

医療機関に搬入された児童虐待事例の特徴 —症例報告を用いた類型化—

高橋葉月* 竹本与志人**

目的：医療機関に搬入された児童虐待事例の特徴について、症例報告を用いて明らかにすることである。

方法：「医学中央雑誌」において、「児童虐待」病院を検索用語に2000年1月から2018年3月現在までに国内で報告された論文を分析対象とした。論文の選定基準は、症例報告であること、医療機関に搬入された児童虐待対応に関する症例であること、医療機関における児童虐待通告時の症状に関する記述がある症例であることの3条件とした。解析は、クラスター分析を用いて症例を類型化し、類型化されたグループ間の有意差を確認した。

結果：178の症例を分析した結果、3つのクラスターが確認され、身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトに類型化された。クラスター間において、被虐待児の性別、診断時年齢、虐待者等の12要因において有意差が確認された。

結論：今後は症例報告として発表されていない児童虐待事例の収集も行い、実態解明を行うことが課題である。

キーワード：医療機関、児童虐待、類型化

I. 緒言

2016年度中に全国210か所の児童相談所が対応した児童虐待相談は122,578件と過去最多を記録し、「児童虐待の防止等に関する法律」(以下、児童虐待防止法)が施行された2000年度の17,725件の約7倍となっている¹⁾。しかしながら、児童相談所に寄せられた虐待相談の経路別件数は、警察等からの相談・通告が45%、近隣知人からが14%となっているものの、医療機関からの通告は全体の3%に過ぎない²⁾。

先行研究を確認すると、医療機関からの通告件数が少ない原因として、医療機関ごとに児童虐待への対応の体制が一貫していないこと³⁾、地域によって院内ネットワークの有無に差があること⁴⁾、医療機関同士あるいは医療機関と児童相談所との不十分な連携に対する解決方法を見出すことができていないこと⁵⁾などが報告されている。さらには、医療機関から外部機関へ児童虐待通告を実施する際に「判断に自信がない」といった職員の抵抗感が通告を阻害している可能性を示唆する調査報告もある⁶⁾。

医療機関における児童虐待に関する取り組みに対し、児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会の「児童虐待防止医療ネットワーク事業推進の手引き」⁷⁾や日本小児科学会の「子ども虐待診療の手引き(第2版)」⁸⁾において、子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team:CPT)を設置して組織的に対応すること、院内での対応方針を統一することにより関係機関との連携の円滑化が図られる旨が明記されている。しかしながら、法的に義務付けされていないため、全医療機関において実施されるには至っていない。

このような状況下、2010年に改正臓器移植法が全面施行され、「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針(ガイドライン)において、「虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないよう、移植医療に係る業務に従事する者がその業務に係る児童について虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、その疑いがある場合に適切に対応する必要がある旨規定されていること」が示された。18歳未満の児童からの臓器提供

* 倉敷中央病院 医療福祉相談室

** 岡山県立大学 保健福祉学部

〒710-8602 岡山県倉敷市美和1丁目1-1

〒719-1197 岡山県総社市窪木111

を行う施設に必要な体制として、①虐待を受けた児童への対応のための必要な院内体制（虐待防止委員会などの設置）、②児童虐待の対応に関するマニュアル等の整備が行われていることが法律上規定されたのである⁹⁾。このことに対して大宅ら¹⁰⁾は、院内でも小児虐待の防止と対応に関わる委員会の設置の機運が高まり、小児安全対策委員会が発足したと述べ、山本¹¹⁾は、CPTの設置と進展が改正臓器移植法のきっかけになったと報告している。2013年4月に日本医療機能評価機構における新たな病院機能評価の評価項目に「患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針やその対応」が追加されると¹²⁾、医療機関は児童虐待の早期発見に対応せざるを得なくなり、児童虐待対応への関心が高まってきている。しかしながら、医療機関がこの状況下で児童虐待事例へどのように対応しているかはもちろんのこと、搬入された児童虐待事例の特徴すら明らかになっていない。

そこで本研究では、医療機関に搬入された児童虐待事例の特徴について、症例報告を用いて明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 分析対象

医学文献データベース「医学中央雑誌（Web）」を用いて、日本語で記述されている論文を分析対象とした。検索用語は‘児童虐待’ならびに‘病院’とし、論文のタイトルまたは抄録にこれら用語が使用され、「児童虐待の防止等に関する法律」が施行された2000年1月から2018年3月までに国内で報告された論文を対象とした。

2. 論文の選定基準と選定方法

一般化可能性の高い業績を選択することを目的に、Stuckら¹³⁾のSystematic Literature Reviewの方法を参考に、①原著論文であること、②医療機関に搬入された際の児童虐待対応に関する研究であること、③医療機関における児童虐待通告時の症状に関する記述のある研究であることの3条件を組み入れ基準に設定した。

3. 解析方法

組み入れ基準に該当した症例報告は95編であ

り、症例数は181であった。そのうち3症例については被虐待児の年齢が不明であったため除外し、178症例を分析対象とした。分析には、症例より抽出した被虐待児の性別、虐待者、家族構成、家族の状況、既往歴、障害の有無、被虐待児が受診した際の主訴、受診した診療科、入院措置の有無、虐待の種類¹⁴⁾、児童相談所の関与歴の有無、児童相談所への通告の有無、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）の関与の有無、虐待による死亡の有無、病状、転帰を変数として用い、クラスター分析（Ward法）を行った。類型化されたクラスター間における有意差は、Fisherの正確確率検定ならびにWelchの検定（多重比較：Games-Howell法）を用いて検討し、すべての解析における有意性は5%有意水準とした。以上の統計解析には、統計ソフト「IBM SPSS 22 J for Windows」を使用した。

4. 倫理的配慮

公表されている論文を分析対象とし、分析に用いた論文が倫理審査の承認を得ている報告であり、倫理的侵害はないことを確認した。

III. 結果

1. 被虐待児の症例178名の属性

「被虐待児の性別」は男児が91名（51.1%）、女児が69名（38.8%）、症例報告から性別が判断できなかった症例が18名（10.1%）であった。「診断時年齢」は平均35.9ヶ月（標準偏差：49.8、範囲：0-216）であった。

虐待者の続柄は、実母が89症例（50.0%）、実父が34症例（19.1%）、両親（実親または継父母）が7症例（3.9%）、継父が7症例（3.9%）、母の交際男性が4症例（2.2%）、祖母が3症例（1.7%）、祖父が3症例（1.7%）、兄が2症例（1.1%）、不明が37症例（20.8%）であった。

被虐待児の家族構成は、両親と子の世帯が80症例（44.9%）、母子世帯が21症例（11.8%）、三世代世帯が11症例（6.2%）、三世代世帯以上が3症例（1.7%）、その他3症例（1.7%）、不明60症例（33.7%）であった。

被虐待児の家族の状況は、「母に精神疾患あり」が26症例（14.6%）、「育児能力が低い」が15症例（8.4%）、「家庭内不和」が11症例（6.2%）、「経済的困窮」が10症例（5.6%）、「被虐待児の同

胞にも虐待経験あり」が10症例（5.6%）、「家庭内DV（Domestic Violence: DV）経験あり」が10症例（5.6%）、「継父がいる」が9症例（5.1%）、「虐待者の生育環境が不安定」が8症例（4.5%）、「母に内科的治療歴あり」が7症例（3.9%）、「育児不安あり」が7症例（3.9%）、「異母（異父）兄弟（姉妹）あり」が7症例（3.9%）、「父に精神疾患あり」が6症例（3.4%）、「父に内科的治療歴あり」が5症例（2.8%）、「虐待者に被虐待経験あり」が4症例（2.2%）、「社会的孤立家庭」が3症例（1.7%）、「被虐待児の同胞に精神疾患あり」が3症例（1.7%）、「父が無職」が3症例（1.7%）、「父の気性が激しい」が2症例（1.1%）、「父または母に「愛人がある」」が2症例（1.1%）、「継母がいる」が1症例（0.6%）、「祖父母宅に身を寄せることがある」が1症例（0.6%）であった。なお、症例報告に家族の状況が記載されていなかった症例（不明）は56症例（31.5%）であった。

被虐待児の既往歴は、収集した症例のなかで記載の多かった「精神発達の遅れ」「言語発達遅延」「多動症」「低体重児」「痙攣」「原因不明の症状での病院受診歴あり」「虐待の疑いで受診歴」の7項目について確認し、7項目以外の既往歴は「その他」、既往歴なしと記載されていた症例は「既往歴なし」、既往歴について記載されていなかった症例は「不明」とした。7項目のうち「低体重児」が16症例（9.0%）と最も多く、次いで「精神発達の遅れ」が15症例（8.4%）、「原因不明の症状での病院受診歴あり」が8症例（4.5%）、「虐待の疑いで受診歴」が7症例（3.9%）、「痙攣」が4症例（2.2%）、「多動症」が3症例（1.7%）、「言語発達遅延」が2症例（1.1%）となっていた。なお、「その他」が36症例（20.2%）、「既往歴なし」が35症例（19.7%）、「不明」が69症例（38.8%）であった。

「被虐待児の障害」は、虐待による後遺症としての障害ではなく、受傷前に障害があったか否かを既往歴より判断した。障害の定義は、障害者基本法における障害者の定義を参考にその有無を確認した。結果、障害があったと考えられた症例は18症例（10.1%）、障害がなかったと考えられた症例は49症例（27.5%）、障害の有無が確認できなかった症例は111症例（62.4%）であった。

被虐待児が受診した際の主訴は、ICD-10を用いて疾病分類を行った。結果、「全身症状及び徴候」

が49症例（27.5%）と最も多く、次いで、「認識、知覚、情緒状態及び行動に関する症状及び徴候」が26症例（14.6%）、「循環器系及び呼吸器系に関する症状及び徴候」が23症例（12.9%）、「栄養失調（症）」が21症例（11.8%）、「熱傷及び腐食」が19症例（10.7%）、「消化器系及び腹部に関する症状及び徴候」が18症例（10.1%）となっていた。なお、主訴が不明であった症例は15症例（8.4%）であった。

被虐待児が受診した診療科は、「小児科」「耳鼻咽喉科」「救急外来」「脳神経外科」「眼科」「整形外科」「新生児科」「救急救命センター」「形成外科」「精神科」「泌尿器科」「皮膚科」「熱傷センター」「放射線科」の14診療科であった。また、複数の診療科で治療を受けている症例もあった。「小児科」が88症例（49.4%）と最も多く、次いで、「脳神経外科」が31症例（17.4%）、「救急外来」が22症例（12.4%）、「眼科」が11症例（6.2%）、「救命救急センター」が9症例（5.1%）、「形成外科」が9症例（5.1%）、「整形外科」が8症例（4.5%）、「皮膚科」が4症例（2.2%）、「新生児科」ならびに「精神科」が3症例（1.7%）となっていた。なお、診療科が「不明」は19症例（10.7%）であった。

虐待の種類は、「身体的虐待」「心理的虐待」「ネグレクト」「性的虐待」の4項目14)の有無を確認した。結果、「身体的虐待」が119症例（66.9%）、「ネグレクト」が38症例（21.3%）、「心理的虐待」が13症例（7.3%）、「性的虐待」が1症例（0.6%）、「不明」が21症例（11.8%）であった。

「入院措置の有無」は、「入院措置あり」が138症例（77.5%）、「入院措置なし」が16症例（9.0%）、入院措置の有無が確認できなかったものは24症例（13.5%）であった。

「児童相談所の関与歴の有無」は、医療機関の受診前に児童相談所が被虐待児に関与していたか否かを確認した。「関与歴あり」は25症例（14.0%）、「関与歴なし」は6症例（3.4%）、関与の有無が確認できなかったものは147症例（82.6%）であった。

「児童相談所への通告」は、医療機関が虐待を疑い、児童相談所に通告を行ったか否かを確認した。「通告あり」は109症例（61.2%）、「通告なし」は11症例（6.2%）、通告をしたか否か「不明」のものは58症例（32.6%）であった。

「MSWの関与の有無」は、医療機関が被虐待児

を発見した際に MSW が関与していたか否かを確認した。「関与あり」は 28 症例 (15.7%)、「関与なし」は 2 症例 (1.1%)、関与していたか否か「不明」であったものは 148 症例 (83.1%) であった。

「虐待が原因による死亡の有無」は、「虐待による死亡」が 23 症例 (12.9%)、「虐待による死亡はなかった」が 154 症例 (86.5%)、虐待による死亡か否か「不明」であったものが 1 症例 (0.6%) であった。

病状は、ICD-10 を用いて疾病分類を行った結果、「頭部損傷」が 72 症例 (40.4%) と最も多く、次いで「脈絡膜及び眼球の障害」が 34 症例 (19.1%)、「神経系のその他の障害」が 20 症例 (11.2%)、「腹部、下背部、腰椎及び骨盤部の損傷」が 11 症例 (6.2%)、「栄養失調 (症)」が 10 症例 (5.6%) となっていた。なお、「不明」は 12 症例 (6.7%) であった。

転帰は、自宅が 60 症例 (33.7%) と最も多く、次いで「乳児院」が 20 症例 (11.2%)、「施設 (種別不明)」が 12 症例 (6.7%)、「児童相談所の一時保護所」が 11 症例 (6.2%)、「転院」が 6 症例 (3.4%)、「児童養護施設」が 5 症例 (2.8%)、「入院継続」が 2 症例 (1.1%)、「祖父母宅」が 1 症例 (0.6%)、「その他」が 3 症例 (1.7%)、転帰先の「記載なし」が 20 症例 (11.2%)、転帰先「不明」が 38 症例 (21.3%) であった。

2. 症例の類型化とクラスター間の比較

クラスター分析を行った結果、出力されたデンドログラムから 3 つのクラスターに類型化されると判断した。クラスター間における被虐待児の性別や症状、虐待者や家族の状況等について差の検定または比率の検定を行った結果、被虐待児の性別、診断時年齢、虐待者 (実父)、家族構成、家族の状況 (家庭内 DV 経験)、既往歴 (不明)、被虐待児の障害の有無、主訴 (栄養失調 (症)・全身症状及び徴候・生物による機械的な力への曝露)、虐待の種類 (身体的虐待・心理的虐待・ネグレクト)、入院措置、児童相談所の関与歴、病状 (栄養失調 (症)・代謝障害・神経系のその他の障害・脈絡膜及び眼球の障害・頭部損傷) において有意差が確認された。

1) クラスター間における被虐待児の属性の比較 (表 1)

被虐待児の性別では、クラスター 1 は女兒、クラ

スター 2 は不明、クラスター 3 は男児の割合が有意に高かった ($p < 0.01$)。診断時年齢では、全てのクラスター間で有意差が確認され ($p < 0.001$)、クラスター 1 の平均年齢が最も高く、クラスター 2、クラスター 3 の順となっていた。虐待者では実父のみ有意差が確認され、クラスター 3 が他のクラスターに比して割合が高かった ($p < 0.05$)。

家族構成では有意差が確認され ($p < 0.05$)、クラスター 1 の母子世帯の割合が高く、クラスター 3 では不明の割合が高かった。また家族歴では、「家庭内 DV 経験あり」のみに有意差が確認され ($p < 0.05$)、クラスター 1 の割合が高かった。

2) クラスター間における被虐待児の既往歴・障害の有無の比較 (表 2)

被虐待児の既往歴では、クラスター 1 において既往歴が不明である割合が高かった ($p < 0.05$)。被虐待児の障害の有無では有意差が確認され ($p < 0.01$)、クラスター 2 が他のクラスターに比して障害を有している被虐待児の割合が高かった。

3) クラスター間における被虐待児の主訴の比較 (表 3)

被虐待児の主訴では、「栄養失調 (症)」と「全身症状及び徴候」、「生物による機械的な力への曝露」で有意差が確認された。「栄養失調 (症)」の症例はクラスター 1 には含まれず ($p < 0.05$)、「全身症状及び徴候」はクラスター 3 の割合が高かった ($p < 0.001$)。「生物による機械的な力への曝露」ではクラスター 1 の割合が高かった ($p < 0.01$)。

4) クラスター間における虐待の種類と被虐待児が受診した診療科の比較 (表 4)

虐待の種類では、「身体的虐待」「心理的虐待」「ネグレクト」において有意差が確認された。「身体的虐待」はクラスター 3 ($p < 0.05$)、「心理的虐待」はクラスター 1 ($p < 0.001$)、「ネグレクト」はクラスター 2 の割合が高かった ($p < 0.01$)。被虐待児が受診した診療科では、有意差は確認されなかった。

5) クラスター間における被虐待児への対応状況と死亡例の比較 (表 5)

クラスター間における被虐待児への対応状況では、「入院措置」で有意差が確認され ($p < 0.001$)、

クラスター3の割合が高かった。「児童相談所の関与歴」でも有意差が確認され (p<0.001)、クラスター1は「関与歴あり」の割合が高かった。「児童相談所への通告の有無」「MSWの関与」「虐待が原因による死亡の有無」では有意差は確認されなかった。

6) クラスター間における被虐待児の病状の比較 (表6)

クラスター間における被虐待児の病状では「頭部損傷」「脈絡膜及び眼球の障害」「神経系のその他の障害」「栄養失調(症)」「代謝障害」「記載なし」で有

意差が確認された。「頭部損傷」(p<0.001)、「脈絡膜及び眼球の障害」(p<0.001)、「神経系のその他の障害」(p<0.01)ではクラスター3の割合が高かった。「栄養失調(症)」ではクラスター2の割合が高く (p<0.05)、「代謝障害」ではクラスター1で高かった (p<0.01)。また、クラスター1は「記載なし」の割合が高かった (p<0.01)。

7) クラスター間における被虐待児の転帰の比較 (表7)

転帰では有意差は確認されなかった。

表1 クラスター間における被虐待児の属性の比較 (n=178)

項目	クラスター1(n=27)	クラスター2(n=47)	クラスター3(n=104)	有意差
性別 ^{※1}				
男児	人数(%) 7 (25.9)	22 (46.8)	61 (58.7)	
調整済み残差	-2.8	-0.7	2.7	
女児	人数(%) 17 (63.0)	16 (34.0)	38 (34.6)	**
調整済み残差	2.8	-0.8	-1.3	
不明	人数(%) 3 (11.1)	9 (19.1)	6 (5.8)	
調整済み残差	0.2	2.4	-2.3	
診断時年齢 ^{※2}	平均(標準偏差, 範囲) 140.9ヶ月(34.8, 96-216)	41.7ヶ月(17.8, 21-84)	61.7ヶ月(4.8, 0-19)	***
実母	人数(%) 16 (59.3)	24 (51.1)	48 (46.2)	n.s.
調整済み残差	1.0	0.2	-0.9	
実父	人数(%) 2 (7.4)	5 (10.6)	27 (26.0)	*
調整済み残差	-1.7	-1.7	2.8	
両親	人数(%) 1 (3.7)	2 (4.3)	4 (3.8)	n.s.
調整済み残差	-0.1	0.1	-0.9	
継父	人数(%) 2 (7.4)	4 (8.5)	1 (1.0)	n.s.
調整済み残差	1.0	1.9	-2.4	
虐待者 ^{※1,3}				
母の交際男性	人数(%) 2 (7.4)	1 (2.1)	1 (1.0)	n.s.
調整済み残差	2.0	-0.1	-1.4	
祖母	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差	-0.7	0.3	0.3	
祖父	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差	-0.7	0.3	0.3	
兄	人数(%) 1 (3.7)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.
調整済み残差	1.4	-0.9	-0.2	
不明	人数(%) 5 (18.5)	10 (21.3)	22 (21.2)	n.s.
調整済み残差	-0.3	0.1	0.1	
両親・子世帯	人数(%) 10 (37.0)	24 (51.1)	45 (43.3)	
調整済み残差	-0.9	1.0	-0.2	
母子世帯	人数(%) 8 (29.6)	7 (14.9)	8 (7.8)	
調整済み残差	3.1	0.8	-3.0	
三世帯世帯	人数(%) 2 (7.4)	2 (4.3)	7 (6.7)	
調整済み残差	0.3	-0.6	0.4	*
三世帯世帯以上	人数(%) 1 (3.7)	1 (2.1)	1 (1.0)	
調整済み残差	0.9	0.3	-0.9	
その他	人数(%) 1 (3.7)	1 (2.1)	1 (1.0)	
調整済み残差				
不明	人数(%) 5 (18.5)	12 (25.5)	43 (41.3)	
調整済み残差	-1.8	-1.4	2.6	
家族の状況 ^{※1,3}				
母に精神疾患あり	人数(%) 7 (25.9)	5 (10.6)	14 (13.5)	n.s.
調整済み残差	1.8	-0.9	-0.5	
育児能力が低い	人数(%) 1 (3.7)	7 (14.9)	7 (6.7)	n.s.
調整済み残差	-1.0	1.9	-1.0	
家庭内不和	人数(%) 3 (11.1)	3 (6.4)	4 (3.8)	n.s.
調整済み残差	1.2	0.1	-0.9	
経済的困難	人数(%) 2 (7.4)	4 (8.5)	4 (3.8)	n.s.
調整済み残差	0.4	1.0	-1.2	
被虐待児の周囲にも虐待経験あり	人数(%) 2 (7.4)	1 (2.1)	7 (6.7)	n.s.
調整済み残差	0.4	-1.2	0.8	
家庭内DV経験あり	人数(%) 4 (14.8)	4 (8.5)	2 (1.9)	*
調整済み残差	2.3	1.0	-2.5	
継父がいる	人数(%) 3 (11.1)	3 (6.4)	3 (2.9)	n.s.
調整済み残差				
虐待者の生育環境が不安定	人数(%) 1 (3.7)	0 (0.0)	7 (6.7)	n.s.
調整済み残差	-0.2	-1.7	1.7	
育児不安あり	人数(%) 0 (0.0)	2 (4.3)	5 (4.8)	n.s.
調整済み残差	-1.1	0.1	0.7	
母に内科的治療歴あり	人数(%) 2 (7.4)	2 (4.3)	3 (2.9)	n.s.
調整済み残差	1.0	0.1	-0.9	
異母(異父)兄弟(姉妹)あり	人数(%) 0 (0.0)	2 (4.3)	4 (3.8)	n.s.
調整済み残差	-1.1	0.1	0.7	
父に精神疾患あり	人数(%) 3 (11.1)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差	2.4	-0.6	-1.3	
父に内科的治療歴あり	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	4 (3.8)	n.s.
調整済み残差	-1.0	-0.3	1.0	
虐待者に被虐待経験あり	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	3 (2.9)	n.s.
調整済み残差	-0.9	-0.1	0.7	
社会的孤立家庭	人数(%) 1 (3.7)	0 (0.0)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差	0.9	-1.0	0.3	
被虐待児の周囲に精神疾患あり	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差	-0.7	0.3	0.3	
父が無職	人数(%) 0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.9)	n.s.
調整済み残差	-0.7	-1.0	1.5	
父の気性が激しい	人数(%) 0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.9)	n.s.
調整済み残差				
愛人がある	人数(%) 0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	n.s.
調整済み残差	-0.6	2.4	-1.7	
継母がいる	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.
調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2	
祖父母宅に身を寄せることがある	人数(%) 0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.
調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2	
不明(記載なし)	人数(%) 7 (25.9)	14 (29.8)	35 (33.7)	n.s.
調整済み残差	-0.7	-0.3	0.7	
なし(特になし)と記載あり	人数(%) 2 (7.4)	7 (14.9)	17 (16.3)	n.s.
調整済み残差	-0.7	1.2	-0.6	

※1: Fisherの正確確率検定 ※2: Welchの検定(多重比較: Games-Howell法) ※3: 複数回答

人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とまらない場合がある

表2 クラスター間における被虐待児の属性等の比較 (n=178) の続き

項目		クラスター1 (n=27)			クラスター2 (n=47)			クラスター3 (n=104)			有意差
		人数 (%)			人数 (%)			人数 (%)			
低体重児	人数 (%)	0	(0.0)	3	(6.4)	12	(11.5)			n.s.	
	調整済み残差		-1.8		-0.7		1.9				
精神発達の遅れ	人数 (%)	2	(7.4)	7	(14.9)	6	(5.8)			n.s.	
	調整済み残差		-0.2		1.9		-1.5				
原因不明の症状で病院受診歴あり	人数 (%)	1	(3.7)	2	(4.3)	5	(4.8)			n.s.	
	調整済み残差		-0.2		-0.1		0.2				
虐待疑いの症状で病院受診歴あり	人数 (%)	1	(3.7)	2	(4.3)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.1		0.1		-0.1				
痙攣	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.9		-0.1		0.7				
既往歴 ^{※12}	人数 (%)	1	(3.7)	1	(2.1)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		0.9		0.3		-0.9				
多動症	人数 (%)	0	(0.0)	2	(4.3)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.6		2.4		-1.7				
言語発達遅延	人数 (%)	4	(14.8)	10	(21.3)	22	(21.2)			n.s.	
	調整済み残差		-0.8		0.2		0.4				
その他	人数 (%)	16	(59.3)	14	(29.8)	39	(37.5)			*	
	調整済み残差		2.4		-1.5		-0.4				
不明(記載なし)	人数 (%)	4	(14.8)	12	(25.5)	19	(18.3)			n.s.	
	調整済み残差		-0.7		1.2		-0.6				
あり	人数 (%)	4	(14.8)	9	(19.1)	5	(4.8)				
	調整済み残差		0.9		2.4		-2.8				
障害の有無 ^{※1}	人数 (%)	2	(7.4)	14	(29.8)	32	(30.8)			**	
	調整済み残差		-2.5		0.4		1.5				
なし	人数 (%)	21	(77.8)	24	(51.1)	66	(63.5)				
	調整済み残差		1.8		-1.9		0.4				

※1: Fisherの正確確率検定

*: p<0.05, **: p<0.01, n.s.: no significant

※2: 複数回答

人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表3 クラスター間における被虐待児の主訴の比較 (n=178)

項目		クラスター1 (n=27)			クラスター2 (n=47)			クラスター3 (n=104)			有意差
		人数 (%)			人数 (%)			人数 (%)			
全身症状及び徴候	人数 (%)	3	(11.1)	5	(10.6)	41	(39.4)			***	
	調整済み残差		-2.1		-3.0		4.2				
認識、知覚、情緒状態及び行動に関する症状及び徴候	人数 (%)	6	(22.2)	6	(12.8)	14	(13.5)			n.s.	
	調整済み残差		1.2		-0.4		-0.5				
循環器系及び呼吸器系に関する症状及び徴候	人数 (%)	3	(11.1)	3	(6.4)	17	(16.3)			n.s.	
	調整済み残差		-0.3		-1.6		1.6				
栄養失調(症)	人数 (%)	0	(0.0)	9	(19.1)	12	(11.5)			*	
	調整済み残差		-2.1		1.8		-0.1				
熱傷及び嘔食	人数 (%)	3	(11.1)	3	(6.4)	13	(12.5)			n.s.	
	調整済み残差		0.1		-1.1		0.9				
消化器系及び腹部に関する症状及び徴候	人数 (%)	3	(11.1)	4	(8.5)	11	(10.6)			n.s.	
	調整済み残差		0.2		-0.4		0.2				
生物による機械的な力への曝露	人数 (%)	5	(18.5)	6	(12.8)	3	(2.9)			**	
	調整済み残差		2.2		1.5		-2.9				
転倒・転落	人数 (%)	0	(0.0)	3	(6.4)	9	(8.7)			n.s.	
	調整済み残差		-1.3		0.5		0.5				
生物によらない機械的な力への曝露	人数 (%)	3	(11.1)	0	(0.0)	6	(5.8)			n.s.	
	調整済み残差		1.6		-1.8		0.5				
慢性下気道疾患	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.9		-0.1		0.7				
非感染性腸炎及び非感染性大腸炎	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.9		-0.1		0.7				
皮膚及び皮下組織に関する症状及び徴候	人数 (%)	1	(3.7)	0	(0.0)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		0.3		-1.4		1.0				
グルコース調節及び内分泌障害	人数 (%)	0	(0.0)	2	(4.3)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.7		1.6		-0.9				
皮膚及び皮下組織のその他の障害	人数 (%)	0	(0.0)	2	(4.3)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.7		1.6		-0.9				
顔面損傷	人数 (%)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.7		-1.0		1.5				
その他の型の心疾患	人数 (%)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.9)			n.s.	
	調整済み残差		-0.7		-1.0		1.5				
代謝障害	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.6		0.8		-0.2				
知的障害<精神遅滞>	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.6		0.8		-0.2				
間隔性及び発作性障害	人数 (%)	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		1.4		-0.9		-0.2				
皮膚炎及び湿疹	人数 (%)	1	(3.7)	0	(0.0)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		1.4		-0.9		-0.2				
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人数 (%)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		-0.6		0.8				
生機的障害及び身体的原因に関連した行動症候群	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
油膜、角膜炎、虹彩及び毛様体の障害	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
耳のその他の障害	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
インフルエンザ及び肺炎	人数 (%)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		-0.6		0.8				
神経系及び骨格系に関する症状及び徴候	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
言語及び音声に関する症状及び徴候	人数 (%)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		2.4		-0.6		-1.2				
顔部、下胸部、腰背及び骨盤部の損傷	人数 (%)	0	(0.0)	1	(2.1)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		1.7		-1.2				
外因のその他及び詳細不明の作用	人数 (%)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.0)			n.s.	
	調整済み残差		-0.4		-0.6		0.8				
腸のその他の疾患	人数 (%)	1	(3.7)	0	(0.0)	0	(0.0)			n.s.	
	調整済み残差		2.4		-0.6		-1.2				
不明	人数 (%)	3	(11.1)	5	(10.6)	7	(6.7)			n.s.	
	調整済み残差		0.5		0.6		-1.0				

Fisherの正確確率検定

複数回答

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001, n.s.: no significant

人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表4 クラスター間における虐待の種類と被虐待児が受診した診療科の比較 (n=178)

項目		クラスター1 (n=27)	クラスター2 (n=47)	クラスター3 (n=104)	有意差
身体的虐待	人数 (%)	14 (51.9)	27 (57.4)	77 (74.0)	*
	調整済み残差	-1.8	-1.6	2.7	
心理的虐待	人数 (%)	10 (37.0)	0 (0.0)	3 (2.9)	***
	調整済み残差	6.4	-2.2	-2.7	
虐待の種類 ネグレクト	人数 (%)	5 (18.5)	19 (40.4)	14 (13.5)	**
	調整済み残差	-0.4	3.7	-3.0	
性的虐待	人数 (%)	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2	
不明	人数 (%)	3 (11.1)	6 (12.8)	12 (11.5)	n.s.
	調整済み残差	-0.1	0.2	-0.1	
小児科	人数 (%)	13 (48.1)	30 (63.8)	45 (43.3)	n.s.
	調整済み残差	-0.1	2.3	-2.0	
脳神経外科	人数 (%)	3 (11.1)	5 (10.6)	23 (22.1)	n.s.
	調整済み残差	-0.9	-1.4	2.0	
救急外来	人数 (%)	5 (18.5)	2 (4.3)	15 (14.4)	n.s.
	調整済み残差	1.1	-2.0	1.0	
眼科	人数 (%)	1 (3.7)	1 (2.1)	9 (8.7)	n.s.
	調整済み残差	-0.6	-1.3	1.6	
救命救急センター	人数 (%)	1 (3.7)	1 (2.1)	7 (6.7)	n.s.
	調整済み残差	-0.3	-1.1	1.2	
形成外科	人数 (%)	2 (7.4)	3 (6.4)	4 (3.8)	n.s.
	調整済み残差	0.6	0.5	-0.9	
整形外科	人数 (%)	2 (7.4)	3 (6.4)	2 (1.9)	n.s.
	調整済み残差	0.8	0.7	-1.2	
診療科 皮膚科	人数 (%)	2 (7.4)	1 (2.1)	1 (1.0)	n.s.
	調整済み残差	2.0	-0.1	-1.4	
新生児科	人数 (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.9)	n.s.
	調整済み残差	-0.7	-1.0	1.5	
精神科	人数 (%)	1 (3.7)	1 (2.1)	1 (1.0)	n.s.
	調整済み残差	0.9	0.3	-0.9	
熱傷センター	人数 (%)	0 (0.0)	2 (4.3)	1 (1.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.7	1.6	-0.9	
泌尿器科	人数 (%)	0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.6	2.4	-1.7	
耳鼻咽喉科	人数 (%)	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.
	調整済み残差	2.4	-0.6	-1.2	
放射線科	人数 (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8	
不明	人数 (%)	1 (3.7)	4 (8.5)	14 (13.5)	n.s.
	調整済み残差	-1.3	-0.6	1.4	

Fisherの正確確率検定

複数回答

*:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001, n.s.:no significant

人数の割合 (%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

表5 クラスター間における被虐待児への対応状況と死亡例の比較 (n=178)

項目		クラスター1 (n=27)		クラスター2 (n=47)		クラスター3 (n=104)		有意差
入院措置	あり	人数 (%)	12 (44.4)	38 (80.9)	87 (83.7)			
		調整済み残差	-4.5	0.6	2.7			
	なし	人数 (%)	8 (29.6)	3 (6.4)	5 (4.8)			***
		調整済み残差	4.1	-0.7	-2.3			
	不明	人数 (%)	7 (25.9)	6 (12.8)	11 (10.6)			
		調整済み残差	2.1	-0.2	-1.3			
児童相談所の 関与歴	あり	人数 (%)	8 (29.6)	11 (23.4)	6 (5.8)			
		調整済み残差	2.5	2.2	-3.8			
	なし	人数 (%)	0 (0.0)	4 (8.5)	2 (1.9)			***
		調整済み残差	-1.1	2.3	-1.3			
	不明	人数 (%)	19 (70.4)	32 (68.1)	95 (91.3)			
		調整済み残差	-1.8	-3.1	4.1			
児童相談所への 通告の有無	あり	人数 (%)	15 (55.6)	28 (59.6)	65 (62.5)			
		調整済み残差	-0.7	-0.3	0.7			
	なし	人数 (%)	5 (18.5)	2 (4.3)	4 (3.8)			n.s.
		調整済み残差	2.9	-0.6	-1.5			
	不明	人数 (%)	7 (25.9)	17 (36.2)	34 (32.7)			
		調整済み残差	-0.8	0.6	0.0			
MSWの関与	あり	人数 (%)	5 (18.5)	8 (17.0)	15 (14.4)			
		調整済み残差	0.4	0.3	-0.6			
	なし	人数 (%)	1 (3.7)	1 (2.1)	0 (0.0)			n.s.
		調整済み残差	1.4	0.8	-1.7			
	不明	人数 (%)	21 (77.8)	38 (80.9)	88 (84.6)			
		調整済み残差	-0.8	-0.5	1.0			
虐待が原因 による死亡	あり	人数 (%)	0 (0.0)	6 (12.8)	17 (16.3)			
		調整済み残差	-2.2	0.0	1.6			
	なし	人数 (%)	27 (100.0)	41 (87.2)	85 (81.7)			n.s.
		調整済み残差	2.2	0.2	-1.8			
	不明	人数 (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)			
		調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8			

Fisherの正確確率検定 ***: p<0.001, n.s.: no significant

人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

IV. 考察

1. クラスター 1 の特徴

クラスター1は、被虐待児の平均診断時年齢が140.9ヶ月と3クラスター間で最も高く、小学校高学年頃に心理的虐待を受けた女兒であり、家族構成は母子世帯、家庭内DV経験あり、児童相談所の関与歴ありといった特徴が確認された。さらに、被虐待児が病院に搬入された際の主訴は「生物による機械的な力への曝露」によるもので、入院措置にまでは至らなかったものの、病変では「代謝障害」の診断を受けているという特徴もみられた。

主訴の「生物による機械的な力への曝露」とは打撲や叩打によるものであり、病変の「代謝障害」とは高張性脱水や代謝性アシドーシスであった。厚生労働省によると、心理的虐待は「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」と定義されている¹⁴⁾。

川松¹⁵⁾は、配偶者からのDVから逃れて母子で避難した後に、DVに対するトラウマやストレスが転じて暴力に発展しているという症例を報告している。また、DVの被害者である母親から子どもへ虐待が及ぶ可能性¹⁶⁾やDVを受けストレスを募らせる母親が子どもを虐待することで精神的バランスを取ろうとする傾向が見られることも指摘されている¹⁷⁾。クラスター1は離婚後に母子世帯となった家庭の症例が多かったことから、家庭内DVから逃れるために母子世帯になった被害者である母親が、そのストレスの矛先を子どもに向け、打撲や叩打という「生物による機械的な力への曝露」に繋がってしまったものと推測できる。

さらに、主訴が「生物による機械的な力への曝露」(打撲や叩打)であった症例について来院までの経緯を再確認すると、小学校の学校長、養護教諭、児童相談所所長に同伴されて来院している症例¹⁸⁾や小学校の担任の教諭が無断欠席した児童の家庭を

表6 クラスター間における被虐待児の病状の比較 (n=178)

項目	クラスター1 (n=27)			クラスター2 (n=47)			クラスター3 (n=104)			有意差
	人数 (%)			人数 (%)			人数 (%)			
頭部損傷	0 (0.0)	13 (27.7)	59 (56.7)	***	調整済み残差	-4.6	-2.1	5.2		
脈絡膜及び眼球の障害	0 (0.0)	2 (4.3)	32 (30.8)	***	調整済み残差	-2.7	-3.0	4.7		
神経系のその他の障害	0 (0.0)	2 (4.3)	18 (17.3)	**	調整済み残差	-2.0	-1.8	3.0		
腹部、下背部、腰椎及び骨盤部の損傷	0 (0.0)	5 (10.6)	6 (5.8)	n.s.	調整済み残差	-1.4	1.5	-0.3		
栄養失調 (症)	1 (3.7)	6 (12.8)	3 (2.9)	*	調整済み残差	-0.5	2.5	-1.9		
多部位の損傷	1 (3.7)	3 (6.4)	5 (4.8)	n.s.	調整済み残差	-0.3	0.5	-0.2		
胸部<頸>損	0 (0.0)	2 (4.3)	6 (5.8)	n.s.	調整済み残差	-1.2	-0.1	1.0		
神経系のその他の変性疾患	0 (0.0)	1 (2.1)	6 (5.8)	n.s.	調整済み残差	-1.1	-0.7	1.5		
股関節部及び大頤の損傷	0 (0.0)	3 (6.4)	2 (1.9)	n.s.	調整済み残差	-1.1	1.3	-0.4		
代謝障害	3 (11.1)	2 (4.3)	0 (0.0)	**	調整済み残差	2.8	0.7	-2.7		
肩及び上腕の損傷	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (3.8)	n.s.	調整済み残差	-0.9	-1.2	1.7		
脳性痙攣及びその他の痙攣性症候群	1 (3.7)	2 (4.3)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	0.9	1.6	-2.1		
皮膚及び皮下組織に関する症状及び徴候	0 (0.0)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.	調整済み残差	-0.7	0.3	0.3		
外国のその他及び詳細不明の作用	0 (0.0)	1 (2.1)	2 (1.9)	n.s.	調整済み残差	-0.7	0.3	0.3		
その他の細菌性疾患	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.6	0.8	-0.2		
熱傷及び凍傷	0 (0.0)	2 (4.3)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.8	2.4	-1.7		
薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒	1 (3.7)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	1.4	0.8	-1.7		
シラミ症、ダニ症及びその他動物寄生症	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
Fisherの正確確率検定	複数回答			*:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001, n.s.:no significant						
人数の割合 (%) に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。										
呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物<腫瘍>	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	2.4	-0.6	-1.2		
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	2.4	-0.6	-1.2		
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
成人の人格及び行動の障害	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	2.4	-0.6	-1.2		
神経、神経根及び神経そう<叢>の障害	0 (0.0)	3 (6.4)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
強膜、角膜、虹彩及び毛様体の障害	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
硝子体及び眼球の障害	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
その他の型の心疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
インフルエンザ及び肺炎	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
主として間質を障害するその他の呼吸器疾患	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
非感染性肺炎及び非感染性大腸炎	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
皮膚及び皮下組織のその他の障害	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
軟部組織障害	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
膝及び下腿の損傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
自然開口部からの異物侵入の作用	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
凍傷	0 (0.0)	1 (2.1)	0 (0.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	1.7	-1.2		
生物による機械的な力への曝露	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	n.s.	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8		
不明 (病変)	4 (14.8)	4 (8.5)	4 (3.8)	n.s.	調整済み残差	1.8	0.6	-1.8		
記載なし	12 (44.4)	14 (29.8)	18 (17.3)	**	調整済み残差	2.6	0.9	-2.7		

訪問した際、顔面の打撲痕を見つけて児童相談所に
 通告し、その後来院している症例¹⁹⁾など、親以外
 からの働きかけにより受診に至っている症例が多く
 みられた。また、そのような症例の中には、医師に
 よる診断後に入院措置とならず、児童相談所に保護
 された被虐待児も確認された²⁰⁾。母親による子ども
 への日常的な暴言等が悪化した末に突発的な打撲や
 叩打へとつながり、その症状を小学校教諭等が発見
 し、通告となった可能性が考えられた。病変や入院
 措置が「なし」の項目において有意差がみられたの
 は、クラスター1に心理的虐待が多かったことが原

因と考えられた。

2. クラスター2の特徴

クラスター2では、平均診断時年齢が41.7ヶ月で
 ネグレクトを受け、栄養失調(症)と診断されてい
 るものの、児童相談所の関与歴はなく、さらに虐待
 を受ける前から被虐待児には障害があったという特
 徴が確認された。

厚生労働省によると、ネグレクトとは「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

表7 クラスター間における被虐待児の転帰の比較 (n=178)

項目	クラスター1(n=27)	クラスター2(n=47)	クラスター3(n=104)	有意差	
自宅	人数(%)	15 (55.6)	17 (36.2)	27 (26.0)	
	調整済み残差	2.6	0.4	-2.3	
乳児院	人数(%)	0 (0.0)	3 (6.4)	17 (16.3)	
	調整済み残差	-2.0	-1.2	2.6	
児童相談所の 一時保護所	人数(%)	2 (7.4)	5 (10.6)	4 (3.8)	
	調整済み残差	0.3	1.5	-1.5	
児童養護施設	人数(%)	2 (7.4)	2 (4.3)	1 (1.0)	
	調整済み残差	1.6	0.7	-1.8	
転院	人数(%)	0 (0.0)	2 (4.3)	4 (3.8)	
	調整済み残差	-1.1	0.4	0.4	
入院継続	人数(%)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (1.0)	n.s.
	調整済み残差	-0.6	0.8	-0.2	
祖父母宅	人数(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	
	調整済み残差	-0.4	-0.6	0.8	
その他	人数(%)	1 (3.7)	1 (2.1)	1 (1.0)	
	調整済み残差	0.9	0.3	-0.9	
不明	人数(%)	6 (22.2)	11 (23.4)	21 (20.2)	
	調整済み残差	0.1	0.4	-0.4	
施設(種別不明)	人数(%)	1 (3.7)	1 (2.1)	10 (9.6)	
	調整済み残差	-0.7	-1.5	1.8	
記載なし	人数(%)	0 (0.0)	4 (8.5)	16 (15.4)	
	調整済み残差	-2.0	-0.7	2.1	

Fisherの正確確率検定

n.s.: no significant

人数の割合(%)に関し、小数点第二位を四捨五入し算出したため100%とならない場合がある。

て行かない」などと定義されている¹⁴⁾。虐待と障害児の関係について下泉²¹⁾は、「知的障害児・発達障害児は、子どもの障害特性を親や周囲の人が理解できないことから、肢体不自由児はその多くの身体合併症から養育が困難であり、虐待のハイリスクグループとなっている」と述べている。本研究では「障害の有無」で有意差が確認されており、障害児を養育する家庭の育児負担感がネグレクトにつながった可能性がある」と推測する。

クラスター2は、児童相談所の関与歴がない割合が高かった。ネグレクトを受けていた児童の症例の生育歴を再確認した結果、乳幼児健診を受けていない可能性が示唆された。浅野ら²²⁾は、事例研究を行った結果「親が子どもを隠し、健診や予防接種等を全く受けさせなくなってしまったケースを早期に発見することは困難である」と述べている。さらに溝口ら²³⁾の症例報告では、早期に保健センターによる介入があったにもかかわらず、両親の治療拒否などによりネグレクトの判断が困難であり、保護までに約2年を要した」と述べている。これらの報告より、親のネグレクトによって健診等が受けられない場合、地域の専門機関でも被虐待児の発見が困難であり、さらに専門機関が児童虐待を疑った場合でも親の介入拒否により児童相談所へつながりにくい現状があることが推測された。

前垣ら²⁴⁾は、「患児に明らかな医学的異常を伴わないと発見や介入が難しい。しかし、医学的にネグレクトを発見するきっかけとして発育不良、発達遅滞、不衛生などが挙げられ、母子手帳を確認すれば乳幼児健診や予防接種の施行状況も確認できる。虐待を疑った場合、躊躇せず入院させ、児童相談所と連携する必要がある」と医療機関のあるべき方向性を示唆している。ネグレクトは早期発見が困難であるという報告が多かったが、その発見のポイントを医療機関のみならず地域の専門機関や要保護児童対策地域協議会等、さらには地域住民も含め確認しておく必要があるといえる。そうすることで、児童相談所への通告が円滑になるものと考えられる。

3. クラスター3の特徴

クラスター3では、平均診断時年齢が6.1ヶ月と3クラスター間で最も低く、生後約半年の男児が実父から身体的虐待を受けているという特徴がみられた。被虐待児が病院に搬入された際の主訴は、「全

身症状及び徴候」によるものであり、「頭部損傷」「脈絡膜及び眼球の障害」「神経系のその他の障害」と診断されて入院となっていたものの、児童相談所の関与歴は不明という特徴が確認された。

「全身症状及び徴候」とは発熱や痙攣の症状であり、病変の「頭部損傷」とは皮下血腫、頭蓋骨骨折、脳挫傷、くも膜下出血、硬膜下血腫等、「脈絡膜及び眼球の障害」は網膜出血、眼底出血、「神経系のその他の障害」とは水頭症、急性脳炎、低酸素脳症、脳浮腫、脳腫脹であった。刈部ら²⁵⁾や板倉ら²⁶⁾は、身体的虐待における被虐待児の年齢は0歳児が最も多かったと報告している。そこで発熱や痙攣を引き起こし、病院に搬入されている症例全ての病変を再確認してみると、主訴が痙攣であった症例においては、ほぼ全症例において「頭部損傷」「脈絡膜及び眼球の障害」「神経系のその他の障害」のいずれかの症状があり、緊急入院となっていた。石崎ら²⁷⁾は、乳児の虐待症例において急性硬膜下血腫、眼底出血、脳症が3主徴であり、これらの症状には積極的に虐待を疑う必要があると述べている。また桑原²⁸⁾によると、2歳以下では頭蓋骨が成人と比べて薄いため、軽微な外力でも骨折や頭蓋内損傷をきたすことが稀ではないと述べている。さらに大西ら²⁹⁾は、父親がなかなか泣きやまない患児を強く揺さぶったことで頭に強い力が加わり、「頭部損傷（硬膜下血腫）」をきたしていると報告しており、柴田ら³⁰⁾は突然の痙攣が出現したのち救急搬送され、「頭部損傷（硬膜下血腫）」や「脈絡膜及び眼球の障害（眼底出血）」と診断された後、虐待と判断され、MSWが児童相談所に通報した症例があったと述べている。クラスター3は、「頭部損傷（急性硬膜下血腫を含む）」が56.7%、「脈絡膜及び眼球の障害（眼底出血を含む）」が30.8%、「神経系のその他の障害（脳症を含む）」が17.3%を占めていた。

以上のことからクラスター3は、被虐待児が乳児期ゆえに抵抗が出来ないことに加え、未発達の身体に父親からの強い力による衝撃により頭部損傷や眼球の障害等を引き起こし、それが原因となり痙攣などの症状をきたしたことで救急搬送されるという、児童虐待の症例の中ではより重篤な症例群であったと考える。

V. 結論

本研究では、医療機関に搬入された児童虐待事例の特徴を明らかにするため、症例報告を用いて類型化を行った。結果、3つのクラスターが抽出され、それぞれのクラスターの特徴を確認することができた。医療機関が被虐待児の特徴を理解することにより、彼らの早期発見・早期対応につながると考える。

今後は症例報告として発表されていない児童虐待事例の収集も行い、実態解明を行うことが課題である。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省 (2017)「平成 28 年度福祉行政報告例の概況」
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/16/dl/gaikyo.pdf>. 2018.7.7).
- 2) 厚生労働省 (2017)「児童虐待防止対策協議会の資料 3-6」
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000145135.html>. 2018.7.7).
- 3) 井上美保子・古宮圭・池田由香・ほか (2014)「児童虐待対策委員会の活動報告」『日本赤十字社和歌山医療センター医学雑誌』 32, 71-77.
- 4) 山崎嘉久・塩之谷真弓 (2006)「愛知県内の地域中核病院における児童虐待への対応状況」『小児科臨床』 59 (2), 301-308.
- 5) 仙田昌義 (2017)「日本の小児虐待の現状と対策 虐待の把握と発見 (医療機関)」『小児保健研究』 76, 80.
- 6) 白木富幸 (2013)「医療機関における児童虐待対応の実情とその課題」岡山大学大学院保健学研究科平成 25 年度修士論文.
- 7) 児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する検討会 (2014)「児童虐待防止医療ネットワーク事業推進の手引き」(<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000042510.pdf>. 2018.7.7).
- 8) 日本小児科学会 (2014)「子ども虐待診療手引き 第2版」
(https://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=25. 2018.7.7).
- 9) 厚生労働省 (2012)「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針 (ガイドライン) 第5 虐待を受

けた児童への対応等に関する事項」

(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/zouki-ishoku/dl/hourei_01.pdf. 2018.7.7).

- 10) 大宅宗一・櫻井淑男・松居徹 (2015)「当院における小児安全対策委員会を通じた児童虐待への取り組みと課題」『Neurosurgical Emergency』 20 (1), 76-81.
- 11) 山本八千代 (2014)「医療機関の児童虐待対応の進歩——病院内子ども虐待対応組織 (Child Protection Team, CPT)」『子どもと女性の虐待看護学研究』 1 (1), 45-50.
- 12) 公益社団法人日本医療機能評価機構 (2013)「病院機能評価事業について 参考資料 4」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002kahn-att/2r9852000002kb4r.pdf>. 2018.7.7).
- 13) Stuck AE, Walthert JM, nikolaus T, et al. (1999)「Risk factors for functional status decline in community-living elderly people : a systematic literature review」『Social Science&Medicine』 48 (4), 445-469.
- 14) 厚生労働省「児童虐待の定義と現状」
(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/about.html. 2018.11.2).
- 15) 川松亮 (2017)「子ども虐待とDVにおける子どものメンタルヘルス」『小児内科』 49 (5), 720-723.
- 16) 池田ひかり (2008)「DV と子ども虐待を考える —女性からの相談を通して—」『母性衛生』 49 (1), 42-44.
- 17) 社団法人チャイルド・セーフティネット協会
(<http://www.child-safetynet.jp/news/2011/06/17.html>. 2018.11.6).
- 18) 堀和一郎・荒木健太郎・岡本弘史・ほか (2008)「小児虐待の1例」『東海整形外科外傷研究会誌』 21, 160-162.
- 19) 高橋紀久子・舟山恵美・本田進・ほか (2016)「当院における過去5年間の児童相談所の実態と形成外科の役割」『日本形成外科学会誌』 36, 204-310.
- 20) 西恵理子・新垣義男 (2011)「地方都市基幹病院救急外来における被虐待児への対応——外科系医師へのアンケート調査より」『日本小児救急医学会雑誌』 10 (1) 27-31.

- 21) 下泉秀夫 (2005)「障害児と虐待」『小児科診療』 68 (2), 227-233.
- 22) 浅野貴子・若松太・田村信介・ほか (2013)「哺乳瓶依存状態で著名な成長発達遅延を認めたネグレクトの1例」『子どもの虐待とネグレクト』 15 (2), 188-196.
- 23) 溝口洋子・前野誓子・藤田直人・ほか (2007)「ネグレクトによる成長障害を呈した1例」『小児科臨床』 60 (8), 1731-1735.
- 24) 前垣よし乃・森俊彦 (2001)「ネグレクトの1例」『脳小児医学』 48 (3-4), 99-102.
- 25) 刈部博・林俊哲・亀山元信・ほか (2014)「乳児虐待による急性硬膜下血腫：20年間における臨床像の変化」『小児の脳神経』 39 (4), 313-319.
- 26) 板倉敬及・羽鳥雅之・峯真人・ほか (2006)「埼玉県内の医療機関における児童虐待に関する実態調査」『小児保健研究』 65 (2), 344-347.
- 27) 石崎竜司・北川雅史・田代弦 (2012)「急性脳症と診断された乳児虐待の1例」『神経外傷』 35, 152-154.
- 28) 桑原謙 (2008)「頭部損傷」自宅の階段から落ちちゃったんです ―虐待を見抜く視点も含めて― 『治療』 90 (10), 2625-2629.
- 29) 大西学・宮原大輔・大塚真司・ほか (2015)「頭部損傷を認めた被虐待児の2症例」『小児の脳神経』 40, 324-329.
- 30) 柴田常博・安倍吉則・田代尚久・ほか (2011)「被虐待児症候群の2例」『東北整形災害外科学会雑誌』 55 (1), 137-141.

Characteristics of Child Abuse Cases Transferred to Healthcare Settings: Classification Using Case Studies

HADUKI TAKAHASHI*, YOSHIHITO TAKEMOTO**

**Department of Medical Social Services, Kurashiki Central Hospital, 1-1-1 Miwa, Kurashiki, Okayama, Japan*

***Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja, Okayama, Japan*

Purpose: The purpose of this study was to identify the characteristics of child abuse cases transferred to healthcare settings using case studies.

Methods: Using the Ichushi database, we performed a systematic literature review of studies published between January 2000 and March 2018 that reported child abuse and the hospitals where the cases were examined. There were three selection criteria for the papers: a case study, a case of child abuse transferred to healthcare settings, and a case regarding symptoms at the time of child abuse notification in healthcare settings. The cases were classified using cluster analysis and significant differences among the classified groups were confirmed.

Results: A total of 178 cases were classified into three clusters: physical abuse, psychological abuse, and neglect. Among the three clusters, significant differences were identified in 12 factors, including the gender of the abused children, age at diagnosis, and abusers.

Conclusion: Further studies are needed to confirm the cases of child abuse that have not been published as case studies to clarify the actual situation.

Keywords : healthcare setting, child abuse, classification