

## 虐待防止のために日常診療で小児科医に必要な役割について考えた症例

つかもと かず き ほり だい すけ  
束 本 和 紀 堀 大 介  
いし ぐろ しん こ  
石 黒 眞 吾

キーワード：虐待防止，医療ネグレクト，虐待予備群，不適切な養育環境，連携

### 要 旨

乳幼児をもつ母親が内服処方のみ目的の受診を繰り返し，気になる言動や様子から医療ネグレクトの可能性を疑った。この家庭を「虐待予備群」と捉え医療スタッフ間で養育環境の問題点を共有し小児科医として児の安全を守るため介入した。不自然な受診行動が虐待や虐待予備群の徴候である可能性がある。虐待防止のために日常診療で小児科医は保護者や児の態度や言動に注意を払う姿勢が求められる。とりわけ乳幼児健診や予防接種において虐待予防・早期発見の意識を強く持つべきである。また児の安全確保を最優先に考え，家庭の支援ニーズに応じて連携することが円滑な支援への動きにつながる。

### はじめに

近年，日常診療で虐待に出くわすことが珍しくない社会となり，小児科医の役割として早期発見，児の安全確保，児童相談所への通告・調査への協力がより一層求められるようになってきている。さらには，まだ虐待に至っていないが放置すれば起こしうる「虐待予備群」の段階で問題解決の対策を考えることが重要となる。

今回我々は，母親の不自然な受診行動から医療ネグレクトの可能性を疑い，小児科医の立場から

児の安全を守るための介入を行った「虐待予備群」の一家庭例を経験した。虐待防止のために日常診療で小児科医に必要な役割について考えさせられた教訓的症例であったため報告する。

### 症 例

#### 経 過

受診者は2歳（以下，児A）と8か月（以下，児B）の乳幼児をもつ当院看護師。児Aが感冒で体調不良のため，処方を希望し母親のみ受診した。しかし受診翌日と3日後に症状が改善しないにも関わらず母親のみの受診を繰り返した。診察中に「夜泣きがうるさいためトリクロリールシロップを処方してほしい」，「感冒薬をできるだけ長めに

ほしい」といった気がかりな言動がみられ、また目のくまが強い様子も気にかかった。主治医も外来看護師もこの家庭に違和感を感じ、適切な医療を受けさせない「医療ネグレクト」の可能性を疑った。この受診からひと月後、外来看護師から気になる報告を受け状況を把握したところ、母親は育児ストレスにより過呼吸発作を起こし仕事を欠勤し当院精神科に通院中である、育児に関わる問題で夫婦間のもみ合いになり、父親が階段から転落して受傷した。また児Aが母親の抱っこに抵抗したためはずみで母親が投げつけた、ということが起きていた。現状から推測すると、この家庭の養育環境には大きな問題があり、放置すれば虐待が発生する可能性の高い「虐待予備群」として捉えた。数日後に母親が職場に復帰し話をする機会があり次のような家族関係が浮かび上がった。

家族関係 (図1)

母親には再婚歴があり、児A、B以外にも元夫との間に中学3年生、小学4年生の子がいた。児Bが生まれた頃から父親の実家で父方祖母と同居しはじめたが、夫や姑との不和で別居に踏み切った。母方祖母などから一定の育児支援はあったが、

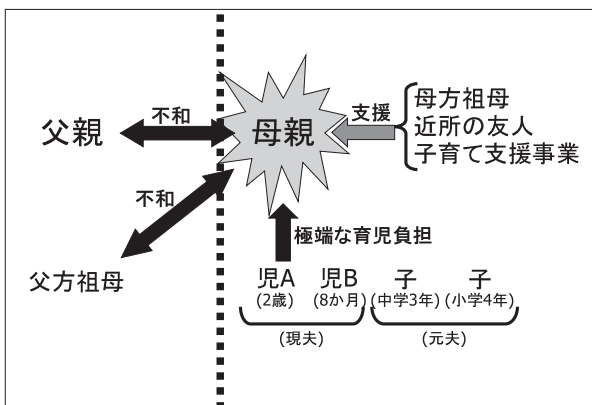


図1 母親の話から浮かび上がった家族関係

4人の子育てを一手に担う大きな負担、仕事と育児を両立する負担などで精神状態が不安定となり過呼吸発作を起こしていた。

対 策

最大の問題は母親ひとりに多大な育児負担がかかっていることで、この厳しい状況が改善されないと虐待が起きる危険が高い。裏を返せば母親の育児負担軽減を実現できれば児の安全確保に結びつく。この認識に基づき、具体的な対策として、精神科医から十分な休養が必要であることを助言し一定期間仕事を休む決断をしていただいた。また児の安全確認は医療機関のみでは限界があったため、関連機関と連携した。当初は当市の保健センターとの連携を提案した。これに対し母親から「初対面の人に会うことが精神的に強い負担となるため保健センターへの連絡は控え、代わりに保育園と連携をとってほしい」という意見があり保育園と連携した。のちに母親から要請があり母親と面識のある当市医療専門監の医師を仲介に保健センター、さらに児童相談所と連携した。

考 察

児童虐待防止法では児童虐待は身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の四つに分類されている。身体的虐待には「児童の身体に外傷が生じたもの」に加え「生じるおそれのある暴行」が明記され、また心理的虐待には「児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力(いわゆる家庭内暴力、DV)」も含まれている。一方、ネグレクトは「児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号(身体的虐待、性的虐待)又は次号(心理的虐待)に掲げる行為と同様の行為の

放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること」とされ虐待者から児童を守らない保護者をネグレクトとみなすようになった。ネグレクトの一形態に医療ネグレクトがある。狭義には「その時点の医療水準や社会通念を考慮し、子どもに必要なと判断される治療があり、子どもが治療をしなければ生命に関わる状態なのに親が治療のすべて、またはその根幹となる部分を否定すること」、広義には「子どもの健康に何らかの異常があるにも関わらず、医療機関を全く受診しないことや、疾病予防ないし疾病の早期発見を目的とした健康診査や予防接種を保護者の判断などでまったく受けさせないことや遅延する行為も含む」と解釈される<sup>1)</sup>。このように虐待の概念は生命を脅かす「身体的虐待」という古典的定義から「不適切な養育環境下で子どもが生活している状況」へ捉えなおされている。養育環境に関わる要因には 保護者側、子ども側、家庭環境がある。これらの要因の不適切さの程度により「虐待予備群」や「育児不安群」といった虐待前段階の家庭状況がみられる（図2）。本症例では保護者側の要因として母親の精神的不安定、子ども側の要因として年齢

層が広く、なかでも育児に手のかかる乳幼児が二人いること、家庭環境の要因として夫や姑との不和、育児協力のなさ、子連れでの再婚といった背景がみられた。こうした環境下で起きた「母親が児Aをはずみで投げつけた行為」や「夫婦間のもみ合いを児Aが目撃したこと」を身体的虐待や心理的虐待と解釈するか否かはきわどく、ともすれば虐待を起こしかねない「虐待予備群」という認識に至った。また母親の受診行動についてみると、児Aを同伴していないものの医療機関には受診しており広義の医療ネグレクトに該当しないと考えられる。しかし外来で対応した医師・看護師が母親の言動などから受けた印象はかなり違和感が強いものであった。また医学的にみて急性期の疾病が改善していないにも関わらず親の都合を優先し患児を受診させない対応は不適切であり医療ネグレクトを起こしかねない可能性を感じた。

では小児科医には虐待への連鎖を断ち切り虐待を防止するためにどのような姿勢が求められるのだろうか。『小児科医が虐待防止に「特有の立場」にある』という小林の言<sup>3)</sup>を引用すると、『自らは支援を望まないことが多いといわれる虐待親も、

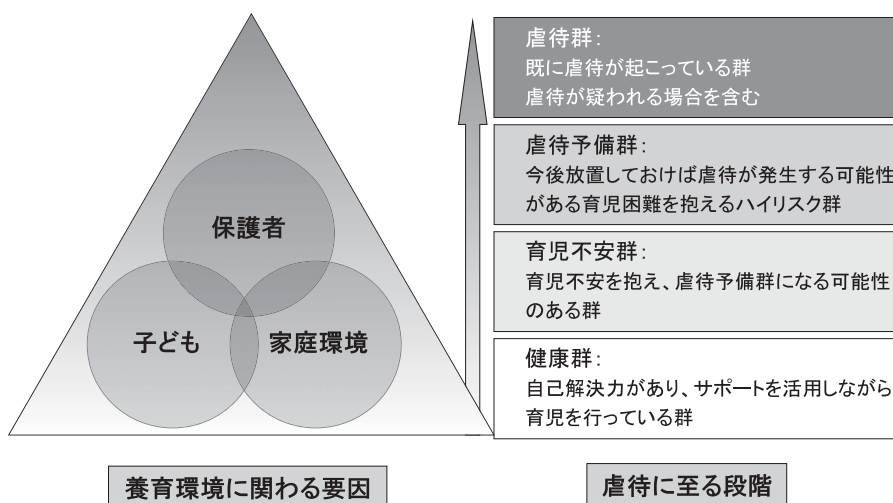


図2 養育環境に関わる要因と虐待に至る段階（文献2，2006を改変）

「子どもを助けたい」という気持ちが心のどこかにあり、受診は「親としての責務をはたす」ことになり、自ら望んでする数少ない行動である。しかし、親がそこで事実を打ち明けるとは限らず、言葉にできないSOSかもしれない。...中略...。小児医療は、子どものみならず親にとっても、「救ってくれるかもしれない」と藁にもすがりたいの貴重な機関なのである』と述べている。つまり虐待防止のために必要な小児科医の姿勢は、保護者や児の言葉にならないSOSに気づき、気にかけて、注意を向ける姿勢を持つことであるといえる。今回の症例を振り返ると、母親の受診こそ言葉にならないSOSであり、その時に違和感を感じたことで「虐待予備群」の段階で支援への動きを始めることができた。こうした姿勢は日常診療でもとりわけ乳幼児健診や予防接種において強く求められる。なぜなら、厚生労働省の虐待死についての報告書を検証した報告<sup>4)</sup>によれば、年間およそ50~70件起きている虐待死亡事例のうち約85%が4歳以下の乳幼児であり、とくに0歳児が約45%を占め、0歳児では0ヵ月児が約45%を占め、さらに0ヵ月児では日齢0が約60%を占めているという驚愕の実態がみられたからである。また行政の動きとして2008(平成20)年の児童福祉法改正により「養育支援訪問事業」や「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」が法定化され、当事者からの願い出がなくても積極的な支援に乗り出す体制が設けられた<sup>5)</sup>。虐待の事後対策から虐待発生予防へ目を向けた動きである<sup>5)</sup>。こうした体制と医療機関が連携を深めることでよりきめ細やかに虐待予防を実施できると考える。当院の所在する医療圏においては分娩可能な医療機関が唯一当院のみである。このため圏域における未熟児や障害児などへの小児科医の関わりは非

常に大きい。また1ヵ月健診も当院にて全件実施するため新生児期から乳児期の定点観測の役割を担っている。さらに予防接種の公費助成開始以降、接種受診数も増加している。これらの機会に育児相談を受けることが頻繁にあるが、その際に虐待予防・早期発見を意識し関連機関と連携を行うことが必須となることを痛感した。

虐待前段階の家庭を支援する関連機関はさまざまあるが、医療機関から連携を図る際に最も気をつかうことは「誰が、どの関連機関に、どのタイミングで連携するか」ということである。これを誤ると支援だけでなく信頼関係も途絶え状況を悪化させる危険が高い。このことに細心の注意を払いながらも最優先事項である児の安全を確保するよう連携する必要がある。本症例の場合は母親の精神状態に合わせて初期には保育園、時期をみて保健センターと連携したことで円滑に支援への動きを開始することができた。現時点では児の安全を保育園で確認し、何かおかしい様子が見られた場合に速やかに保健センターへ連携し、必要がある場合には児童相談所と連動して家庭へかけつけるネットワークを設けることができている。

## 結 語

虐待問題においては事後対策から虐待発生予防へ目を向けた動きが必要であり、このことは虐待の世代間連鎖をも断ち切ることにつながる。このために小児科医は日頃から保護者や児の受診時の態度や言動に注意を払う必要がある。また虐待防止には支援を必要とする家庭の支援ニーズに応じ関連機関と連携することが不可欠である。最後に、言葉なきSOSを感知し次なる支援につながることで重要なワンシーンに携わっていることを認識し、ひとりでも多くの子どもを守るこ

とが小児科医に求められている。

本稿の要旨は第95回小児科学会島根地方会  
(2011年7月, 出雲市) において発表した。

#### 参 考 文 献

- 1) 井上みゆき, 日本における医療ネグレクトの現状と法的対応に関する文献検討: 日本小児看護学会誌, 16(1): 69~75, 2007
- 2) 東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課, 要支援家庭の把握と支援のために: 母子保健事業ガイドライン: 1~8, 2006
- 3) 小林美智子, 子ども虐待の概念 - 小児科医は何をなすべきか - : 小児内科, 42(11): 1737~1742, 2010
- 4) 宮本信也, 虐待死の検証: 小児内科, 42(11): 1773~1778, 2010
- 5) 才村純, 子どもをどう守るか: 行政の課題: 小児内科, 42(11): 1769~1772, 2010