

図2 虐待の種類

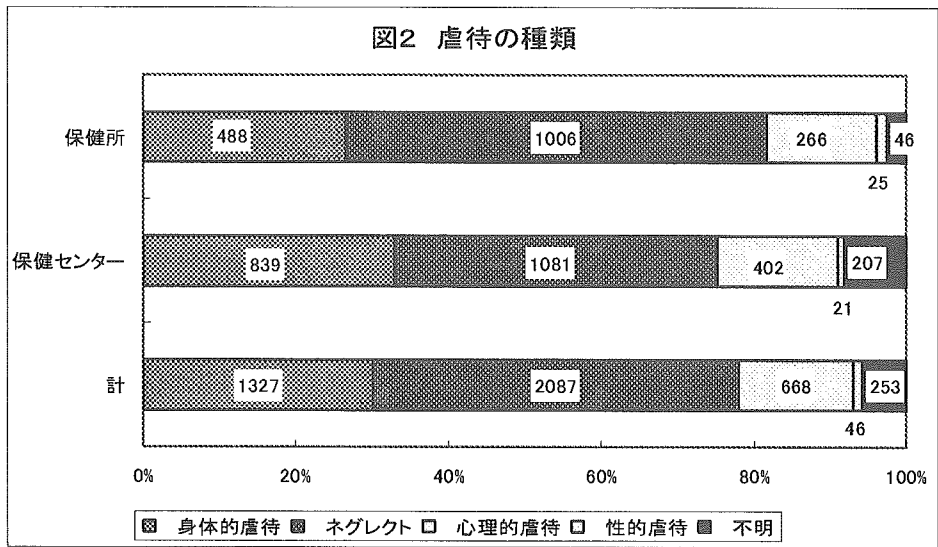


図3 虐待の重症度

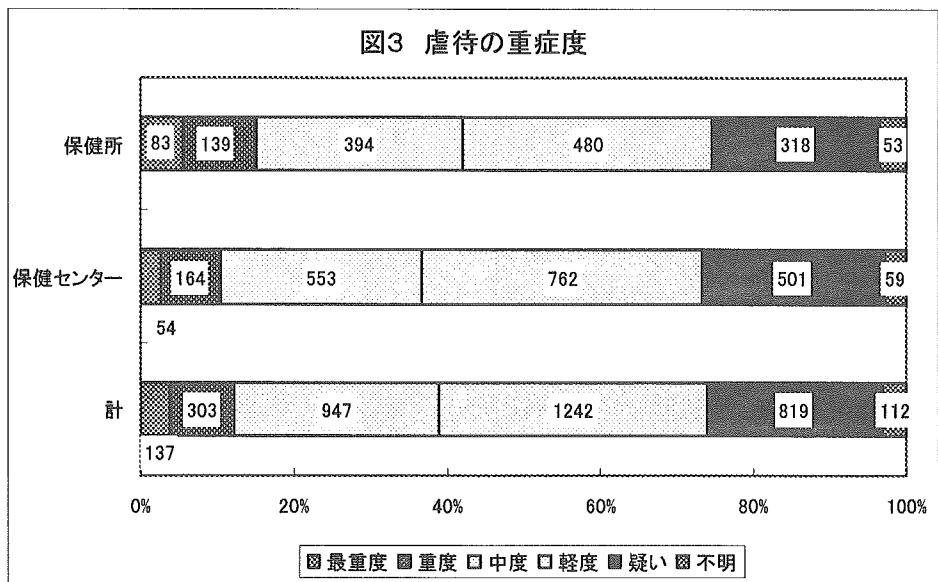


図4 年齢分布

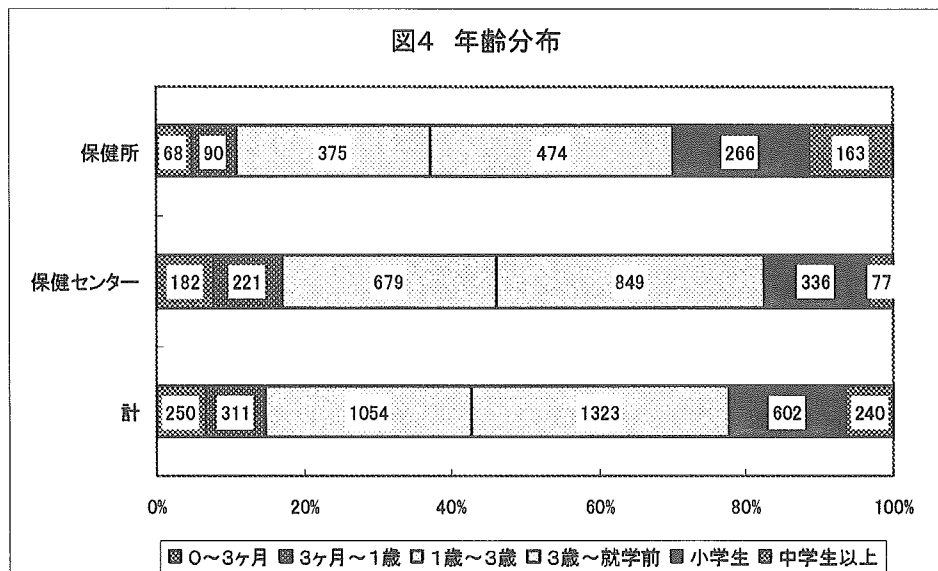


表10 平成16年度虐待事例 援助手段別延べ回数

	保健所				保健センター			
	総延べ回数	機関数*1 (%)	平均回数*2	1事例あたり*3	総延べ回数	機関数*1 (%)	平均回数*2	1事例あたり*3
家庭訪問	3577	51 (85.0%)	70.1	2.2	3170	113 (69.3%)	28.1	1.3
電話相談	4057	41 (68.3%)	99.0	2.5	3847	83 (50.9%)	46.3	1.6
保健師面接	1162	36 (60.0%)	32.3	0.7	1295	80 (49.1%)	16.2	0.5
療育相談	87	11 (18.3%)	7.9	0.1	70	19 (11.7%)	3.7	0.0
心理相談	76	10 (16.7%)	7.6	0.0	170	47 (28.8%)	3.6	0.1
精神保健福祉相談	78	16 (26.7%)	4.9	0.0	60	16 (9.8%)	3.8	0.0
二次健診フォロー	5	4 (6.7%)	1.3	0.0	225	20 (12.3%)	11.3	0.1
同伴受診	28	11 (18.3%)	2.5	0.0	58	26 (16.0%)	2.2	0.0
関係機関と会議	771	40 (66.7%)	19.3	0.5	918	86 (52.8%)	10.7	0.4
親支援グループ (MCG など)	592	11 (18.3%)	53.8	0.4	80	8 (4.9%)	10	0.0

\*1：1件以上行っていると回答した機関数 \*2：1件以上行っていると回答した機関での平均

\*3：回答機関数は異なるが、総延べ回数を平成16年度の事例数で割った値を示す。

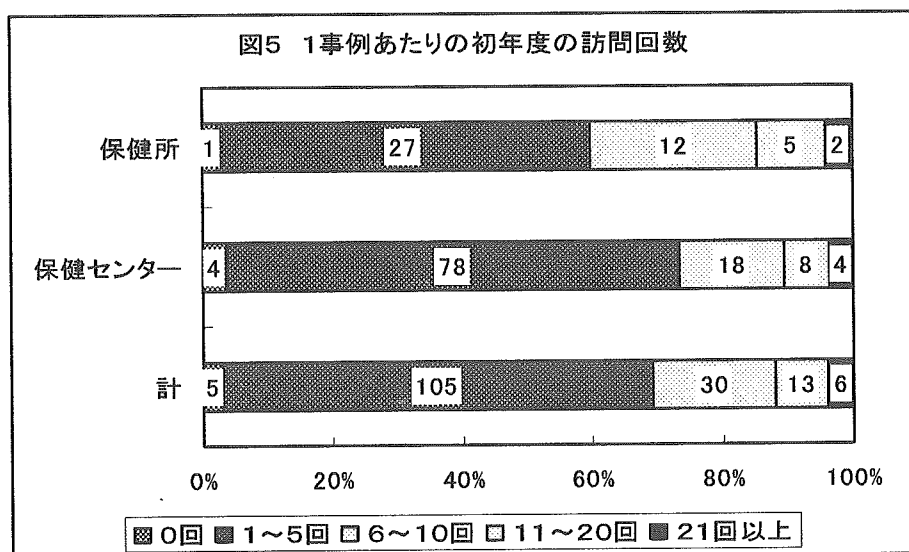


表1 1 虐待発生予防対策として実施していること 手続き時の面接で（複数回答）

	保健所機関数 n=56		保健センター機関数 n=128	
母子健康手帳交付	9	16.1%	122	95.3%
未熟児養育医療申請	51	91.1%	14	10.9%
育成医療申請	26	46.4%	11	8.6%
小児慢性特定疾患申請	32	57.1%	11	8.6%
その他	5	8.9%	9	7.0%

表1 2 虐待発生予防対策として実施していること 家庭訪問の対象（複数回答）

	保健所機関数 n=60		保健センター機関数 n=154	
新生児	16	26.7%	134	87.0%
未熟児	60	100.0%	69	44.8%
若年母	20	33.3%	95	61.7%
多胎児	30	50.0%	69	44.8%
障害児	38	63.3%	90	58.4%
慢性疾患児	29	48.3%	42	27.3%
健診未受診者	15	25.0%	125	81.2%
その他	0	0.0%	0	0.0%

表1 3 虐待発生予防対策として実施していること 教室、交流会の対象（複数回答）

	保健所機関数 n=45		保健センター機関数 n=133	
妊婦	13	28.9%	112	84.2%
未熟児	16	35.6%	6	4.5%
若年母	4	8.9%	8	6.0%
多胎児	16	35.6%	24	18.0%
障害児	21	46.7%	35	26.3%
慢性疾患児	13	28.9%	4	3.0%
その他	12	26.7%	54	40.6%

表1 4 虐待発生予防対策として実施していること 健診時の工夫（複数回答）

	保健所機関数 n=31		保健センター機関数 n=153	
親同士交流の場を設けている	5	16.1%	53	34.6%
健診後の相談に時間をかけている	10	32.3%	109	71.2%
要支援となった事例にはその場で担当保健師を紹介しフォローが円滑にできるようにしている	11	35.5%	58	37.9%
その他	6	19.4%	34	22.2%

表15 虐待、および虐待疑いで援助する対象 (複数回答)

	保健所機関数 n=60		保健センター機関数 n=158	
子どもの成長発達フォローが必要な場合	50	83.3%	152	96.2%
医療的ケアが必要と考えられる場合	35	58.3%	89	56.3%
育児・家事指導が必要な場合	37	61.7%	141	89.2%
家庭訪問など在宅援助が必要な場合	45	75.0%	129	81.6%
親の精神科的援助が必要な場合	54	90.0%	135	85.4%
親支援グループへの参加が望ましい場合	20	33.3%	59	37.3%
子どもが養護施設等から家庭へ帰った場合	23	38.3%	67	42.4%
虐待事例は援助していない	0	0.0%	1	0.6%
その他	11	18.3%	7	4.4%

表16 虐待、および虐待疑い事例の、親への援助内容 (複数回答)

	保健所機関数 n=60		保健センター機関数 n=159	
育児の方法	52	86.7%	140	88.1%
育児負担の軽減	48	80.0%	125	78.6%
家事の方法	28	46.7%	64	40.3%
子どもの発達の理解	51	85.0%	141	88.7%
子どもの疾病の理解	51	85.0%	141	88.7%
子どもの生理の理解	34	56.7%	95	59.7%
事故予防	40	66.7%	112	70.4%
予防接種の受け方	34	56.7%	129	81.1%
ストレスの解消	43	71.7%	103	64.8%
危機の対応	36	60.0%	76	47.8%
親の受容	44	73.3%	110	69.2%
親のカウンセリング	26	43.3%	57	35.8%
夫婦関係の調整	26	43.3%	43	27.0%
経済問題の改善	29	48.3%	59	37.1%
医療などの導入・調整	47	78.3%	103	64.8%
孤立の解消	43	71.7%	104	65.4%
親の心身健康問題の改善	47	78.3%	104	65.4%
関係機関へ繋げる	57	95.0%	141	88.7%
その他	3	5.0%	4	2.5%

表17 平成16年度 虐待援助事例中 親に身体的健康問題がある事例

		総件数	平均	1件以上あると回答した機関数	
保健所	n=31	31	1.0	13	41.9%
保健センター	n=83	71	1.2	38	45.8%

表18 平成16年度 虐待援助事例中 親に人格障害を含めた精神的問題がある事例

		総件数	平均	1件以上あると回答した機関数	
保健所	n=49	344	7.0	47	95.9%
保健センター	n=108	472	4.4	90	83.3%

表19 親に問題がある事例への援助内容

	親に身体的健康問題がある事例		親に人格障害を含めた精神的問題がある事例	
	保健所 n=29	保健センターn=66	保健所 n=34	保健センターn=61
医療機関を紹介	13 44.8%	32 48.5%	19 55.9%	34 55.7%
医療機関へ同伴受診	11 37.9%	15 22.7%	9 26.5%	15 24.6%
保健所・保健センターの嘱託医師診察	7 24.1%	4 6.1%	8 23.5%	8 13.1%
精神保健福祉担当保健師を紹介	3 10.3%	7 10.6%	9 26.5%	11 18.0%
精神保健福祉相談員（PSW）を紹介	3 10.3%	5 7.6%	9 26.5%	6 9.8%
心理職を紹介	4 13.8%	12 18.2%	5 14.7%	11 18.0%
主治医連絡	16 55.2%	21 31.8%	21 61.8%	24 39.3%
主治医を含めたカンファレンス	11 37.9%	15 22.7%	10 29.4%	17 27.9%
他機関を紹介	10 34.5%	17 25.8%	7 20.6%	19 31.1%
相談に乗ったが特に具体的なことはしていない	2 6.9%	9 13.6%	2 5.9%	12 19.7%
制度利用の紹介	14 48.3%	26 39.4%	16 47.1%	23 37.7%
家庭訪問	21 72.4%	44 66.7%	31 91.2%	41 67.2%
その他	2 6.9%	4 6.1%	6 17.6%	8 13.1%

表20 虐待に関する地域保健機関と医療機関との定例会議

	保健所機関数 n=59		保健センター機関数 n=146	
定例会議あり	20	33.9%	27	18.5%
定例会議はないが行う予定がある	10	16.9%	13	8.9%
定例会議はなく、行う予定もない	29	49.2%	106	72.6%

表21 連携したことがある医療機関

	子ども側				親側			
	保健所 n=57		保健センター n=116		保健所 n=48		保健センター n=103	
公立一般病院	42	73.7%	80	69.0%	26	54.2%	58	56.3%
私立一般病院	22	38.6%	42	36.2%	18	37.5%	39	37.9%
小児専門病院	17	29.8%	36	31.0%	5	10.4%	14	13.6%
単科精神病院	5	8.8%	11	9.5%	27	56.3%	42	40.8%
診療所	16	28.1%	41	35.3%	18	37.5%	42	40.8%
その他	2	3.5%	5	4.3%	3	6.3%	5	4.9%

表2.2 連携したことがある診療科

	子ども側				親側			
	保健所 n=55		保健センター n=104		保健所 n=52		保健センター n=99	
小児科	48	87.3%	93	89.4%	10	19.2%	25	25.3%
内科	0	0.0%	7	6.7%	4	7.7%	11	11.1%
新生児科	23	41.8%	14	13.5%	7	13.5%	4	4.0%
産婦人科	22	40.0%	33	31.7%	23	44.2%	54	54.5%
救急	3	5.5%	11	10.6%	2	3.8%	4	4.0%
外科	4	7.3%	3	2.9%	1	1.9%	2	2.0%
整形外科	2	3.6%	1	1.0%	0	0.0%	2	2.0%
脳神経外科	2	3.6%	4	3.8%	1	1.9%	2	2.0%
泌尿器科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
形成外科	0	0.0%	2	1.9%	0	0.0%	0	0.0%
皮膚科	1	1.8%	3	2.9%	0	0.0%	0	0.0%
眼科	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
耳鼻科	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.0%
児童精神科	6	10.9%	15	14.4%	1	1.9%	6	6.1%
精神科	5	9.1%	3	2.9%	40	76.9%	61	61.6%
心療内科	0	0.0%	4	3.8%	11	21.2%	32	32.3%
歯科	0	0.0%	1	1.0%	1	1.9%	1	1.0%
その他	1	1.8%	2	1.9%	0	0.0%	3	3.0%

表2.3 医療機関への依頼内容（複数回答）

	保健所 n=57		保健センター n=130	
	回答数	構成比	回答数	構成比
虐待の診断	15	26.3%	41	31.5%
虐待の予防（予防的早期介入、育児相談・指導）	25	43.9%	64	49.2%
子どもの入院	21	36.8%	39	30.0%
親の入院	18	31.6%	26	20.0%
子どもの身体的評価	25	43.9%	57	43.8%
子どもの身体的治療	23	40.4%	53	40.8%
子どもの心理的評価	11	19.3%	41	31.5%
子どもの心理的治療	11	19.3%	32	24.6%
親の身体医療	8	14.0%	28	21.5%
親の精神医療	39	68.4%	76	58.5%
親子関係治療	8	14.0%	23	17.7%
虐待事例に対する助言、指導	24	42.1%	42	32.3%
関係職員への啓発	8	14.0%	11	8.5%
虐待事例検討会への参加	33	57.9%	44	33.8%
その他	4	7.0%	4	3.1%

表2.4 医療機関からの依頼内容（複数回答）

	保健所 n=55		保健センター n=121	
	回答数	構成比	回答数	構成比
家庭訪問など在宅援助	50	90.9%	102	84.3%
育児・家事指導	37	67.3%	70	57.9%
子どもの発育面のフォロー	33	60.0%	69	57.0%
子どもの発達面のフォロー	37	67.3%	71	58.7%
親の精神保健的援助	46	83.6%	67	55.4%
親支援グループなどへの参加	12	21.8%	12	9.9%
地域関係機関のコーディネート	26	47.3%	46	38.0%
その他	1	1.8%	9	7.4%

表2.5 医療機関との連絡窓口（保健機関側）

	保健所 n=59		保健センター n=146	
	回答数	構成比	回答数	構成比
決めていない	18	30.5%	45	30.8%
保健師リーダー	12	20.3%	16	11.0%
担当保健師	34	57.6%	92	63.0%
医師	0	0.0%	1	0.7%
事務職	0	0.0%	0	0.0%
その他	2	3.4%	1	0.7%

表2.6 医療機関側の連絡窓口

	保健所 n=57		保健センター n=142	
	回答数	構成比	回答数	構成比
決まっていない	33	57.9%	86	60.6%
医師	12	21.1%	20	14.1%
看護師	8	14.0%	10	7.0%
保健師	4	7.0%	16	11.3%
助産師	3	5.3%	12	8.5%
ダイアコンサルタント（MSW）	9	15.8%	31	21.8%
事務職	0	0.0%	0	0.0%
その他	2	3.5%	1	0.7%

表2.7 医療機関との連携の際、関係のとりやすい病院側の職種

	保健所 n=57		保健センター n=140	
	回答数	構成比	回答数	構成比
特になし	17	29.8%	49	35.0%
医師	10	17.5%	17	12.1%
看護師	14	24.6%	24	17.1%
保健師	11	19.3%	34	24.3%
助産師	5	8.8%	21	15.0%
MSW	25	43.9%	49	35.0%
事務職	0	0.0%	1	0.7%
その他	1	1.8%	3	2.1%

表28 医療機関との連携で困ること (複数回答)

	保健所 n=48		保健センターn=119	
虐待かどうかの判断がはっきりしない	9	18.8%	32	26.9%
連携依頼の根拠がはっきりしない	4	8.3%	12	10.1%
退院後依頼がある	8	16.7%	17	14.3%
親には連携することを告げてない	9	18.8%	17	14.3%
連携依頼したら終わりだと思っている	2	4.2%	18	15.1%
児童相談所へ通告すべき事例を依頼してくる	8	16.7%	17	14.3%
主治医と連絡が取りにくい	12	25.0%	27	22.7%
連絡窓口が決まっていない	13	27.1%	29	24.4%
カンファレンスを開いてくれない、参加が悪い	2	4.2%	6	5.0%
情報収集の難しさ	7	14.6%	24	20.2%
医療の虐待への関心の低さ	8	16.7%	25	21.0%
家族機能全体を考慮した判断をしてくれない	14	29.2%	30	25.2%
方針の相違	4	8.3%	11	9.2%
頻回の訪問を期待してくる	6	12.5%	14	11.8%
その他	4	8.3%	14	11.8%

表29 医療へ今後要望すること (複数回答)

	保健所 n=55		保健センタ n=128	
緊急時の迅速な対応	29	52.7%	76	59.4%
早期の児、家族についての情報提供 (必要な情報の予防的提供)	34	61.8%	96	75.0%
紹介後の経過の情報提供	27	49.1%	69	53.9%
親への十分な配慮	21	38.2%	64	50.0%
虐待医療の公費負担	6	10.9%	8	6.3%
待ち時間の解消	11	20.0%	17	13.3%
相談窓口が一元化されている	27	49.1%	59	46.1%
MSW がいること	13	23.6%	42	32.8%
院内保健師がいること	15	27.3%	30	23.4%
その他	4	7.3%	4	3.1%

表30 地域の医療機関 役割別

		特定されている	依頼することができ るが特定されて いない	なくて困ってい る
虐待の発見時に入院治療させる医療機関	保健所 n=52	3 5.8%	36 69.2%	13 25.0%
	保健センター n=124	8 6.5%	71 57.3%	45 36.3%
子どものみの入院が必要とな る医療機関	保健所 n=52	3 5.8%	35 67.3%	14 26.9%
	保健センター n=124	6 4.8%	71 57.3%	47 37.9%



被虐待児の健康問題を外来で定期フォローする医療機関	保健所 n=53	5 9.4%	39 73.6%	9 17.0%
	保健センター n=124	6 4.8%	68 54.8%	50 40.3%
子どもの外傷についての入院を含む治療を依頼する医療機関	保健所 n=52	3 5.8%	43 82.7%	6 11.5%
	保健センター n=124	6 4.80%	81 65.30%	37 29.80%
子どもの成長発達についての入院を含む治療を依頼する医療機関	保健所 n=52	3 5.8%	35 67.3%	14 26.9%
	保健センター n=124	7 5.6%	74 59.7%	43 34.7%
子どもの精神医学的評価について入院を含む治療を依頼する医療機関	保健所 n=51	4 7.8%	20 39.2%	27 52.9%
	保健センター n=122	5 4.1%	48 39.3%	69 56.6%
性虐待の知識を持って診察してくれる婦人科	保健所 n=51	1 2.0%	16 31.4%	34 66.7%
	保健センター n=118	2 1.7%	36 30.5%	80 67.8%
虐待者の精神科的治療を依頼する医療機関	保健所 n=52	3 5.8%	30 57.7%	19 36.5%
	保健センター n=119	1 0.8%	57 47.9%	61 51.3%
子どもの精神医学的評価について診断書を依頼する医療機関	保健所 n=51	2 3.9%	29 56.9%	20 39.2%
	保健センター n=119	5 4.2%	60 50.4%	54 45.4%
虐待かどうかの医学的判断を依頼する医療機関	保健所 n=50	5 10.00%	27 54.00%	18 36.00%
	保健センター n=119	4 3.4%	65 54.6%	50 42.0%
子のかかりつけ医になる医療機関	保健所 n=52	1 1.9%	44 84.6%	7 13.5%
	保健センター n=123	7 5.7%	93 75.6%	23 18.7%
親のかかりつけ医になる医療機関	保健所 n=46	1 2.2%	34 73.9%	11 23.9%
	保健センター n=115	5 4.3%	81 70.4%	29 25.2%

表3 1 虐待事例に関連して、過去3年間に経験したこと (複数回答)

	保健所 n=64		保健センター n=107	
	総件数	回答機関数*	総件数	回答機関数*
スタッフへの親の暴力・乱暴・脅迫	1	1	12	12
親からの告訴	0	0	0	0
死亡事例	12	9	4	4
医療機関からの抗議・批判	1	1	2	2
その他関係機関からの抗議・批判	1	1	3	3
虐待の見落としを医療機関から指摘された	0	0	0	0
虐待の見落としをその他関係機関から指摘された	1	1	0	0
疾病を虐待と判断していた	0	0	0	0
医療機関からの情報の漏洩	0	0	1	1
他機関からの情報の漏洩	1	1	1	1
マスコミからの取材攻勢	5	4	2	2
設立者(本庁等)からの批判	0	0	1	1
訪問拒否	42	23	82	34

\*: 1件以上あると回答した機関数

平成 17 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  
分担研究 1 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)

その 2 虐待の早期発見に関する課題：大阪府堺市における虐待事例の後方視的検討  
による医療における発見阻害因子の検討

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

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

## 要旨

虐待防止法施行後平成 17 年 10 月までの大阪府堺市における虐待事例のうち、カルテで具体的に後方視的に検討することが出来た 30 事例について、虐待の診断がなされる以前に、身体的虐待等により医療機関を受診していたにも拘らず適切な対応がなされず、その後の虐待を予防できなかった事例について、その原因について分析、検討を行った。30 例中 9 例 (30%) が、以前に虐待等により医療機関を受診しており、その時点でも虐待を診断するあるいはハイリスクと判断し早期に対応することが出来たと考えられた。見逃しあるいは放置した科は脳神経外科が最も多く、ハイリスクとされる頭部、顔面の外傷が多かった。また、虐待の見逃しあるいは放置の原因は、虐待を疑うことなく偶発的なものと判断されていた事例が 5 例、虐待を一旦疑ったがその後否定された事例が 3 例あった。虐待を診断した医療機関と以前に見逃しがあつた医療機関が全く別であつた事例は 3 例、別の医療機関と同一の医療機関でそれぞれ見逃しがあつた事例は 2 例、全て同一の医療機関であつた事例は 4 例であつた。虐待事例の受診は時間外の救急外来に多く、虐待の見逃しを予防するためには、医療関係者の虐待に対する認識を高めるとともに、院内システムとして対応することの必要性、疑い事例についての相談機関の必要性、更には代表的かつ重要な虐待について学会として見解を表明すること等を提言した。また、虐待疑い事例に関する情報を医療機関間でどのように共有するかは今後の課題である。

## はじめに

過去 2 年間本研究において、虐待に対応するための病院内および地域医療システムについて調査、検討を行ってきた。まだ多

くはないが病院内システム、地域医療システムが設けられ、抱える問題点はあるが、虐待の予防・発見・対応に有効に働いていることが示された。しかし、多くの病院が

らの回答で虐待の発見の難しさが指摘され、その後の通告等の初期対応に入りがたく躊躇することの多い医療現場の実態も明らかになった。

以前から指摘されている医療現場に於ける虐待の見逃しについて調査し、その対策を検討し、単に現場の医師の意識の高まりを期待するだけではなく、システムとしての解決策を探すことは重要であると言える。そのための調査、検討を本年度は実施することとした。

#### A. 調査目的

虐待事例の通告数は年々増加している。しかし、統計的にみると、医療機関からの通告数は必ずしも他の機関からのようには増加しているわけではない。平成16年度の調査で、虐待医療の困難（知識や技術）についての質問で最も多い回答は「診断に迷う」というもので、また次に多かった「通告に迷う」という回答の背景にも「診断に迷う」ことがあると推測された。医療の現場では、まだまだ、虐待を”診断する”という段階での問題が大きいと考えられる。今回、虐待の早期発見を阻害する因子を分析しその対策を検討することを目的に、虐待事例を後方視的に検討し、虐待の発見を阻害する因子を分析した。

#### B. 調査方法と対象

平成12年の虐待防止法施行後本年10月までの大阪府堺市における虐待事例のうち、カルテで具体的に後方視的に検討することが出来た事例30例について、虐待の診断がなされる以前に虐待等により医療機関を受診していたにも拘らず適切な対応がなさ

れず、その後の虐待を予防できなかった事例について、その原因について分析、検討を行った。

#### C. 調査結果

30例中9例（30%）が、虐待の診断がなされる以前に虐待等により医療機関を受診しており、その時点でも虐待を診断する、あるいはハイリスクと判断し早期に対応することが出来たと考えられた。虐待の見逃しがあった時期は、表-1の様な分布で、2004年、2005年が多く、決して減少はしていない。見逃しがあった時の年齢は表-2の様な分布で、2歳までの乳幼児期が87%と大部分を占めていた。9事例での見逃された虐待は表-3に示された内容のもので、複数回の事例が9例中7例と多かった。硬膜下血腫が4件、頭部打撲が4件あり、そのため、表-4に示されているように、見逃しあるいは放置した科は脳神経外科が最も多く、ハイリスクとされる頭部、顔面の外傷が多かった。また、虐待の見逃しあるいは放置の原因は、表-5のように分類された。虐待を疑うことなく偶発的なものと判断されていた事例は5例あり、1例では3回、1例では2回見逃しが繰り返されていた。また硬膜下血腫が虐待とは診断されず、抗痙攣剤が投与され経過観察だけされていた事例が2例あった。虐待を一旦疑ったがその後否定された3事例は、いずれも母親の様子から虐待は考えがたいと担当医師が判断していた。母親を短い間観察したのみであり、また父親との面談はされていない。虐待を疑うが診断しえずそのまま様子観察されていた1例も硬膜下血腫であった。新生児の事例で、ハイリス

ク事例であるにも関わらず、強引な退院希望を受け入れ、退院後の受診指示も履行されずであったが早期の対応、機関連携がなされず、対応が後手に回り急性硬膜下血腫で受診することとなった事例も1例あった。診断後にはじめて患児が虐待事例として関係機関でフォロー中であったことが明らかとなる例もあり、事前にその情報が得られておれば見逃しが回避された可能性があった。また、虐待を診断した医療機関と以前に見逃しがあった医療機関が全く別であった事例は3例、別の医療機関と同一の医療機関でそれぞれ見逃しがあった事例は2例、全て同一の医療機関であった事例は4例であった。

虐待が見逃されたときの受診時間は、多くの事例で確認しえなかった。そのため、30例の虐待診断時の医療機関受診時間について調査した。その結果を表一4に示す。児童相談所紹介事例というのは、学校等で外傷が発見され、児童相談所に通報後身体的評価を目的に受診したものである。児童相談所紹介事例を除く21例のうち12例(57%)は時間外の救急外来受診であり、虐待事例の受診が時間外の救急外来に多いことが確認された。

#### D. 考察

今後の虐待対応医療システムを検討する時、現在の日本の虐待対策の発展過程がどの段階にあるかを先ず明らかにすることが重要である。虐待対策の発展過程はどこも同じであると言われている。小林は、虐待の存在に気付かない第1段階から虐待の存在に気付く第2段階を経て、現在の日本は第3段階(子どもを親から積極的に分離す

る)に来たところであると述べている<sup>1)</sup>。また、山崎も「わが国の現状は児童相談所への相談件数の増加にみられるように発見・通告のステップは乗り越えた」とし、「分離介入後にいかに対応すべきかが今日的な課題である」と述べている<sup>2)</sup>。

しかし、医療機関に於いては実際に発見・通告のステップは乗り越えたのであろうか。厚生労働省から毎年報告される児童相談所における児童虐待相談処理事例についての相談経路別統計は、医療機関からのものは5%前後で推移し変化していない。実数としては、全体の事例数の増加に比例して増加していることとなっている。地域の医師会会員を対象にした虐待事例の経験の有無についての調査をみると、平成9年の大田らの相模原市および町田市医師会会員に対する調査報告(期間は限定されず過去に経験)では20.5%<sup>3)</sup>、平成15年の田中らの広島県医師会会員に対する調査報告(過去5年間)では12.7%<sup>4)</sup>、平成17年の大阪府の大阪府医師会会員に対する調査報告(過去3年間)では9.3%であった<sup>5)</sup>。また、大阪府堺市における家庭児童相談室が関わった医療機関からの虐待事例の相談件数は平成14年12件、15年21件、16年8件と増加していない。昨年度の本研究に於いて児童相談所への医療機関からの通告件数が前年度よりどう変化したかについての設問でも、減っているが54.1%、変わらないが5.4%であり、多くの地域で増加してはいなかった<sup>6)</sup>。あいち小児保健医療総合センターにおける平成14年度の虐待相談への相談者内訳では医療関係者は5例1.4%と報告されている。調査地域により違いがあるであろうが、全体的に見ると医療

機関が虐待事例を診断するあるいは疑うことが増加しているとは決して言えないと判断される。過去2年間の当研究により、一部の先進的な病院、地域では既に次の段階に取り組みがすすんでいることが明らかになるとともに、その進展度には地域格差が大きいことも明らかとなった。一般的には今後、第4段階－親への援助を始める、第5段階－性的虐待に気づく、第6段階－予防に取り組む、第7段階－心理的虐待に注目、と進むことが予測されるが<sup>1)</sup>、それが一部の先進的な地域だけではなく、全国的に進展することが必要である。次の段階に進むためには、第2段階から第3段階へのステップへの進展が確実に行われ、多くの医師が適切に虐待の発見（診断するあるいは疑い、その後の適切な対応を行う）を行うことができるようになることが必要となる。昨年度の当研究では、虐待に遭遇する多くの医療現場で未だ多くの医師がその診断に苦慮しているのが現状であることを示していた<sup>7)</sup>。また、虐待の発見義務自体に対しても、平成15年の広島県医師会会員に対する調査報告では、医師には虐待を早期発見する義務があることについて知っているとの回答は60%であり<sup>4)</sup>、平成17年の大阪府医師会会員に対する調査報告では、医師には虐待を早期発見する義務があるとは思わないという回答が9.3%あった<sup>5)</sup>、というのが現状である。このような状況下で、坂井らにより初めて日本での虐待医療の本格的な教科書が書かれたことの意義は大きいと言える<sup>8)</sup>。しかし、その内容をどのように多くの医師に定着させるかが今後の大きな課題である。

それでは、虐待の診断とは如何なるもの

であるのか。ケニス・ウェイン・フェルドマンは、「身体的な虐待の診断の多くは、常識的なレベルの経験と知識で可能である。しかし、単なる常識以上に高いレベルで正確に診断するためには、意図的でない外傷と虐待による外傷のパターンについての専門的な知識が必要となる」と述べており、「虐待の診断は次の三つの情報からなる。（1）外傷の病歴（ヒストリー）（2）外傷の種類と重症度（3）ヒストリーは外傷を説明できるか」としている<sup>9)</sup>。虐待医療の困難さについての昨年度の当調査で最も多かった回答は、「虐待の診断に迷う」（72.7%）であった<sup>7)</sup>。「意図的でない外傷と虐待による外傷のパターンについての専門的な知識」がなければ、「ヒストリーは外傷を説明できるか」を判断することが難しいことがある。虐待事例では「外傷の病歴（ヒストリー）」について、「意図的でない外傷」のようには事実が語られない。そのため、語られた病歴が外傷を説明できないことを見抜かなければならない。それだけ受傷機転と損傷内容についての知識が要求されることとなり、それ故多くの医師は診断に迷うこととなる。

今回の虐待事例の後方視的な分析、検討により、見逃しが起こる機序として以下のようなケースがあることが明らかとなった。

#### ①疑いを持たず見過ごす

全く虐待の疑いをもたれることなく偶発的な外傷として診療される。その背景には医師の虐待への意識の低さ、特に小児科医以外の医師の意識の低さ<sup>7)</sup>があり、小児の外傷事例に対して常に虐待を意識するという姿勢が乏しいことがある。そのためもあり、多くの医師はまず虐待を考えるべき外

傷一例えば乳幼児の硬膜下血腫—についてもそのような知識を十分に持っていない。また、虐待事例の医療機関の受診は時間外の救急外来が約5割を占めていたが、市川が指摘するように、小児救急医療現場の現状として、医療機関での児童虐待への遭遇は「点での遭遇」であり、より通告の多い保育園・学校での「線での遭遇」とは異なる<sup>10)</sup>。更に、虐待のため受診する医療機関が同一でないことも多い。こういった事情が虐待を疑うことを一層難しくしている。

②一度は疑うも迷いそのまま経過観察となる

虐待を疑ったにもかかわらず、以下のような理由で、診断に至らず経過観察となってしまう。

- ・更に全身の診察、検査（その他の虐待の証拠となる所見をつかむこと）を行うことをせず虐待と診断するチャンスを失う。

- ・他者に相談したりして虐待であることを確認しようとしめない。

- ・その背景には、医学的に確定診断する知識がないこと、相談できる人がいないこともあるが、親の言動から「虐待する親ではない」と否定してしまうことがしばしば見られる。

その原因として、医療が患者、家族との信頼関係の上に成り立っているという基本的な構造がある。それは学校における教師と親の関係に似ているとも言える（「教師は子どもを信じ、親を信じて（その信頼の上で）教えていく。だから確実なことでしか動けない」<sup>11)</sup>）。医師は、その信頼関係を崩すこととなる可能性のある「親の説明は嘘であり、虐待によるものである」と親に迫ることをついつい回避しがちである。

また、虐待している母親が医療機関で示す言動は、密室であり特殊な状況下となる自宅で示す姿と異なることは十分に認識しておく必要がある。病院での親の言動は、従来から言われているように虐待を疑う重要なヒントとなる一方で、疑いを否定してしまう原因ともなっている。更に母親が虐待の当事者でないこともあることは、虐待死亡例の検討から事前に機関関与がなかった乳幼児の事例では、実父・継父による割合が高かったという報告<sup>12)</sup>もあり、認識されるべきである。

- ・更に、情報收拾を積極的に行えば、もっと強く虐待を疑えたにもかかわらず、そのままになってしまうことがある。多くの医師はその意識に乏しく、またそのために時間を割いて関係機関に連絡し情報を得ようとまではしない。そして、そのまま放置しがちである。

### ③診断後の不適切な対応

虐待と診断したにもかかわらず、その後の対応が不適切で、通告されることもなく実質的に放置される。診断時の医師の対応については、その身体的重症度評価にもよるが、通常診療のみで関係機関への連絡や通告をしないものも少なくない。また、関係機関に相談するよう指導することもなされるが<sup>4) 5)</sup>、指示したことが（例えば、後日児童相談所に相談する、後日小児科を受診する）実施されたか確認されないまま放置されることも多い。また、今回の調査で1事例あったが、親に注意するだけで終わりそのままとなってしまう事例もある。平成17年の大阪府での調査でも、同様に虐待事例と遭遇した時「保護者に二度としないよう説得する」という回答が約2割あった<sup>5)</sup>。

更に、同じ調査で、虐待を疑った時どこに連絡するか知らないという回答が過半数あったことは看過できない現実である。

## E. 提言

「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第1次報告は、24の死亡事例の内以前関わりのあった関係機関について、医療機関は29.2%であったと報告している。そして、「医療機関は、虐待に関する認識をより一層高めると同時に、関係機関との連携も含めた対応を充実させていく必要がある」と述べている。また、ハイリスク要因への注意を促し、「乳幼児の頭部・顔面の怪我、胎児への拒否感やケアを全く受けない自宅分娩などハイリスク要因に敏感になることが大切である」としている。しかし、そのことをどう具体的にやっていくのかについての具体的な記載はない。今後の対策として、上述の見逃しが起こる機序から、下記のことが必要であると言える。

(1) 医師の虐待への認識を高めるためには、

- 1、虐待に関する講義を医学教育カリキュラムに取り入れる。
- 2、卒後初期臨床研修において児童相談所での実習等を取り入れる。

厚労省の研修目標に虐待が取り上げられているが、研修病院の多くで虐待事例を研修することは難しく、そのような研修病院では「地域医療」の研修の一部に児童相談所の見学等を組み入れることを検討する。

(2) 明らかな虐待事例の見逃しをなくす

ためには、

- 1、先ず虐待を疑わなければならない代表的な疾

患（交通事故等の明らかな事故によらない

乳児、幼若乳児の急性硬膜下血腫、四肢の

骨折や梅毒、淋菌による性器の感染症など）

について重点的に啓発活動を行う。また関

連する学会の取り組みを促すことも必要で

あろう。

急性硬膜下血腫については、本邦では、1965年の中村らの「脳と神経」での報告にはじまり、現在でも、畳の上での転倒程度の軽微な外傷により生じることがあり眼底出血を伴うこともあるとされている<sup>13)</sup>。しかし、米国では転倒などの軽微な頭部外傷で、しかも眼底出血を起こす可能性については否定的であり、日本での報告は shaken baby syndrome を見逃したものではないかと指摘されたりしている。これに対して本邦からは、米国における乳幼児の急性硬膜下血腫の臨床的な特徴に対する認識不足であるとの反論がなされたりしている。2004年の第32回日本小児神経外科学会のシンポジウム「乳幼児急性硬膜下血腫の病態と治療」で、近年虐待事例の増加もあり深刻な社会問題にもなっている急性硬膜下血腫に関する日米でのこの論争について、学会として公式な意見を公表することを期待する発表がなされている<sup>14)</sup>。

米國小児科学会は1999年に続いて



2005年小児の性的虐待の評価のための指針を更新し発表している<sup>15)</sup>。しかし、日本にはそのような公的な指針はなく、欧米との入浴方法の相違から性的虐待が原因でなくとも梅毒や淋菌が幼児にも検出されることがあるよう思われている現状がある。

## 2、救急外来を受診した小児外傷事例についての評価を行う。

今回の調査でも、虐待事例の多くが救急外来を受診している実態が示された。平成17年にあいち小児保健医療総合センター主催で行われた「医療機関で取り組む虐待予防活動 院内・地域医療ネットワークに関するシンポジウム」でも、虐待と診断され入院した事例の7割が救急外来経由であり、身体的虐待に限れば95%が救急外来経由であったと報告されている。救急外来での見逃しのない診療システムが重要である。

市川は小児救急医療現場における児童虐待対応の理想像として、現場での対応が均一化されるようチェックリストを導入すること、またそれをカルテに残しその後の継続的な評価に利用すること、すべての小児は事故外傷であっても小児科医が初療を行うこと等を提起している。また、この体制が不可能な施設では小児科医が中心となり関連科による院内児童虐待防止（発見）ネットワーク体制を構築し常に評価していくべきであるとも述べている<sup>10)</sup>。救急外来を受診した小児外傷事例については、院内の虐待対応チームが後日全例をチェックし、虐待が疑われる外傷ではなかったか、以前にも外傷の

受診歴がなかったかを評価し、事例によっては関係機関に問い合わせを行い必要な情報を得ることで更に評価を進めるというシステムが必要である。診療した医師が一人で時間を割いて上記のことを行うのは難しく、結果として見逃すこととなる。

## (3) 疑った虐待事例を放置しないためには、

### 1、医療関係者が虐待かどうか迷った場合に

相談できる専門機関（専門医師）を設ける。

米国では、専門的な知識に乏しいと予測される多くの小児科医を含むプライマリケア医師が虐待事例の評価を行うことを支援するための臨床相談ネットワークが構築されている。日本においても、地域の虐待対応を積極的に行っている医療機関あるいは児童相談所がそれを担う機関として機能することが必要であろう。ただし、全ての地域でそれを確保することは難しく、ナショナルセンター的な中心機関が更に必要であろう。

### 2、疑い事例に対して院内の虐待対応チーム

がフォローする。

虐待を疑い自院および他院の再受診を指示した事例については、診療医師は必ず院内の虐待対応チームに連絡し、その後のフォローはチームが行い、確実なフォロー、指示不履行時の迅速な対応を行うようにする。

最後に、虐待事例についての医療機関間あるいは医療機関とその他の関係機関間で、

いかに事前に情報を共有するかという課題がある。同一医療機関内であれば、他科、他部門の以前の情報を入手することは可能である。しかし、他機関となると難しく、虐待事例が医療機関を転々とする傾向や以前の情報が家族から提供されないことが、虐待の診断を一層難しくしている。個人情報保護という原則から、この問題を如何に法的にまたシステムの的に改善していくかが今後の課題であり、今後の更なる調査・検討項目として残されている。

#### 参考文献

- 1) 小林美智子：平成 15 年度夏季児童虐待防止協会オープン講座「虐待は何故おこるか」
- 2) 山崎嘉久ら：地域の虐待対応におけるあいち小児保健医療総合センターの役割ー地域治療プログラムへの提言ー 子どもの虐待とネグレクト；第 5 巻：1 号、2003
- 3) 平成 9 年度厚生省心身障害研究「効果的な親子のメンタルケアに関する研究」早期診断と支援の効果の調査ー虐待防止地域システムにおける病診連携ー
- 4) 医療現場における児童虐待に関するアンケート調査結果報告 広島県医師会速報（第 1878 号）付録、2004
- 5) 大阪府「医療現場における児童虐待に関するアンケート」、2005
- 6) 小杉恵ら：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ー児童相談所からみた地域医療ネットワークについてのアンケート調査、厚生労働科学研究「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」平成 16 年度報告書
- 7) 森田好樹ら：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ー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調査、厚生労働科学研究「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」平成 16 年度報告書
- 8) 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応；坂井聖二ら、2004
- 9) 虐待された子ども (THE BATTERED CHILD、Fifth Edition) 坂井聖二監訳 P380
- 10) 市川光太郎：救急医療の現場での児童虐待 小児科診療；Vol.68:No.2、242ー250、2005
- 11) 吉村奏恵：第 4 5 回日本児童青年精神医学総会 福祉に関するセミナー「児童虐待と地域ケアー福祉と教育の連携を考えるー」
- 12) 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 第 1 次報告「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」
- 13) 吉田雄樹：小児救急の勤どころ 頻度の高い小児救急疾患 頭部外傷 救急医学；vol.29:No.12、1747ー1751、2005
- 14) 青木信彦：第 32 回日本小児神経外科学会 乳幼児急性硬膜下血腫ーReviewー 小児と脳神経；Vol.29:No2、203、2004
- 15) The Evaluation of Sexual Abuse in Children Pediatrics；Vol.116:No2、506-512、2005

表－1

見逃し発生時期	件数
平成11年	1
平成12年	1
平成13年	3
平成14年	0
平成15年	1
平成16年	5
平成17年	4

表－2

見逃しのあった年齢	件数
0歳	3
1	6
2	4
3	0
4	0
5	0
6	1
7	0
8	0
9	1

表－3

見逃された虐待内容	件数
身体的虐待	
硬膜下血腫	4
頭部打撲	4
顔面打撲	2
骨折	2
眼外傷	1
火傷	1
ネグレクト	2
性的虐待	
淋菌感染症	1

表-4

受診科	件数
小児科	3
脳外科	8
整形外科	2
眼科	1
皮膚科	1
産婦人科	2

表-5

見逃しあるいは放置の原因	件数
虐待を疑うことなく偶発的なものと判断される	8
虐待を一旦疑うがその後に否定してしまう	3
虐待を疑うが診断し得ずそのまま様子観察される	3
虐待を疑い関連科、関連機関への受診指示のみで終わる(受診せず)	1
虐待と診断し注意することで終わる	1
ハイリスクとは判断も対応が不適切で遅れる	1
受診指示の不履行	1
情報の未伝達	1

(原因の重複 7例あり)

表-6

	受診時間	児相紹介事例	児相非紹介事例
平日一般外来	5		5
平日午後救急	9	5	4
平日準夜帯	7	3	4
平日深夜帯	2		2
土日日勤帯	1	1	0
土日準夜帯	4		4
土日深夜帯	2		2
計	30	9	21