

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び

虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

令和元～3年度 総合研究報告書

研究代表者 山田 不二子

令和4（2022）年5月

目 次

I. 総合研究報告

- 児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための
協同面接・系統的全身診察の実態調査及び
虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究————— 1
山田 不二子

II. 分担研究報告

1. テーマ1：協同面接・系統的全身診察の実態調査研究————— 10
每原 敏郎
テーマ1表
資料1 児童相談所等との連携に関するアンケート
資料2 児童相談所へのアンケート調査
資料3 協同面接と系統的全身診察に関するアンケート
資料4 協同面接と系統的全身診察の手引き
2. テーマ2：AHT症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究—— 113
丸山 朋子
テーマ2図表
資料1 AHTに関する医師の意識調査
資料2 AHT 司法連携 医療機関調査票 I) 症例群
AHT 司法連携 医療機関調査票 I) 対照群
AHT 司法連携 医療機関調査票 II) 症例群
資料3 AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）
- 3—1. テーマ3A：小児頭蓋内出血における病態解明—————168
高橋 英城
- 3—2. テーマ3B：小児の頭蓋内出血、脳浮腫における病態解明；
MRSによる神経代謝物質の解析————— 171
田上 幸治

III. 研究成果の刊行に関する一覧表—————173

総合研究報告書

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための
協同面接・系統的全身診察の実態調査及び
虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

研究代表者 山田 不二子 国立大学法人東京医科歯科大学 医学部 非常勤講師
認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパン 理事長

研究要旨

性虐待や虐待による乳幼児頭部外傷（Abusive Head Trauma in Infants and Children、以下 AHT）のように、体表外傷が生じにくく、被害児本人から被害内容の開示を得ることが難しい虐待の場合、その立証は困難を極める。この状況に鑑み、本研究は、性虐待や AHT を立証するための方法論を確立し、児童虐待防止対策に資することを目的とする。

性虐待等、子どもからの聞き取りが重要となる虐待については、2015 年 10 月 28 日発出の通知によって児童相談所・警察・検察の三者連携に基づく協同面接の運用が開始された。また、虐待立証のためには専門的訓練を受けた医師による系統的全身診察も重要となるが、協同面接や系統的全身診察を提供すべき子どもたちに、これらが十分に行き届いているかどうかは不明である。

そこで、本研究では、テーマ 1 として、2021 年度は性虐待に対して先進的な取り組みを実践している施設を対象にアンケート調査とグループヒアリングを行い、この結果と 2020 年度までの調査結果をもとに『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成し、関係機関に配布した。

次に、AHT についてであるが、2016 年 10 月にスウェーデンの研究者によって「乳幼児揺さぶられ症候群（Shaken Baby Syndrome、以下 SBS。なお、SBS は 2 歳未満の AHT の大半を占める）には科学的根拠が欠ける」とする SBU レポートが公表された。これによって、AHT/SBS は実在するか否かという論争に拍車がかかり、それに基づく混乱の結果、日本の刑事裁判において無罪判決が複数認められる。

そこで、本研究では、テーマ 2 として AHT の事件捜査や刑事裁判における犯罪立証のために、医療と刑事司法とがどのように連携すればよいのかを本研究で明らかにするとともに、テーマ 3 では、AHT の中でも SBS で特に重要とされる回転性加速減速運動が乳幼児にもたらす病態生理の解明を目指す。

テーマ 2 では、2019 年度に実施した「AHT に関する医師の意識調査」、ならびに、2020 年度から 2021 年度かけて実施した「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および AHT の司法連携調査」をもとに、臨床医の診断へのアプローチの現状、実際の症例の理学所見や画像所見等の臨床像解析結果を踏まえて、『AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）』を作成し、関係機関に配布した。

テーマ 3 のうち、テーマ 3A では 2021 年度末までの間に AHT 症例の脳脊髄液と血漿を人体試料としてケミカルメディエーターとバイオマーカーの分析とメタボローム解析を実施し、テーマ 3B では MRS（Magnetic Resonance Spectroscopy：磁気共鳴分光法）を用いて傷害部位別に脳代謝も分析する予定であったが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックの影響で、ほとんどの共同研究施設がその対応に追われ、頭部外傷症例を受け入れることが困難であったため、テーマ 3A で 5 検体が集まったのみで、テーマ 3B の症例は集まらなかった。

研究分担者

毎原 敏郎	兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 科長
丸山 朋子	大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科 副部長
高橋 英城	東京医科大学病院 小児科・思春期科学 助教
田上 幸治	神奈川県立こども医療センター 総合診療科 患者家族支援部長

A. 研究目的

性虐待や AHT（虐待による乳幼児頭部外傷）のように、体表外傷が生じにくく、被害児本人から被害内容の開示を得ることが難しい虐待の場合、その立証は困難を極める。そこで、本研究は、虐待を立証するための方法論を確立し、児童虐待防止対策に資することを目的とする。

性虐待等、子どもからの聞き取りが重要となる虐待については、2015 年 10 月 28 日発出の通知によって児童相談所・警察・検察の三者連携に基づく協同面接の運用が開始された。また、虐待立証のためには専門的訓練を受けた医師による系統的全身診察も重要となるが、協同面接や系統的全身診察を提供すべき子どもたちに、これらが十分に行き届いているかどうかは不明である。

そこで、本研究では、テーマ 1 として、協同面接の実施状況やその成果に関する実態調査とともに、行政・医療・刑事司法との連携という観点から系統的全身診察の実態調査も実施し、その結果をもとに『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成して関係機関に配布する。

次に AHT についてであるが、2016 年 10 月にスウェーデンの研究者によって「SBS（乳幼児揺さぶられ症候群）には科学的根拠が欠ける」とする SBU レポートが公表された。これによって、AHT/SBS は実在するのか否かという論争に拍車がかかり、それに基づく混乱の結果、日本の刑事裁判においても無罪判決が複数認められる。

そこで、テーマ 2 として、AHT の事件捜査や刑事裁判における犯罪立証のために医療と刑事司法とがどのように連携すればよいのかを本研究で明らかにするとともに、テーマ 3 として、AHT の中でも SBS で特に重要とされる回転性加速減速運動が乳幼児にもたらす病態生理の解明を目指し、その結果をもとに『AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）』を作成して関係機関に配布する。

B. 研究方法

1. テーマ 1

協同面接の実施状況やその成果に関する実態調査とともに、行政・医療・刑事司法との連携という観点から系統的全身診察の実態調査も実施する。2019 年度は一般社団法人日本子ども虐待医学会（以下、JaMSCAN）正会員に対して、2020 年度は全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、合わせて児童相談所等とする）に対して、実態調査票の送付と回収を行い、その結果を解析して課題を抽出する。2021 年度は 2019 年度～2020 年度に行った調査の結果にさらなる解析を加えたうえで、児童虐待や性暴力救援に積極的に取り組んでいる医療機関などを対象にした詳細な調査を行い、協同面接や系統的全身診察に対する新たな問題点やそれに対する方策を明らかにして、『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成し、これをもって児童相談所・警察・検察と医療機関の連携に関する提言とする。

2. テーマ 2

2019 年度に JaMSCAN 正会員の医師を対象として、交通外傷を除く乳幼児頭部外傷に関する症例経験、意見聴取や鑑定書作成といった警察・検察への協力実態調査ならびに「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針における 5 類型病院の医師を対象とした AHT に関する意識調査を実施

施する。2020年度はAHTの診療経験、司法連携経験の多い医療機関において、「AHT診断アルゴリズム（診断の手引き）」を作成するための医療情報調査ならびに司法連携調査を実施し、調査結果を解析する。2021年度は引き続き、医療情報調査の画像読影ならびに司法連携調査を実施し、調査結果を解析する。さらに、『AHT診断アルゴリズム』を作成し、刑事司法との連携のあり方に関する提言をとりまとめる。

3. テーマ3

さまざまな要因で起こる小児の頭蓋内出血が、それぞれどのような機序で脳損傷を引き起こすのかを解明し、早期診断・治療に繋げることにより予後改善に努めること、および、脳損傷の機序が解明されることにより、頭蓋内に働いた外力を科学的に証明することを目的として、テーマ3Aでは主に、ケミカルメディエーターとバイオマーカーを取り扱い、AHT脳損傷の特異的物質を発見して特定するためにメタボローム解析を併用する。

テーマ3Bでは、MRS（Magnetic Resonance Spectroscopy：磁気共鳴分光法）検査を用いて、脳内代謝を取り扱う。

（倫理面への配慮）

すべてのテーマにおいて倫理審査委員会の承認を得たうえで、研究を実施した。

C. 研究結果

1. テーマ1

『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成するための調査として、「児童相談所との連携に関するアンケート調査」「協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査」（「児童相談所等への調査」「協同面接を実施した事例の調査」および「性虐待で協同面接等を実施しなかった事例の調査」の3種類）、「協同面接と系統的全身診察の実施状況に関する詳細調査」の3つを行った。

調査の対象はそれぞれ、一般社団法人日本子ども虐待医学会（JaMSCAN）に所属する正会員、全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、合わせて児童相談所等）、児童虐待対応における多機関連携の構築や性暴力救援の活動に取り組んでいる医療機関や施設（医療機関 12 病院とその関連機関 2 施設、協同面接実施民間団体 4 施設、児童相談所 1 施設）である。上記の調査では、医療機関・児童相談所・警察・検察の多機関連携には多くの課題があること、子どもの負担軽減という協同面接の本来の目的が事件捜査に取って代えられていて、子どもの福祉という観点を中心となっていないこと、児童虐待対応に取り組んでいる医療機関であっても協同面接への関与は少ないこと、医療機関が協同面接に関わることの重要性を明示し、児童相談所・警察・検察・医療機関で構成される4機関連携を推進する必要があること、系統的全身診察は協同面接とセットで行うべきであり、その意義に関する理解を各機関に周知する必要があることがわかった。

以上の調査結果を踏まえて、『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成し、全国の臨床研修病院・児童相談所・警察・検察に配布した。

2. テーマ2

「AHTに関する医師の意識調査」ならびに「AHT診断アルゴリズム作成のための医療情報調査およびAHTの司法連携調査」を行い、『AHT診断アルゴリズム（診断の手引き）』を作成した。

「AHTに関する医師の意識調査」は、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針における5類型病院401施設に勤務する小児科・脳神経外科・救急診療科（以下、救急科）の医師897名を対象として調査を行い、小児科医148名、脳神経外科医120名、救急科医110名、所属不明1名の計379名より回答を得た（回答率39.1%）。問診、頸部画像検査の実施率、眼底検査の実施率はいずれも診療科による差異を認めた。また、児童相談所通告の割合に対して、警察通報の割合は低かった。

「AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)作成のための医療情報調査」は、症例群 15 医療機関 296 例(画像データ 253 例)、対照群 13 医療機関 100 例(画像データ 98 例)の回答があった。年齢は、症例群、対照群ともに 0~3 か月児が多かった(症例群 114 例、対照群 37 例)。頭部 CT 検査はほぼ全例で実施されていた。脳 MRI 検査は、症例群で実施率が高く(症例群 69.6%、対照群 44.0%)、頸部 CT・頸部 MRI はいずれも、症例群、対照群ともに実施率が低かった(それぞれ症例群 13.2%・11.5%、対照群 16.0%・12.0%)。全身骨 X 線写真は、症例群では約半数が初診時に撮影されていたが、対照群では実施率が 14.0%と低く、フォローアップの 2 週間後の撮影は症例群 6.4%、対照群 0.0%と低かった。硬膜下血腫は症例群に多く(症例群 72.0%、対照群 34.0%)、症例群では両側性の硬膜下血腫が 32.4%、大脳半球間裂の硬膜下血腫が 29.7%、小脳テント下の硬膜下血腫が 9.5%であった。頭蓋骨骨折は対照群に多かった(症例群 40.9%、対照群 74.0%)。症例群では眼底出血の頻度が明らかに高く(症例群 48.6%、対象群 5.0%)、症例群では、眼底出血ありの 144 例のうち、「出血が無数」が 63 例(43.8%)、「網膜全体に出血が及ぶ」が 34 例(23.6%)、「多層性」が 44 例(30.6%)であった。症例群、対照群の死亡割合に明らかな差はなかった(症例群 5.4%、対照群 5.0%)が、後遺症については症例群の方が多い傾向にあった。受診時に、保護者が受傷機転に関して何らかの説明をしたのは、症例群 63.9%、対照群 93.0%であった。虐待のカテゴリー分類は、対照群の 66.0%がカテゴリー 1 であったが、症例群はカテゴリー 3A 以上が半数を占めた。

「AHT 診断アルゴリズム作成のための司法連携調査」の調査票は 77 例の回答があり、最高検察庁に問い合わせのうえ、事件が特定され、公判記録の謄写可能と回答をいただいたのは 15 例であり、このうち 13 例の公判記録の閲覧・謄写を行った。

2019 年度に実施した「AHT に関する医師の意識調査」ならびに 2020 年度から 2021 年にかけて実施

した「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および AHT の司法連携調査」をもとに、臨床医の診断へのアプローチの現状、実症例の理学所見や画像所見等の臨床像解析結果を踏まえて、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成し、関係機関に配布した。

3. テーマ 3 A

倫理審査承認後から引き続き、検体を募っていたが、2021 年 11 月までは COVID-19 パンデミックの影響もあり、集まったのは 1 検体のみであった。

2021 年 12 月になって、COVID-19 が下火になった際に 2 検体送付されて計 3 検体となったが、検査機械を作動させることが高価であるため、さらに、検体が増えるのを待っていたところ、2022 年 3 月になり、さらに 2 検体送付されて合計 5 検体となり、実際に検査を実行することが可能となった。

サイトカインプロファイリング/タウ蛋白は東京医科大学 小児科研究室で検査を始め、メタボローム解析は東京医科大学 低侵襲医療開発総合センターで検査を行うにあたり、現在、設定を検討している。メタボローム解析では、外傷の程度によってさまざまな物質が検索できてしまうために、病態の中心に関わる物質同定については、詳細な設定が必要である。データがとり揃えば解析をし、頭蓋内出血の病態に対してアプローチすることが可能となる。

4. テーマ 3 B

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)パンデミックの影響もあり、症例が集まっていない。乳幼児に頭部 MRI 検査を行う場合、体動があると検査ができないので、鎮静薬を用いる。通常の施設では、MRS 検査をルーチンの MRI 検査に追加して行うため、途中で覚醒した場合、呼吸が不安定な子どもには施行できないことが多い。このことも症例が集まらなかった要因と考える。

D. 考察

1. テーマ1

現在の協同面接は事件捜査が中心的な目的となっているが、子どもの福祉、すなわち、「虐待を受けたことが疑われる子どもはすべて、きちんとした形で大人に話を聴いてもらう権利がある」という点はもっと強調されるべきであろう。医療機関は子どもの福祉という立場から児童相談所に協力できる機関であるが、現在の日本では、児童相談所・警察・検察の3機関連携が原則となっているために、関与するという意識を医療機関も児童相談所・警察・検察も持っていない。平成27年10月に発出された通知と同様に、医療機関の関与についても何らかの根拠を公的に示すことが必要と考えられる。

協同面接の実施状況のみならず、その重要性の理解については、地域によって、また、機関によって大きな差がある。たとえば、被害児への聴き取りについて十分な配慮が必要であることについては、所轄署の警察官までは浸透していないと思われる。協同面接を実施するかどうかについては、刑事事件として事件化できるかどうかや、起訴できるかどうかではなく、子どもが受けた可能性のある被害をすべからく明らかにするという視点で判断されることが望ましい。

系統的全身診察の意義についても、協同面接とセットで行うものであるという認識を広める必要がある。

協同面接は、事前に判明している情報に基づいて、身体的な所見が得られにくい性虐待に重点を置いて実施されており、身体的虐待やネグレクトに関しては時間的な制約もあって十分に聴き取ることができていない。系統的全身診察はそれを補填するという意義もある。また、隠すつもりはなくても、「尋ねられなかったから答えなかった」という子どもも多いため、全身について問診と診察を行うことは有用である。

性器・肛門の診察は、小児科医が行うのか、他科

の医師の協力を得て行うのかは、個々の機関の実情に合わせて行なわれているのが現状である。しかし、系統的全身診察という方法を用いて「子どもの訴え・声をきちんと聴く」という技術は、小児科医として身に付けておくべき基本的かつ必要な診察・面接技術の一つであると考えられ、その普及が次の課題である。

とはいえ、現状では、その普及活動は特定非営利活動法人チャイルドファーストジャパンの山田不二子医師がほぼ一人で担っている。その負担を軽減して、より多くの医療機関で系統的全身診察が実施されるようになるためには、今回の手引きの配布とともに研修体制の充実が必要となる。

性虐待に関する医療機関への啓発活動も重要な課題である。一般社団法人日本子ども虐待医学会（JaMSCAN）では、2015年からBEAMS研修という医療機関向け虐待対応啓発プログラムを全国で展開している。2020年度から「虐待への対応」が医師臨床研修指導ガイドラインにおいて必修分野の1つに挙げられ、BEAMSがその研修方法の一つとして記載されていることから、今後はさらに開催回数が増えてくると考えられる。しかし、現時点でのBEAMS研修は身体的虐待への対応が中心となっているため、性虐待に焦点を当てた内容のものを作成する必要がある。

2. テーマ2

AHTは身体的虐待の中でも重症度が高く、子どもの生命・生活に重大な影響を及ぼすが、受傷機転がわかりにくく、医学的診断は難しい。しかし、児童相談所の事実確認や公判における立証において、医療の専門家として医師の果たす役割は大きく、医学的判断は重大である。

COVID-19流行に伴う諸事情や制限の中、「AHT診断アルゴリズム作成のための医療情報調査」は予定数を上回り、十分な症例数が確保できた。それにより、主たる医療機関で実施されている検査や診断の進め方が把握でき、親の申告す

る受傷機転と画像所見の特徴の傾向を把握することができた。また、画像検査については約 8 割の症例で画像データを提供していただき、研究分担者・研究協力者の小児科・脳神経外科・放射線科医師による多診療科読影を行うことが可能であった。

一方で、今回の調査の協力医療機関は AHT の症例数が多いと推定される医療機関であり、経験数の少ない医療機関の実態は異なる可能性も否定できない。また、今回の研究において、症例群の定義は、「交通外傷を除き、第三者目撃のない 2 歳未満の頭部外傷による入院患者（即時死亡例も含む）」かつ「児童相談所へ虐待通告をしている患者」、対照群の定義は、「第三者目撃のある 2 歳未満の頭部外傷による入院患者」とし、両群ともに画像検査で何らかの頭蓋内、頭部に病変を認めることとしているため、AHT の多くは症例群に含まれるが、症例群には目撃のない事故群が含まれ、また、事故群にも虐待例が含まれている可能性は否定できない。調査項目が限られることから、受傷機転や受診時の本人の状態の全容を把握することは困難であり、病態解明のために、さらなる調査が望ましいと考えられる症例も含まれていた。

「AHT 診断アルゴリズム作成のための司法連携調査」は最高検察庁に多大なるご協力をいただいで実施できたが、予定症例数に達することはできなかった。一つには COVID-19 流行に伴う諸事情や制限が考えられ、もう一つには保管期限を過ぎた公判記録は破棄されてしまうことが要因として考えられた。

本研究において、2 年半にわたり実施した「AHT に関する意識調査」および「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査ならびに司法連携調査」の結果をもとに、実際の症例の医学的所見、臨床医の診断根拠、関係機関連携の実態を踏まえ、本研究の最大の目的であった『AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）』を作成した。AHT の診断・診療には、小児科・脳神経外科・救急診療科・放射

線科・眼科・整形外科・法医学など多数の診療科・専門家が関わる。今回、小児科・脳神経外科・救急診療科・放射線科という複数の診療科の医師の協力のもとで医療情報調査を実施し、画像読影も行い、小児科・脳神経外科・放射線科・法医学医師が共同で、『AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）』を作成したことの意義は大きいと考える。乳幼児頭部外傷の診療において、『AHT 診断アルゴリズム（診断の手引き）』が参考とされ、現場の医療資源や価値観から乖離することなく、全国の AHT 診断・診療に関する精度がさらに向上し、被虐待児への適切な支援に繋がることを願う。

3. テーマ 3 A

研究結果よって、頭部外傷の力学的エネルギーが回転性なのか、直達性なのかを判断できる可能性が示唆されれば、それを実証するための動物実験を行って証明していく。

これらの成果により、第三者目撃がない頭部外傷でも、力学エネルギーを予測することができ、病態に即した治療を選択すること、すなわち、回転性エネルギーの要素が強ければ、脳浮腫を早期に引き起こす可能性があり、外科的処置を含めた脳浮腫改善の治療を早期に選択することができるようになる。

また、回転性エネルギー外傷として児童虐待が鑑別に挙がるが、なかなか真相がわからないことが多い。当研究の成果によって、科学的知見に基づいた鑑別診断が可能となり、冤罪をなくすことに寄与する。

4. テーマ 3 B

米国でも、COVID-19 流行に伴い AHT の入院患者数は減少している¹⁾。

また、頭部 MRI 検査は CT よりも撮影に多くの時間を要するため、静止できない乳幼児では薬剤を用いて鎮静したうえで検査を行う。そのため、被験者の負担などに配慮して、MRI 撮影を行った

症例でも、病状によっては、MRS 検査を追加して実施することができない症例もあったと考えられる。

- 1) Maassel NL, et al. Hospital admissions for AHT at children's hospitals during COVID-19. *Pediatrics*. 2021;148:1-3.

E. 結論

1. テーマ 1

医療機関で被虐待児を診察する際に、協同面接との関係が重要であることを理解できていない機関は、医療機関自体も含めて、まだまだ多いと推察される。また、医療機関が適切な形で協同面接に関わることは、子どもの福祉という観点からも非常に重要である。

本研究で作成した『協同面接と系統的全身診察の手引き』を児童相談所・警察・検察だけではなく、全国の臨床研修病院にも配布した。児童虐待に関して、関係機関それぞれが専門機関としての役割を果たす一助となることを期待している。

2. テーマ 2

小児科医、脳神経外科医、救急医を対象に施行した「AHT に関する意識調査」および全国 15 か所の共同研究機関における 2 歳未満の頭部外傷症例についての「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および司法連携調査」の結果をもとに、実症例の医学的所見、臨床医の診断根拠、関係機関連携の実態を踏まえたうえで、『AHT 診断アルゴリズム (診断の手引き)』を作成した。乳幼児頭部外傷の診療において、『AHT 診断アルゴリズム (診断の手引き)』が参考とされ、現場の医療資源や価値観から乖離することなく、AHT 診断に関する精度が全国的にさらに向上し、被虐待児への適切な支援に繋がることを願う。

3. テーマ 3

小児頭部外傷において虐待か否かは、司法にお

いても論争の焦点であり、現在において科学的に完全に証明できないことが多い。

テーマ 3 A では 2022 年 3 月までに症例が 5 件集まったが、データの解析にまでは至らなかった。また、テーマ 3 B では残念ながら、症例が集まらず、現時点では脳浮腫の病態に関して新しい知見を導き出すことができなかったが、この研究で大きな進展があれば、児に対する治療方針や司法の論争に大きく貢献する可能性があり、社会的な経費の削減にも繋がる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

<英文>

- Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Fujiko Yamada, Yusuke Miyazaki. Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse: A population-based quasi-experimental study in Japan. *Child Abuse and Neglect*. Available online January 13, 2020.
- Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Yusuke Miyazaki, Fujiko Yamada, Hisashi Noma, Kazuhide Ogita, Nobuaki Mitsuda. Effectiveness of an educational video in maternity wards to prevent self-reported shaking and smothering during the first week of age: A cluster randomized controlled trial. *Prevention Science*. Published online July 22, 2020.

<和文>

- 山田 不二子: 司法面接・系統的全身診察の在り方・CAC の実際. *小児科臨床*. 2019;72(12):1911-1915.

- ・ 山田 不二子：協同面接の現状と課題. 子どもの虐待とネグレクト. 2019;21(3):299-306.
 - ・ 山田 不二子：警察・検察との連携. 小児科臨床. 2019;72(12):1924-1930.
 - ・ 丸山 朋子：虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT). 小児科臨床. 2019; 72(12):1871-1876.
 - ・ 山田 不二子：性虐待をどのように見つけるか. チャイルドヘルス. 2020;23(6):439-443.
 - ・ 山田 不二子：子どもの権利擁護センターの取り組み. 特集 児童虐待を学ぶ. 救急医学. 2020;44(11):1368-1373.
 - ・ 丸山 朋子：児童虐待に特徴的な身体所見 性的虐待の特徴. 特集 児童虐待を学ぶ. 救急医学. 2020;44(11):1442-1447.
 - ・ 丸山 朋子：虐待による乳幼児頭部外傷 (Abusive Head Trauma in Infants and Children). 日本臨床法医病理学会. 2020;26(2):83-92.
 - ・ 山田 不二子, 五十嵐 登, 宮坂 実木子, 溝口 史剛, 岩佐 嘉彦, 田崎 みどり, 大野 一郎, 犀川 太：医療者が虐待に向き合うということ. 特集 第 26 回学術集会 (いしかわ金沢大会) 大会企画シンポジウム. 子どもの虐待とネグレクト. 2021;23(2):160-174.
2. 学会発表
- ・ 山田 不二子, 田上 幸治, 栗原 八千代, 毎原 敏郎. 大会企画シンポジウム 7. 誰ひとり取り残さない! CAC (Children's Advocacy Center) モデルの構築に向けて. CAC 設立に向けた取り組みの現状. 日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会. 2021 年 12 月 5 日 (横浜)
 - ・ 丸山 朋子. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT) に向き合うために知っておきたいこと S6-2 AHT について—小児科医の立場から—. 第 63 回日本小児神経学会学術集会. 2021 年 5 月 28 日 (福岡)
 - ・ 井原 哲. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT) に向き合うために知っておきたいこと S6-3 AHT について—脳神経外科医の立場から—. 第 63 回日本小児神経学会学術集会. 2021 年 5 月 28 日 (福岡)
 - ・ 丸山 朋子, 溝口 史剛, 小橋 孝介, ほか. AHT に関する医師の意識調査. 第 34 回日本小児救急医学会学術集会. 2021 年 6 月 18~20 日 (奈良, web)
 - ・ 丸山 朋子. AHT を見逃さないために. 日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会. 2021 年 12 月 5 日 (横浜)
 - ・ 田上 幸治. 病院での MDT による AHT の対応 (神奈川こどもモデルについて). 日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会. 2021 年 12 月 5 日 (横浜)
 - ・ 溝口 史剛, ほか. 虐待による乳幼児頭部外傷 (AHT) の刑事司法手続き. 日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会. 2021 年 12 月 5 日 (横浜)
 - ・ 丸山 朋子, 溝口 史剛, 田上 幸治, ほか. 2 歳未満の乳幼児頭部外傷における医療情報調査. 第 125 回日本小児科学会学術集会. 2022 年 4 月 17 日 (福島, web)
3. その他(刊行物)
- ・ 山田 不二子, 毎原 敏郎. 協同面接と系統的全身診察の手引き. 2022 年 3 月 1 日
 - ・ 山田 不二子, 丸山 朋子. AHT 診断アルゴリズム (診断の手引き). 2022 年 3 月 1 日
 - ・ 山田 不二子：虐待の疑い. 小児一次救急マニュアル 帰宅可能か? 二次救急か? 判断の手引き. 編集 小児科編集委員会. 金原出版, 東京, pp. 210-221, 2019.
 - ・ 山田 不二子：性虐待と性暴力. 今日の小児治療指針 第 17 版. 医学書院, 東京, pp. 916-917, 2020.
 - ・ 山田 不二子: 2部 法制度の再構築を考える II セクシュアリティ・子どもからの法制度の再構築 7

章 子ども虐待対応に関する現行法の問題点と改正試案. 家族の変容と法制度の再構築 ジェンダー／セクシュアリティ／子どもの視点から. 二宮周平・風間 孝編著. 法律文化社, 京都, pp. 297-316, 2022.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び

虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

分担研究報告書

テーマ1:協同面接・系統的全身診察の実態調査研究

研究分担者	毎原 敏郎	兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 科長
研究協力者	植松 悟子	国立成育医療研究センター 救急診療科 診療部長
	勝連 啓介	特定医療法人へいあん平安病院 小児科・児童精神科 専任科長
	川口 真澄	沖縄県立中部病院 小児科 医員
	木下 あゆみ	四国こどもとおとなの医療センター 小児アレルギー内科 医長
	仙田 昌義	国保旭中央病院 小児科 部長
	田崎 みどり	港区児童相談所 部長
	溝口 史剛	群馬県前橋赤十字病院 小児科 副部長

研究要旨

『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成するための調査として、「児童相談所との連携に関するアンケート調査」「協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査」（「児童相談所等への調査」「協同面接を実施した事例の調査」および「性虐待で協同面接等を実施しなかった事例の調査」の3種類）、「協同面接と系統的全身診察の実施状況に関する詳細調査」の3つを行った。調査の対象はそれぞれ、一般社団法人日本子ども虐待医学会(JaMSCAN)に所属する正会員、全国の児童相談所と協同面接実施民間団体(以下、合わせて児童相談所等)、児童虐待対応における多機関連携の構築や性暴力救援の活動に取り組んでいる医療機関や施設(医療機関 12 病院とその関連機関 2 施設、協同面接実施民間団体 4 施設、児童相談所 1 施設)である。上記の調査では、医療機関・児童相談所・警察・検察の多機関連携には多くの課題があること、子どもの負担軽減という協同面接の本来の目的が事件捜査に取って代えられていて、子どもの福祉という観点を中心となっていないこと、児童虐待対応に取り組んでいる医療機関であっても協同面接への関与は少ないこと、医療機関が協同面接に関わることの重要性を明示し、児童相談所・警察・検察・医療機関で構成される4機関連携を推進する必要があること、系統的全身診察は協同面接とセットで行うべきであり、その意義に関する理解を各機関に周知する必要があることがわかった。以上の調査結果を踏まえて、『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成し、全国の臨床研修病院・児童相談所・警察・検察に配布した。

A. 研究目的

性虐待のように子どもからの聞き取りが重要となる虐待については、「子どもの心理的負担等に配慮した面接」が必要であるとして、平成 27 年度(2015 年度)

後半から児童相談所・警察・検察の3機関連携に基づく協同面接の運用が開始された。厚生労働省の「平成 30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業」で実施された調査によると、平成 28～29 年度

(2016～2017 年度)の 2 年間で「児童相談所が参加して協同面接が実施された性虐待の件数」は 482 件で、厚生労働省が発表した「児童相談所における児童虐待相談対応件数」によると、同時期の 2 年間に「児童相談所が性的虐待として受理した件数」は 3,159 件(同居人による性虐待やきょうだい間性加害被害はネグレクトに計上されるため、この数には含まれない)であった。これを基に算出すると、児童相談所が受理した性的虐待事例のうち、協同面接が実施されたのは約 15%ということになり、協同面接の実施は十分とは言えない。また、児童相談所や医療機関の現場からは、協同面接が本来の目的である子どもの福祉向上ではなく、事件捜査が主目的であるかのように聞こえているという声を聞くこともあるが、その全体像を把握するための具体的な調査はなされていない。

さらに、虐待立証のためには専門的訓練を受けた医師による系統的全身診察も重要であり、本来は協同面接とセットで行うべきものであるが、現時点ではごく一部の医療機関で臨床の現場に取り入れられているに過ぎない。

本研究は、医療者と児童相談所・警察・検察との連携を強化し、協同面接と系統的全身診察をルーティンワークとして実施することによって、子どもからの聞き取りと診察所見が十分な法的根拠となる体制を確立し、最終的には子ども虐待防止に資することを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、「児童相談所との連携に関するアンケート調査」「協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査」「協同面接と系統的全身診察の実施状況に関する詳細調査」の 3 つの調査と、これらの調査を基にした『協同面接と系統的全身診察の手引き』の作成およびその手引きの効果判定等に基づく提言の取りまとめとその公表で構成される 3 か年研究である。しかし、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響で、予定していた現場への詳細な調査を延期せざるを得ず、手引きの配布

が令和 4 年 3 月中旬となったため、その効果判定を行うことができなかった。

I. 児童相談所との連携に関するアンケート調査

医療機関と児童相談所の連携については、一般社団法人日本子ども虐待医学会(以下、JaMSCAN)の正会員を対象として、協同面接等と系統的全身診察および児童相談所との連携に関するアンケート調査を実施した。方法としては、学会事務局を通して学会のメーリングリストを用いた調査を行い、Web 上で回答を得た。調査項目は下記の通りである(資料 1)。

- 1) 職種、経験年数
- 2) 児童相談所の依頼を受けて関わる内容
- 3) 児童相談所通告の経験の有無と例数
- 4) 児童相談所との連携の円滑さ
- 5) 児童相談所との連携で問題となる状況
- 6) 系統的全身診察
- 7) 自由記載

II. 協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査

この実態調査には、児童相談所等の現状を把握するための調査(【所票】)、協同面接(児童相談所・警察・検察の代表者 1 名による調査・捜査面接)や司法面接(児童相談所・警察・検察に医療者も加わった多機関連携チーム(Multidisciplinary Team:MDT)の枠組みで専門的訓練を受けた司法面接者が実施する調査・捜査面接)(以下、協同面接と司法面接を合わせて協同面接等とする)を実施した事例の調査(【個票 1】)、児童相談所が性虐待として受理したが、協同面接等を実施しなかった事例の調査(【個票 2】)の 3 種類がある(資料 2)。

調査票は児童相談所等に郵送で配布し、レターパックにて兵庫県立尼崎総合医療センターに送付する形式とする。なお、性的虐待と性虐待の違いについては、「性的虐待:親権者等、児童を現に監護するものによる性被害」「性虐待:家庭内・外の性暴力被害全てを含み、加害者(家族、親族、同居人きょうだい、第

三者など)や被害を受けた場所(家庭内、家庭外)を特定しないもの」と定義し、各調査用紙に記載した。

ただし、協同面接等実施民間団体への調査項目は、下記の中から児童相談所のみに関する項目を省いて作成した。

【所票】

- 1) 協同面接等の実施について
 - ① 調査期間中に行われた面接の件数と種別
 - ② 面接実施のための基準の有無とその内容など
 - ③ 問題点や課題
- 2) 性虐待について
 - ① 調査期間中に関わった性虐待の経緯別案件数
 - ② 協同面接の実施に関する他機関との協議の有無とその内容など
- 3) 子どもの被害に関する医療との連携について
 - ① 児童相談所等に所属する医師の数と専門分野
 - ② 系統的全身診察の認知度
 - ③ 医療機関を受診する目的や状況(内容、受診先)
 - ④ 医療機関との連携(現状、問題点など)
- 4) 自由記載

【個票 1: 協同面接等を実施した事例】

- 1) 事例の性別と種別
- 2) 案件の発見・通告の状況(時期、種別、内容など)
- 3) 協同面接等の全経過、単独面接、司法対応と協同面接等の具体的な内容(1回目から4回目まで実施回数に応じて記載)
- 4) 子どもの状況(一時保護の有無、児童相談所の関与など)
- 5) 医療機関の受診状況(時期、受診先、内容、結果、被害開示の状況)
- 6) 協同面接や医療機関との連携に関する問題点
- 7) 自由記載

【個票 2: 性虐待として受理したが、協同面接等を実施しなかった事例】(児童相談所のみ配布)

- 1) 事例の性別と種別
- 2) 案件の発見・通告の状況(時期、種別、内容など)
- 3) 被害事実確認面接の具体的な内容と協同面接を実施しなかった状況

- 4) 子どもの状況(一時保護の有無、児童相談所の関与など)
- 5) 医療機関の受診状況(時期、受診先、内容、結果、被害開示の状況)
- 6) 被害事実確認面接や医療機関との連携に関する問題点
- 7) 自由記載

Ⅲ. 協同面接と系統的全身診察の実施状況に関する詳細調査

児童虐待や性暴力救援に積極的に取り組んでいる機関として調査の対象とした施設は以下の通りである。児童虐待対応に関しては地域での対応の基幹となる小児科を有する病院として、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、国立成育医療研究センター、四国こどもとおとなの医療センター、茨城県立こども病院、神奈川県立こども医療センター、兵庫県立尼崎総合医療センター、沖縄県立中部病院、北九州市立八幡病院、総合病院国保旭中央病院、前橋赤十字病院の10病院を選んだ。また、性暴力救援、性被害に積極的に取り組んでいる病院としては阪南中央病院(性暴力救援センター・大阪 SACHICO)と日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院(性暴力救援センター日赤なごやなごみ)の2病院で、関連機関として日本フォレンジックヒューマンケアセンター、日本福祉大学看護学部看護学科(教員)の2施設も対象とした。また、協同面接実施民間団体は子ども支援センターつなぐ、子どもの権利擁護センターかながわ(子どもの権利擁護センター: Children's Advocacy Center (CAC))、カリヨン子どもセンター、子どもの虐待防止センターの4か所である。児童相談所として選んだ港区児童相談所は協同面接や系統的全身診察に積極的に取り組んでいる。

これらの19施設に対して、事前に個別にアンケート調査を行った後、2群に分けてグループヒアリングを行った。グループ1は児童虐待に取り組む小児科を持つ10病院、グループ2はそれ以外の7施設(関連機関を除くと5施設)とした(資料3)。

協同面接・司法面接(以下、協同面接等)に関する調査の実施に当たっては、メールで依頼文とアンケート調査票を送って協力を依頼した。調査項目は下記の通りである。

- 1) 自施設が関与する協同面接等
 - ① 自施設で実施している場合:その課題
 - ② 自施設で実施できない場合:その理由
- 2) 自施設が関与する系統的全身診察
 - ① 自施設で実施している場合:その課題
 - ② 自施設で実施できない場合:その理由
- 3) こころのケア(TF-CBT など)
 - ① 自施設で実施している場合:その課題
 - ② 自施設で実施できない場合:その理由
- 4) 多機関連携チーム(MDT)について
 - ① 児童相談所との連携についての自己評価
 - ② 児童相談所との連携に関する課題
 - ③ 警察との連携についての自己評価
 - ④ 警察との連携に関する課題
 - ⑤ 多機関連携における医療側の課題

(倫理面への配慮)

本研究における調査は、兵庫県立尼崎総合医療センターの倫理審査委員会で承認を受けたうえで実施した(承認番号:1-171)。また、各調査の回答者に対しては、調査への回答をもって同意取得を確認した。なお、いずれの調査も、回答後一定期間内に同意の撤回の申し出があれば、調査対象から除外した。

C. 研究結果

I. 児童相談所との連携に関するアンケート調査

本調査の結果は、表 1～表 12 に示すが、これらの表のうち、*を付けたものは、調査項目に対して複数回答可としたため、合計数は必ずしも、総数と一致しない。

1) 職種と経験年数

JaMSCAN 正会員数は 2020 年 3 月時点で 509 名であり、2020 年 3 月 31 日までの回答者数は 137 名(回答率 27%)であった。職種別に示すと、医師は

325 名中、107 名(33%)が回答していた。以下同様に、看護師・保健師・助産師の回答者数は 116 名中 17 名(15%)、医療ソーシャルワーカーは 28 名中 6 名(21%)、その他は 40 名中 7 名(18%)であった。また、現在の職種としての経験年数は 3～47 年(平均 23 年)で、その詳細は表 1 の通りである。

2) 児童相談所の依頼を受けて関わる内容

この項目のみ、回答の対象を医師 107 名とした。

① 協同面接等に関連した状況における児童相談所との関わり(表 2)

児童相談所からの依頼のうち、協同面接等に関するものは 69 名(64%)の医師が「経験なし」と回答しており、協同面接の実施(モニタールームへの同席や協同面接実施後の振り返り)に直接関わった経験のある医師も少ないことがわかる。

② 協同面接等に関連しない状況における診察(表 3)

その一方で、多くの医師が虐待に直接関わっている(たとえば、身体的虐待では 79 名(73%))と回答しており、経験のない医師は 22 名(20%)であった。

③ 上記①②以外の状況(表 4)

それ以外でも、さまざまな状況で医師が児童相談所と関わっていることがわかる。

3) 児童相談所通告の経験の有無と例数(表 5)

医師以外の職種も含め、多くの JaMSCAN 正会員が通告に関わっており、経験がないと回答したのは 11 名(8%)であった。

4) 児童相談所との連携の円滑さ(表 6)

児童相談所との連携に関する全般的な意見としては、「とても良好～問題なし」が 77 名(56%)、「問題あり～多い」が 55 名(40%)と分かれていた。

5) 児童相談所と連携するうえで問題となる状況

① 通告に関して(表 7)

通告に関してはさまざまな問題があるが、特に通告後の対応や「経過の報告がない」という指摘が多かった。

<「その他」に記載された内容>

- ・すぐに再統合(家庭引き取り)の判断となる。
- ・児童相談所の関わりが不適切なために、医療機関に対して子どもや保護者からクレームが来る。
- ・児童相談所が警察との連携を図らず、警察通報の要否の判断や実際の通報を医療機関任せにする。
- ・予防目的の会議を開催しても、児童相談所がコーディネーターとして機能しない。
- ・職権一時保護に至る前の援助方針を医療機関と共有して協働するということがない。など

② 協同面接等に関して(表 8)

協同面接等に関する問題は「なし」が 67 名(49%)と半分を占めていたが、その多くは、そもそも医療機関が協同面接等で児童相談所と関わる経験がないことによるものと推定される。

<「その他」に記載された内容>

- ・起訴を前提とする事例に関しては、最初から専門的医療者との連携を duty にしていただきたい。後から関わると時間が無駄なだけでなく、具体的な子どもの不利益が生じる。
- ・協同面接の前に児童相談所による被害事実確認面接や警察による事情聴取が行われているケースが多い。
- ・協同面接への参加依頼がない。
- ・協同面接の実施時期の確定が遅く、その間に子どもが親から口止めされていた。など

③ 診察依頼を受ける状況に関して(表 9)

診察に関しても、やはり「関わりが受診時だけで、その後の経過報告がない」という問題が多く指摘されている。

<「その他」に記載された内容>

- ・診察を受けに行く理由に関する子どもへの説明が不適切である。
- ・事例の選択基準があいまいである。

④ 一時保護後の状況に関して(表 10)

一時保護後に家庭への引き取りを検討する際に、通告元への相談や報告がなく、また、事例の経過全体を関係機関で検討する機会もないことについては、半数以上の医療者が問題であると考えている。

<「その他」に記載された内容>

- ・家庭引き取り後のプランが曖昧なままに帰宅する症例がある。
- ・最終的な結果の報告がない。
- ・一時保護後の専門的な経過観察が不十分で、新たな医学的問題が発生する。など

6) 系統的全身診察に関して

① 診察の経験の有無と例数(表 11)

系統的全身診察については、診療経験がある JaMSCAN 正会員は 39 名(28%)に過ぎなかったが、経験がなくても、研修は 49 名(36%)が受講していた。そのうち 26 名は「研修は受けたが、診察をする機会がなかった」と回答しており、子どもたちに系統的全身診察を提供する体制が不十分であることを憂う声が聞かれた。

② 系統的全身診察の必要性(表 12)

JaMSCAN 正会員の間では、系統的全身診察の必要性が認識されており、現在のように、認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパン(CFJ)等の民間団体に負担をかけるのではなく、学会主導で普及すべきであると考えている正会員が 71 名(52%)と多かった。

7) その他、自由記載

① 児童相談所に関して

- ・児童相談所の職員が短期間に異動になるため、事例の引き継ぎや関係性の継続で苦勞している。
- ・児童相談所職員の対応技術の未熟さを感じるが増えており、個人の能力の問題だけではなく、職員の増員、体系的な研修システムの充実が必要である。
- ・児童相談所や担当者によって、対応や判断基準のばらつきに戸惑うことが多い。
- ・児童相談所を信頼して伝えた情報が勝手に広められてしまったことがある。
- ・家族の同意が得られない場合や、家庭裁判所への申立てが認められにくいと児童相談所が判断すると、最初から一時保護をしない方針を採る。
- ・心理的虐待やネグレクトが児の成長発達に及ぼす

影響の深刻さに関する認識が、児童相談所と医療機関で食い違うことが多く、落胆することがある。

- ・医療機関の医学的診断を児童相談所に無視される。もしくは、「医療機関が虐待と診断しなければ保護できない」と言われる。

② 多機関との連携に関して

- ・院内で十分検討したうえで通告しても、児童相談所はその重大性を理解しない。
- ・通告した病院に対して、児童相談所から最終報告がないため、病院側で再検討・再評価ができず、病院における最終的な登録記載や医療者の教育に大きな支障がある。
- ・病院として一時保護委託を受けて入院した児でも、病院側から児童相談所に働きかけないと、関係機関とのカンファレンスにも発展しない。
- ・ケース会議や要保護児童対策協議会で児童相談所が具体的な方針を示さず、市町村にほぼ丸投げという場合がある。
- ・児童相談所・検察・警察と病院の4機関連携の体制整備が、法的根拠も含めて必要である。また、各関係機関は虐待専門の部門を整備するべきである。
- ・通告後の医療機関と児童相談所や警察との情報のやりとりが十分ではないため、医療機関と患者・保護者との間のトラブルの原因になる。

③ 協同面接等に関して

- ・現段階での協同面接等は **Child First Doctrine**（子どもが第一の原則）に則っておらず、各機関の仕事がスムーズに遂行されることが第一目標となりがちに見える。
- ・協同面接は、子どもの発達や虐待に対する子どもの反応、開示のプロセス、開示を妨げるブロックなどとともに、犯罪の構成要件も熟知した専門の司法面接者が実施すべきである。
- ・協同面接や系統的全身診察は、一般診療と異なる場所や時間でいいに行う必要があるが、受診件数が少ないと十分な体制が組めないため、都道府県ごとに施設認定をして、そこに関係者が集

まるような制度を作れるとよい。

- ・協同面接の実施に関して警察・検察・児童相談所の意図と目的のすり合わせが不十分で、医療機関への連絡もなく、情報収集・連携が不十分である。
- ・医療機関が協同面接に参加していないため、系統的全身診察と司法面接の位置づけや相互に役立つポイントなどが児童相談所や警察検察に理解されていない。
- ・系統的全身診察や協同面接のプロトコルも、全国で統一したものが必要である。

④ 医療機関に関して

- ・全医療機関に経験豊富な医師を配置することは無理があるので、地域ごとに相談機関があれば、効率的で有効な運用が可能である。
- ・小児科医でも協同面接や全身診察の必要性自体をほとんど知らず、周知が十分ではない。
- ・性虐待の診察は産婦人科医に依頼していて、医学的診断に関する経験や自信がない。

⑤ その他

- ・系統的全身診察やセカンドオピニオンも、個人的な関係に頼るのではなく、研修や認定制度を作るべきである。
- ・系統的全身診察に関しては、理論的には重要であるが、実際に子どもがどれだけ良い **outcome** を得られたのかがわからないため、必要かどうか判断できない。

II. 協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査

協同面接・性虐待と系統的全身診察および医療機関との連携に関する実態調査で、回答用紙の返送があったのは、全国の児童相談所 215 か所のうち 130 か所(回収率 60.4%)、協同面接等実施民間団体 4 か所のうち 3 か所(75%)であった。「協同面接等を実施した事例の調査」については、計 775 事例(1 か所からの報告数は 0~46 事例、平均 5.8 事例)、「性虐待として受理したが、協同面接等を実施しなかった事例の調査」については、計 684 事例(1 か所からの報

告数は0～42事例、平均5.2事例)の回答が得られた。調査票の回収期限を当初は2020年4月30日としていたが、COVID-19流行の影響のためか、回答が集まらず、未回答の児童相談所等に対して2020年6月30日に協力依頼の書類を送付した。最終的には9月30日末までに協力が得られたのは、児童相談所等219か所のうち133か所(回収率60.7%)であった。また、協力が得られる児童相談所等への実地調査はCOVID-19流行のため、中止せざるを得なかった。

また、設問によっては無回答の設問があった場合には欠損値として扱い、()内の%の数字は有効値を母数として算出した。件数、年齢などの数値は、平均±標準偏差(最小値～最大値)で示した。

(1) 児童相談所等の現状を把握するための調査

【所票】

1) 協同面接等の実施について

① 調査期間中に行われた面接の件数と種別

回答のあった児童相談所等では、調査期間中に計1,406件の協同面接が実施され、うち性的虐待704件(50%)、性虐待(性的虐待を除く)107件(8%)、身体的虐待461件(33%)、ネグレクト52件(4%)、心理的虐待36件(3%)、その他(犯罪の目撃など)46件(3%)であった。1か所あたりの実施件数は、それぞれ5.4±8.1件、0.8±2.0件、3.6±5.1件、0.4±1.5件、0.3±0.8件、0.4±1.4件であった。

② 面接実施のための基準の有無とその内容など

「協同面接の実施基準を定めてそれに基づいて判断している」という児童相談所は有効回答132か所のうち25か所(19%)だけで、「基準はなく事例毎に検討している」のが97か所(73%)、「実施の判断については関与していない」が10件(8%)であった。実施基準については、「適切に定められている」と回答したのは11か所(46%)で、「基準が漠然としていて最終的には現場の判断となる」のも11か所(46%)であった。実施基準がない施設のうち有効回答のあった96か所では、「児童相談所・警察・検察の3機関で協議する」が61か所(63%)、「警察と検察の2

機関で協議する」が28か所(29%)であった。また、「実施基準はある方がよい」との回答は36か所(38%)から得られたが、うち33か所は「作成の予定はない」と回答していた。なお、「基準はなくてもよい」が49か所(52%)、「ない方がよい」が7か所(7%)と過半数を占めていた。

③ 問題点や課題

協同面接に関する問題点としては、「面接が事件化の判断を目的とするあまり、子どもへの福祉的配慮に欠ける」が71か所、「実施に関する連絡が遅く、児童相談所単独での面接が必要かどうか迷うことがある」が38か所、「面接者の経験不足などのため、適切な面接ではないことが多い」が32か所、「実施に関する連絡が遅く、その理由についての説明もないため困ることがある」が15か所であった。

それ以外として挙げられた問題点や課題は22件あり、うち12件は検察・警察、9件は開催方法、1件は医療に関する内容であった。

<その他の協同面接等の問題点や課題>

- ・警察・検察・児童相談所それぞれの目的が異なるため、取り掛かるまで時間を要す。また、どのような内容を確認するかもなかなか決まらない。
- ・検察に人的手当がなされておらず、協同面接事前協議への参加率が低い。事件化が見込めるものみの参加では対応が不十分となり、子どもの利益や権利保障につながらない。
- ・裁判における証拠能力を確実なものにするため、面接者はすべて検察官が務めており、限られた検察官に負担が集中している。
- ・3機関協議と言いながら、現状は面接者が検察官なので、検察の意向に沿う形になっている。
- ・虐待の初期対応段階で司法面接の実施について判断を迫られる場合がある。
- ・子どもの負担が大きい割には実際の保護者に対する処分が軽い印象を受ける。
- ・児童を保護してしまうと、急いで対応しようとする様子が検察や警察にない。
- ・協同面接実施の決定が警察・検察の判断に委ねら

れている。

- ・協同面接の研修を受けていない警察官がモニタールームに入ると、面接の進め方に理解が得られにくい。また、検察官が面接者になると、複数のプロトコルが混在されていることが多い。
- ・本来の目的でなく、協同面接の名のもとに「捜査協力」をさせられていると感じるときがある。
- ・司法面接研修修了者の不足、特に検察。
- ・面接者だけでなく、モニタールームに同席する多機関連携チーム(MDT)メンバーも経験不足のため適切な面接の実施が難しい。
- ・地理的な面から日程調整に時間を要することが多い。
- ・面接者や場所の確保に時間がかかる。
- ・一時保護中に捜査や協同面接が行われ、保護期間が長くなる。面接後に子どもが不安定になる。
- ・協同面接が複数回にわたる等、本来の目的である子どもの負担軽減が適切に実施されていない場合がある
- ・協同面接の実施が決定しても、日程調整の結果、児童相談所が望ましいと考えるタイミングで協同面接が実施できない事例がある。
- ・3機関以外の協力者(小児科医)の関心ごとに振り回されている。 など

2) 性虐待について

① 調査期間中に関わった性虐待の経緯別案件数

各児童相談所が性虐待として最初の通告を受理した件数は 18.3±22.0 件(0~164 件)であった。また、他の児童相談所から性虐待として移管となった件数は 0.6±1.3 件(0~6 件)、他の虐待として関わる間に性虐待の存在が判明したのは 1.2±2.8 件(0~15 件)であった。

② 協同面接の実施に関する他機関との協議の有無とその内容など

性虐待の事案について協同面接の実施の可否に関する協議に参加する割合は、「原則として全例」と回答した児童相談所は 64 か所(53%)、「70~90%」が 5 件(4%)、「30~70%」が 10 件(8%)、「10~30%」が 14 件(12%)、「参加しない」が 27 か

所(23%)であった。また、実施に関する判断として「実施しないという判断は妥当である」と回答した児童相談所が 54 か所(43%)、「決定までに時間がかかり対応に困る」のが 46 か所(37%)、「実施しないという判断に至った経緯の説明がなく、結論しか連絡がない」が 17 か所(14%)、「実施しないという判断は不適切であると考えることが多い」が 8 か所(6%)であった。協同面接が実施されなかった事例に被害事実確認面接を実施する割合は、「原則として全例」が 84 か所(67%)、「70~90%」が 11 件(9%)、「30~70%」が 12 件(10%)、「10~30%」が 10 件(8%)、「実施しない」が 8 か所(6%)であった。

協同面接に関する児童相談所としての考えや印象として、その他に記載された内容は以下の通りであった。

< 協同面接実施の要否の判断に関する問題点 >

- ・「年長児であるため通常の聴取が可」「検察で協同面接を実施する余裕がない」という理由で、子どもの負担が考慮されず、一方的に実施しないとされることがあった。
 - ・虐待の程度や児童の意向から、実施する効果が見込めない事例でも実施に傾いてしまう。
 - ・警察・検察側の子どもたちへの対応に不安を覚え、実施を躊躇する。実施場所や聞き方など、子どものペースが保障されていない印象がある。
 - ・警察が「実施しない」と判断しても、検察が「実施する」と判断すれば、要否が変わる印象がある。
 - ・検察の判断が大きい。
 - ・検察主導の印象を受ける。
 - ・実施後、事件化に向けてケースワークが滞ることが多い。
 - ・検事聴取を期待したが、日程の都合で警察や児童相談所対応となる場合があり、それは事件化されないことが前提となっているように感じる。 など
- ### < 協同面接非実施となる理由として想定されるもの >
- ・子どもの年齢が高いから通常の事情聴取で可能と判断した。

- ・被害者が16歳以上のため、後でも複数の面接は可能と検察が判断した。(しかし、実際には2回目以降は子どもが拒否した。)
- ・本人が供述可能な年齢の場合に、協同面接にするよりも通常の聴取にするべきであると、検事が判断する場合があった。
- ・被害児が高年齢であり、子ども自身が事件化を望まない意思が明確であるから。
- ・子どもの言語能力や精神状態から児童相談所と警察の2機関協同面接で足りると判断した。
- ・協同面接よりも事情聴取での聞き取りが適当と判断された。
- ・別途捜査が行われており、協同面接は必要ないと判断した。
- ・すでに警察が詳細な聞き取りを行っており、子どもの負担を減らすため。
- ・客観証拠がない、または、乏しい。
- ・警察の捜査による情報収集が不十分と判断された。
- ・事件化が困難であると警察が判断した。
- ・子どもに処罰感情がない。
- ・子どもの拒否。
- ・被害児の家族が事件化を望んでない。
- ・保護者の協力が得られない(一時保護を実施していないケース)。
- ・きょうだい間性加害被害ケース。
- ・施設内性加害被害ケース。

など

3) 子どもの被害に関する医療との連携について

① 児童相談所等に所属する医師の数と専門分野

医師が児童相談所に所属しているのは123か所(92%)であったが、その多く(105か所、85%)は非正規・嘱託であった。専門分野は、正規採用の場合は児童精神科、非正規・嘱託の場合は小児科・精神科が中心であった。

② 系統的全身診察の認知度

系統的全身診察という診察方法について、「聞いたことがあり、連携している医療機関で行っている」のは21か所(16%)に過ぎず、「聞いたことはあるが、

連携している医療機関で行っているかどうかは不明」が80か所(60%)、「聞いたことがない」が26か所(20%)であった。

③ 医療機関を受診する目的や状況(内容、受診先) 協同面接に関連して医療機関と連携する割合は「原則として全例」と回答した児童相談所は30か所(24%)、「70～90%」が10件(8%)、「30～70%」が14件(11%)、「10～30%」が17件(14%)、「行わない」が55か所(44%)であった。連携の目的として、系統的全身診察は17か所(17%)、それ以外の診察69%(70%)で、協同面接実施時のモニタールームへの同席、実施後のレビューについては、6か所(6%)ずつであった。

④ 医療機関との連携(現状、問題点など)

医療機関との連携について「問題がある」「問題が多い」と回答したのはそれぞれ3か所(2%)、14か所(11%)であり、「連携できる施設がない」「虐待についての関心が低い」「対応する窓口や担当者が決まっていない」「担当医師・担当者によって判断が統一されていない」のは、各々15か所、13か所、14か所、29か所であった。

<その他に記載された内容>

- ・ケースワークに関する意見が児童相談所と医療機関で異なることがある。
- ・児童相談所の判断に関し、一方的な批判を受けることがあり、協議が膠着することがある。
- ・児童相談所の知らないところで医師が保護者に「施設に入れてもらいなさい」と言ってしまうことがあり、困っている。
- ・医療機関で発見した事例でも警察へ通報せず、対応を児童相談所任せにする傾向がある。
- ・圏内に法医学の観点から診察してもらえる医療機関がない。
- ・児童精神科医や子どもを入院させられる医療機関が少ない。
- ・系統的全身診察ができる医師や医療機関が少ない。
- ・単科病院(特に精神科)の中で調査に非協力的な所がある。

・地域に虐待に関心を持って専門的に見てもらえる医師がいない。時間外だと、特に困難。医師個人の考えや意見に左右される部分も大きい。

・連携できる医療機関はあるが、限定されているのでもっと窓口が増えると良い。など

また、医療機関との連携について工夫されている点としては、「定期的に会議を開いて、『顔の見える』関係を作るようにしている」が45か所、「通告・連絡を受けた子どもについては、その後の処遇や状況を報告している」が45か所であった。

<その他に記載された内容>

・一時保護中の子どもの時間外の受診について医療費の支払いがスムーズになるようにしている。

・サポートチーム会議などのケース協議への参加を依頼している。

・協力医療機関を定め、医療支援検討会を開催している。

・ケースの受診時には概要や児童相談所側の希望を伝え、医療機関の意見も聞き、関係構築に努めている。

・医療関係との連携について、児童相談所の窓口は保健師が担当するようにしている。

・医療機関からの要請により講師を派遣している。

・医療機関が年に1回、通告の初動を振り返る会議を実施している。

・通告に関する対応標準化について、市内中核医療機関のネットワーク会議を年5~6回程度開催している。

・院内虐待対策委員会に参加している。

・関連会議に積極的に参加する。個別ケース検討会議等に医療機関の参加を求める。

・虐待から守る会など子ども虐待に理解や関心を示してくれる複数の医師らとのつながりを深めている。

・協力医療機関を定めて、医療支援検討会を開催している。

・子ども虐待対応能力向上のため、医療機関向け研修や地域の中核拠点病院が主催する虐待防止をテーマにした会議などに参加するように努めている。

・周産期センターが主催する会議に参加し、支援が必要な妊産婦の情報共有を行なっている。

・できるだけ同じ病院への受診を繰り返し、医師との関係を作るようにしている。

・診察の際は子どもの状況について、ていねいに説明している。

・鮮明な画像診断を実施するため、警察の鑑識と連携している。

・ていねいな情報提供や連携を心がけている。

・乳児院や医療機関との連携、医療機関に福祉分野を理解してもらうために見学や連絡会を実施している。

・病院 MSW との連携を密にし、受診がスムーズにできるよう依頼している。

・要保護児童対策地域協議会における情報共有や研修等を行っている。

4) 自由記載

・医療機関の中には虐待に関する理解や児童相談所との連携について、まだ十分でないところがあり、啓発が課題と思われる。

・系統的全身診察を行える医師に関する情報がない。

・虐待診断における大きな違いは少ない。それよりも、情緒が不安定で自傷・他害などの行動化をしてしまう子どもたちなど、家庭への引き取りが難しい事例こそ医療機関との連携を図りたいところだが、受け入れが困難とされる場合が多く、子どもの処遇上、緊迫した課題となっている。

・「協同面接」が始まった頃と現在では、ずいぶんとあり方が変わってきている。当初は、児童相談所が日程や場所の調整を行ったり、事前協議もていねいに行ったりしていたが、次第に「代表者聴取」と呼ばれる検察主導のものとなっている。

・児童相談所から警察に、警察から検察に連絡を取り、協同面接を実施するかどうかの判断をする。日時・場所は検察が決め、児童相談所はその連絡を待つが、結局、検察が入れないとのことで、2機関協同面接になり、警察官が面接をする場合もある。

・実施するかどうかは事件化の可能性があるかどうかで

判断され、面接の日時もその視点で決まる。事件化が困難な場合、加害者の取調べが行われない場合もある。

- ・児童相談所としては、抑止力として加害者の取調べは実施してほしいことがある。
- ・十分なやりとりができる子どもは、従来の事情聴取を適用し、それが困難な年少児や障害児の場合に協同面接という流れもあり、違和感がある。
- ・協同面接そのものがプロトコルに沿うというより、事情聴取の様相がある。
- ・事件発覚から警察への連絡、協同面接までの流れはできており、対応も早くなって、面接者への情報共有もできるようになり、その意味での連携は進んでいる。
- ・児童相談所と検察・警察では目的としていることが異なる部分があると思われる。しかし、3機関が連携することで、被害を受けた子どもの負担軽減に繋がっていると感じている。
- ・3機関連携の事例を積み重ねることで、児童相談所も司法連携という新しいケースワークを展開できるようになってきたことは良いことである。
- ・医療機関との連携はこれまでも行ってきたが、今後はより一層連携を深めることが必要と考える。
- ・系統的全身診察についても、積極的に機会をとらえて取り組んでいきたい。
- ・多機関連携の重要さは感じるが、各々の役割、立場の違いから、調整の困難さを実感する。被害児本人の福祉が後回しになる危惧を感じる。
- ・医療機関とも連携が深まればありがたい。現状では、虐待が疑われたら、即、一報いただくなどスピーディーな対応をしていただければいいのにと思うことがある。虐待や系統的全身診察について理解し、対応してくださる医療機関が増えていくことを望む。
- ・通告受理した際に速やかに連携できるような、整形外科医・産婦人科医等の専門医の確保が難しい。
- ・起訴する際に、証拠として採用されやすいのは検察官の調書であることは理解しているが、年齢の低い子どもや知的に障害のある子どもに協同面接を行う

場合、適切な面接者や方法について、事前協議の場で十分話し合うことが難しい。

- ・被害児が受診した医療機関がまず、どのような検査が必要かを判断できず、適時に実施されない面がある。医療機関の虐待対応への専門知識の研修体制の充実が求められる。
- ・協同面接について、検察側のスケジュール優先で進められてしまい、結果、適時に適切な実施がされない面がある。
- ・連絡調整に時間を要すること、判断理由についての説明がない、または、不十分であること、事件化の判断を目的とするあまり、子どもへの福祉的配慮に欠けることが依然として検討事項のまま引き継がれている状況にある。
- ・司法面接実施後の支援(対応)について、嘱託弁護士への相談を通して、協議・検討しているが、児童福祉司がさらに知識と経験を積み重ねていく必要がある。
- ・性的虐待の場合の診察について、子どもが開示した内容から、どこまでの診察を行う必要があるのか迷う。子どもの心身の負担を考慮するとともにていねいな説明と対応が必要である。
- ・H30年度(2018年度)より3機関での協同面接が軌道に乗り、連携もスムーズになってきた。
- ・定期的に検察・警察・児童相談所との連絡会を実施し、課題を整理しているところである。
- ・虐待事例以外でも、第三者被害に対する協同面接が増えてきており、対応の協議をすることが多くなっている。
- ・役割を明確にして、子どもや家族の負担にならないようにしていきたいと考えている。
- ・いずれの機関においても、司法面接の技量に課題がある。
- ・実施の有無は3機関で協議するものの、検察の判断が大きく、児童相談所はモニタールーム(観察室)での同席者として関わる。協同面接実施までの間は子どもに面接もできず、確証のない状況で保護者との面接も難しい。

- ・児童相談所の業務に関する理解や協力が得られにくく、情報提供や一時保護実施時に協力を得づらく、一時保護以降に病院内での保護者対応を児童相談所職員に求められること等がある（「児童相談所が実施することは妨げないが、病院に一切迷惑をかけるな」というような姿勢）。
 - ・特に、婦人科で性虐待被害児の診察や、治療、中絶などに協力的な医療機関がなく、対応に苦慮することが多い。このような現状であり、協同面接への協力や系統的全身診察は、現実的に検討できる段階にはないという印象である。
 - ・医療機関との連携については、保護者とのトラブルを避けたいがために、院内虐待防止委員会に児童相談所を呼んで通告した形にしている。タイムリーな通告になっていない。BEAMS 研修もかなりやってもらったが、参加しているのが現場の医師でないため、本当に知ってもらいたい人たちに虐待対応が伝わっていない。
 - ・一定の研修を受けた専門医の養成、面接者の養成を行い、即応体制を整えていただきたい。医療関係者の問診が誘導になったり、子どもの先入観を形成したりする可能性があるため、協同面接の振り返りをした際に話題になった。
 - ・協同面接については、検察の判断が最優先されてしまい、子どもの負担軽減という主旨がなかなか伝わらない。事件化ができるかが判断基準にされがちで、「事件化できるようであれば、再度、協同面接を実施する」と言われたことがある。
 - ・性虐待に対応できる医療機関がそもそも不足しており、系統的全身診察も地域では行えない状況。
 - ・全ての類型の虐待を含め、小児科以外の機関（救急等）で理解の促進が必要である。
 - ・協同面接の目的は子ども本人の福祉と負担軽減がいちばんの目的と考えていたが、警察・検察は供述の信用性の確保が第一と考えているようである。そのため、これまで子どもの負担軽減のために、急いで児童相談所がやっていた事実確認面接ができない。加害親への告知が長期間できず、いたずらに一
- 時保護期間が長くなるという例が見られる。一時保護だと学校に行くことができないなど、長期にわたることは児童に不利益になるが、警察・検察は事件化を優先する。事件化よりも児童の保護・福祉を優先してほしい。
 - ・協同面接の実施については、警察主導で行われ、何を基準にして決めているのかさえ分からない。協同面接の前後の話し合いもほぼ行われていないため、警察・検察との3機関協議をしてくれるよう要望している。
 - ・協同面接を実施する前の事前打ち合わせが大切。立場や役割が異なる機関が情報を共有し、共通したケース像を描き、面接者の選定や体調への配慮やラポール形成、所要時間など、子どもへの負荷を最小限にするように努める。
 - ・系統的全身診察は面接の後に計画している。診察について事前に説明後、子どもの気持ちを確認し、診察の目的を伝えている。
 - ・協同面接後の診察も、事後の見守りや支援が大切。
 - ・協同面接には事前打ち合わせ、面接の実施と調整に時間がかかる。診察の予約も時間がかかる。
 - ・当所では、3機関協同面接の件数が増加している。当所の係属ケース、協同面接の依頼が来て初めて当所が関わるケース、検察と警察が面接を行い、「場所貸し」のみを行うケースに分類される。
 - ・さまざまな課題が生じており、整理が必要だと思われる。
 - ・警察官の中には、協同面接について知らない方もいるので、実際に協同面接のケースがあったときに、意思疎通がしにくいことがあった。検察や警察にも、協同面接について正しい知識を持ってもらいたい。
 - ・本市では、ほとんどのケースについて児童相談所で協同面接が行われている。協同面接を実施するための環境を検察や警察でも整えてもらいたい。
 - ・性虐待への対応 ・証拠の採取が優先され、警察の意向で性虐待に精通していない一般の医療機関を受診したが、証拠の有無という視点でしか対応してもらえず、後日、児童相談所が連携している医療機

- 関を受診させた。警察官にも虐待に精通している医療機関を知ってもらいたいし、一般の医療機関にも被虐待児への対応や診察技術を身につけてもらいたい。
- ・協同面接で児童から十分話を聞くことができたにもかかわらず、警察が調書を作成していないというのは困るという理由で、後日、警察官が子どもに調書を取ったり、現場の再現を行ったりした。結果、子どもは精神的不安になり、フォローが必要となった。警察や検察には、子どもに対する十分な配慮をお願いしたい。
 - ・10代後半の子どもの性虐待事件について、一般の強制わいせつ事件と同じ対応と言われ、警察で4度にわたって調書を取られ、子どもの精神的な負担になった。警察や検察には、被害者の心情に沿った対応をしてほしい。
 - ・系統的全身診察ができる医療機関を各地に計画的に設置願いたい。
 - ・系統的全身診察は今後、不可欠だと感じるが、実施できる医師が限られている。協同面接への専門的医師の出席が必要だと感じる。
 - ・検察・警察・児童相談所・医療機関等の連絡協議会が定期的で開催されており、事案を通して具体的な課題を検討し、積み重ねてきている。そのため、スムーズな協同面接が行われるようになっており、新たに課題が生じた場合でも、すぐに検討することが可能となっている。
 - ・系統的全身診察は必要であると思われるが、それが行える医師が少なく、体制も整っていない。児童相談所に医師の配置等ができるの良いのかもしれない。
 - ・現在、警察の情報共有を実施しているため、性虐待など、一時保護した事例は全て警察へ連絡しているが、3機関協議や協同面接の実施の有無がなかなか決まらず、児童相談所の援助方針や保護者への保護理由の開示等に支障を来している。また、捜査の進捗状況の開示(逮捕予定時期)がなされず、保護の長期化による児童への不利益が問題となることが多い。
 - ・子どもへの協同面接についての説明をていねいに行う必要があると感じている。
 - ・協同面接後、不安定になる子どもが一定数おり、その後のケアについて課題がある。
 - ・医療関係者が診察の場面でどの検査を行う必要があるのかを判断するために問診を行う必要性は理解できるが、誘導的な聴取とならないように、より一層の配慮がいると思われる(司法面接を予定している場合)。
 - ・面接のDVDが公判で証拠として採用されず、子どもが証言を求められることは大きな負担だと感じている。
 - ・検察・警察との処分前カンファレンスにおいて種々の情報を共有できることは今後の子どもへの支援に役立っている。
 - ・医学鑑定の依頼先が少ないこと、鑑定に時間がかかることで児童相談所の調査機関が長くなってしまいう事案がある。
 - ・小規模の児童相談所は選択肢が限られること、職員も少ないことや経験年数によって体制を組むことに困難を感じる。
 - ・人事異動で面接技法に不慣れな人が対応することがあり、適切な実施がされているか疑問となることがある。
 - ・性虐待をはじめとして、医療機関との連携を必要とするケースが急増している。
 - ・児童相談所としても保健師の配置や嘱託医の配置により、医療機関とのより良い連携を目指しての取り組みを実施しているところである。
 - ・医療機関側からも、児童相談所とのより良い連携を目指したアプローチが増えてきており、全体として、児童相談所と医療機関との連携は進めやすい状況が作られてきている。
 - ・この状況を生かして、性虐待をはじめとしたさまざまなケースについて、医療機関との連携を進めていきたい。
 - ・調査機関における警察や医療機関との連携は少なかったが、令和元年度(2019年度)は件数が増え、

より連携している印象がある。

- ケースワーク(児童相談所)と捜査(警察・検察)とで進行の具合が同期せず苦慮したり、こちらが合わせたりして対応しているのが現状だと思う。
- 特に、家庭外の性暴力被害については、司法からの連絡が無ければ、案件の把握さえ困難である。
- 被害児の心理的負担の軽減を目的としているにもかかわらず、その後も事件化に向けて警察により聴き取りが行われるなど、本来の目的とのズレが生じている。
- 事件認知後、協同面接実施までの間に時間が空き、その間、児童相談所のケースワークに支障を来す事例もある(警察から内容告知の制限を受けるなど)。また、事件化に向け、刑事課が介入し始めると非常に連携しにくく、情報共有も困難となり、ケースワーク上の支障が生じてしまう。
- 協同面接の実施について、現状では、子どもが刑事事件化を望んでいないケースについては、ていねいに捜査機関と協議を重ね、子どもの心理的な負担を軽減するように実施しているところである。ただ、現状でも、子どもが刑事事件化を望んでいないケースや、被害の先行開示がなく、子どもの精神状態から聴取が難しいケースについて、捜査機関の担当者によっては、調整に労力がかかったり、捜査機関と衝突したりことがある。特に、面接を実施する場所については、検察庁での実施を強く求められることが多く、子どもが話をしやすい環境であるかという観点で協議をすることが難航することがある。
- 協同面接の前提となる司法面接のプロトコルについて十分に理解できていない面接者やMDTメンバーが多いので、適切な面接が実施できるように司法面接の研修を充実させる必要がある。特に、司法面接の研修以外にも、多機関で子ども虐待やトラウマを抱えた子どもへの対応に関する知識が学べるようにしていく必要がある。
- 協同面接の調整において、捜査機関側に子ども虐待や虐待を受けた子どもの心理等の前提知識がないため、児童相談所が子どもにとって負担のない、

子どもの利益を尊重した面接を実施する必要性を説明しても、捜査機関の面接者が理解できないため、捜査優位の面接を実施しようとするところがある。虐待を受けた子どもから被害事実を聴取するためには、子ども虐待に関する知識は必須であるため、捜査機関側が知識を深めていく必要がある。

- 医療機関によって、診察内容、記録の残し方、通告の方法、情報提供等虐待の対応の差が大きい。系統的全身診察ができる医療機関も少なく、虐待の痕跡が見落とされる恐れがある。

(2) 協同面接等を実施した事例の調査【個票1】

1) 事例の性別と種別

協同面接の実施事例は 728 例で、対象となった子どもの性別は男児 154 例(21%)、女児 567 例(79%)であった。協同面接を行うこととなった案件の種別(主な虐待)としては、性的虐待 384 例(56%)、性的虐待以外の性虐待 88 例(13%)、性虐待を除く虐待 187 例(27%)、事件の目撃 33 例(5%)であった。被害の始まった時点での年齢は 10.5±3.8 歳(1 歳 3 か月～18 歳 3 か月)、被害が終わった時点の年齢は 11.6±3.9 歳(1 歳 10 か月～18 歳 5 か月)であった。

2) 案件の発見・通告の状況(時期、種別、内容など)

被害が発覚した時点の年齢は 11.4±4.0 歳(2 歳 6 か月～18 歳 10 か月)で、発覚時の開示状況については、自発的開示 339 例(51%)、偶発的開示 238 例(36%)、開示なし 78 例(12%)であった。児童相談所が受理した時点での年齢は 10.7±4.4 歳(1 か月～18 歳 10 か月)であった。

受理時点での聴き取りによって一人の子どもが複数の被害を受けていることが判明したため、被害内容としては全体で 909 件となった。虐待の種別としては、性虐待 435 件(48%)、身体的虐待 242 件(27%)、ネグレクト 158 件(17%)、うち子どもの被害の無視・容認・放置 84 件)、心理的虐待 65 件(7%)、うち面前 DV の目撃 32 件)であった。主な加害者別に見ると、実父からは 239 件(26%)、うち性虐待 120 件、身体的虐待 78 件など)、継父・養父 179 件(20%)、うち性

虐待 118 件、身体的虐待 37 件など)、母のパートナーである男性 81 件(9%、うち性虐待 51 件、身体的虐待 24 件など)、実母 228 件(25%、うち身体的虐待 82 件、子どもの被害の無視・容認・放置 62 件、それ以外のネグレクト 53 件、性虐待 9 件など)、実兄 28 件(3%、うち性虐待 25 件)、その他の同居親族男性 24 件(3%、うち性虐待 21 件)、別居親族男性 16 件(2%、うち性虐待 14 件)、第3者男性 66 件(7%、性虐待 61 件など)であった。

3) 協同面接等の全経過、単独面接、司法対応と協同面接等の具体的な内容

協同面接の実施回数は、1 回のみが 587 例(84%)であったが、複数回実施されたのは 2 回 83 例(12%)、3 回 13 例(2%)、4 回 8 例(1%)であった。中には実施回数が 5 回 5 例、6 回 3 例、14 回 1 例という事例もあり、実施総回数は延べ 881 回であった。複数回の面接が必要となったのは総計 113 例(16%)で、その理由としては前回の面接が「部分開示であった」が 50 例(44%)、「非開示であった」が 14 件(12%)であった。

協同面接実施前に単独機関または2機関で面接・聴取が行われていたのは、児童相談所のみ 239 例、警察のみ 48 例、児童相談所+警察 78 例、非実施 196 例であった。協同面接実施後に単独機関または2機関で面接・聴取が行われていたのは、児童相談所のみ 177 例、警察のみ 16 例、検察のみ 14 例、児童相談所+警察 21 例、児童相談所+検察 9 例、検察+警察 9 件、非実施 239 例であった。子どもが裁判に出廷したのは 376 回の裁判のうち 20 回(4%)であった。

協同面接実施者の所属機関は延べ 830 回のうち、検察 441 回(53%)、警察 115 回(14%)、児童相談所 305 回(37%)、また使用されたプロトコルが判明している延べ 567 回のうち NICHHD 404 回(71%)、ChildFirst® 140 例(25%)、RATAC® 22 例(4%)であった。MDT メンバーとして協同面接のモニタールームに同席していた関係機関職員の人数は平均 7.4 人で、構成が判明している延べ 747 回のうち、各機関

が参加していた回数は児童相談所 735 回(98%)、警察 672 回(90%)、検察 471 回(63%)であったが、医療機関はわずか 12 回(2%)であった。

初回の協同面接の実施時間を有効回答 266 回分で集計すると、70±37 分(5~200 分)であった。面接時間指数(Forensic Interview Index : FFI)を「面接時間(分)÷(面接時の年齢×5 分)」と定義し、面接時間が、① 短すぎる(FFI<0.25)、② やや短い(0.25≤FFI<0.75)、③ 適切(0.75≤FFI<1.25)、④ やや長い(1.25≤FFI<1.75)、⑤ 長い(1.75≤FFI<2.25)、⑥ 長すぎる(FFI≥2.25)の 6 段階で評価したところ、① 2 回(1%)、② 45 回(17%)、③ 104 回(39%)、④ 66 回(25%)、⑤ 27 回(10%)、⑥ 22 回(8%)となった。開示の評価としては有効回答 763 回のうち、完全否認 32 例(4%)、撤回 9 例(1%)、部分開示 175 例(23%)、全面開示 504 例(66%)、新事実開示 43 例(6%)であった。

4) 子どもの状況(一時保護の有無、児童相談所の関与など)

経過中に一時保護となった子どもは 555 人(79%)で、うち保護開始時に同意のあった一時保護は 256 人(36%)、児童相談所職権での一時保護は 273 人(39%)であった。一方、一時保護とならなかった子どもは 143 人(20%)であった。調査票記入時点での子どもの所在は、自宅(加害者と別居)272 例(41%)、自宅(加害者と同居)120 例(18%)、親族宅等 58 例(9%)、児童福祉施設 168 例(25%)であった。

子どもの心理状態として、① 加害者に対する処罰感情(強い→なし)、② 面接前の不安・恐怖(強い→なし)、③ 開示についての心構え(積極的→消極的)、④ 面接での開示に対する感想(肯定的→否定的)、⑤ 面接に対する感想(受けてよかった→受けない方がよかった)を、それぞれ 5→1 の 5 段階で点数化して評価したところ、① 1.77±1.78、② 2.10±1.76、③ 2.09±1.76、④ 1.54±1.76、⑤ 1.32±1.67 であった。

5) 医療機関の受診状況(時期、受診先、内容、結果、被害開示の状況)

協同面接に関連して医療機関を受診したのは 245

例(39%)、受診しなかったのが 355 例(57%)、不明 24 例(4%)であった。診察の内容(重複あり)としては、問診 118 例(47%)、被害部位のみの診察 145 例(58%)、被害部位を含め全身の診察 72 例(29%)、精神・心理面 13 例(5%)、系統的全身診察 28 例(11%)であった。被害と関連する身体・検査・画像上の所見で異常があったのは 140 例(56%)で、うち受診前の情報に比べて重度であったのは 18 例、同等 93 例、軽度 5 例であった。また、関連する異常所見がなかったのは 85 例(34%)、不明 27 例(11%)であった。診察時の開示については、開示ありが 134 例(53%)で、その内容が診察前の情報に比べて重度であったのは 9 例、同等 97 例、軽度 5 例であった。また、開示なしが 60 例(23%)、不明 62 例(25%)であった。

6) 協同面接や医療機関との連携に関する問題点

協同面接に関する問題点については 176 例で回答(重複回答可)があり、「協同面接を受ける意義や目的について、子どもにどう説明するかが困った」が 112 例(64%)と最も多く、次いで「面接の手技が不十分で、子どもの心理的負担への配慮が不足していた」が 56 例(32%)、「面接の手技が不十分で、誘導があった/開示が得られなかった」と「面接の実施/非実施や実施の時期について、事前の協議や連絡が不十分であった」がそれぞれ 35 例(20%)であった。「医療機関からの協力が得られず、医学的な所見や見解が不十分であった」も 3 例(1%)あった。

7) 自由記載

・2 回目の協同面接は検察官が面接者となって行われたが、通常の司法面接終了直後、その場にて検察官と事務官によって調書が作成され、その内容確認まで行われた。そのため、司法面接直後に、検察官が調書の内容を口頭で述べ(事務官がデータ入力)、完成した調書を読み上げ、さらに、2 回も被害事実を聞かされることになったうえ、指紋押捺を求められ、子どもにとって負担の大きな面接となった。通常、協同面接の場でこのような対応がなされることはなく、検察の無理解による対応だったものと感じてい

る。

- ・検察官により対応が異なる状況には疑問を感じる。統一的な対応と理解をお願いしたい。
- ・協同面接を行ってから、病院受診を行えた方がよかった。医療機関の日程調整や協同面接の日程調整の都合で、病院受診が先となったので、子どもが何か感じてしまい、協同面接で「わからない」という表現が増えた可能性があった。
- ・協同面接の前の事前協議のときに検察から、送致までは 3 回聞き取りを要すると発言があったり、当所が RATAc®以上の聞き取りをしていないことを意見されたりするなど、3機関の意見に隔たりが大きく、もめた。
- ・他者からの被害も含めて被害全般を聞きたい当所以外の2機関は、携帯内容など、他の証拠のある特定の日の被害を聴取することしか興味がなく、捜査の協力をさせられているだけのように感じたりもしたが、父の逮捕で本児が安堵し、自分が悪くないことを実感できたため、救われた。
- ・協同面接後に、警察・検察から複数回聴取があり、負担が大きいと感じる。
- ・児童相談所と警察・検察の日程が合わず、協同面接までに時間がかかる。その後、医療機関を受診しても被害に関する所見が得られず、児童の負担のみが大きくなることがある。
- ・系統的全身診察ができる医師が中核病院に配置されることを望む。
- ・協同面接を担当する検察官の技量を高めていただきたい。
- ・3機関協同面接の場合、検察官が面接者となると事件化はスムーズだが、子どもの聞き取りに慣れていない人が無理して実施することも起こり得る。児童相談所が良いとは言わないが、警察・検察には子どものペースで主体性を引き出していき聞き取りをしてほしいと思った。協同面接前後の児童相談所による被害事実確認面接の方が格段に被害に関する情報量が豊かであるケースがある。
- ・司法面接の前の情報共有で、子どもからこんな話を

児童心理司が聞いているという内容を話したら、それを司法面接の場でそのまま引用されて困ったことがある。(児童心理司は「ここで話したことは他の人には言わない」約束のもと、子どもから話を聞いているので、信頼関係がくずれ、以後の面接が困難になるし、子どもの話の中に出てきた人にも迷惑がかかる。)

- 司法面接で子どもが語ったことを、保護者の取り調べの中で「子どもが〇〇と言っていた」と出されると、子どもが再統合で帰っていくときに、しこりになることがある。警察は悪人をつかまえるのが仕事だが、児童相談所は介入してからがスタートで、家族を支援していくのが仕事になるので、関係を作っていくときに難しくなってしまう、余分な労力が必要になる。
- 虐待通告受理の当日、一時保護所入所前に警察主導で総合病院の婦人科を受診したが、被害に関する所見は一切、得られず(被害についての診察の知識や経験がなく)、後日、改めて別の医療機関を受診することになり、子どもにとって非常に大きな負担となった。警察が精液などの採取を目的として受診を急いだ結果だったが、子どもの負担を理解するとともに適切な医療機関を選択してほしい。
- 協同面接実施後、警察が数日にわたって長時間に及ぶ事情聴取を実施したため、子どもが非常に精神的に不安定となった。協同面接を実施した意味がないと感じる。なお、その事情聴取において、男性刑事を相手役に再現実況見分を求められたが、子どもへの配慮の無さに憤りを感じる。
- 協同面接で被害を聞き漏らし、調書作成のために面接の回数が増え、結果的に子どもに負担がかかった。子どもの心理的負担に配慮するという本来の趣旨に則り、方法の改善が必要と感じた。
- 回数を重ねた結果、全体の協同面接等が終わるまで、保護者へ性虐待の事実を突きつけないよう協力を求められたため、ケース管理・進行に困った(特に、一時保護期間の2か月問題)。
- 実施の日程調整に時間がかかったため、調整機関

をどこが担うか、また、必ず、検察が主体となって実施しないとイケないのかを含め、検討が必要と感じた。

- 系統的全身診察等について、可能なら女性医師に診てもらえると、子どもにとって身体的・心理的負担がより軽くなるだろうと感じた。日頃からの連携の問題であるが、事案発生後、速やかに実施できるとよいと感じた。
- 2機関・3機関協同面接の後の警察の動きが見えづらい。
- それぞれの機関の立場の違いから、協同面接の目的が大枠では一致していても、細かなところでズレていると感じたことが印象に残っている。
- 警察は事件化、検察は起訴の可能性、児童相談所は事実確認やケアのために、面接内で本児に行う質問の選択が変わり、本児への心的な負担が懸念された。
- 医療との連携が不足している。
- 性感染症の症状が明確な場合以外、受診させることがないが、それ以外でも診察の必要性を感じている。
- 医療機関での問診の際、誘導的な聞き方になってしまうことがあると感じられた。
- 協同面接では、本児の状態に配慮した面接ができず、部分開示となった。
- 被害部位の検査・診察だけではなく、精神面での受診をして PTSD の診断が出たことで、裁判において、本児の被害の程度の根拠となったことは大きかった。セカンドオピニオンも含め、医学的知見は裁判等において大きい意味を持つ。
- 協同面接や単独機関での面接実施の際、何時間も聞き取りが続き、子どもの負担がかなり大きかった。児童相談所の同席や休憩の取り方についても検討する必要があると思う。特に、休憩の取り方については、常識の範囲内ですべてもらえるものと思っていると、そうでない場合もあり、確認が必要かと思う。
- 協同面接を実施するまで、その後の処遇が決められないため、長い時間を要する状況が子どもに負担を与える。子どもの安全な保護環境をどう確保するか

も含めた総合的な実施体制が必要と考える。

- ・協同面接を調整するのに時間を要するという特異な状況によって子どもに負担がかかっており、現在の日本の体制の中で協同面接をする意義を十分に感じることができない。
- ・協同面接後、警察による異常な長さの子どもへの聴取が行われた。
- ・協同面接時に被害の開示が得られなかった場合、加害者側が認めないと事実が不明となり、処遇等の判断が困難となる。
- ・協同面接中は拒否や回避が強く、被害をほとんど語ってくれなかった本児だが、協同面接後の面接の中で「兄との心配なこと」というフレーズを用いたところ、心配なことがあった前提で本人が語ることができた。
- ・系統的全身診察と協同面接が連動しておらず、被害者に負担をかける。診察できる医師が不足している。
- ・警察・検察は、事件化する案件かどうかをまず検討してから連携の濃淡を決めるため、事件の把握から協同面接実施までに3か月を要した。特に、低年齢児については被害に関する語りの真偽を疑う傾向にあるように感じる。
- ・警察からの身柄付通告であり、警察・検察が主体となって行われたため、警察・検察の指示に従うしかなかった。
- ・子どもの年齢に合わせて対応を変える必要がある。
- ・捜査機関が加害者にどのようにアプローチするのかわかりにくい。加害者に処分が無い場合、子どもや児童相談所の負担が増えるだけとなる。加害者を刑務所に収監できない場合、裁判所が加害者プログラムの受講を命令する等、司法の積極的関与を望む。
- ・子どもの年齢や知的能力、発達状況などの理由で、疑われている被害について十分な聞き取りができない場合、誘導的な質問も含めた聞き取りに移行させるのか、移行するとしてどのタイミングでどこまで踏み込むのか等といった判断が難しいと感じる。
- ・児童相談所において警察官が協同面接を実施し、

検察庁がビデオ撮影を担当し、その検察官がモニタールームに同席したが、異動となり、他の検察官が引き継いだところ、捜査は長期化し、結果、起訴に至らなかった。取調べの警察官の技術の未熟さも感じられた。日本では司法面接の制度が確立しておらず、検察官面前調書(二号書面)が三号書面よりも証拠採用されやすいため、複数回の聴取(面接)となることが多い。

- ・子どもが警察に被害申告し、警察が受診に同行したため、しばらくその情報が入手できなかった。捜査上の問題や加害者が同居している事案で、保護期間が長期となった。加害者が否認し、子どもも公判で被害を撤回したため、公判も長期化した事案であったが、裁判で無罪となった加害者が帰宅した後、子どもの家庭における立場や精神的ストレス、再被害が危惧されている。
- ・性虐待は画像など十分な証拠がないと事件化が難しい。また、子ども側に親をかばいたいという気持ちが働くことや、言いにくい内容であるため、協同面接においても十分な開示がなされない場合があると感じている。
- ・性暴力被害支援センターとして活動している総合病院の産婦人科を受診している。同センターの相談員が3人も関わる一方、受診時の児童相談所職員の同席を拒まれることがあり、受診時の被害の開示内容がわからず、苦慮することがある。
- ・知的障害を持つ子どもで、事前に実施の目安となる制限時間を確認していたが、本児が面接に協力的であったこともあり、立件のために時間を超過した。結局は、2度に分けて実施したため、本児の負担等を、より考慮してあげられるような連携が図ればよかった。
- ・低年齢児で、被害認識の薄い子どもの場合は、面接者や面接方法を十分に検討して実施する必要性があると感じた。
- ・児童相談所の面接は誘導しないため、時間がかかって本児への負担が大きいのではないかと病院に反感をもたれた。性虐待の面接について、理解が求

められるような働きかけが足りていなかったと感じている。多機関連携を強化するために共通理解を図る必要があると思った。

- ・一時保護中でない場合も、非加害親が正しく理解して保護的に機能した場合は、本児のよりよい回復につながることを実感した。
- ・協同面接の体裁をとっているが、実態としては検察官の指示により警察官が聴取を行った。一般的な刑事事件と同様に扱われたものであり、被害児の心情に配慮したものとは言い難い。結果的に、この聴取による被害児の心理的な負担は相当大きかった。被害児に多大な負担をかけておきながら、処罰を望む被害児の意に沿わない結果となり、その後の被害児の行動は荒れて、自傷行為の出現など非常に不穏になってしまった。
- ・毎回やはり、子どもへの負担が大きすぎるように感じる。
- ・協同面接を実施しても、改めて関係者が子どもに話を聞きにくることもあり、協同面接の本来の目的が達成されていないように感じることが多い。
- ・面接を受ける意義や目的について、子どもの年齢や発達の状況に応じ、ていねいな説明を心がけ、安心して面接に臨めるようすることが大切だと考えている。
- ・幼い子どもの場合、診療時に医師に対して被害事実を開示することがあるが、その後、協同面接における3機関代表者の面接では多くを語らないということがある。司法や福祉が、医療ともっと踏みこんだ連携をすることも必要かと思う。
- ・立件ができないと、急に警察は(検察も)手を引く。ギリギリの状態でも家族と面接し、安全策を何とか作り上げなければならない児童相談所は、取り残された感じや連携の虚しさを感じる。

(3)性虐待として受理したが、協同面接等を実施しなかった事例の調査【個票2】

1)事例の性別と種別

協同面接非実施例は684例で、対象となった子どもの性別(記載のあるもの)は男児68例(10%)、女児

591例(90%)であった。案件の種別(記載のあるもの)としては、性的虐待503例(81%)、性的虐待以外の性虐待117例(19%)であった。被害の始まった時点での年齢は10.6±3.5歳(5か月～19歳0か月)、被害が終わった時点の年齢は12.0±4.1歳(5か月～19歳9か月)であった。

2)案件の発見・通告の状況(時期、種別、内容など)

被害が発覚した時点の年齢は12.2±4.0歳(5か月～19歳0か月)で、発覚時の開示状況については、自発的開示287例(46%)、偶発的開示143例(23%)、開示なし151例(24%)であった。児童相談所が受理した時点での年齢は11.6±4.5歳(3か月～19歳0か月)であった。

受理時点での被害内容としては、上記と同様に全体で926件となった。虐待の種別としては、性虐待627件(68%)、身体的虐待75件(8%)、ネグレクト137件(15%、うち子どもの被害の無視・容認・放置87件)、心理的虐待69件(7%、うち面前DVの目撃50件)であった。主な加害者別に見ると、実父からは351件(38%、うち性虐待242件、面前DVの目撃35件、身体的虐待29件など)、継父・養父169件(18%、うち性虐待145件、身体的虐待12件など)、母のパートナーである男性71件(8%、うち性虐待55件、身体的虐待10件など)、実母177件(19%、うち子どもの被害の無視・容認・放置63件、それ以外のネグレクト34件、性虐待42件、身体的虐待19件など)、実兄54件(6%、うち性虐待51件)、その他の同居親族男性31件(3%、うち性虐待27件)、別居親族男性23件(2%、うち性虐待22件)、第三者男性31件(3%、性虐待30件など)であった。

3)被害事実確認面接の具体的な内容と協同面接を実施しなかった状況

被害事実確認面接が実施されたのは336例(51%)、実施されなかったのは329例(49%)であった。面接実施時の面接者は児童心理司175例(53%)、児童福祉司141例(43%)であった。使用されたプロトコルはNICHD119例(37%)、ChildFirst®72例(23%)、RATAC®15例(5%)で、

プロトコルを使用しない場合には慎重に設定された面接 48 例(15%)、一般的な調査面接 57 例(8%)が実施された。実施された面接時間は 57±27 分(10～165 分)で、開示の評価としては有効回答 309 例のうち、完全否認 35 例(11%)、撤回 7 例(2%)、部分開示 59 例(19%)、全面開示 188 例(61%)、新事実開示 20 例(7%)であった。

協同面接に至らなかった状況に関して回答のあった 260 件のうち、児童相談所としては「協同面接はぜひ必要と考えていた」のが 37 例(14%)、「必要だが、子どもの状況(言語能力、精神状態)からは実施は困難と考えていた」が 58 例(22%)、「必要はないと考えていた」が 165 例(63%)であった。実施しないと判断した理由(有効回答 114 例)について、「事件化が困難であると検察が判断したため」が 43 例、「子どもの言語能力、精神状態から面接が困難と判断したため」が 71 例であった。その結論に対する児童相談所としての印象は、有効回答 117 件のうち「納得している」のが 102 例(87%)、「決定までの時間が長すぎる」のが 6 件(5%)、「納得できない」が 9 件(8%)であった。

4) 子どもの状況(一時保護の有無、児童相談所の関与など)

経過中に一時保護となった子どもは 275 人で、うち一時保護開始時に同意での保護は 142 人(22%)、職権での保護は 121 人(18%)であった。一方、一時保護とならなかった子どもは 377 人(57%)であった。調査票記入時点での子どもの所在は、自宅(加害者と別居)226 例(36%)、自宅(加害者と同居)226 例(36%)、親族宅等 37 例(6%)、児童福祉施設 86 例(14%)であった。

子どもの心理状態として、① 加害者に対する処罰感情(強い→なし)、② 面接前の不安・恐怖(強い→なし)、③ 開示についての心構え(積極的→消極的)、④ 面接での開示に対する感想(肯定的→否定的)、⑤ 面接に対する感想(受けてよかった→受けない方がよかった)を、それぞれ5→1の5段階で点数化して評価したところ、① 1.08±1.50、② 1.32±1.67、③ 1.28±1.60、④ 0.96±1.54、⑤ 0.87±1.48 であった。

5) 医療機関の受診状況(時期、受診先、内容、結果、被害開示の状況)

協同面接に関連して医療機関を受診したのは 78 例(15%)、受診しなかったのが 395 例(75%)、不明 55 例(10%)であった。診察の内容(重複あり)としては、問診 41 例(47%)、被害部位のみの診察 43 例(49%)、被害部位を含め全身の診察 13 例(15%)、精神・心理面 6 例(7%)、系統的全身診察 10 例(11%)であった。被害と関連する身体・検査・画像上の所見で異常があったのは 28 例(32%)で、うち受診前の情報に比べて重度であったのは 2 例、同等 17 例、軽度 4 例であった。また関連する異常所見がなかったのは 32 例(36%)、不明 28 例(32%)であった。診察時の開示については、開示ありが 30 例(34%)で、その内容が診察前の情報に比べて重度であったのは 4 例、同等 21 例、軽度 2 例であった。また開示なしが 25 例(28%)、不明 33 例(28%)であった。

6) 被害事実確認面接や医療機関との連携に関する問題点

協同面接に関する問題点については 34 例で回答(重複回答可)があり、「協同面接を受ける意義や目的について、子どもにどう説明するかが困った」が 27 例(80%)と最も多く、次いで「面接の手技が不十分で、子どもの心理的負担への配慮が不足していた」が 6 例(18%)、「面接の手技が不十分で、誘導があった/開示が得られなかった」が 5 例(15%)であった。

7) 自由記載

・協同面接にしても、系統的全身診察にしても、子どもに対する一連の支援の流れの中で実施されるものであることを考えると、子どもに関わる支援者間での十分な情報共有と適切な役割分担が必須であると考え。そのためには、各機関が互いの機関の特徴を把握していることが不可欠で、そこから信頼し合い、必要なことは委ね合うこともできるようになると感じている。事例を重ねるごとに、うまくいかなかったことが気になってしまいがちであるが、次の支援に向けて、よかったこと、できたことも含め、振り返りを行うことも大切だと思う。被害を受けた子どもの傷つきと、

そこからの回復を最優先に考えるうえでは、支援者の思惑どおりには進まないこともたくさんあるが、どのような状況にもできる限り柔軟に対処していかれるよう、支援者のスキルアップが求められていると思う。

- 警察・検察とも事件化、処罰感情のみをとりあげ、非加害親の複雑な心情(「信じられない」「加害者とは離れたら、経済的やっていけない」「子どもが一時保護でとりあげられるくらいなら、いったん、DV 避難すると言おう」「生活や学校をどうしよう」など)への配慮がないため、一時的な対応となりやすく、結果、子どもの生活の保障につながっていないことが多いように感じる。もちろん、協同面接・医療機関との連携が有効なケースもあるが、一度は事件化したのが、母が被害届を取り下げ、その後、関係者とのコンタクトを避け、加害男性との関係を続けることとなった事例では、児童相談所は無理をして、その後、約 1 年ケースを追い続けたが、とても負担であった。
- 現場の警察官には必ずしも、司法面接が十分理解されておらず、言葉のみひとり歩きしているように感じた。(現場の警察官は数名とも、「司法面接が必要」と言いつつ、どんどん聞き取りを進めてしまっていたため。)
- 警察や検察側に子どもの専門家が少ない。医療機関に関しても即応できるところが少ない。
- 施設内における子ども間の性的問題行動については、警察に連絡することなく対応してきた。県の作成する施設内児童間性的問題行動対応マニュアルにも、警察への通報はまったく取り上げられていないが、このアンケートにより警察への一報も検討することも選択肢としてあると思った。
- 事前協議の場で、「本児の評価(面接で語るができるか)や“ブロックを解いてほしい”ための『カウンセリング』を要望する」と警察が求めてきた。これまで係属のない中で、唐突に『カウンセリング』を行うことは難しく、警察が求める役割(本人の評価やブロックを解く)は果たせないことを説明しても、「協力できないのか!」と怒りをぶつけられる一方であった。
- 子どもが非開示の場合、婦人科診察の動機付けは

難しい。子どもが低年齢、発達の遅れなどある場合はより難しい。しかし、診察の目的をしっかりと伝えると、診察そのものについての協力は問題なく得られることがある。

- 系統的全身診察をどこで受けられるのかリストがほしい。
- 社会的養護の入所先の中で起こった事案について、3機関協同面接を行うのか、行わないのかの線引きが困難である。また、系統的全身診察も性器挿入の有無で実施か否かの判断がされる傾向が強い印象を受ける(児童相談所・医療機関ともに)。
- 性行為の目撃があったことが後で判明し、性化行動が後ほど見られるようになったケースについて、一時保護中や最初に開示がない場合には医療機関の受診を行っていない(行えない)ため、疑わしいものは、どういうふうにも子どもに話をするのがよいか考えさせられた。
- 性虐待を受けた子は、長年にわたって PTSD 症状がひどくなる人が多いが、受診に適した医療機関がなく、困っている。
- 現場となった住居から引っ越すことを考えて対応するが、加害者からの分離だけでなく、転居を伴うと、子どもをその後の取り巻く環境に変化が大きく、子どもの適応に影響が出てしまう。
- 非加害親や子ども本人に処罰感情がない場合に、警察への通報を毎回実施すべきかどうか、通報する場合でも、そのタイミングが悩ましい。福祉的アプローチとケースワークを進めるうえでのメリット・デメリットと、刑罰を目的とした警察とは、うまく役割分担できるとよい。
- 本児自身に強い処罰感情があったが、実母は事を荒立てず、新天地での生活を優先したいとの意向で、一度出した被害届を取り下げた。当時の法律、警察の対応の結果、本児の強い処罰感情が尊重されず、加害者に法的な裁きを与えられなかったことは、担当児童福祉司として非常に悔しい思いであった。
- 本人が性虐待被害を肯定的にとらえている場合に、

「よくないこと」として伝えることが難しかった。このため、他機関との連携ができなかった。

- ・幼児への虐待について、被害事実確認の難しさがある。1 年程時間が経過してからの開示であったため、医療機関の協力は得られなかった。また、父母に対する本児の恐れや抵抗も強くあり、心理的負担を考えると、協同面接に十分な配慮が必要であった。

Ⅲ. 協同面接と系統的全身診察の実施状況に関する詳細調査

(1) 個別アンケート調査

上記の調査に関して依頼をしたところ、19 施設のうち、カリヨン子どもセンターと子どもの虐待防止センターの 2 施設を除く 17 施設(うち、関連施設は 2 施設)から回答が得られた。調査結果をグループ 1 (Gr.1)とグループ 2 (Gr.2)に分けて示す。なお、以下の結果ではグループ 1 は 10 施設、グループ 2 については、関連機関を除く 5 施設を母数とした。また[]内の数字は、予め設定した回答に対してチェックをつけた施設の数である。

1. 自施設が関与する協同面接等

① 自施設で実施している場合:その課題

Gr.1:3 施設が実施していると回答した。課題として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・症例数が少ない(依頼が少ない)。[2]
- ・面接室の確保が難しい。[1]
- ・モニタールームに同席するスタッフの確保が難しい。[1]
- ・検察が面接者を務めることが多いが、個人差があり、実施したという既成事実を作るのが目的ではないか、と思うようなレベルの面接もある。
- ・系統的全身診察や産婦人科の診察を病院で行う場合は、同じ場所で協同面接を実施することが子どもへの心理的負担の軽減に繋がること、そのために院内に面接設備を整備して利用できることを児童相談所や検察に伝えているが、利用されることはまれである。

Gr.2:4 施設が実施していると回答した。課題として

挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・症例数が少ない(依頼が少ない)。[4]
- ・面接者やピアレビューの費用などの資金不足。[3]
- ・面接者の確保が難しい。[2]
- ・モニタールームに同席するスタッフの確保が難しい。[1]
- ・入院ケースについては医療機関参加も参加して4 機関で協同面接を実施したことがある。
- ・児童相談所に声をかけて、被害事実確認面接に参加したことがある。

- ・警察、検察が企画した司法面接研修にスタッフが参加し、司法面接への理解を進めている。

② 自施設で実施できない場合:その理由

Gr.1:7 施設が実施していないと回答した。理由として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・検察、警察、児童相談所などで行うため必要ない。[3]
- ・面接室の確保が難しい。[1]
- ・面接者の確保が難しい。[1]
- ・協同面接への立ち会いも希望しているが、行政からの需要がない。
- ・必要性を感じるが、警察・児童相談所が主で行い、医療との連携は考慮されていない。
- ・連携する CAC で行っている。
- ・病院内で行う必要性を、どの機関も感じていない。

Gr.2:1 施設が実施していないと回答した。理由として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・検察、警察、児童相談所などで行うため必要ない。[1]
- ・依頼があれば考えるが、現在までは検察で行っている。

2. 自施設が関与する系統的全身診察

① 自施設で実施している場合:その課題

Gr.1:9 施設が実施していると回答した。課題として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・研修を受けた診察医師の確保が難しい。[6]
- ・看護師など診察を介助する人材の確保が難しい。

[4]

- ・診察室の確保が難しい。[3]
- ・診察についての費用について、保険診療として認められない、もしくは、認められてもその範囲ではカバーできない。[3]
- ・診察適応について児童相談所が判断を行い、限られた事例しか紹介されない。
- ・児童相談所が性器・肛門の診察への拒否感が強く、何度かカンファレンスを行って理解を得る必要があった。
- ・系統的全身診察が協同面接とセットで行うことが必須になってないため、必要な子どもに対して実施できていない。
- ・施設内の意識が低い。
- ・系統的全身診察の存在、その目的と必要性を医療も児童相談所・警察・検察もそもそも認識していない。

Gr.2:5 施設が実施していると回答した。課題として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・研修を受けた診察医師の確保が難しい。[3]
- ・看護師など診察を介助する人材の確保が難しい。[2]
- ・診察室の確保が難しい。[1]
- ・診察についての費用について、保険診療として認められない、もしくは、認められてもその範囲ではカバーできない。[5]
- ・系統的全身診察研修を受けた医師は1名のみで、圏域での研修企画を検討している。
- ・全身を診て外傷がないか等を調べている。

(補:その後のグループヒアリングの結果、「実施している」と回答していた 1 施設は「系統的全身診察」を単に「全身を診察すること」と理解していることが推察された。)

② 自施設で実施できない場合:その理由

Gr.1:1 施設が実施していないと回答した。理由として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・今後、系統的全身診察を行う予定であるが、施設内での理解がまだ得られていない。[1]

- ・研修を受けた診察医師の確保が難しい。[1]
- ・看護師など診察を介助する人材の確保が難しい。[1]
- ・診察室の確保が難しい。[1]

3. こころのケア(TF-CBT など)

① 自施設で実施している場合:その課題

Gr.1:5 施設が実施していると回答した。課題として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・精神科医や公認心理師等心理職の確保が難しい。[3]
- ・診療報酬(小児特定疾患カウンセリング料、精神療法など)ではカバーできない。[2]
- ・本来行うべき機関(児童相談所・精神科)が行う体制がないため、必要性に迫られてホログラフィートーク・USPT・TF-CBTなどを、小児科医・MSWが実施している状況にあり、体制の整備は必須である。
- ・系統的全身診察の直後に心理士によるカウンセリングを行っている。
- ・心理士、医師(小児科、婦人科)との関係ができる、そのまま診療を継続する。
- ・児童精神科の初診は 15 歳までであるため、年齢が高い児は児童精神科の受診ができない。
- ・TF-CBT を行える心理職はいるが、適応できないケースも多いため、実施件数は少ない。
- ・一時保護所から遠く、児童相談所の都合等で通院が難しいため、長期フォローができないケースが多い。

Gr.2:4 施設が実施していると回答した。課題として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・精神科医や公認心理師等心理職の確保が難しい。[2]
- ・診療報酬(小児特定疾患カウンセリング料、精神療法など)ではカバーできない。[3]
- ・自施設の精神科医の診療は予約でいっぱいであるため、カウンセリングは他機関に紹介し、費用を(すべてではないが)支援している。

・精神看護専門看護師 1 名が実施しており、臨床でできる人材を育成中である。

② 自施設で実施できない場合:その理由

Gr.1:5 施設が実施していないと回答した。理由として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・実施するだけの余裕がない。[2]
- ・精神科医や公認心理師等心理職の確保が難しい。[3]
- ・虐待以外の心理社会的背景に課題のある子どもの対応に追われている。
- ・児童精神科医が 3 人、公認心理師が 2 人いるなど、比較的恵まれた環境であり、必要に応じて診察やカウンセリングはある程度可能であるが、トラウマに特化した治療をする時間的な余裕はない。

Gr.2:1 施設が実施していないと回答した。理由として挙げられたのは、以下の通りであった。

- ・診療報酬(小児特定疾患カウンセリング料、精神療法など)ではカバーできない。[1]

4. 多機関連携チーム(MDT)について

① 児童相談所との連携についての自己評価

Gr.1:十分にできている:3 施設、できている:5 施設、ややできていない:1 施設、無回答:1 施設

- ・連携の実態は理想とはほど遠く、児童相談所の都合で体よく医療が利用される状況は変わらない。
- ・職権での一時保護や施設入所等の解除(家庭復帰等)には第三者委員会での承認を必要とするシステムとなっており、医師がその委員として参加するようになってから、児童相談所の動きや考え方が少し理解できるようになった。

Gr.2:十分にできている:1 施設、できている:2 施設、ややできていない:1 施設、無回答:1 施設

- ・連携体制はあるが、同じ場で話し合うなどの連携はできていない。
- ・体制はできていて、定期ミーティングもできているが、タイムリーに情報共有し、ケースについて話し合うところまでの情報提供の方法や時間の確保の合意には至っていない。

② 児童相談所との連携に関する課題

Gr.1:

- ・児童相談所と話し合う場がない。[1]
- ・医療者の意見を聞いてもらえない。[2]
- ・児童相談所によって対応のレベルに差が大きい。[5]
- ・子ども虐待について専門性を持つ職員が少ない、または、いない。[3]
- ・対応が遅い。[1]
- ・当該地域担当の児童相談所は院内でのカンファに参加しているが、周辺児童相談所は常時そろうとは限らない。
- ・児童相談所が、根拠に基づく医療(Evidence-Based Medicine:EBM)にかなうセラピーや評価を行うという体制がなく、勘に頼っている。
- ・担当者によって、また、児童相談所によって一時保護や家庭復帰等の判断がまちまちであり、現場として混乱することがある。
- ・先の見通しを立てずにケース会議に臨むため、「今後こうなった場合はどうするのか」と方針を尋ねても、「その時に検討する」という回答になりがちである。
- ・連携はうまく行かなかったが、幸いに何とか最悪の事態は避けることができた事例があった場合に、多機関でそれを振り返って次に活かすための会議が少ない、または、ない。

Gr.2:

- ・医療者の意見を聞いてもらえない。[1]
- ・児童相談所によって対応のレベルに差が大きい。[2]
- ・子ども虐待について専門性を持つ職員が少ない、または、いない。[1]

③ 警察との連携についての自己評価

Gr.1:十分にできている:3 施設、できている:3 施設、できていない:3 施設、無回答:1 施設

- ・都道府県警察本部が院内のカンファレンスに参加しているが、所轄署からの参加が難しい。
- ・連携の実態は理想とはほど遠く、警察の都合で体

よく医療が利用される状況は変わらない。

Gr.2:十分にできている:1施設、できている:3施設、
できていない:1施設

- ・捜査協力しても、その後の状況のフィードバックはなく、確認しないと知らされない。
- ・一方通行であり、協働体制とまでは言えない。

④ 警察との連携に関する課題

Gr.1:

- ・当機関が警察の業務内容や役割を理解できていない、または、見えにくい。[1]
- ・警察と話し合う場がない。[2]
- ・医療者の意見を聞いてもらえない。[3]
- ・所轄署によって対応のレベルに差が大きい。[5]
- ・子ども虐待について専門性を持つ職員が少ない、または、いない。[7]
- ・専門的医療者の評価が必要であることへの理解が乏しい。
- ・特に、本来最も連携を必要とする警察本部捜査第一課には「医療機関と連携をする」という意識がない。
- ・警視庁・道府県警察本部の全体に対して、被害児・家族の負担・二次被害や、協同面接に医師が参加する意義などを説明する場がない。
- ・連携がよいことの裏返しであるが、相談件数が多く、ボランティアでかなりの時間を割かざるを得なくなっている。
- ・都道府県内の別の医療機関との連携を見た時には不十分な印象がある。
- ・所轄署の警察官が思い込みで動くことが多く、被害児に何度も聴き取りをしてしまうことがあり、否認や撤回につながるリスクがある。

Gr.2:

- ・警察と話し合う場がない。[2]
- ・医療者の意見を聞いてもらえない。[1]
- ・所轄署によって対応のレベルに差が大きい。[4]
- ・人によって対応に差がある。
- ・被害者支援の視点を共有して協力できた。
- ・ワンストップセンターと協力したり、ケースについて

話し合ったりする必要性を感じていない印象がある。

⑤ 多機関連携における医療側の課題

Gr.1:

- ・医療側が児童相談所や警察・検察の業務内容や役割を理解していない。[2]
- ・児童相談所や警察・検察と話し合う場がない。[3]
- ・子ども虐待について専門性を持つ医師が少ない。[5]
- ・子ども虐待の対応は児童相談所等が行うべきで、医師の役割ではないと思っている医師が多い。[3]
- ・問題意識を共有し、体制改善に進むほどの経験の積み上げが困難である。
- ・多機関連携をすることに対するコストの評価が不十分で、体制整備を行った場合の診療報酬上の加算等の改定が必要である。
- ・被害や加害のどちらにも偏ることなく、中立的な立場で対応することと、虐待の予防が究極的な目標であることを忘れず、被害児だけではなく、加害者にも支援やケアが必要であることを関係機関に訴えていくことが必要である。

Gr.2:

- ・児童相談所や警察・検察と話し合う場がない。[1]
- ・子ども虐待について専門性を持つ医師が少ない。[2]
- ・性虐待被害児の診療には医師の診療が必須(非常に重要)だと考えているが、その認識が小児科医にも産婦人科医にもまだ共有されていない。
- ・医療現場は多忙なため、対応するスタッフの力量不足のため適切に配慮した対応が難しい。
- ・系統的全身診察ができる医師の研修を実施しようとしても、多忙であるため参加できる日程や動機付けの難しさがある。

(2) グループヒアリング

グループヒアリングにはアンケート調査で協力の得られた17施設に協力を依頼し、Gr.1では前橋赤十字病院を除く9病院、Gr.2では7施設の参加が得ら

れた。グループヒアリングでは、上記の調査で回答のあった課題や問題点を確認したうえで討論を行った。その内容をグループ別に示す。

1. Gr.1

① 医療機関と協同面接の関わり

医療機関の受診の際に協同面接を行うかどうかの情報が事前に入るのは2施設、協同面接そのものに直接参加するのがルーチンになっているのはそのうちの1施設のみであり、「問い合わせでも伝えてもらえない、教えてもらえない」と回答する病院もあった。協同面接の実施前、または、実施するかどうか不明の場合には、系統的全身診察が誘導にならないようにする必要があるのである。そのような場合は被害内容については詳細を聞かないようにしている医療機関も多いが、不十分な診察となるため、司法面接後に再度の診察が必要となることもあった。

「事前に情報が入る」と回答した2病院の状況は以下の通りである。

- ・医療ソーシャルワーカー(MSW)が、性虐待被害が疑われる子どもの診察依頼を受ける際には、すでに協同面接の日程調整ができています。協同面接の実施もスムーズで、通告・通報を受理したら1～2日以内に開催されることも多い。[四国こどもとおとなの医療センター]
- ・協同面接を実施する場合は、基幹施設の病院小児科の医師に連絡があり、行われる協同面接の8割は医師がモニタールームに同席している。面接後の振り返りミーティングは2か月毎に行われており、医師も参加して必要な場合はアドバイスをします。[沖縄県立中部病院]

先進的な活動をしている病院では、複数の医師が司法面接研修を受けており、性虐待対応チームを作って活動をしている病院もあった。

なお、院内に協同面接ができる設備を整えている病院は2か所、病室を利用して行っているのは1か所であったが、「検査の機器を使って行うことが必要である」という理由で、設備が使用されていないところもあった。

② 系統的全身診察の実施

系統的全身診察は1人で行うことが原則であるが、実際に小児科医1人で行っているのは1施設だけで、多くは性器・肛門の診察には産婦人科医の協力を得て行っていた。病院によっては、泌尿器科医、小児外科医の協力を得ているところもあった。

他科の医師の協力を得て行う場合も、性器・肛門の診察だけを別の診察室で行うのではなく、複数の診察医が最初から診察室に同席して一緒に関わることによって、子どもへの心理的負担を少しでも軽減するように努めている病院が多かった。しかし、「産婦人科の開業医で羽交い締めにして診察をされたことがトラウマになっている」と訴える子どもや家族がいるのも現実であり、子どもの性器・肛門の適切な診察については根本的な医学教育が求められる。

系統的全身診察は協同面接の実施後に行うことが原則であるが、その理解が十分ではないために順番が逆になる場合も多い。また、特に性器・肛門の診察に対しては児童相談所が拒否的で、「身体的虐待なのになぜ、必要なのか」「性器・肛門の診察をしたことを親が知って問題にされたらどうするのか」「コルポスコープの写真をいつまで残しておくのか、それを残されている親の気持ちをどう思うのか」と児童相談所から言われるという回答もあった。身体的虐待として受理した場合、性虐待が合併していたことに長期間、気付かれないままという事例も少なくないため、系統的全身診察の必要性を児童相談所に理解してもらう必要がある。

③ 多機関連携の課題

協同面接を実施しても、語られた内容を司法的にどう利用できるかという点だけに関心が向けられていて、子どもの心理的負担の軽減、子どもが勇気を持って話してくれたという事実そのものの尊重、子どもの心理状態を考えて語られた内容をどのように解釈するかの検討などは不十分であるという意見もあった。所轄署の警察官が診察前に被害児への事情聴取を行おうとすることがあったり、警察での報告書を作成するために聴取していると思われる場面もあり、協同面接

の必要性やそのあり方について所轄署に浸透していないようだという意見は複数の医療機関から出された。

児童相談所・警察・検察・医療機関が合同で司法面接研修を受けたことによって、特に警察にその意義が浸透し、所轄署が根掘り葉掘り聞くことがなくなって、円滑な多機関連携ができるようになったという病院もあった。〔四国子どもとおとなの医療センター〕

2. Gr.2

① 各施設と協同面接の関わり

協同面接の実施方法については地域差が大きく、「性虐待の場合には直ちに児童相談所・警察・検察の3機関で事前協議を行って、実施日や実施機関を決める」という地域もあれば、「児童相談所と警察が事前協議をして、協同面接の要否は警察が判断して検察に伝えるため、児童相談所の意向が検察に伝わりにくい」という地域もあった。また、「被害の認知から協同面接の実施までの期間がかなり長くなることが多いため、そのような場合には診察を優先してほしい」と考えている医療機関もあった。

また、協同面接は原則1回とすべきであるのに、検察・警察が何度も追加で聴取を行った事例、子どもの発達や心理を理解できていない検察官が行なったために証拠としての価値や信用性が低くなった事例、児童相談所職員が子どもの心理に配慮してしまうあまり犯罪として立証するために必要な具体的事実が十分に聴き取れなかった事例などが挙げられた。また、協同面接の面接者によって証拠価値(証明力)が異なる点、伝聞証拠禁止の原則により協同面接の記録が証拠採用されにくい現状における協同面接の記録そのものの証拠としての扱い、協同面接を民間施設で行った場合の記録の管理の問題、加害者と被害児の分離のあり方(被害児を一時保護して非加害親と引き離すのではなく、加害者を家庭外に隔離する)についても、今後の扱いとして提起された。

② 系統的全身診察について

「自治体が予算を出して、その地域の多くの医師が系統的全身診察の研修を受けている」「系統的全身

診察のできる複数の医師でメーリングリストを作り、必要時にはそれを用いて診察可能な医師を探す体制を採っている」「児童相談所内に系統的全身診察用の診察室を作り、コルポスコープも購入した」という地域もあった。

日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会から出されているガイドライン¹⁾には、「CQ427 性暴力を受けた女性への対応は?」「CQ428 性虐待が疑われる女児への対応は?」という項目があり、産婦人科医はこれを基本に診察を行っているという意見があった。このガイドラインに記載されているのは女性外性器の診察であり、系統的全身診察の一部に過ぎない。ちなみに、CQ428の項目にはWHOによるガイドライン²⁾の'top-to-toe'(頭のとっぺんから足の爪先まで)という診察方法についての記載がある。

③ 多機関連携について

性暴力救援センターでは児童相談所・警察・弁護士と連携を取って対応をすることも多いが、性暴力救援センター日赤なごやなごみでは、教育委員会や薬剤師会とも連携を取って定期的な会議を開催しているとのことであった。また、18歳未満で被害に遭っていた人が18歳を越えると児童相談所の関わりが切れてしまい、その後に関わる機関がないことも問題として挙げられた。

D. 考察

児童相談所が医療機関と関わる状況は、主に児童虐待の事例を通してであり、一般の医療者にとっては児童相談所と関わる機会も経験も少ない。そのため、今回の調査の対象とした医療者は、児童虐待に関心を持つ医療者が所属するJaMSCANの正会員とした。また、児童相談所等への実態調査では、都市部の児童相談所からの回収率が高くはなく、多くの件数を抱えていると思われる大都市圏からの回答が少なかったため、協同面接や系統的全身診察に関する全体像を把握できたかどうかは不明である。そういう中で全面的に協力してくれた県もあり、貴重な資料となった。

本研究の成果物として『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成するに当たって、協同面接の実施基準を定めるべきか否かが課題となったが、回答のあった児童相談所 132 か所のうち 25 か所(19%)で、「適切に定められている」という回答は 11 か所(8%)しかなく、実施基準がない児童相談所でも「必要性を感じない」という回答が 59%であった。このことから、形式的な実施基準は現場で有用とはみなされておらず、むしろ、子どもの福祉の視点で協同面接の意義を多機関で共有するためには、他地域における先駆的な取り組みなどを知るの方が有用と考えられた。また、系統的全身診察については、そもそも実施している医療機関が限られており、診察方法の存在が児童相談所に広く認知されていないことも明らかとなった。

協同面接に関しては、子どもの負担軽減という本来の目的が見失われ、「事件化」「起訴」「加害者処罰」など事件捜査の視点が中心となっており、子どもの心理的負担への配慮が十分ではないことはしばしば指摘されているが、子どもの福祉、すなわち、「虐待を受けたことが疑われる子どもはすべて、きちんとした形で大人に話を聴いてもらう権利がある」という点はもっと強調されるべきであろう。

協同面接を実施した例と、協同面接が非実施となったために被害事実確認面接を児童相談所が実施した例を比較すると、前者では、加害者に対する子どもの処罰感情が強く、開示に対する心構えも積極的であり、そのために協同面接の実施に至ったものと考えられた。一方で、協働面接前の不安や恐怖は、児童相談所単独の被害事実確認面接よりも強く、方法や場所に関する工夫が必要であった。協同面接等で開示した後の感想は、前者の方がより肯定的で「受けてよかった」と回答した子どもが多かったことより、協同面接の実施には意義があることが示されている。

協同面接の件数は年々増加傾向にあり、児童虐待に適切な対応をするために必要な取り組みであるという認識は広がってきている。しかし、医療機関の関与はまだ不十分で、JaMSCAN 正会員であっても、関

わった経験のある医療者は一部に過ぎない。子どもへの負担を最小限にしながら、虐待被害の事実や内容を正確に認定するためには、子どもの診察だけではなく、協同面接前後の協議やモニタールームへの同席などの点でも医療機関の関与が重要となる。

現時点では児童相談所・警察・検察の3機関協議が前提となっているため、医療機関が関与しづらいが、医療機関は子どもの福祉という観点から重要な役割を果たす機関であり、今後は医療機関を加えて「4機関連携」となるように関係機関の意識を変える必要がある。そのためには、平成 27 年 10 月に発出された通知と同様に、医療機関の関与の重要性についても公的に示すことが必要と考えられる。

今回の調査は協同面接の運用開始後、一定の期間が過ぎた時点で実施したため、事例の経験を重ねることによって連携方法に改善が見られている地域もある。しかし、実施・非実施の決定方法や実際の面接技術、面接の実施回数についても、機関ごとに対応が異なっていたり、機関間連携が不十分であることが多くの地域で指摘された。協同面接の重要性の理解についても機関によって大きな差がある現状から言って、たとえば、被害児への聴き取りには十分な配慮が必要であることについて、所轄署の警察にまで十分に浸透させるような取り組みが必要であると考えられた。

また、もう1つのテーマである系統的全身診察については、協同面接とセットで行うものであるという認識を広める必要がある。協同面接は被害が判明している部分、特に身体的な所見が取りにくい性虐待に重点を置いて行われており、身体的虐待やネグレクトに関しては、子どもの注意の持続時間という時間的な制約もあって十分に聴き取ることが難しい。系統的全身診察はそれを補填するという意義もある。また、隠すつもりはなくても「尋ねられなかったから答えなかった」という子どもも多いため、全身について身体部位ごとに頭のとっぺんから足の爪先まで問診と診察を行うことは子どもの記憶の想起においても、また、子どもに語る機会を提供するという意味においても有用である。

性器の診察は、小児科医が行うのか、他科の医師

の協力を得て行うのかは、個々の機関の実情に合わせて行なわれているのが現状である。しかし、系統的全身診察という方法を用いて「子どもの訴え・声をきちんと聴く」という技術は、小児科医として身に付けておくべき基本的かつ必要な診察・面接技術の一つであり、その普及が次の課題である。現状では、その普及活動を担っているのは特定非営利活動法人チャイルドファーストジャパンと社会福祉法人子どもの虐待防止センターのみである。より多くの医療機関で系統的全身診察が実施されるようになるためには、今回の手引きの配布とともに研修体制の充実が必要となる。

最後に、児童相談所と医療機関が持つ課題と、両者の連携について述べる。

児童相談所は年々増加する児童虐待に対応できるだけの十分な人的資源に恵まれているわけではなく、そのような中で職員の資質や専門性を確保し、維持していくにはさまざまな課題がある。今回の調査でも、児童相談所の人的資源・資質に起因すると思われる問題点が多く挙げられていた。これらは重要な課題ではあるが、すぐに解決することは困難であり、5年、10年単位という中長期的視点に立って考えていくべきであろう。

一方で、医療機関についても「児童虐待に関して専門的な対応ができる医師や医療機関が少なく、診察や面接においても、特に性被害児に対する配慮が不十分である」との指摘が多かった。虐待事実に関する詳細かつ客観的な医学的所見を得るためには、系統的全身診察を行うことのできる医療者を養成し、専門性の高い医療者が勤務する医療機関を各地域に整備して、児童相談所や警察・検察との連携事業をそこに集約していく必要がある。

系統的全身診察も含めて、今後、医療機関での虐待対応のスキルアップも重要となるが、現時点では性虐待に関する医療機関への啓発活動は十分とは言えない。JaMSCANでは2015年からBEAMS研修という医療機関向け虐待対応啓発プログラムを全国で展開している。2020年度から「虐待への対応」が医師臨床研修指導ガイドラインにおいて必修分野となり、

BEAMS研修がその研修方法の1つとして記載されていることから、今後はさらに開催回数が増えてくると考えられる。しかし、現時点でのBEAMS研修は身体的虐待への対応が中心となっているため、性虐待に焦点を当てた内容のものも作成し、別立てで研修するなどの工夫が必要である。

本研究の調査結果からは、児童相談所と医療機関の連携に関して、両者の関係が一方通行になっている様子が見受けられた。たとえば、「通告をしても、その後の報告がない」「家庭への引き取りを検討する際に、通告元の医療機関に相談もない」という状況は、いかなる事情によるものなのかを両者が話し合うことで改善策を講じることができるであろう。中には、家庭引き取りにしたという連絡がなく、一時保護中と思っていた子どもと親がいきなり、通告元の医療機関を受診したという事例もある。

通告元の医療機関に対して経過の報告や相談がないのは、「個人情報である」「多忙のため返信ができない」という理由だけではなく、そもそも「通告元に対して経過を報告する」という「文化」を持たない児童相談所があるからかもしれない。医療機関は、他院から患者を紹介された場合、紹介時だけではなく、退院時などにも紹介元に経過をまとめて返信するのが通例であるため、そのような児童相談所の対応には大きな違和感を覚えるものと考えられる。

子どもと親を見守る連携の輪を構築するうえで、児童相談所と医療機関との双方向性の関係は必須であり、それを有効に維持するための方法として、下記の3点を提案する。

- ・医療機関から通告を受けた事例は、一定の時期を決めて経過を報告する。
- ・家庭引き取りを考慮する場合には、通告元の医療機関も含めて、その妥当性や時期などを多機関で検討する。
- ・警察の関与が必要な場合は、迅速に、三者合同の会議を開催する。

児童虐待の件数の増加に伴って、現在の人員配置では十分な協同面接の実施が困難になる可能性

を懸念する声もある。協同面接・系統的全身診察の実施と虐待対応における効果的な多機関連携の構築という役割を果たすために、米国では1985年以降に子どもの権利擁護センター(Children's Advocacy Center: CAC)が設立され、現時点は全米で939か所(2022年5月現在)のCACがある。日本では2か所のCACが活動しており、日本の実情に合わせた形でCACを増やすための取り組みが始まっている。

E. 結論

今回の調査によって、児童虐待対応、特に協同面接や系統的全身診察の実施に関しては、児童相談所・警察・検察・医療機関が連携するうえで、多くの課題があることがわかった。特に、協同面接が本来の目的である子どもの福祉向上ではなく、事件捜査が主目的であるかのようにになっていること、児童虐待対応に取り組んでいる医療機関であっても協同面接への関与が少ないこと、医療機関が協同面接に関わることの重要性を明示し、児童相談所・警察・検察・医療機関で構成される4機関連携を推進する必要があること、系統的全身診察は協同面接とセットで行うべきであり、その意義を各機関に周知する必要があることは、今後、取り組むべき課題である。

以上の調査結果を踏まえて、『協同面接と系統的全身診察の手引き』を作成して、全国の臨床研修病院・児童相談所・警察・検察等に配布した。この手引きが児童虐待対応に関して、それぞれが専門機関としての役割を果たす一助となることを期待している。

1) 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2020.



2) World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence.



F. 研究発表

1. 論文発表

- ・ 山田 不二子: 司法面接・系統的全身診察の在り方・CACの実際. 小児科臨床. 2019;72(12):1911-1915.
- ・ 山田 不二子: 協同面接の現状と課題. 子どもの虐待とネグレクト. 2019;21(3):299-306.
- ・ 山田 不二子: 性虐待をどのように見つけるか. チャイルドヘルス. 2020;23(6):439-443.
- ・ 山田 不二子: 子どもの権利擁護センターの取り組み. 特集 児童虐待を学ぶ. 救急医学. 2020;44(11):1368-1373.
- ・ 丸山 朋子: 児童虐待に特徴的な身体所見 性的虐待の特徴. 特集 児童虐待を学ぶ. 救急医学. 2020;44(11):1442-1447.

2. 学会発表

- ・ 山田 不二子, 田上 幸治, 栗原 八千代, 毎原 敏郎. 大会企画シンポジウム7. 誰ひとり取り残さない! CAC(Children's Advocacy Center)モデルの構築に向けて. CAC設立に向けた取り組みの現状. 日本子ども虐待防止学会第27回学術集会かながわ大会. 2021年12月5日(横浜)

3. その他(刊行物)

- ・ 山田 不二子, 毎原 敏郎. 協同面接と系統的全身診察の手引き. 2022年3月1日
- ・ 山田 不二子: 性虐待と性暴力. 今日の小児治療指針 第17版. 医学書院, 東京, pp.916-917, 2020.
- ・ 山田 不二子: 2部 法制度の再構築を考える II セクシュアリティ・子どもからの法制度の再構築 7章 子ども虐待対応に関する現行法の問題点と改正試案. 家族の変容と法制度の再構築 ジェンダー/セクシュアリティ/子どもの視点から. 二宮

周平・風間 孝編著. 法律文化社, 京都, pp.
297-316, 2022.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

経験年数(年)	～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～24	35～
回答者数(名)	5	5	19	18	33	19	19	19

表 1. 回答者の経験年数

状況	面接前後の診察	面接実施時の同席	面接実施後のレビュー	その他	なし
回答者数(名)	34	9	4	8	69

表 2. 児童相談所との関わり〔協同面接等に関連した状況における関わり〕*

(なお、表中の「面接」とは「協同面接等」を指し、*は複数回答可の調査項目を意味する。)

状況	性虐待	身体的虐待	ネグレクト	心理的虐待	精神・心理面	その他	なし
回答者数(名)	40	79	73	52	39	5	22

表 3. 児童相談所との関わり〔協同面接等に関連しない状況における診察〕*

状況	診断書等作成	写真等の相談	死亡事例検証	事後検証会議	家庭復帰等	裁判所申立等	その他	なし
回答者数(名)	70	44	22	22	35	20	8	26

表 4. 児童相談所との関わり〔表 2, 表 3 以外の状況〕*

経験例数(例)	0	1～4	5～9	10～49	50～
回答者数(名)	11	28	19	50	29

表 5. 児童相談所への通告に関わった経験の有無と例数

状況	とても良好	良好	問題なし	問題あり	問題多い	経験なし
回答者数(名)	9	33	35	38	17	5

表 6. 児童相談所との連携の円滑さ(5段階評価)

状況	通告の判断	通告の受理	通告後不十分	通告後過剰	事後報告なし	その他	なし
回答者数(名)	34	35	76	18	69	20	19

表 7. 児童相談所と連携するうえで問題となる状況〔通告に関して〕*

状況	実施予定 不明	事前情報 不足	面接同席 不可	診察が面 接前	事後報告 なし	その他	なし
回答者数(名)	31	10	19	13	27	24	67

表 8. 児童相談所と連携するうえで問題となる状況〔協同面接等に関して〕*

状況	基準が厳し い	基準が緩い	時間に無配 慮	事後報告な し	その他	なし
回答者数(名)	7	6	16	51	23	63

表 9. 児童相談所と連携するうえで問題となる状況〔診察依頼を受ける状況に関して〕*

状況	家庭復帰の 相談がない	家庭復帰の 報告がない	事後検討の 機会がない	その他	なし
回答者数(名)	82	72	74	18	23

表 10. 児童相談所と連携するうえで問題となる状況〔一時保護後の状況に関して〕*

状況	診察の経験あり				診察の経験なし	
経験例数	1～4	5～9	10～49	50～	研修受講歴あり	研修受講歴なし
回答者数(名)	10	6	18	5	49	49

表 11. 系統的全身診察の経験の有無と例数

状況	必要		不明	不要	その他	無回答
	学会主導で普及	CFJ 主導で普及				
回答者数(名)	71	8	3	0	6	49

表 12. 系統的全身診察の必要性

児童相談所等との連携に関するアンケート

調査票記入日	令和 2 年 () 月 () 日
ご所属機関の所在地	() 都・道・府・県 () 市・区
ご所属機関名	()
ご連絡先	メールアドレス : _____ @ _____
	電話番号 : () - () - ()
ご氏名	()

回答は () 内に記入するか、該当する選択肢の記号を○で囲んでください。

選択肢の 1, 2, 3…はその中から 1 つを選ぶもの、a, b, c…は複数選択可のものです。

1) 現在のご職種と、その職種としてのご経験年数をお教えてください。

1. 医師 (ご専門の診療科・分野 : _____) → 2) へお進みください。
 2. 看護師・保健師・助産師 → 3) へお進みください。
 3. MSW 4. その他 (_____) → 3) へお進みください。
- ご経験年数 令和 2 年 3 月 31 日の時点で、満 () 年

2) 児童相談所の依頼を受けて関わる内容をお教えてください。(複数選択可)

- ① 協同面接等に関連した状況 (警察・検察から依頼を受けた場合も含まれます)
 - a. 診察
 - b. 協同面接等の実施時の観察室 (モニタールーム) への同席
 - c. 実施した協同面接等のレビュー
 - d. その他 (_____)
 - z. なし
- ② 協同面接等に関連しない状況での診察
 - a. 性虐待
 - b. 身体的虐待
 - c. ネグレクト
 - d. 心理的虐待
 - e. 精神・心理面
 - f. その他 (_____)
 - z. なし
- ③ 上記以外
 - a. 診断書・意見書の作成
 - b. 写真や画像などの相談 (本人の受診なし)
 - c. 死亡事例検証会議
 - d. 終結したケースを振り返る MDT 会議 (c. を除く)
 - e. 家庭復帰などに関する相談
 - f. 家庭裁判所への申し立てなどに関する相談
 - g. その他 (_____)
 - z. なし

3) 現在の職種として、児童相談所への通告に関わったことがありますか? 関わったことがあれば、これまでに経験された例数をお教えてください。

1. ある (11. 50 例以上 12. 10~49 例 13. 5~9 例 14. 1~4 例)
2. ない

4) 児童相談所との連携の円滑さを 5 段階で評価してください。

- とても良好 良好 大きな問題はない 問題がある 問題が多い 連携の経験がない
- 5 4 3 2 1 0

5) 児童相談所との連携で問題となる状況をお教えてください。

① 通告に関して(複数選択可)

- a. 通告の必要性や通告先の選択についての判断に迷う
- b. 通告の内容が正確に伝わらない
- c. 通告後の対応が不十分で、子どもの安全が脅かされる可能性がある
- d. 通告後の対応が過剰で、その後の子どもや保護者との関わりに困る
- e. 通告後の経過の報告がない
- f. その他 ()
- z. なし

② 協同面接等に関して(複数選択可)

- a. 協同面接等の実施予定がわからないため、問診や診察の方法について迷う
- b. 実施された協同面接等に関して、診察前に伝えられる情報が不十分である
- c. 協同面接等の実施時に観察室(モニタールーム)への同席ができない
- d. 十分な理由がないのに、協同面接の前に診察を行うことになる
- e. 協同面接等を行った後の経過の報告がない
- f. その他 ()
- z. なし

③ 診察依頼を受ける状況に関して(複数選択可)

- a. 事例の選択基準が厳しすぎる
- b. 事例の選択基準が緩すぎる
- c. 受診の時間帯に関する配慮がない
- d. 診察後の経過の報告がない
- e. その他 ()
- z. なし

④ 一時保護後の状況に関して(複数選択可)

- a. 家庭復帰の是非についての相談がない
- b. 家庭復帰となったことについての報告がない
- c. 事例の振り返りがなく、事後の検討をしていないため、同じような問題が生じる
- d. その他 ()
- z. なし

6) 系統的全身診察について、お教えてください。

① 系統的全身診察に関する研修の受講の有無や実施した経験についてお教えてください。

- 1. 系統的全身診察の経験がある → ③へお進みください。
(11. 50例以上 12. 10~49例 13. 5~9例 14. 1~4例)
- 2. 研修を受けたことはあるが、診察の経験はない → ②へお進みください。
- 3. 用語は知っているが、研修を受けたことはない → ③へお進みください。
- 4. 用語は聞いたことがない → ③へお進みください。

② 診察をしたご経験がない理由をお教えてください。

1. 他の医師が担当しているため
2. 医師ではないため
3. 研修は受けたが、診察をする機会がなかったため
4. 研修を受けたが、診察をする自信がないため
5. その他 ()

③ 系統的全身診察について、どのようにお考えでしょうか。

1. ぜひ必要であり、BEAMSと同様にJaMSCANが主体となって広めていくのがよい
2. 必要であるが、今のようにChildFirstJapanの活動として広めていくのがよい
3. 必要かどうかわからない
4. 必要とは思わない
5. その他 ()

7) 自由記載

児童相談所との連携や協同面接等の実施、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

児童相談所へのアンケート調査

調査の趣旨とご協力のお願い

今回、厚生労働省研究班として協同面接に関する実態調査を全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、児童相談所等）を対象として行うこととなりました。平成 27 年 10 月の通知以後、協同面接の実施件数は次第に多くなっていますが、それに伴って実施状況や内容についての地域差、件数の増加に伴う面接者の不足などの問題が生じてきています。また虐待事実の立証のためにも系統的全身診察は重要な役割を担っていますが、医療側での取り組みは始まったところで、この点についても医療との連携が今後の課題です。さらに性虐待については、医学的診察で虐待の身体所見が明らかになるのは数%に過ぎず、子どもの証言の聴取が重要ですが、平成 28 年 4 月～平成 30 年 3 月に児童相談所が受理した性的虐待の事例のうち協同面接が実施されたのは約 15%とされています。

今回の調査によって協同面接に関する問題点を明らかにし、「協同面接と系統的全身診察の実施の手引き」を作成することが、この研究班の目的です。性虐待については、協同面接に至らなかった理由を明らかにすることも、今後適切な対応を行う上で重要となります。日々の多忙な業務の中で過去にさかのぼって調査票に回答することは、大きな負担になることと思います。しかし貴児童相談所での状況を教えていただくことができれば、上記の目的を達するためのたいへん貴重な情報となります。ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

今回の調査は最初の通告受理機関が児童相談所であった事例だけではなく、子どもが第三者からの被害を受けた場合や事件の目撃者になった場合などで、警察・検察から情報提供があった事例も対象としてください。担当者の異動などで詳細がわからない場合には「不明」に印を付けてください。また今回の調査票における用語の定義については、次ページに記載していますのでご参照ください。

今回の調査にご協力をいただける場合には、調査票にご記入の上で下記までお送りください。調査票のご返送をもって、調査へのご同意をいただいたことといたします。

研究分担者 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 毎原 敏郎
〒665-0021 兵庫県尼崎市東難波町 2-17-77
E-mail : maihara@hp.pref.hyogo.jp
Tel : 06-6480-7000 Fax : 06-6480-7001

用語の定義：今回の調査では、以下のように用語を定義します。

【協同面接・協同面接等】 協同面接とは、平成27年10月28日に発出された通知の「子どもの心理的負担等に配慮した」3機関による面接を指します。「司法面接」「代表者による聴取」も同義と扱ってください。今回は、児童相談所と警察、ないし児童相談所と検察の2機関で行われた面接も調査の対象として「協同面接等」と呼ぶこととします。なお、児童相談所が単独で行う面接は「被害事実確認面接」として区別しています。

【性虐待】 児童虐待防止法では「親権者・児童を現に監護するものによる」と定義されていますが、この調査では、加害者（家族、親族、同居人きょうだい、第三者など）や被害を受けた場所（家庭内、家庭外）を特定せずに子どもの被害を把握するために、特に性に関する被害については「性的虐待」と「家庭内・外の性暴力被害」を総括して「性虐待」という用語を使用しています。

【MDT (Multidisciplinary Team: 多機関連携チーム)】 多職種で構成される支援チームのことで、今回の調査では福祉、司法、医療などがそのメンバーとなります。

【系統的全身診察】 性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、子どもの心理状態に配慮した問診を含め、外性器・肛門だけではなく全身を診察する方法で、研修を受けた医師が行うものを指します。

【心理的ネグレクト】 被害に遭った子どもに対する心理的サポートを行わない状態を指すこととします。

調査票記入日	令和 2 年 () 月 () 日
貴児童相談所所在地	() 都・道・府・県 () 市・区
貴児童相談所名	()
ご連絡先 メールアドレス :	_____@_____
電話番号 :	() - () - ()
担当者のご氏名	()

回答は () 内に記入するか、該当する選択肢の記号を○で囲んでください。
 選択肢の 1, 2, 3…はその中から 1 つを選ぶもの、a, b, c…は複数選択可のものです。

1) 貴児童相談所が関与された協同面接等

1-1) 協同面接等の実施件数

平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日(平成 27 年度下半期～平成 30 年度)の期間に行われた協同面接等の実施件数を、種別に分けてお教えてください。

1 事例に関して複数の案件(加害者や発生時期、虐待の種別が異なる、など)があった場合には、別の案件として数えてください。同一の案件(加害者や発生時期、虐待の種別が同じ)に関して行われた一連の協同面接等は、複数回であっても 1 件として数えてください。

- | | |
|---------------|-----------------|
| ① 性的虐待 () 件 | ② ①以外の性虐待 () 件 |
| ③ 身体的虐待 () 件 | ④ ネグレクト () 件 |
| ⑤ 心理的虐待 () 件 | ⑥ その他 () 件 |

1-2) 協同面接等を実施するための基準

貴児童相談所には面接の実施基準(警察・検察との協議の開催基準を含む)はあるでしょうか。

1. 基準があり、それに基づいて判断している → 1-2-1)にお進みください。
2. 基準はなく、事例毎に検討している → 1-2-2)にお進みください。
3. 実施の判断については関与していない → 1-3)にお進みください。

1-2-1) 実施基準がある場合

① 基準の制定時期 1. 平成 () 年 () 月 99. 不明

② 実施基準について、貴児童相談所としてはどのようにお考えでしょうか。

1. 適切に定められており、特に問題はない
2. 基準が厳しすぎて、必要な事例に実施できないこともある
3. 基準が漠然としていて、最終的には現場での判断となる
4. 基準が緩すぎて、必要のない事例にも実施するためマンパワーが不足する
5. その他 ()

③ この調査のためにその実施基準を提供していただくことは可能でしょうか。

1. できる (11. この調査票に添付 12. 依頼状が必要) 2. できない 3. 要検討
- この後は 1-3)にお進みください。

1-2-2) 実施基準がない場合

① 協同面接等の実施の要否を決める方法をお教えてください。

1. 児童相談所、警察、検察の三者で検討して決定する
2. 警察と検察との間で検討して決定する
3. その他 ()

② 実施基準はある方がよいとお考えでしょうか。

1. ある方がよい (11. 現在作成中 12. 作成の予定あり 13. 作成の予定なし)
2. なくてもよい (現在の方法で困っていない、など)
3. ない方がよい (基準があると柔軟に対応できない、など)
4. その他 ()

1-3) 協同面接等の問題点や課題 該当するものがあれば印を付けてください。(複数選択可)

- a. 実施に関する連絡が遅く、児童相談所単独での面接が必要かどうか迷うことがある
- b. 実施に関する連絡が遅く、その理由についての説明もないため困ることがある
- c. 面接者の経験不足などのため、適切な面接ではないことが多い
- d. 面接が事件化の判断を目的とするあまり、子どもへの福祉的配慮に欠ける
- e. 面接をする場合の、子どもへの動機付けや説明が難しい
- f. その他 ()

2) 貴児童相談所が関わった性虐待の案件

2-1) 性虐待の案件数

平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日(平成 27 年度下半期～平成 30 年度)の期間に、性虐待として関わった案件の数についてお教えてください。

1 事例に関して複数の案件(加害者や発生時期が異なる、など)があった場合には、別の案件として数えてください。

- ① 貴児童相談所が性虐待として最初の通告を受理した児童相談所であった () 件
- ② 性虐待として他の児童相談所から移管となった () 件
- ③ 他の虐待として貴児童相談所が関わる間に性虐待の存在が判明した () 件

2-2) 性虐待の事例で、協同面接の実施の要否に関する協議に参加する割合

1. 原則として全例
2. 70-90%
3. 30-70%
4. 10-30%
5. 参加しない

2-3) 協同面接実施の要否の判断に関する児童相談所としての印象 (複数回答可)

- a. 実施しないという判断は妥当であることが多い
- b. 実施するかどうかの最終的な連絡までに時間を要し、その間の対応に困る
- c. 実施しないという判断に至った経緯の説明がなく、結論しか連絡がない
- d. 実施しないという判断は不適切であると考えることが多い
- e. その他 ()

2-4) 協同面接の非実施の場合に、その理由として想定されるもの (複数回答可)

- a. 事件化が困難であると検察が判断した
- b. 子どもの言語能力、精神状態から面接が困難と判断した
- c. その他 ()

2-5) 協同面接の非実施の場合に、児童相談所として被害事実確認面接を実施する割合

- 1. 原則として全例
- 2. 70-90%
- 3. 30-70%
- 4. 10-30%
- 5. 行わない

2-6) 被害事実確認面接を実施しない場合の理由 (複数回答可)

- a. 子どもの言語能力、精神状態から面接が困難と判断した
- b. その他 ()

3) 子どもの被害に関する医療との連携

3-1) 貴児童相談所内の医師の所属

- 1. あり
 - a. 正規 () 人、専門分野 ()
 - (複数選択可) b. 非正規 () 人、専門分野 ()
 - c. 嘱託 () 人、専門分野 ()
- 2. なし (21. 採用予定あり 22. 採用予定なし 23. 採用は未定)

3-2) 系統的全身診察という診察方法の存在

- 1. 聞いたことがあり、連携している医療機関で行っている
- 2. 聞いたことはあるが、連携している医療機関で行っているかどうかは不明
- 3. 聞いたことがない

3-3) 協同面接等に関連した医療との連携

① 貴児童相談所での連携の状況 「5. 行わない」の場合は3-4)にお進みください。

- 1. 原則として全例
- 2. 70-90%
- 3. 30-70%
- 4. 10-30%
- 5. 行わない

② 連携の目的 a. 診察 (a1. 系統的全身診察 a2. 系統的全身診察以外の診察)

- (複数選択可) b. 協同面接等の実施時の観察室 (モニタールーム) への同席
- c. 実施した協同面接等のレビュー
- d. その他 ()

③ 連携先の機関 a. 大学・大学病院 b. 総合病院 c. 小児専門病院 d. 単科病院

- (複数選択可) e. 診療所 f. 児童相談所内 g. その他 ()

差し支えがなければ、医療機関名をご記入ください

()

④ 専門の診療科 a. 小児科 b. 内科 c. 産婦人科 d. 小児外科 e. 外科 f. 泌尿器科

- (複数選択可) g. 児童精神科 h. 精神科 i. 法医学 j. その他 ()

3-4) 協同面接等に関連しない医療機関への受診

(本人が受診しない場合や児童相談所の医師の診察を除く)

- ① 受診の内容 a. 性虐待 b. 身体的虐待 c. ネグレクト d. 心理的虐待
(複数選択可) e. 精神・心理面 f. その他 ()
- ② 受診先の機関 a. 大学・大学病院 b. 総合病院 c. 小児専門病院 d. 単科病院
(複数選択可) e. 診療所 f. その他 ()
- ③ 専門の診療科 a. 小児科 b. 内科 c. 産婦人科 d. 小児外科 e. 外科 f. 泌尿器科
(複数選択可) g. 児童精神科 h. 精神科 i. 法医学 j. その他 ()
- ④ 受診の状況 a. 一時保護に関連したもの b. 一時保護中の出来事
(複数選択可) c. その他 ()

- 3-5) 上記以外で医療機関と連携を取る状況 (児童相談所の医師の診察を除く、複数回答可)
- a. 診断書・意見書の作成 b. 写真や画像などの相談(本人の受診なし)
c. 死亡事例検証会議 d. 終結した事例を振り返る MDT 会議 (c. を除く)
e. 家庭復帰などに関する相談 f. 家庭裁判所への申し立てなどに関する相談
g. その他 ()

3-6) 医療機関との連携の円滑さ 5段階で評価して番号に○をつけてください。

とても良好 良好 大きな問題はない 問題がある 問題が多い 連携の実績がない
5 4 3 2 1 0

- 3-7) 連携についての問題点 該当するものがあれば記号に○をつけてください。(複数選択可)
- a. 連携できる医療機関がない
b. 医療機関が虐待についての関心が低い
c. 医療機関として対応する窓口や担当者 (MSW など) が決まっていない
d. 同じ医療機関内で担当医師や担当者によって判断が統一されていない
e. その他 ()

3-8) 今後、医療機関との連携を必要とする状況

- ① 協同面接等に関連した連携 (複数選択可)
- a. 診察 b. 協同面接等の実施時の観察室 (モニタールーム) への同席
c. 実施した協同面接等のレビュー d. その他 ()
- ② 協同面接等に関連しない受診 (複数選択可)
- a. 性虐待 b. 身体的虐待 c. ネグレクト d. 心理的虐待 e. 精神・心理面
f. その他 ()
- ③ 上記以外
- a. 診断書・意見書の作成 b. 写真や画像などの相談(本人の受診なし)
c. 死亡事例検証会議 d. 終結した事例を振り返る MDT 会議 (c. を除く)
e. 家庭復帰などに関する相談 f. 家庭裁判所への申し立てなどに関する相談
g. その他 ()

3-9) 医療機関との連携について、工夫されている点 (複数回答可)

- a. 定期的に会議を開いて、「顔の見える」関係を作るようにしている
- b. 通告・連絡を受けた子どもについては、その後の処遇や状況を報告している
- c. その他 ()

4) 自由記載

協同面接等の実施や性虐待への対応、医療機関との連携、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

協同面接等を実施した事例（児童相談所）

調査の趣旨とご協力のお願い

今回、厚生労働省研究班として協同面接に関する実態調査を全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、児童相談所等）を対象として行うこととなりました。平成 27 年 10 月の通知以後、協同面接の実施件数は次第に多くなっていますが、それに伴って実施状況や内容についての地域差、件数の増加に伴う面接者の不足などの問題が生じてきています。また虐待事実の立証のためにも系統的全身診察は重要な役割を担っていますが、医療側での取り組みはようやく始まったところで、この点についても医療との連携が今後の課題です。

今回の調査によって協同面接に関する問題点を明らかにし、「協同面接と系統的全身診察の実施の手引き」を作成することが、この研究班の目的です。日々の多忙な業務の中で過去にさかのぼって調査票に回答することは、現場の方にとって大きな負担になることと思います。しかし貴児童相談所でのご経験を教えていただくことができれば、上記の目的を達するためのたいへん貴重な情報となります。ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

調査票へのご記入に当たっては、下記の点にご留意をお願いいたします。また今回の調査票における用語の定義については、次ページに記載していますのでご参照ください。

- ・調査期間は平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日（平成 27 年度下半期～平成 30 年度）の 3 年 6 ヶ月間です。
- ・今回の調査は最初の通告受理機関が児童相談所であった事例だけではなく、子どもが第三者からの被害を受けた場合や事件の目撃者になった場合などで、警察・検察から情報提供があった事例も対象としてください。
- ・1 事例に関して複数の案件（加害者や発生時期、虐待の種別が異なる、など）があった場合には、各案件について 1 枚の調査票を作成してください。
- ・担当者の異動などで詳細がわからない場合には「不明」に印を付けてください。
- ・不足する場合は、お手数ですが下記の URL からダウンロードをお願いいたします。

<https://tinyurl.com/vwrgoft>

今回の調査にご協力をいただける場合には、調査票にご記入の上で下記までお送りください。調査票のご返送をもって、調査へのご同意をいただいたことといたします。

研究分担者 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 毎原 敏郎
〒665-0021 兵庫県尼崎市東難波町 2-17-77
E-mail : maihara@hp.pref.hyogo.jp
Tel : 06-6480-7000 Fax : 06-6480-7001

用語の定義：今回の調査では、以下のように用語を定義します。

【協同面接・協同面接等】 協同面接とは、平成27年10月28日に発出された通知の「子どもの心理的負担等に配慮した」3機関による面接を指します。「司法面接」「代表者による聴取」も同義と扱ってください。今回は、児童相談所と警察、ないし児童相談所と検察の2機関で行われた面接も調査の対象として「協同面接等」と呼ぶこととします。なお、児童相談所が単独で行う面接は「被害事実確認面接」として区別しています。

【性虐待】 児童虐待防止法では「親権者・児童を現に監護するものによる」と定義されていますが、この調査では、加害者（家族、親族、同居人きょうだい、第三者など）や被害を受けた場所（家庭内、家庭外）を特定せずに子どもの被害を把握するために、特に性に関する被害については「性的虐待」と「家庭内・外の性暴力被害」を総括して「性虐待」という用語を使用しています。

【MDT (Multidisciplinary Team: 多機関連携チーム)】 多職種で構成される支援チームのことで、今回の調査では福祉、司法、医療などがそのメンバーとなります。

【系統的全身診察】 性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、子どもの心理状態に配慮した問診を含め、外性器・肛門だけではなく全身を診察する方法で、研修を受けた医師が行うものを指します。

【心理的ネグレクト】 被害に遭った子どもに対する心理的サポートを行わない状態を指すこととします。

また、子どもの被害に関する項目については、下記の要領でその内容をご記入ください。

加害者 (A1~H2) と内容 (ア~コ) をペアにして、(*) に記号でご記入ください。				
例) 実母がパートナー(男性)からの性虐待を容認していた場合、母は「ネグレクト:子どもが受けた被害の無視・容認・放置」、パートナーは「性虐待」であるため、(B1*ウ)(A3*ア)となります。				
[加害者]	A1: 実父	A2: 継父・養父	<u>母のパートナー</u>	A3: 男性 A4: 女性
	B1: 実母	B2: 継母・養母	<u>父のパートナー</u>	B3: 男性 B4: 女性
	C1: 実兄	C2: 異父兄	C3: 異母兄	C4: 血縁のない兄
	D1: 実姉	D2: 異父姉	D3: 異母姉	D4: 血縁のない姉
	E1: 実弟	E2: 異父弟	E3: 異母弟	E4: 血縁のない弟
	F1: 実妹	F2: 異父妹	F3: 異母妹	F4: 血縁のない妹
	<u>他の親族</u>	G1: 同居(男性)	G2: 同居(女性)	G3: 別居(男性) G4: 別居(女性)
	<u>第三者</u>	H1: 特定(男性)	H2: 特定(女性)	H3: 未特定(男性) H4: 未特定(女性)
[内容]	ア: 性虐待		イ: 身体的虐待	
	ウ: 子どもの被害の無視・容認・放置		エ: 心理的ネグレクト	
	オ: その他のネグレクト			
	カ: 面前 DV の目撃		キ: 面前 DV の目撃以外の心理的虐待	
	ク: その他			

3) 協同面接等の実施と経過

3-1) 協同面接等・単独面接の全経過と司法対応

3-1-1) 協同面接等の総実施回数

- ① 一連の案件（加害者や発生時期、虐待の種別が同じ）に対して
計（ ）回 99. 不明
- ② 複数回の協同面接等が必要となった理由（下記の注を参考にしてください）
 - 1) 2回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明
 - 2) 3回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明
 - 3) 4回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明

注) 前回非開示： 前回の面接では被害内容を全く開示しなかった

前回部分開示： 前回は一部開示したが、非開示の部分について聴取が必要となった

新被害判明： 同一の加害者から同時期に受けた被害が、前回の面接以後に新たに判明した

3-1-2) 単独での面接の状況

初回の協同面接等の実施前に行われた児童相談所、警察の単独での面接・聴取

- ① 児童相談所 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
 - ② 警察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- (「あり」だが回数不明の場合は「1」に○を付けて()内は空欄にしてください。以下も同様です。)

初回の協同面接等の実施後に行われた児童相談所、警察、検察の単独での面接・聴取

- ③ 児童相談所 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- ④ 警察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- ⑤ 検察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明

3-1-3) 司法対応（調査票の回答時点での状況をお分かりになる範囲でご記入ください）

- ① 警察 1. 検察官送致 2. 微罪処分 3. 家庭裁判所送致 99. 不明
- ② 検察 1. 起訴準備中 2. 起訴中
3. 不起訴 (31. 嫌疑なし 32. 嫌疑不十分 33. 起訴猶予) 99. 不明
- ③ 地裁 1. 公判審理中 2. 判決 (21. 無罪 22. 懲役 () 年 23. 執行猶予) 99. 不明
- ④ 高裁 1. 公判審理中 2. 判決 (21. 無罪 22. 懲役 () 年 23. 執行猶予) 99. 不明
- ⑤ 子どもの裁判への出廷 1. あり () 回 2. なし 99. 不明

3-2) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 1回目

3-2-1) 参加した児童相談所等

1. 貴児童相談所 2. () 児童相談所 3. その他 ()

このページの以下の項目は、貴児童相談所が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-2-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-2-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク:その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-3) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 2回目

3-3-1) 参加した児童相談所等

1. 貴児童相談所 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず
このページの以下の項目は、貴児童相談所が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-3-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-3-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-4) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 3回目

3-4-1) 参加した児童相談所等

1. 貴児童相談所 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず
このページの以下の項目は、貴児童相談所が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-4-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-4-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-5) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 4回目

3-5-1) 参加した児童相談所等

1. 貴児童相談所 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず
このページの以下の項目は、貴児童相談所が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-5-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-5-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気付きの点があればご記入ください。

4) **子どもの状況** (調査票の回答時点での状況をお分かりになる範囲でご記入ください)

4-1) **児童相談所との関係**

① **経過中の一時保護とその状況・理由**

1. あり (11. 同意 12. 職権 13. 同意→職権 14. 職権→同意) 2. なし 99. 不明

② **児童相談所の関与**

1. 指導中 (11. 児童福祉司指導 12. 継続指導) 2. 調査継続中 3. 中断

4. 他の児童相談所へ移管 移管先 () 児童相談所

移管年月日 平成 () 年 () 月 () 日

5. 終結 (市区町村への移管 51. あり 52. なし) 99. 不明

③ **子どもの所在** (終結している場合には終結時での所在)

1. 自宅 (加害者とは 11. 同居 12. 別居) 2. 親族宅等 3. 児童福祉施設

4. 里親・養親宅 5. その他 () 99. 不明

4-2) **協同面接等や被害などに関する状況** 5段階で評価して番号に○をつけてください。

① **加害者に対する処罰感情** 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

② **面接前の不安・恐怖** 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

③ **開示についての心構え** 積極的・意欲的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 消極的 不明 0

④ **面接での開示への感想** 肯定的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 否定的 不明/非開示 0

⑤ **面接に対する感想** 受けてよかった 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 受けない方がよかった 不明 0

⑥ **知的障害・発達障害の影響** 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

4-3) **心理・社会的状況**

PTSD、抑うつ、自傷行為、不登校、性化行動、触法行為など、子どもの状況で気になることや治療的な対応 (TF-CBT, EMDR など) について、ご存知のことがあればご記入ください。(終結している場合は終結時の状況)

5) 医療機関の受診状況 (本人が受診しない場合や児童相談所の勤務医・嘱託医の診察を除く)

受診した医療機関と診療科をペアにして、下の (*) に記号で記入してください。

医療機関： ア：大学・大学病院 イ：総合病院 ウ：小児専門病院 エ：単科病院
オ：診療所 カ：その他

診療科： 1：小児科 2：内科 3：産婦人科 4：小児外科 5：外科
6：泌尿器科 7：児童精神科 8：精神科 9：法医学 10：その他

5-1) 協同面接等と無関係の受診

- ① 受診歴 1. あり 医療機関 * 診療科 (*)(*)(*)
2. なし 99. 不明
- ② 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. その他 () 99. 不明
- ③ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ④ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

5-2) 協同面接等と関連した受診

- ① 受診歴 1. 受診あり 受診年月日：平成 () 年 () 月 () 日
医療機関 * 診療科 (*)(*)
医療機関名 (差し支えがなければご記入ください)
()
2. 受診なし 99. 不明
- ② 受診が協同面接等の実施前となった場合は、その理由について
(複数選択可) a. 緊急性 b. 診療上の必要性 c. 証拠採取
d. その他 () z. 不明
- ③ 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. 系統的全身診察 f. その他 () z. 不明
- ④ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ⑤ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

6) 協同面接等や医療機関との連携に関する問題点

該当するものがあれば記号に○をつけてください。(複数選択可)

- a. 面接を受ける意義や目的について、子どもにどう説明するかが困った
- b. 面接の手技が不十分で、誘導があった/開示が得られなかった
- c. 面接の手技が不十分で、子どもの心理的負担への配慮が不足していた
- d. 医療機関からの協力が得られず、医学的な所見や見解が不十分であった
- e. 面接の実施/非実施や実施の時期について、事前の協議や連絡が不十分であった
- f. その他 ()

7) 自由記載

協同面接等の実施や医療機関との連携、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

性虐待で協同面接等を実施しなかった事例

調査の趣旨とご協力のお願い

今回、厚生労働省研究班として協同面接に関する実態調査を全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、児童相談所等）を対象として行うこととなりました。平成 27 年 10 月の通知以後、協同面接の実施件数は次第に多くなっていますが、実施状況についての地域差が生じてきています。特に性虐待については、医学的診察で虐待の身体所見が明らかになるのは数%に過ぎず、子どもの証言の聴取が重要ですが、平成 28 年 4 月～平成 30 年 3 月に児童相談所が受理した性的虐待の事例のうち協同面接が実施されたのは約 15%とされています。

今回の調査によって協同面接に関する問題点を明らかにし、「協同面接と系統的全身診察の実施の手引き」を作成することが、この研究班の目的です。性虐待については、協同面接に至らなかった理由を明らかにすることも、今後適切な対応を行う上で重要となります。日々の多忙な業務の中で過去にさかのぼって調査票に回答することは、現場の方にとって大きな負担になることと思います。しかし貴児童相談所でのご経験を教えていただくことができれば、上記の目的を達するためのたいへん貴重な情報となります。ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

調査票へのご記入に当たっては、下記の点にご留意をお願いいたします。また今回の調査票における用語の定義については、次ページに記載していますのでご参照ください。

- ・ 調査期間は平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日(平成 27 年度下半期～平成 30 年度)の 3 年 6 ヶ月間です。
- ・ 今回の調査は最初の通告受理機関が児童相談所であった事例だけではなく、第三者からの被害を受けた場合などで、警察・検察から情報提供があった事例も対象としてください。
- ・ 1 事例に関して複数の案件（加害者や発生時期が異なる、など）があった場合には、各案件について 1 枚の調査票を作成してください。
- ・ 担当者の異動などで詳細がわからない場合には「不明」に印を付けてください。
- ・ 不足する場合は、お手数ですが下記の URL からダウンロードをお願いいたします。

<https://tinyurl.com/uexontm>

今回の調査にご協力をいただける場合には、調査票にご記入の上で下記までお送りください。調査票のご返送をもって、調査へのご同意をいただいたことといたします。

研究分担者 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 毎原 敏郎
〒665-0021 兵庫県尼崎市東難波町 2-17-77
E-mail : maihara@hp.pref.hyogo.jp
Tel : 06-6480-7000 Fax : 06-6480-7001

用語の定義：今回の調査では、以下のように用語を定義します。

【協同面接・協同面接等】 協同面接とは、平成27年10月28日に発出された通知の「子どもの心理的負担等に配慮した」3機関による面接を指します。「司法面接」「代表者による聴取」も同義と扱ってください。今回は、児童相談所と警察、ないし児童相談所と検察の2機関で行われた面接も調査の対象として「協同面接等」と呼ぶこととします。なお、児童相談所が単独で行う面接は「被害事実確認面接」として区別しています。

【性虐待】 児童虐待防止法では「親権者・児童を現に監護するものによる」と定義されていますが、この調査では、加害者（家族、親族、同居人きょうだい、第三者など）や被害を受けた場所（家庭内、家庭外）を特定せずに子どもの被害を把握するために、特に性に関する被害については「性的虐待」と「家庭内・外の性暴力被害」を総括して「性虐待」という用語を使用しています。

【MDT (Multidisciplinary Team: 多機関連携チーム)】 多職種で構成される支援チームのことで、今回の調査では福祉、司法、医療などがそのメンバーとなります。

【系統的全身診察】 性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、子どもの心理状態に配慮した問診を含め、外性器・肛門だけではなく全身を診察する方法で、研修を受けた医師が行うものを指します。

【心理的ネグレクト】 被害に遭った子どもに対する心理的サポートを行わない状態を指すこととします。

また、子どもの被害に関する項目については、下記の要領でその内容をご記入ください。

加害者 (A1~H2) と内容 (ア~コ) をペアにして、(*) に記号でご記入ください。				
例) 実母がパートナー(男性)からの性虐待を容認していた場合、母は「ネグレクト:子どもが受けた被害の無視・容認・放置」、パートナーは「性虐待」であるため、(B1*ウ)(A3*ア)となります。				
[加害者] A1: 実父	A2: 継父・養父	<u>母のパートナー</u>	A3: 男性	A4: 女性
B1: 実母	B2: 継母・養母	<u>父のパートナー</u>	B3: 男性	B4: 女性
C1: 実兄	C2: 異父兄	C3: 異母兄	C4: 血縁のない兄	
D1: 実姉	D2: 異父姉	D3: 異母姉	D4: 血縁のない姉	
E1: 実弟	E2: 異父弟	E3: 異母弟	E4: 血縁のない弟	
F1: 実妹	F2: 異父妹	F3: 異母妹	F4: 血縁のない妹	
<u>他の親族</u>	G1: 同居(男性)	G2: 同居(女性)	G3: 別居(男性)	G4: 別居(女性)
<u>第三者</u>	H1: 特定(男性)	H2: 特定(女性)	H3: 未特定(男性)	H4: 未特定(女性)
[内容] ア: 性虐待		イ: 身体的虐待		
ウ: 子どもの被害の無視・容認・放置		エ: 心理的ネグレクト		
オ: その他のネグレクト				
カ: 面前 DV の目撃		キ: 面前 DV の目撃以外の心理的虐待		
ク: その他				

3) 貴児童相談所が単独で行った被害事実確認面接

3-1) 被害事実確認面接の実施について

1. 実施した 2. 実施していない (2の場合は 4) 子どもの状況) にお進みください)

3-2) 被害事実確認面接の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ 実施した方法 プロトコールに沿った専門的な被害事実確認面接
1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
プロトコールを使用しない一般的な被害事実確認面接
7. 慎重に設定された面接 8. 一般的な調査面接
9. その他 ()

3-3) 被害事実確認面接の内容について

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 ()
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (面接の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気付きの点があればご記入ください。

3-4) 協同面接等の実施に至らなかった状況について

- ① 貴児童相談所としては協同面接の必要性をどのように判断されていたでしょうか。
1. ぜひ必要であると考えていた
 2. 必要だが、子どもの状況(言語能力、精神状態)からは実施は困難と考えていた
 3. 必要はないと考えていた
 4. その他 ()
- ② 実施するかどうかに関する協議に貴児童相談所は参加されていたのでしょうか。
1. いつも参加している
 2. 通常は参加しないが、この事例では参加した
 3. 通常は参加しているが、この事例では参加しなかった
 4. 警察や検察から依頼があったときに参加している
 5. いつも参加しない
- ③ 実施しないと判断した理由を、貴児童相談所としてはどう理解されたでしょうか。
1. 事件化が困難であると検察が判断した
 2. 子どもの言語能力、精神状態から面接が困難と判断した
 3. その他 ()
- ④ 実施しないという結論を、貴児童相談所としてはどう受け止められたでしょうか。
1. 警察・検察と一緒に協議した結果なので、納得している
 2. 結論に至った経緯の説明はなかったが、子どもの状況などから納得している
 3. 実施するかどうかの最終的な連絡までに時間を要し、その間の対応に困る
 4. 結論に至った経緯の説明がなく、その結論にも納得できない
 5. その他 ()
- ⑤ この事例での面接の方法に関して、ご意見があれば自由にご記入ください。

4) 子どもの状況 (調査票の回答時点での状況をお分かりになる範囲でご記入ください)

4-1) 児童相談所との関係

① 経過中の一時保護とその状況・理由

1. あり (11. 同意 12. 職権 13. 同意→職権 14. 職権→同意) 2. なし 99. 不明

② 児童相談所の関与

1. 指導中 (11. 児童福祉司指導 12. 継続指導) 2. 調査継続中 3. 中断

4. 他の児童相談所へ移管 移管先 () 児童相談所

移管年月日 平成 () 年 () 月 () 日

5. 終結 (市区町村への移管 51. あり 52. なし) 99. 不明

③ 子どもの所在 (終結している場合には終結時での所在)

1. 自宅 (加害者とは 11. 同居 12. 別居) 2. 親族宅等 3. 児童福祉施設

4. 里親・養親宅 5. その他 () 99. 不明

4-2) 被害事実確認面接や被害などに関する状況 5段階で評価して番号に○をつけてください。

① 加害者に対する処罰感情 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

② 面接前の不安・恐怖 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

③ 開示についての心構え 積極的・意欲的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 消極的 不明 0

④ 面接での開示への感想 肯定的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 否定的 不明/非開示 0

⑤ 面接に対する感想 受けてよかった 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 受けない方がよかった 不明 0

⑥ 知的障害・発達障害の影響 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

4-3) 心理・社会的状況

PTSD、抑うつ、自傷行為、不登校、性化行動、触法行為など、子どもの状況で気になることや治療的な対応 (TF-CBT, EMDR など) について、ご存知のことがあればご記入ください。(終結している場合は終結時の状況)

5) 医療機関の受診状況 (本人が受診しない場合や児童相談所の医師の診察を除く)

受診した医療機関と診療科をペアにして、下の (*) に記号でご記入ください。

医療機関： ア：大学・大学病院 イ：総合病院 ウ：小児専門病院 エ：単科病院
オ：診療所 カ：その他

診療科： 1：小児科 2：内科 3：産婦人科 4：小児外科 5：外科
6：泌尿器科 7：児童精神科 8：精神科 9：法医学 10：その他

5-1) 被害事実確認面接と無関係の受診

- ① 受診歴 1. あり 医療機関 * 診療科 (*) (*) (*)
2. なし 99. 不明
- ② 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. その他 () 99. 不明
- ③ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ④ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

5-2) 被害事実確認面接と関連した受診

- ① 受診歴 1. 受診あり 受診年月日：平成 () 年 () 月 () 日
医療機関 * 診療科 (*) (*)
医療機関名 (差し支えがなければご記入ください)
()
2. 受診なし 99. 不明
- ② 受診が被害事実確認面接の実施前となった場合は、その理由について
(複数選択可) a. 緊急性 b. 診療上の必要性 c. 証拠採取
d. その他 () z. 不明
- ③ 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. 系統的全身診察 f. その他 () z. 不明
- ④ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ⑤ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

6) 協同面接等・被害事実確認面接や医療機関との連携

該当するものがあれば記号に○をつけてください。(複数選択可)

- a. 面接を受ける意義や目的について、子どもにどう説明するかが困った
- b. 面接の手技が不十分で、誘導があった/開示が得られなかった
- c. 面接の手技が不十分で、子どもの心理的負担への配慮が不足していた
- d. 医療機関からの協力が得られず、医学的な所見や見解が不十分であった
- e. その他 ()

7) 自由記載

協同面接等の実施や性虐待への対応、医療機関との連携、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

協同面接実施民間団体へのアンケート調査

調査の趣旨とご協力をお願い

今回、厚生労働省研究班として協同面接に関する実態調査を全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、児童相談所等）を対象として行うこととなりました。平成27年10月の通知以後、協同面接の実施件数は次第に多くなっていますが、それに伴って実施状況や内容についての地域差、件数の増加に伴う面接者の不足などの問題が生じてきています。また虐待事実の立証のためにも系統的全身診察は重要な役割を担っていますが、医療側での取り組みは始まったところで、この点についても医療との連携が今後の課題です。

今回の調査で協同面接の実施に伴う問題点を明らかにし、分析を行った上で「協同面接と系統的全身診察の実施の手引き」を作成することが、この研究班の目的です。日々の多忙な業務の中で過去にさかのぼって調査票に回答することは、大きな負担になることと思います。しかし貴団体での状況を教えていただくことができれば、上記の目的を達するためのたいへん貴重な情報となります。ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

今回の調査は最初の通告受理機関が児童相談所であった事例だけではなく、子どもが第三者からの被害を受けた場合や事件の目撃者になった場合などで、警察・検察から情報提供があった事例も対象としてください。担当者の異動などで詳細がわからない場合には「不明」に印を付けてください。また今回の調査票における用語の定義については、次ページに記載していますのでご参照ください。

今回の調査にご協力をいただける場合には、調査票にご記入の上で下記までお送りください。調査票のご返送をもって、調査へのご同意をいただいたことといたします。

研究分担者 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 毎原 敏郎
〒665-0021 兵庫県尼崎市東難波町 2-17-77
E-mail : maihara@hp.pref.hyogo.jp
Tel : 06-6480-7000 Fax : 06-6480-7001

用語の定義：今回の調査では、以下のように用語を定義します。

【協同面接・協同面接等】 協同面接とは、平成27年10月28日に発出された通知の「子どもの心理的負担等に配慮した」3機関による面接を指します。「司法面接」「代表者による聴取」も同義と扱ってください。今回は、児童相談所と警察、ないし児童相談所と検察の2機関で行われた面接も調査の対象として「協同面接等」と呼ぶこととします。なお、児童相談所が単独で行う面接は「被害事実確認面接」として区別しています。

【性虐待】 児童虐待防止法では「親権者・児童を現に監護するものによる」と定義されていますが、この調査では、加害者（家族、親族、同居人きょうだい、第三者など）や被害を受けた場所（家庭内、家庭外）を特定せずに子どもの被害を把握するために、特に性に関する被害については「性的虐待」と「家庭内・外の性暴力被害」を総括して「性虐待」という用語を使用しています。

【MDT (Multidisciplinary Team: 多機関連携チーム)】 多職種で構成される支援チームのことで、今回の調査では福祉、司法、医療などがそのメンバーとなります。

【系統的全身診察】 性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、子どもの心理状態に配慮した問診を含め、外性器・肛門だけではなく全身を診察する方法で、研修を受けた医師が行うものを指します。

【心理的ネグレクト】 被害に遭った子どもに対する心理的サポートを行わない状態を指すこととします。

調査票記入日	令和 2 年 () 月 () 日
貴団体所在地	() 都・道・府・県 () 市・区
貴団体名	()
ご連絡先	メールアドレス : _____@_____
	電話番号 : () - () - ()
担当者のご氏名	()

回答は () 内に記入するか、該当する選択肢の記号を○で囲んでください。
 選択肢の 1, 2, 3…はその中から 1 つを選ぶもの、a, b, c…は複数選択可のものです。

1) 貴団体が関与された協同面接等

1-1) 協同面接等の実施件数

平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日(平成 27 年度下半期～平成 30 年度)の期間に行われた協同面接等の実施件数を、種別に分けてお教えてください。

1 事例に関して複数の案件(加害者や発生時期、虐待の種別が異なる、など)があった場合には、別の案件として数えてください。同一の案件(加害者や発生時期、虐待の種別が同じ)に関して行われた一連の協同面接等は、複数回であっても 1 件として数えてください。

- | | |
|---------------|-----------------|
| ① 性的虐待 () 件 | ② ①以外の性虐待 () 件 |
| ③ 身体的虐待 () 件 | ④ ネグレクト () 件 |
| ⑤ 心理的虐待 () 件 | ⑥ その他 () 件 |

1-2) 貴団体が協同面接等を実施する状況(複数選択可)

- 児童相談所、警察、検察から依頼を受けて実施する
- 児童相談所、警察、検察と実施の必要性について協議をした後に実施する
- その他 ()

2) 子どもの被害に関する医療との連携

2-1) 貴団体内の医師の所属

- あり

a. 正規 () 人、専門分野 ()
(複数選択可) b. 非正規 () 人、専門分野 ()
c. 嘱託 () 人、専門分野 ()
- なし (21. 採用予定あり 22. 採用予定なし 23. 採用は未定)

2-2) 系統的全身診察という診察方法の存在

- 聞いたことがあり、団体内や連携している医療機関で行っている
- 聞いたことはあるが、連携している医療機関で行っているかどうかは不明
- 聞いたことがない

2-3) 協同面接等に関連した医療との連携

- ① 貴団体での連携の状況 「5. 行わない」の場合は2-4)にお進みください。
1. 原則として全例 2. 70-90% 3. 30-70% 4. 10-30% 5. 行わない
- ② 連携の目的 a. 診察 (a1. 系統的全身診察 a2. 系統的全身診察以外の診察)
(複数選択可) b. 協同面接等の実施時の観察室 (モニタールーム) への同席
c. 実施した協同面接等のレビュー
d. その他 ()
- ③ 連携先の機関 a. 大学・大学病院 b. 総合病院 c. 小児専門病院 d. 単科病院
(複数選択可) e. 診療所 f. 貴団体内 g. その他 ()
差し支えがなければ、医療機関名をご記入ください
()
- ④ 専門の診療科 a. 小児科 b. 内科 c. 産婦人科 d. 小児外科 e. 外科 f. 泌尿器科
(複数選択可) g. 児童精神科 h. 精神科 i. 法医学 j. その他 ()

2-4) 医療機関との連携の円滑さ 5段階で評価して番号に○をつけてください。

とても良好 良好 大きな問題はない 問題がある 問題が多い 連携の実績がない
5 4 3 2 1 0

2-5) 連携についての問題点 該当するものがあれば記号に○をつけてください。(複数選択可)

- a. 連携できる医療機関がない
b. 医療機関が虐待についての関心が低い
c. 医療機関として対応する窓口や担当者 (MSW など) が決まっていない
d. 同じ医療機関内で担当医師や担当者によって判断が統一されていない
e. その他 ()

2-6) 協同面接等に関連して、今後医療機関との連携を必要とする状況 (複数選択可)

- a. 診察 b. 協同面接等の実施時の観察室 (モニタールーム) への同席
c. 実施した協同面接等のレビュー d. その他 ()

3) 自由記載

協同面接等の実施や医療機関との連携、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

協同面接等を実施した事例（実施民間団体）

調査の趣旨とご協力のお願い

今回、厚生労働省研究班として協同面接に関する実態調査を全国の児童相談所と協同面接実施民間団体（以下、児童相談所等）を対象として行うこととなりました。平成 27 年 10 月の通知以後、協同面接の実施件数は次第に多くなっていますが、それに伴って実施状況や内容についての地域差、件数の増加に伴う面接者の不足などの問題が生じてきています。また虐待事実の立証のためにも系統的全身診察は重要な役割を担っていますが、医療側での取り組みは始まったところで、この点についても医療との連携が今後の課題です。

今回の調査によって協同面接に関する問題点を明らかにし、「協同面接と系統的全身診察の実施の手引き」を作成することが、この研究班の目的です。日々の多忙な業務の中で過去にさかのぼって調査票に回答することは、現場の方にとって大きな負担になることと思います。しかし貴団体でのご経験を教えていただくことができれば、上記の目的を達するためのたいへん貴重な情報となります。ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

調査票へのご記入に当たっては、下記の点にご留意をお願いいたします。また今回の調査票における用語の定義については、次ページに記載していますのでご参照ください。

- ・調査期間は平成 27 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日（平成 27 年度下半期～平成 30 年度）の 3 年 6 ヶ月間です。
- ・今回の調査は最初の通告受理機関が児童相談所であった事例だけではなく、子どもが第三者からの被害を受けた場合や事件の目撃者になった場合などで、警察・検察から情報提供があった事例も対象としてください。
- ・1 事例に関して複数の案件（加害者や発生時期、虐待の種別が異なる、など）があった場合には、各案件について 1 枚の調査票を作成してください。
- ・担当者の異動などで詳細がわからない場合には「不明」に印を付けてください。
- ・不足する場合は、お手数ですが下記の URL からダウンロードをお願いいたします。

<https://tinyurl.com/uywyzn5>

今回の調査にご協力をいただける場合には、調査票にご記入の上で下記までお送りください。調査票のご返送をもって、調査へのご同意をいただいたことといたします。

研究分担者 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科 毎原 敏郎
〒665-0021 兵庫県尼崎市東難波町 2-17-77
E-mail : maihara@hp.pref.hyogo.jp
Tel : 06-6480-7000 Fax : 06-6480-7001

用語の定義：今回の調査では、以下のように用語を定義します。

【**協同面接・協同面接等**】 協同面接とは、平成 27 年 10 月 28 日に発出された通知の「子どもの心理的負担等に配慮した」3 機関による面接を指します。「司法面接」「代表者による聴取」も同義と扱ってください。今回は、児童相談所と警察、ないし児童相談所と検察の 2 機関で行われた面接も調査の対象として「協同面接等」と呼ぶこととします。なお、児童相談所が単独で行う面接は「被害事実確認面接」として区別しています。

【**性虐待**】 児童虐待防止法では「親権者・児童を現に監護するものによる」と定義されていますが、この調査では、加害者（家族、親族、同居人きょうだい、第三者など）や被害を受けた場所（家庭内、家庭外）を特定せずに子どもの被害を把握するために、特に性に関する被害については「性的虐待」と「家庭内・外の性暴力被害」を総括して「性虐待」という用語を使用しています。

【**MDT (Multidisciplinary Team：多機関連携チーム)**】 多職種で構成される支援チームのことで、今回の調査では福祉、司法、医療などがそのメンバーとなります。

【**系統的全身診察**】 性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、子どもの心理状態に配慮した問診を含め、外性器・肛門だけではなく全身を診察する方法で、研修を受けた医師が行うものを指します。

【**心理的ネグレクト**】 被害に遭った子どもに対する心理的サポートを行わない状態を指すこととします。

また、子どもの被害に関する項目については、下記の要領でその内容をご記入ください。

加害者（A1～H2）と内容（ア～コ）をペアにして、（ * ）に記号でご記入ください。

例）実母がパートナー（男性）からの性虐待を容認していた場合、母は「ネグレクト：子どもが受けた被害の無視・容認・放置」、パートナーは「性虐待」であるため、（B1*ウ）（A3*ア）となります。

[加害者]	A1：実父	A2：継父・養父	<u>母のパートナー</u>	A3：男性	A4：女性
	B1：実母	B2：継母・養母	<u>父のパートナー</u>	B3：男性	B4：女性
	C1：実兄	C2：異父兄	C3：異母兄	C4：血縁のない兄	
	D1：実姉	D2：異父姉	D3：異母姉	D4：血縁のない姉	
	E1：実弟	E2：異父弟	E3：異母弟	E4：血縁のない弟	
	F1：実妹	F2：異父妹	F3：異母妹	F4：血縁のない妹	
	<u>他の親族</u>	G1：同居（男性）	G2：同居（女性）	G3：別居（男性）	G4：別居（女性）
	<u>第三者</u>	H1：特定（男性）	H2：特定（女性）	H3：未特定（男性）	H4：未特定（女性）

[内容]	ア：性虐待	イ：身体的虐待
	ウ：子どもの被害の無視・容認・放置	エ：心理的ネグレクト
	オ：その他のネグレクト	
	カ：面前 DV の目撃	キ：面前 DV の目撃以外の心理的虐待
	ク：その他	

3) 協同面接等の実施と経過

3-1) 協同面接等・単独面接の全経過と司法対応

3-1-1) 協同面接等の総実施回数

- ① 一連の案件（加害者や発生時期、虐待の種別が同じ）に対して
計（ ）回 99. 不明
- ② 複数回の協同面接等が必要となった理由（下記の注を参考にしてください）
- 1) 2回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明
- 2) 3回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明
- 3) 4回目 1. 前回非開示 2. 前回部分開示 3. 新被害判明
4. その他（ ） 99. 不明

注) 前回非開示： 前回の面接では被害内容を全く開示しなかった

前回部分開示： 前は一部開示したが、非開示の部分について聴取が必要となった

新被害判明： 同一の加害者から同時期に受けた被害が、前回の面接以後に新たに判明した

3-1-2) 単独での面接の状況

初回の協同面接等の実施前に行われた児童相談所、警察の単独での面接・聴取

- ① 児童相談所 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- ② 警察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- (「あり」だが回数不明の場合は「1」に○を付けて()内は空欄にしてください。以下も同様です。)

初回の協同面接等の実施後に行われた児童相談所、警察、検察の単独での面接・聴取

- ③ 児童相談所 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- ④ 警察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明
- ⑤ 検察 1. あり 計（ ）回 2. なし 99. 不明

3-1-3) 司法対応（調査票の回答時点での状況をお分かりになる範囲でご記入ください）

- ① 警察 1. 検察官送致 2. 微罪処分 3. 家庭裁判所送致 99. 不明
- ② 検察 1. 起訴準備中 2. 起訴中
3. 不起訴 (31. 嫌疑なし 32. 嫌疑不十分 33. 起訴猶予) 99. 不明
- ③ 地裁 1. 公判審理中 2. 判決 (21. 無罪 22. 懲役 () 年 23. 執行猶予) 99. 不明
- ④ 高裁 1. 公判審理中 2. 判決 (21. 無罪 22. 懲役 () 年 23. 執行猶予) 99. 不明
- ⑤ 子どもの裁判への出廷 1. あり () 回 2. なし 99. 不明

3-2) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 1回目

3-2-1) 参加した児童相談所等

1. 貴団体 2. () 児童相談所 3. その他 ()

このページの以下の項目は、貴団体が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-2-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-2-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-3) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 2回目

3-3-1) 参加した児童相談所等

1. 貴団体 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず

このページの以下の項目は、貴団体が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-3-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-3-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク: その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-4) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 3回目

3-4-1) 参加した児童相談所等

1. 貴団体 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず

このページの以下の項目は、貴団体が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-4-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-4-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク:その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

3-5) 児童相談所等がMDTとして参加した協同面接等 4回目

3-5-1) 参加した児童相談所等

1. 貴団体 2. () 児童相談所 3. その他 () 4. 実施せず

このページの以下の項目は、貴団体が参加された場合にのみ、ご記入ください。

3-5-2) 協同面接等の実施時の状況

- ① 子どもの所在 1. 自宅 2. 親族宅 3. 一時保護所 4. 児童福祉施設
5. 里親・養親宅 6. その他 () 99. 不明
- ② 加害者との分離 1. 分離なし 2. 分離あり 99. 不明
- ③ 実施場所 1. 児童相談所 2. 警察 3. 検察 4. NPO/民間団体 5. 医療機関
6. その他 () 99. 不明
- ④ 実施年月日 平成 () 年 () 月 () 日
- ⑤ 面接者の職種 a. 児童相談所職員 (a1. 児童福祉司 a2. 児童心理司 a3. その他)
(複数選択可) b. 警察官 (b1. 本部 b2. 所轄署 * b3. 捜査・刑事 b4. 生活安全) c. 検察官
d. 社会福祉士 e. 精神保健福祉士 f. その他 ()
- ⑥ 面接者の性別 1. 男 2. 女
- ⑦ プロトコール 1. NICHHD 2. ChildFirst® 3. RATAC® 4. CornerHouse™
5. NCAC 6. その他 ()
- ⑧ 観察室(モニタールーム)に同席したMDTの人数と構成 計 () 名 99. 不明
構成 (複数選択可) a. 児童相談所 b. 警察 c. 検察 d. 医療 e. その他

3-5-3) 協同面接等の内容

- ① 面接時間 () 分 99. 不明
- ② 面接前に把握していた被害などの内容 記載要領は2ページの枠内を参照してください。
加害者*内容 (*) (*) (*) (*)
「ク:その他」の内容 () 98. 非該当
- ③ 開示の評価 1. 完全否認 (最初から一貫して被害を否認していた)
2. 撤回 (協同面接等の実施までに開示していた被害の内容を否認した)
3. 部分開示 (疑われている被害の一部のみの開示にとどまった)
4. 全面開示 (疑われている被害に関してはすべて開示があった)
5. 新事実開示 (疑われている被害以外の新事実が判明した)
被害内容 ()
6. その他 ()
- ④ 面接中やその前後の子どもの発言や態度 何かお気づきの点があればご記入ください。

4) 子どもの状況 (調査票の回答時点での状況をお分かりになる範囲でご記入ください)

4-1) 児童相談所との関係

① 経過中の一時保護とその状況・理由

1. あり (11. 同意 12. 職権 13. 同意→職権 14. 職権→同意) 2. なし 99. 不明

② 児童相談所の関与

1. 指導中 (11. 児童福祉司指導 12. 継続指導) 2. 調査継続中 3. 中断

4. 他の児童相談所へ移管 移管先 () 児童相談所

移管年月日 平成 () 年 () 月 () 日

5. 終結 (市区町村への移管 51. あり 52. なし) 99. 不明

③ 子どもの所在 (終結している場合には終結時での所在)

1. 自宅 (加害者とは 11. 同居 12. 別居) 2. 親族宅等 3. 児童福祉施設

4. 里親・養親宅 5. その他 () 99. 不明

4-2) 協同面接等や被害などに関する状況 5段階で評価して番号に○をつけてください。

① 加害者に対する処罰感情 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

② 面接前の不安・恐怖 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

③ 開示についての心構え 積極的・意欲的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 消極的 不明 0

④ 面接での開示への感想 肯定的 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 否定的 不明/非開示 0

⑤ 面接に対する感想 受けてよかった 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 受けない方がよかった 不明 0

⑥ 知的障害・発達障害の影響 強い 5 . . . 4 . . . 3 . . . 2 . . . 1 なし 不明 0

4-3) 心理・社会的状況

PTSD、抑うつ、自傷行為、不登校、性化行動、触法行為など、子どもの状況で気になることや治療的な対応 (TF-CBT, EMDR など) について、ご存知のことがあればご記入ください。(終結している場合は終結時の状況)

5) 医療機関の受診状況 (本人が受診しない場合や児童相談所の勤務医・嘱託医の診察を除く)

受診した医療機関と診療科をペアにして、下の (*) に記号で記入してください。

医療機関： ア：大学・大学病院 イ：総合病院 ウ：小児専門病院 エ：単科病院
オ：診療所 カ：その他

診療科： 1：小児科 2：内科 3：産婦人科 4：小児外科 5：外科
6：泌尿器科 7：児童精神科 8：精神科 9：法医学 10：その他

5-1) 協同面接等と無関係の受診

- ① 受診歴 1. あり 医療機関 * 診療科 (*)(*)(*)
2. なし 99. 不明
- ② 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. その他 () 99. 不明
- ③ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ④ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

5-2) 協同面接等と関連した受診

- ① 受診歴 1. 受診あり 受診年月日：平成 () 年 () 月 () 日
医療機関 * 診療科 (*)(*)
差し支えがなければ、医療機関名をご記入ください
()
2. 受診なし 99. 不明
- ② 受診が協同面接等の実施前となった場合は、その理由について
(複数選択可) a. 緊急性 b. 診療上の必要性 c. 証拠採取
d. その他 () z. 不明
- ③ 内容 a. 問診 b. 被害部位の診察 c. 被害部位も含め全身診察 d. 精神・心理面
(複数選択可) e. 系統的全身診察 f. その他 () z. 不明
- ④ 結果 1. 被害と関連する身体・検査・画像上の所見あり
受診前の情報に比べて被害の程度は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する所見なし 3. 協力が得られず診察不能 99. 不明
- ⑤ 開示 1. 被害に関する開示あり
受診前の情報に比べて開示の内容は (11. 重い 12. 同等 13. 軽い)
2. 被害に関する開示なし 99. 不明

6) 協同面接等や医療機関との連携に関する問題点

該当するものがあれば記号に○をつけてください。(複数選択可)

- a. 面接を受ける意義や目的について、子どもにどう説明するかが困った
- b. 面接の手技が不十分で、誘導があった/開示が得られなかった
- c. 面接の手技が不十分で、子どもの心理的負担への配慮が不足していた
- d. 医療機関からの協力が得られず、医学的な所見や見解が不十分であった
- e. 面接の実施/非実施や実施の時期について、事前の協議や連絡が不十分であった
- f. その他 ()

7) 自由記載

協同面接等の実施や医療機関との連携、系統的全身診察などについて、ご意見やご感想があれば自由にご記入ください。

ご協力をいただき、どうもありがとうございました。

協同面接と系統的全身診察に関するアンケート

先進諸国における性虐待対応の経緯を勘案すると、子どもの負担を最小限化するためにも、コンタミネーション（情報汚染）がなく、信用度の高い供述を被害児から得るためにも、被害発覚後早期に、中立的で非誘導的な聞き取りを実施することのニーズがさらに高まることが予想されます。

そこで、貴医療機関・貴団体が取り組んでおられる協同面接・司法面接や系統的全身診察、多機関連携の現状についてお教えてください。

なお、本アンケートでは、虐待・ネグレクト等の人権侵害被害を受けたことが疑われる子どもや、DV や犯罪を目撃した子どもからの聞き取りに関する用語を以下のように定義しますので、アンケートにおける自由記載欄に記載していただく際には、以下の定義に従った用語をお使いください。

- * 事情聴取：単独機関が司法面接プロトコルに準じずに実施した被害事実・目撃事実の聞き取り
- * 被害事実確認面接：単独機関が司法面接プロトコルに準じて実施した被害事実・目撃事実の聞き取り
- * 多機関連携による事情聴取：児童相談所と警察もしくは児童相談所と検察の2機関、ないしは、児童相談所と警察・検察の3機関が連携し、代表者1名が司法面接プロトコルに準じずに実施した被害事実・目撃事実の聞き取り
- * 協同面接：児童相談所と警察もしくは児童相談所と検察の2機関、ないしは、児童相談所と警察・検察の3機関が連携し、代表者1名が司法面接プロトコルに準じて実施した被害事実・目撃事実の聞き取り
- * 司法面接：医療機関・児童相談所・警察・検察（警察・検察についてはどちらか1機関だけでも可。また、家庭外犯罪被害の場合は、児童相談所が含まれていなくても可）が連携し、専門的訓練を受けた司法面接者が司法面接プロトコルに準じて実施した被害事実・目撃事実の聞き取り

1. 貴医療機関・貴団体が取り組んでおられる協同面接・司法面接（以下、協同面接等）についてお教えてください。

※ 貴施設で協同面接等を行っていますか？

() Yes () No

① Yes とお答えの方は、その課題をお教えてください。（複数回答可）

- 症例数が少ない（依頼が少ない）
- 面接者の費用やピアレビューの費用などの資金不足
- 面接室の確保が難しい
- 面接者の確保が難しい
- バックヤードスタッフの確保が難しい
- その他（自由記載） _____

② No とお答えの方は、実施できない理由をお教えてください。（複数回答可）

- 検察、警察、児童相談所などで行うため必要ない
- 面接室の確保が難しい
- 面接者の確保が難しい
- 面接者の費用やレビューの費用など
- その他（自由記載） _____

2. 系統的全身診察について

※ 貴施設で系統的全身診察を行っていますか？

() Yes () No

① Yes とお答えの方は、その課題をお教えてください。(複数回答可)

- 研修を受けた診察医師の確保が難しい
- 看護師など診察を介助する人材の確保が難しい
- 診察室の確保が難しい
- 診察についての費用について、保険診療として認められない、もしくは、認められてもその範囲ではカバーできない
- その他(自由記載) _____

② No とお答えの方は、実施できない理由をお教えてください。(複数回答可)

- 今後、系統的全身診察を行う予定である
- 施設内での理解が得られない
- 研修を受けた診察医師の確保が難しい
- 看護師など診察を介助する人材の確保が難しい
- 診察室の確保が難しい
- 診察についての費用について、保険診療として認められない、もしくは、認められてもその範囲ではカバーできない
- その他(自由記載) _____

3. こころのケア(TF-CBTなど)

※ 貴施設で心のケアを行っていますか？

() Yes () No

① Yes とお答えの方は、その課題をお教えてください。(複数回答可)

- 精神科医や公認心理師等心理職の確保が難しい
- 診療報酬(小児特定疾患カウンセリング料、精神療法など)ではカバーできない
- その他(自由記載) _____

② No とお答えの方は、実施できない理由をお教えてください。(複数回答可)

- 実施するだけの余裕がない
- 精神科医や公認心理師等心理職の確保
- 診療報酬(小児特定疾患カウンセリング料、精神療法など)ではカバーできない
- その他(自由記載) _____

4. 多機関連携チーム (Multidisciplinary Team: MDT) について

① 児童相談所との連携は？

- 十分にできている
- できている
- ややできていない
- できていない
- その他（自由記載） _____

② 児童相談所との連携で課題があればお教えてください。（複数回答可）

- 当機関が児童相談所の業務内容や役割を理解していない、または、見えにくい
- 児童相談所と話し合う場がない
- 医療者の意見を聞いてもらえない
- 各児童相談所によって対応のレベルに差が大きい
- 子ども虐待について専門性を持つ職員が少ない、またはいない
- 対応が遅い
- その他（自由記載） _____

③ 警察との連携は？

- 十分にできている
- できている
- ややできていない
- できていない
- その他（自由記載） _____

④ 警察との連携で課題があればお教えてください。（複数回答可）

- 当機関が警察の業務内容や役割を理解できていない、または、見えにくい
- 警察と話し合う場がない
- 医療者の意見を聞いてもらえない
- 所轄署によって対応のレベルに差が大きい
- 子ども虐待について専門性を持つ職員が少ない、または、いない
- 対応が遅い
- その他（自由記載） _____

⑤ 多機関連携における医療側の課題は何だと考えているかお教えてください。（複数回答可）

- 医療側が児童相談所や警察・検察の業務内容や役割を理解していない
- 児童相談所や警察・検察と話し合う場がない
- 子ども虐待について専門性を持つ医師が少ない
- 子ども虐待の対応は児童相談所等が行うべきで、医師の役割でないと思っている医師が多い
- その他（自由記載） _____

協同面接と系統的全身診察の手引き



令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

「児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための協同面接・系統的全身診察の

実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究」(研究代表者:山田 不二子)

分担研究『協同面接・系統的全身診察の実態調査研究』(研究分担者:毎原 敏郎)

2022年3月1日初版

研究代表者	山田 不二子	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 非常勤講師 NPO 法人チャイルドファーストジャパン 理事長
研究分担者	毎原 敏郎	兵庫県立尼崎総合医療センター 小児科
研究協力者	植松 悟子	国立成育医療研究センター 救急診療科
	勝連 啓介	特定医療法人へいあん平安病院 小児科・児童精神科
	川口 真澄	沖縄県立中部病院 小児科
	木下 あゆみ	四国こどもとおとなの医療センター 小児アレルギー内科
	仙田 昌義	総合病院国保旭中央病院 小児科
	田崎 みどり	港区児童相談所
	溝口 史剛	前橋赤十字病院 小児科

【目次】

はじめに	1
第1章 協同面接と系統的全身診察の概要	
1 協同面接	2
2 系統的全身診察	5
第2章 協同面接に関する課題と対策	
1 協同面接の課題	7
2 よりよい協同面接の実施のために	9
第3章 系統的全身診察に関する課題と対策	
1 系統的全身診察の課題	12
2 よりよい系統的全身診察の実施のために	13
附記	
1 性的虐待と性虐待	14
2 性虐待順応症候群	14
3 医療機関の役割	15
4 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター	15
資料の入手方法・研修の申込先	16
参考文献・参考図書	17
おわりに	18

はじめに

協同面接は、虐待などの被害を受けたことが疑われる子どもに対して、被害事実の聴き取りを行うための面接の手法である。日本では平成 27 年(2015 年)10 月 28 日に厚生労働省・警察庁・最高検察庁から同時に発出された通知を元に、児童相談所・警察・検察の3機関連携の枠組みで運用されている。令和元年 12 月末までに 4,278 件の協同面接が実施され、その回数は年々増加しているが、地域によって実施回数や内容には大きな差がある。また、児童相談所や協同面接実施民間団体(併せて児童相談所等)、虐待に関わる医療関係者からは「今の日本の協同面接は事件捜査・刑事司法対応が主な目的となっていて、本来の趣旨が十分に活かされていない」という意見が数多く寄せられている。さらに、協同面接とセットで行うべき系統的全身診察は、医療機関が子ども虐待と関わるうえで重要なステップであるが、日本ではまだその必要性に関する認識が浸透していない。

この手引きは、虐待・ネグレクトなどの被害を受けた子どもの権利が全国どこでも同じように守られるようにするための取組みの一つとして作成し、協同面接や系統的全身診察が円滑に実施できるように、また、子どもの福祉を優先して考える役割を持つ医療機関との協力体制を作るうえで参考にさせていただくことを目的として、臨床研修病院等の医療機関・協同面接実施民間団体・児童相談所・警察・検察に配布する。医療機関では、2020 年度の医師臨床研修指導ガイドラインにおいて「虐待への対応」が必修項目となり、虐待への本格的な取組みが始まったところであるが、協同面接と系統的全身診察も子ども虐待対応の一環であることを認識してもらえれば幸いである。警察・検察の方々には、協同面接と系統的全身診察の持つ「子どもの福祉」という側面についてご理解とご協力をたまわりたい。

なお、この手引きは、令和元～3 年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))「児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究」の分担研究『協同面接・系統的全身診察の実態調査研究』として作成した。この手引きにおいて「本調査」とあるのは、この分担研究で実施した 2019 年度・2020 年度の調査を指す。

第1章 協同面接と系統的全身診察の概要

1 協同面接

【司法面接・協同面接とは】

司法面接とは、虐待・ネグレクトなどの被害を含む人権侵害を受けたことが疑われる子どもに対して、経験した事実を聴き取る面接の手法である。被害を開示した子どもは通常、教師・医師・児童相談所職員・警察官・検察官など、さまざまな立場の大人から繰り返し質問される。その度に、つらかった体験を何度も話させられることで、トラウマをさらに深め、話の内容も変遷してしまうリスクがある。児童相談所・警察・検察などの多機関が連携し、プロトコルに則った司法面接を行うことは、面接や聴取の回数を減らして「二次被害」を防ぐだけでなく、子どもの話の信用性を維持することにも繋がる。特に性虐待の場合には、系統的全身診察や医学的検査で異常所見が認められることは非常に少ないため、ほとんどのケースで子どもの供述が唯一の証拠となる。不適切な面接は子どもの記憶や供述内容に大きな影響を与えてしまうため、十分な注意が必要である。

なお、先進国の多くでは、児童相談所児童福祉司・警察官・検察官・医師で構成された多機関連携チーム(Multidisciplinary Team: MDT)の枠組みで、専門的訓練を受けた司法面接者が実施する調査・捜査面接を「司法面接」と呼ぶが、日本では児童相談所・警察・検察(以下、3機関)の代表者1名が実施する被害の聴き取りを「協同面接」と定義している。

註：本手引きでは、児童相談所・警察・検察による3機関連携もしくは児童相談所・警察による2機関連携の枠組みで実施されるものを「協同面接」、医療者もMDTに加わって実施されるものを「司法面接」として区別する。

【協同面接の目的】

<事件捜査>

協同面接は、聴き取りが子どもに負担を与えないように配慮しながら、誘導せずに、可能な限り1回で被害事実を確認することを目的とする。他者の関わりによる情報汚染(コンタミネーション)を防ぐためには、被害を受けてからできるだけ早い時期に実施することが望ましい。

ただし、日本では、協同面接を実施しても、そこで得られた供述が刑事裁判の証拠として採用されることが少ないというのが現状で、今後の法整備が必要である。

なお、子どもは被害の開示後に「親を裏切ってしまった」「私がお話したせいで、家族がバラバラになった」などと自責感を持つ場合も少なくないが、刑事裁判で加害者が有罪となり、「自分は悪くなかった」と認めってもらうことによって、その自責感が払拭され、予後の改善に繋がることも期待される。

<福祉調査>

マルトリートメント(虐待・ネグレクト)が子どもや家族に与える影響は長期間にわたって続く。児童相談所等、子どもの福祉を考える機関にとっては、子どもにとって安全な生活環境を調べ、子どもを的確にケアしていくうえで、協同面接によってその子が受けた被害の全容を知ることが極めて肝要である。そのためにも、協同面接が単に被害事実を確認するだけのスキルやテクニックに終わるのではなく、子どもに「面接を受けてよかった」と思ってもらえるよう、不必要な心理的負担を負わせない聴き取りをすることが大切である。

マルトリートメント等の被害を受けた子どもが示す反応や症状の中にはすぐに現れるのではなく、子どもが安心できる状況になって初めて出現するものもあり、非加害親等の家族や支援者が戸惑うことも少なくない。子どもの代弁者として、協同面接中の子どもの反応を適切に解釈し、事件捜査に偏りすぎることでもたらされる心理的負担や威圧性の悪影響を捜査機関に伝えることも必要である。

<3機関協同>

捜査機関は過去の出来事に焦点を当てるのが役割だが、子どもの福祉を考える機関としては、子どもや家族の将来を視野に入れることが重要な役割である。それぞれの役割は異なっても、どちらにとっても子どもが受けた被害内容を知ることが重要である。

とはいえ、どんなに配慮しても、つらかった被害を思い出して語ることには心理的負担が伴うので、3機関がバラバラに聴くのではなく、一緒に一回で聴き取りを終えようというのが「協同面接」の趣旨であることを忘れてはならない。

マルトリートメント等の人権侵害を受けた子どもたちはすべからず、「司法面接」を受ける権利を持つ。児童相談所と捜査機関との連携の必要性を認めた場合に実施するという運用方法で始められた「協同面接」ではあるが、事件捜査の対象になりそうな被害に対してのみ協同面接を実施するというような考え方は、本来の「司法面接」の趣旨に反する。どちらか一方のニーズが優先されるといふことのないよう、福祉機関と捜査機関とが対等な関係で協同することが望まれる。

3機関がバラバラに聴き取りをすること弊害は、子どもの心理的負担の問題だけではない。繰り返し面接は、子どもの供述が変遷し、信用性を失う最大の要因である。よって、ある子どもがマルトリートメントや犯罪被害を受けたのではないかと疑った人が児童虐待通告前や警察通報前に行う聴き取りは、「何があったのか」「それをしたのは誰か」という最小限の情報に抑えなければならない。そのため、「協同面接」を実施する時点では、その子が受けた被害が事件捜査の対象になるかどうかはわからず、それを探るのが「司法面接」であるにもかかわらず、「協同面接」の必要性を探るために、児童相談所によって「被害事実確認面接」が行われたり、警察によって「事情聴取」が行われたりしている。この現状が早急に改善されることを期待する。

<理想型>

マルトリートメントは子どもの体と心への侵害行為であるため、子ども虐待対応が進んでいる国々

では、MDT に医療者が必ず、含まれる。しかしながら、日本の協同面接では、児童相談所・警察・検察の3機関連携が要請されているだけである。後述する系統的全身診察を適切かつ効果的に実施するためには、診察医が司法面接をモニターして被害内容を知っておく必要があり、系統的全身診察医が協同面接・司法面接の観察室に同席できるよう、運用を改善することが望ましい。

また、事前情報から連携の必要が認められた場合にのみ協同面接を実施するのでは、必要な子ども全員に協同面接を提供できず、後手に回る。子どもにマルトリートメント、特に性虐待が疑われる場合には、児童相談所・警察・検察・医療の4機関連携で、被害の疑われている子ども全員に司法面接と系統的全身診察を提供し、その結果、関与の必要のない機関があれば、後で MDT から抜ける体制にした方がむしろ無駄を削減できる。

【司法面接プロトコル】

現在、日本で用いられている司法面接プロトコルは、主に NICHD と ChildFirst[®]の 2 つである。両者の特徴を表 1 にまとめる。

プロトコル	NICHD	ChildFirst [®] (旧・RATAC [®])
プロトコルの開発者	研究者(研究 based)	実務家(検察官)
日本への導入	北海道大学 文学研究科 心理システム科学講座	認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパン
講師メンバー	教授 + 助手(現場職員を含む)	医師・社会福祉士・PSW・臨床心理士・弁護士他
日程・受講者数	1.5-2 日間×2 回・10-66 人	司法面接研修:5 日間・20 人 拡大司法面接研修:3 日間・18-40 人
研修の構成	講義→ロールプレイを反復	講義 3.5 日→模擬面接 1.5 日(計 5 日間)
模擬面接:題材	子ども:その日の出来事	大人(子役アクター):マルトリートメント
強調される点	非誘導性、自由報告	子どもの発達年齢や障害特性、ブロックの除去、 五感質問、スクリプト記憶とエピソード記憶
使用するツール	ジンジャーブレッドマン 配置図	アナトミカル・ダイアグラム アナトミカル・ドール
研修のスタンス	普及に熱意(講師養成を含む)	子どもが第一優先の原則の徹底
プロトコルの 特徴	学術的、分析的、教育的 司法面接の理論的側面を重視	臨床的、実践的 司法面接の実践的側面を重視
受講費用	無料	司法面接研修: ¥88,000 拡大司法面接研修: ¥44,000
関連する研修		RIFCR TM 研修、虐待被害児診察技術研修、 司法面接ピア・レビューア－養成研修

表1. 日本で用いられている司法面接プロトコル

2 系統的全身診察

【系統的全身診察とは】

系統的全身診察とは、性虐待・身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待や種々の暴力の被害を受けたことが疑われる子どもに対して、専門的研修を受けた医師が行う全身診察の方法である。

協同面接とセットで行われるもので、性器・肛門など性的な挿入が疑われる部分だけではなく、頭からつま先まで全身のパーツを一つ一つ丁寧に、子どもに問診をしながら診察する。この方法によって、他の種別のマルトリートメントが合併していないかの評価ができるとともに、子どもの心理状態に十分に配慮した問診と診察によって、乳房や性器・肛門などのプライベート・パーツを診察される子どもの羞恥心や不安を低減し、診察による二次被害を防ぐことができる。

【系統的全身診察の目的】

系統的全身診察の目的に身体所見や検査検体の採取が含まれるのは当然であるが、性虐待を受けたことが疑われる子どもにおいて、性器・肛門に異常所見を認めるのは 4%にすぎない¹⁾。性器・肛門に挿入性の被害を開示した子どもであっても、性器・肛門に異常所見を認めるのは 5.5%である¹⁾。そのため、系統的全身診察において有意所見の採取よりも重要なのは、協同面接では語られなかった被害、特に身体的虐待やネグレクトの開示を得ることと心理的ケアの 2 つである。

本来の司法面接は、通告等の事前情報から疑われている嫌疑に限らず、マルトリートメントのあらゆる可能性を探るものだが、日本の協同面接では、子どもがそれまでに開示した内容に焦点が当てられるため、面接中に新たな被害が明らかになることは少ないのが現状である。実際に、本調査で回答のあった協同面接 763 回のうち、部分開示を含む開示が得られたのは 722 回で、新事実の開示が得られた面接は 43 回(開示のあった面接の 6%)であった。

一方、系統的全身診察における問診では、司法面接同様、子どもが話していない情報を盛り込んだ質問は誘導になるので、用いてはならないが、身体のパーツごとに具体的に危害歴を聴いていきながら、性器・肛門も含めて全身を丁寧に診察するため、これまで語られなかった、もしくは、語る機会を与えられなかった被害事実が開示されることもある。というのも、子どもに隠す意図はなくても、「(司法面接では具体的に)尋ねられなかったから、思い出せなかった」ということもあるからである。本調査では、「協同面接に関連した診察」を受けた子ども 245 人のうち、診察時に被害内容を開示したのは 134 人、その内容が診察前の情報に比べて重度であった子どもは 9 人(開示した子どもの 7%)であった。

また、性被害を受けた子どもの中には、自分の性器・肛門に取り返しのつかない傷がついてしまったのではないかと大きな不安を抱き²⁾、それを人に話せないままの子どももいる。実際、実は挿入性の被害を受けたのに、「入れられたことはない」と語る子どもも多い。だからこそ、挿入性被害を否認している子どもにも系統的全身診察を実施する必要がある。

最終被害から 72 時間以内の急性期に診察をすれば、21.4%に異常所見を認める³⁾が、粘膜の治癒機転は速く進む⁴⁾ため、72 時間を過ぎると異常所見が見つかる率は 2.2%に下がり³⁾、おしなべて見ると、上述の通り、性被害を受けた子どもの性器・肛門に異常所見を認めるのは 4%¹⁾である。

系統的全身診察の結果、「性器・肛門が無傷だった」と医師が説明することで、子どもの心配や不安を払拭²⁾してあげられ、心理的ケアに繋がる。

第2章 協同面接に関する課題と対策

1 協同面接の課題

本調査によって児童相談所等や医療者から挙げられた課題をまとめると、下記のようになる。

【福祉的調査より事件捜査が優先される】

- さまざまな事情があるとしても、協同面接が複数回に及んだり、面接の前後に事情聴取が行われたりすることで、本来の目的である子どもの心理的負担の軽減が実現できていない。
- 事件化や起訴を優先して日時や場所の特定をしようとするあまり、質問が誘導に近いものとなって、子どもの不利益に繋がる可能性がある。
- 子どもの気持ちは大人以上に揺れ動くため、協同面接実施前に子どもの本心を聴き取ることが難しく、「その時に子どもが望まなかったから、事件化をしない」という判断は適切ではない（虐待がなかったことにされてしまう）。
- 捜査の秘匿性と児童相談所の説明責任との間のジレンマが大きい。
 - ・ 捜査の進行状況を知らされないため、子どもや親への対応や説明に困る。
 - ・ 被害内容が特定できていない段階では、保護した事由について明確な説明ができない。
 - ・ 非加害親への支援方針が決まらず、不十分な判断のまま、社会的養護（里親委託、施設入所など）となる場合は、子どもにとって更なる喪失体験となる。
- 協同面接をきっかけに子どもや家族の生活が大きく変わることへの理解が少ない。

【協同面接実施・非実施の決定に問題がある】

- 年長児であることを理由に、「通常の事情聴取が可能」とか、「複数回の協同面接実施が可能」と判断されたが、子どもの心理的負担は大きい。
- 本人の処罰感情や意思を配慮するのは大切であるが、それをもって協同面接を実施しない理由にするのは不適切である。
- 実施するかどうかが決まるまでのステップが明らかではない。

【協同面接実施までに時間がかかる】

- 面接者や関係機関の都合、場所の確保等の問題によって、実施までに時間がかかり、事実が不明瞭となるリスクが増大する。
- 一時保護所での生活は子どもにとって必ずしも快適ではないこともあるため、協同面接までに時間がかかって一時保護が長期化すると、子どもに「開示しなければよかった」と感じさせ、協同面接の際、撤回に転じる要因の一つとなる。

【関わるマンパワーと面接の質が不十分である】

- 協同面接のできる人員が不足している(異動を含む)。
- 面接者の経験やスキルが不十分である。
- 観察室に入る MDT メンバーの協同面接に関する知識や経験が不足していることもあるため、十分な役割を果たすことができない。

【医療機関の関与が少ない】

- 協同面接に関連した状況で医療機関の関与が少ない。
 - ・ 本調査で児童相談所に対し、協同面接に関連して医療機関と連携する割合を尋ねたところ、有効回答のあった 126 か所のうち、「行わない」という回答が 55 か所(44%)だった。
 - ・ 日本子ども虐待医学会(以下、JaMSCAN)正会員の医師に対する調査で、児童相談所からの診察依頼について尋ねたところ、回答のあった医師 107 名中、「協同面接に関連しない状況」では 85 名(80%)が「経験あり」だったが、「協同面接に関連した状況」で「経験あり」と回答したのは 34 名(32%)だった。
- 協同面接と系統的全身診察との関係や実施すべき順序に関する理解が不十分な医療機関や、十分な協力が得られず、提供された所見の記載や意見が不十分という医療機関がある。

【協同面接の事後評価や連絡がない】

- 実施した協同面接について、適切であったかを振り返る機会がない。
- 実施した協同面接が法的に有用であったのかについて、捜査機関から児童相談所に知らされることがない。
- 診察を依頼した医療機関に対して、協同面接やその後の経過について児童相談所から報告がない。

2 よりよい協同面接の実施のために

上記の課題はいずれも、全国的にすぐに解決できることではないかもしれないが、多くの機関や地域でさまざまな取組みが行われている。協同面接に関する基本的な方針や考え方を多機関で共有するうえでは、以下のような取組みが参考になる。

2-1 協同面接の実施に直接関係するもの

【協同面接実施時の心構え】

事件化できる特定のエピソードについて被害内容を聴取することや、その録音録画を犯罪立証のための捜査資料とすることは協同面接の目的の一つだが、事件化の見込みのあるエピソードを語ってくれそうな子どもだけが協同面接の対象ではない。

まずは、何があったのかについて全体像を把握するために、子どもが語るスクリプト記憶(同じようないくつかの出来事がとりまとめられた記憶)を丁寧に聴き取り、その後、特定の事件に関するエピソード記憶を聴くという順序を守ることが重要である。なぜならば、子どもはスクリプト記憶をきちんと聴いてくれた人にしか、記憶の想起に大きな負担を伴うエピソード記憶は語れないからである。

このように、事件化や起訴ができるかどうかは協同面接を実施してみなければわからないということに関係機関で共通認識とする必要がある。現在、刑法上の性犯罪は全て非親告罪化され、起訴に告訴は不要となったが、被害児が刑事裁判を拒否している状態で起訴してみたところで、公判の維持は困難となる。そのような場合、当分の間、起訴は見送ることになるかもしれないが、将来、被害児の意思が変わることも想定して、録音録画記録は長期間保存する。

【協同面接の実施基準】

協同面接を実施する基準について、本調査では「定められている」と回答した児童相談所は有効回答 132 か所のうち 25 か所(19%)で、そのうち 11 か所は「基準が漠然としているなどの理由で実際には有用ではない」と回答していた。基準が定められていない児童相談所では、その都度、3 機関もしくは警察・検察の2機関で協議しており、実施基準の設定についても「なくてもよい」「ない方がよい」という児童相談所が有効回答 96 か所のうち 56 か所(58%)であった。

実施の可否は警察が判断し、必要と判断した事例だけを検察に伝えている地域では、児童相談所として納得しがたい判断が出ることもあるが、児童相談所が検察に対して直接、連絡を取るルートを作ることで、児童相談所の意見がストレートに伝わるようになったという地域もある。

ほかに、児童相談所から警察や検察に連絡をする基準を独自に定めているところもある。

【協同面接の実施場所】

協同面接は児童相談所や検察庁で行われることが多いが、検察庁では子どもの精神的な緊張度が高まり、開示内容に影響を及ぼす可能性もある。

子どもへの心理的配慮が行き届いた設備を持ち、協同面接・司法面接を実施している民間団体として、社会福祉法人カリオン子どもセンター 司法面接室(2011年開設)、認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパン 子どもの権利擁護センターかながわ(2015年開設)、NPO 法人子ども支援センターつなぐ(2019年開設)が挙げられる。

兵庫県立尼崎総合医療センターでは院内に協同面接・司法面接のできる設備を整えている。医療機関の中で協同面接をする意義としては、以下の4点がある。

- ・ 子どもが入院している場合には、同じ施設内で協同面接ができる。
- ・ 入院していない子どもに対して系統的全身診察を行う場合に、協同面接も同じ施設内で実施することによって、子どもの不安や心理的負担を最小限にできる。
- ・ 協同面接直後に子どもの心理状態が不安定になった時でも対応が可能である。
- ・ 医療者が司法面接の観察室に MDT メンバーとして入り、被害の全体像を理解することで、その後の系統的全身診察や精神療法等、医療者としての関わりに役立てることができる。

【4機関連携司法面接の実施と事後ミーティング、ピア・レビュー】

沖縄県では司法面接を実施する場合、全例、医療機関に連絡が入り、医師が MDT メンバーとして観察室に同席するなど、4機関連携が進んでいる。さらに、協同面接・司法面接の事後ミーティングにも医療機関が加わって実施しており、子どもが語った話の内容が意味するものを医師等の医療者も加わって多機関で検討することで、その後のケースワークの専門性を向上させることに役立っている。

また、司法面接者が自己流に陥ってプロトコルから逸脱することのないよう、定期的にピア・レビューを実施している児童相談所もある。ちなみに、北米等では、ピア・レビューを受けない面接者は司法面接を実施してはいけないルールになっている。

【面接記録の閲覧】

令和元年5月14日に最高検察庁から「児童の円滑かつ適切な業務の遂行に資するため、例えば、児童相談所長が、家庭裁判所の承認を得て引き続き一時保護を行うとき(児童福祉法第33条第5項)、親権喪失・停止の審判の請求を行うとき(同法第33条の7)などにおいて、記録媒体を証拠として家庭裁判所に提出する場合等の必要性を適切に判断するよう」という通知が発出された。この通知により、適切な理由を元に提供を依頼すれば、警察・検察が実施した協同面接の記録に

についての閲覧や、必要な期間中の貸与や必要な条件を付した上での交付を受けることが可能となっている。

2-2 多機関連携に関するもの

【3機関・4機関連絡協議会】

児童相談所・警察・検察の3機関で連絡協議会を開催しているところも増えているが、地域によっては専門性を持つ機関として医療機関を加えた4機関連絡協議会が作られている。例えば、兵庫県では、神戸地方検察庁が中心となって2018年から「四者連絡協議会」として年2回の定例会議を開催して、4機関の連携を図っている。香川県では、高松地方検察庁が主催する「高松地検虐待事例検討会」が開かれており、保護観察官も同席している。

医療機関が加わったインフォーマルな勉強会は、例えば、千葉県では「千葉県児童虐待対策研究会」、兵庫県では「児童福祉勉強会」、広島県では「ひろしまこども虐待研究会」、香川県では「かがわ子ども虐待を考える会」、福岡県では「家族と子どもの支援委員会 月例会議」として開催されている。多機関・多職種の人が定期的集まり、現場で直接、子どもや親と関わっている人が繋がることで、単に知識を増やすだけでなく、各機関の役割を相互に理解して「顔の見える関係」を作ることができる。捜査機関の考え方や事件捜査の流れなどを勉強会のテーマとすることで、児童相談所や医療機関にとって勉強する機会にもなる。

【普段からの連携】

協同面接に関して先進的な取り組みをしている横浜市では、児童相談所と警察の間では重篤でないと推定される事例についても、事前協議をしている。普段からお互いの考え方や組織としてできることの限界を理解しつつ、円滑な連携を構築しておくことで、重篤な事例で適切な判断を共有することが可能となる。

司法面接研修を多機関が合同で受講することも連携の強化に有用である。例えば、高松高等検察庁の呼びかけに応じて、高松地方検察庁・香川県警察・香川県児童相談所・四国こどもとおとなの医療センター等が合同で出前型 ChildFirst[®]司法面接研修を受講した。これによって築かれた協力関係は長く続いている。

第3章 系統的全身診察に関する課題と対策

1 系統的全身診察の課題

系統的全身診察については下記のような課題が挙げられる。

- 系統的全身診察がまだ一般的ではない。
 - ・ 本調査における系統的全身診察に関する項目で、児童相談所からの有効回答 127 か所のうち、「連携している医療機関で行っている」と答えたのは 21 か所(16%)だけで、「聞いたことはあるが、実施していない」が 80 か所(60%)、「聞いたことがない」が 26 か所(20%)であった。
 - ・ JaMSCAN 正会員の中で回答のあった 137 名のうち、「研修を受講して診療経験がある」と答えたのは 39 名(28%)だけだった。「診療経験はないが、研修を受講した」という正会員は 49 名(36%)であった。
- 一人で系統的全身診察のできる医師が少ない。
 - ・ 子どもに対する威圧性を低減するため、子どもとラポールを築きつつ、一人の医師が性器・肛門も含めて系統的に全身を診察するのが原則であるが、小児科医または救急科医が、産婦人科医などの協力を得ながら複数の医師で行っているところも多いのが現状である。
- 協同面接との時間的關係が問題となる。
 - ・ 系統的全身診察で問診した後に協同面接・司法面接を行うと、情報汚染(コンタミネーション)やブロック(子どもの開示を妨げる要因)の強化が問題となるので、緊急診察の適応となる子ども以外、系統的全身診察は協同面接の後に行うのが原則だが、協同面接の日程調整の關係で診察が先になることがあり、協同面接が非開示に終わるなどの弊害が生じている。
- 診察の費用を保険診療で行うのは問題がある。
 - ・ 保険診療を用いると、非加害親が医療費を負担することになるとか、診療の内容が加害親に知られてしまうといった問題が生じるため、保険診療ではなく、一部の自治体のように公費負担で系統的全身診察を実施できるようにすることも検討する必要がある。

2 よりよい系統的全身診察の実施のために

➤ 児童相談所等や医療機関における系統的全身診察の認知度を上げる。

- ・ 特に、診察を行う医療機関への周知が必要となるため、臨床研修の必修項目となった「虐待対応」の中で、協同面接と併せて系統的全身診察を紹介するのも一つの方法である。

➤ 系統的全身診察を行う体制を整備する。

系統的全身診察は、トレーニングを受けて経験を積んだ医師が行う専門的な診察であるので、全ての医療機関で行うというものではなく、各地域で拠点となる施設を定め、事例を集約して行うのが効果的である。

実際に行われている実例としては、以下のような取組みがある。

- ・ 港区児童相談所では、児童相談所の中に司法面接室・観察室とともに、コルポスコープを備えた診察室を設置している。
- ・ 香川県では、児童虐待防止医療ネットワーク事業の拠点病院である四国こどもとおとなの医療センターの医療ソーシャルワーカー(MSW)がコーディネーターとなり、児童相談所や警察・検察から依頼があると、系統的全身診察の日程調整などを行っている。
- ・ 認定 NPO 法人チャイルドファーストジャパンが運営する「子どもの権利擁護センターかながわ(CAC かながわ)」は司法面接と系統的全身診察のできる設備を備え、子ども虐待アセスメントのためのワンストップセンターとなっている。
- ・ NPO 法人子ども支援センターつなぐは、神奈川県立こども医療センターと連携して系統的全身診察を行っている。

【附記】

1 性虐待と性的虐待

児童虐待の防止等に関する法律では、児童虐待を「保護者(親権者等、児童を現に監護するもの)によるもの」と定義しているため、「性的虐待」は加害者が保護者の場合のみに限定されるが、本手引きでは、加害者(保護者・同居人・きょうだい・親族・顔見知りの人など)や被害を受けた場所(家庭内・家庭外)を問わず、加害者がその立場の優位性に乗じて子どもに性加害をすることを総括して「性虐待」という用語を使用する。

2 性虐待順応症候群

性虐待順応症候群⁵⁾は1983年にRoland C. Summitによって提唱された概念で、性虐待の被害を受けた子どもがその状況に順応することで生じる、以下の5つの特徴を指す。

- (1) secrecy: 秘密を守り続ける。
- (2) helplessness: 性虐待を防ぐことも、止めることもできず、無力感を感じる。
- (3) entrapment and accommodation: 出口がない感じがして、かけられた罠にはまり、どこにも逃れられないその状況に順応する。
- (4) delayed, unconvincing disclosure: 打ち明けが遅れ、あいまいで信憑性を疑うようなことを言う。
- (5) retraction: 撤回(言ったことを言わなかったと撤回する。虐待があったことを否定する。虐待の話は嘘だったとか、冗談だったと言うなど)

これらを理解しておくことで、子どもがまだ語ることでできない被害内容や心理的反応を推定することや、打ち明けることを妨げるブロックとしてどのようなものが子どもに作用しているかを理解できるようになる。

例えば、子どもが一度、開示した被害を撤回すると、まわりの大人は安心してしまったりするが、性虐待を受けた子どもは、自分が語ったことを信じてもらえなかったり、想像していたより大ごとになったり、加害者から脅されていたこと(子どもが一時保護される、加害親が逮捕される、非加害親の具合が悪くなる、家族がバラバラになるなど)が開示したことで現実になったりすると、容易に撤回するものだと知っていれば、誤った対応を避けることができる。

ここで注意しておきたいのは、「『性虐待順応症候群』は真の意味での『症候群』ではない」ということである。というのも、性虐待の被害児であっても『性虐待順応症候群』を呈さない子どももいるし、性虐待以外の原因で『性虐待順応症候群』とよく似た症状を呈する子どももいるからである。

そのため、Summitは1992年に「自分の意図が誤解されることを予測できていたら、この用語は使わなかっただろう」と発言した。その後、『性虐待順応症候群』という用語を病名として使ったり、子

もが『性虐待順応症候群』に挙げられた徴候を呈しているからとあって、それだけで性虐待の証拠として扱ったりしてはならないこととなった。代わって現在は、性虐待に対する子どもの『精神力動(ダイナミクス)』という用語が使われるようになっている。

3 医療機関の役割

医療機関は、マルトリートメント(虐待・ネグレクト)を受けたことが疑われる子どもに最初に接する機関の一つであるため、早期発見の努力義務と虐待を疑ったら通告する義務とが課せられているが、一時保護や社会的養護となった後の関わりは少ないのが現状である。マルトリートメントを受けた子どもが再び医療機関を訪れるのは、さまざまな精神症状を呈して精神科を受診するときということもある。

マルトリートメントの第一発見者、通告義務者、治療者としての関わりに留まらず、司法面接と系統的全身診察にも関わり、児童相談所や市区町村だけでなく、捜査機関とも連携して、子どもの福祉の向上に努めるのは、医療機関としての大切な役割である。

4 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター

性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターは、性犯罪・性暴力の被害者に対して、被害直後から医師による心身の治療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関係の支援、法的支援などの総合的な支援を、可能な限り一か所で提供することによって、被害者の心身の負担を軽減し、その健康の回復を図るとともに、被害の潜在化を防止することなどを目的に設置されている。

最初に設立されたのは「性暴力救援センター・大阪 SACHICO」(2010年)で、その後、徐々に広がり、現在では全ての都道府県に整備されたが、活動の形態はさまざまである。「性暴力救援センター日赤なごや なごみ」は、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院内に設置されており、院内に勤務する性暴力被害者支援看護職(SANE)とともに活発な取り組みを行っている。

資料の入手方法(URL、QRコード)

【2019 年度分担研究報告書】

医療関係者として JaMSCAN 正会員を対象に行ったアンケート調査の報告書

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/191011/201901003A_upload/201901003A0004.pdf



【2020 年度分担研究報告書】

全国の児童相談所等を対象に行ったアンケート調査の報告書

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202019AA1001-buntan1.pdf



【児童相談所における性的虐待対応ガイドライン】

2011 年に作成されたものであるため、協同面接に関する記載はない。



研修の申込先

【NICHD 司法面接研修】

立命館大学 司法面接研修

<http://www.ritsumeai.ac.jp/research/forensic/>



【ChildFirst® 司法面接研修】

認定NPO法人チャイルドファーストジャパン

<https://cfj.childfirst.or.jp/childfirst/>



【虐待被害児診察技術研修(系統的全身診察)】

認定NPO法人チャイルドファーストジャパン

<https://cfj.childfirst.or.jp/medtech/>



参考文献

- 1) Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 2002;26(6-7):645-659.
- 2) Finkel MA. "I can tell you because you're a doctor". *Pediatrics*. 2008;122(2):442.
- 3) Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2018;31(3):225-231.
- 4) Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994;94(3):310-317.
- 5) Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. 1983;7(2):177-193.

参考図書

キャロル・ジェニー編. 一般社団法人日本子ども虐待医学会:溝口 史剛, 白石 裕子, 小穴 慎二 監訳. 子どもの虐待とネグレクト 診断・治療とそのエビデンス. 金剛出版, 2017.

マーティン・A・フィンケル, アンジェロ・P・ジャルディーノ編集. 柳川 敏彦, 溝口 史剛, 山田 不二子, 白川 美也子監訳. プラクティカルガイド 子どもの性虐待に関する医学的評価 原著第3版. 診断と治療社, 2013.

おわりに

今回、この研究に関わり、手引きの作成に当たって改めて感じたのは、協同面接を実施するかどうかは大人の都合で決めるのではなく、子どもや非加害親の希望によって決めるというのが本来の姿であるということだった。日本では、「子どもの権利擁護センターかながわ」がそのようなスタンスで司法面接を実施している。日本での現状、人材の専門性、面接者や診察医のスキルの問題を考えると、米国のような子どもの権利擁護センター(Children's Advocacy Center:CAC)を、医療機関と連携する形で設立するというのは、有用な対策の一つかもしれない。

協同面接や系統的全身診察は高い専門性を必要とするため、全ての医療機関で実施できるものではない。しかし、虐待に対応するうえで、全ての医師が基本的な事項を理解しておくことは重要である。理解しないまま、問診や診察を行うことが子どもの心身に対して侵襲的になったり、誘導や先入観の形成に繋がったりする可能性があるためである。

子どもの最善の利益を最優先にすること、虐待が私たち大人に関わるべき大きな社会問題であることを、多機関連携チーム(MDT)で共通認識とすることも重要である。子どもの健康と福祉を重視する児童相談所や医療機関と、子どもに起こった被害を捜査する警察・検察とがしっかりと連携できるようにするために、この手引きがお役に立てれば幸いである。

謝辞

本手引きの作成に当たって、今回のアンケート調査にご協力をいただいた児童相談所や協同面接実施民間団体、JaMSCAN 正会員以外にも、日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会における下記のシンポジウムの企画や発表に関わられた方々のご協力をいただいた。ここに厚く御礼申し上げます。

大会企画シンポジウム 7

「誰ひとり取り残さない！ CAC モデルの構築に向けて」

公募シンポジウム S1-03

「児童相談所における性的虐待対応と3機関協同面接の課題
～子どもの福祉を守る機関としての役割～」

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

「児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究」

分担研究『協同面接・系統的全身診察の実態調査研究』

協同面接と系統的全身診察の手引き

第1版(初版) 令和4(2022)年3月1日発行

発行者:研究代表者:山田 不二子

研究分担者:毎原 敏郎

資料請求先:一般社団法人日本子ども虐待医学会(JaMSCAN)

〒259-1132 神奈川県伊勢原市桜台 1-5-31 チェリーヒルズ金田 2階 B号室

電話番号: 0463-95-4166 E-Mail: info@jamscan.jp

※ 資料請求に関するお願い

本手引きは無料ですが、送料は請求者にご負担いただくこととなりますので、予め、ご了承ください。詳しくは、JaMSCAN 事務局にお問合せください。

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び

虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

分担研究報告書

テーマ2:AHT 症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究

研究分担者	丸山 朋子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科 副部長
研究協力者	相田 典子	神奈川県立こども医療センター 放射線科 部長
	荒木 尚	埼玉県立小児医療センター 外傷診療科 科長 埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター 客員教授
	井原 哲	東京都立小児総合医療センター 脳神経外科 医長
	小熊 栄二	埼玉県立小児医療センター 放射線科 部長(副院長)
	久保 健二	福岡市こども総合相談センター こども緊急支援課 課長
	小西 央郎	労働者健康安全機構 中国労災病院 小児科 部長
	小橋 孝介	松戸市立総合医療センター 小児科 副部長
	西田 佳史	東京工業大学 機械工学 教授
	埜中 正博	関西医科大学附属病院 脳神経外科 診療教授
	濱田 毅	同志社大学大学院 司法研究科 刑事訴訟法 教授
	榎野 陽介	東京大学大学院 医学系研究科 法医学 特任教授
	溝口 史剛	群馬県前橋赤十字病院 小児科 副部長
	美作 宗太郎	秋田大学大学院医学系研究科 法医科学講座 教授
	宮坂 実木子	国立成育医療研究センター 放射線診療部 診療部長
	宮崎 祐介	東京工業大学 人体工学 准教授
	山中 巧	京都府立医科大学附属病院 脳神経外科 講師

研究要旨

「AHT に関する医師の意識調査」ならびに「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および AHT の司法連携調査」を行い、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。

「AHT に関する医師の意識調査」は、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針における 5 類型病院 401 施設に勤務する小児科・脳神経外科・救急診療科(以下、救急科)の医師 897 名を対象として調査を行い、小児科医 148 名、脳神経外科医 120 名、救急科医 110 名、所属不明 1 名の計 379 名より回答を得た(回答率 39.1%)。問診、頸部画像検査の実施率、眼

底検査の実施率はいずれも診療科による差異を認めた。また、児童相談所通告の割合に対して、警察通報の割合は低かった。

「AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)作成のための医療情報調査」は、症例群 15 医療機関 296 例(画像データ 253 例)、対照群 13 医療機関 100 例(画像データ 98 例)の回答があった。年齢は、症例群、対照群ともに 0～3 か月児が多かった(症例群 114 例、対照群 37 例)。頭部 CT 検査はほぼ全例で実施されていた。脳 MRI 検査は、症例群で実施率が高く(症例群 69.6%、対照群 44.0%)、頸部 CT・頸部 MRI はいずれも、症例群、対照群ともに実施率が低かった(それぞれ症例群 13.2%・11.5%、対照群 16.0%・12.0%)。全身骨 X 線写真は、症例群では約半数が初診時に撮影されていたが、対照群では実施率が 14.0%と低く、フォローアップの 2 週間後の撮影は症例群 6.4%、対照群 0.0%と低かった。硬膜下血腫は症例群に多く(症例群 72.0%、対照群 34.0%)、症例群では両側性の硬膜下血腫が 32.4%、大脳半球間裂の硬膜下血腫が 29.7%、小脳テント下の硬膜下血腫が 9.5%であった。頭蓋骨骨折は対照群に多かった(症例群 40.9%、対照群 74.0%)。症例群では眼底出血の頻度が明らかに高く(症例群 48.6%、対象群 5.0%)、症例群では、眼底出血ありの 144 例中のうち、「出血が無数」が 63 例(43.8%)、「網膜全体に出血が及ぶ」が 34 例(23.6%)、「多層性」が 44 例(30.6%)であった。症例群、対照群の死亡割合に明らかな差はなかった(症例群 5.4%、対照群 5.0%)が、後遺症については症例群の方が多い傾向にあった。受診時に、保護者が受傷機転に関して何らかの説明をしたのは、症例群 63.9%、対照群 93.0%であった。虐待の 카테고리分類は、対照群の 66.0%がカテゴリ 1 であったが、症例群はカテゴリ 3A 以上が半数を占めた。

「AHT 診断アルゴリズム作成のための司法連携調査」の調査票は 77 例の回答があり、最高検察庁に問い合わせのうえ、事件が特定され、公判記録の謄写可能と回答をいただいたのは 15 例であり、このうち 13 例の公判記録の閲覧・謄写を行った。

2019 年度に実施した「AHT に関する医師の意識調査」ならびに 2020～2021 年度に実施した「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および AHT の司法連携調査」をもとに、臨床医の診断へのアプローチの現状、実症例の理学所見や画像所見等の臨床像解析結果を踏まえて、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成し、関係機関に配布した。

A. 研究目的

虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children、以下 AHT)は、体表外傷が生じにくく、被害児本人から被害内容の開示を得ることが難しい虐待であり、その立証は困難を極める。公判における争点は、犯人性、事件性、実行行為、量刑等さまざまな点が挙げられるが、事件性や実行行為において、医学的な判断が公判結果に与える影響は大きい。

当研究は、AHT の医学的診断のために必要な理学所見、検査とその実施時期、記録の残し方等を検

証し、医学的診断の精度の向上を図ること、また、AHT 事例の司法手続きにおいて、捜査・公判が適正に運用されるべく、より正確性の高い医学的意見の提供を行えるようにすること、ひいては児童虐待防止対策に資することを目的とする。

B. 研究方法

当研究は図 1 の通り、「AHT に関する医師の意識調査」、「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および司法連携調査」の 2 つの調査と、これらの調査をもとにした『AHT 診断アルゴリズム(診断の

手引き』の素案作成からなる 3 か年にわたる研究である。

1. 「AHT に関する医師の意識調査」

「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)における 5 類型病院 401 施設に勤務する、小児科・脳神経外科・救急科の代表医師(診療科部長もしくは診療科部長から指名された医師 1 名)を対象として、「AHT: Abusive Head Trauma in Infants and Children(虐待による乳幼児頭部外傷)に関する医師の意識調査」を行った。調査は、「交通外傷を除く、第三者目撃のない乳幼児頭部外傷症例をみた場合、AHT の可能性を考えてどうしているか」に関する現状や医師の考え方を尋ねる質問と、今後の AHT における多機関連携およびガイドラインが作成された場合の活用に関する意見を尋ねる質問とした(資料 1)。

対象医師数は小児科医 270 名、脳神経外科医 322 名、救急科医(小児専門病院においては集中治療科医を含む)305 名の計 897 名であった。調査用紙は資料 1 の通りとし、郵送もしくは FAX によりデータ集計センターに返信してもらう方法で回収した。頻度の比較はカイ二乗検定あるいは Fisher の直接法を行い、p 値 0.05 未満を有意差ありとした。

2. 「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および司法連携調査」

2005 年 4 月 1 日から 2019 年 3 月 31 日までの各共同研究医療機関における、交通外傷を除く、第三者目撃のない 2 歳未満の頭部外傷による入院患者(即時死亡例も含む)を対象患者とし、対照群を、同期間内の各共同研究医療機関における、第三者目撃のある 2 歳未満の頭部外傷による入院患者とした。

本研究における「第三者」とは「両親および両親に準ずる者以外」と定義した。

症例群の予定症例数は 200 例、対照群の予定症例数は 50 例とし、症例群のうち、司法連携調査の対象となるのは約 20 名の見込みとした。

AHT の医学的な診断には画像所見が欠かせないことから、症例の選択基準として、症例群、対照群ともに、頭部 CT・脳 MRI 等の画像検査が施行され、画像上、頭蓋内出血・頭蓋骨骨折・その他の頭蓋内病変のいずれかが疑われることとした。また、症例群は児童相談所への通告を必須とした。調査項目についても検討し、資料 2 の通り、症例調査用紙を作成した。なお、資料 2 のうち調査票Ⅱ)については、調査票Ⅰ)において、「警察通報もしくは警察との面談あり」、「公判出廷あり」のいずれかに該当する症例を対象として実施した。

3. 『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』作成

上記調査結果をもとに、研究分担者ならびに研究協力者で協議し、AHT に関する診断精度の向上ならびに多機関連携推進を目的として、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成する。

(倫理面への配慮)

調査は東京医科歯科大学ならびに各共同研究施設の倫理審査委員会での承認を得て実施した。また各調査への回答者に対しては回答用紙への同意欄へのチェックにより同意取得を確認した。また、対応表を用いて匿名化处理を行った。調査はオプトアウトによる同意取得とし、拒否の申し出があれば研究対象から除外した。(東京医科歯科大学 医学部 倫理審査委員会 受付番号 M2019-145 番)

C. 研究結果

1. 「AHT に関する医師の意識調査」

回答は小児科医 148 名(回答率 54.6%)、脳神経外科医 120 名(回答率 30.5%)、救急科医(集中治療科医兼任を含む)110 名(回答率 35.9%)、所属不明 1 名の計 379 名(回答率 39.1%)から得られた。回答者の 94%が医師としての勤務年数 10 年以上であった。

1) 児童相談所通告・警察通報について

図 2 に示す通り、AHT の可能性を考えて、児童相

談所通告をすると答えた人は、「必ずする」が 70 名 (18.5%)、「症例による」が 287 名 (75.7%) であり、警察通報の「必ずする」15 名 (4.0%)、「症例による」264 名 (69.7%) よりもいずれも多かった ($p < 0.05$)。通告・通報理由は、児童相談所通告・警察通報ともに「受傷機転と医学的所見の不一致」がいちばん多く、児童相談所通告では「親の様子、子どもの様子に不審な点がある」、警察通報では「重症例 (後遺障害を残す、もしくは死亡例) である」が続いた。

2) 問診、診察について

受傷原因を知るために、どのくらい問診を詳細に行っているかの質問 (複数回答可) では、「複数の職種が話を聞く」が 227 名 (59.9%)、「両親別々に問診する」が 151 名 (39.8%) であった一方、「通常診療の問診と同じ」と回答した人も 82 名 (21.6%) いた。救急科医は小児科医と比べ、「通常診療の問診と同じ」と回答した人が有意に多かった ($p < 0.05$)。

体表写真の撮影について、「必ず撮影している」は 125 名 (33.0%) であり、「撮影していない」は 33 名 (8.7%) であった。

眼底検査に関する質問では、「必ず施行する」は 186 名 (49.1%) であるのに対して、眼底写真を「必ず撮影する」は 106 名 (28.0%) にとどまった。救急科医は眼底検査未施行、眼底写真未撮影がそれぞれ 34.5%、37.3% と高値であった。眼底検査の実施率は小児科医が脳神経外科医および救急科医に比べて高かった ($p < 0.05$)。また、夜間や休日入院時の眼底検査は「入院時は実施せず、翌平日に眼科医が施行」と回答したものが 67.5% といちばん多かった。

3) 出血傾向に関する血液検査について

図 3 の通り、出血傾向に関する血液検査として、血小板数およびプロトロンビン時間 (PT)/活性化部分プロトロンビン時間 (APTT) はそれぞれ 88.7%、80.2% と多くの医師が「必ず検査する」としている一方で、血小板機能検査、第 VIII/IX 因子、von Willebrand 因子の測定は、「必ず検査する」と「検査することもある」を合わせても、それぞれ 31.6%、48.2%、43.5% にとどまった。

4) 画像検査について

頭部 CT の冠状断、軸位断、骨条件、骨の 3-D 構築については、「必ずする」がそれぞれ 68.3%、67.3%、86.3%、54.9% であった (図 4)。

頭部 CT 以外の画像検査について、「必ず撮影する」と回答した者は、非挿管下での脳 MRI、挿管下での脳 MRI、頸部 CT、頸髄 MRI でそれぞれ、34.8%、23.0%、24.5%、5.0% であった (図 5)。

全身骨レントゲンを入院時に「必ず撮影している」は 40.6% に対して、2 週間後の撮影はわずか 6.6% であった (図 5)。また、撮影方法は「部位ごとにわけて撮影する」が 63.3% と半数以上であったが、部位の区切り方、正面のみか正面および側面 2 方向か等の撮影方法はさまざまであった。

全身骨レントゲンは小児科医、頸部 CT は脳神経外科医と救急科医、頸部 MRI は脳神経外科医の実施率が有意に高かった ($p < 0.05$)。

5) 原因診断について

原因診断のために実施している検査や収集する情報は図 6 の通りであるが、最も重要だと考えられているのは「初診時の頭部 CT」であり、次いで、「基礎疾患、既往歴 (虐待の既往を含む)」、「院内他科医師、多職種の意見」であった。

6) 多機関連携について

法医学医師との症例カンファレンスや意見交換については「必ずしている」を選択したものはわずか 6.1% にとどまり、「症例による」、「していない」と回答した者にその理由を尋ねる (複数回答) と、「法医学との接点がない」、「院外カンファレンスの機会がない」がそれぞれ 65.3%、38.1% であるとともに、「法医学は死亡例のみに関与する」も 25.9% であった。

多機関連携については、79.7% が「必要」と回答した。「多機関合同カンファレンスへの参加が望ましい者」として 60% 以上が選択したのは、小児科・脳神経外科・救急科・放射線科等の医師、院内虐待防止委員会等の委員、児童相談所職員の項目であり、法医学医師、警察官、検察官の出席を挙げたのはそれぞれ 47.2%、29.0%、11.6% であった。

7) 死亡時対応について

死亡時期別に死亡時の対応を調査した。表 1 に示すように、「必ず施行する」と回答したものは、児童相談所通告、警察通報については搬送当日死亡例では 54.3%、67.5%と半数を超えているが、急性期死亡ではそれぞれ、47.0%、42.0%、慢性期死亡では、それぞれ 36.1%、32.2%と、死亡までの期間が長くなるほど低くなる($p<0.05$)。同様に、死亡時画像診断、解剖実施率も搬送当日死亡に比べて、急性期死亡、慢性期死亡では低かった($p<0.05$)。

一方、眼底検査は、「必ず施行する」と回答したものは、搬送当日死亡例では 27.4%であったが、急性期死亡例では 34.6%であった。

8) AHT の診断に関するガイドライン(AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き))について

ガイドラインがあれば「ぜひ利用したい」は 54.9%、「内容による」は 38.3%であった。

2. 「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および司法連携調査」の共同研究医療機関の選定と登録症例数

2019 年度、事前調査として、一般社団法人日本子ども虐待医学会(JaMSCAN)の正会員医師 289 名を対象として、2000 年以降の交通外傷を除く乳幼児頭部外傷(AHT 症例を含む)の症例経験、意見聴取や鑑定書作成といった警察・検察への協力実態を調査した。103 名(所属機関数として 90 か所)より回答を得た(回答率 35.6%)。この調査において、「自施設での交通外傷を除く乳幼児頭部外傷の症例が 5 例以上」かつ「鑑定・出廷・意見書など司法的関わりあり」と回答した医師が所属する機関は 41 か所であった。このうち、急性期入院病床をもたない機関 3 か所、および、研究協力に応じることが困難との申し出のあった機関 8 か所を除き、30 か所の医療機関を本研究の「医療情報調査ならびに司法連携調査」の共同研究施設の候補として選出した。

上記のうち、本調査の共同研究施設として主施設および各施設での倫理審査が承認された医療機関

は 22 か所であった。これらの 22 医療機関に症例調査票(資料 1)の記入および画像データの提供を依頼した。AHT 医療情報調査は、症例群 15 医療機関 296 例(画像データ 253 例)、対照群 13 医療機関 100 例(画像データ 98 例)の回答があった。また、「AHT 司法連携調査のための調査票」は 77 例の回答があったが、最高検察庁に問い合わせのうえ、事件が特定されたものは 25 例であり、そのうち公判記録の謄写可能と回答頂いたのは 15 例、係争中・無罪確定・廃棄等により謄写不可能と回答頂いたのは 10 例であった。15 例のうち、閲覧・謄写手続きを経て期限内に実際に謄写可能であったのは 13 例であった。

共同研究医療機関として登録されながら、症例調査の回答が 0 例であった 7 つの医療機関は、該当症例なし、あるいは、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行対応等により回答期限までに調査票の回答が不可という理由であった。

3. AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査の結果

1) 症例の概要

登録された症例は、症例群が 296 例(男児 202 例、女児 92 例、性別不明 2 例)、対照群が 100 例(男児 57 例、女児 41 例、性別不明 2 例)であった。年齢は、症例群、対照群ともに 0~3 か月児が多く(それぞれ 114 例、37 例)、2 群の年齢別構成割合は図 7 の通りであった。

2) 症例の背景(既往歴ならびに家族歴)

周産期歴について、早産児と判明した割合は、症例群 11.9%、対照群 3.0%、低出生体重児と判明した割合は、症例群 11.4%、対照群 6.0%であった。

マルトリートメントの既往「あり」と回答したのは、症例群が 43 例(14.5%)、対照群 8 例(8.0%)であった。

また、家族の特記事項「あり」と回答したのは、症例群が 99 例(33.5%)、対照群 28 例(28.0%)であった。

3) 来院時の経緯

来院時の主訴(複数選択可)を図 8 に示す。症例

群では頭部打撲(29.7%)がいちばん多く、次いで、けいれん(28.0%)、意識障害(16.6%)、嘔吐(14.2%)であった。対照群でも同様に、頭部打撲(60.0%)、嘔吐(12.0%)、意識障害(9.0%)の順であったが、頭部打撲が圧倒的に多いという特徴があった。

図9、10に示す通り、「いつも通りの元気が確認されている時から受診までの時間」は対照群と比較し、症例群ではやや長い傾向にあるものの、「イベント・異常発生から受診までの時間」については両群ともに1時間以内が40%程度といちばん多く、以後、時間を経るごとに割合は低下した。

受診方法は図11に示す通り、症例群、対照群ともに救急搬送がいちばん多く(症例群33.1%、対照群37.0%)、続いて、高次医療機関への転院搬送であった(症例群37.5%、対照群23.0%)。

4) 診断のための各種画像検査について

各種画像検査の実施率を図12に示す。

頭部CT検査はほぼ全例で実施されていた。脳MRI検査は、症例群で実施率が高く(症例群69.6%、対照群44.0%)、症例群、対照群ともに1回のみの実施の症例が多かった。

頸部CT・頸髄MRIはいずれも、症例群、対照群ともに実施率が低かった(それぞれ症例群13.2%・11.5%、対照群16.0%・12.0%)。

全身骨X線写真は、症例群では約半数が初診時に撮影されていたのに対して、対照群では実施率が14.0%にとどまり、フォローアップの2週間後の撮影は症例群6.4%、対照群0.0%と低かった。

5) 頭部、頭蓋内病変について

頭部および頭蓋内病変の割合を図13に示す。

硬膜下血腫は症例群では対照群よりも多く(症例群72.0%、対照群34.0%)、症例群では硬膜下血腫が両側に認められたものが32.4%、大脳半球間裂に認められたものが29.7%、小脳テント下に認められたものが9.5%であった。

頭蓋骨骨折は症例群と比較して対照群に多かった(症例群40.9%、対照群74.0%)。頭蓋骨骨折は症例群、対照群ともに「1本の線状骨折」が多かった(症

例群90例(頭蓋骨骨折を来たしたうちの74.4%)、対照群46例(同様に62.1%))が、「複数の線状骨折」は症例群20例(同様に16.5%)、対照群14例(同様に18.9%)、「陥没骨折」も症例群6例(同様に5.0%)、対照群9例(同様に12.2%)に認められた。

6) 頭部以外の損傷について

頭部以外の損傷について図14に示す。

対照群と比べ、症例群では眼底出血の頻度が有意に高かった(症例群48.6%、対照群5.0%)。対照群では、眼底出血ありの5例のうち、「出血が数個~10個程度」が4例(80%)であり、「網膜全体に出血が及ぶ」症例はなく、「多層性」も1例(20%)のみであるのに対して、症例群では、眼底出血ありの144例のうち、「出血が無数」が63例(43.8%)、「網膜全体に出血が及ぶ」が34例(23.6%)、「多層性」が44例(30.6%)であった。

頭蓋骨を除く骨折は症例群28例(9.5%)、対照群2例(2.0%)といずれも多くはなかったが、症例群では肋骨多発骨折が15例、陈旧性骨折が9例、新旧混在する骨折が2例に認められた。

ただし、頭部以外の損傷については、未検例も多いため、損傷が明らかになっていない可能性もある。

7) 入院治療について

入院期間およびICU/救命センター在室期間を図15、16に示す。入院期間の中央値は、症例群では18日(1~1581日)、対照群では6日(1~165日)であり、ICU/救命センターなどの在室期間の中央値は、症例群では2日(0~295日)、対照群では0日(0~29日)と、いずれも症例群で長い傾向にあった。

入院中の主科は、症例群、対照群ともに、脳神経外科(症例群20.3%、対照群35.0%)、小児科(症例群18.2%、対照群13.0%)が多かった。

入院中の治療や処置は図17に示す通りである。症例群では抗けいれん剤投与(41.2%)、人工呼吸管理(29.7%)、経管栄養(15.9%)の順に多く、開頭血腫除去術は10.8%、穿頭血腫除去術は6.8%であった。対照群では人工呼吸管理(10.0%)、抗けいれん剤投与(9.0%)、循環作動薬投与(6.0%)の順に多く、

開頭血腫除去術と穿頭血腫除去術は少なかった(いずれも 2.0%)。

転帰について図 18 に示す。症例群、対照群の死亡割合に有意差はなかった(症例群 5.4%、対照群 5.0%)が、後遺症については症例群の方が多い傾向にあった。生存例のうち、症例群では 47.1%が自宅退院、31.4%が乳児院入所、9.6%が他院転院となっているのに対して、対照群では 92.6%が自宅退院であった。

8) 診断について

受診時に、保護者が受傷機転に関して何らかの説明をしたのは、対照群では 93.0%と高率であったのに対して、症例群では 63.9%にとどまった。また、保護者の語る受傷機転をカテゴリー別に分類したものが、図 19 である。症例群、対照群ともに転倒、転落などの軽症外傷のエピソードを語っているものが多い(症例群 57.8%、対照群 83.0%)が、症例群では突然の全身状態の悪化という説明が 9.1%、虐待と考えられる行為について説明しているのが 7.4%であった。

これらの保護者の語る受傷機転説明に対する主治医の判断は、下記の図 20 の通りである。説明が妥当と主治医が判断したのは、症例群では 16.2%、対照群では 83.0%と大きな差があり、症例群では 33.4%が不適當、22.6%が判定不能という回答であった。

虐待のカテゴリー分類(図 21)では、対照群は 66.0%がカテゴリー1 であったが、症例群はカテゴリー3A 以上が半数を占めた。

また、表 2 に診断の根拠を示す。事故と診断した場合の診断根拠として、対照群では「第三者がいる場での受傷」、「第三者が来院し、自己状況を説明した」という回答がそれぞれ 48.0%、16.0%と多かった。事故、AHT と診断した場合の根拠として、それぞれ「事故に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた」、「AHT に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた」という回答が多く認められた。一方で、事故か虐待かの判断がつかなかった場合の理由として、「事故でも AHT でも生じうる頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた」、「両親(養育者)以外の目撃がなかった」という回答が認められ

た。

9) 児童相談所、警察との連携について

症例群、対照群の児童相談所通告、警察通報割合は表 3 に示す通りで、いずれも症例群の方が高かった。症例群の対象患者は、「児童相談所通告をしていること」を条件としていたが、他院からの転院症例などでは、自施設から通告していないことで、未回答となっているものが見受けられた。

児童相談所通告、警察通報の時期は両群とも「1～2 日以内」がいちばん多かった。

10) 画像読影に関して

画像データが提供された症例群 259 例の画像すべてを読影した。読影した画像は頭部 CT・脳 MRI・全身骨 X 線写真・体幹 CT 等の多岐にわたり、小児科、脳神経外科、放射線科の複数診療科医師により読影した。硬膜下血腫は円蓋部のみではなく、大脳半球間裂、小脳テント上面・下面、後頭蓋窩に認められ、初回の CT と 2 回目以降の CT で硬膜下血腫の分布が変化している症例も認められた。

4. 「AHT 診断アルゴリズム作成のための司法連携調査」

司法連携調査は 13 医療機関、109 例が対象となった。そのうち、11 医療機関より 77 例の回答があり、最高検察庁に問い合わせのうえ、事件が特定され、公判記録の謄写可能と回答頂いたのは 15 例であり、そのうち実際に記録閲覧・謄写可能な事例は 13 例であった。

13 例のうち、加害者は実父 10 例、実母 3 例であった。罪名は傷害が 8 例、傷害致死が 6 例(重複あり)、量刑は執行猶予付きの懲役刑から 10 年以下の懲役刑であった。自認事例は 8 例であり、自認事例においては主に情状が争点となっていた。否認事例 5 例においては、犯人性および暴行の事実が争点となっており、医学的争点は主に、転落という過失事故か、故意の暴行かという点であった。

証拠採用された医学的証拠は、主治医や鑑定医に対する警察官や検察官調書、鑑定書であり、公判

にて診療担当医、解剖実施医、鑑定医が証人出廷している事例も認められた。

事件発生から起訴までの日数は0年1か月から3年5か月であり、起訴から有罪確定までの日数は0年3か月から3年0か月であった。

5. 『AHT 診断アルゴリズム(AHT 診断の手引き)』作成

2019年度に実施した「AHTに関する医師の意識調査」、2020年度から2021年度にかけて実施した「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査およびAHTの司法連携調査」の結果をもとに、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。調査票データの解析、画像読影を通して、受傷機転や受傷時期を医学的に判断するために必要十分な身体所見の取り方、記録の残し方、検査項目や画像検査について、研究分担者・研究協力者で議論を重ねた。また、全国の医師の意識調査や各医療機関での実態を踏まえて、臨床現場と乖離することなく、かつ、医療機関による偏りを減らし、AHTに関する医学的診断精度の全国的な向上を目指して、資料3の通り、『AHT 診断アルゴリズム(AHT 診断の手引き)』を作成した。本アルゴリズムでは、AHTの鑑別疾患を示すとともに、鑑別のために必要な診察・検査等について、具体的なタイムスケジュール、施行時の注意事項についても記載した。

『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』は本研究にご協力をいただいた「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針における5類型病院のほか、全国の臨床研修病院、児童相談所、警察庁、警視庁・府県警察本部、最高検察庁・高等検察庁ならびに全国の地方検察庁等に配布した。

D. 考察

AHTは身体的虐待の中でも重症度が高く、子どもの生命・生活に重大な影響を及ぼすが、受傷機転がわかりにくく、医学的診断は難しい。しかし、児童相談所の事実確認や公判における立証において、医療の

専門家として医師が果たす役割は大きく、医学的診断は重大である。

まずは、AHTに関する医師の意識調査について考察する。

児童虐待防止等に関する法律上、2005年4月1日以降、児童虐待通告は「虐待疑い例」にも拡大されたが、「第三者目撃のない、交通外傷を除く乳幼児頭部外傷症例においてAHTの可能性を考えた通告」という質問では、児童相談所通告を「必ずする」と答えた人は18.5%と少なかった。とはいえ、「症例による」との回答とあわせると、94.2%となり、「通告しない」は少数であった。一方、警察通報は児童相談所通告に比べて通報率は低く、捜査機関への連絡については、医師にとって児童相談所通告とは一線を画した対応であると言える。

問診の仕方、眼底検査実施や眼底写真撮影において、救急科医と小児科医で有意差を認めたが、時間外救急診療あるいは初療を中心とする救急科医にとって、複数職種による問診や詳細の問診は困難である医療体制が背景にあると考えられる。

出血傾向の検索のための血液検査において、血小板機能検査や凝固因子の検索を行っているとの回答は半数以下であったが、血液凝固異常を疑う家族歴や既往歴がなく、入院経過中にも出血傾向を認めない患者において、保険診療の観点からもどこまで検索するべきかとの判断は難しい。

原因診断のために実施している検査や収集する情報として、最も重要だと考えられているのは「初診時の頭部CT」であるが、頭部CTの冠状断、軸位断、骨の3-D構築を行っていないという回答もあり、水平断のみで評価をされていることもあることがわかった。出血量の少ない硬膜下血腫の評価や脳幹部病変の評価のためにも、複数断面での確認を標準化することも検討すべきである。また、頸部CTや頸髄MRIなどの頸部損傷に対する画像評価は脳神経外科医では多く実施され、2週間後のフォローアップも含めた全身骨レントゲン撮影は小児科医で多く実施されているというように、診療科によるばらつきが認められた。常

に全身評価をする小児科医と、細分化された診療科との違いがあると考えられる。また、頭部 CT の反復や頭部 MRI、頸部 CT や頸髄 MRI、2 週間後の全身骨レントゲンなどの画像検査は、「原因診断のために実施している検査や収集する情報」に関する問いに対して「実施、収集する」と回答した人が少なく、客観的所見に基づく AHT 診断のために、ある一定の標準的画像評価法を提唱することが必要と考える。

多機関連携については多くの人が「必要」と回答しながらも、多機関合同カンファレンスへの参加が望ましい者としては、医療機関の医師、院内虐待防止委員会等の委員を挙げる回答が多く、60%以上が選択した院外スタッフは児童相談所職員のみであり、法医学医師や警察官、検察官の出席を挙げた回答は半数以下である。虐待の医学的判断において法医学と臨床医の意見交換は重要だと考えるが、今回の調査からは法医学医師との接点やカンファレンスの機会がないという意見が多く、法医学医師との連携は医療機関単位ではなく、広域での地域連携を目指すべきと考える。

死亡時対応については、児童相談所通告、警察通報、死亡時画像診断、解剖のいずれの割合も搬送当日死亡に比べ、急性期死亡、慢性期死亡の順に低くなっているが、この一因として、外因死亡、異状死であるとの認識が入院日あるいは受傷日から時間を経るにつれて薄れていくことが考えられる。また、調査実施者の意図としては、「解剖」は「司法解剖」を念頭に置き、司法連携の現状を問いたい質問であったが、回答者の中には「解剖」を「病理解剖」と解釈したと考えられる回答もあり、調査実施者と回答者間での認識のずれにより、「解剖あり」との回答が少数となった可能性も否定できない。

以上のように、AHT に関する医師の意識調査において、問診、画像検査、眼底検査等では診療科による差異を認め、法医学連携に関しては医師によるばらつきがあり、死亡時期により死亡時対応の差が認められることがわかった。

次に、「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療

情報調査」について考察する。

登録された症例は、症例群が対照群の約 3 倍であり、行動範囲の狭い乳幼児の頭部外傷では圧倒的に第三者目撃のない症例が多いことがわかる。症例群、対象群ともに年齢は 0~3 か月の乳児が多い。この月齢は定頸前であり、自己受傷は非常に稀な月齢である。

今回の研究において、症例群の定義は、「交通外傷を除き、第三者目撃のない 2 歳未満の頭部外傷による入院患者（即時死亡例も含む）」かつ「児童相談所へ虐待通告をしている患者」、対照群の定義は、「第三者目撃のある 2 歳未満の頭部外傷による入院患者」とし、両群ともに画像検査で何らかの頭蓋内、頭部に病変を認めることとした。そのため、AHT の多くは症例群に含まれるが、症例群には目撃のない事故群も含まれ、また、事故群にも虐待例が含まれている可能性は否定できない。

来院時の主訴は、両群ともに頭部打撲がいちばん多かったが、症例群ではけいれんや意識障害などの中枢神経症状が出現して（子どもの状態が悪化して）受診しているものの割合が比較的多いものに対して、対照群では症状の発現なく、「頭部打撲」という事象により受診している児が多かった。そして、保護者が受傷機転に関して何らかの説明をしたのは、対照群では 93.0%と高率であるのに対して、症例群では 63.9%であり、AHT 症例では初診時に外傷機転の申告がないことが多いという 2009 年の厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 研究班による「AHT の診断・治療・予防の手引き」の記載とも矛盾しない。

各種画像検査に関して、頭部 CT 検査の実施率は高いが、脳 MRI 検査は症例群 69.6%、対照群 44.0%であり、脳実質病変の評価のためにも脳 MRI 検査の実施率向上が望まれる。また、頸部画像評価や全身骨 X 線写真での骨折の評価が行われている症例はさらに少なかった。AHT の正確な診断のためには全身評価が必要である一方、X 線被ばくの問題もあり、病歴や子どもの全身状態等から虐待の可能性が低いと考えられる軽症外傷において、虐待の可能

性を疑って、どこまで詳細に評価をするかに関しては、症例の層別解析も行いながら、今後、検討が必要と考える。

眼底出血については、症例群では「眼底出血あり」の割合が高く、出血の程度も重症度が高いものが多かったのに対して、対照群においては「眼底出血あり」の割合は低かった。ただし、対照群では検査を実施されていない症例も多く、単純な比較はできないことに注意が必要である。

症例群は対照群よりも入院期間、ICU などで在室期間がいずれも長い。これらが、症例群と対照群の重症度や転帰の差(後遺症の有無)と関係しているのか、あるいは、退院先(症例群では対照群よりも乳児院入所率や他院転院率が高い)の調整の問題なのか、今後、層別解析も必要と考えられる。

児童虐待の防止等に関する法律上、2005 年 4 月 1 日以降、児童虐待通告は「虐待疑い例」にも拡大された。今回、症例群では 85.5%が児童相談所通告されていたのに対して、警察通報されていたのは 36.8%と低かった。2019 年度に実施した「AHT に関する医師の意識調査」でも同様の傾向が認められており、捜査機関への連絡については明確な基準がなく、医師にとって警察通報は児童相談所通告とは一線を画した対応であると言える。AHT に関する多機関連携においては捜査機関も含めるよう、啓発が必要と考えられる。また、症例群では児童相談所通告 85.5%に対して、一時保護は 41.6%であり、一時保護は通告例の約半数であることがわかる。「疑い例」も通告することから、通告率は高くなるものの、AHT のような重大な虐待が疑われる場合でも一時保護率は必ずしも高くない。これは「疑いは濃厚ではないけれども、念のため通告」という症例が含まれている可能性と、「一時保護の敷居が高い」可能性の両者が考えられる。虐待のカテゴリー分類では症例群の 45.3%がカテゴリー3B もしくは 4 と判断されており、これらと一時保護率はほぼ一致しているものの、わずかに一時保護率の方が低いという事実は、「子どもの安全」という観点からはやや不安を感じる。

COVID-19 流行に伴う諸事情や制限の中、「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査」は予定数を上回り、十分な症例数が確保できた。それにより、主たる医療機関で実施されている検査や診断の進め方が把握でき、保護者の申告する受傷機転と画像所見の特徴の傾向を把握することができた。また、画像検査については約 8 割の症例で画像データを提供していただき、研究分担者・研究協力者の小児科・脳神経外科・放射線科医師による多診療科読影を行うことが可能であった。

一方で、今回の調査の協力医療機関は AHT の症例数が多いと推定される医療機関であり、経験数の少ない医療機関の実態とは異なる可能性も否定できない。また、今回の研究において、症例群の定義は、「交通外傷を除き、第三者目撃のない 2 歳未満の頭部外傷による入院患者(即時死亡例も含む)」かつ「児童相談所へ虐待通告をしている患者」、対照群の定義は、「第三者目撃のある 2 歳未満の頭部外傷による入院患者」とし、両群ともに画像検査で何らかの頭蓋内、頭部に病変を認めることとしているため、AHT の多くは症例群に含まれるが、症例群には目撃のない事故群も含まれ、また、事故群にも虐待例が含まれている可能性は否定できない。調査項目が限られることから、受傷機転や受診時の本人の状態の全容を把握することは困難であり、病態解明のために、さらなる調査が望ましいと考えられる症例も含まれていた。

「AHT 診断アルゴリズム作成のための司法連携調査」は最高検察庁の方に多大なるご協力をいただいで実施できたが、予定症例数に達することはできなかった。一つには COVID-19 流行に伴う諸事情や制限が考えられ、もう一つには保管期限を過ぎた公判記録は破棄されてしまうことが要因として考えられた。

本研究において、2 年半にわたって実施した、「AHT に関する意識調査」および「AHT 診断アルゴリズム作成のための医療情報調査」ならびに司法連携調査の結果をもとに、実際の症例の医学的所見、臨床医の診断根拠、関係機関連携の実態を踏まえ、本研

究の目的であった『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。AHT の診断・診療には、小児科・脳神経外科・救急科・放射線科・眼科・整形外科・法医学など多数の診療科・専門家が関わる。今回、小児科・脳神経外科・救急科・放射線科という複数の診療科の医師の協力のもとで医療情報調査を実施し、画像読影も行い、小児科・脳神経外科・放射線科・法医学医師が共同で、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成したことの意義は大きいと考える。乳幼児頭部外傷の診療において、『AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)』が参考とされ、現場の医療資源や価値観から乖離することなく、全国の AHT 診断・診療に関する精度がさらに向上し、被虐待児への適切な支援に繋がることを願う。

E. 結論

小児科医、脳神経外科医、救急医を対象に施行した「AHTに関する意識調査」および全国15か所の共同研究機関における2歳未満の頭部外傷症例についての「AHT診断アルゴリズム作成のための医療情報調査および司法連携調査」の結果をもとに、実際の症例の医学的所見、臨床医の診断根拠、関係機関連携の実態を踏まえたうえで、『AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。乳幼児頭部外傷の診療において、『AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)』が参考とされ、現場の医療資源や価値観から乖離することなく、AHT診断に関する精度が全国的にさらに向上し、被虐待児への適切な支援に繋がることを願う。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Fujiko Yamada, Yusuke Miyazaki. Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse: A population-based quasi-experimental study in Japan. Child Abuse and Neglect. Available

online January 13, 2020.

- Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Yusuke Miyazaki, Fujiko Yamada, Hisashi Noma, Kazuhide Ogita, Nobuaki Mitsuda. Effectiveness of an Educational Video in Maternity Wards to Prevent Self-Reported Shaking and Smothering during the First Week of Age: A Cluster Randomized Controlled Trial. Prevention Science. Published online July 22, 2020.
- 山田 不二子：警察・検察との連携. 小児科臨床. 2019;72(12):1924-1930.
- 丸山 朋子：虐待による乳幼児頭部外傷(AHT). 小児科臨床. 2019; 72(12):1871-1876.
- 丸山 朋子：虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children). 日本臨床法医病理学会. 2020;26(2):83-92.
- 山田 不二子, 五十嵐 登, 宮坂 実木子, 溝口 史剛, 岩佐 嘉彦, 田崎 みどり, 大野 一郎, 犀川 太：医療者が虐待に向き合うということ. 特集 第26回学術集会(いしかわ金沢大会) 大会企画シンポジウム. 子どもの虐待とネグレクト. 2021;23(2):160-174.

2. 学会発表

- 丸山 朋子. 虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)に向き合うために知っておきたいこと S6-2 AHTについて—小児科医の立場から—. 第63回日本小児神経学会学術集会. 2021年5月28日(福岡)
- 井原 哲. 虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)に向き合うために知っておきたいこと S6-3 AHTについて—脳神経外科医の立場から—. 第63回日本小児神経学会学術集会. 2021年5月28日(福岡)
- 丸山 朋子、溝口 史剛、小橋 孝介ほか. AHTに関する医師の意識調査. 第34回日本小児救

急医学会学術集会. 2021年6月18～20日(奈良、web)

- ・ 丸山 朋子. AHTを見逃さないために. 日本子ども虐待防止学会第27回学術集会かながわ大会. 2021年12月5日(横浜)
- ・ 田上 幸治. 病院でのMDTによるAHTの対応(神奈川こどもモデルについて). 日本子ども虐待防止学会第27回学術集会かながわ大会. 2021年12月5日(横浜)
- ・ 溝口 史剛ほか. 虐待による乳幼児頭部外傷(AHT)の刑事司法手続き. 日本子ども虐待防止学会第27回学術集会かながわ大会. 2021年12月5日(横浜)
- ・ 丸山 朋子、溝口 史剛、田上 幸治ほか. 2歳未満の乳幼児頭部外傷における医療情報調査. 第125回日本小児科学会学術集会. 2022年4月17日(福島、web)

3. その他(刊行物)

- ・ 山田 不二子, 丸山 朋子. AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き). 2022年3月1日
- ・ 山田 不二子: 虐待の疑い. 小児一次救急マニュアル 帰宅可能か? 二次救急か? 判断の手引き. 編集 小児科編集委員会. 金原出版, 東京, pp. 210-221, 2019.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

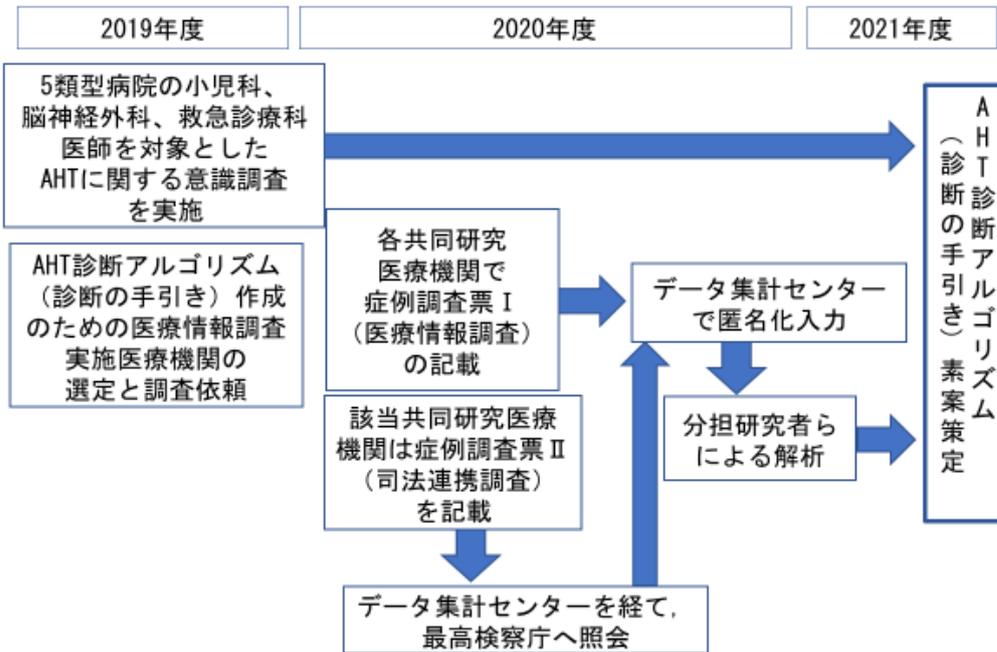


図1. 3か年の研究計画

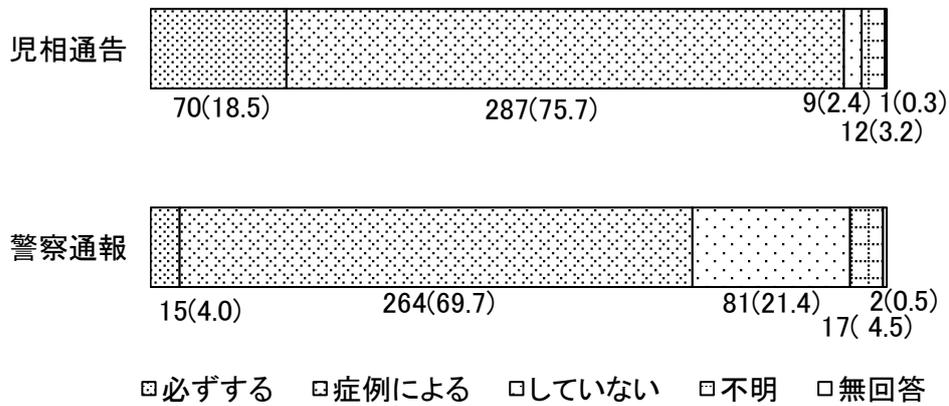


図 2: 児相通告・警察通報について(括弧内は割合%)

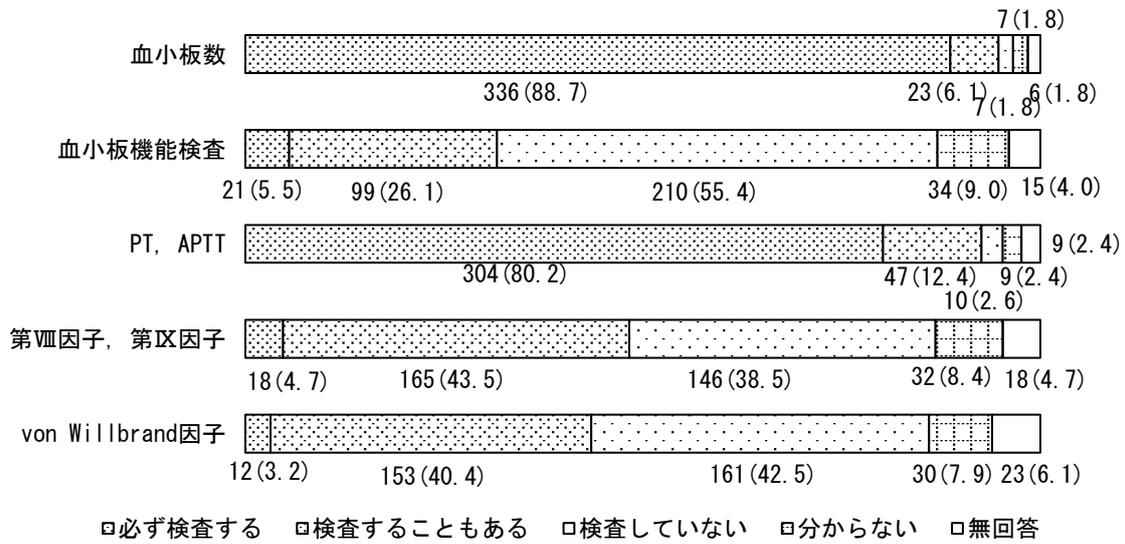


図 3: 出血傾向に関する血液検査 (括弧内は割合%)

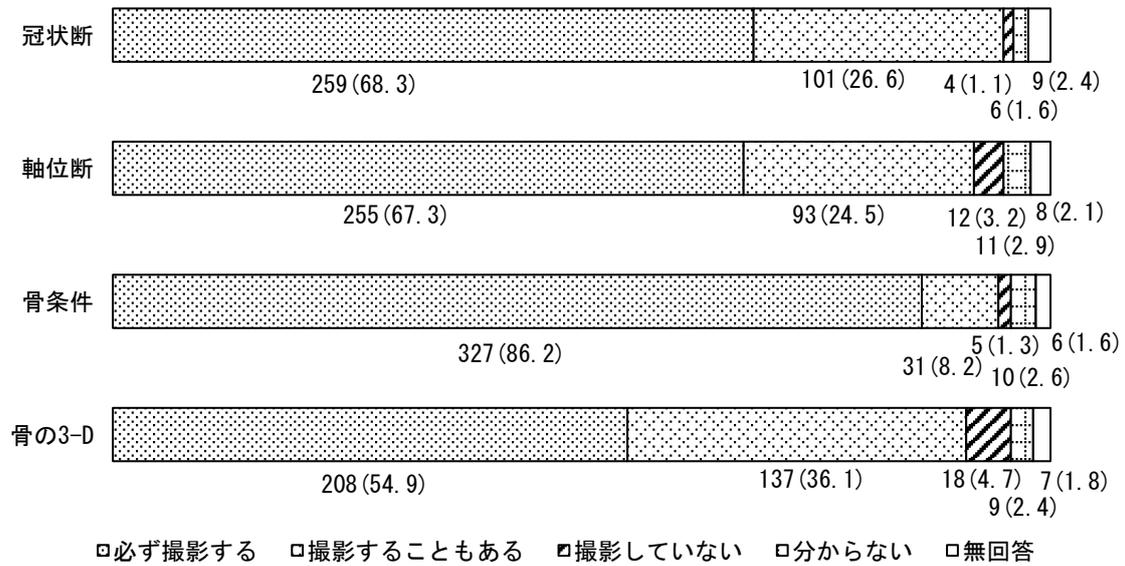


図 4: 頭部 CT 検査で構築する画像 (括弧内は割合%)

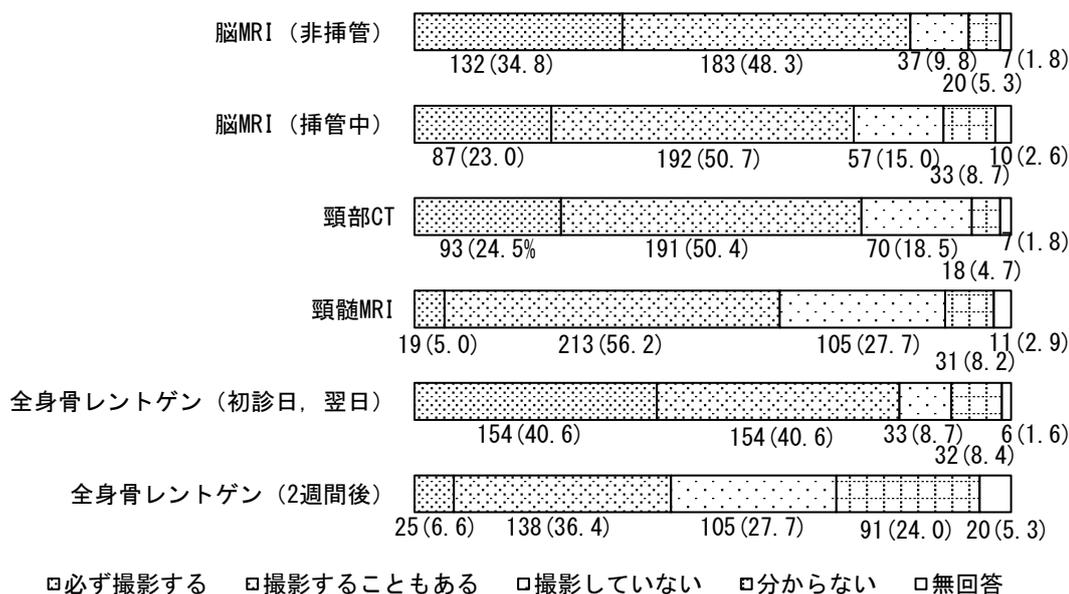


図 5: 頭部 CT 以外の画像検査(括弧内は割合%)

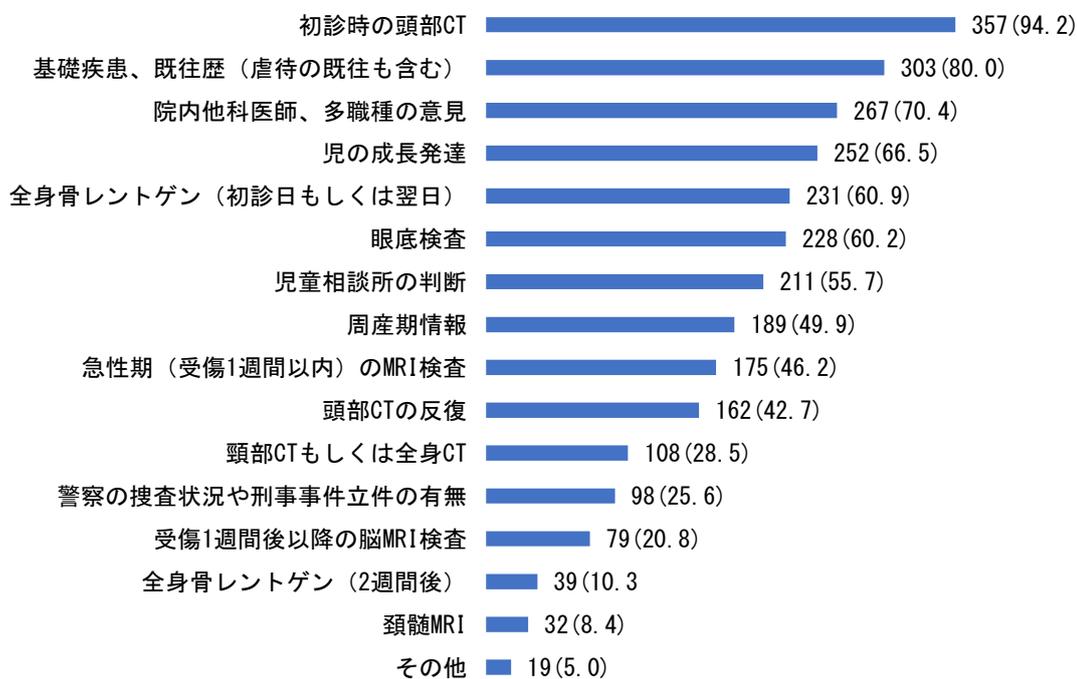


図 6: 原因診断のための検査や情報収集(複数選択可, 括弧内は割合%)

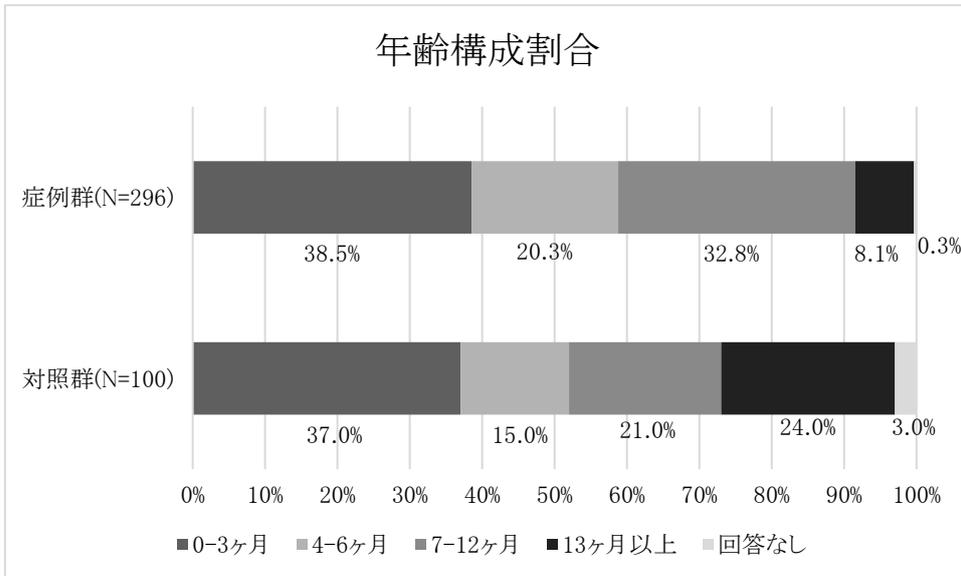


図 7. 症例群, 対照群別の年齢構成割合

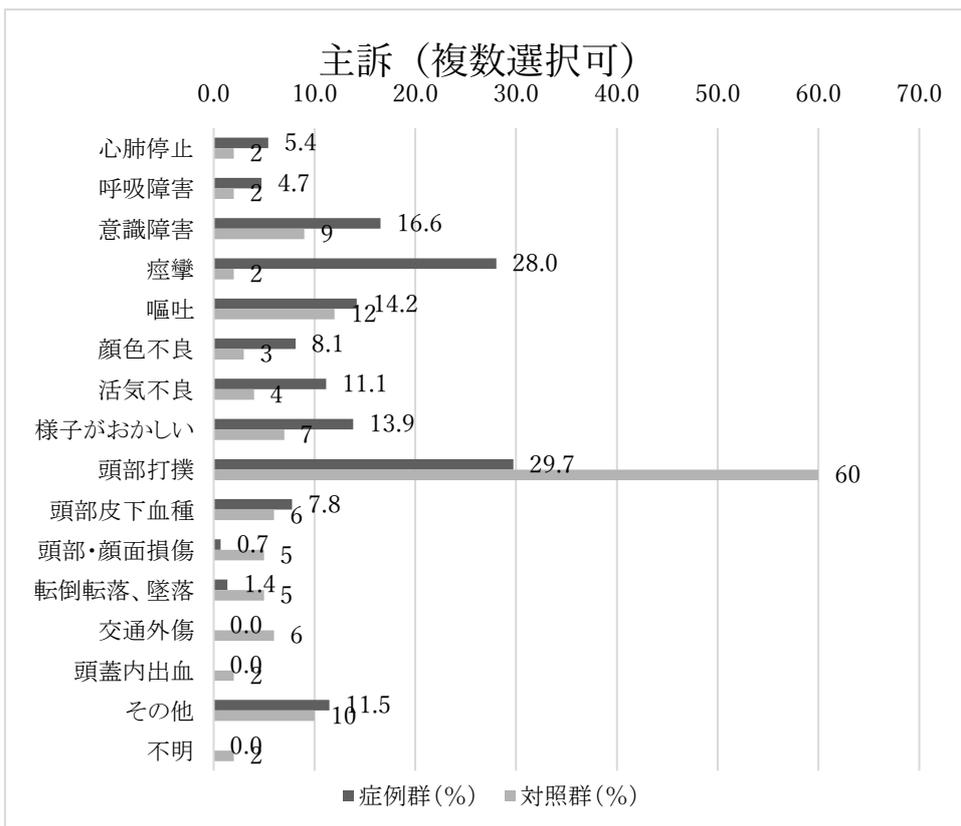


図 8: 症例群, 対照群別の主訴 (%) (複数選択可)

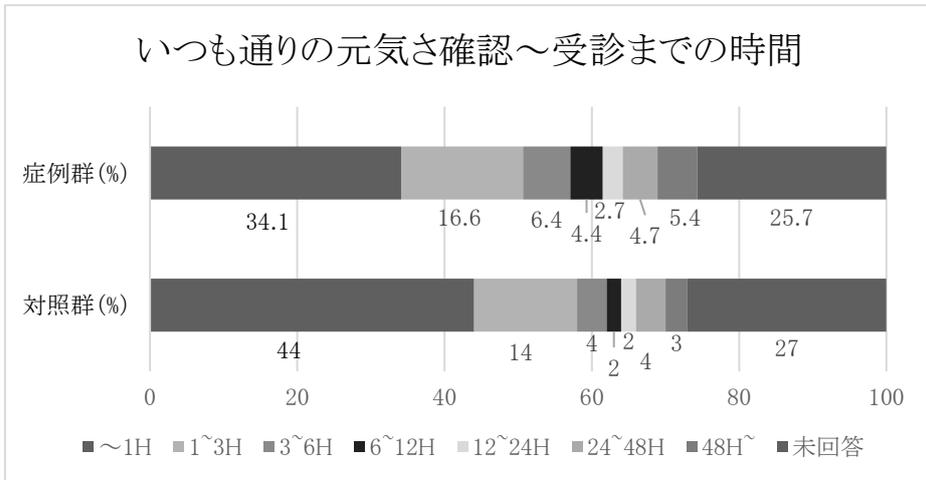


図 9: 症例群, 対照群別の, いつも通りの元気さが確認されている時から受診までの時間

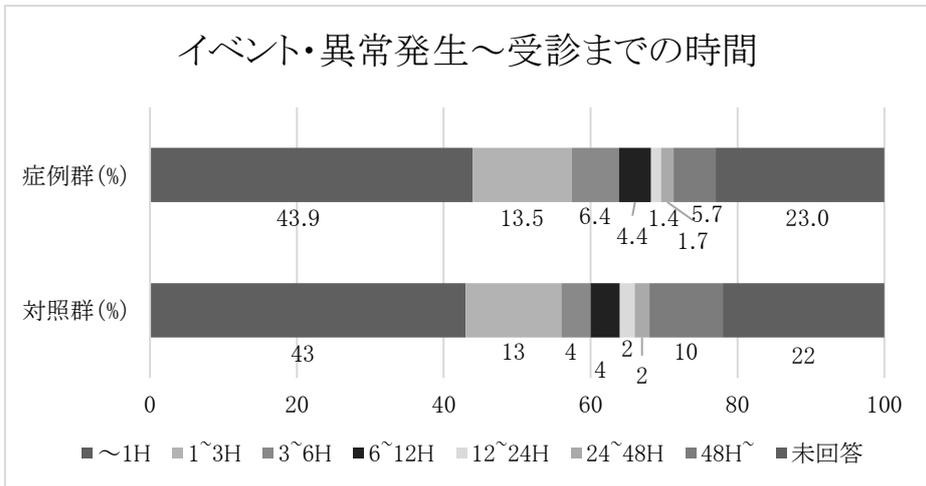


図 10: 症例群, 対照群別の, イベント・異常発生から受診までの時間

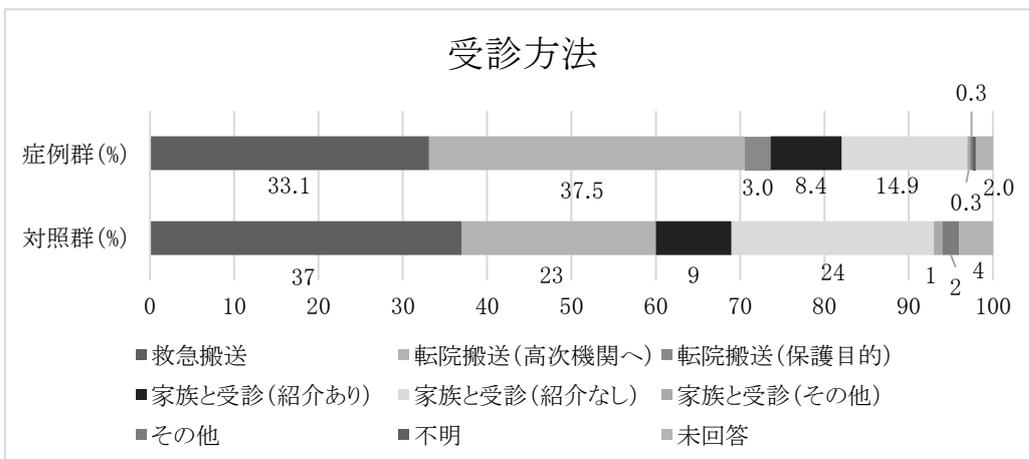


図 11: 症例群, 対照群別の受診方法

各種画像検査の実施割合について
 上段:症例群, 下段:対照群

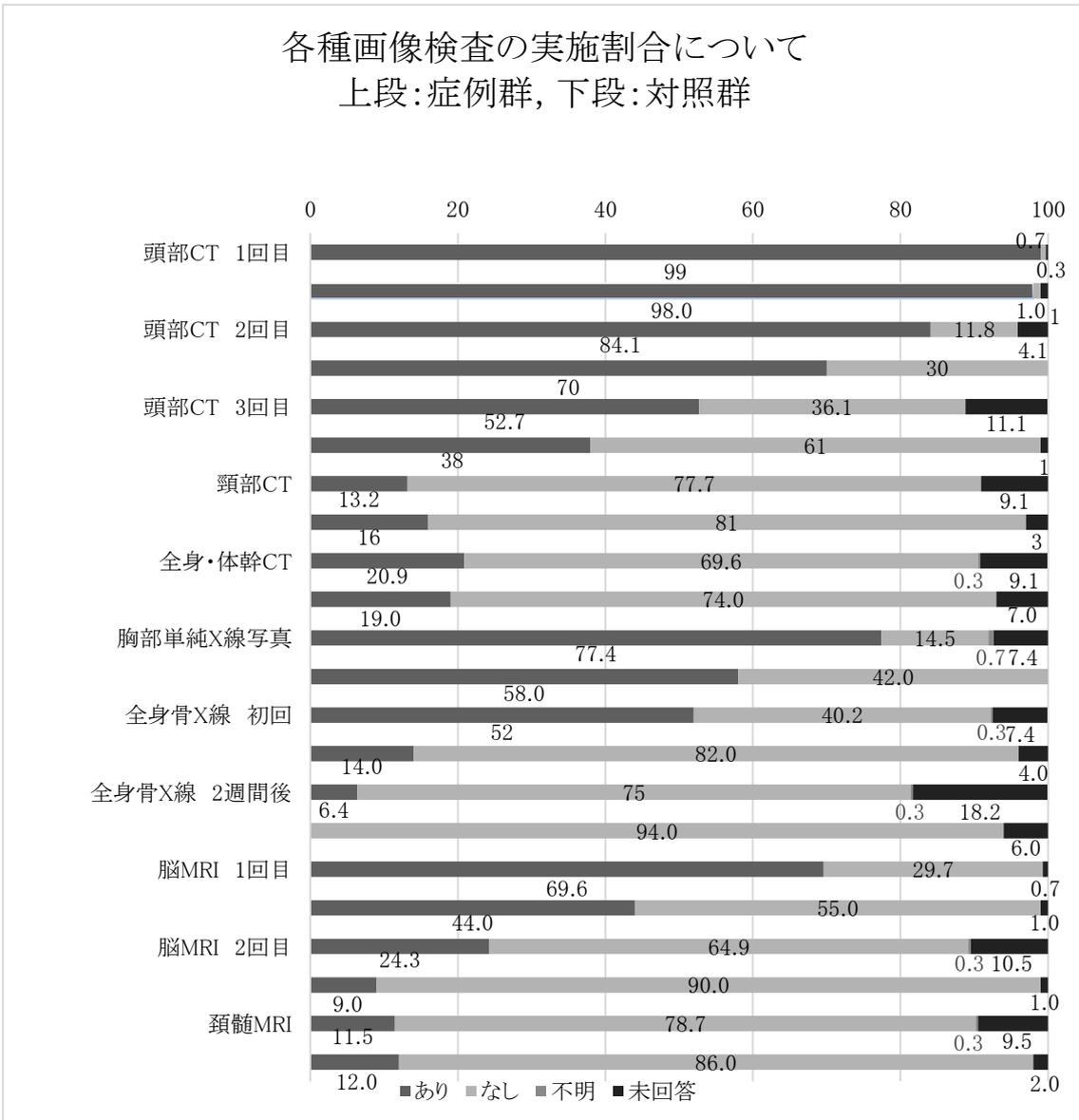


図 12: 症例群, 対照群別の各種画像検査実施割合

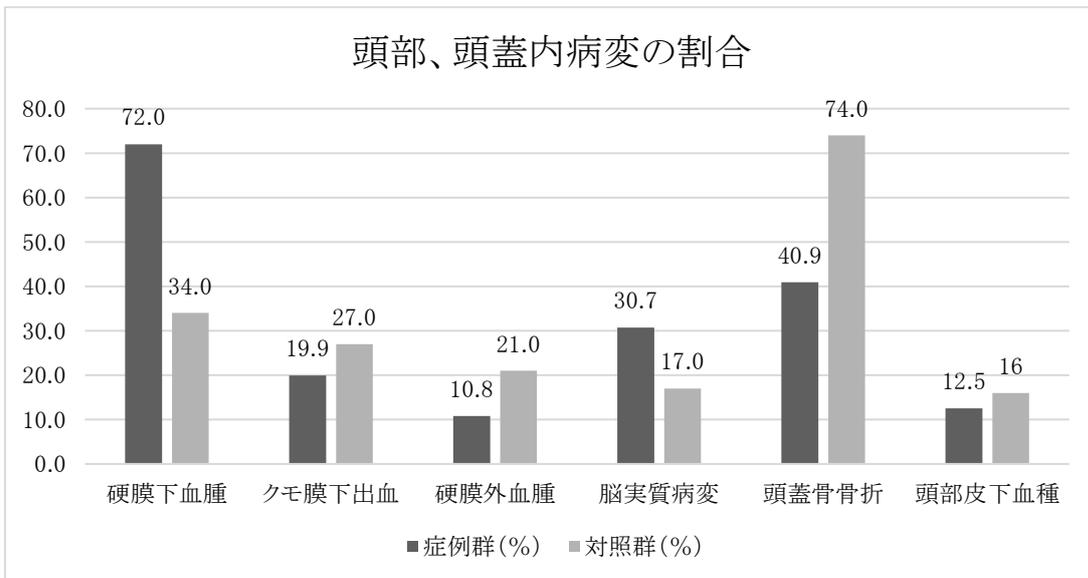


図 13: 症例群, 対照群別の頭部, 頭蓋内病変の割合

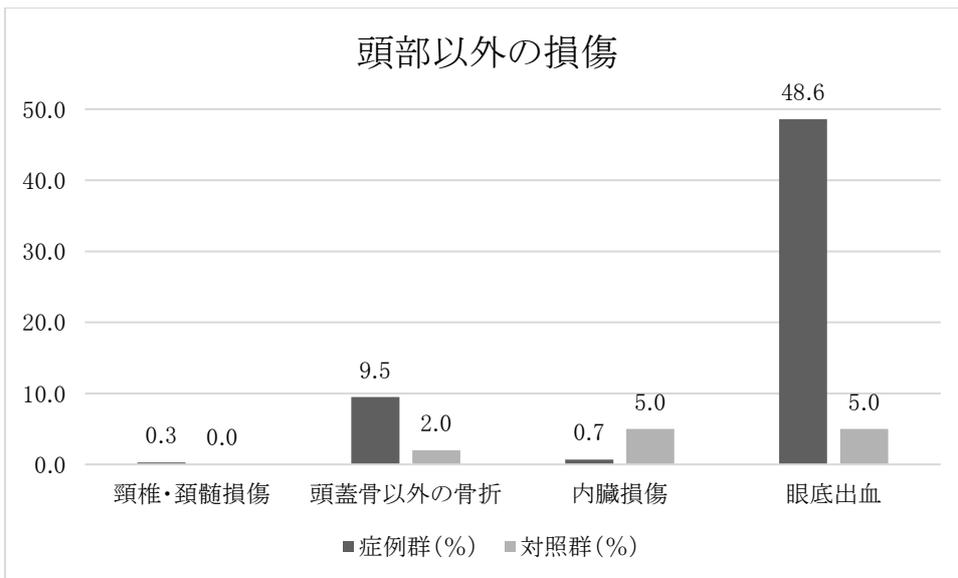


図 14: 症例群, 対照群別の頭部以外の損傷を来した割合

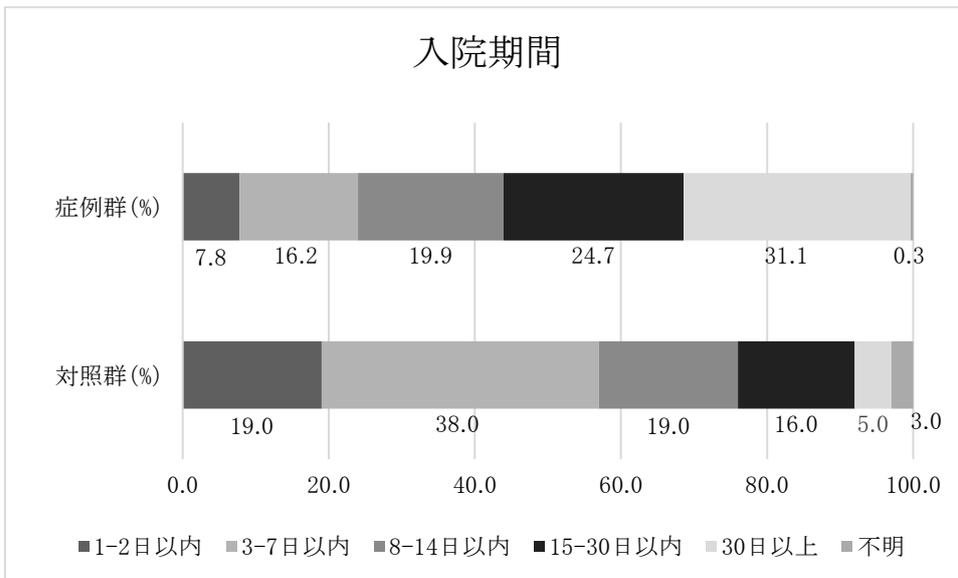


図 15: 症例群, 対照群別の入院期間

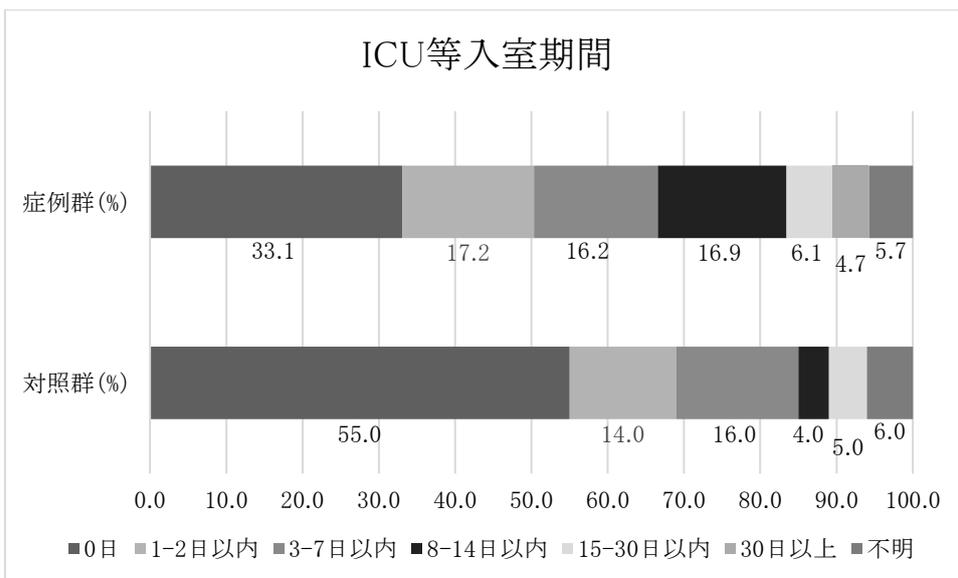


図 16: 症例群, 対照群別の ICU 等在室期間

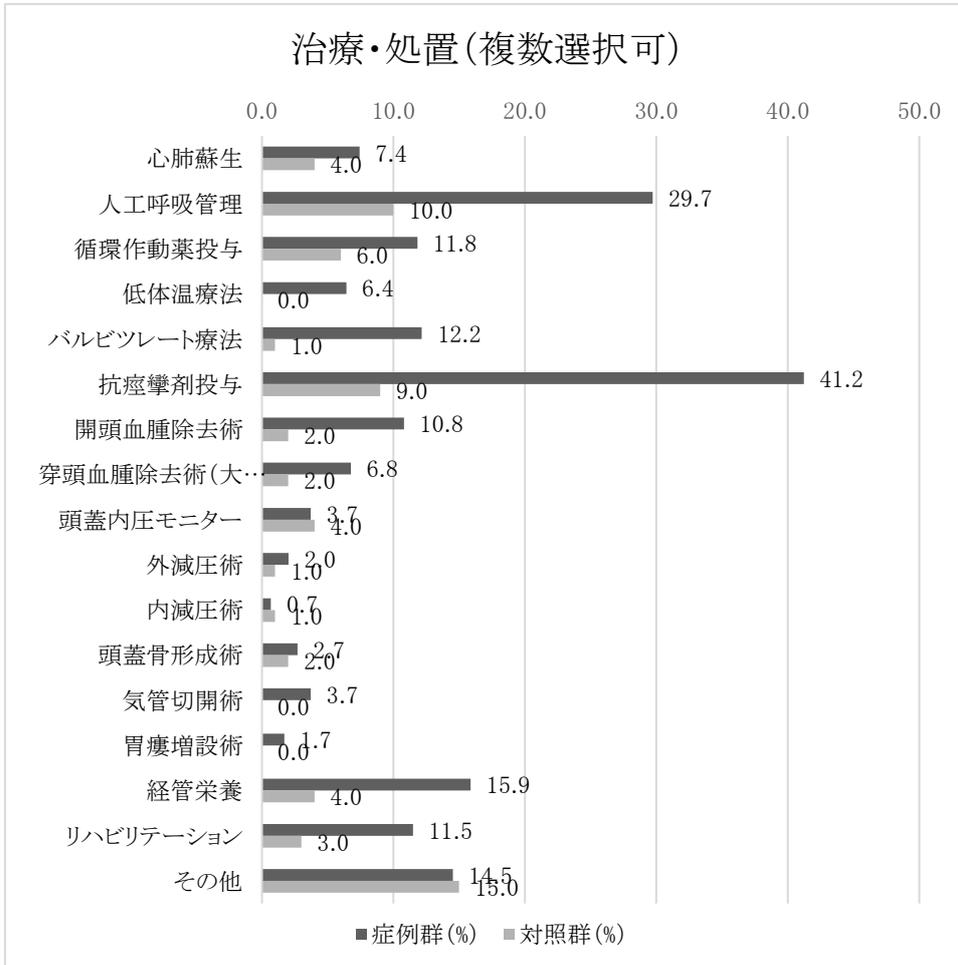


図 17: 症例群, 対照群別の主な治療・処置

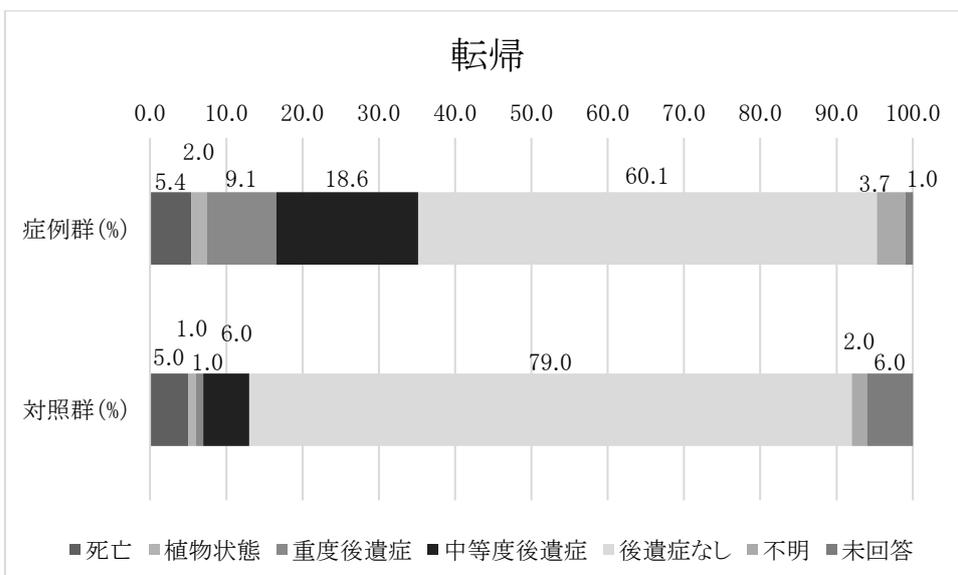


図 18: 症例群, 対照群別の転帰

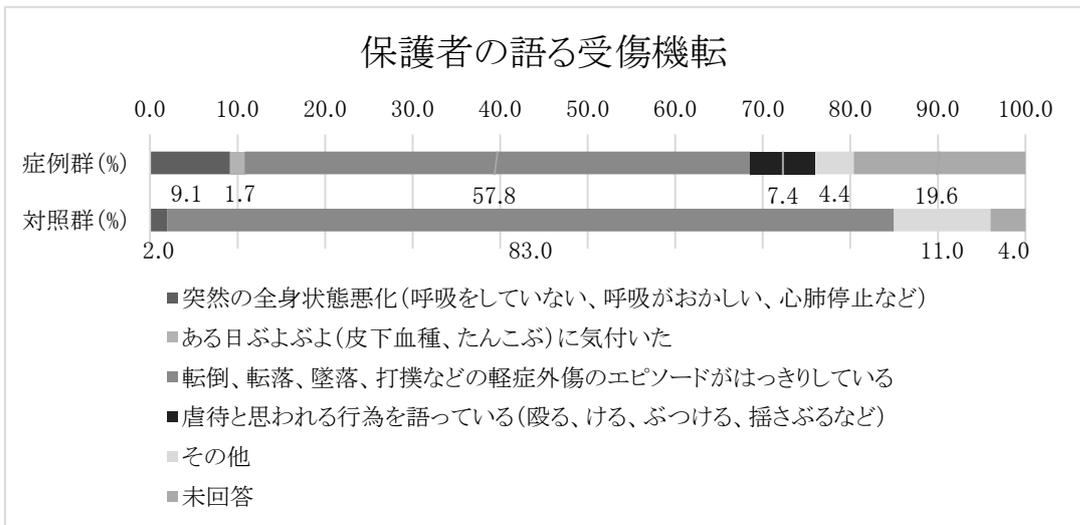


図 19; 症例群, 対照群別の保護者の語る受傷機転のカテゴリー分類

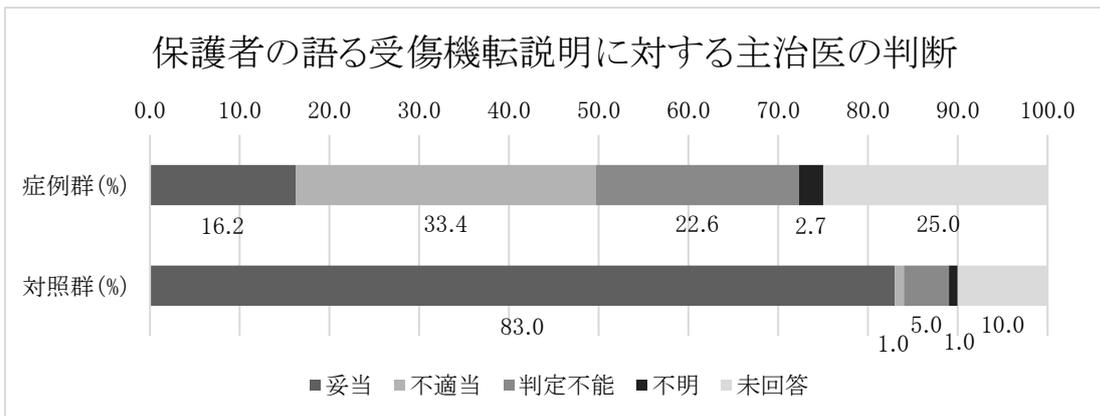


図 20: 症例群, 対照群別の保護者の語る受傷機転説明に対する主治医の判断

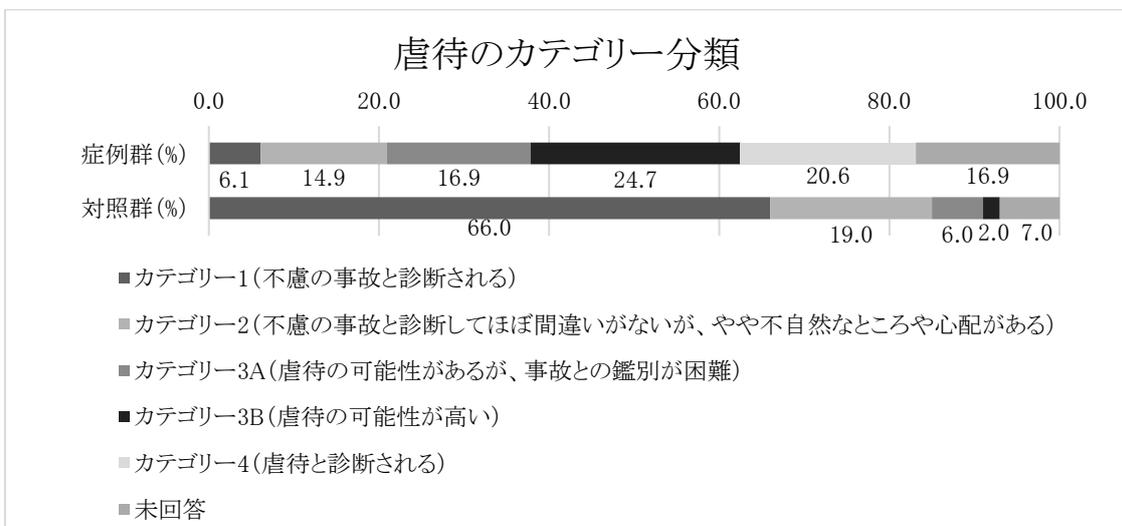


図 21: 症例群, 対照群別の虐待カテゴリー分類

表 1: 死亡症例の死亡時期別の各対応において「必ず施行する」と回答した人数とその割合 (括弧内は割合%)

	搬送当日	急性期	慢性期
児相通告	206(54.4)	178(47.0)	137(36.1)
警察通報	256(67.5)	159(42.0)	122(32.2)
眼底検査	104(27.4)	131(34.6)	88(23.2)
死亡時画像診断	213(56.2)	111(29.3)	85(22.4)
解剖	88(23.2)	46(12.1)	35(9.2)

表 2: 診断の根拠 (複数回答可)

事故と診断した場合の根拠

症例群	児童相談所が事故であると判断した	9.5%
	事故に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた	6.4%
対照群	第三者がいる場での受傷	48.0%
	事故に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた	18.0%
	第三者が来院し, 事故状況を説明した	16.0%

AHT と診断した場合の根拠

症例群	AHT に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた	31.4%
	AHT に特徴的な頭部以外の所見・病変があると考えた	17.2%
	児童相談所が AHT であると判断した	14.2%

AHT か事故か判断がつかなかった場合の理由

症例群	両親(養育者)以外の目撃がなかった	14.5%
	事故でも AHT でも生じる頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた	8.1%
対照群	両親(養育者)以外の目撃がなかった	6.0%
	事故でも AHT でも生じる頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた	4.0%

表 3: 症例群, 対照群の関係機関連携

	症例群 (%)	対照群 (%)
児相通告あり	85.5	20.0
一時保護あり	41.6	4.0
警察通報あり	36.8	13.0

AHT: Abusive Head Trauma in Infants and Children
(虐待による乳幼児頭部外傷) に関する医師の意識調査

調査協力への同意	<input type="checkbox"/> 本調査に協力することを同意する
調査票記入日	年 月 日 (西暦で)
施設名	
回答医師所属	小児科 脳神経外科 救急診療科

- 1) あなたの、医師としての勤務年数をお聞かせください。該当するものに○をつけてください。
1. 3年未満 2. 3年～5年未満 3. 5年～10年未満 4. 10年以上
- 2) 交通外傷を除く、第三者目撃のない乳幼児頭部外傷症例を診た場合、AHT: Abusive Head Trauma in Infants and Children (虐待による乳幼児頭部外傷) (以下、AHT) の可能性を考え、児童相談所に通告をしていますか？該当するものに○をつけてください。
1. 必ずしている 2. 症例による 3. していない 4. 不明
- 3) 上記 2) において、「1.必ずしている」、「2.症例による」とお答えになった方にお尋ねします。 児童相談所通告の可否を検討する際にあなたが重視するポイントは何ですか？該当するものに○をつけてください (最大3つまで)。最重視しているものには◎をつけてください。
1. 虐待に対応する部署のマニュアル 2. 診療科のマニュアル
3. 臨床カンファレンスでの意見 4. 親の様子、子どもの様子に不審な点がある
5. 受傷機転と医学的所見の不一致 6. 重症例 (後遺障害を残す、もしくは死亡例) である
7. 子どもの安全を守る必要がある 8. 病院では虐待の有無は判断できない
9. 多機関による見守り、判断が必要 10. 以前にも虐待を疑うエピソードや通告歴がある
11. 医師としての義務 12. その他 ()
- 4) 交通外傷を除く、第三者目撃のない乳幼児頭部外傷症例を診た場合、AHT の可能性を考え、警察に通報をしていますか？該当するものに○をつけてください。
1. 必ずしている 2. 症例による 3. していない 4. 不明
- 5) 上記 4) において、「1.必ずしている」、「2.症例による」とお答えになった方にお尋ねします。 警察通報の可否を検討する際にあなたが重視するポイントはなんですか？該当するものに○をつけてください (最大3つまで)。最重視しているものには◎をつけてください。
1. 虐待に対応する部署のマニュアル 2. 診療科のマニュアル
3. 臨床カンファレンスでの意見 4. 親の様子、子どもの様子に不審な点がある
5. 受傷機転と医学的所見の不一致 6. 重症例 (後遺障害を残す、もしくは死亡例) である
7. 子どもの安全を守る必要がある 8. 病院では虐待の有無は判断できない
9. 多機関による見守り、判断が必要 10. 以前にも虐待を疑うエピソードや通告歴がある
11. 医師としての義務 12. 児童相談所からの依頼
13. 来院時心肺停止、来院 24 時間以内死亡 14. その他 ()
- (次ページに続く)

6) 交通外傷を除く、第三者目撃のない頭部外傷の受傷原因を知るために、どれぐらい問診を詳細に行っていますか？該当するものすべてを選び、○をつけてください。

1. 通常診療の問診と同じ
2. 両親別々に問診する
3. 主治医が繰り返し問診する
4. 複数の医師が問診する
5. 複数の職種が話を聞く
6. 分からない

7) AHT の可能性がある症例に対して、体表皮膚写真を撮影していますか？該当するものに○をつけてください。

1. 必ず撮影している
2. 撮影することもある
3. 撮影していない
4. 分からない

8) AHT の可能性がある症例に対して、出血傾向に関して、どのような検査を行っていますか？必ず検査するものに「1」を、検査することもあるものに「2」を、検査していないものに「3」を、分からないものに「4」を記載してください。

- | | | | |
|--------------------|-----|--------------|---------|
| ① 血小板数 | () | ② 血小板機能検査 | () |
| ③ PT, APTT | () | ④ 第Ⅷ因子, 第Ⅸ因子 | () |
| ⑤ von Willbrand 因子 | () | ⑥ その他 | () () |

9) AHT の可能性がある症例において頭部 CT 画像を撮影した場合、冠状断や軸位断の画像、骨条件の画像、骨の 3-D 画像などを構築していますか？必ず構築するものに「1」を、構築することもあるものに「2」を、構築していないものに「3」を、分からないものに「4」を記載してください。

- | | | | |
|----------|-----|-------------|-----|
| ① 冠状断 | () | ② 軸位断 | () |
| ③ 骨条件の画像 | () | ④ 骨の 3-D 画像 | () |

10) AHT の可能性がある症例に対して、脳 MRI 撮影、頸部 CT 撮影、頸髄 MRI 撮影を行っていますか？必ず撮影するものに「1」を、撮影することもあるものに「2」を、撮影していないものに「3」を、分からないものに「4」を記載してください。

- | | | | |
|---------------|-----|---------------|-----|
| ① 脳 MRI (非挿管) | () | ② 脳 MRI (挿管中) | () |
| ③ 頸部 CT | () | ④ 頸髄 MRI | () |

11) AHT の可能性がある症例に対して、眼底検査ならびに眼底写真撮影を行っていますか？必ず施行/撮影する場合には「1」を、施行/撮影することもある場合には「2」を、施行/撮影していない場合には「3」を、分からない場合には「4」を記載してください。

- | | | | |
|--------|-----|--------|-----|
| ① 眼底検査 | () | ② 眼底写真 | () |
|--------|-----|--------|-----|

12) 上記 11) において、「1.必ず施行している」、「2.できるかぎり施行している」とお答えになった方にお尋ねします。AHT の可能性がある症例が、平日夜間もしくは休日に入院した場合、眼底検査は誰が、いつ行っていますか？該当するものに○をつけてください。

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. 入院時に眼科医が施行 | 2. 入院時に眼科以外の医師が施行 |
| 3. 入院時は実施せず、翌平日に眼科医が施行 | 4. 入院時は他科医師、翌平日に眼科医が施行 |
| 5. 分からない | 6. その他 () |

(次ページに続く)

13) AHT の可能性がある症例に対して、入院時（受傷直後）や受傷 2 週間後に、全身骨レントゲン撮影を行っていますか？必ず撮影している場合には「1」を、撮影することもある場合には「2」を、撮影していない場合には「3」を、分からない場合には「4」を記載してください。

① 入院時（受傷直後）（ ） ② 受傷 2 週間後頃（ ）

14) 上記 13) において、入院時もしくはかつ受傷 2 週間後頃に、「1.必ず撮影している」、「2.できるかぎり撮影している」とお答えになった方にお尋ねします。全身骨レントゲンの撮影方法につき、該当するものすべてに○をつけてください。

- ①全般 1. 乳幼児の全身を 1 枚にまとめて撮影 2. 部位ごとにかけて撮影 3. 分からない
②体幹 1. 胸腹部骨盤正面を 1 枚にまとめて撮影 2. 胸腹部骨盤をまとめて 2 方向撮影
 3. 胸部、腹部、骨盤にかけて正面のみ撮影 4. 胸部、腹部、骨盤にわけ 2 方向撮影
 5. 胸部正面と別に肋骨撮影（骨条件撮影） 6. 分からない
③四肢 1. 上肢、下肢を其々まとめて正面のみ撮影 2. 上肢、下肢を其々まとめて 2 方向撮影
 3. 上肢は上腕・前腕・手に、下肢は大腿・下腿・足にかけて正面のみ撮影
 4. 上肢は上腕・前腕・手に、下肢は大腿・下腿・足にかけて 2 方向撮影 5. 分からない

15) 交通外傷を除く、第三者目撃のない頭部外傷の原因診断のために、どのような検査や情報収集を行っていますか？該当するものすべてを選び、○をつけてください。

1. 初診時の頭部 CT 2. 頭部 CT の反復
3. 急性期（受傷 1 週間以内の脳 MRI 検査） 4. 受傷 1 週間後以降の脳 MRI 検査
5. 全身骨レントゲン（初診日もしくは翌日） 6. 全身骨レントゲン（2 週間後）
7. 頸部 CT もしくは全身 CT 8. 頸髄 MRI
9. 眼底検査 10. 周産期情報
11. 基礎疾患、既往歴（虐待の既往を含む） 12. 院内他科医師、多職種の見解
13. 児の成長発達 14. 児童相談所の判断
15. 警察の捜査状況や刑事事件立件の有無 16. その他（ ）

16) 交通外傷を除く、第三者目撃のない乳幼児頭部外傷症例を診た場合、AHT の可能性を考え、死亡の有無に関わらず、法医学（臨床法医学も含む）医師と症例検討（カンファレンスなど）や意見交換をしていますか？該当するものに○をつけてください。

1. 必ずしている 2. 症例による 3. していない 4. 不明

17) 上記 16) において、「2.症例による」、「3.していない」とお答えになった方にお尋ねします。AHT の可能性がある症例で、法医学と連携していない理由として、あなたが考える要因はなんですか？該当するものに○をつけてください（最大 3 つまで）。最大の要因と考えるものには◎をつけてください。

1. 法医学との接点がない 2. 司法解剖の結果は臨床医に還元されない
3. 院外カンファレンスに参加する時間がない 4. 院外カンファレンスの機会がない
5. 個人情報院外医師と議論すべきではない 6. 临床上、法医学の関与を必要としていない
7. 法医学は死亡例のみに関与する 8. その他（ ）

（次ページに続く）

AHT司法連携 医療機関調査票 I) 症例群

以下の調査票をご記入の上、同封の返信用封筒にて簡易書留でご送付ください。
調査票 I) 対照群とは同封して頂けます。

登録番号(施設番号)-(症例の通し番号)	AHT-P-()-()	
調査協力への同意	<input type="checkbox"/> 本調査に協力することを同意する	
調査票記入日	年 月 日(西暦で)	
施設名		
回答医師名		
医師連絡先	メールアドレス	@
	電話	()-()-()

患者 基礎情報	性別	1. 男 2. 女 3. 不明
	頭部外傷初診時年齢	歳 か月
	頭部外傷初診時の身長	cm
	頭部外傷初診時の体重	g / kg
	頭部外傷初診時の頭囲	cm
家族背景 (不明の 場合は 空欄も可)	同居家族	1. 父 2. 母 3. 継父 4. 継母 5. 養父 6. 養母 7. 兄 8. 姉 9. 弟 10. 妹 11. その他() 12. 不明
	家族の特記事項	
周産期情報 (不明の 場合は 空欄も可)	出生週数	週
	出生時体重	g
	分娩様式	1. 経膣 (1-1. 自然 1-2. 吸引 1-3. 鉗子 1-4. 不明) 2. 帝王切開 3. 不明
	新生児仮死 Apgarスコア 1分/5分	1. 仮死あり 2. 仮死なし 3. 不明 Apgar 1分 ()点・不明 5分 ()点・不明
	NICU入院	1. あり 2. なし 3. 不明
	出生時の特記事項	1. あり() 2. なし 3. 不明
基礎疾患・ 既往歴	身体的	1. あり() 2. なし 3. 不明
	精神的・発達	1. あり() 2. なし 3. 不明
	マルチトリートメントの既往	1. あり(1-1. 確定 1-2. 濃厚 1-3. 疑い) 2. なし 3. 不明

頭部外傷 入院時状況	主訴	1. 心肺停止 2. 呼吸障害(呼吸停止含む) 3. 意識障害 4. 痙攣 5. 嘔吐 6. 顔色不良 7. 発熱 8. 活気不良 9. 様子がおかしい 10. 頭部打撲 11. その他() 12. 不明
	受診までの経過	いつも通りの元気が確認された最終時間から受診まで ()日()時間 受診に至ったイベント・看過できない異常() 例: 椅子からの転落, 自宅内自己転倒, 車と自転車の接触, 叩いた, 痙攣した, 顔色が悪い, 呼吸がおかしい, ミルクを飲まない, 吐いたなど イベント・異常発生後、医療機関受診まで()日()時間
	受診方法	1. 救急搬送 2. 転院搬送(2-1. 高次機関へ 2-2. 保護目的) 3. 家族と受診(3-1. 紹介あり 3-2. 紹介なし) 4. その他() 5. 不明
	意識障害 (分かればGCSも 記載してください)	1. あり 2. なし 3. 不明 E() V() M() E 開眼運動(4: 自発的に 3: 音声刺激で 2: 疼痛刺激で 1: 反応なし) V 声かけへの反応(5: ご機嫌 4: 不機嫌な泣き方 3: 痛みに啼泣 2: 痛みにうめく 1: 反応なし) M 運動反応(6: 自発的動き 5: 触ると逃げる 4: 痛みから逃げる 3: 異常屈曲(除皮質姿勢) 2: 異常伸展(除脳姿勢) 1: 反応なし)
実施検査 の有無	頭部CT (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 3. 不明
	頭部CT (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 3. 不明
	頭部CT (3回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 4. 不明
	頸部CT (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 5. 不明
	全身/体幹CT(初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 6. 不明
	胸部レントゲン (初日)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 7. 不明
	全身骨レントゲン (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 8. 不明
	全身骨レントゲン (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 9. 不明
	脳MRI (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 10. 不明
	脳MRI (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 11. 不明
	頸髄MRI (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 12. 不明
	眼底検査 (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 13. 不明
	実施ありの場合	1. 医学用語による医師記録 2. 眼底スケッチ 3. 眼底写真

頭蓋/ 頭蓋内病変	硬膜下血腫 (該当するもの すべてに○)	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左 1-4. 多発 1-5. 凸状 1-6. 大脳鎌(半球間裂) 1-7. 後頭蓋下 1-8. 小脳テント下 1-9. その他()) 2. なし 3. 不明
	くも膜下出血	1. あり 2. なし 3. 不明
	硬膜外血腫	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左) 2. なし 3. 不明
	脳実質病変 (脳浮腫を含む)	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左) 2. なし 3. 不明
	頭蓋骨骨折	1. あり(1-1. 1本の線状骨折 1-2. 複数の線状骨折 1-3. 放射状の骨折 1-4. 陥没骨折など) 2. なし 3. 不明
	その他	1. あり() 2. なし 3. 不明
頭蓋/ 頭蓋内を 除く 病名・損傷	皮下出血・血腫	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	頸椎・頸髄損傷	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	骨折 (該当するもの すべてに○)	1. あり(部位:1-1. 肋骨多発骨折 1-2. 骨幹端骨折 1-3. その他()) 新旧:1-4. 新 1-5. 旧 1-6. 新旧混在 1-7. 不明) 2. なし 3. 不明
	内臓損傷	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	眼底出血 (該当するもの すべてに○)	1. あり(部位:1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左 程度:1-4. 数個以内 1-5. 数個~10個程度 1-6. 無数 1-7. 後極限局 1-8. 網膜全域 1-9. 多層性(網膜前, 網膜, 硝子体出血などの混在) 1-10. 網膜ひだ 1-11. 網膜分離症 1-12. その他()) 2. なし 3. 不明
	その他	1. あり(損傷・病名 部位:) 2. なし 3. 不明
入院治療 状況	入院期間	日
	ICU(PICU)/救命センター 等の入室期間	日
	担当診療科 (該当するもの すべてに○, 主科には☆印)	1. 小児科(小児内科系の診療科を含む) 2. 脳神経外科 3. 救急診療科 4. 集中治療科 5. 小児外科 6. 眼科 7. 放射線科 8. リハビリテーション科 9. 耳鼻科 10. その他()
	治療・処置 (該当するもの すべてに○)	1. 心肺蘇生 2. 人工呼吸管理 3. 循環作動薬投与 4. 低体温療法 5. バルビツレート療法 6. 抗痙攣剤投与 7. 開頭血腫除去術 8. 穿頭血腫除去術(大泉門穿刺含む) 9. 頭蓋内圧モニター 10. 外減圧術 11. 内減圧術 12. 頭蓋骨形成術 13. 気管切開術 14. 胃瘻増設術 15. 経管栄養 16. リハビリテーション 17. その他()
	退院時の転帰 (Glasgow Outcome Scale)	1. 死亡 2. 植物状態 3. 重度後遺症 4. 中等度後遺症 5. 後遺症なし 6. 不明
	退院後の処遇 (生存退院の場合のみ)	1. 自宅退院(イベント発生前の環境への退院) 2. 非加害親宅もしくは親戚宅退院 3. 一時保護所入所 4. 乳児院入所 5. 重症心身障害児施設入所 6. 他院転院 7. 院内他病棟転出(ホスピス・重病棟等) 8. その他() 9. 不明

受傷機転	家族の受傷機転説明	1. あり 2. なし 3. 不明
	家族の説明内容	
	受診契機となるイベント・看過できない異常発生前、児と一緒にいた人	1. 父 2. 母 3. 継父 4. 継母 5. 養父 6. 養母 7. 兄 8. 姉 9. 弟 10. 妹 11. 祖父 12. 祖母 13. 誰もいない 14. その他() 14. 不明
	説明内容の医学的妥当性	1. 妥当 2. 不適當 3. 判定不能 4. 不明
	虐待のカテゴリー診断	1. カテゴリー1(不慮の事故と診断される) 2. カテゴリー2(不慮の事故と診断してほぼ間違いがないが、やや不自然なところや心配な部分がある) 3. カテゴリー3A(虐待の可能性はあるが、事故との鑑別が困難) 4. カテゴリー3B(虐待の可能性が高い) 5. カテゴリー4(虐待と診断される)
	医療者(医療機関)の判断根拠 (該当するものすべてに○をつけてください)	<p><事故と診断した場合></p> 1. 第三者が来院し、事故状況を説明した 2. 第三者がいる場での受傷(公共の場、保育園、院内など)であった 3. 他の家族も同時に外傷を負っていた 4. 事故に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) 5. 事故と考える頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 6. 児童相談所が事故であると判断した 7. 警察が事故として加害者(他人)を逮捕した 8. その他()
	<p><AHTと診断した場合></p> 1. 虐待者の自認・自白があった 2. 虐待者ではない家族の説明があった 3. AHTに特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) 4. AHTに特徴的な頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 5. 事故を否定する特徴・所見があると考えた (具体的に:) 6. 児童相談所がAHTであると判断した 7. 警察がAHTとして被疑者を逮捕した 8. AHTとして有罪判決が出た 9. その他()	
	<p><事故, AHTの判断がつかなかった場合></p> 1. 両親(養育者)以外の目撃がなかった 2. 事故でもAHTでも生じる頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) 3. 事故でもAHTでも生じる頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 4. 来院時心肺停止等のため十分な問診や検査ができなかった 5. 児童相談所の判断や警察の捜査状況が分からなかった 6. その他()	
関係機関連携	児相通告(通告時期)	1. あり(入院 日目頃) 2. なし 3. 不明
	一時保護	1. あり 2. なし 3. 不明
	警察通報(通報時期/通報元)・警察との面談	1. あり(入院 日目頃/通報元1-1. 自施設 1-2. その他()) 2. なし 3. 不明
	鑑定書記載	1. あり 2. なし 3. 不明
	公判出廷	1. あり 2. なし 3. 不明

以上で調査票 I) 症例群は終了です。ご協力ありがとうございました。

「AHT症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究」 研究分担者 丸山 朋子

AHT司法連携 医療機関調査票 I) 対照群

以下の調査表をご記入の上、同封の返信用封筒にて簡易書留でご送付ください。
調査票 I) 症例群と同封して頂けます。

登録番号(施設番号)-(症例の通し番号)		AHT-C-()-()
調査協力への同意		<input type="checkbox"/> 本調査に協力することを同意する
調査票記入日		年 月 日(西暦で)
施設名		
回答医師名		
医師連絡先	メールアドレス	@
	電話	()-()-()

患者 基礎情報	性別	1. 男 2. 女 3. 不明
	頭部外傷初診時年齢	歳 か月
	頭部外傷初診時の身長	cm
	頭部外傷初診時の体重	g / kg
	頭部外傷初診時の頭囲	cm
家族背景 (不明の 場合は 空欄も可)	同居家族	1. 父 2. 母 3. 継父 4. 継母 5. 養父 6. 養母 7. 兄 8. 姉 9. 弟 10. 妹 11. その他() 12. 不明
	家族の特記事項	
周産期情報 (不明の 場合は 空欄も可)	出生週数	週
	出生時体重	g
	分娩様式	1. 経膣 (1-1. 自然 1-2. 吸引 1-3. 鉗子 1-4. 不明) 2. 帝王切開 3. 不明
	新生児仮死 Apgarスコア 1分/5分	1. 仮死あり 2. 仮死なし 3. 不明 Apgar 1分 ()点・不明 5分 ()点・不明
	NICU入院	1. あり 2. なし 3. 不明
	出生時の特記事項	1. あり() 2. なし 3. 不明
基礎疾患・ 既往歴	身体的	1. あり() 2. なし 3. 不明
	精神的・発達	1. あり() 2. なし 3. 不明
	マルチトリートメントの既往	1. あり(1-1. 確定 1-2. 濃厚 1-3. 疑い) 2. なし 3. 不明

頭部外傷 入院時状況	主訴	1. 心肺停止 2. 呼吸障害(呼吸停止含む) 3. 意識障害 4. 痙攣 5. 嘔吐 6. 顔色不良 7. 発熱 8. 活気不良 9. 様子がおかしい 10. 頭部打撲 11. その他() 12. 不明
	受診までの経過	いつも通りの元気が確認された最終時間から受診まで ()日()時間 受診に至ったイベント・看過できない異常() 例: 椅子からの転落, 自宅内自己転倒, 車と自転車の接触, 叩いた, 痙攣した, 顔色が悪い, 呼吸がおかしい, ミルクを飲まない, 吐いたなど イベント・異常発生後、医療機関受診まで()日()時間
	受診方法	1. 救急搬送 2. 転院搬送(2-1. 高次機関へ 2-2. 保護目的) 3. 家族と受診(3-1. 紹介あり 3-2. 紹介なし) 4. その他() 5. 不明
	意識障害 (分かれればGCSも 記載してください)	1. あり 2. なし 3. 不明 E() V() M() E 開眼運動(4: 自発的に 3: 音声刺激で 2: 疼痛刺激で 1: 反応なし) V 声かけへの反応(5: ご機嫌 4: 不機嫌な泣き方 3: 痛みに啼泣 2: 痛みにうめく 1: 反応なし) M 運動反応(6: 自発的動き 5: 触ると逃げる 4: 痛みから逃げる 3: 異常屈曲(除皮質姿勢) 2: 異常伸展(除脳姿勢) 1: 反応なし)
実施検査 の有無	頭部CT (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 3. 不明
	頭部CT (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 3. 不明
	頭部CT (3回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 4. 不明
	頸部CT (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 5. 不明
	全身/体幹CT(初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 6. 不明
	胸部レントゲン (初日)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 7. 不明
	全身骨レントゲン (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 8. 不明
	全身骨レントゲン (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 9. 不明
	脳MRI (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 10. 不明
	脳MRI (2回目)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 11. 不明
	頸髄MRI (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 12. 不明
	眼底検査 (初回)	1. あり(実施日時: 受診後 日と 時間) 2. なし 13. 不明
	実施ありの場合	1. 医学用語による医師記録 2. 眼底スケッチ 3. 眼底写真

頭蓋/ 頭蓋内病変	硬膜下血腫 (該当するもの すべてに○)	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左 1-4. 多発 1-5. 凸状 1-6. 大脳鎌(半球間裂) 1-7. 後頭蓋下 1-8. 小脳テント下 1-9. その他()) 2. なし 3. 不明
	くも膜下出血	1. あり 2. なし 3. 不明
	硬膜外血腫	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左) 2. なし 3. 不明
	脳実質病変 (脳浮腫を含む)	1. あり(1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左) 2. なし 3. 不明
	頭蓋骨骨折	1. あり(1-1. 1本の線状骨折 1-2. 複数の線状骨折 1-3. 放射状の骨折 1-4. 陥没骨折など) 2. なし 3. 不明
その他	1. あり() 2. なし 3. 不明	
頭蓋/ 頭蓋内を 除く 病名・損傷	皮下出血・血腫	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	頸椎・頸髄損傷	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	骨折 (該当するもの すべてに○)	1. あり(部位:1-1. 肋骨多発骨折 1-2. 骨幹端骨折 1-3. その他()) 新旧:1-4. 新 1-5. 旧 1-6. 新旧混在 1-7. 不明) 2. なし 3. 不明
	内臓損傷	1. あり(部位:) 2. なし 3. 不明
	眼底出血 (該当するもの すべてに○)	1. あり(部位:1-1. 両側 1-2. 右 1-3. 左 程度:1-4. 数個以内 1-5. 数個~10個程度 1-6. 無数 1-7. 後極限局 1-8. 網膜全域 1-9. 多層性(網膜前, 網膜, 硝子体出血などの混在) 1-10. 網膜ひだ 1-11. 網膜分離症 1-12. 網膜剥離 1-13. その他()) 2. なし 3. 不明
その他	1. あり(損傷・病名 部位:) 2. なし 3. 不明	
入院治療 状況	入院期間	日
	ICU(PICU)/救命センター 等の入室期間	日
	担当診療科 (該当するもの すべてに○, 主科には☆印)	1. 小児科(小児内科系の診療科を含む) 2. 脳神経外科 3. 救急診療科 4. 集中治療科 5. 小児外科 6. 眼科 7. 放射線科 8. リハビリテーション科 9. 耳鼻科 10. その他()
	治療・処置 (該当するもの すべてに○)	1. 心肺蘇生 2. 人工呼吸管理 3. 循環作動薬投与 4. 低体温療法 5. バルビツレート療法 6. 抗痙攣剤投与 7. 開頭血腫除去術 8. 穿頭血腫除去術(大泉門穿刺含む) 9. 頭蓋内圧モニター 10. 外減圧術 11. 内減圧術 12. 頭蓋骨形成術 13. 気管切開術 14. 胃瘻増設術 15. 経管栄養 16. リハビリテーション 17. その他()
	退院時の転帰 (Glasgow Outcome Scale)	1. 死亡 2. 植物状態 3. 重度後遺症 4. 中等度後遺症 5. 後遺症なし 6. 不明
退院後の処遇 (生存退院の場合のみ)	1. 自宅退院(イベント発生前の環境への退院) 2. 非加害親宅もしくは親戚宅退院 3. 一時保護所入所 4. 乳児院入所 5. 重症心身障害児施設入所 6. 他院転院 7. 院内他病棟転出(ホスピス・重病棟等) 8. その他() 9. 不明	

受傷機転	家族の受傷機転説明	1. あり 2. なし 3. 不明
	家族の説明内容	
	目撃した第三者 (該当するものすべてに○)	1. 祖父 2. 祖母 3. 高校生以上の兄弟 4. 他児の家族(成人) 5. 保育園・幼稚園・学校等のスタッフ 6. 医療関係者 7. 通行人等 8. その他() 9. 不明
	説明の医学的妥当性	1. 妥当 2. 不適當 3. 判定不能 4. 不明
	虐待のカテゴリー診断	1. カテゴリー1(不慮の事故と診断される) 2. カテゴリー2(不慮の事故と診断してほぼ間違いがないが、 やや不自然なところや心配な部分がある) 3. カテゴリー3A(虐待の可能性はあるが、事故との鑑別が困難) 4. カテゴリー3B(虐待の可能性が高い) 5. カテゴリー4(虐待と診断される)
	医療者(医療機関)の 判断根拠 (該当するものすべてに ○をつけてください)	<p><事故と診断した場合></p> <ol style="list-style-type: none"> 第三者が来院し、事故状況を説明した 第三者がいる場での受傷(公共の場、保育園、院内など)であった 他の家族も同時に外傷を負っていた 事故に特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) 事故と考える頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 児童相談所が事故であると判断した 警察が事故として加害者(他人)を逮捕した その他() <p><AHTと診断した場合></p> <ol style="list-style-type: none"> 虐待者の自認・自白があった 虐待者ではない家族の説明があった AHTに特徴的な頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) AHTに特徴的な頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 事故を否定する特徴・所見があると考えた (具体的に:) 児童相談所がAHTであると判断した 警察がAHTとして被疑者を逮捕した AHTとして有罪判決が出た その他() <p><事故, AHTの判断がつかなかった場合></p> <ol style="list-style-type: none"> 両親(養育者)以外の目撃がなかった 事故でもAHTでも生じうる頭蓋/頭蓋内所見・病変と考えた (具体的に:) 事故でもAHTでも生じうる頭部以外の所見・病変があると考えた (具体的に:) 来院時心肺停止等のため十分な問診や検査ができなかった 児童相談所の判断や警察の捜査状況が分からなかった その他()
関係機関 連携	児相通告(通告時期)	1. あり(入院 日頃頃) 2. なし 3. 不明
	一時保護	1. あり 2. なし 3. 不明
	警察通報(通報時期/ 通報元)・警察との面談	1. あり(入院 日頃頃/通報元1-1. 自施設 1-2. その他()) 2. なし 3. 不明
	鑑定書記載	1. あり 2. なし 3. 不明
	公判出廷	1. あり 2. なし 3. 不明

以上で調査票 I) 対照群は終了です。ご協力ありがとうございました。

「AHT症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究」 研究分担者 丸山 朋子

AHT司法連携 医療機関調査票Ⅱ)症例群

以下の調査票をご記入の上、同封の返信用封筒にて簡易書留でご送付ください。

登録番号(施設番号)-(症例の通し番号)		AHT-P-()-()
調査協力への同意		<input type="checkbox"/> 本調査に協力することを同意する
調査票記入日		年 月 日(西暦で)
施設名		
回答医師名		
医師連絡先	メールアドレス	@
	電話	()-()-()

患者 基礎情報	氏名(漢字)	
	氏名(ふりがな)	
	生年月日	年 月 日(西暦で)
	AHTを疑うイベント発生日	年 月 日(西暦で) ・ 不明
	AHTとしての初診日	年 月 日(西暦で) ・ 不明
	AHT初診時年齢	歳 か月
	転帰	1. 生存 2. 死亡 3. 不明
関係機関 連携	管轄児童相談所名	
	所轄警察署名 (不明の場合、都道府県署名)	()都・道・府・県()警察署 ・ 不明
	担当地方検察庁	()地方検察庁()支部 ・ 不明

以上で調査票Ⅱ)は終了です。ご協力ありがとうございました。

「AHT症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究」 研究分担者 丸山 朋子

AHT 診断アルゴリズム(診断の手引き)

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

「児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究」(研究代表者:山田 不二子)

分担研究『AHT 症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究』(研究分担者:丸山 朋子)

令和 4(2022)年 3 月 1 日初版

研究代表者	山田 不二子	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 非常勤講師 NPO 法人チャイルドファーストジャパン 理事長
研究分担者	丸山 朋子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科
研究協力者	相田 典子	神奈川県立こども医療センター 放射線科
	荒木 尚	埼玉県立小児医療センター 小児救命救急センター 外傷診療科
	井原 哲	東京都立小児総合医療センター 脳神経外科
	小西 央郎	労働者健康安全機構 中国労災病院 小児科
	埜中 正博	関西医科大学附属病院 脳神経外科
	槇野 陽介	東京大学大学院 医学系研究科 法医学
	溝口 史剛	群馬県前橋赤十字病院 小児科
	美作 宗太郎	秋田大学大学院医学系研究科 法医科学講座
	宮坂 実木子	国立成育医療研究センター 放射線診療部
	山中 巧	京都府立医科大学附属病院 脳神経外科

【目次】

はじめに.....	1
第1章 AHTとは.....	2
第2章 AHTに認められる所見.....	3
第3章 AHTの鑑別診断.....	5
第4章 鑑別のために必要な検査等とその実施時期.....	8
第5章 総合診断.....	12
第6章 参考文献.....	14

はじめに

虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children: AHT)は身体的虐待の中でも重症度が高く、子どもの生命・生活に重大な影響を及ぼす全身疾患であり、その診断は単一の徴候によるものではなく、身体所見に既往歴や養育環境も含めて総合的に診断することが必要である。

また、AHTは被害児本人から被害内容の開示を得ることが難しい虐待であり、児童相談所による子どもの処遇決定や刑事裁判において、医学的な判断を問われ、意見書や鑑定書記載を求められることも多い。

AHTの医学的診断のために必要な身体所見、検査とその実施時期、記録の残し方等を検証し、より医学的診断の精度の向上を図ること、また、医学的診断精度の向上により、AHTの福祉判断や司法手続きにおいて、医療情報が適正に活用され、ひいては、児童虐待防止対策に資することを目的として、『AHT症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究』(研究分担者:丸山 朋子)を行い、本『AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。

本研究は、令和元～3年度に厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))『児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究(研究代表者:山田 不二子)』の分担研究として実施した。

令和元年度には、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針における5類型病院401施設に勤務する小児科・脳神経外科・救急診療科の医師970名を対象として、『AHTに関する医師の意識調査』を実施し、令和2年度には、全国22の共同研究医療機関を対象として、『AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)作成のための医療情報調査ならびに司法連携調査』を実施した。両調査にご協力いただいた先生方には、この場を借りて、厚く御礼申し上げます。

上記の調査結果に基づく医療機関の実態を踏まえつつ、これまでのAHTに関する知見を加えて、本『AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)』を作成した。本アルゴリズムの活用により、医療機関や診療科に関わらず、AHTの医学的診断精度が向上し、児童福祉や刑事司法の場に対してAHTに関する医療情報を提供できる一助となれば幸いである。

研究分担者 丸山 朋子

第1章 AHTとは

虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children: AHT)は、暴力的な揺さぶり、殴打や衝突などの鈍的外力、もしくは、その両者によって生じる虐待による頭部外傷の総称である¹⁻⁴⁾。他の疾患と同様、病歴・身体所見・検査所見・画像所見から得られた全ての情報を包括的に考慮して診断する。

AHT の診療は、病歴聴取から始まる。AHT が他の外傷や疾患と決定的に異なる点は、養育者から聴取される病歴や受傷機転に不自然なことが多いという点である。2009 年に発表された AHT の診断・治療・予防の手引き⁵⁾では、AHT 症例のうち 84%は初診時に外傷機転の申告がなかったと報告されており、Duhaime ら⁴⁾のレビューにおいても、AHT の少なくとも半数以上で外傷病歴がなかったとされる。また、Hettler ら⁶⁾の報告では、外傷性頭蓋内出血の患者のうち外傷の病歴がないものは、虐待例 69.4%、非虐待例 2.6%であり、外傷病歴がないことは虐待特異性が高い所見としている。

AHT の被害児は、活気不良・哺乳不良・嘔吐・けいれんなど日常診療でよく遭遇する症状で受診することが多いが、時に、けいれん重積・意識障害・呼吸障害・心肺停止といった重篤な症状で来院することもある。Vinchon ら⁷⁾は、AHT 群(著者らは Inflicted head injury と分類)と事故群の比較において、けいれんは AHT で有意に高く(68.9%, 12.8%, $p<0.001$)、昏睡については有意差なし(44.4%, 23.1%, $p=0.04$)と報告している。Hettler ら⁶⁾は、AHT 事例のうち神経学的異常を呈するのは 65%で、残りの 35%は非特異的症状のみであると報告している。けいれんや意識障害、全身状態不良、頭部打撲等の訴えなどのために施行された画像検査にて硬膜下血腫や脳実質損傷などの頭蓋内病変が発見されることもある。

第2章 AHT に認められる所見

AHT の主な所見を表 1 に示す⁸⁾。頭蓋内病変は、硬膜下血腫もしくはくも膜下出血などの頭蓋内出血が多く認められ、特に大脳半球間裂や小脳テント上下面の硬膜下血腫が特徴的である。また、急性期には、一次性脳実質損傷、すなわち、脳挫傷、脳内出血、びまん性軸索損傷、白質裂傷・皮質(灰白質)白質剪断・脳梁断裂等の脳実質裂傷の所見、これらの一次性脳実質損傷に基づく、びまん性脳浮腫の所見や低酸素性虚血性脳症の所見が認められ、亜急性期～慢性期には、皮質層状壊死、脳萎縮、のう胞性脳軟化などの所見が認められる。

表 1. AHT の主な所見(参考文献 8)を参考に作成)

頭蓋内病変	硬膜下血腫 もしくは くも膜下出血 ・特に大脳半球間裂や小脳テント上下面の硬膜下血腫
	一次性脳実質損傷 ・脳挫傷・脳内出血 ・びまん性軸索損傷 ・脳実質裂傷(白質裂傷, 皮質(灰白質)白質剪断, 脳梁断裂) ・皮質層状壊死
	二次性脳損傷 ・びまん性脳浮腫 ・低酸素性虚血性脳症
	慢性期の脳損傷 ・脳萎縮 ・のう胞性脳軟化
頭蓋外病変	広汎性, 多発性, 多層性の網膜出血
	後部肋骨骨折
	骨幹端骨折

頭蓋内病変の把握のため、まずは頭部 CT 検査を施行するが、脳実質病変の把握や血腫の生じた時期の把握には CT よりも MRI が有用である。なお、硬膜下血腫の CT 値、MRI 信号値の経時的な変化の目安を下記の表 2 に示す^{8,9)}。

頭蓋骨骨折が認められる場合もあるが、その場合には骨折部位に一致した頭蓋外軟部組織腫脹・血腫の有無も重要な所見である。単純 X 線写真(CR)で骨折線を検出できることもあるが、頭部 CT の骨条件画像、特に 3D 再構築画像は CR より有用である。単純線状骨折を来たすこともあるが、放射状の骨折や縫合を越える大きな骨折、離開骨折を生じることもある。

なお、これらの所見は AHT に特徴的ではあるが、これらの所見のみで AHT と診断するのではなく、第 5 章で記載するように総合的診断が必要である。

表 2. CT/MRI 画像における硬膜下血腫(SDH)の経時的変化の目安^{8,9)}

時期	推定経過時間	ヘモグロビンの変化	CT	MRI T1	MRI T2	MRI FLAIR
超急性期	24時間未満	オキシヘモグロビン	等～高吸収(≦3時間低～高吸収域混合)	等～低信号	高信号	低信号
急性期	1～3,4日	デオキシヘモグロビン	高吸収	等～低信号	低信号	低信号
亜急性期早期	2,3日～1-2週	細胞内メトヘモグロビン	高吸収	高信号	等～低信号	不定
亜急性期後期	1-2週～1-2か月	細胞外メトヘモグロビン	高～等吸収	高信号	高信号	等～高信号
慢性期(SDH 内膜)	数週間～			等信号	低信号	不定(等信号が多い)
慢性期(SDH 内容)	数週間～	ヘモジデリン	等～低吸収	低信号(脳脊髄液より高信号)	高信号	不定(脳脊髄液より高信号)

さらに、頭蓋外の病変として、広汎性・多発性・多層性の網膜出血や、多発後部肋骨骨折、骨幹端骨折を伴うことがある。眼球内のゲル状組織である硝子体が振盪されて硝子体と密着している網膜が牽引され、網膜出血や網膜ひだ、外傷性網膜分離症が生じる。AHT に伴う網膜出血は、多層性・多発性出血であること、眼球後極のみではなく、鋸状縁に及ぶような広範囲の出血であることが多い¹⁰⁾。特に、網膜分離症や網膜ひだの存在は AHT であることを強く示唆する¹¹⁾。

暴力的揺さぶりでは、遠心力と重力によって長管骨が牽引されて骨幹端骨折が生じることや、加害者の両手で児の胸郭が前後方向に強く圧迫された結果、胸椎と肋骨との関節が支点となり、てこの力が作用し、後部肋骨骨折を生じることがある^{12, 13)}。長管骨骨幹端骨折や後部肋骨骨折は初回の画像検査では検出できないこともあり、2～3 週間後に再検することが望ましい^{4, 12)}。

第3章 AHTの鑑別診断

AHTとの鑑別を要する疾患として内因性疾患と事故(偶発外傷)が挙げられる。Carole⁸⁾およびMinnsら¹⁴⁾の著書を参考に、鑑別すべき主たる疾患を表3に示す。

出血傾向を来す疾患の除外のための止血・凝固検査、感染症除外のための血中炎症マーカー検査・各種細菌培養検査・ウイルスPCR検査、代謝疾患の除外のためのガスリー検査・タンデムマス検査の結果確認、血液ガス分析やアミノ酸分析などを行う。ショック・心肺停止などで来院した場合には、二次的に止血・凝固異常を呈することが多いので、全身状態が改善した後に再検し、出血傾向を来す基礎疾患の有無を確認する。

新生児や乳児期早期症例では周産期関連障害による硬膜下血腫や網膜出血が鑑別に挙がる。著明な分娩外傷では出生直後よりけいれんや無呼吸・易刺激性・嘔吐などを来すが、その他の分娩時損傷は通常、出血量は少なく、無症候性であり、大多数は1か月以内、遅くとも3か月以内に消失する¹⁵⁾。

表3. 虐待と鑑別すべき疾患^(8, 14)より一部改変)

軽微な外傷あるいは外力なしに頭蓋内出血を来たしうる疾患・病態	
凝固止血異常	血友病A・B, Von Willebrand 病 ビタミンK欠乏症 特発性血小板減少性紫斑病 播種性血管内凝固症候群(DIC)
中枢神経系疾患	外水頭症, 良性くも膜下腔拡大(BESS) くも膜嚢胞, 脳動脈瘤 脳動静脈奇形, 静脈洞血栓症
代謝疾患・栄養障害	グルタル酸尿症, ガラクトース血症 ビタミンD欠乏症 高張性脱水(高Na血性脱水)
悪性疾患	白血病, 神経芽細胞腫
感染症	細菌性髄膜炎, ヘルペス脳炎 血球貪食性リンパ組織球症
骨系統疾患	エーラス・ダンロス症候群
その他	新生児仮死・難産等の周産期関連障害 オスラー病(遺伝性出血性末梢血管拡張症)

画像検査のみで、頭部外傷が虐待・事故(偶発外傷)のいずれによるものかを判断することは困

難なことも多いが、Kemp ら¹⁶⁾のシステマティックレビューによる虐待例と事故(偶発外傷)例の比較では、虐待例で硬膜下血腫、特に大脳半球間裂・頭頂部・テント下/後頭蓋窩の硬膜下血腫が多く、オッズ比はそれぞれ、8.2, 9.5, 4.9, 2.5 である(表 4)。また、Piteau ら¹⁷⁾のシステマティックレビューによると、頭蓋内病変のみではなく、骨幹端骨折・肋骨骨折・網膜出血などのオッズ比も、表 5 に示す通り、AHT では非 AHT と比較して有意に高い。

網膜出血に関する Maguire ら¹⁰⁾のシステマティックレビューによると、網膜出血の割合は AHT では 78%に対して、non AHT では 5%と AHT で有意に高く、オッズ比は 14.7(95%信頼区間 6.39-33.62)である。また、同レビューによると、両側性の網膜出血は AHT では 83%に対して、non AHT では 8.3%であり、non AHT では網膜出血がある場合にも、後極に限局した出血であることが多いとされている。

表 4. AHT と偶発外傷(事故)の比較¹⁶⁾

	AHT	偶発外傷(事故)
硬膜下血腫	多い(OR 8.2) 半球間裂, 頭頂部, 後頭蓋窩 (それぞれOR 9.5, 4.9, 2.5) 多発性, 両側性 (それぞれOR 6.0, 2.4)	少ない
くも膜下出血	同程度(OR 0.98)	同程度
硬膜外血腫	少ない(OR 0.1)	多い
脳実質損傷	多い 低酸素虚血性損傷, 脳浮腫 (それぞれOR 3.7, 2.16)	まれ

OR: オッズ比(Odds Ratio)

表 5. AHT と非 AHT の比較¹⁷⁾

非AHTに対するAHTのオッズ比(95%信頼区間) (OR>1, AHT>非AHT)	
頭蓋骨骨折 +頭蓋内損傷	7.76(1.06-57.08) (ただし頭蓋骨骨折のみ 0.01(0.003-0.04))
硬膜下血腫	8.90(6.75-11.73)
くも膜下出血	1.31(0.58-3.0) *
硬膜外血腫	0.13(0.06-0.26)
脳浮腫	2.05(0.82-5.10) *
脳虚血	4.79(1.84-2.46)
骨幹端骨折	15.06(1.93-111.72)
肋骨骨折	9.84(4.42-21.90)
網膜出血	28.24(15.37-51.90)
けいれん	11.24(7.30-17.29)
不明瞭な病歴	52.72(12.79-217.33)

*有意差なし

第4章 鑑別のために必要な検査等とその実施時期

前述の疾患を鑑別するためにも、AHT が疑われる場合に必要な診察・観察のポイントおよび画像検査を含む各種検査とそれらを実施すべき時期について、研究分担者・研究協力者らが協議したものを下記の表6に示す。

なお、下記に示す検査は時系列に沿って施行することが望ましいが、患児の病態によっては実施が困難あるいは実施日を変更せざるを得ない場合もある。患児の全身状態を考慮しつつ、できる限り、下記の検査を実施できるように努める。

表6. 診断のために必要な検査等とその実施時期

No.	検査項目等	受診日 (第1病日)	第2-3病日	第4-7病日	第8-28病日 (1-4週間)	4週間以降
		超急性期	急性期前半	急性期後半	亜急性期	慢性期
1	家族からの病歴聴取	当直医・ 主治医	主治医	CPT		
2	CBC(血算), 一般生化学検査	★	★	☆	☆	☆
3	凝固線溶系検査	★	★	☆	☆	
4	代謝性疾患スクリーニング	(☆)	★			
5	尿検査	★				
6	頭部CT	★	★	☆	☆	☆
7	脳MRI	(☆)	★	☆	☆	☆
8	頸髄(頸椎)MRI	(☆)	★			
9	全身骨X線撮影	(☆)	★		★(2週間後)	
10	全身(体幹)CT	☆				
11	眼底検査, 眼底写真撮影	(☆)	★	☆	☆	☆
12	身体計測(身長, 体重, 頭囲)	★	★	★	★	★
13	体表観察, 体表写真撮影	★	★	☆	☆	

CPT: Child Protection Team(子ども虐待対応院内組織)

★: 必須項目

☆: 実施を検討する項目

(☆): 受診日(第1病日)の実施が困難な症例が多いと考えられる項目に関しては、第2~3病日の実施を必須とするも、第1病日に実施することを妨げるものではない(第3病日までに実施する)ことを意味する。

No. 1: 家族からの病歴聴取の際には、オープンクエスチョンを基本とし、受傷機転等について誘導するような質問はしない。保護者等が自発的に語っていない情報を織り交ぜた質問(た

たとえば、「揺さぶりましたか?」「叩きましたか?」「頭を強く打ちましたか?」など)をして誘導してはならない。

また、現病歴については、保護者の行為を尋ねるのではなく、児の状態が何を契機に、いつから、どのように変化したのかを詳細に尋ねる。脳実質損傷を伴うような重症 AHT では通常、無症候期は存在しないので、児がいつまで元気だったのか、いつも通りの状態を最後に確認できたのかはいつか、いつ神経学的症状や全身症状が出現したのかを尋ねることにより、受傷時期(時間)の特定に役立つ。

なお、既往歴は家族からの聞き取りに加えて、これまでの受診記録も確認し、出生時の状況、予防接種や健診の記録は母子健康手帳で確認する。

No. 2: CBC(血算)、一般生化学検査のうち、血球検査では目視で悪性細胞の有無を確認し、貧血がある場合には赤血球の性状も確認する。

ショックに伴う逸脱酵素の上昇を認める場合には、ショック離脱後に各種項目を再検する。

No. 3: 凝固線溶系検査は、輸血前に少なくとも一度は実施し、凝固線溶異常を認める場合には経時的に再検する。

血小板数、PT、APTTのみではなく、フィブリノーゲン、D-ダイマーも必ず検査する。

また、血液疾患除外のため、von Willebrand 因子、第Ⅷ・Ⅸ因子も検査することが望ましい。

No.4 & No.5: 代謝性疾患スクリーニングならびに尿検査については、代謝性疾患のルールアウトのため、ガスリー検査・タンデムマス検査の結果確認、アシドーシスや高アンモニア血症、高乳酸血症の有無の確認、血中アミノ酸分析、尿中有機酸分析を行う。

ショックに伴う高乳酸血症や各種臓器障害を認める場合には、ショック離脱後に再検する。スクリーニング検査の結果や臨床経過を踏まえ、追加項目の検査が必要となることもあるので、血清や尿、髄液などの検体は冷凍保存しておくといよい。

状況に応じて、尿中薬物簡易スクリーニング検査も考慮する。

No. 6: 頭部 CT は画像診断の基本である。水平断に加えて、冠状断・矢状断の画像も確認する。骨条件の画像も水平断・冠状断・矢状断で確認し、できる限り 3-D 再構築も行う。

また、時間経過による比較のため、複数回の CT 検査を考慮する。

No. 7: 脳 MRI は特に脳実質病変の評価に有用であり、できるだけ早期、できれば第 3 病日までに撮影する。T1, T2, FLAIR, DWI, ADCmap, SWI(もしくは T2star)を撮像し、適宜、冠状断・矢状断も追加する。

また、各画像における血腫の intensity により、およその受傷時期の推定が可能である(表 2)。血管病変の評価のために適宜、MRA, MRV も追加する。

可能であれば、複数回撮像し、血腫の分布や intensity の変化、脳実質病変の変化を見る。

No. 8: 頸髄(頸椎)MRI は脊髄・脊椎病変(脊柱管内の硬膜下血腫、脊柱周囲の靭帯損傷、脊髄損傷など)の評価に重要である。椎体、靭帯損傷などの評価のために、STIR または脂肪抑制 T2 強調画像の矢状断像を含めたシーケンスを考慮する。

MRI 撮像が困難である場合には、頸椎 CT の撮影後、水平断および矢状断により脊柱管内の硬膜下血腫等の有無についても確認する。

No. 9: 全身骨 X 線撮影は部位ごとに正面・側面の 2 方向の撮影を行い、胸郭の正面・側面に加えて肋骨については左右斜位撮影も行う。頭蓋骨骨折、後部肋骨骨折、長管骨骨幹端骨折の有無に着目する。

また、受傷早期には骨折線が検出できない場合があるため、必ず、2 週間後にフォローアップの撮影を行い、骨膜反応や仮骨形成の有無を見る。

No.10: 頭部以外にも多発外傷が疑われる場合に、全身 CT あるいは体幹 CT 撮影を考慮する。

全身(体幹)CT を撮影した場合は、内臓病変の評価のみではなく、水平断および矢状断により脊柱管内の硬膜下血腫等の有無についても確認する。

また、肋骨骨折の有無についても注意深く見る。

No.11: 眼底検査、眼底写真撮影に関して、眼底検査はスケッチや所見の記載のみではなく、眼底写真を撮影する。ハンディタイプの眼底カメラも活用する。

眼球後極のみではなく、網膜全体を観察する。

No.12: 身体計測について、身長・体重はマルチリトメントの有無を検討するためにも重要である。初診時の頭囲が大きい場合には、脳浮腫や頭蓋内出血等による縫合離開や良性くも膜下腔拡大などを考慮する。

また、できる限り初診時までの成長曲線を描き、体重の経過、急激な頭囲拡大が生じた時期の有無についてもチェックする。

No.13: まず、体表観察を行い、全身の体表所見を記録する。所見を記載する際には「打撲」、「擦過傷」など受傷機転に関連する用語は避け、「皮膚変色」、「表皮剥離」など客観的な表現を用い、言葉や図で詳細に示す。

非器質性成長障害 (Non-Organic Failure to Thrive: NOFTT) では、全身観察が重要であるとともに、体表外傷の有無、体表外傷の分布を把握することが重要である。

写真は、受傷後できるだけ早期に撮影し、治癒の過程を経時的に撮影して記録に残すと有効な場合がある。

全身像のほか、身体のどの部位に存在する所見なのかを示すアングル(遠写)と当該部位の近接像(接写)の両方を撮影する。

なお、遠写の場合には個人が特定できるよう顔などを含め、所見のある部位を接写する時はL字スケールを添えて撮影する。

第5章 総合診断

AHT 診断の難しさの要因として、下記の項目が挙げられる。

- ① 加害者・被害児以外の目撃者がいないことが多い。
- ② 被害児は幼少かつ重篤な病状のために話ができないことが多い。
- ③ 一つの所見のみでは偶発外傷(事故)との鑑別が難しい。
- ④ 医療者全員が虐待医学、小児の外傷に慣れているわけではない。

そのため、前章で述べた通り、鑑別のために必要な検査を実施する。そして、その結果をもとに、下記の図 1 に示す通り、複数の診療科の医師で検討し、さらには、社会的な側面も含めて、子ども虐待対応院内組織(CPT)でも検討し、総合的に判断する。その結果、虐待が疑われる場合には児童相談所への通告と警察通報を行う。

医療機関内で医学的に判断することが困難な場合には、二次医療圏あるいは三次医療圏内の他の医療機関にコンサルトすることや、児童相談所や警察・検察から専門医師に鑑定を依頼することも検討する。

養育者による説明を聞き、搬送(来院)時の患児の状態をみて、
頭部CT検査などを含めた検査を行い、

硬膜下血腫・
くも膜下出血

網膜出血

脳実質損傷

等の有無を確認し、

これらの病変分布の特徴やひろがりの程度をみて、

肋骨骨折

骨幹端骨折

頸髄病変

体表所見

等も検索し、

既往歴

基礎疾患・合併症

家族歴

も含めて、検討し、

臨床カンファレンス

院内虐待対応チーム

で総合的に判断する。

その後、児童相談所の社会的調査や保護者面談などもふまえて、今後の支援方法が検討される。警察・検察により事件捜査がなされることもある。

図 1. AHT 診断の流れ

なお、AHT の対応は、AHT を疑うイベントが生じた時のみに必要となるわけではない。AHT が生じないための予防活動、また、AHT を疑うイベントが生じた場合には、長期にわたり、子どもの成長

発達フォローアップや後遺症に対する治療、ならびに、子どもやそのきょうだいの再受傷を予防するための見守り、社会的な対応が必要であり、その対応は多機関連携の中でなされるべきである。多機関連携における役割について、図2に示す。



図2. 多機関連携と各機関の役割

第6章 参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention. Pediatric Abusive Head Trauma: Recommended Definitions for Public Health Surveillance and Research. 2012. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/pedheadtrauma-a.pdf>(2022年2月20日参照)
- 2) Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123:1409-1411.
- 3) Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics*. 2020;145(4):e20200203.
- 4) Duhaime AC, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *J Neurosurg Pediatr*. 2019;24(5):481-488. Review.
- 5) 田村 正徳, 中村 肇, 奥山 眞紀子ら. 厚生労働省・神経疾患研究委託費研究班. 「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. 2009.
- 6) Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*. 2003;111:602-627.
- 7) Vinchon M, de Foort-Dhellemmes S, Desurmont M, et al. Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. *Childs Nerv Syst*. 2010;26:637-645.
- 8) Carole J. *Child Abuse and Neglect. Diagnosis, Treatment, and Evidence*. 1st ed, Elsevier, Missouri, 2011.
- 9) Barkovich AJ: *Pediatric Neuroimaging*. 5th ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2011
- 10) Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*. 2013;27:28-36.
- 11) AAO Quality of Care Secretariat, Hoskins Center for Quality Eye Care. *Abusive Head Trauma/Shaken Baby Syndrome*. 2015. <https://www.aao.org/clinical-statement/abusive-head-traumashaken-baby-syndrome> (2022年2月20日参照)
- 12) Barber I, Kleinman PK. Imaging of skeletal injuries associated with abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2014;44Suppl:S613-620.
- 13) Maguire SA, Kemp AM, Lumb RC, et al. Estimating the probability of abusive head trauma: a pooled analysis. *Pediatrics*. 2011;128:e550-564.
- 14) Minns RA and Brown JK(Ed). *Clinics in Developmental Medicine No.162. Shaking and Other Non-accidental Head Injuries in Children*. Mac Keith Press, London, 2005.
- 15) Rooks VJ, Eaton JP, Ruess L, et al. Prevalence and evolution of intracranial hemorrhage in asymptomatic term infants. *Am J Neuroradiol*. 2008;29:1082-1089.
- 16) Kemp AM, Jaspan T, Griffiths J, et al. Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish

abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2011;96:1103-1112.

- 17) Piteau SJ, Ward MG, Barrowman NJ, et al. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review. *Pediatrics*. 2012;130:315-323.

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金

(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

「児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究」

分担研究『AHT 症例に関する医療者と警察・検察との連携に関する研究』

AHT診断アルゴリズム(診断の手引き)

第1版(初版) 令和4(2022)年3月1日発行

発行者:研究代表者 山田 不二子

研究分担者 丸山 朋子

資料請求先:一般社団法人日本子ども虐待医学会(JaMSCAN)

〒259-1132 神奈川県伊勢原市桜台 1-5-31 チェリーヒルズ金田 2階 B号室

電話番号: 0463-95-4166 E-Mail: info@jamscan.jp

※ 資料請求に関するお願い

本手引きは無料ですが、送料は請求者にご負担いただくこととなりますので、予め、ご了承ください。詳しくは、JaMSCAN 事務局にお問合せください。

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業))

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び

虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

分担研究報告書

テーマ3：AHT病態生理学的研究

テーマ3A：小児頭蓋内出血における病態解明

研究分担者	高橋 英城	東京医科大学病院 小児科・思春期科学 助教
研究協力者	相田 典子	独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター 放射線科 部長
	稲次 基希	東京医科歯科大学 脳神経機能外科 講師
	植松 悟子	国立成育医療研究センター 総合診療部 救急診療科 副部長
	小川 優一	千葉県こども病院 小児救急総合診療科 医員
	河島 尚志	東京医科大学病院 小児科・思春期科学 教授
	小谷 泰一	三重大学大学院 医学系研究科 法医学科学分野 教授
	小西 央郎	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 小児科 部長
	田上 幸治	独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター 総合診療科 医長
	槇野 陽介	東京大学大学院 医学系研究科 法医学 特任教授
	溝口 史剛	群馬県前橋赤十字病院 小児科 副部長
	宮坂 実木子	国立研究開発法人国立成育医療研究センター 放射線診療部 放射線診断科 診療部長
	山中 巧	京都府立医科大学 脳神経外科 講師

研究要旨

小児における頭蓋内出血の原因は、内因性から虐待を含めた外因性のものまで幅広く存在する。その中でも特に、外因性機序によって引き起こされた頭蓋内出血・脳浮腫の病態はさまざまな論争があり、現在、確固たる病態は確立されていない。しかし、現実には、保護者等から語られた受傷機序からは想像もつかないような頭蓋内出血や脳浮腫が起きている症例が後を絶たず、治療方針も明確ではないため、児が命を落とすことも多い。

もし、力学的エネルギーが科学的に予測可能であれば、早期治療の一助になり、治療が奏功することで医療費の削減にも繋がり、社会的貢献度は高い。また、司法においても、科学的知見をもとに虐待と事故とを鑑別することが可能になり、これは、冤罪を防ぐことにも資する。

A. 研究目的

本研究の目的は、さまざまな要因で起こる小児の頭蓋内出血・脳浮腫がそれぞれどのような機序で脳損傷を引き起こすのかを解明し、早期診断・治療に繋げることによって予後改善に役立てることである。また、機序が解明されることにより、頭蓋内に働いた外力を科学的に証明することも目指す。

B. 研究方法

対象患者は3歳未満の児で、性別は問わない。手術を含めた治療や検査として、血液/髄液/頭蓋内貯留液の採取・除去が必要である症例において、その検体に余剰があれば対象とする。検体はサイトカイン・アミノ酸分析・神経細胞物質について計測を行い、健常症例や外傷以外の疾患等と比較することにより、語られた受傷機序から見積もられる力学的エネルギーとの関係性を解析する。

また、メタボローム解析を取り入れることで、虐待による乳幼児頭部外傷 (Abusive Head Trauma in Infants and Children: AHT) で認められる脳浮腫に特異的な代謝産物を発見し、同定を行う。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京医科歯科大学ならびに各共同研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。(東京医科歯科大学 医学部 倫理審査委員会 受付番号 M2019-146 番)

C. 研究結果

テーマ3Aについては、2019年11月18日に東京医科歯科大学 医学部 倫理審査委員会から承認を得た。その後、11施設(東京医科大学、兵庫県立尼崎医療センター、大阪急性期・総合医療センター、労働者健康安全機構 中国労災病院、京都大学、京都府立医科大学、大阪市立総合医療センター、神奈川県立こども医療センター、北九州八幡病院、愛仁会高槻病院、国立成育医療研究センター)が、東京医科歯科大学 医学部 倫理審査において共同研究施設

として承認され、登録された。

検体については、倫理審査承認後から引き続き募っていたが、2021年11月まではCOVID-19パンデミックの影響もあり、集まったのは1検体のみであった。

2021年12月になって、COVID-19が下火になった際に2検体送付されて計3検体となったが、検査機械を作動させることが高価であるため、さらに、検体が増えるのを待っていたところ、2022年3月になり、さらに2検体送付されて合計5検体となり、実際に検査を実行することが可能となった。

サイトカインプロファイリング/タウ蛋白は東京医科大学 小児科研究室で検査を始め、メタボローム解析は東京医科大学 低侵襲医療開発総合センターで検査を行うにあたり、現在、設定を検討している。メタボローム解析では、外傷の程度によってさまざまな物質が検索できてしまうために、病態の中心に関わる物質同定については、詳細な設定が必要である。データがとり揃えば解析をし、頭蓋内出血の病態に対してアプローチすることが可能となる。

D. 考察

研究結果よって、頭部外傷の力学的エネルギーが回転性なのか、直達性なのかを判断できる可能性が示唆されれば、それを実証するための動物実験を行って証明していく。

これらの成果により、第三者目撃がない頭部外傷でも、力学エネルギーを予測することができ、病態に即した治療を選択すること、すなわち、回転性エネルギーの要素が強ければ、脳浮腫を早期に引き起こす可能性があり、外科的処置を含めた脳浮腫改善の治療を早期に選択することができるようになる。

また、回転性エネルギー外傷として児童虐待が鑑別に挙がるが、なかなか真相がわからないことが多い。当研究の成果によって、科学的知見に基づいた鑑別診断が可能となり、冤罪をなくすことに寄与する。

E. 結論

小児頭部外傷において虐待か否かは、司法にお

いても論争の焦点であり、現在において科学的に完全に証明できないことが多い。この研究で大きな進展があれば、児に対する治療方針や司法の論争に大きく貢献する可能性があり、社会的な経費の削減にも繋がる。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

令和元～3年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための

協同面接・系統的全身診察の実態調査及び

虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究

分担研究報告書

テーマ3：AHT病態生理学的研究

テーマ3B：小児の頭蓋内出血、脳浮腫における病態解明；

MRSによる神経代謝物質の解析に関する研究

研究分担者	田上 幸治	神奈川県立こども医療センター 総合診療科 患者家族支援部長
研究協力者	木下 あゆみ	四国こどもとおとなの医療センター 小児アレルギー内科 医長
	小島 正歳	千葉大学大学院医学研究院法医学 放射線技師
	坂井 上之	東千葉メディカルセンター 放射線技師
	丸山 朋子	大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科 副部長
	宮坂 実木子	国立成育医療研究センター病院 放射線診療部 放射線診断科 診療部長

研究要旨

小児における頭蓋内出血の原因は、内因性から虐待を含めた外因性のものまで幅広く存在する。その中でも特に、外因性機序によって引き起こされた頭蓋内出血・脳浮腫の病態はさまざまな論争があり、現在、確固たる病態は確立されていない。しかし、現実には、保護者等から語られた受傷機序からは想像もつかないような頭蓋内出血や脳浮腫が起きている症例が後を絶たず、治療方針も明確ではないため、児が命を落とすことも多い。

脳浮腫を起こした脳の代謝を MRS 検査で解析し、その病態を解明できれば、早期治療の一助になり、治療が奏功することで医療費の削減にも繋がり、社会的貢献度は高い。また、司法においても、科学的知見をもとに虐待と事故とを鑑別することが可能になり、これは、冤罪を防ぐことにも資する。

A. 研究目的

本研究の目的は、さまざまな要因で起こる小児の頭蓋内出血・脳浮腫がそれぞれどのような機序で脳損傷を引き起こすのかを解明し、早期診断・治療に繋げることによって予後改善に役立てることである。また、機序が解明されることにより、頭蓋内に働いた外力を科学的に証明することも目指す。

B. 研究方法

MRS による神経代謝物質の解析対象患者は、頭蓋内出血・脳浮腫を認めた2歳未満児で、来院時より10日以内に施行した頭部MRI検査に追加して、MRS (Magnetic Resonance Spectroscopy: 磁気共鳴分光法) 検査を行う。MRS の測定点は、視床と半卵円中心とする。MRS で検査する脳内神経代謝物質は、creatine (Cr), gamma aminobutyric acid

(GABA), choline, N-acetylaspartate (NAA), myo-inositol (Ins), lactate (Lac), glutamine (Gln), glutamate (Glu), glutamine/glutamate complex (Glx)とする。得られたデータは匿名化したうえで、東千葉メディカルセンターないしは千葉大学大学院 医学研究院 法医学教室に送られ、そこで解析する。

C. 研究結果

MRS による神経代謝物質の解析については、共同研究施設ごとに異なる MRS データをどのように解析するのか、どう整合性をとっていくのかなど問題が多く、研究計画書を作成するのに時間を要し、年度を跨いだり、2020年5月25日に東京医科歯科大学 医学部 倫理審査委員会で承認された。共同研究施設における倫理審査を促していくと同時に、東京医科歯科大学に倫理審査を委託した共同研究施設に関しては、症例を募ってきたが、COVID-19パンデミックの影響もあり、症例は集まっていない。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京医科歯科大学ならびに各共同研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。(東京医科歯科大学 医学部 倫理審査委員会 受付番号 M2019-147 番)

D. 考察

米国でも、COVID-19 流行に伴い AHT の入院患者数は減少している¹⁾。

また、頭部 MRI 検査は CT よりも撮影に多くの時間を要するため、静止できない乳幼児では薬剤を用いて鎮静したうえで検査を行う。そのため、被験者の負担などに配慮して、MRI 撮影を行った症例でも、病状によっては、MRS 検査を追加して実施することができない症例もあったと考えられる。

- 1) Maassel NL, et al. Hospital admissions for AHT at children's hospitals during COVID-19. *Pediatrics*. 2021;148:1-3.

E. 結論

小児頭部外傷において虐待か否かは、司法においても論争の焦点であり、現在において科学的に完全に証明できないことが多い。

残念ながら、症例が集まらず、現時点では脳浮腫の病態に関して新しい知見を導き出すことができなかったが、この研究で大きな進展があれば、児に対する治療方針や司法の論争に大きく貢献する可能性があり、社会的な経費の削減にも繋がる。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
山田 不二子	虐待の疑い	小児科編集委員会	小児一次救急マニュアル 帰宅可能か？ 二次救急か？ 判断の手引き	金原出版	東京	2019	220-221
山田 不二子	性虐待と性暴力	水口 雅, 市橋 光, 崎山 弘, 伊藤 秀一	今日の小児治療指針 第17版	医学書院	東京	2020	916-917
山田 不二子	2部 法制度の再構築を考える II セクシュアリティ・子どもからの法制度の再構築 7章 子ども虐待対応に関する現行法の問題点と改正試案	二宮 周平, 風間 孝	家族の変容と法制度の再構築 ジェンダー／セクシュアリティ／子どもの視点から	法律文化社	京都	2022	297-316

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Fujiko Yamada, Yusuke Miyazaki	Effectiveness of using an educational video simulating the anatomical mechanism of shaking and smothering in a home-visit program to prevent self-reported infant abuse: A population-based quasi-experimental study in Japan.	Child Abuse and Neglect	101	104359 doi:10.1016/j.chiabu.2020.104359	2020
Takeo Fujiwara, Aya Isumi, Makiko Sampei, Yusuke Miyazaki, Fujiko Yamada, et al.	Effectiveness of an educational video in maternity wards to prevent self-reported shaking and smothering during the first week of age: A cluster randomized controlled trial.	Prevention Science		Published online 22 July	2020

山田 不二子	母子保健の役割と連携の具体策.	月刊母子保健	722	4-5	2019
丸山 朋子	虐待による乳幼児頭部外傷(AHT).	小児科臨床	72(12)	1871-1876	2019
山田 不二子	司法面接・系統的全身診察の在り方・CACの実際.	小児科臨床	72(12)	1911-1915	2019
山田 不二子	警察・検察との連携.	小児科臨床	72(12)	1924-1930	2019
山田 不二子	協同面接の現状と課題.	子どもの虐待とネグレクト	21(3)	299-306	2019
山田 不二子	医療者として子ども虐待に早期対応するために.	月刊保団連	3(1315)	17-24	2020
山田 不二子	性虐待をどのように見つけるか.	チャイルドヘルス	23(6)	439-443	2020
山田 不二子	子どもの権利擁護センターの取り組み.	救急医学	44(11)	1368-1373	2020
丸山 朋子	児童虐待に特徴的な身体所見性的虐待の特徴.	救急医学	44(11)	1442-1447	2020
丸山 朋子	虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children).	日本臨床法医学病理学会	26(2)	83-92	2020
山田 不二子, 沼口 敦, 溝口 史剛, 山中 龍宏, 田中 哲, 藤田 香織	Child Death Review (CDR).	子どもの虐待とネグレクト	22(2)	143-150	2020
山田 不二子	地域でマルトリートメントから小児を守るには.	月刊地域医学	34(9)	681-686	2020
山田 不二子	虐待・ネグレクトが疑われる子どものためにできること、すべきこと.	よぼう医学	10	14-15	2020
山田 不二子, 五十嵐 登, 宮坂 実木子, 溝口 史剛, 岩佐 嘉彦, 田崎 みどり, 他	医療者が虐待に向き合うということ.	子どもの虐待とネグレクト	23(2)	160-174	2021