

(別添)

国立成育医療研究センター 成育医療研究開発費
「小児肝移植医療の標準化に関する研究」
主任研究者 笠原群生

分担研究報告書
「脳死下臓器摘出における虐待の判別」
研究分担者 奥山真紀子

「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改定案(Ver.3) “草稿”」
研究協力者 山田不二子、宮本信也、荒木尚、溝口史剛、星野崇啓

はじめに

「臓器の移植に関する法律」の改正によって、附則に「(検討)5 政府は、虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器(臓器の移植に関する法律第五条に規定する臓器をいう。)が提供されることのないよう、移植医療に係る業務に従事する者がその業務に係る児童について虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、及びその疑いがある場合に適切に対応するための方策に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」と規定された。

これにより、「脳死下臓器提供者になりうる状態の児童について、虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、虐待の疑いがある場合は当該児童から臓器提供が行われることのないよう」にするためのマニュアルが必要となった。

「虐待を受けたと思われる児童の通告義務」は、児童虐待の防止等に関する法律と児童福祉法で規定されており、被虐待児の診断は通常診療の中で行われなければならないものであるが、現在の日本においては医療・保健・児童福祉・警察・検察・教育等の関係機関間の連携が制度として確立されておらず、虐待が行われた疑いのある場合に対応するためのシステムが十分構築されているとは言い難い。

そこで、ここに「脳死下臓器提供者から虐待を受けた疑いのある児童を除外する」ことを主眼に置いたマニュアルを提示する。

従って、このマニュアルによって臓器提供者から除外されたとしても、当該児童が虐待を受けたことを必ずしも意味するものではなく、除外者の中に被虐待児でない症例が含まれる可能性が残るが、臓器提供者から被虐待児を除外するためには現状ではやむを得ないと判断した。

本マニュアルを使用して被虐待児を臓器提供者から確実に除外するためには、臓器提供意思の有無に関わらず、患者が入院した時点から通常の虐待診断と並行して本マニュアルを活用することが有効であり、そうすることにより臓器提供の申し出があったときにあわてて対応する必要がなくなり、適正な診断が可能になると考えられる。

さらに、日常臨床活動の中でこのような診断行為を積み重ねていくことにより、**本マニュアルに記載された手続きに基づき「被虐待児である可能性を完全には否定できない」として臓器提供者からいったん除外された子どもたちについて、将来的には、医療機関・児童相談所・警察・保健所・保健センター・市区町村等が緊密に連携することで詳細な虐待診断ができる体制を築き、そこで「被虐待児ではない」と診断された場合には臓器提供の道が再度開かれるような筋道を作って、「臓器を提供する」という尊い意思が確実に活かされていくことを期待したい。**

なお、本マニュアルは、平成21年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究」(研究代表者 貫井英明)の中の「小児法的脳死

判定基準に関する検討」(研究分担者 山田不二子)の報告書 別資料¹⁾として、平成22年3月30日に発表されたものを、平成22年4月5日に開催された第32回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会での審議を踏まえて、**筆者が私的に改訂した。これを小児科臨床Vol. 63, No. 7, 2010に改訂版²⁾として発表した。その後、関係者からのご意見・ご質問に応じて、さらに改変を加えたものが本稿である。従って、本稿をVersion 3とする。本稿本文およびチェックリストにおいて、厚生労働科学特別研究の報告書¹⁾から改訂版²⁾において修正した箇所を青色で表記し、改訂版²⁾からさらに修正した箇所を赤色で表記する。特に本稿においては、児童が脳死状態となった原疾患が虐待・ネグレクトではない症例においても、原疾患とは無関係の虐待・ネグレクトや過去の虐待・ネグレクトを見逃さないためにチェックリストを活用するようにした点および性虐待のチェック項目を増やしたことが主たる改正点である。また、代理によるミュンヒハウゼン症候群については、医療機関におけるその診断の重要性を鑑みて、チェックリストのランクを一段階アップさせた。**

I. 「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル」

1. 本マニュアルの対象

「小児法的脳死判定基準」および「小児法的脳死判定マニュアル」は、15歳未満の小児を対象とするものであるが、本マニュアルは、児童福祉法における「児童」の規定に従って18歳未満の児童を対象とする。

2. 用語の定義・説明

本マニュアルでは、以下の用語が「 」内に説明した意味で使われている。

“**当該児童**”とは「器質的脳障害により深昏睡および無呼吸を来している18歳未満の児童」を指す。

“**乳幼児**”とは「就学前の児童」を指す。

“**被虐待児**”とは「虐待もしくはネグレクトを受けた児童」を指す。

“**保護者**”とは「親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するもの」を指す。

“**第三者**”とは「当該児童の保護者・きょうだい・親族・同居人のいずれでもない者」と定義する。

3. 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外する手順

1) 「小児法的脳死判定基準(案)」には、小児法的脳死判定の対象例について以下の三つの条件が示されている。

①器質的脳障害により深昏睡・無呼吸を来して人工呼吸を必要とする症例

②原疾患が確実に診断されている症例(頭部CTないしMRI検査による画像診断は必須)

③現在行いうるすべての適切な治療手段をもってしても、回復の可能性が全くと判断される症例

従って、上記「②原疾患が確実に診断されている症例」に該当しないこととなるので、下記の項目のいずれかに該当するときは、その児童を臓器提供の対象から除外する。

(1) 原疾患の診断が確定していないとき

(2) 乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)³⁾が疑われ、その確定診断のために司法解剖を要するとき

2) 上記1) (1)、(2)のいずれにも該当せず、下記の条件を満たす場合は、「**その児童が脳死状態となった原疾患は虐待・ネグレクトではない**」と診断できる。ただし、それだ

けでは、脳死状態となった原疾患と無関係な虐待・ネグレクトがあったかどうか、また、過去において虐待・ネグレクトがあったかどうかはわからない。従って、下記の条件を満たす症例であっても、念のため、チェックリストを使って被虐待児である可能性を本当に否定できるかどうか確認する。

(1) 器質的脳障害の原疾患として外因が疑われる場合の条件

- ①家庭外で発生した事故であって、第三者による信頼に足る目撃証言が得られており、受傷機転と外傷所見との因果関係が合理的に説明できる。
- ②第三者による目撃証言は得られていないが、器質的脳障害の原疾患は当該児童が自動車等の乗り物に乗車中の交通事故外傷であることが明らかである。
- ③窒息事故で、その原因が誤嚥であることが気管支鏡検査等によって明白であり、第三者による信頼に足る目撃証言がある。

(2) 器質的脳障害の原疾患として内因が疑われる場合の条件

- ①原疾患が先天奇形もしくは明らかな疾病であることが確実であり、病態の悪化に対して外因の関与がないか、関与があったとしても、その外因は不慮の事故であることが明らかである。

- 3) 上記1)、2)のいずれにも当てはまらないか、または、どちらに該当するのか半別が困難なときは、添付の「チェックリスト」に基づいて被虐待児である可能性のある児童を除外し、被虐待児でないことが確認できる場合のみ、その児童を臓器提供の対象にすることができる。

この際、下記の(1)、(2)に該当する場合は、特に慎重な判断が必要である。

- (1) 家庭内で発生した事故等による外因が器質的脳障害の原疾患であると考えられる場合⁴⁻⁸⁾。
- (2) 家庭外の事故であっても、第三者による信頼に足る目撃証言が得られていない場合

II. 注意事項

1. 「乳幼児揺さぶられ症候群(Shaken Baby Syndrome: SBS)^{9,10)}等の「虐待による頭部外傷(Abusive Head Trauma: AHT)¹¹⁾」は、体表外傷を伴わないことがあるので注意を要する。
2. 「躯幹部鈍的外傷(BTT: Blunt Torso Trauma)¹²⁾」も、皮下出血などの体表外傷を伴わないことがあるので注意を要する。

III. 考察

1. 本マニュアルの趣旨

本マニュアルは、「被虐待児を診断するマニュアル」ではなく、「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル」であり、被虐待児ではないと確実に判断できる児童を選び出すためのものである。

従って、本マニュアルによって臓器提供の対象者から除外されたからといって、必ずしも、その児童が被虐待児であることを意味しない。すなわち、脳死下臓器提供者から除外された児童の

中に被虐待児でない症例が含まれる可能性が存在する。医療機関と児童相談所や警察等との連携が未だ不十分である日本の現状を考慮し、脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するために、現時点ではやむを得ないと判断した。

将来、本マニュアルが「子ども虐待・ネグレクトを診断することで脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル」へと改訂されていくことを期待するものである。

なお、本マニュアルは心停止下臓器提供の場合にも適用できると思われる。しかし、「被虐待児」である可能性を否定できない場合に、心停止後に血液検査や放射線学的検査を行うことは事実上不可能である。従って、心停止以前に「被虐待児でないこと」が本マニュアルに基づいて確認できた場合にのみ、臓器提供が可能であると判断される。

2. 本マニュアルの基本的な考え方

「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改訂版」では、「1) 小児法的脳死判定の対象例とならない症例」をまず最初に脳死下臓器提供者から除外し、ついで、「2) **脳死状態となった原疾患が虐待・ネグレクトではないと確実に診断できる症例**」を選び出すという構成になっている。ただし、2) に該当する症例であっても、**脳死状態とは無関係に発生していた虐待・ネグレクトや過去の虐待・ネグレクトを確認するため、チェックリストを活用することとする。**

1) でも2) でもない場合、もしくは、1)、2) のいずれに該当するのか判断ができない場合は、次に説明する「チェックリスト」(別表)を活用して、脳死下臓器提供者から被虐待児を除外する。

なお、参考文献4~8によると、家庭内事故の場合、不慮の事故で致命的な外傷を負うことは稀であって、家庭内で発生した外傷で致命的になる症例は虐待によるものであることが多いとされる。この知見に基づき、本マニュアルでは、明らかな誤嚥による窒息以外の家庭内事故は虐待の可能性について慎重な判断を必要とするものとした。

3. 「チェックリスト」(別表)の説明

1) 1つでも該当する項目があれば、虐待が強く疑われるもの
身体的虐待に特徴的な皮膚所見が認められるとき¹³⁻¹⁶⁾や、保護者の説明もしくは当該児童の発達段階と外傷所見とが矛盾するとき¹³⁻¹⁶⁾には、虐待が強く疑われるので、その児童から臓器提供をしないこととする。

2) 2歳未満の乳幼児の場合

2歳未満の乳幼児の場合、体表外傷が無くても、「乳幼児揺さぶられ症候群(Shaken Baby Syndrome: SBS)^{9,10,17,18)}」等の「虐待による頭部外傷(Abusive Head Trauma: AHT)¹¹⁾」(以下、SBS/AHTと略す。)や虐待による骨折を負っていることがあるので、2歳以上の児童よりも詳しい検査を要する。

SBS/AHTの三徴は、「硬膜下血腫・クモ膜下出血等の頭蓋内出血」「びまん性の脳実質損傷」「広汎で多発性・多層性の網膜出血」である¹⁷⁻¹⁹⁾。

頭部CTでは少量と思われた頭蓋内出血が頭部MRIでは相当量であることが判明したり、頭部MRIではじめて脳実質損傷が発見されることもあるので、必要に応じて頭部MRIを撮影する。ま

た、頭蓋内出血や脳実質損傷の程度に比して呼吸状態が悪い場合は頸髄損傷が発生していることがあるとする報告²⁰⁾があるので、必要に応じて頸椎MRIも撮影する。

SBS/AHTの診断のための眼底検査²¹⁾は眼科医に実施してもらうことが望ましい。当該児童が死亡した場合、死因の検索のために司法解剖が実施されたとしても、眼球が摘出されとは限らないため、三徴のうちの一つを占める網膜出血の情報が得られない場合が少なくない。また、軽度の網膜出血は不慮の事故でも起こることがある²²⁾ので、眼底検査において、網膜出血が認められたか、認められなかったかだけの記録では、SBS/AHTを診断するのに不十分であり、倒像鏡を用いて観察した詳細なスケッチないしは眼底写真で証拠を残すことが大切である。

三徴には含まれないが、SBS/AHTには後部肋骨骨折や骨幹端骨折（バケツの柄骨折や骨幹端角骨折）を合併することがある^{17~19)}。これらの骨折が認められると、三徴がそろっていなくても、SBS/AHTの可能性が高まる。従って、2歳未満の乳幼児に対しては、プロトコル²³⁾に従って全身骨撮影²⁴⁾を施行し、放射線科医に読影を依頼することが重要である。しかしながら、乳幼児の骨折、特に肋骨骨折を受傷直後にX線写真で見つけることはたいへん難しいので、当該児童が生存している場合は、受傷の約2週間後に全身骨撮影を再撮する。この場合、頭蓋骨X線は骨条件頭部CTで代用してもよい。ただし、脳死状態にある乳幼児に関しては、全身骨撮影の再撮だけのために、2週間も待つ必要はない。

なお、臨床症状等からSBS/AHTが疑われる場合は、2歳以上の児童であっても、チェックリスト(4)~(6)の検査を施行する。

3) 虐待・ネグレクトを疑わせる情報

子ども虐待・ネグレクトを医療機関だけで診断することは非常に難しい。特に、脳死状態となり得るほど重症な症例の場合、児童相談所・保健所・保健センター・市区町村・警察等の持つ情報は虐待・ネグレクト診断に不可欠であり、これらの機関への照会を怠らないことが肝要である。とはいえ、現行の個人情報保護法や個人情報保護条例に基づき、医療機関から照会を受けた機関が個人情報保護を理由にして照会に応じない場合もあり得る。児童が脳死状態となった場合の原因究明体制が整うまでの間は、照会を受けた機関が医療機関に電話をかけ直し、相手が間違いなく担当医師であることを確認したうえで、照会事項に返答するという手続きを踏まざるを得ない。

照会を求める情報は、チェックリストの3) (7)および4) (14), (15)に列挙したが、当該児童に関する情報だけでなく、きょうだい（異母・異父きょうだいを含める）に関する情報にも留意することが重要である。特に、きょうだいの中に不審死²⁵⁾を遂げた者や乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)³⁾（疑いを含む）が死因であるとされている者がいる場合、この家庭で過去に虐待があった可能性を考慮すべきで、当該児童にも同じようなことが起こっていないかどうかについて精査を要する。

児童虐待の防止に関する法律第二条第三号の規定によれば、ネグレクトも児童虐待に含まれるため、ネグレクトを受けた児童からも臓器提供はできない。

ネグレクトの中でも、「栄養のネグレクト」に基づく「非器質性発育障害(Non-Organic Failure to Thrive: NOFTT)²⁶⁾」は飢餓や脱水によって致死的になることがある。NOFTTの判断には、小児科医による成長曲線の精査²⁷⁾が欠かせない。

また、保護者が乳幼児の監督を怠り、安全管理の不行き届きによって、子どもが重大な事故に遭ったり、薬物・毒物を誤飲したりした場合も、「安全のネグレクト」とみなされ、当該児童か

ら臓器提供はできない。

虐待によって子どもが外傷を負った場合、保護者は、医師に虐待を見咎められるのを恐れて、被害児を医療機関に連れてくるのが遅れがちになりやすい¹³⁻¹⁵⁾。当該児童の症状に気づいてから受診行動に移るのが不当に遅いと感じたときには、注意を要する。

「代理によるミュンヒハウゼン症候群(Munchausen Syndrome by Proxy: MSBP)^{25,28)}」とは、保護者（その多くは母親）が自分の子どもを病人に仕立て上げるといった特殊な虐待で、診断が非常に難しく、また、致命的になることが少なくない。原疾患は内因性と考えられるのに確定診断が得られていないときや、極めて特殊な病態を考えないと当該児童の症状を説明できないような場合は、MSBPの可能性も念頭に置いて、鑑別診断を進める必要がある。

4) 該当する項目があった場合に、総合的判断を要するもの

児童虐待の防止に関する法律第二条第四号の規定によれば、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力(DV)²⁹⁾を児童に見聞きさせることは心理的虐待に当たるとされる。さらに、DVと子ども虐待・ネグレクトは合併しやすい³⁰⁾ので、保健所・保健センター、市区町村、警察等への照会によってDV情報が得られた場合は、総合的判断を要する。

「皮膚衛生のネグレクト³¹⁾」や「口腔内衛生もしくは歯科医療のネグレクト³²⁾」を疑わせる所見をチェックリスト4) (17)に、「医療ネグレクト^{33,34)}」を疑わせる情報を(18)に、「教育のネグレクト³¹⁾」を疑わせる情報を(19)に列挙したので、これらを参照のうえ、他の所見とも併せて、ネグレクトの有無を総合的に判断する。

5) 薬物中毒が疑われる場合

通常の検査では原因が推定できない神経学的症状を認めた場合は、Triage[®]等の薬物検査キットによる薬物中毒のスクリーニングおよび血中アルコール濃度の測定を行う^{15, 24)}。それでも、神経学的症状の原因がわからず、犯罪の可能性が疑われる場合は、警察に通報する。

なお、必要に応じて後で追加の検査を施行できるように、尿・血液・胃内容物等の検体は冷凍保存しておく¹⁵⁾。

IV. 補足情報

「躯幹部鈍的外傷(BTT)¹²⁾」等の身体的虐待、「乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)^{9, 10)}」／虐待による頭部外傷(AHT)¹¹⁾「非器質性発育障害(NOFTT)²⁶⁾」「医療ネグレクト^{33,34)}」「代理によるミュンヒハウゼン症候群(MSBP)^{25,28)}」については、「社団法人日本小児科学会 子どもの虐待問題プロジェクトチーム」が「子ども虐待診療手引き」を作成しているので、そちらを参照してください。

<http://www.jpeds.or.jp/guide/index.html>

なお、児童からの臓器提供に際して、子ども虐待・ネグレクトの診断や対応に関する相談・助言を必要とする場合は、「日本子ども虐待医学研究会」にご連絡ください。

連絡先：〒259-1131 神奈川県伊勢原市伊勢原 1-3-47

日本子ども虐待医学研究会事務局

電話・FAX；050-2014-4814

メールアドレス；y-fujiko@mue.biglobe.ne.jp

担当者；事務局長 山田不二子

チェックリスト

このチェックリストは、臓器移植に係る業務とは異なる日常診療においても、子ども虐待・ネグレクトが疑われたときのチェックリストとして活用することができる。

1) 次に挙げる項目(1)～(3)のうち1つでも該当するものがある場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

(1) 虐待に特徴的な皮膚所見 ¹³⁻¹⁶⁾	①体幹・頸部・上腕・大腿・ 性器周辺 に認められる複数の外傷 ②同じ形をした複数の外傷 ③新旧織り交ざった複数の外傷 ④境界鮮明な熱傷・火傷 ⑤ スラップ・マーク(平手打ち痕) 、 バイト・マーク(噛み痕)
(2) 保護者の説明と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁶⁾	①外傷の発生機序に関する保護者の説明が医学的所見に矛盾している。
(3) 当該児童の発達段階と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁵⁾	①外傷の発生機序として保護者が説明した内容や外傷所見が当該児童の発達段階に矛盾する。

2) 当該児童が2歳未満の乳幼児の場合、(4)～(6)の検査を施行し、虐待を疑う所見が1つでも認められた場合は“乳幼児揺さぶられ症候群: SBS^{9,10)}／虐待による頭部外傷: ATH¹¹⁾”や“被虐待児症候群: The Battered Child Syndrome¹⁶⁾”の可能性があるので、慎重な判断を要する^{9-11, 16-19)}。

乳幼児揺さぶられ症候群(SBS) ^{9,10)} ／虐待による頭部外傷(AHT) ¹¹⁾ の疑い	(4) 頭部CT (必要に応じて頭部MRI・頸椎MRIを併用する。)	①交通事故以外で発生した硬膜下血腫 ②交通事故以外の原因による外傷性びまん性軸索損傷や灰白質－白質剪断といったSBSやAHTを疑うべき脳実質損傷 ③原因不明の頸髄損傷 ²⁰⁾
	(5) 倒像鏡もしくは乳幼児用デジタル眼底カメラによる眼底検査 ²¹⁾ (眼科医にコンサルトすることが望ましい。)	①広汎で、多発性・多層性の眼底出血 ②網膜分離症 ③網膜ひだ
被虐待児症候群 ¹⁶⁾ の疑い、もしくは、SBS/AHT ⁹⁻¹¹⁾ の疑い	(6) 全身骨撮影 ^{23,24)} (放射線科医にコンサルトすることが望ましい。) 必要に応じて胸部CTを施行する。 当該児童の病状により全身骨撮影が困難な場合は、これを骨条件全身CTで代用してもよい。ただし、CTの場合、骨幹端病変を見逃すことがあるので注意する。	①肋骨骨折 ②長管骨の骨幹端骨折(バケツの柄骨折、骨幹端角骨折) ③保護者の説明と矛盾する骨折 ¹⁶⁾ ④(原因不明の)骨折の既往

3) 次に挙げる項目(7)～(13)の中に該当するものがある場合、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できないなら、その児童から臓器提供をしないこととする。

(7) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	<p>①照会先から当該児童について子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。</p> <p>②照会先から、当該児童のきょうだいに関する子ども虐待・ネグレクト情報が得られた。</p> <p>③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者²⁵⁾やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。</p> <p>④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。</p>
(8) 小児科医による成長状態の確認	<p>①医学的に相応の理由がないのに、成長曲線(身長・体重)のカーブが標準から大きく下方にずれている²⁷⁾。(非器質性発育障害(NOFTT)²⁶⁾の疑い)</p> <p>②医学的に相応の理由がないのに、頭囲の成長曲線がある時点から急に上方にずれている。(虐待による頭部外傷¹⁾の後遺症としての頭囲拡大の疑い)</p>
(9) ネグレクトが疑われる状況 ²⁶⁾	<p>①当該児童が乳幼児(障害児の場合は発達段階として6歳未満と考えられるとき)であるのに乳幼児だけで外遊びをさせる、危険物を放置し安全管理をしないなど、保護者が適切な監督をしていないことが明確である。</p> <p>②飢餓状態が疑われる。</p> <p>③嘔吐や下痢など相応の理由がないのに、脱水状態となっている。</p>
(10) 性虐待が疑われる状況	<p>①思春期前の児童の処女膜裂傷等、性器そのものの外傷</p> <p>②性感染症を疑うべき臨床症状</p> <p>③膣内異物</p> <p>④妊娠</p>
(11) きょうだいの不審死 ²⁵⁾ およびSIDS ³⁾ (疑)	<p>①家族歴の聴取および児童相談所・保健所・保健センター・市区町村・警察への照会によって、きょうだい(異母・異父きょうだいも含む)の中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。</p>
(12) 代理によるミュンヒハウゼン症候群(MSBP) ^{25,28)} の疑い	<p>①医療機関からの紹介状を持たずに、当該児童の病気を訴えてドクターショッピングを繰り返していた。</p> <p>②当該児童は、医学的に説明のできない症状を繰り返し呈していた。</p> <p>③保護者の訴える症状と臨床所見との間に矛盾がある。</p>
(13) 受診の遅れ	<p>①当該児童の症状に気づいてから受診行動に移るまでに長時間¹³⁻¹⁵⁾を要していて、その理由を合理的に説明できない。</p>

4) 次に挙げる項目(14)～(19)の中に該当するものがあるときは、総合的に判断し、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できる場合のみ、その児童から臓器提供することができる。

(14) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	①紹介先から当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{29,30)} という情報が得られた。
(15) 警察への照会(照会しても情報が得られない場合は「該当なし」と判断してよい。)	①警察から当該児童やそのきょうだいについて子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②当該児童は乳幼児で、徘徊等で警察に保護されたことがある。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者 ²⁵⁾ やSIDS ³⁾ (疑)がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。 ⑤当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{29,30)} という情報が得られた。
(16)小児科医による母子健康手帳の確認	①母親は必要な妊婦健診を受けていなかった。 ②出産に際して、医師もしくは助産師など信頼に足る大人の立ち会いがなかった。 ③出生届や出生連絡票が提出されていない。 ④当該児童は、妥当な理由がないにもかかわらず、先天性代謝異常の検査、乳幼児健診、予防接種等の必要な保健医療サービスを受けていない。
(17) ネグレクトの可能性が否定できない状況	①皮膚の衛生が保たれていない ³¹⁾ 。 ②未処置の多発性齲歯 ³²⁾ 。
(18)医療ネグレクト ^{33, 34)} の疑い	①必要な医療を拒否したことがある。 ②必要だったにもかかわらず、医療が中断されたことがある。 ③受診の遅れを疑わせる記録が残っている。(医療ネグレクトのほか、虐待の隠蔽を示唆する場合もある。)
(19) 教育のネグレクト ³¹⁾ の疑い	①保護者の都合で不登校となっていた既往がある。

5) 通常の検査では原因が推定できない神経学的症状を認めた場合は、「トライエージ(Triage[®])」等の検査キットを使って、尿・血液・胃内容物等の薬物検査^{15,24)}を行う。必要に応じて、アルコール血中濃度も測定する。薬物が検出された場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

なお、「トライエージ」で検出できる薬物は、フェンシクリジン(PCP)、ベンゾジアゼピン類(BZO)、コカイン類(COC)、アンフェタミン類(AMP)、大麻類(THC)、オピエート類(OPI)、バルビツール酸類(BAR)、三環系抗うつ薬類(TCA)の8類である。

文 献

- 1) 山田不二子. 小児法的脳死判定基準に関する検討 別資料 1. 研究代表者 貫井英明. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業小児の脳死判定及び臓器提供等に関する調査研究. 2010:15-27
- 2) 山田不二子. 脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改訂版. 小児科臨床 2010;63:1561-1570
- 3) SIDS (乳幼児突然死症候群) 診断の手引き 改訂第 2 版. 日本 SIDS 学会診断基準検討委員会. 2006
- 4) Helfer RE, Slovis TL, Black M. Injuries resulting when small children fall out of bed. *Pediatrics*1977;60:533
- 5) Nimityongskul P, Anderson LD. The likelihood of injuries when children fall out of bed. *J Pediatric Orthop* 1987;7:184
- 6) Joffe M, Ludwig S. Stairway injuries in children. *Pediatrics* 1988;82:457
- 7) Chadwick DL, Chin S, Salerno C, et al. Deaths from falls in children: How far is fatal? *J Trauma*1991;31:1353
- 8) Monteleone JA. Chapter 2 Physical Indicators of Abuse. Monteleone JA. *A Parent's & Teacher's Handbook on Identifying and Preventing Child Abuse*. GW Medical. 1998:18-19
- 9) Guthkelch AN. Infantile subdural hematoma and its relationship to whiplash injuries. *BMJ*1971;2:430-431
- 10) Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*1974;54:396-403
- 11) Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*2009;123:1409-1411
- 12) Cooper A. Thoracoabdominal Trauma. Ludwig S, Kornberg AE. *Child Abuse: A Medical Reference*, 2nd ed. New York. Churchill Livingstone. 1992
- 13) Hobbs CJ, Hanks HGI, Wynne JM. 稲垣由子, 岡田由香監訳. 子どもの虐待とネグレクトー臨床家ハンドブックー. 日本小児医事出版社. 2008:52
- 14) Giardiono AP, Christian CW, Giardino ER. 3 Skin: Bruises and Burn. *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*. SAGE. 1997:61-95
- 15) 坂井聖二. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 1 章 身体的虐待の診断. 坂井聖二, 奥山眞紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:3-45
- 16) Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*1962;181:106-112
- 17) Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med*2000;154:11-15
- 18) 奥山眞紀子. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 7 章 Shaken Baby Syndrome. 坂井聖二, 奥山眞紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:99-105
- 19) Kirschner RH. 11 The Pathology of Child Abuse. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The Battered Child*, 5th ed. The University of Chicago Press. 1998:273

- 20) Hadley MN, Sonntag VK, Rekate HL, et al. The infant whiplash-shake injury syndrome: a clinical and pathological study. *Neurosurgery*1989;24:536-540
- 21) Levin AV. Ocular manifestations of child abuse. *OphthalmolClin N Am*1990;3:249-264
- 22) Aoki N, Masuzawa H. Subdural hematomas in abused children: report of six cases from Japan. *Neurosurgery* 1986;18:475-477
- 23) 相原敏則. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 8 章画像診断. 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:118
- 24) Giardiono AP, Christian CW, Giardino ER. 2 Evaluation of Abuse and Neglect. *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*.SAGE. 1997:23-59
- 25) 井上登生. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 13 章 Munchausen Syndrome by Proxy. 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:193-203
- 26) Homer C, Ludwig S. Categorization of etiology of failure to thrive.*Am J Diseases of Children*1981;135:848-851
- 27) Task Force for the Study of Non-Accidental Injuries and Child Deaths. Protocol for Child Death Autopsies.Chicago. Illinois Department of Children and Family Services and Cook County Medical Examiner's office. 1987
- 28) Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet*1977;2:343-345
- 29) 山崎知克, 帆足英一. 第 II 部 虐待のケース・マネージメント 第 2 章 リスク判定. 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:285-294
- 30) Seagull EA. 8 Family Assessment. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD.*The Battered Child*, 5th ed.The University of Chicago Press. 1998:153
- 31) Giardiono AP, Christian CW, Giardino ER. 7 Neglect and Failure to Thrive. *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*.SAGE. 1997:169-209
- 32) 都築民幸. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 6 章 虐待の歯科所見. 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:77-97
- 33) USAdvisory Board on Child Abuse and Neglect. *Child Abuse and Neglect: Critical First Steps in Response to a National Emergency*.Washington DC. US Government Printing Office. 1990
- 34) 柳川敏彦. 第 I 部 虐待の臨床医学的所見 第 12 章 医療ネグレクト. 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生. 子ども虐待の臨床 医学的診断と対応. 南山堂. 2005:185-191