

平成16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）

被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究
（H15－子ども－009）

H16年度 研究報告書

主任研究者

あいち小児保健医療総合センター 杉山登志郎

目次

- 1, 総括研究報告書（主任研究者 杉山登志郎） P 1
- 2, 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（分担研究者 小林美智子） P 5
- 3, 子ども虐待についての医師の意識調査（分担研究者 宮本信也） P 7 2
- 4, 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 奥山眞紀子） P 8 4
- 5, 児童養護施設における医療的ニードに関する研究(分担研究者 野 邑健二) P 9 5
- 6, 虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究（分担研究者 杉山登志郎） P 1 0 0

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

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。わが国では、入院を含めた専門的な治療が可能な医療機関は未整備である。本研究の目的は、虐待に対応する医療システムに関する具体的提言である。

平成15年度の成果を踏まえ、平成16年度は次の5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 子ども虐待についての医師の意識調査
- 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 養護施設における医療的ニーズに関する研究
- 分担研究5 虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究

研究1では医療が子ども虐待防止に、もっと取組むにはどうすれば良いのかを検討するために、6府県の国公立病院・全国小児病院・全国児童相談所を対象に実態調査を行い、この3つの調査から見える課題を考察した。研究2では、全国の小児科専門医研修指定病院（小児病院を除く）547病院の小児科・脳外科・整形外科（各科5部）と47都道府県小児科医会（各会20部）へアンケート調査を行なった。研究3ではわが国の Muchausen Syndrome by Proxy (MSBP) の傾向と対応の実態を探るために、子ども虐待の研究者グループに質問紙による調査を実施した。研究4では、児童養護施設の入所児および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験の影響について調査をおこなった。研究5では、被虐待児の治療に従事する5つの医療機関における被虐待児の治療の実践をまとめ、全体的な傾向、ADHDと虐待による多動の比較、被虐待児の皮膚症状の検討、被虐待児の入院治療の検討、およびちりょうシステムの検討を行った。

分担研究者氏名・所属施設および所属機関における職名

分担研究者	あいち小児保健医療総合センター	心療科	杉山登志郎
	大阪府立母子保健総合医療センター	成長発達科学	小林美智子
	筑波大学	筑波大学大学院人間総合科学研究科	宮本信也
	国立成育医療センター	こころの診療部	奥山真紀子
	名古屋大学医学部附属病院	親と子どもの心療部	野呂健二

A. 研究目的

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。わが国では、入院を含めた専門的な治療が可能な医療機関は未整備である。本研究の目的は、虐待に対応する医療システムに関する具体的提言である。

平成15年度の成果を踏まえ、平成16年度は次の5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（分担研究者：小林美智子）では、6府県の国公立病院・全国小児病院・全国児童相談所を対象に実態調査を行い、この3つの調査から見える課題を考察した。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）では、子ども虐待についての医師の意識調査を行った。分担研究3（分担研究者：奥山眞紀子）では(MSBP)の傾向と対応の実態を探るために、子ども虐待の研究者グループに質問紙による調査を実施した。分担研究4（分担研究者：野呂健二）では、児童養護施設の入所児および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験の影響について調査をおこなった。分担研究5（分担研究者、杉山登志郎）では、被虐待児の治療に従事する5つの医療機関における被虐待児の治療の実践をまとめ、全体的な傾向、ADHDと虐待による多動の比較、被虐待児の皮膚症状の検討、被虐待児の入院治療の検討、および治療システムの検討を行った。

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、6府県の国公立病院・全国小児病院・全国児童相談所を対象に

実態に関するアンケート調査を行った。

分担研究2においては、全国の小児科専門医研修指定病院（小児病院を除く）547病院の小児科・脳外科・整形外科（各科5部）と47都道府県小児科医会（各会20部）へアンケート調査を行なった。

分担研究3においては、わが国のMSBPの傾向と対応の実態を探るために、子ども虐待の研究者グループに質問紙調査を実施した。

分担研究4においては、児童養護施設の入所児および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験のそれへの影響について調査をおこなった。

分担研究5においては、被虐待児の治療に従事する5つの医療機関における被虐待児の治療の実践をまとめた。被虐待児とその家族への外来・入院治療について検討を行った。

（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）

公立病院の調査では90施設から回答を得た。虐待の院内システムを持つ施設は回答した病院の2割に過ぎず、院内虐待対応システムの構成は医師とMSWが中心であった。虐待防止法施行後の変化としては増加が3割のみで、5割は変化なしであった。また虐待通告において困ることの第1位は相変わらず虐待の有無の判断であり回答病院の74%が挙げている。またスタッフへの親の暴力や脅迫を約4割の病院が経験していた。小児病院の調査においては13病院から回答を得た。回答し

た病院の 92%が院内システムを持ち、虐待児への処遇の方針決定や、カンファランス、他機関との連携を行っていた。しかし児童相談所への通告は増えたと変化なしが同数であった。病院間の取り組みの差が大きく、年間 100 症例以上の入院治療を行っている所からわずか 1 名のみという施設までばらつきが見られた。また最も困る点として、連携不足を多くの病院が挙げていた。児童相談所への調査では 37 児相から回答を得た。医療機関からの通告については回答した児相の 54%が減少していると回答しており、また虐待の処遇で中心となる病院があると答えた児相は約 2 割に過ぎなかった。その一方で、虐待対応に医療機関の関与を求める意見は回答の約 7 割に上り、中心となる医療機関が必要という回答も 76%に達した。この様に、虐待医療に不可欠な子どもの精神医療の不足はどこでも共通し、特有の診断・技術を持つ虐待専門医や専門医療機関の必要性が浮かび上がった。さらに、法的義務や関係機関連携や、親が望まない医療行為を子どもに行うという、今までの医療実践との違いに戸惑いが大きく、医療者への攻撃などの出来事も少なくない。子どもを対象（被虐待児・その兄弟）とする機関だけでなく、大人（親）を対象とする機関も含めて、どの医療機関もが会おう虐待に、医療者が積極的に取り組むには、院内組織や地域医療システムを構築して、地域関係機関との連携を強化し、疾病医療には少ない法的義務や行政的役割を履行するための体制整備を行政として行う必要があることが明らかとなった。

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）

2697 部 (29.5%) が回収された。全体では、約 90%の医師が子ども虐待に関心を持ち、60%がある程度の知識があると自己判断していた。虐待の経験者は全体の 2/3 で、通告まで行われていたのはさらにその 2/3 であった。通告や子ども虐待へ係わることへの抵抗感と

躊躇感の背景として、診断に自信がないこと、時間外の仕事になり時間がとれないこと、家族とのトラブルが心配の 3 点があげられていた。小児科と比し、脳外科医や整形外科医では、虐待への関心は高くなく、経験数及び通告経験数も少なく、また児童相談所や保健所・保健センターとの係わりも少ない、という特徴が認められた。

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）

MSBP と判断される 21 例 (20 家族) の症例が集まった。男女差はなく、加害者 20 例の 90%は実母のみで、5%は実父母、5%が実父であった。海外の報告と異なるのは、加害者および家族や親戚に医療保健関係者が 5%と少なかったことである。死亡は 2 例 (10%) であり、86%に虐待通告がなされていた。また、精神的主訴で発見された 5 例と身体的主訴で発見された 16 名を比較したところ、精神群では発見が平均 9.2 歳と高く、症状は模倣が多く、在宅での治療が多かった。一方、身体群では、発見年齢平均 2.8 歳と低く、死亡 12.5%、命の危険あり 31.3%、ありえた 43.8%と危険度が高く、症状の捏造が 93.8%に見られた。通告から母子分離に至ったのが 62.5%であった。在宅 6 例中 2 例が死亡していた

分担研究 4 養護施設における医療的ニードに関する研究（分担研究者：野呂健二）

36 名から結果が得られた (男子 18 名、女子 18 名)。36 名中、入所児本人からは 24 名 (66%) が、職員からは 26 名 (72%) が、構造化面接において何らかの診断基準を満たした。しかし注意欠陥多動性障害・反抗挑戦性障害・行為障害といった多動性行動障害は、入所児・職員のどちらからの聴取でも多くの診断を認めたのに対し、社会恐怖・強迫性障害・摂食障害 (過食症) は職員からの聴取では認められず、入所児からのみ認められた。この

様に、行動化を伴う問題には両者で認識が共通であったが、内向化する問題については職員が把握できていない場合も多いことが示唆された。

分担研究5 虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究（分担研究者：杉山登志郎）

被虐待児 342 名の中で、広汎性発達障害が 85 名（25%）に、ADHD が 79 名（23%）に認められ、全体の 57% に何らかの発達障害が認められた。特に軽度発達障害が虐待の高リスクとなることが示された。また解離性障害は 176 名（52%）に見られた。親のカルテを作った 60 名の調査では、うつ病が 26 名と最も多いが、親自身が広汎性発達障害であるものが 7 名と第 2 位で、12 名（20%）に発達障害の診断が可能であった。親の 6 割がサバイバーであり解離性障害は 32%、非行歴は 15% に認められた。

入院治療をした被虐待児の 64% が ADHD の診断基準を満たし、62% に解離症状が認められた。生来の ADHD は、虐待の後に生じた多動に比べ、親の ADHD の遺伝負因が有意に高かった。多動に解離症状が併発したグループが最も解離のレベルが高く治療も困難であった。このグループは、解離症状と衝動行為に対する治療を共に行うことが必要であった。

また、入院治療を行った被虐待児において、精神症状が活発な時には身体症状は乏しく、そのかわり自傷や無意識の怪我が多く認められ、回復につれて身体症状や皮膚症状が現れ、かゆみとして訴えられることが示され、かゆみが回復の指標となることが示された。

被虐待児の示すこれらの多彩な症状は、特定不能の極度のストレス性障害（DESNOS）の症状に該当し、この治療には、多岐的な治療の組み合わせと連携機関との共同作業が必要となることが示された。

D、結論

被虐待児に関する治療は、既に様々な医

療機関で取り組まれているが、全国的な調査から浮かび上がる実態は、未だに整備途上と言わざるを得ない。また MBPS に関しても、取り組みが始まったばかりであり、多くの医療機関で既に経験をしているが、今回の調査がおそらくわが国における最初の全国調査である。

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については、昨年アンケート調査に比し、構造化面接において、実に 7 割の児童が精神的問題を持ち、医療へのニーズは高いことが示された。

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である。また親への平行した治療を行うことが必要である。

次年度は、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する予定である。

平成16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）

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（H15-子ども-009）
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

分担研究者 小林 美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

研究協力者

森田好樹 2) 小杉恵 8) 花房昌美 1) 藤江のどか 1) 小泉武宣 3)

山崎嘉久 4) 柳川敏彦 5) 稲垣由子 6) 市川光太郎 7)、福井典子

1)大阪府立母子保健総合医療センター 2)市立堺病院 3)群馬県立小児保健センター

4)あいち小児保健医療総合センター 5)和歌山県立医科大学 6)甲南女子大学

7)北九州市立八幡病院、8)大阪府中央子ども家庭センター

要旨 医療が子ども虐待防止に、もっと取り組むにはどうすれば良いのかを検討するために、6 府県の国公立病院・全国小児病院・全国児童相談所を対象に実態調査を行い、この3つの調査から見える課題を考察した。医療の取り組みはもう始まっているが、様々な課題を未解決のまま抱えている。虐待医療に不可欠な子どもの精神医療の不足はどこでも共通し、特有の診断・技術を持つ虐待専門医や専門医療機関の必要性が浮かび上がる。さらに、法的義務や関係機関連携や、親が望まない医療行為を子どもに行うという、今までの医療実践との違いに戸惑いが大きい。実際に、医療者への攻撃などの出来事も少なくない。子どもを対象（被虐待児・その兄弟）とする機関だけでなく、大人（親）を対象とする機関も含めて、どの医療機関もが出会う虐待に、医療者が積極的に取り組むには、院内組織や地域医療システムを構築して、地域関係機関との連携を強化し、疾病医療には少ない法的義務や行政的役割を履行するための体制整備を行政として行う必要がある。

研究目的

児童相談所統計に見る、医療からの通告数は、他機関からの増加に比して、あまり増加していない。しかし、防止法施行後一気に社会的取り組みが進む中で、医療には治療を担うことが期待され始めている。

虐待医療は、チーム医療・心理社会的視点・法的対応（通告など）・関係機関連携などが不可欠で、言い換えると身体医学だけでなく精神医学・社会医学・司法医学などを含めた包括的な統合医療であるために、日常の疾病医療とは多くの点で異なり、医療者の困惑や混乱が大きい。それが、医療が虐待に取り組むことの障碍になっている可能性がある。だが一

方で、その困難にも関わらず、世代間連鎖を断つための子どもの治療や、再発防止のための親子関係治療への挑戦が始まり、さらに発生予防についても周産期からの挑戦が始まっている。今までの医療の自発的な活発な取り組みは、子どもや親の治療や発生予防から始まっており、今後も治療・予防に取り組むことを通して、通告が増加すると思われる。今、医療現場で虐待医療が、どのように実践されており、様々な困難にどのような工夫がなされており、どのような障壁があるのかを調査して、どのような施策が必要かを考えてみたい。

昨年度は、子ども虐待を先進的に取り組んで

いる17病院を対象に、取組み実態と、取組むための院内組織や、地域システムについて調査を行った。結果は、1ヶ所を除いて院内組織を設置していたが、地域医療システムがあるのは5病院にすぎなかった。院内組織では、MSWが重要な役割を担っていた。そして、院内組織ができたことで、職員の関心が高まり、発見が増え・受診が増え・他機関連携が活発になっていた。しかし、虐待は、疾病を対象として作られた今までの病院体制では、子どもや親にできる診療内容にも限界があり、親対応の難しさや法的対応などで困惑が大きく、慣れない他機関連携にも苦労していた。そのために、虐待医療をさらに担うためには、病院内の設備や要員の整備、関係機関との連携の効率化、医療機関間の役割分担と連携、虐待専門医療機関の設置（困難な虐待の診断・入院治療・子どもの精神治療・親子関係治療・司法対応）などを、望む声が多かった。

調査対象と方法

今年度は、虐待にまだ取り組めていない機関を含めて、医療が今どのように虐待に出会い、取組み、医療者間や医療機関間でどのように役割分担・連携しており、関係機関とどのように連携し、子ども虐待について必要とされる医療は何で、虐待医療を推進するためには何が必要かを知るために、以下の3つの調査を行った。

A. 国公立病院調査(森田好樹研究協力者): 公的病院は、地域関係機関ネットワークの中心医療機関として注目を集め始めている。国公立病院は、もともと地域医療の中核として設置された機関であり、大人や子どもを診療する総合的な診療科を備え、救急医療を担っている所も多く、地域の医療機関との連携も深い。小児科については、不採算性が大きいために、科を持たない所や、入院病床を持たない所もあるが、小児の入院治療(中でも急性疾患の)を一手に引き受けている所が多い。

虐待の急性期医療は、小児科だけでなく、外傷外科(外科・脳外科・整形外科・眼科・耳鼻科・皮膚科)や歯科も不可欠で、救急医療的性格も大きく、国公立病院が虐待についても地域医療の中心として発展することが期待される。しかし現在はまだ、取組み差が大きいと推測されるので、実態を知るために、6府県の全国公立病院を対象に調査を行った(小泉武宣、山崎嘉久、柳川敏彦、稲垣由子、市川光太郎研究協力者)。

B. 小児病院調査(花房昌美・藤江のどか研究協力者): 高度専門分化する小児難病の三次医療を担うために、各都道府県は小児病院をつくり、あるいは医育機関や県立病院に付設してきている。そこでは、小児内科は専門分化しており、希少な小児の外科系診療科を持ち、成長発達途上にある病気を抱えて生きる子どもを守るために小児看護・コメディカルが活動し、子どものための環境整備がなされている。そもそもの設置目的は、慢性疾患や先天性疾患であったが、その後周産期医療や小児救急医療を担っている機関もある。虐待に関しては、身体的専門医療を要する重症例との出会いが早くから不可避であったことや、高度周産期医療を受けた子どもはハイリスクであるために発生予防の取組みが、関係者の努力で自然発生的に始まった。しかし、虐待医療は、設置時に想定された疾患医療とは、異なる点が多いために、虐待についての地域医療の中心になりきれないでいると推測される。今、小児病院が虐待にどのように出会い、どのように関わり、地域関係機関ネットワークや地域医療システムでどのような役割になっており、どのような課題があるかについて、全国調査を行った。

C. 児童相談所調査(小杉恵研究協力者): 児童相談所は、児童虐待に行政責任を負う機関であり、子どもを護るための法的権限を多々持っている。今までは、医療と児童相談所の連携は必ずしも円滑ではない。相互不信が存在

するといっても過言ではない。児童相談所職員は、児童福祉司と心理職が中心で、被虐待児の医学的健康評価や医療機関との連携に戸惑っている可能性がある。今、児童相談所が虐待について、医療とどのように連携し、どのような機能を医療に求めており、連携の課題は何かを知るために全国調査を行った。なお、AとBの調査においては、医療側に、児童相談所との連携の実態と課題を尋ねている。

それぞれの調査結果は各研究協力者の報告に詳しいが、ここでは3つの調査から見えてくる実態を考察し、今後の改善策を提案したい。

結果と考察

1. 国公立病院は、すでにほとんどの機関で虐待医療（発見・診断・急性期治療・身体的後遺症治療など）を担っている。小児病院と比べると、子どもの一部の専門診療は担いきれないが、救急医療体制をすでに持っていること、外傷を扱う外科系診療科を持っていること、大人（親）の診療科がある、などのメリットも多い。つまり、虐待医療の中の、子どもの救急・急性期医療と、背景要因に多い親の健康問題の医療を担う条件を持っている。しかし、子どもの精神治療をする体制がないことに困っている所が多い。また、子ども虐待に系統的に取組むための、院内組織や地域医療システムを整備している機関は少ない。しかし、地域関係機関ネットワークができている場合には、医師会と並んで参画している公的病院が多い。取組みには地域・機関による差が大きく、院内組織がある所では、虐待に関する診療が増えており・関係機関連携が増えているが、困難な状況にも出会っている。虐待かどうかの判断に迷う、社会的背景や親子関係を把握できない、親の対応に苦慮する、診療保険制度で保障されない医療行為が多いための不採算性、医療費不払いが多いこと、関係機関連携にまつわる困難などである。MSW

がいるかどうか、院内組織があるかどうかにより大きく影響しているように見える。以上をまとめると、公的病院は虐待について、地域関係機関ネットワークや地域医療システムにおいて、救急・急性期の二次医療を担う条件を多々備えているが、通告や初期対応や、親への対応や、関係機関連携を行うための、診療体制の強化や、不採算性を補填する制度や、MSWの配置などが必要である。さらに、今後、在宅児ケアを系統的に行うようになると、かかりつけ医（診療所）による日常診療と連携した、急性疾患時に（虐待再発を防止するための）入院治療を行う機関として期待される。2. 小児病院は、ほとんどに院内組織があり、病院長が代表している所もあり、病院を上げて取組もうとしている姿勢がうかがえる。そして、虐待医療についての、困った出来事や、医療を行う上での困難や、児童相談所や保健機関との連携についての問題も、多く書かれている。これは、以前からすでに症例を重ねており、生命の危険が大きい最重度例が多く、困難な状況に遭遇してきていることや、被虐待児の継続医療やフォローアップを行ってきたことによるものだと推測される。病院の性格上、急性疾患を主な対象とする公立病院と比して、難病を急性期だけでなく、長期に継続して成育医療の視点も持って担う機関であり、虐待についても、他機関では扱いがたい重症な子どもを扱うために、初期治療だけに終わらず、長期入院や、継続外来医療が不可欠で、子どもや親や関係機関と長く関係を持つことになる。そのために、体勢整備の必要性や、関係機関へ求める事が多様になる可能性がある。例えば、通告のついての医療者の慎重さは、急性期の一時的な診療を担うのか、長期に継続医療を担うのか（かかりつけ医も似た立場である）によって、大きく異なる。小児病院は小児については専門診療科が多々あるが、子どもの精神医療がもともと手薄な所が多いことが、虐待医療にとっては大きな

欠落となり、親の診療科が無いことが親子関係治療に踏み込めないことにつながっている。このように、小児病院は自力で取組みを進めていることが伺われるが、国公立病院や児童相談所からは、地域の虐待医療を担う機関としては位置づけられていない。それは、自発的な取組みだけでは受け入れ量が限られるために、関係機関が必要とした時に受け入れられるとは限らないために、虐待地域医療の中心機関としての位置づけできないことが推測される。虐待専門医療機関の存在を望む声は、公立病院にも児童相談所にも大きいですが、小児病院側にはそれほどの積極性が伺われない。その理由は、期待される役割を担うには、不採算性が高い虐待児の入院病床を持つことや、虐待専門医師の配置、MSW や保健師などの要員や設備の拡充や、関係機関連携業務などの不採算性を補填する対策などが、不可欠であるためと考えられる。しかし、小児病院が持っている機能と、虐待医療に必要な機能を考えると、既存の小児病院に、行政責任を果たすための体制を付加して、虐待専門病院機能を持つことが一番合理的に思える。

3. 児童相談所と医療の関係は、虐待を巡っては決して円滑であるとは言えない。今回の調査から見ると、国公立病院よりも、小児病院の方が、児童相談所に対して困難があったと回答している。これは前記のように、これら2機関の役割が異なるために、児童相談所へ期待する内容が異なること、小児病院の方が児童相談所へ期待が多様であるためである可能性がある。医療機関は、虐待医療で困ることとして、「虐待かどうかを判断できない」が最多で、「社会的背景が把握できず」「親子関係を判断し難く」も多かった。医療現場で得られる情報だけでは確定診断することが難しく、「(法に記されたように) 疑いがある場合に通告すれば」、児童相談所が社会背景や親子関係を「調査して」、「虐待かどうかを判断する」と思っている。一方で、児童相談所側

が上げる医療の問題は、「親に虐待を告げない」が最多である。医療機関は、虐待と確信できないので親に告げられないでいると推測されるが、児童相談所側は、医療は診断しているのに告げていないと思っている可能性がある。虐待の診断は、①子どもの心身の症状と、②社会的背景と、③親像(親子関係)から判断するものである。医療は、①を把握できるが、②③を把握しにくい現場である。児童相談所と医療は、相互に相手機関の機能についてもっと知り合い、理解しあう必要がありそうである。また、児童相談所における被虐待児の健康状態の評価や治療の実施状況は、年間処理数に対して、初期の心理検査実施が1/3で、心理治療実施は1.5割で、健康評価は児童福祉司が行っており、1年後の援助継続中は3割であるとの回答であった。これは、初期対応としては主に家族診断から分離するかどうかを判断しており、子どもへの虐待の影響の詳細評価に基づいていないこと、長期間を要する子どもの精神治療を行っていないことを推測させる。医療者側は、子どもの治療的ケアや親子関係の治療を期待して通告している可能性があり、児童相談所の役割についての誤解があるとも言える。また、この数字は、児童相談所は、子どもに残った身体的精神的侵襲の痕跡についての医学的検査を十分にしないまま、虐待かどうかの判断や、重症度判断や、分離判断や、再統合の判断を行っていることを示している。虐待児の福祉のために、医療が寄与する余地がまだまだあることがわかる。しかし、わが国では欧米諸国が持っているような虐待に関する医学的知見を駆使できる臨床家がほとんどおらず、虐待専門医師の養成が今後の課題である。医療と児童相談所が相互に誤解を解いて、密接な関係を樹立して、協働して、子どもの治療や親子関係の治療を進める必要がある。

4. 保健と医療の、虐待防止での連携は、乳幼児の発生予防や、在宅児の再発防止が、母

子保健活動として、すでに始まっている。しかし、医療者には、保健師の家庭訪問援助が少なすぎて不十分であるとの意見が多い。児童相談所に通告された虐待でさえ85%もが、在宅で親元で生活を続けている。それにもかかわらず、在宅児には今まで児童相談所が援助しきれないでおり、今後は改正防止法によると、市町村が中心になって援助していくことになる。乳幼児虐待は生活状況の変化で一気に重症化する可能性を秘めており、濃厚な継続的な育児支援のみが死亡や再発の防止を可能にする。母子保健はその中心的な担い手として期待され、さらに勢力的に取り組むことが必要である。そのためには、子ども虐待についての保健役割の明確化、保健としての専門性の向上、保健所と保健センターの役割分担の明確化、そして、医療と保健が虐待について改めて連携を密接にすることが不可欠である。保健機関でも専門スタッフを設けることや、他機関との窓口を設けることが不可欠であろう。また、保健機関の役割としては、母子保健と精神保健や難病保健の連携、子どもの医療機関と大人の医療機関をつなげる役割、医療と福祉の間の調整役なども期待したい。

5. そして、医療が今まで担ってきたような疾病医療と多くの点で異なる虐待医療に取り組むには、独立採算を原則にしている医療現場では、担いきれない事柄があまりにも多い。不採算性を補填する公的補助、親への対応を共に担い関係機関連携の窓口となる MSW や PHN などの配置、各種の児童相談所が行う法的対応に関する情報提供や機関連携援助の際の情報交換を認める法的保障、などの対策が不可欠である。7. 急性期を越えた後には、施設保護児も在宅児も子どもの精神治療や親子関係治療が最重要になる。この治療は数年間におよぶが、この治療なしには、子どもが健全な社会人に育つことも、世代間連鎖を断つことも、不可能である。わが国には、子ど

もの精神医療保健を担う体制が決定的に不足しているが、その整備も不可欠である。医療機関に小児精神科を増やすことだけでなく、母子保健や精神保健や、スクールカウンセラーや教育相談での子どもと親の公的な心理相談体制の整備が必要である。

提案

1. 地域関係機関ネットワークの中で虐待医療を担う医療機関は、院内組織を設け、院内院外の窓口担当者を決める。
2. 地域の中で中心医療機関を決める。さらに各医療機関の役割分担を明確にして（一次医療、二次医療、三次医療、子どもの救急医療、子どもの身体医療、子どもの精神医療、親の身体医療、親の精神医療、子どもと親のかかりつけ医制度など）、地域医療システムを作る。
3. 医療が虐待医療を取組むために、法に課された役割や行政責任の役割を果たすための体制整備（MSW や保健師の配置、非採算性の補填など）を、行政責任で行う。
4. 困難な虐待の、診断・治療を行うための、入院病床を持つ虐待専門医療機関を各都道府県に設置する。子どもの虐待医療は包括的な統合医療であるために、既存の小児病院等の三次医療機関に付設することが合理的である。そこでは、関係機関が困ったときに助言するなどの地域サポート機能も不可欠である。
5. 急性期を越えた後に最重要になるのは、施設入所児でも在宅児でも、子どもの精神治療（ケア）である。子どもの精神医療体制整備と、子どもに日々治療的ケアをする児童養護施設・デイケア機関・学校との地域ケアシステム構築と、中心となる医師・心理職などの専門職の養成が必要である。不採算であるこの領域を、国の将来を担う次世代を健全に育てるために、国の責任として取り組むことが強く求められる。
6. 親子関係の治療には、親の精神医療の関

与も不可欠である。子どもの医療と親の精神医療の連携、母子保健と精神保健の連携、児童福祉と精神医療・保健の連携という、今までにない親子のメンタルヘルスの地域システムをつくる必要がある。

7. 児童相談所からの医療機関連携を容易にするために、児童相談所の医療機関担当窓口を明確にすることで、相互連絡を集約化して、児童相談所と医療者との繋がりを深める。

8. 子ども虐待防止に関して、医療と保健の連携は未整備である。医療と保健が協働して取組むには、保健機関の役割の明確化や、医療と母子保健連携強化や、保健内での母子と精神・難病保健相互の連携を作る必要がある。また、保健機関の窓口を明確化も不可欠である。

9. 医療が取組むには、疾病医療と異なる虐待医療の特徴や対応の具体を記した医療機関マニュアル作成が不可欠である。必要な内容としては、親が望まない医療を子どものために行う方法や、通告などの法的義務を履行する方法や、機関連携などの行政制度を担う方法や、関係機関の窓口、困った時の相談先、これらの根拠となる法律や行政施策、などが明記されていることが重要である。このようなマニュアル作成は、医療と児童相談所と行政が協働して始めて可能になる。

謝辞

終わりに、この調査にご協力くださいました、国公立病院・小児病院・児童相談所の皆様に深謝いたします。

本年度の業績

- ・小林 美智子：母子保健と虐待発生予防、特集これからの子ども虐待防止を考える、母子保健情報、2005年、50号、80-87.
- ・小林 美智子：岸和田事件からみえる課題、特集岸和田事件、子どもの虐待とネグレクト、2004年、Vol.6, No3、317-325.
- ・小林 美智子：わが国の経過と教育現場への期待、特集子ども虐待：現状と対策、教育と医学、2004年10月、616号、4-15.
- ・小林 美智子：医療を核とした介入ー子どもの命と人生を守るためにー、特集子ども虐待へのケアと支援、そだちの科学、2004、2号、35-40.

平成16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）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（H15-子ども-009）

分担研究：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

分担研究者：小林美智子 大阪府立母子保健総合医療センター

研究1：国公立病院における病院内および地域医療システムに関する研究

研究協力者

森田好樹²⁾ 小泉武宣³⁾ 山崎嘉久⁴⁾ 柳川敏彦⁵⁾ 稲垣由子⁶⁾ 市川光太郎⁷⁾ 小杉恵⁸⁾ 花房昌美¹⁾ 藤江のどか¹⁾ 福井典子⁹⁾

- 1)府立母子保健総合医療センター 2)市立堺病院 3)群馬県立小児保健センター
4)あいち小児保健医療総合センター 5)和歌山県立医科大学 6)甲南女子大学
7)北九州市立八幡病院 8)大阪府立中央子ども家庭センター
9)元大阪府立母子保健総合医療センター

要 旨

6府県（福岡県、群馬県、愛知県、和歌山県、大阪府、兵庫県、福岡県）の国立、府県立、市町村立の公的総合病院149施設を対象に、実態のアンケート調査を実施した。同地域の公的医療機関が子どもの虐待の医療にいかに関わっているのか、また虐待に対応するための院内システム（組織）、病院と地域ネットワーク（地域医療システムを含む）との連携の実態を調査し、検討をおこなった。院内システム、地域ネットワーク、地域医療ネットワークいずれもまだ少なく、その有無は地域格差が大きい。システム、ネットワークは機関連携を促し、虐待への意識を高め、虐待の予防、発見、その後の対応に効果しているが、まだ残された課題は多く、地域の一般の公的医療機関で担うことのできる範囲は限られている。今後地域差をも十分考慮した、それぞれの地域での虐待対応システムの検討が必要であり、その際には地域の一般の公的医療機関とより専門的な虐待専門機関（あるいは部門）の役割の検討、マンパワーの育成・確保が重要である。

A. 調査目的

各地方自治体は、それぞれの地域の医療を含む虐待対策の具体的な取り組みを行う行政的責任が、いわゆる児童虐待防止法で課せられている。虐待に係わる医療は、政策的医療の側面を有しており、一次から三次までの広範囲な医療を主に地域の公的医療機関が分担して担わなければならないが、また実際に多くの地域で基幹病院としてその役割を担っている。

他方、医療状況は地域で千差万別であり、

虐待医療についても、その実態は非常に異なると考えられる。昨年度は、先進的に虐待の医療を担っている17の子供病院、大学病院、公的総合病院について実態調査を行ったが、今年度は、いくつかの都道府県を選択し、同地域の公的医療機関が子どもの虐待の医療にいかに関わっているのか、また虐待に対応するための院内システム（組織）、病院と地域ネットワーク（地域医療システムを含む）との連携の実態を調査・分析し、今後の虐待医療

の構築に向けた基礎的検討を行うことを目的とした。

B. 調査方法と対象

予め調査協力の了解が得られた6府県（福岡県、群馬県、愛知県、和歌山県、大阪府、兵庫県、福岡県）の国立、府県立、市町村立の公的総合病院149施設を対象に、平成16年10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. 調査結果と考察

調査用紙を配布した公的総合病院は149施設であり、回答があったのは90施設（回収率60.4%）であった。

【病院内システムに関する調査】

(1)子ども虐待についての院内システム(組織)があるのは17施設19%、と少なかった。院内システムを持たない67施設の内、今後も作る予定のない施設は60施設、90%と高率であった。府県別に見ると、院内システムのある施設は、和歌山県の0%から愛知県の55%まで幅があった(表-1)。院内システムの構成員は、医師(81%)、MSW(69%)が多く、更に看護師(56%)、事務局(56%)が参加していた(表-2)。代表者は医師(83%)が、実務マネージ担当者はMSW(50%)が多かった。主な設置目的(回答率50%以上)は、①他機関との連携のため(94%)、②もれなく早期発見するため(81%)、③発生予防のため(75%)、④通告などの法的対応のため(63%)、⑤チーム医療を進めるため(50%) (表-3)、主な活動(回答率50%以上)は、①他機関との連絡(100%) ②他機関との調整(94%)、③対応の実働サポート(81%)、④個別カンファレンス(75%)、⑤スタッフへの助言(68%) ⑥病院内啓発活動(63%)、⑦病院の方針を決める(56%)、であった(表-4)。

院内システム(組織)がある施設では、担当医師、MSWを中心に他機関との連携、院内の連携を効果的に進め様々な活動が行われ

ていると考えられたが、院内システムのない施設がまだまだ大部分であり、虐待への取り組みを始めることがまず課題であるといえる。

(3)児童虐待防止法(2000年)施行後の変化については、1)診療する虐待事例数は、増加27%、変化なし46%であった。院内システムの有無でみると、院内システムのある施設では、増加71%、不変12%に対して、ない施設では増加15%、不変49%と逆転していた。2)虐待事例の入院件数は、増加27%、変化なし71%であり、増加した入院目的は、治療(72%)、入院保護(78%)が主なものであり、更に評価が39%、母子分離が39%であった(表-5)。3)虐待事例の外来件数は、増加25%、変化なし49%であり、増加した外来受診目的は診断(67%)が最も多く、フォローアップ42%、治療33%、評価29%であった(表-6)。4)増加した虐待の種類は、身体的虐待(78%)、ネグレクト(83%)が(表-7)、またその重症度は、中等症(67%)、軽症(48%)が多かった(表-8)。5)増加した主な理由としては、虐待を見逃さないことへの意識の高まり(65%)、虐待件数自体の増加(57%)、他機関からの紹介の増加(52%)が50%以上であり、軽症例・疑い例の増加が39%、虐待診断のレベルアップが30%であった(表-9)。増加しない理由は、受診児に虐待が少ないが最も多く53%であったが、以前から充分に対応している(18%)、虐待を中心にみる医療機関が他にある(16%)という回答もあった。6)虐待に対する関心が出てきた科として挙げられたのは、小児科、救急科、整形外科、脳外科、産婦人科、皮膚科・形成科が多く、事例にかかわることが他科に比し多い科であった。また、関心が出てきたとされた医師以外の職種は、看護師、助産師、MSW、事務職であった。7)児童相談所への通告の変化については、通告件数の増加36%、変化なし44%であった。院内システムの有無

でみると、院内システムのある施設では、増加71%、不変29%に対して、ない施設では増加24%、不変45%と逆転していた。8) 他機関との連携の変化については、他機関への連絡・連携、他機関からの紹介・連絡ともに増加は35%であり、施設入所事例は27%の病院で増加していた。

院内システムがあり積極的に取り組みを行っている施設では、一層意識が高まり、他機関との連携が進み、虐待事例の診療件数、児童相談所への通告件数の増加に繋がっていると考えられる。

(4) 虐待の診断、通告、連携については、1) 虐待の診断で困ることとして、子どもの症状が虐待によるかどうかの判断74%、その判断のために必要な生活背景が把握できない55%、親子関係が判断できない46%、診療に時間をかけられない20%、疑い例などの相談機関がない11%、の回答であった(表-10)。2) 通告を巡って困ったことがあったと33%で回答があり、通告で困った理由として、虐待かどうか判断できなかったが62%と最も多かった。通告後子どもの治療が中断(17%)、通告者が伝わり親の怒りをかった(14%)といった親との関係悪化が少数ながらあり、またどこに通告するかがわからないという回答もあった(表-11)。通告先の選択については、児童相談所に通告する虐待として、生命に危険がある、親子分離が必要ななど重症例、中等症例が多く挙げられていたが、疑い例、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等、いわゆる虐待のGray zoneからRed zoneまでの様々な事例が挙げられていた(表-12)。児童相談所よりも保健師や家庭児童相談室に紹介する虐待としては、育児相談が重要な事例、継続家庭訪問が必要な事例、在宅する事例、予備軍、疑い例、といった管轄地域の育児相談・支援が必要な事例、家庭訪問が必要な事例そして軽症事例、予備軍が挙げられていた(表-13)。通告者は主治医(67%)、診療科部長(30%)が主であり、

病院長名(7%)での通告は少なく、病院として通告するという体制は全体で見ると非常に少なかった(表-14)。通告することを何時も親に告げているのは22%と少なく、告げたとあるが39%で最も多く、告げたとないも20%あった(表-15)。通告することを親に告げることにより親との関係が悪化することへの危惧や多くの施設では主治医が対処せざるを得ない状況が、背景にあると考えられる。3) 他機関との連携については、病院としての決まった窓口は少なく(MSW28%、院内組織責任医師9%)、個々の症例でそれぞれの主治医(51%)またはその科の長(35%)が窓口になっていた(表-16)。院内システムの有無でみると、院内システムのある施設では、病院長や虐待対策委員会等病院として通告が50%でなされており(表-17)(表の院内システムありの「その他」は虐待対策委員会等の院内公的委員会である)、他機関との連絡窓口もMSWや院内組織責任医師が53%と多く(表-18)、通告は病院として行い、また窓口は病院として担当者が決められていた。このことは全てが事例を診療した担当医師の負担、責任となってしまうことを避け、チーム医療として事例に係わることを原則とする虐待医療には欠かすことができない体制である。また、通告を巡って困ったことがあったとの回答は、院内システムのある施設が63%、ない施設が31%であり、ある施設の方がむしろ高率であった(表-19)。虐待への取り組みが進むほど通告上の困難を多く経験することとなることを示していると考えられる。

(5) 診断書(警察・裁判所・児童相談所などへの法的な)を提出したことがあるとの回答は41施設46%からあり、その記載項目は、子どもの症状が81%と最も多く、更に子どもの言動や様子(37%)、親の言動(32%)など客観的な事項の記載が主であるが、「虐待を疑う」という意見(34%)、「虐待」という診断(24%)、「分離」の必要

性の意見（22％）といった医学的判断も求められていた（表-20）。一般の公的総合病院では、客観的な事項を診療した医師が記載し診断書を作成することは可能であるが、「虐待」という判断まで要求され診断書を作成することは難しく、実際「虐待」という診断書を提出したことがある施設は10施設11％であった。

（6）MSWについては、全体として虐待に係わるMSWがない病院（59％）の方が多かった。院内システムがある施設の82％にMSWはいたが、ない施設では28％しかいなかった。また府県別にみるとMSWがいる施設の割合は、福岡県の9％から愛知県の86％まで幅があった（表-21）。虐待事例についてのMSWへの相談・依頼内容は、関係機関との連絡・調整（80％）や院内の連絡・調整（70％）、医療費の相談（57％）や福祉制度紹介（70％）といった家族の援助、生活状態の把握（60％）や院内外からの情報収集（60％）が主なものであった（表-22）。MSWの院内システムでの役割は、院内システムの院内からの連絡窓口（53％）や関係機関との連絡窓口（77％）、会議の調整（43％）が主なものであった（表-23）。MSWは、院内外の連携の調整や情報収集とともに家族のさまざまな援助を行う重要な役割を担っており、虐待に対応する院内システムを構築するにあたってなくてはならない存在である。

（7）虐待診療に関連して、過去3年間にあったこととして、連携がうまく出来なかった、スタッフへの親の暴力・乱暴・脅迫がそれぞれ44％、40％と回答が多く、虐待の見落としを他機関から指摘された（13％）、逆に疾病を虐待と誤診した（10％）との回答も少数ながらあった（表-24）。スタッフへの親の暴力・乱暴・脅迫が全施設のうち19施設21％であったことは、組織として虐待事例に対応する事が必要であるとともに、トラブルを少なくするために家族と対応する上での具体的なマニュアル、技法が必要とい

える。

（8）医療が虐待への診療をしやすくするために必要な体制整備については、スタッフの知識・技術向上が80％と最も多く、児童精神科医の関与（56％）や児童心理士の配属・増員（43％）も多い回答であった。院内MSWの配属・増員（39％）、親カウンセラーの配属（33％）、虐待専門医の育成（30％）、小児外科救急の整備（37％）、小児内科救急の整備（29％）不採算を補償する公的補助金（32％）、付添い不要の乳幼児病床の増加（33％）、相談できる弁護士を置く（30％）、という回答も3割前後あった（表-25）。虐待事例に係わる全てのスタッフの知識・技術の向上は確かに必要であるが、虐待医療を行う上で被虐待児、虐待者を含めた親の心理的・精神的治療を専門的に行うスタッフ、部門（児童精神科医、児童心理士、親カウンセラー）の必要性を痛感している現状を表していると言える。また、診療に長時間と多大な労力を要するにも拘らずそれに見合った医療費が保障されていない現状から、今後何らかの公的な補助が必要であると言える。

【地域医療システムに関する調査】

（1）虐待対応のための地域ネットワーク（医療・保健部門を含む関連諸機関から構成される）のある施設は51％で、ある地域の施設では90％がネットワークに参加していた。府県別に見ると、地域ネットワークのある市立病院は、和歌山県、兵庫県の50％から群馬県の80％まで幅があった（表-26）。参加機関では公的医療機関は81％が参加し、医師会も56％が参加していたが、歯科医師会（10％）、私的医療機関（27％）の参加は少なかった（表-27）。ネットワーク構築に中心的役割を果たした機関は、地域でばらつきがあるが、行政が40％と最も多く、保健所・保健センター25％、児童相談所22％、医療機関22％、福祉事務所16％と続き、医療機関は多くはなかった（表-28）。ネットワークに欠けているものとして、連絡の迅

速性（24時間対応がない）50%、フィードバックがなく検証しにくい38%、疑い例の取り上げが悪い（対応が遅くなる）35%、虐待例の対応後のフォローが不十分35%、それぞれ回答があった（表-29）。

（2）医療・保健部門のネットワークのある施設は41%で、ありと回答した施設のうち90%はそのネットワークに参加していた。公的医療機関（86%）と保健所（75%）が主要な参加機関であった（表-30）。府県別に見ると、医療ネットワークのある市立病院は、和歌山県の33%から群馬県の80%まで幅があった（表-31）。

（3）表-32、表-33は、院内組織の有無と地域ネットワーク・地域虐待対応医療システムの有無およびそれへの参加の有無からみた府県別および設立別の虐待への取り組み状況である。府県により差があること、府県立、市立病院が虐待医療の主体になっていることが伺える回答であった。

（4）ネットワークのスタート後、地域全体として虐待の通告件数は47%で増加しており、ネットワークは、早期発見に対して68%が効果していると評価していた。早期発見に効果している主な理由として、全体的に虐待への関心が高まった（77%）、疑い例を紹介あるいは相談するようになった（77%）、が挙げられていた（表-34）。虐待発生予防に対しては、54%が効果していると評価していたが、不明との回答も41%と多かった。虐待発生予防に効果している主な理由として、全体的に虐待予防が大切であるとの意識が高まった（67%）虐待発生リスクを意識するようになった（57%）、施設間連携システムが出来た（48%）、連携システムが出来たことでリスクのある場合に関連機関に連絡することが容易になった（57%）、が挙げられていた。その他、関心のある医師が増えた（24%）、院内連携システムが出来た（29%）ことも挙げられていた（表-35）。表-36に、地域ネットワークの有無からみた、虐待事例の診療事例数・外来事例数・入院事例数・

通告件数・他機関からの紹介・他機関への紹介・児童相談所との連携の変化が示されているが、いずれもネットワークのある施設でより多く増加しており、また児童相談所との連携も多かった。

地域ネットワーク、医療・保健部門のネットワークに公的医療機関が主に係わり虐待医療の主体を担っていること、またネットワークが、迅速性や十分なフォローに課題はあるが、虐待の発見、予防等に効果していることが示されており、今後更に多くの地域でネットワークが構築されていくこと必要である。しかし、地域ネットワークあるいは医療・保健部門間のネットワークがない施設からは、ネットワークは必要であるとの回答は82%あったが、その内の80%が構築予定なしであった。現在ネットワークが構築されていない主な理由として、中心となる機関がないあるいは少ない（45%）、中心となる医療関係者がいないあるいは少ない（42%）ことが挙げられていた（表-37）。虐待に取り組む人材をどう育成、確保するかが課題である。

（5）それぞれの施設が地域で果たしている役割についての質問では、主な役割として、虐待の発見（78%）、診断（69%）、急性期の身体的治療（84%）が挙げられ、更に被虐待児の身体的評価（49%）、虐待の予防（43%）、慢性期（後遺症）の身体的治療（31%）、法的手続きのための医学的診断・診断書作成（26%）が挙げられていた（表-38）。最近5年間で役割が増大した施設は25%で、不変は47%であった。増加した紹介元の主な機関は児童相談所（71%）、保健所・保健センター（46%）であり、医療機関（20%）は少なかった（表-39）。また、増加した紹介先の主な機関は、紹介先と同じく児童相談所（71%）、保健所・保健センター（64%）であり、医療機関は4%しかなかった（表-40）。今後地域で新たに果たすべき役割・課題としては、早期発見（35%）、虐待予防（30%）、虐待事例の受け入れ（20%）、被虐

待児の精神的治療（20%）、啓発活動（20%）が挙げられており（表-41）、果たすべき役割・課題があるが現在果たせていない主な理由として、スタッフがいない・不足している（74%）、医療レベルが得られていない（47%）が挙げられていた。

（6）虐待事例の初期診療に対応する医療機関間の連携システムは、ないが82%で、その内構築予定なしが82%であった。夜間の事例への対応可能な連携システムとなると更に少なく、なしが88%であった。また、3次医療を要する重症事例の搬送先施設の確保については、50%がやや難しい、10%が難しいと回答していた。尚、搬送先施設での患児、親への対応上の問題があるとの回答は少なかった。

初期診療も含め、医療機関間の連携は（5）（7）

でも示されているように少なく、医療機関の虐待への取り組みがまだまだ不十分なこと、施設間差が大きいことが背景にあると考えられる。

（7）地域の診療所の虐待への関心については、どちらとも言えない（35%）、不明（27%）の回答が多かったが、関心が高いという回答は9%と少なかった。診療所との連携についても、不明が62%あったが、増加しているとの回答は5%と低かった。診療所（主に小児科および産婦人科）のかかりつけ医としての虐待予防機能についても、不明が46%と多かったが、やや不十分、不十分との回答が合わせて39%あり、十分に果たしているとの回答は8%と低かった（表-42）。診療所に今後期待することとして、虐待への関心を持つが71%と最も多く、更に、疑い事例の専門機関への紹介56%、関係機関との積極的な連携41%、早期発見54%、虐待を疑うための診断レベルのアップ46%、虐待予防のための子育て支援・指導47%であった（表-43）。

（8）地域の子ども専門病院の虐待への関心について高いという評価は47%であったが、

虐待事例での子ども専門病院との連携についてはなしの回答が70%と多かった。地域の子ども専門病院として虐待の医療に十分役割を果たしているかという質問に対して、十分に果たしていると評価する回答は19%と少なく、やや不十分と不十分がいずれも16%、不明が41%あり、虐待医療を十分に行っている機関という認識は少なかった。そして、子ども専門病院に今後期待することとして、虐待への取り組み自体を期待する回答が48%にあり、また、三次救急の受け入れ（76%）、困難事例の診断・治療（48%）、被虐待児の入院医療（48%）、被虐待児の精神医療（81%）、虐待者の精神医療（38%）、親子関係治療（38%）といった、一般の公的病院では対応できない内容が子ども専門病院に期待されていた（表-44）。

（9）もし虐待専門の病院または部門を設けるとした場合のその役割については、基本的には子ども病院に期待されている内容が重なり、更に裁判所への対応が37%あった（表-45）。子ども専門病院あるいは虐待専門の病院または部門に期待されている内容を、今後どこでどのように確保していくかは重要かつ緊急的な課題である。

（10）保健所・保健センターについては、連携システムが62%の施設であり、保健所・保健センターへの依頼内容は事例の援助、フォローアップが主であった（表-46）。虐待の一次予防の役割を果たしているかの質問には、不明が40%あったが、十分であるとの回答は19%と少なく、やや不十分との回答が24%で最も多かった。

（11）児童相談所については、連携が多いが24%で、少ない28%、なし17%であった。また連携が増加したのは33%であった。児童相談所への依頼内容は、児の保護・施設入所の依頼が76%と最も多く、虐待事例への緊急対応方法の指示61%、親への緊急的対応60%、児、家族についての情報提供46%、家族の評価46%と多かった。虐待の判断の依頼は40%であった（表-47）。

児童相談所に今後要望することは、夜間の対応（45%）も含め緊急時の迅速な対応（69%）の要望が高く、それとも関連してマンパワーのアップ（64%）が要望されていた。早期の児や家族についての情報提供（36%）や紹介後の経過の情報提供（37%）の要望、児の心理的治療（33%）や親、家族の治療（39%）、心理の専門性強化（33%）の要望もあった（表-48）。

（12）被虐待児の心理的評価の実施については、限られた一部にのみ実施26%、未実施62%であり、心理的治療については、限られた一部にのみ実施20%、未実施73%であり、いずれも実施は少なかった（表-49）。その依頼施設についても、施設が少ないとの回答が71%、探すことも難しいとの回答が29%あった（表-50）。

（13）虐待者の心理的治療・援助も、未実施が58%で、不十分と併せると84%と高率であった。

被虐待児、虐待者の心理的評価、治療が極めて不十分であることは、他の設問でも多く回答されており、一般の公的病院ではなかなか対応できない問題であるが、虐待医療の中で重要な柱であると言わざるを得ない。

（14）虐待の診療上の困難さについては、困難があるとの回答が83%あり、その内容は、1）知識や技術では、診断に迷うが多く73%、通告に迷う、要入院の判断に迷うがそれぞれ44%、38%、退院の判断に迷う、施設入所の判断に迷うがいずれも29%であった（表-51）。2）親の対応の困難さでは、助言指導に従わない54%、医療中断54%、医療への不信・攻撃49%、医療の規則を守らない39%、強引な退院要求32%、他患者とのトラブル23%と、信頼関係に基づいた医療を実施することの難しさが示されていた。医療費未払いも35%にあった（表-52）。3）子どもの対応の困難さでは、問題行動が63%、他の親の苦情が43%と高率である一方、なかなか退院できない（29%）状況があり（表-53）、公

的一般病院での被虐待児の長期入院の難しさが示されていた。4）関係機関との対応では、迅速な対応がない47%、意見が一致しない19%、経過報告がない19%、依頼しても実行してくれない17%、連絡がとりにくい13%、担当者の転勤で方針が変わる11%、などそれぞれ回答数は多くないがさまざまな不満が回答されていた。また関係機関と対応するための時間がとれない（21%）や、連携を親が拒否する（28%）という回答もあった（表-54）。

D. 結論

1）虐待に対応するための院内システム（組織）の設置はまだまだ低率であった。また府県による設置率の差も大きかった。

2）院内組織の構成員は医師、MSWが中心であり、更に看護師、事務局も参加していた。代表者は医師が、実務マネージはMSWが中心的に担っている。その設置目的は、他機関との連携、早期発見、発生予防、通告等法的対応が主にされており、院内システムがある施設では、通告は病院として行われていたが、ない施設では診療した主治医が主に行っていた。また、他機関との連絡窓口も決まったものはなく、同じく主治医が主に対応していた。

3）児童虐待防止法施行後の変化として、虐待の種類では身体的虐待、ネグレクトの増加が、重症度では中等症と軽症の増加が主であった。虐待診療件数、入院件数、外来件数ともに増加した施設は約1/4であり、児童相談所への通告件数も増加した施設は約1/3であった。院内システムがある施設では、虐待診療事例数、通告件数は多くが増加していたが、ない施設ではその増加は低かった。診療件数が増加した理由として、虐待自体が増加したことに加え、虐待への意識の高まり、また診断のレベルアップにより軽症例・疑い例も増加したこと、更に他機関からの紹介が増加したことが挙げら

れており、積極的かつ組織的な取り組みによるものと言える。他方、増加しなかった理由として、もともと受診児に虐待が少ないことが挙げられていたが、その背景に、虐待への意識や診療レベルの差が地域間、施設間にある可能性が考えられた。

- 4) 虐待の診断で困ることとし、最も多かったのはやはり症状が虐待によるものかどうかの判断であり、また判断に参考となる生活背景や親子関係が把握できないことも多く、そのため、通告を巡って困ることの回答として、虐待かどうか判断できないことが最も多いこととなっている。また、院内システムを設置し積極的に虐待に取り組んでいる施設ほど、多くの困難に直面していることが伺われた。
- 5) 児童相談所には、重症例、中等症例が主には通告されていたが、疑い例、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など様々な事例が通告されており、児童相談所よりは地域の保健師、家庭児童相談室に紹介することで対応されうるものも、まずは児童相談所に連絡するということが通告されている可能性がある。
- 6) 虐待に係わるMSWがいない施設の方が多い。府県差も大きい。院内システムが設置されている施設ではMSWはいることが多い。虐待への対応において、関連機関との連絡、連携、院内外からの情報収集とともに、家族の生活、医療の相談にのり支援するという、重要な役割を果たしており、院内システムには欠かせない存在である。
- 7) 医療が虐待への診療をしやすくするために必要な体制整備として、スタッフの知識・技術の向上が最も多く挙げられているが、現在極めて不十分な被虐待児の治療に必要な心理的、精神科的評価、治療の体制整備、親カウンセラーの配属更には虐待専門医の育成が必要とされている。また、不採算な虐待医療を補償する公的な資金援助、

付き添いを必要としない乳幼児病床など入院治療する上での病院施設の充実も必要である。

- 8) 虐待対応のための地域ネットワークは増加しているが、府県差がややある。参加医療機関では公的医療機関が中心であり、医師会の参加も多い。しかし私的医療機関、歯科医師会は少ない。医療・保健部門のネットワークはまだ多くはなく、府県差も大きい。公的医療機関と保健所が主な参加機関である。虐待への取り組みは、府県立および市立病院が中心に行っているが、府県差が大きく、今後の虐待対応の医療システムを構築はする再、地域差を考慮した対策が必要である。現在ネットワークがないところでは、その必要性は多くが認めているが、中心となる機関、医療関係者が少ないあるいはおらず、すぐの構築は難しい状況である。
- 9) ネットワークは通告件数の増加につながり、関心の高まり、機関連携・施設間連携が進み、早期発見、発生予防に効果している。
- 10) 地域で果たしている公的病院の役割は、発見、診断、急性期の身体的治療が中心であり、更に身体的評価、慢性期の身体的治療、虐待予防、法的手続きのための医学的診断・診断書作成である。被虐待児や虐待者の心理的評価や治療は多くは実施されておらず、実施できる施設は少ない。最近増加した紹介元機関、紹介先機関はいずれも児童相談所、保健所・保健センターであり、医療機関が少ないことが目立った。被虐待児や虐待者を紹介し、その心理的評価や治療を依頼できる施設はかなり少ない現状である。
- 11) 虐待事例の初期診療に対する医療機関間の連携システムは少なく、夜間となると更に少ない。また、三次医療を要する重症事例の搬送先施設も確保は必ずしも容易で