

CPT (Child Protection Team) マニュアル

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
(主任研究者 奥山真紀子)
分担研究報告書

目 次

第1部：CPTの定義と構成	… 1
I. 医療機関における虐待対応とCPTの意義	… 2
1：医療機関における虐待	
2：マルトリートメント症候群とは？	
3：CPT（Child Protection Team）とは？	
II. CPTメンバーと組織構成	… 5
1：メンバー	
2：組織構成	
3：CPT窓口と小児科アドバイザー	
4：看護師の役割	
5：院内全てのスタッフから連絡をうける	
6：主治医との関係性	
～あくまで主治医を尊重したシステム構築の重要性	
第2部：CPTの運営	… 11
第1章：CPTの事例対応	… 12
I. CPTの基本的な対応	… 12
1：このおうち大丈夫？と思ったら、まず入院	
2：CPTに連絡・相談してもらう	
3：CPTの招集	
4：虐待の通告	
5：虐待を疑うことの告知	
6：通告後の流れ	
7：一時保護と一時保護委託	
8：警察への通報	
II. 地域関連機関との連携	… 16
1：児童相談所との連携	
2：警察との協働と情報提供	
3：市町村（福祉部門・保健部門）との連携	
4：要保護児童地域対策協議会	
III. 周産期ハイリスクケースへの対応	… 27
1：ハイリスク家庭とは…	
2：妊娠期からのハイリスク家庭の発見	
3：家庭機能の評価と地域支援体制の確立	
4：周産期病棟・NICU入院中の家庭支援	
IV. 事故予防へのアプローチ	… 29
1：子どもの事故	
2：家族への初期対応	
3：事故再発防止プログラムの実施	
V. 代理ミュンヒハウゼン症候群（MSBP）への対応	… 30
1：MSBPのタイプ分類	

2：病歴の確認	
3：MSBPの疑いを確認する方法	
4：児童相談所への通告と協議	
5：分離を試みます	
6：無治療でも症状が再燃しないことを確認します	
7：主治医のメンタルサポート	
VI. 医療ネグレクトと親権	…32
1：通常のネグレクトと医療ネグレクト	
2：医療ネグレクトの重症度	
3：関係機関との連携	
4：保護者への説得 ～状況が変化しても続けます	
5：介入的措置	
6：親権喪失宣告の申し立て（民法834条）	
7：特殊なケース	
VII. 臓器移植と虐待	…35
1：被虐待児除外マニュアルの使用	
2：被虐待児を除外するために	
3：被虐待児除外チェックリスト	
第2章：CPTの定例会議の運営	…39
I. 定例会議の開催	…40
1：定例会議を開催する意義と目的	
2：会議の頻度	
3：開催方法	
II. データベース管理／院内啓発／院外機関との連携	…41
1：データベースの作成	
2：院内啓発の方法	
3：院外機関との連携	
4：CPTメンバーの研修の保障と学会発表	
第3部：医療機関連携	…43
医療機関連携とのあり方	…44
1：通常の医療システムを基本とする	
2：医療機関の特性に対し望まれる機能	
3：得意とする分野の把握	
4：専門的分野に通じた人材の共有	
5：社会的入院に対する対応	
6：医療機関を含めた研修会の開催	
資料編	…47
資料1：通告書	…48
資料2：養育支援環境アセスメントシート	…49
資料3：事故再発防止プログラム調査票	…50
資料4：臓器移植被虐待児除外チェックリスト	…53

第1部 CPTの定義と構成

I : 医療機関における虐待対応と CPT の意義

1: 医療機関における虐待

親が虐待に相当する行為を行ったかどうかは、最終的には児童相談所により社会的判断として下されますが、医療における虐待は、あらゆる症状に対して鑑別すべき「疾患」です。

けいれんの原因として、体重増加不良の原因として、下痢や嘔吐の原因として、敗血症を含む感染症の原因として、骨折の原因として、多動衝動性の原因として、ありとあらゆる疾病・外傷に対し、「もしかしたら虐待による症状かも？」ということの思い浮かべる必要があります。

どのようにその状態にいたったかは不明でも、なんらかの虐待行為が疑われる場合はもちろん、同様の症状(もしくは症状群)や検査所見が保護者の説明に基づく外傷や通常の疾病で形成されることが考えにくい場合、「マルトリートメント症候群(Maltreatment Syndrome)」を疑います。

2: マルトリートメント症候群とは？

養育者に加害の意図があったかいかとは無関係に、作為的もしくは不作為的な「不適切な養育」によって 18 歳未満の小児に急性もしくは慢性の身体的・精神心理的症状が生じている場合、または健康な身体的成長・精神的発達に阻害されたと考えられる場合、これを「マルトリートメント症候群」といいます。

また「**不適切な養育**」とは、**子どもの健全な身体的・精神的発達を阻害する可能性のある養育**であり、「子どもの権利条約(WHO,1994)」に定める**子どもの権利を侵害していると考えられる養育**でもあります。

子どもの急性の疾患や、正当な理由による不慮の事故はしばしば鑑別に上がりますが、詳細な家庭調査が必要です。

例えば、疾患自体は虐待によるものではなくても、不衛生な環境により罹患リスクが高くなったり、雑然とした室内での生活により、事故の発生頻度が高くなっている可能性があります。

これらの群は「マルトリートメント症候群疑い(予備群)」として注意深く対応する必要があります。

医学的に明らかな所見がなくとも、児童相談所や保健機関など、地域で「要支援児童」となっているケースも「マルトリートメント症候群疑い(予備群)」と認識して対応することが必要です。

「マルトリートメント症候群」の治療及び再発予防では、

- ① 医療としての対応
 - ② 福祉・保健対応
 - ③ 警察・司法対応
- の3つの軸の対応を同時並行で行う必要があります。

重症度の高い「被虐待児症候群」は見逃したり、不十分な治療により死に至ります。純粋な医療行為だけでは十分とはいえず、福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携をとる必要があります。

3: CPT (Child Protection Team)とは？

上記に示した対応を迅速に行うには、多くのマンパワーと専門的技術が必要です。

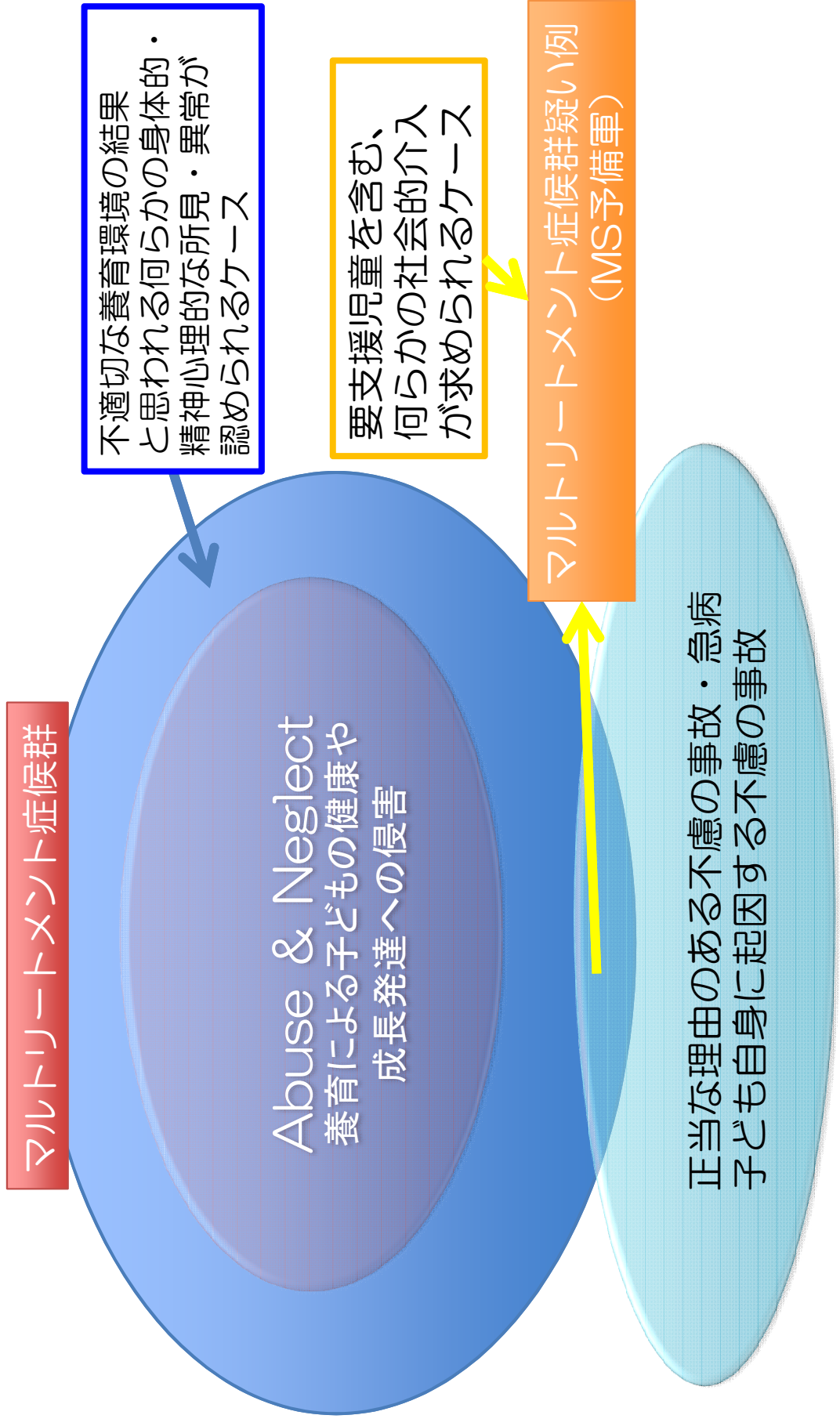
また通常の患者－医療者関係と異なり、患者の保護者との信頼関係を失うことで、治療契約が中断する可能性もあります。

主治医のこのような負担を軽減するため、虐待に対してチームで対応しようというのがCPT(Child Protection Team)です。

我が国では、小児専門病院や救急指定病院を中心に「院内虐待対応チーム(委員会)」などの呼称を用い、虐待事例に対して組織的対応を試みてきました。

CPTを組織する意義として、以下に示すものがあります。

- ① (実務的にも精神的にも)主治医の負担を軽減し、役割分担をする。
- ② 病院として責任をもつ(主治医だけの責任としない)。
- ③ 病院の中で、虐待対応に対する知識を結集する。
- ④ 虐待の診断に必要な検査や取り組みの提案をする。
- ⑤ 他科(多科)連携をスムーズにする。
- ⑥ 院外連携(医療機関連携・地域機関連携)をスムーズにする。



II : CPT のメンバーと組織構成

CPT に参加すべきメンバーは多職種にわたりますが、全ての職種がそろっている医療機関は限られています。医療機関の特性によって機動性があり、かつ多機能な組織を作るために、メンバーを厳選する必要があります。

1:メンバー

(1)コアメンバー(Core Members)

活動の中心となる必要最低限のメンバーです。事実上、①が陣頭指揮をとることとなります。

- ① 小児科医(子ども虐待の研修を受けた小児科医であることが望ましい。)
- ② 医療ソーシャルワーカー(MSW)
- ③ 救急外来看護師
- ④ 小児科看護師

(2)拡大メンバー(Extended Members)

虐待対応に数多く関与、チームの一員であれば豊富な知識により対応の幅が広がるメンバーです。

- ⑤ 救急医
- ⑥ 放射線科医
- ⑦ 脳神経外科医
- ⑧ 整形外科医
- ⑨ 外科もしくは小児外科
- ⑩ 眼科医
- ⑪ 皮膚科医
- ⑫ 産婦人科医・産科看護師・助産師
- ⑬ 未熟児新生児科医・NICU 看護師
- ⑭ 児童精神科医・臨床心理士
- ⑮ 歯科医

(3)補足的 CPT メンバー(Supplemental Members)

時折意見をもとめることとなるメンバーです。

- ⑯ 耳鼻咽喉科医
- ⑰ 泌尿器科医
- ⑱ 精神科医
- ⑲ GCU(PCU)看護師
- ⑳ 医事課

2:組織構成

上記のメンバーが有機的に活動する上での組織構成を示します。

我が国の現状に照らし、以下の2種類に大別されます。各医療機関の特性にみあった組織形態が望まれます。

Type I : CPT の長が病院管理職(病院長もしくは副病院長など)の場合(図1)

コアメンバーに、拡大メンバーを加え、病院管理者を長とすることで、病院全体の対応を目指します。小児専門病院や、大学病院など、人材が豊富で高度医療を提供する病院で見られます。

利点: 病院管理職が委員として入っていることで、院内啓発がスムーズとなりやすく、虐待に関心の薄い領域にもトップダウンの指示が可能です。

院外機関への発言力も強くなります。

欠点: 規模の小さい病院で組織することは困難です。

多忙なメンバーも多いことから、メンバーのとりまとめが困難な側面もあります。

Type II : CPT は機動性の高いチームとして存在し、上部組織の委員会が存在する場合(図2)

CPT メンバーはコアメンバーを中心とした小さな組織でチームとして活動します。病院全体の対応として認識してもらうため、上部組織(例:医療安全委員会など)に報告し、活動を承認してもらいます。

利点: 迅速で機動性のある組織です。

メンバーが集まりやすく、決定も早い

比較的規模の小さい病院でも組織しやすい

欠点: 関与しているメンバーが少ないため、他科のケースの情報を収集するには看護師等の協力が欠かせません。

中心となる小児科医が他科にコンサルトを繰り返しとりまとめる作業が必要となります

中心メンバーの退職とともに、衰退する傾向があります。

虐待対応に対して関心の薄い医師からの協力をえることが困難です。

迅速な対応や継続的な対応を維持するには少人数のコアメンバーの存在が重要です。一方で、虐待対応が一部の人間に偏り、孤立することを防ぐためには、管理職をチームに巻きこむことや、できるだけ理解者を増やしていくことが必要になります。

3: CPT 窓口と小児科アドバイザー

CPT内部でも、次の2つの職種は非常に重要な役割を果たします。

(1) CPT 窓口 ～MSW・虐待対応に精通している看護師など

院内スタッフから、虐待を疑われるケースについて連絡をうける窓口です。

CPTメンバーを集めた会議を開催するため最低限必要な情報を収集し、会議資料を作成します。

(2)小児科アドバイザー ～虐待対応に精通している小児科医

CPT窓口は情報収集におわれますが、緊急対応により余裕がなくとるべき情報をとれなかったり、自分1人で抱え込み他のメンバーに連絡することが遅くなる可能性があります。このような事態を未然に防ぐために、虐待に精通した小児科医によるアドバイス(もしくはバックアップ)が必要となります。

ケースが複数のメンバーに認知されることにより、院内周知も早くなります。

4:看護師の役割

患者にもっとも近い立場にいて、かつ各診療科の専門性に左右されないのが看護師の立場です。

また、院内各部署に必ず配置されており、指揮系統が整っていることも大切な特徴といえます。

医師は各診療科によって虐待に対する認識が異なり、対応に温度差があるのが現状です。虐待かもと気づいたら、CPTに連絡するというシステムの下支えとして、看護スタッフの役割は非常に重要なものです。コアメンバーを発信源として、看護部全体での周知をはかることが、病院内での活動性をあげより幅広い対応を可能にします。

小児看護専門看護師や小児救急看護認定看護師は虐待についての基本的知識を有しているので積極的に利用して下さい。

5:院内全てのスタッフからの連絡を受け入れる

CPT窓口には、院内すべての職種から、情報が得られるよう周知します。

医療は原則的に主治医を中心に動きますが、必ずしも医師が虐待に気づくとは限りません。気づいたとしても、患者－医師関係から、あまり積極的に対応できない場合もあります。

いち早く虐待に気づき対応するためには、主治医の意見をこえてでも、まずCPT窓口で連絡ができるシステムを構築する必要があります。

6:主治医との関係性 ～あくまで主治医を尊重したシステム構築の重要性

CPTはあくまで主治医をサポートすることを第一義とします。主治医が虐待臨床に積極的であり、通告すべきとの判断があれば、CPTの判断を待たず積極的に通告することを妨げません。

また主治医が、虐待という認識に否定的であったとしても、情報を持ち寄り主治医の意見を尊重しながらCPTメンバーとの対話をすすめることが大切で、病院全体の対応能力の向上にもつながります。

図1 Type I

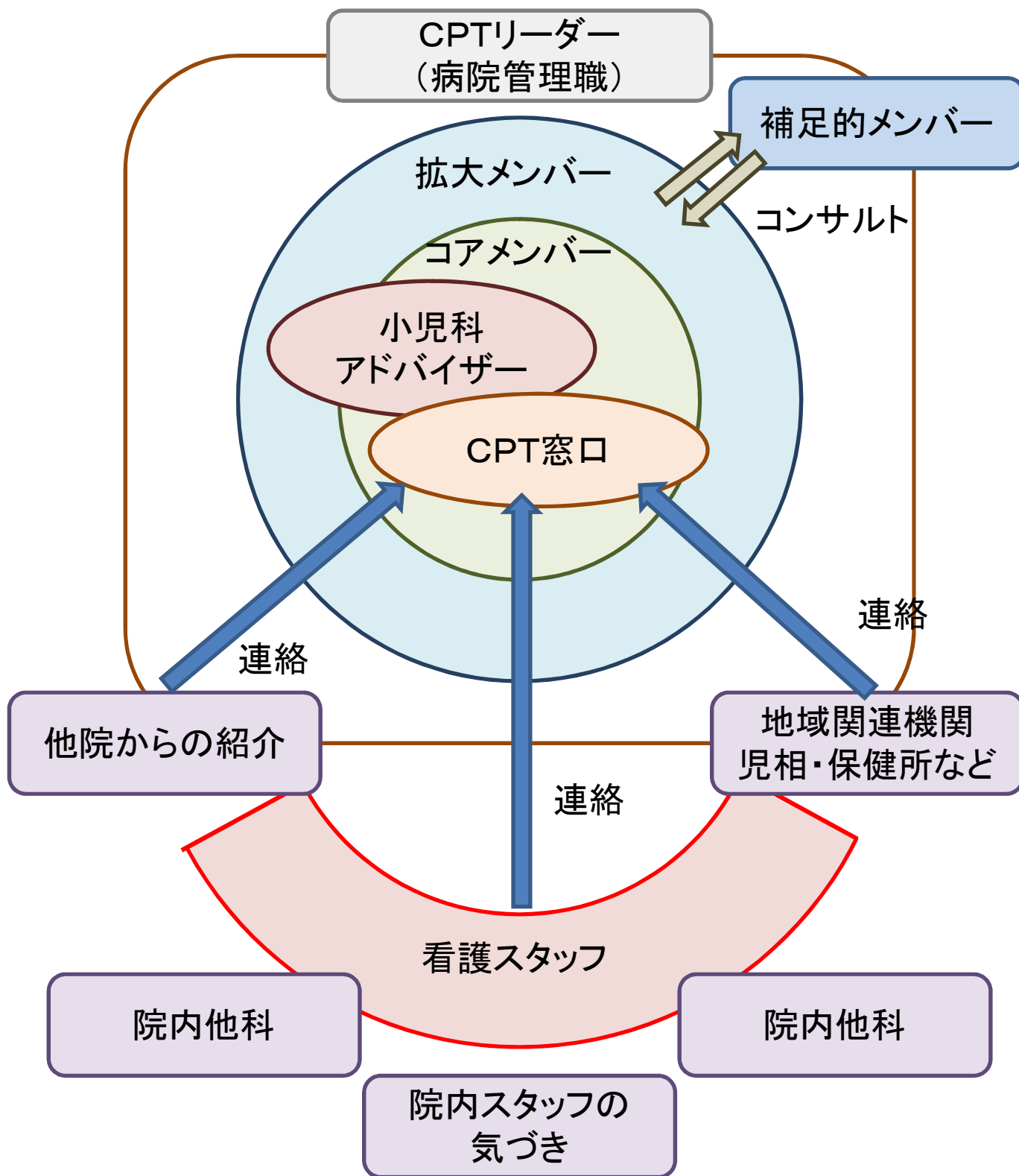
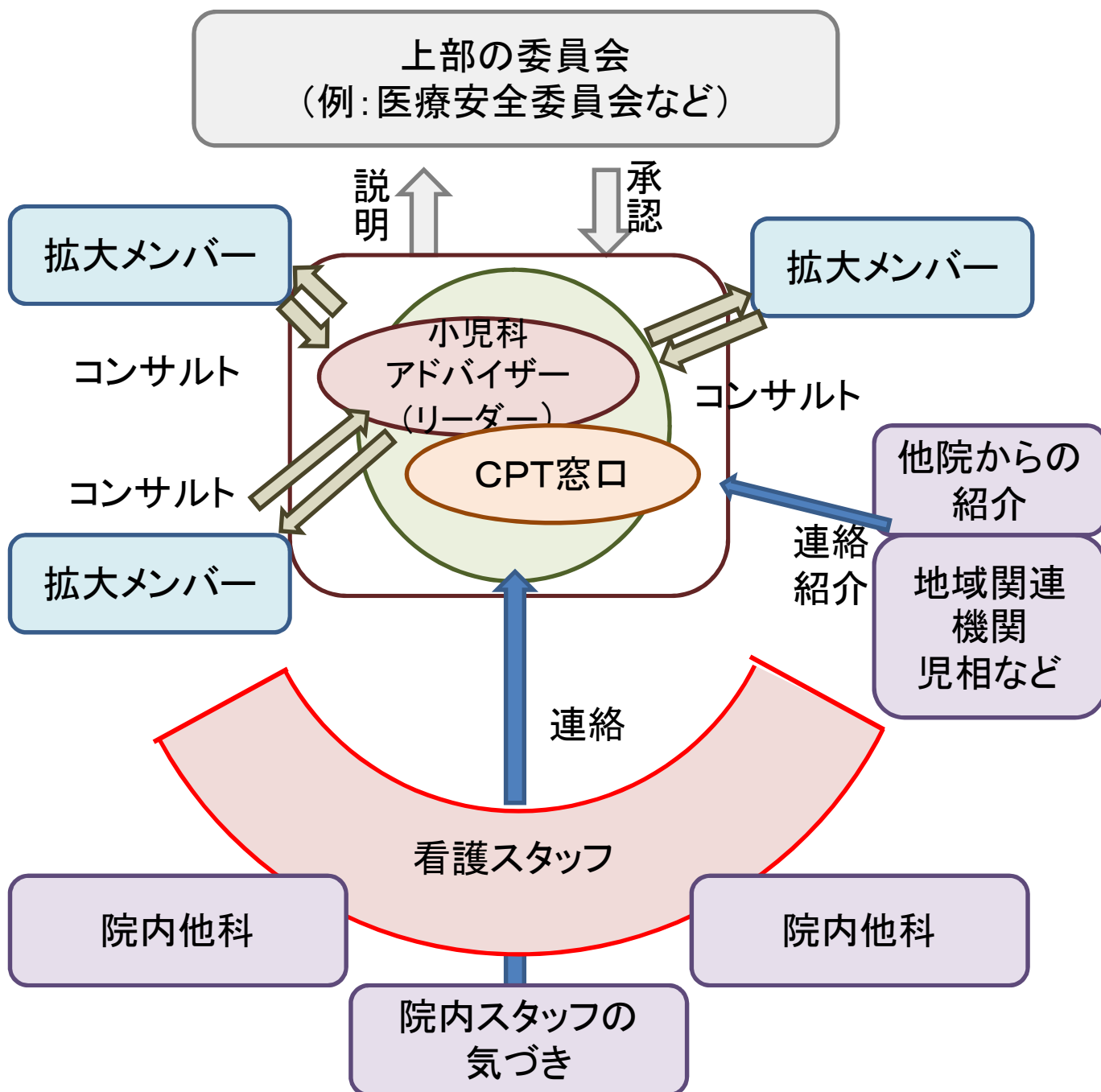


図2 Type II



第2部：CPTの運営

第1章：CPTの事例対応

I : CPT の基本的な対応

1:このおうち大丈夫?と思ったら、まず入院!

子どもに起きている症状が不適切な養育環境によるかもしれない…と思ったら、担当医はまず入院させ身体症状の精査とともに、「**子どもの安全確保**」をして下さい。

初めから、「虐待を疑うので入院です」と担当医から話をするのは困難ですから、入院の理由が思いつかない場合は、帰宅させる前にCPTメンバーに相談するように、院内スタッフに周知して下さい。

☆入院の意義☆

以下のようなものが考えられます。入院は、医療機関における子どもの安全確保のための重要な手段です。

- ① 子どもの身柄の安全確保
- ② 虐待・ネグレクトと事故・疾病との鑑別診断
- ③ 確実にCPTにケースとして上げられる。(外来だとスルーしやすい。)
- ④ 通告すべきか迷っているケースなどについて、CPTの議論などを通してじっくり考える時間ができる。
- ⑤ 地域との連携を通して、治療やケースワークの幅が広がり、充実する。

☆CPTへの相談経路☆

以下の4種類が想定されます。①②は、比較的緊急度が高いものが多いです。

また①は、**情報量が少ないことが「リスク」**となります。特に休日・夜間帯は、判断が困難なため、積極的に入院を勧めます。どうしても入院が困難であった場合は、最低限、最も近い通常日勤帯における再診を指示して下さい。

- ① 一般外来・救急外来で発見するケース
他の医療機関から紹介されるケース
- ② 児童相談所等地域機関から紹介されるケース
- ③ 外来にて継続観察中で不適切養育が疑われるケース
- ④ NICU退院前のハイリスクケース

2:CPTに連絡・相談してもらう

不適切な養育環境におかれる子どもと出会ったら、CPTの窓口担当者に連絡を入れるよう周知して下さい。相談の窓口担当は、**同日中**に小児科アドバイザーに連絡し、互いに相談しつつ、以下にあげるような初期段階の情報収集を行います。

この情報に従って、CPTメンバーが集合し、ケースに対する対応方針を決定します。

☆CPT窓口担当が収集する情報☆

- ①年齢・性別 ②主訴・来院までの経過 ③保護者の説明
- ④身体的重症度 ⑤家族構成(ジェノグラム)
- ⑥保護者の就労状況・経済基盤 ⑦地域機関への相談歴 など

3:CPTの招集

CPTメンバーが集合し、ケースに対して評価しつつ、今後の対応方針について協議します。

協議の中では、「**子どもに起きている症状がマルトリートメント症候群として診断できるか?**」という点に焦点をあてます。

誰がどのように虐待したか?という点について考察する必要がありますが、初回の会議において結論を出す必要はありません。

また、診断のために不足している家庭情報や検査所見等については、CPTから主治医にアドバイスをを行い、情報を収集後再び会議を行います。

CPTから、「マルトリートメント症候群」の疑いがあるか否か決定するまで、**子どもの安全を確保するために入院**していることが原則です。

4:虐待の通告

子どもに起きている症状がマルトリートメント症候群である疑いが強い場合、児童相談所もしくは、市町村に「**通告**」を行います。

とくに、**子どもの安全確保を確実に行う必要があると判断される場合は児童相談所に通告**を行います。

※児童相談所は、保護者の意思に関わらず、子どもの「**一時保護**」を行うことができます。

通告された機関は、おのおのの立場から、虐待の可能性について調査を行います。

(「児童相談所との連携」「市町村・保健機関との連携」を参考にして下さい。)

通告する場合、病院名での「**通告書**」(資料1)があれば、医師個人の責任とならずにすみますので、活用して下さい。また、通告が受理されたことを確認するために、通告受理書を求めることもできます。

5:虐待を疑うことの告知

児童相談所や市町村に対して通告し家族への対応が協議されたのち、病院として虐待を疑い通告をしたことを、家族に告知します。これにより、通告をうけた機関が、家族との関わりを持ちやすくなります。

<告知するメンバー>

主治医・病棟看護師・CPTメンバー(医師)・書記係で行います。

暴力性が高いと考えられる家族の場合、男性職員が積極的に対応します。

また事前に児童相談所職員や警察に連絡し、病院内で待機していただくこともあります。

<告知の方法>

(1)「**病状説明**をします」といって保護者を子どもと離れた部屋に入室させます。

(2)病状や検査所見、予後について説明します。

(3)「このような状況の発生には、単純な事故や病気による可能性は低く、何らかの虐待があった可能性を疑います。虐待が疑われた場合、法律にのっとり児童相談所に連絡をしなければなりません。」と告げます。毅然とした態度で告げることが必要です。

(4)児童相談所職員に待機していただいている場合は、機をみて交代します。児童相談所の職員から、児童相談所は虐待を強く疑っており、家にそのまま子どもを返すことは子どもの安全が守られないと判断したことを説明します。

☆別の病院に転院させる必要が場合は、両親などに説明をしている間に、児童相談所職員が子どもに同伴し、転院させる方法を取ることもあります。

6: 通告後の流れ

通告をうけた児童相談所は、直ちに家庭機能の調査を開始します。家族・親族との面接から、地域関係機関への照会などにより、不適切な養育が行われていたかどうか、また今後子どもが健全な発達をとげるために何が必要か、という点について評価を行います。

身体的治療が終了しても、家庭の安全性に疑問があり、かつ今後の方針や退院先が見つからない場合、社会的な長期入院につながるケースがあります。

入院中は定期的に、地域関係機関と協議を行い、調査の進行状況を確認しつつ、病院内で認められる子どもや家族の様子について報告し、今後の方針について検討します。

調査後、在宅での養育が適切か、施設入所が適切か判断され、今後の方針が示されます。

7: 一時保護と一時保護委託

児童相談所は、家庭機能を調査している経過の中で子どもの安全を確保するために一時保護を行います。一時保護は保護者の同意に基づく場合もありますが、保護者が同意しない場合、児童相談所長の職権により一時保護を行うことで子どもの安全を確保することもあります。

もし子どもが入院治療中にも関わらず、保護者が無理な退院を要求してくることがあっても、児童相談所から職権による一時保護の委託をうけた入院となっている場合は、退院要求を棄却し児童相談所の判断を仰ぐよう告げることとなり、子どもの安全が確保されます。(職権による一時保護をうけていないと、保護者の退院要求を断る手段がありません。)

また治療はすでに終了しているものの、児童相談所の家庭調査がまだ終わらない等の理由で退院ができない場合、児童相談所と協議の上、「児童相談所からの一時保護委託」の上での入院として、入院を継続することがあります。

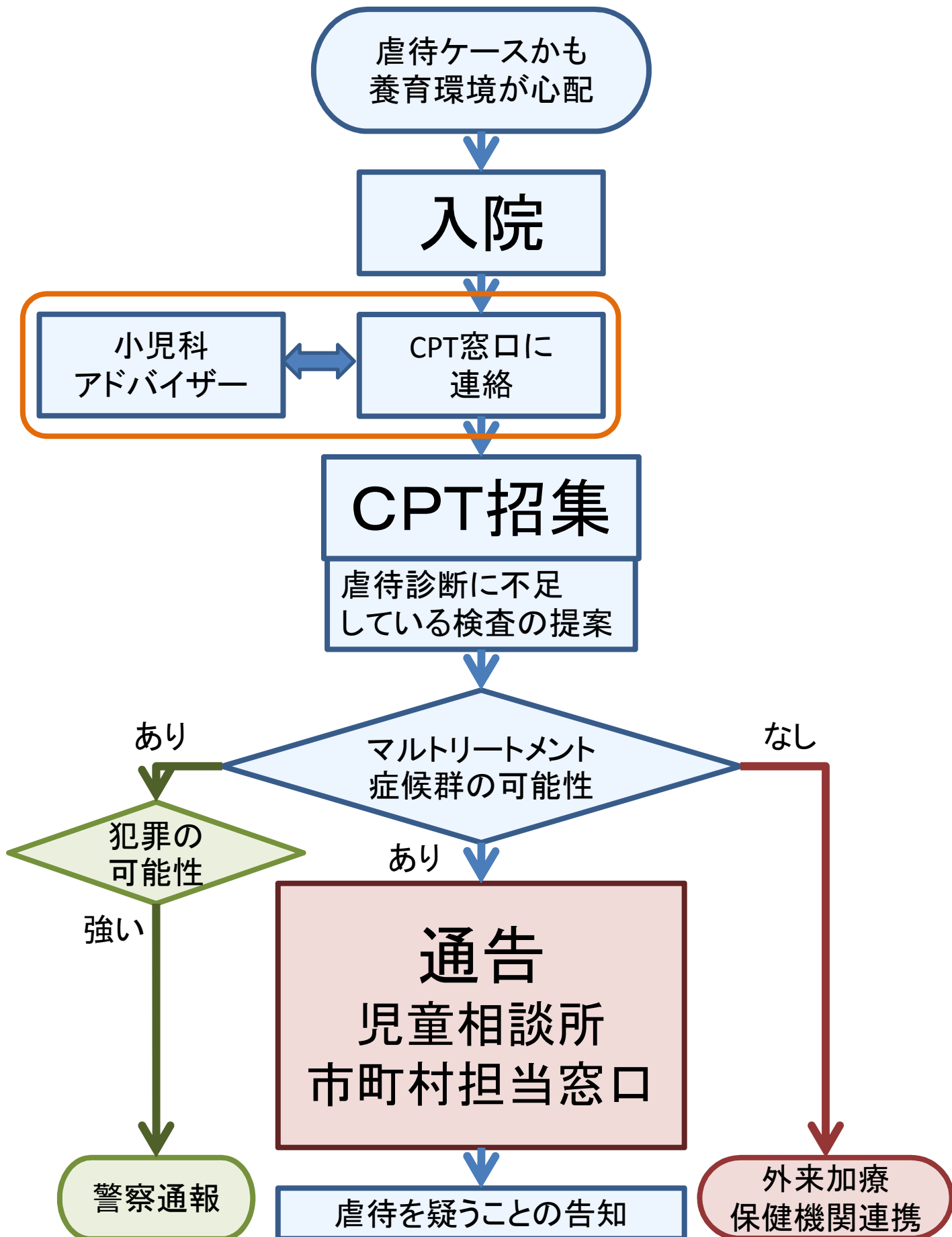
8: 警察への通報

子どもの状態が重症で、犯罪の可能性が疑わしい時には、積極的に警察通報を行います。

(「警察との協働」を参照して下さい)

警察との連携により、どのような機序で虐待が発生したか判明する場合があります。

虐待ケース対応フロー



II. 地域関連機関との連携

虐待かも…と思ったら地域関連機関との連携をはかり、さらなる情報収集や、家族への対応方法、今後の支援方針などを検討します。

以下、3つの機関との役割と連携のための工夫について示します。

1. 児童相談所との連携
2. 警察との協働
3. 市町村（福祉部門・保健部門）との連携
4. 要保護児童対策地域協議会

1. 児童相談所との連携

児童相談所は、児童虐待対応における中核的な組織です。

主な機能として…

- (1) 児童相談所は「通告」を受けることにより相談意思の有無にかかわらず、家族に対して「介入」することができます。
- (2) 子どもの安全を確保するため職権により保護者の同意がなくても「一時保護」することができます。
- (3) 虐待的な対応の有無について判断するため、家庭機能調査を行います。
- (4) 最終的に、子どもを在宅させながら支援するか、在宅では危険性が高いと判断して施設入所させるか決定します。

(1) まずは児童相談所に通告を！

虐待を疑ったらすぐ児童相談所に通報、連絡または情報提供をします。虐待かどうかわからなくて迷った時点でもかまいません。

市区町村の虐待担当に通報する場合にも、同時に児童相談所にも情報提供をします。市区町村がどのように対応しているか児童相談所から市区町村に問い合わせや助言をするためです。

☆虐待は疑った時点で通報すべきこと、病院など児童の福祉に業務上関係ある団体および医師その他の職員は、児童虐待の早期発見に努めなければならないことが法律で定められています。（児童虐待防止法第5条・第6条）

☆児童相談所は、**通告を受けることにより、家族に相談意思がなくても家庭の養育機能を調査し、支援することができます。** 通告をうけないと、家族が相談しない限り、子どもへの支援ができません。

< 通告の際の注意点 >

☆子どもの受傷や疾患の程度が入院を要しなくとも、不自然な怪我や病変、保護者の様子など少しでも虐待を疑う時には可能な限り一旦入院させて、児童相談所に速やかに通告して下さい。

☆児童相談所に通告することを事前に保護者に告知する必要はありません。

事前に保護者に児童相談所に通報することを伝えると、保護者が強制的に退院させるなど子どもを危険にさらす恐れがあります。

(2) 児童相談所の聞き取り調査

児童相談所に通告があると、児童福祉司が詳細な状況を聞き取りに来院します。医師や看護師などの医療職がいる児童相談所では医療職も聞き取りに同伴することもあります。対応が遅い場合は、児童相談所に問い合わせてください。

主治医及びCPTメンバー(医師を含む)で、聞き取り調査に応じます。

☆児童相談所に提供する情報

- ① 虐待を疑った受傷や疾患の所見や重症度
- ② 受診時に付き添ってきた保護者の怪我についての説明
- ③ 子どもによる説明(子どもが話せる場合)
- ④ 受診時の子どもの様子や親子関係(親を怖がっていたか等)
- ⑤ 入院の要・不要の判断

入院が必要な場合は期間や見通し

外来のみで帰宅した場合は、次回の外来受診予定や今後の治療予定

など

☆これらの情報提供は虐待の疑いを発見した時の通告義務の範囲内と解されており、守秘義務違反にはなりません。

☆医療職でなくてもわかるような説明を心がけましょう。

(3) 児童相談所内での流れ

児童福祉司は聞き取った情報を一旦持ち帰り、所長のもと管理職が招集され、緊急受理会議を開きます。

- ・現時点で虐待と判断できるか
- ・保護者との分離が必要な状況か
- ・病院に一時保護委託をお願いするか などを決定し、再び児童相談所と病院とで協議します。

☆虐待と判断し、かつ、保護者との分離が必要と判断した場合

保護者に病状を、誰がどのように説明し、誰が虐待を疑っていることを告知するか

どのような手順で分離を行うか

☆すぐに分離が必要と判断しない場合

児童相談所が調査できること／病院が調査すべきこと

今後の家族支援の方法

などの役割分担と連携の方法が協議されます。

(4) 一時保護と面会制限

児童相談所は、虐待の可能性が濃厚で、かつ家族との分離が必要な状態と判断されれば、職権にて子どもの一時保護を行うことがあります。

一時保護は、児童相談所長が「必要があると認めるとき」に行うものであり(児童福祉法第12条の4、第33条)、行政機関単独の判断で可能とされており、子どもの意思に反しても、保護者の意思に反しても執行できるものです(児童虐待防止法第8条第2項)。

入院は本来、家族の同意のもとに行うものですが、一時保護が必要かつ、現時点での退院が困難な場合、児童相談所からの一時保護委託として入院を継続することがあります。

また現在入院中の病院での入院継続では、子どもの安全が守れないおそれがある(保護者が子どもを連れ帰るなど)と判断された場合は、他の医療機関に転院し、一時保護委託をすることもあります。

また、入院中の家族との面会が子どもに不利益をもたらすと判断される場合は、保護者との面会制限をかけることもあります。ただし、子どもの病状が重篤な場合、保護者の同意なくして治療を行えない場合もあるため、面会制限については児童相談所と医療機関とで慎重に協議する必要があります。

(5) 家庭機能調査と支援方針の決定

児童相談所は、現在の家庭における養育状況について、家族との面接のみならず家庭訪問をして確認したり、地域関連機関(市町村・保健センター・保育園・幼稚園・学校など)からの情報を収集して評価を行います。

この際、現在の受傷や疾病の状態が命にかかわる状態でなくとも、次に同様の、または更に重篤な虐待が行われた場合に、子どもの安全や命が守られるかを判断の基準として、今後子どもを在宅において支援するか、安全の確保を優先して子どもを施設(もしくは里親)に措置をした状態で支援するか決定します。

病状の評価や予後、今後必要なケア、入院中の家族との対話や様子について病院も児童相談所に報告し、かつ今後の支援のあり方について協議を行います。

(6) 児童福祉法第28条による施設入所

児童相談所及び地域関連機関の協議により子どもの施設(もしくは里親)への措置が必要と判断されたにも関わらず、保護者が拒否した場合、児童相談所長は児童福祉法第28条に基づき、家庭裁判所に申し立てることができます。その間一時保護は継続され、家庭裁判所の裁定により、子どもの処遇が決定されます。子どもの病状によっては、一時保護委託による入院継続が必要な場合もあります。

2: 警察との協働 ～警察通報と情報提供～

虐待も一種の犯罪と判断されるケースが少なくありません。その場合は警察通報を積極的に考慮します。警察の捜査により、虐待の真相に迫ることができることもあります。

(1) 事件性の疑いと警察通報 ～警察通報は迅速に！～

子どもに生命の危険があるとき、また事件性が疑われるときは積極的に警察への通報を検討します。

被害者保護、および証拠の保全、犯人の確保のため、警察通報は迅速に行う必要があります。

☆虐待に対する刑事法上の罰則(例)☆

身体的虐待：暴行罪(刑法 208 条)／傷害罪(204 条)／傷害致死罪(205 条)／殺人罪(199 条)

ネグレクト：保護責任者遺棄罪(218 条)／保護責任者遺棄致死罪(219 条)

性虐待：強制わいせつ罪(176 条)／強姦罪(177 条)／児童福祉法違反(同法 60 条)

／青少年保護育成条例違反など

心理的虐待：傷害罪(204 条)

(2) 虐待事件捜査のポイントと必要な医学的所見

虐待事件捜査のポイントは、

①虐待被害の特定

②犯人の特定 です。

特に①について、通常の犯罪事件では被害申告を受けたり、事実を現認して捜査がはじまりますが、児童虐待の場合は、認知した段階で虐待(犯罪)かどうかはっきりしないため、病院からの通報の場合、**子どもの外傷や病状から虐待が疑われるか否かの判断が重要**となります。

虐待を特定するための医学的所見の提供を求められる時がありますので、法医学者の意見も取り入れながら、検査計画をたて、医学的所見をまとめ、検討する必要があります。

(3) 警察調書への対応

捜査として得た医学情報をもとに、警察は調書を作成します。その際も医学所見から、どの程度虐待による被害であることを特定できるかが焦点になります。正確な医学情報を提供するとともに、できあがった調書に誤りがないか、確認させてもらうことを心がけて下さい。

(4) 医療機関から警察に求めること

病院として、警察と連携する際に、他の患者等に心理的負担をおかせないように、以下の配慮を警察にお願いすることは大切です。

- ① 医師の診療の妨げとならないように配慮(治療行為を最優先)する。
- ② 医師と患者(保護者等)との信頼関係を損なわぬよう配慮する。
- ③ 医師からの事情聴取が必要な場合、医療機関の事務担当者を通じて、連絡・調整を行う。
- ④ 警察官が、入院病棟や外来に臨場する場合、関係者を病院から同行する場合は、パトカーや制服での臨場を避けるとともに、関係者用通用口を利用するなど、被害児童をはじめ他の患者に不安を与えないように配慮する。

☆乳幼児突然死症候群(SIDS)と異状死体の届け出について

乳幼児突然死症候群(SIDS : Sudden Infant Death Syndrome)は、一見ごく健康に育っているように見える乳児が、何の前触れもなく突然呼吸停止し、死亡する疾患です。主に1歳未満の乳児に多く、この年代の死亡原因の第3位を占めています(平成15年)。

乳幼児に突然の死をもたらす疾患を否定できたとしても、医学的な結論を出す前に、虐待や犯罪の可能性と、窒息などの事故の可能性を否定するため、**死亡状況調査**を慎重にとりおこなう必要があります。SIDSの診断は、剖検に基づいて行われます。

またSIDSは、医師によって病死であると明確に判断された内因死による死体以外の死、つまり**異状死**であることから、医師法第21条「異状死体等の届出義務」に基づき24時間以内に所轄警察署に届出をしなければなりません。また、死因の究明のため、死亡時画像診断(AI : 下記参照)や、解剖をする必要があります。

医療機関として、子どもの突然の死に混乱している両親に寄り添いつつ、警察への届け出が必要なことを告げ、死因の究明のための「病理解剖」について説明し、家族の承諾がえられるか確認します。

家族の了承がとれた場合、警察と協議の上、「司法解剖」ではなく「病理解剖」を行うことでよいか協議します。「病理解剖」の了承がとれなかった場合、今後警察の方から、「司法解剖」や「行政解剖」の申し出があるかもしれないことを家族に伝え、強制的な解剖が行われる可能性があることを告げておくとよいでしょう。

解剖がなされない場合、及び死亡状況調査が実施されない場合は、死因の分類は不可能であるため、死亡診断書(死体検案書)の分類は「12.不詳」とします。

☆死亡時画像診断(AI: Autopsy Imaging)について

非偶発的な外傷の発見、病態の解明、医療行為の検証等を目的として死亡診断後に画像診断(単純X線写真やCTなど)を行うことをAutopsy Imaging(AI)といいます。

外観からは知り得なかった情報から、虐待の成因等に対する考察が深まることが期待されます。検査数の30%程度で、有用な情報が得られるといわれています。

原則として死亡診断前の画像診断を優先します。特に虐待が疑われる場合は、多発外傷の把握のため死亡診断前に診療行為としてCTを行うことを推奨します。

実施には保護者の同意と承諾が必要です。承諾のない場合、強制的に行うことはできません。

医療行為の検証も含め、エンゼルケア(カテーテルやチューブの抜去など)は、AI実施後に行います。また覆布で被覆し感染に細心の注意を払います。

CTは全身を撮影します。頭部は頸部以下とは別に撮影します。体幹部は手足を含めて撮影します。

異状死は警察通報し、司法解剖を行うことが原則です。

基本的に費用は病院負担となりますが、地域によっては警察等が負担する場合があります。

3:市町村福祉部門・保健部門との連携 ～地域による家庭支援のあり方～

平成 16 年の児童福祉法改正で、市町村が虐待通告先に加えられました。また要保護児童対策地域協議会が設置され、市町村の果たす虐待対応の責務は非常に大きなものとなっています。

病院だけでえられる情報は限られています。

「病院にいる」家族の姿は「支援された状態」の家族の姿です。

家庭において支援がなくなった状態をもとに、状況を把握しなければなりません。各機関の情報を共有した上で、家族支援の方法を模索します。

(1)市町村への通告

児童相談所と同様に市町村に通告することも出来ます。

通告の手順は、児童相談所の場合と同様です。（「児童相談所との連携」を参照）

市町村には、元来その役割として、福祉サービス・保健サービスを行う機能があります。家庭機能調査を行いながら明らかになった支援すべき内容に従ってサービスを提供することにより、虐待のリスクを軽減することが可能です。各市町村にはどのような機能があり、家庭を支援しているかは、把握しておいた方がよいでしょう。

ただし、市町村には子どもの安全確保するための一時保護をする権限を与えていません。

したがって保護者との分離が必要と考えられるケースは積極的に児童相談所に通告して下さい。

また、市町村に通告した場合も、同時に児童相談所に情報提供しておくこと、よりスムーズな連携が期待できます。

(2)市町村の福祉部門による支援

市町村福祉部門…(例)子ども福祉課 障害福祉課 など

各市町村の実情により、様々な担当課が設置されていますが、おおむね下記のように大別されています。

相談業務 :主に家庭児童相談員が家族の相談に応じます。

経済支援 :生活保護や児童扶養手当などの経済的援助の手続き・給付を行います

保育園利用:育児支援の一環として、保育園の優先利用を検討します。

その他 :自立支援法によるヘルパー派遣など

(3)市町村の保健部門による支援 ～市町村保健センター

主に母子保健法に基づき、保健師は虐待予防に対して重要な役割を担っています。県型保健所と協働して、さまざまな支援を行っています。

☆ポピュレーションアプローチ

子どものいる家庭全てへの働きかけで、地域社会の底上げを行う。全ての家庭に行われているため、比較的警戒されずに家庭に介入しやすい。

①母子健康手帳交付時面接

:望まない妊娠の発見・支援者の有無の把握を行う

②妊婦訪問・両親学級

③新生児訪問事業:主に第1子を対象に、出産後1ヶ月以内に家庭に訪問する。

1ヶ月は産後うつが発症時期でもあり、エジンバラ産後うつ尺度(EPDS)等を利用して、母親への支援を模索する。
希望制であり、里帰りしていると期限が切れてしまうことなどの問題点がある。

④1ヶ月児健康診査

⑤乳幼児健康診査(4ヶ月児健診・1歳6ヶ月児健診・3歳児健診)

:子育てアンケートを行い、要支援家庭をピックアップする。

⑥育児教室

⑦こんにちは赤ちゃん事業

:第2子以降も含め、生後4ヶ月までの乳児の全戸訪問。
孤立を防ぎ子育てを支援する

☆ハイリスクアプローチ

ポピュレーションアプローチにより見極められた健康被害のリスクをもつ家庭に対し、リスクの軽減・削除を目指した支援。個別支援と集団支援がある。

①個別援助活動

②養育支援訪問事業

:要支援家庭(とくに虐待予備群・育児不安群)に対して訪問・支援することで、虐待に至らない育児環境を整える。福祉部門と保健部門と協働で行う。
家事援助や買い物、保育園の送迎、育児技術の提供、
発達・育児相談・家族相談・医療機関への同行受診 など

③親支援グループミーティング

:ハイリスク家庭の親を対象にグループを形成し、その場に安全や信頼の雰囲気
を形成しながら、率直に語り合うことで自己理解、他者理解、自己と他者との
深くて親密な関係を体験しながら、心理的自己成長を図る

④対象別育児教室

4: 要保護児童対策地域協議会

平成 16 年の児童福祉法改正により、各市区町村には、要保護児童対策地域協議会が設置されました。虐待されている子ども達に対して、どのような支援が必要かということについて、様々な職種・機関が集まり協議することができます。

(1) 要保護児童と要支援家庭

要保護児童: 保護者のない児童 保護者に監護されるのが不相当と考えられる児童

虐待・障害・非行など

要支援家庭: 保護者の状況・子どもの状況・養育者に何らかの問題を抱え、それを放置することで養育が困難に陥る可能性をもった家庭。

支援を必要としていない家庭・支援の必要性に気づいていない家庭が多く、自ら相談に来ることはほとんどありません。アウトリーチが重要です。

下記のように大別されます。

- ① 虐待群: すでに虐待が起こっている。または虐待が疑われる。
- ② 虐待予備群: 今後放置しておけば虐待が発生するであろう育児困難を抱えたハイリスク群
- ③ 育児不安群: 育児不安を抱え、虐待予備群になる可能性のある群

(2) 要保護児童対策地域協議会を開く

<開催の目的>

- ① 子どもや家族についての情報共有
- ② ケースアセスメント
- ③ 各機関が行う支援のあり方の確認
- ④ モニタリング方法の確認
- ⑤ 在宅支援における限界設定

<参加する機関>

様々な機関が、専門職の知見を活かし、情報を持ち寄りながら多角的に評価・支援します。このようなチームを**多職種専門家チーム(MDT: MultiDisciplinary Team)**とといいます。

市町村管轄部署(調整機関)・保健機関(保健センター・保健所)

医療機関: 子どもの医療機関・保護者の受診している医療機関(精神科を含む)

保育園・幼稚園／学校

児童相談所

警察・司法

その他: 精神保健福祉センター 障害者支援センター 女性相談センター など

(2) 会議の進め方

まず、市町村の要保護児童対策地域協議会の管轄部署（調整機関）に会議の開催を要請します。ケースに関わるメンバーなら、誰でも要請することができます。調整機関とともに、早急に日程調整を行います。

<情報共有～会議で確認すべき情報>

① 正確なジェノグラム（家族図）の作成

複雑な家族構造をとっていることが多いため、最低でも両親の親の世代までの家族図が必要です。ジェノグラムを作成したのち、子どもの「**主な養育者**」は誰か、「**虐待を行っている**と推定される人（**加害者**）」は誰かという目安をつけます。（「主な養育者」と「加害者」が同じ場合もあるし、複数の時もあります。）

② 子どもについての評価

1) 危険因子～子どものもつ虐待をうけやすい因子（育てにくさ）を整理します。

発達の遅れや多動傾向など

2) 子どもの健康度と必要とされるケアのレベル

～身体障害をもつ子どもなど、通常以上のケア技術やマンパワーを要する場合があります。医療機関からの情報提供が大きな鍵となります。

③ 主な養育者への評価

1) 危険因子～主たる養育者が育児をする上でもっている困難な点を整理します。精神障害など

2) 子どもとの関係性

～主たる養育者と子どもとの関係性が良好で、愛着関係が出来ていれば、虐待者からの加害行為に対する補償因子となります。逆に関係性が希薄な場合は注意が必要です。

3) 支援者の存在の確認と関係性

～祖父母や、養育者のきょうだいなどから支援が受けられるかどうかを評価します。

4) 地域支援を受け入れるか？（受け入れているか？）

～もっとも重要な評価項目で、地域支援を主な養育者が受け入れない場合、社会的孤立をもたらす、ハイリスクとなります。

④ 加害者への評価

1) 危険因子～加害者の性格傾向等の把握により、再発生の危険因子を予測します。

2) 子どもとの関係性

～子どもとの物理的な距離とともに、心理的な距離を把握します。

3) 加害者と主な養育者との関係性

～DV等の関係など、本来子どもを守るべき相手への攻撃は、極めてハイリスクです。

4) 加害者に対する支援者との関係性

～支援を受け入れるかどうかにより、再発生のリスクを予測します。

⑤家族全体の機能の評価

下記の点を評価します。

- 1) 危険因子の確認
- 2) 経済状況
- 3) 生活環境(住居環境や清潔感など)
- 4) 親族との関係性
- 5) 支援を受け入れる可能性

<ケースアセスメントのまとめ>

①エコマップの作成

子ども、主たる養育者、加害者、親族、地域支援それぞれの関係性を図に表記します。

②虐待発生にいたるインシデントの想定

虐待状況を生み出す背景や、重度の虐待につながる前段階としてのインシデントを想定します。
リスクアセスメントを正確に行うために、各種ツールの使用も有効です。

<ケースマネジメント:各機関が行う支援のあり方の確認>

上記アセスメントに基づき、おのおのの機関の特性を活かした支援の方法を確認します。

原則として

- ① 子どもの安全確認と確保
- ② 主な養育者との信頼関係形成
- ③ 虐待者との信頼関係形成 の順序を各機関で意識して対応します。

対応の目標は下記①→④の優先順位で行うことが基本です。

- ① 社会的孤立の解消 相談相手になる
- ② 生活ストレスの軽減 社会資源の総動員
- ③ 子どもの症状の軽減 親に負担をかけず、他の人が子どもに関わって改善
- ④ 親の育児改善や治療

<モニタリング>

子どもの安全が確保されているか、支援のあり方がうまくいっているか等についてモニタリングする方法や頻度を考えます。ケースの進行管理のため、ケース台帳を作成します。

<在宅支援の限界設定>

虐待状況が悪化した際に、どのように一時保護につなげるのか検討しておきます。

Ⅲ：周産期ハイリスクケースへの対応

周産期より、出生後の養育が心配されるケースに対応することが、虐待発生予防の上で重要です。妊娠期、もしくはNICU入院時より、ハイリスクケースを見つけ、適切な支援に結びつけるべく、CPTが対応方針を提案します。

1:ハイリスク家庭とは…

いまだ妊娠中であつたり、出生後NICUに入院し家庭生活を未経験ではあるが退院後の養育に不安があるケース、また一度退院しても、先天性心疾患の発見や先天性代謝異常などにより、家庭生活の期間が短いままに入院し、退院後不適切養育になる可能性がある家庭をいいます。

2:妊娠期からのハイリスク家庭の発見

ハイリスク家庭の発見と支援は、妊娠期の出来るだけ早期の段階で行うことが重要です。

リスク項目を列挙した養育支援環境アセスメントシート(資料2)を使用し、リスク評価を行います。評価期間が短期間の場合は情報不足のため、リスクを認識できないことがあるため、継続的にチェックし、項目を見直すことが必要です。

目安として…

☆ 3点以上は、不適切養育家庭として、保健センターなどの地域支援を検討します。

☆ 10点以上のケースは積極的に乳児院措置を検討し、児童相談所を中心とした地域関連機関との連携を試みます。

家庭への支援として何が必要かは、リスク項目や家族の持っている健康度(補償因子)によって異なります(下記項目を参照)。いずれにしろ出産という繊細な問題に対し、家族の警戒心や不安に共感し、じっくりと信頼関係をつくっていくことが重要です。発見がより早期であればあるほど、十分な時間をもとに信頼関係を形成することが可能となります。

地域の医療機関による支援として、地域によっては、出産前小児保健指導(プレネイタルヴィジット)があります。産婦人科医は、妊婦健康診査(妊娠後期が望ましい)等において、小児科医等による保健指導を必要と認めた場合に、小児科医を紹介し、小児科医は母親の不安解消に努めると共に、育児指導を行うシステムです。市町村事業として展開している地域もあります。

また出産に対する母児のリスクが高いケースは、周産期センターにおける、出産前から出産後の継続的な支援が重要と考えます。産婦人科と小児科のこまめな連携がとても重要となります。

3: 家庭機能の評価と地域支援体制の確立

家庭内のリスクや、健康的な面を把握したあと、地域関係機関と支援体制を協議します。

出来るかぎり家族に対して多機関に相談するメリットをつけ、家族から相談する形を優先しますが、よりスムーズに連携先と家族との相談関係が成立するために、事前の機関同士の情報提供も重要となります。

要保護児童対策地域協議会の中で、要支援家庭として情報共有と支援のあり方を検討していきます。

詳細については、「Ⅱ-3: 市町村(福祉部門・保健部門)との連携」を参照して下さい。

4: 周産期病棟・NICU 入院中の家族支援

長期入院で、その間家族面会が続く場合、病棟内での家族との対話により、新たな情報を入手できたり、家族の心理的ケアにつながる可能性があります。支援機関であるという特徴を活かし、家族との対話を積極的にもつことで保護者が病棟にいることに安心感を覚えるよう心がけましょう。

病院内でのスタッフとの信頼関係が、他機関につながる際の信頼感を形成しやすくなります。

注意点として、入院中の家族の様子は「**手厚い支援を受けた状態**」であることを自覚しておくことが重要です。うまれたばかりのか弱い子どもの養育を病院に預けている、という安心感は病院職員が思っている以上に絶大なものです。

家庭に戻ることで、子どもと長期間向き合うことになる、だんだん余裕がなくなっていくことを想定して支援体制を組む必要があります。

病院内の支援を少しずつ地域に移行しながら、慎重な経過観察が必要となります。

☆乳幼児揺さぶられ症候群予防教育プログラムについて

SBSの発生を防ぐために開発された予防教育プログラムです。病院内で可能な虐待発生予防プログラムとして注目されています。

IV：事故予防による支援

重症虐待が疑われたケースでも、最終的な家庭調査により事故として家族を支援することが妥当と考えられる場合があります。

1：子どもの事故

窒息 溺水 誤飲・誤嚥 熱傷 交通事故 などがあります。しばしば虐待との鑑別が必要です。

2：家族への初期対応

①保護者の安全感を確保します

「よく来ましたね」「びっくりしたでしょう」と言葉かけします。事故が起きたことを責めないように注意します。

②保護者の自責の念に共感します。

「事故が起きないように注意してたんですね」と母親の思いや存在を肯定し、自責の念を和らげます。

③予防対策に取り組める準備を整える。

「事故予防にはちょっとしたコツがあるんです。」と言葉かけすることで、保護者自身の状況を再認識し、自分は何をすべきなのか考えられる心理状態を作ります。

※保護者の予防指導に対する意欲がみられない場合、地域と連動し継続的な支援のあり方を考えます。

「I-3：保健・福祉連携 ～地域による家庭支援のあり方～」を参照して下さい。

3：事故再発防止プログラムの実施

<指導目標>

- ・起こってしまった事故の再発防止策
 - ・重症度の高い溺水事故予防策
 - ・発生頻度の高い誤飲・誤嚥事故予防対策
- の3つを指導する

<方法>

- ①主治医より、事故再発防止プログラムを紹介する。
- ②事故再発防止プログラム調査票(資料3)を保護者に記入してもらおう。可能であれば、家庭内の写真を持参してもらおう。
- ③子どもの発達段階にあわせ、想定される事故の種類を考える。
- ④起こってしまった事故の状況確認を詳細に行う。(時間・場所など)
- ⑤予防策の指導をする。

V：代理によるミュンヒハウゼン症候群（MSBP）への対応

保護者と分離する、もしくは症状を捏造している現場や物的証拠を得る以外に診断確定できないため、慎重な対応が要求されます。また、医療行為として行ったことが子どもに対する加害行為となってしまうことから、医療者のメンタルサポートが必要になります。

1：MSBPのタイプ分類

捏造型は緊急性が要求されることがあります。

- ①虚偽の訴え：子どもに直接加害はせず存在しない症状を訴え子どもに不必要な医療行為を要求する
- ②捏造による訴え
 - 1) 検査所見の捏造：検査所見を偽り、不必要な医療行為をさせる
 - 2) 症状の捏造：子どもに人為的加害を行い病的状態を作り出し医療行為を必要とさせる

2：病歴の確認

過去の他の医療機関での治療経過について情報を収集します。

また、自施設での症状発生のタイミングと治療内容を時系列に把握し、「加害をする保護者」と子どもが2人でいた時しか症状が発生しないことを確認します。

「病気を見つける」という視点での検討と、「人為の可能性」という視点での検討では、気づくことが大きく異なることがあります。

各検査項目の検査値や子どもの全身状態などの間で、医学的に説明のつかない矛盾がないかを確認します。

可能であれば、他のきょうだい（や親自身）に、同様の病歴がないかを確認します。

3：MSBPの疑いを確認する方法

密室状態である子どもの様子を可視化するために、以下のような方法があります。

- (1) ICUやNICUなど、監視カメラが設置されていたり、ナースステーションなどから常に監視できる病室に入室させる（ことを提案してみる）。

客観的に子どもの身体状態が悪いのに、親子のプライベートな空間の確保を希望しようとする傾向があります。

- (2) 子どもの検査の検体を厳重に管理する

親子分離までしなくても、医療者が検体から目を離さない、親に検体を触れさせないなどによって、異常所見が消失することもあります。

- (3) 加害が疑われる親以外の家族から、家族関係や子どもの状態について聴取する。

通常は、加害が疑われる親がつきっきりになり、他の家族に付き添いを交代することはほとんどなく、医師による病状説明に他の家族を同席させたがらない傾向があります。

4: 児童相談所への通告と協議

虐待が疑われることを保護者に告知する前に、児童相談所に虐待が疑われることを通告し、虐待の可能性や、分離の方法について綿密な協議を行います。「症状の捏造」があり、身体的重症度が高い場合、警察通報も考慮します。

☆他機関が躊躇するポイント☆

医療行為を用いた虐待なので、虐待のイメージがつきにくい。

虐待をしている証拠が見つかりにくい。

「真の(未知の)疾患」であった場合、どう責任を取るか？

客観的にみて、虐待などしそうな「非常によい親」である。

医療スタッフと良好な関係を築いているため、疑いをもち出すことでスタッフ間の軋轢が生じる。

5: 分離を試みます

- ①軽症例: 「分離をすることで症状が改善するかどうか様子を見ましょう」と説明し、3週間以上直接の面会を中止します。病状説明はこまめにすることを約束します。また、面会を要求された際には、必ず医療スタッフが同席するようにします。
- ②重症例: 虐待の可能性のあることを告知し、しばらく分離保護が必要であることを告げます。児童相談所に通告したことを伝えます。

6: 無治療でも症状が再燃しないことを確認します

加害者との分離によって症状が完全に消失し、治療をしなくても症状の再燃がないことを確認すれば、MSBP とほぼ診断できます。ただし、犯罪として立証するためには犯行現場を押さえたり、物的証拠を採取することが必要となるので、警察との緊密な協力体制が欠かせません。

7: 主治医のメンタルサポート

主治医は MSBP の診断を受け入れられないことがありますので対話を心がけてください。

VI：医療ネグレクトと親権

医療行為が子どもの利益になることが期待できるにも関わらず、保護者が医療行為を行うことに同意しない状況を医療ネグレクトといいます。時に放置すると死に至る危険性があり、親権を超えて治療する必要もありますが、複雑な手続きが必要となります。

1: 通常のネグレクトと医療ネグレクト

子どもに必要なケア全体が不足している生活の一環として医療を受けていないネグレクトの状態であれば、医療行為のみ受け入れず他のケアは十分すぎるほどに行っている場合もあります。前者の場合は子どもの健康度が低い場合の通常のネグレクトケースとして対応します。ここでは後者について取り扱います。

2: 医療ネグレクトの重症度

- A：保健・福祉機関からの説明・説得・指導により保護者に働きかける。
- B：医療機関が保護者に対して必要な医療ニーズを説明する。
- C：主として保護者の主体的判断に任せる。
- D：医療機関・福祉機関により、保護者に事態を理解させ、説明・説得によって適切で必要な医療対応を促す。その上で必要な医療行為を拒否した場合、法的対応を検討

3: 関係機関との連携

医療とは別の側面からの保護者への説得が重要です。子どもの身体的重症度が高い場合(上記 C・D)、早期に児童相談所に通告します。それほど重症度が高くない場合(上記 A・B)は地域関係機関との連携を徐々に広げていきます。保護者の信頼するアドバイザー(代替医療の実施者や宗教家など)がいる場合も多く、保護者の同意を得て意見交換することも有効です。

4: 保護者への説得 ～状況が変化しても続けます

子どもの状態が許す限り、時間をかけて保護者の主張や訴えを傾聴しつつ対話し説得を繰り返していく必要があります。保護者も子どもの状態が悪化していくことや、入院環境下にいることから徐々に態度が軟化してくる、もしくは情緒的に動揺し、部分的でありながら医療行為を受け入れる場合があります。

入院させたまま保護者が来院しなくなっても、連絡は続けてください。

<説明者について>

主治医だけでは負担が大きいため、上司や CPT メンバーも加わります。
担当看護師等、保護者の意見を傾聴するだけの立場のメンバーも必要です。

<説明する内容>

子どもの状態と治療の選択肢と安全性について伝えます。
いくつかの治療の選択肢をわかりやすく説明することが重要です。
本格的な治療ばかりでなく、応急治療についても説明することで、少しでも医療行為を受け入れてもらう努力が必要です。

5: 介入的措置

度重なる説得にも応じず、かたくなに医療行為を拒否し、子どもの状態が予断を許さない場合は介入的措置をとります。

① 早急に対処しないと生命維持が出来ない場合

すべての事項に先立ち、子どもの救命と重篤な後遺症予防を最優先とします。

② 緊急ではないが、このまま治療が(約14日前後)遅れれば生命の危険性や重篤な後遺症が発生することが明らかな場合

児童相談所より「親権喪失宣告の申し立て」を行います。その間も「保護者への説得」は継続します。

6: 親権喪失宣告の申し立て(民法第 834 条)

児童相談所長から家庭裁判所に申し立てます。申し立てが棄却されなければ、家庭裁判所は「保全処分」により親権者の親権者の職務停止と職務代行者の選定(通常児童相談所長)を行います。職務代行者の同意により治療を行うことが出来ます。治療終了後、申し立てを取り下げることにより、親権は保護者に戻ります。保全処分が出るまで2週間くらいの時間を要します。

☆家庭裁判所の判断基準☆(参考) …以下の情報を確認しておきます。

- ① 子どもの疾患および現在の病状
- ② 予定される医療行為の効果と危険性
- ③ 予定される医療行為が行われなかった時の危険性
- ④ 緊急性の程度
- ⑤ 親権者が子どもに医療行為を拒否する理由とその合理性

7: 特殊なケース

① 親権喪失宣告申し立てが棄却された場合

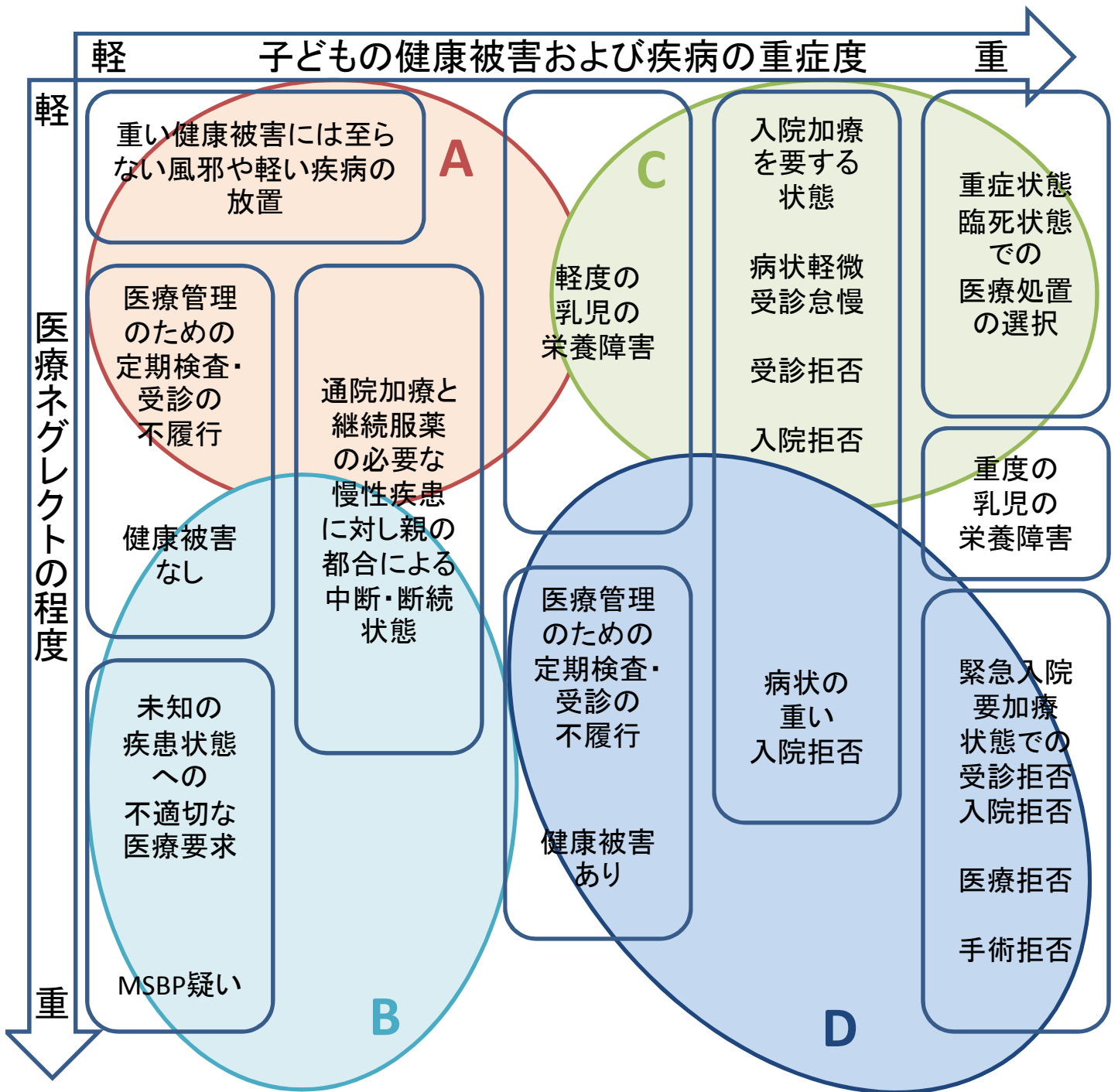
今までの説得を繰り返します。

保護者の治療の要望に応じる医療機関への転院も模索します。

② 経過中に子どもが死亡した場合

治療経過の説明し保護者を支援します。状況に応じ、警察に通報します。

医療ネグレクトへの対応



VIII：臓器移植と虐待

2010年の臓器移植法改正にともない、臓器移植の臓器提供者（ドナー）となるものは、被虐待児であってはならないことが明文化されました。これにより、脳死となり臓器提供の申し出があった時点で、その子どもに虐待をうけた既往がないか評価することが義務づけられています。

1:被虐待児除外マニュアルの使用

あくまで「被虐待児ではない」ことを確認するために行います。

チェックリストであてはまる項目がある場合、「この子どもが被虐待児である可能性を完全には否定できない」という意味であり、必ずしも「この子どもが被虐待児である」ことの証拠となるわけではありません。

2:被虐待児を除外するために

I：下記の項目のいずれかに該当するときは、その児童を臓器提供の対象から除外します。

- (1) 乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)が疑われ、その確定診断のために司法解剖を要するとき
- (2) 原疾患の診断が確定していないとき

II：上記1)(1)、(2)のいずれにも該当せず、下記の条件を満たす場合は、「その児童が脳死状態となった原疾患は虐待・ネグレクトではない」と診断できます。

ただし、それだけでは、脳死状態となった原疾患と無関係な虐待・ネグレクトがあったかどうか、また、過去において虐待・ネグレクトがあったかどうかはわかりません。従って、下記の条件を満たす症例であっても、念のため、チェックリストを使って被虐待児である可能性を本当に否定できるかどうか確認する必要があります。

(1) 器質的脳障害の原疾患として外因が疑われる場合の条件

- ① 家庭外で発生した事故であって、第三者による信頼に足る目撃証言が得られており、受傷機転と外傷所見との因果関係が合理的に説明できる。
- ② 第三者による目撃証言は得られていないが、器質的脳障害の原疾患は当該児童が自動車等の乗り物に乗車中の交通事故外傷であることが明らかである。
- ③ 窒息事故で、その原因が誤嚥であることが気管支鏡検査等によって明白であり、第三者による信頼に足る目撃証言がある。

(2) 器質的脳障害の原疾患として内因が疑われる場合の条件

- ① 原疾患が先天奇形もしくは明らかな疾病であることが確実であり、病態の悪化に対して外因の関与がないか、関与があったとしても、その外因は不慮の事故であることが明らかである。

Ⅲ：上記1)、2)のいずれにも当てはまらないか、または、どちらに該当するのか判別が困難なときは、添付の「チェックリスト」に基づいて被虐待児である可能性のある児童を除外し、被虐待児でないことが確認できる場合のみ、その児童を臓器提供の対象にすることができます。

3: 被虐待児除外チェックリスト(資料4)

チェックリストに伴い、被虐待児でないことを確認します。
各関係機関に情報提供を求めなければなりません。

脳死下臓器提供者から
被虐待児を除外する診
断を開始

Yes
乳幼児突然死症候群
(SIDS)が疑われる。

No
Yes
原疾患の診断未確定

No
第三者目撃のある家庭
外事故で受傷機転に不
審な点がない。

No
Yes
乗り物乗車中の交通事
故

No
Yes
誤嚥による窒息事故で
第三者目撃あり。

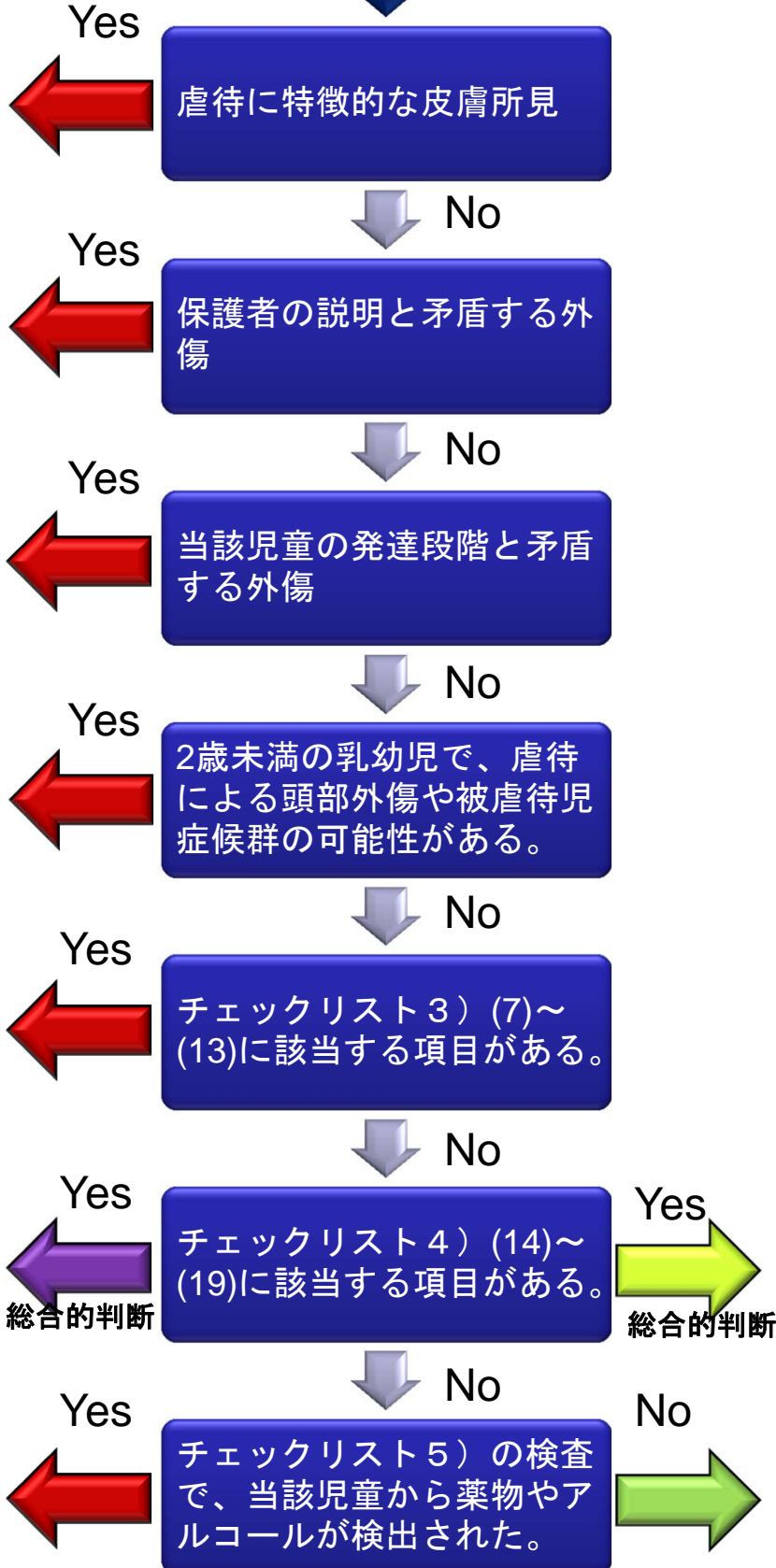
No
Yes
原疾患が先天奇形ある
いは明らかな疾患で不
審なところがない。

No
チェックリストの活用

脳死状態となった原疾患は虐待・ネグレクトではないと診断
できるが、原疾患以外の虐待・ネグレクトや過去の虐待・ネ
グレクトの可能性についてはチェックリストで確認する。

脳死状態となった原疾患が明らかでないため、法的
脳死判定の対象にできない。従って、その児童
は臓器提供者から除外される。

チェックリストの活用



当該児童が被虐待児である可能性があるため、その児童を臓器提供者から除外する。

当該児童は被虐待児でないと確実に診断できる場合は、その児童から臓器提供することができる。

第2部：CPTの運営

第2章：定例会議の運営

I : 定例会議の開催

CPTの活動をふり返り、今後の方向性を検討する上で、定例会議を行うことは非常に重要です。また、長期の経過観察を行うべきケースを見直す機会ともなります。

1: 定例会議を開催する意義と目的

以下のようなものが考えられます。

- ① より効率的なCPTシステムを検討します。
- ② 院内への虐待ケースに対する感度をあげるために、どのような啓発活動が必要か検討します。
- ③ データベースを作成・管理し、よく効率的な運用に役立てます。
- ④ 定期的に会議をもつことで、メンバーの結束を固め、虐待対応を行うためのモチベーションを維持します。
- ⑤ メンバー自身の研修や情報交換の機会となります。
- ⑥ 長期の経過観察を必要とするケースの見直しを行います。
- ⑦ 病院内管理職に存在感をアピールするとともに、活動を承認してもらう機会となります。
- ⑧ 他の医療機関や児童相談所や市町村管轄部署、乳児院など関わりの深い機関との連携のあり方を検討します。

2: 会議の頻度

月1回1時間程度が推奨されますが、困難な場合でも、最低3ヶ月に1回は行うこととします。定期会議の頻度が少ないと、チームとしての結束力が低下し、形骸化する恐れがあります。

3: 開催方法

CPTメンバーからの議題提供を中心とするのが原則です。

長期の経過の個別ケースについては、CPT窓口や小児科アドバイザーの医師等から、経過報告及び検討事項をリストにまとめ、会議に提出します。

複雑なケースなど、サマリー化が必要なケースはサマリーを作成します。

II：データベース管理／院内啓発／院外機関との連携

1:データベースの作成

各医療機関の特性にあわせ、CPT で取り扱ったケースに対するデータベースをもつことは、これまでの活動をふり返る上で非常に重要なものとなります。

データベース管理は、CPT の中で行い、定例会議で確認します。

2:院内啓発の方法

CPT の活動を円滑にするために、院内スタッフの協力は不可欠です。院内啓発を行い、院内スタッフの虐待対応への意識を向上させることで、より早期対応が可能となり、支援的関わりが増加します。

院内啓発には、以下のような取り組みがあります。

- ① ニュースレターの発行
- ② 事例検討会の開催
- ③ 院内研修会の企画
- ④ 座談会の開催 など

3:院外機関との連携

虐待対応は、どの機関も余裕をもった対応ができるわけではありません。

ケースに真剣に取り組めば取り組むほど、こちらの想定した動きを相手の機関がとれない場合に不信感が生じます。

児童相談所・警察・市町村・保健機関・乳児院などの各機関との交流を深めるための研修会や、現状報告会を行うことは、顔のみえる連携を行い、お互いの活動を円滑にする上で重要となります。

4:CPTメンバーの研修の保障と学会発表

我が国の虐待対応は、日々進歩しており、新たな知見が積み重ねられています。

CPTメンバーにも日々あらたな知識を取り入れることが必要であり、特に対応の要となるCPTコアメンバーは先端知識が必要とされます。学会や研究会の参加費援助や休暇の保障など、CPTメンバーの研修を保障するとともに、積極的に関連学会に発表し自らの知見を深めましょう。

第3部 医療機関連携

医療機関連携のあり方

すべての医療機関で、高度な虐待対応や、不適切養育への支援ができるわけではありません。また現在我が国には虐待対応に特化した医療機関もありません。各医療機関がもつ本来の特性を活かしながら、互いに連携や役割分担を行い、ストレスを軽減してゆくことが必要となります。

1: 通常の医療連携システムを基本とする

「マルトリートメント症候群」であっても、他の疾患と同様の医療機関連携システムに従い、お互いの連携をとるのが基本です。

身体的に重症な疾患が疑われれば、より高度な機能をもつ医療機関を紹介する必要があるでしょうし、地域における健康管理や発達支援が必要となれば一次医療機関の役割が重要となるでしょう。

例えば、乳児の顔面のあざのように軽微な外傷であっても、「マルトリートメント症候群」として、硬膜下出血の可能性を疑えば、より高度な機能を持つ医療機関を紹介する必要となり、その際は、「硬膜下出血の疑いによる精査加療」を目的に紹介することになります。また一方で、在宅支援の方針が決まり、栄養状態や体重管理、予防接種の必要性について保健センターと連携しながら家族を支援することとなれば一次医療機関に現在までの治療経過と、地域連携システムについて情報提供し、支援を移行させてゆくことができます。このことを前提に、各医療機関の特徴を下記に整理します。

2: 医療機関の特性に対し望まれる機能

一次医療(診療所)・二次医療(一般病院)・三次医療(高度医療・特定機能病院)それぞれの特性ごとに地域から期待される機能を果たすことが重要です。

(1) 一次医療機関 ～診療所・入院病床を持たない総合病院小児科など

子どもが数多く来院する場であり、虐待・不適切な養育環境の子どもの発見が責務となります。ただし、通告は診療所の場合、個人責任となることから、負担が大きいという実情もあります。これらの負担を、医療機関同士の連携で軽減することが望まれます。身体的な問題が軽度でも二次医療機関に紹介し精査加療を求めるとともに、地域関連機関と連携するよう依頼することが必要となります。

また、一方で在宅支援方針が望まれる子どもの健康管理を行い、保健センターなどの地域にある支援機関と連携して、支援の一端を担うことも期待されます。

(2) 二次医療機関 ～一般総合病院小児科など

入院できるという機能を活かし、子どもの安全確保のため入院を行うことが一番重要な責務となります。特に一次医療機関から紹介をうけたケースについては、身体的な症状が軽微でも積極的に入院を検討して下さい。

子どもの安全が確保されたら、「マルトリートメント症候群」の診断に向け精査し、疑いのある場合は、紹介元の医療機関との協議の上、児童相談所もしくは市町村に通告を行います。

病状等によって、医療的に、もしくは社会的に対応が困難となった場合は三次医療機関に紹介・転院を行います。一方、三次医療機関で、病状が安定したケースの社会的入院を引き受けることもあります。

(3)三次医療機関 ～小児専門病院 大学病院 などの特定機能病院

虐待による重篤な健康被害への治療が第一義的に期待されます。同時に児童相談所や警察との連携を密に行い、通告から保護まで円滑に行うシステムの構築が必要です。

周産期センター等をもつ病院については、ハイリスク家庭への支援等も行うことがあります。

病状が安定した後は、二次医療機関や一次医療機関に継続的な健康管理を依頼することもあります。

3:得意とする分野の把握

救急疾患への対応や、周産期予防への機能強化等、各医療機関ごとに、得意とする分野、経験の不足している分野を把握し、各医療機関ごとにケースの相談や紹介を行うことも有効と考えられます。

4:専門的分野に通じた人材の共有

虐待に精通した放射線科医、法医学医、精神科医などをすべての病院で確保することが現状では困難です。

各地域において、医療機関の垣根を越え、人材を共有するシステム構築が望まれます。

5:社会的入院に対する対応

現状の医療制度において、入院の長期化は病院経営を悪化させ、虐待対応への士気を鈍らせます。子どもの病状とソーシャルワーク方針がある程度安定していれば、各医療機関において、社会的入院の期間を分割するシステムを構築している地域もあります。

ただし、同時に入院中の家族支援を行うことも重要であり、家族の意向を考慮して行う必要があります。

6:医療機関を含めた研修会の開催

事例検討会や意見交換など、医療機関を対象にした研修会を企画することで、上記のような連携を円滑にし、虐待対応へのストレスを軽減できる可能性があります。

資料編

虐待事例通告フォーマット

年 月 日
様 (通告先機関の長)
病院長名
<h2 style="margin: 0;">通 告 書</h2>
<p>児童福祉法第25条及び、児童虐待の防止等に関する法律第6条第1項により、下記のとおり通告します。</p>
<p style="text-align: center;">記</p>
<p>1. 子どもの氏名 ()</p>
<p>2. 生年月日</p>
<p>3. 住 所</p>
<p>4. 保護者氏名 () ()</p>
<p>5. 虐待の状況 (誰から・いつから・頻度・どのような・児童の過去と現在の状況)</p>
<p>6. 家庭の状況 (家族構成 (同居人含む。)、親の就労状況など)</p>
<p>7. 診察・検査上の所見</p>
<p>8. 対応意見 (病院内虐待対応組織等での現在と今後の対応と意見)</p>
<p>※1. 通告については、基本的には、児童虐待防止法第6条に規定されているとおり、発見した者が電話等に対応することは可能であり、緊急の場合などは、この様式にこだわるものではないこと。</p> <p>2. この書面で通告する場合、通告先1機関を記入すること。</p> <p>3. 通告をした後も、通告先をはじめとする関係機関との連携を図り、対応すること。</p>

適切な養育支援のためのアセスメントシート

記入者：入院時 _____：入院後 14 日目 _____：退院前日 _____

記入日： _____： _____： _____

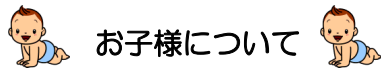
出生前	1	<input type="checkbox"/> 未入籍	未入籍である 内縁関係である
	2	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭	一人親家庭である
	3	<input type="checkbox"/> 経済的問題がある	経済的基盤が不安定である お金の使い方の計画性がない 医療費の未払いがある 失業中である 借金癖がある 家人から経済的不安の訴えがある
	4	<input type="checkbox"/> 夫婦の不和	父の協力が無い 夫婦間の不満がある 夫婦の対立がある 不仲のため別居している
	5	<input type="checkbox"/> 親族との不和・疎遠	親族との不和 祖父母との対立
	6	<input type="checkbox"/> 子連れ再婚	子連れ再婚である
	7	<input type="checkbox"/> 両親の年齢	父が 10 代である 母が 10 代である 母が 40 代以上である
	8	<input type="checkbox"/> 両親が低学歴	両親いずれかの学歴が中卒である
	9	<input type="checkbox"/> 妊娠中の飲酒・喫煙	妊娠中の飲酒がある 母の喫煙歴がある
	10	<input type="checkbox"/> 両親が精神疾患	シンナー、薬物、覚せい剤などの乱用がある アルコール依存がある 強いうつがある 摂食障害がある 精神疾患または既往歴がある
	11	<input type="checkbox"/> 不妊治療	不妊治療を受けたことがある
	12	<input type="checkbox"/> 中絶歴	人工中絶回数 2 回以上
	13	<input type="checkbox"/> 同胞養育歴の問題	きょうだいが不審死している きょうだいに対する虐待歴がある 他家に預けている 施設に預けている
	14	<input type="checkbox"/> 同胞が多い	きょうだいが 5 人以上いる
	出生時	15	<input type="checkbox"/> 出産に伴う母の退職
16		<input type="checkbox"/> 出産状況	墜落分娩である 飛び込み出産である 定期健診未受診である
17		<input type="checkbox"/> 児の身体的問題	体表奇形がある 機能障害を有する難病や障害がある 極低出生体重児（1500g 以下）である
18		<input type="checkbox"/> 両親の強い不安感	同じ質問を繰り返し聞く
19		<input type="checkbox"/> 面会が少ない	母が退院した後の面会回数が平均 2/7 以下
20		<input type="checkbox"/> 育児支援者がいない	相談者、援助者が少ない
21		<input type="checkbox"/> 母の気分の落ち込み	マタニティーブルー/産後うつ
特別	22	<input type="checkbox"/> DV	夫婦間暴力がある
	23	<input type="checkbox"/> スタッフの違和感	スタッフが「なんとなくおかしい」と感じる

※ 入院時・入院後 14 日目・退院前日に評価・記入すること
※ 太枠は入院時にできるだけ評価・記入できるようにすること

※ 退院前日評価時には、特別評価項目を除く
項目のチェックの合計を算出する

点

事故再発防止プログラムチェックシート



お子様について

1. 性別：男 女 2. 生年月日：(20)年 ()月生まれ
3. 身長：()cm 4. 体重：()g
5. 利き手：右手 左手 両利き わからない
6. どんな行動ができますか？

<input type="checkbox"/> 寝返りができない	<input type="checkbox"/> 伝い歩きができる	<input type="checkbox"/> 寝返りができる
<input type="checkbox"/> よちよち歩きができる	<input type="checkbox"/> おすわりができる	<input type="checkbox"/> 転ばずに歩行ができる
<input type="checkbox"/> はいはいができる	<input type="checkbox"/> 走ることができる	<input type="checkbox"/> つかまり立ちができる
<input type="checkbox"/> わからない		



事故の状況

1. 事故が起きたのはいつですか？
()月 ()日 午前 午後 ()時 ()分頃
2. 事故の種類
転落 転倒 衝突 やけど 誤飲 窒息 おぼれる
その他 ()
3. 事故をおこした直前にお子様が行っていた行動は？
() わからない
4. 事故に関連があったモノは？
()
5. そのモノは子どもが日常よく使うモノですか？
よく使う たまに使う ぜんぜん使わない
おもちゃとして使っている 初めて使った
6. そのモノは親が日常よく使うモノですか？
よく使う たまに使う ぜんぜん使わない 初めて使った
7. モノの詳細
 - ① 2で“転落”の場合
落ちた高さは？ ()m ()cm
落ちた場所は？ 床 椅子 机 その他 ()
落ちた場所の材質は？ コンクリート 木製 鉄製 その他 ()
 - ② 2で“転倒”“衝突”の場合
ぶつかった場所は？ 床 椅子 机 その他 ()
ぶつかった場所の材質は？ コンクリート 木製 鉄製 その他 ()
 - ③ 2で“やけど”“誤飲”の場合
物が置いてあった高さは？ ()m ()cm
普段もそこに置いてあるか？ いつも置いている たまに置いている
まったく置いていない

8. 事故が起きた場所

- 家庭（自宅 実家 その他）
保育園・幼稚園・小学校 店舗など 公園 その他（ ）

9. 場所の詳細 ※8で“家庭”を選択の場合に記入をお願いいたします

- 階段 浴室 台所 食堂 玄関 居間 洗面所 トイレ
ベランダ 寝室 縁側 その他（ ）

10. 一緒にいた人は？

- なし 母親 父親 祖父 祖母 その他の大人 兄弟
兄弟以外の子ども 教師（担任・養護教諭・保育士）
その他（ ）

※“兄弟”“兄弟以外の子ども”を答えた場合に記入をお願いいたします

怪我をしたお子さんとの年齢差は（ ）歳（上 下）

11. 一緒にいた人は事故が起こった時に何をしていましたか？

（ ）

12. 一緒にいた人は事故を目撃しましたか？

- 見ていた 見ていない わからない



養育環境について



1. 主な保育者はどなたですか？ 父 母 その他（ ）

2. 世帯・家族構成を教えてください

①世帯構成 核家族 母の親と同居 父の親と同居 その他（ ）

②家族構成 母親（ 歳） 父親（ 歳） 父方祖父（ 歳）

父方祖母（ 歳） 母方祖母（ 歳） 母方祖父（ 歳） その他の大人

姉（ 歳）（ 歳） 兄（ 歳）（ 歳） 妹（ 歳）（ 歳）

弟（ 歳）（ 歳）

3. パートナーや家族の育児への協力はありますか？

とてもある まあまあある あまりない まったくない

①子どもの世話をしてくれますか？

とてもよくする まあまあする あまりしない まったくしない

②精神的な支えがありますか？

とてもある まあまあある あまりない まったくない

4. お仕事はされていますか？

父：はい いいえ 母：はい いいえ

5. 身近に育児のことを相談できる人はいますか？

いる（それは誰ですか？ ） いない

6. 育児サービス、ベビーシッター等を利用したことはありますか？

ある ない

7. 保健師の新生児（母子）訪問指導を受けましたか？

受けた 受けていない

脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するためのチェックリスト

このチェックリストは、臓器移植に係る業務とは異なる日常診療においても、子ども虐待・ネグレクトが疑われたときのチェックリストとして活用することができる。

1) 次に挙げる項目(1)～(3)のうち1つでも該当するものがある場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

(1) 虐待に特徴的な皮膚所見 ¹³⁻¹⁶⁾	①体幹・頸部・上腕・大腿・性器周辺に認められる複数の外傷 ②同じ形をした複数の外傷 ③新旧織り交ざった複数の外傷 ④境界鮮明な熱傷・火傷 ⑤スラップ・マーク(平手打ち痕)、バイト・マーク(噛み痕)
(2) 保護者の説明と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁶⁾	①外傷の発生機序に関する保護者の説明が医学的所見に矛盾している。
(3) 当該児童の発達段階と矛盾する外傷 ¹³⁻¹⁵⁾	①外傷の発生機序として保護者が説明した内容や外傷所見が当該児童の発達段階に矛盾する。

2) 当該児童が2歳未満の乳幼児の場合、(4)～(6)の検査を施行し、虐待を疑う所見が1つでも認められた場合は“乳幼児揺さぶられ症候群: SBS^{9, 10)} / 虐待による頭部外傷: ATH¹¹⁾” や “被虐待児症候群: The Battered Child Syndrome¹⁶⁾”の可能性があるため、慎重な判断を要する^{9-11, 16-19)}。

乳幼児揺さぶられ症候群(SBS) ^{9, 10)} / 虐待による頭部外傷(AHT) ¹¹⁾ の疑い	(4) 頭部CT (必要に応じて頭部MRI・頸椎MRIを併用する。)	①交通事故以外で発生した硬膜下血腫 ②交通事故以外の原因による外傷性びまん性軸索損傷や灰白質-白質剪断といった SBSやAHTを疑うべき脳実質損傷 ③原因不明の頸髄損傷 ²⁰⁾
	(5) 倒像鏡もしくは乳幼児用デジタル眼底カメラによる眼底検査 ²¹⁾ (眼科医にコンサルトすることが望ましい。)	①広汎で、多発性・多層性の眼底出血 ②網膜分離症 ③網膜ひだ
被虐待児症候群 ¹⁶⁾ の疑い、もしくは、SBS/AHT ⁹⁻¹¹⁾ の疑い	(6) 全身骨撮影 ^{23, 24)} (放射線科医にコンサルトすることが望ましい。) 必要に応じて胸部CTを施行する。当該児童の病状により全身骨撮影が困難な場合は、これを骨条件全身CTで代用してもよい。ただし、CTの場合、骨幹端病変を見逃すことがあるので注意する。	①肋骨骨折 ②長管骨の骨幹端骨折 (バケツの柄骨折、骨幹端角骨折) ③保護者の説明と矛盾する骨折 ¹⁶⁾ ④ (原因不明の) 骨折の既往

3) 次に挙げる項目(7)～(13)の中に該当するものがある場合、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できないなら、その児童から臓器提供をしないこととする。

(7) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	<p>①照会先から当該児童について子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。</p> <p>②照会先から、当該児童のきょうだいに関する子ども虐待・ネグレクト情報が得られた。</p> <p>③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者²⁵⁾やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。</p> <p>④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。</p>
(8) 小児科医による成長状態の確認	<p>①医学的に相応の理由がないのに、成長曲線(身長・体重)のカーブが標準から大きく下方にずれている²⁷⁾。(非器質性発育障害(NOFTT)²⁶⁾の疑い)</p> <p>②医学的に相応の理由がないのに、頭囲の成長曲線がある時点から急に上方にずれている。(虐待による頭部外傷¹⁾の後遺症としての頭囲拡大の疑い)</p>
(9) ネグレクトが疑われる状況 ²⁶⁾	<p>①当該児童が乳幼児(障害児の場合は発達段階として6歳未満と考えられるとき)であるのに乳幼児だけで外遊びをさせる、危険物を放置し安全管理をしないなど、保護者が適切な監督をしていないことが明確である。</p> <p>②飢餓状態が疑われる。</p> <p>③嘔吐や下痢など相応の理由がないのに、脱水状態となっている。</p>
(10) 性虐待が疑われる状況 ²⁸⁾	<p>①思春期前の児童の処女膜裂傷等、性器そのものの外傷</p> <p>②性感染症を疑うべき臨床症状</p> <p>③膣内異物</p> <p>④妊娠</p>
(11) きょうだいの不審死 ²⁵⁾ およびSIDS ³⁾ (疑)	<p>①家族歴の聴取および児童相談所・保健所・保健センター・市区町村・警察への照会によって、きょうだい(異母・異父きょうだいも含む)の中に、死因が明らかでない死亡者やSIDS³⁾ (疑) がいるという情報が得られた。</p>
(12) 代理によるミュンヒハウゼン症候群(MSBP) ^{25, 29)} の疑い	<p>①医療機関からの紹介状を持たずに、当該児童の病気を訴えてドクターショッピングを繰り返していた。</p> <p>②当該児童は、医学的に説明のできない症状を繰り返し呈していた。</p> <p>③保護者の訴える症状と臨床所見との間に矛盾がある。</p>
(13) 受診の遅れ	<p>①当該児童の症状に気づいてから受診行動に移るまでに長時間¹³⁻¹⁵⁾を要していて、その理由を合理的に説明できない。</p>

4) 次に挙げる項目(14)～(19)の中に該当するものがあるときは、総合的に判断し、子ども虐待・ネグレクトがないことを確信できる場合のみ、その児童から臓器提供することができる。

(14) 児童相談所・保健所・保健センター・市区町村への照会	①紹介先から当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{30, 31)} という情報が得られた。
(15) 警察への照会(照会しても情報が得られない場合は「該当なし」と判断してよい。)	①警察から当該児童やそのきょうだいについて子ども虐待・ネグレクトに関連する何らかの情報が得られた。 ②当該児童は乳幼児で、徘徊等で警察に保護されたことがある。 ③当該児童のきょうだいの中に、死因が明らかでない死亡者 ²⁵⁾ やSIDS ³⁾ (疑)がいるという情報が得られた。 ④保護者が覚醒剤や麻薬などの違法薬物を使用しているという情報が得られた。 ⑤当該児童の家庭において配偶者暴力(DV)がある ^{30, 31)} という情報が得られた。
(16) 小児科医による母子健康手帳の確認	①母親は必要な妊婦健診を受けていなかった。 ②出産に際して、医師もしくは助産師など信頼に足る大人の立ち会いがなかった。 ③出生届や出生連絡票が提出されていない。 ④当該児童は、妥当な理由がないにもかかわらず、先天性代謝異常の検査、乳幼児健診、予防接種等の必要な保健医療サービスを受けていない。
(17) ネグレクトの可能性が否定できない状況	①皮膚の衛生が保たれていない ³²⁾ 。 ②未処置の多発性齲歯 ³³⁾ 。
(18) 医療ネグレクト ^{34, 35)} の疑い	①必要な医療を拒否したことがある。 ②必要だったにもかかわらず、医療が中断されたことがある。 ③受診の遅れを疑わせる記録が残っている。(医療ネグレクトのほか、虐待の隠蔽を示唆する場合もある。)
(19) 教育のネグレクト ³²⁾ の疑い	①保護者の都合で不登校となっていた既往がある。

5) 通常検査では原因が推定できない神経学的症状を認めた場合は、「トライエージ(Triage[®])」等の検査キットを使って、尿・血液・胃内容物等の薬物検査^{15, 24)}を行う。必要に応じて、アルコール血中濃度も測定する。薬物が検出された場合は、その児童から臓器提供をしないこととする。

なお、「トライエージ」で検出できる薬物は、フェンシクリジン(PCP)、ベンゾジアゼピン類(BZO)、コカイン類(COC)、アンフェタミン類(AMP)、大麻類(THC)、オピオイド類(OPI)、バルビツール酸類(BAR)、三環系抗うつ薬類(TCA)の8類である