

表 II-1-2 虐待を疑う必要がある状況

<p>1. 第一に虐待を考えるべき状況</p> <p>1) 身体面 以下の状態が複数存在,あるいは,反復して出現 外傷(痕),火傷(痕),骨折,中毒,その他の事故(溺水など) 小円形の火傷痕,硬膜下血腫,多数のう齒乳児:骨折,硬膜下血腫,口腔内熱傷</p> <p>2) 行動・精神面 以下の行為の反復 年少児:過食・異食・盗食,過剰で無差別な対人接近行動,痛みに無反応 小学生:非行(盗みと作話・虚言),動植物への残虐行為,加減しない暴力行為 中学生:非行(徘徊,家出)</p> <p>2. 虐待の可能性も考えるべき状況</p> <p>1) 身体面 不潔な皮膚,低身長,腹部臓器損傷,DOA(含:「乳幼児突然死症候群:SIDS」) 乳児:体重増加不良</p> <p>2) 行動・精神面 年少児:保護者からの隔離に平気,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:怠学,暴力行為,性的逸脱行為</p>
--

表 II-1-3 虐待状況の保護者に多い特徴

<p>1. 臨床において</p> <p>1) 保護者の訴えと臨床所見が矛盾する。 2) 外傷を子ども自身やきょうだいのせいにする。 3) 情報の提供に抵抗する。 4) 話される内容が保護者間,日によって変わる。 5) 保護者の態度が子どもの問題・症状の重症度に合わない。 6) 医療機関を受診するのが遅い(evening visit)。</p> <p>2. 乳幼児健診において</p> <p>1) 子どもに対するネガティブな発言:この子はかわいくない,この子はずるい,など 2) 育児に対する疲労感の発言:育児に自信がない,育児をしていて楽しくない・イライラする,など 3) 自分の子どものことをあまり知らない,質問されても十分答えられない。 4) ことば:きつい,ひどい,あざける,ばかにしたことば 5) 行動:乱暴に扱う,叩く,強く引っ張っていく,引きずる 6) 態度:苦々しい表情,ばかにした表情,他人事のような態度</p>

1. 発見

すべての医師に期待される役割で最も大きなものは、発見と通告である。当たり前のことではあるが、虐待によって外傷を負った子どもは、「普通の外傷」の顔をして医療機関に連れて来られる。そうした子ども達に先ず接するのは、その子ども達を診る医師である。医師は、身体的問題を持つ被虐待児達と最初に出会う立場におり、そうした子ども達の問題を介入の場にのせる役割を担っているのである。もし医師達が気づかなければ、その家族の問題は、その子どもが再び虐待による傷のために医療機関を訪れるときまで明らかにされることはなく、その間、子どもは虐待を受け続けることになってしまうのである。子どもを診療することがある医師はすべて、子ども虐待の発見に努力しなければいけない(児童虐待防止法第5条)。子ども虐待を疑う状況を表II-1-2、虐待状況に

ある保護者に見られやすい特徴を表II-1-3に、さらに、保育・教育現場で子ども虐待を疑う状況を表II-1-4にそれぞれ示す。園医や校医をしている医師は、日常診療場面の他に、保育園、幼稚園、学校で子ども虐待を疑う状況についても知識を持っている必要がある。

外傷や火傷、事故の反復は、先ず疑わなければいけない状況である。子どもが病気になった場合、多くの親、特に母親は罪責感を持つものである。ましてや事故の場合、親は自分の不注意さを痛感し、二度と同じことが起こらないよう注意するのが通常である。それが、同じような事故や外傷が繰り返されるということは、たとえ積極的な虐待がないにしても、少なくとも子どもの安全を守れる十分な環境になっていないことを意味し、それは、それだけでも介入する必要がある状態ということができらるであろう。

表 II-1-4 保育・教育現場で園医・校医が虐待を考えるべき状況

1. 身体状況

- ① 怪我・やけどが繰り返される
- ② 理由をはっきり言わない
- ③ 身体が汚れている（衣服も）
- ④ 髪を洗っていない、爪は伸び放題、など
- ⑤ 体重が増えず、やせている
- ⑥ たくさんのう歯がある
- ⑦ 治療の必要性を通知しても治療していない

2. 行動特徴

- ① 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
- ② 落ち着きのない行動
離席、教室から抜け出す、学校内外の徘徊
- ③ 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
- ④ 理由のはっきりしない欠席、遅刻の反復
- ⑤ 集団逸脱行為
勝手な行動をする、集団行動をとらない
- ⑥ 反抗的な言動
教師の指示に従わない、乱暴なことば使い
- ⑦ 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
- ⑧ 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、ケンカが多い、物を壊す
- ⑨ 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せてしまう、意識して殺す、花壇の花を抜く
- ⑩ 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（結果として火事になることもある）、徘徊、家出、シンナー吸引、万引き
- ⑪ 性的行動
性的な事柄へ強い関心を示す、性的言動が多い、性的逸脱行為
- ⑫ 無気力・無為
成績低下、授業に身が入っていない、ボーッとしていることが多い

最近の母親は、子どもの歯の衛生によく気を遣うのが一般的である。そうした風潮にもかかわらず、子どもが多数のう歯を抱えている場合、ネグレクトの可能性が高くなる。

乳児の骨は柔軟性に富み、骨折しにくいものである。したがって、乳児に骨折が見られた場合には、明らかに納得できる理由がない限り、不自然な力が加わったことが推定され、1回の骨折でも虐待の可能性を考えなければならない。

行動面の特徴では、攻撃性を伴う集団逸脱行動と非行に注意する。特に、単独で非行を繰り返す場合、かなりの確率で虐待の可能性がある。小学生で盗みと作話（盗んだ物を拾った、もらったと言うなど）繰り返す場合、ほぼ100%の確率で虐待、特にネグレクトがあると考えてよい。

2. 通 告

<疑ったら通告>

子ども虐待の疑いを持った場合、医師は、そのことを関係機関に通告しなければならない（児童福祉法第25条、児童虐待防止法第6条）。通告に際して知っておくべきことがある。それは、通告は、虐待を疑った時点で行うものであり、虐待を確認する必要はないということである。虐待かどうかを判断するのは、通告する側の仕事ではなく、通告を受けた側が行う作業である。したがって、極端に言うならば虐待が、あるいは、虐待も、疑われる状況に出会った場合、本当にそうかどうかを悩む必要はなく、そのまま通告を考えてよい。

<通告する時期>

いつ通告するかということも、迷う必要がない。疑ったその時点で通告をするべきである。虐待の確かさで通告の可否が規定されるものではなく、ましてや虐待の事実を確かめてから通告するものでもないからである。通告時期の遅延は、虐待がどれくらい確かかということよりも、医師のためらいによることがほとんどである。ともかく、虐待かもしれない、通告も考えなければいけないのだろうか、と思った時点で通告することが原則なのである。

<通 告 先>

通告する先は、法律では児童相談所と福祉事務所があげられているが、その他、保健所や地域の保健センターでもよい。どの機関に通告してもよいが、児童相談所と保健所の2個所に同時に通告するのがよいであろう。複数の機関に通告することで、対応チームが作られやすくなる。

児童相談所への通告がためられるときには、まず保健所（保健センター）への通告を行うとよい。医師、特に小児科医と保健師は、乳幼児健診等で日頃から連携して仕事をしていることが多いため、保健所（保健センター）への連絡は行いやすいであろう。そして保健所（保健センター）へ通告する際に、児童相談所への通告を、とりあえず保健所（保健センター）から行ってもらえるように頼むとよいのである。

<警察への通報>

受診した子どもの状態がDOA（death on arrival）や重体の場合は、警察へも併せて通報す

表 II-1-5 警察への通報を考える状況

子どもに以下の状態が見られた場合、原則、警察へ通告する

1. 死亡：DOA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. 骨折
5. その他、重症と思われる身体状態

る（表II-1-5）。警察への通報は、保護者が犯罪者扱いされることになり、その後の保護者への対応を困難にすることが危惧されるが、子どもが死亡するか生命の危険が及ぶほどの虐待行為をする保護者は、もともと支援の働きかけに簡単に乗ってくることはない。穏やかに接していると、子どもの安全を守ることができないことが多い。警察へ通報することで、かえって虐待の問題を正面から取り上げて話しをすることができるようになり、少なくとも、家族へのアプローチはやりやすくなることもある。また、警察の介入が抑止力となり、さらなる虐待を抑えることで、子どもの安全は図りやすくなる。

警察への通報は、すぐに保護者に分かることなので（警察の事情聴取や捜査が始まるため）、通報する時点で保護者にその旨を伝えておく。通報する理由については「来院時の死亡や不自然な外傷は、警察へ通報する義務が医師にあるので通報するのだ」と、とりあえずは虐待とは言わずに伝えておく方がよいであろう。医師もやむなく通報するのだという姿勢を取ることで、後から保護者の支援に回りやすくなる。

<通告方法>

通告は時間のロスを避けるため、まず、電話で行ってかまわない。電話相手は、通告先機関の長である必要はない。前述機関に電話をし、子ども虐待の通告であることを伝えれば、担当者が出るのが普通である。担当者がいない場合には、代理の人が受けることになるが、その場合、代理の人の氏名を確認し、カルテに記載しておくといよい。

次いで、数日以内に文書による通告書を出すようにする。電話での通告の際、後日、文書を送付する旨を告げておくといよい。通告書という一般

表 II-1-6 子ども虐待通告書書式例（一般医師向け）

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇児童相談所 所長 殿

児童福祉法第 25 条に基づき、以下の通り通告いたします。速やかに適切な対処をされますことを希望いたします。

1. 虐待されていると思われる子
 - ・氏名 男・女 歳（生年月日）
 - ・住所
 - ・保護者氏名
2. 受診時の子どもの状況
 - ・主訴
 - ・身体状況
 - ・虐待が疑われた理由
3. 病院での処置方針
 - ・診療形態（入院・外来通院）
 - ・処置内容（手術、投薬、経過観察など）
4. 通告者
 - ・名前
 - ・住所
 - ・電話番号

（子どもの虐待防止センター通告書書式を一部参照）

医師はためらうかもしれないが、通常の診断書や意見書のようなものと考えればよい。一般医師に要求される通告書は、簡単なものでよいと思われる。通告書を出す理由は、通告したという事実の記録と確認である。さらに、一般に行政機関は、文書での働きかけに対して何らかの対処をしたことを文書で残すという制度になっているので、通告書を出すことにより、一定期間内にその文書への対処をすることを、通告された側に意識させることができる。一般医師が書ける通告書の書式例を表 II-1-6 に示す。児童相談所以外への通告の際は、宛名を替えるだけで、あとは同じでかまわない。

<保護者への通告の通知>

通告に当たって、保護者の同意を得る、あるいは、通告することを事前に保護者に言うておく必要はない。

医療機関から児童相談所に通告する旨を、いつ、どのような形で保護者に伝えるかはケース毎に異なり、絶対というものはない。子どもの身体状態が安定した時点で、「子育てについて外からも支援をもらった方がよいと思うので」、といった理由で

児童相談所へ支援の要請をするという表現を用い、児童相談所へ連絡する旨を保護者に伝えるのがよいであろう。児童相談所へ連絡するということが、保護者に「虐待の告知」をすることは、一応別として考えると、児童相談所への連絡(通告)について保護者に伝えやすくなる。その意味で、保護者へは『通告』という用語ではなく『連絡』という用語を用いるとよい。

<通告がためられるとき>

どうしてもすぐに通告することをためらう場合には、医師の頭にさまざまな思惑が浮かんでいることが多い(表 II-1-7)。恐らく一番多いものは、通告した後どうなるのだろうか、という心配であろう。これは、それまで子ども虐待へ対応したことがないため、通告により事態がどのように動くのかを予想できず、そのため不安が生じてくるものであり、ある意味で当然の心配とも思われる。しかし多くの場合、一般医師に、虐待親子に対する通常の診療以上の対応が要求されることはない。一方では、自分は虐待へ対応した経験がないからと尻込みする医師もいるかもしれない。しかし、「通告」ということ自体は、何ら特別の専

表 II-1-7 通告に関する医師の心配

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 通告した後の面倒への心配・不安 2. 通告が守秘義務違反にならないかの不安 3. 虐待判断が間違っていた場合の通告責任への不安 4. 通告に対する保護者からの苦情・訴訟への心配 5. 周囲からの評判が下降することへの心配 6. 評判下降による患者数の減少への心配 |
|---|

門性を必要とするものではなく、誰にでもできることである。したがって、それまでの経験の有無とは関係なく、一般医師も行ってよいし、また、行うべきものなのである。

通告が医師としての守秘義務違反にならないかという心配は、もっともなことではあるが、この点については、児童虐待防止法において、「通告は守秘義務で妨げられるものではない」として、守秘義務違反にはならないという解釈が示されている(児童虐待防止法第6条第2項)。また一般に、守秘義務がある職種間で行われる情報交換は、守秘義務違反には当たらないと解釈できる場合が多い、ともいわれている。

通告したことについて、保護者から苦情を受けることはあり得ることではあるが、実際には、通告された保護者が医療機関に文句を言うことは少ない。保護者自身も、内心では後ろめたさや自分達がどうされるのかという心配を持っており、そのために、医療機関との関係をあまり悪くしたくないという思いを持っているからである。さらに、訴訟になることも極めてまれである。訴訟の場で、自らの虐待状況が明らかにされる心配を持つからである。

また、通告したが虐待でなかった場合、その責任は問われないだろうというのが、現在の一般的理解である。通告という行為が、子どもの心身の安全を考えての行動であり、自己の利益や相手を誹謗するための行為ではないことや、通告の時点で虐待でないと判断することは困難であること、などがその根拠となる。

開業している場合、評判と患者数の減少が気になってくる。「あの病院に行ったら虐待だと通告された」という噂が立つことは、残念ながらあり得

ることである。医師がそのことを気にかけるのは、これもまた、ある意味、当たり前のことであろう。この医師の意識は、日本に限らず、子ども虐待への意識がかなり高いといわれる米国ですら同様である。米国では、虐待を見逃した医師には罰則規定すらあるが、それでも、虐待を感じながらも評判を気にして通告しない医師が少なくないという。しかし、もしその子どもが本当に虐待を受けており、後日そのことが判明し、その子が重篤な後遺症を持ったり死亡した場合、虐待を疑いながら通告しなかった病院は、さらに評判を落とすことになるであろう。そもそも、日常きちんとした診療を行っているならば、通告したという風評が立ったとしても、自分達は虐待と関係ないと思っている人達が受診しなくなることはないであろう。評判を恐れて、通告することをためらってはいけないのであり、また、その心配は多くの場合、無用な心配であることを自覚する必要があるであろう。

3. 身体面の安全確保—入院が原則—

子ども虐待に関して専門的立場にない医師に、子ども虐待への積極的対応を要求するのは、妥当なこととは思われない。しかし、発見・通告だけで、後は知らない顔でいてよいかということ、それはそうではないであろう。最低限の対応は要求されるのである。それは、子どもの身体面の安全の確保に関する対応、ということである。

その方法としては、子どもを入院させるのが基本である。生命の危機的状態や重篤な後遺症の危険が考えられる場合には、どんな医師でも入院治療を考えるであろう。しかし、そこまで切迫していなくとも、医療機関で治療を要するほどの状態で受診している子どもで虐待が疑われた場合には、入院をさせるのが原則である。入院により家庭から分離ができ、とりあえず子どもを虐待環境から引き離すことができる。そして、入院させておけば、子どもの安全を心配することなく、家族への対応を検討することもできることになる。

入院は、その日のうちの緊急入院が基本である。自宅へいったん帰ってからという形にすると、そのまま受診しない可能性が高いからである。あるいは、再受診時、保護者だけが来て入院を拒むと

ということもある。入院の理由は、身体面の治療と検査のためということを前面に立てる。それほどひどい外傷に見えなくても、何らかの医学的理由を見つけ、経過観察する必要があると言って、入院を進めてしまうのもよい。

入院を持ち出すときには「入院した方がよいと思いますか、いかがですか？」などのような、保護者への提案や保護者の同意を求めるといった表現はしない方がよい。保護者に断られた場合、押しにくいからである。『入院して経過を見る必要があります』などのように、断定的に、入院するしかない、ということを行い、保護者の言い分を聞いている形を取りながら、入院手続きをどんどん進めてしまうのがよいであろう。

もし、自分の病院に入院施設がなかったり、事情により入院させられない場合には、適切な医療機関へ紹介することになる。紹介する場合には、必ず先方の病院へ電話をし、虐待が疑われる事例であることを事前に直接話ししておく。そして保護者には、後日、経過を確認するために、自宅に連絡する旨も伝えておく。こうすることで、紹介先を受診しないままになることを防ぐことができる。

しかし、これらの対応は、実は、医師として当然の処置であり、何も特別のことではない。つまり、子ども虐待への初期対応に関して、一般の医師に要求される対応は、重篤な身体状況に対する通常の医療行為と言えるものであり、自分は虐待へ対応した経験がないからどうしてよいか分からない、というものではない。

4. 身体的問題の治療

入院させた場合、入院に至った身体状態の治療を行わなければいけないのは、当然のことである。

また、緊急性がない場合でも、外傷や栄養障害など、被虐待児は身体的治療が必要な状態を持っていることが多い。特に年少児は、自分で自分の身体のケアが十分できないだけに、接触性皮膚炎など、不衛生に基づく疾患や異状状態を持ちやすい。そうした身体状態への対応も、当然、医師に求められることになる。

5. 再発・悪化の監視

親子分離にならなかった事例は、転居を繰り返している場合を除き、その地域にその後も住み続けることになる。この場合、その子どもは、また同じ医療機関を受診する可能性があることになる。特に、感冒や胃腸炎などの通常の疾患の場合には、保護者も後ろめたさがない分、同じ医療機関へ受診する抵抗感が少なくなり、受診することが考えられる。一度、子ども虐待が疑われた、あるいは明かとなった子どもでは、そうした通常受診時において、虐待の再発、悪化の兆しがなくかに注意することは、地域においてプライマリ・ケアに従事する医師に求められることである。たとえ感冒による受診であっても、毎回、必ず全身をチェックし、新たな外傷・熱傷の有無、皮膚の不潔さ、う歯の状態などを診察することが必要である。しかしながら、これも、小児患者を診るときの当たり前の診察、つまり、子どもはどんな主訴であっても必ず全身を診察する、という基本に他ならないのである。

【小児科医師に期待される役割】

小児科医は、日常的に親子に接しており、また、育児の相談を受けることが自分達の仕事として小児科医自身に認識されているという特徴を持つことから、すべての医師が果たすべき役割に加え、次のような役割が求められることになる。

1. 保護者の養育意欲の回復・維持

育児相談は、小児科医にとって日常業務である。したがって小児科医は、虐待と関係している保護者の育児相談にも、ある程度対処できる知識と技能を、本来は持っている。このとき大切なことは、保護者の養育意欲をいかに回復させ、維持させるかということである。そのためには、注意、叱責という方法は無意味どころか、逆効果となることを認識しておく必要がある。

よく言われることであるが、保護者の育児努力を認め、賞賛し、そして、適切な育児知識と技能を教示する(命令ではない!)、というのがどんな保護者に対しても有効な方法である。

2. 子どもの問題への助言

子どもが示す身体的問題や行動上の問題について適切な助言を行うのも、保護者の不安を取り除き、子どもに対するネガティブな見方を変容でき、結果として、養育意欲の回復につながる。ここでも留意しなければいけないのは、保護者の責任を指摘したり、追求したりしないことである。子どもが問題行動を示している場合、ともすると、親の育て方の影響が口にされやすいので、注意しなければいけない。

子ども自身の体質・素質と環境の両方の関わりの中でその問題が生じてきており、誰か一人だけの責任とは言えない、という態度、話し方で助言していくのが基本である。

3. 保護者の相談役

育児や子どもの問題の他に、保護者自身が悩んでいるどんなことでも、基本的には相談に乗る、という姿勢を示すことも大切である。もちろん小児科医は、新聞の人生相談担当ではない。それにもかかわらず、さまざまな相談に乗ることを保護者に告げるのは、そうすることが、結果として、子どものためになるからである。そのことを保護者に伝えておくと、保護者も、自分のためではなく子どものためという大義名分ができるので、相談しやすく感じることができる。育児だけでも大変なのに、その他の悩みを抱えていたら、そのことで保護者の余裕がなくなり、育児がもっと大変になり、結果として子どもに適切な対応ができなくなってしまうかもしれない、だから、最後は子どものためになることだから、保護者のいろいろな相談を聞くことにしているのだ、という態度で接するとよいであろう。

なお、相談に乗るといっても、自分ですべて答えられなければいけない、ということはない。相談内容に応じて、適切な対応・相談機関を紹介するだけでも構わず、むしろ、小児科に関係すること以外は、そうした仲介役に徹する方が、医師側の負担が少なくてよいと思われる。

4. 子どもの聞き役

受診する子どもの話すことをよく聞いてあげることは、子どもに自分が受け入れられている感じ

を持たせることができ、子どもの精神面へよい影響を与えることができる。

これは、子どもの心への専門的な治療をするということではない。診察時に、いろいろ子どもに話しかけ、子どもをリラックスさせ、子どもが何か話してきたときには真剣に聴く態度を示すということである。そうした雰囲気を持続すれば、子どもは、気持ちが支えられていると少しだけでも感じることもできるかもしれない。

【「専門的立場」の医師に期待される役割】

子ども虐待に関する知識と経験を持ち、相談を受ける立場の医師は、さらに、より積極的な関与を求められることになる。本来、この役割は、子ども虐待を専門とする医師の仕事であるが、わが国にはそのような専門性はまだ存在せず、結局、子ども虐待への関心が高い医師達によって行われることになる。わが国においては、子どものあらゆる問題についての相談を受け、対処を要求されることの多い小児科医が、各科の医師の意見を求めながら、医療における連携チームをつくり、活動していることが多いのが現実であろう。いずれにせよ、現時点のわが国で「専門的立場」の医師に求められるのは、被虐待児に関する医療チームの中で、各科医師の判断と医療がすべき事柄をまとめ、虐待状況についての総合的な判断と医学的立場からの対応方針の提供を行うことといえる。

1. 虐待可能性に関する専門的意見（診断）

欧米では、子ども虐待かどうかの判断は、裁判所で行われるのが普通である。裁判所における判断に際して、医師は、子どもの状態に関して、専門的立場からの意見を求められる。医師からの報告書は、裁判官の判断の有力な根拠の一つとなる。

わが国では、子ども虐待の判断を行う機関、職種は決められていない。一方、身体的異状を持つ被虐待児は、診療場面で、医師がその疑いを持ったところが、発見の糸口となる。つまり、虐待かどうかの判断は、医師が、結果として行っていることが多い。その是非は別にして、虐待判断の専門機関・職種がない以上、わが国においては、医師が、虐待の可能性についての判断をせざるを得ないことが少なくない。

厳密に言うならば、医師が行うのは、虐待の判断ではなく、その子どもの身体、行動、精神の異状状態について、その成り立ちや考えられる原因について、専門的立場からの意見を言うことである。そして、その意見が最終的には、しばしば虐待の判断につながることになる。

被虐待児が示す臨床所見、検査所見は多彩であり、深い知識と経験がなければ判断できない場合も少なくない。「専門的立場」の医師であっても、一人であらゆる状況の判断をすることは困難に近い。被虐待児における医療所見の判断には、深い知識と経験を持った臨床各科の協力が必要である。虐待に対する医療チームは、そうした専門的判断ができる集団でなければならない。身体的症状の判断については、内科的異常所見であれば小児科が、外傷等の物理的異常であれば外傷に応じた外科系各科(頭部外傷は脳外科、眼所見は眼科、男児の性器は泌尿器科、女児は婦人科など)、骨所見については放射線科、行動・精神の問題には児童精神科などが、それぞれの立場から評価を行う。求められるのは、①保護者の述べる状況でその子どもの異状所見が合理的に説明できるか、②その異状所見はどのような状況で生じることが最も考えられるか、の2点を中心となる。

2. 医療における初期対応

初期対応の目標は、子どもの心身の安全の確保である。医療における初期対応とは、この目標達成のために、医療の場や方法を使うということである。身体的異状に対する単なる治療ではなく、治療を安全確保の手段とする、というものである。

具体的には、医療処置の必要性を理由に入院という形で安全を確保する、保護者からの退院要求を防ぐために児童相談所に一時保護委託措置をしてもらう、治療の必要性を理由に外来通院を持続させる、治療の必要性を理由に保健師の家庭訪問を行う、などが考えられるであろう。

3. 子どもの精神的ケア

虐待を受けてきた子ども達は、深い心の傷を持っているのが普通である。心身の安全が確保された後は、子どもの心の傷の回復が必要となってくる。安全感・安心感の回復、信頼感の回復、適

切な愛着行動と問題解決行動の獲得、社会的スキルの獲得、精神症状の改善、などが目指される。児童精神科医や臨床心理士が中心となる役割である。

4. 保護者の精神的ケア

虐待をしている保護者もまた、心の傷を抱えていることが多い。保護者が持つ心理的問題へ対応することは、虐待の再燃防止に有効であるだけでなく、保護者が安定することで子どもの精神発達にもよい影響を与えることが期待できる。育児に関する助言や指導は小児科医が主たる役割を担うことができるが、保護者自身の心の問題への対応については、精神科医や臨床心理士が主な作業を担当することとなる。

5. 「対応チーム」のコーディネート

子ども虐待は複合的な問題であり、一機関、一個人で対応できるものではない。関係する機関、職種が、それぞれの役割を自覚し、お互いに協力して、はじめて効果的な対応ができるものなのである。そのために行われるのが、ケース会議(ケース検討会)である。関係者が集まり、虐待家族の問題の把握と対応方法の検討を行っていくものである。そして、この会議に集まるメンバーが、その虐待事例への対応チームとなる。

子ども虐待が医療機関で発見、通告された場合、医師がコーディネーターとなって、病院を会場としてケース会議を呼びかけると早く開催されやすい。子どもが入院しているときには、特にそうである。

表 II-1-8 子ども虐待へ介入する際の心構え

1. 虐待を疑ったら、否定できない限り虐待として対応を検討
2. 一人で抱え込まない
3. 関係者の顔が見える連携で対応
4. 迷ったときは、子どもの人権が尊重される方向で検討
5. 「様子を見る」は厳禁。「様子を見ている」間も子どもは虐待されている。
6. 保護者を責めない、しかし、対立することを恐れない

一方、別の視点からも、医師は、対応チームのコーディネーター役を取りやすい立場にいることが多い。わが国では、今のところ、子ども虐待への対応に絶対的な権限と責任を持った機関は存在しない。このことが、虐待への対応チームにおいて、ときに、関係者相互の責任転嫁を生じさせやすい状況を生むことがある。医師は日常的に、多くの所見やデータを統合し判断する仕事をしており、そうした職業経験が、判断や決定を避けようとする状況において役に立つであろう。ただし、医師が果たすのは舵取り役であり、指示・命令する立場ではないことには留意しておかなければならない。対応チームの各自は、お互いに上下関係はなく、役割・立場による違いのみであることを認識しておく必要がある。

○ 子ども虐待へ介入する際の心構え

子ども虐待への介入に関しては、いくつか押さえておくべき留意点がある(表II-1-8)。これは、医師だけでなく、どんな立場であっても、子ども虐待に係わる人ならすべて、心に留めておく必要がある要点である。

【疑ったら虐待として対応】

まず、大事な点は、虐待が疑われたら、完全に否定できない限り、虐待として対応方針を考えていくということである。

疑われる時点というのは、まだ、その子どもや家族に関して情報が乏しい段階である。最初から(医師の場合は初診時に)、子ども虐待が強く疑われる、ほぼ間違いないだろう、という状況はあり得るが、多くはない。また、こちら側の心理からしても、気持ちのどこかで、「でも、違うかもしれない」という思いを持つことはよくある。

しかし、それでも、少しでも子ども虐待の心配がぬぐいきれない場合には、虐待があるかもしれないという視点でその後の対応を考え、実行すべきである。「虐待として対応する」あるいは「虐待もあるかもしれないと思って対応する」とは、通告し、自分が要求される役割を果たすということである。

虐待かもしれないと思って対応し、途中でそう

でないことが分かれば、そこでその対応を止めればいいだけのことである。もし、本当に虐待であったら、違うかもしれないとこちら側が思って何もしていないうちに、その子は死亡してしまうかもしれないのである。後者の経過はまれかもしれないが、そのような場合は、その子どもにとってはとり返しがつかないことになる。このように虐待は、見逃したら、死亡を含め、極めて重篤な転帰に終わる場合が多い状態なのである。

医師は、診断が付かない状態に対しては、重篤な疾患や見逃してはならない疾患を先ず鑑別し、鑑別できない場合には、重篤な疾患であっても対応できるような治療方針を立てるのが普通である。同じように、子ども虐待は、疑ったら、鑑別できない限り、虐待である場合も想定して対応方針を立てなければいけない。

【一人では無理、連携で対応】

1. 対応は関係者の連携で

子ども虐待は、一人の熱意でどうにかなる問題ではない。関係者が連携してチームで対応していかなければ、うまく処理できない問題である。虐待は、虐待する保護者だけの問題ではなく、そのパートナー、子ども、さらには、保護者の親など、家族全員がそれぞれの問題を抱えていることが多い。また、経済的問題や心身障害など、虐待以外の福祉や医療の問題が背景にあることも少なくない。こうした多様な問題に、一つの専門機関や専門職だけではとても対応できるものではない。

また、虐待への対応は、対応する側も多大なエネルギーを消費させられる事柄である。しかも、かけただけのエネルギーに見合った結果が得られないことの方が多い。こうした状況は、関わる人達の心をすり減らすことさえあり、いわゆるバーンアウト状態になってしまうこともある。チームを作り連携して対応を行っていくことは、子ども虐待に係わる人達の精神を健康に保つ機能も果たすことになる。自分の大変さを分かってくれて、話を聞いてくれる人がいる、そして、自分と同じ対象に別の立場から一生懸命係わってくれている人がいる、という状況は、心の大きな支えとなるからである。

具体的には、連携は、関係者が集まり、事例に

関するケース会議を開催、対応方針を検討していくという形で行われる。

2. 顔が見える関係の重要性

連携を有効に行っていくために重要なこととして、顔が見える関係ということがある。「顔が見える関係」とは、お互いに直接会って、顔を見合いながら話し合いをしている関係、ということである。電話やFAX, e-mail だけで連絡を取り合っている関係では、お互いの発言が聞き流されることも少なくなく、検討が深まらず、方針が立てられなかったり、立てられたとしても、特定の人の意見が共通理解のないままに方針となってしまうかねない。そうした方針では、その通りに動かない人も出てきやすく、結果として連携がうまくいかなくなる。

【迷ったら子どもの側の視点で】

虐待状況への介入を考え、実行している途中、対応について迷うことは少なくない。どうしたらよいかよい方法が思いつかないこともあれば、複数の選択肢の中で、どの方法をとったらよいか判断が付かないこともある。そのようなときは、子どもに沿った視点、具体的には、子どもの人権尊重ということを基本に考えるようにするとよい。子どもの人権が最大限尊重されるためには、どうした方法が考えられるだろうか。どちらの方法をとった方が、子どもの人権がより尊重されるだろうか、と考えていくとよいであろう。

【「様子を見る」をしてはいけない】

対応の経過中、しばらく様子を見よう、という提案がされることがある。こうしたことばが聞かれるのは、事態の進展があまり見られないときや、どうしてよいか分からず手詰まりになっているときが多い。他に有効な方法がなく、何もできないことを、「様子を見る」ということばを用い、何らかの対応をしているかのような雰囲気を作り、対応が膠着している状況を見ないようにしているともいえる。「様子を見る」とは、どうしてよいか分からない、ということではないかと考えられる厳しさが必要なのである。原則として、「様子を見る」という対応方針は、立てないようにしなければい

けない。何よりも心に留めておかなければいけないのは、根拠もなく、自信のなさの裏返しで漠然と「様子を見ている」その間も、子どもは虐待を受け続けているかもしれない、ということであろう。

ただし、様子を見る、という対応が可能な場合もあり得る。それは、次のような条件がそろっている場合である。子どもが安全であり、自分達が関わらなくても、その家族の周囲に支援体制ができていて、といった状況である。しかし、そのような状況で様子を見る方針が立てられたとしても、「様子を見る、見守る」ということは、何もしないでじっと遠巻きにその家庭を見張っていることではない、ということを理解しておかなければならない。何かが起こったらすぐ対応できるように準備して様子を見ているだけではなく、何かが起こりそうな手がかりや気配がないかを、こちら側から積極的に探す態度が重要なのである。虐待が発生した家庭とその周辺に、普段と違うことが起こっていないかどうかを、自発的に探索することなのである。そうした姿勢で対応することで、初めて、問題の発生予防や早期発見・早期対応が可能となるのである。

【保護者を責めないが、対立は恐れない】

虐待している保護者に対して、非難や注意をせず、育児の大変さに対する共感性を持って保護者と接するという態度は、保護者への対応方法に関して必ず指摘されることである。実際にそうした冷静な態度を取ることは必ずしも容易ではない。それは、児童虐待という問題が、援助する立場の人達の気持ちや感情を揺さぶる性質を持っているからである。特に、うまく進まない状況で、保護者に怒りを感じることは自体は、ある意味では当たり前のことであるが、そうした感情は、基本的には逆転移感情であり、保護者への対応とは別に、対応している人自身が個人的に解消すべき問題であることを自覚すべきであろう。

基本的には、保護者へ共感できないにしても、少なくとも自分の感情に動かされずに保護者の話を聞き、相づちを打てる態度を、一つの面接技法として身につけることが必要である。大変な子育てをしてきたことを認め、保護者自身も悩んでき

表 II-1-9 子ども虐待への対応段階

1. 初期対応
目的：子どもの安全の確保・維持
方法：保護、監視
2. 中期対応
目的：子どもが家庭へ戻れるための条件整備
1) 子どもに対して
目標：子どもの健全な心身の成長発達支援と心の傷のケア
方法：施設収容(環境療法・生活療法)、保育・教育、心理療法、薬物療法
2) 保護者に対して
目標：保護者の育児能力の向上と心の問題のケア
方法：養育技能の訓練、子ども観の変容、精神医学的治療
3) 家庭状況に対して
目標：家庭の育児環境の改善
方法：各種福祉的援助
3. 長期対応
目的：子どもの家庭への復帰
方法：各種援助、監視
4. 超長期対応
目的：子どもの自立(独立・結婚・育児)
方法：各種援助

たであろうことに共感的なことばで対応し、聞き役に回ることが有効である。

しかし、一方では、保護者の対応があまりにひどく、子どもの生命の危険、あるいは、重篤な心身の後遺症が心配される場合、保護者の意向に反して、子どもを家庭から分離する必要があることもある。そのような場合には、保護者に共感的に接してばかりはいられなくなる。子どもの生命と心身を護るためには、いざというときには、保護者と対立することを恐れない気構えも持っていなければならない。ただし、その場合でも、保護者を責めるのではなく、子どもを護るための処置であるという姿勢で向きあうのがよいであろう。

表 II-1-10 子ども虐待へ初期対応の概要

1. 目的：子どもの心身の安全確保
2. 方法
ケース会議：対応方針の決定と修正
個別対応：各自の役割実行
3. 流れ
1) ケース会議の呼びかけ
2) ケース会議の開催
3) 関係者間の情報と理解の共有化
4) 虐待の判断と重症度判定、その共有化
5) 関係者相互の役割分担の明確化
6) 次回ケース会議の予定決定
7) 個別対応
8) 対応結果の持ち寄り検討
9) 対応方針の再検討
10) 3)～9)を繰り返す

子ども虐待への対応

【対応の段階】

子ども虐待への対応には、段階がある(表II-1-9)。まず、何は置いても、子どもの心身の安全の確保が第一に行うこととなる。これが、いわゆる初期対応である。次いで、子ども、保護者、家庭状況への個別対応を行うことになる。子どもが家庭に戻るための条件を揃える対応と考えるとよい。これが、中期対応である。長期対応は、子どもを家庭に復帰させ、問題が起こらない状態を維持することである。そして、最後に、子どもが自立し、自分自身の健全な家庭を築き維持することへの支援となる。言わば、超長期対応とでもいうものである。

【初期対応】

1. 概要

通常、ほとんどの医師に要求される対応は、初期対応までである。初期対応は、子どもの心身の安全の確保とその維持が目的であり、保護者と対立することも多く、関係者が、最も消耗する段階でもある。しかし、子どもの安全が確保されなければ、それ以降の対応を安心して行うことができ

ず、ときに強制的手段を執ってでも達成しなければいけない対応である。

表 II-1-10 に、初期対応の概要を示した。初期対応は、ケース会議と個別対応で行われる。ケース会議は、関係者が集まり、対応方針を決定、さらに、対応がうまくいかないときに方針を再検討する場である。個別対応は、ケース会議で検討された各機関の役割を各自が実行していくものである。

2. 初期対応の流れ

初期対応は、ケース会議の呼びかけ・開催から始まり、個別対応を行い、その個別対応の結果をさらに持ち寄ってケース会議を行い、その検討結果で対応方針を修正し、次の個別対応を行う、というサイクルを繰り返すことで実施される。

<ケース会議の呼びかけ・開催>

① 誰が呼びかけるか

通告を受けた児童相談所が、児童福祉機関の代表という立場からも、呼びかけを行うのが本来である。ただし、児童相談所に余裕がないときなどは、保健所が地域保健活動の立場から呼びかけてもよい。また、入院していたり、頻回に通院しているケースでは、医療機関から各関係機関に呼び

かけてもよい。医療機関から声をかけると、その社会的立場もあってか、他の機関も集まりやすいという利点がある。

② 呼びかけ先

ケース会議の関係機関を一般的に一覧するならば、子ども虐待に係わることが業務となっている機関（児童相談所、福祉事務所、保健所、保健センター）、発見・通告された子どもとその家族に直接・間接的に関わっているその他の機関（保育所・幼稚園、学校、医療機関など）、および、警察である。最近では、各地域に民間の虐待防止ネットワークが設立されており、そうした機関が地域にあれば、その機関も関係者となる。

通告された事例の状況により、これらすべての機関に声をかける必要はないであろう。しかし、どのような事例でも、児童相談所、福祉事務所、保健所、保健センターには必ず声をかけなければいけない。これらの機関は、対応の実働部隊となるからである。

③ 時期

ケース会議の時期は、早ければ早いほどよいが、実際には、その子どもや家族の情報を、各機関が整理する時間が必要なため、通告からある程度の時間間隔は必要であろう。緊急性のある事例では、

表 II-1-11 虐待の重症度判定基準

1. 生命の危険あり

子どもの生命の危険が「ありうる」、「危惧する」もの。

1) 身体的暴行によって、生命の危険がありうる外傷を受ける可能性があるもの。

<行 動>

- (1). 頭部外傷をおこす可能性がある暴力
(乳幼児を投げる、頭部を殴る、逆さに落とす…).
- (2). 腹部の外傷をおこす可能性がある暴力
(腹部を蹴る、踏みつける、殴る、……).
- (3). 窒息する可能性がある暴力
(首を締める、鼻と口を塞ぐ、水につける、布団蒸しにする…).

<状 況>

- (4). 親が「殺したい」、「自分がカーッとになって何をするか怖い」など、自己制御がきかないことを訴え、子どもは乳幼児である。
 - (5). 親子心中、子どもの殺害を考えている。
 - (6). 過去に生命の危険がある虐待歴があるもので、再発の可能性があるもの。
- 2) ケアの不足のために死亡する可能性がある(ネグレクト)。死亡原因としては肺炎、敗血症、脱水症、突然死、事故死などが考えられる。
- (1). 乳幼児に脱水症、栄養不足のための衰弱がおきている。

- (2). 乳幼児で感染症や下痢なのに、または重度慢性疾患があるのに医療機関への受診なく放置されており、生命の危険もある。(障害乳幼児の受容拒否に注意する)。

2. 重度虐待

今すぐには生命の危険はないと考えられるが、現に子どもの健康や成長や発達に重要な影響が生じているか、生じる可能性があるもの。子どもと家族の指導や、子どもを保護するために、誰かの介入(訪問指導、一時分離、入院など)が必要である。

- 1) 医療を必要とするほどの外傷があるか、近過去にあったもの。

例：乳児や歩けない幼児で打撲傷がある。

骨折・裂傷。目の外傷がある。

熱湯や熱源による広範囲の火傷。

- 2) 成長障害や発達遅滞が顕著である。
 3) 生存に必要な食事、衣類、住居が与えられていない。
 4) 明らかな性行為がある。
 5) 家から出してもらえない(学校にも)、一室に閉じ込められている。
 6) 子どもへのサディスティックな行為(親は楽しんでいる)。

3. 中度虐待

今は入院を要するほどの外傷や栄養障害はないが、長期に見ると子どもの人格形成に重い問題を残すことが危惧されるもの。誰かの援助介入がないと、自然経過ではこれ以上の改善が見込めないもの。

- 1) 今まで慢性にあざや傷痕(タバコ等)ができるような暴力を受けていたり、長期にわたって身体ケアや情緒ケアをうけていないために、人格形成に問題が残りそうであるもの。
 2) 現在の虐待そのものが軽度であっても、生活環境などの育児条件が極度に不良なために、自然経過での改善がありそうもなく、今後の虐待の増強や人格形成が危惧されるもの。

例：養母が子どもをひどく嫌っている。

虐待や養育拒否で施設入所した子どもの再発。

多問題家族などで家庭の秩序がない。

経済状態が食事にも困る生活の中でのもの。

夫婦関係が険悪で子どもに反映している。

犯罪歴家族、被虐待歴ある親。

- 3) 慢性の精神疾患があり(分裂病、うつ病、精神遅滞、社会病質、覚醒剤)、児のケアができない。
 4) 乳幼児を長時間大人の監督なく家に置いている。

4. 軽度の虐待

実際に子どもへの暴力があり、親や周囲の者が虐待と感じている。しかし、一定の制御があり、一時的なものと考えられ、親子関係には重篤な病理が見られないもの。しかし、親への相談は必要である。

- 1) 外傷が残るほどではない暴力

例：乳児を叩く、カーッとになって自己制御なく叩くと自己報告する。

- 2) 子どもに健康問題をおこすほどではないが、ネグレクト的である。

例：子どもの世話が嫌で時々ミルクを与えない。

5. 虐待の危惧あり

暴力やネグレクトの虐待行為はないが、「叩いてしまいそう」「世話をしたくない」などの子どもへの虐待を危惧する訴えがある。

6. 補足

子どもの状況、母親及び父親等養育者の社会心理的状況、地域社会など環境要因を加味する。

例えば、以下のようにする。

- ・子どもが病弱である（アトピー、未熟児）、よく泣く、手がかかる。
- ・上、または下のきょうだいとの年齢が接近している。きょうだいに障害がある。
- ・非常に神経質な母親（精神障害とは別に）
- ・育児知識が不足している。一般的に子どもの発達状況を把握できていない。
- ・夫の協力や理解がない（話も聞いてくれない）。
- ・近隣に話し合える人がいない（友達がいない）。→転居後、他の人との交友が下手。夫の実家とうまくいっていない（特にはじめての育児の場合は重視する）。
- ・利用できる社会資源が乏しい。

ことなどを、判断基準の補足とし、これらのうち、何があると重度、中度、軽度とするのではなく、他の要素と関連させて重症度のランクを一ランク上げたり、下げたりする。

(児童虐待防止協会, 1991)

通告から2週間以内、そうでない事例では、4週間以内に開催することを目安とするとよいであろう。

なお、今すぐ対応しなければいけないような緊急事例は、児童相談所を中心に、ケース会議抜きで先ず安全確保の対応（一時保護など）をし、その後、ケース会議で対応方針を検討するという、時間的に逆の流れになることもある。

④ 留意点

ケース会議は、関係者全員が揃わなければいけないとは考えず、その時その時で、集まれる人で行ってもかまわない。そうした会議であっても、続けていると、よく集まる人達の中で顔が見える関係ができあがり、その人達がチームの中心となって活動するようになっていくのである。

<関係者間の情報と理解の共有化>

ケース会議では、それぞれの立場を自己紹介した後、各機関が持っている事例に関する情報を提示し合うことになる。情報を照らし合わせ、虐待の確かさ、虐待の重症度、家族の問題点、家族のキーパーソンなどについて情報共有を行う。ただし、単なる情報交換ではなく、その情報をどのように考えるかについての議論を行い、お互いの考え方の違いを整理し、摺り合わせる作業を行わなければいけない。

<虐待の判断と重症度判定, および, その共有化>

情報と個々の情報に対する理解が共有化されれば、その事例の虐待の判断と重症度の判定を行う(表II-1-11)。生命の危険、あるいは、重度虐待と判断されたときには、子どもを家庭から離す対応方針となる。医療の場であれば、とりあえず入院

表 II-1-12 保護者へ虐待告知をする利点

1. 自分の行為の意味を保護者に気づかせることができる。
2. 虐待の問題として正面から保護者への支援を話し合えるようになる。
3. 今後の家族に起こることについて説明することができるようになる。
4. 保護者の強圧的な要求に対して対抗する根拠とすることができる。
5. 育児支援に対する親族の協力を得られやすくなる。

(坂井聖二：子どもの虐待救急マニュアル, 1999 を一部参照)

させることを考えることになる。中等度以下の場合、家族との関係を作りながら、在宅での援助を考えていくことになる。

重症度の判断は、対応チームの全員が共有化する必要がある。この共有化が進まなければ、対応についての議論が噛み合わなくなり、関係者間の対立、対応の中断といった事態になりかねず、重要な作業である。

<関係者相互の役割分担の明確化>

重症度の判定とその共有化が進めば、対応方針が決まるので、それに基づき、関係者が自分の立場・状況からしなければいけないこと、できることを出してもらい、各自の役割分担を決める。役割分担は、どうしても児童相談所に多く割り当てられることになるので、児童相談所が分担する仕事の中で、他の立場の人がカバーできる部分がないかを検討することもしてもよいであろう。

＜次回ケース会議の予定決定＞

ケース会議は、1回だけで終えてはいけない。子ども虐待への対応は息の長い仕事であり、対応がうまくいかないことの方が多く、対応方法を検討する必要が何度でも出てくるからである。

初回のケース会議の終わりに、その後の会議の予定を決めておくべきである。少なくとも、次回予定は日時も含めてははっきりと決めておかなければいけない。漠然と、そのうちまた連絡して、という形で終わると、なかなか次のケース会議が開けなくなってしまうからである。

会議の間隔は、家庭からの分離の方針の場合は長くて数週間、在宅対応の場合は1～2か月くらいが適当であろう。

＜個別対応＞

決められた役割分担に応じて、各自が自分の役割を実行する。個別対応の途中で困難や新たな問題にぶつかった際には、とりあえず、ケース会議の呼びかけ機関に連絡し、相談することにするとうい。

＜対応結果の検討と対応方針の修正＞

2回目のケース会議では、それまでの個別対応の結果を持ち寄り、問題点を整理し、必要に応じて対応方針の修正と新たな役割分担を行い、また、対応の実際を行っていく。あとは、こうした作業の繰り返しを行っていくことになる。

【虐待の告知】

保護者に、保護者がしてきたことは子ども虐待に相当するということを告げるかどうかという問題は、わが国においても、最近、議論されるようになってきている。最近の趨勢は、告げる方がよい、というものである。

保護者に虐待の告知をする利点を表II-1-12にあげた。虐待をしている保護者は、多くの場合、自分の行為を虐待行為とは思っていない。極端な場合、子どもが死亡しても、「死んだのは悪かったが、あれは、あいつが言うことをきかないから叩いただけだ」と思っている。重度の虐待ほどその傾向が強い。自分の行為を虐待かもしれない、あるいは、子どもにかわいそうなことをしていると自覚している保護者であれば、子どもが死亡するまでの虐待行為は、かえってしないであろうこと

表 II-1-13 虐待が疑われる子どもの診療の留意点

<p>1. 問診 外傷の受傷状況は時間をかけて聞く 保護者の説明の矛盾点を追求し過ぎない 発達段階（特に運動発達）を必ず確認</p> <p>2. 身体診察 必ず全身を診察 口の中、眼(眼底)、外耳道、外性器、肛門の診察を忘れずに 皮膚の汚れに注意 眼科、耳鼻科で一度は診察</p> <p>3. 検査 以下の検査を忘れずに 出血傾向（皮下出血、頭蓋内出血など出血があるときに） 全身骨X線検査 頭部MRI（またはCT） 発達検査または知能検査</p>
--

を考えれば、このことは頷けることであろう。そうした保護者に、その行為を世間一般で言う虐待というのだと告げる、あるいは、教えてあげるとは、極めて意味がある。ときには、告知されることで、自分の行為を見直すことができ、周囲からの助言を聞けるようになることさえある。

その他、告知することで、遠回しに話す必要がなくなり、それだけ問題の解決方向を話しやすくなることもある。

もちろん、告知に対して否定し、反発する保護者もいることは確かである。しかし、そうした保護者でも、告知は非難しているのではなく、保護者も気がつかないでしてしまっていたことだから、子どものために、それを改めることが必要で、どうしていったらよいかの手伝いをしたいのだという姿勢で接するならば、話が聞けるようになることもあるであろう。

もし告知し、その後の対応を誠心誠意行っても、反発し攻撃してくる保護者がいたら、そうした保護者は、告知しなくても、同じ態度を取ることが予想されるのである。

告知しておくことは、そうした保護者が、子どもに関して強圧的、威圧的な要求をしてきたときに、こちら側が毅然とした態度で、それをねつ

ける理由を示せることにもなるであろう。

坂井(1996)は、虐待の告知は、関係者間でネットワーク・ミーティングで検討した後に行う方がよいと述べている。そうすることで、告知の場他の関係者も同席することも可能となり、告知する人だけが責任を負わされる状況を避けることができるという。いずれにしても、虐待の告知は、少し時間をおき、保護者や家族の状況を把握してから行う方がよいであろう。

医学的所見のまとめ方

【虐待が疑われる子どもの診察】

虐待が疑われる子どもの診察では、その子どもの受診理由である主訴に関する一般的診察の他に、表II-1-13のような事柄に留意する必要がある。

外傷の場合、その受傷状況については、時間をかけて保護者から話を聞くようにする。子どもの身体処置を急ぐときには、とりあえず簡単にきいておき、処置が終わった後で、時間を取ってまた尋ねる。

虐待の場合、保護者の説明が食い違う、あるいは、話すたびに異なり矛盾してくることがある。そのようなときは、前の話と違うが、どちらが正確なのかを尋ね、保護者が何か答えたら、それ以上の追求はしないようにする方がよい。追求し過ぎると、保護者は不安感をかき立てられ、最悪の場合、診察を拒否して帰りがねないからである。

問診と診察においては、子どもの発達状況を必ず把握しておく。特に、乳児の場合、運動発達段階が重要である。例えば、乳児が寝返りをしてベッドから落ちたと説明する保護者がいたら、その乳児が本当に寝返りができるのか、できるとしたらいつからなのかを確認しておくことは、その受傷状況の不自然さを証明することになるからである。

身体診察では、口の中や眼底、外耳道、外性器、肛門の診察を忘れないようにする。これらの診察は、入院の場合、入院した後でもかまわない。皮膚の不潔さにも注意が必要である。所見がないように見えても、眼科と耳鼻科には、一度は受診さ

表 II-1-14 虐待が疑われる子どもの診療録記載上の留意点

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 問診に関して <ol style="list-style-type: none"> 1) 情報の話し手を必ず記載 2) 保護者が話した通りのことばでそのまま記載 3) 診察中の保護者の言動もそのまま記載 2. 子どもの所見に関して <ol style="list-style-type: none"> 1) 外傷は部位、大きさ、形、色、数を記載 2) 外傷部位は図で示す 3) 子どもの言動もそのまま記載 3. その他 <ol style="list-style-type: none"> 1) 診察日時を記載 2) 保護者以外の付き添いがいたら、誰かを記載しておく 3) 診察した医師は診療録に署名をする |
|--|

せ異常の有無を確認してもらおう。特に、眼科は必ず受診させる。眼科的所見は、専門外の医師には分かりにくいからであり、頭部に打撲を受けている子どもでは、しばしば、外傷性の眼科的異常が見つかるからである。

【検査】

検査は、やはり、主訴に関して必要な検査の他に、出血症状（皮下出血、内出血を含む）があった場合は、既往歴から出血傾向が疑われなくても、必ず、出血傾向の検査もしておく。後に、保護者から出血傾向のせいだと言われたいようにするためである。

全身骨の X 線写真は、新旧の骨折痕を確認するために行う。骨折の既往歴がなくても実施する。乳幼児では、骨折に気がつかれないまま、自然治癒していることも少なくないからである（総論第 8 章『画像診断』参照）。同様に、頭部外傷の既往がなくても、頭部 MRI または CT も実施する。

子どもの状態が安定したところで、発達あるいは知能の評価をする。発達の遅れがみられることも少なくないからである。特に、長期間ネグレクトを受けてきた子どもでは、発達遅滞が見られやすい。

表 II-1-15 虐待の疑いがある子どもの写真撮影上の留意点

1. タイムスタンプ（日時）を入れる。
2. 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）を撮影する。
 - 2) 全体像と接写の2枚を基本に、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影する。
 - 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する。
3. 顔が入った全身像を撮影する。
4. 外傷の大きさが分かるように、比較できる物（定規など）と一緒に撮影する。
5. 子どもの名前を撮影しておく（簡単なのはカルテの表紙を撮影）。
6. 可能な限り、時間経過を追って撮影する。
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する。
 - 2) そのカメラの最高画質で撮影する。
 - 3) その場で写真を確認しておく。
 - 4) できるだけ、診察室の照明に合わせたホワイトバランス調節を事前しておく。
8. 通常のフィルムカメラの場合、露出を変えて何枚か撮影しておく。

表 II-1-16 虐待が疑われる子どもの医学的所見の整理

1. 子どもの問題の整理
 - 1) 身体面：身体的異状の整理と診断
 - 2) 発達面：発達レベルの評価
 - 3) 行動・精神面：問題行動、精神症状の評価
2. 保護者の説明の整理
 - 1) 受傷状況に関する保護者の説明：保護者のことばのまま
3. その他の問題点の整理
 - 1) 保護者の言動で気になる点の整理
 - 2) その他の家族員に関して気になる点の整理
4. 総合判断
 - 1) 子どもの状態に対する保護者の説明の妥当性についての判断
 - 2) 子どもの状態に関する医学的視点からの合理的解釈
 - 3) その他の問題から推測される状況
 - 4) 子どもが示す問題の背景に関する総合考察

【診療録の記載】

診療録（カルテ）の記載も、基本は通常の診療と変わらないが、いくつか留意した方がよい点がある（表II-1-14）。

子どもの状態についての保護者の説明は、できるだけ、保護者が話したことばのままで記載しておく。こちらが要約して書いてしまうと、後で、自分が話したことと違うと言われたとき、こちらが手を加えた分、反論できなくなってしまうからである。また、誰が話したことかも必ず記載しておく。保護者の他に、ときに、一緒に来たきょうだいや祖父母が何かを話すこともある。そうした事柄も、気になるものはそのことばのままに書き留め、誰からの話なのかを記載しておくといよい。

問診中、子どもの診察・処置中の保護者の言動についても、気が付く範囲で記述的にそのまま記載しておくといよい。例えば、『子どもの手術中、電話で笑いながら話しをしていた』などのようにで

ある。『心配していないように見えた』などのように、こちら側の印象だけを記載するのはよくない。そうした印象を与えた相手の言動をそのまま記載しておく。

子どもの身体所見は、できるだけ具体的、記述的に記載する。特に、外傷については、図も併用し、詳細に記載するようにする。皮膚の性状も記載する。清潔に保たれているか、おむつかぶれなどがひどくないか、などである。子どもの言動についても、保護者の場合と同様、具体的、記述的にそのままを記載する。

診察した日付だけでなく時間を記載するのを忘れないようにする。子どもと一緒に誰が来たのか、両親なのか、母親だけなのか、他の子どもや親戚も一緒だったのかも記載しておく。最後に、診察した医師の署名を忘れないようにする。

【写真】

外傷や火傷は、写真に記録することを原則とする（表II-1-15）。写真を撮る理由を保護者に説明するときは、「外傷の経過をきちんと診ていくために

必要なので、と話すといよい。写真を撮ってもよいかと、保護者に許可を得るような表現はしない方がよい。撮ることになっている、という雰囲気でも撮影してしまうのがよいであろう。

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ある。

カメラは通常の35mmカメラでよいが、フィルムはスライド用のポジフィルムを使用する。発色がよいからである。一方、最近では、高性能のデジタルカメラが出回っているので、デジタルカメラを使用してもかまわない。300万画素以上のカメラでないと、皮膚の質感がよく出ないことが多い。また、そのカメラの最高画質で撮影するようにする。

【医学的所見の整理】

得られた所見は、表II-1-16のように整理していく。これは、得られた所見が総合的に何を指し示すのかを考察していく作業である。

1. 子どもの問題の整理

問診、身体診察、行動観察、諸検査の結果より、子どもが抱える問題を、身体面、発達面、行動・精神面に分けて記載する。診断がつくものは、診断名も併記する。専門でない立場の医師には、子ども、特に、乳幼児の行動・精神面の特徴の記載は難しいかもしれない。その場合は、子どもが示す行動やことばで、医師が気になり、こういうことではないかと、自分なりに推定できるものがあれば、それを記載しておく。

2. 保護者の説明の整理

受診した主訴は多くの場合外傷であるが、その受傷状況に関する保護者の説明を、保護者のことばのまま、部分を抜き出して経時的に並べる。誰が話したことかも記載し、異なる説明が行われたときには、出てきた説明をすべて、順に記載する。

3. その他の問題点の整理

その他、保護者や他の家族員の言動で気になる

ことがあったら、そのまま記述的に、その内容により経時的に整理して記載する。医師が直接見聞きしたものと、他の人（看護師、保健師など）から聞いたことは分けて記載し、誰からきいたことかを記載しておく。

4. 総合判断

子どもの状態（問題）が、保護者の話した内容で説明できるかどうかの考察を行う。例えば保護者は寝返りをしてベッドから落ちたと言うが、2か月の乳児だったとすれば、この保護者の説明は妥当性を欠くと言わざるを得ない。

次いで、保護者の説明とは無関係に、子どもの状態だけを見たとき、その状態を引き起こす原因として医学的に考えられることを考察する。頭蓋骨の骨折もなく、出血傾向もない乳児が、硬膜下血腫を起こしており、眼底にも出血所見が認められることから、頭部が揺さぶられた状況が原因として考えられる、などである。

さらに、保護者や他の家族員の言動から推測される事柄を、参考として記載する。子どもの手術中に、携帯電話で笑いながら長時間話していた様子からは、子どものことを真から心配していると思いにくい印象を受ける、などである。しかし、この推測は根拠が薄いので、あくまでも、子どもの状況を考える上での参考としかならないため、穏やかな表現にするのがよい。

そして最後に、個々の考察から、その子どもが示す問題の原因、背景を総合考察する。極めて不自然な外力が加わったとしか思われず、2か月の乳児が自宅内でそうした外傷を負っている状況からは、自宅にいた人が何らかの暴力を加えた可能性も否定できない。ただ、医学的所見だけから、保護者による虐待があったとまで表現するのは言い過ぎになる。誰かがやったことは間違いがないにしても、誰がやったのかは分からないからである。

なお、外部に出す正式書類の場合は、これらの判断、考察では、医学的エビデンスを文献で示さなければならない。

参考文献

- 1) 児童虐待防止協会：1990年度子どもの虐待ホットライン報告書，1991
- 2) 斎藤学編：児童虐待（危機介入編），金剛出版，1994
母子衛生研究会編：子ども虐待—その早期発見と初期
対応—，母子保健事業団，1997
- 3) Robert M. Reece ed. : Child Abuse—Medical Diagnosis and Management, Lea & Febiger, 1994
- 4) 坂井聖二：子どもの虐待救急マニュアル，子どもの虐待防止センター，1999

2 アスペルガー症候群・ADHD

宮本信也

アスペルガー症候群

アスペルガー症候群とは

アスペルガー症候群とは、3歳までの言語・認知面の発達は正常であるが、社会的な相互交流と興味の限定において自閉症と同様の特徴を示すものといえることができる。

歴史的には、1944年、オーストリアの小児科医 Asperger H の報告に始まる。彼は、知能と話し言葉の発達に遅れを認めないが、社会的行動や人とのやりとり行動に問題をもつ子ども達を報告した。この論文は、ドイツ語で書かれたこともあり、当初、あまり関心を引かなかったが、その後、Kanner L が報告した自閉症が関心を集めるにつれ、Asperger が報告した子ども達と Kanner の報告した子ども達の異同が議論されるようになった。やがて、Rutter M による自閉症の言語認知障害説^{*1} (脳障害説) が認められるようになると、Asperger の事例は自閉症の軽症タイプに過ぎないとみなされるようになった。

しかし、1981年、イギリスの Wing L が、Asperger の報告した事例と同様の特徴をもつ子ども達の検討から、Asperger の述べた事例 (アスペルガー症候群) を自閉症や他の精神障害と区別して考えたほうがよいという論文を出してから Asperger の事例は再び注目を浴びるようになった。1990年代最初には、Rutter 自身、アスペルガー症候群を自閉症とは別の単位として位置づけることを承認するコメントを出している。そして広汎性発達障害の下位タイプとして、1992年の ICD-10 ではアスペルガー症候群 (Asperger syndrome) という名称で、また、1994年の DSM-IV ではアスペルガー障害 (Asperger's disorder) という名称で位置づけられることになったのである。

頻度・性差

アスペルガー症候群の有病率は、小児の0.3~0.5%、つまり、200~300人に1人といわれている。男女比は3~4:1で、男児に多いとされる。

家族(遺伝)

アスペルガー症候群では、家族に同様の特徴、あるいは特徴の一部を認めることは少なくない。特に、父親では同様の一方的な対人行動傾向、母親では不安傾向や融通性のなさを認めることが多い。

最近、自閉症の症状は量的形質^{*2}とみなされるようになってきている。量的形質とは、身長や体重などのように連続して変化する性質をいう。複数の遺伝子、環境要因が関係することで、表現型の連続的変化が生じると考えられている。自

用語アタカルト

*1 言語認知障害説
言語認知障害説がもたらした考え方の変化は、自閉症概念のコペルニクスの転回とされる。自閉症児への対応も、これ以降、それまでの受容を中心とした遊戯療法から、プログラムされた訓練・教育的対応へと大きく変化した。

*2 量的形質
遺伝子の表現型としての形質には、花の色などのように中間的表現型がないもの(質的形質)と、本文で説明した量的形質の2つがある。質的形質は遺伝子だけで発現型が決まるが、量的形質は体内環境も含めた環境要因の影響を受ける。