

肢体不自由児施設を受診した被虐待児 28 例の検討

—— 第 1 編 被虐待以前の児の状況分析から 虐待の早期発見を目指して ——

千葉 康之¹ 落合 幸勝²

¹東京慈恵会医科大学小児科学講座

²東京都立北療育医療センター小児科

(受付 平成 17 年 10 月 14 日)

A STUDY ON 28 ABUSED CHILDREN WHO WERE ADMITTED INTO KITA MEDICAL AND REHABILITATION CENTER FOR THE DISABLED —— PART 1 FROM THE CIRCUMSTANTIAL ANALYSIS OF 28 ABUSED CHILDREN, A STUDY AIMED AT EARLY DETECTION OF ABUSE ——

Yasuyuki CHIBA¹ and Yukikatsu OCHIAI²

¹*Department of Pediatrics, The Jikei University School of Medicine*

²*Department of Pediatrics, Tokyo Metropolitan Kita Medical and Rehabilitation Center for the Handicapped*

This is a retrospective study for an abused child's early detection. The materials are abused children of 28 cases who consulted to this center. This center is the medical and rehabilitation center for the handicapped. The 28 children were divided into 2 groups of A and B. In group A there are 11 children who were healthy before child abuse. In group B there are 17 children who were already handicapped before child abuse. In group A, all the age in which all are physical abuse and the abuse which lead sequel received abuse first was 3 or less years old, and 63.6% was less than 1 years old. In group B, it is not rare to become a older child and to be started, either. Both groups had a low birth weight child's high ratio, and it was checked that it is the risk factor of abuse. The parents who treat with cruelty to handicapped child had an intellectual obstacle and mental disorder in many cases, and 41.2% was bringing-up abandonment. This is considered to be a result reflecting the difficulty of those who have a problem in bringing-up capability bringing up a handicapped child. The parents, who abused their children who left sequelae, had little intellectual obstacle and mental disorder, and there were many cases with which personality disorders and an economical problem are considered to be factors. It is the rates of said "divorce and separation" and "he has no problem at a home", and both groups occupied 1/4 or more, respectively. When the parents considered that bringing-up capability is low by an intellectual obstacle and mental disorder do a handicapped child's child-rearing, it is required to offer sufficient support bearing in mind that there is danger of abuse, especially bringing-up abandonment.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2006 ; 121 : 1-9)

Key words: an abused child, early detection, a retrospective study, a handicapped child

I. 緒 言

近年、子どもへの虐待に関する児童相談所への相談件数は急速に増加し、社会的関心も高まっている。2000年には児童虐待防止等に関する法律も施行され調査・研究も活発化している¹⁾²⁾。しかしながら、実際に多くの被虐待児を収容している障害児施設における被虐待児の実態に関する報告は少ない³⁾。障害児施設における虐待への対応は大きく分けて2種類ある。1つは健全児が虐待によって後遺障害に至った児に対して行う対応であり、もう1つは元々の障害という育てにくさを持つ虐待ハイリスクの子どもが虐待を受けないように家族などへの支援を行い、もし虐待を受けた場合でも早期に発見をするという対応である⁴⁾。虐待の発生要因には養育者側の因子とともに虐待された子ども側の因子もある。本研究では、障害児施設で経験した虐待ケースを2群に分け、比較検討を行った。

II. 目 的

健全児と障害児という子ども側の因子が虐待の発生ならびに形式にどのような影響を及ぼすかを明らかにすることを目的とした。そのために、被虐待児の早期発見を行うという観点から、被虐待児側のハイリスク要因の1つである「育てにくい児」としての「元障害児群」と、「そうでない児」としての「元健全児群」において虐待の諸因子にどのような差があるかを検討した。

III. 対象および方法

対象は、肢体不自由児施設および重症心身障害児施設を併設する医療機関である東京都立北療育医療センター小児科（以下、当センター）を1977年から1999年の23年間に受診した被虐待児28例である。

方法は、被虐待児側の因子として、元健全児（被虐待以前は健全であったが虐待のため障害をもったと考えられる児）11例をグループA、元障害児（被虐待以前から障害児）17例をグループBとし、カルテの記載および医療ケースワーカーの記録をもとに、以下の11項目について調査を行った。

① 性別 ② 虐待を受けた月齢 ③ 受診時月

齢 ④ 虐待の型 ⑤ 虐待の発見 ⑥ 虐待者 ⑦ おもな臨床診断名 ⑧ 障害の状況 ⑨ 被虐待児側の危険因子 ⑩ 虐待者（家庭）側の危険因子 ⑪ 虐待の重症度（分類の基準をTable 3に示す）

IV. 結 果

Table 1にグループA（元健全児群）、Table 2にグループB（元障害児群）を示す。

① 性別の男女比は、全体で11:17、グループAで3:8、グループBで8:9。（ χ^2 検定で有意差なし）

② 虐待を受けた月齢は平均で、グループAが13.0カ月、グループBが33.4カ月（ χ^2 検定で有意差なし）であった（Fig. 1）。

③ 受診時月齢は平均で、グループAが44.9カ月、グループBが53.3カ月であった。

④ 虐待の型は、グループAでは身体的虐待11例（100%）と全例。グループBでは身体的虐待10例（58.8%）、ネグレクト7例（41.2%）であった。

⑤ 虐待の発見者は、グループAでは家族・親戚6例（54.5%）、医療機関3例（27.3%）、児童相談所2例（18.2%）。グループBでは医療機関8例（47.1%）、家族・親戚3例（17.6%）、保健所3例（17.6%）、本人2例（11.8%）、保育園1例（5.9%）であった。

⑥ 虐待者は、グループAは父5例（45.5%）、母4例（36.5%）、両親1例（9%）、義父1例（9%）。グループBは父10例（59%）、母7例（41%）であった。

⑦ おもな臨床診断名は、グループAで頭蓋内出血後遺症10例（91%）、精神遅滞1例（9%）。グループBで精神遅滞5例（29.4%）、頭蓋内出血後遺症3例（17.7%）、脳性麻痺3例（17.7%）、染色体異常2例（12%）、てんかん1例（5.8%）、先天性風疹症候群1例（5.8%）、先天性筋ジストロフィー1例（5.8%）、前脊髄動脈症候群1例（5.8%）であった。

⑧ 障害の状況は、運動障害ではグループA：軽度7（63.6%）、重度4（36.4%）。グループB：軽度6（35.3%）、重度7（41.2%）、なし4（23.5%）であった。知能障害は、グループA：軽度5

Table 1. Detail of group A (11 cases)

Group A consists of 11 former health children before child abuse.

case	1	2	5	6	9	11	13	16	19	24	25
sex	F	F	M	F	M	M	F	F	F	F	F
received abuse first (month)	5	3	2	1	36	36	2	24	6	1	27
age of consultation (month)	37	34	3	78	40	155	36	47	14	21	29
abuse type	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical
the first counselor of abuse	mother	medical facilities	father	mother	child guidance clinic	child guidance clinic	mother	medical facilities	mother	grand-mother, mother	medical facilities
abuse person	father	mother	mother	father	mother	father-in-law	father	mother	father	mother	father·mother
clinical diagnosis	ICH sequela. MR Epi	ICH sequela. MDi MR	ICH sequela. CP MR Epi	ICH sequela. CP MR Epi	ICH sequela. MDi MR	ICH sequela. MDi	ICH sequela. CP MR Epi	ICH sequela. MDi MR	ICH sequela. MDi MR	MR	ICH sequela. MR
the situation of an obstacle											
motor intelligence	slight	slight	severe	severe	slight	slight	severe	slight	severe	slight	slight
ADL	slight	medium	severe	severe	slight	normal	severe	slight	severe	slight	slight
	semi-support	full-support	full-support	full-support	independ	independ	full-support	independ	full-support	independ	independ
medical rehabilitation											
physical	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
occupational	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
speech	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
education											
nursery school	+	+	+		+		+	+	+	+	+
special school				+		+					

*MR: mental retardation, MDi: motor disturbance, CP: cerebral palsy, MCA: multiple congenital anomaly, Epi: epilepsy, CA: chromosome anomaly, ICH: intracranial hemorrhage

Table 2. Detail of group B (17 cases)

Group B consists of 17 former handicapped children before child abuse.

case	3	4	7	8	10	12	14	15	17	18	20	21	22	23	26	27	28
sex	F	F	F	F	F	M	M	F	M	F	M	M	M	M	M	F	F
received abuse first (month)	4	6	10	20	6	12	1	20	24	24	180	30	10	22	54	124	20
age of consultation (month)	27	18	10	28	10	7	29	20	29	22	182	160	75	8	57	198	26
abuse type	neglect	physical	neglect	physical	neglect	neglect	neglect	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	physical	neglect	neglect
the first counselor of abuse	grand-mother	medical facilities	medical facilities	medical facilities	public health center	medical facilities	medical facilities	mother	public health center	public health center	the person himself	the person himself	medical facilities	mother	nursery school	medical facilities	medical facilities
abuse person	mother	father	mother	mother	mother	mother	mother	mother	father	mother	father	father	mother	father	father	father	mother
clinical diagnosis	MR	MCA/MR	MR	MR	CP MR	CA MR Epi	RSC MR	MR	CP MR	MR Epi	ICH sequela. hydrocephalus CP MR	ICH sequela. CP MR Epi	ICH sequela. CP	CA MR	MD	ASAS sequela.	CP MR
the situation of obstacle																	
motor intelligence	normal medium	severe severe	normal medium	slight slight	severe severe	severe severe	slight severe	normal slight	severe slight	normal slight	slight slight	severe medium	slight medium	slight medium	slight medium	severe normal	severe medium
ADL	independ	full-support	semi-support	full-support	full-support	full-support	full-support	independ	full-support	full-support	independ	semi-support	semi-support	semi-support	independ	full-support	independ
medical rehabilitation																	
physical		+		+	+	+	+		+		+	+	+	+	+	+	+
occupational	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
speech	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
education																	
nursery school	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+				+	+		+
special school					+						+	+	+			+	

*MR: mental retardation, CP: cerebral palsy, Epi: epilepsy, CA: chromosome anomaly, MCA: multiple congenital anomaly, RSC: rubella syndrome congenital, ICH: intracranial hemorrhage, MD: myotonic dystrophy, ASAS: anterior spinal artery syndrome

Table 3. The degree of harm which a child experiences as a result of child abuse “danger of a life”, “severely risk”, “medium risk”, “slight risk”, and “anxiety of abuse” It classifies into five stages.

- danger of a life
When there are the possibilities of the following, the separation by urgent intervention is required.
Head injury, abdominal injury, suffocation, medical neglect, pneumonia, dehydration, the parent-and-child suicide, “I’m killing”, etc.
- severely risk
Although there is no danger of life, a child has disturbance of health and a growth development, and intervention of supporting is immediatery required.
- medium risk
Although there is no healthy obstacle which requires hospitalization immediatly, it leaves a problem to a child’s character formation at a long period of time.
- slight risk
Although there are violence and neglect, it is predicted that it is temporary or child-parent relationship has little pathology nature.
- anxiety of abuse
Although there is neither actual violence nor a shortage of a care, a child abuser say “I’m likely to treat with cruelty, to dislike or to abuse”.

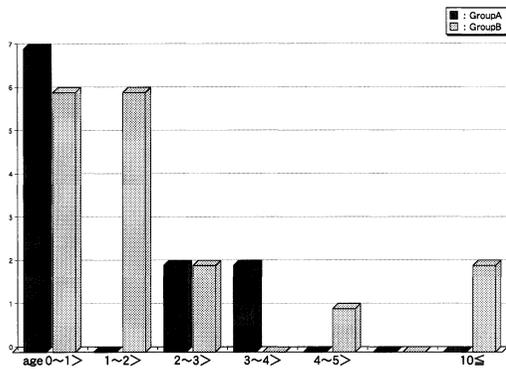


Fig. 1. Distribution of age in which 28 cases received abuse first
Group A: 13.0 months, Group B: 33.4 months.

(45.4%), 中等度 1 (9.1%), 重度 4 (36.4%), なし 1 (9.1%). グループ B: 軽度 4 (23.5%), 中等度 7 (41.2%), 重度 5 (29.4%). なし 1 (5.9%) であった. ADL は, グループ A: 全介助 5 (45.45%), 半介助 1 (9.1%), 自立 5 (45.45%). グループ B: 全介助 8 (47.1%), 半介助 4 (23.5%), 自立 5 (29.4%) であった.

⑨ 被虐待児側の周産期の危険因子は, グループ A: 低出生体重児 3 (27.3%), 多胎 1 (9.1%), 長期入院 1 (9.1%). グループ B: 低出生体重児 11 (64.7%), 多胎 2 (11.8%) であった (Fig. 2).

両群間での被虐待児側の危険因子のひとつであ

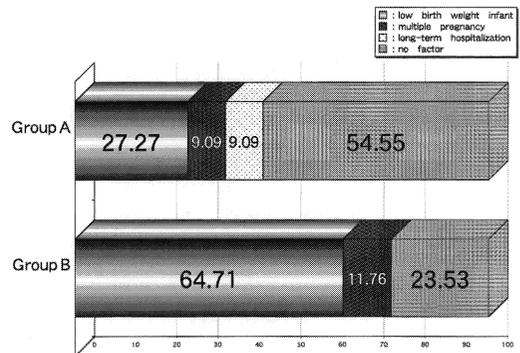


Fig. 2. Risk factors of 28 abused children
Group A: Low birth weight infant 3 (27.3%), Multiple pregnancy 1 (9.1%), Long-term hospitalization 1 (9.1%).
Group B: Low birth weight infant 11 (64.7%), Multiple pregnancy 2 (11.8%).

る低出生体重児は χ 検定では $p=0.053$ で, グループ B で多い傾向があった.

⑩ 家庭側の危険因子は, グループ A: 離婚・別居 3 (27.3%), 虐待者に人格障害 2 (18.2%), 虐待者に知的障害 1 (9.1%), 虐待者に精神疾患 1 (9.1%), 経済問題 2 (18.2%). グループ B: 離婚・別居 5 (29.4%), 虐待者に知的障害 4 (23.5%), 虐待者に精神障害 3 (17.7%), 虐待者に人格障害 1 (5.9%), 経済問題 1 (5.9%) であった (Fig. 3).

両群間での家庭側の危険因子のひとつである知

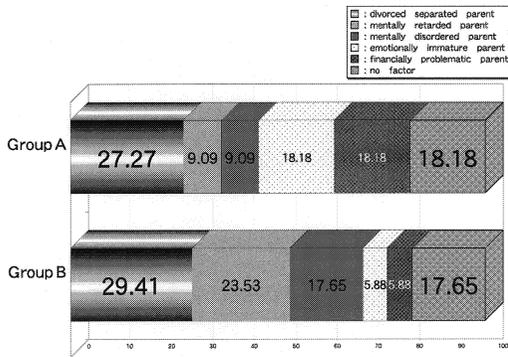


Fig. 3. Risk factors of abuse persons

Group A: Divorced separated parent 3 (27.3%), Emotionally immature parent 2 (18.2%), Mentally retarded parent 1 (9.1%), Mentally disordered parent 1 (9.1%), Financially problematic parent 2 (18.2%).

Group B: Divorced separated parent 5 (29.4%), Mentally retarded parent 4 (23.5%), Mentally disordered parent 3 (17.7%), Emotionally immature parent 1 (5.9%), Financially problematic parent 1 (5.9%).

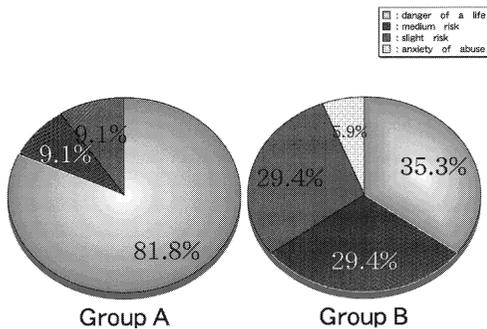


Fig. 4. Items of the degree of serious illness

Group A: Danger of life (81.8%), Severely risk (0%), Medium risk (9.1%), Slight risk (9.1%), Anxiety of abuse (0%).

Group B: Danger of life (35.3%), Severely risk (0%), Medium risk (29.4%), Slight risk (29.4%), Anxiety of abuse (5.9%).

的障害+精神疾患がありでの χ^2 検定では $p=0.0338$ で、グループ B で有意に多い。

① 被虐待児の重症度は、グループ A: 生命の危険 9 (81.8%), 中度 1 (9.1%), 軽度 1 (9.1%), グループ B: 生命の危険 6 (35.3%), 中度 5 (29.4%), 軽度 5 (29.4%), 虐待の危機 1 (5.9%)

であった (Fig. 4)。

被虐待児の重症度の両群間での生命の危険が有りの割合は、 χ^2 検定では $p=0.023$ で、グループ A で有意に多い。

V. 考 察

小児虐待の歴史は欧米と我が国では大きく異なる。まずその歴史的相違を述べた上で考察を進めることにする。

1. 虐待をめぐる歴史的展望

小児虐待は 1946 年 Caffey J が「乳児の多発長管骨折の症候群」を報告し⁵⁾、1962 年 Kempe C. H が「殴打された子の症候群」として疾患の概念を確立した⁶⁾。それを契機に欧米では 1960 年代からしだいに小児虐待の報告件数が増加し社会問題化した。我が国では 1933 年の「児童虐待防止法」および 1948 年の「児童福祉法」に児童虐待の文言が見られるものの、内容的には児童に対する労働搾取の禁止を謳ったもので、養育者からの暴力などの具体的な虐待内容へは言及はなかった。家族内虐待行為は、コインロッカーから新生児の遺体が相次いで発見された事件をきっかけに、1973 年の厚生省児童家庭局が調査し報告して以来、「被虐待児症候群」の名でしだいに一般に知られるようになった⁷⁾⁸⁾。しかし中には明らかな虐待と思われる症例も東洋的な“しつけ”の範疇とされ、“親子心中”に代表されるような子どもは親の所有物という社会通念の中に埋没していた⁹⁾。

しかしながら、1979 年の国連の提唱する国際児童年から 10 年をきっかけに、世界的な子どもの人権擁護の流れの中、国連では 1989 年「子どもの権利条約(児童の権利に関する条約)」が採択(1990 年発効。なお我が国での批准は 1994 年)されるに至った。その後も社会構造の変化から、親と子や家族関係の大きな変化があり、“子どもを社会の中で育む”という考え方が社会に浸透するに従い、我が国における小児虐待の現状がしだいに明らかとなった。そしてついに 2000 年 11 月には「児童虐待防止法」が施行され、さらに 2004 年 10 月には、改正児童虐待防止法が施行され、11 月には児童福祉法も一部改正された。内容的には問題を抱えながらも小児虐待は社会的に法律上も認知されるようになった。

2. 本研究で得られた臨床的特徴

虐待の発見者や通告者においては医療機関・保健所・保育園・幼稚園など多岐にわたっている^{10)~12)}。近所の付き合いの希薄になった都市生活者や核家族世帯では児が対外活動をする機会においてのみ異常の発見が可能となっている。医療機関においても、小児科以外に小児外科¹³⁾・整形外科¹⁴⁾などからの報告もあり、子どもを扱う可能性のあるすべての科のスタッフは、小児の不自然な外傷に対する虐待の可能性を念頭に置いておくことが重要である。

本研究からの新しい知見としては、

1. 後遺障害に至った虐待はすべてが身体的虐待で、虐待開始年齢がすべて3歳以下であり、63.6%が1歳未満であった。低年齢児の脆弱性が障害を残す危険性に繋がっている可能性がある。

2. それに対して、障害児に対する虐待は年長児になり開始されることも稀ではない。

3. 両グループとも低出生体重児の比率が高く、リスク因子であることが確認された。

4. 障害児に対して虐待を行う親は、知的障害や精神障害を持つことが多く、41.2%がネグレクトであった。養育能力に問題がある人たちが障害児を育てることの困難さを反映していると考えられる。

5. それに対して、後遺障害を残す虐待をした親には知的障害や精神障害は少なく、人格障害や経済的問題が要因と考えられる例が有意に多かった (χ^2 検定 $p=0.129$)。

6. 「離婚・別居」や「家庭に問題なし」は両グループとも同率で1/4以上を占めていた。

7. 虐待の発生因子の分析では、グループAで人格障害と経済的問題が有意に多く、養育者側の要因が大きな問題となっていた。グループBでは低出生体重児と多胎児が多い傾向があり、児側の要因が大きいと判断された。

実際、親を始めとする養育者にとって気質の面や多胎児、出生時からの発育・発達遅れなどで手のかかるいわゆる「育てにくい児」は存在する^{15)~21)}。今回われわれの調査では、そのような中で被虐待以前の児の障害の有無と虐待のハイリスク要因との関係を検討した。そのリスクを分類して検討することにより、被虐待児が深刻な障害を

受ける前に早期発見することに役立つと考えたからである^{22)~24)}。

また、われわれの調査でも身体的虐待に加えてネグレクトが多く認められたように、とくに出生時から障害を持っている児については虐待のハイリスク児として、医療機関退院後から地域の保健所などと情報の交換をはかり、家族が社会から孤立したり問題処理が遅れたりしないように、必要な援助をしていくことが大切である²⁵⁾²⁶⁾。

本研究の結果からの提言としては

1. 低年齢の虐待は高年齢で始まる虐待に比較して後遺障害を残す可能性が高いと推測されるため、低年齢の虐待を早期に発見して保護することが重要。

2. 知的障害や精神障害により養育能力が低いと考えられる親が障害児の育児をするときには、虐待、とくにネグレクトの危険性があることを念頭に、十分な支援を行うことが必要。

3. 子ども側の危険因子としては低出生体重児が、親側の要因としては離婚・別居が両グループとも重要と考えられた。

子どもや親のリスクのある家庭への支援が重要であり、小児科診療において、親の感じる育児不安を軽減するよう支援することを日常の診療や健診のむしろ中心的な目的にすべきである。今後押し進められるべきこととして、育児に対する不安の軽減は、妊娠中から始め、産科・小児科の連携のもとプレネイタルビジットを母子手帳内に組み込むなど、実効のあるものとしていくことが望まれる。低出生体重児、多胎児、障害を有する児などで虐待のリスクが高いといわれているが、虐待の予防を念頭においた妊娠中からの継続した育児支援は、母体あるいは胎児に何らかのリスク要因を有する場合だけでなく、すべての妊産婦について考慮されるべきである。また、産後うつ病に対する適切な対応を中心に産前産後における母親の精神保健に精神科医も積極的に関わる体制も必要であろう。

今まで多くの症例では、親などの養育者から児への虐待が明らかになってから、後方視的な要因検索の中で初めて虐待の背景が明らかになってきた。しかし今後は小児虐待のハイリスク要因から早期発見を行い、早期介入によりその連鎖を断ち

切るための予防が重要である。そのためには、虐待された児側のフォローと虐待者側のフォローを並行して行っていくシステムの早急な構築が望まれる^{27)–29)}。

3歳未満の児の被虐待児では生命の危険が多く障害が重くなる例が多いため、早期発見が重要である。本論文の対象児 28 例中 17 例が医療機関・保健所・保育所など家庭以外の機関での発見である。子どもを扱うことが多い保育所・幼稚園・学校・医療機関・保健所などに虐待についての関心と理解を深めていくこと、さらにこれらの地域の機関や施設などと児童相談所が緊密な連携を持ち、ネットワークを構築してゆき、被虐待児に対して、地域の機関が子どもと家庭に関わって行くこと、児童相談所が法的な対応を受け持つこととして、役割分担をして連携を取ることが必要である。

VI. 結 語

当センターを受診した被虐待児 28 例をグループ A・グループ B の 2 グループに分けて早期発見について後方視的に検討し以下の結果を得た。

1. 虐待を最初に受けた年齢はグループ A ですべて、グループ B もほとんどが 5 歳未満であったが、グループ B では年長での開始もあり平均年齢は有意に高かった。

2. 虐待の型を見るとグループ A はすべてが身体的虐待、グループ B は身体的虐待のほか、41% にネグレクトが認められた。

3. 虐待の告発者はグループ A では家族・親戚が、グループ B では医療機関が多くを占めた。

4. 虐待者はグループ A・グループ B とも、父母いずれかの両親がほとんどを占めた。

5. 主なる臨床診断名はグループ A のほとんどが頭蓋内出血後遺症であった。

6. 被虐待児側の危険因子ではグループ B で低出生体重児が 68% と多数を占めた。

7. 家庭側の危険因子ではグループ A・グループ B とも両親の離婚・別居が多く、さらにグループ B では、虐待者に精神疾患・知的障害を多く認めた。

8. 重症度ではグループ A の 82%、グループ B の 41% が生命の危険のある重症例であった。

なお本稿の要旨は、第 103 回日本小児科学会学術集会において報告した。

最後に、ご指導戴きました東京慈恵会医科大学小児科学講座主任教授の衛藤義勝先生ならびに国立成育医療センターこころの診療部部長の奥山真紀子先生に深謝致します。

文 献

- 1) 東京都. 児童虐待の実態：東京の児童相談所の事例にみる（児童虐待白書）. 2000.
- 2) 東京都. 子どもの虐待防止マニュアル：虐待への気づきと対応、援助のために. 1995.
- 3) 下山田洋三, 岡安 勤. 肢体不自由児施設における被虐待児の検討. 子どもの虐待とネグレクト 2001; 3: 172-9.
- 4) 奥山真紀子. 医師のための虐待対応の手引き. 埼玉：川野小児医学奨学財団; 2000.
- 5) Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol 1946; 56: 163-73.
- 6) Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA 1962; 181: 105-12.
- 7) 松井一郎, 谷村雅子. 子ども虐待とはなにか. 保健の科学 1999; 41: 564-70.
- 8) 池田由子. 児童虐待の歴史的考察. 公衆衛生 2000; 64: 308-12.
- 9) 桃井真里子. 子どもの虐待防止に向けて. 公衆衛生 2000; 64: 335-7.
- 10) 宮本ふみ. 児童虐待と保健所の役割. 公衆衛生 2000; 64: 324-7.
- 11) 根岸敬矩, 梶山有二. 児童思春期精神医学入門. 東京：医学出版社; 1999. p. 178-88.
- 12) 樋口恵美. 外来・救急医療における虐待児の診断. 小児科 2001; 42: 297-305.
- 13) 高橋 篤, 松山四郎, 鈴木則夫, 黒岩 実, 池田均, 小泉武宣 ほか. 腐食性結腸炎の癥痕狭窄により腸切除を必要とした被虐待児症候群の 1 乳児例. 日小外会誌 1996; 34: 732-6.
- 14) 芳賀信彦, 仲村 茂, 阿久根 徹, 小林繁一. 大腿骨骨折で気づかれた乳児虐待の 2 例. 整形外科 1998; 49: 598-605.
- 15) 庄司順一. 気質の評価. 小児科診療 1990; 53: 2443-8.
- 16) 庄司順一. 子どもの気質と発達について：気質概念とその小児科臨床への適用. 小児科 1999; 40: 995-1000.
- 17) 岡本伸彦, 小林美智子, 納谷保子, 白井キミカ, 池田美佳子, 植木野裕美 ほか. 被虐待児症候群双生

- 児例の検討。小児臨 1993；46：2213-9.
- 18) 岡本伸彦, 小林美智子, 臼井キミカ, 池田美佳子, 榎木野裕美, 山田恵子 ほか. 被虐待児症候群低出生体重児例の検討。小児臨 1993；46：1935-8.
 - 19) 岡本伸彦, 小林美智子, 臼井キミカ, 池田美佳子, 榎木野裕美, 山田恵子 ほか. 先天性疾患や周産期障害を有して被虐待児症候群を認めた 40 例。小児臨 1994；47：129-32.
 - 20) 小泉武宣. 乳児期におけるハンディキャップ児への対応：被虐待児症候群が疑われる児。周産期医学 2000；30：393-6.
 - 21) 松井一郎, 谷村雅子. 双生児の親の心理：虐待症例にみる双生児間の比較。小児内科 1995；27：1785-9.
 - 22) 小泉武宣. 周産期からの被虐待児症候群の予防にむけて。周産期医学 2000；30：85-8.
 - 23) 小泉武宣. 低出生体重児に対する虐待予防対策。小児科 2001；42：306-13.
 - 24) 小林美智子. 被虐待児の実態と対策。日医師会誌 1999；122：1338-9.
 - 25) 埜渡サチコ. 児童虐待対策について：ケースワーカーの立場から。こども医療センター医誌 1999；28：129-32.
 - 26) 下泉秀夫, 宮本信也. 地域を対象とした小児虐待実態調査：栃木県・大阪府・和歌山県の比較。小児の精と神 1997；37：131-5.
 - 27) 古荘純一. 小児科日常診療における虐待の予防, 早期発見に関する検討：両親の育児困難に対する連携診療について。小児の精と神 2001；41：261-7.
 - 28) 小林美智子. 児童虐待の実態と対応。小児看護 1997；20：852-9.
 - 29) 小泉武宣. NICU と虐待予防：不適切な育児を避けるには。小児臨 2005；58：1649-58.