

第66回日本小児保健協会学術集会 会頭特別企画

子どもの虐待一周産期からの切れ目のない支援—

医療機関向け虐待対応プログラム BEAMS Stage 1

田上 幸治 (神奈川県立こども医療センター患者家族支援部長総合診療科)

初めに子ども虐待対応の歴史について触れたい。虐待というのは、人類の誕生以来間違いなく存在していたわけで、大人が子どもの権利というものを考慮して初めてその存在が明らかになるものである。世界で初めて被虐待児に対して社会的な対応がなされたのは、1874年ニューヨークにおける、メアリー・エレンという女の子の事例である。当時、子どもを守る法律は何もなく、既にあった、国家の財産としての動物を勝手に殺すな、という趣旨で試行されていた動物虐待防止法を適用させ、保護されることとなった。この事件をきっかけに、子どもを守る体制が何もないことに大人は愕然とし、翌年ニューヨークに世界で初めての児童虐待防止協会が設立する。その後は世界大戦などの動乱が続き子ども虐待の問題は再び、光が当たることのない状態が続いたが、1962年に小児科医であるヘンリー・ケンプ医師がJAMAという雑誌に、バタードチャイルド症候群という論文を掲載したことを皮切りに、医療の側面から再び虐待に大きな光が当たることになった。それ以降は、福祉と医療がリードして虐待対応を進めていったが、大きな壁にぶち当たることになる。オーバートリアージの問題である。1983年に起きたマクマーチン幼稚園事件はその最たる例である。ある日一人の子どものお母さんが、うちの子が幼稚園で性虐待被害を受けたと申し立てた。それを皮切りに調査が行われたが、子どもにとって威圧的・誘導的・示唆的な面接が行われた結果、ほぼすべての子どもが性虐待被害を受けたと打ち明けることとなり、大問題となった。結局、面接に大きな欠点があることが判明し、全ケースで無罪となったものの、多くの時間とお金が使われ、多くの人が傷つくだけの事件であった。この事件もきっかけとなり、アメリカでは警察・検察が積

極的に虐待に関与することとなり、司法面接という面接手法、多機関連携体制の構築、子どもの権利擁護センターの設置など、虐待対応は成熟することとなった。そしてそのような成熟した対応がなされるようになって10年ほどたち、功を奏してきたのか米国では虐待と認定される事例は減少している。イギリスでも同様にクリーブランド事件が起き、多機関連携体制が進むこととなり、2000年代から虐待が減少している。一方、日本はどうだろうか。残念ながら虐待への気づきは遅れ、児童虐待防止協会が初めてできたのは1990年、その後虐待防止法が施行されたのは2000年とごく最近の話なのである。

次は虐待という言葉の定義につき、共有していきたい。日本語の虐待という言葉は、残酷な待遇、から来た言葉である。虐という漢字は虎が爪でひっかくさまを表す象形文字である。ここから連想されるのは、重篤なレベルの身体的虐待に限られてしまう。しかし虐待を表す英語のChild Abuseという言葉をよく見てほしい。Ab-use, つまり誤用・乱用という言葉が含まれている。つまり虐待とは、大人が子どもに比べてはるかに強い権力・腕力などのパワーを子どもに誤用・乱用した状態を指す、とても広い概念なのである。useという言葉が持つ作為的な意味が、不作為であるネグレクトをうまく表現できない懸念から、maltreatmentという言葉も最近よく使われる。maltreatmentのmal, とは不適切なという意味である。つまり虐待とは、養育者が不適切に力を行使、もしくは適切に力を発揮すべきところを行使しないために、子どものwell-being, つまり健康が脅かされた状態を指すのである。これはしつけど、これがうちの方針だ、などの力を誤用している側の大人の言い分を聞くので

はなく、子ども側の視点で子どもが傷つけられている状態となっていたら、それは紛れもない虐待なのである。

虐待されている子どもは見ればわかる、という意見もよく聞く。しかし、医療者がその所見から症状を覚知できる虐待だけが虐待なのではない。虐待の対応は、見ればわかることが多い重篤な身体的虐待、ネグレクトから始まり、性的虐待・心理的虐待に対応が進んでいくが、日本ではまだ性的虐待は極めて稀とされてしまっており、虐待類型別の比率は1.3%である（2016年）。DVの目撃が心理的虐待に含まれたことから、心理的虐待の比率自体は高いが、DV事例を除いた事例の頻度は極めて少ないのが実情である。虐待防止法では、本来、疑い例も含めてすべて通告義務があり、われわれは通告すべきかと悩む選択肢はないのが原則である。もちろん実際の臨床のうえでは、通告に伴うさまざまな事情を考慮せざるを得ないのが実情かもしれない。ただし、浮かんだ懸念を即座に否定しないで、その疑問を解消するために、何らかの行動を起こすことが極めて重要である。

虐待なんてこの世にあってほしくない、この世からなくなってほしいと思う。しかし虐待が疑われる子どもを前にして、虐待なんてあってほしくないと考えて虐待の可能性を否認してはならない。また、虐待をしている親をわれわれとは違う特殊な人間と切り分けてしまうことも、真の虐待の解決を遠ざけることになる。虐待をしていて心地いい、このままの親子関係が続けばいいと感じている加害親は誰もいない。虐待とは脆弱な状況に置かれている家族が、子どもをとおして社会に発信しているSOSでもある。虐待を疑うことは、後ろめたい、養育者への裏切り行為ではなく、真の親子のニーズを見つめるために必要な診断技術なのである。虐待は、疑わなければ見つけることができず、見つけられなければ行為が進行したり、子どものトラウマが深まっていく、早期発見が重要な小児期の重症疾患なのである。そして通告を行うことは加害者の告発ではない。通告とは、閉じた家庭内で進行してしまった家庭機能不全の病理を、地域に開き支援を開始するための治療行為なのである。そのように考えると、通告は親をも救う行為なのだから、ためらう必要はないのである。もちろん、当初は加害親から攻められるリスク、医院経営上のリスクなど、多くのことが頭をよぎるかもしれない。個々人がSentinel（見張り番）としてわずかなアクションを起こすことで、テコの力の

ような大きな力になり、地域全体で親子を守れるようなシステムを構築していくことが喫緊の課題である。でも、今虐待を受けている子どもに「何年か待っててね」とは言えない。子どもが第一の原則を貫くのは、思った以上に大変である。具体的には通告、虐待に詳しい医療ソーシャルワーカーや小児科医などへの相談、医療的ニーズに変換して地域の中核的な病院へ紹介するなど、何らかのアクションを起こしてほしい。

どのような事例で虐待を疑うか。その対象となるのは、家庭内の事故、第三者の目撃のないケガ、原因不明の医学的状態の子ども、そして、なにか気になる子どもでもある。これらすべては虐待の可能性を考えるべき子どもである。ちょっと気になる、というのは、小児科医が大事にしている、子どもの重症感と同じく、具体的に定義づけることが難しい概念であるが、このような臨床上の違和感が生じた場合に、反射的に、虐待、というキーワードがぱっと浮かぶかどうか、子どもの予後を変える極めて重要な局面なのである。常に虐待を気に掛ける準備性、そして懸念が生じた場合にそれを放置しない対応性、この二つがあれば見逃しは防げるし、見つける立場の人に見て見ぬふりをされた、という子どもの傷つきも減らしていくことができるはずである。

外来の混沌とした場面では、子どもが虐待を受けていたとしても、子どもが安全安心を感じて被害の開示が得られるとも限らない。また子どもが幼い場合にはそもそも被害を語れない。虐待の可能性を考察する際には、客観的な情報の収集を行う必要もまたあるわけである。その際には、身体所見、そして周辺状況、この二つを両輪として考察するとよい。

一般診療の場合、周辺状況の病態を考察する、ということはないが、子ども虐待というのは家庭機能不全症という病態でもあるから、このステップが極めて重要である。スクリーニングにはチェックリストのようなツールを用いるとよい。ただし、チェックリストには、それを付けることが目的化してしまうこともあるから、その点には注意が必要である。むしろ皆さんの中に生じた臨床上の“違和感”を大事にしてほしい。あくまでこのステップは、違和感を言語化し整理して、治療者・支援者側で共有するために必要なステップ、と理解していただければと思う。虐待とは言えないまでも養育困難状況に陥っているご家族に接する際にも極めて重要な観点である。養育困難に陥っているご家

族に必要なのは、共感と支援である。

次に、身体症状からの虐待の可能性を疑う、という点についてであるが、虐待が疑われた場合は文字通り頭のとっぺんから、足のつま先まで全部を診ることが重要である。Stage 1の聴講者の方々の役割は、Sentinelであるから、気になる所見があれば、より詳しい人物につないでいただくという選択肢がとれればよい。ただし、Sentinelの皆様方にぜひ行っていただきたいことがある。それは写真撮影である。急性期に初めて医療者と接触することになった段階の損傷の所見を写真に収めておくことは、その後に子どもを守る際に極めて重要な証拠となる可能性がある。定規があれば傷と一緒に撮影すると理想的であるが、手元にすぐはない場合、コインなどの既知の大きさのものと一緒に撮影しておくとうい。

虐待に関する話を聞く際に注意していただきたいことについて触れておきたい。外来の場というのはあくまでスクリーニングの場であり、根掘り葉掘り聞くことはせず、WHO did WHATのみを聞くということを心がけていただきたい。それで虐待の可能性がわかれば、子どもの安全を担保したうえでじっくり話を聞けばいいのである。また、子どもが勇気をもって話した内容に動揺し、自身を落ち着かせる意味で「その話は本当なの」と言ってしまうがちであるが、このような真偽を確かめるような言葉は、子どもに信じてもらえなかったというメッセージになってしまうので、言わないように強く意識していただきたい。また、たとえ子どもの安全を守ろうという意図であったとしても、保護者に対して、虐待を疑った根拠として「子どもがこのように言っていた」などと、子どもに責任があるような言い方をしては絶対にいけない。そのような行為は、保護者から子どもへの加害行為を助長するだけであり、いわば医療者の虐待への加担ともいえる行為である。また、医療者自身が虐待を強く疑った場合でも、外来の場で、例えば「医学的には虐待以外に説明が付きません。子どもを揺さぶったりしませんでしたか？」などのように、直接的な質問をしないようにしていただきたい。外来の場では親も動揺している。とっさに聞かれたことを否定してしまい、後戻りできなくなってしまうということも少なくないのである。救急外来では、保護者がどんなに矛盾にあふれる言葉を発したとしても、それをそのまま受容しカルテに逐語的に記載をすることが、Sentinelの役割である。親

に「虐待」というキーワードを用いて、行為の意味を自覚させることは、親のケアの一環でもあり、絶対に必要である。でもそれは、子どもの安全が担保され、支援に乗せるルートが確立されてからの話なのである。なお「なぜ?」という問いかけは、どうしても責められているという感覚を相手に抱かせるものであるから、子どもにも、保護者にも、使わないことを意識しておくとうい。

虐待の診断は多面的な総合判断である。外来の場ですべての判断材料が揃うことはむしろ稀である。その場で白か黒か結論をつけようとした場合、どうしたって白という方向に判断するメカニズムが働いてしまうのである。特に院内虐待チームなどのチームサポートが十分に得られず、一人矢面に立たされた場合、どうしたって“虐待ではないと思いたい”という無意識的な「否認」という心理機制が働いてしまいがちになる。事故と虐待の鑑別において、医療者間のパワーゲームに陥り、「先生が言っているのだから…」などと、コメディカルスタッフが虐待の可能性を十分に感じていながら口をつぐんでしまうことも現実的には少なくない。冷静かつ科学的に対応し、子どもの権利を擁護する職責は、医師であれ、看護師であれ、医療ソーシャルワーカーであれ等しく負っている性質のものである。そのことが職場で共有され、オープンマインドに対応ができる環境であることが、正しく虐待に対応するうえでの第一歩であるともいえる。

目の前の子どもに虐待の可能性が持ち上がった場合、次に行うのは虐待のトリアージである。初めに、虐待の重症度は主に、医学的重症度、ケースワーク判断、親の支援受容度からなる。具体的に言うと、心中企図症例や扼頸症例などは、医学的には入院の必要がない軽症例もある。ただし、このような症例は、同じことが繰り返されれば死に至り、虐待としては重度である。さて、医学的に中等症で子どもは家に帰そうと思えば帰ってしまうような状態の場合、考慮すべきは“子どもの安全を担保する必要があるかどうか”である。このような症例こそ、背景にある真の問題を把握し、再発の防止のための枠組みを明確にしておく必要がある。救急外来はスクリーニングの場であり、このような場合に迷ったら入院が原則であるということを通認認識としたい。なお、救急外来で虐待というキーワードを用いるメリットはないということに述べたが、改めてここでも強調しておきたい。

この中等症の場合、親が子どもを連れて帰ると言い張った場合の対応というものが問われることとなる。医療者は、保護者とパワーゲームの土俵と一緒に立つてはならない。医療者として冷静に、なぜ保護者がそうしたいのか、傾聴していただきたい。責められる、虐待が発覚する、等に恐怖心を抱いていることが原因かもしれない。一方で加害者もどこかで救われたいと思っている気持ちがあるはずである。あくまで医学的適応での器質的疾患の除外の必要性を強調し、説得するとよい。これは決して方便ではなく、“家族機能不全症”への治療行為であると理解すればためらう必要がない。われわれ医療者が、怒りを露わにしたり、恐怖心を表したり、疑いの気持ちを出すことは、加害者がかえってパワーゲームの輪廻から逃れられないことになるのである。あくまでわれわれは、家族機能不全症の治療者・支援者であるということを忘れてはならない。

医学的に何も所見がない場合、一般的には虐待としても軽症なことが多い。ピットフォールに注意しつつ、心配な点がある場合には、可能な限り外来受診予約を取り付け、保護者との信頼関係を構築し同意を得たうえで、要支援家庭として市町村に情報提供を行うことが望まれる。

これまでの話は主に身体的虐待・ネグレクトなどの、目に見える、つまり所見を医療者が覚知しやすい虐待

の場合の対応である。性的虐待・心理的虐待のような目に見えない、つまり医療者が所見を確認し難い虐待に関しては、また別の対応が必要である。特に、性的虐待の医学診察には高い専門性と、病歴聴取上の特別な配慮を要する。知っていただきたいことは、性的虐待は稀ではないこと（女児の4人に1人、男児の6人に1人）と、不用意な対応は後の調査に影響しトラウマを深めるため、疑った場合は、児童相談所にすぐさま通告することである。

われわれ医療従事者一人ひとりが、通告の意義を理解し、個々にできる範囲内で虐待対応の Sentinel としての機能を発揮しようと努力することは、今この瞬間からでも可能である。

虐待に対して、医療者としてもう少し力を介していただけるとお考えの方、そして虐待の診断・対応についてより詳しく学びたい方は、ぜひ Stage 2 の講義を受けていただきたい。



虐待対応プログラム BEAMS <https://beams.childfirst.or.jp/>