

室に貼る。両親に向けては、しつけ問題の照会先が書かれた無料のパンフレットや配布物が用意されている。詳細は *Lolita McDavid, M.D.* lolita.mcdavid@uhhs.com もしくは *Lauren McAliley* lauren.mcaliley@uhhs.com まで; または <http://www.rainbowbabies.org> のサイトを参照

29 2001年3月、政府の保健研究局による3年間の575,000ドルの研究費配分を受けて、ミズーリ州カンザスシティの *The Children's Mercy Hospital* では "It's Time to Ask (質問の時間です)" と題した、家庭内暴力の独自のスクリーニング法を策定した。2問の普遍的スクリーニング・プロトコールと、救急部門のスタッフへの研修を組み合わせたプログラムの結果、病院から家庭内暴力介入プログラムへの照会数と、シェルター設置数は3~4倍に増加した。詳細は *Denise Dowd, M.D.* ddowd@cmh.edu まで; または <http://www.childrens-mercy.org> のサイトを参照

30 ウィスコンシンの乳幼児揺さぶられ症候群協会は、広告代理店BVKおよびウィスコンシン州ミルウォーキーの *Children's Hospital of Wisconsin* と提携し、病院で増え続けていた乳幼児揺さぶられ症候群の症例数がピークに達し、8日間に4人が死亡したことを受けて、2001年に強力な権利擁護キャンペーンを立ち上げた。キャンペーンの目的は、人々に赤ちゃんを揺さぶってしまう前に感じるようなフラストレーションの感覚を、幾分小さくして感じてもらうよう、公報を行うことであった。病院では、"Radio Roadblock (ラジオ・バリケード)" と題し、子どもが絶え間なく泣く声を取り上げたラジオのスポット放送を、18局で同時に放送した。ラジオの聴取者は、どの局にダイヤルを回しても、神経に触るようなその子の泣き声から逃れられない。病院と広告代理店では、ラジオ局に先駆けてプレスリリースを発表し、乳幼児揺さぶられ症候群に焦点を当てたインタビュー・シリーズも公開した。詳細は *Jennifer Hammel* jhammel@chw.org まで; または <http://www.chw.org> のサイトを参照

第7章: コミュニティと協力

子ども病院の子ども保護チームは、孤立しているわけではない。子ども病院の子ども保護チームは、捜査当局、児童相談所および権利擁護グループなどの機関を含む、地域の組織ネットワークの主要な構成要素であり、理想的にはより強く一員として協力すべき存在である。子どもマルトリートメントにおける子ども病院の主たる役目は医療であるが、コミュニティサービスにおけるその他のギャップも埋めることができる。しかし病院は、すでに他機関が十分に行っているサービスを重複して行ってはならない。医学や公共衛生において、子ども虐待が適切な文脈で扱われなかった期間は長すぎるほどである。虐待は、概して刑事裁判およびソーシャル・サービス・システムの中で対応されてきた。医療提供者は、この問題では末端にいたいと思われてきたのである。現在、医療分野の子ども虐待専門家、特に子ども病院内の専門家は、子ども虐待とネグレクトへの介入の取り組み、および防止とその結果治療においては最前線に立っている。子ども病院の子どもマルトリートメントチームは、コミュニティの提携機関とともに、子ども虐待が、単純に社会福祉や犯罪問題ではなく、公共保健問題であることを一般に理解してもらううえで理想的な位置にいる。

受けられるコミュニティ・サービスの分析を行うことは、子ども病院の子どもマルトリートメント・チーム設立または業務拡大の重要な第一歩である。コミュニティ内の複数の子ども保護機関および法人が確認でき、その役割および協調関係が定義づけられれば、子ども病院は子どもマルトリートメントの医学的専門知識の供給源として、そのネットワークでどのように働くのが最善かを見極めることができる。

もちろん、全ての子ども病院が同じではなく、全ての施設が子どもマルトリートメントにおい

て同じ役割を果たせるわけでも、果たさなければならないわけでもない。子ども病院の中には、ある特定の子ども向けに特別な範囲のサービスを提供している非急性期治療の施設もある。マルトリートメント症例の扱いにおいては、こうした施設は、救急または外傷治療を行なっている病院と提携したり、照会を行なったりしなければならない。しかし、非急性期治療の施設の役割を過小評価してはならない。リハビリ施設や熱傷センターなどの特別な子ども病院は、特殊な種類の虐待を受けた子どもの治療に関するユニークな意見や専門知識、また虐待の長期にわたる影響や、防止についての重要な観点を与えてくれることも多い。

子どもマルトリートメントへのアプローチを考慮する子ども病院では、チームのリーダー医師は下記を考慮する。

- ・我々のコミュニティの子どもマルトリートメントへのアプローチには、なにが欠けているのか？
- ・医学的専門知識および医学的リーダーシップによって応えられる部分はどこか、また恩恵を与えられる虐待およびネグレクト症例の研究はなにか？
- ・これらの要求に応えるために我々の病院ができること(および限界)は何か？
- ・コミュニティの協力機関の取り組みに貢献できる教育や研究などの先進的な能力は何か？
(病院独自の死亡率および疾病率のデータを、子どもの死亡検証チームや検視官事務所などの、地区内の別のデータソースと共有することにより、子ども病院はその地域内でのより完全な子ども虐待像を把握することができる。)
- ・我々子ども病院と子どもマルトリートメント・チームが、どのようにコミュニティの協力機関と協調すれば、虐待やネグレクトを受けた子どもを保護し、虐待を疑う症例を医学的に適切な方法で評価することができるか？(病院での実例 31)

子ども病院は、コミュニティ内の協力機関との取り組みの中では、常に医療の提供者であるという自分たちの役割を明確に維持する必要がある。病院は、他の機関と協調したり、シェルターや法的支援など他の種類のサービスに対し紹介や支援を行なったりするため、医学的な要求こそが病院の一そして子ども保護チームの最も喫緊の責務であることを明瞭にしておくべきである。疑いのある虐待症例を調査する際には、子ども病院の役割は事実の発見や独立した調査機関のそれではなく、医学の専門化としての意見であり、非医学のプロフェッショナルに、医学的な問題を理解させることである。

子どもたちの、この独特の医学的要求に関する子ども病院の専門知識は、医学的に脆弱な、身体的障害や精神疾患、またはその他の特殊な要求のある子どもの場合、特に重要である。こうした子どもたちは、養育者が対面するストレスが、他の子どもたちの場合より増しているため、虐待のリスクもより大きい。同時に、こうした子どもたちは、彼らの受けた虐待を研究者に伝えることが下手であったり、助けを求めても理解したり耳を傾けたりしてもらいにくい。子ども病院の殆どは、特別な要求のある子どもたちに頻繁に接しており、この知見は、コミュニティの多領域の子ども保護チームがこれらの脆弱な子どもの支援に関して助けを必要とした場合、メンバー全員にとって有用となる。

コミュニティの連携関係において、**基本的プログラム**では下記に留意する。

- ・調査・保護委託機関の調査活動に連携・補助する
- ・子ども権利擁護センターを含む、当該地方の既存の子ども虐待評価・対応センターおよびその提携機関を確認する
- ・コミュニティ内の提携機関に、病院からの適切な問合せ対応者として、子ども保護チームのスタッフと、コミュニティ機関の手続き関係および被害者へのサービスの調整に当たる内部の関係者を指名する

◀26▶

こうしたチームには必ずしも、より行き届いた子ども保護プログラムにあるような、先進的で、子どもマルトリートメントに特化した診断能力があるとは限らない。そのような場合は、子ども病院が、研究者と高度専門施設レベルの専門医とを結びつけることも可能である。(病院での実例 32)

発展的プログラムでは、時間も空間もより多く割り当てられ、コミュニティの提携関係も高度化する。子ども病院の多くが、子どもとの通常の対面接触や捜査当局によって、虐待やネグレクトを受けた子どもの医学的要求への理解が深まっていると感じており、調査時には、医学的に適切な情報収集の円滑化を図っている。さらに、検察官や刑事など多領域のコミュニティチームのメンバーは、医学的専門知識から得るものがある場合に、最も協力の意欲を高めている。

発展的プログラムは:

- ・子ども福祉機関とともに、病院との対応を担当する、専門の“プライマリー”ソーシャル・ワーカーを任命する。このプライマリーソーシャル・ワーカーは、先進的な訓練を受けている必要がある。対応を円滑にするために、プライマリーソーシャル・ワーカーにはデスク・スペースを提供する。この提携関係は、症例数と予算に左右される場合があることを認識しておく。
- ・警察当局とともに、病院との対応を担当する、専門の“プライマリー対応”刑事を任命する。このプライマリー対応刑事は、先進的な訓練を受けている必要がある。対応を円滑にするために、プライマリー対応刑事にはデスク・スペースを提供する。この提携関係は、症例数と予算に左右される場合があることを認識しておく。
- ・必要に応じて、コミュニティまたは地区内の全病院が月に一度会合を行う。この関係を通じて、病院のいずれかの救急部門で子ども虐待の被害者に対応する医師は、子ども病院での相談や照会の機会を把握することができる。
- ・子ども虐待またはネグレクトが疑われる場合に、遠隔地から子ども病院に子どもを連れてきてくれる救急医療サービス部門に連絡を取るか、または関係性を確立する。こうした子どもたちの受け入れ窓口は、直接子ども病院になることもあれば、総合・地域病院からの紹介を通じての場合もある。(病院での実例 33)
- ・子どもの性虐待において主要な役割を果たす司法面接担当と協調する。司法面接担当者は病院内のチームの一員の場合も、外来での評価員として契約を結ぶ場合もある。
- ・多領域のコミュニティ・チームの健全性、生産性の一定の責任を担う

専門拠点施設はコミュニティでの提携関係において、より広範なリーダー的役割を担う。総合的な他領域チームの強力な一員であることに加え、このような施設はチームの長、または議長として行動する心構えを持つ。こうした施設は、広範囲の教育能力を利用して、捜査当局および社会福祉サービスなどの提携期間に対し、より幅広い訓練や相談を提供する。このレベルでは、子ども病院の子ども保護チームは、地域のみならずその地方全体の提携先となることも多い。

高度専門施設は:

- ・地域の医療供給源として、遠隔地のコミュニティの様々な研究要素の円滑化、調整を図る。子ども病院、または多領域チームの一員として症例の対応に協力しない刑事がいた場合は、子ども保護チームは“仲介役”としてその警察官と“常連”の中央の刑事との関係性構築を行う。
- ・子ども権利擁護センター内などの多領域チームと共同業務を行う場合は、契約を作成して署名する(補足資料 D、55ページ参照)
- ・捜査当局の捜査官が、症例をいかに扱えばよいか、医療チームとどのように提携するのが最

◀27▶

- ・適かについて、子ども保護チームからアドバイスを得る機会を設ける
- ・コミュニティの他の医師や保健衛生ケアの提供者に、子どもマルトリートメントが疑われる症例の管理について支援を提供する
- ・子どもの保護に関するコミュニティでの提携、法改正およびシステム改善を支持する
- ・子ども虐待の同定、治療、訴追に関わる、多領域の機関全体の定例会議を開催し、リーダーシップを執る。これらには、少年裁判所、捜査官、子ども権利擁護センターや社会福祉局、地方検事、性的暴力センター、裁判官および地域の病院など、子ども虐待評価および治療に関わる機関が含まれる。(病院での実例 34)
- ・コミュニティ内の有力者に、多領域会議およびその他の機会を通じて接触し、子ども病院の役割を定義づけ、前向きな公的イメージづくりを推進する

31 1999年夏、アイオワ州デモインのBlank Children's Hospital は、子ども権利擁護センターをモデルに、子ども保護センターを設立することを決定した。病院は、多領域の企画会議に、捜査当局、郡検事、政府厚生局、医療および心理学のプロフェッショナル、そしてデモイン周辺4郡の被害者支援団体を招集し、その課程の最初からコミュニティの提携機関を参加させた。コミュニティの提携機関の殆どは、施設の必要性について同意したが、捜査当局の数は、彼らの業務との重複や、捜査の監督機能を奪われることを懸念していた。Blank Children's は、それぞれの案件について、捜査当局と子ども保護サービスが分析過程の重要な役割を果たすような環境を作ることで、この懸念に対応した。多領域にわたる課程は、それぞれのプロフェッショナル（および家族）が、迅速な情報提供、質問、情報や方式における齟齬の解決、子どもを重視した行動計画の機会を得るためのものである。詳細は Chaney Yeast yeastc2@ihs.org まで; または <http://www.blankchildrens.org> のサイトを参照; <http://www.childrenshospitals.net> のサイトより “子ども虐待とネグレクトに立ち向かう: 子ども虐待チームの肖像” をダウンロードできる。

32 基本および発展チームは、しばしばセント・ポールのChildren's Hospitals and Clinics of MinnesotaにあるMidwest Children's Resource Centerの高度専門施設レベルの追加的専門知識を必要とする。例えば、コミュニティ内の150km離れた場所で重症の損傷を負った子どもがいた場合、地方の研究者は虐待を疑い、すぐさま施設に連絡する。研究者は、高度専門施設で検証するX線写真や医学報告書を徹夜で作成する。虐待の加害者と疑われる人物を、地方の研究者が面接する際は、病院の子ども虐待専門医Rich Kaplan, M. D.に頻繁に連絡し、呈示された被疑者による損傷の受傷メカニズムが、合理的か否かについて意見を尋ねる。“我々はチーム・メンバーに情報を示し、子どもを安全に保護しながら、どのように子どもを傷つけたのか、この加害者から聞きだすことができました”とKaplanは言う。別のケースでは遠隔のコミュニティのチームが、施設の専門医にビデオ会議で相談をしたこともあった。子ども保護チームの地方警察、検察官および医療メンバーが施設の専門医とともにエビデンスを検証し、診断に彼らの意見を反映した。詳細は Rich Kaplan, M. D. rich.kaplan@childrensmn.org まで; または<http://www.childrensmn.org> のサイトを参照; <http://www.childrenshospitals.net> より “子ども虐待とネグレクトに立ち向かう: 教育と訓練の未来” をダウンロードできる

33 子どもマルトリートメント啓発CD-ROMは、子どもマルトリートメントに関わる病院受診以前の医師の認識を高め、報告や照会を増やす教育的な研修教材である。シカゴのChildren's Memorial Hospitalの救急医学および救急医療サービスを含む多領域にわたる専門医チームでは、子ども虐待およびネグレクトによる損傷と死亡率を減らすプログラム策定で協力を行った。詳細は Children's Memorial Hospital の子ども権利擁護事務局まで。問合せ先は、773/388-6770; または <http://www.childrensmemorial.org> のサイトを参照

34 子ども権利擁護センター（CAC）は、子ども虐待およびネグレクトへのコミュニティ全体としての対応の中で独自の役割を果たしている。施設では、医学、捜査当局、社会福祉、裁判所、精神衛生およびソーシャル・ワークなどの分野のプロフェッショナルによる多領域グループを組織し、一つの組織として被虐待児の要求に応えている。チームのメンバーは共同で司法面接を行ったり、協調して調査方法、治療、管理および子ども虐待事例の訴訟などを決定している。この包括的なアプローチによって、特定の事例のどの側面も（宿泊場所の必要性、心理学カウンセリング、または家庭内暴力への介入）全体の症例管理の“割れ目”に落ちない様に保証することができる。CAC モデルは、被虐待児が複数の面接を受けてさらにトラウマを生じることを避けるうえでも有効である。それぞれのCACは、各コミュニティの要求に合わせて作られるもので、1つとして同じものはない。しかし、子ども虐待は中核となる哲学は多角的なコミュニティの問題であり、どの機関、個人または領域も、単独では全ての子どもおよびその家族に対応するだけの知識、能力、資源を持ち得ない。事例によって、CACに子ども病院および、その子どもマルトリートメントチームを組み込む場合も、指示を仰ぐ場合もある。他のコミュニティでは、医療サービスの提供のために、1つまたは複数のCACと提携する子ども病院もあるが、統率することはない。詳細は、<http://www.nca-online.org> のサイトを参照。

第8章:教育

子ども病院は、子どもマルトリートメントという複雑な分野で働く医学プロフェッショナルが必要としている専門訓練を提供するにあたり、その基準を設定しようとしている。2006年秋に、評議会の承認を経て、子ども虐待が正式な小児のサブスペシャリティとして承認される見通しが立ったことで、資金調達およびこれらの教育的取り組みへの支援も高まることが期待される。

子ども虐待およびネグレクトに関する教育と訓練の機会は、子ども病院が複数の形態で提供しており、基本的な講義形式のものから、実地体験まで幅広い。教育と訓練の対象者もさまざまであり、医学生、レジデント、他の保健プロフェッショナルの学生、開業医、専門看護師、保健衛生プロフェッショナル、および、多領域コミュニティチームのメンバーで、子どもマルトリートメントの医学的側面を学ぶことが有益な保健衛生プロフェッショナル以外の者などである。

講習の中には子どもマルトリートメントを専門分野にする意思のない“学生”向けの基礎的なものもあるが、子ども虐待に関する基本的な知識を持っていれば、虐待の重篤な症例に気づき、いつどのように子ども保護チームに相談するのが有効かを知ってもらうことになる。こうした受講者には、一般的看護にあたる看護師や、救急医、整形外科医、呼吸療法士が含まれる。

その他の講習には、将来の子ども虐待およびマルトリートメントの専門医を育成する意図の、より包括的なものも、この分野で現在診療を行っている医師により先進的な知識を提供するものもある。

基本的プログラムでは、基礎的教育および訓練の内容には、子ども保護チームが有効に他の病院内のプロフェッショナルに相談できるようにするための病院スタッフの研修も含まれる。医学生およびレジデントへの教育も行うが、このレベルでは実習よりも“講義”が多くなる可能性がある。

基本的プログラムでは:

- ・ 子ども保護チームは、医療スタッフならびに他の病院スタッフに対し、子ども虐待の認識およびの照会プロトコールの核となる訓練を行ない、病院が医学生またはレジデントのローテ

ーションを行っている場合は、医学生・レジデントも対象とする。チームがこうした受講者を対象としたカリキュラムを作成する時間を確保できれば理想的である(病院での実例 35)

- ・子ども保護チームのメンバーは、子ども虐待の診断と分析が入手可能な最良のエビデンスと、最良の診療と専門医の意見を元に行なわれるよう、医学生涯教育にも参加する。こうした活動を、病院は支援する。

発展的プログラムでは子ども病院チームは、子どもマルトリートメントの教育的取り組みを、より広範なコミュニティに行き渡らせるリーダーか、さもなければコーディネーターになる。医学生およびレジデントは、子ども保護チームとの選択的ローテーションなど、実習の機会が増える。

発展プログラムでは:

- ・レジデント、学生、その他の研修生に広範囲かつ多様な病院での教育が行なわれる。小児科のレジデントは、特に子どもマルトリートメント症例の訓練機会が多い (病院での実例 36および 37)
- ・子ども保護チームはコミュニティ内の小児科医、子ども保護サービス、捜査当局、およびその他の非医学分野のコミュニティの有力者にコミュニティベースの訓練を行う。(病院での実例 38)
- ・子ども保護チームは同業の保健治療プロフェッショナルやコミュニティの有力者グループに研修を行う。

専門拠点施設での教育プログラムでは、学生とレジデントが子ども保護チームの提供する研究に参加できることが、大きな違いである。

拠点施設の子ども保護チームは:

- ・レジデント、学生およびフェローに(必要に応じて) 研究参加機会と、研究資金調達のを提供する
- ・レジデント、健康プロフェッショナル、学生および同業のプロフェッショナルに、子どもマルトリートメントに関する多領域の題材で研修を実施する。例えば、拠点施設での研究にはより深い講習や、先進的な神経画像研究の読影体験などが含まれる。(病院での実例 39 および40)
- ・様々な活動や構造を通じたフェローシップ・プログラムの支援を行う場合もある
- ・地域だけでなく全米規模の訓練と、ビデオ会議によるピア・レビューの機会を提供する(病院での実例 41)

35 セント・ポールのChildren' s Hospitals and Clinics of Minnesota にあるThe Midwest Children' s Resource Centerは、施設とその業務の一日オリエンテーションを、小児科レジデントの一次医療体験の一環として取り入れている。医学生およびレジデントは全員病院の2つのキャンパスのどちらかをローテートし、スタッフドクターまたはフェローから、子ども虐待問題に関するレクチャーを6週間ごとに受ける。病院は、フェローシップや4週間の小児科レジデント・プログラムを含む広範な教育プログラミングを持つ拠点施設の一例だが、その基本的な教育内容は、基本的な子ども保護チームでも提供可能なものである。詳細は Mark Hudson, M.D. mark.hudson@childrensmn.org まで。 ;または <http://www.childrensmn.org>のサイトを参照。

36 バーモント州ノーフォークのChildren' s Hospital of The Kings Daughters, Incには、子ども虐待に関する全米レジデント・カリキュラム・ガイドラインを作成した小児科医が監

◀30▶

修した、子ども虐待小児科学レジデントの研修プログラムがある。2年次のレジデントはそれぞれ子ども虐待プログラムに沿ってローテートし、子ども虐待の医学的、身体的側面の教授を受ける。Eastern Virginia Medical School およびその他の認定を受けたプログラムを修了したレジデントおよび医学生は、1か月の選択研修を受講できる。小児救急医学のフェローもこのサービスの1か月の選択研修を受講できる。レジデント、フェロー、および医学生は、教訓に満ちた講義を受講し、病棟や外来診察室で相談業務に参加し、サービスを改善するための事前および事後調査を記入することが求められる。詳細は *Suzanne Starling, M.D.* suzanne.starling@chkd.org まで。 ; または <http://www.chkd.org> を参照

37 オレゴン州Oregon Health Sciences University のDoernbecher Children's Hospital は、子どもマルトリートメントのいろいろな側面に特化した1か月のレジデント教育シリーズを主催している。講習のスケジュールは年毎に公開され、すべてのセッションはコミュニティベースの提携先に開かれている。詳細は *Joseph Zenel, M.D.* 問合せ先は、503/418-5170 まで; または <http://www.ohsuhealth.com/dch/> のサイトを参照

38 “経験から、様々な領域と一緒に仕事をするのでお互いに切磋琢磨されていくと思います”と、University of Oklahoma in Tulsa (Children's Hospital at St. Francis) の小児科教授で小児部長、そして米国小児科学会の子どもの虐待およびネグレクト委員会委員長であるRobert Block, M.D. は言う。“私が、警察が子どもマルトリートメント報告の調査で何をするかを知ることは、彼らが、我々が何をするかを知ることと同じく重要です。我々は、多領域の人々が、我々がどのように診断に至るのかを理解する支援をしたいのです”。Block は、異なる領域のチーム・パートナーへの教育的プレゼンテーションには、例えば、偶発的に熱湯の入った鍋を引っ張って熱湯を浴びてしまった子どものやけどの画像と、意図的に熱湯の鍋の中に入れられた子どもの負った熱傷の画像を比較し、両者の違いについて専門医の見解を説明するようなものが含まれる。詳細は *Robert Block, M.D.* robert-block@ouhsc.edu まで; または <http://www.saintfrancis.com> のサイトを参照

39 Pennsylvania Departments of Public Welfare and Healthおよび米国小児科学会のペンシルバニア支部に所属するペンシルバニアの医師たちは、一次医療の医師たちとそのスタッフを対象に、虐待を疑われる症例の認識と報告に関する医学生涯教育コースを設定している。このプログラムは、EPIC SCAN (コミュニティの医師に対する子ども虐待およびネグレクト疑いに関する教育)として知られ、地元の医師と、郡の子ども保護局のソーシャル・ワーカーに、2人一組で州内の一次医療教育に当たらせる。現在までに6,000人以上のプロフェッショナルが教育を受け、プログラムは看護学生、コメディカル、および救急救命士向けに拡大している。この業務は、The Children's Hospital of PhiladelphiaのThe Center for Child Protectionのコーディネーター、Cindy Christian, M.D. が先導しており、病院の支援も実現に貢献している。詳細は *Cindy Christian, M.D.* cchristian@email.chop.edu まで; または <http://www.chop.edu> のサイトを参照

40 Children's Healthcare of Atlantaの子どもの保護センターは、研修プログラムを医療および地域の専門職を対象に拡大している。同施設では、2年ごとにコミュニティベースのプロフェッショナルへの研修を実施している。ある研修は、頻繁に子どもと接するが、子ども虐待の専門ではない医師、ナース・プラクティショナー、および医師助手が対象である。プラクティショナーらは、身体的および性的虐待、頭部外傷、転落、骨折、熱傷から生じた損傷の同定と、裁判での証言について学ぶ。2つ目の訓練は、地方の捜査当局、子どもの保護サービスおよび、その他の子どもの保護の調査および訴訟に関わる機関を対象に行われる。センターでは、研修プログラムを医師、ナース・プラクティショナー、看護技師およびソーシャル・ワーカーを

◀31▶

対象とした、さらに内容の深い、領域ごとに特化した生涯教育モジュールに拡大することを計画している。各モジュールは、それぞれのプロフェッショナルが、子ども虐待疑い例の医学的評価に果たす役割に必要な不可欠なスキルに特化したものとなる。例えば診察助手の場合は、どのように一連のエビデンスを扱い、どのようにrape kitのエビデンスを収集するかを学ぶ。さらに、センターでは2日間の子ども・青少年の性的虐待に関する医学的評価集中研修コースも立ち上げた。これは、医療プロフェッショナルに、子どもの性的虐待と疑われる症例の小児法医学評価を行うスキルと知識を提供するものである。詳細は *Laura Eubanks* laura.eubanks@choa.org まで; または <http://www.choa.org> のサイトを参照; <http://www.childrenshospitals.net> より、 “子ども虐待とネグレクトに立ち向かう: 教育と訓練の未来” がダウンロードできる

4-1 セント・ポールのChildren's Hospitals and Clinics of Minnesota のThe Midwest Children's Resource Centerでは、訓練に遠隔医療を広範囲に利用し、これが優れたピア・レビュー手段だということを発見した。センターの訓練および会議の参加者は誰でも、National Children's Allianceの地域内4つの子ども権利擁護センターが資金援助を行っている、NCA (Network Computing Architects, Inc.) ネットのビデオ会議システムを利用したテレカンファレンスで、後日センターの専門医にアクセスすることができる。詳細は *Carolyn Levitt, M.D.* carolyn.levitt@childrensmn.org まで; または <http://www.childrensmn.org> のサイトを参照。

第9章: 研究

何年もの間社会学的問題と見なされてきた子ども虐待は、子ども病院や小児科医の努力によって、ついに医学的問題として理解されるようになった。この分野の医師やその他の医学的プロフェッショナルは、子どもマルトリートメントの調査、治療、および防止の将来に向けて、子ども病院に、方向付けを期待している。それには、子ども病院が、医学的な見地から、厳格かつ疫学的に強力な研究に強く関わる必要があり、先進的な診断ツール、傾向、介入成功実績その他を、子ども虐待およびネグレクト周辺の様々な要素に取り入れる必要がある。ここに、子ども病院の2つの役割がある。自施設における先進的な研究と、将来の医師および小児科医、小児サブスペシャリストに、キャリアを積む課程で研究に必要なスキルを教授することである。

大方の期待通り、子ども虐待が小児のサブスペシャリティとして正式に承認されれば、研究は、子ども病院の子どもマルトリートメントプログラムの、より重要な要素になるであろう。

基本的プログラムでは優先事項が、照会、診断、治療および子どもマルトリートメント疑い例の評価に集中しているため、独自に研究課題を策定することは困難な場合がある。人員や資金による限界によって、重要な研究に関与することを断念する場合もあり得る。しかし、基本的プログラムでも、将来の研究プログラムの基礎となるような比較的簡単な案件を扱うことは可能で、チームで自らの介入の進展を評価し、他施設のより規模の大きい子ども保護チームの研究を円滑化することも可能である。

基本プログラムでは:

- ・ チームのリーダー医師、ソーシャル・ワーカー、看護師、およびその他の医療プロフェッショナルは、この分野の古典的な文献や、新知見を含む、子ども虐待およびその防止に関する研究や文献の基本的な知識を持っている(補足資料 A、42ページ参照)。
- ・ チームには照会する症例についてのデータ収集を行う能力を有する。これは、州の子ども虐待報告法の要件であり、病院全体の指針にも含まれているべきであるが、データ収集システ

◀32▶

- ムのデザインは研究の目的のために最大化して良い(病院での実例 42)
- ・チームではデータの共有によって他施設が主催する多施設研究に参加する

発展的プログラムでは、より大規模な施設の研究に参加し、データを提供することに加え、独自の小規模な調査研究を開始する。

発展的プログラムでは:

- ・リーダー医師またはその他の適切な医療スタッフが、チームの文献担当者に、子どもマルトリートメントの新たな知見を定期的に更新させる。
- ・チームは、単一施設研究、症例研究、パイロット研究を独自に開始する。子ども保護プログラムの将来の研究能力増強を目的に、研究のインフラ確立を行うことも考えられる。(病院での実例 43)
- ・チームは研究の取り組みに充当する資金の調達を模索する。

専門拠点施設は、一つには多領域にわたる研究という要素で、そして子ども虐待およびネグレクトにおける先進的な研究のリーダー役である点で、他より優れている。

専門拠点施設では:

- ・多施設研究を含む大規模研究の取り組みを開始し、研究に他の施設を参加させる
- ・医学生、レジデント、およびフェロー(それぞれの教育レベルに合わせた度合いで)を研究に参加させる。フェローは自分自身のプロジェクトを策定し、遂行することが進められる。
- ・進化する子どもマルトリートメント研究の、地方および地域の情報源となる

4.2 簡単な医療記録の質問でも、後方視的研究などのプロジェクトに資するに足るデータとなる場合がよくある。例えば、Cincinnati Children's Hospital Medical Center のMayerson Center for Safe and Healthy Children で研究のコーディネートを行っているKathi Makoroff, M.D.は、こう指摘する。「我々は、特定の状態や損傷の発生を観察する多施設研究を開始し、貢献もしています。この状態の中には稀なものがあるため、多くの施設に参加してもらうことが重要なのです」。たとえ小さなプログラムでも、データを提供することで研究者が十分な症例数を集められるようになる。このような要請があるのは通常後方視的研究であるため、小規模のプログラムにも過度に負担になることがない。詳細は Kathi Makoroff, M.D. kathi.makoroff.cchmc.org まで;または <http://www.cincinnatichildrens.org> のサイトを参照

4.3 サンディエゴのChildren's Hospital and Health CenterのDavid Chadwick, M.D.によって最初に始められた研究は、子どもの虐待性損傷における、症例ごとの致死率の相違を調査するための、病院の広範囲な外傷データベースに集められた、低所からの転落を検証したものである。この研究の関心は、精神的外傷の治療プログラムや、同病院のChild and Adolescent Services Research Centerとも協力した、スペイン語を話す家庭での親子関係セラピーの利用法の理解にも範囲を拡大した。詳細は Cynthia Kuelb, M.D. ckuelbs@chsd.org まで; または <http://www.chsd.org> のサイトを参照

セクション 3:
子ども病院内子ども保護
チームの運営インフラ
について

子ども病院の子ども虐待への対応、規模や設備の高度化の度合いに関わらず、運営上のインフラを整備することは、病院のプログラムの維持に有用である。このような投資は、活気のあるプログラムや、子どもマルトリートメントへのコミュニティ対応において、適切な役割を維持する上でも必要なものである。

第10章: 資金調達と償還

マルトリートメントを受けてきた子どもは、包括的な医療対応を必要としているし、受けなければならない—しかし、この治療において、子ども病院は十分な償還を受けていない。被虐待児の包括的治療は、応急的医療ケアの範囲を超えている。子ども病院は医学的検査、法医学的面接、心理学的分析、精神保健サービスおよび裁判での証言も行っている。これらのサービスも、最小限の償還しか受けていないのである。

伝統的な医療ケアの財源からの償還額が小さいために、子ども病院は子ども虐待の治療と防止プログラムに厚い資金補助を行っている。NACHRIが集積した2002年の子ども虐待プログラム調査のデータでは、収入総額と支出総額について回答したプログラムの92パーセントが、所属する子ども病院から補助を受けていると答えた(NACHRI, 2002)。全体を見ても、子ども虐待サービスの最終収支が黒字になった病院は皆無であった。

病院の補助金は、子ども病院が資金調達への積極的、創造的かつ多面的なアプローチを取れば最小限に抑えることができる。(病院での実例 44) アプローチ方法は州議会および州検事総長の姿勢、地方基金およびその他の慈善資金団体、その他の入手可能な財源の規模や範囲によって大きく異なる。どこにも“一つで全てをかねそなえる”ものはない。子ども病院の中には、現在の資金を1つまたは2つの大規模な外部資金源に単独または病院補助金との組み合わせで頼ることでプログラムへの資金を確保した施設もあれば、10か所を超える資金源からの支援をパッチワークのようにつぎはぎして賄っている施設もある。

殆どの子ども病院の子どもマルトリートメント・プログラムが何らかの種類の病院補助金を受け取っているが、子ども病院の子ども虐待防止および治療プログラムの収入の大半(52パーセント)は、公的財源からのものである。この収入を確保するために、子ども病院の中には、子ども虐待の防止と治療、および子ども虐待の加害者の訴訟にあたる公的機関と新規の提携を構築するところもある(NACHRI, 2002)。

州の資金の中には、明白な方法から来るものもある。例えば、虐待を受けていたと疑われる子どもの医学的検査へのMedicaidの償還金である。多くの州では、子どもが里親制度に入ったり離れたりする際にも医学的検査を受診する必要があり、この際に子ども病院の子ども保護プログラムが償還を受けることがある。残念ながら、この収入の流れは慢性的な資金不足に苦しんでおり、償還率は実費よりもかなり低くなっている。

一般的に、子供病院が子ども虐待への介入の一環として行っている、他のサービスへの公的資金からの償還は、さらに確保が難しい—これらは、例えば法医学的面接や心理社会的分析など、州が依存しているサービスであるにも拘らず、困難なのである。2002年のNACHRIによる、子ども病院の提供または付属の子ども虐待プログラム調査では、回答者の約67パーセントがMedicaidからの心理社会的分析サービスに対する償還金を、全く受けていないとしている。償還金を受けた病院でも、償還率の平均は僅か50%であった(NACHRI, 2002)。

業務の提供と維持のために、**基本的プログラム**は:

- ・ 子どもマルトリートメント用の正確な記号化体系を確立し、虐待されたと疑われる子どもの

治療に果たされた医療機能に対する、第三者支払人からの最善の償還を確保する

- ・子どもマルトリートメント・プログラム専用のコスト・センターを指定し、支出の追跡ができるようにする
- ・一般的な保険外償還資金のうち、犯罪被害者法に基づくプログラム基金など、医学検査、心理社会的分析および様々な精神保健サービスの費用を相殺する、基本的な子ども保護医療サービスに利用できるものを検証する（これらの基金は必ずしも全てのケースに適応するわけではなく、例えば家族内の虐待は適応外である）
- ・単独の機関より、提携グループのほうがより受給しやすい助成金や、その他の資金を調達するため、他機関および病院と連携する(病院での実例 45)

発展的プログラムでは、単純な償還金および病院からの補助金に加え、追加的な収入源を開発する。この中には、以下のようなものが含まれる。

- ・捜査当局、児童相談所、連邦検事および紹介機関との契約関係。州全体または地域ベースで機能する先進プログラムは、病院の管轄ごとに捜査当局や紹介機関と十件以上の契約を結んでいることが珍しくない(病院での実例 46)
- ・子ども虐待およびネグレクトの様々な側面に焦点を当てた、地方、州および連邦機関からの様々な規模の助成金
- ・プログラムの拡大や多様化に伴い、プログラムの特定の側面を対象とした基金。例えば、家庭内暴力プログラムは、発展途上の多くの子ども病院の子ども保護プログラムで取り入れる例が増えているが、家庭内暴力は子ども虐待との結びつきが強く、症例の30%以上に関与している(NACHRI, 2004)。このような特殊なサービスは、州または基金による資金提供を模索することが多い。(病院での実例 47)

専門拠点施設は多様な資金および償還基盤を誇る。前述した全ての資金源に加え、このプログラムでは下記のような支援も得ている。

- ・特定の研究プロジェクトおよびプログラムの医療スタッフの数人分の労働を賄える、複数の研究助成金
- ・州の刑事訴訟用基金、または、最も進歩的な例では、安定的な割り当て金が支払われる場合もある(病院での実例 48)

4.4 病院補助金は、プログラムの最終黒字のために特定の資金を供給してくれるような、単純で予想可能な道を辿るとは限らない。The Children's Hospital of Philadelphiaの場合、支援は子ども虐待防止プログラムへの椅子の寄贈という形をとった。Children's Hospital of Safe Place: The Center for Child Protection and Health共同ディレクター、Cindy Christian, M.D.は、2000年以来ずっと、Children's Hospital of Philadelphia子ども虐待とネグレクトのための椅子寄贈活動を展開してきた。“病院は、医療費だけでは仕事が維持できない。子どもたちの健康と安全のために貴重なスタッフドクターに、大切な椅子を寄贈するため、協調努力してきました”とChristianは言う。年間約75,000ドルの支援金は、スタッフドクターの給与およびプログラムの開発費に充てられる。支援金は病院の基金から直接支払われるが、Christianは、寄贈者によって贈られる椅子は子ども虐待プログラムへの有望な資金源だと信じている。詳細は *Cindy Christian, M.D christian@email.chop.edu* まで;または <http://www.chop.edu>のサイトを参照

4.5 2003年12月、South Carolina Children's Hospital Collaborative は、The Duke Endowmentから110万ドルの助成金を受けた。この連携組織は、サウス・カロライナ州の4つの病院—チャールストンのThe Children's Hospital Medical University of South Carolina、コロルビアのPalmetto Health Children's Hospital、グリーンヴィルのChildren's Hospital

◀36▶

- **Greenville Hospital System**およびフローレンスの**McLeod Children's Hospital**からなる非営利団体である。助成金による基金は、子ども虐待の分析と治療のための州全体の医療対応ネットワークである**South Carolina Children's Advocacy Medical Response System**の設立に利用された。経験豊富な司法小児科医、**Olga Rosa, M.D.**が、この取り組みの先導役としてフロリダから招聘された。Rosaと連携組織は、法医学的医療サービスへの償還金増額、子どもへの治療の質改善、子ども虐待に関する法的要求への対応、そして子ども虐待分析の訓練によって医療提供者の増員などについて協力しあっている。詳細は **Rosa Olga, M.D.** orosa@gw.mp.sc.edu もしくは **Maggie Michael** michaelm@musc.edu まで; または <http://www.scchildrenshospitals.org>のサイトを参照

46 デラウェア州ワシントンの**Alfred I. duPont Hospital for Children**は、同病院が後援する子ども権利擁護センターの支援のため、州のDepartment of Services for Children, Youth, and Familiesの一部条項を含む州内の支援先を結びつけた。“利用できる正義の資金があったということです”と、病院の患者および家族サービスのディレクター**Edward Woomer, L.C.S.W.**は言う。“我々は何年も、司法長官、児童相談所、警察など、検察側の提携機関とともに仕事をしてきました-ですから、彼らも全ての機関の連携あってこそ訴追が成功するということがわかっているのです”。センターは15年前、州の少年法による50,000ドルの助成基金を基に設立されたが、この支援は今日まで続いている。プログラムは、州の犯罪被害救済基金からも支援を得ている。“司法長官は、このシステムに関わった全ての子どもは精神健康面の評価を受けることが望ましいとしているが、これは保険では賄えない”と、Woomerは言う。“従って、犯罪被害救済基金からの資金の一部をサービスのスクリーニング、治療および法医学的面接に利用できるように制定しました”。州の支援金は、年間41,000ドルが、救急室に搬送された子ども虐待症例の救急措置を行うソーシャル・ワーカーの給与の補助金も含まれる。詳細は **Edward Woomer** ewoomer@nemours.org まで; または <http://www.nemours.org> のサイトを参照

47 ニューヨーク市の**Morgan Stanley Children's Hospital of NewYork-Presbyterian**にある**Children's Advocacy Center**では、家庭内暴力のスクリーニングの取り組みに対し、3年分の助成金150,000ドルに続き、初年度である2000年分として州の基金50,000ドルが支給された。デトロイトの**Children's Hospital of Michigan**の同様のスクリーニング・プログラムも、Blue Cross and Blue Shield Associationから支援を受けた。ミズーリ州カンザス・シティの**The Children's Mercy Hospital**は、米国保健資源サービスから3年間、400,000ドルの助成金を受け、“It's Time to Ask(質問の時間です)”と題したスクリーニングの取り組みを開始した。詳細は **Jocelyn Brown, M.D.**まで。問合せ先は、212/305-2393; または <http://www.childretnyp.org>のサイトを参照; <http://www.childrenshospitals.net> より、“子ども虐待とネグレクトに立ち向かう: 家庭内暴力と子ども虐待の関連性を理解する”をダウンロードできる

48 子ども病院の子ども虐待およびネグレクトサービスに対する、最も充実した州の償還システムのひとつが、ニュージャージーにある。そこでは、4つの病院傘下のプログラムが、ニュージャージー地域子ども虐待診断および治療センター (RTDC) を組織し、州全体のネットワークとして調査、医学的および精神健康的評価、および虐待が疑われる子どもの治療に多領域的なアプローチを行っている。各 RTDC は、ニュージャージーを地理的に分割し、担当している。子ども虐待が疑われ、医学的検査を必要とする州内の全ての子どもは、RTDCで評価を受けることができる。RTDCのネットワークは、州の割当金約200万ドル(施設ごとに平均500,000ドル)を受け、中核スタッフ、間接諸経費、および設備資金に充てている。各RTDCはこの割当金に、州のDepartment of Youth and Family Services (DYFS)からの出来高払い報酬契約金を

◀37▶

増補している。DYFSの契約金は、子ども虐待が疑われる症例の医学的評価（レントゲン検査、臨床検査費用は別途請求される）にかかる医師の報酬や、心理学的評価および治療サービス、専門医の証言などに充てられる。各RDTはDYFSと個別に契約金を結ぶ。そのため、年間契約料は、250,000ドルから500,000ドルまでと様々である。“これは一朝一夕にできることではありません”とNew Jersey Child Abuse Research Education & Service (CARES) Instituteのディレクターであり、4施設のうちの1つ、University of Medicine and Dentistry of New Jersey-School of Osteopathic Medicineの教授で、法的取り組みの立案者であるMartin A. Finkel, D.O.は言う。“RDTを設立するために、奮闘に奮闘を重ね、必要な法案を1998年に通すまでに10年かかりました。我々は、子ども保護サービスが州内で行う業務の一翼を自分たちが担うことを目標にアプローチを続けました。こう置き換えてみましょう。隔週水曜と金曜にだけ消火活動をしてくれる消防署では何にもならないように、子ども虐待もそんなサービスではどうしようもないでしょう？RDTは、24時間体制でこの重大な任務を担う車のようなものなのです”。詳細は *Martin A. Finkel, D.O. finkelma@umdnj.edu まで* または *http://som.umdnj.edu/ctr_excellence/NJCARESInstitute.htm のサイトを参照*

第11章: リスク・マネージメント

強力で有効な子ども保護チームは、子ども病院の、子ども虐待およびネグレクト症例の同定および報告の漏れを防止する働きをする。このようなミスは、スタッフがこの問題に関して経験もしくは訓練不足の場合に起こり、病院の法的問題に発展し、公的印象を大きく損ねることになりかねない。強力な子ども保護プログラムに注力することで、子ども病院はそのようなリスクを防止する能力を増強することができる。

これとコインの表裏をなすのが、子ども虐待症例の医学的側面の専門知識で、これも病院を複雑で不安定な法的状況の只中に置きかねないものである。こういった状況も病院のリスクを高める。病院および子ども保護チームは、この可能性に留意し、プログラムの指針および教育内容は、子ども保護活動に関わるスタッフ全員が、彼らの業務の全側面において従うべき、明確で一貫性のあるガイドラインを持てるようにすべきである。

基本的プログラム:

- ・州の子ども虐待必須報告プログラムに病院が参加する際には、その基準設定にリーダー医師の専門知識を活かす。リーダー医師に専門知識があれば、その問題に関する訓練が少ない他の医師は、後に子ども虐待調査に必要となる医学的決断を行う責任から逃れることができる。
- ・JCHAHO基準へのコンプライアンスを示す組織計画は、病院が虐待同定の基準を持ち、スタッフが虐待問題に関する教育を受けていることが要件となっている
- ・病院法的顧問には、業務および指針を理解させ、全般のおよび問題発生時の法的情報提供を求める

発展的プログラム:

- ・必要に応じて専門医の分析が行えるよう、十分な人数の医師を配置する。子ども虐待の専門医が24時間週7日間体制で対応できるようにしておくことで、子ども虐待疑い症例の誤診を防止する。
- ・スタッフの虐待や不適切な言動が告訴された場合に対応する個別計画を策定する(病院での実例 49 および50)

専門拠点施設:

- ・病院医師および子ども保護チームに所属していないが、子ども虐待に遭遇する可能性のあるその他のコミュニティ・プロフェッショナルに対し、子ども虐待が疑われる症例の同定および

報告方法について訓練を行う。

- ・ 教育的セミナー、会議および症例発表を定期的に行い、病院が、子どもマルトリートメントが疑われる症例の取り扱いにおいて、リスクや論争に直面する例や、その状況を適切な方法でぐり抜ける方法を仮説や実例で検証する。

49 2005年、ある子ども病院のある患者が、スタッフの付き添いがいない間に、同胞が病室に忍び込んでおそらく床に落とされたことから致命的な損傷を負った(病院は匿名希望)。この事案以来、病院は、既存の安全指針を大幅に変更し補足した。同胞はそれ以来患者の部屋で就寝できないことになり(6か月未満の母乳栄養のみの児を除く)、14歳未満の子どもは常時成人の監督下に置かれることになった。監督者のいない子どもは、親または保護者の元に帰されることとなった。もし二度目に監督者がいない状況で発見された場合は、親または保護者に子どもを、病院から連れ帰るよう要求する。さらに、3つの入院患者ユニット全て、PICUおよびNICUは、それぞれが閉鎖的なユニットとして、入館はカード・リーダーで拒否する。来訪者はビデオ・インターカム・システムで確認のうえ、ユニットへの入館か退去かを判断し、来客バッジなしには入館を許可されない。

50 ある子ども病院は、スタッフが虐待の加害者疑いで告発されて初めて、スタッフが虐待で告訴された場合に対処する指針を策定する必要性に迫られた(病院は匿名希望)。告訴されたスタッフは、病院の内部調査で虐待の信頼に足る証拠がないことが明らかになるまで有給休暇を与えられた。証拠がないことが判明した時点で、スタッフは復帰を認められたが、この苦情を出した患者とは関わらない病院のエリアで雇用され、法制度によって嫌疑が完全に晴れるまで患者看護の業務からは外された。さらに、苦情が取り下げられるまで、該当の患者と病院スタッフの接触には証人が同席することとした。家族には、自主的な24時間の病室ビデオ録画への同意が求められた。家族は同意し、ナース・ステーションでは常時モニターを作動させた。さらに、全ビデオテープのコピーは、新たな告発があった場合に備えて、病院のリスク・マネジメント部署に送られた。この手続きは、今では病院の正式な指針になっている。

結論

子どもに質の高い医療ケアと精神的治癒を提供し、加害者の成人に適切な裁きを与えるための、継ぎ目のない、タイムリーで効果的な子どもマルトリートメントへの対応を、協力して紡いでいくことは、全てのコミュニティにとっての課題である。子ども虐待分野に質の高い医師を勧誘し、引き止めておく事も容易い仕事ではない。乏しい償還と外部資金調達の高難しさも、病院ベースの子ども保護サービスを運営する意思をくじくものである。しかし、全ての子ども病院の使命は、わが国の最も弱い者である子どもたちにこそ届くものでなければならない。

本ガイドラインは、持続可能な子ども虐待プログラムを策定する上で、実際の最も重要で、達成可能なガイドラインである。NACHRIは、この文書が、子ども病院のリーダーたちにとって、マルトリートメントを受けた子どもたちが彼らの施設およびコミュニティでどのように扱われているかを包括的に分析するきっかけとなってくれることを望む。基本的な子ども虐待プログラムを策定しようとしている病院か、その既存のプログラムを拡充しようとしている病院に関わらず、このガイドラインは枠組みを示すものである。

子ども病院は、長年マルトリートメントへの介入、防止と教育のリーダー役を務めてきたが、この困難な仕事は未だ終わりそうもない。医学界も、より積極的に子ども虐待に求められる特別な研究と教育を支援しており、子ども病院は、わが国の最も複雑で混乱した医学的問題に、より良い医療からの対応を図っていくまたとない機会を得ている。

本ガイドラインは、すべての小児科医リーダーと、協力組織に、マルトリートメントを受けた子どもに可能な限り最高のケアを施すための対話を始めるきっかけを与えるべきものである。協力し合えば、子ども病院のコミュニティは、変化を起こせるはずである。

NACHRIに、あなたがどのように本ガイドラインを利用したかをお聞かせください。あなたの所属機関は、このガイドラインを新たな指針作りに利用しましたか？それとも新たなスタッフの確保を支持するため、または役員の啓発のために使われましたか？ NACHRIに教えてください。NACHRI 権利擁護プログラム担当ディレクターSharon Ladinまでメールでお知らせください。E-mail:sladin@nachri.org.

参考文献

- Bross, D. Krugman, R.D., Lenherr, M., Rosenberg, D., Schmitt, B. (1988). *The New Child Protection Team Handbook*. New York: Garland Publishing.
- National Association of Children's Hospitals and Related Institutions (NACHRI). (2002). *Child Abuse Programs Survey Findings*. Available on <http://www.childrenshospitals.net> as of Nov. 14, 2005.
- National Association of Children's Hospitals and Related Institutions (NACHRI). (2004). *Confronting Child Abuse and Neglect: Understanding the Link between Child Abuse and Domestic Violence: An Essential Part of Family-Centered Care*. Available on <http://www.childrenshospitals.net> as of Nov. 14, 2005.
- National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS). (2005). *Child Maltreatment 2002*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office. (Compiled by: Children's Safety Network Economics & Data Analysis Resource Center at Pacific Institute for Research and Evaluation, Calverton, MD).
- Palusci, V.J. (2003). The role of the health care professional in response to victimization. In J.L. Mullings, J.W. Marquart & D.J. Hartley (Eds.), *The victimization of children: emerging issues* (pp. 133-171). Binghamton, NY: The Haworth Maltreatment & Trauma Press. (Co-published 2003 in the *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 8, 133-171).
- Rovi, S., Ping-Hsin, C., & Johnson, M. (2004). Economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *American Journal of Public Health*, 586-590.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), Administration on Children, Youth and Families. (2005). *Child Maltreatment 2003*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

補足資料

補足資料 A: 子ども虐待関連資料, 会議および研修

書籍およびマニュアル

- ・ The American Academy of Pediatrics. *The visual diagnosis of child physical abuse*. (2nd ed.). (1995). Thousand Oaks, CA: AAP.
- ・ Chandler, N. (2000). *Best Practices For Establishing A Children's Advocacy Center Program, Third Edition*. Washington, DC: National Children's Alliance.
- ・ Finkel, M.A., & Giardino, A.P. (Eds.). (2001). *Medical evaluation of child sexual abuse*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- ・ Girardin, B.W., Faugno, D.K., Spencer, M.J., & Giardino, A.P. (Eds.). (2003). *Sexual assault: Victimization across the life span: A color atlas*. St. Louis, MO: GW Medical Publishing, Inc.
- ・ Giardino, A.P., Datner, E.M., & Asher, J.B. (Eds.) (2003). *Sexual assault: Victimization across the life span. A clinical guide*. St. Louis, MO: GW Medical Publishing, Inc.
- ・ Lazoritz, S., & Palusci, V. (2002). *Shaken baby syndrome: A multidisciplinary approach*. Binghamton, NY: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.
- ・ Peterson, M.S., & Durfee, M. (2003). *Child abuse and neglect: Guidelines for identification, assessment, and case management*. Volcano, CA: Volcano Press.
- ・ Reece, R.M. (Ed.). (2005). *Child abuse: treatment of common ground for mental health, medical and legal practitioners*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- ・ Reece, R.M., & Ludwig S. (Eds.) (2001). *Child abuse: Medical diagnosis and management* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- ・ Reece, R.M., & Nicholson, C.E. (Eds.) (2003). *Inflicted childhood neurotrauma*. Elk Grove, IL: The American Academy of Pediatrics.
- ・ Wolf, M., Chandler, N., and Pape, J.(Eds.). (2004). *Putting Standards into Practice: A Guide to Implementing NCA Standards for Children's Advocacy Centers, Second Edition*. Washington, DC: National Children's Alliance.

雑誌

- ・ *Child Abuse and Neglect: The International Journal* (monthly); <http://www.ispcan.org> (as of November 2005) A global, multidisciplinary forum on all aspects of child abuse and neglect including sexual abuse, with special emphasis on prevention and treatment
- ・ *Child Maltreatment* (quarterly); <http://cmx.sagepub.com> (as of November 2005) Original research information and technical innovations on child abuse and neglect
- ・ *The Quarterly Update* (quarterly); <http://www.quarterlyupdate.org> (as of November 2005)
- ・ Reviews of recent peer-reviewed articles on the diagnosis, prevention and treatment of child abuse and neglect

米国小児科学会指針声明文

2005年11月現在、声明文は<http://www.aap.org>で閲覧可能

- ・ “Assessment of Maltreatment of Children with Disabilities” *Pediatrics*, Vol. 108, No. 2, August 2001 (Joint with Committee on Children with Disabilities)
- ・ “Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome from Child Abuse Fatalities” *Pediatrics*, Vol. 107, No. 2, February 2001
- ・ “Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome from Child Abuse Fatalities” Addendum *Pediatrics*, Vol. 108, No. 3, September 2001
- ・ “Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment in Abused Children” *Pediatrics*, Vol. 106, No. 5, November 2000 (Joint with Committee on Bioethics)
- ・ “Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review” *Pediatrics*, Vol. 103, No. 1, January 1999
- ・ “Investigation and Review of Unexpected Infant and Child Deaths” *Pediatrics*, Vol. 104, No. 5, November 1999 (Joint with Committee on Community Health Services)
- ・ “Medical Necessity for the Hospitalization of the Abused and Neglected Child” *Pediatrics*, Vol. 101, No. 4, April 1998 (Joint with Committee on Hospital Care)
- ・ “Oral and Dental Aspects of Child Maltreatment” *Pediatrics*, Vol. 104, No. 2, August 1999 (Joint with American Academy of Pediatric Dentistry)
- ・ “Public Disclosure of Private Information About Victims of Abuse” *Pediatrics*, Vol. 87, No. 2, February 1991
- ・ “The Psychological Maltreatment of Children: Technical Report” *Pediatrics*, Vol. 109, No. 4, e68, April 2002
- ・ “The Role of the Pediatrician in Recognizing and Intervening on Behalf of Abused Women” *Pediatrics*, Vol. 101, No. 6, June 1998
- ・ “Shaken Baby Syndrome Rotational Cranial Injuries: Technical Report” *Pediatrics*, Vol. 108, No. 1, July 2001
- ・ “When Inflicted Skin Injuries Constitutes Child Abuse” *Pediatrics*, Vol. 110, No. 3, September 2002

NACHRI 子ども虐待プロファイル・シリーズ 最前線の子ども病院

NACHRIの評議員会は、子ども虐待およびネグレクトの防止と治療を優先的分野としてきた。この分野の子ども病院の要求に応えるため、NACHRIは病院ベースの子ども虐待防止および治療プログラムの一連のプロファイルを開始した。<http://www.childrenshospitals.net> のサイトで“Child Advocacy(子どもの権利擁護)”を選択することでこの研究へアクセスできる。

- ・ **教育とトレーニングの展望** — 子ども病院が、医学生、レジデント、および医師対象の子どもマルトリートメント教育にどのようなモデルを示しているのかを知る
- ・ **子ども虐待チームの肖像** — このプロファイルは、コミュニティ独自の要求に応える子ども虐待プログラムを策定した4つの子ども病院を取り上げたものである。当初立ち上げ時、長期発展計画と持続可能性、資金源、連携作りと分担問題、直面する課題と経験から学んだ教訓などが記されている。
- ・ **子ども虐待と家庭内暴力の関係性を理解する** — 症例の30%以上で、家庭内暴力が子ども虐待と結びついていた。子どもが身体的に傷つけられていない場合でも、子どもは両親が思う以上にいろいろなものを見ている。子ども病院が、家庭内暴力対応サービスを、既存の子ども虐待治療および防止プログラムにいかにか統合させているかを学ぶ
- ・ **専門医による、シカゴの全児童を対象とした毎月のレビュー** — イリノイの病院協会での、多分野小児教育協会および評価協会の創設の経緯、プログラムの使命、資金調達、得た教訓などについて学ぶ。
- ・ **重要な目的のためのシンプルなモデル: 乳幼児揺さぶられ症候群を防ぐ** — ペンシルバニア、ミネソタ、ユタ、オハイオおよびアリゾナの子ども病院が、ニューヨーク北部地方揺さぶられ症候群教育プログラムを利用して、どのように揺さぶられ症候群の症例を防止し、減少させることができたかを学ぶ。各病院でのプログラム導入の様子や、主要課題と教訓を知る。
- ・ **多領域にわたる専門知識で子ども虐待を認知する** — 包括的な子ども虐待評価プログラムで最も成功したものの一つは、ポートランドの **Barbara Bush Children's Hospital at Maine Medical Center** 傘下の **Spurwink** 子ども虐待プログラムである。同プログラムの多領域チーム・フォーマットおよびその“one size doesn't fit all (万能の対策はない)” というスローガンについて学ぶ。資金調達、評価プロセス、医学的評価および評価データの情報も含む。
- ・ **立法による権利擁護は、地域限定子ども虐待サービスに財政支払能力を生む: ニュージャージー・アプローチ** — 立法化によって創設され、資金を得たニュージャージー地域子ども虐待診断および治療センター(RDC)のケースを学ぶ — 4病院の提携による州全体をカバーするプログラムが、子ども虐待が疑われる症例の調査、医学的評価、および治療に多領域的アプローチを提供し、成功した。ニュージャージーRDCネットワークは、政府から安定的な年間補助を得ている米国でも数少ないプログラムである。
- ・ **防止のプロファイル: 子どもと家族の生活に真に具体的な改善をもたらす** — フロリダ州オーランドの **Arnold Palmer Hospital for Children and Women** では、**Healthy Families Orange** ヘルシー・ファミリー・オレンジと題した、新生児のいる家庭向けの、コミュニティベースの家庭訪問プログラムがある。同プログラムは、オレンジ郡で最も子ども虐待発生率が高い4つの郵便番号区域で稼働し、子ども虐待またはネグレクトの発生に関わる人数を減少させた。同プログラムがいかにか安定した資金を得、複雑な健康ケアシステムを管理し、コミュニティに影響を与えたかを学ぶ。