

図1 事故によってケガをしやすい部位

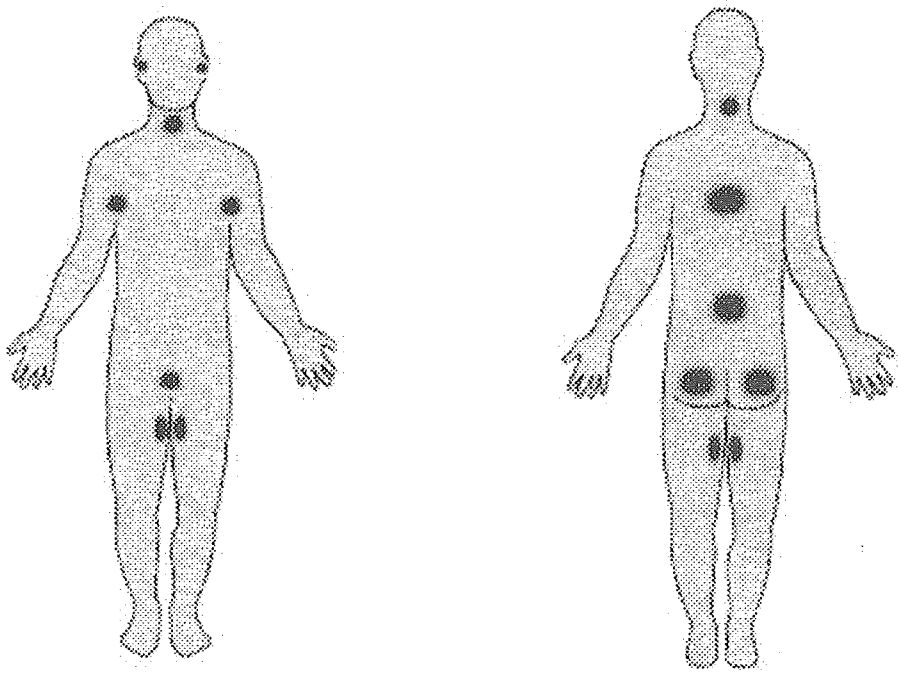


図2 虐待によってケガをしやすい部位

## 表19 虐待を受けた子どもの放射線所見

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

### 放射線診断の適応

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

### 放射線診断の方法

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

### 実際の全身骨の撮影方法

- ①頭蓋骨正面側面、胸郭(胸部ではない)正面側面、頸椎側面、腰椎側面、股関節正面、大腿骨正面(左右)下腿骨正面(左右)上腕骨正面、前腕骨正面、手指骨正面、足趾骨正面を撮影します
- ②骨折所見が陽性の部位は最低でも正面と側面像も撮影しますし、必要なら斜位像も撮影します。
- ③胸部撮影では肺野に照準が行くため、必ず胸郭撮影とオーダーすべきとされています
- ④骨折疑い部位はさらに精査する必要があり、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

## 骨折年齢による特異度

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

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

## 受傷機転による骨折の形態

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

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

## 部位別特徴

### ①頭蓋骨

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

### ②顔面

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

### ③躯幹

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

### ④四肢

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

### ⑤頭蓋内病変

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

## 表20 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なく、治癒過程にあるものや、すでに瘢痕や色素沈着となっているものも見落とすことなく記載することが肝腎です。

#### 3) その他

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

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

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

(例)「外傷について患児本人に尋ねたが、下を向いて返答がなかった」

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

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

(4) 病院に来た家族は、全員、誰が来たのかを記録しておきます。

(5) 診察した医師は診療録に署名をしておきます。

#### 4) 虐待の判断について

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

### 2. 虐待の疑いがある子どもの写真撮影上の留意点

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

#### 1) 保護者への説明

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

子ども本人への説明も、同様な内容でよいでしょう。

#### 2) 撮影の概要

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

#### 3) 撮影の実際

(1) タイムスタンプ(日時)を入れます。

(2) 可能なら、顔が入った全身像を撮影しておきます。

(3) 主要な外傷・所見

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

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

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

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

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

(6) 可能な限り、時間経過を追って撮影するようにします。

(7) デジタルカメラの場合

① 300万画素以上のカメラを使用します。

② そのカメラの最高画質で撮影します。

③ 撮影したときに、きちんと撮れているかどうか写真を確認しておきます。

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

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

## 表21 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) 児童相談所への通告

虐待の疑いを持ったときには、児童相談所へ通告します。

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

## 6. 医療機関での対応

主訴の身体的問題への対応をするという態度で一貫して対応します。

### 1) 自宅へ帰せないときの対応

①何らかの理由をつけて入院させ、身体治療を行います

「入院しての治療が必要」と説明することでよいでしょう。

②自施設に入院不可 → 他院へ紹介入院とします

地域の他院へ確かに入院させるために工夫をします。

できるだけ、救急車で送る。

他院へ後ほど電話を入れることを家族に告げておく。

他院へは、虐待疑い事例であることを家族がいない場で説明しておきます。

③地域の他院への入院も不可のとき

遠方でも、大学病院か小児病院へ入院を依頼します。

### 2) 自宅へ帰せるときの対応

①受診主訴への身体的処置・治療を行います

②次回の診療予約を入れます

1回の治療で十分と思っても、必ず次回予約を入れます。

「経過を見る必要がある」と説明することでよいでしょう。

③次回の受診の担保を確保

次回に受診しなかった場合、こちらから電話連絡を入れることを告げておきます。

電話の理由は、「様子が心配なので」と説明しておくといよいでしょう。

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。

## 表22 子ども虐待の通告の手引き

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

### 1. 大事なこと

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

### 2. 通告・連絡先

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

保健所・保健センターでもかまいません

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

### 3. 通告の時期

「おかしい」と思われた時点で通告してかまいません。

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

『様子を見る』という判断をされるのは、虐待の可能性がほぼないというときだけです。『様子を見ている』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

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

### 5. 保護者への告知

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

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

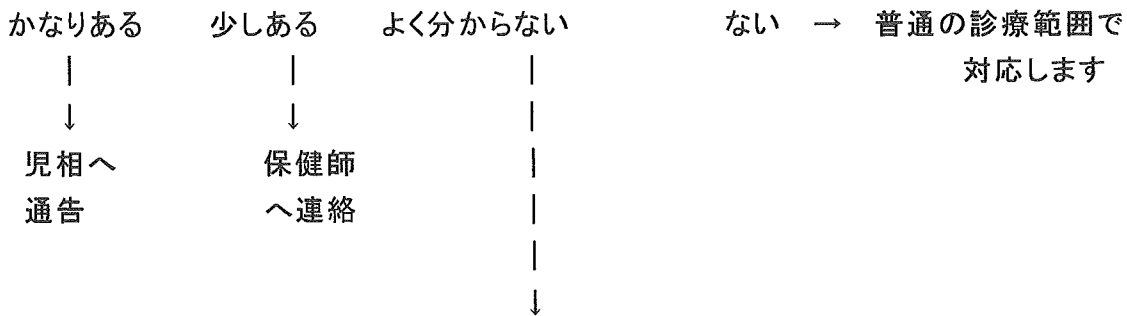
### 6. 警察への通報

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

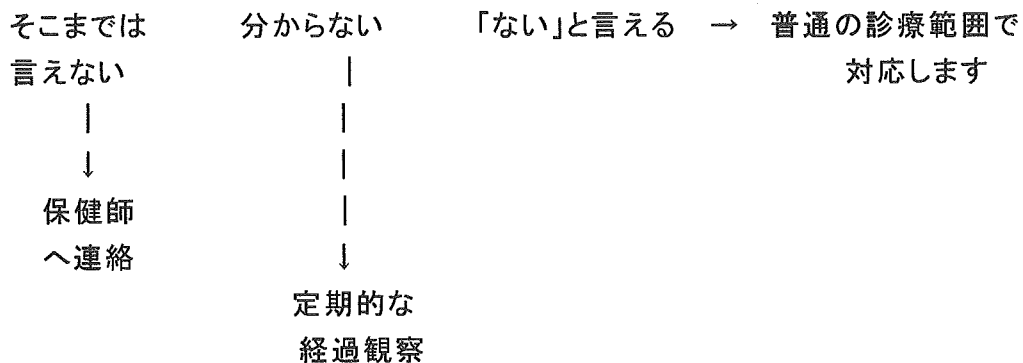


## 通告に関する対応フローチャート

受診した子どもは、子ども虐待が疑われるところがあると思われますか？



その子どもに、子ども虐待の可能性はないと考えられますか？



## 通告の実際

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

## 表23 子ども虐待診療における非常事態への対応

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

### 医療側が気をつける点

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

### 親が外来で暴れる・騒ぐ

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

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

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

## 無断で親が帰る・自主退院

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

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

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

## 再診しない

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

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

明らかに再診が行なわれない場合には保健福祉センターなど関係機関との連携を行ないながら、再診を促す努力をしないといけません。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、その迅速な、関係機関と連携した対応策を行なうことが最も望まれているといえるでしょう。

## 最後に

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

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

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

### 救急医療としての子ども虐待への対応は

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

このような点を医療機関全体として、対応することが重要です。

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

## 医療者に望まれる医療姿勢

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

## 表25 乳幼児健診における虐待への気づき

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

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

### 保健所・保健センターにおける集団健診

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

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

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

### クリニックにおける個別健診

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

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

### 周産期のリスク判定

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

#### 乳幼児のサイン

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

#### 親のサイン

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

#### 家族のサイン

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

H15-17年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究（H15-子ども-009）

分担研究3 児童養護施設における医療ニーズに関する調査

分担研究者 野呂健二 名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療部

研究協力者

吉川徹

愛知県心身障害者コロニー中央病院

新井康祥

国立病院機構東尾張病院

田中究

神戸大学大学院医学研究科精神神経科学分野

菱田理、藤澤陽子

暁学園

安部計彦

西南学院大学人間科学部社会福祉学科

森茂起

甲南大学文学部人間科学科

宮本信也

筑波大学人間総合科学研究科

笠原麻里

国立成育医療センター

星野崇啓

埼玉県立小児医療センター

杉山 登志郎

あいち小児保健医療センター

**要旨** 家族の養育に困難があつて入所を余儀なくされている児童養護施設の入所児には精神的な問題を持つものが多い。われわれは二つの研究を行った。

**研究1**：養護施設入所児童469名の精神的問題と医療ニーズについて、アンケートを用いて調査した。調査児童の37.1%に精神的問題が見られ、19.2%については専門医療機関への受診が必要であると回答されたにも関わらず、実際に受診している者は11.1%に過ぎなかった。被虐待の既往と、精神的問題は高い相関を示した。

**研究2**：養護施設入所児童および職員に対して構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験のそれへの影響について調査をおこなった。47名から結果が得られた（男子25名、女子22名）。47名中、入所児童本人、職員それぞれへの構造化面接で68%が、何らかの診断基準を満たした。

注意欠陥多動性障害・反抗挑戦性障害・行為障害といった多動性行動障害は、入所児・職員のどちらからの聴取でも多くの診断を認めた。またこれらの疾患では双方の診断が一致するケースが多く見られた。大うつ病・全般性不安障害は、双方で認められたが、双方の診断が一致するケースはなかった。社会恐怖・強迫性障害・摂食障害（過食症）は職員からの聴取では認められず、入所児からのみ認められた。本人からの聞き取りでは、低年齢では全般性不安障害を高年齢ではうつの診断を満たすものが見られた。解離傾向を評価するためにA-DESを施行した。平均26点と一般と比べて高値を示した。特にA-DESの得点の高いケースでは、職員の面接でADHDの診断基準を見たケースが多く見られた。

虐待のあるなしでは、有意な症状への影響は認められなかった。行動化を伴う問題



には両者で認識が共通であったが、内向化する問題については職員が把握できていない場合も多いことが示唆された。

## A. 研究目的

家族の養育に困難があって入所を余儀なくされている児童養護施設の入所児には精神的な問題を持つものが多い。その中には児童精神医学的な治療が必要とされる重篤なケースもまれではない。しかしながらスタッフのマンパワーや専門職の不在により、メンタルヘルスに十分に対応できているとはいいがたい。この問題に対する今後の体制作りを進めるにあたり、精神医学的治療の必要性を明らかにするため、施設入所児の精神的問題と医療ニーズに関する調査を行った。

## 研究1、児童養護施設における医療ニーズについてのアンケート調査

### B. 研究方法

児童養護施設に入所する児の精神的健康と医療へのニーズを明らかにするため、施設スタッフに対して、質問紙を用いた調査を行った。

児童養護施設に入所する3才以上の各々の児に関して、下記の2つの質問紙の記入を施設担当スタッフに依頼した。

#### 1、フェイスシート・・・表1

対象児の基本的情報(性別・年齢・入所理由・虐待歴など)と精神的問題の有無とその内容や治療などから構成される。

#### 2、行動観察アセスメントシート(表2)

児童の精神状態について評価する

ことを目的に我々が作成した行動観察のための質問紙である。10領域31項目よりなり、主として心的外傷に関連した精神症状・問題行動についての質問項目により構成される。

#### 表2 行動観察アセスメントシート項目

- 覚醒水準の変動：ぼんやりうつろ、ハイテンション、不眠・悪夢・昼間のいねむり
- 部分人格の交代現象：従順モード、暴れモード、性的モード、ハイテンションモード、退行モード
- 解離：幽霊を見た、声が聞こえる、誰かに見られている
- フラッシュバック・パニック：感情爆発怒り泣き、呼吸困難、過呼吸、失立発作
- 記憶の障害：断片化、忘却
- 身体への関与：皮膚のかゆみ、怪我の多発、自傷行為
- 無意識の挑発的行動：行動的挑発、性的挑発
- 非行的行動：盗み・万引き、器物破壊、その他
- 排泄障害：遺尿、夜尿、遺糞
- 通学における問題：不登校、意欲減退、身体症状が出現

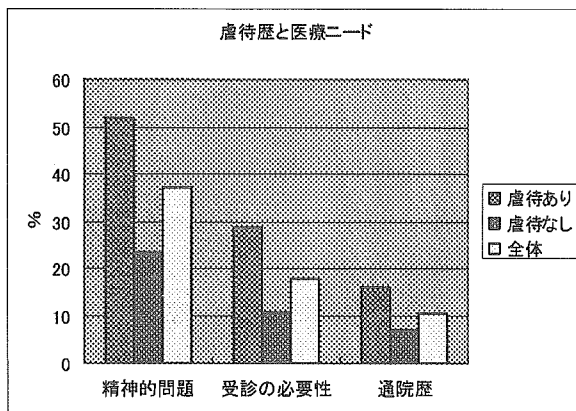


図1 虐待歴と医療ニーズ

### C. 研究結果

9施設469名(男261名、女208名)の回答が得られた。年齢は3才から20才までで平均10.5才、入所期間は0年から15年、平均3.8年であった。

入所時の入所理由は、養護67.6%、虐待が23.0%と養護が約3分の2を占めるが、一方虐待歴があったとされたのは37.1%であった。(図1)

精神的問題があると考えられる児は37.1%であった。施設によって13.8%から97.9%とかなりの開きが見られた。(図2) 受診の必要性があると考えられるのは19.2%であった。一方、実際に通院歴があるのは11.1%であった。

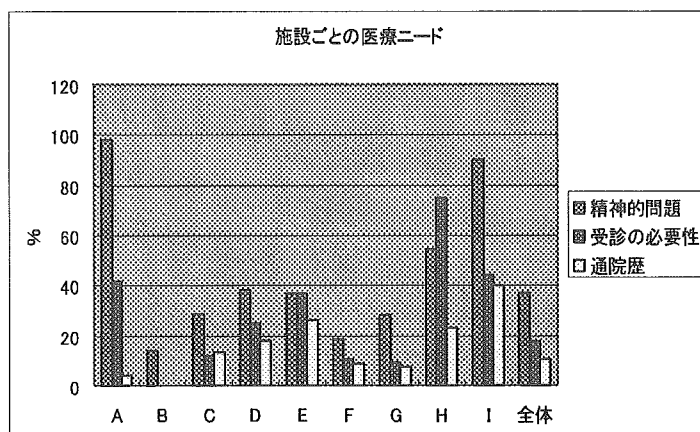


図2 施設ごとの医療ニーズ

虐待の有無は、精神的問題や受診の必要性と強い相関を示した。虐待歴のない児では精神的問題は24.5%に見られたが、虐待歴のある児では52.3%に見られた。受診の必要性は、虐待歴なしでは11.8%であるのに対して、虐待歴ありでは29.8%に認められた。

アセスメントシートにおいて、31項目中、排泄の問題の3項目(夜尿・遺尿・遺糞)を除いたすべての項目で受診の必要性と有意に相関が見られた(5%水準)。

アセスメントシートにて20%以上の児に見られた項目は、ハイテンション、ハイテンションモード、暴れモード、行動的挑発、夜尿、退行モード、感情爆発、怒り泣き、意欲減退、ぼんやり・うつろであり、夜尿以外は1%水準で精神的問題や受診の必要性の有無と相関が見られた。夜尿は、1%水準で年齢との相関が見られた。

### D. 研究考察

児童養護施設の精神的問題について調査した。

約3分の1の児に精神的な問題があり、その半数は受診の必要があると考えられているにもかかわらず、実際には必要とされている児の約半数程度しか受診に至っていないことが明らかとなった。

措置の際の入所理由にかかわらず、4割近くが被虐待児であり、その半数が精神的な問題を抱え、医療的ケアが求められる重症例が多く見られた。

今回利用したアセスメントシートは、施設スタッフの感じる医療ニーズと密接に関連した。児の精神的問題の指標とす

るのに有用性があると考えられた。

児の問題として高率に認められたものは、暴力や反抗、パニックといった外に現れる行動障害を呈する問題であり、施設スタッフから見た対処困難が反映していると考えられた。

今回の調査では、内在化する問題についてははっきりとした傾向を認めなかった。周囲からの行動観察では内面の把握には限界があり、これについては面接を行って直接児より聞き取りを行うことが必要であると考えられた。

## 研究Ⅱ、児童養護施設入所児童に対する構造化面接を用いた精神医学的評価

初年度は、施設職員に依頼し、入所児に関する質問紙と問診表への記入を依頼した。この結果では、行動上の問題を伴う外在化しやすい問題はよく把握されていたが、気分障害や不安障害の症状である抑うつ気分や不安といった内在化しやすい問題ははっきりした傾向を認めなかった。こういった表面化しづらい精神医学的問題を把握するためには直接聞き取りを行う必要があると考えられた。

2-3年目は、入所児童および担当職員に対して、質問紙法に加えて構造化面接を行い、入所児の抱える精神的問題と虐待経験のそれへの影響について調査をおこなった。

### B. 研究方法

#### 1. 対象

7ヶ所の児童養護施設に入所する10歳

から17歳の児童を対象とした。各施設の施設長に対して書面にて説明を行い、同意を得た。1施設あたり最大8名を、年齢・性別・虐待歴で偏りのないようこちらで選択し、調査への協力を依頼した。

51名に依頼し、47名の協力が得られた。

#### 2. 方法

入所児童および施設職員に対して、対面式での面接を行った。また施設職員に対象児についての質問紙・問診表への記入を依頼した。

面接の内容は、児童に対しては、心理士による半構造化した面接と質問紙、医師による自由面接とを併用した。職員に対しては、心理士による半構造化した面接を行った。

詳細は次の通りである。

##### (1) 入所児童への調査

対象児童に対して、文書を用いて説明し、書面にて同意を得た後、面接を行った。

まず、医師による臨床面接を行った。これは、自由回答の形をとり、日常生活(学校、施設)での適応や家族との関係を聴取することと、精神的問題があればその評価を行うことを目的とした。これにより、暫定診断を行った。

次に心理士による半構造化面接を行った。これは、医師の面接の結果とは全く独立して行われた。

半構造化面接は、the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS)日本語版の一部を用いた。ChIPSは、Weller E.らによって1998年に作成

され、広く各国で用いられている児童の精神疾患を評価する標準化された半構造化面接法である。現在は DSM-IV に準拠した版が用いられている。日本語版は原書者の許可を得て 2003 年に村瀬により作成されている。

今回は、このうちの一部を用いた。項目は表 3 の通りである。

また、Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES) 日本版の記入を依頼した。A-DES は解離についての自己記入式質問紙である。Putnam FW らによって 1997 年に作成された。

これらを含めて、面接所要時間は 60 分程度であった。

## (2) 職員への調査

職員に対しては、ChIPS の保護者版である the Parent form of the Children Interview for Psychiatric Syndromes (P-ChIPS) 日本語版の一部を用いて半構造化面接を行った。項目は表 1 の通りである。P-ChIPS の作成に至る経緯は ChIPS と同様である。

児と職員とは、大半が同じ項目を双方に聞いているが、遺尿症、遺糞症は職員用のみに含めた。事実を聞くものと両方から聞く必要がないことと本人の心理への配慮からである。

また、職員に対して、事前に質問紙と問診表への記載を依頼した。

質問紙は、「施設に入所中の子どもの行動チェックリスト改訂版(ACBL-R)」と「入所以前の子どもの経験に関する評価(AEI-R)」である。

ACBL-R は 128 項目からなり、主として

被虐待児に見られる行動・精神症状を観察評価する質問紙である。

AEI-R は 43 項目からなり、虐待経験を聞く質問紙である。この 2 つの質問紙は西沢らにより、開発された。

問診表は、表 4 のようなものである。自由面接の参考とした。

面接所要時間は、30 分程度であった。

## C. 研究結果

入所児と職員への面接で得られた診断結果の一覧は表 3 の通りである。

47 名から結果が得られた。(男子 25 名、女子 22 名)

### (1) こども面接と職員面接の結果

図 3 に示す。こども、職員ともに構造化面接を行うことで 68% のケースで何らかの診断を満たした。

こどもからと職員からと双方からの面接で診断が一致したケースが見られたが、それは注意欠陥多動性障害(ADHD)、反抗挑戦性障害、行為障害に限られた。特に行為障害では入所児童と職員とでかなりの割合で診断が一致し、双方に正の相関が見られた。

一方、不安性障害、気分障害では入所児童も職員も面接の中で診断を満たしたケースが見られたが、双方の診断が一致するケースは全く見られなかった。

また、社会恐怖、強迫性障害、摂食障害は入所児童に対する子ども面接でのみ診断を満たした。

### (2) 男女による違い

男女別の診断の割合を図 4-1、図 4-2 に示す。