

児童虐待対策委員会の活動報告

日本赤十字社和歌山医療センター 小児科¹⁾，高度救命救急センター²⁾，心療内科³⁾
看護部⁴⁾，医療社会事業部⁵⁾，総務課⁶⁾

井上美保子¹⁾，古宮 圭¹⁾，池田 由香¹⁾，吉田 晃¹⁾，浜崎 俊明²⁾，
谷口 浩子³⁾，田村 睦子⁴⁾，岡 由佳⁴⁾，大又 裕美⁴⁾，山岡 康成⁵⁾，
戸石 輝⁵⁾，内田 一彦⁶⁾，小山 充⁶⁾

索引用語：児童虐待，マルトリートメント，チーム医療，Child Protection Team(CPT)，多職種連携

要 旨

児童虐待が疑われる患者さんが医療機関を受診することがある。当センターでは2010年7月に児童虐待対策委員会が設置され，医師，看護師，社会福祉士，心理士，事務員で構成し，院内の児童虐待が疑われる事例にすべて対応している。また，虐待を未然に防ぐことを目的に，育児環境に困難を抱えていると思われる家庭への早期介入もしている。

児童虐待が疑われて対応した事例と虐待を未然に防ぐために介入した事例を合わせた件数は，年々増加していた。発見元は小児科が最も多かったが，救急外来や整形外科などの他科からの相談や，院外機関からの問い合わせが年々増加傾向であった。初期対応マニュアルを作成し，対応をわかりやすく示したことで，全職員をあげて発見する意識が高まり，小児科以外からの相談が増えたと思われる。また，事例の経験を重ねていく中で院外機関との結びつきが強くなった。今後も知識や連携を強化し，委員会として力をつけていきたい。

はじめに

全国の児童相談所によせられる児童虐待の相談件数は年々うなぎのぼりに増加し，2013年度には7万件を超え，毎年連続して過去最多記録を更新している¹⁾。この傾向は和歌山県も同様で，2013年度は年間793件とこれも過去最多であった²⁾。

これほどまでに児童虐待が問題となり，対策の必要性が強調されているにもかかわらず，増加の一方であるのはなぜなのだろうか。それは

児童虐待の要因は単純ではなく，様々な要因が複雑に絡み合っており，介入や対策が一元化しにくいからである。要因は複雑であるが，特殊な環境のみに起こるものではない。全国の児童相談所の集計では，虐待をした親の背景には特に問題はないというのが最も多かったと報告されている³⁾。つまり，児童虐待は子どもがいる環境ではどこでも起こりえることなのである。また，児童虐待が増加する他の要因としては，児童虐待がメディアにとりあげられることで虐待の概念が浸透してきたことや，子どもの権利に関する意識が高まったことで虐待について相談や通告する人が増えていることや，虐待という言葉に敏感になり自分も虐待しているのではないかと心配で相談する親もでてきていることなども挙げられる³⁾。

(平成26年10月10日受付)(平成27年2月1日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
小児科部

井上美保子

医療機関における児童虐待の 対応と組織対応の意義

医療機関は患者さんが症状に対する対処を求めてくるところである。虐待によっても様々な症状を呈して、医療機関を受診する。わかりやすいものでは、身体的虐待による挫傷、熱傷、骨折、頭蓋内出血がある。また、ネグレクトによる発育不良、発達遅滞、皮膚炎などがある。他には、ストレス反応と思われる頭痛、腹痛、嘔吐、下痢、多動や注意欠陥、性格変化などの症状でも受診をする。性的虐待を懸念して診察を希望されることもある⁴⁾。つまり、医療機関は背景に児童虐待を抱えている患者さんに出会う可能性が高い場所なのである。それは、児童虐待防止法にも示されている。

上記に挙げた症状は、虐待以外にも外傷や疾患で起こりえる症状であるために、実際の診察では鑑別診断の一つとして児童虐待があがる。他の疾患や外傷と違うところは、児童虐待は患者さんからの問診で「この症状は児童虐待によるものである」という情報を得られることはほとんどなく、客観的な所見から疑わないと発見できないというところである。患者さんが訴えないことを疑うというのは、よほどの確固たる証拠がなければ自信をもてないことであり、また疑うことで患者さんとの信頼関係が崩れたり、クレームなどのトラブルのもとになったりする恐れもある。さらに、児童虐待はほとんどが家庭内で発生しており、その背景に家庭内の複雑な事情が関連していることが多く、医療機関だけの情報では解決が難しい。

児童虐待対応の大前提は『子どもの安全を最優先に確保する』ということである⁵⁾。児童虐待の発見や対応において間違った対応をすると、患者さんやその家族との信頼関係が崩れるだけでなく、大前提の子どもの安全が脅かされる事態となり、結果として重大な後遺症を残すことや生命の失うこともありえる。このような複雑な状況の中で、統一した判断で対応するために

組織対応が必要なのである⁶⁾。組織対応により、複数の部門の職員がそれぞれの視点から患者さんやその家族の様子を見ることができ、より客観的な判断ができる。また一人の判断ではなく組織の判断として決定することで、対応に責任が持て、判断がふれずに対応ができる。さらに院外機関との情報共有や対応の相談もスムーズになる。このようなことから、医療機関における児童虐待の対応には院内組織の設置が全国をあげて進められている。

当センターの児童虐待 対策委員会の活動

1) 発足から始めの2年間

(2010年度、2011年度)

当センターの児童虐待対策委員会は2010年7月に発足した。発足当初のメンバーは、小児科部長を委員長とし、小児科医1名、看護師2名、社会福祉士1名、事務管理職1名であった。

発足のきっかけは児童虐待の対応の必要に迫られたからではなく、同時期の臓器移植に関する法律の改正で15歳未満の児童からの臓器提供が可能となったことを受けて、児童から臓器提供を行う施設に必要な体制として、児童虐待に対応する院内組織や対応マニュアルの整備をするようにという厚労省からの通達があったからである。しかし、院内で対応した児童虐待の事例は委員会発足までにも経験しており、委員会のメンバー内でも虐待に対する組織対応の必要性を痛感していたため、臓器移植法のためというスタンスではなく、児童虐待を早期に発見し対応する組織としての役割を持ってスタートした。

委員会の活動として、児童虐待が疑われる患者さんがいた場合の対応マニュアルを作成し、全職員に通知した。また、児童虐待が疑われて委員会に対応した事例については事務局での情報管理を始めた。

委員会が発足してからも児童虐待を疑われる事例が発生したが、委員会としての組織の機能はまだ乏しく、実際は主治医を中心に各診療科や各病棟が個々に判断し対応していた。事例に対応するごとに、時間的や精神的な負担が担当者には重圧となることや、家族との関わりが深くなるほど判断がふれてしまうことが問題点として浮き彫りになり、組織活動を強化しなければいけないという思いが委員それぞれのの中にしだいに強くなっていった。

2) 2012年度以後の活動

組織活動を強化するために、委員会の具体的な活動について見直した。

まず、児童虐待が疑われる患者さんの対応は、主治医ではなく委員会が組織として行うということを徹底することとした。はじめに述べたように、児童虐待は疑うことでしか発見できない。院内では虐待かもしれないとピックアップする機会は全職員にあり、ピックアップがなければ委員会としての対応ができないと考え、全職員が同じ目線で対応できる「初期対応マニュアル」(図1)を作成した。このマニュアルでは、職種を問わず、迷わず、簡潔に対応できるということを目指した。日本子ども虐待医学会が提示している⁷⁾虐待を疑うような身体所見をもとに、委員会に報告すべき患者さんの状態を具体的に例示し、これに当てはまれば家族の態度の不振さなどには関係なくすべて委員会に報告することとした。このやり方により、全職員が統一した視点でみることや、罪悪感からの見逃しを防ぐことを目指した。また、マニュアルにはチーム対応の重要性や初診時の記録保持の必要性も記載した。そして、報告の窓口を業務時間内外にわけて明記した。時間外の窓口は委員のみで対応することが困難であるため、委員以外の小児科当直医に協力してもらった。小児科医師全員に委員会の考えを把握してもらい、対応を統一できるようにした。

マニュアルの運用開始時に全職員対象に説明会を行い、院内ホームページで誰でも閲覧できるようにした。これを機に、ピックアップされた事例の院内での対応や、児童相談所に通告するかどうかは、委員会で協議し決定することとした。

もうひとつ強化したことは、虐待を未然に防ぐということである。厚生労働科学研究事業で、「児童虐待による死亡事件の検証において、医療・保健・福祉・教育等の関係機関の連携が密にとられていれば、死亡は未然に防ぎ得た事例が少なからず存在する」ということが報告され、地域における保健医療連携システムが構築された⁸⁾。これは、未管理妊娠、経済的困窮、子どもの慢性疾患や障害など、育児に困難を抱える可能性のある要因を持つ家庭について、医療機関と保健機関が情報を共有し早期から介入して支援を行うシステムである。和歌山県では2011年に県下の医療保健機関を対象に、この保健医療連携システムを積極的に取り入れるための説明会が行われ、当センターの児童虐待対策委員会からも参加した。このシステムを知ることにより、児童虐待に発展する恐れのある家庭を普段の診療からピックアップでき、早期に介入することで虐待を防ぐことが期待できるということがわかった。

そこで委員会に属する小児科医と看護師が中心となり、外来診療や入院診療において、上記の保健医療連携システムでリスク要因と挙げているものに当てはまる要素を持つ家庭や、診療の中で育児不安や育児困難の状況がみられる家庭をピックアップし、委員会で把握するとともに、院外機関との連携を含めどのようにサポートできるかを委員会で検討するようにした。このようにピックアップした事例に対して、院内の診療だけでは対応できないことも多く、保健センター・市役所・学校や保育園や幼稚園・児童相談所など院外機関とも対応を協議する必要があるため、院外

【図1. 初期対応マニュアル】

(日本子ども虐待医学会 一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド⁷⁾から一部改変)

児童虐待など(気になる子ども・家庭を含む)の初期対応

下記のようなケースは『児童虐待疑い・気になる子ども・気になる家庭』として初期対応が必要です。

- 外傷(痕)、火傷(痕)、骨折、誤飲、その他の事故(溺水など)が、同時に複数存在、または過去から繰り返している
- 2歳未満の骨折、頭蓋内出血
- 生後6か月未満の熱傷
- 薬物の大量内服(自殺企図ではなくても)
- 高所からの転落(自殺企図ではなくても)
- 外傷の様子と家族の説明が合わない、説明がころころ変わる
- 家族から「外傷を加えた」ことを意味する発言がある
- 家族が子どもの様子に無関心
- 自殺企図、無理心中
- 性的虐待、レイプ

〈身体症状から虐待を疑う〉

項	目	虐待の可能性が高い
皮膚損傷	挫傷	多発性 新旧混在 不自然な分布 感染合併
	熱傷	手形・物の形 辺縁明瞭で深い
頭部損傷	頭蓋内出血	硬膜下血腫、新旧血腫の併存
	頭蓋骨骨折	多発性、両側性、骨折線離開 頭頂部陥没
骨折	部位	骨幹端骨折、肋骨・棘突起骨折 胸骨骨折、肩甲骨骨折
	形態	らせん状骨折、鉛管骨折
	年齢	2歳未満
その他	CPA・OA 治療効しない慢性頭痛・腰痛等	

※ 被服部位、手背、足底、大腿内側に存在した場合も虐待を考慮

＜患者の対応の原則＞

- ・まず自身が**落ち着く**こと。一人で抱え込まずに病院全体のチームとして対応する。
- ・**記録をしっかりとる**
患者や家族が話した言葉をそのまま記録する。誰が話したか、聴取の時間や場所も記載。
患者や家族の気になる行動も**主観をいれずにそのまま記録**する。
(「診察中に両親は無関心であった」ではなく「両親は児から離れて携帯電話を見ていた」)
外傷はできるだけ**写真**で残す(患者さんには「カルテ記録のため」と説明する)

機関と情報交換や対応の相談をする機会が増え、結びつきが強くなり顔の見える関係を築くことができている。最近では、リスクを抱える家庭に対して出産前からピックアップし、妊娠中のサポートや出産後に子どもを守るための計画を前もって検討することにも力を入れ、効果を上げている。

データベース記録の統計と考察

児童虐待対策委員会のデータベースに記録されている対応全件数は、児童虐待が疑われて対応した事例と、虐待を未然に防ぐために介入した事例を合わせた件数となっており、2010年度2件、2011年度4件、2012年度22件、2013年度34件と、2012年度を境に急激に増加している。これはこれまで述べてきたように委員会としての組織活動を強化した結果であると考えられる。

左記のような患者さんは**小児科にコンサルト**してください！！

Step 1 虐待の可能性につき考察

注意点 ○子どもにその場で痕跡が認められない、告白した場合に真偽を確かめる責務をしない。
○保護者に子どもが話した内容を尋ねない。「虐待をしないか?」等、重層的な質問をしない。
白が黒かで結論をつけようとするの見直しが多くなります。

1. 確実に事故・病気 2. たぶら虐待ではない 3. 可能性あり 4. 間違いなく虐待

通常の事故・病気として対応

自分の常識、親への罪悪感・恐怖心などで無意識に「虐待であってほしくない」から虐待ではないと結論付けずに、冷静に判断出来ていますか?
※他のスタッフの協力を怠りに尊重し、複数で判断しましょう。

Step 2 重症度をトリアージ

最重度例 生命が危ぶまれる 入院絶対適応
 重症・中等度例 医学的所見・症状あり 原則入院が望ましい
 軽度例 医学的所見・症状はない 原則外来につなげる

全例について小児科コンサルトする

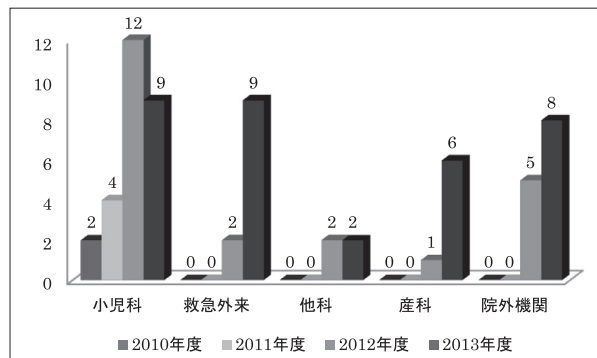
＜時間内(平日 9:00~17:30)＞

①**発見者・主治医**→小児科救急当番にコンサルトし、対応を協議
 ↓
 ②**小児科救急当番**→小児科の吉田 or 井上に連絡
 ↓
 児童相談所に連絡 医療社会事業部に連絡

＜休日・時間外＞

①**発見者・主治医**→小児科 NICU 当直にコンサルトし、対応を協議
 ↓
 ②**小児科 NICU 当直**→事務当直に連絡
 ↓
 児童相談所に連絡 休み明けに医療社会事業部に連絡
 休み明けに小児科の吉田 or 井上に連絡

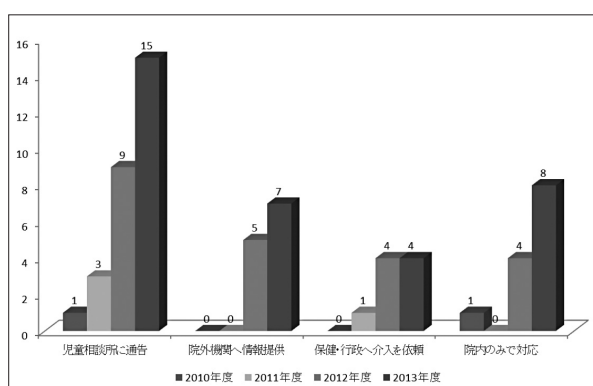
加害者の告発が目的ではありません！！
子どもや家族を支援する介入のスタートです！！
 日本赤十字社和歌山医療センター 児童虐待対策委員会



【図2】発見元の推移

発見元について図2に示す。いずれの年度も小児科が最も多いが、注目すべきなのは、2012年度以降は、小児科以外のところが増えていることである。その一つは救急外来からのピックアップであり、先に述べた「初期対応マニュアル」が浸透した成果と感じている。救急外来と同じく整形外科、脳神経外科などの他科からの相談も増えており、児童虐待発見の意識が広がっていると考えられる。また、2013年度からは出産前からの介入にも力を入れており、その結果として産科からの相談が増えている。その他

には、児童相談所や保健センターなどからの情報提供や問い合わせも増えていることも成果として挙げられる。これは院内の対応組織としての窓口を明確にしたことや、事例を通して院外機関との結びつきが強くなったことの結果であるといえる。



【図3】対応後の転帰

対応後の転帰について図3に示す。2010年度と2011年度は主治医が判断した対応で、2012年度以降は委員会が決定した対応となっている。児童相談所に通告したものはすべて児童虐待が疑われると判断した事例であるが、全件数の増加と同じように、2012年度以降に急増している。これは、先に述べたような、様々な部署からのピックアップの増加の結果であると考えられる。また、対応事例を経験するたびに院外機関との結びつきが強くなり、少しでも気になることがあれば互いに相談することが定着してきたことも、児童相談所に通告した件数が急増した要因となっていると考える。そのように互いに相談しやすくなった影響から院外機関から依頼があり情報提供した件数も増加していると思われる。

院内のみでの対応となったものには、気になる状況であったが協議した結果やその後のフォローの中で介入が不要と判断したものや、親の育児不安などに対して小児科で継続的に診察を行い経過をみているものが含まれる。

子どもの安全を守るために子どもを家族のもとに帰せないと児童相談所が判断した場合、家族から離して子どもを預かることを一時保護という。一時保護が必要かは委員会としての意見

は出すが、決定権は児童相談所にあるために、委員会はそれに従って対応している。一時保護はなるべく家族の同意や納得を得るように児童相談所から家族に説明されるが、家族が納得されず児童相談所の職権によって強制的に行われることもあり、院内での一時保護時の手順については院内外職員によって事前に綿密に計画し実行している。当センターの退院時に自宅に帰らずに一時保護されたのは、2010年度1件、2011年度2件、2012年度1件、2013年度5件あった。退院時に一時保護が必要になるということは、当センターに入院することが子どもの安全を守る重要な方法となっているということがいえる反面、意思に反して子どもと引き裂かれる家族の対応はトラブルの要因ともなり医療安全の面でリスクを抱えているというのも現実である。

問題点と今後の課題

上記のように組織としての活動を強化し、各委員それぞれの意識が高まり、またデータの検討からも成果がみられ、院内全体に委員会の活動についての認識が広まっていると考えている。しかしそれでも、マニュアルの見逃し例があったり、当センターを受診して後日に院外機関から虐待が疑われたために問い合わせがあったりすることがあり、院内での対応が完全であるとはいえない。何回も述べているように、児童虐待の発見の機会は今全職員にあり、疑うことが発見につながる。過剰なピックアップはあったとしても見逃したことによる重症化は防ぎたい。委員会としては、全職員対象の児童虐待に関する講演会の開催や、初期研修医や新採用職員に対する児童虐待についての講義、院内学術雑誌での定期的な活動報告などを今後計画している。

他の問題点としては、情報の管理と開示がある。現在は電子カルテとは別の機器を用いて、患者さんについての情報や委員会の対応や院外機関からの情報を記録している。児童虐待が疑

われる場合には個人情報の保護は免除されると法律でも規定されているため、患者さんの情報について院外機関とやりとりしていることもある。もちろん、情報は厳重に管理しているが、電子カルテと連動できないため、実際に患者さんが受診したときに委員会が介入している詳細な内容を全職員が知ることができない。そのために、対応が統一できなかつたり、受診時の見逃しが起こってしまつたりする可能性がある。見逃しを防ぐために、2014年5月から、委員会のデータベースにあがっているすべての患者さんの電子カルテに暗号化したマークをつけている。このマークにより、詳細を知らなくてもピックアップできた事例もでており、見逃しを防ぐ効果は得ているが、現場の対応にはまだまだ混乱がありそうだ。

また、院外の機関との連携はかなり密になったと感じているが、決まった担当者間でのことであることが多い。顔見知りの担当者間では電話での相談でも気軽にできるが、知らない担当者間では互いに情報開示に壁ができてしまい、連携がうまくとれないことがある。児童虐待の対応は地域の中で関係者が役割分担をして、各機関の特色を生かして連携すべきである。委員会では、2014年度からは特に対応が難しい事例について、当センターで場所を提供し、関係機関の担当者が集まりケース会議を行っている。それにより、事例の問題点について担当者で共有でき、それぞれの機関の役割分担が明確にし、継続した情報共有ができていく。今後も必要に応じて開催していく予定である。また、和歌山県でも、児童虐待対応における県内の各施設の連携システムの構築の計画が進められているようであり、当センターもその一部として活動をしたいと考えている。

これまで述べてきたように、当センターの児童虐待対策委員会は、組織として力をつけてきた。しかし各委員の児童虐待についての知識はまだ十分ではなく、経験も浅い。委員会で事例対応についての答えがでないこともある。各委

員が専門性を高め、他施設の対応なども参考にしながら委員会としてさらに力をつけていきたいと考えている。

まとめ

これまで行ってきた当センターの児童虐待対策委員会の活動や成果について述べた。活動によって良い成果をあげていることがわかった。実際の対応は難解で、心身ともに労力があることばかりであるが、委員会の活動が地域の中の当センターの重要な役割となるようにがんばっていききたい。

参考文献

- 1) 朝日新聞 DIGITAL：児童虐待、7万件超 23年連続で過去最多更新
厚労省. [アクセスした日 2014. 9. 30]
<http://www.asahi.com/sp/articles/ASG815X22G81UTFL00S.html>
- 2) WBS 和歌山放送ニュース：県内の児童虐待相談件数は過去最多に.
[アクセスした日 2014. 9. 30]
<http://wbs.co.jp/news/2014/06/13/44024.html>
- 3) 大日向雅美：子どもを愛せなくなる母親の心がわかる本. 東京：講談社. 2006；63-78
- 4) 桃井真理子：小児虐待 医学的対応マニュアル, 東京, 真興交易(株)医書出版部. 2006；17-94
- 5) 日本子ども虐待医学会：子ども虐待対応医師のための子ども虐待対応・医学診断ガイド
- 6) 日本子ども虐待医学会：子ども虐待対応院内組織運営マニュアル
- 7) 日本子ども虐待医学会：一般医療機関における子ども虐待初期対応ガイド
- 8) 奥山真紀子, 柳川敏彦, 市川光太郎：妊娠・出産・育児期に支援を必要とする家庭の地域における保健医療連携システム構築のガイドライン. 2008；1-6

Key words ; Child abuse, Maltreatment, Collaborative approach to Medicine,
Child Protection Team(CPT), Interprofessional collaboration

Report of the Child Protection Team of Our Medical Center

Mihoko Inoue,M.D.¹⁾, Kei Komiya,M.D.¹⁾, Yuka Ikeda,M.D.¹⁾, Akira Yoshida,M.D.¹⁾,
Toshiaki Hamasaki,M.D.²⁾, Hiroko Taniguchi,C.P.³⁾, Mutsuko Tamura,R.N.⁴⁾,
Yuka Oka,R.N.⁴⁾, Hiromi Oomata,R.N.⁴⁾, Yasunari Yamaoka⁵⁾, Akira Toishi,M.S.W.⁵⁾,
Kazuhiko Uchida⁶⁾, Mitsuru Koyama⁶⁾

- 1) Department of Pediatrics, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center
- 2) Department of Emergency Medicine, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center
- 3) Department of Psychosomatic Medicine, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center
- 4) Department of Nursing, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center
- 5) Department of Medical Social Service, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center
- 6) The General Affairs Section, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

Abstract

Medical facilities are expected to respond abused or suspected abused children. We set up a child protection committee in July 2010, and now consist of clinicians, clinical psychologists, nurses, social workers, and administrators. Our team manages all out and inpatients' child abuse cases when suspected. In addition, for the purpose of preventing child abuse, we make an early intervention to the family who has a difficulty in caring their children. The number of child abuse cases responded by our team is increasing year by year. Likewise, the number of cases intervened to prevent abuse in advance is also increasing. While the most cases were noticed in the department of pediatrics, the number of consultations from emergency department or other departments in our hospital, such as orthopedics, and from other facilities, was notably increasing. The reason for this increase trend was probably due to growing staffs' awareness through a manual which provides a guidance of early response to suspected cases. Also efforts of sharing success experiences with other facilities strengthened the connection. We hope to increase our capacity as a committee with further support and coordination with other department and facilities.