

## 児童虐待対応に関する各委員意見

## 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会の事前調査事項

北九州市立八幡病院小児救急センター 市川光太郎

○児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題 (診療所の場合)

\*診療所における虐待対応には少なからず開業医自身の個人負担（身分保全など）などの限界があるため、地域全体での対応体制が必要・

\*疑わしく確定できない症例は病診連携による基幹病院紹介体制を確立すべきであり、日頃から、虐待早期発見・診断のための地域クリニカルパスを策定しておく必要がある。

○児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題 (病院の場合)

\*医学的診断は総合的判断を関係診療科との連携で行うが、そのコントローラーは小児科医であり、最終的にはCAPチームに委ねて、その総意を施設意見とする。

\*関係機関との連携は常日頃からは行うとともに、関係機関職員に来院してもらって対応を協議することが多い。そういう意味では地域要保護児童対策協議会のメンバーとして小児科医が加わり、オフィシャルな関係構築も行っている。地域警察との連携は今1つであるが、医学的根拠を求められる関係は構築されている。

\*患児の治療は子どもの安全、継続的健全育成を第一義にした対応を行うとともに傷病に対しては通常通りの治療を行っている。

\*保護者への対応は難しい一面が多く画一的な対応ではなく、その奨励賞例の保護者に合わせた対応を行うように心がけるとともに、関係機関（保健福祉職員、子ども総合センター職員）との連携を密にし、病院の中で、保護者と医療者と関係機関職員との面談を行っている。

○地域保健・児童福祉からみた医療機関の児童虐待への対応における課題、医療機関と地域関係機関連携の課題

\*地域医療機関における虐待対応への温度差、あるいは各医療機関の各診療科医師による虐待対応への温度差の存在は否めない。この温度差をなくして、地域医療界がモノトーンな対応ができること、さらにその対応がより成熟していることが課題である。

しかし、児童虐待症例の裁判においても虐待者側に付く医師・弁護士もいるわけで、なかなかその考え方を統一化することは難しい。

\*医療機関と地域関係機関との連携は行政主導であるべきであり、医師会を強固に巻き込み、医療機関の対応の均一化を図ることが今後の課題である。

## 課題

児童虐待が疑われる患者が受診した際の対応

児童虐待を疑う目の力量、視点、判断の格差が病院、診療所によりあるのではないかと。

(児童虐待に関しての判断、基準などの周知、理解を勧める。

病院内での虐待対応のマニュアルなどの周知徹底必要。

病院により、事例件数の差があるため、当然、格差が生じる。

地域での小児科医、産婦人科医、総合病院含めて、定期的な事例検討会の開催、継続。)

家族への対応の在り方

家族の背景がさまざまとなり、複雑であるため、地域との連携は必須であると思われる。

この連携を有効に行うためのシステムか何か必要ではないか。保育園、幼稚園、学校を含めて、子どもに関わる施設と、病院、子ども家庭支援センター、児童相談所との情報の共有が有効におこなわれ、何か信号が発したとき、有効な手当が行えることが必要。

↓

子ども家庭支援センターと児童相談所

病院と児童相談所など

↓

この連携が有効に行われていないのでは、一方的な情報の提示になっていないか。情報がいかされない。

お互いが情報を流すのみになっているのか、情報をそれぞれの立場で、有効に役割が担えるようにしていく必要があるのではないかと。

平成24年7月26日付 厚生労働省から自治体への通達

「子ども虐待による死亡事例などの検証結果などについて（第8次報告）」を踏まえた対応について  
内の文章5（3）医療機関との積極的な連携に書かれていることを具体的にしていくことが

## 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会資料

全国児童相談所長会（桜山委員）

### ○地域保健・児童福祉からみた医療機関の児童虐待への対応における課題、医療機関と地域関係機関連携の課題

#### （１）児童虐待の発生予防、早期発見・早期支援に関する連携

虐待が疑われる家庭に限らず、医療機関から妊娠・出産・育児の場面で養育支援が必要な家庭に関する情報を、要保護児童対策地域協議会などを活用して提供・共有し、必要な支援につなげていく。

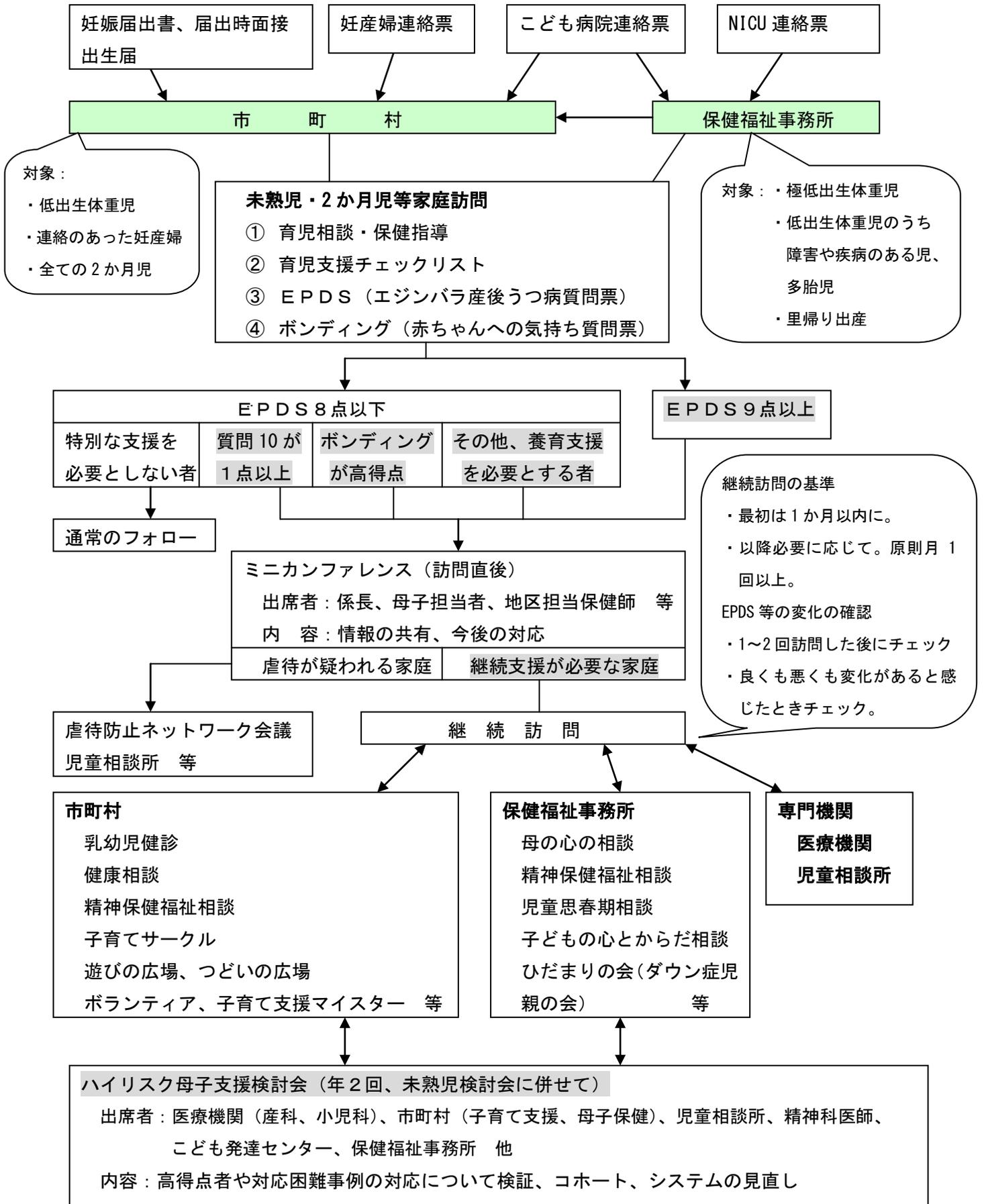
#### （２）医療機関からの通告等

院内虐待対策委員会（CAPS）を設置している医療機関以外においても、法の趣旨を踏まえて通告を行い、関係機関と連携・協力して虐待対応に当たることができるよう、制度の周知や体制整備を行う。

#### （３）医療機関と関係機関との情報共有

児童相談所や区市町村が虐待対応を行う上で、医療機関が保有する診療情報を共有し、必要な支援につなげていく。

### 子ども虐待予防のためのスクリーニングフロー（飯田の例）



# 飯田下伊那「子育て支援サービス」について(母親への説明)

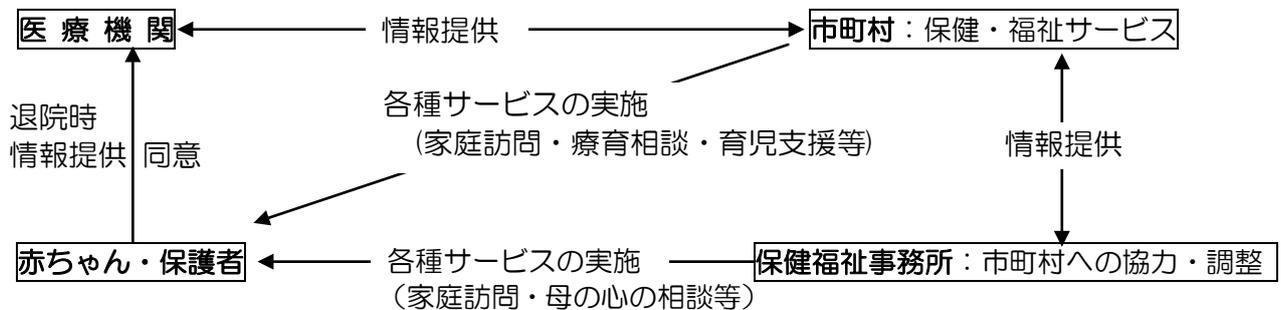
お子さんが生れると、今までと環境が変化することにより、だれでも、お子さんの成長発達や育児に不安を持たれることと思います。

そこで飯田下伊那では、医療・保健・福祉の関係者が連携を図り、周産期からの子育て支援を実施しています。

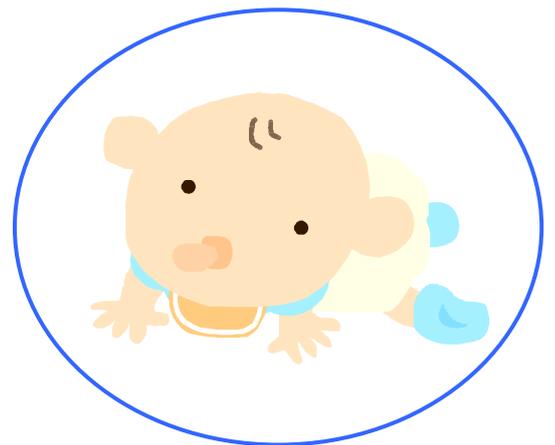
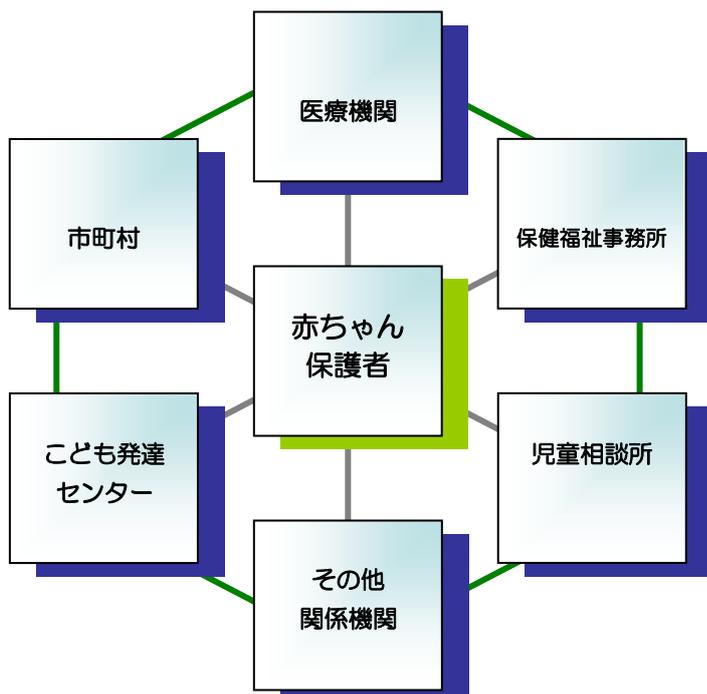
これは出産した医療機関から、市町村へ退院時情報を提供し、お子さんや保護者の方が早期に適切な地域の子育てサービスや療育を利用していただくためのものです。また、必要に応じて、医療・保健・福祉の関係者が集まり、子育て支援検討会を開催し、情報をいただいた皆様の療育及び子育て支援サービスがより充実するよう検討をします。

尚、いただいた情報は目的以外に使用することはありませんので、プライバシーは守られます。

## 子育て支援ネットワーク



## 子育て支援検討会：療育・育児支援について検討



お問い合わせ  
 飯田保健福祉事務所  
 健康づくり支援課 保健衛生係  
 TEL 0265-53-0444

## 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会への報告・意見

(社)日本歯科医師会常務理事 佐藤保

日本歯科医師会では、全国都道府県歯科医師会に対して平成23年度に児童虐待等に関する調査を行った。調査項目は、①都道府県歯科医師会として児童虐待防止に関する啓発普及パンフレットの作成、②児童虐待通告例の把握、③児童相談所等地域関係機関との連携の有無、④取組みの具体的事例の4点である。①から③の結果については、

①パンフレット等の作成について：作成あり48.9% なし48.9% (無回答2.1%)

②通告例の把握について：把握あり21.3%。なし78.7%

③児童相談所関係機関との連携について：連携あり29.8%なし70.2%

以上の結果であった。これらの結果および④の具体的記載内容から、今回質問のあった下記2点について報告し、課題解決に必要な意見を提言する。

1. 児童虐待が疑われる患者が受診した際の医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題について

①虐待保護児童等における歯科検診を実施している都道府県歯科医師会においては、保護児童の歯・口腔の所見の特徴は、むし歯および歯肉炎が同年齢児よりも有意に高率に認められた。このことから、ネグレクトとしての虐待が疑われたと報告している。

②虐待が疑われる事例の把握がされている都道府県歯科医師会では、むし歯や歯肉炎の多発傾向を指標とし、歯科診療所での把握よりも、**集団健診としての1歳6ヶ月児・3歳児歯科健診、学校歯科健診の場が有効な場である**と報告している。

③保育園における歯科健診は、保育所保育指導指針では嘱託歯科医の配置が努力規定となっていることから、保育所歯科健診の実態が把握できない。児童虐待防止の見地からも**保育所指導指針における嘱託歯科医師の見直しは喫緊の課題**である。

2. 地域保健・児童福祉からみた医療機関の児童虐待への対応における課題、地域関係機関の連携について

①児童虐待防止に向けて、歯科医師会が自発的に作成している媒体を含め、**啓発等の媒体作成については全国都道府県歯科医師会の半数が作成している**。

②通告例の把握が少ない都道府県においては、**児童相談所等の地域関係機関との連携も少ない**。通告する際の歯科医師側の心理的負担等を軽減する取り組みが必要である。

③地域関係団体と連携している歯科医師会においては、**県中央児童相談所との連携を機に、逐次地域児童相談所等との連携の輪が広がり**に伴い通告にいたる事例についての検討がなされていた。児童虐待の早期発見の見地からも、**地域関係団体からの歯科医師会への連携へのアプローチは重要であり、地域関係機関への厚生労働省の指導等を求める**。

## 第1回児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会に対する日本小児科学会子どもの生活改善委員会からの意見（田中委員）

平成24年9月16日

○児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域との関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題（診療所の場合）

- ・ 診療所に受診、あるいは搬送される場合、診療科としては、小児科、あるいは外科（整形外科）が想定される。医療機関の虐待に対する関心が全体的に低いことが指摘できる。診療所に勤務する医師が虐待を診断する機会は極めて少ないので、これまで、日本医師会、群市区医師会などで虐待に関する研修会が開催されている。しかし、不定期であり回数は多くない。日本小児科学会では定期的に虐待に関する研修会が開催されていることから、小児科医院に勤務する小児科専門医においては虐待の診断に精通している医師も少なくないと考えられる。しかし、その実数は不明である。外科医院に勤務する医師ではその数はさらに少なくなると考えられる。研修会に特別の認定点数を与えるなどのインセンティブ、開催数を増やすなどの方法が必要【以下に参考資料】。
- ・ 虐待を発見したときの通告は周知されつつあるが、通告した後の関係機関との連携（連絡、報告など）が不十分かもしれない。信頼関係の構築が必要である。
- ・ 保護者の精神疾患に対応できる医療機関が少ない。

○児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域との関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題（病院の場合）

- ・ 虐待委員会（CAPS）の設置が十分ではない。虐待委員会の設置の義務化が必要ではないか。

- ・ 地域ネットワークを実効あるものにするため、児相相談員が委員会メンバーに必ず加わるなどの対応が必要。
- ・ 病院のなかで専門的に虐待に対応する人員（MSWなど）や組織が不十分。多くの病院では経営圧力のために、不採算部門の充実は難しさを増している。基幹病院もしくは救急救命センターを有する病院には、国の責任において、虐待に対応することができる部門に対する予算を病院経営とは独立して確保して欲しい。

#### ○地域保健・児童福祉からみた医療機関の児童虐待への対応における課題、医療機関と地域関係機関連携の課題

- ・ 要対協の代表者会議には医師会から参加しているが、会員に周知するシステムはない。また、実務者会議、ケース会議に主治医が出席するには時間的に困難な場合が多く、情報交換・役割分担に参加できず、また、要対協が医療機関からの協力（情報提供）を得られないことがある。
- ・ 児童相談所などの地域の関係機関との連携については、地域保健センターに虐待ネットワーク委員会が設置されており、医師会、児相からも代表者が委員に加えられている。しかし、代表者が役員クラスであり、現場の担当者同士が顔を知らないケースが多く、医療機関から児相に連絡しても、無視されることが少なくない。とくにネグレクトは後回しか、放置される。（そのような学会発表がみられた。第30回日本小児心身医学会大会2012年）
- ・ 被虐待児と保護者のケアを医療機関から児相へ依頼しても、忙しいなどの理由で、直ちに対応してもらえないことが少なくない。児相の人員を増やす必要がある。
- ・ 虐待行為を予防するためにも、高校生への家族学に関する授業が必要と思われる。子どもを産み育てる意義、健全な心を持つ成人になるための家族の役割、成人した人がより良い社会を築くためにはどのような心を子どもの時に育む必要があるか、など、早期体験授業が必要。

#### ○その他

- ・ 虐待を受けている児童は5万人と推定されている。その中で死亡例も100名を超える。これらの数字は白血病や交通事故よりも多く、虐待が小児医療に

おいていかに深刻な問題であるかを示している。被虐待児はいじめ、非行、不適応、不登校の主要な要因であり、さらに世代間伝達の結果、さらなる虐待の原因となる。そのため、虐待の予防と対策は極めて重要な課題であり、国の責任での対策が必須である。虐待は医療、教育、福祉が複雑に関連した構造を持つ性質から、体系的な対策が必要である。対策が実際に機能するためには、システムの構築が欠かせない。虐待対策を総合的に実施するための中心的役割を果たす拠点の形成が求められる。このように、総合的な虐待対策の策定と十分な予算処置を強く要望する。

- 小児科は被虐待児を診療する立場であるが、臨床現場での経験から、虐待を行う側（主として両親）への対策が重要であると実感している。虐待を行う加害者はしばしば、自身が虐待を受けた経験を有している。したがって、被虐待児への対策は、虐待予防としての役割も有している。
- 被虐待児の背景に貧困や多産、望まない妊娠が数多く存在する。虐待対策は避妊や性教育、家族計画などの対策と連携して実施する必要がある。
- 措置権がある児相と要対協（あるいは子家セン）の考えに齟齬が生じた場合、その調整する機関、あるいはなんらかの手続きの必要性を感じる。

### 【参考資料】

過去に日本小児科学会では、脳死と虐待に関するアンケート調査を行った[\*]。これによると、回答者は18375名中 4190名（回収率22.8%）。回答者の職種は、開業医が1469名（35.5%）、勤務医が2261名（54.6%）、研究職が172名（4.2%）、その他176名（4.3%）であった。臨床経験年数は平均22.4±12.2年（1～70年）で、20～29年が最も多かった。「小児ドナー候補者が被虐待児であるかどうかの診断が臨床で適正に行えると思いますか？」の問いに対し、「はい」という回答が513名（12.2%）、「いいえ」が1417名（33.8%）、「わからない」が2096名（50.0%）、無回答を含め、その他が114名（2.7%）であった。「はい」と答えた医師を専門分野別にみると神経を専門とする医師は12.4%、心身症・精神を専門としている医師は9.3%であった。すなわち、被虐待児を診療する専門医は、虐待の診断を大変に難しいと考えており、今後とも一般医を対象とした虐待発見のための研修会が必要である。

[\*]掛江直子，田中英高，星井桜子，杉本健郎，加藤高志，位田隆一，田辺功，吉岡章，土屋滋，谷澤隆邦，清野佳紀，脳死臓器移植基盤整備ワーキング委員会  
日本小児科学会倫理委員会 小児脳死臓器移植に関するアンケート調査 日本小児科学会会員に対する意識調査 2007 日本小児科学会雑誌 2009；113(7):1181-1193

## 児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題（病院の場合）

埼玉県立小児医療センター 平野 朋美（MSW）  
埼玉県立小児医療センター 小児虐待対応チーム

当センターは、平成15年10月に子ども虐待の問題に全病院的に対応すべく、小児虐待対応チームを立ち上げ、現在まで丸9年にわたって活動を広げてきた。チームとしての経験と知見をふまえて、課題に対する意見を述べたい。

### 1 医学的判断（虐待診断）と関係機関との連携

虐待が疑われる患者が受診した場合、医療機関に求められる役割のひとつは、「虐待に対する精度の高い医学的判断（虐待診断）」であろう。特に、身体的虐待や医療ネグレクト、性的虐待等においては、診察、画像診断、生理検査等によって明らかになることも多く、その役割は医療機関でなくては担えないものである。

例えば、嘔吐と意識消失、痙攣等を主訴に緊急で来院した子どもが、検査の結果、急性硬膜下血腫・眼底出血・肋骨骨折していたような場合、一般的に「揺さぶられっこ症候群」を疑うが、虐待に精通した専門家チームが介入することで、その判断の精度はより高まる。

当センターのチームの構成メンバーには、チームリーダーである脳神経外科医の他、放射線科、眼科、整形外科、総合診療科、代謝内分泌科、未熟児新生児科、精神科の医師がおり、先のようなケースでは各科の医師を含むカンファレンスの場に児童相談所ケースワーカーも加わって総合的な判断を行っている。他の医療機関では「きょうだいに乗って折れてもおかしくない」と判断された骨折の事例を「虐待に典型的な骨折」と診断したり、一方で別の医療機関では、強い揺さぶりによる虐待と診断された事例でも、脳神経外科医を中心に内容を詳細に検討する中で「家庭内の事故」と判断するケースもあった。また、他の医療機関から紹介されて全身骨検査を行い、虐待に精通した放射線科の医師が入念に読影したところ、20か所以上の骨折が見つかった事例もあった。いずれの場合も、医学的評価、児童相談所の社会調査結果、加えて入院した場合には、日常的に家族と直接接する機会が多い看護師やMSWが面会時に得る心理社会的情報を総合して虐待に関する判断を行っている。

虐待診断について、関係機関との連携の課題を掲げる。その1は、虐待の医学的判断を個々の医療機関だけに任せないようしくみ造りである。現在は、虐待の判断基準は各々の医療機関に委ねられていることから、時に統一性を欠く。場合によっては社会問題に発展しかねない。これを防ぐためには、医療機関相互、医療機関と児童相談所の連携をより強化し、児童相談所の医学的判断能力を高めることが重要である。その2は、こうした体制の整備に対する何らかの経済的支援である。その3として、法的問題に発展するような症例について、相談・判断できるような公的機関の設置を提案したい。そうした役割を、通常業務を行いながら一機関の限られた職員が

担うことは不可能である。

## 2 保護者への対応を含む、虐待に対する院内体制の課題

1の虐待診断と切り離して考えることができないのが、保護者への対応である。

他の小児病院のMSWの会議で情報交換していて驚いたのは、「虐待の告知は退院の時にいきなり告知と同時に子どもは親と分離して、施設や他の医療機関に搬送する」という医療機関が少なからず存在したことであった。

当センターでは、虐待の医学的な判断については、主治医または虐待対応チームのメンバーである医師が看護師、MSW同席のもとで家族に説明している。

家族によっては、攻撃的になる場合もあるため、子どもと接点を持つことが危険な場合には、児童相談所が職権による一時保護と面会制限をかける。連れ去り、時間外の家族の暴言・暴力が懸念される場合は、MSWが院内周知文書を作成し関係部署に配布している。

しかし、自分が虐待してしまったことを後悔している家族の心情に医療者がつきあうことで、家族の子どもに対する態度に何らかの変化が生じることも多い。入院し虐待告知を行ってから退院するまでの期間は、子どもにとっては治療と同時に安全な療養環境を提供する時間であり、家族に対しては《支援》の時期と位置付けている。

課題としては、次のようなことが掲げられる。医療機関におけるこうした対応への評価は現行制度では全くといっていいほどない。被虐待児の治療、心理的支援、保護者への対応、関係機関との細やかな連携等に対する診療報酬上の評価は皆無である。さらに虐待を受けた子どもについて児童福祉法33条による一時保護委託を受けた場合、一人1日1500～1800円の委託料は請求しているが、「被虐待児加算」は、医療機関の場合除外されている。各医療機関で、虐待の問題に精通した職員を育成し、それを維持していくことは容易なことではないし、片手間でできることはない。医療機関で、被虐待児を受け入れ、良質の支援を提供できるだけの経済的な裏付けが不可欠である。

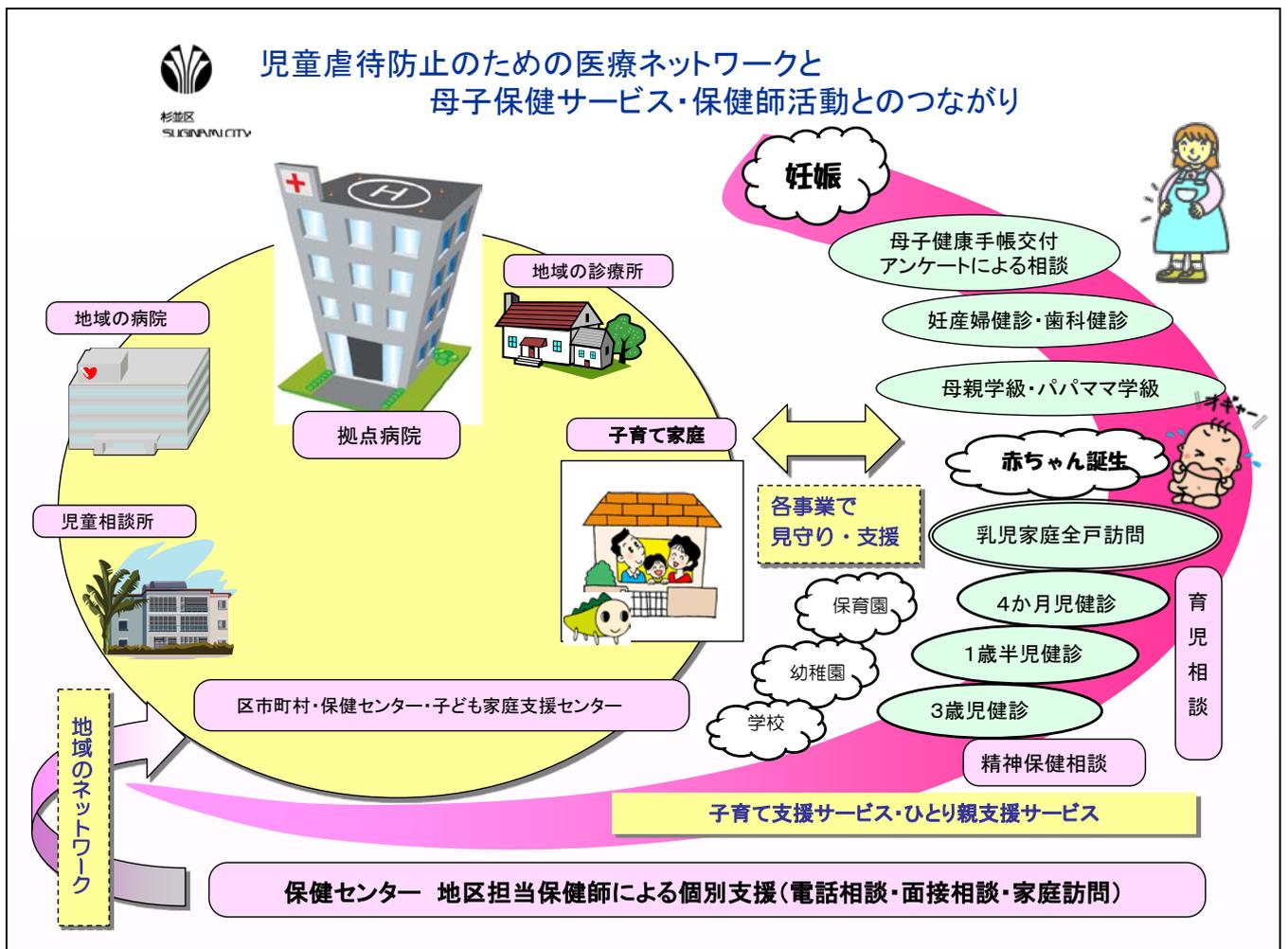
## 3 医療機関と地域関係機関連携の課題

最後に、医療機関と地域関係機関連携の課題について私見を述べる。虐待対応において、連携の重要性はこれまでも再三言われていることであるが、医療機関の立場で考えると、院内に質の高いチームが存在していることが、地域と連携を図る前提条件だと考える。チームの質を担保するには、職員に対する研修会の開催や資料配布も必要であるが、併せて先に述べたようなシステム造りが大きな課題であろう。ネットワーク構築のためには、虐待に特化したひとりのコーディネーターの存在よりも、チームを構築し他機関と積極的な連携を図っている複数の医療機関に対し、国と都道府県が制度的・財政的なバックアップをすることがより虐待防止の機運を高めることに繋がると考えられる。虐待対応・予防という極めてストレスフルな業務を、コーディネーターが一人で担うことは精神的にも肉体的にも極めて困難である。

## 地域保健・児童福祉からみた 医療機関の児童虐待への対応における課題、医療機関と地域関係機関連携の課題

### ～保健師活動の中で展開される児童虐待対策の取組みの視点～

- (1) 地域で活動する保健医療専門職として、親子の状況を疾患、障害でみるだけでなく、医学的視点をもちながら、生活の場面でどのようなリスクやハンディがあるのかをアセスメントして、その人らしく生活できるようにサポートしていく  
 ⇒虐待という現象をとらえるだけではなく、親子が地域で安心して生活できるように育児支援する「生活モデル」としてのかかわりを行う。
- (2) 地域の妊娠期から子育て中の親子を対象とし、子どもの健康状態や発達レベル、親の心身状態、育児力、家庭環境などに合わせた様々な母子保健・子育て支援サービスをマネジメントしていく。
- (3) 医療ネットワークの一員として、医療と地域のネットワークとつなぎ、虐待の発生予防から介入、再発防止、次世代の発生予防までを行う公衆衛生活動の一部を担う。
- (4) その他  
 児童相談所の保健師の役割 (全国保健師長会健やか親子特別委員会調査結果)



## 1 医療機関の児童虐待への対応における課題と考えられること

### (1) 児童虐待の発見

- 軽度の虐待、特に軽度の身体的虐待やネグレクトなどに気づきにくい。  
いわゆる「グレーゾーン」についての判断が難しい。
- 成育歴、家庭環境、生活状況など、子どもをとりまく背景の情報が少ないため、迅速な判断が難しいことがある。

### (2) 児童虐待の通告（関係機関への連絡）

- 虐待を疑っても、個人で判断しなければならない場合は、心理的負担が重く、通告等その対応を躊躇してしまうことがある。
- 判断が難しい事例に関して、専門医に相談できるシステムがない。
- 保護者との対立、信頼関係の喪失を避けたいという意識が対応の妨げとなる。
- 院内の連携（産科や外科系診療科と小児科の連携）が難しい。
- 具体的な対応方法や連絡・通告後の行政機関の対応がわからないために不安がある。

### (3) 児童虐待の予防

- 児童虐待の予防の視点による気になる親子の発見と、親子を支える地域のサポートネットワークへのつながりが十分ではない。

※受診した親子について、何か気になる点があれば、子育ての状況等について、話を聞き、何らかの支援が必要と判断された場合には、地域の保健センター等にぜひ連絡をお願いいたします。  
子どもの健康状態や発達レベル、親の心身状態、子育て力、家庭環境などにあわせて、関係機関と連携して支援を行います。

### (4) その他

- 精神疾患の既往や現病歴を持つ妊婦の受け入れが可能な産科医療機関が少なく、出産後の支援の継続を視野に地域と連携が特に必要なケースへの対処方法・連携についての検討が必要である。
- 産科医療機関や助産所の他、精神科・心療内科等、精神疾患等の心の問題を有する妊婦を診療している医療機関についても、行政機関（保健センター、子ども家庭支援センター等）との連携が不十分で特定妊婦の情報が伝わっていない場合がある。

## 2 医療機関と地域関係機関連携の課題と考えられること

### (1) 日頃からのお互いの信頼関係が十分とはいえない。

～要保護児童対策地域協議会等とおした連携強化～

※日頃から母子保健事業や個別支援、要対協の活動等とおして、医療機関や行政機関の「顔の見える関係づくり」が大切だと考えています。保健師が医療と地域のパイプ役として、医療機関と地域のネットワークづくりをサポートします。

### (2) 医療機関における「子ども家庭支援センター」や「保健センター」の認知度が低い。

### (3) 医療機関に行政側の役割分担や連絡窓口を明確に伝えられていない。

【医療機関への周知、連携事例（杉並区）】

## 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会に際する依頼事項

小林美智子 回答 20120919

大阪府立母子保健総合医療センター（周産期センター＋小児病院）の経験から回答いたします。

◎児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題 (診療所の場合)

1. 予防＝ハイリスク児のホームドクターとして関与（日常診療・育児相談・予防接種など）
2. フォローアップ＝在宅児のホームドクターとして関与（日常診療、成長・発達・心の健康）

●児童虐待が疑われる患者が受診した際の、医学的判断、児童相談所などの地域の関係機関との連携、患者の治療、保護者への対応などに関する課題 (病院の場合)

### 1. 気付くこと

- 1) 外来では見逃す可能性が大きい 理由は短時間診察であるため  
⇒看護師・非医療者の教育が有効（診察室以外の行動観察で気づきやすい）
- 2) 入院では親子関係や親を観察しやすく、知識や観察眼があれば気づきやすい  
⇒医療場面で疑いを持つための観察・問診ポイントの教育

### 2. 診断について

- 1) 子どもの症状が虐待によるものかどうかの判断が難しい  
⇒小児科医・小児を診察する医師・救急医療医療者には虐待診療の基礎知識が不可欠  
虐待医学専門医の育成（米國小児科学会には認定制度あり）  
確定診断や診断困難な時に関与できる臨床法医学者を育てる  
性的虐待の診断センターをつくる  
子どもの心・親子関係を診る小児精神科医・児童精神科医・心理士を増やす  
相談できる虐待診断ネットワーク（脳外科・整形外科・眼科・歯科・・・）をつくる
- 2) 親子関係の判断が難しい  
⇒小児精神科医・児童精神科医・心理士を増やし、関与しやすい環境整備をする  
看護職への教育が有効、専門小児看護師を増やす
- 3) 背景を把握・問診することが医療現場では難しい  
⇒育児状況を把握するにはコメディカル（心理・MSW・保健師）が重要  
⇒親のかかりつけ医（特にこころの診療医）との医療ネットワークが必要  
⇒関係機関（保健・生活保護・児相等）情報が役立つが守秘義務が双方のネックになる
- 4) 他科・他職種情報を総合的に把握する情報管理システムが必要

### 3. 関係機関（児童相談所・要対協・保健など）との連携

- 1) 通告  
親対応の難しさや、その後の子どもの医療中断危惧のために躊躇する  
⇒MSW置き、院内組織作り、院内対外窓口の一本化図ると取組みやすい
- 2) 調査協力  
守秘義務との関係で躊躇あり（数の急増、要対協メンバーでない地域は特に）
- 3) 病院からの子どもの保護  
親対応・他の患者への対応に多大なマンパワーが必要
- 4) 長期の連携支援（医療にとっては、発見は治療の入口である）  
子どもの成長・発達・こころの長期支援について地域のコーディネーターが必要  
親の長期支援の地域のコーディネーターが必要

- 5) その他
  - 他機関の関与・支援状況がわからない
  - 広域医療機関は地域機関の状況（地域差あり）がわからない
  - その後の状況の報告がない（医療はフィードバックないと次の連携を躊躇する）
- 6) 院内組織とMSWの配属を
  - 虐待対応には親対応と他機関対応に時間がかかり、その体制整備が必要
- 7) 医療費補助制度を、虐待（養育支援）加算を、
- 8) 予防ネットワークを構築し、予防福祉事業と母子保健事業と医療のシステム化を計る
  - 保健は従来との関係を生かして、医療―福祉の仲介・健康問題ある親子の支援か？

#### 4. 治療について

- (入院) 医療費負担が大きなネックになり入院しにくい（医療拒否）  
 ⇒医療費公費負担制度が必要  
 親の付き添いが大きなネックになり入院しにくい（医療拒否）  
 親の来院中断・退院できない・医療費不払い等の対応  
 ⇒親対応へのマンパワー必要（MSW・保健師・看護師など）  
 子どもの問題行動が入院継続に支障が出る（看護の負担大きい）  
 親も、他の入院患者とのトラブルが発生しやすい（看護の負担大きい）  
 ⇒医療加算が必要
- (外来) 子どもは全身の医学的精査が本当は必要（虐待の痕跡を調べて治療し虐待歴を知る）  
 子どもの長期予後を改善するアフターケア医療（成長・発達・こころ）を行う  
 親子関係の治療を行う（狭義は精神医療だが、広義は育児相談）  
 医療中断が多く、継続には関係機関のサポートが必要  
 ⇒医療費公費負担、親子関係治療の専門外来をつくる
- (他) 長期予後改善のためには治療ネットワーク（保育所・幼稚園・学校を含む）が必要

#### 5. 保護者への対応

- 医療ルールに乗れない親が多く、子どもの診療に親への多面的な対応が必要になる
- ⇒MSWの配置、虐待加算、
- ⇒病院に弁護士の助言が必要な場合がある
- ⇒警察との連携が必要な場合がある

◎地域保健・児童福祉からみた医療機関の児童虐待への対応における課題、医療機関と地域関係機関連携の課題

1. 発生予防ネットワークをつくる（医療・保健・福祉、英国は看護ネットワークを作った）
2. 子どもの治療ネットワークをつくる（世代間連鎖を断つ、医療・保育所・学校が必須）
3. 在宅児の成長・発達・こころを支援体制を作る（再発予防に直結、保育所入所が最重要）
4. ハイリスク親子関係の治療機関を定める（ハイリスクの継続育児支援、親子教室など）
5. 母子保健の虐待予防（発生予防・再発予防・社会復帰）についての役割を明確化する
6. 地域差・機関差・個人差が医療機関にとっては連携を難しくしている

#### 児童虐待防止医療ネットワークの前提は

- ・虐待的育児をうける子どもの心身の健康の長期予後を守ることを医療・保健役割とする
- ・親支援を健康支援から行うのが医療・保健（発生予防に大きく貢献できる）
- ・医療の特性（専門は病気治療、経済基盤は診療報酬、社会背景対応力弱い等）に基づく連携