

## 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<sup>31</sup>。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応請を直接、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)
	連絡受理解体制	日中のコーディネーターへの受理解体制が、明確化されている	日中・夜間共に受理解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・夜間共に受理解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。	連絡受理解後の指針が明確化しており。休日夜間などCPT以外が受理解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、共有されている。(通告・告知の役割分担や親子分離の対応など)
	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。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できる。	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する。
	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→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な対応が可能。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・電話コンサルト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STEPI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STEPI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ー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正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。

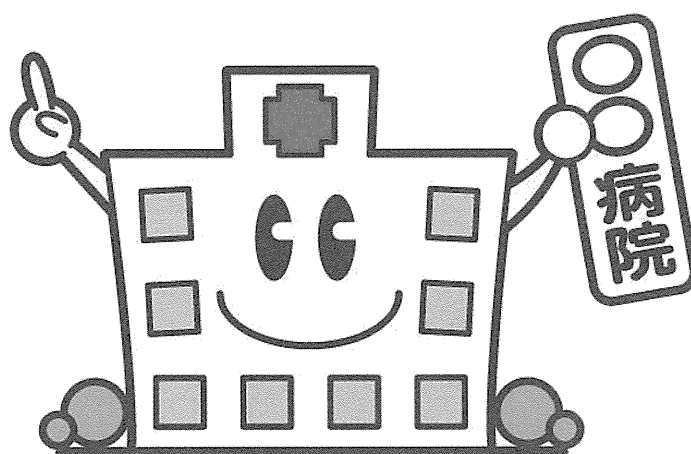
医療機関側が保護の必要性を訴えても、児童相談所側がそれに応じない等の齟齬が生じた場合には、医療機関側は“身動きが取れない”状態となる。特に医療機関/児童相談所ともに最もストレスのかかる場面である、急性期の親への告知において、子どもの安全を最大限考慮した場合、児童相談所への通告は、親への告知の前に行われることが望ましい(親への告知を先行し、親が憤慨し子どもを連れ帰ろうとしても止める職権は医療機関にない)が、児童相談所と足並みをそろえることが困難で、必ずしもそのようにできない状況にある。

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	地域関係機関		地域の関係機関	全ての職種
CPTに連絡のい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	決まっている	決まっている	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:

今回の事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:加藤雅江様(MSW)、東京都立小児総合医療センター:間宮規子様(MSW)、  
 埼玉県立小児医療センター:舟橋敬一先生・星野崇弘先生・平野知美様(MSW)、  
 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、 助産師、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、看護担当課長 小児科病棟看護長、 臨床心理士、医事課長、 庶務課長	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、 小児科病棟看護師、 産婦人科病棟看護師、 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
	有り		有り			
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○	○
	全職員		児童相談所、子ども家 庭支援センター、保健所 など市域関係機関	全職員		
小児総合診療科医師、 成育在宅支援室次長 (看護副師長)、成育在 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。	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。	ケースバイケース
関与する	関与しない	関与する	ケースバイケース	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	決まっていない	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	決まっていない
		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	東京都立小児総合医療センター	埼玉県立小児医療センター	
OPT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	
OPT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児童虐待通告をしたことの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	OPT構成員が否か		CPT構成員	CPT構成員	CPT構成員も非構成員も	CPT構成員
	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医長、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	



## 実例集(TIPS):杏林大学医学部付属病院

### ☆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、臨床に生かしていける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(産婦さんに入院中に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(小児救急看護認定看護師)
- \* 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。小児科救急看護認定看護師は、外傷を負った小児について、小児科のみならず、他科に入院した小児も含めて組織横断的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。

\* 微細な困りごとよ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長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

\* 幸い、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両方を同時に告知します。

※ただし、これは職権保護に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や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)

②CPTの委員長からどのような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

\* 幸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くって欲しいと思います。

(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。)

### ☆特にアピールしたいこと

\* 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という文化は、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を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ック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。
- \* ケース概要と問題点は随時、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。
- \* 児童相談所のみには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になっている。

### ☆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

- \* 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いて、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、入院中から子どもとの関係作りや、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、紹介したこともあった。
- \* 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。
- \* 施設に対しても、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で、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。
- \* 必要に応じて、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。

### ☆他機関との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向を模索してゆけるよう、コーディネート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の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ているが、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ているが、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「法律で決まっているので、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ね」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に要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stリアージを行っており、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事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ってから対応している。
- \* 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、地域そ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年当院に転勤してきたが、虐待対応について「対応指針」はあったが事務局が医事課で実質稼働できておらず、翌年、東京都からの要請もあり、MSW事務局で委員会改訂の検討会を行うが、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、委員会改訂が決定した。当院のCATの段階として、まずはもろさず発見をすること、院として適切な初期対応をすること、そして地域関係機関との連携を大切にしている。

### ★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

- \* 疑い症例が頻繁にあるため、迅速に対応する必要がある、定例委員会の他に小委員会を設置している。小委員会は委員長が症例に応じた必要メンバーを招集し、短時間で小委員会を開催し対応を決定している。

- \* 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で緊急性が高くなく重症でもない場合、原則外来対応だがER病棟に一泊入院させケース対応することもある。
- \* 対応: 外来対応の場合は翌診をとり、MSWが介入し通常ルートへ。来院しない場合はCPT対応。

### ★CPTが関わったのに、子どもを救えなかったこと

- \* 死亡や重症事例は今のところないが、他機関からの問い合わせで、当院受診していたのに事務局(MSW)に連絡がなかったケースがあった。いずれも夜間ERで軽症のケース。CPTとしては、当日診療した担当医とERコーディネーター(医師)へ個別に状況を説明、虐待への理解を深めてもらった。また虐待対応マニュアルを徹底するレジデント向けの悉皆研修を行った。

### ★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

- \* 医師が親に「子どもの事故の場合SWがお話を伺う」と話しSWが介入しやすい環境を設定することを周知している。→SW面接の許可がとれない場合はそれだけリスクが高いケースとして判断する
- \* SWが院内職員・地域関係機関、親面接により情報収集し、CPTでアセスメントとプランニングを行っている。児童相談所とカンファレンスを行っている
- \* 親に告知する時は、事前に児童相談所とCPTでカンファレンスを行い、親への説明内容や対応方法を決めている。主治医が病状説明後、別室にて子どもの委員会の見解としてCPT委員(医師)が虐待を疑う所見を説明し、児童相談所に通告したこと、法律に基づいた対応であることを説明し、その後児童相談所が面接するというプロセスを踏んでいる。

### ★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

- \* 職権保護または施設同意入所方向ケースの対応マニュアル

### ★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、当院で合同カンファレンスで「安全に見守れる育児プラン」をたて、合同で保護者に会い、「児を安全に育てる」という保護者と同じ土台にたちつつ一緒にプランニングをしていく姿勢で、どんなことが私たちは心配なのか、どうすれば解決するのか、だからこういうサポート(見守り)していく、それが難しい場合は入所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

- \* 親サポートや親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)

### ★特にピーアールしたいこと

- \* DV、高齢者虐待、障害者虐待にも対応
- \* 周産期の胎児虐待・虐待予防に、SWコーディネーター、NSコーディネーターが支援
- \* 2007年11ケースだったがCATの活動により2011年度は212ケースと20倍近くになった。しかしそれでもCATに連絡もれのケースがあり、常に啓蒙や院内システムの改善に心がけている。
- \* 地域関係機関連携のため、東京都区東部医療圏3区の要保護児童地域対策協議会に参加。