

## CPTの構成:総論

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、縦割りを越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。

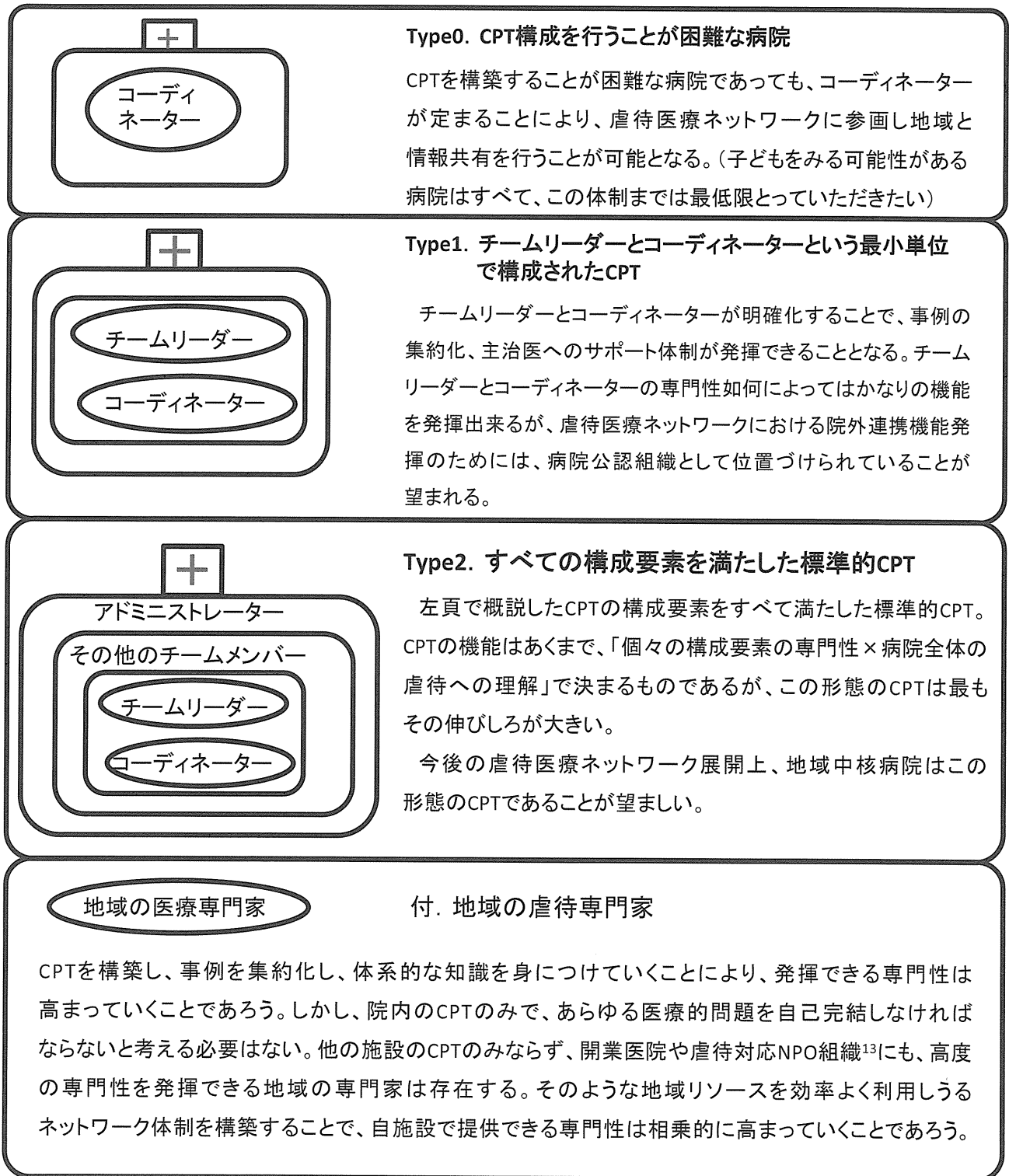


図. 種々の形態のCPT

## 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、地域そ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ダーシップをとれる。
- 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・助言を行うことができる。
- 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

#### 本当に必要なとされるときに、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、虐待に関与す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。

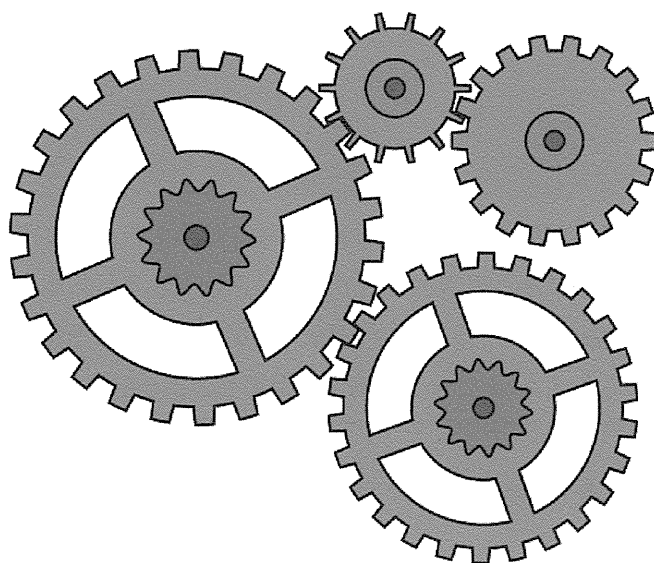
##### \* 専門STEP

- 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

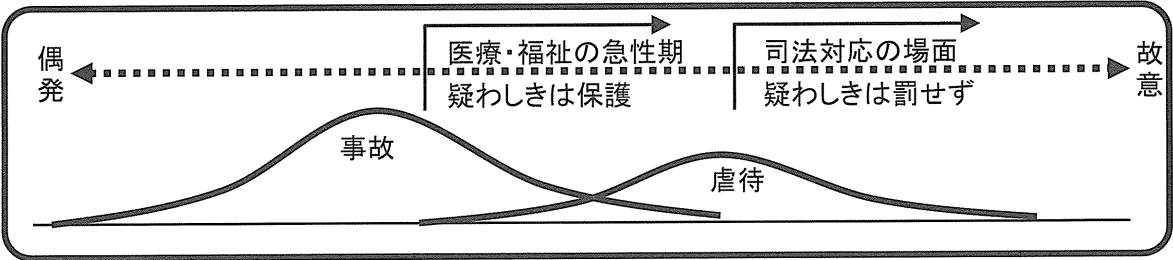
虐待を“予防と早期発見が必要な疾病(病的状態)”と捉え、早期発見を心がけ、診断技術を向上させ、行いうる範囲内でその発生を予防すべく予防活動を行うことが、医療者の果たすべき職責である。虐待対応を公衆衛生的な視点で捉えると、行うべき対応がみえてきやすい。子ども虐待の問題は個体の病理ではなく、世帯間連鎖を含めた家族病理に基づくものであり、一般的な1・2・3次予防に加え、出生前からの予防(0次予防)、詳細な死因分析(4次予防)を加えて対策を行う必要がある。

	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の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、ないのと一緒に！**

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し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う。
- 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 — 急がれるその対応整備 —

性虐待はその性質上、医学的痕跡を残す頻度は低い(約4%)<sup>14</sup>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性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<sup>15</sup>。(外性器のみに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<sup>16</sup>

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<sup>17</sup>。

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<sup>18</sup>。

#### **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<sup>19</sup>。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<sup>20</sup>。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<sup>21</sup>。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付きの感度を高め、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、地域そ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<sup>22</sup>。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

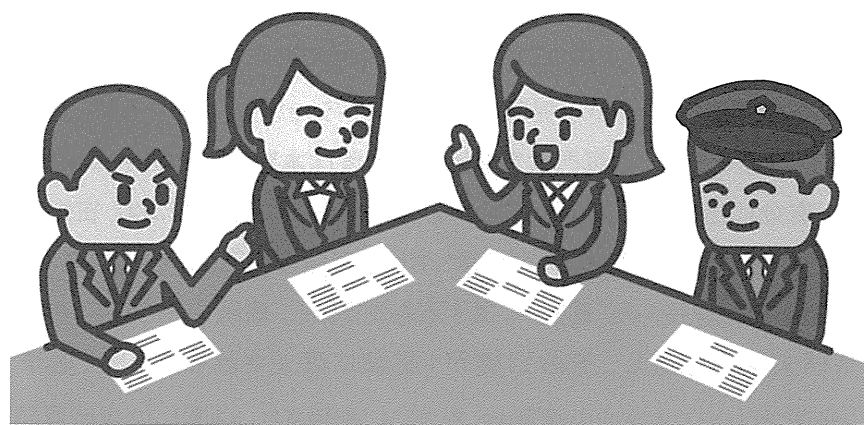
- 学生への虐待対応教育をカリキュラム化し、実施している。(講義時間は問わない)。
- レジデントへの虐待対応教育の場を用意し提供している。(講義形式で年一回程度行っている)。

##### \* 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



## CPTと地域連携構築：総論

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<sup>23</sup>。

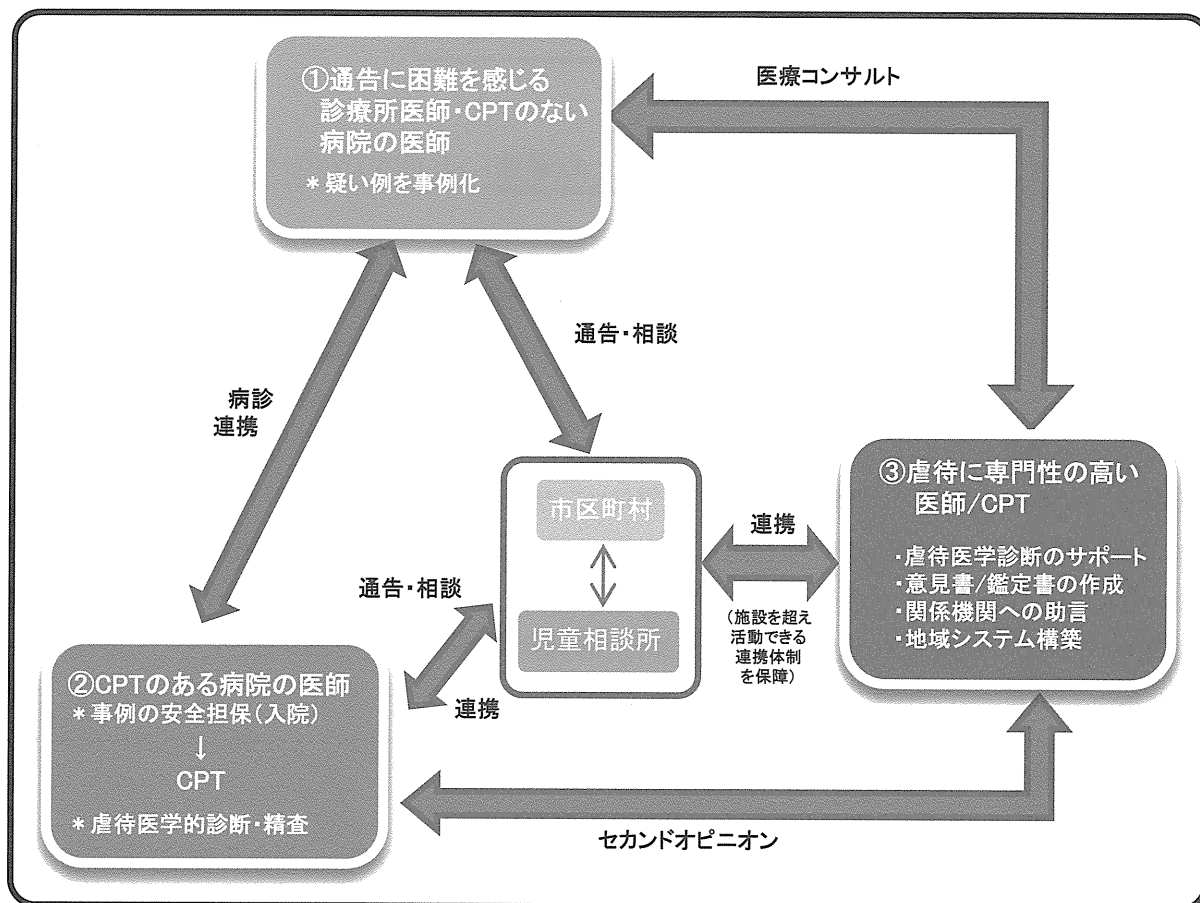
子ども虐待に関する医療機関体制が未整備の本邦では、6割近くの医師が虐待対応に不安を感じていると報告されている<sup>24</sup>。一般医師が望む体制整備として、最も多く挙げられている事項は専門機関に相談できる体制であり、6割強の医師が必要と回答していた。しかし実際に相談先専門機関として医療機関を挙げた医師は3%程度であった。一方、米国小児科学会が実施したアンケート(2008年)では、80%以上の医師が相談できる医師が存在すると回答している<sup>7</sup>。

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<sup>25</sup>。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<sup>26</sup>。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事となるであろう。

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<sup>27</sup>。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<sup>28</sup>。

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<sup>29</sup>。

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<sup>30</sup>。

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ら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。