報共有のための機構の構築
- ・各病院での子ども虐待への取り組みの情報交換

3. 会の理念：

- ・子どもの虐待予防、防止と発生時における子どもの視点に立った医療支援を構築するため、医療機関での情報共有・事例検討を通じた連携を主に、さらに行政機関との協力・連携を計り、要望を発信していく。

4. 会の目的：

- ・子どもの虐待例、疑い例の病院間の情報共有
- ・子ども虐待の事例検討
- ・各病院での子ども虐待予防の取り組みや勉強会の企画
- ・病院間から行政（新宿区・児童相談所・子ども家庭支援センター）への情報の共有化または一元化の方法を検討
- ・新宿区セカンドオピニオンのネットワーク化：連携病院での子ども虐待予防の特徴や強み（児童精神科、小児神経科、脳神経外科など）を生かす。

- ・各医療機関での虐待に関する勉強会の広報

5. 開催の日時：土曜日の午後（2時以降）

6. 開催の回数：年3回（4か月ごと）、2月、6月、10月を予定

7. 開催の会場：子ども総合センター

○子どもの情報の集約化・一元化の可能性

- ・現行制度で可能な子どもや家庭の情報収集法についてまとめた（図1～3）。

- ・気になる家庭があった場合に子どもの状況の問い合わせ（図1）：子ども家庭支援センター（子家セン）に連絡することにより、子家センは区役所、子ども総合センター、保健センター、保健所に電話し、子どもの学校や保育園での様子、児童館利用状況、乳幼児健診の実施状況、予防接種状況を知ることができる。

- ・母親の状況の問い合わせ（図2）：子家センから

区役所や保健センターに連絡し、母親と関わりがある女性相談員や保健師などがいた場合には直接状況を知ることができる。

- ・気になる妊婦の問い合わせ（図3）：子家センから女性相談員、保健センターに連絡を取り、母子手帳発行状況や発行時に関わった保健師などから状況を知ることができる。

- ・将来の理想としては、子家庭センなどの行政機関が情報を一元管理し、子ども虐待を疑った場合の病院からの問い合わせに対し、タイムリーな情報提供を行うシステムを作ることである。

○キッズマネージャー制度のプロトタイプ（図4）

キッズマネージャーが各病院の多種専門職会議に定期的に参加することで、各病院の実態を知り、子ども虐待を未然に防ぐことが目的である。キッズマネージャー候補になる職種としては、子家センのソーシャルワーカーや保健師が適任と思われた。導入方法として、キッズマネージャーが院内子ども虐待防止委員会（CPT）に定期参加することは容易と思われる。現在、聖母病院で2ヶ月に1度開催されるCPTに子家センのソーシャルワーカーや保健師が参加している。それにより、特定妊婦の把握がタイムリーにでき、早期介入が可能になったというメリットがある。今後参加する病院を増やすこと、最終目標として多種専門職会議に出席することを実現させていきたい。そのためにも、行政のキッズマネージャー制度の運用に期待したい。

○病院間連携の利点

1. 事例検討：医療、行政、警察の3方面からの検討ができる。

2. 子ども虐待防止制度の知識のアップデート

3. 院内CPTの孤立の防止

4. 小児科クリニックから総合病院への紹介制度

○今後の課題

1. 警察や児童相談所の事例になったケースでは、病院側に事例検討のフィードバックが行われていない。次の経験に生かし、スキルアップする制度の確立。（行政、警察の情報非公開への打破）

2. 複数の行政区域をまたがる事例の、情報共有制度の確立。（地域の横の連携方法の確立）

3. ミュンヒハウゼン症候群や軽微な繰り返す外傷の場合を診療したときの病院間情報共有方法の確立。（病院間情報共有制度の確立）

C: 結論

- ・新宿区の小児医療機関、小児科医師会に行政（子ども総合センター、東京都児童相談所）と警察が加わり、子ども虐待予防のための病院間連携を設立した。臨床現場の生の声を反映させる良い方策と思われた。

- ・病院間や病院地域連携を円滑に行うために、キッズマネージャーの導入は、子ども虐待防止に貢献できると思われた。

D: 学会発表

1. 第20回 ISPCAN 世界大会・第20回 JaSPCAN 学術集会、子ども虐待防止世界会議名古屋2014
2014年9月14～17日

子ども虐待防止・予防のための病院間連携の設立
（都市型・新宿区モデルの提唱）

○赤平百絵、山田律子、松下竹次（国際医療研究センター小児科）

Child Abuse Preventive Action among Pediatric Hospitals, Shinjuku, Tokyo

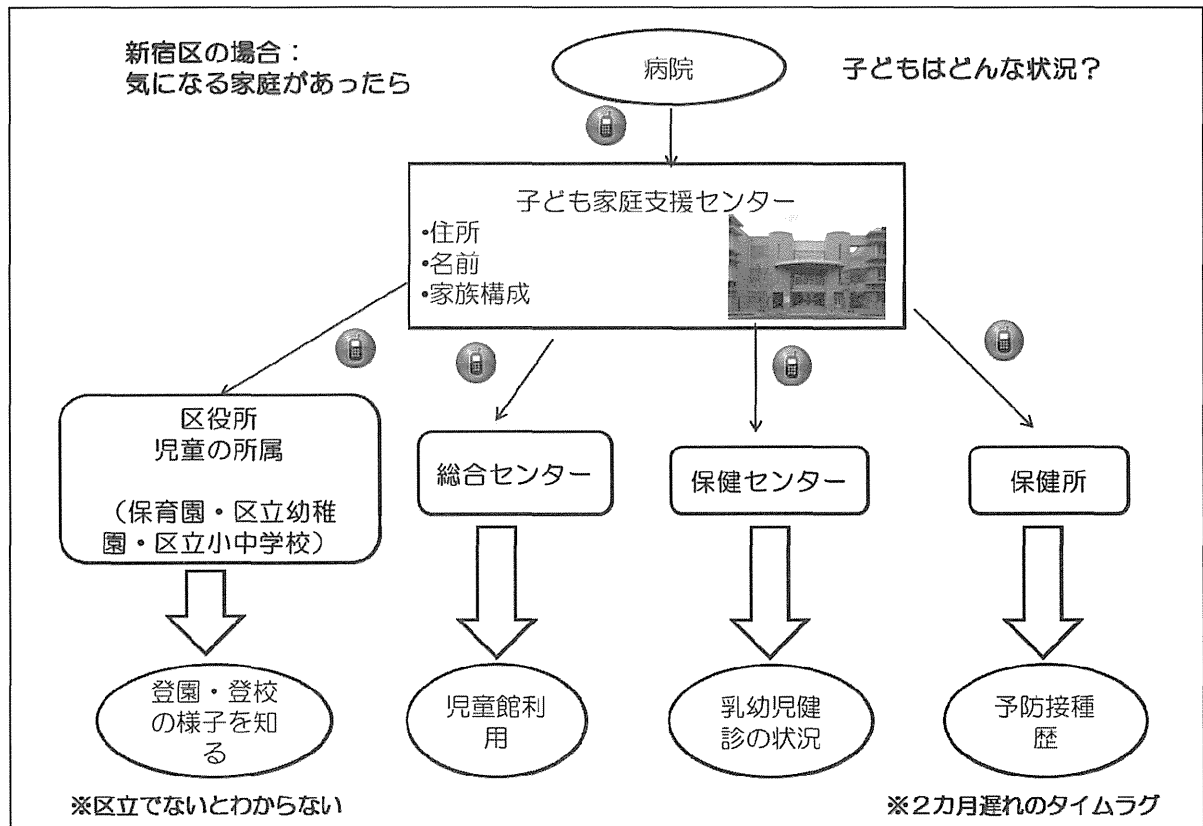


図1. 子どもの状況を知る場合

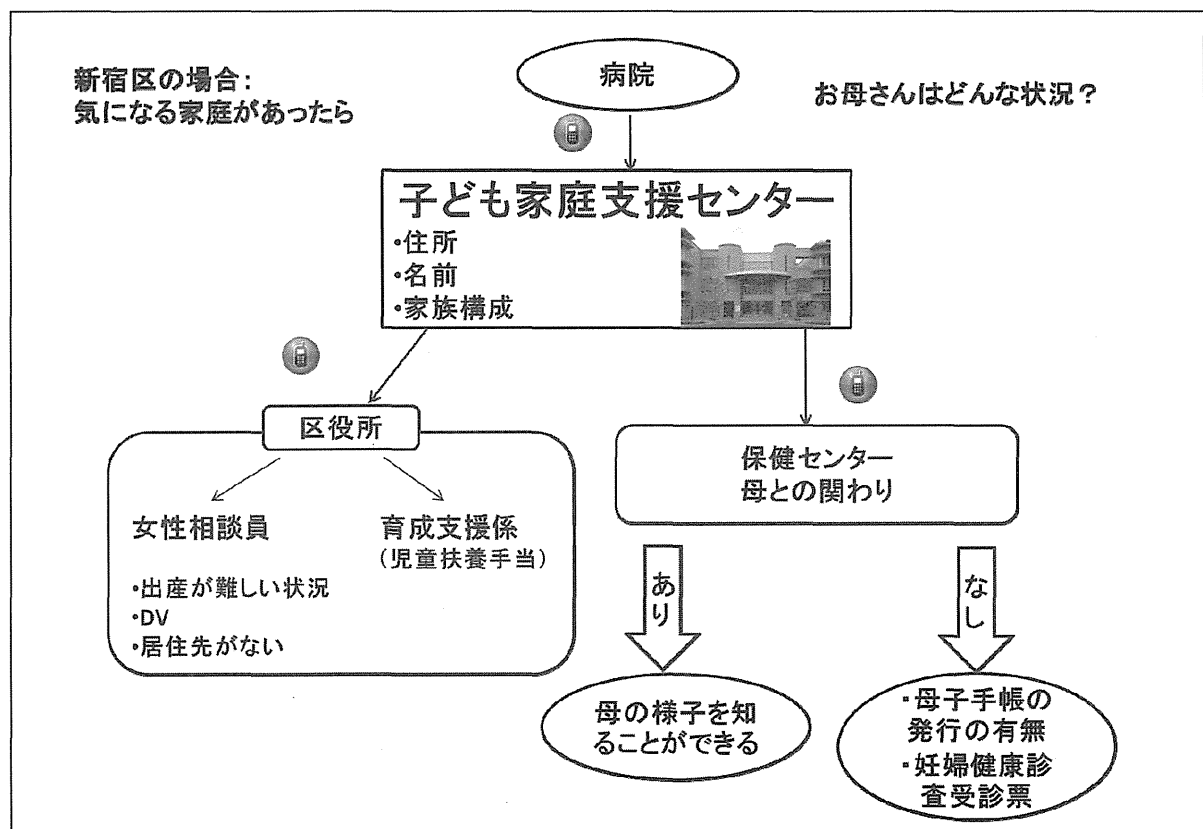


図2. 母親の状況を知る場合

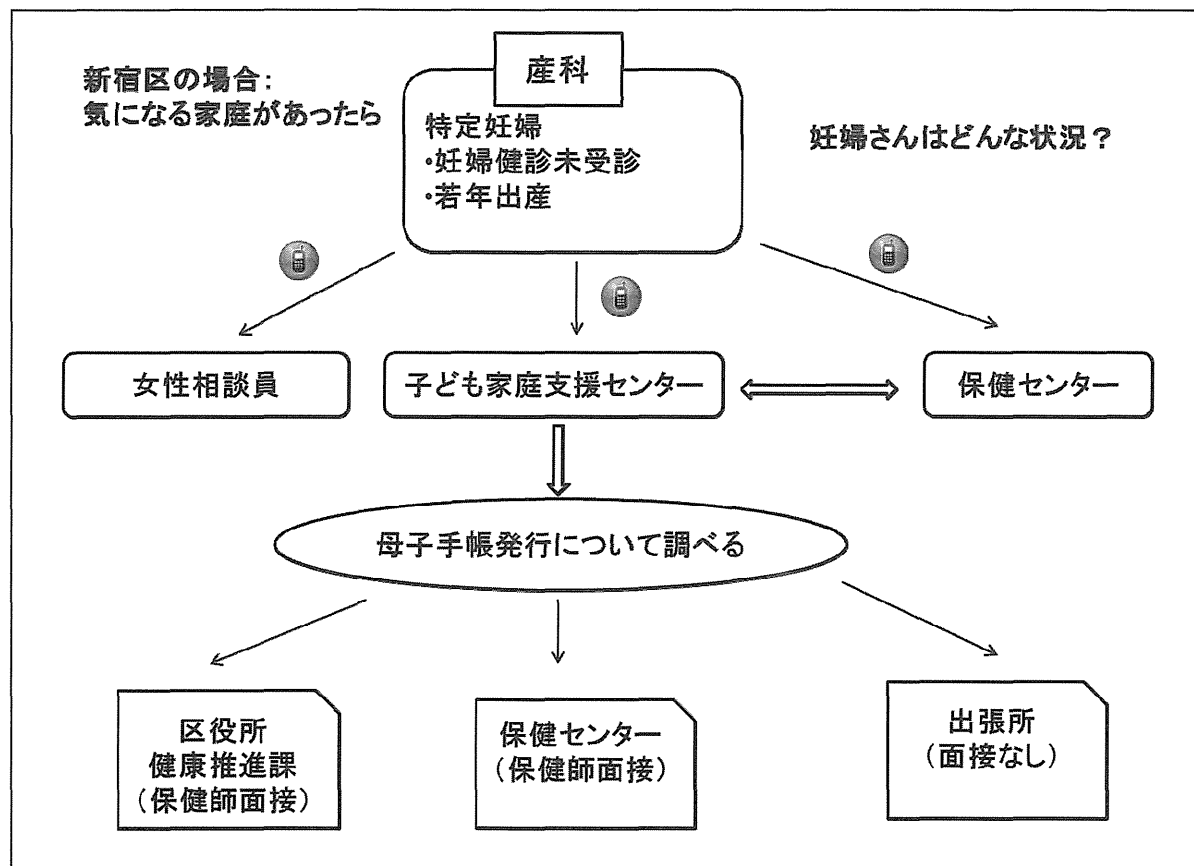


図3. 妊婦の状況を知る場合

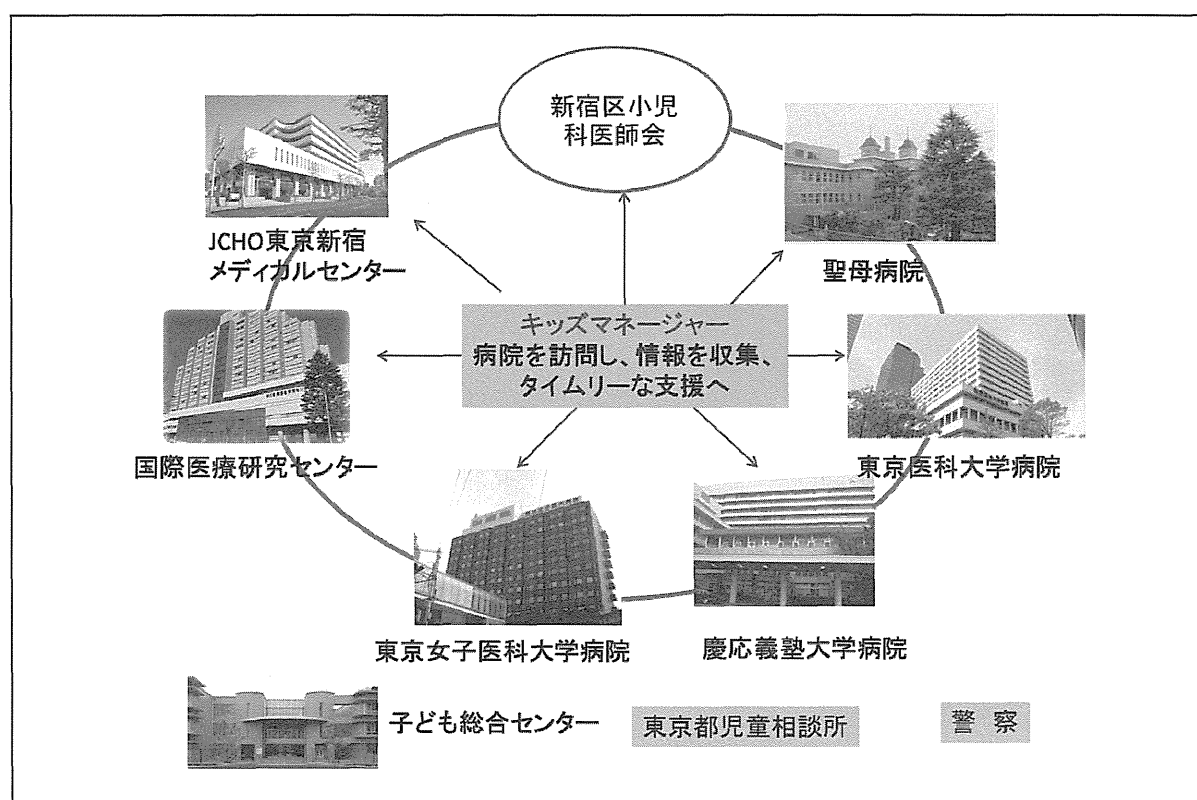


図4. キッズマネージャー制度のモデル

Ⅲ. 学会発表

Early intervention of mother-child relationship disturbance
by hospitalizing the dyad together
in a holding environment of the pediatric ward

Masako Katsumaru, Naho Katori, Michiko Sakai,
Natsuko Tokita, Hisako Watanabe

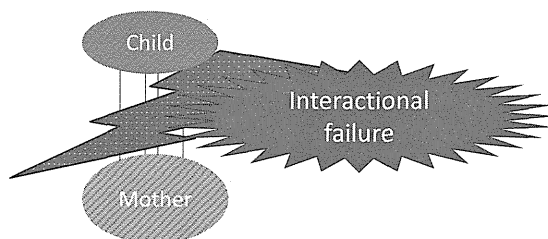
Keio University Hospital Department of Pediatrics
(Child Mental Health Division)

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT
2014/09/17 NAGOYA

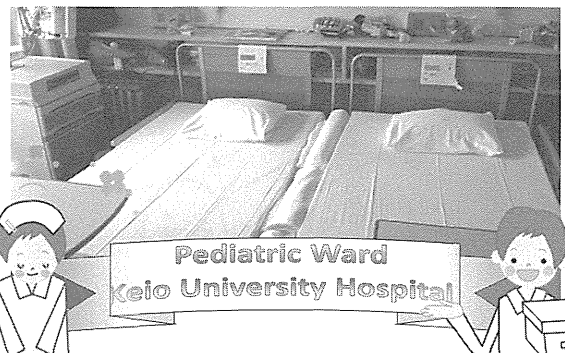
Introduction

- Intervening into mother-child relationship is indispensable for prevention and treatment of child abuse.
- We developed a culturally-based treatment approach named “ Amae Reattachment Therapy ”.
- For prevention and early intervention of abuse, we developed a new mode of therapy:
Hospitalizing the dyad together in pediatric ward.

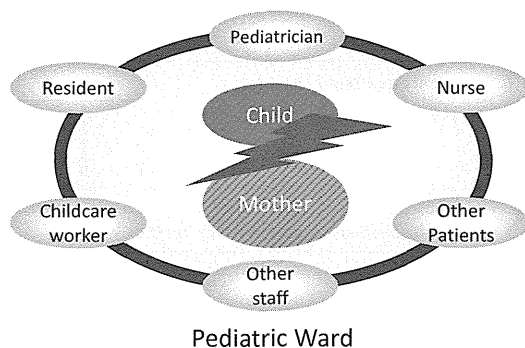
Mother-child relationship problems
- a high risk of abuse -



Beds for child and mother

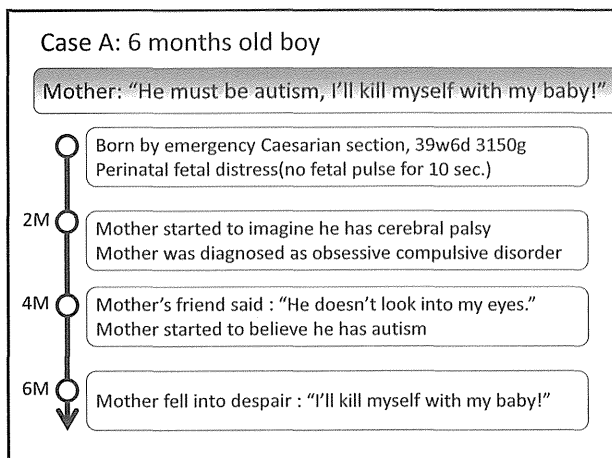


Therapeutic structure



3 cases of emergency intervention

- Case A : Infant
6 months old boy
A withdrawn baby who picked up his mother's immense anxiety. Mo. suffered from obsessive compulsive disorder
- Case B : Early Childhood
4 years old boy
A boy with eating disorder. Mo with multiple complex traumas and chronic eating disorder, Fa. a deprived child
- Case C : Adolescent
9 years old girl
A girl with PTSD by paternal sexual abuse. Mo. with borderline personality disorder



Multi-Axial Formulation (0-3R)

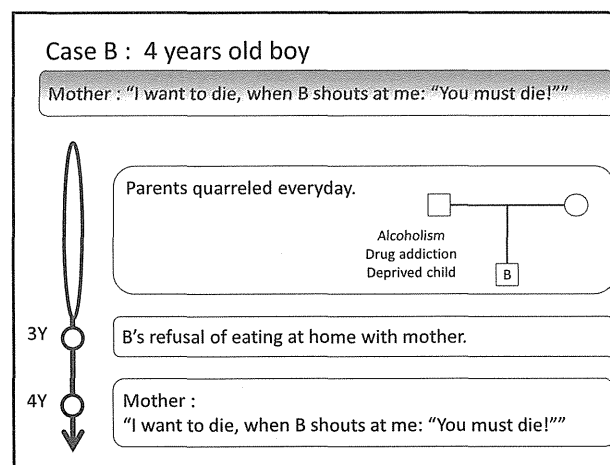
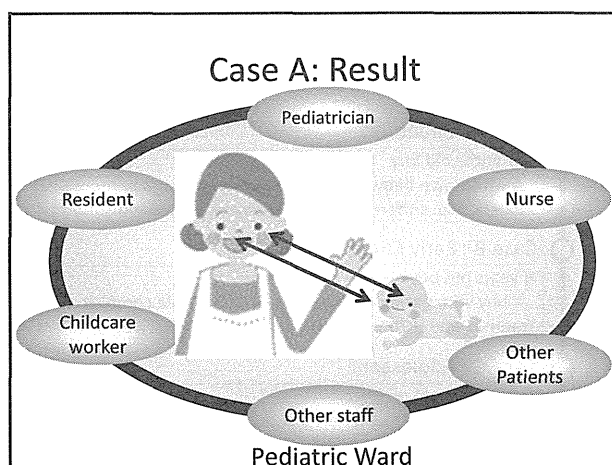
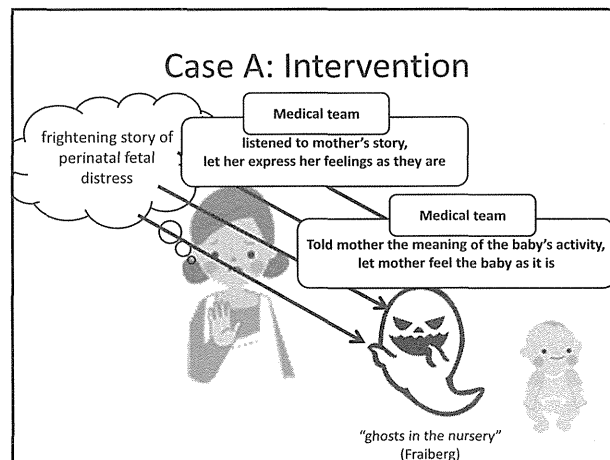
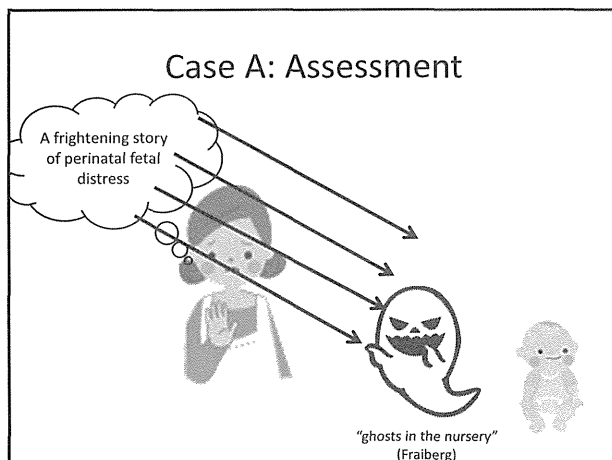
Axis I : Disorders of Affect

Axis II (relationship) : Underinvolved
A baby with high inter-subjectivity picks up his mother's immense anxiety, goes into withdrawal, no lively mother-infant interactions.

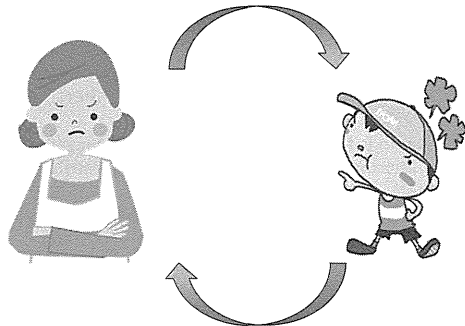
Axis III : within normal range, history of fetal distress

Axis IV (psychosocial stressors) :
Mother with obsessive compulsive disorder

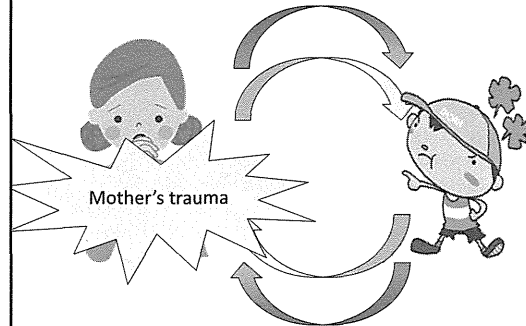
Axis V (functional emotional developmental level) :
2 - At expected level but with constrictions (Mutual engagement was bad with mother but good with medical team)



Case B: mother-infant observation



Case B: interactional dynamism



Multi-Axial Formulation(DSM-IV-TR)

Axis I :

#1 Reactive attachment disorder of early childhood

Axis II :

Oppositional behavior(=acting out mother's trauma)

Axis III : appropriate for his age

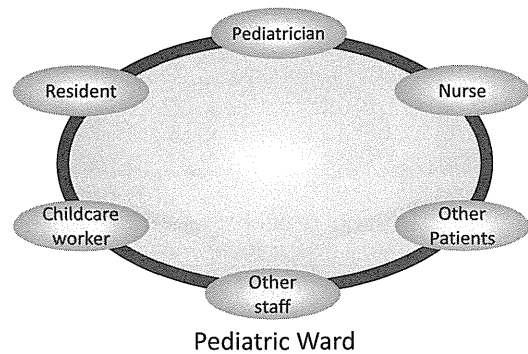
Axis IV :

Mother grew up in a family with promiscuous parents, developed disorganized attachment. She suffered from chronic anorexia nervosa, went through multiple losses.

Axis V :

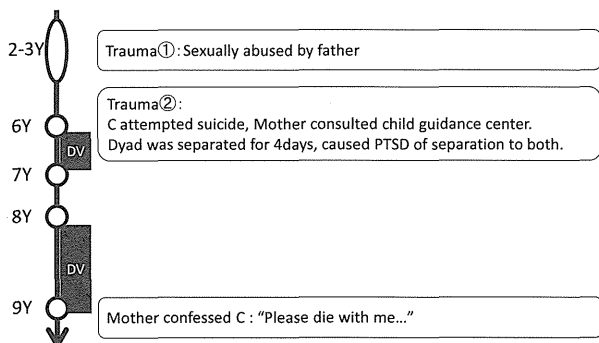
B's adaptation to kindergarden was not bad, but sometimes he has temper tantrums and aggressive attacks on others.

Case B : Result



Case C : 9 years old girl

Mother : "C, Please die with me..."



Multi-Axial Formulation (DSM-IV-TR)

Axis I :

#1 PTSD

(due to sexual abuse, separation by child guidance center)

#2 Reactive attachment disorder

Axis II : Sexualization

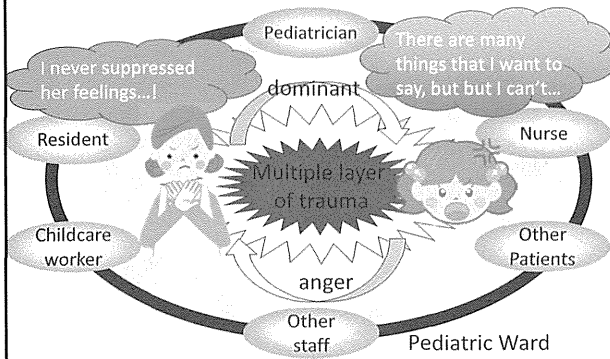
Axis III : appropriate for her age

Axis IV : Mother projected her anxiety onto C. C was always scared of being abandoned, couldn't express herself freely.

Mother was abused, raised in a family with personality disorder.

Axis V : School refusal, can't communicate with coeval.

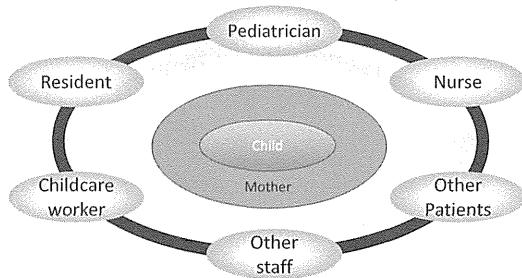
Case C : interactional dynamism



Discussion

- Our new method of crisis intervention focuses on the relationship problems by hospitalizing mother and child as a unit for treatment.
- Our experiences informed us of the immense anxiety of the mothers, which urges us to reassure mothers first and foremost.
- Pediatric ward is the place where we can naturally intervene and improve what appear severely disturbed relationships.
- Mother and child in emergency usually have low basic trust. Holding environment in pediatric ward made mother and child possible as they are, made most of their resilience.

Take Home Message



Pediatric ward provides a secure base for mother and child to prevent abuse

Contact: masakokatsumaru@gmail.com

子ども虐待防止・予防のための病院間連携の設立 (都市型・新宿区モデルの提唱)

子ども虐待防止学会 名古屋2014
平成26年9月15日(月)

国際医療研究センター小児科
赤平百絵・山田律子・松下竹次

<はじめに>

- ・子ども虐待は、複数の地域や医療機関で関わることが多い。
- ・特に新宿区は、日本有数の繁華街を有し、様々な人種や職種が混在するコスモポリタンである。さらに総合医療機関も多く、事例や対応が複雑化する場合がある。
- ・生後数週目の頭部外傷(Abusive Head Trauma)疑いを経験した。患児は2都県、4医療機関、5診療科が関わっており、地域や医療機関の強い連携が必要と思われた事例であった。
- ・子ども虐待防止を目的とした医療機関の連携のため、“新宿区子ども虐待防止医療支援ネットワーク”を構築した。行政との連携について提言する。

<新宿区の特徴>

●男女人口

	男	女	合計
住民基本台帳人口	163,532	163,201	326,733
内訳			
日本人	145,806	145,989	291,795
外国人	17,726	17,212	34,938

●年齢3区分別口

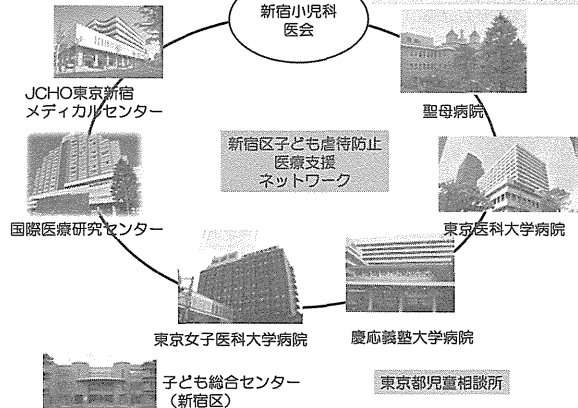
	年少人口 (15歳未満)	生産年齢人口 (15歳～64歳)	老年人口 (65歳以上)
住民基本台帳人口	27,923 (8.5%)	233,741 (71.5%)	65,069 (19.9%)
内訳			
日本人	25,924 (8.7%)	202,107 (69.3%)	64,167 (22.0%)
外国人	2,402 (0.8%)	31,634 (90.5%)	802 (2.6%)

●世帯数

	世帯数
住民基本台帳世帯	203,605
内訳	
日本人のみの世帯	176,000
日本人と外国人の複数国籍世帯	3,407
外国人のみの世帯	24,198

平成26年9月1日現在

<新宿区の医療機関>



<症例：生後＊日、Abusive Head Trauma疑い>

- 母： A病院の心療科
A病院の産科で妊婦健診(里帰り)
- 母と児： 出産はB病院(突然出産施設を変更・里帰り出産)
- 児： 1回目：祖父母がA病院小児科受診(けがのため)
2回目：母がA病院小児科受診(哺乳不良・活気低下のため)
- 児： A病院よりC病院へ搬送され、出血性脳梗塞のため数ヶ月の治療(小児科・眼科・脳神経外科)
- 児： 自宅のある他県のD病院に転院(Abusive Head Trauma)が疑われて、関係機関の介入が始まる

病院間連携、地域間連携の必要性
(2都県、4病院、5診療科)

新宿区子ども虐待予防病院間連携ネットワーク会議

○会の運営：

- ・現在ある「新宿区子ども家庭・若者サポートネットワーク」の中の虐待防止部会の医療部とする。(子ども総合センターに要保護児童対策協議会の組織内で行うための運営規約を要望)

○会の活動：

- ・事例検討による検証
- ・情報共有のための機構の構築
- ・各病院での子ども虐待への取り組みの情報交換
- ・行政への要望

○開催の日時：土曜日の午後(2時以降)

○開催の回数：年3回(4か月ごと)、2月、6月、10月を予定

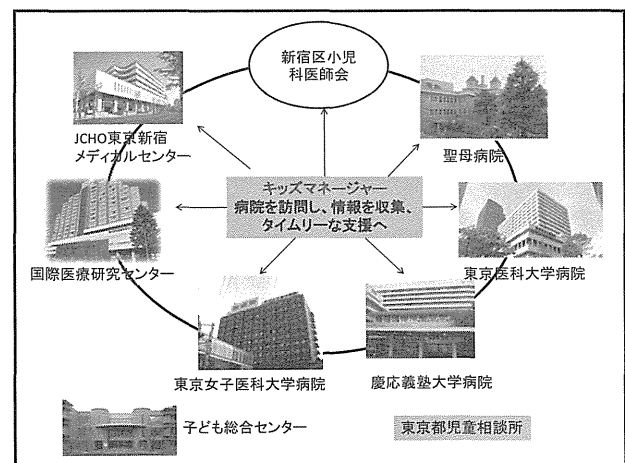
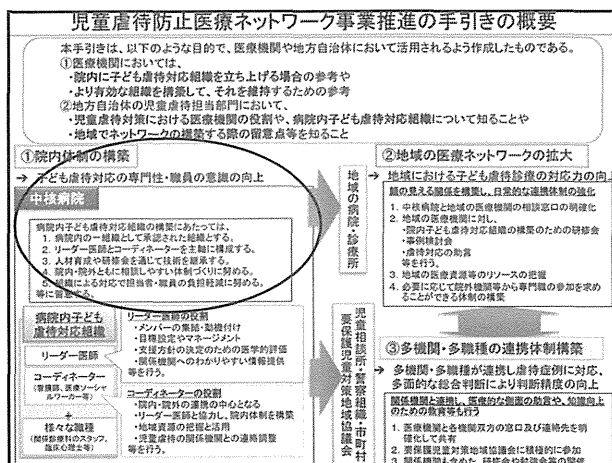
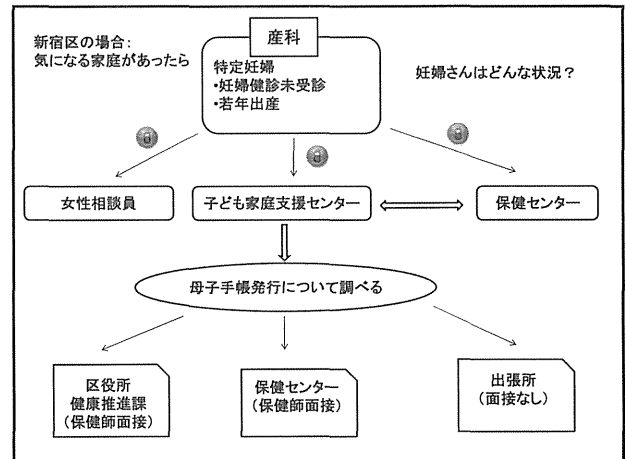
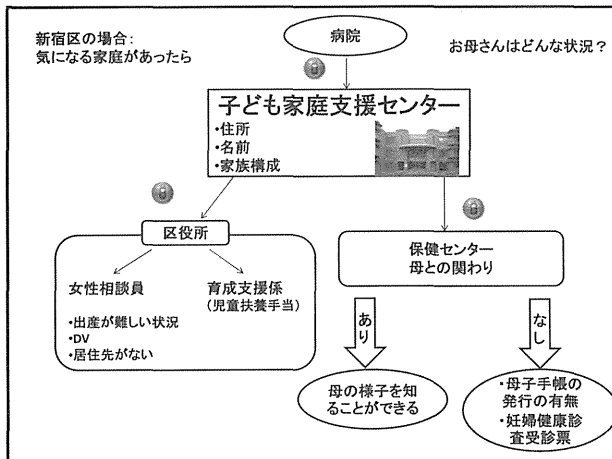
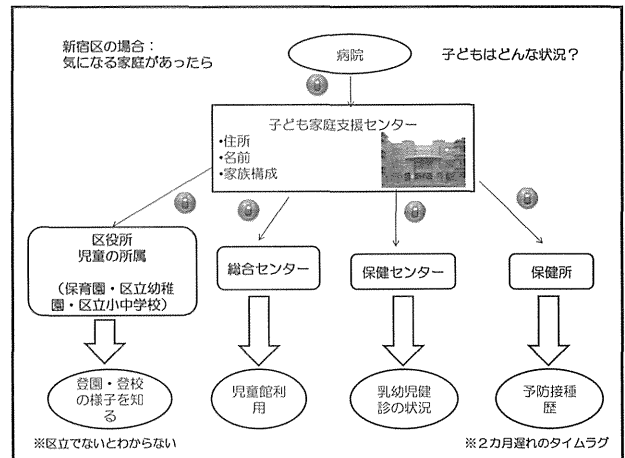
○開催の会場：子ども総合センター

気になる事例

- ・妊娠届け未提出・母子健康手帳未発行
- ・妊婦健診未受診、飛び込み出産、医療機関外出産
- ・出生届け未届け、出生連絡票未提出
- ・乳幼児健診未受診
- ・ワクチン未接種
- ・体重増加不良
- ・代理ミュンヒハウゼン症候群
- ・ネグレクト環境における事故の多発

病院間連携を効率化するための 子どもの情報の集約化・一元化の構築

- 現行の仕組みでできることの確認
- ・子ども家庭センターに問い合わせ、ワーカーが情報を最大限収集し、必要な医療機関に還元する。子供の居住地域に連絡するようにする。
 - ・子ども関連の情報をリンクさせる工夫



病院間連携ネットワーク会議の利点

- キッズマネージャー（行政病院連携）の可能性
院内子ども虐待防止委員会への参加
- 情報共有化
- 区内でのセカンドオピニオン制度
- 院内CPTの孤立化の防止
- 小児科クリニックから総合病院小児科への紹介

今後の課題

- 複数の地域（都道府県）や医療機関が関係する事例における対応
- 代理ミュンヒハウゼン症候群など複数の医療機関受診者への対応
- 行政（児童相談所）や警察からのフィードバックによる相互の情報共有や事例の検討