

小児科からみた児童虐待

小杉 恵[†]

IRYO Vol. 66 No. 7 (311-315) 2012

要旨

小児科医が虐待の発見と予防のためになすべきことは多岐にわたる。日常診療の場で子どもの健全な発達と発育を共に実現する相手である親が虐待者であるという事実は非常に受け入れがたいことであるが、必要であれば親との分離や行政機関への通告なども行うという覚悟をもって取り組まなければならない。

多くの事例においては、子どもだけでなく家族も傷ついており、家族からのSOSとしての虐待という側面もあり、親も救われ支援されるべき存在であることも忘れてはならない。

アンケート調査から、①小児科医が虐待事例や疑い事例に出会いやすいのは、夜間や休日を含めた救急外来や、比較的ゆっくりと話を聞くであろう専門外来であること、②明らかな身体的虐待やネグレクトを疑う事例や親の様子が目立って気になる場合には疑いを持つことは比較的容易であるが、育児やケアが十分であるかの判断や親の訴えを引き出すことについては、医師側の「見る目」が必要な可能性がある、ことがうかがわれた。

また、虐待の診断や支援を早期から確実にを行うためには、①一人で診療を行っている小児科医院の医師が、虐待の診断について相談できる場所が必要であること、②総合病院においては、虐待をもれなく拾い出せるような院内システムや検討のしくみが必要であること、③地域において、関係機関が情報を共有しやすいようなシステムが必要である。

キーワード 小児科医、連携システム、予防

はじめに

2000年にわが国に児童虐待防止法が制定されて以降、子ども虐待問題はわが国において大きく注目されるものとなっている。小児医療では、20年以上前から関心が持たれ、全国でさまざまな取り組みがなされてはいるものの、医療機関からの通告件数の全

体に占める割合はほぼ横ばいで、医療機関間のネットワーク構築など課題は大きいと思われる。

小児科医が虐待の発見と予防のためになすべきことは多岐にわたり、その役割はそれぞれの地域やその医師が置かれている立場によってさまざまである。しかし小児科という分野そのものが、本来子どもの健全な発達と発育を目指しているという目的を考え

大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 発達小児科 †医師
別刷請求先：小杉 恵 大阪府立母子保健総合医療センター 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840
(平成23年12月6日受付，平成24年5月11日受理)

The Pediatrics Views of the Child Abuse

Kosugi Megumi, Osaka Prefectural Hospital Organization, Osaka Medical Center and Research Institute for Maternal and Child Health

Key Words: pediatrician, cooperation system, prevention

表1 子ども虐待を疑う症状と行動

全身状態	栄養障害, 体重増加不良, 低身長, 不衛生, 不適切 (季節に合わない) 服装
外表所見	新旧混在の外傷痕, 不自然な外傷
子どもの行動	不登校, 反 (非) 社会的行動 (家出, 徘徊, 万引きなど), 食行動異常, 自傷
子どもの様子	おどおど, 表情が硬い, 家に帰りがらない, 誰彼かまわず甘える
親の様子	子どもの扱い方が雑, 子どもの病状把握ができていない,
親子の様子	会話がな, 過剰な (不自然な) スキンシップ

稲垣 (2005), 「児童虐待へのアプローチ」(中央医学社) より一部改変

ると, 虐待という事象に対して真摯に取り組まなければならないということも明らかである。日常診療の場で子どもの健全な発達と発育を共に実現する相手である親が虐待者であるという事実は非常に受け入れがたいことであるが, 必要であれば親との分離や行政機関への通告なども行うという覚悟をもって取り組まなければならない。

もちろん, 多くの事例においては, 子どもだけでなく家族も傷ついており, 家族からの SOS としての虐待という側面もあり, 親も救われ支援されるべき存在であることも忘れてはならない。

虐待について小児科医が 持っておくべき知識

日本小児科学会は, 学会のホームページ上 (<http://www.jpeds.or.jp/guide/index.html>) に子ども虐待診療手引きを掲載している。ここには総論から各論まで, 持っておくべき基礎知識に加え, 診療場面や健診場面などですぐに使えるフローチャートなどがあり, 困った時に簡単に参考にできるような工夫がなされている。

教科書的に読める本としては, わが国初の虐待医療の成書として「子ども虐待の臨床」(南山堂, 2005)¹⁾, Henry Kempe らによる初版から現在第5版の邦訳まで出版されている「虐待された子ども」(明石書店, 2003)²⁾などがあるので参考にされたい。

小児科の外来場面で子ども虐待を疑う際の症状や

表2 気になる症例の内容 (複数回答) (n=136)

児について	1-5例	6例以上
外傷が事故との鑑別がつかない	66 (59.5%)	16 (64.0%)
不潔であったり十分ケアできない*	73 (65.8%)	23 (92.0%)
症状に不審な点がある	49 (44.1%)	14 (56.0%)
発育の問題がある	62 (55.9%)	17 (68.0%)
言動が気になる	57 (51.4%)	13 (52.0%)
母数	111	25
* p < 0.05		
親について	1-5例	6例以上
厳しすぎるしつけ	39 (35.1%)	13 (52.0%)
育児スキルの問題**	42 (37.8%)	19 (76.0%)
受診時の様子	78 (70.3%)	20 (80.0%)
育児不安・育児困難を訴える*	47 (42.3%)	18 (72.0%)
親自身に外傷がある	23 (20.7%)	4 (16.0%)
母数	111	25

* p < 0.05 ** p < 0.001

行動を, 表1に示す³⁾⁴⁾。

小児科医は虐待事例と 出会っているか?

平成16年に, 筆者らは厚生労働科学研究「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の開発に関する研究」の分担研究「虐待する親・家族機能の質的評価と虐待進行の予防的支援方法⁵⁾」において, 大阪府内の小児科医にアンケート調査を行った。このアンケートは大阪小児科医会に所属している小児科医に対して協力依頼したもので, 単科の小児科医院 (33.6%), 小児科標榜医院 (32.7%), 私立病院 (17.3%), 公立病院 (9.5%) 大学付属病院 (6.8%) と, 単科で入院病床を持たない医院が多くを占めていた。回答があった230名のうち, 虐待事例の経験ありと答えたものは半数未満の111名 (全体の48.3%) であった。

明らかなネグレクトや身体的虐待など, 中等度から最重度の虐待ですぐに子どもの入院や保護が必要な症例が一般の小児科医院を受診することはまれで

表3 「気になる」と考えた根拠（複数回答）

	1-5例	6例以上
児自身の訴え	4 (3.6%)	2 (8.0%)
児の外傷所見	33 (29.7%)	7 (28.0%)
児の成長障害	43 (38.7%)	12 (48.0%)
不適切なケア*	45 (40.5%)	22 (88.0%)
適切な医療を受けさせていない	21 (18.9%)	9 (36.0%)
児の情緒・行動問題	50 (45.0%)	19 (76.0%)
親の訴え	23 (20.7%)	11 (44.0%)
受診時の親子の様子	56 (50.4%)	15 (60.0%)
スタッフからの情報	23 (20.7%)	7 (28.0%)
関係機関からの情報	7 (6.3%)	3 (12.0%)
親類・知人・地域からの訴え	5 (4.5%)	1 (4.0%)
母数	111	25

* p < 0.05

ある。それよりはむしろ、「気になる」けれどもすぐに命の危険はともなわない軽度から疑いの症例をどのくらい見出し、どのように支援するかが大きな課題であると考えられる。

このアンケートでは「気になる」症例（明らかに虐待とはいえないけれど、育児不安や育児困難を抱えていると考える症例）についても幾つかの観点から質問を行った。「気になる症例の1年間の経験数は、経験ありが全体の約60%を占め、1-5例が多い結果であった。また、外来診療の内容によってこれらの「気になる」症例の経験に差があることも明らかとなった。一般小児科外来で「気になる」症例を経験したとの回答は全体の約60%であったのに比べて、夜間救急外来(88.2%)、休日救急外来(83.3%)、専門外来(87.3%)と一般外来以外の場面での発見が多くみられた。

内容については(表2)に示すような症例を「気になる」としている医師が多かった。これらの内容について、「気になる」症例の経験が多い医師(1年間で6例以上)と少ない医師(1-5例)とを比較したところ、子どもについての項目では、「外傷か事故との鑑別がつかない」「症状に不審な点がある」「発育の問題がある」「言動が気になる」の内容

表4 地域機関との連携（複数回答）(n=190)

	連携ができている	連携できていない
産婦人科	21 (11.1%)	67 (35.3%)
精神科	24 (12.6%)	79 (41.6%)
その他の科	11 (5.8%)	40 (21.1%)
保健所	70 (36.8%)	37 (19.5%)
保健センター	94 (49.5%)	38 (20.0%)
福祉事務所(家庭児童相談室)	48 (25.3%)	60 (31.6%)
児童相談所(子ども家庭センター)	73 (38.4%)	60 (31.6%)
保育所・幼稚園	69 (36.3%)	52 (27.4%)
学校	48 (25.3%)	68 (35.8%)

は差がなかったが、「不潔であったり、十分ケアできない」の項目では、経験の多い医師では92%が「気になる」としていたのに比して、経験の少ない医師では65.8%にとどまっていた。また、親についての項目では「育児スキルの問題」「育児不安・育児困難を訴える」という内容が経験の多い医師で高い割合となっていた。

次に、それらの症例を「気になる」と考えた根拠については、(表3)に示すように「受診時の親子の様子」「児の情緒行動問題」「不適切なケア」の順に高い割合を示していた。「気になる」症例経験の差からは、「不適切なケア」の項目で有意差を認めた。

以上の結果からは、①小児科医が虐待事例や疑い事例に出会いやすいのは、夜間や休日を含めた救急外来や、比較的ゆっくりと話を聞くであろう専門外来であること、②明らかな身体的虐待やネグレクトを疑う事例や親の様子が目立って気になる場合には疑いを持つことは比較的容易であるが、育児やケアが十分であるかの判断や親の訴えを引き出すことについては、医師側の「見る目」が必要な可能性がある、ことがうかがわれた。

小児科医は誰と相談しているか、連携しているか？

前述のアンケートの最後に、他機関との連携状況

表5 虐待予防の定義²⁾

一次予防；全住民を対象とする活動。ターゲットは虐待の根本的及び社会的な原因である（マスメディアにおける暴力的表現、しつけの一種として体罰を容認すること、貧困、など）
 二次予防；虐待のリスクを持っていることが認識された人を対象にする活動（ティーンエージャーの親、子ども時代に虐待を受けた親、など）。目標は個々の人が虐待を起こすリスク要因を軽減あるいは根絶することである（低い育児能力、子どもの発達に関する知識の不在、など）
 第三次予防；「治療」と呼ばれることが多い既に子どもを虐待した人を対象とした活動。加害者を特定し、虐待を停止させ、その再発を防ぐことを目的とした戦略

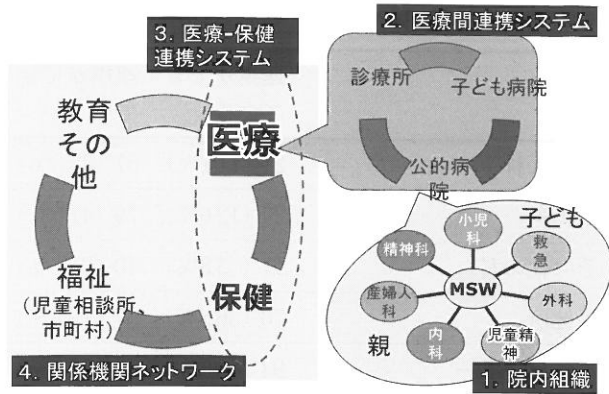


図1 子ども虐待医療の連携システム構築

についても質問を行っているが（表4）、地域機関との連携においては、産婦人科や精神科など他の診療科との連携はできていない割合が高く、保健所・保健センターとの連携は比較的できていた。児童相談所や福祉事務所の虐待通告機関との連携はできているとの回答とできていないとの回答の両極がみられた。学校や保育所・幼稚園との連携も同じくできているとできていないの回答がほぼ同率であった。

平成17年に森田が行った大阪府堺市の検討⁶⁾では、カルテを後方視的に検討できた30事例のうち9例が、虐待と診断される前にすでに医療機関受診を行っていた。また、この9例のうち4例が同一の医療機関での見逃しであった。

これらのことより、虐待の診断や支援を早期から行うためには、①一人で診療を行っている小児科医院の医師が、虐待の診断について相談できる場所が必要であること、②総合病院においては、虐待をみれなく拾い出せるような院内システムや検討のしくみが必要であること、③地域において、関係機関が情報を共有しやすいようなシステムが必要である、ことが考えられる。

小林は、地域における医療機関間、保健—医療機関間、院内のシステムがそれぞれ必要で、それらが関係しあって動くしくみが子ども虐待を支援するためには必要であるとまとめている（図1）⁶⁾⁷⁾。森田の検討での地域のpitfallもこのしくみの欠落から生じているといえる。

予防について —小児科医ができること

最後に、予防について考えてみたい。Anne Cohn Donnelly²⁾は、子ども虐待の予防は1次から3次の

レベルあるいは段階に分類されて定義されている（表5）とし、とくにいまだにいかなる虐待も発生していない段階での予防に焦点を当てて述べている。その中で、とくに大きな効果ある活動として、家庭訪問が挙げられている。わが国でも、保健センターが中心となり「こんにちは赤ちゃん事業」として、新生児の家庭訪問を行っている自治体が増えている。この家庭訪問を従来からの1カ月健診、3-4カ月健診、1歳半健診へとつなげていくことで、地域で親子を見守り支援するネットワークの構築が可能となる。これら、保健が中心となって行う予防的な取り組みに、小児科医が参画し、予防接種やアレルギー検査などの必要な医療、あるいは子どもの発達に応じた長期的な育児相談を行う役割を担い機能することが、地域の小児科医の大きな働きと考える。ここで大切なのは、親子を支えるチームとしての連携機能である。それぞれの機関の接点が点でしか存在しない時、継続した包括的な支援は届かない。どのように必要な情報交換を行っていくか、リスクのある親子をチームとしてどう継続的に支援していくか、それぞれの地域でそのネットワークをどのように作っていくかが虐待予防の大きなカギとなる。

[文献]

- 1) 坂井聖二, 奥山真紀子, 井上登生編著. 子ども虐待の臨床. 初版. 東京: 南山堂; 2005.
- 2) Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD 著. 坂井

- 聖二訳. 子どもの虐待防止センター監修. 虐待された子ども. 東京: 明石書店; 2003.
- 3) 稲垣由子. 子ども虐待の発見と対応. 治療 2005; 87: 3176-80.
 - 4) 市川光太郎編著. 児童虐待へのアプローチ. 初版. 東京: 中央医学社; 2007.
 - 5) 岡本正子. 虐待する親・家族機能の質的評価と虐待進行の予防的支援方法. 平成16年度厚生労働科学研究「児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の開発に関する研究」2004.
 - 6) 森田好樹. 虐待の早期発見に関する課題-大阪府堺市における虐待事例の後方視的検討による医療における発見阻害因子の検討-. 平成17年度厚生労働科学研究「被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究」分担研究-被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究- 2005.
 - 7) 小林美智子. 被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究-平成17年度厚生労働科学研究「被虐待児童への医学的総合治療システムのあり方に関する研究」分担研究 2005.