

☆児童相談所に通告することを事前に保護者に告知する必要はありません。

事前に保護者に児童相談所に通報することを伝えると、保護者が強制的に退院させるなど子どもを危険にさらす恐れがあります。

(2)児童相談所の聞き取り調査

児童相談所に通告があると、児童福祉司が詳細な状況を聞き取りに来院します。医師や看護師などの医療職がいる児童相談所では医療職も聞き取りに同伴することもあります。対応が遅い場合は、児童相談所に問い合わせてください。

主治医及びCPTメンバー(医師を含む)で、聞き取り調査に応じます。

☆児童相談所に提供する情報

- ① 虐待を疑った受傷や疾患の所見や重症度
- ② 受診時に付き添ってきた保護者の怪我についての説明
- ③ 子どもによる説明(子どもが話せる場合)
- ④ 受診時の子どもの様子や親子関係(親を怖がっていたか等)
- ⑤ 入院の要・不要の判断
入院が必要な場合は期間や見通し
外来のみで帰宅した場合は、次回の外来受診予定や今後の治療予定

など

☆これらの情報提供は虐待の疑いを発見した時の通告義務の範囲内と解されており、守秘義務違反にはなりません。

☆医療職でなくてもわかるような説明を心がけましょう。

(3)児童相談所内での流れ

児童福祉司は聞き取った情報を一旦持ち帰り、所長のもと管理職が招集され、緊急受理会議を開きます。

- ・現時点で虐待と判断できるか
- ・保護者との分離が必要な状況か
- ・病院に一時保護委託をお願いするか などを決定し、再び児童相談所と病院とで協議します。

☆虐待と判断し、かつ、保護者との分離が必要と判断した場合

保護者に病状を、誰がどのように説明し、誰が虐待を疑っていることを告知するか
どのような手順で分離を行うか

☆すぐに分離が必要と判断しない場合

児童相談所が調査できること／病院が調査すべきこと

今後の家族支援の方法 などの役割分担と連携の方法が協議されます。

(4) 一時保護と面会制限

児童相談所は、虐待の可能性が濃厚で、かつ家族との分離が必要な状態と判断されれば、職権にて子どもの一時保護を行うことがあります。

一時保護は、児童相談所長が「必要があると認めるとき」に行うものであり(児童福祉法第12条の4、第33条)、行政機関単独の判断で可能とされており、子どもの意思に反しても、保護者の意思に反しても執行できるものです(児童虐待防止法第8条第2項)。

入院は本来、家族の同意のもとに行うものですが、一時保護が必要かつ、現時点での退院が困難な場合、児童相談所からの一時保護委託として入院を継続することがあります。

また現在入院中の病院での入院継続では、子どもの安全が守れないおそれがある(保護者が子どもを連れ帰るなど)と判断された場合は、他の医療機関に転院し、一時保護委託をすることもあります。

また、入院中の家族との面会が子どもに不利益をもたらすと判断される場合は、保護者との面会制限をかけることもあります。ただし、子どもの病状が重篤な場合、保護者の同意なくして治療を行えない場合もあるため、面会制限については児童相談所と医療機関とで慎重に協議する必要があります。

(5) 家庭機能調査と支援方針の決定

児童相談所は、現在の家庭における養育状況について、家族との面接のみならず家庭訪問をして確認したり、地域関連機関(市町村・保健センター・保育園・幼稚園・学校など)からの情報を収集して評価を行います。

この際、現在の受傷や疾病の状態が命にかかわる状態でなくとも、次に同様の、または更に重篤な虐待が行われた場合に、子どもの安全や命が守られるかを判断の基準として、今後子どもを在宅において支援するか、安全の確保を優先して子どもを施設(もしくは里親)に措置をした状態で支援するか決定します。

病状の評価や予後、今後必要なケア、入院中の家族との対話や様子について病院も児童相談所に報告し、かつ今後の支援のあり方について協議を行います。

(6) 児童福祉法第28条による施設入所

児童相談所及び地域関連機関の協議により子どもの施設(もしくは里親)への措置が必要と判断されたにも関わらず、保護者が拒否した場合、児童相談所長は児童福祉法第28条に基づき、家庭裁判所に申し立てることができます。その間一時保護は継続され、家庭裁判所の裁定により、子どもの処遇が決定されます。子どもの病状によっては、一時保護委託による入院継続が必要な場合もあります。

2:警察との協働 ～警察通報と情報提供～

虐待も一種の犯罪と判断されるケースが少なくありません。その場合は警察通報を積極的に考慮します。警察の捜査により、虐待の真相に迫ることができることもあります。

(1)事件性の疑いと警察通報 ～警察通報は迅速に！～

子どもに生命の危険があるとき、また事件性が疑われるときは積極的に警察への通報を検討します。被害者保護、および証拠の保全、犯人の確保のため、警察通報は迅速に行う必要があります。

☆虐待に対する刑事法上の罰則(例)☆

身体的虐待：暴行罪(刑法 208 条)／傷害罪(204 条)／傷害致死罪(205 条)／殺人罪(199 条)

ネグレクト：保護責任者遺棄罪(218 条)／保護責任者遺棄致死罪(219 条)

性虐待：強制わいせつ罪(176 条)／強姦罪(177 条)／児童福祉法違反(同法 60 条)
／青少年保護育成条例違反など

心理的虐待：傷害罪(204 条)

(2)虐待事件捜査のポイントと必要な医学的所見

虐待事件捜査のポイントは、

- ①虐待被害の特定
- ②犯人の特定 　　です。

特に①について、通常の犯罪事件では被害申告を受けたり、事実を現認して捜査がはじまりますが、児童虐待の場合は、認知した段階で虐待(犯罪)かどうかははっきりしないため、病院からの通報の場合、子どもの外傷や病状から虐待が疑われるか否かの判断が重要となります。

虐待を特定するための医学的所見の提供を求められる時がありますので、法医学者の意見も取り入れながら、検査計画をたて、医学的所見をまとめ、検討する必要があります。

(3)警察調書への対応

捜査として得た医学情報をもとに、警察は調書を作成します。その際も医学所見から、どの程度虐待による被害であることを特定できるかが焦点になります。正確な医学情報を提供するとともに、できあがった調書に誤りがないか、確認させてもらうことを心がけて下さい。

(4) 医療機関から警察に求めること

病院として、警察と連携する際に、他の患者等に心理的負担をおわせないように、以下の配慮を警察にお願いすることは大切です。

- ① 医師の診療の妨げとならないように配慮(治療行為を最優先)する。
- ② 医師と患者(保護者等)との信頼関係を損なわぬよう配慮する。
- ③ 医師からの事情聴取が必要な場合、医療機関の事務担当者を通じて、連絡・調整を行う。
- ④ 警察官が、入院病棟や外来に臨場する場合、関係者を病院から同行する場合は、パトカーや制服での臨場を避けるとともに、関係者用通用口を利用するなど、被害児童をはじめ他の患者に不安を与えないように配慮する。

☆乳幼児突然死症候群(SIDS)と異状死体の届け出について

乳幼児突然死症候群(SIDS: Sudden Infant Death Syndrome)は、一見ごく健康に育っているように見える乳児が、何の前触れもなく突然呼吸停止し、死亡する疾患です。主に1歳未満の乳児に多く、この年代の死亡原因の第3位を占めています(平成15年)。

乳幼児に突然の死をもたらす疾患を否定できたとしても、医学的な結論を出す前に、虐待や犯罪の可能性と、窒息などの事故の可能性を否定するため、死亡状況調査を慎重にとりおこなう必要があります。SIDSの診断は、剖検に基づいて行われます。

またSIDSは、医師によって病死であると明確に判断された内因死による死体以外の死、つまり異状死であることから、医師法第21条「異状死体等の届出義務」に基づき24時間以内に所轄警察署に届出をしなければなりません。また、死因の究明のため、死亡時画像診断(AI: 下記参照)や、解剖をする必要があります。

医療機関として、子どもの突然の死に混乱している両親に寄り添いつつ、警察への届け出が必要なことを告げ、死因の究明のための「病理解剖」について説明し、家族の承諾がえられるか確認します。

家族の了承がとれた場合、警察と協議の上、「司法解剖」ではなく「病理解剖」を行うことでよいか協議します。「病理解剖」の了承がとれなかった場合、今後警察の方から、「司法解剖」や「行政解剖」の申し出があるかもしれないことを家族に伝え、強制的な解剖が行われる可能性があることを告げておくといでしょう。

解剖がなされない場合、及び死亡状況調査が実施されない場合は、死因の分類は不可能であるため、死亡診断書(死体検案書)の分類は「12.不詳」とします。

☆死亡時画像診断(AI: Autopsy Imaging)について

非偶発的な外傷の発見、病態の解明、医療行為の検証等を目的として死亡診断後に画像診断(単純X線写真やCTなど)を行うことをAutopsy Imaging(AI)といいます。

外観からは知り得なかった情報から、虐待の成因等に対する考察が深まることが期待されます。検査数の30%程度で、有用な情報が得られるといわれています。

原則として死亡診断前の画像診断を優先します。特に虐待が疑われる場合は、多発外傷の把握のため死亡診断前に診療行為としてCTを行うことを推奨します。

実施には保護者の同意と承諾が必要です。承諾のない場合、強制的に行うことはできません。

医療行為の検証も含め、エンゼルケア(カテーテルやチューブの抜去など)は、AI実施後に行います。また覆布で被覆し感染に細心の注意を払います。

CTは全身を撮影します。頭部は頸部以下とは別に撮影します。体幹部は手足を含めて撮影します。

異状死は警察通報し、司法解剖を行うことが原則です。

基本的に費用は病院負担となりますが、地域によっては警察等が負担する場合があります。

3:市町村福祉部門・保健部門との連携 ～地域による家庭支援のあり方～

平成 16 年の児童福祉法改正で、市町村が虐待通告先に加えられました。また要保護児童対策地域協議会が設置され、市町村の果たす虐待対応の責務は非常に大きなものとなっています。

病院だけでえられる情報は限られています。

「病院にいる」家族の姿は「支援された状態」の家族の姿です。

家庭において支援がなくなった状態をもとに、状況を把握しなければなりません。各機関の情報を共有した上で、家族支援の方法を模索します。

(1)市町村への通告

児童相談所と同様に市町村に通告することも出来ます。

通告の手順は、児童相談所の場合と同様です。（「児童相談所との連携」を参照）

市町村には、元来その役割として、福祉サービス・保健サービスを行う機能があります。家庭機能調査を行いながら明らかになった支援すべき内容に従ってサービスを提供することにより、虐待のリスクを軽減することが可能です。各市町村にはどのような機能があり、家庭を支援しているかは、把握しておいた方がよいでしょう。

ただし、市町村には子どもの安全確保するための一時保護をする権限を与えていません。

したがって保護者との分離が必要と考えられるケースは積極的に児童相談所に通告して下さい。

また、市町村に通告した場合も、同時に児童相談所に情報提供しておく、よりスムーズな連携が期待できます。

(2)市町村の福祉部門による支援

市町村福祉部門…(例)子ども福祉課 障害福祉課 など

各市町村の実情により、様々な担当課が設置されていますが、おおむね下記のように大別されています。

相談業務 :主に家庭児童相談員が家族の相談に応じます。

経済支援 :生活保護や児童扶養手当などの経済的援助の手続き・給付を行います

保育園利用:育児支援の一環として、保育園の優先利用を検討します。

その他 :自立支援法によるヘルパー派遣など

(3)市町村の保健部門による支援 ～市町村保健センター

主に母子保健法に基づき、保健師は虐待予防に対して重要な役割を担っています。県型保健所と協働して、さまざまな支援を行っています。

☆ポピュレーションアプローチ

子どものいる家庭全てへの働きかけで、地域社会の底上げを行う。全ての家庭に行われているため、比較的警戒されずに家庭に介入しやすい。

①母子健康手帳交付時面接

: 望まない妊娠の発見・支援者の有無の把握を行う

②妊婦訪問・両親学級

③新生児訪問事業: 主に第1子を対象に、出産後1ヶ月以内に家庭に訪問する。

1ヶ月は産後うつ発症時期でもあり、エジンバラ産後うつ尺度(EPDS)等を利用して、母親への支援を模索する。希望制であり、里帰りしていると期限が切れてしまうことなどの問題点がある。

④1ヶ月児健康診査

⑤乳幼児健康診査(4ヶ月児健診・1歳6ヶ月児健診・3歳児健診)

: 子育てアンケートを行い、要支援家庭をピックアップする。

⑥育児教室

⑦こんにちは赤ちゃん事業

: 第2子以降も含め、生後4ヶ月までの乳児の全戸訪問。
孤立を防ぎ子育てを支援する

☆ハイリスクアプローチ

ポピュレーションアプローチにより見極められた健康被害のリスクをもつ家庭に対し、リスクの軽減・削除を目指した支援。個別支援と集団支援がある。

①個別援助活動

②養育支援訪問事業

: 要支援家庭(とくに虐待予備群・育児不安群)に対して訪問・支援することで、虐待に至らない育児環境を整える。福祉部門と保健部門と協働で行う。

家事援助や買い物、保育園の送迎、育児技術の提供、
発達・育児相談・家族相談・医療機関への同行受診 など

③親支援グループミーティング

: ハイリスク家庭の親を対象にグループを形成し、その場に安全や信頼の雰囲気
を形成しながら、率直に語り合うことで自己理解、他者理解、自己と他者との
深くて親密な関係を体験しながら、心理的自己成長を図る

④対象別育児教室

4: 要保護児童対策地域協議会

平成 16 年の児童福祉法改正により、各市区町村には、要保護児童対策地域協議会が設置されました。虐待されている子ども達に対して、どのような支援が必要かということについて、様々な職種・機関が集まり協議することができます。

(1) 要保護児童と要支援家庭

要保護児童: 保護者のない児童 保護者に監護されるのが不相当と考えられる児童

虐待・障害・非行など

要支援家庭: 保護者の状況・子どもの状況・養育者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に陥る可能性をもった家庭。

支援を必要としていない家庭・支援の必要性に気づいていない家庭が多く、自ら相談に来ることはほとんどありません。アウトリーチが重要です。

下記のように大別されます。

- ① 虐待群: すでに虐待が起こっている。または虐待が疑われる。
- ② 虐待予備群: 今後放置しておけば虐待が発生するであろう育児困難を抱えたハイリスク群
- ③ 育児不安群: 育児不安を抱え、虐待予備群になる可能性のある群

(2) 要保護児童対策地域協議会を開く

<開催の目的>

- ① 子どもや家族についての情報共有
- ② ケースアセスメント
- ③ 各機関が行う支援のあり方の確認
- ④ モニタリング方法の確認
- ⑤ 在宅支援における限界設定

<参加する機関>

様々な機関が、専門職の知見を活かし、情報を持ち寄りながら多角的に評価・支援します。このようなチームを多職種専門家チーム(MDT:MultiDisciplinary Team)といいます。

市町村管轄部署(調整機関)・保健機関(保健センター・保健所)

医療機関: 子どもの医療機関・保護者の受診している医療機関(精神科を含む)

保育園・幼稚園／学校

児童相談所

警察・司法

その他: 精神保健福祉センター 障害者支援センター 女性相談センター など

(2)会議の進め方

まず、市町村の要保護児童対策地域協議会の管轄部署(調整機関)に会議の開催を要請します。ケースに関わるメンバーなら、誰でも要請することができます。調整機関とともに、早急に日程調整を行います。

<情報共有～会議で確認すべき情報>

①正確なジェノグラム(家族図)の作成

複雑な家族構造をとっていることが多いため、最低でも両親の親の世代までの家族図が必要です。ジェノグラムを作成したのち、子どもの「主な養育者」は誰か、「虐待を行っていると推定される人(加害者)」は誰かという目安をつけます。(「主な養育者」と「加害者」が同じ場合もあるし、複数の時もあります。)

②子どもについての評価

1)危険因子～子どものもつ虐待を受けやすい因子(育てにくさ)を整理します。

発達の遅れや多動傾向など

2)子どもの健康度と必要とされるケアのレベル

～身体障害をもつ子どもなど、通常以上のケア技術やマンパワーを要する場合があります。医療機関からの情報提供が大きな鍵となります。

③主な養育者への評価

1)危険因子～主たる養育者が育児をする上でもっている困難な点を整理します。精神障害など

2)子どもとの関係性

～主たる養育者と子どもとの関係性が良好で、愛着関係が出来ていれば、虐待者からの加害行為に対する補償因子となります。逆に関係性が希薄な場合は注意が必要です。

3)支援者の存在の確認と関係性

～祖父母や、養育者のきょうだいなどから支援が受けられるかどうかを評価します。

4)地域支援を受け入れるか?(受け入れているか?)

～もっとも重要な評価項目で、地域支援を主な養育者が受け入れない場合、社会的孤立をもたらす、ハイリスクとなります。

④加害者への評価

1)危険因子～加害者の性格傾向等の把握により、再発生の危険因子を予測します。

2)子どもとの関係性

～子どもとの距離感を把握し、加害者と子どもとの接触を避けます。

3)加害者と主な養育者との関係性

～DV等の関係など、本来子どもを守るべき相手への攻撃は、極めてハイリスクです。

4)加害者に対する支援者との関係性

～支援を受け入れるかどうかにより、再発生のリスクを予測します。

⑤家族全体の機能の評価

下記の点を評価します。

- 1) 危険因子の確認
- 2) 経済状況
- 3) 生活環境(住居環境や清潔感など)
- 4) 親族との関係性
- 5) 支援を受け入れる可能性

<ケースアセスメントのまとめ>

①エコマップの作成

子ども、主たる養育者、加害者、親族、地域支援それぞれの関係性を図に表記します。

②虐待発生にいたるインシデントの想定

虐待状況を生み出す背景や、重度の虐待につながる前段階としてのインシデントを想定します。

リスクアセスメントを正確に行うために、各種ツールの使用も有効です。

<ケースマネージメント:各機関が行う支援のあり方の確認>

上記アセスメントに基づき、おのおのの機関の特性を活かした支援の方法を確認します。

原則として

- ① 子どもの安全確認と確保
- ② 主な養育者との信頼関係形成
- ③ 虐待者との信頼関係形成 の順序を各機関で意識して対応します。

対応の目標は下記①→④の優先順位で行うことが基本です。

- ① 社会的孤立の解消 相談相手になる
- ② 生活ストレスの軽減 社会資源の総動員
- ③ 子どもの症状の軽減 親に負担をかけず、他の人が子どもに関わって改善
- ④ 親の育児改善や治療

<モニタリング>

子どもの安全が確保されているか、支援のあり方がうまくいっているか等についてモニタリングする方法や頻度を考えます。ケースの進行管理のため、ケース台帳を作成します。

<在宅支援の限界設定>

虐待状況が悪化した際に、どのように一時保護につなげるのか検討しておきます。

Ⅲ：周産期ハイリスクケースへの対応

周産期より、出生後の養育が心配されるケースに対応することが、虐待発生予防の上で重要です。

妊娠期、もしくはNICU入院時より、ハイリスクケースを見つけ、適切な支援に結びつけるべく、CPTが対応方針を提案します。

1:ハイリスク家庭とは…

いまだ妊娠中であつたり、出生後NICUに入院し家庭生活を未経験ではあるが退院後の養育に不安があるケース、また一度退院しても、先天性心疾患の発見や先天性代謝異常などにより、家庭生活の期間が短いままに入院し、退院後不適切養育になる可能性がある家庭をいいます。

2:妊娠期からのハイリスク家庭の発見

ハイリスク家庭の発見と支援は、妊娠期の出来るだけ早期の段階で行うことが重要です。

リスク項目を列挙した養育支援環境アセスメントシート(資料2参照)を使用し、リスク評価を行います。評価期間が短期間の場合は情報不足のため、リスクを認識できないことがあるため、継続的にチェックし、項目を見直す必要があります。

目安として…

☆ 3点以上は、不適切養育家庭として、保健センターなどの地域支援を検討します。

☆ 10点以上のケースは積極的に乳児院措置を検討し、児童相談所を中心とした地域関連機関との連携を試みます。

家庭への支援として何が必要かは、リスク項目や家族の持っている健康度(補償因子)によって異なります(下記項目を参照)。いずれにしろ出産という繊細な問題に対し、家族の警戒心や不安に共感し、じっくりと信頼関係をつくってゆくことが重要です。発見がより早期であればあるほど、十分な時間をもとに信頼関係を形成することが可能となります。

地域の医療機関による支援として、地域によっては、出産前小児保健指導(プレネイタルヴィジット)があります。産婦人科医は、妊婦健康診査(妊娠後期が望ましい)等において、小児科医等による保健指導を必要と認めた場合に、小児科医を紹介し、小児科医は母親の不安解消に努めると共に、育児指導を行うシステムです。市町村事業として展開している地域もあります。

また出産に対する母児のリスクが高いケースは、周産期センターにおける、出産前から出産後の継続的な支援が重要と考えます。産婦人科と小児科のこまめな連携がとても重要となります。

3: 家庭機能の評価と地域支援体制の確立

家庭内のリスクや、健康的な面を把握したあと、地域関係機関と支援体制を協議します。

出来るかぎり家族に対して多機関に相談するメリットをつけ、家族から相談する形を優先しますが、よりスムーズに連携先と家族との相談関係が成立するために、事前の機関同士の情報提供も重要となります。

要保護児童対策地域協議会の中で、要支援家庭として情報共有と支援のあり方を検討してゆきます。

詳細については、「Ⅱ-3: 市町村(福祉部門・保健部門)との連携」を参照して下さい。

4: 周産期病棟・NICU 入院中の家族支援

長期入院で、その間家族面会が続く場合、病棟内での家族との対話により、新たな情報を入手できたり、家族の心理的ケアにつながる可能性があります。支援機関であるという特徴を活かし、家族との対話を積極的にもつことで保護者が病棟にいることに安心感を覚えるよう心がけましょう。

病院内でのスタッフとの信頼関係が、他機関につながる際の信頼感を形成しやすくなります。

注意点として、入院中の家族の様子は「手厚い支援を受けた状態」であることを自覚しておくことが重要です。うまれたばかりのか弱い子どもの養育を病院に預けている、という安心感は病院職員が思っている以上に絶大なものです。

家庭に戻ることで、子どもと長期間向き合うことになる、と、だんだん余裕がなくなってゆくことを想定して支援体制を組む必要があります。

病院内の支援を少しずつ地域に移行しながら、慎重な経過観察が必要となります。

☆乳幼児揺さぶられ症候群予防教育プログラムについて(資料○参照)

SBSの発生を防ぐために開発された予防教育プログラムです。病院内で可能な虐待発生予防プログラムとして注目されています。

IV：事故予防による支援

重症虐待が疑われたケースでも、最終的な家庭調査により、事故として家族を支援することが妥当と考えられる場合があります。

1：子どもの事故

窒息 溺水 誤飲・誤嚥 熱傷 交通事故 などがあります。しばしば虐待との鑑別が必要です。

2：家族への初期対応

①保護者の安全感を確保します

「よく来ましたね」「びっくりしたでしょう」と言葉かけします。事故が起きたことを責めないように注意します。

②保護者の自責の念に共感します。

「事故が起きないように注意してたんですよ」と母親の思いや存在を肯定し、自責の念を和らげます。

③予防対策に取り組める準備を整える。

「事故予防にはちょっとしたコツがあるんです。」と言葉かけすることで、保護者自身の状況を再認識し、自分は何をすべきなのか考えられる心理状態を作ります。

※保護者の予防指導に対する意欲がみられない場合、地域と連動し継続的な支援のあり方を考えます。

「I-3：保健・福祉連携 ～地域による家庭支援のあり方～」を参照して下さい。

3：事故再発防止プログラムの実施

<指導目標>

- ・起こってしまった事故の再発防止策
 - ・重症度の高い溺水事故予防策
 - ・発生頻度の高い誤飲・誤嚥事故予防対策
- の3つを指導する

<方法>

- ①主治医より、事故再発防止プログラムを紹介する。
- ②事故再発防止プログラム調査票(資料3参照)を保護者に記入してもらう。可能であれば、家庭内の写真を持参してもらう。
- ③子どもの発達段階にあわせ、想定される事故の種類を考える。
- ④起こってしまった事故の状況確認を詳細に行う。(時間・場所など)
- ⑤予防策の指導をする。

V：代理によるミュンヒハウゼン症候群（MSBP）への対応

保護者と分離する、もしくは症状を捏造している現場や物的証拠を得る以外に診断確定できないため、慎重な対応が要求されます。

また、医療行為として行ったことが子どもに対する加害行為となってしまうことから、医療者のメンタルサポートが必要になります。

1：MSBPのタイプ分類

捏造型は緊急性が要求されることがあります。

①虚偽の訴え：子どもに直接加害はせず存在しない症状を訴え子どもに不必要な医療行為を要求する

②捏造による訴え

1)検査所見の捏造：検査所見を偽り、不必要な医療行為をさせる

2)症状の捏造：子どもに人為的加害を行い病的状態を作り出し医療行為を必要とさせる

2：病歴の確認

過去の他の医療機関での治療経過について情報を収集します。

また、自施設での症状発生のタイミングと治療内容を時系列に把握し、「加害をする保護者」と子どもが2人でいた時しか症状が発生しないことを確認します。

「病気を見つける」という視点での検討と、「人為の可能性」という視点での検討では、気づくことが大きく異なることがあります。

各検査項目の検査値や子どもの全身状態などの中で、医学的に説明のつかない矛盾がないかを確認します。

可能であれば、他のきょうだい(や親自身)に、同様の病歴がないかを確認します。

3：MSBPの疑いを確認する方法

密室状態である子どもの様子を可視化するために、以下のような方法があります。

(1)ICUやNICUなど、監視カメラが設置されていたり、ナースステーションなどから常に監視できる病室に入室させる(ことを提案してみる)。

客観的に子どもの身体状態が悪いのに、親子のプライベートな空間の確保を希望しようとする傾向があります。

(2)子どもの検査の検体を厳重に管理する

親子分離までしなくても、医療者が検体から目を離さない、親に検体を触れさせないなどによって、異常所見が消失することもあります。

(3)加害が疑われる親以外の家族から、家族関係や子どもの状態について聴取する。

通常は、加害が疑われる親がつきっきりになり、他の家族に付き添いを交代することはほとんどなく、医師による病状説明に他の家族を同席させながらない傾向があります。

4: 児童相談所への通告と協議

虐待が疑われることを保護者に告知する前に、児童相談所に虐待が疑われることを通告し、虐待の可能性や、分離の方法について綿密な協議を行います。「症状の捏造」があり、身体的重症度が高い場合、警察通報も考慮します。

☆他機関が躊躇するポイント☆

医療行為を用いた虐待なので、虐待のイメージがつきにくい。

虐待をしている証拠が見つかりにくい。

「真の(未知の)疾患」であった場合、どう責任を取るか？

客観的にみて、虐待などしそうな「非常によい親」である。

医療スタッフと良好な関係を築いているため、疑いを持ち出すことでスタッフ間の軋轢が生じる。

5: 分離を試みます。

- ①軽症例: 「分離をすることで症状が改善するかどうか様子を見ましょう」と説明し、3週間以上直接の面会を中止します。病状説明はこまめにすることを約束します。また、面会を要求された際には、必ず医療スタッフが同席するようにします。
- ②重症例: 虐待の可能性があると告知し、しばらく分離保護が必要であることを告げます。児童相談所に通告したことを伝えます。

6: 無治療でも症状が再燃しないことを確認します。

加害者との分離によって症状が完全に消失し、治療をしなくても症状の再燃がないことを確認すれば、MSBP とほぼ診断できます。ただし、犯罪として立証するためには犯行現場を押さえたり、物的証拠を採取することが必要となるので、警察との緊密な協力体制が欠かせません。

7: 主治医のメンタルサポート

主治医は MSBP の診断を受け入れられないことがありますので対話を心がけてください。

VI：医療ネグレクトと親権

医療行為が子どもの利益になることが期待できるにも関わらず、保護者が医療行為を行うことに同意しない状況を医療ネグレクトといいます。時に放置すると死に至る危険性があり、親権を超えて治療する必要もありますが、複雑な手続きが必要となります。

1：通常のネグレクトと医療ネグレクト

子どもに必要なケア全体が不足している生活の一環として医療を受けていないネグレクトの状態であれば、医療行為のみ受け入れず他のケアは十分すぎるほどに行っている場合もあります。前者の場合は子どもの健康度が低い場合の通常のネグレクトケースとして対応します。ここでは後者について取り扱います。

2：医療ネグレクトの重症度

- A：保健・福祉機関からの説明・説得・指導により保護者に働きかける。
- B：医療機関が保護者に対して必要な医療ニーズを説明する。
- C：主として保護者の主体的判断に任せる。
- D：医療機関・福祉機関により、保護者に事態を理解させ、説明・説得によって適切に必要な医療対応をすることを促す。その上で必要な医療行為を拒否した場合、法的対応を検討

3：関係機関との連携

医療とは別の側面からの保護者への説得が重要です。

子どもの身体的重症度が高い場合(上記 C・D)、早期に児童相談所に通告します。それほど重症度が高くない場合(上記 A・B)は地域関係機関との連携を徐々に広げてゆきます。保護者の信頼するアドバイザー(代替医療の実施者や宗教家など)がいる場合も多く、保護者の同意を得て意見交換することも有効です。

4：保護者への説得 ～状況が変化しても続けます。

子どもの状態が許す限り、時間をかけて保護者の主張や訴えを傾聴しつつ対話し説得を繰り返してゆく必要があります。保護者も子どもの状態が悪化してゆくことや、入院環境下にいることから徐々に態度が軟化してくる、もしくは情緒的に動揺し、部分的でありながら医療行為を受け入れる場合があります。

入院させたまま保護者が来院しなくなっても、連絡は続けてください。

<説明者について>

主治医だけでは負担が大きいため、上司や CPT メンバーも加わります。
担当看護師等、保護者の意見を傾聴するだけの立場のメンバーも必要です。

<説明する内容>

子どもの状態と治療の選択肢と安全性について伝えます。
いくつかの治療の選択肢をわかりやすく説明することが重要です。
本格的な治療ばかりでなく、応急治療についても説明することで、少しでも医療行為を受け入れてもらう努力が必要です。

5: 介入的措置

度重なる説得にも応じず、かたくなに医療行為を拒否し、子どもの状態が予断を許さない場合は介入的措置をとります。

① 早急に対処しないと生命維持が出来ない場合

すべての事項に先立ち、子どもの救命と重篤な後遺症予防を最優先とします。

② 緊急ではないが、このまま治療が(約14日前後)遅れれば生命の危険性や重篤な後遺症が発生する

ことが明らかな場合

児童相談所より「親権喪失の申し立て」を行います。その間も、「保護者への説得」は続けます。

6: 親権喪失宣告の申し立て(民法第 834 条)

児童相談所長から家庭裁判所に申し立てます。申し立てが棄却されなければ、家庭裁判所は「保全処分」により親権者の親権者の職務停止と職務代行者の選定(通常児童相談所長)を行います。職務代行者の同意により治療を行うことが出来ます。治療終了後、申し立てを取り下げることにより、親権は保護者に戻ります。保全処分が出るまで2週間くらいの時間を要します。

☆ 家庭裁判所の判断基準 ☆ (参考) … 以下の情報を確認しておきます。

- ① 子どもの疾患および現在の病状
- ② 予定される医療行為の効果と危険性
- ③ 予定される医療行為が行われなかった時の危険性
- ④ 緊急性の程度
- ⑤ 親権者が子どもに医療行為を拒否する理由とその合理性

7: 特殊なケース

① 親権喪失宣告申し立てが棄却された場合

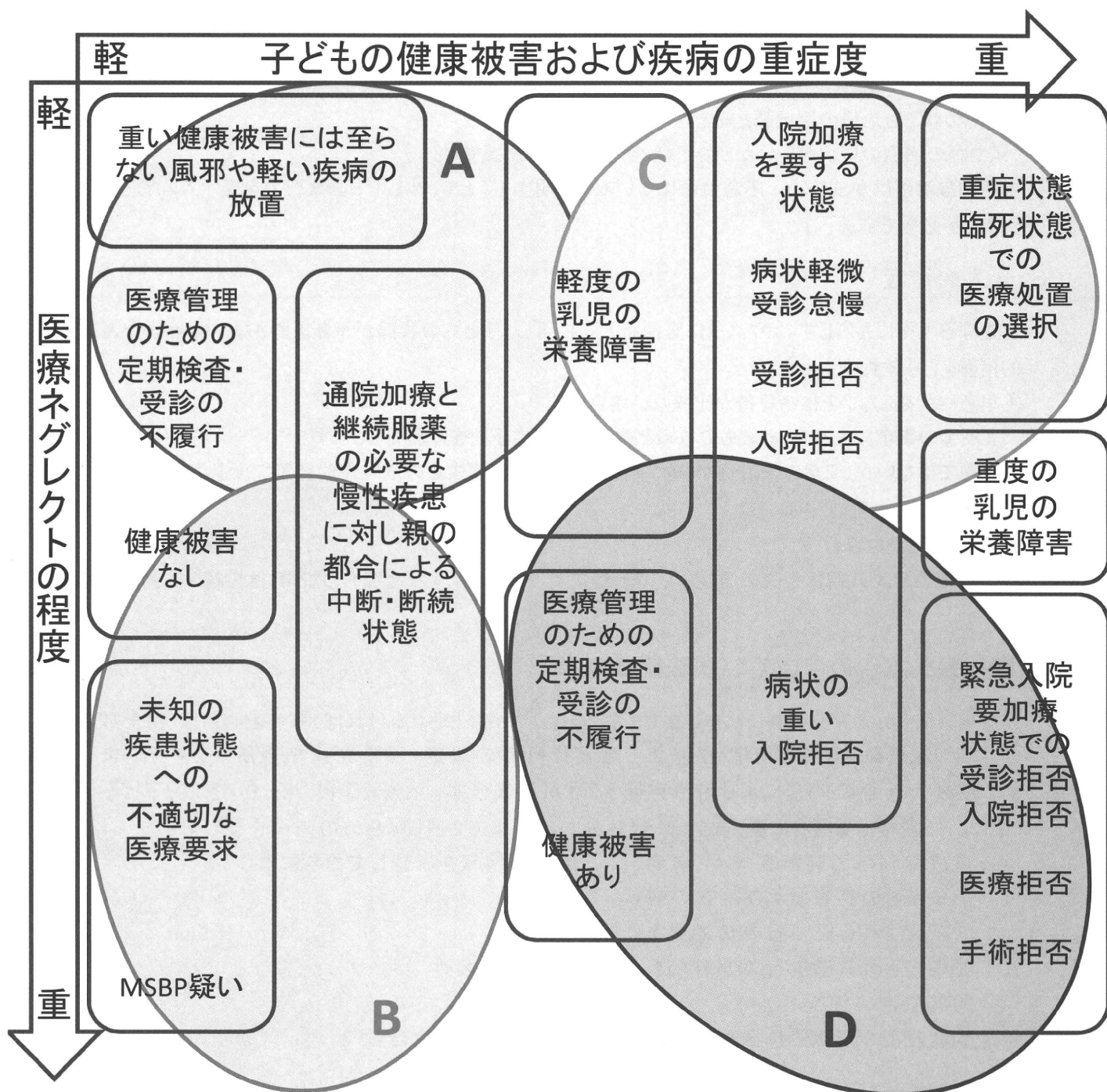
今までの説得を繰り返します。

保護者の治療の要望に応じる医療機関への転院も模索します。

② 経過中に子どもが死亡した場合

治療経過の説明し保護者を支援します。状況に応じ、警察に通報します。

医療ネグレクトへの対応



VIII：臓器移植と虐待

2010年の臓器移植法改正にともない、臓器移植の臓器提供者（ドナー）となるものは、被虐待児であってはならないことが明文化されました。

これにより、脳死となり臓器提供の申し出があった時点で、その子どもに虐待を受けた既往がないか評価することが義務づけられています。

1：被虐待児除外マニュアルの使用（資料〇参照）

あくまで「被虐待児ではない」ことを確認するために行います。

チェックリストではまる項目がある場合、「この子どもが被虐待児である可能性を完全には否定できない」という意味であり、必ずしも「この子どもが被虐待児である」ことの証拠となるわけではありません。

2：被虐待児を除外するために

I：下記の項目のいずれかに該当するときは、その児童を臓器提供の対象から除外します。

- (1) 乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)が疑われ、その確定診断のために司法解剖を要するとき
- (2) 原疾患の診断が確定していないとき

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

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

(1) 器質的脳障害の原疾患として外因が疑われる場合の条件

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

(2) 器質的脳障害の原疾患として内因が疑われる場合の条件

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

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

3:被虐待児除外チェックリスト(資料4参照)

チェックリストに伴い、被虐待児でないことを確認します。
各関係機関に情報提供を求めなければなりません。