

**表6 過去5年間に増加した紹介元・先の機関**

児相・保健連携増は2割 医療間の紹介増は微少

— 6府県国公立病院調査2004、返信90機関を100% —

	医への紹介元	医から紹介先
児童相談所	19%	22%
保健所・保健センター	12	20
家庭児童相談室	6	7
保育・教育機関	6	—
乳児院・養護施設	2	—
医療機関	6	1

**表7 「子ども虐待専門病院」に求める役割**

技術的向上を担うが、地域医療役割を担っていない

— 6府県国公立病院調査2004、返信90機関を100% —

1. 救急診療	虐待の三次救急の受け入れ	24%
2. 診療	子どもの精神治療	66
	困難な事例の診断・治療	62
	子どもの入院治療	61
	親子関係の治療	56
	虐待者の精神治療	31
3. 地域活動	他機関への助言	38
	医療職種へのコンサルト	30
	裁判所への対応	30
4. 教育・啓発	教育・啓発活動	34
5. 研究	研究	18

### 表8 診療所と子ども虐待

大阪府乳幼児虐待予防医療・保健調整会議 2005  
大阪府医師会1000名に郵送し返信376:A/B会員の各科

「医師は、早期発見する義務がある」と思う	78%
「医師は、発見した際に通告義務がある」と思う	86%
「虐待を疑った段階で通告義務がある」と思う	50%
「親の同意なく通告するのは守秘義務違反」と思わない	56%
「虐待を疑った時の連絡先」を知っている	47%
子どもを診察する時、虐待の可能性を考慮してる	45%
患者に子どもがいる場合、養育上の問題を意識する	40%
過去3年間に虐待(疑いを含む)を受けた子どもに遭遇	9%

### 表9 医療から保健への依頼(あり51%)の内容

— 6府県国公立病院調査2004 返信90機関を100% —

ハイリスク事例のフォローアップ	41%
ハイリスク事例の援助	33
虐待事例のフォローアップ(育児、成長発達)	32
虐待事例の援助	27
精神疾患ある親の受診支援	26

- \* 医療から保健への依頼は多い
- \* 「もっと家庭訪問援助をしてほしい！」
- \* 旧来の母子保健における連携を虐待に活用している

表10 保健所の子ども虐待防止活動(平成16年度)

—6府県の保健所調査2005 返信60— 保健センターも類似の活動あり

		全体 1604 人	内医連携 340 人
連携契機	医から依頼		221人
	保から医へ		168人
	児相から	414人	⇒ 107人
	その他	380人	⇒ 118人
事例検討会		734回	111回
家庭訪問	総回数	3577回	2.2回/人
	初年度回数		6.3回/人
面接		1162回	0.7回/人
電話相談		4057回	2.5回/人

表11 保健所が連携している医療機関と診療科

	子どもについて	親について
公的総合病院	73%	54%
私立総合病院	39	38
小児病院	30	10
単科精神病院	9	56
診療所	28	38

子ども	小児科、新生児科、産科、児精神科、外科
親	精神科、産婦人科、心療内科、小児科

**表12 医療から児童相談所に要望すること**

－国公立病院調査返信90機関・子ども病院返信13機関を 100%－

要望する内容		公的病院	子ども病院
対応	緊急時の迅速な対応	51%	69%
	夜間の対応	33	38
診断	児・家族に関する情報提供	27	38
	児の発達・心理的評価	18	8
治療	親・家族の治療	29	31
	子どもの心理的治療	24	8
フィードバック	紹介後の経過の情報提供	28	48
体制強化	マンパワーのアップ	48	62
	SWの専門性強化	29	77
	心理の専門性強化	24	31
	医療連携の窓口を置く	14	23

**表13 通告してきたことがある医療機関**

全国中央児童相談所調査2004 返信37機関を100%

公的総合病院	100%
私立総合病院	87
小児専門病院	32
診療所	46
休日夜間診療所	76

備考) 小児病院は存在しない府県がある

**表14 医療の通告後に児童相談所が行う「援助」**

全国中央児童相談所調査2004 返信37機関を100%

子どもの分離 保護		95%
関係機関への調査		92
連携	カンファレンスの開催	76
	個別援助ネットワーク構築	70
	他機関決定への働きかけ	68
援助	子どもへの治療的援助	65
	親への治療的援助	57
数年以上の長期フォロー		24
今までの虐待歴に関する情報提供		30

**表15 児童相談所が病院に望むこと**

全国中央児童相談所調査 返信37機関を100%

診療	親の付き添いなしの入院	84%
	入院に何時でも応じてくれる	78
	要望すれば入院期間を延長できる	43
診断	判断に困る時に入院で総合的判断	78
	子どもの状態の総合的判断	61
助言	子どもや親の方針に意見をくれる	54
連携	相談窓口が一元化されている	25

表16 国公立病院での被虐待児の精神心理治療  
 - 6府県国公立病院調査2004 返信90機関を100% -

自機関の実施	評価	治療
全例・大部分に	12%	9%
限られた一部のみ	26	20
実施してない	62	73

依頼する施設	
依頼できる施設が少ない	71%
依頼できる施設は遠方すぎる	31
探すこと自体が極端に難しい	29
虐待に精通しているとは言えない	11

表17 児童相談所が被虐待児に行う心理的「援助」  
 全国中央児童相談所調査2004、返信37機関を100%

援助方法		実施している	年間相談数の
評価	心理評価	92%	37%
治療	個人心理療法	84	14
	グループ療法	8	0
	親子療法	30	5
	家族療法	14	4
	親子グループ	3	0
入所	短期入所施設	43	5

\* 多様に行っているが、治療を受けている子どもは少ない

表18 児相が虐待した親に行っている「援助」

全国中央児童相談所調査2004、返信37機関を100%

援助方法		実施してる	年間相談数の
評価	心理評価	30%	33%
治療	継続面接	95	24
	個人心理療法	30	13
	精神医学的治療	14	4
	グループ療法	5	0
連携	福祉制度の紹介	76	26
	援助ネット構築	57	26

\* 評価を受けた親は3割、継続面接は1/4、精神心理治療は少数である

図2 子ども虐待医療の連携システム構築

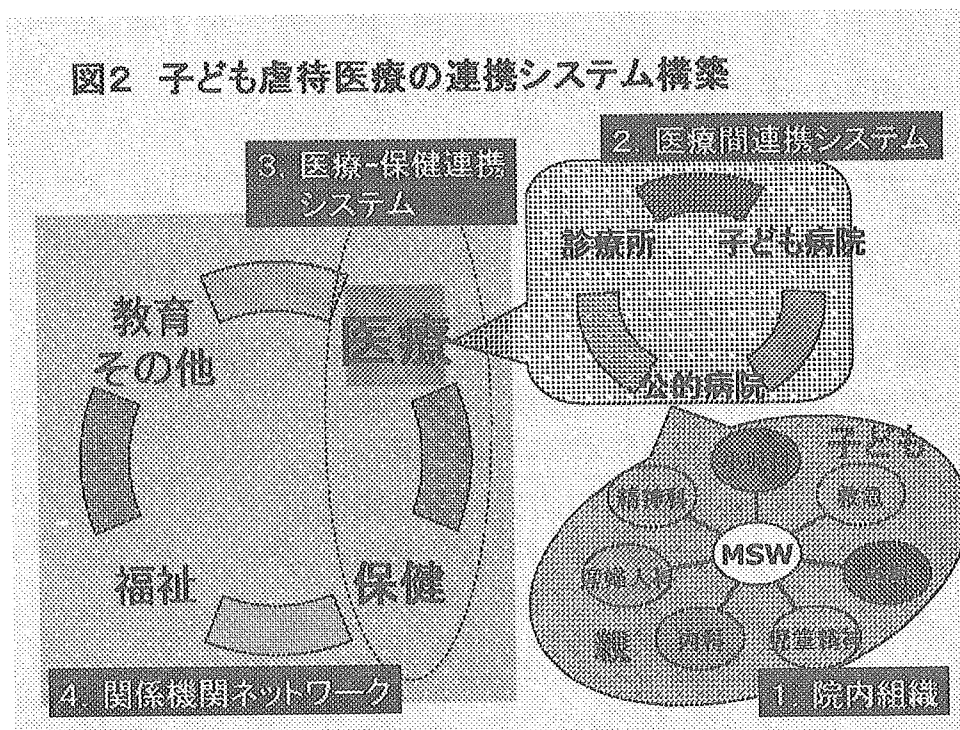


表19 病院内組織化は通告・連携を増す

設置目的	★機関責任として、法的対応・機関連携をう * チーム診療(病院内)をすすめる * 職員のサポート・啓発	
組織と構成	★公的権限を持つ組織とする * 中心医師(小児科・児精神科)が不可欠 * MSWが不可欠	
効果	院内	★チーム診療すすむ ★法的対応・機関連携が増える * 関心・知識・対応技術が高まる
	院外	★他機関からの連携が増える

表20 子ども虐待医療の役割分化

1. 診療所 (Ⅰ次医療機関)	* かかりつけ医(子ども、親) ⇒発生予防 ⇒早期発見
2. 公的総合病院 (Ⅱ次医療機関)	* 関係機関ネットワークの中心病院 ⇒急性期治療、初期評価 ⇒入院治療、継続医療
3. 子ども病院 (Ⅲ次医療機関)	* 困難事例の評価と高度医療 ⇒複数科の総合的な診断・治療 ⇒子と親子関係の精神医療 * 研究開発と指導教育



表21 医療－保健連携システムの役割  
 関係機関ネット中に、医療-保健システムをサブ組織化する

ネットワーク・システム	役割
3. 医療－保健連携 * 看護職連携	* 子どもの心身の健康保護 * 親の心身の健康保持
2. 医療間連携	* 医療間のつなぎ役 I 次・II 次・III 次医療 子どもの医療－親の医療
1. 関係機関ネット	* 医療と福祉・教育のつなぎ役

表22 心のケア地域ネットワークの構築  
 子どもの長期予後改善には心の診療医・心理の関与が必要

1. 予防(保健)	母子保健の心理相談
2. 治療的ケア(福祉・教育)	福祉相談、教育相談 スクールカウンセラー
3. 治療(医療)	児童精神科、小児精神科
4. 入院治療	小児精神科病棟
5. 入所治療	情緒障害児短期治療施設 児童養護施設の生活治療

- \* 医療施設と、心の治療スタッフ確保、体制整備が不可欠
- \* 在宅児・分離児とも、親や生活治療を担う職種とのケアチームが不可欠

## 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）

#### 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）

奥山真紀子（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好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思案を作成した。

## 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

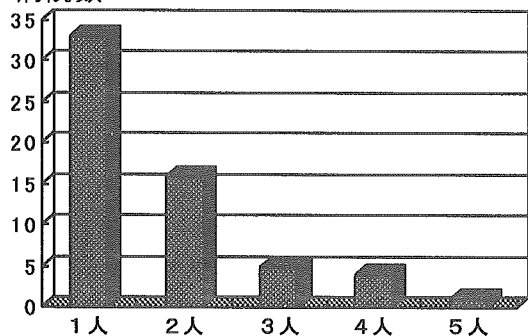
身体的虐待	247病院（75%）
ネグレクト	178病院（54%）
心理的虐待	95病院（29%）
性的虐待	48病院（15%）

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く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いうことは、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にした。

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している意識を尋ねた。「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 子ども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こ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る。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。



## 平成 15 年度～17 年度の業績

1. 宮本信也：第 1 部 II. 軽度発達障害の子どもたち、下司昌一、他編：現場で役立つ特別支援教育ハンドブック、東京、日本文化科学社、2005、17-36

2. 宮本信也：アスペルガー症候群・ADHD、上島国利監修：精神科臨床ニューアプローチ 7「児童期精神障害」、東京、メジカルビュー社、2005、28-40

3. 宮本信也：第 II 部 第 1 章 子ども虐待への介入と予防、坂井聖二、奥山真紀子、井上登生編著：子ども虐待の臨床－医学的診断と対応－、東京、南山堂、2005、265-284

4. 宮本信也：外性器をよく触る（男女）オナニーか？. 小児内科 37(8) : 1054-1057, 2005

5. 宮本信也：児童虐待の現状と問題点. 小児科診療 68(2) : 201-207, 2005

6. 宮本信也：第 1 章 児童虐待とは. 盛岡俊介、佐藤甫幸、宮本信也、市川信一編著：歯科医師のための児童虐待理解のために、東京、口腔保健協会、2004、1-27

7. 宮本信也：拒食症の背景に発達障害のある患児への対応、身体症状が持続する不登校児には身体疾患の疑いをもう一度. 柳澤正義監修：小児科外来診療のコツと落とし穴 2－メンタルヘルスケア、東京、中山書店、2004、34-35、174-175

8. 宮本信也：子どもの自立に対する小児科医の援助. 小児科臨床 57Sup1. : 1389-1400, 2004

9. 宮本信也：小児の心身医学. 日本医師会雑誌 131(12) : S288-S289, 2004

10. 宮本信也：広汎性発達障害. 小児内科 36(6) : 909-914, 2004

11. 宮本信也：1-1. 心身関連のメカニズム.

星加明德、宮本信也編著：よくわかる子どもの心身症－診療のすすめ方、大阪、永井書店、2003、3-14

12. 宮本信也：不登校の理解と対応. 日本医師会雑誌 129(10) : 1569-1573, 2003

表8 子ども虐待とは

☆子どもへの虐待は大別して、子どもへの積極的な行為(作為)である「虐待(Abuse)」と、子どものニーズを満たさない(不作為)「ネグレクト(Neglect)」(養育の怠慢・放置・拒否、と表現されることもある)とに分類されます。この虐待とネグレクト(Abuse and Neglect)とを統合する概念として「Maltreatment」という用語が用いられることもあります。

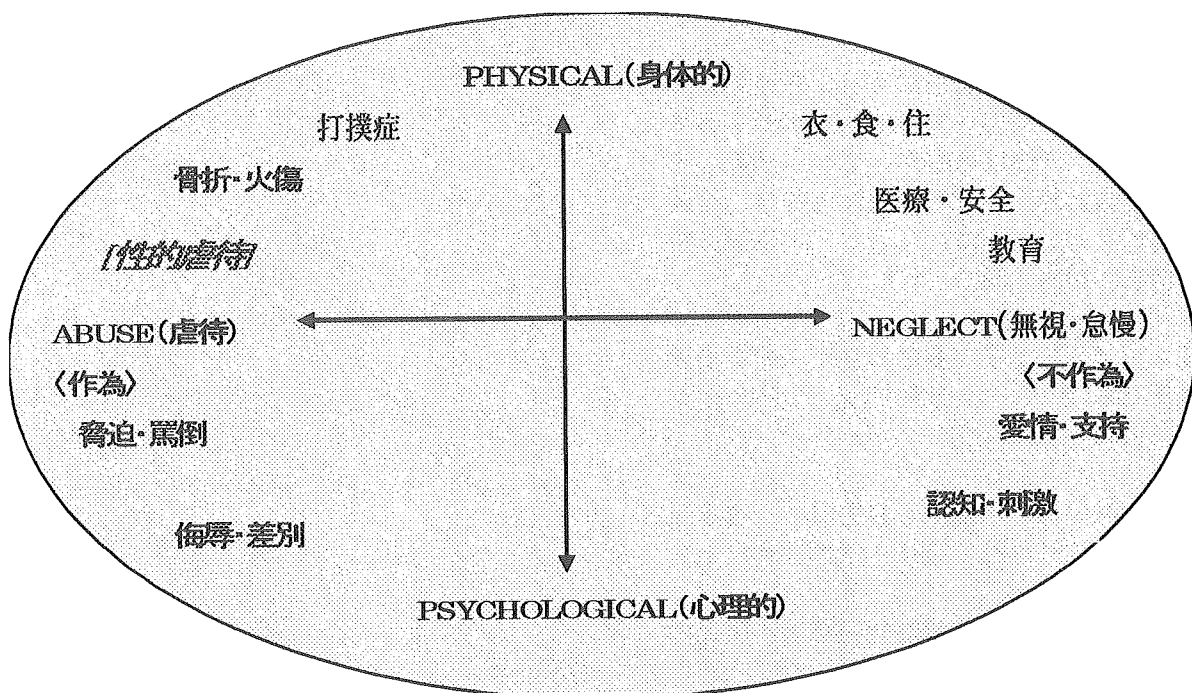
☆虐待とネグレクトのそれぞれに、子どもに発生している事態に応じて、身体的および心理的な下位分類があります。この考え方を視覚的に図に示しました。

☆この図では、身体的および心理的双方に深刻なダメージを受ける「性的虐待」が的確に表現できません。そこで、身体的虐待の項に「括弧」つきで記載してあります。

☆子ども虐待(Maltreatment)

定義の重要な点の一つは、それが「加害者の動機」が含まれていないことです。加害者が子どもに対して加害行為をしようという動機や悪意の有無は、それが虐待であるか否かを判断する条件にはなりません。子どもの虐待は「子どもの健康と安全が危機的状況にある」という認識です。たとえ、養育者が良かれと思っても、信念を持ってしつけをしたとしても、それを虐待と認知する場合は少なくありません。ネグレクトの場合はとくにそのことが言えます。親に育児能力や必要な知識が不足していたり、子どもを養育する心身のゆとりがない場合が多いからです。

「虐待」という認識は「子どもと家族への援助」へのきっかけであって「加害者の告発」ではありません。



子どもの虐待は小児期の重大な疾患です。年間推定発生数は3万5千件を越えており、毎年200人近くの虐待死が確認されています。

子どもへの虐待は一過性に終わることはまれで、再発を繰り返して慢性化する傾向が高く、中には次第にその重症度を増していくケースも少なくありません。

また、虐待環境を生き延びた子どもは、身体的および精神的発達に様々な問題を抱えています。養育者の暴力の結果、生涯に及ぶ障害を負う子どももいます。人生の早期に幼い子どもがさらされた、想像を越える恐怖と悲しみの体験は、子どもの人格形成に深刻な影響を与えずにはおきません。子どもは癒されることのない深い心の傷を抱えたまま、様々な困難が待ち受けている人生に立ち向かわなければならなのです。

子どもの虐待を疑った場合には、子ども自身の心身に発生している異常事態を診断し、治療するとともに、子どもの安全と成長を保障することを最優先させなければなりません。しかし、この疾患の発生を予防し、早期に発見し、再発を防ぐためには、家族への援助が不可欠です。そのためには、医師や看護師などの医療関係者だけではなく、児童相談所、保健所・保健センター、福祉事務所、保育所、幼稚園、学校、民間の虐待専門機関など、複数の機関が協力して援助活動を展開することが不可欠です。

虐待によって傷ついた子どもが救急車によって搬送されてくるのは病院です。保育所や学校で子どもの体に虐待を疑わせる傷が発見され、その診断を求められるのは医師です。体重増加不良や心身の発育不全の背後に虐待やネグレクトの存在を見抜くことは、小児科医に課せられた重大な責務です。医師は、虐待された子どもの第一発見者になることが多いのです。この重大な疾患を見落とすことは深刻な結果を招来します。虐待を疑い、正確な診断のためのプロセスを踏み、適切な治療的対応を実践することは、小児科医に課せられた重大な責務であると捉えるべきです。子どもの虐待の診断と治療という困難なテーマに対して、我々小児科医には、果敢に挑戦する勇気と行動力が求められているのです。

子どもの虐待には、もう一つの重要な側面があります。それは「子どもの虐待を疑う」ということは、「そこに大きな問題を抱えて援助を必要としている子どもと家族がいる」ことを意味している、ということです。子どもの虐待への関与の中心は、「加害者の告発」ではなく、「子どもと家族への援助」です。そして、この援助を可能にするためにこそ、地域の多職種の専門家によるネットワークが欠かせないのです。医師による子どもの虐待の診断と通告は、その後の長期間に及ぶケースワークの重要なスタートラインとなるのです。

子どもの虐待には「犯罪」という側面もあり、警察への通報が必要と思われる犯罪性の高いケースと遭遇する場合もあることは事実です。しかし、原則的には児童相談所を中心とした福祉的援助を中心に据えた関与のほうが、現在の時点では子どもの救済に結びつくことが多いことを指摘したいと思います。

## 表9 子ども虐待への対応に関する法律

子ども虐待に関連する法律としては、主として児童福祉法と児童虐待防止等に関する法律があります。いずれも2004年に改正されています。その他、民法や刑法、DV法、なども関係する法律です。ここでは、医療関係者の対応に関連する部分を中心に記載しました。

### 1. 通告義務

#### 1) 早期発見の義務と疑った時点での通告の義務

児童福祉法(以下、児福法)25条ではもともと国民全ての義務として、「保護者に監護させることが不相当であると認める児童を発見したもの」の通告義務がありました。それに加えて、児童虐待防止等に関する法律(以下、防止法)では5条で、「学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。」と規定され、病院や医師には早期発見の努力義務が課されました。通告に関しては改めて6条で「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない」と規定されています。ここで、「と思われる」とされているのは、確証が無くても通告が義務であることを明確化しているのです。つまり、虐待は疑った段階で通告する義務があるのです。

#### 2) 守秘義務との関係

さらに、同じ6条で「刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない」とされており、医師の秘密保守義務違反には当たらないことが明記されています。通告は単に子どもの住所氏名を伝えるだけではなく、当然、その事件に関しての個人的な情報を提供することが含まれます。更に、第三者が通告した事件であっても、通告できる立場にある以上、虐待に関して知っている情報を児童相談所に提供しても守秘義務違反にはなりません。

#### 3) 通告者の保護

通告者を虐待者から受ける危険から保護するために防止法では7条で「通告をした者を特定させるものを漏らしてはならない」と定めています。しかし、医療機関の場合には、通告者を秘匿することで虐待対応が困難になることのほうが多いものです。通告した後でも、その旨を医師から親に告知する方がよいと考えられるときには、積極的に告知します。その際、通告は親を罰するものではなく、子どもを安全を守ることであり、虐待者も支援を受けることであることを意識しておくことが必要でしょう。なお、告知に当たっては出来るだけ複数で行うと。

### 2. 子ども虐待に関しての国および地方公共団体の施策への協力義務

前述の防止法5条では、早期発見の義務が課されているもの(病院および医師が含まれる)に対して「児童虐待の予防その他の児童虐待の防止並びに児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援に関する国及び地方公共団体の施策に協力するよう努めなければならない」と定められています。