

小児の不適切な養育に対する医療機関の役割と課題

－ Child Protection Team の活動実態と

改善に向けた考察 －

神 納 幸 治

キーワード：Child Protection Team、小児救急、児童虐待、多機関連携、業務改善

1. はじめに

我が国における児童虐待に関する相談対応件数は、近年顕著な増加傾向を示している。こども家庭庁の調査によると、2023 年度には児童相談所での虐待相談対応件数が 225,509 件に達し、2016 年度の 103,286 件と比較して 2 倍以上に増加している現状がある（こども家庭庁、2024）。また、2023 年 4 月から 2024 年 3 月までの 1 年間に発生または表面化した児童虐待による死亡事例は、心中以外の虐待死事例で 50 例（50 人）、心中による虐待死事例で 18 例（24 人）であり、総数は 68 例（74 人）にのぼるなど、事態の深刻度は高まっている（こども家庭庁、2024）。

このように増え続ける児童虐待に対して、初期対応の有無が、その後の経過を大きく左右する。いわば早期発見と早期介入が極めて重要となる。しかし、現状では医療機関からの児童相談所への通告件数は、全体の 1.9%（4,279 件）に留まっており、過去 10 年間にわたり、増加が見られない点が課題として挙げられている（こども家庭庁、2024）。これは、医療現場において、虐待に関する相談を受け止める組織的な仕組みが未整備であることが、背景にある（大澤、2021）。

医療機関における児童虐待における診療報酬についても、評価は限定的であった。例えば、「診療情報提供料（I）」（250 点）や「入退院支援加算」（190-1,300 点）、「小

児特定疾患カウンセリング料」(200-800点)などが存在するものの、Child Protection Team (CPT) の活動全体を十分に評価するものではなかった。このような状況に対し、2022 年の診療報酬改定では、不適切な養育が疑われる児童の早期発見や多機関連携の推進を目的として、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合に、当該病棟に入院している患者について、「養育支援体制加算」(入院初日に限り 300 点)が新設された。この加算の導入は、CPT 活動の持続可能性を支える上で重要な一歩となることが期待されている。

兵庫県立尼崎総合医療センター(A病院)は、救命救急センターにおいて小児救急患者を年間 9,922 人、小児の救急搬送数を 3,195 台(2024 年)受け入れるなど、地域における小児救急医療の中核を担っている。また、子どもの虐待対応にも以前から積極的に取り組み、2015 年より養育支援対策部会(CPT)を設置している。2023 年には CPT 対応件数が 743 件にのぼり、「顔の見える関係」を重視した多職種連携を推進し、2023 年 8 月から「養育支援体制加算」を導入した。その結果月あたり 132~187 件の算定実績がある。これらの活動は、本稿で「尼崎モデル」と称する、医療機関を起点とした児童虐待の早期発見・介入・支援の包括的アプローチとして体系化されており、その多層的な組織構造、高い機動性、予防重視の階層的介入プロトコル、標準化されたアセスメントツール、効率的な多機関連携といった特徴を持つ。

2. 先行研究

児童虐待問題は、その直接的な被害だけでなく、社会全体に多大な経済的負担を及ぼすことが指摘されている。和田ら(和田、2014)は、2012 年における日本の児童虐待の社会的コストが少なくとも 1.6 兆円に上り、そのうち医療費が 5,799 億円を占めると報告している。しかし、日本は児童虐待の影響自体に関連する医療費のデータベースがないという課題を抱え、直接的な医療費の推計が困難であることも指摘されている。Nakane ら(Nakane, 2022)の研究においても、児童虐待の社会的コスト算出において医療機関のデータは用いられておらず、実際の費用はこれまで十分に明らかにされてこなかった。このことから、医療機関における児童虐待対応の経済的評価の重要性が示唆される。

医療機関における不適切な養育への対応は、これまで限定的な診療報酬しか得られない状況にあった。外来診療においては、患者の同意を得て市町村等へ情報提供した場合に「診療情報提供料(I)」(250 点)が算定可能であり、入院患者に対しては退院困難

な要因を有する患者への支援で「入退院支援加算」（190-1,300点）が、また小児科または心療内科の医師等によるカウンセリングで「小児特定疾患カウンセリング料」（200-800点）がそれぞれ算定されてきた。しかし、Child Protection Team（CPT）の活動は、患者の入院から退院まで多職種が連続的に関与するにもかかわらず、その労力に見合う適切な評価は得られていなかった。このような状況に対し、2022年に「養育支援体制加算」（入院初日に限り300点）が新設され、多職種で構成される専任チームによる早期発見や関係機関との連携体制整備が評価されるようになった。この加算の導入は、CPT活動の持続可能性に寄与すると期待される一方、その実際の効果については今後の検証が必要とされている。

全国の医療機関では、CPT活動の組織化が進められている。例えば、北里大学病院では、1993年に児童虐待防止委員会（CAPS）を正式な院内委員会として発足させ、「誰でもできる虐待対応」を目指した取り組みを行ってきた。同院では、18歳未満の外傷全例を対象とした小児外傷スクリーニングシートを作成し、虐待スクリーニングを実施している。また、連携フローを整備し、虐待対応の知識や経験が乏しい医療者でも適切な対応ができるよう手順書を作成している。また、イムス富士見総合病院では、2016年から子ども虐待防止システムを設置し、2018年からは小児入退院支援シートを導入した結果、導入前の月1.5件から導入後の月3.1件へと介入件数が2倍に増加したと報告している（古屋、2024）。福井大学医学部附属病院では、2011年に「子ども虐待対応委員会」が発足し、医師に委ねられていた通告等の対応を組織的に行う体制に改め、虐待チェックリストや対応記録票を用いた対応手順をマニュアル化している（三嶋、2019）。これらの先行事例は、組織的な対応体制やツールの導入が、虐待の早期発見や介入件数増加に寄与する可能性を示唆している。

一方で、児童虐待防止医療ネットワーク事業に関する調査研究からは、全国的な課題も浮き彫りになっている。野村総合研究所（野村総合研究所、2024）の報告書によると、本事業を実施している自治体の多くで、拠点病院を中心としたネットワークが構築され、地域の医療機関や関係機関間の連携強化、虐待対応力の向上が成果として挙げられている。しかし、診療所など小規模な医療機関への事業の浸透不足や、虐待対応の負担が拠点病院に一極集中していること、さらに本事業の定量的な評価が困難であることなどが課題として認識されている。また、本事業を実施していない自治体の約6割は、既に類似の連携強化の取り組みを行っていることを理由として挙げているが、人材や予算の確保、拠点病院となり得る中核的な医療機関の把握が困難であるといった課題も存在している。これらの先行研究は、個別の医療機関におけるCPT活動の効果とともに、

地域全体としての連携強化や持続可能な体制構築に向けた普遍的な課題が存在することを示している。単一の病院内での改善に留まらず、地域全体で子どもを守るための実践的なシステム構築を目指すものとして、「尼崎モデル」について検証し、具体的な解決策を提示する。

3. 本研究の目的

本研究は、小児救急医療において豊富な実績と先進的なCPT活動を展開しているA病院の取り組みに焦点を当てる。A病院は、院内トリアージ用チェックシートの導入や、多職種連携を推進する「尼崎モデル」として知られる先進的な活動を行っている。本研究の意義は、この「尼崎モデル」の活動を、単なる介入件数や連携状況の報告にとどまらず、その臨床的有効性、組織マネジメント、そして多機関連携の側面から多角的に検証する点にある。

具体的には、2022年の院内トリアージ用チェックシート導入により、症例検出や多機関連携にどのような効果をもたらしたのかを検証する。さらに、CPT活動が直面する業務上の課題を特定する。これらの課題に対する改善策を具体的な考察として提示することで、より良い尼崎モデルの構築を目指す。

4. 研究の対象と方法

4-1. 対象

本研究は、A病院のCPTの活動を単一施設として調査対象とする。

4-2. データ

本研究では、A病院におけるCPT活動を多角的に検証するため、以下のデータを利用する。①医療情報データ：A病院医療情報システムデータ（患者の年齢、性別、病名）、外来・救急受診データ、②CPT活動データ：CPT活動記録（会議議事録、介入記録、連携記録など）、CPTメンバーの活動時間記録、養育支援対策部会の活動記録、個別ケース支援記録、CPT介入プロトコル、チェックシートの集計データ、③多機関連携データ：児童相談所への通告記録、要対協との連携記録、紹介状・診療情報提供書などの連携文書、退院時カンファレンス記録、連携会議の記録。メディカルソーシャルワーカー(MSW)の電話連絡件数。

4-3. 2022 年に導入されたチェックシート（図 1）による効果検証のための前後比較

2018 年から 2024 年までの期間における CPT 介入件数を時系列で分析する。性別ごとの介入件数の比較、受診理由の分析、および CPT が症例を把握するまでの日数に関する調査を行う。チェックシート導入前後で症例検出の変化、他機関（市区町村、警察、児童相談所など）との連携件数の変化について比較分析を行う。

AGMCのチェックシート

添付： ☐ トリアージ入力画面 ☐ 詳細シート ☐ 診療録 ☐ 退院支援ナビ ☐ () ☆ 整理番号 202 . -

2024/10/28 改訂 Ver5.2 養育支援対策部会

子どもと家族の様子、気にして観て○

記入者： 6 ☐ 記入 ☐ 経過 ☐ その他（自由記入）

養育者のサイン

☐ 受診時の経過や態度
☐ 子どもへの態度
☐ 精神面・心理面
☐ 結婚・妊娠・出産
☐ ()

子どものサイン

☐ 身体面（外傷・誤飲など）
☐ 衛生面
☐ 発育面
☐ 心理面・行動面
☐ ()

外来/入院

☐ 看護外来 ☐ 医師の説明で理解が得られ不要と判断（認定Ns）
☐ 必要だが、説明・紹介ができなかった
☐ 説明・紹介のみ（カード・資料を配布）
☐ 予約（月 日 / 水曜）
☐ 同意が得られず（理由を診療録に記載）
☐ 再診外来 ☐ 他院 紹介状： ☐ 当日 ☐ 後日
☐ 当院 予約（月 日 / 曜）
() () Dr

支援が必要な場合の対応に関する説明

☐ 必要だが、余裕がなく説明ができなかった
☐ 必要だが、同意取得が困難と考えて説明しなかった
☐ 説明して、MSWから連絡することについて同意を得た
☐ 説明して、市区町に連絡することについて同意を得た
☐ 説明したが、同意が得られなかった（理由を記載）

※ 初療→診察室11、外来→レターケース、入院→5階東の“CPT気になるBOX”に入れてください
 ※ 対応に迷う、緊急性がある、外来受診中の場合には、まずCPT-Drに気軽に相談ください

【関与要】 ☐ PSC ☐ 外来Ns ☐ ()

☐ 入院 ☐ 5東 ☐ 5教 ☐ 5西 ☐ PICU ☐ ()

【関与要】 ☐ 認定Ns ☐ PSC ☐ 心理士 ☐ CCS ☐ ()

部会長：#5510（毎原）
 認定Ns：#4128（川西）
 CPT-Dr：#1899（時間外は#1899）
 PSC：#1896（1st CallはCPT-Drに）

【CPT&PCT記入欄】
 (受診日) 202 . .
 (発症日) 202 . .
 (作成者 発見場所) ☐ CPT
 初療 ☐ 1次 ☐ 2次 ☐ 3次
 外来 ☐ K ☐ 性支援 ☐ ()
 病棟 ☐ 5東 ☐ 5教 ☐ PICU
 その他 ☐ N/G ☐ 産科 ☐ ()
☐ PFM ☐ ()

初回ハドル (/)	☐ 上村 ☐ 伊原 ☐ 中橋 ☐ 山上 ☐ 神納 ☐ 毎原 ☐ 認定Ns() ☐ 上田 ☐ PSC ☐ 初療() ☐ ()	患者情報 氏名 性別 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 年齢 歳 ☐ 月 ☐ 日 居場所 ☐ ()	受診理由 ☐ 落下・転倒 () ☐ 誤飲・誤食・誤嚥 () ☐ ()
レベル (/)	☐ 1(Ac) ☐ 2(Ac>M0) ☐ 3a(Ac≧M0) ☐ 3b(Ac<M0) ☐ 4(M0) ☐ 未確定 ☐ 非該当	診断	
分類	☐ 身体 ☐ 心理 ☐ 性 ☐ ネグレクト ☐ 養育支援(四：疑) ☐ 未確定 ☐ 非該当	懸念事項	
重症度	☐ 最重度 ☐ 重度 ☐ 中等度 ☐ 軽度 ☐ 未確定 ☐ 非該当	経過	
関与歴	☐ 無 ☐ 受診(事故等) ☐ CPT/PCT ☐ 認定Ns ☐ 連絡先 ☐ 相談記録 ☐ 周産期	方針変更/追加 左方針に赤字でイ 他機関を通知 ☐ PSC→認定Ns ☐ 認定Ns→PSC	緊急 ☐ 認定Ns ☐ PSC ☐ CPT-Dr
要対協： 対協： ☐ 児童 ☐ 妊婦 ☐ 未 ☐ 既往 ☐ 管理中 ☐ 検討 保健師： 個別： ☐ 健診時 ☐ 未 ☐ 既往 ☐ 継続中 ☐ 検討	初回ハドル方針 ☐ 市区町 (☐ 福祉 ☐ 保健 ☐ 情報共有 ☐ 通告) 同意 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 児童相談所 (☐ 通告 ☐ 既報) ☐ 警察 (☐ 通報 ☐ 既報) ☐ ミーティング (☐ 再ハドル ☐ CPT ☐ 児相・警察 ☐ 要対協) ☐ 次回のイベントで再評価 ☐ 医療・他 ()	対応後に署名 認定Ns PSC CPT-Dr DR	

図 1：チェックシート

4-4. CPT 業務内の課題、改善点についての調査

現状の A 病院の CPT 業務フローを把握するため、7 日間の MSW の CPT 業務内容を調査する。また、MSW に聞き取りを行い、現状の課題を抽出する。

4-5. レベル分類による業務軽減の可能性の評価

A 病院では、小児の外傷患者の方針決定の一助となることを期待して、独自に開発された「フローチャート」を用いて 5 段階評価基準のレベル分類を行なっている。しかし、実際にレベル分類と他機関との連携の関係を調べたことは無かった。A 病院が独自に開発したフローチャート式のレベル分類（図 2）がアウトカム（どの連携機関と連携するか）を

予測することが可能かを気にしてみてもシート導入の2022年11月から2025年7月までのデータを利用し検証する。

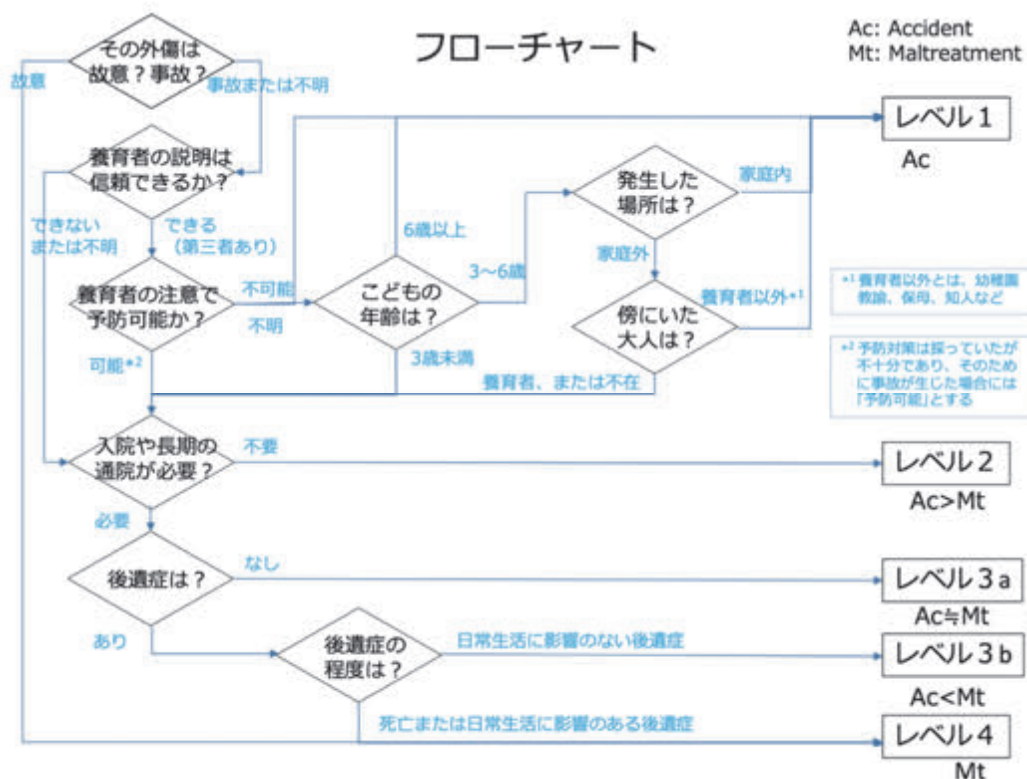


図2：A病院で使用されているフローチャート

4-6. 分析方法

収集したデータは、以下に示す手法を用いて分析する。

定量的分析：CPT介入件数の増加については、導入前後で平均値を比較し、効果量（Cohen's d）を算出して分析する。性別の比較にはt検定、受診理由の比較にはカイ二乗検定（ χ^2 ）を用いる。

回帰分析：目的変数を児童相談所や警察への連携とし、独立変数をレベル分類、重症度（医師、看護師、MSWによるCPTのミーティングにより決定される重症度）、関与歴（CPTの関与歴の有無）、年齢、性別とした重回帰分析を実施する。p値が0.01未満の場合を統計学的に有意と判断する。

4-7. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、兵庫県立大学大学院社会科学研究科に設置されている倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号 2024-0017）。また、A 病院倫理委員会の承認（7-153）を得た。

5. 結果

5-1. CPT 介入件数と介入症例の特徴の分析

2018 年は 683 件(男性 192 件、女性 489 件)、2019 年は 306 件(男性 112 件、女性 194 件)、2020 年は 580 件(男性 193 件、女性 387 件)、2021 年は 262 件(男性 100 件、女性 162 件)、2023 年は 742 件(男性 374 件、女性 367 件)、2024 年は 652 件(男性 309 件、女性 343 件)だった。2022 年のデータはチェックシート導入によりデータ欠損があり今回の研究には含めなかった。

CPT が症例を把握するまでの日数に関する調査では、報告された例の 73%が受診の翌日には CPT によって把握されており、迅速な初期対応が実施されていることが明らかになった。地域別の報告数では、尼崎市からの報告件数が 484 件と最も多く、伊丹市、西宮市が続いた。

チェックシート導入後の虐待の種別は、ネグレクトが 65.43%と最も多く、続いて、養育支援 8.24%、心理的虐待 4.83%、身体的虐待 4.72%、性的虐待 1.42%となった。（複数項目に及んでいるものは、最も適切な項目を一つ選択した。）

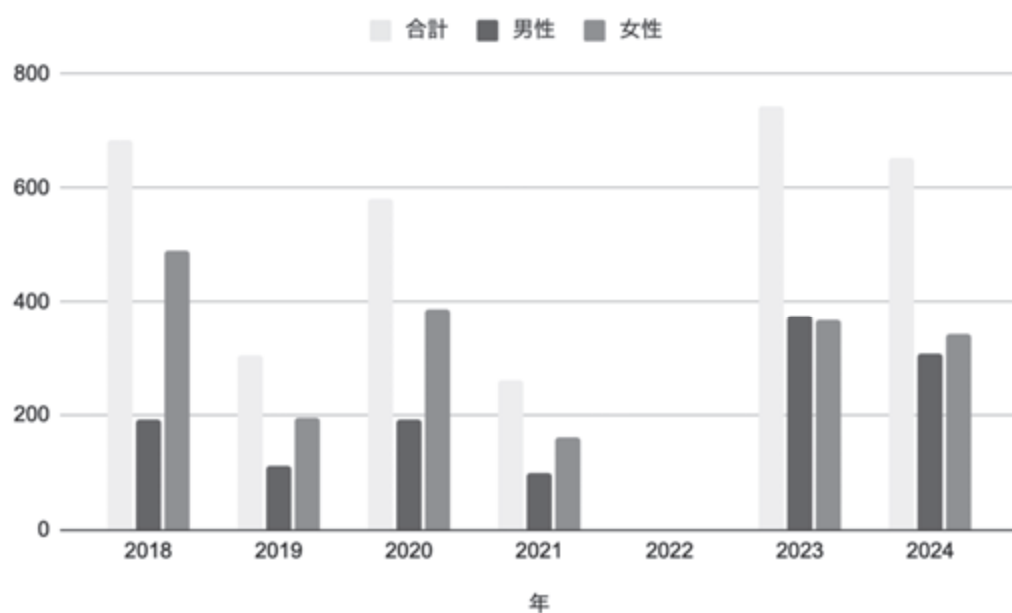


図3：CPT 介入件数の年次推移（2018-2024）

表1：虐待の種別

項目	n	割合(%)	女性	男性	p値
性的虐待	25	1.42	24	1	.000
身体的虐待	83	4.72	35	48	.106
心理的虐待	85	4.83	52	32	.037
ネグレクト	1151	65.43	546	605	.000
養育支援	145	8.24	85	60	.050
未確定	164	9.32	101	64	.004
非該当	77	4.38	38	38	.883
欠損値	29	1.65	12	17	.305
合計	1759		893	864	

5-2. チェックシート導入による症例検出と他機関連携の効果

2022 年 11 月に院内トリアージ用のチェックシートを導入した結果、CPT 介入件数は顕著に増加した。導入前の 4 年間（2018-2021 年）の年間平均介入件数が 457.75 件であったのに対し、導入後の 2 年間（2023-2024 年）の年間平均介入件数は 697.00 件へと増加した。この平均差は 239.25 件であり、約 52.27%の増加に相当する。統計的分析では、この増加に大きな効果量（Cohen's $d=1.32$ ）が認められた。シートの作成場所は、救急が 80.57%であった。

性別ごとに見ると、特に男児症例で CPT 介入件数の統計的に有意な増加が認められた（ $t(2)=-4.68$, $p<0.05$ ）。導入後の介入症例における受診理由を分析したところ、外傷による受診は男児で 60.19%、女児で 43.06%と、男児が有意に高かった（ $\chi^2=44.82$, $df=1$, $p<0.001$ ）。

CPT 介入症例における連携機関の割合は、全体を通して市区町村 60.8%、児童相談所 8.9%、警察 3.7%であった。チェックシート導入前後で連携状況を比較すると、警察との連携件数は導入前平均 12 件/年から導入後平均 35 件/年へと有意に増加した

（ $t(4)=-7.10$, $p<0.01$ ）。市区町村および児童相談所との連携件数も増加傾向が見られたが、統計的有意差はなかった。

表 2：チェックシート導入前後の変化

連携機関	導入前平均 ± 標準偏差	導入後平均 ± 標準偏差	p値
性別			
男性	149.25 ± 50.18	341.5 ± 45.96	0.0427
女性	308 ± 156.33	355 ± 16.97	0.594
連携機関			
市区町村	317.75 ± 179.23	344.5 ± 21.92	0.787
警察	12.00 ± 6.16	35.00 ± 1.41	0.002
児童相談所	43.75 ± 22.72	56.50 ± 17.68	0.505

5-3. CPT 業務内の課題、改善点についての調査

MSW が担当している CPT 業務内容を特定日に調査した。業務内容を連携、会議、書類作成の 3 つに分けると、連携が 4 時間 30 分と最も長く、次いで会議が 1 時間 50 分であった。また、所属する MSW に業務負担に関する聞き取りを行った。2 名中 2 名から回答を得た。結果、業務としては、「電話連絡によるやりとりの負担」が最も負担感が強いとのことだった。市区町村ごとに連携方法や対応が異なること、電話が繋がらないことが多いこと等が挙げられた。また、業務の難しさとして、どの機関と連携するか決定が挙げられた。この決定は、複数の CPT メンバーによるミーティングが重要であるが、その中で経験豊富な医師に依存している部分が大いことが課題として考えられた。連携における電話連絡の負担を調査するため、MSW の電話連絡に関して、前向き調査を行った（表 3）。ある 1 日の事例（Day 2）では市区町村への 10 回の電話のうち 4 回しか繋がっておらず、3 回は折り返し電話がなかったことが示されている。

表 3：市区町村への電話連絡の件数

	繋がる	繋がらない (折り返し電話なし)	電話件数
Day 1	9	1 (1)	10
Day 2	4	6 (3)	10
Day 3	3	5 (3)	8
Day 4	2	2 (2)	4
Day 5	2	3 (2)	5
Day 6	3	1 (1)	4
Day 7	3	3 (1)	6

5-4. レベル分類による業務軽減の可能性の評価

レベル分類と他機関連携との関係を調査した結果を表 4 に示した。市区町村の連携は、レベル 2 で 229 件と件数は最も多いが比率は 27.3%と低かった。最も多い比率であったのはレベル 4 で 69.8%と高かったものの、レベル 1 であっても 40.0%と

なっており、ばらつきがみられた。児童相談所との連携は、レベルが上がるごとに比率は増えており、レベル1で2.4%、レベル4で61.9%であった。警察との連携は、概ね児童相談所と同じ様相で、レベルが上がるごとに比率が増える傾向にあった。

表4：レベル診断と他機関との連携の関係

	未確定	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4
n	525	85	839	22	25	63
市区町村 n (%)	432(82.3)	34(40.0)	229(27.3)	13(59.1)	11(44.0)	44(69.8)
児童相談所 n (%)	64(12.2)	2(2.4)	5(0.6)	2(9.1)	6(24.0)	39(61.9)
警察 n (%)	43(8.2)	1(1.3)	4(0.5)	1(4.5)	5(20.0)	23(36.5)

重回帰分析を行い、独立変数としてレベル分類、重症度(医師、看護師、MSWによるCPTのミーティングにより決定される重症度)、関与歴(CPTの関与歴の有無)、年齢、性別を設定し、目的変数をそれぞれの連携として、レベル分類における連携を予測可能か検証した結果、児童相談所を目的変数とした場合、レベル分類(係数0.148)、重症度(係数0.187)、年齢(係数0.209)はいずれも有意な連関を認めた(p値は0.01以下)。しかし、警察を目的変数とした場合の連携では有意な連関関係は示されなかった。CPTのミーティングにより決定される重症度は、警察と児童相談所のどちらを目的変数とした重回帰分析において有意な連関関係を認めた(表5、表6)。

表 5：重回帰分析（目的変数：警察）

変数名	係数	95%下限	95%上限	p値	VIF
重症度	0.259	0.207	0.311	.000	1.089
関与歴	-0.05	-0.055	0.046	.859	1.039
年齢	0.147	0.093	0.201	.000	1.171
性別	0.048	-0.004	0.099	.068	1.074
レベル	0.060	0.005	0.114	.031	1.197
R ²	0.088			.000	

表 6：重回帰分析（目的変数：児童相談所）

変数名	係数	95%下限	95%上限	p値	VIF
重症度	0.187	0.135	0.239	.000	1.089
関与歴	0.015	-0.036	0.065	.568	1.039
年齢	0.209	0.156	0.263	.000	1.171
性別	0.004	-0.048	0.055	.883	1.074
レベル	0.148	0.093	0.202	.000	1.197
R ²	0.091			.000	

6. 考察

6-1. チェックシート導入による院内の CPT 介入件数増加と多機関連携の増加

本研究の結果は、院内トリアージ用チェックシートの導入が、表 2、図 3 のとおり、児童虐待や不適切な養育が疑われる症例の早期発見に有効であることを示している。チェックシート導入後の年間平均介入件数が約 52%増加したという事実は、医療現場において、これまで見過ごされていた潜在的なハイリスク症例が、このツールによって確実にスクリーニングされるようになったことを示している。また、表 4 の通り、レベル分類ではレベル 2 が最も多く、またチェックシート導入の虐待の種別では、ネグレクトが

65.43%と最も高い割合を占めている。男児の介入件数が有意に増加しており、男児は女児より外傷に因るものが多かったことを踏まえると、外傷性の重大事案の発見だけでなく、監督ネグレクト(子どもの安全を守るために必要な監視を怠るネグレクト)に対するスクリーニングの感度が向上したことを示唆する。この結果は、組織的な介入ツールが、個々の医療者の経験や主観に依存しない、標準化された虐待対応体制を構築する上で不可欠であることを裏付けるものとして一端を示すことができた。

またチェックシート導入後、表2のとおり、警察との連携件数が有意に増加したことは、より深刻な事案が早期に検出されるようになったことを示している。また、統計的には有意ではなかったものの、市区町村や児童相談所との連携件数も増加していた。市区町村が管轄するより軽度な養育支援の必要性や、児童相談所が扱う複雑なケースの検出には、必ずしも直接的な効果をもたらしていない可能性もあり更なるデータの蓄積が望まれる。

6-2. レベル分類の有効性と問題点

表6で示したA病院が独自に開発したレベル分類は、児童相談所との連携を予測する上で一定の有効性を持つことが重回帰分析によって示された。レベルが高いほど児童相談所への連携比率が増加したことから、このツールが専門的な介入が必要なケースを判別する一助となっていることと考えられる。しかし、市区町村や警察との連携では、この分類との強い関連は認められなかった。特に、市区町村との連携比率はレベル分類に関わらずばらつきが大きく、これは、養育支援の必要性の判断が、レベル分類のような形式的な指標だけでは捉えきれない複雑な要素を含むことを示唆している。例えば、レベル1(予防できない事故)であっても、子どもに対する態度が高圧的な態度であったりする場合に市区町村連携が必要であったり、レベル2(予防できる事故)であっても、単回の不注意による事故であれば救急外来担当医の適切な指導により改善が見込める場合には連携が不要なこともあるのである。

6-3. 除外基準の設定による市区町村連携の新たなスキームの提案

このような事例から、CPTの経験的な判断を補完するために、レベル分類の精度向上に加えて、補足的なアセスメント項目の導入が必要と考えられる。

児童虐待は、養育者の性格や健康状態、経済的困難、家庭や地域環境、子どもの特性など、複数の要因が複雑に絡み合っ発生することが知られており、形式的な分類だけでは支援の必要性を正確に把握することは困難である。(森内、2023)(兵庫県、2021)

A 病院のチェックシートには、「養育者のサイン」や「子どものサイン」といった虐待の兆候を示す項目が含まれており、情報共有の判断材料として一定の機能を果たしている。しかし、これらの項目と具体的な連携判断との間には明確な基準が存在せず、実際には CPT メンバーが、カルテや対応した医療者への聞き込みを行なった上で、CPT でのカンファレンスを通じて対応している現状がある。

このような状況を踏まえ、本研究では判断プロセスの標準化を目指し、「リスクアセスメント」の概念を応用した新たな連携スキームを提案する。従来の「該当項目があった場合に連携を行う」という方法（国立成育医療研究センター，2023）に代わり、「除外基準に該当しない限り、すべての対象者について市区町村と情報共有を行う」というアプローチである（図 4）。現在のスキームと、新たなスキームの変化を示す。

この方式には、以下の利点がある。第一に、医療機関と行政機関との連携にかかる心理的・制度的ハードルを下げ、より多くのケースにおいて早期の介入が可能となること。第二に、チェックシートの過度な複雑化を避け、また、選択式項目への過度な依存による実態の過小評価を回避できる点である。

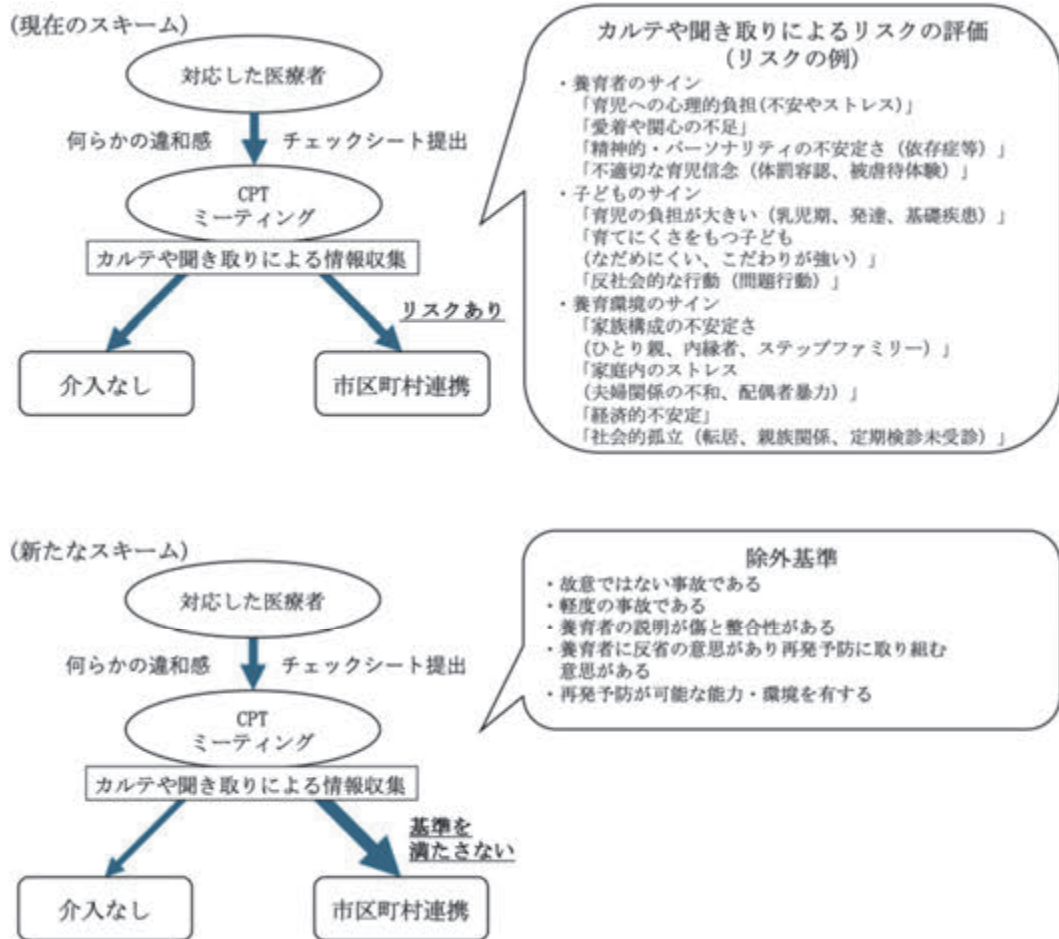


図4：除外基準の設定による市区町村連携のスキームの変化

6-4. 連携業務の課題と展望

2名のMSWの業務負担に関する調査結果である表3からは、市区町村連携における「電話連絡の負担」が依然として大きな課題であることを浮き彫りにしている。電話の不通や折り返しの不在は、迅速な情報共有と支援の開始を妨げ、MSWの業務効率を低下させていることがわかった。今後の展望と期待としては、医療機関と地域の関係機関（児童相談所、警察、市区町村など）が情報を共有できるプラットフォームを構築することで、電話に依存した非効率な連携から脱却し、連携のハードルを下げるのが重要である。また、連携の質の向上として、各機関の役割分担を明確化し、定期的な合同会議や事例検討会を通じて「顔の見える関係」をさらに深化させることが不可欠である。そのためには、デジタルツールや共有プラットフォームの導入により、連絡記録の一元化や

情報共有の迅速化を図る必要がある。A 病院では、2025 年秋以降に join (汎用画像診断装置ワークステーション用プログラム、医療機器認証番号 227A0BZX00007Z00) が導入される。このプラットフォームは、遠隔医療と、病病連携・病診連携が可能な仕組みである。まずは 2026 年度中に尼崎市との join 内の Web ミーティングでの連携を計画する。平日の MSW から尼崎市の電話連絡を、定時の Web ミーティングに変更できれば、短時間での情報共有が可能となる。

また、市区町村ごとに連携方法や対応が異なることに対しては、均一化を図ることで連携の質が改善できると考えられる。まずは市区町村同士でお互いの差異を認識する必要があると考える。これに対しては、2026 年度より毎月開催の多機関での児童虐待事例検討会を計画している。参加機関は、児童相談所（川西、西宮、尼崎こども家庭センター、尼崎子ども家庭センター準備担当）、市町（阪神地域の 7 市 1 町）の保健福祉担当課等を検討している。情報の共有や経過の報告を通して各々の機関及び機関連携上の課題に気づき、それらを話し合うための体制構築を目指す。

「尼崎モデル」は、より持続的な活動へと発展する可能性を秘めている。今後は、本研究で得られた知見を基に、これらの課題を克服し、地域全体で子どもを守るためのより強固で効率的なネットワークを構築していくことが求められる。さらに、A 病院の CPT 活動実績と、今後行われる業務効率化・連携強化の効果を定量的に評価することで、診療報酬改定の議論において、連携を評価する「養育支援体制加算」の要件に、デジタルプラットフォームの活用や、拠点病院が地域全体のネットワークを支援する体制を追加することを提言することを目指す。これらの具体的な行動計画を通じて、「尼崎モデル」を単一の病院の成功事例に留めず、地域全体で子どもを守るための地域の核となる実践的なシステムとして、兵庫県の児童虐待防止医療ネットワーク事業の地域拠点病院（15 病院）に広めていくことが次の目標である。

7. まとめ

本研究は、A 病院における Child Protection Team (CPT) の活動実態を多角的に分析し、児童虐待の早期発見と多機関連携の改善に向けた示唆を得ることを目的とした。チェックシート導入による介入件数の増加と多機関連携の促進効果が示された。また、独自のレベル分類の有効として、児童相談所との連携を予測する上で一定の有効性があることが判明した。これにより、経験に依存しない客観的な判断基準が確立されつつあることが示唆された。また、本研究は、「尼崎モデル」の成功を明らかにした一方で、

いくつかの課題も浮き彫りにした。業務効率化の課題として、MSWの業務負担、特に電話連絡による連携の非効率性は、今後の持続可能な活動の妨げとなる可能性がある。

これらの課題を克服し、診療報酬改定によって創設された「養育支援体制加算」を有効活用することで、医療機関を起点とした児童虐待対応の包括的なモデルをさらに発展させることが可能となる。本研究の成果が、全国の医療機関における児童虐待対応の改善に寄与し、すべての子どもが安全に成長できる社会の実現につながることを期待する。

謝辞

本稿の執筆にあたり、終始一貫して懇切丁寧なご指導を賜りました、兵庫県立大学大学院社会科学部研究科の木下隆志教授に、心より感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院経営研究科医療・介護マネジメントコースでご教授いただいた教員、講師の皆様には、豊かな知識と視点を与えていただきました。そして、苦楽を共にした同期の皆様には、多くの学びと温かい励ましをいただきましたこと、深く感謝いたします。

兵庫県立尼崎総合医療センター小児科長の毎原敏郎先生をはじめとするCPTの皆様には、多大なるご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

最後に、常に私を支え温かく応援してくれた家族に、この場を借りて心からの感謝を伝えます。

参考文献

- [1] Nakane, N., & Wada, I. (2022). Estimating the Social Costs of Child Abuse in Residential Care for Children with Disabilities Using the Japanese Survey on the Interactions of Adverse and Positive Childhood Experiences toward Adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8;19(24):16476.
- [2] Wada, I., & Igarashi, A. (2014). The social costs of child abuse in Japan. *Children and Youth Services Review*, 46, 72-77.
- [3] 大澤絵里・越智真奈美(2021)「市町村における地域の児童虐待予防と対応のしくみの課題と展望 ―公衆衛生学アプローチと包括ケアシステムとの融合―」『保健医療科学』Vol. 70 No. 4 p. 385-393
- [4] 佐藤 翼・昆 伸也(2024)「「誰でもできる」虐待対応を目指した北里大学病院の取り組み」『小児外科』Vol. 56 No. 11, 2024-11 pp. 1121-1127

- [5] 古屋 武史・土方 浩平・森内優子・渕上達夫(2024)「子ども家族支援委員会の設立」『小児外科』Vol. 56 No. 11, 2024-11 pp. 1128-1131
- [6] 三嶋一輝(2019)「医療機関における子ども虐待の対応と早期発見」『小児内科』Vol. 51 No. 3, 2019-3 pp. 328-331
- [7] 森内優子・渕上達夫(2023)「病院における CPT の役割」『小児保健研究』82 (2) 107-110
- [8] 森内 優子・堀江 未央・杉山 千央・安藤 潤子・吉本 侑平・渕上 達夫(2024)「当院 Child Protection Team が介入した虐待症例における虐待リスク因子の検討」『子どもの心とからだ』第 33 巻 3 号、pp. 406

引用ホームページ

- [1] こども家庭庁. 令和 5 年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/a176de99-390e-4065-a7fb-fe569ab2450c/5fbbaa2e/20250327_policies_jidougyakutai_32.pdf
 (2025 年 8 月 13 日アクセス)
- [2] こども家庭庁. こども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第 20 次報告) https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/20-houkoku/ (2025 年 8 月 13 日アクセス)
- [3] 令和 5 年度 子ども・子育て支援等推進調査研究事業 児童虐待防止医療ネットワーク事業及び医療機関における虐待通告等の実施に関する調査研究事業報告書
<https://www.nri.com/content/900032521.pdf> (2025 年 8 月 13 日アクセス)
- [4] 令和 4 年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業 「母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの実証に関する調査研究」調査事業報告書
https://www.ncchd.go.jp/center/activity/kokoro_jigyo/r04/jigyo_houkoku.pdf
 (2025 年 8 月 13 日アクセス)
- [5] 兵庫県児童虐待対応マニュアル (関係機関用) 令和 3 年 10 月改定
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf22/documents/gyakutaimanyuaru202110.pdf> (2025 年 8 月 13 日アクセス)