

# 裏表紙



w i t h   a   w i l l

編集／制作

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業  
「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」分担研究  
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

主任研究者：奥山真紀子／分担研究者：山田不二子／研究協力者：満口史剛



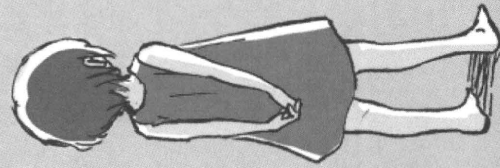
The Orange Ribbon Charter

We aim at making a society where all children are not maltreated.

### 損傷測定・記録撮影用L型定規

裏面の定規部分を切り取ること、損傷計測・記録撮影時のツールとして利用することができる。写真撮影の場合、皮膚損傷面に対し、直角の角度から撮影することが重要であるが、L型定規の場合、画像のゆがみを確認することができる(ゆがんでいても、画像上で対象物の計測ができる)

直接治療に関係しない損傷の画像撮影は、診療上おろそかにしがちであるが、虐待診療の際には、子どもを守るために極めて重要である。

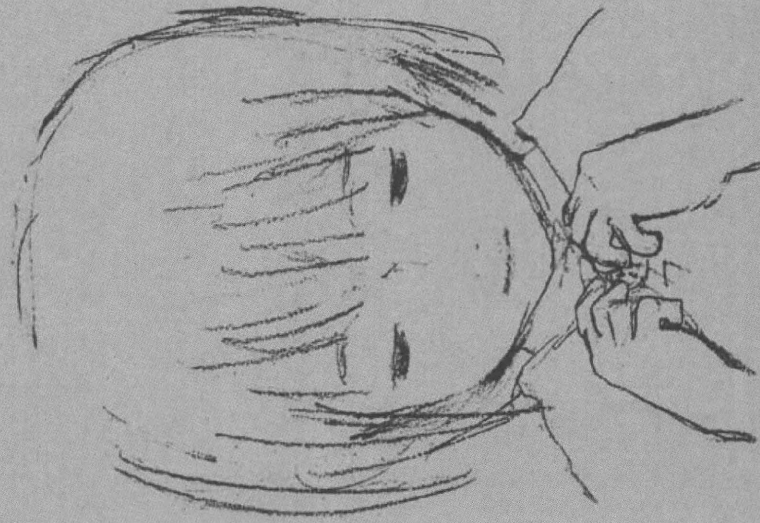


To Our  
Children's  
Children's  
Children.

子ども虐待対応医師のための

## 子ども虐待対応・医学診断ガイド

P o c k e t M a n u a l



Careful Consideration

## 各種機関連絡先

### 児童相談所

.....  
.....  
.....  
.....

### 市区町村相談窓口

.....  
.....  
.....  
.....

### 警察署

.....  
.....  
.....

### 対応医療機関連絡先

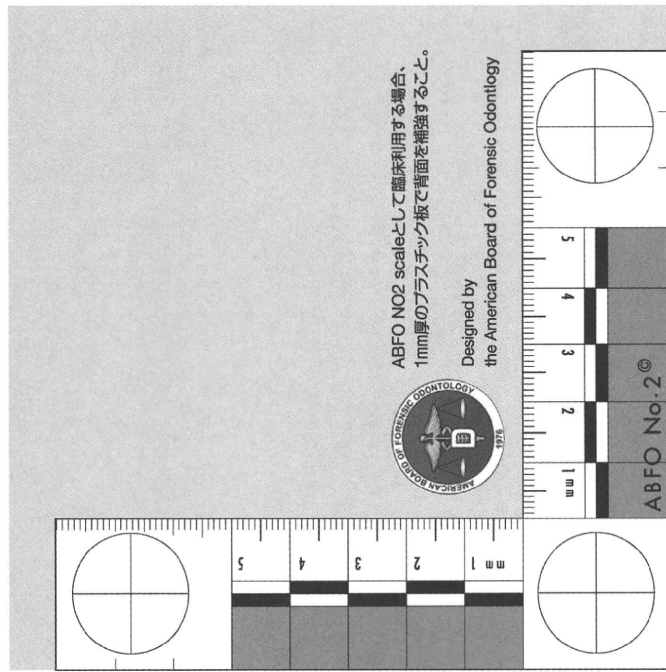
.....  
.....  
.....

### 院内虐待対応組織連絡先

.....  
.....  
.....

### その他

.....  
.....  
.....



### 編集/制作

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業  
「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」分担研究  
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

主任研究者 奥山眞紀子 / 分担研究者 山田不二子 / 研究協力者 澤口史剛

マニュアル制作協力者 舟橋敬一・内山健太郎

# 目次

<b>I. 総論</b>	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	虐待初期対応の流れ・・・・・・・・	3
	入院判断・・・・・・・・・・・・・・・・	4
	心構え・・・・・・・・・・・・・・・・	5
	急性期の、子ども・親との面談	6
	医療機関における虐待通告の意義	7
	加害親への虐待告知・・・・・・・・	8
	警察との連携・・・・・・・・・・	9
	カルテ記載の原則・・・・・・・・	10
	外傷の記載法・・・・・・・・・・	11
	虐待疑い症例への身体診察	12
	診療録参考例・・・・・・・・・・	13
	乳幼児虐待リスクアセスメント指標	16
	医療意見書・損傷診断書への記入等	18
<b>II. 各論</b>	身体的虐待総論・・・・・・・・	19
	挫傷・・・・・・・・・・・・・・・・	20
	熱傷・・・・・・・・・・・・・・・・	22
	骨折・・・・・・・・・・・・・・・・	24
	頭部損傷・腹部損傷・眼損傷	26
	乳幼児揺さぶられ症候群 (SBS/AHT)	27
	咬傷・口腔外傷・・・・・・・・	30
	ネグレクト: 総論・・・・・・・・	31
	Failure to thrive: FTT, 成長障害	32
	成長曲線・肥満度判定曲線	33
	心理的虐待・・・・・・・・・・	36
	DVについて・・・・・・・・・・	37
	MSBP・・・・・・・・・・・・・・・・	38
	毒物による虐待・・・・・・・・	39
	CPA-OA 症例について	40
	SIDS・・・・・・・・・・・・・・・・	41
	性虐待・・・・・・・・・・・・・・・・	42
	医療ネグレクト・・・・・・・・	46
	虐待対応に関連した法律	47
	必携図書・・・・・・・・・・	48



## はじめに

本マニュアルは、一般小児科ならびに院内虐待対応委員会に属している等、子ども虐待事例に接する可能性の高い医師が、医学的立場から、虐待を見逃すことのないように疑い、適切に通告を行う為に、急性期に必要となる知識をまとめたものである。

我々医師が虐待を疑った場合、初期段階で最も重要なことは子どもの安全の確保であり、そのための手段として入院という選択を持っていることは、改めて強調しておきたい。診断の為の社会的入院というものが、子どもの予後を改善する可能性のある“治療”であると認識し、急性期の入院判断の際などに本マニュアルを活用してほしい。

なお虐待診断は、医師のみで行いうると考えるべきではない。あくまで様々な面から解釈を加え、下記の各種診断を総合して判断するものであり、ここで扱う医学的診断はその一部となるものである。

通常家庭という密室で行われる子ども虐待にとって、医療機関受診の場は得難い接点の一つであり、支援につなげる一度しかないかもしれないチャンスである。多忙な日常診療における“一場面”の重要性を再確認していただきたい。

なお本マニュアルでは虐待医学に極めて重要な、虐待との鑑別を要する各種病態に関しては記述していない。入院後、児の安全が確保された後に、巻末に記した各種成書等を参考にし、より精度の高い虐待の医学診断、より適切な医療機関としての対応を行ってほしい。

## 虐待の診断

**社会診断：** 児童福祉司の社会的調査、家庭調査に基づいて行う。

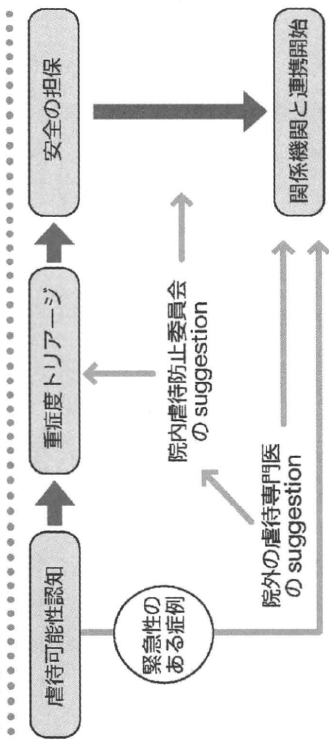
家庭関係や虐待が生じるメカニズムを診断。

**心理診断：** 児童心理士による。心理検査、面接などで得た情報に基づき診断。  
精神発達やパーソナリティ特性、トラウマの存在・程度も同時に診断。

**行動診断：** 生活を共にしている一次保護所の保育士、児童相談員、一次保護入院中の病棟看護士等による行動観察から得られた情報に基づいて行う。

**医学的診断：** 身体医学診断として、外傷評価、栄養評価、成長・発達評価等を的確、具体的にを行う。  
精神医学的診断として、精神医学的症状と、その影響を診断。

## 虐待初期対応の流れ



医療機関への受診は、特に重篤な虐待関係に陥っている家族が、子どもの身体症状が放置できなくなり、密室である家庭環境から、唯一表へ出る機会となりうるものである。

この機会に虐待を看過したり見逃したりすることは、そのまま虐待の進行を手助けする事となりうる。

## 虐待初期対応における医師の役割

### ①すべての医師

- 発見・通告(疑いの段階で)
- 身体面の安全確保(入院が原則)
- ②③の医師へ症例を繋げる

### ②小児科医/虐待防止委員会医師

- 初期トリアージのコンサルト
- 通告・通報サポート
- 虐待可能性の医学診断
- 外来例の再発・悪化の監視
- 保護者/子どもの相談役

### ③虐待専門医師

- 虐待医学診断の専門的コンサルト
- 意見書/鑑定書の作成
- 関係機関への助言
- 地域における初期対応体制への提言
- 保護者/子どもの専門治療担保

現実的には③の医師が、地域のリソースとして存在しない場合も多い。その場合、②の医師が一部③の役割を担う。また②の役割を負う医師のいない施設も少なくない。その場合、①の医師は関係機関(児童相談所等)へ、早期の段階で連絡する。(地域の児童相談所が②③の医師と連携し、このような施設のサポートを行う事が望まれる。)

## 入院判断

救急外来の場合は、あくまで子ども虐待の潜在の可能性をみつける場所である。虐待の中心的要素（誰が、何を）を確認すれば十分であり、それ以上のことを根拠り業掘り確認すべきではない。

詳細な聞き取りについては、子どもの安全性が担保された後に行えばよい。そのため最も確実な方法は、入院である。損傷・疾病としての医学的加療・経過観察が必要ではない症例の場合であっても、特に2歳未満の子どもであれば、保護者の同意を得て、状況確認の為に入院させることが望ましい。

急性期の外来の段階で“虐待”というキーワードを用いるのは、やや拙速である。それにより、加害者は二度とその可能性を探らせまいとして、我々の前に姿を現さなくなるか、自己を守る為に敵意を我々に向け対立関係になり、結局は子どもを救う事が出来なくなるかもしれない。いずれは告知し、虐待という行為を認識してもらわなければならないが、子どもの安全性が担保されるまでは医療者単独で告知を行うメリットはない。

加害者と思われ人物の語ったヒストリーがいかにか不自然であれば、この時点ではひとまず受け入れ、下記に掲げたような疾患を除外する為、のようにあくまで器質疾患として扱う事が望まれる。方便とも取れる対応であるが、加害者に嘘をつくわけにはいかない、という表面上の誠実さよりも、虐待であった場合の被害児の安全確保、その後の真の家族支援につなげることを優先してほしい。

症状・徴候	入院を勧める理由
やせ、体重増加不良 繰り返す骨折	脱水症の治療、成長ホルモン分泌検査 骨が折れやすい（病的骨折）ための精査 骨の病気の精査
頭部外傷 腹部外傷 多発性の出血斑	安静を保ち経過観察、中枢神経感染防止 安静を保ち経過観察、内臓障害の発現防止 出血傾向の精査、血液疾患の除外、 頭蓋内出血の防止
発達の遅れ 無気力、異食 家出、放浪、乱暴	神経・筋・代謝性疾患などの原因疾患の精査 代謝性疾患の疑いとその除外診断 注意欠陥多動障がい疑い、その診断と治療

松田博雄ほか、虐待を疑ったとき、画面したとせの医師顧問での対応、小児科診察2005;66:337-344

4

## 心構え

まず落ち着く事が最も大事である。

初期対応の最大目標

子どもを心身の危険から守る

初期対応の4大原則

\*虐待の確証を得ることを考える前に、先ず子どもの安全を守る行動を起こす

\*一人で抱え込まない

\*あきらめない

\*記録をとる

行動を躊躇させる自分自身の情緒的反応を自覚する。

\*みているのに見えていない

(認識・知識不足)

\*保護者との関係を壊したくない

\*保護者への罪悪感、もしくは漠然とした恐怖感

\*職務外の仕事（傍観者効果）

\*面倒くさい（心理的反応として）

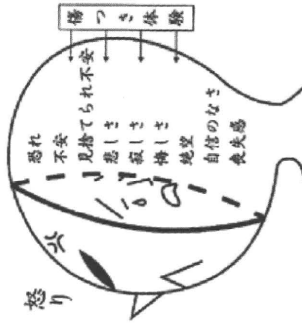
虐待など  
あり得ない  
(否認)

虐待を否定する  
材料に飛びつく

これらが起こらないようにするのではなく、起きていることを自覚してコントロールする。そのために必要な認識は、虐待をしてしまう保護者もまた犠牲者であるという認識である。

- 加害者に対峙する際に
- 孤立無援感に深く共感し、これまでの努力をねぎらう
  - これ以上頑張らなくてよいと保証し、育児負担を軽減もしくは免除されて正当と保証する。

加害者に対する、恐怖・怒りの感情を抑えて対応する事が、結局子ども保護に繋がる。



加害者の怒りの仮面

森田ゆり恵 著「子どもの虐待  
一生でできる力が慣れるまで(岩波ブックレット)より

5

## 急性期の、子ども・親との面接

2歳半以上であれば、虐待の中心事象である、「何が」、「何を」、「何を」には答えることができる可能性がある。虐待を疑った際には、可能な限り早期の段階で、親子別々の面接を行う。子どもの治療を最優先することが、医師の役割であり、外来の場では虐待の可能性が示唆されれば、安全の確保を優先し、詳細な面接は入院後に行えばよい。面接に不安のある場合には、面接に長けたスタッフに対応を依頼する事も考慮する。

### 子どもとの面接

- \* 安全が担保されるまでは、根掘り葉掘り聞かない
- \* 虐待の開示があった際には、「それは本当にあったの？」等のような真意を確かめる質問をしない
- \* 養育者に語った内容を明かさない
- \* 「ここは殴られたんだよね？」というような直接的・誘導的な質問をしない
- \* 再確認のためとして、他のスタッフに子どもから再度話を聞いてもらうのは、撤回やコンタミネーション(情報の汚染)の可能性があり避ける

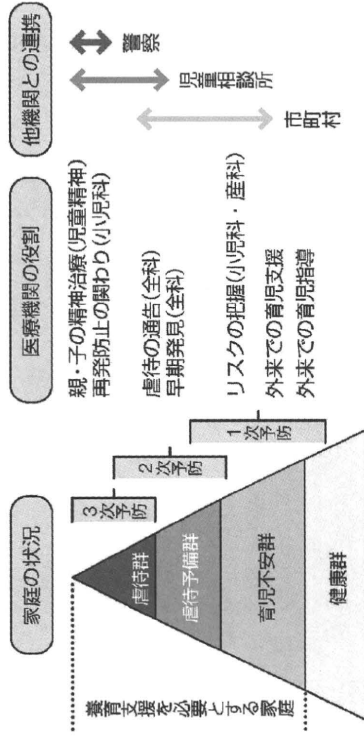
### 急性期の親との面接

- ① 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。虐待をしたのかどうかという直接的問いかけをしない。
  - ② あいまい、不自然な説明をひとまず受け入れる。
  - ③ 外来の場では「虐待」という表現は、刺激的過ぎる場合もある。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 親子分離も、親への罰ではなく状況を变える手段である。親から信頼されるように、家族のパートナーであるという姿勢を前面にだす。
- 感情に動かされずに保護者の話を聞き、相槌を打てる態度を面接技法と考える。下記のように変換して解釈(リフレーミング)し対応することにより、irritabilityの高い養育者からも話を聞ける可能性が高まる。

<ul style="list-style-type: none"> <li>× 要求が多い</li> <li>× 支配的な</li> <li>× 怒っている</li> <li>× 消極的、参加しない</li> <li>× 不従順な、従わない</li> </ul>	↑	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ニーズをよく知っている</li> <li>○ 積極的に関与する</li> <li>○ 危惧する、関心の高い</li> <li>○ もっと時間を必要とする</li> <li>○ 異なる優先順位を持つ</li> </ul>
--	---	--

## 医療機関における虐待通告の意義

虐待通告：加害者の告発が目的ではない。  
医師にとつての通告は、手段としての家庭支援を開始するための、子どものwell being を目的とした診療行為である。



## 通告と連絡の実際

根拠	虐待通告 児童虐待の防止に関する法律 第6条	要支援児童・特定妊婦通告 厚生労働省通知
通告先	児童相談所→市町村	主に市町村
同意	不要	原則同意が必要
伝達内容	<p>下記の情報を含める。可能であれば書面にて通告する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 通告者の氏名ならびに所属</li> <li>● 被害児と思われる子どもの氏名・住所・生年月日・年齢・性別・家族構成判明していれば、加害者とと思われる人物の名前</li> <li>● 緊急性の有無、虐待のタイプ、損傷・マルトリートメントの状況、予測される予後</li> <li>● 児の安全が担保されているか否か</li> <li>● 医療機関が虐待を疑った根拠</li> <li>● 同胞の被害可能性の有無</li> <li>● 医療機関が、通告時点で行った保護者への説明内容</li> <li>● その他、通告が必要と思われる情報すべて</li> </ul>	

## 加害親への虐待告知

医療機関はあくまで、空間的にも時間的にも点での関与しかできない。近い将来の親子治療の継続性を考えた場合、児童相談所につながるまでは、少なくとも医療機関が独断で虐待を指摘すべきではなく、児童相談所への通告を優先し、児童相談所の助言のもと、医療機関の役割分担を決めるべきである。

医療機関は虐待を告知する責任を持つ機関ではない（責任と権限は児童相談所にある）。医師が判断するのは、子どもの状態と親の説明が合致しない等で、医学的診断としての虐待の鑑別が必要である、という点である。入院後児童相談所に通告した後に、あくまで病状説明の一環として、虐待を疑ったことの告知を行う。

医学的知識に基づき、鑑別疾患の一つとしての虐待という“疾病”を医学的に疑っている事を、冷静に伝え、そのようなすべてのケースで、法律にのっとり児童相談所に連絡をしなければいけない義務を負っている事を伝える。

その後、児童相談所との協議等のステップを踏み、虐待というキーワードを前面に出し、虐待の告知を行う事となる。

虐待の告知は今後の家族支援の前提となるもので、医療機関も告知の際には可能な限り治療者として、同席が望ましいが、逆に同席を行わない方が望ましい場合も多い。この点についても、児童相談所にコンサルトし、その助言に従う。

いずれにしても我々医師は、あくまで疾病として虐待と対峙すべきであり、他のあらゆる疾患と同様、疾病を持つ子ども、家族の支援者であるという一貫した態度が望まれる。

告知を行う事の利点として以下の事柄があげられる。

### 保護者へ虐待告知する利点

1. 自分の行為の意味を保護者に気付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事について説明できるようになる
4. 育児支援に対する親族の協力を得られやすくなる
5. 保護者の強制的な要求に対して対抗する根拠となる

## 警察との連携

児童相談所・医療機関・捜査機関である警察の職責や必要とする情報は当然異なる。子どもの最大の利益という観点から、関係者への事情聴取の前に医療関係者－警察－児童相談所で意思統一を図る時間をもつ努力を行うべきである。

病棟や外来に臨場してもらった場合、バトカーや制服での臨場を避けてもらうとともに、関係者を病院から同行する場合、関係者用通用口を利用する等、被害児をはじめ、他の患者に不安を与えないように配慮してもらおう

### 警察通報すべき症例

1. 死亡やそれに準ずる重体例（GPA-OA でも入院後でも）
2. 説明のつかない新旧混在する受傷痕、重度の栄養失調状態、手術を必要とする外傷・火傷、その他重症と思われる身体状態をきたした原因への調査が必要場合
3. 再発の危険性が高い場合、犯罪性を問う事が望ましい場合

### 警察へ通報するメリット

1. 極めて高い捜査・事情聴取能力
2. 家屋にも迅速かつ強制的に立ち入り調査ができる
3. 証拠隠滅（脅かして口を封じる等）のおそれや逃亡の恐れがある場合、加害者の身体を拘束できる。
4. 関係者や周囲の安全確保、等。

### 医療機関が協力すべき事項

1. 写真や診断書など証拠となる資料の準備
2. 事情聴取への協力（情報整理も含めて）  
（複数で対応し、聴取された内容を記録する事が望ましい）
3. 調書への署名・捺印（後の混乱を避ける為、自分の意図する内容と同一であることを必ず確認してから捺印）
4. 捜査の進捗に際して、適時の協力へ可能な限り対応する  
（担当者を記録し、医療機関も捜査の進捗の把握に努める）
5. 懸命の治療でも患児を救命できなかった場合等で、犯罪行為の立証のみが次児や家族を守る手段となることもあり得る。治療に有用というだけでなく、被害児の病態を客観的に検証し、犯罪の立証に協力するという姿勢も必要となることがある。



## カルテ記載の原則

- ① 相手が話したことばをそのまま、誰が話したかと共に記載する。  
例：「弟が机から患児の腹部に飛び降りた」ではなく、母「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」
- ② 診察中、気になる保護者の言動があったら、それをそのまま記載。  
この場合、こちらの判断が入らないように注意。  
例：「両親は診察中無関心であった」ではなく、「患児の身体診察中、両親は少し離れたところに立ち、二人で仕事の話をしていた」等
- ③ 患児やそのきょうだいが何が話したり、その態度・行動で気になることがあった時は、それもそのまま記載。  
例：「外傷について患児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、げんかについて「お兄ちゃんとげ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
- ④ 診察日時を記載。時間を記録するのは忘れやすいので注意。  
診察日時のみならず、受傷した時間と受傷から来院までの時間（ならびに来院までに行った処置等）を記載する。
- ⑤ 病院に来た家族は、全員、誰が来たのかを記録しておく。

昨今の電子カルテ化により、上述のような証拠保全の趣旨の為の診療録作成は、スタッフの理解が得られていない場合、困難となっている実情がある。特に子どもが重篤な状況にある場合、治療が優先され診療録への記載が不十分になる恐れがある。医師間や医師一看護師間で可能な限り調整を行い、上述の診療録保全を行ってほしい。

\* 診療録作成の方法として、評価項目の標準化によるチェック、記入という方式がある（13 ページから15 ページ参照）。このような方式には、より個別化した重要な記録の漏れが生じたという報告と、診療録保全の改善を求めた、という両者の報告があり、評価は定まっていない。各医療機関の実情に合わせた柔軟な方法を選択してほしい。

日本小児科学会子ども虐待問題プロジェクト「子ども虐待診療手引き」  
<http://www.jpeds.or.jp/guide/pdf/gyakutai.pdf> 参照

## 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あり、損傷の記載は簡単でも許される。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（熱傷、挫傷、擦過傷、裂傷：部位、大きさ、形状、パターン、色調、広がり）が求められる。損傷は治療を必要とするものだけでなく、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。そのためには、写真撮影が最も理にかなっている。

### 撮影の概要

外傷を撮影する場合、身体どの部位なのかを示す写真と、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。遠接写真には、個人特定ができるよう、顔等を含める。

\* 基本は真正面であるが、異なる視点と異なる距離で複数枚の撮影を行う。

\* タイムスタンプ（日時）を入れる。

\* 大きさの基準となる物（定規など）と一緒に撮影。

定規が取り急ぎない場合、硬貨などと撮影するだけでも有用。

「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」等と特別対応ではないと告げる。その上で、拒否的であったり、いわれの無い怒りを向けた際にはそれをそのままカルテに記載。入院対応で、親子分離した状態の際に行うことも考慮する。

ただし撮影がなされない原因の大多数は、スタッフ間の共通理解に乏しい、すぐに使用できる撮影機器がない、撮影機器があってもメンテナンスがされていない（充電切れ、メモリー空き容量なし）、救急の場で撮影時間が取れない、等の医療機関側の要因による。

そのような場合であっても、最低限スケッチ（この場合、解剖学的指標からの距離等も忘れず記載する）を行う事が、子どもを護る事につながることは強調しておきたい。



## 虐待疑い症例への身体診察

身体のいかなる部位であっても、虐待を受け得るが、現れやすい部位というものは存在する。特に、以下に挙げる部位は注意深く調べる。(診察を進める際、一度に全て脱がせることはせず、いちどきに診察する範囲はできるだけ小さくする。)

### 診察上の留意点

- 皮膚** 全身くまなく観察。
  - 頭皮** 抜毛部位の検索。後頭部の診察を忘れずに。
  - 眼** 頭部外傷の可能性があれば、必ず眼底鏡で網膜出血やその他の出血につき診察。結膜下出血など、眼球外の外傷にも注意。
  - 耳** 耳介だけでなく、耳介の後ろ側や外耳道と鼓膜も観察。不慮の事故で耳に外傷を負うことは減少にない。
  - 口** 口蓋をよく観察する。舌そのものだけでなく、その裏側や舌小帯、上唇小帯、下唇小帯も調べる。う歯等の、硬組織の状況についても観察する。
  - 頸部** 点状出血、挫傷（打撲傷）、絞扼による索条痕を見逃さない。
  - 胸部** 挫傷（打撲傷）、咬創、爪痕、吸引創がないか観察。
  - 背部** さちんと服を脱がせて背部や股部を観察する。
  - 脚部** 挫傷（打撲傷）等の外傷を視診だけでなく、触診もする。常に、腹腔内損傷の可能性を念頭に置く。(腹腔内損傷は致死率が極めて高い)。
  - 性器** 性虐待以外の虐待が疑われる子どもであっても、可能な限り必ず全員に全身の診察を施し、その一環として性器と肛門を診察する。逆に性虐待疑い児の診察時にも、性器診察はあくまで全身診察の一環として行うべきである。
  - 四肢** 性虐待被害児の性器に関する精査は、専門性が高く、要すれば対応可能な医師に連絡する。
- 外傷の有無、機能障害、関節の可動域をチェック。

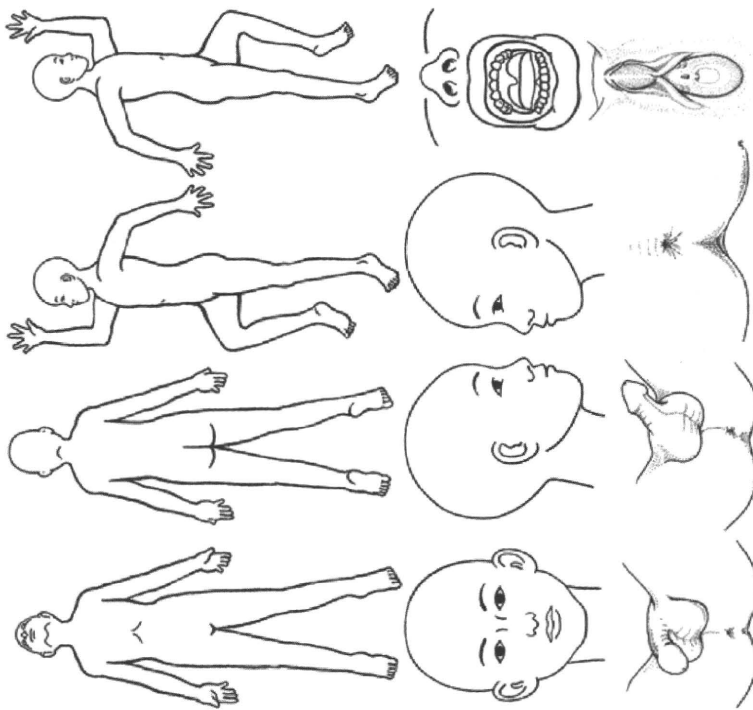
## 診療録参考例 1/3

患者氏名	生年月日	年齢	性別	ID	
既往歴	あり・なし・不明	詳細			
在院歴	<input type="checkbox"/>				
検査結果	<input type="checkbox"/>				
DVの存在	<input type="checkbox"/>				
外傷歴	<input type="checkbox"/>				
その他特記事項	<input type="checkbox"/>				
受診同伴者	父・母・父方祖母・父方祖母・母方祖父・その他( )				
現病歴(保護者よりの取扱いありの場合、継続を記載後、内容を記載、なしの場合、その理由を記載)					
保護者からの取扱い	あり・なし				
(続柄)					
児からの取扱い	あり・なし				
その他の同伴者からの取扱い	あり・なし				
(続柄)					
現病	BT BH (SD)	℃ cm (SD)	HR BW 肥満度 %	BP / RR 収縮(＜2才) (SD)	/min cm (SD)
身体所見記載	末梢部・正常・異常				
全身状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
頭部・顔面・毛髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
鼻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
口腔・咽頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
胸部・肺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
神経学的所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
四肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		
外生殖器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	写真(あり・なし)		

全身状態が良好で、主に性虐待が疑われる症例の場合、トレーニングを要した医師、もしくは産婦人科医に診察を依頼。(虐待待後72時間以内であれば緊急で診察依頼) \*本項目は身体的虐待としての、性虐待の記載のために設けた。

### 診療録参考例 2/3

各種ダイアグラム：損傷部位に記号を付け下記に詳記、もしくは必要に応じて拡大コピーし、別途2号用紙に貼付して使用



症状詳記

部位A \_\_\_\_\_  
 部位B \_\_\_\_\_  
 部位C \_\_\_\_\_  
 部位D \_\_\_\_\_

### 診療録参考例 3/3

採血	血算 尿回 生化学	異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
検尿	ヘム/リン血保存 一般・沈渣 保存(30ml)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
骨スリーピング	骨シンチ 全身骨 各部位骨 (部位: _____)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
各種画像撮影	頭部CT MRI 腹部超音波 腹部CT その他 (部位: _____)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
眼科的検査	必要性 <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 要	異常所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
性病感染症検査	必要性 <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 要	異常所見 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

得られた病歴・診察所見・検査所見よりの初期医学診断  
 虐待であった場合の重症度  
最重症度  
重症度  
中等度  
軽度

虐待の可能性  
非常に高い  
高い  
判断保留  
虐待でない可能性が高い

上記診断の根拠を可能な限り記載

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

対応  
follow不要  
再診指示  
入院  
転院依頼

各組織連絡  
連絡不要  
市町村通告  
児童相談所通告  
警察通報  
改めて院内組織検討

評価者 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_  
 評価者 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_



CALIFORNIA MEDICAL PROTOCOL FOR  
 EXAMINATION OF CHILD PHYSICAL ABUSE AND  
 NEGLECT VICTIMS [www.calema.ca.gov](http://www.calema.ca.gov)  
 を参照し作成

State of California  
 Governor's Office of  
 Emergency Services

# 乳幼児虐待リスクアセスメント指標

この指標は虐待の背景要因を理解するのに役立つ。関係機関と連携する上での共通理解を得られやすくなる。しかし、親との関係が出来ていないと把握できない項目もあり、機械的に当てはめて虐待を判断するのではなく、臨床症状などから総合的に判断する事。

氏名: \_\_\_\_\_ 受理: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 記入者: (所属) \_\_\_\_\_ 記入回数: \_\_\_\_\_ 記入日: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 開わり開始: \_\_\_\_\_ 年 月 日

重症度: □ 軽度 □ 中度 □ 重度 □ 不明 □ 左記の重症度に該当しない

## 乳幼児虐待リスクアセスメント指標

対象は乳幼児虐待者、虐待者の両方、リスクの該当項目にすべて○をつける。○がついた項目のうちより高いリスクの項目を評価し、項目欄の左欄に○をつける。把握できない場合は不明欄に○を、虐待者等で記入できない項目は該当し空欄のままにする。リスクが中から以上の項目が多いときは虐待の重症度が高い、不明の項目が多いときも重症度が高いとされる。

評価項目	高いリスク	中～低いリスク	低いリスクまたはリスクなし	不明
1 虐待の継続	慢性	とどき		
2 年齢	2歳以下	3歳以上		
3 出産状況	多胎	低出生体重児		
4 分娩歴	胎子産歴あり			
5 身体状況	骨折・腫瘍、顔面、性器の外傷 首を絞められる等重篤な影響の危険	小児がいる		
6 発育状況(身長・体重)	-2SD以下または50%ile以上の低下	発育不良 成長発達曲線から低下		
7 7ヶ月の状況	7ヶ月までいない 放棄 健康すへて来児診	左記の傾向あり・時々あり		
8 健康状態	慢性疾患 身体障害あり			
9 発達状態	月齢、年齢相違でない			
10 親との関係	お互い愛おしい 抱かれない 抱かれても反り返る 赤ん坊(そよそい) 乗換する なつかない	左記の傾向あり・時々あり		
11 情緒問題	無表情 不安 不安定 攻撃的 泣かない 感情コントロールできず 誰にでもへんか	左記の傾向あり・時々あり		
12 問題行動	拒食 過食 自傷 多動 かんしゃ 排便 過激 夜泣き 泣き 徘徊 虚言 攻撃 性的行動	左記の傾向あり・時々あり		

項目	該当なし	該当あり	その他大きい要因となっている状況
13 虐待の認識度	虐待行為を認めない	虐待行為を認め、改善ができる	虐待行為を認め、改善が難しい
14 精神状態	精神状態による自傷他害がある 未治療・治療果の上がない状態あり	左記の傾向あり 不安傾向あり	
15 性格等の問題	衝動的 品行悪あり 共感性欠如 強いつつ及び強迫状態	左記の傾向あり 未治療(仮定的)	
16 虐待者の問題	7歳未満、キヤワ等の問題あり ワグワグ、暴れ、精神乱用の懸念	過去に説明の曖昧な後あり 虐待歴の疑いあり	
17 虐待者	本罪とよだしいの虐待歴(不明奇) よだしいの不審死		
18 被害者	被害者歴あり 愛されなかつた思い		
19 妊娠状況	望まぬ妊娠	第1子若年出産	
20 子への感情・態度	子拒否・愛がない せよだしい側での 不平等扱い 体罰の懸念	左記の傾向あり 愛情はあるが一貫しないつけ	
21 育児(ケア)の問題	育児できない 極度の不潔 医師を受けさせない	左記の傾向あり 育児知識の不足 事故防止・監督不十分 育児負担あり	
22 家事の問題	衣食住に重大な問題がある	料理・清潔・家計のやりくりの問題がある	
23 子を守る人的資源	子在家中で虐待者がほとんどみている	子は在家中だが他に保護者がいる 児童養育施設等社会資源の利用	
24 家庭内非虐待者の 態度	非虐待者がいない 虐待を認めない	責めているが子を守れない	
25 夫婦・家族関係	新縁 混乱・対立 不和 暴力 家業の変化	夫婦間の不潔 ひしり顔家庭 親と対立	
26 経済状況	生活が経済的に苦しい 経済基盤が不安定	ややましい 計画性が乏しい	
27 居住状況	不衛生、不適切な居住状況 転居を繰り返す	左記の傾向あり 時々あり	
28 相談できる人・機関	地域で孤立 親族と対立	少しサポートがある	
29 援助協力度	援助の可否 家の中に入れない 問題意識がない	時により態度が変わる	
計			

## 医療意見書・損傷診断書の記入等

子ども虐待の診断というものは、虐待なのか事故なのか白黒付けなくてはならないという事を意味するわけではない。虐待専門医であっても、初期の段階で確定的な医学診断をつけることが困難である場合も少なくない。虐待対応初期の段階で、医師がなすべきことは、次に述べるカテゴリー診断の範囲で、その可能性につき判断し、カテゴリー3 以上の場合に、子どもの安全を確保する為の行動をとることである。

もちろん、その後の入院精査によっても、医学的に確定診断を下げないことも多い。そのような場合であっても、下記のカテゴリー診断を行い、医療意見書・損傷診断書として記載を行う事が求められる。虐待の可能性が、医学的に否定できないとの記載があるだけでも、子どもへの援助を開始する上で非常に有効な手段となる。児童相談書・警察などに記載を求められた際には、可能な限り協力を行うてほしい。

- a) カテゴリー1  
子ども虐待の可能性が否定され、確実に事故もしくは確実に病気（血友病や血小板減少症による出血傾向、骨形成不全症による易骨折性など）であるもの。
- b) カテゴリー2  
事故が発生した状況や保護者の説明、外傷所見等にやや不自然なところがあるものの、別々に問診した複数の人の証言が一致していたり、中立的な目撃者の証言が得られていたりして、事故による外傷と考えるとほとんど問題がないもの。
- c) カテゴリー3  
身体的診察上、子ども虐待が疑われるもの。  
A 虐待の可能性は低い  
B 虐待の可能性が高い
- d) カテゴリー4  
医学的所見やその他の情報を総合すると、確実に子ども虐待であると確定診断できるもの。

なお、虐待の鑑別書記載や、法廷証言等については専門性が高く、虐待専門医によりなされることが望まれる。(本マニュアルでは割愛)

## 身体的虐待：総論

虐待における損傷医学診断は、通常の疾病診療と同様、集積されたエビデンスより、客観的に行われるべきである。しかし医療機関単独での診断が困難である。周辺状況への考察が必要である等、通常の疾病と異なる点も多い。それゆえに、虐待が小児期疾病の1 カテゴリーである事について、いまだわが国では完全なコンセンサスはなっていない。しかし予防医学的に、放置された場合の子どもの身体的・精神的予後を考慮した場合、早期対応が求められる疾病であると捉え対処すべきである。

多くの損傷は虐待に特有ではなく、加害者が率直に虐待行為を認めることは極めて珍しい。このような状況下での虐待の医学的診断には、疫学も踏まえた、根拠に基づく慎重な判断が求められる。下記のような状況があれば、(特に乳幼児では)より慎重に損傷についての判断を行う。

<b>C</b> are delay 受診行動の遅れ	損傷が生じてから受診までの時間中に不自然な所はないか?
<b>H</b> istory 問診上の矛盾	居る人により受傷機序等の医学ヒストリーが異なっていないか? 一貫性はあるか? 疑念と合致しているか?
<b>I</b> njury of past 損傷の既往	短時間で繰り返してケガで受診している。 カルテが各科別の医療機関は特に要注意。
<b>L</b> ack of Nursing ネグレクトによる事故・発育遅滞	何がいつどこで、どのように起きたか、を語れるか? 能が一層にいたか? 定期健診は? 検診は?
<b>D</b> evelopment 発達遅延との矛盾	【はいはいをしない子に、単語や歩行はおこわらない】 ●およその目安: 返返り6ヶ月、ハイハイ9ヶ月、歩歩13ヶ月
<b>A</b> ttitude 養育者・子どもの態度	養育者の、子どもや医療スタッフへの反応や、 子ども、養育者に対する反応に気になる点はないか?
<b>B</b> ehavior 子どもの行動特性	緊要度がなわめて高い、攻撃的な言動が多い、 態度になれなれない、発音年が全くない、性化行動 等
<b>U</b> nexplainable ケガの説明がない・出来なし	ケガの説明がない場合、虐待/ネグレクトの両方を考慮、 話の出来る年齢の子どもが「分からない」という場合、要注意。
<b>S</b> iblings 兄弟姉妹が加害したとの訴え	虐待・虐待被害のケガを、姉妹が犯していることは極めて稀 知いさようじがいいる場合、言い訳として置も汎用される。
<b>E</b> nvironment 環境上のリスクの存在	家族リスク: 社会的孤立、経済的困窮、虐待歴、養育者 子どもへのリスク: 産まぬ出生、育てにくい子ども

# 挫傷 その1

①部位 ②色調 ③大きさ/数 ④パターン に注意して観察

## ①挫傷の存在部位

■ 疑いが低い

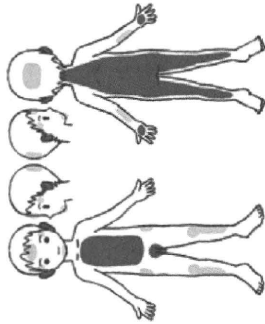
■ 疑いが高い

■ 非骨突出部・多発

9か月未満児(ハイハイ前)

単一形態の挫傷の多発

物体の形を思わせる挫傷



\* 幼いきょうだいが多発挫傷を負わせることは極めて例外的であり、そのような受傷機転が語られた場合、虐待の鑑別が必要

## ②挫傷の色調

\* 挫傷の疑いがある場合、継続的に観察する事が重要

\* 挫傷の色調による時間経過の推定は困難である

\* 黄色の挫傷は、受傷後18時間以上経過している

\* その他の色調(赤・青・紫・黒色調)の挫傷は、受傷後1時間経ていれば、いつでもさたしうる

\* 同一時期に、同一人物の加害による挫傷であっても、同一の色調変化を起すわけではない。(ただし、同一の治癒過程にある可能性が高い)

\* 階段からの転落事故は、複数個所の治癒過程の異なる挫傷の受傷機転を説明することにはならない。

## ③大きさ/数

当然、多発挫傷は虐待を疑う

\* 参考

Bruise Score=(上肢の挫傷の長さの合計cm×2)+(上肢の挫傷の長さの合計cm×3)+(胸部・腹部・背部の挫傷の長さの合計cm×4)+(臀部の挫傷の長さの合計cm×5)+(頭部・頸部の挫傷の長さの合計cm×9)

虐待群の平均スコア 87.6(SD 59.7) vs コントロール群の平均スコア 5.9(SD 9.0)

Dunstan FD et al. Arch Dis Child 2002;86:330-333

# 挫傷 その2

④パターン痕：何らかのパターンを持つ挫傷。

虐待の鑑別が必要。

I. 手による挫傷：最も身近な“道具”で、頻度が高い。

<p>つねり痕：三日月状の一对の挫傷</p>	<p>絞頸：頸部の挫傷と、上眼瞼や顔面の点状出血。時に眼球結膜充血も伴う</p>	<p>耳介内出血；肩・頭蓋等に守られる為、偶発外傷であることは稀</p>
<p>平手打ち痕：少しぼやけた、指の大きさの直線状の2-3本の綺状痕。指輪痕を認めることもある</p>	<p>指尖痕・手拳痕・握り痕：等間隔の卵型挫傷。指爪により時に皮膚の裂傷が併存する。時に重篤な顔面びまん性挫傷、眼窩員通外傷を伴う</p>	

II. 道具による挫傷：身近な生活用具が用いられることが多い。

\* 警察等と協力し、家庭内捜索で、成傷器を同定する必要も。

\* 損傷と器具の両方の写真を撮影することが重要

<p>ベルトや草紐：平行面がある。体の輪郭に沿った曲線を形成</p>	<p>棒されや杖：はつきりとした部位をまたいで存在する、ぼやけた直線状の痕</p>	<p>頬ぐつわ痕：口角部位の擦過傷</p>
<p>ループコード痕：細い直線状の、片側が開いた精円状の痕。多発傾向あり</p>	<p>緊縛痕：紐・帯による四肢やペニス周囲の円周性の帯状痕。ペニスは毛髪の事も。</p>	<p>ヘアブラシ痕：等間隔の挫傷・擦過傷</p>



## 熱傷：総論

\* すべての熱傷は、何らかの虐待（ネグレクトも含めて）の潜在性を考慮し、受傷機転の確認、並びにその医学的整合性につき検討すべきである。下記の疫学調査結果より、おそらく想像以上に虐待の関与した熱傷が多いと実感するのであろう。

研究場所	母集団	虐待 and/or ネグレクトによる熱傷
デトロイト	431名の救急外来患者	19.5%が虐待、もしくはネグレクト
サンフランシスコ	60名の入院患者	25%が虐待、もしくはネグレクト
シンシナティ	1203名の入院患者	4.3%が虐待
シカゴ	321名の入院患者	24.6%が虐待、もしくはネグレクト
ダラス	678名の入院患者	10.5%が虐待
ブリマス	269名の入院患者	虐待は<1%
シアトル	56名の蛇口からの熱湯熱傷による入院患者	28.6%が虐待
コロンバス	872名の入院患者	16%が虐待
コロンバス	139名の入院患者	10%が虐待
コロンバス	507名の入院患者	8%が虐待、もしくはネグレクト
マイアミ	47名の入院患者	12%が虐待

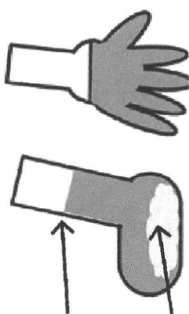
後に受傷機転を推定する為にも、写真撮影が必須。(成傷器と疑われる道具も合わせて撮影)

児の発達と、病歴で語られた事柄に矛盾がないか（熱性をひねることができるか？浴槽へのほることができるか？）等の、P19で示した周辺状況の確認は必須である。感染などが既に併発していた場合も虐待を考慮する。

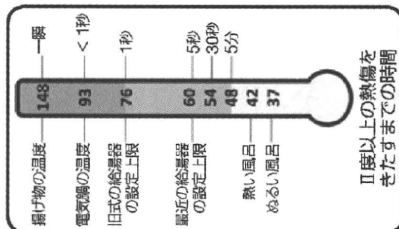
虐待が疑われた場合、原因器具、室内環境等の調査も考慮する。損傷の現場を確認するため、時に家庭訪問が必要となる。その場合、警察等の適切な機関との連携が必要となる。(重篤な損傷で、虐待の可能性が高い場合、致傷の際にいた養育者とともに、供述に基づきシーンの再現を行う必要性が生ずるかもしれない)

## 熱傷：各論

強制浸湯熱傷（非偶発外傷の中で頻度高）熱さによる本能的な子ども達の逃避・回避行動（飛散痕）が熱傷面に見られず、辺縁が平滑な曲線で、熱傷の重症度が一定である事が多い。児が沈められた際に、下肢や腹部が曲げることができた場合、熱傷を負わない皮膚の部位ができる。

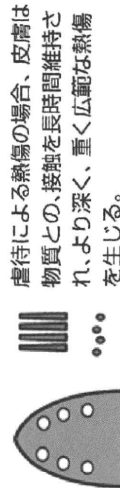


冷たい浴槽底面に押し付けられていた場合には、その部位は熱傷を免れる。(臀部では"ドーナツ現象"を呈する事も)



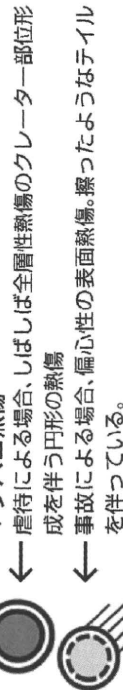
### 固体接触熱傷

よくある物質としては：アイロン、ヒーターや、ヒーターガード。その他通常熱くない物（熱したフォークやナイフ、熱い車内のシートベルトのバックル等様々な物が成傷器となることも。



虐待による熱傷の場合、皮膚は物質との接触を長時間維持され、より深く、重く広範な熱傷を生じる。

### \* タバコ熱傷



← 虐待による場合、しばしば全層性熱傷のクレーター部位形成を伴う円形の熱傷  
← 事故による場合、偏心性の表面熱傷。擦ったようなテイルを伴っている。

### 口腔内熱傷

乳幼児では通常事故では起こりえない。加熱液体を無理矢理飲まされた可能性を考慮。熱い粥のような粘着性の食品は熱を集め、重度の熱傷となる場合がある。

## 骨折 その1

### 骨スクリーニング

\* 2歳以下のすべての虐待が疑われる症例は、全身骨撮影

(1歳以下は骨スキャン考慮)

\* 2-5歳は身体的虐待が強くなる場合、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

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  
虐待が疑われる1歳未満の乳児に対しては、2週間程度時間を置いて、再度  
全身骨撮影を行う。

児の状態によって単純X-Pでのフルスクリーニングが困難であれば、骨条件  
での全身CT撮影により代用可能。ただしその場合、CML (典型的骨幹端骨折)  
は、detectできないので、四肢については別途ポータブルの単純X-Pを行う。

### 骨折の受傷時期推定

カテゴリー	出現時期	ピーク	持続時間
1. 軟部組織炎症	2 ~ 5日	4 ~ 10日	10 ~ 21日
2. 骨膜下骨新生	4 ~ 10日	10 ~ 14日	14 ~ 21日
3. 骨折線の辺縁不明瞭化	10 ~ 14日	14 ~ 21日	
4. 軟性仮骨期	10 ~ 14日	14 ~ 21日	
5. 硬性仮骨期	14 ~ 21日	21 ~ 42日	42 ~ 90日
6. リモデリング期	3か月	1年	2年~

骨膜反応は通例 (4 ~ 7日以内)には認める  
大量の骨膜反応、仮骨が生じている骨折は、2週間は経ている  
反復性損傷では、1.2.5.6の過程が遷延する。

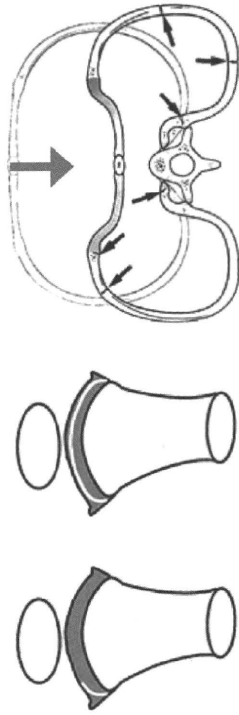
Paul K. Kleinman 著 Diagnostic Imaging Of Child Abuse 2版(1998) Mosby 参照

## 骨折 その2

### 特異性による骨折の分類

- i) 特異性：高度
  - ・ 骨幹端骨折 (corner fracture, bucket handle fracture)
  - ・ 肋骨骨折 (特に後部肋骨脊椎接合部骨折・多発骨折)
  - ・ 鎖骨骨折 (遠位 1/3 側、近位 1/3 側)
  - ・ 棘突起骨折
  - ・ 胸骨骨折
  - ・ 肩甲骨骨折
- ii) 特異性：中等度
  - ・ 複雑骨折 (特に面側)
  - ・ 異なる発生時期の複数骨折
  - ・ 骨端離断 (Salter-Harris I)
  - ・ 脊椎の骨折 and/or 脱臼
  - ・ 指趾の骨折
  - ・ 頭蓋の複合骨折・縫合線を超える骨折・後頭骨骨折
- iii) 特異性：低い (頻度は高い)
  - ・ 骨膜下骨新生
  - ・ 鎖骨骨折 (中部 1/3、中部と遠位の接合部)
  - ・ 長幹骨骨幹部骨折 (歩行前児であれば比較的特異性高い)
  - ・ 頭蓋骨線状骨折

骨幹端骨折 肋骨・脊椎棘突起骨折の機序



Corner 骨折 bucket handle 骨折 脊椎棘突起が、てこの支点として働く

Paul K. Kleinman 著 Diagnostic Imaging Of Child Abuse 2版(1998) Mosby 参照

## 頭部損傷・腹部損傷・眼損傷

**頭部損傷：**ほとんどの幼少児の頭部損傷機序は、軽微の落下・衝撃であると言われる

- \* 虐待を同わせる頭蓋骨骨折（頭蓋骨骨折自体は単純事故でもきます）
- ◆ 頭蓋内損傷を伴っている（家庭内の事故では極めてまれ）
- ◆ 多発骨折・複雑骨折・陥没骨折
- ◆ 離開骨折（受診時の最大離開部が3.0mm以上）
- ◆ 成長骨折（離開が進行性）
- ◆ 一つ以上の骨を跨いだ複数骨折
- ◆ 頭蓋底、眼窩の骨折（通例、頭頂骨以外の骨折は、一般的でない）

### 腹部損傷 - 特徴

- ◆ たいいてい、蹴りや、足踏みや、殴打による。
- ◆ 稀だが、見逃されると致死的となりうる。
- ◆ 体表外傷所見を認めない場合もあり、診断が遅れやすい。
- ◆ 実質臓器と同様に、管腔臓器も損傷をきたす。
- ◆ 原因不明の急性ショック・腹膜炎では鑑別に挙げる
- ◆ 遷延する腹痛・嘔吐、血尿や、大静脈血栓などで発症することも
- ◆ 乳児の性虐待は直腸穿孔をきたしうる

### 虐待における眼損傷

\* 顔面・頸部に広範な点状出血を伴う結膜下出血は、絞頸を疑う。

### 網膜出血

- ◆ 揺さぶりによる硝子体の牽引により生ずるとされる。
- ◆ 新生児期以外では、虐待の強い証拠となる。
- ◆ 60-95%の揺さぶられた児に網膜出血を認め、時に片側性である。
- ◆ 未熟児出生（30%:2-6週で消失する）
- ◆ 血液疾患で、きたすことがある
- ◆ 交通外傷による強い衝撃できたすこともありうるが、通例認めない。（約1-3%と報告されている）
- ◆ 心臓蘇生やてんかん発作で起こすことは極めて稀。
- \* 多発性・多層性の網膜出血、網膜分離症の存在を認めた場合、ほぼ間違いなく非開発外傷による。

## 乳幼児揺さぶられ症候群 (SBS/AHT)：概論

\* 揺さぶりや虐待などの受傷機序が明らかにならない頭部外傷を含めて、児童相談所への通告を含めた社会的対応を行い、虐待を予防する必要がある。すなわち臨床的に虐待を疑って対応すべき乳幼児の頭部外傷を、「虐待が疑われる乳幼児頭部外傷 (abusive head trauma in infants and young children :AHT)」と呼称することが、近年一般的となりつつある。

\* 乳幼児の硬膜下血腫のうち約5%は、落下や交通事故等、不慮の事故によるものだが、大半は虐待、特に暴力的な揺さぶりによって発生している。

\* 事故との鑑別のため、まず頭部CT撮影(軟部組織条件・骨条件) 2~3日したら、必ず頭部MRIを撮影。できれば、頸椎MRIも施行する。重篤な状態の子どもへMRIを行うことに、困難を感じることも少なくないが、MRIの虐待診断における、感度および特異度の高さが、生命予後を改善しうることか実証され、AHTの子どもへのMRI撮影は米国における標準的対応となっている。治療上は有益性に乏しいと仮に判断したとしても、後の訴追等の可能性も踏まえ、急性期に一度はMRIを行ってほしい。

\* できるだけ早く(遅くとも輸血前に)、出血傾向の有無を精査。

\* 眼科医に顕像鏡で眼底を観察してもらい、スケッチだけでなく、できるだけ広範囲に眼底写真を撮影して、客観的証拠を残す。

\* 肋骨骨折や古典的骨幹端病変(CML)を見逃さないために、全身骨撮影を施行する(骨形成不全症の鑑別も忘れずに行う)。

被害児が生存していれば、受傷後2週間をめぐりに再度、全身骨撮影を施行する(頭部X-pは、CTで代用できるので再撮不要)。

\* 死亡したら、必ず司法解剖。眼球を両側とも摘出。脳実質内のβアミロイド前駆タンパクを証明するために特殊染色をしてもらう。

\* 本邦における、より詳しいAHTの診断・鑑別診断等につき、厚生労働省・神経疾患研究委員会研究班(主任研究者：田村正徳)の「虐待が疑われる乳幼児頭部外傷 (Abusive head trauma in infants and young children, AHT)」の診断・治療・予防の手引きを参照してほしい。

(<http://www.hanshink-kodomoq.jp/information/AHT2009-2.doc> で入手可能)

## SBS/AHTの医学的診断

### SBS/AHTの医学的診断アルゴリズム

- 三徴（硬膜下血腫・網膜出血・脳浮腫）が揃っていて、3m以上の高位落下事故や交通事故の証跡があれば、自白がなくてもSBS/AHTである可能性が極めて高い。
- 硬膜下血腫とSBS/AHTに特徴的とされる眼所見（縮状縁に及ぶほど広汎で多発性・多層性・多形性の網膜出血、網膜ひだ、網膜分離症）があれば、SBS/AHTである可能性が極めて高い。
- 網膜出血がなくても、硬膜下血腫とSBS/AHTに特徴的な脳実質損傷（灰白質-白質剪断、脳梁の断裂、びまん性脳浮腫、後遺症としての脳萎縮・脳梗塞様病変など）を画像で証明できれば、SBS/AHTである可能性が極めて高い。
- 硬膜下血腫に多発性後部肋骨骨折を伴っていたら、SBS/AHTが強く疑われる。
- 硬膜下血腫に下肢の骨幹端骨折を伴っていたら、SBS/AHTかThe Battered-Child Syndrome（被殴打児童候群）を疑うべき。

### 診断の際の注意事項

- 硬膜下血腫だけではSBS/AHTと診断できない。ただし、大脳半球間裂（大脳鎌周辺）の硬膜下血腫は、SBS/AHTが疑わしい。
- 硬膜下血腫に網膜出血を伴っていても、後極に限局した点状出血が数個あるくらいの特異的な網膜出血の場合、落下や転倒が原因である可能性を完全には否定できないので、安易にSBS/AHTと確定診断してはいけない。
- このような症例では、その家族に虐待のリスクがあるかどうか、過去に虐待を疑われたことがあるかどうかなど、背景因子の調査が必要となる。（医療ソーシャルワーカーや児童相談所と協力）
- 高学歴・高所得・高社会層で、リスクの全くない家庭にもSBS/AHTは発生しうるので、家庭調査だけで否定できない。このような場合は、揺さぶることの危険性と赤ちゃんと泣きやまないときの対処法を徹底的に教育し、援助を受け入れる枠組みを設定してから帰す。

## SBS/AHTの画像診断

大脳半球間裂や頭頂部に存在する少量の血腫、脳脊髄の左右差を示すにすぎない等吸収域を示す少量の血腫、びまん性脳浮腫に伴う少量の血腫など微妙な所見を見逃さないことが重要。臨床的に虐待が疑われるが、CTスキーマの所見が明らかでない例では、拡散強調画像（早期低酸素虚血脳障害の診断）を含むMRIによる精密な検討を考慮しなければならない。

### 虐待に特徴的な画像所見

- 両側性の硬膜下血腫、時間の異なる硬膜下血腫の存在
- 特に大脳半球間裂、大脳鎌に沿った硬膜下血腫
- 剪断損傷、軸索損傷
- 脳梗塞様病変（原因不明）
- 低酸素性虚血性脳症 -reversal sign, dense cerebellar sign

### 各種画像診断の有用性

	単細レントゲン	頭部超音波	頭部CT	頭部MRI
骨折	++++	++++	++	-
くも膜下出血	-	*	+++	+
急性硬膜下血腫/硬膜外血腫	-	*	+++	++
慢性硬膜下血腫	-	+/-	-	-
脳実質損傷/脳萎縮、脳軟化	-	+	+	+++
脳萎縮、脳軟化	-	-	++	-

\* 頭部超音波はCTやMRIと併用することが必須である  
 \* きたした点状出血の程度による  
 ++++: 非常に有用; ++: 有用; +: 時に有用; -: 有用ではない

Angelo P Wang Child Abuse: Quick Reference for Healthcare, Social Service, and Law Enforcement Professionals版(2006)GW Medical

### 脳実質外出血のMRIによる受傷後時間推定

日数	赤血球	ヘモグロビン状態	T1	T2
<1	変性なし	酸化ヘモグロビン	Iso/ 暗	明
0-2	変性なし	脱酸素化ヘモグロビン	Iso/ 暗	暗
2-14	変性なし	メトヘモグロビン（細胞内）	明	暗
10-21	溶解	メトヘモグロビン（細胞外）	明	明
>21	溶解	ヘモジリン/フエリチン	Iso/ 暗	暗

\* 偶然に慢性硬膜下血腫や硬膜下水腫を見つけたら、過去にSBS/AHTがあった可能性も念頭に置きながら、支援を考える必要がある。



## 咬痕・口腔外傷

\*咬痕

咬む行為の結果生じる痕。一对の三日月形の挫傷（ただし、一側の歯列のみが明瞭である場合も少なくない）で、皮膚の断裂を伴うこともある（挫創）。受傷機軸は、常に非偶発的。受傷したばかりで、痕がはっきりしている場合、皮膚損傷面の模様作成により、加害者が特定できる場合もある（速やかに歯科に連絡。夜間等で対応困難な場合、以下の方法に従い、状態を保存する）。また、吸引痕を伴うこともあり、その場合、性的な意味合いを考慮する。

一般的に犬歯間距離は、成人や年長児の場合3.0cm以上であり、永久歯に生え変わっていない幼児小児の場合3.0cmを超えないとされるが例外も多い。加害者特定のためには計測・スケッチのみならず下記対応を行うことが望まれる

・咬痕の検査法

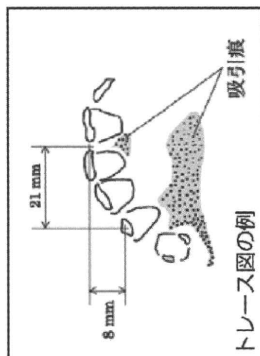
- ① 必要に応じて、DNA採取を行う。  
(double swab法：1回目は生食で湿らせたスワブで咬痕付近を擦り、2回目は同部位を乾燥したスワブで擦る。)
- ② 直交するスケールを入れた損傷部分の写真を撮影する。
- ③ トレース（損傷部分に透明な紙を置き、写し取る）を行う

\*口腔外傷

- \*虐待を疑わせる口腔内所見
- ・口腔内損傷
- ・顎・歯の損傷（破折）
- ・上下口唇の損傷や小帯の断裂
- ・ネグレクトによる多発歯

身体的虐待においては4人に1人、性的虐待においては6人に1人が口腔内損傷の徴候があるとされる。

よちよち歩きの乳児の場合、小帯の断裂は転落による場合もあるが、移動運動が不可能な乳児の場合、虐待を強く疑う必要がある。直接外力による損傷や食事の強要によっても起こりうる。



## ネグレクト：総論

重篤なネグレクトは、しばしば致死的になり得る。

—乳児の放置、飢餓、医療ネグレクト、溺水、火災、車中放置 等

注意すべき状態

- ①栄養不良②原因不明の種々の発達遅延③繰り返し食行動異常(むさぼり食い/過食/拒食)④持続する疲労感/無気力⑤繰り返し外傷⑥不衛生⑦不適当な衣服(季節外れ・性別不明等)⑧家に帰りたがらない/繰り返し家出・浮浪/食物を中心とした窃盗⑨多動/過度の乱暴/注意を引く行動⑩遺尿・過糞・チック・脱毛など

その他の社会的状況からも虐待が疑われる場合 →入院の必要性につき判断

入院治療の基準（ネグレクトの場合、通常より低く）

- ・肺炎、胃腸炎など現在罹患中の疾患に関し、入院治療が望ましい場合
- ・糖尿病、ネフローゼ症候群等、慢性疾患の治療が不適切
- ・体重増加・減少が著しい等、ネグレクトとしての程度が強い可能性がある
- ・親の養育能力が著しく低く、また育児への協力がいない

・入院の適応があると判断した場合

両親の労をねざらい、あくまで子ども自身の問題として扱い、入院し安全を確保。(重度の場合、可能であれば親子分離をはかる)

・入院の適応がないと判断した場合

次の外来日を指定し、未受診の場合に把握できるようにする。drop out 症例となった場合、市町村通告を考慮する。(同意が得られた場合、要支援児として早期に通告する。)

\*重篤例で、入院の同意が得られない場合、児童相談所へ通告。

入院後評価

- ①発育曲線を出来るだけ詳細に書く ②津守・稻毛の発達輪郭表等を用い、入院後3日以内・以後2週間毎に評価し、その回復パターンを検討。
- \*入院中に要保護児童対策協議会を行い、情報収集並びに今後の方針を検討。重篤症例では、2-3か月の評価入院が必要となることが多い

入院後経過

- ①問題行動・症状・発達の急激な改善（通常6週間以内）
- ②新たな外傷が起らない
- ③問題症状・行動を説明するのに十分な器質的異常がない
- ④養育者が訴えていた種々の問題を認めない

↑  
ネグレクト  
確実例とし  
対応協議



## Failure to thrive (FTT)、成長障害

Failure to thrive や成長障害の早期発見に最も有用な手段は、成長曲線を描き、動的に評価することである。例えば左のAは体質性やせを疑わせるが、チャネルを横切り下向きのBは、何らかの異常を疑う必要がある。

\*本マニュアルの33-35 ページに、横断的成長曲線ならびに肥満度判定曲線を参考に掲載したが、FTT・成長障害が疑われた場合、A4 やB5 サイズの横断的成長曲線・縦断的成長曲線（成長率曲線）・肥満度判定曲線を用いて医学的評価を行ってほしい。

\*外来での簡便な栄養状態評価：上腕中部周径



- 緑：>135mm（正常）
- 黄：125～134mm（栄養失調の危険あり）
- 橙：110～124mm（中程度の栄養失調）
- 赤：<110mm（重度の栄養失調・死亡の危険）

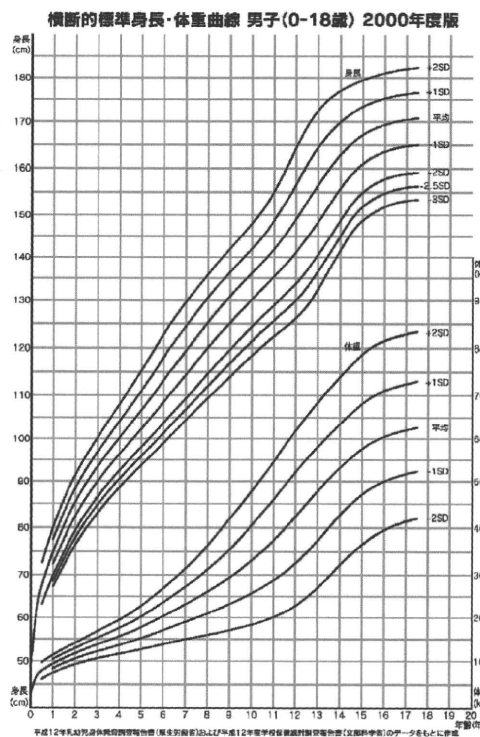
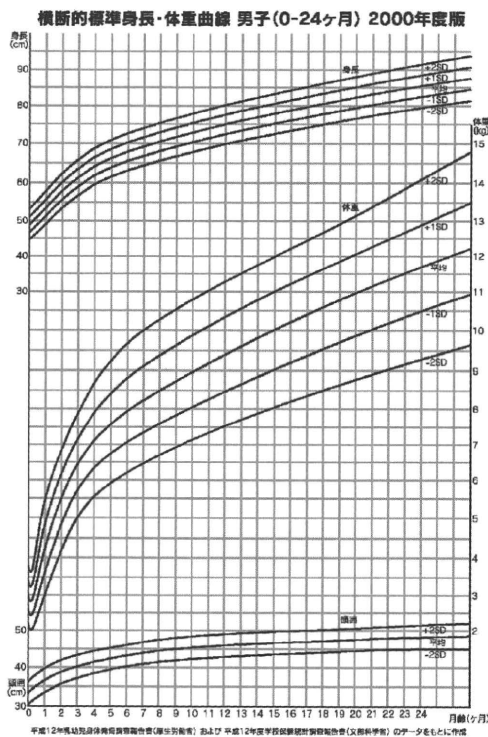
図源：なまき医師会「子どもブックレットより」

\*外来での迅速栄養評価：CONUT（Controlling Nutritional Status）

	正常	軽度異常	中等度異常	高度異常
アルブミン (g/dl)	≥3.50 (0)	3.00～3.49 (2)	2.50～2.99 (4)	<2.50 (6)
総リンパ球 (total/ml)	≥1600 (0)	1200～1599 (1)	800～1199 (2)	<800 (3)
総コレステロール (mg/dl)	≥180 (0)	140～179 (1)	100～139 (2)	<100 (3)
栄養不良レベル (評点)	正常 (0～1)	軽度 (2～4)	中等度 (5～8)	高度 (>8)

IgnaciadeUJ.NutrHosp.2005;20:38-45

## 成長曲線（男児）



原簿：厚生省二 著者：山崎明子、伊藤真由、水谷真樹 発行日：2005年9月31日 発行所：新アイリンク 東京都北区王子4-23-9（原簿版記載）