

# 平成15年度厚生労働科学研究

## (子ども家庭総合研究事業)

### 報告書 (第7 / 11)

- 20030336 主任研究者 渡邊 修一郎  
(健やか親子21推進のための学校における思春期の心の問題に関する相談システムモデルの構築)
- 20030337 主任研究者 岡村 州博  
(地域における分娩施設の適正化に関する研究)
- 20030339 主任研究者 岡井 崇  
(多施設共同ランダム化比較試験による早産予防の為に妊婦管理ガイドラインの作成)
- 20030340 主任研究者 本城 秀次  
(母子関係障害についての精神医学的・発達心理学的研究  
—母子関係障害解決・予防のための基礎研究—)
- 20030342 主任研究者 杉山 登志郎  
(被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究)
- 20030350 主任研究者 寺川 直樹  
(女性の各ライフステージに応じた健康支援システムの確立に向けた総合的研究)
- 20030351 主任研究者 北村 俊則  
(周産期母子精神保健ケアの方策と効果判定に関する研究)

厚生労働科学研究  
(子ども家庭総合研究事業)

被虐待児の医学的総合治療システムの  
あり方に関する研究

平成15年度研究報告書

平成16年3月

主任研究者 杉山 登志郎

# 目 次

## I 総括研究報告書

- 被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究 199  
杉山 登志郎（あいち小児保健医療総合センター）

## II 分担研究報告書

- 被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究 203  
小林 美智子（大阪府立母子保健総合医療センター）、  
森田 好樹（市立堺病院）・小杉 恵（大阪府中央子ども家庭センター）・  
藤江 のどか（大阪府立母子保健総合医療センター）・稲垣 由子（甲南女子大学）・  
山崎 嘉久（県立あいち小児保健センター）
- 医療拒否の現況に関する研究 —メディカルネグレクトの検討を目指して— 232  
塩川 宏郷（自治医科大学小児科学講座）・宮本 信也（筑波大学心身障害学系）
- 被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究 240  
奥山 眞紀子（国立成育医療センター）
- [研究1] 国立成育医療センターにおける虐待ケースの治療に関する研究 245  
奥山 眞紀子、笠原 真理、泉 真由子（国立成育医療センター）
- [研究2] 施設入所児童に対する通院治療 258  
星野 崇啓、山下 淳、北野 陽子（埼玉県立小児医療センター）
- 被虐待児の外来・入院治療によるケアに関する研究 266  
および被虐待児の医療的ニーズに関する研究  
杉山 登志郎（あいち小児保健医療総合センター）
- 国立精神・神経センター国府台病院における被虐待児への対応 270  
小平 雅基（国立精神・神経センター 国府台病院）  
笠原 麻里（国立成育医療センター）
- 被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究 286  
今井 芳裕（三重県立小児心療センター あすなる学園）
- 国立病院機構天竜病院における被虐待児童の入院治療 293  
白川 美也子（独立行政法人国立病院機構 天竜病院）
- 子ども虐待への包括的ケア 306  
杉山 登志郎、海野 千畝子、塩之谷 真弓、小石 誠二、河邊 眞千子、大橋 信彦、  
浅井 朋子、並木 典子、東 誠、山崎 嘉久（あいち小児保健医療総合センター）
- 養護施設における医療ニーズに関する研究 321  
野邑 健二（名古屋大学医学部）・田中 究（神戸大学医学部）・  
森 茂紀（甲南大学）・阿部 計彦（北九州児童相談所）・  
星野 崇啓（埼玉県立小児医療センター）・宮本 信也（筑波大学心身障害学系）・  
笠原 真理（国立成育医療センター）・菱田 理（暁学園）・  
海野 千畝子、杉山 登志郎（あいち小児保健医療総合センター）

## 被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究

主任研究者 杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター 保健センター長、心療科部長

### 研究要旨

医療を訪れる虐待症例は、重症な症例が多く、関係する様々な機関との連携が必要となる。また多くの臨床科にまたがるため、医療機関内外のシステムと、専門領域をまたがるシステムが必要である。しかしこれまで児童精神科領域の臨床を行う医療機関そのものが少なく、被虐待児への医療を核としたケアについては十分な研究や調査が行われてこなかった。そこで本研究においては次の4つの研究を行った。

分担研究1 被虐待児への対応に関する病院内および地域医療システムに関する研究

分担研究2 医療拒否の状況に関する研究

分担研究3 被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究

分担研究4 被虐待児の外来・入院治療によるケアに関する研究および被虐待児の医療的ニードに関する研究

研究1では院内の虐待への対応システムおよび病院と地域との虐待に対応するシステムに関し、先進的に取り組む医療機関および大阪府の実態に関して調査を行った。研究2では、メディカルネグレクトに関してアンケート調査を行い、その実態を明らかにした。研究3、研究4では、虐待に先進的に取り組む6医療機関における被虐待児とその親への外来、入院治療について、実態および具体的な症例の検討を行い、医療機関を核とした被虐待児への包括的ケアにおける必要な条件や、困難な点を明らかにし、医療機関でのケアのモデルに関する検討を行った。また養護施設に入所する児童に関する医療的ニードの調査および、実際に養護施設入所自我医療機関に受診する状況や、治療成果に関し調査を行った。

### 分担研究者氏名・所属施設および所属機関における職名

杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター 保健センター長、心療科部長

小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター 成長発達科学部長

宮本信也 筑波大学心身障害学系 教授

奥山真紀子 国立成育医療センター こころの診療部部長

## A. 研究目的

医療で虐待に対応するためには、発見にしても治療にしても、重症な症例が多く、関係する様々な機関との連携が必要となる。またアセスメントも治療も、多くの臨床科にまたがるため、医療機関内外のシステムと、専門領域をまたがるシステムが必要となる。さらに治療に関しても、入院を含めた専門的な治療が可能な医療機関は非常に少なく、虐待する親の治療に関しても未整備の状態である。子どもを虐待から守り、将来の非行や精神科疾患の発生を予防するために、虐待に対応する医療システムの構築が欠かせない。そのためには、どのようなシステムが有効であるのか、実態調査と研究が必要となる。この課題に対して、本研究においては4つの分担研究によって、この課題に取り組んだ。

分担研究1、被虐待児への対応に関する病院内および地域医療システムに関する研究（分担研究者：小林美智子）では、院内の虐待への対応システムおよび病院と地域との虐待に対応するシステムに関し、先進的に取り組む医療機関および大阪府の実態に関して調査を行った。院内、院外システムのモデルを明らかにすることが目的である。分担研究2、医療拒否の状況に関する研究（分担研究者：宮本信也）では、メディカルネグレクトに関し調査を行い、その実態の解明を試みた。分担研究3（分担研究者：奥山真紀子）分担研究4（分担研究者：杉山登志郎）では、虐待に先進的に取り組む6医療機関における被虐待児とその親への外来、入院治療について、実態および具体的な症例の検討を行い、医療機関を核とした被虐待児への包括的ケアにおける必要な条件や、困難な点を明らかにし、医療機関でのケアのモデルを検討した。また養護施設に入所する児童に関する医療的ニーズの調査および、実際に養護施設入所自我医療機関に受診する状況や、治療成果に関し調査を行った。

本研究の目的は、医療機関を核とした被虐待児とその家族への包括的モデルの提示である。

## B. 研究方法

分担研究1においては、虐待に先進的に取り組む、全国17医療機関に、院内の虐待対応システムに関してアンケート調査を行った。また地域との連携のモデルとして、大阪府地域の43市町村について、保健師を対象としたアンケート調査を行った。

分担研究2においては、小児科を持つ200施設に対してメディカルネグレクトおよび積極的診療拒否に関するアンケート調査を実施した。

分担研究3、4においては、被虐待児とその家族への外来・入院治療に積極的に取り組んできた6医療機関(国立成育医療センター、埼玉県立小児センター、国立精神・神経センター国府台病院、国立病院機構天竜病院、三重県立あすなろ学園、あいち小児保健医療総合センター)において、被虐待児の症例の実態を調査し、また包括的な治療を行った事例の検討によって、被虐待児の治療システムに関する調査を行った。

さらに被虐待児のケアに積極的に取り組んでいる9施設の調査を行い、被虐待児の割合、精神医学的問題の有無、医療機関への受診のニーズに関して調査を行った。また医療機関を受診した養護施設児童37名について、臨床的な検討を行った。

(倫理面への配慮)

分担研究および研究協力の医療機関に関しては、各々の倫理委員会での検討を行い受諾された。また症例研究として取り上げた事例は、全て患児および家族に症例報告に関するインフォームドコンセントを得た上で、匿名性を守るための配慮を行った。

## C. 結果および考察

### 分担研究1 被虐待児への対応に関する病院内および地域医療システムに関する研究 (分担研究者：小林美智子)

院内システムの検討からは、院内虐待対応システムの構築に中心となる医師が不可欠で、MSW が大きな役割を担っていた。院内の虐待対応システムが出来ると、発見が進み、治療や予防活動が進み、他機関連携が進んだ。しかし、親の対応や子どもの対応には困難が多く、さらに他機関連携も必ずしも円滑でなく、人的・財政的・制度的な体制整備が望まれていることが示された。

大阪府の地域医療システムに関する調査からは、地域医療システムはまだ未整備であるが、公立総合病院を軸に、従来の地域医療機関の連携の実績を基盤に構築されつつあることが明らかとなった。地域医療システムができると、医療機関間連携だけでなく、他の関係機関との連携も進み、軽症虐待の診療も増加していた。小児病院と公立総合病院の役割の違いが認められ、今後さらに医療機関間の役割分化や、保健との連携強化を含めた、地域医療システムの検討が必要であることが明らかにされた。

### 分担研究2、医療拒否の状況に関する研究 (分担研究者：宮本信也)

200施設のうち40施設(20%)が、平成15年の1年間で積極的医療拒否の経験があると回答していた。具体的な症例としては乳幼児が最も多く、1歳未満が半数を占めた。疾患としては中枢神経障害を合併する奇形症候群や染色体異常などが多かった。この40例中、狭義のメディカルネグレクトに相当するとされたのは3例のみであった。しかし、残り37症例のうち、半数以上が完治療法はないが生命予後は必ずしも悪くない疾患と判断されており、医療拒否をメディカルネグレクトの視点で捉えることが検討されるべきと考えられ

た。積極的な医療拒否は両親が意思表示しその理由は疾病のある子どもを育てる自信がないというものであった。医療者の対応は他機関や院内での相談の後に説得をしており、最終的には半数近くの症例は提案した治療を受け入れさせることが可能であった。

### 分担研究3 被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究 (分担研究者：奥山真紀子)

### 分担研究4 被虐待児の外来・入院治療によるケアに関する研究および被虐待児の医療的ニードに関する研究 (分担研究者：杉山登志郎)

本年度はモデルとなる6つの医療機関において、被虐待児の症例の実態と、親治療を含めた被虐待児への治療の詳細について調査をおこなった。これらの施設では年間30例から130例の被虐待児の外来受診があり、また入院事例も年間10例から70例であり、これらの医療機関の中には虐待センターとして機能しているものがあることが伺えた。施設間で差はあるが、親の治療は受診事例の約5割から8割について平行して行われていた。親自身のカルテを作成して治療を行っている施設が2施設あった。

あいち小児保健医療総合センターの結果では、被虐待児の約半数が何らかの発達障害の診断が可能な症例で、その大半は知的な障害の無い軽度発達障害であった。反応性愛着障害は幼児の過半に認められ、年齢が上がるに連れて解離性障害と行為障害の併発が増えていた。

入院治療に関しては、過覚醒に伴う多動、挑発行動、フラッシュバックに基づく突発的

衝動行為、人格のスイッチング現象などが被虐待児には認められ、一般小児病棟で虐待を受けた子どもの治療を行うことはかなり困難であり、閉鎖ユニットによる保護など、人的設備的な側面を含めた治療環境の整備が必要不可欠であることが明らかとなった。また、衝動行為に対して、強力な薬物療法と、解離に焦点を当てた精神療法を組み合わせた治療が必要であり、虐待のケアに特化した治療システムが必要である。

成育医療センターの結果では、症状の改善度は子どもも親も55-60%と高率であった。

養護施設における医療ニーズに関する研究では、調査児童の37.1%に精神的問題が見られ、19.2%については専門医療機関への受診が必要であると回答された。精神科的問題については施設間のばらつきが多く、施設によって13.8%から97.9%とかなりの開きが見られた。しかし実際に受診している者は全体の11.1%に過ぎなかった。埼玉県立小児医療センターを受診した養護施設に生活する、被虐待児37例(男子17例、女子20例)の治療に関する調査からは、行動上の問題を主訴とするもの6割で、対象児童の半数以上が境界線以下の知能を示した。また7割が職員との対人関係が困難であり、約5割に反応性愛着障害が認められた。しかし治療により約7割において改善が認められた。

#### D、結論

医療機関を核とした虐待に対応する院内・院外システムは現在整備途上にあるが、その推進によって、虐待の発見率は向上する。今後、地域の特性に合わせたシステムの構築が必要である。

医療機関での被虐待児とその親への包括的な治療が一部の医療機関において既に行われており高い治療効果をあげている。しかし入院治療においては、激しい行動化のため、一般小児科病棟では対応が非常に困難で、被虐

待児の治療を念頭に置いた人的配置と設備が必要である。包括的なケアとして、子どもへの薬物療法、精神療法、環境生活療法など多岐的な治療の組み合わせを必要とする。親への平行した治療を行うことが必要であり、またその効果も高い。治療にあたっては地域との連携のためのコーディネーターが必要とされる。治療費や入院費は被虐待児の治療において、深刻な問題となっている

被虐待児のケアの中心を担っている児童養護施設に生活する児童の4割弱は精神的問題を持ち、医療へのニーズは高く、また受診による治療効果は高いが、スタッフの余裕が無く、受診につながる例は少ない。

今後、医療機関を核とした被虐待児への包括的ケアの具体的なモデルを提示して行きたい。

## 平成15年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

平成15年度 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究

### 被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究

分担協力者 小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター1) 成長発達科部長

研究協力者 森田好樹 2)、小杉恵 3)、藤江のどか 1)、稲垣由子 4)、山崎嘉久 5)

2)市立堺病院、3)大阪府中央子ども家庭センター、4)甲南女子大学、5)県立あいち小児保健センター

**要旨** 虐待に対応する院内組織を作り、先進的に取り組んでいる小児病院・大学病院・公立総合病院に対して、院内組織と地域医療システムの実態について調査した。院内システムには中心となる医師が不可欠で、MSW が大きな役割を担っている。そして、院内組織が出来ると、発見が進み、治療や予防活動が進み、他機関連携が進む。しかし、親の対応や子どもの対応には困難が多く、さらに他機関連携も必ずしも円滑でなく、人的・財政的・制度的な体制整備が望まれている。

地域医療システムはまだ少ないが、公立総合病院を軸に、従来の地域医療機関の連携の実績を基盤に構築されつつある。地域医療システムができると、医療機関間連携だけでなく、他の関係機関との連携も進み、軽症虐待の診療も増加していた。小児病院と公立総合病院の役割の違いが認められ、今後さらに医療機関間の役割分化や、保健との連携強化を含めた、地域医療システムの検討が必要である。

#### 1. はじめに

児童虐待防止法が平成12年に施行され、子どもを巡る多くの機関での取り組みが活発になり、各地で都道府県ネットワークができています。ここに到るまでには、医療は、わが国にも深刻な虐待が存在することを問題提起し続けた。しかし今後は次の時代の役割、つまり医療の中で、もれなく早期発見し、長期予後改善を目標に治療し、地域のケアネットワークと協働することが求められている。そのためには、診断と治療についての医学研究を進め、医療技術を深め、医療関係者に普及し、さらに医療の中のシステム化や、医療と関係機関の連携システム化が課題である。

今回は、医療が子どもと親に取り組むための、また、地域ネットワークの一員として役割を果たすための、医療の中の、つまり医療機関内や医療機関間のシステムについて、今後のあり方を考えたい。

なおわが国でも、病院内組織は関係者の努力で手作りの各所に出来始めているが、地域医療システムはまだまだ今後の課題である。その

ため、調査を行うにあたり、作業グループを作り、国内文献から先進機関の動向を調べ、海外文献（特に英国の医療システム）からすでに制度化されている国の実態を学び、さらに大阪府下（大阪市を除く）市町村ネットワークにおける医療の関与を調査した。

#### 2. 予備調査—大阪府地域ネットワーク調査

調査は、大阪府下43市町村の中堅保健師に「市町村ネットワークの中の医療機関の役割」についてアンケートを送付し、回答を依頼し、1町を除き回答を得た。ネットワークは33ヶ所（77%）にできており、まだできていないのは3市5町1村で、近く設置を予定しているのは2市2町1村で、予定していないのは1市3町のみである。医療機関が参画しているのは23市町村であった。参加している医療機関の種別は、17医師会、9公立公的病院（調査地域で公立病院を持つのは18市1町で、小児科を持つのは17市である）、その他4（1大学病院、3その他の病院）であった。

相互連携はすでに活発にはじまっており、医

療は保健センターに対して虐待児(23市町村)やハイリスク児(同22)の援助を依頼し、保健センターは医療に対して、子どもの診断・検査(同16)や治療(同15)、親の治療(同15)だけでなく、子ども(同19)や親(同20)について助言をもらっている。

保健が連携している診療科は子どもと親では異なっている。子どもは、小児科(同23)や産科(同12)が中心で、精神科(同3)など他科への広がりはいくつかない。親は、精神科(同17)や心療内科(同13)や産婦人科(同11)が多い。地域の理解ある医師とつながりを作り始めている(表1)。虐待に対応する地域医療システムには、子どもと親の、多くの診療科を含む組織化が必要であるが、不可欠なのは、子どもは小児科と出生機関である産科、親は精神科(心療内科を含む)と産婦人科であろう。内科は親の診療科として3市町村のみがあげているが、今後は親の日常健康管理のために重要になることが予測される。虐待についての地域医療システムは、子どもを診療するシステムと、親を診療するシステムと、この両者をつなげるシステムが必要になる。

そして、心の治療の紹介機関の有無は、子どもではありは28市町村、親ではありは31市町村であった。その機関の内訳は、子どもは児童相談所(16市町村)、市町村母子保健心理(同14)、病院(同11)、保健所母子保健心理(同5)、府立心の健康総合センター(同6)、市町村の心理(同5)、教育相談所(同5)、スクールカウンセラー(同3)をあげている(表2)。医療機関よりも、むしろ母子保健・精神保健・学校保健・児童福祉の公立機関の身近な心理職とのつながりを作っている。しかし、これらの多くは、相談助言はできるが治療はできず、医師の関与もほとんどない。そのためこの実態は、子どもの心の治療をする医療機関がないために、苦慮していることの表れともみえる。一方親は、病院(14市町村)、診療所(同14)、保健所PSW(同14)、府立こころの健康総合センタ

ー(同11)、ハイリスク母子グループ(同9)、市町村母子保健心理(同7)をあげている。親は子どもに比べると、医療機関の利用が多く、精神保健機関・職種とつながってきている。今後子どもと親の心の治療を行う地域を作るには、子どもや親の精神医療を行う機関が増えることや、医療を含めた各種の心の相談機関との地域システム化(虐待についてのメンタルヘルス地域システム)が不可欠と思われる。

自由記載の意見には、今の問題点としては、一部の医療機関との連携にとどまり地域の全ての機関に広がっていない、連携は相互情報提供にとどまり連携援助にはなっていない、重症な事例でも連絡なく退院していることがある、周産期からの連携があれば重症化を防げたと思われる事例がある、親の心情を配慮して他機関連携を躊躇する診療所が多い、保健から情報提供を求めた場合に個人情報という理由で拒否される場合がある、保健も医療との連携の必要性をもっと自覚すべきである、医療が参画しているが具体的役割について不明確である、があげられていた。また今後の課題としては、医療と保健の連携のためには府が医師会や病院を組織化することを期待する、どの医療機関が何を担えるのかのリスト作成が必要、医療機関が相互に連携するシステム化が必要、保健と医療機関が連携するシステム化が必要、との意見があった。さらに新たな活動としては、公立病院小児科が中心になって、地域の小児科医との研究会や看護職の研究会を始めている地域があった。

市町村ネットワークは医療との連携を求めており、すでに個別事例での手作りの連携が始まっており、システム化が必要になっている。そのシステム化は、医療機関間だけでなく、医療一保健(母子保健・精神保健)連携が不可欠である。英国は、看護職(看護師一助産師一保健師)ネットワークを作って医療保健連携をつくり、虐待だけでなくハイリスク群も同じシステム内で援助している。

## 2. 全国調査

### I. 病院内システムに関する調査 小林美智子

#### A. 調査目的

子ども虐待について「医療の取り組み」を発展させるために、病院内システムについて、先進機関の実態を調査して、今後のシステム構築について考える。

仮説は以下の通りとした。院内システムを作ると①発見・通告・連携が増える、②子どもの入院・施設入所が増え、死亡が減少する、③スタッフの関心は診療科・職種によって様々で、全スタッフへの啓発が必要になる、④活動はさらに発生予防・より早期の発見・治療に発展する、⑤病院としての体制整備や、担当者の指名や、対応マニュアル作成や、カンファレンスの実施や、他機関との連絡会議が必要になる、⑥被虐待児の診療は一般疾患との違いが多く、医療現場で混乱が生じやすく、様々な工夫が必要になる。

#### B. 調査方法と対象

仮説をもとに、調査用紙を作成し（9頁）、平成15年11月にアンケート調査した。院内システムのあり方や、地域医療システムの中の役割は、医療機関の特性によって異なることが予測されるため、小児病院群・大学病院群・公立総合病院群の中から先進的に取り組んでいる機関を選び、事前に承諾得て依頼した。

わが国の小児病院は都道府県立で小児の地域三次医療を担って設立されており、虐待にもいち早く出会ってきたことが推測される。しかし、病院の特性上、大人（親）の診療科を持たず（一部は周産期センターとして産科を併設する）、小児の一般救急や外科救急を担っていないことが多く、設置診療科もそれぞれ異なっている。大学病院は、教育研究を一義的役割とする、基本的診療科が揃う、三次医療を担う総合病院である。子どもにも親にも高次医療に対応できる一方で、虐待について医師の関心の差が大きい。そして、子どもの内科系疾患は小児科が中心に

担うが、外科系精神系疾患は夫々の科が担い、入院病棟も異なる場合が多く、被虐待児を総合的に診るには、教室を超える連携が必要である。院内システムを組織するのは、3群中最も困難が予測される。公立総合病院は地域医療の二次医療の中核として設置されており、病診連携が進み一次医療機関（診療所）との連携がすでに成り立っており、救急医療も担っている。児童虐待防止法施行以降に、活動が一気に始まっている。ただ、設置診療科は様々で、小児の脳外科や外科や眼科や形成外科を持たない機関が多く、児童精神科もほとんどが持たない、そのため被虐待児の診療には小児病院や大学病院との連携が必要になる。その一方で、大人の内科・外科・精神科を持つことが多く、虐待する親の診療を担えることが、小児病院にない大きな利点になる。

調査機関は17機関である。小児病院は6機関（国立生育医療センター、群馬県立小児医療センター、埼玉県立小児保健センター、愛知県立あいち小児保健センター、兵庫県立こども病院、大阪府立母子保健総合医療センター）で、1国立と5府県立である。大学病院は5機関（北里大学病院、杏林大学病院、昭和大学病院、大阪医科大学病院、和歌山県立医科大学病院）で、4私大と1県立であり、国立はなかった。公立総合病院は6機関（藤沢市民病院、県立岐阜病院、市立堺病院、市立豊中病院、神戸市立中央病院、北九州市立八幡病院）で、1県立と5市立である（表3）。

アンケート用紙への記入は、院内システムの中心者に依頼し、MSW・看護師・保健師などと協力しての回答を依頼した。

#### C. 調査結果と考察

##### 1. 病院内組織の構成と活動

病院内システムの位置づけは、委員会10、公的研究会3、自主的研究会2であり、公的位置づけが多い。院内システムを、通告や診断書などの法的対応や他機関連携を、病院責任とし

て行うために位置づけていることが推測される。創設時期をみると、平成元年から少しずつ作り始められたが、防止法施行の平成13年以後に10ヶ所が設置し、急増している。

構成員は、医師は全機関に、看護とMSWが88%に、事務職が87%に、心理が41%に、保健師が29%に、院長が18%に、加わっている。医師は必須であり、次いで看護とMSWが中心職種である。わが国ではまだ少ないMSWが17機関中の16機関におり、院内組織ができるための、あるいは病院が虐待に取り組むための重要条件である可能性がある。事務職の参加も多く、数は少ないが院長が参加している機関もあり、組織として責任を持って対応しようとしていることが伺われる。

窓口担当を指名している所も多く、15機関が医師を指名し、9機関が看護を指名している。英国では、病院は指名医師と指名看護師を持つことになっており、連絡先を定めている。

院内システムの事務取扱者としては、MSWが11ヶ所、事務職が7ヶ所、医師が2ヶ所であった。

虐待事例に対応する実働チームを編成しているのは8ヶ所（国立生育、埼玉小児、兵庫こども、北里大学、大阪医大、杏林大学、県立岐阜、市立堺）のみであった。3病院群とも約半数である。今の院内組織のメンバーは従来業務を行いつつ虐待に対応しているために、実働チームまでは組織化できていない可能性がある。虐待は診断や治療方針作成が難しいため、スーパーバイスや実働支援が必須とされており、医療現場でも実働支援チームがあること望ましいが、それには病院として、業務として担当者を位置づけることや、その責任を明確にすることが必要になる。

院内組織が行っている活動としては、多い順に、個別事例カンファレンス（15機関）、スタッフへの助言（同13）、名簿作成（同12）、対応実働サポート（同10）、定例カンファレンス（同10）、関係機関会議（同10）、病院内

啓発活動（同9）、予後把握（同7）、地域ネットワーク啓発（同7）、マニュアル作成（同6）、などである。言い換えると、①院内の診療担当者への直接的間接的サポート（実働サポート、個別カンファレンス、定例カンファレンス）、②院内対応の管理（名簿作成、予後把握、届出用紙作成、通告用紙作成、統計処理）、③院内スタッフの啓発活動、④地域関係機関との連携の組織化（関係機関会議）、⑤地域医師への啓発活動を行っている。今後行いたい活動としては、マニュアル作成（同7）、予後把握（同4）、地域医師への啓発（同4）、統計処理（同4）であった（表4）。院内組織は、病院として虐待に取り組むために、院内多職種の連携を円滑にし、さらに院内のみならず多機関と協調連携し、司法臨床的な責任も行うために、部署を超えて、職種を超えて、関係他機関とも連携する、役割を担っている。病院として統一した対応を作り、長期予後を見据え、広域的視野で取り組むための、言い換えると狭義の医療活動を越えるための、活動を担う。

虐待の診断や治療を担う科があるのは9病院（53%）で、4小児病院（埼玉小児—精神科、あいち小児—心療科、大阪母子—発達小児科、兵庫こども—精神科・神経内科）・2大学病院（北里—小児科、大阪医大—小児科）・2公立病院（堺—小児科・産婦人科・脳外科、北九州—小児科）であった。小児病院では児童・小児精神科などの子どもの心の診療科が、大学病院や公立病院は小児科が中心になり、機関によっては神経内科・脳外科・産婦人科が位置づけられている。

## 2) 院内システム構築後の関心の変化

院内システム構築後の変化を尋ねたが、国立成育センターは調査対象年度に創設されたため前年比較ができない故、16機関の分析である。

医師の関心の変化を診療科別に見ると、以前から関心が最も多いのは小児科（12機関）であり、次いで新生児科（同6）・救急医療（同5）である。児童精神科を持つ機関は3ヶ所のみだが、3機関ともが以前から関心を持っていた。

院内システムができてから関心が出てきたのは、脳外科（同7）・外科（同7）・整形外科（同7）・救急医療（同6）・産科（同6）・新生児（同4）である。関心がない科としては、耳鼻科・眼科・泌尿器科・内科・病理・歯科・放射線が上げられている。親の治療を担う立場の精神科を持たない機関も多く（小児病院は当然持たない）、関心もまだ少ない。また、無記入のままの科が多く、院内システム側も、関与の必要性をあまり認識していない可能性がある（表5）。防止法ができてから、外科系の関心が出てきているが、親の診療科の関心はまだ少なく、医師への啓発がもっと必要である。しかしそれには、それぞれの科特有の虐待への役割をもっと明確にしなければならぬだろう。

医師以外の職種の関心をみると、以前から関心が高いのは、MSW（配属あり16機関中10）、看護師（同9）、助産師（配属あり13機関中7）、保健師（配属あり7機関中6）、心理士（配属あり9機関中5）であり、関心が出てきたのは事務職（同8）、看護師（同5）、MSW（同4）、院内学級教師（同4）などである。一方関心がないのは、検査技師（同6）、薬剤師（同5）、栄養士（同5）、放射線技師（同4）、ST（同4）など、子どもや親に直接に接する機会が少ない職種である（表6）。看護師や事務局の関心が大きく変わってきている。

### 3) 発見の変化

虐待の発見は、院内システムができてから、多くの機関で増加している。

虐待型では、身体的虐待は小児病院ではあまり増えていないが、大学病院や公立病院で増加している。ネグレクトは多くの機関で増加しており、小児病院ではさらに障害児や疾病児の虐待の発見が増えている〔表7〕。重症度別では、重症例の増加はなく、軽症例と疑い例の増加が多く、疑ったら対応する機関も増えている〔表8〕。医療関係者の虐待への関心が広がり、身体的虐待は公立病院や大学病院でも発見されるようになってきていること、小児病院では今までの経

験から見る目が養われてきてネグレクトや障害児虐待や軽度虐待の発見が増えている可能性がある。全体でも重症例の増加がないことは、重症例を発見する目を医療現場で共有できるようになっていることの表れであろうか。

病院の中で、発見しにくい場所は、小児病院では外科病棟・外科外来であり、小児病院の中でも差がある。公立病院では、小児科以外の病棟に入院する子どもや外科外来、救急外来、大人〔親〕の診療科での発見の難しさを上げている。つまり、小児科以外の、外科系や、外来や、大人の診療スタッフの啓発や、忙しい臨床現場での発見の工夫が今後の課題であろう（表9）。

### 4) 増えた虐待対応活動

院内システムを作ることで増えているのは、他機関への紹介連絡（13機関）、他機関からの連絡連携（同10）、外来継続患者（同10）、入院（同9）、児童相談所への通告（同9）、病院からの施設入所（同8）、外来初診患者（同7）の順である。入院目的は、虐待の評価（8機関）・保護入院（同6）・子どもの検査（同6）・急性疾患の治療（同5）・治療入院（同4）・レスパイトケア（同2）・兄弟の入院（同1）であった。医療の取り組みは、発見と通告に留まらず、機関連携援助や治療に広がっている。一般疾患の診療に比べると虐待は、他機関との連携が非常に多い。中でも目立つのは公立病院の、多面的な活動—児童相談所への通告・入院・初診患者・外来継続診療・他機関からの紹介・他機関への紹介や連携—の急増であり、公立病院で院内システムができると地域ネットワークの活動が一気に進むことが推測される（表10）。

連携が最も増えた機関は、児童相談所（15機関）・保健所（同12）・保健センター（同10）であり、児童相談所だけでなく、保健との連携も同等に活発になっている。他にも保育所（同6）・児童養護施設（同5）・乳児院（同5）・福祉事務所（同4）・学校（同4）など、子どもをケアする多様な機関との連携も増えている（表11）。ここでも、医療機関の取り組みが、

援助や予防のための機関連携に発展していることが推測される。

他機関との連携方法としては、文書（9機関）や電話（同16）だけでなく、相手と直接に話し合うカンファレンス（同14）や来所面談（同13）が多い。虐待では、複数の機関の平行した関与が不可欠で、しかも複雑な事例像を共有して、援助方針を一致させて、親と子への繊細な配慮が不可欠であり、これらを共有して役割分担するために、カンファレンスがよく持たれる。しかし、カンファレンスは、タイムリーに開かねばならず、所要時間が長く、一同に会するための時間調整が煩雑で、互いの日常業務を阻害しない時間外に開かねばならないことが多い。

これらの虐待対応のために増えた活動は、直接診療以外は、病院収入には結びつかない。医療収入だけで経営している医療現場は、直接医療活動のみでいつも超多忙であり、これらの活動をする時間的余裕がないことが今後の障害になる可能性がある。

#### 5) 看護師の活動

14機関の看護師が看護の難しさを感じており、その内訳は親への対応（12機関）、他児とのトラブル（同8）、子どものケアが困難（同6）、知識不足（同6）などである（表12）。小児病院と公立病院に悩みが多い。虐待対応のために11機関の看護師が新たな取り組みを始めており、その内容は、できるだけカンファレンスする（9機関）、連絡表を作って他部門と連携する（同6）・虐待を担当する看護師を決めている（同6）、研究会をしている・フォローアップする・リスクアセスメント表でハイリスクを把握する（同4）などである。虐待児と親への看護知識と技術の向上の必要を感じており、病院内の看護連携が始まり、虐待看護ケアの模索が始まっている。

#### 6) MSWの活動

MSWは16機関に配置され、15機関が院内組織に加わっている。行っている援助は、院

内の連絡調整（15機関）、他機関との連絡調整（同14）、福祉制度紹介（同13）、カンファレンスの設定（同11）、施設・他機関紹介（同10）、心理的援助（同7）、関係調整（同7）などである（表13）。これらを行うためにMSWが困っているのは、虐待は緊急対応が求められる（同9）、時間を要し（同8）、他の業務との兼ね合いが難しい（同10）こと、また、親だけでなく、院内スタッフ間（同4）や関係機関間との調整が難しい（同6）などを、あげている。いいかえると、医療機関で虐待に対応するには、これらの煩雑で複雑で時間をとる部分を、専門に担う職種が必要であり、調査機関はMSWがいるために先進的に取り組めた可能性がある。

#### 7) 児童相談所との関係

院内システム構築後、児童相談所への通告は、9機関（53%）で増加し、特に公立病院では5病院（83%）が増えている。また、発見しても通告しなかったことは、過去にはあった（12機関）が、設置後（9機関）は減少していた。しかし、まだまだ通告されていない実態があるということである。

紹介先を、児童相談所と保健所をどう区別しているかは、児童相談所には生命の危険（16機関）、親子分離が必要・重度（同16）、中度（同14）、軽度（同11）・児童相談所が援助しそうな事例・援助ネットワークを組織する事例（同10）・虐待の疑い（同9）・予備軍（同6）などを通告し、保健所や家庭児童相談室などには軽度・疑い（同13）、予備軍・育児相談が重要な事例・継続家庭訪問が必要な事例（同12）、援助ネットワークを組織する事例・福祉制度の利用・在宅する事例（同10）、中度（同9）・親子分離が必要（同7）・重度（同7）・生命の危険あり・児童相談所が援助しない事例（同6）などである（表14）。つまり、親子を分離する必要がある場合は児童相談所へ、在宅児は保健所や家庭児童相談室などにと、大別されているが、後者にも重症例がかなり紹介されてい

る。しかも、その区分は機関によって大きく異なっており、地域システム化するには基準を設ける必要がある。

児童相談所との連携が増え、児童相談所への期待が大きいだけに、不満も多い。が、それらが児童相談所の体制不足から来ていることには理解があり、人員や専門性の整備を強く望んでいる。

医療は死亡や重症の虐待に出会う第一線現場であり、他方で乳幼児虐待や乳幼児虐待死の発生子防に果す役割が大きい機関である。医療と児童相談所には、かつてないほど濃厚な連携が必要になっているが、医療は児童相談所について知らないことが多く、児童相談所福祉も医療について知らないことが多く、互いの顔を知り合う機会もなく、相互に戸惑い誤解も多くなっている。両機関が、相互信頼を培って、互いの機能を生かしあい、補いあいをして、連携・協働する方法を一緒に作り上げる時期にきている。

#### 8) 医療で関わる時の困難

医療が虐待に対応する時に困難な事は多い。

診療そのものの困難を12機関があげている。その内容は、知識や技術については、親の対応・ケア技術の不足(8機関)、診断に迷う(同7)、子どもへのケア技術の不足(同5)、退院の判断に迷う(同4)、診断に迷う(同3)、通告に迷う・施設入所の判断に迷う・制度や関係機関についての知識不足(同2)があげられ、専門家の不足については、親の精神治療者(同8)、子どもや親の看護が難しい(同4)、子どもの精神治療者・心理士(同3)、専門医・外傷外科(同2)があげられ、体制としては、空きベットがない(同6)、親と話す時間がとれない(同5)、救急対応が困難・病棟を施設できない(同4)、保育士がいない(同3)・他職種と話す時間がとれない・警備員がいない・担当する事務職がいない・相談できる弁護士がない(同2)があげられていた。制度については、医療スタッフの安全保障(同6)、公費負担制度(同5)、通告以外(連携・調査協力など)の守秘義務免除の

保障・診療報酬以外の助成金が必要(同4)などがあがっている。

親の対応への困難を17機関があげている。その理由は、助言指導に従わない(11機関)・医療費未払い(同11)・規則を守らない(同10)・医療中断(同9)・面会が少ない(同9)・他機関への不信(同8)・親の言動を理解しにくい(同7)・医療への不信攻撃(同6)・親の暴力脅迫(同6)などである。これら親の行動の多くは、医療での医療契約に反するものであり、医療中断や転医もやむをえないと一般には考えるものであるが、子どもを守るために、医療側が配慮して医療継続を図らねばならないことを意味する。そこに医療の戸惑いがある。

子どもの対応の困難も13機関があげている。多いのは、問題行動(同6)・なかなか退院できない(同6)・社会的入院が多い(同6)・他児の医療に支障する(同5)・他の親からの苦情(同4)・看護師からの苦情(同4)である。ほとんどの機関が、身体疾患の子どもと同じ病棟で、虐待児の入院を受け入れている。その中で、虐待児の問題行動は、他児の心身の安静を邪魔しがちで、医療機器への悪戯は医療事故につながりかねず、その中で心のケアをおこなわなければならない、身体的重篤児の看護と虐待児の看護を同時に行うには多大な苦労がある。特に人手が少なくなる準夜帯や深夜帯に困難が多い。

関係機関への対応の困難は12機関があげている。その理由は、迅速な対応がない(同8)・その後の報告がない(同6)・意見が一致しない(同5)などである。前から取り組んできている小児病院からの意見が多い。医療現場では入院期間は、医療費負担に直結するため、できるだけ短期にすることがいつも科せられており、機関連携や施設入所待ちのための入院延長は様々な問題を生じる。また、病診連携などの地域医療システム化が進み、書面での紹介状やその返信が義務付けられているので、紹介後の経過報告を断られることや、書面の返信を渋る関係機関に戸惑っている。

一般の患者ではめったに見られないこれらの困難は、医療現場に様々な戸惑いと混乱を起こしており、ともすれば虐待への対応を回避する動きを招いたり、一部のスタッフの犠牲的奮闘によってやっとなされていることが推測される。どの医療機関でも取り組めるようになるには、これらの医療事情を基に、マニュアルを関係機関と共同して作成することが必要であろう。

### 9) 望まれる体制整備

全ての調査機関が、体制整備を望んでいる(表15)。

病院内の体制整備としては、スタッフの知識技術の向上(15機関)、虐待医療の診療報酬の増額(同12)、児童小児精神科医師の関与(同11)、小児婦人科医師の育成・不採算性を補う公的補助(同10)、虐待専門医師の育成・MSWの配置や増員・児童心理士の配置や増員・親カウンセラーの配置・相談できる弁護士の雇用(同9)、親への精神科医の関与・親の付き添いがいらない乳幼児病床・保健師の配属増員・親治療の公費負担・不採算を補填する公的補助金(同7)、小児外傷救急の整備(同3)である。虐待医療を行うには、それに対応できる専門職種との配属や増員が望まれ、医療を必ずしも望まない親の負担を減じるために費用負担や付き添い負担を無くすことや、医療機関にとっての不採算性を補填することが望まれており、その充実なまま医療(特に民間)の関与が増えるとは思えない。

病院の特性による違いとしては、公立病院は児童小児精神科医師の関与(児童小児精神科を持たない故)と弁護士の希望が多い、発見当初の救急医療や通告に伴う困難さに対応する体制整備である。一方小児病院は、MSW・PHN・心理士の配置や増員と、小児婦人科医師の育成・診療報酬の増額や不採算を補足する公的補助である。小児病院は子どもの精神治療や性的虐待の治療を始めており、これらはさらに不採算なチーム医療を必要とするためである。

地域の医師同士の連携の体制整備を16機関

が望んでいる。その内容は、医師への研修(13機関)、困った時に相談できる医師を置く(同11)、医療機関マニュアル作成(同10)、臨床法医学との連携(同9)、協力医療機関の指定・医療機関の役割の明確化・児童相談所に児童精神科医師を置く(同8)、専門医療機関の設置・児童相談所に小児科医を置く(同6)、児童相談所に精神科医を置く・保健機関に小児科医を置く(同4)であった。虐待に関する、医師同士の広いネットワーク化を望んでいる。

関係機関地域システムの体制整備を17機関が望んでいる。その内容は、法的整備よりも、制度の充実である。多い順に、児童相談所の増員(16機関)、児童相談所SWの専門性の強化(同13)、児童相談所心理の専門性強化(同11)、保健機関の役割強化(同9)、学校の取り組みの強化(同9)、児童相談所に医療との連携窓口を置く(同8)、医療と保健の連携強化・保育所への優先受入れの制度化・国としてのガイドラインの整備(同7)などであった。

専門病院の設置を、12機関が必要と考えており、それを最も望んでいるのは小児病院である。その機能としては、親子関係の治療(12機関)、子どもの精神治療・難事例の診断治療(同11)、親の精神治療・裁判所への対応(同10)、子どもの入院治療・チーム医療・教育啓発活動(同9)、地域関係者へのコンサルト・研究(同8)、他機関を往診しての助言(同7)が望まれている(表16)。虐待児の医療で、地域ネットワーク化だけでは得られない機能が専門病院に望まれている。その専門病院の内容を見ると、精神治療やコンサルタントや難事例の診断のような都道府県単位に必要な三次医療と、研究教育などの国単位の専門医学に分けられる。

### 10) 重大な症例について

この調査の最後に、院内システムができてからの重大な症例について聞いている。

死亡ありは5機関であった。小児病院は継続診療中の死亡で、防ぎ得なかった原因としては、医療中断が把握できなかった、関係機関の関与

が途切れていたがあげられていた。その防止対策として必要なのは、院内の情報伝達の徹底や、関係機関ネットワークの責任者の明確化が上げられている。公立病院は受診時又は直後に死亡する事例で、そのような場合は背景の把握の困難さをあげている。重症事例の見逃しも3機関にあり、理由は死亡の状況と同じである。

病院からの法的保護は、過去3年間に12機関が経験し、29件にのぼる。小児病院が5機関20件、大学病院が4機関7件、公立病院が3機関である。その時に困ったこととしては、病院の仕組み上から親が不同意の法的保護は対応不可能、強制保護のために子どもに必要な検査や専門医療ができなくなった、親からの嫌がらせや子どもの強奪行為や大暴れがあった、警察や児童相談所の強制介入に院内の調整が大変だったがその後の報告もなく医療は何処からも守られていないことを痛感し疲労感と後味の悪さが残った、児童相談所の対応が鈍く時間がかかった、があげられている。

親の強硬な入院拒否や退院を、13機関が体験している。入院拒否は7件、強行退院は18件である。その時にした対応としては、親への時間をかけた説得、警察への対応や院内での待機の依頼、院内での児童相談所同席の告知と法的保護、保健師への緊急家庭訪問依頼、転移先の医師への連絡などであった。

その他の非常に困った事態を8機関があげていた。内容は、病院は子どもの危険を感じたが児童相談所は在宅方針にしたため退院させられず長期入院になった、治療中断への対応、子どもを代理とするミュンヒハウゼン症候群や性的虐待への対応、子どもを保護した後の親の病院への嫌がらせ、18歳以上の性的虐待児の関わりを児童相談所に拒否された、精神疾患の親の子育てを援助するには関係機関との密接な情報交換が必要になる、虐待による熱傷を他機関でとびひと診断され誤診と言われた、などである。

これらの重大な症例は、数は少なくとも、子どもの生命の危機が大きい場合に起きやすく、

しかも医療現場が対応しきれない状況を意味する。関係者の知識や対応技術の不足だけでなく、体制の不足の結果でもある。これらの数は少なくとも危機的な、子どもやスタッフの安全が脅かされる事態への、技術的対応策のガイドラインの作成とともに、権限を持って強制的な対応ができる警察や児童相談所との連携や、担当者のみでなく病院として対応する組織化が必要である。

#### D. 結論

- 1) 防止法後、公立総合病院での発見が増えて、院内組織が出来はじめている。
- 2) 院内組織の多くは防止法後に、法的対応や他機関連携するために、公的位置付けで設置されている。
- 3) 院内組織の構成員には、医師は不可欠で、MSW が中心的役割を担っている。中心となる医師は小児科医・児童精神科医など子どもの診療科である。
- 4) 院内組織ができると、職員の関心が高まり、より軽度虐待の早期発見・通告が増え、さらに入院・外来治療が増え、地域の他機関との相互連携が活発になる。
- 5) しかし、親の対応や子どもの対応や関係機関の対応に多くの困難を抱えている。患者の求めに応じることが基本で、患者の費用負担で成り立っている医療現場で、医療を求めず医療に協力的でない親に対応して、子どもの命や健康を守るには、制度や体制の整備が不可欠である。
- 6) 子どもも親子関係の医療も、単独の機関で完結することは不可能である。小児医療間のみならず、大人の医療を含めた医療機関間や、保健福祉の医師とのシステム化が不可欠である。
- 7) 地域連携でも得られない医療を担う専門機関の設置が望まれている。その機能は、より専門性を要する困難な虐待の診断や、子どもや親の精神治療や、裁判所等司法へ

の対応や、研究教育などである。

## E. 課題

- 1) 今後院内組織は多くの病院で必要になると思われる。しかし、専門医師やMSWがいない所でも、組織化や活動ができるような指針が必要である。そのため、さらに多くの機関の実態を調査して、それぞれの機関にあった院内組織のあり方について検討する必要がある。
- 2) どの医療機関も単独で虐待医療の全てを担うことは不可能である。そのため、子どもの医療の連携、子どもの医療と親の医療の連携、一次から三次医療の連携などの地域医療システム化が不可欠である。今後、各機関の役割分化についての検討が必要であり、さらに既存機関にない機能を担う専門医療機関の設置が望まれる。
- 3) 医療は、死の可能性が高い重症な虐待に出会う機関であり、また周産期からの死亡予防の鍵の機関でもある。しかし、現状では医療と児童相談所の連携は円滑とは言いがたく、保健とももっと密接に連携することが望まれる。医療と児童相談所・保健機関との連携についての国としてのガイドラインを、協働して作成することが必要である。
- 4) 医療で虐待児や親子関係の治療を推進するには、虐待医療と疾病医療の違いを分析して、医療現場での対応策を見出し、どのような体制整備が必要であるかの検討が必要である。今回の調査からは、MSWの配属・財政的補填・児童相談所や警察との連携・保健機関との協働が不可欠である。

## II. 地域医療システムに関する調査 森田好樹

**要旨** 地域虐待対応医療システムは、今後各地で構築される必要がある。今回その実態を調査するため、先進的に取り組む17病院にアンケート調査を行った。システムの構築はまだ少ないが、公立総合病院を主に、従来からの医療機関間の連携の実績を基盤に構築されつつあった。システム構築により、関連機関との連携が強化され、軽症例の診療の増加等が認められた。虐待防止法成立後、いずれの病院も役割が増大し、小児病院、公立総合病院等での役割に相違が認められ、機能分化は今後のシステム構築で更に必要となる。虐待にかかわる医療関係者、医療機関は少なく、まだ全般的に関心が低く虐待に対する医療の状況は不十分であり、確認された各課題の解決は急務である。

### A. 調査目的

平成12年11月「児童虐待の防止等に関する法律」が施行され、それに伴い多くの地域で虐待防止のネットワークができ、現在それぞれの地域での取り組みが進められている。しかし、虐待防止の現状はまだ不十分なものであり、医療の分野での課題も多い。今回、今後構築されるべきシステムについて検討することを目的に、虐待対応地域医療システム等の実態について調査を行った。

### B. 研究方法

子どもの虐待に先進的に取り組んでいる全国の6小児病院（国立成育医療センター、群馬県立小児医療センター、埼玉県立小児保健センター、あいち小児保健センター、兵庫県立子ども病院、大阪府立母子保健総合医療センター）、5大学病院（北里大学医学部附属病院、杏林大学医学部附属病院、昭和大学医学部附属病院、和歌山県立医科大学附属病院、大阪医科大学附属病院）、6公立総合病院（藤沢市民病院、県立岐阜病院、市立堺病院、市立豊中病院、神戸市

立中央病院、北九州市立八幡病院)、に、事前に承諾を得た上で平成15年11月調査用紙を送付し、実態のアンケート調査を実施した。

### C、研究結果および考察

#### 1、虐待対応地域医療システムの現状

調査した17病院のうち虐待対応地域医療システムがあると回答があったのは、1小児病院・2大学病院・2公立総合病院の5病院(29%)と少なかった。システムへの参加医療機関は、全ての地域で医師会および保健所・保健センターが参加していた。病院については、2大学病院(いずれも私立)の地域医療システムでは私立病院のみが、2公立総合病院の地域医療システムでは公的病院のみが参加しており、いずれも地域での以前からの医療機関間の連携の実績を基盤に虐待への対応地域医療システムが構築されていたが、連携医療機関の相違が反映されていた(表-17)。

それぞれの病院がシステムの中で果している役割は、大学病院は急性期・慢性期の身体的治療が挙げられており、小児病院、公立総合病院は虐待の発見、急性期・慢性期の身体的治療、虐待の予防、被虐待児の身体的評価・心理的評価等が挙げられ、また法的手続きのための診断書作成が依頼されていた。被虐待児・虐待者の心理的治療を担っている病院はなかった。(表-18)。虐待対応地域医療システムの中で中心的な病院に期待される一般的な役割を、小児病院、公立総合病院の回答が示していると考えられた。

明瞭な形でシステムが構築された3病院(1小児病院、2公立総合病院)では、紹介先が明確になった、システムができたことにより疑い例を専門機関に紹介するようになった等により、虐待事例の他機関からの紹介件数、入院件数、外来件数は増加し、また他機関への紹介件数も増加し、システム構築の効果が認められていた。紹介先として、子育て支援等を目的に保健所・保健センターが増加していた。

取り扱い事例の重症度については、重症例が

小児病院では増加していたが、その他の病院では変化はなかった。軽症例は大学病院を除き増加していた。軽症例の増加の理由として、システムができ紹介しやすくなったこととともに、軽症例の見落としが減ったことを挙げている回答もあり、システム構築の効果が同じく窺えた。

システム構築後の虐待への関心度については、私的診療所、私的病院は、関心が少し高まったまたは関心がないとされ、公的病院のとても高まった(1回答)、少し高まった(2回答)という評価より低い評価であった。保健所・保健センターは、高い関心がありと高い評価であった。

システムの有効性についての評価は、やや不十分である、不十分であると評価は低く、診断に必要な医学的レベルを備えていない、関心のある医師が少ない、関心のある科が限られている、参加機関が限られている、システムが周知されていないことが理由として挙げられていた(表-19, 20)。システムができて、まだ虐待への関心、取り組みが、一部の医療関係者、診療科、診療所・病院に限られていることが窺えた。

システムの構築に伴い、医療機関間での連絡会・事例検討会・研究会等の定例的な会が持たれ、上述のシステムの問題を解決すべく取り組みが地域で着実に進められていた(表-21)。

#### 2、虐待対応地域医療システムが構築されていない病院の現状

9病院中8病院でシステムの構築予定は現在もなく、その理由として、医療機関の関心が低い・中心となる医療機関、医療関係者がいないあるいは少ない・行政の協力が得にくい・必要な予算が得られないことが挙げられていた(表-22)。しかし、これらの病院でも、虐待防止法成立後、虐待事例の相談件数、紹介件数、通告件数が増加し、入院件数は増加していなかったが、外来件数は増加している病院が多く、システムのある病院とほぼ同様の傾向を示していた。

取り扱う事例の重症度では、重症例も軽症例も変化なしの回答が多かった。またシステムがないためか他機関への紹介件数も変化なしが多かった

私的診療所・病院、公的病院、保健所・保健センターの虐待への関心度の評価はシステムのある病院による評価と全く同様であった。

医療機関間の定例的な会がない病院が多く、不定期の事例検討会を行っている病院も少なく(表-23, 24)、システムのある病院との差が明らかであった。

### 3、虐待事例の初期診療、三次医療

初期診療の医療機関間の連携システムが確立されていたのは3病院と少なく、時間外(夜間)についても対応可能なシステムを確立しているのは2病院のみであった。協力科は小児科・小児外科・脳外科・整形外科であり、地域の救急医療システムを活用してのものであった。

三次医療については、自施設で可能な2大学病院を除き、搬送先の確保がやや難しい状況であった(表-25)。とりわけ、小児外科、形成外科が難しい状況にあり、重度熱傷の受け入れが難しいとの回答も1病院からあった。

虐待の三次医療は地域の三次救急医療体制に依存している状況であり、搬送病院が虐待への対応に精通しておらず、患児、親への対応の問題ありとする回答が多かった(表-26)。

虐待の三次救急を含めた24時間の初期救急対応のシステム構築と、同現場での適切な虐待への対応がなされるための啓発が課題である。

### 4、性的虐待事例への対応

性的虐待事例が増加しているという調査結果は得られなかったが、今後地域の虐待への取り組みが進展すれば、発見されにくい性的虐待事例の増加は十分に予測される。しかし、同虐待を適切に診断できる産婦人科施設の有無については、ありとの回答は4割と少なく、小児病院は全くなしであった(表-27)。また、心理的治療を依頼できる医療機関もなしとの回答が6割余と多く(表-28)、性的虐待事例の診

断、治療の困難な状況が示されていた。性的虐待が他の虐待と異なる対応を必要とするという側面を一部持っていることから、産婦人科および精神科を含んだ独自の体制が構築されることが必要であるといえる。

### 5、各医療機関の評価

地域の診療所に対する評価は、虐待への関心が高いとの回答は1病院のみで4病院は低いと回答しており、また、かかりつけ医としての虐待予防の役割についても9割が不十分と回答し、その全体的な評価は低かった(表-29, 30)。前述のように虐待対応地域医療システムには地域の医師会が組織としては参加しているが、現場の関心の低さ、取り組みの不十分さが窺われた。

保健所・保健センターに対する評価は、虐待への関心は高いと評価されており、同機関との連携をほとんどの病院が積極的に行っていた。病院からはハイリスク事例のフォローアップや援助依頼・精神疾患のある保護者の受診支援依頼がなされ、保健所・保健センターから病院には、虐待の診断・身体的評価・心理的評価・急性期および慢性期の身体的治療・心理的、精神科的治療の依頼がなされていた。心理的評価・心理的、精神科的治療の依頼は小児病院、大学病院に対して行われていたが、保護者の心理的、精神科的治療の依頼は3病院のみと少なかった(表-31, 32, 33)。

以上のような評価の高さにもかかわらず、一次予防の役割を健所・保健センターが果たしているかという項目には、やや不十分との回答が約7割、不十分との回答が約2割あり、低い評価であった(表-34)。その理由は調査していないため不明であるが、今後虐待予防がますます重要となることを考えると、保健所・保健センターの果たす役割への期待の大きさを表しているとも言え、不十分とされるところの調査と改善策の検討が必要である。

### 6、被虐待児の心理的評価・治療

被虐待児の心理的評価は、小児病院ではほぼ

実施されていたが、公立総合病院では限られた一部のみで実施か未実施が多かった(表-35)。

小児病院では、小児科医・精神科医・臨床心理士による実施がほぼ同数であったが、公立総合病院で実施されている場合は、小児科医あるいは臨床心理士が実施していた。公立総合病院が評価を依頼する場合は児童相談所への依頼が多かった。

心理的治療については、大部分の事例で実施しているのは4病院のみであり、残りの9病院は限られた一部のみあるいは未実施であった

(表-37)。治療を依頼できる機関が少なく探すことが難しい・あっても遠方である・必ずしも虐待に精通した機関でない等により、自施設で実施ができない場合にはそのまま未実施となっていると予測された。迅速な対応が難しい・通院が続かないという指摘もあった(表-21)。公立総合病院が治療を依頼する場合は、精神科あるいは児童相談所であった。また、小児病院および大学病院では、主に小児科医あるいは精神科医が実施していた。

被虐待児の心理的評価・治療は虐待に精通した医師あるいは臨床心理士により実施されることが望ましく、一般の公立総合病院ではスタッフ的にも時間的にも難しいと考えられる。児童相談所に十分なスタッフが置かれ実施されるのが望ましいであろう。また、小児病院あるいは大学病院は、主に入院治療を要する児や治療の難しい児を専門的に担当するといった役割分担が必要である。

#### 7、虐待者の治療・援助

虐待者の治療・援助は、全ての病院で更に実施が少なく(表-38)、小児病院でも実施しているケースの半数は他施設(精神科、児童相談所)に依頼されていた。虐待者の治療・援助は、家族関係を再構築し虐待の再発を予防するためには必須であり、その体制整備が児童相談所を中心に行われ、精神科医等による虐待者の治療、再教育が充分に行われることが必要である。またその治療・教育プログラムが検討され

作成される必要がある。

#### 8、地域の虐待ネットワークでの役割

地域の虐待ネットワークの中での役割として、虐待の発見・急性期の身体的治療・慢性期の身体的治療・虐待の予防・被虐待児の身体的評価・法的手続きのための医学的診断、診断書作成は、小児病院、大学病院、公立総合病院のいずれもが担っている役割であった。被虐待児の心理的評価・心理的治療は小児病院と大学病院が、虐待者の心理的評価・心理的治療は小児病院が主に担っている役割であった。その他に、他機関へのアドバイス・他機関職員への啓発はいずれの病院もが担っていた(表-39)。

地域ネットワークが構築されることで期待される役割は大きくなっているとの回答が6割あり、中でも法的手続きのための医学的診断、診断書作成が新たに発生した役割の中で最も多かったことが注目された。件数の増加したものととして上記役割のいずれもが挙げられていたが、被虐待児の身体的評価は全ての病院で増加しており、被虐待児の心理的評価は全ての小児病院で増加していた。他機関からの紹介件数も約7割の病院で増加しており、保健所・保健センターからの紹介が全ての病院で増加し、児童相談所からの紹介も6割で増加していた。病院からの紹介件数が増加したのは1小児病院のみであり、その少なさが目立った。

全国の多くの地域で虐待防止の地域ネットワークができており、虐待件数の増加する中で医療機関の役割は今後もますます増大するものと考えられる。虐待事例への取り組みは関連する多機関の密な連携のもとに行われなければならない。公立総合病院はその地域のネットワークの中で医療機関として中心的な役割を、とりわけ虐待の初期診療、急性期や慢性期の身体的評価・治療を担うことが求められる。また小児病院や大学病院はその特徴、専門性に基づき、より広い地域、小児病院は都道府県レベルの三次医療圏となるであろう地域を対象として、より専門の高度な医療機関としての役割を担うこと