

被虐待児の入院に関する社会的状況調査ならびに 医療機関における虐待事例対応労務調査報告

—医療者は虐待にどれほどの effort を割いているのか—

主任研究者：溝口史剛（群馬県前橋赤十字病院小児科）
共同研究者：仙田昌義（国保旭中央病院小児科）、石崎優子（関西医科大学小児科）

<要 旨>

今回、医療機関の入院対応時の「付き添い問題」と退院時の「社会的入院問題」、ならびに「医療者の労務状況」の調査を行った。虐待事例として児相通告した入院事例において、付き添い困難は 11.1%に発生していた。病院が加害現場となった事例も 1.2%存在しており、医療機関がシェルターとしての機能を発揮しえていない事態が判明した。また退院を社会的に延長せざるを得ない事例は 22.0%あり、そのような事例の 69.3%は、医学的に何らの問題のない事例であった。このような社会的入院は、特定の地域に偏在しているわけではなく、全国的に確認された。医療者の虐待に対する労務状況は、医師は 4 週間で平均 15 時間 20 分、医療ソーシャルワーカー（MSW）は平均 46 時間 50 分を費やしており、医師では時間外対応が 28.7%を占めていた。医療者のバーンアウトを防ぎ、医療機関における虐待対応の均霑化を進め、効率化を進めるために、医療機関の虐待対応・防止活動に正当といえる報酬や加算を付与することを、本格的に考慮する時期に来ているといえる。

<キーワード>

子ども虐待 入院付き添い 社会的入院 虐待対応時間

【背景】

本邦の医療機関の虐待対応のシステム整備は 2012 年の改正臓器移植法の施行から、本格化してきた（臓器提供施設の要件として、「虐待を適切に除外するシステムを持つこと」が明記された）。その後、医療機能評価機構の評価項目に「家庭内暴力への対応指針を持つこと」が加わったことも設置の後押しとなり、現在、ほぼ半数の病院で院内虐待対応組織の設置がなされている。しかしながら現在、虐待対応に関し保険点数や診療加算の付与はなく、その対応は当該医療者の熱意に依拠すると言わざるを得ない状況にある。医療機関における虐待対応の均霑化を進めるためには、医療機関が虐待対応に費やしている負担や、医療機関が関与することによる子どもの健康予後の向上を「数値化」して示していく必要がある。後者の効果研究に関しては、長期にわたる前方視的研究を要するが、前者の状況調査に関しては、実態調査という形での横断的研究を行うことで、短時間で把握することが可能である。

本研究では現時点での医療者の虐待対応の実態につき、「入院」を基軸として、①入口として

の被虐待児を入院させる際の「付き添い問題」の実態、ならびに②出口としての「社会的入院」の実態につき全国調査を行った。また併せて③虐待対応における医療者の労務状況調査を行い、医療現場における虐待対応の負担の一側面を明確化した。

【方法】

研究①②：被虐待児の入院の入口【付き添い】と出口【退院の遷延による社会的入院】の実態調査

日本小児科学会の教育研修施設、五類型病院（臓器提供施設になりうる条件を満たす地域の中核的病院）、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 963 施設を対象に、2015 年・2016 年の 2 か年に入院管理を要した子ども虐待事例の、付き添いと社会的入院の実態につきアンケート調査を行った。

研究③：虐待対応における医療者の労務状況調査

日本子ども虐待医学会主催の、「BEAMS Stage3：1 日半の虐待対応研修プログラム」の受講歴のある医療者・講師・ファシリテーター計 51

名を対象に協力者を募り、医師 15 名（15 施設）、MSW4 名（3 施設）の計 19 名、17 施設から同意を得て、任意の連続する 4 週間で、保険診療の範囲を超えると自己判断した、虐待の対応時間につき、自記式での調査を行った。

（倫理的配慮）

本研究は、前橋赤十字病院の倫理委員会に申請を行い、承認を得ている。本調査で集計したデータは連結不可能化し、回答施設・回答者についても秘匿化した上で、取り扱いを行った。

【結果】

研究①②：454 施設(47.1%)から回答が得られた。今回の調査で院内虐待対応組織（CPT：Child Protection Team）がある施設は 56.2%（255/454 施設）であった。入院時の付き添いが一切不要な医療機関は、6.2%（28/454 施設）にとどまっていることも判明した。

研究①：被虐待児の入院の入口[付き添い]の実態

2015 年・2016 年の 2 か年で計 2363 例（5.2 例/施設）の被虐待児の入院事例の回答を得た。このうち、主に医学的理由から入院管理を要した事例は 1264 例（53.5%）、主に社会的理由から入院管理を要した事例は 549 例（23.2%）であった。特定妊婦より出生し、そのまま新生児の入院管理に移行した事例が 287 例（12.1%）で、入院理由が無回答の事例が 263 例(11.1%)であった。

また計 2363 例中、児童相談所（以下、児相）に通告が行われた事例は 1077 例（45.6%）であった。なお本アンケートでは市町村へ通告を行っ

た事例は回答を求めなかったため、残りの 1286 名の通告義務がどの程度履行されたのかは不明である。児相通告となった事例はより重症の事例が多い可能性があり、この 1077 例の事例に対して入院時の「付き添い」の問題が生じたのかにつき回答を求めている。

入院中を要する患児に対し、児相が付き添いが必要な状況を把握したものの、実際に付き添いが困難な状況が発生した事例は 11.1%（120 例）であった。このうち児相が「一時保護委託とし、面会通信制限を行う」などの積極的な検討がなされず、親の付き添いを是認せざるを得なかった事例が 40.8%（49 例）、児相による「一時保護委託とし面会通信制限を行う旨の検討がなされたが、養育者の同意が得られず、親の付き添いを是認せざるを得なかった」事例が 11.7%（14 例）、医療機関が通常の体制とは異なる特別な完全看護体制を敷いて監護を行った事例 20.8%（30 例）であった。（回答がなく不明の事例は 22.5%[27 例]）。

（図 1）

入院中に養育者が付き添いを行った事例のうち、院内で新たな虐待が加えられてしまった事例が 28 例存在していた。これは虐待疑いで入院した事例の 1.2%に相当する。このうち、当初の入院理由が虐待以外であった事例が 20 例であったが、当初の入院理由が虐待であった事例も 8 例存在していた。このうち、付き添い困難事例と把握された事例における再虐待発生に関しては、個々の事例を突合できる形でアンケートを行わなかったために、正確には不明であるが、少なくとも数名は存在していることが示唆されている。

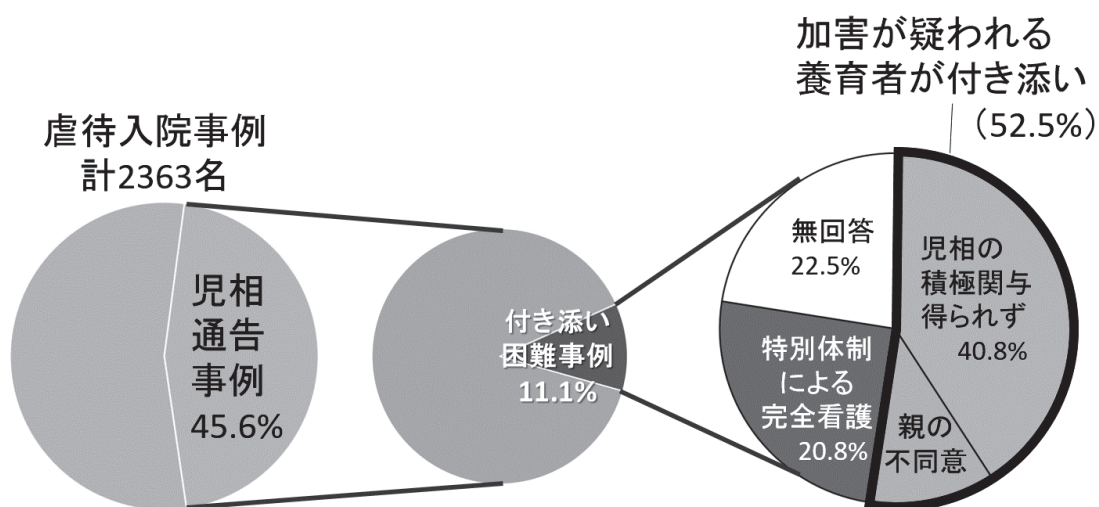


図 1：虐待入院事例における児相通告比率、及び児相通告事例における入院時に付き添い上の問題が発生した比率、およびそれらの事例の実際の付き添い者別の割合

また今回の調査では、2015・2016年の2か年に限らず、入院中に院内で虐待の加害行為が加えられた事例についての経験を尋ねており、65例の回答が得られた。このうち当初の入院理由が虐待以外であった事例が49例、当初の入院理由が虐待であった事例が16例であった。

これらの65例の虐待類型としては身体的虐待が22例(33.8%)、代理によるミュンヒハウゼン症候群(以下、MSBP)が22例(33.8%)と同頻度であり、医療ネグレクトが10例(15.4%)、ネグレクトが7例(10.8%)、心理的虐待が4例(6.2%)と続いていた。(当初の入院理由が虐待ではなかった事例と、虐待ではなかった事例との類型別の割合はほぼ同様であったが、当初の入院理由が虐待ではなかった事例ではMSBPがより多くの割合を占めていた)。

重症度別ではレッド事例(親子分離を考慮すべきレベルの重度虐待)が53.8%(35例)と過半数を占めており、MSBP事例・身体的虐待事例では特にそのような重症事例(例えば、MSBP事例で

は点滴への異物混入[7例]・薬物の強制内服[4例]による疾病の作出、身体的虐待では骨折[7例]、虐待による頭部外傷[2例]など)の割合が高く、共に68.2%と2/3の事例がそのようなレッドケースであった(図2)。

なお最後に、今回のアンケート調査で、入院時の付き添い問題の解決のためには、どのような対応が必要かについて各施設に回答を求めた(複数回答可のため、総計は100%を超える)。

「児童相談所など行政が解決を図るべき」と答えた施設が60.6%(275施設)、「医療者側が安全な監護体制を用意すべきであるが、何らかの加算で医療者を支援すべき」と答えた施設が44.5%(202施設)で、「医療者側が安全な監護体制を用意すべき問題であり、現状で十分である」と答えた施設は3.3%(15施設)に留まった。(その他の回答が6.4%(29施設)あったが、加算よりも具体的な人的支援を求める意見が多数を占めていた)。

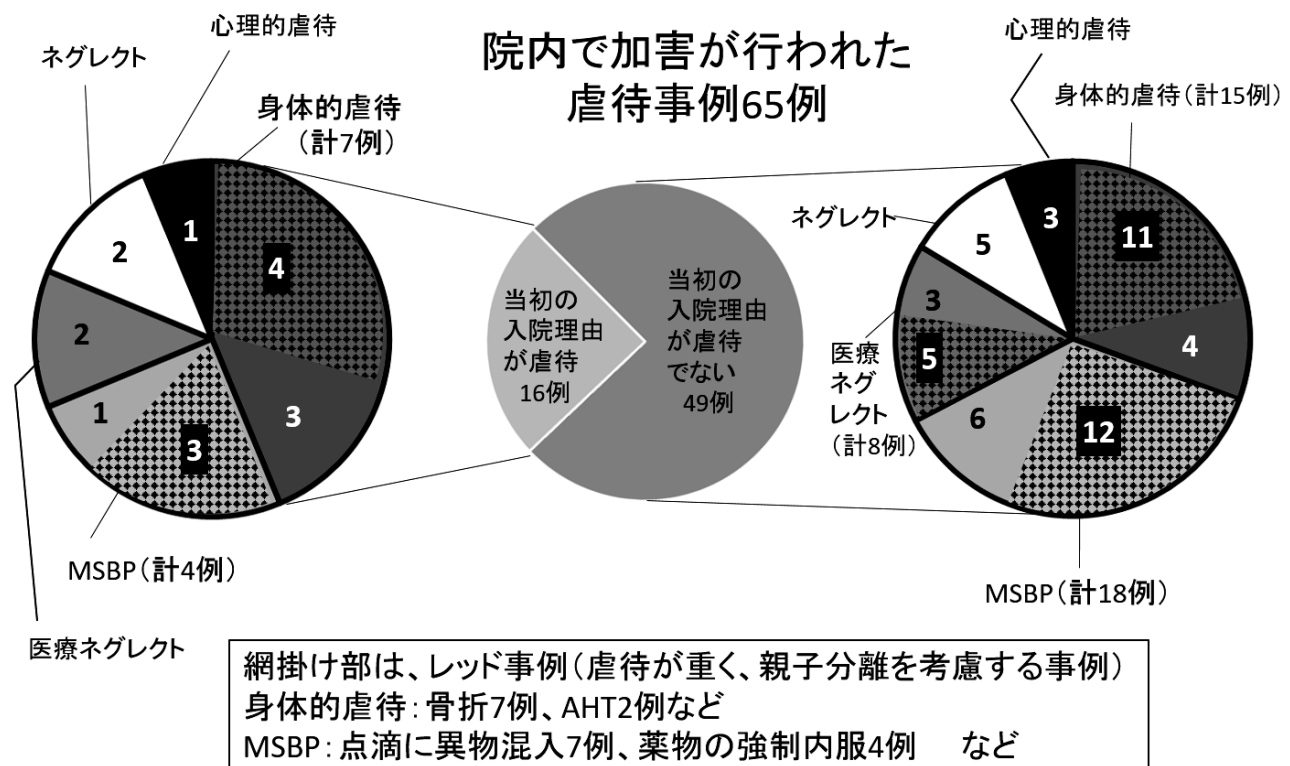


図2: 院内で、虐待の加害行為が行われた虐待事例65例の内訳(網掛け部分は、親子分離を考慮する必要があったと判断されたレッドケースを示している)

研究②:被虐待児の入院の出口[退院の遷延による社会的入院]の実態調査

今回の2015年・2016年の2か年の調査において、土日を除く5日間以上(実質1週間以上)の社会的入院を要した被虐待事例は、入院管理を行った被虐待事例2363例中521例(22.0%)を占めていた。このうち、「a.医学的には問題ないが社会的入院が必要な事例(以下「a.純粋な社会的入院」)」が69.3%(361例)、「b.急性期医療の適応は脱したものの、医療ケアを要するために受け入れ先がなく、退院させることができない事例(以下、「b.後遺障害事例」)」は28.2%(147例)を占めており、このうち「b1.医学的状态は軽微であり、条件を整えば医療機関以外での養育が可能な事例(以下「b1.軽度後遺症例」)」が15.7%(82例)、「b-2.医学的状态が重度であり、医療ケアを提供できる慢性期病院・重症心身障害児者施設などで過ごすことが不可避な事例(以下「b2.重度後遺症例」)」が12.5%(65例)であった。

入院の詳細につき、回答が得られた126例を対象に検討したところ、「a.純粋な社会的入院例」において、社会的入院が14日以上要したケースは54.0%(68例)と過半数を占めており、さらに

30日以上長期入院となったケースが29.4%(37例)と3割近く存在していた。

「b1.軽度後遺症例」においては、入院日数に関して詳細な記載のあった33例のうち、社会的入院が14日以上を要したケースは66.7%(22例)、30日以上長期入院となった事例は30.3%(10例)を占めており、「b2.重度後遺症例」においては、詳細な記載のあった22例中、社会的入院が14日以上要したケースが72.7%(16例)で、30日以上長期入院に関しても63.6%(14例)とほぼ2/3を占め、1年以上社会的入院をしているケースも22.7%(5例)存在していた。

医学的理由により退院先が明確とならない問題は、虐待事例に限るものではないため、「a.純粋な社会的入院例」を重点検討対象として、さらに年齢群毎に社会的入院の割合とその日数の分析を、追加で行った。年齢群別では、新生児が27.8%(35例)、乳児が28.6%(36例)、幼児が23.8%(30例)、学童が11.1%(14例)、中学生以上が8.7%(11例)と、年齢が低いほど社会的入院の割合が高く、その日数も長期化している割合が高かった。

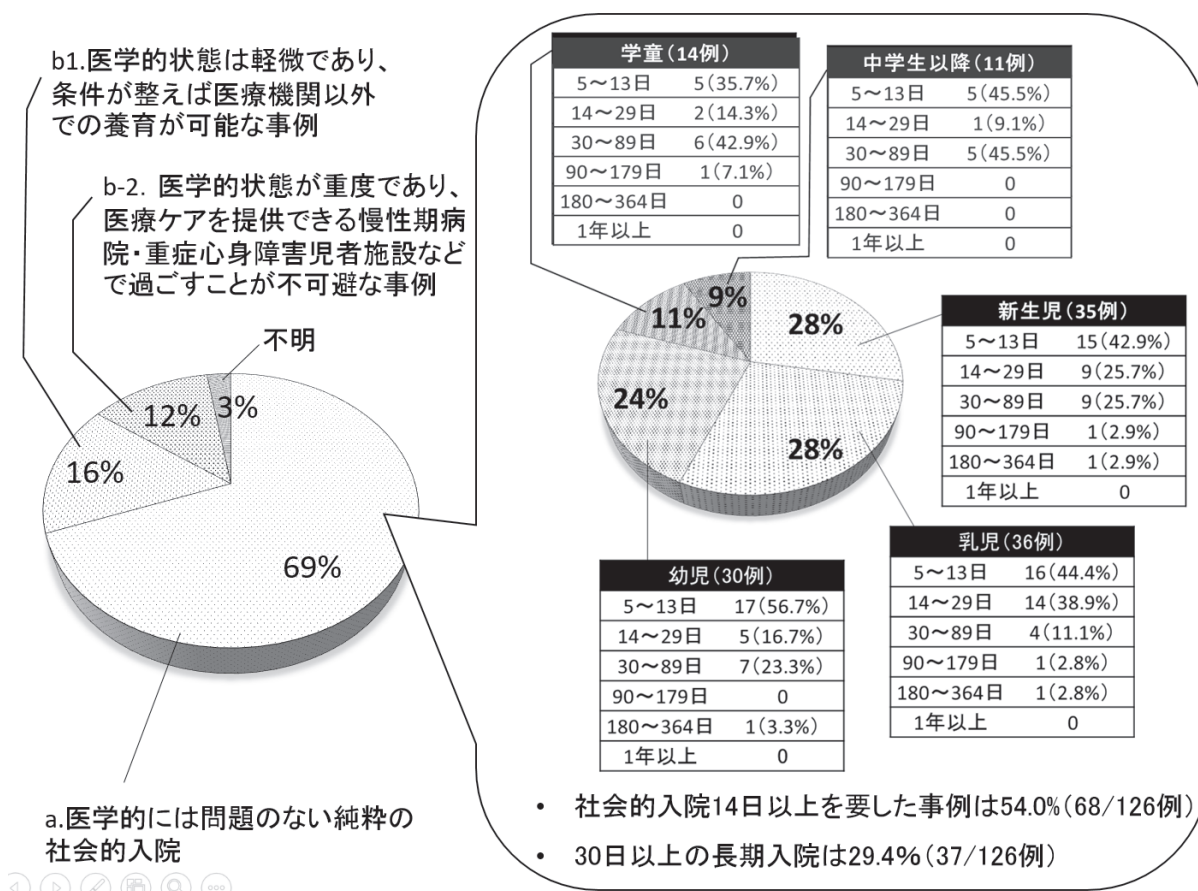


図3：社会的入院における純粋な社会的入院の割合と、年齢・日数別割合

表 1：社会的入院を要した理由

a. 医学的には問題ないが社会的入院が必要な事例

年齢	入院理由(上位理由のみ記載)		
新生児	養育困難 21 (保護者が精神疾患13 保護者が知的障害5 若年妊娠3)		
乳児期 早期	AHT 12	養育困難 3 (保護者が精神疾患)	体重増加不良 2
乳児期 後期	AHT 5	養育困難 3 (保護者が精神疾患)	
幼児期	AHT 5	熱傷・体重増加不良・養育困難 3 (保護者が精神疾患)	
学童期	身体的虐待 4 (打撲・骨折など)	ネグレクト 4 (医療ネグレクトなど)	心理的虐待・DV 2 (暴言)
中学生 以降	身体的虐待 3 (打撲・切創など)	ネグレクト 3	心理的虐待 2 (暴言)

AHT: Abusive Head Trauma(虐待による頭部外傷)

b. 急性期医療の適応は脱したものの、医療ケアを要するために受け入れ先がなく、退院させることができない事例

「b1. 医学的状态は軽微で、条件を整えば医療機関以外で養育可」

「b2. 医学的に重度で、医療ケア提供施設で過ごすことが不可避」

	入院理由
新生児	養育困難 2 (保護者が精神疾患)
乳児期早期	AHT 5
乳児期後期	AHT 2
幼児期	熱傷 2
学童期	
中学生以降	摂食障害 3

	入院理由
新生児	養育困難 1
乳児期早期	AHT 2
乳児期後期	ネグレクト 3
幼児期	ネグレクト 7
学童期	不明 1
中学生以降	0

社会的入院を要した理由に関しては、「a. 純粋な社会的入院」では、新生児期はいわゆる特定妊婦の養育困難、とりわけ養育者の精神疾患が多く、乳児期早期～幼児期では虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)が主因で、学童期以降は身体的虐待とネグレクトがほぼ同数となっていた。「b. 後遺障害事例」でも、社会的入院の継続理由は新生児期には養育困難が、乳児期にはAHTが原因となる傾向を示したが、重篤後遺症事例では乳児期後期以降はネグレクトが主因であった(表1)。

次に社会的入院を都道府県別に検証した。各都道府県でアンケート回答率が大きく異なるという限界はあれ、大都市とその近郊に社会的入院が多い傾向があった。社会的入院が14日を超える事例は13都府県にまたがり、この問題が決して特定の都道府県に限定された問題ではないことが示された。なお社会的入院事例の割合は1都道府県あたり平均11.1人、人口100万人あたり4.10人/100万人であった。(図4、表2)。

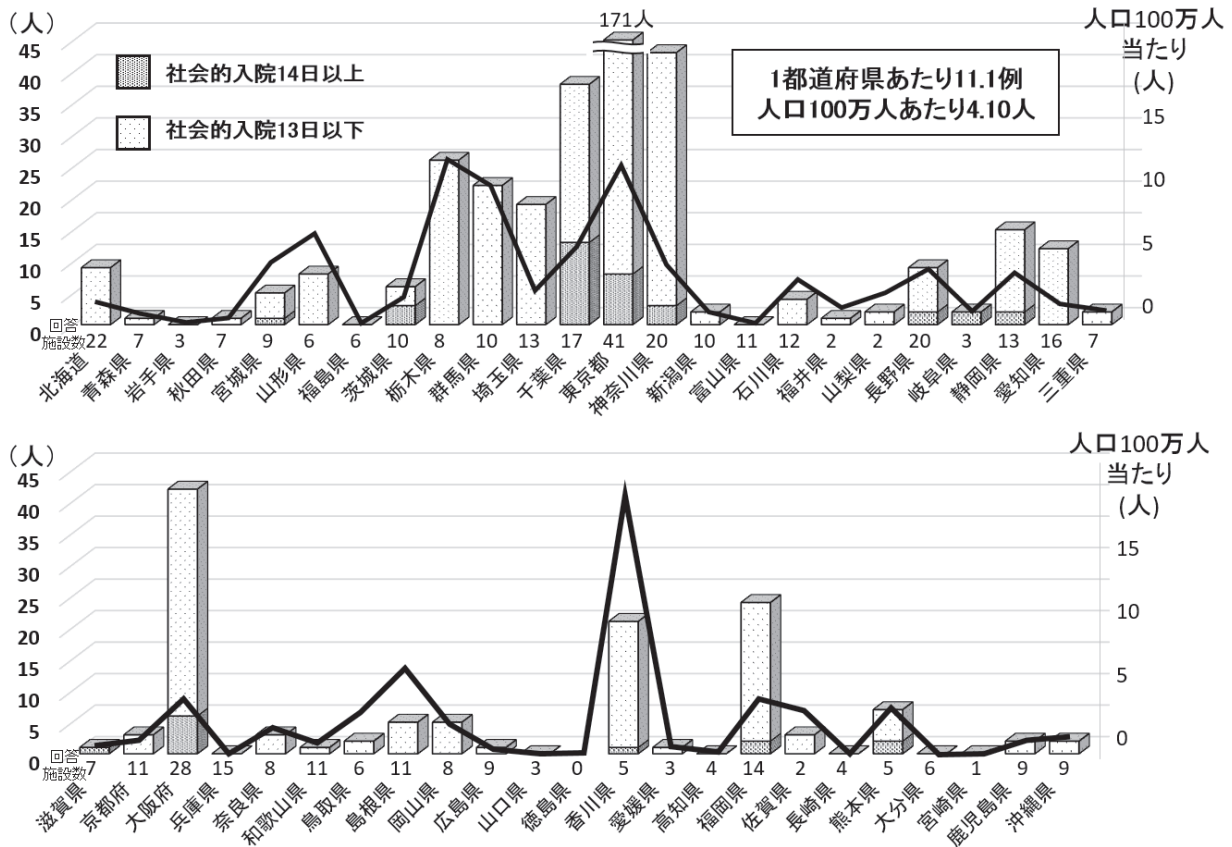


図 4：各都道府県別、虐待事例の社会的入院の状況(棒グラフは人数、折れ線グラフは人口100万人当たりの事例数)

	14日 以上 入院	総数		14日 以上 入院	総数		14日 以上 入院	総数		14日 以上 入院	総数
北海道	0	9	東京都	8	171	滋賀県	1	1	香川県	1	21
青森県	0	1	神奈川県	3	43	京都府	0	3	愛媛県	0	1
岩手県	0	0	新潟県	0	2	大阪府	6	42	高知県	0	0
秋田県	0	1	富山県	0	0	兵庫県	0	0	福岡県	2	24
宮城県	1	5	石川県	0	4	奈良県	0	3	佐賀県	0	3
山形県	0	8	福井県	0	1	和歌山県	0	1	長崎県	0	0
福島県	0	0	山梨県	0	2	鳥取県	0	2	熊本県	2	7
茨城県	3	6	長野県	2	9	島根県	0	5	大分県	0	0
栃木県	0	26	岐阜県	2	2	岡山県	0	5	宮崎県	0	0
群馬県	0	22	静岡県	2	15	広島県	0	1	鹿児島県	0	2
埼玉県	0	19	愛知県	0	12	山口県	0	0	沖縄県	0	2
千葉県	13	38	三重県	0	2	徳島県	0	0			

 は患者実数Top5の都道府県
 は人口当たりの患者数Top5の都道府県
 は両者ともTop5の都道府県

表2：各都道府県別の患者数

最後に、社会的入院の問題の解決のために、どのような対応が必要かをそれぞれの項目にどの程度力を入れるべきか、総計100%になるように10%単位で感覚的に回答してもらった。「社会的養護（児童養護施設・里親制度）や一時保護所の充実など、福祉の充実」は49.3%、「福祉機関における看護師配置などの医療ケアの充実」は22.5%、「虐待対応における診療上の加算などの医療機関の充実」は16.2%、「在宅を促進するための親対応や親教育の充実」は12.0%の医療者がの力を入れるべきとの回答結果であった。

研究③：虐待対応における医療者の労務状況調査

任意の4週間における保険診療の範囲を超えると自己判断した、虐待対応時間は、医師で平均15時間20分（最長時間55時間20分）、MSWで平均46時間50分（最長時間120時間30分）であった（図5A）。このうち勤務時間内（9-17時）での1日あたり平均虐待対応時間は、医師で1日あたり平均30.8分（1日の法定労働時間中6.7%）、MSWでは1日あたり平均1時間55.3分（1日の法定労働時間中24%）を占めていた。一方で、勤務時間外の虐待対応時間は、医師で平均4時間18.8分、MSWで平均8時間25分であった。虐待対応時間で勤務時間外対応が占める割合は医師で平均28.7%、MSWで平均18.0%であった。

次にケースに絞って検討してみると、対応ケー

ス数は医師で平均7.1ケース（最大32ケース）、MSWで平均24ケース（最大45ケース）であった（図5B）。

1ケースあたりの平均対応時間は100.2分であった（身体的虐待103.2分、ネグレクト109.3分、心理的虐待106.0分、医療ネグレクト110.9分）。

身体的虐待とネグレクトに絞って職種別の1ケースあたりの平均対応時間を比較してみると、身体的虐待において医師121.5分 vs MSW 72.1分、ネグレクトにおいて医師97.4分 vs MSW 127.1分であり、身体的虐待は医師の対応時間が、ネグレクトはMSWの対応時間が長い傾向にあった。

次に重症度別の平均対応時間は、レッドケースで139.4分（時間内：時間外=88.2分：51.5分）、イエローケースで118.0分（時間内：時間外=91.0分：26.9分）、グレーケースで73.8分（時間内：時間外=60.1分：13.7分）であった。重症度が高くなるにつれて対応時間が長く、時間外の比率が高くなる傾向にあった。

また、職種別に重症度による平均対応時間の際に関しては、レッドケースでは医師176.1分 vs MSW 88.5分、イエローケースでは医師95.1分 vs MSW 156.4分、グレーケースでは医師42.0分 vs MSW 122.2分であり、重症度が高ければ医師の、重症度が低ければMSWの対応時間が長い傾向にあった。

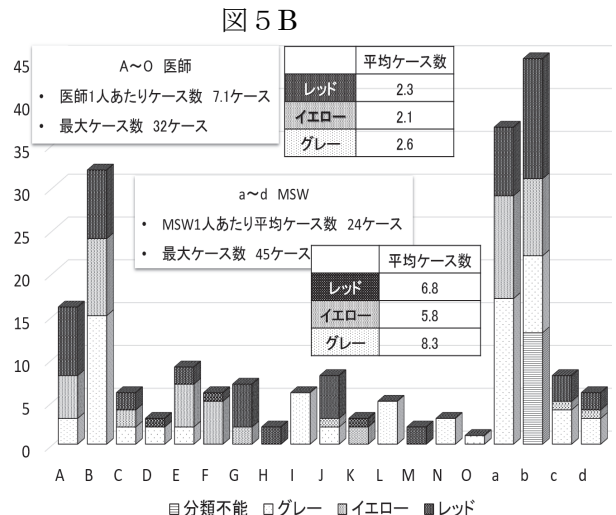
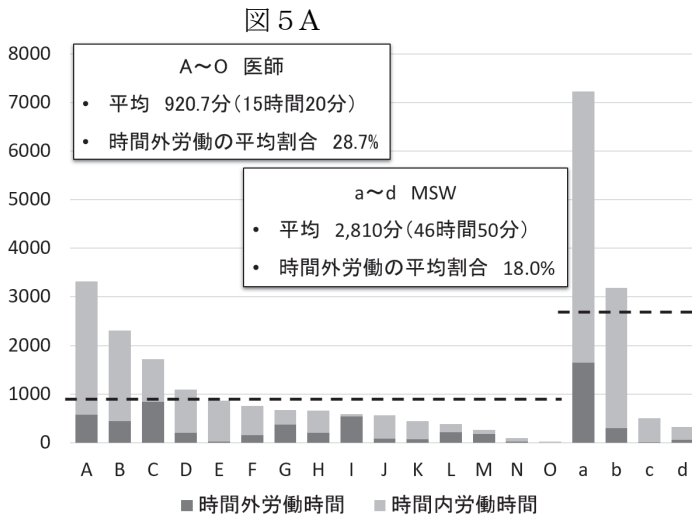


図 5：医師及び医療ソーシャルワーカー（MSW）の任意の 4 週間における虐待対応時間（図 A）、ならびに虐待対応事例数（図 B）

【考察】

背景で述べた通り、本邦で虐待対応が本格化したのは、実質的には 2012 年の改正臓器移植法の施行以降であり、医療機能評価機構の評価項目に「家庭内暴力への対応指針を持つこと」が加わったことで CPT（Child Protection team）を設置する病院は急増した。しかしながらあくまで、これは大規模病院において求められる条件といえ、実際の小児科有床病院全体としての設置比率はおおよそ半数程度である。CPT についての機能評価があるわけではないが、客観的に捉えられる CPT の activity の一側面である「年間の虐待対応件数」でみると、年間 50 件（概ね週 1 例）を超えている施設は CPT 設置病院の 8.5%に過ぎず、半数は年間 0-1 例のみしか対応しておらず、CPT が機能しているとは言い難い状況にある¹⁾。一方で、わずかながらも徐々に年間対応件数が 120 件（3 日に 1 例以上対応）を超えている病院も出始めており、その活動実態にはかなりの凸凹がある。

今回の調査では、CPT の設置病院は 56.2%と、2015 年に同一の施設を対象としたアンケート調査時（49.7%）に比べ、さらに設置期間が増加しており、このことは現場のニーズの急激な高まりを示唆しているといえる。

このように医療現場では急速に虐待対応の必要性の認識は高まっている。一方で、米国では既に小児科サブスペシャリティとして専門医も存在する「虐待医療」という概念は、これまで医療モデルの中にほとんど組み込まれておらず、現場では多くの点で「無理」が生じている。

研究①：被虐待児の入院の入口[付き添い]の実態

本邦では、基本的に小児医療の提供体制は保険診療を遵守する形で行われているが、保険診療の概念には、「虐待されている子どもを、医療適応を度外視してでも安全担保を行う」などの概念はない。保険診療上のルールと、子どもの安全を天秤にかけ、後者を選ぶのは医療者にとっての当然の倫理であり、子どもが安全であるか否かの判断が出来ない超急性期の段階では、医療機関は積極的に「シェルター」の役割を果たさなければならないのは、社会の要請であるとも言える。実際今回の研究でも、入院管理を行った虐待事例（含、疑い）のうち、主に社会的理由から入院管理を要した事例は 549 例（23.2%）、特定妊婦より出生し、そのまま新生児の入院管理に移行した事例が 287 例（12.1%）を占めていることは、多くの医療者が保険診療を適切に行うべき保険医としての使命を果たしつつ、子どもの安全をより優先しなければならない場面で、医療者としての良心を果たしている結果といえる。

しかし現実の壁というものは歴然と存在しており、医療者はまさにシェルターとしての機能を発揮すべき場面で、「付き添い」の問題に苦悩している。

現在子どもを入院させる際、一定の条件を満たせば保険診療上、小児医療加算の算定が認められている。この管理料は 5 段階のレベルに分けられており、その主たる条件は、小児科常勤医の数と看護体制であり、最高レベルの管理料 1 では小児科常勤医 20 名以上、看護体制が日勤帯では患者 7 対看護師 1 以上でかつ夜勤帯においても常時 9 対

1以上が求められている。

ではこのような体制があれば、心身ともに傷つき、愛着の問題や行動の問題を抱えたトドラー期以降の被虐待児や、数時間ごとに哺乳を要し、排泄処理やその他の多くのニーズのあるトドラー期以前の被虐待児を、医療現場で「監督ネグレクト」「衛生ネグレクト」とならないレベルかつ確実に転倒・転落事故などの院内発生インシデント・アクシデントを起こさずに「看護」に加えて「養育」が出来るであろうか？

管理料1の施設認定基準ですら、虐待・ネグレクトにより傷つけられた子どもたちの、ニーズの高い状態を満たすことが困難の中、通常の疾病医療としての看護体制のまま、被虐待児を受け入れることに多くの病院が困難を感じていることは自明の理である。実際に、今回のアンケートからは、「被虐待児を入院させる際に完全看護体制を敷いており付き添いの問題は生じない」と回答した医療機関は6%に過ぎないことから、おのずとこの疑問に対する答えは出ていると言えよう。

今回のアンケートでは、入院をさせる際に虐待事例として児童相談所に通告を行った、より虐待が重篤と思われる1077例のうち、11.1%に付き添いの問題が生じていた。医療機関がなんとか特別体制を敷いて、付き添い者のいない状態で入院を継続した事例が25%いたが、現実的には児童相談所が親を付き添わせることが不適切と判断した事例であっても、養育者を付き添わせざるを得ない事例が多く発生しており、虐待を疑って入院させた事例のうち、過半数が養育者の付き添いのもと、入院を継続させていた。

そのような状況の中、入院管理を行った虐待事例（含、疑い）において、院内で加害行為が行われた事例が1.2%（28例）生じていた。このうち入院時に虐待を疑いながらも院内で虐待が発生してしまった事例は8例で、入院事例の0.34%に過ぎないが、本来これは**絶対に0%**でなければならぬ数字である。

院内で加害行為が行われた虐待事例の詳細を検証するために、年次を問わずに回答していただいた院内発生事例は計65例であった（これはあくまで、氷山の一角に過ぎないことは明白である。院内の管理体制を問われかねない中で、率直に事例の提示をしていただいた医療者の方に、敬意を称したい）。

この65例のうち、当初の入院理由が虐待であった事例が16例、当初は虐待以外の理由で入院となっていた事例が49例であった。いずれのケースでも最も多いのはいわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群（MSBP）と呼ばれる、養育者が健常な子どもの疾病を作出・偽装する事例で

あった。医療機関内で発生することそのものが、MSBPといわれる虐待の定義であり、MSBPの加害者はPICUなどの厳重監視下においてさえ、医療者を出し抜いてきわめて悪質な方法で子どもに被害を与えることが目的化してしまっている。このためMSBPの問題は、付き添い問題としての議論というより、その可能性を疑い、いかに防ぐのかは、診断学の議論といえる。

一方で、MSBPと同数の発生が確認された、院内発生的身体的虐待事例に関しては、まさに付き添い上の問題といえる。このような院内で新たに発生した身体的虐待事例の68%は親子分離を考えざるを得ないレッドケースであり、このことは「入院させさえすれば安全」な場所に医療がなりえていないことを意味しており、極めて憂慮すべき事態である。

入院時の付き添い問題の解決のために特効薬があるわけではない。この問題の解決のために「児童相談所など行政が解決を図るべき」と回答した施設が60.6%、「医療者側が安全な監護体制を用意すべきであるが、何らかの加算で医療者を支援すべき」と回答した施設が44.5%あった。加算よりも具体的な人的支援を求める意見も複数寄せられたが、家政婦などの臨時的人材を付き添わせた際に、その人物が院内で加害行為を行ったことが疑われた事例も存在しており、単純に人材を派遣すれば事足りるわけでもない。加算があることで、医療者側の責任や意識を高めることが出来るという側面もあるであろう。いずれにしろ、現場の医療者を実質的に支援することとなる、実効性があり医療現場で採用可能な体制を整えることが、医療機関が真の意味でのシェルター機能を発揮するために必要である。地域の実情を踏まえどのような体制を整備すべきかの議論を深めていくためには、まずはこれまで保険診療の建前からタブー視されていたともいえる、被虐待児の付き添いの問題に対して、広く知り、多くの地域で議論の俎上に載せていただきたい。

研究②：被虐待児の入院の出口[退院の遷延による社会的入院]の実態調査

今回の調査で、土日を除く5日間（実質1週間）以上の社会的入院事例を要した事例は、被虐待児（含、疑い）の入院事例の22.0%を占めていた。このうち医療的には問題がない、「a.真の社会的入院事例」が69.3%を占めていた。「b.医療毛をを要する事例のうち「b1.軽度後遺症事例」は15.7%、「b2.重度後遺症事例」は12.5%で、計28.2%を占めていた。このうちb2に関しては、虐待の問題としての側面よりも、重症心身障碍児医療の問題としての側面が強く、b1に関しては、ケアニー

ズの増大に見合う養育能力の有無の問題でもあるが、むしろ一時保護所や社会的養護における医療的ケア児へのケアの提供範囲の問題という側面が大きい。そのため以下では、「a.真の社会的入院事例」に関しての考察を主に行った。

「a.真の社会的入院事例」において、入院が2週間を超えない事例が47%を占めていた。逆に言えば、過半数の子どもが2週間以上の社会的入院を要していたわけで、さらに30日以上長期社会的入院事例が29.4%を占めていた。このような社会的入院の実数や人口比が高い都道府県としては、栃木・群馬・千葉・東京・神奈川・大阪・島根・香川が挙げられた。

では、全ての社会的入院は可能な限りなくすべきと言えるであろうか？ 我々は決してそのようには考えていない。ここにリストアップされた都道府県は虐待問題に熱心に取り組む医療者のいる地域が多くを占めている。このような医療者のいる医療施設では、1施設で突出して対応件数が多い状態にあることも、今回の研究で判明した。このような施設は行政と積極的に連携し、医療としての地域で果たすべき役割の一つとして、短期間の社会的入院を是認すべき、と考えて受け入れていると考察することが出来る。

一方で、2週間を超えて社会的入院が続くことには大いに問題があり、可能な限りなくすべきと言えよう。医療機関は本来治療の場であって、養育ニーズを満たし、遊び(学び)の場となり、特定の愛着対象者との愛着の形成が促進されるような場所では全くない。出先が「常に」ないという状況は、子どもにとっては「社会によるネグレクト」に他ならず、「当座医療機関にいるから安心」とのことで病院を「施設代わり」と捉え子どものケースワークの優先順位が下がる事態は憂慮すべきであり、急性期病院の本来の役割発揮上も大きな制限ともなりえ、医療経済上の負担も、積み重なれば、国としての経済的損失は決して軽視はできない。我々は子どもの安全と育ちを天秤にかけ、許容される範囲は2週間未満というコンセンサスが形成されるべきであると考えている。一時保護所のキャパシティを増やすコストと、本来は不要な社会的入院が増えることによるコストとを天秤にかけ、損益分岐点を算出するような研究も、今後求められる。

表2に示したように、医学的にはまったく健常な子どもが、2週間以上の社会的入院を行っていた地域は、特に偏在もなく13都府県にのぼっており、この問題は決してごく少数の自治体に限った小さな問題と矮小化すべきものではないことが判明した。今回の研究のアンケート回収率は47.1%と、郵送法による任意アンケートとしては

極めて高く、この問題に対する医療者の意識の高さを反映していると捉えているが、それでも半数以上の施設の実態は反映されていない。社会的入院の実数は、回答施設が多ければ多いほど積み上げ式で増えていくため、今回の研究結果は、この問題の一端を垣間見ただけとも言える。研究という枠組みではなく、行政が主体となったほぼ100%の網羅を目指した事業として、実態把握が行われることが強く望まれる。

社会的入院の問題解決にもやはり特効薬があるわけではない。今回のアンケートでは、「社会的養護(児童養護施設・里親制度)や一時保護所の充実など、福祉の充実」が最も大事であると医療機関が考えていることがわかった。長期の社会的入院に繋がった原因としては、特定妊婦に引き継いだ新生児例と、AHT(虐待による頭部外傷)が主因であった。特定妊婦から出生した新生児・乳児で、親による養育を断念せざるを得ないケースでは、乳児院等の受け入れ体制が整うまで社会的入院が必要となるため、必然的にその期間は長期化しやすいと推察される。またAHTにおいては、身体的症状が後遺症なく回復するか否かもポイントであるが、事件性の有無を検討し司法の関与との兼ね合いも見据えながら、「再発の危険性を念頭に置きつつ、家族再統合が可能であるか、施設入所とすべきか？」など複雑で判断困難な多くの問題に対応しなくてはならず、当座の問題に対応しているだけで時間が経過し、社会的入院期間が延びてしまうと推察される。よって特定妊婦やAHTが入院した場合、あらかじめ社会的入院となる可能性を考慮し、医療機関と行政が当初から緊密に連携することで、可能な限り社会的入院の期間を短縮する努力をすべきである。残念ながら、多くの事例は後に困難があるであろうことを予測しながらも、後手に回っていると言わざるを得ない。特定妊婦が要保護児童対策地域協議会に登録される割合自体が驚くほど少なく(平成24年度は要対協登録ケースの1.9%²⁾、特定妊婦への出産前訪問もほとんど行われていないのが実態である。今後、医療機関と行政がお互いの立場と現状を理解し、効果的な対応に関する研究を進めつつ、社会的入院の削減に努める必要がある。

研究③：虐待対応における医療者の労務状況調査

1日の法定労働時間(8時間)に占める、保険診療の範囲を超えると医療者が自己判断した、虐待のケース対応に費やした時間は、医師で平均30.8分(6.7%)、MSWで平均1時間55.3分(24%)であり、診療報酬や医療加算のないこの仕事に、毎日かなりの時間を費やしていた。

また医師では、虐待事例の時間外対応はおおよそ

3割にのぼっており、負担が数字となって確認された。MSWにおいては、全虐待対応時間は医師と比べて約2.5倍(医師15時間20分 vs MSW 46時間50分)、1日の法定労働時間に占める平均虐待対応時間の割合も医師と比べて約3倍(医師6.7% vs MSW 24%)、ケース数に関しても医師と比べて3倍以上に対応しており、MSWへの過度の負担も確認された。

虐待の類型別では、身体的虐待事例では医師の対応時間が長く、一方でネグレクト事例では、MSWの対応時間が長かった。医師は、急患対応・診断対応が多く、一方でMSWはケースワーク中心の対応になるためと推察された。つまり、重症事例であればあるほど、医師が通常の治療以外の対応を濃厚に行うことが求められ、対応時間が長くなる傾向にあり、一方でより軽症事例であればMSWが中心にコーディネートを行うが、このような事例は院内啓発が進めば進むほど膨大な数になっていくため、総計した場合にMSWの対応時間が長くなる傾向にあると推察された。

このような結果はある程度予想された事であったが、数字としてははっきり出た事には大きな意義があると思われた。なお今回の労務調査の研究は調査数が極端に少なく、実際のコスト計算などは行わなかったが、虐待対応は1人だけで行うわけではなく、複数の医師・看護師・事務職員などが関わり会議を行いながら対応する性質のものであり、病院全体では膨大な労力が割かれていることは容易に想像可能である。また医療者が虐待対応に勤務時間を割くことで、必然的にその他の「通常業務」へも負担が増し、時間外の勤務は増えてしまうであろうし、感情的問題に発展しやすい虐待対応は、関わった時間以上に疲弊する仕事でもある。今回の研究は、「虐待対応に熱心な医療者が調査協力をした」というセレクションバイアスが強くかかっている。慣れた医療者の心理的負担と不慣れた医療者の心理的負担などの複雑な側面もコスト算出した経済的側面について、より幅広い背景の対象者で、調査数を増やしての更なる調査を行う必要がある。

【最後に】

医療機関は急性期には子どもの安全を担保するシェルター機能を担うべきであるが、養育者に付き添いをさせざるを得ない状況で、院内での虐待行為が看過できないほど発生しており、「入院させさえすれば安全」と言い切れない状況下にあることが今回の調査で明らかになった。また、急性期以降の医療ケアが不要となった事例でも、受け入れ先がなく、膨大な数の事例が治療施設である急性期医療機関で過ごさざるを得ない状況下

に置かれていることも判明した。更に、医療者は虐待のケース対応に多くの時間、特に時間外の対応を強いられていることがわかった。虐待のケースワークは1名で対応するわけではなく、病院全体では膨大な労力が割かれていることが改めて浮き彫りになった。

一方で、上述の問題に悪戦苦闘している医療機関に対しての、虐待対応の対価としての診療報酬や医療加算はほぼ皆無と言っていい。上記の全てをボランティア精神で解決せよとするならば、医療機関は程なくバーンアウトするか、バーンアウトを避けるために、虐待対応に割くeffortを制限せざるを得なくなる可能性が高い。医学・医療の持つ強みを、虐待対応に最大限に生かすためには、虐待を小児の心身の健康を脅かす「疾病群」と捉え、その対応に対しての正当な対価が保障される体制を担保すべきである。このことは直接的に、虐待対応における医療の機能強化や、対応の均霑化を促進することとなる。今回の報告が、医療機関における虐待対応の更なる前進のための議論を行う契機になることを願っている。

【参考文献】

1. 溝口史剛. 医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の実態に関するアンケート調査. 厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」(主任研究者 奥山真紀子) 分担研究
2. 平成25年度子どもを守る地域ネットワーク等調査結果. e-stat. 政府統計の総合窓口. https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020102.do?_toGL08020102_&tclassID=00001058407&cycleCode=&requestSender=search (2017年6月30日アクセス)

【研究発表】

学会発表

本研究発表の成果は、明治安田こころの健康財団研究助成「2016年度(第52回)研究成果報告会」に加え、2017年8月5-6日に実施される、第9回日本子ども虐待医学会学術集会にて、発表を予定している。

論文発表

本研究発表の成果は、明治安田こころの健康財団研究助成「2016年度研究助成論文集」に加え、しかるべき学術雑誌への投稿を予定している(投稿先未定)。