

平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
医療機関における被虐待児童の実態に関する調査  
事業報告書

平成 31 年 3 月

PwC コンサルティング合同会社



# 要旨

## 1. 調査の目的

入院時から退院後まで、一貫して「児童の最善の利益」に資する支援ができるよう、医療機関と児童相談所のより良い連携体制の構築のために活用される基礎資料を作成すること

## 2. 調査概要

### ① アンケート調査

- ・ 対象：全国 935 か所の医療機関（日本小児科学会の教育研修施設、五類型病院、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院のいずれかに該当する施設[児童虐待の入院事例のほとんどをカバーしていると推察される]）
- ・ 期間：平成 31 年 1 月 25 日(金)から平成 31 年 2 月 22 日(金)※有効回収率：42.2%（395 件）
- ・ 調査票の種類：平成 30 年の 1 年間に虐待の疑いがあった対応した」子どもを対象とし、対象医療機関すべてを対象とする「全体票」と、該当する事例の存在する場合に回答を求める 2 種類の個票「個票Ⅰ（社会的入院の事例）」「個票Ⅱ（入院事例のうち未通告の事例）」と、任意回答である「個票Ⅲ（児童相談所との連携不良の事例）」で実施した。

### ② ヒアリング調査

- ・ 対象：医療と福祉の連携において模範となるような児童相談所と医療機関のペア 3 地域 6 機関
- ・ 期間：平成 31 年 1 月 25 日(水)から平成 31 年 3 月 6 日(水)

## 3. 調査結果

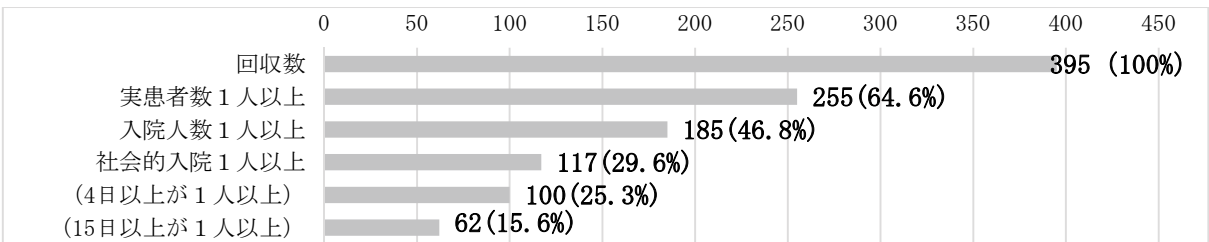
本調査では、「虐待」の定義をあえて明確化せず、各医療機関に判断をゆだねた。そのため、医療機関によって「虐待の疑い」を狭義に捉え回答した所もあれば広義に捉え回答した所もあるであろう点に留意する必要がある。

### ① アンケート調査

#### (1) 実患者数、入院人数、社会的入院人数の 1 人以上の医療機関数

回答した医療機関 395 施設のうち、虐待の疑いがある実患者数が 1 人以上いた医療機関は 64.6%であった。そのうち虐待疑いの入院が 1 人以上いた医療機関は 46.8%であり、さらに社会的入院が 1 人以上であったのは 29.6%であった。また、4 日以上 of 社会的入院が 1 人以上いる医療機関は 25.3%であり、15 日以上 of 社会的入院が 1 人以上いる医療機関は 15.6%であった。

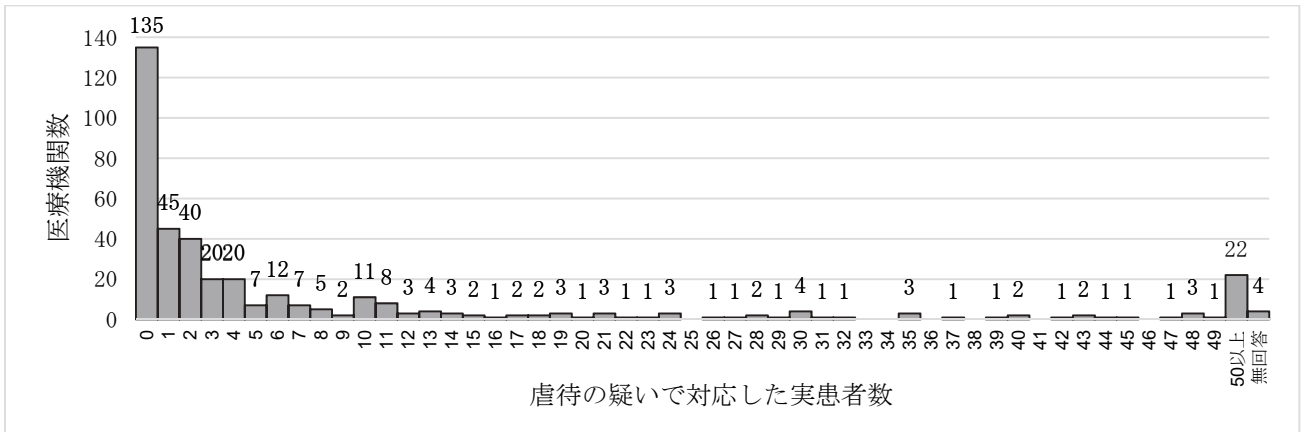
図 1 実患者数、入院人数、社会的入院人数が 1 人以上の医療機関数



(2) 実患者数、入院人数、社会的入院人数の1人以上の医療機関数

虐待疑い事例として対応した実患者数の平均値は年間 13.1 人、中央値が 2.0 人、最小値は 0.0 人、最大値は 503.0 人であった。多くの病院はおおむね年間 2 人程度の対応をしていることがわかった。しかし、「0 人」と回答した医療機関は 135 施設、週に約 1 人は対応したと考えられる「50 人」以上と回答した医療機関は 22 施設であり、病院によって対応件数に大きな差があることが確認された。

図 2 対応した虐待の疑いがある実患者数ごとの医療機関数



(3) 直近 1 年間で虐待が疑われた実患者数、入院人数、社会的入院人数

直近 1 年間で虐待が疑われた実患者数は年間 5,116 人、入院人数はその 34.8%にあたる 1,781 人、社会的入院人数は 7.8%にあたる 399 人であった。この社会的入院をしている 399 人について社会的入院をしていた入院日数別に集計すると、「4 日以上 8 日未満」が最も多く 94 人であったが、「1 年以上」の社会的入院も 15 人存在した。また、過去 1 年間で虐待の疑いのある実患者が 12 人以上 49 人以下の医療機関と、50 人以上いる医療機関での社会的入院日数別の構成比はほぼ同じであった。

図 3 実患者、入院、社会的入院の総数

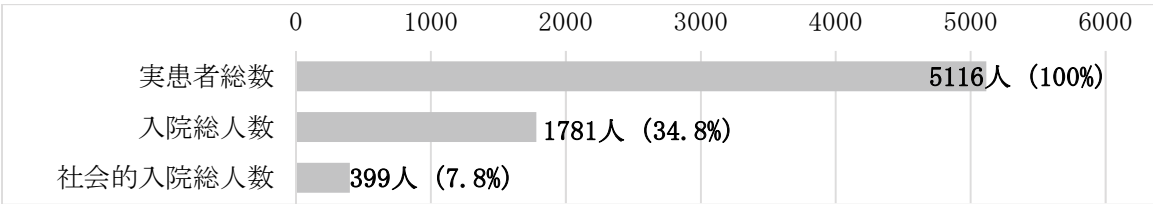


表 1 社会的入院に至った子どもの社会的入院期間のうちわけ

(人)	社会的入院日数										
	1 日以上 4 日未満	4 日以上 8 日未満	8 日以上 15 日未満	15 日以上 1 か月未満	1 か月以上 2 か月未満	2 か月以上 3 か月未満	3 か月以上 6 か月未満	6 か月以上 1 年未満	1 年以上	無回答、無効回答	計
年間の実患者数が 1-11 人の医療機関	20	31	16	16	7	3	3	7	4	2	109
年間の実患者数が 12-49 人の医療機関	25	34	24	20	14	5	5	0	2	32	161
年間の実患者数が 50 人以上の医療機関	21	27	28	16	11	5	1	2	1	0	112
無回答	0	2	3	2	0	0	0	2	8	0	17
計	66	94	71	54	32	13	9	11	15	34	399

回答のあった医療機関の社会的入院人数は 399 人であったが、そのうちわけを虐待の疑いがある実患者数規模別に比較すると、虐待の疑いがある実患者を 50 人以上対応している 5.6%の医療機関が、社会的入院人数の 28.1%を余儀なくされており、社会的入院の実態には医療機関の間で差があることがわかった。

表 2 虐待の疑いで対応した実患者数ごとの医療機関数、社会的入院の人数

	医療機関数（%）、人数（%）				医療機関あたりの社会的入院人数の平均 (B/A)
	医療機関数 (A)	%	社会的入院人数 (B)	%	
実患者数 0 人の医療機関	135	34.2	0	0.0	0.0
実患者数 1-11 人の医療機関	177	44.8	109	27.3	0.6
実患者数 12-49 人の医療機関	57	14.4	161	40.4	2.8
実患者数 50 人以上の医療機関	22	5.6	112	28.1	5.1
無回答	4	1.0	17	4.3	4.3
計	395	100.0	399	100.0	1.0

#### (4) 社会的入院の理由

15 日以上の社会的入院の事例について、詳細を個票 I（社会的入院の事例）で尋ねたところ、社会的入院に至った理由として、「1.社会的養護先の空きがない」が最も多く

39.1%で、医療的ケア、医療的配慮といった「2.子どもの状態」が 24.1%と続いた。また、社会的入院の理由について入院期間別に分析したところ、「15日以上2か月未満」と「3か月以上」の場合で最も割合が高かったのは「1.社会的養護先の空きがない」で 51.6%であった。一方、「2か月以上3か月未満」の場合で最も割合が高かったのは「2.子どもの状態」で 45.5%であった。

表 3 社会的入院の理由（単一回答）

理由		人数					割合（列%）				
		社会的入院に至った子どもの入院期間					社会的入院に至った子どもの入院期間				
大分類	小分類	15日以上2か月未満	2か月以上3か月未満	3か月以上	無回答	計	15日以上2か月未満	2か月以上3か月未満	3か月以上	無回答	計
1.社会的養護先の空きがない		33	3	16	0	52	37.5	27.3	51.6	0.0	39.1
	医療的ケア児の状況で、重症心身障害児施設の空きがなかったため	3	0	14	0	17	3.4	0.0	45.2	0.0	12.8
	医療的配慮児の状況で、社会的養護先の空きがなかったため	14	1	2	0	17	15.9	9.1	6.5	0.0	12.8
	子どもは医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のどれにも必要としていないが、空きがないために社会的養護先に入所等することができなかったため	13	1	0	0	14	14.8	9.1	0.0	0.0	10.5
	医療的ケアと医療的配慮のいずれにも必要ないが、養育的配慮が必要な児の状況で、社会的養護先の空きがなかったため	3	1	0	0	4	3.4	9.1	0.0	0.0	3.0
2.子どもの状態		15	5	11	1	32	17.0	45.5	35.5	33.3	24.1
	医療的配慮児の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため	14	2	5	0	21	15.9	18.2	16.1	0.0	15.8
	医療的ケア児の状況で、子どもの状態的に重症心身障害児施設に入所ができなかったため	0	1	4	0	5	0.0	9.1	12.9	0.0	3.8
	医療的ケアと医療的配慮のいずれにも必要ないが、養育的配慮が必要な児の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため	1	2	2	1	6	1.1	18.2	6.5	33.3	4.5
3.社会的養護とするか、児童相談所と養育者との折り合いがつかない		12	2	1	0	15	13.6	18.2	3.2	0.0	11.3
4.養育環境の整備待ち		13	0	0	0	13	14.8	0.0	0.0	0.0	9.8
5.社会的養護先調整待ち		3	0	1	1	5	3.4	0.0	3.2	33.3	3.8
6.その他		9	1	1	0	11	10.2	9.1	3.2	0.0	8.3
	児相との調整や院内調整待ち	3	0	0	0	3	3.4	0.0	0.0	0.0	2.3
	育児指導のため	1	0	1	0	2	1.1	0.0	3.2	0.0	1.5
	在宅フォローの調整待ち	2	0	0	0	2	2.3	0.0	0.0	0.0	1.5
	マルトリートメントの可能性	2	0	0	0	2	2.3	0.0	0.0	0.0	1.5
	親への対応困難	0	1	0	0	1	0.0	9.1	0.0	0.0	0.8
	状況確認のため	1	0	0	0	1	1.1	0.0	0.0	0.0	0.8
無回答		1	0	0	1	2	1.1	0.0	0.0	33.3	1.5
無効回答		2	0	1	0	3	2.3	0.0	3.2	0.0	2.3
計		88	11	31	3	133	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

#### (5) 虐待の疑いがある入院した子どもの通告状況

全体票を回答した 395 施設における入院した子ども 1781 人のうち、児童相談所に通告したのは 34.7%、市区町村に通告したのは 20.2%であった。また、市区町村に支援依頼をした事例が 36.5%であった。さらに、1 年間で実患者が 1 人以上 11 人以下であった医療機関、12 人以上 49 人以下であった医療機関、50 人以上いる医療機関での通告状況を比較したところ、実患者数が増えるごとに通告の割合に若干の減少が見られた。

表 4 回答医療機関の入院事例における通告状況

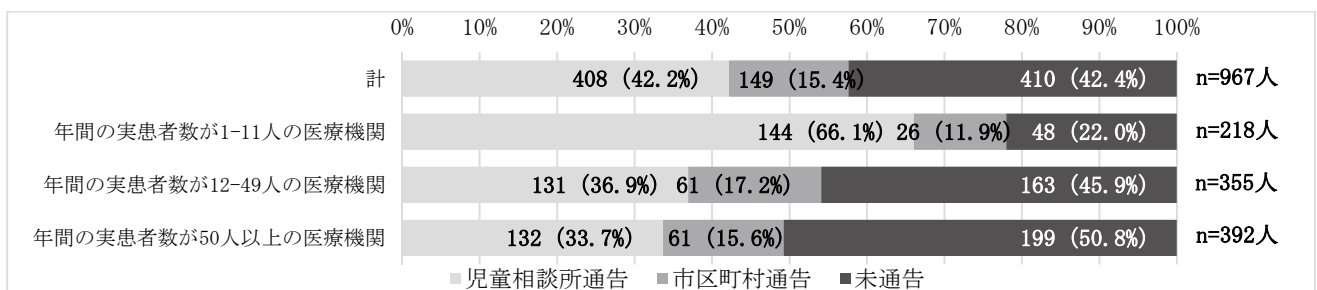
	人数				%		
	入院 (A)	児童相談 所通告(B)	市区町村 通告(C)	市区町村 支援依頼 (D)	児童相談 所通告 (B/A)	市区町村通 告 (C/A)	市区町村 支援依頼 (D/A)
年間の実患者数が 1-11 人の医療機関	340	194	78	118	57.1	22.9	34.7
年間の実患者数が 12-49 人の医療機関	617	204	140	260	33.1	22.7	42.1
年間の実患者数が 50 人以上の医療機関	729	202	112	224	27.7	15.4	30.7
無回答	95	18	29	48	18.9	30.5	50.5
計	1781	618	359	650	34.7	20.2	36.5

※回答医療機関 395 施設にて入院していた 1781 人についての回答結果

※それぞれ回答が独立しているため合算しても 100%にはならない

次に、回答医療機関 395 施設のうち、調査票の指示通りに「入院人数＝児童相談所通告＋市区町村通告＋未通告」となるように回答した 106 施設に入院していた 967 人について、「児童相談所通告」「市区町村通告」だけでなく「未通告」も含めた通告状況を分析した。未通告の割合は、年間の虐待の疑いがある実患者数が 1 人以上 11 人以下の医療機関では 22.0%、12 人以上 49 人以下の医療機関では 45.9%、50 人以上の医療機関では 50.8%であり、虐待の疑いで対応した実患者数が増加するほど、未通告の割合が増加することがわかった。しかし、本調査では医療機関によって「虐待」ととらえて対応する範囲に違いが生じている可能性があるため、実患者数を多く計上している医療機関ほど、虐待の疑い度合が小さい場合も広く虐待ととらえて計上している可能性があり、通告に至っていない可能性があることに留意する必要がある。

図 4 未通告を含めた入院事例における通告状況



※967 人のうち、2 人は年間の実患者数が無回答の医療機関に属していたため、3 種類の実患者数のうちわけには計上していない

未通告の事例の詳細を個票Ⅱ（入院事例のうち未通告の事例）にて個別に尋ねたところ、未通告の理由としては、「介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた」が最も多く、46.3%であった。次に、「軽症と考えた」の 12.3%「既に児相介入中」の 12.3%、「確信がなかった」の 11.5%が続いた。

表 5 未通告事例における未通告理由（複数回答）

未通告理由	回答したすべての医療機関	
	事例数(n=227)	%
介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた	105	46.3
既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）	29	12.8
軽症と考えた	28	12.3
確信がなかった	26	11.5
医療機関の対応で改善が見込まれた	23	10.1
受傷理由を親による虐待以外と判断	23	10.1
既に市区町村対応中	9	4.0
子育て支援で十分と判断	6	2.6
既に要対協対応中	6	2.6
転院・他院がフォロー中のため	4	1.8
市区町村が対応することになったため	3	1.3
児相の介入効果が見込めなかった	2	0.9
市区町村の介入効果が見込めなかった	2	0.9
通告による養育者との関係性悪化の懸念	2	0.9
警察に通報したため	2	0.9
既に保健所・保健師対応中	2	0.9
市区町村が児相に通告したため	2	0.9
学校等との連携で対応可と考えた	2	0.9
家族が児相に相談する	1	0.4
既に関係機関介入中	1	0.4
児相とのトラブル経験あり	2	0.9
無回答	2	0.9

次に、児童福祉法第 25 条において、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合、要保護児童を発見したものは市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所などに通告する義務があることを鑑み、未通告の理由のうち、「関係機関に連携しているかどうか」について検討してみた。

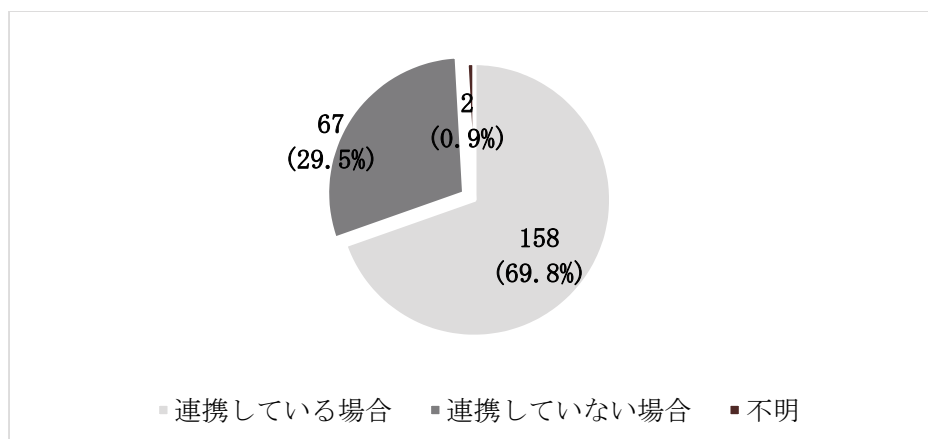
未通告理由について、今回の選択肢を表 6 の通り「連携している」と考えられるものと、「連携していない」と考えられるものに分類した。そのうえで、「連携していない」と考えられる理由のみを選択した医療機関、「連携していない」と「連携している」の両方または「連携している」を選択した医療機関のうちわけを調べると、図 5 の通り、「連携していない」理由のみを選択していた事例は 29.5%であった。



表 6 未通告理由が、関係機関に連携していると判断できる理由かどうか

未通告理由	関係機関に連携していると判断できる理由か
介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた	連携している
軽症と考えた	連携していない
既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）	連携している
確信がなかった	連携していない
医療機関の対応で改善が見込まれた	連携していない
受傷理由を親による虐待以外と判断	連携していない
既に市区町村対応中	連携している
子育て支援で十分と判断	連携している
既に要対協対応中	連携している
転院・他院がフォロー中のため	連携していない
市区町村が対応することになったため	連携している
児相の介入効果が見込めなかった	連携していない
市区町村の介入効果が見込めなかった	連携していない
通告による養育者との関係性悪化の懸念	連携していない
警察に通報したため	連携している
既に保健所・保健師対応中	連携している
市区町村が児相に通告したため	連携している
学校等との連携で対応可と考えた	連携している
家族が児相に相談する	連携していない
既に関係機関介入中	連携している
児相とのトラブル経験あり	連携していない

図 5 未通告事例における未通告理由・連携しているかどうか



※各事例において未通告理由で「連携している」を1つ以上選択している事例を「連携している場合」、未通告理由で「連携していない理由」のみを選択している事例を「連携していない場合」とした

表 7 連携していない未通告理由（複数回答）

	事例数(n=67)	%
医療機関の対応で改善が見込まれた	22	32.8
受傷理由を親による虐待以外と判断	17	25.4
軽症と考えた	16	23.9
確信がなかった	15	22.4
児相の介入効果が見込めなかった	2	3.0
市区町村の介入効果が見込めなかった	2	3.0
通告による養育者との関係性悪化の懸念	1	1.5
児相とのトラブル経験あり	1	1.5
転院・他院がフォロー中のため	0	0.0
家族が児相に相談する	0	0.0

#### (6) 児童相談所との連携の実態

個票Ⅲ（児童相談所との連携不良の事例）にて、児童相談所と連携がうまくいかなかった経験について任意で尋ねたところ、41 事例の回答があった。詳細な状況を尋ねたところ、「子どもの安全に大きな懸念が生じた」が最も多く 58.5%で、「連携の上でのコミュニケーションが円滑に取れなかった」が 56.1%、「児相の職責と考えている対応を、医療機関が行うように迫られた」が 36.6%と続いた。

連携不良の実態については任意回答であったものの、入院事例で児童相談所に通告したと全体票で回答があった 618 事例の約 3.9%にあたる 24 事例では、児童相談所との連携がうまくいかないことで「子どもの安全に大きな懸念が生じ」ていることがわかった。

表 8 連携不良を感じた際の状況（複数回答）

	事例数(n=41)	%
子どもの安全に大きな懸念が生じた	24	58.5
連携の上でのコミュニケーションが円滑に取れなかった	23	56.1
児相の職責と考えている対応を、医療機関が行うように迫られた	15	36.6
児相以外の関係機関に連携するかどうかについて、医療機関と児相の間で見解の不一致が発生した	7	17.1
不要な親子分離が生じた	2	4.9
その他	5	12.2

#### ② ヒアリング調査

3 地域 6 機関にヒアリングを行った結果の概要は、下記の通りであった。ヒアリングの詳細については、巻末の付録 2 ヒアリング録を参照されたい。

地域 A では、児童相談所と医療機関が普段から「顔の見える関係」を構築し、通告前であっても積極的に情報共有や協議を行うような体制がある点が特徴的であった。児童相談所と医療機関双方が認識していた今後の課題としては、警察等を含む多機関連携を推進すべきことや、より多くの医療機関が虐待対応に理解を示し、より積極的に関与すべきことが挙げられた。児童相談所の医療機関に対する期待として、虐待対応や虐待医学への理解の浸透が挙げられた。医療機関の児童相談所に対する期待としては、乳児院や医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させる施設、以下（重心）と表記）を中心とした退院後の生活拠点のさらなる整備が挙げられた。

地域 B では、多機関が参加する地区部会を通して、児童相談所と医療機関の「顔の見える関係」が構築されつつある点が特徴的であった。一方、初期対応では児童相談所と医療機関の間で意見の食い違いが起きることがあることも明らかとなった。また、地域 A と同様、児童相談所の医療機関に対する期待として、虐待医学の理解の促進が挙げられた。医療機関からは、そういった医療機関側の虐待対応の促進にはインセンティブの強化が必要であるという意見が挙がった。

地域 C では、今後の課題として、児童相談所と医療機関の双方から医療ソーシャルワーカーの重要性についてと、親の養育力不足による養育不良の子どもや、治療は必要ないが医療的ケアが必要とされる子どもといった、現状の虐待対応の枠組みでは十分な対応がなされない可能性がある子どもに対する支援体制を整備する必要性が挙げられた。

#### 4. まとめ

##### (1) 医療機関における虐待対応の現状

虐待の疑いのある実患者数でグルーピングした場合、0 人の非対応群は 34.2%、1-11 人の低頻度対応群は 44.8%、年間 12-49 人の中頻度対応群は 14.4%、年間 50 人以上の高頻度対応群は 5.6%であった。その分布は、0 人の医療機関をピークに右肩下がりの曲線を描いており、医療としての養育不全事例への対応の均霑化は期待されるほど進んでいない実態が読み取れた。

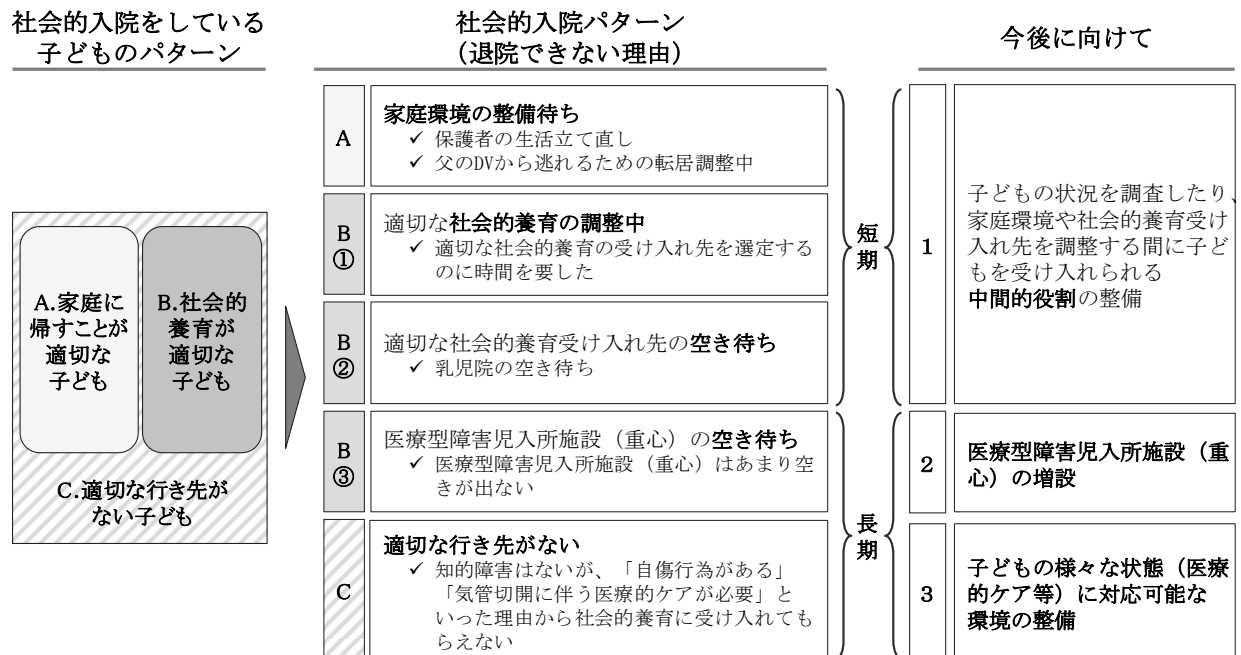
##### (2) 社会的入院

アンケート結果から、医療機関の本来の機能ではない社会的入院を余儀なくされている医療機関が 29.6%存在し、さらに 2 週間以上の社会的入院を 1 人以上経験した医療機関が 15.6%存在することがわかった。また、医療機関によって社会的入院の人数には差があることが明らかになった。

以上のアンケート結果、およびヒアリングで聞かれた内容から、社会的入院をしている子どもを「行き先」別に整理すると、「A.家庭に帰すことが適切な子ども」「B.社会的養育が適切な子ども」「C.適切な行き先がない子ども」の 3 パターンがあることがわかった。

さらに社会的入院のパターンは、比較的短期の「家庭環境の整備待ち」「適切な社会的養育先の調整中」「適切な社会的養育先の短期の空き待ち」と、比較的長期の「医療型障害児入所施設（重心）の長期の空き待ち」「適切な行き先がない」の 5 つに分けることができた。

図6 社会的入院をしている子どもの行き先別分類



長期に社会的入院を要した子どもの大部分は、いわゆる医療型障害児入所施設（重心）不足の問題として発生していた。しかし、特に医療的配慮（気管切開しており、吸引を要する等）を要する事例の受け入れ体制をどうしていくのかや、心理行動的な問題（自傷行為がある、パニックを起こすなど）のために適切な受け入れ先がない、として社会的入院が長期間続いている子どもへの対応に関しては、受け入れ先への説得と支援により解決可能な事例もあると思われ、そのような子どもが不要にもかかわらず長期の入院を行っていることの発達に及ぼす影響を社会で考えていく必要がある。

医療機関の本来の機能でない社会的入院をなくしていくためには、社会的入院のパターンを鑑み、特に施設というハード面に着目して改善を行う必要があると考えられる。

社会的入院の期間が短い場合の解消には、子どもの状況を調査したり、家庭環境や社会的養育の受け入れ先を調整したりする間に子どもがいることのできる「1 中間的役割」を担える場や人材を用意することが有効と考えられる。例えば、新規の施設を設置しなくとも、医療的なケアや配慮が必要な子どもを見られるよう体制を整えた乳児院等への補助（加算）を行う等が選択肢になりうるかもしれない。

一方、社会的入院の期間が長い場合の解消には、「2 医療型障害児入所施設（重心）」の増設や、「3 子どもの様々な状態（医療的ケア等）に対応可能な環境の整備」を検討すべきだと言える。

### (3) 入院事例における通告の状況

医療機関が虐待を疑っている入院児のうち、実際に児童相談所に通告されている事例は 34.7%、市町村に通告されている事例は 20.2%であり、疑った事例を必ずしも通告しているわけではなかった。特に虐待の疑いの実患者数が多い医療機関では通告頻度は相対的に低下していた。

未通告事例のほとんどは軽症とトリアージされた事例で、その多くは行政への養育支援依頼を行っている状況であった。また未通告かつ養育支援依頼を行っていない状況は、虐待の疑いの実患者数を多く扱っている医療機関で発生していた。虐待が疑われた子どもについて、通告すべきか、支援のための関係機関への連携の方が適切か、医療機関が悩みながら判断している実態があることが明らかとなった。

一方、「軽症と考えたこと」、「確信がなかったこと」を理由とする医療機関も一定数見られた。本調査では、単なる事故の可能性が高くとも虐待を疑った場合にはすべてを「虐待の疑い事例」としてカウントしているため、こういった理由が一定見られたと思われる。こういった本調査の限界をふまえると、今回の結果で未通告と回答した事例が必ずしも連携不備であったというわけではない。

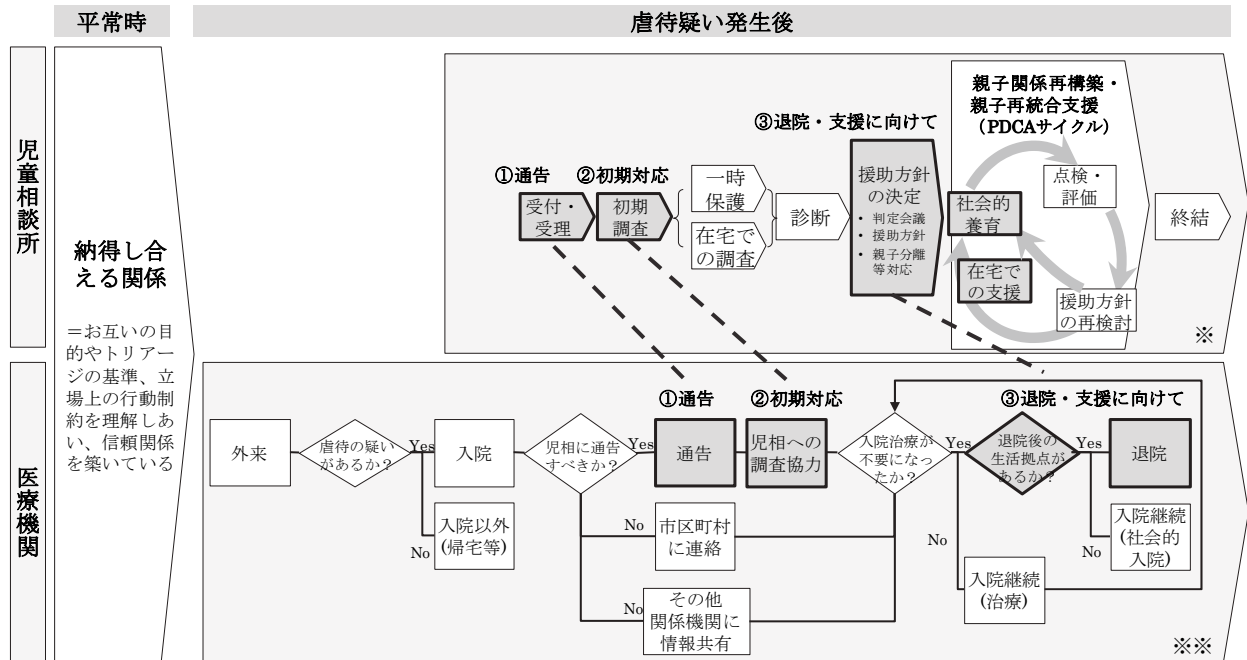
しかしながら、どこの関係機関にも連携していないと思われるいわゆる「抱え込み事例」が約3割存在していたことには、改善の余地があると考えられる。児童福祉法第25条において、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合、要保護児童を発見したものは、市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所などに通告する義務があるとされている。また、児童虐待防止法第5条において、学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならないとされている。これらのことを鑑みて、少しでも虐待の疑いがある場合には、迷わず通告、もしくは関係機関に連携をすることが望まれる。

#### (4) 医療と福祉の連携

今回の調査からは、連携不良の発生頻度までは明らかにはならなかったが、連携不良が発生した場合には 58.5%程度は子どもの安全上の懸念が生じたと医療機関が評価する事態が発生しており、不要な親子分離が生じたと医療機関が評価する割合 4.9%を大きく上回っていた。連携不良は事例の深刻さの過小評価に繋がりがやすいといわざるを得ない。

アンケートとヒアリングの結果から、医療と福祉が連携して子どもにとって最善の対応をするためには、社会的養育の受入れ先の不足というハード面と、医療と福祉の納得し合える関係というソフト面のそれぞれにポイントがあることが明らかとなった。アンケートから、子どもが社会的入院に至る最も多い理由が社会的養育のキャパシティ不足であることがわかった。虐待による対応件数が増加している中、受け入れ先の不足は子どもにとっても、調整を行う医療と福祉にとっても負担となっていることが示唆された。また、ヒアリングからは、医療機関と児童相談所が接点を持つ「①通告時」「②初期対応時」「③退院・支援に向けて」の3つの局面のうち、特に「②初期対応時」にはお互いの意見に摩擦が生じることが多いことがわかった。さらに、医療機関と児童相談所双方が良い連携を進めている地域では、「互いの主張に納得し合える関係を築いている」という特徴があった。以上のことを、虐待の対応フローにまとめると、図7となる。また、「①通告時」「②初期対応時」「③退院・支援に向けて」の3つの接点における連携不和の実態について、アンケートとヒアリングからわかったことを図8で示した。

図7 被虐待児の対応における児童相談所と医療機関の接点



※「児童相談所における虐待相談対応フロー」平成 29 年 7 月 3 日「第 7 回 子ども家庭福祉人材の専門性確保 WG」参考資料 4、本調査研究事業の事業検討委員会の委員意見を踏まえて PwC コンサルティング作成

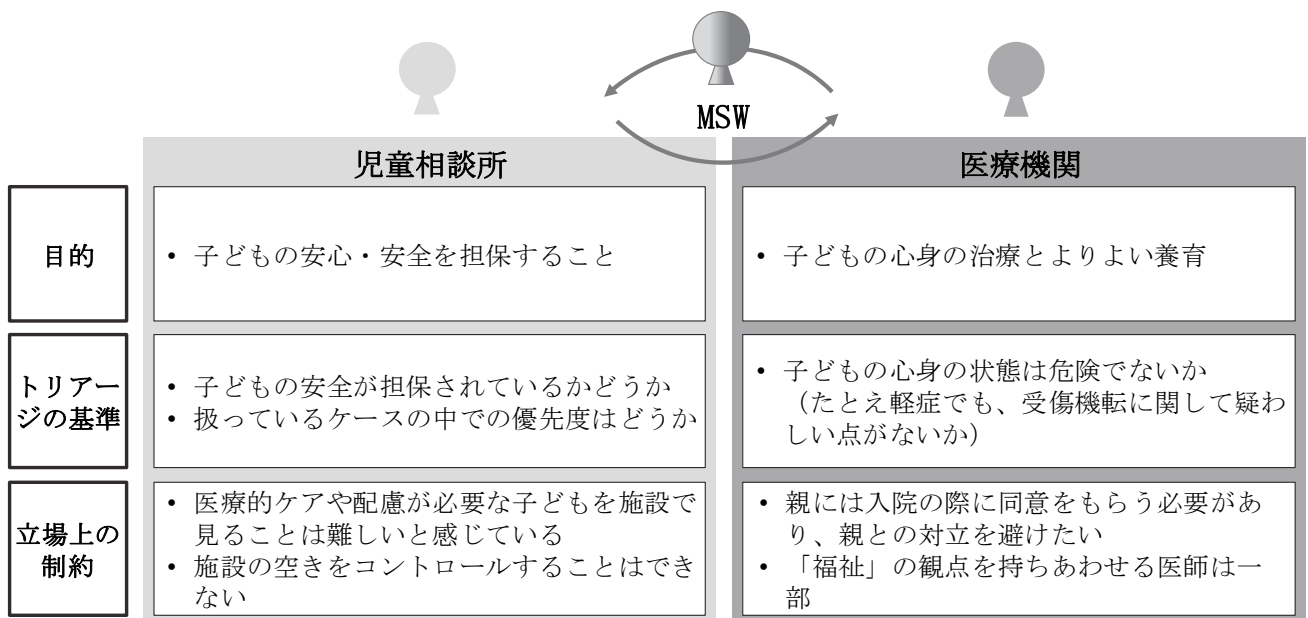
※※「虐待が疑われる子どもの外来から入院、退院までのフロー」本事業の事業検討委員会構成委員へのプレヒアリング、アンケート結果、ヒアリング結果をもとに PwC コンサルティング作成

図 8 医療機関と児童相談所の「接点」ごとの連携不和が生じるポイントと要因

	状況	考える要因
①通告	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関からの通告を児相が通告ととらえなかった</li> <li>医療機関は児童相談所への連絡のつもりであったが、児童相談所は通告として受理した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>危機感に対する認識相違</li> </ul>
②初期対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関は一時保護すべきだと主張したが、児相はしなかった</li> <li>児相は子に傷がなければ、生活環境が不良でも母子関係を優先させた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>トリアージの考え方のずれ</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関と良い関係が構築出来ている家庭であったが、児童相談所が医療機関に相談せずに一時保護に踏み切った</li> <li>医療機関側の子どもの傷に関する主張が、医師によってばらばらで児童相談所が混乱した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報連携不足</li> <li>✓ 医療機関側での窓口となる存在の不在</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相が医療機関と医療的ケア児の関係を理解していなかった</li> <li>子どもの虐待の診断に必要な検査を、治療に必要ないという理由で医療機関が実施してくれなかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相側の医療に対する理解不足</li> <li>医療側の虐待に対する理解不足</li> </ul>
③退院・支援に向けて	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会的養育の受け入れ先の調整がなかなか進まなかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相の業務過多</li> <li>社会的養育の受け入れ先の不足</li> </ul>

ここで言う「納得し合える関係」とは、図 9 の通り、医療と福祉それぞれの機関としての目的、対応のトリアージの基準、立場上の行動制約をお互いが理解しあい、信頼関係を築いている状態を指す。

図 9 医療と福祉の納得し合える関係



例えば、児童相談所は「子どもの安心・安全を担保すること」を、医療機関は「子どもの心身の治療とより良い養育」を主な目的としていることが多く、それに伴い、児童相談所は「子どもの安全が担保されているかどうか」を基準に、医療機関は「子どもの心身の状態は

危険でないか」を基準にケースのトリアージを行うといった違いである。また、児童相談所は、医療的ケアや配慮といった医療的観点が必要な子どもについて、一時保護所や医療型障害児入所施設（重心）以外の施設で見るとは難しいと考えていたり、社会的養育の受け入れ先の空きのコントロールをできるわけではなかったりする制約も持つ。一方、医療機関では、親には入院の際に同意をもらう必要があるため、親との対立を避ける行動をとらざるを得ない場合や、医療現場では「福祉」の観点を持ち合わせる医師が少ない場合があるといった事情がある。

従前から医療と福祉の「顔の見える関係」の構築の重要性は謳われていたが、ただ顔が見えるだけで連携が円滑に進むわけではない。互いに虐待事例への最善を尽くすために役割は異なるが同じチームのメンバーであるという深いレベルでの関係性や、互いに辛抱強く落とし所が見つかるまで話を尽くす「納得しあえる関係」が求められる。お互いの立場を普段から理解し合い、対立をあえて恐れず、最終的に納得できるようなコミュニケーションを取る関係性こそが、子どもにとって良い連携を進めるうえで重要であると言える。

上記の「納得し合える関係」でカギとなるのが、医療機関で福祉の視点を持つ職種である医療ソーシャルワーカー（MSW）の存在である。医療ソーシャルワーカーは、医療機関側で情報集約係として活躍し、児童相談所とのコミュニケーションでも窓口となる。医療ソーシャルワーカーの立場が重要視されている病院との連携は円滑に進むとの児童相談所側の声も聴かれた。

児童相談所との連携において医療ソーシャルワーカーの果たすべき役割は大きいですが、医療機関の特性上、医療ソーシャルワーカーは、児童虐待の対応に限らず、疾病等による療養上の多岐に渡る相談を受ける業務も担う。今後も医療ソーシャルワーカーが児童虐待の対応を円滑に行っていくためには、多くの時間と調整を要する児童虐待の対応をソーシャルワーカーが行うことに対する組織の理解と協力が不可欠である。組織の理解と協力を推進していくためには、医療ソーシャルワーカーを配置することや、医療機関で虐待対応を行いやすい環境を作るための金銭的なインセンティブも必要である。

また、ヒアリングでも聴かれた通り、児童相談所と医療機関が連携するだけでなく、多職種多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）の実現が、虐待の対応において重要となるだろう。MDT では、医療機関、児童相談所、警察、検察などの虐待対応の関係機関それぞれが持つ異なる強みを活かすことができる。虐待対応の初期段階から MDT による対応を進めることで、子どもと家族への長期的な福祉支援が可能になると考えられる。

## （5） 今後に向けて（提言）

以上の調査結果より、虐待対応の今後のより良い対応に向けて、下記に6つの提言を示す。

1. 本調査を通じて、医療機関毎に「児童虐待対応」と捉えている内容にかなりの幅があること、それによって正確な統計が困難であり、問題点の抽出がしづらい現状にあることが明確になった。統計については、全国で統一した基準を設けていく必要があると考える。
2. 小児医療提供体制として、重篤な虐待事例に進展することを予防するための対応は幅広く均等化し行う必要があるとともに、高度な専門性を発揮する必要のある重篤



事例に対し集約化を進めていく必要がある。上記施策を促進するためには、医療が時間・労力・医療資源を提供するに見合う診療報酬の中でのインセンティブを提供する枠組みが求められる。

3. 医学的に入院を要さなくなり、通常の状態であれば退院可能な状態で入院が継続される社会的入院は、なくす必要がある。社会的入院を要した事例について、自治体内の個別事例として処理せず、全国的な実態を把握しておくことが望ましい。社会的入院は子どもの発達上容認はできず、その妥当性について第三者的に検討する枠組みを地方自治体は持つことが望まれる。
4. 医療型障害児入所施設（重心）の不足状況を把握し、根本的解決のためにそのようなハード面の拡充を図る必要がある。一方、医療的ケアを要するのみの児や心理的問題から受け入れ先がないとされる児については、状況の調査中や、家庭や社会的養育の受け入れ先の調整中に医療機関が子どもを保護することができる「中間的役割」を誰かが担えるように整備することが求められる。例えば、医療的ケアを提供するための講習会等を医療と福祉とが協働して立案し、受け入れ体制を整えた乳児院等への補助（加算）を行ったりなど、ハード面とソフト面の双方の拡充を図ることが望まれる。
5. 虐待事例対応において、他職種同士をつなぐ最適な立場にあるのは医療ソーシャルワーカー（MSW）である。医療機関は養育不全/虐待の対応を行うことの意義を十分に理解し、MSW がその対応に十分な時間と知識を提供できる体制を整える必要がある。診療報酬という形でインセンティブを与えるだけでなく、施設基準として、一定の経験のある MSW の配置を義務付けるなどしていくことが望まれる。
6. 多職種多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）の実現が虐待の対応において重要である。医療機関、児童相談所、警察、検察などの虐待対応の関係機関それぞれが持つ異なる強みを活かすことができる MDT による虐待対応を通して、子どもと家族への長期的な福祉支援を行っていくことが望まれる。



## 目次

要旨	i
1 調査の目的・背景	1
1.1 調査の背景	1
1.2 調査の目的	1
2 事業概要	2
2.1 有識者による研修実行委員会等の開催	2
2.2 成果の公表方法	3
2.3 アンケート調査	4
2.3.1 調査概要	4
2.3.2 調査項目	4
2.3.3 調査設計時の論点	5
2.4 ヒアリング調査	6
2.4.1 調査概要	6
2.4.2 調査項目	7
2.4.3 調査設計時の論点	7
3 アンケート調査結果	8
3.1 分析の視点	8
3.2 調査結果	8
3.2.1 アンケート回収状況	8
3.2.2 医療機関の虐待に関する対応体制の実態と対応実績	9
3.2.3 社会的入院の実態	21
3.2.4 未通告の実態	28
3.2.5 児童相談所との連携不良の実態	35
4 ヒアリング調査結果	37
4.1 調査結果	37
4.1.1 地域 A	37

4.1.2	地域 B .....	39
4.1.3	地域 C .....	40
4.2	ヒアリング調査のまとめ .....	41
5	まとめ .....	44
5.1	まとめ .....	44
5.1.1	医療機関における虐待対応の現状 .....	44
5.1.2	社会的入院 .....	44
5.1.3	入院事例における通告の状況 .....	46
5.1.4	医療と福祉の連携 .....	47
5.2	今後に向けて（提言） .....	51
付録 1	アンケート質問票 .....	52
付録 2	ヒアリング録 .....	65

## 1 調査の目的・背景

### 1.1 調査の背景

子どもの健やかな成長や人格形成に重大な影響を及ぼす児童虐待を禁止し、予防や早期発見に努めることを規定した「児童虐待の防止等に関する法律（以下、「児童虐待防止法」という。）」が平成 12 年 11 月に施行されてから 18 年あまりが経った。この間、虐待防止に向けた啓発活動の浸透や通告チャネルの拡充等により、通告件数は増加し、心身への深刻な影響が及ぶことを防ぐための一時保護件数も増加傾向にある。

一時保護した子どもの滞在先としては一時保護所や児童福祉施設等があるが、受傷している場合は児童相談所が医療機関に委託一時保護すること等を経て、治療を終えてから児童福祉施設等で受け入れることとなっている。しかし、すでに治療の必要がなくなったにも拘らず、退院後の生活拠点が決まらないなどの理由で入院を続けている子どもも一定数おり、厚生労働省がまとめた「医療機関での一時保護に係る実態調査について」（平成 30 年 8 月 30 日 平成 30 年度全国児童福祉主管課長・児童相談所長会議資料 3）では、虐待を受けて 1 か月以上入院した子ども 195 人のうち、約 3 割に当たる 62 件が、治療終了後も退院できず、入院を延長していることが示された。こうした状況を踏まえて厚生労働省は乳児院など入所施設の確保や退院後の処遇の円滑な調整等について定めた「医療機関における適切な一時保護の実施について」（平成 30 年 8 月 30 日、子発 0830 第 11 号、障発 0830 第 2 号）を発出ししている。

このように虐待を受けた子どものいわゆる社会的入院への対策は進んでいる一方、そもそも児童相談所との連携が図られず、医療機関が直接対応している社会的入院児童も少なくないという指摘がある。前橋赤十字病院の溝口史剛氏らがまとめた「被虐待児の入院に関する社会的状況調査ならびに医療機関における虐待事例対応労務調査報告」（平成 28 年度 公益財団法人明治安田こころの健康財団 研究助成論文集 pp.37-46）では虐待を受けて入院した児童のうち児童相談所に通告した事例が 45.8%にとどまっており、半数以上は虐待の疑いがありながら、児童相談所に通告されていないことになる。

### 1.2 調査の目的

上記の現状を踏まえ、後述する調査では、次の 3 点を明らかにした。

- ① 医療機関における被虐待児童の対応体制がどのようになっており、医療・福祉の連携の在り方として他地域の模範となるような構造はどのようなものか
- ② 医療機関が関与している被虐待児童のうち、児童相談所に通告していない児童がどの程度おり、その子どもたちの特徴は何か
- ③ 医療機関が児童相談所に被虐待児童を受け入れていることを通告しない理由は何で、通告を動機づける要素は何か

入院時から退院後まで一貫して「児童の最善の利益」に資する支援をできるよう、上記を整理した調査結果が、医療機関と児童相談所のより良い連携体制を構築する際の基礎資料として活用されることが本調査研究の目指すところであった。

## 2 事業概要

本事業は、前述の目的を実現するために、以下の各事業を実施した。各事業の実施結果をもとに、本報告書を作成した。

### 2.1 有識者による研修実行委員会等の開催

本事業を円滑に進めるため、被虐待児の診療にあたった経験のある医師のほか、医療ソーシャルワーカー、児童相談所を所轄・運営する自治体の職員などで構成する以下の事業検討委員会（以下、「委員会」という。）を3回行った。

表 1 委員会の構成員（五十音順、敬称略）

委員名	所属
石崎 優子	関西医科大学 総合医療センター 小児科 部長・病院教授 [医師]
木暮 紀子	国立成育医療研究センター 医療連携室 患者支援センター [医療ソーシャルワーカー]
田口 眞規子	愛仁会高槻病院 患者相談室 医療福祉相談 こどもと家族の支援センター 科長 [医療ソーシャルワーカー]
田崎 みどり	横浜市子ども青少年局 担当部長 [児童相談所職員 医師]
福田 育美	四国こどもとおとなの医療センター 地域医療連携室 [医療ソーシャルワーカー]
溝口 史剛 (座長)	群馬県前橋赤十字病院 小児科 副部長 [医師]
渡邊 直	千葉県市川児童相談所 所長 [児童相談所職員]

表 2 委員会事務局

事務局員名	所属
東海林 崇	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 シニアマネージャー
古屋 智子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 シニアアソシエイト
大瀬 千紗	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 アソシエイト
清水 式子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部

表 3 委員会開催状況

開催日・場所	主な議題
平成 30 年 12 月 10 日 (月) 18:00~21:00 PwC コンサルティング合同会社会議室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業 A : アンケート調査の設計</li> <li>・事業 B : ヒアリング調査の設計</li> </ul>
平成 31 年 2 月 28 日 (木) 18:00~20:00 PwC コンサルティング合同会社会議室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業 A : アンケート調査の中間報告</li> <li>・事業 B : ヒアリング調査の中間報告</li> <li>・事業報告書章立ての協議</li> </ul>
平成 31 年 3 月 18 日 (月) 18:00~20:00 PwC コンサルティング合同会社会議室	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業 A : アンケート調査の結果報告</li> <li>・事業 B : ヒアリング調査の結果報告</li> <li>・事業報告書のまとめ方協議</li> </ul>

## 2.2 成果の公表方法

事業の成果物である本事業報告書は、PwC コンサルティング合同会社のホームページ上で公表する。

## 2.3 アンケート調査

有識者ヒアリングをふまえて調査票を作成し、アンケート調査を実施した。なお、調査票配布先への回答依頼につき、日本医師会には多大なご協力をいただいた。この場を借りて感謝申し上げたい。

### 2.3.1 調査概要

#### (1) 調査対象

全国 947 の医療機関（日本小児科学会の教育研修施設、五類型病院、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院のいずれかに該当している施設[児童虐待の入院事例のほとんどをカバーしていると推察される]）

#### (2) 回答方法

調査票に直接記入し、郵送にて回答を返送する郵送法により実施した。

#### (3) 調査期間

平成 31 年 1 月 25 日から平成 31 年 2 月 22 日(金)に実施した。

### 2.3.2 調査項目

アンケートの調査項目は、表 4 の通りである。なお、調査項目の決定にあたっては、前橋赤十字病院の溝口史剛氏らがまとめた「被虐待児の入院に関する社会的状況調査ならびに医療機関における虐待事例対応労務調査報告」（平成 28 年度 公益財団法人明治安田こころの健康財団 研究助成論文集 pp.37-46）、関西医科大学の石崎優子氏らがまとめた「大阪府内における被虐待児の社会的入院の現状と課題」（平成 28 年度 日本医事新報 pp.18-21）での調査項目および調査結果を参考とした。

表 4 アンケートの調査項目

①被虐待児と疑われる子どもの受入体制
②被虐待児と疑われる子どもの対応実績
③被虐待児と疑われる子どもの入院実態
④被虐待児と疑われる子どもの通告実態
⑤被虐待児と疑われる子どもの社会的入院事例の詳細
⑥被虐待児と疑われる子どもが入院した際に未通告であった事例の詳細
⑦被虐待児と疑われる子どもについて児童相談所と連携がうまくいかなかった事例の詳細

なお、アンケートは 4 種類の調査票から構成され、対象医療機関すべてを対象とする「全体票」、該当する事例の存在する場合に回答を求める 2 種類の個票「個票Ⅰ（社会的入院の事例）」「個票Ⅱ（入院事例のうち未通告の事例）」、任意回答である「個票Ⅲ（児童相談所との連携不良の事例）」で実施した。



### 2.3.3 調査設計時の論点

調査項目を設計するにあたり、以下の点について特に検討した。

#### (1) 社会的入院の定義

アンケート調査では、社会的入院の定義を、その入院日数にかかわらず「入院治療が必要でない状態にもかかわらず、入院している状態。ただし、医療的ケアが必要なものは含む。（例：医学的な理由が乏しいが保護者の養育力不足のため入院、虐待の後遺症があるが受け入れ先がないため入院、虐待か否かの児童相談所の判断および今後の方向性の判断に時間を要したため入院 等）」とした。

#### (2) 医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮の定義

本調査では、入院治療が必要でないが、医療的ケアや医療的配慮が必要な場合を調査するため、医療的ケアを「生きていくため、日常的な医療的機器を用いて行われるケア（経管栄養、たんの吸引、人工呼吸器の管理等）」、医療的配慮を「通常の家であれば、家庭で実施が可能な範囲の配慮（投薬や注射、アレルギー等への配慮）」と定義して調査を行った。また、養育的配慮が必要な場合について尋ねるため、養育的配慮が必要な場合を「行動障害など」と例示した。

## 2.4 ヒアリング調査

ヒアリング調査は、アンケート調査と並行して、より詳細な項目を調査することを目的として実施した。

### 2.4.1 調査概要

#### (1) 調査対象

虐待の対応を積極的に行っている医療機関と、その医療機関とよく連携する児童相談所を対象とした。事業検討委員の意見も踏まえ、医療と福祉の連携において、委員から推薦の得られた「他の地域の模範となるような児童相談所と医療機関のペア」3地域6機関を表5の通り選定した。

表5 ヒアリング調査対象

地域	番号	機関	調査日	設置運営	規模	対象職種・役職
A	1	児童相談所	H31.1.23.	政令市	職員数 約 80 名	虐待対応の係長 常勤医師
	2	医療機関	H31.1.24.	都道府県	一般病床数 約 330 床	総合診療科 医師 看護師 医療ソーシャルワーカー
B	3	児童相談所	H31.2.5.	都道府県	職員数 約 60 名	所長 主席児童福祉司 主任上席児童福祉司
	4	医療機関	H31.1.28.	都道府県	一般病床数 約 600 床	小児科 医長 小児救急看護認定看護師 医療ソーシャルワーカー
C	5	児童相談所	H31.3.6.	都道府県	-	次長 課長補佐
	6	医療機関	H31.2.20.	都道府県	一般病床数 約 470 床	小児科 主任部長 小児看護専門看護師 医療ソーシャルワーカー

#### (2) 回答方法

聞き取り調査

#### (3) 調査期間

平成 31 年 1 月 23 日(水)から平成 31 年 3 月 6 日(水)に実施した。

## 2.4.2 調査項目

ヒアリングの調査項目は、表6の通りである。調査項目は、アンケートで尋ねきれない医療と福祉の連携を中心に設定した。

表6 ヒアリングの調査項目

①	組織概要
②	被虐待児と疑われる子どもの対応における医療と福祉の連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通告に際して</li> <li>・ 対応に際して</li> <li>・ 退院に向けて</li> </ul>
③	医療と福祉の情報共有や意見交換の場
④	医療と福祉がより良い対応を円滑に進めるための課題

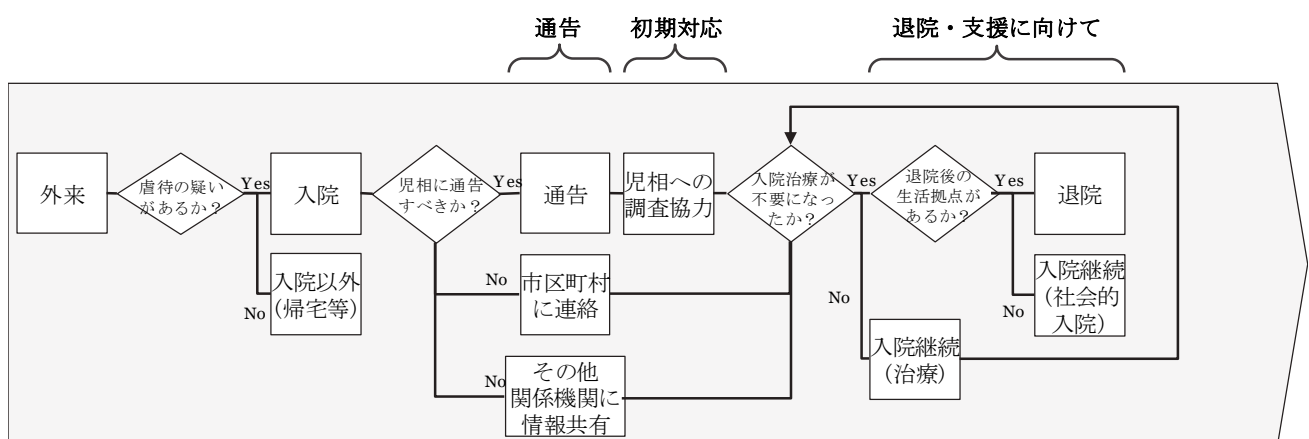
## 2.4.3 調査設計時の論点

調査項目を設計するにあたり、以下の点について特に検討した。

### (1) 医療機関における虐待の疑われる子どもの対応フローの考え方

本事業において、委員会等での検討結果を踏まえて、医療機関における虐待の疑われる子どもの対応フローを図1のように整理した。ヒアリング調査を行うにあたっては、児童相談所と医療機関の虐待対応における接点は大きく3つあるとし、児童相談所への通告を「通告」時、児童相談所への調査協力を「初期対応」時、退院後の生活拠点があるかどうかの検討から実際に退院するまでを「退院・支援に向けて」と定義した。

図1 虐待が疑われる子どもの外来から、退院までの対応フロー



### 3 アンケート調査結果

#### 3.1 分析の視点

本事業の趣旨と照らし合わせて、「社会的入院」「通告状況」「児童相談所と医療機関の連携」の大きく3つの観点から、実態とその背景について分析を行った。

#### 3.2 調査結果

以降よりアンケートの集計結果を述べる。

##### 3.2.1 アンケート回収状況

本調査は、全国 947 か所の医療機関（日本小児科学会の教育研修施設、五類型病院、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院のいずれかに該当している施設）を対象としたが、うち 12 か所は廃院や小児科の廃止等の理由のため調査対象外であった。したがって、本調査における調査対象は 935 か所であった。

結果、398 か所から回答を得ることができた。しかし、3 か所が調査対象となる医療機関ではなかったため<sup>1</sup>、有効回収数は 395 件であった（回収率 42.2%）。

表 7 全体票の回収状況

全体票	
A.標本数	935
B.回収数(病院数)	398
C.有効回収数	395
D.有効回収率(=C/A)	42.2%

<sup>1</sup> 医療型障害児入所施設 2 件、がんセンター 1 件

全体票の中で個票Ⅰ（社会的入院の事例）、Ⅱ（入院事例のうち未通告の事例）それぞれに回答すべき事例を確認しており、その回答対象数は、社会的入院は 134 事例、入院事例のうち未通告は 470 事例であった。これに対する個票の回答状況は、社会的入院は 133 事例、入院事例のうち未通告は 227 事例であった。

表 8 個票の回収状況

	個票Ⅰ (社会的入院)	個票Ⅱ (入院事例のうち 未通告)
E.回答対象数	134	470
F.有効回答数	133	227
G.個票の回収率(=F/E)	99.3%	48.3%

この他、任意での回答を求めた個票Ⅲ（連携不良事例）については 28 事例の回答があった。

### 3.2.2 医療機関の虐待に関する対応体制の実態と対応実績

以降より、全体票で得た回答結果を中心に述べる。

#### (1) 虐待に関する対応体制

調査対象の医療機関の標榜診療科は、「小児科」が最も多く 98.0%で、次いで「外科」が 78.7%、「整形外科」が 78.0%、「産婦人科」が 68.4%、「脳外科」が 67.6%であった。

表 9 標榜診療科（複数回答）

	医療機関数 (n=395)	%
小児科	387	98.0
外科	311	78.7
整形外科	308	78.0
産婦人科	270	68.4
脳外科	267	67.6
精神科	182	46.1
救命救急科	158	40.0
総合診療科	143	36.2
無回答	1	0.3

各医療機関に所属する小児科医の人数の平均値は 8.4 人、中央値は 5.0 人であり、最大値は 142.0 人、最小値は 0.0 人であり、病院によりばらつきが大きかった。また、所属する医療ソーシャルワーカーの人数の平均値は 4.7 人、中央値は 4.0 人であり、最大値は 20.0 人、最小値は 0.0 人であった。小児科医に比べばらつきは小さいものの、医療機関によっては医療ソーシャルワーカーが配属されていないところもあった。

表 10 常勤小児科医、医療ソーシャルワーカーの人数（数値回答）

	常勤小児科医	医療ソーシャル ワーカー
回答数	395	395
有効回答数	383	337
平均値	8.4	4.7
中央値	5.0	4.0
最頻値	3.0	4.0
最小値	0.0	0.0
最大値	142.0	20.0

患者相談部門がある医療機関は 85.1%であった。

表 11 患者相談部門の有無（単一回答）

	医療機関数	%
有	336	85.1
無	42	10.6
無回答	17	4.3
合計	395	100.0

虐待対応組織を設置している医療機関は 65.1%であった。虐待対応組織を設置している医療機関のうち、主管科として最も多いのは「小児科」で 78.6%であり、次いで「ケースにより違う」が 13.2%であった。

表 12 虐待対応組織の設置（単一回答）

	医療機関数	%
設置している	257	65.1
設置していない	136	34.4
無回答	2	0.5
合計	395	100.0

表 13 虐待対応組織の主管診療科（単一回答）

	医療機関数	%
小児科	202	78.6
ケースにより違う	34	13.2
総合診療科	3	1.2
救命救急科	2	0.8
無回答	6	2.3
その他	10	3.9
合計	257	100.0

医療機関内に虐待対応のガイドラインがあると回答したのは 66.6%であった。

表 14 虐待対応組織の主管診療科（単一回答）

	医療機関数	%
有	263	66.6
無	131	33.2
無回答	1	0.3
合計	395	100.0

## (2) 虐待の疑いがある実患者実績

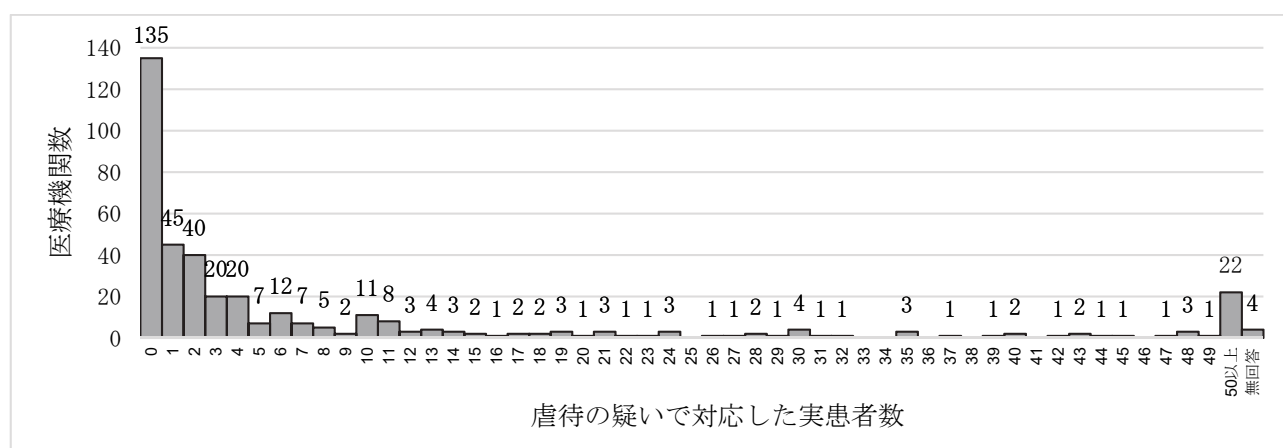
1 年間における虐待の疑いがある実患者数の平均値は 13.1 人、中央値は 2.0 人であり、最小値は 0.0 人、最大値は 503.0 人であった。医療機関によって対応実績のばらつきが大きい、多くの病院はおおむね 2 人程度の対応をしていることが確認された。ただし、本調査では「虐待」の定義をあえて明確化せず、各医療機関に判断をゆだねたため、医療機関によって「虐待の疑い」を狭義にとらえた場合と広義にとらえた場合で差が出ている可能性がある。

表 15 虐待の疑いがある実患者数（数値回答）

回答数	395
有効回答数	391
平均値	13.1
中央値	2.0
最頻値	0.0
標準偏差	41.5
最小値	0.0
最大値	503.0

1 年間で対応した虐待の疑いがある実患者数ごとに医療機関数を見ると、「0 人」と回答した医療機関は 135 施設である。一方、「50 人」以上と回答した医療機関は 22 施設であり、週に 1 度以上は虐待の対応をしていると考えられ、医療機関による虐待の疑いがある患者の対応件数に違いがあることが確認された。

図 2 対応した虐待の疑いがある実患者数ごとの医療機関数





虐待の疑いがある子どもが入院に至った事例（以降、虐待入院事例という）が 1 件以上ある医療機関 185 施設のうち、平成 30 年度に新設された入退院支援加算条件の「エ.家族または同居者から虐待を受けているまたはその疑いがあること」を要件とした加算実績があった割合として最も多いのは、「0%（加算実績なし）」で 69.7%であった。次いで虐待入院事例の内、「1%以上 25%未満」の事例について加算を取得した医療機関が 11.9%と続いた。

多くの病院が虐待入院事例に対処しつつも、入退院加算を取得していない実情が明らかとなった。

表 16 入退院加算実績（単一回答）

	医療機関数	%
0%（加算実績なし）	129	69.7
1%以上 25%未満	22	11.9
25%以上 50%未満	6	3.2
50%以上 75%未満	6	3.2
75%以上	9	4.9
無回答	13	7.0
合計	185	100.0

虐待入院事例の数の平均値は 6.9 人、中央値が 2.0 人、最小値は 0.0 人、最大値は 114.0 人であった。また、虐待入院事例のうち、社会的入院に至った子どもの人数の平均値は 2.2 人、中央値は 1.0 人、最小値は 0.0 人、最大値は 31.0 人であった。

表 17 虐待入院人数（数値回答）

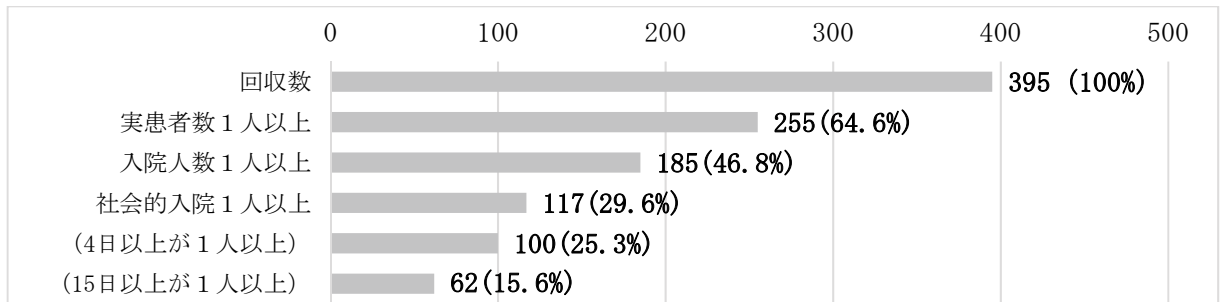
回答数	260
有効回答数	257
平均値	6.9
中央値	2.0
最頻値	0.0
標準偏差	14.1
最小値	0.0
最大値	114.0

表 18 社会的入院人数（数値回答）

回答数	188
有効回答数	181
平均値	2.2
中央値	1.0
最頻値	0.0
標準偏差	3.7
最小値	0.0
最大値	31.0

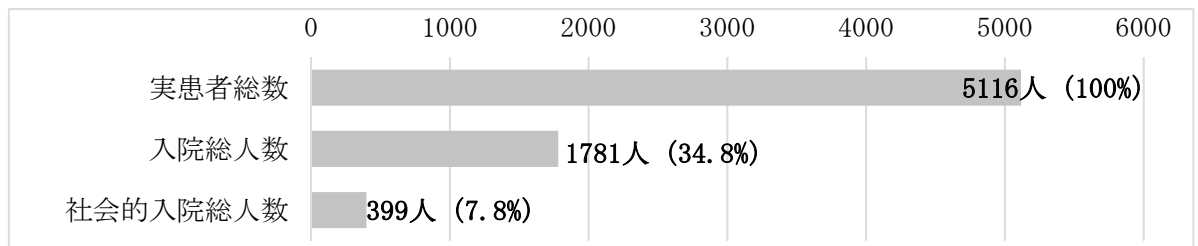
回答した医療機関 395 施設のうち、虐待の疑いがある実患者数が 1 人以上いた医療機関は 64.6%であった。そのうち虐待疑いの入院が 1 人以上いた医療機関は 46.8%であり、さらに社会的入院が 1 人以上であったのは 29.6%であった。また、4 日以上 of 社会的入院が 1 人以上いる医療機関は 25.3%であり、15 日以上 of 社会的入院が 1 人以上いる医療機関は 15.6%であった。

図 3 虐待の疑いがある実患者数、虐待疑いの入院、社会的入院をそれぞれ 1 人以上経験した医療機関



回答した医療機関の直近 1 年間で虐待の疑いがある実患者数を集計すると、年間 5,116 人であった。そのうち、虐待入院事例はその 34.8%にあたる 1,781 人であり、社会的入院人数は 7.8%にあたる 399 人であった。

図 4 実患者、入院、社会的入院の人数



社会的入院をしている 399 人について社会的入院をしていた入院日数別に集計すると、「4 日以上 8 日未満」が最も多く 94 人であったが、「1 年以上」の社会的入院も 15 人存在した。また、過去 1 年間で虐待の疑いのある実患者が 12 人以上 49 人以下の医療機関と、50 人以上いる医療機関での社会的入院日数別の構成比はほぼ同じであった。

表 19 社会的入院に至った子どもの社会的入院期間のうわけ

(人)	社会的入院日数										
	1 日以上 4 日未満	4 日以上 8 日未満	8 日以上 15 日未満	15 日以上 1 か月未満	1 か月以上 2 か月未満	2 か月以上 3 か月未満	3 か月以上 6 か月未満	6 か月以上 1 年未満	1 年以上	無回答、無効回答	計
年間の実患者数が 1-11 人の医療機関	20	31	16	16	7	3	3	7	4	2	109
年間の実患者数が 12-49 人の医療機関	25	34	24	20	14	5	5	0	2	32	161
年間の実患者数が 50 人以上の医療機関	21	27	28	16	11	5	1	2	1	0	112
無回答	0	2	3	2	0	0	0	2	8	0	17
計	66	94	71	54	32	13	9	11	15	34	399

(%)	社会的入院日数										
	1 日以上 4 日未満	4 日以上 8 日未満	8 日以上 15 日未満	15 日以上 1 か月未満	1 か月以上 2 か月未満	2 か月以上 3 か月未満	3 か月以上 6 か月未満	6 か月以上 1 年未満	1 年以上	無回答、無効回答	計
年間の実患者数が 1-11 人の医療機関	18.3	28.4	14.7	14.7	6.4	2.8	2.8	6.4	3.7	1.8	100.0
年間の実患者数が 12-49 人の医療機関	15.5	21.1	14.9	12.4	8.7	3.1	3.1	0.0	1.2	19.9	100.0
年間の実患者数が 50 人以上の医療機関	18.8	24.1	25.0	14.3	9.8	4.5	0.9	1.8	0.9	0.0	100.0
無回答	0.0	11.8	17.6	11.8	0.0	0.0	0.0	11.8	47.1	0.0	100.0
計	16.5	23.6	17.8	13.5	8.0	3.3	2.3	2.8	3.8	8.5	100.0

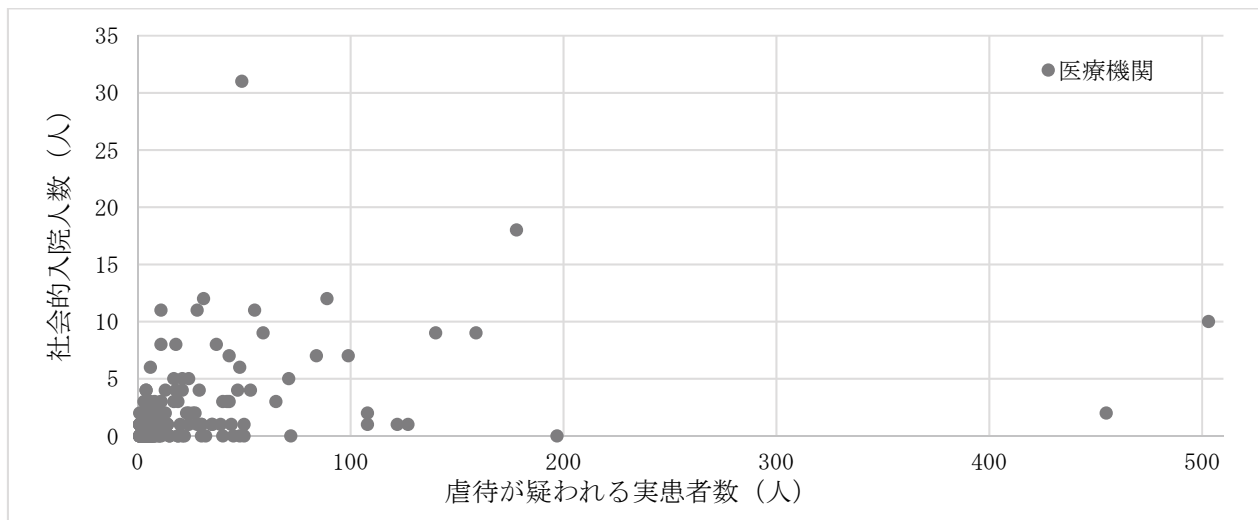
回答のあった医療機関の社会的入院人数は 399 人であったが、そのうわけを虐待の疑いがある実患者数規模別に比較すると、虐待の疑いがある実患者を 50 人以上対応している 5.6%の医療機関が、社会的入院人数の 28.1%を余儀なくされており、社会的入院の実態には医療機関の間で差があることがわかった。

表 20 虐待の疑いで対応した実患者数ごとの医療機関数、社会的入院の人数

	医療機関数（%）、人数（%）				医療機関あたりの社会的入院人数の平均（B/A）
	医療機関数（A）	%	社会的入院人数（B）	%	
実患者数 0 人の医療機関	135	34.2	0	0.0	0.0
実患者数 1-11 人の医療機関	177	44.8	109	27.3	0.6
実患者数 12-49 人の医療機関	57	14.4	161	40.4	2.8
実患者数 50 人以上の医療機関	22	5.6	112	28.1	5.1
無回答	4	1.0	17	4.3	4.3
計	395	100.0	399	100.0	1.0

虐待の疑いのある実患者数と社会的入院人数の関係を見たところ、年間で 50 人未満の実患者を対応している医療機関が多い一方、50 人以上対応している医療機関も一定数あり、さらには約 450 人以上を対応している医療機関も 2 施設存在した。

図 5 実患者数と社会的入院人数



虐待の疑いを理由に一時保護に至った子どもの人数の平均値は1.4人、中央値は0.0人、最小値は0.0人、最大値は25.0人であった。

表 21 一時保護委託人数（数値回答）

回答数	188
有効回答数	163
平均値	1.4
中央値	0.0
最頻値	0.0
最小値	0.0
最大値	25.0

### (3) 虐待入院事例に関する通告状況

全体票を回答した 395 施設における虐待入院事例 1781 人のうち、児童相談所に通告したのは 34.7%、市区町村に通告したのは 20.2%であった。また、市区町村に支援依頼をした事例が 36.5%であった。さらに、1 年間で虐待の疑いがある実患者の規模別に、1 人以上 11 人以下の医療機関、12 人以上 49 人以下の医療機関、50 人以上の医療機関の 3 分類それぞれでの通告状況を比較したところ、虐待の疑いがある実患者の対応件数が数の多いほうが通告の割合が徐々に小さくなる傾向がみられた。

表 22 回答医療機関の入院事例における通告状況

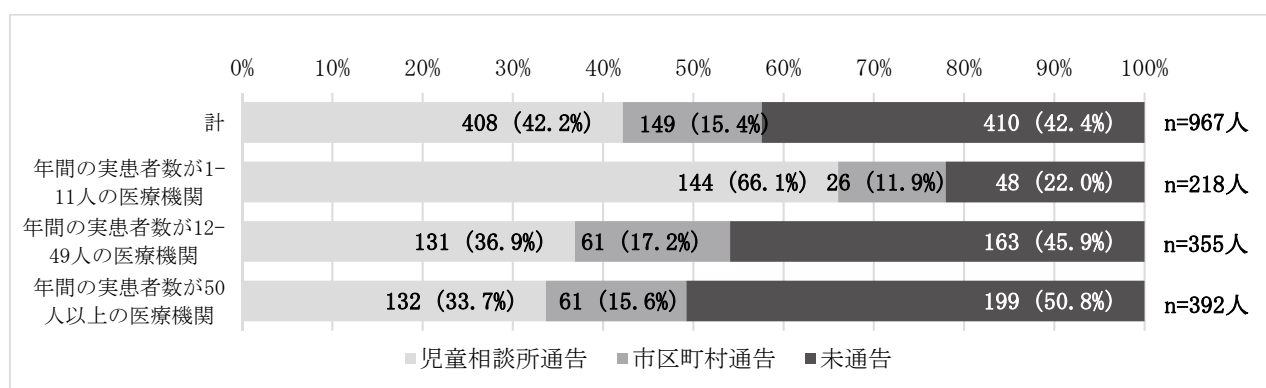
	人数				%		
	入院 (A)	児童相 談所通 告(B)	市区町 村通告 (C)	市区町 村支援 依頼(D)	児童相談 所通告 (B/A)	市区町 村通告 (C/A)	市区町村 支援依 頼 (D/A)
年間の実患者数が 1・11 人の医療機関	340	194	78	118	57.1	22.9	34.7
年間の実患者数が 12・49 人の医療機関	617	204	140	260	33.1	22.7	42.1
年間の実患者数が 50 人以上の医療機 関	729	202	112	224	27.7	15.4	30.7
無回答	95	18	29	48	18.9	30.5	50.5
計	1781	618	359	650	34.7	20.2	36.5

※回答医療機関 395 施設にて入院していた 1781 人についての回答結果

※それぞれ回答が独立しているため合算しても 100%にはならない

次に、回答医療機関 395 施設のうち調査票の指示通りに「入院人数＝児童相談所通告＋市区町村通告＋未通告」となるように回答した 106 施設に入院していた 967 人について、「児童相談所通告」「市区町村通告」だけでなく「未通告」も含めた通告状況を分析した。未通告の割合は、年間の虐待の疑いがある実患者数が 1 人以上 11 人以下の医療機関では 22.0%、12 人以上 49 人以下の医療機関では 45.9%、50 人以上の医療機関では 50.8%であり、虐待の疑いで対応した人数が増加するほど、未通告の割合が増加することがわかった。しかし、冒頭でも述べた通り、本調査では医療機関によって「虐待」ととらえて対応する範囲に違いが生じている可能性がある。そのため、実患者数を多く計上している医療機関ほど、虐待の疑い度合いが小さい場合も広く虐待ととらえて計上している可能性があり、通告に至っていない可能性があることに留意する必要がある。

図 6 未通告を含めた入院事例における通告状況



※967 人のうち、2 人は年間の実患者数が無回答の医療機関に属していたため、3 種類の実患者数のうちわけには計上していない

(4) 各医療機関の院外機関との関わり

虐待の疑いがある実患者数が1人以上と回答した医療機関に、院外機関との関わりの頻度を尋ねたところ、「A 児童相談所」や「B 保健センター・保健所」では「数か月に1回」と回答した医療機関が最も多かったが、「C 市区町村の家庭児童相談室」「D 警察」「E 保育所/幼稚園・学校」「F 貴院以外の医療機関」「G その他」では、「全くない」と回答した医療機関が最も多かった。

表 23 院外機関との関わり（実患者数1人以上）（単一回答）

(医療機関数)	関わりの頻度								合計
	全くない	1年に1-2回	数か月に1回	月に1回	月に2-3回	週に1回以上	無効回答	無回答	
A 児童相談所	14	63	87	31	42	18	4	2	261
B 保健センター・保健所	34	48	59	32	39	31	4	14	261
C 市区町村の家庭児童相談室	68	41	52	25	35	20	4	16	261
D 警察	112	86	31	4	6	0	4	18	261
E 保育所/幼稚園・学校	95	75	50	8	8	5	4	16	261
F 貴院以外の医療機関	90	81	46	13	7	1	4	19	261
G その他	47	9	2	5	3	2	4	189	261

(%)	関わりの頻度								合計
	全くない	1年に1-2回	数か月に1回	月に1回	月に2-3回	週に1回以上	無効回答	無回答	
A 児童相談所	5.4	24.1	33.3	11.9	16.1	6.9	1.5	0.8	100.0
B 保健センター・保健所	13.0	18.4	22.6	12.3	14.9	11.9	1.5	5.4	100.0
C 市区町村の家庭児童相談室	26.1	15.7	19.9	9.6	13.4	7.7	1.5	6.1	100.0
D 警察	42.9	33.0	11.9	1.5	2.3	0.0	1.5	6.9	100.0
E 保育所/幼稚園・学校	36.4	28.7	19.2	3.1	3.1	1.9	1.5	6.1	100.0
F 貴院以外の医療機関	34.5	31.0	17.6	5.0	2.7	0.4	1.5	7.3	100.0
G その他	18.0	3.4	0.8	1.9	1.1	0.8	1.5	72.4	100.0



### 3.2.3 社会的入院の実態

以降より、個票Ⅰ（社会的入院事例）で回答を得た 133 事例について、医療機関における社会的入院の実態について述べる。

#### (1) 対応実態

社会的入院に至った子どもの年齢では「0 歳」が最も多く 48.1%で、「1 歳以上 3 歳未満」が 18.8%で続いた。

表 24 社会的入院事例における子どもの年齢（単一回答）

	事例数	%
0 歳	64	48.1
1 歳以上 3 歳未満	25	18.8
3 歳以上 6 歳未満	14	10.5
6 歳以上 12 歳未満	12	9.0
12 歳以上	18	13.5
合計	133	100.0

子どもが入院した理由では、社会的理由と児の医学的理由の「両方がその理由」が最も多く 40.6%であった。

表 25 社会的入院事例における入院理由（社会的か医学的か）（単一回答）

	事例数	%
両方がその理由	54	40.6
主に社会的理由	50	37.6
主に児の医学的理由	25	18.8
無回答	4	3.0
合計	133	100.0

子どもに疑われた虐待の種類では、4分類とその他に分けると、「ネグレクト」が最も多く 52.7%で、「身体的虐待」が 31.3%であった。

表 26 社会的入院事例における虐待の種類（複数回答）

	事例数(n=133)	%
ネグレクト	69	52.7
身体的虐待	41	31.3
心理的虐待	20	15.3
性的虐待	3	2.3
その他	30	22.9
無回答	2	1.5

表 27 社会的入院事例における虐待の種類（詳細）（複数回答）

	事例数(n=133)	%
ネグレクト	62	46.6
医療ネグレクト	7	5.3
身体的虐待（頭部外傷）	22	16.5
身体的虐待（骨折）	9	6.8
身体的虐待（多発皮膚損傷）	8	6.0
身体的虐待（熱傷）	2	1.5
心理的虐待	20	15.0
性的虐待	3	2.3
代理によるミュンヒハウゼン症候群	1	0.8
その他	29	21.8
無回答	2	1.5

医療機関が虐待が疑われる状況を把握した時点としては、「入院に至るエピソード前から虐待もしくは養育不全が懸念されていた家庭に発生した」が最も多く 50.4%であり、「入院に至るエピソードの発生を契機に、入院させる時点で虐待を疑った」が 27.8%と続いた。また、「入院中に、新たな虐待の問題が持ち上がった（病院が虐待の発生/発見場所となった）」も 13.5%であった。

表 28 社会的入院事例における虐待が疑われる状況を把握した時点（単一回答）

	事例数	%
入院に至るエピソード前から虐待もしくは養育不全が懸念されていた家庭に発生した	67	50.4
入院に至るエピソードの発生を契機に、入院させる時点で虐待を疑った	37	27.8
入院させた後に、入院時の医学的状況が虐待であることを疑うに至った	10	7.5
入院中に、新たな虐待の問題が持ち上がった（病院が虐待の発生/発見場所となった）	18	13.5
無回答	1	0.8
合計	133	100.0

通告状況としては、「児童相談所通告」が最も多く、全事例のうち 78.2%であり、「市区町村通告」の 22.6%と続いた。

表 29 社会的入院事例における通告状況（複数回答）

	事例数(n=133)	%
児童相談所通告	104	78.2
市区町村通告	30	22.6
未通告	15	11.3
警察通報	8	6.0
無回答	3	2.3

子どもの入院日数としては、「15 日以上 1 か月未満」が最も多く 29.3%であり、「1 か月以上 2 か月未満」が 27.1%であり、社会的入院日数は長くなるほど割合が低くなる傾向であった。ただし、1 年以上も 12.0%であった。なお、全体票での社会的入院事例の入院日数を尋ねる設問では、回答内容によっては無効回答とした医療機関があったため、下記の結果とは一致しない部分がある点に留意する必要がある。

**表 30 社会的入院事例における入院日数（単一回答）**

	事例数	%
15 日以上 1 か月未満	39	29.3
1 か月以上 2 か月未満	36	27.1
2 か月以上 3 か月未満	16	12.0
3 か月以上 6 か月未満	14	10.5
6 か月以上 1 年未満	12	9.0
1 年以上	16	12.0
合計	133	100.0

一方、子どもの社会的入院日数としては「15 日以上 1 か月未満」が 43.6%で最も割合が高く、次いで「1 か月以上 2 か月未満」が 22.6%であり、長引くほど構成割合は小さくなる傾向であった。ただし、1 年以上も 11.3%であった。

**表 31 社会的入院事例における社会的入院日数（単一回答）**

	事例数	%
15 日以上 1 か月未満	58	43.6
1 か月以上 2 か月未満	30	22.6
2 か月以上 3 か月未満	11	8.3
3 か月以上 6 か月未満	7	5.3
6 か月以上 1 年未満	9	6.8
1 年以上	15	11.3
無回答	3	2.3
合計	133	100.0

社会的入院に至った理由を尋ねたところ、全医療機関においては「1.社会的養護先の空きがない」が最も多く 39.1%で、医療的ケア、医療的配慮といった「2.子どもの状態」が 24.1%と続いた。また、社会的入院の理由について入院期間別に分析したところ、「15 日以上 2 か月未満」と、「3 か月以上」の場合で最も割合が高かったのは「1.社会的養護先の空きがない」で 51.6%であった。一方、「2 か月以上 3 か月未満」の場合で最も割合が高かったのは「2.子どもの状態」で 45.5%であった。

表 32 社会的入院の理由（単一回答）

		人数					割合（列%）				
理由		社会的入院に至った 子どもの入院期間					社会的入院に至った 子どもの入院期間				
大分類	小分類	15日 以上2 か月未 満	2か月 以上3 か月未 満	3か月 以上	無回 答	計	15日 以上2 か月未 満	2か月 以上3 か月未 満	3か月 以上	無回答	計
1.社会的養護先の空きがない		33	3	16	0	52	37.5	27.3	51.6	0.0	39.1
	医療的ケア児の状況で、重症心身障害児施設の空きがなかったため	3	0	14	0	17	3.4	0.0	45.2	0.0	12.8
	医療的配慮児の状況で、社会的養護先の空きがなかったため	14	1	2	0	17	15.9	9.1	6.5	0.0	12.8
	子どもは医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のどれも必要としていないが、空きがないために社会的養護先に入所等することができなかったため	13	1	0	0	14	14.8	9.1	0.0	0.0	10.5
	医療的ケアと医療的配慮のいずれも必要ないが、養育的配慮が必要な児の状況で、社会的養護先の空きがなかったため	3	1	0	0	4	3.4	9.1	0.0	0.0	3.0
2.子どもの状態		15	5	11	1	32	17.0	45.5	35.5	33.3	24.1
	医療的配慮児の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため	14	2	5	0	21	15.9	18.2	16.1	0.0	15.8
	医療的ケア児の状況で、子どもの状態的に重症心身障害児施設に入所ができなかったため	0	1	4	0	5	0.0	9.1	12.9	0.0	3.8
	医療的ケアと医療的配慮のいずれも必要ないが、養育的配慮が必要な児の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため	1	2	2	1	6	1.1	18.2	6.5	33.3	4.5
3.社会的養護とするか、児童相談所と養育者との折り合いがつかない		12	2	1	0	15	13.6	18.2	3.2	0.0	11.3
4.養育環境の整備待ち		13	0	0	0	13	14.8	0.0	0.0	0.0	9.8
5.社会的養護先調整待ち		3	0	1	1	5	3.4	0.0	3.2	33.3	3.8
6.その他		9	1	1	0	11	10.2	9.1	3.2	0.0	8.3
	児相との調整や院内調整待ち	3	0	0	0	3	3.4	0.0	0.0	0.0	2.3
	育児指導のため	1	0	1	0	2	1.1	0.0	3.2	0.0	1.5
	在宅フォローの調整待ち	2	0	0	0	2	2.3	0.0	0.0	0.0	1.5
	マルトリートメントの可能性	2	0	0	0	2	2.3	0.0	0.0	0.0	1.5
	親への対応困難	0	1	0	0	1	0.0	9.1	0.0	0.0	0.8
	状況確認のため	1	0	0	0	1	1.1	0.0	0.0	0.0	0.8
無回答		1	0	0	1	2	1.1	0.0	0.0	33.3	1.5
無効回答		2	0	1	0	3	2.3	0.0	3.2	0.0	2.3
計		88	11	31	3	133	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

社会的入院に至った理由に対する医療機関側の認識では、「行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得している」が最も多く 47.4%で、次いで「行政側の対応の問題で長期に至り、行政からの説明に納得いかない部分があるが、やむを得ないと認識している」が 26.3%と続き、医療機関が行政側の対応に概ね納得している傾向が読み取れた。

一方、「行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得していない」も 7.5%の回答であった。

**表 33 社会的入院に至った理由に対する医療機関側の認識（単一回答）**

	事例数	%
行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得している	63	47.4
行政側の対応の問題で長期に至り、行政からの説明に納得いかない部分があるが、やむを得ないと認識している	35	26.3
行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得していない	10	7.5
医療機関側の対応の問題で長期に至った	8	6.0
無回答	17	12.8
合計	133	100.0

### 3.2.4 未通告の実態

以降より、個票Ⅱ（入院事例のうち未通告の事例）で回答を得た 227 事例について、医療機関における未通告状況の実態について述べる。

#### (1) 対応実態

虐待の疑いで入院した子どもで未通告の事例では、年齢において「0 歳」が最も多く 40.5%で、「1 歳以上 3 歳未満」が 28.2%で続いた。

表 34 未通告事例における子どもの年齢（単一回答）

	事例数	%
0 歳	92	40.5
1 歳以上 3 歳未満	64	28.2
3 歳以上 6 歳未満	29	12.8
6 歳以上 12 歳未満	24	10.6
12 歳以上	18	7.9
合計	227	100.0

子どもが入院した理由では、「主に児の医学的理由」が最も多く 72.2%であった。

表 35 未通告事例における入院理由（単一回答）

	事例数	%
主に児の医学的理由	164	72.2
両方がその理由	25	11.0
主に社会的理由	24	10.6
無回答	14	6.2
合計	227	100.0



子どもに疑われた虐待の種類では、4分類とその他に分けると、「ネグレクト」が最も多く39.4%で、「その他」が33.2%、「身体的虐待」が23.9%、「心理的虐待」が5.3%、「性的虐待」が3.1%と続いた。

表 36 未通告事例における虐待の種類（複数回答）

	事例数(n=227)	%
ネグレクト	89	39.4
身体的虐待	54	23.9
心理的虐待	12	5.3
性的虐待	7	3.1
その他	75	33.2
無回答	1	0.4

表 37 未通告事例における虐待の種類（詳細）（複数回答）

	事例数(n=227)	%
ネグレクト	82	36.1
医療ネグレクト	7	3.1
身体的虐待（頭部外傷）	25	11.0
身体的虐待（熱傷）	12	5.3
身体的虐待（骨折）	11	4.8
身体的虐待（多発皮膚損傷）	6	2.6
心理的虐待	12	5.3
性的虐待	7	3.1
代理によるミュンヒハウゼン症候群	2	0.9
その他	73	32.2
無回答	1	0.4

子どもの入院日数としては、「1 日以上 15 日未満」が最も多く 49.3%であり、「15 日以上 1 か月未満」の 24.7%が続いた。

表 38 未通告事例における入院日数（単一回答）

	事例数	%
1 日以上 15 日未満	112	49.3
15 日以上 1 か月未満	56	24.7
1 か月以上 2 か月未満	12	5.3
2 か月以上 3 か月未満	4	1.8
3 か月以上 6 か月未満	3	1.3
6 か月以上 1 年未満	1	0.4
1 年以上	1	0.4
無回答	38	16.7
合計	227	100.0

未通告の事例を回答した 227 機関すべての未通告の理由としては、「介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた」が最も多く、46.3%であった。次に、「軽症と考えた」の 12.3%「既に児相介入中」の 12.3%、「確信がなかった」の 11.5%が続いた。

表 39 未通告事例における未通告理由（複数回答）

未通告理由	回答したすべての医療機関	
	事例数 (n=227)	%
介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた	105	46.3
既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）	29	12.8
軽症と考えた	28	12.3
確信がなかった	26	11.5
医療機関の対応で改善が見込まれた	23	10.1
受傷理由を親による虐待以外と判断	23	10.1
既に市区町村対応中	9	4.0
子育て支援で十分と判断	6	2.6
既に要対協対応中	6	2.6
転院・他院がフォロー中のため	4	1.8
市区町村が対応することになったため	3	1.3
児相の介入効果が見込めなかった	2	0.9
市区町村の介入効果が見込めなかった	2	0.9
通告による養育者との関係性悪化の懸念	2	0.9
警察に通報したため	2	0.9
既に保健所・保健師対応中	2	0.9
市区町村が児相に通告したため	2	0.9
学校等との連携で対応可と考えた	2	0.9
家族が児相に相談する	1	0.4
既に関係機関介入中	1	0.4
児相とのトラブル経験あり	2	0.9
無回答	2	0.9

次に、未通告の理由を虐待疑いの年間の虐待の疑いのある実患者数別に見ると、「介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた」の割合が最も高いのは虐待疑いの実患者数が 12-49 人の医療機関で、63.0%であった。「軽症と考えた」で割合が最も高いのは虐待疑いの実患者数が 50 人以上の医療機関で 20.0%であり、虐待疑いの実患者数が増加するほど割合が高くなっていた。「既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）」で割合が最も高いのは虐待疑いの実患者数が 1-11 人の医療機関で 32.1%であり、実患者数が増加するほど低くなっていた。

表 40 未通告事例における未通告理由・虐待疑いの年間の実患者数別（複数回答）

未通告理由	虐待疑いの実患者が年間 1-11 人の医療機関 (n=28)		虐待疑いの実患者が年間 12-49 人の医療機関 (n=119)		虐待疑いの実患者が年間 50 人以上の医療機関 (n=80)	
	事例数	%	事例数	%	事例数	%
介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた	5	17.9	75	63.0	25	31.3
軽症と考えた	0	0.0	12	10.1	16	20.0
既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）	9	32.1	13	10.9	7	8.8
確信がなかった	3	10.7	12	10.1	11	13.8
医療機関の対応で改善が見込まれた	4	14.3	4	3.4	15	18.8
受傷理由を親による虐待以外と判断	5	17.9	9	7.6	9	11.3
既に市区町村対応中	3	10.7	5	4.2	1	1.3
子育て支援で十分と判断	0	0.0	0	0.0	6	7.5
既に要対協対応中	0	0.0	0	0.0	0	0.0
転院・他院がフォロー中のため	0	0.0	0	0.0	0	0.0
市区町村が対応することになったため	0	0.0	0	0.0	0	0.0
児相の介入効果が見込めなかった	0	0.0	0	0.0	0	0.0
市区町村の介入効果が見込めなかった	0	0.0	0	0.0	0	0.0
通告による養育者との関係性悪化の懸念	0	0.0	0	0.0	0	0.0
警察に通報したため	0	0.0	0	0.0	0	0.0
既に保健所・保健師対応中	1	3.6	1	0.8	1	1.3
市区町村が児相に通告したため	0	0.0	0	0.0	0	0.0
学校等との連携で対応可と考えた	0	0.0	0	0.0	0	0.0
家族が児相に相談する	0	0.0	0	0.0	0	0.0
既に関係機関介入中	1	3.6	1	0.8	1	1.3
児相とのトラブル経験あり	1	3.6	1	0.8	1	1.3
無回答	1	3.6	1	0.8	1	1.3

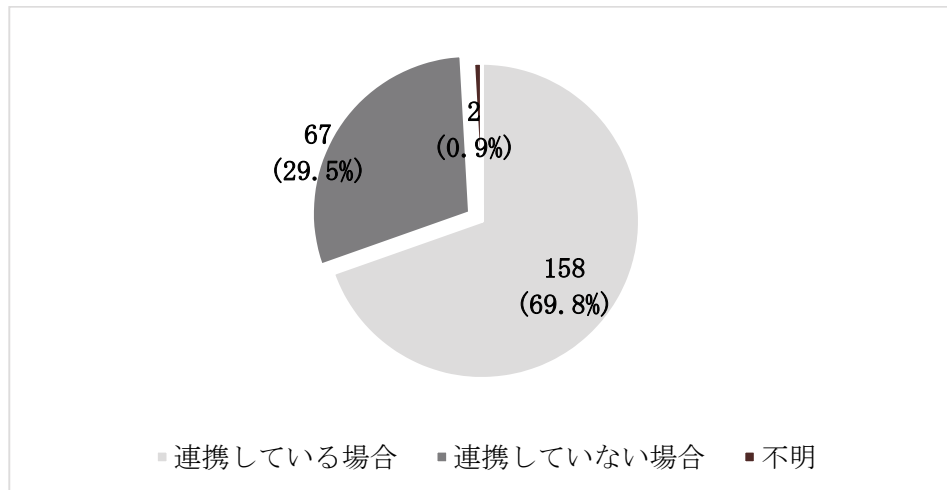
次に、児童福祉法第 25 条において、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合、要保護児童を発見したものは市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所などに通告する義務があることを鑑み、未通告の理由のうち、「関係機関に連携しているかどうか」について検討してみた。

未通告理由について、今回の選択肢を表 41 の通り関係機関に「連携している」と考えられるものと、「連携していない」と考えられるものに分類した。そのうえで、「連携していない」と考えられる理由のみを選択した医療機関、「連携していない」と「連携している」の両方または「連携している」を選択した医療機関のうちわけを調べると、図 7 の通り、「連携していない」理由のみを選択していた事例は 29.5%であった。

表 41 未通告理由が、関係機関に連携していると判断できる理由かどうか

未通告理由	関係機関に連携していると判断できる理由か
介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えた	連携している
軽症と考えた	連携していない
既に児相介入中（児相からの一時保護委託含む）	連携している
確信がなかった	連携していない
医療機関の対応で改善が見込まれた	連携していない
受傷理由を親による虐待以外と判断	連携していない
既に市区町村対応中	連携している
子育て支援で十分と判断	連携している
既に要対協対応中	連携している
転院・他院がフォロー中のため	連携していない
市区町村が対応することになったため	連携している
児相の介入効果が見込めなかった	連携していない
市区町村の介入効果が見込めなかった	連携していない
通告による養育者との関係性悪化の懸念	連携していない
警察に通報したため	連携している
既に保健所・保健師対応中	連携している
市区町村が児相に通告したため	連携している
学校等との連携で対応可と考えた	連携している
家族が児相に相談する	連携していない
既に関係機関介入中	連携している
児相とのトラブル経験あり	連携していない

図 7 未通告事例における未通告理由 –連携しているかどうか (n=227)



※各事例において未通告理由で「連携している」を1つ以上選択している事例を「連携している場合」、未通告理由で「連携していない理由」のみを選択している事例を「連携していない場合」とした

さらに、関係機関に連携していない 67 事例において、「連携していない」と考えられる 10 の理由の回答状況を調べたところ、「医療機関の対応で改善が見込まれた」が 32.8% で最も高かった。次に、「受傷理由を親による虐待以外と判断」が 25.4%、「軽症と考えた」が 23.9%、「確信がなかった」が 22.4%と続いた。

表 42 連携していない未通告理由（複数回答）

	事例数 (n=67)	%
医療機関の対応で改善が見込まれた	22	32.8
受傷理由を親による虐待以外と判断	17	25.4
軽症と考えた	16	23.9
確信がなかった	15	22.4
児相の介入効果が見込めなかった	2	3.0
市区町村の介入効果が見込めなかった	2	3.0
通告による養育者との関係性悪化の懸念	1	1.5
児相とのトラブル経験あり	1	1.5
転院・他院がフォロー中のため	0	0.0
家族が児相に相談する	0	0.0

### 3.2.5 児童相談所との連携不良の実態

以降より、任意回答であった個票Ⅲ（児童相談所との連携不良の事例）で得た回答結果 41 事例を中心に、医療機関と児童相談所の間で起こった連携不良の実態について述べる。

#### (1) 対応実態

虐待の疑いで対応した子どもに関する連携不良の事例では、年齢において「0 歳」が最も多く 43.9%で、「1 歳以上 3 歳未満」が 19.5%で続いた。

表 43 連携不良事例における子どもの年齢（単一回答）

	事例数	%
0 歳	18	43.9
1 歳以上 3 歳未満	8	19.5
3 歳以上 6 歳未満	2	4.9
6 歳以上 12 歳未満	7	17.1
12 歳以上	6	14.6
合計	41	100.0

連携不良の事例における子どもに疑われた虐待の種類では、4分類とその他に分けると、「ネグレクト」と「身体的虐待」が最も多く60.0%であった。

表 44 連携不良事例における虐待の種類（複数回答）

	事例数(n=41)	%
身体的虐待	24	60.0
ネグレクト	24	60.0
心理的虐待	7	17.5
性的虐待	2	5.0
その他	8	20.0
無回答	1	2.5

表 45 未通告事例における虐待の種類（詳細）（複数回答）

	事例数(n=41)	%
身体的虐待（多発皮膚損傷）	8	19.5
身体的虐待（頭部外傷）	6	14.6
身体的虐待（骨折）	6	14.6
身体的虐待（熱傷）	4	9.8
ネグレクト	18	43.9
医療ネグレクト	6	14.6
心理的虐待	7	17.1
性的虐待	2	4.9
その他	8	19.5
無回答	1	2.4%

連携不良の詳細な状況を尋ねたところ、「子どもの安全に大きな懸念が生じた」が24事例で58.5%で最も多く、「連携の上でのコミュニケーションが円滑に取れなかった」が56.1%、「児相の職責と考えている対応を、医療機関が行うように迫られた」が36.6%と続いた。

表 46 連携不良を感じた際の状況（複数回答）

	事例数(n=41)	%
子どもの安全に大きな懸念が生じた	24	58.5
連携の上でのコミュニケーションが円滑に取れなかった	23	56.1
児相の職責と考えている対応を、医療機関が行うように迫られた	15	36.6
児相以外の関係機関に連携するかどうかについて、医療機関と児相の間で見解の不一致が発生した	7	17.1
不要な親子分離が生じた	2	4.9
その他	5	12.2



## 4 ヒアリング調査結果

### 4.1 調査結果

3 地域 6 機関にヒアリングを行った結果の概要は、下記の通りであった。ヒアリングの詳細については、巻末の付録 2 ヒアリング録を参照されたい。

#### 4.1.1 地域 A

地域 A では、児童相談所と医療機関が普段から「顔の見える関係」を構築し、通告前であっても積極的に情報共有や協議を行うような体制がある点が特徴的であった。児童相談所と医療機関双方が認識していた今後の課題としては、警察等を含む多機関連携を推進すべきことや、より多くの医療機関が虐待対応に理解を示し、より積極的に関与すべきことが挙げられた。

児童相談所の医療機関に対する期待として、虐待対応や虐待医学への理解の浸透が挙げられた。医療機関の児童相談所に対する期待としては、乳児院や医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させる施設、以下（重心）と表記）を中心とした退院後の生活拠点のさらなる整備が挙げられた。

表 47 地域 A のヒアリング結果の概要

	児童相談所	医療機関
番号	1	2
虐待対応 フロー上 の接点	<b>【通告時】</b> ・ 通告を受けると、児童相談所が医療機関にアポイントを取り子どもについて聞きに行く。CPT の会議に呼ばれることもある	<b>【通告時】</b> ・ 通告前の院内会議に児童相談所職員・警察職員が参加したり、医療機関内で保護者に「通告」の事実を告知する際に院内で児童相談所職員が待機したりと、通告時から児童相談所との連携体制を敷いている
	<b>【初期対応】</b> ・ 特記事項なし	<b>【初期対応】</b> ・ 特記事項なし
	<b>【退院・支援に向けて】</b> ・ 退院できるかどうかは、「急性期医療の必要がなくなったか」という医療的観点と、「家庭に復帰して子どもの安全は確保されるか」という福祉的観点から判断する。医療的ケアが必要な子どもが退院後の受け入れ先に入所する前には、病院での事前検査や救急で診てもらえる病院の事前調整が重要となる	<b>【退院・支援に向けて】</b> ・ 特記事項なし
医療と福祉の繋がり	・ 特記事項なし	・ 児童相談所を含む多機関・多職種の「顔の見える関係づくり」のため、年 2 回の合同勉強会へ参加している ・ 上記の背景には、医療機関における虐待対応への大きな負担や課題意識があった
被虐待児対応における今後の課題	・ 児童相談所と医療機関の虐待対応への認識の相違に改善の余地があると感じている。特に、医療側に対して虐待医学の理解の促進を期待している ・ 長期的には、警察との連携に改善の余地があると感じている	・ 児童相談所、医療機関、警察、検察などが異なる強みを活かしあえる、多機関連携を推進すべき ・ 子どもの権利を守る枠組みの中でハブになりやすい医療機関が、虐待対応へさらに積極的に関与すべき ・ 乳児院や医療型障害児入所施設（重心）を中心とした、退院後の生活拠点のさらなる整備を期待

#### 4.1.2 地域 B

地域 B では、多機関が参加する地区部会を通して、児童相談所と医療機関の「顔の見える関係」が構築されつつある点が特徴的であった。一方、初期対応では児童相談所と医療機関の間で意見の食い違いが起きることがあることも明らかとなった。

また、地域 A と同様、児童相談所の医療機関に対する期待として、虐待医学の理解の促進が挙げられた。医療機関からは、そういった医療機関側の虐待対応の促進にはインセンティブの強化が必要であるという意見が挙げられた。

表 48 地域 B のヒアリング結果の概要

	児童相談所	医療機関
番号	3	4
虐待対応フロー上の接点	<b>【通告】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から「相談」の位置づけで連絡を受けることがあるが、すべてを「通告」として受理している</li> <li>・近年では医療機関からの通告へのためらいは弱まっていると感じる</li> </ul>	<b>【通告】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭内事故を含み、子どもの安心・安全が懸念される院内のすべてのケースが CPT に報告される</li> <li>・児童相談所への通告は、親子分離の職権を行使する可能性があるケースで行うが、悩むケースはオーバートリアージして通告している</li> </ul>
	<b>【初期対応】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもの対応方針で意見が食い違うことがある。背景として、対応方針を判断する情報量に児童相談所と医療機関の間で差があると感じている</li> </ul>	<b>【初期対応】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キーパーソンになるのは、CPT に所属する医療ソーシャルワーカーである</li> <li>・「医療機関にいれば安心」という福祉側の考え方に対して認識のずれを感じることもある</li> </ul>
	<b>【退院・支援に向けて】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療型障害児入所施設（重心）への入所の場合、空きが出ないために退院の調整に時間を要する</li> <li>・治療は不要でも医療が必要な子どもの退院後の受け入れ先について、医療機関と児童相談所で意見が食い違う事例があった</li> </ul>	<b>【退院・支援に向けて】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的養育の受け入れ先の空きがなく、子どもの社会的入院が長期化することがある</li> </ul>
医療と福祉の繋がり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待対応のよりよいあり方を勉強する地区部会への年 4 回の参加を通じて、「顔の見える関係」が構築されつつある</li> <li>・要保護児童対策地域協議会に医療機関も参加しており、月 1 回の定期的な会議の場で意見交換をしている</li> <li>・個別支援会議では、児童相談所と必要に応じて医療機関の担当者が出席し、個別ケースについて協議している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多機関が参加する虐待対応のよりよいあり方を勉強する地区部会を年 4 回開催しており、児童相談所、市区町村、医療機関の間の「顔の見える関係」が構築されてきた</li> </ul>
被虐待児対応における今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関側に医療ソーシャルワーカー等の情報収集をする窓口があると、医療機関との情報連携が円滑に進むと考える</li> <li>・医療機関での、虐待医学の理解の促進を期待している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被虐待児の生活拠点に関して、社会的養育の受け入れ先の不足と、社会的養育の受け入れ先を必要とさせない予防策の検討の不足が課題</li> <li>・医療機関の虐待対応の促進には、コアとなる医療機関の指定や、インセンティブの強化が必要</li> </ul>

#### 4.1.3 地域 C

地域 C では、今後の課題として、児童相談所と医療機関の双方から医療ソーシャルワーカーの重要性についてと、親の養育力不足による養育不良の子どもや、治療は必要ないが医療的ケアが必要とされる子どもといった、現状の虐待対応の枠組みでは十分な対応がなされない可能性がある子どもに対する支援体制を整備する必要性が挙げられた。

表 49 地域 C のヒアリング結果の概要

	児童相談所	医療機関
番号	5	6
虐待対応フロー上の接点	<b>【通告】</b> ・医療機関から通告を受ける場合、①救急入院といった緊急対応を要する場合②多数のあざといった外傷③ネグレクトが疑われる場合が多い	<b>【通告】</b> ・虐待の疑いがあるケースと判断した場合は児童相談所に通告し、事故やマルトリートメント等の要支援ケースと判断した場合は市区町村や保健センター等に通告もしくは連絡する
	<b>【初期対応】</b> ・特記事項なし	<b>【初期対応】</b> ・児童相談所と医療機関のそれぞれが持つ情報を共有し合う流れで、一時保護とするか、家庭に帰すかの方針を決めることが多い ・一時保護の判断では、医療機関と児童相談所で意見が食い違うことがある
	<b>【退院・支援に向けて】</b> ・①医療的な支援が必要な場合②養育上の配慮が必要な場合③医療的支援・養育上の配慮が不要な場合 で調整の方針が異なる ・①では、子どもの心身の状況の変化に応じて入退院が繰り返されることがあるが、児童相談所の調整不備だとされる場合があり、医療機関と児童相談所の認識が異なっている場合があると感じている ・②では、適する社会的養育の受け入れ先が存在しないために「社会的入院」状態に至ることがある	<b>【退院・支援に向けて】</b> ・一時保護委託で入院した場合は、児童相談所が退院できるかどうか判断する。医療機関は、医療的観点からの退院の見通しを児童相談所に前もって伝えておくことが重要 ・児童相談所に通告せず入院した場合は、家庭に帰せると判断している場合のため、医療機関が退院を判断する
医療と福祉の繋がり	・医療連携のための定期会議に医療機関と児童相談所が出席し、お互いの理解を深めながら意見交換を行っている	・特記事項なし
被虐待児対応における今後の課題	・児童相談所側では、医療機関が主張する切迫した状況を理解するためには最低限の医学的知識が必要と考える。一方、医療機関側には、福祉の立場上の制約から、できないこともあることを理解してほしい。以上のような課題解決の糸口は、医療ソーシャルワーカーの存在だと感じる ・制度上の課題として、医療と福祉の狭間の事例（医療的ケアは必要だが治療は不要等）を受け入れる体制が整備不足を感じる	・制度上の課題として、①発達の遅れや親の養育力不足など一時保護をするには「グレーゾーン」の子どもに対する適切な支援の在り方を検討する必要性②医療ソーシャルワーカーの小児周産期に関する活動へのインセンティブの必要性を感じている ・医療機関は長期的な子どもと家族の福祉の実現を踏まえた対応を、児童虐待通告対応の初期段階から児童相談所や司法等と組み立てることが重要であり、そのためには MDT（多職種多機関連携チーム）の実現が必要である

## 4.2 ヒアリング調査のまとめ

以降、本事業座長の溝口氏によるヒアリングに関する考察を記載する。

### 3 か所の児相・医療機関のペアヒアリングで共通して語られた要因の分析

今回のヒアリングは、いわば児童相談所も医療機関も先進的な、連携を積極的に行っている地域に行ったものである。僅か 3 か所での調査であったが、共通して紡がれたキーワードである「顔の見える関係」「虐待医学の活用」「通告時・初期対応時・退院時連携」「インセンティブ」をもとに幾ばくかの考察を行う。

#### 1. 顔の見える関係

質の高い連携というのは、関係する機関すべてが高い専門性を持ち、連携のニーズを知り、互いに鋭意努力し続けることで初めて成立する（質の低い連携であれば、「子どもの安全が妥協される」形でいくらかでも展開されうる）。さらには、そのような高い専門性を持ち、連携ニーズを熟知していたとしても、連携の齟齬というのは生じうるものである。その観点からは、協働する上で“相手がどのような人物であるのかを探りながら対応を行う”というストレスが低減された状態から連携を開始することが出来る「顔の見える関係」は圧倒的なアドバンテージとなり、協働し互いの専門性を認め合う関係性が既に構築されていれば、事例対応でうまくいかない状況が生じた際に、コミュニケーションの間に生じる行間を善意で埋めることが出来るため、連携の破綻は生じにくくなる。

今後も繰り返して協働するであろうと見込まれる関係性同士であれば、多少の踏み込んだ要求であっても、“子どものために”貸しを作っておく、借りを作っておく、という相互補完的な関係性も構築しやすいであろう。連携の齟齬は、特に綿密な多機関連携対応が求められる刑事事件化しうる重篤な事例や、一時保護という極めて親子にとって侵襲度の高い判断を行う必要性がある事例において、生じやすいことに疑いの余地はない。

子どもの安全や親子の処遇の判断における信念対立（自らの職域として自明のものと感じる特定の考え方の対立。「医療としては」「児相としては」という枕詞をつけた言説が典型的なものである）というものは、強固で引くことが出来ない性質のものであり、「同じチームのメンバーである」という信念体系（強固な仲間意識）を共有していなければ、克服しがたいものである。

このような仲間意識を構築するためには、繰り返し協働するという経験が必要であり、このような経験がないと実質的な顔の見える関係には到達しない。信念対立を克服するもう一つの方法は、徹底的に話し合い、互いに納得でき、子どもの安全に対しても十分に担保されている、という落としどころを時間をかけて構築することにある。その話し合いのプロセスこそがその後の強固な関係性を構築するプロセスをなしており、このような関係性を「顔の見える関係」から一步踏み込んだ「納得しあえる関係」と呼称し、そのような関係性を目指すことが肝要である。そのような関係性は集合離散する状況においては作りがたく、そのような関係性を構築するためには、重篤事例・要一時保護事例という社会的ハイリスク事例を、ある程度地域の中核的な病院に集約し対応する病病連携体制の構築は実質的に不可欠である。

もちろん高次の信念対立ではなく、単に「虐待の否認」に医療者が陥っているだけの場合や、児童相談所が既に行った組織判断を現場の福祉司レベルで覆すのに気が引ける、という低次の信念対立の場合も少なくなくないが、そのようなレベルの連携不良であっても当事者にとっては大きなストレスとなる。

いずれにしても、医師は診断という専門的な判断を日常的に行っている職業上、信念的対立状況を発生させやすいのは否定しがたく、また児童相談所にとっても相談しがたい存在という側面もあるであろう。

そのような意味でも、医療における福祉職である医療ソーシャルワーカー（MSW）の存在は、コミュニケーションを円滑にし、生じた対立を緩和する上でも極めて重要な役割を果たす。実際、医療ソーシャルワーカーの立場が重要視されている病院との連携は円滑に進むとの声は、今回のヒアリングでもいくつかの児童相談所から聴かれた。

## 2. 虐待医学の活用

今回のヒアリングでは、児童相談所からは「重篤事例・要一時保護事例という社会的ハイリスク事例の処遇を決定するための医学的根拠の材料としての、全身骨撮影や MRI などの医学的治療を行うことのみを考えた場合には必要とは言えない検査を行うことを、医療機関側から拒否されることがある」という発言が共通して聞かれた。このことは「虐待医学の活用」というキーワードでまとめることが出来よう。

これに関しては、上記で述べた典型的な低次の信念対立といえるが、児童相談所にとってはとりわけストレスフルとなる問題といえる。特に、“実際の症例発生時から説得を始める”という対応は反発を買いやすいものである故、この問題に関しては医療者側が「虐待に関する質の高い医学的情報提供は小児医療提供体制上の重要な課題の一つである」と捉え、専門性の高い医師からのセカンドオピニオンを得ることに対して、通常の疾病医療と同様に積極的に行うことが望まれるものであるというコンセンサスを平時にいかにつくるのが肝要であるとともに、やはり専門性の高い医師のいる中核的な病院に集約し対応する病病連携体制の構築が効果的といえるであろう。

## 3. 通告時・初期対応時・退院時連携

今回のヒアリングでは、「通告時」「初期対応時」「退院時」という 3 つのポイントで連携不良が生じやすい、という話題は、ヒアリング対象とした全ての医療機関・児童相談所から語られた。これら 3 つのポイントともに、上述の信念対立が生じやすい局面である。ただしこのいずれのプロセスも、とりわけどこが特段“難しい”というポイントがあるわけではなく、上述した「納得しあえる関係」であれば、克服しうる問題である。しかしそのそれぞれに、他の機関には理解しがたい問題が内包しており、自らの機関にとっては自明の理と考える問題であっても、他の機関にとっては「そんな問題があることも知らなかった」ということは稀ではない。DPC という概念は児童相談所には全く分からないであろうし、医療の診断プロセスや医療的ケアの困難さ/容易さなども、実際に医療者と児童相談所が同じように考えているとは限らない。逆に医療は児童相談所が行う相談、調査、診断、判定、援助決定業務の機微についてや、受け入れ可能な施設を探す上での困難性については完全に理解しているとはいえない。このようなことも含め、意思決定に至ったプロセスを理解してもらう説明責任を、互いが果たす必要がある。

## 4. インセンティブ

今回のアンケート調査でもヒアリングにおいても、養育不全にしっかりと日常的にコミットしている医療機関と、そうとは言えない医療機関の差異は大きく、養育不全対応の均霑化は医療の現場ではいまだ進んでいないことは明白である。そのうえで、養育不全に日常的にコミットしている医療機関には社会的入院事例が実質的には集約されている状況になっている。

実際、医療機関におけるこの問題へのインセンティブは実質的に、入退院加算 200 点のみであるが、1 事例も算定できていない医療機関が 69.7%であり、ほとんどの事例（75%以上）で算定でき

ている病院はわずか 4.8%にとどまっている。医療は児童相談所・警察などの行政サービスと異なり、専門外であれば断ることが可能なサービスであり、ある一定のサービスを提供することを促進しようとするならば、インセンティブをつけなければ、広く提供されるようになることはない。その一方で養育不全の対応に対して浅く広い保険点数をつけたとしても、1 事例にきわめて多くの時間と高い専門性と多くのスタッフを必要とする社会的ハイリスク事例の対応の集約化が進むわけではなく、「専門性の提供に対するインセンティブ」も求められる。また社会的入院は子どもの発育に負の影響を及ぼすだけでなく、一つのベッドを長時間占有する状況を作り出し、病院経営上も負担は大きいものとなっている。医師のボランティア精神に頼るだけの状況では、諸問題を解決することは不可能な状況といわざるを得ない。

## 5 まとめ

以降より、アンケート調査およびヒアリング調査からわかったことを踏まえ、本事業のまとめを示す。

### 5.1 まとめ

#### 5.1.1 医療機関における虐待対応の現状

虐待の疑いのある実患者数でグルーピングした場合、0 人の非対応群は 34.2%、1-11 人の低頻度対応群は 44.8%、年間 12-49 人中頻度対応群は 14.4%、年間 50 人以上の高頻度対応群は 5.6%であった。その分布は、0 人の医療機関をピークに右肩下がりの曲線を描いており、医療としての養育不全事例への対応の均霑化は期待されるほど進んでいない実態が読み取れた。

また、医療が対応した虐待の疑いのある実患者数のうち、34.8%が入院し、7.8%が社会的入院を要していた。

#### 5.1.2 社会的入院

アンケート結果から、医療機関の本来の機能ではない社会的入院を余儀なくされている医療機関が 29.6%存在し、さらに 2 週間以上の社会的入院を 1 人以上経験した医療機関が 15.6%存在することがわかった。また、医療機関によって社会的入院の受け入れ人数には差があることが明らかになった。

社会的入院に至った理由を見ると、「社会的養護先の空きがない」が最も多く、社会的入院が 3 か月以上の場合に割合が高いことが確認された。

以上のアンケート結果、およびヒアリングで聞かれた内容から、社会的入院をしている子どもを「行き先」別に整理すると、「A.家庭に帰すことが適切な子ども」「B.社会的養育が適切な子ども」「C.適切な行き先がない子ども」の 3 パターンがあることがわかった。A では主に家庭環境の整備を待つ間に社会的入院に至り、B では主に適切な社会的養育受け入れ先の調整や空き待ちのために社会的入院に至るが、C は適切な行き先が存在しない場合である。特に B のうち、医療型障害児入所施設（重心）といった空きが出るのに長期を要す場合や、C のような「知的障害はないが、自傷行為がある、指示が通らない等配慮が必要」「知的障害はないが、気管切開に伴う医療的ケアが必要」といった、適切な行き先のない子どもの場合には、社会的入院が長期化する傾向があり、医療機関、児童相談所の双方が対応に苦慮していることが明らかとなった。

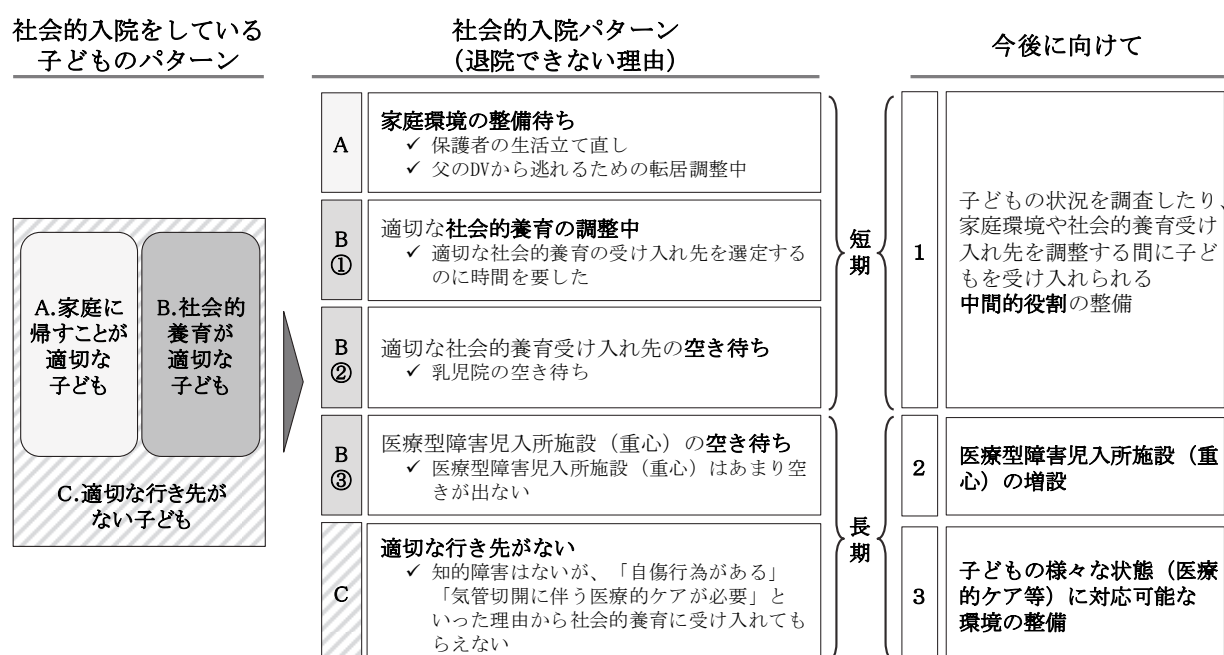
以上のような 3 つの子どものパターンから、さらに社会的入院のパターンは、比較的短期の「家庭環境の整備待ち」「適切な社会的養育先の調整中」「適切な社会的養育先の短期の空き待ち」と、比較的長期の「医療型障害児入所施設（重心）の長期の空き待ち」「適切な行き先がない」の 5 つに分けることができた。

長期に社会的入院を要した子どもの大部分は、いわゆる医療型障害児入所施設（重心）不足の問題として発生していた。しかし、特に医療的配慮（気管切開しており、吸引を要する等）を要する事例の受け入れ体制をどうしていくのかや、心理行動的な問題（自傷行為がある、パニックを起こすなど）のために適切な受け入れ先がない、として社会的入院が長期間続いている子どもへの対応に関しては、受け入れ先への説得と支援により解決可能な事例も



あると思われ、そのような子どもが不要にもかかわらず長期の入院を行っていることの発達に及ぼす影響を社会で考えていく必要がある。

図 8 社会的入院をしている子どもの行き先別分類



医療機関の本来の機能でない社会的入院を減らしていくためには、社会的入院のパターンを鑑み、特に施設というハード面に着目して改善を行う必要があると考えられる。

社会的入院の期間が短い場合の解消には、子どもの状況を調査したり、家庭環境や社会的養育の受け入れ先を調整したりする間に子どもがいることのできる「1 中間的役割」を担える場や人材を用意することが有効と考えられる。例えば、新規の施設を設置しなくとも、医療的なケアや配慮が必要な子どもを見られるよう体制を整えた乳児院等への補助（加算）を行う等が選択肢になりうるかもしれない。

一方、社会的入院の期間が長い場合の解消には、「2 医療型障害児入所施設（重心）」の増設や、「3 子どもの様々な状態（医療的ケア等）に対応可能な環境の整備」を検討すべきだと言える。

### 5.1.3 入院事例における通告の状況

医療機関が虐待を疑っている入院児のうち、実際に児童相談所に通告されている事例は34.7%、市町村に通告されている事例は20.2%であり、疑った事例を必ずしも通告しているわけではなかった。特に虐待の疑いの実患者数が多い医療機関では通告頻度は相対的に低下していた。

未通告事例のほとんどは軽症とトリアージされた事例で、その多くは行政への養育支援依頼を行っている状況であった。また未通告かつ養育支援依頼を行っていない状況は、虐待の疑いの実患者数を多く扱っている医療機関で発生していた。虐待が疑われた子どもについて、通告すべきか、支援のための関係機関への連携の方が適切か、医療機関が悩みながら判断している実態があることが明らかとなった。

一方、「軽症と考えたこと」、「確信がなかったこと」を理由とする医療機関も一定数見られた。本調査では、単なる事故の可能性が高くとも虐待を疑った場合にはすべてを「虐待の疑い事例」としてカウントしているため、こういった理由が一定見られたと思われる。こういった本調査の限界をふまえると、今回の結果で未通告と回答した事例が必ずしも連携不備であったというわけではない。

しかしながら、どこの関係機関にも連携していないと思われるいわゆる「抱え込み事例」が約3割存在していたことには、改善の余地があると考えられる。児童福祉法第25条において、児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合、要保護児童を発見したものは、市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所などに通告する義務があるとされている。また、児童虐待防止法第5条において、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されている。これらのことを鑑みて、少しでも虐待の疑いがある場合には、迷わず通告、もしくは関係機関に連携をすることが望まれる。

#### 5.1.4 医療と福祉の連携

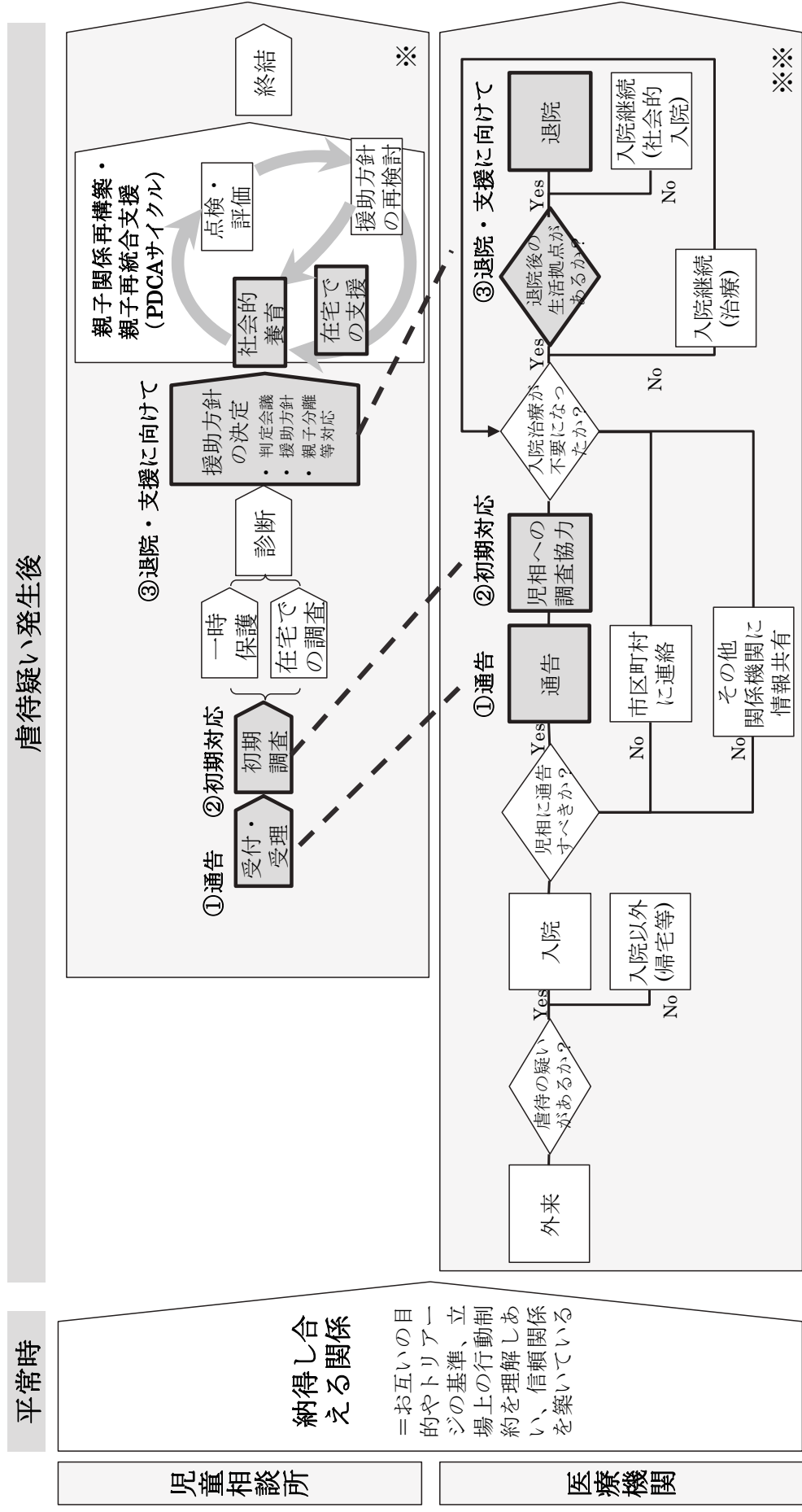
今回の調査からは、連携不良がどの程度の頻度で発生しているのかまでは明らかにはならなかったが、連携不良が発生した場合には 58.5%程度は子どもの安全上の懸念が生じたと医療機関が評価する事態が発生しており、不要な親子分離が生じたと医療機関が評価する割合 4.9%を大きく上回っていた。連携不良は事例の深刻さの過小評価に繋がりやすいといわざるを得ない。

アンケートとヒアリングの結果からは、医療と福祉が連携して子どもにとって最善の対応をするためには、社会的養育の受入れ先の不足というハード面と、医療と福祉の納得し合える関係というソフト面のそれぞれにポイントがあることが明らかとなった。

アンケートからは、子どもが社会的入院に至る最も多い理由が社会的養育のキャパシティ不足であることがわかった。虐待による対応件数が増加している中、受け入れ先の不足は子どもにとっても、調整を行う医療と福祉にとっても負担となっていることが示唆された。

また、ヒアリングからは、医療機関と児童相談所が接点を持つ「①通告時」「②初期対応時」「③退院・支援に向けて」の3つの局面のうち、特に「②初期対応時」にはお互いの意見に摩擦が生じることが多いことがわかった。さらに、医療機関と児童相談所双方が良い連携を進めている地域では、「互いの主張に納得し合える関係を築いている」という特徴があった。以上のことを、虐待の対応フローにまとめると、図9となる。また、「①通告時」「②初期対応時」「③退院・支援に向けて」の3つの接点における連携不和の実態について、アンケートとヒアリングからわかったことを図10で示した。

図 9 被虐待児の対応における児童相談所と医療機関の接点



※「児童相談所における虐待相談対応フロー」平成 29 年 7 月 3 日「第 7 回 子ども家庭福祉人材の専門性確保 WG」参考資料 4、本調査研究事業の事業検討委員会委員意見を踏まえて PwC コンサルティング作成

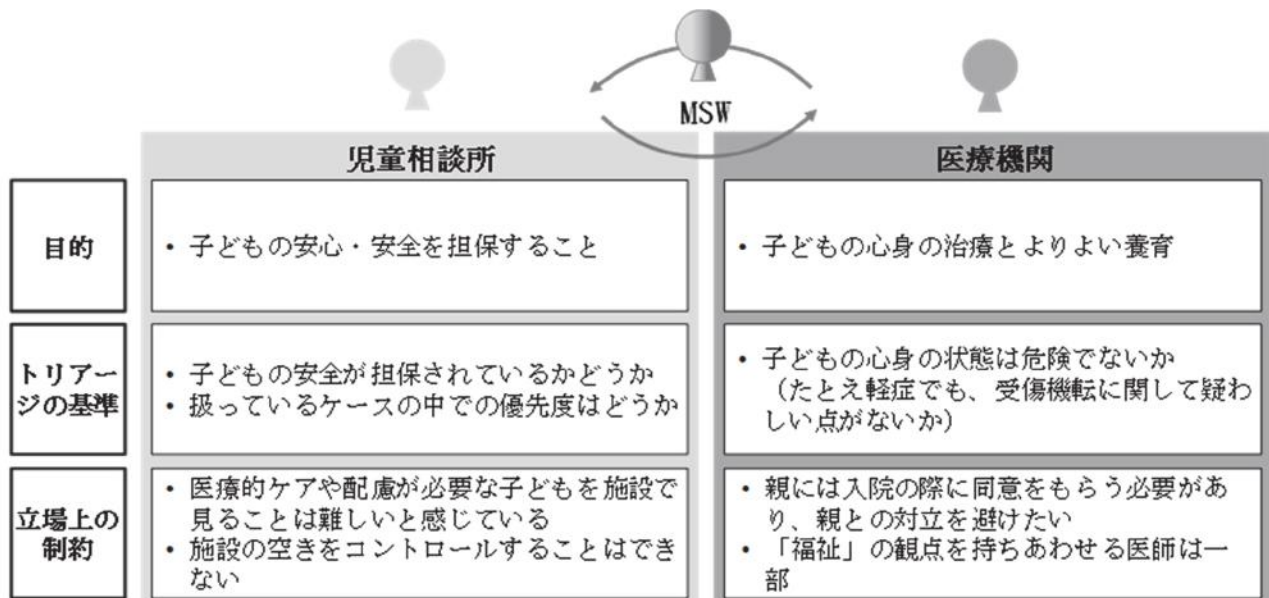
※※「虐待が疑われる子どもの外来から入院、退院までのフロー」本事業の事業検討委員会構成委員へのプレヒアリング、アンケート結果、ヒアリング結果をもとに PwC コンサルティング作成

図 10 医療機関と児童相談所の「接点」ごとの連携不和が生じるポイントと要因

	状況	考える要因
①通告	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関からの通告を児相が通告ととらえなかった</li> <li>医療機関は児童相談所への連絡のつもりであったが、児童相談所は通告として受理した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>危機感に対する認識相違</li> </ul>
②初期対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関は一時保護すべきだと主張したが、児相はしなかった</li> <li>児相は子に傷がなければ、生活環境が不良でも母子関係を優先させた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>トリアージの考え方のずれ</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関と良い関係が構築出来ている家庭であったが、児童相談所が医療機関に相談せずに一時保護に踏み切った</li> <li>医療機関側の子どもの傷に関する主張が、医師によってばらばらで児童相談所が混乱した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報連携不足 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療機関側での窓口となる存在の不在</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相が医療機関と医療的ケア児の関係を理解していなかった</li> <li>子どもの虐待の診断に必要な検査を、治療に必要ないという理由で医療機関が実施してくれなかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相側の医療に対する理解不足</li> <li>医療側の虐待に対する理解不足</li> </ul>
③退院・支援に向けて	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会的養育の受け入れ先の調整がなかなか進まなかった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児相の業務過多</li> <li>社会的養育の受け入れ先の不足</li> </ul>

ここで言う「納得し合える関係」とは、図 11 の通り、医療と福祉それぞれの機関としての目的、対応のトリアージの基準、立場上の行動制約をお互いが理解しあい、信頼関係を築いている状態を指す。

図 11 医療と福祉の納得し合える関係



例えば、児童相談所は「子どもの安心・安全を担保すること」を、医療機関は「子どもの心身の治療とより良い養育」を主な目的としていることが多く、それに伴い、児童相談所は「子どもの安全が担保されているかどうか」を基準に、医療機関は「子どもの心身の状態は危険でないか」を基準にケースのトリアージを行うといった違いである。また、児童相談所は、医療的ケアや配慮といった医療的観点が必要な子どもについて、一時保護所や医療型障害児入所施設（重心）以外の施設で見ることは難しいと考えていたり、社会的養育の受け入れ先の空きのコントロールをできるわけではなかったりする制約も持つ。一方、医療機関では、親には入院の際に同意をもらう必要があるため、親との対立を避ける行動をとらざるを得ない場合や、医療現場では「福祉」の観点を持ち合わせる医師が少ない場合があるといった事情がある。

従前から医療と福祉の「顔の見える関係」の構築の重要性は謳われていたが、ただ顔が見えるだけで連携が円滑に進むわけではない。互いに虐待事例への最善を尽くすために役割は異なるが同じチームのメンバーであるという深いレベルでの関係性や、互いに辛抱強く落とし所が見つかるまで話を尽くす「納得しあえる関係」が求められる。お互いの立場を普段から理解し合い、対立をあえて恐れず、最終的に納得できるようなコミュニケーションを取る関係性こそが、子どもにとって良い連携を進めるうえで重要であると言える。

上記の「納得し合える関係」でカギとなるのが、医療機関で福祉の視点を持つ職種である医療ソーシャルワーカー（MSW）の存在である。医療ソーシャルワーカーは、医療機関側で情報集約係として活躍し、児童相談所とのコミュニケーションでも窓口となる。医療ソーシャルワーカーの立場が重要視されている病院との連携は円滑に進むとの児童相談所側の声も聴かれた。

児童相談所との連携において医療ソーシャルワーカーの果たすべき役割は大きい。医療機関の特性上、医療ソーシャルワーカーは、児童虐待の対応に限らず、疾病等による療養上の多岐に渡る相談を受ける業務も担う。今後も医療ソーシャルワーカーが児童虐待の対応を円滑に行っていくためには、多くの時間と調整を要する児童虐待の対応をソーシャルワーカーが行うことに対する組織の理解と協力が不可欠である。組織の理解と協力を推進していくためには、医療ソーシャルワーカーを配置することや、医療機関で虐待対応を行いやすい環境を作るための金銭的なインセンティブも必要である。

また、ヒアリングでも聴かれた通り、児童相談所と医療機関が連携するだけでなく、多職種多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）の実現が、虐待の対応において重要となるだろう。MDTでは、医療機関、児童相談所、警察、検察などの虐待対応の関係機関それぞれが持つ異なる強みを活かすことができる。虐待対応の初期段階からMDTによる対応を進めることで、子どもと家族への長期的な福祉支援が可能になると考えられる。

## 5.2 今後に向けて（提言）

以上の調査結果より、虐待対応の今後のより良い対応に向けて、下記に6つの提言を示す。

1. 本調査を通じて、医療機関毎に「児童虐待対応」と捉えている内容にかなりの幅があること、それによって正確な統計が困難であり、問題点の抽出がしづらい現状にあることが明確になった。統計については、全国で統一した基準を設けていく必要があると考える。
2. 小児医療提供体制として、重篤な虐待事例に進展することを予防するための対応は幅広く均霑化し行う必要があるとともに、高度な専門性を発揮する必要がある重篤事例に対し集約化を進めていく必要がある。上記施策を促進するためには、医療が時間・労力・医療資源を提供するに見合う診療報酬の中でのインセンティブを提供する枠組みが求められる。
3. 医学的に入院を要さなくなり、通常の状態であれば退院可能な状態で入院が継続される社会的入院は、なくす必要がある。社会的入院を要した事例について、自治体内の個別事例として処理せず、全国的な実態を把握しておくことが望ましい。社会的入院は子どもの発達上容認はできず、その妥当性について第三者的に検討する枠組みを地方自治体は持つことが望まれる。
4. 医療型障害児入所施設（重心）の不足状況を把握し、根本的解決のためにそのようなハード面の拡充を図る必要がある。一方、医療的ケアを要するのみの児や心理的問題から受け入れ先がないとされる児については、状況の調査中や、家庭や社会的養育の受け入れ先の調整中に医療機関が子どもを保護することができる「中間的役割」を誰かが担えるように整備することが求められる。例えば、医療的ケアを提供するための講習会等を医療と福祉とが協働して立案し、受け入れ体制を整えた乳児院等への補助（加算）を行ったりなど、ハード面とソフト面の双方の拡充を図ることが望まれる。
5. 虐待事例対応において、他職種同士をつなぐ最適な立場にあるのは医療ソーシャルワーカー（MSW）である。医療機関は養育不全/虐待の対応を行うことの意義を十分に理解し、MSW がその対応に十分な時間と知識を提供できる体制を整える必要がある。診療報酬という形でインセンティブを与えるだけでなく、施設基準として、一定の経験のある MSW の配置を義務付けるなどしていくことが望まれる。
6. 多職種多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）の実現が虐待の対応において重要である。医療機関、児童相談所、警察、検察などの虐待対応の関係機関それぞれが持つ異なる強みを活かすことができる MDT による虐待対応を通して、子どもと家族への長期的な福祉支援を行っていくことが望まれる。

## 付録 1 アンケート質問票



## 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 「医療機関における被虐待児の実態に関する調査」記入要領

### <本調査の目的>

- 本調査は、入院時から退院後まで、一貫して「子どもの最善の利益」に資する支援ができるような、医療機関と児童相談所のより良い連携体制の構築のために活用される基礎資料を提供することを目的としています。

### <ご回答にあたってのお願い事項>

- 本調査は、調査主体である P w C コンサルティング合同会社が、厚生労働省子ども家庭局の補助を受け、医療機関を対象として、医療機関における被虐待児に関する実態についてうかがうものです。
- 回答いただいた結果は、弊社において集計・分析を行い、報告書としてとりまとめを行います。ご回答いただいた調査票は統計分析にのみ使用し、ご回答者の許可なく病院等が特定される情報や、個人のお名前が公開されることはありません。
- **全体票**と**個票**がありますので、両方へのご記入をお願いいたします。**個票**のうち、「Ⅰ．社会的入院の事例」「Ⅱ．入院事例のうち未通告の事例」は必須回答で、「Ⅲ．児童相談所との連携不良の事例」は任意回答となります。
- 回答に要する時間は、**20 分程度+10 分×個別ケース数**です。
- 弊社から問い合わせることがございますため、**調査票は各 1 部複写し、お手元に残してください。**
- 回答をいただいた後、同封の返信用封筒に封入・封緘の上、**平成 31 年 2 月 12 日(火)**までに投函ください（切手は不要です）。

### <調査実施主体・調査票返送先・調査内容に関するお問い合わせ先>

P w C コンサルティング合同会社 公共事業部 「医療機関における被虐待児の実態に関する調査」事務局  
担当：

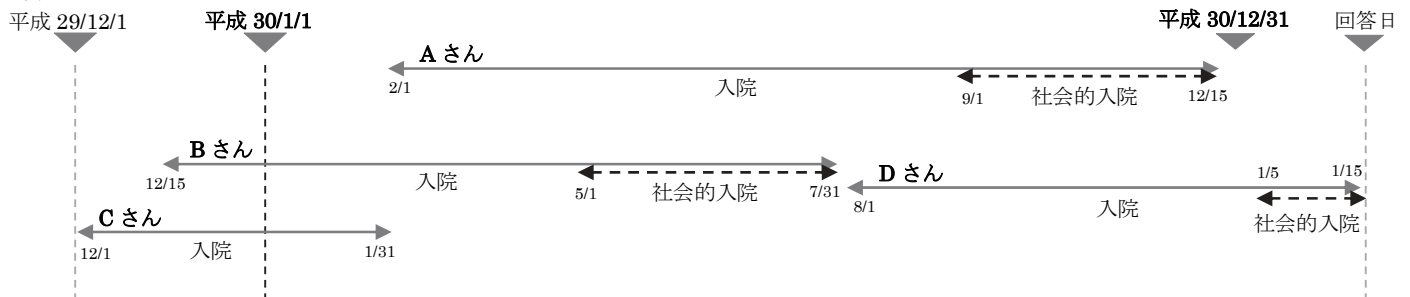
【住 所】  
【電 話】  
【F A X】  
【メール】

**【提出期限: 平成 31 年 2 月 12 日(火)までに提出を  
お願いいたします】**

研究期間が短いため、回答期間が大変短くなっております点につき、誠に申し訳ありません。  
ご理解・ご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

<全体票Ⅲ問 3(2)、全体票Ⅲ問 4(1)、個票Ⅰ問 1f・g、個票Ⅱ問 2を回答するにあたっての注意事項>

<図 1>



1. 入院日数の数え方 (全体票Ⅲ問 3(2)、個票Ⅰ問 1f・g、個票Ⅱ問 2o)

- 入院日数は、次の 4 つのルールに基づいて数えてください。
  - 【ルール 1】平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日までの間での入院日数を数えてください。
  - 【ルール 2】平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日までに入院退院を繰り返している場合は、直近の入院について日数を数えてください。
  - 【ルール 3】平成 29 年 12 月 31 日以前に入院していた場合は、平成 29 年 12 月 31 日以前の期間も含め、入院日から退院日までの日数を数えてください。
  - 【ルール 4】平成 31 年 1 月 1 日以降に退院した場合や、現在も入院している場合は、平成 31 年 1 月 1 日以降の日数は含めず、入院日から平成 30 年 12 月 31 日までの日数を数えてください。

- <図 1>の例では、A さん、B さん、C さん、D さんの入院日数はそれぞれ以下のように数えます。

A さん：平成 30 年 2 月 1 日～30 年 12 月 15 日に入院、うち 30 年 9 月 1 日～30 年 12 月 15 日が社会的入院  
→入院・社会的入院ともに全日数を計上する

入院日数 = 318 日 / 社会的入院日数 = 78 日

B さん：平成 29 年 12 月 15 日～30 年 7 月 31 日で入院、うち 30 年 5 月 1 日～30 年 7 月 31 日が社会的入院  
→入院・社会的入院ともに全日数を計上する

入院日数 = 200 日 / 社会的入院日数 = 92 日

C さん：平成 29 年 12 月 1 日～30 年 1 月 31 日で入院、社会的入院せずに退院  
→入院日数を全日数計上し、社会的入院は 0 日

入院日数 = 62 日 / 社会的入院日数 = 0 日

D さん：平成 30 年 8 月 1 日～31 年 1 月 15 日で入院、うち 31 年 1 月 5 日～31 年 1 月 15 日が社会的入院  
→入院は平成 30 年 12 月 31 日までの日数で打ち切り、社会的入院は 0 日

入院日数 = 152 日 / 社会的入院日数 = 0 日

2. 入院人数の数え方 (全体票問 4 (1))

- 入院人数は、次の 2 つのルールに基づいて数え上げてください。
  - 【ルール 1】平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日までに入院実績がある子どもの人数を数えてください。
  - 【ルール 2】平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日までに入院退院を繰り返している場合は、直近の入院事例のみ数えてください。

- <図 1>の例では、平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日までの間における入院人数と社会的入院人数は次の通りです。

A さん：平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日の間に入院し、社会的入院も同期間中にしている

B さん：平成 30 年 1 月 1 日時点で入院しており、かつ平成 30 年 12 月 31 日以前に退院している。かつ、社会的入院の期間が平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日の間に含まれる

C さん：平成 30 年 1 月 1 日時点で入院しており、かつ平成 30 年 12 月 31 日以前に退院している。ただし、社会的入院はしていない

D さん：平成 30 年 1 月 1 日以降に入院し、平成 30 年 12 月 31 日時点で入院が継続している。一方、社会的入院の期間が平成 30 年 1 月 1 日から平成 30 年 12 月 31 日の間に含まれない

→入院人数：4 人 (A、B、C、D さん)

社会的入院人数：2 人 (A、B さん)

# 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 「医療機関における被虐待児の実態に関する調査」調査票

下記の設問に従い、回答してください。全体票に関しては調査票の**太枠内**に直接ご回答をお願いいたします。

## < 貴院の基礎情報 >

A	都道府県	都・道 府・県			
B	勤務人数（数値記入）	常勤小児科医	人	医療ソーシャルワーカー	人
C	貴院の標榜する診療科（複数選択可）	1. 小児科	2. 救命救急科	3. 総合診療科	4. 脳外科
		5. 整形外科	6. 外科	7. 精神科	8. 産婦人科
D	患者相談部門の有無（1つ選択）	1. 有		2. 無	

## I. 被虐待児・被虐待児と疑われる子どもの受入体制について

問 1. 貴院における「被虐待児および被虐待児と疑われる子ども」の対応にかかる、受入体制について伺います。

- (1) 貴院は現在、対象に子どもを含む虐待対応組織\*を設置していますか。〔1つ選択〕 ※委員会・係・班・チームを含む

1	設置している → (2) をご回答ください	2	設置していない → 問 2 へお進みください
---	-----------------------	---	------------------------

- (2) 貴院の対象に子どもを含む虐待対応組織について、主管の診療科を教えてください。〔1つ選択〕

1. 小児科	2. 救命救急科	3. 総合診療科	4. その他（ ）	5. ケースにより違う
--------	----------	----------	-----------	-------------

## II. 被虐待児・被虐待児と疑われる子どもの対応実態について

ここからは、平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末までの実態についてお答えください。

問 2. 貴院を受診した被虐待児およびその疑いがある子どもについて伺います。

- (1) 貴院を受診した子どもに虐待を受けた疑いがあると判断するために、病院が運用しているマニュアル・ガイドライン等がありますか。〔1つ選択〕

1. 有	2. 無
------	------

- (2) 平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末に貴院で被虐待児およびその疑いがある子どもの実患者数は何人ですか。〔枠内に数値を記入〕

	人
--	---

※被虐待児およびその疑いがあるとする子どもは、貴院の判断基準でご判断ください。  
※院内虐待対応組織がなく把握が困難な場合、把握しえた範囲内でお答えください。  
※平成 30 年に新規に対応した事例をお答えください（以前から関わりがあった場合でも平成 30 年に新たに虐待が疑われる事実が発生/判明した場合新規対応事例に含めてください）。

- (3) 平成 30 年 4 月～平成 30 年 12 月末に貴院で入院管理を行った被虐待児のうち、平成 30 年度に新設された入退院支援加算条件の「エ. 家族または同居者から虐待を受けているまたはその疑いがあること」を要件とした加算実績の割合を以下よりお選びください。〔1つ選択〕 また、その理由もお答えください。〔記述回答〕

1. 0%	2. 1~24%	3. 25%~49%	4. 50%~74%	5. 75%以上
-------	----------	------------	------------	----------

上記となった理由 （記述回答）	
--------------------	--

(4) 平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末に、被虐待児およびその疑いがある子どもに関わった院外機関と貴院の関わり頻度について、以下より当てはまる選択肢をご回答ください。〔A～G につき、1～6 のあてはまる番号を 1 つ選択〕

	院外機関	全くない	1 年に 1、2 回	数カ月に 1 回	月に 1 回	月に 2、3 回	週に 1 回以上
A	児童相談所	1	2	3	4	5	6
B	保健センター・保健所	1	2	3	4	5	6
C	市区町村の家庭児童相談室	1	2	3	4	5	6
D	警察	1	2	3	4	5	6
E	保育所 / 幼稚園等・学校	1	2	3	4	5	6
F	貴院以外の医療機関	1	2	3	4	5	6
G	その他（ ）	1	2	3	4	5	6

### Ⅲ. 被虐待児・被虐待児と疑われる子どもの入院実態について

問 3. 貴院を受診した被虐待児およびその疑いがある子どものうち、被虐待児および被虐待児と疑われる子どもの入院、社会的入院および一時保護委託について伺います。

(1) 問 2 (2) で回答した被虐待児およびその疑いがある子どものうち、平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末の間で下記の人数はそれぞれ何人ですか。〔枠内に数値を記入〕

- ①：入院、②：①のうち、社会的入院、③：一時保護委託  
 ②a：②のうち、医療的ケアが必要、②b：医療的配慮が必要、②c：医療的ケアも医療的配慮も不要

① 入院（一時保護委託を含む）

人

② 社会的入院

人

※②a+②b+②c=②となるように記入ください

②a 医療的ケアが必要

人

②b 医療的配慮が必要

人

②c 医療的ケアも医療的配慮も不要

人

③ ①のうち一時保護委託

人

- ・社会的入院：「入院治療が必要でない状態にもかかわらず、入院している状態。ただし、医療的ケアが必要なものは含む。  
 （例：医学的な理由が乏しいが保護者の養育力不足のため入院、虐待の後遺症があるが受け入れ先がないため入院、虐待か否かの児童相談所の判断および今後の方向性の判断に時間を要したため入院 等）」
- ・医療的ケア：「生きていくため、日常的な医療的機器を用いて行われるケア（経管栄養、たんの吸引、人工呼吸器の管理等）」
- ・医療的配慮：「通常家庭であれば、家庭で実施可能な範囲の配慮（投薬や注射、アレルギー等への配慮）」
- ・一時保護委託：「児童相談所から委託されて子どもを受け入れている状態」

(2) 問 3 (1) ②社会的入院について、社会的入院日数ごとの内訳はそれぞれ何人ですか。〔枠内に数値を記入〕

1	1 日以上 4 日未満	人	6	2 か月以上 3 か月未満	人
2	4 日以上 8 日未満	人	7	3 か月以上 6 か月未満	人
3	8 日以上 15 日未満	人	8	6 か月以上 1 年未満	人
4	15 日以上 1 か月未満	人	9	1 年以上	人
5	1 か月以上 2 か月未満	人	合計		人

社会的入院のうち、「4. 15 日以上」～「9. 1 年以上」の回答が 1 つでも「1 人」以上となっている方は、**個票の「I 社会的入院の事例」**にもご回答ください。

## IV. 被虐待児・被虐待児と疑われる子どもの通告について

問 4. 被虐待児およびその疑いがある子どもに関する平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末までの児童相談所への通告、市区町村への通告について伺います。

- (1) 被虐待児およびその疑いがある子どもに関する平成 30 年 1 月～平成 30 年 12 月末までの入院、社会的入院におけるイ.総数、ロ.児童相談所への通告、ハ.市区町村への通告、ニ.通告しなかった、z.市区町村に支援依頼などの連絡をした子どもは、それぞれ何人ですか。〔枠内に数値を記入〕  
※ニについては、イー（ロ＋ハ）を計算してください。

	イ. 総数	ロ. 児童相談所 に通告した	ハ. 市区町村に 通告した	ニ. 通告しなかった ※イー（ロ＋ハ）を計算 してください	z. 市区町村に支援 依頼などの連絡を した
1. 入院	人 ※問 3 (1) ①の回答 を転記	人	人	人	人
2. 社会的 入院	人 ※問 3 (1) ②の回答 を転記	人	人	人	人

(1) の「ニ. 通告しなかった」の「1. 入院」「2. 社会的入院」のいずれかに「1 人」以上を回答した方は、個票の「Ⅱ入院事例のうち未通告の事例」にもご回答ください。

(1) のハ.のいずれかに「1 人」以上を回答した方にお伺いします。

- (2) (1) で、児童相談所には通告しなかったが、市区町村に通告した子どもについて、通告を市区町村にとどめる大まかな基準について教えてください。以下より当てはまる選択肢をご回答ください。〔A～E につき、1～6 のあてはまる番号を 1 つ選択〕

	理由	全く当て はまらない	ほとんど 当てはま らない	あまり当 てはまら ない	しばしば 当てはま る	よく当て はまる	とてもよ く当ては まる
A	虐待/ネグレクトとして軽症であり、市区町村が関わるのみで十分と判断できるため	1	2	3	4	5	6
B	虐待/ネグレクトとして軽症とは言えないが、市区町村に通告を行うことで、必要性があれば市区町村から児童相談所に連絡が行くことが見込まれるため	1	2	3	4	5	6
C	虐待/ネグレクトとして軽症とは言えないが、既に市区町村を中心とした関わりがあり、児童相談所との関わりはなかった事例であるため	1	2	3	4	5	6
D	児童相談所に通告することでかえってトラブルになったことがあり、親子分離などの必要性に乏しいと判断した場合は、原則として市区町村に通告することになっているため	1	2	3	4	5	6
E	その他 ( )	1	2	3	4	5	6

全体の設問は以上となりますが、個票の「Ⅲ児童相談所との連携不良の事例」についても、ご回答にご協力をお願いいたします（記入は任意です）。

## ヒアリング調査について

問 5. 本調査では、ご回答いただいた内容の詳細を伺うため、ヒアリング調査も実施したいと考えております。つきましては、業務ご多忙のところまことに恐れ入りますが、ヒアリング調査にもご協力いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。〔あてはまる番号を1つ選択〕

1	協力できる
2	詳細を聞いてから協力の可否を判断する
3	協力できない

※ヒアリング調査の所要時間は 60～90 分程度です。また、実施時期は平成 31 年 1 月下旬～2 月下旬の予定です。

<ヒアリングにご協力いただける場合には、下記に記入をお願いいたします>

貴院				
記入者名				
調査票に関する 問い合わせご担当者	部署		役職	
	フリガナ			
	氏名			
調査票に関する 問い合わせ電話	—	—	調査票に関する 問い合わせ F A X	—
調査票に関する 問い合わせメールアドレス	@			

調査は以上です。お忙しいところご協力いただき、誠にありがとうございました。  
 返送の際は、本全体票と個票（回答用紙）を同封のうえ、返信用封筒にて返送ください。  
 （切手は不要です）



# 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 「医療機関における被虐待児の実態に関する調査」調査票

## I. 社会的入院の事例（該当がある方は皆様ご回答ください）

問 1. 全体票 問 3 (2) にて、「4. 15 日以上」～「9. 1 年以上」の回答が 1 つでも「1 人」以上となっている方にお伺いします。社会的入院の日数が 15 日以上の実例について、可能な限りすべての事例についてご回答ください。回答は「個票回答用紙」に記入してください。

a.	児の年齢（1 つだけ選択）	1. 0 歳	2. 1 歳～3 歳未満	3. 3 歳～6 歳未満	4. 6 歳～12 歳未満	5. 12 歳以上
b.	児の入院に至った理由（1 つだけ選択）	1. 主に児の医学的理由 ※社会的理由は軽微であり、医学的病態に入院適応があり入院加療とした事例 2. 主に社会的理由 ※医学的には入院を要する状態ではなかったが、社会的問題が大きく入院対応を要した事例 3. 両方がその理由 ※医学的に入院適応があり、社会的問題も大きいと判断された事例				
c.	虐待類型（複数選択可）	1. 身体的虐待（多発皮膚損傷）	2. 身体的虐待（頭部外傷）	3. 身体的虐待（骨折）	4. 身体的虐待（熱傷）	5. 性的虐待
		6. 心理的虐待	7. ネグレクト	8. 医療ネグレクト	9. 代理によるミュンヒハウゼン症候群	10. その他
d.	虐待が疑われる状況を把握した時点（1 つだけ選択）	1. 入院に至るエピソード前から、虐待もしくは養育不全が懸念されていた家庭に発生した 2. 入院に至るエピソードの発生を契機に、入院させる時点で虐待を疑った 3. 入院させた後に、入院時の医学的状況が虐待であることを疑うに至った 4. 入院中に、新たな虐待の問題が持ち上がった（病院が虐待の発生/発見場所となった）				
e.	通告等の状況（複数選択可） ※受理されたかどうかにかかわらず、貴院として通告したかどうか	1. 未通告		2. 児童相談所通告	3. 市区町村通告	4. 警察通報
f.	入院日数（1 つだけ選択） ※数え方は、記入要領参照	1. 15 日以上 1 か月未満		2. 1 か月以上 2 か月未満	3. 2 か月以上 3 か月未満	
		4. 3 か月以上 6 か月未満		5. 6 か月以上 1 年未満	6. 1 年以上	
g.	入院日数のうち、社会的入院*の日数（1 つだけ選択） ※数え方は、記入要領参照	1. 15 日以上 1 か月未満		2. 1 か月以上 2 か月未満	3. 2 か月以上 3 か月未満	
		4. 3 か月以上 6 か月未満		5. 6 か月以上 1 年未満	6. 1 年以上	
h.	現在の入院状態（1 つだけ選択）	1. 退院済み			2. 現在も入院中	
i.	社会的入院に至った理由（1 つだけ選択）	1. 医療的ケア児（生存のため、日常的に医療的機器を用いたケアを要する児）の状況で、子どもの状態的に重症心身障害児施設に入所ができなかったため 2. 医療的ケア児の状況で、重症心身障害児施設の空きがなかったため 3. 医療的配慮児（通常の家であれば、実施して家庭で養育が可能な範囲の投薬や注射、アレルギーへの配慮を要する児）の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため 4. 医療的配慮児の状況で、社会的養護先の空きがなかったため 5. 医療的ケアと医療的配慮のいずれも必要ないが、養育的配慮が必要な児（行動障害など）の状況で、子どもの状態的に社会的養護先で入所等ができなかったため 6. 医療的ケアと医療的配慮のいずれも必要ないが、養育的配慮が必要な児（行動障害など）の状況で、社会的養護先の空きがなかったため 7. 子どもは医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のどれも必要としていないが、空きがないために社会的養護先に入所等することができなかったため 8. 社会的養護とするか否か、児童相談所と養育者との折り合いがつかないため 9. その他（具体的に）				
j.	長期の社会的入院に至った理由に対し、医療機関側の認識（1 つだけ選択）	1. 医療機関側の対応の問題で長期に至った 2. 行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得している 3. 行政側の対応の問題で長期に至り、行政からの説明に納得いかない部分があるが、やむを得ないと認識している 4. 行政側の対応の問題で長期に至ったが、行政からの説明に納得していない				

## Ⅱ. 入院事例のうち未通告の事例（該当がある方は皆様ご回答ください）

問 2. 全体票問 4 (1) の「ニ. 通告しなかった」のいずれかに「1 人」以上を回答した方にお伺いします。通告をしなかった事例について事例ごとに次の設問にご回答ください。回答は「個票回答用紙」に記入してください。

k.	他の設問との回答重複事例であるか（1 つだけ選択）	1. いいえ		2. はい（記入例：Ⅰ-③、Ⅲ-②と同一事例）		
l.	児の年齢（1 つだけ選択）	1. 0 歳	2. 1 歳～3 歳未満	3. 3 歳～6 歳未満	4. 6 歳～12 歳未満	5. 12 歳以上
m.	児の入院に至った理由（1 つだけ選択）	1. 主に児の医学的理由 ※社会的理由は軽微であり、医学的病態に入院適応があり入院加療とした事例 2. 主に社会的理由 ※医学的には入院を要する状態ではなかったが、社会的問題が大きく入院対応を要した事例 3. 両方がその理由 ※医学的に入院適応があり、社会的問題も大きいと判断された事例				
n.	虐待類型（複数選択可）	1. 身体的虐待（多発皮膚損傷）	2. 身体的虐待（頭部外傷）	3. 身体的虐待（骨折）	4. 身体的虐待（熱傷）	5. 性的虐待
		6. 心理的虐待	7. ネグレクト	8. 医療ネグレクト	9. 代理によるミュンヒハウゼン症候群	10. その他
o.	入院日数（1 つだけ選択）※数え方は、記入要領参照	1. 15 日以上 1 か月未満		2. 1 か月以上 2 か月未満		3. 2 か月以上 3 か月未満
		4. 3 か月以上 6 か月未満		5. 6 か月以上 1 年未満		6. 1 年以上
p.	未通告の理由（複数選択可）	1. 虐待/ネグレクトとして、軽症と考えられたため 2. 虐待/ネグレクトだと確信が持てなかったため 3. 医療機関の対応のみで状況の改善が見込まれたため 4. 児童相談所の介入による効果が見込めなかったため 5. 市区町村の介入による効果が見込めなかったため 6. 介入ではなく市区町村による支援が適切だと考えられたため 7. 通告による養育者との関係性の悪化が懸念されたため 8. 過去に児童相談所とのやり取りでトラブルがあったため 9. 過去に市区町村とのやり取りでトラブルがあったため 10. 警察に通報したため 11. その他（具体的に）				
q.	未通告に至った経緯の補足	（記述回答）				

## Ⅲ. 児童相談所との連携不良の事例

問 3. 被虐待児および被虐待のおそれがある子どもの対応において、児童相談所との連携がうまくいかなかった経験をされたことがある方にお伺いします。児童相談所との連携不良の事例について事例ごとに次の設問にご回答ください。回答は「個票回答用紙」に記入してください。

r.	他の設問との回答重複事例であるか（1 つだけ選択）	1. いいえ		2. はい（記入例：Ⅰ-③、Ⅲ-②と同一事例）		
s.	児の年齢（1 つだけ選択）	1. 0 歳	2. 1 歳～3 歳未満	3. 3 歳～6 歳未満	4. 6 歳～12 歳未満	5. 12 歳以上
t.	虐待類型（複数選択可）	1. 身体的虐待（多発皮膚損傷）	2. 身体的虐待（頭部外傷）	3. 身体的虐待（骨折）	4. 身体的虐待（熱傷）	5. 性的虐待
		6. 心理的虐待	7. ネグレクト	8. 医療ネグレクト	9. 代理によるミュンヒハウゼン症候群	10. その他
u.	児童相談所との連携不良を感じた際の状況（複数選択可）	1. 子どもの安全に大きな懸念が生じた（医療機関の認識と異なり、児童相談所が事例のリスクを低くトリアージした等） 2. 不要な親子分離が生じた（医療機関の認識と異なり、児童相談所が事例のリスクを過剰に高くトリアージした等） 3. 連携するうえでのコミュニケーションが円滑に取れなかった（訪問や電話等による） 4. 児童相談所以外の関係機関に連携するかどうか（警察に通報すべきか等）について、医療機関と児童相談所との間で見解の不一致が発生した 5. 児童相談所の職責と考えている対応を、医療機関が行うように迫られた 6. その他				
v.	u. で選択した状況について、具体的な状況	（記述回答）				



# 平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 「医療機関における被虐待児の実態に関する調査」調査票

別紙の「個票」（設問）に従い、下記に回答してください。回答の記入は「太枠内」をお願いします。

## I. 社会的入院の事例について

※4 ケース分の回答用紙を用意しております。4 ケース以上ある場合は、お手数ですが回答用紙をコピーの上、ご回答をいただけますと幸いです

問 1.

個票 I ケース①													
a. 年齢	1	2	3	4	5	b. 入院理由	1	2	3				
c. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	10. その他の場合												
d. 把握時点	1	2	3	4	e. 通告等の状況	1	2	3	4				
f. 入院日数	1	2	3	4	5	6	g. 社会的入院日数	1	2	3	4	5	6
h. 現在の状況	1		2										
i. 社会的入院理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
	9. その他の場合												
j. 医療機関の認識	1	2	3	4									

個票 I ケース②													
a. 年齢	1	2	3	4	5	b. 入院理由	1	2	3				
c. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	10. その他の場合												
d. 把握時点	1	2	3	4	e. 通告等の状況	1	2	3	4				
f. 入院日数	1	2	3	4	5	6	g. 社会的入院日数	1	2	3	4	5	6
h. 現在の状況	1		2										
i. 社会的入院理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
	9. その他の場合												
j. 医療機関の認識	1	2	3	4									

個票Ⅰ ケース③														
a. 年齢	1	2	3	4	5	b. 入院理由		1	2	3				
c. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
	10. その他の場合													
d. 把握時点	1	2	3	4	e. 通告等の状況		1	2	3	4				
f. 入院日数	1	2	3	4	5	6	g. 社会的入院日数		1	2	3	4	5	6
h. 現在の状況	1		2											
i. 社会的入院理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
	9. その他の場合													
j. 医療機関の認識	1	2	3	4										

個票Ⅰ ケース④														
a. 年齢	1	2	3	4	5	b. 入院理由		1	2	3				
c. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
	10. その他の場合													
d. 把握時点	1	2	3	4	e. 通告等の状況		1	2	3	4				
f. 入院日数	1	2	3	4	5	6	g. 社会的入院日数		1	2	3	4	5	6
h. 現在の状況	1		2											
i. 社会的入院理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
	9. その他の場合													
j. 医療機関の認識	1	2	3	4										

## Ⅱ．入院事例のうち未通告の事例

※2 ケース分の回答用紙を用意しております。2 ケース以上ある場合は、お手数ですが回答用紙をコピーの上、ご回答をいただけますと幸いです

問 2.

個票Ⅱ ケース①											
k. 回答重複事例	1	2	2 の場合、どの事例と同一か								
l. 年齢	1	2	3	4	5	m. 入院理由			1	2	3
n. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	10. その他の場合										
o. 入院日数	1	2	3	4	5	6					
p. 未通告理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	11. その他の場合										
q. 未通告に至った経緯の補足											

個票Ⅱ ケース②											
k. 回答重複事例	1	2	2 の場合、どの事例と同一か								
l. 年齢	1	2	3	4	5	m. 入院理由			1	2	3
n. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	10. その他の場合										
o. 入院日数	1	2	3	4	5	6					
p. 未通告理由	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	11. その他の場合										
q. 未通告に至った経緯の補足											

### Ⅲ. 児童相談所との連携不良の事例

※2 ケース分の回答用紙を用意しております。2 ケース以上ある場合は、お手数ですが回答用紙をコピーの上、ご回答をいただけますと幸いです

問 3.

個票Ⅲ ケース①										
r. 回答重複事例	1	2	2 の場合、どの事例と同一か							
s. 年齢	1	2	3	4	5					
t. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	10. その他の場合									
u. 連携不良状況	1	2	3	4	5	6				
	6.その他の場合									
v. u で選択した状況について具体的な状況										

個票Ⅲ ケース①										
r. 回答重複事例	1	2	2 の場合、どの事例と同一か							
s. 年齢	1	2	3	4	5					
t. 虐待類型	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	10. その他の場合									
u. 連携不良状況	1	2	3	4	5	6				
	6.その他の場合									
v. u で選択した状況について具体的な状況										

## 付録2 ヒアリング録

No.	1	ヒアリング日	2019 年 1 月 23 日
カテゴリ	児童相談所		
ヒアリング 担当者 (計 2 名)	常勤医師 虐待対応の係長		

## 1. 組織概要

当該児童相談所は、政令市が設置した組織である。中央児童相談所として市内の他の児童相談所の統括・連絡調整機能を持つ。併設する一時保護所を含め職員は 100 名（再任用嘱託を除く）おり、児童福祉司や児童心理司のほか、精神科医、保健師など医療や保健に関する専門職を常勤職員として配置している。市内には小児科医の常勤を配置している児童相談所もある。

## 2. 被虐待児の対応体制

当該児童相談所の特徴は、虐待の通告に対応する初期対応チームと、その後の支援を担当する支援チームとに分かれていることである。初期対応についても 2 つの担当に分かれている。特定妊婦など現在虐待は発生していないもののハイリスクと思われるケースを担当する係と、主に虐待が疑われるケースの初期調査を担当する係である。そして、初期対応ののちに、中長期的支援が必要と思われるケースについては、中長期的支援をする係に引き継ぎをする。介入と支援を分けていることで、初期対応の専門性が確保されるメリット、および、たとえ初期対応で養育者と対立しても、その後の支援を別の担当者が担当することで対立が緩和され信頼関係が築けるメリットがあると感じている。

このほか当該児童相談所には、特定の担当ケースを持たず、職員の人材育成や、警察、検察との三機関連携、区や学校・保育園等の地域の関係機関との連携に関すること、夜間休日の初期対応に関することを担当する課がある。

## 3. 被虐待児の通告

わが国では現在、虐待の通告先として児童相談所と市区町村のいずれかに通告するよう、児童虐待の防止等に関する法律に定められている。医療機関で入院した子どもが虐待を受けていると疑われる場合、虐待の重症度等によって医療機関側がどちらに通告するかを決める形になっている。

児童相談所には重症ケースが通告され、市区町村の保健師の訪問などが退院後に必要と思われる、子育て支援の必要なケースは市区町村に通告されるようだが、ケガや病状としては軽傷でも、虐待による場合にはその後虐待が繰り返されて重篤化するケースがあるため、どちらに通告するかは慎重に判断せねばならず、迷ったら両方に通告してもらうように医療機関にお願いしている。

実際、市区町村に通告されたケースについて、その後、市区町村がリスクを改めて評価し、児童相談所の介入も必要と市区町村が判断した場合、市区町村から児童相談所に通告が来ることもある。

## 4. 医療と福祉の連携

医療機関が関わる虐待の疑いの対応に医療と福祉の連携は重要である。主な連携の重要点について述べる。

### ① 通告時の連携

入院中の子どもについて医療機関から虐待の疑いの通告があると、まず児童相談所は医療機関にアポイントを取り、通告された子どもについての情報を聞きに行く。それとともに児童相談所は家族構成や生活歴の確認といった初期調査を行う。CPT（Child Protection Team）のある医療機関では、CPT の会議に呼んでももらうこともある。最も連携がうまくいっている医療機関は初回の CPT 会議に呼んでくれる。初回の CPT 会議に呼んでももらえると、現在の担当医のみでなく、入院時に診察した医師や外来看護師、入院後の病棟看護師、放射線科医師、脳外科医、整形外科医等、その子どものケガや病状についてそれぞれの専門医から説明を聞くことができ、その場で質問ができる。また、虐待か否かの判断に必要な検査でまだ行われていないものがあれば、その場で検査の追加をお願いできたり、児童相談所で行った社会調査についての共有もできたりなど、メリットが多くある。

当児童相談所には常勤医師の他、初期対応チームと支援を担当する係の両方に保健師が配置されているので、このような会議の場にはできる限り医師とともに保健師が参加する。これによって、医学的内容を理解し、虐待の医学的判断もすることができる。

### ② 被虐待児の退院時の支援

医療機関で虐待の疑いを理由に入院している子どもの退院については、「急性期医療の必要がなくなったか」という「医療的」観点と、「家庭に復帰して子どもの安全は確保されるか」という「福祉的」観点の双方から検討し、判断されるため、児童相談所は医療機関と連携しながらこの判断を行う。治療が不要な子どもであっても、福祉的観点から入院を継続させる場合もある。児童相談所職員が病院を尋ね、CPT メンバーと対面で情報共有をするなどして、調整の上で退院可否の決定を下すこともある。

子どもの退院について児童相談所と病院が調整に要する時間は、入院の早期に虐待の疑いの通告があれば、入院中に調査や面接ができ退院までに判断できることもあるが、退院間際に通告が来ると、調査に時間がかかり、退院時期を延ばさざるをえなかったり、退院後の調査になったりすることもある。

### ③ 退院後の受け入れ先の調整

虐待の疑いで入院する子どもは低い年齢の子どもが多く、特に3歳未満の乳幼児が多いため、退院後の受け入れ先として調整する機会が多いのが、乳児院である。当該政令市にある乳児院の中には、経管栄養や胃ろうが必要だったりする「医療的ケア」が必要な乳児を受け入れてくれるところもある。医療的ケアが必要な子どもは突然けいれん発作を起こすなど容体が急変するリスクが高いため、入所前に必要な検査を行い子どもの病状について明確にしておくことや、救急で診てもらえる病院を事前に調整することが必要である。

乳児院の空きがない場合、または虐待か否かの調査がまだ終わらない場合には、退院時期を遅らせ病院で一時保護を継続するケースもある。しかしながら、親が子どもを奪還するリスクへの対応や、子どもの日常的な見守り等、病院側の負担も大きい。子どもと保護者の面会の際、病院側の職員体制だけでは子どもの安全が担保できない場合には児童相談所職員が毎回面会に立ち会う場合もあり、児童相談所の職員にとっても入院の長期化は業務負担が増える要因となっている。

なお、当該児童相談所は、医療機関からの虐待疑いの通告対応として、「通告を受けたらすぐ係員で共有する」「医師・保健師と福祉職の職員で速やかに病院へ行く」などの対応方法を標準

化しており、各々の対応を互いにチェックできる体制を整えていることで、個人差なく対応が進められている。通告ではなく情報提供だと医療機関から言われても、状況を確認したり今後必要な協力についてあらかじめ調整したりするなどこまめな折衝を重ね、連携機運を醸成している。

## 5. 被虐待児の対応における多機関連携上の課題

被虐待児の対応には多機関連携が欠かせないと考えているが、対応を強化するために、医療機関との連携上の課題と、警察との連携上の課題を挙げる。

### ① 医療機関との連携上の課題

医療機関との連携上の課題として、児童相談所と医療機関の間での虐待対応への認識の相違が挙げられる。病院での CPT の設置が進むなど、医療側の虐待対応への理解は進んでいるものの、まだ病院によって理解や対応の差があると感じる。例えば、虐待による頭部外傷（Abusive Head Trauma：AHT）疑いの通告が来た場合には、頭部 CT だけでは脳実質損傷や古い出血の有無を判断できないことがあり、頭部 MRI 撮影を医療機関にお願いすることがあるが、子どもへの負担や治療上の必要性が低いことを理由に断られることがある。セカンドオピニオンの医師から頭部 CT だけでは情報が少なすぎて判断できないので頭部 MRI 撮影が必要であるとの意見があり、何とか撮影してもらえんという場合もある。また虐待疑いの初期対応についても、アメリカでは医師や病院勤務の医療者が虐待対応の研修を受けることが法律で義務付けられており、通告しない、対応しない場合には罰金が課される仕組みになっている。アメリカの研修の内容を参考にして日本の医療機関向けに作成されたのが日本子ども虐待医学会の「医療機関向け虐待対応啓発プログラム BEAMS」であるが、わが国では医師や医療者の受講は法律で義務付けられてはいない。少なくとも CPT のメンバーや子どもの治療に関わる可能性のある医療者には研修の受講を義務付け、虐待医学や医療機関における虐待対応の理解を促進させることが、福祉側と医療側の理解の溝を埋めることに繋がると考えている。

また、医療機関からの警察への通報が積極的になされないことがあると感じられることがある。虐待の重症ケースであれば医療機関から速やかに警察に通報するべきだが、現時点では、警察に通報するかは医療機関によりかなりばらつきがあり、病院から連絡を受けた児童相談所が通報している場合も多い。背景に、医療機関が親との関係悪化を懸念することが考えられる。この点は児童相談所からも積極的に説明する必要があると考えるが、医療機関の積極的な対応を期待したい。

### ② 警察との連携上の課題

警察との連携上の課題として、警察内での虐待対応が所轄によって統一されていない点が挙げられる。当該児童相談所がある地域には複数の所轄警察署があるが、虐待対応の一義的な窓口は生活安全課の防犯少年係、事件性があるものは刑事課強行犯係と役割分担されているものの、所轄によって、差がある。虐待対応の専門部署を設置することで、虐待対応の連携がより円滑にできるようになることを期待している。



No.	2	ヒアリング日	2019年1月24日
カテゴリ	医療機関		
病床数	329床		
ヒアリング 担当者 (4名)	医師（総合診療科） 保健師 医療ソーシャルワーカー ※2名		

## 1. 組織概要

### ① 組織概要

当該医療機関は1960年代に設立した都道府県立の小児専門病院である。子ども専門の病院としては日本最古の病院の一つで、病床数は300床を超えており、併設する障害児入所施設の病床も90床備えている。なお3次医療機関であるため、先天性障害児や慢性疾患児といった虐待を受けるリスクが高いとされる子どもが、1次・2次医療機関と比べ集まりやすいという特徴もある。

### ② 被虐待児の対応体制

虐待を受けた疑いのある子どもの対応については、2001年2月に病院長を座長とする「児童虐待対策会議」を設置し、各診療科での対応から病院としての対応に切り替えた。実務を担う下部組織として「児童虐待症例検討部会（以下、「検討部会」という。）」があり、毎月1回の定例会や緊急事例の際に開く臨時の会議で、事例概要や支援の方向性などを話し合っている。検討部会には内科系・外科系の医師のほか、看護師、保健師、医療ソーシャルワーカー、事務職の職員が常任の委員となっており、事例に関わる主治医や入院病棟の看護師も参加している。

このほか、当該医療機関では、都道府県や政令市の委託を受け、性的虐待を受けた子どもに対し「系統的全身診察」を実施している。これは暴力を振るわれたと疑われる部位のみならず、問診しながら全身を丁寧に調べる診察技法で、こどもへの精神的ケアを大切にしつつ、診察漏れによる虐待の見逃しを回避しながら子どもへの二次被害を防ぐという高い技術が求められる。

## 2. 被虐待児の通告について

外来や緊急入院などで病院に来た子どもについて虐待が疑われる場合は、検討部会の事務局を担う部署に連絡が入る。その後、通告するか否かの検討に入るが、当該医療機関では、次の3つの特徴を持った対応体制を敷いている。

### ① 検討部会への児童相談所等職員の参加

子どもの症状や保護者等の様子など、会議開催前までに得られた情報で通告の是非を検討するが、その院内会議に児童相談所職員、特に AHT（Abused Head Trauma: 虐待による頭部外傷）や多発骨折などの重篤事例には警察職員の同席を依頼する。タイムリーな情報共有ができるうえ、医療機関が同じ内容を異なる関係者に何度も説明する手間を省ける。また、医療機関と関係者をつなぐ医療ソーシャルワーカーの情報収集・確認負担も減ったという。児童相談所や警察と一緒に検討することで、入院、通告、調査の一連の工程にかかる時間が短くなり、不要な入院期間の長期化を回避し、社会的入院日数を短縮したりすることに貢献している。

そもそも本当に通告するかどうかの結論を出す前の会議であるため、異なる診療科の医師同士で意見が対立することもあるという。しかし議論の経緯も含めて関係者と共有することは、総じてその後の対応や協力関係に対して前向きに影響している。

なお、検討部会での議論の結果、ハイリスクではあるが親子分離が必要とまでは言えないケースは市町村へ通告している。

## ② 保護者への告知の際に院内で児童相談所職員が待機

また、児童相談所と連携し、児童相談所への通告を保護者に告知する際の体制も整えている。大きく2つの特徴があるが、1点目は治療と虐待対応の担当を分離するため、告知は主治医ではなく検討部会の所属医師が行う。通告したことに反発して病院へ来なくなったり、無理やり子どもを連れて帰ったりするリスクを踏まえ、介入的対応を主治医の所管業務から切り離すことで主治医との信頼関係、治療関係を損なわないよう配慮している。

2点目は保護者に告知とともに医師が「詳しくは児童相談所の方が今から聞き取りをします」と伝え、すぐに児童相談所職員との面接をしてもらう。告知後、時間をおくと家族間で受傷起点のエピソードの言い訳を考える可能性がある。時間的猶予を与えないことで支援者のペースを崩さず、速やかに福祉的支援へ移行することができる。

## ③ 積極的な警察通報

2016年に始めた取組で、重症事例に対して積極的に警察へ通報している。県警察本部生活安全課に対し、所轄警察署へ通報する旨あらかじめ伝え、うえで実際に通報しているといい、保護者への接触方法など配慮の必要な部分で注意喚起しつつ、事件性が疑われる事例を確実に捜査へつなげている。連携強化として検討部会に警察同席を求めるようになったのは2018年度からである。

警察との連携が進んだことで、虐待を繰り返す保護者など児童相談所だけでは対応が難しい大人に対して抑止力が働くようになったと感じている。

## 3. 医療と福祉の連携

既に述べた通り、当該医療機関では通告前の時点から医療と福祉、その他関係機関が連携する体制を取っている。具体的な事例の発生以外では、警察・検察・弁護士・児童相談所職員との年2回の合同勉強会を開催し、所在する自治体の児童相談所が開催する連絡会議を設けており、多機関・多職種で「顔の見える関係」づくりに努めている。現在は警察や検察から、当該医療機関が関与していない子どもの事件・事故について事件性の有無に関する助言を求められることも多い。

こうした「顔の見える関係」づくりを医療機関として進めた背景には、医療機関での虐待対応において大きな負担や課題意識があったとしている。児童虐待対応件数が年間数千件だった1990年代は、「通告したら即一時保護」との印象から医療機関職員にとって通告しにくい雰囲気があったといい、結果的に虐待事例の見逃しが発生していたという。また、個人情報保護に過剰に配慮するあまり、保護者に告知してから通告するという原則があったため、対応や対策が遅れがちになっていた。通告しても確実に児童相談所が対応するわけではなく、連携不備により医療機関職員が不満を募らせることもあった。また、幼い子が頭に傷を負って病院に来た場合、「乳幼児揺さぶられ症候群（SBS: Shaken Baby Syndrome）」やAHTが疑われるが、家庭での出来事であるため第三者証言や客観的な証拠を得にくい。そのため、親子分離の末に裁判で争うことになるなど、保護者とのトラブルになることが多かったという。このように、医療機関が関与する被虐待児の対応において、①虐待対応の標準化、②児童相談所とのコ

コミュニケーション、③警察を含めた多機関の協力・連携、の3つの課題を解決する必要性が生じていた。

こうした状況で、当該医療機関の医師が、2013年に医療機関向け虐待対応プログラムの作成に参加したところ、同じく作成チームの一員であった児童相談所医師から、児童相談所との連携不良の改善に向け「児童相談所へ早く連絡してほしい」「緊急の検討会議に呼んでほしい」と求められた。院内検討の末に2013年から通告が予想される症例に関して児童相談所職員を呼び、症例検討に立ち会ってもらうようになり、2018年からは警察も加わった。

#### 4. 被虐待児の対応における課題

被虐待児の対応における環境・体制の向上に当たっては、大きく3つの課題を指摘している。

##### ① 多機関連携の推進

1点目は多機関連携の推進である。被虐待児の対応においては多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）がどれほど機能するかが重要であると考えている。医療機関は診断・治療、児童相談所は家庭環境の調査や家族支援、警察は捜査、検察は捜査と起訴、など、虐待対応の関係機関はそれぞれ異なる強みを持つ。単独の組織だけでは十分な対応を取るのは困難であり、MDTが成功するための「MDTの責務」「メンバーの責務」「燃え尽き症候群の予防」「達成したことを祝う」など16の指標<sup>2</sup>で示されたことが満たされるよう、関係機関が協力しあうことが肝要だと感じている。

##### ② 医療機関の積極的関与

2点目は医療機関の積極的関与である。子どもの「命を守る」ことが一義的な使命である医療機関、特に小児科医は子どもの代弁者としての役割を果たさなくてはならないが、医療機関は被虐待児対応の枠組みの中では中立性が高い存在であり、福祉、司法、家庭など様々な関係者のハブになりやすい。他方で、当該医療機関の医師が参加したグループ研究では、臓器移植法の運用指針に示された5類型に当てはまる医療機関を対象に調査をしたところ、病院内子ども虐待対応組織（CPT: Child Protection Team）がある医療機関の10%は被虐待児の症例が年間0件と回答し、50%が年間10症例以下と回答した。

知識や経験不足による見落としや、業務負担を嫌っての見逃しを避けるためには、積極的に関わるインセンティブが必要だと感じている。現状では一部の先進的な医師等の働きかけで体制が整備されているが、虐待対応のルール化など、学会指導や行政指導などがあればあまねく広がると考えている。

併せて、直接治療に関わらないものの情報収集や関係機関の調整担当として重要な役割を果たす医療ソーシャルワーカーに対しても、配置が進むようインセンティブの導入を期待している。

##### ③ 退院後の子どもの生活拠点の確保

3点目は治療後の受け皿が少ないことである。治療の必要性があつて当該医療機関に入院した子どもの中には、先天性の障害児や、加害によって重い後遺症を抱えた子どもなど、受け入れ先が限られる子どもも少なくない。一方で急性期の治療は終わっているため、暮らすために長期間入院させることは不适当であり、児童相談所職員が速やかに退院後の生活拠点を探す必要がある。本来の退院時期が年単位で後ろ倒しになるケースは減ってきたものの、乳児院や医療型障害児入所施設（重心）の定員に空きが

<sup>2</sup> Lashley, “Indicators of a Multidisciplinary Team,” in Half a Nation, 2005.

なく、児童相談所が苦肉の策として県境をはるかに越えた病院に転院させることは今もあるという。特に乳幼児や障害児は受け入れられる条件が厳しいため、乳児院や医療型障害児入所施設（重心）の整備の必要性を感じている。

No.	3	ヒアリング日	2019年2月5日
カテゴリ	児童相談所		
ヒアリング 担当者 (計3名)	所長 主席児童福祉司 主任上席児童福祉司		

## 1. 組織概要

当該児童相談所は、都道府県が設置した組織である。県内には複数の児童相談所があり、そのうちの一つである当該児童相談所には、医師、弁護士などの嘱託・非常勤職員を含めると100名強の職員が在籍している。

## 2. 被虐待児の対応体制

当該児童相談所には「相談調査課」「診断指導課」「一時保護課」「庶務課」の4つの課が設置され、児童福祉司、児童相談員、児童心理司、児童指導員、保育士などの専門職が配置されている。児童相談所には18歳未満の子どもに関するあらゆる相談が寄せられるが、虐待の可能性がある通告があった場合も例外なく、各専門職、管理職の合議により、社会診断、心理診断（医学診断）、行動診断など、ケースの必要に応じた“これからしていくこと”を受理会議において決定している。社会診断は主に児童福祉司が担っている。当該児童相談所では、地区担当制を執っており、虐待対応の場合も、初期の介入（子どもの安全確認や場合によっては職権による一時保護）から支援（いわゆる親子の再統合）までブレのない一貫した対応ができるよう工夫している。担当地区の班長は役職が上位の者が原則担っている。児童相談員という職にある者は、通告の受付から受理会議の開催、各種通知のとりまとめや文書の発出などを主に担当する。子どもへの心理診断が必要な場合には、診断指導課に所属する児童心理司が担い、通所だけではなく、現地に訪問するなどを通して子どもの心理診断に携わる。行動診断が必要な場合は、子どもを一時保護して、児童指導員や保育士が行動診断をする。

## 3. 医療と福祉の連携

医療機関における被虐待児への対応プロセスにおいて、医療と福祉が連携するのは主に「通告」「対応」「退院」の3つの局面での連携のポイントがある。

### ① 「通告」局面での連携

医療機関が当該児童相談所に通告する子どもは、親が当該児童相談所の管轄する地域に居住していることが原則である。当該児童相談所が医療機関からの通告を受けると、まずは児童福祉司が医療機関を訪ねて、医療機関の医師や看護師、ソーシャルワーカーと虐待の状況等を確認することが多い。子どもに直接会って話を聞いたり、子どもの状態を確認したりする必要がある場合には児童心理司も同行することがある。場合によっては、医療機関を訪問した際に、当該児童相談所職員が親に通告の事実を告知すると同時に一時保護に踏み切ることもある。

医療機関からの通告の際、児童相談所との間に認識の相違が生じていると感じるのは、医療機関から「相談」という位置づけで連絡を受けたときである。当該児童相談所では、医療機関からに限らず、すべての連絡を「通告」として受理しているが、医療機関側からは通告ではなく「相談（連絡、知ってほしいだけ）」だと主張されることがあるという。医療機関が「通告」ではなく「相談」としたい背景には、「医療機関が通告した事実を、児童相談所が親に伝える」可能性を懸念しているためだと想定される。医療機関は子どもの入院の際に親の同意を得る必要があるという理由

から、親との関係性悪化を極力避けたいと考えていることが理由と想定される。また、退院当日の通告や退院後の通告は対応が後手になってしまうため、児童相談所としては早期の通告の方が対応しやすいが、通告のためらいや院内CPTによる通告の判断の遅れから、そのような対応になることもしばしばある。しかしながら、一昔前と比べると医療機関の通告へのためらいは弱まっていると感じており、近年では、1つの医療機関から年間5～6件の通告を受けることもあるという。特に医療機関からの通告で多いのが、乳幼児の虐待による硬膜下血腫の疑いである。

## ② 「対応」局面での連携

医療機関から通告された虐待の疑いがある子どもは、治療の必要があれば入院するが、治療や入院が不要で一時保護が必要だが一時保護所での保護が困難な場合には、乳児院をはじめとした社会的養育の受け入れ先を探すことになる。

通告後、児童相談所は受理会議を開いて、担当者や子どもに対する対応方針を決定する。しかしながら、この対応方針について医療機関と意見が食い違うこともある。具体的には、通告された子どもについて、児童相談所は子どもの安心・安全を総合的に判断して家庭に帰す方針（分離保護を継続せず在宅で子どもが同じ目に遭わずに済むプランを確実化する方針）を決定するが、医療機関は一時保護継続を求める場合が挙げられる。

このような対立が生じる背景には、対応方針を判断する情報量に違いがあることによると考えられる。児童相談所は子どもの受傷状態だけでなく、学校での様子や親族との関係性といった広い意味での家庭状況等を総合的に検討したうえで判断しているが、医療機関は、診察室で関わりのある子どもと親の状況のみを根拠としているという違いがあげられる。

## ③ 「退院」局面での連携

医療機関から通告のあった子どもが退院する際、当該児童相談所は医療機関と連携して、子どもの在宅支援の調整、もしくは社会的養育の受け入れ先の調整を行う。

親族等の支援が得られる等の理由から子どもの安全が地域で図れると判断した場合には、在宅による支援を決定し、主には市区町村の担当課と連携しながら、安全が担保される仕組みのメンテナンスを継続して実施する。

一方、子どもを家に帰せないと判断した場合には、社会的養育の受け入れ先の調整を行う。医療機関から引き継ぐ子どもの社会的養育の受け入れ先としては、乳児であれば乳児院のほか、ファミリーホーム（小規模住居型児童養育事業）や里親、障害児の場合には医療型障害児入所施設（重心）などがある。しかし、社会的養育の受け入れ先は常に空きがあるわけではないため、状況によっては調整に時間を要することもあるという。乳児院やファミリーホーム、里親に入所または委託が決まる場合は、比較的回転が見込まれることから調整が長期間にわたることが少ない一方で、重症心身障害児や医療的ケアを要する子どもの場合は乳児院や里親等への委託が難しいため、医療型障害児入所施設（重心）への入所を考えざるを得なくなる。この種別の施設は、なかなか空きが出ないために調整に時間を要する場合があるという。

近年、当該児童相談所が担当している子どものうちいわゆる社会的入院に至る子どもは少なく、直近だと年間10件以下であり、社会的入院に至るその多くが医療型障害児入所施設（重心）への入所待ちである。なお、現在、当該児童相談所が把握している社会的入院の事例はすべて「一時保護委託」の形を取っている。

このように児童相談所と医療機関が連携して子どもを家庭もしくは社会的養育の受け入れ先に送り出すが、退院後、医療機関に再び子どもが戻ってしまう事例もあったという。医療的ケアが必要な子どもで、児童相談所と医療機関が調整の上でファミリーホームに入所させたが、当該児童の免疫力の低さから入所後すぐに感染症を罹患してしまい、再入院してしまったというものである。医療機関側は、子どもには治療が不要な状態であり、ファミリーホームへの入所に対して問題はないと明言していたが、結果、居場所が短期間で転々とする事等で子どもに負担をかけてしまう事例があった。

#### 4. 被虐待児の対応におけるよりよい連携のための取り組み

当該児童相談所は、医療機関とのよりよい連携を目的とした、都道府県や地域が開催する3つの会議体に参加している。

##### ① 要保護児童対策地域協議会（実務者会議）

当該地域での要保護児童対策地域協議会には、医療機関も参加しており、月に1回の定期的な会議の場で意見交換をしている。近年、特にスムーズな対応が進むようになってきていると感じているという。

##### ② 個別支援会議

実際の個別ケースについて協議する目的で開催されているのが、個別支援会議である。児童相談所からはケースの地区担当者と地区班長、児童心理司、必要に応じて医療機関の担当者が出席し、ケースの対応について協議を行っているという。

##### ③ 児童虐待対策研究会と地区部会

県規模で開催される児童虐待対策研究会と、その下部組織として設置された地区部会は、参加者が虐待対応について学びを深めることを目的としている。

年にそれぞれ4回開催されており、当該児童相談所からは、毎回1名以上の児童福祉司や児童心理司が出席している。個別のケース検討を行う要保護児童対策地域協議会の実務者会議や個別支援会議とは異なり、虐待について勉強し合う場であるといい、この取り組みにより、医療機関と児童相談所をはじめとした関係者それぞれの組織の理解が促進され、「顔の見える関係」が構築されつつある。

児童虐待対策研究会は、開催が開始された2009年頃にはいくつかの児童相談所と県立の1医療機関のみが参加する組織であったが、2011年には当該県内のすべての児童相談所および主要医療機関が集まるような、現在の形の児童虐待対策研究会が整った。2015年には厚生労働省が推進する「虐待防止医療ネットワーク事業」に採択され、現在は都道府県を運営主体として開催されている。

#### 5. これからの被虐待児の対応に向けて

よりよい被虐待児への対応のため、児童相談所と医療機関がさらにスムーズに連携を進めることに重要性を見出している。よりよい連携を目指すにあたり、現状2つの課題と対応策があると考えている。

## ① 医療機関での担当窓口の設置

医療機関との情報連携を行う際、医療機関内において、主治医と CPT に属する医師の間で子どもの傷に関する主張が異なる場合があります、児童相談所側が混乱することがあるという。

こうした状況の改善策として、医療機関側での情報集約と外部機関との連携を担当する「窓口」を設置することが円滑な対応方針の決定に有効だと考えている。医療機関が保有する機材の質や医師個人の技術には違いがあり、子どもの傷に関してそれぞれの主張が異なることは致し方ないため、その違いをなくすよりも、医療機関内の意見（主張）や情報をとりまとめる担当者を配置することが大切だと感じている。実際、医療機関とスムーズに連携ができていると感じるのは、医療ソーシャルワーカーが窓口を担当している場合が多いという。

## ② 「虐待医学」の理解の促進

虐待の対応を進めるにあたっては、子どもの新旧の傷の確認が重要である場合がある。こうした理由から、全身骨のレントゲン撮影等といった検査を医療機関に依頼することがあるが、治療には必要のない検査の実施は、医療機関から断られることがあるという。虐待対応を円滑に進めるには、医療の知識の中でも「虐待医学」に知見のあることが重要であると考えており、医療機関側の「虐待医学」の理解の促進を期待している。

当該児童相談所では、医療機関ではなく国立大学の法医学研究室に、現在の傷や古い傷など新旧の受傷機転確認のための検査を依頼することもあり、積極的に協力してもらっているという。



No.	4	ヒアリング日	2019年1月28日
カテゴリ	医療機関		
病床数	600床		
ヒアリング 担当者 (計3名)	小児科医 小児救急看護認定看護師/専門看護師 医療ソーシャルワーカー		

## 1. 組織概要

当該医療機関は、1950年に開院した市立の総合病院である。病院内機関である小児医療センターにはPICU（小児集中治療室）6床(2019年4月より8床に増床予定)を、周産期母子医療センターにはNICU（新生児集中治療室）18床を兼ね備えており、医療的ケアが必要な子どもが集まってきやすいという特色がある。

## 2. 被虐待児の対応体制

虐待対応組織として、虐待対策委員会、児童虐待事例検討部会、子ども虐待対応院内組織（CPT: Child Protection Team、以下CPT）の3つを院内に設けている。1つ目の虐待対策委員会が当該医療機関における虐待対応の最高機関ではあるが、実質の虐待対応や方針に関する意思決定を行っているのは3つ目のCPTである。各組織の具体的な対応内容は、下記の通りである。

### ① 虐待対策委員会

2010年の臓器移植法改正に伴い、臓器移植の臓器提供者が被虐待児であってはならないことが法律で明文化されたことをきっかけに、同年に設置された。組織の目的として、「当該医療機関で取り扱う虐待の事例に対し、適切かつ円滑な対応を図り、虐待の再発を防止し、患者・家族の平穏な生活に資すること」を掲げている。当初は小児のみを対象としていたが、現在では高齢者や障がい者への虐待、DVといったケースも対象としている。

委員長に小児医療センター長、副委員長に内科部長が任命され、その他委員として、小児科部長や産婦人科部長、看護局長等をはじめとする10名が任命されており、開催頻度は年1回以上となっている。

### ② 児童虐待事例検討部会

CPT 加入メンバーのほか、各診療科の認定看護師や医師が出席し、年に3、4回実施している。検討部会では、虐待事例の検討のほか、当該医療機関が扱う虐待種別ごとの子ども人数や通告ケース数、特定妊婦件数等の報告を行っている。

### ③ CPT

2009年に院内に設置した。日本におけるCPTの定義としては、「1. 長が管理職（病院長や副病院長）の場合」「2. 機動性の高いチームとして存在し、上部組織の委員会が存在する場合」の2種類があるが、当該医療機関におけるCPTは、後者に該当する。

子どもと家族の支援をすることを目的としており、虐待対応以外にも、家庭での事故予防や、長期入院後の退院・在宅ケアへの援助、入院生活や療育生活に困難を生じている家族のサポート等も行っている。医師3名、小児救急看護認定看護師4名（内1名は小児看護専門看護師）、ソーシャルワーカー5名が参加している。

家庭内事故や特定妊婦といった虐待の疑い（子どもの安心・安全が懸念される状況）があるケースのすべてが CPT に報告されるため、年間 500 件以上のケースを扱っている。多くのケースに迅速に対応し、意思決定を行うため「CPT のメンバーが最低 3 名以上招集されて下された意思決定は、病院長の意志に準ずるものとみなされる。」という規定を定めている。意思決定が 3 名以上で行われる背景に、2 人であると片方の意見に影響されて適切な判断ができない可能性があることと、可能な限り多職種による判断が良いとされていることがある。夜間や休日はソーシャルワーカーが不在にしており、日中は看護師が不在にしていることが多いため、実際には、医師、看護師、MSW のうち、2 職種 3 名以上での協議で意思決定を行う場合が多い。ケース数が多く、1 件 1 件に迅速な対応方針の決定が求められるため、ナースステーションなどで立ったまま緊急ミーティングが開催されることもある。

### 3. 被虐待児についての医療機関からの通告

当該医療機関では、家庭での事故等を含み虐待の恐れ（子どもの安心・安全が懸念される状況）が少しでもある子どもの全ケースが CPT に報告される。その後、CPT での検討を経て対応方針が決まるが、通告に至る場合、子どもの状況の深刻度に併せて通告先を変えているという。

児童相談所への通告は、子どもの安全・安心を確保するためには家庭へ親子分離等の職務権限を行使する可能性があると判断したケースの場合に行われ、年間 40 件ほどである。

市区町村への通告は、支援ベースの対応が望ましいと思われるが、リスクが高く、密な連携と支援が必要であると考えられるケースについて行う。また、虐待ではなく家庭内での事故等のケースでは、「子どもの安全・安心」という視点から通告ではなく市区町村への情報提供を行うという。

しかしながら、市区町村は児童相談所と比べて対応や調整にじっくり時間をかけるという感覚があるため、通告を悩むケースについてはあえてオーバートリアージ（重症度が高い、緊急性が高いと判断）し、児童相談所に通告するようにしているという。

## 4. 医療と福祉の連携

### ① 連携の現状

児童相談所と医療機関の連携のタイミングには、大きく「通告」「対応」「退院」の 3 つがあるが、特に「退院」に関して、退院に向けての調整が難航したり、双方の認識相違から対立したりすることがあるという。

当該病院で扱う子どもの中には、先天性障害や虐待の後遺症による障害を抱える乳幼児が多い。また、新生児で虐待が未発生であるものの、家庭に帰した場合にネグレクトをはじめとする虐待の可能性が高いケースも多く扱っている。医学的に入院治療の必要がなくなっても予防的観点から、児童相談所等と調整しながら、このような乳幼児を当該医療機関は多く入院させているのだという。こういった子どもたちの退院後の行き先は、乳児院、医療型障害児入所施設（重心）、里親となるが、社会的養育の受け入れ先に空きがない場合には、空きを待つという理由から社会的入院が長期化するケースもある。医療機関としては、入院治療が不要であれば、地域の三次医療機関として他の重症児を受け入れる必要があるため、そのような子どもは一時保護所もしくは適切な社会的養育の受け入れ先に入るべきだと考える。しかし児童相談所の中には、入院していれば安全だという感覚を持つ担当者も存在しており、対応が後手に回る事も多く、役割分担について双方の認識のずれを感じている。このような結果に至る背景には、児童相談所と医療機関の認識相違に加え、子どもたちの受入れ先の不足といった福祉の仕組み上の問題があると考えている。

医療と福祉の連携時にキーパーソンとなるのが、CPTに所属するソーシャルワーカーであるという。ソーシャルワーカーは、医療機関側の主治医と児童相談所の窓口の双方の情報の集約と仲介の役割を担っている。

## ② より良い連携のための取組み

児童相談所との連携については、双方の認識相違から対立することもある一方、近年はいわゆる「顔の見える関係」が構築されてきたと感じており、前向きな機運が高まっていると考えている。

当該医療機関と市区町村と児童相談所間で「顔の見える関係」が構築されてきた背景には、5年ほど前から開始した地区部会の存在がある。

当該都道府県では、地域ごとに5つの地区部会が設置されている。各地区部会には、該当地域に属する子育てNPO、医療機関、市区町村、児童相談所等が参加しており、架空事例検討を通した虐待対応のよりよいあり方の勉強を目的に、2時間前後の部会を年に4回実施している。当該医療機関が属する地区部会には、毎回30人ほどの関係者が参加し、お互いの関係構築を図ってきた。この地区部会の発足のきっかけとなったのが、当該医療機関のある都道府県が、虐待対応の研究の場として平成20年に開始した、児童虐待対策研究会の存在である。現在は全体会と呼ばれ、地区部会の上位会議体として年に4回開催されている。全体会には、当該都道府県にある11の医療機関のほか、児童相談所や県の警察等が参加している。また、児童虐待対策研究会は、厚生労働省が推進する「虐待防止医療ネットワーク事業」に採択されている。

## 5. これからの被虐待児の対応に向けて

### ① 被虐待児の生活拠点における課題

院内での虐待対応の経験を通し、被虐待児の生活拠点に関して、短期的視点と長期的視点から大きく2つの課題があると感じている。

ア) 短期的視点から：医療的ケア児をはじめとした子どもの社会的養育の受け入れ先の不足

当該医療機関のCPTで扱う子どもには、医療的ケア児や障害児が多い一方、そういった子どもたちの「出口」である社会的養育の受け入れ先が不足していると感じているという。このような現状を招いた背景には、大きく2つの理由があると考えられる。

1つ目が、NICU等の医療の進歩によって一昔前であれば命を落としていた子どもが生き延びられるようになり、比例して障害児や医療的ケア児も増加したことである。2つ目が、社会の変化によってもたらされた、親となる大人の精神疾患の増加や、母となる女性の社会進出に伴う育児以外の優先度向上、貧困状態の一人親世帯の増加による、養育困難に至る母の増加である。

つまり、社会的養育を必要とする子どもの数が増えているのに、社会的養育の受け入れ先の数が増えついていないのである。この課題の解決のためには、国が社会的養育の施設を増設し、人手を増やすなど、仕組み的な点での改善策を実施する必要があると感じている。

イ) 長期的視点から：社会的養育の受け入れ先を必要とさせないための予防策の不足

ア) の課題は一刻も早く解決されるべきである一方で、根本的な課題解決にはなっていないと感じている。持続可能という長期的な視点から言えば、「家庭での養育が困難」な状態にしないための、親を対象とした予防策を検討すべきではないかと考えている。

例えば手段として、特定妊婦に対しての啓発や、家庭で養育しながら地域が子育てをサポートする仕組みの整備、両親への子育て支援制度の強化などが考えられる。

## ② 医療機関での被虐待児対応の促進に向けて

当該医療機関は虐待対応に注力している医療機関だと言えるが、すべての医療機関が、同じように虐待対応に前向きに取り組んでいるわけではないと考えている。こういった状況の打開のために、3つの対応策の可能性を挙げている。

1つ目が、虐待対応に関して中心となる医療機関を、地域それぞれに設置することである。中心となる医療機関の前向きな行動が、地域に良い影響を与えると指摘している。2つ目が、虐待による社会的コストの大きさを算出し、虐待対応の社会的意義の理解を促進させることである。現状、医療機関が虐待対応を行うことの社会的意義が正しく医療機関に理解されていないと感じるためである。3つ目が、CPTの設置に対して、金銭的インセンティブを設けることである。現在、医療機関が虐待対応を行うインセンティブは、子どものためという社会的理由に制限されている。例えば診療報酬点数加算や福祉行政側からの補助金制度の導入など、虐待対応への金銭的インセンティブを整備することで、被虐待児の対応を積極的に行う医療機関が増えるのではないかと考えている。

No.	5	ヒアリング日	2019年3月6日
カテゴリ	児童相談所		
ヒアリング担当者 (計2名)	次長 課長補佐		

## 1. 組織概要

当該児童相談所は、都道府県が設置した組織であり、自治体内に複数箇所ある児童相談所のうちの一つである。

## 2. 被虐待児の対応体制

当該児童相談所には3つの課があり、それぞれ予算調整等の庶務を行う課（「庶務課」とする）、新規相談や虐待通告に対応する課（「相談課」とする）、子どもの育成を支援する課（「支援課」とする）である。当該児童相談所には児童についてのあらゆる相談が寄せられるが、虐待の対応に関する業務を行っているのは「相談課」と「支援課」である。特に「相談課」が虐待の疑いがある子どもの対応を中心となっており、「支援課」が施設入所措置や里親委託への対応を法的対応も含めて引き継いでいるという。

虐待の通告を受けると、「相談課」の通告受理を担当する職員が対応に着手する。児童相談所には子どもに関する様々な相談が寄せられるが、「相談」という位置づけで連絡を受けたとしても、「子どもの安全が脅かされる状態である」と認識できるエピソードがあった場合には、「通告」として受理するという。

通告を受理すると、守秘義務のもと、市町村の要保護児童対策地域協議会と協力して情報を収集し、緊急に介入が必要かどうかなど受理会議を開催し、対応方針を決定していく。受理会議の中で安全確認など介入が必要と判断されると、当該ケースの担当が、通告受理を担当する職員から地区担当者に引き継がれる。地区担当者は、一時保護のために子どもがいる病院や子どもの所属先、家庭に向かうことになるという。

一方で、受理会議での協議の結果、ケースに虐待の疑いがなく、あくまで不登校や発達上の課題などの「相談」であり、親に支援ニーズがあるといった場合には、担当が相談課から支援課に引き継がれ、対応を続けていくという。

## 3. 医療と福祉の連携

子どもの虐待の対応に関し、児童相談所と医療機関が連携する局面は「通告」「対応」「退院」の大きく3つがある。

### ① 「通告」局面

医療機関から通告される子どもの特徴には、大きく3パターンがある。1つ目が虐待による頭部外傷（AHT）や骨折など救急入院といった緊急での対応を要する場合で、2つ目が多数のあざといった外傷の場合、3つ目が子どもの低身長・低体重などのネグレクトが疑われる場合である。

### ② 「対応」局面

医療機関から通告された子どもについては、子どもや家族の状況について医療機関から情報提供し

てもらう必要がある。基本的には情報連携はうまく進むといい、特に、地域の診療所や小規模の病院から、都市部の大きい病院を紹介され、再度外来診療を受けたうえで通告に至る場合、院内に虐待に関する部署を設けている病院も多く連携がスムーズに進むという。一方で、そういった拠点となるような大きい病院ではない場合児童相談所の対応フローに関する医療機関側の理解が薄く、連携に苦慮する場合もある。その他、情報共有がなかなかうまくいかない例として、医療倫理の側面から患者の情報の提供に抵抗感がある場合や、医療機関側での情報集約がなされていない場合が挙げられる。特に後者の問題については、医療機関側に医療ソーシャルワーカーが配置され、その立場の重要性が医療機関側で周知されていることが、スムーズに情報共有を進めるポイントだと感じているという。

### ③ 退院に向けて

虐待を理由に入院に至る場合、医療的な支援（医療的ケアや医療的配慮）を必要とする子どもの場合と、医療的な支援は不要だが養育上の配慮（強度行動障害など）が必要な子どもの場合、医療的な支援も養育上の配慮も不要な子どもの場合、の大きく3種類がある。それぞれの場合で、退院に向けた調整の方針が異なってくるという。

#### ① 医療的な支援（医療的ケアや医療的配慮）が必要な子ども

入院治療が不要であっても、呼吸器や栄養、衛生の管理といった医療的ケアや医療的配慮が必要な子どもで親による養育が困難な場合には、社会的養育の受け入れ先等への入所等が検討される。こういった子どもの多くが重症心身障害の状態であり、医療型障害児入所施設（重心）への入所となる。しかし、医療型障害児入所施設のキャパシティは限られており、また、求められる医療的ケアの難易度や負担が高いものであると入所できる施設がさらに限られるため、待機状態が長期化する場合もある。背景に、医療型障害児入所施設では、一旦入所すると多くの方が、成人後も同施設における支援を引き続き受けており、入所支援が長期化することがあるという。

施設の入所を待機する場合、在宅支援を受けても家で養育が困難な子どもは医療機関での入院を続けることになる。子どもが必要とする医療的ケアの種類や負担度合いは子どもの心身の状況の変化に応じて変わっていくが、そういった背景により入所待機や入退院が繰り返されている事例については、医療機関側と児童相談所側の認識が異なっている場合があると感じている。医療機関側はこの状況を本来の医療機関が担うべき機能でない「社会的入院」とし、児童相談所の受け入れ先の調整不備だととらえているというが、児童相談所としては、受け入れ先の調整を行っても「親のニーズ」と合致しないために入所につながない事例や、上記のとおり求められる医療的ケアの難度のために施設側から断られる場合、またそもそも施設入所の相談も受けていない事例もあり、児童相談所の調整不備ではない事例も含まれていると感じるという。

#### ② 医療的な支援は不要だが、養育上の配慮（強度行動障害など）が必要な子ども

強度行動障害の急性期で医療保護入院に至った子どもの場合、薬で症状が落ち着いたとしても、これ以上面倒を見られないと親自身が考えると、施設入所を希望することになる。強度行動障害のある子どもの支援ができる施設のキャパシティにも限りがある。また、行動障害（暴力）があっても知的障害はない子どもの場合などは、障害児入所施設の利用について、本人や保護者の抵抗感が強い場合もあり、適する社会的養育の受け入れ先が存在せず、医療機関に滞在し続ける例がある。これが続くと、いわゆる「社会的入院」状態になる。

### ③ 医療的な支援が不要な子ども

虐待の疑いにより入院した子どもの傷や怪我が治癒し、入院による医療的な支援が不要となった場合には、乳児院、児童養護施設、里親といった社会的養育の受け入れ先の調整を行う。しかしながら、社会的に虐待の対応件数が増えている中、社会的養育の受け入れ先のキャパシティ不足を感じており、調整が難航することも多いという。

社会的養育の受け入れ先に入所後は児童相談所が中心に支援を担うが、家庭復帰にあたっては市区町村が並行して支援を行う。在宅支援では、一定の期間が経過した後は、市区町村が主担当となって支援を継続することが多い。

## 4. より良い多機関連携のための取組み

よりよい多機関連携を育むためのいくつかの取り組みがある。公式なものだと、実際のケース検討を行う要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議のほか、医療機関と児童相談所が出席する医療連携のための定期会議がある。後者の定期会議では、互いの理解を深めるための研修を開催したり、意見交換を行ったという。また、非公式な場であっても、虐待に関する研究を共同で進めるといった中で、よい関係が構築されていくことがある。しかし、そのように築き上げた関係も、関わっていた担当者が異動してしまうと、関係性はリセットされてしまうといい、組織間の継続的な関係構築に難しさを感じることもあるという。

## 5. これからの被虐待児の対応に向けての課題

被虐待児の対応について、児童相談所と医療機関がさらに良い連携を進めていくために、児童相談所と医療機関それぞれに、特に良いコミュニケーションを取るうえでの課題があると感じている。まず児童相談所には、医学的な知識が足りていないと感じている。医療機関が主張する切迫した状況や必要な医療支援体制を児童相談所側が理解するため、最低限の医学的な知識を身につける必要があると考えているという。一方で、医療機関側では「福祉がどこまでできるのか」を理解できていない点だと感じている。児童相談所は言うまでもなくケースにとって最善の対応を尽くすが、医療機関が「治療の範疇外は、福祉の範疇で対応できる」という期待を抱いている場合がある。児童相談所の支援できる範囲に限りがあり、医療と福祉のはざまにある事例もあるということを理解してもらいたいと感じるという。

上記のような課題の解決の糸口となるのは、双方に医療・福祉お互いのことを理解できる人材が配置されていることであると考えている。具体的には、児童相談所側には医師・保健師・看護師が、医療機関側には医療ソーシャルワーカーの存在があるとスムーズな連携が進むことが多いと感じるという。また、医療ソーシャルワーカーが医療機関内で重要なポストと認識されていると、児童相談所との連携が円滑に進むと感じるという。

また、医療と福祉の狭間の事例が存在しており、例えば医療的ケアは必要であるが治療は必要でないというような子どもを受け入れる体制が整備されていないことに課題を感じている。医療機関の問題でも児童相談所の問題でもなく、社会資源の不足という医療・福祉双方の制度の問題であると考えているという。

No.	6	ヒアリング日	2019年2月20日
カテゴリ	医療機関		
病床数	477床		
ヒアリング 担当者 (計3名)	小児科医 小児看護専門看護師 医療ソーシャルワーカー		

## 1. 組織概要

当該医療機関は社会医療法人が運営する病院である。急性期病院であり、地域医療支援病院、総合周産期母子医療センター、小児救命救急センターの機能も持ち合わせており、母体または児のリスクが高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療等の周産期医療も提供している。

## 2. 被虐待児の対応体制

院内には、虐待に対応する組織として「こどもと家族の支援センター」と「CPT」の2種類が設置されており、後者は前者に属する機関という位置づけになっている。当該医療機関において、直接的に被虐待児の対応を行うのはCPTであり、CPTの活動を管理・監督しているのが「こどもと家族の支援センター（以下、センターという）」である。

### ① こどもと家族の支援センター

センターでは、都道府県より事業委託を受けている児童虐待防止医療ネットワーク事業や産前産後母子支援事業の運営を行っている。そこでは救急告示医療機関の児童虐待発見・対応に関する体制整備のための連絡会や研修会の開催、また特定妊婦等ケースの要対協への参加などを行っている。それ以外に、地方検察庁との児童虐待ケースの勉強会への参加や、警察への捜査協力等を行っている。

センター長を当該医療機関の総合周産期母子医療センター長が兼務している。2か月に1回開催される会議の場にて、CPTから活動報告を受けている。

### ② CPT

当該医療機関におけるCPTは、上部組織の委員会（センター）に属する形で、機動性の高いチームとして存在する。CPTのメンバーは、センターのメンバーでもある小児科医、小児看護専門看護師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）がコアメンバーとして活動している。

当該医療機関では、診察した子どもに虐待の疑いが生じると、CPTメンバーの誰かにまず連絡するというルールが周知されている。CPTメンバーは、虐待疑いの連絡を受けると以下の対応フローに則って対応を行う。

- (1) 虐待疑いの児を発見した旨の連絡を受ける
- (2) 軽症の場合は医師・看護師が、中等症以上の場合もしくは不適切な養育環境が疑われる場合は、ソーシャルワーカーが、子どもが受傷した状況や児の養育状況等についての情報を収集する。また必要な場合は地域での支援状況も確認する
- (3) CPT及び関連する医療者を臨時招集し、カンファレンスを開催し、対応方針を決定。事例



- によっては緊急性を要することから、比較的短時間で判断を下す場合もある
- (4) 虐待の疑いがあるケースと判断した場合は児童相談所に通告、事故やマルトリートメント等の要支援ケースと判断した場合は市区町村や保健センター等に通告もしくは連絡する

CPTで決定した対応方針が主治医の認識と異なる場合もあるが、その場合には、納得してもらうまでディスカッションするという。また、医療機関が親に長期的に関わっていく必要があるケースの場合、親と信頼関係を崩さないために主治医と親が対立関係になることを避け、あくまで親と対立するのは診療に直接影響を与えないCPTメンバーになるよう、注意を払っている。

### 3. 医療と福祉の連携

当該医療機関が児童相談所と情報共有や対話を行うタイミングとして、特に「通告してから初期調査まで」と「退院に向けての調整」の2つがあるという。

#### ① 通告してから初期調査まで

当該医療機関は子どもの住民票がある地域を管轄している児童相談所に通告する。児童相談所は、通告を受けてから48時間以内に必ず子どもの確認のために当該医療機関を訪問する。

医療機関は、子どもの病状・検査結果等と受傷機転についての親の説明について、児童相談所に情報を共有する。その一方、子どもの養育環境は児童相談所の方が既によく知っている場合もあるため、児童相談所と情報を共有している。子どもを児童相談所が一時保護するのか、一時保護委託の形で病院に入院継続させるのか、家庭に帰すのかという方針も、この情報連携の流れの中で決定することが多い。

一時保護の判断においては、病院と児童相談所の意見が食い違うことがあるという。たとえば、医療機関が一時保護をすべきだと主張していても、医療的に重篤でないなどの理由で、親子分離をするまでではないと判断し、一時保護にしないというように、意見が一致しない場合があるという。

#### ② 退院に向けての調整

虐待の疑いのある子どもに関しての退院を考える場合、3通りある。1つ目は「一時保護委託での児童相談所からの依頼入院」、2つ目は「当院入院後、虐待を疑って児童相談所に通告したケースで一時保護下にある場合」、3つ目は「虐待を疑って児童相談所通告はしたが、保護には至らなかったケースもしくは虐待は完全には否定できないケースで、何らかの地域での支援介入を調整する場合」である。

##### (1) 一時保護委託での児童相談所からの依頼入院

医師が、子どもの退院が可能と判断し、医療的な評価を児童相談所に伝え、相談の上、退院を判断する。退院先の選定にあたっては、退院時の状態と時期についての見通しを児童相談所に事前に伝えておく等、医療機関側の早めの指示が重要となる。事前調整をすることで、医療的に治療が必要なく退院できる状態になってから、実際に退院するまでのリードタイムの長期化を防ぐことができる。

##### (2) 当院入院後、虐待を疑って児童相談所に通告したケースで一時保護下にある場合

これも上記と同様である

##### (3) 当院入院後、虐待を疑って児童相談所通告はしたが、保護には至らなかったケースもしくは虐待は完全には否定できないケースで、何らかの地域での支援介入を調整する場合

この場合、退院の判断は医療機関にゆだねられており、子どもが病状的に退院できると医師が判断した場合、子どもは元の生活場所へ退院する。その際、医療機関が引き続き受診継続とする場合、市区町村が見守りの役割を担う場合などがあり、フォローの方法も併せて地域の支援機関と相談の上、決定する。

#### 4. より良い多機関連携のための取組み

##### ① 他医療機関に対する虐待に関する啓発活動

都道府県からの委託事業として、「県内の医療機関の底上げ」を目的に、年2～4回程度、虐待の対応についての研修会を実施している。研修会には、医療機関はもちろん、児童相談所、市町村家庭児童相談室、保健センター、時には司法（警察・検察）が参加している。また各病院に出張しての研修会も開催しており、その病院の近隣診療所や地域の関係機関が参加すること多いという。

##### ② 地方検察庁との勉強会

都道府県の地方検察庁の検察官と、児童虐待について意見交換を行う場を設けている。医療機関としてどのような動き方をしているのかを理解してもらうことが目的の一つである。

#### 5. 社会的入院に至った子どもの事例

治療が必要ではないのに入院に至るいわゆる「社会的入院」の事例として、当該医療機関側が対応が困難であったと認識している事例が2つある。

##### ① 親の養育困難ケース

本ケースの子どもは、当該医療機関がある都道府県以外の県で出生した。母はもともと特定妊婦の登録を受けていた上、出生した子どもに指定難病があり、医療的ケアを必要としたため、要保護児童対策地域協議会、児童相談所は早い段階で本事案を把握していた。その後、母と子どもが当該県に引っ越してきたため、当該医療機関が医療的な対応を引き継いだ。

当該医療機関は、子どもを入院させ、当該児童の治療と、親の在宅での医療的ケア技術の向上のための支援を行った。子どもへの愛情は持っている母であり、医療的ケアの技術習得もする力はあるが、面会状況等から指導が不十分であり、また育児支援が乏しいことから即自宅退院可能と判断することはできなかった。しかし、面会に全く来ないわけではなく、児童相談所に再通告という根拠には乏しかったため、市区町村の支援で対応できるかを相談した。市区町村にも介入いただいたが、最終的には両親が離婚し、母が病気になるなど、退院できる生活状況が整わないということで親希望での施設入所の相談となった。そのため、子どもは1年半近く社会的入院した。医療機関は教育や育児の環境としては適さないため、長期の社会的入院は子どもの発達に支障をきたしたと感じていたという。最終的に、子は障害児のリハビリ病棟を経て、医療型障害児入所施設へ入所した。

##### ② 親に対するストレスにより家庭に帰せなかったケース

本ケースの子どもは、思春期の子どもで、痙攣・意識障害により当該医療機関に緊急搬送された。検査の結果、解離性障害と診断され、原因はストレスによるものと考えられた。入院させるとすぐに症状はよくなり、治療は不要となった。しかし、ストレスの背景には母親との関係があると考えられたため、すぐには家庭に帰すことができなかった。後々、ストレスの要因は母親の子どもに対する分離不安であったという見立てとなった。

子どもが医療機関に搬送される前から市区町村が中心となって対応していたが、介入困難事案となっており、児相も把握している案件であったため、児童相談所に当院から再通告した。家庭復帰の調整を行ったが、母親とのやり取りに時間を要し、社会的入院状態が1か月続いた。

こういった家族関係や社会関係の障害などを理由として心身のバランスを崩す思春期の子どもについて、支援の仕組みが整備されていないと感じているという。

## 6. これからの被虐待児の対応に向けて

### ① 被虐待児の対応に関する制度に対して感じること

被虐待児へのより適切な対応に向けて、制度に関して改善が必要だと感じるものが2点ある。

1点目は、一時保護の必要性について「グレーゾーン」の子どもの対応に関してである。すなわち、身体的虐待を受けた子どもだけでなく、親の養育力不足による養育不良や発達に遅れがある、養育に一定のスキルを要する子どもでもある。医療機関ではそのような子どもとも接するが、その場合、在宅支援となる場合が多い。確かに死に至る危険は小さいかもしれないが、子どもの権利を守るという観点から考えれば、子どもの成長にとって悪影響を及ぼす可能性があり、こういった子どもたちの支援について検討する必要があると考える。

2点目は、医療ソーシャルワーカーの小児周産期に関する活動へのインセンティブである。医療機関が虐待の対応をするにあたっては、医療の中で福祉の視点を持つ医療ソーシャルワーカーの存在が欠かせないと考えている。また児童虐待対応には一定の経験が必要であるため、例えば医療機関に一定の経験を有する医療ソーシャルワーカーを配置する施設基準を設けるなども含めて、組織として取り組める体制を整える対策が必要だと考えている。

### ② 医療機関が持つべきスキル

被虐待児の対応を行う医療機関の担当者が持つべきスキルとして、3点が挙げられる。1つ目は、児童相談所とのコミュニケーションの際に、児童相談所に伝えるべき内容をわかりやすく整理できることである。例えば、受傷機転について、診断と親の主張が異なる場合、その状況となぜ危険なのかをわかりやすく児童相談所に伝えることが、円滑な対応を進めるためには重要となる。2つ目は、子どもの入院中に親の育児能力を評価するとともに親に育児について指導できるスキルである。最終的には子どもを家庭に帰し、親子を再統合させることを目標と考えると、親にもスキルアップが必要となるからである。本来はその評価や親への指導ができる機関があると最も良いが、ないのが現状である。3つ目は、医療的観点だけでなく、子どもの権利、尊厳という観点からも子どもの対応方針を検討できるスキルである。医療機関は、子どもの心身の状況を診療し、発見→通告するだけでなく、長期的な子どもと家族の福祉の実現を踏まえた対応を、児童虐待通告対応の初期の段階から児童相談所や司法等と共に組み立てることが重要だと考えているからである。それにはMDT（多職種多機関連携チーム）の実現が必要である。

### ③ 児童相談所が持つべきスキル

医療機関から見て児童相談所が持つべきだと考えるスキルは、柔軟な対応スキルである。一度決まったことを変えないというような杓子定規な対応でなく、医療機関側とのコミュニケーションを通じて明らかになった新たな視点も踏まえて検討を進められるような柔軟性のある担当者との連携では、子どもにとってよりよい対応が進められると感じるという。



平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業  
医療機関における被虐待児童の実態に関する調査研究  
事業報告書

発 行 日：平成 31 年 3 月  
編集・発行：PwC コンサルティング合同会社