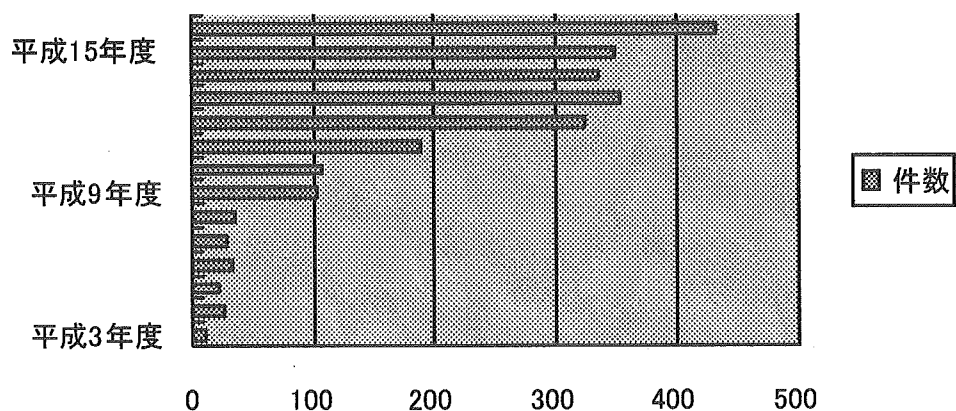


表9. 当該病院の職員の虐待に対する関心の変化  
 (児童虐待防止法(2000年)施行後の変化)

児相への通告	増加した	3 : A, B, H
	変化なし	13 : C, D, E, F, G, I, J, K, M, P, Q, R, S
	減少した	0
	不明	3 : K, L, O
他施設への連携	増加した	2 : E, H
	変化なし	14 : A, B, C, D, F, G, I, J, M, N, P, Q, R, S
	減少した	0
	不明	3 : K, L, O
他施設からの連携	増加した	3 : A, E, H
	変化なし	13 : B, C, D, F, G, I, J, M, N, P, Q, R, S
	減少した	0
	不明	3 : K, L, O
施設入所	増加した	3 : B, D, H
	変化なし	12 : A, C, F, G, I, J, M, N, P, Q, R, S
	減少した	0
	不明	4 : E, K, L, O

図1. 群馬県内の児童相談所で扱った子ども虐待件数の推移



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關  
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 9 大阪府立母子保健総合医療センターにおける院内組織の経緯と  
課題

研究協力者

藤江のどか 1) 森田好樹 2) 小杉 恵 3) 花房昌美 1) 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)  
分担研究者 小林美智子 1)

- 1) 大阪府立母子保健総合医療センター
- 2) 市立堺病院
- 3) 大阪府中央子ども家庭センター
- 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

大阪府立母子保健総合医療センターにおいては、平成 8 年 2 月に院内公的  
研究会として C A P S 研究会を発足させた。その後、平成 1 2 年の「児童虐  
待の防止等に関する法律」(以下、防止法)施行をうけ、平成 1 3 年 1 1 月、  
児童虐待防止推進委員会を設置し、その中に法的義務の履行等、センターと  
しての対応策ならびに对外機関との連携について協議、決定する小委員会と  
症例の把握・検討、集約、蓄積、早期発見や適切かつ円滑な対応、医療・看  
護の向上、防止を図る C A P S 研究会を設け活動を行っている。院内組織が  
できたことによって職員の子どもの虐待への関心と理解が広がり、連携と協働  
が進み、早期発見と再発予防、さらには発生予防にむけた取り組みに繋がっ  
ている。組織としての検討、決定がなされることで関与スタッフをサポート  
し、負担軽減にもなっている。しかし、見逃している事例、評価や判断、対  
応が適切になされていない事例等があることが推察され、検討すべき点はま  
だまだある。現在行っている活動と並行して、見直しを含め把握した出来事  
をひとつひとつ丁寧に検証していくことで一層の充実を図っていくことが  
求められている。

はじめに

防止法施行後、医療機関には子ども虐待の診断と治療だけでなく、法的義務の履行も求められるようになってきた。しかし、医療機関における子ども虐待への対応には、通常の診療とは異なる動き、いろいろな診療科・職種とのチーム医療、事務部門を含めた院内全体の理解と協力、さらには関係機関との連携・協働が不可欠であり、多大な労力、時間を要し、精神的負担も大きい。また、法的対応や児童相談所など関係機関との連携・協働にはわからないことや不慣れなことも多く、とまどいと混乱を生じることもある。そのため個々の対応を系統化し、組織としての検討、決定することは、発見から対応までの動きをスムーズにし、直接関与者のサポートにも繋がる。院内システムが構築され、十分に機能することは、子ども虐待の防止にも役立つと考える。

以下、大阪府立母子保健総合医療センターにおける院内システムについて紹介し、効果と課題についても検討する。

#### A. 大阪府立母子保健総合医療センターの概要

当センターは、大阪府内の周産期医療の専門的基幹施設として地域の医療機関では対応困難な妊産婦や低出生体重児、新生児に対する高度専門医療を行うため、昭和56年10月周産期医療の診療を開始した。平成3年には小児医療部門を開

設し、母体、胎児、新生児、乳幼児に至る一貫した診療を行っている。周産期医療部門は産科100床、新生児科60床の計160床、小児医療部門は203床で総病床数は363床である。平成16年度の職員数は、病院医師（歯科医師を含む）定員80名、看護職411名で研究所を含む総職員数は619名であり、平成16年度の1日平均外来患者数は585.4人、平均入院患者数は311人となっている。

また、医療相談室にMSWが2名、地域保健室に保健師2名が配置されており、養育問題や虐待（疑いを含む）の事例に関しては、家族への相談援助や院内の連絡調整、地域の保健・福祉機関等との連絡調整などの業務を行っている。

#### B. CAPS研究会の発足の経緯と活動経過

当センターにおいては、昭和56年の周産期医療部門開設以来、養育問題の予防という視点から取り組みを行ってきた。虐待事例に対しては関係スタッフで個々に対応してきたが、これらの個別の対応をより系統的に行うため、虐待の診療を担う発達小児科、被虐待児とその家族に関わることの多い医療相談室（ケースワーカー）、地域保健室（医師・保健師）でセンター内におけるチームやシステムについて検討してきた。そして平成7年3月、職員の子どもの虐待に関する理解を促すため「Child Abuse～その理解と援助

のために～」を作成、配布した。

平成7年10月、看護部を交えCAPS研究会発足にむけて組織、目的等について検討し、平成8年2月、第1回CAPS研究会を開催するに至った。看護職は看護部を含め全部署から各1名、計15名の出席となった。

研究会の目的は、①虐待を漏れなく早期発見し、正確な診断を行う②子どもと家族に適切な対応を行う（特に、初期対応、対外機関との連携について）③子どもと家族により専門的な医療・看護を行う、ことであった。活動内容は、①チームでの診断、治療、援助の検討②一貫したケア体制の整備③ケアのためのマニュアル作成④啓蒙活動⑤実態分析、であった。月1回、業務時間内に2時間の定例会を開催し、事例報告を中心に行っているが、学習的な内容を取入れたり、講演会開催などの活動も行ってきた。提出する事例は各部署に任されており、虐待事例よりも気になる事例、ハイリスク事例が多く、早期発見と予防に重点が置かれている。児童相談所から問い合わせ、診療依頼があった子ども虐待の事例を意識的に提出し、関わりの振り返りをすることも行っている。周産期医療部門と小児医療部門のスタッフが同じ場で検討することは、妊娠、出産、育児という一連の流れの中での事象がわかること、フィードバックがかかることの点で大きな意味がある。研究会開始後、

平成17年12月末までに提出された新規事例は156例、経過報告を含めた延検討件数は、343件となっている。

研究会開始時は、気づく眼を養うことに主眼をおいていた。その後、次の段階として対応について考えていくため、気になった親子の言動や家族状況、そのことに対しどのような対応策を考え、行ったのか、等を記載する事例報告用紙に改変した。しかし、子ども虐待事例の経験がないスタッフが多く、限られた時間の中でケース像を把握し、討議に参加することはむずかしく、会運営の工夫など行ってきたが、事例関係者以外の発言が少ない状況にある。

定例会以外の活動として講演会やセミナーの開催、報告書などの作成、発行も行っており、平成10年3月には、センター職員によるセミナーを報告書としてまとめ「揺さぶられっこ症候群（Shaken Baby Syndrome）—その病態と予防—」を発行した。そして院内職員向けのマニュアルとして第1版発行から10年を経過した平成17年3月、「子ども虐待対応マニュアル（第2版）」を作成、発行した。

C. 児童虐待防止推進委員会設置の経緯

CAPS研究会発足にあたり、警察や法的対応については医療問題委員会で対応することになっていた。平成12年11月防止法が施行され、当センターにおいても入院中

の子どもの一時保護が2例続くということがあった。入院中の子どもの一時保護は、当センターでは初めての経験であり、すべてが手探りの状態で、児童相談所との連絡調整や院内での対応の打ち合わせ、調整が大変であり、ストレスも大きかった。一時保護の段取りだけでなく、一時保護後の診療、家族への対応など医療機関として考えておかなければならない問題が多く、担当診療科だけで判断し、対応できることではなく、事務局を含めたセンター全体の理解と協力、決定が不可欠であった。病院長や事務局を交え何度も会議を開き検討し、進めていったが対応についての規定もなく、責任の所在も不明確であった。

一方、児童相談所から通告があった児、一時保護した児、一時保護を検討している児、被虐待児、虐待が疑われる児などに関する受診の有無や診療情報等についての問い合わせ、調査依頼が増加してきた。これらのほとんどは保護者の了解を得ておらず、診療情報提供を主治医への相談と判断だけで行ってもいいのか、対応に苦慮してきた。なかでも児童相談所からの連絡が入ることが多く、調整などを担うことになるMSWとしては、対応に悩んでいた。その都度、虐待の診療をし、経験豊富な発達小児科医師に相談し、アドバイスをもらっていたが、発達小児科の患児でないことが多く、発達小児科医師と

してアドバイスや意見に責任をもてるわけではなかった。

また、CAPS研究会は、事例への対応について発言権や決定権はなく、組織としての判断、方針決定、対応等に関する院内システムの構築の必要性を関わっているスタッフは感じていた。このことは一時保護の時に多大な協力をしてくれた事務局も同様な意見であった。関わった個人が責任を負うにはその負担とストレスが大きすぎるため、援助に対して消極的になることも考えられ、組織として決定と責任を持ち、サポートすることを明確化することで直接対応するスタッフの負担とストレスを軽減し、援助に専念できる環境を作ることができると考えられた。そこで平成13年度に児童虐待防止推進委員会の設置にむけて事務局を中心に要項の草案作りを開始し、平成13年11月に設置、施行となった。

D. 児童虐待防止推進委員会について

児童虐待防止推進委員会（以下委員会）の趣旨は、「大阪府立母子保健総合医療センターにおいて児童虐待の防止を図り、児童の健全育成を推進する」ことである。委員長は病院長、副委員長は副院長とし、全部長、事務局長、CAPS研究会代表等を委員とした委員会には小委員会とCAPS研究会を設け、それぞれ活動を行うようになっている（図1）。

#### (1) 小委員会の活動について

趣旨の1つは「法的義務の履行等、センターとしての対応策ならびに  
対外機関との連携について協議、決定する」こと、2つ目は「特に、子どもと家族に対する適切な初期対応及び対外機関との連携について、早期活動を行う」ことである。その流れを図2に示す。委員長は病院長とし(表1)、関係職員の要請や委員長の召集によって必要時、随時、開催されることとなっており、平成17年12月末までに12回開催された。検討内容は、通告の要否に関することが多く、複数回の検討を行った事例もあった。緊急を要することが多いため、会議は時間外となることもしばしばである。また、児童相談所からの調査・照会依頼などに対する文書決裁も少しずつ増加してきている。その対応を図3に示す。

#### (2) 委員会設置後のCAPS研究会の位置づけと活動

児童虐待防止推進委員会の設置に伴って、CAPS研究会は委員会の中の研究会となり、組織の中での位置づけが明確化された(図4)。その趣旨の一つは「センターにおける症例の把握・検討及び症例の集約、蓄積を行い、児童虐待の早期発見や適切かつ円滑な対応、医療・看護の向上、防止を図る」、2つめは「調査、研究、啓発活動」となっており、構成員は表2に示すとおりである。研究会の開催、活動内容は、従来と

変わらないが、位置づけが明確化されたことで院内における理解と認識が進んだ。

平成8年2月に活動を開始して以来、職員の子ども虐待に気づく眼を養い、理解や知識、技術を深めていくという点では大きな効果があった。しかし、あくまでも公的研究会であり、先述したように関与スタッフが評価、判断、対応に困った時に相談に応じ、サポートする、直接関与していくといった実働的な活動をするわけではない。提出事例は各部署に任されており、見逃している事例、評価や判断、対応が適切になされていない事例等があることが推察される。実際、児童相談所から調査・照会依頼がくる事例は、センター内で見逃していた、あるいは気にかけてフォローしていたが適切な対応、援助が行われていないと思われる事例もある。このようなことを防ぎ、スタッフをサポートし、より適切な評価と対応を行っていくためには、研究会という位置づけでの活動だけでは難しい状況が生じてきている。E. 院内組織の構築による効果と今後の課題社会の子ども虐待への取り組みの動きや変化に伴い、法的な事柄が絡むことが多くなってきており、医療機関における治療、援助についてもこのようなことを考慮して進めていかねばならない状況となってきた。当センターにおいては院内組織ができたことにより法的対応や関係機関

対応については窓口が明確化し、組織決定されることになり、個々の関係者がその対応に苦慮することはなくなった。児童虐待防止推進委員会を設置して4年経過したが、小委員会が初めて開催されたのは2年ほど前である。あまり好ましいことではないが、小委員会での検討案件が徐々に増えてきており、検討を通じてこれまであまり関心がなかった診療科や医師など、職員の子ども虐待に対する理解、関心を促し、その存在が認識されることに繋がっている。同様にCAPS研究会活動を通じて院内職員に対し、子ども虐待への理解と関心を広げ、促進し、知識と対応技術を高めることに貢献してきた。これら院内組織ができたことで連携と協働が進み、発生予防と早期発見にむけた取り組みがなされるようになった。

しかし、小委員会は先述したように法的対応や関係機関対応を中心としている。CAPS研究会は、提出された事例に対して検討を行っているが、事例関係者によるケースカンファレンスではないため主治医の出席はまれであり、研究会で出された意見を関係者が援助に役立て、すすめていくということになっており、関与スタッフのサポートや、ケースカンファレンスへの出席、援助への直接関与を行うことにはなっていない。関与スタッフの相談、サポート、事例の評価や判断、援助方針の決定等に対しては小委員会

やCAPS研究会では十分に対応できているとはいえない。また、虐待あるいは疑いのある事例に出会った時の対応は図5のようになっているが、周知徹底していない状況にある。児童相談所からの問い合わせ、調査依頼で虐待や疑いが判明する事例もあり、気づいていない、気になっていたが対応できていない、あるいは見逃している事例もあると推察される。医療機関においては子どもや家族の生活状況等の心理社会的状況を把握し、治療を行っていくことは難しい。そのため関係機関との連携は必須であり、円滑な連携を図るためにも院内における担当窓口の明確化が必要である。一方、院内においても見逃しをなくすと同時に、虐待を疑った、あるいは気になった時の対応について、担当窓口の確認など、改めて院内システムの周知徹底化を図っていくことも課題である。

今後、院内における子ども虐待への取り組みをさらに進めていくためには、検証を含め一つ一つの事例を積み重ねていくといった地道な活動とともに、気にかかる事例について積極的に関与を行っていくこと、各診療科の医師を巻き込み、看護職の相談窓口となりサポートできる看護職を養成するなど、子ども虐待に対して、適切な評価・判断、対応ができるスタッフを育て、増やしていくことも必要である。これらの課題がある中で、直接関与スタッ

フをサポートし、ケースカンファレンスへの出席、評価や判断、援助方針の決定に関与する委員会の構築にむけて試行を開始している。試行を始めたところであるが、ケースカンファレンスには主治医が出席するため主治医の見解を聞き、意見を交わし方針決定が行えることで速やかな援助に結びついていくとの印象を得ている。これまでの活動を振り返り、よい点は継続し、見直すべき点は見直すという作業を行うことでよりよい院内組織の構築をめざしていきたい。

#### まとめ

1. 大阪府立母子保健総合医療センターにおける院内組織とその活動について紹介した。
2. 院内組織の構築は、発見・対応の流れをスムーズにするとともに、子ども虐待に関する職員の関心と理解を広げ、促進する。
3. 職員の理解と知識が深まることは、早期発見が増加し、連携と協働が進み、再発防止、発生予防への取り組みを促進する。
4. 法的対応や関係機関対応について、組織として検討、決定することによって直接関与スタッフは治療、援助に専念でき、負担軽減となる。
5. 院内における担当窓口を決めておくことは、対応をスムーズなものとするだけでなく、院内における事例の把握、集約することになる。また、児童相談所との連携においても

担当窓口の明確化は、相互連絡の情報を集約し、連携を容易にし、連携をさらに進める。

6. 医療機関における子ども虐待への取り組みにおいては、事務部門の理解と協力も大切である。

7. これまでの活動を振り返り、新たな活動への試行を開始した。

#### 引用資料

- 1) 大阪府立母子保健総合医療センターCAPS研究会「子ども虐待マニュアル(第2版)」, 2005



図2. 児童虐待防止推進委員会小委員会（小委員会）の活動

- ・ 法的義務などセンターとして対応策ならびに对外機関との連携について協議・決定する場合のプロローチャートです。
- ・ 特に児童相談所への通告、関係機関への連絡の要否、関係機関からの問い合わせ、診断書の要請について検討します。

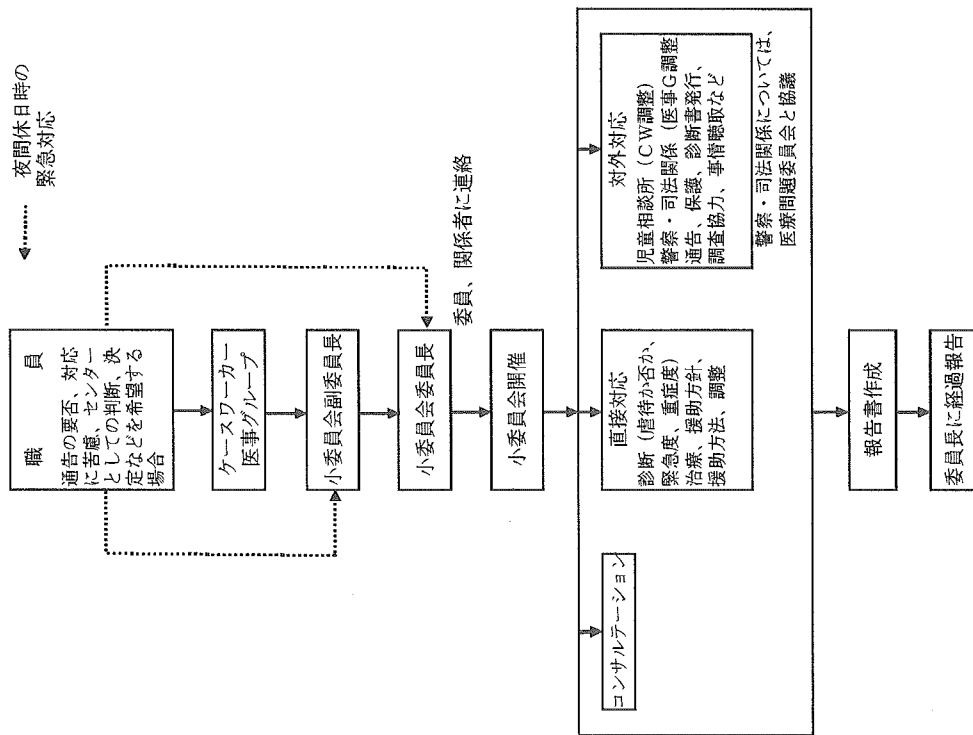
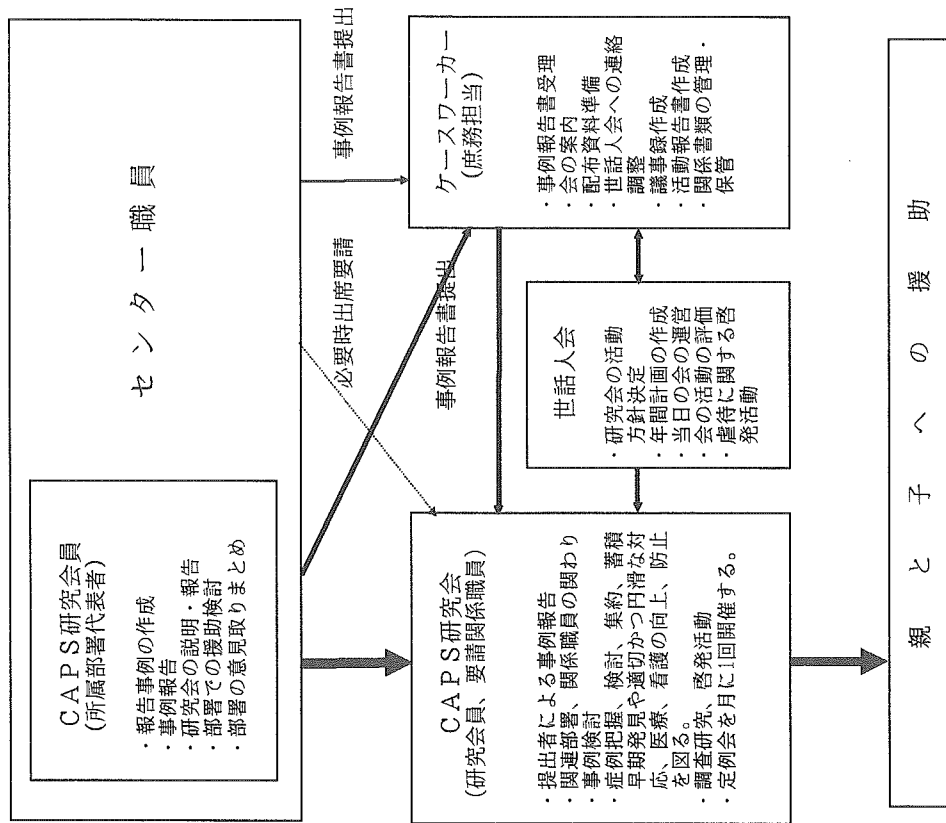


図3. CAPS研究会の活動

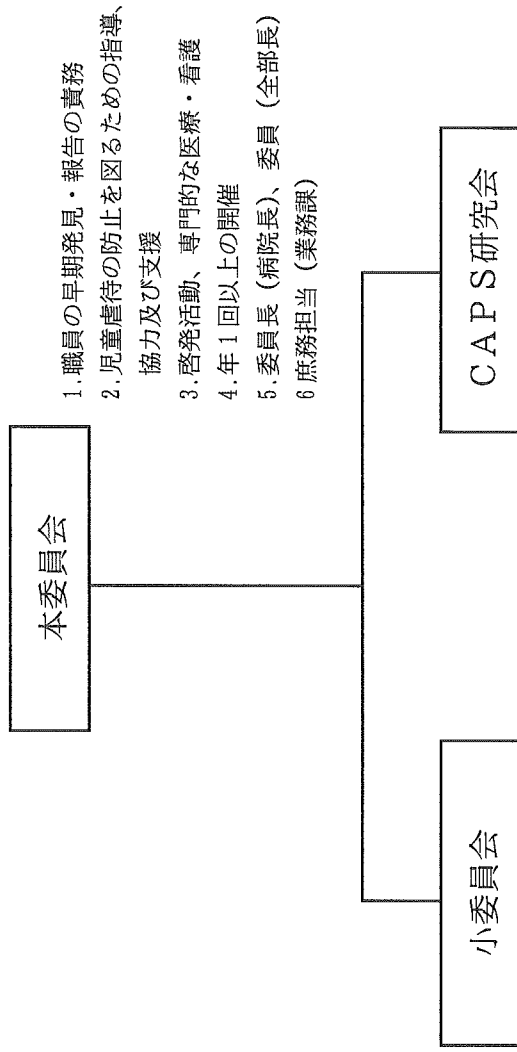
- ・ 発生予防や援助について検討しています。（平成8年2月活動開始）



- ・ CAPS研究会への事例報告は、所定の用紙に記載して、期限までにケースワーカーに提出します。
- ・ 啓発活動としては、講演会開催や冊子の作成をしています。

図1 児童虐待防止推進委員会について

「児童虐待の防止に関する法律」の制定、施行を受け、センターとして組織的取組みを図るため、平成13年11月児童虐待防止推進委員会を設置し、その中に小委員会とCAPS研究会を設けています。各々の機能の概要は以下のとおりです。



1. 法的義務の履行等センターとしての対応策ならびに対外機関との連携について協議、決定する。
2. 特に児童相談所への通告、関係機関への連絡の要否、関係機関からの問い合わせ、診断書の要請について検討する。
3. 関係職員は開催を要請できる。
4. 委員長が随時召集する。
5. 委員長（病院長）  
副委員長（成長発達科部長）  
代行（診療局長）  
6. 庶務担当（業務課）

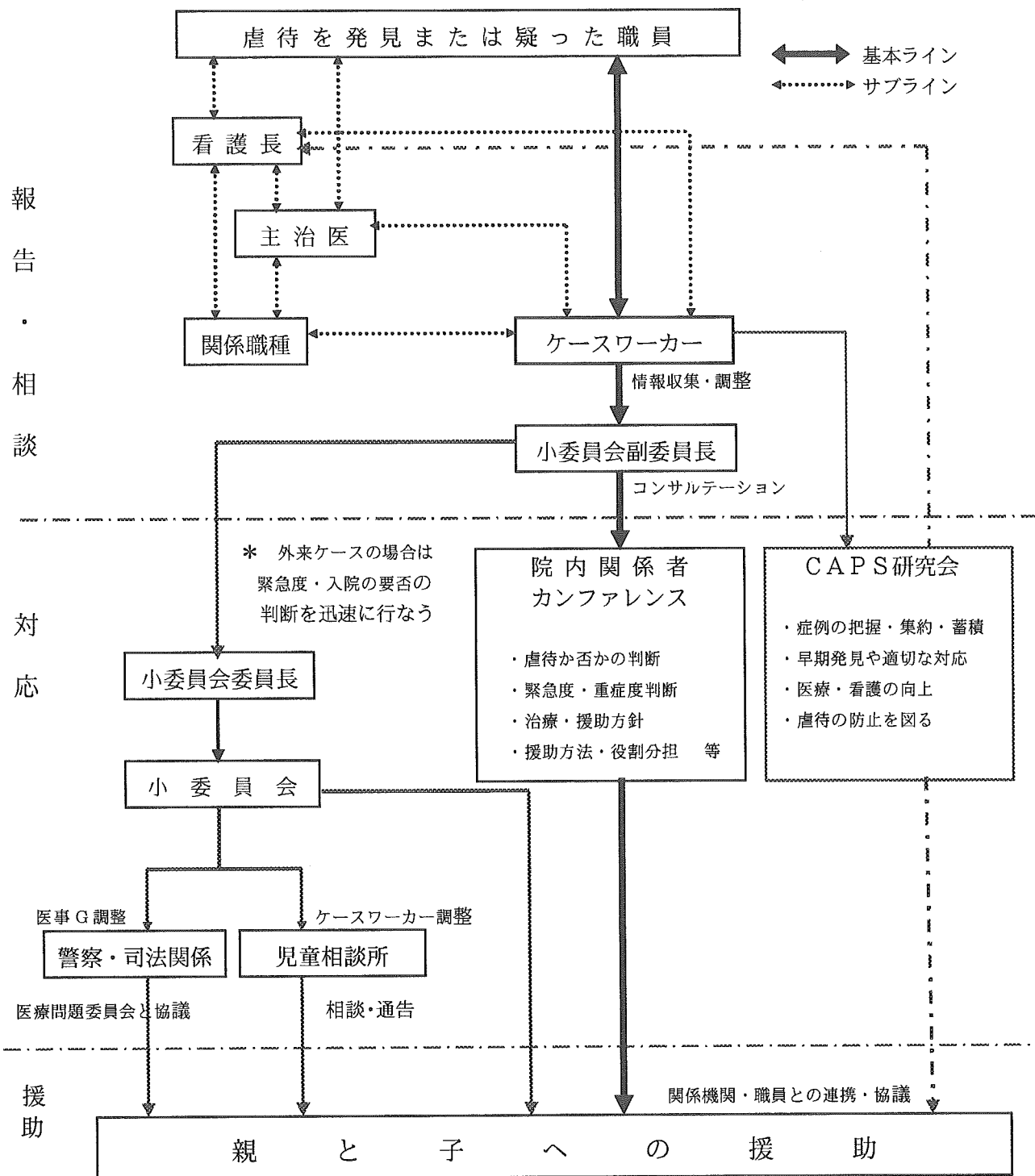
1. センターにおける症例の把握、検討及び症例の集約、蓄積。  
早期発見や適切かつ円滑な対応、医療・看護の向上、防止を図る。
2. 調査、研究、啓発活動
3. 月例会の開催
4. 代表者は委員長（病院長）が指名する。
5. 代表者は関係者の出席を要請できる。
6. 庶務担当（医療相談室）

表1 児童虐待防止推進委員会小委員会委員

委員長	病院長
副委員長	成長発達科部長
委員	診療局長 小児内科部長 新生児科部長 事務局長 看護副部長 地域保健室長 保健師 ケースワーカー 医事グループ
その他	主治医、診療科部長（科長）、発見当事者 委員長が指名する者

図4 虐待を発見または疑った場合の対応フローチャート

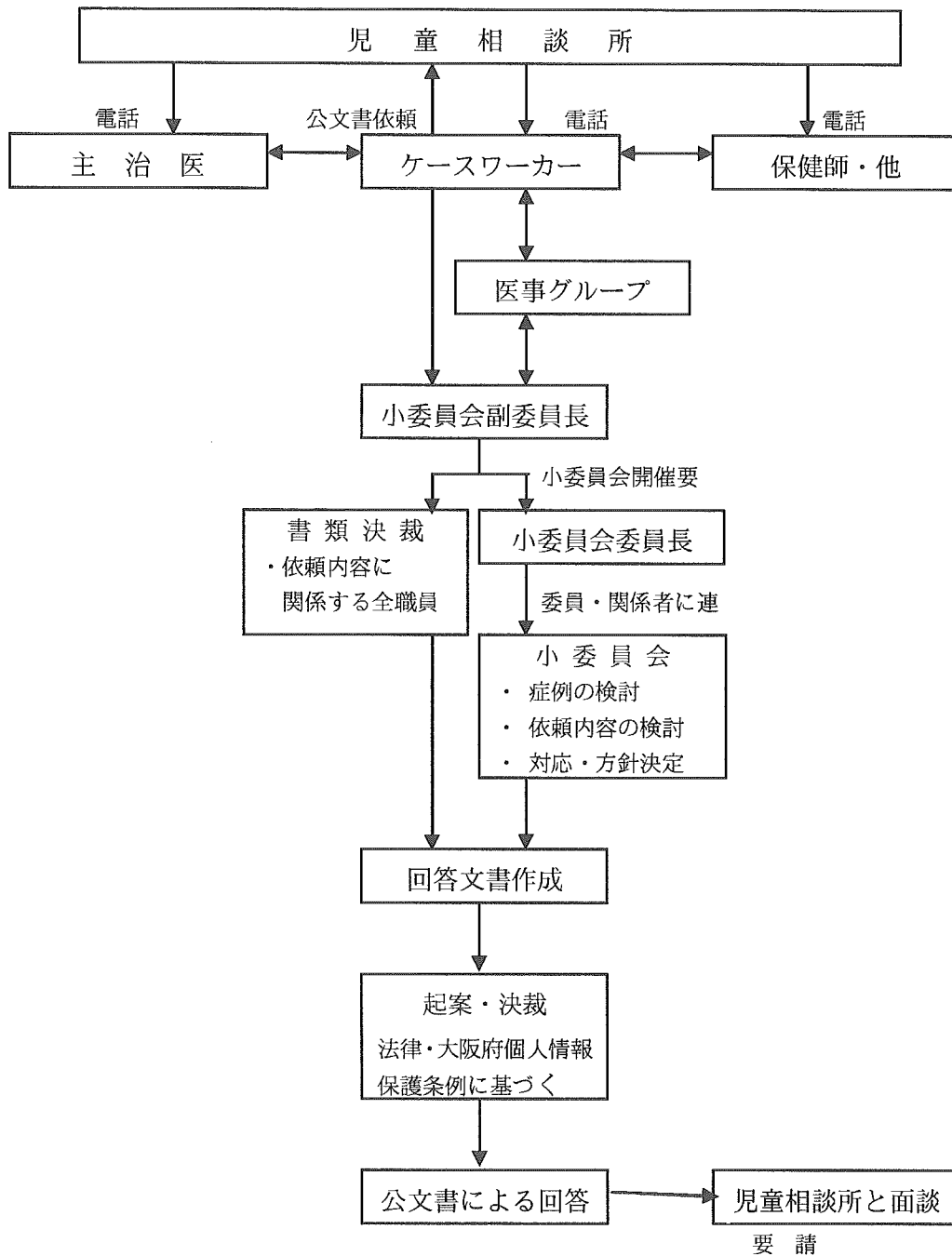
子どもの虐待を発見または疑った場合、おおむね次のフローチャートにより、援助が行なわれます。



- 虐待を受けたと思われる児童を発見した者には、通告義務があります。尚、通告は守秘義務違反にはあたらないとされています。（児童福祉法第25条、児童虐待防止法第6条）
- 通告義務は個人としての義務ですが、センターにおいては組織として対応します。
- 通告については、『児童虐待防止推進委員会小委員会（小委員会）』において協議・決定し、対応します。
- センターにおけるCAPS研究会および虐待に対する院外対応の窓口は、ケースワーカーが担当します。

図5 児童相談所からの調査（照会）への対応フローチャート

児童相談所から子どもの受診の有無、受診状況、医学的状态など診療情報や診断書等を求められることがあります。児童相談所は虐待の通告（児童福祉法第25条、児童虐待防止法第6条）、一時保護（児福法第33条）、保護者等の同意によらない施設入所の承認の家庭裁判所への申立て（児福法第28条）等の場合、法律に基づき調査を行うことになっています。



- ・ 依頼は、公文書によるものを原則とします。
- ・ 緊急時は電話や面談による依頼への対応も行いますが、後日必ず公文書をもらうようにします。
- ・ 関係職種は記録を残す必要があります。
- ・ 児童相談所は相談・通告を受けた児童について、状況把握し援助や介入を判断するため必要な調査（情報収集）を行うことになっており協力を求められますが、提供内容については小委員会で検討し、決定します。

## 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2 被虐待児への医学的評価システムに関する研究

分担研究者：宮本信也（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

#### その1： 第一線医療における子ども虐待診療手引き作成に向けて

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）

奥山眞紀子（国立成育医療センターこころの診療部）

坂井聖二（坂井医院）

塩川宏郷（自治医科大学小児科）

丹羽健太郎（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

松田博雄（杏林大学医学部附属病院小児科）

渡部誠一（土浦協同病院小児科）

#### 研究要旨

【目的】 医療における子ども虐待への対応状況を改善するためには、虐待診療の経験のない医師にも負担なくできる方法論の開発が必要である。本研究は、一般医師が、日常診療の場で使用できる虐待診療の手引きを作成することを最終目的とした。

【調査研究】 手引き作成の参考とするため、全国の小児科研修指定病院 566 病院の小児科医師、整形外科医師、脳外科医師、及び、47 都道府県の小児科医会医師（各 20 名）を対象として、虐待診療の実態及び子ども虐待に関する意識の調査を行った。

一般診療の場における子ども虐待の診療実態の調査では、日常診療において被虐待児を診療したことがある医師は、調査に回答した医師の中では、病院勤務の小児科医で 75～80%、開業小児科医で 60%、病院勤務の整形外科医で 60%、病院勤務の脳外科医で 50%であった。経験した虐待のタイプを、病院勤務の小児科医に尋ねたところ、身体的虐待が 75%、ネグレクトが 54%、心理的虐待が 29%、性的虐待が 15%であった。

子ども虐待に関する意識調査では、子ども虐待に対して関心があるとした回答は、小児科医では勤務医 95%、開業医 94%で、勤務整形外科医では 82%、勤務脳外科医では 83%であった。一方、勤務小児科医の 35%、開業小児科医の 26%、勤務整形外科医の 61%、勤務脳外科医の 46%は、子ども虐待に関する知識を自分は十分持っていないと自己評価していた。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、①虐待診断に自信がない（78%）、②診療時間外の仕事になり時間がとれない（40%）、③家族とのトラブルが心配（40%）、の3点が大きなものとしてあげられていた。

以上の結果より、子どもの診療を比較的よく行う機会がある医師は、子ども虐待に対する関心は高く、実際、全体としては約 2/3 の医師は少なくとも一度は被虐待児の診療を経験している実態が推測された。しかし、そうした医師の 8 割近くは、虐待診療に関する自己の知識や技能に自信を持っておらず、第一線医師に対する虐待診療の啓発活動の重要性が示唆され、虐待診療の手引きを作成することは、そのための一つの方法として有用と思われた。そして、診療手引きでは、子ども虐待に対する一般医師の心配点へ配慮することが重要と思われた。

【虐待診療手引き作成】 調査結果を踏まえ、虐待診療を専門としていない小児科医を対象として、日本小児科学会子ども虐待プロジェクト委員会と合同で診療手引き試案を作成した。

## A. はじめに

医師の多くは、日常臨床の場で、たまたま偶然に虐待を受けた子どもを診ることが1回くらいはあるかもしれないが、そうした虐待状況へ自分が何らかの介入を行うことは、自分ではなく、「専門的立場」の人間が行う特殊なこと、という意識を持っていることであろう。しかし、虐待が子ども達に与える影響は、死亡、脳障害、反社会的行動、精神障害など、多彩であり、しかも、それらの多くは、医療の対象となる状態である。特に、適切に対応されない場合、死亡や重篤な身体・精神の後遺症を残す可能性が高いことから、子ども虐待は、髄膜炎や悪性腫瘍などと同様、予後不良な緊急医療の対象と考えるべきものであろう。

つまり、子ども虐待とは、医師にとって特殊な対象ではなく、『全ての医師が診断（発見）と初期対応に関する知識と技能を持っていることが要求される診療対象』なのである。

しかし、実際には、被虐待児が最初に受診した医療機関で適切に対応されることは、必ずしも多くはない。その背景として、被虐待児へ係わることの医師の心配事がいろいろあるのではないだろうか。一般医師が感じるそうした不安を調べ、それに対する対応方法を検討することは、虐待診療の裾野を広げる上で有効と思われる。

## B. 目的

本研究では、一般医師の、日常臨床における被虐待児診療実態と子ども虐待に関する意識を調査し、その結果を踏まえて、第一線の医師を対象とした虐待診療の手引きを作成することを目的とした。

## C. 調査研究

### 1. 被虐待児の診療実態（平成15・16年度）

#### 1) 目的

子どもを診療することの比較的多い医師を対象として、被虐待児の診療経験の実態を明らかにする。

#### 2) 対象

調査は2度行った。1回目の調査では、対象に小児病院が含まれており、小児病院は、子ども虐待の診療経験が豊富なところがあることから、一般病院の結果にバイアスが出る可能性も考えられたため、約1年後に、小児病院をのぞいた病院を対象として2回目の調査を行ったためである。

1回目の調査（平成15年度）：対象は、全国の小児科研修指定病院（大学病院小児科・総合病院小児科・小児病院など）566病院の小児科である。

2回目調査（平成16年度）：対象は、小児病院を除いた全国の小児科研修指定病院547病院の小児科・整形外科・脳外科の医師（各5名）、及び、47都道府県の小児科医会医師（各20名）である。

#### 3) 方法

調査は、2度とも、調査用紙の郵送により行った。

#### 4) 結果

##### (1) 1回目調査

有効回答数328施設（回収率58%）であった。医療機関の内訳は、大学病院56、総合病院184、小児病院46、一般病院32、その他10（母子・周産期センター、障害児施設など）であった

これまでの被虐待児の診療経験を虐待のタイプ別に尋ねた結果が表1である。

表1 これまでの被虐待児の診療経験

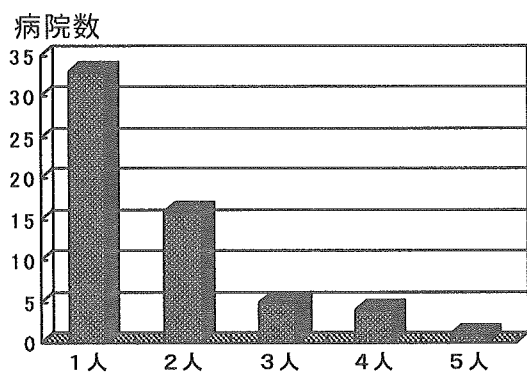
身体的虐待	247病院（75%）
ネグレクト	178病院（54%）
心理的虐待	95病院（29%）
性的虐待	48病院（15%）

最近5年間で、虐待が関連しているかもしれないと思われる死亡例を経験したことのある病院は59病院（18%）で、死亡例の総数は101人であった。

死亡例に関して、警察へ通報したことがあると回答したのは、35病院で59病院の59%であった。通報時の保護者への説明は、「法律で決められているので」と

というのが最も多く、23 病院（66%）であった。通報後の経過が分かっているものでは、「逮捕され起訴された」が15人、「逮捕されたが不起訴になった」が2人、「事情聴取で終わった」が12人、「内偵で終わった」が2人であった。

図1 死亡例経験病院数と死亡例数



(2)2 回目調査

調査用紙は、全国の小児科専門医研修指定病院 547 施設の小児科、脳外科、整形外科へ各5部ずつ、計 8205 部、全国 47 都道府県の小児科医会へ 20 部ずつ、計 940 部を郵送した。

回収は、勤務医 2041 部（回収率 24.9%）、開業医 656 部（同 69.8%）、計 2697 部（同 29.5%）を回収した。診療科の内訳は勤務小児科医 1041 名、勤務脳外科医 395 名、勤務整形外科医 571 名、その他の勤務医 57 名、開業小児科医 630 名、小児科以外の開業医 3 名であった。医療機関の内訳は大学病院 578 名（21.4%）、総合病院 1241 名（46.0%）、一般病院 245 名（9.1%）、診療所 633 名（23.5%）であった。

これまで、被虐待児の診療経験があったとした回答は以下の通りである（表2）。

表2 これまでの被虐待児の診療経験

勤務小児科医	79%
開業小児科医	61%
勤務整形外科医	60%
勤務脳外科医	50%

被虐待児の診療を経験したことがある医師に対して、これまでの通告経験の有無を尋ねた結果が表3である。

表3 通告経験の有無

勤務小児科医	74%
開業小児科医	54%
勤務整形外科医	35%
勤務脳外科医	56%

5) 考察

今回、被虐待児の診療を経験したことがあるとする医療機関、医師は少なくなかった。平均すると、調査に回答した医師の中では、病院勤務の小児科医で75~80%、開業小児科医で60%、病院勤務の整形外科医で60%、病院勤務の脳外科医で50%が、被虐待児の診療を経験していた。このことは、小児科に限らず、子どもを診療する機会が比較的多い診療科においては、被虐待児を診療することが少ないことを意味しているものと思われる。

しかし、通告経験になると、勤務小児科医では75%であったものの、開業小児科医・勤務脳外科医で55%、勤務整形外科医では35%となっていた。診療経験があると回答したと言うことは、診療した子どもが虐待を受けていると、少なくとも疑ったということの意味しているであろう。それにも関わらず、通告経験が少ないのは、疑ったものの、通告に関しては戸惑いや躊躇いがあったことを示しているものと思われる。整形外科医に比べて脳外科医の通告経験が多いのは、脳外科を受診する被虐待児は、頭蓋内出血が多く、重篤な状態であることが多いため、医師の側も通告に関する躊躇いが、生命に関する危惧があまりない骨折を診療する整形外科医よりも小さくなるためと思われる。

虐待が関連していると思われる死亡例の数は、予想以上に多いものであった。もちろん、個々に上げられた数が、全て、本当に虐待による死亡事例かどうかは、判断は慎重にすべきものと思われる。しかし、一度は虐待も疑われる死亡事例が少ないということは、虐待死亡例に関する対応についてのガイドラインも考

えていく必要があると思われた。

## 2. 特殊な虐待の診療実態(平成15年度)

### ー医療ネグレクトに関する調査ー

#### 1) 目的

医療従事者が特に注意しなければいけない虐待として、外傷や疾患がある子どもに医療処置を受けさせないという、いわゆる医療ネグレクト(medical neglect)がある。しかし、わが国における医療ネグレクトの実態は、これまで、何も分かっていない。そこで、医療機関における医療ネグレクトの状況を明らかにすることを目的として調査を行った。

#### 2) 対象

対象は、診療実態に関する1回目調査と同じく、全国の小児科研修指定病院(大学病院小児科・総合病院小児科・小児病院など)566病院の小児科である。

#### 3) 方法

調査は、独自に作成した調査用紙を用いて郵送形式で行った。

なお、医療ネグレクトという用語は、わが国では、まだそれほど一般的ではないと思われたことと、医療拒否の中にも医療ネグレクトと思われる事例があることが推測されたため、今回は、医療ネグレクトそのものではなく、積極的な医療拒否の経験状況を調べることとした。

具体的には、平成15年1年間に経験した積極的医療拒否の状態について尋ねた。積極的医療拒否経験については、『子どもの疾病・奇形・外傷への医療に関して、はっきりことばに出して保護者から拒否され困った経験』と、操作的に定めた。なお、調査用紙の記入は、無記名方式とした。

#### 4) 結果と考察

##### (1) 積極的医療拒否の頻度について

平成15年間1年間で、積極的医療拒否を経験したとする医療機関は、有効回答328病院中60病院(18%)であった。もちろん、全数調査ではなく、関心がある施設、あるいは、経験がある施設からの回答が多くなっていると考えられるので、この数字をそのまま1年間の発生率ととられる

ことはできない。しかし、それにしても、こうした数字が出たということは、決してまれな状態ではないと考えてよいのではないだろうか。積極的医療拒否が増えていると考える医療者は13%にとどまったが、わからないとする回答が46%あり、この問題の判断の難しさの一端が示されていると思われる。今回は、調査において、積極的医療拒否を「はっきり言葉に出して保護者から拒否された経験」と定義したが、医療機関を受診すべき状態なのに意図的に受診させないなどの状態は医療機関では把握できないことから、医療拒否と、医療を受けさせないという状況、ひいては、医療ネグレクトの関連性を検討していく必要があると考えられる。

##### (2) 積極的医療拒否症例の特徴について

60病院から、印象に残っている症例を1例あげてもらい、その60症例について詳細を尋ねた。児の年齢は3歳以下が全体の8割をしめ、特に0歳の乳児が全体の約6割を占めた。これは疾患が重篤な中枢神経合併症をもつ奇形症候群や染色体異常などが多く含まれていることによる。低出生体重児も含まれており医療者は目の前の非常に重篤な状況の児の治療と両親への対応を同時進行で行う必要があり、他機関との連携や相談についても思うにまかせないのが現状であろう。両親の思いとしては重い障害を持つ子どもを育てる自信がない、というところも否定できない点であり、重症な新生児の治療をいかに保障するか、医療の質と患児家族のQOLをいかにすり合わせるかなど、積極的医療拒否、ひいては、医療ネグレクトの問題は、生命倫理的視点からも検討される必要があると思われた。

一方で、川崎病やネフローゼ症候群などの慢性内科疾患も症例として挙げられており、医療サイドの視点からは、今回あげられた症例の半数以上は適切な治療により介助の有無はあれ生活できることが望める疾患であった。このことから、積極的医療拒否は、医療者の認識と患者家族の認識のずれから生じていることが少なくないことが伺われる。子どもの状況に対する理解、疾



患の治療と予後に関する情報は、情報を発する側と受け取る側、さらには情報の伝わり方によっても左右されることが考えられる。

### (3)医療ネグレクトについて

今回、各施設から1例ずつあげられた60症例の中で、狭義の医療ネグレクト（子どもへの愛情はなく、医療を受けさせる気持ちがない）と回答されたものは6例のみであった。多くは、ある程度の愛情を子どもに対して持っているながらも、さまざまな事情により、医療を望まないというものであった。しかし、その約6割は、ある程度の問題が残る可能性はあったものの、日常生活が可能と判断されていたことを考えると、狭義の医療ネグレクトに相当しない医療拒否であっても、治療の可否を保護者の意志のみで決められてよいものかどうかは大きな問題であると思われた。一般に、保護者の意図に寄らず、保護者の子どもに対する対応が子どもの人権侵害になる場合、その行為は子ども虐待と見なされるとされる。この考え方からすれば、今回の医療拒否の事例のかなりの部分は、広義では医療ネグレクトに相当すると考えられるといってもよいのかもしれないと思われた。

## 3. 子ども虐待に対する意識（平成16年度）

### 1) 目的

子ども虐待への医療の関わりを促進するためには、第一線で診療に携わる医師が、子ども虐待に関してどのような認識、意識を持っているかを知り、その意識を踏まえた啓発活動が必要と思われる。

本調査では、被虐待児を診療する機会が多いと思われる医師として、病院勤務の小児科医・脳外科医・整形外科医、開業小児科医を想定し、これらの医師の子ども虐待に対する意識を明らかにすることを目的とした。

### 2) 対象と方法

全国の小児科専門医研修指定病院547施設の小児科、脳外科、整形外科の医師と、47都道府県小児科医会の医師を対象とした。

病院小児科、脳外科、整形外科へは、各科へ各5部ずつ、計8205部を郵送した。今回、小児病院は対象から省いた。小児病院では、子ども虐待へ対応する機会、相談を受ける機会が、それ以外の病院と比べ多くなると思われ、その結果、子ども虐待に対して意識が高い医師が多いことが考えられる。意識が高い医師が多いと思われる病院を対象に含めると、いわゆる一般病院の医師の実情が、適切に反映されないと考えたことによる。全国47都道府県の小児科医会へは、各会へ20部ずつ、計940部を郵送し、会員医師への配布を依頼した。

## 3) 結果

### (1)子ども虐待への関心度

全体では、「虐待に関心があるか?」の設問では「非常にある」が917名(34.0%)、「少しある」が1494名(55.4%)、「あまり無い」が230名(8.5%)、「無い」が41名(1.5%)、無回答が41名(1.5%)であった。多少でも関心があると思われる人は回答者全体の89.4%であった。診療科別の関心度は、表4に示す。

表4 子ども虐待への関心度あり

病院小児科医	95%
開業小児科医	94%
病院脳外科医	84%
病院整形外科医	83%

### (2)子ども虐待に関する知識の自己評価

子ども虐待に関する知識について自己評価してもらった結果を示したのが表5である。

表5 子ども虐待について

	ある程度の知識あり
病院小児科医	65%
開業小児科医	74%
病院脳外科医	54%
病院整形外科医	39%

知識の内容では、虐待を疑うことができるは、病院小児科医では82%、開業小

児科医では80%、病院脳外科医では83%、病院整形外科医では74%であった。通告義務に関しては、知っているとの回答は、病院小児科医で98%、開業小児科医で96%、病院脳外科医で91%、病院整形外科医で88%であった。通告義務を知っている人の中で通告先を正しく知っていた人は、病院小児科医で91%、開業小児科医で96%、病院脳外科医で72%、病院整形外科医で60%であった。

### (3) 子ども虐待に関わることの意識

子ども虐待状況に自ら関わることについての意識を尋ねた。「積極的に関わりたい」は、病院小児科医で20%、開業小児科医で17%、病院脳外科医で7%、病院整形外科医で6%であった。「通告までの関わりに留めたい」は、病院小児科医で57%、開業小児科医で68%、病院脳外科医で75%、病院整形外科医で73%であった。さらに、「できれば関わりたくない」については、病院小児科医で11%、開業小児科医で8%、病院脳外科医で12%、病院整形外科医で15%であった。関わることをためらう理由としてあげられた事柄を、対象全体をまとめて示したのが表6である。

表6 虐待対応を躊躇する理由

専門外に関わることへの躊躇	64%
多忙で時間がない	40%
対応方法が分からない	36%
トラブルを避けたい	24%
訴えられる心配	7%
相談先がない	5%

また、通告することに関して心理的抵抗感があるかどうかという質問では、病院小児科医の58%、開業小児科医の61%、病院脳外科医の50%、病院整形外科医の60%が、抵抗感があると回答していた。抵抗感を感じる場合の回答を、同様に、対象全体をまとめて示したのが表7である。

表7 通告に抵抗を感じる場合

虐待の判断に自信がない場合	78%
---------------	-----

トラブルの心配がある場合	40%
よく知っている家族の場合	19%
近所の家族の場合	6%

「子ども虐待へ対する一般医師の役割はどこまでだと思いますか？」という設問への回答を対象全体でまとめた結果では、「一般医師は対応しない方がよい」が1%、「通告まではすべき」が46%、「初期対応(子どもの安全の確保)までは協力すべき」が46%、「分からない」が1%であった。「通告まで」と「安全確保まで」を合わせて92%は初期対応が医師の役割であると認識していた。

### 4) 考察

病院勤務の小児科医、脳外科医、整形外科医と開業小児科医へ子ども虐待についての意識調査を行なった。全体2679名では、関心がある89%、知識がある60%、虐待を疑うことができる80%、通告義務を知っている93%、通告先を知っている86%、子ども虐待の経験がある64%、通告に抵抗がある58%、係わりを通告までに留めたいというのが76%であった。

全体として、関心は決して低くはないものの、子ども虐待についての知識、特に診断と対応方法について、知識・経験の不足の自覚とそれに伴う不安がある状況が伺われた。この状況は、通告への抵抗感や躊躇感にも影響をしており、通告することへの抵抗感やためらいの理由として、自己の判断に自信が持てない、対応した後のトラブルが不安、というものをあげる回答が多かった。虐待事例を経験していながら、虐待通告をした割合は全体では63%であったことは、上述の不安感が虐待への対応上無視できないものであることを示しているように思われる。虐待診療に関する医師のこうした不安感に適切に対応することがなければ、虐待へ関わることの重要性をいくら指摘しても、総論賛成、各論抵抗の現実を変えることができないと思われた。

全体の約3/4の医師が子ども虐待への関わりに躊躇を感じると回答していた。その理由としては、虐待診断に自信がない(64%)、診療時間外の仕事になり時間がとれない(40%)、家族とのトラブルが心配(24%)の

3点が主なものであった。一方、子ども虐待に対する医師の役割についての意識では、通告までが46%、安全確保までが46%であり、子ども虐待の早期発見、初期対応が医師の役割として認識されている状況が伺われた。とすれば、上記の3点への対応が行われれば、多くの医師は、たとえ子ども虐待を専門としていなくても、虐待への関わりを積極的に取ってくれるようになることが期待できると思われた。虐待診断への不安に対しては、医師への教育・研修体制を整備することで対処できるものと思われる。時間的負担については、子ども虐待への対応を診療行為として認定する対応が必要と思われる。診療行為として認められるならば、診療費を請求できるようになり、日常診療と関係のないことに時間を取られる、という思いを軽減することができるであろう。家族とのトラブルへの不安に対しては、児童福祉機関や司法機関のバックアップ体制を整えることが有用と思われる。もし、実際にトラブルが生じたとしても、そのトラブルに関して相談できる場所がある、あるいは、医師の代わりにトラブルへの対処をしてくれる機関があるならば、医師は診療行為としての虐待対応に専念できるようになり、また、対応しようとする動機づけも高まるものと思われる。

#### D. 虐待診療手引き作成（平成17年度）

一般医療機関における虐待診療の実態と医師の意識調査の結果を踏まえ、虐待診療の手引きを作成した。

作成にあたっては、日本小児科学会子ども虐待プロジェクト委員会に協力を求めた。

今回の手引きは、被虐待児の診療の経験がない医師が、日常臨床場面で、被虐待児を疑い、初期対応を行う上で参考にしてもらうことを目的とした。そのため、詳細な説明は省き、多忙な日常診療の合間でも、簡単に参照できるよう、一項目をA4版両面に収まる分量にすることを原則とした。また、記述は、できるだけ具体的なものとし、実際に役立ててもらえるものを目指した。

手引きは、研究協力者が分担して執筆し、会議及び意見交換により内容の検討を行い作成した（表8～表26）。

作成した手引きは、実態調査に協力いただいた医療機関、全国の小児科医会に送付し活用してもらうこととした。また、日本小児科学会子ども虐待プロジェクト委員会と共同で作成したことより、日本小児科学会ホームページ上に掲載し、全国の小児科医が参照できるようにすることも検討されている。全国の医師に公表することにより、いろいろ意見をいただけるものと思われ、そうした意見を基に、将来的には改訂して行く必要があると考えている。

#### D. その他の研究（平成17年度）

平成17年度は、その他、小児科看護における子ども虐待への対応実態調査と、子ども虐待に関連する生物学的要因検討の基礎研究も行った。

##### 1. 子ども虐待に対する小児科看護の対応実態と意識に関する調査

###### 1) 対象と方法

対象は、全国の小児科専門医研修指定病院566病院の小児科看護師である。

研究の協力が得られた施設は197（回収率34.8%）であった。調査用紙の配布と回収は、郵送によって行った。実態調査は187施設（回収率94.9%）、意識調査は配布数3219で2730（回収率84.8%）であった。

###### 2) 結果

子ども虐待を経験している者は6割おり、虐待への関心も非常に高かった。子ども虐待に関する知識は、約7割があまりないと認識していた。子ども虐待の予防・早期発見・対応についても、約6～7割があまりできないと感じていた。

被虐待児や虐待者への対応については、対応の仕方がわからないや知識不足や時間不足のため、実際には十分なかかわりを持っていない状況があった。子ども虐待にかかわりたいと約8割が思っているが、かわりたくない理由として、対応の仕方がわからないや知識不足を挙げていた。子ども

虐待の対応に苦慮した事例を 3 割が経験し、その理由は保護者とのかかわりであった。

看護職で他機関との連携を行っているのは看護師張であった。施設内での子ども虐待対応方法が確立している施設は 3 割であり、関心を持っていたり、事例と出会ったりしても、支援体制が整っていない状況があった。

子ども虐待の知識不足を補うための研修や基礎教育の必要性を感じている者が多く、保護者や子どもへの対応や事例検討会であった。

### 3) まとめ

子ども虐待にどのように対応しているかの実態と子ども虐待に対する意識を明らかにすることで、今後の小児科看護職の役割を検討していくための基礎資料とするべく、全国の小児科医師認定病院 566 施設の小児科に携わる外来及び病棟の看護師を対象に調査を行った。その結果、看護師の虐待に対する関心は非常に高いことがわかった。しかし、虐待の早期発見や予防、被虐待児への対応、保護者への対応ができると回答したものは約 4 割程度にとどまり、対応の方法がわからないや知識不足などが理由として挙がっていた。また、実際に虐待症例にかかわる中で、虐待者への対応に苦慮している現状が明らかになった。子ども虐待の対応にはさまざまな職種の連携が必要であるが、施設内でのシステム化や対応の手引きなどがある施設は少なく、対応マニュアルなどの整備が必要である。また、看護師が対応する上での方法や知識を得るための研修会などを行うことも併せて必要であると考えられる。

## 2. 母性行動発現誘導におけるプロラクチンの機能解明に関する研究

子ども虐待は、親と子の関係性の問題である。虐待という現象がなぜ起こるのかについては、親の要因、子どもの要因、家族の要因、社会的要因など、いろいろな視点から検討されてきているが、生物学的要因についての検討はそれほど多く

はない。医療、医学は、身体や精神の様々な問題を、可能な限り生物学的視点から検討することを、その基本姿勢としている。子ども虐待が、生物学的要因だけで生じることは考えにくい、ほ乳類であるヒトも、その養育行動は、動物ほどではないにせよ、ある程度、生物学的な要因の影響を受けており、その意味で、子ども虐待を医療・医学の視点から見るときには、生物学的要因からの視点も含めて考えることは、ある程度意味のあることとも思われる。

このような問題意識の下、ヒト以外のほ乳類において、その養育行動に大きく関与するホルモンであるプロラクチンに注目し、プロラクチンと養育行動（母性行動）の関連性の検討を計画した。

### 1) 予備調査

ヒトのプロラクチンは、通常、血清か血漿を検体として測定されている。しかし、通常の養育行動を指標としてプロラクチンとの関係性を検討するためには、採血という侵襲的な手技は取り得ないと思われる。そこで、採取が容易で、被験者の負担も比較的少ない唾液を検体としてプロラクチンを測定することを検討した。

研究目的を説明し、文書で同意が得られた健康成人 12 人から唾液を採取し、そのプロラクチン濃度を検査会社（SRL）に依頼して測定した。しかし、結果は、全検体とも、プロラクチンは感度以下であった。

この結果より、唾液のプロラクチン濃度測定は、現時点では困難と考え、今回は、人を対象とせず、動物実験でプロラクチンの機能解明を行うこととした。

### 2) ラットにおけるプロラクチン受容体 mRNA の脳内分布および発現調節の検討

プロラクチン (prolactin, PRL) は、母性行動の誘導に関連するホルモンの一つである。PRL による母性行動の制御には、PRL 分泌系、脳への移送系、受容体発現の調節系など様々なレベルでの調節が関与していると考えられる。