

医療現場からみた児童虐待

—発見と対策—

泉 裕 之 (板橋区医師会病院)

I. はじめに

児童虐待は、親または親に代わる養育者により加えられた虐待行為であり、非偶発的で、長期にわたり反復的、継続的行為である。厚生労働省から示された定義では、殴る、蹴る、投げ落とす、激しく揺さぶる、やけどを負わせる、溺れさせる、首を絞める、縄などにより一室に拘束するなどの身体的虐待、子どもへの性的行為、性的行為を見せる、性器を触るまたは触らせる、ポルノグラフィの被写体にするなどの性的虐待、家に閉じ込める、食事を与えない、ひどく不潔にする、自動車の中に放置する、重い病気になっても病院に連れて行かないなどのネグレクト、言葉による脅し、無視、きょうだい間での差別的扱い、子どもの目の前で家族に対して暴力をふるう（ドメスティック・バイオレンス：DV）などの心理的虐待に分類され、児童虐待防止法によっても定義づけられている。

児童相談所における児童虐待処理件数は平成2年度に1,101件であったのが、毎年増加し、平成24年度66,807件と著しく増加している。この理由としては、悲惨な事件が報道されたり、制度改正や広報の強化などにより、児童虐待への認識が高まったため相談件数が増加したという一面もある。実際、児童虐待防止法が制定された平成12年（平成13年施行）には、前年の11,725件から23,274件とほぼ2倍に増加し、法改正がされた平成22年度にも大きく増加している。しかしながら、臨床現場からみても児童虐待は明らかに増加している。

医療機関においては、乳幼児の身体的虐待が最も多

くみられ、ネグレクトが次いで多くみられる。軽症の時には医療機関に受診しないで、症状が悪化してから受診が多いために、医療機関では重症例が多くみられる^{1,2)}。来院時の症状が軽度であっても、帰宅後に極端に悪化し、場合によっては死亡してから再受診するような例もあるので、虐待であることを見逃さずに、子どもを危険から守ることが重要である。

本論文では、医療機関で多く経験する身体的虐待およびネグレクトを中心に解説する。

【症例1】

1歳の女兒。受診の前日から眼周囲が腫脹し、受診日にはさらに発赤および腫脹が悪化したと訴えて眼科に受診した（図1）。明らかな外傷であり、児童虐待の可能性があるので、小児科に依頼された。児童虐待の可能性が極めて高いと考え、保護者の付き添いなしで入院とした。

この際、母親に対して虐待の可能性については言及せず、凝固系異常などの精査が必要であると考えていると説明のうえ、保護者付き添いなしの入院とした。



図1 眼周囲の発赤・腫脹

入院時所見としては、眼周囲の著しい発赤および腫脹、耳介後部を中心とした発赤を認めた。凝固系等検査所見に異常を認めなかった。同日中に子ども家庭支援センターおよび児童相談所に通告した。

翌日に児童虐待防止委員会を招集した。院内委員に加え児童相談所、福祉事務所、健康福祉センターなどの職員を交え検討を行い、児童虐待の可能性が極めて高いことを確認した。各診療科の医師等を中心とした検討から、両手で両眼周囲および耳介後部を強く把握し、持ち上げたのではないかと推測された。回復次第、一時保護する方針が決定された。1週間後に、医学的管理が必要ないと判断され、病状について説明すると伝え、母親を呼び出した。医師から不自然な外傷であり、なんらか身体的に危害が加えられた可能性がある

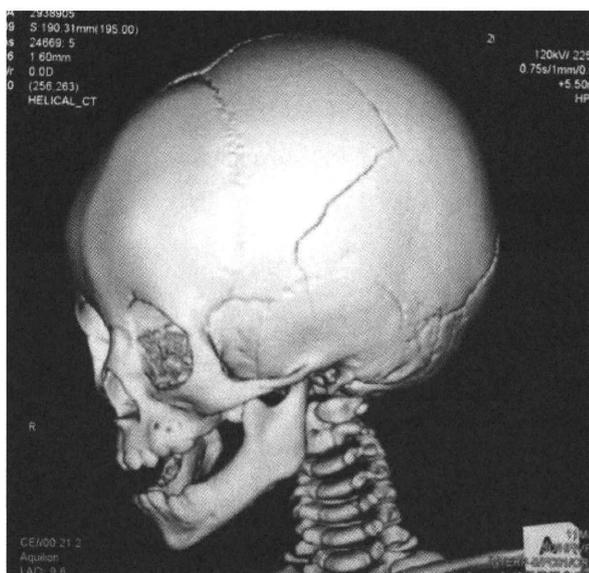


図2 頭部CT

ことおよび通告の義務について説明した後、児童福祉司から保護の必要性について説明があった。母親からの同意はなかったが、説明の途中で他の児童福祉司が児を保護施設へ連れて行った。

【症例2】

11か月の女児。39度の発熱を主訴に当院来院した際に、左側頭部腫脹を認めた。左側頭部以外、体表に外傷を認めず、咽頭発赤を認めるほか特記する症状および所見はなかった。頭部エックス線写真で左側頭部に骨折を認め、CT上でも広い範囲での骨折を認めたが、頭蓋内出血は認められなかった(図2)。身体的虐待の可能性があるので、両親に発熱の経過を見るためと説明のうえ、入院とした。母親の付き添いを許可、家庭状況について両親に繰り返し尋ねた。この際、母親から「私が虐待をしたと疑っていますか?」との発言があり、われわれには虐待を含めて原因を追及する義務があるので、一緒に考えようと伝えた。骨折像から見て強い圧迫があったと考えられることを伝え、詳細に問診を繰り返した結果、児が幼児用椅子で遊んでいた際に背もたれの空間に頭部が固定され抜けなくなり、両親で苦労して無理に抜き出したことがあるという事実が判明した(図3)。児童虐待防止委員会で検討した結果、これは事故によるものと推測されると結論づけられ、その後も注意深く観察するものとして退院した。この際に、子ども家庭支援センターにも連絡し、家庭状況の把握や今後の見守りについての依頼をした。その後、不審な状況はみられなかった。

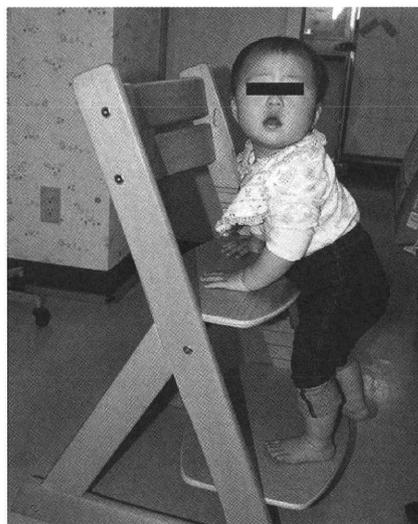
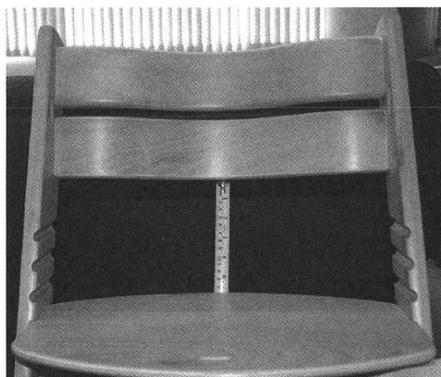


図3 幼児用椅子と患児

【症例3】

2歳の男児。突然意識を失うことを主訴に救急外来に来院した。これまでに同様の訴えで受診し、2回とも点滴により改善された。2回とも原因不明のため入院を勧めたが、拒否して帰宅した。3回目の来院の際、対光反射は正常であり、意識レベルはJCS300であった。母親は、ひどく心配した様子で、「この子に何かあったら、私は生きて行けない。」「先生、助けて下さい。」など叫び、不自然なほど取り乱した様子であった。入院を勧めたが、強く拒否した。この際、診療所の医師から連絡があり、母親がハロペリドールを服用していると情報があつた。後日、ハロペリドール血中濃度が17.9mg/dlと高値であることの報告があり、ハロペリドールを与えられていたことが判明した。児童相談所に通告したが、父方の祖母が養育することになり、当時1歳の同胞およびその後出生した同胞は乳児院での養育を受けている。

この症例は、代理人によるミュンヒハウゼン症候群であると結論づけられた。

【症例4】

10歳の女児。呼吸困難、全身倦怠感、下腿浮腫を主訴として来院した。約6か月前から下腿の浮腫が出現し、入院5日前から嘔吐、2日前から呼吸苦を訴え、継母に連れられ来院した。この際、心拍数133/分、血圧94/42であり、胸骨左縁上部にLevine 2度の収縮期駆出性雑音を聴取した。下腿には明らかな浮腫があり、極度の齲歯を認めた。胸部エックス線写真で心拡大を認め（図4）、心電図で右房負荷および右室肥大の所見を認めた。心エコー上に明らかな異常はなかった。血液検査で小球性低色性貧血がみられた。うっ血性心不全を認めており、入院治療の必要性について継母に説明したところ、近所の人からうるさく言われて受診したのであって、自分としては入院の必要がないと思うとの返答があつたが、強く入院を迫り、入院させた。利尿剤、強心剤などの投与によっても改善がみられなかった。

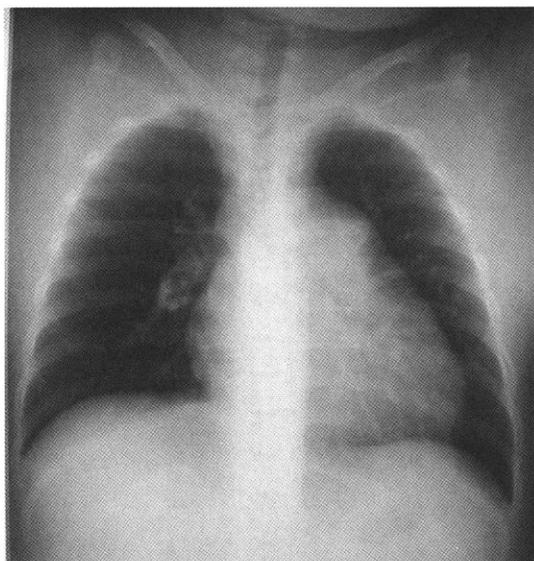


図4 胸部単純エックス線写真

入院時の検査からビタミンB1が16ng/dl、赤血球トランスフェラーゼ活性が0.46ng/dlと低値であることがわかり、脚気心と診断された。ビタミンB1の投与により、改善された。

家庭には継母の連れ子2人および再婚後の同胞1人がいるが、父親はほとんど帰宅せず、児は家族とは別に1人で自室で主食およびみそ汁のみの粗末な食事を与えられていたことが判明した。ネグレクトであると判断し、児童相談所に通告したが、児が肥満気味なこともあり、当時の児童福祉司がネグレクトであることを認識できず、保護まで長期間を要した。

【症例5】

1か月の女児。在胎41週0日、出生体重3,720g、Apgar score 9、正常分娩で出生した。23歳の父、21歳の母および3歳の姉がいる。

1か月児健康診査の際に体重は3,970gであり、体重増加不良を認めたために当院を紹介された。母親は1日当たりミルクを1,200ml飲んでいると言っていたが、生後1か月間の体重増加は160g（5g/日）であり、明らかに矛盾していた。経過を見るために入院としたが、入院後の体重増加は順調であり、入院19日目に5,030gに増加した。ネグレクトの可能性があつたが、外来で経過を見ることとし、退院した。10日後に外来受診を予定していたが、5日目に心肺停止のため、大学病院に搬送された。異変に気付いたのは午前10時頃だったが、救急車で来院したのは午後1時頃であった。担当医によると、両親は救急室でパニックに陥ることはなく冷めた目で眺めていたように見えたとのことであった。

警察の事情聴取では、患児が元々病弱であり、長いこと入院していたと語った。行政解剖を施行し、肉眼的異常がなかったためSIDS（乳幼児突然死症候群）と判断された。しかしながら、多くの点で矛盾があり、

表 SIDS と本症例との比較

	SIDS	本症例
来院までの時間	直ちに来院する	死亡してから3時間経過していた
受診時の親の状態	パニックに陥る	心配そうに見えなかった
発症までのエピソード	死亡を予想させるエピソードはない	体重増加不良のため入院した
子どもの死亡に対する態度	自分を責める	子どもは病弱であったと警察に伝えた

われわれはネグレクトの結果、死亡したと考えている(表)。約1年後に同胞がネグレクトで保護されたこともあり、ネグレクトが強く疑われる。

II. 診療の要点

症例で示したように、医療機関では身体的虐待およびネグレクトの重症例が多くみられる。

身体的虐待では来院時に、外傷のみられる症例が多い。ところが、硬膜下血腫など外傷があるにもかかわらず、意識障害や呼吸障害を主訴とし、外傷を訴えないことも多い。外傷は全身にみられる可能性があるが、特に頭部外傷が多い。生後3か月以降の硬膜下血腫の約半数が、身体的虐待によるものであるといわれており、硬膜下血腫を見たら身体的虐待を強く疑うべきである。ネグレクトにおいては、栄養障害だけでなく、状態が悪化したことによる呼吸障害を認めることが多い³⁾。

虐待の診断は、疑うかにかかっている。診断のきっかけとして、養育者から見ると、症状・所見と問診の不一致、子どもに対する態度が冷たい、心配した様子がみられない、症状経過をあまり話さないなどがあり、子どもでは、外傷など不自然な症状・所見が大部分である。無表情である、発育不全がみられる、皮膚が不潔であるなどについても注意を向ける必要がある。小児の診療にあたっては、症状・所見が不自然ではないか、保護者の説明と症状の程度が一致するか等に注意する必要がある。また、全身を注意深く観察し、タバコによる熱傷やあざなど特徴的な所見の有無を見る⁶⁾。

これらから虐待を疑うことは難しくないが、児童虐待の確定診断は虐待の事実を証明することが必要になる。特に警察などが事件として扱う場合には、具体的な事実が重要である。このためには可能な限り、いつ、

どこで、誰が、何をしたかを病歴に記録することが大切である。

III. 実際の対応 (図5)

外傷や不自然な症状を見た場合に、まず傷害の程度に応じて、緊急処置が必要になる。傷害の部位に応じて、脳神経外科、整形外科などの医師との協力が必要である。症状がある程度安定したら、身体状況を把握し、被虐待児であることの判断をする。被虐待児を診療した場合には、診断時から退院後の経過観察までにおいて看護師、ケースワーカーなどの院内スタッフおよび児童相談所、子ども家庭支援センター、保健所、警察などとの連携が重要である。初期に子ども家庭支援センターなどに連絡することにより、家庭状況が明らかになり、診断に役立つことも少なくない。

児童虐待を疑った場合には、市町村、福祉事務所または児童相談所への通告の義務がある。東京都においては子ども家庭支援センターが市町村の窓口にあたる。死亡している場合はもちろんのこと、生命の危険がある場合には警察に連絡する方が良い。通告の際に、医師の守秘義務の問題があるが、児童福祉法第25条による通告の義務があり、児童虐待防止法でも、通告の義務が守秘義務に優先されることが定められている⁷⁾。

医療機関を受診する被虐待児は、重症例が多く、生命の危険がある場合が多い。来院時に重症でなくても、帰宅させると危険なことが多い。このため、被虐待児であると疑った場合には入院させ、子どもを危険から保護することが原則である。入院を拒否する症例が少

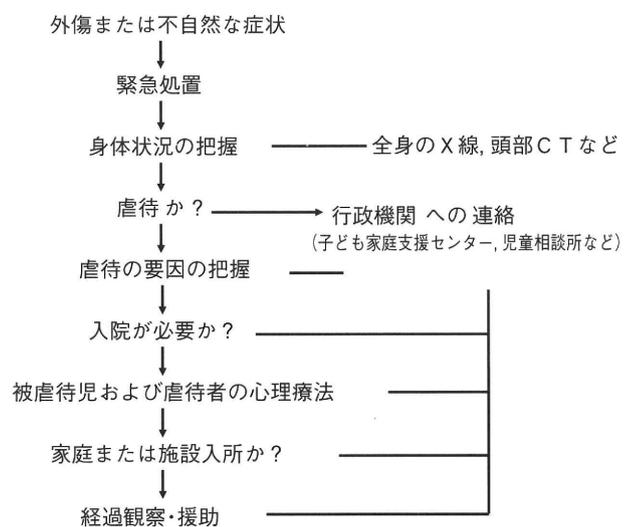


図5 児童虐待の対応

なくないが、そのような場合に公的機関の介入により、保護者が入院に同意することが多く、措置入院が必要になることもある。入院は、保護の目的や、親子分離での症状の軽快を見るために、付き添いなしの方が良い。年長児であれば、身体症状の治療とともに心理的な治療が必要になる。

児童虐待は、被虐待児ではなく、むしろ虐待者の疾患といえる。ところが、虐待者の治療については、強制力はなく、誰がこれを施行するのかも明確でないために、非常に困難である。今後、法的整備によりこの問題が改善されることを期待する。

家庭状況から判断して生命の危険が予想される場合には、施設などに収容し、親子分離を検討する。親子分離は緊急避難的な一時的な処置として、その後も親子の再結合ができるようにすることが前提である。治療の目標は、親が虐待を認め、要因を理解し、態度を変容しており、虐待を引き起こした要因が改善され、親子が再結合されることである⁸⁾。実際には容易なことではない。

児童虐待において小児科医師をはじめとする小児医療に携わる者の役割は、被虐待児であることを診断し、危険から保護することである。これらのためには、多職種で協力し、組織として対応することが重要である。医療機関から直接退院する場合や、外来で経過を見る場合でも、児童相談所、保健所などと連携し、十分な援助体制、監視体制が敷かれ、再発を防止することが重要である。虐待には再発が多くみられるので、これらは長期にわたる必要がある。

文 献

- 1) 泉 裕之. 児童虐待. 救急医学 2005; 29: 1780-1783.
- 2) 市川光太郎. 児童虐待へのアプローチ. 東京: 中外医学社, 2001.
- 3) 泉 裕之, 大久保 修, 瀧上佐智子, 他. 被虐待児の診断についての検討. 第43回日本小児保健学会講演集, 1996: 530-531.
- 4) 泉 裕之, 大久保 修. 身体的虐待の特徴と発見法. 小児内科 2002; 34: 1359-1361.
- 5) 泉 裕之. 児童虐待はどのように診断するか. 市川光太郎編. 小児科外来診療のコツと落とし穴5. 小児救急. 東京: 中山書店, 2004: 134-135.
- 6) 小平隆太郎, 大久保 修. 被虐待児症候群. 小児看護 1991; 14: 1392-1397.
- 7) 泉 裕之. 通告(市町村, 警察を含む). 小児科診療 2007; 60: 657-662.
- 8) 小林美智子. 被虐待児の予防・早期発見・援助に関する研究. 平成2年度厚生省心身障害研究「地域・家庭環境の小児に対する影響等に関する研究」, 1991: 196-202.