

子ども虐待診療の手引き（第2版）

目次

1. 子ども虐待とは.....	1
2. 子ども虐待への対応に関する法律.....	3
3. 身体的虐待を疑う.....	5
4. 乳幼児の頭部外傷（Shaken Baby Syndrome を中心に）.....	7
5. 虐待による熱傷の所見.....	9
6. ネグレクト（neglect）.....	11
7. 医療ネグレクト.....	13
8. 代理によるミュンヒハウゼン症候群.....	15
9. 性的虐待が気になるとき.....	17
10. 虐待している保護者の特徴.....	19
11. 子ども虐待が気になったときの問診.....	21
12. 子ども虐待が気になったときの身体診察・虐待を受けた子どもの身体所見... ..	23
13. 眼底所見の特徴と診察の仕方.....	27
14. 子ども虐待診療における診療記録.....	28
15. 虐待を受けた子どもの放射線所見.....	30
16. 頭部 CT&MRI における注意点.....	32
17. 子ども虐待への初期対応.....	34
18. 子ども虐待の通告.....	36
19. 子ども虐待対応院内組織.....	38
20. 子ども虐待診療における非常事態への対応.....	40
21. 地域のネットワークと要保護児童対策地域協議会.....	42
22. 子ども虐待対応および予防.....	45
23. 通告後の対応.....	48
24. 救急医療の場における虐待への気づき.....	49
25. 保育所・幼稚園・学校健診における虐待への気づき.....	51
26. 乳幼児健診における虐待への気づき.....	53
27. マルトリートメント症候群の長期予後.....	55
28. 社会的養護.....	57
29. 国・地方行政で発表されている虐待関係報告書.....	62

1. 子ども虐待とは

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

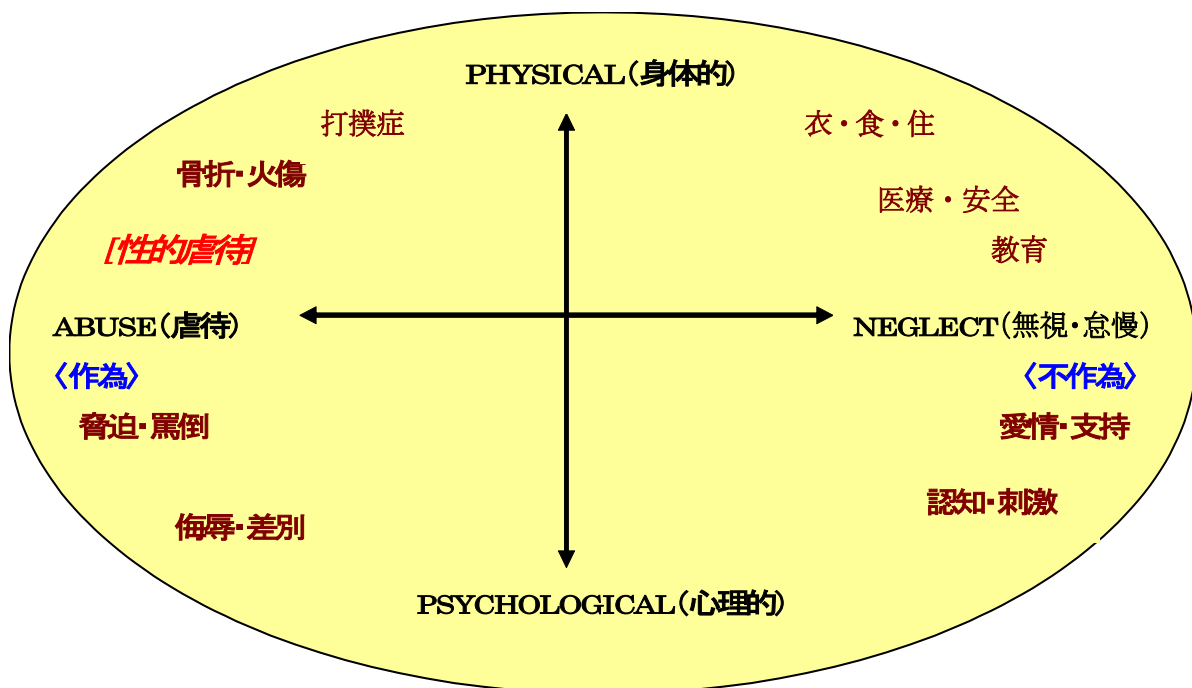
☆虐待とネグレクトのそれぞれに、子どもに発生している事態に応じて、身体的および心理的な下位分類があります。この考え方を視覚的に下図に示しました。

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

☆子ども虐待(Maltreatment)

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

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



子どもの虐待は小児期の重大な疾患です。年間の児童相談所への通告数は4万4千件を越えており、毎年200人近くの虐待死が確認されています。

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

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

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

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

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

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

2. 子ども虐待への対応に関する法律

子ども虐待に関連する法律としては、主として**児童福祉法**と**児童虐待防止等に関する法律**があります。児童福祉法は 2009 年、児童虐待防止等に関する法律は 2008 年に改正されています。その他、**民法**や**刑法**、**DV 法**、なども関係する法律です。ここでは、医療関係者の対応に関連する部分を中心に記載しました。

1. 通告義務

1) 早期発見の義務と疑った時点での通告の義務

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

2) 守秘義務との関係

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

3) 通告者の保護

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

2. 子ども虐待に関しての国および地方公共団体の施策への協力義務

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

3. 児童相談所の権限による親子分離

1) 一時保護と一時保護委託

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

2) 長期分離

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

3) 一時保護中や施設入所中の子どもへの医療行為

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

4. 在宅支援への参加

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

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

5. 加害者の処罰

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

3. 身体的虐待を疑う

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

P. 身体問題

1. 先ず、虐待を考えなければいけない身体問題

以下の状態が同時期に複数存在、あるいは、反復して出現

外傷(痕)、火傷(痕)、骨折、誤飲、その他の事故(溺水など)

輪郭がくっきりしている、パターン化している、小円形の外傷痕・火傷痕

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

2. 虐待も可能性として考えなければいけない身体問題

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

B. 行動面の問題

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

1. 先ず、虐待を考えなければいけない行動問題

幼児

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

小学生

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

中学生・高校生

家出・徘徊の反復

2. 虐待も可能性として考えなければいけない行動問題

幼児

保護者との分離に平気、過剰な警戒心

小学生

集団行動からの逸脱、反抗的言動

中学生・高校生

怠学、暴力行為、性的逸脱行為

身体的虐待を疑ったときの対応

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

ある よく分からない ない → 普通の診療範囲で対応します



あてはまる項目に「P-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
初期対応を行います。



あてはまる項目に、「B-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
初期対応を行います。



あてはまる項目に、「P-2」・「B-2」両方の項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
初期対応を行います。



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

十分は納得できない よく分からない 十分納得できる



子ども虐待を
否定できません。
保健師へ連絡します。



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

ある・よく分からない ない



子ども虐待を否定できません。
保健師へ連絡します。



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

4. 乳幼児の頭部外傷 (Shaken Baby Syndrome を中心に)

虐待による頭部外傷は、医療機関が係わる 경우가多く、また、死亡に至ったり、後遺障害を残したりすることの多い虐待の形です。特に乳児の頭部外傷は、事故と虐待との鑑別が必要になるので、ここで特別に取り上げておきます。以下のことを参考に虐待の判断をしてください。なお、親の説明と病状との矛盾、受診の遅れの有無の判断、全身診察の必要性、などに関しては一般的な身体的虐待と同じですので、そちらを参考にしてください。

1. 頭蓋骨骨折

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

2. 乳幼児の頭蓋内出血

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

3. 致死的な頭部外傷

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

4. 乳幼児揺さぶられ症候群 (Shaken Baby Syndrome, 以下 SBS)

1) SBS とは

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

2) 好発年齢

- ・乳児に多いが、年長の子どもにもみられたという報告がある。
- ・乳児で SBS が多く発生する理由
大人が簡単に揺さぶることの出来る大きさである。
大きな頭とそれを支える首の筋肉の弱さ→揺さぶられる時の頭の動きが大きくなる
相対的に多い脳脊髄液、髄鞘化が未熟、柔らかい縫合

3) 臨床症状

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

4) 臨床所見

(1) 頭蓋内出血

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

(2) 網膜出血

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

(3) 脳実質の障害

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

(4) その他の所見(以下の所見は存在しないことも多い)

- ・骨折…子どもが強く握られたり、子どもの四肢が振られたりぶつかったりすることによって、肋骨骨折、長管骨骨折、長管骨骨幹端骨折を伴うことがある。
- ・皮膚外傷…揺すられてぶつけられた場所に、皮膚外傷がみられたり、握られた胸の部位に、指のあとの内出血が存在することもある。

(5) 予後

- ・致死率は 15%、障害を残す率は 50%以上。

(6) SBS が疑われる症状があるときには

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

5. 虐待による熱傷の所見

身体的虐待の外傷痕の基本的特徴

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

虐待による熱傷の特徴

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

熱源別特徴

①タバコ・車のシガレットライター

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

②家庭用品

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

③加熱液体(熱湯など)

- a. 乳幼児において熱湯による熱傷は、不慮の事故による熱傷の原因としても多い。63.8℃のお湯では1秒間の接触でⅡ度熱傷を起こし、10秒間の接触でⅢ度熱傷までおこすことが知られています
- b. 不慮の事故と異なり、回避・逃避行動がないため、液体による熱傷なのに、境界が明瞭であり、熱傷の重症度が一定という、最大の特徴があります
- c. 不慮の事故による液体熱傷では一般に経験されない部位、すなわち、躯幹～臀部、四肢などに存在する等、部位的特徴もあります。
- d. 旧式の風呂などのお湯に浸けられると、上部の湯温が高く、下部の湯温は低いために、熱傷の上部部位が境界明瞭・熱傷度均一、左右対称であり、下部になると熱傷度も軽くなり、不均一になるという特徴があります。
- e. また、被虐待児が抵抗できないとはいえ、身を丸めて痛みをこらえるなどの動作にて、腹部の皺部分は熱傷度が低いために、皺に沿って健常皮膚が残ったりすることも特徴です。或いは、もがいて手足の熱傷度が軽いことも経験されます
- f. 熱傷部の上部が境界明瞭であり、熱湯が飛び散ったための熱傷痕(splash burn)がないことが特徴です。
- g. 臀部から熱湯に浸湯されると周囲の熱傷度が強く、中心部の熱傷度が弱いために、ドーナツ現象と呼ばれる熱傷を起こすことも、虐待の熱傷として知られています
- h. 手足を熱湯に浸湯されると、手は手袋(グローブ)状に、足は靴下(ソックス)状に一樣に熱傷することも、虐待に特徴的な熱傷として知られています
- i. 口腔内熱傷は、乳幼児では余り起こりえない熱傷ですから、口腔内熱傷(特に軟口蓋や口蓋垂や咽頭壁などまで)の場合には強く虐待を疑うべきで、加熱液体を無理矢理飲まされた可能性があるといえます。

④その他

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

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

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

6. ネグレクト(neglect)

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

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

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

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

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

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

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

発達に必須な情緒的ケアを与えない[愛情剥奪症候群、情緒ネグレクト]

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

子どもの安全を守るために必要な監視を怠る[環境ネグレクト]

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

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

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

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

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

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

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

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

捨子、親子心中の道ずれ 最近では保険金殺人[遺棄・殺人]

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

その一方で、最近母親が我が子に保険金をかけて殺害する事件がおきました。

保護者の養育能力を評価することが必要です。

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

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

ネグレクトに気づくために

ネグレクトされた子どもの身体的特徴

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

ネグレクトを受けた子どもの精神的特徴

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

ネグレクトを受けた子どもの行動面の特徴

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

7. 医療ネグレクト

子どもの心身の健康に対して、有害な被害を起こす可能性のあるものとして、日常診療で経験するものとして 10 種類の例を、①医療ネグレクトの程度(保護者の子どもの健康や医療上の問題へのネグレクトの程度)を縦軸に、②子どもの健康および疾病の重症度(子どもの生命・身体の危機、子どもの心身の健康についての危害の程度)を横軸に設定し表した図が提案されています(図1)。このような事例に対して、A:保護者に説明・説得し、関係機関で見守りを行う。B:医療機関が保護者に必要かつ適切な医療ニーズを説明し、保護者がそれに従って対応するように促す。C:主に対応は保護者の判断に委ねられる。D:保護者が一定の説明・説得、あるいは事実関係を了解した上でも必要な医療行為を拒否・忌避、あるいは不履行の場合、法的対応による介入、あるいは介入することを検討する、と4つの対応が考えられています。

医療現場における対応への基本的な考え方は、子どもの最善の利益を考えることです。そのため必要な医療行為が保護者に拒否された場合の対応策が必要です。医療ネグレクトの判断は、以下の5つの認識の共有に始まります。

- ① 子どもが医療行為を必要とする状態にある。
- ② 医療行為をしない場合に不利益を生じる可能性が高い。
- ③ その医療行為の有効性と成功率に高さが認められている。
- ④ 保護者が要望する治療・対処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を説明している。

子どもにとって必要な医療を親が受けさせないために、子どもの生命をおびやかす、あるいは健康に重大な被害を与える可能性をもたらす危惧を抱かせる状況において、厚生労働省から都道府県(指定都市、児童相談所設置市)の児童福祉主観部(局)長に、技術助言として通知(平成24年3月9日雇児総発第0309第2号)が行われています。平成24年4月施行の親権停止制度(改正民法)を活用するもので、医療機関が医療行為を行うに当たって親権者等の同意が得られないため、適切な医療行為ができない場合が対象となります。具体的には、対象事例に対し「児童相談所長が家庭裁判所に親権停止の審判を請求し、審判の確定により親権が停止した後、未成年後見人又は親権を代行する児童相談所長が医療行為を同意することにより、医療機関が必要な医療行為を行うことができる」というものです。同時に、子どもの生命・身体の安全確保のため緊急の必要があるときは、親権者等の意に反しても、児童相談所長等による観護措置をとることができることが児童福祉法においても明確化されました。この通知では、時間的緊急性により、親権停止審判による措置、親権停止の保全処分による措置、児童福祉法による緊急措置の3つの対応の流れが紹介され(図2)、子どもを守るための法整備の前進ととらえられます。

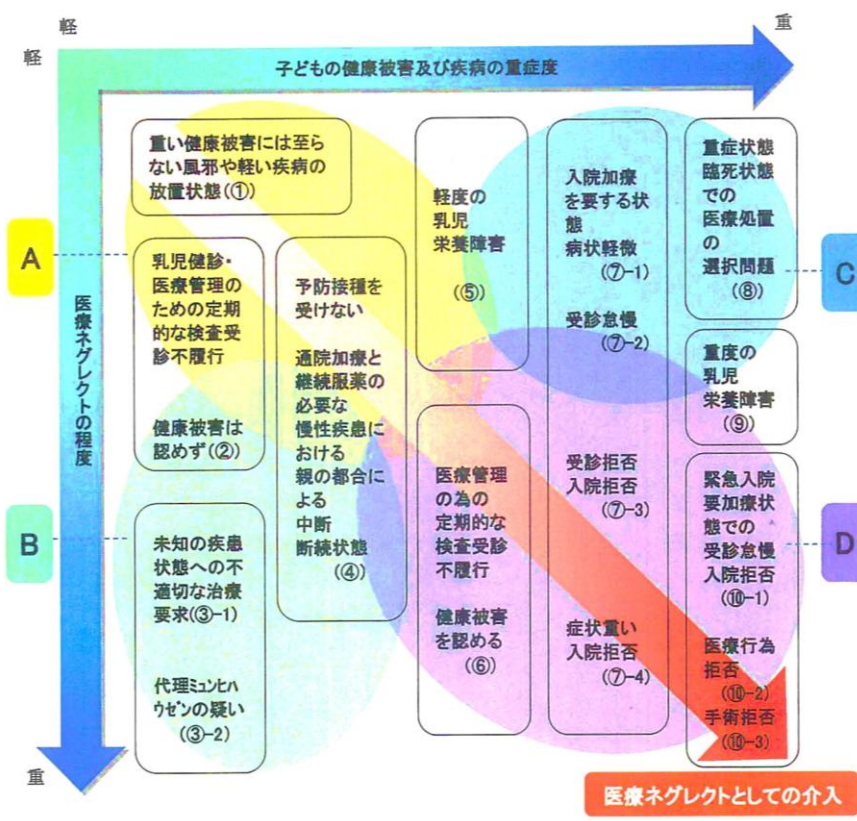


図 1. 医療ネグレクトの基本的な考え方

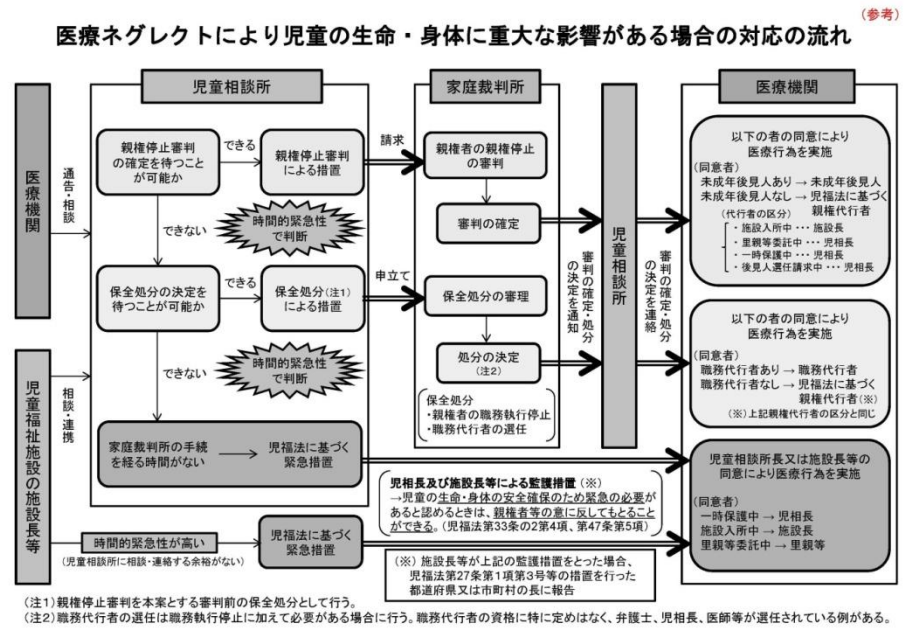


図 2. 医療ネグレクトにより児童の生命・身体に重大な影響がある場合の対応

日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4
 日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2014.3 修正

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

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

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

MSBPのタイプ

1. 虚偽による訴え

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

2. 捏造による訴え

1) 検査所見の捏造

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

2) 身体への人為的操作による症状捏造

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

MSBPの一般症状

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

臨床症状の特徴

症状の確認が困難な、発作的要素を持つ症状が多く、加害者への問診が中心となる。

医学的な知識があれば、症状を作りやすく、かつ劇的な所見を呈するものが多い。

(母親は、熱心な母親を演じながら、医師からこのような情報を得ている)

MSBPを疑う徴候

- ① 持続的、あるいは反復する症状(病気)
(「これまでに診たことがない」というような、非常に稀な症状であることがある。そのために、様々な検査がおこなわれる。)
- ② 子どもの全身状態は良いにもかかわらず、養育者は危機的な症状や重篤な検査結果を伴う病歴を訴える。
- ③ 子どもの側を離れようとせず、よく面倒をみているようにみえるが、重篤な臨床状況に直面してもあわてるそぶりがみられない。
- ④ 養育者と分離をすると、症状が落ち着く。
- ⑤ 通常の診療において有効な治療が無効である。
- ⑥ 過去にいくつもの医療機関を受診している。(その過程で、加害者は医学的な知識を増やしている)

原因不明のけいれん、意識障害、呼吸障害などがあり、薬物による症状を疑ったときは、血液・尿など採取し、検査することが必須です。麻薬、覚醒剤、興奮薬、向精神薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、農薬などのスクリーニング試薬が市販され、高度救命救急センターなどで検査が可能です。より詳細な検査は、大学法医学教室や警察の科学捜査研究所などで可能です。

MSBPの診断の手順

- ① 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情報を得る。
- ② 医療機関だけでなく、保健所・保健センター、福祉機関(市町村ケースワーカー、保育園など)、学校など、これまでにかかわった機関から情報を得る。情報収集し、戦略を立てるために、関係機関の間で、ネットワークミーティングを開くことが望まれる。
- ③ 直接保護者(加害者と思われる)から、これまでの病歴を詳細に聴取する。(できる限り、ビデオやテープに記録する)
- ④ 入院中はできるだけ、養育者と子どもだけにしないようにし、できれば気づかれぬようにビデオカメラでもモニターする。
- ⑤ 子どもを養育者から分離して、少なくとも3週間は観察する。児童相談所および弁護士と協議し、一保護委託を検討するとともに、その後の法的な対処も準備する。

様々な病気の作成方法

出血	ワーファリン フェノールフタレイン 本人以外の血液(生理血・動物など) 故意に子どもに出血させる 血液以外の物質を使う(絵の具、染料、ココアなど)
けいれん	虚言 薬物投与(フェノチアジン、炭化水素化合物、塩、イミプラミン、テオフィリン) 絞首による窒息/頸動脈圧迫
抑うつ状態	薬剤(抗精神薬、抗けいれん薬、インスリン、アスピリン、アセトアミノフェン など)
呼吸困難	手による呼吸路の圧迫、薬物投与 虚言
下痢	フェノールフタレインその他の下剤 塩分の投与
血尿	生理血や動物の血液を混入させる、血液以外の物質を使う(絵の具、染料、ココアなど)
蛋白尿	粉ミルクを混入する
嘔吐	催吐剤の投与 虚言
発熱	虚言 こする
発赤	薬物 ひっかく 腐食剤 絵の具

日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4

9. 性的虐待が気になるとき

性的虐待とは、児童虐待の中でも子どもの発達段階に不適切に加えられる性的被害であり、加害者の性的満足あるいは支配欲を満たす卑劣な行為です。成長期の子どもにとって性の安全が侵害され、健全な性の発達が権力や立場上有利な人物に脅かされ、計り知れない心の傷をもたらしうる出来事です。傷がないとか、性器の挿入がされていないということが被害がないことにはなりません。日本では事例として上がっているのはまだ氷山の一角であると言われています。女兒のみならず男児も被害児になりうることも見逃してはなりません。また被害時の年齢も様々です。小さいうちから徐々に慢性的に被害を受けているとなかなか気づかれず、被害児本人も価値観が形成されないうちの被害のため、無意識に加害者をかばって事実を隠すことも想定して対応すべきです。

性的虐待の開示：

親からの被害では非加害親に打ち明けることがあります。それが加害者に知られるとかえって被害を大きくする場合があります。養護教諭や学級担任に相談や開示があった場合は、周囲に知られるなど事を大きくしないように配慮しながら、医療機関との連携を取り、保護が必要なケースでは児童相談所に通告します。学校、塾等での被害の場合は、医療機関に相談があれば、警察や児童相談所と連携して対処します。

医療機関での診察のプロトコール：

1) 時間をかけて全身診察を行う

性的な被害といっても性器だけに加えられるとは限りません。触れられるだけでなく、性的な行為を要求される場合や、性的な行為やものを見せられる場合には身体には何の変化もありません。しかし、全身診察をすることによって、何かを咥えさせられたことを開示したり、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ます。身体的被虐待児と考えられる場合でも性的虐待が隠れている場合があります。

性器診察だけをすべきではないのは、その他の部位から診察することによって、見たり写真を取ることに慣れてもらうことや、他の部位の診察から被害につながる証言が得られることがあるためです。緊急で診察をする必要があるケースは少なく、本人に同意を得て、落ち着いた環境で行います。

性器の診察は同意を得たうえで本人のペースに合わせて行います。診察の結果によって二次被害を起こさない細心の配慮が必要です。

2) できれば同性診察が好ましい

専門家に身体を診てもらうことで、被害児が身体には問題がないという安心感を持つことが大事で、加害者と同性的診察医ではないほうが好ましいが、本人の同意が得られれば構いません。

3) 原則として親は同席しない

幼少のため、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す。

4) 質問はオープン・エンディッド・クエスチョンで

なるべく何度も同じ事を聞かないように1回の診察でなるべく多くの情報が得られるようにします。イエス・ノーではなく、オープン・エンディッド・クエスチョンで情報を引き出します。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ます。幼少児では、うまく話せないことがあります。なるべく本人の言葉で語ってもらいます。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す。被害を警察に届けて訴える手続きには、全身診察、司法面接を経て、意見書を提出しますので、必要に応じて検査を行います。所見の記録は、診療録だけでなく、全身の各部位の写真、外陰部については可能であればコルポスコープで写真やビデオを撮ります。また診察の様子はビデオには撮りませんが、筆記記録を取りながら診察することを避けるために録音をしたメディアを保存します。これらは全てその子に判るように説明します。問題がなければそのことをきちんと告げて、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す。

検査と治療:

- 1) 性感染症 クラミジア検査、淋菌検査・HIV 検査等
帯下が多いなど症状が疑われる場合は、ジスロマック 1000mg/1回を処方
尿の培養、および検鏡で淋菌や精子が見つかることもある
- 2) 妊娠検査
尿の妊娠反応検査を行う
精液に触れる行為から2週間以内の場合は緊急避妊薬(ノルレボ)の処方をして妊娠を回避する
- 3) その他
後からいつでも必要に応じて検査や治療ができることを告げる
性感染症や妊娠については被害から時間が経っていない場合は、2~3週間後に再検査を行う

診察所見とその対応:

- 1) 身体的訴えから
性的虐待だけでなく身体的虐待を受けていないか
- 2) 性器の診察から
小さい子では傷がなくても性被害がないことにはなりません
四つん這いの姿勢と仰向けの姿勢で処女膜の欠損の有無を確認します
- 3) 性感染症の症状
HIV、梅毒、淋菌、クラミジア、ヘルペス、扁平コンジローマなどの性感染症は性交によって生じるので、思春期前の性感染症では性的虐待の可能性を考えなければなりません
- 4) 妊娠
母体保護法第14条2項によって妊娠11週6日までは妊娠初期中絶、妊娠21週6日までは中期中絶が可能です。それ以降では出産までのケア、新生児の受け入れ先の確保などが必要です

終わりに

性的虐待を受けた子どもは、身体に傷がなくても自尊感情の低下や性嫌悪など生涯にわたる被害を受けます。子どものいうことだからと見過ごさないで性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切です。

10. 虐待している保護者の特徴

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

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

虐待者も幼少時の被虐待経験を持つことが多いと言われてはいますが、把握しがたいのが現状です。しかし、一方で虐待をしやすい親、受けやすい子どもの特徴が明らかにされてきています。

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

虐待が推察される親の行動

- ①. 子どもの軽微な症状で、しばしば外来や救急外来を受診している。
どうして連れてくるのか、受診するのかなど考える。SOS のサインであることがあります。
- ②. 症状が前から出ているのに、受診が遅れがちである。
- ③. 育児についての誤った知識(確信)を持っているようにみえる。
外来の健診、診療中に備え付けのおもちゃをなめる。母親が「人様のものを、なめるんじゃないよ」とたしなめ、児が「気をつけ」の姿勢をとる。
- ④. 子どもを怒鳴りつけ、あたりまえと感じているように見える。
病院の外来でどなりちらす、片手で引きずっていく。診察室の中では気づきづらく、看護師と医師との意思の疎通、医療機関の中での連携が必要です。
- ⑤. 医療スタッフに対して攻撃的であり、通常の信頼関係を築きづらい。
- ⑥. 状況の説明に一貫性がなく矛盾していたりする。
自分から状況を説明するのを渋ったり、ごまかして言い逃れをしようとしたりする。
医師と看護師に言うことが違う。
- ⑦. 医師の診断・治療に対して相応な関心を示さない。
直ちに治療をし、治すことを要求する。
逆に、説明に納得せず、治療を拒否する。
重篤な状態であるとの説明にも無反応である。
- ⑧. 親の知的な問題、鬱状態、幻覚妄想状態など精神病が疑われる場合。

その他の虐待や放置をする親にしばしば見られる行動様式や問題点

- ①. 厳しい体罰を当然であると考えている。
- ②. 親自身に虐待を受けた既往がある。
なかなか得られにくい情報である。保健所・保健センター保健師や市町村のケースワーカーが把握していることがある。
- ③. 親しい隣人や親戚がおらず、孤立した生活を送っている(自分から拒否する、周囲から見放されるなど)。
- ④. 親にとって意に添わない子(望まぬ妊娠、育てにくい子など)で、子どもに対する回避感情が強い。

- ⑤. 子どもに心理的に過度に依存しており、子どもに慰めや安心・満足を求めている。
それが満たされないとその不満を子どもにぶつける。(役割逆転)
子どもを学校に行かせず、幼い兄弟の面倒をみさせている。
- ⑥. 一貫した子どもへの養育態度がなく、子どもが親の期待通りに行動できない時に、子どもを脅し、体罰を加える。
- ⑦. 子どもの正常な発達に無関心で、たとえ教えられても理解していない。
ことばが遅いことを全く気にしない。保育園で発達の遅れを指摘されても気にしない。
- ⑧. 母親が加害者の場合には、母親自身が夫からの暴力の被害者であることがある(DV)。
母親の外傷、夏場でも長袖を着ていることなどに注意が必要である。また、夫からの直接の暴力がない場合も、夫が育児に無関心、家族を顧みない、経済能力がない、など母親を追い詰めている場合がほとんどである。
- ⑨. 生活に過大なストレス(経済的困窮、夫婦不和、育児困難など)がかかっている。

虐待を疑ったときの養育者に対する接し方

信頼のおける人が中心となって、看護師・医師・MSW などの連携で戦略をたて、誰もが同じ事を聞かないようにする。多職種専門チームによる対応が望ましく、誠実な態度で、十分に話を聞くという態度がたいせつである。

司法面接 (forensic interview) 制度の確立が望まれ、弁護士など法曹界の関与を求めていくことも重要である。

- ①. 保護者から虐待についての告白・動機・故意かどうかなどを無理に引き出そうとしない
無理にすると、保護者は責められている、非難されている、罰せられるなどと感じ、信頼関係を築きづらい。
- ②. 保護者のあいまい、不自然な説明をひとまず受け入れ、保護者の苦勞をねぎらい、子どもの治療や必要な検査を、一緒に進めて行く。
- ③. この時点では、「虐待」という表現は刺激的過ぎる。家族の状況、保護者のパーソナリティなどの情報を収集し、戦略をたてる。
- ④. 一緒に考えて、協力していまの虐待が起こる環境を変えてゆく努力をする。親子分離も、親への罰ではなく、状況を変える手段である。親から信頼されるように、支持的に対応する。

虐待をする親を「親のせいだ」と責めたり、「親が悪いから」と罰したり、批判しないように
虐待する養育者にも、虐待をしてしまう何らかの理由がある。
虐待をしてしまう親にも、援助が必要である。

11. 子ども虐待が気になったときの問診

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

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

外傷

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

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

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

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

やせ、不潔、無表情、外来で泣きやまないなど

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

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

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

妊娠・分娩・出生・発達歴、検診の受診状況、予防接種歴、既往歴、家族歴、など

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

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

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

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

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

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

子どもへの問診

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

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

12. 子ども虐待が気になったときの身体診察・虐待を受けた子どもの身体所見

子ども虐待が気になったときの身体診察

全般的留意点

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

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

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

身体計測(身長・体重)

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

外傷の記載法

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

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

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

虐待を受けた子どもの身体所見

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

体重増加不良：

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

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

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

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

低身長：

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

皮膚の損傷：

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

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

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

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

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

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

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

鼻：鼻出血、鼻中隔変形、異物などが見られます。

口、口腔：上下の口唇小帯、舌小帯の裂傷、歯の外傷、齲歯の存在が重要です。

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

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

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

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

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

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

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

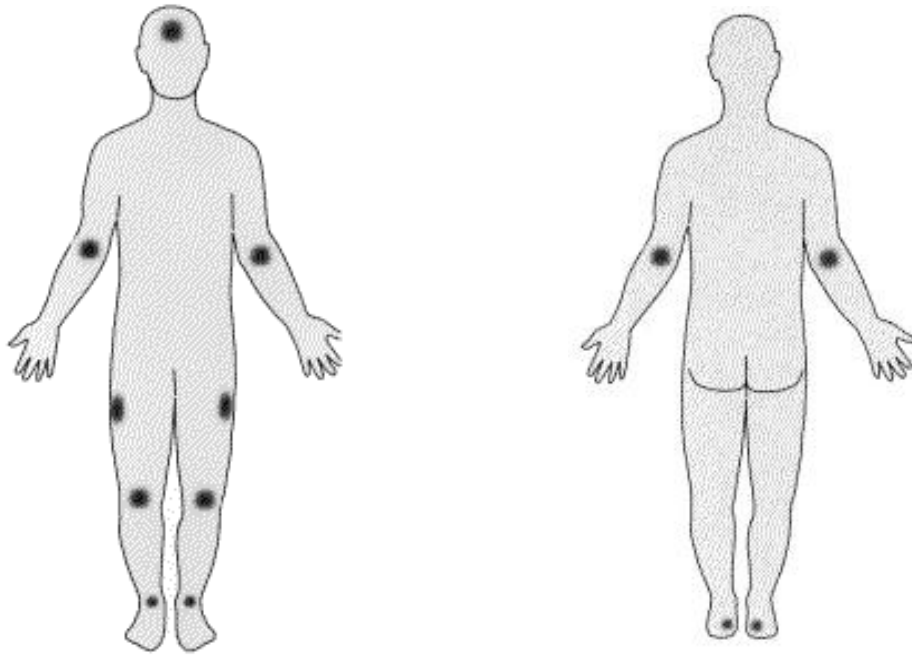


図1 事故によってケガをしやすい部位

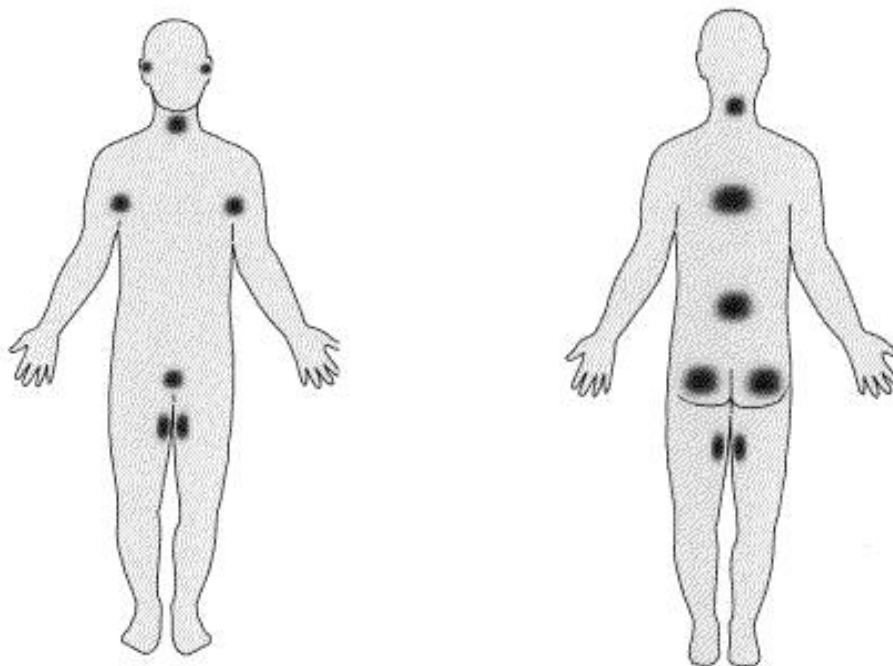


図2 虐待によってケガをしやすい部位

13. 眼底所見の特徴と診察の仕方

「虐待による乳幼児頭部損傷」(Abusive Head Trauma in Infants and Children: AHT)症例において、眼所見、特に網膜出血は、頭蓋内出血・脳実質損傷・骨折等と併せて極めて重要です。網膜出血は揺さぶられた乳児の約 85%に認められるもので、回転性加速度減速度運動が反復する暴力的揺さぶりによって発生するため、AHT を診断する上で眼底検査は非常に重要です。

眼底所見の特徴

☆網膜出血の有無の記述だけではなく、網膜出血の形状・数・深さ・分布の記述が不可欠です。

☆鋸状縁に及ぶほど広汎で多発性・多層性・多形性の網膜出血は、白血病や致命的な事故損傷を除き、AHT に特異的とされています。また、網膜分離症、網膜ひだといった所見も AHT に極めて特異的とされています。

☆眼底後極に限定して少数の網膜前・網膜内出血を認めるものは非特異的な網膜出血で、出産時や、転倒転落などの事故でも生じる場合がありますので、安易に虐待と診断してはいけません。

☆頭蓋内出血、特にクモ膜下出血に伴うことがある Terson 症候群や、急激な静脈圧上昇によって発生すると考えられている Purtscher 網膜症が小児で生じることは稀と言われていますが、きちんと鑑別するためにも、眼科医に倒像鏡眼底検査をしてもらってください。

診察上の注意点

☆神経線維層の火焰状出血などは 24 時間以内に消失してしまうこともあり、また、逆に入院後に出血所見の増悪を認める場合もあるため、入院後 24 時間内、遅くとも 72 時間までには必ず眼科医によって倒像鏡眼底検査が行われることが必要です。

☆直像鏡では後極近辺しか観察できないうえ、眼科医以外の医師による網膜出血の診断は精度 80%程と言われます。必ず、眼科医に倒像鏡で眼底検査をしてもらってください。

☆散瞳薬の使用が神経学的評価に支障を来す可能性がある場合は、短時間作用型の散瞳薬を用いて片眼ずつ検査するなどの工夫をして、眼底検査を実施してください。

☆もし、被害児が死亡した場合、生前に眼底検査を施行できなかったとしても、死後 72 時間内であれば、倒像鏡による眼底検査が可能です。ただし、これは司法解剖に代わるものではありませんので、AHT が疑われる子どもが死亡した場合は、司法解剖の際、視神経を含めた眼窩内容物の摘出を行ってください。眼球摘出後は、義眼を挿入するか、眼窩にガーゼ等材料を詰めて縫合することで、整容上の問題はほとんど克服可能です。

可能であれば、RetCam、Kowa、Nidek などの乳児用眼底カメラ等を用いて眼底写真を撮影します。写真撮影が困難な場合は、客観的な所見を記録してください。所見は、網膜出血の有無・部位、出血の形状や大きさ、その他認められた所見を記載します。

14. 子ども虐待診療における診療記録

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

1. 診療記録(カルテ)の記載

相手が話したことばをそのまま、誰が話したかと一緒に記載するのが原則です。

1) 問診に関して

- (1) 聞いた内容の話し手は誰なのかを必ず記載します。母親なのか、父親なのか、祖母なのか、などです。
- (2) 保護者(相手)が話した通りのことばでそのまま記載します。
『弟が机から患児の腹部に飛び降りた』ではなく、「弟が机の上から飛び降りたら、この子のお腹に当たってしまったようです」など。
- (3) 外傷・熱傷の場合、受傷状況について、保護者がどうしてそう思うのかを尋ね、保護者の言ったことばの通りに記載しておきます。

2) 子どもの所見に関して

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

- (1) 外傷は、部位、大きさ、形、色、パターン、広がり、数を記載しておきます。
(例)「右頬部に直径4cm 前後内出血斑が1個あり。不定形。暗紫色。」など
- (2) カルテに外傷をスケッチし、そこに色名を書き込むこともいいでしょう。外傷が多発性である場合は、人形図に書き込むことも考慮します。
- (3) 治療を必要とするものだけではなく、治癒過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも見落とすことなく記載することが肝腎です。

3) その他

- (1) 診察中、気になる保護者の言動がありましたら、それをそのまま記載します。この場合、こちらの判断が入らないように注意します。
(例)「子どもの身体診察中、両親は少し離れたところに立って、二人で仕事の話をしていた」などと記載する。
- (2) 患児やそのきょうだいが何か話したり、その態度・行動で気になることがあったりしたときは、それもそのまま記載します。
(例)「外傷について患児本人に尋ねたが、下を向いて返答がなかった」
「いっしょに来ていたきょうだいに、けんかについて『お兄ちゃんとけんかしちゃったのかな?』と尋ねたが、あいまいな表情でうつむいてしまった」など。
- (3) 診察日時を記載しておきます。時間を記録するのは忘れやすいので注意します。
- (4) 病院に来た家族は、全員、誰が来たのかを記録しておきます。
- (5) 診察した医師は診療録に署名をしておきます。

4) 虐待の判断について

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

2. 虐待の疑いがある子どもの写真撮影上の留意点

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

1) 保護者への説明

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

子ども本人への説明も、同様な内容でよいでしょう。

2) 撮影の概要

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

3) 撮影の実際

(1) タイムスタンプ(日時)を入れます。

(2) 可能なら、顔が入った全身像を撮影しておきます。

(3) 主要な外傷・所見

①. 外傷・所見が身体の中のどの部位かを示す写真(全体像)を必ず撮影しておきます。

②. 全体像と接写の2枚を基本にして、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影するのがよいでしょう。

③. 腫脹している外傷は、斜めの視点あるいは、斜めからの光源でも撮影しておくといよいでしょう。

(4) 外傷の大きさが分かるように、大きさの基準となる物を(定規など)と一緒に撮影します。

(5) 子どもの名前も撮影しておくといよいでしょう。簡単なのはカルテの表紙を撮影しておくことです。

(6) 可能な限り、時間経過を追って撮影するようにします。

(7) デジタルカメラの場合

①. 手元にあるカメラの中でできるだけ高画素数のカメラを使用します。

②. そのカメラの最高画質で撮影します。

③. 撮影したときに、きちんと撮れているかどうか写真を確認しておきます。

④. 診察室の照明に合わせたホワイトバランス調節を行います。できれば、診察室に置いておくデジタルカメラは、事前に調整しておくようにするとよいでしょう。

(8) 通常のフィルムカメラの場合は、露出を変えて何枚か撮影しておくといよいでしょう。

15. 虐待を受けた子どもの放射線所見

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

放射線診断の適応

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

放射線診断の方法

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

実際の全身骨の撮影方法

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

虐待による骨折自体の特徴

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

①特異度の高い骨折

骨幹端骨折、肋骨(背部の肋骨脊椎接合部)、棘突起骨折、胸骨骨折、肩甲骨骨折

②特異度が中程度の骨折

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

③特異度の低い骨折

鎖骨骨折、長管骨骨幹部骨折、頭蓋骨線状骨折

骨折時年齢による特異度

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

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

受傷機転による骨折の形態

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

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

部位別特徴

①頭蓋骨

- a. 脳実質損傷 (硬膜下血腫) の約 70% は実際に頭蓋骨骨折を伴わず、伴っているのは 30% 前後といわれます
- b. 頭蓋骨の複雑骨折や多発骨折、反復骨折、受診までの時間が長い、などの場合は虐待を疑います。可能な限り、頭部 CT 撮影も行うべきです

②顔面

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

③躯幹

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

④四肢

- a. 長管骨: 鉛管骨折やらせん状骨折など骨折機転の特徴を推測し、複数の陳旧性骨折或いは多発骨折やその既往歴に注意します。骨幹端骨折は虐待に特異度の高い骨折です。
- b. 手足の骨: 中手骨・中足骨、指趾は骨折が判りにくい、1~2 週間後の再撮影をすべきである。

⑤頭蓋内病変

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

16. 頭部 CT&MRI における注意点

【乳幼児の頭部外傷における児童虐待の占める割合】

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%、青木らは疑い例を含めて3歳未満の頭部外傷入院症例の40%と報告している。国立成育医療研究センターと兵庫県立こども病院における2歳未満の外傷性脳障害入院症例68例の検討では37%が虐待と報告している。

【虐待による頭部外傷(Abusive Head Trauma:AHT)の診断】

AHTの主訴は外傷そのものではないことが多く(けいれんや呼吸障害など)、保護者から聞きとった現病歴が信用できない場合で、神経症状を呈する場合(特に5歳以下)にはAHTを疑って検査を進める。

また、局所所見や神経症状を示さない場合でも2歳以下で虐待が疑う時には頭部CT検査を行うが、特に3~4ヶ月以下の乳児では症状が非典型で判りにくいため積極的に検査を行うべきである。

【必須検査の手順】

① 頭部CT検査(骨条件を含む)

搬入時に速やかに撮影する

48時間以内にMRIを撮影し、1週間後に再検査を行う

② 全身骨単純X線検査

2歳未満では虐待疑い例は全例施行、2~5歳では虐待による骨折がある場合に施行、5歳以上では不要

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)

厚生省研究班において、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

①~③を必ず施行して、問診や既往歴、養育歴等を含めて総合的に判断する。

【頭部CT検査施行における注意点】

- CT検査で異常が認められない症例でもMRIで異常が認められる症例がある
- 受傷から時間を経て撮影されたCT画像では頭部外傷の診断が困難になる場合がある
- 特に硬膜下血腫は受傷からの時間で急性、亜急性、慢性と分けられるが、虐待では受傷時が不明確なことも多く、高吸収値(新鮮な血腫の存在)を示す場合から等吸収値や低吸収値を示す場合もあるので注意が必要である
- 慢性期の脳萎縮と慢性硬膜下血腫(水腫)の所見は、外傷性、低酸素性脳症、脳炎脳症などの重症例で共通する所見であり、この時点では原因を特定することはできない
- 画像所見では、時間経過の影響を受けるという限界があることを念頭に置く必要がある
- 微細な出血などはウインドウ幅やレベルを変えながら慎重に読影し、必ず骨条件で骨折の有無までチェックする必要がある

【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低酸素・虚血性脳障害が描出できることがある
- 拡散強調画像にて低酸素・虚血性脳障害を早期に診断することができる
- 臨床的に虐待疑われてCT画像の所見が明らかではない症例では、拡散強調画像を含むMRIを必ず施行する
- ただし、緊急MRI検査が困難な施設が多いこと、鎮静の問題が生じることより、その適応は限られる

[画像所見の読影における注意点]

- 搬入時の1枚のCT画像で虐待である、でないとの判断は行ってはいけない
- 見逃してはならない所見
 - ①. 大脳半球間裂や頭頂部に存在する少量の硬膜下血腫
 - ②. 脳溝の左右差がわずかに存在する程度の等吸収域を示す少量の硬膜下血腫
 - ③. びまん性脳腫脹に伴う少量の硬膜下血腫
 - ④. 脳挫傷は前頭葉、側頭葉の下面や後頭葉に好発するが、乳幼児の場合には髄鞘形成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、側頭葉に好発する
- くも膜下出血が存在するときには急性脳損傷を示すので、受傷時期が推定可能である
- 一側、あるいは両側全般的に低吸収域として認められるびまん性脳腫脹は小児に多く、受傷後早期に出現する
- MRIは微細な脳損傷、および軸索損傷、さらには出血・血腫の時間的経過の推定に優れているので、積極的に施行する
- CT、MRIともに経時的な変化を捉えるために追跡検査が重要であり、神経症状の変化とともに一定の間隔で施行し、その変化を読影することが重要である

17. 子ども虐待への初期対応

1. 初期対応とは

子どもの心身の安全を確保するまでの対応を初期対応といいます。

2. 一般医師による初期対応の流れ

子ども虐待を疑う

↓

子どもを自宅に帰すかどうかの判断を行う

↓

自宅に帰せない → 子どもを医療機関へ入院させる

自宅に帰せる → 次回の診療予約を必ず行う

↓

児童相談への通告か保健所への連絡を行う

3. 子ども虐待を疑う

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

身体所見: 複数の外傷痕・熱傷痕・骨折、反復する中毒事故

行動特徴: 過度の馴れ馴れしさ、加減のない攻撃性、単独での非行の反復

保護者の特徴: 状況説明が一貫せず矛盾的、子どもをよく怒鳴る

4. 子どもを帰せるかどうかの判断

1) 帰せない状況

入院治療を必要とする外傷・熱傷・重篤な身体状況

治療を必要とする外傷・熱傷が複数個存在

点滴治療が必要な脱水、栄養障害

性的虐待

保育所・幼稚園・学校を5日間以上持続して欠席

保護者が「殺してしまいそう」と述べる

2) 帰せる状況

上記以外

5. 通告・連絡

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

1) 児童相談所・市区町村児童相談窓口への通告

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

2) 保健所・保健センターへ連絡

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

6. 医療機関での対応

主訴の身体的問題への対応をする、という態度で一貫して対応します。

1) 自宅へ帰せないときの対応

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

2) 自宅へ帰せるときの対応

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

7. 警察への通報

子どもに以下の状態が見られた場合、原則、警察への通報を行います。

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

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

8. 事後の対応

1) 自院で治療継続の場合

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

入院の場合は、子どもの安全確保態勢が構築されるまでは、原則、退院させない。

2) 他院紹介の場合

必要に応じて、自院での医療所見や意見を提供する。

18. 子ども虐待の通告

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

1. 大事なこと

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

2. 通告・連絡先

通告とは、医療機関がある管内もしくは子どもが居住する市町村、児童相談所または福祉事務所へ、子ども虐待の疑い事例について連絡することです。相談窓口は、子育て相談・子ども支援・児童福祉などさまざまな名称が付けられています。分からなければ、各組織の代表番号に電話をして、子ども虐待に関する相談と告げれば、担当部署につないでくれます。

通告の連絡先が分からないときや、通告がためられるときには、地域の保健所や保健センターの保健師、あるいは顔見知りの保健師さんへ、事例について連絡しその後の対応を依頼してもかまいません。保健師が、関係部署に連絡をしてくれます。

その他、相談・通告に関する全国共通の番号があります。全国のどこからでもこの番号に電話をしますと、自分の地域から近い児童相談所につながる仕組みになっています。

児童相談所全国共通ダイヤル:0570-064-000

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv39/index.html>)

3. 通告の時期

「おかしい」と思われた時点で通告してかまいません。

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

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

4. 通告の方法

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

5. 保護者への告知

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

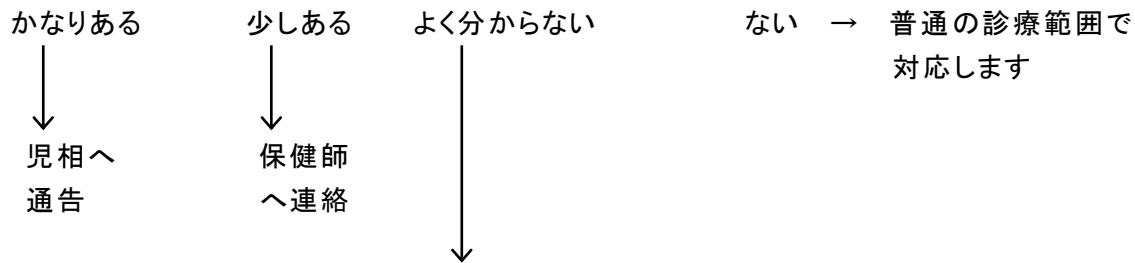
とりあえず通告や連絡をし、関係者の意見を聞いた上で、保護者への告知をどうするかを考える、ということによいでしょう。

6. 警察への通報

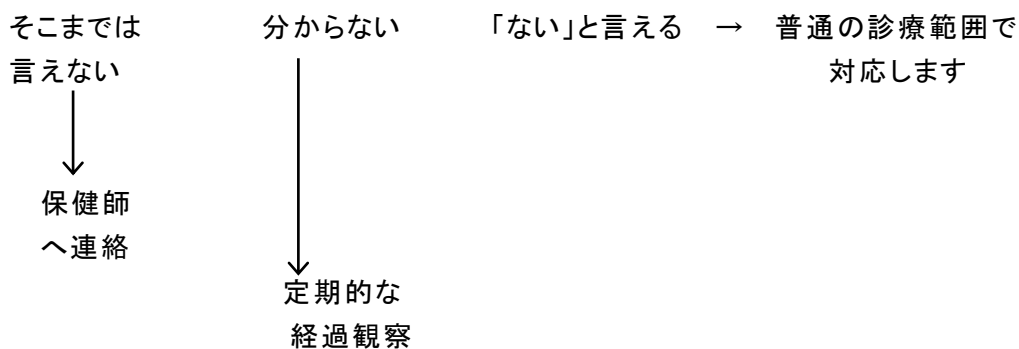
以下の事柄に該当する場合には、警察にも通告します。この場合、保護者には、「明らかな病死以外は警察に連絡することになっているので」と説明します。死亡例、重篤な外傷、犯罪性が高いと思われる場合、両親の薬物依存などです。

通告に関する対応フローチャート

受診した子どもは、子ども虐待が疑われるところがあると思われますか？



その子どもに、子ども虐待の可能性はないと考えられますか？



通告の実際

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

日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4
日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2014.3 修正

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、医学的症状や病態を呈する被虐待児・被ネグレクト児を発見する立場にあるだけでなく、子ども虐待の医学的診断を専門機関として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ます。重要な局面における判断を個人による対応で済ませるのではなく、子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team:以下 CPT)を設置し、組織的に対応することで、個々の職員の責任と負担を軽減し、役割分担を明確にしたうえで、院内での対応方針を統一したり、関係機関との連携を円滑化したりすることができるようになります。子ども虐待対応院内組織の名称には、SCAN(Suspected Child Abuse & Neglect)チーム、CAPS(Child Abuse Prevention System)、FAST(Family Support Team)など医療機関によって様々なものがありますが、ここでは総称としてCPTと呼称します。

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ります。

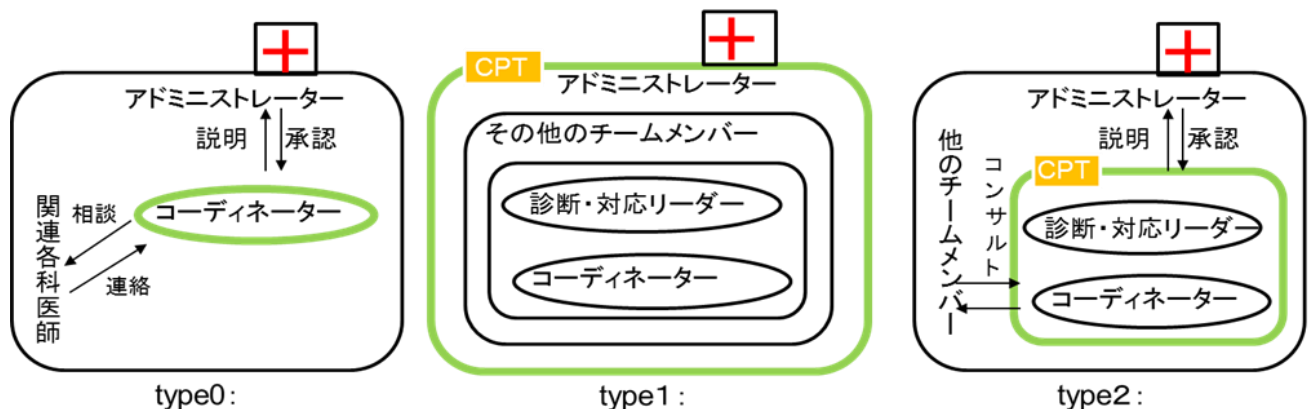
- ①コーディネーター : 虐待疑い症例が発生した際に連絡を受ける窓口となり、院内・院外の連携調整を担います。主に医療ソーシャルワーカー、病院によっては看護師などがその職務に就き、病院全体の啓発活動を行うことも期待されます。
- ②診断・対応リーダー : 虐待症例対応を行う際に、チームリーダーとしてチームを統括し、子どもの主治医や関連各科と連携し、医学的診断を下す際にリーダーシップを発揮します。
- ③アドミニストレーター : CPTの活動が病院としての取り組みであることを保証し、CPT会合の際には議事進行の座長を担当します。管理職医師がこの職務に就きます。

2. 要綱、マニュアルの整備

CPTを組織する際、①公式な院内組織としての要綱 ②虐待疑い症例が発生した際の連絡受理・情報伝達体制を記載したマニュアル ③子ども虐待を診断するための診断・検査マニュアルの3つを整備する必要があります。②③に関しては当手引きの他、「一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド」(子ども虐待医学研究会ホームページ※よりダウンロード可)などを参考にしてください。

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ます。



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ります。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・機動性に優れます。(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ります。)

type0は、症例の経験に乏しい、リーダー医師の担い手がない、など様々な理由でCPTを組織するに至っていない病院です。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でしょう。

4. 院内啓発

CPTが組織されたとしても、当初は症例が集まらないこともあります。コーディネーターが中心となって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、要支援児童や特定妊婦のように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きます。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に、一緒に話し合うことが望まれます。

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します。CPTで対応する症例の中には、通告後も継続的に関わる症例が多く存在します。データベースは活動の振り返りのためだけでなく、虐待症例の経過記録として重要な役割をもちます。診療録とは別に記録を作成し、CPTで管理します。

6. 院外関係機関との連携

CPTの設置によって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、医療機関間連携)もスムーズになります。症例を通して、地域の様々な関係機関との間で顔の見える関係が構築され、より緊密で機動性の高い連携が可能となります。

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ません。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というわけではありません。CPTを組織することで、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ります。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す。各医療機関のCPT形態に合わせた対応になりますが、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ものです。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に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ります。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す。

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の専門性が向上します。医療機関は人材の流動が比較的多い分野です。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ます。

※日本子ども虐待医学研究会 HP:「子ども虐待対応院内組織運営マニュアル」(CPTマニュアル)

<http://jamscan.childfirst.or.jp/manual.html>

日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2014.3

20. 子ども虐待診療における非常事態への対応

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

医療側が気をつける点

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

親が外来で暴れる・騒ぐ

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

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

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

無断で親が帰る・自主退院

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

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

再三、連絡を取り、その理由を尋ねることは当然であり、その理由が判れば、医療機関としてできる範囲でその理由への対応を行ってあげる必要があります。対応ができない、或いは連絡さえ取れないという場合には、医療機関としての最大限の努力を行いながら、関係機関への応援を頼む必要があります。その際には子どもの生命、身体的・精神的予後の医学的見地から、関係機関に、帰院して治療続行する事の必要性を、十分に理解してもらう必要があります。

再診しない

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

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

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

最後に

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

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

21. 地域のネットワークと要保護児童対策地域協議会

子ども虐待対応は一個人、一機関ではできず、多職種・多機関連携チーム（MDT； multidisciplinary team）として、地域のネットワークを構築して対応しなければならない。

要保護児童対策地域協議会（以下要対協）は、虐待を受けた子どもを始めとする要保護児童に関する情報の交換や支援を行うために、協議を行う場として平成 16 年の児童福祉法改正で設置努力義務が法的に位置づけられた。

要保護児童とは、保護者に監護させることが不相当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。

現在ほとんど全ての市町村に設置され、要対協は児童家庭相談の一義的な対応の窓口と位置づけられ、虐待通告先となった。そのため子ども虐待対応は、リスクの低い要支援ケースは市町村、リスクの高い虐待ケースは、立入調査・一時保護などの強制的な権限を持つ児童相談所と、市町村と児童相談所との二重構造になった。

しかし、地域のネットワーク、要対協の存在は医師には周知徹底がなされていないのが現状と思われる。医療機関、医師は地域ネットワークにおいて発見の場、医学的診断、地域での見守りの場として重要な役割が期待されている。虐待を疑い、児童相談所に通告することがためられる場合でも、放置することなく要対協に相談、通告することが望まれる。現状ではこのネットワークへのつなぎの役割を保健所・保健センター保健師に期待したい。

■要対協の設置及び運用の目的

- ①要保護児童、要支援家庭を早期に発見する。
- ②関係する機関と人の中で情報の共有化を図り、それぞれの人と機関の役割分担を明確にする。
- ③要保護児童、要支援家庭に対し、迅速に支援を開始する。
- ④役割分担を通じて、それぞれの人と機関が責任を持って関わることのできる体制を構築する。
- ⑤それぞれの機関が役割を分担し関わることで、それぞれの機関の役割や限界を理解する。

■要対協の窓口、調整機関

東京都は子ども家庭支援センターを相談窓口としているが、窓口と調整機関は設置地域によって異なる。要対協はセーフティーネットを張り、ワンポイントサービスに努め、アウトリーチの姿勢（待ちの姿勢でなく、出向く）で、適切な見守りの機能が期待される。

■要対協に守秘義務を課すことによって、多くの機関が参加できる

要対協の構成員は、正当な理由なく、要対協の職務に関して知り得た秘密を漏らしてはならないことが規定されている。そのことで、医師や公務員など守秘義務が存在することから個人情報提供に躊躇があった関係者からの積極的な情報提供、また守秘義務が課せられたことによって民間団体（地域の子育て団体、NPO など）をはじめ、法律上守秘義務が課されていない関係機関の積極的な参加と情報交換や連携が可能になった。

■要保護児童対策地域協議会の構成

○児童福祉関係

- ・市町村の児童福祉主管課
- ・福祉事務所(家庭児童相談室)
- ・児童養護施設等の児童福祉施設
- ・児童館
- ・主任児童委員、民生・児童委員
- ・児童相談所
- ・保育所(地域子育て支援センター)
- ・児童家庭支援センター
- ・社会福祉協議会
- ・里親

○教育関係

- ・教育委員会
- ・幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校

○保健医療関係

- ・市町村の母子保健主管課、保健センター
- ・医師会、歯科医師会、助産師会、看護協会
- ・医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師
- ・保健所
- ・医療機関(クリニック、中核医療機関)

○警察・司法関係

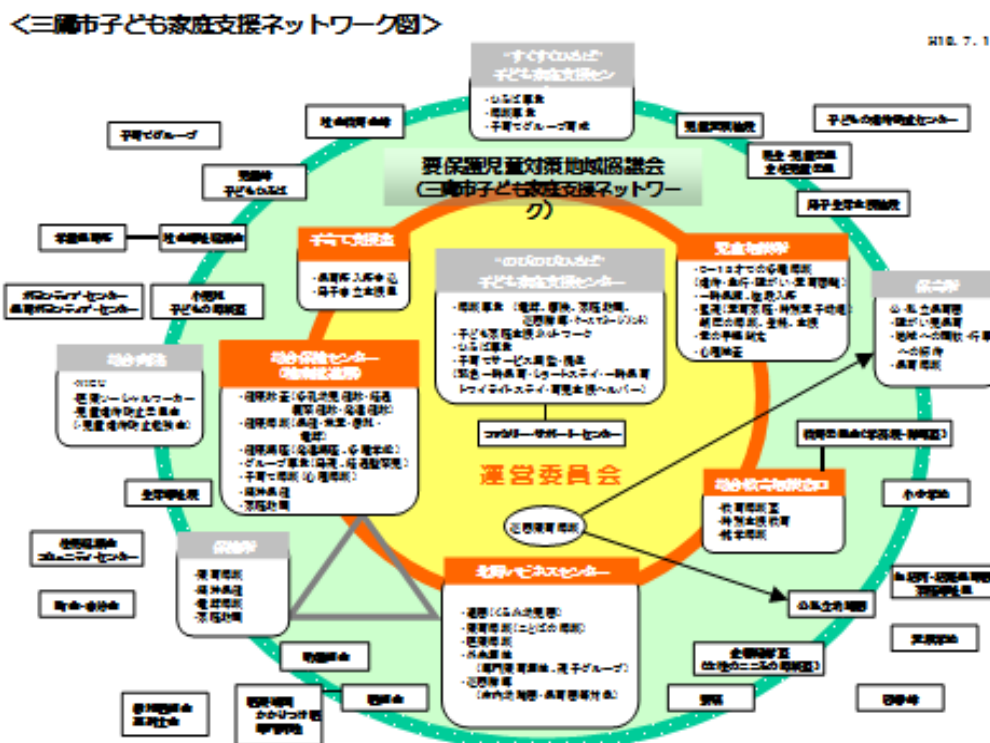
- ・警察署
- ・法務局
- ・弁護士会、弁護士
- ・人権擁護委員会

○その他

- ・NPO、ボランティア、民間団体

■東京都三鷹市の子ども家庭支援ネットワーク(図)

このように、実際に支援の戦略をたてるには、これだけ多くの関係機関と人が関与することになる。都道府県の機関、市町村の機関、医療機関等々、様々な機関が関与することになる。このネットワークが機能するためには、普段から顔と顔がみえる関係の構築が必須であり、マニュアルを作って、真ん中に子どもと家庭をおき、周囲に関係機関を配置し、線で結んでもネットワークは機能しない。



■地域協議会の運営

虐待を受けた子どもをはじめとする要保護児童に関する情報その他要保護児童の適切な保護を図るために、必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行う。要対協は、代表者会議、実務者会議、個別ケース検討会議の三層構造で構成されるのが一般的である。

◇代表者会議 地域協議会の構成員の代表者による会議。(年1~2回開催)

◇実務者会議 実際に活動する実務者から構成される会議。(年数回開催、研修会等)

◇個別ケース検討会議 その子どもに関わりを持っている担当者や、今後関わりを有する可能性のある関係者等の担当者による会議。(随時開催)

■医師、医療機関に望まれること

医師、医師会は代表者会議に参加していることが多い。しかし、第一線で日常診療している医師には、個別ケース検討会への積極的な関与が期待される。

22. 子ども虐待対応および予防 ～地域における支援・施策～

Child Abuse は本来子どもを不適切に取り扱う、育てることであり、子ども虐待は日常生活のなかに、日常診療の中にあるといえる。子ども虐待対応には早期発見および適切な対応が大切であることに異論はないが、子ども虐待は予防に勝るものはない。その視点からは、子ども虐待はどの家庭でもおこりえるものであり、「子育て支援」は「虐待予防」であるとみることができる。

不適切な環境の中で育つことが、子どもの脳の発達に大きな影響を及ぼすことが明らかにされつつあり、子ども虐待を放置してはいけない。

児童虐待の防止等に関する法律ができ、児童福祉法も改正が繰り返され、児童相談所や要保護児童対策地域協議会を中心にして地域のネットワークが構築され、子ども虐待の早期発見、対応が行われている。そして、児童相談所に通告された 9 割の子ども達は、家庭で、地域の中で生活することになり、これら親子を支援する施策、制度も整備されてきている。従来子ども虐待予防に関しても、地域の母子保健が大きな役割を果たしてきたが、近年様々な子ども虐待対応施策が、児童福祉法によって整備されてきている。

■要保護児童、要支援児童、特定妊婦、要支援家庭

要保護児童とは保護者に監護させることが不相当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。

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。(要保護児童に該当するものを除く)

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いう。妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制に基づく情報提供及び関係機関からの連絡・通告などにより把握される。

要保護家庭とは、すでに虐待が起きている家庭、今後放置しておけば虐待が発生する可能性のある家庭(虐待予備軍)、育児不安を抱え、虐待予備軍になる可能性のある群(育児不安群)を含めて要支援家庭という。要支援家庭は支援の必要を感じていない、支援の必要性に気づいていない、支援を拒否することも多く、全ての家庭を視野に入れる育児支援と虐待予防、待ちの姿勢でなくこちらから出向くアウトリーチの姿勢が求められる。

■母子保健

☆ポピュレーションアプローチ

□新生児訪問

「新生児訪問指導」は、母子保健法第 11 条に定められた事業で、主に新生児の発育、栄養、生活環境、疾病予防など育児上重要な事項の指導を目的として、生後 28 日以内(里帰りの場合は 60 日以内)に保健所・保健センター保健師や助産師が訪問する事業である。従来から全国で実施され、専門職が訪問しているが、地域により実施率には大きな差異がある。

□乳幼児健診と健診未受診児の全数把握

乳幼児健康診査は、母子保健法第12条及び第13条の規定により市町村が乳幼児に対して行う健康診査である。1歳6カ月児および3歳児に対して、健康診査を実施すること(第12条)、および、妊産婦、乳児、幼児に必要な応じて健診を実施すること(第13条)が義務づけられている。

乳幼児健診の意義と目的は、地域の親と子の健康を守ることを目的に、日本全国いずれの地域でも、ほぼ同じシステムのサービスがおこなわれており、疾病および障害のスクリーニングと予防、子ども虐待の早期発見と予防そして子ども家庭福祉施策と連携した新たなシステムの構築も行われている。

このように、地域の保健師は、地域の全ての母親と子どもに会う機会があり、また健診未受診児のなかに発達障害の子ども、不適切な養育環境で育つ子ども、家庭があるとして、健診未受診家庭の全数把握に積極的に取り組んでいる。

□エジンバラ産後うつ質問票

産後うつ病は産後2週間から3ヶ月頃が発症のピークで、産後1年の間に10%~20%の発症頻度があると言われている。産後うつ病は母親と赤ちゃんの愛着形成に大きな悪影響を与える。そのため、早期の発見および早期の対応が必要である。イギリスで開発され、日本でも標準化されたのがエディンバラ産後うつ質問票(EPDS)が、産後うつ病の早期発見のための簡便なスクリーニング検査として取り入れられ、新生児訪問やこんには赤ちゃん事業と組み合わせ、実施しているところが増えている。

□ハイリスクアプローチ

保健所・保健センターではMCG(Mother Child Group)(育児不安や虐待等の悩みを抱えた母親達へ、母親が自身の子どもの時代のことや子育て、子どものについて抱えている問題を話すことができる場所を提供する。また、同じような悩みを抱えている他の母親の話を聞ける場所の提供を目的とする。)、CSP(Common Sense Parenting)(暴力や暴言を使わない、子育てのスキルを親に伝える育児支援プログラム)、ノーボディズパーフェクト(カナダで開発された親支援プログラム)などが行われている。

□特定妊婦の把握

若年の妊婦、妊婦健康診査未受診や望まない妊娠等の妊娠期からの継続的な支援を特に必要とする家庭、特定妊婦の把握の役割は保健師に期待されている。母子手帳交付時に保健師が対応し把握すること、また特定妊婦の把握には産科医療機関との連携が必須である。

■子育て支援事業を児童福祉法上に位置づけ質の確保

児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、小規模住居型児童養育事業、家庭的養育事業などがある。

□乳児家庭全戸訪問事業(こんには赤ちゃん事業)

生後4か月までの乳児のいる全ての家庭を訪問し、様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、親子の心身の状況や養育環境等の把握や助言を行い、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る。このようにして、乳児のいる家庭と地域社会をつなぐ最初の機会とすることにより、乳児のいる家庭の孤立化を防ぎ、乳児の健全な育成環境の確保を図ることを目的にしている。

厚生労働省の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果」により、生後4ヶ月までの死亡事例が多いこと、従来市町村では保健師、助産師による新生児訪問が行われていたが、実施率には地域により大きな差異があることから、市町村内における原則としてすべての乳児のいる家庭を訪問する事業である。訪問スタッフには、愛育班員、母子保健推進員、児童委員、子育て経験者等に研修を行うなどし、幅広く活用している。育児等に関する様々な不安や悩みを聞き、相談に応じるほか、子育て支援に関する情報提供等を行、地域のネットワークにつなげる。

□養育支援訪問事業

養育支援が特に必要であると判断した家庭に対し、予防的に保健師・助産師・保育士等がその居宅を訪問し、養育に関する指導、助言等を行うことにより、当該家庭の適切な養育の実施を確保することを目的としている。

この事業の対象者は、新生児訪問、乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)の訪問結果や特定妊婦として把握された母親である。

- ①. 若年の妊婦及び妊婦健康診査未受診や望まない妊娠等の妊娠期からの継続的な支援を特に必要とする家庭。
- ②. 出産後間もない時期(おおむね1年程度)の養育者が、育児ストレス、産後うつ状態、育児ノイロゼ等の問題によって、子育てに対して強い不安や孤立感等を抱える家庭。
- ③. 食事、衣服、生活環境等について、不適切な養育状態にある家庭など、虐待のおそれやそのリスクを抱え、特に支援が必要と認められる家庭。
- ④. 児童養護施設等の退所や里親委託の終了により、児童が復帰した後の家庭。

23. 通告後の対応

虐待について通告したことで終わりではありません。その後の子どもへの対応が重要です。以下に通告後の対応について記します。

1. 子どもの虐待状況への対応方針の決定

1) 関係機関でケース会議をもち対応方針を決定する。

通告後、できるだけ早く関係機関でケース会議をもつことが重要です。院内に虐待対策委員会がある場合は、委員会が院内の受け皿となります。委員会がなくても関係する複数の職種で集まり、体制をつくることが望まれます。ケース会議では、家族への対応に関する共通認識を共有することが重要です。家族に対する共通認識とは、「児相が来た理由をどのように説明するか」「虐待という用語を使うかどうか」「病院にクレームが来たときどうするか」「そのクレームに児相はどのような説明をするか」等々です。それから、具体的に誰がどのように対応するのかを確認します。

2) 市町村の児童福祉担当や児童相談所などと連携して対応を行う。

虐待状況に対する対応は町村の児童福祉担当部門や児童相談所などが中心に行います。ケース会議の後も密接に連携して、子どもや家族に対応することが必要です。虐待対策委員会がある場合は、委員会が病院としての役割を担います。

2. 子どもへの医学的対応

1) 虐待に対する医学的対応。

受け持ち医は必要な医学的対応を行います。虐待状況に対する対応は児童福祉機関が中心に行い、受け持ち医は子どもへの医学的対応に集中することが望ましいでしょう。医学的対応の判断に迷う場合は、虐待診療の経験が豊富な施設に相談すると良いでしょう。

2) 心理的サポート。

被虐待児には身体のみでなく、心理的なサポートが望まれます。身体症状が完治した場合も、心理的な問題が出現する可能性を知っておくことが重要です。

24. 救急医療の場における虐待への気づき

大切なこと

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

救急医療としての子ども虐待への対応は

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

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

医療者に望まれる医療姿勢

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

25. 保育所・幼稚園・学校健診における虐待への気づき

保育所・幼稚園・学校での健診の場は、子どもの身体面を全体的に評価することができるため、子ども虐待を発見しやすい場となります。

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

身体状況

P-1: 虐待の疑いが強い状況

- 怪我・やけどの痕が複数ある、あるいは、比較的大きな外傷が放置されたままになっている(理由を尋ねても、はっきり言わない)
- 多数の虫歯・皮膚炎などの疾患がありながら、治療の必要性を通知しても治療しない状況が長期間続く

P-2: 虐待の可能性も考えなければいけない状況

- 身体や衣服が汚れている、髪や爪が伸び放題(清潔行動がとれていない)
- 体重が増えない、身長が伸びない

行動特徴

B-1: 虐待の疑いが強い状況

- 食べ物への執着: がつがつ食べる、何度もお代わりをする、他児の給食を食べる、他児が残した給食を食べる
- 過剰な対人接近行動: 教師にべたべた寄ってくる、教師の膝の上に座ったり抱っこされたがったりする
- 衝動的で攻撃的な行動: いきなり叩いたり蹴ったりする、暴力行為で加減ができない、物を壊す。
- 動植物に対する残酷な行為: 生き物を乱暴に扱う、加減をしないでいじっているうちに死なしてしまう、意識して殺す、花壇の花を抜く
- 単独での「非行」行為: 他児や教師・学校の物を盗む、すぐばれる嘘をつく、火遊び(放火)

B-2: 虐待の可能性も考えなければいけない状況

- 理由のはっきりしない欠席、遅刻の反復、
- 集団逸脱行為: 離席、教室から抜け出す、学校内外の徘徊、勝手な行動をする、集団行動をとらない、反抗的態度・行動: 教師の指示に従わない、乱暴なことば使い。
- 友だち関係を維持するのが苦手: 友人がいない、相手がいやがることをわざとする、年下や弱い子をいじめる
- 成績の低下(理由がはっきりしない)、性的逸脱行為

健診における子ども虐待対応フローチャート

健診で診た子どもは、表面の身体状況に当てはまる場所がありますか？

ある よく分からない ない → 普通の健診範囲で対応します



あてはまる項目に「P-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
通告を考えます。



あてはまる項目に、「B-1」に含まれる項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
通告を考えます。



あてはまる項目に、「P-2」・「B-2」両方の項目が入っていますか？

入っている よく分からない 入っていない



子ども虐待を
否定できません。
通告を考えます。



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

ある よく分からない ない → 普通の健診範囲で対応します



子ども虐待を
否定できません。
保健所・保健センター
への相談を考えます。



「気になる子」である旨を保育所・幼稚園・学校に伝え、被虐待児
の特徴がないか、注意しながら経過をみるように伝えます。

保育所・幼稚園・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、学校側に伝えます。通告を学校が行うか、校医が行うかを相談します。判断がつかないときには、校医から保健所・保健センターへ先ず相談してみるのもよいでしょう。

日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト、2006.4
日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2014.3 修正

26. 乳幼児健診における虐待への気づき

新生児訪問や乳幼児健診は母子保健事業として日本全国で行われ、近年子育て支援や虐待の早期発見や支援の役割も担っている。さらに平成21年の児童福祉法改正で市町村には、要保護児童対策協議会を設置し、医療機関にも要保護児童、家庭を発見し、保健所、保健センターに連絡し、子ども家庭支援センターなどの地域ネットワークと連携し協働することが、努力義務として課せられています。

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

保健所・保健センターにおける集団健診

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

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

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

クリニックにおける個別健診

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

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

周産期のリスク判定

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

乳幼児のサイン

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

親のサイン

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

家族のサイン

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

27. マルトリートメント症候群の長期予後

子ども虐待は、たとえそれが死に至らない場合であっても、その子どもの心と脳に大きな傷跡を残し、青年期、成人期になってからも精神的後遺症となって残り、精神障害や人格障害、行動面の問題等を引き起こしかねません。

幼少時期に安心して生活することができず、いつも不安や恐怖に脅え、自分を大切な存在であると感じることができずに育ってしまったことで、自己尊重感が築けず、対人関係の築き方にも障害を来たしてしまいがちです。そのため、何とか青年期・成人期まで生きてきたとしても、抑うつに陥りやすかったり、ささいなことで不安を強めたり、無気力や自己嫌悪から自傷、自殺企図などを示す場合があります。かつての外傷体験の影響を心身に色濃く残し、不眠や悪夢、パニック発作、解離性障害や身体化障害、独特の対人関係の問題、薬物・アルコール依存等の嗜癖行動等の情緒的、行動的問題を抱えていることは少なくありません。

もちろん、子ども時代に受けた被虐待体験を克服し、人生を肯定的に生きているサバイバーは沢山います。しかし、そこには多くの内的葛藤や怒りを乗り越えるための並々ならぬ勇気と努力が必要だったこと、また家庭内外の第三者による助けに恵まれなければならなかったであろうことは想像に難くありません。いずれにせよ、私たちは、虐待の被害は、子ども時代だけではなく、大人になってからも精神的後遺症となって残り、後々の人生にも色濃く影響を残す可能性があるということを忘れてはいけません。

(1) 被虐待による認知機能や脳とこころの発達に及ぼす影響

小児期の虐待で受けた身体的な傷がたとえ治癒したとしても、発達過程に負った傷は簡単には癒されないことがわかってきました。児童虐待が認知面・情緒面の発達に及ぼす影響は、心理的なもののみならず、発達している最中の脳自体の機能や精神構造に永続的なダメージを与えてしまうことから生じるということが、近年の研究で明らかにされつつあります。虐待を受けることで、子どもの脳では分子レベルの神経生物学的な反応がいくつも起こり、それが神経の発達に不可逆的な影響を及ぼしてしまうというのです。

虐待のストレスによって、認知機能の発達が阻害され、知的障害・学習障害のような様相を示していくことがありますし、記憶や情動を適切に制御する力が損なわれ、落ち着きのなさや多動傾向・衝動的な傾向を示したり、フラッシュバックや夜驚、ぼんやりしたり記憶が欠落するといったような解離症状を示すこともあります。怒りや恐怖などの感情をコントロールすることができず、不適切なところで急に爆発させてパニックになったり、衝動的、攻撃的な行動に至ってしまうこともあります。

そうなると、対等な対人関係を築いたり円滑な集団生活を送るためのルールを身に付けることも困難となり、年齢相応の社会性を伸ばすこともできなくなります。虐待を受け、周りとの快適で安心できる関係を経験することなく育ってしまうと、良好な自己像を形成することも難しくなります。「自分は愛される価値のないだめな人間だ」という感覚を持ち、自己尊重感が育ちません。そうなると、ますます周りとの対人関係や社会適応が困難なものとなり、社会性の発達は阻害されてしまいます。

虐待は、さまざまなレベルで、子どもの心身の健やかな発達を阻害してしまうのです。

(2) 青年期・成人期に現れる被虐待の影響

子ども時代に受けた虐待が精神的後遺症(トラウマ)となって残り、青年期・成人期になってからいろいろな問題を引き起こすことは少なくありません。これまでの報告からは、うつ症状や自殺企図、アルコール・薬物依存を有する男女では、一般の人よりも虐待された経験を持つことが多いということが分か

っています。ケーススタディでは、摂食障害、不眠症、ひきこもり、パニック障害、身体化障害等の実例も紹介されています。子ども時代に性的虐待を受けた人の多くが性的機能障害を持っていますし、極度の無力感と自己嫌悪からの自殺念慮、多重人格障害といったさまざまな精神面の問題で苦しんでいる人もいます。

子ども時代に虐待を受けたサバイバーの内面に湧き起こりやすい感情は怒りと敵意ですが、女性の場合、怒りを自分に向け、自己破壊的行動や自傷行為に走る傾向があります。一方、男性の場合、怒りを外に向ける傾向があり、家族や他人を傷つける行為に至ることもあります。成人男性加害者の中には子ども時代に暴力を受けた経験を持つことが多く、男性にとって、子ども時代の被害経験は粗暴・攻撃行動の学習になることが示されています。

被虐待経験と思春期以降における非行・犯罪傾向の関連についても、調査がなされています。非行に至った男女の内2割余りに虐待かネグレクトの被害が認められたという調査結果や、虐待やネグレクトで通報された家庭から非行少年が出る確率は50%という報告があります。

気分の不安定さと衝動的な傾向、独特な対人関係様式(対人恐怖を持ちながら、特定の心を開いた他者には著しく依存し退行するが、時として攻撃する。)、不確実な自己同一性といった特徴が重なれば、境界性人格障害という診断が付くことになります。慢性的な空虚感を埋めるために薬物乱用や自傷行為に走ることも多く、そうなると治療も困難を極めることになります。他にも、反社会性人格障害や回避性人格障害等に、被虐待経験の影響が関連している可能性があり、子ども虐待は、人格形成にも深い傷跡を残すことがあると、私たちは認識しなければなりません。

以上のように、子ども時代に受けた虐待の精神的後遺症のために、大人になってからも社会生活を送る上で大きな障害を長期にわたり背負わされることになるのです。

(3) 虐待の世代間伝達

被虐待児のおおよそ3分の1が、成長して親になり我が子に対して同じように虐待やネグレクトを反復すると言われています。しかし、子ども時代に親から虐待を受けた人が皆、好きこのんで、自分の子どもに虐待を加えるわけではありません。むしろ、愛したいのだが愛し方が分からない、ちゃんと育てたいのだが、暴力以外の育て方や躾け方を知らないという言葉が聞かれます。多くの場合、自分が愛されてこなかったために、どうやって愛すればよいのか、どのように育てればよいのか分からずに虐待に走ってしまったり、子育てから目を背けてしまう親なのです。さらに、先にあげたような精神的な後遺症を抱えながら親になってしまった場合、自分が生活を送るだけでも大変なのですから、子育てに伴う困難は並大抵のものではないでしょう。自己尊重感を持ってない人が子どもを尊重し、他人を信頼できない人が子どもとの信頼関係に開かれていくことが、容易にできるでしょうか。

したがって、子ども時代に虐待を受けた経験のある人が親になり子育てに困難を感じている場合こそ、何よりも手厚く具体的な子育て支援を向けるべきです。それは、大人になった被虐待児を救うことになりすし、新たな被虐待児が生まれることを防止することにもなるのです。

28. 社会的養護

児童相談所へ通告したけれど、その後どうなっているのかがわからない。一時保護所に措置されたとはきいたが、ある日突然クリニックに風邪を引いて受診してきた。児童相談所からのフィードバックがないということがよくきかれる。

■子ども虐待対応の現状

児童相談所への通告件数は増加の一途をたどっており、平成 23 年度は速報値で 59,862 件であった。

児童相談所へ通告のあった被虐待児の年齢は就学前が約 4 割、小学生が 4 割で、虐待類型はネグレクトが約 4 割、身体的虐待が 4 割、性的虐待は 3~4%である。虐待者は 6~7 割が実母である。約 4 分の 1 に親子分離が行われており、収容先は児童相談所の一時保護所が約 7 割を占める。しかしその後、約 9 割の子どもたちは、地域の中で、家庭で生活することになる。1 割が社会的養護の対象になり、乳児院と児童養護施設が大半を占め、里子は 1%に満たない。

児童相談所は親子分離と親子再統合という、相反した役割を担わされている。乳児院、児童養護施設から退院、退所し家庭への移行の権限も児童相談所が持っている。家庭への移行に当たって、地域の要保護児童対策地域協議会や保健所・保健センターとの連携が不可欠であるが、十分に機能していないところがある。

■社会的養護のあり方

社会保障審議会児童部会「社会的養護のあり方に関する専門委員会」(平成 15 年 10 月)は、「今日の社会的養護の役割は、子どもの健やかな成長・発達を目指し、子どもの安全・安心な生活を確保するにとどまらず、里親への委託や施設への入所などを通じて、心の傷を抱えた子どもなどに必要な心身のケアや治療を行い、その子どもの社会的自立までを支援することにある。子どもの権利擁護を基本とし、今後とも国、地方公共団体、保護者、関係団体などの関係する主体が、それぞれの責任を適切に果たしていくことが必要である」と述べている。

児童福祉法による児童福祉施設とは、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、児童厚生施設、児童養護施設、障害児入所施設、児童発達支援センター、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設及び児童家庭支援センターである。

◆児童相談所一時保護所

一時保護所は児童相談所に付設されており、児童相談所の措置として、原則として子どもや保護者の同意を得て行う必要があるが、子どもをそのまま放置することが子どもの福祉を害すると認められる場合には、親の承諾なしに措置できる。

□一時保護所には以下のような子どもたちが入所する。

①一時保護が必要な子ども

緊急保護(棄児、迷子、家出した子ども等現に適当な保護者又は宿所がないために緊急にその子どもを保護する必要がある場合)。虐待、放任等の理由によりその子どもを家庭から一時引き離す必要がある場合。子どもの行動が自己又は他人の生命、身体、財産に危害を及ぼし若しくはそのおそれがある場合。

②行動観察の必要な子ども

適切かつ具体的な援助指針を定めるために、一時保護による十分な行動観察、生活指導等を行う必要がある場合。

③短期入所指導の必要な子ども

短期間の心理療法、カウンセリング、生活指導等が有効であると判断され、地理的に遠隔または子どもの性格、環境などの条件により、他の方法による援助が困難または不適當であると判断される場合。

□ 2010年4月現在、一時保護所は全国に124か所あり、年間2万人弱が入所し、約4割が被虐待児で、入所児の約1/4が児童養護施設などの福祉施設に入所している。

□ 一時保護の期間は2ヶ月を超えてはならないとされている。ただし、児童相談所長または都道府県知事が必要であると認めるときは、引き続き一時保護を行うことができる。援助に当たっては常に子どもの権利擁護に留意し、いやしくも身体的苦痛や人格を辱める等の精神的苦痛を与える行為は許されない。しかし現実には、行き先がなく、長期の入所となることが少なくないのが現状である。

一時保護が必要な子どもについては、その年齢も乳幼児から思春期まで、また一時保護を要する背景も非行、虐待あるいは発達障害など様々であり、一時保護に際しては、こうした一人ひとりの子どもの状況に応じた適切な援助を確保することが必要である。しかしながら、近年、地域によっては一時的に定員を超過して一時保護所に子どもを入所させる事態が見られ、またこうした様々な背景等を有する子どもを同一の空間で援助することが一時保護所の課題として指摘されている。

□ 一時保護所の問題点

- 満床状態が続いている。(特に都市部で)
- 混合処遇であり、入所時の年齢も理由も様々である。
- 24時間の対応である。人手が足りない。
- アセスメントが不十分になりやすい。
- 初めての親子分離で、不安が強い。
- 学校、幼稚園などに通えない。
- 出入りが激しい。

◆乳児院

乳児院は児童福祉法第37条の規定に基づき、乳児(保健上、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には幼児を含む)を入院させて、これを養育し、あわせて退院した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設である。

乳児院における養育は、乳幼児の心身及び社会性の健全な発達を促進し、その人格の形成に資することとなるものでなければならない。また、乳幼児期は緊急的な対応を求められる場面も多いことから、適切な養育環境が速やかに手厚く保障されるよう努めなければならないとされている。

養育の内容は、乳幼児の年齢及び発達の段階に応じて必要な授乳、食事、排泄、沐浴、入浴、外気浴、睡眠、遊び及び運動のほか、健康状態の把握、健康診断及び必要に応じ行う感染症等の予防処置を含む。

乳児院における家族環境調整は、乳幼児の家庭の状況に応じ、親子関係の再構築等が図られるように行う。

平成23年10月現在、全国に129か所、2,963人の子ども達が生活している。

児童福祉法において乳児とは1歳未満の者をさすが、乳児院ではこれまでおおむね2歳の誕生日までとされていたが、必要がある場合、小学校入学前の児童までを養育できるようになった。かつて孤児院と呼ばれたように、以前は戦災孤児や捨て子等が入所児の大半であったが、現在の入所理由は、虐待、婚姻外出産、母親の病気、離婚や死別等で母親がいない、子ども自身の障害などである。

乳児院に入所していた子どもは、その後、両親や親族の元へ引き取られたり、養子縁組等で里親の元へ引き取られるが、それが困難な場合は、小学校に入学するまでに児童養護施設へ措置変更となることが多い。

乳児院就業者の職種として、子ども達の養育に直接携わる保育士、児童指導員、看護師、医師などの有資格者と、そのほかに施設長、家庭支援専門相談員、心理療法担当職員、栄養士、調理員、事務職員などである。

□ 問題点

- 不適切な養育環境で育ち、様々な問題を抱えた子どもが増えている。
- 医療、リハビリテーションを必要とする子どもの入院のニーズが高い。
- 被虐待・病虚弱・障害など医療・療育の必要な子どもが増加している。
- かかわりの難しい子(difficult child)が増加している。
- かかわりの難しい保護者を含む支援を必要とする家族が増加している。
- 里親および委託した実親への支援が求められている。

◆児童養護施設

児童養護施設は児童福祉法に定められた児童福祉施設の一つである。

児童養護施設には災害や事故、親の離婚や病気、不適切な養育を受けているなど、さまざまな事情により、家族による養育が困難な2歳から18歳の子ども達が入所し生活している。近年は入所児の大半は不適切な養育環境で育った、さまざまな問題を抱えた子どもたちである。

平成23年12月現在、585施設、29,114人、約3万人が入所している。厚生労働省によれば虐待を受けた子どもが53.4%、何らかの障害を持つ子どもが23.4%と増え、専門的ケアの必要性が増加している。入所児の平均在籍期間は4.6年であるが、10年以上の在籍期間の児童が10.9%となっている。

子どもたちが生活する施設は、全員が一つの建物のなかで生活を送る大舎性のスタイルがまだ多くあるが、一つの建物のなかで少人数のグループに分かれたり、より家庭に近いスタイルで生活をする施設や、建物の構造自体が小グループで生活する「小舎制」の施設が望まれ、増えてきている。

児童養護施設の中学校卒業児童のうち、およそ8割が高等学校へ進学(通信定時制含む)1割強が就職している。(平成14年調査)

□ 職員

施設長、児童指導員、保育士、心理職、栄養士・調理員、嘱託医が配置され、児童相談所等と連携の基に、児童及びその家族支援のための相談援助などを行う家庭支援専門相談員(ファミリーソーシャルワーカーFSW)も配置されるようになった。(FSWは乳児院にも配置される。)

□ 専門機能強化型児童養護施設(東京都)

近年被虐待児の入所が増加し、様々なこころの問題を抱えた子どもが増加し、児童養護施設の中で専門的な対応が求められている。東京都では専門機能強化型児童養護施設の整備を進めている。

- ①. 子どもの心のケアなどについて、施設職員を指導できる小児精神科、児童精神科、小児科、精神科などの非常勤医師を配置する。

- ②. 心理療法などを行う治療指導担当職員（必要により作業療法士、言語聴覚士などでも可）を配置する。
- ③. 施設運営向上事業の実施。外部ケア職員や専門家などを活用して、施設運営の向上、適正化の取り組みを実施する。

□ 児童養護施設の問題点

- 職員数が絶対的に少ない。
- 入所児の大半は、入所理由はともあれ、不適切な養育環境で、育ってきている。
- 様々な問題行動、こころの傷を持っている。それらは、容易に、時間がたっても改善しない。
- 発達障害の診断基準を満たす者も少なくない。知的に境界域から軽度遅滞の子どもが少なくない。
- 専門性が低い。ファミリーソーシャルワーカー、心理職の配属。職員の研修。
- 職員による不適切な対応が、おこりやすい職場である。（専門職による虐待、構造的虐待）
- 入所児童間の虐待がおこりやすい。（性的虐待を含めて。）
- 大学への進学は困難。（学費は奨学金でまかなえても、生活ができない）
- 施設を出ると、「保証人」がない。就職、住居に影響する。
- 貧困から抜け出せない。帰る家がないことが多い。

◆ 里親制度

児童福祉法（1948年施行）に基づき開始された。

里親は「保護者のない児童または保護者に監護させることが不当であると認められる児童（以下「要保護児童」）を養育することを希望する者であって、都道府県知事が適当と認める者のこと」と定義される。児童相談所長は児童を里親に委託する措置をとることができ、養育は委託によるものなので、法律的な親子関係は発生しない。

□ 里親の種類

- ①. 養育里親：要保護児童を養育する里親として認定を受けた者。一般の里親。
- ②. 短期里親：1年以内の期間（夏季休業期間のみ等）を定めて、要保護児童を養育する里親として認定を受けた者。
- ③. 親族里親：次に掲げる要件を満たす要保護児童を養育する里親として認定を受けた者。
 - (1) 当該親族里親に扶養義務のある親族（三親等内の親族）であること。
 - (2) 両親その他要保護児童を現に監護する者が死亡、行方不明または拘禁等の状態となったことで、これらの者による養育が期待できないこと。
- ④. 専門里親：2年以内の期間を定めて、要保護児童のうち児童虐待等の行為により心身に有害な影響を受けた児童を養育する里親として認定を受けた者。非行などの問題を有する児童、障害のある児童が対象になる。

□ 現状

平成22年度、登録里親数 7,669人、委託里親数 2,971人、委託児童数 3,876人である。

日本の社会的養護は、施設が9割で里親は1割であり、欧米諸国と比べて、施設養護に偏っている。しかし、里親等委託率には自治体間で大きな差があり、新潟県の33.6%など里親等委託率が3割を超えている県もある。最近6年間で福岡市が6.9%から24.8%へ、大分県が7.4%から22.7%に増加させているなど、大幅に伸ばした自治体もある。これらの自治体では、児童相談所への専任の里親担当職員の設置、里親支援機関の充実、体験発表会、市町村と連携した広報、NPOや市民活動を通じ

た口コミなど、様々な努力をされており、里親等委託率を伸ばした県市の取組事例を普及させるなど、取組を推進することが望まれる。

□ 養子縁組

血縁としての親子関係がない当事者の中で、法律上の関係を築くのが養子縁組の手続きである。方法には普通養子縁組と特別養子縁組の2種類ある。

- ①. 普通養子縁組は手続きも簡単で、離縁することもできる。これに対し特別養子縁組の要件は厳しく、原則として離縁できない。
- ②. 普通養子縁組の仕方は、未成年者との間では家庭裁判所の許可が必要となる。ここでは双方の意思の合致が重要視されており、互いの協議によって離縁して関係を解消できるため、契約型と呼ばれ、実親との関係も継続できる。
- ③. 特別養子縁組の手続きは厳格である。子どもの年齢は6歳未満(養親となるものに6歳未満から監護されていれば8歳未満)である。

□ 問題点

- 養育は1年365日である。
- 安定した関わりを持つことが、困難な児が増えている。
- 里親の支援体制の不備。
- なり手が少ない。

29.国・地方行政で発表されている虐待関係報告書

☆各行政から公表されている虐待関係報告書を検索し、まとめました。

各事例の事例概要と報告書をハイパーリンクさせており、事例概要をクリックすることで、該当する報告書を参照することができます。(印刷された手引きからリンクを参照するために、別紙にリンク先一覧もまとめて表示しています)

都道府県報告

整理番号	都道府県名	報告年月日	概要
A-1	青森県	平成21年12月:青森県検証報告書	5歳女児死亡事例・生後5日女児死亡事例
A-2	宮城県	平成21年7月:宮城県検証報告書	3か月男児死亡事例
A-3		平成22年2月: "	2か月女児死亡事例
A-4	山形県	平成22年3月:山形県検証報告書	山形県母子(10歳男児)心中事例
A-5	福島県	平成18年10月:福島県検証報告書	3歳男児死亡事例
A-6	栃木県	平成23年7月:栃木県検証報告書	2歳女児死亡事例
A-7	埼玉県	平成22年9月:埼玉県検証報告書	蕨市4歳男児死亡事例
A-8		平成24年5月: "	新座市9歳男児死亡事例
A-9		平成24年5月: "	春日部市5歳男児死亡事例
A-10	千葉県	平成17年11月:千葉県検証報告書	14歳男児死亡事例・3歳女児死亡事例
A-11		平成20年2月: "	1歳男児死亡事例・2歳女児死亡事例
A-12	東京都	平成21年4月:東京都検証報告書	6事例に対する報告
A-13		平成22年4月: "	平成21年度の事例に対する報告
A-14		平成22年5月: "	江戸川区7歳男児死亡事例(岡本海渡さん事件)
A-15			江戸川区7歳男児死亡事例概要版
A-16		平成23年5月:東京都検証報告書	平成22年度報告書
A-17			平成22年度報告書(概要版)
A-18		平成24年1月:東京都検証中間まとめ	杉並区3歳児死亡事例(里親事例)中間まとめ
A-19			杉並区3歳児死亡事例(里親事例)概要版
A-20		平成24年5月:東京都検証報告書	平成23年度報告書
A-21	福井県	平成20年3月:福井県検証報告書	3か月男児死亡事例
A-22	静岡県	平成23年9月:静岡県検証報告書	1歳女児死亡事例
A-23	三重県	平成22年9月:三重県検証報告書	鈴鹿市6歳男児虐待重大事例
A-24	滋賀県	平成18年9月:滋賀県検証報告書	高島市2歳児死亡事例
A-25		平成23年10月: "	湖南市6か月児死亡事例(SBS)
A-26	京都府	平成24年3月:京都府検証報告書	宇治市11歳男児事例
A-27			同例概要版
A-28	大阪府	平成22年10月:大阪府検証報告書	寝屋川市1歳女児・門真市2歳男児死亡事例
A-29		平成24年3月: "	門真市3か月女児死亡事例
A-30			同例概要版
A-31	兵庫県	平成21年2月:兵庫県検証報告書	伊丹市5歳女児死亡事例
A-32		平成22年9月: "	三田市5歳女児死亡事例
A-33		平成23年12月: "	姫路市2歳児虐待重大事例
A-34	奈良県	平成23年6月:奈良県検証報告書	桜井市5歳男児死亡事例
A-35	和歌山県	平成20年3月:和歌山県検証報告書	2歳男児死亡事例
A-36	岡山県	平成23年3月:岡山県検証報告書	生後36日男児死亡事例
A-37	広島県	平成22年12月:広島県検証報告書	2歳女児死亡事例
A-38			同例概要版
A-39	山口県	平成24年7月:山口県検証報告書	2か月女児死亡事例
A-40	高知県	平成20年6月:高知県検証報告書	南国市11歳男児死亡事例
A-41			同例概要版
A-42	佐賀県	平成20年12月:佐賀県検証報告書	1歳児死亡事例
A-43	熊本県	平成22年9月:熊本県検証報告書	福岡県福岡市3歳女児虐待重大事例
A-44	大分県	平成22年:大分県検証報告書	平成22年3月～10月検証実施分(概要版)
A-45		平成24年2月: "	2歳女児および5歳女児無理心中事例(概要版)
A-46		平成24年3月: "	0歳女児虐待重大事例(概要版)
A-47		平成24年3月: "	平成24年1月～3月検証実施分(概要版)
A-48	宮崎県	平成22年3月:宮崎県検証報告書	11か月女児死亡事例・2か月男児死亡事例
A-49	鹿児島県	平成21年5月:鹿児島県検証報告書	児童虐待事例検証報告書
A-50	沖縄県	平成22年11月:沖縄県検証報告書	沖縄市3か月男児死亡事例

市区町村報告

整理番号	市区町村名	報告年月日	概要
B-1	北海道稚内市	平成21年 9月:稚内市検証報告書	4歳男児死亡事例
B-2	宮城県仙台市	平成22年 3月:仙台市検証報告書	仙台市2歳女児死亡事例
B-3	埼玉県さいたま市	平成21年 3月:さいたま市検証報告書	さいたま市1歳女児死亡事例
B-4		平成22年 5月:さいたま市検証報告書	さいたま市1歳女児死亡事例
B-5		平成24年 9月:さいたま市検証報告書	さいたま市1歳男児死亡事例
B-6	千葉県柏市	平成24年 4月:柏市検証報告書	柏市2歳男児死亡事例
B-7	東京都江戸川区	平成22年 3月:江戸川区検証報告書	江戸川区7歳男児死亡事例(岡本海渡さん事件)
B-8	神奈川県横浜市	平成23年 3月:横浜市検証報告書	横浜市1歳女児死亡事例
B-9		平成23年 2月:横浜市検証報告書	戸塚区11歳男児虐待重大事例
B-10		平成24年 5月:横浜市検証報告書	横浜市4か月男児死亡・9か月男児死亡事例
B-11			同例概要版
B-12	神奈川県横須賀市	平成21年 3月:横須賀市検証報告書	横須賀市4歳男児死亡事例
B-13	神奈川県相模原市	平成24年 3月:相模原市検証報告書	相模原市中心未遂事例(概要版)
B-14	神奈川県川崎市	平成21年 2月:川崎市検証報告書	川崎市3歳女児死亡事例
B-15	新潟県新潟市	平成23年 3月:新潟市検証報告書	新潟市1か月男児死亡事例
B-16	静岡県静岡市	平成23年 3月:静岡市検証報告書	静岡市虐待死亡3事例検証報告
B-17	愛知県名古屋市	平成24年 5月:名古屋市検証報告書	14歳男子死亡事例
B-18	京都府京都市	平成21年 1月:京都市検証報告書	京都市乳児遺体遺棄事件
B-19	大阪府大阪市	平成22年12月:大阪市検証報告書	西区3歳女児及び1歳男児死亡事例
B-20			同例概要版
B-21		平成23年10月:大阪市検証報告書	住之江区2か月児死亡事例
B-22			同例概要版
B-23		平成24年 3月:大阪市検証報告書	西淀川区7歳男児死亡事例
B-24		同例概要版	
B-25	大阪府堺市	平成23年 8月:堺市検証報告書	堺市虐待死亡3事例(1次)
B-26		平成23年12月:堺市検証報告書	堺市虐待死亡3事例(2次)
B-27	岡山県岡山市	平成24年 2月:岡山市検証報告書	岡山市16歳女子死亡事例
B-28		平成24年 3月:岡山市検証報告書	岡山市1歳児女児死亡事例
B-29	広島県広島市	平成23年 3月:広島市検証報告書	広島市一家心中事例
B-30	福岡県福岡市	平成22年12月:福岡市検証報告書	福岡市3歳女児虐待重大事例
B-31		平成22年 6月:福岡市検証報告書	福岡市7か月児死亡事例
B-32		平成22年 5月:福岡市検証報告書	福岡市4歳男児死亡事例
B-33		平成23年 3月:福岡市検証報告書	福岡市5歳児及び2歳児死亡事例
B-34		平成24年 6月:福岡市検証報告書	福岡市6歳児死亡事例
B-35		平成24年 6月:福岡市検証報告書	福岡市1歳児死亡事例
B-36	福岡県久留米市	平成22年11月:久留米市検証報告書	久留米市5歳女児死亡事例

平成18年以前の虐待重大事例

*下記事例に関しては下記社会福祉法人子どもの虹情報研修センター増沢らによる文献研究を参照ください

http://www.crc-japan.net/contents/guidance/pdf_data/h22_jirei.pdf

愛知県武豊町	3歳女児死亡事例:平成12年
兵庫県尼崎市	6歳男児死亡事例:平成13年
山形県村山市	6歳男児死亡事例:平成15年
愛知県名古屋市	4歳男児死亡事例:平成15年
大阪府岸和田市	15歳男児虐待重大事例:平成16年
栃木県小山市	4歳男児・3歳男児死亡事例:平成16年
福岡県福岡市	18歳女性虐待重大事例:平成17年
群馬県渋川市	3歳男児死亡事例:平成18年
秋田県藤里町	9歳女児死亡事例:平成18年
福島県泉崎村	3歳男児死亡事例:平成18年
京都府長岡京市	3歳男児死亡事例:平成18年

報告書リンク先一覧

都道府県報告

整理番号	ハイパーリンク先アドレス
A-1	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/aomori2112.pdf
A-2	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/miyagi2107.pdf
A-3	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/miyagi2202.pdf
A-4	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yamagata2010.pdf
A-5	http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/29539.pdf
A-6	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tochigi2011_07.pdf
A-7	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/saitama2009a.pdf
A-8	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/saitama2012_05_02.pdf
A-9	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/saitama2012_05.pdf
A-10	http://www.pref.chiba.lg.jp/jika/gyakutai/jidou/sankou/documents/siboujirei.pdf
A-11	http://www.pref.chiba.lg.jp/jika/kenriyogo/toushin/documents/siboujirei2.pdf
A-12	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2104.pdf
A-13	http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2010/04/DATA/40k4s201.pdf
A-14	http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2010/05/DATA/40k5b301.pdf
A-15	http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2010/05/DATA/40k5b300.pdf
A-16	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2011_01.pdf
A-17	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2011_02.pdf
A-18	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2012_01_02.pdf
A-19	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2012_01.pdf
A-20	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/tokyo2012_05.pdf
A-21	http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/f0214698c53536eb4925746e000c13a5/\$FILE/20080620_1s_hiryu_all_5.pdf
A-22	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/shizuoka2011_09.pdf
A-23	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/mie2009.pdf
A-24	http://www.pref.shiga.lg.jp/e/kodomokatei/kosodatehomepage/child-abuse/files/jido_jirei.pdf
A-25	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/shiga2011_10.pdf
A-26	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kyoto2012_03.pdf
A-27	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kyoto_gaiyo2012_03.pdf
A-28	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka2009.pdf
A-29	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka_f_2012_03.pdf
A-30	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka_f_gaiyo2012_03.pdf
A-31	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hyogo2102.pdf
A-32	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hyogo2009.pdf
A-33	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hyogo2011_12.pdf
A-34	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/nara2011.pdf
A-35	http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/f0214698c53536eb4925746e000c13a5/\$FILE/20080620_1s_hiryu_all_5.pdf
A-36	http://www.pref.okayama.jp/uploaded/attachment/9328.pdf
A-37	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hiroshima2009.pdf
A-38	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hiroshima2009a.pdf
A-39	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yamaguchi2012_07.pdf
A-40	https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060401/files/2009010700229/2009010700229_www_pref_kochi_lg_jp_uploaded_attachment_35119.pdf
A-41	https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060401/files/2009010700229/2009010700229_www_pref_kochi_lg_jp_uploaded_attachment_35120.pdf
A-42	http://www.pref.saga.lg.jp/web/var/rev0/0019/1327/shokoku.pdf
A-43	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kumamoto2009.pdf
A-44	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/ooita2009.pdf
A-45	http://www.pref.oita.jp/uploaded/life/252845_268654_misc.pdf
A-46	http://www.pref.oita.jp/uploaded/life/252845_268655_misc.pdf
A-47	http://www.pref.oita.jp/uploaded/life/252845_267776_misc.pdf
A-48	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/miyazaki2010.pdf
A-49	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kagoshima2105.pdf
A-50	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/okinawa2009.pdf

市区町村報告

整理番号	ハイパーリンク先アドレス
B-1	http://wakkanai.info/wks/wp-content/uploads/虐待防止検証報告書1.pdf
B-2	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/sendai2203.pdf
B-3	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/saitama2103.pdf
B-4	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/saitama2009.pdf
B-5	http://www.city.saitama.jp/003/001/0011/p020056_d/fil/houkokusyo_h24_9.pdf
B-6	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kashiwa2012_04.pdf
B-7	http://www.city.edogawa.tokyo.jp/kosodate/kosodate/kosodate/jidogyakutaisodan.files/kenshohokoku2203.pdf
B-8	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yokohama2011.pdf
B-9	http://www.city.yokohama.lg.jp/kodomo/katei/file/jireikensyou22.pdf
B-10	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yokohama_2012_05_02.pdf
B-11	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yokohama_2012_05.pdf
B-12	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/yokosuka2103.pdf
B-13	http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/dbps_data/_material/_localhost/kodomo-ikusei/330500/pdf/h2402_jidou_gyakutai.pdf
B-14	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kawasaki2102.pdf
B-15	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/nigata2010.pdf
B-16	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/shizuoka2011.pdf
B-17	http://www.city.nagoya.jp/kodomoseishonen/cmsfiles/contents/0000048/48333/kensyouhoukokusyo.pdf
B-18	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/kyoto2101.pdf
B-19	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka2009a.pdf
B-20	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka2009b.pdf
B-21	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka2011_09_02.pdf
B-22	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka2011_09.pdf
B-23	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka_s_2012_03.pdf
B-24	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/osaka_s_gaiyo2012_03.pdf
B-25	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/sakai2009.pdf
B-26	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/sakai2011_12.pdf
B-27	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/okayama2012_02.pdf
B-28	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/okayama2012_03.pdf
B-29	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/hiroshima200903.pdf
B-30	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2009_12.pdf
B-31	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2009_06.pdf
B-32	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2009_05.pdf
B-33	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2010_03.pdf
B-34	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2012_06_02.pdf
B-35	http://www.crc-japan.net/contents/verification/pdf/fukuoka2012_06.pdf
B-36	http://www.city.kurume.fukuoka.jp/1500soshiki/9047kosodate/3010oshirase/files/2010-1122-1721.pdf