

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 25～26 年度 総合研究報告書

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 27（2015）年 3 月

目 次

I 総合研究報告書

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（総合）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 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）
分担研究者 松下 竹次 （国際医療研究センター病院 小児科）
分担研究者 赤平 百絵 （国際医療研究センター病院 小児科）
分担研究者 御牧 信義 （倉敷成人病センター病院 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（総合）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

分担研究者 赤平 百絵 （国際医療研究センター病院 小児科 GCU 科長）

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ための研究（総合）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

分担研究者 赤平 百絵 （国際医療研究センター病院 小児科 GCU 科長）

3. NICU 及び GCU 入院新生児の乳児虐待予防についての研究（総合）・・・・・・・・・・ 27

分担研究者 御牧 信義 （倉敷成人病センター 小児科部長）

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）とキッズマネージャー制度（プロトタイプ）の提案・・・・・・・・・・ 39

分担研究者 赤平 百絵 （国際医療研究センター病院 小児科 GCU 科長）

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（総合）

研究代表者	山田 律子	国際医療研究センター病院	小児科
分担研究者	松下 竹次	国際医療研究センター病院	小児科
分担研究者	赤平 百絵	国際医療研究センター病院	小児科
分担研究者	御牧 信義	倉敷成人病センター病院	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、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（以下、入院新生児）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負担が大きく、発育・発達の医療的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支援するために、多種専門職における医療・コメディカル（研究１）および退院支援・福祉サービス（研究２）の介入や充実を図ることは重要と考える。また、周産期からリスクの高い児を、標準化したスクリーニング票を用いて抽出し支援することは、虐待予防に寄与すると思われる（研究３）。さらに、地域の病院、行政、警察と連携して情報共有していく病院間連携の重要性と情報を管理・共有していくための新しい職種キッズマネージャーを提案する（研究４）。

○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：

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、入院新生児やその家族の支援に重要な役割をもつ。今回、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）参加型の子ども虐待防止と患者介入への啓蒙を行った。また、病院内外の専門職交流を実施することで、限られた人的医療資源を最大限生かす方法を見出した。

薬剤師の役割として、“服薬指導の積極的導入”と“小児薬物療法認定薬剤師の病棟配置の検討”を、理学療法士の役割として、“看護師と連携した理学療法の実施”と“デベロップメンタルケアや家族中心のケアを促進するためのポジショニングシートの作成”を行った。臨床工学士では、“在宅呼吸器療法の患児および家族支援の症例検討”を、放射線技師では、“頭部外傷（Abusive Head Trauma：AHT）の早期発見”や“AHT の CT 撮影の後方視的観察研究”を行った。コメディカルの参加は、医療サービスの多種専門職の充実だけでなく、家族支援や見守りとしての役割、患者を中心にした横断的な連携を強化することに結びつき、育児支援に強く寄与すると思われた。

また、母乳ケアに精通した開業助産師を病院に招いた講習会を行った。病院内外の専門職交流を実施することで、限られた人的医療資源を最大限生かせると思われた。

<政策提言>

- ・コメディカルの虐待防止への参加、児の見守り役として新しい役割の促進
- ・病院内外専門職交流の促進
- ・虐待防止の講習を義務化

○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：

入院新生児やその家族を支援するために、多種専門職による退院支援・福祉サービスの介入や充実が必要である。そのために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日常業務と平行して定期的に行い、入院新生児の情報共有、必要な社会資源の提供を行っている。多種専門職会議による退院支援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（退院調整加算）を得ることができ、病院経営にも貢献している。しかし、施設基準などの算定には制約があり、実態と伴っていないことがある。今後、退院調整加算を契機に多種専門職会議がどの規模の新生児治療室でも実現できるよう、算定基準の改訂が望まれる。産後ケア施設の充実、育児不安解消やすみやかな退院に重要である。しかしながら、実施体制の充足困難や経営的観点から、実施はいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。今後の産後ケア施設の制度の見直しが必要と思われた。一方出産した病院内の母児同室制度による育児支援は、産後ケアの形態の選択肢になりうると思われた。

< 政策提言 >

- ・退院調整加算の算定方法の再検討（基準緩和）
- ・産後ケアの費用やマンパワー不足から実態に伴った制度改革が必要である。

○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

子ども虐待による死亡事例等の検証結果（第1次から第10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546人、年齢は0歳が240人（44.0%）と最も多い。それらのうち、0日・0か月児の死亡事例の111例（20.3%）であり、さらに日齢0日児事例が94人（17.2%）ある。

今回2施設での施行した乳児・子ども虐待予防に対する周産期スクリーニングシステムの導入や子ども虐待防止委員会の取り組みを紹介する。国際医療研究センター病院では、NICU・GCU入院新生児の社会的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。虐待ハイリスク児を早期に発見し、予防することを目的に、妊娠中・産後の全数スクリーニング（周産期全数スクリーニング）を行っており、リスク因子のあるケースは虐待ハイリスクとして虐待通告や母子支援などの介入している。また、医療機関で追跡不能になったケースでは保健所と連携して去就を追跡している。周産期全数スクリーニングの実施は職員の意識づけにも効果をもたらした。また、ソーシャルワーカーによる代理通告に一本化することで、一般職員が虐待通告することの助けになり、臨床現場の医師への有効な支援策になった。

< 政策提言 >

- ・日本における乳児・子ども虐待に対する大規模スタディの提案

○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）

子ども虐待を未然に防ぐためには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、1年に3回の定期病院間連携を行っている。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、看護師や小児科医師会代表が、行政からは子ども家庭センターや児童相談所が、司法からは警察が参加し事例検討を中心に活発に討議を行った。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“病院間地域連携”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。キッズマネージャーは従来の通告があってから動く職種ではなく、各病院内の多種専門職会議や院内子ども虐待防止委員会(Child Protective Team: CPT)にあらかじめ参加することで情報を共有・一括統合し、乳児・子ども虐待のリスクのあると思われるケースに介入し、乳児・子ども虐待を未然に防ぐことを目的にする職種である。新宿区では、現行制度を活用してキッズマネージャーのプロトタイプを開始した。キッズマネージャーには、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適任であった。また、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と思われた。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、CPTだけでなく多種専門職会議への参加拡大を促していくことで、キッズマネージャー制度の定着を計るべきと思われた。

< 政策提言 >

- ・キッズマネージャーの新生児治療室の多種専門職会議への参加
- ・児童相談所・警察・自治体の垣根を越えた情報伝達

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。NICU及びGCUに入院した新生児（以下、入院新生児）の場合には、疾患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医療コメディカル（研究1）と退院支援・福祉（研究2）の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を行った（研究3）。さらに、複数の総合病院を有する地域の病院間連携についても言及する（研究4）。これらの研究の研究目的、結果・成果と政策提言に関しては図2にまとめた。

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、小児薬物療法認定薬剤師の参加
- ・理学療法士：当院NICUとリハビリテーション科との連携強化～育てにくさを軽減するために～
- ・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その2、2年間を振り返り症例から考える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(Abusive Head Trauma)CT撮影の後方視的観察研究の検討。

中規模のNICU・GCUにおいて、コメディカルの多種専門職の医療サービスを開拓は、児への医療上のメリットや家族の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、見守りと

しての役割が果たせると思われた。加えて、患者を中心にした横断的な連携を強化し、乳児虐待予防の育児支援と発展していくと思われた。

○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

・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。今後、算定基準を見直し、より多くの施設が取得できることが望ましいと考えられた。

・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：

当センター病院では、入院新生児の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することが必要であった。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、双胎1組を含む）の利用者があった。病院内の母児同室制度は、産後ケアの形態の選択肢になりうると思われた。

・産後ケア施設の現状の検討：

全国で産褥ケア事業は101施設で行っており、そのうち81施設が助産所であった。23施設は区市町村が実施し、補助金を利用していた。1泊2日の利用料金は平均が30,000円から50,000円であった。補助金がある場合には3,000円から10,000円であった。

助産院を利用した産褥ケア施設は、実施体制の充足困難や経営的にもいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げていることがわかった。更なる制度や施設の充実を図る必要がある。

○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。

・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。

・医療機関における追跡不能症例に関する検討

--- 医療機関と保健所の連携 ---

医療機関における追跡不能例の院内データベースと保健所のもつデータベースを比較検討することで、医療機関の追跡不能例の 87.1%について去就を明らかにすることが可能であった。このような医療機関と保健所の連携は、子ども対応の地域的広がりを目指す取り組みに寄与しうると考えられる。

・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

妊娠 34 週に妊婦と褥婦に対して始まる子ども虐待に関する周産期全数スクリーニングにより、虐待通告が必要例は 1.3%、母子支援が必要な例は 12.8%であり、虐待対応システムには母子支援システムの併設が不可欠である。

・子ども虐待防止における代理通告の有用性の検討

当院では子ども虐待の通告の一法として子ども虐待防止委員会 CPT メンバーとしての医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）による同意通告を導入し、そのメリット・デメリットを検討した。同意通告により一般職員が虐待通告することに大きな助けとなることがわかった。通告に関連して院外からの問い合わせに MSW が対応するため、臨床現場での通告者への物理的および精神的ストレスの軽減に大きく寄与していると考えられた。特に多忙な医師には有効な支援策と考えられた。その反面、対応を MSW に一本化するため、仕事が集中するため、複数の MSW による情報共有により、仕事量の分散が重要と考えられた。

・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

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。

○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）

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、子ども家庭支援センター（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。

・キッズマネージャー制度のプロトタイプ

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なわれていない。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）

・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。

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：子どもの救急対応
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）
- ・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）
- ・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

○久保田 舞、赤平 百絵、細川 真一、兼重 昌夫、
保田 典子、佐藤 典子、松下 竹次、重症先天梅毒
の早産・低出生体重児の2例、日本小児科学会
雑誌 2014;118(11号):1648-1653.

○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; 117(10):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
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

・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

1. 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)

2. 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

3. 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

○高橋澄子、御牧信義、岩藤幸男、河本聡志、赤
木理恵、佐野都美得、磯山里美、山口順子、守谷
誠、牧野香織、塩尻美保、川畑智美（一般財団法人
倉敷成人病センター）

Perinatal full screening for early prevention
of child maltreatment

4. 子ども虐待防止における代理通告の有用性の検
討

○岩藤幸男、御牧信義、高橋澄子、河本聡志、川
畑智美（一般財団法人 倉敷成人病センター）

Examination of the usefulness of the substitute
notice in the prevention of child abuse

5. 医療機関での追跡不能例の検討 ～医療機関と
保健所の連携～

○御牧信義、岩藤幸男、高橋澄子、佐野都美得、
赤木理恵、磯山里美、河本聡志、川畑智美、守谷
誠、牧野香織（一般財団法人 倉敷成人病センタ
ー）

A study on lost to follow-up cases of
hospital-cooperation with hospital and public
health office-

6. 国立国際医療研究センター病院における小児頭
部外傷

Abusive Head Trauma CT 所見の検討：pilot study

○皆川梓、持木和哉、若松和行、栗原恵一、石橋
大典、伊藤唯、石川泰丈、佐々木徹（国際医療研
究センター病院 放射線診療部門）、赤平百絵（同
病院 小児科）

CT analysis of Abusive Head Trauma in children;
a hospital-based, pilot study

7. 子ども虐待防止委員会の設置が職員の虐待対応
に与えた影響に関するアンケート調査

○河本聡志、御牧信義、高橋澄子、岩藤幸男、川畑智美、守谷誠（一般財団法人 倉敷成人病センター）

The questionnaire survey on the effect the installation of child abuse prevention committee gave to abuse support of officials

・日本未熟児新生児学会

○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

○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（総合）

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

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（以下、入院新生児）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負担が大きく、発育・発達の医療的問題に加えて社会的問題が顕在化することが多い。

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、入院新生児やその家族の支援に重要な役割をもつ。今回、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）参加型の子ども虐待防止と患者介入への啓蒙を行った。また、病院内外の専門職交流を実施することで、限られた人的医療資源を最大限生かす方法を見出した。

コメディカルの活動では、薬剤師の役割として、“服薬指導の積極的導入”と“小児薬物療法認定薬剤師の病棟配置の検討”を、理学療法士の役割として、“看護師と連携した理学療法の実施”と“デベロップメンタルケアや家族中心のケアを促進するためのポジショニングシートの作成”を行った。臨床工学士では、“在宅呼吸器療法の患児および家族支援の症例検討”を放射線技師では、“頭部外傷（Abusive Head Trauma：AHT）の早期発見”や“AHT の CT 撮影の後方視的観察研究”を行った。臨床検査技師は新生児の聴力スクリーニング検査を開始する。コメディカルの参加は、医療サービスの多種専門職の充実だけでなく、家族支援や見守りとしての役割、患者を中心にした横断的な連携を強化することで育児支援に強く寄与すると思われた。

病院内外の専門職交流として、母乳ケアに精通した開業助産師を病院に招き実践的講習会を行った。専門職交流を実施することで、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 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
有山 真由美、大越 千紘
（国際医療研究センター薬剤部）

A：研究の背景と目的

2012 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 では薬物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、薬剤師の専門性が必要とされる場面が多い。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が

多い。2013 年、NICU・GCU における服薬指導の実態の調査を行ったが、2014 年も継続して調査を実施した。また 2014 年 4 月より小児薬物療法認定薬剤師 2 名が加わったことで、2015 年度から開始となる病棟常駐業務において、薬剤師がどの様に職能を発揮できるか検討を行った。

B：研究方法

2014 年 1 月 1 日から 2014 年 12 月 20 日に、当院 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調査した。
当院における服薬指導の実態について、服薬指導管理システムを用いて調査した。

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服液®(一般名:アルファカルシドール)を内服している患児であった。

薬剤を内服する必要があった患児は 46 名であり、そのうち 36 名(78%)に対して指導が行われていた。また退院後も継続して内服が必要となった患児に対しては、全員に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、患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、の確認も必要であった。

当院では、主に医師より服薬指導依頼があった場合において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、入院が長い患児ほど、患者情報を収集するためのカルテ閲覧に、時間がかかった。服薬指導にかかる時間は個々様々であり、カルテ調査を含めると 30 分~60 分程度であった。これは 2013 年の調査結果と同様であった。

D: 考察

今回の研究結果より、2013 年の調査に比べ、指導患児数が増加したことが分かった。要因としては、医師からの服薬指導依頼が増加したことが考えられる。前回の調査で、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担当薬剤師が服薬指導を実施しているのに対し、NICU・GCU 患児では退院時に 1 回のみ服薬指導となってしまうことが分かった。その結果を受け、入院中に内服が必要となる患児の家族に対して服薬指導が行えるよう、医師や病棟に働きかけたことが指導患児数の増加につながったと思われる。

また指導件数は患児 36 人に対して 42 件と、1 人の患児に対し複数回の指導を行うケースもみられた。これは服薬指導依頼時期が以前に比べて早期になり、退院までに複数回の指導を行えるようになったためと考えられる。複数回の指導を行うことで、理解度や内服手技の確認、副作用モニタリングなどを行うことができた。

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、服薬指導の実態について再調査し、服薬指導患児数および件数は増加していることが分かった。

当院では 2015 年度から薬剤師の病棟常駐業務を開始する予定であり、チーム医療の一員として他職種と協力し、患児や家族に対して薬学的な支援を行えるよう体制を整えていくことがこれからの課題である。

また小児薬物療法認定薬剤師取得を目指す薬剤師も増えており、今後 NICU における病棟業務に貢献していきたいと考えている。

研究 1-B: コメディカル部門・理学療法士:
当院 NICU とリハビリテーション科との連携強化
~ 育てにくさを軽減するために ~
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)

A: はじめに

周産期医療技術の・施設の著しい進歩、母子保健衛生の向上などによる救命率の向上に伴い、低出生体重児が出生総数に占める割合は約 1 割となり増加の一途を辿っている。しかし、その予後に関しては、脳性麻痺、視力・聴力障害、広範性発達障害などの頻度が一般よりも高く、児童虐待の発生リスク因子にもなっている。

また、厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」では、虐待が起こるリスク要因を、保護者、子ども自身、養育環境の 3 つに分類して解説している。その内容をみると低出生体重児を持つ家族の課題と重なる点が多い。低出生体重児や NICU 入院児に虐待が高率な理由として、新生児の母子分離による愛着形成の阻害や母体の健康障害による育児負担、退院後の哺乳困難・良く泣くなど育児負担の持続などが指摘されている。虐待による死亡事例の 8 割以上が 3 歳以下で、そのうち半数近くが 0 歳児であることから、虐待予防には周産期からの取り組みが大切であることは明らかである。

一方、児へのストレスを最小限にし、児の正常な発育・発達、親子間の相互作用、愛着形成を促進

するものとして、母子分離状態にある母子のカンガルーケアをはじめとする早期接触(early skin to skin contact)が1980年代から重要視され始め「ディベロプメンタルケア」という概念が登場し普及してきた。ディベロプメンタルケアの基本概念は 児の発達に適した環境を整えること、 児のストレスに対する個々の行動パターンを認識し、ストレス行動が起きないように扱うこと、 児の養育に家族を取り込むこと、 家族の情緒的支援を行うことの4点に集約される。現在、ディベロプメンタルケアと家族中心のケア(FCC)は新生児医療・看護における重要な概念となっている。FCCを実践する事の利点としては、 ケアに対する満足感の向上、 心理的な健康状態と養育能力の向上、 家族間の絆・関係性の強化、 子ども自身にとっては子どもの心理的・身体的な健康状態や適応能力の向上が挙げられる4)。

NICUではともすれば、通常的新生児よりも母子分離状態が起きやすいため、ディベロプメンタルケア・FCCの観点から現在実施されているケアプランを見直すことは重要と考えられる。

B：研究目的

当科では、虐待予防にはディベロプメンタルケア・FCCの観点が重要と考え、児の発達・親子間の愛着形成を促進し、育児負担感を軽減する方法を検討する。母子分離状態であるNICU入院児を家族・NICUスタッフと協働してみることができると評価ツールの作成・導入を試みる。このシートの使用によりFCCの利点である養育能力の向上、家族間の絆・関係性の強化を図ることができると予想される。

C：ポジショニングシート作成

研修会にて評価バッテリーの種類・評価方法を学び、長野県立こども病院で使用している早産児ポジショニング評価表を参考にして、ポジショニングシートを作成した。これは、赤ちゃんのサイン、筋緊張を相互に評価してディベロプメンタルケアの観点からポジショニングの方針を検討できるものである。赤ちゃんのサインでは、呼吸や動きの滑らかさ、姿勢などを評価して落ち着いているのかの評価を行うことができる。筋緊張の評価はDubowitz神経学的評価表のtone部分を抜粋して使用しており、筋緊張の傾向を掴むことができるようになっている。評価は、家族やNICUスタッフと協働して行う。

D：考察

虐待予防として育児負担感を軽減するためにディベロプメンタルケア・FCCに着目し、ポジショニングシートを作成した。一方向的な指導ではなく、児を家族・NICUスタッフと協働で評価することにより、養育能力が向上し、家族間の絆・関係性の強化、親子間の愛着形成につながると考えられる。これにより育児負担感が軽減されると予想される。

今後、勉強会の開催によってNICUスタッフへの基本的知識・技術の伝達を企画中である。

E：結論

母子分離状態にあるNICU入院児の評価を家族やNICUスタッフと協働して実施することにより養育能力が向上し、家族間の絆・関係性の強化、親子間の愛着形成につながると考えられる。また、スタッフ間での指導内容の統一化を図ることができる。

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 に関わる臨床工学士の現状と展望その2、2年間を振り返り症例から考える在宅呼吸器療法の支援
深谷 隆史
(国際医療研究センター病院 医療安全推進部)

A：はじめに

本研究も2年目を迎え、虐待児に対する臨床工学技士としての役割についてもある程度の知見を得られたと考える。それは、通常時における人工呼吸器等の医療機器を使用した在宅医療に参加する場合と同様に、十分役割を果たせるのではないかということである。今回、他院より当施設を経由して在宅医療に移行する乳幼児について、臨床工学技士として関わったので、その役割を検討し新たな知見を見出すことが出来たので報告する。

B：症例

B-1：患者背景

患児は、1歳2ヶ月の男児で、A病院にて、染色体異常と診断され、心室中隔欠損症・大動脈縮窄症・左上大静脈遺残・動脈管開存症・肺高血圧症・気管支及び喉頭軟化症・腎盂腎炎・逆流性食道炎を併発していた。

B-2:経過

2013年某月、満期に入り、帝王切開にて出産となったが、出産直後よりチアノーゼ強く挿管処置を行い、新生児集中治療室(NICU)入院となった。呼吸管理は、人工呼吸器に高頻度換気と一酸化窒素吸入を併用した。経過とともに、呼吸状態に安定化が見られたため、63日目に抜管し、マスクによる持続的陽圧換気へ移行した。移行後は、呼吸器からの離脱を目標に、マスクを外す休憩時間を設けて1日10～16時間と長くしながら経過観察していた。しかし、呼吸状態が徐々に悪化し、16時間の休憩時間が経過とともに短くなり、12月に入ってから2時間程度しか休憩時間を取ることが出来なくなっていた。栄養は、摂取した食物が逆流することから、24時間の持続的経管栄養により管理されていた。

A病院で、気管切開をする前に自宅へ一緒に帰りたいと言う要望があり、生後6ヶ月に当院小児科へセカンドオピニオンで来院し、小児科医と面談を行った。A病院からも、当院を経由して在宅へ移行できないかとの打診があった。小児科での検討により、家族の理解度や自宅が当院に近いこともあり在宅医療が可能と判断し、生後7か月に当院へ転院となった。

B-3:当院での入院経過

生後7か月に当院へ入院と同時に、在宅へ移行するための多施設・多職種カンファレンスが行われた。当院の小児科医を中心として、A病院の小児科医・看護師理学療法士からの経過説明や、在宅移行後の問題点等を確認するため、担当訪問看護ステーション・新宿区障害福祉課・保健センターからも出席をお願いした。当院からは、小児科医のほか・病棟看護師・退院調整看護師およびソーシャルワーカー・理学療法士・臨床工学技士が参加した(図を参照)。

ここでの、カンファレンスでは、A病院での入院経過や看護ケアの方法などが紹介され、在宅への移行時期や看護計画などが話し合われた。

表1.多種専門職カンファレンス

当院に転院し、在宅へ移行することになり、多種専門職カンファレンスを実施した。

開催日:入院当日

参加者:

- A病院新生児科医師、看護師、理学療法士
- 当院小児科医師、看護師(病院・地域連携)、リ

ハビリテーション科医師、臨床工学士、ソーシャルワーカー

- 区障害福祉課担当者
- 区保健センター担当者
- 訪問看護ステーション2か所から看護師

現在までの病状や親御さんの移行などが、A病院から情報提供された。参加者からは、在宅後の管理やケアなどの質問、現実的に出来ることとできないことなど、率直な意見が出された。

C:臨床工学技士の関わり

C-1:医療機器への関わり

臨床工学技士としてまず取り組んだのは、呼吸器の機種選定とマスクの管理である。A病院で使用していた呼吸器は、バッテリー搭載型ではなく携帯型バッテリーを肩から下げて使用するものであった。退院後は、母親一人でも急変時や外来通院に対応出来る事を目標に、バッテリー内蔵の呼吸器への変更を行った。また、A病院から乳幼児のマスクの情報が得られなかったため、臨床工学技士や在宅用呼吸器メーカーの営業担当者に使用しているマスクを見てもらい、メーカーを特定し購入、使用できるよう病院契約係への申請をおこなった。マスクおよびその他の付属品については、家族の自己負担となるため、ディーラーからの購入方法や購入金額などを調整し、退院までに予備を含めた消耗品を準備することにした。

C-2:スタッフとの関わり

まず、小児科医師および看護師への取扱い研修を行い、人工呼吸器の交換を行った。交換後は、実際に蒸留水の補充方法やマスクの装着方法などの呼吸器の操作に関するレクチャーを病室にて行った。

C-3:家族への関わり

家族へ装置の取扱いやマスク装着方法の説明を行い、簡易取説などの資料を配布した。また、毎日病室へ訪問し、家族が医療関係者であった事もあり、院内で使用しているNPPVの勉強会資料を渡し、Q&A形式にてレクチャーを行った。

C-4:退院へ向けた関わり

退院へ向けて家族が購入したバギーを病室へ持参したことから、退院後の外来通院を考え、バギ

への移動の練習を開始することとなった。移動時に臨床工学技士が立会い、機器のレイアウトや呼吸回路の取り回しなどの助言を行い、医師および看護師立ち会いのもと家族とともに移動練習を行った。

D: 考察

今回、初めて多施設・多職種による現状説明や治療方針などを決定するためのカンファレンスに参加したことにより、在宅での実情や他職種の考え方などを聞くことは有意義であったと感じた。また、症例を通して人工呼吸器を使用した呼吸療法を在宅で行う際に、臨床工学技士の役割が明確になり、特に今回は、在宅と外来通院を見越した呼吸器の選定やマスクの購入方法の調整など、十分にその役割を果たせたと感じた。また、バギーへの移動などに立ち会うことで、医療機器のレイアウトやバッテリーの動作時間、電源の確保などの助言を行うことで、新たな役割を見出すことが出来た。

前回の報告書でも記載したが、当院には在宅患者への訪問診療を行っていない。しかし、この症例を通して臨床工学技士が関わることによる有用性の再確認と新たな知見が得られたこと、今後臨床工学技士としての関わり方について可能性を感じる事が出来た事は有意義な経験できたと考える。虐待予防についての臨床工学技士としての役割は、他職種に比較すると非常に小さなものであるが、先天的な障害を持つ児は、虐待の対象となり易いことから、今後の医療機器を使用した在宅医療に貢献できれば、本研究の主題である虐待に対する新生児への関わり方の道筋が出来ると考える。

E: 結語

在宅医療へ向けた関わりの中で、臨床工学技士の関わり方とその役割が明確になり、新たな知見を得る事が出来た。訪問診療を行う事による、臨床工学技士としての関わり方について、可能性を感じる事が出来、有用であった。

乳幼児を人工呼吸器および医療機器を用いた在宅医療へ移行するための多職種での関わりに臨床工学技士として参加する機会を得た。他院からの依頼であったことも有り、転院前の病院や訪問看護ステーションなど、多施設・多職種の関わりによるカンファレンスや退院計画などにおいて有意

義であった。また、臨床工学技士の役割として、医療機器の選定や取扱い説明だけではなく、在宅移行後の通院などを見越した助言を行う事により、関わり方について新たな知見を得る事が出来た。今後、虐待児への関わりに付いても、同様に対応することで十分可能であると思われた。

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 (Abusive Head Trauma) CT 撮影の後方視的観察研究の検討

皆川 梓

(国際医療研究センター病院 放射線診療部門)

A: はじめに

近年、児童虐待対応件数は増加の一途を辿っており、平成 24 年度の虐待対応件数は 66,000 件余りにのぼる。虐待による死亡件数は平成 19 年度の 78 名をピークに平成 23 年度は 58 名であり、関係機関の努力にもかかわらず、著しい減少はない。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。これには従来の乳幼児揺さぶられ症候群だけでなく直達頭部外傷を含んでいる。

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 発見の潜在的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 16 日から 2014 年 8 月 16 日まで小児科を受診した 0 歳から 15 歳未満の小児で、頭部 CT を施行され、当センター病院の放射線情報システムに登録してある者。

・抽出法：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

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。受傷機転があり、目撃者がいる場合でも、年齢に不釣り合いな受傷機転や曖昧さは注意深く聴取が必要である。

CT 画像撮影時に診療放射線技師が虐待やネグレクトを疑った症例は本調査ではなかった。我々診療放射線技師は、転帰をフィードバックし学習することにより、日常診療で CT 撮影時に虐待やネグレクトに対する感度を高める必要がある。また CT 読影依頼には受傷場所・機転の記載が不十分なものが多く、読影依頼時には受傷時詳細情報の提供が必要である。

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。

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。

研究 1-E: 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

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）

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 入院患児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、患者の個性だけで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、またたとえ治療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学んだ。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 DC 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。

NCUスタッフが以上のようなより良いDC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はなく、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。

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

鈴木 享子（亀田医療大学）

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- α ）が高値で産後 28 日まで持続して腸管を修復する¹⁾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¹⁾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える。

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える。

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. 母乳ケアー公開講座）。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、具体的な実例を上げて説明し、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。

(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2)

(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。

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（総合）

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

新生児治療室に入院した児（以下、入院新生児）やその家族を支援するために、多種専門職による退院支援・福祉サービスの介入や充実が重要である。そのために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日常業務と平行して定期的に行い、入院新生児の情報共有、必要な社会資源の抽出を行っている。多種専門職会議による退院支援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（退院調整加算）を得ることができる。しかし、施設基準などの算定には制約があり、実施施設にもかかわらず加算が取れず、実態と伴っていないことがある。今後、退院調整加算を契機に多種専門職会議がどの規模の新生児治療室でも実現できるよう、算定基準の改訂が望まれる。また、育児不安解消のための産後ケア施設の充実が、すみやかな退院に重要である。しかしながら、実施体制の充足困難や経営的観点から、実施はいまだ厳しい状況にあり、普及を妨げている。今後の産後ケア施設の制度の助成金を含めた見直しが必要と思われた。一方出産した病院内の母児同室制度による育児支援は、産後ケアの形態の選択肢になりうると思われた。

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

芳田 玲子（医療ソーシャルワーカー）
加藤 美鈴（看護部・退院調整）
松村 幸子（看護部・退院調整）
須貝 和則（診療情報管理専門職）

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

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標準化した評価票を用いて行い、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、従来施行していた多種専門職会議の業務形態を再構築し、合わせて退院調整加算の算定率について検討した。

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、入院経過スクリーニングシート、退院支援計画書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（退院加算）

2012年9月から2013年10月までの退院加算に申請した206名全員の申請は算定された。申請に至らなかったのは11名であり、書類未作成や事務手続きに関連することが原因であった。その中に出生後1日未満で原疾患の治療のため転院したのも含まれている。

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は93.3%と非常に高かった。

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。

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

1. 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。
2. 退院加算による診療報酬増加は、多種専門職会議を強く推進し、社会資源、福祉の早期介入がより容易になった。

2-A 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

田中 瑞恵（国際医療研究センター小児科）

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。

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。

- ・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事で、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である。

参考資料として、母児同室の清算までの流れ、母児同室支援申込書や家族に説明用のパンフを作成した。

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）が母児同室を利用した。

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膣分娩が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。

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。

2-C 産褥ケア施設の現状の検討：

橋本 初江(橋本助産院、東京都助産師会理事)
片岡 優華(首都大学東京大学院博士後期課程)

1、はじめに

平成 26 年度厚生労働省の母子保健対策として「地域における切れ目ない妊娠・出産の支援の強化」を図ることがうたわれ予算化されている。東京都では、平成 19 年度にモデル事業として「子育てスタート支援事業」を開始し、平成 22 年度から本格実施をしている。

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委託先として、助産院が有力候補であるが、この事業の一環として補助金を利用できる産後ケア事業として実施できている所は限られている。その現状と課題について検討する。

2、子育てスタート支援事業

この事業は区市町村が、出産や子育てに関し、家族等による援助を受けられない等、特に支援一定期間、通所（デイケア）宿泊（ショートステイ）により、育児に関する負担感の軽減を図ることで、安心して育児に向き合える環境を整えることを目的としている。

対象者は若年親、望まない妊娠による出産、多胎児出産、強い育児不安又は家族・親族等から支援を受けられない事情等のために、区市町村において継続的な支援を特に要すると認めた妊娠期から出産後概ね 6 か月までの妊婦・母児である。ただし、経過が順調であって医療的処置の必要のないものに限る。

期間は、デイケアは妊娠期及び出産日から 6 か月までの間の 14 日間以内、ショートステイは同期間で 1 回あたり 7 日以内である。（必要に応じては延長可）

実施体制としては常勤職員一名以上配置し、この他に専任職員を配置するものとする。助産師等は 24 時間常駐させること。医師及びカウンセリングの行える臨床心理士と連携できる体制を整備すること。等の体制整備を行う事ができると、委託事業として補助金を受け取ることができる。

3、産後ケア事業

産後ケア施設とは、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。

一般社団法人日本産後ケア協会によると、2014 年 5 月時点で、全国にある産後ケア施設は表 の通りである。

全国で産後ケア事業を行っている施設は 101 施設あり、そのうち 81 施設は助産所であった。産後ケア委託事業としては 23 施設が区市町村からの実施し、補助金の利用がされていた。1 泊 2 日ショートステイの利用料金については施設によって大差がみられるが、平均はおおよそ 30,000～50,000 円程度であり、補助金がある場合には 3,000～10,000 円程度であった。

表 全国の産後ケア施設の概要

エリア	施設数	利用料金 (1泊2日)	補助金の 有無
北海道	2	64,000～	無
東北	4	20,000～	無
	1	3,000	有(助産師会から補助)
中部・上信越	16	20,000～	無
	8	10,000～	有(静岡県7)
東京	13	18,000～	無
	2	3,200～	有
関東(東京除く)	14	10,000～	無
	7	3,000～	有(全横浜市)
近畿	20	24,000～	無
中国・岡山	1	問い合わせ	無
	4	10,000～	有
九州	7	18,000～	無
	2	3,000～	有

*病院・助産院含む、利用料金は表示あるものを集計

4、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。産後の母親のニーズとし、育児を手伝ってもらいながら、まずは自分の身体の回復をしたいとの声が多くなっている。

現時点で産後ケアを行っている施設は全国で 101 施設とまだまだ少ないが、年々増加してきている。そのうち 81 施設は助産所であったため、助産所を利用した産後ケア施設の可能性は大きいと思われる。しかし、産後ケア委託事業として実施され、助産所で補助金を利用できる施設は 22 施設と少ない現状であった。横浜市や静岡県内ではモデル事業として多くの施設が実施できていた。助産所等が委託事業者となり、補助金を利用でき

るようになることが普及を進める一歩として望まれるが、子育てスタート支援事業としての実施体制を整えることは、規模の小さい助産所等では難しい現状がある。先に述べた実施体制を整えることは規模の小さい助産所等では難しいのではないかと考える。

1泊2日ショートステイを実施し、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。全国の利用料金を見ても30,000～50,000円であり、利用をするにはかなりの金額負担が生じることになる。補助金の割合は国が4分の1、地方自治体が4分の1、家庭が2分の1の実費であり、補助金を得られてもなお、家族の負担が大きい現状ではある。さらに、地方自治体の経済的負担も決して少なくない。東京都でも推進をしているが現時点で2か所しか委託事業として実施できていない現状である。

東京都助産師会としても産後ケア事業の必要性は感じているが、新たに産後ケア事業の為に助産所を作るとなると、分娩室などの設備が必要になり難しいと考える。世田谷区の武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町は旅館として建設し、産後ケア事業を実施している。目的に応じた助産所の設備等、制度上の工夫を行う事も必要と考える。

また、東京都では対象者として産後6か月としているが、本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、経過が順調であって医療的処置の

必要のないものに限る。とあるため、障害を抱えて退院した母児の場合には対象外となるケースもあると考えられる。障害を抱える母児を対象とした産後ケアの必要性が考えられるが、そのような施設はまだまだ少ない。そのような場合に対応できる施設の制定や補助等も今後検討していく必要があると考える。我々が実施している院内母子同室制度などの病院内での支援の場所も選択肢として挙げることができるが、実施体制を充足させることは、病院での人的、経営的視点からも難しく委託事業として行う事を断念しているところも多いのが現実である。

E：結論

助産所・産科施設等を利用した産後ケア事業は、実施体制の充足や経営的観点からも、いまだ厳しい状況にあり、普及を妨げているのではないかと考える。

本研究の対象者となる超低出生体重児等の場合、現在の産後ケア事業では退院時点で利用できる期間が限られてしまう。さらに、障害を抱えて退院した母児の場合には更なる産後ケアが必要であるため、更なる制度や施設の充実をしていく必要がある。

F：参考になるサイト

一般社団法人 日本産後ケア協会
<http://sango-care.jp>

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（総合）

分担研究者 御牧 信義（倉敷成人病センター 小児科）

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10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546人、年齢は0歳が240人（44.0%）と最も多い。それらのうち、0日・0か月児の死亡事例の111例（20.3%）であり、さらに日齢0日児事例が94人（17.2%）ある。

今回2施設での乳児・子ども虐待予防に対する周産期スクリーニングシステムの導入や子ども虐待防止委員会の取り組みを紹介する。国際医療研究センター病院では、NICU・GCU入院新生児の社会的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。虐待ハイリスク児を早期に発見し、予防することを目的に、妊娠中・産後の全数スクリーニング（周産期全数スクリーニング）を行っており、リスク因子のあるケースは虐待ハイリスクとして虐待通告や母子支援などの介入している。また、医療機関で追跡不能になったケースでは保健所と連携して去就を追跡している。周産期全数スクリーニングの実施は職員の意識づけにも効果をもたらした。また、ソーシャルワーカーによる代理通告に一本化することで、一般職員が虐待通告することの助けになり、臨床現場の医師への有効な支援策になった。

研究3-1A：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

西端みどり

（国際医療研究センター小児科）

○研究施設の特徴：国際医療研究センターは東京都新宿区の中央に位置し、NICU6床、GCU8床を有する地域周産期母子センターがある。年間入院数は250～300名を推移し、新宿区だけでなく広く都内から入院を受け入れている。また、外国人の出産も多い。

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。

研究3-1B：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 ---

御牧 信義

（倉敷成人病センター小児科）

○研究施設の特徴：倉敷成人病センター（当院）は、岡山県南西部の倉敷市のほぼ中心に位置し、近隣に総合周産期・地域周産期センター所有の大規模病院が2施設、個人産科病院と助産院がある。

その中で当院はローリスクの出産を扱っている。倉敷市の平成 25 年の出生数は 4532 人、そのうち当院の分娩件数は 1517 件と約 3 分の 1 であった。

妊娠中に始まり出産後にも継続する子ども虐待予防システムを構築した。そこでの子ども虐待発見率は悉皆調査で 1.0% であった。子ども虐待防止委員会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。

(図 1、表 1—5 参照)

研究 3-1C: 院内職員に対する子ども虐待に関する意識調査

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)

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。設置後は前に比較して、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子ども虐待防止委員会の積極的関与が大切であると考えられた。(図 2-6 参照)

研究 3-2A: 医療機関における追跡不可能症例に関する検討 --- 医療機関と保健所の連携 ---

御牧 信義(倉敷成人病センター小児科)

医療機関における追跡不能例の院内データベースと保健所のもつデータベースを比較検討することで、医療機関の追跡不能例の 87.1% について去就を明らかにすることが可能であった。このような医療機関と保健所の連携は、子ども対応の地域的広がりを目指す取り組みに寄与しうると考えられる。

(表 6 - 9、図 7 参照)

研究 3-2B: 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

高橋 澄子(倉敷成人病センター看護部)

妊娠 34 週に妊婦と褥婦に対して始まる子ども虐待に関する周産期全数スクリーニングにより、虐待通告が必要例は 1.3%、母子支援が必要な例は 12.8% であった。虐待対応システムには母子支援システムの併設が不可欠である。

(図 8、表 2、3 参照)

研究 3-2C: 子ども虐待防止における代理通告の有用性の検討

岩藤 幸男(倉敷成人病センター総合相談室 MSW)

御牧 信義(倉敷成人病センター小児科)

当院では子ども虐待の通告の一法として子ども虐待防止委員会メンバーとしての医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)による同意通告を導入し、そのメリット・デメリットを検討した。同意通告により一般職員が虐待通告することに大きな助けとなることがわかった。通告に関連して院外からの問い合わせに MSW が対応するため、臨床現場での通告者への物理的および精神的ストレスの軽減に大きく寄与していると考えられた。特に多忙な医師には有効な支援策と考えられた。

その反面、対応を MSW に一本化するため、仕事に集中するため、複数の MSW による情報共有により、仕事量の分散が重要と考えられた。

(図 9 - 11、表 10 参照)

研究 3-2D: 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

御牧 信義(倉敷成人病センター小児科)

高橋 澄子(倉敷成人病センター看護部)

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、早期発見された。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。本スクリーニングは、職員への負担となる場合もあり、職員の負担軽減についての配慮が必要である。

(図 12、表 2、3、11、12 参照)

研究3-1B: 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 --- (御牧 信義)

図1 倉敷成人病センター子ども虐待対応システム

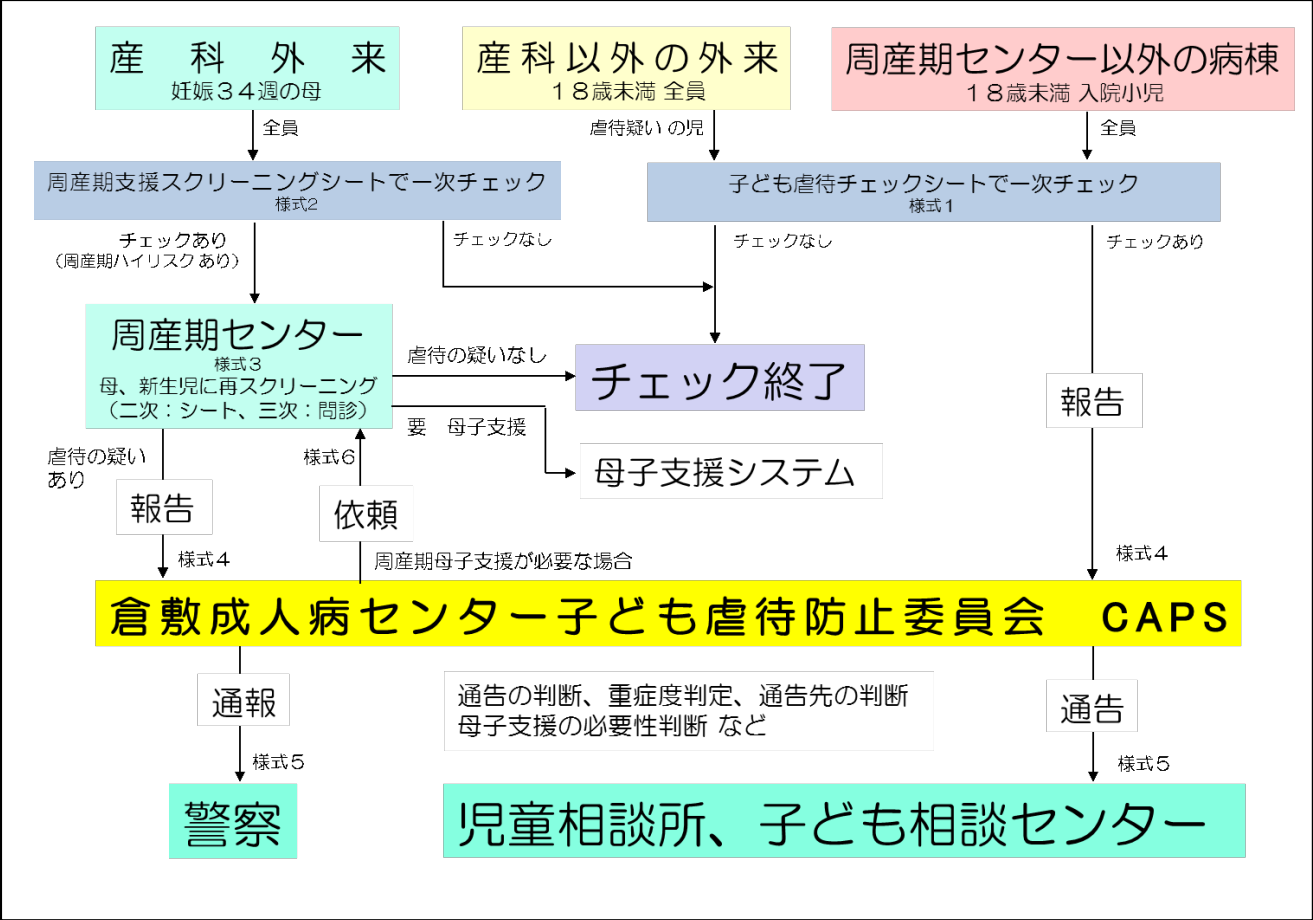


表1 スクリーニング期間と対象

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）

病歴名

入院日

記入日

記載者

母：氏名

D

診断

主治医

妊婦中の母体の観察

多胎合併

精神疾患

理解力

妊娠状況

上の子への対応

身体障害

母体の社会的背景

夫婦の年齢

外国籍

婚姻状況

子どもの数

D/Vと疑い

経済状況

居住状況

社会保障制度の利用状況

社会資源の利用状況

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

出産後の育児行動

家族の協力

親への養育行動

育児への支援者

育児の方向

出産後の母の状況

産後回復

産後不安

その他（自由記載）

対応

周産期母子支援

CAPSへの報告

表3 周産期支援スクリーニングシート（新生児用）

病歴名

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

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

出生時の基本情報

在胎週数

胎児数

出生場所

分娩方法

入浴時

計測値

家族環境の情報

両親の年齢

両親の婚姻状況

兄弟姉妹

精神疾患

親の国籍

状況

面会

言葉がけ

経済状況

育児能力

予測される医療処置

児への対応

母

父

退院後の養育場所

退院後の養育者

育児への不安

育児への支援者

社会的支援・サービス情報

MSW

社会保障制度の利用状況

社会資源の利用状況

その他（自由記載）

対応

周産期母子支援

CAPSへの報告

表4 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5 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

研究3-1C. 院内職員に対する子ども虐待に関する意識調査（河本 聡志）

図2 児童虐待の早期発見義務

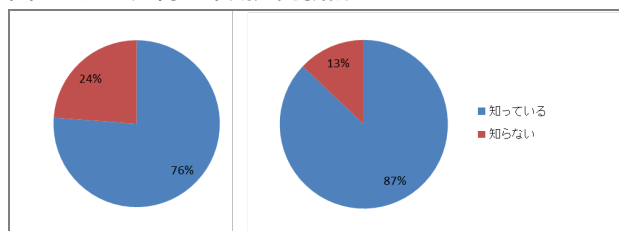


図3 虐待が疑われた時の対応について

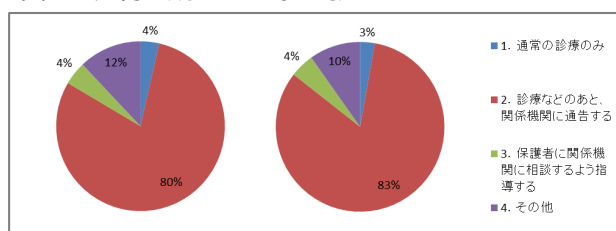


図4 通告先

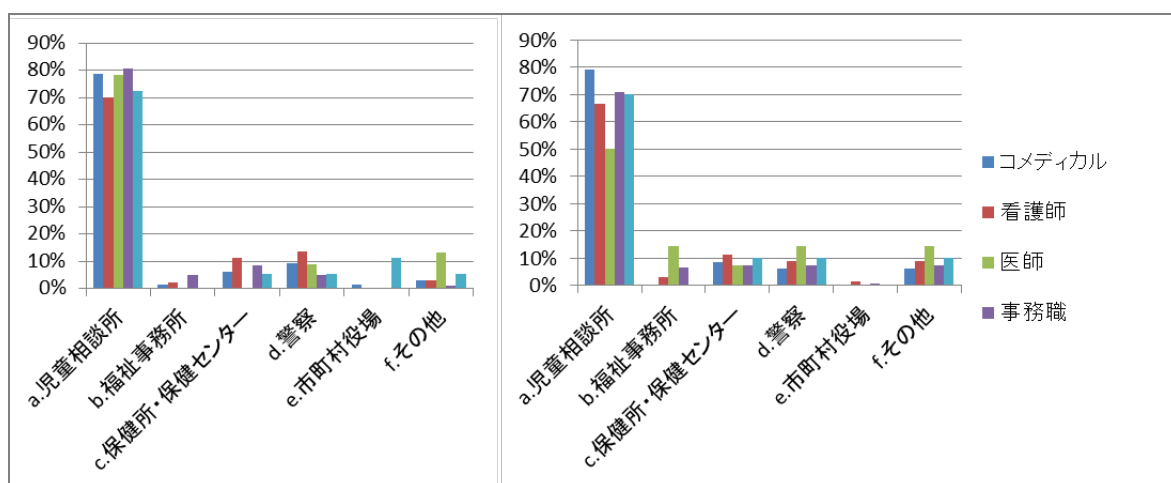


図5 通告しない主な理由（複数回答）

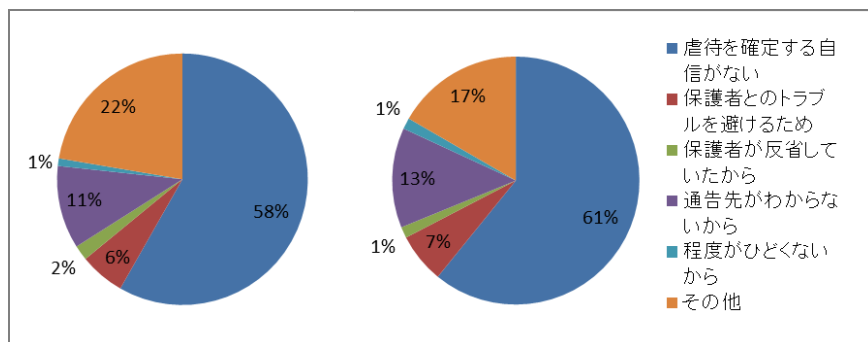
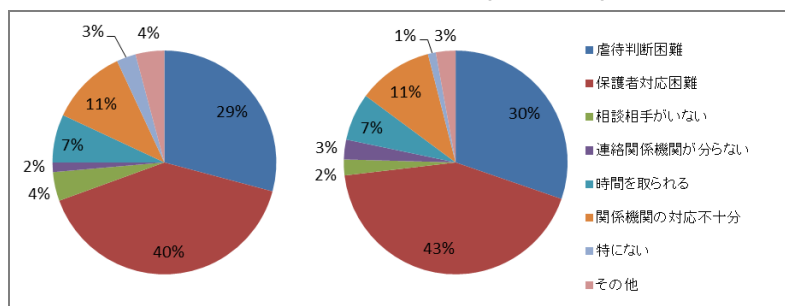


図6 児童虐待への対応の際に困ったこと（複数回答）



研究3-2A: 医療機関における追跡不可能症例に関する検討- ~ 医療機関と保健所の連携 ~

(御牧 信義)

表6 要支援と判定された理由 (重複あり)

育児の方法がわからない	4 例
出産前からかわいくないと言動	1 例
DV(父→母)	1 例
母の育児能力、理解力の欠如	1 例
子どもの病状より自分の都合優先	1 例
ネグレクト疑い	3 例
支払い能力なし	1 例
母のストレス	1 例
保健所より支援依頼あり	1 例

表7 医療機関で追跡不能となる主な理由

・ 医療機関が要支援児と考えていても外来受診が途絶える場合
・ 医療機関から保健所に支援依頼している例で、こんにちは赤ちゃん事業、 1 歳 6 か月健診、3 歳健診等が終了し保健所から医療機関への情報伝達ができない場合
・ 受診する医療機関が変更される場合
・ その他

表8 医療機関での追跡不能例31例 (平成24年4月~同25年12月)

						87.1%
保健所 (支所)	A	B	C	D	E	計
保健所対応が終了	5	4	1	1	2	13
保健所対応が継続	2	2	3	6	1	14
保健所が元々、未対応	0	0	0	3	0	3
保健所介入を拒否	1	0	0	0	0	1
計	8	6	4	10	3	31

病院フォロー中を確認 2 4 0 8 1 15

表9 医療機関および地域での追跡不能例の頻度

総数	病院で 追跡不能	地域でも 追跡不能
12,578	31 (0.25%)	4 (0.04%)
	405人に1人	3144人に1人

図7 医療機関と保健所間のデータ流れの比較

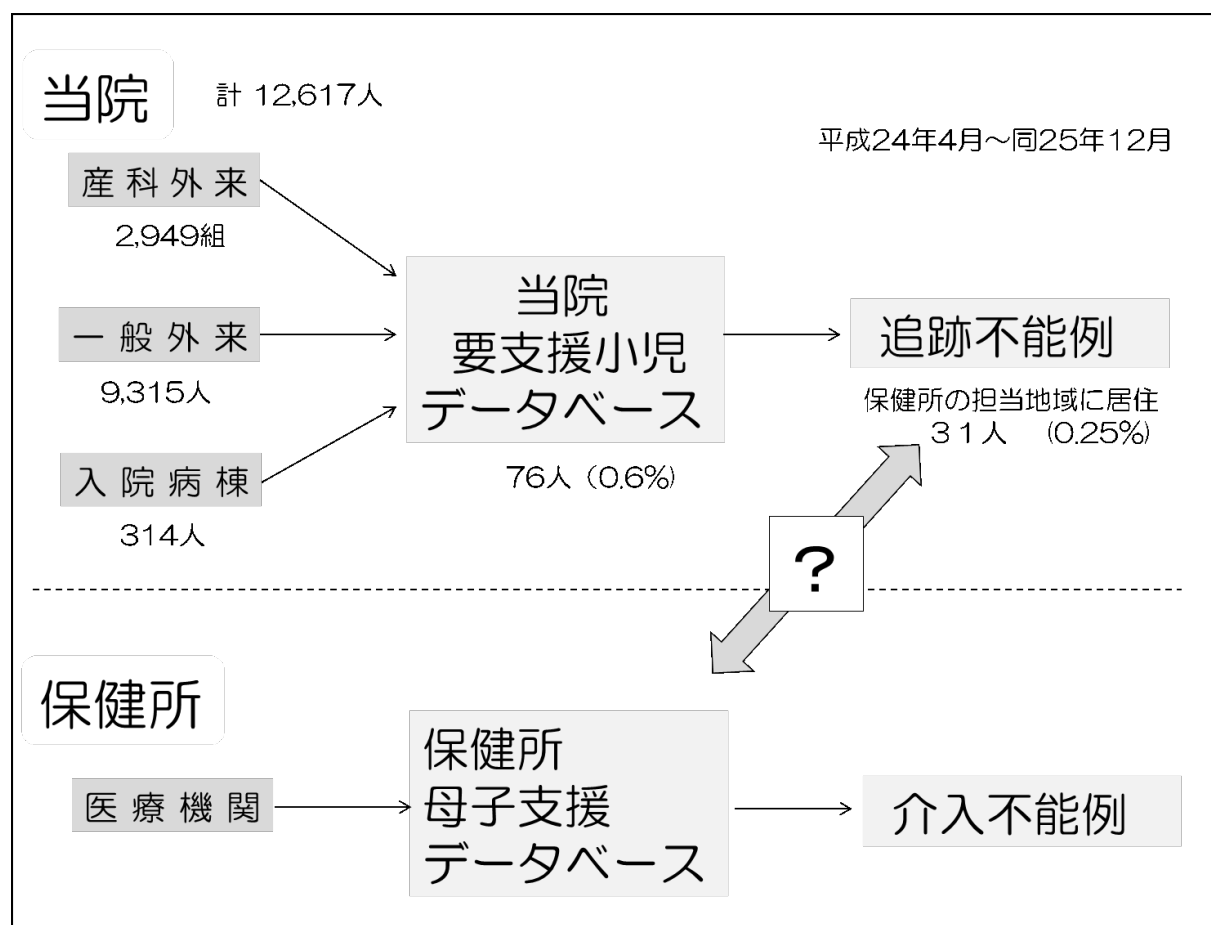
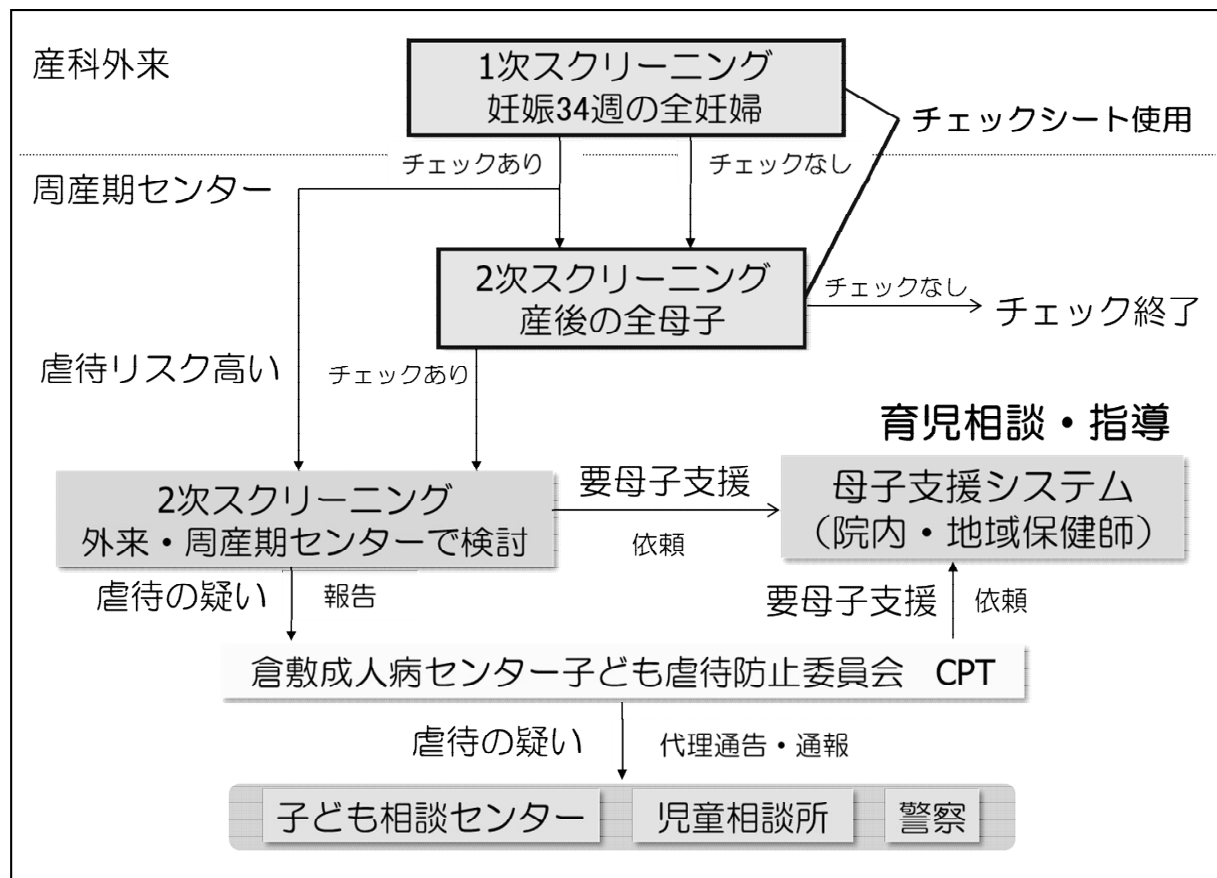


図8 周産期全数スクリーニングシステムの概要



研究3-2C: 子ども虐待防止における代理通告の有用性の検討 (岩藤 幸男, 御牧 信義)

図9 代理通告の情報の流れ (院内→院外)

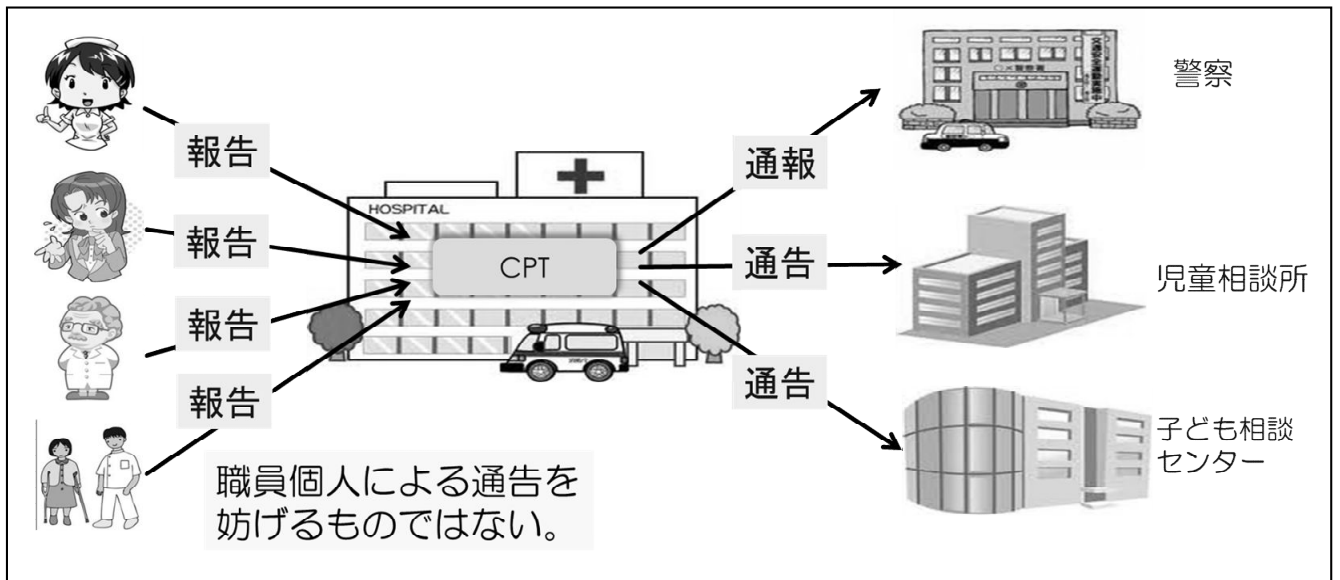


図10 代理通告の情報の流れ (院外→院内)

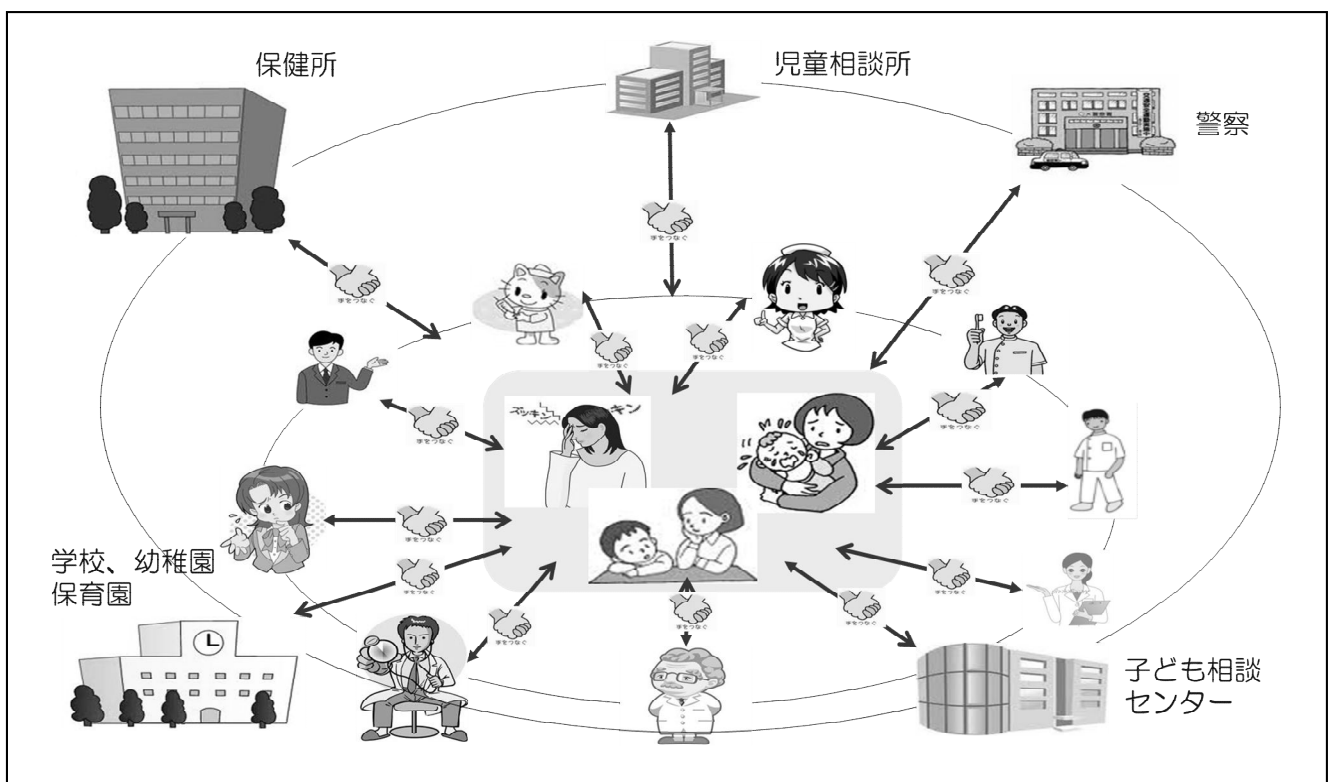


図11 保護入院期間中の MSW 対応回数の推移

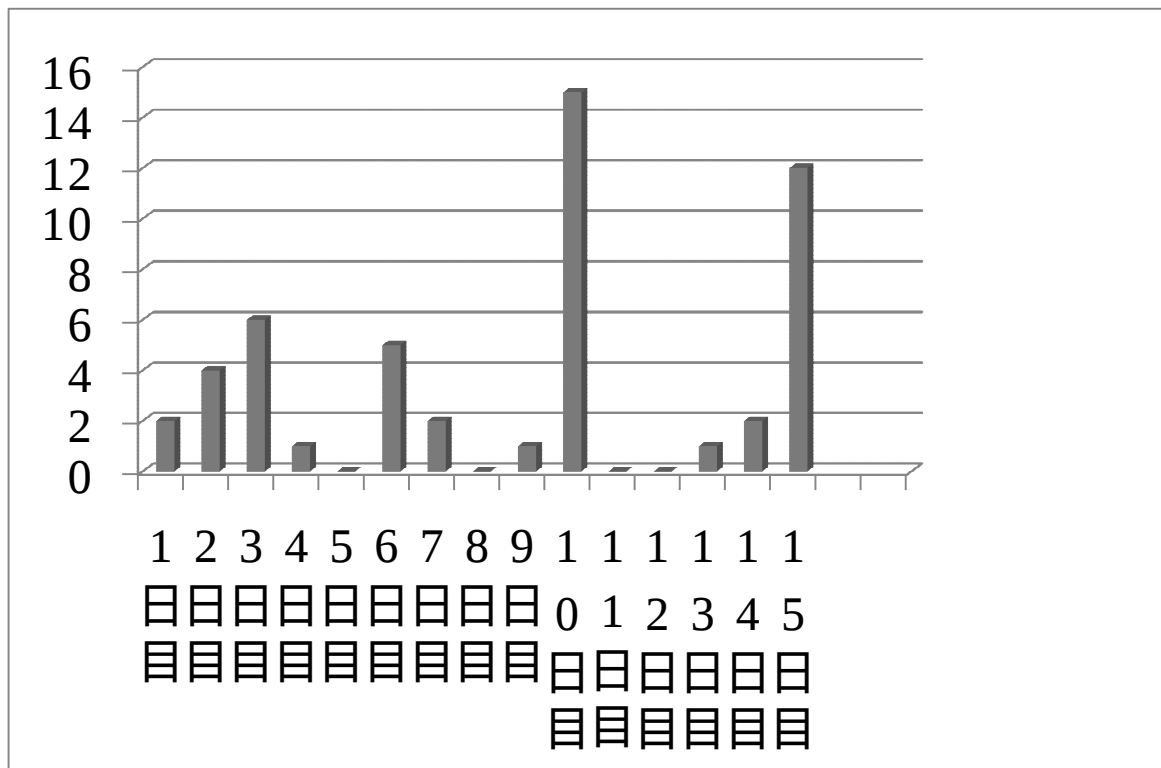


表10 代理通告導入後の 院内・院外各所への聞き取り結果

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

研究3-2D: 妊娠期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(御牧 信義、高橋 澄子)

図12 周産期全数スクリーニングシステム

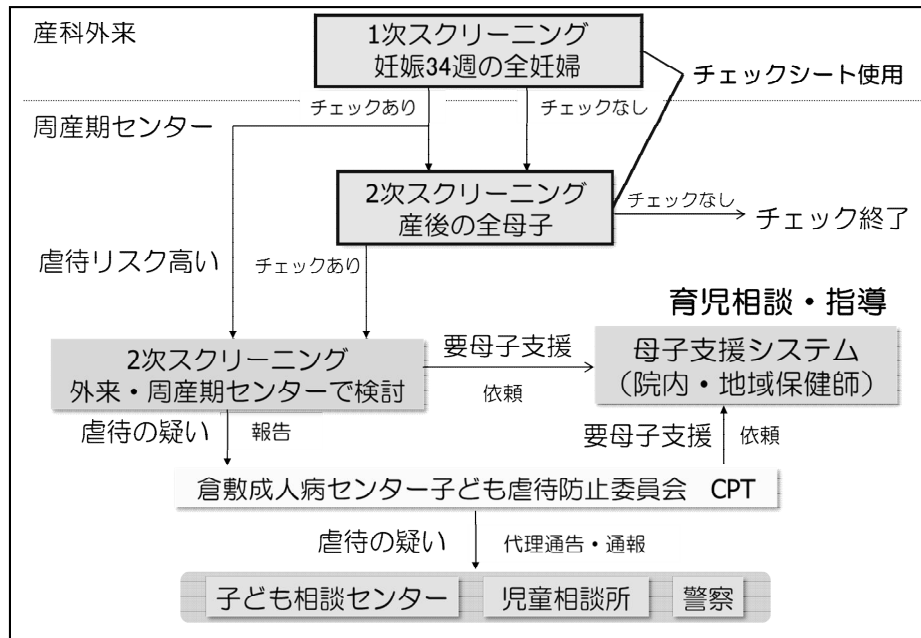


表11 全数スクリーニング結果

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12 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）と
キッズマネージャー制度（プロトタイプ）の提案（総合）

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

子ども虐待を未然に防ぐためには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、1年に3回の定期病院間連携を行っている。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、看護師や小児科医師会代表が、行政からは子ども家庭センターや児童相談所が、司法からは警察が参加し事例検討を中心に活発に討議を行った。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“病院間地域連携”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。キッズマネージャーは従来の通告があってから動く職種ではなく、各病院内の多種専門職会議や院内子ども虐待防止委員会(Child Protective Team: CPT)にあらかじめ参加することで情報を共有・一括統合し、乳児・子ども虐待のリスクのあると思われるケースに介入し、乳児・子ども虐待を未然に防ぐことを目的にする職種である。新宿区では、現行制度を活用してキッズマネージャーのプロトタイプを開始した。キッズマネージャーには、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適任であった。また、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と思われた。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、CPTだけでなく多種専門職会議への参加拡大を促していくことで、キッズマネージャー制度の定着を計るべきと思われた。

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。そのような環境を背景に、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。我々は過去に複数の自治体や病院関わった新生児虐待例を経験し、病院間の密な連携が必要であると痛感した。

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（図1）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ると考え、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。複数の総合病院を有す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、さらに行政機関や司法機関との協力・連携を計り、子ども虐待防止に向けての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2A-2C）。
- ・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2A）：子家センに問い合わせると、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2B）：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、特定妊婦の問い合わせ（図2C）：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の役割（図3）

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。これによって、リスクのある児・家庭の情報を集約し、一括管理し、病院側と積極的に情報共有することで、タイムラグなしに虐待・ネグレクトの診断や育児支援を提供することができる。

○キッズマネージャーの利点

- ・周産期ハイリスク児や、通告された疑わしい虐待やネグレクトの情報共有ができる。
- ・特定妊婦、妊娠届き、母子手帳の発行時期が遅い、乳児健診の不適切な受診、予防接種の未受診などを把握することで、リスクのある児を早期に発見し、各医療機関に知らせることができる。
- ・通告や情報提供を要保護児童対策調整機関以外にもキッズマネージャーが把握することで、医療機関のドクターショッピングの実態を早い段階で発見できる。

○キッズマネージャーの候補の職種と導入（プロトタイプ）

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が容易な方法と思われた。現在、聖母病院で2ヶ月に1度開催される（Child Protective Team: 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。

○キッズマネージャーの今後の展望

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。

○キッズマネージャーの現行での限界

・対象となる児が新宿区在住でかつ医療機関が新宿要保護児童対策地域協議会の場合には、上記の対応はできるが、自治体を越えた場合には難しい場合がある。今後、キッズマネージャーが各自治体で定着することで、自治体を越えたタイムリーな連携が生まれることを期待したい。

○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の孤立化の防止
4. 小児科クリニックから総合病院への紹介制度が可能になる。

○今後の課題

1. 警察や児童相談所の事例になった重症な事例では、病院側に事例検討のフィードバックが行われていない。フェードバックを病院、子家セン、警察、児童相談所などと合同で行う機会を創設する。そのことで、次に起こるかもしれない乳児。子ども虐待例への経験に生かすことができ、スキルアップを計ることができる（行政、警察の情報非公開への打破）
2. 複数の行政区画をまたがる事例の、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）

○キッズマネージャーの普及のための活動

1. 子ども虐待防止学会にて、新宿区病院間連携やキッズマネージャー構想について発表（2014年9月）。その後、近畿小児科学会（2015年2月）で新宿区病院間連携を発表の一部として紹介。
2. 新宿区においては、病院の定期CPTに子家センのワーカーや保健師が出席するという形式で活動が開始した。
3. 今後の展望として、NICU・GCUなどの多種専門職会議への定期参加より、リスクのある児・家庭の把握をより綿密に行う。
4. キッズマネージャーを政策提言。パイロットやモデル事業として開始することを期待。
5. 人身安全関連事業総合対策本部（2014年7月警視庁発足）との新たな連携。

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制度の導入は、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

2. 近畿小児科学会（2015年3月1日）

北摂・阪神地域の病院小児科における児童虐待対応の現状

○毎原 敏郎 川崎 英史 石原 剛弘（兵庫県立塚口病院 小児科）

山本 威久（箕面市立病院 小児科）

E. 講演会

新宿区虐待予防病院間ネットワークの構築について

○赤平百絵

東京医科大学病院院内研修会(2014年5月27日)

「子ども虐待を見逃さないために、今できることは」

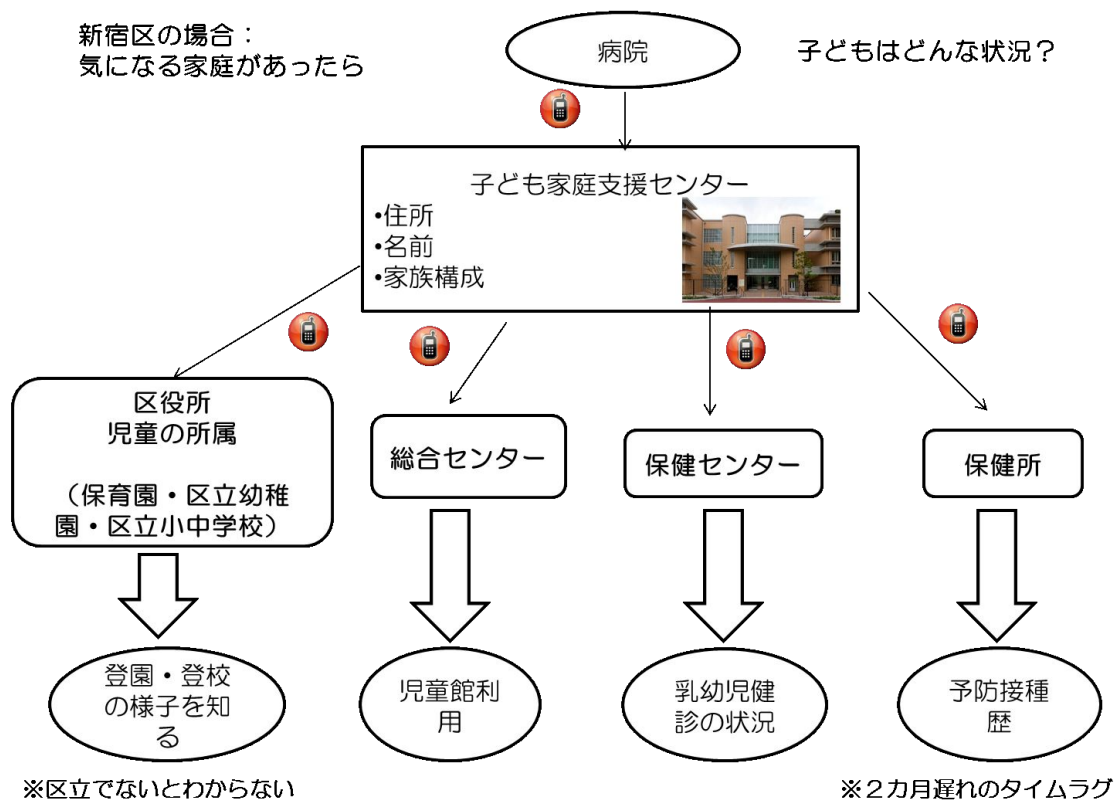


図2A．子どもの状況を知る場合

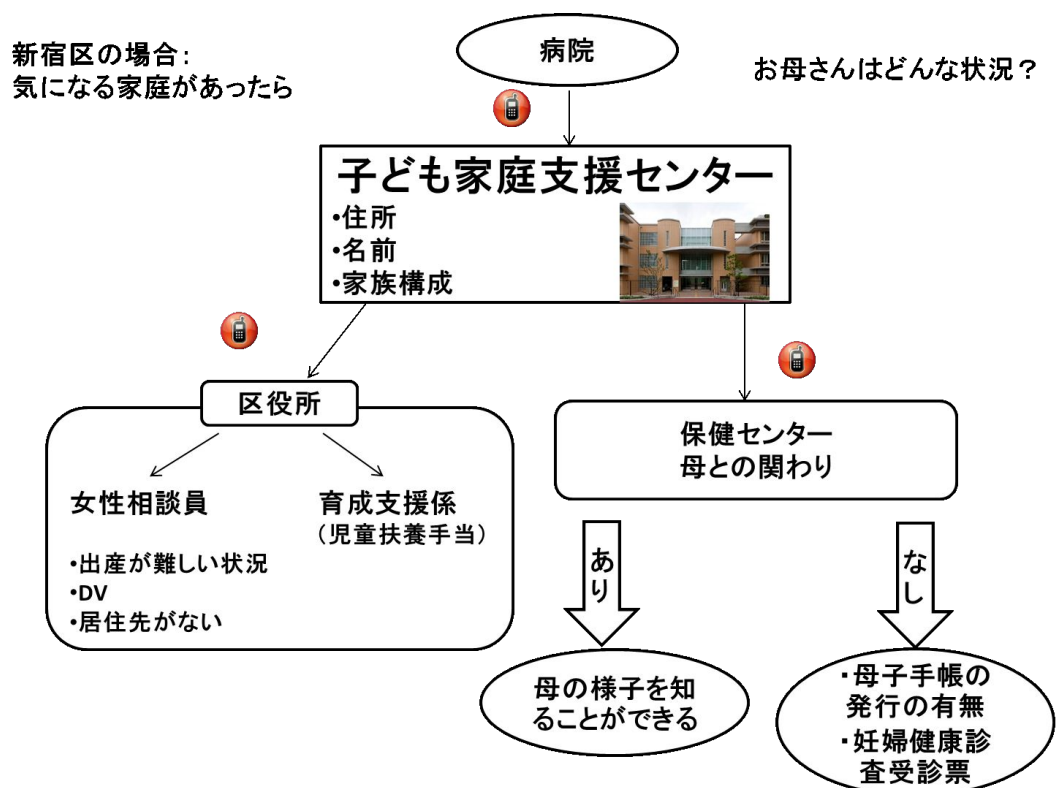


図2B．母親の状況を知る場合

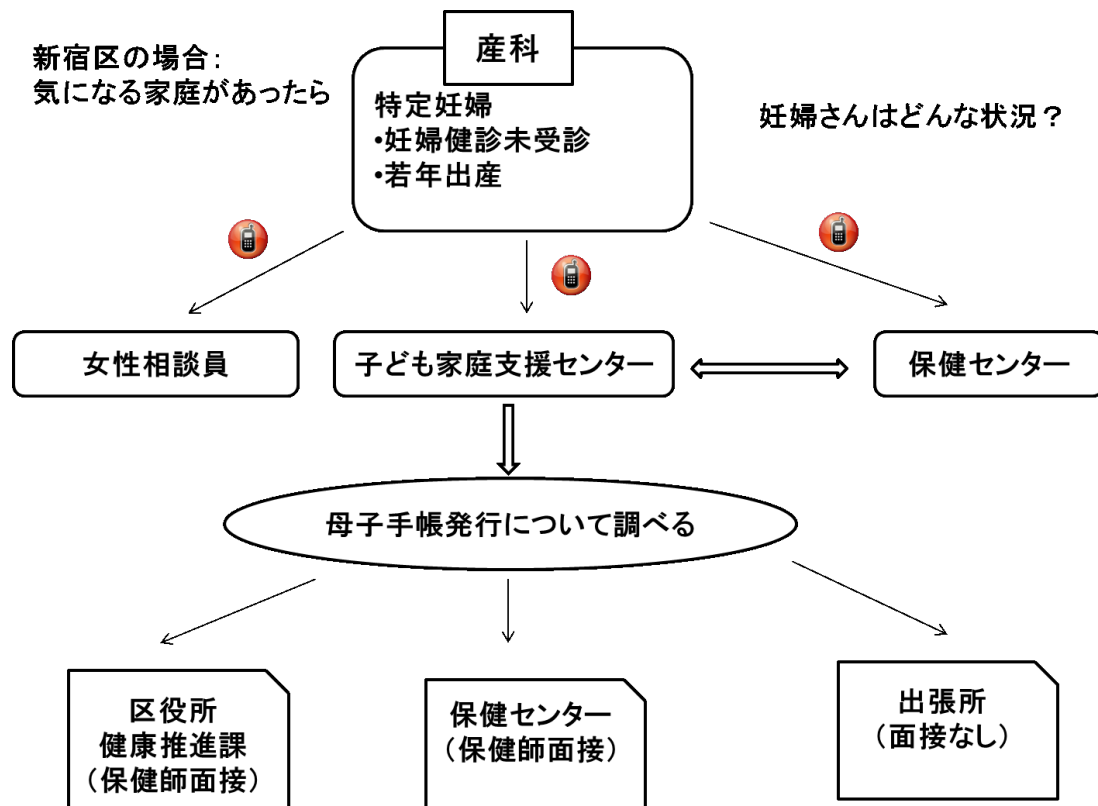


図2C．妊婦の状況を知る場合

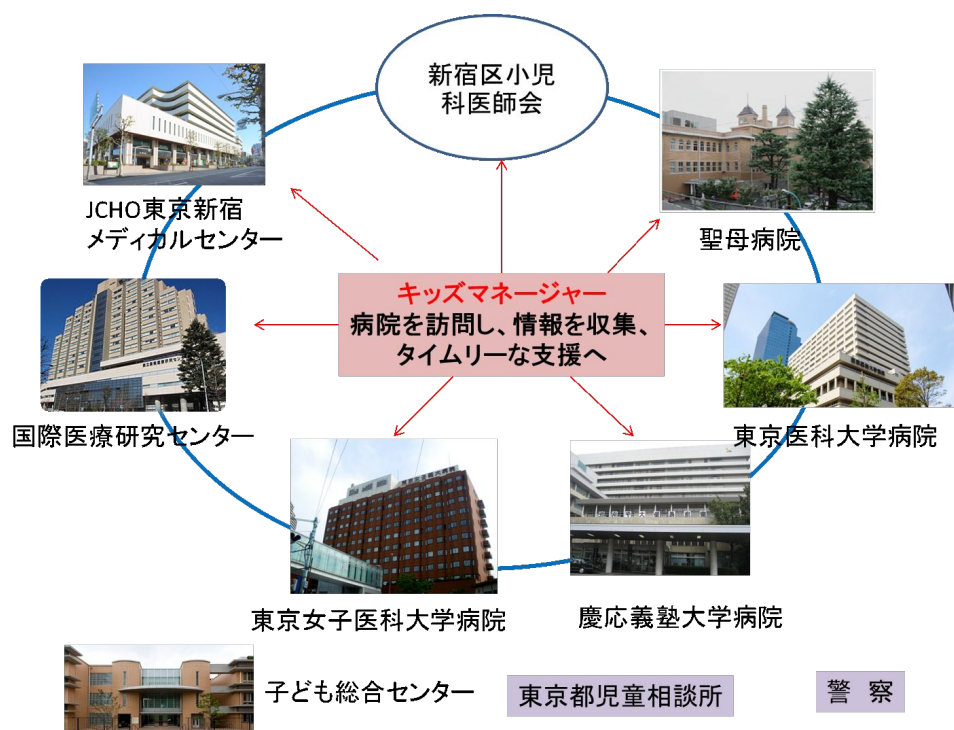


図3．キッズマネージャー制度のモデル

論文

1.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

2.久保田舞,赤平百絵,細川真一,兼重昌夫,保田典子,佐藤典子,松下竹次

重症先天梅毒の早産・低出生体重児の 2 例

日本小児科学会雑誌 2014;118:1648~1653