

医療機関ならびに行政機関のための
病院内子ども虐待対応組織
(CPT: Child Protection Team)
構築・機能評価・連携ガイド

～子ども虐待の医療的対応の核として機能するために～

Unto the Third Generation: A Call to End Child Abuse within 120 Years¹

Someday, somewhere, somebody will write the history of our nation's victory over child abuse. When that history is written, may it be recorded that the beginning of the end occurred in the early part of the 21st century when thousands of child protection professionals from every region of the country joined forces to lead the charge.

- Victor I. Vieth (NCPTC Executive Director)

**我々の子どもの、子どもの、子どものために：
これから3世代、120年以内に子ども虐待を終わりにしよう**

いつかどこかで誰かが、この国でどのように子ども虐待問題が克服されたかを、克明に記録するであろう。そこにはこう記載されている
—子ども虐待の終息は21世紀の初頭に、子ども虐待に関わるあらゆる地域の専門家が、手を取り力を集結させたことから始まった—

ヴィクター・ヴィース(全米子ども虐待トレーニングセンター 理事長)

はじめに

“子ども虐待を個別家族の病理に閉じ込め、矮小化するのではなく、広く社会環境の整備によって解決を目指すべき問題として、医師もその責務の一端を負う必要がある”と認識する医師は確実に増加している。しかしながら現時点では、公衆衛生上の優先順位の高い問題として、医療機関側の体制整備が実際に成熟するまでには至っていない。

本書は医療機関が子ども虐待に対し、組織的に子どもの安全をより確実に担保し、支援につなげていくための仕組みとしての『病院内子ども虐待対応組織』（以下、CPT:Child Protection Team）を、構築するガイドの役割を果たすとともに、既にCPTが構築されている施設においては自施設のCPTを改めて自己評価し、新たな成長戦略を立てていくガイドとなるものである。（CPTの運用のためのガイドとしては、厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）：虐待対応連携における医療機関の役割（予防、医学的アセスメントなど）に関する研究 分担研究報告成果物である『子ども虐待対応院内組織運営マニュアル』を参照していただきたい²⁾）。

構築されたCPTを、個々の施設で認知した子ども虐待症例への対応のみにとどまらず、貴重な地域のリソースとして、虐待医療地域ネットワークの核として活用するためには、地域のなかで個々の施設がどのような役割を担えるのかを、行政と意思疎通していく必要がある。本書は、そのような地域行政機関と、医療機関がともにその役割を理解し、協調関係を深め、虐待医療地域連携を構築していく際にも役立てていただきたい。

なお本ガイドは、CPTの画一的な有り様を強いることを意図したものではない。各地域・各施設の実情にあわせた、多様なCPTが展開されることが、わが国に適したCPTの有り様を決定づけていくことになると考えている。しかし、子ども虐待における医療機関の役割に対する考え方のコンセンサスの形成にまで至っていない現状では、ある程度の羅針盤が必要となるであろう。本ガイドは医療機関におけるCPTの役割の定義づけを目指したものではないが、将来的な定義づけに向けた議論の出発点になることには、大いに期待している。



一点のみ全ての施設で等しく果たしていただきたい、子ども虐待対応における大原則となるキーワードを提示しておく。それは『Child First（何よりも子どもが優先）』の原則³⁾である（うら表紙裏参照）。

システムの構築や他機関との連携、個別の事例対応で困難を感じる場面は決して少なくない。袋小路に陥りそうな際には、この大原則に立ち戻ることで光明が見えてくるはずである。

本ガイドの使い方

本ガイドはⅢ部構成となっており。第一部は概要版、第二部は詳細版、第三部は資料編となっている。



「はじめに」で述べたように、本書は『病院内子ども虐待対応組織』（CPT: Child Protection Team）を、医療機関における虐待対応スキル向上の中心と位置づけ、

- ①CPTのない病院が、構築を行う際のガイドとして
- ②既にCPTが機能している病院が、成長戦略を練るための自己評価用ガイドとして
- ③行政機関が、医療機関と虐待医療地域連携ネットワークを構築する上でのガイドとして活用されることを意図したものである。

上記三つの機能を持たせるために、「CPTのない病院にとっては詳細に過ぎる」、「CPTが既に十分に機能している病院にとっては冗長に過ぎる」、「行政機関にとっては医療機関向けの情報が多すぎる」、と思えるガイドになっているかもしれない。

それゆえ、本ガイドの活用法をそれぞれに分け概説する。

（CPTのコーディネーター・チームリーダー、ならびに行政機関の連携推進担当者においては、すべての項目を一読いただくように、願います）

* CPTのない医療機関が、CPTを構築するうえで本ガイドを使用する場合

はじめに、「コラム：CPTを設置することの意義」をお読みいただきたい。その後、第一部：概要版の「医療機関におけるCPT構築のためのフロー（概要版）」を一読いただき、第二部：詳細版に関しては、CPT構築のために最小限必要な、赤の網掛け箇所を中心に、参照していただきたい。第三部：資料編に関しては、1. 実例集 の一覧表をご覧いただき、自施設と同規模の病院における運用の概要を、参照していただきたい。

CPTの実際の運用に関しては「はじめに」で紹介した『子ども虐待対応院内組織運営マニュアル』²等を参照していただきたいが、CPTをスタートするための最小限の資料の参考として、2. CPT用の各種資料の「a. スタートアップのための参考資料」を参考にしてほしい。また、他施設で実際に使用しているマニュアルの目次を、1. 実例集の最後に掲示している。実際のマニュアルは、ぜひ各病院で議論をしながら作成してほしい。そこでの議論はチーム作りの基礎となるであろう。

*** CPTが既にある医療機関が、本ガイドを使用する場合**

まずは、「コラム：医療機関と行政が連携強化することの意義」を一読していただきたい。その後、第一部：概要版の「CPT機能自己評価、地域ネットワークへの協力の為のフロー（概要版）」を一読いただき、第二部：詳細版に関しては、自施設のCPTで強化したい箇所を各々ピックアップし、CPT会合などでの議題にし、ぜひ自院のCPTの成長戦略を立て、機能を強化して欲しい。第三部：資料編、1.実例集も、CPT会合の話題を提供するであろう。

行政側が虐待医療連携強化の協力を求めてきた際には、コラム：CPTの3階層システムについてを参考に施策協力可能な範囲を模索し、2. CPT用の各種資料「b.行政-医療連携強化事業用参考資料」などを用いて協力していただきたい。第一部：概要版の「地域虐待医療連携機能強化事業モデル例」の模式図はあくまで、イメージモデルであり、これをこのまま当てはめることが適切でない地域もあるであろう。行政の求めに応じ、話し合いに参加し議論をすることで地域の実情を共有し、より地域の実情に合わせた方法が提案され、実施されていくこととなるであろう。

*** 行政機関が、医療機関と虐待医療地域連携ネットワークを構築する為、本ガイドを使用する場合**

まずは、「コラム：医療機関と行政が連携強化することの意義」を一読していただきたい。「コラム：CPTを設置することの意義」も理解の一助となるであろう。その後、第一部：概要版の「行政機関における地域虐待医療ネットワーク構築のためのフロー（概要版）」を一読いただきたい。第二部：詳細版に関しては、1章：CPTの構成の1. コーディネーター 部分のみでよいが、3章：CPTと地域連携に関しては、可能な限りすべてお読みいただき、今後の施策立案における参考にしていきたい。

第三部資料編、1.実例集 は、医療機関の生の声と捉えていただいで構わない。これも今後の施策立案を行う上で役に立つと共に、個別事例で個々の医療機関と連携を行う上でも、役に立つこととなるであろう。

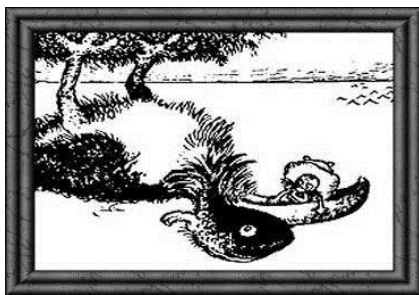
上記のステップを踏んだのち可能な範囲で、虐待医療地域連携ネットワークを医療機関と構築する具体的な方策の検討を行っていただきたい。第三部：資料編の2. CPT用の各種資料 の「b.行政-医療連携強化事業用参考資料」が参考となるであろう。ただし、第一部：概要版の「地域虐待医療連携機能強化事業モデル例」の模式図はあくまでイメージモデルであり、各々の自治体で、地域の術状を踏まえた連携のありようを考察していただきたい。

目次

はじめに	1
本ガイドの使い方	2
コラム:医療機関と行政が連携することの意義	6
コラム:CPTを設置することの意義	7
第一部:CPT構築・機能評価・連携ガイド概要版	9
医療機関におけるCPT構築のためのフロー(概要版)	10
CPT機能自己評価、地域ネットワーク協力のためのフロー(概要版)	12
行政機関における地域虐待医療ネットワーク構築のためのフロー(概要版)	14
地域虐待医療連携機能強化事業モデル例	16
第二部:CPT構築・機能評価・連携ガイド詳細版	17
1章:CPTの構成	17
総論	18
各論	
1.コーディネーター	20
2.チームリーダー	21
3.ワーキンググループ	22
4.アドミニストレーター(管理者)について	23
5.その他のチームメンバー	24
2章:CPTとして発揮すべき機能	25
総論	26
各論	
1.発見時のCPT連絡マニュアルの整備とその周知	27
2.連絡受身体制の確立	27
3.CPTとして連絡を受理した後の、マニュアル整備	28
4.医学診断検査マニュアル整備/診断提供	28
5.性虐待事例対応	29
6.重症事例(特に脳死となりうる重症事例)における虐待の除外	29
7.CPTの会合について	30
8.事例のデータベース化について	31
9.研究活動について	31
10.予防活動について	32
11.啓発活動について	34
3章:CPTと地域連携	35
総論	36
コラム:虐待専門医とは	37
各論	
1.医療機関間連携	38
2.他機関連携	39
付:CPT機能評価ガイド一覧表	40
コラム:CPTの3階層システムについて	43
コラム:行政機関の、連携対応体制整備における役割について	44

第三部:資料編	45
1. 種々の病院におけるCPT実例集	45
* 実例一覧表	46
* 実例集	
1. 杏林大学医学部付属病院	50
2. 国立成育医療研究センター病院	51
3. 東京都立小児総合医療センター	52
4. 埼玉県立小児医療センター	53
5. 茨城県立こども病院	54
6. 北九州市立八幡病院	55
7. 国保松戸市立病院	56
8. 東京都立墨東病院	57
9. 市立豊中病院	58
10. 釧路赤十字病院	59
11. JA神奈川県厚生連相模原協同病院	60
* 設置要綱/規定実例集	
1. 杏林大学医学部付属病院	61
2. 東京都立小児総合医療センター	62
3. 埼玉県立小児医療センター	63
4. 茨城県立こども病院	64
5. 北九州市立八幡病院	65
6. 国保松戸市立病院	66
* マニュアル構成参考例	
1. 埼玉県立小児医療センター	67
2. 北九州市立八幡病院	68
3. 東京都立墨東病院	69
2. CPT用各種資料	71
a. スタートアップのための参考資料	
* 外来事例の虐待連絡フロー	72
* ワーキンググループ招集のための、トリアージ指針	73
* 入院事例の虐待チェック・連絡フロー	74
* 虐待事例医学検査フロー	75
b. 行政-医療連携強化事業用参考資料	
* 行政から医療機関への、CPT現況調査依頼文書例	76
* 医療機関から行政への、CPT現況調査回答文書例	78
* 医療機関内CPT設置用趣意書例(院内医局会議などに使用)	79
* CPT会合用、事例サマリーシート文例	80
* CPT相談/対応事例管理のための事例簿文例	81
* 行政機関連絡用、CPT活動年次集計報告表文例	82
* 行政から医療機関への、虐待対応拠点病院の業務委託書文例:発展型CPT	83
* 行政から医療機関への、虐待対応拠点病院の業務委託書文例:専門型CPT	84
参考文献	85

コラム：医療機関と行政が連携強化することの意義



左の図では、子どもは今にも巨大な鳥に食べられそうな、危機的な状態にある。右の図では、子どもはボートの上におり、大きな魚が迫っているが、当座危機的な状況ではない。同じ一枚の絵でも見る方向によって全く状況判断は異なるものとなる。

子ども虐待における子どもの安全の評価にも、同じことが言える。社会的リスクが低いように思っても、医学診断上極めて虐待の可能性が高い場合もあり、その逆の場合もある。その判断は、経験則と学術的考察の両面からの判断が必要であり、その両者を両立させる確かな判断を下すためには、高い専門性を備えた多機関同士が、合同で意思決定を行う必要がある。

我々はしばしば、“思い込み”という罠に陥る。そのような罠(ブロック)に陥らないようにするためには、多面的な見方をする必要があるのと同時に、画一したシステムのもとで、判断を下す必要がある。(各種のプロトコール・クリニカルパスなどは、そのようなブロック排除に役立つものである)

例えば、身体的虐待被害児を丁寧に診察すると、50～60%は皮膚損傷を伴うと報告されている⁴。また、多発挫傷を繰り返す等の、反復性虐待が疑われる子どもの致死率は10%程度もあるとされている⁵。そのような子どもを行政機関が把握しながら、医療機関で他の潜在損傷につき精査を受けることなく死亡してしまった事例、逆に医療機関を受診しながら、行政機関に繋がらずに何らの社会的状況調査をされることなく死亡してしまった事例を、経験している地域は少なくないはずである。互いが連携を強化し、保護の場所として病院を利用し医学的精査を行いながら支援を行っていたら、行政に連絡的的確な支援が開始されていたら、助けられた命はあったはずである。

また「身体的虐待被害児の7人に1人は性的にも、性虐待被害児の6人に1人は身体的にも、虐待されている。またDV家庭の子どもの55%は身体的に、21%は性的に虐待されている」との報告がされている⁶。誰がどのような虐待を受けているのかは、的確な被害事実の聞き取り面接を行い、的確な診察を行って初めて把握できるのである。

先駆的な取り組みを続けている米国では、被虐待児の69～77%が連携システムの元、虐待専門医の診察を受けている⁷。本邦でも、医療機関の虐待対応に関する意識改革は、急速に進んでいる。本邦に即した連携システムを構築する素地は、医療機関側に十分備わり始めているといえるであろう。

コラム:CPTを設置することの意義

福祉の問題であった虐待は、米国・英国では1962年の小児科医ヘンリー・ケンプのThe Battered Child Syndrome(被殴打児症候群)という論文がJAMAに掲載された⁸ことをきっかけに、医療的問題としても取り組みが進んだ。そして1980年代半ばの過剰診断に基づくモラルパニック(米国:マクマーティン幼稚園裁判⁹、英国:クリーブランド事件¹⁰)を契機に司法の関与の強化、多機関連携体制の構築が進んだ。それにより、あいまいのまま済まされていたケースも、システムチックに調査が行われることとなり虐待の診断精度が大きく向上した。同時に早期発見の取り組みも一層進み、米国は1990年代半ばから、英国は2000年代半ばから、虐待実数が大きく減少している¹¹。

通告は増加してきたものの、未だに一般的とは言えない本邦では、通告に伴う不利益性への懸念が、「虐待でない可能性がいくつあろうが、虐待である可能性が一つでもあれば、子どもの安全のために行動すべし」という観念論を凌駕することは、何ら不思議ではない。医療構造の違いはあるものの、単純に通告された子どもの数を小児人口で除すると、米国の医療機関では子ども250人あたりに1人が通告されているが、本邦では8000人あたりに1人しか通告されていない。

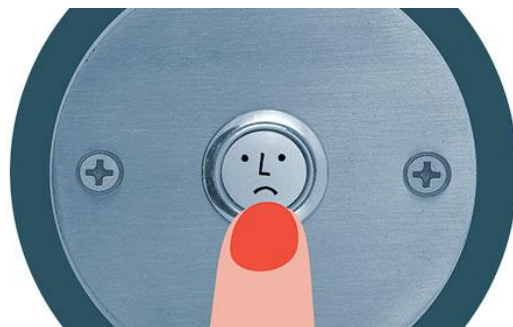
子ども虐待とは極めて普遍的な事象であり、子どもの虐待とネグレクト症例に接していない病院はない。程度の差こそあれ、虐待されている子どもは日々医療機関を受診している。本邦で虐待が話題にのぼり始める1990年以前に被虐待児がいなかったわけではない。目の前を通り過ぎていたのである。子どもが守られるべき養育者から虐待されているということは、元来見たくもないし聞きたくもない。しかしそのような気持ちで、虐待を受けている子どもに気付く感度をとたんに鈍らせる。「まさかね、でもそのくらいのことでは報告しては・・」という懸念を、個々の医師が持つことなく対応ができる仕組みが必要となる。また明らかに通告が必要な虐待においても、医者個人の消耗的な取り組みから、何人もの専門家が配属されたシステム的対応に置き換え、集約して対応することで医療機関として発揮できる専門性は増し、データの蓄積は新たなエビデンスを生み出すであろう。

CPTを構築することに多くのメリットがあることには、異論はないであろう¹²。しかしリーダーシップを発揮し、構築にかかる労力を割いてくれる人材に乏しく、実現しえない病院は少なくないと思われる。しかし繰り返しになるが、子どものマルトリートメントは避けて通れない医療的問題でもあるのだ。

CPTにとり最低限必要なのは、連携の中心となるコーディネータ、そしてリーダー医師である。この2名を確保し、発見時マニュアル、ならびに連絡体制を確立すれば、CPTの根幹の責務である、「事例発見時の子どもの安全担保を円滑に行う」という職責はある程度発揮できる。2008年の米国小児科学会のアンケートでは、“十分に補償がなされるのであれば、医師としての活動の10-20%を子ども虐待対応に費やす、虐待対応医師として活動するためのトレーニングを受けてもよい”と回答した医師は14.4%存在した⁷。本邦でも潜在的に協力してよいと考える医師は必ずいる。自発的立候補を待っている、いつまでも組織的対応は実現しない。かかる負担を理解し、そのうえで病院としての支援体制を明確化すれば、答えてくれる職員は全ての病院に潜在的にいると信ずる。

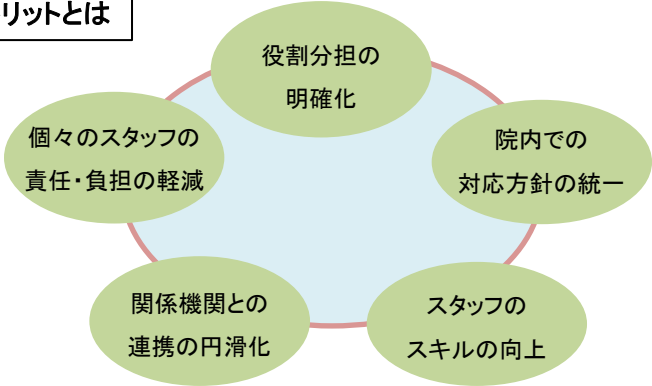
MEMO

CPT構築・機能評価・連携ガイド 概要版：



医療機関におけるCPT構築のためのフロー(概要版)

CPT設置のメリットとは



CPTを設置することにより、虐待対応上**多くのメリット**が生まれる。診療報酬上のインセンティブは現状ないが、子どもの安全・健康をまもる上でも、施設の危機管理の観点からも、ぜひ設置を検討してほしい。



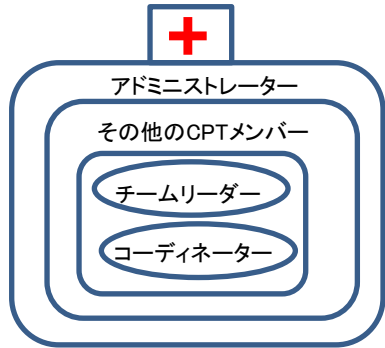
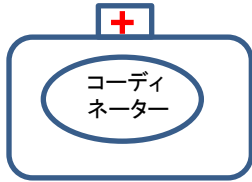
まずは医療コーディネーターを定めよう



CPT設置のためには、様々なスタッフや関係機関とを繋ぐ**医療コーディネーター**が必要である。まずは、医療コーディネーターを担える人材を探しましょう。通例、医療ソーシャルワーカーがその責務を担うことが多い。医療コーディネーターが明確となるだけでも、虐待医療ネットワークに参画し、地域と情報共有を行うことが容易になり、また虐待事例が生じた際の連携も、多少はとりやすくなるであろう。



推進役となるチームリーダーを定め、メンバーを定め管理者の協力を得よう



しかし、CPTが機能的に活動するためには、推進役となる**チームリーダー医師**が必要である。チームリーダーを担える人材を探しましょう。通例は小児科医がその責務を担います。コーディネーター・チームリーダーには多くの負担がかかる。管理者(アドミニストレーター: 院長や部長など)が活動に理解を示し、代表者となり、公認組織化し、病院として支えていけるよう働きかける必要があります。



地域の他院のノウハウを医療コーディネーターを介して共有しよう

マニュアル等整備
人員確定



CPTをSTARTさせよう

継続によるスキルの蓄積
うまくバランスを!

入れ替えによる参画者の広がり



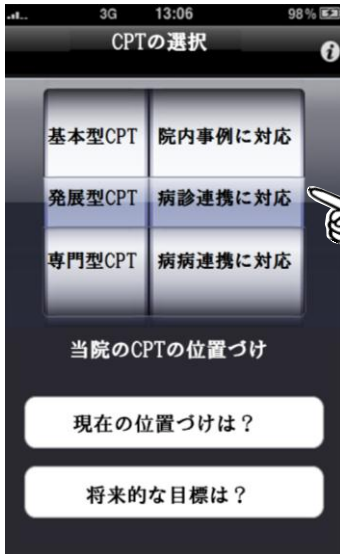
啓発により
感度が上昇
.....
スキルアップにより
検知が上昇
.....

例えば身体的虐待

発生率	5人に1人?	50人に1人?	500人に1人?	5000人に1人?	50000人に1人?
重症度	→	グレー→	イエロー→	レッド→	死亡→
養育者の行動	たたく	ひどくたたく	突き倒す	暴行	過度の暴行
子どもの損傷	一過性	打撲・あざ	裂傷	AHT 骨折	昏睡・死亡

その他のメンバーの人員が決まり、要綱・マニュアル等を整備すれば、CPTはスタート出来る。当座、CPTを周知し、**組織対応のメリットを共有**することが先決となる。当初は事例が集まらないかもしれないが、形骸化しないよう2-3か月に1度は会合を持ち、啓発を続けることで、今まで見過ごしていたようなケースも、発見され連絡されるようになるだろう。**事例が積み重なることで、対応のスキルも積み上がる**であろう。

CPT機能自己評価、地域ネットワークへの協力の為のフロー（概要版）

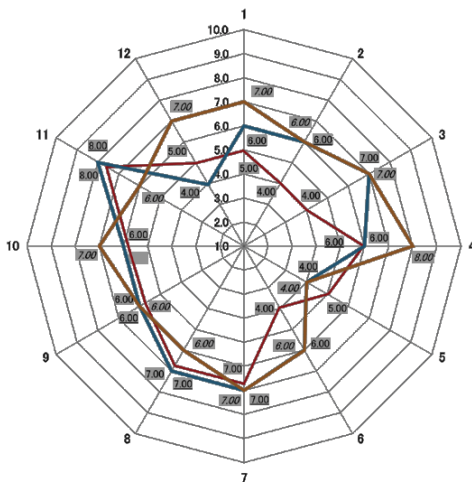


地域で果たすべき役割を考察しよう

CPTとして積み上げた子ども保護のための機能・スキルは、可能な限り地域のリソースとして、活用されるべきものである。

CPTの活動が軌道に乗ったら、自院がCPTとして割くことが出来るエフォートや、小児医療提供体制における自院の位置づけ等を提案した上で、自院のCPTが地域でどのような機能を発揮できるか考察してほしい。

基本型CPT: 院内発生事例に対応
発展型CPT: 病診連携として、診療所の対応困難な事例等を、受け入れる
専門型CPT: 病病連携として、他院の診断/対応困難事例のコンサルト先となる



自院のCPTを自己分析しよう

自院のCPTがどのような強みを持っており、またどのような点を補強すべきか、本ガイドを用いて自己評価することで、自院のCPTの短期・中長期目標も明確となり、成長戦略を練ることも行いやすくなるであろう。

またCPTの活動が、良い方向に向かっていくのかは、事例対応をしているだけでは実感しにくい。事例をデータベース化し、推移を記録することでも、有用な活動の振り返りが出来るであろう。院内啓発を行う上で、そのデータは説得力を増す上でも、役に立つであろう。

地域関係機関と、情報を共有しよう

やることが望ましいこと>>やるべきこと>やれていること
現実的には上記の3つは、大きく異なる。



現状行えること、将来的に可能なことを、ぜひ行政と共有して欲しい。虐待対応の、地域のグランドデザインを描くのは行政機関の仕事であるが、医療機関の現状を把握していない限り、正確なデザインを行うことは困難である。また行政機関は医療の専門家ではなく、デザインを行う上で、医療機関側からの適切な助言が必要となる。助言を求められた際には、対応可能な範囲内で回答を提示することが、地域のネットワーク形成上望まれる。



継続的に話し合いの場を持つ



虐待の対応はパズルに例えられる。それぞれの機関、それぞれの専門職種が自分に課せられたパズルの1ピースを担ってこそ、子どもに必要な真のシステムは成立する。それぞれのピースのもつ強みと、補い合うべき点を共有するためには、顔の見える距離で話し合うことが、必須である。

関係機関との話し合いは、1回で完結するものではない。行政機関も医療機関も、人事やその他の事情で、年毎に状況は大きく変わりうる。また近年、虐待に対する関心、対応スキルは年々向上しており、1年の間にも、互いの行いうる守備範囲が大きく拡大していく可能性は、大いにありうる。

少なくとも年に一度は、互いの状況を共有し、地域の虐待対応戦略を、書き換えていきましょう。

行政機関における地域医療ネットワーク構築支援のためのフロー（概要版）

行政の役割：法の規定



児童虐待の防止等に関する法律：

* 第4条（抜粋）

「児童虐待の予防及び早期発見、迅速かつ適切な児童虐待を受けた児童の保護等のために、医療の提供体制の整備その他児童虐待の防止等のために必要な体制の整備に努めなければならない。」

* 同法第4条2項（抜粋）

医師などの通告義務者を負うものは、「児童虐待の予防その他の児童虐待の防止並びに児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援に関する国及び地方公共団体の施策に協力するよう努めなければならない。」

行政は積極的に医療機関に働きかけ、地域の体制の整備を行う責務を負い、医療機関はその施策につき協力をする責務を負っている。医療機関にコーディネーターを定めもらうのと同様、行政側にも連携推進の担当者を明確に定め、連携を推進していく必要がある。

キーパーソンを把握し、戦略を立てる。



治療を要する状態の子どもが生じたときのみ「対症療法的」に医療機関に関わるだけでは、医療機関の強みを生かすことは出来ない。事例を通じ自然に連携が深まることもあるが、すべての医療機関とそのような関係性を、短時間で自然に作ることは不可能である。医療機関との連携構築のためのアプローチが別途必要であるのは明白である。

まずはネットワークの核となる地域の各病院に協力を呼びかけ、地域の医療事情を定期的に得てほしい。

その様な、生の情報を聴取することで、形式的でない真に連携に必要な情報が得られる可能性が高まる。医療コーディネーターとしてリーダーシップを発揮しうる人物や、子ども虐待に詳しい医師の情報、地域小児医療のリーダー的存在で、行政との協力を惜しまない人物などの地域戦略を練るうえでのキーパーソンを把握することが出来れば、連携構築上大きなアドバンテージとなる。

継続的な働きかけを！



残念ながら調査の時点で、キーパーソンとなりうる人物が、容易に見つからない場合もあるかもしれない。それでも忍耐強く、連携に向けた取り組みを続けることが重要である。地域外の講師を招いて、医療機関向けの講習会を開催したり、定期的な座談会を開くことも有用かもしれない。また行政側が、CPTの設置を積極的に呼びかけ、その設置を支援することも有用である。そのような活動を通して医療機関との関係性は醸成していくと共に、子ども虐待に対し積極的に取り組む素地が、医療機関に醸成されるはずである。行政側の担当者が変わったとたんに、種々の計画が頓挫することを避けるべく、継続性を如何に担保するか、十分な配慮をしていただきたい。

行政側が医療機関が通告した事例の経過につき、的確にフィードバックを行うこと、そして医療機関との連携がうまくいかなかった事例が生じた際に、その障壁が何であったかを検証し、結果をフィードバックするなどの活動を通して、医療機関と福祉行政の関係性は深まるはずである。一度連携上不快な思いをした医師は、次以降に同様なケースを通告しなくなるかもしれない。このレビューは極めて重要である。気持ちの良いグブアンドテイクを行い、互いに成功体験を積み上げることで必ずブレイクスルーは起きるはずである。

継続的な取り組みの効果をモニターする



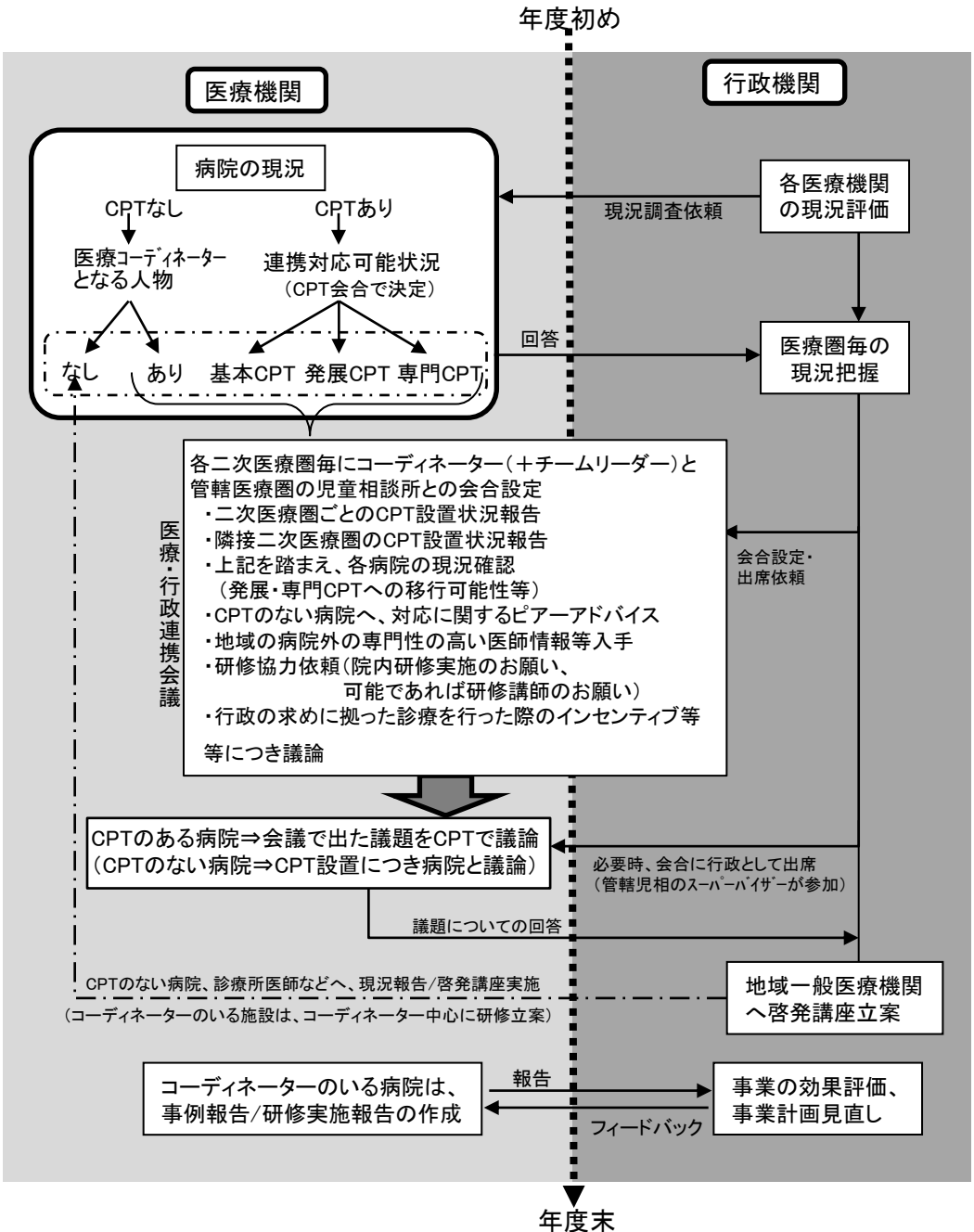
医療機関の虐待対応能力が地域として向上しているのかを判断することは、個々の医療機関のみでは困難である。各施設の協力を仰ぎながら、地域全体としてネットワークが機能し、対応が向上しているかどうか、行政として継続的にモニタリングし、医療機関側にフィードバックする必要がある。

取り組みの指標として、まずは医療機関からの通告数、機関間連携対応を行った事例数、通告の重症度別内訳、医療機関内での啓発教育の実施の記録等を行うとよいであろう。連携が進むと、より効果的な指標を、互いに話し合いのもとで決定し、実行することが可能となるであろう。

現在、虐待通告の経路別割合で、医療機関通告は約4%である。例えば、「今後5年間、2017年までにこの比率を8%まで向上させる」などの具体的な目標を定めることで、互いの取り組みへのエフォートが向上するかもしれない。

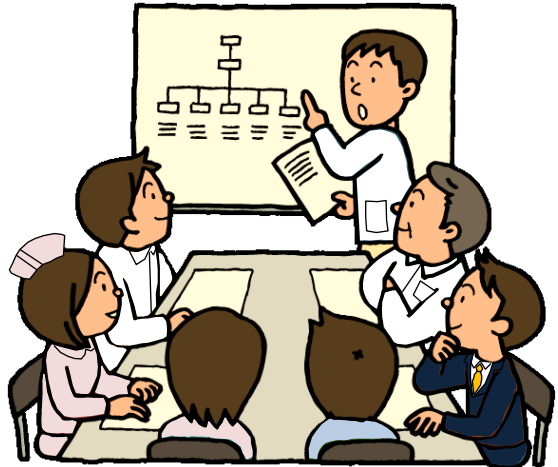
CPTの機能評価に関する文献が、近年いくつか報告されているので参考にしてほしい。
(Academic pediatrics 2011;11:451-459, Pediatrics 2010;126:94-100 等)

地域虐待医療連携機能強化事業モデル例



第二部：CPT構築・機能評価ガイド詳細版

1章：CPTの構成



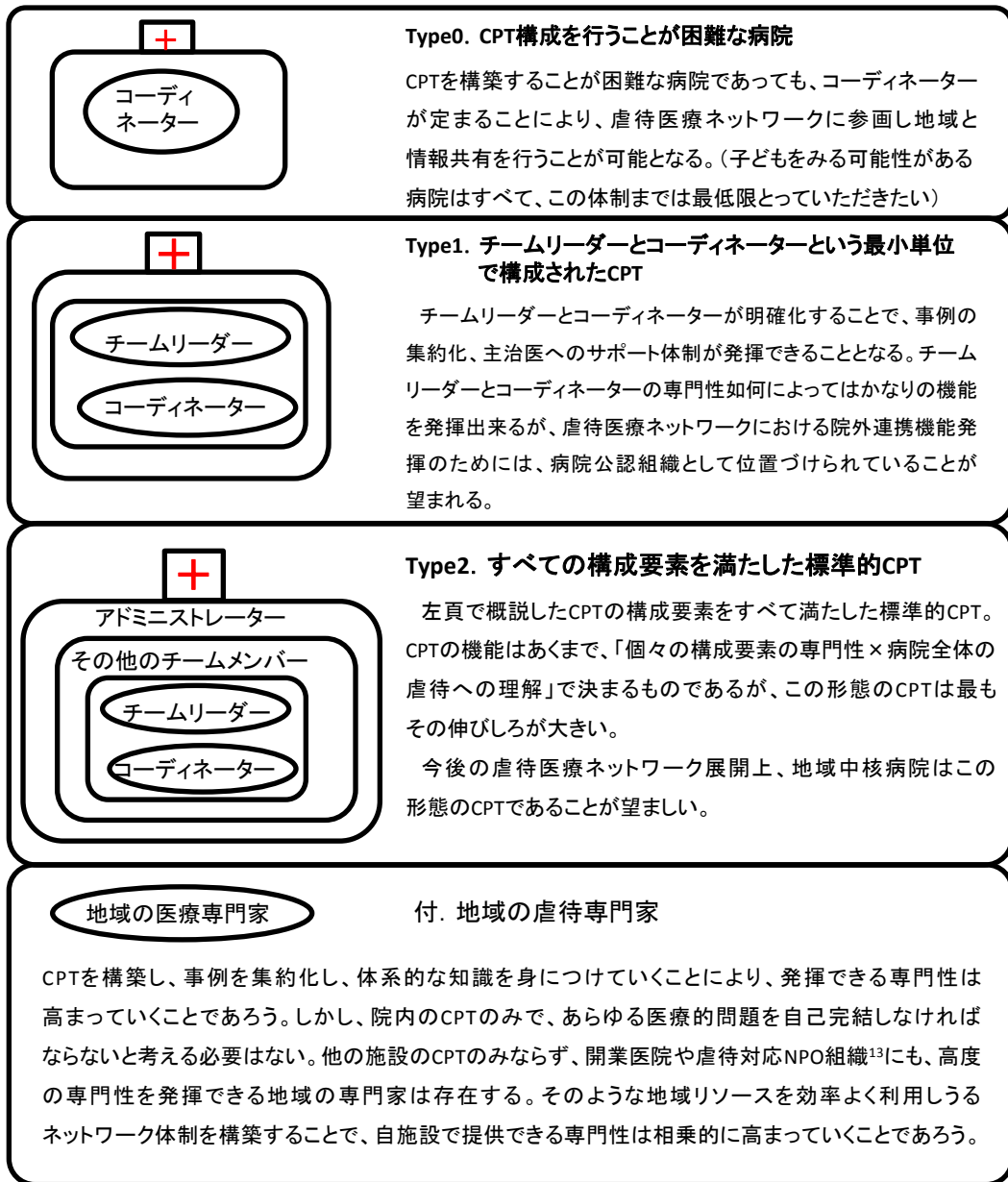
CPTに参加すべきメンバーは、多職種・多領域にわたるが、すべての職種がすべからくそろっている医療機関は限られているであろう。また、すべての職種がそろっていれば、おのずと高い機能を発揮できるCPTが形成されるわけではない。

機能するCPTを成り立たせるためには、中心となって活動を行うためのコアとなるメンバーを明確に定め、リーダーシップを明らかにするとともに、虐待の臨床業務に関しての一定程度の権限が付与される必要がある。ここでの権限とは、〈主治医の判断よりもCPTコアメンバーの判断が優先される〉ということの意味するわけではない。特に虐待の組織的対応に取り組み始めたばかりの組織において、診療科別の縦割り診療体制を超えてCPTメンバーが関与することに対して、違和感を感じる医師も決して少なくはない。虐待に組織的に対応を行うということは、縦割りを超えたチーム体制を構築することであり、その上ですべてのメンバーの意思を尊重しあうという姿勢が重要なのである。CPTメンバーに与えられるべき権限というのは、虐待の臨床業務に関して、横断的に活動を行うことに対しての立場を、病院として理解され支えられるべきである、という意味である。(それ以上の権限をどのように付与するかは、各施設の理解やCPTの専門性の程度により異なるものであり、本ガイドでは規定しない。)

コアメンバーを構成する要素として最も重要なのは、“コーディネーター”ならびに“チームリーダー”である。“子ども虐待への理解が深くリーダーシップが発揮できる人物”が複数いる場合チームリーダーは1人である必要はない。病院によっては、チームリーダーとなるべき人材を確保することが困難な場合もあるかもしれない。そのような場合は、小児科の中でリーダーシップを発揮している人物(小児科部長・医長等)にお願いし、虐待に関する高い専門性を要する事項が生じた場合に、必要に応じて他施設のCPTや、専門性の高い医師へのコンサルト体制を敷けばよい。(そのような体制構築は、本邦の虐待医療体制の最重要課題の一つである。行政は、各病院のコーディネーターを通じ、地域のリソースを提供できる体制を、医療機関と協議しながら構築することを目指す必要がある)

チームリーダーとは、CPTの決定の全責任を負うべき人物という意味合いではなく、横断的チームを形成した際にリーダーシップを発揮できる人物、という意味づけである。CPTが病院としての公式な活動であることをオーソライズし、他施設や地域との連携を積極的に行っていくためには、病院管理者の理解と協力は欠かせないものである。このようなCPT活動に対して具体的な協力を行う“アドミニストレーター(管理者)”もCPTには欠かせない。

また、コアメンバーが活動しているだけの状況では、虐待に対する施設全体の対応能力の向上には結び付き難い。また、コアメンバー以外の関連他科・関連職種の豊富な知識・経験を生かすことも難しくなる。病院全体としての意思統一を図り、**児童虐待に対するSentinel(歩哨・見張り番:ここでは子ども虐待の積極的発見者の意)として機能する職員を増やしていくためには、児童虐待に関与する関連他科の医師やコメディカルなどの“その他のチームメンバー”の幅広い参画は欠かせない。**



Type0. CPT構成を行うことが困難な病院

CPTを構築することが困難な病院であっても、コーディネーターが定まることにより、虐待医療ネットワークに参画し地域と情報共有を行うことが可能となる。(子どもをみる可能性がある病院はすべて、この体制までは最低限とっていただきたい)

Type1. チームリーダーとコーディネーターという最小単位で構成されたCPT

チームリーダーとコーディネーターが明確化することで、事例の集約化、主治医へのサポート体制が発揮できることとなる。チームリーダーとコーディネーターの専門性如何によってはかなりの機能を発揮出来るが、虐待医療ネットワークにおける院外連携機能発揮のためには、病院公認組織として位置づけられていることが望まれる。

Type2. すべての構成要素を満たした標準的CPT

左頁で概説したCPTの構成要素をすべて満たした標準的CPT。CPTの機能はあくまで、「個々の構成要素の専門性×病院全体の虐待への理解」で決まるものであるが、この形態のCPTは最もその伸びしろが大きい。

今後の虐待医療ネットワーク展開上、地域中核病院はこの形態のCPTであることが望ましい。

地域の医療専門家

付. 地域の虐待専門家

CPTを構築し、事例を集約化し、体系的な知識を身につけていくことにより、発揮できる専門性は高まっていくことであろう。しかし、院内のCPTのみで、あらゆる医療的問題を自己完結しなければならないと考える必要はない。他の施設のCPTのみならず、開業医院や虐待対応NPO組織¹³にも、高度の専門性を発揮できる地域の専門家は存在する。そのような地域リソースを効率よく利用しうるネットワーク体制を構築することで、自施設で提供できる専門性は相乗的に高まっていくことであろう。

図. 種々の形態のCPT

1. コーディネーター

院内・院外の連携の中心となるCPTのキーパーソン

虐待医療コーディネーターの主たる役割は、自施設内の関連多科同士を繋ぐコーディネート、ならびに自施設と他機関(児童相談所・保健所・学校等)を繋ぐコーディネートの役割を担うことにある。

当然ながらコーディネーターは、単に連絡係として求められているのではない。優れたコーディネーターは、虐待事例の的確なトリアージを行うことが可能であり、またそれぞれ微妙に異なる関係者の利害を調整し、エンパワーすることが可能である。また家族に対して医師とは異なる立場で、家族のニーズ(言い分)を聞き取り、医療者と家族が対立関係にならないように調節することも可能である。

コーディネーターとして期待される院内の職種は、医療ソーシャルワーカー(MSW)、もしくは関係調整能力に長けた看護師長(救急外来看護師、小児科外来/病棟看護師)が、その職にあたる候補者であるが、病院によってはCPTのチームリーダーである医師等が、コーディネーター業務を兼ねる場合もあるであろう。子ども虐待に関するソーシャルワークは、通常の看護職や医師の職域ではない能力も求められるため、その場合、院内のMSWとの協調関係を確立しておく必要がある。

CPTの医療コーディネーターに求められる事項

* 基本STEP

- 子ども虐待におけるコーディネーターが明確化されている。(コーディネーターが、“MSW職員”という形で部署に付託されている形式でもよい。)
- 他の専門職とともに、病歴聴取や安全にかかわるアセスメント(特にソーシャルリスクに関するアセスメント)を行うことができ、そのために必要な情報収集の手段につき理解している。
- 子ども虐待が疑われる児や家族、もしくは出生前特定妊婦に支持的な関わりを行うことが出来、複雑な公的手続きに関して、家族へ助言を行うことが出来る。
- 子ども虐待関連の地域資源に精通し、その資源を活用することが出来る。
- 必要な子ども虐待関連法規を理解し、関係機関との連絡調整が可能である。また関係者間で意見の齟齬が生じた場合に、子どもを中心に据えた調節ができる。

* 発展STEP

- 子ども虐待に関する研修を受けた専任コーディネーター(虐待におけるコーディネートの責任者:施設の常勤職員)がいる。
- 院内の啓発活動に関与し、コーディネーターの立場から助言を行う。
- 地域の結成されたばかりのCPTの、ソーシャルワークに関しての地域資源(アドバイザー)となる
- 社会福祉士資格を持つ経験年数3年以上のMSWや、5年以上の小児看護経験を持つ看護師長であることが望ましい。(専門性・適正に問題がなくCPTとしての合意があればこの限りではない)

* 専門STEP

- 複数の虐待専任コーディネーターがおり、24時間365日、コーディネーターの専門性を発揮できる。
- 院内のコーディネート業務の専門性を継続的に発揮するため、同種職教育を行っている。
- 他の専門家や部門からの相談に関し、専門的な助言を行える。また要請があった際に、専門家として法廷証言を行うことも可能である。
- 経験年数8年以上(うち4年以上を小児のソーシャルワークが可能な病院で勤務)の社会福祉士資格を持つMSWや、小児救急認定看護師の資格を持った看護師長であることが望ましい。(個々の専門性・適正に問題がなく、CPTとしての合意があればこの限りではない)

2. チームリーダー

CPTのエンジンとしてリーダーシップを発揮

CPTが機能的に運用されるためには、メンバーの力を結集する働きかけと動機づけを行い、目標を定めマネージメントを精力的に行うチームリーダーが必要である。CPT立ち上げの際、チームリーダーとして任命すべき人材がはっきりしていない場合でも、チームリーダーとして院内の虐待対応体制整備を担っていく人物を指名することにより、組織の形骸化を防ぎ、虐待に関する業務の集約化が進み、専門性は経年的に向上していくことが期待される。専門性の向上には、少なくとも複数年にわたる経験の蓄積が必要であり、単年で変更する職位にチームリーダーを付与することは得策ではない。

チームリーダーは、子ども虐待に関しての関心を持ち、組織のマネージメントに関して長けた、基幹学会の専門医の資格を得ている等の基礎的な臨床技能を身に着けた、臨床医が望ましい。虐待に関してのトレーニングを受けている人物であれば、チームリーダーの診療科は問わないが、一般的には幅広い養育不全全般に対応するという観点から、小児科医がチームリーダー業務を担うことが望ましい。なおチームリーダーが1人である必要はなく、適任者が複数いる場合には、複数制をとることも構わないし、逆に適任者がいない場合に、非常勤職にチームリーダーを依頼しても問題はない。

CPTのチームリーダーに求められる事項

* 基本STEP

- 病院内で保証された身分がある(非常勤でもよい)。
- 子ども虐待のケースに関してのスーパービジョンやケースレビューのまとめ役を担う。
- 地域の非医療職の専門家に対し、医学的な情報をわかりやすく提供する事ができる。
- 専門性の高い医師等の地域のリソースを把握し、必要な場合に利用することが出来る。
- 院内、地域の他職種チーム会合、要保護児童対策協議会に、優先的に参加できる。
- 病院の関わるケースにおいて、病院と地域の両方でリータシップをとれる。
- 研究において、ケースデータを提供するなどの研究協力ができる。

* 発展STEP

- 病院内で保証された身分がある(常勤である)
- 子ども虐待の教育を受け、ある程度の虐待臨床対応経験がある。
- 子ども虐待に関する対応につき、院内で啓発教育をおこなったり、指導・助言を行うことが出来る。
- CPTの機能の評価と改善を行い、それを地域行政と共有できる。また、その情報を地域の医療機関に公表することに対し同意(院内の意思を統一)できる。
- 医学的な情報を福祉行政機関に対し適切に提供できる

* 専門STEP

- 子ども虐待分野における最新の情報/知識を常に持ち、司法対応も可能である。
- 虐待に関する学会参加・研究発表などの学術活動を精力的に行っている。
- 院外機関への講演などの、地域のための啓発活動に積極的に協力している。
- 地域行政と協働して、地域の「虐待対応のシステム」に関して、構築に向けたリーダーシップを発揮したり、専門家として改善のための助言を行ったりしている。
- peer review(専門性の高い人物同士での議論)の機会を提供し、その際にマネージメントができる
- 子ども虐待における研究に関する倫理的知識を持ち、研究を推進できる。

3. ワーキンググループ

本当に必要とされるときに、必要な対応を提供するために

子ども虐待の対応の急性期において、特にレッド症例(親子分離を考慮しなければならない事例)への対応(危機介入)時には迅速性が求められ、かつ児童相談所・警察といった他機関との連携対応を要する。正式にCPTメンバーを招集して合議を行うことは時間的に困難で、結局は当該主治医がそのプロセスの多くで意思決定を単独で下さなくてはならないこととなる。CPTにワーキンググループ(WG)を設置し、迅速に、主治医の意思決定を支援することが望ましい。

その後正式なCPT会議に報告し検討を行うことで、迅速性・正確性は互いに補完可能である。

CPTのワーキンググループに求められる事項

* 基本STEP

- コーディネーターへの連絡体制までは確立している。その後コーディネーターを通して必要時に、チームリーダーやその他の必要とされるCPTメンバーへの連絡が行われる。

* 発展STEP

- コーディネーターが連絡受理後、WGとして対応することがマニュアルとして明確化しており、マニュアルに則り、チームリーダーやその他の必要とされるCPTメンバーへ連絡が行われる。

* 専門STEP

- 発展STEPに加え、WGと関連各科との連携体制が確立している。(関連各科で、該当する事例が生じた際の行動指針が明文化されていることが望ましい)

4. アドミニストレーター(管理者)について

取り組みを汎化するためのキーパーソン

虐待に理解のある病院管理者の存在もまた、CPTにとり欠くことができない。一部のコアメンバーのみが熱心に取り組んでいたとしても、病院全体の問題として広がることは困難である。病院管理者がその活動につき公認・支援し、予算を配分し、職務上の権限を保証し、CPTの意思決定を病院の方針としてオーソライズすることによって、活動は広く認知され、組織全体としての虐待対応スキルのボトムアップが可能となる。病院全体としての取り組みが進んでいる施設では、より本来的な早期発見であるグレー症例(要支援児/家庭として地域と連携した見守りが必要な事例)の比率が増していくであろう。

アドミニストレーターは、病院全体に強い影響力を持つ人物(院長・副院長等)が望ましいが、病院の運営会議に出席する立場で、一定程度の発言権がある者であればその限りではない。施設により、チームリーダーとアドミニストレーターが同一の所もあるであろう。CPTの責任者をアドミニストレーターが担い、迅速性を持つワーキンググループの機能をコアメンバー(チームリーダー、コーディネーター等)が担っている場合もあるであろう。いずれにしろ、アドミニストレーターとチームリーダーは機能するCPTにとり互いに不可分であり、両者の指向性は合致している必要がある。

CPTのアドミニストレーターに求められる事項

* 基本STEP

- CPTの活動を公認し、CPTメンバーが虐待対応を行う際に診療科を超えた横断的活動に対しての権限を付託している(主治医と同等の臨床上的意思決定権限を与えている:主治医の判断をサポートし、緊急時などには検査オーダーを追加したりできることを認めている。)
- 自施設外の専門職が院内活動を行う際に、協力体制を敷いている。

* 発展STEP

基本STEPに加え

- アドミニストレーターはCPTの長として責任を負う立場を担う。チームリーダー・コーディネーターの役割をアドミニストレーターが兼任していることに問題はない。
- チームリーダー・コーディネーターやその他のCPTメンバーの活動を積極的に支援する。

* 専門STEP

発展STEPに加え

- 地域の子ども虐待対応システム構築に一定程度の関与を直接的に、もしくはチームリーダーのバックアップを行うことなどにより間接的に、行っている。
- CPTの活動の効果を最大限にせしめるべく、予算配分、スタッフの管理を行う

5. その他のチームメンバー

その知識を、子ども保護に生かすために

子ども虐待により生ずる症状は、あらゆる関連科にまたがるものである。CPTコアメンバーはそれゆえ、子ども虐待医学を横断的に学ぶことが求められるが、臨床上の各科の豊富な知識を生かしていくためには、関連各科がCPTメンバーとして実際にCPTの活動に参画していることが最も望ましい。

虐待の診断は、通常の疾病の診断学をそのまま応用して下せるわけではない。関連各科がCPTに参画し、症例を通じて虐待と関わることにより、当該分野の虐待診断・対応における専門性は飛躍的に向上し、CPT全体の専門性をも互いに引き上げていくこととなるであろう。

CPTメンバーとして参画すべきメンバーは、臨床各科のみならず、各コメディカルや事務職の長など、あらゆる人材が該当する。病院によっては他の施設のCPTのチームリーダーや、児童相談所・市町村職員などがCPT会議に定期的に出席している形態をとっている場合もあるであろう。いずれにせよ重要なのは、「チャイルドファースト」の観点であり、ルールに硬直化されない柔軟な対応が求められる。

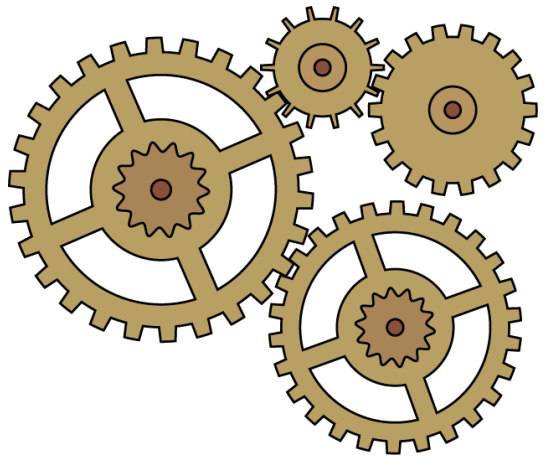
CPTのチームメンバー構成に求められる事項

- * 基本STEP
- CPTはチームリーダーの所属科を含む少数の科での運営であるが、CPTに協力を求められた際には、すべての関連科が協力を行うことが可能である。
- * 発展STEP
- CPTは、虐待に関与しうる複数の関連臨床各科ならびにコメディカル、事務員などが参画した、病院全体として虐待に対応するということを明確化したチームメンバー構成となっている。必要時には、院外機関や他機関の専門職の会議参加を柔軟に求めることが出来る。
- * 専門STEP
- CPTには複数科にわたり、虐待診断/対応のコンサルテーションを担える専門性の高いメンバーが存在し、地域の診断/鑑定のニーズに答えることが可能である。もしくはチームリーダーが、虐待に関する横断的な深い見識を有し、関連各科との連携体制も確立しており、あらゆる地域のニーズに専門的に対応することが可能である。

* 実際の临床上は、原因が虐待であれ事故であれ、子どもに生じている臨床症状への医療提供体制により、被虐待児が初療を受ける医療機関は決定される。それゆえに、小児の二次医療の中心を担う地域中核病院は、発展STEPのCPTとしてのチームメンバー構成をとっていることが望ましい。また小児の三次医療の中心を担い、次世代の医療関係者の教育を担い、地域の小児医療に大きな影響力を持つ小児病院・大学病院は、将来的には専門STEPのCPTの機能を発揮できることが理想的である。

第二部：CPT構築・機能評価ガイド詳細版

2章：CPTとして発揮すべき機能



CPTとして発揮すべき機能:総論

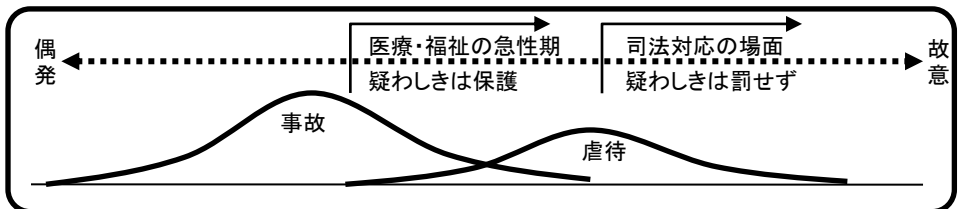
虐待を“予防と早期発見が必要な疾病(病的状態)”と捉え、早期発見を心がけ、診断技術を向上させ、行いうる範囲内でその発生を予防すべく予防活動を行うことが、医療者の果たすべき職責である。虐待対応を公衆衛生的な視点で捉えると、行うべき対応がみえてきやすい。子ども虐待の問題は個体の病理ではなく、世帯間連鎖を含めた家族病理に基づくものであり、一般的な1・2・3次予防に加え、出生前からの予防(0次予防)、詳細な死因分析(4次予防)を加えて対策を行う必要がある。

	内容	中心となる関連科
0次予防	特定妊婦に対する早期支援	産婦人科、小児科、精神科
1次予防	周産期からの要支援家庭・リスク要因の多い要支援児童などへの早期支援	小児科、産婦人科、精神科
2次予防	児童虐待化した事例の早期発見・支援	小児科、救急科 関連各科(特に外科系)
3次予防	被害児の身体的/精神的治療 加害親の精神的治療/司法対応	児童精神科、精神科、 小児科
4次予防	子どもの死亡事例検討と、それに基づく 予防施策の構築	法医学、小児科、救急科 関連各科

CPTに望まれる基本的機能は、システムの危機介入であり、2次予防の中でのイエロー/レッド症例が対応の中心となるが、児童虐待防止法に課せられた早期発見努力義務を果たすために、グレー事例にも、積極的に関与することが望まれる。

危機介入の急性期には、正確性よりも安全性が最優先であり、虐待が疑われる事例が積極的にCPTに事例として報告されるオーバートリアージ体制を構築する必要がある。そしてトリアージされた事例に対して医療機関の責務として、医学的見地からの医学診断を提供する必要があるが、その際には過小診断を避けなければならないが、過大診断も可能な限り避けなくてはならない。

すべての医療機関のCPTは子どもの保護のため、虐待の可能性診断の提供(医学的に虐待の可能性があることの医学的意見の伝達)を行う必要がある。(より専門的な知識が必要となる急性期以後の分離保護のための医学診断、司法対応の為の医学診断に関しては、必要時にセカンドオピニオンが得られるネットワーク体制を構築する必要がある。



1. 発見時のCPT連絡マニュアルの整備とその周知

CPTの存在が知られ、連絡が出来なければ、ないのと一緒！

すべての病院職員が、虐待の可能性に気付いた時点で、CPTに対応を依頼することが容易にできる体制を置くことが、施設全体としての虐待対応スキルを引き上げるうえで役に立つ。そのためには虐待を発見した場合にすべての職員が迷いなく行動化できる指針をしめたマニュアルの整備が不可欠である。その上で、それがあらゆる職員に周知され、活用できる状態になっていることが望まれる。

CPTに求められる、発見時のCPT連絡マニュアルの整備とその周知について

* 基本STEP

全職員向けの、虐待を発見した際に的確な初期対応を行うためのマニュアルが整備されている。

* 発展STEP

- 基本STEPに加えマニュアルがいつでも手の届くところに整備されている。
- 新入職者のオリエンテーションに、マニュアルの活用に関する説明が組み込まれている。

* 専門STEP

- 発展STEPに加え、マニュアルが活用され、実際の虐待疑い例の80%以上がCPTに報告されている。(そのような、院内状況を把握するための調査が、定期的に行われている。)

2. 連絡受理体制の確立

虐待の親子は、しばしば夜間・休日に訪れる

マニュアルが整備されていても、連絡受理体制が確立されていなければ、意義は極めて薄れてしまう。マニュアル整備と共に、急性期の連絡受理体制を確立しておく必要がある。

CPTに求められる、虐待発見急性期の連絡受理体制について

* 基本STEP

平日日勤帯は、院内・院外の関係職員がCPTへ連絡を試みた場合、迷うことなく連絡が取れる。

* 発展STEP

- 休日夜間に関しても、当直医に取り急ぎ繋がる等の連絡先が明確化されており、そのような場合に連絡を受ける職員(例えば当直医)側の受理体制が周知されている。

* 専門STEP

- オンコール体制などの構築により、コーディネーターやチームリーダーなどのCPTメンバーが連絡を受理することが可能で、24時間365日、専門性を発揮することが出来る。

3. CPTとして連絡を受理した後の、マニュアル整備

統一したルールのもとで、対応をブラッシュアップ！

連絡受理者（主にコーディネーター）が連絡を受理した後の行動指針も、マニュアル化されていることが望ましい。現場の当事者同士の弾力的な対応を制限するものであってはならないが、判断に迷いを生じさせないための行動指針が定められていることが望ましい。

CPTとして連絡を受けた後の対応マニュアルの整備について

* 基本STEP

- ・ 連絡を受けた後の対応は、コーディネーターの裁量で、ケース毎に対応が行われる。

* 発展STEP

- ・ コーディネーターが連絡を受理した後の行動指針が明確化している。

専門STEP

- ・ 発展STEPに加え、CPTメンバーと関連他科間の連携体制が、初動時以外も明文化され共有されている。（通告する役割分担、養育親へ告知をする役割分担、親子分離を行う際の対応法など）

4. 医学診断検査マニュアル整備/診断提供

子どもをまもるため、治療のための検査に加え、診断のための検査を！

トリアージされた事例に的確な医学的診断を行うことは、医療機関として発揮すべき重大な責務である。虐待医学診断は、疾病の診断/治療とは異なる専門性を要する医療体系であり、正確な診断は時に困難である。必要時には、専門性の高い医師へコンサルトできる体制を整備しておく必要があるが、機会を失することなく行われた医学的検査/画像検査があることが、その際の診断精度を高める。正確な医学診断を下すことは、時に子どもをまもる最大の治療（親子分離、刑事訴追）に繋がるもので、優先度の高い整備事項である。

虐待医学診断のための検査マニュアルの整備について

* 基本STEP

- ・ 医学検査マニュアルが定められ、機会を失することなく必要な医学的検査を行いうる。
- ・ 行政機関の求めに応じ可能な範囲内で、所見を説明し、医療意見書を記載することが出来る。

* 発展STEP

- ・ 基本STEPに加え、定められた医学検査が実際に80%以上履行されており、またほとんどの事例で所見を医学的に解釈し、医療意見書を記載することが出来る。

* 専門STEP

- ・ 定められたマニュアルの範疇を超え必要な検査を的確に行い、解釈することが出来る。
- ・ 他の医療機関・関係機関からの、虐待診断に関するあらゆる求めに対応可能。

5. 性虐待事例対応

秘匿性の高い虐待 一急がれるその対応整備一

性虐待はその性質上、医学的痕跡を残す頻度は低い(約4%)¹⁴が、所見を呈するか否かは診察を行うまで判明しないものである。的確な方法で全身診察の一環として外生殖器診察を行うことで不安を殆ど感じさせずに診察が出来、かつ所見がなくともそのことを子ども/非加害親に伝えることで、安心させることが可能である¹⁵。(外生殖器のみにfocusした不適切な診察は、子どものトラウマになりかねない。)また性虐待の診断上最も重要であるのは、子ども自身による被害事実の開示であり、不適切な関わりによる情報汚濁を避けるため、性虐待被害児の診察医師は面接技法につき学んでいる必要がある¹⁶

上述の対応を行える、専門性の高い医師による診察/評価体制の確保が望まれるが、性虐待被害児への対応は、他の虐待以上に本邦では確立されておらず、現時点では多くの施設で困難であろう。地域にそのような医師が皆無である場合、小児科医と産婦人科医が協働して、子どもの呈している医学的所見を記録に収め、的確なSTD検査やDNA等の証拠採取を行うことが望まれる。

CPTとしての、性虐待事例への対応について

基本STEPの、CPTとして性虐待事例対応に求められる事項

- ・ 不適切な面接の不利益を理解し、最小限の聞き取りで、事例を地域に繋げることが可能。

発展STEPの、CPTとして性虐待事例対応に求められる事項

- ・ 子どもの不安低減に努めながら小児科医と産婦人科医が協働して、子どもの呈している医学的所見を記録に収め、的確なSTD検査やDNA等の証拠採取を行うことが可能である。

発展STEPの、CPTとして性虐待事例対応に求められる事項

- ・ 性虐待に対しての、専門的診察ならびに医療面接が可能である。
- ・ 多施設からの性虐待に関する、医療コンサルトを行うことが可能である
- ・ 地域と連携し、性虐待の医学的評価センターとして機能しうる。

6. 重症事例(特に脳死となりうる重症事例)における虐待の除外

新たな医療機関の責務に答えるために

平成23年3月発表の“臓器提供施設マニュアル”で、臓器提供施設は脳死となりうるか否かに関わらず、

- ① 重症な小児症例の入院時に担当医師は原疾患について虐待に関するチェックを行う。虐待の疑いがある場合には虐待防止委員会等に連絡し、虐待に関する必要な検査等を行う。原疾患が虐待によるものではないと判断された場合にも、治療経過中にその他の虐待がないかを慎重に判断する。とし、
- ② 虐待防止委員会等は担当医師と情報を共有し、院内虐待対応マニュアルに従って虐待に関する調査を行う。虐待の可能性がある場合には関係諸機関と協力する。とされた¹⁷。

このような対応は、臓器提供施設のみに課せられたものと解釈すべきではない。医療の均てん化という観点より、すべての小児重症事例を診療する病院は、同様の責務を負うと解釈すべきである。

CPTとしての、重症事例(特に脳死となりうる重症事例)における虐待除外について

*** 基本STEP**

- 院内の重症事例入院の際に、主治医より虐待の懸念が伝えられた場合に、医学的評価に加え、周辺状況に関する評価を関係機関と協力し行うなどにより、サポートを行うことができる。

*** 発展STEP**

- 院内の重症事例入院の際に、虐待除外のスクリーニングを行う体制を整え、スクリーニング陽性の場合に、CPTが関与・協力することを、院内の合意事項として実施できる。

*** 専門STEP**

- 院内の重症事例入院の際に、コーディネーターが把握し、CPTとして虐待除外スクリーニングを実施できる。また、そのようにCPTが関与・協力することを、院内の合意事項として実施できる。

7. CPTの会合について

コミュニケーションの頻度・深度が連携の質を担保

CPTとしての機能を高めるためには、職員同士が常に研鑽を行い情報を共有しあうことが望まれる。そのような機会が、事例検討会議の他に定期的にもたれることが望まれる。(検討すべき事例が毎月のようにある施設もあるであろう。そのような場合必ずしも定期的会合を別に設置する必要性はない)

CPTの、会合について

*** 基本STEP**

- 事例が発生した際に、その対応の検討を中心として会合が開かれる。(発生頻度によりその開催頻度はまちまちであるが、年4回を超えない頻度である)

*** 発展STEP**

- 事例が発生した際に、その対応の検討を中心として会合が開かれる。(発生頻度によりその開催頻度はまちまちであるが、年8回を超えない頻度である)
- CPTとして検討すべき事例がなくとも、定期的な会合を少なくとも2-3か月に一度実施している。

*** 専門STEP**

- CPTとして検討すべき事例がなくとも、定期的な会合を少なくとも1か月に一度実施している。
- チームメンバーの出席率は80%を超え、関連各科の情報共有体制が確立している。
- 会合に他機関が定期的に参加し、情報共有がなされている。

8. 事例のデータベース化について

右から左の仕事にしないために

CPTで検討した事例を集積してデータベース化しておくことは、CPTの活動を総括する際に極めて有用であると共に、今後の我が国の虐待医学の発展の礎となるものであり、可能な限り行ってほしい。当然ながらデータの利用は、守秘義務・個人情報に配慮し、子ども保護上の利用に限定する。

CPTの関与した事例のデータベース化について

* 基本STEP

- CPTで検討された事例につき、ファイリングを行っている。

* 発展STEP

基本STEPの機能に加え、

- 少なくとも虐待類型別事例数については、その情報を地域関連機関に、提供することが出来る。
- MSBP例などの検討のための他機関から照会があった際に、速やかに検索し、回答が可能。

* 専門STEP

発展STEPの機能に加え、

- CPTの活動レビューと合わせ詳細な年次報告としてまとめ、公表が可能である。
- 虐待に関する多施設共同研究などの際に、自施設の症例情報につき、提供・協力できる。

9. 研究活動について

我が国でのエビデンスの発信を！

現在、虐待医学に関してはそのほとんどが、米国・英国を中心とした研究報告に論拠している。本邦でも子ども虐待を医学分野の一つと位置づけ、学問的に発展させていくためには、医学研究活動は欠くことができない。研究計画を立案する等の対応は発展的事項であるが、学会活動を行ったり、事例やその他の事柄に関する調査研究協力もまた、極めて重要な研究活動と位置づけられる。

* 基本STEP

- 虐待に関する、エフォートの少ない調査研究に協力することが出来る。

* 発展STEP

- CPTメンバーが虐待関連学会に属し、症例発表や小規模の独自研究成果を発表出来る。
- 虐待に関する、エフォートの大きい調査研究に協力することが出来る。

* 専門STEP

- 発展STEPに加え、大規模な多施設共同研究を計画するなど、子ども虐待分野の我が国の先進的な研究活動のリーダーシップを発揮することが出来る。

10. 予防活動について

そのスキルを他の予防活動へ…

既に虐待化した事例の対応を通し体系化された施設内の虐待対応スキルは、二次予防(早期発見)以外の虐待予防活動にも、応用可能である。発展的項目といえるが、以下に記載する。

0次予防: 特定妊婦に対する早期支援

現行の児童福祉法では、出産後の養育について出産前より支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を「特定妊婦」として支援対象とすることとしている。母子保健との連携の上、早期に支援が必要な家庭を発見し、支援につなげていくことが重要である¹⁸。

CPTとしての、0次予防活動について

* 発展STEP

- 産婦人科・周産期スタッフへ、体制整備上の助言を行う。
- CPTコーディネーターが特定妊婦対応体制のコーディネーターを兼ね、CPTとしても出生後の支援(1次予防)を含めた多面的な対応の助言を行うことが可能である。

専門STEP

- 専門的に取り組む意欲のある周産期スタッフが存在し、地域行政と協同し自施設外の産婦人科施設へも支援を行っている。(地域行政を介した横断的連携を行うための枠組みとして、CPTの活動として行なっていると位置づけている。)

1次予防: 要支援児童に対する早期支援

子どもの心身の健康が害される状態に至ることを防ぐため、「不適切な養育」状態に陥り、虐待進展の可能性が生じている段階の子どもを、「マルトリートメント症候群疑い(虐待予備群)」と捉え、積極的に情報共有を行うことが望まれる。全ての医療スタッフでそのような認識を共有することには時間がかかるが、「CPTに事例の連絡を行うことにより、家族の支援につながり良い結果がもたらされた」ということを成功体験として実感できるフィードバック体制(成功裏に終わらなかった事例においては、その検証を行い、検証結果につき、フィードバック)を地域行政と確立することで、将来的な地域の虐待事例の減少につながるループが形成されるはずである。

CPTとしての、1次予防活動について

* 発展STEP

- 養育上の懸念のある家庭・要支援児童に対しての対応がシステム化(チェックリストを使用・色づけシールを使用、等)されている。

* 専門STEP

- 80%以上の事例につき、発展STEPの対応が、実際に実施されている。(把握のための院内調査を定期的に行っている)

死亡事例検証結果からも、周産期からリスクのある家庭に対し積極的な情報共有を行う（ハイリスク・アプローチ）必要があることは明らかで、0次予防・1次予防は切れ間なく行う必要がある¹⁹。情報/地域連携窓口の一元化、共有の効率化という観点から、CPTのノウハウを活かしてほしい。

周産期・乳児期の乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）の予防教育（ポピュレーション・アプローチ）なども、虐待の予防活動として極めて重要である²⁰。行政中心に母親学級・乳児健診で行う、病院で出生後に行う等、様々な方法があるが、地域で共通のプロトコールのもと情報を一元管理できればエビデンスに基づく本邦での方法論を確立することにつながる。そのような情報管理を行う際に、CPTは機能を発揮できるはずである。

3次予防:被害児の身体的/精神的治療、加害親の精神的治療/司法対応

身体的後遺障害があれば、リハビリテーションで機能レベルを回復させることが子ども/家族のQOLをあげ、結果的に再発予防に繋がる。精神的治療に関しては、虐待に専門性の高い児童精神科医が早期から関わり、自我状態療法やEMDR、薬物治療などを組み合わせた治療を受けることが望ましい。加害親に対しては、虐待行為の再発予防のため、毅然とした司法的対応を進める一方で、虐待せざるを得なかった困難感により添い、背景にある発達障害や精神医学的問題への対応を、虐待に詳しい精神科医と連携して行うことが望まれる。ただし、いずれのリソースも不足しているのが現状である。

CPTとしての、3次予防活動について

*** 発展STEP**

- 子どもの心理/精神的問題に対する精神医学的対応が可能、もしくは連携先があり、被虐待児への急性期(虐待発見→処遇決定)以降の総合的フォローアップが可能である。

*** 専門STEP**

- 発展STEPに加え、加害親に関しても自院で、もしくは連携先が確立しており、包括的な対応が可能である。行政の親子再統合の意思決定に対し、医学的助言をCPTとして行うことが可能である。

4次予防:死亡児に対するチャイルド・デス・レビュー(CDR)

本邦の虐待死亡事例検証は虐待死が確実な例しか扱っていない。諸外国では虐待死をはじめとした予防可能死の見逃しを防ぎ、次なる死の予防に生かすためのCDRが行われている²¹。本邦でもその試行が始まっている。CPTは蓄積した経験を生かし、実施の際に一定程度関与することが期待される。

CPTとしての、4次予防活動について

*** 発展STEP**

- 小児死亡登録検証制度やCDRが実施された場合、主治医の事例登録サポートが出来る。
- 死亡事例が生じた際、主治医の求めに応じ虐待/ネグレクト疑いに関するスクリーニングが可能。

*** 専門STEP**

- 発展STEPに加え、地域の医療側のCDRコーディネーターとしての役割を担うことが出来る。
- 死亡事例が生じた際にシステムとして、虐待/ネグレクトの疑いに関するスクリーニングが可能。

11.啓発活動

種を撒き続けることで、いずれ花は咲く

医療機関職員への啓発活動(特に院内啓発活動)

子ども虐待の早期発見はCPTメンバーのみに課せられた課題ではなく、すべての医療機関職員に課せられた大きな課題である。不適切養育に陥っている親子への気づきの感度を高め、早期に介入することが家族にとっての最善の利益になると考え行動できる職員を増やすためには、継続的かつ忍耐強い啓発活動が欠かせない。啓発活動はあくまで発展的事項ではあるが、積極的に行うことを考慮して欲しい。CPTメンバーとその他の職員との温度差の違いが顕著であれば、CPTが横断的に関与することへの理解が進まず、結局の所、CPTとしての活動を制限することとなる。機会の限られる虐待関連の講演情報を地域のCPTメンバーや関連他機関同士で共有できれば、受講機会は飛躍的に増すだろう。

CPTに求められる、医療機関職員への啓発活動について

* 発展STEP

- 定期的(少なくとも年1回)に講師を招聘しての、虐待啓発活動を行っている。
- ニュースレター等の啓発物の発行を不定期に行っている。

* 専門STEP

- CPTメンバーが講師となり虐待に関する院内啓発活動を定期的に(少なくとも年2回)行っている。
- CPTメンバーが講師となり、地域の他施設へ虐待に関する講演を行っている。
- ニュースレター等の啓発物の発行を定期的に行っている

医療系学生への卒前教育/レジデントへの卒後初期教育

虐待への医療機関の対応能力を向上させる上で卒前教育/卒後早期教育の充実を図ることは、費用/労力対効果に極めて優れた方法であるが、本邦での実施は乏しいのが現状である²²。院内啓発教育の他に、カリキュラム化した虐待教育の機会を設けることが望まれる。特に教育機関附属病院のCPT、附属の看護学校等をもつ病院のCPTメンバーはそのような職責を可能な限り果たして欲しい。

CPTに求められる、医療系学生/レジデントへの教育について

* 発展STEP

- 学生への虐待対応教育をカリキュラム化し、実施している。(講義時間は問わない)。
- レジデントへの虐待対応教育の場を用意し提供している。(講義形式で年一回程度行っている。)

* 専門STEP

- 学生への虐待対応教育をカリキュラム化し、実施している。(“子ども虐待”というテーマ単独で、一コマ以上教育している。もしくは、関連他科間で、有機的な講義が行われている)。
- レジデントへの虐待対応教育の場を用意し、提供している。(ベッドサイドもしくは、リーダー所属科の研修時に、少人数へゼミ形式で行っている)

第二部：CPT構築・機能評価ガイド詳細版

3章：CPTと地域連携



すべての医師が、子ども虐待対応スキル・知識を身に着けることは理想的ではあるが、現時点では現実的な目標とは言えない。平成17年に大阪府で実施された、虐待を経験した医師へのアンケート調査では、「虐待を疑ったが通常の診察をしたのみ」と回答した医師が17.2%、「二度としないように説得した」と回答した医師が19.3%と、4割近くが適切とはいえない可能性が危惧される対応であった²³。

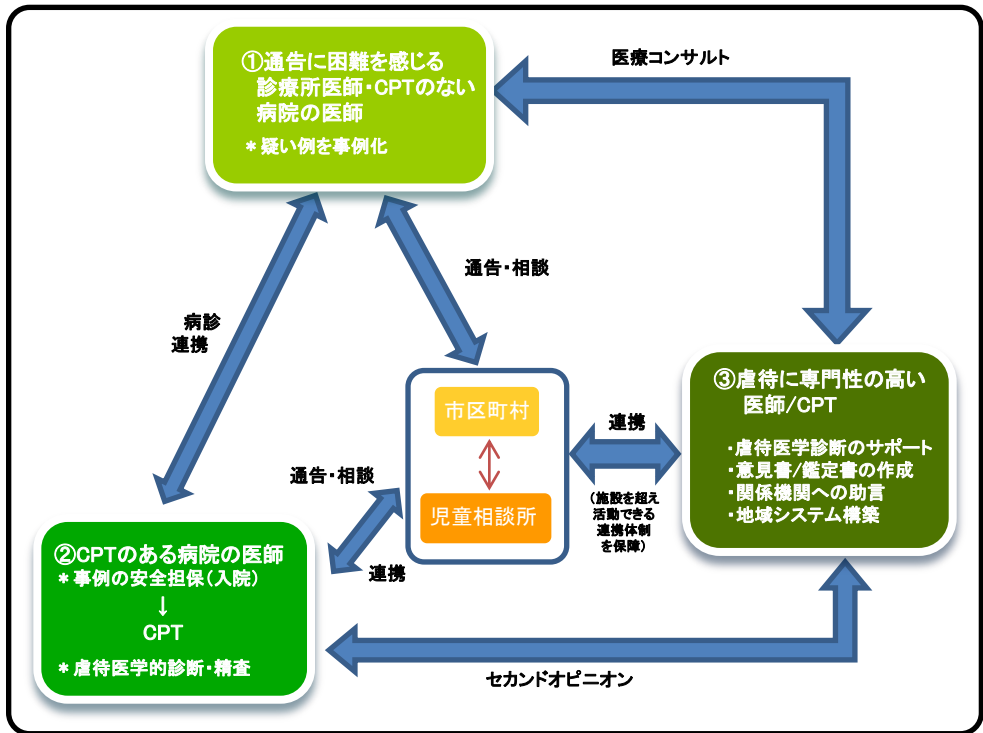
子ども虐待に関する医療機関体制が未整備の本邦では、6割近くの医師が虐待対応に不安を感じていると報告されている²⁴。一般医師が望む体制整備として、最も多く挙げられている事項は専門機関に相談できる体制であり、6割強の医師が必要と回答していた。しかし実際に相談先専門機関として医療機関を挙げた医師は3%程度であった。一方、米国小児科学会が実施したアンケート(2008年)では、80%以上の医師が相談できる医師が存在すると回答している⁷。

現在、子ども虐待に関し医師が所属する学会・研究会として、日本虐待防止学会と日本子ども虐待医学研究会の2つがあるが、前者の医師会員数は約300名、後者は約60名にすぎない。学会・研究会に所属せずとも、対応スキル・知識を身につけた医師は少なからずいると思われるが、小児科病床を持つ施設は全国に約1500あり、すべてに専門性の高い医師を配置することは困難といわざるを得ない。

全国にCPTを持つ病院は平成21年調査において全体で20.2%であったが、小児科専門医研修施設(約500施設)での設置率は約40%であった一方、研修施設外の施設(約1000施設)においては約5%と設置は進んでいない²⁵。平成23年度調査の、臓器提供施設でのCPT設置率は61.6%と、地域中核病院と思われる施設の設置率は年々高まっている²⁶。現在全国には349の小児二次医療圏が存在するが、医療圏ごとに最低1つのCPTを有する地域中核病院を整備し、虐待対応・通告に不安を感じる診療所やCPTのない医療機関の対応の受け皿となることは、現状の到達目標として決して不可能なものとはいえない。そのような体制整備が、地域全体の虐待通告数をあげるとともに、事例集約による経験の上昇、対応スキルの上昇につながることであろう。

米国では虐待医療が小児医学のサブスペシャリティとなる等、体系化された学問として確立している。現在そのような専門性を評価する制度は本邦にはないが、地域で専門性を持つ医師を把握し、より有効に活用する方策を考慮する必要がある。一般的には、古くからCPTが存在し経験も豊富な施設に、専門性の高い医師が従事している可能性が高いが、専門性は施設という“ハコ”に属するのではなく、研鑽を積んだ“個人”に属するものである。病院のみならず地域の開業医師も含め、専門性の高い人物を把握し、その知識が1施設に限定されることなく地域で生かされるべきである。

米国ではCPTは地域の資源として大いに利用され、運営には虐待専門医が積極的に関わっている。本邦でも将来的には専門医制度を構築し、そのような担い手の養成体制を充実していく必要がある。また“ハコ”としても将来的には、小児病院は臨床拠点、大学病院は教育拠点として、高度の虐待医学の臨床機能を、相補的もしくは単独で担うことが出来ることが望まれる。



図：医療機関間連携モデルの模式図

コラム：虐待専門医とは

米国では「Child Abuse Pediatrics: 子ども虐待小児科学」は、正式な小児科サブスペシャリティである²⁷。虐待専門医は、三年間の専門的トレーニングを積んだ後に、認定資格試験受験資格が得られ、試験合格により認定される。その求められる活動は医学診断にとどまらず、地域の虐待対応システムの構築、研究活動による新しいエビデンスの創出等、広範に及ぶ²⁸。

2010年の米国調査で、従前の虐待診断（非専門医師の診断をもとにした、児童相談所の総合判断）と、虐待専門医による虐待診断との、診断合致率についての検討では、児童相談所が判断した虐待の16.4%が専門医の診断では非虐待例、すなわちと過剰診断であり、児童相談所が虐待でないとした5.4%が、専門医が虐待と判断、すなわち過小診断であったと報告されている²⁹。

2006年に初出された全米小児病院及び関連機関連合の『子ども虐待における小児病院の役割の定義』では、虐待専門医を地域の中核に据えた対応を行うように2011年に改訂がなされた³⁰。

過剰診断による不要な親子分離を減らし、過小診断により子どもをリスク化にさすという状態を最小限せしめるために、本邦においてもそのような専門性を発揮する医師の認定制度を構築し、養成制度を整え、地域の医療システムと協働していくシステムを将来的に目指す必要がある。

1. 医療機関間連携

連携こそが虐待対応の核である。院外との連携にまでCPTを広げよう!

・病診連携

医療機関からの虐待通告の内訳は、病院が92.5%、診療所が5%と圧倒的に病院からの通告が多い³¹。この理由については様々な考察がなされているが、本邦の現状では通告に際し困難性を感じている診療所医師が少なくないことを表している。また病床を持たない診療所医師が、虐待を危惧した子どもの安全を担保するためには、病床を持つ病院のバックアップ体制は欠かせないものであり、通常の疾病医療の場合と同様に、虐待に関しても医学的コンサルトに応じられる体制(医療的適応がなくても、被虐待児対応の一時的受け皿となる)を構築することで、地域で早期に被虐待児や要支援児童を把握できる可能性が高まるであろう。他施設からの被虐待児(含、疑い)事例を受け入れることは発展的事項といえるが、地域の小児医療の中核病院は、積極的にそのような役割を果たしていくことが期待される。

CPTに求められる、病診連携対応

* 発展STEP

- ・診療所からの求めに応じ、直接もしくは行政を介し、被虐待児(含、疑い)事例の紹介を受け入れ可能である。その紹介内容は、直接的に被虐待児疑いとして紹介される事例のみならず、他の医療的主訴に置き換えての紹介(例えば多発挫傷を負った児を、“易出血性疑い”とした紹介や、ネグレクト児を“栄養吸収不全疑い”“成長障害疑い”とした紹介など)の事例を含む。
- ・診療所から上述の紹介事例を受け付ける場合に、その受理体制が明確化しており、診療する医師に意図が明確に伝わり、通常の疾病医療対応を超えた適切な対応を取ることが可能である。

* 専門STEP

発展STEPに加え

- ・診療所からの、医学診断/医療対応の電話コンサルト体制を、行政と連携の上構築している。
- ・上述の電話コンサルトにより、子どもに保護の必要性があり、かつ医療的対応を要する場合に、自院への入院や、他の適切な病院への入院コーディネート業務を実施することが出来る。

・病病連携

CPTがある施設から、より専門的な助言やセカンドオピニオンの求めがあった場合に対応を行ったり、司法対応(鑑定書記載、法廷証言など)に困難性を感じる病院の求めに応じ、その対応を行うことは、さらに発展的な事項といえるが、地域として提供できる体制を構築すべき重要な課題である。

CPTに求められる、病診連携対応

* 発展STEP

- CPT設置のない病院の求めに応じ、直接もしくは行政を介し、被虐待児(含、疑い)事例の紹介を受け入れることが可能である。

* 専門STEP

- あらゆる施設からの事例対応依頼、電話コンサルトを、直接もしくは行政を介し、受け入れ可能。
- あらゆる施設からの司法的対応等の申請を直接、もしくは行政・司法を介し、受け入れ可能。
- 場合により、他施設入院中の児への往診等の対応依頼があった際に、直接もしくは行政を介し、引き受けるための体制を整備し、対応を行うことが出来る

2.他機関との連携

牽制しあうことなく、共同で意思決定を行う体制を！

他機関との連携体制を明確化していくことは、今後ますます重要になるであろう。単に各機関の都合・タイミングで情報提供を求めあうだけでなく、制度として情報を当初より共有し、共同で意思決定を行う体制が、真の多機関連携(Multidisciplinary team: MDT)といえる。MDT構築のためには互いの機関のニーズや特性を理解しあうことが重要である。CPTが整備され、情報の集約がなされ、顔の見える関係性が構築されていくことがその過程を進めることとなる。

CPTに求められる、他機関との連携対応

* 基本STEP

- 他機関に対し医療機関の把握している情報を適切に分かりやすく提供し、子ども保護に役立てることが出来る。(子ども保護と、個人情報・守秘義務との適切な解釈につき理解している。)
- 行政の求めに応じ、一時保護委託を受けることが可能である。

* 発展STEP

- 他機関に対し、求めに応じて医療意見書を作成し、子ども保護に役立てることが出来る。
- 行政の求めに応じ、一時保護委託を受けることが可能であり、また他の医療機関が一時保護委託受諾困難の場合、可能な医療サービスの範囲内で一時保護委託を受諾可能。

* 専門STEP

- 他機関に対し求めに応じ、医療意見書や鑑定書を作成し、法廷証言を行うなどの、あらゆる医療サービスを提供出来る。
- あらゆる事例の一時保護委託を受け入れることが可能である。
- 重度身体的虐待/ネグレクト、性虐待事例などに対する、初動調査・捜査に関する連携体制を、機関間協定という形でシステム化し、対応している。

CPTに求められる事項：一覧表

公的な役割を持つ病院においては、子どもの権利擁護者として、可能な限りその機能向上に努めたいと考えているであろう。その方法は地域の実情や病院の状況により、様々な形態であってよい。本ガイドは、各々の医療機関が成長目標を設定していくうえで参考とするためのものであり、画一的なありようを強制するものでもなく、CPTの機能的優劣を示すものでも、施設間の比較をするためでもない。

CPTの行うべき業務の幅は広い。虐待に関連する言葉の定義も明文化して定まっておらず、また個々の職員間でCPTのなすべき守備範囲というものに対するコンセンサスの形成されていない本邦の現状において、大まかな羅針盤をしめすものである。多くの施設では、専門STEPの対応スキルは過剰であり不要であろう。ただし、虐待対応の全体像を把握することで、自施設の果たすべき役割をより認識することが出来るはずである。

本ガイドは行政機関において、虐待対策上、より成熟した医療との連携システムの構築を行ううえで、医療機関の現状把握や、予算執行等の実務上の情報整理を行う際に、役に立つであろう。

		基礎レベル	発展レベル	専門レベル
構成とスタッフ配置	コーディネーター	コーディネーターが明確化されている。 (部署に付託されている形でもよい)	虐待対応専任者が明確化されている。	虐待対応専任者が複数おり、オンコール体制で、24時間365日、常に専門性が発揮できる状態)
	チームリーダー	チームリーダーが明確化されている (非常勤でもよい)	チームリーダーは常勤で、虐待対応のトレーニングを受けた経験がある。もしくは院内でトレーニングを行う立場にある。	虐待関連学会活動に積極的に参加・院外虐待講演活動を行う。地域行政と協働し、地域虐待対応体制構築のリーダーシップ発揮、ピアレビューのマネージメント実施
	ワーキングチーム	コーディネーターを通して必要時に、チームリーダーやその他の必要とされるCPTメンバーへ連絡が行われる	コーディネーターを通して、マニュアルに則り、WGへ連絡し、WGとして対応。	マニュアルに則ったWGでの迅速対応体制が確立しており、関連各科との連携体制も確立している。
	アドミニストレーター	CPTは病院管理者の公認組織である。 自施設外の専門職が院内活動を行う際に、協力体制を敷いている。	CPTの長は、病院管理者であり、チームリーダー・コーディネーターの活動を積極的に支援している。 (CPTの長が、チームリーダーの場合を含む)	CPTの長は、地域の虐待体制構築につき、一定程度の関与を、直接もしくは間接的に行なっている。
	その他のチームメンバー	チームリーダーの所属科を含む少数の科での運営である。	虐待に関与しうるあらゆる科・部門がメンバーとして参画している。必要時には院外機関や、他機関の専門職の会議参加を柔軟に求めることが出来る。	虐待に関しての見識の深い医師が複数存在し、地域の診断/鑑定などの幅広いニーズに対応可能。 もしくは、チームリーダーが虐待医療の横断的な深い見識を有し、あらゆる地域のニーズに応えることができ、関連各科もそれをサポートする体制がある。

	基礎レベル	発展レベル	専門レベル	
機能	発見時のCPT 連絡マニュアルの 整備とその 認知	虐待の疑いのある事例を 職員が認知した場合にその 後の連絡体制が、マニュアル として整備されている。	マニュアルの存在が、職員に 周知されており、新入職者 オリエンテーションの一環と して説明されている。	マニュアルの意義がスタッフに理解 され、実際に効果的に運用されて いる。(虐待疑い例の80%以上が、 CPTに連絡が入っている)
	連絡受理体制	日中のコーディネーターへの 受理体制が、明確化されて いる	日中・夜間共に受理体制が 明確化されており、日中 に関しては、専門的対応が 担保されている	日中・夜間共に受理体制が明確化 されておりオンコール体制で24時間 365日、常に専門性を発揮することが できる
	CPT連絡後の マニュアル整備	個別ケースにより、コーデ ィネーターの裁量で、その後の 対応が行われる。	連絡受理後の指針が明確化 しており。休日夜間などCPT 以外が受理した場合も初動 指針が明確化している。	関連他科との連携体制が、初動時 以降も明文化されており、共有されている。 (通告・告知の役割分担や親子分離 の際の対応など)
	医学診断検査 マニュアル/ 医学診断提供	医学検査マニュアルが定めら れ、機会を失うことなく必要 な医学的検査を行う。其 他機関の求めに応じ可能な 範囲内で所見をわかりやすく 説明し、医療意見書を記載 することが出来る。	定められた虐待医学検査 マニュアルの各項目が、実際 に80%以上履行されており、 ほとんどの事例でその所見を 医学的に解釈し、医療意見書 を記載出来る。	定められたマニュアルの範疇を超え、 必要な検査を的確に行い、解釈す ることが出来る。他の医療機関・関係 機関からの、虐待診断に関する あらゆる求めに対応可能。
	性虐待事例対応	不適切な面接の不利益を CPTが理解しており、事例が 生じた際には、最小限の聞き 取りの上地域に繋げることが できる。	子どもの不安低減に努めつつ 小児科医と産婦人科医が 協働して、子どもの呈している 医学的所見を記録に収め、 的確なSTD検査やDNA等の 証拠採取を施行可能。	性虐待に対しての、専門的診察 ならびに医療面接が可能である。 多施設からの性虐待に関する、 医療コンサルトを行うことが可能で ある。地域と連携し性虐待の医学的 評価センターとして機能しうる。
	重症事例 虐待除外	重症事例入院の際に、 主治医より虐待の懸念が 伝えられた場合に、医学的 評価に加え、周辺状況に 関する評価を関係機関と 協力し行うなどにより、 サポートを行うことが出来る。	重症事例入院の際、主治医 が虐待除外のスクリーニング を行う体制を整え、陽性の場 合に、CPTが関与・協力す ることを、院内の合意事項として 実施できる。	院内の重症事例入院の際に、 コーディネーターがそれを把握し、 CPTとして虐待除外スクリーニングを 実施できる。また、そのようにCPTが 関与・協力することを、院内の合意 事項として実施できる。
	CPT会合	事例が発生した際に、その 対応の検討を中心として会合 が開かれる。(開催頻度は まちまちであるが、おおむね 年4回を超えない)	事例が発生した際に、その対 応の検討を中心として会合が 開かれる。(開催頻度はまち まちであるがおおむね年8回 を超えない)。検討すべき事例 がなくとも、定期会合を少なく とも2-3か月に一度実施して いる。	CPTとして検討すべき事例がなくとも、 定期的な会合を少なくとも1か月に 1度実施している。チームメンバーの 出席率は80%を超え、関連各科の 情報共有体制が確立している。会合 に他機関が定期的に参加し、情報 共有がなされている。
症例の データベース化	CPTで検討された事例につき、 ファイリングを行っている。	事例のファイリングを行って おり、少なくとも虐待類型別の 事例数については、その情報を 地域関連機関に提供すること が出来る。MSBPなどの検討 のために、他の機関から照会 があった際に、速やかに検索 し回答することが可能である。	発展STEPに加え、年次報告として まとめ、活動レビューと共に公表が 可能である。虐待に関する多施設共 同研究などの際に、自施設の症例 について、守秘義務・個人情報につ き配慮の上、いつでも協力できる。	

		基礎レベル	発展レベル	専門レベル
機能	研究活動	虐待に関する、エフォートの少ない調査研究に協力することが出来る。	症例発表や小規模の独自研究成果を発表することが出来る。虐待に関する、エフォートの大きい調査研究に協力することが出来る。	大規模な多施設共同研究を計画するなど、子ども虐待分野の我が国の先進的研究活動のリーダーシップを発揮することが出来る。
	0次・1次予防活動	該当なし	産婦人科・周産期スタッフへ、体制整備上の助言を行う等、CPTとして助言が可能。養育上の懸念のある家庭・要支援児童に対するの対応がシステム化(チェックリストを使用・色づけシールを使用・等)されている。	地域行政と協同し、自施設外の産婦人科施設へも助言を行っている。(地域行政を介した横断的連携を行うための枠組みとしてCPTの活動として行なっていると位置づけている。)
	3次予防活動	該当なし	子どもの心理/精神的問題に対する精神医学的対応が可能である。もしくは、連携先があり、子どもに関して急性期(虐待発見一処遇決定)以降の総合的フォローアップが可能。	被虐待児への急性期以降の総合的フォローアップが可能であると共に、加害親に関しても包括的対応が可能。行政の親子再統合の意思決定に対し、助言をCPTとして行うことが可能。
	4次予防活動	該当なし	医療機関内実施の際にコーディネートを実施できる。	多機関実施の際に、コーディネートを実施できる。
	院内啓発	該当なし	定期的(少なくとも年1回)に講師を招聘しての、虐待啓発活動を行っている。ニュースレター等の啓発物の発行を不定期で実施。	CPTメンバーが講師となり、虐待に関する院内啓発活動を定期的に(少なくとも年2回)行っている。ニュースレター等の啓発物の発行を定期的に行っている。
	教育活動	該当なし	学生への虐待対応教育をカリキュラム化し、実施。(講義時間は問わない)レジデントへの虐待対応教育の場を用意し、提供している。(講義形式で年一回程度行っている。)	学生の虐待対応教育をカリキュラム化し、実施している。("子ども虐待"というテーマ単独で、一コマ以上教育している。もしくは、関連他科間で、有機的な講義が行われている)。レジデントへの虐待対応教育の場を用意し提供している。(ベッドサイドもしくは、少人数へゼミ形式で実施)

院外連携	医療機関間連携	該当なし	診療所からの求めに応じ、直接もしくは行政を介し、被虐待児紹介を受け付けることが可能である。	診療所・病院からの求めに応じ、直接もしくは行政を介し被虐待児紹介・電話コンサルを受け付けることが可能である
	他機関連携(非医療機関)からの医療相談(一時保護委託・医学評価等)	他機関に対し、医療機関の把握している情報を説明し、必要時に医療意見書を作成し、子ども保護に役立てることが出来る。行政の求めに応じ、一時保護委託を受けることが可能。	基本STEPに加え、他の医療機関が一時保護委託困難の場合、自施設で提供できる医療サービスの範囲内で一時保護委託を受けることが出来る。	発展STEPに加え、鑑定書作成や法廷証言などあらゆる医療的対応が可能である。あらゆる事例の一時保護委託を受け入れることが可能で、重度身体的虐待/ネグレクト、性虐待事例の初動調査に関しては、システム化し、対応している。

コラム.地域医療提供体制と、CPTの3層構造について

虐待の対応は、ごく少数の医療機関が機能特化することで、解決できる問題ではない。院内で、一般医師、小児科医師、CPTメンバー医師などの、それぞれの医師が各々果たすべき重要な責務を担い、連関してセーフティネットを構築することが重要なように、院外で、診療所医師、二次病院勤務医師、三次/小児病院は、その地理的要件・構成科・規模・小児医療提供体制上の位置づけ等により各々役割は異なるものの、それぞれ重要な役割を担っており、それが有機的に連関したネットワークを構築することが重要である。

院外連携機能に主眼を置いたCPTの3層分類を下表に示す。このような分類を行った場合、現時点ではどのような機能が果たせるかを個々の病院が自己評価し、かつ地域で将来的に、どのような役割を果たすことが望ましいのかを評価し、行政と一体となり地域戦略を立てていくことが望ましい。

これらの各階層は言うまでもなく、地域戦略上の分類であり、CPTの優劣を示すものではない。基本型CPTは本ガイドの1-3章で提示した基本STEPを、発展型CPTは発展STEPを、専門型CPTは専門STEPを、各々満たしていることが理想ではあるが、あくまでこの階層は地域戦略上の院外連携機能に主眼を置いて、位置づけられるものである。

あるカテゴリーでは基本STEPを満たし、他のカテゴリーでは発展STEPを満たしているというような状況はごく当然にあるであろうし、基本型CPTの病院があるカテゴリーでは発展型CPTを凌駕していることも当然あり、地域戦略上の連携体制を複雑に構築すべきであることも稀ではないであろう。

現在、子ども虐待医療提供の際のインセンティブは何もない。将来的には、機能評価の枠組みが定められ、適正な方法で受けた機能評価別に、施行した医療に関しての報酬が適正に拠出されない限り、子ども虐待医療分野の発展もまた、善意に頼る“いびつな”ものになってしまうであろう。しかし逆にそのような制度改革を実現していくために、医療連携機能強化による予後の改善や、医療経済評価などのエビデンスを積み上げていく必要があるのである。

CPTの型	概念
基本型CPT	自施設内で認知した、子ども虐待ケースへの対応 (主にイエローからレッド事例対応)
発展型CPT	グレーのケースも地域の子育て支援拠点として積極的に対応。自施設を超え、同一2次医療圏や隣接2次医療圏の診療所や病院からの相談ケースの受け入れが可能
専門型CPT	発展型CPTの機能に加え、他の2次医療機関が困難で対応をもとめた、身体医学診断や司法的対応に対して、専門サポートが可能。また精神医学上、虐待の親子治療を行うことが可能である。上記の対応を、同一3次医療圏内、もしくはより広域の医療圏の医療機関から直接、または他機関からの依頼に基づき、受諾することが可能。

地域の臨床中核病院は、発展型CPTとしての位置づけとなることが望まれる。また小児病院は臨床拠点として、大学病院は教育拠点として、将来的には専門型CPTとしての機能を、相補的もしくは単独で、担うことが望まれる

コラム. 行政機関の、虐待医療連携対応体制整備における役割について

近年がんや肝疾患、HIVなど公衆衛生上重要な疾病に対し、質の高い医療を均てん化して提供すべく、医療と行政が一体となった仕組みづくりがなされている。小児医療分野においても、子どもの心の診療拠点病院機構推進事業が開始されている。虐待医学の分野も、そのような仕組みづくりが求められる公衆衛生上優先順位の高い分野である。しかし現状では、そのような体制構築の基礎となる担い手は他の疾病以上に少なく、その連携体制のベースも明確化されていない。虐待対応の連携体制の有機的な構築は、他疾患と異なり、そのニーズに関して保護者や受益者本人（子ども）からの声が上がらなければならない問題である。しかしながら、個々の医療機関の一部の医師のみが、その使命感に基づき、声を上げたとしても、それを繋ぎ合わせる立場の行政側の積極的な働きかけがない限り、制度として地域の体制が組み立てられていくことは、ままならない。

現状の虐待対応の枠組みは福祉が中心であり、疾病対策の観点で虐待対応の枠組みが構築されているわけではない。医療機関との連携に慣れ親しんでいる福祉行政職員は少ないのが現状であろう。しかし、子ども虐待に関する医療機関の虐待対応体制整備を行うためには、医療機関の対応状況を把握し、そのうえで地域の小児医療提供体制を踏まえ、どのような連携構築が図れるかを、医療機関側と協議していくことが欠かせない。それは同時に現状以上の負担を医療機関に強いることになることは否めない。行政機関は一方的に医療機関に負荷を強いるのではなく、今まで以上に、事例の経過のフィードバックを行ったり、通告を受けた際、医療機関側の意図と児童相談所側の意図をすり合わせ、合議の上で方針を決定するなどの、連携を強く意識した取り組みをより一層進め、医療機関側に報いる必要があるといえる。

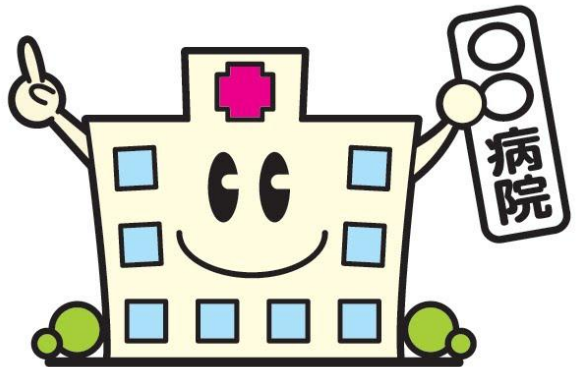
医療機関側が保護の必要性を訴えても、児童相談所側がそれに応じない等の齟齬が生じた場合には、医療機関側は“身動きが取れない”状態となる。特に医療機関/児童相談所ともに最もストレスのかかる場面である、急性期の親への告知において、子どもの安全を最大限考慮した場合、児童相談所への通告は、親への告知の前に行われることが望ましい（親への告知を先行し、親が憤慨し子どもを連れ帰ろうとしても止める職権は医療機関にない）が、児童相談所と足並みをそろえることが困難で、必ずしもそのようにできない状況にある。

合同意思決定のステップが明確化していれば、①医療機関が児童相談所に通告②事前協議し、初動方針を合同で決定し、児童相談所は病院内待機③医療機関が、養育者に通告する旨の告知④児童相談所が養育親と接触 という流れで、子どもが危機に陥る余地を最小化できる。

それぞれの機関で人事異動は避けられない問題であり、信頼関係を構築してもそれが積み上がりにくいのは否めない。虐待医療機関間連携を構築するうえで、必要なルール作りを協議していく中で、行政と医療、そしてゆくゆくは司法も交え、ルールを明文化し、伝え、積み上げていくことで、地域での最善の方法論は確立していくはずである。

第三部：資料集

1：種々の病院におけるCPT実例集



各種規模・組織/機能形態の病院CPT実例一覧

CPTの実際の活動イメージをつかむうえで、実際に活動してる病院の実例以上に参考になるものはない。本ガイド作成に当たり、様々な規模、組織形態、機能形態の病院に、メールアンケートに協力いただいた。いずれの病院もCPTが精力的に活動しており、モデルとして参考になることであろう。

CPTのない病院においては、CPTを構築する際に、自院に近い規模・形態の病院における活動のイメージをつかむうえで役立ててほしい。要綱・マニュアルも、実際に立ち上げ時に作成するうえで参考になるであろう。既にCPTが存在する病院においては、様々なTIPSが書かれた実例集は、いずれも自院のCPTの成長戦略を練る上で役に立つはずである。行政機関においても、様々な規模・形態の病院がいろいろな工夫をしていることを読み取るにより、地域戦略を医療機関と練る際に役立つであろう。編集はあえてしておらず、医療機関の生の声に近いものであるといえる。是非一読してほしい。

医療機関名		杏林大学医学部付属病院	国立成育医療研究センター病院	東京都立小児総合医療センター	埼玉県立小児医療センター
病院の病床数		1153	490	561	300
小児病床数		78	350	561	300
組織形態		私立大学病院	独立行政法人	都道府県立病院	都道府県立病院
機能形態		大学病院	小児専門病院	小児専門病院	小児専門病院
CPT設置時期		1999年8月	2002年	2010年3月	2003年10月
CPT構成員	医師・歯科医師	小児科、脳神経外科、救急医学科、産科、高齢医学科、精神神経科、法医学	総合診療部、こころの診療部、周産期診療部、放射線診療部、ICU、専門診療部(眼科、脳神経外科)	児童思春期精神科(心理福祉科、育成科)、小児神経科	小児科、放射線科、脳神経外科、整形外科、眼科、未熟児新生児科、児童精神科、代謝内分泌科
	コメディカル	看護師(小児科、救急外来、小児科外来、高齢医学科)、助産師、MSW、学内学識者(保健学部、総合政治学部、外国語学部)	看護師、MSW、心理士	庶務課、医事課、看護部、心理主任技術員(臨床心理士)、心理福祉科主任技術員(MSW)、心理福祉科主任(MSW)	MSW、看護副部長、小児科外来看護師、小児病棟看護師、NICU看護師
CPTの委員長もしくはリーダー		小児科医(教授、副院長)	医師(病院長)	児童思春期精神科医師(副院長)	脳神経外科医師(副院長)
CPTのコーディネーター		地域医療連携室課次長(MSW)	MSW	心理福祉科MSW	地域連携室主査(MSW)
CPT設置要綱	CPT設置要綱の有無	有り	有り	有り	有り
	CPT設置要綱添付の有無	有り	無し	有り	有り
	子ども虐待対応マニュアルの添付				有り
虐待・ネグレクト疑い症例をCPTに連絡する職員	主治医	○	○	○	○
	主治医以外の医師		○	○	○
	コメディカル	○	○	○	○
	その他				
CPTに連絡の入った症例を受理する職員		地域医療連携室課次長(MSW)	MSW	児童思春期精神科心理福祉科医長とMSW	地域連携室主査(MSW)
子ども虐待・ネグレクトの疑われる症例の入院		原則としては入院させないが、場合によっては入院させる。	原則として入院させる。	原則として入院させる。	ケースバイケース
CPTは、症例の入院判断に関与するかどうか		関与する	関与しない	関与しない	関与する
入院に関するルールもしくはガイドライン	決まっている	決まっていない	決まっていない	決まっている	決まっている
	ルールの概要			虐待・ネグレクトを疑った場合はとにかく入院、という原則を徹底している。	治療、検査を要することを条件にして入院させる。

謝辞:

今回の実例集作成のためのアンケートには下記の方々にご協力いただいた。短い回答期間にもかかわらず、極めて貴重な回答を寄せていただいた。改めて深謝申し上げる。

杏林大学医学部付属病院: 加藤雅江さん(MSW)、東京都立小児総合医療センター: 間宮規子さん(MSW)、
 埼玉県立小児医療センター: 舟橋敬一先生、茨城県立こども病院: 本山景一先生、
 北九州市立八幡病院: 市川光太郎先生、国保松戸市立病院: 小橋孝介先生、
 東京都立墨東病院: 稗田潤さん(MSW)、市立豊中病院: 松岡太郎先生、
 釧路赤十字病院: 土屋まゆみさん(Ns)、
 神奈川県厚生連 相模原協同病院: 杉谷雅人先生・中山照雄さん(MSW)

茨城県立こども病院	北九州市立八幡病院	国保松戸市立病院	東京都立墨東病院	市立豊中病院	釧路赤十字病院	神奈川県厚生連 相模原協同病院
118	349	613	729	613	489	427
118	94	60	30	44	42	18
都道府県立病院	市区町村立病院	市区町村立病院	都道府県立病院	市区町村立病院	日本赤十字社病院	一般民間病院
小児専門病院	一次～三次病院 (救命救急センター)	三次救急病院	三次救急病院	二次救急病院	二次救急病院	二次救急病院
2009年5月	2008年4月	2009年4月	2009年1月	2003年4月	2008年12月	2004年4月
小児科、小児救急医、 脳神経外科、小児外科、 未熟児新生児科	小児科、放射線科、 脳神経外科、整形外科、 小児外科、眼科、 産婦人科	小児科、救急医、 脳神経外科、整形外科、 小児心臓血管外科、 小児外科、産婦人科、 未熟児新生児科	小児科、救急医、 脳神経外科、整形外科、 外科、産婦人科、 未熟児新生児科、内科	小児科、脳神経外科、 産婦人科、精神科	小児科、外科、整形外 科	小児科、脳神経外科、 整形外科、口腔外科
MSW、救急外来看護師、 小児科外来看護師、 小児科病棟看護師、 NICU看護師、GCU看護 師、PICU看護師、 臨床心理士、 病棟保育士、 Child Life Specialist	MSW、副総師長、 救急外来看護師、 小児科外来看護師、 小児科病棟看護師、 NICU看護師、GCU看護 師、PICU看護師、 臨床心理士、 医事課、保育士	MSW、救急外来看護師、 小児科外来看護師、 小児科病棟看護師、 産科病棟看護師、 助産師、NICU看護師、 GCU看護師、医事課	MSW、 小児科病棟看護師、 臨床心理士、医事課	救急外来看護師、小児 科外来看護師、小児科 病棟看護師、助産師、 NICU看護師、放射線技 師、医事課、 (隔月で、大阪府豊中保 健所保健師、豊中市保 健センター保健師)	小児科外来看護師、 小児病棟師長、MSW 産婦人科病棟師長、 NICU師長、放射線技師、 新生児集中ケア認定 看護師、小児救急看護 認定看護師	MSW、救急外来看護師、 小児科外来看護師、 小児科病棟看護師、 産科病棟看護師、 助産師、理学療法士、 作業療法士、医事課
新生児科医師(副院長)	小児救急センター長 (院長兼務)	小児心臓血管外科医師 (小児医療センター長)	外科医師(副院長)	小児科医師 (小児科部長)	小児科医師 (小児科部長)	脳神経外科医師 (脳神経センター長)
新生児科医師 (医療相談室長)	医療事故担当副総師長 (看護師)	小児科医師	医療相談係長(MSW)	小児科医師 (小児科部長)	小児科医師 (小児科部長)	MSW
有り	有り	有り	有り	有り	無し	有り
有り	有り	有り	無し	無し	無し	無し
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
	全職員		児童相談所、子ども家 庭支援センター、保健所 など地域関係機関	全職員		
小児総合診療科医師、 育成在宅支援室次長 (看護副師長)、育成在 宅支援室MSW	小児救急センター長 (小児科医師)	MSW、小児科医師、 小児救急看護認定 看護師	CPT担当MSW	小児科部長 (小児科医師)	小児科部長 (小児科医師)、 小児病棟師長(小児 救急看護認定看護師)	MSW
ケースバイケース	原則として入院させる。	原則として入院させる。	原則として入院させないが、場合によ っては入院させる。	原則として入院させる。	原則として入院させる。	ケースバイケース
関与する	関与しない	関与する	関与する	関与する	関与する	ケースバイケース
どちらとも言えない	決まっている	決まっている	決まっている	決まっている	どちらとも言えない	決まっている
		時間外・夜間休日は 原則入院。通常日勤帯 は、CPTへ報告し、入院 を検討。CPTにおいては 入院を原則としているが 例外もある。	日本小児科学会の 子ども虐待診療手引き を参考に協議の上決定	当院の小児虐待対応 マニュアルの規定に従う		

医療機関名		杏林大学医学部付属病院	国立成育医療研究センター病院	東京都小児総合医療センター	埼玉県立小児医療センター	
CPT会議の開き方	開催の原則	事例ごとの開催と定期的開催	事例ごとの開催と定期的開催	事例が発生したときに開催(11か月間で48件)	事例ごとの開催と定期的開催	
	定期的開催の頻度	1か月ごと	月に1回くらい、上部委員会は年2回		月に1回くらい	
CPTで検討する事項	虐待・ネグレクト診断	○	○	○	○	
	鑑別診断	○	○	○	○	
	入院の是非		○	○		
	児童虐待通告	○	○	○	○	
	警察通報	○	○	○	○	
	院内多科・多職種連携	○		○	○	
	他機関との連携	○	○	○	○	
	要保護児童対策地域協議会対応	○		○	○	
	保護者対応	○	○	○	○	
	子どもの治療			○	○	
子どもの福祉的支援	○		○	○		
その他	委員会の運営、勉強会の運営		虐待防止啓発活動の計画・立案	ケースから派生する問題をシステムに反映させるため、院内のシステム作りとその文書化(一時保護委託の子どもの洗濯の代金や日用品の調達方法に至るまで)		
CPT症例会議・児童虐待通告・保護者告知のタイミング		原則として、CPT会議→児童虐待通告→保護者への告知	原則として、CPT会議→児童虐待通告→保護者への告知	原則として、CPT会議→児童虐待通告→保護者への告知	原則として、CPT会議→保護者への告知→児童虐待通告	
虐待・ネグレクトの疑い診断の告知および児童虐待通告の状況		ケースバイケース	虐待・ネグレクトを疑っていることと児童虐待通告をしたことの両方を同時に告知する。	虐待・ネグレクトを疑っていることと両方を同時に告知する。(例外有り)	虐待・ネグレクトを疑っていることを先に、児童虐待通告したことを後に告知する。	
保護者に告知するときの同席者	保護者への告知の同席者	主に委員長もしくはリーダーが同席する。	委員長以外のCPT構成員の医師が2人同席する。	主に委員長もしくはリーダーが同席する。	主に委員長・リーダー以外のCPT構成員が同席する。	
	同席者の職種・職名	委員長・リーダー(医師)	委員長・リーダー(医師)	委員長・リーダー(医師)	地域連携室主査MSW	
CPT主催の子ども虐待・ネグレクト研修会	研修会実施の有無	有り	有り	有り	有り	
	研修会の対象者	院外の人も参加、一般市民にも公開	院内職員のみ	院内職員のみ	院内職員のみ	
他機関から紹介された症例の積極的な受け入れ		積極的に受け入れている。	ケースバイケースで、医療的に適応がある場合に受け入れている。	積極的に受け入れている。	ケースバイケース	
他機関からのコンサルテーションに対する対応		積極的に応じている。	積極的に応じている。	積極的に応じている。	積極的に応じている。	
コンサルテーションに対応する職員	CPT構成員か否か		CPT構成員	CPT構成員	CPT構成員も非構成員も	
	コンサルテーションに応じる職員の職種・職名	CPT構成員	法医学教授、小児科教授、MSW地域連携室課次長	医師	児童思春期精神科心理福祉科部長、育成科医長、MSW	脳神経外科医師副院長、総合診療科部長、代謝内分分泌科部長、放射線科部長、整形外科医長、精神科医長
		CPT非構成員			精神保健福祉士	

★CPTを設置するきっかけや動機

- *救命救急センターでの症例がきっかけとなり、法医学教室からの提示もあり、勉強会を開始しました。医療機関としては児童虐待を疾患の一つという枠組みとして予防からかかわることの重要性を感じ、その視点を医学部・看護学部等の教育、臨床に生かしていくように心がけています。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- *産科病棟との連携(産婦さん入院中にMSWがルーチンで面接)
- *外傷の小児患者すべてに事故防止目的で面接(小児科救急看護師)
- *院内の安全管理マニュアル(全スタッフが常時携帯を義務付けている)への掲載
- *工夫の具体的な内容:

小児科・救急外来には、要支援患者リストを置き、情報共有しています。そこには具体的な情報、支援方針等が書かれているため、対応を統一することができ、情報を積み上げていくことができます。この内容は虐待防止委員会や医局会で周知されます。周産期からの支援にも重点を置きたいため、産科外来とも同様の情報の共有化を行っています。産科に関してはすべての産婦に、出産から退院までの間にMSWが面会しスクリーニングを行う一方で、地域とつないだり、地域の情報を産婦に渡しています。小児科救急看護の認定看護師は外傷を負った小児すべてに事故防止の目的を含め、聞き取りと面接を行っています。また、院内全職員が所持を義務付けられている安全管理マニュアルに虐待の簡易フローを載せることで日々の業務に虐待防止の視点を持てるよう働きかけています。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- *現場で直接虐待対応にかかわっていないスタッフもいるため、常に活動内容が明確になるよう工夫しています。結果、学園全体の虐待防止の意識が高まることを期待しています。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- *要保護児童対策地域協議会(特に小学校、教育委員会、子ども家庭支援センターが多いです。)
- *児童相談所 他
- *医療機関 開業医(三鷹市の子ども虐待防止マニュアルには虐待を疑った場合に当院のMSWに連絡する方法が挙げられています。そして当院の虐待防止委員会から児童相談所に通告します。)

★子ども虐待・ネグレクトを疑っても、入院させない場合の理由と外来対応

- *事例によりますが、児の安全と時間稼ぎのためには入院以外方法がない、あるいは介入の手立てがない場合には入院を検討しています。安易に入院を選択するのではなく、地域の支援体制や状況に応じて行います。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- *医療機関として重症化を防ぐことが目的にもなるため、虐待を疑い介入する場合、極力「虐待になる前に対応したい」との意思を伝えるようにしています。その為に親支援の目的で対応することも多いです。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- *詳細なタイムスケジュールの作成を行い、院内外(病院長、事務長、庶務課、警備室、三鷹警察署)に理解と協力を求めます。スタッフ、他患者に不利益がないように配慮します。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- *外来全体に情報を周知し、記録を集約します。外来は基本的にひっぱります。また、短期間で支援を再考するためのカンファレンスの準備及び、次に動くラインを明確にします。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- *委員長名で文書を作成し、医療機関としての意見を改めて提示します。

★連携先機関としての専門的組織

- *児童虐待に特化した医療機関がワンストップで対応。

★特にピーアールしたいこと

- *当院の院内虐待防止委員会では、高齢者、DV、犯罪被害者も含めて暴力による被害者はすべて支援対象です。現在、性虐待を受けた子どもの対応マニュアルをワーキンググループで検討中です。また、養育支援を必要とする親に対するペアレントトレーニングについても検討しています。

実例集(TIPS):独立行政法人国立成育医療研究センター病院

☆CPTを設置するきっかけや動機

- * 救急診療部の医師からの要請+虐待に詳しい医師の存在+当時の院長の理解

☆CPT会議の開催で工夫している点

- * 定期会議ではケースのレビューと必要事項の議論を行っている。工夫は特にない。
- * 事例の会議では必要なメンバーのみを集めている。

☆CPT会議の運営方法に関する工夫

- * 全員で考えて話せるようにしている。MSWが司会している。

☆子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 疑いがあれば連絡をしてもらうように新任研修会で講義を行っている。
- * SCANチームの存在をできるだけアピールしている。
- * 電子カルテにも組み込んでいる。
- * 新人研修でも話している。ただし、職員の入れ替わりが多く、なかなか定着しない面もある。

☆CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * あった。

- ① 児童相談所から虐待の可能性の連絡が入ったが、母親が妊娠中で外来通院中であった。MSWは積極的にSCANメンバーを集めなかった。妊娠中の子どもが出生した時には出生直後に分離した。
- ② 転落による頭部単純骨折の5か月男児がその後突然死。原因は不明。その後もフォローし、その後生まれた二人の子どもは無事に育っている。

☆保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * 当センターは24時間面会可能であるため連れ去りの危険が大きい。そのため、告知は児童相談所との間で方針が決まってから、安全な形で行っている。例えば、連れ去りの危険があるときには、一時保護委託をかける約束をするなど。

☆虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- * 告知と分離が同時に行われる。必要な時には警察に待機してもらう。

☆虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * ケースによるので、マニュアル的な決まりはない。

☆他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * 危険性が高い時にはかなりの主張をする。以前は返さなかったこともある。

☆連携先機関としての専門的組織

- * 法律的なサポートが受けられるとよいと思います。

実例集(TIPS):東京都立小児総合医療センター

★CPTを設置するきっかけや動機

*都立の小児病院3か所と総合病院の小児科が合併する形で当院が開設した経緯から、明確なルールが必要と考えました。また、小児の総合病院であり三次救急も担うため、様々な症例が集まることを想定していました。設置するにあたり、組織としての迅速な対応を重要視しました。

★CPT会議の開催で工夫している点

*CPT会議用に会議室を1か所、CPT委員長のいる部署で管理している。
*できる限り会議を招集しているが、どうしても緊急に結論を出さなければならない事案の場合は、コアメンバーでの会議とし、事後の会議で承諾を得ている。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

*CPTのメンバーだけでなく、直接担当している医師や受け持ち病棟の看護長など、現場の職員からも意見を聞く。
*できるだけ短時間で会議を切り上げられるようにしている。(症例が複数重なる場合は、直接担当職員はその症例の時間のみの拘束で切り上げられるよう配慮)。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

*院内での啓蒙、周知を徹底している。
*CPTの前段階として「子ども家族支援部門」に、心配な症例はとにかく一報入れるようなシステムを構築してきており、部門でまず対応(CPT開催にするか否か)を検討している。
※CPTにあげない症例でも、地域への協力依頼など、子ども家族支援部門が関わって、何らかの対応を行う。
*虐待症例のその後の対応について、医師個人に負担がからないように役割分担を明確にしている。
*微細な困りごとりエゾンという形で、CPTの構成員である子ども家族支援部門の医師が各科の医師から相談を受けています。そうした地道な信頼関係がベースにあるからこそ、取りこぼしが少ないと考えます。
*個人で判断することの危険性、組織対応の意義、軽微な虐待を見逃すと後で大きな事象になり戻ってくる特性につき日頃から啓発しています。
*児童相談所とのやりとりや細々としたことを医療者にさせないよう、CPT事務局で行うよう配慮しています。(医療者に負担感が増すと、症例を挙げてこなくなるため。)

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

*地域の医療機関、児童相談所、子ども家庭支援センター、保健センター、学校等

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

*辛い、いまのところありません。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

*虐待・ネグレクトを疑っていることと児童虐待通告をしたことの方を同時に告知します。
※ただし、これは職権保護に異なる症例の場合がほとんどです。保護までの要件にはならないと思われるが、児童相談所への通告は免れないと考える症例(殴ってけがをさせた虐待者が医療者に伝え、子どもの年齢が高く、状況が明確に把握できた場合など)に関しては、通告することを先に保護者に伝える場合もあります。
*保護日と同時に告知することが多いため、それまでは水面下で動いています。
*当日の動きについても綿密にタイムスケジュールを打ち合わせ、他の患者さんやご家族に迷惑や不安が広がらないよう、児相から警察に援助要請、院内の警備スタッフや事務職員にも協力してもらい厳戒態勢で臨んでいます。
*病院と児童相談所職員との役割分担を明確にしたうえで、協力して行います。
*参考:当院では、病棟から離れた部屋で次のように家族に告知しています。
①病院主治医チームから病状の説明(退院可能な状態になったことも)
②CPTの委員長からどういった病状が医学的に説明のつかないものであるか、説明がつかない以上は児の安全が脅かされ、虐待も疑われるので児童相談所に通告したこと。
以上を説明し、当院医師チームが退室。入れ替わりで児童相談所職員が入室。
③児童相談所職員から、「病院から通告を受け、今後、児の安全が確認できるまでは児童相談所が児を保護することを説明。
(①～③の間に児童相談所の別チームが児を保護)

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

*職権保護については上記をご参照下さい。
*保護者の意向を聞きながら、施設に移る症例の場合は、医療者として何を心配しているかの説明を病院主治医から、施設入所についての内容に関しては、基本的に児童相談所職員から説明してもらいます。(精神科入院の愛着障害の症例など)

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まった時に、退院後の通院についてルール化されている事や配慮している事

*できるだけ関係機関を集めて、退院前に関係者会議を開催。
*漠然とした「見守り」ではなく、どの機関がいつ何をするのか、具体的な役割分担を確認しています。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

*辛い今までのところそうした事例はありませんが、もしあれば、在宅支援で児の安全が確保できると考えている根拠を示すよう申し入れをしたいと思います。

★連携先機関としての専門的組織

*地域格差はあるものの、既存の機関で不足していることはありません。むしろ、児童相談所の職員を増員して迅速に動けるようにしたり、専門性を高めるような研修を積んでいくなど、各々の機関が成熟していけるような政治的配慮を望みます。
*あえていうのであれば、警察の独自の動きに戸惑うことも多いので、警察の中にもDVや子ども虐待の専門チームのような児童福祉と連携をとれる部署をつついで欲しいと思います。
(新しい組織をつくるたびに、現場は翻弄される印象がぬぐえません。今、「児童相談所に連絡している」と言えば、「虐待を疑われている?」と家族も考えるようで、それなりに児童相談所の役割も社会に浸透しており一定の抑止力にもなっていますので、既存機関の機能拡充が望ましいと考えます。)

★特にピーアールしたいこと

*CPTの頻繁な開催にも関わらず、委員から苦情も出ず、院としての取り組みが非常に前向きに定着しつつあります。CPTの構成員メンバーだけでなく、院全体が虐待に対する意識がとて高いう文化は、ぜひアピールしたい点です。CPTの事務局はSWが担当病院が多いと思いますが、SWの上席に組織的かつ実務的にCPTの軸になるドクターがいることが、当院でCPTが動きやすい最大の要因だと思います。
*また、隣の多摩総合医療センターの周産期ハイリスクケースについては、新生児児が当院のNICUに入る症例も多く、連携を取りやすい環境があります。妊産婦からフォローしていくことは虐待予防に大きな効果をもたらす実感があり、今後もこうした連携は重要だと考えています。

実例集(TIPS): 埼玉県立小児医療センター

★CPTを設置するきっかけや動機

*きっかけは虐待対応を専門に行っていた医師が退職したこと。

*目的の上で大切にしている事は、子どもの安全確保を第一義としながら、虐待の判断や保護者対応、地域連携などの対応は負担が大きいため、主治医をはじめとする直接子どもと関わっている立場の職員を支援する立場で運営する事。個人対応ではなく、組織対応とする事。小児専門病院であるため、多くの診療科の多角的な意見を総合する事。不適切な養育を受けている子どもを見逃さず、支援につなげる事。

★CPT会議の開催で工夫している点

*タイムリーな情報共有ができるように開催時期の設定をしている。数日前に開催日時と場所、検討課題をメンバーにメールで伝えている。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

*画像、眼底写真など使いながら、医師が飽きないようにしている(福祉的な話は医師の興味をひかないことが多い)。

*ティータイムの場としてリラクセスできる雰囲気を作っている。

*虐待から発生する社会的問題をテーマに関係機関との連携を図っており、必要に応じて、児童相談所にも部分的に参加してもらっている。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

*職員、特に、看護師の意識の向上。

*病院全体が虐待・ネグレクトに関心を持てる土壌づくり。

*研修、資料配布など。

*コメディカルや事務職を含め、すべての職種が、子ども虐待を疑った場合CPTに連絡することができること。

*ケース概念と問題点は随時、コーディネーターがメールなどを活用して、情報を配信している。

*入院症例に関しては、CPT定例会以外にプライマリケアナース、主治医などを含めた会議が行われている。

*外来症例についても、メンバー以外の担当スタッフと関係機関の参加を得て、ケース検討を行っている。

★子ども虐待・ネグレクトを疑っても、入院させない場合の理由と外来対応 *程度による。

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

*ある。

*CPTとしても検討し、また、病院全体で検証を行ったケースもある。

*CPTに参加する診療科をその都度増やして、より多角的に詳細に評価することに努めた。

*また、未熟児新生児科など、ハイリスクケースを扱っている診療科との連携を強め、退院後も継続的に関われるように工夫した。

*児童相談所のみにゆだねるのではなく、医療機関も、意見を述べ、継続的フォローの役割を積極的に担うこととしている。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

*主治医が対応することが多いが、負担が大きい場合はCPTメンバーが同席し、ケースによって説明を補助している。

*保護者からの暴力や子どもの連れ去り等が危惧される場合は、児童相談所や警察と事前に連絡を取り合い病院待機を要請する事もある。

*できる限り入院して、子どもの安全が確保された状態で行っている。

*保護者の状態や立場、意図を尊重して話を進めている。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

*施設職員の面会を促し、入院中から子どもの関係作りや、ケアに必要な情報を職員と交換することがある。

*退院後も医療が必要な場合は、退院後に継続的に診療する医療機関を協議し、紹介したこともある。

*保護者が面会に来る場合は、措置の決定方針にかかわらず、児童相談所と連絡はとりつつも、スタッフが保護者の気持ちを傾聴し、

支援する立場になることを心がけた。

*医療的ケアに関しては当センターで継続フォローを考える。

*受け入れ機関がなく、入院が長期化する場合は極力、家族のフォローをして、児童相談所にフィードバックしている。

*施設に対しては、受け入れ準備に必要な情報や技術を提供することで受け入れ先の精神的負担を軽減する。(例:虐待によって医療ケアを要する児が乳児院に行く場合等は、乳児院の職員が不安になるのを、医師から医療的情報提供を行うなど、受け入れ先の不安にきちんと答えるよう努めている。)

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まった時、退院後の通院についてルール化されている事や配慮している事

*あくまで地域関連機関の家族支援体制の1つとして、外来診療を行っていることを明確にし、受診の有無や外来の合間に起きた出来事に対する情報交換を行いながら、外来主治医にも内容を伝え、医療機関としての役割を果たすことを目標としている。

*必要に応じ、院内で地域とのカンファレンスを行う機会を設けたり、地域で開催される要保護児童対策地域協議会に出向いたりして、関係を切らないように心がけている。

*家族への対応に関しては、ケースごとに異なるが、子どもの身体的状況をモニタリングしながら、必要に応じ入院も考慮しつつ保護者の同意のもとで治療が行うように時間をかけた対応も視野にいれ、外来診療を行っている。

★他機関と間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

*要保護児童対策地域協議会を開くことをCPTから要望するなどして、積極的に地域関係機関との協議の場をもち、客観的なケースの評価を共有できるように努める。

*措置か在宅かという2択の状況に陥らないよう、様々な展開を予測しながら、いくつかの段階を定め、より悪化傾向の場合は再び会議を開催しながら施設入所の方角を模索してゆるゆる、コーディネートをを行う役割を果たしている。

*児童相談所任せにしないようにしている。

★連携先機関としての専門的組織

*要保護児童対策地域協議会の調整機関が、保健・福祉・医療・司法などの情報を統合し、各機関の特性を活かした調整が行えるような専門性をもつことが出来ると、上記のような事態に陥りにくくなり、適切な対応がとれるのではないかと考える。

*虐待されている家庭より確かにいケアが受けられると期待できる受け入れ先(養護施設や里親など)、医療的ケアが必要な児や軽度の知的障害、行動の問題がある子どもの養育できる施設がなくて、結局、家庭に帰されている現状がある。

*例えば犯罪を犯した人が更生する時に支援をする保護司に当たる者が、児と家族のニーズに合わせ各機関を繋いで調整する役割をもつ。

*連携という名の無責任を作らない為であり、援助機関のたらいまわしにしない為であり、子どもがケアのネットワークから漏れない為である。

★特にピーアールしたいこと

*学会への発表や、研究会への参加を病院が支援している。(参加費を病院が支払うなど)

*データベース構築を検討している。

*ハイリスク家庭支援から、医療ネグレクトなど、不適切養育家庭への複雑な対応を行っている。

実例集(TIPS):茨城県立こども病院

★CPTを設置するきっかけや動機

- * 県の虐待対策基幹病院に位置付けられたこと
- * 現場の主治医対応では児童相談所とのやり取りに限界がある事(常に緊張関係となる)
- * 対外的にも家族に向けても「病院の判断である」と明言しやすい事など。
- * 設置した後にCPTの利点として実感しているのは、継続的な支援の保障(記録が残り、構成員の間でも話題となる為)
- * 症例が蓄積される事でメンバーのスキルアップ
- * 対外的な対応によるストレスの緩和など。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * 現場の対策チーム(SCAN)と上部組織の院内虐待対策チーム間の意志統一、情報共有を図る為、その月にあったSCANチームで検討した症例提示を必ず全例行っている。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * 夜間や休日の緊急対応時には、少人数での臨時SCANチームによる判断を行う事により、迅速性を担保している。
- * 方針が決まり長期フォローしている児の環境変化時にもSCANを開催するようにしている。
- * 基本的に「マルトリートメント症候群」全体を取り上げるようにしている為、発育不全の養育支援についても検討している。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 救急外来症例検討会などで虐待症例の振り返りと共有による啓発
- * 病棟カンファレンス(基本的に全入院症例について行われる)に必ず、成育在宅支援室からの参加
- * NICUでの産後うつスクリーニングの徹底
- * 救急外来受診症例は必ずカルテチェックを行う。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- * 保健センター、学校、幼稚園、保育園、産婦人科開業医、小児科開業医

★子ども虐待・ネグレクトを疑っても、入院させない場合の理由と外来対応

- * 必ず緊急SCANを開催し、入院の必要性、可否について方針を決定する。
- * 発育不全などでは、継続的な外来フォローから開始する場合がある。
- * 対応した医師個人の判断で入院適応を決めないようにしている。

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * 虐待による死亡事例は無いが、児童相談所との間に認識のずれがあり、連携が取れていないケースが多く、児童相談所との間で勉強会を企画中である。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * まずは、治療経過をきちんと説明する。
- * その上で医学的に虐待が疑われる理由を話す。
- * さらに、「虐待」は一般的には鬼親がやる事だと思われるが、実際は違う。追い込まれれば誰でも行う可能性のある事であると考えている。出来れば支援をさせて欲しいという事を伝える。
- * 児童相談所に通告することは義務として伝えるのみ。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- * 養育者に対して、事後の説明の機会を設けている。
- * その場合は、上記(「虐待」は一般的には鬼親がやる事だと思われるが、実際は違う。追い込まれれば誰でも行う可能性のある事であると考えている。出来れば支援をさせて欲しいという事)と同様の内容を伝えている。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 電子カルテの掲示板に、入院の閾値を下げる事、電話相談の際には受診を出来るだけ勧める事を明示し共有している。
- * また、外来看護師用のリストも作っている。
- * 環境に変化があった場合には、改めてSCANで再評価を行う。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * 個人ではなく病院としての見解として判断を提示する事が可能となっているが、実際は軋轢が深くなるばかりである。
- * 対外機関との葛藤を共有する事でストレスを緩和している。

★連携先機関としての専門的組織

- * 虐待診断(判断)は児童相談所の業務ではなく、他のMDTのような虐待を判断するチームや機関が必要である。
- * 医学的根拠を元に虐待判断をしていく文化が育たないと、何も言えない子どもの権利は守られないと感じている。

★特にピーアールしたいこと

- * 上部組織の院内虐待対策委員会の下にSCANチーム、さらに夜間の臨時SCANを設ける事で、1例ごとの迅速な方針決定が可能になっている。
- * 一方で、対象を「マルトリートメント症候群」全般に広げており、扱う症例が多くなっており、大変ではあるがスキルアップにつながっている。
- * また、養育支援についても、虐待対応と同様の目線で議論出来ている。

実例集(TIPS):北九州市立八幡病院

★CPTを設置するきっかけや動機

- * 脳死下臓器移植法の改正が取り沙汰され始めてから。
- * それまで、院内では、全ての子どもに小児科医が関わるため、院内ネットワークは不要であった。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * 特にないが、小児科医がリーダーシップを取っている。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * 特になし

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * マルトリートメントチェック表を各部署に配備している。
- * 全ての子どもを受診者は小児科医がファーストタッチし、必要に応じて専門診療科にコンサルト・治療を行って貰うが、入院・外来含めて、主治医は小児科医が担当し、家族との窓口は全て小児科医が担っている。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- * 子ども総合センター(児童相談所)、開業医、病院(市内で児童虐待防止医療機関ネットワークを作っている。)

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * 経験ありません。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * あっさり、淡々と「法律で決まっていますので、ちょっとでも疑いがあれば、児相に連絡しなければならない」と述べ、「違っていたらいいですよ」と医療者は中立的な立場であることを強調している。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- * 児童相談所に「必ず、外来に再診するよう」願っていますが、施設が市外になると困難で、フォローアップができない事が多いのが残念で、「何か対策を立てないと」と考慮中。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 必ず、児相の家庭訪問をお願いするとともに、再来も確約させ、お互いの情報を連絡しあっている(再来しないと、家庭訪問で逢えないとか)。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * 社会医学的な緊急度・重症度を論理的に説明することを繰り返している。
- * 今まで約25年の歴史で、おおかた、納得して貰える仲になっています。

★連携先機関としての専門的組織

- * 児童相談所・保健福祉局です。
- * 社会制度に詳しい組織が不可欠と感じています。

★特にピーアールしたいこと

- * Please USE this file ! If you suspect child abuse(maltreatment) ! というファイルを救急外来は元より、受け付け事務、放射線科(レントゲン室)などあちこちに配備して、職員全体で虐待を看過しないようにしている。
- * 受診する全ての子ども達(16歳未満)は事故外傷であっても全て小児科医が初診・初療を行い、必要なら専門医に連携するが、入院中の主治医、退院後のフォローも全て小児科医が行っている。
- * 小児科医も屋根瓦式に指導をしているため、センター長・主任部長が必ず目を通し、相談を受けている体制であり、365日回診もしており、きめ細かな対応を行って、マルトリートメント症例の看過を防いでいます。

実例集(TIPS):国保松戸市立病院

★CPTを設置するきっかけや動機

- * CPT設置まで小児科担当医が通告の判断から通告、通告後の対応まですべてを行なっており、精神的にも肉体的にも大きな負担となっていた。
- * そのような中で、多くのネグレクト症例や、要支援児へ対応できていなかった。
- * こうした背景のもと、小児救急看護認定看護師の着任と他院でCPT設立に関わった経験のある小児科医が入職したことをきっかけに、CPTの設置となった。
- * また、新生児科、小児科、産科、脳神経外科など科によって対応が異なっており、CPTという院内組織を設置することで科の壁を超えた情報の共有、対応の統一を行うことも目的としている。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * 会議の開催は、事例検討部会(毎月)と児童虐待対策委員会(年2回程度)に分けている。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * すべての職種がそれぞれの立場からの見解を遠慮無く述べられる様な関係づくりを行なっている。
- * 通告した症例への対応やその後の経過に関して、レビューを毎回行ない、CPTの活動へフィードバックしている。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 病棟の症例カンファランスなどで、CPTの構成員であるスタッフが積極的支援である児を拾い出し関わるようにしている。
- * また、関わったケースに関してポジティブフィードバックを行う。
- * 外来ではナーストリアージを行なっており、疑われる症例をスクリーニングしている。
- * 入院症例に関しては、担当医の負担を減らし、医学的治療を主に担当する担当医と虐待等社会的な側面を主に対応するCPTに分けたことで、担当医からの相談関値は大きく低下した。
- * また、病棟のカンファランス(全症例/毎週1回)においても、別記のように要支援児童を積極的に拾い出し、CPTが関わるようにしている。
- * CPTによる対応の結果を各担当医だけでなく、カンファランスでポジティブ・フィードバックすることで、「相談してよかった」「CPTに対応してもらってよかった」という感覚をスタッフに持ってもらうことも早期の相談に繋がっていると考えられる。
- * 外来症例に関しては、看護師によるトリアージを行っており、少しでも疑われる症例は、診察時に外来担当医に伝えるようにしている。
- * また、体重増加不良で受診した乳児などで育児不安が強かったり、精神疾患を抱える様な母親に対しては看護師や医師から母の同意を得た上で、CPTを通じて地域の保健師へつなげることも行なっている。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- * 地域開業医、地域保健センター(保健師)、市(家庭児童相談室)

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * ある。
- * 院内においてCPT内でケース検討を行い要因を検討した。児童相談所の判断と退院時のCPTの評価に明らかな解離があったケースであり、それ以降できるだけ早急にCPTの見解として病院名の意見書を作成し、児童相談所に提出する方針となった。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * 「決まりとして報告しなければならない」ことを伝えている。
- * また、担当医や担当看護師は同席せず、治療とは切り離してCPTが対応している(情報は共有している)。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- * 一時保護となる場合、保護者とのトラブルを想定し、児童相談所と事前に児の保護に関して、院内の警備員の配置等準備を行なってきたら対応している。
- * また、保護に関する保護者への説明時等児童相談所の院内の面接にはCPTは立ち会っていない(場所の提供のみ行う)。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 医学的に必要があれば、担当医が外来経過観察を行う。
- * ネグレクト等で、他機関連携の中で、医療機関として求められる役割に出来る限り答えるようにしている。
- * 外来への定期通院や、地域の他職種に対する医療情報の提供を行なっている。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * 客観的な事実から予想される医学的側面からのケースに関するCPTの意見を、病院から公式な見解として児童相談所等に提出する。

★連携先機関としての専門的組織

- * 各機関(医療機関だけでなく、児童相談所等に対しても)に虐待に関する専門的な意見を提供できるような機関。
- * ケースの相談だけではなく、病院と児童相談所の意見が食い違った場合、関係機関からの申し立てにより専門的見解を、ある程度の強制力を持って出すことができる機関。

実例集(TIPS): 東京都立墨東病院

★CPTを設置するきっかけや動機

- * 2007年当院に転動してきたが、虐待対応について「対応指針」はあったものの、事務局が医事課で実質稼働できておらず、以前の病院(多摩総合医療センター)でCPTを作り、虐待対応が進んだ経験もあったため、当院でも作りたいと思っていた。
- * 翌年、東京都からの要請もあり、委員会立ち上げの検討会を何度も行うが、院内体制がまとまらず結局、江戸川事件後、職員の意識が高まり、委員会としてようやく決定した。
- * 病院の場合、医師が設置する気持ちにならないと難しいと感じた。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * 親会(年4回): 院内啓発、院内システム構築、子会対応ケース集約分析
- * 子会(随時): 個々のケース判断・対応(メンバーは委員長が判断)

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * システム構築の親会と現場緊急対応の子会にわけ会議時間を短くする。
- * 子会も三次救急の忙しい医師たちの協力を得るため短時間(15分から30分)、または出られる時間だけ。代理の医師でも可能などスピードを重視。
- * 啓発と院内体制の整備: ①発見を啓発 ②プロセスを簡略化して周知(ex.ここに電話すればよい) ③マニュアルの配布

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 研修による啓発: 年4回
- * レジデント向け院内システム研修会→院長、副院長から参加を促すなど徹底
- * 院内講師、院外講師(有名な先生または地域関係機関等)
- * 事例検討会

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- * 児童相談所、子ども家庭支援センター、保健所、開業医

★子ども虐待・ネグレクトを疑っても、入院させない場合の理由と外来対応

- * 理由: 医学的に治療が必要ない場合、緊急性、重症でもない。
- * 対応: 翌診をとり、MSWが介入し、通常ルートへ。来ないときはCPT対応。

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * 活動後はない。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * SW虐待対応マニュアル(資料添付)。まだ、試行錯誤中。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

- * 虐待ケース施設入所マニュアル(資料添付)。まだ、試行錯誤中。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 地域関係機関、当院で、合同で保護者に会い、具体的に「どんなことを心配しているのか。だから、こういうサポート(見守り)していく」といったことを保護者に承諾してもらってから自宅へ。
- * 危ない時は、すぐ保護できる体制にしておく。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * 地域関係機関とCPTの合同カンファレンスを行う。

★連携先機関としての専門的組織

- * 親サポートやトレーニングプログラムを専門に行う機関
- * 法的な知識、医学的判断等問い合わせることができるセンター
- * 病院間の連携(拠点病院、地域ブロック化)

実例集(TIPS):市立豊中病院

★CPTを設置するきっかけや動機

*「豊中女児虐待死事件」が発生しましたが、この女児(健康児、6歳時に死亡)が生存した男児(障害児)とともに、当院で出生した双胎でした。診療録を見返すと、当院NICUを退院後、定期的に「未熟児外来」を受診していた二人ですが、2歳半で父親からフォロー終了の申し出があり、この申し出に応じて、3歳時の診察を最後にフォロー終了としています。ただ、体重は二人とも、1歳過ぎから3歳時までほとんど増加しておらず、また、当院「未熟児外来」から地域の保健師への受け渡しも不十分でした。

*このことから大いに反省し、

- 1) 病院として、小児虐待をできるだけ早期に診断します。
- 2) 病院として、発見した小児虐待に適切に対応します。
- 3) 病院として、小児虐待のハイリスクな親子に早期介入します。
- 4) 病院として、小児虐待の地域ネットワークに参加します

というこをCPTの目的としました。特に3)の早期介入に力を入れています。

★CPT会議の開催で工夫している点

*開催日時の固定化(第1水曜日の17時から)をして、予めCPTの構成員(特に看護師や助産師)が勤務(「できない」)希望を出して、「勤務上、会議に出席できないことがないようにする」*約1時間とコンパクトに開催する。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

*構成員全てが意見を言える雰囲気づくり *短時間で切り上げる
*福祉的な話題は最小限にし、医療の話題を優先させる
*隔月に地域の保健師(大阪府から2~4名、豊中市から2~4名)に参加してもらい、虐待発生事例のみならず虐待のリスクありと判断された親子の情報を(実名で)保健師に申し送っています。また、保健師から逆に、申し送った親子の経過報告を受けています。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

*報告は、実際会ってでも、電話でも、メールでも、良い(お気軽に)。
*結果的に虐待とは違っているも、責められない。
*各部署で、「小児虐待のリスクチェックリスト」を策定し、リスクを有する親子は全て(その時点で、子ども自身の発達・発育に問題はなく、親の言動からも虐待は否定的でも)リストアップし、CPTで報告、情報を共有しています。
*起こってしまったからの虐待の報告では遅い、と考えています。
*さらに、その「リスクが有る」との情報を、院内の全てのスタッフが診療時に共有できるように、診療録に目印を付けています。
*このことにより、リスクを有する子どもの診療では、全ての場面で、配慮した対応が可能となります。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

*他の医療機関からはほとんどありません。
*ほとんどが児童相談所や大阪府立豊中保健所と豊中市保健センターの保健師などからです。

★虐待・ネグレクトが疑われる子どもを入院させる場合のルールやガイドライン

*当院の小児虐待対応マニュアルでは、以下のように規定しています(家族が拒否した場合は、警察に通報します)。
・重症度分類3(子どもの心身の発達・発育に問題が生じているが、外傷はない/直ちに生命の危険はない)以下では入院を勧める必要はない。
・重症度分類4(子どもに虐待による外傷があるが、直ちに生命の危険はない)、重症度分類5(子どもの外傷の有無にかかわらず、直ちに生命の危険がある)では、直ちに入院していただく必要がある。

★他の医療機関や児童相談所、保健所、市区町村等からのコンサルテーションに応じられない場合がある理由

*特に、当方の時間的・精神的余裕のない状況で、先方の近くにそれなりに規模の大きい小児科をもつ医療機関(大学病院や子ども病院など)がある場合(当方よりむしろそちらに依頼し欲しい)。

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

*幸い、今の所、子どもを救えなかった苦い経験はありません。
*あるとしても、転入者など、「ノーマーク」だったお子さんです(転入者への対応は苦慮するところです)。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

*頭蓋内出血、骨折、熱傷などを治療する立場の医師(脳神経外科医、整形外科医、皮膚科医など)は告知には参加せず、治療に専念する。場合によっては、親に寄り添う立場を貫く。一方、CPTの構成員が、むしろ虐待を疑った上での問診やその告知を行い、「親からの「嫌われ者」を演じる、という「役割分担」を行っています。
*小児科の(内科的な治療を行う)子どもでも、小児科医の中で「役割分担」をしています。治療者が虐待を告知して、治療が成立しなくなった苦い経験があります。
*虐待への対応で重要なことは「役割分担」である、と思っています。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもの転院や退院の際に工夫していることや配慮していること

*ほとんど経験がありませんので、特記事項はありません。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まった時に、退院後の通院についてルール化されている事や配慮している事

*隔月のCPTで、地域の保健師への徹底した申し送りや実名で行っています。
*同じ場所で、申し送ったケースにつき、逆に経過報告をしてもらっています。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

*不一致はほとんど起こりませんので(万が一不一致があれば、児童相談所の方針に従っていますので)特記事項はありません。

★連携先機関としての専門的組織

*診断に難渋する症例について、画像検査などでコメントしていただけたら組織があれば助かります。

★特にピーアールしたいこと

*子ども虐待の予防に力を入れています。CPTの構成員で、最近最も忙しいのは、助産師と産婦人科医師です。最近は、(医学的のみならず社会的な)ハイリスク妊婦につき、登録し、院内のカルテに目印を付け、その情報が出生したベビーにも受け継がれるようにしています。このことにより、担当助産師がない時間帯での分娩でも、リスクが把握でき、ベビー室やNICUに申し送りでき、早期介入が可能となります。
*未だ実現はしてませんが、「虐待院内委員会」という名称ではなく、CPTとすることで、子どもを様々な脅威からプロテクトするチームとしての活動が可能になると思います。すなわち、(院内、院外を問わず)受動喫煙や(子どもに有害な)マスメディアなどから子どもを守る活動も重要である、と思います。虐待者子どもにとっての脅威の極型と位置付けて、それに対処することにより様々な子どもへの脅威に対応できるチームが、院内にも院外にも出来あがってくると信じています。今後は、極型としての虐待のみならず、広義の、あるいはソフトな虐待への対応も視野に入りたいと思います。

実例集(TIPS): 釧路赤十字病院

★CPTを設置するきっかけや動機

- * 小児救急看護認定看護師の研修中に、子ども虐待は組織で対応する必要性を学んだことが私自身の動機づけになりました。研修を終え自施設に戻ったとき、SBS症例があったことを聞き、周産期母子医療センターである本院としても虐待事例のデータをもつ事や組織的対応をする事が使命だと思いました。
- * 大切にしていることは、子どもを守るための組織であるという認識を委員全員がもてるよう委員が変わる都度、働きかけていることです。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * ハイリスク事例の情報共有の為、CAP記録(スクリーニング用紙)から得たデータをもとに2か月分のリストを作成している。
- * 会議でリストを提示し、情報交換・共有している。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * 特定の人ばかりが意見を述べるのではなく、全ての方に興味関心をもってもらうため若い医師が主治医の場合などは事例紹介をしてもらっている。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 気になる情報はCAP記録に記載してもらい、小児救急看護認定看護師が回収し、チェックしている。
- * 上述のようにCAP記録を活用し、気になる子どもをスクリーニングするよう工夫しています。
- * CAP記録から得たデータをもとにCAPSで検討し、虐待のリスクアセスメントを行った結果を、性別のマークとして外来カルテに貼付しています。マークがあることで診療・看護を担当する人が関心をもって対応してもらえることを目的としています。

★症例を紹介してくれる医療機関や組織

- * 市区町村の保健師・保健所

★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- * 性虐待疑い事例の診断をしっかりとつけられず、グレーのままの対応になった事例があります。
- * 事例検討として、児童相談所への通告のタイミングやCAPSとして意見交換をする時期など検証しました。

★保護者への告知に際して工夫していることは配慮していること

- * 医療機関とのつながりが途絶えることのないよう、主治医は告知に関与せず、委員長がその役割を担うよう工夫しています(ですが、この役割分担にもまだまだ課題があります)。
- * また、「児童相談所へ通告しますので理解してください」というように「これから通告します」と告げることのほうが多いです。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 市町村の保健師に家庭訪問に行っていたり頻度をあらかじめ設定させてもらい、外来受診の際には、小児救急看護認定看護師が同席し、受診時の様子と家庭での様子を保健師と情報共有しながら、継続的に見守りを行っている。

★連携先機関としての専門的組織

- * 子ども虐待の診断に関するオブザーバー的な組織

★CPTを設置するきっかけや動機

- * 当院に受診したSBSの子どもの事例をきっかけに設置した。
- * 対応は担当者だけでなく(負担がかかるため)、委員会のメンバーも一緒に対応するようにしている。

★CPT会議の開催で工夫している点

- * 医師の参加が得られやすい曜日と委員の参加のしやすい時間帯を選んで開催している。
- * 児童虐待に関心のある職員が委員会に参加できるよう委員会を開放している。

★CPT会議の運営方法に関する工夫

- * ケース検討会を必要時に緊急でも開催できるようにしている。
- * 委員会内での情報共有、院内職員への啓発、地域への啓発。

★子ども虐待・ネグレクトの疑い症例を漏らさずCPTにつなげるための工夫

- * 児童虐待対応マニュアルを各診療科外来、病棟に置いてある。
- * 児童虐待が疑われる、恐れがある子どものカルテには、カルテ内に情報を入れるようにしている。
- * 事例が発生した場合や対応方法を検討する必要がある場合には、必ずCPTでも検討するようにマニュアル化している。
- * 児童虐待やその可能性、リスクのある子どもの場合には、外来カルテに関係者が関わっている情報を記載するファイルを挿入している。

★子ども虐待・ネグレクトを疑っても、入院させない場合の理由と外来対応

- * 明らかな虐待である、虐待である可能性が高い場合には、原則入院で対応するようにしている。
- * 入院させない場合には、外来受診の継続や地域関係機関へつなげるようにしている。

★他の医療機関や児童相談所、保健所、市区町村等からのコンサルテーションに応じていない理由

- * 今までにコンサルテーションの依頼があったことがないが、前向きに検討したいと考えている。

★虐待・ネグレクトが疑われている子どもが自宅に退院すると決まったときに、退院後の通院についてルール化されていることや配慮していること

- * 取り決めはありませんが、退院後も病状的に経過観察が必要な場合には、関係機関と連絡を取り合って情報共有しながらフォローアップする場合があります。

★他機関との間で意見の不一致が起こったときにCPTが果たす役割

- * CPTの委員全員ではありませんが、担当者や委員が入って、関係機関とのカンファレンスを開くようにしています。

要綱参考例:杏林大学医学部付属病院

虐待防止委員会規定 (制定 平成11年7月29日 改定 平成14年2月18日、平成17年2月25日)

(目的)

第1条 杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)は杏林大学医学部付属病院を受診又は利用した者に対して虐待防止の立場から虐待を受けた者(被虐待者)の安全を守るために、チームとして診療に当たり、その関係者の支援体制の確立をはかることを目的とする。

(組織および開催)

第2条 委員会には委員長と副委員長を置き、病院長がこれを任命する。委員長は、委員会を統括し、議長を務める。

2 委員は次の各号に掲げる者を、病院長が任命する。

- (1) 院長が指名した医師および職員 若干名
- (2) 看護部長が指名した看護師、助産師 若干名
- (3) 医学部長、保健学部長、総合政策学部長、外国語学部長が指名した者 若干名
- (4) その他、病院長が必要と認める職員

3 委員の任期は2年とし、再任は妨げない。任期途中で交代した場合の補充医員の任期は前任者の残任期間とする。

4 委員会は原則として隔月に、年6回開催する。必要がある場合は臨時に招集、開催することができる。

5 委員会が必要と認めた場合には、院外者を含め、委員以外の者の出席を求めることができる。

(任務)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる事項について調査、協議し、その結果および対策を病院長に報告して承認を得ると同時に、速やかに対策を実施する。

- (1) 虐待防止活動全般
- (2) 院内における虐待防止の啓発
- (3) 地域関連機関との連携

細則 (制定 平成17年2月25日)

(趣旨)

杏林大学医学部付属病院虐待防止委員会(以下「委員会」という。)規定第3条に基づき、委員会任務の効率的な運用を図るため、この細則を定める。

(組織)

細則 1

- 1) 委員会は委員長1人、副委員長4名を置く。
- 2) 副委員長は各々児童虐待、ドメスティックバイオレンスおよび性的虐待、高齢者虐待担当の3名と、医療ソーシャルワーカー1名とする。
- 3) 委員長の指名により、補佐を置くことができる。
- 4) 事務局は医療福祉相談室に設置する。

(虐待防止活動全般)

細則 2

- 1) 委員会は院内各部署に原則として1名の虐待防止推進者を指名し、各部署における虐待防止体制の維持、促進、指導にあたらせる。
- 2) 委員会は部署虐待防止推進者を定期的に招集し、虐待防止に関する情報の伝達、その内容の各部署における周知徹底にあたらせる。
- 3) 各部署の虐待防止推進者は、各部署の虐待防止体制の維持、推進、指導を行う。また、適正な虐待情報の収集を行う。
- 4) 委員会は院内において虐待防止を啓発するために、虐待防止に関する研修会を、少なくとも年に2回は定期的に開催する。
- 5) 委員長は、必要に応じ適宜、部署別研修会の開催を命じることができる。

(虐待事例把握時のガイドライン)

細則 3

- 1) 虐待事例に気がついた場合、医療福祉相談室に連絡する。
- 2) 連絡を受けた事例は、委員会の中に委員長、副委員長、医療ソーシャルワーカー、委員および補佐で組織する実働メンバーで検討する。
- 3) 入院事例については主治医、関連診療科の委員および実働メンバーで院内チームを組織し、対応する。
- 4) 関係機関等への通告は、原則として病院長及び委員長に報告の上、迅速に委員会が行う。

要綱参考例：東京都立小児総合医療センター

児童擁護委員会設置要綱

(目的)

第一 小児総合医療センター児童擁護委員会(以下「CA委員会」という。)は、「児童虐待の防止等に関する法律」に基づき、虐待被害を早期に発見し、センターとしての対応方針等を明確にし、被害者救済を推進するために設置する。

(所掌事項)

第二 CA委員会は次の事項を検討し決定する。

- (1)被虐待の疑いがある患者を発見した場合の基本的な対応方針
- (2)児童相談所への通告の可否について
- (3)虐待防止に関する広報・研修・研究等の活動について
- (4)その他被虐待事例に関することについて

(構成)

第三 CA委員会の組織は次の職員をもって構成し、構成員の過半数の出席をもって開催する。

- (1)院長が指名する副院長
- (2)子ども家族支援部長、心理・福祉科医長、育成科医長
- (3)院長が指名する部医長
- (4)庶務課長、医事課長
- (5)院長が指名する看護科長又は看護担当科長
- (6)院長が指名する臨床心理士
- (7)院長が指名するソーシャルワーカー(MSW・PSW)

(委員長の選任及びその権限)

第四 CA委員会に委員長及び副委員長を置く。

- 2 委員長は副院長とする。
- 3 副委員長は委員長が指名する委員とする。
- 4 委員長はCA委員会を総括する。
- 5 CA委員会は委員長が召集し、開催する。
- 6 委員長がCA委員会に出席できない場合には、副委員長が委員長の職務を代行する。
- 7 委員長・副委員長が不在の場合は、委員長が委員の中から代行者を指名する。
- 8 委員長はCA委員会を開催するにあたり、CA委員会構成職員以外の関係職員を出席させ、その意見を聴くことができる。

(委員会の緊急開催)

第五 休日及び平日夜間等で、緊急にCA委員会を招集する必要が生じた場合は、第三の規定にかかわらずCA委員会を開催することができる。

- 2 CA委員会の緊急開催に必要な職員の構成は、委員長又は副委員長、上席当直医又は担当医、管理看護長又は当該看護長とする。但し、委員長の判断によりこの限りではない。
- 3 CA委員会を緊急開催した場合は、直近の開催可能日に本委員会を開催し、本委員会にその検討内容を報告し承認を得なければならない。

(任期)

第六 委員の任期は1年とし、再任されることを妨げない。但し、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委任)

第七 この要綱に定めるもののほか、CA委員会の運営に必要な事項は委員長が別に定める。

(庶務)

第八 CA委員会の庶務は、子ども家族支援部心理・福祉科・ソーシャルワーカーが処理する。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年3月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行に伴い任命される委員の任期は、第六にかかわらず平成23年3月31日までとする。
- 3 この要綱は、平成22年11月1日から施行する。

要綱参考例：埼玉県立小児医療センター

小児虐待対応チーム(Child Abuse Action Team＝略称CAAT)規程

(趣旨)

第1条 不適切な養育を受けていると疑われる子どもたちへの、埼玉県立小児医療センターにおける対応を検討するため、小児虐待対応チーム(Child Abuse Action Team＝略称CAAT)を設置する。

(会議事項)

第2条 会議事項は、次のとおりとする。

- (1) 虐待の診断に必要な検査計画の立案
- (2) 虐待診断・重症度の判定
- (3) 担当科やサポート体制の割り振り
- (4) 入院か在宅での経過観察かの判断
- (5) 虐待の告知
- (6) 児童相談所・保健所・警察との連携方法の検討
- (7) 被虐待児退院に際し、院内調整等を要する場合の協議
- (8) その他、子ども虐待の対応・予防に必要と思われること
- (9) 脳死下臓器提供者から被虐待事例を除外すること

(構成)

第3条 会議の構成は、次のとおりとする。チームのリーダーは、病院長の指名による。

リーダー不在時の代行として、サブリーダーを置く。サブリーダーは、チームリーダーの推薦を受け、メンバーの承認による。

- | | | |
|-------------------|----|-------|
| (1) 副病院長(チームリーダー) | 1名 | |
| (2) 総合診療科医師 | 1名 | |
| (3) 未熟児新生児科医師 | 1名 | |
| (4) 代謝内分泌科医師 | 1名 | |
| (5) 整形外科医師 | 1名 | |
| (6) 眼科医師 | 1名 | |
| (7) 放射線科医師 | 1名 | |
| (8) 精神科医師 | 2名 | |
| (9) 看護部副部長 | 1名 | |
| (10) 未熟児新生児病棟看護師 | 1名 | |
| (11) 在宅支援相談室看護師 | 1名 | |
| (12) 外来担当看護師 | 1名 | |
| (13) ソーシャルワーカー | 2名 | 計 15名 |

(開催)

第4条 定期会議は、原則として毎月第3火曜日に開催するものとする。この他に、随時次の会議を開催する。

(1) 緊急会議

原則として不適切養育児童の連絡を受けた場合は、緊急で構成メンバー及び診療に携わる診療医(科)が集まり、対応を協議する。

(2) 院内検討会

院内での情報の共有、認識の確認、対応の一本化を目的とした、検討会等を開催する。

(3) 随時会議

脳死下臓器提供者から被虐待事例を除外するために、必要時に会議を招集し、検討を行う。

(議長)

第5条 議長(チームリーダー)は、副病院長とし、会議を主宰する。

(庶務)

第6条 会議の庶務は、ソーシャルワーカーが処理する。

(その他)

第7条 この規程に定めるもののほか、被虐待児に対する対応基準については別に定める。

第8条 オブザーバー参加については、リーダーの判断でこれを認める。

第9条 構成メンバーの交替、退会等にあたっては、直接リーダーにこれを報告する。

(附則)

この規程は、平成15年10月21日から施行する。

平成16年12月7日、平成17年4月13日、平成18年4月4日、平成19年4月10日、平成20年4月15日、平成21年4月21日、平成22年4月20日、平成22年11月24日、平成23年4月19日一部改正

要綱参考例：茨城県立こども病院

小児虐待対策委員会設置規程

(目的)

第一条 茨城県立こども病院(以下「当院」という。))における小児虐待対策の体制を確立し、発生した虐待の判断や診療において組織的に迅速・的確に具体的な対応を図ることを目的として、茨城県立こども病院小児虐待対策委員会(以下、「委員会」という。)を設置する。

(構成)

第二条 委員会は、次に掲げる者で構成する。

- | | |
|-------------|-----------------|
| (1) 病院長 | (9) 事務局長 |
| (2) 副院長 | (10) 診療科部長 |
| (3) 第一医療局長 | (11) 看護師長 |
| (4) 第二医療局長 | (12) 経営企画課長 |
| (5) 事務局長 | (13) 医療安全管理者 |
| (6) 看護局長 | (14) 成育在宅支援室長 |
| (7) 第一医療局次長 | (15) 成育在宅支援室次長 |
| (8) 第二医療局次長 | (16) 成育在宅支援室MSW |
- 2 委員長は、副院長(医療局総括)をもってあて、委員会を代表し、会務を統括する。
3 委員会は、原則として毎月1回開催する。ただし、必要に応じて、臨時に委員会を開催することができるものとする。
4 委員会の所掌事務は以下のとおりとする。
(1) 当院における虐待対策の検討に関すること。
(2) 当院で発生した事案の集計・検討に関すること。
(3) その他虐待対策に関すること。

(虐待対策班の設置)

第三条 委員会に、個別の事案に関して、第一条の目的を達成するために、虐待対策班(SCAN: Safety for Child Abuse and Neglect、以下「SCAN」という。)を置く。

- 2 職員が、虐待を発見または虐待を疑った場合には、速やかにSCANを招集し、その対策にあたらなければならない。
3 SCANは、小児総合診療部長、主治医(または診療科部長)、担当医、受入病棟看護師長、担当看護師長、成育在宅支援室次長、MSW等をもって構成する。
4 SCANの班長は、小児総合診療部長をもってあてる。
5 SCANにおいて、虐待またはそれが疑われる児の主治医(または診療科部長)をそのSCANにおける担当リーダーとする。
6 SCANは、個別具体的な事例に対して、次の各号に掲げる業務を行うものとする。
(1) 虐待の疑いのある症例についての情報収集に関すること。
(2) 虐待の疑いのある症例についての虐待種別判断に関すること。
(3) 虐待の疑いのある症例についての保護の緊急度、虐待の重症度の判断に関すること。
(4) 児童相談所への通告、警察署への通報の必要性の判断に関すること。
(5) 虐待の疑いのある症例についての対応方法(援助方法、役割分担)の決定に関すること。
7 SCANは、前項の業務を行うに当たっては、「茨城県協力機関病院と児童相談所の児童虐待対応・連携マニュアル」(平成21年3月)に準拠するものとする。

(土日祝休日、夜間におけるSCANの構成)

第四条 土曜日、日曜日及び茨城県立こども病院就業規則第20条第1項に規定する休日等、SCANに主治医(または診療部長)を招集することが困難な場合には、虐待を発見または疑った職員、担当医、当直命令表により責任当直を任せられた医師、土曜日、日曜日及び茨城県立こども病院就業規則第20条第1項に規定する休日に勤務割表で勤務を命じられた看護師長をもってSCANを構成する。

(警察への通報)

- 第五条 警察への通報を決定した場合には、すみやかに病院長へ報告を行うものとする。
2 病院長への報告が困難な場合(電話が繋がらない等)には、事務局長へ報告を行うものとする。

(事例検討会の開催)

- 第六条 委員会は、虐待への対応について検討を行うために、事例検討会(以下「検討会」という。)を開催することができる。
2 検討会は、事例検討の対象となった事案のSCAN担当者及び関係する委員会委員が出席する。
3 検討会には前項に掲げる者のほか、外部関係機関の担当者に参加させることができる。
4 検討会は、次の各号に掲げる事項について、調査・審議を行うものとする。
(1) 対象事案に関する情報収集および調査・分析に関すること。
(2) その他虐待の対応に必要な事項。
5 SCANは検討会の調査・分析結果を委員会に報告する。
6 検討会メンバーは、検討会で知り得た事項に関して、正当な理由なく他に漏らしてはならない。

(事務局)

第七条 委員会およびこれに関連する事務は、成育在宅支援室で行うものとする。

(雑則)

第八条 この規程に定めるもののほか、委員会およびSCANの運営に関し必要な事項は、委員会が定める。

付 則

- この規程は、平成21年5月22日から施行する。
この規程は 平成23年5月26日(決裁日)から施行する

要綱参考例：北九州市立八幡病院

児童虐待早期発見・対応委員会規約

(Child Abuse Protect : CAP)team)

(5-2-2 北九州市立八幡病院 臓器提供のための特別委員会規約)

(目的)

第1条 児童虐待症例の早期発見・対応を行うために院内委員会を設置する

- 2.本委員会は小児の脳死下・心停止下臓器移植提供における虐待症例除去のための検討委員会も兼ねる

(業務)

第2条 児童虐待が疑われる症例が受診・入院した場合に虐待診断等の検討を行う

- 2.適切な対応(関係機関との連携等)のため検討を行う

(構成)

第3条 委員会は以下の委員で構成する

- (1)小児救急センター長
- (2)小児科主任部長
- (3)脳外科部長
- (4)整形外科部長
- (5)放射線科部長
- (6)小児外科部長
- (7)担当副総師長
- (8)小児救急病棟師長
- (9)小児救急認定看護師
- (10)小児科外来看護師・助産師
- (11)臨床心理士
- (12)病棟保育士
- (13)社会福祉司(MSW)
- (14)事務局次長

2.委員会の委員は院長が委嘱する

3.症例の必要に応じて、各診療科部長他を臨時委員として院長が委嘱する

4.必要に応じて、外部委員として院長が子ども総合センター虐待係係長もしくは課長を委嘱する

5.委員会の任期は2年とする。ただし再任を妨げない

第4条 委員会に委員長を置き、小児救急センター長をもってあてる

2.委員長は委員会を招集し、議長となる

3.委員会は必要に応じて委員長が招集する

4.委員会は審議内容を記録し、保存しなければならない

(報告)

第5条 委員長は審議内容を院長へ書面で報告し、八幡病院運営協議会で報告する

2.臓器移植適応例の審議内容は院長、及び脳死判定委員会に書面で報告する

(庶務)

第6条 委員会の庶務は庶務係で掌握する

(付則)この規約は平成20年4月1日から施行する

2.臓器提供のための特別委員会を兼ねる(1条2.追記平成22年4月12日改訂)

要綱参考例: 松戸市立病院

「児童虐待対策委員会」設置要領

<設置>

第1条松戸市立病院で取り扱う児童虐待の事例に対し、①適切かつ円滑な対応を図る。②児童虐待の再発を防止する。③児童の健全な育成に資する。以上3点を目的として「児童虐待対策委員会」(以下「委員会」という)を設置する。

<協議事項>

第2条委員会は、次の事項を協議する。

- (1) 児童虐待に対する基本的な対応策ならびに治療・処遇方針に関すること。
- (2) 児童虐待事例の経過、評価に関すること。
- (3) 児童虐待の再発防止に関すること。
- (4) 児童虐待に関する調査及び情報の収集に関すること。
- (5) 関係法令等に関すること。
- (6) 前各号のほか、委員会の設置目的達成のため必要な事項に関すること。

<構成等>

第3条1、委員会は、別表1に定める委員を持って構成する。

- 2、委員会の座長は病院長をもって充てる。
- 3、委員長は委員会の事務を統括し、その議長となる。
- 4、委員長は協議を行うにあたり構成委員以外の出席を求め、その意見を聞くことができる。
- 5、副委員長は、委員長に事故があるときは、その職務を代行する。
- 6、委員会は、年1回以上開催するものとする。
- 7、委員会の協議内容は議事録を作成し、地域連携課において保存するものとする。

<事例検討部会の設置運営>

第4条1、委員会には、個別の事例に対する対応策ならびに治療・処遇の方針を検討するため、事例検討部会を(以下「部会」という)を設置する。

- 2、部会は別表2に定める会員をもって構成する。
- 3、部会の部会長は病院長の指名した者とする。
- 4、部会の運営にあたっては、前条第3項から5項までの規定を準用する。この場合において「委員会」とあるのは「部会」、「委員長」とあるのは「部会長」と読み替えるものとする。
- 5、緊急を要する場合には、事例検討部会の開催に代え、あらかじめ部会長の指名する会員ならびに事例に関係する職員により、当面の対応方針を決定し、実施することができるものとする。この場合、部会長の指名する会員は事後速やかに部会長に部会の開催を要請し、それまでの経過を報告するものとする。
- 6、部会で決定された事項については、病院長も速やかに部会長が報告するものとする。

<事務局>

第5条委員会および部会の事務局業務は、地域連携課が行う。

<補足>

第6条この要綱に定めるもののほか、委員会および部会の運営に関して必要な事項は別に定める。

附則 この要領は、平成23年4月1日から実施する。

「児童虐待対策委員会事例検討部会」家族支援チーム(FAST)設置要領

<目的及び設置>

第1条松戸市立病院で取り扱う児童虐待の事例に対し、①虐待発見時の適切かつ円滑な院内連携を図る。②児童の安全を確保し併せて家族の不安を解消する。③院外の各関係機関との窓口となる。以上3点を目的として「児童虐待対策委員会事例検討部会」の下に『家族支援チーム(FAST)』(以下チームという)を設置する。

<構成等>

第2条1、チーム構成員(メンバー)は、事例検討部会部会員より部会員の承認をもって選出する事とする。

- 2、チームの座長(リーダー)は事例検討部会会長が指名する。
- 3、緊急を要する場合には、メンバーの増員について事例検討部会の承認を得ず部会長が指名する事ができる。

<協議及び対応>

第3条1、座長は虐待事例の連絡を受けた際には、メンバーを招集し処遇方針を協議する。

- 2、座長は協議を行うにあたりチーム構成員以外の出席を求め、その意見を聞くことができる。
- 3、児童相談所に通告する際には、両親への告知を行う。
- 4、チーム介入の事例については、直近の事例検討部会に報告する。

<事務局>

第4条チームの事務局業務は、事例検討部会事務局が兼務する。

附則

この要領は、平成24年4月1日から実施する。

マニュアル構成参考例:北九州市立八幡病院

マニュアルタイトル:

Please USE this file ! If you suspect child abuse(maltreatment) !

内容

- 1.虐待チェックリスト(子ども用)
- 2.虐待チェックリスト(保護者用)
- 3.虐待のハイリスク因子
- 4.虐待を受けた子ども達の特徴
- 5.虐待する保護者の特徴
- 6.外傷痕の色調変化と受傷からの時間経過の推定
- 7.虐待における骨折の特徴と特異度
- 8.骨折時期の推定とX線上の特徴
- 9.全身骨スクリーニングの適応基準と方法
- 10.児童虐待の重症度判断基準
- 11.ネグレクトの重症度判断基準
- 12.帰宅させられない状況と救急保護入院の判定基準
- 13.入院を勧める方便
14. Abuse (疑い) 通告書見本

附-1 児童虐待診断アルゴリズム

附-2 身体的診断のアルゴリズム

附-3ネグレクトによるFTT(failure to thrive)の診断アルゴリズム

附-4 FTTの子ども達の養育者の特徴

附-5 Munchausen syndrome by proxy の特徴

附-6 Shaken baby S5m(irome (SBS)の定義

附-7 SBSの発症機序

附-8 SBS診断のアルゴリズム

附-10 Maltreatment syndrome

附-9 家族への話し方文例集(方便集)

マニュアル構成参考例：埼玉県立小児医療センター

マニュアルタイトル： 被虐待児に対する院内対応基準

内容

まえがき

- [1]基本原則
- [2]虐待対応チーム(Child Abuse Action Team 略称CAAT)

- (1)メンバー
- (2)目的
- (3)活動内容
 - ①緊急会議
 - ②定例会議
 - ③院内検討
 - ④脳死対象患者からの虐待除外検討
- (4)システムの流れ

[3]実際の対応

- (1)ソーシャルワーカーに連絡
- (2)虐待診断にて必要な項目につき、できる限り情報収集をする
- (3)重症度の確認
- (4)CAATの招集
- (5)院内各部署に連絡
- (6)関係機関に連絡

[4]脳死下臓器提供における虐待疑いの除外判断

- (1)CAATメンバーに連絡
- (2)リーダー、ソーシャルワーカーへの連絡
- (3)臨時会議の招集
- (4)関係機関からの情報収集
- (5)臨時会議の開催
- (6)通知
- (7)記録

[5]補足

- (1)生死に関わる緊急性の高いケースにおける警察通告について
- (2)夜間・休日の救急外来での対応について
- (3)年末年始等長期休暇の対応について

マニュアルタイトル:

事務局マニュアル<児童虐待疑いの場合>

内容

情報収集

- 1、院内職員情報収集:発見者、医師、看護師等に以下の状況を確認する
 - 虐待かもしれないと思った理由:
 - カルテで確認しなるべく直接診療にあたった医師に状況確認する
- 2、院外関係機関情報収集:「履歴があるかどうか」を確認する
 - 児童相談所・・・
 - 保健所・・・
 - 子ども家庭支援センター・・・（江戸川区はSOS、江東区は子育て支援課へ）
- 3、親と面接(できれば両親とも行う、なるべく別々に行う)
 - 医師が両親に「子どもの事故の場合swがお話を伺う」と話し許可を得る
 - 面接時は今後の子どもの安全のためにという目的を説明し両親からお話を伺う。
 - 今回の受診に対する親の心配や大変さをねぎらいつつ、受傷状況や育児状況を教えてもらう
 - 育児サポート者の有無を聞きつつ、家族構成・関係・力動を確認する
 - 親が考えている今後の対応策を教えてもらう
 - 最後に

報告・相談

- 以上の情報を医療相談係長または委員長、副委員長(小児科)に報告、アセスメントする
- 小委員会にかけけるケースかどうか→小委員会にかけない場合は対応を委員長が判断
 - 小委員会にかけける場合は委員長がメンバーを選定する

小委員会開催

- 議事録を残す
- 結果についてのみカルテに記載(院内外の職員名は書かないこと)

対応

- 1、児童相談所への通告の場合
 - 小委員会の内容と結果を通告し児童相談所の判断を仰ぎその方針に協力をする。
 - 分離を行う場合
<Xday当日>
- 2、子ども家庭支援センター・保健所へ通報し訪問を依頼する場合
 - 子ども家庭支援センター、保健所へ通報
 - 親と面接
- 3、不慮の事故であり関係機関への通報は行わない場合

付表

- * 虐待対応フロー図(平日・夜間休日別)
- * 虐待ケースが施設入所となる時のマニュアル
 - ・職権保護(xday)の場合・・・(1)強行Xday
(2)軟着陸Xday
 - ・養育困難で行く場合

MEMO

第三部：資料集

2：CPT用各種資料



外来事例の虐待対応フロー

家庭内でのケガ・原因不明のケガ・原因不明の消耗状態の子ども
 虐待ケースでは、子どもと保護者へ別々に問診することが重要であるが、診察開始後はそれが困難となる。事前の間診票を工夫し、診察開始前に上記にて受診した子どもやリスクのある家庭を把握できる体制を整えておくことが望まれる。
 *おおよそ2歳半以上であれば、虐待の中核である「誰が」「何を」について語れる。

Step1 虐待の可能性につき考察

注意点
 ○子どもにその場で根拠り葉振り聞かない。告白した場合に真偽を確かめる質問をしない。
 ○保護者に子どもが話した内容を明かさない。「虐待をしなかったか?」等、直接的な質問をしない。
 白か黒かで結論をつけようとする見逃しが多くなります。

1. 確実に事故・病気 2. たぶん虐待ではない 3. 可能性あり 4. 間違いなく虐待

通常の事故・病気として対応

自分の常識、親への罪悪感・恐怖心などで無意識に「虐待であってほしくない」から虐待ではない」と結論付けずに、冷静に判断出来ていますか?
 *他のスタッフの気付きを互いに尊重し、複数で判断しましょう。

Step2 重症度をトリアージ

最重度例
 生命が危ぶまれる 入院絶対適応

重度・中等度例
 医学的所見・症状あり 原則入院が望ましい

軽度例
 医学的所見・症状はない 原則外来につなげる

自院での医学的対応

可能 不可能

入院の医学的適応

あり

なし

分離保護の必要性

保護者の入院同意

あり

なし

あり なし

自院での入院対応

可能

不可能

警察／
 児童相談所
 緊急通告

高次医療機関
 搬送

児童相談所
 通告
 (安全は確保されている)

対応可能な
 二次医療機関
 紹介

児童相談所
 通告
 (安全未確保と必ず告げる)

市町村／児童相談所
 通告

Step3 連携を開始

* 通告は告発ではなく、状況を確認し、援助を開始するための《診療行為》です。ためらわずに行いましょう。
 * 緊急事例では警察通報が優先されるが、可能な限り児童相談所も含めて息患の経過を図ること。
 * 判断に迷う場合は、子どもを保護する方向で行動する。
 * 院内に対応組織がある場合、遅くとも通告前の段階で連絡を行い、組織として対応を行う。

判断に迷う場合は、どの時点でP/Tに連絡しただけでも構いません

- CPTに即時ご連絡ください(場合により、同時に児童相談所に通告をしてください)
- 転院先に虐待の可能性につき、ご一報してください。
- CPTに当日中or夜間であれば翌日勤務帯にご連絡ください。(通告はCPTが行います)
- 通告後にOPTにご連絡ください。(通告前の連絡でも構いません)

日中連絡先:
 ○○○○
 夜間休日連絡先:
 ○○○○

ワーキンググループ招集のための、トリアージ指針

下記は、生命の危機がありうる状態、もしくは速やかな専門的対応が必要な虐待である。

:このような状態の場合、当院ワーキンググループを緊急招集し、CPTとして当初より関与し、主治医と共に、意思決定を行うものとする。

下記状態以外にも、主治医より要請があった場合も、ワーキンググループが当初より関与し、診断や両親への対応などにつきサポートもしくは、直接的対応を行う。

また下記の状態以外に、医療コーディネーターが必要性感じた場合には、コーディネーターの判断によりワーキンググループを招集できることとする。

身 体 的	頭部外傷 — 骨折、硬膜下出血、クモ膜下出血、眼底出血、皮下出血、皮内出血 等
	腹部外傷 — 内臓損傷、皮下出血、皮内出血 等
	頭部、腹部以外の骨折・裂傷・打撲傷、目の外傷がある。
	熱湯や熱源による火傷、熱傷痕がある。
	顔面・頭部への強い攻撃、乳児を強く揺する。
	腹部を蹴る、踏みつける、殴る。
	重篤な外傷のおそれがある行為 — 逆さ吊り、乳幼児を投げる 等
	窒息の危険 — 首を絞める。水につける。布団蒸しにする。鼻と口を塞ぐ。口に物を詰める。
	養育者が親子心中を考えている。
	閉じ込められる。(押入れに閉じ込められる。箱状のものに閉じ込められる。一室に閉じ込められ関わりがない。紐等でくりつけられる等行動を拘束される。)
ネ グ レ ク ト	代理ミュンヒハウゼン症候群の疑いがあり、生命の危険が「ありうる。」「危惧する。」もの(症状の捏造)
	不適切な薬物投与により、生命の危険が「ありうる。」「危惧する。」もの
	脱水症状、栄養不足のため衰弱がおきている。
	感染症や下痢等、健康管理上必要な医療を受けさせてもらえない。または重度慢性疾患があるのに医療受診なく放置されている。
	生活環境不良や監護が不十分のために成長障がい顕著である。(低身長、身長に比しての低体重 等)
性 的	生活に不可欠な食事・衣類・住居が保障されていない。(ライフラインが止まるのも含む。)
	養育者が児童を置いて不在になることがある。
	性行為やわいせつ行為を受けた、または受けた疑いがある。性感染症、性器・肛門周辺の外傷

入院事例の虐待チェック・連絡フロー

※入院となる全症例について適用し、該当項目の有無をチェック。(外来受診の全症例に用いてもよい)

ID _____
 氏名 _____

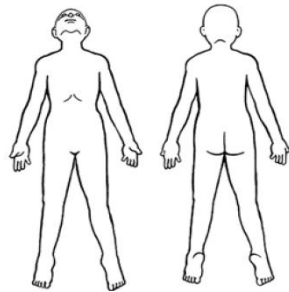
入院日 年 月 日

- 下記の症例に該当する→裏面のクリニカルフローを使用
- ア 保護者の説明と矛盾する臨床症状、ないしは、保護者の説明では理解困難な臨床症状を呈する症例
 (保護者の説明が二転三転する症例、複数の人物から聴き取った受傷機序の説明が一致しない症例を含む)
 - イ 子どもの発達段階と矛盾する臨床症状を呈した症例
 - ウ 家庭内事故によると説明された頭蓋内出血・内臓損傷・骨折・多発/広汎熱傷・多発挫傷
 - エ 原因不明と語られた頭蓋内出血・内臓損傷・骨折・多発/広汎熱傷・多発挫傷
 - オ 2歳未満の急性/慢性硬膜下血腫例
 - カ 原因不明の意識障害で、通常の内因疾患とは経過が異なるもの。
 - キ 成長障害、るい瘦、消耗状態を呈する症例
 - ク 虐待・ネグレクトのリスクをもつ家庭で育っている症例、もしくは経過中に虐待を鑑別する必要が生じた症例
 (例: 外傷を反復受傷して受診する症例、新旧混在する損傷を有する症例、きょうだいに不審死を来した子どもがいる症例、社会的リスクが大きい等)
 - ケ 一次医療機関やその他の医療機関、ならびに児童相談所等の関係機関が、損傷の有無や損傷の既往について評価を求めてきた場合
 - コ 職員から、子どもの行動観察上、もしくは養育者の養育態度や家族歴などから、「虐待・ネグレクトが疑われる」との連絡があった場合
 - サ その他、担当医が必要と認める症例
- 該当なし

評価者 _____
 担当医 _____

所見記入欄

評価日: 年 月 日	系統診察所見	異常	
		なしあり	
現症	全身状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BT °C、HR /min	毛髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BP /、RR /min	顔面	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BH cm(SD)	眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BW kg(肥満度 %)	耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭囲 cm(SD)	鼻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	口腔・咽頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問診(○で囲む):	頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・可能	胸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→虐待の関与(あり・なし)	腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	胸部聴診所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・不可能	四肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→その理由	神経学所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(医学的狀態による・	外性器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年齢による)			



有所見部位に数記号を付けて下記に表記

写真撮影の有無

①
 ②
 ③
 ④

※明らかなBite markを認めた場合、速やかに法歯科医もしくは警察に連絡

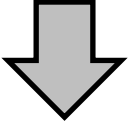
		施行	未施行
採血	血算・凝固・生化学検査保存	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検尿	一般・沈渣保存(30ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨評価	CTで評価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	全身骨X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	各部位X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	骨シンチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
画像撮影	頭部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	頭部MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼科的検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

虐待の可能性	対応
<input type="checkbox"/> 確定的	<input type="checkbox"/> 通告不要
<input type="checkbox"/> 可能性が高い	<input type="checkbox"/> 市町村通告
<input type="checkbox"/> 可能性は低い	<input type="checkbox"/> 児童相談所通告
<input type="checkbox"/> 虐待ではない	<input type="checkbox"/> 警察通報
<input type="checkbox"/> 判断保留	<input type="checkbox"/> 継続検討
	<input type="checkbox"/> 専門医コンサルト

虐待事例医学評価臨床フロー

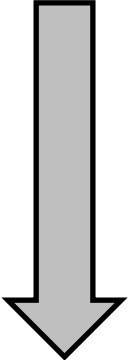
※対象の児の重症度に関わらず、以下のフローを適用する必要がある

1. 全身診察・問診



- 実測での身長・体重・頭囲
- 系統的全身診察(表面に所見を記載)
- 栄養状態評価(上腕周囲径の計測)/衛生状態評価(齲歯含む)
- 写真撮影(損傷部位/皮膚/うい瘻状態)
- 母子手帳の確認(ガスリー検査結果/成長記録/予防接種歴)
- 成長曲線の作成
- 養育者それぞれよりの病歴聴取
- 2歳半以上ならば、児から直接問診(体の部位毎に。親と分離す多状態で実施)

2. 採血・尿検査



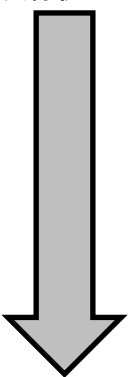
- ・潜在損傷のスクリーニング
 - 血算(WBC/Hb/Pit)
 - 生化学(T-bil/AST/ALT/LDH/Amy/BUN/Cre/CRP/Glu)
 - 尿検査(潜血/ケトン体/白血球)
 - 薬物中毒検出用キット(トリエージ®) *原因不明の意識障害ある場合
- ・重症度の把握
 - 血液ガス(呼吸性/代謝性アシドーシス、電解質異常、高乳酸血症の有無:静脈血で可)
 - プレアルブミン/レチノール結合蛋白 *発育不全ある場合、全身状態不良の場合
- ・除外診断(考慮される病態)
 - PT、APTT、Fib、D-dimer(FDP)、PIVKA II、von Willebrand因子 *出血症状ある場合(出血傾向の確認)
 - 血液培養、その他各種培養、髄液検査、ウイルス分離 *発熱あり or 急性経過の場合
 - 乳酸/ビルビン酸、尿中有機酸、血中アミノ酸分析、アシルカルニチン分析(ろ紙血) *代謝性アシドーシスあり or 急性経過 or 発達遅延あり(先天代謝異常症の除外)
 - ALP/Ca/P、VitD *骨折を認めた場合(骨代謝異常症の除外)

3. 検体の保存



- 採取した血液、血清、尿(凍結)、髄液の残りは必ず保存しておく

4. 画像検査



- ・ 頭部
 - 頭部CT *急性神経学的異常(意識障害/痙攣など)or受傷機転不明の外傷/骨折のある場合
 - 頭部MRI *頭部CTで異常所見あり or 慢性神経学的異常あり(発達遅延/頭囲拡大など)(DWI/T1/T2/T2*/Flair/SWL/MRV/MRS)
- ・ 胸部
 - 胸部CT *受傷機転不明の外傷 or 意識障害あり or 呼吸障害ありの場合
- ・ 腹部
 - 腹部超音波検査
 - 腹部CT(造影)
 *受傷機転不明 or 意識障害あり or 腹腔内損傷疑いありの場合
- 全身骨撮影
 - 2歳未満の全てのマルチリトメント症候群:全身骨撮影
 - 2~5歳の身体的虐待疑い:全身骨撮影
 - 5歳以上:外傷が疑われる部位の骨レントゲンの2方向撮影(必要に応じて斜位も)

※受傷機転不明で、全身状態不良
→ 頭部〜骨盤腔までCT撮影を考慮

重症例では、骨条件の全身CTで代用可(四肢はホータルで別途撮影)

5. 眼科的検索

*可能な限り24時間以内に実施

- 眼底診察 *頭蓋内出血 or 陳旧性の頭蓋内病変を認めた場合
眼科医による倒像鏡眼底検査。可能な限りデジタル写真撮影。不可の場合、詳細なスケッチ。
*「多層性多発性」「火焰状」「鋸状縁に及ぶ」等の表現が重要。「網膜分離症」の有無も評価。

子ども虐待における医療－福祉連携の確立のための、院内虐待対応組織体制の把握、ならびに医療コーディネーター把握のための現況調査へのご協力をお願い

平成〇年〇月〇日
〇〇県子育て支援課
課長 〇〇〇〇

我が国における児童虐待の通告は、平成2年に統計を取り始めて以来、増加の一途をたどっています。医療機関からの通告も、年々増加傾向にはありますが、児童相談所の通告経路別割合においては、この数年4%前後と変わらぬ水準で推移しております。

医療機関は既に児童虐待化した事例が、受診という形で接点を持つ、重大な局面で関わる役割を担っており、虐待対応施策上、極めて重要な位置を占めており、今後ますますの役割を発揮することが期待されます。

さてこのたび、厚生労働省の方針に基づき、「児童虐待防止医療ネットワーク」の構築に向け、わが県でも取り組みを開始することとなりました。本事業では、医療コーディネーターを各施設に置き、虐待対応の窓口となることを定めております。

具体的には、各医療機関、特に小児病床を有する医療機関において、院内で虐待対応が組織化されているかを伺い、組織化されている場合には、その現況を把握させていただき、当県における児童虐待防止医療ネットワーク構築の基礎資料とさせていただきますと共に、そのありようにつきまして貴院からの貴重なご助言を賜りたく考えております。本事業につきまして、行政と貴院の連携窓口となる担当職員を、医療コーディネーターという形で位置づけ、把握させていただきたいと考えており、該当する職員の方をご紹介いただけましたら幸いです。

また、現時点で虐待対応が組織化されていない施設においては、その設置の可能性を含めた対応を協議させていただくうえで、医療ソーシャルワーカーや小児科医師などの、貴院の実情や小児医療提供体制をよく御存じの方を、医療コーディネーターの候補としてご紹介いただきましたら幸いです。

お手数をおかけいたしますが、ご協力のほどなにとぞよろしく申し上げます。

子ども虐待における医療－福祉連携の確立のための、院内虐待対応組織体制の把握、ならびに医療コーディネーター把握のための現況調査へのご協力をお願い

付記1.

医療コーディネーターについて

医療コーディネーターとは、院内で虐待を受けていると思われる児が発見された場合に、組織的対応を行ううえで連絡を受理する立場の人物で、院外の各連携先機関との連絡調整役も担います。

通例、医療ソーシャルワーカーが担いますが、病院によっては医師や看護師が、その職責を担うこともあります。

詳しくは同封させていただいた「医療機関ならびに行政機関のための病院内子ども虐待対応組織(CPT: Child Protection Team)構築・機能評価ガイド」の19ページをご参照ください。

付記2.

ネットワーク構築上、院外連携機能に主眼を置き、院内虐待対応組織(CPT)を以下の3層に分けて把握したいと考えております。

これはCPTの機能に優劣をつける目的ではなく、現況を把握し体制を構築するための資料とするためのものです。現況で該当する型、ならびに今後該当しうる型につき、お知らせください。

詳しくは同封させていただいた「医療機関ならびに行政機関のための病院内子ども虐待対応組織(CPT: Child Protection Team)構築・機能評価・連携ガイド」の43ページをご参照ください。

CPTの型	概念
基本型 CPT	自施設内で認知した、子ども虐待ケースへの対応 (主にイエローからレッド事例対応)
発展型 CPT	グレーのケースも地域の子育て支援拠点として積極的に対応。自施設を超え、同一2次医療圏や隣接2次医療圏の診療所や、病院からの相談ケースを受け入れることが可能
専門型 CPT	発展型CPTの機能に加え、他の2次医療機関が困難で対応を求めた、身体医学診断や司法的対応に対して、専門サポートが可能。 また精神医学上、虐待の親子治療を行うことが可能である。上記の対応を、同一3次医療圏内、もしくはより広域の医療圏、他機関からの依頼に基づき、受諾することが可能。

子ども虐待における医療－福祉連携の確立のための、院内虐待対応組織体制の把握と医療コーディネーター把握のための現況調査に対する回答書

平成〇年〇月〇日
〇〇病院 院長 〇〇〇〇

ご依頼のございました、当院の院内虐待対応組織化の現況についての問い合わせにつき、ご回答申し上げます。

現在当院は、下記のうち丸印のついた状況下にございます。

1. 当施設には虐待対応組織が、存在しております。

現時点での当施設の虐待対応組織は、(基本・発展・専門)型のCPTであります
が、当地域の小児医療提供体制を考慮した場合、(基本・発展・専門)型のCPT
として機能していくことを考慮に入れた体制を、構築していきたいと考えております。

なお、当院の医療コーディネーターは、以下の者が担当いたします。

部署	役職	氏名
連絡先番号		

2. 当施設には現在、虐待対応組織は存在しておりません。

A.当地域の小児医療提供体制を考慮した場合、(基本・発展・専門)型のCPTを
構築し、行政側と連携体制を構築していきたいと考えております。

B.当院の小児医療提供体制を考慮した場合、現時点で当院でCPTを構築する必要性に
乏しく、行政側との連携に関しては別の形で協力体制を築きたいと考えております。

a.当院の虐待医療コーディネーターは、以下の者が担当いたします。

部署	役職	氏名
連絡先番号		

b.当院は、虐待医療コーディネーターを設置する状況にありません。

上記の当院の現況につきましては、(医療機関内での運用に限り公表可能・公表不可)として
対応させていただきますよう、お願い申し上げます。

当院における虐待対応組織設立に向けた趣意書

近年、子ども虐待が社会問題化しており、児童相談所の通告処理件数は5万5千件を超えています。また毎年50人以上の公式な虐待死が報告されており、NPOの試算では200人以上の虐待死症例が年間発生しています。虐待を小児期の心身に影響を及ぼす疾病と捉えると、どの慢性疾患に比しても圧倒的に頻度が高いものであり、小児医療における解決すべき喫急の課題であるといえます。しかし、児童相談所の通告経路別割合では、医療機関からの通告は、全国的に4%程度にとどまっています。

子ども虐待の医療機関における見逃しは、生命予後に直結する可能性が高く、また誤った対応が予後を悪化させる可能性も、常に内在します。小児病床を持つ当院が、虐待に対し組織的に対応を行うことは、虐待に対峙した主治医を孤立させずにサポートすることを可能とし院内の職員をまもることに繋がると同時に、院内の虐待に対する意識を向上し、よって地域で虐待を受けた可能性のある子どもを、より早期に適切な支援のもとに繋げ、子どもの予後を改善することに繋がるものと思われます。

本院においても院内虐待対応組織を構築し、上記の目的の達成を目指していきたいと考えております。県の子育て支援課と設置に向けた事前協議は既に開始しており、医療ソーシャルワーカーの〇〇〇〇を医療コーディネーターとし、実際の事例に対しての医療対応は小児科医の〇〇〇〇が中心になり対応にあたっていく予定としております。

各医師の先生方には、なにとぞ設置に関してのご理解、並びに賛同をいただき、また設置していく方針となった際には、関連各科の専門的知識に基づきご助言いただけますよう、御協力を頂けましたら幸いです。

〇年〇月〇日
〇〇病院〇〇科
氏名 〇〇 〇〇

CPT会合用、事例サマリーシート文例

CPT事例報告書		記載年月日	年 月 日
患者氏名 性別	男・女	生年月日	年 月 日
ID		年齢	歳 か月
初回診察日時		初回診察 場所	
発見者		初回診察医	
初期トリアージ (該当項目 に○)	・レッド ・イエロー ・グレー ・その他 ()	トリアージ後 の対応 (該当項目に ○)	・CPTへ即時連絡 ・CPTへ翌日以降の平日日勤帯連絡 ・児童相談所・市町村直接通告 ・警察直接通報 ・その他()
CPTの関与 (該当項目 に○)	・WGによる即時対応 ・翌日以降召集のCPT 会合で対応 ・定期CPT会合で対応	CPTの対応 (該当項目 に○)	・児童相談所通告 ・市町村通告(被虐待児として) ・市町村連絡(要支援児童として) ・警察直接通報 ・その他()
CPT対応者の 氏名(列記)		行政/警察の 担当者部署・ 氏名	
要旨 ・発見時の状況 ・初期対応 ・現症 ・現時点での、 児の経過 ・今後の方針 等につき簡潔に 追記の場合 追記した年月日、 追記者を記載 のこと			
報告書作成	主治医・CPTチームリーダー・コーディネーター その他()		氏名 印

CPT相談/対応事例管理のための事例簿文例

No.	事例把握 月日	ID	虐待 種別 (主) (従)	初期 トリアージ (月日)	CPTの 議決 (月日)	対応結果	当院 フォロー 状況
	連絡元	氏名 (年齢)					
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・死亡 ・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		
	月 日		身・ネ 心・性 他	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・グレー ・イエロー ・レッド ・その他 ()	・自相通告 ・市町村通告 ・市町村連絡 ・警察通報 ・フォロー ・その他 ()	・継続中 ・フォロー終 ・トロップアウト (行政継続) ・トロップアウト (不明)
		歳 か月	身・ネ 心・性 他	月 日	月 日		

行政機関連絡用、CPT活動年次集計報告表文例

CPT活動年次集計報告表(平成 年度)

対応事例集計 主たる虐待種別により集計、()は通告した事例数、【 】は他施設からの紹介事例

	身体	ネグレクト	性虐待	心理	医療 ネグレクト	MSBP	特定 妊婦	その他
死亡	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】
レッド	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】
イエロー	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】
グレー	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】
非虐待	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】
その他	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】	例 () 【 】

他機関からの協力依頼受諾件数

- ・医学的精査 例
- ・一時保護委託 例
- ・医療意見書 通
- ・鑑定書 通

研修/教育 実施報告

実施 月日	タイトル	参加人数			
		演者 所属	医師	コメディカル	学生

* 行政機関は各病院の年次集計結果を集計し、必ず各医療機関にフィードバックを行う

子ども虐待医療機能強化事業における、地域虐待拠点病院として、他の医療機関からの虐待事例の精査、ならびに行政機関の依頼に基づく一時保護に関する業務委託書

平成〇年〇月〇日
〇〇県子育て支援課
課長 〇〇〇〇

この度は、子ども虐待医療機能強化事業において、発展型CPTとして他の医療機関からの虐待事例の精査委託の受諾、ならびに一時保護に関する業務委託に賛同いただき、誠にありがとうございます。

当事業は、被虐待児の通告に個人で責任を負う立場にあり、通告にためらいを感じる診療所医師等が、バックアップ先の病院として貴院へ、虐待の疑われる子どもを医療的問題に転換し紹介し、貴院が対応の中核となり通告を行うなどにより、結果としてより早期の段階で医療機関からの通告を励行するということを意図しております。

また社会的・医療的対応を同時に要する被虐待児（含、疑い）に医学的精査を行ったり、必要時に一時保護を受諾していただく施設として、貴院にあらかじめ業務委託を行い、もって医療連携を円滑化することを意図したものであります。

本事業における上記診療業務につき、本書を持ち貴院に業務委託するものといたします。

このような業務委託を行うことにより、周辺の医療機関ならびに管轄児童相談所・市町村等の行政機関の負担は低減することとなりますが、逆に貴院CPTのコーディネーター、チームリーダーをはじめとした関係各位には負担を強いることに繋がります。

改めて本事業への協力の申し出に感謝すると共に、病院管理者におかれましては、なにとぞ本業務に対する関係各位へのご高配をお願いする次第です。

なお本事業に関しては、保護者の同意がある場合には、通常の保険診療の範囲での診療行為として診療報酬が支払われるものと理解しておりますが、保護者の同意がない状態で、行政機関職員の判断で医療評価のために受診した場合は、自由診療として診療報酬を請求いただき、県の事業費で支払いを行う予定と考えております。また一時保護委託による入院の場合にも、規定に基づき日額報酬をお支払いする予定としております。

より詳細な機関間協定・業務委託書などが必要な場合には、ご一報ください。その場合、本書に基づく業務委託は一時停止し、貴院とは他の文書での合意をもって業務委託を行うこととさせていただきます。

本事業につきまして、疑義などございましたら、いつでも当課までご連絡ください。

子ども虐待医療機能強化事業における、地域虐待拠点病院として、他の医療機関からの虐待事例の精査、ならびに行政機関の依頼に基づき、一時保護に関する業務委託書

平成〇年〇月〇日
〇〇県子育て支援課
課長 〇〇〇〇

この度は、子ども虐待医療機能強化事業において、専門型CPTとしての他の二次医療機関における診断困難事例への対応、鑑定書依頼等に対する対応受諾をいただき、誠にありがとうございます。

当事業は、親子分離を決定したり、鑑別所を作成し司法の場で虐待の医学診断につき証言するなどの、極めて診断の厳密性が問われる場面での医学的専門性を、地域で均てん化して提供することを意図しております。また精神医学的対応を要する親・子治療が可能な施設として、貴院にあらかじめ業務委託を行い、もって医療連携を円滑化することを意図したものであります。

本事業における上記診療業務につき、本書を持ち貴院に業務委託するものといたします。

このような業務委託を行うことにより、周辺の医療機関ならびに管轄児童相談所・市町村等の行政機関の負担は低減することとなりますが、逆に貴院CPTのコーディネーター、チームリーダーをはじめとした関係各位には負担を強いることに繋がります。

改めて本事業への協力の申し出に感謝すると共に、病院管理者におかれましては、なにとぞ本業務に対する関係各位へのご高配をお願いする次第です。

前者の対応(医学診断対応)に関しては、セカンドオピニオンとしての自由診療としての診療報酬請求を県にさせていただくか、別に業務委託費として報酬を規定するか、貴院との話し合いの中で決定させていただきたいと考えております。より詳細な機関間協定・業務委託書などが取り交わされた段階で、業務委託受諾とした方が望ましい場合、その旨ご一報ください。なお診断のために貴院の医師が、他院の受諾を受け電話・画像コンサルト業務を行う場合には、県の嘱託業務としてその活動の正当性が担保されると考えていただいて構いません。(実際に診察・説明を行う場合は診療業務に該当するため、別途病院間で契約を行う必要があります。いずれにしましても、事前に確認をさせていただきますので、そのような場合にはご一報ください。)

後者の対応に関しては、通常の保険診療の範囲での診療行為として診療報酬が支払われるものと理解しております。親権者の同意が得られない場合、等に関しては別途ご相談ください。

本事業につきまして、疑義などございましたら、いつでも当課までご連絡ください。

参考文献

1. Vieth VI. Unto the third generation: a call to end child abuse in the United States within 120 years (revised and expanded). Hamlin J Public Law Policy. 2006;28(1):1-74
2. 日本子ども虐待医学研究会公認マニュアル 子ども虐待対応院内組織運営マニュアル「通称:CPTマニュアル」 <http://jamscan.childfirst.or.jp/manual.html> で入手可
3. 米国コーナーハウスHP <http://www.cornerhousemn.org/about.html>
4. McMahon P, Grossman W, Gaffney M, et al: Soft-tissue injury as an indication of child abuse. J Bone Joint Surg Am 1995; 77:1179-1183.
5. Jhonson CF, Showers J : Injury variables in child abuse. Child abuse& Neglect. 1985; 9:207-215.
6. Hobbs CJ, et al: The sexually abused battered child.Arch Dis Child 1990;65:423-7
7. Lane WG, Dubowitz H.: Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts?; Child Abuse Negl. 2009 Feb;33(2):76-83.
8. C. H. Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemuller, Henry K. Silver: "The Battered Child Syndrome." Journal of the American Medical Association, 1962, 181: 17-24.
9. Douglas Linder: The McMartin Preschool Abuse Trials 1987-90
<http://law2.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/mcmartin/mcmartin.html>
(事件の経緯は、邦題名:誘導尋問で映画化されている)
10. 田邊 泰美:英国児童虐待防止研究:クリーブランド事件に関する一考察;園田学園女子大学論文集 35(II), 47-61, 2000-12-30
11. Finkelhor D, Jones L, Shattuck A. Updated trends in child maltreatment, 2009. Available at: www.unh.edu/ccrc/pdf/Updated_Trends_in_Child_Maltreatment_2009.pdf
12. 平成21年3月,東京都福祉保健局少子社会対策部都内病院における児童虐待対応の現状 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/katei/start_up_manual/files/tyousa-honnbunn.pdf
13. 日本子どもの虐待防止民間ネットワーク HP:<http://www.jcapnet.jp/>
14. Heger A, et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 2002 ;26:645-59.
15. Bays J, et al. Medical diagnosis of the sexually abused child.Child Abuse Negl. 1993;17:91-110.
16. Finkel MA. "I Can Tell You Because You're a Doctor" Pediatrics. 2008 Aug;122(2):442.

17. 臓器提供施設マニュアル http://www.jotnw.or.jp/jotnw/law_manual/pdf/flow_chart01.pdf で
入手可
18. 日本産婦人科医会 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル
http://www.jaog.or.jp/news/2011/soudan/manual_2011.pdfで入手可
19. 厚生労働省 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第7次報告)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/7-2.pdf> で入手可
20. Bechtel K, Le K, Martin KD, et al. Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about
infant crying and knowledge of shaken baby syndrome. Acad Pediatr. 2011;11:481-486.
21. National MCH Center for Child death review HP: <http://www.childdeathreview.org/home.htm>
22. 溝口史剛、山田不二子、奥山眞紀子、本邦の子ども虐待に関する医学部卒前教育に関する現況
調査、平成22年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 報告書
23. 医療現場における子どもの虐待に関するアンケート、大阪府乳幼児虐待予防保険・医療ネット
ワーク事業報告書 平成17年度 p63-74
24. 宮本純也、被虐待児への医学的評価システムに関する研究 平成15年度厚生労働科学研究費
補助金(子ども家庭総合研究事業)報告書
25. 溝口史剛、山田不二子、奥山眞紀子、二次・三次医療機関における院内虐待対応組織の活動現
況調査、平成21年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 報告書
26. 溝口史剛、山田不二子、奥山眞紀子、脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル改
訂に関するアンケート調査、国立成育医療研究センター 成育医療研究 報告書
27. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. J Pediatr.
2006;148(6):711-2.
28. The American Board of Pediatrics :Contents Outline available
at:<https://www.abp.org/abpwebsite/takeexam/subspecialtycertifyingexam/contentpdfs/chab.pdf>
29. McGuire L, Martin KD, Leventhal JM. Child abuse consultations initiated by child protective
services: the role of expert opinions. Acad Pediatr. 2011;11(6):467-73.
30. National Association of Children's Hospitals and Related institutions(NACHRI):Defining the
Children's Hospital Role in Child Maltreatment, Second Edition. available at:
<http://www.childrenshospitals.net/AM/Template.cfm?Section=Publications2&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=59013>
31. 日本医師会 : 児童虐待の早期発見と防止マニュアル,明石書店,p13,2002

Child First Doctrine

The child is our first priority.
Not the needs of the family.
Not the child's "story."
Not the evidence.
Not the needs of the courts.
Not the needs of police, child protection, attorneys, etc.
The child is our first priority.

—CornerHouse, MN, USA



子どもが第一の原則

私たちは子どもを何よりも優先します
家族が必要としていることでもなく
その子どもから「話(虐待の打ち明け)」を得ることでもなく
証拠でもなく
裁判所が必要としていることでもなく
警察や検察、児童相談所や弁護士などが必要としていることでもなく
私たちは何よりも子どもを第一優先にします。

医師の立場で所属しうる子ども虐待関連学会

- ・日本子ども虐待防止学会
HP: <http://www.jaspcan.org/>
- ・日本子ども虐待医学研究会
HP: <http://jamscan.childfirst.or.jp/>

医療機関ならびに行政機関のための病院内子ども虐待対応組織
(CPT: Child Protection Team)構築・機能評価・連携ガイド
～子ども虐待の医療的対応の核として機能するために～

厚生労働科学研究(政策科学推進研究事業)

「児童虐待の発生と重症化に関連する個人的要因と社会的要因についての研究」

研究代表者: 藤原 武男

分担研究: 「病院で把握される虐待症例における個人的・社会的要因の解明」

研究分担者: 奥山 真紀子 研究協力者: 山田 不二子、溝口 史剛