

令和2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

令和3年3月

PwC コンサルティング合同会社

要旨

【事業の目的】

これまでの医療機関における被虐待児に関する状況を踏まえ、平成 30 年度調査研究事業のフォローアップ調査を行い、社会的入院解消のために必要な対応について提言を行う。

【研究方法】

①アンケート調査

- ・対象：全国 943 施設の医療機関（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）
- ・期間：令和 2 年 12 月 21 日～令和 3 年 1 月 14 日
- ・主な調査項目：被虐待児と疑われる子どもの受入体制、対応実績、入院実態、通告実態、社会的入院解消に向けた方向性、社会的入院の事例、未通告事例の詳細、連携不良事例の詳細

②ヒアリング調査

- ・対象：医療・福祉連携において模範となる医療機関と児童相談所のペア 3 地域 5 施設
- ・期間：令和 2 年 11 月 30 日～令和 3 年 1 月 8 日
- ・主な調査項目：虐待対応体制、医療・福祉連携の実態、医療・福祉連携の課題、社会的入院の実態、社会的入院解消策案

【研究結果】

①社会的入院

前回の調査で明らかとなった平成 30 年の状況と比較すると、令和元年の社会的入院に関する全体的な状況に大きな変化は見られなかった。回答医療機関に占める社会的入院を 1 人以上受け入れている医療機関の割合は、前回の調査では 29.6%で、今回の調査では 29.3%であった。

一方、社会的入院をしている子どもの社会的入院期間については、少し変化が見られた。社会的入院期間を前回の調査と比較すると、「15 日以上 1 か月未満」の中期の入院期間が 13.5%（前回）から 7.0%（今回）と約 7 ポイント減少し、「1 日以上 15 日未満」の短期の入院期間が 57.9%（前回）から 67.1%（今回）と約 9 ポイント増加した。

②通告状況

虐待疑いの入院事例における通告状況を前回の調査と比較すると、市区町村への通告は 20.2%（前回）から 21.8%（今回）と約 2 ポイント増加し、市区町村への支援依頼は 36.5%（前回）から 46.4%（今回）と約 10 ポイント増加した。医療機関から他機関への情報連携は着実に進んでいると考えられる。

③社会的入院を解消するための取組ニーズ

前回調査における4つの提言について、社会的入院の解消に対する実効性について意識調査を行ったところ、①「中間的役割」を担える施設・サービス、②子どもの様々な状態に対応可能な環境の整備、③社会的入院の妥当性に関する第三者による検討、はその効果を想像しがたいという意見が多かった一方、④多職種・多機関連携チーム（MDT）による虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援の推進、は効果的であるという意見が複数得られた。

【まとめ】

以上の調査結果を踏まえ、下記4点を社会的入院の解消のための提言とする。

①多職種・多機関連携による長期的な福祉支援の推進

地域において社会的入院状態にある子どもの存在を多機関の支援者の間で認識し続けると、子どもについての検討や援助が中断しないため、社会的入院の解消に繋がる。また、市区町村の母子保健課や子育て支援課など要保護児童対策地域協議会の各構成メンバーが主体性を持ってネットワークに参加することで、在宅支援のための地域サービスの活用について議論しやすくなる。

②地域の福祉サービスの充実

前提として、子どもの生活拠点は、発達のためには不十分な環境である医療機関であるべきではない。そして、家庭または社会的養護の施設で子どもが安心・安全に生活するためには、地域の中で体制を整えることが重要である。地域の福祉サービスが整うことで、社会的入院をしている子どもが、在宅での支援に移行できると考えられる。また、地域の福祉サービスを社会的養育施設もさらに利用できるようなれば、家庭復帰が難しい場合でも、社会的養育施設へ移行し、地域での暮らしを送れる可能性がある。

③施設の増設・増員

施設の増設や施設職員の増員に関しては、社会的養護の施設全般が不足しているとの意見や、社会的入院の理由として「医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のいずれも不要であるが空きがない」が多く見られたことから、社会的養護の施設全般の増設が必要であると考えられる。さらに、施設の職員の増員も必要であるとの声も聞かれた。特に、医療的ケア児および医療的配慮児の対応のため、医療的ケアに対応可能な職員や、医療的な知見を持つ職員のさらなる配置が望まれる。

④（やむを得ない場合のための）医療機関における福祉枠病床の整備

現在の福祉施設では対応が難しい子どもを医療機関が一時的に受け入れざるを得ない現状を踏まえ、福祉枠の病床整備や医療機関への福祉的機能が付与されると、医療機関に社会的入院している子どもを守ることが可能となる。

目次

要旨	i
1 本事業の背景、目的	1
1.1 本事業の実施背景	1
1.2 本事業の目的	1
2 事業概要	2
2.1 有識者による事業検討委員会の開催	2
2.2 本調査における用語の定義	4
2.3 医療機関アンケート調査	5
2.3.1 調査対象	5
2.3.2 調査期間	5
2.3.3 回答方法	5
2.3.4 調査項目	5
2.3.5 調査設計時の論点	7
2.4 医療機関・児童相談所ヒアリング	8
2.4.1 調査対象	8
2.4.2 調査期間	8
2.4.3 実施方法	9
2.4.4 調査項目	9
2.5 提言の検討	10
3 研究結果	11
3.1 アンケート集計結果	11
3.1.1 調査対象者数と回収数、有効回答数	11
3.1.2 医療機関の虐待に関する対応体制	12

3.1.3	虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院の対応実績.....	14
3.1.4	虐待入院事例、社会的入院事例における通告状況	19
3.1.5	児童相談所等の院外機関との連携状況	21
3.1.6	社会的入院解消に向けた方向性	23
3.2	ヒアリング調査結果	25
3.2.1	医療機関	25
3.2.2	児童相談所	29
4	考察.....	32
4.1	本調査の制約	32
4.2	社会的入院および医療機関と児童相談所の連携の状況	33
4.2.1	社会的入院の発生状況	33
4.2.2	医療機関および児童相談所の通告・情報連携の状況	36
4.3	社会的入院を解消するための取組ニーズ	38
4.3.1	前回の事業において提言に盛り込まれた施策	38
4.3.2	新たな施策	39
5	まとめ.....	42
5.1	本事業の成果	42
5.2	今回の事業の結果を踏まえた提言	43
5.3	今後に向けて	45
付録1	アンケート調査票.....	47
付録2	アンケート集計結果.....	61
付録3	ヒアリング質問項目.....	87
付録4	ヒアリング録.....	91
付録5	被虐待児の社会的入院の解消および地域生活移行のための具体的手立て一覧表	119

1 本事業の背景、目的

1.1 本事業の実施背景

虐待を受けて入院した子どもの中には、すでに治療の必要がなくなったにもかかわらず、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がいる。このような状態は社会的入院と呼ばれ、その存在が問題視されてきた。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¹」（以降、「前回の調査」とする。なお、表では「平成 30 年度調査」と表記する）において、平成 30 年の 1 年間に虐待の疑いで入院した子ども 1,781 人のうち、約 2 割の 399 人については受け入れ先がなく、「社会的入院」を余儀なくされていることがわかった。さらに一部の医療機関で、児童相談所および市区町村児童福祉担当部署と連携していない事例があることがわかった。

被虐待児の「社会的入院」の解消に向け、平成 30 年の診療報酬改定では、児童虐待に関しても入退院支援加算が付くよう変更がなされた。また、福祉側の動きとして、関係団体を通じて速やかな虐待通告を促すとともに、障害児入所施設の在り方に関する検討会においては施設の機能強化に向けた取り組みについて検討が進められてきた。このように、社会的入院は、子どもの発達に影響を及ぼすことから、その解消が強く求められている。

1.2 本事業の目的

上記の背景を踏まえ、本事業は、前回の調査の結果を先行研究とし、社会的入院の解消を目指して、以下の目的で実施した。

- ① これまでの医療機関における被虐待児に関する状況を踏まえ、平成 30 年度調査研究事業のフォローアップ調査を行う。
- ② 社会的入院解消のために必要な対応について提言を行う。

¹平成 31 年 3 月 PwC コンサルティング合同会社「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」を指す。以下同様

2 事業概要

本事業は、前述の目的を実現するために、有識者による検討委員会、アンケート調査、ヒアリング調査を実施した。そして、各事業の実施結果をもとに本報告書を作成した。

2.1 有識者による事業検討委員会の開催

事業の円滑な実施と成果物の質的向上のため、児童福祉領域および小児領域の有識者から構成される事業検討委員会を組成し、5回の検討委員会を開催した。なお、新型コロナウイルス感染拡大状況を踏まえ、会議は原則としてオンライン開催とした。

検討委員会の委員、オブザーバー、事務局、委員会の開催状況は表1～4の通りである。なお、座長には石崎委員が就任した。

表1 委員会委員（五十音順、敬称略）

氏名	所属
石崎 優子 (座長)	関西医科大学 総合医療センター 小児科 部長・病院教授
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
田口 眞規子	愛仁会井上病院 地域連携センター医療福祉相談科
田崎 みどり	港区 児童相談所設置準備担当部長
渡邊 直	千葉県 柏児童相談所 所長

表2 委員会オブザーバー（順不同、敬称略）

氏名	所属
大野 久	厚生労働省子ども家庭局 家庭福祉課 課長補佐
松永 孝昌	厚生労働省子ども家庭局 家庭福祉課 情報支援専門官
久保 隆	厚生労働省子ども家庭局 家庭福祉課 児童福祉専門官
刀根 暁	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室 障害福祉専門官
鈴木 久也	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室 障害児支援専門官
後藤 友美	厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・発達障害者支援室 医療的ケア児支援専門官

表 3 委員会事務局

氏名	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 マネージャー
大瀬 千紗	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
工藤 晴樹	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部 アソシエイト
大野 晴香	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部
清水 式子	PwC コンサルティング合同会社 公共事業部

表 4 委員会開催状況

開催回	内容
第 1 回 2020 年 9 月 14 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業概要の説明 ・ 医療機関アンケートの設計 ・ 医療機関・児童相談所ヒアリングの設計
第 2 回 2020 年 10 月 14 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関アンケートの設計 ・ 医療機関・児童相談所ヒアリングの設計
第 3 回 2020 年 11 月 9 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関アンケートの設計 ・ 医療機関・児童相談所ヒアリングの設計
第 4 回 2021 年 1 月 18 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケート集計結果報告（速報） ・ ヒアリングのまとめ報告 ・ 事業報告書の方向性検討
第 5 回 2021 年 2 月 25 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケート集計結果報告（確定） ・ 事業報告書の内容検討

2.2 本調査における用語の定義

社会的入院をはじめとする関連用語について、本調査においては表5の通り定義した。なお、これらの定義は、前回の調査で実施したアンケート調査での定義や選択肢内での説明を踏襲した。

表5 本調査における用語の定義

用語	定義
社会的入院	入院治療が不要な状態にもかかわらず、入院している状態。（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、医療的ケアや医療的配慮が必要でその対応ができる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）
養育的配慮	医療的ケア・医療的配慮以外の配慮で、子どもに自殺企図がある、自傷・他害をする等の理由による見守り等の配慮
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

2.3 医療機関アンケート調査

前回の調査において対象とした医療機関を対象として実施し、前回の調査において見られた結果と比較した上で、どのような変化があったのかを分析することを目的とした。調査票は平成 30 年度の調査票を基に設計し、委員会での議論を踏まえて決定した。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 調査対象

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²である 943 施設を調査対象³とした。なお、調査票は子どもの虐待対応に携わっている医師または医療ソーシャルワーカーに回答いただくよう依頼した。

2.3.2 調査期間

令和 2 年 12 月 21 日～令和 3 年 1 月 14 日に実施した⁴。

2.3.3 回答方法

郵送による紙媒体の質問紙調査により実施した。

2.3.4 調査項目

アンケート調査票の構成や項目は、前回の調査での構成や項目を基本とし、検討委員会での議論を踏まえ更新した。

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 児童虐待による入院事例をほぼ網羅していると推察される。

³ 前回調査の対象から閉院している医療機関等を除外した。

⁴ 締切日を過ぎて届いた調査票も、令和 3 年 1 月 21 日まで受領した。

アンケート調査の大項目は、表6の通りである。

表6 アンケート調査の大項目

調査票種別	問	大項目
全体票	I	被虐待児と疑われる子どもの受入体制について
	II	被虐待児と疑われる子どもの対応実績について
	III	被虐待児と疑われる子どもの入院実態について
	IV	被虐待児と疑われる子どもの通告について
	V	社会的入院解消に向けた方向性について
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
個票III	—	児童相談所との連携不良の事例

なお、表7の通り、前回の設問に加え、本調査では3つの設問を追加した。

1つ目が虐待を疑う症例がどのようなものかを問う設問である。これは、前回の調査において各医療機関で虐待を疑う症例の範囲に差があることが明らかになったため、医療機関がどのような症例において虐待を疑うのか把握することが重要と考え、追加した。2つ目が、前回の調査で提案した提言に対するニーズを問う設問である。これは、前回の提言が、どの程度現場のニーズに即した内容になっているかを確認することが必要と考えたために追加した。3つ目が、児童相談所と医療機関の前向きな連携のための児童相談所への要望を問う設問である。これは、前回の調査において連携不和の事象や要因が明らかになったため、今回はさらに要望について把握することが必要と考え、追加した。

表7 アンケートの新規追加設問

調査票種別	問	新規追加設問
全体票	I	虐待を疑う症例について
全体票	V	前回の調査における提言に対するニーズについて
個票III	—	前向きな連携のための医療機関から児童相談所への要望について

2.3.5 調査設計時の論点

調査項目を設計するにあたり、下記2つの論点について特に検討した。

1点目が、本調査において「虐待」の定義を置くか否かである。前回の調査においては医療機関ごとの「児童虐待対応」の定義の違いを想定し、あえて虐待の定義をせずアンケートを実施した。その結果、各機関で虐待を疑う症例の範囲に差があることがわかった。これを踏まえ、本調査における「虐待対応」の定義づけの方針について表8の通り3案から検討した。検討の結果、医療機関の「児童虐待」のとらえ方の把握にもつながる一方、前回の調査結果との比較分析に影響の出ない方針 B「定義しない。ただし各機関の定義に係る設問を追加」を採用した。

表8 虐待を疑う症例の範囲の定義に関する方針案

方針案		詳細
A	定義なし（前回同様）	回答事例は医療機関の判断に委ねる。
B	定義しない。 ただし各機関の定義に係る設問を追加する	回答事例は医療機関の判断に委ねる。 ただし、次回以後調査時に「児童虐待対応」を定義する参考とするため、各医療機関の定義を把握する設問を追加する。
C	本調査で新たに定義する	検討委員会で「児童虐待対応」の定義について協議し、当該定義を用いてアンケートを実施する。

2点目が、対象事例を計上する期間である。前回の調査では、対象事例を計上する期間を平成30年1月1日から平成30年12月31日の1年間としていた。今回の調査においては、平成31年1月1日から令和元年12月31日の1年間、または令和2年1月1日から令和2年12月31日の1年間のどちらを対象期間とすることが望ましいか検討した。その結果、新型コロナウイルス感染症の影響を排除した実態を把握することが望ましいと考え、対象事例を計上する期間を、医療機関が新型コロナウイルス感染症の影響を受ける以前である平成31年1月1日から令和元年12月31日とした。

2.4 医療機関・児童相談所ヒアリング

社会的入院の具体的な事例収集と、解消のための課題を探ることを目的に、同地域に属する児童相談所と医療機関へのヒアリングを3地域において実施した。

2.4.1 調査対象

ヒアリング対象は、社会的入院の解消に向けて、ひいては虐待対応における医療と福祉の連携に向けて他地域の参考となる医療機関および児童相談所とした。委員から推薦の得られた児童相談所と医療機関について、A～Cの3地域における5機関を表9の通り選定した。

表9 ヒアリング調査対象

地域	番号	機関	規模	ヒアリング対象者
A	1	医療機関	一般病床数 約 850 床	・小児科医 ・医療ソーシャルワーカー
	2	児童相談所	職員数 約 60 名	・次長兼課長 ・保健師
B ⁵	3	医療機関 ⁶	一般病床数 約 400 床	・小児科部長 ・小児科医長（乳児院嘱託医） ・医療ソーシャルワーカー ※併設の乳児院から、 ・院長 ・スタッフ2名
C	4	医療機関	一般病床数 約 500 床	・小児科医 ・医療ソーシャルワーカー
	5	児童相談所	職員数 約 120 名	・所長 ・課長

2.4.2 調査期間

令和2年11月30日～令和3年1月8日にかけて実施した。

⁵ 地域Bにおいては、医療機関のみをヒアリング対象とした。

⁶ 医療機関をヒアリング対象としたが、当日は、併設の乳児院の職員からも話を伺うことができた。

2.4.3 実施方法

新型コロナウイルス感染拡大状況を踏まえ、状況に応じて、対面またはオンラインツールを用いたリモート会議にて聞き取りを行った。

2.4.4 調査項目

ヒアリング調査項目は、表 10 の通り、医療と福祉の連携および社会的入院について、それぞれ実態と課題を聞き取れる項目とした。ヒアリング調査の項目の詳細は、「付録 3 ヒアリング質問項目」を参照いただきたい。

表 10 ヒアリング調査の項目

大項目		小項目
①	虐待対応体制	<ul style="list-style-type: none"> 組織概要
②	医療と福祉の連携の実態	<ul style="list-style-type: none"> 児童相談所に通告する・児童相談所に退院後の支援の主担当として引継ぐ子どもの特徴 市町村に通告する・市町村に退院後の支援の主担当として引継ぐ子どもの特徴 虐待の疑いがある一方、通告しない場合の子どもの特徴 医療的ケアや医療的配慮、精神的配慮が必要な被虐待児の退院の判断 連携調整に長けている担当者の特徴 ほかの医療機関や自治体との意見交換・情報共有の場と、それによる被虐待児の治療や退院地域移行における利点
③	医療と福祉の連携の課題	<ul style="list-style-type: none"> 連携に関して問題・課題だと感じる点 福祉への期待 医療機関への期待
④	社会的入院の実態	<ul style="list-style-type: none"> 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴 社会的入院の事例
⑤	社会的入院解消策案	<ul style="list-style-type: none"> 社会的入院の解消策として下記のような案が有用に働くと考えるか <ul style="list-style-type: none"> 受け入れ先調整中等の期間に子どもを保護できる「中間的役割」を担える施設サービスの整備 子どもの様々な状態（医療的ケア、精神状態上配慮が必要等）に対応可能な環境の整備 社会的入院の妥当性について第三者的に検討する地方自治体の取り組み 多職種・多機関連携チームによる虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援 上記以外で、医療機関や行政への要望

2.5 提言の検討

社会的入院の解消のための提言の検討にあたっては、アンケート結果、ヒアリング結果、有識者からの助言を参考とした。また被虐待児の社会的入院の解消のためには、地域生活に移行した際に利用できるサービスや、生活拠点となる社会的養護の施設について整理しておくことが有効と考え、「付録5 被虐待児の社会的入院の解消および地域生活移行のための具体的手立て一覧表」の通り具体的な解消のための手立てになりうるサービスや施設を一覧表にまとめた。

3 研究結果

3.1 アンケート集計結果

本節ではアンケートの集計結果を述べる。なお、アンケート集計結果の詳細については、巻末の「付録2 アンケート集計結果」を参照されたい。

3.1.1 調査対象者数と回収数、有効回答数

本調査は、全国 943 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）を対象として実施した。その結果、表 11 に示す通り、351 か所から回答を得て、いずれも有効回答だった。したがって回収率は 37.2%であった。

表 11 全体票の回収状況

	全体票
調査対象医療機関数	943
回収数（医療機関数）	351
有効回収数	351
回収率	37.2%

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）の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 103 事例、入院事例のうち未通告は 792 事例であった。これに対する個票の回答数は、社会的入院事例は 92 事例、入院事例のうち未通告は 133 事例であった。個票の回収状況は表 12 の通り。

表 12 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）
回答対象事例数	103	792
有効回答数	92	133
個票の回収率	89.3%	16.8%

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 39 事例の回答があった。

3.1.2 医療機関の虐待に関する対応体制

以降より本年度のアンケートの集計結果（平成31年1月1日から令和元年12月31日の1年間の実態）を、平成30年度のアンケート結果（平成30年1月1日から平成30年12月31日の1年間の実態）⁷との比較を行いながら述べる。なお、割合による比較であっても回答医療機関数が本年度調査と前回調査で異なっている点には留意が必要である。

はじめに、虐待対応組織の設置の有無を尋ねた結果をまとめたものが表13である。虐待対応組織を設置している医療機関は、平成30年度調査においては65.1%であった一方、本年度調査においては70.1%だった。

表13 虐待対応組織の設置（単一回答）

	本年度調査		平成30年度調査	
	医療機関数	%	医療機関数	%
設置している	246	70.1	257	65.1
設置していない	103	29.3	136	34.4
無回答	2	0.6	2	0.5
合計	351	100.0	395	100.0

表14は虐待対応のマニュアル・ガイドラインの有無を尋ねた結果をまとめたものである。医療機関内に虐待対応のガイドライン等がある医療機関は、平成30年度調査においては66.6%であった一方、本年度調査においては70.9%だった。

表14 虐待の判断をするためのマニュアル・ガイドラインの有無（単一回答）

	本年度調査		平成30年度調査	
	医療機関数	%	医療機関数	%
設置している	249	70.9	263	66.6
設置していない	101	28.8	131	33.2
無回答	1	0.3	1	0.3
合計	351	100.0	395	100.0

⁷本項において参照している平成30年度のアンケート結果は全て、平成31年3月 PwC コンサルティング合同会社「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」からの抜粋である。

本年度調査では新たに、虐待対応組織を設置している医療機関 246 施設に対して、どのような症例であれば虐待を疑うかを尋ねた（表 15）。虐待を疑う症例として最も多いのは「受傷機転と保護者の説明に矛盾もしくは違和感がある症例」で 91.5%であり、次いで「受傷機転が不明」が 88.2%であった。

表 15 虐待を疑う症例

		はい	いいえ	無回答	全体
件数	頻回の怪我	211	17	18	246
	原因不明の体調不良	196	31	19	246
	体重増加不良	212	16	18	246
	受傷機転が不明	217	11	18	246
	受傷機転と保護者の説明に矛盾もしくは違和感がある症例	225	9	12	246
	子どもに加害したと保護者が話している症例 (お尻を叩いた、しつけとして食事を与えなかった等)	212	14	20	246
%	頻回の怪我	85.8	6.9	7.3	100.0
	原因不明の体調不良	79.7	12.6	7.7	100.0
	体重増加不良	86.2	6.5	7.3	100.0
	受傷機転が不明	88.2	4.5	7.3	100.0
	受傷機転と保護者の説明に矛盾もしくは違和感がある症例	91.5	3.7	4.9	100.0
	子どもに加害したと保護者が話している症例 (お尻を叩いた、しつけとして食事を与えなかった等)	86.2	5.7	8.1	100.0

3.1.3 虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院の対応実績

本年度調査において、回答した医療機関が虐待の疑いで対応した実患者、入院、社会的入院の実績を集計すると（図1）、実患者総数が5,521人、虐待入院総人数はその34.4%にあたる1,901人であり、社会的入院総人数は5.9%にあたる327人であった。一方で、平成30年度調査においては（図2）、実患者総数が5,116人、虐待入院総人数はその34.8%にあたる1,781人、社会的入院総人数は7.8%にあたる399人だった。本年度調査結果を前回調査結果と比較すると、回答医療機関数が前回調査より減少している中、実患者総数と虐待入院総人数は実数値として増加している一方、社会的入院総人数は実数値および実患者総数に占める割合が減少していた。

図1 実患者、入院、社会的入院の人数（本年度調査）

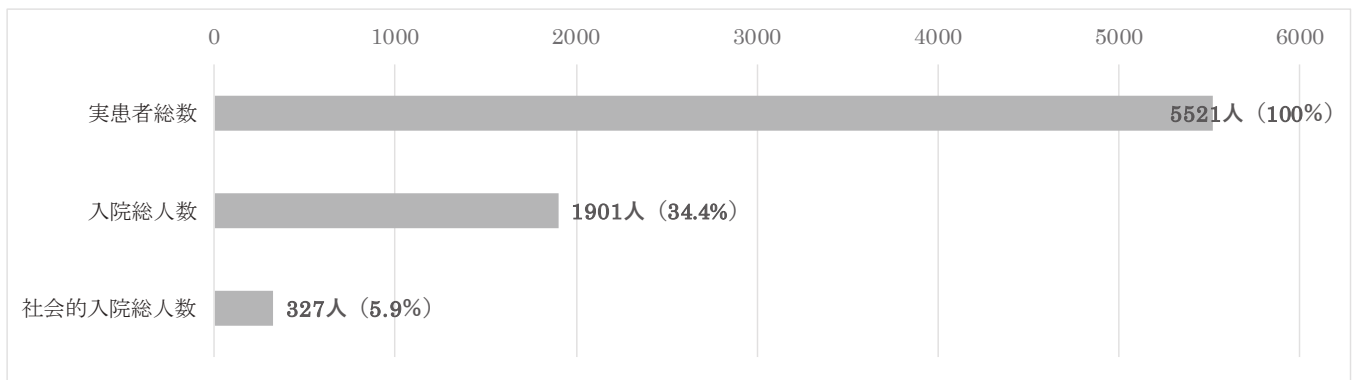


図2 実患者、入院、社会的入院の人数（平成30年度調査）



本年度調査における虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院をそれぞれ1人以上対応した医療機関をみると（図3）、虐待の疑いがある実患者が1人以上いた医療機関は68.9%であり、虐待疑いの入院が1人以上いた医療機関は51.9%、さらに社会的入院が1人以上であったのは29.3%だった。一方で、前回調査においては、虐待の疑いがある実患者が1人以上いた医療機関は64.6%であり、虐待疑いの入院が1人以上いた医療機関は46.8%、社会的入院が1人以上であったのは29.6%だった（図4）。前述の、回答した医療機関における実患者総数、入院総人数の傾向と同様、虐待疑いの実患者、入院を受け入れている医療機関は前回調査と比較して増加していることがわかった。

図3 虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院をそれぞれ1人以上経験した医療機関（本年度調査）

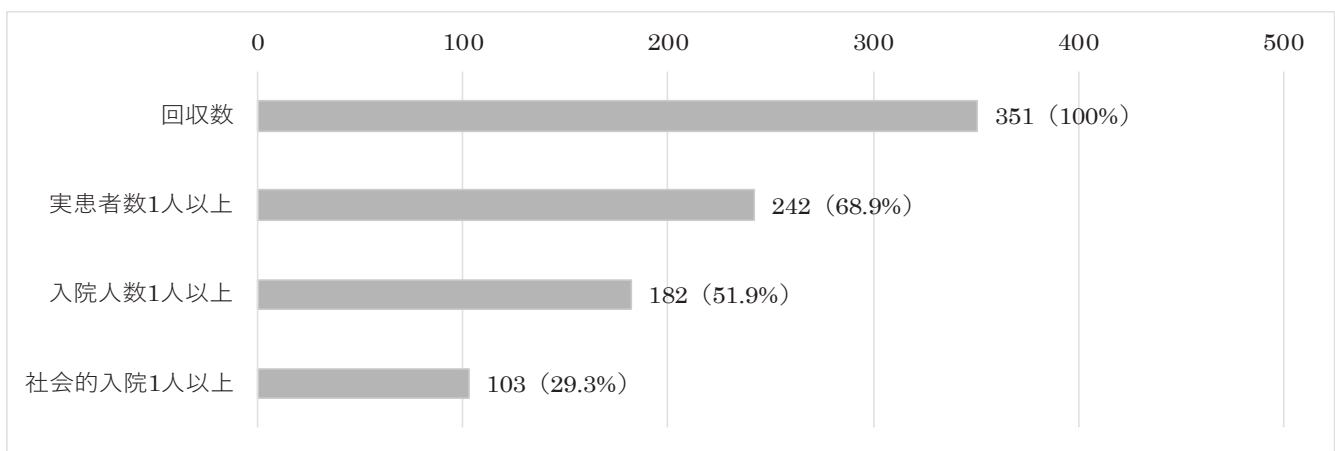
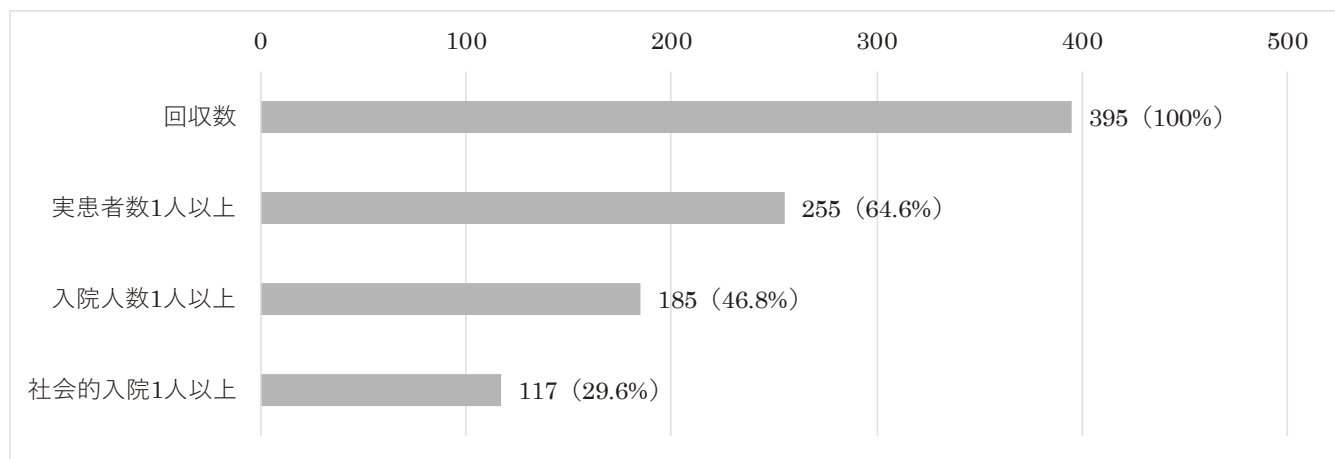


図4 虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院をそれぞれ1人以上経験した医療機関（平成30年度調査）



本年度調査では、社会的入院事例の内訳についても尋ねており、その結果をまとめたものが表 16 である。社会的入院事例としては、「医療的ケア、医療的配慮、その他の配慮のいずれも不要な子ども」が社会的入院総数のうち 31.8%であり、次いで「医療的配慮が必要な子ども」が 26.3%であった。

表 16 社会的入院の内訳

	人数	%
医療的ケアが必要な子どもの総人数	75	22.9
医療的配慮が必要な子どもの総人数	86	26.3
医療的ケア・医療的配慮以外の配慮が必要な子どもの総人数	53	16.2
上記のどれも不要な子どもの総人数	104	31.8
無回答、無効回答	9	2.8
合計	327	100.0

次に、社会的入院をしていた入院日数を集計したものを表 17 で示す。本年度調査においては、社会的入院総人数 327 人のうち、「1 日以上 4 日未満」が最も多く 95 人 (29.1%)、次いで「4 日以上 8 日未満」が 80 人 (24.5%) であった。「15 日未満」の各項目の割合を合計すると、本年度調査においては 67.0%⁸である一方、前回調査では 57.9%であり、短期間の入院人数の割合が増加していることがわかった。さらに詳細にみると、「1 日以上 4 日未満」の割合が約 13 ポイント増加し⁹、「15 日以上 1 か月未満」の割合が約 7 ポイント減少した¹⁰ことがわかった。

表 17 社会的入院に至った子どもの社会的入院期間の内訳

	本年度調査		平成 30 年度調査	
	人数	%	人数	%
1 日以上 4 日未満	95	29.1	66	16.5
4 日以上 8 日未満	80	24.5	94	23.6
8 日以上 15 日未満	44	13.5	71	17.8
15 日以上 1 か月未満	23	7.0	54	13.5
1 か月以上 2 か月未満	28	8.6	32	8.0
2 か月以上 3 か月未満	16	4.9	13	3.3
3 か月以上 6 か月未満	9	2.8	9	2.3
6 か月以上 1 年未満	14	4.3	11	2.8
1 年以上	13	4.0	15	3.8
無回答、無効回答	5	1.5	34	8.5
合計	327	100.0	399	100.0

個票 I において尋ねている、2 週間以上の社会的入院をしている子どもの年齢をまとめたものが表 18 である。本年度調査においては、回答があった社会的入院事例 92 人のうち、「0 歳」が最も多く 48 人 (52.2%) であり、次いで「12 歳以上」が 16 人 (17.4%) であった。

表 18 社会的入院事例における子どもの年齢

	本年度調査		平成 30 年度調査	
	人数	%	人数	%
0 歳	48	52.2	64	48.1
1 歳以上 3 歳未満	10	10.9	25	18.8
3 歳以上 6 歳未満	11	12.0	14	10.5
6 歳以上 12 歳未満	7	7.6	12	9.0
12 歳以上	16	17.4	18	13.5
合計	92	100.0	133	100.0

⁸ 四捨五入の関係で、表内数値の単純合計とは一致しない。

⁹ 前回の調査では 16.5%で、今回の調査では 29.1%であった。

¹⁰ 前回の調査では 13.5%で、今回の調査では 7.0%であった。

次に、個票Ⅰにおいて尋ねている社会的入院に至った理由をまとめたものが表19である。本年度調査においては、「1. 社会的養護先の空きがない」が最も多く43.5%で、「2. 子どもの状態」が17.4%と続いた。前回調査の結果と比較し、割合に多少の変化はあったものの、大きな変化は見受けられなかった。

表19 社会的入院の理由

	本年度調査		平成30年度調査	
	事例数	%	事例数	%
1. 社会的養護先の空きがない	40	43.5	52	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	16	17.4	17	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	15	16.3	14	10.5
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	7	7.6	17	12.8
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（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	2	2.2	4	3.0
2. 子どもの状態	16	17.4	32	24.1
医療的配慮児（通常家庭であれば、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	13	14.1	21	15.8
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	3	3.3	5	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（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	0	0.0	6	4.5
3. 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	13	14.1	15	11.3
4. 養育環境の整備待ち	8	8.7	13	9.8
5. その他	13	14.1	16	12.0
無回答、無効回答	2	2.2	5	3.8
合計	92	100.0	133	100.0

3.1.4 虐待入院事例、社会的入院事例における通告状況

入院事例に関する通告状況を表 20 に示す。本年度調査において、全体票を回答した 351 施設における虐待入院事例 1,901 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 21.8%だった。また、未通告が 41.7%だった一方、市区町村に支援依頼をした事例が 46.4%であった。なお、1 人の子どもについて児童相談所にも市区町村にも通告する事例も考えられることから、矛盾しない回答の組み合わせの範囲で複数回答可としている。このため、合計値が 100%にならない。

表 20 回答医療機関の入院事例における通告状況

	本年度調査		平成 30 年度調査	
	人数	%	人数	%
児童相談所通告	660	34.7	618	34.7
市区町村通告	415	21.8	359	20.2
未通告	792	41.7	-	-
市区町村支援依頼	883	46.4	650	36.5
合計	1901	-	1781	-

※前回調査において「未通告」は未集計
※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

本年度調査における社会的入院に関する通告状況をみると（表 21）、児童相談所に通告したのは 192 人（58.7%）であり、市区町村に通告したのは 45 人（13.8%）、未通告が 80 人（24.5%）、市区町村への支援依頼が 113 人（34.6%）だった。なお、1 人の子どもについて児童相談所にも市区町村にも通告する事例も考えられることから、矛盾しない回答の組み合わせの範囲で複数回答可としている。このため、合計値が 100%にならない。

表 21 回答医療機関の社会的入院事例における通告状況

	本年度調査	
	人数	%
児童相談所通告	192	58.7
市区町村通告	45	13.8
未通告	80	24.5
市区町村支援依頼	113	34.6
合計	327	-

※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

個票Ⅱにおいて尋ねている未通告事例における未通告の理由をみると（表22）、「その他」を除くと、「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」が最も多く33.8%で、「虐待／ネグレクトとして軽症と考えられたため」が15.8%で続いた。表23は「その他」の自由記述欄において多く見受けられた回答をまとめたものであり、「既に児相が介入中」「既に市区町村が介入中」などが多く挙げられた。

表22 未通告事例における未通告理由（複数回答）

未通告理由	事例数 (n=133)	割合 (%)
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	45	33.8
虐待／ネグレクトとして、軽症と考えられたため	21	15.8
医療機関の対応のみで状況の改善が見込まれたため	6	4.5
通告による養育者との関係性の悪化が懸念されたため	6	4.5
虐待／ネグレクトだとの確信が持てなかったため	5	3.8
警察に通報したため	4	3.0
児童相談所の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0
市区町村の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0
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	0	0.0
過去に市区町村とのやり取りでトラブルがあったため	0	0.0
その他	65	48.9
無回答	0	0.0

表23 未通告事例における未通告理由における「その他」の回答例

多く見受けられた回答
既に児相が介入中
特定妊婦で既に市区町村が介入中
保健師による育児指導・支援を重視

3.1.5 児童相談所等の院外機関との連携状況

虐待の疑いがある実患者が1人以上いる医療機関に院外機関との関わりの頻度を尋ねたところ、本年度調査の結果は表24、前回調査の結果は表25に示す通りであった。児童相談所との関わりの頻度については、本年度調査と前回調査のいずれにおいても、「数か月に1回」と回答した医療機関が最も多く、次いで「1年に1、2回」「月に2、3回」であった。医療機関と院外機関との関わりの頻度については、前回調査から傾向に大きな変化は見受けられなかった。

なお、児童相談所以外の連携先として、月に1回以上関わるとの回答が3割を超えた機関は、「保健センター・保健所」および「市区町村の家庭児童相談室」であった。

表24 院外機関との関わりの頻度（本年度調査）

		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	無回答	全体
件数 (件)	児童相談所	12	48	82	26	45	24	5	242
	保健センター・保健所	36	29	58	28	47	32	12	242
	市区町村の家庭児童相談室	65	26	45	28	37	29	12	242
	警察	78	96	40	8	2	3	15	242
	保育所／幼稚園等・学校	82	57	51	19	11	5	17	242
	貴院以外の医療機関	78	74	53	19	1	3	14	242
	その他	45	4	7	4	4	2	176	242
割合 (%)	児童相談所	5.0	19.8	33.9	10.7	18.6	9.9	2.1	100.0
	保健センター・保健所	14.9	12.0	24.0	11.6	19.4	13.2	5.0	100.0
	市区町村の家庭児童相談室	26.9	10.7	18.6	11.6	15.3	12.0	5.0	100.0
	警察	32.2	39.7	16.5	3.3	0.8	1.2	6.2	100.0
	保育所／幼稚園等・学校	33.9	23.6	21.1	7.9	4.5	2.1	7.0	100.0
	貴院以外の医療機関	32.2	30.6	21.9	7.9	0.4	1.2	5.8	100.0
	その他	18.6	1.7	2.9	1.7	1.7	0.8	72.7	100.0

表 25 院外機関との関わりの頻度（平成 30 年度調査）

		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	無回答 無効回答	全体
件数 (件)	児童相談所	14	63	87	31	42	18	6	261
	保健センター・保健所	34	48	59	32	39	31	18	261
	市区町村の家庭児童相談室	68	41	52	25	35	20	20	261
	警察	112	86	31	4	6	0	22	261
	保育所／幼稚園等・学校	95	75	50	8	8	5	20	261
	貴院以外の医療機関	90	81	46	13	7	1	23	261
	その他	47	9	2	5	3	2	193	261
割合 (%)	児童相談所	5.4	24.1	33.3	11.9	16.1	6.9	2.3	100.0
	保健センター・保健所	13.0	18.4	22.6	12.3	14.9	11.9	6.9	100.0
	市区町村の家庭児童相談室	26.1	15.7	19.9	9.6	13.4	7.7	7.7	100.0
	警察	42.9	33.0	11.9	1.5	2.3	0.0	8.4	100.0
	保育所／幼稚園等・学校	36.4	28.7	19.2	3.1	3.1	1.9	7.7	100.0
	貴院以外の医療機関	34.5	31.0	17.6	5.0	2.7	0.4	8.8	100.0
	その他	18.0	3.4	0.8	1.9	1.1	0.8	73.9	100.0

本年度、新たに個票 III において、医療機関からの児童相談所に対する前向きな連携のための要望を尋ねたところ（表 26）、「ケースアセスメントにおいて、医療機関ともよく話し合っていて方針を決めてほしい」が最も多く 66.7%であり、「病院が行っている対応や、保険診療制度等に関する知識を増やしてほしい・理解してほしい」が 38.5%で続いた。

表 26 児童相談所との前向きな連携のため、医療機関からの児童相談所に対する要望（複数回答）

	事例数 (n=39)	%
ケースアセスメントにおいて、児童相談所は医療機関ともよく話し合っていて方針を決めてほしい	26	66.7
病院が行っている対応や、保険診療制度等に関して知識を増やしてほしい・理解してほしい	15	38.5
医療機関に入院している子どもに関して新しい情報があったときは知らせてほしい	12	30.8
医療機関に一時保護委託／入院させる前に、児童相談所で情報収集をもっとしてほしい	5	12.8
その他	14	35.9
無回答	3	7.7

3.1.6 社会的入院解消に向けた方向性

本年度調査では、前回の調査において示された提言に関連し、社会的入院解消に向けた医療機関のニーズを尋ねる問いを設定した。本項ではその結果について述べる。

前回事業の提言の一つである「中間的役割や様々に対応可能な環境の整備」に関連して、社会的入院事例にかかる退院先の施設・サービスにおいてどのような職種の職員がいることが適切かを尋ねた結果をまとめたものが表 27 である。それぞれ子どもの状態ごとに小児科医や精神科医、保健師または看護師などの医療者の配置が望まれていることがわかった。また、「いずれにも該当しない子ども」が社会的入院となった場合に退院先として適切な施設・サービスは、「いずれの医療者も配置されていない施設・サービス」との回答が最も多かった。

表 27 下記の子どもが入院した場合に、
退院先として適切だと考えられる施設・サービス（複数回答：N=351）

		小児科医 が常勤配 置	精神科医 が常勤配 置	保健師ま たは看護 師が常勤 配置	小児科医 が非常勤 配置	精神科医 が非常勤 配置	保健師ま たは看護 師が非常 勤配置	いずれも 配置され ていない 施設、サ ービス	無回答
件数 (件)	重症心身障害がある子ども	296	50	113	53	12	11	4	26
	重症心身障害がなく、医療的ケアが必要な子ども	223	32	172	113	13	28	5	27
	医療的ケアは不要だが、身体面への医療的配慮が必要な子ども	87	20	186	181	32	102	24	26
	医療的ケアや身体面への医療的配慮は不要だが、精神状態上配慮が必要な子ども	42	183	97	74	195	66	23	27
	上記のいずれにも該当しない子ども	30	16	50	61	47	123	210	34
割合 (%)	重症心身障害がある子ども	84.3	14.2	32.2	15.1	3.4	3.1	1.1	7.4
	重症心身障害がなく、医療的ケアが必要な子ども	63.5	9.1	49.0	32.2	3.7	8.0	1.4	7.7
	医療的ケアは不要だが、身体面への医療的配慮が必要な子ども	24.8	5.7	53.0	51.6	9.1	29.1	6.8	7.4
	医療的ケアや身体面への医療的配慮は不要だが、精神状態上配慮が必要な子ども	12.0	52.1	27.6	21.1	55.6	18.8	6.6	7.7
	上記のいずれにも該当しない子ども	8.5	4.6	14.2	17.4	13.4	35.0	59.8	9.7

次に、前回事業の提言の一つである「社会的入院の第三者による検討」に関連して、社会的入院となった事例について、自治体が有識者を含む定期的な検討会を設けて事例を振り返る等の仕組みを作ることが、社会的入院の解消に有用に働くかを尋ねた結果をまとめたものが表 28 である。「少しそう思う」「ある程度そう思う」「強くそう思う」の各項目の割合を合計すると 78.3%¹¹であり、多くの医療機関において有用に働くと考えられていることがわかった。

表 28 社会的入院解消に向けた「社会的入院の第三者による検討」の有用性に対する認識

	医療機関数 (N=351)	%
全くそう思わない	6	1.7
ほとんどそう思わない	11	3.1
あまりそう思わない	30	8.5
少しそう思う	79	22.5
ある程度そう思う	141	40.2
強くそう思う	55	15.7
無回答	29	8.3

同様に、前回事業の提言の一つである「MDT（多職種・多機関連携チーム）による長期的な福祉支援」が、社会的入院の解消に有用に働くかを尋ねた結果をまとめたものが表 29 である。「少しそう思う」「ある程度そう思う」「強くそう思う」の各項目の割合の合計は 83.8%であり、前述の「社会的入院の第三者による検討」より有用に働くと考えられている割合が約 6 ポイント高かった。

表 29 社会的入院解消に向けた「MDTによる長期的な福祉支援」の有用性に対する認識

	医療機関数 (N=351)	%
全くそう思わない	4	1.1
ほとんどそう思わない	6	1.7
あまりそう思わない	21	6.0
少しそう思う	65	18.5
ある程度そう思う	155	44.2
強くそう思う	74	21.1
無回答	26	7.4

¹¹ 四捨五入の関係で、表内数値の単純合計とは一致しない。

3.2 ヒアリング調査結果

A～C の3地域における5機関に行ったヒアリング結果の概要は、下記の通りであった。ヒアリング結果の詳細については、巻末の「付録4 ヒアリング録」を参照いただきたい。

3.2.1 医療機関

医療機関3箇所においては、医療と福祉の連携について、子どもの安全確保が必要だったり、生命の危機があったりする場合には児童相談所に通告し、マルトリートメント等により支援が望ましいと考えられる場合には、市区町村の保健センターから情報収集を行っているとの回答を複数のヒアリング先から得た。また、児童相談所との連携においての課題として、いずれの医療機関も、ケースを評価や判断する際の主軸が根本的に異なるなどの医療と福祉の認識のギャップや、児童相談所における医療的知識の不足を挙げた。

社会的入院に繋がりやすい事例の傾向を尋ねたところ、医療的ケアが必要等で医療依存度が高い子どもが入院している場合のほか、マルトリートメントを理由とする場合、家族が家庭復帰を先延ばしにする場合、児童相談所が虐待の判断に迷っていて援助方針を決めきれない場合など様々な状態が見られた。社会的入院の解消策案としては、社会的養護の施設の増設が医療機関共通で挙げられた。

そのほかのヒアリング結果の概要については、表30を参照いただきたい。

表 30 医療機関へのヒアリング結果概要

地域	A	B	C
虐待対応体制	<ul style="list-style-type: none"> • 設置9年目のCPTがあり、現在約25名所属している • CPTの定期会議（月1回）、緊急会議、対応MTGにて方針を決めている 	<ul style="list-style-type: none"> • CPTは置いていないが、1980年代半ばから虐待対応を実施。虐待が疑われると小児科の中核医師に連絡が来る • ケースカンファレンスには、院の内外から最大19職種が関与する 	<ul style="list-style-type: none"> • 2010年にCPTを設置し、現在約30名所属している • CPTの月例会議、臨時会議、全体会議（年2回）にて対応方針等を決めている
医療と福祉の連携の実態	<p>【通告から対応に際して】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 虐待疑いは児童相談所に通告。親が治療に同意しない、無断で子どもを連れ帰ろうとする、医療機関と対立するといった場合は特に一時保護を求める • 乳幼児の情報を多く持つ保健センターへの連絡も多い • 親への通告予告は避ける。入院を勧める際には、親に不信を与えないように上手に説明することが大切 <p>【退院に際して】</p> <p>—</p>	<p>【通告から対応に際して】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 安全を確保する必要がある場合は児童相談所に通告 • マルトリートメントが疑われる場合は、保健センターに連絡・情報収集することもある • 保護者に通告を告知する <p>【退院に際して】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医ケア児の退院にむけては、①子どもの疾病②保護者の精神状態③家庭の3つへの支援・指導体制を整備すれば在宅医療が望ましい 	<p>【通告から対応に際して】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 生命の危機がある場合は児童相談所に通告 • 支援が望ましい場合は、市町村や保健センターに通告・情報収集のために連絡することもある • 保護者に通告を告知する。なお、通告を保護者に伝えるタイミングは、子どもを危険にさらす可能性を高めないように十分留意している¹² <p>【退院に際して】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 新生児・乳児、医療的ケア児の退院の調整には時間を要している
医療と福祉の連携の課題	<ul style="list-style-type: none"> • 医療と福祉の認識のギャップ。対応判断の主軸が根本的に異なると感じることもある。児童相談所において医療職が増えると良いと感じる • 児童相談所職員の担当者間のスキル差 	<ul style="list-style-type: none"> • 医療と福祉の認識や評価のギャップ。ギャップが生まれる背景には、児童相談所の業務量過多、業務内容と待遇の不均衡、専門性のばらつき等があると考え 	<ul style="list-style-type: none"> • 児童相談所における医療的知識の不足。現在は、保健師、心理職とはコミュニケーションをとりやすいと感じる • 人事異動等での児童相談所の担当者交代による医療機関への情報連携不良

¹²例えば、保護者に通告を伝えるタイミングより少し早く通告し、児童相談所の職員が近くにいる状態で保護者に告知をするなどしている。

地域	A	B	C
社会的入院の実態	<p>【社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 虐待の結果障害が残り医療的ケアが必要な場合 • 一時保護をしておらず、児童相談所が虐待の判断に迷っていて処遇や方針を決めきれない場合 <p>【社会的入院の事例】</p> <p>—</p>	<p>【社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴】</p> <ul style="list-style-type: none"> • マルトリートメントや保護者の養育力不足の場合 • 医療的ケアが必要で、親権者が在宅で見られない場合 <p>【社会的入院の事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 過去に、施設の空き待ちを理由に医療的ケア児の年単位の社会的入院事例があった 	<p>【社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医療依存度が高い子ども • 多くの大人が注意を払う必要がある、いわゆる「手がかかる」子ども • 関係構築がうまくいかないために、家族に家庭復帰を先延ばしにされている子ども <p>【社会的入院の事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 現在、社会的入院児を10人抱えている。施設空き待ち6人、家庭復帰調整中4人
社会的入院解消策案	<ul style="list-style-type: none"> • 既存施設の増設と機能強化。既存施設には、高度な医療的ケア児向け施設、療養型・慢性期病院も含む。機能強化の一例としては、施設に介護職を配置することが考え得る • 虐待に対応できる医療者情報の整備 • 施設と医療機関が24時間365日対応できるような連携体制の整備 • 社会的入院の問題性の浸透 • 福祉枠病床の整備。なお、この策を取る場合には子どもに有益な形とすることが必要不可欠である 	<ul style="list-style-type: none"> • 虐待ケースを評価・コーディネートする役割の特定の機関への割り当て • 医療機関が乳幼児健診や予防接種等で得られる子どもの情報の連携および活用 • 社会的養育の施設・サービスの増設 • 保護者の心理的・精神的支援 	<ul style="list-style-type: none"> • 保育所や学校および短期入所での医ケア児対応を含む、在宅支援サービスの充実 • 医療的ケア児、重症心身障害児を受け入れられる施設の増設。増設が進まない背景には、施設経営の困難さがある。一方、医療機関に「福祉的な中間施設化」することを求める場合には、複数の課題があると感じる

なお、地域 B の医療機関においては、併設の乳児院からも話を聞くことができた¹³。乳児院は、社会的入院をしている子どもの退院後の生活拠点となりうるが、課題として、職員全般の確保の困難さや、年齢によって措置費の単価が低下することに起因する運営面での厳しさ、乳児院を退所した後の施設の不足、児童相談所との情報連携不良等があることが明らかとなった。そのほかのヒアリング結果の概要は、表 31 通りであった。

表 31 乳児院へのヒアリング結果概要

地域	B
基礎情報	<ul style="list-style-type: none"> • 30 名定員（うち、医ケア児 4 名定員） • 医療的ケア児対応乳児院として、県から人件費補助を受けている
入所児童の実態	<ul style="list-style-type: none"> • 入所児童の特徴としては、 <ul style="list-style-type: none"> — 飛び込み出産（妊婦健診未受診）により出生時にハイリスクを抱えている — 主たる養育者の母親に精神的疾患があり、養育困難を訴えて児童相談所や地域の保健センターなどに相談して入所に至っている — 生活困窮家庭の子どもなど • 短いと 1 か月、長いと 3～4 年の入所となる • 面前 DV による心理的虐待の通告からの入所が多い
施設が抱える課題	<ul style="list-style-type: none"> • 職員全般の確保の困難さ • 年齢によって措置費の単価が低下することに起因する、運営面での厳しさ • 乳児院退所後の施設不足 • 児童相談所から子どもの症状が軽めに伝えられたり、児童相談所が保護者の状況を把握していなかったりするなどの、児童相談所から提供される情報の不足

¹³ 詳細なヒアリング結果は、地域 B の医療機関のヒアリング録を参照

3.2.2 児童相談所

児童相談所においては、医療と福祉の連携について、医療と福祉の双方の視点を持つ人物や各機関の立場を理解する MSW の存在の重要性が、共通して挙げられた。連携にあたっての課題については、子どもの受け入れ先がそもそも不足しているという点が共通で挙げられた。他には、児童相談所の人材育成や医療機関側の一時保護への理解不足が挙げられた。

社会的入院の解消策案としては、多職種・多機関連携による長期的な福祉支援が共通して挙げられた。また、子どもの受け入れ先となる社会的養護の施設が全般的に不足していることに加え、現状の福祉施設では対応が難しい子どもを受け入れられるような施設が特に不足していることも共通していた。

そのほかのヒアリング結果の概要については、表 32 を参照いただきたい。

表 32 児童相談所へのヒアリング結果概要

地域	A	C
虐待対応体制	<ul style="list-style-type: none"> • A 課は総務担当部署。B 課が通告受理から一時保護まで行い、施設入所／里親委託したケースは C 課に移行する • B 課には保健師が所属しており、通告内容にはよるが、処遇会議¹⁴から関与し、家庭訪問に同行することも多い • B 課には警察 OB 2 名もいる 	<ul style="list-style-type: none"> • 相談課が電話受付のインテークを行い、調査課がケースワークを行う。また、令和 2 年度に新設された支援課が支援者支援から職権保護まで多岐にわたる業務を行う • 保健師が支援課に所属している • 介入と支援を分離しているが、実際には一連のものとする
医療と福祉の連携の実態	<ul style="list-style-type: none"> • 医療機関からの通告としては、(1) 頭部外傷や骨折 (2) 発育不良 (ネグレクトが疑われる) (3) 保護者による医療拒否 (4) 保護者による子どもへの不適切な関わり (ネグレクト、マルトリートメント) (5) 飛び込み出産 が多い • 医療と福祉の連携においては、医療と福祉の双方の視点を持つ人材がいるとスムーズ • 医療的ケア児・医療的配慮児については、一時保護が必要となると、すぐに次の行先を探す等、早めに退院後の処遇についてある程度目途をつけるようにしている 	<ul style="list-style-type: none"> • 医療機関からの通告の理由は、(1) 乳幼児の身体的虐待 (2) 外来診療時の説明矛盾 • 児童相談所から医療機関へは、性的虐待について相談することが多くなっている • 医療と福祉の対面のコミュニケーションが重要と考える • 各機関の立場を理解する MSW の存在が重要と考える • 特に医療的ケア児は、退院後の居場所の調整に時間を要している。一方、医療機関とは、前向きに連携ができていると認識している
医療と福祉の連携の課題	<ul style="list-style-type: none"> • 児童相談所職員の人材育成。医師や保健師の配置が定められてから日も浅く、医療機関からの通告に対応するためのノウハウの蓄積に課題を感じている • 社会的養護の施設が全体的に不足。さらに、医療機関で対応できても児童福祉施設での対応が難しい児童の枠も不足を感じる • 一時保護に関する医療機関側の理解 	<ul style="list-style-type: none"> • 子どもの受け入れ先数と人員の不足。特に、医療型障害児入所施設が不足している。加えて、病院との繋がりが強い乳児院や、自傷・他害や精神的な課題を抱える子どもの適切な居場所の不足
社会的入院の実態	<ul style="list-style-type: none"> • 現時点では社会的入院の事例なし。社会的入院にならないよう、先を見越して動くよう工夫している。一方、家庭再統合がかなわないケースが増えている現状や、施設の負担や空きを踏まえると、今後事例が発生する可能性がある 	<ul style="list-style-type: none"> • 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴として、自傷・他害傾向が著しい子どもが挙げられる。親の同意を得るための調整や、医療サービス利用における契約等に膨大な時間を要することが背景にある

¹⁴ ヒアリング録から抜粋しているので処遇会議としているが、援助方針会議と同義である。

地域	A	C
社会的入院解消策案	<ul style="list-style-type: none"> • 多職種・多機関連携による長期的な福祉支援。家庭復帰が見込めるケースでは、当事者である保護者、市町村など地域の福祉サービス関係機関が入り、在宅支援の観点も含めて議論することが理想 • 医療的配慮が必要な子どもや自傷・他害のリスクがある子ども等、現状「行き場のない子ども」に適した居場所の用意 	<ul style="list-style-type: none"> • 多職種・多機関連携による長期的な福祉支援。医療と福祉それぞれのメリット・デメリット、限界等を認識し続ける必要あり。地域サービスの実情にあわせた具体的な対応を担うのに適している市町村が加わり、退院後の生活を検討するステップの構築が望ましい • 受け入れ先の拡充

4 考察

本事業の目的は、前回の調査¹⁵結果を踏まえながら、被虐待児の社会的入院および医療機関と児童福祉関係機関との連携の実態の把握、また社会的入院を解消するための取組の提言について行うことにある。本章では、調査の制約を踏まえながら、社会的入院の状況および医療機関と児童相談所等の連携状況について考察する。そのうえで、社会的入院を解消するために取り組むべき施策を提言する。

4.1 本調査の制約

本調査の制約の1点目として、アンケート調査の有効回答数が、前回の調査と比較して約40件減少していることが挙げられる¹⁶。有効回答率にすると、5ポイント低下している¹⁷。これにより、回答の実数を比較し傾向を導くことができないことに留意が必要である。

本事業の制約の2点目として、アンケート調査を実施した期間が令和2年12月21日～令和3年1月21日であり、新型コロナウイルス感染症の対応による各医療機関の業務負荷が高い期間であったことが挙げられる。これにより、アンケート調査に回答を得た医療機関の属性には、前回の調査と異なる傾向がある可能性がある。具体的には、設置者および虐待対応への関心という2つの観点から下記が考えられる。

- 設置者という観点から検討すると、現在感染症対応により、民間病院よりも公立病院の方が業務負荷が高いと推察される。よって、公立病院からの回答が、前回の調査より減った可能性がある。また、公立病院は子どもの社会的入院をより多く受け入れていると考えられるため、公立病院からの回答の減少は、本調査結果における社会的入院の人数の減少に影響を及ぼしている可能性がある。
- 虐待対応への関心という観点から検討すると、感染症対応で多忙であるにもかかわらず本調査に協力してくれた医療機関は、虐待対応に対する意識の高い医療機関であることが推察される。このことから、前回の調査より虐待対応に対する意識の高い病院からの回答が増えた可能性がある。これは、虐待の疑いで対応した実患者数の増加に影響を及ぼしている可能性がある。

¹⁵ 平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究「医療機関における被虐待児童の実態に関する調査研究」を指す。以降同様。

¹⁶ 有効回答数は、前回の調査では395件で今回の調査では351件であった。

¹⁷ 有効回答率は、前回の調査では42.2%で今回の調査では37.2%であった。

4.2 社会的入院および医療機関と児童相談所の連携の状況

4.2.1 社会的入院の発生状況

前回の調査で明らかとなった平成 30 年の状況と比較すると、令和元年の社会的入院に関する全体的な状況に大きな変化は見られなかった。一方、社会的入院をしている子どもの具体的な状況については、少し変化が見られた。詳細は下記の通りである。

(1) 社会的入院に関する全体像

社会的入院をしている子どもの1年間における総人数は、前回の調査では 399 人、今回の調査では 327 人であった。前回の調査結果と比較すると、社会的入院の人数は約 70 人減少している。しかし、前述の通り有効回答数が減少したという制約を踏まえると、実人数の比較から傾向を読み取ることはできない。

次に、虐待の疑いで対応した実患者数は、前回の調査では 5,116 人で、今回の調査では 5,521 人であった。前述の通り、実患者数が増加した背景に、虐待対応への関心を抱いている医療機関からの回答が増えた可能性がある。また、虐待の疑いで対応した実患者数に占める社会的入院の総人数の割合は、前回の調査では 7.8%で、今回の調査では 5.9%であり、約 2 ポイント低下した。しかし、こちらも前述の通り、回答医療機関の設置者の変化が、社会的入院の人数の減少に影響を及ぼしている可能性がある。以上のように、虐待の疑いで対応した実患者数に占める社会的入院の総人数の割合の分母および分子の数字には、調査の制約が影響している可能性があることから、実患者数に占める社会的入院の総人数の割合が低下したと言いきれないことに留意されたい。

さらに、社会的入院を1人以上受け入れている医療機関数は、前回の調査では 117 箇所、今回の調査では 103 箇所であった。回答医療機関に占める社会的入院を1人以上受け入れている医療機関の割合は、前回の調査では 29.6%で、今回の調査では 29.3%であった。前述の制約等を踏まえても、社会的入院を受け入れている医療機関の数や割合に大きな変化はなかったと言える。

(2) 社会的入院をしている子どもの具体的な状況

まず、社会的入院している子どもについて、その社会的入院期間を前回の調査と比較すると、「15日以上1か月未満」という中期の入院期間が約7ポイント減少し、1日以上15日未満¹⁸という短期の入院期間が約9ポイント増加した。一方、1か月以上の長期の入院期間については、大きな変化は見られなかった。よって、中期の社会的入院期間にあった子どもの入

¹⁸ 「1日以上4日未満」「4日以上8日未満」「8日以上15日未満」の回答の割合の合計

院期間の短期化が進んでいる一方、長期の入院期間にある子どもの状況には変化がないということが推察される。このことから、治療は不要であるが、医療的ケアや配慮が必要とされる状態が重度でない子どものケースについては、医療機関から次の生活拠点への移行がスムーズになっていることが推測できる。このことから、医療機関や児童相談所が、早期に復帰できる環境を整えようと以前以上に意識するようになっている可能性がある。しかし、医療機関側の意識が高まり、以前は医療機関が社会的入院ととらえていなかった短期のケースを今回の調査では社会的入院ととらえるようになったために、短期の入院の割合が増加した可能性もある。一方、医療的ケアや配慮が必要とされる状態が重度な子ども、つまり、家庭復帰するには相当の地域支援策を多重にかつ継続的に投入しないと難しいケースの場合は、施設入所の枠もないため、長期間病院で過ごす状態が続いていると考えられる。

次に、2週間以上の社会的入院をしている子どもの年齢を前回の調査と比較すると、「0歳児」が最も多く、約半数である点は同様であった。次いで多い年齢層は、前回の調査では「1歳以上3歳未満」の2割弱であったが、今回の調査では「12歳以上」の2割弱であった。また、ヒアリング調査から、社会的入院をする乳児の特徴として、医療的ケア児や医療的配慮児が多いことが聞かれた。以上のことから、乳児の社会的入院が依然として多い傾向が推察される。

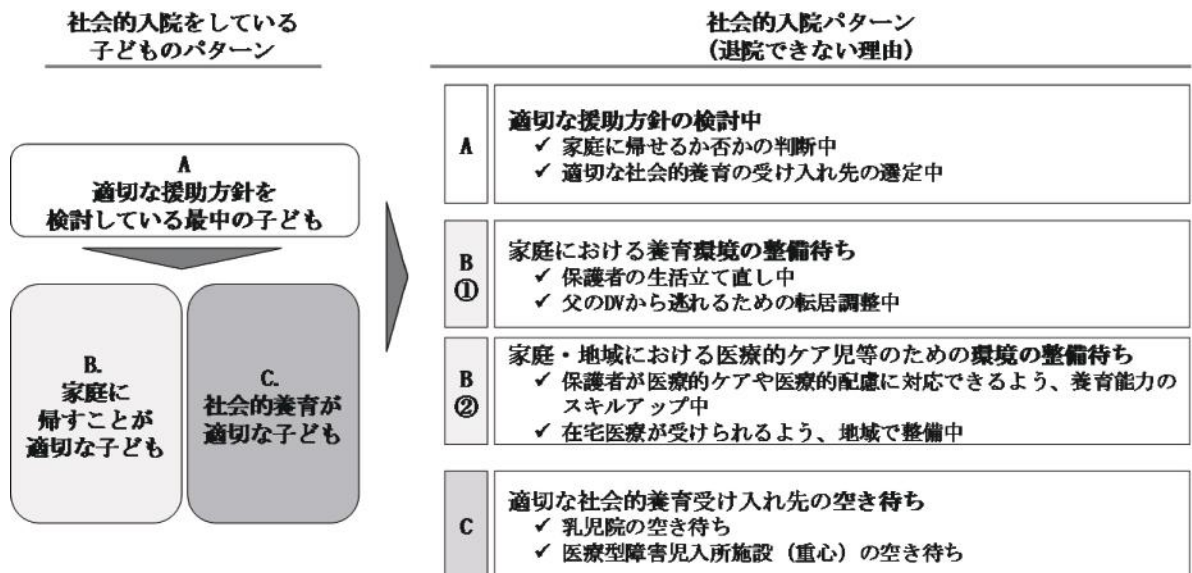
また、2週間以上の社会的入院をしている子どもの社会的入院に至った理由としては、「社会的養護先の空きがない」が最も多く、43.5%であった。前回の調査では39.1%であったため、約4ポイントの増加が見られた。「社会的養護先の空きがない」の具体的な状況としては、「医療的ケア児で重症心身障害児施設¹⁹の空きがない」が最も多く、「医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のいずれも不要であるが空きがない」が僅差で続いた。この2つの割合は、前回の調査でも同様に高かった。以上のことから、社会的養護の施設の不足が引き続き社会的入院の大きな要因となっていることと、とりわけ、医療的ケア児およびケアや配慮が不要な子どもが入所できる先が不足していることが読み取れる。

(3) 社会的入院のパターン

前回の調査において、社会的入院をしている子どもについて、その適切な行き先という軸でパターンを整理していた。今年度の調査結果および検討委員会での議論を踏まえ、新たに整理しなおした社会的入院のパターンが図5である。

¹⁹ アンケート調査票ではこのように記載していたが、医療型障害児入所施設を指す。

図5 社会的入院のパターン



社会的入院をしている子どもについて、医療機関を退院後の生活拠点が決まっているか否かの視点から、適切な援助方針を検討している最中の子どもと、適切な生活拠点の選定ができていないが、実際にそこで生活することに入所待機も含めて調整が必要な子どもにパターンを分けた。後者の生活拠点については、家庭と社会的養育の2つがあると考えた。よって、社会的入院をしている子どもは「A.適切な援助方針を検討している最中の子ども」「B.家庭に帰すことが適切な子ども」「C.社会的養育が適切な子ども」の3パターンに分けることができた。前回の調査における整理と比較すると、Aが新たなパターンとして加わった点が更新点である。

次に、退院できない理由によって、社会的入院のパターンを整理した。「A.適切な援助方針を検討している最中の子ども」は、「適切な援助方針の検討中」であるために社会的入院に至っていると整理した。「B.家庭に帰すことが適切な子ども」については、二つの理由があると考えられ、一つは「B①家庭における養育環境の整備待ち」で、もう一つが「B②家庭・地域における医療的ケア児等のための環境の整備待ち」である。「C.社会的養育が適切な子ども」については、「社会的養育の受け入れ先の空きを待っている」ために社会的入院に至っていると整理した。前回の調査における整理と比較すると、A、B②を追記した点、およびCを一つにまとめた点²⁰が更新点である。

²⁰ 前回は社会的養育の空き待ちと、医療型障害児入所施設（重心）の空き待ちを別のパターンとして整理した。

4.2.2 医療機関および児童相談所の通告・情報連携の状況

社会的入院が発生している理由の一つとして、医療機関から他機関への通告や情報連携がなされていないことがあるのではないかという仮説があったことから、医療機関による通告状況等を調査した。その結果、医療機関から他機関への情報連携は以前より進んでいると考えられた。詳細は下記の通りである。

(1) 通告・支援依頼状況

虐待の疑いによる入院事例における児童相談所への通告、市区町村への通告、市区町村への支援依頼²¹が占める割合を見たところ、前回の調査と比較して割合が増加していた。具体的には、市区町村への通告が約2ポイント、市区町村への支援依頼が約10ポイント増加していた。このことから、前回の調査と比較して、医療機関からの他機関への情報連携は着実に進んでいると考えられた。また、児童相談所だけでなく市区町村も通告受理機関であり、具体的な支援につながるのであれば、児童相談所よりも市区町村に通告や支援依頼する選択肢もあるという意識が醸成されてきている可能性がある。

入院事例に占める未通告の割合は、児童相談所通告の34.7%、市区町村通告の21.8%を上回る41.7%であったが、その数値をさらに市区町村への支援依頼の46.4%が上回っていることに注目されたい。このことについて、検討委員会では、通告しないケースにおいては市区町村へ支援依頼をしているのではないかという意見が挙げられた²²。

また、今回の調査において入院事例と社会的入院事例のそれぞれにおける通告状況を比較すると、社会的入院の方が、児童相談所通告については約24ポイント高い一方、市区町村通告および市区町村支援依頼については約10ポイント低かった。また、未通告については、社会的入院事例の方が約17ポイント低かった。このことから、社会的入院事例の方が、積極的に児童相談所に通告していることがうかがえた。

(2) 未通告の場合の理由

虐待の疑いによる入院事例における未通告の理由を見たところ、「その他」という回答が最も多く約半数であった。「その他」の具体的な回答としては、「既に児童相談所や他機関が介入している」「特定妊婦のために市区町村が介入している」等の回答が複数あった。

「その他」に次いで、「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」が多

²¹ 児童相談所への通告、市区町村への通告、市区町村への支援依頼、未通告については、それぞれ回答が独立しているため、それぞれの回答を合算しても入院事例の総数とは合わない

²² 本調査では「市区町村への通告」と「市区町村支援依頼」について明確な定義を設けていなかった。検討委員会では、「通告の場合は、保護者に不適切な養育であると共有することが必要となり、支援依頼の場合は、支援ベースで関わりを続けていく方が望ましい」というように、医療機関側の懸念の在り方によって、通告と支援依頼を分けているのではないかという意見が挙げられた。

く、3割強の回答であった。よって、未通告の背景には、医療機関がケースを把握する前から児童相談所や他の機関が介入していたことや、市区町村による支援の方が適切だと考えられたことがあると言える。このことは、前述の、入院事例に占める市区町村への支援依頼の割合が未通告の割合を上回っている点とも整合する。

(3) 医療機関と他機関の連携状況

虐待の疑いによる入院事例における未通告の理由のうち、「児童相談所の介入による効果が見込めなかったため」など児童相談所への不信を理由とするものは0%²³であった。また、社会的入院に至った背景として、児童相談所に言及する回答のうち、「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」との回答が約14%、「院内や児童相談所と調整中」との回答は約5%であった。さらに、ヒアリング調査において、社会的入院の背景には、児童相談所が虐待の判断に迷っていて援助方針を決めきれない場合があるという意見が聞かれた。以上のことから、社会的入院に至った理由の一つとして、児童相談所が援助方針等を検討している最中である等が考えられた。

一方、社会的入院の事例にかかわらず、医療機関が対応した事例において児童相談所と連携不良を感じた事例を任意回答にて尋ねたところ、39事例の回答があった。連携不良を感じた具体的な状況を複数回答にて尋ねたところ、「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）」との回答が最も多く約半数を占めた。さらに、児童相談所との前向きな連携のための児童相談所に対する要望を複数回答で尋ねたところ、「ケースアセスメントにおいて、児童相談所は医療機関ともよく話し合っ方方針を決めてほしい」との回答が最も多く7割弱であった。

医療機関と児童相談所との関わりの頻度については、前回の調査と比較し、大きな変化は見られなかった。

なお、児童相談所以外の連携先として、月に1回以上関わるとの回答が3割を超えた機関は、「保健センター・保健所」および「市区町村の家庭児童相談室」であった。また、関わることのある「その他」の機関としては、社会的養護の施設や、障害福祉サービス・事業所等が挙げられた²⁴。

²³本編の表22「未通告事例における未通告理由」における「児童相談所の介入による効果が見込めなかったため」「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」の回答の合計

²⁴付録2の表22「被虐待児及びその疑いがある子どもに関わった医療機関が連携を取ったその他の院外機関の例」参照

4.3 社会的入院を解消するための取組ニーズ

4.3.1 前回の事業において提言に盛り込まれた施策

前回の事業において提案した提言のうち、虐待対応の改善のための取組みであり、かつ福祉側での取り組みに繋げられる4つの提言を本事業における検討対象とした。検討対象とした提言の具体的な内容は下記の表の通りである

表 33 前回の事業における提言のうち、本事業において検討対象としたもの

	提言	補足
①	受け入れ先調整中等の期間に子どもを保護できる「中間的役割」を担える施設・サービスの整備	本提言は、社会的入院の期間が比較的短い場合の解消の一つの方法になりうる。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。
②	子どもの様々な状態（医療的ケア、精神状態上配慮が必要等）に対応可能な環境の整備	本提言は、長期に社会的入院をしている子どもにとって適切な生活の場を確保することに役立つ。
③	社会的入院の妥当性について第三者的に検討する地方自治体の取り組み	具体的には、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。社会的入院の実態や退院できない現存のシステム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	多職種・多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）による虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援の推進	具体的には、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MDTによる方針の決定や虐待対応を通して、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。

4つの提言について、アンケートおよびヒアリングで社会的入院の解消に対する実効性について意識調査を行った。ヒアリング調査では、①②③はその効果を想像しがたいという意見が多かった一方、④の多職種・多機関連携は効果的であるという意見が複数得られた。また、①②に関連した意見として、中間的役割を担える施設やサービスの整備よりも、既存の施設の増設および人員増員を望む声が複数聞かれた。アンケート調査の結果からは、③④のうち、④の方が有用に働くと思うとの回答が多かった。以上を踏まえ、検討対象とした4つの提言のうち、社会的入院の解消のために取り組まれるべきニーズが高いものは④であると判断し、本事業においても引き続き提言とすることとした。

④「多職種・多機関連携チーム（MDT）による虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援の推進」について、ヒアリングや検討委員会で聞かれた具体的な意見は下記の通りである。

地域において社会的入院状態にある子どもの存在が多機関の支援者の間で認識され続けると、その子どもについての検討や援助が中断しないため、結果的に社会的入院の解消に繋がると考えられる。なお、多機関連携の主体としては「市区町村」も含まれる。市区町村の母子保健課および子育て支援課等の要保護児童対策地域協議会の各構成メンバーが連携のネットワークに参加することで、在宅支援のための地域サービスの活用についても議論しやすくなると考えられる。

なお、多職種・多機関連携による長期的な福祉支援の実現のためには、医療機関におけるMSWや児童相談所における保健師等、福祉と医療の双方に知見のある職員について、拡充や意見が現場で重視されるための立場の向上が必要である。社会的入院の解消、ひいては医療機関および児童相談所の円滑な連携のため、福祉と医療の双方に知見のある職員が重要である旨は、ヒアリング調査を通じて医療機関・児童相談所の双方から意見が聞かれた。

4.3.2 新たな施策

ヒアリング調査および委員会での議論から、社会的入院の解消のための提言が新たに3つ導かれた。

1点目は、地域の福祉サービス²⁵の充実である。

前提として、子どもの生活拠点、発達のためには不十分な環境である医療機関であるべきではない。そして、家庭または社会的養護の施設で子どもが安心・安全に生活するためには、地域の中で体制を整えることが重要である。

具体的には、短期入所サービスなどの地域の障害福祉サービスおよび児童福祉サービスが活用できるよう、地域サービスを充実することが必要である。また、既存のサービス以外に、保護者の子育てスキルや医療的観点からのケアスキルの向上という観点から、保護者を「サポート」する施設・サービスが必要だと考えられる。さらに、障害福祉サービス・児童福祉サービスの他、保育所や学校といった所属先で、医療的ケアや医療的配慮といった対応ができるような環境整備が推進されることも望まれる。以上のような地域の福祉サービスが整うことで、社会的入院をしている子どもが、在宅での支援に移行できると考えられる。さらに、

²⁵ ここでは、社会的養護の施設といった生活の拠点となる場所以外の通所サービスや短期入所などを指す。

地域の福祉サービスを社会的養育施設がさらに利用できるようになれば、家庭復帰が難しい場合でも、社会的養護施設へ移行し、地域での暮らしを送れる可能性がある。

2点目は、社会的養護の施設の増設・増員である。

ヒアリング調査および検討委員会を通じて、社会的入院の解消には子どもの生活拠点となる社会的養護の施設の増設が必須であるとの意見が多く聞かれた。

大前提として、「新しい社会的養育ビジョン²⁶」においても指摘されているように、平成28年児童福祉法改正では、子どもが権利の主体であることが明確にされ、家庭への養育支援から代替養育までの社会的養育の充実とともに、家庭養育優先の理念を規定し、実親による養育が困難であれば、特別養子縁組による永続的解決（パーマネンシー保障）や里親による養育を推進することが明確にされている。このことを踏まえると、里親による受け入れの推進によって、社会的入院の解消が進む可能性がある。施設の増設や施設職員の増員は、この方向性を踏まえた上で検討されるべきものである。

施設の増設や施設職員の増員に関しては、ヒアリング調査において社会的養護の施設全般が不足しているとの意見や、アンケート調査において、社会的入院の理由として「医療的ケア、医療的配慮、養育的配慮のいずれも不要であるが空きがない」が多く見られたことから、社会的養護の施設全般の増設が必要であると考えられる。次に、社会的入院をしている子どもに多く見られる医療的ケア児および医療的配慮児の生活拠点として、医療的な対応が可能な施設の増設が特に必要であると考えられる。具体的には、医療機関附属の乳児院や医療型障害児入所施設が想定される。なお、自傷・他害等の傾向があるといった養育的配慮児の生活拠点についても、適切な配慮が受けられる施設の増設が必要であると考えられる。

さらに、施設の職員の増員も必要であるとの声も聴かれた。特に、医療的ケア児および医療的配慮児の対応のため、医療的ケアに対応可能な職員や、医療的な知見を持つ職員のさらなる配置が望まれる。具体的には、保健師や看護師などが考えられる。また、特に乳児院においての職員の増員が必要だとの声が聞かれた。

3点目は、（やむを得ない場合のための）医療機関における福祉枠病床の整備である。

ヒアリング調査において、社会的入院の解消というよりも、現在社会的入院が発生している医療機関が取れる策の一つとして、福祉枠の病床整備や医療機関への福祉的機能の付与という案が挙げられた。この案は、現在の福祉施設では対応が難しい子どもを医療機関が一時的に受け入れざるを得ない現状に鑑みて挙げられたものと考えられる。子どもの社会的入院が長期にわたった場合に、診療報酬上の規定により、医療機関が経営上の不利益を被る状況を避ける狙いがある。

²⁶ 新たな社会的養育の在り方に関する検討会において、平成29年に発表された。

一方、検討委員会においては、医療機関は、子どもにとって十分な生活環境を提供する場とはなれず、子どもがさまざまな経験を積みながら育つ上で適切な場ではないという指摘があった。よって、この案は優先的に取り組むべき施策にはなり得ないと考えられた。

以上を踏まえると、子どもの権利擁護という観点において、医療機関が社会的入院している子どもを守るためにやむを得ない場合の取組み案として位置付けることが望ましいと考えられる。

なお、この策を実行するにあたっては、子どもの権利擁護のため、医療機関における生活環境を整備しておくことが条件となる。具体的には、保育士の配置や院内学級といった子どもへの保育・教育等の環境を整備することが必要である。さらに、この策が医療機関を長期間生活する場として想定しているわけではなく、あくまで短期的な仮の生活拠点として位置づけていることを周知する必要がある。

5 まとめ

本事業のまとめとして、本事業の目的である「前回の事業結果を踏まえながら、被虐待児の社会的入院及び医療機関と児童福祉関係機関との連携の実態の把握、また社会的入院を解消するための取組の提言について行うこと」に対する成果および今後検討すべき課題を以下の通り記載する。

5.1 本事業の成果

本事業の成果の一つは、平成 30 年と令和元年を比較し、社会的入院の実態が大きく変わっていないこと、一方で社会的入院の具体的な状況には一部変化があったことを明らかにした点にある。もう一つは、前回の調査で導いた社会的入院を解消するための提言について、現場のニーズに合った内容であったか否かを検証し、前回の提言 1 案を含む 4 案を今年度の提言として提示した点にある。

5.2 今回の事業の結果を踏まえた提言

考察でも述べた通り、下記4点を社会的入院の解消のための提言とする。

表 34 社会的入院解消のための提言

	提言名	実施すべき具体的な事項	解消のために有効と考えられる理由
1	多職種・多機関連携による長期的な福祉支援の推進	<ul style="list-style-type: none"> • 長期的な福祉支援の実現のために、医療機関における MSW や児童相談所における保健師等、福祉と医療の双方に知見のある職員の拡充および立場の向上を行う。 • 多機関連携の主体に「市区町村」も含む。 	<ul style="list-style-type: none"> • 地域において社会的入院状態にある子どもの存在を多機関の支援者の中で認識し続けると、子どもについての検討や援助が中断しないため、社会的入院の解消に繋がる。 • 市区町村の母子保健課や子育て支援課など要保護児童対策地域協議会の各構成メンバーが主体性を持ってネットワークに参加することで、在宅支援のための地域サービスの活用について議論しやすくなる。
2	地域の福祉サービスの充実	<ul style="list-style-type: none"> • 短期入所サービスなどの地域の障害福祉サービスおよび児童福祉サービスの量・質ともに充実させる。 • また、既存のサービス以外に、保護者の子育てスキルや医療的観点からのケアスキルの向上という観点から保護者をサポートする施設・サービスを用意する。 • さらに、障害福祉サービス・児童福祉サービスの他、保育所や学校といった所属先で、医療的ケアや医療的配慮といった対応ができるような環境整備を推進する。 	<ul style="list-style-type: none"> • 地域の福祉サービスがさらに充実することで、社会的入院をしている子どもが、家庭に移行できる。

	提言名	実施すべき具体的な事項	解消のために有効と考えられる理由
3	施設の増設・増員	<ul style="list-style-type: none"> 家庭養育優先原則を踏まえ、里親やファミリーホームによる養育が進められている。その前提を踏まえた上で、必要に応じ施設の増設・増員を検討すべきである。 社会的入院をしている子どもに多く見られる医療的ケア児および医療的配慮児の行先となる医療的な対応が可能な施設を増設する。具体的には、医療機関附属の乳児院や医療型障害児入所施設が想定される。 自傷・他害等の傾向があるといった養育的配慮児の生活拠点についても、適切な配慮が受けられる施設の増設が必要 さらに、医療的ケア児および医療的配慮児の対応のため、乳児院において保健師や看護師などの医療系職員のさらなる配置を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的養護の施設が増えることで、退院先が見つかる。
4	(やむを得ない場合のための) 医療機関における福祉枠病床の整備	<ul style="list-style-type: none"> 福祉枠の病床を整備したり、医療機関に福祉的機能を付与したりする。 なお、この策を実行するにあたっては、子どもの権利擁護のために生活環境を整備しておくことが条件となる。具体的には、保育士の配置や院内学級といった子どもへの保育・教育等の環境を整備することが必要である。 さらに、この策が医療機関を長期間生活する場として想定しているわけではなく、あくまで短期的な仮の生活拠点として位置づけていることを周知する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在の福祉施設では対応が難しい子どもを医療機関が一時的に受け入れざるを得ない現状を踏まえ、医療機関に社会的入院している子どもを守ることが可能となる。

5.3 今後に向けて

提言の実現や社会的入院の解消に向けては、さらに調査や検討が必要な事項があると考えられた。具体的には、下記5点の今後検討・実施すべき事項が考えられる。

1点目は、子ども虐待に関して、医療機関、児童相談所、市区町村等が多職種・多機関連携をしている地域に関するケーススタディである。提言#1「多職種・多機関連携による長期的な福祉支援の推進」にあたり、地域における多職種・多機関連携について好事例を収集することは有効と考えられる。

2点目は、児童相談所における保健師および医療機関におけるMSWの動きに関するケーススタディである。提言#1「多職種・多機関連携による長期的な福祉支援の推進」にあたり、重要な役割を担う児童相談所における保健師および医療機関におけるMSWの動きに関する好事例を収集することは有効と考えられる。また、1点目および2点目に挙げたようなケーススタディを行うには、厚生労働省が推進している児童虐待防止医療ネットワーク事業において多機関が共有したり話し合っている様子が参考になると考えられる。

3点目は、福祉サービスや施設などの地域資源について、活用が期待される具体的なサービスに関する調査である。提言#2「地域の福祉サービスの充実」の推進にあたり、どんなサービスの充実から着手すべきかを明らかにするために有効と考えられる。また、地域によって施設の空きや活用状況にばらつきがありそうなことを踏まえ、その実態についても調査が必要である。この調査の設計にあたっては、付録5の「被虐待児の社会的入院の解消および地域生活移行のための具体的手立て一覧表」が参考になると考えられる。

4点目は、社会的入院を多く抱える医療機関に関するケーススタディである。これは、社会的入院している子どもの状態像や、現場の課題を具体的に把握するために必要と考えられる。

5点目は、社会的入院に関する定期的な定量・定性調査である。社会的入院の実態の変化について定期的に把握することは、解消に向けた施策を検討する上で必須であると考えられる。

付録1 アンケート調査票

令和2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」

「医療機関における被虐待児に関する病院へのアンケート調査」 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PwCコンサルティング合同会社が、厚生労働省令和2年度子ども子育て推進調査研究事業の国庫補助内示を受けて実施する「医療機関における被虐待児童の実態に関する調査研究」の一環として、医療機関を対象に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、**令和3年1月14日(木)**までに投函ください（切手は不要です）。

＜調査実施主体・調査内容に関するお問い合わせ先＞

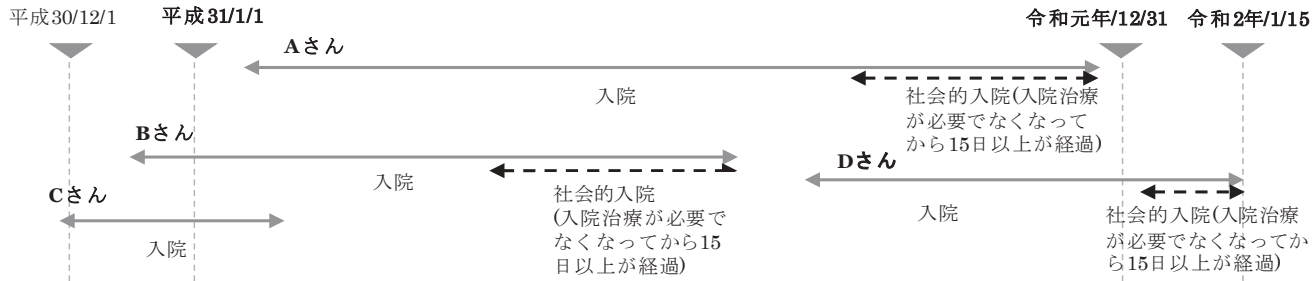
非公開

**【提出期限: 令和3年1月14日(木)までに
提出をお願いいたします】**

回答期間が短く、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Ⅳ問 4(1)、個票Ⅰ問 1f・g、個票Ⅱ問 2o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31年1月1日から令和元年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31年1月1日から令和元年12月31日までに入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30年12月31日以前に入院していた場合は、平成30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】令和2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、令和2年1月1日以降の日数は含めず、入院日から令和元年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31年2月1日～平成31年12月15日に入院、うち31年9月1日～31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30年12月15日～31年7月31日で入院、うち31年5月1日～31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30年12月1日～31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：令和元年8月1日～令和2年1月15日で入院、うち令和2年1月5日～令和2年1月15日が社会的入院
→入院は令和元年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Ⅳ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31年1月1日から令和元年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31年1月1日から令和元年12月31日までに入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31年1月1日から令和元年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31年1月1日から令和元年12月31日の間に入退院し、社会的入院も同期間中に行っている
- Bさん：平成31年1月1日時点で入院しており、かつ令和元年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31年1月1日から平成31年12月31日の間に含まれる
- Cさん：平成31年1月1日時点で入院しており、かつ令和元年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31年1月1日以降に入院し、令和元年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31年1月1日から令和元年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)

(2) 平成31年1月～令和元年12月末に貴院で被虐待児およびその疑いがある子どもが対応した子どもの実患者数は何人ですか。〔枠内に数値を記入〕

	人
--	---

※院内虐待対応組織の有無にかかわらず把握が困難な場合、把握しえた範囲内でお答えください。
 ※平成31年～令和元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令和元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31年4月～令和元年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年度に診療報酬に新設された入院支援加算条件の「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〕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31年1月～令和元年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の頻度について、当てはまる選択肢をご回答ください。〔A～Gにつき、1～6の当てはまる番号を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入院、社会的入院、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31年1月～令和元年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（一時保護委託を含む）
- ②：①のうち、社会的入院（a：医療的ケアが必要、b：医療的配慮が必要、c：医療的ケア・医療的配慮以外の配慮が必要、d：a～cのどれも不要）
- ③：①のうち一時保護委託
- ④：②のうち一時保護委託

① 入院（一時保護委託を含む）	人
② ①のうち社会的入院	人
③ ①のうち一時保護委託	人
④ ②のうち一時保護委託	人

※a+b+c+d=②となるように記入ください。

a 医療的ケアが必要	b 医療的配慮が必要	c 医療的ケア・医療的配慮以外の配慮が必要	d a～cのどれも不要
人	人	人	人

- ・社会的入院：「入院治療が不要な状態にもかかわらず、入院している状態。（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入れ先がないため入院、医療的ケアや医療的配慮が必要でその対応ができる受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、家庭で実施が可能な範囲の配慮（投薬や注射、アレルギー等への配慮）」
- ・医療的ケア・医療的配慮以外の配慮：「子どもに自殺企図がある、他害をする等の理由による見守り等の配慮」
- ・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〕
 ※数え方は記入要領を参照

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1か月未満」～「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 31 年 1 月～令和元年 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 31 年 1 月～令和元年 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〕

※数え方は記入要領を参照

※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

	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
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

V. 社会的入院解消に向けた方向性について

問5. 本調査では、下記の3つを社会的入院の解消のために検討すべき取り組みとして考えています。

	取り組み名	詳細
①	中間的役割や様々に対応可能な環境の整備	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など、様々な子どもの状態に対応可能な環境や、状況の調査中や家庭再統合・社会的養育の受け入れ先の調整中に子どものいることができる「中間的役割」を誰かが担えるように整備すること。
②	社会的入院の第三者による検討	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。例えば、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が持つこと。
③	MDTによる長期的な福祉支援	多職種多機関連携チーム（MDT: Multidisciplinary Team）、つまり医療機関、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うこと。

以上について、貴院のお考えを伺います。

- (1) 「①中間的役割や様々に対応可能な環境の整備」について、既存の福祉サービスや福祉施設を活用することを検討しています。次のア～オのような子どもが貴院に入院した場合に、退院先として適切だと考えられる施設・サービスを下記1～7から選んでください。〔ア～オにつき、1～7のあてはまる番号を複数選択〕

	子どもの状態 ※ケアや配慮の定義はp.2を参照ください	施設・サービス						
ア	重症心身障害がある子ども	1	2	3	4	5	6	7
イ	重症心身障害がなく、医療的ケアが必要な子ども	1	2	3	4	5	6	7
ウ	医療的ケアは不要だが、身体面への医療的配慮が必要な子ども	1	2	3	4	5	6	7
エ	医療的ケアや身体面への医療的配慮は不要だが、精神状態上配慮が必要な子ども	1	2	3	4	5	6	7
オ	ア～エのいずれにも該当しない子ども	1	2	3	4	5	6	7

- 小児科医が**常勤**配置されている施設、サービス（例：児童心理治療施設、医療型障害児入所施設等）
- 精神科医が**常勤**配置されている施設、サービス（例：児童心理治療施設、医療型障害児入所施設等）
- 保健師または看護師が**常勤**配置されている施設、サービス（例：乳児院、児童心理治療施設、医療型障害児入所施設等）
- 小児科医が**非常勤**配置されている施設、サービス（例：乳児院、児童養護施設の、医療型児童発達支援事業所、福祉型障害児入所施設等）
- 精神科医が**非常勤**配置されている施設、サービス（例：児童自立支援施設、児童養護施設、医療型児童発達支援センター、福祉型障害児入所施設等）
- 保健師または看護師が**非常勤**配置されている施設、サービス（例：医療型障害児入所施設等）
- 小児科医、精神科医、保健師または看護師のいずれも配置されていない施設、サービス（例：里親、ファミリーホーム、居宅介護（ホームヘルプ）、短期入所（ショートステイ））

- (2) 「②社会的入院の第三者による検討」について、例えば、社会的入院を要した事例について、自治体が有識者を含む定期的な検討会を設けて事例を振り返る仕組みを作ることは、貴院における被虐待児の社会的入院の解消に**有用に働く**と思いますか。〔1つ選択〕

全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	ある程度そう思う	強くそう思う
1	2	3	4	5	6

- (3) 「③MDTによる長期的な福祉支援」は、貴院における被虐待児の社会的入院の解消に**有用に働く**と思いますか。〔1つ選択〕

全くそう思わない	ほとんどそう思わない	あまりそう思わない	少しそう思う	ある程度そう思う	強くそう思う
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。業務ご多忙のところ誠に恐れ入りますが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。〔あてはまる番号を1つ選択〕 ※ヒアリング調査の所要時間は60～90分程度です。また、実施時期は令和3年1～2月の予定です

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
---------	----------------------	----------

<下記に記入をお願いいたします ※記入は任意です>

貴院					
記入者名					
問い合わせ ご担当者	部署		役職		
	フリガナ				
	氏名				
問い合わせ可能 電話番号	-	-	問い合わせ可能 FAX	-	-
問い合わせ可能 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）

令和2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」個票

個票
設問

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 III問3(2)にて、「4. 15日以上1か月未満」～「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Ⅳ問4(1)「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/ネグレクトだとの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があっ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.について、具体的な状況	（記述回答）				
w.	児童相談所との前向きな連携のための、児童相談所に対する要望（複数選択可）	1. 医療機関に一時保護委託／入院させる前に、児童相談所で情報収集をもっとしてほしい				
		2. ケースアセスメントにおいて、児童相談所は医療機関ともよく話し合っ方針を決めてほしい				
		3. 医療機関に入院している子どもに関して新しい情報があったときは知らせてほしい				
		4. 病院が行っている対応や、保険診療制度等に関して知識を増やしてほしい・理解してほしい				
		5. その他（具体的に）				

令和2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」

「医療機関における被虐待児に関する病院へのアンケート調査」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										
w. 前向きな連携のための児童相談所に対する要望	1	2	3	4	5					
	5. その他の場合									

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										
w. 前向きな連携のための児童相談所に対する要望	1	2	3	4	5					
	5. その他の場合									

付録2 アンケート集計結果

<1> 医療機関の虐待に関する対応体制の実態と対応実績

(1) 虐待に関する対応体制

表1 標榜診療科（複数回答）

	医療機関数 (N=351)	%
小児科	346	98.6
整形外科	296	84.3
外科	296	84.3
産婦人科	260	74.1
脳外科	254	72.4
精神科	185	52.7
救命救急科	160	45.6
総合診療科	147	41.9
無回答	0	0.0

表2 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	351	351
有効回答数	333	305
平均値	9.4	5.0
中央値	6.0	4.0
最頻値	1.0	4.0
最小値	0.0	0.0
最大値	119.0	21.0

表3 患者相談部門の有無（単一回答）

	医療機関数	%
有	297	84.6
無	35	10.0
無回答	19	5.4
合計	351	100.0

表 4 虐待対応組織の設置（単一回答）

	医療機関数	%
設置している	246	70.1
設置していない	103	29.3
無回答	2	0.6
合計	351	100.0

表 5 虐待対応組織の主管診療科（単一回答）

	医療機関数	%
小児科	187	76.0
ケースにより違う	37	15.0
救命救急科	3	1.2
総合診療科	2	0.8
その他	15	6.1
無回答	2	0.8
合計	246	100.0

表6 虐待を疑う症例

		はい	いいえ	無回答	合計
件数	頻回の怪我	211	17	18	246
	原因不明の体調不良	196	31	19	246
	体重増加不良	212	16	18	246
	受傷機転が不明	217	11	18	246
	受傷機転と保護者の説明に矛盾もしくは違和感がある症例	225	9	12	246
	子どもに加害したと保護者が話している症例 (お尻を叩いた、しつけとして食事を与えなかった等)	212	14	20	246
割合	頻回の怪我	85.8	6.9	7.3	100.0
	原因不明の体調不良	79.7	12.6	7.7	100.0
	体重増加不良	86.2	6.5	7.3	100.0
	受傷機転が不明	88.2	4.5	7.3	100.0
	受傷機転と保護者の説明に矛盾もしくは違和感がある症例	91.5	3.7	4.9	100.0
	子どもに加害したと保護者が話している症例 (お尻を叩いた、しつけとして食事を与えなかった等)	86.2	5.7	8.1	100.0

※回答不要 105 件を除く

表7 虐待の判断をするためのマニュアル・ガイドラインの有無 (単一回答)

	医療機関数	%
有	249	70.9
無	101	28.8
無回答	1	0.3
合計	351	100.0

(2) 虐待の疑いがある実患者実績

表 8 虐待の疑いがある子どもの実患者数 (数値回答)

回答数	351
有効回答数	342
平均値	16.1
中央値	3.0
標準偏差	0.0
最頻値	43.4
最小値	0.0
最大値	457.0

表 9 入退院加算実績 (単一回答)

	医療機関数	%
0% (加算実績なし)	133	73.1
1%以上 25%未満	21	11.5
25%以上 50%未満	2	1.1
50%以上 75%未満	2	1.1
75%以上	9	4.9
無回答	15	8.2
合計	182	100.0

※回答不要・無回答・無効回答 169 件を除く

表 10 加算実績割合の理由

多く見受けられた回答
加算のあることを認識していなかった
「家族から虐待を受けている (その疑いがある) こと」という文言が入った計画書に家族からサインをもらうことは実際に極めて難しいため
区分を緊急入院で算定しているため

表 11 虐待入院人数（数値回答）

回答数	351
有効回答数	347
平均値	5.5
中央値	1.0
最頻値	0.0
標準偏差	15.9
最小値	0.0
最大値	179.0

表 12 社会的入院人数（数値回答）

回答数	351
有効回答数	346
平均値	0.9
中央値	0.0
最頻値	0.0
標準偏差	2.6
最小値	0.0
最大値	24.0

表 13 社会的入院の内訳

	人数	%
医療的ケアが必要な子どもの総人数	75	22.9
医療的配慮が必要な子どもの総人数	86	26.3
医ケア・医療的配慮以外の配慮が必要な子どもの総人数	53	16.2
上記のどれも不要な子どもの総人数	104	31.8
無回答、無効回答	9	2.8
合計	327	100.0

図6 虐待の疑いがある実患者数、虐待の疑いの入院、社会的入院をそれぞれ1人以上経験した医療機関

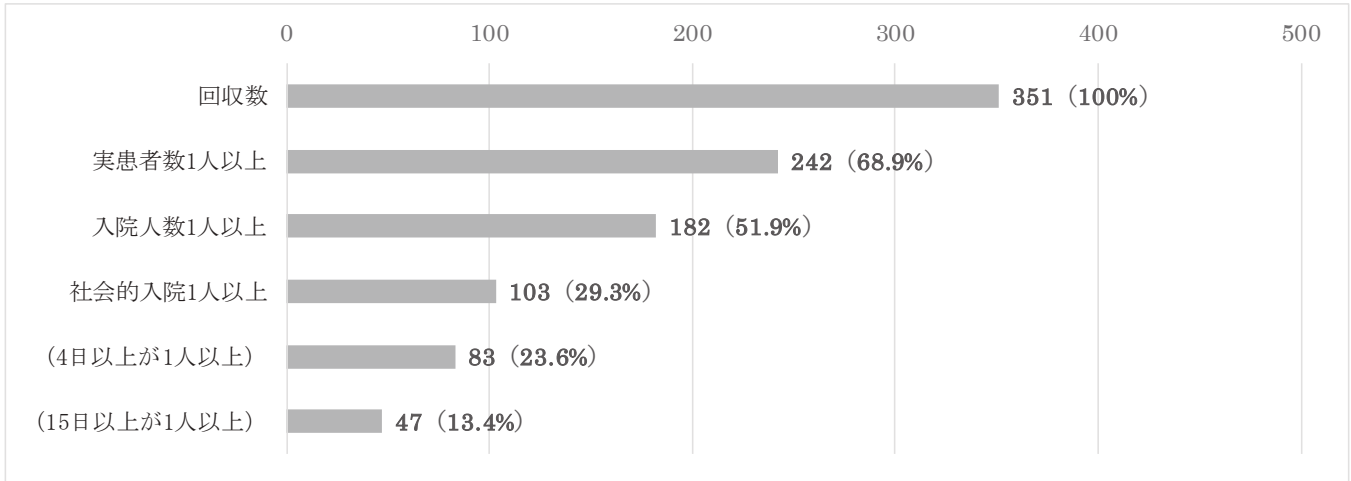


図7 実患者、入院、社会的入院の人数

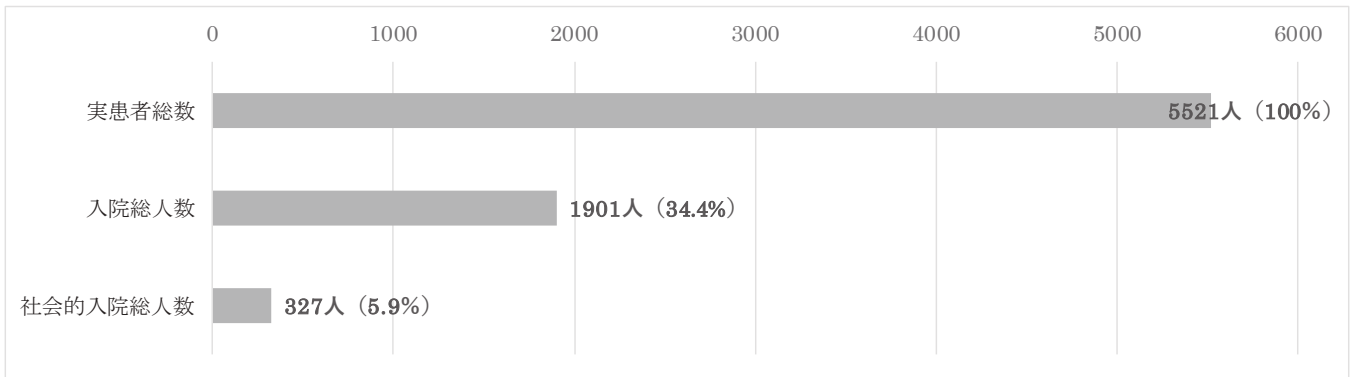


表 14 社会的入院に至った子どもの社会的入院期間の内訳

(人)	社会的入院期間										
	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	合計
年間の実患者 数が1-11人の 医療機関	19	20	18	6	4	2	0	3	1	4	77
年間の実患者 数が12-49人 の医療機関	36	34	16	8	13	8	6	6	4	1	132
年間の実患者 数が50人以上 の医療機関	39	26	10	9	11	6	3	5	8	0	117
無回答	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	95	80	44	23	28	16	9	14	13	5	327

(%)	社会的入院期間										
	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	合計
年間の実患者 数が1-11人の 医療機関	24.7	26.0	23.4	7.8	5.2	2.6	0.0	3.9	1.3	5.2	100.0
年間の実患者 数が12-49人 の医療機関	27.3	25.8	12.1	6.1	9.8	6.1	4.5	4.5	3.0	0.8	100.0
年間の実患者 数が50人以上 の医療機関	33.3	22.2	8.5	7.7	9.4	5.1	2.6	4.3	6.8	0.0	100.0
無回答	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
合計	29.1	24.5	13.7	7.0	8.6	4.9	2.8	4.3	4.0	1.5	100.0

表 15 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 (A)	割合	社会的入院人数 (B)	割合	医療機関あたりの社会的入院人数の平均 (B/A)
年間の実患者数が 0 人の医療機関	100	28.5	0	0.0	0.0
年間の実患者数が 1-11 人の医療機関	152	43.3	77	23.5	0.5
年間の実患者数が 12-49 人の医療機関	63	17.9	132	40.4	2.1
年間の実患者数が 50 人以上の医療機関	27	7.7	117	35.8	4.3
年間の実患者数が無回答、無効回答の医療機関	9	2.6	1	0.3	0.1
合計	351	100.0	327	100.0	0.9

表 16 入院のうち、一時保護委託の人数 (数値回答)

回答数	351
有効回答数	321
平均値	0.7
中央値	0.0
最頻値	0.0
標準偏差	2.0
最小値	0.0
最大値	19.0

表 17 社会的入院のうち、一時保護委託の人数 (数値回答)

回答数	351
有効回答数	326
平均値	0.3
中央値	0.0
最頻値	0.0
標準偏差	1.1
最小値	0.0
最大値	12.0

(3) 虐待入院事例に関する通告状況

① 入院

表 18 回答医療機関の入院事例における通告状況

	人数						%				
	総数	児童相談所通告	市区町村通告	未通告	市区町村支援依頼	無回答	児童相談所通告	市区町村通告	未通告	市区町村支援依頼	無回答
年間の実患者数が1-11人の医療機関	257	145	63	47	91	1	56.4	24.5	18.3	35.4	0.4
年間の実患者数が12-49人の医療機関	564	232	125	185	259	4	41.1	22.2	32.8	45.9	0.7
年間の実患者数が50人以上の医療機関	1056	278	226	542	515	0	26.3	21.4	51.3	48.8	0.0
年間の実患者数が無回答、無効回答の医療機関	24	5	1	18	18	0	20.8	4.2	75.0	75.0	0.0
合計	1901	660	415	792	883	5	34.7	21.8	41.7	46.4	0.3

② 社会的入院

表 19 回答医療機関の社会的入院事例における通告状況

	人数						%				
	総数	児童相談所通告	市区町村通告	未通告	市区町村支援依頼	無回答	児童相談所通告	市区町村通告	未通告	市区町村支援依頼	無回答
年間の実患者数が1-11人の医療機関	77	44	13	14	26	0	57.1	16.9	18.2	33.8	0.0
年間の実患者数が12-49人の医療機関	132	74	18	34	47	0	56.1	13.6	25.8	35.6	0.0
年間の実患者数が50人以上の医療機関	117	73	14	32	40	0	62.4	12.0	27.4	34.2	0.0
年間の実患者数が無回答、無効回答の医療機関	1	1	0	0	0	0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	327	192	45	80	113	0	58.7	13.8	24.5	34.6	0.0

表 20 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

		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	無回答	全体
件数	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	6	2	3	17	28	16	7	79
	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	11	9	9	16	16	10	8	79
	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	12	18	7	18	10	4	10	79
	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	36	14	11	6	1	2	9	79
	その他	1	0	0	1	1	3	73	79
	割合	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	7.6	2.5	3.8	21.5	35.4	20.3	8.9
割合	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	13.9	11.4	11.4	20.3	20.3	12.7	10.1	100.0
割合	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	15.2	22.8	8.9	22.8	12.7	5.1	12.7	100.0
割合	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	45.6	17.7	13.9	7.6	1.3	2.5	11.4	100.0
割合	その他	1.3	0.0	0.0	1.3	1.3	3.8	92.4	100.0

※無効回答 1件を除く

(4) 各医療機関と院外機関との関わり

表 21 院外機関との関わりの頻度 (単一回答)

		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	無回答	全体
件数	児童相談所	12	48	82	26	45	24	5	242
	保健センター・保健所	36	29	58	28	47	32	12	242
	市区町村の家庭児童相談室	65	26	45	28	37	29	12	242
	警察	78	96	40	8	2	3	15	242
	保育所 / 幼稚園等・学校	82	57	51	19	11	5	17	242
	貴院以外の医療機関	78	74	53	19	1	3	14	242
	その他	45	4	7	4	4	2	176	242
割合	児童相談所	5.0	19.8	33.9	10.7	18.6	9.9	2.1	100.0
	保健センター・保健所	14.9	12.0	24.0	11.6	19.4	13.2	5.0	100.0
	市区町村の家庭児童相談室	26.9	10.7	18.6	11.6	15.3	12.0	5.0	100.0
	警察	32.2	39.7	16.5	3.3	0.8	1.2	6.2	100.0
	保育所 / 幼稚園等・学校	33.9	23.6	21.1	7.9	4.5	2.1	7.0	100.0
	貴院以外の医療機関	32.2	30.6	21.9	7.9	0.4	1.2	5.8	100.0
	その他	18.6	1.7	2.9	1.7	1.7	0.8	72.7	100.0

表 22 被虐待児及びその疑いがある子どもに関わった医療機関が連携を取ったその他の院外機関の例

回答	
児童福祉	児童養護施設
	乳児院
	特別養子縁組機関
	市区町村の子育て支援課
障害福祉	放デイ・支援事業所
	リハビリセンター
	訪問看護
その他	市区町村の教育委員会
	検察
	領事館、入管

(5) 社会的入院解消に向けた方向性

表 23 以下のような子どもが入院した場合に、退院先として適切だと考えられる施設・サービス
(複数回答：N=351)

		小児科 医が常 勤配置	精神科 医が常 勤配置	保健師 または 看護師 が常勤 配置	小児科 医が非 常勤配 置	精神科 医が非 常勤配 置	保健師 または 看護師 が非常 勤配置	いずれ も配置 されて いない 施設、 サービ ス	無回答
件数	重症心身障害がある子ども	296	50	113	53	12	11	4	26
	重症心身障害がなく、医療的ケアが必要な子ども	223	32	172	113	13	28	5	27
	医療的ケアは不要だが、身体面への医療的配慮が必要な子ども	87	20	186	181	32	102	24	26
	医療的ケアや身体面への医療的配慮は不要だが、精神状態上配慮が必要な子ども	42	183	97	74	195	66	23	27
	上記のいずれにも該当しない子ども	30	16	50	61	47	123	210	34
割合	重症心身障害がある子ども	84.3	14.2	32.2	15.1	3.4	3.1	1.1	7.4
	重症心身障害がなく、医療的ケアが必要な子ども	63.5	9.1	49.0	32.2	3.7	8.0	1.4	7.7
	医療的ケアは不要だが、身体面への医療的配慮が必要な子ども	24.8	5.7	53.0	51.6	9.1	29.1	6.8	7.4
	医療的ケアや身体面への医療的配慮は不要だが、精神状態上配慮が必要な子ども	12.0	52.1	27.6	21.1	55.6	18.8	6.6	7.7
	上記のいずれにも該当しない子ども	8.5	4.6	14.2	17.4	13.4	35.0	59.8	9.7

表 24 社会的入院解消に向けた「社会的入院の第三者による検討」の有用性に対する認識

	医療機関数 (N=351)	%
全くそう思わない	6	1.7
ほとんどそう思わない	11	3.1
あまりそう思わない	30	8.5
少しそう思う	79	22.5
ある程度そう思う	141	40.2
強くそう思う	55	15.7
無回答	29	8.3

表 25 社会的入院解消に向けた「MDTによる長期的な福祉支援」の有用性に対する認識

	医療機関数 (N=351)	%
全くそう思わない	4	1.1
ほとんどそう思わない	6	1.7
あまりそう思わない	21	6.0
少しそう思う	65	18.5
ある程度そう思う	155	44.2
強くそう思う	74	21.1
無回答	26	7.4

<2> 社会的入院の実態

表 26 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	48	52.2
1歳以上3歳未満	10	10.9
3歳以上6歳未満	11	12.0
6歳以上12歳未満	7	7.6
12歳以上	16	17.4
無回答	0	0.0
合計	92	100.0

表 27 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	%
両方その理由	36	39.1
主に社会的理由	30	32.6
主に児の医学的理由	25	27.2
無回答	1	1.1
合計	92	100.0

表 28 社会的入院事例における虐待の種類（複数回答）

	事例数 (n=92)	%
ネグレクト	61	66.3
身体的虐待	24	26.1
心理的虐待	7	7.6
性的虐待	1	1.1
その他	19	20.7
無回答	0	0.0

表 29 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=92)	%
ネグレクト	53	57.6
医療ネグレクト	8	8.7
身体的虐待（頭部外傷）	12	13.0
身体的虐待（骨折）	7	7.6
身体的虐待（多発皮膚損傷）	4	4.3
身体的虐待（熱傷）	1	1.1
心理的虐待	7	7.6
性的虐待	1	1.1
代理によるミュンヒハウゼン症候群	0	0.0
その他	19	20.7
無回答	0	0.0

表 30 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	54	58.7
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	20	21.7
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）	14	15.2
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	4.3
無回答	0	0.0
合計	92	100.0

表 31 社会的入院事例における通告状況（複数回答）

	事例数 (n=92)	%
児童相談所通告	67	72.8
市区町村通告	16	17.4
未通告	14	15.2
警察通報	1	1.1
無回答	0	0.0

表 32 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	18	19.8
1 か月以上 2 か月未満	24	26.4
2 か月以上 3 か月未満	15	16.5
3 か月以上 6 か月未満	7	7.7
6 か月以上 1 年未満	14	15.4
1 年以上	13	14.3
無回答	0	0.0
合計	91	100.0

※無効回答 1 件を除く

表 33 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	32	35.2
2 か月以上 2 か月未満	23	25.3
2 か月以上 3 か月未満	9	9.9
3 か月以上 6 か月未満	6	6.6
6 か月以上 1 年未満	4	4.4
1 年以上	13	14.3
無回答	4	4.4
合計	91	100.0

※無効回答 1 件を除く

表 34 社会的入院の理由（単一回答）

	事例数	%
1. 社会的養護先の空きがない	40	43.5
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	16	17.4
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	15	16.3
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	7	7.6
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	2	2.2
2. 子どもの状態	16	17.4
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	13	14.1
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	3	3.3
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	0	0.0
3. 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	13	14.1
4. 養育環境の整備待ち	8	8.7
5. その他	13	14.1
児相との調整や院内調整待ち	5	5.4
警察の捜査継続中のため	4	4.3
親への対応困難	1	1.1
教育入院中に虐待を疑う事案が発生したため	1	1.1
軽度のネグレクトで一時保護まで至らなかったため	1	1.1
妊娠していたため	1	1.1
無回答	2	2.2
合計	92	100.0

表 35 入院期間別、社会的入院の理由（単一回答）

	人数（人）				割合（％）			
	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			
	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	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
1. 社会的養護先の空きがない	23	2	10	4	41.8	22.2	43.5	100.0
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	4	1	9	2	7.3	11.1	39.1	50.0
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つたため	12	1	0	2	21.8	11.1	0.0	50.0
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	0	1	0	9.1	0.0	4.3	0.0
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	2	0	0	0	3.6	0.0	0.0	0.0
2. 子どもの状態	6	1	9	0	10.9	11.1	39.1	0.0
医療的配慮児（通常家庭であれば、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つたため	6	1	6	0	10.9	11.1	26.1	0.0
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つたため	0	0	3	0	0.0	0.0	13.0	0.0
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つたため	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
3. 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	8	2	3	0	14.5	22.2	13.0	0.0
その他	16	4	1	0	29.1	44.4	4.3	0.0
無回答	2	0	0	0	3.6	0.0	0.0	0.0
合計	55	9	23	4	100.0	100.0	100.0	100.0

※無効回答 1件を除く

表 36 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	37	40.2
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	31	33.7
医療機関側の対応の問題で長期に至った	9	9.8
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	8	8.7
無回答	7	7.6
合計	92	100.0

<3> 未通告の実態

表 37 未通告事例における子どもの年齢（単一回答）

	事例数	%
0歳	61	45.9
1歳以上3歳未満	31	23.3
3歳以上6歳未満	19	14.3
6歳以上12歳未満	12	9.0
12歳以上	8	6.0
無回答	2	1.5
合計	133	100.0

表 38 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	93	69.9
主に社会的理由	18	13.5
両方がその理由	15	11.3
無回答	7	5.3
合計	133	100.0

表 39 未通告事例における虐待の種類

	事例数 (N=133)	%
身体的虐待	50	37.6
ネグレクト	37	27.8
心理的虐待	10	7.5
性的虐待	1	0.8
その他	55	41.4
無回答	0	0.0

表 40 未通告事例における虐待の種類（詳細）（複数回答）

	事例数 (N=133)	%
身体的虐待（頭部外傷）	23	17.3
身体的虐待（骨折）	14	10.5
身体的虐待（多発皮膚損傷）	9	6.8
身体的虐待（熱傷）	4	3.0
ネグレクト	34	25.6
医療ネグレクト	3	2.3
心理的虐待	10	7.5
性的虐待	1	0.8
代理によるミュンヒハウゼン症候群	1	0.8
その他	54	40.6
無回答	0	0.0

表 41 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	75	56.4
15 日以上 1 か月未満	34	25.6
1 か月以上 2 か月未満	8	6.0
2 か月以上 3 か月未満	5	3.8
3 か月以上 6 か月未満	0	0.0
6 か月以上 1 年未満	1	0.8
1 年以上	2	1.5
無回答	8	6.0
合計	133	100.0

表 42 未通告事例における未通告理由（複数回答）

未通告理由	事例数 (N=133)	割合 (%)
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	45	33.8
虐待/ネグレクトとして、軽症と考えられたため	21	15.8
医療機関の対応のみで状況の改善が見込まれたため	6	4.5
通告による養育者との関係性の悪化が懸念されたため	6	4.5
虐待/ネグレクトだとの確信が持てなかったため	5	3.8
警察に通報したため	4	3.0
児童相談所の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0
市区町村の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0
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	0	0.0
過去に市区町村とのやり取りでトラブルがあったため	0	0.0
その他	65	48.9
無回答	0	0.0

表 43 未通告事例における未通告理由のその他の回答事例

多く見受けられた回答
既に児相が介入中
特定妊婦で既に市区町村が介入中
保健師による育児指導・支援を重視

表 44 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	虐待疑いの実患者数が年間 1-11 人の医療機関 (n=29)		虐待疑いの実患者数が年間 12-49 人の医療機関 (n=58)		虐待疑いの実患者数が年間 50 人以上の医療機関 (n=43)		無回答 (n=3)	
	事例数	%	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られたため	5	17.2	16	27.6	24	55.8	0	0.0
虐待/ネグレクトとして、軽症と考えられたため	3	10.3	15	25.9	3	7.0	0	0.0
医療機関の対応のみで状況の改善が見込まれたため	2	6.9	3	5.2	1	2.3	0	0.0
通告による養育者との関係性の悪化が懸念されたため	3	10.3	3	5.2	0	0.0	0	0.0
虐待/ネグレクトだとの確信が持てなかったため	2	6.9	0	0.0	0	0.0	3	100.0
警察に通報したため	0	0.0	4	6.9	0	0.0	0	0.0
児童相談所の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
市区町村の介入による効果が見込めなかったため	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
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	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
過去に市区町村とのやり取りでトラブルがあったため	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	16	55.2	29	50.0	20	46.5	0	0.0
無回答	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

<4> 児童相談所との連携不良の実態

表 45 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	14	35.9
1歳以上3歳未満	3	7.7
3歳以上6歳未満	5	12.8
6歳以上12歳未満	8	20.5
12歳以上	9	23.1
無回答	0	0.0
合計	39	100.0

表 46 連携不良事例における虐待の種類（複数回答）

	事例数 (N=38)	%
ネグレクト	21	55.3
身体的虐待	11	28.9
心理的虐待	7	18.4
性的虐待	2	5.3
その他	8	21.1
無回答	0	0.0

※無効回答 1件を除く

表 47 連携不良事例における虐待の種類（詳細）（複数回答）

	事例数 (N=38)	%
ネグレクト	14	36.8
医療ネグレクト	7	18.4
身体的虐待（頭部外傷）	4	10.5
身体的虐待（骨折）	3	7.9
身体的虐待（多発皮膚損傷）	3	7.9
身体的虐待（熱傷）	1	2.6
心理的虐待	7	18.4
性的虐待	2	5.3
代理によるミュンヒハウゼン症候群	1	2.6
その他	7	18.4
無回答	0	0.0

※無効回答 1件を除く

表 48 児童相談所との連携不良を感じた際の状況（複数回答）

	事例数 (N=39)	%
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）	20	51.3
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）	19	48.7
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	10	25.6
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	7	17.9
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）	2	5.1
その他	6	15.4
無回答	1	2.6

表 49 児童相談所との前向きな連携のため、医療機関からの児童相談所に対する要望（複数回答）

	事例数 (N=39)	%
ケースアセスメントにおいて、児童相談所は医療機関ともよく話し合っ方針を決めてほしい	26	66.7
病院が行っている対応や、保険診療制度等に関して知識を増やしてほしい・理解してほしい	15	38.5
医療機関に入院している子どもに関して新しい情報があったときは知らせてほしい	12	30.8
医療機関に一時保護委託／入院させる前に、児童相談所で情報収集をもっとしてほしい	5	12.8
その他	14	35.9
無回答	3	7.7

表 50 児童相談所に対する要望のうちその他の回答事例

多く見受けられた回答
オンラインでのミーティングを可能にしてほしい
共に症例のふり返りを行うことで次に活かしたい
退院時の紹介状は児相宛と乳児院のかかりつけ宛の2通作成をベースとしてはどうか

付録3 ヒアリング質問項目

【病院へのヒアリング内容】

1. 組織の基礎情報

(ア) 貴院の組織概要

2. 社会的入院の事例

(ア) 社会的入院に繋がりがやすい子どもの特徴

(イ) どのような環境要因が社会的入院に繋がりがやすい子どもの特徴

3. 児童相談所・関係機関との連携状況

(ア) 児童相談所に通告したり、児童相談所に退院後の支援の主担当として引継ぐ子どもの特徴

(イ) 市町村に通告したり、市町村に退院後の支援の主担当として引継ぐ子どもの特徴

(ウ) 虐待の疑いがある一方通告しない場合の子どもの特徴

(エ) 医療的ケアや医療的配慮、精神的配慮が必要な被虐待児の退院の判断

(オ) 連携・調整に長けている担当者の特徴

(カ) ほかの医療機関や自治体との意見交換・情報共有の場と、それによる被虐待児の治療や退院・地域移行における利点

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

(ア) 問題・課題だと感じる点

(イ) 医療側で必要だと感じるインセンティブ

(ウ) 福祉への期待

5. 解消策案に対するニーズや意見

(ア) 社会的入院の解消策として下記のような案を考えているが、解消のために有用に働くと感じるか

- ・ 受け入れ先調整中等の期間に子どもを保護できる「中間的役割」を担える施設・サービスの整備
- ・ 子どもの様々な状態（医療的ケア、精神状態上配慮が必要等）に対応可能な環境の整備
- ・ 社会的入院の妥当性について第三者的に検討する地方自治体の取り組み
- ・ 多職種・多機関連携チームによる虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援

(イ) 上記以外で、医療機関や行政への要望

【児童相談所へのヒアリング内容】

1. 貴児童相談所の組織概要

- (ア) 組織構造（可能であれば、組織図を見せていただけますと幸いです）
- (イ) 虐待相談のうち、支援ケースと介入ケースのそれぞれを誰が担当しているか

2. 被虐待児の対応における児童相談所と医療機関の連携

- (ア) 通告に際して
 - 1. 医療機関から児童相談所に通告される子どもの特徴
- (イ) 対応に際して
 - 1. 医療機関から通告があった場合の初期対応フロー
 - 2. 医療機関から通告のあった子どもの対応方針の決定でのポイント
 - 3. 医療機関との情報連携のポイント
 - 4. 被虐待児の対応に際し、通告時の対応や退院後の生活拠点の調整で円滑な多機関連携を行う人の特徴
- (ウ) 退院に向けて
 - 1. 退院後の子どもの生活拠点として適切な場所をどのように判断しているか
 - 2. どのような条件が整ったら、医療的ケアや医療的配慮が必要な被虐待児が退院できると考えるか
 - 3. 退院後の支援の主担当として児童相談所、市区町村に引き継ぐ被虐待児のそれぞれの特徴
 - 4. 貴児童相談所が対応する被虐待児の中に、いわゆる「社会的入院」をしている子どもがいるか
 - 5. 社会的入院をしている子どもについて、社会的入院に至った背景（子どもの特徴、親の特徴、制度上の問題など）
- (エ) 医療と福祉の繋がり場
 - 1. 貴児童相談所では、ほかの医療機関や自治体等との意見交換や情報共有の場を持っているか
 - 2. 情報共有の場を設けることで、日々の被虐待児の治療や退院・地域移行に際してどのような利点があるか
 - 3. 貴児童相談所から誰が出席しているか

3. 医療と福祉が「子どもにとってより良い」対応を円滑に進めるための課題

- (ア) 医療と福祉がより良い対応を進めるために、虐待対応の仕組みや子どもの受入れ先といったハード面から具体的にどのような課題があるか
- (イ) 医療と福祉がより良い対応を進めるために、人材育成や医療とのコミュニケーション、関係構築といったソフト面から具体的にどのような課題があるか

4. 社会的入院の解消策案に対するご意見

(ア) 平成30年度の調査研究において、社会的入院の解消策として下記のような案を考えているが、解消のために有用に働くと感じるか

- ・ 受け入れ先調整中などの期間に子どもを保護できる「中間的役割」を担える施設・サービスの整備
- ・ 子どもの様々な状態（医療的ケア、精神状態上配慮が必要等）に対応可能な環境の整備
- ・ 社会的入院の妥当性について第三者的に検討する地方自治体の取り組み
- ・ 多職種・多機関連携チームによる虐待対応を通じた子どもと家族への長期的な福祉支援

(イ) (ア) 以外で、医療機関や行政への要望

付録4 ヒアリング録

No.	A-1	ヒアリング日	2020年12月3日
カテゴリ	医療機関		
病床数	約850床（一般）		
ヒアリング担当者	小児科医 1名 医療ソーシャルワーカー 1名		

1. 組織概要

当医療機関は一般病床数約850床の総合病院である。小児科医が15名、MSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー）が14名在籍している。

2. 虐待対応体制

CPT（Child Protection Team：病院内子ども虐待対応組織）を有しており、25名前後が所属している。医師、看護師、MSWを中心に構成され、委員長は小児科部長、副委員長は救急診療科部長が務める。医師は小児科、救急診療科、整形外科、眼科、産婦人科、形成外科、脳神経外科から、看護師は小児科、救急診療科、産婦人科から師長・副師長が参加している。このほかMSW3名、医事課職員が1名、臨床心理士2名が所属している。実働部隊は委員長、副委員長、小児科医、救急診療科医、MSWである。

CPTの構成員が集まる機会としては「定期会議」と「緊急会議」がある。「定期会議」は月に1回開かれ、全員に出席を求めている。構成員の半数以上の出席を以て開催しており、半数～3分の2が出席することが多い。定期会議以外に検討すべき事例がある場合には「緊急会議」を開いている。こちらは医師、看護師、MSW、事務職員など5名以上で開催している。より日常的な対応を考えるレベルになると、委員長または副委員長の承諾の下、MSWや小児科医が中心に検討をしている。一時期は「緊急会議」を開くことが多かったが、最近は個別連絡による「対応」が多くなっている。

通告の基準、連絡者、連絡手順等については、CPTの「マニュアル」に定めている。当医療機関においてCPTは設置9年目となるが、マニュアルを作成したのは対応フローの整備後3、4年経ってからである。マニュアルの内容は病院の全職員に浸透しているわけではなく、虐待を疑ったらずにはCPTに連絡する職員もいる。よって、マニュアルを基本としつつ、実際には緊急会議や委員長を交えた「対応」ミーティングで判断がなされる。いずれにせよ、CPTメンバーで虐待疑い事例として対応をした内容は、定期会議で報告される。

3. 児童相談所・関係機関との連携状況

① 通告～対応について

CPTでの「判断」には、児童相談所や市町村への通告のほか、警察通報、今後のフォローアップ体制の方針決定、他医療機関への紹介、子育て支援部門、保健センターへの連絡・連携等も含まれる。

主にCPTに所属するMSWが通告者となるが、夜間の受診の場合や生命の危機がある場合は担当医が通告し、その後CPTに対応を引き継ぐ。マニュアルに通告手順を記載しており、昼間・夜間それぞれに通告フローがある。夜間の通告は5、6項目のチェック基準に基づいて判断している。通告の最終判断は、委員会の名の下に行われる。受傷機転が不明の場合や、体重増加不良の場合に虐待を疑うことが多く、また、虐待疑い事例で親が治療に同意しない、子どもを無断で連れ帰ろうとする、医療機関と対立するといった場合は、児童相談所に特に一時保護を求めている。

乳幼児期の子どもに虐待を疑う場合、保健センターに連絡することが多い。保健センターは健診や予防接種等で子どもに関わりがあるほか、特定妊婦への支援をしており、各々が抱える課題支援を行っていることが多い。生活面への支援として保健センターが当該家庭に関わることの意義が大きいと感じている。

警察通報を考慮する基準として、骨折、原因不明の熱傷、頭部外傷、性的虐待、違法薬物の使用などの項目をマニュアルに定めている。医療者からすると、警察の役割は、処罰以上に「再発防止」ととらえている。虐待加害者、虐待加害が疑われる者にとって警察に事情聴取された重みは児童相談所による指導より重いと考えており、その視点から基準を定めている。

虐待を疑ったら、その多くで保護者に入院を勧める。例えば、誤飲や家庭内の怪我を理由に反復的に外来受診する事例、明らかな体重増加不良や受傷機転不明の怪我がある事例に入院を勧めることがある。入院に疑問を持つ保護者へは、「検査のため」「どのような理由で怪我をするのかわからないので、入院生活を通じて様子を見るため」といった理由を伝えている。通告することは保護者に予告しないため、不信感を持たれないように上手に説明することが大切である。年配医師による説明の方が保護者が納得する傾向にあり、適宜職員を代えながら説得している。保護者が子どもを連れて帰ると言う場合は、「帰る手続きもするが、別機関に情報を提供する手続きもする」と説明する。

一時保護委託の形で入院する場合は、身体的な損傷があることが多い。

入院期間は幅広い。ケースにもよるが、2週間、1か月、最長3か月がよくある期間である。半年、1年となることもある。一時保護されておらず同意入院の場合は、1、2か月が限度だと感じる。医療機関としても経過観察目的の入院を続けるには限界であり、入院を同意した保護者からしても2か月を過ぎると疑問を持たれる。一方、「預ける」ことでほっとする保護者もいる。子どもは医療費の自己負担が非常に少なく、乳幼児医療証があればさらに補助が出るため、長期入院となっても疑問に思われないこともある。

② 他機関との情報連携の機会

病院単独であると医療機関と行政の接点はケース対応のみだが、当医療機関がある市町村では児童相談所の主催で10年以上勉強会を実施している。最近はテーマによって参加したりしなかったりしているが、講師として呼ばれることもある。院内の児童虐待対応の啓発のため、市町村の職員に研修講師に来てもらったこともある。

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

① 医療機関と児童相談所の認識のギャップ

医療機関と福祉機関の対応判断の主軸が根本的に異なると感じることもある。医療者は子どもに生じている身体的な損傷や精神的なダメージが大きいほど対応すべきだと感じるが、福祉機関では、対応するためには法的根拠が必要だと考えられるようである。

このようなギャップが生まれる背景には、児童相談所における医療職の少なさがあると感じている。医療機関側での危機感が伝わるよう、医療に理解ある職員が配置されるべきだと感じる。数を増やすよりも、児童相談所内で発言権を持った立場で配置されることの方が重要である。一方、児童相談所は行政機関であるため、医療機関と異なり、職員の発言権が役職に紐づいているように見える。児童相談所の保健師等の医療職は非常勤であることも多く、あくまで参考意見としてみなされているように感じられる。

② 児童相談所における職員のスキル

児童相談所における担当者格差が大きいと感じる。医療機関でも担当医の説明力に差があり、説明の方向性がずれることが当然起こるが、医療の場面では複数の者が患者本人を見ているので、担当医のプレゼンがずれても、他の者が指摘したうえで全員の方針を決めている。一方、児童相談所では関係者から聞いた話を基に、患者の状態を見ずに処遇を決定することがある。子どもの状態を見ずに「家の中が片付いている」「育児の協力者がいた」等の聞き取った結果を根拠に安全を判断することは危険だと感じる。

児童相談所は人員不足ではあると思うが、職員数が増えれば良いわけではない。特にスーパーバイザーの判断能力には大きな差があると感じている。職員一人一人のスキルの向上が重要だと考えている。

5. 社会的入院事例

① 社会的入院に繋がりがやすい子どもの特徴

(1) 虐待の結果、障害が残り医療的ケアが必要な子どもの場合、(2) 一時保護をしておらず、児童相談所が虐待の判断に迷っていて処遇や方針を決めきれない場合の2パターンにおいて社会的入院に繋がりがやすい。反対に、上記以外の場合では、多少の入所待ちになることがあっても社会的入院になることは少ない。

(1) について、特に社会的入院として多いのは寝たきりで経管栄養が必要な子どもである。経管栄養はハイレベルな医療的ケアではなく、在宅ケアで対応できるものだが、保護者以外が医療行為を実施する場合は看護師・医師免許か特定の指示書がないと不可能である。一般的な乳児院では24時間常駐の医療スタッフがいないため、対応不可と言われることがある。また、人工呼吸器によるケアは保護者が在宅で実施可能とされるが、それが難しい場合には受け入れ可能な施設が稀であり、協力可能な医療機関において短期の入院を繰り返す子どもが多い。年齢層としては圧倒的に乳幼児が多い。当医療機関において多く受け持っているのは、このパターンの社会的入院である。

(2) については、例えば一時保護の条件を満たさないと児童相談所から言われることがある。虐待であることを示す鑑定書がなければ一時保護の判断ができないと言われる一方、医療者としては帰宅させることができないと判断した場合、社会的入院に至ることがある。

6. 社会的入院の解消に向けた対応案

下記5点が、社会的入院の解消を含む虐待対応全体の改善に繋がると考えている。

① 既存施設の増設および機能強化

既存施設の増設と機能強化が重要である。

受け皿が圧倒的に不足しており、WHOの「児童福祉施設を減らすべき」という方針には反するが、施設を増やさざるを得ないと感じている。特に高度な医療的ケア児を受け入れられる施設が足りない。ケアの質が高いほど長く生きられるため、高度なケアが必要な子どもが施設を出ていける見込みは非常に低く、新規入所できるのは現在の入所児童が亡くなった場合となるのが現実である。また、「社会的入院」に変わりはないが、療養型・慢性期病院に転院するという方法は一つの策として考えられる。現状、慢性期病院では子どもの受け入れが進んでいないが、整備されると受け皿となれる可能性がある。

医療的ケアがハイレベルでない子どもの行先を増やすには、施設に介護職を配置することが考えられる。指示書を基に介護職が医療的ケアに対応できるようになると、受け入れの余地ができる。看護職の方が医療で対応できる範囲が広いが、施設勤務を望まない人が多く、福祉施設での看護職の配置は厳しいと感じている。施設にとっても、給与水準が高い看護師配置を増

やすほど経営が厳しくなる。看護師の増員のためには、行政からの基準提示が必要である。よって、現状では介護職の配置が現実的な策となりうる。

② 虐待に対応できる医療者情報の整備

虐待と事故の判別がつかず一時保護ができない子どもの場合、医師に意見書が求められることがあるが、医師の業務都合から迅速に対応できないことがある。現状、同じ医師の元へ複数ケースの意見書を求められているため、意見書作成に対応できる全国の医師を一覧化したり、児童相談所と連携できる医師を確保したりする工夫を自治体ができるとうい。

③ 施設と医療の連携体制

乳児院や児童福祉施設の受け入れ時に、医療機関によるバックアップ体制が確立されると良い。医療機関を数か所準備し、24時間365日どこかは対応できるような契約ができれば、施設も安心できると思われる。施設契約として「呼ばれたらすぐに訪ねる」往診医と看護師がいれば、普段医療職がない施設でも、医療的ケアが必要な子どもを受け入れられる可能性が高まると考える。

④ 社会的入院の問題性の浸透

社会的入院の一番の問題点は、子どもたちにとって病院が生活の場として適さないことにある。病院では、子どもの最低限の発育は考慮されるが、発達の刺激を与える環境とはなり得ない。特に今年度はコロナウイルスの感染症対策でスタッフもマスクを着用しており、子どもは大人の口の動きが見られない。言葉を覚えられず、表情も分からない中で育っていかなければならない。

しかし、保護者によっては、施設入所よりも入院の方が保護者に向けられる印象と金額面でメリットがあると捉えることがある。例えば入院であれば、子どもを取り上げられた印象がなく、逆に「大変な子どもである」ことのアピールになる。一方、施設入所の場合には保護者自身が育てていないことに焦点が当てられる。また、入院では乳幼児医療証が使えるが、同意のもとで乳児院に預けると施設利用料を支払う必要がある。保護者のイメージを傷つけず経済的な「入院」と、その逆の「施設入所」を比較し、前者を選択する保護者がいるのが実情である。

病院が子どもにとって良い環境ではないという意識が広まる必要があると感じている。

⑤ 福祉枠の病床の整備

医療機関は医療保険制度で成り立っている。虐待の疑いで子どもを入院させることは、医療機関の経営を圧迫させる一因となっている。病床の一部を福祉枠として自治体と契約し、福祉のベッドとして一定数扱えるようになると、経営上の問題点が緩和されると考える。ただし、

これは医療機関にとって都合の良い策である。この策を取る場合、福祉ベッドに移ると看護師の配置が減り保育士が充実するといったように、子どもにとっても有益な形にすることが必要不可欠である。

No.	A-2	ヒアリング日	2020年12月25日
カテゴリ	児童相談所		
職員数	約60名		
ヒアリング 担当者	次長兼B課長 1名 保健師 1名		

1. 組織概要

当児童相談所は、都道府県が設置した組織である。当該自治体は複数の児童相談所を設置しており、そのうちのひとつである当該児童相談所には、非常勤職員を含めると約60名の職員が在籍している。

2. 虐待対応体制

当児童相談所には、組織の責任者として所長とその次に次長兼B課長を配置、その下に、「A課」「B課」「C課」を置いている。「A課」は総務担当部署であり、配偶者暴力相談支援センターを併設している。行政職および児童福祉司の他、DV相談員を配置している。「B課」は、人員増加に伴い令和2年度から組織改正し、児相相談所に入るすべての相談受付や初期対応を中心にを行うB1課と、主に地域を担当するB2課の二課制とした。各課には児童福祉司と児童心理司を配置し、B課には保健師および市町村との調整担当職員、青少年相談担当児童福祉司、非行担当児童福祉司、警察官OB2名を配置している。「C課」では、施設入所・里親委託等被措置児童への対応や家族再統合を目指した保護者への支援、里親相談に関する業務を行っており、児童福祉司と児童心理司に加え、里親担当職員を配置している。

通告があると、「B課」が児童虐待通告受理および初期対応（調査、アセスメント等）を実施する。その後、近年件数の多い面前DVに関する警察からの通告をはじめ比較的軽微な事案は引き続き初期対応班が対応するが、重症度の高い事案に対しては地区担当に移行する。通告後の調査、アセスメント、一時保護まではB課が担い、施設入所（里親委託）したケースは「C課」に移行する。

「B課」に所属する保健師は、ケースの特性に応じて児童福祉司とともに家庭訪問などの対応をしている。当児童相談所の歴代の次長兼B課長がケースの特性に合わせて保健師に同行指示を出してきたことから、同行訪問が自然なものとなっている。当該保健師は、児童相談所に配置される以前は保健所などで地域の母子保健業務に長く携わっており、児童相談所では外傷や体重増加不良など医療的な視点が必要なケースや乳児ケース、保健センターから情報の入る特定妊婦ケース、育児不安が強いケース、性的虐待や性非行といった性的問題に関するケースについて、通告受理後に行う処遇会議から関与することが多い。

3. 児童相談所・関係機関との連携状況

① 通告・対応について

医療機関から児童相談所へ通告される内容として多いものは、①頭部外傷や骨折（身体的虐待）、②発育不良（ネグレクト）、③保護者による医療拒否（医療ネグレクト）、④保護者による子どもへの不適切な関わり（ネグレクト、マルトリートメント）、⑤飛び込み出産などが挙げられる。③については、完治の見込みがないと医療行為を保護者が拒否する場合や、入院期間中に強引に退院させようとする場合が含まれる。①～⑤のようなケースについて、医療機関から直接通告されるほか、市町村の家庭児童相談室や保健センターに相談した後に、市町村において重症度が高いと判断された場合や、養育が極めて困難であるとみなされた場合は、改めて児童相談所に通告されることもある。

医療機関からの通告の場合、子どもに対する医療的調査が必要となる。児童相談所が医療情報を正しく理解するため、電話ではなく、医師や看護師、MSWに直接会って調査をしている。骨折の場合はエックス線写真などを見ながら医師から説明を受けることも多い。そうした説明の場には児童相談所の担当児童福祉司と保健師が同席している。その後、児童相談所内で処遇会議を開く際には保健師が解説役となっている。

医療と福祉が連携するにあたっては、医療と福祉の双方の視点を持つ人材がいるとスムーズに進むと感じている。医療機関側からは、MSWに長期入院の難しさや保護者対応など医療の実情を説明してもらっている。そうした医療の事情について、児童相談所では保健師等の医療職が所内で共有できるよう説明する役割を担っている。また、医療機関に対しては、児童相談所の保健師がMSWや医師に対して、児童相談所の対応経過を報告するなど、通訳のような役割を担っている。

② 退院について

まず、入院中の子どもについての通告を受けた場合、児童相談所としては「家に帰せるのか」、「施設入所等長期の保護が必要か」、「保護者との面会をさせて安全なのか」についての判断が大切だと感じている。

医療機関が退院できる状態と判断している場合でも、児童相談所はその後の方針として、家庭復帰が難しいと判断した場合、一時保護を行う。家庭復帰の場合は、調査を踏まえて、在宅における見守り体制が確保されているなど、児童が安全に生活できると判断した場合となる。

一方、入院の継続が必要な場合は、一時保護を行うだけでなく、他の医療機関への転院が必要かどうかについても検討している。子どもの状態から、医療機関と調整の上、引き続き同じ医療機関で一時保護を行った上での入院を行う。一方、一時保護を機に転院させることもあり、最初の医療機関と保護者の関係性に課題が生じた場合や、子どもの安全確保が困難な場合である。具体的には、保護者が家庭の都合で強引に退院を迫る、子どもを無断で連れ帰ったりするリスクがある等である。

以上のように、一時保護の場としてどこが適切であるかについては、医師の意見を聞くとともに、子どもの身体の状況や子どもの置かれている環境を踏まえ、虐待の再発の可能性を考慮し、決定している。

なお、状態が安定しており継続的な入院治療は必要ないものの、「医療的ケア・医療的配慮」が必要な子どもの一時保護を行う場合は、通告があった時点で、医療機関に入院期間の見通しを必ず尋ねている。初期調査の結果、一時保護が必要となった場合には、すぐに次の行き先（入所施設等）を探すようにしている。入院期間中に次の行き先を確保できることが理想だが、医療行為の対応が可能な施設は限られており、空きがないことも多い。その場合は空きが出るタイミングを施設に伺いつつ、状況を MSW や担当医師に伝えて入院期間の交渉を続けている。このように、退院後の処遇について、最初からある程度目途をつけておくことが重要である。実際に、当児童相談所管内の某医療機関と連携したケースにおいては、医療機関側の了解を得た上で、受け入れ候補施設の看護師および医師（院長）に医療機関に赴きいただき、直接子どもの病状を確認してもらい、受け入れが可能かどうか判断してもらったこともある。

③ 他機関との情報連携の機会

医療機関との定期的な情報連携の場については特に設けていない。

医療機関が関与しているケースの医療機関との連携については、当該保健師が対応することが多く、実質的な医療機関との情報連携の窓口兼キーパーソンとなっている。具体的には、そのようなケースが入院期間中できるだけ面会に足を運び、退院の時期や、入院延長の場合の理由などをこまめに確認している。医療機関側の考えを知り、お互いの理解を深めながら、顔の見える関係を築くように心がけている。

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

① 児童相談所職員の人材育成

近年、児童相談所の人員は増員されているが、人事異動があることも踏まえ、人材育成が課題となっている。特に、医療機関からの通告に対応するためのノウハウの蓄積に課題を感じている。医療機関との連携においては児童相談所の保健師などの医療職が力を発揮するが、児童相談所における医師または保健師の配置は、定められてから日が浅い。各児童相談所の実情に合わせて、児童福祉司として配属されている保健師も全国的には存在していると聞いている。児童福祉司も様々な研修を通じて医療側への理解を深めていっているものの、よりスキルを向上させてゆくことが望ましいと感じている。

② 社会的養育を行う施設の不足

社会的養育を行う施設が全体的に不足している。特に、医療的ケアや医療的配慮、特別な治療食が必要など、医療機関で対応できても児童福祉施設で対応することが難しい子どもについての受け入れ枠が少ないと感じる（医療型障害児入所施設等）。また、年齢が若い子どもについては、医療機関併設型の乳児院退院後の行先の調整に苦慮したり、子どもの発達特性の観点からの適切な支援を十分にできないという理由で、受け入れ先の施設が見つからなかったりすることがある。

さらに、医療機関における入院治療が終了したものの、子どもの状態により一定の医療ケアを必要とするが、乳児院や児童養護施設等における職員配置では十分な対応ができない、いわゆる「医療と福祉の狭間にある対象児童」に対応できる施設は限られており調整は難しく、子どもの入所先の確保に苦慮している。

③ 「一時保護」に関する医療機関側の理解

一時保護や退院に際して、医療的な判断と児童相談所の判断が一致しないことがある。医療機関によっては、保護者との関係上、医療機関に子どもが入院中に一時保護を行うことに協力が得られなかったり、当該医療機関とは関係のない場所での一時保護を行うよう医療機関側から求められたりすることもある。子どもにとって負担とならずに安全に一時保護ができるよう、一時保護については福祉側の考えも考慮してほしいと感じる。

5. 社会的入院事例

① 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴

現時点では、当児童相談所が対応する子どもにおいて社会的入院となっている事例はない。

社会的入院の回避のための工夫として、最初から「先を見越して動く」ようにしているためである。特に医療が必要な子どもであれば、退院後の受け入れ施設との連携が重要である。子どもの状態や受け入れ希望時期について施設側とこまめに情報を共有し、一緒に悩みながら検討を進めている。施設との調整窓口は、当該保健師が担っているが、ケース全体を把握する担当児童福祉司と協力しながら進めている。

しかしながら、家族再統合がかなわないケースが増えている現状や、施設の負担や空きを踏まえると、今後社会的入院を必要とする事例が発生しないとは言いきれない状況である。

6. 社会的入院の解消に向けた対応案

① 多職種・多機関連携による長期的な福祉支援

社会的入院のうち、家庭復帰が見込めないケースについては、児童相談所、医療機関、施設の三者で方針を考えていくことが望ましい。三者が一堂に会することは容易ではないが、例えば当児童相談所では、退院に向けたケースカンファレンスに児童相談所や施設が出席し、施設側の懸念や退院後のフォロー、再受診の必要性などについて確認するよう心掛けている。

一方、少しでも家庭復帰が見込めるケースについては、この三者に加え、当事者である保護者、市町村など地域の福祉サービス関係機関が入り、在宅支援の観点も含めて議論し、家族再統合を図ることが理想だと考えている。

② 現状「行き場のない子ども」に適した居場所の用意

親と離れて暮らさざるを得ない子どものうち、適切な行き場がなかなか見つからない子どもがいるのが実情である。医療的配慮が必要な子どもや、身体的には健康でも自傷・他害のリスクがあり常に誰かが目を配っておく必要がある子どもなど、前述したどの種別の児童福祉施設でも受け入れが難しい、いわゆる「医療と福祉の狭間にある対象児童」が存在する。そのような子どもたちに適する場所がどういったものなのか考え、用意していく必要があると感じている。

No.	B-1	ヒアリング日	2020年11月30日
カテゴリ	医療機関		
病床数	約400床（一般）		
ヒアリング 担当者	小児科部長 1名 小児科医長 1名（乳児院嘱託医） 医療ソーシャルワーカー 1名 ※「7.併設の乳児院における実態と課題」以降の担当者 院長 1名 スタッフ 2名		

1. 組織概要

当医療機関は一般病床が約400床の総合病院である。小児科医は10名、MSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー）は9名在籍している。

2. 虐待対応体制

1980年代半ばから虐待対応をしており、CPT（Child Protection Team：病院内子ども虐待対応組織）は置いていない。「虐待の疑いがある」と考えられたら、子どもに関わる職種の職員から小児科の中核医師（3～4名）の誰かに連絡が来るようになっている。

連絡があったら院内状況を把握し、「危ない」と感じた場合にはすぐにケースカンファレンスを開く。カンファレンスには多職種が出席する。①主治医、②責任者（医師）、③担当看護師、④MSW（小児科在籍2名）が基本で、⑤臨床心理士（在籍3名）も頻繁に出席する。⑥子ども療育支援士、⑦事務方も出席することがある。院外から呼ぶ場合には、⑧児童相談所、⑨地域の保健センター、⑩保健所、⑪子ども家庭センター、⑫市町村の障害福祉課、⑬教育委員会、⑭児の通う保育園や幼稚園・学校の担当者、⑮療育センター・事業所、⑯障害支援センター、⑰訪問看護ステーション、⑱児童委員・民生委員、⑲警察が参加することがある。当院主導で行う場合は当院でカンファレンスを開くことが多いが、児童相談所に調整役を担ってもらい院外（児の通う学校や自治体施設など）で行うこともある。

子どもの見立てをするためには、複数職種、複数の目で確認する方が良いと考えている。虐待が疑われる保護者に見られる特徴として、対応相手によって「見せる顔」が異なることがあるためである。

当院において虐待対応は珍しいものではなく、頻度としては月に3回程度くらいはケースカンファレンスを開いている。外来で「怪しい」と思ったら指一本の火傷でも入院させている。そういった場合の入院の目的は「一時保護」である。

外来で虐待の疑いが見つかる場合、主訴はネグレクトやマルトリートメントが多い。入院している場合はネグレクト、心理的虐待がほとんどだが、性的虐待も時々見つかることがある。頭部外傷や大きなたんこぶがあるなど身体的虐待が疑われる子どもの場合には、小児科でスクリーニングをし、必要に応じて脳神経外科と連携している。皮膚科、整形外科、脳神経外科や、時には総合受付や救急外来のスタッフからの連絡や問い合わせもある。

3. 児童相談所・関係機関との連携状況

① 通告について

主治医が必要と判断した場合、すぐに児童相談所に報告・通告を行う。基本的には虐待を疑う場合全件通告をしている。主治医が通告をする。保護者には、通告することを事前に伝えている。正直に、「不自然に大きい怪我があるお子さんは全件児童相談所に連絡することになっている」と説明している。

通告先としては、子どもの安全を強制的に確保する必要がある場合は児童相談所がふさわしいと考えている。特にすぐ行動してほしいと医療機関側が考えても児童相談所が異なる見解を持つ場合は文書通告を併用している。症状が重いケースであれば、児童相談所に相談したうえで警察に通報する。心身への影響が明らかなネグレクトや身体的虐待が疑われればすぐに児童相談所に通告するが、マルトリートメントの疑いの場合はまず保健センターに連絡し、情報収集をする。その後、院内で再度対応を判断している。最終的な対応はケースカンファレンスで決めることが多い。以上のとおり、初めの連絡先は程度や状況により保健センターか児童相談所となることが多く、最初から自治体の子育て支援課などに連絡することはあまりない。

逆に、児童相談所から一時保護依頼が来た場合には積極的に受けている。依頼されてケースカンファレンスの場を設けることもある。こういった場合の虐待種別は身体的虐待がほとんどである。

② 退院後の支援の引き継ぎ

虐待を疑った子どもの退院後の処遇についての最終的な判断は児童相談所に仰いでいる。

退院先に関しては児童相談所に検討してもらうことが多い。特に身体的虐待の場合、退院先を決定するのは必ず児童相談所である。児童相談所による介入が不要と考えられる場合は、保健センターに引き継ぎ、家庭の見守りの体制を整備してもらうことが多い。具体的には、①養育に不安がある、②保護者に精神疾患がある、といった場合である。保健センターが関わるケースでは、市町村の子育て支援担当部署の職員も対応に加わる。家庭復帰後も定期的に確認ができるような状態を作り、必要に応じて数カ月おきにケースカンファレンスを開くようにしている。

年間 19 万件の通告数に対して児童養護施設の入所可能数が明らかに不足しており、在宅指導を前提として退院せざるを得ないのが現実である。ただし在宅指導が常に「やむを得ない対応」というわけではなく、例えば医療的ケア児の多くは在宅医療の範囲で対応できると考えている。そのためには在宅指導の体制整備が必須である。具体的には、①子どもの疾病②保護者の精神状態③家庭への支援・指導体制の3つである。①に対しては、当医療機関に対応できるスタッフがいるが、人員が不足していると感じている。②に関連して、育てにくさのある子どもの保護者は、子どもの疾患や状況を受容できていなかったり、精神的に不安定になっていたりする場合が考えられる。基本的には精神科が対応することが望ましいが、当医療圏内には精神科医が少ない。③について、虐待防止は児童相談所が担うことが適切だと考えている。

③ 他機関との情報連携の機会

保健センターとの間では子どもの情報を共有することが多い。要保護児童対策地域協議会には小児科医を呼ぶ義務が児童福祉法の規定にないため、当院から参加することはない。

当該都道府県では、自治体の主導の下「児童虐待防止医療ネットワーク事業」が実施されている。一部の精神科、児童相談所、保健センター等が参加している。夜間に開催され、参加者同士の情報交換が十分になされている。

最近の活動成果としては、コロナ関連で小児の入院先が必要になった際の受け入れ可能病院のリスト作成がある。一般小児だけでなく、児童相談所絡みの入院依頼にも対応できる内容であり、当該都道府県の新型コロナ対策本部で利用されている。

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

① 医療機関と児童相談所の認識のギャップ

当医療機関と児童相談所でケースに対する評価が異なることがある。児童相談所にとっての対応基準は「死に関わるかどうか」で、そうでないケースの優先度が低く捉えられているように感じる。例えば小児科医が児童相談所に連絡すると、その後児童相談所から MSW に「それは虐待か」と確認されることがある。医療機関としては、「目立たない」症例ほど早く介入した方が長期予後は良く、虐待の連鎖を防ぐことができるため、介入権限を唯一持つ児童相談所が動いてくれることを望んでいる。多職種の場合会議で慎重な経過観察が必要と判断されても児童相談所側が同意せず、止むを得ず児童相談所抜きで経過を見なければならぬ場合が一番困っている。

こうした認識のギャップが生まれる背景には、児童相談所の業務量過多、業務内容と待遇の不均衡、専門性のばらつき（相談員間の臨床経験の差）等があると考えられる。また、児童福祉法の不備に起因することではあるが、要保護児童対策地域協議会に現場の事情に詳しい小児科医が含まれておらず、現場の意見が汲み上げられていないと感じている。

5. 社会的入院事例

① 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴

当医療機関における社会的入院の多くは、マルトリートメントや保護者の養育力不足を理由に家庭に帰せないケースである。入院期間は3週間以内が多い。そういった社会的入院に繋がりそうなケースは、入院した早い時期に気がつくので早めに関係機関等と方針を決めるようにしている。その中でも医療ケアを必要とする児の入院期間は長くなりやすい。

また、医療的ケアが必要であるが、さまざまな理由で親権者が在宅で見られない場合施設待ちとなる社会的入院ケースもある。

また、数年前から産婦人科とともに当院で出産する妊婦で出産後児の養育支援が必要（虐待のリスクが高い）と判断されるケースを早期にピックアップし、対応にあたっている。実際、来院する妊婦の1～2割ほどが養育支援が必要と判定され、児の出生後は地域や当科でフォローされている。

② 社会的入院事例

年単位で社会的入院したケースが過去にあったが、医療的ケア児で施設の空き待ちを理由とするものであった。

1か月健診や2週間健診の際にマルトリートメントや保護者の養育困難などが発覚し、一時的に子どもを入院させ、保護者の精神的な状態を安定させたくうえで養育環境を整え退院させるケースもある。例えば、母親が体調を崩し、父親に子どもを世話することが難しいケースが該当する。この場合、入院期間は1～2週間程度で、その間に医療機関が情報収集・支援検討をする。

6. 社会的入院の解消に向けた対応案

下記4点が、社会的入院の解消を含む虐待対応全体の改善に繋がると考えている。

① コーディネート役の割り当て

社会的入院の妥当性の判断を含め、虐待ケースを評価・コーディネートする役割を担う機関がないことに問題がある。新設するのではなく、既存の機関を拡充する形で対応できると良い。本来は児童相談所がそうした役割を担うものだと思うが、業務過多により機能していないと感じる。

② 医療機関で得られる情報の活用

医療機関は、乳幼児健診や予防接種で被虐待児との接触機会がある。そうした場で得た情報を要保護児童対策地域協議会で共有できれば、虐待の予防に繋がると感じている。保健センターでも気がかりな家庭を把握しているため、地域の他の医療機関に情報連携ができれば良いと考える。

また、乳幼児健診は被虐待児との貴重な接点となるため、より頻度を上げて義務化すべきである。乳幼児健診は1歳6か月と3歳児で義務化されているが、2週間、1か月、3か月、以後3か月ごとに1歳まで、その後は就学まで半年ごとの健診が義務化されることが望ましい。法律上の義務があれば、来院しない家庭に連絡や訪問をすることができる。また、当医療機関が外来観察を続ける際の理由としても使える。

併せて、就学を境にそれまで関わっていた機関や人材が大きく入れ替わってしまうことにも大きな課題がある。

③ 社会的養育の施設・サービスの拡充

養育意思のある保護者であれば、養育能力が低くても子どもを家に帰したうえで、様々な社会資源を活用して支援をしたほうが良い。しかし、社会資源のうち、発達障害児向けの通所施設は整備が必要だと感じる。当医療機関がある地域の発達障害児向けの通所施設は子どものニーズに合ったサービスが提供できない場合があり、近隣都道府県の施設に通う発達障害児も多い。

養育意思がない保護者の場合は家に帰せない。その場合は施設への入所となるが、医療的ケア児向けの施設を中心に、行先となる社会的養育の施設が不足している。施設自体を増設するか、既存施設に設備や人員を増やす必要があると感じている。

④ 保護者の心理的・精神的支援

虐待は子どもの養育環境が十分整っていないことを理由に起きている。対応策の一つとして、保育所や幼稚園の職員の保護者対応スキルを向上させることで、虐待予防に繋げることが有用ではないかと感じる。もう一つとして、心理的・精神的な障害のある保護者へのケアの担い手を作ることが大切である。現状でも存在しているが、有効かつ十分に機能しているとは言えないと考える。

7. 併設の乳児院における実態と課題

当医療機関には乳児院が併設されており、被虐待児等の受入にも重要な役割を担っている。

① 組織概要

乳児院は、病院併設型である。定員は30名で、うち医療的ケア児の定員は4名である。現在の入所者数は26名で、うち3名が医療的ケア児である。医療的ケア児の残りの1名枠も既に予約されている。

医療的ケア児の対応のためにスタッフを多く配置しており、看護師12名、保育士23名、栄養士・調理師7名、事務3名、社会福祉士1名、臨床心理士1名、嘱託医1名が配置されている。医療的ケア児対応乳児院として、県から人件費補助を受けている。

② 入所児の特徴

入所児童に見られる特徴としては、飛び込み出産（未妊健）により出生時にハイリスクを抱えていることがある。また、主たる養育者の母親に精神的疾患があり、養育困難を訴えて児童相談所や地域の保健センターなどに相談して入所に至る場合や、生活困窮家庭など、入所の経緯は様々である。最近では外国籍の児童も増えており、言葉、習慣、文化、宗教などの違いにより保護者、児童の支援に苦慮している。

入所している医療的ケア児の具体例を挙げると、在宅酸素や経管栄養（胃ろうを含む）、人工肛門などである。ただし人工呼吸器を付けている児童、気管切開の児童は入所できない。そうした児童は医療型障害児入所施設での対象となる。過去10年ほどで、医療的ケアから直接在宅移行したのは4ケースであった。残りの多くは他の施設に異動した。

虐待種別として多いのは、面前DVによる心理的虐待の通告からの入所である。認識力の低い幼い児童に対する面前DVであっても、警察への通報が繰り返されるような状況では養育上問題があることに変わりはなく、一時保護に至る。こうしたケースは家庭復帰も早い。保護者が「二度としない」と宣言することで家庭復帰がかなう。明らかな身体的虐待やネグレクトは年間に数人である。身体的虐待により乳児院に来るケースは、頭部外傷（硬膜下血腫、出血、骨折）や四肢の骨折、火傷など命の危険があるレベルまで外傷を負った場合である。障害者手帳を持てるレベルの疾患を持つ児童もおり、身体的虐待のケースはなかなか家庭復帰ができない。

乳児院では法律上、就学前まで入所できる。概ね3歳までには退所の方向性をつけて家庭復帰・児童養護施設異動・里親委託のいずれかに繋ぐ。3歳前後で新規入所することは少ない。

入所期間は、短いケースだと1か月程度である。母親が入院中で児童をケアする家族が他にいない場合や、予期せぬ妊娠をした場合、乳児院入所後にやはり引き取りたいと申し出があった場合等が該当する。長期入所予定であっても、保護者の努力の結果早期に退所になることもある。一方、長いケースでは3、4年となる。

家庭復帰にあたっては、経済的な問題の場合はその問題が解決されることで道筋が立つ。虐待の疑いがある場合は対応が慎重になり、サポートできる人の存在を見極める。実父母でなく祖父母が養育を担うこともある。

家庭復帰できない児童の異動先は別の施設となるが、先天性疾患や基礎疾患、発達遅滞などが疑われる児童は児童養護施設からは受入を断られることがある。年齢超過で過ごしながらか、里親に預けることもかなわず、就学年齢ぎりぎりでの施設異動になることがある。就学年齢ぎりぎりの児童になると、施設内での生活（遊び等）が難しくなるため、デイサービスに通所して発達支援を受けたり、幼稚園に通園させたりなど児童に合った支援を行っている。毎日のことなので、乳児院にとっては送迎等の負担が大きい。

③ 施設が抱える課題

大きく4つの課題を感じている。

1点目に、職員確保に苦慮している。職種は看護師、保育士、栄養士、調理師、保護者と児童を支援する職員など全般的に職員不足である。女性が多い職場であるため、育休や産休で一時的に欠員することも課題である。継続的に職員が働けるような工夫が必要であると感じる。病院を受診している児童も多く、予防接種や定期健診等を含め当乳児院から年間1000回ほど受診している。当乳児院には嘱託医もおり、病院併設であるためまだ恵まれているが、入院・通院の付き添いの業務負担は非常に大きいものである。

2点目に、乳児院では、2歳未満、2歳、3歳以上で措置費の単価で運営されており年齢があがると単価が大きくなるため、3歳以上の児童が数名いることで運営に大きく影響する。また乳児院には、暫定定員制度があり一定期間定員より入所児童が少ない期間が続くと措置費収入が減らされることから施設は厳しい状況になる。

3点目に、乳児院退所後の施設不足がある。特に知的障害児向け入所施設や障害者入所施設の増設を望んでいる。知的な発達の遅れがある場合や障害者児童の受入施設は極めて少なく、県外施設へ異動することもあるのが実情である。近年、児童養護施設は小規模化が推進され、定員数が減らされる傾向にある。そのような児童養護施設に受け入れてもらうことは極めて難しいと感じている。

4点目に、受入に関して、児童相談所からの事前情報と実際の状態のギャップに戸惑うことがある。児童相談所は社会的入院を解消するために症状等を軽めに伝えることがあったり、保護者の状況を把握できていなかったりすることなどもある。受入れ体制を整えるためにも、正確な情報を提供してほしいと考える。

No.	C-1	ヒアリング日	2020年1月8日
カテゴリ	医療機関		
病床数	約 500 床		
ヒアリング 担当者	小児科医 1名 医療ソーシャルワーカー 1名		

1. 組織概要

当医療機関は一般病床が約 500 の総合病院である。小児科医が 32 名、MSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー）が 4 名在籍している。

2. 虐待対応体制

当該医療機関では、2010 年に CPT（Child Protection Team：病院内子ども虐待対応組織）を「こども安全委員会」という名前で設置した。構成員は約 30 名で、小児科、新生児科、産科、脳外科、形成外科、整形外科、眼科、耳鼻科など多数の診療科から、医師、看護師、事務職、MSW、公認心理士などの多岐にわたる職種で構成される。委員長は小児科の診療科長、副委員長は神経小児科医が務めている。いわゆるコアメンバーは周産期・小児領域の職員を中心に、委員長、副委員長＋医師 4～5 名、MSW、看護師、公認心理士など数名が含まれる。

毎月発生した新規の虐待疑いケースについて、基本的には月例会議で話し合っている。ケース発生時には臨時会議も随時開催され、コアメンバーが参加している。年度開始時と年度末の年に 2 回、全員が集まる全体会議も開催している。事務を担当する部署に警察 OB の職員がおり、当該職員も全体会議に参加している。なお、当該職員には警察に情報連携すべきか相談したり、警察へ連絡してもらったりする他、児童相談所に通告する旨の告知時に保護者や親族が暴れた場合の対応などをしてもらっている。

CPT 発足時に虐待対応のマニュアルを策定している。マニュアルは、職員が PC でカルテを立ち上げると表示される、CPT のポップアップウィンドウから閲覧できるようになっている。マニュアルでは、診療した子どもの安全が疑われた場合には CPT に連絡することが定められており、連絡窓口は主に MSW が務めている。実際には平日は MSW、土日・祝日は小児科医に連絡が入った後 MSW に改めて情報提供されることが多い。詳しい情報動線がわからない場合、CPT のコアメンバーとして院内に知られているメンバーに連絡が入ることもある。当院では救急外来に来院した小児の外傷患者は小児科医が全て初期対応するため、外傷、ネグレクト、家庭内事故等の患者は小児科医がほぼ把握している。そのため、心配な親子の情報は CPT に伝わりやすい仕組みになっている。

CPT では、子どもの安全が阻害されると疑われるケースを全て扱う。外傷の受傷機転に違和感がある、頻回の怪我をしているといった場合も含まれる。数にして年間で平均 200 件前後のケースを扱っている。

3. 児童相談所・関係機関との連携状況

① 通告～対応について

当都道府県では虐待に関して「緊急度アセスメントシート」を定めており、フローチャートに則って通告先を判定している。

生命の危機がある場合は、児童相談所に通告することとなっている。ネグレクトや保護者の養育能力不足、家庭内事故といった、保護の必要はないが市町村に状況を把握しておいてもらいたい場合は市町村に通告をしている。そのほかの支援の枠組みで対応することが望ましい場合や未就学児の場合は、保健センターに通告することもある。保健センターへの連絡を通じ、予防接種歴や健診の受診歴、子どもの所属情報も確認している。

児童相談所への通告は基本的にCPTのメンバーが行う。CPTのメンバーは、子どもの主治医にならないことが定められている。通告と治療を同じ医師が担当すると、治療を行う主治医と保護者との関係性が損なわれるリスクがあり、実際に以前そのようなトラブルが何度も起きていたことから、CPTの発足とともに役割を明確に分けた。これにより、主治医の心理的負担や、通告後に保護者に治療の話ができなくなるリスクを下げることができると感じている。

虐待を疑うと、何らかの理由で入院の形を取ることが多い。その後、時間をかけて情報収集や関係者調整を行っていく。入院してもらう際には、保護者に「ケガの状態の経過を見たい」「他に問題がないか確認したい」「身体に異常がないか確認したい」などと説明している。異物誤飲などでは「自分で飲み込みできるか確認しておきたい」などと説明すれば保護者にも納得してもらえる。薬物を飲んでいる場合は「薬の影響が取れるまで〇〇日かかる」などと説明している。通告や他機関に情報を連携することについて、早い段階で保護者に話すと入院継続が困難になることがあるため、退院直前に説明することが多い。入院を拒まれる場合は、帰したうえで外来の再受診を促すが、無断で再受診しなかった場合は情報提供という形で各機関に通告している。最終的に児童相談所から一時保護委託されるケースも多くある。

軽症ケースでは、入院ではなく、翌日に一般外来で再受診してもらうようにしている。その際、再発防止のために市町村へ繋ぐことを保護者に必ず伝え、了承を得ている。他機関に通告や連絡をする場合、医療機関でしか知りえない情報を伝えることになるため、「どこからの情報か」が保護者にすぐ判明してしまうためである。保護者の了解を得ていないと動けないと言う市町村もある。以上を踏まえ、全ての通告は、保護者に説明したうえで行っている。なお、通告を保護者に伝えるタイミングは、子どもを危険にさらす可能性を高めないように、十分留意している。例えば、保護者に通告を伝えるタイミングよりも少し早く通告し、児童相談所の職員が近くにいる状態で保護者に告知をするなどしている。

② 退院について

治療の継続が不要で、地域の支援に繋がっていれば、医療機関の関与は終了すると考えている。

しかし、実際には関与をスムーズに終了させることは難しい。背景には、子どもの退院先の調整が非常に難しくなかなか退院できないことがある。調整が特に難しいのは医療的ケア児である。当医療機関には、医療的ケアが必要で、年単位で社会的入院をしている子どもが10名近くいる。また、新生児・乳児も調整に時間を要する。乳児の行き先は乳児院だが、身体が小さすぎると感染症への抵抗力がないため、受け入れ可能な体重下限が決まっていることが多い。当医療機関では飛び込み出産の取扱い件数が多く、身体の小さい新生児を扱うことも多いが、当地域においては乳児院のニーズに対するキャパシティが圧倒的に足りない。

子どもの退院後に、医療機関が関わり続けた事例もあった。AHT（Abusive Head Trauma：乳幼児の虐待による頭部外傷）疑いのケースで、子どもの退院後も家庭環境が不安定で、3年ほど保護者に外来で通院を継続してもらった。なかなか児童相談所が関わってくれなかったが、最近になって関与してくれるようになり、病院の関与を完了できる可能性を感じている。

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

① 担当者の交代による情報連携不良

児童相談所では年度が改まると担当者が交代することがあり、これまでの情報のやり取りがリセットされることがあると感じる。特に、長期入院児の対応の際に情報連携がうまくいかないことが多い。最近あったケースでは、施設待機が長引いていた子どもの担当者が交代し、連絡を取ったところ、距離を理由に3か月前に施設入所を断られていたことが発覚した。

② 児童相談所における医療的知識の不足

福祉の立場の児童相談所に医療的知識がないことを理由に、治療や医療的ケアなどの「医療」が必要な子どもについて、子どもが家庭復帰できそうか、施設入所が望ましいかといった児童相談所が判断すべき点まで医療機関に判断を委ねられていると感じることがある。また、「治療の要否」と「子どもの安全状況」は区別して検討すべきだが、その感覚が児童相談所と噛み合わないことがある。特に担当者が交代したばかりの時や、経験年数が短い担当者の場合にはそうした齟齬が起りやすい。

医療の部分では、保健師など保健系の職員、心理職の職員とは比較的話が通じやすいと感じる。社会福祉士や精神保健福祉士等は異動があり、経験年数が短い場合も含め、コミュニケーションが難しいと感じることも多い。

5. 社会的入院事例

① 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴

子どもの医療的な状態という観点からは、気管切開で人工呼吸器をつけているなどの医療依存度が高い子どもや、医療的管理は経管栄養だけだがその他の要因で手がかかる子ども等が特に社会的入院に至りやすい。施設が受け入れることが難しいためである。

家族背景も社会的入院の要因となり得る。例えば、NICU（新生児集中治療室）による親子分離経験は、家庭復帰の難易度を上げていていると感じている。子どもがNICUで治療を受けていると、保護者がそこに通って子どもとの関係を構築していくのが一般的だが、実際には、保護者が子育ての感覚を持てなかったり、愛着形成がうまくいかなかったりすることがある。当院の場合、NICUから退院できる状態になってくると、医療的なケアが必要な子どもの場合、新生児科から小児科に引き継ぎ、家庭の引き取りに向けた調整が始まる。この時点では、保護者は家に引き取る意思を持っていることが多い。しかし、家族がケアのノウハウを取得したり、在宅ケアの現実を知ったりすると、保護者が子どもから徐々に離れていってしまう場合がある。実際に面会には来るものの、理由をつけて家庭復帰の先延ばしを繰り返す家庭がしばしば見られる。

医療機関側から施設入所を積極的に勧めることはできないが、さまざまな理由から家庭に帰せないと判断できる場合は、施設入所に切り替えることもある。

保護者から、病院が「安全な環境で育ててくれて、気軽に面会できる」と認識されている気がしている。病院は本来、生活の場ではない。基本的にベッドで暮らし、移動できたとしても別棟にあるリハビリ室までという程度である。コミュニケーションスキルを培うこともできない。そういったことを保護者はなかなか理解してくれない。

② 社会的入院事例

当医療機関では社会的入院の子どもを10人抱えている。社会的入院に至った理由としては、施設空き待ち6人、家庭復帰調整中4人である。家庭復帰調整中には、前述の理由をつけて家庭復帰の先延ばしを繰り返す家庭などが含まれる。

6. 解消策に対するニーズや意見

① 在宅支援サービスの充実

在宅支援サービスのあり方が変わるだけでも、退院できる子どもが増えていくのではない。家族だけで育てるのが難しく家庭復帰できないのであれば、家族を支える別の何かという観点から社会資源が充実すれば良い。例えば、保育園や学校における医療的ケア児対応の充実、医療的ケア児が利用可能な短期入所サービスの増加などが考えられる。

国は、施設型ではなく家庭的な環境での社会的養育を推進する方針の下、里親委託を進めるとしているが、現実にはあまり進んでいないと思われる。また、児童相談所の一時保護所は、入所人数が近年増えたことで生活環境が整っていないとも聞く。以上を踏まえても、家庭で子どもを育てるための支援環境が充実することが現実的かつ必要な策だと考える。

② 施設の増設

医療的ケア児や重症心身障害児を受け入れられる施設の増設が必要である。

少子化が進む一方、医療的ケア児や未熟児は増えている。当都道府県においては、医療的ケア児および重症心身障害児の人数²⁷に対して施設定員が約半分ほどしかない²⁸と聞いている。在宅やショートステイでも調整が難航している中で、入所となると数年単位での待機になってしまう。例えば医療的ケアの中でも気管切開をしている子どもの場合、適しているのは医療型障害児入所施設だが、施設数が不足している。また、つかまり立ちができたり、口から食べることができたり、車いすで移動ができるといった「動ける医療的ケア児」が増えているが、そうした子どもは医療型障害児入所施設で受け入れが難しいことが多い。当都道府県内でそうした子どもたちを受け入れてくれる施設は1箇所しかない。

医療的ケアと一口に言っても、そのケアの程度は様々であるため、子どもたちの状態に合わせて施設の種類を細分化することが望ましい。それが難しいのであれば、まずは医療型障害児入所施設を増設してほしいと思う。

社会的養育の施設が増えない背景には、施設の経営は採算が合わず、担い手が集まらないことがあるように思う。そのような状況下、医療機関が、子どもが一時的に滞在する「中間施設化」しているのだろうと思う。しかし、医療機関が「施設化」するにはいくつかの課題がある。まず、社会的入院は経営を圧迫する。この点においては、一部病床を医療用から福祉用に活用できるようにしたり、その病床数に応じて福祉施設としてみなされるようにしたり、補助金が交付されたりすれば、解消される可能性がある。しかし、別の課題として、医療機関が生活に適した環境ではなく、療育・教育も与えることができない点も忘れてはならない。この点を解消するには、療育・教育ができる人材を医療機関に配置することが求められる。

²⁷ 当都道府県における平成30年度重症心身障害児および医療的ケア児者実態調査結果より

²⁸ 当都道府県における令和2年度社会福祉施設等一覧表より

No.	C-2	ヒアリング日	2020年12月25日
カテゴリ	児童相談所		
職員数	約120名		
ヒアリング 担当者	所長 1名 調査課 課長 1名		

1. 組織概要

当児童相談所は、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、約120名の正規職員が在籍している。

2. 虐待対応体制

当児童相談所には「相談課」「調査課」「支援課」「診断指導課」「一時保護課」「庶務課」の6つの課が設置されている。相談課では通告受付等の「インテーク」を行っている。調査課では、地区担当制の下でケースワークを行う。調査課では、所属するグループリーダーや児童福祉司が医療機関を含む他機関との調整も行う。支援課は令和2年度に新設された。児童福祉司のほか保健師も所属しており、支援者支援、里親支援、施設入所児支援、市町村支援等その業務は多岐にわたる。診断指導課では主に児童心理司が子どもの診断を行う。一時保護課は、一時保護児についての統括の役割を担う。

職権保護を含む介入の部分は支援課の業務としたいところだが、現状では調査課メインで支援課の支援を得ながら、介入職員に担当を外した形で対応している。それ以外の被虐待児の支援は、基本的には調査課の児童福祉司が最初から最後まで行う。

当児童相談所では、法改正に伴い、令和2年度の組織改編にて「介入」と「支援」を分離した。しかしながら、実際には介入と支援を一連のものと考えている。

3. 医療機関を含む関係機関との連携状況

① 通告・対応について

医療機関から児童相談所に寄せられる通告の内容で多いのは（1）乳幼児の身体的虐待、（2）外来診療時の説明の矛盾である。（1）では命に直結する重篤なケースが多く、具体的には乳幼児の頭部外傷や骨折、やけどなどが該当する。（2）については、救急搬送後、入院中の怪我の状態や保護者の様子から虐待が疑われる場合や、外来診療で「受傷の部位や保護者の説明が合わない場合に通告が来る。

ネグレクトやマルトリートメントによる通告は、以前は児童相談所にも寄せられることがあったが、現在は、児童相談所ではなく市町村に通告されることが多い印象だという。衣服が汚

い、入浴ができていないなど世話されていないことがわかる場合、通院を指示しても来院しない場合、貧困状況がわかる場合にネグレクトを疑うことがあるという。

近年、虐待種別としての性的虐待ケースを、児童相談所から医療機関に相談することが多くなっている。

医療機関から通告を受けると、通常に対応フローに基づき、受理会議で状況を共有したうえで主訴や危険度を判断し、会議にて対応方針を決定している。一時保護の可否については受理会議の場で判断する。医療機関を訪問し、受傷の度合いや保護者と医師のやりとりの詳細を顔の見える形で情報共有し、保護のしかたや保護者への説明をどのようにするか、その後の支援について、直接話すのが有効である。医療機関の見立てと児童相談所の見立てがずれることもあるので、対面でのコミュニケーションの必要性を強く感じている。

医療と福祉の円滑な連携のためには、各機関の役割や限界を互いに理解していることが重要である。また、理解しようと努めている人物の存在が重要だと感じている。立場を強く主張して膠着する事例もある一方、児童相談所および地域の役割を理解しているMSW（Medical Social Worker：医療ソーシャルワーカー）がいる医療機関とはコミュニケーションがスムーズだと感じている。

② 退院について

家庭に帰せない子どもや家庭環境の整備が必要な子どもについて、退院を判断するうえで大原則となるのは「安全・安心が確保された生活拠点があるか」である。

社会的養育が必要になる子どもに対しては、現状、退院先の「枠が足りない」ために退院後の居場所の調整に苦労している。医療的ケア児については特に調整に時間を要している。現状の社会的養育の枠組みのうち、一時保護所、乳児院、児童養護施設、里親で医療的ケアに対応できるところは多くはない。そのため、結果として調整がすすまらずに社会的入院となってしまうことがある。医療機関には調整について率直な状況を伝えて入院に関して協力してもらうなど、前向きに情報連携ができていと認識している。

ケースによっては、医療機関同士のネットワークを活用して受け入れられる医療機関を紹介してもらうこともある。

③ 他機関との情報連携の機会

当児童相談所には地域の基幹病院である医療機関Aから多く通告が寄せられるが、そこに所属する小児科医は要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）の構成員でもあり、よく連絡を取り合っている。顔の見える関係ができていたので、心配なケースであればすぐに通告してもらうことができていた。医療機関Aは、子どもの安全の観点から継続的に関わる必要があるケースについては、当児童相談所管内に限らず、当都道府県内全域からも引き受けているようである。

また、当都道府県は厚生労働省の児童虐待防止医療ネットワークに参加しており、本ネットワークには当児童相談所と医療機関 A も参加している。本ネットワークでは全体会と地区部会が開催され、定期的にかかれる地区部会では、架空事例に関する学び合いを行っている。地区部会には市町村も出席しており、都道府県内の児童相談所管轄エリア全体での情報共有ができていると感じている。また、「ネグレクトの場合は支援が必要であるため、市町村に通告する」など、虐待対応の連携先に関する医療機関側の理解が進んできたと感じる。最近ではオンラインツールを用いて地区部会を実施することもある。

4. 医療と福祉が連携するにあたって感じる課題

① 受け入れ先の数の不足

社会的養育の受け入れ先の不足が、医療と福祉が連携しながら対応する子どもに関する一番の課題である。

第一に、医療型障害児入所施設が特に不足している。医療的ケア児がほぼ唯一受け入れられるのが当施設であるが、なかなか空かないのが現実である。医療的ケア児の居場所としては、医療面での充実が伴わない福祉型障害児入所施設やグループホームでは十分でない。知的障害児向けの入所施設なども充実が必要だと感じている。

次に、当児童相談所の管轄区域に乳児院がないことも問題である。病院との繋がりが強い乳児院があると児童相談所としても心強い。社会福祉法人だけでなく医療法人系の乳児院が増設されることが望ましい。

さらに、児童心理治療施設については当都道府県には1か所しかない。当施設には、自傷・他害、発達や虐待の影響による精神的に課題を抱える子どもが措置されるため、入所に至るまでの調整に時間を要する。このような課題のある子どもについては、特に他の施設において子どもの居場所を見つけることが難しいと感じている。

5. 社会的入院事例

① 社会的入院に繋がりやすい子どもの特徴

自傷・他害傾向が著しい子どもについては、福祉で対応するには限界があると感じる。そのことから精神科等に入院が必要となる児童については、親の同意が必要となり、その了解を得るために多大な時間を要することが多い。また、入院後の治療方針（治療手法・投薬）等にも親の同意が求められ、さらに退院後の居場所をも入院時点で明確にしておかないと入院に至らないことも多い。児童虐待ケースは行政処分的な措置によることが多いが、医療サービス利用についてはニーズが伴う同意と契約がメインの仕組みであるため、行政として子どもの安全を

確保するための権限行使だけでは動きがとれない。保護者の意向確認や、医療サービスを受けるための手続き的な課題など、これらの調整に膨大な時間を要してしまう現状がある。

② 社会的入院事例

子どもの利益の観点からは、福祉施設で日常生活を送れることを願っているが、現実には医療的ケア児を受け入れて適切に対応できる福祉施設がないため、心苦しくも入院が続いているというのが現状である。

6. 社会的入院の解消に向けた対応案

① 受け入れ先の拡充

前述の通り、社会的養育の受け入れ先の不足が、医療と福祉で連携しながら対応する子どもに関する一番の課題である。顔の見える連携ができていれば解消する問題ではない。社会的入院を減らすには、受け入れ先の確保は必須である。受け入れ先の調整中の期間に子どもを保護できる中間的役割を担う施設・サービスを整備するよりも、ケアが必要な子どもが増えた現実を見据え、直接施設を増設することが必要である。

② 多職種・多機関連携による長期的な福祉支援

医療が必要なくなった子どもについては、子どもの利益の観点から、福祉サービスの提供を受けながら地域で生活できるようになったり、福祉型の入所施設で適切なケアが受けられるようになったりすることを児童相談所としても願っている。しかし、医療的ケア児に適切に対処できる福祉施設は少なく、地域で生活するにしても前提としての子どもの安全が担保される方策が明確でない中に子どもを戻すこともできず、その調整の間、心苦しくも入院を継続せざるを得ないケースが存在してしまうのが現状である。また、医療機関へ福祉機能が付与されるなどで、医療的ケア児の受け入れが可能となる選択肢は増えるに越したことはないが、それはあくまで一時的・短期的な対処であり、近い将来に必ず福祉的な枠組みでの対応がとられるようになることが望ましいと考える。そのような基本的な考えを維持しつづけるためにも、医療と福祉の連携を絶えることなく継続し、互いの機関でできることのメリット・デメリット、限界等を認識し続ける必要がある。

また、社会的入院の解消に対しても、多機関連携は有効と考える。入院の時点から退院後を見据え、児童相談所とだけではなく、要対協でケースの管理・共有をし、各機関で当該児童が在宅になる際に必要となる支援サービスを認識・共有しできることを意識しつづけるのである。そして、医療が必要なくなる見通しが立った比較的早期に、子どもと家族に関係する機関が一堂に会し、退院後のサービスについて検討することで、ケースに対する柔軟性を維持し、当該児童の地域での生活の定着に向けて支援体制の即応力を高めておくのである。本来はその

検討のステップを経て、地域在宅生活が難しい場合に施設入所が選択となるものである。児童相談所は広域調整機関であるため、市町村の方が地域サービスの実情にあわせた具体的な対応を担うのに適していると感じている。要対協事務局が調整し、要対協構成メンバーである市町村の母子保健部門や障害支援、生活保護、教育などの担当が関わり、退院後の生活を検討するステップが構築できるとよいと考える。

実際、当都道府県における別の児童相談所で扱ったケースに、多機関連携により社会的入院解消がスムーズに進んだ事例があった。精神科に長く入院していた子どもが退院し、児童養護施設に入所したケースで、受け入れ先の児童養護施設は、入院していた医療機関 B と離れているために通院や緊急時のレスパイトについて強い不安を訴えていた。結果的には、入院していた医療機関 B から施設付近の医療機関 C にケース情報を申し送りした上で緊急時の対応を合意し、長期入院が必要になった際には医療機関 B が受け入れるとした。複数の医療機関で見通しを立てながら受け入れ手続きを進められたこと、また入院時より施設からの自立に向けた支援機関が参加し、将来的に提供できるサービスについて共有できたため児童養護施設も安心していったと思う。このような経験からも、多機関連携を継続することの意義を感じている。

付録5 被虐待児の社会的入院の解消および地域生活移行のための具体的手立て一覧表

#	活用可能と思われる 児童を対象とした 施設/サービス	概要
1	一時保護所	児童相談所に付設もしくは児童相談所と密接な連携が保てる範囲内に設置され、虐待、置去り、非行などの理由により子どもを一時的に保護する。
2	里親・養親	さまざまな事情で家族と離れて暮らす子どもを、自分の家庭に迎え入れ、温かい愛情と正しい理解を持って養育する。
3	小規模住居型児童養育事業 (ファミリーホーム)	養育者の家庭に児童を迎え入れて養育を行う家庭養護の一環として、保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童に対し、この事業を行う住居において、児童間の相互作用を活かしつつ、児童の自主性を尊重し、基本的な生活習慣を確立するとともに、豊かな人間性及び社会性を養い、児童の自立を支援する。
4	乳児院	保護者の養育を受けられない乳児を養育する施設で、乳児の基本的な養育機能に加え、被虐待児・病児・障害児などに対応できる専門的養育機能を持つ。
5	児童養護施設	保護者のない児童や保護者に監護させることが適当でない児童に対し、安定した生活環境を整えるとともに、生活指導、学習指導、家庭環境の調整等を行いつつ養育を行い、児童の心身の健やかな成長とその自立を支援する。
6	児童心理治療施設	心理的・精神的問題を抱え日常生活の多岐にわたり支障をきたしている子どもたちに、医療的な観点から生活支援を基盤とした心理治療を行う。施設内の分級など学校教育との緊密な連携を図りながら、総合的な治療・支援を行う。
7	児童自立支援施設	子どもの行動上の問題、特に非行問題を中心に対応する。通所、家庭環境の調整、地域支援、アフターケアなどの機能充実を図りつつ、非行ケースへの対応はもとより、他の施設では対応が難しくなったケースの受け皿としての役割を果たす。
8	居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
9	行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危機を回避するために必要な支援、外出支援を行う。
10	同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出するとき、必要な情報提供や介護を行う。
11	重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数サービスを包括的に行う。
12	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
13	児童発達支援	日常生活における基本的動作及び知識技能を習得し、集団生活に適応することができるよう、障害児に対して適切かつ効果的な指導及び訓練を行う。
14	医療型児童発達支援	上肢・下肢・体幹の機能の障害がある児童を通わせ、日常生活における基本的動作及び知識技能を習得し、集団生活に適応することができるよう、適切かつ効果的な指導及び訓練を行う。
15	放課後等デイサービス	学校に通学中の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において生活能力向上のための訓練等を提供する。
16	居宅訪問型児童発達支援	重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の自宅を訪問して発達支援を行う。
17	保育所等訪問支援	保育所等に通う障害児に対して、当該施設を訪問し、集団生活への適応のための専門的な支援を行う。
18	福祉型障害児入所施設	障害児を保護するとともに、日常生活の指導及び自立に必要な知識技能の付与のための支援を提供する。
19	医療型障害児入所施設	自閉症児、肢体不自由児、重症心身障害児を保護するとともに、日常生活の指導や自立に必要な知識技能の付与及び治療を行う。

#	活用可能と思われる 児童を対象とした 施設/サービス	根拠法		サービス形態			受け入れられる子どもの年齢		
		児童 福祉法	障害者 総合 支援法	入所	通所	在宅/ 訪問	乳児	幼児	児童
1	一時保護所	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓
2	里親・養親	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓
3	小規模住居型児童養育事業 (ファミリーホーム)	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓
4	乳児院	✓	-	✓	-	-	✓	-	-
5	児童養護施設	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓
6	児童心理治療施設	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓
7	児童自立支援施設	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓
8	居宅介護（ホームヘルプ）	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓
9	行動援護	-	✓	-	-	✓	-	✓	✓
10	同行援護	-	✓	-	-	✓	-	✓	✓
11	重度障害者等包括支援	-	✓	-	-	✓	✓	✓	✓
12	短期入所 (ショートステイ)	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓
13	児童発達支援	✓	-	-	✓	-	✓	✓	✓
14	医療型児童発達支援	✓	-	-	✓	-	✓	✓	✓
15	放課後等デイサービス	✓	-	-	✓	-	-	-	✓
16	居宅訪問型児童発達支援	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓
17	保育所等訪問支援	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓
18	福祉型障害児入所施設	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓
19	医療型障害児入所施設	✓	-	✓	-	-	✓	✓	✓

#	活用可能と思われる 児童を対象とした 施設/サービス	医療従事者の配置基準					医療従事者の 配置基準の根拠
		医師			保健師または 看護師		
		要否 ²⁹	勤務 形態 ³⁰	専門領域	要否	勤務 形態	
1	一時保護所	△	-	精神科医および 小児科医	△	-	児童相談所運営指針
2	里親・養親	-	-	-	-	-	-
3	小規模住居型児童養育事業 (ファミリーホーム)	-	-	-	-	-	-
4	乳児院	○	嘱託 以上	小児科医	○	常勤	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
5	児童養護施設	○	嘱託 以上	-	△	-	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
6	児童心理治療施設	○	常勤	精神科医または 小児科医	○	常勤	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
7	児童自立支援施設	○	嘱託 以上	精神科医	△	-	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
8	居宅介護（ホームヘルプ）	-	-	-	-	-	-
9	行動援護	-	-	-	-	-	-
10	同行援護	-	-	-	-	-	-
11	重度障害者等包括支援	-	-	-	-	-	-
12	短期入所 (ショートステイ)	-	-	-	-	-	-
13	児童発達支援	△	嘱託 以上	-	△	嘱託 以上	児童福祉法に基づく指定通 所支援の事業等の人員、設 備及び運営に関する基準
14	医療型児童発達支援	○	嘱託 以上	-	△	嘱託 以上	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
15	放課後等デイサービス	△	嘱託 以上	-	△	嘱託 以上	児童福祉法に基づく指定通 所支援の事業等の人員、設 備及び運営に関する基準
16	居宅訪問型児童発達支援	-	-	-	△	嘱託 以上	児童福祉法に基づく指定通 所支援の事業等の人員、設 備及び運営に関する基準
17	保育所等訪問支援	-	-	-	-	-	-
18	福祉型障害児入所施設	○	嘱託 以上	-	△	嘱託 以上	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準
19	医療型障害児入所施設	○	常勤	-	○	嘱託 以上	児童福祉施設の設備及び運 営に関する基準

²⁹ ○：必須、△：任意または条件付きで必須

³⁰ 嘱託以上とは、常勤でなくても良い場合を指す

#	活用可能と思われる 児童を対象とした 施設/サービス	受け入れられる子どもの状態 ³¹				備考
		① 医ケア児	② 医ケア以外の 医療的配慮 が必要な 子ども	③ 医ケア・ 医療的配慮 以外の配慮 が必要な 子ども ³²	④ いずれも 不要な 子ども	
1	一時保護所	-	△	○	○	
2	里親・養親	-	△	△	○	
3	小規模住居型児童養育事業 (ファミリーホーム)	-	△	△	○	
4	乳児院	△	△	-	○	
5	児童養護施設	△	△	△	○	
6	児童心理治療施設	-	○	○	△	
7	児童自立支援施設	-	△	○	△	
8	居宅介護（ホームヘルプ）	△	△	△	○	
9	行動援護	-	△	△	△	
10	同行援護	-	-	-	-	
11	重度障害者等包括支援	△	△	-	△	
12	短期入所 (ショートステイ)	△	△	△	○	事業所の形態により医療従事者の配置基準が異なる。
13	児童発達支援	△	△	△	○	事業所の形態により医療従事者の配置基準が異なる。
14	医療型児童発達支援	△	△	-	△	
15	放課後等デイサービス	△	△	△	○	事業所の形態により医療従事者の配置基準が異なる。
16	居宅訪問型児童発達支援	○	○	-	-	
17	保育所等訪問支援	△	△	△	○	
18	福祉型障害児入所施設	△	△	△	△	施設で主たる障害を定めている。
19	医療型障害児入所施設	△	△	△	△	施設で主たる障害を定めている。

³¹ ○：規定で対象、△：一部の施設で対象と想定

³² 自殺企図がある、他害をする等

令和2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

発行日：令和3年3月

編集・発行：PwC コンサルティング合同会社