

19. 子ども虐待対応院内組織

医療機関は子ども虐待対応において、医学的症状や病態を呈する被虐待児・被ネグレクト児を発見する立場にあるだけでなく、子ども虐待の医学的診断を専門機関として関係機関に提供するという極めて重要な職責を担っています。重要な局面における判断を個人による対応で済ませるのではなく、子ども虐待対応院内組織(Child Protection Team:以下 CPT)を設置し、組織的に対応することで、個々の職員の責任と負担を軽減し、役割分担を明確にしたうえで、院内での対応方針を統一したり、関係機関との連携を円滑化したりすることができるようになります。子ども虐待対応院内組織の名称には、SCAN(Suspected Child Abuse & Neglect)チーム、CAPS(Child Abuse Prevention System)、FAST(Family Support Team)など医療機関によって様々なものがありますが、ここでは総称としてCPTと呼称します。

1. 構成メンバー

CPTを組織するにあたり、以下の3つの職責を担うメンバーが中心となります。

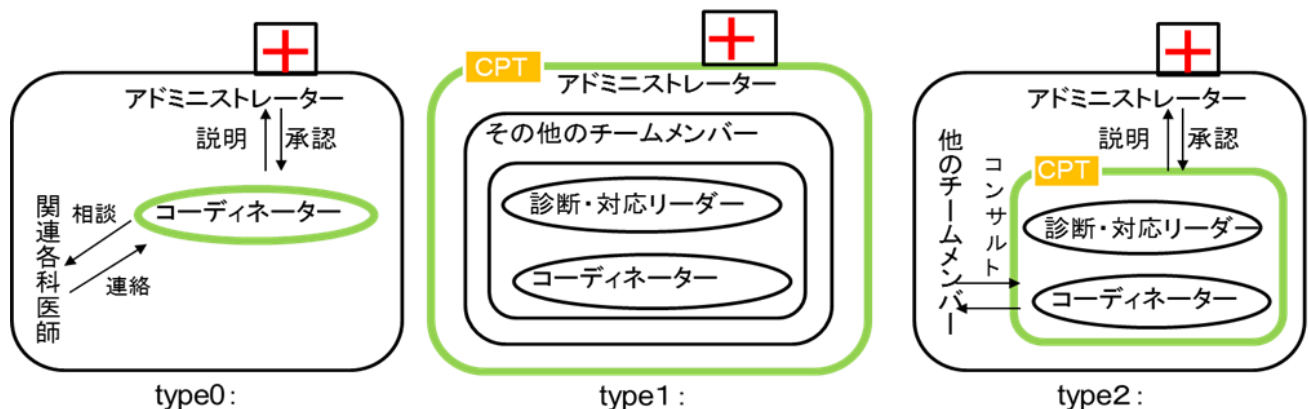
- ①コーディネーター : 虐待疑い症例が発生した際に連絡を受ける窓口となり、院内・院外の連携調整を担います。主に医療ソーシャルワーカー、病院によっては看護師などがその職務に就き、病院全体の啓発活動を行うことも期待されます。
- ②診断・対応リーダー : 虐待症例対応を行う際に、チームリーダーとしてチームを統括し、子どもの主治医や関連各科と連携し、医学的診断を下す際にリーダーシップを発揮します。
- ③アドミニストレーター : CPTの活動が病院としての取り組みであることを保証し、CPT会合の際には議事進行の座長を担当します。管理職医師がこの職務に就きます。

2. 要綱、マニュアルの整備

CPTを組織する際、①公式な院内組織としての要綱 ②虐待疑い症例が発生した際の連絡受理・情報伝達体制を記載したマニュアル ③子ども虐待を診断するための診断・検査マニュアルの3つを整備する必要があります。②③に関しては当手引きの他、「一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド」(子ども虐待医学研究会ホームページ※よりダウンロード可)などを参考にしてください。

3. 組織構成

CPTは、それぞれの医療機関の特性に合わせて様々な形態が考えられます。



type1は最も標準的な形態で、CPTの意思や決定事項が病院全体による取り組みとして承認され

やすく、他の医療機関や関係機関と連携するうえで組織的対応をとりやすくなります。一方、type2のCPTは小規模病院でも組織しやすく、対応の迅速性・機動性に優れます。(type1のCPTが迅速に対応するためにtype2の形態のワーキンググループをtype1の中に組織している施設もあります。)

type0は、症例の経験に乏しい、リーダー医師の担い手がない、など様々な理由でCPTを組織するに至っていない病院です。Type0でも、コーディネーターとなる人物や部署を院内に明示することで、虐待対応を行う際に生じる院内連携や院外連携の困難を最小限にすることができるでしょう。

4. 院内啓発

CPTが組織されたとしても、当初は症例が集まらないこともあります。コーディネーターが中心となってニュースレターの発行や院内研修会の企画、院外講師による講演会の開催等、院内での啓発活動を行うことで、明らかな虐待・ネグレクト症例のみならず、軽症例や、要支援児童や特定妊婦のように予防的観点から関わる必要のあるハイリスク症例まで幅広く、虐待疑い症例の連絡がなされるようになってきます。症例が少ない間でもCPTが形骸化しないよう、少なくとも2-3か月に1度は継続的に会合を持ち、CPTとしての機能を高められるように、一緒に話し合うことが望まれます。

5. データベースの作成

子ども虐待症例の記録に関してデータベースを作成します。CPTで対応する症例の中には、通告後も継続的に関わる症例が多く存在します。データベースは活動の振り返りのためだけでなく、虐待症例の経過記録として重要な役割をもちます。診療録とは別に記録を作成し、CPTで管理します。

6. 院外関係機関との連携

CPTの設置によって院外への窓口や対応が一本化されることで、院内における活動だけではなく、院外との連携(地域機関連携、医療機関間連携)もスムーズになります。症例を通して、地域の様々な関係機関との間で顔の見える関係が構築され、より緊密で機動性の高い連携が可能となります。

子ども虐待対応において、地域の関係機関(児童相談所、市区町村、保健所・保健センター、警察、学校等)との連携は欠くことができません。医療機関も子どもを守り支える輪の一部を担っており、通告までが医療機関の役割というわけではありません。CPTを組織することで、地域の医療機関として、その医学的専門性を地域に還元することが可能になります。医療機関における虐待対応では、通常の疾病医療と同様の病診連携、病病連携を行うことが基本です。各医療機関のCPT形態に合わせた対応になりますが、子ども虐待対応の中核となるようなCPTを持つ医療機関は、その地域の診療所やCPTを持たない医療機関から、入院を要する症例や対応困難症例の紹介を受けることも多いものです。また、より専門的な知識が必要となる症例であれば、子ども虐待対応の専門性がさらに高い医療機関にコンサルテーションするなどのケースマネジメントが必要になることもあります。地域全体で、このような医療機関ネットワークを構築することが理想です。

7. CPT活動の評価と見直し

CPTの活動を子ども虐待症例への対応のみで終わらせず、CPTの運営や多機関連携における問題点を振り返り、その活動を常に見直していくことでCPTの専門性が向上します。医療機関は人材の流動が比較的多い分野です。経験の蓄積によって専門性の向上を図るとともに、特定の人材に依拠するのではなく、新規のメンバーを加えながら、幅広くバランスのとれた組織運営が求められます。

※日本子ども虐待医学研究会 HP:「子ども虐待対応院内組織運営マニュアル」(CPTマニュアル)

<http://jamscan.childfirst.or.jp/manual.html>

日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会、2014.3