

そのような医師が、CPTのリーダー医師としてCPTに参画し、地域と連携を深めていく上での羅針盤として、本ガイドが機能することを期待する。

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。本マニュアルは報告書作成時点でドラフト版と位置づけられているものである。今後議論を重ね、正式版を発信する予定であるが、様々な意見を寄せていただき、議論を深めていければと考えている。

## E. 結論

地域の虐待医療対応上の対応・連携の中心としてCPTを位置づけ、①その構築を進めていくためのガイド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③行政機関と医療機関が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 となりうるガイドの作成を試みた。

様々な目的別に使われると共に、CPTの役割のありようを地域で議論するきっかけとなれば、幸いである。

## F. 健康危険情報

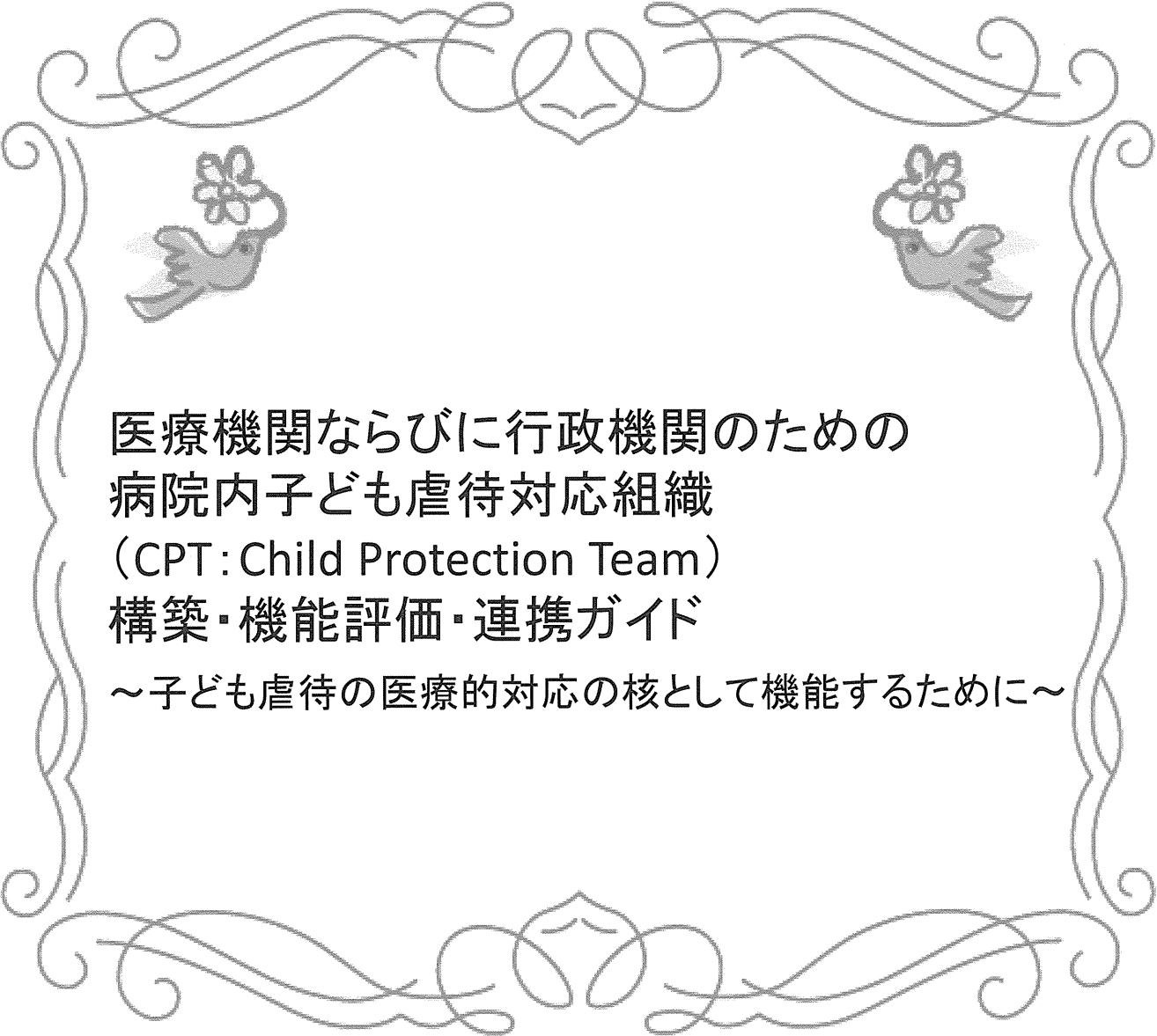
該当なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 なし



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 Years<sup>1</sup>**

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<sup>2)</sup>）。

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。

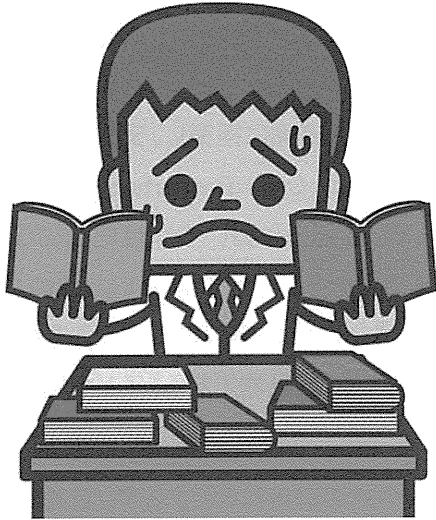


一点のみ全ての施設で等しく果たしていただきたい、子ども虐待対応における大原則となるキーワードを提示しておく。それは『Child First（何よりも子どもが優先）』の原則<sup>3)</sup>である（うら表紙裏参照）。

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ください、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』<sup>2</sup>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て構わない。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。

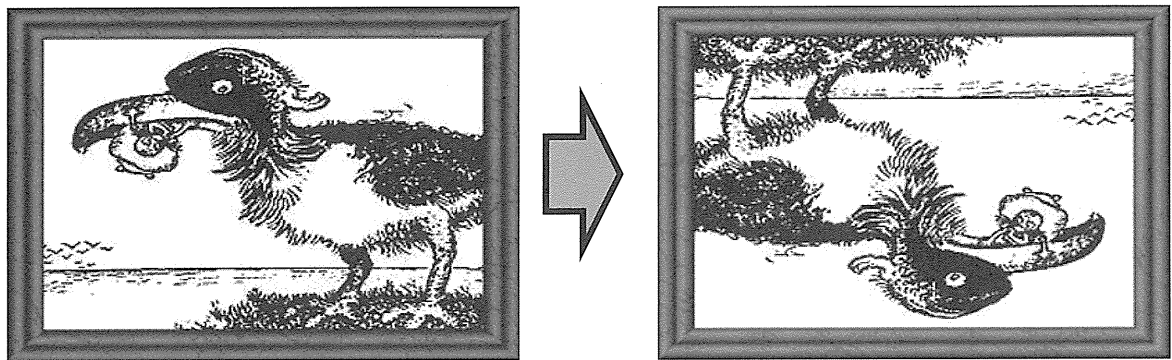
## 目次

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. 連絡受理体制の確立	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えても、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り、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<sup>4</sup>。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<sup>5</sup>。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、行政に連絡し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<sup>6</sup>。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<sup>7</sup>。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

福祉的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<sup>8</sup>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<sup>9</sup>、英国:クリーブランド事件<sup>10</sup>)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、あいまのままで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<sup>11</sup>。

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が、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通告しては・・・」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の対応に置き換え、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<sup>12</sup>。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、子どものマルチ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<sup>7</sup>。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は、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*

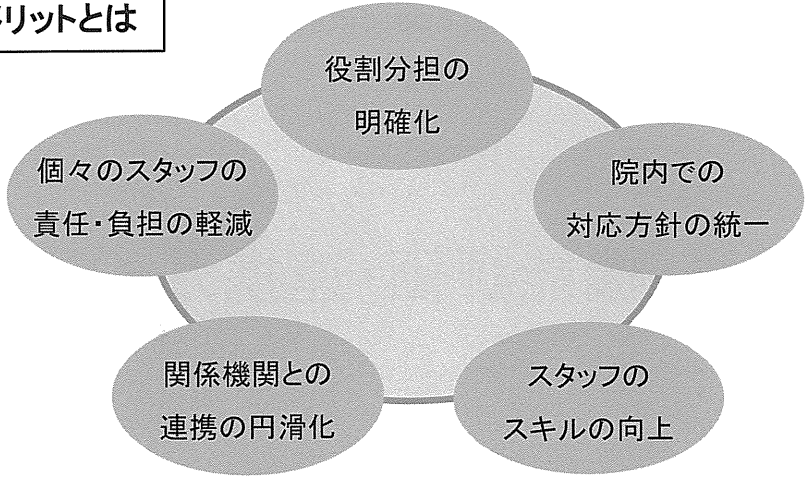
Construction, Evaluation and Coordination Guide for CPT

# CPT構築・機能評価・連携ガイド 概要版：



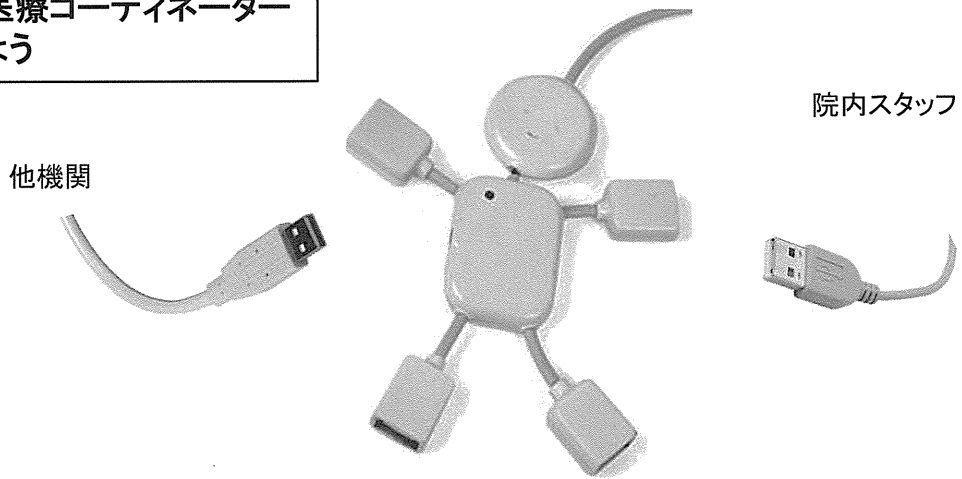
医療機関におけるCPT構築のためのフロー（概要版）

CPT設置のメリットとは



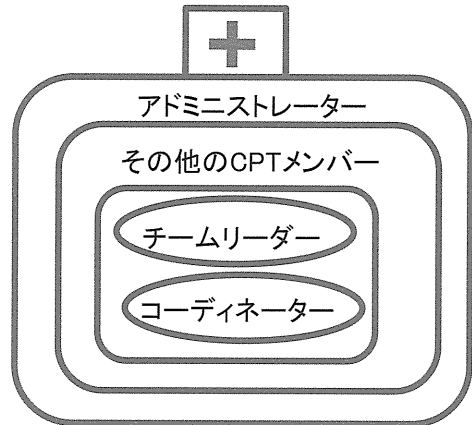
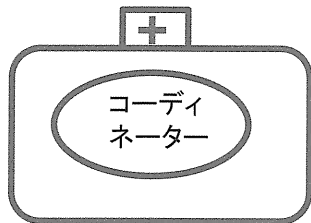
CPTを設置することにより、虐待対応上**多くのメリット**が生まれる。診療報酬上のインセンティブは現状ないが、子どもの安全・健康をまもる上でも、施設の危機管理の観点からも、ぜひ設置を検討してほしい。

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て欲しい。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す必要がある。通例は小児科医がその責務を担う。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ことが必要である。



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

入れ替えによる参画者の広がり



うまくバランスを!



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	→	グレイ→	イエロ→	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勘案した上で、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

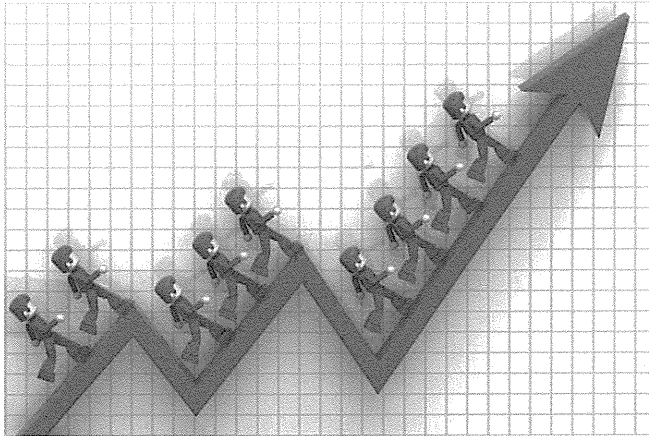
自院のCPTを自己分析しよう

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。

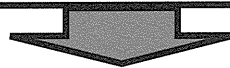
またCPTの活動が、良い方向に向かっているのかは、事例対応をしているだけでは実感しにくい。事例をデータベース化し、推移を記録することでも、有用な活動の振り返りが出来るであろう。院内啓発を行う上で、そのデータは説得力を増す上でも、役に立つであろう。

### 地域関係機関と、情報を共有しよう

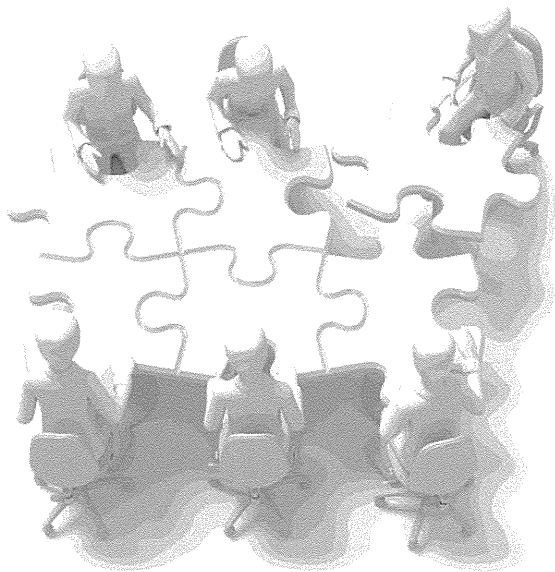
やる事が望ましいこと >> やるべきこと > やれていること  
現実的には上記の3つは、大きく異なる。



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。

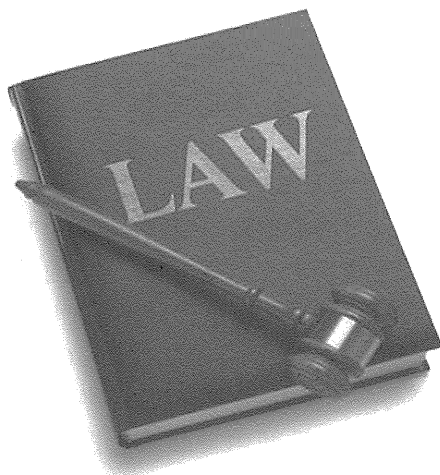
関係機関との話し合いは、1回で完結するものではない。行政機関も医療機関も、人事やその他の事情で、年毎に状況は大きく変わりうる。また近年、虐待に対する関心、対応スキルは年々向上しており、1年の間にも、互いの行いうる守備範囲が大きく拡大していく可能性は、大いにありうる。

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)

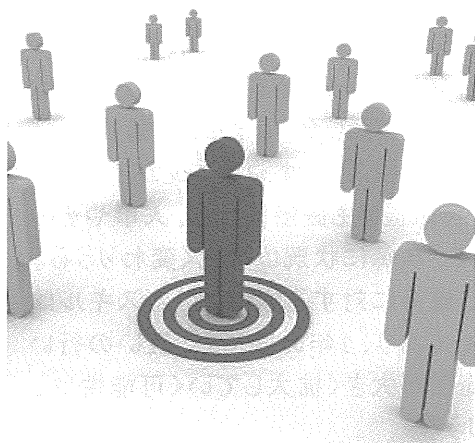
「児童虐待の予防及び早期発見、迅速かつ適切な児童虐待を受けた児童の保護等のために、医療の提供体制の整備その他児童虐待の防止等のために必要な体制の整備に努めなければならない。」

\* 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てもらうと同様、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する人物や、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！

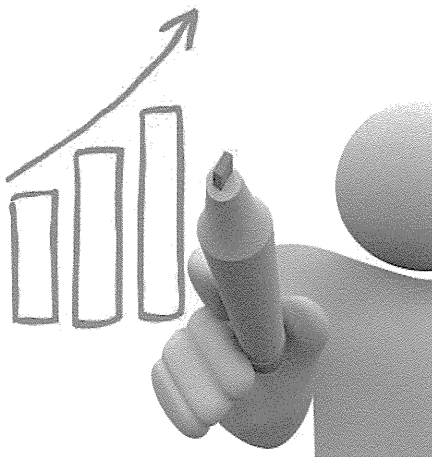


残念ながら調査の時点で、キーパーソンとなりうる人物が、容易に見つからない場合もあるかもしれない。それでも忍耐強く、連携に向けた取り組みを続けることが重要である。地域外の講師を招いて、医療機関向けの講習会を開催したり、定期的な座談会を開くことも有用かもしれない。また行政側が、CPTの設置を積極的に呼びかけ、その設置を支援することも有用である。そのような活動を通して医療機関との関係性は醸成していくと共に、子ども虐待に対し積極的に取り組む素地が、医療機関に醸成されるはずである。行政側の担当者が変わったとたんに、種々の計画が頓挫することを避けるべく、継続性を如何に担保するか、十分な配慮をしていただきた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

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。気持ちの良いギ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



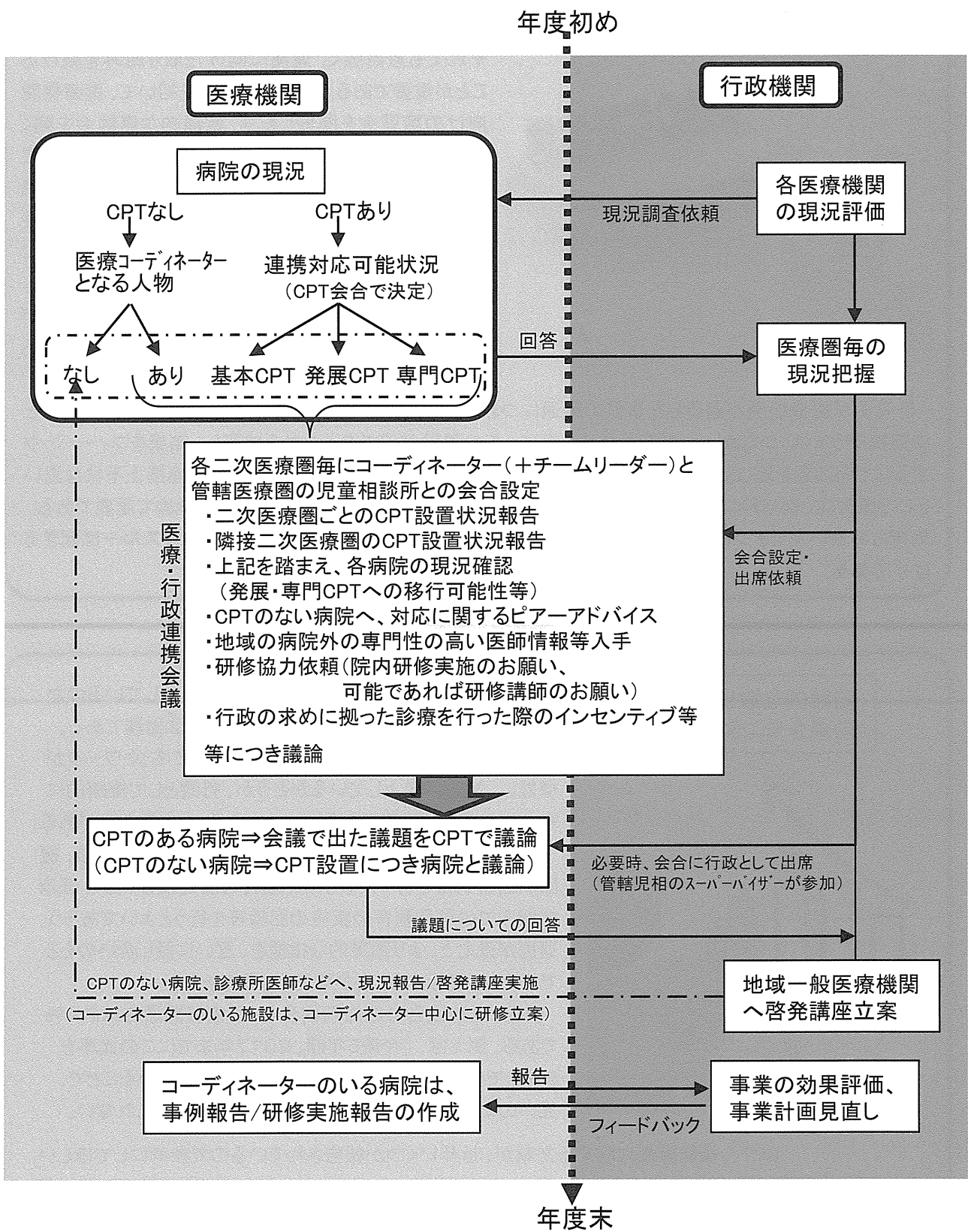
医療機関の虐待対応能力が地域として向上しているのかを判断することは、個々の医療機関のみでは困難である。各施設の協力を仰ぎながら、地域全体としてネットワークが機能し、対応が向上しているかどうか、行政として継続的にモニタリングし、医療機関側にフィードバックする必要がある。

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

