

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

**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**

分担研究者 山田 不二子 特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク

研究 3. CPT (Child Protection Team) マニュアル素案

研究協力者 星野 崇啓 埼玉県立小児医療センター
土屋 まゆみ 釧路赤十字病院

研究要旨 平成 21 年度の当分担研究において、院内虐待防止委員会等 Child Protection Team (CPT)の設置状況に関する調査を、小児科専門研修施設(520 施設)と救急指定病院(689 施設)を対象として実施したところ、有効回答率は 42.1%(小児科専門研修施設 57.9%、救急指定病院 41.9%)で、CPT 設置率は 20.2%(小児科専門研修施設 34.3%、救急指定病院 5.6%)であった。2006 年度に実施された同様の調査では、CPT 設置率が 10.9%であったので、全く進んでいないとは言えないものの、ここ数年の子ども虐待に対する国民の関心の高まりと比べると、医療機関の体制整備は不十分と言わざるを得ない。

CPT の設置が進まない原因としてさまざまな要因が考えられるが、その一つとして、医療者にとって使いやすいマニュアルが存在しないことの影響が指摘されている。というのも、これまで作成されてきた CPT マニュアルの多くは行政機関の手によるものであり、行政機関として医療機関に望むことが列挙されているだけといった印象が強く、医療者が知りたいことに応えていなかった面があると考えられる。

そこで、当分担研究では、医師・看護師・医療ソーシャルワーカー(MSW)等が医療現場の当事者として使いやすいマニュアルであることに主眼を置いた CPT マニュアルの作成を試みたので、その素案をここに報告する。

A. 研究目的

これまで、医師・看護師・MSW 等医療機関で働く専門職にとってわかりやすく、医療現場の実情に即していて、実用性の高い院内虐待防止委員会運営マニュアル(CPT マニュアル)がほとんど存在しなかった。

その原因の一つとして、マニュアル制作者が行政機関であることが多く、医療者でないことが推察されたため、今年度、当分担研究において、医師・歯科医師・法医学者・児童相談所常勤医師・看護師らの意見を踏まえつつ、医療者にとって使い勝手のよい CPT マニュアルの作成を

試みることにした。

B. 研究方法

日本子ども虐待医学研究会という医療職だけで構成された子ども虐待研究団体の会員の協力を得て、意見・要望を収集し、研究協力者の一人、星野 崇啓医師がリーダーとなって、それらを集約することで、本「CPT マニュアル素案」をまとめあげた。

日本子ども虐待医学研究会の会員のうち、以下の職種の人たちが本研究のための集会に出席して、意見・要望を提供してくれた。

- ・小児科医
- ・児童精神科医
- ・歯科医師
- ・法医学者
- ・児童相談所常勤医師
- ・看護師

(倫理面への配慮)

事例等、個人を特定する情報が含まれないように配慮した。

C. 研究結果

本研究の成果物として、「CPT マニュアル素案」を添付する。

D. 考察

今回、報告する「CPT マニュアル」はまだ素案の状態であり、添付資料等不足している箇所が存在する。

今後、各医療機関においてこのマニュアルを活用して、CPT の立ち上げや運営に役立てていただき、その効用や不備な点を是非、フィードバックしていただきたい。それらをもとに、さらに精度の高いマニュアルへと洗練していきたい。

改正臓器移植法の施行に伴い、あわててCPTを設置しようとしている医療機関が多いと推測される。このマニュアルの中でも力説してあるとおり、ただ単に「院内虐待防止委員会」を設置するだけでは

子ども虐待に対応する体制を整備したことにはならない。いかにしてCPTを機能させるかが重要であり、さらに言えば、今まで見過ごしてきた虐待・ネグレクトの被害児たちをいかにして見つけ出し、救っていけるのかということが我々医療者に問われていることを心して、このマニュアルを活用していただきたい。

E. 結論

Child Protection Team (CPT:院内虐待防止委員会等)のマニュアルを医療者の手で作成したので、ここに報告する。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

未

H. 知的財産権の出願・登録状況

未

CPT (Child Protection Team) マニュアル素案

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
(主任研究者 奥山真紀子)
分担研究報告書

目次

第1部：CPTの定義と構成

- 1：医療機関における虐待対応とCPTの意義
- 2：CPTメンバーと組織構成

第2部：CPTの運営

第1章：CPTの事例対応

1. 発見から通告まで
2. 地域関連機関との連携
 - 児童相談所との連携
 - 警察との協働と情報提供
 - 市町村（福祉部門・保健部門）との連携
 - 要保護児童地域対策協議会
3. 周産期ハイリスクケースへの対応
4. 事故予防へのアプローチ
5. 代理ミュンヒハウゼン症候群（MSBP）への対応
6. 医療ネグレクトと親権
7. 臓器移植と虐待

第2章：CPTの定例会議の運営

1. 定例会議の開催
2. データベース管理／院内啓発／院外機関との連携

第3部：医療機関連携

医療機関連携とのあり方

資料編

- 1：通告書
- 2：養育支援環境アセスメントシート
- 3：事故再発防止プログラム調査票
- 4：臓器移植被虐待児除外チェックリスト

第1部 CPTの定義と構成

I : 医療機関における虐待対応と CPT の意義

1: 医療機関における虐待

親が虐待に相当する行為を行ったかどうかは、最終的には児童相談所により社会的判断として下されますが、医療における虐待は、あらゆる症状に対して鑑別すべき「疾患」です。

けいれんの原因として、体重増加不良の原因として、下痢や嘔吐の原因として、敗血症を含む感染症の原因として、骨折の原因として、多動衝動性の原因として、ありとあらゆる疾病・外傷に対し、「もしかしたら虐待による症状かも？」ということの思い浮かべる必要があります。

どのようにその状態にいたったかは不明でも、なんらかの虐待行為が疑われる場合はもちろん、同様の症状(もしくは症状群)や検査所見が保護者の説明に基づく外傷や通常の疾病で形成されることが考えにくい場合、「マルトリートメント症候群(Maltreatment Syndrome)」を疑います。

2: マルトリートメント症候群とは？

養育者に加害の意図があったかいは無関係に、作為的もしくは不作為的な「不適切な養育」によって 18 歳未満の小児に急性もしくは慢性の身体的・精神心理的症状が生じている場合、または健康な身体的成長・精神的発達を阻害されたと考えられる場合、これを「マルトリートメント症候群」といいます。

また「不適切な養育」とは、子どもの健全な身体的・精神的発達を阻害する可能性のある養育であり、「子どもの権利条約(WHO, 1994)」に定める子どもの権利を侵害していると考えられる養育でもあります。

子どもの急性の疾患や、正当な理由による不慮の事故はしばしば鑑別に上がりますが、詳細な家庭調査が必要です。

例えば、疾患自体は虐待によるものではなくても、不衛生な環境により罹患リスクが高くなったり、雑然とした室内での生活により、事故の発生頻度が高くなっている可能性があります。

これらの群は「マルトリートメント症候群疑い(予備群)」として注意深く対応する必要があります。

医学的に明らかな所見がなくとも、児童相談所や保健機関など、地域で「要支援児童」となっているケースも「マルトリートメント症候群疑い(予備群)」と認識して対応することが必要です。

「マルトリートメント症候群」の治療及び再発予防では、

- ① 医療としての対応
 - ② 福祉・保健対応
 - ③ 警察・司法対応
- の3つの軸の対応を同時並行で行う必要があります。

重症度の高い「被虐待児症候群」は見逃したり、不十分な治療により死に至ります。純粋な医療行為だけでは十分とはいえず、福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携をとる必要があります。

3: CPT (Child Protection Team)とは？

上記に示した対応を迅速に行うには、多くのマンパワーと専門的技術が必要です。

また通常の患者－医療者関係と異なり、患者の保護者との信頼関係を失うことで、治療契約が中断する可能性もあります。

主治医のこのような負担を軽減するため、虐待に対してチームで対応しようというのがCPT(Child Protection Team)です。

我が国では、小児専門病院や救急指定病院を中心に「院内虐待対応チーム(委員会)」などの呼称を用い、虐待事例に対して組織的対応を試みてきました。

CPTを組織する意義として、以下に示すものがあります。

- ① (実務的にも精神的にも)主治医の負担を軽減し、役割分担をする。
- ② 病院として責任をもつ(主治医だけの責任としない)。
- ③ 病院の中で、虐待対応に対する知識を結集する。
- ④ 虐待の診断に必要な検査や取り組みの提案をする。
- ⑤ 他科(多科)連携をスムーズにする。
- ⑥ 院外連携(医療機関連携・地域機関連携)をスムーズにする。

マルトリートメント症候群

Abuse & Neglect
養育による子どもの健康や
成長発達への侵害

不適切な養育環境の結果
と思われる何らかの身体的・
精神心理的な所見・異常が
認められるケース

要支援児童を含む、
何らかの社会的介入
が求められるケース

マルトリートメント症候群疑い例
(MS予備軍)

正当な理由のある不慮の事故・急病
子ども自身に起因する不慮の事故

II : CPT のメンバーと組織構成

CPT に参加すべきメンバーは多職種にわたりますが、全ての職種がそろっている医療機関は限られています。医療機関の特性によって機動性があり、かつ多機能な組織を作るために、メンバーを厳選する必要があります。

1:メンバー

(1)コアメンバー(Core Members)

活動の中心となる必要最低限のメンバーです。事実上、①が陣頭指揮をとることとなります。

- ① 小児科医(子ども虐待の研修を受けた小児科医であることが望ましい。)
- ② 医療ソーシャルワーカー(MSW)
- ③ 救急外来看護師
- ④ 小児科看護師

(2)拡大メンバー(Extended Members)

虐待対応に数多く関与、チームの一員であれば豊富な知識により対応の幅が広がるメンバーです。

- ⑤ 救急医
- ⑥ 放射線科医
- ⑦ 脳神経外科医
- ⑧ 整形外科医
- ⑨ 外科もしくは小児外科
- ⑩ 眼科医
- ⑪ 皮膚科医
- ⑫ 産婦人科医・産科看護師・助産師
- ⑬ 未熟児新生児科医・NICU 看護師
- ⑭ 児童精神科医・臨床心理士
- ⑮ 歯科医

(3)補足的 CPT メンバー(Supplemental Members)

時折意見をもとめることとなるメンバーです。

- ⑯ 耳鼻咽喉科医
- ⑰ 泌尿器科医
- ⑱ 精神科医
- ⑲ GCU(PCU)看護師
- ⑳ 医事課

2:組織構成

上記のメンバーが有機的に活動する上での組織構成を示します。

我が国の現状に照らし、以下の2種類に大別されます。各医療機関の特性にみあった組織形態が望まれます。

Type I : CPT の長が病院管理職(病院長もしくは副病院長など)の場合(図1)

コアメンバーに、拡大メンバーを加え、病院管理者を長とすることで、病院全体の対応を目指します。小児専門病院や、大学病院など、人材が豊富で高度医療を提供する病院で見られます。

利点: 病院管理職が委員として入っていることで、院内啓発がスムーズとなりやすく、虐待に関心の薄い領域にもトップダウンの指示が可能です。

院外機関への発言力も強くなります。

欠点: 規模の小さい病院で組織することは困難です。

多忙なメンバーも多いことから、メンバーのとりまとめが困難な側面もあります。

Type II : CPT は機動性の高いチームとして存在し、上部組織の委員会が存在する場合(図2)

CPT メンバーはコアメンバーを中心とした小さな組織でチームとして活動します。病院全体の対応として認識してもらうため、上部組織(例:医療安全委員会など)に報告し、活動を承認してもらいます。

利点: 迅速で機動性のある組織です。

メンバーが集まりやすく、決定も早い

比較的規模の小さい病院でも組織しやすい

欠点: 関与しているメンバーが少ないため、他科のケースの情報を収集するには看護師等の協力が欠かせません。

中心となる小児科医が他科にコンサルトを繰り返したりまとめる作業が必要となります

中心メンバーの退職とともに、衰退する傾向があります。

虐待対応に対して関心の薄い医師からの協力をえることが困難です。

現実的には、Type IIを組織し、徐々に虐待対応に対する理解者を増やしなが、Type Iに発展させてゆくことが望まれます。

3: CPT 窓口と小児科アドバイザー

CPT内部でも、次の2つの職種は非常に重要な役割を果たします。

(1) CPT 窓口 ～MSW・虐待対応に精通している看護師など

院内スタッフから、虐待を疑われるケースについて連絡をうける窓口です。

CPTメンバーを集めた会議を開催するため最低限必要な情報を収集し、会議資料を作成します。

(2)小児科アドバイザー ～虐待対応に精通している小児科医

CPT窓口は情報収集におわれませんが、緊急対応により余裕がなくとるべき情報をとれなかったり、自分1人で抱え込み他のメンバーに連絡することが遅くなる可能性があります。このような事態を未然に防ぐために、虐待に精通した小児科医によるアドバイス(もしくはバックアップ)が必要となります。

ケースが複数のメンバーに認知されることにより、院内周知も早くなります。

4:看護師の役割

患者にもっとも近い立場にいて、かつ各診療科の専門性に左右されないのが看護師の立場です。

また、院内各部署に必ず配置されており、指揮系統が整っていることも大切な特徴といえます。

医師は各診療科によって虐待に対する認識が異なり、対応に温度差があるのが現状です。虐待かもと気づいたら、CPTに連絡するというシステムの下支えとして、看護スタッフの役割は非常に重要なものです。コアメンバーを発信源として、看護部全体での周知をはかることが、病院内での活動性をあげより幅広い対応を可能にします。

小児看護専門看護師や小児救急看護認定看護師は虐待についての基本的知識を有しているので積極的に利用して下さい。

5:院内全てのスタッフからの連絡を受け入れる

CPT窓口には、院内すべての職種から、情報が得られるよう周知します。

医療は原則的に主治医を中心に動きますが、必ずしも医師が虐待に気づくとは限りません。気づいたとしても、患者－医師関係から、あまり積極的に対応できない場合もあります。

いち早く虐待に気づき対応するためには、主治医の意見をこえてでも、まずCPT窓口につながることができるシステムを構築する必要があります。

6:主治医との関係性 ～あくまで主治医を尊重したシステム構築の重要性

CPTはあくまで主治医をサポートすることを第一義とします。主治医が虐待臨床に積極的であり、通告すべきとの判断があれば、CPTの判断を待たず積極的に通告することを妨げません。

また主治医が、虐待という認識に否定的であったとしても、情報をもちより主治医の意見を尊重しながらCPTメンバーとの対話をすすめること大切で、それ病院全体の対応能力の向上につながります。

図1 Type I

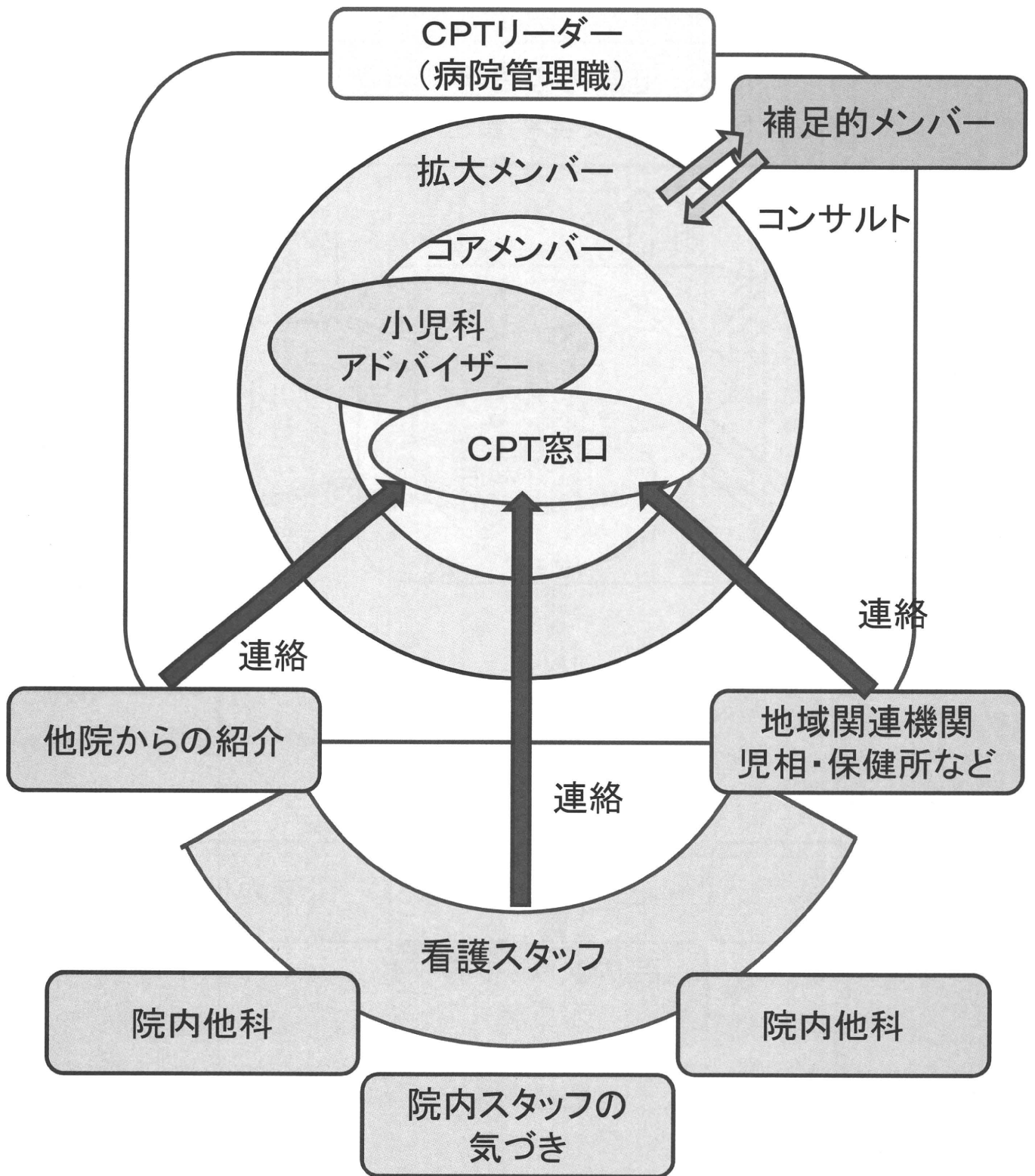
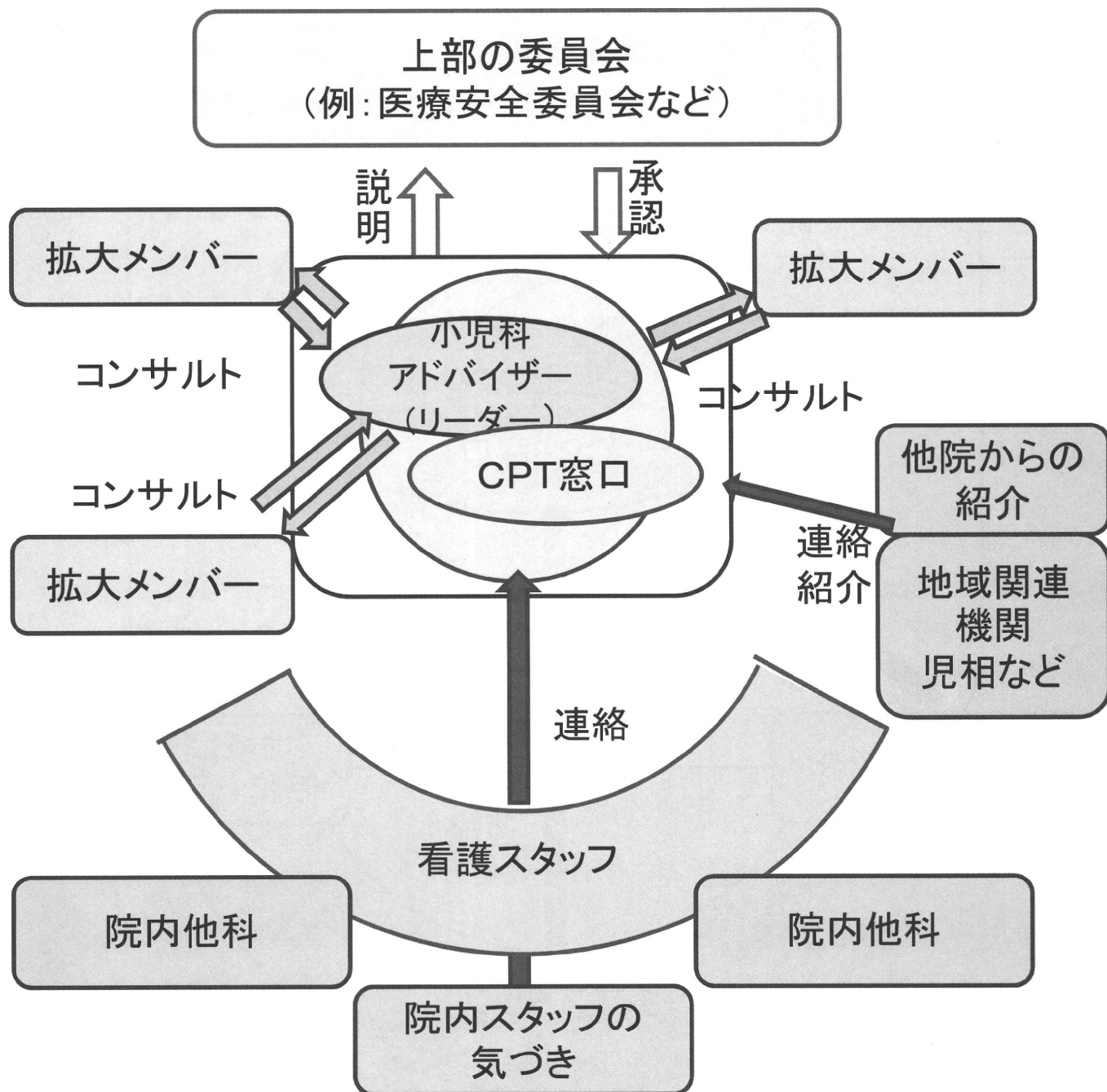


図2 Type II



第2部：CPTの運営

第1章：CPTの事例対応

I : CPT の基本的な対応

1:このうち大丈夫？と思ったら、まず入院！

子どもに起きている症状が不適切な養育環境によるかもしれない…と思ったら、担当医はまず入院させ身体症状の精査とともに、「子どもの安全確保」をして下さい。

初めから、「虐待を疑うので入院です」と担当医から話をするのは困難ですから、入院の理由が思いつかない場合は、帰宅させる前にCPTメンバーに相談するように、院内スタッフに周知して下さい。

☆入院の意義☆

以下のようなものが考えられます。入院は、医療機関における子どもの安全確保のための重要な手段です。

- ① 子どもの身柄の安全確保
- ② 虐待・ネグレクトと事故・疾病との鑑別診断
- ③ 確実にCPTにケースとして上げられる。(外来だとスルーしやすい。)
- ④ 通告すべきか迷っているケースなどについて、CPTの議論などを通してじっくり考える時間ができる。
- ⑤ 地域との連携を通して、治療やケースワークの幅が広がり、充実する。

☆CPTへの相談経路☆

以下の4種類が想定されます。①②は、比較的緊急度が高いものが多いです。

また①は、情報量が少ないことが「リスク」となります。特に休日・夜間帯は、判断が困難なため、積極的に入院を勧めます。どうしても入院が困難であった場合は、最低限、最も近い通常日勤帯における再診を指示して下さい。

- ① 一般外来・救急外来で発見するケース
他の医療機関から紹介されるケース
- ② 児童相談所等地域機関から紹介されるケース
- ③ 外来にて継続観察中で不適切養育が疑われるケース
- ④ NICU退院前のハイリスクケース

2:CPTに連絡・相談してもらおう

不適切な養育環境におかれる子どもと出会ったら、CPTの窓口担当者に連絡を入れるよう周知して下さい。相談の窓口担当は、同日中に小児科アドバイザーに連絡し、互いに相談しつつ、以下にあげるような初期段階の情報収集を行います。

この情報に従って、CPTメンバーが集合し、ケースに対する対応方針を決定します。

☆CPT窓口担当が収集する情報☆

- ①年齢・性別 ②主訴・来院までの経過 ③保護者の説明
- ④身体的重症度 ⑤家族構成(ジェノグラム)
- ⑥保護者の就労状況・経済基盤 ⑦地域機関への相談歴 など

3:CPTの招集

CPTメンバーが集合し、ケースに対して評価しつつ、今後の対応方針について協議します。

協議の中では、「子どもに起きている症状がマルトリートメント症候群として診断できるか？」という点に焦点をあてます。

誰がどのように虐待したか？という点について考察する必要があるかもしれませんが、初回の会議において結論を出す必要はありません。

また、診断のために不足している家庭情報や検査所見等については、CPTから主治医にアドバイスをを行い、情報を収集後再び会議を行います。

CPTから、「マルトリートメント症候群」の疑いがあるか否か決定するまで、子どもの安全を確保するために入院していることが原則です。

4:虐待の通告

子どもに起きている症状がマルトリートメント症候群である疑いが強い場合、児童相談所もしくは、市町村に「通告」を行います。

とくに、子どもの安全確保を確実に行う必要があると判断される場合は児童相談所に通告を行います。

※児童相談所は、保護者の意志に関わらず、子どもの「一時保護」を行うことができます。

通告された機関は、おのおのの立場から、虐待の可能性について調査を行います。

(「児童相談所との連携」「市町村・保健機関との連携」を参考にして下さい。)

通告する場合、病院名での「通告書」があれば、医師個人の責任とならずにすみますので、活用して下さい。また、通告が受理をされたことを確認するために、通告受理書を求めることもできます。

5:虐待を疑うことの告知

児童相談所や市町村に対して通告し家族への対応が協議されたのち、病院として虐待を疑い通告をしたことを、家族に告知します。これにより、通告をうけた機関が、家族との関わりを持ちやすくなります。

＜告知するメンバー＞

主治医・病棟看護師・CPTメンバー(医師)・書記係で行います。

暴力性が高いと考えられる家族の場合、男性職員が積極的に対応します。

また事前に児童相談所職員や警察に連絡し、病院内で待機していただくこともあります。

＜告知の方法＞

(1)「病状説明をします」といって保護者を子どもと離れた部屋に入室させます。

(2)病状や検査所見、予後について説明します。

(3)「このような状況の発生には、単純な事故や病気による可能性は低く、何らかの虐待があった可能性を疑います。虐待が疑われた場合、法律にのっとり児童相談所に連絡をしなければなりません。」と告げます。毅然とした態度で告げることが必要です。

(4)児童相談所職員に待機していただいている場合は、機をみて交代します。児童相談所の職員から、児童相談所は虐待を強く疑っており、家にそのまま子どもを返すことは子どもの安全が守られないと判断したことを説明します。

☆別の病院に転院させる必要がある場合は、両親などに説明をしている間に、児童相談所職員が子どもに同伴し、転院させる方法を取ることもあります。

6: 通告後の流れ

通告をうけた児童相談所は、直ちに家庭機能の調査を開始します。家族・親族との面接から、地域関係機関への照会などにより、不適切な養育が行われていたかどうか、また今後子どもが健全な発達をとげるために何が必要か、という点について評価を行います。

身体的治療が終了しても、家庭の安全性に疑問があり、かつ今後の方針や退院先が見つからない場合、社会的な長期入院につながるケースがあります。

入院中は定期的に、地域関係機関と協議を行い、調査の進行状況を確認しつつ、病院内で認められる子どもや家族の様子について報告し、今後の方針について検討します。

調査後、在宅での養育が適切か、施設入所が適切か判断され、今後の方針が示されます。

7: 一時保護と一時保護委託

児童相談所は、家庭機能を調査している経過の中で子どもの安全を確保するために一時保護を行います。一時保護は保護者の同意に基づく場合もありますが、保護者が同意しない場合、児童相談所長の職権により一時保護を行うことで子どもの安全を確保することもあります。

もし子どもが入院治療中にも関わらず、保護者が無理な退院を要求してくることがあっても、児童相談所から職権による一時保護の委託を受けた入院となっている場合は、退院要求を棄却し児童相談所の判断を仰ぐよう告げることとなり、子どもの安全が確保されます。(職権による一時保護をうけていないと、保護者の退院要求を断る手段がありません。)

また治療はすでに終了しているものの、児童相談所の家庭調査がまだ終わらない等の理由で退院ができない場合、児童相談所と協議の上、「児童相談所からの一時保護委託」の上での入院として、入院を継続することがあります。

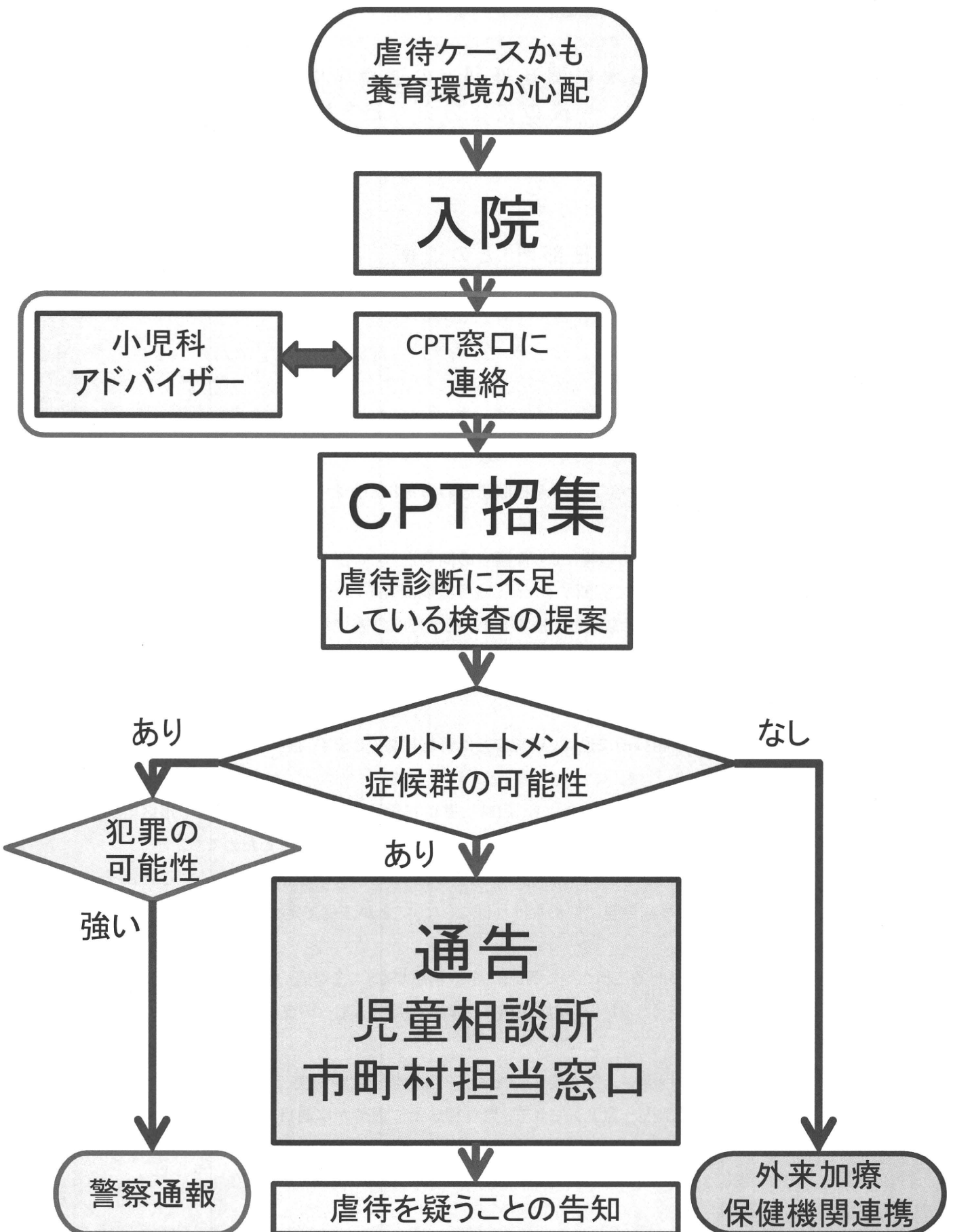
8: 警察への通報

子どもの状態が重症で、犯罪の可能性が疑わしい時には、積極的に警察通報を行います。

(「警察との協働」を参照して下さい)

警察との連携により、どのような機序で虐待が発生したか判明する場合があります。

虐待ケース対応フロー



II. 地域関連機関との連携

虐待かも…と思ったら地域関連機関との連携をはかり、さらなる情報収集や、家族への対応方法、今後の支援方針などを検討します。

以下、3つの機関との役割と連携のための工夫について示します。

1. 児童相談所との連携
2. 警察との協働
3. 市町村（福祉部門・保健部門）との連携
4. 要保護児童対策地域協議会

1. 児童相談所との連携

児童相談所は、児童虐待対応における中核的な組織です。

主な機能として…

- (1) 児童相談所は「通告」を受けることにより相談意思の有無にかかわらず、家族に対して「介入」することができます。
- (2) 子どもの安全を確保するため職権により保護者の同意がなくても「一時保護」することができます。
- (3) 虐待的な対応の有無について判断するため、家庭機能調査を行います。
- (4) 最終的に、子どもを在宅させながら支援するか、在宅では危険性が高いと判断して施設入所させるか決定します。

(1) まずは児童相談所に通告を！

虐待を疑ったらすぐ児童相談所に通報、連絡または情報提供をします。虐待かどうかわからなくて迷った時点でもかまいません。

市区町村の虐待担当に通報する場合にも、同時に児童相談所にも情報提供をします。市区町村がどのように対応しているか児童相談所から市区町村に問い合わせや助言をするためです。

☆虐待は疑った時点で通報すべきこと、病院など児童の福祉に業務上関係ある団体および医師その他の職員は、児童虐待の早期発見に努めなければならないことが法律で定められています。（児童虐待防止法第5条・第6条）

☆児童相談所は、通告を受けることにより、家族に相談意思がなくても家庭の養育機能を調査し、支援することができます。通告をうけないと、家族が相談しない限り、子どもへの支援ができません。

<通告の際の注意点>

☆子どもの受傷や疾患の程度が入院を要しなくとも、不自然な怪我や病変、保護者の様子など少しでも虐待を疑う時には可能な限り一旦入院させて、児童相談所に速やかに通告して下さい。