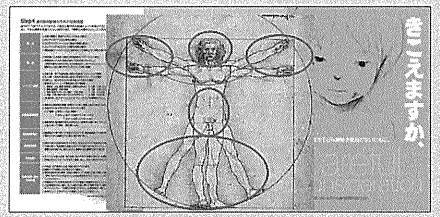
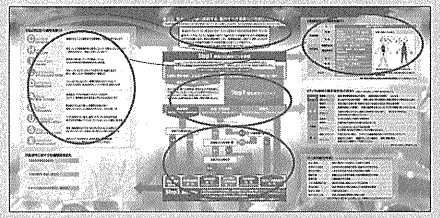
本ガイドの構成



表紙側

“表紙”
“裏表紙”
“Step4のページ”



中身側

“見開き左”
“見開き中央”
“見開き右上段/中段/下段”

どのような子どもを診たら虐待鑑別が必要？

家庭内でのケガ
原因不明のケガ
原因不明の消耗状態
“何か気になる子ども”

子どもをみたら虐待を疑え

医療機関における虐待は
『準備』 常に虐待を、気に掛ける
『対処』 生じた懸念を放置しない

この2つがあれば、ほとんどの事例で見逃しは防げる。

STEP0：いつでもスタンバイ（プレパレーションを！）

虐待の考察のために：子どもと親へ、別々に問診を！

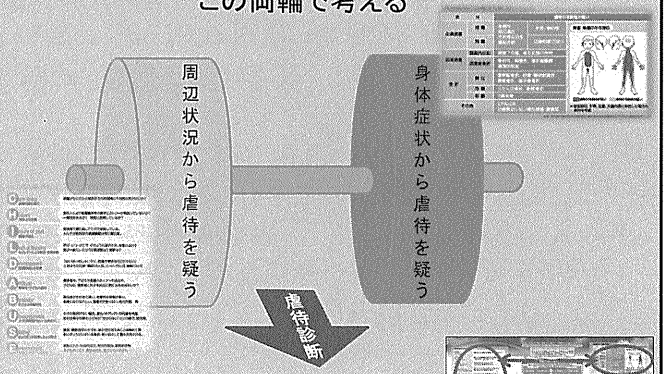
- 親の前で、本当のことを話せる子どもはいない！
- 子どもは親の話す怪我についての説明を聞くと、親の言った通りに説明することがある。

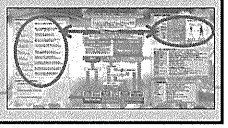
∴

- 診療所の受付での問診票やこどもや親の様子から虐待が疑われれば、親子を別室に通して、別々に話を聞いた方が良い。
- 診察室に入ってからでも、虐待が疑わしいと思ったら、体重を測る、傷の処置をするなどの名目で親子を分離し、別室で子どもから話を聞く。

STEP1　虐待の可能性につき考察を行う

この両輪で考える





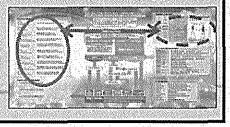
STEP1　虐待の可能性につき考察を行う

周辺状況から虐待を疑う

言語化されない、臨床上の“違和感”を言語化し、整理するために

- CHILD ABUSEを常に頭の片隅に -

虐待だけではなく、養育困難を抱える親御さんにさらにプレッシャーを与える“育児指導”を避け、“育児支援”するためにも必要な知識である。



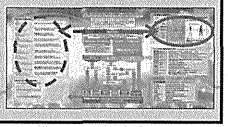
STEP1　虐待の可能性につき考察を行う

身体症状から虐待を疑う

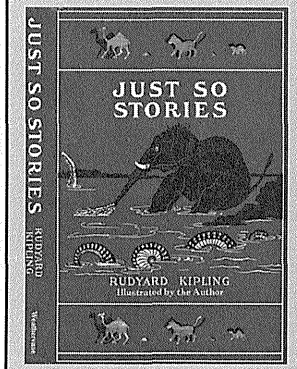
虐待が疑われた場合、頭のてっぺんから、足のつま先まで全部みる

気になるケガとにもかくにも写真を！

話せる年齢の子どもには、話を聞く。部位ごとに丁寧に問診を行うことに診断的価値がある。

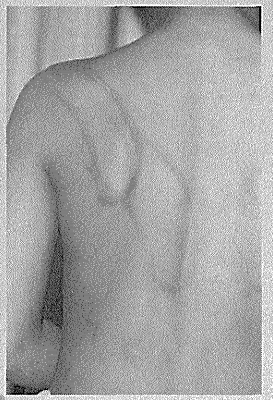


虐待診断学のイロハのイ



『私にはうそをつかない正直者のお手伝いさんが6人居る。その者達は私の知りたいことを何でも教えてくれる；その者達の名前は
「なに？(What)」、
「なぜ？(Why)」、
「いつ？(When)」、
「どこ？(Where)」、
「どんなふうに？(How)」
「だれ？(Who)」である

例題1：6歳の子ども

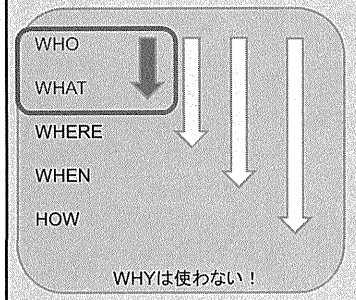


虐待を受けた子どものうち、57%の子どもに少なくとも1個以上の特定可能なパターン痕（特に手の痕）を認めた。
一方で対照群では2%未満であった。

Arch Dis Child; 86:330-333,2002

こういう子に出会ったら？

子ども・保護者から話を聞く！



○子どもに:
根掘り葉掘り聞かない。
真偽を確かめる質問をしない
＊外来の場は、虐待の可能性を認知する場
～虐待の確認は、子どもの安全が担保されてから～

○保護者に:
子どもが話した内容を明かさない。
直接的質問をしない
＊外来の場では、受容的に！
～告知は、支援にのせるルートが見えてから～

例題2:5か月の子ども

6か月未満の乳児では0.6%にしか挫傷を認めない。
Arch Pediatr Adolesc Med;153:399-403,1999.

再受傷のリスクは、
一か月未満が最も高い。
Child Abuse Negl.
18:1063.1994

多発挫傷の乳児を診た場合、初回から徹底的な外傷評価、プロトコールに則った潜在性虐待損傷評価、詳細家庭調査を行うことが、子どもの予後を最も改善しうる

STEP1　虐待の可能性につき考察を行う

その場で、白黒つけようとしない！

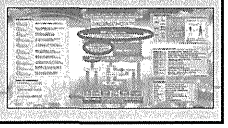
虐待でない可能性を示す理由が何個あろうと、
虐待である可能性を示す理由があれば、そこにフォーカスを！

保護者との関係を壊したくない
親への罪悪感
親への、もしくは漠然とした恐怖
職務外の仕事
面倒くさい

虐待なんてありえない
(否認)

虐待を否定する
材料に飛びつく

＊すべてのスタッフの気付きを互いに尊重し、
複数で判断しましょう！



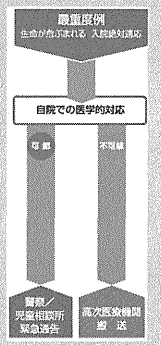
STEP2（重症度トリアージ）～STEP3（連携開始）（最重症例）

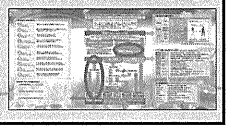
医学的に最重症≒虐待としても最重症

例外：医学的状態は良好であっても・・
心中企図、扼頸等は最重症例として対応。

事故は1回こっきりのepisodeであるが、
虐待は繰り返す可能性があるものである！

虐待である可能性の高低でもなく、
虐待であった場合の再発リスクの高低でもなく、
虐待が繰り返されたと仮定した場合の、
医学的重症度でトリアージする。



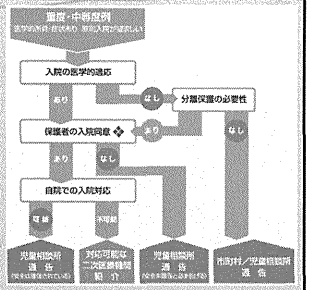


STEP2（重症度トリアージ）～STEP3（連携開始）（重症・中等症例）

1. 医学的状態に入院適応がある
2. 分離保護の必要性がある

救急外来はスクリーニングの場
判断に迷ったら、原則的には入院

子どもの安全を担保する必要があるかどうかが最大のポイント



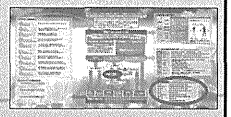
原則！：外来の場面で“虐待”という言葉は使用を避ける。
支援を行う上で告知は必ず必要だが、それは“超急性期”ではない。

STEP2~3　両親に同意を得る努力を！

器質的疾患の除外の必要性を強調し、説得する。

症状・徴候	虐待と鑑別すべき疾患として説明する事項
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

＊このような対応は方便ではなく、
“家族機能不全症”への治療行為。



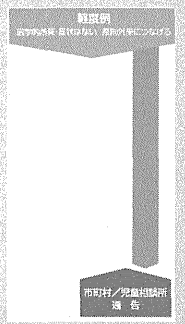
STEP2（重症度トリアージ）～STEP3（連携開始）（軽症例）

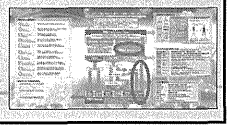
医学的に所見なし
≒虐待としても軽症
＊ただしpitfallに要注意

可能な限り外来受診予約を取り付け、保護者との信頼関係を構築し同意を得た上で、要支援家庭として市町村に情報提供を行うことが望まれる。

もし同意が得られない場合、何らかの要因があると考えること！

*虐待対応は育児支援！





性的虐待への対応について

これまでの話は、主に身体的虐待・ネグレクトの対応が中心。

性虐待の医学診察には高い専門性と、病歴聴取上の特別な配慮を要する。急性期の外来で適切な対応は困難であり、可能性が生じた時点で、現状は原則入院保護が望ましい。

Stage1の段階では、
＊性虐待が決して稀ではない
＊医学的症状を呈することは多くない
＊否認や撤回は稀ではない
ことを知っておきましょう

Be a Medical Sentinel on Child Maltreatment!

“もし国が故意に、従事する専門職をいらいらさせ、出資する人々を怒らせ、そのシステムに頼る子どもを見捨てるようなシステムを構築したいなら、現在の子ども福祉システム以上によくできたシステムはないだろう。”

・・・Final Report of the National Commission on Children (1990).

確かに現状のシステムは未整備で、通告を行っても徒労に終わり、達成感は何も得られないことはあるかもしれません。

しかし我々医療従事者一人ひとりが、通告の意義を理解し、個々にできる範囲内で虐待対応のsentinel（歩哨、見張り番）としての機能を発揮しようと努力する事は、今この瞬間からでも可能である。

皆で医療の現場から虐待問題に光を！

医師	319,499人
歯科医	105,096人
保健師	9797人
助産師	25,906人
看護師	799,604人
准看護師	236,479人
医療SW	10,685人
事務職員	418,399人

平成23年　医療施設(静態・動態)調査
・病院報告概況　常勤換算数（四捨五入）

第30回　国立国際医療研究センター小児科
オープンカンファレンス

日時：2013年11月19日　火曜日　19：00～21：00

場所：国立国際医療研究センター　国際協力局4階　セミナー室3・4

テーマ：病気を通してみる親と子の関係

1．症例提示　2例

2．『大切な人が重い病気になった時、子どものためにできること』

聖路加国際病院小児科　医長　　小澤　美和　先生

今回、終末期医療を行った重症小児患者の2例の提示と、聖路加国際病院の小澤美和先生からは、病気の親を持つ子どもへのサポートに関する内容をご講演いただきます。病気を通して親と子両者への多面的な関わりについて勉強したいと思います。平素より地域連携においてお世話になっている先生方をはじめとして、小児科以外のみなさまもご参加いただけます。お気軽においでください。

国立国際医療研究センター　小児科

第30回　国立国際医療研究センター小児科
オープンカンファレンス
2013年11月19日　19:00～21:00

大切な人が重い病気になった時、子どものためにできること

聖路加国際病院小児科
小澤　美和

「チャイルド・サポート」…
自立前の子どもとそのご家族を心理社会的に支援する取り組み

Sibレンジャー

- きょうだいが主役になれる瞬間
- きょうだいも家族チームの一員であること
- 仲間（きょうだい同志）とのつながりを持つこと

2006年1月～2013年4月

- 52家族
- 患者年齢:30～51歳
- 子ども年齢:8ケ月～25歳
- 依頼科:緩和ケア科、乳腺外科、救命救急、消化器外科、血液内科、腫瘍内科
- 介入期間:1～188日(中央値　6日)

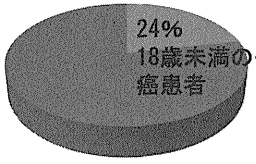
・いざ、という時に
　子どもの存在に気付いてくれるようになった！
・けれども、
　お別れまでの数時間、数日では対応は難しい
　・・・・

①親とのラポール
②子どもとのラポール
③これまでの経過の理解の確認

④大切な人とのお別れが近いこと

事故・事件は別として、
重い病気の場合、もっと早期からの子どもを視野にいれたケアの実践ができないものだろうか
　・・・・・・

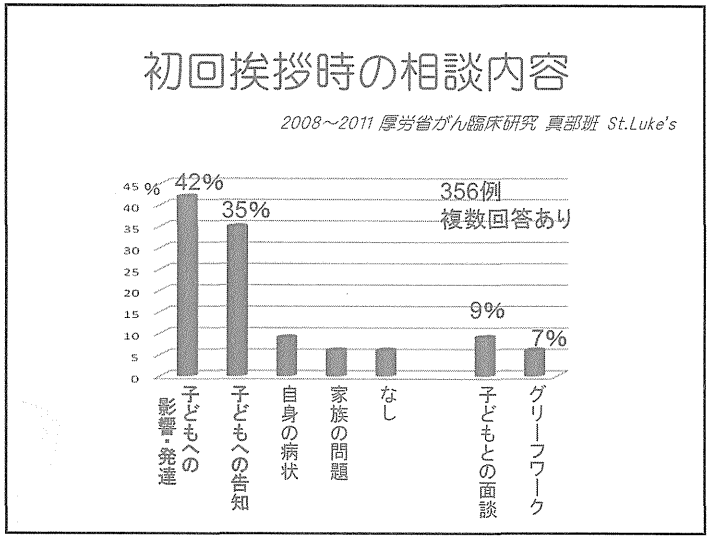
若年発症の癌患者の増加

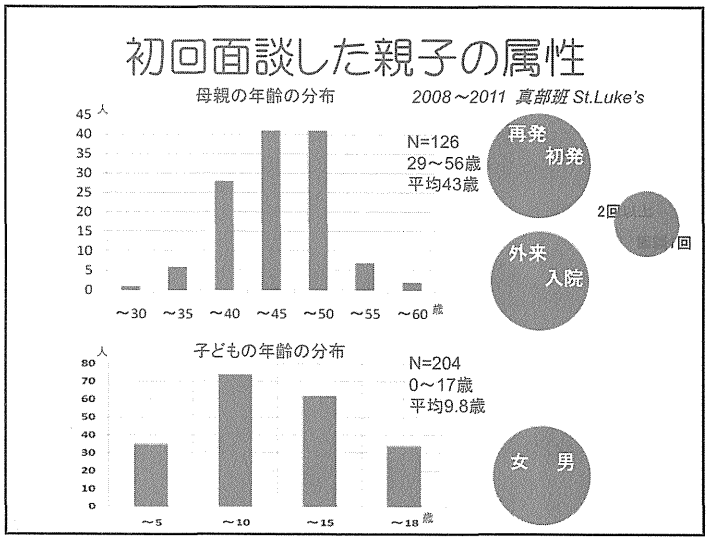


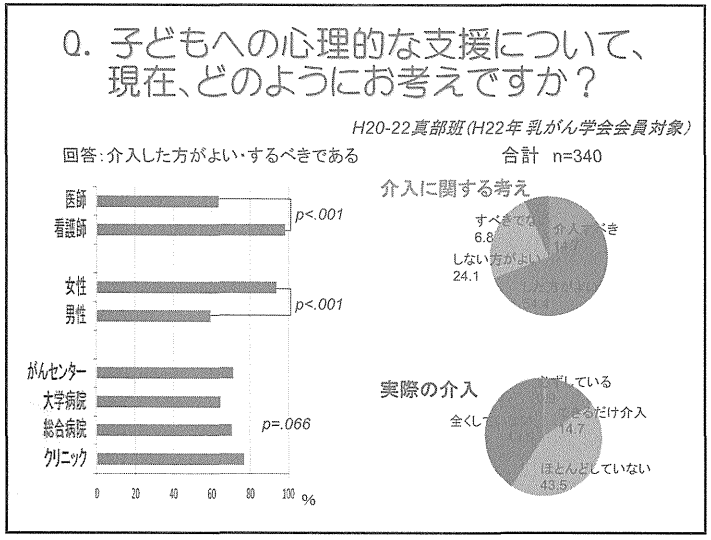
①子どもにとって
　良い親であり続けること
②子どもへの告知
③家族の中での役割を継続すること

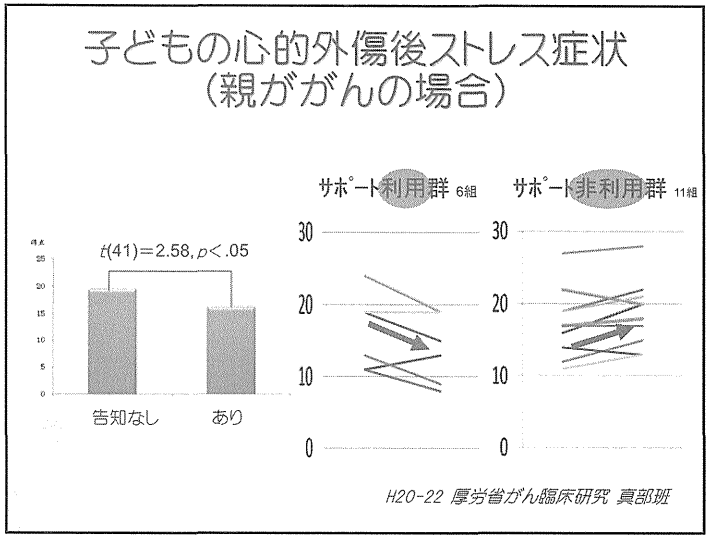
当院における「チャイルド・サポート」の体制作り

- 2008年より（厚生労働省科学研究「働き盛りや子育て世代のがん患者やがん経験者、小児がんの患者を持つ家族の支援のあり方についての研究」（研究代表者:真部淳）
- 2011年　こども医療支援室 開室
  小児科医、ソーシャルワーカー、保育士、小児心理士、CLS
- 2013年現在
  チャイルド・サポート対象者:入院・外来・病棟名に関わらず、子どものいる成人患者さんとその子ども、ご家族を対象
  ブレストセンター、腫瘍内科、緩和ケア科、救急外来、CCM / ICUなど
- チーム体制：小児科医・臨床心理士・CLS・各科の医療スタッフ
- これまでに500人以上の方とお会いしてきた


初回挨拶時の相談内容
2008～2011 厚労省がん臨床研究 真部班 St.Luke's
356例
複数回答あり
42%
35%
9%
7%
子どもへの影響・発達
子どもへの告知
自身の病状
家族の問題
なし
子どもとの面談
グリーフワーク


初回面談した親子の属性
母親の年齢の分布
2008～2011 真部班 St.Luke's
N=126
29～56歳
平均43歳
再発
初発
外来
入院
子どもの年齢の分布
N=204
0～17歳
平均9.8歳
女
男


Q. 子どもへの心理的な支援について、現在、どのようにお考えですか？
H20-22真部班(H22年 乳がん学会会員対象)
回答：介入した方がよい・するべきである
合計 n=340
医師
看護師
p<.001
女性
男性
p<.001
がんセンター
大学病院
総合病院
クリニック
p=.066
介入に関する考え
しない方が よい
24.1
実際の介入
ほとんどしていない
43.5


子どもの心的外傷後ストレス症状
(親ががんの場合)
サポート利用群 6組
サポート非利用群 11組
t(41)=2.58, p<.05
告知なし
あり
H20-22 厚労省がん臨床研究 真部班

子どものQOL,PTSSと親の心理状態の相関 初回N＝82

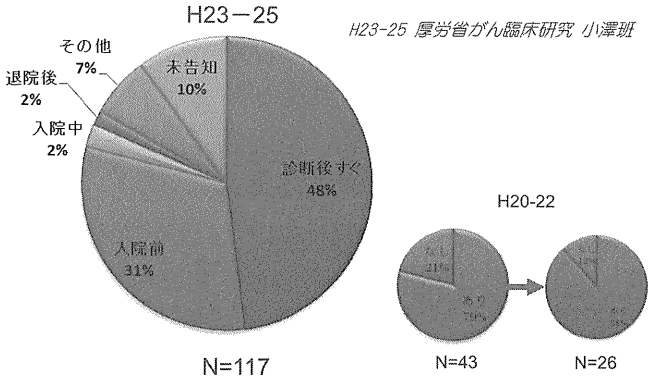
子＼親	ストレス症状 IES-R	抑うつ	不安
ストレス症状 PTSD-RI	.26	.33 *	.33 *
IES-R	.64 *	.63 *	.55
PedQL総合	-.42 *	-.48**	-.45 **
身体的機能	-. 32**	-.49**	-.44 **
感情の機能	-.48**	-.48 **	-.47 **
社会的機能	-.33**	-.35 **	-.26 **
学校の機能	-.18	-.23	-.24

2012年12月31日現在 回収
親117名 子89名

**p< .001 *p<0.05

H23-25 厚労省がん臨床研究 小澤班

子どもに伝えること



なぜ子どもに伝えるか？

- 子どもは家族の中に秘密があることに気づく
- 何かが起きているのに正体が分からないことで不安になる
- “うそ”をつかれたことを知った時、親に対する信頼を失う
- 親に隠されていると、親に質問できずに問題行動や身体症状として表現されることが多い
- 不信感が長期に及ぶと自尊心が低下する

子どもの特性

- 立ち直る力を持っています
  - レジリエンス、外傷後成長
- 情報を知らされた方が安心できます
- 子どもはどうやったら新しい状況に対応できるか知りたがります