

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発症予防を目指した  
多種専門職参加型の診療体制を構築するための研究

(H25-政策-若手-013)

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山田 律子

（国立国際医療研究センター病院 小児科）

平成 26（2014）年 3 月

## 目 次

### I 総括研究報告書

NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待発症予防を目指した多種専門職参加型の診療体制を構築するための研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

研究代表者 山田 律子 (国際医療研究センター病院 小児科)

研究分担者 赤平 百絵 (国際医療研究センター病院 小児科)

研究分担者 松下 竹次 (国際医療研究センター病院 小児科)

### II 分担研究報告書

1. NICU 及び GCU 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究・7

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)

1-A. コメディカル部門・薬剤師：当センター病院 NICU の服薬指導の現状と展望・・・9

研究協力者 有山 真由美 (国際医療研究センター病院 薬剤部)

1-B. コメディカル部門・理学療法士：

当センター病院 NICU とリハビリテーション科の現状と今後の展望・・・・・・・・ 11

研究協力者 西垣 有希子 (国際医療研究センター病院リハビリテーション科)

1-C. コメディカル部門・臨床工学士：当センター病院 NICU の臨床工学士の現状と展望

在宅呼吸器療法への支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

研究協力者 深谷 隆史 (国際医療研究センター病院 医療安全推進部)

1-D. コメディカル部門・放射線技師：

当センター病院小児科・新生児科における頭部外傷の検討・・・・・・・・・・・・ 15

研究協力者 若松 和行 (国際医療研究センター病院 放射線診療部門)

1-E. NICU 看護師部門：新生児室勤務のセラピスト・看護師のためのショートコース

(ポジショニング・ハンドリング) 研修・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17

研究協力者 宮原 佳奈恵 (国際医療研究センター病院 NICU 看護師)

研究協力者 藤川 紗彩 (国際医療研究センター病院 NICU 看護師)

1-F. NICU・GCU における看護師・助産師の医療サービス向上の検討および専門職間交流の展望に関する報告・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

研究協力者 鈴木 享子 (慈<sup>いっくし</sup>助産院 助産師)

2.	NICU 及び GCU 入院新生児への退院支援・福祉サービス向上の研究	2 3
	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)	
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	2 5
	研究協力者 芳田 玲子 (国際医療研究センター病院医療ソーシャルワーカー)	
	研究協力者 加藤 美鈴 (国際医療研究センター病院 看護部・退院調整)	
	研究協力者 松村 幸子 (国際医療研究センター病院 看護部・退院調整)	
	研究協力者 須貝 和則 (国際医療研究センター病院 診療情報管理専門職)	
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	3 1
	研究協力者 田中 瑞恵 (国際医療研究センター病院 小児科)	
2-C.	産褥ケア施設の現状の検討	4 3
	研究協力者 橋本 初江 (橋本助産院 東京都助産師会理事)	
3.	NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待予防についての研究	4 5
	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)	
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	4 7
	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)	
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	5 1
	研究協力者 御牧 信義 (倉敷成人病センター 小児科部長)	
3-C.	一般病院職員における子ども虐待に関する意識調査	6 1
	研究協力者 河本 聡志 (倉敷成人病センター リハビリテーション科技師長)	
3.	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	6 9
	研究分担者 松下 竹次 (国際医療研究センター病院 小児科長)	

### III. 講演会・勉強会の資料

1. 小児救急講座：子どもの外傷と虐待・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 73  
井上 信明（東京都立小児総合医療センター救命・集中治療部救命救急科 医長）
  
2. 母乳ケア公開講座・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89  
鈴木 享子（<sup>いづくし</sup>慈助産院）  
橋本 初江（橋本助産院）
  
3. 子どもの虐待防止啓発プログラム 医療機関対象・・・・・・・・・・ 99  
第一部：BEAMS の目指すところ  
第二部：BEAMS Stage1 の講義  
溝口 史剛（済生会前橋病院小児科部長）
  
4. 大切な人が重い病気になった時、子どものためにできること・・・・・・・・ 119  
小澤 美和（聖路加国際病院小児科 医長）
  
5. 子ども虐待防止と予防：医療機関の果たすべき役割とは？  
院内虐待防止委員会の機能について・・・・・・・・・・・・・・・・ 127  
山田 不二子（日本子ども虐待医学研究会理事 兼 事務局長）

### IV. 論文

1. HIV 母子感染予防が無効であった1例・・・・・・・・・・・・・・・・ 145  
大熊 香織、赤平 百絵、大熊 喜彰、田中 瑞恵、兼重 昌夫、佐藤 典子、細川 真一、  
松下 竹次  
日本小児科学会雑誌 117 巻 10 号 1625-1629 (2013 年)

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発症予防を目指した  
多種専門職参加型の診療体制を構築するための研究

研究代表者	山田 律子	国際医療研究センター病院	小児科
研究分担者	松下 竹次	国際医療研究センター病院	小児科
研究分担者	赤平 百絵	国際医療研究センター病院	小児科

## 研究要旨

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は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。それら新生児とその家族を支援するために、多種専門職による医療・コメディカルおよび退院支援・福祉サービスの介入や充実を図った。さらに乳児虐待予防・育児支援のためにリスクの高い新生児や家族を抽出する方法や出生前虐待予防のシステムの構築の研究を複数の医療機関で行った。地域では、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）を行った。

### ○研究1：NICU 及び GCU 入院新生児の医療・コメディカルのサービス向上のための研究

NICU 及び GCU 入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における医療サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため、医師・看護師・助産師に加え、コメディカル（薬剤師、理学療法士、臨床工学士、放射線技師、臨床検査技師）の参加と患者介入への啓蒙を行い、服薬指導、看護師と連携した理学療法の実施、在宅呼吸器療法の支援、放射線技師の頭部外傷の早期発見などの潜在的サービスを開拓することができた。さらに、病院内外の専門職間交流の実施することで、限られた人的医療資源を最大限生かせると思われた。

### ○研究2：NICU 及び GCU 入院新生児の退院支援・福祉サービス向上の研究

NICU 及び GCU 入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における退院支援・福祉サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため病院内では医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を行い、必要な場合には子ども虐待防止委員会を開いている。地域では、地域の保健師、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。今回は、当センター病院における多種専門職会議は入院新生児に恩恵があるばかりでなく、新生児特定集中治療室退院調整加算を得ることができることに言及した。さらに、育児不安解消のための産褥ケアを、病院内で行う場合（病院内母子同室）と地域で行う場合（産褥ケア）について検討した。

### ○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

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の虐待の意識調査を行った。

### ○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）

子ども虐待を防ぐため、新宿区の小児科の病院連携を強固にし、病院、医師会、子ども家庭センター、児童相談所が集まり、病院間連携を設立した。その中で、子ども情報の集約化・一元化のシステム構築は、虐待予防の重要な事項と思われ、行政に提案した。この都市型の病院間連携が子ども虐待予防の重要な役割となるよう引き続き定期的に課題について協議を継続していく。

## A: はじめに

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、良好な育児環境を持た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、出生早期の医療介入、母子分離や原疾患の治療に対する家族の社会的負担が大きい。

それら新生児や家族を支援するために、多種専門職における医療・コメディカルおよび退院支援・福祉サービスの介入やそれらの充実を図ることは重要と考える。

図1に母親・新生児の妊娠・出産・子育てに対する、行政機関と医療機関の介入を示す。母親は医療機関で必要な妊婦健診を受け出産に至り、子育てをスタートさせる。妊娠期間において、行政機関のかかわりは、妊娠の届け出・母子手帳の交付があり、必要のある家庭では妊婦訪問、養育に不安がある場合には養育支援訪問などのサービスを受ける。また、医療機関においても妊娠に関する相談を行い、そこで必要な場合には地域保健の介入を受ける場合がある。出産後は産後健診で異常がないことを確認し、家庭での育児に関わっていく。そこで継続的な養育支援訪問があるかもしれない。新生児で特に異常がない場合には、生後4-5日頃に退院時診察を受け退院する。その後、乳児家庭全戸訪問(こんにちは赤ちゃん)新生児訪問がある。

一方、NICU及びGCUに入院した新生児(以下、入院新生児)の場合には、その重症度や必要度に応じて、医療・コメディカルのサービス、病院内および病院外の退院支援・福祉サービスを受ける。今回我々は、入院新生児に対する多種専門職の介入に焦点を当てた。また、入院新生児の家族や児の危険因子を評価し、早期介入を行うための研究や病院間連携についても言及する。

また、上記の他にも医療・コメディカルのサービスには在宅医療、訪問看護が、退院支援・福祉サービスには家族宅では養育できない場合の里親、乳児院、女性保護施設などが含まれるが、次年度以降に検討する予定である。

## B: 研究・成果・考察

**○研究1:** NICU及びGCU入院新生児の医療・コメディカルのサービス向上のための研究

当センター病院コメディカル部門で、以下のテーマで潜在的医療サービスを開拓した。

・薬剤師: 当センター病院NICUの服薬指導の現状

と展望

・理学療法士: 当センター病院NICUのリハビリテーション科の現状と今後の展望。

・臨床工学士: 当センター病院NICUの臨床工学士の現状と展望 在宅呼吸器療法の支援

・放射線技師: 当センター病院小児科・新生児科における頭部外傷の検討。

・臨床生理: “新生児における聴覚2段階スクリーニング検査の有用性”を第2回班会議で発表。

・NICU看護師: 新生児室勤務のセラピスト・看護師のためのショートコース(ポジショニング・ハンドリング)研修

・NICU・GCUにおける看護師・助産師の医療サービス向上の検討および専門職間病院外の母乳ケアに熟練した助産師による母乳ケア講座(専門職間交流)

中堅規模のNICU・GCUのコメディカルなど多種専門職の参入による潜在的な医療サービスを開拓は、家族にとって大きな支援になるばかりでなく、より多くの家族背景を知ることができ、乳児虐待予防の育児支援と発展していくと思われた。

中規模のNICU・GCUでは、熟練した専門職が必ずしも充足しているとは限らない。今回、母乳ケアに精通した助産師を病院外より招聘し、母乳ケア公開講座を開催した。今後は、専門職間交流の職種を増やすこと、病院内のスキルアップを図るだけでなく、これらのアウトソーシングが可能かについても検討していく。

**○研究2:** NICU及びGCU入院新生児の退院支援・福祉サービス向上の研究

・当センター病院の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:

NICUという忙しい日常業務のなかで多種専門職会議を定期的開催するのは、各医療スタッフの努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されることを契機に、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することになり、入院新生児への退院支援・福祉サービスの早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

・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:

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低

出生体重児で母にとって初めての児であった。NICU・GCU 入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

- ・産褥ケア施設の現状の検討：  
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。

### ○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

・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

NICU・GCU に入院した新生児が、早期に必要な退院支援・福祉サービスを受用できるよう、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（双子）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。

・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 ---

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。職員の子どもの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。

・院内職員に対する子ども虐待に関する意識調査  
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。

### ○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）

子どもの情報の集約化・一元化の可能性について検討した。

・情報の集約化・一元化を行うのが、効率的な介入につながるが、現行のシステムではない。

・現在は 3 歳まで保健センター、その後は子ども家庭センターで管理をしている。母親の妊婦情報とリンクしていない。

・現時点での対応としては、子ども家庭センターに問い合わせ、そのワーカーが情報を最大限収集し（端末で予防接種歴や健診歴などは引き出せる）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。

・将来的な理想は、子ども家庭センター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など病院からの問い合わせがあったときの情報提供を行う。

新宿区の主要小児医療機関、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）が加わり、子ども虐待予防のための病院間連携を強化するための話し合いを行った。小児科病院主導の協議としては初めてのものである。

複数の医療機関の情報や行政機関が持つ情報を一元化する機構は、子ども虐待疑いやミュンヒハウゼン症候群に遭遇した場合に、情報を共有することで重症化を未然に防ぐことができる。そのため情報一元化の工夫を今後も継続審議していき、行政に提案していく。

今後の協議事項としては、以下のことがある。小児専門領域の疾患（例：循環器疾患、神経筋肉疾患など）を有する児では、専門科のみでのフォローしか行われておらず、発達・発育や家族背景を含めた包括的なフォローが行われていない。このような児のプライマリー主治医制度の提言を行っていく。行政機関の見守りから漏れた児の安全や健康の確認方法、他県とまたがった事例の情報収集・対処方法の検討などがあげられる。

今回のように顔の見える関係を病院間で築き上

げること、現場の生の声を反映させる良い方策と思われる。

C：当センター病院での講演会・勉強会の開催  
・小児救急講座：子どもの外傷と虐待“子どもの外傷について・シリーズ1～7”

井上 信明（東京都立小児総合医療センター救命・集中治療部救命救急科 医長）

・専門職間交流講座の開催：母乳ケア公開講座  
鈴木 享子（慈（いつくし）助産院）

橋本 初江（橋本助産院）

・公開講座：子どもの虐待防止啓発プログラム  
溝口 史剛（済生会前橋病院小児科部長）  
・大切な人が重い病気になった時、子どものためにできること

小澤 美和（聖路加国際病院小児科 医長）

・子ども虐待防止委員会について

山田 不二子（日本子ども虐待医学研究会理事 兼 事務局長）

## D：研究発表

### 1. 論文発表

大熊 香織，赤平 百絵，大熊 喜彰，松下 竹次  
他．HIV 母子感染予防が無効であった1例．日本小児科学会雑誌 2013 年．117 巻 10 号 1625-1629．

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

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．

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．



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1：NICU及びGCU入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

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：**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で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（以下、入院新生児）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。それら入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における医療サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため、医師・看護師・助産師に加え、コメディカル（薬剤師、理学療法士、臨床工学士、放射線技師、臨床検査技師）の参加と患者介入への啓蒙を行い、服薬指導、看護師と連携した理学療法の実施、在宅呼吸器療法の支援、放射線技師の頭部外傷の早期発見などの潜在的サービスを開拓することができた。さらに、病院内外の専門職間交流の実施することで、限られた人的医療資源を最大限生かせるを思われた。

**A：はじめに**

NICU及びGCU入院新生児（以下、入院新生児）の家族の医療面に対する負担や不安は大きい。家族が入院新生児のケアに参加することは、愛着形成や不安の軽減につながり、ひいては乳児虐待予防に貢献すると考える。

そこで、潜在的なNICUの医療サービスを開拓・向上のため、従来の医師・看護師・助産師に加えて、コメディカル（薬剤師、理学療法士、臨床工学士、放射線技師、臨床検査技師）などの多種専門職が参加し、入院新生児の医療サービスの充実について検討した。また、病院内に熟練医療者が不足している場合には、病院外からの精通した専門職を招聘する専門職間交流を実施した。

**B. 研究項目と研究成果**

当センター病院コメディカル部門で、以下のテーマで潜在的医療サービスを開拓した。

- ・薬剤師：当センター病院NICUの服薬指導の現状と展望
- ・理学療法士：当センター病院NICUのリハビリテーション科の現状と文献学的考察。
- ・臨床工学士：当センター病院NICUの臨床工学士の現状と展望 在宅呼吸器療法の支援
- ・放射線技師：当センター病院小児科・新生児科における頭部外傷の検討。
- ・臨床生理：“新生児における聴覚2段階スクリーニング検査の有用性”を第2回班会議で発表。

・NICU看護師：新生児室勤務のセラピスト・看護師のためのショートコース（ポジショニング・ハンドリング）研修

・NICU・GCUにおける看護師・助産師の医療サービス向上の検討および専門職間病院外の母乳ケアに熟練した助産師による母乳ケア講座（専門職間交流）

**C；考察**

中堅規模のNICU・GCUのコメディカルなど多種専門職の参入による潜在的な医療サービスを開拓は、家族にとって大きな支援になるばかりでなく、より多くの家族背景を知ることができ、乳児虐待予防の育児支援と発展していくと思われた。

中規模のNICU・GCUでは、熟練した専門職が必ずしも充足しているとは限らない。今回、母乳ケアに精通した助産師を病院外より招聘し、母乳ケア公開講座を開催した。今後は、専門職間交流の職種を増やすこと、病院内のスキルアップを図るだけでなく、これらのアウトソーシングが可能かについても検討していく。

**D：結論**

医療サービス向上には、コメディカルなどの専門性のある多種専門職の参加は今後も潜在性のある領域と思われた。

病院外からの専門職間交流がより積極的に行われるべきと思われた

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 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-A: コメディカル部門・薬剤師：当センター病院 NICU の服薬指導の現状と展望

研究協力者 有山 真由美（国際医療研究センター薬剤部）

**研究要旨：** NICU・GCU における薬剤部の医療サービスのひとつに服薬指導がある。国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）NICU・GCU における鉄欠乏性貧血治療剤と Ca 骨代謝改善薬の服薬指導の実態について、2013 年 1 月から 2013 年 12 月のまで、当センター病院が加入している Diagnosis Procedure Combination (DPC) を用いて調査した。服薬指導対象者は 73 名で、そのうち退院後も継続して内服が必要となった児は 9 名であり、その全ての児に対し服薬指導が行われていた。今後、薬剤師の NICU 常駐勤務を視野に入れた薬物療法の拡大や小児薬物療法認定薬剤師の取得を目標にしていく。

## A：研究の背景と目的

平成 24 年度より小児薬物療法認定薬剤師制度が開始され、臨床現場における薬剤師への期待が高まっている。新生児領域においても、NICU にサテライトファーマシーを設け、薬剤師が注射剤の調製などを行うケースも増えている。特に NICU では薬剤療法にかかる割合が多いこと、新生児への薬剤の有効性や安全性のエビデンスが確立していないなど、薬剤師の専門性が重要な場面が多い。

当院の NICU と薬剤師の関わりは、現在は医師の要請に基づき、退院後も薬剤を内服する患児において、家族に対して服薬指導を行っているケースのみである。しかしながら、その実態については検証されていない。服薬指導の実態を調査し、薬剤師が NICU でどの様に職能を発揮する事ができるか、検討した。

## B：研究方法

2013 年 1 月から 2013 年 12 月に、当センター病院 NICU・GCU に入院した児で、退院後も内服薬（鉄剤、ビタミン D 製剤、その他）が必要となった児の実態を、当センター病院が加入している Diagnosis Procedure Combination (DPC) を用いて調査した。

## C：研究結果

### C-1. 服薬指導対象者と実施者

服薬指導対象者は、主に鉄欠乏性貧血治療剤のインクレミンシロップ（一般名：溶性ピロリ

ン酸第二鉄）Ca 骨代謝改善薬のアルファロール内用液（一般名：アルファカルシドール）を入院中に内服しており、その内服が退院後も継続する予定の児であった。

入院中に、上記薬剤を内服する必要があった児は、73 名であった。そのうち、退院後も継続して内服が必要となった児は 9 名であり、その全ての児に対し服薬指導が行われていた。

### C-2. 指導内容とかかる時間

指導内容は主に、用法用量、効能効果、服用上の注意点（例：服用方法、保管方法、飲み忘れの時の対応、嘔吐時の対応など）であった。服薬指導対象者となるのは、児の家族であるため、薬剤の薬効、用法、用量の説明のみならず、入院中の内服方法を理解しているか、またそれを退院後継続して自身で行えるか、の確認が必要であり、そこに重点が置かれる傾向にあった。

当院では、医師より服薬指導依頼があった場合のみ服薬指導を行うため、入院初日から経過を追っているケースは少ない。そのため、入院が長い児ほど、患者情報を収集するためのカルテ閲覧に、時間がかかる傾向にあった。服薬指導にかかる時間も個々様々であり、カルテ調査を含めると 30 分～60 分程度であった。

## D：考察

今回の研究結果より、薬剤の内服が必要な児の、約 1 割にしか服薬指導を実施していない事が分かった。これは、退院時にのみ服薬指導を行っている事が最も起因していると考えられる。他科入院患者においては、入院中

に新規の薬剤が開始される毎に、なるべく担当薬剤師が服薬指導に伺う様にし、服薬指導を実施している。NICUにおいても、今後は退院時のみならず、入院中に内服が必要となる児の家族に対して、服薬指導が行える様に、医師や病棟に働きかけていく必要がある。

また、注射剤においても服薬指導が必要であるため、入院中の児の状態を総合的に把握できる様、努めていく必要がある。そのためには、小児医療に精通した薬剤師の育成、個々の薬剤師のスキルアップも重要であると考ええる。

## E：結論

最近、薬剤師の病棟における常駐活動業務に焦点が当てられており、薬剤師の臨床業務への参画が話題となっ

ている。特にNICUにおいては、薬剤師が常駐する意義は大きいと考えられる。服薬指導のみならず、医師への薬剤情報の提供、TDM、注射剤の混注業務等、参画できる場面は多い。今回は、服薬指導の実態について調査したが、改善すべき点は多い事が分かった。まずは、服薬指導件数を増加させる事で、NICUにおける薬物療法の一翼を担っていきたいと考えている。将来的には、当院でもNICUにおいて薬剤師が病棟常駐できる様働きかけることで、児に対して薬剤師も多面的なサポートをしていくべきだと考えている。そのためには、近年話題になっている小児薬物療法認定薬剤師の取得も目指し、今後のNICUにおける病棟業務に貢献していきたいと考えている。

表1 小児薬物療法研修

### 【講義概要】

我が国では人類史上最速のペースで少子高齢化社会を迎えている。社会のあらゆる分野で構造、制度の構築が急がれている。医療・保健においても、小児における薬物療法を広く認識し、その役割の重要性を広め、実践できる医療者の一員としての薬剤師の養成が課題となっている。

そこで本講習では、これら今日の小児領域の医療、保健を取り巻く諸事情や背景を理解し、今日の小児における薬物療法が抱える課題について理解を深めることで社会に貢献することを大きな目標とする。

### 【一般目標】

まず、小児をとりまく医療、保健の実態及び日常的によくみる小児で生じる疾患についての知識を習得する。次いで、今日の小児をとりまく環境を背景とした小児薬物療法における諸課題について学ぶ。すなわち、小児としての特性（発育という成長、発達の視点）、小児疾患の特性、社会のなかの小児の問題などについて具体的な事例を通じて学習する。さらに、種々の疾患、薬物療法の具体的な実践を通じて、基本的事項を学習する。最後に、小児をとりまく社会・制度に対する理解を深め、関心をより高め、社会において小児薬物療法を実践する。

### 【行動目標】

1. 小児薬物療法における薬剤師の役割を理解し、実践できる。
2. 小児を理解するための発達小児科学、小児疾病、母子・小児保健の概要を理解する。
3. 小児の薬物動態の発達変化を説明できる。
4. 母乳哺育の意義と母乳への薬剤移行の考え方を知り、助言できる。
5. 小児における経腸栄養剤の特徴等について述べる、経静脈栄養について助言ができる。
6. 未承認薬、適応外薬使用への適切な助言ができる。
7. 小児期の臨床検査値の違いを説明できる。
8. 小児におけるTDMの役割を説明し、有効に活用できる。
9. 小児剤形の必要性を理解し、問題点について説明できる。
10. 小児（及び病気を持った小児）の心理・行動を理解し、その支援方法やその役割について述べる事ができる。
11. 代表的な小児疾患について理解し、その標準的な薬物療法について実践できる。
12. 小児の病態に配慮した薬用量と剤形・投与経路の提案ができる。
13. 地域における小児を取り巻く環境を理解し、必要に応じた行動ができる。

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）

NICU 及び GCU 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-B: コメディカル部門・理学療法士：  
当センター病院 NICU とリハビリテーション科の現状と今後の展望

研究協力者 西垣 有希子（国際医療研究センター病院リハビリテーション科）

**研究要旨：**国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）は新宿区に立地する総合病院で、NICU6 床、GCU8 床を有する地域周産期母子医療センターの機能を併せ持つ。当センター病院の NICU 入院新生児のリハビリテーションの現状、他施設との比較を行った。限られたリソースの中では、理学療法士と NICU スタッフとの共同、相補型のリハビリテーションが不可欠と思われた。

#### A： 研究目的

国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）は、NICU6 床、GCU8 床を有し、在胎 28 週以上の新生児を受け入れている地域周産期母子医療センターである。今までは重症な神経学的後遺症を合併した新生児は少なく、よって理学療法を行った症例も多くない。将来、分娩在胎週数の拡大を視野に入れ、当センター病院 NICU におけるリハビリテーション科の役割と今後の展望について検討する。

#### B： リハビリテーションの依頼新生児の特徴

過去3年間におけるNICUからリハビリテーション科への依頼件数は6件であった（図1）。リハビリテーションの開始時期は、生後 20 日以内が 2 名、生後 21 から 40 日が 3 名、生後 120 日が 1 名であった。生後 120 日の児は生後 3 ヶ月に哺乳力減少、けいれんで発症したミトコンドリア脳症であり、全身状態が改善後にリハビリテーションを開始したため遅くなった。転帰は、5 件が自宅退院、1 件は他院への転院になっている。

特徴としては、長期間介入するケースがあること、他科（成人）と比較してリハビリの依頼までに時間を要している患児が多いこと、退院までのリハビリテーションの期間が長いことがあげられる。その理由として、気管挿管・呼吸器管理になった新生児の場合、全身状態が安定するまで時間がかかること、重症化して長期入院となる場合には、両親の受け入れやケアの習得に時間を要していることなどがあげられる。

#### C： NICU でのリハビリテーションの現状

- ・2013 年における当院の病院総病床 750、そのうち NICU6 床・GCU8 床である。
- ・現在の在籍している理学療法士（以下 PT）は 8 名であり、そのうち 2 名が小児病棟と NICU を担当している。専任ではなく成人も担当している。
- ・担当については、1 人の患者に対して 1 名の PT が担当する。
- ・理学療法の回数と時間は、週 5 日、1 回 20 分～40 分である。
- ・ケースカンファレンスは臨時に開催している。
- ・ケースカンファレンスに関しては、呼吸・発達支援・家族指導・看護師への指導などがあり、依頼があればカンファレンスに参加している。
- ・理学療法は入院患者対象で、外来では行っていない。
- ・地域の療育機関との連携は強いとはいえない。
- ・当院では 1 人の PT が 1 日に約 24 名の患者を担当している。NICU、GCU に PT が専任で常駐することは難しい状況である。

#### D： 子ども病院（成育医療センター）の例

成育医療研究センターは総病床数 460、NICU・GCU40 床の子ども総合病院である。PT は 5 名で、NICU 専属の PT は設けていない。主に小児が対象で、まれに出産後の母親の廃用症候群にも対応している。臓器移植といった重症患児の長期入院の増加が問題になっている。入院症例だけでなく、退院症例にも対応している。最近では地域の療育待

機が長期化しており、それに伴いつなぎの外来も長期化し、入院、外来ともに対応に苦慮している。スクリーニングとフォローアップを目的として、月に2回、NICU とリハビリテーション科(リハ科医師2名PT 全員)で合同の回診をしている。3歳、6歳までフォローを行っている(図2)。

**E. 考察**

総合病院・中規模NICU・GCUを有する型である当院の限られた人員と時間の中で可能なリハビリテーション科とNICU・GCUの協力体制について考えた。入院している児の多くが早産・低出生体重児であることから、それらに必要な呼吸理学療法

(NICUにおける呼吸理学療法ガイドライン(第2報)日本未熟児新生児学会雑誌 2010;1:139-149)、神経発達を促す発達支援などがあげられる。今後多種専門職カンファレンスへの参加や事例の蓄積、勉強会の開催によってNICU ナースへの基本的手技の習熟など介入の余地があると思われた。

**F: 結論**

中規模NICU・GCUでは限られたリソースによって新生児のリハビリテーションを行うことになり、PTだけでなくNICUスタッフと共同で行う必要性がある。

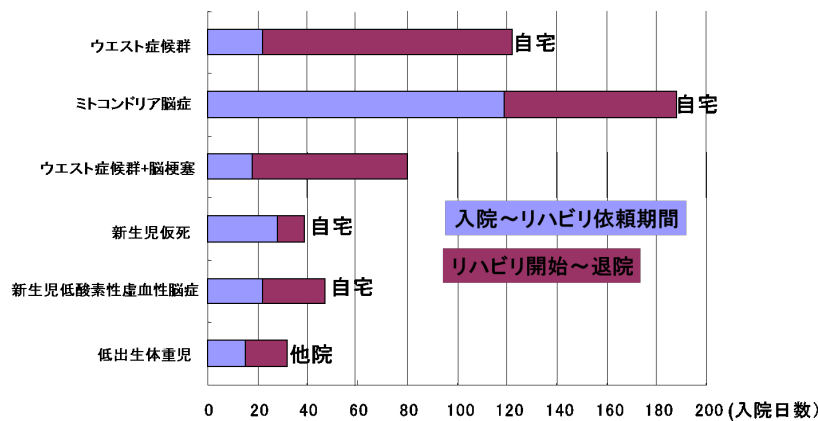


図1. 当センター病院NICUにおける理学療法を施行した児の経緯

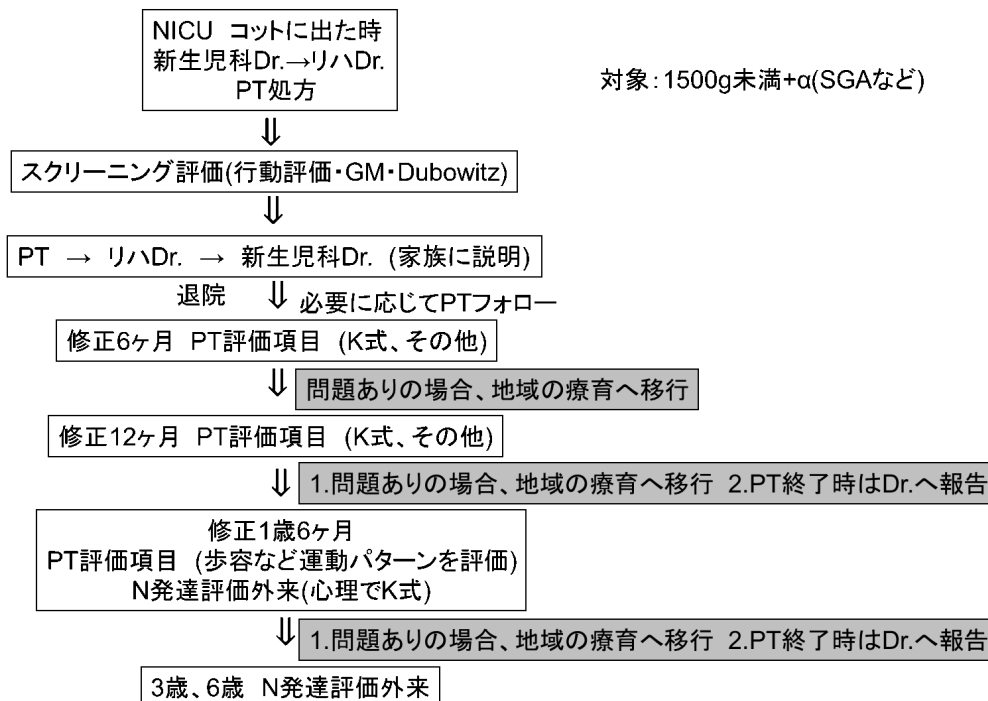


図2. 成育医療研究センターNICU・GCUでのリハビリテーションのアルゴリズム

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 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-C: コメディカル部門・臨床工学士：当センター病院 NICU の臨床工学士の現状と展望  
在宅呼吸器療法の支援

研究協力者 深谷 隆史（国際医療研究センター病院 医療安全推進部）

**研究要旨：** NICU・GCU 入院から在宅酸素・在宅 DPAP に移行した 5 か月男児を経験した。在宅療法に向けて、臨床工学士が主治医、NICU 看護師や家族へ積極的な指導や機材の選定を行った。また、在宅医や訪問看護師との連携にも関与した。今後、患児の家庭での療育を考えた場合在宅呼吸器は重要であり、臨床工学技士の介入も多くなると思われた。また、臨床工学技士が家庭の見守りとして重要な役割を持つと思われた。

#### A: はじめに

臨床工学技士（以下 CE）の業務は法律上、生命維持管理装置の操作と保守・管理であり、「循環」、「呼吸」、「代謝」、「ME 機器の保守・管理」の 4 つに分けられる。それぞれの部門に特化した CE を養成することが全体の流れとなっている。

○臨床工学技士の業務

- ・生命維持管理装置の操作及び保守管理
- 「循環」…人工心肺装置や補助循環装置
- 「呼吸」…人工呼吸装置
- 「代謝」…人工透析
- ・ME 機器の保守管理
- 「生命維持装置に準ずる機器の保守管理」  
…除細動器、閉鎖型保育器

小児科・新生児科と連携した 2 例を示す。

○臨床工学技士と小児科・新生児科との連携例

- ・病棟での血漿交換及び持続血液透析濾過法 (CHDF)
- ・小児回路及び小児用ダイアライザー
- ・文献などによる施行方法の検討
- ・マスク式人工呼吸器の在宅支援
- ・院内関係者への取扱説明
- ・家族への取扱説明と使用中のサポート
- ・臨床とメーカーの橋渡し
- ・搬送時の民間救急車の確認

今回マスク型の人工呼吸器を指導し、在宅療法までつなげた例を経験したので報告する。

#### B: 症例

患者：3 か月男児

主訴：嘔吐・哺乳力低下・眼球偏位

既往歴：早産低出生体重児（在胎 34 週 6 日、出生体重 1920g）にて NICU に入院・加療。生後 37 日（修正 40 週 1 日）に退院。

現病歴：入院 11 日前より 1 日 1～2 回の嘔吐と時々眼球偏位があった。入院 8 日前より外来にて精査行い経過観察をしていた。入院当日に多量の嘔吐と眼瞼・上肢がびくびくする動きがあり、呼吸状態も悪化したため、さらなる精査と呼吸循環管理のため入院した。精査により、先天性代謝疾患が疑われ、挿管、人工呼吸器管理のため集中治療を受けた。（中略）入院 12 日目に抜管し、n-DPAP 装着を行った。原疾患より呼吸状態の劇的な改善は難しいと判断し、在宅酸素、在宅マスク型人工呼吸器の導入を考えた。

#### C: 在宅へのマスク型人工呼吸器に向けてのプロセス

参考資料として、“在宅人工呼吸器療法を実施する小児とその家族のためのケアアジャメントプログラム（第 2 版）（2002 年 3 月発行・編集 事業推進検討委員会・発行 社団法人 全国訪問看護事業協会）を参考にした。

C-1. 人工呼吸器およびマスク選び

退院時は生後 6 ヶ月（修正 4.5 か月）体重 g、対象児が乳児であったため、在宅用 NPPV で最も小さいマスクを取り扱う業者に依頼した。業者を探す際には、成育医療研究センターの CE からアドバイスを受けた。

フィリップスレスピロニクス(株)エーバップスとプロフィールライト SC ネーザルマスクをレンタル契約することとした(写真1)。在宅を行う際には、移動中に呼吸器を動作させるためのバッテリーと呼吸状態を監視する目的でパルスオキシメータをレンタルすることとした。家族の要望により、自宅でも使用したいとのリクエストがあり、自宅へ帰宅した後も継続使用することとなった。

#### C-2. 家族とのかかわり

主に児のケアを行うのが母親であることを主治医と確認し、業者から一時的に CE 室にて呼吸器を預かり、母親の面会時間に装着し簡単な取り扱いを説明した。また、日常的に面会時間に訪問し看護師立会いの下、使用上の疑問などを傾聴し、マスクの装着を一緒に行った。数日後には、マスクのストラップが長いと、手縫いで短くしたり皮膚の赤くなった部分に保護シートを張ったりなど、在宅に向け前向きに参加して頂いた。

#### C-3. NICU スタッフとのかかわり

関係する医師と NICU 看護スタッフ全員に児への導入前に取り扱い方法の説明を行った。導入後は日常的に NICU へ訪室し、前日の母親からの話や看護スタッフの疑問などを傾聴し、在宅に向けた教育の進展状況を確認した。

#### C-4. 在宅医・訪問看護師とのかかわり

今回のケースでは、訪問看護師への関わりはなく、業者にステーションを紹介し、取扱説明を行ってもらった。

成人のケースでは訪問担当の看護師や理学療法士を病院に招き、医師・看護師・家族を交え一度に取り扱い説明を行ったケースもある。このようなケースは、視点の違う疑問点や指摘があり、関係する人々が同時に参加することにより、家族への安心感の提供や同じ情報が共有でき、有用である

と考える。

#### C-5. 外来でのフォローアップ

現在、外来でのフォローアップは、医師及び外来看護師で行っており、CE は参加していない。

#### D: 考察

在宅酸素、在宅人工呼吸器が必要な乳児に対し、CE が介入した例を紹介した。

CE は医師や看護師に ME 機器の情報提供、ご家族への取扱説明や声掛け、医療機器メーカーとの橋渡し、粗悪な設備の民間救急車への対応も担っていると考えている。今回 CE は、NICU、GCU スタッフと連携することができた。また、プロトコルに従って対応したため、今後同様の症例に役立つと思われる。

CE が在宅の人工呼吸を管理する一環で自宅訪問した際、病院では得られない貴重な情報が得られる可能性がある。自宅の状況を把握するための大きなアンテナにもなると思われ、もし育児不安による虐待が疑われたケースでも虐待発見の医療の核になるポテンシャルを持っているのではないかと思われる。

現在、当院では自宅訪問を行うシステム自体がないため、CE が自宅訪問をすることは不可能であるが、今後自宅訪問するようになった場合には、見守りの一旦になると考える。

#### E: 結論

CE が在宅酸素・在宅人工呼吸療法という呼吸管理に関して、NICU・GCU に関わることができた。今後、医療サービスのひとつとして、必要な児に対して積極的に関わり、家庭の見守りとして重要な役割を持つと思われた。



写真1. フィリップスレスピロニクス(株)エーバップス

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 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-D: コメディカル部門・放射線技師：当センター病院小児科・新生児科における頭部外傷の検討

研究協力者 若松 信行（国際医療研究センター病院 放射線診療部門）

**研究要旨：**身体的虐待のなかで、生命に最も危険を及ぼすのが頭部外傷、Abusive Head Trauma（以下 AHT）である。当センター病院における小児頭部外傷の実態把握をするため、放射線情報システムを用い病態の基本情報を作成した。対象は 2010 年 8 月から 2014 年 1 月に頭部 CT を撮影した 15 歳未満の頭部外傷や頭蓋内出血を呈した 31 名である。患児の性別は男児 17 名、女児 14 名。年齢は 0-1 歳 12 名、2-5 歳 6 名、6-10 歳 2 名、11-15 歳は 11 名。外傷原因は痙攣・癲癇発作後の転倒 7 名、転落 10 名、転倒 4 名、打撲 3 名、接触事故 3 名、単独事故 1 名、殴打 3 名。受傷場所は屋内 25 名、屋外 4 名、不明 2 名、目撃者あり 25 名、なし 6 名。CT 画像所見は皮下血腫 7 名、帽状腱膜下血腫 1 名、眼窩底骨折 1 名、眼瞼浮腫 1 名、くも膜下出血 1 名、出血性脳梗塞 1 名であった。出血性脳梗塞の 0 カ月乳児は AHT が強く疑われた。くも膜下出血の 3 歳児は、AHT ではなく転落であったが、受診を契機にネグレクトを疑い児童相談所（以下児相）へ通告した。児相介入済み患児が 4 名、8 名は外来フォローしている。2 歳以下では屋内で転落による事故が多く、特に 0 歳では 6 名中 4 名がベット等より転落であった。乳児は学童児と比較して目撃者がいないことが多い。とりわけ転落は親の危険認識の低さを反映し、ネグレクトの可能性も考慮すべきである。今後基本情報の集積を行い、虐待発見の指標を構築していく。また、放射線技師は AHT の早期発見する潜在能力があると考えた。

#### A：はじめに

身体的虐待のなかで、生命に最も危険を及ぼし重症化・後遺症の原因となりうるのが頭部外傷、Abusive Head Trauma（以下 AHT）である。我々診療放射線技師は、撮像という診療行為と各診療科に横断的に関わるという特性より AHT 発見の潜在の見張り番になる可能性が大きい。

我が国における AHT のまとまった統計はなく、施設間で検討しているのみである。今回、当センター病院における乳児・小児の頭部外傷の実態を知るために、CT 撮像の病院内データベースを用い、検討した。

#### B：研究方法

- ・対象：2010 年 8 月から 2014 年 1 月まで、当センター病院小児科に受診または入院し、頭部 CT 撮像を行った 0 歳から 15 歳までの乳児と小児
- ・抽出法：病院内データベース（放射線情報システム）を用い該当者を抽出した。それら 300 名から内科疾患を除外し、頭部外傷または頭蓋内出血を呈した 31 名。
- ・解析項目：年齢・性別・受傷原因・受傷場所・

目撃者の有無・CT 所見・転帰

- ・解析法：後方視的解析

#### C：研究結果

表 1 に頭部外傷・頭蓋内出血 31 名の特徴を示す。患児の性別は男児 17 名、女児 14 名。年齢は 0-1 歳 12 名、2-5 歳 6 名、6-10 歳 2 名、11-15 歳は 11 名。外傷原因は痙攣・癲癇発作後の転倒 7 名、転落 10 名、転倒 4 名、打撲 3 名、接触事故 3 名、単独事故 1 名、殴打 3 名。受傷場所は屋内 25 名、屋外 4 名、不明 2 名、目撃者あり 25 名、なし 6 名。CT 画像所見は皮下血腫 7 名、帽状腱膜下血腫 1 名、眼窩底骨折 1 名、眼瞼浮腫 1 名、くも膜下出血 1 名、出血性脳梗塞 1 名であった。出血性脳梗塞の 0 カ月乳児は AHT が強く疑われた。くも膜下出血の 3 歳児は、AHT ではなく転落であったが、受診を契機にネグレクトを疑い児童相談所（以下児相）へ通告した。児相介入済み患児が 4 名、8 名は外来フォローしている。

#### D：考察

当センター病院で頭部 CT を撮像した小児科初療患者で頭部外傷または頭蓋内出血を呈した 31



名について検討した。当センター病院の放射線情報システムを使うことで、重症な頭部外傷・頭蓋表1．頭部外傷・頭蓋内出血31名の特徴

		n=31
年齢	0-2 歳	12
	2-5 歳	6
	5-10 歳	2
	10-15 歳	11
性差	男	17
	女	14
受傷原因	痙攣後の転倒	7
	転落外傷	10
	転倒	4
	衝突	3
	接触事故	3
	単独事故	1
受傷場所	殴打	3
	屋外	25
	屋内	4
	不明	2
目撃者の有無	あり	25
	なし	6
CT 所見	皮下血腫	7
	帽状腱膜下血腫	1
	眼窩底骨折	1
	眼瞼浮腫	1
	くも膜下出血	1
	出血性脳梗塞	1
	異常なし	19
転帰	児童相談所介入済	4
	児童相談所介入(別件)	1
	外来フォロー	8
	外来フォローなし	18

内出血例を抽出することができ、AHTの基本情報を

作成することができた。

2歳以下では屋内で転落による事故が多く、特に0歳では6名中4名がベット等より転落であった。乳児は学童児と比較して目撃者がいないことが多い。とりわけ転落は親の危険認識の低さを反映し、ネグレクトの可能性も考慮すべきである。

コメディカルのひとつである放射線技師は、撮像という診療行為の中で患者と接触すること、各診療科を横断的に関わることより、AHTにより留意することでAHTの早期発見する潜在能力があると考ええる。

今回は初療を小児科に限定したパイロット研究である。当センター病院では、脳神経外科や救急診療科が小児頭部外傷を診療する場合もあるため、初療科を拡大した解析が必要になる。今後基本情報の集積を行い、虐待発見の指標を構築していく。

#### E: 結論

・コメディカルのひとつである放射線技師は、撮像という診療行為の中で患者と接触すること、各診療科を横断的に関わることより、AHTにより留意することでAHTの早期発見する潜在能力があると考ええる。

#### F: 文献

- ・西本 博、栗原 淳：児童虐待による頭部外傷の現状と問題点．脳外誌 2004.13(12)822-829.
- ・山崎 麻美 埜中 正博：脳神経外科医が見過ごしてはならない小児虐待による頭部外傷の特徴と治療．脳外誌 2009.18(9)642-649.
- ・三木 保、原岡 囊：本邦における小児虐待：脳神経外科医の役割 (<特集>神経外傷治療の最新動向)．脳外誌 2007.16(1)26-35.

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 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-E: NICU 看護師部門：新生児室勤務のセラピスト・看護師のためのショートコース  
（ポジショニング・ハンドリング）研修

研究協力者 宮原 佳奈恵、藤川 紗彩（国際医療研究センター病院 NICU 看護師）

**研究要約：** NICU・GCU における医療支援にポジショニングやハンドリングに代表されるディベロップメンタルケア（以下 DC）がある。DC は治療やケアをサポートすることや成長・発達を促すために行われている。当院における DC は理学療法士（PT）や作業療法士（OT）ではなく、NICU/GCU で勤務する看護師・助産師が中心となって行っている。今回、理学療法の視点から行うポジショニングやハンドリングについての研修に参加できた。その研修で、NICU での体位交換や良肢位の取り方により、発達段階で異常行動を示すといった発達障害が生じる可能性があるとの報告を聞くことができ、看護師・助産師の DC の重要性について学ぶことができた。今後も児と両親が健やかに暮らせるよう、NICU における看護を追究していきたい。

#### A： 研修目的

当院 NICU は 28 週からの早産児（主に 1,000g から）や重症新生児仮死、呼吸障害、高ビリルビン血症など高度治療が必要な新生児が多く入院する。極低出生体重児などは 1 ヶ月以上入院が必要となる。当院では新生児の治療や成長・発達の促進目的で、ポジショニングやハンドリングといったディベロップメンタルケア（以下 DC）が行っている。理学療法士（PT）や作業療法士（OT）ではなく、NICU/GCU に勤務する看護師・助産師を中心に行っている。本研修は本来理学療法士を対象に企画されている研修であるが、今回看護師が参加可能であることから、研修に参加することができた。ポジショニングやハンドリングの目的や方法、効果を専門的に再学習することで、今後看護師・助産師が NICU 入院患者に効果的なポジショニングやハンドリングを行えるようになり、家族への育児支援にもつなげることが可能であると考えた。

#### B：ディベロップメンタルケアの概要

##### B-1. ディベロップメンタルケアの対象

NICU に入院する全ての児が対象となる。当 NICU は胎内週数 28 週以降、2,300g 未満、新生児疾患を有する児が入室対象となる。中でも、早産・低出生体重児では神経系疾患発生、出生後の低栄養、治療環境からのストレスなど多様な要因により、発達障害が発生する可能性が高

い。正期産児では染色体・先天異常系疾患や低酸素性虚血性脳症により重症心身障害を発症する児も認められる。

##### B-2. ディベロップメンタルケアの目的

早産・低出生体重児では、出生後の栄養状態の改善、疾患発生の予防や軽減、治療環境の改善などが行われている。また新生児蘇生法の普及、脳低温療法などが展開されてきている。DC はそれらの治療・ケアをサポートするものであり、その枠を超え成長・発達を促すケアでもある。

ケアの目的として、呼吸・循環系の安定、ストレスからの保護、発達の促進がある。呼吸・循環器系の安定やストレスからの保護、疾患発生の予防や軽減に寄与する。

早産児は、出産予定日まで胎内で快適な刺激を受け、自らも自発的な行動をしている胎児と違い、治療やケア上で不快な刺激を受けやすく、鎮静や抑制を余儀なくされるため、脳の成熟が妨げられ、筋骨格の 2 次的な廃用をおこしている可能性が高い。そのため、ディベロップメンタルケアは、児の安静や安楽を提供でき、また、適切な時期に過大なストレスにならないように必要な刺激を与えていくことも可能とする。

##### B-3. ディベロップメンタルケアの内容

DC には、ポジショニング、ハンドリング、環境調整、ケアパターンの調整、癒しのケア、カ

ンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援、ファミリーケアなどが挙げられる。これらのケア内容は、例えば、発達の促進として適切な時期に必要な刺激を与えることや児と親の相互作用を築くこと、家族の育児力を高めるために、ポジショニングやハンドリング、カンガルーケア、タッチング、哺乳支援、発達支援を行うというように目的に沿って行われる。そのため、ポジショニングは、患者の個別性だけではなくその目的により方法が異なってくる。今回の研修ではこれらの中でもポジショニングとハンドリングに焦点を当て行われたものである。

### C: ディベロップメンタルケアと虐待

NICU の導入と医療の進歩により低出生体重児や重症新生児仮死、染色体・先天異常系疾患の新生児の生命予後が改善されてきている。しかし、低出生体重児やNICUに入室した経験を持つ児における虐待事例が多くみられるようになった。低出生体重児が被虐待児となるリスクは正常児のおおよそ4倍から6倍程度と推測されている。また、たとえ出生体重が2,500g異常であっても、母子分離が長期にわたる新生児にも、虐待に関して未熟児と同等のリスクがあることが明らかになっている。そして、虐待された未熟児は問題を持たない児は少なく、発育発達の遅れがある児、またたとえ治癒可能であっても何らかの疾患を有し育児困難が予測される例が多いと言われている。

### D: 参加した研修

- ・児/家族中心アプローチ
- ・長期療育計画への家族援助
- ・ポジショニングとハンドリングの実技練習
- ・症例検討と臨床課題
- ・胎児・早産時行動特性・感覚衝撃機序、正期産児との違い

### E: 考察

安楽な体位を整えるPositionedというように側臥位や腹臥位の静的肢位を設定することも大切であるが、児が胎外での環境に適応できるようという意味を考えたPositioningという児の安定性と自由性を促進するために、良肢位をとるための過程や胎外環境における重力の中で感覚機能や運動機能の発達を促進するためのケアを行うことも大切になるということを知った。長期にわたるポジショニングによって、タオルやコットの端の方に体の一部をつけ、安心する体勢を患児自身

がとり続けることにより、発達の段階で異常行動を起こすことがあるということを知った。看護師のケアが児の将来を大きく左右していくということを改めて感じた。より良いケアを行うこと、またそれを家族にも指導することでその後の発達を促進することにつながる。身体的な成長、発達遅延や程度、これから起こりうる障害が虐待の誘因とならないとは限らない。常に最善のケアを追求し、実施していきたい

### F: 結論

ポジショニングやハンドリングなどのDCIは、NICU入院患児の成長・発達を促進するために大切なケアである。より良いケアを効果的に導入することにより、低出生体重児や長期入院患児の運動機能や感覚機能に代表される神経学的予後に大きく影響を与える。出生後、新生児は重力、肺呼吸、環境の影響などを受ける。早産児や新生児仮死による脳への衝撃により神経系の脳の発達が未熟であることから、胎外環境への適応がスムーズに行うことが難しい。これは、乳児期や幼児期にまで影響し、体幹や四肢のバランスがとれないことにより歩行困難、歩き方がぎこちないなどという形で発達遅延や発達障害が現れることがある。そのため、新生児期からそれぞれの患児の特性に応じ、目的に沿った方法でより良いポジショニングやハンドリングを行うことが大切になる。また、家族の育児力を高めるためにも有効である。

NICUスタッフが以上のようなより良いDCIを実践することは発達遅延や発達障害を予防するだけでなく、患児と家族の愛着や育児における障害因子を軽減し、虐待予防にもつながっていくといった医療支援が可能であると考えられる。当院でより良いポジショニングやハンドリングを患児に実践していけるよう研修内容を病棟へ還元し、スタッフ全員が同一の知識や技術をもってケアが提供できるよう働きかけていかなければならないと考える。

### G: 参考・引用文献

- ・木原秀樹：ディベロップメンタルケア；発達ケア。母子保健情報．11(62)．33-37．2010
- ・池田ちづる,井坂雅行：幼児虐待を防止するために新生児科医ができること；NICUから被虐待児をださないために．日本未熟児新生児学会雑誌．16(1)．91-93．200

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 入院新生児への医療・コメディカルのサービス向上のための研究

研究 1-F: NICU・GCU における看護師・助産師の医療サービス向上の検討  
および専門職間交流の展望に関する報告

研究協力者 鈴木 享子 慈（いつくし）助産院 助産師

**研究要旨:** NICU・GCU における看護業務は、児と母親およびその家族を対象とし、妊娠期から子育て期<sup>madeno</sup> 継続ケアである。出生前後の急性期から退院後の適応期までのケアは多種にわたり、NICU・GCU の看護師・助産師だけでは専門性が充分活用できないことに遭遇する。NICU・GCU 退院児の母親が内包する高い育児ストレスを軽減し自己効力感を知覚する要因としては、母乳育児へのスムーズな適応が挙げられる。NICU・GCU 退院児の母親には、急性期から適応期までの具体的な身体ケア、心理・社会的支援が必要である。一方、母乳ケア技術は特化した技術であり、地域の熟練助産師らが習得しており病院内の若手看護師、助産師にはとっては課題である。病院間の垣根を越えてアウトソーシングできる分野と考え、今回、NICU・GCU 外部からの医療専門職による NICU 母乳ケアの可能性を検討した。経験豊富な助産師による母乳ケア講座を開き、若い看護師・助産師に実践指導を行った。今後、これら専門職間交流が講習会だけでなく、NICU 入院中の新生児や母親への母乳ケアが、オープンシステムで実践できるよう検討していく。

## A: はじめに

NICU・GCU における看護業務は、児と母親およびその家族を対象とし、妊娠期から子育て期に至る継続ケアである。出生前後の急性期から退院後の適応期までケアは多種にわたり、そこに働く看護師・助産師だけでは専門性が充分活用できないことに遭遇する。一方、地域の助産師には、長い経験から特化した技術を持つものも多い。母乳ケア技術もその中のひとつであり、病院間の垣根を越えてアウトソーシングできる分野と考えている。

今回、出生前後の急性期から退院後の適応期まで、NICU・GCU の看護師、助産師と地域の熟練助産師など外部からの医療専門職による連携する NICU 母乳ケアが可能かについて検討した。

そのはじめとして、経験豊富な助産師による母乳ケア講座を開き、若い看護師・助産師に実践指導を行った。今後、これら専門職間交流が講習会だけでなく、NICU 入院中の新生児や母親にできるよう検討していく。

## B: NICU の早産児の母への母乳ケアの可能性

早産児の母親の母乳は、消化管粘膜透過性を早期に低下させ病原体の侵入を防ぐ、小腸粘膜上皮の乳

頭分解酵素活性を早期に誘導する、サイトカイン（ECF, TGF- $\beta$ ）が高値で産後 28 日まで持続して腸管を修復する<sup>1)</sup>、などの点で優れている。さらにスキン・ツ・スキンケア（カンガルー・マザーケア）によって気管支小腸乳房経路を介する母子免疫システムが確立し、常在菌に対する免疫を獲得し、それによって遅発性敗血症のリスクが低下する<sup>1)</sup>とされている。

一方、早産児の母親は患児が NICU に入院した場合、母子分離や患児の吸綴による乳房の直接刺激がないため、母乳分泌を促すためには、適切な母乳搾乳ケアの提供が欠かせない。しかしながら、産科・NICU に十分な経験を持った助産師が常時勤務しているとは限らない。

そこで、母乳ケアに十分な経験を持った院外の助産師による NICU 助産師・看護師への教育によって確実に分娩前後のケアが提供できるマンパワーを育成することや、NICU に入院した早産児の母親へのオープンシステムによる直接の母乳ケアの指導が日常化すると、母親の退院後の母乳育児へのスムーズな適応に有効であると考えられる。

さらに、我が国の NICU・GCU 退院児と母親にとって手薄である退院後の自宅での育児生活適応期の支援を、入院中にケアを受けた既知の地域の熟練助産師が、居

宅訪問や産後ケアハウスなどで適切にケアを提供し母親が育児に対する自己効力感を高めることは、今日の切実な課題であると考えます。

### C： 母乳ケア講習会の実施結果

母乳ケアの医療専門職間交流のひとつとして、平成25年11月9日13時より15時30分まで、国立国際医療研究センター病院の研修室において、経験のある院外助産師による母乳ケア公開講習会を開催した。

#### 1．実施方法

##### 1) 参加者

病院内 NICU・GCU 看護職(看護師長1名、看護師18名、助産師4名の計23名)のうち経験年数2年以下の4名。

病院内産科婦人科看護職(看護師長1名、助産師24名の計25名)のうち経験年数4年以下の3名。

元保健所保健師1名(停年退職後)

##### 2) 講師

一人は、助産師歴40年で大学病院などで助産業務の後、大学助産学専攻科で助産学を担当し開業助産師歴10年の熟練母乳ケア提供者。

もう一人は、大学病院などで助産業務の後、出張専門の開業助産師歴25年の地域開業助産師。

計2名。

#### 2．講習内容

前半は分娩直後からの母乳ケア概論および母乳ケアの基礎理論、具体的なケア技術と技術論、母親へのセルフケアを指導する方法を、スライドを用いて説明を行った(III.講習会・勉強会の資料の3.母乳ケア公開講座)。その他参考資料として、母乳育児成功のために(WHO/ユニセフ共同声明)を配布した。スライドによる学習のあと、シミュレーターを用いて母乳ケア技術の習得を行った。(巻末の資料参照)

後半は、退院後の母親からの訴えや、母親が投げかける疑問への応え方・考え方を、具体的な事例を上げて説明し、質疑応答を行った。

1) テーマ:「母乳ケアは赤ちゃんの助けで一緒にすすめるもの」

下位項目としては、以下の2項目で構成した。

(1) 乳汁が作られる仕組みを知って活用しよう

(2) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

##### 2) 乳汁が作られる仕組み

二つの側面があり、「生成機能」と「乳汁の質の制御」である。各々の母と子のカップルの固有の周産期の経過に応じたオーダーメイドの薬膳的有用性があること。

特に早産児や難産児には回復力を助長する成分組成となっていること。

気管支小腸乳房回路を介する母子免疫システムによって遅発性肺血症リスクが低下すること<sup>1)</sup>。

(1) 乳房組織の解剖生理学の基礎知識

(2) 周産期における母体の内分泌の変化と泌乳

(3) 乳汁分泌の母体内フィードバック機構<sup>2)</sup>

(4) 乳腺腺房の構造と生理機能

(5) 哺乳刺激によるプロラクチン動態

(6) 母乳産生のコントロール機構

3) 赤ちゃんが産まれてからのおっぱいの手当

(1) 正常産の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、早期授乳(出生後2時間以内)、母児同室、乳管開通、易吸啜状態の保持、頻回授乳の重要性と見通し説明する。

(2) 早産児の場合

乳房・乳頭の清拭、乳管開通ケア、\*児の呼吸・循環状態に応じた対応、早期搾乳介助(出生後2時間以内)NICUへ届ける、3時間ごとの搾乳介助で乳頭刺激による催乳感覚、射乳反射の発現が確認できるレベルまで、母体の内分泌機構への刺激を促進するための時との早期接触、感覚的な児情報(泣き声・画像)を伝達し、説明する。

(3) 扁平乳頭・陥没乳頭の手当法

ポリエチレン製の突出促進の道具

(4) 産褥早期の乳房ケアのプロトコール(S式)

条件として、安楽であること、母体本来の生理的経過にもとづく母乳泌乳機能を助長する、簡便であり短時間で提供可能、セルフケア能力を引き出せる、日常的看護業務に容易に取り込める、方法を提示した。

プロトコールに基づき、prospectiveに産褥6日まで追跡した2事例の母乳泌乳経過を示し、正常経過の母体の生理的母乳分泌のエビデンスを示した。

核となる手技は、基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化、開通ケアによる乳管開通促進であるが、母親を検温で訪室した際に約5分も要しない。入院中の乳房の総ケア時間は、65分ほどである。

(5) 母親の乳房へのセルフケア

おっぱい体操と称して、基底部の部分的剥離による乳房の弛緩、乳頭の柔軟化に相当する状況を、母親自身でできる。(4)で助産師がケア提供し体得した感覚を母親自身が観察学習(モデリング)し、授乳のたびに直接体験学習する中で自己効力感を高めてゆく方法である。親しみやすいキーワードで構成した、リズムカルに「歌う」ように実践できるセルフケア法を説明する。

### 3. 退院後の母親が抱く母乳ケアへの不安や疑問

出張開業の地域熟練助産師が、その活動の中で頻回に寄せられる母親からの母乳ケアに関する訴えや質問を集約して紹介し、母親へ指導する対処法について説明した。

若手の看護師、助産師は、病院での母乳ケア提供する場面で抱いた疑問を解消し、母親に効力感を持って自己肯定的に育児に向かえるようなコミュニケーションスキルについても学習できた。

### D: 今後の課題

#### 母乳ケアのアウトソーシングの可能性

早産児の母親は潜在的に小さな児を産んだということへの気持ちが強く、母親にのみできる母乳を搾乳して与えることへの欲求は強いと思われる。それを少しでも支えるため、分娩直後からの産科病棟助産師とNICU看護師・助産師との緊密な連携が日常化し、母親が自己効力感を知覚しつつ母乳哺育が順調に経過し退院が完遂できるための母乳ケアのプロトコールの定着は重要である。

児の面会時を利用した綿密な母乳ケアは、母親への母乳分泌の内分泌刺激の要因であり、自己効力感を醸成する要因でもあり有効な医療サービスと考える。

また、退院後の適応期に、入院中からの連続性ある継続ケアの必要度が高い母子カップルが存在する。このような対象には、地域の熟練助産師が、入院中から母乳ケアチームに加わり、退院後も居宅宅訪問型ケア、

あるいは産後ケアハウス入所型ケアなど、選択できることによってより効果的な育児支援が提供できると考える。

母乳ケアをアウトソーシングすることは、患児、患児の母のみならず、医療スタッフへの恩恵も大きいと考える。それらを実現するためには、関係機関の調整やシステム創設が必要と考える。

### E. 文献

1) 大山牧子：エビデンスに基づく低出生体重児における母乳栄養の利点、38(10)、1329-1334、周産期医学、東京医学社、2008。

2) 堀内成子編：母乳分泌メカニズムと授乳への応用、産褥支援ガイドブック、110-116、ペリネイタルケア、メディカ出版、2003。

F：健康危険情報  
なし

G：研究発表  
1. 論文 なし

2. 学会発表 なし

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）

研究2：NICU及びGCU入院新生児への退院支援・福祉サービス向上の研究

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：**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で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（以下、入院新生児）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。それら入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職における退院支援・福祉サービスの介入や充実を図ることは重要である。そのため病院内では医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を行い、必要な場合には子ども虐待防止委員会を開いている。地域では、地域の保健師、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。今回は、当センター病院における多種専門職会議は入院新生児に恩恵があるばかりでなく、新生児特定集中治療室退院調整加算を得ることができることに言及した。さらに、育児不安解消のための産褥ケアを、病院内で行う場合（病院内母子同室）と地域で行う場合（産褥ケア）について検討した。

#### A：はじめに

NICU及びGCU入院新生児（以下、入院新生児）の家族の医療面に対する負担や不安は大きい。家族が入院新生児のケアに参加することは、愛着形成や不安の軽減につながり、ひいては乳児虐待予防に貢献すると考える。

そこで、入院新生児における退院支援・福祉サービスのすみやかな導入のため、従来の医師・看護師・助産師などの病棟スタッフに加えて、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）、退院支援看護師や臨床心理士を加えた多種専門職会議を定期的（週1回1時間）に行い情報共有に努めている。また、必要な場合には子ども虐待対策委員会（院内）を開いている。地域では、保健センター、子ども家庭支援センターや児童相談所に継続支援をお願いしている。

今回、多種専門職会議によって新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）の取得が容易になることに言及した。また、育児支援が得られない家庭が増加するなか、産褥ケア施設の充実が期待される。

#### B：研究項目と研究成果

・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：

NICUという忙しい日常業務のなかで多種専門職会議を定期的に行うのは、各医療スタッフ

の努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されることを契機に、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することになり、入院新生児への退院支援・福祉サービスの早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

・国際医療研究センター病院における母子同室制度の試み：

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母子同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

・産褥ケア施設の現状の検討：

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。

#### C：結論

多種専門職会議を日常業務の中で定期的に行うことは、入院新生児に退院支援・福祉サービスの適切な導入だけでなく、退院調整加算を得ることで診療報酬の増加につながる。

院内母子同室は診療収入内で実現可能であり、産褥ケア施設と共に、育児支援のない家族へ福音となる。

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）

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-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

研究協力者 芳田 玲子（国際医療研究センター病院 医療ソーシャルワーカー）  
研究協力者 加藤 美鈴（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）  
研究協力者 松村 幸子（国際医療研究センター病院 看護部・退院調整）  
研究協力者 須貝 和則（国際医療研究センター病院 診療情報管理専門職）

**研究要旨：**国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）は、すでに NICU・GCU において多種専門職会議を定期的に行い、医療上の問題だけでなく、患児やその家族の社会的問題をいち早く抽出し、必要な退院支援・福祉サービスの提供に努力してきた。2012 年 4 月から、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）により多種専門職会議を行うことにより 600 点の加算が付くようになった。これを機会により効果的に患児と家族を把握するために、標準化した評価票を作成し、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師に結びつくように機能整備を行った。また、多種専門職会議に MSW や退院調整看護師が加わることで、迅速な支援が可能になった。また、2012 年 9 月から 2013 年 10 月の間、当センター病院における採択された退院調整加算の割合について、当センター病院が加入している Diagnosis Procedure Combination（以下 DPC）を用いて検討した。206 名が算定され、算定漏れは 11 名であった。算定漏れでは事務手続きが原因によるものが 8 名、書類未作成によるものが 3 名であった。書類未作成のものは、出生 0～1 日で転院したものであった。また、算定率は 93.3% で、加入 DPC の中では一番高かった。多種専門職会議の定期開催によって、退院支援・福祉サービスが有効に行われ、かつ退院調整加算に反映されることにより診療報酬にも貢献した。

**A: はじめに**

医療・福祉・個人の抱える社会背景の多様化、複雑化が進み、NICU・GCU における多種専門職による包括的な入院新生児および家族の支援は必須である。国際医療研究センター病院（以下、当センター病院）では、すでに医師、看護スタッフ、臨床心理士による多種専門職会議で社会面の評価を行い、必要な場合には迅速に医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）や退院調整看護師に連絡していた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、新生児特定集中治療室退院調整加算（以下、退院調整加算）600 点 が算定されることになった。

そこで、従来の多種専門職会議の業務形態を構築し、合わせて退院調整加算の算定率につて検討した。

**B: 多種専門職会議**

当センター病院は NICU6 床、GCU8 床を有し、常勤医 2-3 名、小児科レジデント 4-5 名、初期研修医 2-3 名、看護師・助産師 25 名と臨床心理士（非

常勤）1 名により構成される。1 週間に 1 時間ほどの多種専門職会議で、医療上の協議はもちろんのこと、家族背景や社会上の問題について情報共有し、必要がある場合には臨床心理士によるカウンセリングや MSW や退院調整看護師による支援を迅速に行ってきた。

2012 年 4 月の診療報酬改定で、退院調整加算 600 点 が認められるようになった。当科では、従来の患児・家族の評価に加えて、それらをより標準化するために、入院時アセスメントシート（図 1）、入院経過スクリーニングシート（図 2）退院支援計画書（図 3）の評価票を作成した。特に入院時の評価項目をより簡便にし、多種専門職会議に、MSW と退院支援看護師が参加することで、該当項目をより明確にし、包括的に討議ができるようになった。また、急な対応が必要な場合には、迅速に MSW へ知らせる機能を確立した。

**C: 新生児特定集中治療室退院調整加算**

当センター病院では医事課の協力のもと、3 種



の評価票を用い、退院調整加算を申請している。  
図4に2012年9月から2013年10月までの加算該当数の推移を示す。申請した206名全員の申請は算定された。算定ができなかったもののうち、3名は書類未作成によるものであった。これらは出生後1日未満で原疾患の治療のため転院し、書類を作成する時間的余裕がなかった。また、医事課の事務手続きが原因で算定できないものが8名あった。

図5に当センター病院が加入しているDPCにおける退院調整加算の算定率を示した。当センターは93.3%と高い算定率であった。

#### D：考察

多種専門職会議の必要性が言われて久しい。しかしながら、NICUという忙しい日常業務のなかで定期的に組み入れていくのには、各医療スタッフの努力が必要である。2012年4月から退院調整加算600点が算定されたことで、MSWや退院支援看護師が多種専門職会議に参加することで、早期介入がより容易になった。また、診療報酬の増加につながった。

しかしながら、退院調整加算が広く浸透しているとはいえず、当センター病院のDPCでは、50%以上の算定率は5病院にしか過ぎなかった。

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

等を示す。

(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置されていること。

多種専門職会議を定期的に行っている施設の中には、上記基準に該当せず算定できないNICUもある。多種専門職会議は入院新生児に対する寄与は大きく、今後、それが一般化され活用されるべく施設基準の緩和が望まれる。

#### E：結論

NICU・GCUにおける退院支援・福祉サービスの向上のために、多種専門職会議は必須のものである。退院調整加算による診療報酬増加は、その推進を強く後押しすることが期待される。

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）

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-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

研究協力者 田中 瑞恵（国際医療研究センター病院 小児科）

**研究要旨:** NICU・GCU に長期間入院した新生児は、家族の愛着形成や育児対応が遅れがちになり、退院してからの育児に対する家族の不安は大きい。当センター病院では、それら家族の育児支援のひとつとして院内の母児同室制度を作成した。それには、医師・看護職・医療事務が一体となり、看護職の人員配置に伴う病棟選定、該当児の決定や診療報酬の算定などの問題を解決して共同で作成した。運用開始した 2013 年 4 月から 12 月まで 9 か月間に母親 4 名（入院新生児 5 名、双子 1 組を含む）の利用者があった。

### A: 背景と目的

核家族化、母体年齢の増加、育児支援者の高齢化や近くにいないなどにより、産後の育児支援が得られない家庭が増えている。特に、NICU・GCU に長期入院している新生児の家族は育児不安が大きいと思われる。しかしながら、看護職のマンパワー不足や診療報酬の問題から、院内母児同室の実現は難しかった。そこで我々は、医師・看護職・医療事務と一体になり、母児同室制度を共同で作成し、2013 年 4 月より運用を開始している。

### B: 院内母児同室制度の設置まで

院内母児同室支援を考えるワーキンググループを立ち上げ、メンバーとして小児科医師、産科病棟師長、小児科病棟師長、病院医事課が担当になった。

対象は NICU・GCU に長期入院した児とその母で、児は退院に向けて特別な医療処置の必要はなく、母は疾患がない場合を想定した。目的は母の育児能力の向上であるため、小児病棟か産科病棟のどちらが適切かを協議した。小児科病棟の場合には、現時点では母児同室用に独立した部屋がなく、母は付添者ということで付添用ベッド（簡易ベッド）になり、育児環境に適さないこと、当院では病棟看護師と NICU/GCU 看護師が異なり、継続性ではデメリットが多いなどの意見が出た。一方産科病棟での母児同室する場合には、母親は入院理由になる疾患がなく分娩でもないため、入院扱いにならないという問題が生じた。また、育児環境に近い個室（特別室）を確保したほうが望ましいとの意見もあった。産科婦人科の混合病棟を利用する場

合、特別室の空き状況など考慮して週末にかけて行うことにした（参考資料 1 参照）。

また、今回の指導料徴収にあたっては、厚労省の保険局医療課を経験している者に聞いて、入院費、指導料徴収の整合性を検討した（参考資料 2: 母児同室運用手順）。内訳を示す。

・入院新生児: 保険扱い、別途特別室料(1 日 9,000 円) を徴収
・母親: 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 日の母児同室の総費用: 45,840 円(9,000 円 × 3 日 + 18,840 円)

以上より 2 泊 3 日の母児同室の総費用は 45,840 円と有料になり、支払能力のない家族には利用できないことになった。

病棟選定も議論を要した。母親は交流期間の長い NICU・GCU スタッフからのケアが一番望ましいと思われたが、当院のように産科病棟を選定した場合、NICU・GCU に新生児が入院しているあいだから育児手技を開始し、その後産科スタッフへ適切に申し送りをするすることで、母親の育児不安の軽減と育児手技習得は図られると判断した。

該当児は当センター病院で出生し、母親が産科を退院して 2 週間以上が経過した児を対象にした。

以上の概念を元に、病棟運営、清算までの流れを詰めた（参考資料 3: 母児同室の清算までの流れ(医事室長より)、参考資料 4: 母児同室支援申込書)。また、家族に説明用のパンフを配布した(参

考資料5. 母児同室案内パンフ)

該当する児はNICU・GCUから産科病棟へ転棟する前から育児指導評価票(参考資料6)を用いて、母の育児の熟練度を評価した。

### C: 母児同室施行例の検討

母児同室を開始した2013年4月から12月までの間に、4名の母親(双胎1組を含む5名の新生児)が母児同室を申し込んだ。それらの特徴を表1に示す。

#### C-1: 児の背景(5名)

全員早産低出生体重児であった。在胎週数は30週から33週で、出生時体重は1503gから2022gであった。双胎は2組いたが、1組は双胎の退院時期が大きく異なるため、退院が早かった児のみ母児同室を行った。母児同室に移行したのは、日齢30日から81日で、修正では37週から42週であった。体重は2546gから3676gであった。

#### C-2: 母の背景(4名)

母4名全員が初めての子であった。母の年齢は31歳から44歳で、不妊治療は2名が受けていた。妊娠期の合併症は切迫早産が4名、重症高血圧症が2名、切迫早産による管理が3名、胎盤早期剥離が1名であった。分娩形式は緊急帝王切開が3名で子宮収縮抑制剤中止後の経膈分娩が1名であった。

### D: 考察

医師・看護職・医療事務がチームを作り、院内母児同室制度を作成した。制度開始後9か月間に5名の児、4名の母が制度を利用した。全員早産低出生体重児で母にとって初めての児であった。

今回は母の育児不安を軽減することを第一の目的にした。理想としては、母児同室を希望する家庭に対し、いつでも(専用の病室を確保)、どの家族にも(院内出生などの条件をつけない)、金銭的

な負担を少なく(保険適応の範囲で)、サービスを提供していくことである。しかしながら現行の保健収載を考慮したうえで、母親への育児の指導料という形式に落ち着いた。

制度を開始して9か月間に母4名の利用があった。2泊3日で5万円近い実費がかかることは、利用を妨げる要因かもしれない。特に父母とも精神疾患をかかえている場合は、経済的に困窮している家庭が多く、事実上利用できないというジレンマがある。一方で、助産所で産褥ケアを行う場合はさらに費用がかかると試算されている。

今後利用者を増やすためには、該当児の条件の拡大(例:母が退院してから2週間以上経過を短くする、院外出生を受け入れるなど)することもひとつの方法といえる。さらに利用者の要望を参考に改善していく必要があると思われる。

### E: 結論

院内母児同室を現行の保険制度に照らし合わせて制度化した。NICU・GCU入院の新生児を持つ家族に対して、母子同室が保険収載できるよう保険制度の見直しが求められる。

### F: 研究発表

#### 1. 論文発表

該当なし

#### 2. 学会発表

第57回日本未熟児新生児学会

「母児同室に向けての当院での取り組み」

森本 奈央, 田中 瑞恵, 赤平 百絵, 細川 真一, 松下 竹次, 2012年11月25日~27日 熊本日本未熟児新生児学会雑誌(1347-8540)24巻3号 Page635(2012.10) (会議録として収録)

	児の背景					母の背景						
	性別	在胎週数	出生時体重	アプガースコア	原疾患	母児同室の日齢	母児同室の体重	母の年齢	出産数	不妊治療	妊娠期の合併症	分娩様式
1	男・双胎第1子	33週3日	2022g	8点 9点	早産低出生体重児・双胎	30日(37週5日)	2885g	31歳	初産	あり	切迫早産・重症妊婦高血圧症	緊急帝王切開
2	女	30週6日	1502g	7点 7点	早産低出生体重児	81日(42週3日)	3676g	38歳	初産	なし	胎盤早期剥離	緊急帝王切開
3	男・双胎第1子	33週6日	1707g	6点 8点	早産低出生体重児・双胎	34日(38週5日)	2360g	44歳	初産	あり	切迫早産・重症妊婦高血圧症	緊急帝王切開
4	男・双胎第2子	同上	1974g	7点 9点	同上	同上	2546g	同上	同上	同上	同上	同上
5	女	32週3日	1776g	2点 6点	早産低出生体重児	39日(38週0日)	2641g	37歳	初産	なし	前置胎盤・切迫早産	経膈分娩

表1. 母児同室を行った児と母の背景

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 妊娠から出産、産後までの支援の強化と 不妊治療への支援がうたわれている。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、褥婦と新生児と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・育児サポートを支援する。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・福祉サービスを受診できるよう、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。

**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・福祉サービスを受容できるよう、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で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、妊娠～出産（多胎、父母の精

神・身体疾患や知的障害、出産状況） 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） 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。スクリーニ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の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

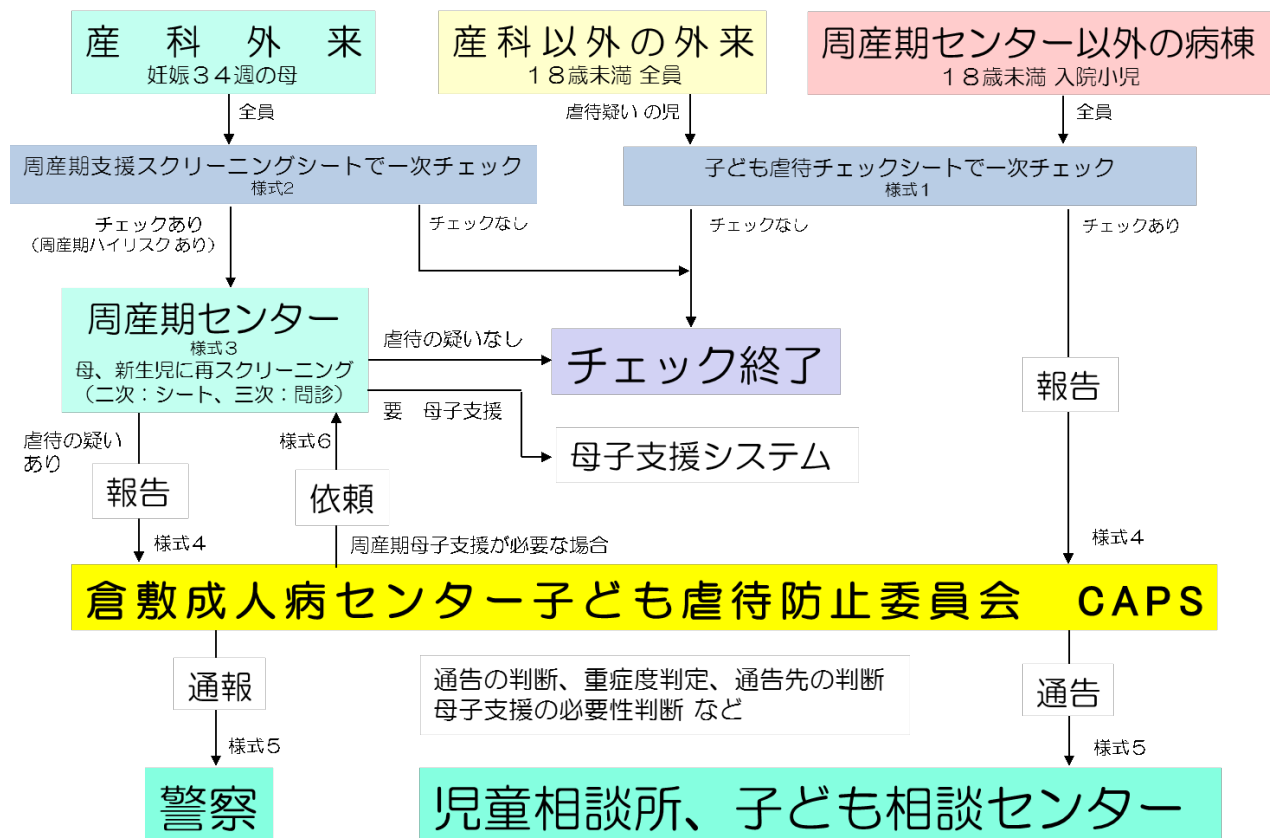


表1 スクリーニング期間と対象

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  
 入院日 平成 年 月 日  
 主治医 \_\_\_\_\_  
 記入日 平成 年 月 日  
 記載者 \_\_\_\_\_

新生児名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 平成 年 月 日  
 児のID \_\_\_\_\_  
 児の性別 男 ・ 女  
 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
言葉かけ	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	触らない 抱かない 母 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		
M S W	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(あっても差し止め不通)  
 態度 事務手続きをしたがらない 事務の手續きに不備が多い  
 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 ( )

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）
- ・皮膚 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）  
新旧混在の外傷痕 多数の小さな出血斑 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）
- ・骨折 頭皮内の複数の外傷や抜毛痕  
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）
- 家に帰りがたらない 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			計
		あり	なし	
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%

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-C: 一般病院職員における子ども虐待に関する意識調査

研究協力者 河本 聡志（一般財団法人 倉敷成人病センターリハビリテーション科技士長）

**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。

**A: 調査目的**

一般病院における CAPS の新たな設置が、職員の子どもの虐待に関する意識に対して与える影響を検討し、今後の院内子ども虐待防止対応の質的向上へ資することを目的とした。

**B: 本調査の背景**

B-1: 当院の医療的背景

当院は、入院病床 269 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（年間小児神経外来受診者数 1560 人）の対応数も多いのが特徴で、周産期あるいは発達障害など子ども虐待ハイリスク児に対する診療機会が多い。なお当院 CAPS は法人として正式認可されている。

B-2: CAPS 設置に関する CAPS メンバーによる主な活動

平成 23 年 11 月: 法人による CAPS 設置の認可を得る。

平成 23 年 11 月: 第 1 回 児童虐待に関する院内意識調査実施。

平成 24 年 3 月: CAPS 設置に伴う院内全体研修会実施。

平成 24 年 3 月: CAPS による院内通告システムの稼働と虐待対応開始。

平成 25 年 3 月: CAPS による院内全体研修会実施（活動内容報告と事例報告）

平成 25 年 4 月: 新入職員オリエンテーショ

ンによる CAPS 活動紹介と協力依頼。

平成 25 年 11 月: 第 2 回 児童虐待に関する院内意識調査実施。

**C: 方法**

C-1: 対象

倉敷成人病センター全職員（非常勤職員含む）

C-2: 調査方法

全職員に対し調査案内文と質問紙（表 1、無記名）を配布し、1 週間後に回収した。実施期日は第 1 回調査を CAPS 設置前の平成 24 年 3 月に実施。第 2 回を CAPS 設置 1 年 8 か月経過後の平成 25 年 11 月に実施した。なお第 1 回、第 2 回とも同じ内容のアンケート調査を実施し回答を比較した。

**D: 結果**

D-1: アンケート回収率

第 1 回調査では配布数 818 回収数 541 回収率 66%であった。第 2 回は配布数 893 回収数 718 回収率 80% であった。

D-2: アンケート回答内容

D-2-1: 早期発見努力義務（問 9- ）

早期発見努力義務について「知っている」との回答は、1 回目 76%から 2 回目 87%と増加した。（図 1）

D-2-2: 虐待が疑われた時の対応（問 12）

「通常診療のみ」と回答した割合は、4% 3%とほぼ不変であったが、「関係機関へ通告する」は 80% 83%へ増加した（図 2）ま

た「関係機関へ通告する」と回答したうち、最も多かった通告先は、1回目、2回目ともに児童相談所であった（図3）

D-2-3：虐待が疑われた時、通告しない理由（問13）

1,2回目とも最も多かったのは「虐待を確定する自信が無い」であり、回答率は58% 61%と減少しなかった（図4）

D-2-4：虐待対応の際、困ったこと（問14）

「保護者への対応が難しい」が、1回目40%、2回目43%と低下することなく、1,2回とも最も多かった。次いで多かった「虐待の判断ができてにくい」も29% 30%と不変だった（図5）

## E： 考察

CAPSの設置により、子ども虐待に関する職員の意識は向上しており、一般病院においても虐待対応の改善に関するCAPS設置の重要性が示唆された。しかし職員が虐待通告をためらう理由として「保護者対応が難しい」、「虐待を確定する自信が無い」とする回答が多く、CAPS設置後2年間に経過しても虐待対応に関する啓発活動の継続が必要と考えられた。

## F： 健康危険情報

なし

## G： 研究発表

G-1：論文発表

なし

G-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

## H： 知的財産権の出願・登録状況

なし

～ 児童虐待に関する院内意識調査～

**【1】ご自身についてお尋ねします。(該当の番号・記号に をつけてください)**

- 問1 性別 1. 男 2. 女
- 問2 年齢 1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳以上
- 問3 職種 1. 医師 2. 病棟, OPE, ME 室看護師等 (NA, クラーク, 介護士, 保育士含む)  
 3. 外来看護師等 (NA, クラーク, 保育士, 入退院支援室含む) 4. 放射線技師  
 5. 臨床検査技師 6. リハビリ (PT, OT, ST, ORT) 7. MSW 8. 臨床心理士 9. 薬剤師  
 10. 臨床工学技士 11. 管理栄養士, 調理士 12. 胚培養士 13. 事務職 < 医事課・地域医療連携課・診療情報管理課・総務人事課(施設管理含む)・  
 経理課(売店含む)・経営企画課・広報秘書課・資材課・情報システム室・医療安全/院内感染対策室・レストラン事業課・治験管理センター・上記該当外の事務職の方 > 兼務されている方は、主たる業務を行っている職種を選択してください
- 問4 経験年数 ( 年 か月)

**【2】児童虐待についてお尋ねします。**

- 問5 次にあげられている事例は児童虐待に含まれると思いますか。
- A 宿題を忘れた生徒への罰として、その授業中ずっとグラウンドを走らせる  
 1. はい 2. いいえ
- B 兄弟をいじめて泣かせたので、お仕置きとして庭の物置に子どもを半日閉じこめる  
 1. はい 2. いいえ
- C 嫌がっているのに、親が家の中で娘の水着の写真を撮る  
 1. はい 2. いいえ
- D 女子児童に抱きつく子どもが食べ物の好き嫌いをするので、小学校の男性の教員がその子どもの給食を抜きにした  
 1. はい 2. いいえ
- E 子どもが高熱を出しているのに、医者に連れていかず薬も与えない  
 1. はい 2. いいえ
- F 兄弟の内、親が兄ばかりひいきする  
 1. はい 2. いいえ
- 問6 虐待の4つの種類とその内容をご存知ですか？  
 1. よく知っている 2. あまり詳しく知らない 3. 知らない
- 問7 子どもを診療または検査、処置などで接するときに虐待について意識していますか？  
 1. 意識している 2. 特にしていない 3. 子どもに接することがない
- 問8 児童虐待問題に関心がありますか？  
 1. ある 2. 少しある 3. あまりない





図1 児童虐待の早期発見義務

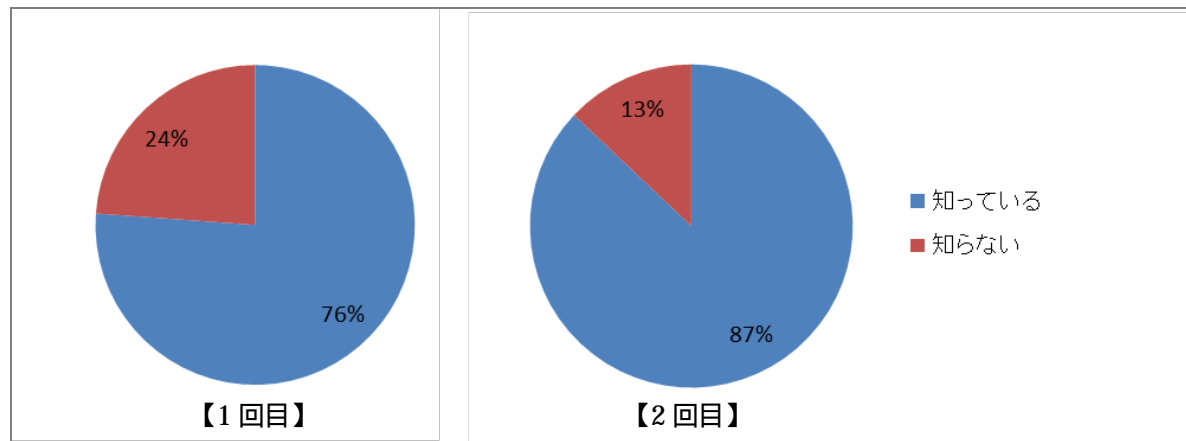


図2 虐待が疑われた時の対応について

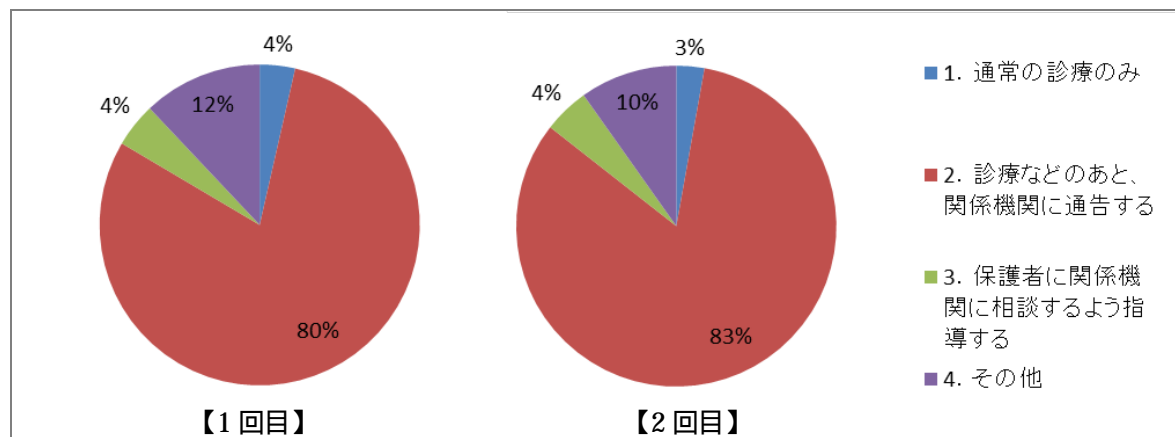


図3 通告先

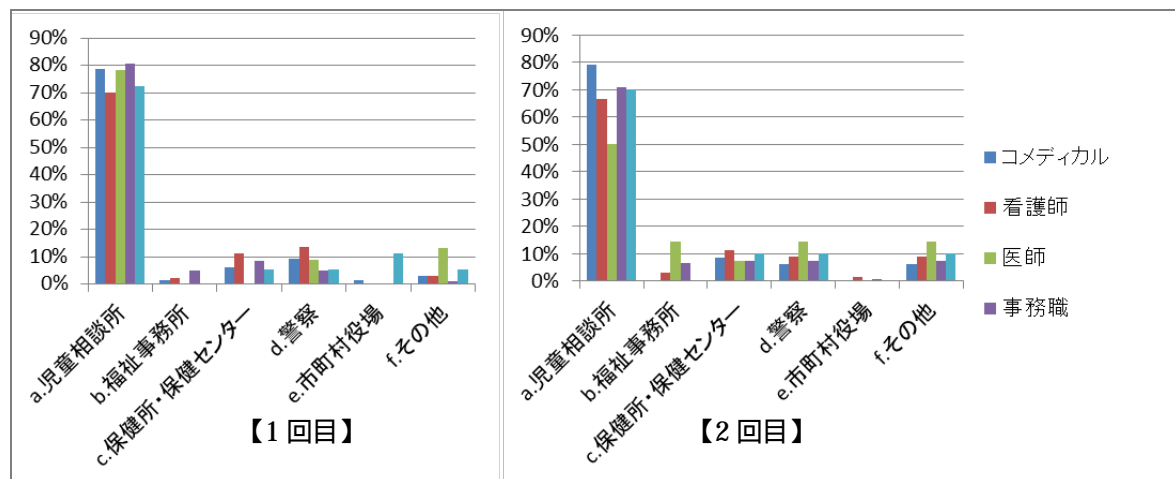


図4 通告しない主な理由（複数回）



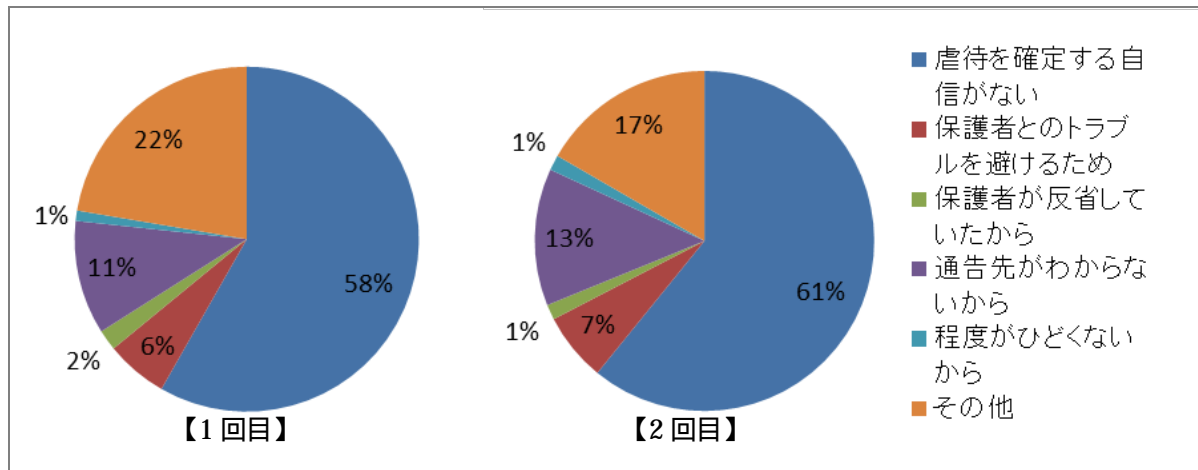
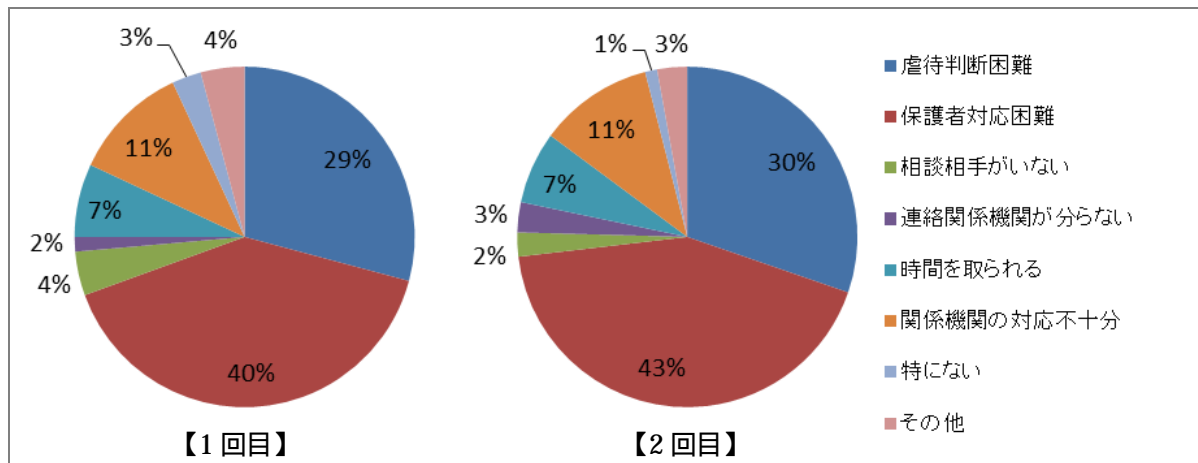


図5 児童虐待への対応の際に困ったこと（複数回答）



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）

研究分担者 松下 竹次（国際医療研究センター病院 小児科長）

**研究要旨：**子ども虐待を防ぐため、新宿区の小児科の病院連携を強固にし、病院、医師会、子ども家庭センター、児童相談所が集まり、病院間連携を設立した。その中で、子ども情報の集約化・一元化のシステム構築は、虐待予防の重要な事項と思われ、行政に提案した。この都市型の病院間連携が子ども虐待予防の重要な役割となるよう引き続き定期的に課題について協議を継続していく。

**A： はじめに**

新宿区は、住民基本台帳人口32.4万、そのうち15歳未満人口が2.77万(8.6%)、外国人3.4万(10.5%)を占め、日本有数の繁華街を有し、地方からの人口流入、多種にわたる職業、増加する外国人居住者という特徴をもつ。

小児医療施設としては、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）1国立総合病院、（国際医療研究センター病院）2入院施設小児科（厚生年金病院、社会保険中央総合病院）1小児科外来併設産科（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か所（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か所（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は3か所（信濃町、榎町、中落合）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も経験する。子どもの虐待例や疑わしい例に遭遇した場合、各病院対応のみでは限界があり、なかなか子ども達や家庭の実情が把握できない。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。

そこで、子ども虐待を防ぐため、新宿区の小児科の病院連携を強固にし、病院、医師会、子ども家庭センター、児童相談所が集まり意見を交換した。この都市型病院間連携の重点目標を中心に述べる。

表1．新宿区の人口

**最新の人口（平成26年3月1日現在）**

男女別人口

		男	女	合計
住民基本台帳人口		161,853	162,297	324,150
内訳	日本人	144,897	145,225	290,122
	外国人	16,956	17,072	34,028

年齢3区分別人口

		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		27,758 (8.6%)	232,153 (71.6%)	64,239 (19.8%)
内訳	日本人	25,353 (8.7%)	201,403 (69.4%)	63,366 (21.8%)
	外国人	2,405 (7.1%)	30,750 (90.4%)	873 (2.6%)

構成比の計については、小数点第二位で四捨五入をしているため100%にならない場合があります。

世帯数

		世帯数
住民基本台帳世帯		201,090
内訳	日本人のみの世帯	174,275
	日本人と外国人の複数国籍世帯	3,382
	外国人のみの世帯	23,433

## B. 第1回新宿区子ども虐待防止医療支援ネットワーク（仮称）の開催

### 第一部 講演会

「子ども虐待防止と予防：医療機関の果たすべき役割とは？ 院内虐待防止委員会の機能について」

講師：山田不二子先生（日本子ども虐待医学研究会理事兼事務局長）

参加者：34名（公開講座）

講演内容についてはハンドアウトを配布（当報告書 III. 講演会・勉強会の資料 5. 子ども虐待防止委員会について、を参照のこと）した。以下に病院連携に関わる箇所を抜粋した（破線）。

#### ○子ども虐待症例の取りこぼし防止

・担当科によって抱え込まれると、CPT にまで情報が届かない。

・北九州市立八幡病院の取り組み

・担当科主治医制を廃止、入院病棟にかかわらず、子どもの患者は小児科医が主治医になる。

・小児科医さえ、徹底的に教育しておけば、虐待・ネグレクトの疑われる症例を CPT が取りこぼさなくて済む。

・市立豊中病院の取り組み

・小児科部長による病棟巡回（例：婦人科の腔内異物）

・町田市民病院等の取り組み

・電子カルテに特別シグナルを設定

#### ○医療機関間情報共有

・児童相談所管理（通告制度の積極的活用）

・区要保護児童対策地域協議会管理（通告制度の積極的活用）

・医療機関連携による情報共有

・新宿区では出生カードと妊娠カードはリンクしていない。

・ハイリスクとして、母子手帳の妊娠後期の発行や父が出生連絡票を提出していない場合も含まれる。

### 第二部 病院間連携ネットワーク会議

参加者は以下の病院より、医師 8 名、MSW 5 名、（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、国際医療研究センター病院、厚生年金病院、聖母病院、小児科医師会）子ども総合センターより 3 名、東京都児童相談所より 5 名、横浜市児童相談所 1 名、日本子ども虐待医学研究会 1 名（山田）

#### ○自己紹介と各病院の取り組みなどについて

（東京医科大学）オーダリングシステムでアラート（画面ちかちか）をつけた。

（横浜市児童相談所）横浜市では虐待予防医療ネットワーク（11区医療機関）ができた。児童相談所の役割として、判断が難しい事例のスーパーバイズや医療機関内の勉強会を出前で行っている。（山田医師）千葉県では4つ病院が勉強会で子ども虐待防止の研修・研鑽を行い事業化まで発展した。

#### ○会の運営等の決定

##### 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」の中の虐待防止部会の下部の医療部会とする。（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）

##### 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

・事例検討を行う。

##### 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（案）

##### 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

・新宿区セコ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（子ども総合センターが承認後に正式決定）

○新宿区の通告方法について確認と通告の一元化の提案：

- ・子ども虐待防止マニュアルによると、子ども総合センター（3232-0674）、夜間は東京都児童相談センター（3208-1121）
- ・通告する機関は将来は一本化し、トリアージは通告窓口で行うべき（山田）

○子どもの情報の集約化・一元化の可能性

- ・情報の集約化・一元化を行うのが、効率的な介入につながるが、現行のシステムではない。
- ・現在は3歳まで保健センター、その後は子ども家庭センターで管理をしている。母親の妊婦情報とリンクしていない。
- ・現時点での対応としては、子ども家庭センターに問い合わせ、そこのワーカーが情報を最大限収集し（端末で予防接種歴や健診歴などは引き出せる）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。
- ・将来的な理想は、子ども家庭センター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など病院からの問い合わせがあったときの情報提供を行う。

## C；考察

新宿区の主要小児医療機関、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）が加わり、子ども虐待予防のための病院間連携を強化するための話し合いを行った。小児科病院主導の協議としては初めてのものである。

複数の医療機関の情報や行政機関が持つ情報を一元化する機構は、子ども虐待疑いやミュンヒハウゼン症候群に遭遇した場合に、情報を共有することで重症化を未然に防ぐことができる。そのため情報一元化の工夫を今後も継続して審議いき、行政に提案していく。

今後の協議事項としては、以下のことがある。小児専門領域の疾患（例：循環器疾患、神経筋肉疾患など）を有する児では、専門科のみでのフォローが行われておらず、発達・発育や家族背景を含めた包括的なフォローが行われていない。このような児のプライマリー主治医制度の提言を行っていく。行政機関の見守りから漏れた児の安全や健康の確認方法、他県とまたがった事例の情報収集・対処方法の検討などがあげられる。

今回のように顔の見える関係を病院間で築き上げることは、現場の生の声を反映させる良い方策と思われる。

## D；結論

- ・都市型病院連携の構築は、子ども虐待防止のための情報の一元化のひとつの方法となりうる。

刊行物

大熊香織,赤平百絵,大熊喜彰,田中瑞恵,兼重昌夫,佐藤典子,細川真一,松下竹次.

HIV 母子感染予防が無効であった一例.

日本小児科学会雑誌 2013;117 : 1625~1629