

乳幼児揺さぶられ症候群について

公益社団法人日本小児科学会（以下「当学会」という）は「乳幼児揺さぶられ症候群」につきまして、社会的な関心が高いことから、たくさんの方々から意見や問い合わせをいただいております。

本件は、世界的な問題でもあり、かつ、子どもの命に係わる問題です。学会員の皆様にも取材等で意見が求められる可能性もあると思われまます。

そこで、日本小児科学会としての立場を会員およびその他の方々にご理解いただきたく、この度、当学会は「乳幼児揺さぶられ症候群」についての質問や問い合わせをまとめました。

質問1) 乳幼児の虐待による頸部外傷 (AHT: Abusive Head Trauma)に関する共同合意声明は、いつ発表されたものでしょうか。「何年何月何日付」というかたちで教えてください。

回答1) 本共同合意声明につきましては、2018年4月に作成された英語の draft をもとに、理事会による審議・承認を経て、当学会として連名に加わる決定を行いました。その後、本共同合意声明は、2018年4月25日に Pediatric Radiology 誌にアクセプトされ、2018年5月24日にオンライン上で公開されました。当日本小児科学会といたしましては、理事会での承認を経たうえで、2018年6月18日に本共同合意声明の抄録を日本語に翻訳して、HPに掲載しております。

質問2) 日本小児科学会が監訳された「赤ちゃんを揺さぶらないで」という三つ折りのパンフレットは、いつ発行されたものでしょうか。やはり、「何年何月何日付」というかたちで教えてください。

回答2) 当学会のHPにも記載している通り、本パンフレットは American Academy of Pediatrics (米國小児科学会) が一般向けに作成した “Prevent Shaken Baby Syndrome (乳幼児揺さぶられ症候群の予防)” の著作権を当学会が取得し、学会内の「子どもの虐待問題プロジェクト (現在は解散しております)」において翻訳したものであり、当学会のHPには2007年8月15日に掲載いたしました。

質問 3) 日本小児科学会の内部に児童虐待について専門に研究や検証するチームは存在するのでしょうか。ある場合、その名称を教えてください。また、メンバーが誰なのか教えてください。

回答 3) 現在、当学会では児童虐待のみについて取り扱いを行う部署はなく、「こどもの生活環境改善委員会」内において、「子どもの傷害予防」「健やかな親子支援」「タバコの害から守る」「性的搾取から守る」「安全安心保育環境」「思春期の保健指導」「安全安心予防接種」などのテーマとともに、子どもの虐待防止に関わる諸問題について委員会活動を行っております。

当委員会のメンバーにつきましては、当学会ホームページに公開されておりますのでご覧ください。

http://www.jpeds.or.jp/modules/about/index.php?content_id=74

質問 4) SBS の診断について、スウェーデン「医療技術評価協議会」(SBU) の調査報告書によると、三徴候（硬膜下血腫、眼底出血、脳浮腫）のみで虐待の有無を判断できるかどうかという問題について、約 3700 件の文献を調査した結果、十分な医学的根拠はないとされたということです。そのことを日本小児科学会は認識していますか。

回答 4) 当学会は小児医療に関する学術団体であり、学会員にはあらゆる分野のサブスペシャリストが在籍しております。SBU 報告書の内容については、その学術的な評価も含めて、当然のこととして十分に把握をしており、そのうえで共同合意声明に連名いたしました。実際、共同合意声明は、SBU 報告書の主たる内容を学術論文として発表した Lynoe N, Elinder G, Hallberg B et al の論文について言及されており (P. 1058)、本声明が SBU 報告書に対してどのように認識しているかは明白です。

質問 5) 上記の SBU 報告書を認識している場合ですが、日本小児科学会として、これまで小児科医たちが行ってきた SBS の診断について、また、これからの診断の方法や基準について、何らかの検討を行ったことがありますか。

回答 5) SBU 報告書の研究方法には多くの欠陥があると指摘する反証論文が多く発表されており、その指摘につきましても当学会としては合意しています。また、英国小児科小児保健学会 (RCPCH、英国において当学会に相応する学術団体です) は、SBU 報告書に用いられた方法論を詳細に検証し、Wakefield らによる誤誘導的な論文 (誤った方法論によって MMR ワクチンと自閉症児とを関連付け、ワクチン接種率

低下という公衆衛生上、大きな不利益を生み出した論文)を引き合いに出し、SBU 報告書を「医学的にも法的にも信頼を置けず、公の出版物から撤回されることを提案する」と結論付けておりますが、当学会も同様の見解です (Arch Dis Child. 2018 Jun;103(6):606-610)。

2018年9月2日～5日に、チェコのプラハで開催された第22回国際子ども虐待防止学会 (ISPCAN) 世界大会でも、この共同合意声明を検証するワークショップ (Workshop 19 / An Evidence-Based Critique of the Swedish Agency for Health Technology Assessment (SBU) Report on Abusive Head Trauma) が開催され、本共同合意声明の妥当性が国際的に認定されました。

また、当学会所属の学会員が行った SBS の診断に関してですが、他のさまざまな疾病について学会員の行う医学診断と同様、個々の事例の診断の妥当性について、学会として検証をする立場にはありません。当学会といたしましては、当学会の学術集会や各分科会・地方会などの学術集会の場で、事例を検討する機会は十分に用意されていると判断いたしております。個々の事例において医学診断の妥当性に関して係争となった場合には、刑事・家事・民事の裁判において審理が行われるものであり、やはり、当学会が個別に検証を行う立場にはございません。

共同合意声明にも書かれている通り、SBS の診断は単純な三徴候をもとに機械的に行う性質のものではなく、小児科医、小児をサブスペシャリティーとする関連科の医師、医療ソーシャルワーカーやその他の多領域の専門家で構成される院内虐待対応チーム (CPT) が、全ての事実と証拠を考慮して行うものであります。社会的診断を含む SBS の診断について、当学会が画一的な診断基準を示すことは、医療現場の判断に介入し、その判断を縛ることに繋がるものであり、現時点で検討は行っておりません。ただし、適切な対応を行ううえで、ある程度の指針を示す必要性が高まった場合には、しかるべき委員会やワーキンググループで、ガイドライン等を検討する可能性がございます。ただ、その場合にも、カナダ小児科学会のガイドラインにあるように「いわゆる三徴候の存在は依然として虐待の存在を強くうかがわせることに間違いはないものの、除外診断を慎重に行い、医学的証拠以外の証拠も収集したうえで、児童相談所や警察・検察とも連携した多機関連携チームによる総合的判断をすること」のような包括的指針を示すこととなると考えております。

質問 6) 病院に搬送された子どもに SBS の 3 徴候が見られたという根拠によって、子どもと一緒にいた保護者が室内での落下、転倒事故を主張しているのにもかかわらず、逮捕されたり、「一時保護」という名目で子ども (被害児童のみならず、その兄弟姉妹も) と引き離されたりするケースが、いくつも報告されています。日本小児科学会として、こうした事態が起きていることを把握していますか。

回答 6) 繰り返しになりますが、個々の事例の妥当性について、当学会としてはコメントを行う立場にはございません。一般論として、虐待を行ってしまった養育者が全ての事実をありのままに述べるとは限らないため、養育者の主張に反して一時保護がなされたり、逮捕がなされたりするケースが生じていることは、当然、想定されます。

当学会の立場としては、共同合意声明にもあります通り、SBS の診断は、加害者の意図の証明や「殺人の診断」といった法的診断ではなく、あくまで、子どもが呈した症状・所見に対する医学的診断です。医療者には、初期段階の医学的スクリーニングで事故や内因疾患で病態を説明しきれず、虐待の可能性があると判断した段階で、医療機関では収集しえない情報を包括的に把握するため、通告を行う必要があります。児童虐待は、児童福祉法および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、疑われた段階で行政機関に通告する義務がすべての国民に課せられております。法律で規定された児童虐待通告に関して、当学会が法律違反を推奨することはありません。

実際に、当学会会員が、子どもが安易に自宅に返された後に死亡した事例や、きょうだいも SBS によって連続して死亡した事例を経験しているという情報を得ておりますし、一部は症例として発表されております。情報のそろわない初期の段階で、患児の安全に最大限の重みづけを置くことは、予後が不良な病態を見る医師の普遍的な姿勢です。情報のそろわない初期段階で子どもの心身の安全を最優先させて加害をしている人に支援を行う立場である医療・福祉がもつオーバートリージ的側面と、情報が揃った段階で加害者を罰する立場にある司法が持つ「疑わしきは罰せず」（アンダー・ジャッジメント）という側面とを混同して議論することは、子どもの健康と命をないがしろにし、社会的不安を助長させる危険性が高いと当学会では考えております。

質問 7) 現在の日本では、児童相談所が「一時保護」の処分を下す根拠として、脳神経外科ではない他科の医師に脳の画像を含む診療記録を見せ、意見書や鑑定書を依頼するケースが散見されます。その専門外の医師の中に、日本小児科学会所属の小児科医も含まれています。脳について専門外である小児科医が、「SBS だから虐待が原因だ」と断定する行為は、医療従事者として妥当とお考えでしょうか。

回答 7) 虐待対応は、極めて包括的な視点が求められるものです。子ども虐待はあらゆる専門領域にまたがるものであり、さまざまな専門科や多くの職種がその専門性について互いに敬意をもって協働し合うことでしか進歩いたしません。「脳神経外科医が専門である」「小児科医が専門である」などの不毛な議論について、当学会は何

らのコメントもするつもりはございません。

ただ、客観的な議論を促進するために事実を述べておこならば、子ども虐待事例では、加害者のみならず、関係者も受傷機転を秘匿した状況で、原因不明の意識障害やけいれん等を主訴として子どもを受診させることが多いため、初診のほとんどは、外科系医師よりも、小児科医（60%）や救急医（20%）が対応にあたっており、脳神経外科が初療にあたることはほぼないというのが実情です（脳と発達 2008;40 Suppl. : S261）。また、典型的な SBS 事例では頭蓋内血腫の出血量が少量のため、手術適応とならないことも多いのですが、ほとんどの病院では、そのような場合、子どもの治療はもとより、虐待の有無の判断に不可欠な、全身の皮膚所見を含む系統的診察、親の説明に合う発達段階であるかの判断、詳細な眼底診察や全身骨撮影等の画像診断の依頼等を含んだ子どもの医学管理や両親への虐待告知などの対応は、主に小児科医によって行われているのが実態です。当学会所属の小児科医が診療にあたることをことさら問題視する前に、ぜひ、実際の医療現場を真摯に見ていただきますよう、お願い申し上げます。

なお、共同声明におきましても、裁判における小児科医と小児をサブスペシャリティーとする医師の役割について言及（P. 1058）されており、国際的にも、子ども虐待に対応するのは小児科医および小児を専門とするサブスペシャリティーの医師の役割と考えられているのは明白です。

質問 8) 上記 7) の質問にある意見書や鑑定書を書いた小児科医の大半は、患者を直接診察せず（被害児とされる子どもが生存している場合）、保護者から受傷時の状況を聞く機会も持とうとしていません。この行為は、医師法第 20 条の、『医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。』に抵触しているとは言えないでしょうか。抵触していないとお考えの場合、その理由をご説明ください。

回答 8) 意見書や鑑定書の作成に関して、当学会の学会員は刑事訴訟法に基づいた鑑定嘱託を警察や検察から受ける場合もありますし、弁護士法第 23 条に基づいた照会を刑事弁護人から受ける場合もございます。いずれも法令根拠に基づいた正当な学識経験者としての活動であり、医師法に抵触しているとは全く解釈されないものです。加えて、警察・司法から求められる意見書や鑑定書は、直接診療をした主治医ではなく、客観的な第三者としての意見や鑑定を求めることが多いものであり、一般的に意見書や鑑定書は最初にどのような資料に基づいたものであるかが提示されます。

一方、医師法第 20 条が規定しているのは、無診察での治療行為の実施、ならびに、

無診察での診断書作成、処方箋交付、出生/死産証明書、死亡診断書/死体検案書などの文書交付の禁止であり、画像記録や診療録をもとに意見を述べる行為は、幅広く行われております。ご指摘の行為を医師法違反とするならば、画像診断医や病理医などの医業は全て医師法違反に該当することとなります。司法に対する意見書や鑑定書は医療行為とみなされるものではなく、医師法に抵触するものではありません。

質問 9) SBS 理論を支持する小児科医が、子どもを強く揺さぶることで、硬膜下血腫が起こるという主張を展開しています。では、日本小児科学会として「強い揺さぶりは、頸椎に損傷を与えることなく硬膜下血腫を起こしうる」という SBS 支持者の意見を信じる、または支えているのでしょうか。

回答 9) 共同合意声明にもあるように、SBS というのは実在する病態として医学界で広く受け入れられている疾病単位であり、特定の小児科医だけが主張しているという類いの病態ではありません。実際に SBS の診断に懐疑的な医師は 4.8%に過ぎません (J Pediatr. 2016 Oct;177:273-278.)。おそらく、この割合はワクチン否定派の医師の割合とそうは変わらないだろうと推定いたします。当学会といたしましても、当然のこととして、『強い揺さぶりは、頸椎に損傷を与えることなく硬膜下血腫を起こしうる』という見解を支持しております。

おそらく、この質問は、刑事弁護人によってしばしば引用される「いわゆる SBS の 3 徴候を起こすために必要な外力が乳児に作用した場合、脊椎損傷を合併する閾値をはるかに超過するはずである」と報告した Bandak の研究論文 ([Forensic Sci Int.](#) 2005 Jun ;30:151(1):71-9.) を想定しているものと推察いたします。しかしながら、この研究は頸部応力の推定に計算ミスがあるなど、信用性に乏しいとされており、実際に、その後、複数の研究者が実施した再検証実験によって、「そのパラメータは Bandak が報告した値の 10 分の 1 未満にすぎなかった」と報告されました。これらの点につきましても、共同合意声明に記載されているものであり、当学会としての解釈や立場はすでに明らかにしております。

質問 10) 現在、弁護士、法学者、脳神経外科医などが集まって「SBS 検証プロジェクト」が立ち上がりました。メディアも追随するかたちで、「3 徴候＝虐待」という図式に疑問を感じ、問題提起を始めています。こうした動きを受けて、日本小児科学会としては、これまで指針としてきた SBS についてのマニュアルの内容見直しなど、検討されていますでしょうか。

回答 10) このような刑事弁護人を中心とした偏向活動に対抗するという、まさしくそのために、共同合意声明が発出されました。実際に『SBS 検証プロジェクト』のHPやブログの内容は、刑事弁護人側のみでの偏った視点で書かれたものであり、SBSに関するこれまでの重要な研究や、実際に行われた雪冤事例に関する調査の最終的な結果については掲載されておらず、偏見を助長するものであると、当学会では危惧しており、いずれ何らかの形で、学会員に注意喚起を行いたいと考えております。

SBS以外で3徴候を呈することがあるかどうかという問題についてですが、高位落下事故や交通事故に限らず、家庭内の事故であっても、硬膜下血腫や非特異的網膜出血は生じ得ます。一方で、暴力的な揺さぶりでも生じる病態である以上、虐待を疑って子どもの安全を守るのは医療・福祉の義務です。また、高エネルギー外傷ではない家庭内事故でびまん性の脳実質損傷や特異的な網膜出血が、家庭内事故の外力そのもので生じることはないというのが、世界中の医学界のコンセンサスでもあります。それらの知見を元に、それぞれの事例に対して医学的に適切な鑑別診断を含む診断プロセスを行って、治療を行うとともに、その子どもの安全を守る行動を取ることが小児科医としての責務と考えております。