

は配置されていますか。下記の中から1つ選んで下さい。

①はい ②いいえ ③その他()

5-2)設問5-1で「①はい」と答えた方にお尋ねします。あなたは平成17年度にスーパーバイザーから個別又は集団による管理、教育、支持等の指導を受けたことがありますか。下記の中から1つ選んで下さい。

①はい ②いいえ ③その他()

5-3)設問5-2で「①はい」と答えた方にお尋ねします。平成17年度にスーパーバイザーから受けた指導等は、あなたが仕事をしていく上で役立っていると思いますか。下記の中から1つ選んで下さい。

- ①大いに役立っている ②役立っている ③どちらとも言えない
④あまり役立っていない ⑤まったく役立っていない

5-4)設問5-3で「①大いに役立っている」「②役立っている」と答えた方にお尋ねします。

役立っていると思う内容を下記の中から3つ選び、役立っていると思う順に番号を記入して下さい。

- ① 子どもとその保護者の理解と対応の仕方に役立っている。
② 子どもの権利擁護の観点を確立することができた。
③ チームワークやネットワークに関する知識・技術を高めるのに役立っている。
④ 緊急対応が必要な事態の対処方法を理解することができるようになった。
⑤ ケアワーカーとしての価値・倫理についての理解が深まった。
⑥ 子どもの問題行動の理解と対応及び援助の仕方に役立っている。
⑦ 子ども虐待や発達障害の理解と対応及び援助の仕方に役立っている。
⑧ 子どもの健康や安全管理の理解と対応及び援助の仕方に役立っている。
⑨ 判断や援助の仕方等の支持を得て、仕事への取り組みに自信が持てるようになった。
⑩ 自身の性格傾向や偏見・差別などの意識を洞察することができ、自己覚知が深まった。
⑪ その他()

順位(番号で _____・_____・_____)

6-1)あなたは、現在、虐待を受けた子どものケアをしていますか。下記の中から1つ選んで下さい。(平成18年10月1日現在)

①はい ②いいえ ③その他()

6-2)設問6-1で「①はい」と答えた方にお尋ねします。

あなた自身が、虐待を受けた子どものケアに関して、特に必要と思う研修内容を、下記の中から3つ選んで下さい。

- ① 虐待を受けた子どもの行動特徴
- ② 施設内チームワークの留意点
- ③ 子どもの権利擁護の理解と方法
- ④ 児童虐待の定義や虐待の発生要因
- ⑤ 子どもの問題行動への対処方法
- ⑥ 虐待する親のタイプの理解と親援助の方法
- ⑦ 虐待を受けた子どもの入退所時に配慮すべき援助内容
- ⑧ 虐待によるトラウマの理解と心理的ケアの方法
- ⑨ 子どもの発達と愛着障害の理解と援助方法
- ⑩ 地域との関係機関との連携のあり方や調整の仕方
- ⑪ その他()

6-3)設問6-1で「①はい」と答えられた方にお尋ねします。

あなた自身が、虐待を受けた子どものケアに関して、特に必要と思う研修等トレーニングの方法を、下記の中から2つ選んで下さい。

- ① 施設内での事例検討会の開催や職員会議等でのケース検討
- ② 施設内での指導担当職員による日常的な個別指導
- ③ 他機関や他施設での外部研修会に参加
- ④ 講義や演習形式による施設内研修の開催
- ⑤ 課題に対応した自主的研修に参加
- ⑥ 外部講師を招聘しての施設内研修の開催
- ⑦ 個別又は集団的スーパービジョンの活用
- ⑧ 他機関や他施設との職員交流による研修、
- ⑨ 大学等の研究機関や海外派遣研修
- ⑩ その他()

7) 施設経験5年目、6年目、7年目の方にお尋ねします。以下に掲げる内容で、あなたがすでに学んだ経験があるものすべてを下記の中から選んで下さい。また、主に誰から学んだかを下記の番号でお答え下さい。(複数回答可)

内容	誰から
① <input type="checkbox"/> 職場でのチームワークやコミュニケーションの取り方	()
② <input type="checkbox"/> リーダーシップの取り方	()
③ <input type="checkbox"/> 各種会議の持ち方	()
④ <input type="checkbox"/> 自立支援計画の立て方	()
⑤ <input type="checkbox"/> 福祉専門職としての職業倫理	()
⑥ <input type="checkbox"/> 職員個々の能力の把握と育成方法	()

- ⑦ 関係機関との連携の取り方 ()
- ⑧ 子どもや家族との関係形成の方法 ()
- ⑨ 社会資源の知識やマネジメントの方法 ()
- ⑩ 施設運営のための法的知識や運営計画の策定方法 ()
- ⑪ ケースの進捗管理や危機管理の方法 ()
- ⑫ 子どもの権利擁護と苦情解決の方法 ()
- ⑬ 子どもの心のケアに関する知識と技術 ()
- ⑭ スーパービジョンに関する知識と技術 ()
- ⑮ 職員のメンタルヘルスに関する知識と技術 ()
- ⑯ 対人援助活動における自己覚知の方法 ()

- 1. 職場内の管理職 2. 職場内の先輩 3. 職場内の他職種 4. 職場外の先輩
- 5. 職場外の他職種 6. 施設内研修会の外部講師 7. 施設外研修会の講師
- 8. その他()

8)あなたにとって「望ましいトレーニング」について、下記の4つの内容から望ましいと思う順に番号でお答え下さい。

- 1. 日常業務において意識的・計画的なトレーニングを受けることのできるシステムの構築
- 2. 施設内研修での外部講師の招聘による研修内容や方法の充実
- 3. 外部研修の機会の確保と自主研修における時間や費用の保障制度の確立
- 4. スーパーバイザーの養成により、スーパービジョンの機会の確保と充実

順位(番号で _____・_____・_____・_____)

ご協力有難うございました。

OJT 実践例調査票 NO. _____

該当する番号の□の中を■に塗りつぶして下さい。

1. あなたは ①□児童指導員 ②□保育士 ③□その他()
性別は ①□男性 ②□女性
2. あなたの経験年数は ①□半年以内 ②□半年～1年 ③□1年～1年半
④□1年半～2年 ⑤□2年以上
3. 受けた指導内容は(複数回答可)
①□職員としての心構え ②□勤務に関する規則 ③□施設概要の理解 ④□子どもの個別指導や
集団指導の方法 ⑤□子どもの健康・安全管理の留意点 ⑥□子どもの権利擁護の視点と取り組み
⑦□関係機関の概要理解や連携の方法 ⑧□保護者への対応方法 ⑨□緊急対応の方法 ⑩□そ
の他()
<受けた指導内容を具体的に記入>
4. 指導を受けた時は
①□勤務の引継ぎ時 ②□打ち合わせ等の会議の時 ③□実際に仕事をしている時 ④□仕事が
完了して報告している時 ⑤□外出行事や研修に出かけた時 ⑥□休憩時間 ⑦□その他
()
5. 指導者は ①□先輩 ②□決められた指導担当者 ③□班長又はグループ長 ④□主任児童指導
員 ⑤□主任保育士 ⑥□施設長等管理職員 ⑦□その他()
6. 指導を受けた機会は
①□自分から尋ねた ②□指導者から声をかけられた
③□その他()
7. 指導を受けた効果は(複数回答可)
①□気づかなかったことを指摘してもらえた ②□迷っていたことが判断できた
③□分からないことが理解できた ④□困っていたことの解決方法が分かった
⑤□自分の仕事のやり方を再考できた ⑥□自分が悩んでいることを見直せた
⑦□大切に考えなければならない事柄が分かった ⑧□やる気や勇気を与えてもらった ⑨□その他
()
8. 指導を受けた日 平成 18年 月 日()

イギリスのソーシャルワーカーのトレーニングに関する昨今の動向 ～地方当局(児童相談所)ソーシャルワーカーの観点から～

研究協力者 桐野由美子
(京都ノートルダム女子大学教授)

I. はじめに

本稿は第1にイギリスのソーシャルワーカーの資格およびトレーニングに関する新制度を論じ、第2にその新制度における地方当局(日本の児童相談所に該当)のソーシャルワーカーのトレーニング等の実態を把握することを目的とし、2006年11月2日に実施したイーストアングリア大学ソーシャルワーク学部名誉教授ジューン・ソブン氏へのインタビュー調査結果と文献研究結果をまとめたものである。

なお、本稿を通してイングランド・ウェールズ・スコットランド・アイルランドのうち、主にイングランドに絞って言及するが、それを一貫して「イギリス」と表現している。

2000年2月に起こったヴィクトリア・クリンビエ虐待死事件をきっかけに、まずイギリスでは諸機関の連携等を強調した児童保護システムの再構築を実施している。その主な事項を次に箇条書きにあげておく。

①子どもへのサービスを統合する目的で2003年に、それまで中央政府の保健省(Department

of Health)に属していた児童保護政策課(Children's Safeguards Policy Unit)を教育・技術省(DfES:the Department of Education and Skills)に移動した。

②従来の地方当局(local authorities)であったSSD(Social Service Department:ソーシャルサービス局)は成人サービスと子どものサービスを含んでいたが、2004年児童法に基づき、その子どものサービス部門(日本の児童相談所に該当)はED(Education Department:

教育省)と合併し、2006年4月から新たにCSD(Children's Services Department:子どものサービス局)となった。CSDは地域の教育と福祉を管轄するのみでなく、保健や警察等の諸機関との連携をはかり、子どもへのサービスの強化を狙っている。

③従来の地域児童保護委員会(Area Child Protection Committee:以下、ACPCと略す)が児

童法2004年で法定化されて新たに地方児童保護委員会(Local Safeguarding Children Board:以下、LSCBと略す)と名称変更された。LSBCは地方当局(CSD)、警察、保護監察局、

教育機関、保健機関、民間団体等から構成され、諸機関の協働の強化を目標とし、①子どもにも関与する全ての専門職へのトレーニング提供、②地方当局が関与する子どもの援助計

画作成に参加、③虐待死/重度の虐待ケースの調査/検証、などの重要な役割を担う。

さらに、ヴィクトリア・クリンビエ虐待死検証の結果、担当ソーシャルワーカー等が十分なトレーニングを受講していなかったこともあり、政府はソーシャルワーカーの質の向上のためにソーシャルワーカー資格ならびにトレーニング制度に関して大々的な変革を進めているところである。

II. 新ソーシャルワーカー資格取得制度

ソーシャルワーカー資格関連改革開始にあたりまず、ケア基準法(the Care Standards Act of 2000)に基づき2001年10月に、ソーシャルケア総合協議会(General Social Care Council:以下GSCCと略す)が設立された。

GSCCは以前の中央ソーシャルワーク教育研修協議会(Central Council for Education and Training in Social Work:以下CCETSWと略す)に取って代わった政府の1組織であり、ソーシャルケア関連全従業員の基準を取り締まる役目を担っている。GSCCが中心になって実施した新体制は大きく分けて4つあるが、まず本章ではそのうち3つを説明し、次章で4つ目の新体制を説明する。

1. ソーシャルケアワーカーのための倫理綱領とソーシャルケアワーカーの雇用者のための倫理綱領

GSCCは2002年9月に「ソーシャルケアワーカー

のための倫理綱領(Code of Practice for Social Care Workers)とソーシャルケアワーカーの雇用者のための倫理綱領(Code of Practice for Employers of Social Care Workers)」を発行した。GSCC はソーシャルケアワーカーが違反行為をした場合、そのワーカーを登録から除名することができる。

またこの倫理綱領で、①雇用人である登録ソーシャルワーカーは、自らの知識と技術の維持と向上のために適切なトレーニングを受けなければならないこと、そして②雇用者は、a)雇用人が自らの新しい、あるいは変わりゆく任務への準備が整うよう、教育・トレーニングを受ける機会を提供する、b)実践学習を含めたソーシャルケア・ソーシャルワーク教育とトレーニングに貢献する、c)雇用人がソーシャルワーカーとしての再登録に必要な GSCC の条件を満たすよう支援する義務があることを明記している。

2. GSCC とソーシャルケアワーカー新登録制度

日本のように国家試験制度のないイギリスの今回の新制度の特徴は 2005 年 4 月 1 日より、ソーシャルワークを実践するには必ず GSCC に登録しなければならないと定められた点にあり、登録せずに「ソーシャルワーカー」の肩書きを使用する、あるいはソーシャルワーク実践を行った場合、その者は刑事犯罪者として処分されることになった。

2007 年 1 月現在、イギリスでは約 7 万 5 千人のソーシャルワーカーとソーシャルワーク専攻学生が登録されているが、有資格ソーシャルワーカー、つまり登録ソーシャルワーカーが不足しており、毎年約 20% の新任ソーシャルワーカーはアフリカ・オーストラリア・ルーマニアなどの海外から来ている。

それぞれの登録は 3 年間有効で、登録ソーシャルワーカーは毎年 30 ポンドの会費を支払い、各自 3 年ごとに再登録の手続きを行わなければならない。再登録時の主な提出物は、①前科がないことを証明する警察からの書類、②履歴書、③健康診断書、そして④再登録に必須である「登録後トレーニング/学習(Post Registration Training and Learning: 以下 PRTL と略す)」に関する書類等である。ここで言う PRTL は、有資格ソーシャルワーカー、すなわち登録ソーシャルワーカーが受ける 2 種類のトレーニングのうちの 1 つであるが、これに関しては第 III 章でさらに詳しく述べる。

3. GSCC とソーシャルワーカーの新教育

イギリスの大学におけるソーシャルワーカー養成は以前とは異なり、学士(BA)レベルと修士(MA)レベルの両方でソーシャルワーカーの養成を始め

た。CCETSW が認可する the Diploma in Social Work(Dip.SW:ソーシャルワーク資格)は 2003 年に、GSCC による the Degree in Social Work(BA あるいは MA レベルのソーシャルワーク学位)に取り替えられたわけであり、これら 2 つのうちどちらかの学位を取得した者はソーシャルワーカーとして登録できる。なお、ソーシャルワーク専攻の学生であれば、退学等をしない限り、学費は免除され(政府が負担する)、相当な額の生活費対象奨学金を授与できる仕組みになっている。

GSCC に認可された上記の学位授与大学は 2007 年 1 月現在で約 70 校あるが、それらの大学で学生は原則として、3 年間で習得できるソーシャルワーク BA コースであれ、2 年間で習得できるソーシャルワーク MA コースであれ、200 日間あるいは 1200 時間に相当する現場実習を、最低 2 箇所、別個のタイプの現場(例えば児童福祉分野と精神保健分野の現場)で全うしなければならない、と定められている。この現場実習は「ベーシック(基礎)トレーニング」とも呼ばれ、あくまでジェネリックなものである。

III. 登録(有資格)ソーシャルワーカーのトレーニングに関する新体制

イギリスにおける有資格(登録)ソーシャルワーカーに対するトレーニング新体制はかなり複雑なものであるが、簡単に述べると、有資格ソーシャルワーカー対象のトレーニングには 2 種類あり、1 つは第 II 章で触れた PRTL(登録後トレーニング/学習)で、もう 1 つは資格取得後トレーニング(Post-Qualifying Training:以下 PQT と略す)で、現在後者の PQT システムに大きな変革がなされている。

1. PRTL システム

前述したとおり、PRTL は登録ソーシャルワーカーの 3 年ごとの再登録に不可欠な条件になっている。正確には、登録ソーシャルワーカーは PRTL として、3 年以内に 90 時間あるいは 15 日間に相当する学習/研究・トレーニング・セミナー・読書・その他の幅広い活動をし、ソーシャルワーカーとしての専門性を発展させることが期待されている。しかし PRTL の内容は PQT のそれのようにアセス(事前評価)されている必要性はなく、比較的柔軟性のあるもので、PRTL はどちらかと言えば、ソーシャルワーカーとしてのキャリアを始めたばかりの者に適する制度であろう。

例えば、「インサービストレーニング」を受けて、研修参加証明書を取得し、PRTL の一部として自ら PRTL の書類に書き込むことができる。

なお、イギリスでは「インサービストレーニング」の用語を「社内トレーニング」の意味では使わず、より広義に解釈して「現職中の従業員に提供するあらゆるトレーニング」を指す。例えば前述のLSBCでは概して毎週3日程度のトレーニングを地域の専門職等を対象に提供している。またイギリス全国で活動しているNGOであるNSPCC(National Society for Prevention of Cruelty to Children:全国児童虐待防止協会)はトレーニングセンターを持っており、地域あるいは全英のソーシャルワーカーを対象とした多種のトレーニングコースを提供している。

これらのLSBCやNSPCCのトレーニングはインサービストレーニングであり、アセス(事前評価)されていないが、PRTLの条件には十分かなうことが、新PQRシステムと大きく異なる点である。地方当局(CSD)のソーシャルワーカーも、PRTLの一環として活用している。

2. 旧PQTシステム

平成17年度厚生労働科学研究・分担研究報告書で紹介したPQT(資格取得後トレーニング)システムは、PQ1からPQ6に分類される①PQSW(the Post-Qualifying Award in Social Work)と、上級レベルの②AASW(the Advanced Award in Social Work)で構成されていた「旧」PQTシステムである。

イギリス全国17箇所では2008年9月まで旧PQTコースは提供されるが、旧PQTで取得した単位を新PQTのそれに読み替える、などの手筈は整っている。ちなみに旧PQTコースのPQSWアワード(賞)は新PQTコースのスペシャリストアワードに相当する。

3. 新PQTシステム

まず、新PQTシステムの主な特徴を、旧PQTと比べながら論じる。新PQTシステムと旧PQTシステムの第1の相違点は、トレーニング内容の質向上ならびに維持のため、各コースのモジュール(基本単位、各科目や科目グループなど)がアセス(事前評価)されていることにある。

第2に、新PQTコースの提供者はGSCCから認定を受けた大学に限られており、その認定大学のみでPQTコースを実施する権限が委託される点が異なっている。2007年1月現在で約70校が新PQTコース提供大学として認定されており、その内早い認定大学では2006年から新PQTコースを開始しているが、2007年9月には全国に普及される予定である。

第3の相違点として、旧PQTシステムでは各コース終了後にそのアワード(award:賞)をGSCC

が直接、個人に与えていたが、新PQTシステムでは各認定大学がコース修了者にアワードを授与することが挙げられる。このようにPQTコース提供者が大学のみで限定されたことで、例えばNSPCCのような従来のPQTコース提供組織から不満の声が聞こえるのも事実である。自分たちのトレーニングコースは、新PQTシステム下では、PRTLシステム対象のインサービストレーニングとしてのみにカウントされ、不利になるからである。

第4番目の特徴として、新PQTシステムのコースを終了すると、その有資格ソーシャルワーカーが過去に取得した学位に関係なく、新しい学位(BAレベル/MAレベル)を取得する点が挙げられる。また、教師・看護師等、他の専門職もこのコースを受講できるとされている。

4. 新PQTコースの内容

新PQTコースは①Specialist(スペシャリスト:専門家)レベル、②Higher Specialist(ハイヤー・スペシャリスト:高度スペシャリスト)レベル、③Advanced(アドバンスト:上級)レベルの3つで構成されており、GSCCによるとSpecialistレベルではソーシャルワーカーの「能力を深層まで高めること」、Higher Specialistレベルでは「能力をさらにしっかりと高めること」、アドバンストレベルでは「やがてはリーダーとしての役目を担う能力」を持つことを目標としている。

それぞれの認定大学は、自らの新PQトレーニングコースを作成する際に、それぞれのコースのスペシャリズム(専門分野)として、①精神保健・②高齢者ソーシャルケア・③実践教育・④指導(リーダーシップ)と管理(マネジメント)・⑤子どもと家族(children and young people, their families and carers)の中から選択する仕組みになっている。

GSCCは新PQTコース提供大学を認定する際、「何と何の科目を、何単位で」などの詳細を指示しておらず、大まかな基準を指定しているのみである。次に、認定大学の1つであるイーストアングリア大学/大学院の新カリキュラムを見ながらそれぞれのレベルを説明する。

1) Specialist(スペシャリスト:専門家)レベル

まず第1レベルのSpecialistコースは学部レベルでアセス(事前評価)され、コース修了者にはSpecialist学士を授与する。この学士の名称に関して特にGSCCは指定しておらず、各大学が名称を定める。ちなみにイーストアングリア大学(以下EUAと略す)ではこのレベルの学士を「BA in Specialist Practice:スペシャリスト実践学士」とする予定である。

GSCCはこのレベルのコース内容として、必ず

「コモンコア(Common Core of Skills and Knowledge for the Children's Workforce:子ども関連専門職)に共通する核心であるスキルと知識」カリキュラムを含めること、と定めている。「コモンコア」とは政府が指定した、教師・ソーシャルワーカー・医師・看護師等、子どもとその家族にサービス提供する全ての専門職が共通して持つべき基礎的知識とスキルを指し、①効果的コミュニケーションとエンゲージメント、②子どもの発達、③子どもの福祉の保護と促進、④子どもの変遷期での支援、⑤多機関との協働、⑥情報共有、の6分野を含む。

EUA の Specialist コースは3つの部分に分かれており、第1部は Child Care Professional Consolidation Unit(チャイルドケア専門職統合ユ

ニット)と呼ばれるもので、前述のコモンコアを基盤にしている。このユニットでは約3ヶ月かけて、40時間分の単位を取得しなければならないが、通信教育も可能なシステムになっている。

EUA の Specialist コースの第2部は大学での4週間にわたる20日間の講義で、第3部は9ヶ月間実践機関におけるメンター(mentor)の指導による学習である。なお「メンター」は、GSCCの規定に基づいた実践機関の雇用人で、認定大学がその者に現場での指導を委託するかたちをとっている。この第3部ではメンターがグループ別の事例検討などを教える。

次に GSCC の規定に準じて EUA が作成したスペシャリストコースの第2・3部のカリキュラム内容の概要を箇条書きにしておく。

【Specialist コース第2・第3部】

1. パートナーシップによる仕事:コミュニケーション・サポート・アドボカシー・子どもたちとの関与
2. モデル/フレームワークのアセスメントの応用
3. 多機関が提供するサービスのコーディネーター
4. リスクの確認/評価/マネジメント(児童保護を含む)
5. 口頭ならびに書面での正式な専門的見解の表現法
6. 関連分野の法的枠組の理解と、その知識の応用
7. 家族の肯定的変化の促進・実践に関する理論、そして専門職としての実践手段の理解と応用
8. 家族の変化に対する肯定的対応(親戚や代替家族を含む)
9. 貧困・失業・ホームレス・人種差別・同性愛恐怖症・いじめ・その他の偏見/不利なことから影響を受けた人たちをエンパワーしながら積極的に関与すること

2) Higher Specialist (ハイヤー・スペシャリスト:高度スペシャリスト)レベル

第2レベルの Higher Specialist レベルは、第3レベルの Advanced レベルと共に修士レベルのコースとしてアセス(事前評価)されている。Higher Specialist レベルのコースでは複雑な状況下での判断能力や高度の専門的責務を習得することを目標としている。

EUA におけるこのレベルのコースは、80単位相当の第1部「子どもと家族主専攻科目:Major in Children and Families」と、40単位相当の第2部「実習教育副専攻科目:Minor in Practice Education」で構成されており、受講者はこれら全てを5年以内に終了しなければならない。第1部は上級レベルの知識とスキルの促進をはかるもので、4週間の講義を受講する。第2部は講義形式ではなく、現場実習をしながら、地域で開催されるグループに参加し、事例分析・プレゼンテーショ

ン・ディスカッション等を行う。このコースは「プラクティス・ティーチャー」養成を目標としている。プラクティス・ティーチャーとは、現場機関の雇用人で、PQ コースの実習の指導を行う者を指し、プラクティス・ティーチャーになるには概して10年程の経験を積まなければならないとされている。なお、認定大学がプラクティス・ティーチャーを認定するのではなく、大学は機関とパートナーシップを結び、その機関でPQTの一環としての実習をする際、その機関のプラクティス・ティーチャーが受講生を指導する仕組みになっている。

次に、GSCC の基準に従い UEA が作成した Higher Specialist コース第1部と第2部の内容を箇条書きにまとめておく。第1部の項目はスペシャリストコースのそれと類似しているが、Higher Specialist コースの個々の内容はより深まったものになっている。

【Higher Specialist コース第 1 部】

1. パートナリシップのもとでの仕事:コミュニケーション・サポート・アドボカシー・子どもたちとの関与
2. モデルとフレームワークのアセスメントの応用と、追加ニーズ/複雑なニーズを含めたニーズアセスメント
3. 多機関が提供するサービスのコーディネート、ならびにリスク削減目標の介入
4. 児童保護の責任と関連したリスクの確認/評価/マネジメント
5. 口頭ならびに書面での正式な専門的見解の表現法
6. 関連分野の法的枠組の理解と、その知識の応用
7. 家族の肯定的変化の促進・実践に関する理論、そして専門職としての実践手段の理解と応用
8. 家族の変化に対する肯定的対応(親戚や代替家族を含む)
9. 貧困・失業・ホームレス・人種差別・同性愛恐怖症・いじめ・その他の偏見/不利なことに影響を受けた人々をエンパワーしながら積極的に関与すること
10. 保護者の精神保健・薬物乱用・保健・医療・障害・ドメスティックバイオレンスなど、子どもに影響を及ぼす親の課題への対応

【Higher Specialist コース第 2 部】

1. 現場実習における学習活動・学習プログラムのデザインと計画
2. 資格取得前(Qualifying level)および資格取得後(Post Qualifying level)レベルのソーシャルワーカーの指導と支援
3. 実習生参加と機会均等促進
4. 実習生のアセスメントとフィードバック
5. 効果的環境/学生指導/サポートシステムの開発
6. 専門分野の知識習得と理解
7. 適切な教授法と学習法
8. 受講生の一般および専門分野における学習方法
9. 効果的教授法の評価手段
10. エビデンス・ベースト実践への責任と、教育における調査研究結果の応用

3) Advanced (アドバンスト:上級)レベル

PQT コースの第3番目は Advanced (アドバンスト:上級)レベルで、受講者の高度の専門能力を養い、受講者がソーシャルワークの専門性の更なる発展・開発の先頭に立ち、調査研究を実施するとともに調査研究を実践に応用するよう促すことを目標とする、熟練ソーシャルワーカーやマネージャー向きのコースである。

前述の第3レベルの Higher Specialist (EAU では 120 単位)とこの Advanced コース (EAU では 60

単位)の両方のコースを終了すると受講者は修士の学位を取得することができる。EAU ではこの PQT の修士号を「MA in Advanced Social Work Practice and Planning(上級ソーシャルワーク実践/計画修士)」と名付けている。

次に、GSCC の規定に準じて作成された EUA の Advanced コースの目標を列記する。

【Advanced コース】

1. 専門職としての上級レベルの知識・価値観・スキル・理論的アプローチの応用
2. 自己ならびに他者の実践をシステムティックに開発するにあたってリーダーシップをとるために、個人の独立した判断力を活用する。
3. 専門分野の実践・マネジメント・教育・調査研究における高度のレベルの能力を発揮し、良き実践の促進にあたりリーダー的役割を担う。

4. 高度のレベルの熟考／分析力を、責任を持って活用し、常に個人の実践ならびに自らの専門分野・多職種専門職グループ・チーム・ネットワークの実践の開発と改善をし、また利用者対象研究調査を含めた最近の関連分野での研究調査結果の分析・事後評価・応用を行う。
5. 利用者に関する知識を得、理解し、利用者の権利と参加を、エンパワメント・自立・自己選択の目標をかかげて、積極的に促進し実行する。
6. 専門職実践／専門職教育／応用専門職調査研究／専門職マネジメントにおける課題を取り上げた調査研究を実施する。
7. 実践者／研究者／教育者／マネージャーとして創作的かつ効果的に関与し、リスク・不安定な問題・矛盾による複雑化の中でリーダーシップをとり、バランスのとれた判断をする。
8. リーダーとして、専門実践／専門マネジメント／専門教育／応用専門調査研究において、多種専門職／他機関を含めた、複雑な変化を伴う手続きの管理の責任を負う。
9. 支援・スーパービジョン・マネジメントを提供することにより、他のソーシャルワーカー達が課題を認識し、自らの実践を改善する力を与える。
10. 多職種間／多部署間／にわたるネットワークのもとに作業をするにあたりリーダーとしての役割を担い、複雑な問題や障害を分析・解決する際にリーダーとして責任を負い、パートナーシップ／協力／多職種間コミュニケーションを促進し、利用者中心の統合的サービス提供を保障する。

最後に、上記の PQT コースのうち特に Higher Specialist と Advanced コースの内容について、GSCC の定める「Regional Planning Networks(地方計画ネットワークス)」は認定大学の PQT カリキュラムの内容に注文を付けることができ、認定大学はその要望に準じて随時カリキュラムを再構築することになっている。この地域計画ネットワークスは地域のあらゆるソーシャルワーカーの雇用者である諸機関等の代表者から成り、現場ソーシャルワーカーのトレーニングのニーズを PQT コース内容に反映するための重要な役割を果たす。

IV. 地方当局(児童相談所該当)ソーシャルワーカーのトレーニング

このようなイギリスのソーシャルワーカーのトレーニングに関する新制度のもとで、地方当局(CSD)のソーシャルワーカーの受けるべきトレーニングは以前とはかなり異なったものにならざるを得ない。

地方当局(CSD)就任の時点でソーシャルワーカーはすでに GSCC に登録した有資格ソーシャルワーカーであるが、RSW の学士または修士を取る過程では、あくまでジェネリックなトレーニングのみを受けている。ゆえに新人ソーシャルワーカーは最寄りの PQT コース認定大学で、就任後 2 年以内に PQT コースの第 1 番目のレベルである Specialist コース受講を始めるよう期待される。ただし、是が非でもコースを一度に終了する必要はなく、自らの諸事情に合わせて、何回かに分けて

コースの科目を受講すればよい。なお、サービスマネージャー(スーパーバイザーに該当)やシニア・ソーシャルワーカーは PQT の Higher Specialist ならびに Advanced コースを受講することが望まれる。

地方当局のソーシャルワーカーは 3 年ごとの再登録のために義務化されている 90 時間(15 日間)分の PRTL もクリアしなければならない。一方、PQT に関して政府は「受講することは当然のことであり、そう願う」程度にとどまっている。しかし政府は雇用者に、全てのチャイルドケア専門職である雇用者が、最低限として、新 PQT の Specialist コースを受講するよう注文付けており、実際にソーシャルワーカーが PQT を受けずにいる場合、その者の昇格には非常に不利であると同時に、クライアントへのサービスの質の維持/向上が難しくなると思われる。

また、例えば PQT のスペシャリストコースを受講中でまだコースを完了していない場合は、その 3 年間の PRTL の一部として、自分が受講した PQT Specialist コースの時間を PRTL の時間としてカウントすることができる。

ソーシャルワーカーのトレーニング、特に PQT は高額なものである。しかし地方当局ソーシャルワーカーの PQT にかかる全ての費用は雇用者である地方当局によって支払われる。PRTL の場合も同様で、雇用者であるソーシャルワーカーが自腹を切ることは殆どない。

地方当局(CSD)は GSCC の倫理綱領にあるとおり、それぞれのソーシャルワーカーが必要とする適切なトレーニングを受けるよう支援しなければならず、各地方当局はトレーニング課を設け、トレーナーオフィサーを雇用している。そのトレーナーは、新任ソーシャルワーカーを面接し、ソーシャルワーカーが個人のトレーニング計画を作成する支援にあたる。又、ソーシャルワーカーが利用可能なトレーニングプログラムに関する情報を提供することも、トレーナーオフィサーの重要な任務の1つである。

加えて、ソーシャルワーカーの長期トレーニング受講等の場合は、必要であれば代替りのソーシャルワーカーを一時的に手配することも雇用者の責務とされていることは言うまでもない。

V. おわりに

2000年に起きた1女児の虐待死事件をきっかけに、イギリスでは法律改正・児童保護システム再構築と並行して、質の向上を目的に、ソーシャルワーカー対象新資格制度と新トレーニング体制を展開し始めたところである。

イギリスでは新体制の中で、医師・弁護士等と同じように業務独占の国家資格を持つソーシャルワーカーは、再登録のためのトレーニングと同時に、生涯学習(life-long learning)として、しっかりアセス(事前評価)されたPQTトレーニングを、自分のペースで、受講することが保障されており、しかもその成果は学士/修士取得というかたちで残り、費用は雇用者が負担する仕組みになっている。

本稿の目的はイギリスのソーシャルワーカー対象のトレーニングの実態を把握することにあつたが、日本の児童相談所のソーシャルワーカー対象のトレーニングの方向性を検討するにあたり、この分野に関して先進国と言えるイギリスの制度が、少しでも参考になればと願っている。

参考文献

Department of Health (2002) *Requirements for Social*

Work Training. Crown Copyright.

Department for Education and Skills(2005). *Common Core of Skills and Knowledge for the Children's Workforce*. DfES Publications.

General Social Care Council (2002a) *Code of Practice for Social Care Workers and Code of Practice for*

Employers of Social Care Workers.

General Social Care Council (2002b) *Accreditation of Universities to Grant Degrees in Social Work*.

General Social Care Council(2005a)*Post-Qualifying Framework: for Social Work Education and Training*.

General Social Care Council (2005b) *Implementation and Transitional Arrangements for the New Post-Qualifying Framework for Social Work*.

General Social Care Council (2005c) *Specialist Standards and Requirements for Post-Qualifying Social Work Education and Training*.

General Social Care Council (2005d)*Post Registration Training and Learning(PRTL)*

Requirements for Registered Social Workers: Advice and Guidance on Good Practice: Final Version.

General Social Care Council(2006)*Specialist Standards and Requirements for Post-Qualifying Social Work Education and Training*.

Keeping Children Safe Coalition (2006) *Keeping Children Safe: A Toolkit for Child Protection*. Save the Children.

桐野由美子編著(2005)『子どもの虐待防止とNGO: 国際比較調査研究』明石書店

仲村優一編(1999)『世界の社会福祉 4:イギリス』旬報社

National Society for Prevention of Cruelty to Children(2005) *Safeguarding Children: A Shared Responsibility*. NSPCC Publications.

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山眞紀子）

分担研究報告書
分担研究者 奥山眞紀子 国立成育医療センター

総合的視点に関する研究

医療機関における子ども虐待データベースの構築に関する研究

（１）データベースの構築に関して

奥山眞紀子・藤原武男（国立成育医療センター）

研究要旨

虐待に関する様々な統計的検討を行うに当たっては、虐待が疑われたケースに関するデータベースを構築することが求められている。今回は、医療機関において虐待が疑われたケースのデータベースを構築することを目的として研究を行った。SCAN（Suspected Child Abuse and Neglect）チームが存在する国立成育医療センターにおいて、モデル的にデータベースを構築した。初年度に開院以来3年間にSCANチームで扱った177例に関する後方視的データベースを構築し、リスク因子の分析に使用できることを明らかにした。それと平行して、昨年度から今年度にかけて、データベースのテスト版を構築し、実際に今年度の入力を行い、問題点を抽出して、改変を行い、最終的なデータベースの構築を行った。データベースは5種類のシートとなっており、1）発見時入力、2）医学情報入力、3）看護情報入力、4）ソーシャルワーク情報入力、となっている。

A. 研究目的

近年、虐待の発見は増加し、医学的に虐待と考えられるかどうかの判断が重要になっている。それらの判断を行うためには、その判断に対するエビデンスが必要となる。しかしながら、これまで、虐待のケースを積み上げることがなされてこなかったために、虐待に関する研究が進んでこなかった。

今回、子どもの虐待防止委員会の基に SCAN（Suspected Child Abuse and Neglect）チームをもち、年間約 60 ケースに対応している国立成育医療センターにおいて、虐待データベー

スの構築を行い、それを使用して研究を進めると共に、他の医療機関でも同様のデータベースを構築し、多施設共同での研究を行う基礎となるデータベースの構築を行うことを目的として研究が行われた。

B. 研究方法

1) 国立成育医療センターにおいて開院から2006年3月までにSCANチームで扱った177例に関して、後方視的にデータベースを構築し、昨年度はその有用性について検討した。

2) そのデータベースを元に前方視的に入力

できるデータベースの構築を行った。後方視的データベースで重要と考えられたものと、今後の研究に必要と考えられる項目を必須項目とし、その他の項目を含めてデータベースのテスト版を構築した。

3) 院内で個人情報の扱いに関して検討してデータベースの位置づけ、システムの確認、運用の策定を行った。

4) 電子化が完成するまでの間、紙に記入していたものも含め平成17-18年度のSCAN対応ケース160例を入力した。

5) 入力時に問題になる点をSCANチームで検討して、修正を行い、それを発注した。

C. 研究結果

1) データベースは以下のような構成となった。

(1) 依頼者入力データベース

虐待を疑い、SCANチームに依頼を行った医師が入力する。

電子カルテから入力をしてデータベースに送信できるシステムになっている。

<項目>

- ①依頼者の所属
- ②依頼理由
- ③主訴
- ④受傷時刻・受診時刻
- ⑤主訴の説明者
- ⑥来院方法
- ⑦付添い人
- ⑧紹介元
- ⑨全身状態
- ⑩行動上の特徴
- ⑪両親の特徴
- ⑫説明された状況

(2) 医学的情報データベース

SCANチームの医師が入力を行う

<項目>

- ①問診

- ②全身所見1 (初診時)
- ③全身所見2 (退院時)
- ④胸腹部所見
- ⑤神経学的所見
- ⑥皮膚所見
- ⑦口腔内所見
- ⑧耳鼻科所見
- ⑨整形外科所見
- ⑩婦人科所見
- ⑪眼科所見 (詳細)
- ⑫精神所見
- ⑬血液・尿検査所見
- ⑭画像診断 (全身骨、頭部CT・MRI)
- ⑮医学的診断
- ⑯虐待の判断
- ⑰保護者の説明との矛盾
- ⑱治療
- ⑲転帰
- ⑳フォロー
- ㉑既往歴
- ㉒受診・入院歴

(3) 看護情報データベース

病棟看護師長を中心として入力を行う。

<項目>

- ①子どもの表情・様子
- ②情緒・行動上の問題
- ③家族情報
- ④養育者の態度
- ⑤保育・教育の状況
- ⑥周産期情報
- ⑦養育状況
- ⑧夫婦状況
- ⑨地域情報
- ⑩社会経済的情報
- ⑪養育者の病歴
- ⑫子どもの被虐待体験
- ⑬宗教・思想に関する問題
- ⑭病棟でのトラブル

- (4) ソーシャルワーク情報データベース
担当 MSW が入力

<項目>

- ①患者情報（含保健種別、公費負担等）
- ②家族の状況
- ③社会的サポートシステム
- ④住居の状況
- ⑤初期対応
- ⑥院内カンファレンス
- ⑦院外カンファレンス
- ⑧連携機関
- ⑨最終的な処遇
- ⑩その後の転帰

2) データベースシステム（SCAN システム）

最初に発見して SCAN 依頼した人が電子カルテ上から入力して SCAN システムに送信できるようにした。但し、SCAN システムを電子カルテから見ることはできない一方向の接続とした。後述のごとく、SCAN システムにアクセスできるのはできるだけ少人数に限るためである。なお、データベースのソフトは項目数が多いことから SPSS を用いた。

3) 個人情報の扱いに関する取り決め

(1) 院内において、秘密が保持されるように細心の注意を払い、システムを完成させ、運用を決めた。データベースにアクセスできる人間の数を絞り、ダウンロードは鍵のかかる部屋のクライアント PC でしか行えないような運用とした。

(2) データベースは文書扱いとし、データベースを元に研究を行うときには、情報の二次利用に関する委員会の許可を得ることとした。

4) 改変の部分に関して

改変部分に関しての意見を集約したが、大きな項目に関する変更はなかった。最も入力が困難なのは家族情報であった。

5) 必要な情報の入手の方法に関して

虐待を疑ったときに面接をトレーニングされていない医師および看護師がすべての項目を入力するための情報を収集することが困難であるという意見が多く聞かれた。今後、情報収集のためのマニュアルの作成が必要である。

D. 考察

データベースを構築して、電子カルテからの依頼入力も可能にすることによって、情報が確実になることが期待されている。

個人情報を含むデータベースをどのように位置づけるかが大きな問題であった。特に、虐待を疑っている場合は、同意を得てデータベースに組み込むことはできない。しかしながら、同意を得られないからと言ってデータベースを構築しなければ、子どもを虐待から救い、守るための研究を行うことができない。その矛盾が大きな課題であった。そこで、細心の注意を払った個人情報保護対策が必要となった。今回は、データベースに関しては文書の取り扱い（カルテではない）として、電子カルテに準じたセキュリティをかけ、運用面でも十分な注意を設定した。今後も、セキュリティを高めるための努力が必要であると考えられる。

更に、データベース入力に必要な社会心理学的な情報を得ることが困難であるとの意見があり、今後、その対策が必要となる。

今後、完成した時点で、どのような形で多施設共同の研究に利用できるかを検討する必要がある。

E. 結論

虐待医療に関するデータベースを構築した。構成は、1) 依頼者入力データベース、2) 医学情報データベース、3) 看護情報データベース、4) ソーシャルワークデータベースとなった。

F. 研究業績
学会発表

Fujiwara, T., Okuyama, M. Current efforts of child abuse prevention in Japan. *21th Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment*, San Diego, CA, アメリカ合衆国, 1月22～26日, 2007.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Izumi, M. Distribution of Number of Risk Factors for Child Maltreatment by its Susceptibility. *XVth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect*. York, イギリス, 9月3-6日, 2006.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Izumi, M. Sensitivity, Specificity, and Odds Ratio of Multiple Risk Factors Score to Distinguish Child Maltreatment. *XVth ISPCAN International Congress on*

Child Abuse and Neglect. York, イギリス, 9月3-6日, 2006.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Ishii, T., Koenen, K.C. Small for Gestational Age as a Risk Factor for Infant Maltreatment. *International Family Violence and Child Victimization Research*. Portsmouth, NH, アメリカ合衆国, 7月9-11日, 2006.

藤原武男、奥山真紀子、松本務、有瀧健太郎、余谷暢之、野坂俊介、宮坂実木子、仁科幸子. 成育版「2歳未満児の Inflicted Head Injury (虐待による頭部外傷) の診断基準」の提案. 日本小児科学会雑誌 (投稿中)

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山眞紀子）

分担研究報告書
分担研究者 奥山眞紀子 国立成育医療センター

総合的視点に関する研究

医療機関における子ども虐待データベースの構築に関する研究

（２）虐待データベースを利用した虐待による

頭部外傷診断基準作成の試み

藤原武男・奥山眞紀子（国立成育医療センター）

研究要旨

乳幼児の頭部外傷が虐待によるものであるか、あるいは事故によるものであるか、その判別は困難であることが多い。保護者が虐待を自白することは日本において極めて稀だからである。しかしながら、これまでの研究で、乳幼児に対する虐待による頭部外傷は頭蓋内に特徴的な所見を呈することが明らかになっている。そこで、虐待データベースに蓄積された医学的所見を利用し、成育版「Inflicted Head Injury (IHI：虐待による頭部外傷)」の診断基準を作成し、その妥当性を検討した。

平成14年度から17年度において、SCAN チームがレビューした虐待による頭部外傷を疑う症例（N=72）において、Duhaiméら及びReeceらの定義をもとに操作的に診断できる成育版「IHI診断基準」を適用し、診断した。そして本診断基準による診断と、SCANによる虐待評価とを比較した。

頭蓋内病変または虐待を疑った全例のうち、「IHI診断基準」の「推定」基準を満たしていたのは26例（36.1%）、「疑わしい」基準を満たしていたのは5例（6.9%）であった。本診断基準とSCAN チームによる虐待評価が一致していた例は31例で、全体の43%であった。本虐待診断により推定IHIと診断された症例のうち1例（3.8%）が非虐待ケースであった。これは見逃し例と考えられた。非IHIケースの症例でSCANにより虐待と考えられた症例は17例（41.5%）で、きょうだい虐待されている、あるいは親に精神疾患がある等の、虐待のリスクファクターを抱えている場合等であった。

医学的所見に基づく、成育版「虐待による頭部外傷」の診断基準は一定の有効性があることがわかった。死あるいは重篤な後遺症に直結する、虐待による頭部外傷を見逃さないためには、小児医療の専門機関で本診断基準がより広く活用されることが望まれる。

研究協力者

松本 務 国立成育医療センター 総合診療部
有瀧 健太郎 (同上)
余谷 暢之 (同上)
野坂 俊介 国立成育医療センター 放射線
診療部
宮坂 実木子 (同上)
仁科 幸子 国立成育医療センター 眼科

A. 研究目的

日本における不慮の事故、すなわち外傷は0歳児の死因の第5位、1歳から4歳の幼児の死因の第1位である¹。乳幼児にとって外傷は感染症に勝るとも劣らず重要な疾病といえる。そうであるならば、外傷の受傷機転を詳しく調べることによって予防しなければならない。

しかしながら、外傷の受傷機転を明確にすることは容易ではない。不慮の事故による乳幼児の死亡のうち一定数が虐待による外傷、とりわけ頭部外傷²であることが推測されるが、日本における虐待の診断基準が明確でないため、どの程度虐待による頭部外傷があるのか明らかにすることができない。また、外傷は治療のみに目が行き、その根本的原因である虐待への対応（児童相談所への通告など）がなされずに、児が引き続きリスクの高い家庭に戻され、死亡に至る³ことも少なくない。

アメリカでは、数々の研究者が独自に虐待による頭部外傷または事故による外傷を定義し、その特徴について報告している^{4,7}。乳幼児への虐待による頭部外傷として最も多い Shaken Baby Syndrome（乳幼児揺さぶられ症候群）の特徴的所見に関する260以上の査読論文レビュー報告もなされている⁸。また、虐待が明らかになった症例あるいは事故による外傷が明らかになった症例を基に、事故では起こりえない虐待に特徴的な所見、とくに頭蓋内CT所見⁹⁻¹⁸、眼科的所見¹⁹⁻²⁷に関して数々の報告がある。

一方、虐待に特徴的とされる所見（硬膜下血腫や網膜出血）は事故でもおこりうるという報

告もみられる²⁸⁻³⁰。しかしながら、これらの報告は過度に保護者の説明を信用しすぎているとの批判もある^{2,31}。これまでの乳幼児の頭部外傷の受傷機転は、児本人が説明できないため、目撃者がいなければ保護者の説明に基づかざるをえない。しかし、保護者の説明を重視する立場であれば自白を待つしかないが、救急外来等に児を連れてきたときあるいは入院中に、保護者が自白することは極めて稀である。

国立成育医療センターの虐待データベース³²は虐待を疑った症例に関する詳細な医学的所見が蓄積されており、これを解析することで虐待による頭部外傷に特徴的な所見を見出し、診断基準を提案できるのではないかと考えた。

そこで、虐待による頭部外傷の研究に関する古典として知られ、厳密な虐待による頭部外傷を定義したことで知られる Duhaime らの定義⁴、また比較的近年の発表でわかりやすい定義をしていることで知られる Reece らの定義⁵を参考にし、国立成育医療センター版（成育版）「Inflicted Head Injury (IHI:虐待による頭部外傷) 診断基準」を作成した。ただし、医学的所見のみから“虐待”という受傷機転そのものを確定することはできないので、その確からしさを推定する診断基準とし、SCAN チームの虐待評価と比較することでその妥当性を検討した。

B. 研究方法

国立成育医療センターにおいて平成14年から17年までに当センターを外来もしくは入院にて受診し、虐待による頭部外傷を疑われSCAN チームに紹介のあった症例（N=72）を対象とした。

成育版「IHI 診断基準」は、Duhaime 等および Reece 等の定義をもとに表1のごとく定義し、頭蓋内・頭蓋骨所見、眼科的所見、全身骨所見、説明所見の組み合わせから虐待の疑わしさにより3段階に分けて診断した（2° 推定 IHI、1° IHI が疑わしい、0° 非 IHI ケース）。そして本診断基準による IHI 診断と、SCAN チ

ームによる虐待評価と比較した。

<倫理的配慮>

国立成育医療センター情報の二次利用委員会の承諾を得た。

C. 研究結果

国立成育医療センターにおいて頭部外傷でSCAN チームにあがった72例のうち、成育版IHI診断基準の「推定IHI」の基準を満たしていたのは26例(全体の36.1%)、「IHIの疑いがある」の基準をみたしていたのは5例(全体の6.9%)であった。したがって、非IHIケースと考えられたのは41例(全体の56.9%)であった(表2)。

より詳細には、虐待に特徴的な頭蓋内CT所見(A1)は23例(31.9%)、虐待に特徴的な頭蓋骨骨折所見(A5)は4例(5.9%)、虐待に特徴的な眼科的所見(B1)は15例(20.8%)であった。また、虐待の目撃・自白症例(D1)は12例(16.7%)であり、説明が変化する、または所見と一致しない(D3)症例は11例(15.3%)であった。(表2)。

さらにSCAN チームによる虐待評価と比較すると、本診断基準とSCAN チームによる虐待評価が一致していた例は31例で、全体の43%であった。本虐待診断により推定IHIと診断された症例のうち1例(3.8%)が非虐待ケースであった。これは見逃し例と考えられた。非IHIケースの症例でSCANにより虐待と考えられた症例は17例(41.5%)で、きょうだい虐待されている、あるいは親に精神疾患がある等の、虐待のリスクファクターを抱えている場合等であった。(表3)。

D. 考察

操作的に診断できる成育版「IHI診断基準」を用いることにより、客観的に虐待による頭部外傷を推定しうる症例が浮かび上がった。国立成育医療センターでは、虐待を疑った場合、虐待対応チーム(SCAN チーム)に連絡し、ソー

シャルワーカーを含めその後の対応がなされる³²。SCAN チームに報告があった場合、虐待状況の精査のために入院が勧められるが、“虐待を疑うかどうか”は救急外来などの現場に委ねられ、現場で疑わなければSCAN チームに連絡がいくこともなく、虐待がありながら帰宅となってしまう可能性もある。そのような状況を回避するためにも、医学的所見に基づいた本診断基準は有用ではないかと考える。

当院のように虐待対策チームがあっても医学的所見に基づく診断基準を用いていなければ、見逃しがありうるというのは重要である。そもそも、虐待を「確定する」ということは医療機関の役割ではない。医療機関の役割は、児童虐待防止法の趣旨に則れば、医学的所見をもとに虐待を疑いうる症例を速やかに児童相談所に通告すること、少なくとも連携することである。その意味で、医学的所見から少しでも虐待の可能性を捨てきれない症例は「推定IHI」または「IHIが疑わしい」として児童相談所に通告すべきである。

また、IHI診断基準では非IHIケースと診断されながら、SCANでは虐待と推定されているケースもみられた。これらの症例は、軽症の虐待による頭部外傷(母親に頭を強く叩かれた、と児が話している等)で、家庭内にリスクファクターが存在している(きょうだい虐待されている等)場合である。こうしたケースは虐待による頭部外傷と広く捉えられるべきであるが、頭蓋内病変を重要な特徴とするIHIの基準にはそぐわない。ここがまさに虐待医療の難しいところであろう。医学的・臨床的重要性と社会的・福祉的重要性が乖離するとき、何を「虐待」とみるかというところが臨床と社会福祉の観点で若干ズレてしまうのではないかと考える。故に、臨床現場においてどのような情報(臨床所見、社会心理学的所見、リスクファクターなど)がある場合にどの程度虐待が推定されるのか、についておおまかな目安があれば虐待の可能性を推測する際、便利である。

そこで、医学的要素以外の要因も含めた形で虐待度を評価できるツールを提供できないかと考えた。表4はそのための虐待度評価基準表である。このようなツールが臨床現場にあれば、臨床と社会福祉とをつなぎ、より明確な根拠をもって社会福祉的アプローチを子供にできるのではないだろうか。

虐待を予防するためには、公衆衛生の考え方をうければ、1次予防（発症前に予防）と2次予防（早期発見）が重要である。1次予防として、ハイリスク戦略や一般人口戦略³³などがあるが、これらの直接的予防効果がでてくるまでには時間がかかる。しかしながら、医療機関がになうべき2次予防は虐待死を直接的に防ぎうる、極めて短期的効果が望める戦略である。そのためには早期に診断するための基準が必要であり、本診断基準が広く用いられ、虐待児が少しでも多く拾い上げられることが望ましい。

E. 結論

医学的所見に基づく、成育版「虐待による頭部外傷」の診断基準は妥当であることがわかった。死あるいは重篤な後遺症に直結する、虐待による頭部外傷を見逃さないためには、小児医療の専門機関で医学的所見に基づく本診断基準がより広く活用されることが望まれる。

F. 研究業績

論文発表

Fujiwara T. Population Strategy to Address Child Maltreatment in Japan. *Public Health*. (in press)

藤原武男、奥山眞紀子、石井徹仁. (2006) 医療機関における子ども虐待データベースの構築. *日本小児科学会雑誌*, 110(7):926-933.

藤原武男. (2006) 小児虐待と性感染症. *小児科*, 47(9):1313-1319.

藤原武男、奥山眞紀子、松本務、有瀧健太郎、余谷暢之、野坂俊介、宮坂実木子、仁科幸子. 成育版「2歳未満児の Inflicted Head Injury (虐待による頭部外傷) の診断基準」の提案. *日本小児科学会雑誌* (投稿中)

学会発表

Fujiwara, T., Okuyama, M. Current efforts of child abuse prevention in Japan. *21th Annual San Diego International Conference on Child and Family Maltreatment*, San Diego, CA, アメリカ合衆国, 1月22~26日, 2007.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Izumi, M. Distribution of Number of Risk Factors for Child Maltreatment by its Susceptibility. *XVIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect*. York, イギリス, 9月3-6日, 2006.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Izumi, M. Sensitivity, Specificity, and Odds Ratio of Multiple Risk Factors Score to Distinguish Child Maltreatment. *XVIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect*. York, イギリス, 9月3-6日, 2006.

Fujiwara, T., Okuyama, M., Ishii, T., Koenen, K.C. Small for Gestational Age as a Risk Factor for Infant Maltreatment. *International Family Violence and Child Victimization Research*. Portsmouth, NH, アメリカ合衆国, 7月9-11日, 2006.

参考文献

1. 厚生労働省. 平成16年 人口動態調査 1C 上巻 性・年齢別にみた死因順位
<http://www.dobtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2004/toukeihyou/0005351/t0113333/M>

- C170000_001.html. Accessed 9/24, 2006.
2. 小沼 武英. 虐待による頭部外傷. In: 坂井 聖二, 奥山 眞紀子, 井上 登生, eds. *子ども虐待の臨床*. 東京: 南山堂; 2005:pp55-64.
 3. 奥山 眞紀子. 保健活動と虐待死の予防. *保健の科学*. 2006;48(9):p689-693
 4. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, et al. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics*. Aug 1992;90(2 Pt 1):179-185.
 5. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med*. Jan 2000;154(1):11-15.
 6. Feldman KW, Bethel R, Shugerman RP, Grossman DC, Grady MS, Ellenbogen RG. The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: a prospective study. *Pediatrics*. Sep 2001;108(3):636-646.
 7. Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, et al. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. *Pediatrics*. Jul 2004;114(1):165-168.
 8. Reece RM. Controversies in Shaken Baby/Shaken Impact Syndrome. In: Lazoritz S, Palusci VJ, eds. *The Shaken Baby Syndrome: A multidisciplinary approach*. Binghamton, NY Haworth Press Inc.; 2001:p367-388.
 9. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J*. May 22 1971;2(5759):430-431.
 10. Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics*. Oct 1974;54(4):396-403.
 11. Hadley MN, Sonntag VK, Reke HL, Murphy A. The infant whiplash-shake injury syndrome: a clinical and pathological study. *Neurosurgery*. Apr 1989;24(4):536-540.
 12. Helfer RE, Slovis TL, Black M. Injuries resulting when small children fall out of bed. *Pediatrics*. Oct 1977;60(4):533-535.
 13. Chiaviello CT, Christoph RA, Bond GR. Infant walker-related injuries: a prospective study of severity and incidence. *Pediatrics*. Jun 1994;93(6 Pt 1):974-976.
 14. Joffe M, Ludwig S. Stairway injuries in children. *Pediatrics*. Sep 1988;82(3 Pt 2):457-461.
 15. Nimityongskul P, Anderson LD. The likelihood of injuries when children fall out of bed. *J Pediatr Orthop*. Mar-Apr 1987;7(2):184-186.
 16. Lyons TJ, Oates RK. Falling out of bed: a relatively benign occurrence. *Pediatrics*. Jul 1993;92(1):125-127.
 17. Musemeche CA, Barthel M, Cosentino C, Reynolds M. Pediatric falls from heights. *J Trauma*. Oct 1991;31(10):1347-1349.
 18. 三木 保. 脳神経外科からみた本邦の child abuse. *神経外傷*. 2002;25:71-77.
 19. Billmire ME, Myers PA. Serious head injury in infants: accident or abuse? *Pediatrics*. Feb 1985;75(2):340-342.
 20. Elder JE, Taylor RG, Klug GL. Retinal haemorrhage in accidental head trauma in childhood. *J Paediatr Child Health*. Oct