

子ども虐待診療の手引き

－第3版－

目次

第1章 概論	
1. 子ども虐待とは	5
2. 子ども虐待への対応に関する法律	7
3. 子どもの権利とアドボカシー	10
第2章 虐待を疑う	
4. 身体的虐待を疑うとき	14
4-1 乳幼児の頭部外傷	16
4-2 皮膚の損傷	19
4-3 熱傷	22
4-4 耳鼻咽喉頭・口腔の損傷	24
4-5 内臓の損傷	26
4-6 骨折	29
4-7 Medical Child Abuse	31
(いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む)	
5. ネグレクト	34
5-1 医療ネグレクト	36
5-2 Failure to thrive	39
6. 心理的虐待	42
7. 性虐待	44
8. 発達・行動から虐待を疑う	47
9. 虐待している保護者の特徴	50
10. 救急医療における子ども虐待の認識と連携	53
11. 保育所・幼稚園・子ども園・学校健診における虐待への気づき	56
12. 乳幼児健診における虐待への気づき	58
第3章 虐待に対応する	
13. 問診	61
14. 身体診察	64
15. 検体検査	67
15-1 眼科検査	70
15-2 放射線検査	71
15-3 頭部 CT & MRI における注意点	73
16. 診療録への記録	75
17. 院内初期対応の流れ	77
17-1 通告と告知	80
17-2 家族対応	82
17-3 通告後に医療機関の担うべき役割	85
第4章 地域連携	
18. 子ども虐待対応の地域ネットワーク	88
19. 子ども虐待対応院内組織	90

第5章 虐待の予防 他	
20. 子ども虐待の予防における医療機関の役割	93
21. 体罰とその予防	95
22. 子ども虐待の長期予後	97
23. 社会的養護	99
24. チャイルド・デス・レビュー	102
25. 重大事例検証	105

第1章 概論

1. 子ども虐待とは

1. 子ども虐待の定義

子ども虐待とは弱者としての子ども、強者としての大人という権力構造を背景とした子どもへの重大な権利侵害である。日本では 2000 年に児童虐待の防止等に関する法律（以下、防止法）が制定され、子ども虐待に身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待が含まれることが明記された。しかし、子ども虐待は保護者（現に児童を監護するものを含む）による虐待と定義されており、同居している兄や叔父からの性虐待は親のネグレクトに分類されるなどの無理が生じている。

子どものアドボケイトとして機能すべき小児科医として、防止法の定義は踏まえつつも、子どもの権利を守るという重大な使命を強く意識して、子ども虐待を子どもの側から判断することを常とする必要がある。保護者の行為は同じでも、子どもの脆弱性によって虐待を疑って行動を起こすかどうかは異なる。常に子どもの立場に立って考えることが必要である。

2. 子ども虐待対応の目的

子ども虐待対応の目的は子どもの心身の安全を守ることである。虐待による子どもの心身の危険は、外傷に限らない。最近の ACEs (adverse childhood experiences) 研究では、子ども虐待を始めとする小児期逆境体験がその後の様々な心身の問題に繋がること、そして寿命すら短くなることが明らかになっている。また、虐待を受けることにより、その後に被害を受けることが多くなったり、加害に至る危険も生じる。これらの危険から子どもを守ることが役目であり、親を罰することが役目ではない。できる限り、親子を支援して虐待のない家族となって、子どもを守ることができるよう対応が望まれる。

3. 子どもを守るために医療に期待されていること

子どもを虐待から守るための医療の役割には、①虐待の予防、②虐待の早期発見、③虐待の医療的評価、④初期対応（含通告、情報提供）、⑤福祉・警察・司法に対する医療の意見の提出、⑥在宅支援（要保護児童対策地域協議会への参加を含む）、⑦心身の治療、⑧検証への参加、などがある。子どもを虐待から守るために社会から期待されている役割を果たしていくことが小児科医に求められている。

①虐待の予防

小児科医として健診や受診の場を通して、親の子育ての困難さに寄り添い、支援し、子どもの声を代弁し、虐待に繋がらない養育を支援することが求められる。また、身体的障害や発達障害等で育てにくさがある時に、親が子どもの状況を理解するように支援して、虐待に至らないようにすることも重要な予防である。

②虐待の早期発見

医療者には虐待の早期発見が義務付けられている。しかし、虐待は常に隠されているものである。疑う眼を持たなければ早期発見はできない。本手引きに書かれていることを常日頃から意識して、子どもや親の SOS を見逃さないことが重要である。

③医学的評価

虐待の鑑別を含め、医療においてできる限りの医学的評価を行うことが求められている。そのための診察や検査は必ずしもその場での治療に結び付かないかもしれないが、虐待を疑って対応することで、その子の命が失われたり、重大な心身の傷を負うことから子どもを守ることができる。

④初期対応

子ども虐待は一人の医師だけで対応して解決することは困難である。子どもを守るには、病院内連携、医療機関間連携、多機関連携が必須である。疑ったら一人で抱え込まず、必ず連携して対応することが求められる。特に、児童相談所や市町村への通告や情報提供は法律で位置付けられた義務である。疑いを大事にして通告することが求められているのである。

⑤医療の意見の提出

福祉・警察・司法が子どもを守る過程で、医学的意見が求められることがある。子どもを守るためには適切な医学的意見を提出することが必要となる。ただ、医学的意見の書き方等に関して自信がない場合は、経験のある医療者に相談したり、依頼したりすることも必要になる。

⑥在宅支援

通告されて虐待があると考えられるケースの90%以上が在宅での支援となる。また、虐待に至る可能性がある要支援児童等に関して市区町村に情報提供することが努力義務となっており、通告同様、その情報提供は守秘義務違反にならないことが児童福祉法に明記されている。いずれの場合も児童相談所や市区町村福祉が支援をすることになるが、医療も協力する必要がある。要保護児童対策地域協議会（要対協）のケースの場合は、要対協に守秘義務がかかっているため、要対協の個別ケース検討会議では医療情報を提供することが可能である。要対協でのケアプランにおける医療機関の役割を明確に意識して、定期的な受診の状況などの情報を要対協で共有するなど、多機関で連携して子どもを守っていく必要がある。

⑦心身の治療

虐待を受けることにより、子どもの心身が傷つく。身体の治療とともに、傷ついた心の治療が必要になることも多い。適切な治療を提供するのは医療の役割である。

⑧重大事例検証への参加

子どもが死亡するなどの重大事例が起きた時には自治体での検証が行われる。関係した医療機関として協力したり、委員として医療者の参加も求められている。また、病院の場合は院内で事例を集積して定期的に検証したり、地域の福祉・警察・司法などと連携して事例の検証をすることも有意義である。

2. 子ども虐待への対応に関する法律

子ども虐待（法律の文言との均衡上、以下、児童虐待）への対応に関する主な法律は、児童福祉法と児童虐待の防止等に関する法律である。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する。

1. 通告義務

1) 児童虐待を疑った時点での通告義務と早期発見努力義務

児童福祉法（以下、児福法）は、「保護者に監護させることが不適当であると認める児童を発見した者」の市町村、都道府県の福祉事務所又は児童相談所への通告義務を規定（同法 25 条 1 項）している。また、児童虐待の防止等に関する法律（以下、防止法）は、「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者」の通告義務を規定（同法 6 条 1 項）している。後者の「と思われる」との文言は、通告者が、主観的に児童虐待を疑って通告したのであれば、後日客観的に児童虐待ではないことが判明した場合でも責任を問われないことを表したものである。

ただし、通常、児童虐待を疑うには子どもが泣いているなど何らかの根拠があるはずである。特に医師などの専門職であれば医学的知見も踏まえ、児童虐待を疑うことになった根拠となる具体的事実を整理して通告する。

また、防止法は、児童虐待を発見しやすい立場にある病院などの児童の福祉に業務上関係のある団体や医師、歯科医師、看護師などの児童の福祉に職務上関係ある者に児童虐待の早期発見努力義務を課している（同法 5 条 1 項）。

2) 守秘義務・個人情報保護に関する法令（条例を含む。以下同じ。）との関係

児福法 25 条 2 項及び防止法 6 条 3 項は、「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・・・・・・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」と規定し、医師等が通告する場合でも守秘義務違反には当たらないことを明らかにしている。また、個人情報保護に関する法令では、およそ、「法令に基づく場合」は個人情報の目的外の第三者提供を認めており、前述のとおり法律で義務化されている通告は、前記法令に違反することもない。

3) 通告者を特定させる事項の秘匿

通告者が特定されてしまうと、通告された者から不当な攻撃を受けるのではないかと不安になり、通告をためらってしまう可能性がある。防止法は、「通告をした者を特定させるものを漏らしてはならない」と規定している（同法 7 条）。もっとも、病院や医師が通告する場合、対象となる子どもは当該病院や医師が診療した者であることが多く、保護者は当該病院や医師が通告したことを容易に推測することができてしまう。そこで、保護者とのトラブルを避けるためにも、病院や医師は、通告する前に（又は通告先機関と協議したうえで）、保護者に対して通告すべき義務があるため通告しなければならない旨を説明（告知）するのが良い。そして、保護者に説明するときは、通告の目的は保護者を責めたり、罰したりすることではなく、保護者を支援し、子どもの安全を守ることであることを意識し、保護者に対してもそのことを伝えることが重要である。

2. 他機関との協力と情報提供

1) 国等の施策への協力

前記 1 の 1) の早期発見努力義務が課されている者は、児童虐待の予防その他の児童虐待

の防止等に関する国及び地方公共団体の施策への協力努力義務がある（防止法 5 条 2 項）。なお、前記の者は、正当な理由なく、職務に関して知り得た、虐待を受けたと思われる子どもの秘密を漏らしてはならない（同条 3 項）が、前記協力努力義務を果たす場合は守秘義務違反にならない（同条 4 項）。

2) 資料・情報の提供

病院、医師、歯科医師、看護師など子どもの医療に関係する者は、市町村長や児童相談所長から児童虐待に係る子どもや保護者の心身の状況等に関する資料・情報の提供を求められたときは一定の要件のもとこれらを提供することができる（防止法 13 条の 4）。なお、この規定に基づく資料・情報の提供は、守秘義務違反や個人情報保護に関する法令に違反することはない。

したがって、前記病院や医師などは、児童虐待事案に関して市町村等が行う必要な調査（児福法 10 条 1 項 3 号、12 条 2 項）には積極的に協力し、必要な資料・情報を提供することになる。

3) 要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）への協力・情報提供 → 18 子ども虐待対応の地域ネットワーク 参照

要対協は、関係機関等に対して、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる（児福法 25 条の 3 第 1 項）。これには、当該子どものみならず、その保護者の情報等も含まれる。そして、関係機関等は、前記協力の要請を受けたときはこれに応ずる努力義務がある（同条 2 項）。児童虐待防止における要対協の重要性に鑑み、病院や医師などの医療関係機関等も前記協力を求められたときは積極的に応じる。なお、この規定に基づき協力する場合、守秘義務や個人情報保護に関する法令に違反することはない。

4) 妊婦等に関する情報提供

病院や医師など子ども又は妊産婦の医療に関する機関やこれに関連する職務に従事する者は、要支援児童等と思われる者を把握したときは、その者の情報をその現在地の市町村に提供しよう努めなければならない（児福法 21 条の 10 の 5 第 1 項）。この規定に基づく情報提供は、守秘義務に違反することはない（同条第 2 項）、また、個人情報保護に関する法令にも違反することはない。

3. 子どもの家庭養育優先原則と家庭からの分離

1) 家庭養育優先原則

平成 28 年に改正された児福法は、国や地方公共団体が、子どもが家庭（実父母や親族等を保護者とする環境）において心身ともに健やかに養育されるよう、その保護者を支援し、家庭における養育が不适当又は困難である場合には子どもが家庭における養育環境と同様の養育環境（厚生労働省はこれを「養子縁組、里親等」としている。）において養育されるよう、それも适当ではない場合には子どもができる限り良好な家庭的環境（前同「小規模施設」）において養育されるよう必要な措置を講ずべき旨を規定した（児福法 3 条の 2）。

2) 一時保護（委託）

児童相談所長は、必要があると認めるときは、子どもの安全確保や子どもの状況等を把握することを目的として子どもを一時保護することができる（児福法 33 条）。

一時保護は、保護者の同意を得て行うことが望ましいとされているが、虐待事案では、子どもの迅速な安全確保のために保護者の同意なく行うことも少なくない。しかし、一時保護を行わなければ子どもの安全を確保できない（可能性がある）ことを根拠づける具体的事実がなければ、保護者からの不服申立てによって一時保護が取り消されることがある。また、一時保護は子どもを本来の生活環境から引き離し、少なからず自由を制限するなど子どもの

心身に負担を強いるものである。そのため、医師の診断書等の客観的資料をもとに一時保護の可否を慎重に判断する。

一時保護の期間は原則 2 か月以内で、必要があると認められるときは延長できるが、延長に親権者が反対しているときは 2 か月ごとに家庭裁判所の承認を得なければならない（同条 5 項）。

なお、児童相談所長は、適当な者に委託して一時保護を行わせることができ、子どもの安全確保等のために必要な場合には病院に一時保護委託をすることがある。

3) 家庭からの長期的分離

都道府県（多くは児童相談所長に権限委任）は、家庭で養育できない子どもを里親に委託したり、施設に入所させたりする措置を採ることができる（児福法 27 条 1 項 3 号）。虐待等により子どもを保護者に養育させることが著しく子どもの福祉を害する場合に、親権者が前記措置に反対するときは、都道府県（前同）は、家庭裁判所の承認を得て 2 年間前記措置を採ることができる（同法 28 条 1 項）。さらに、その措置期間中の子どもや保護者の状況から判断して、著しく子どもの福祉を害するおそれがあるときは、家庭裁判所の承認を得て措置期間を更新することができる（同条 2 項）。家庭裁判所の審判では、医師の診断書や法医学等の意見書が客観的資料として重要な役割を果たす。

なお、子どもの処遇については、家庭養育優先原則に基づき、まずは保護者を支援することで子どもの家庭養育が可能かどうかを検討し、これが可能であれば実践する。しかし、保護者を支援しても子どもの家庭養育が不適當又は困難な場合は、養子縁組、里親委託、施設入所を順次検討する。

3. 子どもの権利とアドボカシー

子どもの権利条約第 12 条に規定された意見表明権では以下のように規定されている。

- 締約国は、自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において児童の意見はその児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする。
- このため、児童は特に、自己に影響を及ぼすあらゆる司法上及び行政上の手続きにおいて、国内法の手続き規則に合致する方法により直接にまたは代理若しくは適当な団体を通じて聴取される機会を与えられる。

このように、12 条第 1 項には、子ども自身が自己に関係するあらゆる問題を自身で考え、自分で決め、意見を表明する権利をもつ存在であると明記されている。第 2 項には、子どもに関する事柄を決める際には、子どもに「聴かれる権利」を子どもに保障すべきであると明記されている。このような子どもの意見表明は、子ども自身が権利の主体として、社会構成員として、様々な意思決定に参加し得ることを保障すべく、子ども自身の内なる子どもの力を引き出すエンパワメントが必要となる。

また、児童福祉法改正（2016 年）では第 1 条で子どもの権利、第 2 条で子どもの意見尊重・最善の利益の考慮などが明記された。

- すべて国民は児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において児童の年齢及び発達程度に応じてその意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。

このような背景をベースに、厚生労働省「新たな社会的養育の在り方に関する検討会」がとりまとめた「新しい社会的養育ビジョン」では、子どもアドボカシーの必要性が明記されている。



1. アドボカシーとは

子どものアドボカシーは、子どもの権利の遵守そのものである。その権利保障の実践は、子どもの意見が「正当に重視される」ことであるが、何をすれば満たされるのか。これらは条項のみで具体性が記されておらず、臨床現場ではこの概念の実践に苦慮し、そしてさらに、日々子どものことを大人が決めることに慣れた感覚では、制限的に扱いがちである。条約機関が採択する一般的意見第 12 号の中で、子どもの権利条約第 12 条の解釈と実践について次のように記されている。“意見表明自体は、年齢や能力によって絞るのではなく広く認められるべきこと、意見表明する対象も限定されていないこと。また、自由な意見表明のため、情報の提供や意見表明しやすい環境の必要性が指摘され、次いで、表明された意見に対して、子どもの年齢と成熟度を評価し、自身の意見をまとめる能力があるのであれば、単に聞き置くだけではなく、真剣に考慮することが求められている”と記されている。

2. アドボカシーの段階的プロセス

実践の段階的措置として、以下の 5 つがある。

- A：子どもへのわかりやすい説明、こころの準備
- B：聴くこと
- C：子どもの力の評価
- D：フィードバック
- E：救済措置等のプロセス

大まかに言えば、A 十分な情報提供のもと、B 励ましに富んだ環境（エンパワメント）で意見表明の機会を作り、C 意見があれば子どもの能力を評価した上で、それに応じて意見を真剣に検討し、D その結果を子どもにも伝えるという一連のプロセスを保障し、E さらにそのプロセスや出された結論など、それに関する苦情申立や救済の措置を備えるというプロセスすべてが重要である。

さらに、その実践が実効的なものとなる基本的要件として、以下の9つがある。

- a 透明かつ正確な情報が豊かである
- b 任意である
- c 尊重される
- d 子どもたちの生活に関連している
- e 子どもにやさしい
- f inclusive である
- g 訓練による支援がある
- h 安全であり、かつリスクに配慮している
- i 説明責任が果たされる

子どもの意思決定に選択肢があること、選択肢を与えられ、それぞれの選択に伴うメリット、デメリットを子どもとともに考え、子どもをエンパワメント（子どもの内なる力を引き出すこと）し、子ども自身が自分を守るための行動を選択できるように、支援者となる大人は、常に寄り添い、心を動かせ、子どもの最善の利益を追求する、このプロセスが子どものアドボカシーとなる。

3. トラウマ・インフォームド・アプローチとアドボケイト

とくに虐待などトラウマをもつ子どもにとっての独立アドボケイトの存在は必須であろう。しかしながら、トラウマをもつ子どものアドボケイトは、子どものトラウマ症状の知識と理解を必要とする（トラウマインフォームドアプローチ）。基本的なトラウマインフォームドアプローチにおける重要事項を以下に示す。

- 安全と安心の保障
- 信頼性と透明性→ 的確で透明性のある情報提示、選択肢の存在
- ピアサポート→ 安全と希望の確立、信頼の構築、協働の強化、回復と癒しを促進するために、似た体験をもつ仲間の物語や実体験を活用することが可能
- 協働と相互性→ 意思決定を有意義に共有する関係性の中で、癒しが生じることが実証される
- エンパワメント、セルフアドボカシー
- 文化、歴史、ジェンダーの問題

子どものアドボカシーのプロセスは子どものトラウマケアにもつながることが証明されている。

4. 子どものアドボカシーを実践するために

大人が勝手に決めた枠ぐみではなく、十分な説明と子どもなりの理解のもと、子ども自身の意見表明がその年齢に応じて担保され、最終決定のそのプロセスに子どもは異議を申し立てができるという社会の実現が根本的に必要である。子どもは、弱い存在だろうか。権利の主体である子どもの意見を聴かずに、一方的な価値観で社会が守らなければならない存在であるか。小児科医として、それぞれ個人のもつ“子ども観”の変革が子どもアドボカシーの実践に必要となるかもしれない。子どもは日々発達し、日々成長を遂げている。子どもが

子ども自身を育てる環境が整っていれば、子どもが子ども自身を育てる力を発揮する。育てる環境を整えることは大人の義務で、当たり前の大人の責任であろう。子どもの自立を阻む要因の多くは、その子の育つ環境にある。子どもは各ライフステージに沿って、その時点において獲得すべき発達を習得していく。この子どもの自律性発達の観点からは、“子どもが未熟である”、という表現は、完全なる大人の“ものさし”であり、子どもの力を公平に判断していないことになる。

これからの日本社会で実現すべきことの一つに、“子どもアドボカシーの文化”が必要であろう。子ども自身が、子どもが“自分の人生の外側にいる”のではなく“自分自身が人生の中心である”と当然のように思える社会の実現のために、大人がもつべき子どもアドボカシーの視点を挙げる。

- 子どもの声は簡単に大人主義によってかき消されてしまうことを意識すること
- 子どもがあきらめずに話し続けること、彼らの声が聴いてもらえるよう、保障すること
- 語ることが難しい場合、援助を提供し言葉を持たない場合は彼らのために語ること
- 些細なことだと決めつけ大人の方がわかっているとぞんざいに扱うことは子どもの権利侵害であること
- 子どもは周囲からあやつり人形のように扱われるうちに何を言っても無駄、という気持ちで心に蓋をしてしまうこと

5. おわりに

アドボケイトは、日本小児科学会が定めた「小児科専門医の役割」の6項目の一つとして位置付けられている。子どもの権利条約の成約に携わったとされるポーランドの小児科、ヤヌスコルチャックは、以下の言葉で、子どもアドボケイトを語っている。

- 子どもと一緒に感じて感じる
- 悲しんだんり、愛したり、怒ったり、うらめしく思ったり、恥ずかしくなったり、心配したり、信じたりすること
- 子どもには、言葉や言い回しを選ばず、誠意をもって聴く、話す
- 子どもは必ずその姿勢にこたえる
- 子どもは誰かのものではない
- "子どもに"ではなく、"子どもと"

児童福祉の領域はもちろん、小児医療、子どもに関わる全ての人は、子どものアドボカシーを実践する一人として、常に心に留めて日々の臨床・支援に携わる姿勢が必要である。

第2章 虐待を疑う

4. 身体的虐待を疑うとき

身体的虐待に限らず、子ども虐待を疑うことは、その子ども自身の安心・安全を守ることであり、同じようなことが繰り返されないよう予防していくための入り口となる。身体的虐待を疑うきっかけは、小児科を受診する主訴とは異なる場合も少なくない。診療の中で偶発的に認められる外傷や瘢痕を見逃さず、再発予防、子どもの安心・安全に繋げていくことは、小児科医の責務である。

虐待を疑ったとき、「誰がやったのか？」と犯人捜しをしてしまったり、加害したであろう家族に対する怒りの感情がわいてきたりしてしまうことがあるかもしれない。しかし、私達は小児医療の専門家として、冷静に客観的な情報を収集、整理し、鑑別診断の一つとして子ども虐待をあげて、児童相談所等の多機関と連携して子ども虐待の診断に繋げていく。

1. 子ども虐待を疑うための準備

日々の診療や健診の現場で虐待を主訴に受診する子どもはまずいない。以下の2点を意識することが重要である。

1) 常に子ども虐待を鑑別に挙げて、診療を行うよう心がけること

子ども虐待は鑑別疾患の一つである。常にその他の医学的診断も考えながら、臨床推論を進めていく。子ども虐待に早期閉鎖することのないよう意識をするとともに、その他の医学的診断と子ども虐待は併存しうることも忘れてはならない。

2) 虐待を疑う所見があったのであれば、その疑いを矮小化せず対応につなげること

人間は何か心配な事象があると、安心できる、その心配を打ち消すような情報を集め、心配な事象がなかったかのように矮小化してしまう。子ども虐待は、医療機関において軽症の段階で見逃されることで、その後再受傷し重篤化し、一部は死亡する。私達は、子どもの安心・安全を守る立場から、少しでも気になる所見があれば、虐待対応につなげなければならない。

2. 身体的虐待を疑う

身体的虐待は、様々な虐待類型と合併するため、子ども虐待を疑う様な所見があれば、常に身体的虐待の合併を疑って診察を進める必要がある。ここでは、身体的徴候、行動的徴候に分けてまとめる。

1) 身体的徴候

①外傷（皮膚変色、熱傷などの皮膚損傷）

- ・体幹、耳介、頸部、外性器、臀部など事故では起こりにくい場所
- ・パターン痕（手形痕、ループコード痕、二重条痕、咬傷、強制浸透熱傷など）
- ・新旧混在する外傷（痕）
- ・保護者が説明できない外傷（痕）
- ・保護者が説明する受傷理由では説明できない外傷（痕）
- ・受診のタイミングが受傷から時間が経過している
- ・外傷を反復している

※おおよそ9か月未満の乳児の外傷はどんなものでも、子ども虐待を鑑別にあげる

②栄養不良

- ・体重増加不良 / 体重減少
- ・低身長

③不衛生

- ・入浴できていない（垢、毛髪、臭いなど）
- ・衣服の清潔が保たれていない

④慢性疾患の不適切な管理

- ・アトピー性皮膚炎、気管支喘息など継続管理が必要な疾患の通院、治療ができていない

2) 行動的徴候

①多動 / 衝動性

- ・落ち着かず、姿勢が崩れやすい（着席できず、室内をうろうろ歩き回る）
- ・常にキョロキョロと視線が動いてあたりを見ている
- ・周囲にあるものにすぐ手を伸ばし触ろうとする
- ・感情を抑えられず、すぐに暴言や暴力を振るう

②愛着行動の不自然さ

- ・初対面でも、べたべたと身体接触が多く、距離が近い
- ・触られたりすることを極度に嫌がる

③過敏性

- ・大きな音や声を過度に怖がる、おびえる
- ・小さな音でも、ドアの外の足音などを気にする

④過食・異食

- ・むさぼるように食べたり、異常な食に対する執着を認める

⑤新たに出現した習癖行動

- ・チック、爪かみなどが出現する

⑥非行

- ・盗み、万引き、放火の非行を認める
- ・繰り返す家出や徘徊
- ・集団行動からの逸脱
- ・性的逸脱行動

3. まとめ

上記はあくまで身体的虐待を疑う所見の代表的な例である。ここにはあげていないが、保護者の態度に関する心配や漠然とした「ちょっと気になる」という感覚は無視してはいけない。疑った際の対応については、本手引きの「第3章 虐待に対応する」を参照して頂きたい。

4-1. 乳幼児の頭部外傷

虐待による乳幼児頭部外傷（Abusive Head Trauma in Infants and Children：AHT）は、暴力的な揺さぶり、殴打、故意による衝突などで生じた外傷の総称である。AHT は重篤な後遺障害や生命の危機を来たすことが多い。AHT の診断および対応には小児科だけではなく、脳神経外科、眼科、整形外科、放射線科など、様々な診療他科と連携し医学的評価を行うことが必須である。また再発予防では、医療機関のみではなく、児童相談所や保健機関、市町村の子育て支援部門、警察、検察などの多機関が連携し、家庭環境や養育状況、外傷の生じた状況を確認することが重要である。小児科医は『子どもの安全、健全な発育を守る』という姿勢で対応する。2018年4月には「AHTに関する国際共同合意声明」、2020年8月には「虐待による乳幼児頭部外傷に対する日本小児科学会の見解」が日本小児科学会のホームページ上で公開されている。



AHTに関する
国際共同声明



虐待による乳幼児頭
部外傷に対する日本
小児科学会の見解

1. AHT の診断

1) 病歴の特徴

受傷機転や経過に関する説明が変遷し、あいまいなことが多い。また、月齢・発達レベル・重症度と合致しない受傷機転、幼いきょうだいに加害の責任を転嫁するなどの説明も多い。

2) 臨床症状

AHT に特異的な症状はない。最重症児は心肺停止や深昏睡をきたすが、発熱・活気不良・哺乳不良・嘔吐・呼吸障害・けいれん・意識障害など小児科医が日常よく遭遇する症状のことも多い。

3) 損傷と画像検査

暴力的な揺さぶりや頭部打撲により、脳や脊髄等に回転性加速減速運動による遠心力と慣性力、剪断力が加わり、頭蓋内出血や脳実質損傷が生じる。頭蓋内出血には硬膜下血腫・くも膜下出血・硬膜外血腫・脳内出血（脳挫傷）があり、経過により硬膜下血水腫・慢性硬膜下血腫・再出血などを来す。脳実質損傷は脳挫傷・びまん性軸索損傷（Diffuse Axonal Injury：DAI）・白質裂傷・灰白質－白質剪断などの一次性脳実質損傷と、二次性脳損傷に分けられる。二次性脳損傷は、頭蓋内出血や一次性脳実質損傷に対する炎症反応としての脳浮腫と、一次性脳実質損傷から引き起こされる血管神経支配の障害や低酸素性虚血性脳症（Hypoxic-Ischemic Encephalopathy：HIE）等に分けられる。脳浮腫は受傷後早期に始まり、頭部 CT では皮髄境界の不鮮明化や消失として認められ、HIE は通常、受傷後 24 時間以上経過してから脳実質の低吸収域として検出される。なお、白質裂傷は外傷性病変を示唆する重要な所見で、髄鞘化の進行していない乳児期の脳に特有の脳実質裂傷である。髄鞘化の進行が生理的に遅い前頭葉や側頭葉の皮質下白質などに好発し、出血を伴う線状～嚢胞状の裂隙として認められる。

また、延髄頸髄接合部の過伸展・過屈曲により、同部位に DAI が生じたり、呼吸中枢のある延髄が傷害される結果、呼吸障害や呼吸停止による HIE を来たすことがある。

4) 鑑別診断

AHT との鑑別を要する疾患として内因性疾患と事故（偶発外傷）が挙げられる。

内因性疾患としては、血友病 A/B、von Willebrand 病、血小板減少性紫斑病などの出血性疾患、グルタル酸尿症などの代謝疾患、白血病などの悪性疾患、細菌性髄膜炎などの感染症等が挙げられる。新生児や乳児期早期は周産期関連障害による硬膜下血腫や網膜出血が鑑別に挙がるが、その場合、高度な分娩外傷を除いて通常出血量は少なく、無症候性で、大多数は 1 か月以内に消失する。

軽症外傷に伴う硬膜下血腫（中村 I 型）は、月齢は 6 か月から 17 か月に多く、脳実質損

傷はなく、眼底出血はあっても軽度であり、予後は良好である。良性くも膜下腔拡大等が危険因子とされている。致死的な頭部外傷は子ども虐待以外の高所転落や交通外傷でも生じうるが、この場合は監督ネグレクトなどの可能性も考える必要がある。

虐待例では頭蓋内病変として硬膜下血腫、特に大脳半球間裂・頭頂部・テント下/後頭蓋窩の血腫が多く認められ、その他の所見として不明瞭な病歴・けいれん・網膜出血・骨幹端骨折・肋骨骨折が多いと報告されている。

5) 鑑別のために必要な診察と検査

① 全身観察と発達評価

体表診察では、新旧混在する皮膚損傷の有無や受傷部位を確認する。体幹あるいは上腕の皮膚変色は虐待者に把持されたことによる損傷、頭部や顔面の皮膚変色や表皮剥脱は殴打や故意による衝突損傷を疑う。また、身長や体重の測定でマルトリートメントの有無を、頭囲曲線からは急激な頭囲拡大の有無を検討する。さらに、発達年齢と保護者の語る受傷機転が一致するかを評価する。例えば、生後2か月児が柵のあるベッドから転落することや生後4か月児が後方自己転倒することはあり得ないが、1歳2か月児のよちよち歩きによる後方転倒や頭蓋骨線状骨折は生じ得る。

② 頭頸部画像検査

頭部CTで頭蓋内出血・頭蓋骨骨折・びまん性脳浮腫の有無を検索し、経時的評価も行う。できるだけ早期に頭部MRI撮影を実施し、脳実質損傷の評価、頭蓋内出血の信号強度による受傷後経過時間の推定を行う。延髄頸髄接合部損傷を伴うこともあるので、可能な限り頸髄の評価も行う。

③ 全身骨レントゲン

揺さぶり等により、遠心力と重力により長管骨が牽引されることで骨幹端骨折が生じることがある。虐待者により児の胸郭が前後方向に強く圧迫されることで、後部肋骨骨折を生じることがある。また、暴力的な殴打や衝突の場合には頭蓋骨や長管骨に骨折を伴うこともある。受傷後早期には骨折線が不明瞭な場合もあるので、2週間後の再撮影で骨膜反応や仮骨形成の有無を確認する。

④ 眼底検査

揺さぶり等では眼球内のゲル状組織である硝子体が振盪されることで、網膜が牽引され、網膜出血・網膜ひだ・外傷性網膜分離症が生じる。網膜出血は多層性・多発性であるか、鋸状縁に及ぶ広範な出血か否かを評価し、文字記載やスケッチを残す。できるかぎり眼底写真を撮影する。ただし、その場合でも記載やスケッチも行う必要がある。

⑤ 血液・尿検査

血小板数、PT、APTT、Dダイマー、vWF、第Ⅷ・Ⅸ・ⅩⅢ因子等の止血・凝固検査、ガスリー検査・タンデムマス検査の結果確認、血液ガス分析やアミノ酸分析などを行う。

2. AHT の治療

重症例では集学的治療を要する。呼吸中枢の障害・意識障害・けいれん重積・HIE等に対する人工呼吸管理、カテコラミン投与や輸血等の循環管理、脳浮腫やけいれんに対する浸透圧利尿薬や抗けいれん薬の投与・下垂体機能低下に対するホルモン投与など中枢神経系の管理、高カロリー輸液や経腸栄養による栄養管理などを行う。硬膜下血腫に対して開頭血腫除去や大泉門穿刺等を要するもの、頭蓋内圧亢進に対して頭蓋内圧センサー留置や硬膜下腔-腹腔シャント等を要するものもある。運動麻痺や言語障害、嚥下障害などに対してリハビリテーションによる機能回復を目指す。

3. AHT の予防

児童相談所が一時保護とした場合も在宅支援とした場合も、再発予防のために医学的な事柄をきちんと保護者に説明する。在宅支援と決定した場合は、退院後も医療機関へ定期受診を継続し、頭蓋内病変等の経過・新たな創傷の有無・保護者と児の関係などを観察し、長期的に子どもの成長・発達を見守ることが重要である。

発生予防としては、周産期・乳児期早期の保護者への教育が望ましい。赤ちゃんの泣き声が引き金となり、泣きやまない乳児にイライラして突発的に激しく揺さぶってしまうことで AHT が生じることが多い。保護者に、殴打や衝突外傷の危険性と共に、揺さぶりにより生じる重度の脳障害についても認知してもらうことが重要である。

リソースとして、厚生労働省は乳児の泣きの特徴とその対処法を理解してもらい、揺さぶりの発生を予防するため啓発動画を作成し公開している。また日本小児科学会も米国小児科学会の作成したリーフレットの日本語訳「赤ちゃんを揺さぶらないで」をホームページで公開している。



厚生労働省
赤ちゃんが泣き止まない・泣きへの理解と対処のために



小児科学会
赤ちゃんを揺さぶらないで

4-2. 皮膚の損傷

身体的虐待で最もよく認められる身体所見は皮膚損傷である。皮膚損傷は偶発的機序によってもよく認められるため、偶発的機序による可能性が高い皮膚損傷と虐待による可能性が高い皮膚損傷の特徴を知る必要がある。

- 移動運動ができない発達レベル（特に生後 6 か月齢以下）の健常児において偶発的皮膚損傷が確認されることは極めて稀である
- 乳幼児の偶発的機序による皮膚損傷が生じる最頻部位としては、前額部や足首から上の骨突出部（脛部や膝部）、身体を中心より遠位部に多い
- 虐待による皮膚損傷は多発して存在し、時相の異なる皮膚損傷を伴うことが多い。殴られた際に防御をすることで生じる上腕尺骨側の多発皮膚損傷などは特徴的
- 特に他の要因で虐待を疑われている場合は皮膚の所見が見落とされがちである
- 同じエピソードで発生した二つの皮膚変色が異なる色調を呈することがある
- 赤色の皮膚変色はいずれの時期でも確認でき、黄色調の皮膚変色は受傷後 18 時間未満では認めないと言われている

以上のような特徴から、虐待を示唆する皮膚損傷として以下の 6 点を示す：

①ハイハイ出来ない児の皮膚損傷、②骨突出部位から離れた皮膚損傷、③耳・顔・腹・腕・背・殿部・手部の皮膚損傷、④ 1 か所に集中した複数の皮膚損傷、⑤同じ形状をした複数の皮膚損傷、⑥物や紐の形をした皮膚損傷

1. 皮膚損傷（熱傷は 4-3 を参照）の種類と記録

皮膚損傷には機械的原因（代表的なものを以下①～⑤に挙げる）によるものと、熱傷や凍傷などのような非機械的な原因によるものに分類される。

- ① 擦過創：摩擦により皮膚や粘膜の表層が除かれることで生じる皮膚損傷である。
- ② 裂 創：皮膚に剪断力が生じた結果、皮膚が割けた状態の損傷であり、表皮から時には真皮や皮下組織に至る、深達性の皮膚損傷である。鋭器だけではなく鈍器であっても、加わった外力の強さによっては裂創をきたしうる。
- ③ 挫 創：皮膚に鈍的外力が働き圧挫によって皮膚が割けた状態の損傷である。組織の損傷が高度な場合挫滅創と呼ぶ。
- ④ 剥脱創：皮膚に鋭角（90 度未満）に力が加わった際に生じるもので、鈍器により生じることが多い。皮膚の静止張力と衝撃が相まって、皮膚が皮下組織から剥ぎ取られているのにも関わらず、皮膚表面には損傷が認められないという独特な皮膚損傷である。
- ⑤ 皮膚変色：皮膚の色調が周囲と異なる部分を指す。皮膚表面だけを見て、皮下の出血かどうかは判断出来ないため、法医学的にはこのように標記する。

皮膚損傷を診察した際には、色調・形状・大きさ・部位・触知可能か平坦か・他の特記すべき性状、などにつき出来る限り詳細に記載するとともに、可能な限り写真撮影を行ってほしい。また皮膚損傷から受傷時期を推定することは信頼性が低いとされているが、経時的変化は損傷の新旧・鑑別疾患においても参考になるので、時系列の撮影は重要である（皮膚変色の経時的変化について図 1 参照）。

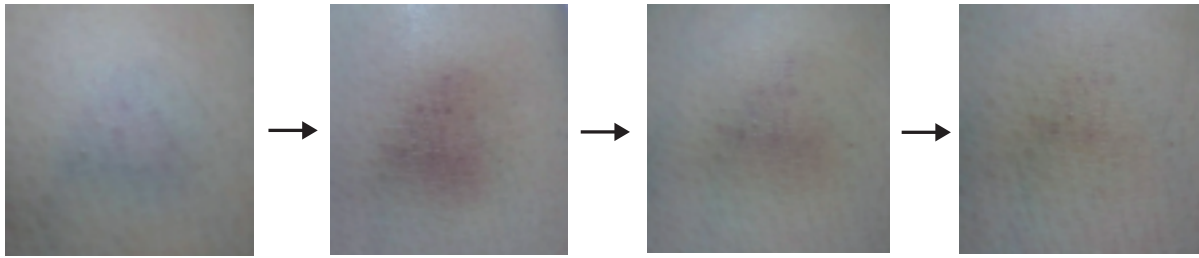


図 1 皮膚変色の経時的変化

2. 虐待による皮膚損傷の多様性

1) パターン損傷

何らかのパターンを形成している皮膚損傷（パターン損傷）が認められた場合には、特に身体的虐待の可能性を考慮する必要がある。パターン損傷は身体に衝突した物体の形、または物体が身体に衝突した際に皮膚と物体との間に介在した物の形（織目の跡など）を反映したものである。身体に衝撃を加える際に用いられた物体に回転外力が加わるような場合（鞭で打たれるなど）、物体の先端が最も速く動いているため、物体の支点に近い側よりもより深い損傷が生じる。また平手打ち痕と手拳痕とを比べてみれば分かるように、パターン損傷は物体の重さや速度によっても形状は変化する。

- 握る、つかむ (grip/gap mark)：指尖に相当する、円状に近い形状
 - 固く握った拳による殴打：手指の関節を反映し列になって並ぶ円形皮膚損傷
 - 平手打ち (slap mark)：平行の線状皮膚変色で中心部は損傷を認めない
 - ベルト、電気コード：ループ状または平行線状の皮膚変色で中心部は損傷を認めない
 - ロープ：線状・索状の皮膚変色部位に擦過創が散在する
 - その他の物品・家庭用品：物・器具の形をした外傷（杖・小さな鞭・ワイヤーなどの場合細長い皮膚損傷が生じる）
 - 手足を縛る：手首・足首・頸部を取り囲む線状・索状の皮膚損傷。時に縛られた部位より遠位部の浮腫や点状出血を伴う
- * 鈍的な物体で皮膚を打撲した際に、その物体を縁取るような、表皮に見られる平行した二重の線状皮膚変色を二重条痕と呼ぶ。棒などによる殴打、平手打ち、ベルト、電気コードによる殴打等で見られる。

2) 帽状腱膜下血腫

子どもの頭髪を暴力的に引っ張ることにより、帽状腱膜下血腫（頭皮下出血）をきたす。頭皮部位の腫脹に加え、外傷性脱毛も生じうる。毛髪の下頭皮は正常にみえることもあれば、点状出血様の皮膚損傷が形成されていることもある。

3) 絞頸による顔面・頸部の点状出血

胸部や頸部の圧迫により静脈圧が上昇することで、結膜下出血や顔面・頸部の点状出血（仮面状斑状出血）をきたすことがあるが、痕跡を認めない場合もある。絞頸は子ども殺人の手段として使用され、対応は注意を要する。

4) 咬傷

ヒトによる咬み痕 (bite mark) は、虐待による損傷のことが多い。咬傷は上肢に認められることが多い。定規を当てた写真と、当てていない状態での近接写真などの複数のアングルで確実に記録を行う必要がある。犬歯間距離（左右の犬歯と犬歯の距離）が計測可能であれば、それも記録する。また唾液に残された遺伝マーカー（DNA）を採取すべく、滅菌水や滅菌生食で湿らせたスワブで、検体採取を行う必要がある。

5) 耳部の皮膚損傷

頭部側面の平手打ちは、耳部の皮膚損傷の原因となり、特に耳介ひだの内側を受傷することが多い。耳介上部を引っ張ったり、つねったりすることにより、耳介辺縁や耳介後部に皮膚損傷をきたすことがある。激しい平手打ちにより、耳介が折れ曲がったり、巻き込まれたりした場合には、耳介に点状出血という形でその痕が残る可能性がある。

6) 腹部の皮膚損傷

腹部の皮膚損傷は、殴る、蹴る、踏みつけるなどに伴う腹腔内臓器損傷を示唆する重要な所見である。認められた場合は、腹腔内臓器損傷を考慮した、腹部超音波等の精査を行う。

7) 爪下血腫

子どもの指を故意に噛むことによって、慢性的な爪下血腫が起きる可能性がある。爪甲白斑や手指・足趾の腫脹をきたすこともある。

8) 刺青損傷

インクが満ちた針で、子どもに意図的に刺青を施した、という症例が報告されている。

9) 作出性皮膚炎（人工的皮膚炎）

保護者が医療者の注意を引くために、意図的に子どもに損傷を負わせる場合、あらゆる方法で皮膚を損傷させることが可能である。このような子どもを代理とした作出性病変の場合は、なかなか治癒しない慢性皮膚炎や皮膚潰瘍として受診することが多い。

3. 虐待と誤診しうる皮膚病変

〈先天性皮膚所見〉 血管腫、皮膚メラノーシス

〈皮膚疾患〉 太田母斑、伊藤母斑、色素失調症、色素性蕁麻疹

〈過敏性症候群〉 多形性紅斑、接触性皮膚炎、脂肪織炎、結節性紅斑、凍瘡、血管浮腫

〈血管炎性疾患〉 IgA 血管炎、過敏性血管炎

〈結合織病〉 エーラス・ダンロス症候群、拡張性皮膚線状

〈血液疾患〉 凝固異常、血友病、血小板疾患、フォン・ヴィレブランド病、ビタミンK 欠乏症、溶血性尿毒症

〈悪性疾患〉 神経芽腫、急性白血病

〈文化的習慣〉 コイニング／スプーニング（スプーンやコインでこする）、カッピング（吸い玉療法）

〈その他〉 光線皮膚炎、局所に使用した化学物質、インク・染料着色、青色斑、バルサルバ効果

4-3. 熱傷

虐待診療において、熱傷はネグレクトや性的虐待と関連して起こることも多いといわれている。新旧混在した皮膚損傷があること、皮膚損傷のパターンから加害原因物（成傷器）を推定することが可能なのは、熱傷の場合も 4-2 皮膚の損傷と同様である。

1. 虐待による熱傷の特徴

身体的虐待の 1 割程度を占め、その多くがタバコによる熱傷である。熱傷深度の均一な円形の熱傷は見逃さないようにする。また、熱傷のみの身体的虐待は、体の一部を熱湯に浸ける虐待行為以外はまれで、他の身体的虐待所見がないか丹念に検索することが重要となる。

虐待による熱傷痕は境界明瞭で、成傷器が推定できることが多く（パターン痕とよばれる）、パターン痕があれば、まず虐待による損傷と考える。児が逃げられない状況で熱傷を負っていることが考えられるからである。

不慮の事故による熱傷では、児の発達段階で受傷部位に特徴がある。年少児では熱いものに触れての手掌の熱傷が多く、熱湯をこぼす、かぶるなどでは、不揃いで飛び散った痕（splash burn）を認める等の熱傷パターンを呈する。しかしながら、不慮の事故に多い形の熱傷でも、虐待の可能性もあるため、丁寧な問診から受傷機転を考えることは欠かせない。虐待による熱傷では手足では手背や足の甲など、普段は露出していない臀部、大腿内側部、腋窩、腹部などに多くみられる。

2. 接触熱傷

タバコを押し付けることによるタバコ熱傷が最も多くみられる。境界明瞭で熱傷深度が均一な円形の熱傷痕が、複数存在するのが特徴的な所見である。タバコ以外ではアイロン、ヘアアイロン、火箸、熱した網、熱したナイフなどの報告がある。いずれも境界明瞭で均一な熱傷深度であり、逃げられない状況が想像される。不慮の事故でもアイロンやストーブ、魚焼きのグリルの蓋などに触れての熱傷を経験するが、いずれも手掌が多く、回避動作から熱傷の形状はこすったような形で、熱傷深度も一定ではないことが多い。

3. 高温液体による熱傷

乳幼児において高温液体による熱傷は、不慮の事故による熱傷の原因として最も多くみられる。63.8℃のお湯に 1 秒間浸かるだけでⅡ度熱傷を起こすといわれ、Ⅲ度熱傷は 10 秒間ほど浸かると起こるとされている。不慮の事故の場合は顔面や肩、上半身、腕などの splash burn が多く、不規則な形をしているのが特徴的である。

虐待による高温液体による熱傷は splash burn がないことが最大の特徴である。また、回避動作がないため境界が明瞭であり、熱傷の深達度が一定という特徴がある。

手足を熱湯に浸けられると、手は「赤い手袋をはめたような」、足は「赤いタイツを履いたような」「赤いソックスを履いたような」、虐待に特徴的な熱傷パターンになる。

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、腹部の皺の部分の熱傷深度が軽くなるため、皺にそって健常の皮膚が残ることがある。逆にもがいて手足の熱傷が軽いことも経験される。

臀部から熱い風呂に入れられると、臀部が浴槽底面に接触するため、周囲の熱傷が重度で中心部が軽いドーナツ状の熱傷になることがあるといわれている。

口腔内熱傷は、乳幼児ではあまり起こり得ない熱傷であり、このタイプの熱傷（特に軟口蓋や口蓋垂や咽頭壁などまで）の場合は、強く虐待を疑うべきで、加熱液体を無理やり飲まされた可能性があるといえる。

4. 熱傷とネグレクト

危険な熱源を子どもの手の届くところに放置しておくのは監督ネグレクトと考える。子どもの目線で、安全な育児環境を一緒に考えていく必要がある。

虐待のすべてのタイプでいわれているように、受診の遅れにも注意が必要である。典型的な発赤や水疱形成ではなく、すでに二次感染を起こしていることもあり、注意深い問診、診察が必要となる。

軽症の熱傷は放置されていることがある。発熱や感冒症状で受診した際、熱傷痕を偶然発見することもありうる。何か変だな？と感じたら、全身をくまなく観察するよう努めなければならない。さりげなく、受傷機転を尋ねてみるとよい。

子どもだけ家に放置され、火遊びをしているの住宅火災による熱傷も監督ネグレクトといえる。子どもと関わる医療者は、常に家庭での育児環境に気を配る姿勢が重要である。

5. その他

あらゆる物体が熱源となりうることが知られている。夏場の直射日光で加熱されたアスファルト、鉄板、ある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も熱源となる。いずれにせよ、日常的にはありえない受傷機転であり、熱傷面が均一の重症度であることが虐待を疑う第一歩となる。

4-4. 耳鼻咽喉頭・口腔の損傷

耳鼻咽喉頭・口腔は加害者が手を出しやすく、子どもを黙らせやすいという点からも虐待を受けやすい場所である。これらの部位は医療者など支援者の目につきやすい場所でもあるが、虐待による損傷自体は軽微なことが多い。転倒しうる年齢の受傷であれば、「このくらいの傷は、普通につくだろう」と安易に考えてしまうことも少なくない。しかし、身体的虐待を受けた半数以上になんらかの耳鼻咽喉頭・口腔を含む頭頸部の損傷を認めるという報告もあり、これらの損傷をみたときには「虐待もあるかもしれない」と意識し、早期に虐待を見つけ出し、虐待の重症化を予防することが重要である。以下では、それぞれの場所のどのような損傷で虐待を疑うのかについて説明をする。

1. 耳

耳は側頭部・肩をつないだ面の内側にあるため、平面への転倒では損傷を負いにくい場所である。耳介にある皮膚変色などの皮膚損傷は虐待を考えなければならない。

耳を叩かれたり殴られると、耳介の血腫や皮下出血、外耳道の損傷や鼓室内出血、鼓膜穿孔などがみられることがある。鼓膜穿孔は中耳炎でも起こるため、外傷による穿孔なのかを判断することが困難なことがある。柔道やラグビーなどのコンタクトスポーツをやっている選手で見られる、いわゆるカリフラワー状の耳（耳介軟骨膜炎）は耳への損傷が繰り返されていることを示しているため、子どもの場合日常的に耳への損傷を与えられている可能性が高い。耳介をつねられたり、ひっぱられたりしたところに一致する皮膚損傷を認める。皮膚損傷があれば形態をしっかりと観察し記録することが重要である。

何らかのものを耳の穴に挿入されることもある。これらは外耳・鼓膜に直接の損傷を起こす。耳掃除をしていて、誤って外耳や鼓膜の損傷を起こすことがあるが、このような偶発的な損傷が何度も起こることは稀で、繰り返される場合は意図的に行われている虐待を考えるべきである。

2. 鼻

鼻腔内に偶発的に損傷が起こることは稀である。一般的には鼻腔内の損傷は鼻への直接の衝撃や圧迫がかかることで起こる。鼻腔内の異物は子どもではよく経験することであるが、異物が入ったことで鼻腔内に損傷をきたすことは稀である。そのため、鼻腔内損傷を伴う異物の際には虐待を疑う必要がある。鼻尖や鼻柱に局限した損傷は鼻をつままれたことによる可能性が高い。

鼻出血も子どもでよく起こる症状である。反復する鼻出血や鼻中隔の偏位は必ずしも虐待に特徴的ではないが、受傷機転が合わない場合には虐待を考慮すべきである。また、乳児期では年長児と異なり、鼻に偶発的に損傷を受けるリスクは少なく、鼻出血は虐待を考えなくてはいけない。窒息と鼻出血を同時にきたすこともあるが、安易に「鼻出血によって窒息したんだろう」とアセスメントをせず、乳児がなぜ鼻出血をきたしたのかについて詳細に検討する必要がある。

3. 咽喉頭

異物の口腔内挿入とそれに伴う頸部の過伸展により、下咽頭裂傷や咽後血腫、食道裂傷などが起こることは知られているが、通常の診療では観察できない部分である。そのため、症状として、咯血、流涎、頸部皮下気腫、吸気性喘鳴などの鑑別疾患として虐待を入れておく。その他の疾患で症状を説明できない場合には虐待の検索も行うべきである。

4. 口腔

普段の診療とは見るべきポイントが異なることを念頭においておかないと、虐待を見逃してしまう。咽喉頭と同じで口腔内は見ようとしなければ見えない部分である。口腔内の損傷は早期に自然治癒してしまうため、何をみるべきか普段から知っておき、診察が必要な際に所見を逃さずとることが大切である。

乳児の哺乳や食事がうまくいかないと、虐待のリスクが高まる。口腔内の損傷は無理矢理飲ませたり食べさせたりしたことでできることがある。乳嘴やおしゃぶり、スプーンなどを子どもに合わせず突っ込むことで、口唇、舌、上唇小帯、下唇小帯、舌小帯、口蓋の損傷を起こすことがある。また、熱い食べ物やスプーン、洗剤などを口腔内に入れられることで熱傷を起こすこともある。もちろん、口腔内の熱傷自体は偶発的にも起こるために受傷機転の整合性をしっかり検討することが必要である。

上唇小帯、下唇小帯や舌小帯は転倒した際に偶発的に裂傷をきたすことがあるが、多くは8か月から1歳半までの子ども達で起こる。6か月未満、年長児、重症心身障害児の小帯の裂傷は虐待を積極的に考える。舌小帯の裂傷は舌下の血腫となることもある。

また、舌の損傷も転倒時や顔面を打った際に自分で噛んでしまう場合もあるが、もともとの顔面の損傷が偶発的なものかの検討が必要である。また、虐待者が子どもの舌を噛むこともあり、損傷の歯列痕が子どもの歯列のアーチと同じ向きであれば子どもが噛んだもの、逆向きであれば子どもの咬傷ではないことがわかる。

口腔内損傷は性虐待による損傷でもよく見られることに注意が必要である。口蓋部の点状出血や紅斑や潰瘍形成は、陰茎や異物の強制挿入により起こることがある。また口腔内感染で淋菌や梅毒が陽性になった場合、特に前思春期であれば性虐待を積極的に疑う。このような場合、速やかに児童相談所へ通告し、司法面接へ進むべきである。

歯の萌出の時期はバラツキが大きい、胎児期や出生後の低栄養の結果で遅くなることもある。歯の骨折・脱臼・転位を虐待で起こすこともあるが、偶発的外傷でも起こすことはあり、他の外傷と同様受傷機転の確認が重要である。虐待による歯の損傷は前歯で起こることが多い。う歯への注意も重要である。多数のう歯が放置されている場合、子どもに必要な健康管理が行われていないネグレクトの可能性があるので、治療が受けられていない背景についてのアセスメントを行い、地域関係機関への連絡や歯科受診へつなぐことも重要である。

4-5. 内臓の損傷

虐待による内臓損傷は、虐待による典型的な骨損傷や脳損傷に比して、頻度は稀である。肝臓・腸管・脾臓に損傷をきたすことが多い。内臓損傷をきたした事例の臨床徴候や画像上の特徴には多様性があり、劇的な所見を呈することもありうるが、しばしば過小評価されており、その結果、診断が遅れ不幸な転機をたどることも稀ではない。かなりの内臓損傷があるにもかかわらず皮膚損傷をはじめとする他の虐待を疑わせる徴候が欠如していることもある。医師が虐待の疑いを持たなければ、単なる偶発外傷事例として対応されてしまい、致死的な経過を辿る可能性がある。内臓損傷があれば積極的に虐待を鑑別する必要がある。

- 虐待による致死的な内臓損傷事例の平均年齢は 2 歳前後であり、偶発外傷事例に比してより幼い子どもたちに認められる頻度が高い。
- 虐待による腹部外傷死亡例は頭部外傷の死亡例と比してより年齢が長じている傾向にあり、乳幼児の中では致死的原因は年齢を追うごとに頭部から腹部に変化していく傾向にある。
- 虐待による腹部外傷は偶発外傷事例に比して受診までの時間が長く、致死になる危険がある。
- 診断を誤らせるような病歴が語られることが往々にしてある。

1. 内臓損傷の疑いがある場合の検査

白血球分画を含めた全血球算定（CBC）を、必ず実施する。CBC によって、損傷が原因の失血による貧血、あるいは慢性疾患による貧血が判明することがある。胸壁や腹壁に原因不明の皮膚損傷がある場合は、血小板数や凝固系検査（プロトロンビン時間、部分トロンボプラスチン時間）は出血傾向を呈する基礎疾患を除外するのに有用である。血尿（泌尿生殖器の外傷マーカー）の有無を確認するため、尿検査も行う。血尿の所見が発見された場合は、コンピュータ断層撮影（CT）で腹部の精査を行い、潜在している腎臓損傷や先天性の泌尿生殖器奇形を除外する。肝機能検査（AST/ALT）の数値上昇は肝臓損傷の可能性を示唆しており、腹部 CT の必要性が高まる。しかし肝機能検査で数値が低値であっても、肝臓損傷を完全に否定することはできない。

2. 内臓損傷の各論

1) 頸部および胸部損傷

① 咽頭・下咽頭・食道の穿孔・気管破裂

口腔は身体的虐待や性虐待の際に損傷を受けやすい標的箇所である。致死的な頭部外傷事例などの重篤損傷事例において、口腔内の損傷所見、とりわけ口唇小帯損傷などの有無は、受傷メカニズムを推察する上で手掛かりとなる。咽頭・下咽頭・食道の損傷は強制的に異物が挿入された結果引き起こされ、穿孔は致死となるが、画像評価があまり有用とはならない。穿孔をきたした場合の単純 X 線写真の所見は、頸部の異常な空気集積である。空気は後咽頭部に限局する場合もあれば、頸部の軟部組織部位にびまん性に認められる場合もある。

② その他の頸部損傷

稀ではあるが、気管破裂・頸部刺創・頸静脈裂傷・頸部骨化性筋炎・頸椎圧迫変形所見をきたすことがある。

③ 胸腔内損傷

肋骨骨折を除き、虐待により胸腔内損傷をきたすことは比較的稀である。胸部外傷には、肺挫傷、びまん性肺泡傷害、外傷性気腫、胸部裂傷、気胸、血胸が含まれる。画像所見は、

事故による損傷の場合と大きく変わることはない。乳幼児の重症の胸部外傷の原因としては、交通外傷と虐待の頻度が最も高く、交通外傷のエピソードがなければ虐待を疑う。

④ 心血管系

虐待により心臓に損傷をきたすことは稀であるが、心臓の全層損傷、穿通性損傷は報告されている。また心臓振盪は致死的不整脈、心臓破裂、心房・心室損傷、心内膜裂傷、外傷性心室中隔欠損、心筋損傷をおこす。

2) 腹部損傷

腹部外傷は身体的虐待を受けた子どもの死因の中で頭部外傷に次ぎ2番目に多い。

① 管腔臓器損傷

i) 胃・十二指腸・小腸

虐待に伴う管腔臓器の損傷・穿孔は一般的に近位小腸（十二指腸、空腸）にあることが多い。エピソードなく乳幼児に十二指腸損傷が認められた場合、それは虐待が強く疑われるサインである。

また壁内血腫は、ほとんどは十二指腸の下行脚か水平脚に生じ、上部消化管造影で「コイルばね」所見を呈する。胃穿孔の報告もあるが、これは稀な損傷である。小腸狭窄は事故による鈍的腹部外傷のよく知られた合併症であり、特にシートベルト外傷としてきたすことが多いが、虐待に続発して生じることもある。

ii) 結腸・直腸・肛門損傷

幼少児の肛門や直腸の損傷は通常は認めずきわめて稀であり、虐待を疑う必要がある。鈍的外力による損傷は時々報告されているが、より多く認められる受傷形態は、強制的な性器挿入あるいは異物挿入による肛門や直腸の損傷である。このような虐待を受けることにより、局所の裂傷をきたすのみならず深刻な場合には穿孔を生じることがある。

iii) 大腸

被虐待児において、鈍的外力損傷として大腸損傷を認めることは稀であるが、大腸の壁内血腫をきたしたとの事例は、上行結腸・横行結腸・下行結腸・直腸のいずれの部位でも報告例がある。その他にも、針の刺通や Medical Child Abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）としての虐待行為で、結腸に損傷をきたすこともある。

② 実質臓器損傷

i) 肝臓

肝損傷は虐待に特有のものとは言えないが、被虐待児に認める腹部損傷の中で最もよく認められ、潜在性損傷としてリスクの高い重要な損傷である。肝損傷は、上腹部への鈍的外力によって生ずることが最も多いが、穿通損傷によって肝裂傷に至る場合もある。

ii) 脾臓

事故による外傷で脾臓損傷をきたすことはしばしばあるが、虐待による脾臓損傷の報告は稀であり肝損傷よりも少ない。脾臓損傷が認められた場合、肝損傷・腸管損傷・脾損傷を合併していることが多い。疑う場合は造影CTが望ましい。動脈相で撮影された場合、正常でも脾実質が局所的に造影されない所見を呈するが、その際の所見は脾臓損傷所見と類似しており、注意が必要である。

iii) 脾臓

脾臓は腹部中央に位置し、脊椎を覆うように位置していることから、体幹への暴力にきわめて弱い。脾臓損傷は単独の場合であれ、他の実質臓器（肝臓、脾臓など）の損傷が合併する場合であれ、腸管損傷を合併するリスクが非常に高い。脾臓損傷の合併症として、脾炎・脾仮性嚢胞があり、全身性に放出された酵素により、脂肪壊死・骨髓脂肪壊死・骨溶解を認めることがある。

iv) 腎臓・副腎

虐待を含めて腹部外傷をきたした際に肉眼的血尿が確認された場合、腎臓損傷の存在が示唆される。画像所見からは、事故による腎臓損傷と虐待による腎臓損傷とを鑑別することは困難である。副腎は腎臓に隣接する臓器であるが、副腎出血を認める場合には管腔臓器、肝臓・脾臓の損傷を合併していることが多い。

v) 下部尿路・陰嚢

鈍的外力による腹部外傷の際に、膀胱や尿道が損傷することは通例はない。ただ、虐待により膀胱破裂をきたしたとの症例報告は散見されている。このような場合には、腹腔内に尿性腹水が貯留することとなる。陰嚢は身体的虐待と性虐待のどちらにおいても、攻撃の標的部位となる。腹腔内出血に続発した陰嚢血腫の存在が、重大な腹腔内損傷の発見の手がかりとなることもある。

③ リンパ管・大血管損傷

腸管や腸間膜や後腹膜のリンパ管が破裂した場合、続発して腹腔内に乳び性の液体が貯留する。外傷による大血管損傷は子どもでは非常に稀である。虐待による背部への打撃が原因と思われる腹部の大血管離断などの血管損傷をきたすことがある。

3. 虐待による内臓損傷と鑑別を要する病態

神経芽腫に伴う出血および敗血症、血液腫瘍にともなう肝臓・脾臓・皮膚・骨の変化、十二指腸血腫、虫垂炎穿孔後の炎症性変化、心肺蘇生術後の消化管損傷・気胸・肝臓損傷、事故に伴う会陰部損傷など。

4-6. 骨折

小児、特に乳幼児の骨折は、身体的虐待の根拠となる場合も多く、整形外科医による診断と治療と平行して、小児科医も整形外科医や放射線科医と連携し養育環境や発生機序を検証する診療姿勢が求められる。以下にその特徴と診察および鑑別診断のポイントを記述する。

1. 身体的虐待としての骨折の特徴

小児の骨折は、年齢層により大きくその要因が異なる。1歳未満の骨折の約70%が虐待によるものとの報告もあり、加齢とともに虐待による骨折である可能性は低下する。乳幼児への身体的虐待が強く疑われる骨折は、典型的骨幹端病変（classic metaphyseal lesions：CMLs）、肋骨骨折（特に背後部骨折）、肩甲骨骨折、棘突起骨折、胸骨骨折である。骨折が多発する場合（特に両側性）や年齢相当の発達では説明できない骨折、骨端線離開、椎体骨折（亜脱臼を含む）、指趾骨折、複雑型頭蓋骨骨折も、虐待の可能性が高い。一般的には、骨膜下骨新生（大腿骨や脛骨の下肢骨に特徴）、鎖骨骨折、長管骨横骨折、線状頭蓋骨骨折は、虐待による骨折の可能性は低いとされるが、語られる外力に起因するかどうか、その妥当性の評価は不可欠である。上腕骨・大腿骨骨折は虐待による骨折の可能性が高く、熱傷や肋骨骨折や頭蓋内病変が随伴する場合には、さらに身体的虐待の可能性は高率となる。

2. 子どもの骨折の診察

病歴および既往歴聴取は最も重要である。骨折を伴う外傷で来院した場合、保護者の表情や「外傷の病歴が聴取できない」「妥当性のある受傷機転が語れない」「保護者が語る受傷機転が曖昧かつ変化する」などの表現に注意して、詳細な病歴聴取と逐語的カルテ記載に徹する。身体診察では、活動性の評価とともに歩容や移動時の様子を観察し、軟部組織の腫脹や疼痛の有無を触診で評価する。骨幹端や関節・腱付着部の評価として関節可動域の評価も欠かせない。骨折部位に必ず皮膚損傷が随伴するとは限らない。 →第3章 虐待に対応する参照

3. 骨折の評価方法と全身骨スクリーニング（Skeletal Survey：SS）の適応

1) 骨折・骨軟部病変の評価方法

長管骨や手・足骨では通常レントゲン検査（側面・正面）撮像、頭蓋骨・頭蓋底、椎体・肋骨の場合にはCTによる評価を追加する。骨挫傷や関節周囲の筋付着部の骨軟部の評価には、MRIが適している。骨シンチグラフィは、虐待が強く疑われる幼児以降における全身骨評価で利用される。

2) SS の実際

基本的なSSの適応を表1に、撮影部位を表2に示す。特に肘、手、膝、足の関節周囲で陽性所見があれば、追加部位として側面像を追加する。注意点として、乳児でも、全身を一枚のフィルムに収めるbabygramのような広範囲の撮影ではなく、表に挙げた撮影部位をそれぞれ個別に撮影する。

また、小児の骨折所見は初回のSSで見落とされることも多く、原則として初回撮影後1-2週間でSSを再度行い、骨膜新生等の骨折後の変化の有無を確認し、見落としを防ぐ。

表1 SSの適応

2歳未満	すべての虐待を疑う児(身体的虐待だけではなくネグレクトなどでも)に対して行う。
2歳以上 5歳未満	身体的虐待が疑われる児に対して全例行う。その他の虐待でも考慮する。
5歳以上	SSは必ずしも必要なく、症状または所見のある部位を撮影する。

表2 SSの撮影部位

頭蓋骨	正面・側面：CT を撮像した場合でも撮像は必須
胸郭	正面・肋骨両斜位：乳幼児の場合CTによる評価も有用
腹部・骨盤	正面
脊椎(胸椎～仙椎)	側面
脊椎(頸椎)	正面・側面
上腕	正面
前腕	正面
手部	正面
大腿	正面
下腿	正面
足部	正面

4. 易骨折性をきたす基礎疾患

骨形成不全症、早産児、ビタミンD 欠乏性くる病、ビタミンC 欠乏症、銅欠乏、Menkes 病等の全身性疾患の鑑別が求められる。胆道閉鎖症などの慢性肝障害や各種の腎疾患 (Fanconi 症候群、低リン血症性くる病、副甲状腺機能亢進症、尿細管性アシドーシス)、慢性腎不全を検査や画像所見および臨床経過より鑑別していく。

4-7. Medical Child Abuse (いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む)

本手引第2版まで採用されていた代理によるミュンヒハウゼン症候群 (Munchausen syndrome by proxy : MSBP) はもともと「子どもの病気を心配する良き母親を演じることで自らの心の安定をはかるために、母親が周到かつ計画的に子どもを病人にしたてる子ども虐待の一形式」として提唱された。しかし、MSBP を子どもの病名として適用するかそれとも加害者側に適用するのかの混乱と論争のため、現在では MSBP という病名は使うべきではないという国際的なコンセンサスがある。本手引では Roesler らが提唱する MCA を採用した。他にも Pediatric condition falsification(PCF)、Abuse by pediatric condition falsification(APCF)、Caregiver Fabricated illness in a child(CFIC)、factitious disorder by proxy といった用語が提唱されているが、本手引ではいずれの用語も MCA と同義に扱う。

〈Medical Child Abuse(以下 MCA) の定義〉

保護者が、自分の子どもについて、症状を誇張する、虚偽の病歴を訴える、身体症状を捏造する、故意に怪我や疾患を引き起こす、等の行為を用いることで、不必要で有害な、もしくは有害になりえる医療的ケアを子どもが受けさせられている状態

1. MCA の臨床像

1) 症状

小児患者で起こりうる症状や疾患のほぼ全てが起こりうる。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) 比較的多い症状として無呼吸、けいれん、摂食の問題、出血、下痢、嘔吐、発熱、発疹、アレルギー症状、等が挙げられる。

2) MCA でよく見られる状況、MCA を疑うべき状況

どんな症状であれ、以下の状況があれば MCA を鑑別に上げる必要がある。

- 持続的あるいは反復する症状で、「これまで診たことがない」というような非常にまれな病状である
- 複数の医療機関、専門家による入院を含めた診療にも関わらず原因がわからない
- 通常は効果がある治療の効果がない
- 保護者から報告される病歴や患児の様子が、実際に観察されたものとは異なったり、辻褄が合わない
- 以前かかっていた医療機関からの診療情報提供を保護者に依頼すると、保護者が消極的となる
- 家族歴として、保護者、患児のきょうだい、ペットに類似の症状や既往歴がある。または死亡したきょうだいがいる
- 注意が行き届き、子どもの側を離れようとせず、重篤な臨床状況に直面しても驚くほど明るく見える保護者である
- 特定の保護者がいる場合にのみ症状が出現したり悪化したりする
- 特定の保護者がいないと、症状がなくなる、もしくは改善する
- 多くの家族(例えば父親)は病院に来ることが出来ない、患児に関して関与できないと報告する
- 保護者のもつ病気の子どもに関するブログやソーシャルネットワーキングサービス(SNS)の投稿において、症状や医師からの説明を歪曲する、誇張する、病態を劇的に

描写してフォロワー数を増やそうとする、等がみられる

3) 症状をしたてる方法 (The American Professional Society on the Abuse of Children の分類)
虚偽の情報だけ、症状の誇張だけであっても子どもにとって安全な環境とは言えない。

- Producing false information : 虚偽の情報を作り出す
現病歴、既往歴、家族歴、生活歴について誤った情報を提供する
例) 診療情報提供書の改ざんや、起こっていない発作があったと訴える
- Withholding information : 子どもの症状を理解するのに必要な情報を提供しない
例) 親により投与された薬物による嘔吐だが、薬物について話さない
- Exaggeration : 症状の誇張
本当にある症状に基づくが、より重症にみえるように誇張した症状を訴える
例) 実際よりも多く、治療抵抗性にみえる発作を報告する
- Simulation : 検査所見の捏造
異常な検査結果を出すために、検体に操作を加える
例) 汚染した尿検体を提出する、便検体に加害親の血液を混入する
- Neglect : ネグレクト
症状を悪化させるために、処方された薬剤を与えない、必要な食事を与えない、必要な治療を行わない等、すべきことを行わない
- Induction : 加害行為により症状を誘発する
症状を直接加害により作り出す。
例) 薬物中毒、窒息、感染
- Coaching : 指導による操作
虐待者の虚偽の主張を裏付けるかのような回答をするように、子どもや虐待をしていない配偶者を指導して操作する。
例) 虐待者の言うことが真実であると繰り返す虐待をしていない配偶者、医師に対して、実際にはない症状を訴えたり演じたりする子ども

4) 加害者像

ほぼ全てが被害者の母親である。虚偽の内容で善良な医療者を説得し操作して治療を始めさせる、医療者に患児想いの良い母親と思わせる、慢性疾患の入院患者の母親グループの世話役的存在となる、母を信じる医療者と MCA を鑑別に上げる医療者とを対立させる、「母親は虐待などしていない」と擁護してくれる各分野の専門家を集めることができる、等々の驚くべき能力を持つ加害者が実際に数多く報告されている。

2. MCA の対応手順

1) MCA を鑑別に入れる

どんな症状に対しても、「不必要で有害な医療ケアを受けさせられていないか」を検討する。

2) MCA を検討する環境を整える

懸命に病気と戦う子どもと、献身的に子どもや医療者を支えてくれるようにみえる母親を一人で疑いつつ診療を続けることは容易ではない。MCA が鑑別に上がったら、関係する医療機関や地域の機関と連携して「子どもを守るチーム」として対応を進めていく。院内虐待対応チーム (CPT) のある医療機関の場合、疑った時点で速やかに CPT に報告する。他の医療者に相談するにあたって「MCA の客観的根拠を揃えてから」、「他の鑑別疾患を除外してから」、などと考えるべきではない。

3) MCA の診断手順を選択する

- 子どもの病歴を詳細にとる。これまでその家族と関わりを持った医療機関から直接情報を得る
- 医療機関だけでなく、保健・福祉・教育等子どもに関するすべての機関から情報を得る
- すべての家族と個別に面談して、加害が疑われる保護者からの情報を詳細に検討する
- 文献等を参考に症状に応じ検体採取、保存（法的証拠保全に沿う形で）、検査を行う
- 警察や弁護士と協力し、隠しカメラで児と保護者の観察を検討する（実際には難しい）
- 子どもと保護者を分離して症状の推移を検討する
- 加害が疑われる保護者の SNS やブログを検索する
- 加害が疑われる保護者に MCA を疑う病歴や原因不明の病歴がないかを検索する

4) 診断のための母子分離を試みる

診断手順を検討しつつ、母子分離しなければ、結論を下すことが出来ないという状況になることがよくある。分離に頑強に抵抗することが多く、児童相談所による一時保護（特に医療機関への一時保護委託による入院）が必要となることが多い。

5) MCA の診断を告知する

MCA であることが関係者の中で共通見解となった時点で、告知を行う。診断のための母子分離に応じず、強制的な母子分離を必要とする場合も同様である。なお、告知は関係機関と今後のケースワークを念頭に、誰が誰に対してどのように伝えるべきか事前に検討する。

6) 子どもの安全を担保する

加害者が自身の行為を認めて、自身の治療に同意し、関係機関による継続的なモニタリングに書面での同意をするのであれば、母子分離をすることなく子どもの治療を継続することは可能である。しかし、そうなることのほうが少ないのが現状である。保護者のプレッシャーに負けて、子どもの安全を犠牲にしてはならない。

5. ネグレクト

ネグレクトの定義については、「児童虐待の防止等に関する法律」第二条三号に「児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号（身体的虐待）又は次号（心理的虐待）に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること」と記載されている。これがネグレクトに当たる。すなわち、子どもの心身の正常な発達に必要なケアを与えないことである。

1. ネグレクトとは

以下の1)～6)の様な類型がある。重篤なネグレクトは、しばしば致死的になり得る。乳児の放置、飢餓、溺水、火災、車中放置等である。祖父母、きょうだい、保護者の恋人などの同居人が以下に掲げる行為を行っているにもかかわらず、それを放置する場合も同様である。

1) 栄養・衣服・衛生ネグレクト（衣食住の身体的ケアを与えない）

食事、衣服、住居などが極端に不適切で、健康状態を損なうほどの無関心・怠慢などをいう。例えば、適切な食事を与えない、気候・天候に適した衣服を着せない、入浴させない、オムツを替えない、極端に不潔な環境の中で生活をさせるなどである。

2) 愛情剥奪症候群、情緒ネグレクト（発達に必須な情緒的ケアを与えない）

子どもにとって必要な情緒的欲求に応えていない場合では、精神的危険が高いのみならず、栄養が与えられていても低身長や体重増加不良などの成長障害が見られることが知られている。

3) 監督ネグレクト（子どもの安全を守るために必要な監視を怠る）

子どもにとって危険な状態に置かれること。熱傷の危険がある状態を放置、誤嚥事故が発生しやすい環境を放置、乳幼児を家に残したまま度々外出する、乳幼児を車の中に放置するなどである。親がパチンコに熱中している間、乳幼児を自動車内に放置し、熱中症で子どもが死亡したり、誘拐されたり、乳幼児だけを家に残して火災で子どもが焼死したりする事件も、ネグレクトの結果であることに留意すべきである。

4) 医療ネグレクト（必要な乳児健診、予防接種や医療を受けさせない）→5-1 医療ネグレクト参照

5) 教育ネグレクト（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。家に閉じこめる（子どもの意思に反して学校等に登校させない）などである。

6) 遺棄・殺人（捨て子、心中の道連れ、保険金殺人）

子どもを遺棄する、殺害する場合である。

2. ネグレクトを疑うべき所見

栄養不良・成長障害（体重増加不良／減少、小柄）、発達遅滞、食行動異常（むさぼり食い／過食／拒食）など。保健師、看護師、かかりつけ医、健康診断医による身長・体重増加曲線の確認はとても重要であり、怠らないようにして欲しい。保育園、幼稚園、小学校などでも同様である。不衛生、不適当な衣服（異臭）、ひどいオムツかぶれ、無気力、病院への受診の遅れ、慢性疾患の放置、不完全な治療など。学童期以降では、家に帰りたがらない、

窃盗、多動、乱暴、注意を引く行動、遺尿 / 遺糞等が重要である。

3. ネグレクトを行った者へのアプローチ

子ども虐待は家族内機能不全の結果として起こってくる。虐待者もまた病んでいるという考え方が必要である。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」のためではない。子どもの安全と成長を保証することを最優先に対応する。

4. 予防

ネグレクトについて多くの人々に啓発することは予防の第一歩である。クリニック、病院、保健センターや幼稚園・保育園・学校などが広く連携し、子どもの状況を把握することが重要である。保健所やクリニックでの乳幼児健診や学校検診での気付きなどが大切である。出生前訪問や1か月、4か月健診などの早い時期からの気付きが虐待の予防につながる。厚生労働省は「乳児家庭全戸訪問事業」（こんにちは赤ちゃん事業）において、生後4か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供につなげようとしている。このようにして、乳幼児のいる家庭の孤立を防ぎ、乳児の健全な育成環境の確保を考えている。

また、厚生労働省はワンストップ相談窓口を有する「子育て世代包括支援センター」と呼ばれる妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供できる拠点の整備を2020年度末までに、子どもとその家庭に関するすべての相談・支援を行う「子ども家庭総合支援拠点」の整備を2022年度末までに全国展開しようとしている。このようなことがネグレクトの予防に繋がる。

5-1. 医療ネグレクト

医療ネグレクトは、子どもが医療を必要とする状態にあるにもかかわらず、保護者が適切な医療を受けさせないものを言う。その対象疾患は、軽症から重症まで、その程度はさまざまである。日常診療において、まず求められるのは、子どもに重篤な結果を及ぼす可能性が高い医療ネグレクトに対する判断と対応である。

1. 厚生労働省における医療ネグレクトの捉え方（通知より抜粋）

「保護者が児童に必要とされる医療を受けさせないことにより児童の生命・身体に重大な影響があると考えられ、その安全を確保するため医療行為が必要な事例であって、医療機関が医療行為を行うに当たり親権者等による同意を必要とするものの、親権者等の同意が得られないため、医療行為を行うことができない場合。なお、児童に必要とされる精神科医療を受けさせないことにより、児童の生命・身体に重大な影響があると考えられ、その安全を確保するため医療行為が必要な事例についても対象に含まれる。」

（医療ネグレクトにより児童の生命・身体に重大な影響がある場合の対応について、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知、平成 24 年 3 月 9 日）



厚生労働省通知
平成 24 年 3 月 9 日

2. 医療ネグレクトの判断

以下の①～⑤の全てを満たす状況で、子どもに対する医療行為（治療に必要な検査も含む）を行うことに関して保護者が同意しない状態は、子どもに重大な影響を及ぼす医療ネグレクトと考えてよい。

- ① 子どもが医療行為を必要とする状態にある
- ② その医療行為をしない場合、子どもの生命・身体・精神に重大な被害が生じる可能性が高い（重大な被害とは、死亡、身体的後遺症、自傷、他害を意味する）
- ③ その医療行為の有効性と成功率の高さがその時点の医療水準で認められている
- ④ 子どもの状態に対して、保護者が要望する治療方法・対処方法の有効性が保障されていない
- ⑤ 通常であれば理解できる方法と内容で、子どもの状態と医療行為について、保護者に対して説明がされている

3. 対応の概要

子どもに対する行為が、保護者による医療ネグレクトと判断された場合、診療に当たる医療機関が行うべき対応を示す。

1) 子ども虐待対応組織の有無による対応

あり → 組織内で対応方針、役割分担を検討し、役割に応じた対応を行う。（詳細は以下）

なし → 他院への紹介困難 → 院内倫理委員会あるいは管理職を交えた会議で対応方針役割分担を検討し、役割に応じた対応を行う。判断に迷う場合は、対応組織がある地域の医療機関、子ども虐待診療の経験が豊富な医療機関や医師等に相談する。

→ 他院への紹介可能 → 子どもを他院へ紹介、転院させる。重大な影響を及ぼす医療ネグレクトの場合、子どもの身体状況も重篤であることが多いため、可能であれば救急車での移送を行う。そうすることで、紹介先の医療機関への未受診を防ぐこともできる。

2) 対応方針の検討

子どもにとっての最善の利益を優先することが、全ての対応の基本である。方針決定、対応に迷ったときは、常に基本に戻って考える。

対応は、子どもへの対応、保護者への対応、児童相談所との連携の3つが主なものとなる。対応方針もこの3つに分けて検討するとまとまりやすい。それぞれにおいて検討すべき事項の主なものは、以下のようになる。

① 子どもへの対応に関する主な検討事項

- 本格的治療が行われるまでの応急処置の内容と実施条件
- 保護者が要望する治療方法の有効性、危険性、実施可能性^{*1}
- 本格的治療の有効性、危険性、実施可能性
- 本格的治療が必要と判断される状況
- 本格的治療の同意が得られないときの対応
- 生命の危険がある急激な状態悪化時の対応^{*2}

② 保護者への対応に関する主な検討事項

- 応急処置実施の説明内容、説明時期、同意取得方法
- 本格的治療に同意しない背景要因
- 本格的治療への同意を得るための方法
治療内容、有効性・危険性、医療費、説明・説得の反復時期
保護者に影響力のある人への協力依頼 など
- 同意が得られないときに行われる対応についての説明内容、説明時期

③ 児童相談所との連携に関する主な検討事項

- 医療ネグレクトとしての虐待通告の時期、保護者への説明内容と説明時期
- 児童相談所からの事情聴取への対応
- 親権停止審判の請求に関する医療・児童相談所の役割内容と分担

^{*1}: 保護者が希望する治療方法が、必ずしも無効とは判断できないことがある（無輸血による一部の手術など）。保護者が希望する対応方法の有効性や危険性について、文献検索も行い、科学的な根拠を持って判断する姿勢は大切である。

^{*2}: 急変時には、子どもの生命維持と後遺症の予防を最優先として、必要な処置を行うのが基本となる。そのことを、早い段階で保護者に説明しておくことがよい。子どもを優先する医療側の姿勢自体は、保護者にも受け入れられるものである。また、そうした姿勢のもとに、状況により断固とした対応を行う意志を示すことは、その対応自体は保護者には受け入れがたくても、そうした医療側の姿勢自体には保護者が一定の理解を示すこともあり、その後の対話が行いやすくなることもある。

3) 対応の流れの例

- ① 保護者への説明と説得
- ② 同意得られず → 医療ネグレクトの判断
- ③ 医療機関内での対応方針の検討・決定
- ④ 児童相談所への通告 + 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置
- ⑤ 同意なし → 親権停止審判の請求（児童相談所から家庭裁判所へ）
+ 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置
- ⑥ 同意なし → 保全処分による保護者（親権者）の職務停止と職務代行者の選定
+ 保護者の説得継続 + 必要に応じての応急処置

- ⑦ 同意なし → 職務代行者の同意による本格的治療 + 保護者への治療経過の説明
- ⑧ 同意 あり → 治療継続 + 保護者への治療経過の説明
+ 必要に応じ申立取り下げ（児童相談所と医療機関で協議）
なし → 治療継続 + 保護者への治療経過の説明

【参考 1】「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」から 18 歳未満の子どもへの対応抜粋

1. 子どもが 15 歳未満の場合

1) 親権者の双方が拒否する場合

なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要になれば輸血を行う。

2) 親権者の一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合

親権者双方の同意を得るよう努力するが、緊急を要する場合などには、輸血を希望する親権者の同意に基づいて輸血を行う。

2. 子どもが 15 歳以上～ 18 歳未満で医療に関する判断能力がある場合

1) 親権者は輸血を拒否するが、子どもが輸血を希望する場合

子どもに輸血同意書を提出してもらい輸血を行う。

2) 親権者は輸血を希望するが、子どもが輸血を拒否する場合

なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要な場合には輸血を行う。親権者から輸血同意書を提出してもらう。

3) 親権者と子どもの両者が輸血拒否する場合

(1) 医療機関が無輸血治療を最後まで貫く場合

子どもに本人署名の「免責証明書」を提出してもらう。

(2) 医療機関は無輸血治療が難しいと判断した場合

医療機関は、子どもと保護者に無輸血治療を実施する病院への転院を勧告する。

【参考 2】医療ネグレクトへの対応手引き

日本子ども虐待医学研究会（現日本子ども虐待医学会）医療ネグレクトへの対応手引き。



日本輸血・細胞治療学会
指針 / ガイドライン集



医療ネグレクトへの
対応手引き

5-2. Failure to thrive

Failure to thrive (以下 FTT) は一定の定義がなく、曖昧であるということからも、他の用語を使用することが推奨されている。しかし世界的にも日本国内でもコンセンサスの得られた単語は未だ無い。そのため本手引では、国内で比較的よく用いられている FTT という用語を使用する。他文献における「乳児期の体重増加不良」「発育不良」「poor weight gain」「weight faltering」「faltering growth」「Malnutrition」などの用語を FTT と同義として扱う。

1. FTT の定義

FTT には世界的にコンセンサスが得られた一定の定義は存在しないが、以下の3点を認めることが一つの基準となる。早産児では、体重は生後 24 か月、身長は生後 40 か月、頭囲は 18 か月まで、修正月齢で評価を行う。体重が -2SD を下回っていても、成長曲線に沿って成長している場合は FTT とは言わない。

- 低体重 : 体重が年齢・性別の 3% ile または -2SD を下回る、
- 成長率の低下 : 成長曲線が、標準成長曲線上のパーセンタイル曲線 (3, 10, 25, 50, 75, 90, 95%ile) の 2 本分以上もしくは SD 曲線 1 本を、またいで低下する。
- 痩せ : 肥満度が -20% 未満、または WHO の Weight-for-length Chart で -10%ile 未満

FTT は診断名ではなく、身体が必要としている栄養が足りていないために、乳幼児期の望ましい体重増加が得られてないという臨床症状である。その進行や持続により永続的な低身長、二次的な免疫不全、中枢神経系への悪影響等があるため、早期発見と対応が必要となる。FTT が数週間から数か月持続すると身長の伸びが低下するとされている。

2. 病態生理による分類と鑑別疾患

FTT は身体が必要とする栄養と、摂取する栄養のアンバランスにより起こる。以下のように 3 つに大別するとわかりやすい。器質的疾患を伴わない栄養摂取量不足が原因であることが多い。以前は、器質的疾患による FTT (Organic FTT) と、非器質的な FTT (non-organic FTT: NOFTT) の 2 つに分類されていた。しかし器質的疾患に加えて不適切な養育が加わって FTT が進行するというケースも多く、また NOFTT が「施設病」「愛情剥奪症候群」と関連付けられた歴史もあり、この二項分類法は時代遅れとされている。

1) 栄養摂取不足

- ① 児の要因 : 食事への意欲の低さ / 偏食、神経発達症、中枢神経疾患、口腔機能・構造異常 (口腔感覚過敏、口唇口蓋裂、小顎等)、通過障害 (食道狭窄、肥厚性幽門狭窄症、胃軸捻転、胃食道逆流、腸回転異常症等)、便秘
- ② 保護者の要因 : 母乳不足、誤った知識や指導による栄養不足や偏り (母乳育児への強すぎるこだわり、不適切な調乳方法、過剰なアレルギー除去食等)、育児能力不足、保護者の疲労や抑うつ、ネグレクト、Mecical Child Abuse (いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む)
- ③ 相互関係の要因 : 哺乳や摂食をめぐる葛藤、食行動へのこだわり、愛着形成障害、不適切な欲求表現 (児が食べないことで保護者の気を引こうとする等)

- ④環境の要因：貧困、子どもが安心出来ない環境、食事に集中出来ない環境、不適切な食器、生活上のストレス（複雑な家族構成、夫婦間・家族間の葛藤、経済的問題等）

2) 消化・吸収障害

非 IgE 依存性食物蛋白誘発胃腸症、乳糖不耐症、炎症性腸疾患、胆汁肝疾患、ビタミンやミネラルの不足、短腸症候群

3) 代謝亢進・エネルギー利用障害

慢性呼吸器・循環器・腎疾患、慢性感染症、免疫不全症、膠原病、甲状腺機能亢進症、悪性疾患、先天性代謝異常症、染色体・遺伝子異常症、先天感染症

3. FTT の診療手順

1) FTT を認識する

成長曲線をつけることで思わぬことに気がつくことがよくある。小児患者全員にルーチンで、とは言わないが、どんな疾患であれ入院が必要なケースや、症状・患児・保護者等で見えなかが気になる場合、成長曲線をつけるべきである。

日々の生活の苦労の中で様々な努力や工夫を行なっているのにも関わらず、体重が増えないことやうまく食べさせられないことで、悩み、罪悪感を感じている保護者も多い。不用意に FTT を指摘して、保護者が責められていると感じることのないように注意する。苦労や努力をねぎらい、課題点や問題点を共有し、子どものために一緒に解決策を探ろうとする姿勢が、医療者と保護者のよりよいパートナーシップ構築のために必要である。

2) 緊急度の評価

バイタルサインの異常、乳幼児の持続的な体重減少、極端な体重増加不良、重篤な基礎疾患、子ども虐待、保護者の精神状態の悪化、等々の入院が必要な症例を見逃さない。

3) 包括的評価

前川が提唱する FTT の包括的ケアがわかりやすい（図 2）。評価→分析→対応→再評価のサイクルをまわしていく。

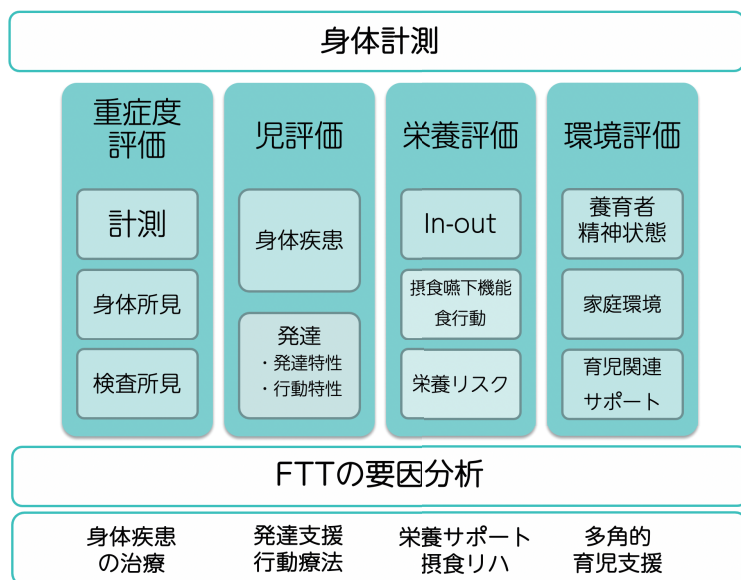


図 2 FTT 包括ケアの概念図

(前川貴伸, 体重増加不良, 小児科臨床 2019;72:1067-1072)

器質的疾患の多くは、丁寧な病歴聴取、身体診察、スクリーニング検査で分かることが多い。児の器質的疾患の除外にこだわって検査計画だけに注力することなく、栄養評価、養育環境評価も同時に進める。看護師、栄養師、心理士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー等も交えて多角的な評価を行う。食行動については、母からの聴取だけでなく実際の様子を複数回観察し評価することも重要である。養育環境の評価のために、乳幼児健診や保育園等での様子など、保健センターを始めとした地域関係機関との情報共有も積極的に行う。経過に違和感がある場合、Medical Child Abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）も考慮に入れる。

4) FTT の要因分析

包括的評価を基に、器質的疾患や栄養摂取量不足の要因を分析する。要因が複数あることが多い。

5) 要因に応じた対応

- 身体疾患への治療

発見された基礎疾患に応じて対応を行う。

- 栄養サポート・摂食リハビリ

何をどれだけ摂取させるべきか」よりも「どうやったら摂取させられるか」が問題になることが多い。助産師による母乳哺育支援、保健師や訪問看護師による家庭訪問での育児支援、ST による具体的な摂食リハビリテーション、入院での経管栄養手技の習得等々、「保護者に指導して頑張ってもらおう」だけではない支援が必要なことも多い。

- 発達支援・環境調整

積極的に多職種、他の専門機関と連携をとりながら行っていく。

- 多角的育児支援

保護者支援、家庭環境の調整、育児支援など、多職種多機関による支援が必要になるケースも多い。ネグレクトが FTT の寄与因子であることもあるが、保護者の意図的なネグレクトであることは少ない。児童相談所や地域支援機関への通告や相談を躊躇する必要は全くないが、それは「非難すべき親への最後通牒」ではなく、子どもと家族が安心して過ごして、医療機関への受診を適切に継続出来る環境を整える支援のためになされるべきである。

6. 心理的虐待

2000年に「児童虐待防止等に関する法律（児童虐待防止法）」が制定され、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待が児童虐待として定義され、2004年の改正により、DVの目撃も心理的虐待の一種であると法律の中で定義された。

心理的虐待について 児童虐待防止法第二条四に「児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。」と記載されている。

この心理的虐待の明確な定義づけはいまだに議論されているが、子どもの虐待の中で最も頻度が高く発生し、あらゆる形態の虐待に伴って発生しているといえる。積極的に暴言暴力で攻撃する場合も、逆に何もしないで無視する場合も、急に脅すような態度の場合も、毎日のように難癖つけるような慢性的な日常の場合も、子どもに対して情緒的な反応をしないような微妙な態度の場合も、子どもが子どもらしくいられずに親の肩代わりをするような場合（ヤングケアラー）などがあり、どこからどこまでを心理的虐待と判断するかは難しく、調査対象や調査手法により発生頻度さえ著しく変わる。

ここでは心理的虐待を以下の6類型に分類して定義する。

- ①冷淡な態度をとること（保護者による言葉や態度による行為で子どもを拒絶したり、馬鹿にしたりする行為など）
けなす、恥をかかせる、きょうだい間差別、正常な感情を示した子どもをあざ笑う：「一人前に涙なんか流しやがって、アホかお前」
- ②怖がらせる（保護者が子どもに向かって脅したり、子ども自身や子どもが大切にしている人や動物やものなどを明らかに危険な場所に放置することなど）
混乱や危険にさらされる場所に置き去りにする、子どもの年齢や能力にそぐわないことを完璧に行うように要求しできなかったらひどいことになるぞと脅す、子どもに暴力を振るうぞと怖がらせる、子どもが大切にしているものを壊すと脅す
- ③隔離する（子どもが他の人と交流する機会を恒常的に奪うこと）
家に閉じ込めて他人との接触を禁じたり監禁したりする
- ④利己的に利用する（搾取する）/ 墮落させる
保護者が子どもをそそのかして子どもにふさわしくない行為（反社会的行動、自己破壊的行動、犯罪、その他の逸脱行動など）をさせる、売春やポルノグラフィーへの出演や薬物乱用を許したり、勧めたりすること、年齢にそぐわない行動をさせる（親の役割をさせること、いつまでも赤ちゃん扱いすることなど）
- ⑤情緒的な反応を拒否する（無視したり、見て見ぬふりをする）
保護者が子どもの働きかけを無視したり必要な返事をしないで子どもの情緒的なかわりをもたない場合や保護者に反応する能力がない場合（極度の疲労やうつ状態など）、どうしても必要な時しか口をきかずあたたかい愛情表現をしないこと
- ⑥精神的な健康・医療・教育への配慮を無視する
心理的や行動上の深刻な問題や身体の重度な病気の治療を無視したり拒否したりすること、教育を受けさせないこと

心理的虐待の行為自体を医療者が目撃する機会は少なくないかもしれないが、知識を持って保護者と子どもの関係をよく観察し、疑わなければ診断することは難しい。

その一方で、その影響は場合によっては長期、広範囲にわたり子どもの発達や自己認知に影響を落とす。心理的虐待はほかの虐待と同時に存在していることがほとんどであり、身体症状を伴う虐待が疑われた場合には心理的虐待の影響が親子の関係性にみてとれないか注目し、機能不全にある家庭への早期介入、援助が重要となる。

7. 性虐待

性虐待は、子ども自身が性暴力と認識していないことや、加害者からの口止めなどにより、開示されにくく、暗数が多いと推定される性暴力である。

乳幼児期から思春期まで被害を受ける年齢は様々で、男児の被害も少なくない。性器の挿入や口淫のみならず、性器を触るまたは触らせる、性行為を見せる、写真や動画の撮影・拡散、発達段階を逸脱した性描写の刷り込みなども性虐待である。慢性的に被害を受け続け、時間が経過してから被害が開示されることが多く、性感染症や妊娠等で偶発的に性虐待が発覚することもある。性虐待のトラウマは身体的虐待より大きく、回復には長い年月を要する。

2017年の刑法改正により監護者性交等罪・監護者わいせつ罪が新設され、監護者という立場に乗じた性暴力は、暴行・脅迫がなくても起訴することが可能になった。また強姦罪が強制性交等罪に改正され、被害児が男児の場合も処罰の対象になった。しかし性暴力はそのトラウマが大きいことから、年少であっても、警察に相談し処罰を求めるかどうかも含めて被害児の自己決定を尊重することが、回復の第一歩とされている。全都道府県に設置された性暴力被害者ワンストップ支援センターは、司法対応に関する説明を含めた初動、警察や児童相談所との協議や同行支援、中長期的なケアを担っており、被害児および非加害親が相談を躊躇している場合でも対応が可能である。

1. 性虐待の開示直後の対応

親からの被害の場合は非加害親や養護教諭などに、教員や塾などの指導者からの被害の場合は親などに打ち明ける（開示する）ことがあるが、最初に開示された大人が動揺し否定的な態度を示すと、子どもは開示を取り下げることがある。相談や開示があった場合は、加害親や加害者に知られることで被害が増大しないように、また周囲に知られることによる二次被害を防止するためにも、対応者を限定し、児童相談所に通告し、警察とも連携を取り対応を協議する。

2. 医療機関での診察のプロトコール

1) 原則として親は同席しない

どうしても親がいないと診察が出来ない場合を除き、親に言えない重要な情報を引き出すためにも親は同席しないことが原則である。

2) 問診

児童相談所に未通告の段階で問診を行う場合は、記憶の汚染を起こさないよう、イエス・ノー（「この傷はお母さんにやられたの？」など）ではなく、オープン・エンディッド・クエスチョン（「この傷はどうしたの？」など）で情報を引き出す。こちらからすでに持っている情報を提示したり、誘導するような質問は避けて、誰によって、身体のどこに何があったのかを聞き出し、それ以上は聞く必要は無い。年少児については、通告後に行われる適切な協同面接（代表者聴取）により被害を確認し、医学的評価（損傷、感染などの診断）が供述と矛盾しないかどうかを確認することになる。被害の開示が得られたら、詳細な事実確認は協同面接に委ね、同じことを繰り返し聞かないようにする。

幼少児では、うまく話せないことがあるが、なるべく本人の言葉で語ってもらう。定型発達であれば、3歳で「誰が」「何を」したかは説明することが可能である。黙ったり下を向くなど、語れないというのもひとつの情報であり、その様子は診療録に記載する。可能であれば、被害児の同意を得て問診の様子を録音しておくといよい。

3) 診察の説明

健康な身体であることを確認するため性器を含む全身の診察をすること、痛い検査はしないこと、診察が嫌な場合は嫌と言ってよいこと、けががある場合は写真を撮ることなどを、その子にわかるように説明し、診察を行うかどうかは自分で決めてよいことを告げる。診察前に十分なラポールを形成し、フラッシュバックや診察による二次被害の防止に努め、本人の同意を得て診察する。

4) 先に全身診察を行う

性虐待は性器に触れる行為だけではなく、性的行為の要求や、性描写を見せることなども含まれる。この場合身体には何の変化もないが、年少児の場合は全身診察を行う間に何らかの性的行為が開示されたり、同時にその他の身体的虐待を伴っていることを明らかにすることができる。身体的虐待として対応したケースに性的虐待が隠れている場合も稀ではない。

性器以外の部位から診察を始めることによって、診察に慣れてもらうことや、年齢不相応な性描写など被害につながる証言が得られることがある。

5) 外陰部の診察と検査

性器の診察は同意を得たうえで、二次被害を起こさないよう細心の配慮をしながら行う。児童相談所や警察から依頼を受けて診察を行い、性感染症検査および膣や肛門内の証拠保全を求められた場合は、綿棒や検査キットなど必要資材を並べて準備し、診察時に手際よく証拠を採取する。

女児の場合、仰向けでカエルの足状に開脚した姿勢と腹臥位胸膝位の2つの体位で処女膜を観察し（可能であればコルポスコプで観察）、外傷や、その治癒後に認められる所見（欠損など）の有無を確認する。診察中に被害を示唆する発言が得られることがあるため、診察中は録音を行うことも有用である。なお、診察結果とあわせて、「傷がないこと」が性暴力被害がなかったことを示すわけではないことを、児童相談所や警察の担当者に説明しておく必要がある。

6) 所見の記録

性虐待は、監護者性交等罪・わいせつ罪の刑事裁判を見据えて対応する必要があり、診察担当医として供述調書作成への協力や、裁判の証人として出廷を求められることもある。専門とする医師への紹介が望ましいが、紹介が困難な場合は、後に正確な供述を行うため、また専門とする医師にレビューを求めるために、診療録に所見を記録するだけでなく、全身の外傷および外陰部の写真や動画を残す。

これらは全てその子どもに判るように説明する。専門家の診察により、身体には問題がないと知ることは、心の回復の第一歩である。診察結果をきちんと告げて、「あなたの身体は問題ないですよ」と安心させることも大切である。

3. 検査と治療

1) 性感染症検査と治療

母子感染が否定された淋菌感染症、性器クラミジア感染症、梅毒、HIV感染症、膣トリコモナス症は、性的接触による感染であり、性虐待を裏付ける証拠となる。性器ヘルペス、尖圭コンジローマは、被害児から性的接触以外の感染経路が明確に語られない場合、性的接触を裏付けるものである。膣または尿道分泌物淋菌・クラミジア同時核酸増幅法、膣分泌物（女児）または尿沈査（男児）顕微鏡検査、HIV検査、梅毒血清反応を提出する。淋菌・クラミジアが陽性と判明した場合は、適切なインターバルで陰性化を確認する。

2) 妊娠に関する検査と治療

性的接触から 72 時間以内の場合は緊急避妊薬（レボノルゲストレル 1.5mg）の単回服用で妊娠を約 8 割回避できる。

性的接触から 3 週間以上経過していれば、妊娠反応検査（尿中 HCG 定性）で診断が可能になる。妊娠悪阻（嘔気や倦怠感などの不定愁訴）が出現する週数になれば、経腹超音波検査でも胎嚢または胎児が確認できる。

出産を選択しない場合、妊娠 11 週 6 日までは人工妊娠中絶手術、妊娠 21 週 6 日までは中期中絶が可能である。それ以降では出産までのケア、新生児の養育に関する相談が必要となる。

4. 終わりに

性虐待を含む性暴力被害を受けた子どもは、身体に傷がなくても自尊感情の低下や解離、トラウマなどに長期間苦悩しむ。子どもにとって被害を自覚すること自体が心理的負担が大きいものであり、被害を告白した時、その後の周囲の反応で二次的な傷つきを受けることが少なくない。大人が「あなたを守ること」を第一に考えていることをメッセージとして伝えたい。子どものいうことだからと見過ごさないで、被害を疑った場合には関係機関が連携して子どもを守ることが大事である。

8. 発達・行動から虐待を疑う

保護者へのまとわりつきが年齢相当でない（分離不安）、癪癢がひどい、いらいらが強い、攻撃が多い、発達の停滞・後退（言葉が減った、しゃべらなくなった、歩かなくなったなど）、様々な身体症状（頭痛、腹痛、原病による症状の再現）などの身体化、侵入症状（フラッシュバック）を現実に行っているとして誤って認識することからくる日常的な不安や恐怖、悪夢をよくみる、など多彩である。とくに、神経発達症（自閉スペクトラム症、注意欠如多動症など）、身体化障害、転換性障害、全般性不安障害、解離・幻覚、うつ、など、子どものトラウマ症状は多岐にわたり、子どもの発達や行動上の問題を臨床場面で診る場合は、正確で丁寧なアセスメントスキルを要する。

1. 虐待（逆境の体験）と子どもの精神症状

愛着障害とは、幼児または小児期において、発達の不適切な愛着行動を特徴とする症候群である。不適切な愛着行動とは、「子どもが保護者に対して、安心したい、助けてほしいという行動を減多に示さない、または最小限しか示さない」ことを指す。社会的および情緒的応答の欠如、ストレスのかかった状況でもアタッチメント行動がないかほとんどない、感情調節に重大な問題がある等が含まれる。さらに陽性の感情反応が少なく、はっきりした原因のない、あるいは原因と思われることに釣り合わないような恐怖や興奮を突然起こしたりすることがある。社会的で感情的な相互的対人交渉が欠如しているか、少なくとも深刻に押さえつけられている。

愛着障害は、子どもの発達・行動に大きな影響を及ぼす。以下、反応性愛着障害、脱抑制型対人交流障害、心身症の3つの疾病に関して概説する。

1) 反応性愛着障害

同世代との相互交流の乏しさが目立ち、対人場面で過度の恐れや警戒心を示す一方、世話する人には接近と回避が入り混じりなど非常に矛盾した反応を示す。米国精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）による診断基準を以下に示す。

①診断基準

A. 以下の両方によって明らかにされる、大人の保護者に対する抑制され情動的に引きこもった行動の一貫した様式

1. 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽を求めない
2. 苦痛なときでも、その子どもはめったにまたは最小限にしか安楽に反応しない

B. 以下のうち少なくとも2つによって特徴づけられる持続的な対人交流と情動の障害

1. 他者に対する最小限の対人交流と情動の反応
2. 制限された陽性の感情
3. 大人の保護者との威嚇的でない交流の間でも、説明できない明らかないらだたしさ、悲しみ、または恐怖のエピソードがある

C. その子どもは以下のうち少なくとも1つによって示される不十分な養育の極端な様式を経験している。

1. 安楽、刺激、および愛情に対する基本的な情動欲求が養育する大人によって満たされることが持続的に欠落するという形の社会的ネグレクトまたは剥奪
2. 安定したアタッチメント形成の機会を制限することになる、主たる保護者の頻回な変更（例：里親による養育の頻繁な交代）

3. 選択的アタッチメントを形成する機会を極端に制限することになる、普通でない状況における養育（例：保護者に対して子どもの比率が高い施設）

D. 基準 C にあげた養育が基準 A にあげた行動障害の原因であるとみなされる（例：基準 A にあげた障害が基準 C にあげた適切な養育の欠落に続いて始まった）。

E. 自閉スペクトラム症の診断基準を満たさない。

F. その障害は 5 歳以前に明らかである。

G. その子どもは少なくとも 9 か月の発達年齢である。

該当すれば特定せよ

持続性：その障害は 12 か月以上存在している。

現在の重症度を特定せよ

反応性愛着障害は、子どもがすべての症状を呈しており、それぞれの症状が比較的高い水準で現れているときは重度と特定される。

②診断のポイント

同世代との相互交流の乏しさが目立ち、対人場面で過度の恐れや警戒心を示す一方、世話する人には接近と回避が入り混じるなど非常に矛盾した反応を示す、感情表出にムラがあり状況依存的であるなど、発達障害とは異なる様相が観察される。詳細な子どもの成育歴の聴取と共に、必要に応じて保護者の成育歴聴取、家族内力動のアセスメント、などが必要である。

自閉スペクトラム症など神経発達症や身体疾患などに伴う医療的ケアがあることで育児困難が生じ虐待を招いている可能性を忘れてはならない。まずは、発達特性評価、慢性疾患をもつ子どもにおいては、親の疾病受容やソーシャルサポートの有無などを確認する。また、被虐待の疑われるケースに関しては、子どもの安全、安心を確保することが優先であり、対象ケースの支援には多職種、多機関との連携が必須である。問題として挙げられやすい子どもの派手な行動の背景にある心理的トラウマ体験、その体験から生じた可能性のある症状を医学的にアセスメントし、関わるスタッフに対する子どもの理解を促すことが医師の重要な役割となる。

2) 脱抑制型対人交流障害

特定の大人に愛着を示すことなく、知らない人に対しても過度に馴れ馴れしい様子が見られる。しかしその親密さは表面的で浅薄であることが特徴である。保護者の頻繁な交代が原因となる。年少児に見られるこの障害の中核症状は、見知らぬ人に不適切に近づくこと、見知らぬ人への警戒心の欠如、見知らぬ状況で保護者を確認することができないこと、知らない人について行って慣れ親しんだ保護者から離れてウロウロしたがることなどである。無差別的行動には適切な身体感覚の境界が欠けていることも伴うため、これらの子どもは見知らぬ人との関わりにおいて、出しゃばりだったり、攻撃的だったり、身体的に接触しようとすることもある。DSM-5 による診断基準を以下に示す。

①診断基準

A：少なくとも以下の 2 つ以上の行動がある。

1. 見慣れない大人に対してもためらわず交流する
2. 過度に馴れ馴れしい言葉遣い、身体的行動をする（年齢から逸脱するレベルでの）
3. 不慣れな状況において、保護者が見えなくても平気

4. 見慣れない大人についていこうとする

B：以下のうち少なくとも1つ以上、不十分な養育様式を経験している。

1. 安心したり、愛情を持って保護者と関わることがなかった（社会的ネグレクト、または剥奪）
2. 保護者が頻繁に変わる環境だった（例えば、里親による養育の頻繁な交代）
3. 特定の人間と愛着を築きにくい環境にいた（例えば、子どもの数に対して職員の数に足りていない施設等）

上記の条件に加えて、少なくとも子どもは9か月以上の年齢で、また注意欠如多動症の衝動性によるものではない場合に診断される。

②診断のポイント

注意欠如多動症との鑑別がポイントとなる。例えば見知らぬ人と一緒にいることが好きで、受け身的な意味で人見知りをしていない子どもは、区別されるべきである。

3) 小児心身症

身体疾患のうちその発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的・機能的障害の認められる病態を呈するもの。子どもは心身の関係が未熟・未分化であり、心理・社会的ストレスが身体症状化しやすい。抑圧という心理防衛機制は身体化を助長し、とくに両親・環境の影響を受けやすい（易変性・一過性・可逆性・反復性、などの特徴を有する）。また、不安や抑うつなどの情緒、多動・衝動・自傷・他害などの行動上の問題を伴いやすい。心身症と診断した場合、とくに社会適応の低いケースや情緒や行動上の問題を併存するケースは、虐待によるトラウマ症状の可能性を念頭におき、丁寧な成育歴の聴取、家族内力動のアセスメント、他機関との連携をする。

3. 終わりに

逆境体験による子どものトラウマ症状は多彩にわたる。発達、行動、退行、身体化などがあり、状況依存的、かつその症状が移動性で多発性があり、社会的機能に問題が生じている場合は、詳細な生育歴の聴取（保護者の成育歴含む）、家族内力動のアセスメント、発達検査における子どもの情緒や、親子関係性、他機関との連携、など、を積極的に実施し、子どものSOSを逃さないことが重要である。

9. 虐待している保護者の特徴

多くの保護者は子どもに虐待を行ったとしても、それを認めようとはしない。実際、「重度～生命の危機あり」と児童相談所が判断したケースにおいて、虐待を認め援助を求めたケースは30.7%にとどまり、多くの虐待事例のケースワークには困難が伴うのが実情である。

ただしこのこと自体を医療者は、保護者が「健全なSOSを発信することが困難となった、支援を要する状態」と捉える必要がある。虐待による死亡事例の7-9割までもが、死に至る前に何らかの機関が関りを持っていた、とされている。

1. 虐待のリスクとなる保護者の特徴

以下のような不適切な受診状況や、気になる保護者と子の関係性について、「保護者を責める」という主観的な感覚ではなく、客観的なリスクとしてとらえる必要がある。

- 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。逆に、症状が前から出ているのに、受診が遅れがちである
- 常識的な範囲の待ち時間を待てず、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
- 外来・病棟という公的空間においても、子どもを怒鳴りつけたり、体罰をあたりまえのこととして行っている
- 医師とその他のスタッフに対し、全くとっていいほどの別の顔を見せる
- 病歴に一貫性がなく矛盾しており、そのことを訝しむと、説明が二転三転したり「そういえば」と病歴が追加される
- 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する
- 子どもの病態や、診断・治療方針に対し、相応な関心を示さない。直ちに治療を行い、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

実際、虐待を行う保護者の中には、コミュニケーションスキルが未成熟で、怒りのコントロールに問題を抱えている方も少なくない。しかし、そうであるからこそ、我々医療者は辛抱強く、その背景にある親の困難感に寄り添い、丁寧なコミュニケーションを続ける必要がある。保護者はどのようなプロセスであれ、結果として子どもを病院に連れてきてくれたのである。そこで医療者が保護者を厄介者のように扱ったり、よそよそしく二枚舌のような対応を行うことは、「結局この人たちも、今までの連中と一緒にだ」と、かえって保護者の孤立感を深め、心の扉を閉じさせてしまい、真の支援を行うために必要な情報は開示しなくなるだろう。

2. 虐待の背景にあるもの

虐待者で最も多いのは実母であることは、よく知られている。そのことは、子どもと最も多く過ごす母親こそが、困難の渦中にいるということを意味している。虐待の背景には、①体罰肯定感、②自己の欲求の優先傾向、③子育てに対する自信の消失、④子どもからの被害の認知、⑤子育てに関する疲労・疲弊感、⑥子育てへの完璧指向性、⑦子どもに対する嫌悪感・拒否感の7つの心性が隠れているとされている。保護者は医療機関に受診する前に、既に自身のつながりの範囲内でSOSを出し、「母親なのだから、子どもがかわいく思えないはずがない」「子育てが大変なのは当たり前、母親なのだから耐えて、頑張りなさい」などの母性神話を押し付けられ、母親としてのアイデンティティの危機状態にあることが少なくない。虐待に陥っている親に必要な言葉は、叱責ではなく、「もうこれ以上一人で頑張らなくていい」という保証である。病的状態となった認知を同定し、より健全な認知に変えていくためには、保護者との信頼関係の構築は欠かすことが出来ない。

3. 虐待発生の要因

実際に深刻な虐待の発生は、①子ども時代の被虐待経験、②生活のストレス、③意に沿わない子ども、④心理社会的孤立、の4つの要因がそろうためとされているが、①が最大の発生要因であり、臨床上、丁寧に保護者とコミュニケーションをとると、実質的にほとんどの事例で保護者自身が子ども時代に養育不全の元で生き抜いてきた背景が浮かんでくる。

子ども時代に被虐待体験があることが、必ずしも自身の子どもの虐待する強い要因になるわけではないことは強調されるべきであるが、一方で有効な支援がなし得なかった場合には、被虐待体験というのは個人の持つレジリエンシー（逆境をはねのける力）を奪い去ってしまうということも、臨床医は強く認識しておく必要がある。

4. 複雑性 PTSD

虐待をしてしまう保護者の中には、精神科の受診歴を持つ方も少なくない。愛着障害と複雑性のトラウマを背景とした病態として、従来の PTSD の3症状（トラウマの再体験、回避、持続的過覚醒状態）に加えて、①感情の抑制が困難になること、②自分を否定的に捉える傾向が強くなること、③対人関係をうまく築けないこと、の3つが加わった「複雑性 PTSD」という病態がある。この疾病名は、2022年1月に発効した ICD-11 でようやく日の目をみるようになったものであり、現時点ではそのような病名がついている保護者は少ないだろう。保護者の背景にある困難を把握するためには、保護者の精神科主治医とコンタクトを取り、実際に話を聞くことも重要となる。

5. 性虐待

一方、性虐待には、上述の背景とは異なる力動が働いている。性虐待の成立には、①加害者の動機が存在（子どもに性加害をする欲求が存在している）、②加害者の内的葛藤の凌駕（通常は子どもに対し性衝動が生じて、内的な行動規範やモラルや超自我により規制されるが、加害者の性質がそのような内的葛藤を凌駕してしまっている）、③加害者を取り巻く外的阻害因子の凌駕（子どもを脅威から守る家族システムの不存在）、④子どもの抵抗の凌駕（子ども側の抵抗が抑え込まれた状態にある）、が重なり生じる。実際に性加害を行う保護者を、医療者が行う短時間のコミュニケーションで見抜くことは困難である。

6. その他保護者を見る上で注意すべき虐待

このことは Child Torture と呼ばれるサディスティックな身体的虐待を繰り返す保護者、Medical child abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）を行う保護者にも当てはまる。「保護者を見れば虐待しているか否かわかる」という概念を過度に当て込もうとすることは子どもの安全を脅かすことになる、ということを医療者は常に意識してはならない。背景にある精神力動は異なるものの、瞬間の加害行為で生じてしまう「虐待による乳幼児頭部外傷（AHT）」においても、「保護者が虐待をしていそうにない」という判断は、全く通用性がないものとして、医療者は主観的判断から距離を取り、客観的な判断に終始しなくてはならない。

また身体的虐待を受け入院加療を行っている際の保護者は「手厚い支援をうけた状態」であることを認識しておく必要がある。入院というストレスフルな状況に置かれてはいるものの、子育ての重圧からは解放された状態でもあるのだ。加害行為を行った保護者自身も、子どもが重篤な状態に陥ったことに困惑し、子どもの回復を真に願っていることに変わりはない。保護者のそのような様子を見て、「虐待じゃなかったのかもしれない」という“虐待の否認・矮小化”を医療者がしてしまうことも稀ではない。しかし、医療者にとって重要なのは、「その子どもが回復し家に帰り、再び24時間365日の育児を行わなくてはならない環境に戻っ

た際に再び子どもが危険な状況に陥ることがないのか」という視点である。

7. おわりに

「虐待している保護者の特徴」という本セクションのタイトルに矛盾するかもしれないが、あくまでも「加害者像」というのは、リスク評価の一側面であり、過度にそれに縛られることなく、冷静で客観的な総合評価を行うことが重要である。そのためには個人で判断するのではなく、チームで、多機関で評価を行うことが何より重要であることを強調しておきたい。

一方、点で関わる医療機関が、わずかな接触の機会でも、親の特性や親子関係性に「ちょっと気になる」というレッドフラッグを立てること自体、当然重視しなくてはならないものである。違和感をそのままにせず、保健所、保健センターなどに連絡し、情報を共有し地域全体で見守り体制を構築することは、親を責める行為、家族を監視する行為ではなく、親子を救う行為に他ならないと認識する必要がある。

10. 救急医療における子ども虐待の認識と連携

子ども虐待とは、「子どもの健康と安全が脅かされているという危急病態」と換言できる。医療におけるこの危急病態へ関わりは、決して「加害者の告発」ではなく「子どもと家族への支援」の契機である。虐待は一過性に終わることはまれで、慢性的に経過する傾向も強く、次第にその重篤度を増す。一方で、子ども虐待の医学的診断には、養育環境に関する情報収集とその評価が不可欠であり、早期診断には慎重な過程を踏む必要がある。同時に、社会的に身体的・精神的予後を考慮した初期対応と並行して、加害となった保護者への共感を同時に示していく配慮と技能も求められる。

小児科医とくに子ども虐待診療に従事している医師は、院内のあらゆる職員（医療・受付事務・トリアージナース・放射線技師・薬剤師）とともに養育環境不良・家族機能不全に陥りマルトリートメント環境に晒された家族に対して関わりを持てるように、職種間の院内報告体制を整えておく。さらに、平時より関係機関との連携を強化しておくことも重要である。

1. 病歴聴取と外表所見の取り方のポイント

1) 問診の方法

複数の保護者に同じ設問で問診する。同じ設問を、時間を変えて問診する。発生状況の聴取、発生時の対応の評価（客観性）、発生から受診までの時間経過を評価（救急隊からの情報）する。具体例：「何が起きたのか？」（オープンに問う）「いつもと変わらないことを最後に確認したのはいつか？」「気がついた異常な症状はいつからか？」

2) 逐語的カルテ記載

主観的な評価を加えない記述方法。「パパ」「ママ」・本人の表現の方法に忠実に記載する。話した人・内容・気になる言動・患者やきょうだいの言動の記録を徹底する。録音・録画による記録も重要である。

3) 保護者の態度

拒絶された問診の内容は記載を特に詳細に記載する。入院や通院を嫌がる、会話がぎこちない、激しく叱責するなどの特徴がある。

4) 家族構成図の完成

家族の中でのキーパーソンの確認と信仰している宗教等の情報の取得に努める。

5) 母子健康手帳による健診結果や予防接種の確認

身長体重、発達評価、育児に関する周囲の協力や感情に関する保護者の記載を参考にする。

6) ネグレクトの評価

子どもの徴候として、身体の不潔、食事が与えられない、不登校、成長・発達の遅れ（乳児の体重減少は緊急対応）低身長、発育不全、神経発達症、身体や衣類が汚い（オムツが変えられていない）、おもちゃなどを持たない、未治療のう蝕、大人に怯える、異様に甘える、保護者の顔色を伺う、過食・異食などの食行動異常、暴力的な言動、繰り返す家出などがある。保護者の徴候として、望まぬ妊娠・出産、生活困窮、家庭不和、DV 環境、被虐待歴などがある。

7) 写真の保存の徹底

皮膚損傷の治療経過を観察するために写真の記録が必要であることを保護者に説明する。

撮影日時・サイズの基準を徹底（L字型の定規スケール等）し、治療を要する外傷のみならず、治癒過程や瘢痕化したものも全て写真によりカルテに保存する。皮膚損傷の位置が確認できるように全体像も必ず撮像する。

2. 救急医療における措置判断基準

1) 児童虐待の連続性とその対応の見極め

子ども虐待の発生は、重篤な状態に至るまでの長期間で連続的な病理によることを理解する必要がある。重篤になる以前に小児救急医療の現場で未然に認識することが必要である。可能な限りオーバートリアージを許容した対応が望まれるが、急激にエスカレートして致死的な状態で来院するケースにも遭遇する。常に警察・児童相談所と院内の多機関連携による迅速な評価により、行政による育児支援や児童相談所による早期発見と介入を個々の症例で立案する。

2) 緊急介入（緊急入院管理）適応

緊急介入（緊急入院管理）の適応は、生命の危機とされ緊急介入による即時分離と治療が必要な状態で、以下の様なものがある。

- ① 入院治療を必要とする頭部外傷、腹部外傷、広範囲熱傷、およびその他の重篤な身体的所見
- ② 医療放棄、輸液が必要な重症脱水、長期間の栄養障害の存在（るいそう、飢餓）
著しい低身長や体重増加不良）
- ③ 性虐待
- ④ 保護者のパノイアや性行動の問題が重篤で人格障害が疑われる場合
- ⑤ 心中の可能性や保護者の申し出（「殺してしまいそう」などの発言）
- ⑥ 衝動的・爆発的な行動が強く自己コントロールが効かない保護者
- ⑦ 長期間の教育ネグレクト、自宅に監禁している保護者
- ⑧ 保護者の身体的・精神疾患により養育ができない保護者

3) 保護者への説明

緊急入院管理へのステップとして、第一に患者の安全を確保し同時に治療を開始する。保護者から、緊急入院管理の同意を得るために説明が必要だが、具体的な病態ごとの説明案を括弧内に記載した。体重増加不良（脱水の治療、精査）、骨折（病的骨折の精査、安静）、頭部外傷（脳震盪としての安静と観察、感染予防）、腹部外傷（安静と経過観察、遅発性臓器障害の予防）、出血斑（出血傾向の精査、頭蓋内出血の予防）、発達の遅れ（神経・筋・代謝疾患などの原因精査）。

3. 系統的な虐待診療の実践

看護師と協働で愛護的に服を脱がせて、時間をかけて全身を診察する。注意すべきポイントを以下に列挙した。

- ① 頭部　：抜毛の有無、後頭部の診察、眼底検査
- ② 耳　　：耳介後部の所見、外耳道～鼓膜の所見
- ③ 口腔内：口蓋・舌・舌小帯観察、う歯の有無
- ④ 頸部　：絞扼による索条痕
- ⑤ 腹部　：触診所見
- ⑥ 性器・肛門：観察・診察所見
- ⑦ 四肢　：機能障害と可動域制限

系統的虐待診療の記録には、陰性所見も必ず記載する。

4. 良好な新たな治療的人間関係の確立のための技法

救急診療という治療現場に現れた虐待を抱えていると疑われた全ての家族と子どもたちに対して、医療者は「できる限り深い理解」と「感情と行動を区別して接する努力」が求められる。絶望的な状況にありながら、支援を受けられず、援助を申し出ることができず、繊細な感情をもった家族と子どもの素顔が虐待診療の裏に浮かび上がる。治療者として遭遇した人間関係の始まりが虐待の助長にならないための言葉や態度は医療技法として修得しておく。以下に具体的な方法を記述した。

「今日は不安そうに見えますよ（反映）」

「感情は十分理解できます（是認）」

「何かお手伝いします（支援）」

「子どもの健康と安全について一緒に考えましょう（連携）」

「すごく大変な状況でしたね（敬意）」

などを駆使し、何か問題を抱えている保護者に声かけることから始める。

5. 子どもたちが受けた虐待を開示した場合の医療者対応の原則

救急医療の現場でも、突然子どもから虐待を開示される場合も多い。医療者は傾聴の姿勢を崩さず、開示することによって予測される、子どもたちが抱くであろう後悔の念への配慮を欠かさない。聴き取った医療者がその後どのような行動をとるのかを、具体的に簡潔に伝えることも必要である。慎重に傾聴し、開示してくれたことは「あなたの安全のために誤りではないこと」を確りと言葉で伝えることが大切である。

6. 救急外来で発生しうる困難な状況とその対処法

救急外来の虐待対応で医療側が困難を感じるのは、虐待の見逃しや発見に起因する諸問題に対応する技術を求められることだけでなく、虐待を疑われた保護者への対応、特に虐待を抱える家族背景や反社会的気質の保護者に対する毅然とした対応を求められることである。医学的常識のみならず一般社会常識が通用しないことも多く経験する。よって、虐待対応においては、不測の事態や非常事態に対し、日常より準備をしておくことが必要となる。

家族が暴れる・騒ぐ場合には潜在する理由があり、その理由を冷静に尋ねる余裕を持つことが必要である。理由が例え理不尽な場合でも医療者側が一步下がることによって、憤りの感情が収まる瞬間を経験する。相手の立場への尊重は、医療現場での接遇の基本姿勢といえる。ただし、暴力的な行為を認める場合には、躊躇なく警察へ通報する。その場合、継続的な診療に繋ぐためにも、具体的な行為の事実のみを警察に伝える。求められる医療側の姿勢の原則は、相手の態度や言動に対する傾聴、つまりゼロポジションの立場を貫くことである。医療サービスから離れて行く態度を保護者が示すことに対して、医療者側が安堵する気持ちになり厄介払い的な姿勢に陥ることが容易に想像できる。しかし、医療者が進行していく虐待に気づいていながら見過ごすことは、社会的には子ども虐待に加担したと解釈されても過言ではない。危急病態を有する虐待事案には、迅速な社会的対応すなわち児童相談所・警察などの関係機関と連携し、迅速に非常事態の收拾を図る必要がある。

7. まとめ

救急外来に虐待を疑う子どもが受診する状況は、通常単なる損傷の治療目的という受診であり、初めて会う保護者や子どもと限られた接点で医療が開始される。しかも、治療目的での強制入院や保護は、法的にも不可能な診療場面であることから、そこから継続した医療に繋げることが難しく、関係が切れやすい。保護者の感情に呼応して、医療者が感情的になると、治療関係の持続を全く構築できないという不利益が生じ、子どもの安全は確保されない。救急医療機関単独での対応は困難で、地域のネットワークなどに積極的に参加し、関係機関との「線」や「面」の連携を図っておくことは論じるまでもない。

11. 保育所・幼稚園・子ども園・学校健診における虐待への気づき

保育所・幼稚園・子ども園・学校での健診は、子どもの全身診察ができる貴重な機会であるため、子ども虐待を発見しやすい場となる。健診担当医は、常に虐待の被害にあった子どもに出会う可能性を念頭に置いて、診察に努めることが重要である。以下のような項目に該当する場合、虐待を鑑別する必要がある。

1. 身体状況

P－1：虐待の疑いが強い状況

- 皮膚損傷は、事故によるものと決めつけることなく、虐待の可能性を「鑑別」することが重要
一か所に複数集中しているもの、複数の同じ形状をしたもの、新旧混在したもの
耳・顔（前額部以外）・腹部・臀部など骨が突出していない部位のもの、物体の形を思わせるものは、虐待の疑いが強まる。
- 比較的大きな皮膚損傷が放置されたままになっている
理由を尋ねた際に、話ができる年齢の子どもが「わからない」という場合は要注意。発達段階の確認も重要になる。
- 無処置の多発性う歯・重症の皮膚炎やアレルギー疾患・視力障害などの疾患があり、治療の必要性を通知しても、治療しない状況が続いている
担任や養護教諭らが家庭状況を把握していることが多い。

P－2：虐待の可能性も考えなければいけない状況

- 体重が増えない、身長が伸びない（成長曲線が参考になる）
- 衛生不全：悪臭がして不潔な状態にある、髪や爪が伸び放題（清潔行動がとれていない）
- 不適切な衣類：気候や天候に合わない、体のサイズに合わない衣類や靴

2. 行動特徴

B－1：虐待の疑いが強い状況

- 衝動的で攻撃的な行動
いきなり叩く蹴る、すぐ興奮し、すぐ怒って暴力をふるい加減ができない、物を壊す・盗む、極端な反抗態度を示す
- 繰り返す食行動異常
むさぼり食い、過食、拒食、他児の給食を食べる
- 過度な対人接近行動
ニコニコしてべったりくっつく割には突然ころっと変貌し他者を信頼しない行動を取るの、大人の側は違和感や不快感を覚える
- 乳幼児期に見られやすい行動
言語や排泄の退行、いらだちが激しくなだめ難い、一人でいることへの極端な恐怖

B－2：虐待の可能性も考えなければいけない状況

- 感覚過敏性が際立つ
健診時の物音や声かけを過度に怖がる、怯える
- 良好な対人関係を築くことができない
会話が少なく、温かみに欠け、先生と言い争いが多い

● 落ち着かない行動をとる

虐待を受けたことが原因で、不安・対人恐怖・気分の落ち込みなど情緒不安定になった結果として、活動や学習に集中できないなどの「落ち着かない」行動をとってしまう

● 学習意欲の低下

知的能力は高くても、急激に成績が低下している（理由がはっきりしない状況）

● 欠席・遅刻を繰り返す

傷が治るまで登校したくない、または親が登校させない状況がないか

● 非行

下校時間を過ぎても家に帰りたがらず学校に残る、寄り道が増える、乱暴な言動が増える、家出、万引き、火遊びなどの逸脱行動がないか

※ 健診時はもとより健診以外でも、園管理者、養護教諭や学校管理者等から虐待ハイリスク家庭の子どもについて相談を受けられる体制を作るよう努める

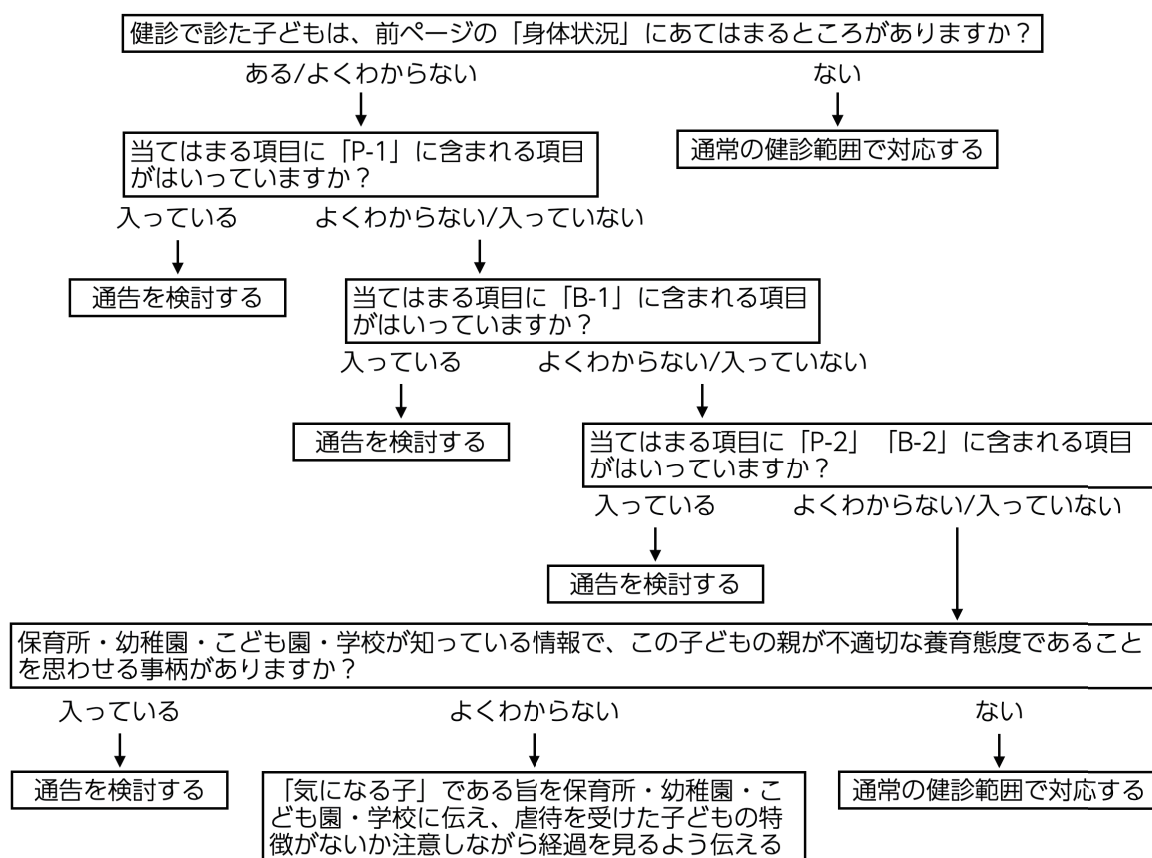


図3 健診における子ども虐待対応フローチャート

3. 保育所・幼稚園・子ども園・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、園・学校側に伝える。通告を園・学校が行うか、嘱託医が行うかを相談する。判断がつかないときには、嘱託医から市区町村へ相談するとよい。

12. 乳幼児健診における虐待への気づき

乳幼児健診は概ね90%以上の受診率を維持しており、出生の届け出がされていれば、ほぼ全例の親子に直接会うことができる。また、医師・歯科医師・保健師・助産師・看護師・栄養士・心理職などの多くの職種がワンストップで関わり、子どもの状態をさまざまな側面から評価ができる貴重な機会である。大切なことは①全身の診察や成長の評価、行動の観察から現時点の虐待に気づくことと、②本人の行動・発達特性や家族も含めた本人周辺の状態を評価し、今後の虐待リスクに気づき、支援を行うことで虐待の予防を行うことである。以下では主に①の現在の虐待に気づくことにポイントを絞って述べていく。

1. 身長・体重

不適切な養育をスクリーニングする上で非常に重要なものである。低身長や低体重が虐待を疑うべき所見と記載されることもあり、健診の場面でも当日の身長・体重の値が記載され、SD値やパーセンタイル値で評価されることが多い。明らかに標準から外れている場合は身体的疾患の可能性も考慮し、かならず医療機関もしくは健診での個別のフォローアップをすべきである。虐待による死亡例の振り返りでも明らかなやせがありながら、フォローアップがされていなかった例もある。

また、現時点では正常範囲内であったとしても、虐待のリスクがあることは忘れてはいけない。成長曲線を利用して成長の推移を確認するべきである。ある時点では正常範囲内であっても、前回の健診からの増加率が低い・もしくは減少している際には不適切な養育を考えるきっかけになる。一般的な成長障害の評価と同様にワンポイントでの評価ではなく、経過で評価することを必ず行うべきである。

また、低身長・低体重に目がいきやすいが肥満も不適切な養育の結果である可能性にも注意が必要である。低体重にくらべ、過体重を見たときには健診で問題にされないことも多い。しかし、「好き嫌いが激しく、特定のカロリーの高いものしか食べない」・「好きなものをあげていけばうるさくないのであげ続けている」・「家族機能が不十分で過体重にまで意識する余裕がない」、など肥満になってしまう原因にはいろいろな背景があり、育てづらさを感じている可能性もある。また、児の健康問題としても肥満は放っておいてよいものではない。

2. 全身診察

全身診察では、身体的虐待に特異的な所見を認める可能性がある。(所見の詳細は別項目を参照のこと)大切なことは、ある日の健診で突然出会うかもしれない所見について知っておくこと、いざという時に所見を見つけられるように普段の診療から虐待に関係する所見についても診るクセをつけておくこと、所見をみつけた時に固まったり焦らないようにイメージトレーニングをしておくことである。集団健診では時間も限られており、「ん？」と思った違和感を無かったことにしてしまうようなバイアスも働きやすい。大切なことは、健診はあくまでスクリーニングの場であるため、浮かんだ疑念や違和感を保健師など他職種にも共有し多面的に評価を継続することとなる。

3. 精神運動発達遅滞

身体的虐待による脳実質の損傷、ネグレクトによる低栄養による発達遅滞、コミュニケーションがないことによる／少ないために社会性や言語発達の遅れなどの場合もある。健診ではその他の所見も確認した上で器質的な疾患がないかを考えるが、器質的な疾患が否定的である場合も遅滞の原因に虐待がある場合もあることを念頭におき、その後のフォローアップを検討する必要がある。

検討する必要がある。

4. 行動の問題

健診において虐待に気づくべき行動の問題として、活気がない・おびえる・落ち着きがなく多動・ほかの子どもに乱暴・暴力的・誰にでもベタベタする・親に近よりたがらない・診察を非常に怖がるなどがあげられる。これらの所見の問題点は一見すると自閉スペクトラム症や注意欠如多動症などの発達障害による症状と考えられやすい点にある。

愛着形成がうまく行かない中で、虐待によるトラウマ体験を経験すると多くの不適合が起こりうる。その結果、前述したような所見が見られるようになる。もちろん、行動の問題が生まれ持った特性によるものなのか、虐待の結果生じた後天的なものかを判断することは難しく、また被虐待児の多くに発達障害が併存しているとの報告もあることから、虐待の有無と発達障害の有無について白黒はっきりさせる必要はない。大切なことは、虐待の結果として発達障害様の症状を起こすことがあるため、行動の問題を見た際に、安易に発達障害と決めつけないことである。行動面に違和感を感じた際に、その子には日常的に虐待がある可能性を考え、その後のフォローアップを検討することが重要である。

5. 健診未受診

ここまで、健診での虐待の気づきについて述べてきたが、重度の身体的虐待やネグレクトの家族は健診が未受診になる可能性がある。健診未受診となる子どもや家族は虐待のハイリスクであり、各自治体の子ども家庭支援部門と連携して受診勧奨や訪問を行うなど、積極的な介入が必要である。さまざまな人や資源を投入しながらでも社会とのつながりを途切れないようにすることが必要である。

第3章 虐待に対応する

13. 問診

虐待が疑われるような場合でもなるべく淡々とした口調で、形式ばらず、「より状況を明確に理解したいので詳しく知りたいのだ」、という態度で付き添い者（保護者）に向き合うことが重要である。たとえ、その付き添い者が加害者であったとしても、丁寧に接して何らデメリットは生じない。医療者がもちやすい先入観による猜疑心や怒りの感情はコントロールした方がトラブルが少ない。逆に加害者ではない付き添い者が虐待を疑われていると感じた場合、修復不能なデメリットが生じる可能性があるため、子どもの身に何が起きたのかを理解したいので、教えてほしいという態度が望ましい。

一般外来で遭遇する「ぐずる」「泣き止まない」「椅子から落ちた」「健診の結果、受診することになった」などの主訴で受診する症例に対しては、不適切な養育・虐待を常に鑑別診断に入れておく。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、全身を詳細に診ておく。スタッフによる計測に際し皮膚損傷が見つかった場合に、どのようにして医師に事前に伝えるのか、あらかじめ準備をしておく必要がある。また、虐待予防の原点は子育て支援と考え、「どんな突拍子もない質問をしても、この先生は大丈夫」と思ってもらえたり、「実はこんなことになってしまったのですが、どうしたらいいですか？」と言いだしやすいような態度で聴き取りや診察をおこないたいものである。

1. 保護者への問診の際のポイント

虐待を疑った場合でも、通常通りの現病歴を漏れなく、可能な限り詳細に聴き取るが、表に示す子どもの周辺状況についてポイントを押さえて、問診をしていく。問診内容についてのカルテ記載は語られた言葉のまま逐語的に記載する。また、保護者の話が不合理に感じたり、あいまいだったとしてもその矛盾を追及したり責めるような態度はとらずに、冷静に話を聞き、カルテに記載していく（P63 表参照）。

2. 目に見える皮膚損傷がある場合の問診

皮膚損傷を診たらそれが主訴ではない場合でも「このケガはどうされたのですか？」と、以下のことをストレートに聞く。

- ケガをしたのはいつか（日付とおおよその時刻）
- 子どもがケガをしたときに一緒にいたのは誰か（母といたなど）
- 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
- ケガをする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する。

現在治療の必要がないものでも、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ある。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と、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留めておく。監督不行き届きのケガの場合ではネグレクトが疑われ、その気づきが、養育不全に対する援助開始の突破口となり得る。

3. 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ある。外傷に伴うことも少なくない。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する。このような場合の問診は、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、具体的な日常を知りたい、という気持ちで聞く、内容は以下のようなものが想定される。

- 一日の哺乳量や食事量（哺乳や食事にかかる時間、どのように与えているか、与える際のむずかしさ）
- 入浴の状況（いつ、誰が入れているか、嫌がるか、手伝ってくれる人はいるか）
- 遊びや散歩などの状況（泣くか、多動や危ない行動がないか、イライラしていないか、まわりに迷惑をかけていると思うことがないか）
- 普段一緒にいるのは誰か（他のきょうだいはいるか、通園や通学しているか、ペットはいるか）
- 家族は育児を一緒にやっているか（DVを疑わせるようなことはないか：家族がいないところで聞くこと）
- 誰か家族以外に育児を手伝ってくれる人はいるのか（その人との関係は、自宅との距離は、行政とのつながりはあるか）
- 親の心身の健康度（眠れているか、特にイライラしたりしていないか、通院が必要な状態か、通院が必要な場合に子どもはどうしているか）

上記の内容を問う場合は、ありのままの育児状況を相談しやすいように、たいていのことではこちらがびっくりしない、という態度と心構えで話を聞き、苦労している保護者の気持ちに対し寄り添う気持ちが伝わるようにする。

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

これらの情報の多くは「母子健康手帳（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る。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、出生時体重やその後の発育発達、既往症の有無を問う。きょうだいの有無や健康状態なども簡単に問い、記録する。親がこのような問いかけに反応しなかったり、反感を抱かれ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る。

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だが、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ない。親の答えによって、子どもの発達に関する親の返答の内容をきちんと記録しておく。

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、重要である。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ある。

5. 子どもへの問診

定型発達であれば、3歳を超えると「誰（who）」が「何を（what）」は伝えることができる。子ども自身が話をできる年齢に達している場合には、親や保護者が同席していない状況で、話を聞くことを試みる。子どもが親の前では話しにくいことがある場合や、親からケガの詳細について口止めされている場合もある。

入院中であれば、子どもだけの聴き取りは可能なので積極的に直接話を聞くようにするが、外来場面では、様々な工夫が必要である。看護師が親に問診するような機会を意識的に作ったり、また親が偶然席をはずす時を利用したりする。「レントゲンを撮りに行きますね」とか

「身長・体重を測定しにいきましょう」とか「ケガの処置をする間にお母さんからの話は看護師が聞きますね」などと言いながら親と分離し、子どもだけから話を聞く場面を作るようにする。子どもの話を聴き取りながら、実際に体重・身長測定を実施し、絶対に子どもに嘘をつかないことも重要である。

子どもから話を聞く際は、無理に聞こうとしたり、追及したり、疑ったり、矛盾点を突いたりせずに優しく聞き取る。誘導するような質問も避け、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、声の調子などをあわせて記録することも重要である。話を聞いた後には子どもに「話をしてくれてありがとう」と声をかけるが帰宅する場合には最後に「お家は安心だっただ感じている？」と聞くようにすることも大事である。

表3 問診のポイント

C are delay 受療行動の遅れ	損傷が生じてから受診までの時間軸に不自然な所がないか？
H istory 問診上の矛盾	語る人により受傷機序等の医学ヒストリーが異なっていないか？ 一貫性はあるか？ 現症と合致しているか？
I njury of past 損傷の既往	短時間で繰り返してケガで受診している。 カルテが各科別の医療機関は特に要注意。
L ack of Nursing ネグレクトによる事故・発達障害	何が・いつ・どこで・どのように起きたか、を語れるか？ 誰と一緒にいたか？定期受診は？ 検診は？
D evelopment 発達段階との矛盾	『はいはいをしない子に、挫傷や骨折はおこりえない』 ●およその目安：寝返り5ヶ月、ハイハイ9ヶ月、始歩13ヶ月
A ttitude 養育者・子どもの態度	養育者の、子どもや医療スタッフへの反応や、 子どもの、養育者に対する反応に気になる点はないか？
B ehavior 子どもの行動特性	緊張度がきわめて高い、攻撃的な言動が多い、 過度になれなれしい、落ち着きが全くない、性化行動 等
U nexplainable ケガの説明がない・出来ない	ケガの説明がない場合、虐待/ネグレクトの両面を考慮、 話の出来る年齢の子どもが"分からない"という場合、要注意。
S ibling きょうだいが加害したとの訴え	重度・複数個所のケガを、幼児児が加えることは極めて稀 幼いきょうだいがいる場合、言い訳として最も汎用される。
E nvironment 環境上のリスクの存在	家族リスク：社会的孤立、経済的要因、複雑家庭等 子どものリスク：望まぬ出生、育てにくい子ども

(奥山眞紀子他、一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド、厚生労働科学研究虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究。)



14. 身体診察

子ども虐待を疑って身体診察をする機会は、外傷を主訴に受診した場合や、診察中に偶然皮膚損傷を見つけたり、子どもからの開示があったりした場合だけでなく、虐待を受けたかもしれないことが事前に分かっている子どもを児童相談所や警察などの依頼を受けて診察する場合等さまざまである。

子どもは痛みやつらさだけでなく、診察に対する不安、恥ずかしさなどを抱えていることが多い。全身状態が悪く、救急対応を必要とする場合は、治療や救命を最優先にするが、緊急対応を要さない場合は、できるだけ子どもに負担がないような診察方法や手順にすべきである。

また、虐待をした親が受診に付き添っている可能性を考え、親がいる場で子どもに根掘り葉掘り聞きとりをしてはいけい。また、診察中に子どもの安全が担保されていない状況で、『虐待』のワードを不用意に出してはいけい。問診については別稿に譲るが、診察についても子どもの安全を最優先に、かつできるだけ網羅的に全身を診ることが必要である。

カルテの記載は非常に大切である。のちに重要な証拠になることもありえる。一つ一つの皮膚損傷の大きさや色調、形などをカルテに詳細に書くとともに、写真に残しておく。写真は皮膚損傷の全体像と、接写を、大きさのわかるもの（定規、コインなど）と一緒に撮影する。また、子どもと親に同意をとっておくことも必要である。『ケガの治り具合を次回受診時に比較するため』や『カルテに記録するため』などきちんと説明をすべきである。

1. 身体診察の手順

①身体計測

身長体重を測定し、成長曲線にプロットすることが大切である。来院時に正常範囲内であっても、時系列でみると体重の増えが悪かったり、園・学校の長期休みの間だけ体重が減っていたりということもある。また、乳児に関しては頭囲も測定すべきである。急激な頭囲拡大から虐待による乳幼児頭部外傷が判明することもある。特に、以前のカルテ記録がない場合は、母子健康手帳（母子手帳）を確認する。母子手帳にはこれまでの健診、予防接種歴などが記入されており、後ろのページに成長曲線が掲載されている。また、計測時にはできるだけ衣服を脱がせ、全身の大まかな受傷の確認も行う。

②全身の視診

見えている皮膚損傷、主訴となっている部位からおもむろに診察を始めるのはよくない。子どもの緊張や不安を和らげるために、自己紹介や雑談から始めるのもよい。また、子どもの年齢、発達に応じて、これから行う診察の手順や検査などについて子どもに説明しておく必要がある。また子どもとのやりとりの中で、子どもの精神状態、発達の遅れや発達障害の可能性なども確認する。成長や季節に合った衣類かどうか、衛生状態はどうかなども評価する。

③診察の手順

緊急時を除いて、診察は日常行っている手順に沿って進める方が、親子にとっても自然である。普段の流れで診察しつつ、気になる皮膚損傷があれば、『詳しく見せてね』と伝えて確認する。その後『他にケガをしていないか確認するね』と伝え、下記のようにできるだけ網羅的に全身を診察する。その際に、本来の主訴以外の皮膚損傷や、瘢痕などを発見することもある。虐待に伴う身体所見は多岐にわたり、新旧混在する皮下出血や、むち打ちなどによるループコード痕、タバコの火の押し付けによる熱傷などを認め

ることがある。服や髪の毛で隠れているところに存在していることも多いため、主訴以外の部分の所見を見落とさないようにする。また、痛みの強い部分や外陰部、乳幼児であれば咽頭所見などは最後に診察するなどの工夫も必要である。全身の診察を親の不信感を喚起することなく行うためにはある程度の技術と経験が必要である。どうしても不自然となる場合、無理な診察は避け、院内虐待対応チーム（CPT）がある医療機関に相談・紹介したり、児童相談所や市区町村に通告したりすべきである。

3. 身体診察の実際

所見の詳細は本手引きのそれぞれの項を参照してほしい。ここでは全体的な診察の流れと、気を付けるポイントを説明する。児童相談所や警察からの診察依頼の場合は『司法面接』と合わせて行う場合があるが、その際には子どもの記憶の汚染などに考慮する必要があるため、診察時に子どもからどこまで話を聞くかなどの事前確認が必要である。

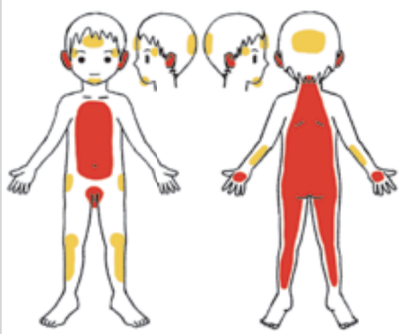
- ①頭部：毛髪に隠れていることが多いので、かき分けて確認する。打撲等による皮膚損傷や発赤、腫脹などが認められることがある。髪を引っ張られることで生じる脱毛などがないかも確認する。
- ②頸部：絞頸等に伴う索状痕や、点状出血の有無などについて確認する。
- ③ 眼：特に乳児で頭部外傷の可能性があれば眼科医に依頼し眼底出血の有無を確認する。目の周りの皮下出血がある場合は、眼窩底骨折等の有無の確認も必要である。
- ④ 耳：耳介は頭蓋骨や肩で守られているため、偶発事故で皮膚損傷が生じる可能性が低い場所である。よって同部に受傷している場合、殴打や牽引等による虐待の可能性が高く注意が必要である。耳鏡で鼓膜穿孔等も確認する。
- ⑤ 口：上下の口唇小帯、舌小帯の裂傷、歯牙の外傷、う歯やその治療状況も確認する。
- ⑥皮膚：損傷の部位、色調、大きさや数、パターンに注意して観察する。図4のように転んで受傷しやすい骨突出部（膝やひじ、前額部等）と、虐待の可能性を考慮すべき非骨突出部（耳介、首、胸腹部、背面全体、大腿部内側、外陰部等）は区別して診察すべきである。特にハイハイができない乳児（おおむね9か月未満児）に多発外傷が認められる場合は虐待を疑う。手や、なんらかの物による痕、タバコやアイロン等を押しかてたことによる熱傷も同様である。液体による熱傷の際、飛び散った痕（splash burn）が見当たらない、辺縁が明瞭である等の場合、強制浸湯による可能性がある。
- ⑦腹部：蹴る、踏みつける、殴打などで受傷することが多く、体表にあまり所見を認めていなくても、腹腔内損傷の可能性はある。血液検査や画像所見も確認する。
- ⑧四肢：虐待の被害を受けやすい場所であるが、事故との鑑別は難しい。痛みを訴える場所以外も確認し、骨折はもちろん、皮膚損傷や関節の動き等も確認する。乳幼児の場合は古い骨折の痕が見つかることもあるので、虐待を疑った場合は積極的に全身骨撮影を2週間後の再撮影も含めて行う。
- ⑨性器・肛門：性感染症や若年妊娠の場合はもちろん、膣内異物、長引く外陰部炎や不正性器出血なども性虐待によるものの可能性がある。性虐待の場合は加害者の支配の元、長期間にわたって行われていることも多く、外陰部に明らかな外傷がないことも多いため注意する。性虐待が疑われる場合には、子どものトラウマやその後の調査・捜査にも影響することから速や

かに児童相談所や CPT のある医療機関に紹介する。

⑩神経学的所見：原因がはっきりしない意識障害や、麻痺等を認める場合は、虐待も鑑別疾患にあけて検討する。

項 目		虐待の可能性が高い	
皮膚損傷	挫 傷	多発性 新旧混在 不自然な分布 感染合併	手形・物の形
	熱 傷		辺縁明瞭で深い
頭部損傷	頭蓋内出血	硬膜下血腫、新旧血腫の併存	
	頭蓋骨骨折	多発性、両側性、骨折線離開 頭頂部陥没	
骨 折	部 位	骨幹端骨折、肋骨・棘突起骨折 胸骨骨折、肩甲骨骨折	
	形 態	らせん状骨折、鉛管骨折	
	年 齢	2歳未満	
その他		CPA-OA 治療奏功しない慢性頭痛・腹痛等	

挫傷・熱傷の存在部位



■ 虐待の可能性が高い ■ 虐待の可能性は低い

* 被服部位、手背、足底、大腿内側に存在した場合も虐待を考慮

(奥山眞紀子他．一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド．厚生労働科学研究虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究．)

図 4 身体症状から虐待を疑う



15. 検体検査

子ども虐待の診療において、問診、身体診察、検体検査、放射線検査はいずれも重要な役割を果たす。このうち検体検査が重要となる状況として、この項では虐待による乳幼児頭部外傷、骨折・皮膚損傷、Medical child abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）、Failure to thrive・発達遅滞、性虐待、心肺停止（CPA）の6つを取り上げる。なお通常の診療で行われる検査として血算（CBC）、一般生化学（アンモニア、血糖を含む）、尿検査、血液ガス分析を実施し、異常があれば必要な精査を進めることを前提とする。また後日の検査や警察での鑑定などのために、検体（全血、血清、ヘパリン/EDTA/クエン酸Na血漿、濾紙血、尿、便など）を保存しておくことも忘れてはならない。

1. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT)

1) 止血機能検査

通常のスクリーニング検査（PT、aPTT）では検出できない疾患もあり、出血時間（手技の標準化が必要）、フォン・ヴィレブランド因子（vWF）活性・抗原、第 XIII 因子、第 VIII 因子、第 IX 因子、PIVKA II、血小板凝集能検査などを行う。当初は外傷による頭蓋内出血と診断された患者が、実際には第 XIII 因子欠損症や Vitamin K 欠乏症であった例も多く報告されている。

2) 先天代謝異常症などの検査

鑑別すべき基礎疾患がいくつかあり、グルタル酸尿症 1 型（グルタル酸血症 1 型）はタンデムマス法を用いた新生児スクリーニング検査で診断可能である。Menkes 病は臨床症状や遺伝子検査（後述）で判断する。

2. 骨折・皮下出血

1) Al-P、P、Mg、Cu、25(OH) Vitamin D（現在は保険収載、1,25(OH) ではない点に注意）、iPTH、Vitamin C

易骨折性をきたす基礎疾患として、くる病や副甲状腺機能異常症などのスクリーニング検査を行う。

2) 骨形成不全症や Ehlers-Danlos 症候群などの遺伝子検査

軽度な外傷で骨折や皮下出血をきたし、臨床症状（青色強膜や皮膚の過伸展）だけでは判断が難しい場合には、かずさ DNA 研究所の遺伝子検査が有用である。また同研究所では X 連鎖性低リン血症性くる病も含め、種々の先天性代謝異常症、神経筋疾患、先天奇形症候群などの検査も可能である。なお検査を依頼するに当たっては事前に医療機関としての契約が必要となる。



かずさ DNA 研究所
ホームページ

3. Medical child abuse（いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群を含む）

1) 簡易薬物スクリーニングキット（Triage[®] DOA など）、血中エタノール濃度

意識障害やけいれんの場合、薬物が原因となっている可能性も考慮に入れて検査を行う。Triage[®] DOA は広く用いられているが、一定の頻度で偽陰性・偽陽性があること、検出できない薬物（ゾルピデムなど）があること、保険請求ができないことは注意すべきである。なお、アンフェタミン中毒は発熱を伴うため、髄膜炎や急性脳炎脳症と誤診される場合もあり、状況によって検査の実施を検討する。麻薬や覚醒剤の反応が出た場合には、警察にも通報し、家族への説明に当たっては事前に警察や児童相談所との十分な協議を行う。なお、高速液体クロマトグラフ、ガスクロマトグラフなどを用いて詳細な検査を行っている大学の法

医学教室もあり、必要に応じて連絡を取る。

薬物の誤飲が疑われる場合に、乳幼児が薬剤 PTP 包装シートをかじって薬を口にしたりしたのか、誰がそのシートを触った形跡があるのか、など警察での DNA 鑑定が必要となる場合がある。包装シートなどからは指紋、唾液の証拠を採取するため、医療者の指紋などが付着しないように取扱いに注意して保管する。

4. Failure to thrive・発達遅滞

1) プレアルブミン、レチノール結合タンパクなど

半減期が短く、現在あるいは直近の栄養状態を敏感に反映するため、家族への指導や経過の評価の上でも有用である。

2) 先天性代謝異常症などのスクリーニング

アミノ酸分析（血漿・尿・髄液）、カルニチン、乳酸・ピルビン酸（除蛋白血清・髄液）、尿中有機酸分析、タンデムマス検査などで、基礎疾患の検索を行う。

5. 性虐待

前思春期の小児に対する性感染症の検査としては以下の項目が推奨される。結果の解釈については子どもの年齢や性行為の経験などを考慮して総合的に評価する。なお NAAT とは核酸増幅検査（Nucleic Acid Amplification Tests）のことで、PCR 検査等が含まれる。

- 淋菌、クラミジア・トラコマティス（培養、NAAT）：咽頭、肛門、尿道（男児）、膣（女児）
- 梅毒、HIV、B 型・C 型肝炎の血清検査
- 単純ヘルペスウイルス（抗原検査、NAAT、血清検査）：外性器・肛門に疣贅・潰瘍性病変がある場合
- ヒトパピローマウイルス抗原（NAAT）：外性器・肛門周囲に疣贅がある場合
- 腔分泌物：培養検査（トリコモナス、カンジダなどの真菌を含む）、直接鏡検（ウェットマウント法）

CDC ガイドラインではこれらの検査を 2 週間後に繰り返すこと、12 週後には血清検査を繰り返すこと、6 か月後に HIV 検査を行うことを推奨している。また被害の際に薬物（いわゆるレイプドラッグなど）が用いられた可能性のある場合は、上記の薬物スクリーニングに加えてヘパリン血漿を保存しておく。

なお、適切な検査を行うためには、証拠となる検体の採取や保管にも留意する。採取した検体が被害者本人のものであることを確認する手順や保管方法は警察と事前に協議しておく（証拠保全）。被害直後であれば、可能ならシャワーやトイレの前に採取する。採取時には手袋・マスクを着用するなど、汚染や検査者の DNA 混入に留意し、採取後は十分に乾燥させてから保存する。なお採取に当たってはその必要性を十分に説明して、被害者の同意を得て行う。同意なしに無理に採取することは被害の再体験につながるため、注意が必要である。

- 膣（膣前庭・膣口・子宮口）の内容物：綿棒で優しくぬぐって採取する
- 直腸内容物、頬粘膜擦過物：肛門性交、口腔性交が疑われる場合には綿棒で採取する
- 陰毛および付着物：下に紙を敷いて、櫛で梳くようにして採取する
- 体液・精液などが付着した可能性のある衣類など：ビニール袋に入れて提出する
- 唾液や体液が付着している部分：舐める、こすりつけるなどの行為があれば、ぬらしたガーゼで優しく拭き取って提出する（強く擦りすぎないように）

6. 心肺停止（CPA）

1) 先天性代謝異常症などのスクリーニング

採血が困難で上記の検査が実施できない場合には、濾紙血での検体（十分に乾燥させた後に冷蔵保存）や毛髪、爪を保管しておく、後日の検査に有用なこともある。

2) 各種培養検査、ウイルス分離

RS ウイルス、ヒトメタニューモウイルス、ボツリヌス菌・毒素（便検体）

7. 最後に

子ども虐待を正確に診断する上で、基礎疾患の検索や除外は医療機関の役割である。ただし基礎疾患が存在する場合でも、虐待を否定する根拠にはならず、虐待が併存している可能性も忘れてはならない。

15-1. 眼科検査

どんな子どもを眼科検査するのか？

- ①「虐待による乳幼児頭部損傷」(Abusive Head Trauma in Infants and Children : AHT)の疑いがある乳幼児。
- ②眼瞼や顔に外傷痕(皮下出血を含む)がある児、また過去に眼周囲の打撲が判明している児。
- ③保護者は「問題ない」というが、年齢相応の視力や視反応が無さそうな児、その他对光反射に異常がある場合など。

1. 直達外傷

殴打や蹴る、物で叩くなどの行為で、眼瞼皮膚裂傷、皮下出血、結膜・角膜損傷、水晶体偏位が生じる。また、受傷して数日～数か月経過してから外傷性白内障が生じ、視力低下や廃用性外斜視で発見されることがある。前頭部や特に眉毛部を強打されると、その介達外力が視神経管内の視神経循環を障害し、受傷数週間後に失明に至る外傷性視神経障害がある。

一過性の鈍的圧力によって、硝子体基底部などに大きな網膜裂孔が生じて網膜剥離に急速に進展したり、外傷後の炎症で生じた網膜壊死部から多発裂孔を生じて網膜剥離が生じたりして視機能を大きく損なうこともある。

眼窩底骨折はこぶしで殴られた場合に発生が多い。上方や横方向、斜めを見せた時、受傷眼に強い疼痛や複視が生じる。受傷後すぐは発赤や疼痛が軽度のことが多い。脂肪組織や外眼筋が骨折部に陥頓すると強い疼痛が生じて緊急手術が必要な場合もある。学童期以上の年齢に多い。虐待を行っている保護者がそばにいと「家の中で走って柱にぶつかった」などと言って真実を語ろうとしないため、患児の安心できる環境で話を聞くようにする。

2. 非直達外傷

AHT 疑いには眼底検査が必要である。(詳細は4-1参照)

淡い小さな網膜出血や網膜表層出血は数日以内に自然吸収されてしまう。多層性で多発性の網膜出血であることを記録せねばならない。入院から24時間、遅くとも48時間以内に眼科医に散瞳剤(注1)を用いた眼底検査を依頼し、所見があれば眼科医に眼底写真の記録を依頼する。

被害児が死亡している場合でも、死後48時間、状態がよければ72時間は眼底透視が可能なので、死後でもできる限り早く眼科医に依頼する。その際、眼科医が到着するまで、生理食塩水など水分を眼表面にかけて保湿してからテープで瞼を閉じて待つ。角膜透明度をなるべく保つために乾燥させないようにする。

司法解剖で眼球摘出することは残念ながら現状極めて少ない。できるだけ眼底記録を残せるように留意する。

注1：一般名 トロピカミド・フェニレフリン(ミドリンP点眼液®など)、短期作動性の検査用散瞳点眼剤を用いる。通常、1回1～2滴を点眼するか、1回1滴を3～5分おきに2～3回点眼する。点眼終了時20～30分で散瞳し、5～6時間で瞳孔は正常化する。しかし、状態が悪い児では数時間遷延することがあり得る。神経学的評価に支障を来す場合には片眼ずつ検査する等の方法があるが、散瞳下眼底検査が迅速に行えるように現場での尽力を頂きたい。

15-2. 放射線検査

身体的虐待の可能性がある場合は、診断に画像診断が不可欠となる。

1. 放射線検査の適応

単純 X 線撮影により骨損傷の有無をスクリーニングする全身骨撮影は、①外表の診察から身体損傷の有無を判断できない 2 歳未満では全例、② 2 歳から 5 歳未満では診察により身体的虐待の疑いのあるもの、に適応となる。5 歳以上では通常の発達を前提とすれば無症状の骨折はないため、全身骨撮影によるスクリーニング検査は適応にならない。→ 4-6 骨折：表 1、表 2 参照

以上の適応規準の淵源は米國小児科学会の声明 (Pediatrics 2009, 123:1430-1435) にあり、わが国のさまざまなガイド類にも採用され、最も流布しており実地的である。頭蓋内出血が存在した場合のガイドライン (Pediatrics 2016; 137 (4) e20153024)、骨折が発見された場合の全身骨撮影の適応 (Pediatrics. 2014; 134(1): 45-53.) さらに放射線被ばくのリスクを考慮した米国放射線医学会の規準 (J Am Coll Radiol. 2017; 14(5S) : S338-S349.) など様々な最適化の試みがあり、より詳細な根拠が欲しい場合には参考となる。

2. 全身骨撮影の方法 → 4-6 骨折 参照

乳児であっても広範囲を一度に撮影する方法 (babygram) ではなく、各部位毎に分割して撮影する。頭蓋 2 方向、胸部正面、肋骨両斜位、腹部・骨盤正面、脊椎側面、上肢正面、両手正面、両下肢正面、両足正面を撮影するのが原則である。可能であれば撮影には医師が立ち会い、不明な場合は多方向からの追加撮影を行うことが望ましい。

最初の検査で骨折や不確定だが疑わしい所見が存在した場合や、臨床的に身体的虐待の可能性が高い場合は、2 週間後の再検査を行うことが推奨されている。新たな病変の発見や確信度の上昇、受傷時期の推定に資する情報が得られる。

3. 全身骨撮影のカスタマイズ

以上のような理想的な全身骨撮影は、最低 3 人程度の診療放射線技師が撮影に専心して 30 分程度の時間を要する、相当なリソースを要する検査となる。したがって推奨される検査内容が行えない場合は、実情に合わせて内容の変更を受容しなければならない。

たとえば、頭部 CT が撮影され、薄いスライスでの骨条件での再構成、3D-CT が作成されている場合では、単純 X 線撮影での頭部の撮影は不要である。ただし四肢の骨折の評価については、たとえ CT で詳細な再構成が行われたとしても、単純 X 線撮影による全身骨撮影の代替とすることは困難である。

放射線検査は、記録が残っていれば第三者へのコンサルテーションに付すことも可能であるが、撮影されていない部位からは何の情報も得られず、後の虐待診断で大きな障害となることもある。初期にもれなく全身から情報を得て記録に残しておくことが何より重要となる。不十分な撮影であっても、全く情報がない場合よりはるかに勝っている。

4. 全身骨撮影の読影でとくに注意すべき部位

乳幼児の原因が確認されていない骨折は、すべて身体的虐待を潜在的な原因と見なす必要がある。乳児の骨格系の特徴と、偶発外傷の場合と異なる異常な外力の作用形態により、虐待による特徴的な骨折の部位と形態が生じることになる。成書やシステマチックレビュー (PK. クラインマン著 子ども虐待の画像診断 第 2 章、BMJ . 2008;337:a1518.) に示されるように、骨幹端骨折 (典型的骨幹端病変)、肋骨骨折 (肋骨背側の骨折) は、その中でも虐待との関連が高く、認められる頻度も高い骨折である。

骨幹端骨折は、乳児期に脆弱部位である長管骨骨幹端直下の一次海綿骨の破断により生じる骨折であり、四肢に働く異常な遠心力や粗暴な伸展により生じる。偶発外傷では作用しにくい外力の結果であり、虐待との関連性が高い。この病変の見逃しを防ぐためには、膝関節や足関節を正面から捉えた良好な撮影が必要となる。撮影時・読影時にともに重点的にチェックを行うべき部位である。

5. 肋骨骨折評価のための CT

最善の全身骨撮影が行われたとしても、肋骨骨折を見落とす可能性がある。また骨折の修復機転の進行の程度から判断する受傷時期の推定は単純 X 線撮影では困難な場合が多い。現状では公的な身体虐待のスクリーニングの手順の中で高い推奨度は得られていないが、肋骨骨折の発見が虐待の判断に大きく影響し、患児の予後や運命に与える影響が極めて大きいことを考えると、頭蓋内出血が認められるような例では、肋骨骨折の有無を診断するために胸部 CT を積極的に行うべきであると考ええる。肋骨骨折の検出能、骨膜反応など修復過程の進行による受傷時期の推定について、CT は単純 X 線撮影より明らかに優れている。被ばくと鎮静を要する場合のリスクは、虐待診断の重要性と利益衡量で、十分に正当化されうられる。

6. 他の疾患の鑑別

頭蓋骨の縫合や生理的骨膜反応などと骨折との鑑別、先天性下腿偽関節症、Toddler's 骨折などの診断、骨形成不全症、クル病、壊血病など骨の易骨折性を生じる疾患の診断、それぞれに放射線検査は不可欠である。診断には一定の知識と経験が必要となる。コンサルテーションに付すためにも放射線検査を施行しておくことが必要となる。

7. 体幹部臓器損傷の評価

皮膚損傷、腹部膨満、肝臓の逸脱酵素の上昇などから腹部臓器損傷を疑う場合は、通常の外傷と同様の診療を受けることになる。画像検査は超音波検査による focused assessment with sonography for trauma (FAST) から始められる。米国放射線医学会の規準では造影 CT に最も高い推奨度を与えている。

8. 虐待の診断

最終的に他の身体所見、社会情報を併せて総合的に判断する。偶発外傷か、意図的なものか、育児能力の不足によるものか、などの判断は容易には出来ないものの、児が現に骨折しているという事実は確実に示される。児の養育環境に改善すべき問題があることが、放射線検査の結果により明らかになるのである。

15-3. 頭部 CT & MRI における注意点

1. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT) の頻度

AHT の頻度は、2 歳未満の乳児 10 万人のうち 10 から 30 人とされている。また、Duhaime らは、2 歳未満の頭部外傷入院症例の 24%、Reece らは 3 歳未満の頭部外傷入院症例の 26% が AHT であったと報告している。特に、1 歳未満の AHT 例は、偶発的頭部外傷に比して、致死的で、神経学的予後不良例が多い。

2. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT) の診断

AHT の症状は、嘔吐、哺乳力低下、意識障害、呼吸障害、けいれんなど非特異的で、外傷歴が不明なことも少なくない。また、外傷歴がある場合も保護者からの病歴と受傷機転、身体所見、画像所見が合致しない場合、保護者から聞きとった現病歴が信用できない場合、神経症状を有する場合は、AHT を念頭において精査を進める必要がある。

頭部画像検査で、AHT に高頻度に認める所見は、硬膜下血腫、脳実質損傷（局所性またはびまん性）である。眼底検査では、多発性多層性の網膜出血が AHT に特徴的とされている。このような所見を認めた場合は、AHT を念頭において、血液検査、全身骨撮影、身体所見、病歴、養育状況などを含めて精査し、総合的に判断する。

局所所見や神経症状を示さない場合でも、虐待が疑われる場合には、頭部画像検査 (CT または MRI) を行う必要がある。

3. 必須検査の手順

1) 頭部単純 CT 検査（骨条件、多断面再構成画像、3DCT を含む）

頭部単純 CT 検査は、来院時にまず実施される検査である。ヘリカルスキャンで撮影し、軸位断像だけでなく、冠状断像、矢状断像の多断面再構成画像と頭蓋骨の 3DCT を作成し、評価する。頭部 CT で異常所見を認めた場合、身体所見と画像所見が一致しない場合、虐待が疑われる場合は、頭部 MRI を考慮する。全身状態がゆるすかぎり、頭部 MRI は 2 日以内に行うことが理想的であるが、不可能な場合は、頭部 CT による再検査を行う。

2) 全身骨単純 X 線撮影

虐待を疑う 2 歳未満の症例は全例に、全身骨単純 X 線撮影を行う。撮影方法は、babygram のような広範囲の撮影ではなく、各部位ごとに撮影する。2 歳から 5 歳では、身体的虐待が疑われる症例に対して全身骨単純 X 線撮影を考慮し、5 歳以上では、臨床所見から損傷が疑われる部位を撮影する。初回の全身骨単純 X 線撮影で所見が不明瞭であった場合や臨床的に虐待が疑われる症例については、2 週間後の再検査を行う。→ 4-6 骨折：表 1、表 2 参照

3) 眼底検査（眼科医による眼底所見の検索と写真撮影を行う） → 15-1 眼科検査 参照

厚生労働省研究班において、眼底出血（虐待による特異度 94%）は、AHT では 64%、自然外傷では 9% に眼底出血を認めるとの報告がある。眼底所見については、スケッチではなく画像におさめるようにする。

1) ～ 3) は、必ず施行して、問診や既往歴、養育歴等、身体所見、血液検査所見を含めて、鑑別診断を考慮しながら、総合的に判断する。

4. 頭部 CT 検査における注意点

- CT 検査で異常を認めない症例でも、MRI で異常が認められる症例がある（微量な硬膜下血腫や脳実質の損傷など）。
- 微量な出血や脳実質損傷の評価は、再構成画像も用いて慎重に読影する。時には、ウイン

ドウ幅やウィンドウレベルを変化させながら評価することも大切である。骨折については、必ず骨条件で確認し、骨折部近傍の軟部組織の腫脹についても注目するようにする。

- 頭蓋内出血は、受傷からの時間経過で、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期に分類され、CT では高から低吸収とその吸収値が変化する。一般的に急性期の出血は高吸収値を示すが、AHT 例は受傷時期が不明確なことも多く、また低から高吸収が混在する mixed density を示す頻度が高いため、1 回の CT のみで時相を判断することは注意が必要である。出血の吸収値は、凝固能、貧血、髄液の混入など様々な影響を受けるため、評価に限界があることを知っておく必要がある。
- 慢性期の脳萎縮と慢性硬膜下血腫（水腫）の所見は、外傷性、低酸素性虚血性脳症、脳炎脳症後などの重症例でも共通する所見であり、その所見のみで原因を特定することはできない。
- 静脈洞血栓症の鑑別が必要な場合は、造影 CT を考慮する。

5. MRI 検査施行における注意点

- CT 画像で検出されない脳実質損傷や微量な出血が描出できることがある。
- 出血の時相、受傷時期推定の評価を考慮すると、来院後 2 日以内の MRI 実施が推奨されるが、患児の状況や施設の緊急 MRI の体制、鎮静の問題もあり、その適応は限られる。
- 拡散強調画像は、脳実質の異常を早期に診断することが可能であり、有用である。
- 臨床的に虐待が疑われるものの CT 所見が明らかでない症例では、MRI を必ず施行する。
- MRI 検査では、通常の T1、T2 強調画像、FLAIR 像のみでなく、拡散強調画像 (DWI)、GRE 法である磁化率強調画像 (SWI)、MR angiography を加えたプロトコールを設定する。また、近年言われている頭蓋頸椎移行部における靱帯損傷や頸髄損傷の評価のため、頸椎 T2 脂肪抑制像も考慮すると良い。
- MRI の実施については、患児の安全を十分に配慮して行うことが大切である。

6. 画像所見の読影における注意点

- 搬入時の 1 枚の CT 画像で虐待の有無を判断してはいけない。
- 見逃してはならない所見
 - ① 大脳半球間裂や円蓋部に存在する少量の硬膜下血腫。
 - ② 脳実質と等吸収を示す少量の硬膜下血腫。
 - ③ びまん性脳腫脹とそれに伴う少量の硬膜下血腫やくも膜下出血。
 - ④ 脳挫傷は、前頭葉、側頭葉の下面や後頭葉に好発するが、乳児の場合は、髄鞘化が未熟で剪断力に脆弱で白質が断裂する白質裂傷 (contusional cleft) が前頭葉、側頭葉に見られる。
- くも膜下出血が存在する時は、急性脳挫傷を示すので、受傷時期が推定しやすい。
- 低吸収域として認められる所見は、低酸素状態に伴う低酸素性脳症としてよく認める所見であるが、AHT においては、受傷後早期の一次的な脳実質損傷に伴う所見としても重要であり鑑別に注意を要する。片側あるいは両側性に低吸収域として認められるびまん性脳腫脹は、乳幼児に多く見られ、受傷後早期に出現するといわれている。
- MRI は、微細な脳実質損傷、軸索損傷、二次的脳実質損傷、さらには血腫の時間経過の推定に優れているので、積極的に施行する。
- CT、MRI とともに経時的な変化を捉えるために、画像検査を繰り返すことによって、病変の性状や受傷時期推定についてより高い確度で評価することができる。

16. 診療録への記録

診療録とは、診療に関する記録であり法的な文書である。子ども虐待において、医療における医学診断とその診療の記述は、ケースワークの中で子どもの安全を担保するための根拠となる重要な役割を担っている。我々医療者は専門家としての姿勢を維持しながら、先入観を持たず、客観的な事実に基づいて記録すべきである。

1. 診療・記載に際しての心得

- 問診票記載時の主訴（誰が記載したのか？詳細過ぎるくらい記載しているか？逆に全く記載していないのか？）、書き方（ひらがなばかり？字が汚いのか？）などにも注意する
- 問診時は Open Question で行う 例）「何があったのか教えてくださいか？」など
- 診療録への記載時には、母子健康手帳（母子手帳）を確認し参考にする 例）妊婦健診、乳幼児健診、予防接種など
- 子どもや家族が話した言葉通り（逐語的）に記載する（態度や行動も客観的に記載する）
- 発言を記載する場合、自発的な発言か？問診の返答なのか？も記載する

2. 診察時状況の記載

- 患児の年齢、性別、問診時の日時・場所、受傷時から来院時までの時間
- 誰から問診したか？誰が同席していたか？同席した人それぞれに問診したか？
※父母、きょうだいなど親密な関係者か？救急隊、警察など公的な関係者か？など詳細に
※患児と別々に問診した場合も、その旨を記載
- 今回の主訴（外傷の場合）受傷した瞬間を直接目撃したのか？伝聞事項なのか？状況からの推察なのか？

3. 現病歴

- 関連性が低い情報と思っても、のちに虐待の判断を下す際に有用となることもあるので詳細に記載する
 - 詳細が不明であれば、その旨も記載する
- ①受傷状況
- ・誰が、いつ、どこで、何が、どんなふうにかきたのか？（5W1H の Why 以外）
 - ・誰がその場にいたのか？なぜ受傷に気づいたのか？
- ②受傷後の子どもの反応や行動
- ・どんな症状だったか？それに対してどう対応したか？
 - ※誰が説明したか、自発的な説明なのか、問診に対しての説明なのか、その他、気になる発言・行動は診療録に記載する

4. 既往歴

- 外来受診歴（一般外来か救急外来か？、内因・外因の別、受診頻度など）、入院歴など
- 母子手帳を参考に以下の項目をチェックする
出生歴（在胎週数、出生時体重、出産方法、NICU 入院歴など）
成長曲線、乳幼児健診や予防接種の記録の確認（発達歴：運動面、言語面も含め遅れがないか、発達障がいの有無等）
- 集団生活歴（保育所・幼稚園への通園の有無、通常学校・支援学校の別、療育や学童利用の有無など）

5. 家族歴

- 家族構成（亡くなったきょうだいなど家族全員、同居・別居の別も含めて）
- 家族それぞれの病歴（疾患、ケガの既往など）

6. 身体所見の記載

- 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、正確で詳細に記載する
- 診察時の体重・身長（可能なら成長曲線（標準範囲内なのか）のチェック）
- バイタルサイン（体温、心拍数、呼吸数等）、見た目の印象（not doing well）
- 外傷があれば、損傷（表皮剥脱、皮膚変色、挫創・裂創など）、熱傷なのか。部位（体のどこにあるのか）、大きさ、形状（パターンのなのか）、色調など
例）「右頬部に直径4 cm の円形の赤紫の皮膚変色を認める」など
- 治療過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも全て記載する
- 外傷であれば、写真撮影 or スケッチを残す

〈写真撮影について〉

- ・外傷を記録する場合、写真撮影が望ましい。
- ・スマートフォンによる撮影でもよい（充電・メモリーカードは事前に確認を）。
※撮影後の画像記録の管理は厳重に行う。
※電子カルテなら画像の取り込み、紙カルテであれば写真の添付を速やかに行う。
- ・外傷の撮影前に、患児の名前・ID 番号の画像（電子カルテ or 紙カルテ）撮影を行う。
- ・外傷が身体の中のどの部位なのかわかる全体像の写真と、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。個人特定ができるよう、顔等を含める。
- ・基本は真正面での撮影だが、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影を行う。
- ・大きさの基準となる物（定規やコインなど）と一緒に撮影する。
- ・保護者には「外傷の経過をきちんと診ていくため」等と説明し撮影する。また、説明時の保護者の反応も記載する。

7. アセスメント・対応の記載

- 虐待の疑いがあればその旨を記載し、院内虐待対応チーム（CPT）や CPT を持つ地域の二次医療機関へコンサルトした内容も記録しておく

17. 院内初期対応の流れ

1. 虐待の可能性についての考慮

1) 虐待の可能性を疑うとき

- ①原因不明の外傷・熱傷
- ②実際の外傷と、本人・保護者が訴える受傷機転（外傷が生じる機序）との間に乖離がある場合
- ③原因不明の消耗状態（脱水、低栄養、心理的ストレス等）

上記①～③を認めたときには、通常の事故やけが、内因性疾患と同様に虐待の可能性を念頭に置いて診療を進める。

2) 虐待が疑われる場合の診療・判断のポイント

- 虐待の有無にかかわらず、まずは医学的に重症度が高いかどうかを判断し、必要な治療を行う。
- 子どもの安全確保を最優先する。
- 診療初期に虐待と決めつけることはしないが、第三者の目撃がある明らかな事故等でない限り、虐待ではないと安易に判断しない。
- 虐待による外傷痕は衣服で隠れた場所に生じることも多いため、普段から全身の診察を基本とする。
- 顔面などの目立つ部位に一見して暴力を受けたと分かるような外傷を認めた場合には、ハイリスクと考える。
- 診察の過程で虐待を否定し得ない「気になる症状」を認めた場合、放置せずに「これはどうしたのですか」と保護者に問いかける。
- 保護者の加害意図の有無、とらえ方にかかわらず、子どもを主語として考える。子どもにとって著しく不適切な行為であれば虐待と判断する（保護者が「しつけ」と主張しても容認しない）。
- 初期から虐待が疑われる場合であっても、医師から「虐待」という言葉を発してはならない。保護者の反発を招く可能性が高く、最悪の場合には子どもの治療への協力が得られなくなり、子どもの安全を脅かすことになる。
- 保護者への問いかけの中で虐待が起こるリスク要因を、子ども側の要因、保護者側の要因、養育環境の3つの視点から考察する（支援策を検討する上で重要）。
- 迷うようなケースでは個人で判断せず、複数のスタッフの意見を交えて虐待かどうか判断する。病院内に院内子ども虐待対応チーム（Child Protection Team; CPT）が組織されている場合には、チームで対応を協議する。

2. 入院の必要性についての判断

1) 入院が必要な場合

①医学的重症度が高い（子どもへの影響が大きい）

- ・ 重度の身体的虐待：虐待による乳幼児頭部外傷（AHT）、腹腔内出血、多発性骨折等
- ・ 重度のネグレクト：重度の脱水、消耗状態、低栄養、著明な成長障害、養育環境が極めて劣悪、等
- ・ 性虐待

②帰宅させると生命に危険が及ぶ再虐待のリスクが高い

- ・ 短期間に繰り返されエスカレートしている外傷

- ・ 乳児への身体的虐待
- ・ 心中未遂
- ・ 保護者が虐待を認めており、帰宅した場合に再度行ってしまう不安を訴える、等

2) 必ずしも入院を必要としない場合

- ・ 外傷を伴わない軽度の身体的虐待
- ・ 健康問題を起こすほどではないネグレクト
- ・ 暴言・罵倒・脅迫
- ・ 家庭内暴力（Domestic violence：DV）
- ・ 情緒的ケアの不足

3. 入院必要性を判断した後の対応

1) 入院が必要な場合

現在の状態に対する原因検索、治療のために、入院での精査・加療が必要であることを説明する。保護者から入院の同意が得られない場合、その理由を問い、保護者の言い分に対する一定の理解と解決策を示しつつ、子どものために粘り強く保護者を説得する。それでもなお同意が得られず、子どもの安全を脅かすことになると判断した場合には、児童相談所に緊急で通告し対応を協議するとともに、生命にかかわる場合には警察とも連携する。児童相談所所長権限による緊急一時保護を検討しなければならない場合もある。

自施設での入院が不可能（入院施設がない、診療レベル・社会的対応レベルを越える）な場合には、虐待対応に習熟した地域の他病院へ入院での精査加療を目的として紹介する。その際、救急車を用いて転送し、紹介先病院の担当医、医療ソーシャルワーカーには子ども虐待を疑う状況について具体的に電話で伝える。児童相談所への通告はどの時点でどちらから行うのか、紹介先病院の診療に差し支えないようにコミュニケーションをとっておく。

2) 必ずしも入院を要さない場合

軽度の虐待だけでなく、要支援児童（現状では虐待とまではいかないが、養育上の困難があって虐待に移行するリスクがあるため、関係機関による養育支援が必要と思われる子ども）、「気になる親子」についても、単回の診療で終診とせず、再診日を設定し必ずフォローアップを行い、合わせて以下 4-3) にあるように市町村へ積極的に情報提供を行う。

ときには保護者が関係機関による関わりを拒否し、医療機関のみが唯一のフォローアップ機関として機能する場合がある。「困ったときには相談に乗る」という姿勢を示し、細くとも切れずにつながり続けることが重要である。

フォローアップ中に虐待が顕在化する、あるいはエスカレートするような場合には、児童相談所・市町村の子ども虐待対応窓口と対応を協議する。

4. 通告・関係機関との情報共有

1) 通告・関係機関との情報共有のポイント

通告は虐待を疑った段階でできるだけ速やかに行い、関係機関で問題点を共有し、必要な支援策や一時保護の要否などの社会的対応について協議する。

児童相談所・市区町村への通告前に保護者に告知することは原則として不要で、通告後どのタイミングでどのように告知するのか児童相談所・市区町村担当者と協議する（例外的に医療者と保護者との間に信頼関係が結ばれている場合には、あらかじめ告知することで話がスムーズに進むこともある）。

医療機関でできる支援には限界があることを認識し、地域の関係機関と積極的に情報共有し、地域の資源を使って支援に結びつける。

2) 児童相談所・市町村の子ども虐待対応窓口への通告

入院を要するような重度の虐待が疑われる場合には児童相談所へ通告する。

必ずしも入院を必要としない軽度の虐待の場合には、市町村の子ども虐待対応窓口（児童相談窓口）へ通告し、要保護児童対策地域協議会で今後の対応、支援策などについて協議してもらう（医療機関も協力する）。

3) 地域の社会資源（市区町村等）との情報共有

要支援児童、「気になる親子」については、どのような社会資源と結びつけると効果的な支援につながるのか CPT で協議する。

保護者と医療者との間に信頼関係が築けており、市町村への情報提供や地域の社会資源から支援を受けることに同意が得られるケースではもちろん、同意が得られそうにないケースであっても市区町村等の地域の社会資源に積極的に情報を提供、共有し、必要な支援について協議する（市町村への要支援児童に関する情報提供は児童福祉法上の努力義務であり、厚生労働省からも「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」という通知が発出されている）。



4) 警察との連携

生命にかかわるような重篤な虐待や心肺停止事例では警察にも連絡し、連携して対応に当たる。

17-1. 通告と告知

1. 通告

1) 通告とは？

“通告”は、児童虐待の防止等に関する法律第6条、児童福祉法第25条に規定されており、全国民の義務である。子ども虐待が疑われた場合、児童相談所もしくは市町村の担当窓口連絡をすることである。子ども虐待か否か確定するまで“通告”しない場合、その間に虐待による被害が拡大する可能性がある。虐待を疑った時点で“通告”を行う。

子ども虐待における“通告”は「告発」ではない。“通告”は児童虐待対応の「始まり」である。“通告”しなければ、多機関連携も始まらない。

2) どこに通告するか？

市区町村または児童相談所に電話で“通告”を行う。“通告”を迷ったり、躊躇する場合は、院内虐待対応チーム（Child Protection team：CPT）がある地域の医療機関に相談もしくは紹介する。自施設のみで対応せず、多機関で対応する方が、よりよい対応ができるので、虐待を疑った時点ですみやかに“通告”を行う。

3) 誰が通告するか？

CPTがある施設であれば、CPTから通告を行う。CPTがない施設では、今後、院外との窓口になる職種が通告を行う（医師・医療ソーシャルワーカー・看護師など）。

4) どんな内容を通告するか？

ケースの氏名・年齢等はもちろんだが、来院経緯、診察時の身体所見・検査所見、虐待を疑った判断理由などを説明する。通告後の対応方針は、児相・市区町村が決定する。医療機関として可能な限りその後の対応に協力する。できるだけ早期に個別ケース検討会議を開催し、情報を共有し、各機関がどのような動きをすべきか皆で考える。

5) 警察通報はどうするか？

現在、児童相談所に“通告”したケースを警察と全件共有する自治体と、共有しない自治体に分かれている。よって、住所地により対応は異なるが、通告案件の警察全件共有の有無に関わらず、普段から警察・検察との関係を築き、どのようなケースであれば警察通報すべきか？警察通報した場合、どのような動きになるのか？など、各地域で調整しておくべきである。

2. 告知

1) 告知とは？

子ども虐待において、加害の可能性がある保護者に対し「虐待の可能性があり、児童相談所に通告しました」という説明を行う事が“告知”である。“告知”により、それまでの「医師－保護者」関係が崩れる可能性が高く“告知”を躊躇してしまう事も少なくない。法律上、医療機関が“告知”をする義務はないが、今後児童相談所を含めた多機関が関与するためには必要な行為である。告知は主治医とは異なる者が行うことが望ましい。

告知の意義として、以下の5つがある。

- ①自分の行為の意味を保護者に気付かせることができる
- ②虐待の問題として正面から保護者への支援を話し合えるようになる

- ③告知後の流れについて説明できるようになる
- ④育児支援に対する親族の協力が得られやすくなる
- ⑤保護者の強圧的な要求に対して対抗する根拠となる

2) 告知を安全に行うためには

事前に、CPT のスタッフだけでなく、児童相談所・市区町村・警察と一緒に、どのように“告知”を行うか会議を行う。会議では以下の内容について検討を行う。

- ①告知全体の流れ：告知日時、病状説明→告知→児童相談所との面談等どのように進行するか？など
- ②告知時の出席者：誰が告知するのか？告知時に誰がどこに座るのか？など
- ③告知内容：“虐待”という言葉を使うのか？など、今後の方針も含めて検討
- ④告知後の動き：患児の安全確保の方法、保護者が威圧的な態度や暴力的な行為を行った時の対応方法など

3) 告知の心構え

虐待を疾病として捉え、疾病を持つ子ども、家族の支援者であるという一貫した態度で“告知”を行う（通告・告知は、“告発”ではない。支援の始まりであることを認識する）。決して感情論で行うのではなく、客観的な医学的知見に基づいた内容で“告知”を行う。

4) 告知のコツ

“告知”の全体の流れは関係者で事前に共有を行い、“告知”が不安な場合は、事前会議で告知内容を推敲し、予め記載した用紙を見ながら“告知”を行うとよい。子どもだけでなく、医療者（特に告知者）の安全対策はしっかりと行う（必要であれば警察も同席してもらう）。

17-2. 家族対応

虐待が疑われる子どもの家族と話し合うことは、医療従事者に強いストレスを感じさせる。本稿では特に告知等の家族対応を行う上での基本、起こりうる困難な状況とその対応について整理する。

1. 虐待に関する家族対応は困難であることを認識しておく

丸山らによる「児童虐待相談のケース分析等に関する調査研究」結果報告書（平成 20 年度全国児童相談所長会）では、自らの虐待を否定する保護者は 35% であったとされる。心の中では虐待に該当する行為であると認識しながら虐待を否定する保護者がいる一方で、そもそも自身の行為を虐待と認識していない保護者も存在する。

子ども虐待の話というのは、前者にとっては耳の痛い話であり、後者にとってはそもそもそのような話をされるいわれはない、ということになる訳で、いずれにせよ家族にとっては心安らかに聞ける話ではない、ということを医療従事者は知っておかねばならない。

2. 困難な話し合いに向けて準備する

通常の診療で困難な話し合いを行う場合と同様、虐待を疑っていることを切り出すときには、診療のついでに立ち話的に切り出してはならない。これから家族に話をするのだという心構えを持ち、説明を行うために十分な時間、場所、人員を確保した上で説明に臨む。誰が、誰に、いつ、どこで、どのように話をするのか、誰が立ち会い、トラブル発生時は誰がどのような役割をもって振る舞うのか、あらかじめ多職種で協議しておき、準備をする。

1) 場所

落ち着いた雰囲気です話ことができ、プライバシーが守られる面談室を用意する。医療従事者と家族との間の物理的な距離が近すぎるとプレッシャーを与えることになり、遠すぎるとよそよそしい雰囲気を与えることになる。また家族との距離が近すぎると、万一トラブルが生じたときに医療従事者の安全が担保しにくい。

2) 面談者

困難な話し合いになるという心の準備をしておき、あらかじめ体調を整えておく。面談は、家族のケアや緊急時の対応等、サポートをするスタッフと必ず複数で対応する。

3) 家族

時と場合によるが、家族に次回面談が重要なものであることをあらかじめ伝えておくことで、面談の重要性に対する患者の認識が高まり、こちらからの話を受け止めやすくなる（家族に話を受け止める余裕がないと、売り言葉に買い言葉といった具合にとっさの反撃に合うかもしれない）。

3. 様々な場面での具体的対応

実際の場面では、以下の 4 点を意識しながら対応を行う。

- ①常に子どもを第一に、子どもにとっての最善を考えるチャイルドファーストの考え方
- ②個人ではなく組織として対応しているというスタンス
- ③プロフェッショナルとしての平静の心
- ④基本的な対人コミュニケーションスキル

1) 話し合いの最中に家族が怒ってしまった場合

家族に話している最中に家族の反応から戸惑いや怒りを感じ取った場合には、そのことを伝え、理由について冷静に尋ねる余裕を持っておく（「気分を悪くされたようですね。よろ

しければお話をしていただけますか？」)。そのときに家族が話した内容をよく聴くという姿勢が重要である。相手に体を向ける、圧迫感を与えない程度に相手の顔を見る（常時相手の目をじっとのぞき込まない）、適度にうなづく、話を遮らずに最後まで聴く、相手が話した内容を要約する、といったコミュニケーションスキルが重要である。

2) 話し合いの最中に家族が不快感を表した場合

もし家族が不快感をあらわにした場合には、
「このような話を聞いてさぞ驚かれたかと思います」
「ご家族にとって不快な話を聞かせてしまい申し訳ありません」
という風に、家族が不快な思いをしたことに対して共感や謝意を伝えることで、家族の立場を認める。ときには申し訳なさそうに、しかし毅然とした態度を失ってはならない。その上で、医療機関としてなぜ虐待を疑うことになったのか（「普通のけがの仕方では滅多に起こらないことが起こっている」）、医療機関がどのような対応を行うことが求められているのか、といった譲れない点について説明を続ける。

子ども虐待が疑われる状況であるから、子ども虐待を疑ったことについて謝罪する必要はない。ここを間違えて虐待を疑ったこと自体を謝罪してしまうと、その後のやり取りが非常に困難となる。この点については毅然とした立場をとることが重要である。

4. 家族が暴れる、騒ぐといった迷惑行為を行う場合

目線を相手に合わせ、礼儀正しく、冷静に理由を尋ねてみる。相手のトーンに合わせてこちらも同じように騒いではいけない。話を聴いてみて、相手の言い分で認められる部分については、素直に認める（言い方が悪い→言い方が悪く不快な思いをさせて申し訳ありません、など）、しかし毅然とした態度で冷静な話し合いを続ける。

暴力、明確な強迫などの迷惑行為があった場合には、病院内の医療安全部門（あらかじめ声をかけておき、近くに待機してもらうことも検討）、ときには警察と連携して対応する。この点について躊躇してはならない。もし自分の身の危険を感じたら、相手に身の危険を感じていることを伝え、一旦その場を離れてしまって構わない。準備のところでも述べたが、サポートを行う人員をあらかじめ配置しておくことでそのような危険性は下がるため、複数で対応することを原則とする。

5. 説得にかかわらず帰ろうとする、無断で子どもを連れて帰る場合

まずは家族の行動に対して妥当な理由があるのかどうか、話を聴くことから始める。万一こちらの伝え方や態度が家族の行動の契機になっており、落ち度があると思われる場合には、その点について素直に謝罪する。また、家族の懸念が他のところにあるのであれば（例：金銭面や仕事の問題）、可能な解決方法について一緒に考え、一番良い方法を模索する姿勢を忘れない。その上で再度子どものために診療継続・入院等が必要であることを説明し、粘り強く、必要なら人を代えて説得に当たる。

子どもが連れ帰られた場合、病状的に、あるいは虐待再発という意味で子どもの安全に非常に強い懸念があれば、説得を継続しつつ同時に児童相談所に緊急で通告し、緊急一時保護を含めた対応について至急協議する。

気づいたときには無断で帰ってしまっており連絡がつかない、再診の予定であったが再診せず、連絡もつかない、などの場合には、やっかいな患者・家族がいなくなって良かったとは考えず、病院外の関係機関と連携し対応を検討する。「連絡がつかない場合には地域の保健師等から連絡させてもらう」ことをあらかじめ伝えておくことも一法である。

6. おわりにー最終的なゴールをイメージして家族とかわる

虐待対応を行う医療従事者にとって、虐待を行っている家族を糾弾することや、家族に虐

待と認識させることがゴールではないはずである。最終的なゴールは子どもにとって虐待のない状況である。

治療にあたる医療従事者側にしてみると、子どもを代弁して不満の一つでも言いたい気持ちが生じてても何ら不思議ではないが、そのような「心のトゲ」をもって家族対応を行ってもこちらが望むような改善は見込めない。「虐待を行っている家族だから」「複雑な社会背景があるから」「子どもをしっかりと養育できていない親だから」などといった先入観を排除し、「変わるべきは家族」というスタンスは捨て、まず一旦家族を受け入れた上で、子どもたちのために難しい話を進めていく。ゴールはその先にある。

17-3. 通告後に医療機関の担うべき役割

支援を行うのか、安全確保を優先するのかで対応が異なるため通告ケースを重症と軽症に分けて考える。

1. 軽症または要支援ケース

産後うつ、発達障害・精神科疾患合併妊婦、など育児支援を目的とするケースが対象となる。通告先は市町村が主となる。通告に際しては市町村の指定する連絡用紙などが用いられることもある。通告後のケース介入プランに関して、要保護児童対策地域協議会（要対協）の個別ケース検討会議などを開催して、行政、児童相談所、保育所、医療機関等、関係機関の役割分担を明確にする。医療機関は予防接種、乳幼児健診などを通じて定期的に児の発育状況などを確認する。保健師、行政の子育て支援部門は、家庭訪問などにより児の養育環境を確認する。乳幼児ではできるだけ早期に保育所へ入所し、保育所での見守りや養育を行う。いずれかの機関が何らかの形で繋がりを切らないようにすることが大切である。

2. 重症または要保護ケース（図 5）

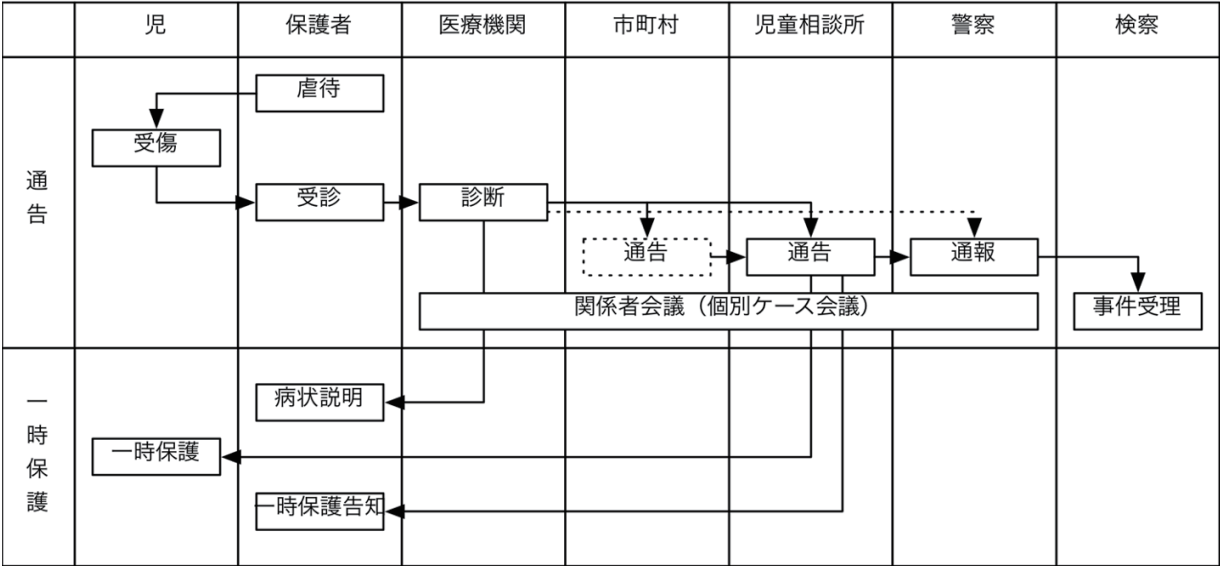


図 5 重症ケース（要保護ケース）における各機関の役割

ネグレクト、身体的虐待、性的虐待などが対象となる。一時保護を念頭においた対策が必要となるケースが多い。通告先は児童相談所が主となる。一時保護などの方針が決まるまでは、保護者に通告したことを告知すべきではない。さもないと外来なら受診拒否、入院であれば児の連れ去りなど児の安全が脅かされる可能性が高い。

軽症ケース同様、通告後は要対協個別ケース検討会議などを開催し関係機関の方針や役割分担を確認する。一時保護は児童相談所の決定によるが、もし院内で一時保護を行う場合は、日程や手段に関して児童相談所等と綿密に協議する必要がある。

児童相談所による一時保護の告知に先立ち医療機関による病名告知がなされるべきである。例えば虐待による乳幼児頭部外傷（ＡＨＴ）では、画像所見や眼底所見をもとに医学的診断としてＡＨＴが論理的な診断となることを時間をかけて保護者に丁寧に説明し、診断に対する理解を得るよう努力する。児の一時保護においては児の安全確保を優先するため、児童相談所が保護者に一時保護の告知を行うと同時に、他の児童相談所職員が児の保護をうことが多い。一時保護後も入院加療が必要な場合は医療機関に対する一時保護委託が必要となる。

児の保護にあたって付き添いが必要な場合は児童相談所に付き添いの手配を要請する。同一医療機関で一時保護委託を行う場合、保護者からのクレームや暴力的な訪問が行われる可能性がある。このため通告した医療機関と同一の医療機関への一時保護委託は保護者がそのような行動に出ないことが予測される場合のみ可能となる。保護者の暴力的な訪問等が予想される場合は、一時保護委託先を非開示にする必要があり、他の医療機関への転院が必要となる。児の状態が改善して外来通院が可能な場合は、退院して一時保護所からの通院を行う。

3. 警察・検察

事件性が高い場合、例えば AHT、性虐待などは、医療機関から警察への通報も検討する。多くの場合児童相談所が警察へ連絡（通報）済みであることが多い。警察から医療機関へ事情聴取が行われるが、児童相談所と警察への情報提供の重複を避けるため、できるだけ事前の個別ケース検討会議の際に警察の同席を調整すると良い。

検察は近年、児童虐待の対応専門部署を設けている地方検察庁が増加した。検察への情報提供も積極的に行う。

4. まとめ

医療機関からの通告後は関係機関と調整をしながら、今後の方針に関して連携を行う。

第4章 地域連携

18. 子ども虐待対応の地域ネットワーク

医療機関は特に、普段の診療の中や予防接種・健診等の場面で、虐待により傷を負ったり、育ちに問題があったりする子ども、また育児に困っている保護者に会えることが多い場所である。また、園・学校医として、地域で子どもたちに接する中で、ちょっと気になる子どもに接することもあるかもしれない。

児童福祉法や児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）において国民の義務として定められている、いわゆる虐待通告の義務以上に、私たち医療者は、『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』（児童虐待防止法5条）と定められており、専門性の高さを生かし、地域の子どもの虐待対応の重要な担い手であるべきである。

子どもを地域で見守るため、各市区町村に要保護児童対策地域協議会（要対協）が設置されている。この項では、子どもたちを地域で見守る仕組みである要対協を中心に紹介する。

1. 要保護児童対策地域協議会（要対協）とは

平成16年度児童福祉法改正において、子ども虐待対応に関わる多数の関係機関の円滑な連携・協力を確保するため、地方公共団体において要対協を設置することができると明記され、平成20年度より設置が努力義務化されたことにより平成29年度には99.7%の設置率となっている。代表者会議、実務者会議、個別ケース検討会議の三層構造からなる。

要対協が円滑に稼働し、地域の関係機関等が子どもやその家庭に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していくことで以下のようなことが可能になる。

- ①要保護児童等を早期に発見することができる。
- ②要保護児童等に対し、迅速に支援を開始することができる。
- ③各関係機関等が連携を取り合うことで情報の共有化が図られる。
- ④情報の共有化を通じて、それぞれの関係機関等の間で、それぞれの役割分担について共通の理解を得ることができる。
- ⑤関係機関等の役割分担を通じて、それぞれの機関が責任をもって関わることのできる体制づくりができる。
- ⑥情報の共有化を通じて、関係機関等が同一の認識の下に、役割分担しながら支援を行うため、支援を受ける家庭にとってより良い支援が受けられやすくなる。
- ⑦関係機関等が分担をしあって個別の事例に関わることで、それぞれの機関の限界や大変さを分かち合うことができる。

2. 要対協における医療者の役割

要対協設置自治体における医師の参加割合は53.1%（平成29年度厚労省）と、他職種に比べ参加率が低い。自治体の要対協担当者より『医師に参加してもらうのはハードルが高い』や、『どこに声を掛けたら医師に来てもらえるのかわからない』などの声を聴くことも多い。ぜひ、自ら自治体に声をかけるか、自治体が医師会に協力依頼をしている場合が多いので、直接医師会に問い合わせてみてほしい。

虐待対応は一個人、一施設でできることは少ない。たとえ、院内虐待対応チームがある医療機関だったとしても、子どもたちの日々の生活、園・学校での様子、普段の親子の様子を詳細に把握することは難しい。私たちは、市区町村や児童相談所に通告して終わってはいけない。実際に子どもたちがどういった日常を地域で過ごしているのかを知り、親子を見守る地域の一員になる必要がある。また、関係者からの医学的な相談に対してアドバイスをを行い、

19. 子ども虐待対応院内組織

医療機関は子ども虐待対応において、子どもの安心安全を守る立場にあり、そして専門機関として虐待の医学的診断を関係機関に提供する、という極めて重要な職責を担っている。そのため、多職種で構成される院内の組織を構成し、まずは子どもの安全・安心感の確保を行うことということが大前提となる。そのため、院内に子ども虐待対応組織（Child Protection Team：CPT）を設置することで、重要な局面での判断を個人での対応から組織での対応に置き換え、個々の職員の責任・負担の軽減、役割分担の明確化、院内での対応方針の統一、関係機関との連携の円滑化等様々な利点が生まれる。CPT の名称は、家族支援チーム（Family Support Team：FAST）、子どもの安全委員会など医療機関によって様々なものがあるが、ここでは総称として CPT と呼称する。

1. 構成メンバー

CPT を組織するにあたり、以下の 3 つの職責を担うメンバーが中心となる。

① コーディネーター

虐待疑い症例が発生した際に連絡を受ける窓口となり、院内・院外の連携調整を担う。主に医療ソーシャルワーカー、病院によっては看護師などがその職務に就き、病院全体の啓発活動を行うことも期待される。

② 診断・対応リーダー

虐待症例対応を行う際に、チームリーダーとしてチームを統括し、子どもの主治医や関連各科と連携し、医学的診断を下す際にリーダーシップを発揮する。

③ アドミニストレーター

CPT の活動が病院としての取り組みであることを保証し、CPT 会合の際には議事進行の座長を担当する。管理職医師がこの職務に就く。

2. 要綱、マニュアルの整備

CPT 組織する際、①公式な院内組織としての要綱、②虐待の疑いのある事例が生じた際の連絡受理体制を記載したマニュアル、③医学診断提供のための医学診断・検査マニュアル、の 3 つを整備する必要がある。「子ども虐待対応院内組織運営マニュアル」(CPT マニュアル)、「一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド」(日本子ども虐待医学会よりダウンロード可能)、「児童虐待防止医療ネットワーク事業推進の手引き」などを参考にしてほしい。



3. 組織構成

CPT は、それぞれの医療機関の特性に合わせて様々な形態が考えられる。

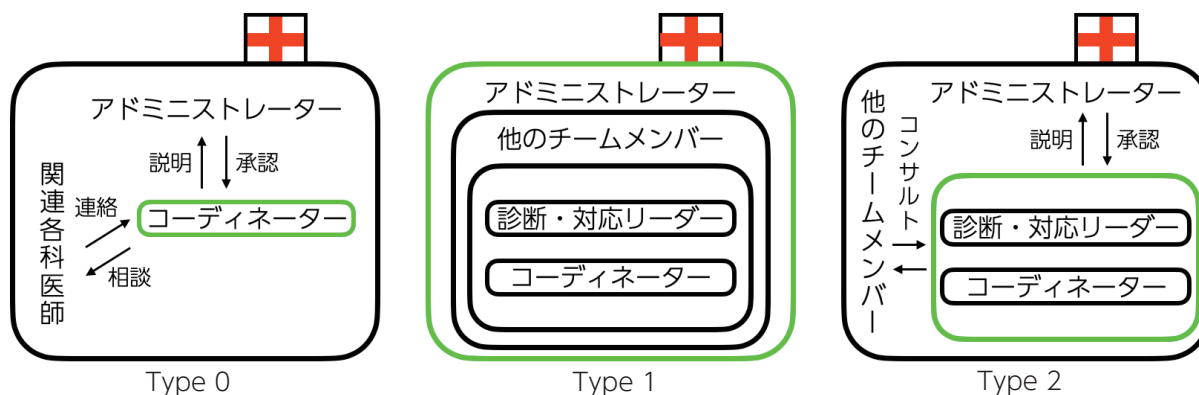


図 8 Child Protection Team のタイプ分類

Type1 は最も標準的な形態で、CPT の意思や決定事項が病院全体による取り組みとして承認されやすく、他の医療機関や関係機関と連携するうえで組織的対応をとりやすくなる。

一方、type2 の CPT は小規模病院でも組織しやすく、対応の迅速性・機動性に優れる。(type1 の CPT が迅速に対応するために type2 の形態のワーキンググループを type1 の中に組織している施設もある。)type0 は、症例の経験に乏しい、リーダー医師の担い手がいらない、など様々な理由で CPT を組織するに至っていない病院である。Type0 でも、コーディネーターとなる人物や部署を院内に明示することで、虐待対応を行う際に生じる院内連携や院外連携の困難を最小限にすることができる。

4. 院内啓発

CPT が組織された後、当初は症例が集まらないこともあるが、コーディネーターが中心となりニュースレターの発行や院内研修会の企画、院外講師による講演会の開催等、院内での啓発活動を行うことで、明らかな虐待・ネグレクト症例のみならず、軽症例や、要支援児童・特定妊婦のような予防的観点から関わる必要のあるハイリスク症例まで幅広く、虐待疑い症例の連絡がなされるようになってくる。症例が少ない間でも CPT が形骸化しないよう、少なくとも 2-3 か月に 1 度は継続的に会合を持ち、CPT としての機能を高められるよう、メンバーで一緒に話し合うことが望まれる。

5. データベースの作成

子ども虐待症例の記録に関してデータベースを作成する。CPT で対応する事例の中には、通告後も継続的に関わる事例も多く存在する。データベースは活動の振り返りのためだけでなく、虐待事例の経過記録として重要な役割をもつ。診療録とは別に記録を作成し、CPT で管理する。

6. 院外関係機関との連携

CPT の設置により院外への窓口や対応が一本化されることで、院内における活動だけではなく、院外との連携（地域機関連携、医療機関連携）もスムーズになる。症例を通して地域の様々な機関との間で顔の見える関係構築が可能となり、より密接で機動性の高い連携が可能となる。

子ども虐待対応において、地域の関係機関（児童相談所、市区町村、保健所、保健センター、警察、学校等）との連携は欠くことができない。医療機関も子どもを守り支える輪の一部を担っており、通告までが医療機関の役割ではない。CPT の組織により、地域の医療機関としてその医学的専門性を地域に還元することが可能になる。

医療機関における虐待対応では、通常の疾病医療と同様の病診連携、病病連携を行うことが基本である。各医療機関の CPT の形態に合わせた対応になるが、子ども虐待対応の中核となるような CPT を持つ医療機関は、その地域の診療所や CPT を持たない医療機関から入院を要する症例や対応困難症例の紹介を受けることも多い。また、より専門的な知識が必要となる症例であれば、子ども虐待対応の専門性がさらに高い医療機関へコンサルテーションするなどのケースマネジメントが必要になることもある。地域全体で、このような医療機関ネットワークを構築することが理想である。

7. CPT 活動の評価と見直し

CPT の活動を子ども虐待症例への対応のみで終わらせず、CPT の運営や多機関連携における問題点を振り返り、その活動を常に見直していくことで CPT の専門性が向上する。医療機関は人材の流動が比較的多い分野である。経験の蓄積によって専門性の向上を図るとともに、特定の人材に依拠するのではなく、新規のメンバーを加えながら、幅広くバランスのとれた組織運営が求められる。

第5章 虐待の予防 他

20. 子ども虐待の予防における医療機関の役割

わが国の虐待対策は、2004年に改正施行された児童虐待の防止等に関する法律（以下、平成16年改正法）で、第一条の「目的」に「予防」が付け加えられ、子どもの命を救うために親権について争ってでも介入する「介入型対応」から、早期発見・早期支援により重篤な虐待に至る前に親子の困りごとに寄り添い支援する「予防介入」の時代になった。

市区町村では、平成16年改正法により従来の「児童虐待防止市町村ネットワーク事業」が「要保護児童対策地域協議会事業（以下、要対協）」として法定化。市区町村が子ども虐待通告窓口となり大きな変貌を遂げた。特に、2009年4月に開始された乳児家庭全戸訪問事業（通称、こんにちは赤ちゃん訪問事業）の市区町村母子保健・児童福祉部門への導入は重要な役割を担い、妊娠期からの子ども虐待予防を含む切れ目のない子育て支援の根幹となっている。

2016年5月には、児童福祉法などの一部を改正する法律（以下、平成28年改正法）が国会において全会一致で成立し、第1条で「子どもの最善の利益の優先原則」、第2条で「家庭養育優先の理念規定」が明確となり、第3条の2で「家庭における養育環境の整備がままならない時は、その環境を子どもの住む市区町村をはじめとし、国及び地方公共団体が準備すること」となり、支援のあり方の規定が定まった。

このような虐待問題を地方自治体がポピュレーションアプローチとして母子保健活動や子育て支援活動を展開しているだけでは不十分で、精神科医、産科医、小児科医をはじめ小児救急に携わるさまざまな分野の医師などを中心とした医療関係者が、市区町村の保健師や児童福祉担当、学校関係者などと協働していくことが重要となる。

1. 要支援家庭、特定妊婦、要支援児童、要保護児童

虐待予防の観点から、要支援家庭とは「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」を意味する。

この意味から、特定妊婦とは「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」を意味し、具体的には、子どもを持つ資格がないと悩む妊婦、望まない妊娠に戸惑う妊婦、先に生まれた子の養育でネグレクトや虐待行為の既往のある妊婦、レイプやDVで不本意な妊娠をしたが中絶できない妊婦、妊娠届けをしない妊婦、母子健康手帳（母子手帳）未交付の妊婦、若年妊婦、高齢者妊婦、妊婦健診未受診、飛び込み出産、墜落分娩、うつ病・統合失調症などの精神疾患、思春期や過去に心身症外来や精神科受診既往のある妊婦などなど様々な要因がある。

要支援児童とは、保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童を示す。（要保護児童に該当するものを除く）

要保護児童とは保護者に監護させることが不適當であると認められる児童（児童福祉法第6条の2第8項）、保護者のない児童（現に監督保護している者がいない児童）（児童福祉法第6条の2第8項）で、虐待を受けた児童だけでなく、障害を持った子ども、不良行為（非行、犯罪行為含む）をする、またはする恐れのある児童をいう。

2. 医療機関の役割

本手引きにある子ども虐待を疑う所見を認めたら、まず本症の存在を疑うことから本症との関わりは始まる。小児科医の「何か変！」を感じるスキルを充分活用することが重要である。

〈子ども虐待を疑った場合の初期対応〉

子ども虐待を疑う主訴や所見に気づいたら、鑑別診断の片隅に子ども虐待の可能性を必ず浮かべ、とりあえず身体的な問題がないか丁寧に診察を行う。その際、主訴に対する今までの保護者のかかわりのあり方を確認しながら、以下のような点などをチェックしながら、初期対応として基本的には保護者の主張を尊重し、よく聞きながら診察を続ける。

- ①保護者の子どもの発達に関する一般的な知識と保護者が気になる子どもの問題への対応の技術の程度
- ②それまで受けてきた子どもに対する助言への保護者の理解の程度と助言の受け入れ方の偏りや保護者独自の思いこみの強さの程度
- ③保護者の説明では医師として理解しにくい所見（引っ掻き傷・点状出血・紫斑・外傷の痕）の有無

同時に、母子手帳を必ず利用しながら次のことを確認し、さらっとした態度でカルテに記載する。

- ①父親・母親の名前、生年月日（書いてなかったり、消したりしているのもある）
- ②母親の仕事の有無
- ③妊娠中の産科受診状況と問題の有無
- ④流産や早産の傾向があれば、その時の思いを「それは大変でしたね～！？」などの言葉かけをしながら聞いていく
- ⑤出生時の状況
- ⑥新生児期の授乳の仕方や睡眠パターン
- ⑦乳幼児健診の受診状況や予防接種の接種状況を確認しながら、保護者が子どもの状態をどのくらい把握しているか
- ⑧成長曲線に必ず体重をプロットしながら、標準体重範囲内であっても落ち込みや停滞がないかを見る
- ⑨例えば短期間であっても保育園や幼稚園に在籍してたかを確認しながら、園内で気になることがなかったかを聞いていく

以上のことを通して、少しでも虐待が疑われた場合入院診療に繋げる。

外来フォローとした場合でも、虐待が疑われる子どもであれば必ず市町村の子ども家庭総合支援拠点などの担当窓口に通告・情報提供する。医師の仕事は、所見の報告と何故虐待を疑ったかを明確にすることである。慣れない場合は、事実をありのまま報告するだけでよく、虐待か否かの判断は市町村の担当部署にゆだねるようにする。

本症との関わりは医療機関単独で出来ることは少ない。地域の各機関との連携の在り方については他章を参照して欲しい。

21. 体罰とその予防

2019年6月の児童虐待の防止等に関する法律の改正において、親（親権者等）は、児童への「しつけ」としての体罰を加えてはならないことが法定化され、2020年4月より法が施行された。法改正の背景には、児童相談所への児童虐待相談件数の増加、および死亡事例が連続して発生したことを踏まえ、児童虐待防止対策の強化策として、体罰禁止の法整備が喫緊の課題となったためである。国際的には、1979年にスウェーデンが世界で初めて全面的な体罰禁止を導入し、2020年4月の法施行をもって日本は世界で59番目の体罰全面禁止国となった。しかし依然として、体罰の定義、子どもに与える影響、体罰の予防法やしつけとしての代替策に関する理解は、保護者と常に接する医療従事者も理解が十分とは言えないのが現状である。

1. しつけと体罰の違い

厚生労働省は法改正を受けて、2020年2月にガイドライン「体罰によらない子育てのために～みんなで育児を支える社会に～」を作成した。その中で、体罰について「たとえしつけのためだと親が思っても、身体に、何らかの苦痛を引き起こし、または不快感を意図的にもたらす行為（罰）である場合は、どんな軽いものであっても体罰に該当し、法律で禁止」と記載されている。保護者として子どもに、社会生活を教えるため、安全を守るため、また礼儀作法を教えるために、しつけを行うことは日常的に必要なことであるが、その教え方の方法が、痛みや恐怖を引き金に教えるものではなく、子どもの権利を尊重し、子どもの発達段階に即したものであることが重要である。

2017年7月に公益社団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンによって実施された全国2万人の成人を対象としたウェブ調査では、半数以上の人が生つけのための体罰を容認していた（56.8%）が、そのうち約7割の人は「他に手段がないと思った場合のみすべきである（全体の39.3%）」と回答していた。つまり、他の代替案、『体罰によらないしつけ法』を知りたいという潜在的ニーズは高いと考えられる。アメリカでの研究では、保護者は他の専門職よりも小児科医から子どもの発達や効果的なしつけについてアドバイスをもらいたいと答えており、小児科医は、治療や緊急的な状況ではない機会（乳幼児健診や予防接種など）で保護者と子どもと出会うことができる貴重な立場にある。そのため、児童虐待の防止だけでなく、子どもの健やかな発達や良好な親子関係を支援していくためにも、体罰の与える影響や代替策について理解を深めることは重要である。

2. 体罰が与える子供への影響

体罰が軽いものや一時的なものでも禁止すべき理由として、以下の点があげられる。

1) 体罰はそもそも効果的ではない。

体罰の効果に関するメタアナリシスでは、子どもの行動を良くするというエビデンスはないと報告されている。むしろ、身体的虐待と同程度、問題行動やメンタルヘルスを悪化させることが示されている。

2) 体罰を受けると攻撃性が増加したり、暴力的な人との関わり方を学んでしまう。

アメリカにおける縦断研究において、3歳時点で体罰を受けた幼児は5歳の時により攻撃的になり、9歳の時により外在化問題行動（攻撃性・多動不注意・反社会的行動など）を示すことが報告されている。国内の研究でも、3歳半で体罰を受けていた児は5歳半でより問題行動を呈することが報告されている。

3) 体罰は脳の発達にも悪影響をあたえる。

体罰を受けたことがある子どもは、受けていなかった子どもと比較して、IQが低くなるこ



体罰によらない子育てのために～みんなで育児を支える社会に～

とや前頭野の灰白質の容積が小さくなることが報告されている。

3. 予防に向けた取り組み

ではどのように体罰を予防し、親に伝えていくことができるだろうか。病院全体での取り組みと、医療従事者一人一人ができる取り組みをここでは紹介する。まず、病院全体でできる取り組みとして、ノー・ヒット・ゾーン (No Hit Zone) がある。これは、アメリカの子ども病院などを中心に広まっている活動で、医療機関の敷地内喫煙禁止のように、医療機関内での非暴力を推進しようという活動である。大人間の、子ども間の、そして大人から子どもへ、子どもから大人への暴力の使用は、程度にかかわらず行わないようにしようということを、ポリシーとして明確にポスターで掲示する。そして、院内で暴力的行為や暴言を認めた際に、保護者に近づき、声をかけるところから始めよう、という運動である。非常に当たり前のこと、些細なことのように思われるかもしれないが、病院全体として非暴力で安全な空間づくりを始めることから、親への声かけ、しつけ方法での悩み、育児における不安やイライラについて話し合うきっかけづくりにつながる。現在国内でも導入の動きが進んでおり、関心がある人はウェブサイト (ノー・ヒット・ゾーン: <https://plaza.umin.ac.jp/nhz/>) を参照してほしい。



では医療従事者が保護者に暴力によらないしつけについて、どのように指導すればよいだろうか？乳幼児健診や普段の外来などで、どのような場面での子育て・しつけ方法に苦労しているかを聞いた場合、またその子の発達段階や特性などを踏まえながら、以下のような点について、保護者に具体的に伝えていくことは重要である (厚生労働省の体罰等によらない子育てのための工夫のポイントをもとに筆者が改変)。

- ①子どもの気持ちや考えに耳を傾ける、どうしたらよいかを一緒に考える。
- ②言うことを聞かない場合は、選択的無視をする。(注意を引きたい場合があるので、安全な環境であることに気を配りつつ、あえて注目を与えないようにする)
- ③発達段階や理解に応じた説明の仕方を心がける。
- ④子どもの状況に応じて、環境を工夫する。(落ち着かせるために静かな場所に連れていく、など)
- ⑤気持ちを切り替えるために子どもの注意の方向を変えたり、やる気ができるように働きかける。
- ⑥何をすべきか具体的に説明する。(落ち着いた声の方が伝わりやすい)
- ⑦良いこと、できていることを具体的に褒める。(すごいねよりも、〇〇ができたね、〇〇すると楽しいね、など)
- ⑧子どもや保護者自身も深呼吸やリラックス法を取り入れ、気持ちが落ち着いているときに話し合う。

子どもが問題行動や被虐待経験を有する場合や、子育て困難感のある保護者に対し、より専門的な介入が必要と考えられる場合には、親子の関わりあい方を認知行動療法を通じて改善するための親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) という心理療法があり、その後の虐待際通告の減少や子どもの問題行動の減少などの効果が多くの研究で認められている。(参照 <https://pcit-japan.com/pcit> について /)



4. まとめ

医療従事者は虐待・ネグレクトの予防だけでなく、子どもの健康と将来にわたる健やかな成長発達のために、体罰禁止をする理由について積極的に保護者に伝えていくべきである。そして代替策として、関わり方を変えようと問題行動も減ること、具体的に褒めることなども、実際の場面に適用できるように指導していくことが重要である。

22. 子ども虐待の長期予後

1990年代にアメリカの疾病予防管理センターで行われた「ACE study」という有名な研究がある。ACEとはAdverse Childhood Experience（子ども時代の逆境体験）のことで、心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、心理的ネグレクト（愛されない、関心を持たれない）、身体的ネグレクト、家庭内暴力への曝露、家族の依存症（アルコール、薬物）、家族の精神疾患や自殺企図、両親の別居や離婚、家族の犯罪歴などと定義されている。これらの逆境体験を数多く体験した人ほど、成人してから虚血性心疾患、がん、慢性閉塞性肺疾患、脳卒中、糖尿病などの罹患率が高く、肥満や喫煙、過度の飲酒、性的乱交、薬物使用、自殺企図など健康をリスクにさらす行動が多くみられ、寿命も短くなることが明らかとなった。

この研究は、小児期の虐待対応は今ここにある生命の危機を回避すればそれでよい、というわけではないことを教えてくれる。

1. 虐待が身体に及ぼす影響

人間は危機的な状況に置かれると「3つのF」とよばれる防衛反応を起こす。これは「Fight（闘争する）、Flight（逃走する）、Freeze（固まる）」の頭文字をとったものであるが、虐待の環境下に長らく置かれている子どもたちは「世の中は安心、安全」という感覚を持ちにくいいため、日常生活においてもこの「3つのF」のスイッチが入りやすくなっている。周囲を警戒することが習慣となり、脳は過覚醒（何か起こるのではないかと警戒してピリピリしている状態）と不安の状態に繰り返し置かれることになる。すると、警戒する必要のない日常の出来事に対しても「闘うか、逃げるか、固まるか」といった緊張が起こり、視床下部、下垂体、副腎においてストレス反応が生じ、ストレスホルモンが分泌され続けることになる。また、慢性的なストレスによって脳の形態や機能が変性し、ストレス反応を制御できなくなる（ストレスに対する緊張状態が解除されない）こともわかっている。その結果ストレスホルモンにさらされることが常態化し、体内の免疫反応が狂うことで生涯にわたる健康被害をもたらすといわれている。

また、保護者や周囲の人から大切に扱われなければ子どもは「自分の存在には価値がない」と思うようになり、自分の健康に無頓着になる。ネグレクト環境で育った子どもは「清潔にする」「健康に良い食事を摂る」といった、健康に生活するための方法を知らずに成長する。そのことが、肥満や喫煙習慣、薬物乱用などの自分を傷つける行為を招き、疾病に罹患する率が上昇し、寿命の短縮につながるメカニズムもある。

2. 虐待が心の発達に与える影響～発達性トラウマ障害とトラウマインフォームドケア～

トラウマ研究で有名なベッセル・ヴァン・デア・コークは破綻した養育システムで育つ子どもに見られる様々な症状や問題行動について、「発達性トラウマ障害」という概念を提唱した。①情動や衝動をうまく調節できない、②注意と集中に問題がある、③自分や他者と仲良くやっていくことが難しい、という3つがこの障害に見られる一貫した特徴であるとしている。

1) 情動や衝動の調節不全

自分の情動や衝動を調節できるようになるためには、大人が「お腹がすいたんだね」「怒ってるのかな」「嬉しいね」「叩いちゃダメよ」など、言葉で子どもの状態を表し、共感したりストップをかけたりすることがそのファーストステップになる。その後、徐々に自分の気持ちや感覚を子ども自身が認識することで情動の調節や衝動の統制が可能になり、さらに人に伝えて共感してもらったりなだめてもらったりする力も育つようになる。

虐待やネグレクトの環境下で育つ子どもは自分の状態を言葉に置き換えてもらう体験が少ないため、自分の中に生じる衝動や不快な気分が何に由来するのか、どう扱ったらいいのかわからず、人に助けを求めることも叶わず（「お腹がすいた」という状態を認識できなければ、それを人に伝えること、その状態から回復させてもらうことができない）、なかなか落ち着けなかったり、衝動統制が困難であったりするわけである。

②注意と集中の問題

目の前のことに注意を向けて集中し続けるためには、心身ともに安全な状態でなければならない。過覚醒の状態が続いている子どもは常に警戒のためのアンテナが張り巡らされているために注意が逸れやすく、生存に関係のない言語処理や学習に集中し続けることは困難になる。また、身体虐待や性的虐待などに晒され続けると、辛さから意識を逸らすために注意や集中のスイッチを切ることが習慣になってしまうこともある。

③自分や他人と仲良くやっていけない

社会の中で人と関わっていくにはまず、相手が自分に危害を加えないという信頼感が基本となり、自分もそこにいて良いのだという自己価値が育まれていなければならない。虐待環境下に置かれた子どもたちは、人一倍愛情に飢えている一方で、相手をとことん警戒しなければならない、という引き裂かれた心のまま他人と関わらなければならない。虐待を受けた子どもが大人を試したり、挑発したりしてしまうのはそのためである。

発達性トラウマによる影響は、適切なケアが提供されなければ成人期の行動様式や対人関係、精神状態にも大きな影を落とす。「虐待の世代間連鎖」と呼ばれるものも、虐待してしまう保護者が幼少期に虐げられ、そして誰からも助けってもらえなかったことに端を発しているかもしれない。

しかし、癇癪を起してばかりで暴力的、勉強もしないし、人を怒らせるようなことばかり言う・・・そういった子どもたちは、叱責の対象となる、あるいは支援を諦められてしまうことがほとんどで、ケアにつなげられることはあまり多くはないであろう。また、支援の手を拒絶する、すぐに攻撃的になる、医師の指示を守らない、そういった保護者が「ケアの対象」と考えられることもなかなかない。その結果、親子は他人や社会への不信感を強め、「自分は助けてもらう価値もない」という歪んだ自己認知が強化され、孤立していくことになるのである。

ただし、頼りにできる人の存在、思いやりのある人との信頼に満ちた関係は、逆境からの立ち直りを促進する因子であるといわれている。虐待をめぐる様々な問題を考える時、それは保護者のせいでも子ども自身のせいでもなく「トラウマが引き起こす問題である」と考える「トラウマインフォームドケア」の視点を持って支援を継続することがとても重要だ。

虐待の対応に当たっては目の前で生じている虐待を見逃さないこと、子どもが虐待で命を落とさないために適切に対処することが最重要事項なのはいうまでもない。しかし「子ども虐待の長期予後」を考える時、かつて逆境を生きてきた保護者とつながり、今逆境に生きる子どもを支え、トラウマの影響からの回復を手助けし続けることが、子どもの将来、さらにその先の未来を生きる子どもたちの安全を守ることにつながるのである。

23. 社会的養護

社会的養護とは、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を、公的責任で社会的に養育し、保護するとともに、養育に大きな困難を抱える家庭への支援をすることをいう。つまり、家族の子育てに対する負担を軽減することを目的に、家族から分離して子どもを養育することであり、代替養育（Alternative care）ともいわれる。

1. 社会的養護の利用～日本における児童保護システム

社会的養護は、原則として児童福祉法 27 条第 3 項に基づいて児童相談所によって行われる行政措置であり、養育費用を含め社会の責任において実施される。ただし親権者の同意が必要であり、同意がない場合、児童相談所は児童福祉法第 28 条に基づき家庭裁判所に施設等措置の承認の申し立てを行い、承認される必要がある。

上述の通り、児童相談所を介さなければ社会的養護をうけることはできない。社会的養護の必要性が疑われる子どもを児童相談所が認知するには、主に次の 4 つの経路がある。

- ①家族が児童相談所に子どもの養育の困難を訴える場合。
- ②子ども本人が直接児童相談所に虐待を訴える場合
- ③近隣・保育所・学校・医療機関等の地域機関から、児童相談所に虐待を疑う通告があった場合。
- ④警察が DV の目撃や身体的虐待等により子どもの安全が脅かされていることを認知したり、子どもの非行があったりするために子どもを児童相談所に送致した場合。

児童相談所が子どもと家族の分離を判断する基準は一樣ではないが、子どもの身体的な安全が脅かされており緊急性の高い場合、児童相談所は家族の同意を得ることなく子どもを一時保護することができる。期間はおよそ 2 か月を原則とし、家族機能の調査が行われ、社会的養護の必要性について検討される。

2. 社会的養護の原理

社会的養護のあり方について以下のような方向性が示されている。

1) 家庭養育と個別化

かつては多数の子どもが集団生活することを前提とし、必然的に集団管理的な養育が展開されていたが、2016 年の児童福祉法改正により、子どもの権利条約の精神にのっとり適切に養育されることが明示された。実家庭支援の充実や家庭養育が優先され、子どもの個性に応じた養育を受けることで安心した生活を実現しなければならない。

2) 発達の保障と自立支援

すべての子どもは発達過程にあるという認識にたち、最終的には家族と一定の心理的距離をとりながら自らの主体性に基づいて社会で生活できるように成長する必要がある。子どもを育てる社会的養護の重要な役割である。

3) 回復をめざした支援

社会的養護を受ける前は、家族と一緒に生活できないほどの不適切な養育環境におかれていた子どもが多く、その傷つきから回復できるよう支援される必要がある。

4) 家族との連携・協働

社会的養護をうけることで、物理的に家族と離れた生活空間が提供されるが、心理的に家族のつながりが絶たれるわけではない。結果として不適切な養育をしてしまう家族の生きづらさに寄り添い、家族が子どもの育ちを支えられるよう支援することが重要である。

5) 継続的支援と連携アプローチ

児童福祉法に基づいた支援は原則として満 18 歳で区切りを迎える。社会的養護を受けられなくなった後の子どもの支援（アフターケア）や、施設外の支援者とのパートナーシップによる子どもの支援ネットワークを構築しなければならない。

6) ライフサイクルを見通した支援

社会に自立したあとも、結婚・出産・子育て等人生上の節目とともに喜びんだり悲しんだりする支援者のあり方が求められる。

3. 社会的養護における養育形態の違いとそれぞれの特徴

社会的養護として様々な養育形態があるが、それぞれの特徴があり、子どもの安全・安心の確保と自立の促進にむけた養育形態の選択が重要となる。

1) 地域との関わりがある養育形態

①生活環境に家族機能がある養育形態

家族構造が生活環境に内包され、地域の中に家庭として存在している養育形態である。子どもは子どもの家族（原家族）とは異なる家族と生活する。子どもによっては原家族とは違う生活文化や関係性に戸惑い、情緒的な混乱を来すこともある。

- ・ 養育里親：要保護児童を家庭で養育する委託をうけた里親。期限は原則として実親の元へ家庭復帰できるまで、あるいは 18 歳になるまでであり、戸籍上の養子縁組は行わない。
- ・ 専門里親：非行や障害のある子ども等一定の専門的ケアを必要とする子どもを養育する里親。養育里親経験者や児童福祉分野の経験があり、専門研修を終了した里親だけが登録できる。
- ・ 親族里親：児童の親が、死亡、行方不明、拘禁、入院や疾患等の理由で養育できない場合の 3 親等以内の親族（祖父母、叔父、叔母など）の里親。
- ・ ファミリーホーム（小規模住居型児童養護事業）：養育里親や元児童養護施設職員等、子ども養育経験をもつ人が家庭的な生活環境で 6 人以下の子どもを養育する生活形態。

②生活環境に家族機能をもたない養育形態

i：子どもの人数が比較的小規模で、地域と密着している養育形態（家庭的養護（Family liked Care））

6 名以下の子どもと、支援者とが地域社会の中で分散して生活する養育形態である。支援者は夫婦等の家族構造を持たず、子どもは「施設に所属している」という意識が強くなるが、原家族との関係への葛藤は施設内に家族構造がある場合と比較し比較的軽微となる。

- ・ 地域小規模児童養護施設：定員 6 人で地域の住宅地などにおかれるグループホーム。
- ・ 小規模グループケア：乳児院や児童養護施設内ではあるが、最大 6 人を原則に 1 人部屋又は 2 人部屋の居室と、居間、キッチン、浴室、洗濯機、トイレなどの家庭的な設備を設けるとともに、グループ担当の職員を置き独立した生活環境となっているケア形態。

ii：子どもの人数が比較的多い養育形態（施設養護（Residential Care））

7 人以上の集団を生活単位とし、複数の生活空間が集合した施設で生活する養育環境である。近隣の学校へ通学し、地域との交流も行われる一方で、施設内での行事等集団活動もある。職員との関わりは希薄になりやすいが、大人を怖がる子どもには過ごしや

すい面もある。

- ・ 乳児院：主に1歳未満の乳児を養育するが、必要がある場合には小学校入学以前の幼児も養育することが出来る。
- ・ 児童養護施設：1歳以上18歳未満（場合によっては20歳まで延長できる）の児を養育する。規模によって以下の3つに分類される。
 - 大舎制 1舎につき20名以上の子どもが生活する施設。
 - 中舎制 1舎につき13人～19人の児童が生活する施設。
 - 小舎制 1舎につき12人までの児童が生活する施設。

2) 地域から遮断されている養育形態

生活環境に学校を併設し敷地内から出ないことにより、非行への誘いやインターネット環境への不適切な曝露など社会の刺激を隔絶し、保護された環境下で生活することが必要な場合積極的に利用される。

- ・ 児童心理治療施設：心理的問題により日常生活に支障がある子どもに、医療的・心理的な配慮した生活を基盤とし、学校教育との緊密な連携による総合的な治療・支援を行う施設。
- ・ 児童自立支援施設：不良行為を行ったか、そのおそれがある児童、家庭環境等の環境上の理由により生活指導が必要な児童に必要な指導を行い、自立を支援することを目的とする施設。

4. 子どもと家族との適切な距離を模索する社会的養護

前述の通り、社会的養護の利用は、「原家族との適切な距離」をとるための一手段に過ぎない。家族との不適切な養育環境に苦痛を感じつつも、原家族から見捨てられる恐怖感は強く、「自分を犠牲にしても親を支えたい」と訴える子どもも少なくない。子どもに安心して過ごせる環境を提供することで、子どもが家族の意志に左右されない自尊心を身につけ、どのような距離で自分の家族と関わってゆけばよいかを苦悩することに、支援者が寄り添い続けることが重要である。

本来社会的養護はできる限り短期であることが望ましい。子どもの安全が確保されたことに安心し家族調整が停滞する場合もあるが、子どもに「永続的な家庭」を保障する（パーマネンシー保障）を念頭におき、可能な限り家庭復帰支援に尽力するとともに、家庭復帰が困難な場合には、早期に特別養子縁組（夫婦が子どもを引き取り、戸籍上の実の子どもとする養子縁組。実親は戸籍に記載されない）を検討することも重要である。

24. チャイルド・デス・レビュー

チャイルド・デス・レビュー (CDR: Child Death Review) とは、子どもが死亡した場合に、それを全例把握し、予防しえた可能性があったか否かという観点から検証を行い、将来的な同様の死亡を可能な限り減らしていくための施策につなげるシステムである。CDR は単なる小児版死因究明制度でもなければ、虐待死の見逃し防止システムでもない。死亡事例を登録し、疫学的事項を拾うためのものでもない。医師だけではなく、子どもの安全に関係するすべての機関が当事者意識を持ち、亡くなった一人一人の子どもの死を見つめ、その死を無駄にせず、そこから得た教訓を、しっかりと積み上げていくことが何より重要となる。

1. CDR の歴史と本邦の取り組み

CDR は虐待死の見逃し防止を目的として、1978 年にロサゼルス of Durfee 医師を中心として草の根で取り組みが始まった。2000 年のアリゾナ州の CDR チームの報告では、全小児死亡の 29% が予防可能死であることが報告され、虐待死のみならず「予防可能死 (Preventable Death)」という観点であらゆる死亡を CDR の対象とする機運が高まることとなった。米国の CDR に関する研究報告では、2005 年から 2015 年の 11 年間で 164,261 人の子どもの死が検証され、18,603 人の子どもの死に対し 89,040 の提言が発出され、7,431 の提言が実際に履行されたと報告されている。虐待死に関しては、2005-2009 年の 5 年間に 1020 の提言が出され、109 の提言が実行に移され、施策の改善に結びついたと報告されている。このような課題解決の“見える化”がなされることが、着実な変化がもたらされているとの認識に繋がり、CDR の取り組みをさらに強化することになっている。

英国では 2006 年に子どもの死亡登録・検証に関するパイロット研究 (Why Children Die) が施行され、26% の小児死亡事例で予防可能な要因が明確に存在していたと報告され、2008 年 4 月に CDR が立法化されている。国際子ども虐待防止学会 (ISPCAN) の最新の調査では、アフリカ諸国・アジア諸国の 43%、ヨーロッパ諸国の 50%、北米の 60%、南米の 50%、オセアニアの 100% の国々が CDR の取り組みを進めていると報告されている。2018 年末には WHO が「関係機関における小児死亡の監査 (実態把握) と検証のための運用ガイド」を作成し、小児死亡監査として CDR を実施することを各国に推奨するに至っている。

本邦では、2011 年の死亡を対象に、4 都府県で CDR のパイロット研究が実施され、その後 2014-16 年の死亡を対象として、全国規模に広げた拡大パイロット研究が実施されている。その結果、予防可能性のあった死亡の割合は、それぞれ 27.4%、25.0% と報告されており、米国・英国の比率と近似していることが明確化している。

2. 既存の各種の死亡事例検証制度との違いは

CDR はあくまでも、小児死亡の Audit system (監査制度) という側面の強いものである。既存の各種の死亡事例検証ほどには、時間も人も割くことができるものではなく、既存の死亡事例検証の枠組みで検証可能な事例は、積極的にその枠組みで検証を行う必要がある。CDR は、既存の死亡事例検証の対象外とされた事例を補完的に検証する役割を担うものだが、個々の事例に対し詳細な事実認定を行い、個別に検証報告書を作成する性質のものではない。

一方、既存の死亡事例検証は、対象事例の発生毎に集合離散する性質のものであり、検証に基づく提言が適切に実行に移されているかを継続的に追跡することは困難である。地域で CDR が社会実装された場合、それらの提言を引き継ぐことが可能となり、その実施状況を適切に監査しうる可能性は高まる。このように既存の死亡事例検証制度と CDR とは、バツィ

ングするものではなく、互いに相補的な関係性にあるものだ。

3. CDR を行う法的根拠

チャイルド・デス・レビューは、2017 年「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」の衆議院附帯決議において、「虐待死の防止に資するよう、あらゆる子どもの死亡事例について死因を究明するチャイルド・デス・レビュー制度の導入を検討すること」と初めて立法府で言及されたのを皮切りに、2018 年 12 月に成立した成育医療基本法の第 15 条の 2 に「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と、その概念が法律で初めて明記された。さらには令和元年 6 月に成立した死因究明等推進基本法の第七条では「国、地方公共団体、大学、医療機関、関係団体、医師、歯科医師その他の死因究明等に関係する者は、死因究明等に関する施策が円滑に実施されるよう、相互に連携を図りながら協力しなければならない」と規定され、その附則に施行後三年を目途として「死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加えるものとする」と明記されている。

4. CDR の社会実装のために

上記はあくまで理念法であり、実際の実施細則はまだ決まてはいない。令和 2 年度より、群馬県・山梨県・三重県・滋賀県・京都府・香川県・高知県の 7 府県によるモデル事業が開始された段階にあり、それらの結果を受けてより詳細な細則が決められていくことになる予定だが、小児医療者の関与は CDR の社会実装に欠かすことが出来ない。各地域の小児科医たちは、小児医療提供体制の中でどのように CDR を実施しうのかを積極的に模索する必要がある。2019 年に日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会（現在は予防のための子どもの死亡検証委員会）は、以下の提言を行っている（要約）。

1. 日本小児科学会員は、CDR が小児医療の重大な職務であるという理念を共有する必要がある。
 2. 日本小児科学会員は、CDR の実施に際し、臨床医学的な視点と知見を十分に提供し支援協力する責務を有するだけでなく、中心的な役割を果たし牽引することが望まれる。
 3. 日本小児科学会員は、自身の関与した子どもの死に際し、死因究明を尽くし、遺族へのサポートを行うことに加え、積極的な当事者検証を行う努力義務を負う。そのための積極的な自己研鑽が望まれる。
- （4. 5. 学会とその委員会には、学術団体としてその制度の検証と、研修体制の整備が求められる。）

5. CDR を有効なシステムにするために

紙幅の都合上、CDR システムの詳細については、「チャイルド・デス・レビュー（CDR）を地域で社会実装するための準備読本」などを参照していただきたい。

CDR を「自治体から負託された、ごく少数の委員の行う仕事」とし、現場の人間は「面倒な登録作業を行う」だけのものにしてはならない。CDR とは、子どもと関わる全ての大人が「自分たちの地域の子どもの死亡するリスクを、自分たちが能動的に減らしていく」という意識を持ち、進めていかなければならないものである。



CDR 準備読本

CDR の体制整備の議論が進むにつれ、我々医療者にとっては「小児死亡時対応の均霑化」「臨床医－法医連携体制の整備」「他機関との円滑な情報共有の在り方」「一般医療者が行う必要のある遺族対応（含、解剖に関する適切な説明）」など、これまで体制の整備が後手に回っていたと言わざるを得ない課題が、様々に浮き彫りになってくるはずだ。

本邦の CDR はまさに黎明期である。子どもの最後の声を聞き、遺族の支えにもなる真の有効なシステムにするべく、我々が取り組みをしていく必要がある。

25. 重大事例検証

子ども虐待の重大事例の検証については、児童虐待の防止等に関する法律第4条第5項に「国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う」とその義務が明記されている。私達は子どもの専門家として、子どもの代弁者（アドボケイト）として、死や死の危機にさらされた子ども達の声を聴き、繰り返さないための手立てを考え、虐待死や虐待のない世界を目指していかなければならない。

1. 国による検証

2004年の児童虐待の防止等に関する法律の改正を受け、厚生労働省社会保障審議会児童部会に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置され、子ども虐待による死亡事例等の検証が開始された。2005年より検証結果報告が毎年公開されている。

検証の対象は以下の通りである。ここでは司法において事件化されているかどうかに関わらず、広く虐待による死亡と考えられる事例全てを調査している。

死亡事例：地方公共団体が把握した虐待死、新聞報道等がされた子ども虐待死

重症事例：全国の児童相談所が受理した児童虐待事例の中で身体的虐待等による生命の危機に関わる受傷、ネグレクトによる衰弱死の危険性があった事例

国の検証は、個々の事例の集積から、動向や課題等を明らかにする。ここから、乳幼児全戸訪問事業（通称「こんにちは赤ちゃん事業」）、特定妊婦の規定と市区町村への情報提供の義務化等、様々な制度や施策が生まれている。

2. 地方公共団体による検証

2007年の児童虐待の防止等に関する法律の改正によって、都道府県での重大事例検証が努力義務化された。市区町村においては任意となっているが、要保護児童への対応のハブとなる要保護児童対策地域協議会においても、再発を防ぐために検証を行うことが望ましい。2019年に野田市で発生した死亡事例について、野田市は事例検証を行い、報告書を公開している。

地方公共団体における重大事例検証の方法については、手引きが公開されている。検証の対象となる事例については、把握した虐待死事例および国と同様の重症事例である。虐待の「作為」「不作為」は問わず、虐待者についても親権者以外の人物が関与した事例も含むことを推奨している。

地方公共団体による検証は、個々の事例の詳細を学び、地域の対策に繋げることを可能とする。当然のことではあるが、検証は関係する機関や職員を責めるためではなく、同じことを二度と繰り返さないために行うものであり、「これから何をすべきか」を建設的に議論していく必要がある。

3. 過去の虐待事例検証報告

社会福祉法人よこはま博萌会 子どもの虹情報研修センターに過去の地方自治体における検証報告書のリストおよびリンクが掲載されている。



死亡事例等検証報告書



野田市死亡事例検証報告書



地方自治体における重大事例検証の手引き



地方自治体における検証報告書リスト