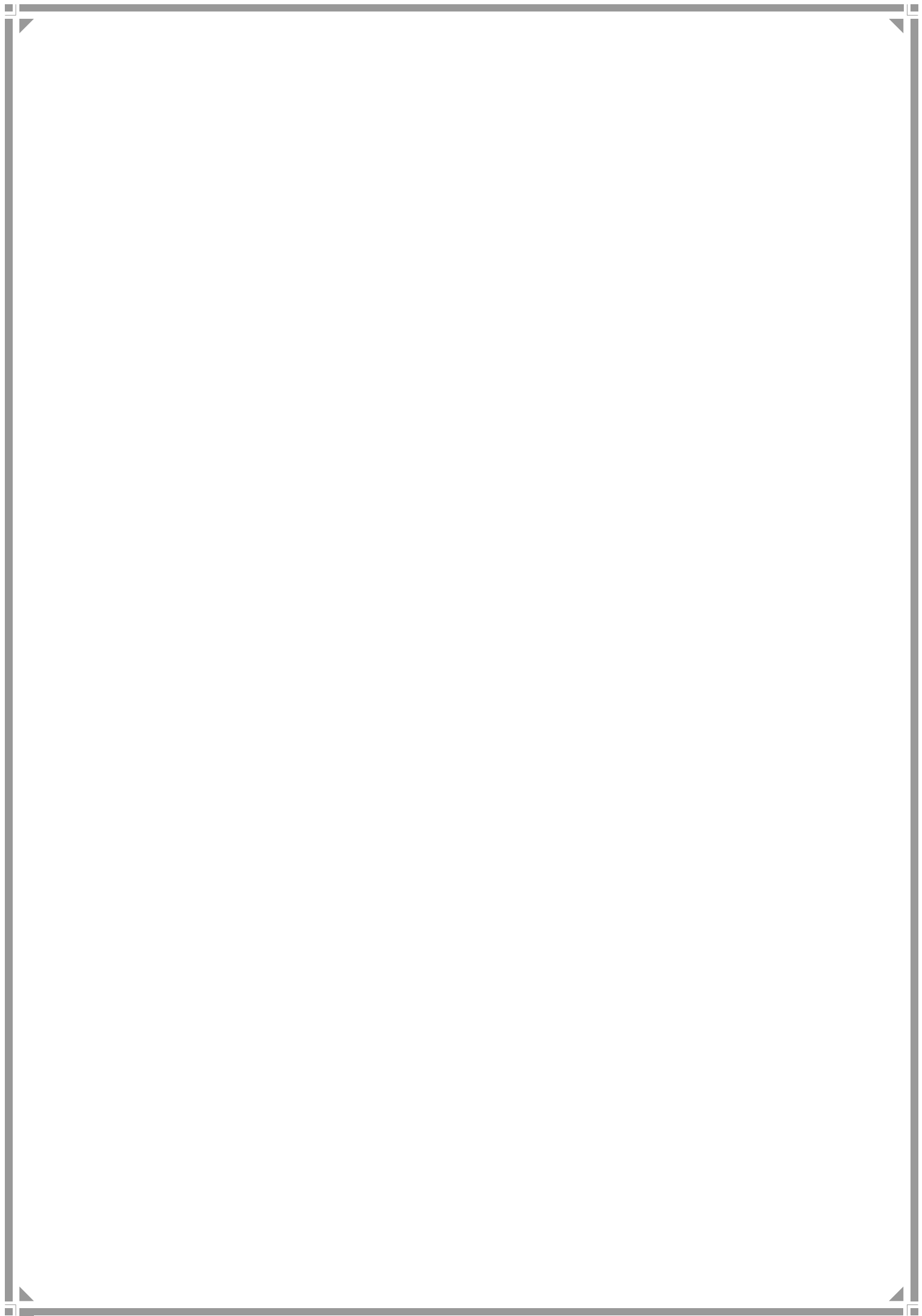


『児童虐待の予防のために』

子どもとかかわる全科の医師が、知っておくべきこと

令和5年3月

東京都医師会乳幼児保健委員会



令和3・4年度
東京都医師会 乳幼児保健委員会

委員長 松本 勉 八王子市 医師会

副委員長 橋本 倫太郎 世田谷区 医師会

委員 澤田 雅子 小石川 医師会

〃 松村 有香 下谷 医師会

〃 田中 純子 渋谷区 医師会

〃 佐山 圭子 杉並区 医師会

担当理事 川上 一恵

目次

はじめに

1. 基礎知識

- (1) 児童虐待について —児童虐待の分類—
- (2) 東京都における児童虐待の現状
- (3) 医師が、気になる子（育児）を診た時の対応
- (4) 児童虐待に関連する法規および要対協について

2. マルトリートメントへのパターン別対応集

3. 幼稚園・保育園におけるマルトリートメントへの対応 (幼稚園・保育園関係団体との意見交換会より)

4. 乳幼児虐待予防のための産後ケアの役割と課題

おわりに

付)

1. 幼稚園・保育園関係団体との意見交換会より

- (1) 保育の標準時間が伸びたことによる影響
- (2) 5歳児健診の実施が拡がらない理由

2. 産後ケアについて

3. 小児科医が産後ケアに参加する意味と今後の課題

はじめに

児童虐待の報道に触れるたびに、親を選べない子どもの不憫さと、言いようのない怒りを感じることを思います。虐待の早期発見のためのマニュアルや書物、また Web を含めた講演などの案内も目にする機会が増えてきています。

しかし、令和3年度の東京都における虐待相談の経路に医療機関は1%強しかなく、そのほとんどが歯科医という調査結果から見て、児童虐待を意識して日常診療を行っている医師は少ないと思われま

す。また、虐待に対しては処罰的感情が先立ちますが、虐待を行う保護者の多くが様々な要因と背景によって子育てに困難をかかえており、刑罰では解決できず、早期虐待の予防には保護者に寄り添った支援こそが重要です。

そこで、当委員会は、児童虐待の予防のためには、「マルトリートメント（虐待とは言い切れない、大人から子どもに対する避けたいかかわり）」^{※1}の発見と対応を、子どもと関わる全科の医師に知って頂く必要があると考え、本書を作成しました。

※1：マルトリートメント (maltreatment)：虐待とは言い切れない、大人から子どもに対する避けたいかかわり

虐待だけではなく、大人から子どもへの「避けたいかかわり」すべてを「マルトリートメント」と言い、「不適切な養育」と訳されることもあります。

マルトリートメントは虐待とまでは言い切れない、しかし、子どもの脳の発達に影響を与える可能性がある行為であり、先々虐待に発展する可能性があります。

マルトリートメントは虐待と連続するものであり、明確な線引きはできません。

マルトリートメントの初期の段階で周囲が適切にかかわり、加害者の認識を修正することで、虐待への進展を防げる可能性があります。

虐待と同様に「身体的マルトリートメント」「性的マルトリートメント」「ネグレクト」「心理的マルトリートメント」に分類されます。

(委員長：松本 勉)

1. 基礎知識

(1) 児童虐待について -児童虐待の分類-

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4種類に分類されています。

分類されてはいますがそれぞれが単独ではなく、身体的虐待に心理的虐待が伴っていたりネグレクトの家庭で実は性的虐待も心理的虐待も行われているなど共存することはよく見られ、むしろそれがほとんどと思われます。

また、児童虐待の一種として教育虐待という用語があります。まだ一般に広く周知されている呼称ではありませんが10年ほど前から世間に認知され使われるようになってきたため追記しました。

●身体的虐待

からだに傷を負わせ、時に生命に危機が及ぶこともあるような暴力行為です。

殴る、蹴る、叩く、首を絞める、つねる、激しく揺さぶる、タバコの火を押し付ける、熱湯をかける、水に沈める、戸外に締め出す、などがあります。

●性的虐待

性的な行為やいたずら、性的関係を強要する行為・わいせつな行為です。

性器を触る、触らせる、性器や性交を見せる、ポルノビデオを見せる、被写体にする、など。場合によっては妊娠・中絶・出産などの結果を招くこともあり、そうでなくても異性に対して極端な嫌悪感を植え付けたりするなど長期にわたって子どもの心に大きな消えない傷を残します。

●ネグレクト

必要な衣食住の世話をせずに放置する、病気になっても医師に診せない（医療ネグレクト）、家に閉じ込めて学校や保育園幼稚園に行かせない、棄児、家や車中に長時間置き去りにするなどです。

保護者以外の同居人による虐待行為を保護者が放置するなどの行為も含まれます。

●心理的虐待

暴力的な言葉を浴びせたり兄弟姉妹と差別して扱ったり、子どもに話しかけられても無視や拒否をするなど、子どもにつらく悲しい思いをさせる行為です。

子どもの目の前で他の家族に暴言、暴力、無視といった家庭内暴力（面前DV）を行ない、結果的に子どもの心を傷つける行為も含まれます。

◎教育虐待

教育熱心すぎる親などが過度な期待を子どもに負わせ、自分中心の熱心さのあまり子どもの意思を無視して行き過ぎた教育やしつけを行ない、思う通りの結果が出ないと厳しく叱責するなど、子どもを追い詰め苦しめることです。

親は子どもによかれと思っていて虐待の自覚がない場合が多いです。

（委員：澤田 雅子）

(2) 東京都における児童虐待の現状

東京都児童相談所の資料より、東京都における児童虐待の現状を見ます。

東京都における児童相談件数は、令和元年度まで年々増加していましたが、令和2年度よりほぼ同じ件数に見えます。

しかし、少子化に加えて、令和2年度以降に区児童相談所設置により4区の件数が反映されなくなったので、むしろ増加しているといえます。さらに令和2年からのコロナ禍により虐待が潜在化している可能性もあります(図1)。

虐待相談の経路をみると、「警察等」が平成29年度42%から令和2年度48%と増加しています。これは、平成28年度に警察と行政の連携強化が図られたことが大きな要因と考えられます(表1)。

虐待内容については、「心理的虐待」が平成29年度の59%から令和3年度67%に増加しています。これは、子どもの目の前で、親が配偶者に対して暴力をふるう、いわゆる「面前DV」が「心理的虐待」に該当するとされ(平成16年)、警察との連携強化と近隣・知人などの地域からの相談が増えたことが大きな要因です。(表1、2)。

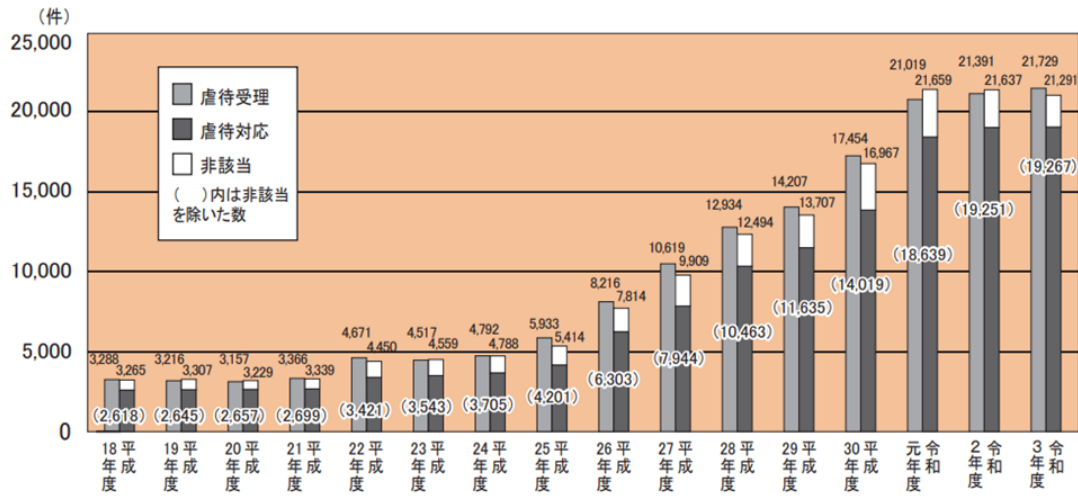
年齢別については、明らかな変動はありません(表3)。虐待をしている人においても、明らかな変動はありません(図3)。

医療機関からの相談は、平成29年度286件、2.1%、令和3年度307件、1.4%と、件数は微増しているものの、相対的には減少しています(表1)。

医療機関からの通告は、重篤度が高いと言われています。翻って、虐待の予防の観点からは、虐待につながる、あるいは既になっている「マルトリートメント」を見落としていることが推察されました。

虐待に関する相談対応状況

図1 虐待相談件数の推移



※区児相設置のため、令和2年度より世田谷区、江戸川区、荒川区、令和3年度より港区は含まれていない。

表1. 経路別対応状況(件、下段は%)

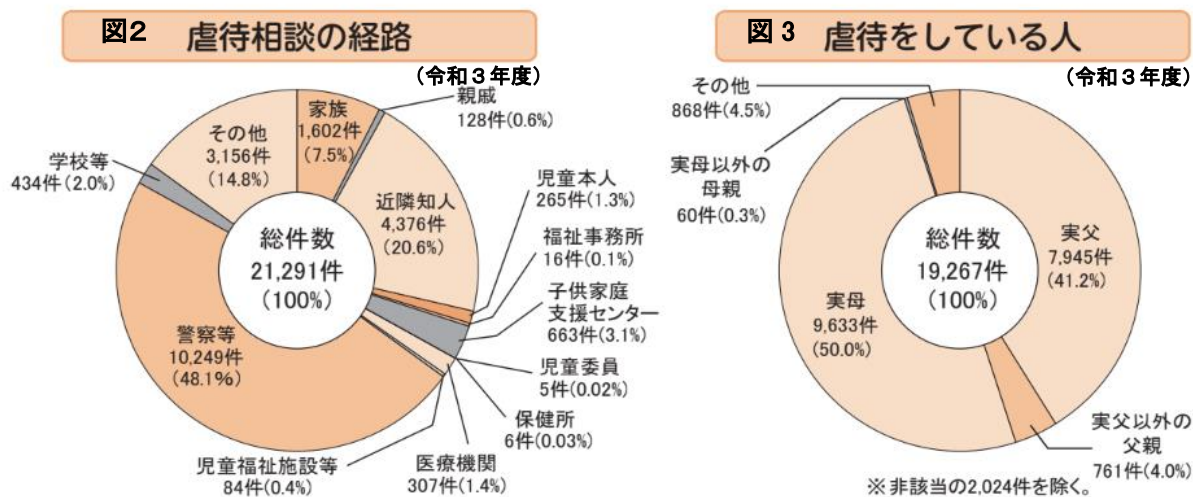
年度	家族	親戚	近隣知人	児童本人	福祉事務所	子供家庭支援センター	児童委員	保健所	医療機関	児童福祉施設等	警察等	学校等	その他	計
29年度	1,245 (9.1)	97 (0.7)	2,993 (21.8)	192 (1.4)	14 (0.1)	578 (4.2)	8 (0.1)	7 (0.1)	286 (2.1)	49 (0.3)	5,735 (41.8)	452 (3.3)	2,051 (15.0)	13,707 (100.0)
30年度	1,491 (8.8)	123 (0.7)	3,942 (23.2)	207 (1.2)	13 (0.1)	615 (3.6)	17 (0.1)	8 (0.1)	312 (1.9)	65 (0.4)	6,975 (41.1)	549 (3.2)	2,650 (15.6)	16,967 (100.0)
元年度	1,956 (9.0)	118 (0.5)	4,478 (20.7)	240 (1.1)	18 (0.1)	821 (3.8)	13 (0.1)	10 (0.1)	338 (1.5)	127 (0.6)	9,500 (43.9)	690 (3.2)	3,350 (15.4)	21,659 (100.0)
2年度	1,724 (8.0)	100 (0.5)	4,454 (20.6)	259 (1.2)	13 (0.1)	669 (3.1)	7 (0.03)	5 (0.02)	257 (1.2)	92 (0.4)	10,422 (48.1)	508 (2.3)	3,127 (14.4)	21,637 (100.0)
3年度	1,602 (7.5)	128 (0.6)	4,376 (20.6)	265 (1.3)	16 (0.1)	663 (3.1)	5 (0.02)	6 (0.03)	307 (1.4)	84 (0.4)	10,249 (48.1)	434 (2.0)	3,156 (14.8)	21,291 (100.0)

表2. 虐待内容別相談対応状況(件、()内は%)

内容年度	身体的虐待	性的虐待	心理的虐待	保護の怠慢・拒否(ネグレクト)	計	非該当
29年度	2,810 (24.2)	87 (0.7)	6,849 (58.9)	1,889 (16.2)	11,635 (100.0)	2,072
30年度	3,345 (23.9)	119 (0.8)	8,394 (59.9)	2,161 (15.4)	14,019 (100.0)	2,948
元年度	4,366 (23.4)	145 (0.8)	11,395 (61.1)	2,733 (14.7)	18,639 (100.0)	3,020
2年度	4,129 (21.5)	171 (0.9)	12,655 (65.7)	2,296 (11.9)	19,251 (100.0)	2,386
3年度	4,069 (21.1)	153 (0.8)	12,899 (67.0)	2,146 (11.1)	19,267 (100.0)	2,024

表3. 年齢別相談対応状況(件、()内は%)

内容 年度	0～3歳未満	3～5歳	6～11歳	12～14歳	15歳以上	計
29年度	2,387 (20.5)	2,230 (19.2)	4,072 (35.0)	1,760 (15.1)	1,186 (10.2)	11,635 (100.0)
30年度	2,839 (20.2)	2,749 (19.5)	4,975 (35.5)	2,097 (15.0)	1,368 (9.8)	14,019 (100.0)
元年度	3,809 (20.5)	3,568 (19.1)	6,564 (35.2)	2,818 (15.1)	1,880 (10.1)	18,639 (100.0)
2年度	3,900 (20.3)	3,826 (19.9)	6,734 (35.0)	2,879 (14.9)	1,912 (9.9)	19,251 (100.0)
3年度	3,688 (19.2)	3,840 (19.9)	6,625 (34.4)	3,109 (16.1)	2,005 (10.4)	19,267 (100.0)



出典：東京都福祉保健局「児童相談所のしおり」(※図1、表1～3は一部改変)
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/jicen/others/insatsu.html>

(委員長：松本 勉)

(3) 医師が、気になる子（育児）を診た時の対応

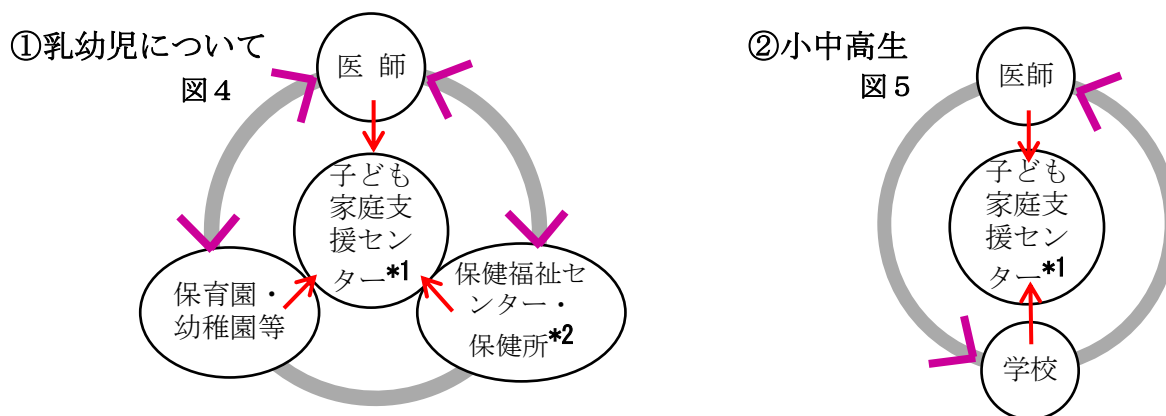
Phase 1 : 気になる子（育児）を診た時

(勤務医の場合、時間的余裕があれば上司と相談)

各自治体に設置された子ども家庭支援センターや児童相談所等に直接相談・連絡しても良いです。

情報が少ない場合は、保育園・幼稚園等関係機関と連携して事実の確認や情報の充実を図るのもよいですが、見守りの継続と遅滞なく通告できる状況は整えておきましょう。

【以下の図のように各関係機関と相互に連携します】



Phase 2 : 虐待のおそれ強い、あるいは虐待を目撃した時

乳幼児・児童・学童に関わらず → 子ども家庭支援センター等へ通告*3
(東京都においては、子ども家庭支援センターが必要と判断した場合、
子ども家庭支援センターから児童相談所へ連絡が行き両機関で連携を図ります。)

2-①生命の危険はないが虐待が疑われる場合 → 虐待対応可能な病院に紹介
(病院から子ども家庭支援センターや児童相談所に連絡してもらいましょう)

2-②親が暴れているなど直ちに対応が必要 → 110番通報もしておきましょう。

Phase 3 : 虐待によると思われる外傷を伴っている場合 (緊急性が高い)

処置が可能な病院に紹介する(状況により119番要請)と同時に110番通報と以下への連絡も行いましょう。

平日昼間: 子ども家庭支援センター

夜間・土日祝日: 110番または児童相談所虐待対応ダイヤル189番

*1 自治体によっては、子ども家庭センター・子育て支援総合センターなど名称が異なることがあります。

*2 乳幼児健診・赤ちゃん訪問などの母子保健を所轄する自治体の部署

(自治体によって、自治体の保健所・保健福祉センターなど、部署と名称が異なります。)

*3 児童相談所と子ども家庭支援センターのどちらに連絡・通告が行っても、情報共有されます。

(委員: 澤田 雅子)

(4) 児童虐待に関連する法規および 要保護児童対策地域協議会（要対協）について

本項では、児童虐待に関連する法規の中から抜粋し、主にご承知おき頂きたい点を記載します。原文は10ページをご参照ください。

特に、要対協については、是非この機会にご確認ください。

1 児童の定義について

児童は、満18歳未満です（児童福祉法第4条）。

児童虐待とは、保護者等が児童に、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待を行うことです（児童虐待防止法第2条）。

2 国民の義務としての虐待の通告義務について

要保護児童を発見した者は、通告する義務があります。*1

児童虐待が疑われる場合は、通告する義務があります。*2

結果的に虐待がなかった場合でも、通告者は罰せられることはありません。

また、通告者を特定するものは漏らしてはなりません。*3

3 病院・医師の義務について

病院・医師・助産師・看護師は、虐待を早期発見しやすい立場である事を自覚し、早期発見に努めなければなりません。

また、自治体、児童相談所等から、児童虐待についての情報の提供を求められた時は、児童、保護者等の権利権益を不当に侵害する恐れがなければ、協力してください。*4,5

4 要対協について（図6）

児童福祉法に基づいて、各自治体に設置・運営されています。

自治体の子ども家庭支援センター等が調整機関となり、幅広い関係機関や民間団体が参加する協議会です。

代表者会議・実務者会議・個別ケース検討会議の3層の会議から構成され、構成員に守秘義務を課すことで、関係機関が積極的に情報を交換するなど密接に連携して、保護を要する子どもの早期発見、適切な保護を図ろうとするものです。

代表者会議では、医師会代表が構成員となり、実務者会議および個別ケース検討会議では、ケースによっては、関係する医師個人がメンバーとなり得ます。

医師が、子ども家庭支援センターや児童相談所へ、過去に自身がかかわったケースについては、必要に応じて問い合わせすることができます。

その際は、「以前相談したお子さんについて」と、始めに述べると、スムーズに進みやすいようです。

2. マルトリートメントへのパターン別対応集

今回、私たちは、委員自らの診療経験、また知人等を介してマルトリートメントの事例を集めました。ここに示した事例は複数の事例の要素をもとに作り上げたものになります。

① 哺乳・食事・ボディイメージの誤った認識：身体的マルトリートメント

生後9か月女児 家族構成：父、母、本人

在胎38週、3200gで出生。両親ともに子どもと関わるのは初めて。両親とも育児には熱心。生後3か月から完全母乳育児に移行したが、母乳回数は増やしていなかった。この頃より体重増加が不良になっていた。9か月健診には両親そろって来院。Kaup14.5 -2SD ぎりぎりの体重。母は育児書の通りに離乳食を計量して与えていた。児は離乳食をさらに食べそうな様子もあったが、規定量のみを与え、母乳は時間を決めて与えていた。父は「かわいいでしょう。モデルに応募しようと思っているんです」と話し、スリムであることを喜んでいた。

両親に赤ちゃんは少しぽっちゃりしているくらいが標準であること、体重増加が不良だと発育の遅れにもつながることを説明。両親は驚いていた。母乳はほしがるとタイミングであげること、食事は児の食欲にあわせ増やしてよいことを伝えた。食事と健康について小児科医によるたび重なる説明を要した。

1歳6か月時点には体重増加が回復し、その後も標準範囲内で成長している。

【POINT】

痩せているほど良いというボディイメージは、親のこれまでの生き方により強い思い込みとして持っていることがあります。

子どもの身体は成長過程であり、十分に食べないことは今後の成長発達に悪影響があるかもしれないという子どもの特性を、両親に丁寧に伝えていくことが大切です。

また、離乳食の本に記載の食事量に従わなければならないと思いき、子どもが必要とする量よりも少ない量しか与えないことや、体重増加に問題がない子どもに対し、欲しないのに完食をさせるために長時間かけて食事を与え続けることもマルトリートメントです。

② 発達障害の育児例：身体的、心理的マルトリートメント

7歳男児 家族構成：父、母、本人

両親ともに厳格な家庭で育ち、叩かれてきたため、厳しくしつけをすることこそが正しいことであると信じている。児は幼児期から偏食があったが、家庭で食事を残すことを許されず、児は食べようとして吐くこともあった。公園や児童館でも児が落ち着きなく動くため、母は交友関係を広げる余裕もなかった。保育園でも友達とのトラブルが多かったが、両親ともに男の子だからと思っていた。

年齢があがり、食事中の立ち歩きや整理整頓ができないことに、両親ともに児を厳しく叱った。父は母に「おまえが甘やかすからだ」と言い、母はさらに厳しくなった。

学校が始まり、整理整頓の困難さや、集団行動の問題が出てきた。両親は学校の対応が悪いのではないかと同時に、児に対しても「おまえのせいで、恥をかいた」と厳しく責めた。

担任の先生の強い勧めで受診。ADHDの診断となった。両親ともに、診断当初は困惑していたが、母は「だからこんなに大変だったのか」と理解し始めた。父はまだ、しつけが足りないから、大人になったときに困らないように自分たちでどうにか児をしつけて矯正しなければいけない、と考えを曲げていない。

【POINT】

発達障害の児を持つ親子の間では、子どもの特性から定型発達に比べて虐待が起こりやすいものです。

また、親も発達障害があり（認識されていないことも多い）愛着の形成が難しいケースもあります。早期に発見し、親子に対する周囲のサポート体制を整えることが大事です。

自分たちの育て方の問題ではと追い詰められている親もまた、サポートが必要な存在です。発達が気になる親子を診たときに「様子を見ましょう」と、そのままにせず、次の具体的な行動のアドバイスや、次回の来院の指示、療育機関の紹介ができることが望まれます。

③ 性的マルトリートメント

12歳女児 家族構成：父、母、本人

小さいときから家族仲はよく、児は父によく懐いていた。赤ちゃんのときから入浴担当は父がしており、小学校に入ってからその習慣が続いた。

11歳ごろに児が友達と話していて、父と入浴していることに驚かれたことがあり、「一人でお風呂に入る」と言ったが、父は児の言葉を取り合わなかった。

12歳になり、乳房の発育もあり、児はさらに父との入浴を嫌がるようになったが、父はその様子に気がついていながらも、行動を変えることをしなかった。母もその様子を気に留めることもなかった。

【POINT】

子どもの意思や決定権を尊重しないことはマルトリートメントとなります。

本ケースのような事例を医療機関で把握できることは少なく、家庭への介入は極めて困難です。幼児期からの包括的性教育を普及・浸透させていくことにより、社会全体の意識を高めることが必要です。

④ 家族の育児能力不足：身体的マルトリートメント、ネグレクト

生後2か月女児 家族構成：父、母、本人

元気がないという主訴で小児科を受診。体重増加不良と高ナトリウム血症、脱水のため入院した。

入院後速やかに高ナトリウム血症と脱水は改善し、体重も増加した。看護師が母に粉ミルクを作って授乳して見せるよう確認したところ、すりきり一杯という意味がわからず、スプーン一杯に対してお湯をどのくらい入れたらいいかを計算できなかった。高ナトリウム血症は、濃度の高すぎるミルクによるものであった。

母は児の欲求に合わせて授乳することができず、時計を頼りに3時間おきに与えるのだと思っており、児が眠っていた場合はミルクを与えず、欲しがった際にも時間にならないと飲ませていなかった。母乳は十分量分泌がなかった。

父は児の入院中、職員から些細な注意を受けただけで激昂して窓から飛び降りようとするなど演技的な性格で感情の起伏が激しい。父は診断や治療は受けておらず、育児には参加できなかった。

母は児に対する愛情と養育する意志があったため、分離ではなく家庭に返し、子ども家庭支援センターの支援を受け経過観察することとなった。

【POINT】

医師が本人を診察、検査するだけでは原因がわかり得ない症例です。

年齢・月齢が小さく判断に迷ったため、家庭から離すことと医師だけでなくどこに問題があるのかをつきとめるためには、多職種の大人が関わるが必要でした。

ありきたりではありますが、子どもだけでなく家庭全体を診ることが診断にとって重要です。

⑤ 医療忌避：ネグレクト

生後9か月女児 家族構成：父、母、兄、本人

低ナトリウム血症に伴うけいれんがあり、緊急入院。ワクチン未接種、アトピー性皮膚炎に対してステロイド忌避などがあり児童相談所に通告。

児は、頬部や関節部分に黄色い痂皮が分厚く付着し、体には左右対称に発赤疹と痒みがあった。母が特定の医師の書籍を多数読み、ワクチンは受けない、脱ステロイド薬・脱保湿薬で自然治癒力を上げるという考えだった。病院や保育園にも外国製のオーガニック粉ミルクを持ち込み、それ以外は与えてほしくないとのことだった。

兄は途中から定期接種を中断しており、本児は一つも受けておらず、2人とも乳幼児健診は受けていた。

退院後、感冒などで小児科を受診していたが、内服薬は拒否。受診は保育園で勧められていたからで、母の本意ではなかった。父親の考えは確認できなかった。

医師が感染症の怖さと予防の重要性を説明するうちに小児科を受診しなくなり、保育園も在宅勤務ができるという理由で退園。医師は、子ども家庭支援センターに通告した。

【POINT】

医療の発達と衛生状態の改善により、子どもの重大な病気を目にする機会が減り、医療の恩恵を感じる人が減っています。却って医療への不信感を SNS で発信する人が増加し、目にする機会が増えています。

加えて一部の保護者の間では自然志向が高まり、疾患の正しい知識がないまま、医学的根拠のない「治療法」や自身の体に、過大な信頼を持っています。

さらに、同じような意見や情報を集めるうちにエコーチェンバーやフィルターバブルといった現象が起こり、そうすると容易に他の意見を聞き入れません。

このようなケースでは、入学や留学、外国への移住などをきっかけにワクチンの重要性を認識したり、医療不信が揺らいだりした際に、責めることなく標準的な治療を説明します。

⑥ 子どもの前での夫婦げんか：心理的マルトリートメント

6歳女兒 家族構成：父、母、本人

父は医師であり、専業主婦である母をなにかにつけて馬鹿にする。母が実家に帰省することを嫌がり、児の出産に際しても、里帰りを許さない。児の食べるもの、着るもの、出かける先、全てに父の許可が必要だった。

食事の支度や、掃除などに関して些細なことでも、父は母に対して激昂をするようになる。児はその様子を目にしていた。母は抑うつになるも、受診することができなかった。

児は、6歳になり頻回に腹痛を訴えるようになった。一方で、思い通りにならないときに児の母への暴言も出てくるようになった。

腹痛を主訴に小児科を受診し、家庭での様子を聞き、母へのDVが発覚するも、母が行政への連絡を拒んだ。

【POINT】

子どもが見ている前で夫婦間で暴力を振るう面前DVは、子どもの心に深い傷を負わせる心理的虐待です。

また、身体的暴力に及ばない、暴言や激しい夫婦喧嘩についても子どもへの影響が報告されています。

本ケースでは子どもへの直接的な暴力や暴言はないものの、父の母への心理的な支配が子どもの成長に少なからず影響を与えており、子ども家庭支援センター等への情報提供などを通して、見守りや母へのサポート体制をつくる必要があります。

⑦ 教育に関連するマルトリートメント

11歳男児 家族構成：父、母、兄、本人

小学校4年生の秋頃から「自分はいらぬ子」「死んだほうがいい」とくり返し言うようになった。小学校5年生の11月に飛び降り自殺未遂をしたため受診。

次に受診したときには児は小学校6年生になっており、有名な塾にたてつづけに通い、塾からは父親による虐待があると小児科医に連絡があった。本人からも父親から言葉による暴力を受けていることが確認できたため、児童相談所に通告。

父親自身は、自分は教育熱心であるという認識しかなかった。言葉による暴力は心理的虐待、勉強の強要は教育虐待にあたると説明し、以後児童相談所が関わった。

現在は、子ども家庭支援センター職員と家族が定期的な面接を継続し、本人は学校に休まず登校できている。

【POINT】

教育虐待は学齡期以降に見られますが、子どもが長年に渡る過重なストレスを受けていることに周囲が気づけないことが多いです。

子どもの忍耐力が限界に達し、身体的にも大人に対抗できるくらい成長した際には、教育虐待を行っていた大人の死傷で発覚することがあります。スポーツを親の強い希望でやらせるスポーツ虐待も同様です。

【まとめ】

他者が入ることを許さない閉鎖的な家庭では、子どもの健康的な成長発達が妨げられるばかりでなく、命を失うこともあり、こういった症例でも、子どもに関わる多様な立場の大人が関わる必要があります。

保育園、幼稚園、小・中・高校、児童館、医療機関、保健機関などが当事者意識を持って虐待の通告義務を果たすことが望まれます。

通告後は、要保護児童とされると個別のケースごとに検討会議があり、実際に活動する実務者会議、年に1~2回開催される代表者会議で検討されます。

その際に、発端となった通告者へはフィードバックがなされないことが多く、医師が通告後に当該親子が医療機関に来院した際にどのように対応したら良いか判断に悩むなど、通告者がその後の経過を知らないことで連携強化をできていないといった課題があります。

(委員：松村 有香・田中 純子)

3. 幼稚園・保育園におけるマルトリートメントへの対応

当委員会では「児童虐待の予防のために」をテーマに、幼稚園・保育園関係団体代表者との意見交換を開催し、その中で各園におけるマルトリートメントへの対応について伺いました。本項では園における虐待の事例やその対応をご紹介します。

(1) マルトリートメント・虐待の事例

- ・母親に持病があり思うように育児ができず、父親も児（2歳児）の頬を叩いてしまうことなどが判明。
→子ども家庭総合センターと連携して相談を続け、次第に落ち着いてきている。
- ・母親は子育てに熱心だが、時に精神的に不安定となり子ども（発達障害の4歳児）の尊厳を傷つけるような発言がみられた。
→相談機関と連携し母親の不安に寄り添いながら面談を繰り返すことによって母親の理解も深まっていった。

その他、頻繁にケガや皮膚の痣がみられる例、着替えやタオルなどを洗わない等のネグレクト事例など、多くのマルトリートメント・虐待事例が紹介されました。

また、障害のある子を育てる保護者のストレス、わが子への理解が十分でない親からの厳しい躰、親自身が障害を持ち生活能力が乏しい、複雑な家庭環境の影響などが見受けられるとの指摘もありました。

(2) マルトリートメント・虐待予防のために園が実施している対応

- ・持参する持ち物がきちんと洗濯、洗浄されているか気にかける
- ・忘れ物が増えていないか気にかける
- ・着替えの際などに体にあざなどがいないか注意する
- ・子どもの表情や行動の変化に気をつける
- ・家族の協力が少ない家庭には特にコミュニケーションを取る
- ・日頃から保護者とコミュニケーションを取り信頼関係の構築に努め、保護者や子どもに気になる様子がみられたらできるだけ話を聞く
- ・大事な情報は職員で共有し職員一同で対応する
- ・園医や様々な関係機関（児童相談所、家庭支援センター、自治体、保健所等）と連携し早期発見に努めている
- ・「子育てひろば」の重要性：主に0～3歳児の親子向けに行っている「子育てひろば」では子育ての悩みを気軽に相談したり保育士からのアドバイスを得たりして子育てが孤立化する前に保護者とのつながりができ、虐待の防止に貢献している

などの対応が報告され、日頃、子ども、保護者に最前線で対応している園関係者の皆様の重要性が改めて強く認識されました。

以上のごとく、幼稚園・保育園関係団体代表者と虐待、マルトリートメント、発達障害などについて、具体例を交えて保育現場での現状を踏まえた忌憚のない意見交換が行われ、各種機関との適切な相談、連携の重要性が指摘されました。

一方、医師は適切な医学的アドバイスを行う為に様々なリソース（医療機関や行政担当部署など）を熟知し連携・活用することが求められており、医師会もその活動をサポートするような情報発信を継続する必要があることも明らかになりました。

（副委員長：橋本 倫太郎）

4. 乳幼児虐待予防のための産後ケアの役割と課題

「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」*1*2によると、心中以外の虐待死は、1歳の誕生日を迎える前の「0歳」が最も多い結果（全体の5割前後）となっています。

0歳時死亡の約半分が「0か月」つまり生後1ヶ月未満の新生児期の死亡であり、「0日」すなわち生まれたその日の死亡が最多（0か月の死亡例の8割前後）です。

0日・0か月の虐待は、妊娠の届け出をせず（母子手帳未発行）妊婦健診未受診で、悩みと孤独を深めての一人での分娩が背景となり、医療機関での出産ではなく、出生直後に母親からの加害や放置・遺棄で死に至る事例が多くなっています。

望まない妊娠を誰にも相談できない末の虐待であり、性教育のあり方・緊急避妊薬・安全な中絶方法・支援機関の情報の普及、社会的養護の環境整備の議論を深める必要があります。

一方、1-11か月の虐待は父親によることも増えますが、加害者はやはり母親が多く、そこには育児環境における母親への支援の少なさや母親の精神状況、子どもの気質などが関係しており、「育児不安」「育児負担感」「産後うつ」などのキーワードがあがってきます。4-5か月までの虐待は、それ以後よりも多いです。

妊娠期の専門家による面談は、時間をかけて丁寧にされるようになりました。産科医療機関から保健所への妊娠期・出産状況・母親の疾患・育児環境の問題などの報告も増え、連携も進んでいます。

さらに、産後の全戸訪問も浸透し、それらの結果、子育ての困難を抱える「特定妊婦」と言われるハイリスク者が判りやすくなっています。もちろん、その層への支援は手厚くあるべきですが、そうでない人も安心できないのが産後です。

誰にとっても不安で疲労が強く孤独に陥りやすい時期に、より継続的で手厚い支援を充実させ、「育児不安」「育児負担感」の減少や「産後うつ」の予防や早期対応を可能とし、虐待を予防することが産後ケアの大きな役割です。

産後ケアは、切れ目のない伴走型の母子支援です。現在小児科医の参加はまれですが、子どものことが心配で不安な時期に小児科医が支援をしていることは、母子だけでなく、ケア実施の中心となる助産師等にとっても大変意味のあることです。

子育て中の女性の死亡には、産後うつによる自殺も多く、予防や早期対応ができる産後ケアは大きな意味があります。コロナ禍で孤立を深める人が多くなっている現在は、ますます重要性が増しています。

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

*1 第18次報告 <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/02.pdf>

*2 第9次報告 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/9-2.pdf>

（委員：佐山 圭子）

おわりに

本書は、児童虐待の予防のためには、マルトリートメントを日常診療において発見することが重要であると考え、虐待に関する基礎知識、マルトリートメントの事例とその対応、虐待を疑った場合の連携・通告、連携先である幼稚園・保育園との意見交換から得られた情報、今後防止への対策となり得る産後ケアについても触れました。

忙しく日々を過ごされている医師に、「読まずに眺めて分かる」と「必要な時に、すぐ見つかる」を、心がけて作成しました。まず、ペラペラとめくって頂き、項目だけでも頭の片隅に置いて、必要な時にお役にたてるように、本棚に置いてご覧いただければ幸甚です。

(委員長：松本 勉)

付) 1. 幼稚園・保育園関係団体との意見交換会より

(1) 保育の標準時間が伸びたことによる影響

保育の標準時間が8時間から11時間に伸びたことについて労働力の確保という点では良いのかもしれませんが、子育ての観点でみると、家庭で触れ合える時間を増やすために8時間に戻した方が良いのではないのでしょうか。

現状だと標準が11時間なので、全ての保育士が全ての子どものために働く必要がありケアが必要な子への時間が取れません。

そのため保育士の離職率も高まり親（労働者）の長時間労働にもつながる懸念がありますという意見がありました。

一方、産後ケアクリニックからは、保育に困難を抱えている親も居て保育園で見てもらった方が安全な家庭もあるとの意見もありました。

また、子どもを産むまで子どもに触れたことの無い人が突然親になり育て方が分からず、保育園や保育士の力を借りて子育てをしている場合も多く、家庭の力が落ちているので「親を親にするための支援」がとても重要との意見もありました。

さらに保育士達だけが頑張りすぎると親の力が育たず、小学校に入って突然様々な問題にぶつかるというジレンマも指摘されました。

(2) 5歳児健診の実施が広がらない理由

マルトリートメント、虐待に加え、発達障害、保育困難などの発見、相談の機会としても期待されている5歳児健診の実施が広がっていない理由も問われました。

- ・ 都内において実施自治体はごく少数で、公的健診として広く実施されていないことが最大の理由です
- ・ 5歳になる前にすでに気になる子はフォローされている場合が多く、逆に、困り感がわかりにくい子、保護者からの情報が出てきにくい子については、健診という短い時間での発見は難しいという意見もありました
- ・ 事後措置をできる医療機関、療育機関が少ないという意見もありました
- ・ 実施している医療機関からはレポート作成の労力、結果をいつどのように説明するかが乳児健診とは異なっていることが報告されています

このような理由はあるにしても5歳児健診の重要性は疑いなく、その普及は今後の課題であることが認識されました。

(副委員長：橋本 倫太郎)

付) 2. 産後ケアについて

○産後ケアとは

厚労省のガイドラインには、「母子に対するきめ細かな支援」「より切れ目のない連携」ということが書かれています。

産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン（令和2年8月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000658063.pdf>

妊娠中に子どもとの生活を楽しみにしている親にとって、出産は大きな出来事で、ゴールのように感じていることも多いですが、実は、出産は実際の子育てのスタートです。

そして、出産自体の大きな出来事の直後から睡眠不足の中、待ったなしの緊張を伴う育児が始まります。心身共に疲れ切ることも多く、思ったような出産ができなかった場合には、身体だけでなく心も傷つき、お産自体が苦しく悲しい経験になることがあります。

産んだら誰でも母親になりますが、最初から器用に上手にできて、可愛いという気持ちで、体調もよく育児生活を始められるという人は、あまりいないと思います。

多くの人は、子どもとの生活の中で、迷い悩みながら少しずつ親として育ちます。つまりきはさまざまにあり、出産前後の負担、母乳育児のトラブル、母親の体調不良・睡眠不足、夫婦間の価値観の違いの露呈、実両親や義理両親との問題、子どもの気質・成長発達の問題・病気などがあります。今は、コロナ禍ゆえの困難もあります。母親は、子どものことはどんな些細なことも心配になります。

最近では、高齢出産が多くなり、里帰りしたくても親が亡くなっていたり、闘病中や介護中であつたりします。東京では、親が遠方のことも多く、コロナ禍により、さらに頼りにくくなっています。母親自身も、弟妹が少なく、コミュニティも乏しい現代では、自分の子どもが初めて見る赤ちゃんということもあります。

周産期は、女性にとっては、出産前後のホルモンの影響もあり、とても繊細で多感な時期といえます。

育児は、ちょっとしたスキルで楽になることも多いのですが、初体験で心配なことばかり、ネットを見ると脅すような情報もあります。不安を一人で抱え込み一日中誰とも話すこともなく、ちゃんと育てなければと緊張して、泣くからずっと抱っこで手も腰も痛くなり、そんな状態が続き睡眠不足で 24 時間気が休まらずでは、気分も不安定になりがちです。

産後ケアは、そのような育児に困難をかかえる母親を支えるためのもので、宿泊型(ショートステイ)、1日滞在型(デイケア)、訪問型(アウトリーチ)と、大きくわけて3種類あります。助産師等が関わるとガイドラインにあり、医師の参加は想定されていません。

筆者自身が産前産後のケアの違いで子育てがどれほど変わるかを体験していて、出産時の納得や産後のケアが母親に与える影響は大きく、周産期によいケアを受けると子どもがかわいくなる・子育てが楽になると感じていました。しかし、「切れ目のない支援」という言葉が言われることは最近までなく、母親の頑張りに任せていたように思います。社会には「母親なのだから子育ての苦労は当たり前」「母親ならできて当然」という風潮がありました。

筆者のクリニック(以下、当院)は、2011年に予防医療と子育て支援を中心に据えて開業、産後の母親支援をしたくて2015年から自主事業として産後ケアのような試みを始めました。その後中野区が、次いで杉並区も事業化し、現在当院は、杉並区のデイケア、中野区のデイケアとアウトリーチの委託契約で産後ケアをしています。

当院では、助産師と保育士2人で3組の母子を個室でケアしています。(コロナ感染拡大の後に個室対応としました。)

〇何をするのか

母親の身体の休息も大事ですが、母親が自信を持って子育てに向き合えるように支援することがさらに大切です。

母親をエンパワーするために、いろいろな率直な感情、希望を丁寧にかがみ、気持ちを尊重して受け止めます。子どもの発育や発達を評価し、実際に役立つスキル(母乳育児支援、ミルクの追加量、子どもの気質への対処法、スキンケア、抱き方(抱っこ紐の装着なども含め)、あやし方、遊び方、子どもの様子からのニーズの読み方を伝え、実践できるように見守ります。安心した気持ちにする、身体や心を休めて、育児の自信をつけてもらう、それが産後ケアの目標です。

自分を大事にサポートされた経験をすると、それが自信になり、子どもを可愛がる力になります。ケアをするには、自分自身がケアされなくてはならないとよく言われています。母親自身が尊重され受け止められ、しっかりサポートを受け、ケアされる経験をすることが大切です。

不安なことや悩みを安心して打ち明けられ、一緒に解決への道を考えるという伴走型の支援姿勢が求められます。専門家として、一つの正解のみをアドバイスするだけでなく、母親の気持ちや望む子育て、抱える環境や問題といった背景も含めての柔軟な提案が望ましいと思います。

母親が、子どもを心からかわいいと思えるように、大変だけど育児を楽しいと前向きに捉えられるようにいつも考えています。

母子関係をより良くすることで、虐待の予防・産後うつへの早期対応・予防も期待できます。何かあった時には、思いだしてSOSを出してもらえらるほど信頼して頂けたらと願っています。

もちろん、相性もあり、よいところと思われない方もいて、予約のキャンセルや、2回目の利用が無い場合もありますが、産後ケアは、母子を見守る一つ的手段として、大変意味があると考えています。

継続的に利用するうちに、緊張感がなくなり表情が柔らかくなり、支援者と一緒に子どもの発達を確認して笑顔で会話できるようになり、母乳育児が安定して体重増加につながり、役立っていると思える方は多いです。

ハイリスクと自治体がとらえている方の場合は、自治体の事業でもあるので、情報を共有することができ、よりよい支援が可能です。当院の助産師は、自治体からの個別訪問もしており、それがきっかけで気になる母子を継続的な支援につなげることも可能になります。

(委員：佐山 圭子)

付) 3. 小児科医が産後ケアに参加する意味と今後の課題

○小児科医は産後ケアで何ができるか

助産師は、女性に共感し伴走して、その働きはとて大きなものがあり、カウンセリングしつつ母子の健康を見守りますが、産後は子どもの健康が親の一番の懸念事項であるので、小児科医はとて産後ケアで役にたつことができます。

一般的に、小児科医との関係ができ始めるのは、予防接種の始まる2か月であることが多く、その2か月までが「孤独でしんどかった」「不安だったけど相談できなかった」「身近な人に相談しても解決しなかった」「だれとも話せずつらかった」「小児科に行って良いのか分からなかった」という声がきかれる時期で、初めての子育ての不安と辛さのピークではないかと思えます。

筆者の医療機関も協力した母親へのアンケートの調査結果で、産後相談したい職種は一番に助産師、二番に小児科医であったとお聞きしています。

体重増加不良にもいろいろあり、明らかな母乳不足という場合もあれば、個性としての体格という場合もあり、異常を観察する機会の少ない助産師では見極めに自信が持てないこともありえます。

また、発育や発達だけでなく、授乳、子どもの嘔吐や動き方や表情、皮膚のケアや母斑、尿や便、睡眠、生活リズムなど母親の不安は多岐にわたります。

首すわり前や股関節に望ましい抱き方、向き癖や頭の形など、小児科医としてのアドバイスは重要な役目でもあり、突然死の予防、喫煙の問題、母親の栄養・離乳食などの家庭の食生活や安全な生活環境など、子どもの成長に関わる小児科医だからこそできるアドバイスも多くあります。

助産師では正常と異常の見極めが難しいことも時にあり、小児科医が診察することにより母親の不安を軽減することができ、同時に助産師も安心でき、継続して見守れる意義は大きいといえます。助産師が訪問時に気になる母子に当院を案内し、同じ助産師が産後ケアを続けるという理想的な関係を当院では実現しています。

産後は退院までは産婦人科ですが、子どもの心配を産婦人科では診てもらいにくく、小児科に行くほどの事なのかと母親は悩んでいて、産後ケアの場では、気軽に小児科医に相談できて安心できる良さがあります。

ペリネイタルビジットとも言え、切れ目のない支援が実現できます。

母乳育児支援について小児科医はあまり学びませんし、実際の悩みや辛さは、母乳育児を経験しないと分からないことも多いです。母乳育児を希望する女性の割合と、実際に母乳育児ができていない女性の割合には大きな解離があります。

それは、産後すぐの支援不足により、母親自身の不安や周りの声から母乳育児を諦める場合が多いのだと、筆者は考えています。

「ミルクでも大丈夫」とか、「母乳育児にこだわらないで」という言葉も聞かれますが、うまく行かなかった母親にはそう言うしかないのですが、そもそも最初の支援が十分にあれば、もっと諦めずに希望していた母乳育児を続けることができた人は多いと考えています。

私たち小児科医は、切れ目のできている産後間もない時期に、母乳育児を希望している人に母乳育児支援をしないまま、「こだわらないで」と言ってしまってよいものでしょうか？やるべきことは、そこにもあると思います。

母乳の勉強をすると、その後の子どもや母親の健康に、とても大きな意味があることがよく分かります。母乳育児支援は、公衆衛生的にも大事なことです。小児科医はもっと勉強して、助産師とともに、母乳育児支援をすべきではないでしょうか？乳腺炎などの場合も、処方が可能で、外科治療が必要な場合は、専門医への紹介が円滑にできると思います。

小児科医が積極的に携わることで、2 か月から始まる予防接種も、実施の前にあらかじめ説明でき、実際に産後ケアの時間を使って予防接種をすることもできます。

とても母親の負担は減り、特に双子育児の時などは大変喜ばれます。信頼関係を築き、予防接種の正しい情報をより早期にきちんと伝えることは大事です。

スキンケアの重要性も、今は広く言われていますが、ケアの方法を伝えるだけにとどまらず、湿疹などの皮膚疾患には処方することも可能になります。ステロイドの必要性や使い方もしっかりと伝えることができます。

産後うつの早期発見と早めの対応も可能になります。精神科や保健センター、場合によっては児童相談所との連携もします。

もともとハイリスクとわかっている場合は、産後ケアの特別枠を用意している自治体もありその回数も多く、経済的な支援も手厚くなっています。保健センターとのやりとりで、多職種連携で母親のサポートをすることもでき、情報を共有して、きめ細やかなケアにあたることも可能です。

母親が短期間であっても、心を開いてくれて成長する姿は、助産師や小児科医にとっても、やりがいのある仕事だと感じています。

また、一部には、養育環境をどうしても整えられない保護者も見受けられ、保育園に行ける時期まで、継続的に発育発達を見守ることも可能です。

○産後ケアの課題について

産後ケアのガイドラインに、「小児科医」という言葉は全くなく、立ち位置が大変曖昧なことです。

筆者自身、産後ケアでの医師としての仕事は、助産師や保育士が気持ちよく働けるように環境を整えることを一番に考えて、母親や助産師からの依頼があった時のみ診察していました。

しかし、本来は産後ケアは医療そのものであり、質のよい医療としての産後ケアのために、医師がいる施設では積極的に母子に関わるべきだと思っています。

また、助産師等が関わると同ガイドラインに明記されていますが子どもの発達や発育、母乳育児、子どものケアについてよく理解しているのは最低限であり、「支援する」ということの意味が十分に理解できている助産師が必要です。根拠の乏しい自論を展開し、母親を困らせることは避けたいものです。

2022年8月の外来小児科学会での特別シンポジウム「行政と一つの目的にとりくむ」での質疑で、シンポジストの自見はなこ先生に、これらのこととお伺いしたところ、「産後ケアは小児科医と助産師が一緒になってするものと考えている」とのお答えをしっかりと頂き、とても心強く感じました。

また、2023年4月に子ども家庭庁ができ、予算もつけていただけそうですが、産後ケアの質の担保のためにも、小児科医の参加は大きな意味があると思います。知識や経験だけでなくエビデンスに基づいて、子どもの育ち・母親の育ちを支えていくには、手間も気遣いも必要で、根気のいる仕事ですが、親子の育ちや愛着形成を見守ることができるのは、とてもやりがいのある仕事です。

自治体ごとに、制度や取り組みが全く異なることも課題です。

ある区では、全ての母親に自己負担額が低く15回のデイケアが使えるので、元気な人ほど予約を積極的に利用して産後ケアを使い切る傾向がある反面、特定（ハイリスク）枠がないことで、より支援を要する人が取り残される懸念があります。

また別の区では、ハイリスクの方に回数や自己負担額の点で手厚く、ケアする立場からは大変な気遣いと手間がかかるにもかかわらず、一般と同じ単価というのも疑問です。

自治体ごとに滞在時間や単価の違いや昼食の提供の有無など、細かい規定の違うことも負担になります。ケア提供施設は複数の自治体と契約することは通例で、統一した基準が出来ることが理想的です。

また、2022年に産後ケア中に子どもが亡くなるという悲しい事故があり、突然死のリスクの高い時期の乳児を預かることの多い産後ケアには、確率が低いとは言え、安全性の確保やケアの基準なども課題です。

厚労省からの明確な指針の提示が望まれます。

○小児科医の参加がなぜ少ないか

厚労省のガイドラインの基礎になる話し合いには小児科医は参加していません。産科と小児科の切れ目になるわけですが、産科医と助産師の意見からガイドラインが作成されています。

きめ細かく切れ目ができないようにするためには、ペリネイタルビジットや2週間健診、1か月健診を小児科医がすべきと考えますが、進んでいないのが現状です。そこには、医師にかかるコストがあまりに低いという問題が大きな壁です。

産後ケアという子育て支援に小児科医が積極的かつ持続的に参加できるように、きちんとした予算配分が望まれます。

保育園に嘱託医がいるように、産後ケア施設にも嘱託医のような制度が出来ればよいと思います。小児科医が運営するのがより理想に近いと筆者は考えていますが、保険診療や予防接種がない場合は、小児科医は産後ケアに参加しても、母親の不安解消のために時間をかけてかかわっても報酬はありません。

ここ数年、自治体ごとに工夫をして取り組んでくださることに、大変感謝しています。産後ケアに取り組むたくて保健所や区役所や都庁などどこに行っても、相談にも乗ってもらえず後押しをしてもらえなかった10年前とは全く状況が違っています。

少子化の時代、子育てが身近にない時代に必要な子育て支援の一つの方法であることは間違いなく、実際に、日本外来小児科学会のワークショップでも産後ケアがとりあげられて、参加している小児科医が各地で増えている実感もあります。

母親が自信をつけ笑顔で子育てできるように、全国どこでも良質の医療としての産後ケアが受けられるようになると良いと、産後ケアに取り組んだときからずっと願っています。

筆者は、子育て支援は母親支援からだと考え産後ケアに取り組んでいます。母親が元気で笑っているのが子育てには一番よいと思いますし、失敗しても悩んでも前向きに子育てに取り組むこと・母親が子どもに誠実に懸命に向き合うことが子どもには良い影響を与え、愛着形成、虐待予防につながります。

次世代の日本を担う子どもがその子らしさを十分に発揮でき、実り多い人生をスタートさせるために、母親を支援することから始めるのが産後ケアで、母親へのよい支援は「子育てが楽しい」「子どもがかわいい」という気持ちにもつながり、少子化対策にもなりえると考えています。

(委員：佐山 圭子)

- M E M O -

