

表2. 都道府県別 虐待対応組織設置二次医療機関数
並びに虐待対応可能病院を有する二次医療機関数

		二次医療圏別回答			二次医療圏別対応可能状況		
		二次医療圏数	回答数	組織病院あり	対応・公表可	対応のみ可	対応不可
北海道	北海道	21	13	3	6	5	2
東北	青森	6	4	0	1	1	2
	岩手	9	6	1	3	2	1
	宮城	7	5	1	2	0	2
	秋田	8	7	1	4	2	1
	山形	4	4	1	1	3	0
	福島	7	5	1	4	1	0
関東	茨城	9	5	4	4	1	0
	栃木	5	3	1	1	1	1
	群馬	10	7	4	3	1	3
	埼玉	9	3	2	1	2	0
	千葉	9	8	5	2	5	1
	東京	13	12	12	5	6	1
	神奈川	11	10	9	3	4	4
信越	山梨	4	2	1	0	2	1
	長野	10	9	2	5	1	3
北陸	新潟	7	7	0	3	2	2
	富山	4	2	0	0	2	0
	石川	4	3	1	2	1	0
東海	福井	4	2	0	1	1	0
	岐阜	5	5	1	1	4	0
	静岡	8	7	3	6	1	0
	愛知	11	10	5	6	2	2
近畿	三重	4	3	0	2	1	0
	滋賀	7	4	1	1	1	2
	京都	6	5	1	1	4	0
	大阪	8	7	4	3	3	1
	兵庫	10	7	2	0	5	2
	奈良	5	5	2	0	3	2
	和歌山	7	4	1	3	1	0
中国	鳥取	3	2	1	0	0	2
	島根	7	6	2	0	4	2
	岡山	5	3	0	2	1	0
	広島	7	5	2	2	2	1
	山口	5	3	0	2	1	0
四国	徳島	6	2	0	0	1	1
	香川	5	3	2	2	1	0
	愛媛	6	3	1	1	0	2
	高知	4	3	0	1	2	0
九州	福岡	13	5	4	4	1	0
	佐賀	5	2	0	1	1	0
	長崎	9	4	0	1	0	3
	熊本	11	5	0	1	2	2
	大分	6	2	0	1	0	1
	宮崎	7	2	0	0	0	0
	鹿児島	9	3	0	2	0	1
沖縄	沖縄	5	4	2	0	3	1
		345	231	83	94	87	49

表3. 病院小児科医師が必要と感じている医療機関における
子ども虐待の予防と早期発見の推進のための施策

	全体	組織あり	組織なし	困難あり	症例なし	困難なし
A.院内組織設置支援	23.05%	28.10%	21.70%	37.93%	11.30%	19.18%
B.診断支援	34.07%	37.19%	33.19%	45.97%	25.21%	32.65%
C.法的支援	58.31%	60.33%	57.45%	66.67%	49.57%	57.55%
D.中核病院整備	33.05%	36.36%	32.12%	49.43%	37.39%	24.49%
E.要保護児童対策強化	42.37%	46.28%	41.28%	45.98%	34.78%	26.17%
F.児相医療連携	73.39%	67.77%	74.26%	80.46%	70.43%	73.88%
G.その他	8.81%	17.36%	6.60%	11.49%	3.48%	6.53%

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど） に関する研究

分担研究者 山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

研究3. 一次医療機関の一般医向け子ども虐待診断マニュアル素案

研究協力者 溝口 史剛 群馬大学大学院小児科

研究要旨

欧米においては子ども虐待に対し、多くの医療機関で対応をシステム化している。また、米国では2008年に子ども虐待専門医制度が発足し、医療の対象として虐待をコンサルトする体制が整っている。そのような中で各セクションにおけるマニュアル化が進み、多様なマニュアルが存在する。一方、本邦においては、既にいくつかの自治体がマニュアルを発行しているものの、医療機関向け専用のマニュアルとして、独自に発行している自治体は稀であり、多くの地域でマニュアルが存在していない。本邦においては、医療機関での虐待対応はシステム化されていないことが多いのに、虐待対応に不慣れた医師であっても、子どもが虐待で命を落とすことがないように適切に対応することが求められている。そのような状況下でも、既存のマニュアルや手引きをより適切に利用するために、その役割を補完するようなマニュアル作成を試みることにした。しかしながら、一つのマニュアルで、すべてのニーズを満たすことは困難である。そこで、マニュアルの活用が想定される医師の種別に応じて、3種のマニュアルの作成を立案した。1つは一般医師向けマニュアルで、2つ目は一般小児科医向けマニュアル、3つ目は専門医向けマニュアルである。本年度は、そのうちの一般医師向けマニュアルの素案につき呈示する。

A. 研究目的

本邦における子ども虐待通告件数は、全国的には依然増加傾向にあり、著しい減少傾向に転じている欧米の状況に比し、大きな隔りがある。米国における

虐待通告は、300万件を超えているが、約60%は誤報であるとされている。一方で本邦における虐待通告の多くは、その後の精査にても虐待であると確認されており、特に医療機関よりの通告例はほぼ被虐待症例であるといえる状況である。こ

の点について、種々の議論・考察がなされているが、欧米の場合、多くの国や州で虐待症例を見逃した際の罰則規定があるために過剰通告される。一方、本邦では、子ども虐待の疑い例を通告する義務が児童虐待防止法に明記されたにも関わらず、罰則規定がないために多くの見逃し症例が存在する可能性が高い。

また、米国の場合は、訴訟社会であるという点も背景となつて、子ども虐待診療、とりわけ、その診断学／鑑別診断学が小児医療の中に根付き、重要な位置を占めている。しかし、本邦においては、欧米との文化・医療構造の違いから、いまだに、虐待は多くの医療関係者の間で社会的な事故と捉えられ、福祉的問題で語られる場面が大きく、通告機関別の通告割合においても、欧米の8%に比し4～5%に留まっている。

また、米国においては、法律によって、多くの州で虐待対応のトレーニングセンターの設置義務が規定されている。一方、現状の日本の場合、ほとんどの医師は、卒前・卒後を通じ、虐待の医学的診断・対応のトレーニングを受ける機会に乏しい。近年、社団法人日本小児科学会において子どもの虐待問題プロジェクトチームが立ち上がって子ども虐待診療手引きが作成され、小児科医向けの卒後教育も開始され始めているが、短期間のうちにすべての医師にトレーニングを行い、一定の質を担保することはおおよそ不可能である。

虐待症例はその性質上、夜間・休日等に飛び込みで受診となることが多く、医療者側は、子ども虐待に関する知識も経験もないまま相対することになり、特に

その急性期は混乱の中で、対応している場合も多いと推測される。また、トレーニングを積んだ医師であれば見逃す可能性の低い症例が、容易に見逃されうるといふ事態も依然存在している。さらに、虐待の可能性を認知した場合であっても的確な医学評価がなされずに、多職種連携を行う際、支障が生じる場面も少なくない。

医師が対応すべき事柄を医療機関向けマニュアルにまとめて周知を図り、連携を進めている地域も存在するが、多くの地域では、そのようなマニュアルが存在していない。今回そのような背景のもと、あらゆる地域で汎用しうる、医師を対象とした虐待症例についての対応マニュアルの作成を試みた。

B. 研究方法

本邦における、各地域での医療機関向けマニュアル、並びに、インターネット上で入手できる欧米諸国の医療機関向けマニュアル、さらには、コーネル大学が運営する虐待の診察・治療に関するリストサーバ SIGCA-ML (SIGCA: Special Interest Group in Child Abuse - Mailing List) へ呼びかけることによって入手したマニュアルについて検討した。また、現在入手可能な本邦や欧米の虐待医学診断学の成書を可能な限り入手し、比較検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、すでにインターネット上で公開されているマニュアルを参照とした。SIGCA-ML より情報を得て入手したマニュアルについては、オンライン上に

公開されているものではないので、引用・転載に際して作成者への利用許可を得た。マニュアルの作成に当たっては、著作権・翻訳権等に抵触しないよう配慮を行い、また、事例等の個人が特定されるような内容のものは含まれないように配慮を行った。

C. 研究結果

本邦では、各都道府県・政令市により種々の児童虐待関連施策がなされており、多くの自治体で対応マニュアルが作成されている。このうち、医療機関向けに特化したマニュアルを独自に作成しているのは、我々が検索した範囲では、栃木県、埼玉県、東京都（このうち江東区も独自に作成）、愛知県、鳥取県、広島県、長崎県、熊本県、沖縄県であった。

（これらのうち、東京都、江東区、鳥取県、愛知県のマニュアルについてはインターネット上で入手が可能である。）

本邦の医療機関向けマニュアルの特徴としては、行政機関主導、もしくは、医師を含む多職種で構成される委員会で作成されたマニュアルである。これらは、多くの医師が虐待の基礎的対応スキルを身につけていない現状を反映して、虐待の定義といった基礎的な内容から他職種との連携にまで及ぶ包括的なマニュアルとなっており、さらに、具体的な連携イメージを想起させるための事例集等を含んでいるものが多く、総ページ数が30～100ページと比較的ボリュームが大きいという特徴を持つ。また、行政機関が作成したものが多いため、医学診断に対する記述は極めて限定的であり、医学診断マニュアルとして用いることを想定して

作成されたと考えられるマニュアルは存在していなかった。（医学的虐待診断マニュアルとして使用しうるものとしては、（社）日本小児科学会 子どもの虐待問題プロジェクトにより作成された「子ども虐待診療手引き」が挙げられる。）

欧米における医療機関向けマニュアルには、医師が中心となって作成された医療機関主導型の手マニュアルが多く、子ども虐待診断学に比較的大きな力点が置かれているものが多かった。また、マニュアルの目的も細分化されており、そのフォーマットに従って記載することにより、司法の場にも耐えうる網羅的なレポート・フォームや、病院組織内における連携マニュアル・検査プロトコル、非常に分厚く仔細にわたる子ども虐待機関間協定書等、その目的により各マニュアルの分量は大きく異なっていたが、概して、ある程度基礎的な知識がないと、理解が困難であるものが多い印象であった。欧米の場合、マニュアル運用場面には子ども虐待専門医が大きく関わっており、そのことにより、一般医師との役割分担が明確になっているため、このような構成が可能となっているのであろう。

医学的虐待診断学の成書については、本邦におけるその出版数は少ないものの、少ないページ数で網羅的に記載されているという特徴を持っており、短期間で一通りの知識を得るうえでは極めて有用であると思われた。一方で、欧米においては、虐待医療の中の診断学分野においては、細部にまで網羅的に記述されている辞書的な出版物や虐待診断に関するポケット・マニュアルのようなコンパ

クトな出版物、虐待医療の中でも、さらに細分化された分野について詳述された出版物等、多様性に富んでいた。

下記に、インターネットで入手できる本邦の医療機関向けマニュアルを提示する。欧米のマニュアルは非常に多岐に及ぶが、特に有用であると思われるもののうちインターネット上で入手可能なマニュアルにつき列記する。

愛知県 医療機関用子どもの虐待対応マニュアル (改訂版)

http://www.pref.aichi.jp/owari-fukushi/jiso/annai/manyu/iryuu/manyu_iryuu_new.pdf

東京都福祉保健局 医療機関のための子育て支援ハンドブック「気になる親子に出会ったら」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/koho/ko_shien_handbook/index.html

江東区 児童虐待防止のための気づき・対応・連携マニュアル (かかりつけ医・地域医療機関用)

<http://www.city.koto.lg.jp/seikatsu/kosodate/44439/44444.html>

鳥取県 子どもSOS対応の手引き<医療・保健機関編>

<http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=102075>

CaEMA 2-900: Child Physical Abuse and Neglect Medical/Evidentiary Examination (その他、CaEMA 2-923/925/930/950 も参照)

<http://www.ccfmtc.org/forensic.asp>

OJJDP(office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention)の各種マニュアル
<http://ojjdp.ncjrs.gov/publications/PubResults.asp>

NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)guideline
<http://guidance.nice.org.uk/CG89>

Recommended referral process for General Practitioners - Suspected child abuse and neglect
<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4101>

Los Angeles Child Abuse and Neglect Protocol
http://ican4kids.org/ican/documents/LACounty_Child_Abuse_and_Neglect_Protocol.pdf

Procedural Guide for Handling Child Abuse Cases (Revised 2007)
http://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_family/sub_fcwprocedure/id_childabuse1998/

SIGCA・MLからは、上記マニュアルのうちのいくつかを紹介してもらった他、University of IowaのDr. Resmiye Oralより、各種マニュアルの提供を受けた。Dr. Oralは各国の多職種連携システム構築に尽力している専門医で、トルコ共和国における構築例がChild Abuse & Neglect 2009;33:247-255で紹介されている。

D. 考察

米国においては多くの州で、子ども虐待機関間協定書が締結されており、各分野での職責の違いや連携の方策が明確に規定され、虐待対応における医療機関の対応がシステム化しており、さらには、各症例の医学的状态に疑義が生じた際に虐待専門医にコンサルトしうる体制が整っている。また、その各セクションにおけるマニュアル化が進んでおり、多様なマニュアルが存在していることがはっきりした。

マニュアル作成前後での、医療機関における対応の変化を比較したり、実際にマニュアルが各医療機関でどのような形で運用されているかの報告は、本邦において存在せず、各地域・各病院でどのような形態のマニュアルが求められているかについても、現時点では予測の域を出ない。しかしながら、医療機関間システムが整備されていない現状では、一種類のマニュアルで、全てのニーズを満たすことは困難であると考え、3種のマニュアルを作成することとした。

1つ目は、一般医師を対象としたマニュアルであり、2つ目は、一般小児科医師並びに各病院の虐待対策委員会の構成メンバーとなっている医師を主な対象としたマニュアルである。3つ目のマニュアルは、より専門性の高い医師に向けたものである。

1. 一般医師向けマニュアル

本マニュアルの対象者は最も広く、各地域で発行されている医療機関向けマニュアルと対象はほぼ合致すると考えられた。本マニュアルの対象者へ求められる

初期対応を

Step 1：虐待を認知する

Step 2：虐待を疑った場合の重症度トリアージ

Step 3：トリアージに基づき連携を開始という3つのステップに分け、虐待疑い症例が、未通告とならずに、何らかの形で支援が開始される糸口になるところまでを目的とした。

Step 1として掲げた虐待を認知するというステップは、全ての医療関係者にとって最も肝要な部分である。虐待の見逃しが虐待を想定しない場合に最も多く起きることは、自明の理であり、そのトレーニングを受けていない一般医師に対して、マニュアル自体が啓発的なものであることが望まれる。

Step 2として、虐待を疑った場合の重症度トリアージも、極めて重要なステップである。虐待を認知した後であっても、それを過小評価し、結局、支援に繋がらずに不幸な転帰をとる症例が後を絶たない。虐待死症例の実に7割が事前に何らかの医療機関に受診しているとされる。であるから、虐待を認知した後、その重症度をトリアージすることはその介入の緊急性や重み付けを多職種で決定するうえで極めて重要であり、重症度評価の指針をマニュアル上に提示することが必須の事項と考えた。

Step 3としてトリアージに基づき連携を開始するという項目がなされることにより、子ども本人や家族に対する支援に向けて、連携が開始される。通告医師がどこまでケースに関与すべきであるかは、地域やケースにより様々であるが、虐待対応における初期対応は、どのよう

な立場の医師であれ、児童虐待通告と他機関連携にまで漕ぎ着けてはじめて一段落する。一般医にとって、児童虐待通告とは様々な障壁が伴うものであるため、通告がなされるまでの指針を示すことが必要である。

以上のようにマニュアル作成の方向性を検討してみたところ、既存の医療機関向けマニュアルは多くの点で上記の項目を満たしていた。しかしながら、事前にマニュアル内容に目を通していない医師が対応に当たった場合、急性期には、マニュアルの内容の豊富さが、かえって必要な情報へのアクセスの妨げになる可能性もあると考えた。

また、虐待対応において最も根源的な部分である Step 1. 「虐待を認知する」という点を重視し、日常診療において、手許に置いて常に目に触れられることで、啓発効果も期待できるマニュアルが望ましいと考えた。ページ数をできる限り少なくして、急性期の混乱の中、各地域のマニュアルや手引きの当該部位を参照する余裕ができるまでの間、必要最低限の情報を伝え、取り急ぎ行動するための指針を示すことを主眼とした。

実際のマニュアル作成に当たり、急性期の医学的証拠が残っておらず、後の虐待の医学的アセスメントが極めて困難となったり、公判が維持できなくなったりするケースが多いことも鑑み、当初想定した Step 3 までの呈示に加え、Step 4 として、虐待医学診断（初期検査）という項目を設けた。一般医のみで対応がなされた場合であっても、急性期に保存しておくべき医学的証拠として必要な項目を提示した。

マニュアルは総計で 6 ページとなったが、両面印刷することにより A4 判 3 枚でまとまる分量で、デスクマット下に置いた場合でも日常診療の妨げにはならないと思われる。

2. 一般小児科医向けマニュアル

本マニュアルは、急性期の虐待症例に遭遇し、その職責ゆえにリーダーシップを発揮することが求められる一般小児科医師や医療機関内虐待対応組織の構成メンバーとなっている医師を主な対象として作成した。そのような立場の医師であっても、現状での虐待対応スキルが不十分である可能性も想定される。虐待対応において、医療機関単独で解決できることは少なく、児童相談所等の専門機関にコンサルトすることとなるが、虐待であると医学的に診断できるかどうかに関しては、医療機関において結論を出すことが求められる。

医療機関間連携として、診療所においては適切な病診連携がなされること、病院においては通常の疾病医療と同様に、対応能力に応じて病病連携がなされていくことが望まれるが、現時点でそれが可能な病院、診療圏は極めて限られている。多くの地域や病院では、自己完結的に解決せざるを得ない場合も多い。一般医師向けマニュアル同様に、時間的な猶予ができた後に、虐待対応の手引きやその他の成書に当たるまでの間、急性期のあわただしい状態を取り急ぎ対応しうるポケット・マニュアルの作成を試みた。

本マニュアルの素案は完成しているが、マニュアルの性質上、写真を多用している。分担研究者の持つ症例のみで、

必要な写真を満たすことは困難で、海外の成書からの引用とならざるを得ず、著作権の問題を明確にする必要があり、本年度の報告書には間に合わせる事ができなかった。

この点については、マニュアル作成のためだけではなく、本邦における医学教育や研究に活用するためにも、症例を蓄積していくシステムが必要であるということの問題提起としたい。

3. 専門医マニュアル

小児医療の中で、虐待対応をサブスペシャリティとする医師（子ども虐待の専門医）を本マニュアルの対象として想定した。

2008年に米国の American Board of Pediatrics は、子ども虐待対応医師の専門医認定制度を発足させた。このサブスペシャリティの認定により、虐待に関するレジデント教育は Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) によって必修化されていくと思われるが、本邦においては、小児医療において、子ども虐待診断や対応の医学的専門性が認知されているとは言い難い。

しかしながら、一般医師・一般小児科医師が判断に迷い、コンサルテーションを必要とした場合に、それに応じることのできる専門性を持ち、鑑定書の作成や法廷証言等、高度な専門性が求められる分野において、職責を發揮できる専門医の存在が今後求められていくことも予想される。

また、そのような虐待の専門医が、各三次医療圏単位に存在することが各地域の虐待対策を推進し、多職種連携を進め

ていくうえでも理想的であるが、現在、そのような医師は、極めて少数であり、地域も限られている。

上述した「2. 一般小児科医向けマニュアル」に関する考察の最後にも問題提起したが、日本には虐待症例を医学の対象として蓄積していくシステムがなく、症例が散逸し、本邦独自の evidence が蓄積されていない状態である。このような状況下で、本邦独自のマニュアルを出版することは困難であると判断し、それに代わるものとして、虐待診断と対応をサブスペシャリティとして研鑽を積む医師を増やすために、スタディーガイドの作成を検討している。

E. 結論

本年度の報告においては、一般医師向けマニュアルの素案を末尾に掲載する。本マニュアルは完成されたものではなく、あくまで、現実に利用してもらいながら、有用性のより高いものに改訂されていくべきと考える。

本分担研究の中の別研究で実施した「二次以上の医療機関における院内虐待対応組織化の現況調査」で、二次アンケートに協力することが可能とご回答いただいた医療施設の中から、マニュアル活用にご協力いただける医療機関を募り、その有用性や改善点につき、フィードバックを受けながら、改善していきたいと考えている。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし

救急外来・外傷の治療の場で 子ども虐待を見逃さないために

近年、子ども虐待が社会問題化していますが、医療機関からの通告は、依然全国的に4%程度にとどまっております。医療機関への受診は、家庭という密室の虐待環境から被害児が表へ出ることでできる貴重な機会です。この数少ないチャンスに子ども虐待を見逃したり、事故と誤診したりすることは、そのまま虐待の進行を手助けすることとなります。ある調査によると、虐待死した子どもの70%が事前に何らかの医療機関を受診していたと報告されています。

子どもの虐待は、その発生頻度、重篤性、再発率、致死率、心身に与える影響など、そのいずれをとっても極めて重大な小児期の疾患であるという認識を持つことが医療者に求められています。

1. 治療と並行して、ケガや状態の発生機序についても必ず確認しましょう。
2. そのケガ・状態は、保護者の説明と矛盾していませんか？
3. 子どもの発達レベルを考えたとき、それが偶然に起きたことと言えますか？
4. ケガの性状や子どもの状態、親子の様子で、“気になる”ことがあった場合、決して、そのままにしないで下さい。

外傷を負った子どもを診察する際、2歳半以上で話のできる子どもならば、保護者の説明を聞かせる前に子どもと保護者を別室に分けて、別々に問診し、両者の説明が一致し、かつ、外傷所見とも一致するか否かを確認してください。

虐待を受けていると思われる子どもに接した際、「親が自分の子どもに対してそんなひどいことをするはずがない」という否認の感情や、親を疑うことへの罪悪感、親から非難されることへの不安等、様々な内的葛藤が起こります。

そのことを認識したうえで、子どもを守るために是非、次の行動に移ってください。

Step1 虐待の可能性について認知する。



Step2 虐待を疑った場合の重症度をトリアージする。



Step3 トリアージに従い関係機関との連携を開始する。

本マニュアルは、通告義務を持つすべての医師が実行する必要がある Step3までの子ども虐待対応を速やかに行えることを目的にして作成された。

Step 1

虐待の可能性について認知する。

項目	虐待の可能性が高い	虐待の可能性が低い
受傷機転の説明	外傷所見との間に矛盾や不一致、あいまい、不自然	一貫性がある
受傷から受診行動までの時間	不当に遅い(悪化してからの受診)	早い(常識的な範囲)
傷の数	多発性	単発性
傷の状態	新旧混在、感染等の合併、成傷器の形を示唆(手形・物の形等)二重条痕(二本の平行な直線痕)	新鮮 同時期発症の傷
挫傷(あざ)の発生部位	耳介、頬部、腋下、背部、殿部、陰部周辺、手背、足背	体の前面、皮下脂肪の少なく皮膚の直下に骨が存在する部位
児の年齢(挫傷)	新生児、乳児	
熱傷の状態	辺縁の明瞭な深い熱傷	辺縁の不明瞭な浅い熱傷
熱傷の部位	手背・足背等物に触れない部位、大腿、殿部の内側	手掌、体の露出部
タバコによる熱傷	多発性、新旧混在、通常衣服で覆われている部位、足底等人目につきにくい部位	単発性、通常露出部に多い、彗星の尾(運動しながらタバコが接触したことを示す)
頭蓋内損傷	硬膜下血腫、新旧血腫の併存	硬膜外血腫
頭蓋骨の骨折	多発性、骨折線の離開、両側性、頭頂部陥没	線状骨折
骨折の部位	骨幹端骨折、肋骨、椎骨棘突起、胸骨、肩甲骨	鎖骨、長管骨骨幹部
骨折の形態	らせん状骨折、鉛管骨折	
骨折児の年齢	2歳未満	5歳以上
網膜出血	広汎で多発性・多層性の網膜出血は、乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)に特徴的	産道出血と呼ばれる新生児の網膜出血や、落下・転倒等不慮の事故による網膜出血は眼球後局に限局する。

引用 愛知県児童虐待対応機能強化検討委員会 医療機関向け子どもの虐待対応マニュアル

＊乳幼児の粗大運動の、90パーセント到達の時期

定額・・・4カ月	寝返り・・・7カ月
お座り・・・7カ月半	つかまり立ち・・・9カ月半
つたい歩き・・・11カ月	一人で立っている・・・13カ月半
上手に歩く・・・14カ月	階段上り・・・2歳
ボールけり・・・2歳	その場ジャンプ・・・2歳半

Step 2

虐待を疑った場合の重症度をトリアージする。

子ども虐待の重症度判定基準

2歳以下の乳幼児は、より慎重に重症度を判定する。

最重度	生命が危ぶまれる	<ul style="list-style-type: none"> ◇頭部外傷の可能性(床や壁に投げつける、頭部を殴る・蹴る、乳幼児を強く揺さぶる) ◇腹部外傷の可能性(腹部を殴る・蹴る、踏みつける) ◇窒息の可能性(首を絞める、鼻口をふさぐ、水につける、布団蒸しにする) ◇脱水症状や低栄養のため衰弱している ◇感染症や下痢、重度の慢性疾患等があるのに医療を受診させてもらえずに放置されている(障害児の受容拒否に注意)
重度	子どもの健康や成長、発達に重大な影響が出ている	<ul style="list-style-type: none"> ◇医療を必要とする外傷(新旧織り混ざった皮膚外傷・骨折・裂傷・熱傷・目の外傷) ◇成長障害や発達の遅れが顕著である ◇明らかな性的行動化や性器外傷、あるいはその疑いがある ◇子どもに精神症状がみられ、医療的なケアが必要である ◇必要な食事・衣類・住居が保障されていない ◇家から出してもらえず、閉じ込められている ◇外傷としての重症度は高くないが、子どもが執拗に傷つけられている
中等度	医学的に入院を要する程ではないが、子どもの人格形成に影響がある	<ul style="list-style-type: none"> ◇外傷を負う可能性のある暴力を受けている ◇長期にわたって身体的ケアや情緒的ケアを受けていないため、人格形成に問題が残る危険性がある ◇生活環境や育児条件が極めて不良なため、事態の改善が望めない ◇大人の監護がない状態で長時間にわたって放置されている
軽度	子どもへの軽度の暴力や養育への拒否感があるが、衝動コントロールができ、現在のところ、親子関係に重篤な病理は認められない	<ul style="list-style-type: none"> ◇外傷にならない暴力 ◇子どもへの健康問題を起こすほどではないネグレクト
疑い		◇重症度に関わらず虐待の疑いのあるもの

重症度判定で中等度以上の場合、子どもの安全確保と鑑別診断のために、原則として、子どもを病院に紹介して入院させ、児童相談所に通告する。軽度以下であれば、より詳しい調査や親子支援のために、市町村に虐待通告する。

引用: 特定非営利法人 児童虐待防止協会

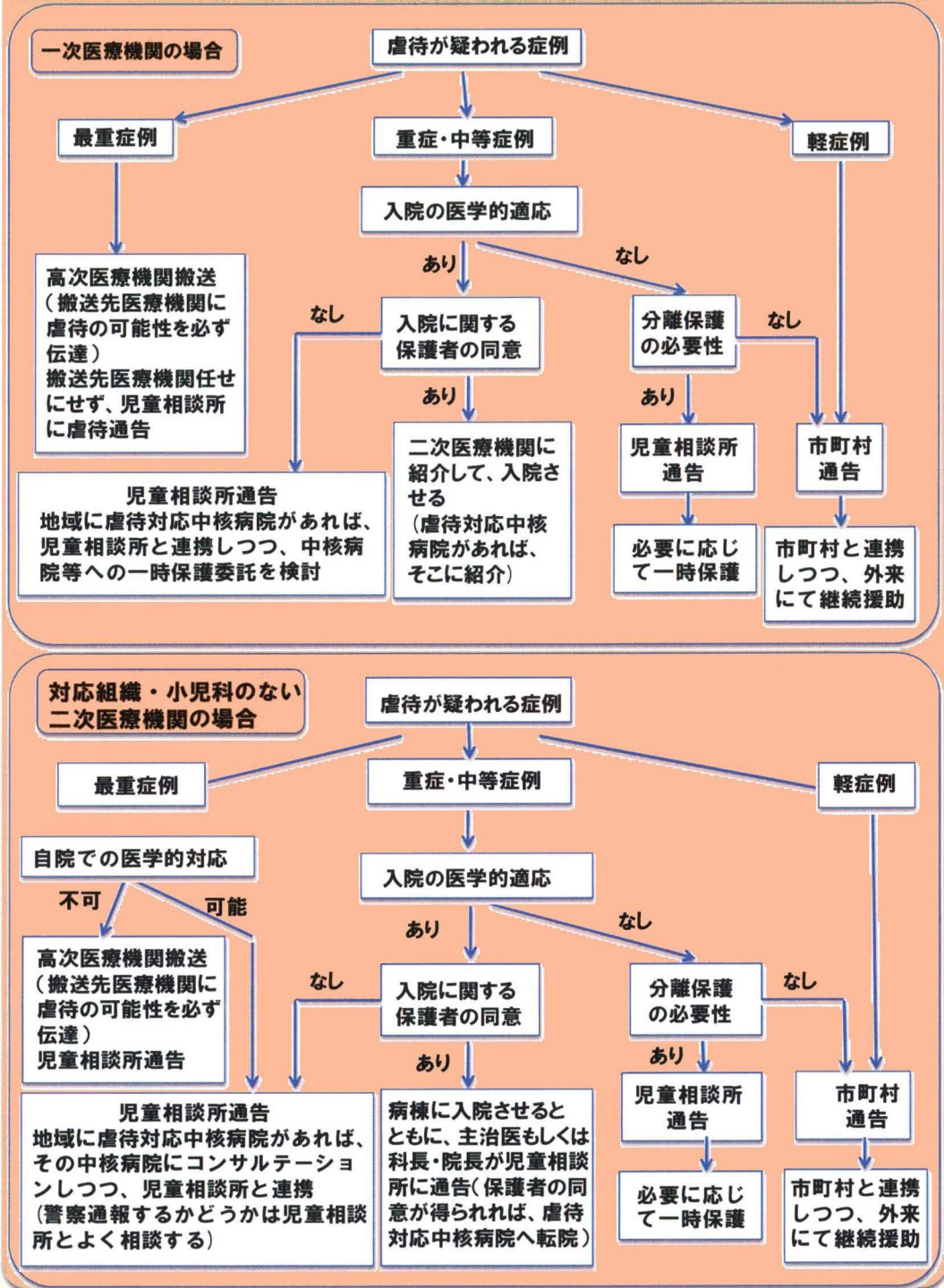
下記に虐待の鑑別として極めて重要な疾患を列記した。下記の医学的疾患を除外する必要があると説明すれば、保護者に入院を勧めた場合、同意が得られやすい。

症状・徴候	虐待と鑑別すべき疾患
多発性の出血斑	出血傾向等血液疾患の精査、頭蓋内出血合併の防止
繰り返す骨折	くる病や骨形成不全症など病的骨折の精査
頭部外傷	頭蓋内出血の有無の精査、中枢神経障害合併の精査
腹部外傷	内臓損傷合併の精査
やせ、体重増加不良	脱水症の治療、成長ホルモンの分泌検査
発達の遅れ	神経・筋疾患や代謝性疾患などの原因疾患の精査
無気力、異食	代謝性疾患の疑い
家出、放浪、乱暴	注意欠陥多動性障害等の精査と治療

参考: 市川光太郎著 児童虐待イニシャルマネジメント—われわれはいかに関わるべきか— 南江堂

Step 3

トリアージに従い関係機関との連携を開始する。

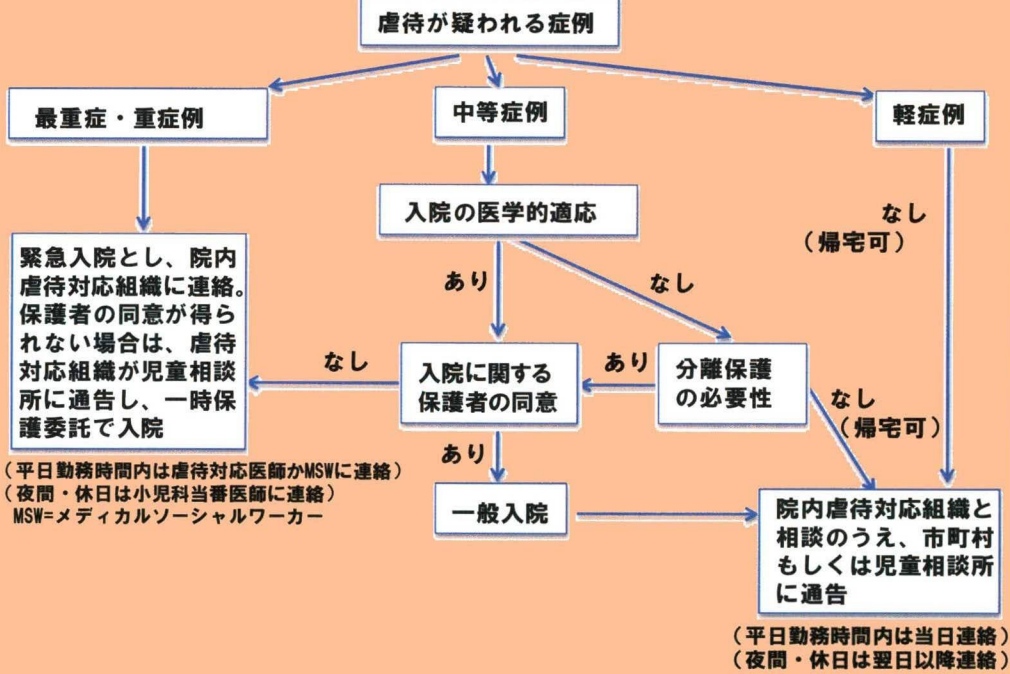


Step 3

トリアージに従い関係機関との連携を開始する。

小児科・院内虐待対応組織がある二次医療機関の場合
(各病院のマニュアルがあれば、それに従う)

子どもが外傷を負っていたら、保護者とは別室にて問診する



院内虐待対応組織に連絡後、外傷や疾病の治療に専念するが、組織としての対応に時間がかかる場合、虐待対応組織のメンバーからの依頼もしくは主治医の判断で児童相談所に通告し、虐待診断のための検査を開始する。保護者の暴力行為等、緊急性があれば、警察通報に関しても主治医等の判断で行う。

連絡先

対応医療機関連絡先 平日 ☎
(院内組織がある場合、組織連絡先): 夜間 ☎

児童相談所: ☎

市町村児童虐待相談窓口: ☎

警察署: ☎

虐待医学診断

1. 初期検査

速やかに入院できるのであれば、入院先の虐待対応医師によって実施されることが望ましい。
また、下記の検査を実施できない施設の場合、「精査の必要あり」として入院を勧める。

問診	子どもからの聞き取りが可能な場合、保護者とは別々に聞き取りを行う。 保護者だけでなく、子ども本人からも外傷の発生機序を確認する。
採血	血算（頭蓋内・腹腔内出血による貧血の除外） Plt/PT/APTT（出血傾向の除外）、 GOT/GOT/LDH/Amy（腹腔内損傷の除外）、 Ca/P/ALP/BUN/Cr（代謝性疾患の除外） 薬物検査のための血清・血漿保存
検尿	腎損傷による血尿の除外、腎尿細管性アシドーシスの除外 薬物検査のための尿検体保存
性感染症検査	性虐待が疑われる場合は、外陰/肛門に異常がなくても全例で実施
レントゲン撮影	*2歳以下なら虐待が疑われる全ての症例で全身骨撮影（1歳以下は骨スキャンも考慮） *2-5歳は身体的虐待が強く疑われる場合、全身骨撮影 *5歳以上は、臨床所見から外傷が疑われる部位の撮影 *全身骨撮影部位は、 1. 頭蓋正面・側面 2. 胸郭（胸部ではない）正面・側面 3. 頸椎側面 4. 腰椎側面 5. 股関節正面 6. 大腿正面（左右） 7. 下腿正面（左右） 8. 上腕（正面） 9. 前腕（正面） 10. 手（正面） 11. 足（正面） 児を一枚ですべてとらえる“ベビーグラム”は推奨されない
頭頸部画像撮影	*慢性的な神経学的異常（説明のつかない発達の遅れ）陽性 → MRI *神経学的に急性期の所見や症状がある場合 →CT撮影 → 陽性 → フォロ-アップ MRI → 陰性 → 撮影間隔について小児放射線科医や虐待対応医師の判断を求める → 医学・社会的リスク高 → MRI → 医学・社会的リスク低 → 終了 *神経学的に急性期の所見や症状はないが、 骨折の疑いあり、もしくは、病歴があいまい 急性期 → CT 慢性期 → MRI
腹部画像撮影	発見されずに放置された場合、致死率が高い。疑いが否定できなければ、腹部超音波・CT等を積極的に施行する。
眼科的検索	頭部CTに異常所見を認める、もしくは頭部外傷や意識障害を認める場合、必ず眼科医による眼底検査を施行する。その際、写真撮影も依頼するが、撮影できなければ、網膜出血の数や形、局在・広がりスケッチし、網膜出血の種類や深さ（層）を記録に残す。
写真撮影	観察されたすべての外傷の近接・遠位写真の撮影 外傷のそばにスケールやメジャーを添えて撮影

CARES NORTHWEST, Legacy Emanuel Children's Hospital の協力により、作成

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

発達障害を中心とした医療と教育との連携の在り方に関する研究

分担研究者 市川 宏伸 東京都立梅ヶ丘病院

研究協力者 菊地 祐子 東京都立梅ヶ丘病院

中山 淑子 東京都立梅ヶ丘病院

研究要旨

発達障害を中心とした子どもたちに関して、医療現場と教育現場が治療や対応についての情報を共有し、子どもたちによりよい環境を提供する必要があるのは言うまでもない。しかし、医療と教育の連携がスムーズには行われていない現状がある。

昨年度は、教育現場の現状から医療へのニーズを把握するためのアンケート調査を実施した。その結果、教育現場から医療と連携をとりたいというニーズは多いものの、実際には望むような連携がとられていない現状が明らかとなった。

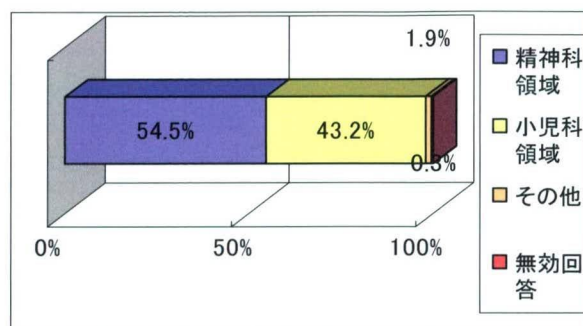
今年度は、子どものこころの診療に関わる医師に教育現場との連携についてアンケート調査を実施した。教育機関との連携の頻度、方法や連携の相手などの実態は明らかになったが、やはり「連携は困難である」と感じている医師が6割を越え、その原因としては「業務の繁忙さ」が上げられていた。

また、診療以外の場面でも講演会や就学相談、就学時健診、学校医などで教育機関と連携を取っていることもわかった。

これらの結果をもとに、実際的な医療と教育の連携の方法を構築・提言してゆく必要があると考えられる。

A. 研究目的

子どものこころの診療の現場での現状を知り、教育現場との連携の実際、子どもたちにより良い医療を提供するために望ましい医療と教育の連携システムの構築を考えることを目的とした。



B. 研究方法

日本児童青年精神科医学会会員、および日本小児神経学会専門医を対象にアンケート調査を行った。(添付資料1)

[倫理面への配慮]

アンケートは無記名であり、回答者のプライバシーは特定できない。また、自由返送となっているため、回答者の不利益も生じない。

C. 研究結果

2828通配布し、1180通の回答を得た(回収率41.7%)

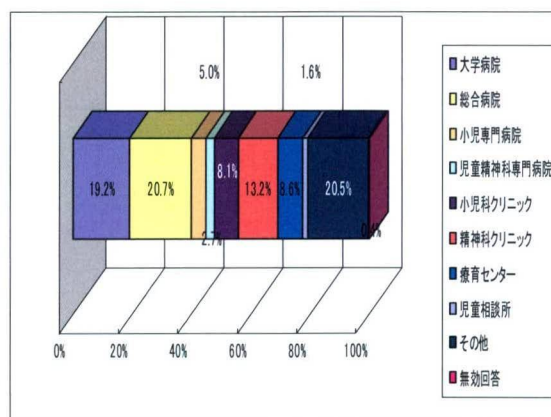
【I】 回答者の所属科・勤務先

① 主に従事する診療科

選択肢	人数(人)	%
① 精神科領域	643	54.5%
② 小児科領域	510	43.2%
③ その他	23	1.9%
④ 無効回答	4	0.3%
合計	1,180	100.0%

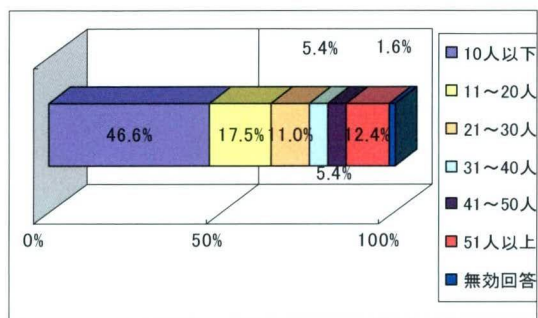
② 主な勤務先の形態

選択肢	人数(人)	%
① 大学病院	226	19.2%
② 総合病院	244	20.7%
③ 小児専門病院	59	5.0%
④ 児童精神科専門病院	32	2.7%
⑤ 小児科クリニック	96	8.1%
⑥ 精神科クリニック	156	13.2%
⑦ 療育センター	101	8.6%
⑧ 児童相談所	19	1.6%
⑨ その他	242	20.5%
⑩ 無効回答	5	0.4%
合計	1,180	100.0%



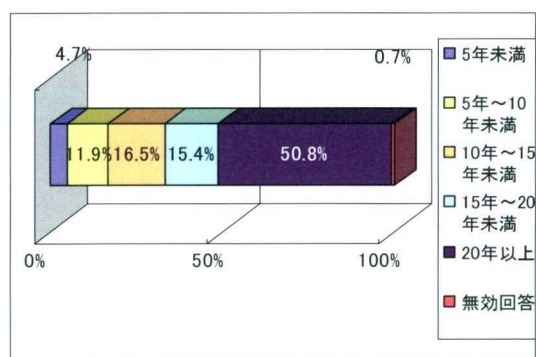
③医師経験年数

選択肢	人数 (人)	%
① 5年未満	55	4.7%
② 5年～10年未満	140	11.9%
③ 10年～15年未満	195	16.5%
④ 15年～20年未満	182	15.4%
⑤ 20年以上	600	50.8%
⑥ 無効回答	8	0.7%
合計	1,180	100.0%



【Ⅱ】実際の教育機関との連携

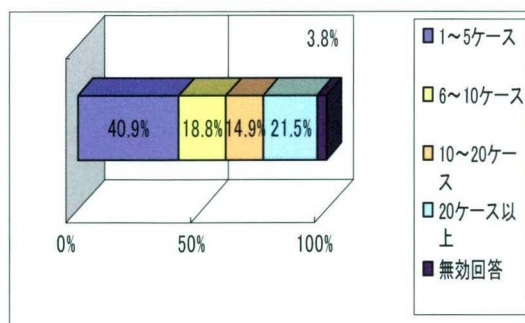
①年間に何例くらい教育機関と連携をとるか



選択肢	人数 (人)	%
① 1～5 ケース	483	40.9%
② 6～10 ケース	222	18.8%
③ 10～20 ケース	176	14.9%
④ 20 ケース以上	254	21.5%
⑤ 無効回答	45	3.8%
合計	1,180	100.0%

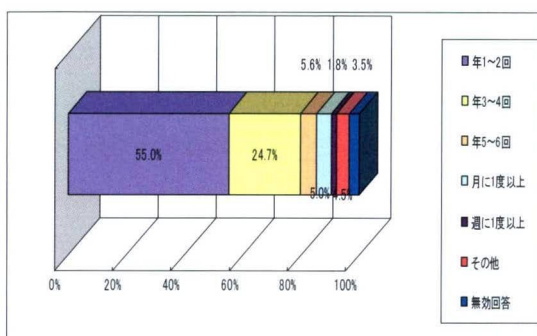
④1週間に18歳未満の児童精神科領域の患者を何人診察するか。(初診・再診合わせて)

選択肢	人数(人)	%
① 10人以下	550	46.6%
② 11～20人	207	17.5%
③ 21～30人	130	11.0%
④ 31～40人	64	5.4%
⑤ 41～50人	64	5.4%
⑥ 51人以上	146	12.4%
⑦ 無効回答	19	1.6%
合計	1,180	100.0%



② 1 ケース当たり、年に何回くらい教育との連携をとるか（平均）

選択肢	人数 (人)	%
① 年1～2回	649	55.0%
② 年3～4回	291	24.7%
③ 年5～6回	66	5.6%
④ 月に1度以上	59	5.0%
⑤ 週に1度以上	21	1.8%
⑥ その他	53	4.5%
⑦ 無効回答	41	3.5%
合計	1,180	100.0%



③ 相談の内容（複数回答）

選択肢	人数 (人)
① 対人交流の困難	637
② 言語・非言語コミュニケーションの困難	267
③ パニック	257
④ こだわり	111
⑤ 感覚過敏	20
⑥ 落ち着きのなさ	425
⑦ 不注意	81
⑧ 学習の遅れ	256
⑨ 反抗挑戦的態度	112
⑩ 暴力などの衝動行為	416
⑪ 幻覚妄想	25
⑫ 不安・緊張	115
⑬ 感覚過敏	8
⑭ 拒食・過食	68
⑮ 性的逸脱行動	11
⑯ 非行・触法行為	42
⑰ 不登校	493
⑱ その他	68
合計	3,412

