

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 3 小児救急医療現場での児童虐待症例の早期発見対応における課題点へ対応  
研究協力者；市川光太郎（北九州市立八幡病院小児救急センター）

【はじめに】

児童虐待はその早期発見による予防が重要なことは言うまでもない事実であるが、現実にはその予防的社会的行動は親権などにより、困難である。単一機関での確実視が不可能な理由の 1 つに密室での行為であることが考えられるが、虐待行為がその連続性を持って成立するという過程があることから、多くの子どもと関連のある関係機関で虐待の芽を察知・覚知することが重要となる。現実的に医療機関での虐待通告頻度は 6-7% であり、保育園・幼稚園・小学校など教育現場の 18% 前後と比較して決して高くない。この理由には色んな原因があるが、実際に見逃されている虐待症例も少なからずあるということは容易に考えられる。この見逃しを防止することや、或いは疑いのある症例を他の関連機関につないで、観察を委ねるといったことは医療機関の大きな責務である。特に小児医療、小児救急医療現場からのメッセージは重要な意味合いを持つと考えられる。

実際に、小児医療は、医療機関の中でも、ペリネータルケア、乳児健診、予防接種、一般診療、時間外・救急医療など幅広く、子ども達と養育者・保護者と接遇する機会が多い職である。ネガティブな育児をするグレーゾーンから、実際に外傷や疾病を負わしてしまったり、養育怠慢と思われるケア不足のイエローゾーンなどに接する機会に富んでいる。

特に小児救急医療現場ではイエローゾーン、つまり虐待疑い例に、或いはレッドゾーンの虐待確診例に遭遇する機会が多いことが予想

される。そういう観点からは小児救急医療現場は小児医療の中でも、児童虐待症例にもっとも遭遇しやすい現場と言え、その的確な対応が望まれている。現実的には事故外傷などにも虐待例が隠れている可能性があり、外科、整形外科、脳外科など他診療科に任せずに、小児科が中心となった総合小児救急医療の提供を行わないと、虐待例が看過される可能性がある。このような点を含めて、当センター及び当地域の現状から考えられる課題点とそれへの対応法に関して検討を行った。

【小児救急医療現場における現状と課題点】

(1) 虐待発見の困難性

医学教育の卒前・卒後教育・研修において、全ての医師が、患者家族の言い分に十分に耳を傾け、真摯に訴えを受け止め、共有して、患者家族との信頼関係を構築することが医療行為の原点であり、そこから良い医療、患者のための医療が行われると、医療者としての倫理教育を受けている。当然ながら、全ての医師がそのことを守ろうと努力していることも事実である。実際に患者家族の言い分を疑うということは極端に言えば、医療者として「あるまじき行為」と教育を受けている。しかし、児童虐待の発見・診断は保護者の言い分を疑うことから始まるわけであり、その診療行為におけるアンビバレンツな感情をコントロールすることは医療者ゆえに困難な部分があることも否めない。この点を如何に克服するかとともに、保護者に気付かれずにその対応を行っていくかが重要であり、その専門性の確立が小児医療・小児救急医療関係者に

求められていると言える。

実際に、医療機関は「患者さんの受診を待つ」という、受身の機関である。受診がなければ発見もできない一面がある。保育園・幼稚園、学校等の教育現場と異なり、継続的な観察が困難な機関であると言え、子どもに関わる医療者全員が再認識して、日頃からその発見・診断の精度を高めておく必要がある。このためにも虐待を受ける・受けた子ども達の特徴、虐待を行う保護者の特徴を熟知しておく必要があるし、それは子どもに関わる医師のみならず、医療スタッフ全員が共有すべき事柄であり、日頃からのその向上と啓発意識が必要である。

一方では、医療機関そのものが色んな職種、さらには同一職種の中でも多人数が属している組織体であることから、均一な、或いは一貫した対応が、大病院ほど困難となりやすい一面がある。児童虐待に対する意識の温度差が同一職種のスタッフ間、或いは職種間に存在することが最も児童虐待の早期発見にマイナスになることは容易に予測される。特に診療科間の医師間にその知識の差が生じている場合は発見どころか、看過してしまいかねない。医療機関という組織全体のスタッフ全員、一人一人が同一意識下で児童虐待対応を行うことが、対応の基本のための重要な医療機関の役割と言い換えられるであろう。

## (2) 事故に隠れる虐待症例の存在

子どもの不慮の事故による受診は救急医療現場では少なくなく、当センターでも初期救急医療で10%、救急車搬入など救命救急医療では20%を超え、救急医療全体では10~15%を占めるほどである。このような子ども達の事故外傷による受診者の中に児童虐待による外傷が隠れていることも十分予測されることである。実際に「大人の子どもの不適切な関わり—Child Maltreatment—」の考えで、事故外傷で受診した子ども達を分析すると、①保護者の不注意による突発事故、②保護者

の不適切な対応による突発的事故、③保護者の発作的な対応による事故、④保護者に問題なく(?)、受傷機転が不明な事故、⑤偶発的と考えられる事故に潜む保護者の感情変化、などに分析される。明らかに子ども自身の問題、或いは自然や人災的な事故は少なく、保護者を含めた周囲の大人達の不適切な関わりでの事故が少なくないことに気づかされる。①の不注意の事故は、保護者に意識的な不注意はないことが多いが、中には安易に事故の原因・責任を子どもへ責任転嫁している保護者にも遭遇する。②の不適切な対応による突発的事故に関しては、明らかに養育環境の粗悪化・劣化が起こっているにもかかわらず、それに気づいていない親が不適切な対応を行なって事故に遭遇するものであり、平日深夜に「カラオケ」の階段から転落する幼児・学童の存在がそれを示している。③の保護者の発作的な対応は以前から多く見られていたが、実際には親の気持ちの問題で子どもへ邪険に対応してしまい、事故へ結びつくケースであり、いわゆる Single trauma と呼ばれていたものである。しかし、子どもの側から考察すれば、やはり心身へのダメージは少なからずあるものであり、広い意味での Abuse と考えなければならない。④の保護者の問題なく、子どもが外傷を負うことも少なくないが、その受傷機転が不詳の症例も多く、診断が困難である。事実確認を的確に行い、正確にカルテに記載して、その後の展開で新しい事実が判明した際にすぐに対応できるようにしておくことが望まれる。⑤の偶発的な事故における保護者の心情の変化は、診療の合間でなかなか正確に めないことが多いし、保護者が診療の場で反省の色を示していると信じるしかないのが現状である。しかし、このような症例の中にもものに虐待へ発展した症例を経験することから、やはり、細心の注意を払って、保護者や子ども達の言動を観察し、記録しておくことが求められる。

いかに、事故の子ども達の診療において、虐待の観念を持って診療するかは、虐待の早期発見においてきわめて重要であり、医療現場、特に救急医療現場での再認識が求められる。このような事故外傷の子ども達が小児科医ではなく、一般外科医や整形外科医、脳外科医などの診療を受けていることから、多くの救急臨床医が児童虐待に対する認識を高め、診断能力を養っておく必要がある。このような観点からも煩雑多忙な医師のみならず、コメディカルの知識や疑い能力を高めておくことは、救急医療現場において児童虐待を看過しないためにきわめて重要である。

### (3) 突然死症例における課題

小児救急医療現場では児童虐待による心肺機能停止症例の搬入も少なくない。さらに、

虐待の起こりやすい年齢層での突然死が多いことから、乳児の突然死・急死に立ち会う救急臨床医はいかなる状況下でも、虐待死を念頭において、解剖を積極的に推し進める必要があることは言うまでもない。実際に乳幼児の突然死・急死での鑑別診断を下記の枠組みの中に記載したが、臨床診断には限界があり、解剖が不可欠であることがわかる。今後、乳幼児の突然死・急死の中に虐待死が隠れているという意識が根付いて、安易な臨床診断を突然死・急死症例に行わないようにすることが重要であるし、解剖を行う際には、必ず、頭部の解剖も行わなければならない。

#### SIDS からみた乳児突然死の鑑別疾患・病態

- 全身性疾患：感染症（敗血症など）、DIC、先天性代謝異常症（脂肪酸代謝異常症など）、脱水症
- 中枢神経系：重篤な脳奇形、髄膜炎、脳炎（脳症）、動静脈奇形、神経筋疾患、外傷
- 心疾患系：重篤な奇形、心筋炎、冠動脈病変（川崎病など）、心内膜線維弾性症、心筋症、横紋筋腫、不整脈（QT 症候群など）
- 呼吸器系：肺炎、高度の細気管支炎（RS ウイルスなどによる）、肺高血圧症、気管支喘息、頸部腫瘍（上気道閉塞）
- 消化器系：巨細胞性肝炎、腸炎（脱水や電解質異常を伴う）、消化管穿孔、腹膜炎
- 造血器系：白血病などの造血器腫瘍、血球貪食症候群
- 外因：虐待、外傷、事故、窒息、溺水、うつ熱、凍死、殺人、傷害致死、中毒

いずれにせよ、乳幼児期の突然死・急死では様々な内因性疾患、外因性疾患を厳重に鑑別していく必要があり、虐待もその中で重要な位置を占めるといえるであろう。ただ、解剖を行なうといっても、漫然と解剖をお願いするのではなく、救急臨床医からの緻密な臨床経過及び臨床診断での疑問点を率直に解剖医に伝えて、虐待をも考慮

しての解剖が行なわれるようにしなければならない。特に行政解剖などになると検視官の意向が法医学解剖医に強く反映されて、通り一片の解剖となり、虐待が見逃される危険性さえあると思われる。いかに、救急臨床医の死因やその病態に対する疑問点を強く、正確に伝えるかが重要である。

小児救急医療現場での児童虐待に遭遇す

る機会はきわめて高いと言え、事故外傷などに隠れている可能性もあり、突然死・急死の症例にも隠れている可能性がある。しかし、その診断の困難性は、医療提供という特殊性から見抜けないことも少なくない。そこで、現代のわが国においては、このような意識を医療関係者が十分に持って、救急医療を行なうことが必要であり、そのために医療関係者の児童虐待診断や疑い診断のスキルアップが常に、継続的に行われる必要があると考えられる。

#### 【小児救急医療現場での理想の対応策】

##### ①小児救急医の児童虐待への意識向上

医療機関における「児童虐待の発見は、児童虐待を疑うことがその第一歩」と言われているのは周知の事実であり、多くの医療者がその知識を持ち、そういうつもりでいる。また、医療機関の中でもグレーゾーンを含めて、児童虐待例、疑い例に最も遭遇することが多いのは救急医療現場である。しかし、小児救急医療現場がきわめて煩雑で多忙であることも周知の事実である。この煩雑かつ仕事量の過多の中で、良い医療を行うことには努めても、子どもの状態、親・保護者の状態の少しの違和感に気付いたとしても、トラブルや時間がかかってしまうことから、その違和感を放置してしまう危険性が非常に高いといえる。このような状況が多いことを考慮すれば、如何に正確に児童虐待の特徴を認識しておくことが、違和感を放置するような看過を回避できることとなる。

##### ②院内診療システムの確立（診療科の統一化）

医療機関は多種多様の職種が混在するとともに、大規模の医療施設ほど、多くの診

療科が存在し、1つの診療科の中でも多数の医師が診療を行っているのが現実である。さらに、事故外傷の子ども達を含め、主訴に合わせた当該診療科を受診してしまうことが多い。このような診療システムでは、過去の他診療科の受診歴が埋もれてしまったり、児童虐待に詳しくない医師の診療を受けたりと、児童虐待が看過される可能性が高くなる。このため、大規模な診療施設・救急医療施設では虐待発見・予防の院内ネットワークが必要になることは自明の理である。そこで、当センターでは内科的危急疾患に限らず、事故外傷などの外科的危急疾患であっても、16歳未満であれば、必ず小児科医が初診を行うことを義務付け、院内ネットワークより、よりスピーディに児童虐待症例に対応できるように診療システムを確立した。

##### ③児童虐待発見・予防への全職員参加と研修体制の確立

医師のみならず、多くのコメディカルや事務員など、よりたくさんの観察の眼があることが必要である。そういう観点から、何となく気になる子ども、親、親子関係に気づいたら、それとなくチェックするシステムを院内に設けておくことが児童虐待の発見に最も重要であり、基本的対応の原点と言えるであろう。このような体制の普遍化を図る意味でも、気になる子どものチェックリスト（表1参照）と気になる親のチェックリスト（表2参照）を作成し、各部署に配備している。ここで重要なことは、医師、看護師のみならず、事務職員から、放射線技師や臨床検査技師など全ての職員が記入できて、そのチェックリストを共有し、多くの場面での親子関係の雰囲気

見を聞くことができるようにしなければならない。このためにも継続的な研修体制の確立を行い、定期的な研修の実施と各部署に指導係なるキーパーソンを配置することで、虐待事例対応における院内職員の温度差をなくすように努める。

④突然死・急死症例（心肺機能停止搬入症例）における対応の不審死（不詳死）の普遍化、および解剖率の向上と解剖医との連携強化

心肺機能停止症例として搬入される虐待症例も少なくないが、すぐに虐待の診断ができない症例もまれではない。そういう意味から、特に心肺機能停止症例での診断は

時間的余裕がなく、その疑い診断にしても正確性が要求される。そういう観点からも、日本乳幼児突然死学会ではいま、突然死診断基準（下記枠組み参照）を改定しており、より乳幼児突然死症候群（SIDS）を厳密に診断しようとする意図がみられる。それだけに SIDS の診断を含めての社会医学的対応が難しくなった、或いは安易に窒息、SIDS と時代の趨勢で診断してきたわが国の臨床医への戒めとも考えられる。ここには虐待による死亡が増加していることも十分に影響を与えているといえる。いずれにせよ、安易に突然死或いは乳幼児突然死症候群などの診断を行わないことが最も重要である。

日本 SIDS 学会の 1 歳未満の乳幼児突然死の分類指針（2005 年 3 月改定中）

I. 乳幼児突然死症候群

I a: 典型的 SIDS ; 9 ヶ月未満の突然死で成長発達が正常。同胞や同じ環境で養育されている乳幼児に同様の死亡例がない。

I b: I a 以外の SIDS ; 12 ヶ月未満の死亡で上記条件

II. 内因性急死

診断された疾病の病態が突然死の死因として十分に説明可能なもの

III. 外因死

外因による急死としては、外傷、事故、窒息、溺水、うつ熱、凍死、虐待、殺人、中毒、傷害致死などである

IV. 分類不応の乳児突然死

臨床と剖検所見のいずれからも確定診断に至らず、病死（SIDS を含む）と外因死の判断ができないもの

IV a: 剖検されているもの

IV b: 剖検されていないもの

（I と IV は原則として、何らかの形式の解剖が行われないと診断できない。解剖が行われず、II 及び III に当てはまらない症例は原因不明死・不詳死とする）

さらに、乳児の突然死の場合にはいかなる解剖であっても頭蓋内の解剖も行うべきであり、解剖ができない場合には、死後検査としても頭部 CT 検査は必須であり、全例施行する体制を構築している。

加えて、検視官との議論を高め、行政解剖率をあげることで解剖医への臨床診断およびその診断における疑問点の伝達を正確に行うとともに、解剖医・法医との連携を強化する。

#### ⑤施設における虐待診断の法的意義を向上化

児童虐待症例の増加に伴い、児童相談所など関係機関からの虐待診断目的での受診も増加しつつあるが、虐待診断根拠の精度を高めるとともに、その法的意義の向上を図り、より社会的コンセンサスの得られる虐待診断書の作成と発行を行っていく必要がある。このためにも関係機関との窓口を一本化するとともに、複数の小児科医において、児童虐待診断のスキルアップを自己研修するとともに、児童相談所、家庭裁判所調査官との議論を重ねて、虐待診断書の法的意義の向上を図る努力を続ける。

#### 【最後に】

小児救急医療現場での基本的役割を一言で表せば、疑い例を始め、見逃しをせず適確な診断を行い、関係機関に連携するということであり、更にその心身の重症度診断を行い、早期治療開始することである。しかし、医療機関への受診はある意味で密室の家庭・虐待環境から唯一、外へ、表へ、或いは社会へ出る時と言える。この唯一の機会に、児童虐待を看過したり見逃したりすることは、そのまま虐待の進行を手助けすることとなることを医療者は自覚してお

かねばならない。すなわち、医療機関は児童虐待における、受身の発見機関で、継続観察ができにくい機関である点からも、決して見逃しが許されない機関、或いは最も迅速かつ適確な診断・対応が求められる機関といえ、子どもの診療に関わる全職員の継続的な児童虐待に関する継続的な研修体制の構築が不可欠である。

いずれにせよ、医療現場では「何か気になる子」「何か気になる親」「何か気になる親子関係」に対して、全職員がアンテナを高くして、そのシグナルをキャッチすることが重要であり、そのシグナルが児童虐待に関連するものかどうかの見極めることが対応の基本となる。その後の過程は複数の専任小児科医が児童虐待対応のスキルアップを行い、関係機関との連携強化を図るべきである。

表1 児童虐待診断チェックリスト(子ども用)

北九州市立八幡病院小児救急センター

ID-NO ( ) 姓名( ) チェック( )回目 年 月 日 時

チェック者( )所属( )

○子どもの身体所見

- ・全身状態 低身長 (-2.0SD 未満) 痩せ (-2.0SD 未満) 栄養障害  
体重増加不良 るいそう おおよそ不適切な服装 (季節はずれ、性別不明など)  
不衛生 (垢まみれ、ひどいオムツかぶれ、未治療の皮膚炎など)
- ・皮膚 新旧混在の外傷痕 多数の小さな出血斑 四肢体幹内側の傷  
不審な傷 (指や紐の形の挫傷、腕や手首を巻いてる挫傷など)  
不自然な熱傷 (多数の円形の熱傷、手背部の熱傷、乳児の口腔内熱傷、熱源が推定できる熱傷、境界明瞭な熱傷痕など)  
頭皮内の複数の外傷や抜毛痕
- ・骨折 新旧混在する複数回骨折 多発骨折 頭蓋骨骨折 (特に縫合線を越えた頭蓋骨骨折) 肋骨骨折 肩甲骨骨折 椎骨骨折  
乳児の骨折 らせん状骨折 鉛管骨折\* 原因不明の骨折  
\*鉛管骨折：パイプを折るような外力で対側の骨皮質が保たれる骨折
- ・頭部 頭蓋内出血 (特に硬膜下血腫) 眼球損傷 網膜出血  
前眼房出血 多発脳内出血 (Shaking baby syn.)
- ・性器 肛門や性器周辺の外傷 若年妊娠 性器自身の損傷
- ・その他 事故・中毒による反復傷害 反復する尿路感染症 原因不明の疾患の反復 (Munchausen syn.by proxy などの疑い)  
原因不明もしくは説明のつかない発育発達遅延

○子どもの心理・精神・行動所見

- 一見して子どもらしくない無表情 動きがぎこちない
- 表情が暗く・硬く、感情を余り外に出さない・出そうとしない
- 触られることを異様に嫌がる 自分からの発語が極端に少ない
- 保護者が傍に居ると居ないのとで動きや表情が極端に変わる
- 大人の顔色を窺ったり、怯えた表情をする 異様に甘える
- 注意を引く言動 過度の乱暴な言動 多動で落ち着きがない
- 目立つ無気力さ・活動性の低下 持続する疲労感・倦怠感
- 繰り返す食行動異常 (むさぼり食い、過食・拒食、異食)
- 家に帰りたがらない 繰り返す家出 夜間遅い時間の外出
- 単独での非行 (特に食物を主とした盗み) 急激な学力低下
- 年齢不相応は「性」に関する言葉 常識・社会性の顕著な欠如

●診断評価 育児障害 グレー イエロー レッド ●対応連絡 院内 福祉 児相

表2 児童虐待診断チェックリスト(保護者用)

北九州市立八幡病院小児救急センター

ID-NO ( ) 子どもの姓名 ( ) チェック時 年 月 日 時  
 総合チェック者 ( ) 所属 ( )

○受付・事務部門

- ・保険 保険証がない 保険証を持参していない 生活保護  
医療保護 母子医療 未納歴がある 住所が不定  
電話がない(あっても差し止めで不通)  
他医療機関の受診歴が近々で異様に多い
- ・態度 事務的手続きをしたがらない 事務の手続きに不備が多い  
その他 ( )

○待合室

- ・態度 順番が待てない 他の家族とトラブルを起こす 態度が傲慢  
場所をわきまえず騒ぐ 子どもの面倒をみない・世話をしない  
子どもを異様に叱ったり・脅したりする 子どもを平気で叩く  
子どもの重症度と無関係な態度がみられる スタッフの言動に  
 文句をつけやすい

○診察室

- ・母子手帳 持参していない ほとんど記載がない 健診歴がない・少ない
- ・問診(既往歴) 予防接種をしていない 既往疾患を覚えていない  
以前のことを聞くと極端に嫌がる  
家族の中で既往歴の把握が異なり意見が一致しない
- ・問診(現病歴) 発症や受傷状況をきちんと説明ができない 説明が変化する  
保護者で説明が食い違う 受診までの時間経過が長い  
家庭看護がほとんどされていない 前医療機関の悪口を言う  
子どもの病状把握ができていない 日頃の状態が説明できない
- ・診療説明 状態に関わらず自己主張が強く、不要な応急処置を要望する  
重症度に全く関心がない 診断名や予後説明に耳を貸さない  
治療や入院の必要性を理解しない 説明に対して質問がない  
子どもの病状より自分の都合を優先したがる  
1回の治療で完結できる治療法を望み、再診などを嫌う

○診察後(待合室～受付～薬局など)

- 再受診などの説明の確認をしない 家庭療育への説明を聞かない  
使用薬剤の説明を聞いたがらない 子どもを大事に扱ってない  
診療への不満を誰となく言う 薬など必要以上に欲しが  
支払いをせずに帰る

●対応 カルテ上マーキング 上申にて対応会議 即刻対応 ( )



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 4 愛知県内の児童虐待に対する院内ネットワーク・地域医療ネットワークの現状

第 1 報 — 国公立病院以外の地域中核病院も含めた検討 —

研究協力者：あいち小児保健医療総合センター山崎嘉久、塩之谷真弓

要旨

愛知県における児童虐待への地域の医療機関の対応状況を把握するため、平成 16 年 11 月に県内 77 病院の虐待対応窓口宛てに選択肢を用いた記名調査を実施し、49 病院（国公立病院 25 か所、国公立以外の病院 24 か所）から回答を得た。院内ネットワークが設置されていたのは 22 病院、設置予定が 4 病院で、過半数が院内ネットワーク化の動きを示した。

院内ネットワークを有する 22 病院では、ハイリスク要因に気づいた場合の保健機関への連絡(68.2%)や子育て支援として看護師や助産師が家族から相談を受ける(63.6%)などの予防的な対応が、ネットワークのない病院に比較して広く行われていた。地域の医療機関相互の連携についても 45.5%は、紹介先や連絡方法は確立しており問題ないと回答した。院内ネットワークの有無は、虐待の対応状況や地域との連携状況と高い関連性を認めており、病院での児童虐待の対応には、院内ネットワークが有効であることが確認された。

愛知県の地域中核病院等において、虐待の発見や介入等の対応は進んできたものの、子どもや親のこころの問題への医療資源の乏しさや、家族の同意をとりつけての専門医療機関への紹介の困難さなど、その後の医療としての対応にはいまだ多くの問題がある。今後、病院での治療的対応の充実と、地域の医療機関相互のさらなる連携強化が望まれる。

はじめに

いわゆる虐待防止法が 2000 年に施行されてから 5 年が経過し、その見直しや児童福祉法の一部改正とともに子どもの虐待に対する法的対応は新しい局面を迎えている。この間にも、児童相談所への通告件数は増加しつづけ、死亡事例や重症のネグレクト事例の報告に改善の様子

は認めず、性虐待事例の発見も相次いでいる。

またこの間、愛知県では子どもの命に直接関わる医療機関としての対応について、さまざまな研究会<sup>1</sup>や学会<sup>2</sup>での議論が行われ、行政から医療機関向けの虐待対応マニュアル<sup>3</sup>が作成、配布された。学会等においては先進的な医療機関から

のメッセージは得られるものの、地域医療の現場における具体的な取り組みについての報告はあまりない。

「被虐待児への医学的総合医療システムのあり方に関する研究班」の調査は、最近の医療での子ども虐待との出会いの変化と課題、虐待に対応するための院内組織や、医療機関と地域ネットワーク（地域医療システムを含む）の連携のあり方を検討する目的で行われた。地域の対応状況を把握するには、すでに児童虐待の診療経験がある程度有するか、医療機関として他機関と何らかの連携を行っている病院に視座をおく必要があるため、地域ネットワークでの役割を期待される公的病院を調査対象としている。

一方、地域の小児医療は国公立病院以外の多くの医療機関も担っている。地域の医療状況全体の把握には、対応の先進的な病院ばかりではなく、公的病院以外の病院も含めた把握も必要と考えられる。愛知県では今回の当研究班の調査と同時に、より簡易な質問紙を用い、国公立病院ならびにその他の設置主体も含めた地域中核病院等を対象とした調査を実施した。本報告書では、その結果を中心に愛知県の現状について報告する。

#### 対象・方法

愛知県内の国公立病院または地域医療の中核的な役割を担う病院で、小児医療（小児の外科系診療や産科系診療、小児救急診療を含む）を担っている 77 病院（200 床以上。一部 100 床以上の病院を含む）を対象とした。平成 16 年 11 月に行われた厚生労働省科学研究「被虐待児

への対応に関する院内・院外連携システムに関する研究」の施設長宛てに送付された調査票とともに、各医療機関の虐待対応窓口宛てに、子ども虐待への対応に関する病院の状況、虐待に対応する上で地域の医療機関間の連携についての選択肢を用いた質問用紙、ならびに関係機関への公表を前提とした「県内医療機関子ども虐待等連絡窓口一覧の作成へのご協力をお願い」を送付し、記名回答を求めた。

#### 結果

##### 1. 県内医療機関の院内ネットワーク組織の設置状況

回答は 49 病院から得られた。回答医療機関の設置主体は、国公立病院 25 か所（独立行政法人を含む）、国公立以外の病院 24 か所であった。回答者の職種は、医師 29（小児科医 26、児童精神科医 1、内科医 1、脳神経外科医 1）、看護師 1、医療ソーシャルワーカー等 15、事務官 4（医務局長、事務部企画課、事務部指導課、主事兼指導員各 1）、無記入 1 であった。（複数職種による回答 1）

回答のあった 49 病院のうち、院内ネットワークが設置されていたのは 22 病院、設置予定が 4 病院で、過半数が院内ネットワーク化の動きを示した。院内ネットワークを設置または設置予定の 26 病院のうち、国公立病院は 13 か所（独立行政法人を含む）、国公立以外は 13 か所であった。

なお、愛知県地域保健医療計画の見直しの基礎データを得る目的で、愛知県が実施した平成 16 年度愛知県医療実態調

査の集計結果（以下、医療実態調査）によると、県内の母子医療を担う179病院（対象施設は、小児科を標榜している、NICU又はPICUがある、小児科在院患者がいる、常勤小児科医がいる、0歳から15歳未満の時間外受診者延べ数が平成16年7月時点で月間10人以上ある、の条件のうちいずれかひとつを満たす病院）のうち、児童虐待に対応するための院内ネットワークの設置ありが21病院、ネットワーク設置予定が9病院であったと報告されている。

## 2. 児童虐待に対する県内の医療機関の状況

### 1) 地域中核病院等における児童虐待への対応状況

医療機関の状況についての回答を、すでに院内ネットワークが設置されている22病院（ネットあり）、設置予定の4病院（設置予定）、ネットワークが設置されていない23病院（ネットなし）に分けて分析した（表1）。「院内で虐待対応責任者（的な役割）を選ぶことが困難」「虐待を疑っても、主治医がひとりで対応するしか方法がない」などの項目は、ネットあり群に比べネットなし群でやや高い回答比率を認めたが、「ケースワーカー・臨床心理士の人数が少なすぎる、またはいない」には、どの群も2～3割程度が該当すると回答していた。

病院で可能な虐待への対応として「周産期に家族のハイリスク要因に気づいた時には、保健機関などに知らせる」には全体で22病院（44.9%）、「（看護師や助産師などが）子育て支援として家族の相

談に乗ること」には21病院（42.9%）が実施していると回答されたが、ネットあり群においては、それぞれ68.2%、63.6%と、その比率が圧倒的に高かった。一方、どの群でも「児童相談所等に知らせてはいるが、それ以上の役割は困難」には2割ほどが、「家族にハイリスク要因を感じても、病院でできることはあまりない」にも1割ほどが該当すると回答していた。また他機関との連携において「他機関（保健所・児童相談所ほか）から紹介を受けた経験がほとんどない」との回答を全体で14病院（28.6%）に認めたが、そのうち12病院はネットなし群の病院であった。

なお、回答が得られた病院においては「虐待が疑われても、児童相談所につながることは困難」「子ども虐待は児童福祉の問題であり医療機関は深入りすべきでない」との回答は、まったく認めなかった。

### 2) 医療機関間の連携に関する問題点

虐待に対応する上で、医療機関間の連携に何らかの問題で困難があると回答したのは、29病院（59.2%）であった。その内容として、「子どものこころの治療を引き受けてくれる病院がない」は16病院（36.4%）、「親の治療を勧める時に引き受けてくれる病院がない」は14病院（31.8%）、「身体的虐待やネグレクトの救急診療において、紹介できる病院がない」は6病院（13.6%）、「かかりつけ医に逆紹介することができない」は5病院（10.2%）が回答した。もっとも回答の多かった選択肢は「医療機関相互の情報交換を行う仕組みや会合がない」18病院（40.9%）で

あった。これらの項目においては院内ネットワーク設置の有無による違いはあまり認められなかった。

表1. 愛知県内の病院における児童虐待への対応状況

選択肢を用いた質問票に回答した49病院の状況を、児童虐待に対応する院内ネットワークが設置されている22病院（ネットあり）、設置予定の4病院（設置予定）、ネットワークが設置されていない23病院（ネットなし）に分けて示した。

選択肢	ネットあり (n=22)	設置予定 (n=4)	ネットなし (n=23)
a. 院内で虐待対応責任者(的な役割)を選ぶことが困難である その他理由(記述) ・人が少ない、業務のかけもちが多すぎる。 ・小児科常勤医不在。	0: 0.0%	0: 0.0%	7: 30.4%
b. 組織が大きいなどの理由で、病院として、どの程度対応できているか 掌握できない	2: 9.1%	1: 25.0%	1: 4.3%
c. 虐待を疑っても、主治医がひとりで対応するしか方法がない	1: 4.5%	0: 0.0%	6: 26.1%
d. 虐待に対応するには、医師・看護スタッフの数が少なすぎる	1: 4.5%	1: 25.0%	7: 30.4%
e. ケースワーカー・臨床心理士の人数が少なすぎる、またはいない	6: 27.3%	1: 25.0%	13: 56.5%
f. 協力的でない部署・職種がある その部署名: 病院幹部	1: 4.5%	0: 0.0%	0: 0.0%
g. 虐待を疑った場合に児童相談所等に知らせてはいるが、それ以上の 役割は困難である	4: 18.2%	2: 50.0%	9: 39.1%
h. 周産期に家族のハイリスク要因に気づいた時には、保健機関などに 知らせている	15: 68.2%	2: 50.0%	5: 21.7%
i. (看護師や助産師などが) 子育て支援として家族の相談に乗ることならできる	14: 63.6%	2: 50.0%	5: 21.7%
j. 家族にハイリスク要因を感じても、病院でできることはあまりない	3: 13.6%	0: 0.0%	6: 26.1%
k. 虐待例に、ほとんど出会ったことがない	4: 18.2%	0: 0.0%	4: 17.4%
l. 他機関(保健所・児童相談所ほか)から紹介を受けた経験がほとんど ない	2: 9.1%	0: 0.0%	12: 52.2%
m. 虐待が疑われても、児童相談所につなぐことは困難である	0: 0.0%	0: 0.0%	0: 0.0%
n. 子ども虐待は児童福祉の問題であり医療機関は深入りすべきでない	0: 0.0%	0: 0.0%	0: 0.0%
o. その他、病院として子ども虐待への対応には困難な状況がある その他の内容(記述) ・虐待ケースを入院治療する場合、付き添いの問題で困ることがある。 ・虐待治療のための入院ベッドが足りない。病院というシステムの限界がある。 ・主治医と患者という立場での問題追求や解決方法に限りがある。入院期間等が 長くなる場合も困難。 ・病院よりも家族や家庭や環境の方が重要で、もっとフィールドを大きくしてほ ならないため。 ・権限がない、フォローはできるが病気が主体となる。 ・小児科外来はやっていない、常勤の小児医師がいない。	5: 22.7%	1: 25.0%	2: 8.7%
その他、自由記述 ・児童相談所からの虐待児の入院経験はよく受けているし、可能ながぎりそれに 対応している。 ・常時ネットワークが維持されてはいるが、必要時にはシステムは機能する。			1: 4.3%

(複数回答あり)

その一方で、医療機関間の連携については10病院(45.5%)であったのに対し、ネットなし群では4病院(17.4%)と、ネットあり群で高い比率を示した。「他の医

療機関に紹介したり、受けたりする必要性を感じたことはない」との回答はネットあり群の2病院(9.1%)、ネットなし群の5病院(21.7%)が回答した。ただ、病院ごとにその回答を分析すると「紹介先や連絡方法は確保されており問題はない」と回答しながら、質問項目c.からg.にも

該当ありと回答した病院が4病院、「他の医療機関に紹介したり、受けたりする必要性を感じたことはない」と回答しながら、質問項目c.からg.にも該当ありと回答した病院が5病院に認められた(表2)。

表2. 虐待に対応する上で、医療機関間の連携において困難なこと

選択肢		ネットあり (n=22)	設置予定 (n=4)	ネットなし (n=23)
a.	紹介先や連絡方法は確保されており問題はない	10 45.5%	1 25.0%	4 17.4%
b.	他の医療機関に紹介したり、受けたりする必要性を感じたことはない	2 9.1%	0 0.0%	5 21.7%
c.	身体的虐待やネグレクトの救急診療において、紹介できる病院がない	1 4.5%	1 25.0%	4 17.4%
d.	子どものこころの治療を引き受けてくれる病院がない	7 31.8%	2 50.0%	7 30.4%
e.	親の治療を勧める時に引き受けてくれる病院がない	5 22.7%	2 50.0%	7 30.4%
f.	医療機関相互の情報交換を行う仕組みや会合がない	8 36.4%	3 75.0%	7 30.4%
g.	かかりつけ医に逆紹介することができない	3 13.6%	0 0.0%	2 8.7%
	医療機関間での連携に何らかの困難がある(c.~g.に回答がある)	12 54.5%	4 100.0%	13 56.5%
h.	その他困難なこと(自由記述)	1	0	2
	・子育てスキルや親子の愛着の再形成に関わる専門機関の不在。一般精神病院との連携が困難。	1		
	・囑託の医師が診て、その医師によって次の施設が紹介される暗黙の仕組みはあるが、病院として連携ネットは使っていない。			1
	・当院は小児科を標榜しているが、常勤の小児医師はおらず、小児外来はしていない。			1
	無記入	1 4.5%	0 0.0%	4 17.4%

(複数回答あり)

### 3. 病院における児童虐待等連絡窓口について

関係機関への公表を前提とした窓口記入用紙には、44病院から回答があった。窓口の職種としては、小児科医師14病院、その他医師3病院、看護師4病院(看護師2病院、助産師1病院、保健師1病院)、医療ソーシャルワーカー等28病院、事務官4病院などであった。特定の窓口は定

めていないものの、医師が診療の中で対応しているなどの回答も認められた。なお、ひとつの病院内に複数の窓口職種を設けている病院が12病院と回答病院中の3割ほどを占めた。またを同一職種の窓口内でも複数の担当者を設けている部署も8部署認められた(表3)。

表3. 病院で児童虐待に対応する窓口

関係機関への公表を前提として尋ねた虐待対応窓口の質問票に回答が得られた44病院の分析。

窓口担当者の職種		備考
小児科医師	14 病院	
その他医師	3 病院	児童精神科 1、医局(脳外科) 1、副院長兼総合福祉部長 1
看護職	4 病院	看護師 2、助産師 1、保健師 1
医療ソーシャルワーカー等	28 病院	医療ソーシャルワーカー 16、ケースワーカー・医療社会事業司 6、社会福祉士 5、精神保健福祉士 2、指導員 1
事務官	4 病院	事務局長補佐 1、指導課長補佐 1、医事課事務 1、事務吏員 1
特定の窓口は定めていない	3 病院	
複数の窓口で対応	12 病院	
同一職種(窓口)で複数担当者を配置	8 部署	

#### 4. 院内ネットワークが地域との連携に果たす役割

回答49病院のうち39病院については、研究班からの詳細な調査票に対しても回答が得られ、特に病院と地域との連携についての詳細なデータが得られた。この結果に基づいて、地域中核病院の院内ネットワークが病院と地域との連携に果たす役割について分析した。

##### 1) 地域中核病院から関係機関への通告・連絡事例

回答のあった39病院のうち、院内ネットワークありが20病院、設置予定4病院、ネットワークなし15病院であった。また、その設置主体は、国公立17病院(独立行政法人を含む)、国公立以外22病院であった。

地域の関係機関のうち、児童相談所、保健所・保健センター、家庭児童相談所

に対する通告や連絡の経験について、その理由別に求めた(図1)。

「生命の危険あり」「親子分離が必要」「重度」「中等度」の場合においては、これらの病院から児童相談所(または福祉事務所)への通告が、保健所・保健センターおよび家庭児童相談所と比較して有意に多いと回答された。また、「軽度」「虐待の疑い」の場合には、児童相談所への通告が、家庭児童相談所と比較して多いとの回答であった。

病院から保健所・保健センターへの紹介は、「予備群」「在宅での見守り例」「継続家庭訪問が必要な事例」の場合に、特に家庭児童相談所に比べて多いとの回答が得られた。どの項目においても、これらの病院と家庭児童相談所との連携は少ない結果であった。

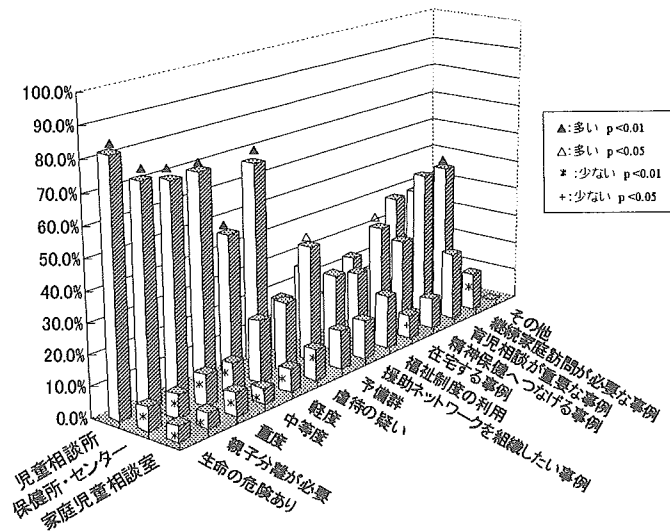


図1. 地域中核病院と関連機関との連携状況

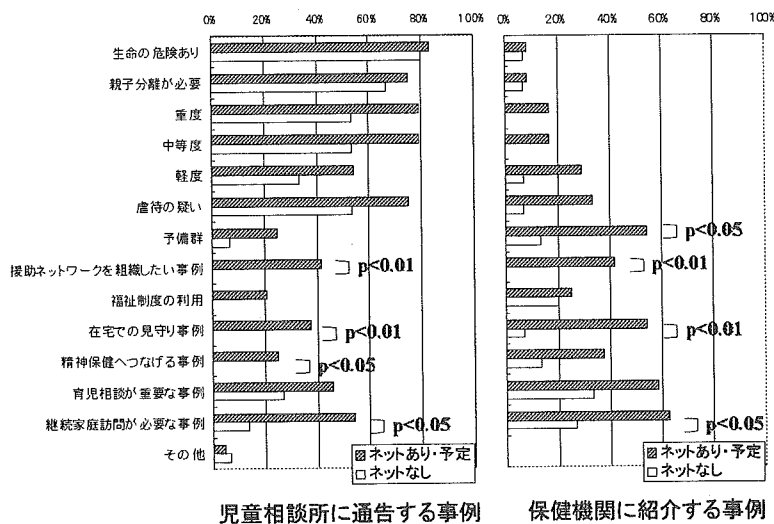


図2. 院内ネットワーク設置と他機関連携との関係

## 2) 院内ネットワークの設置と関係機関連携

児童相談所、ならびに保健所・保健センターとの連携状況について、院内ネットあり・設置予定の24病院と、ネットなし15病院とで比較した(図2)。

「生命の危険あり」「親子分離が必要」「重度」「中等度」「軽度」「虐待の疑い」の場合には、児童相談所に通告しているとの回答が、院内ネットワークの有無に関わらず多く認められた。

その一方で、児童相談所に対しては、

「援助ネットワークを組織したい事例」「在宅での見守り例」「精神保健へつなげる事例」「継続家庭訪問が必要な事例」について、また保健所・保健センターに対しては、「予備群」「援助ネットワークを組織したい事例」「在宅での見守り例」「継続家庭訪問が必要な事例」について、ネットあり・設置予定の病院においては、関係機関との連携がネットなし群の病院に比べて多く行なわれていた。

### 3) 院内ネットワークの設置と病院での虐待対応

病院での虐待への対応状況を、院内ネットワークの有無で比較した(図3)。多くの項目において、ネットあり・設置予定の病院での対応はネットなし群の病院より、対応が進んでおり、特に「診療する虐待事例数が増加した」「虐待事例の外来件数が増加した」「診断書の記入経験がある」の項目においては、有意差を認めた。

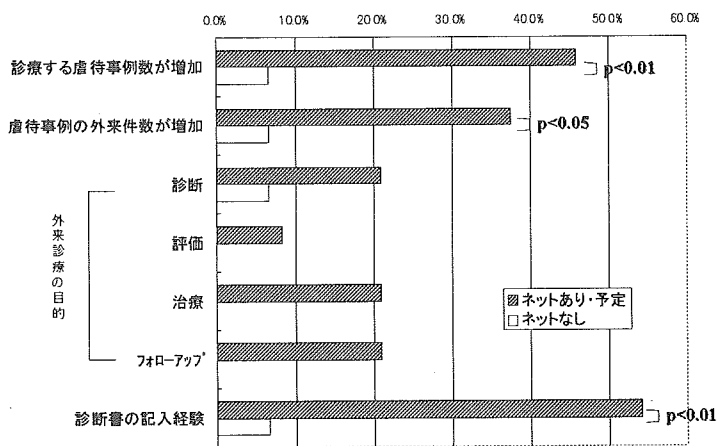


図3. 院内ネットワーク設置と虐待への対応状況の関係

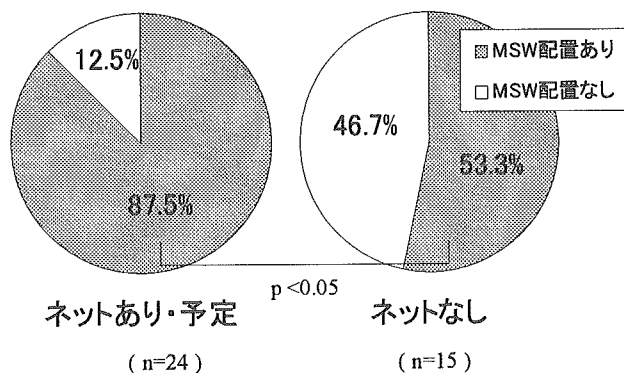


図4. 院内ネットワーク設置とMSW配置との関係



#### 4) 院内ネットワークの設置と MSW 配置

ネットあり・設置予定の 24 病院では、21 病院 (87.5%) に MSW の配置が認められたのに対し、ネットなし群の 15 病院での配置は、8 病院 (53.3%) と、両者に差異を認めた。

#### 考察

最近の医療における児童虐待との出会いの変化と課題、虐待に対応するための院内組織や、医療機関と地域ネットワーク（地域医療システムを含む）の連携のあり方を検討する目的で、平成 16 年度に「被虐待児への医学的総合医療システムのあり方に関する研究班」によって、全国 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 施設を対象とした調査<sup>4</sup>が行われた。その結果、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、その有無には地域格差が大きいこと。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ことなどが明らかとなった。研究班の調査では、地域の対応状況を把握するには、すでに児童虐待の診療経験のある程度有るか、医療機関として他機関から何らかの連携を行っている病院に視座をおく必要があるため、地域ネットワークでの役割を期待される公的病院を調査対象としている。

一方、地域の小児医療は国公立病院以

外の多くの医療機関も担っている。地域の医療状況全体の把握には、国公立病院ばかりではなく、公的病院以外の病院も含めた把握も必要と考えられる。愛知県では今回の当研究班の調査と同時に、より簡易な質問紙を用い、国公立病院ならびにその他の設置主体も含めた地域中核病院等を対象とした調査を実施した。

今回の調査に回答のあった 49 病院のうち、院内ネットワークを設置または設置予定と回答した病院の半数ほどが国公立以外の病院であった。これらの国公立以外の病院も含め、院内ネットワークを設置している病院は、すべて地域の小児医療の中核を担っている病院である。また病院の対応窓口としては小児科医が担当者となっている場合が比較的多かった。愛知県の医療実態調査からは、院内ネットワーク化の動きのある病院は二次医療圏ごとに一定数存在しているものの、それぞれの病院における院内ネットワーク化の動きは、行政的な対応というより、小児救急医療、周産期医療といった現場のニーズを背景に、現場裁量権を十分に行使した小児科医等の熱意が、病院全体を動かして組織化につながったものと推測された。

病院における児童虐待への対応として、予防的な視点での保健機関へのケース連絡や看護師や助産師を中心とした、周産期からの子育て支援への関わりなどが、多くの医療機関で行われていた。調査に回答した病院においては、かつて医療機関でよく言われていた「虐待が疑われても、児童相談所につなぐことは困難である」との認識はすでに皆無となっていた。

一方、ケースワーカーや臨床心理士、医師、看護スタッフなどの不足や、入院治療に伴う家族との軋轢などの困難、さらに子どものこころの治療を担う専門機関のベッド不足には深刻なものがあり、採算性のまったく期待できない児童虐待診療への政策医療としての位置づけが求められる。

今回の調査結果からも、現在わが国の医療機関、特に病院等で行われている児童虐待への対応活動は、まず救急医療現場における発見・通告を中心とした活動とともに、周産期医療や一般の外来・入院診療の中で発見されるハイリスク要因を持った子どもと家族への予防的関わりがある<sup>5</sup>。さらに、虐待という行為によって起きたこころの問題に対する児童精神科領域での治療も医療機関に求められる役割である。

児童虐待への対応には、地域のネットワークがどの分野の従事者にとっても不可欠であるが、その組織自体が多くの職種のコレクションである医療機関にとっては、院内ネットワークの構築が多くの場面で有用である<sup>6</sup>。今回の調査では、院内ネットワークの有無によって、虐待への対応状況はかなり異なっていた。前述の医療実態調査からも、調査対象の179病院のうち、被虐待児の診療経験があったのは41病院であり、うち23病院(56.1%)は、院内ネットワークが設置ありかまたは設置予定の病院であったという。

院内ネットワークが有効な場面としては、まず発見と診断の場面がある。特に複数の診療科がある病院では、発見の機会が増加し、情報の共有により客観的な

判断、対応の継続に役立つ。また児童虐待への対応では、治療効果はすぐには現れず、直接感謝されることも少ないため、関係職員の心理的バーンアウトが起こりやすい。院内ネットワークは職員同士の心の支え合いともなり職員同士のセルフケアにも役立つ。今回の調査でも、虐待対応の窓口は複数部署、複数担当で構成されている場合が多く認められた。現場のニーズから生まれた工夫といえよう。さらに院内ネットワークは、まだ地域ネットワークが未成熟な地域においては、地域のネットワークに対して、会議の場の提供、連絡先など進行管理の役割を担う場合もある。また、院内で組織化することは、関係職員の転勤や勤務交代が起きても継続的に対応できる礎ともなる。

特に周産期医療の分野において、病院で気づくケースには、退院後の子育てに困難が予測される場合も少なくない。こうしたケースへの子育て支援は、退院後の暮らしへの支援であり、地域との綿密な連携が不可欠である。医療機関と保健機関などとの連携には、医療機関がその診療活動の中で培った患者・医療者関係を背景として、退院後の暮らしを支援してくれる保健や(必要があれば)福祉の担当者に安心してつながることができるよう、支援についての医療従事者からの説明と、家族が利用したいと思えるような同意への促しが求められている<sup>7</sup>。現場では、周産期医療を担う病院が、保健機関などと連携して、子育て支援に取り組むシステムができあがりつつある。院内ネットワークの設置はこうした予防的関わりにおいても、有効な手段となり得

る。

地域の医療機関同士の連携状況に関する質問から多くの病院は連携に困難を抱えていた。その背景には子どもや親のこころの問題への医療資源の乏しさや、家族の同意をとりつけての専門医療機関への紹介の困難さが浮かび上がってくる。発見や介入に対して対応は進んできたものの、その後の医療としての対応にはいまだ多くの問題がある。

また、院内ネットワークが設置された病院では、地域の医療機関相互の紹介にも問題はないとの意見が半数に達していた。この連携は虐待に特化してのシステムというよりは、他の小児疾患で運用されている病診連携システムが虐待の診療にも適切に運用されているという意味が含まれている。ただ、院内ネットワークなしの病院にも問題なしとの回答が認められることや、この質問への無記入の病院があることは、別の解釈が必要である。

「他の医療機関への紹介の必要性を感じたことはない」との意見がこの群の2割ほどに認めることから、医療機関同士の連携が十分と考えるより、地域の児童虐待対応システムにおける医療機関相互の連携そのものの意味づけが、十分には認識されていない場合もあると解釈せざるを得ない。

総じて、愛知県内の小児医療の中核を担う病院の児童虐待に対する取り組みは、近年進んできたと捉えることができる。ただ、調査に回答のあった病院は、地域で小児医療に関わっている病院の全体数から見ると一部の病院である。医療機関相互の連携が困難な点として、医療機関

相互の情報交換を行う会合や研修会が少ないとの選択肢を40.9%の病院が回答したことは注目に値する。虐待の問題は関わる職種が幅広いために、研修会等のメニューもより幅広い職種を対象におくことが多い。また地域での連絡会といえ、児童相談所が中心となって運営されることが多い。しかし、小児科医であるKempe<sup>8</sup>が医療の視点から児童虐待を再発見し、社会の認知に貢献したことからも、医療従事者はその責務を自覚し、児童虐待に焦点化した医療機関相互の連携がさらに進展することが望まれる。

#### 参考文献

- 1 祖父江文宏：子どもの虐待とネグレクト，3(1)：2-3，2001
- 2 小林美智子、長嶋正實ほか：日本小児科学会雑誌 106(2)：148-149，2002
- 3 愛知県健康福祉部児童家庭課：医療機関用子どもの虐待対応マニュアル，愛知県健康福祉部児童家庭課発行，2000
- 4 森田好樹ほか：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，平成16年度厚生労働省科学研究費補助金（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に関する研究（H15-子ども-009）11-39，2005
- 5 山崎嘉久：平成16年度保健師中央研修会抄録集，厚生労働省健康局総務課保健指導室発行，241-252，2004
- 6 山崎嘉久：日本小児科学会雑誌 106(9)：1180-1186，2002
- 7 山崎嘉久、塩之谷真弓：平成15年度厚生労働省科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書，651-660，2004
- 8 Kempe CH: : Journal of the American Medical Association 181: 17-24, 1962

## その5 愛知県内の児童虐待に対する院内ネットワーク・地域医療ネットワークの現状 第2報 一院内・地域医療ネットワークに関するシンポジウムから見えてきたもの

### 要旨

あいち小児保健医療総合センターでは、平成17年3月19日に愛知県医師会、愛知県小児科医会、愛知県産婦人科医会の後援を受けて、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」を開催した。シンポジウムには、小児科医、産婦人科医、看護師、助産師などの医療従事者や保健師などの保健関係者、児童相談所職員などの福祉関係者などをはじめ165名が参加した。

### シンポジウムの概要

シンポジウムでは、地域の基幹病院で第一線の小児医療に携わる4名の病院小児科医（名古屋第二赤十字病院岩佐充二氏、公立陶生病院山口英明氏、一宮市立市民病院判治康彦氏、豊橋市民病院小山典久氏）および開業小児科医である高橋昌久氏から医療現場での実践に関する報告があった。シンポジスト各氏からは、救急医療と虐待診療の接点における院内ネットワークの重要性、病院からの通告や病院における虐待の告知・介入に関する困難さ、病院が主体となった事例検討会による地域保健医療ネットワークの実践、周産期医療を軸とした病院での虐待予防活動など、さらには、地域医療ネットワークの中で小児科医として実践可能な開業小児科医の役割などについて報告された。

岩佐氏は、救急病院で出会う事故死の中に、子どもの視点から見ると適切な世話が欠如していた例があるとの経験から、社会の理解がまだまだ浅薄であることを、山口氏は、病院での虐待の告知や介入に関わっていくことは、長い経験を持つ小児科医にとっても相当に困難なことであ

り、チームで対応する必要性とともに、若手の医師が対応するには十分な技量や人間性を磨く経験が必要であると述べた。また、判治氏は、子育てが困難な母親や家族に気づいた場合には、地域の保健機関との連絡会で情報を共有して支援に繋がるとともに、病院で長年続けている母子同室の入院で母親の子育てスキルを高める試みを報告し、小山氏は、自院での家族アンケート結果を示しながら、ベビーマッサージ、きずなノートなどのツールで親子の愛着形成を促す試みを紹介し、保健機関への連絡を行う中で地域の保健師がNICUの中で家族に出会うことの有用性を強調した。さらに高橋氏は、医院経営の立場からも、受診する患者に医師が直接「虐待告知」を行う役割はきわめて困難であり、虐待に気づいた時には、通告はしても、例えば告知や介入は児童相談所に任せ、医院としては、いかに「虐待」ということばを使用せずにその家族が引き続き受診できるように関わる努力をするかなどの、役割分担の重要性を述べた。またそのためには地域の関係機関との日々の連携から築かれる、スタッフ同士の信頼関係を強調した。