

## 子ども虐待とは

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

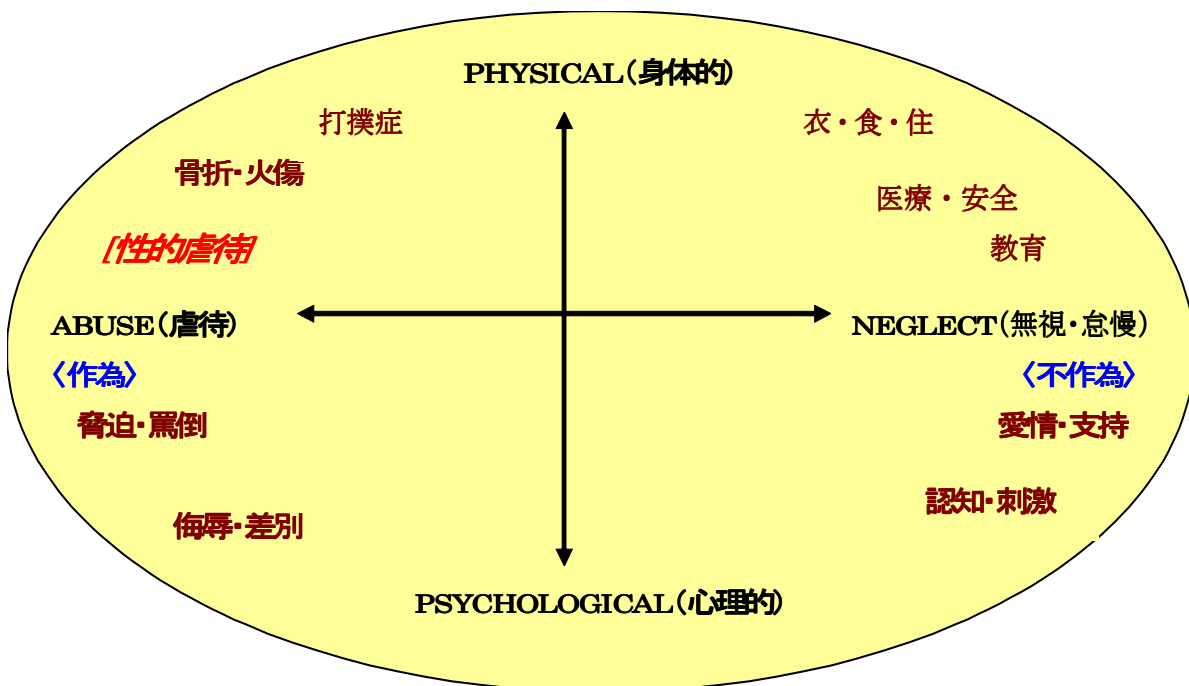
☆虐待とネグレクトのそれぞれに、子どもに発生している事態に応じて、身体的および心理的な下位分類があります。この考え方を視覚的に図に示しました。

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

☆子ども虐待(Maltreatment)

定義の重要な点の一つは、それが「加害者の動機」が含まれていないことです。加害者が子どもに対して加害行為をしようという動機や悪意の有無は、それが虐待であるか否かを判断する条件にはなりません。子どもの虐待は「子どもの健康と安全が危機的状況にある」という認識です。たとえば、養育者が良かれと思っても、信念を持ってしつけをしたとしても、虐待と判断される場合もあり得ます。とくに、ネグレクトでそうした状況がみられることがあります。親に育児能力や必要な知識が不足していたり、子どもを養育する心身のゆとりがなかったりする場合があります。多いからです。

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



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

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

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

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

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

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

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

## 子ども虐待への対応に関する法律

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

### 1. 通告義務

#### 1) 早期発見の義務と疑った時点での通告の義務

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

#### 2) 守秘義務との関係

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

#### 3) 通告者の保護

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

### 2. 子ども虐待に関しての国および地方公共団体の施策への協力義務

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

### 3. 児童相談所の権限による親子分離

#### 1) 一時保護と一時保護委託

児童相談所は子どもが虐待を受けていると考えられるときには、親が同意するときにはもちろん、親が反対しても一時的に保護する権限を有しています(児福法 33 条)。子どもに医療行為が必要なときには病院に一時保護委託をすることが出来ます。そのような場合には、親は勝手に子どもを退院させて引き取ることは出来ません。また、親子の接触は児童相談所が介入することが出来ますので、児童相談所とともに、面会の時間を制限するなどの対策が取れます。一時保護は原則 2 ヶ月以内ですが、必要に応じて延長が可能です。

#### 2) 長期分離

親が同意しているときにはもちろん施設入所や里親委託による親子分離が可能(児福法 27 条)ですが、親が同意しない場合でも、家庭裁判所に申し立てをして承認されれば、2 年間の子どもの施設入所による親子分離が可能です(児福法 28 条)。2 年後に親子の状況を判断して、裁判所に延長を申し立てることも出来ます。家庭裁判所の審判では医師の診断書や意見書が重要な役割を持つことがあります。虐待から子どもを守るためには診断書や意見書あるいは鑑定書などの協力を惜しまないようにしたいものです。

#### 3) 一時保護中や施設入所中の子どもへの医療行為

一時保護委託や施設に入所中の子どもにどの程度の医療行為が出来るのかは明確な規定はありません。一般には風邪や怪我の治療や侵襲の低い検査やカウンセリングなどは施設の同意のみで行っています。しかし、できるだけ親権者にも医療的説明を行い、治療の合意を得ておくことは求められています。ただし、親権者が反対していても緊急避難的な医療行為は可能ですし、親権者が行方不明であったり、服役中の時には施設長が親権の代行をするので、施設長の許可で十分ということになります。その他の医療行為に関しては、ケースごとに児童相談所と相談しながら、対応を進めていく必要があります。なお、重大な問題に対して、親権者が治療を拒否するときには医療ネグレクトと考えられます。親権者職務執行停止決定(親権停止)もしくは親権喪失の申し立てを行うことが必要な場合もあります。申し立ては親族か検事(民法 834 条)、児童相談所長(児福法 33 条の6)などが行えますが、時間がかかることやその後の対応の問題があります。これまでに、短時間の保全処分が必要な医療を行ったケースもあります。

### 4. 在宅支援への参加

2004 年の児福法の改正で、在宅支援は主として市町村が中心となって、要保護児童対策地域協議会(以下「協議会」)を作って行うことが定められました(児福法 25 条の2)。「協議会」とは虐待を受けた子どもはこの「要保護児童」であり、「協議会」での対応が求められています。医療機関や医師はこの「協議会」の構成員になることが期待されています。「協議会」の構成員は、「協議会」で知れたことを外部に漏らしてはいけないという守秘義務があります。そのことは逆に、「協議会」の中では要保護児童やその保護者とそれに関する情報を交換することが出来ることとなります。従って、医療情報も提供することが出来ます。在宅支援は決してやさしいものではなく、死に結びつく危険もあるので、子どもを守るための積極的参加が求められます。

なお、在宅支援に当たって、市町村に医療情報を提供する場合、親の許可があれば、診療情報提供書として診療報酬を請求することが出来ます(「養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供について」平成 16 年 3 月 10 日雇児総発第 0310001 号)。

### 5. 加害者の処罰

虐待対応では、子どもの保護および親のケアが重視され、加害者の処罰は第一義的ではありません。しかし、明らかな刑法違反の場合、加害者を処罰することで被害者から遠ざけたり、他児の被害を防ぐためにも刑法での処罰が求められることがあります。身体的虐待では傷害罪、ネグレクトは保護責任者遺棄、性的虐待は強姦罪・強制わいせつ罪などの刑法罪への告発ができます。また、性的虐待では児童福祉法違反での告発も可能です。しかし、性的虐待の場合には子どもの負担も大きいので、児童相談所や弁護士が関与している民間団体に相談することも役に立つことがあります。

## 身体的虐待を疑う

以下の項目は、身体的虐待を疑う必要がある問題・状況をあげたものです。受診した患者さんに、こうした問題・状況が見られた場合、子ども虐待を鑑別する必要があります。先生がご判断されても、どこか気になる点が消えない(虐待を完全に否定できない)場合、裏面の対応を行ってください。

### P. 身体問題

#### 1. 先ず、虐待を考えなければいけない身体問題

以下の状態が同時期に複数存在、あるいは、反復して出現

外傷(痕)、火傷(痕)、骨折、誤飲、その他の事故(溺水など)

輪郭がくっきりしている、パターン化している、小円形の外傷痕・火傷痕

多数の虫歯、口腔内熱傷、乳児の骨折、硬膜下血腫(交通事故や第三者が目撃した転落以外)、保護者が述べる受傷理由で説明できない外傷・火傷・骨折・事故

#### 2. 虐待も可能性として考えなければいけない身体問題

不潔な皮膚状況、体重増加不良、低身長、受診時に死亡状態(CPAOA)(「乳幼児突然死症候群」様の状況も含む)

### B. 行動面の問題

身体的虐待を受けている子どもは、心にも傷を受け、さまざまな行動・精神面の問題を併せ持つことが少なくありません。上記のような身体状況に、以下のような行動面の問題が見られた場合には、虐待の可能性がかなり高くなります。

#### 1. 先ず、虐待を考えなければいけない行動問題

幼児

著しい過食・異食、過剰で無差別な対人接近(誰にでも馴れ馴れしく身体接触してくる)、加減のない荒っぽい・乱暴な言動(対象が一定しない—誰彼かまわず)

小学生

単独での非行の反復(盗みと嘘、万引、放火など)、動植物への残虐な行為、加減しない攻撃的なことば・暴力

中学生・高校生

家出・徘徊の反復

#### 2. 虐待も可能性として考えなければいけない行動問題

幼児

保護者からの隔離に平気、過剰な警戒心

小学生

集団行動からの逸脱、反抗的言動

中学生・高校生

怠学、暴力行為、性的逸脱行為

## 身体的虐待を疑ったときの対応

受診した子どもは、被虐待児に言われている身体特徴に当てはまる場所がありますか？

ある                      よく分からない                      ない → 普通の診療範囲で対応します



あてはまる項目に「P-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている                      よく分からない                      入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
初期対応を行います。

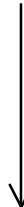


あてはまる項目に、「B-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている                      よく分からない                      入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
初期対応を行います。



あてはまる項目に、「P-2」・「B-2」両方の項目が入っていますか？

入っている                      よく分からない                      入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
初期対応を行います。



この子どもの問題が外傷・火傷・骨折・事故の場合、保護者が述べる理由に対して、先生は十分納得されますか？

十分は納得できない                      よく分からない                      十分納得できる



子ども虐待を  
否定できません。  
保健師へ連絡します。



先生は、この子どもや親子について、**何となく気になる感じ**がありますか？

ある・よく分からない



子ども虐待を否定できません。  
保健師へ連絡します。

ない



普通の診療範囲で対応しますが、  
念のため、1か月後の再診で  
経過観察をお勧めします。

## 乳幼児の頭部外傷(Shaken Baby Syndromeを中心に)

虐待による頭部外傷は医療機関が係わる 경우가多く、また、死亡に至ったり、後遺障害を残したりすることの多い虐待の形です。特に乳児の頭部外傷は事故と虐待との鑑別が必要になるので、ここで特別に取り上げておきます。以下のことを参考に虐待の判断をしてください。なお、親の説明との矛盾、受診の遅れの有無の判断、全身の診察、などに関しては、一般的な身体的虐待と同じですので、そちらを参考にしてください。

### 1. 頭蓋骨骨折

- ・縫合を超えない単純な線状骨折は事故によるものであることが多い。
- ・虐待によると考えられる骨折は多発骨折、複雑骨折、陥没骨折、解離骨折などである。

### 2. 乳幼児の頭蓋内出血

- ・硬膜外出血 偶発的事故でも置きやすく、虐待とは限らない
- ・硬膜下出血 交通外傷以外の事故での発症は少なく、虐待が圧倒的に多い

### 3. 致命的な頭部外傷

- ・家庭内で一般的な生活をしているの転落などの事故では乳児に致命的な頭部外傷が起きるのは稀であり、虐待の存在を考えるべき。
- ・2階以上からの転落や交通外傷では致命的な頭部外傷は稀ではない。ただし、監督のネグレクトなどの可能性は考えておく必要がある。

### 4. 揺さぶられた乳幼児の症候群(Shaken Baby Syndrome, 以下 SBS)

#### 1) SBS とは

- ・乳幼児を揺さぶることによる暴力的な鞭打ち状態。揺さぶりの後にぶつけられることもある(Shaken Impact Syndrome, SIS)。ただし、いずれも揺さぶられていることが重要であることに変わりはない。ぶつけられる場所は柔らかい枕やソファでも揺さぶられる力が増幅されて大きな障害に結びつく。
- ・暴力的な激しい外力が加わらないと起きない。以前は「たかい、たかい」などの荒い遊びで起きると考えられていた時代もあるが、さまざまな研究から、そうした遊びで起きることはないと考えられるようになってきている(ただし、荒い遊びは危険であるので慎むべきである)。
- ・SBS は子どもの一生で一回のこともあれば、繰り返されることもある。

#### 2) 好発年齢

- ・乳児に多いが年長の子どもにも見られるという報告がある
- ・乳児で SBS が多く発生する理由
  - 大人が簡単に揺さぶることの出来る大きさである
  - 大きな頭とそれを支える首の筋肉の弱さ→揺すられる時の頭の動きを大きくする
  - 比較的多い脳脊髄液の存在、髄鞘化が未熟、柔らかい縫合

#### 3) 臨床症状

- ・重篤な SBS ではほとんど直後からの意識障害があり、しばしば痙攣や呼吸停止を伴う。
- ・しかし、重篤でないケースでは、苛立ち、ミルクが飲めない、嘔吐、無気力などの症状があり、ウイルス感染と誤診される程度のものであるので注意が必要。

#### 4) 臨床所見

##### (1) 頭蓋内出血

- ・揺さぶられることで、頭蓋内出血が起きる。橋静脈が破綻して硬膜下出血が起きることが圧倒的に多い。
- ・従って、大脳鎌に沿った出血や後頭蓋窩の出血は特徴的である。
- ・出血が非常に少量のこともある。

##### (2) 網膜出血

- ・揺さぶられると重篤な網膜出血を伴う。一方、ぶつけられるだけでは網膜出血はほとんど起きない。
- ・SBS の網膜出血は広範で何層にも渡る出血であり、両側性のことも偏側性のこともある。
- ・その他の暴力を受けている時には網膜はく離などの他の外傷性眼障害を伴うことがある。

##### (3) 脳実質の障害

- ・揺さぶられることで広範で重篤な脳全体に及ぶ障害が起きる。
- ・一次性脳障害として、脳挫傷、灰白質—白質せん断、びまん性外傷性軸索損傷などが起きる。
- ・二次的脳障害びまん性脳浮腫が起きることが多い。脳浮腫とそれに伴う神経学的症状は揺さぶられてから短時間で始まる。特に致死的なケースでは数時間で始まる。その機序は明らかではない。

##### (4) その他の所見(以下の所見は存在しないことも多い)

- ・骨折…子どもを強く握ったり四肢が振られたりぶつかったりすることから肋骨骨折、長官骨骨折、長官骨骨幹端骨折を伴うことがある。
- ・皮膚外傷…揺すられてぶつけられた場所に皮膚外傷が見られたり、握られた胸の部位に指のあとの内出血が存在することもある。

##### (5) 予後

- ・致死率は 15%、障害を残す率は 50%以上。

##### (6) SBS が疑われる症状があるときには

- ・事件から受診までの時間を確認。
- ・予断を与えない形で親の説明を聞いてそれを記載。
- ・CT もしくは MRI で頭蓋内出血・脳浮腫・その他の頭蓋内所見を確認する。ただし、脳浮腫などの臨床所見は画像診断では後から出現することがあるので、臨床所見に応じた治療を開始する。
- ・眼底の所見をとる。
- ・全身骨撮影を行う(初診時と 2 週間後)。できるだけ小児放射線科医にコンサルトする。
- ・その結果、SBS が疑われる所見があれば、児童相談所に通告する。
- ・なお、必要な検査や判断が困難なときには虐待を扱える医療機関に紹介したり、コンサルトすることが必要。

(日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4)

## 虐待による熱傷の所見

### 身体的虐待の外傷痕の基本的特徴

(1) 外部から見えにくい部位(大腿内側部、腋窩部、背部、臀部、頭皮内など)に外傷が存在すること、(2) 新旧混在した外傷があること、(3) 外傷痕から加害原因物(タバコ、ベルト、火箸、紐など)が容易に推定できることの3点が挙げられます。熱傷においても例外ではなく、この特徴を踏まえて熱傷痕を観察します。

### 虐待による熱傷の特徴

- ①身体的虐待において、熱傷は約 9%との報告がみられますが、その多くに、タバコ熱傷が存在するため、これを見逃さないようにすべき
- ②タバコなど小型の熱源による熱傷部位は臀部、大腿内側部、腋窩、腹部など露出していない部位に多い
- ③熱傷面が一様な重症度を呈して健常部との境界が明瞭である
- ④逃げられない子どもが受傷するため、熱源が容易に推定できる。
- ⑤飛び散ったり、かぶつたりの受傷(splash burn)がないか、ほとんどみられない。
- ⑥乳幼児のアクシデントによる熱傷は手掌などの上半身中心に受傷していることが多い
- ⑦いずれにせよ、熱傷部位の特徴より、熱傷痕の特徴(境界明瞭、熱傷深度が均一)のほうが、虐待の熱傷に、より特異度が高い

### 熱源別特徴

#### ①タバコ・車のシガレットライター

- a. タバコによる熱傷は最も高頻度に経験される
- b. いずれにせよ、衣類による被覆部に熱傷を負っていることが多いため、疑いが生じた症例では、必ず、裸にして(下着も脱いで)の全身観察をします(医療機関では受診の主訴と異なっても裸にしての全身観察が求められているといえます)
- c. 中には、若干、タバコ熱傷と即断できない熱傷痕もありますが、受傷部位、新旧混在の外傷痕、などから総合的に診断します
- d. シガレットライターによる熱傷痕もその多くはタバコ同様に熱傷痕の形状から一目瞭然であり、熱傷源を推定でき、虐待を強く疑います

#### ②家庭用品

- a. 火箸、焼き網、アイロン、カールゴテなどが経験されますが、時にはクリーニングで使用される金具製ハンガーなどでも経験されます
- b. 熱傷を受ける部位は経験上、胸部・腹部などの軀幹の前面のみだけではなく、背部も多く経験されますし、四肢も少なくありません
- c. いずれにせよ、熱傷面が一様な重症度・深達度であり、境界明瞭であることから熱傷源の推定が可能なことが多いといえます
- d. 熱さによる本能的な子ども達の逃避・回避行動が熱傷面に見られるかどうかを見極めることが虐待による熱傷の診断に最も重要です

### ③加熱液体(熱湯など)

- a. 乳幼児において、熱湯での熱傷は不慮の事故による熱傷の原因としても多いわけですが、実際に63.8℃のお湯では1秒間の接触でⅡ度熱傷を起こし、10秒間の接触でⅢ度熱傷までおこすことが知られています
- b. 不慮の事故と異なり、回避・逃避行動がないため、液体による熱傷なのに、境界が明瞭であり、熱傷の重症度が一定という、最大の特徴があります
- c. 不慮の事故による液体熱傷では経験されない部位、すなわち、躯幹～臀部、四肢など、部位的特徴もあります
- d. 旧式の風呂などのお湯に漬けられると、上部の湯温が高く、下部の湯温は低いことが特徴のために、熱傷の上部部位が境界明瞭・熱傷度均一、左右対称であり、下部になると熱傷度も軽くなり、不均一になるという特徴があります
- e. また、被虐待児が抵抗できないとはいえ、身を丸めて痛みをこらえるなどの動作にて、腹部の皺部分は熱傷度が低いために、皺に沿って健常皮膚が残ったりすることも特徴です。或いはもがいて手足の熱傷度が軽いことも経験されます
- f. 熱傷部の上部が境界明瞭であり、熱湯が飛び散った熱傷痕である、splash burn がないことが特徴です
- g. 臀部から熱湯に浸漬されると周囲の熱傷度が強く、中心部の熱傷度が弱いためにドーナツ現象を起こすことも虐待の熱傷として知られています
- h. 手足を熱湯に浸漬されると、手は手袋(グローブ)状に、足は靴下(ソックス)状に一様に熱傷することも虐待に特徴的な熱傷として知られています
- i. 口腔内熱傷は乳幼児では余り起こりえない熱傷ですから、口腔内熱傷(特に軟口蓋や口蓋垂や咽頭壁などまで)の場合には強く虐待を疑うべきで、加熱液体を無理矢理飲ませた可能性があるといえます。

### ④その他

- a. その他の熱傷では、あらゆる物体が熱源となりうることが知られています
- b. 夏場の直射日光で加熱された、アスファルト、鉄板、或いは車体などがあり、他にはエンジンを始動しているバイクのマフラーなどです
- c. いずれにせよ、日常的には有り得ない受傷機序であり、熱傷面が均一の重症度であることが虐待疑いの第一歩です

最後に、これらの熱傷における虐待診断において、熱傷から受診までの時間の遅れ、或いは民間療法や放置などによる、熱傷面の感染・汚染を認める場合は強く虐待を考えるべきです。

実際に、熱傷面は感染しやすい特徴があり、感染している場合には受傷から、受診までの時間が必要以上に経過していることを重視しなければなりません。

## ネグレクト(neglect)

子どもを遺棄すること。健康状態を損なうほどの不適切な養育、あるいは子どもの危険について重大な不注意を犯すことをネグレクトといいます。栄養不良、極端な不潔、怠慢ないし拒否による病気の発生、学校に登校させないなどがあります。

ネグレクトは決して軽い虐待ではありません。乳幼児期では死の危険すらあります。適切な愛着関係、母子関係、信頼関係が築かれないため、将来さまざまな問題行動をひきおこし、人格形成に重大な影響を及ぼします。

保護者はさまざまな問題を抱えていることが多く、養育能力がなかったり、精神障害を抱えていたり、兄弟がいるときは、全員に影響が及びやすいことが知られています。

保護者が「ネグレクト」しています、とって外来や健診につれて来たり、相談に来たりすることはほとんどありません。もちろん子どもが自ら訴えることもありません、できません。外傷もないことが多く、誰かが気づいて通告しないと援助が始まりません。

### 衣食住の身体的ケアを与えない[栄養ネグレクト・衣服ネグレクト・衛生ネグレクト]

ご飯を食べさせてもらえないために**体重増加不良**、**栄養失調**になります。夏場などでは**脱水症**にも注意が必要です。着替えをさせてもらえないために体が臭う、オムツかぶれや湿疹がひどい。乳幼児健診、幼稚園・保育園、学校で気づかれます。

親の生活リズムに合わせた子どもの生活リズムの変調、家庭内の繰り返される事故もネグレクトと考えることができます。

### 発達に必須な情緒的ケアを与えない[愛情剥奪症候群、情緒ネグレクト]

発達の遅れ、低身長、低体重(やせ)となり、感情表現ができず、他人への共感と配慮を欠き、コミュニケーションが取れない、人間関係が築けないことが問題です。好奇心や学習意欲が低下し、愛情への渴望と執着がみられることがあります。身長体重は健診などを受けていれば、母子手帳の発育曲線にプロットしてみるとよく分かります。発達には臨界期があります。早期に発見し、適切な対処をしないと発達の遅れは不可逆的です。

### 子どもの安全を守るために必要な監視を怠る[環境ネグレクト]

何日間も保護者が出歩いて、**子どもが家に一人で放置されている**。車の中に子どもをおいて**パチンコに興じる**。火傷やたばこの誤飲も、繰り返されればネグレクトです。しかし、子どもが寝ているから車の中において、ちょっとスーパーで買い物、子どもが寝ているので、家においてちょっと買い物。日本では「当たり前」に行われているのではないのでしょうか。アメリカでは直ちに通報されます。「何が虐待か」社会のコンセンサスが必要です。

### 必要な医療や乳児健診、予防接種を受けさせない。[保健ネグレクト・医療ネグレクト]

外来でなにかおかしい、不自然というセンスをもつことが大切です。乳児健診の未受診者へのアプローチは地域の母子保健の大きなテーマです。

**アレルギー疾患、心不全やてんかんの薬を適切に飲まない、勝手に中断する**。医療機関に受診するのがいつも遅い、不必要に頻回に受診する、夜間診療しか受診していない。このような中に「虐待」が潜んでいることがあります。

基礎疾患や障害のある子どもの経過が自然歴なのかネグレクトの影響を受けているのか鑑別し、判断することは医療機関での診察のみでは不可能です。地域での社会的状況、生活状況の情報の収集が不可欠です。

**必要な教育を受けさせない。保育園・幼稚園、学校に行かせない。〔教育ネグレクト〕**

幼稚園、保育園では親の都合や、親の生活の乱れで登園できない。無断で来ない。着衣が不潔。園では「がつがつ」食べる。お迎えが来たとき、子どもの態度が変わる。

小学生にもなると、兄弟の世話をさせる、家事をさせ、登校させないこともできます。

**捨子、親子心中の道ずれ 最近では保険金殺人〔遺棄・殺人〕**

間引きは江戸時代に行われていました。親子心中は日本独特の文化背景があるといわれています。つい最近までわが国には尊属殺人という項目があり、親子心中の失敗から子どもだけが死亡しても罪に問われない一方、いかなる理由であれ、子どもが親を殺すと他人への殺人より重い罪を課せられていました。

その一方で、最近母親が我が子に保険金をかけて殺害する事件がおきました。

保護者の養育能力を評価することが必要です。

経済的問題、家庭崩壊、時に宗教的カルトなどが関与していることがあります。養育者の知的レベルが低く、援助なしには養育が不可能なこともあります。母親の精神病や精神障害もまれではありません。気付いても、精神科医療につなげることは、一般的に極めて困難です。

**ネグレクトに気づかない、察知しながら通告、介入を行わないのは、  
専門職による子どものネグレクトと言われてもしかたありません**

ネグレクトに気づくために

**ネグレクトされた子どもの身体的特徴**

- ①体重増加不良、体重減少
- ②不衛生、不適切な衣服
- ③無気力、顔色不良、元気がない
- ④病院への受診の遅れ
- ⑤慢性疾患の放置、不完全な治療

**ネグレクトを受けた子どもの精神的特徴**

- ①乳幼児期の発達の遅れ(ことばの遅れ)
- ②幼児期の問題行動(集中力のなさ、多動、攻撃性、衝動性)
- ③学童期の問題(学習困難、自己評価の低さ、協調性のなさ)

**ネグレクトを受けた子どもの行動面の特徴**

- ①頻回のけが、事故
- ②夜間の徘徊、家出
- ③食べ物に対する問題(がつがつ食べる、盗み食い など)
- ④園、学校の遅刻の多さ、休み
- ⑤子どもに物乞い、盗み、労働、家事などをさせる
- ⑥薬物、アルコール
- ⑦多動、反社会的行動

(日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4)

## 代理によるミュンヒハウゼン症候群 (Munchausen Syndrome by proxy, MSBP)

子どもに病気を作り、かいがえしく面倒をみることにより、自らの心の安定をはかる、子どもの虐待における特殊型です。加害者は母親が多く、医師がその子どもに様々な検査や治療が必要であると誤診するような、巧妙な虚偽や症状を捏造します。

加害者は自分が満足できる結果がでて、処置をしてもらえるまで「その」状態を続けるため、必要のない検査が延々と続くこととなります。加害者が医療者の注意を十分に引きつけることができないと、子どもの症状がどんどん重篤になり、致命的な手段もいとわなくなることがあるので、十分注意が必要です。しかし、医療者が疑いを持つと、急に来院しなくなったり、別の医療機関を受診したり、これまでに学習した知識を基に、さらに巧妙な症状をつくりだすこともあります。一般的に加害者は医師に熱心な母親であるという印象を与えます。「この母親が虐待などするはずがない」と、思わせることがまれでなく、「おかしい」と疑うことが大切です。

### MSBPのタイプ

#### 1. 虚偽による訴え

子どもに実際には手を出さず、存在しない症状だけを訴え続けるものです。症状を目撃、確認している第三者はおらず、訴える保護者のみが観察している状況があります。子どもにとっての不利益としては、不必要な検査や治療、保護者への不信感の形成などがあります。

#### 2. 捏造による訴え

##### 1) 検査所見の捏造

体温計を操作して高体温を装う、子どもの尿に自分の血液を混じるなどをして血尿を装うなど、人為的に検査所見を捏造して訴えるものです。子どもにとっての不利益としては、不必要な検査や治療、保護者への不信感の形成などがあります。

##### 2) 身体への人為的操作による症状捏造

子どもに薬物等を飲ませる、窒息させるなどの行為を行い、子どもに実際の身体不調や病的状態を作り出し、そのことを病気の症状として訴えるものです。子どもにとっての不利益としては、身体的異常(最悪の場合、死亡)、不必要な検査や治療、保護者への恐怖感・不信感の形成などがあります。

### MSBPの一般症状

極めて多岐にわたります。無呼吸、けいれん、出血(血尿、吐血)、意識障害、下痢、嘔吐、体重増加不良、敗血症、局所の感染を伴うことのある発熱、発疹、高血圧などです。

#### 臨床症状の特徴

症状の確認が困難な発作的要素を持つ症状が多く、加害者への問診が中心となる。

医学的な知識があれば、症状を作りやすく、かつ劇的な所見を呈するものが多い。

(母親は、熱心な母親を演じながら、医師からこのような情報を得ている)

(日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4)



## 性的虐待が気になるとき

性的虐待とは、子どもにとっての性の安全が守られて健全な性の発達が保障されるという権利が年長者から侵害されることです。被害はどのような子どもにもあり得ます。乳幼児でもありますし、女児のみではなく、男児への性的虐待も決して少ないものではありません。必ずしも性器への接触があるとは限りません。例えば、幼児の手の届くところに AV ビデオを放置するなど子どもにとっては過度の性的刺激になり、時には加害に転じてしまうこともあります。性的ネグレクトと考えられるでしょう。

### 1. 疑い

#### 1) 身体的訴えから

##### (1) 性器或いは肛門の裂傷・出血

机の角にぶつけた、鉄棒から落ちたなどの説明が多いのですが、**膣裂傷は事故では起きませんし**、転倒などの簡単な事故で性器や肛門だけに裂傷が存在することは殆どありません。特に思春期前の子どもでは、これだけで性的虐待と考えるべきです。

##### (2) その他の性器・肛門・大腿内側の外傷

内出血、熱傷(タバコが多い)などが見られることがあります。本人や親の説明が妥当かどうかの判断が必要です。

##### (3) 性器の感染症状および掻痒感

思春期前では膣の自浄作用が少ないため、物理的刺激で一般細菌感染がおきやすい傾向があります。虐待による刺激や虐待の結果としての自慰から症状が持続することがあります。また、微細な傷による掻痒感や、その感覚が PTSD の再体験としてよみがえっている場合もあります。

##### (4) 膀胱炎・尿道炎の症状

繰り返される性的虐待の結果、**膀胱炎や尿道炎を繰り返す**ことがあります。繰り返される泌尿器感染症でも性的虐待を疑う必要があります。

##### (5) 性感染症の症状

HIV、梅毒、淋菌、クラミジア、ヘルペス、扁平コンジローマなどの性感染症は性交によって生じるので、思春期前の性感染症では性的虐待と考えなければなりません。

##### (6) 妊娠

**相手が不明な妊娠**では性的虐待を疑う必要があります。親が付き添ってきて、子どもの言動を監視しているような時には特に注意が必要です。

##### (7) その他の症状

性的虐待を受けた子どもは不定愁訴が多くなります。下記に示すような行動などが存在した時には性的虐待も鑑別診断に入れる必要があります。

### 2) 行動上および精神的症状

#### (1) 思春期前の自慰

幼児期に虐待以外で起きる自慰は自然の発見で、うつ伏せになって体を揺るとか、ソファの角などに性器を押し付けるなどが殆どですが、**他人の手を自分の性器に持っていき、きょうだいや人形にまたがって性器を押し付ける、自分の指を膣に入れるといった形の自慰は性的虐待を強く疑わせます**。

#### (2) その他の性的言動

性的虐待を受けた子どもには**性化行動(年齢不相応な性的行動化)**が多く認められます。幼児での大人の服を脱がそうとしたり、他人の性器を触ろうとしたり、性に関する質問を多くするなどの性的言動の増加は強いサインです。年長児では性的逸脱が多くなりますのでその場合も疑う必要があります。また、性的加害に繋がることもあります。

### (3) 転換症状・解離症状

手の麻痺や嚥下困難などの転換症状がマスターベーションの強要や口腔性交の結果として出現することがあります。意識消失や健忘などの解離症状でも性的虐待を考慮する必要があります。

### (4) 不特定の症状

これまで自分がした悪いことを上げて不安がる、自傷行為をする、ファンタジックな話が急に多くなる、寝ることを不安がる、一人で寝たがらない、人との身体接触を不安がる、トイレに行くことに不安になる、一度なくなっていた夜尿が出現する、などといった症状が出現した時には、性的虐待の可能性も考慮する必要があります。

### (5) 診察時の言動から疑われるとき

① **衣服を脱ぐことへの抵抗**・・・診察時に衣服を脱ぐことに異常な抵抗を示す思春期前の子どもでは性的虐待を考える必要があります。

② **年齢不相応の性的ニュアンス(いわゆる「セクシーさ」)や言動**・・・他者に近づくとときに些細なしぐさなどに性的ニュアンスが伴いがちになります。それを見逃さないことも大切です。

③ **親子関係の不自然さ**・・・診察時の親子関係から性的虐待が疑われることもあります。

## 2. 診察の基本

### 1) 身体的診察

全身の詳細な診察が必要です。他の虐待の合併も少なくありません。ただし、再トラウマになるのを避けるため、診察に関する説明をして納得してもらう、着脱時には不必要な人がいない、ガウンやバスタオルを使うなどの配慮が必要です。

### 2) 性器の診察

性器の診察は**できるだけ同性の医師が行うことが望まれます**。子どもの年齢に応じて理解できるように手技を説明し、できるだけ短時間の観察に努めます。親に抱いてもらって、性器を観察することである程度の情報が得られます。疑問に思う所見があった時にはそれを記載し、子どものことを扱える婦人科の先生にコンサルトをすることが望まれます。**所見は 1-2 週間で消失するので出来るだけ早期に紹介する必要があります**。それが困難なときには、大きな異常がないか、性感染症はないかだけでも、診察して記載しておくほうが良いでしょう。

## 3. 検査・治療・対応

### 1) 検査

性虐待を疑ったときは、**妊娠の検査、性感染症の抗体検査、膣感染症では一般細菌の膣拭い液の培養、泌尿器感染症では尿検査を行う**。尿中から精子が発見され、性的虐待が証明されたこともあります。

### 2) 対応

(1) **治療**・・・身体医学的、精神医学的な症状への治療を行います。

(2) **可能性の判断**・・・以下を参考に判断

a. ほぼ確実・・・本人の開示、親の開示、性器に精液が存在

b. 疑いが非常に強い・・・性器・肛門の裂傷や性感染症などの確実な医学的所見、低年齢での著明な性化行動

c. 疑いが強い・・・性器感染、可能性を示唆する複数の所見、高年齢での性的行動化

d. 性的虐待の可能性を考慮に入れる・・・疑いを示唆する所見が一つあり、不特定症状

### (3) 児童相談所への通告

① **必ず通告すべき**・・・可能性の判断の a. か b. に該当し、現在も虐待が続いていると考えられる ときには医療機関にいるうちに児童相談所に通告する。

② **状況によって通告すべき**・・・可能性の判断で c. から d. に当たる場合には他の情報を得て 検討し、通告すべきかどうかを判断するか、虐待を多く扱っている医療機関に紹介する。

③ 児童相談所に相談を求めるとき・・・以前に性的虐待があったが、現在は虐待者とは会わない状態にあるときには、緊急に通告が必要とはならないが、子どもの精神的な問題やその後の 対応のため、児童相談所に相談することを勧める。

## 虐待している保護者の特徴

虐待を行った者は、**実父母が多く、中でも実母が最も多い**ことが知られています。多くの親は虐待を行っても、それを認めようとはしませんが、親を罰するのではなく、虐待する親も支援を必要としているという視点が大切です。

虐待をする特別な親がいるわけではありません。だれでも虐待者になり得ます。後で振り返ると何らかのSOSサインを発していたことが分かることがあります。児童福祉法改正で、地域に要保護児童対策協議会の設置が望まれ、医療機関にもその早期発見の役割が期待されています。親だけをみて虐待を疑うことは困難であると思いますが、親子の関係など「ちょっと気になること」をそのままにせず、保健所、保健センターなどに連絡し、地域全体で見守るように努めるべきです。

虐待者も幼少時の被虐待児経験を持つことがあることが明らかになっていますが、把握しがたいのが現状です。しかし、一方で虐待をしやすい親、受けやすい子どもの特徴が明らかにされてきています。

また虐待を受けるのは子どもに限りません。パートナー間であればドメスティックバイオレンス(DV)です。子どもの虐待からDVが明らかになることがあります。逆にDVから子ども虐待が明らかになることもあります。DVの現場にいること自体が子どもにとって虐待にあたる应考虑すべきです。

### 虐待が推察される親の行動

①子どもの**軽微な症状で、しばしば外来や救急外来を受診**している。

どうして連れてくるのか、受診するのかなど考える。SOSのサインであることがあります。

②症状が前から出ているのに、**受診が遅れがち**である。

③**育児についての誤った知識(確信)**を持っているようにみえる。

外来の健診、診療中に備え付けのおもちゃをなめる。母親が「人様のものを、なめるんじゃない」とたしなめ、児が「気をつけ」の姿勢をとる。

④子どもを怒鳴りつけ、あたりまえと感じているように見える。

病院の外来でどなりちらす、片手で引きずっていく。診察室の中では気づきづらく、看護師と医師との意思の疎通、医療機関の中での連携が必要です。

⑤医療スタッフに対して攻撃的であり、通常**の信頼関係を築きづらい**。

⑥**状況の説明に一貫性がなく矛盾**していたりする。

自分から状況を説明するのを渋ったり、ごまかして言い逃れをしようとしたりする。

医師と看護師にいうことが違う。

⑦医師の**診断・治療に対して相応な関心を示さない**。

直ちに治療をし、治すことを要求する。

逆に、説明に納得せず、治療を拒否する。

重篤な状態であるとの説明にも無反応である。

⑧親の知的な問題、鬱状態、幻覚妄想状態など精神病が疑われる場合。

## その他の虐待や放置をする親にしばしば見られる行動様式や問題点

① 厳しい体罰を当然であると考えている。

② 親自身に虐待を受けた既往がある。

なかなか得られにくい情報である。保健所・保健センター保健師や市町村のケースワーカーが把握していることがある。

③ 一般的に他人に対して疑惑と反感を持っており、親しい隣人や親戚が居ない。

日頃から、近隣住民とトラブルをおこしている・

④ 孤立した生活(自分から拒否する、周囲から見放されるなど)

⑤ 子どもに心理的に過度に依存しており、子どもに慰めや安心・満足を求めている。

それが満たされないとその不満を子どもにぶつける。(役割逆転)

子どもを小学校に行かせず、幼い兄弟の面倒をみさせている。

⑥ 一貫した子どもへの養育態度がなく、子どもが親の期待通りに行動できない。

時に、子どもを脅し、体罰を加える。

⑦ 子どもの正常な発達に無関心で、たとえ教えられても理解していない。

ことばが遅いことを全く気にしない。保育園で発達の遅れを指摘されてもきにしない。

⑧ 母親が加害者の場合には、母親自身が夫からの暴力の被害者であることがある(DV)。

母親の外傷、夏場でも長袖を着ているなどに注意が必要です。また直接の暴力がない場合も、育児に無関心、家族を顧みない、経済能力がない、など母親を追い詰めている場合が殆どです。

## 虐待を疑ったときの養育者に対する接し方

信頼のおける人が中心となって、看護師・医師・MSW の連携で戦略を建てて、誰もが、同じ事を聞かないようにする。誠実な態度で、十分に話を聞くという態度がたいせつである。

Multidisciplinary team MDT(多職種専門チーム)による対応と、いわゆる司法面接 (forensic interview) 制度の確立が望まれます。

① 保護者から虐待についての告白・動機・故意かどうかなどを無理に引き出そうとしない。

無理にすると保護者は、責められている、非難されている、罰せられるなど感じ、信頼関係を築きづらい。

② 保護者のあいまい、不自然な説明をひとまず受け入れ、保護者の苦労をねぎらい、子どもの治療や必要な検査を、一緒に進めて行く。

③ この時点では「虐待」という表現は、刺激的過ぎる。家族の状況、保護者のパーソナリティなどの情報を収集し、戦略を建てる

④ 一緒に考えて、協力していまの虐待が起こる環境を変えてゆきましょう。親子分離も、親への罰ではなく、状況を変える手段である。親から信頼されるように、支持的に。

⑤ 年長児の性的虐待が疑われる時は、初期段階から弁護士を入れる

虐待をする親を「親のせいだ」責めたり、「親が悪いから」と罰したり、批判しないように

虐待する養育者にも、虐待をしてしまう何らかの理由がある。

虐待をしてしまう親にも、援助が必要である。

## 子ども虐待が気になったときの問診

外来で虐待を疑う場合には、虐待を疑わせる「外傷」を主訴に来院する場合と、「発熱」などの主訴で来院し、診察の過程で虐待が疑われる所見が発見される場合とがあります。いずれの場合でも、医師は外傷などの所見を見て驚いたり、急に緊張したようなそぶりを見せることなく、冷静に対応することが必要です。丁寧で冷静な問診と診察は正確な診断を可能にするために欠かせないものです。

また、子ども、特に乳幼児を診察する際には日常から主訴の内容に関わらず、体重、身長を測定し、全身を詳細に診察する習慣をつけておくことも重要です。これは虐待の診断に留まらず、全ての疾患の発見に結びつく診療態度です。このような診察法を自然にさりげなくできれば、主訴とは直接関係のない身体部分の診察をすることで親や養育者に余計な警戒心を起こさせないことにつながります。

### 外傷

挫傷や熱傷、皮下出血などを診た場合には、以下のことをさりげなく聞きます。親の答えが不合理に感じたり、聞いたことにきちんと答えていないと思っても、その矛盾点を突いたり、追求するような態度をとってはいけません。答えを聞いて怒ったり不快感を露わにしたりすることなく冷静に耳を傾け、親の言葉をそのままカルテに記載することが求められます。

- ・ケガをしたのはいつか（日時とおおよその時刻）
- ・子どもがケガをしたときに一緒にいたのは誰か
- ・ケガはどこで起こったのか
- ・ケガはどのようにして起こったのか
- ・ケガが起す前には子どもは何をしていたのか
- ・親はそれを見ていたのか
- ・親以外に見ていた人はいるか
- ・ケガをしたとき子どもはどのような反応をしたのか
- ・親はケガに気がついてからどのようなことをしたのか

上記のことをさりげなく聞いて記録します。答えに不信感を持った場合もそれを表情に表すことなく穏やかな態度を崩さないように心がけましょう。

外傷は、現在アクティブで治療の必要がないものでも、瘢痕や色素沈着症などが発見され、外傷性の原因が想定された場合には、同じように上記の問診内容を問うことが必要です。ただし、主訴と関係ない損傷についてあまり詳細な問診をすることは親に警戒心を起こさせるので親の態度や言葉の様子から心理的抵抗を感じた場合にはあまり追求することはやめて、カルテに記載するだけに止めておく場合もあるでしょう。

### やせ、不潔、無表情、外来で泣きやまないなど

これらは体重増加不良を除いて、他の主訴で来院して問診と診察の過程で気がつく問題です。外傷に伴うことも少なくありません。これらの症状は、子どもの全身状態、身体的情緒的発育状態、日常の養育状況を反映しているもので、その背景には「ネグレクト」が存在する可能性を示唆しています。このような場合に行う問診は外傷の問診以上に親の気持ちを配慮して責めるような口調になることなくさりげなく問うことが必要です。問診の内容は以下のようなものが想定されます。

- ・一日の哺乳量や食事量
- ・入浴の状況
- ・遊びや散歩などの状況
- ・普段一緒にいるのは誰か
- ・夫は育児を手伝ってくれるか
- ・誰か育児を手伝ってくれる人はいるのか
- ・親の心身の健康度

上記の内容を問う場合は、親の欠点や育児能力の不足を指摘するような態度ではなく、親の苦勞をねぎらうような優しい姿勢が臨まれます。

### 妊娠・分娩・出生・発達歴、検診の受診状況、予防接種歴、既往歴、家族歴、など

これらの情報の多くは「母子手帳」に記載されているので、まず母子手帳の提示を求めましょう。これは小児科診療の際の行動としては極めて自然なものです。

親が母子手帳を持参していない場合はその旨をカルテに記載し、次回来院の際に持参するよう頼みます。そして、出生時体重やその後の発育発達、既往症の有無を問います。兄弟の有無や健康状態なども簡単に問い記録します。親がこのような問いかけに反応しなかったり、反感を呈した場合にはその旨カルテに記載し、それ以上の質問を控えましょう。

母子手帳を見せてもらったときにはコピーの許可を求めましょう。コピーできなかったときは必要な事項をカルテに写します。

子どもの年齢から身体的および知的発達レベルを推測することは可能ですが、発達には個人差があるので親にさりげなく子どもの発達状況について質問することも欠かせません。親の答えによって、子どもの発達をほとんど理解していなかったり、その場しのぎのいい加減な答えが返ってくることもあります。親の答えの内容をきちんと記録しておきましょう。

子どもの発達レベルは、外傷のヒストリーの信憑性を疑うきっかけにもなり重要な情報です。

子どもの発達レベルは問診や診察をしている間に客観的に評価できることも多いので、その所見を記録しておくことも必要です。

### 子どもへの問診

子ども自身が話をできる年齢に達している場合には、親や養育者が同席していない状況で話しを聞くことを試みましょう。「お母さんはちょっと外に出ただけですか」という直接的な要求は実際には可能ではないことが多いでしょう。入院中であれば、そのような機会を作ることは可能でしょうから積極的に実行するべきです。外来場面では、色々な工夫が必要でしょう。看護師が親に問診するような機会を意識的に作ったり、親が偶然席をはずす場合も利用できます。子どもを診察中に親の視野の外で小声で子どもに話しかけることもできるでしょう。

子どもから話を聞く際は、無理に聞き出そうとしたり、追及したり、矛盾点を突いたりしないで優しく聞き取りましょう。答えを誘導するような質問も避けましょう。子どもはどんな質問にでも「うん」と答えてしまう傾向があるからです。記録は話の内容だけではなく、話をしていたときの子どもの表情、態度、声の調子などを記録することも重要です。話を聞いた後には子どもに「よく話してくれてありがとう」と声をかけ、聞いた内容を親に話してもいいかどうか尋ねます。

## 子ども虐待が気になったときの身体診察

### 全般的留意点

全身状態不良で緊急の救命処置が必要な場合や、即時の手当てを要する外傷がある場合はそれを最優先とすることはいうまでもありません。

しかし、緊急処置を要さない外傷の場合は、主訴となった外傷だけに注目して直ぐにその診察に取りかかることは避けた方がよいと思われます。これは虐待以外の事故による外傷の診察の場合にも当てはまります。子どもが一番痛がっているところから診察を始めるのは得策ではありません。子どもは外傷による痛み以上に、診察の際にもっと痛いことをされるのではという不安を抱いています。また、幼児期以上の子どもは裸にされて診察されることへの恥ずかしさを感じていることもあります。ですから、診察は医師が行っている日常の手順に沿って進めるのがよいと思います。そのほうが医師にとっても楽で自然に行え、子どもと親の双方にとってもとくに不自然に感じないことが期待されます。頭部、頸部、両手、胸腹部、背部、臍径部、両足などの視診、触診、聴診を優しく丁寧にを行うことで子どもは少しずつ安心するものです。この際に、主訴以外の外傷や損傷の痕跡等を発見することも少なくありません。このような全身の診察を親の不信感を喚起することなくさりげなく行えるようになるにはある程度の技術と経験が必要です。どうしても不自然となるような診察は避けざるを得ないかもしれません。

一般的な診察を終えた後で、子どもが一番痛がっている箇所を詳細に診察することになります。

### 身体計測(身長・体重)

身長と体重の測定は必ず行いましょう。小児科の診療場面では特に不自然なことではありません。しかし、状況によっては測定しないうちに問診や診察が始まってしまうこともあります。このような際には、診察の後で必ず測定することを心がけましょう。それによって、発育発達の不良、体重増加不良、低身長、やせ、肥満などを客観的に診断することが可能となり、その後のフォローアップの際に基準値とすることも可能となります。

### 外傷の記載法

通常の外傷であればその治療が第一の目的ですから損傷の記載は簡単でも許されるでしょう。しかし、虐待が疑われる場合には、**医学的な診断が虐待の判断を下す際の重要な情報となるので、正確で詳細な記載が求められます。**

・外傷には熱傷、挫傷、擦過傷、裂傷などがありますが、まずは、**損傷の正確な医学的表記**が求められます。

・損傷は、その**部位、大きさ、形状、パターン、色調、広がり**などを記載します。カルテに損傷をスケッチし、そこに色名を書き込むこともいいでしょう。カメラによる撮影も極めて有効です。損傷が多発性である場合は、人形図に書き込むことも考慮します。損傷は治療を必要とするものだけではなく、治癒過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも見落とすことなく記載することが肝腎です。

## 虐待を受けた子どもの身体所見

虐待やネグレクトによる身体所見は多岐にわたり、同種類の損傷が多発性に存在する場合もあればいくつかの異なった種類の損傷が混在していることもあります。また、発生時期を異にした、異なった種類の損傷が混在していることも少なくありません。以下、虐待やネグレクトで見られることが多い身体所見を列記します。

### 体重増加不良：

これは来院時の体重が標準よりも少ない、というだけではなく、経時的な体重増加が悪い、ということも意味しています。以前の体重よりも低下している、という場合さえありますから、母子手帳などを参考にして以前の体重との増減を評価することが重要です。また、体重は身長との比較が大事で、身長と体重の伸びのバランス(やせ、肥満)を評価することも欠かせません。

栄養失調や脱水を伴う著明な体重増加不良は栄養摂取量の不足や劣悪な育児環境が疑われます。実際に、摂取しているカロリーが十分であっても、深刻な心身のストレス下では体重増加が不良なケースを経験しています。

また、逆に、不十分な育児を補うかのように過量な食事量を与えられたため肥満状態を呈する子どももいます。

いずれにしても、経時的な客観的体重計測は重要なデータであることには変わりません。正常な発育チャートにプロットすることが重要です。

### 低身長：

著明な低身長は愛情不足のみならず、心理的なネグレクト、身体的虐待に慢性的にさらされている子どもに発生することが知られています。

### 皮膚の損傷：

皮膚は身体的虐待の標的として最も頻度が高い場所です。種類としては挫傷と熱傷が最も一般的です。

挫傷(bruise)は皮下出血を伴っているが皮膚の裂傷が見られない損傷で一般的には打撲症と呼ばれますが、必ずしも「殴打」によらなくても(つねる、強く吸う、咬みつく、など)発生することがあるのでこの名称が用いられています。挫傷の損傷部位は虐待と事故では多少その頻度に差があることが知られています。参考のために図示しました(図1)。絶対的なものではありませんがある程度の目安にはなると思います。

その他の皮膚損傷としては、擦過傷、裂傷、咬み傷、刺傷、引っかき傷、つねったことによる傷、などがあります。発生機転が推定できないことも多いので、カルテに記載する際には、損傷の客観的な所見(出血、皮膚剥脱、清潔度、大きさ、形{特定の道具を示唆する場合があります}、色調)などに留意し、自発痛、運動痛、運動障害なども記載します。この場合人形図と個々の損傷のスケッチを併用するべきでしょう。

損傷の発生時期と色調の変化の経時的変化については一定の見解がありますが、損傷の場所・大きさ・形状などによって異なることが知られているので、推定発生時期と共に具体的な色調を記載することをお勧めします。

**頭部**：腫脹や頭血腫が触知されます。脳圧亢進の有無が大泉門の触知から推定できる場合があります。毛髪によって挫傷が隠されている場合があります、洗髪時にチェックすると有効です。

**耳**：耳介の挫傷や変形、外耳道内の異物、鼓膜所見など、必要があれば耳鼻科医の協力を求めます。

**眼**：角・結膜の浮腫、強膜出血、前房出血などは直達性の外力で発生します。眼底出血は Shaken-Baby-Syndrome に特異的な所見であり、虐待を受けた疑いのあるすべての子どもは、頭部外傷の有無にかかわらず、小児眼科医の協力を得て写真による記録を撮るべきです。

**鼻**：鼻出血、鼻中隔変形、異物などが見られます。

**口、口腔**：上下の口唇小帯、舌小帯の裂傷、歯の外傷、齲歯の存在が重要です。

**胸部**：肋骨骨折の治癒過程が皮膚の上から触知されることがあります。通常的心音、心雑音、心拍数、不整脈の有無をチェックします。貧血による頻脈や駆出性雑音、全身状態不良に伴う不整脈などが聴取されることもあります。

**腹部**：圧痛、筋性防御、反跳性圧痛、グル音の異常などが腹部内臓損傷の際に診られることがあります。

**背部**：虐待による挫傷が多発する場所です。椎骨の隆起が骨折を示唆することもあります。

**性器、肛門**：紅斑、出血、挫傷、咬み跡、裂傷などがあります。肛門括約筋の異常も見られることがあります。感染症の有無も重要です。女児の外性器の診察は技術的にも所見の取りかたも専門性が高いので、性的虐待が疑われる場合には専門医に依頼するべきでしょう。

**四肢**：虐待の被害を受けることが多い場所です。軟部組織の腫脹、局所的な自発痛や圧痛、運動障害などが見られます。

**神経学的所見**：意識状態の変化、反射の異常、麻痺の存在などは中枢神経系の損傷を疑わせる重要な所見です。

**発達のチェック**：身体的虐待やネグレクトによる発達の遅れ、発達障害は虐待の危険因子など、虐待を受けた子どもに発達の問題を認めることがあります。発達の評価は養育者、母子手帳などからある程度可能ですが、子どもの状態によっては直接観察によって評価できることもあります。

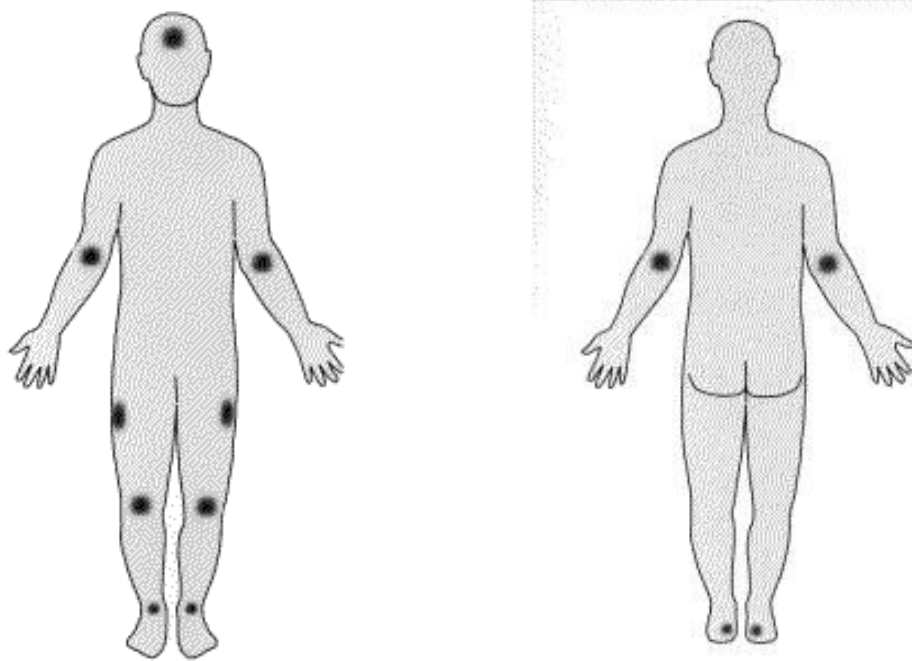


図1 事故によってケガをしやすい部位

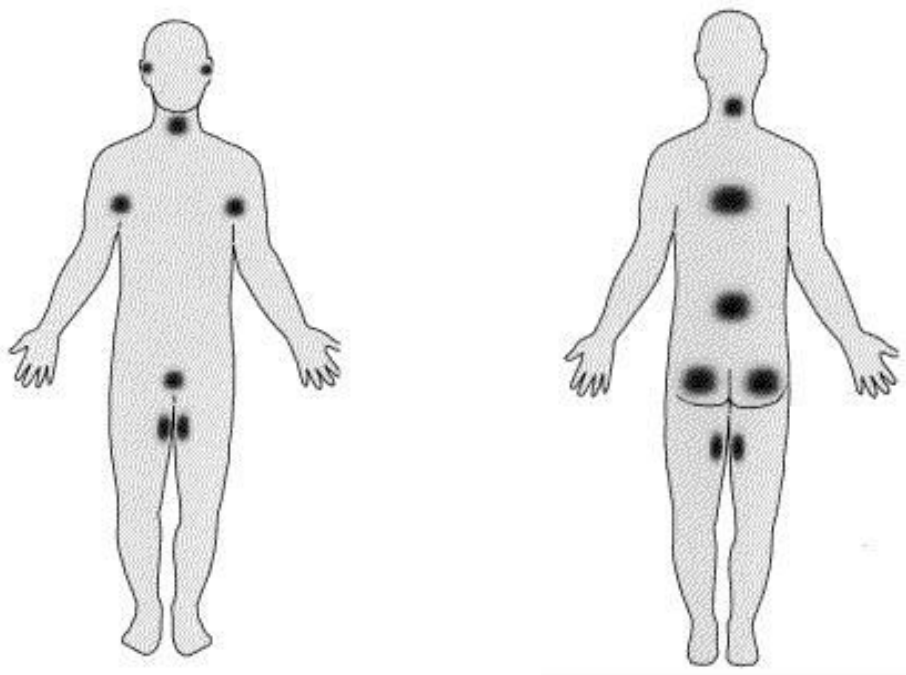


図2 虐待によってケガをしやすい部位

## 虐待を受けた子どもの放射線所見

身体的虐待が疑われる場合には放射線診断は不可欠であり、積極的に行なう必要があります。

### 放射線診断の適応

- ①疑われる場合は無症状や病歴不詳例などが隠れている 2 歳以下では全員に全身骨 X 線撮影(骨スクリーニング)を行う(家族の許可は取らずに行なうことが多い)
- ②2～5 歳では診察所見で骨損傷の疑いのある症例のみ全身骨 X 線撮影をすべきとされています。
- ③年長児では無症状の骨折は経験されないため、この検査は不要です。

### 放射線診断の方法

- ①2 歳以下のレントゲン撮影では全身の前後像を一枚の X 線写真で撮影するのではなく、各部位における撮影方法を選択して細分化して行うべきです
- ②また、撮影は 1 回のみではなく、1～2 週間後に再度行い、初回検査時には見逃されやすい微細な骨折を見逃さないようにすべきです
- ③この再検査は 1 歳未満の乳児など低年齢児には不可欠で、その理由は骨折による変位が少なく、受傷早期の診断が困難であることと身体的虐待での骨折が乳児期にきわめて多いことの 2 点からです。

### 実際の全身骨の撮影方法

- ①頭蓋骨正面側面、胸郭(胸部ではない)正面側面、頸椎側面、腰椎側面、股関節正面、大腿骨正面(左右)下腿骨正面(左右)上腕骨正面、前腕骨正面、手指骨正面、足趾骨正面を撮影します
- ②骨折所見が陽性の部位は最低でも正面と側面像も撮影しますし、必要なら斜位像も撮影します。
- ③胸部撮影では肺野に照準が行くため、必ず胸郭撮影とオーダーすべきとされています
- ④骨折疑い部位はさらに精査する必要があるため、熟練の放射線科医に相談し、その最適な撮影方法を検討することが必要です
- ⑤骨折を正確に見抜くという観点からも常に、適確な読影力を有した放射線科医あるいは小児科医、整形外科医との連携を図っておく必要があります。

### 虐待による骨折自体の特徴

自然外力ではなく、人為的な外力による骨折ではその特異性が知られています。つまり、虐待による骨折として特異度の高い骨折・骨折部位を知っておく必要があります。

#### ①特異度の高い骨折

骨幹端骨折、肋骨(背部の肋骨脊椎接合部)、棘突起骨折、胸骨骨折、肩甲骨骨折

#### ②特異度が中程度の骨折

骨端離開、脊椎の骨折や脱臼、指趾の骨折、頭蓋の複雑骨折、複数骨折(特に両側性)、異なる骨折時期の存在

#### ③特異度の低い骨折

鎖骨骨折、長管骨骨幹部骨折、頭蓋骨線状骨折

## 骨折年齢による特異度

骨折部位での特異度はあるものの、実際には歩けない 5 ヶ月児が大腿骨骨幹部骨折、或いは頭蓋骨線状骨折があれば、虐待の特異性は高くなるといえます。このように虐待による骨折の判断は子どもの年齢が重要です。

- ① 自然外力による骨折の 85%以上は 5 歳以上といわれます
- ② 逆に、虐待による骨折の 90%は 2 歳未満といわれています

## 受傷機転による骨折の形態

人為的外力による骨折、すなわち虐待に特異性があると考えられる受傷機転の骨折形態があり、それだけで虐待を疑う必要があります。

- ① 骨幹端骨折 (corner fracture bucket handle fracture) も自然外力ではとても起こりえない骨折形態です
- ② 長管骨に捻転するような外力が加わると起こるらせん状骨折
- ③ パイプを折り曲げるような外力が長管骨に加わった時に起こる、対側の骨膜・皮質は保たれ、片側のみ骨折という特徴ある鉛管骨折

## 部位別特徴

### ① 頭蓋骨

a. 脳実質損傷 (硬膜下血腫) の約 70% は実際に頭蓋骨骨折を伴わず、伴っているのは 30% 前後といわれます

b. 頭蓋骨の複雑骨折や多発骨折、反復骨折、受診までの時間が長いなどの場合は虐待を疑います。可能な限り、頭部 CT 撮影も行うべきです

### ② 顔面

鼻骨が最も多く、眼窩底骨や頬骨なども経験されます。3D-CT (ヘリカル) 撮影は骨病変を観察しやすく、行なうべきです。複数の歯牙骨折・脱臼は歯牙全体を映し出すパノラマ写真撮影が有用です。

### ③ 躯幹

虐待による鎖骨骨折は肩甲骨に近い外側部・遠位端の骨折が多い。肋骨骨折は胸郭に対し圧迫力が前後に加わり、脊椎横突起が支点となり、肋骨と脊椎骨の接合部の骨折が特徴です。脊椎骨では棘突起の骨折を見逃さないよう、必ず横撮影が必要です。

### ④ 四肢

a. 長管骨: 鉛管骨折やらせん状骨折など骨折機転の特徴を推測し、複数の陳旧性骨折或いは多発骨折やその既往歴に注意します。骨幹端骨折は虐待に特異度の高い

b. 手足の骨: 中手骨・中足骨、指趾は骨折が判りにくい、1~2 週間後の再撮影をすべき

### ⑤ 頭蓋内病変

頭部 CT 又は MRI を、例え死亡例でも可能な限り、放射線診断を行う必要があります。

## 子ども虐待診療における診療記録

虐待が疑われる子どもを診療した場合、診療録の記載についていくつか留意しておいた方がよい事柄があります。これは、後日、虐待状況を確認する際に参考になります。また、保護者からクレームを受けたときに、それに対応する上でも有用になります。

### 1. 診療記録(カルテ)の記載

相手が話したことばをそのまま、誰が話したかと一緒に記載するのが原則です。

#### 1) 問診に関して

(1) 聞いた内容の話し手は誰なのかを必ず記載します。母親なのか、父親なのか、祖母なのか、などです。

(2) 保護者(相手)が話した通りのことばでそのまま記載します。

『弟が机から患児の腹部に飛び降りた』ではなく、

「弟が机の上から飛び降りたら、この子のお腹に当たってしまったようです」など。

(3) 外傷・熱傷の場合、受傷状況について、保護者がどうしてそう思うのかを尋ね、保護者の言ったことばの通りに記載しておきます。

#### 2) 子どもの所見に関して

通常の外傷であればその治療が第一の目的ですから損傷の記載は簡単でも許されるでしょう。しかし、虐待が疑われる場合には、医学的な診断が虐待の判断を下す際の重要な情報となるので、正確で詳細な記載が求められます。

(1) 外傷は、部位、大きさ、形、色、パターン、広がり、数を記載しておきます。

(例)「右頬部に直径4cm 前後内出血班が1個あり。不定形。暗紫色。」など

(2) カルテに外傷をスケッチし、そこに色名を書き込むこともいいでしょう。外傷が多発性である場合は、人形図に書き込むことも考慮します。

(3) 治療を必要とするものだけではなく、治癒過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも見落とすことなく記載することが肝腎です。

#### 3) その他

(1) 診察中、気になる保護者の言動がありましたら、それをそのまま記載します。この場合、こちらの判断が入らないように注意します。

(例)「子どもの身体診察中、両親は少し離れたところに立って、二人で仕事の話をしていました」などです。

(2) 患児やそのきょうだいが何か話したり、その態度・行動で気になることがあったりしたときは、それもそのまま記載します。

(例)「外傷について患児本人に尋ねたが、下を向いて返答がなかった」

「いっしょに来ていたきょうだいに、けんかについて『お兄ちゃんとけんかしちゃったのかな?』と尋ねたが、あいまいな表情でうつむいてしまった」など。

(3) 診察日時を記載しておきます。時間を記録するのは忘れやすいので注意します。

(4) 病院に来た家族は、全員、誰が来たのかを記録しておきます。

(5) 診察した医師は診療録に署名をしておきます。

#### 4) 虐待の判断について

虐待が疑われる、あるいは、否定できないと思われた場合、その旨を記載しておきます。

#### 2. 虐待の疑いがある子どもの写真撮影上の留意点

外傷の状況などは、図で記録するほか、写真で記録することを積極的に考えます。写真は、診療録の一部として保存されることになります。

##### 1) 保護者への説明

保護者には、「外傷の経過をきちんと診ていくために、写真で記録を取っておくことが大切なので」と説明するとよいでしょう。

子ども本人への説明も、同様な内容でよいでしょう。

##### 2) 撮影の概要

外傷を撮影する場合、どんな傷であっても、それが**身体のどこなのか分かる写真と、その外傷をクローズアップした写真の2枚1セットで撮影するのが原則**です。

##### 3) 撮影の実際

- (1) タイムスタンプ(日時)を入れます。
- (2) 可能なら、顔が入った全身像を撮影しておきます。
- (3) 主要な外傷・所見
  - ① 外傷・所見が身体のどの部位かを示す写真(全体像)を必ず撮影しておきます。
  - ② 全体像と接写の2枚を基本にして、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影するのがよいでしょう。
  - ③ 腫脹している外傷は、斜めの視点あるいは、斜めからの光源でも撮影しておくといよいでしょう。
  - ④ 外傷の大きさが分かるように、大きさの基準となる物を(定規など)と一緒に撮影します。
  - ⑤ 子どもの名前も撮影しておくといよいでしょう。簡単なのはカルテの表紙を撮影しておくことです。
  - ⑥ 可能な限り、時間経過を追って撮影するようにします。
- (7) デジタルカメラの場合
  - ① 300万画素以上のカメラを使用します。
  - ② そのカメラの最高画質で撮影します。
  - ③ 撮影したときに、きちんと撮れているかどうか写真を確認しておきます。
  - ④ 診察室の照明に合わせたホワイトバランス調節を行います。できれば、診察室に置いておくデジタルカメラは、事前に調整しておくようにするとよいでしょう。
- (8) 通常のフィルムカメラの場合は、露出を変えて何枚か撮影しておくといよいでしょう。

## 子ども虐待への初期対応

### 1. 初期対応とは

子どもの心身の安全を確保するまでの対応を初期対応といいます。

### 2. 一般医師による初期対応の流れ

子ども虐待を疑う

↓

子どもを自宅に帰すかどうかの判断を行う

↓

自宅に帰せない → 子どもを医療機関へ入院させる

自宅に帰せる → 次回の診療予約を必ず行う

↓

児童相談への通告か保健所への連絡を行う

### 3. 子ども虐待を疑う

子どもの身体所見、行動特徴、保護者の特徴などを総合的に検討して虐待の可能性を検討します。虐待を強く疑う必要がある所見の例としては、以下のようなものがあります。

身体所見：複数の外傷痕・熱傷痕・骨折、反復する中毒事故

行動特徴：過度の馴れ馴れしさ、加減のない攻撃性、単独での非行の反復

保護者の特徴：状況説明が一貫せず矛盾的、子どもをよく怒鳴る

### 4. 子どもを帰せるかどうかの判断

#### 1) 帰せない状況

入院治療を必要とする外傷・熱傷・重篤な身体状況

治療を必要とする外傷・熱傷が複数個存在

点滴治療が必要な脱水、栄養障害

性的虐待

保育所・幼稚園・学校を5日間以上持続して欠席

保護者が「殺してしまいそう」と述べる

#### 2) 帰せる状況

上記以外

### 5. 通告・連絡

通告・連絡は、疑った時点で、あるいは、虐待の可能性も否定できないと感じた時点で行います。基本的には、初診時で行ってかまいません。

#### 1) 児童相談所・市町村児童相談窓口への通告

虐待の疑いを持ったときには、**児童相談所あるいは市町村の児童福相談窓口へ**通告します。

#### 2) 保健所・保健センターへ連絡

児童相談所への通告がためられるときや、虐待の疑いかどうかははっきりしない場合は、保健所・保健センターの保健師へ、気になる親子がいる旨を連絡し、その後の対応を依頼するとよいでしょう。

## 6. 医療機関での対応

主訴の身体的問題への対応をするという態度で一貫して対応します。

### 1) 自宅へ帰せないときの対応

- ①何らかの理由をつけて入院させ、身体治療を行います  
「入院しての治療が必要」と説明することでよいでしょう。
- ②自施設に入院不可 → 他院へ紹介入院とします  
地域の他院へ確かに入院させるために工夫をします。  
できるだけ、救急車で送る。  
他院へ後ほど電話を入れることを家族に告げておく。  
他院へは、虐待疑い事例であることを家族がいない場で説明しておきます。
- ③地域の他院への入院も不可のとき  
遠方でも、大学病院か小児病院へ入院を依頼します。

### 2) 自宅へ帰せるときの対応

- ①受診主訴への身体的処置・治療を行います
- ②次回の診療予約を入れます  
1回の治療で十分と思っても、必ず次回予約を入れます。  
「経過を見る必要がある」と説明することでよいでしょう。
- ③次回の受診の担保を確保  
次回に受診しなかった場合、こちらから電話連絡を入れることを告げておきます。  
電話の理由は、「様子が心配なので」と説明しておくとい良いでしょう。
- ④次回受診時  
関係者による検討会が開催され、対応方針が定まるまでは、原則として、①～③の対応を繰り返します。  
子どもの状態改善等により受診を繰り返せない場合には、受診が終了になった旨を、初診時に通告あるいは連絡した先(児童相談所や保健師)へ通知しておきます
- ⑤他院への受診を希望した場合  
他院へ確実に受診するような工夫をします。  
可能な限り、家族の目の前で他院へ紹介の電話を入れる。  
「様子が心配なので」、他院へ後ほど電話を入れることを家族に告げておく。  
他院へは、虐待疑い事例であることを家族がいない場で説明しておきます。

## 7. 警察への通報

子どもに以下の状態が見られた場合、原則、警察への通報を行います。

保護者へは、「医師の義務で通報することになっているので」と説明するとよいでしょう。

- ①死亡(CPAOAでも、入院後でも)
- ②意識不明の重体
- ③手術を必要とする外傷・火傷
- ④その他、重症と思われる身体状態

## 8. 事後の対応

### 1) 自院で治療継続の場合

入院・外来診療継続のどちらの場合でも、児童相談所職員、保健所・保健センター保健師、その他、患児とその家族に係わっている人達に病院へ来てもらい、今後の対応を検討します。

入院の場合は、子どもの安全確保態勢が構築されるまでは、原則、退院させない。

### 2) 他院紹介の場合

必要に応じて、自院での医療所見や意見を提供する。

## 子ども虐待の通告

子ども虐待が疑われる子どもがいた場合、以下の事項をご参考に通告をご検討ください。

### 1. 大事なこと

- ①虐待と思われる子どもを診療した医師は、児童相談所または福祉事務所に通告する義務があります(児童虐待防止法第6条・児童福祉法第25条)。
- ②虐待の事実を確認する必要はありません。
- ③虐待の事実確認は、児童相談所の役割です。
- ④「虐待かもしれない」と思われたら通告を考えます。

### 2. 通告・連絡先

通告とは、医療機関がある管内の児童相談所または福祉事務所へ、あるいは、市町村の児童相談窓口へ子ども虐待の疑い事例について連絡することです。

保健所・保健センターでもかまいません

通告の連絡先が分からないときや、通告がためらわれるときには、地域の保健所や保健センターの保健師へ事例について連絡し、その後の対応を依頼してもかまいません。保健師が、児童相談所等への連絡をしてくれます。

とりあえず、顔見知りの保健師さんへ相談してもかまいません。

### 3. 通告の時期

「おかしい」と思われた時点で通告してかまいません。

虐待の確かさを調査するのは、通告された側の仕事です。要求されているのは、疑いを持った時点での通告です。

『様子を見る』という判断をされるのは、虐待の可能性がほぼないというときだけです。『様子を見て』あいたも、子どもは虐待され続けているかもしれないことを忘れないでください。

### 4. 通告の方法

先ず、電話でかまいません。可能ならば、数日以内に、文書でも連絡されるとさらによいでしょう。

### 5. 保護者への告知

通告や連絡に関して、保護者へ告知をしたり、同意を得る必要は原則としてありません。

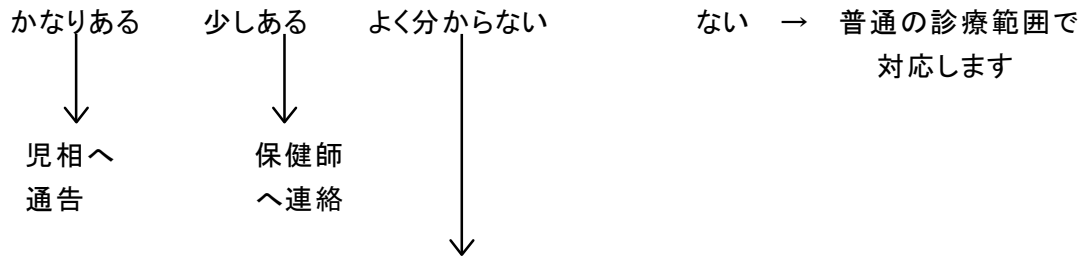
とりあえず通告や連絡をし、関係者の意見を聞いた上で、保護者への告知をどうするかを考える、ということによいでしょう。

### 6. 警察への通報

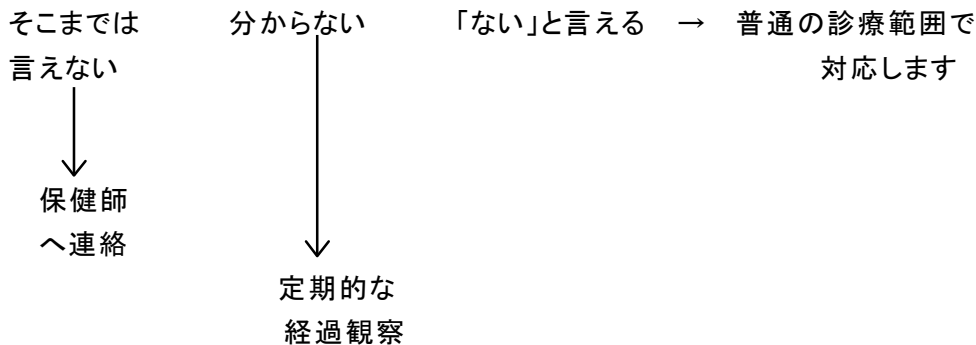
以下の事柄に該当する場合には、警察にも通告します。この場合、保護者には、「明らかな病死以外は警察に連絡することになっているので」と説明します。死亡例、重篤な外傷、犯罪性が高いと思われる場合、両親が薬物依存などです。

## 通告に関する対応フローチャート

受診した子どもは、子ども虐待が疑われるところがあると思われますか？



その子どもに、子ども虐待の可能性はないと考えられますか？



## 通告の実際

- ①子どもの入院、帰宅後に通告します。
- ②夜間であれば、通告自体は翌日でもかまいません。(子どもへの対応はその日のうちに)
- ③通告先の電話番号が分からないときは、地域の保健所へ電話します。
- ④電話では以下のことを伝えます。
  - ・虐待が疑われる子どもがいることの通告である旨
  - ・氏名、年齢、性別、保護者名、住所、電話番号
  - ・虐待が疑われる理由
  - ・子どもの身体状態の状況
  - ・現在の子どもの居場所(自宅か入院か、など)
  - ・通っているときは、保育所・幼稚園・学校名
  - ・こちらの病院名、氏名など
- ⑤通告を受け取った相手の人の名前、職名を聞いておきます。
- ⑥通告先(相手の名前も)、通告内容を診療録に記載しておきます。あるいは、メモを書いた紙を診療録に貼り付けます。

(日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4)

## 子ども虐待診療における非常事態への対応

プライマリケアを行なう現場で医療側がもっとも頭を悩ます問題は虐待の見逃しや発見などに起因する問題ではなく、虐待を疑った親への対応と考えられます。虐待を行なった、或いは行なっている親、特に身体的虐待など重症化している場合などの家族背景に、反社会的気質の親が多いことも事実です。このような虐待を行なう親の特徴から、いわゆる一般社会常識、或いは親としての常識や医学的常識などが通じないことも多々経験されます。このようなことから、虐待対応においては不測の事態や非常事態に遭遇しやすいものです。

### 医療側が気をつける点

- ①対応の基本は、医療側の立場は差し置いて、まずは相手の話をよく聞くことです
- ②医療機関内での問題（外来で暴れるなど）では医療機関の全ての職種でのチーム対応が必要であり、医師のみ、看護師のみ、事務のみなど単独での対応は慎むべきです
- ③自主退院や再診しないなどに対して医療者が安堵の気持ちで厄介払い的な気持ちになることは禁物で、これにより、虐待がエスカレートする危険性を憂慮すべきです
- ④病院内のみでなく、社会での対応が求められる場合には医療機関のみでの対応は慎むべきで、児童相談所など関係機関全てと連携して非常事態の收拾を図る必要があります
- ⑤このことは自主退院や再診をしないなど、医療機関との関係を家族が断ち切った場合に、医療機関として投げやりになるのではなく、必ず誠意を持って、関係機関との連携を図る必要があります。  
子どもの心身の治療という観点から医療機関は最後まで関わりを持ち続けるという意思表示を行ない、その事態の收拾の原点にすべきであると思われま
- ⑥また、重要なことはこれらの非常事態が起こった際には、その一部始終をできるだけ正確にカルテに記載して残しておくことが重要となります。日頃からそのような対応の必要性を認識し、実際に研修しておくべきです。

### 親が外来で暴れる・騒ぐ

必ず、家族が暴れる・騒ぐ理由があります。その理由を冷静に尋ねる余裕を持つことが必要です。たとえ、その理由の多くが理不尽であっても、何かしら理不尽ではない部分が必ずあるといえます。この点を素直に認めてあげることが重要で、このように医療者側が一步下がることによって、相手の憤りが少し静まることもよく経験されます。このように少し受け皿を大きくして対応することが最も重要です。実際にこのような場合に医師本人が対応するほうが好ましい場合とそうではなく看護師などが対応するほうが好ましい場合には分かれますが、相手の言い分を聞いてそのあたりは流動的に対応する必要があります。

いずれにせよ、興奮した保護者を鎮めるために最も重要なことは、ある一定の部分はきちんと相手に同調してあげることが基本となります。このためには、たとえ虐待が疑わしい保護者であっても、やはり相手の立場を尊重するという事は忘れてならない医療現場での接遇の基本姿勢といえるでしょう。

ただし、暴力的な行為を行なう場合には当然のことながら、警察との連携も躊躇することなく行なうべきですし、具体的な事実のみを警察には伝えることを守る必要があります、推論で説明を行なわないようにすることは守らなければなりません。

## 無断で親が帰る・自主退院

医療者側からの要望を無視して、自分勝手な行動としての行為が多いと考えられますが、このように無断で退院してしまったり、勝手に子どもを連れ帰ってしまったりする行為は少なからず、経験されます。さらには連絡も付かないことが多く、医療機関単独での対応は困難を極めることも少なくありません。

実際に暴れたり、暴言を吐かれたりとかの言動よりも医療側のストレスは少ないため、危機感が少ない印象がありますが、**子ども達のことを考えると、医療機関内で暴れるなどの非常事態より、もっと危機的リスクが高い**といえ、早々に対応をしないといけないことを認識すべきです。

再三、連絡を取り、その理由を尋ねることは当然であり、その理由が判れば、医療機関としてできる範囲でその理由への対応を行ってあげる必要があります。対応ができない、或いは連絡さえ取れないという場合には、医療機関としての最大限の努力を行いながら、関係機関への応援を頼む必要があります。その際には子どもの生命、身体的・精神的予後の医学的見地から、関係機関に帰院・治療続行の必要性を強く要望をする必要があります。

## 再診しない

この行為も自主退院などと同様であり、何らかの理由があつてのことであるが、医療機関単独での対応は極めて困難といえるでしょう。実際に連絡が取れないままのことが多く、せつかくの関係や、医療行為が断ち切れやすいことは事実です。これは裏を返すと社会との関係も切れてしまいかねず、いわゆる密室の中で社会と途絶えかねない養育環境となる危険性を考慮する必要があります。

この再診しないという状態が生じた場合には多忙な医療現場では、「自主退院」などと異なり、そのまま医療側が忘れ去りかねないことも事実です。このようにグレーゾーンの親子に関しては何らかの手立てを講じて、正確に再受診が行なわれているかのチェック機構を医療側が作っておくことも重要です。

明らかに再診が行なわれない場合には**保健福祉センターなど関係機関との連携を行ないながら、再診を促す努力をしないとけません**。あくまでも子ども虐待がエスカレートするということを念頭に、医療側の身勝手な理論で「あの位であれば大丈夫であろう」とか、「あれだけひどければ、必ず、どこか違う医療機関を受診しているであろう」などと安易に考えて放置しないことが重要です。この点を医療側が個々に真摯に受け止めて、その迅速な、関係機関と連携した対応策を行なうことが最も望まれているといえるでしょう。

## 最後に

医療機関は子ども虐待に対して、治療等で受診してもらう「点」での接点しかできないこと、治療目的での強制入院や保護などは法的にもできないことなどから、とても関係が切れやすい機関であるという事実があり、保護者の感情に呼応して、医療機関自体も感情的になると、その関係持続は全く不可能であり、子どものみが犠牲を受けてしまうことを常に考慮しておかねばなりません。

医療機関独自の対応は困難で、地域のネットワークなどに積極的に参加し、日頃から関係機関との連携を図っておくことは重要です。

## 救急医療の場における虐待への気づき

### 大切なこと

- ①救急医療現場は子ども虐待症例に遭遇する頻度の最も多いといえ、疑い例においてもチーム医療での対応が求められ、個人プレーを行なわないことが重要です。
- ②救急医療現場で求められることは**早期診断であり、その疑い例はいわゆる過剰診断を行なっても、関係機関との連携のための時間稼ぎを行うことも重要**です。
- ③深い洞察力で患児の病態評価を確実に行う必要があり、発育発達の評価、身体的評価、精神心理的評価を正確に行うことが必要となります。
- ④虐待疑い例をいかに見逃さないためには「**気になる子ども、気になる親、気になる親子関係**」を感じたら、医療者自身の煩わしさや保身、エゴを捨てて、**虐待の疑いを持って、診療を行なうべき**です。
- ⑤このような医療側の心の余裕は虐待例の見逃し防止にはとても重要なことと考えられ、問題点の後回しを起こさないよう努める必要があります。
- ⑥煩雑な救急医療現場では、医師のみでの疑い発見は困難で、診察室以外の部分は医師には見えにくいもので、その点をカバーしてくれるのが**コメディカル**といえます。
- ⑦医療側のリーダーとしての医師は、子ども虐待発見対応のための医療機関そのもののレベルの向上を図るべきです。

### 救急医療としての子ども虐待への対応は

- ①患児の正確な病状把握とその過剰診断に基づく医療の必要性の説明
  - ②実際に身体的異常に関する専門医療の実施
  - ③医療の継続性の必要性を過度に説明
  - ④関係機関への連絡・連携
  - ⑤救急避難的な保護入院の実行
  - ⑥対応チームの作成とその実施
  - ⑦子どもの心への配慮（保育士・心理士の早期介入）とその評価
  - ⑧家族と関係機関との橋渡し、接触・会話の場所提供
  - ⑨治療継続と関わりの継続のためのキーパーソン評価と選別
- などが求められると考えられます。
- このような点を医療機関全体として、対応することが重要です。

他に **SIDS など CPAOA の症例では、虐待の可能性を常に考えて、死後であっても頭部 CT 検査など可能な限りの検査と詳細な身体所見を残すようにすべき**ですし、発見現場状況の把握には努める必要があります。検査ができない場合には安易な臨床診断を行わず、不審死として行政解剖を行なうための努力を行なう必要があります。また、少しでも臨床的に死因や病態、或いは経過に疑問点が生じた場合には積極的にその旨を警察に申告すべきです。異常死としての通告義務は課せられていますが、通告しても検視官の力量で臨床医の意見が取り入れられないことも少なくありません。このような場合にはあくまでも医学的見地から死因を含めた臨床的な疑問点は強く主張すべきですし、そのためにも日頃から医師会などを通じての警察・検視官との連携は行っておく必要があると考えられます。

## 医療者に望まれる医療姿勢

- ①実際にチーム医療を行ない、あらゆる角度から子ども虐待に関する情報を収集するという観点はとても重要です
- ②子ども虐待に対する意識の高いコメディカルの存在は不可欠で、いかに医師一人が子ども虐待に長けていても、医療機関全体での対応ができなければ、見逃し・看過は容易に起こりますし、例え、疑い例を把握しても、その関係が切れてしまうこととなります
- ③いかにコメディカルの意識を高めて、子ども虐待に医療機関全体で取り組むことができるかが重要と考えられます
- ④ここで、注意しておかねばならないことはコメディカルスタッフも複数職であり、各部署に多数いることから、個人個人の考え方にも違いがあり、個人プレーになりがちであることです
- ⑤さらに、医療機関そのものには、コメディカルスタッフのみならず、受付事務、各種検査事務など医療職ではない職種も多数含まれています。その全ての職種の方々の眼を動員して、いわゆる「ちょっと気になる子、ちょっと気になる親、ちょっと気になる親子関係」を見逃さないようにする必要があります
- ⑥煩雑な救急医療現場での子ども虐待見逃し防止策として、全スタッフが同じレベルで対応できるように、子ども用及び保護者用のチェックリストなどを用いて対応することは1つの方法です。受付事務や待合室看護師、各検査科受付、薬局などの各部署に配布して、各スタッフが感じたことをチェックするとともに個人プレーに走らないように注意を喚起することを忘れてはなりません
- ⑦子ども虐待の対応に関して、実際に個人プレーが行われると、虐待者に、或いはその可能性のある保護者に警戒心を与えてしまい、せつかくの「取っ掛かり」が切れてしまうこととなります
- ⑧この医療機関での「取っ掛かり」が切れると、そのまま地域社会的にも「取っ掛かり」がなくなり、まさに密室の、誰も知らないまま、虐待がエスカレートしてしまいかねないこととなります。そうなる、社会が気づいた時には手遅れとなりかねないことを、医師を含めたコメディカルなど医療スタッフは常に忘れてはならないことを再認識しておくべきです。
- ⑨重要なことは、実際に身体的異常に対する医療行為そのものは虐待であっても変わるものではありませんが、常に、中立の立場で、子どもの治療保護を優先することが、医療者には求められています
- ⑩救急医療の対応において、最も重要なことは虐待を発見して通報することが最終目的ではないことを医療者、特に救急医は認識しておく必要があります
- ⑪救急医療での発見そして、治療が、その虐待を受けた子どもの永い治療の始まりと言っても過言ではなく、その虐待を受けた子ども達をどのようにして社会に健全に返してあげるか、そのためには医療者として、何が継続的にできるのかを常に考慮しての救急対応、言動が必要です
- ⑫この目的・目標がしっかりしていることが救急医療に一番求められることであり、身体的治療のみに終始して、関係機関への橋渡しを終了した時点が虐待の急性期医療の終点ではないことを肝に銘じておく必要があります

## 乳幼児健診における虐待への気づき

新生児訪問や乳幼児健診は母子保健事業として日本全国で行われ、近年子育て支援や虐待の早期発見や支援の役割も担っている。さらに平成16年の児童福祉法改正で、市町村は要保護児童対策協議会を設置し、医療機関にも要保護児童、家庭を発見し、保健所、保健センターに連絡し、子ども家庭支援センターなどの地域ネットワークと連携し協働することが求められています。

要保護家庭、児童とは「保護者の状況、子どもの状況、養育環境に何らかの問題を抱え、それを放置することで養育が困難な状況に陥る可能性がある家庭」という広い、予防的視点でとらえる。保護者が支援を必要と考えていない、その必要性に気づいていない家庭も含む概念。例えば、育児不安や負担感を抱えた家庭や子どもの保護や保護者への教育など特別な支援を必要とする家庭などを含みます。

### 保健所・保健センターにおける集団健診

保健師は健診（歯科健診を含む）を通して、地域の全ての親子に接する機会を持ち、周産期から高齢者まで必要があれば家庭訪問することができます。歯科健診を含む集団健診では、集団の中での親子関係を把握できます。しかし、健診未身受診者の中に真に援助が必要な家族がいることに留意します。

集団健診の場では保健師と医師の連携が求められる。医師は健診後のカンファレンスに積極的に参加することが求められます。

また、保健師（助産師を含め）は新生児訪問や乳幼児健診を通して虐待の発見のみでなく、地域での見守り、虐待をしてしまう親を対象にしたMCG(mother child group)などに取り組んでいる所もあります。また、エジンバラ産後うつ病自己評価表などを利用し、ハイリスク家族をスクリーニングする試みも行われています。

### クリニックにおける個別健診

子ども、親と親子関係の「不自然さ」に、「おかしいな」と気づくことが何より大切です。児童福祉法の改正で、市町村は要保護児童対策協議会を設置し、子ども虐待に対して通告窓口を整備し、対応することが求められています。クリニックで明らかに虐待を疑ったときは、直ちに児童相談所に通告しなければなりません。何かおかしい」「ちょっと気になる」事例も放置することなく、地域保健所、保健センター保健師に連絡する、ないしは養育者に相談に行くことを促し、クリニックにおいても、継続的に外来受診するように心がけます。また診療情報提供書を利用して医療機関から保健所、保健センターに対して情報提供を行なった時に保健点数として診療報酬を加算することができる。保険を使用するので、診断名、保護者の同意が必要であるが、当該児と保護者用の2種類があります。

最近では、クリニックにおいても臨床心理士などを含めた多職種による健診や、「サロン」などと称して、積極的に子育て支援に関わりを持つところも増えてきています。

## 周産期のリスク判定

- ①妊娠届けが遅い
- ②妊婦健診を受けていない、回数が少ない。
- ③妊娠を知っているのにアルコール、薬物やタバコをやめない
- ④「産みたくない」などと妊娠に対する拒否
- ⑤故意に流産を誘うような行為をする
- ⑥母子健康手帳を持っていない
- ⑦分娩・出産用品の準備をしない
- ⑧飛び込み出産、墜落分娩、自宅や裏庭での出産
- ⑨出生届を出さない
- ⑩生まれた子どもに関心を示さない、抱かない
- ⑪DVがある
- ⑫10代の親
- ⑬ひとり親

## 乳幼児のサイン

- ①低身長・低体重
- ②体の外傷、あざ、火傷
- ③骨折、頭蓋内出血などの既往
- ④無表情、活気のなさ、おびえ、落ち着きのなさ、多動
- ⑤体の汚れ、衣服の汚れ、
- ⑥虫歯が多い、歯槽膿漏、口の中の傷、
- ⑦年齢にふさわしくない性的な行動、表現およびことば
- ⑧他の子どもに乱暴、暴力的
- ⑨誰にでもべたべたする、親の傍に近寄りたがらない

## 親のサイン

- ①子どもと一緒にいても楽しそうでない、抱きしめたり視線を合わせない
- ②「子どもが嫌い」と否定的なことを言い、子どもを見る目が陰しい
- ③家族のことを話したくない、ガードが固い
- ④自然食や育児マニュアルに固執し、潔癖性が目立つ
- ⑤新生児訪問や乳幼児健診を受けていないまたは拒否する(母子手帳が真っ白)
- ⑥予防接種を受けていないまたは拒否する
- ⑦親の成育歴に虐待やネグレクトがある
- ⑧体の外傷、あざ、火傷などDVを疑わせる

## 家族のサイン

- ①兄弟で死亡した子がいる。施設や身内に預けられた子がいる。
- ②家を閉め切っている。子どもがいるように見えない。
- ③完璧に片づいた部屋で、生活のにおいがしない
- ④家の中がゴミの山で、足の踏み場がない
- ⑤「お金がない」といいながら、パチンコをしているなど、生活とお金の使い方に違和感がある
- ⑥約束を守れない
- ⑦転居が多い

## 学校健診における虐待への気づき

学校健診の場は、子どもの身体面を全体的に評価することができるため、子ども虐待を発見できる場となります。

以下のような項目に該当する場合、子ども虐待を鑑別する必要があります。先生がご判断されても、どこか気になる点が消えない(虐待を完全に否定できない)場合、裏面の対応を行ってください。

### 身体状況

#### P-1: 虐待の疑いが強い状況

怪我・やけどの痕が複数ある、あるいは、比較的大きな外傷が放置されたままになっている(理由を尋ねても、はっきり言わない)

多数の虫歯・皮膚炎などの疾患がありながら、治療の必要性を通知しても治療しない状況が長期間続く

#### P-2: 虐待の可能性も考えなければいけない状況

身体や衣服が汚れている、髪や爪が伸び放題(清潔行動がとれていない)

体重が増えない、身長が伸びない

### 行動特徴

#### B-1: 虐待の疑いが強い状況

食べ物への執着: がつがつ食べる、何度もお代わりをする、他児の給食を食べる、他児が残した給食を食べる

過剰な対人接近行動: 教師にべたべた寄ってくる、教師の膝の上に座ったり抱っこされたがったりする

衝動的で攻撃的な行動: いきなり叩いたり蹴ったりする、暴力行為で加減ができない、物を壊す  
動植物に対する残酷な行為: 生き物を乱暴に扱う、加減をしないでいじっているうちに死なしてしまう、意識して殺す、花壇の花を抜く

単独での「非行」行為: 他児や教師・学校の物を盗む、すぐばれる嘘をつく、火遊び(放火)

#### B-2: 虐待の可能性も考えなければいけない状況

理由のはっきりしない欠席、遅刻の反復、

集団逸脱行為: 離席、教室から抜け出す、学校内外の徘徊、勝手な行動をする、集団行動をとらない、反抗的態度・行動: 教師の指示に従わない、乱暴なことば使い

友だち関係を維持するのが苦手: 友人がいない、相手がいやがることをわざとする、年下や弱い子をいじめる

成績の低下(理由がはっきりしない)、性的逸脱行為

## 学校健診における子ども虐待対応フローチャート

健診で診た子どもは、表面の身体状況に当てはまる場所がありますか？

ある          よく分からない          ない → 普通の健診範囲で対応します



あてはまる項目に「P-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている          よく分からない          入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
通告を考えます。



あてはまる項目に、「B-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている          よく分からない          入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
通告を考えます。



あてはまる項目に、「P-2」・「B-2」両方の項目が入っていますか？

入っている          よく分からない          入っていない



子ども虐待を  
否定できません。  
通告を考えます。



学校が知っている情報で、この子どもの親が不適切な養育態度であることを思わせる事柄がありますか？

ある          よく分からない          ない → 普通の健診範囲で対応します



子ども虐待を  
否定できません。  
保健所・保健センター  
への相談を考えます。



「気になる子」である旨を学校に伝え、表面の問題の有無につき、注意しながら経過を見るよう学校に伝えます。

### 学校に対する助言

通告に該当した場合には、虐待が疑われる、あるいは、否定できないので、関係機関と連絡を取って対応を考える必要があることを、学校側に伝えます。通告を学校が行うか、校医が行うかを相談します。判断がつかないときには、校医から保健所・保健センターへ先ず相談してみるのもよいでしょう。