

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 奥山真紀子)

分担研究報告書
分担研究者 松田博雄 淑徳大学総合福祉学部

虐待に関する医療機関と他機関との連携(multidisciplinary team) に関する研究

研究要旨

子ども虐待への対応には養育が困難な子どもや家庭基盤に問題があるなど、今後放置していけば虐待が発生する可能性がある育児困難を抱えている虐待ハイリスク群(虐待予備群)、育児不安を抱え、自己解決力やサポートがなく、虐待ハイリスクな状況になる可能性のある群(育児不安群)と、既に虐待が起こっている群とは区別して対策を考える必要がある。

我が国では、市区町村で福祉部門を中心とした要保護児童対策地域協議会を設置して、福祉、保健、教育、医療に加え、警察や司法、さらに NPO などを含めた多職種専門家チーム multidisciplinary team MDT による子ども虐待対応ネットワークが構築されている。その中での医療機関は地域の中で診療、乳幼児健診、予防接種、園医、校医などとして多くの親子に会う機会があり、子ども虐待の予防、早期発見と地域での見守りに大きな期待が寄せられている。

一方、性虐待、生命の危険がある事例、医療機関でなければ対応できない子ども虐待類型などには、医療機関が中心となり機能する多職種専門家チーム MDT が必要である。子ども虐待に対応する院内の多職種専門家チーム MDT を設置している医療機関はまだ少なく、また診療所や一般医療機関などと基幹病院との、いわゆる病診連携は極めて限られた地域で取り組みがなされているのみである。また、基幹病院の中で、さらに専門性を持ち、子ども虐待に対応する中核医療機関も必要と考えるが、明確な位置づけがなされていない。

結論として、我が国の総合周産期センターと地域周産期センターを全国に設置し、地域の産科施設と新生児集中治療室(NICU)との連携をはかる周産期医療連携システムのように、子ども虐待についても中核医療機関を設置し、医療機関を主にした多職種専門家チームMDTによる対応システムを構築する必要がある。

A. 研究目的

児童相談所への子ども虐待の通告件数は増え続けている。子ども虐待に適切に対応するには法的権限を持つ児童相談所、警察と地域の保健・福祉・教育と医療機関に加え NPO や様々な民間団体との連携、協働が必要であり、改正児童福祉法では地域に要保護児童対策地域協議

会を設置して、市町村が中心となり対応することを求めている。一方米国では地域(郡・county)を基盤として医療を含めた多職種専門家チーム(multidisciplinary team:MDT)を構築し活動している。

子ども虐待の予防、早期発見、対応を考えるときに、大きく2つに分けて対策を考える必要があ

る。一つは養育が困難な子どもや家庭基盤に問題があるなど、今後放置していけば虐待が発生する可能性がある育児困難を抱えている虐待ハイリスク群(虐待予備群)、育児不安を抱え、自己解決力やサポートがなく、虐待ハイリスクな状況になる可能性のある群(育児不安群)と、もう一つは既に虐待が起こっている群である¹⁾。(図1)すなわち要保護児童対策地域協議会として多くの機関が連携・協働するネットワークの構築とともに、医療を中心とした諸機関が協働する多職種専門家チームMDTによる対応は必要不可欠であると考え。我が国の医療機関中心のMDTの現状を把握し、諸外国との比較から、我が国のネットワークのあり方について明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

杏林大学虐待防止委員会、三鷹市要保護児童対策地域協議会にインタビュー調査をした。第8回、第9回子ども虐待防止シンポジウム(特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク CMPN、特定非営利活動法人かながわ子ども虐待ネグレクト専門家協会 KaPSCAN 主催)に参加し、情報収集した。

C. 研究結果

子ども虐待は養育困難の最重症型という見方ができる。子育てにかかわる不安を解消し、虐待を防止するためには、地域において支援を必要とする子育て家庭(要支援家庭)を早期に発見し、適切な対応をおこなうシステム、ネットワークを構築することが求められる。一方特に乳幼児の子ども虐待は生命の危険があり、死亡することや重度の後障害を残す危険があり、早期発見の遅れは成長発達に取り返しのつかない影響を残す危険がある。

要保護児童対策地域協議会、子ども家庭支援ネットワーク

平成17年に児童福祉法の一部が改正施行さ

れ、従来あらゆる児童相談は児童相談所が対応することとされてきたものが、児童相談に応じることを市区町村の業務として法律上明確にし、住民に身近な市町村において母子保健サービス、子育て支援サービスや虐待防止対策を行い、児童相談所は専門的な知識や技術を必要とする事例への対応や、市町村の後方支援に重点化することになった。すなわち地域に「要保護児童対策地域協議会」を設置し、多くの関係機関の円滑な連携・協働を確保するために、運営の中核となり関係機関相互の連携や役割分担の調整を行う機関を明確にし、さらに地域協議会構成員に守秘義務を課すことにより、個人情報保護と円滑な情報提供と共有を図れるようになった。

要保護児童対策地域協議会は児童虐待の防止に関する法律の改正(平成16年)ともあわせ、近年大きな社会問題となってきた子ども虐待の早期発見と対応が背景にあるが、要保護児童とは、保護者のない児童、保護者に監護させることが不相当であると認められる児童で、虐待だけでなく障害・発達・不登校・非行の問題を持つ児童を含めるものである。さらに要支援家庭とは「保護者の状況、子どもの状況、養育環境に何らかの問題を抱え、それを放置しておくことで養育が困難な状況に陥る可能性がある家庭」をいう。支援を必要と感じていない、支援の必要性に気づいていない、支援を拒否する家庭も視野に入れるものである。

東京都三鷹市の要保護児童対策地域協議会(三鷹市子ども家庭支援ネットワーク)のネットワーク図を示す(図2)。地域において子ども虐待をはじめとする要保護児童や要保護家庭を支援するには、図2にあるように極めて多くの医療、福祉、教育、保健機関に加え、警察、弁護士などの司法、町会・自治会、民生・児童委員、ボランティア、子育てグループやこどもの虐待防止センターなど様々な、多くの機関と人が関わりを持つ。そしてそれらの設立母体は三鷹市、東京都、社会福祉法人、医療法人、学校法人、株式会社、NPO、や任意団体など多種多様である。

このような膨大な機関と人との連携、協働するためには、守秘義務の壁をなくし、窓口となり、調整する機関が必須であり、児童福祉法の改正により、要保護児童地域対策協議会の設置が望まれるようになった。東京都三鷹市は平成18年にそれまでの子ども家庭支援ネットワークを要保護児童対策地域協議会として位置づけた。平成18年4月1日現在において要保護児童対策地域協議会と児童虐待防止ネットワークを設置済みの市町村は、全国1,843市町村の69.0%にあたる1,271か所、全国の約7割で協議会又はネットワークが設置されていた。また、平成18年度中に協議会又はネットワークの設置を予定している市町村は277か所(15.0%)であった(厚生労働省)。

このように多様な組織・機関とその中で働く専門職が連携・協働するためには、中心となり機能する組織・機関が必須であり、三鷹市では子ども家庭支援センター『のびのびひろば』が窓口としての役割と調整機関としての役割を担っている。関係機関、市民、近親者や本人家族から子ども家庭支援センターに電話などで寄せられた相談に対して問題やニーズの発見、把握、面接や家庭訪問などで状況の確認と評価をし、相談の振り分けをする(インテークとアセスメント)。次いでニーズを分析し、援助目標を設定し、援助方針と内容を検討する。それらに基づき援助を実施するとともに、他のサービスとも連携調節をはかり、援助ネットワークを構築および運営を行うとともに、情報の管理を確立する。そして、援助計画がきちんと行われ(見守り)、目標が達成されているかを確認し(モニタリング)、節目節目でアセスメントを行い、援助計画の見直しの必要性を判断し、実行する。(図3)このように三鷹市では『のびのびひろば』が相談に応じるとともに、ソーシャルファミリーワークを実践し、個々の事例についてケースマネージメントを行うとともに、緊急一時保育、ショートステイ、一時保育トワイライトステイ、育児支援ヘルパー派遣などの子育てサービスの調整、提供を行う、いわゆるワンストップ

サービスを実行している。

三鷹市子ども家庭支援ネットワークでは平成15年度23ケース延べ27回のケース検討会、47ケース延べ88回の専門相談、子ども家庭支援センター相談件数2999件でそのうち243件で他機関との連携、216件が虐待関連(新規61件)、母子相談におけるDV関連相談件数は112件(DVでの一時保護6件)であった。平成16年度は延べ51回のケース検討会、延べ177回の専門相談、子ども家庭支援センター相談件数1844件でそのうち156件で他機関との連携、268件が虐待関連(新規114件)、母子相談におけるDV関連相談件数は80件(DVでの一時保護5件)であった。

〈子ども家庭支援センターは平成6年東京都児童福祉審議会における「地域における子ども家庭支援システムの構築とその推進にむけて」の意見具申を受け、平成7(1995)年に開始された東京都独自の事業である。設置主体は、市区町村で、子ども家庭支援センターは、地域における子ども家庭支援システムの中核として関係機関と連携しながら、子ども家庭支援ネットワークを構築する役割を持つ。基本的な機能は、1) ケースマネージメントの手法による総合相談、2) ショートステイ、トワイライトステイ等の在宅サービスの提供・調整、3) 関係機関との連携による援助計画の作成・実施、4) 地域組織化活動(共助グループの育成とボランティア活動の推進)である。一方、児童家庭支援センターは児童福祉法第44条の2による児童福祉施設で、平成10年に制度化された国の事業である。実施主体は都道府県、社会福祉法人などで、児童養護施設等の入所型の児童福祉施設に付設される。事業内容は、1) 子どもと家庭に関する相談・助言、2) 児童相談所からの委託による指導、3) 児童相談所、児童福祉施設等との連絡調整、その他の援助を総合的に行う。〉

要保護児童対策地域協議会、子ども家庭支

援ネットワークの中の医療機関は、関係機関の一つという位置づけである。要保護児童対策地域協議会は窓口となる機関と中心となる人を配置し、相談の受付(インテーク)とアセスメントを行い、情報の共有と役割分担をし(戦略をたてる)、支援を実行しながらアセスメントを反復し、見守り、目的が達成できているかモニタリングすることが中心となる。市区町村が主体となり、児童相談所と連携をとりながら支援することであり、福祉が中心となる多職種専門家チーム MDT である。医療機関は入院事例などで、このネットワークから迅速に虐待を受けた子どもと家庭の情報を得ることが可能である。

保健機関の重要な役割・スクリーニング

我が国には保健所、保健センターが全国に設置され、乳幼児健診をはじめ、母子保健事業として様々な活動をしており、乳幼児健診、予防接種などで医療と密接な関係を持っている。保健所・保健センターの保健師は家庭訪問の機能を持ち、健診などを通して地域の全ての親子に会うことができる。健診未受診者のなかに養育困難な家庭が存在することから、未受診児に対して電話や訪問などで全員を把握することが求められる。また虐待死亡例が乳児早期に多いことから、4ヶ月までに全ての家庭を訪問することが計画されている。また、虐待は予防に勝るものではなく、妊娠確認後母子手帳交付時に保健師などの専門職が対応することも大切である。妊娠届けを提出し母子手帳を交付するシステムは日本独自のものであり、子育て家庭との出会いの機会である。

保健のもつ特徴は、基本的に全数を把握する過程で虐待ハイリスクをスクリーニングすることができる点である。スクリーニングの過程で対象者に対する多岐にわたる情報の収集が可能である、集団のデータとして地域の子育て家庭の分析が可能である、適切なサービスの提供が可能であるなどの効果が期待できる。現在行われているスクリーニングとしてはエ

ジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale:「EPDS」)や、ポピュレーションアプローチとしての乳幼児健診の機会を利用して、要支援家族の早期発見と、予防のための援助に結びつける方法として「子どもの虐待予防スクリーニングシステム」(南多摩方式)が開発されている²⁾。

また保健所、保健センターでは、保健師、保育士と心理士が協働し、対象特性に応じたグループ活動を行っているところがある。MCG(Mother and Child Group):虐待に悩む母親のためのグループ、PSG(Parents Support Group):子育てが順調にできる健康な母子が参加する育児サークルや自主グループとは区別し、軽度・中等度の虐待、虐待危機群、虐待経験者を対象にしてMSGおよびPCGに分けられる。MSG(Mother's Support Group):母親支援のグループで、育児不安の軽減、育児スキルの向上や情報交換、孤立感の解消や仲間づくりが目的、PCG(Parents and Child Group):親と子の関係を考えるグループで、軽度や中等度の虐待の状況があり、在宅で支援を受けている家庭、特に母親を対象とした、エンカウンター方式のグループミーティング <徳永雅子>などがある。

市区町村の中の連携 市区町村のMDT

市区町村の組織の中で、特に連携・協働が望まれる部門は子育て支援と保育園等を統括する福祉部門、障害児を統括する部門、保健センターなどの保健部門と教育部門の連携である。近年保健と福祉の垣根が低くなり、行政組織の中で福祉保健部門として統合されるところが増えてきているが、統合されても、連携が十分にとられていないことが少なくない。(図4、5)保健と福祉の基本的な考え方、手法が異なるところがあり、相互理解が不可欠である。また保育園の公設民営化、児童家庭支援センター(子ども家庭支援センター)や療育センターの外部委託が増えてきているが、意思疎通を欠くことがあってはなら

ない。教育と他機関との間には従来大きな溝があるといわれてきたが、発達障害者支援法の施行、特別支援教育などで学校と福祉、保健との連携は少しずつ進んできているように思われる。

東京都三鷹市では平成 2 年の発達障害児の療育にかかわる就学前児童を中心とした、北野ハピネスセンター(公設公営)、三鷹市保健センター、市立保育園と東京都三鷹保健所保健師らが中心となって立ち上げた「子どもの相談連絡会」に端を発し、平成 14 年に教育委員会指導室、教育センター教育相談室、私立幼稚園協会などの教育領域、私立の保育園長会、三鷹市医師会、三鷹市助産師会、さらに三鷹警察署が加わり「三鷹市子ども家庭支援ネットワーク」として就学後の児童、教育と医療を含んだネットワークに拡大した。その後も学童保育所を所管する社会福祉協議会、地域の中核医療機関であり、院内に「虐待防止委員会」を持つ杏林大学病院も加わり、ネットワークをさらに広げ、要保護児童対策地域協議会へと移行した。要保護児童対策地域協議会は約平成 18 年 4 月の時点で約 85%の市区町村で設置または設置予定である。それぞれの地域の人口、人口構成、広さ、社会的資源は異なり、それぞれの地域特性にあったネットワーク構築が必要である。

医療機関が中心となる MDT

医療機関の現状

児童相談所への医療機関からの通告は全体の 4%前後であり、医療機関で通告や子ども虐待にかかわることへの抵抗感と躊躇感の背景として宮本は①虐待診断に自身がない、②診療時間外の仕事になり時間がとれない、③家族とのトラブルが心配の 3 点をあげている³⁾。また小林は虐待診療に困難があると解答した医療機関は 80%にのぼり、虐待診療に対する医療者のとまどいは多いと報告している⁴⁾。診断や通告の判断に迷う、親への対応困難、入院・退院の判断に迷う、医療の中断や医療費の

未払い、他の患者とのトラブル、他機関の対応が迅速でないことなどがあげられている。また虐待死亡例の検証からは、死亡前に子どもと接点があった機関としては医療が多く、医療機関の役割が強調されている⁴⁾。

診療所

子ども虐待の予防、早期発見、対応を考えると、大きく養育が困難な子どもや家庭基盤に問題があるなど、今後放置していけば虐待が発生する可能性がある育児困難を抱えている虐待ハイリスク群(虐待予備群)、育児不安を抱え、自己解決力やサポートがなく、虐待ハイリスクな状況になる可能性のある群(育児不安群)と、既に虐待が起こっている群とは区別して対策を考える必要があると先に述べた¹⁾。

診療所、一般医療機関に期待されるものは地域の医療機関として早期発見と予防および見守りの視点である。医療機関には疾病の診療だけでなく、健診や予防接種などで多くの親子が訪れる。医療機関には子ども虐待の早期発見と通告だけでなく、虐待には至っていなかもしれないが、何らかの支援が必要と思われる「気になる親子」、「不適切な養育環境にいる子ども」を見いだし、関連機関に連絡することによって、親子を支援し、虐待への伸展を予防する役割が期待される。一般医療機関の子ども虐待の対応には地域の子育て支援ネットワークの一員としての責務として、毎日の診療、救急医療、予防接種、乳幼児健診、校医や園医として、医師は地域の多くの親子に接する機会があり。子ども虐待発生予防、虐待の早期発見のための重要な機関である。そして確証がないから、児童相談所へ通告しないということではなく、「おかしいな」「不自然だな」と気づいたら、「虐待の判断がつきにくい」ときにも地域のネットワークに連絡を取る。虐待と判断できるときは児童相談所か地域の相談窓口(要保護児童対策地域協議会)に通告するが、「気になる親子」「虐待の判断がつ

きにくい」ときは馴染みのある地域の保健所・保健センターに連絡する。厚生労働省も「医療機関は、出産前後の健診や、子どもや養育者の疾患等による受診を契機として、支援が必要と思われる家庭と接点を持つことが多いことから、医療機関の積極的な情報提供は「養育支援を必要とする家庭」の早期発見のために重要である。」と通知(平成16年3月10日雇児総発第0310001号)している。医療機関から保健所、保健センターには子ども用、保護者用の「診療情報提供書」を利用して情報提供とフォローアップの依頼ができるが、基本的に保護者の承諾が必要で、診療報酬にはつながっても、普及していないのが実情である。

また、病診連携として、子ども虐待について相談・連絡・依頼ができる地域の基幹病院が整備されていることが期待されるが、後述する広島県の取り組みなどがあるが、普及していないのが現状である。(図6)

医療機関内のMDT(院内CAP)と病診連携

病院内に「虐待防止委員会」などの組織を作り、チームアプローチとして取り組んでいる医療機関はまだ少ない。昨年度の報告書では、杏林大学附属病院の取り組みを報告した。そして院内外の連携の要が医療ソーシャルワーカーであること、法医学医師が外傷の評価、診断書を書くにあたって大きな役割を果たしているなどを報告した。院内の連携には、医療ネグレクトに対応するには倫理委員会や弁護士との連携が必要となろう。(図7)医療機関で対応しなければならないのは、子ども虐待だけではない。ドメスティックバイオレンスDVや高齢者虐待にも対応するべく、杏林大学では児童虐待防止委員会から虐待防止委員会へと発展的に移行した。

子ども虐待評価のための医療モデルとして、以下のことが求められる。

① トリアージ(優先順位付け)

- ② 医学的なヒストリー(既往歴・過去の診療録・複数の医療機関の受診記録)
- ③ 社会的なヒストリー(学歴・婚姻歴・職歴・居住歴)
- ④ 学校、教師達からの情報
- ⑤ アルコール歴、薬物依存症歴
- ⑥ 犯罪歴
- ⑦ ドメスティックバイオレンス(DV)
- ⑧ 嫉の仕方
- ⑨ 医学的診察と必要な検査(性的虐待を含む)
- ⑩ 意見書・診断書の作成
- ⑪ 児童相談所または要保護児童対策地域協議会への通告
- ⑫ 警察への通報の判断
- ⑬ 医学的診断と治療計画
- ⑭ 家族への報告
- ⑮ 経過観察
- ⑯ 裁判への協力

また情報の供給源としては以下がある。

- ① 保健所・保健センター保健師・助産師(健診記録・訪問記録)
- ② 保育園・幼稚園の保育士・看護師
- ③ かかりつけ医
- ④ 地域の民生委員・児童委員
- ⑤ 生活保護のワーカー
- ⑥ 児童家庭支援センター
- ⑦ 学校の教諭、養護教諭、カウンセラー
- ⑧ 警察
- ⑨ 救命救急士
- ⑩ 子ども本人
- ⑪ 両親
- ⑫ その他の養育者、家族、近隣者

医療機関は、虐待の疑いのある子どもが入院したとき「虐待防止委員会」のような院内の多職種専門家チームで対応すると同時に、診察し、対応策を立てる過程で、上記の情報を取得するためにも地域のネットワークとの連携は必須である。

医療機関の中で、子ども虐待に対応するのは小児科医が中心となっても脳外科医、整形外科医、眼科医、精神科医など多くの医師が関わることになる。また小児科のなでも、レントゲンや CT・MRI などの画像診断には小児放射線科医が、虐待を受けた子どもの心のケアには児童精神科医と心理士をはじめとするサポートチームが必要である。今後増加することが予想される性虐待には、特別な配慮が必須である。性虐待、生命の危機がある身体的虐待、ネグレクト、代理によるミュンヒハウゼン症候群 MSBP、事故によらない薬物中毒、医療ネグレクトなどの医療機関でなければ対応できない子ども虐待類型には医療機関、医師が中心となる多職種専門家チームと中核医療機関による対応が必要である。

子ども虐待に対する医療を中心にした取り組み

広島県の取り組み(図8)

広島県では年々増加する子ども虐待の早期発見・早期対応のために、医療機関が他の専門機関や民間団体との協力体制のもとに連携を深め、より効果的に子ども虐待に対応することを目的として、32 の医療機関が協力基幹病院としてネットワークを構築している。一般医療機関から、問題を抱えた家庭の存在や子どもの虐待の疑いを抱いても、「保護者への対応が難しい」、「虐待の判断ができにくい」、「自分が通報したことで地域での人間関係に亀裂が生じる可能性がある」など、簡単に対応できない問題に対応する体制を整えている⁵⁾。

第 2 回子ども虐待対策連絡会議(平成 16 年 5 月 21 日)で1. 通告、情報提供について病院、児童相談所および保健センターの連携のあり方が課題である。2. 病院内での情報を集約し、他機関との連絡・調整を行う窓口が必要である。3. 法的措置を行う際に、医師の診断書が重要な役割を持つ。4. 児童相談所は病院に虐待の疑いのある子どもを一時保護

委託することが、法的に可能である。5. 子どもへの処遇や保護者への指導援助については、関係機関のネットワークで対応して行くことが必要であり、迅速に関係者会議が持てるようなシステム作りが必要である。6. 守秘義務の取り扱いの検討が必要という議論がなされ⁶⁾。

広島県地域保健対策協議会は県内 32 医療機関による虐待相談・診療協力医療機関ネットワークを構築する経過の中で、臨床現場の医師を対象に平成 15 年 10 月にアンケート調査を行った。回収率は 37.5%で、児童虐待事例への対応については「診療後関係機関に通告する」という回答が、虐待事例の経験のない医師では 77.5%、経験のある医師で 46.6%という結果で、教科書的には通告するのが当たり前であるが、実際の事例に遭遇した時には通告できなかったという複雑な事態になっていた。虐待事例の診察上困ったこととして、「保護者への対応が難しい」「虐待の判断ができにくい」「関係機関の対応が不十分」「時間をとられる」「連絡する関係機関が分からない」「相談する相手がいない」などの回答から、虐待事例に遭遇した医師が問題を一人で抱え込んで、関係機関に気軽に相談できなかった状況がうかがわれた。そして、この調査の事例が 32 医療機関で構成されているネットワークが本格的に機能する以前のものであり、新たな虐待相談・診療協力機関ネットワークをさらに充実させ、広報活動を展開することとしている。さらに、児童虐待対応マニュアルを作成し、医師を対象とした研修会、事例検討会を開催し、児童相談所を中心にした関係機関の連携をさらに深めることが緊急の課題であると結んでいる⁷⁾。

東京都の「子ども家庭総合センター」構想

東京都は平成 18 年 1 月に児童相談センター(社会福祉)、教育センター(教育)と少年センター(警察)の各相談機関が連携し、それぞれの専門性を生かしながら、「子ども」への支

援だけでなく、「親」への支援を総合的・一体的に実施する平成 21 年度の開設を目指した「子ども家庭総合センター(仮称)」基本構想を発表した。

福祉保健、教育相談、少年相談の各窓口を一本化して総合相談窓口を設置し、各機関が、視点の共通点・異なる点や各機関の機能・権限を十分理解した上で、これまで培ってきたそれぞれの専門性に基づき協働して、アセスメント(見立て)し、統一的・総合的な援助方針を建て、実践する。そして地域支援機能を充実させるとともに、各機関の持つグループ療法やペアレントトレーニングなどの手法を生かした専門的支援を効果的に実施することを目指している⁸⁾。

D. 考察および提言

サインズ・オブ・セイフティ・アプローチ⁹⁾

サインズ・オブ・セイフティ・アプローチとはアンドリュー・ターネルとスティーブ・エドワーズが 1990 年代にオーストラリア西オーストラリア州で開発したもので、現在英国・スウェーデン・フィンランド、米国ミネソタ州オルムステッド郡などで実践されている。サインズ・オブ・セイフティ・アプローチは子どもの安全を確保するための具体的な技法を体系だてて提供する方法論で、どんな家族でも必ず安全性の側面をもっていること、援助者と利用者がパートナーシップに基づいて共働すること、安全とリスクを、バランスをとってアセスメントすることなど、12 の実践原理と 6 つの技法にまとめられている。虐待の通告からアセスメント、計画の策定法や実際の援助場面での進め方、終結に至るまでの段階全てをカバーする方法論である。パラレル・プロテクション・プロセスとは、当該家族と多機関・多職種専門家とで行うサインズ・オブ・セイフティ・アプローチのことで、家庭裁判所が児童相談所(米国では、児童保護局 Child Protective Service)に出張してきて、多職

種専門家チーム MDT だけでなく、当該家族も一緒に加わって話し合っ、親子の処遇を決定するシステムである。このシステムにより、親子の再統合にかかる時間がかかり短縮される。(山田不二子 愛育ネット2006年11月)このアプローチは、ケースワークの開始から終結までを通して使えるよう考慮されており、児童相談所、福祉事務所、病院、児童福祉施設、治療施設など子ども虐待対応のさまざまな段階にかかわる専門職が活用できるとされ、日本でも講習会が開かれ、広がりをみせている。

米国オレゴン州の MDT

米国オレゴン州には郡レベル、病院レベルと子ども虐待評価センターレベルの3種類の MDT がある。

郡レベルの多職種専門家チーム MDT は法によって規定され、州の予算で運営される。困難事例や広域事例を扱い、また「子ども死亡事例検討会議」を開催する。毎月定例会議が開かれ、虐待対応体制を改良するための事例検証、MDT 職員の研修と最新情報の提供、そして多職種が協力するためのプロトコル(協定書)を開発し改訂する。法執行機関(Law Enforcement Agency)、児童保護局(Child Protection Service)、学校の代表者、セラピスト、医師、地方検事で構成される。

病院レベルの MDT は、入院してきた子どもに虐待の疑いがある場合に開かれる。個別具体的な事例を取り扱い、診断と治療に関する課題を検討する。法執行機関、児童保護局、病院医療ソーシャルワーカーと担当している医師が参加する。地方検事が参加することもある。

「子ども虐待評価センター(Child Abuse Assessment Center)」は州法によって規定され、州の予算で運営される。大きな郡では中心となる施設があり、郡の中の他のセンターの研修などを提供している。構成員は医師、特

別の訓練を受けた看護師、司法面接士、児童虐待専門刑事、児童保護局の職員、精神保健専門医である。精神保健専門医には家庭サポートチームがある。

子ども虐待評価センターでの業務の流れは

- ・MDTメンバーが情報を共有し合う。

- ・診察医と面接士が親もしくは養育者と面接する。

(法執行機関の職員、ケースワーカーはワンウェイエミラーの外側の部屋にいる)

- ・子どもの診察、医学的評価
- ・子どもへの面接、(司法面接)
- ・MDTメンバーによる意志決定会議、治療に関する提案

- ・家族への報告

(家族ひとりひとり別々に、法執行機関の職員が決定事項を報告する)

(ジャン・澄禅・ベイズ医師 第8回子ども虐待シンポジウム 多職種専門家チーム(MDT)を推進する国際シンポジウム)

諸外国と日本の子ども虐待対応は異なり、諸顔国のシステムをそのまま我が国に導入することはできないが、パラレル・プロテクション・プロセス、当該家族と多機関・多職種専門家とで行うサインズ・オブ・セイフティ・アプローチや米国オレゴン州の3つのレベルの多職種専門家チームMDTによる取り組みは、多くの示唆を与えてくれる。

我が国の要保護児童対策地域協議会は、市区町村の福祉部門が要となる多職種専門家チームMDTと見ることができる。東京都三鷹市では子ども家庭支援センターが窓口・中心となり、ファミリーソーシャルワーク、ケースマネジメントの手法で、多くの虐待・虐待疑い事例を掘り起こし、対応している。全国の市区町村は人口、人口構成、広さ、既存の社会資源は様々であり、それぞれの地域特性にあったネットワークを構成することが求められ、サインズ・オブ・セイフティ・アプローチの考え方は参考になる。

一方医療機関を中心にした多職種専門家チームMDTによる対応は、医療機関の中に子ども虐待対応システムを構築しているところは少なく、地域の基幹医療機関と診療所や一般医療機関の連携は昨年度報告した大阪市の保健所医師と地域の中核病院が参加したものや、今回報告した広島県の協力基幹病院と地域の医療機関の連携など、数少ない。また東京都の「子ども家庭総合センター」構想は、福祉、警察と教育のより一層の連携・協働を目指したものであるが、医療・保健の位置づけが見えてこない。性虐待や生命の危機がある事例や医療機関でなければ対応できないような事例については、中核医療機関が中心となる対応が必要である。

我が国の周産期医療のレベルは極めて高い。それは総合周産期センターおよび地域周産期センターを全国レベルで整備し、地域の産科施設、新生児集中治療室(NICU)のネットワークを構築したことに負うところが大きいと考える。子ども虐待に関してもこの周産期医療ネットワークに準じた制度ができることが望まれる。

E. 結論

米国オレゴン州で3つのレベルの他職種専門家チームが活動していることを紹介した。我が国には母子健康手帳や乳幼児健診などの母子保健事業として優れた活動が定着している。要保護児童対策地域協議会は子育て支援も視野に入れた、虐待に特化したものではない。オレゴン州の病院レベルのMDTは我が国でも地域の基幹医療機関に整備されることが期待される。郡レベルの機能と「子ども虐待評価センター」としての機能を持つ機関として、中核医療機関を周産期医療ネットワークのような形で整備されることが期待される。

現在児童虐待防止法の改正の検討が進められている。児童相談所の機能の検討、警察との連携が検討されていると側聞している。性的虐待には司法の関与も必須であり、米国の「司法面接」制度が参考になるものと考えられる。

文献

1. 東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課 医療機関のための子育て支援ハンドブック 平成 18 年 3 月
2. 東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課 要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業ガイドライン 平成 18 年 3 月
3. 宮本信也 「子ども虐待についての医師の意識調査」 平成16年度 「被虐待児への総合的治療システムのあり方に関する研究」厚生労働科学研究分担研究報告書 p72-83
4. 小林美智子 「被虐待児に対応するための病院内および地域医療システムに関する研究」 平成15-17年度 「被虐待児への総合的治療システムのあり方に関する研究」 厚生労働科学研究分担研究報告書 p1-11
5. H.M.ANews 2006/11/29 HIROSHIMA Prefectural Medical Association.

<http://www.hiroshima.med.or.jp/news/2006/new>

s20061129.htm

6. 田中義人 地对協 児童虐待対策特別委員会 第 2 回子ども虐待対策連絡会議開催 広島県医師会速報(第 1878 号) 2004 年 9 月 5 日
7. 田中義人、部谷耕治 医療現場における児童虐待に関するアンケート調査結果報告 広島県医師速報 (第 1878 号)付録 2004 年 9 月 5 日
8. 子ども家庭総合センター(仮称) 基本構想 子ども家庭総合センター(仮称)基本構想委員会 平成 18 年 1 月
9. アンドリュー・ターネル, スティーブ・エドワーズ著/白木孝二, 井上薫, 井上直美監訳 安全のサインを求めて安全のサインを求めて 子ども虐待防止のためのサインズ・オブ・セイフティ・アプローチ 金剛出版 2004 年3月

図1 要支援家庭の定義(文献1)

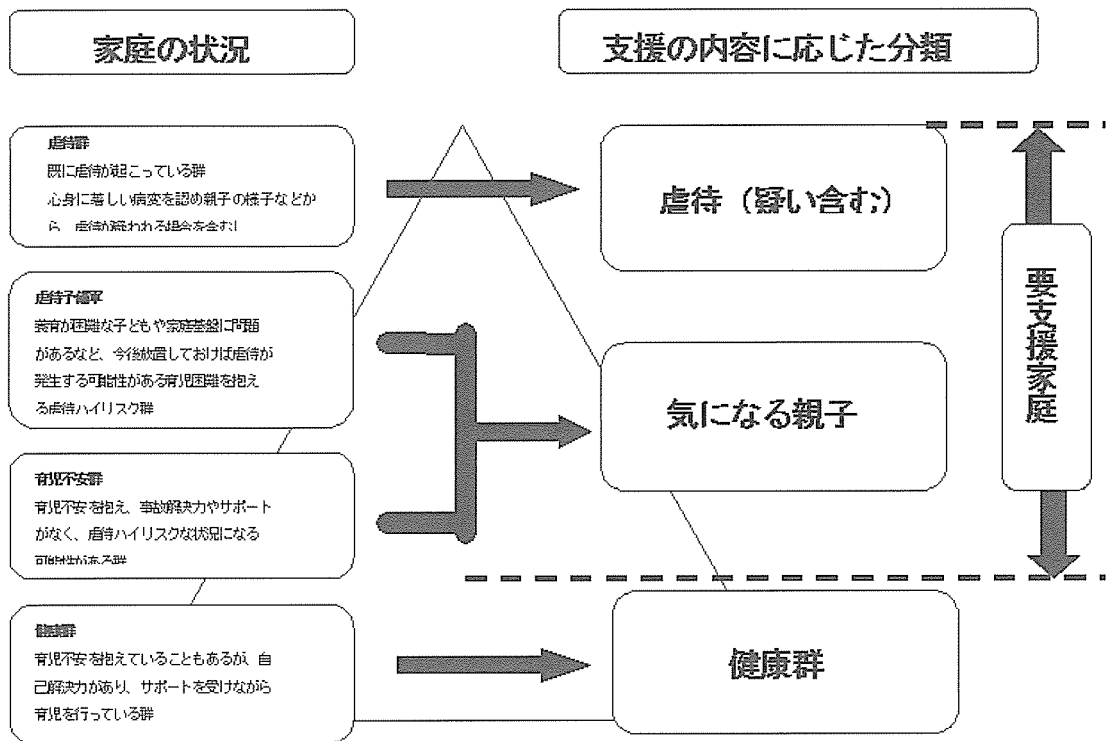
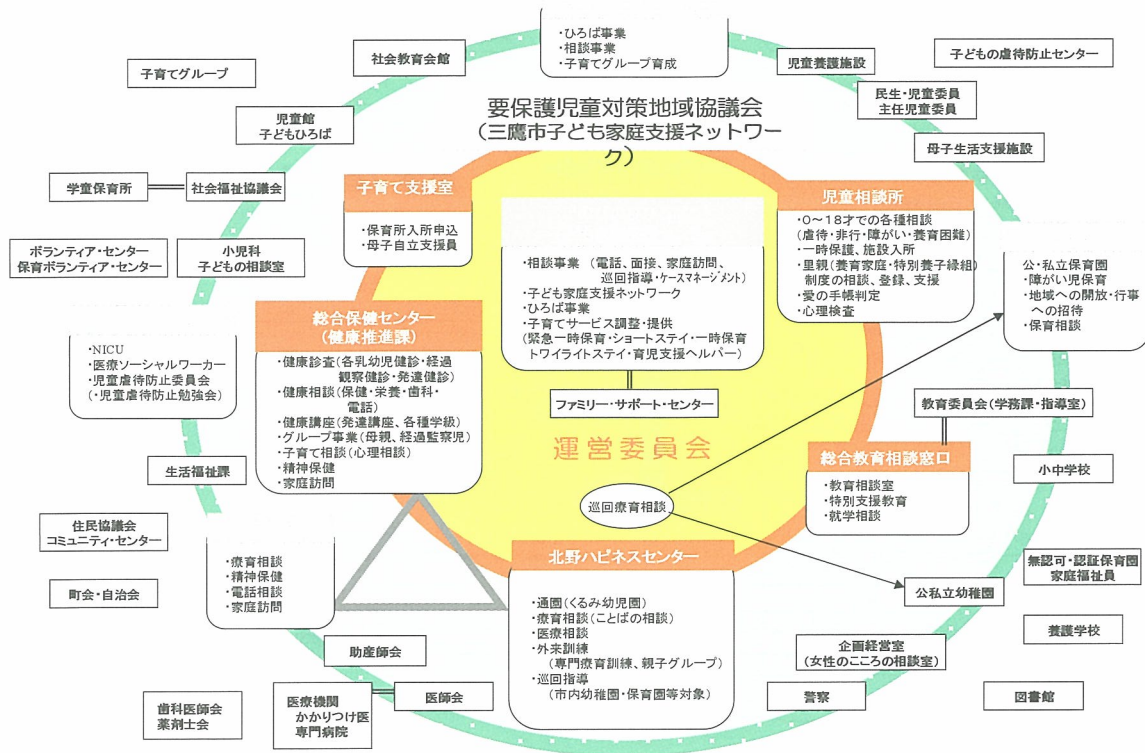


図2 三鷹市子ども家庭支援ネットワーク・要保護児童対策地域協議会

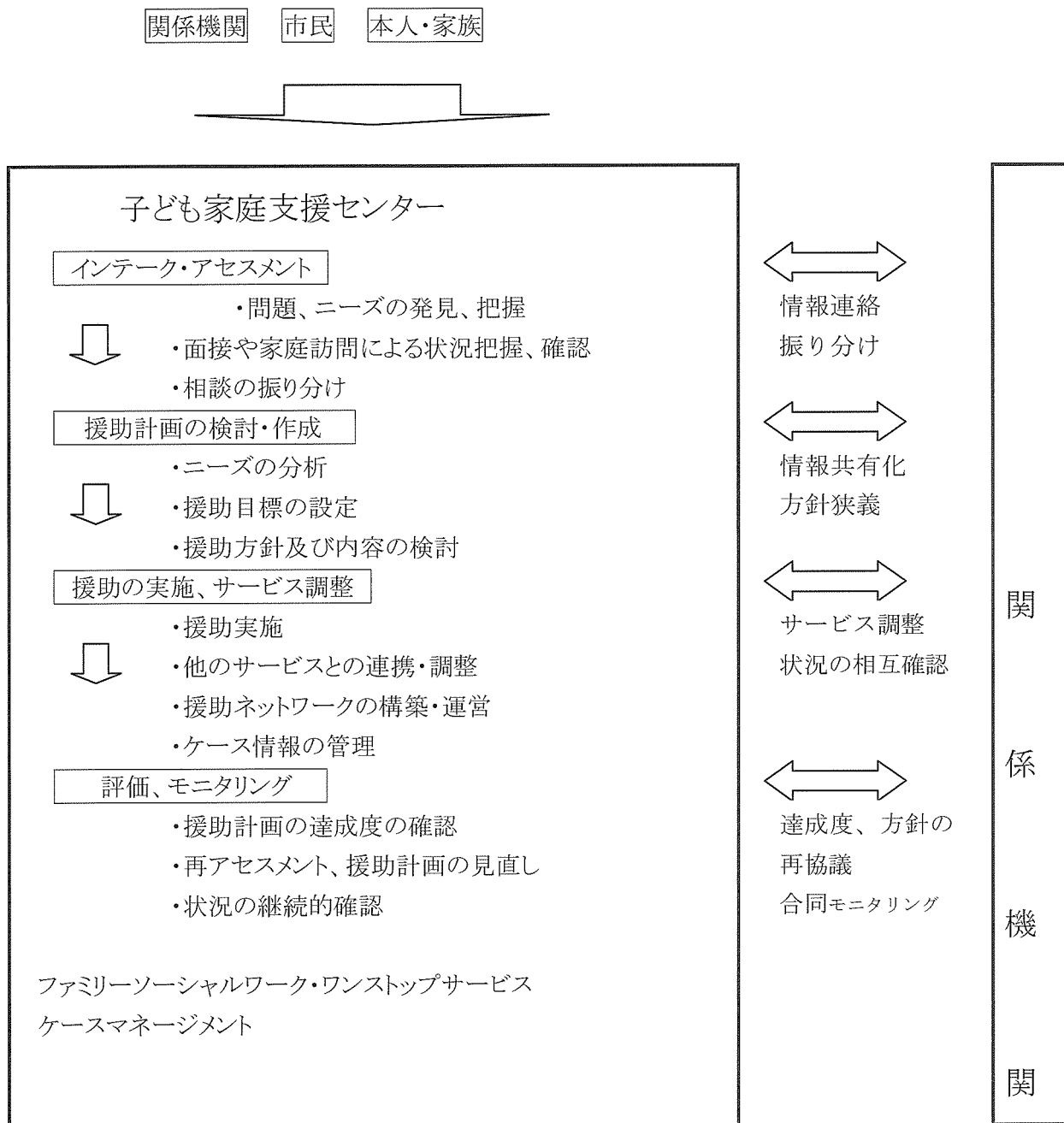
〈三鷹市子ども家庭支援ネットワーク図〉

H18. 7. 1



- | | |
|-----------------|--------------------|
| ネットワーク構成機関 | 三鷹市企画部 |
| 三鷹市健康福祉部 | 企画経営室 |
| 子ども家庭支援センター | (平和・女性・国際化推進係) |
| 子育て支援室 | 三鷹市以外の関係機関 |
| 市立保育園 | 東京都杉並児童相談所 |
| 市立母子生活支援施設 | 東京都多摩府中保健所 |
| 生活福祉課 | 警視庁三鷹警察署 |
| 健康推進課(総合福祉センター) | 東京都母子自立支援員 |
| 北野ハピネスセンター | 三鷹市医師会 |
| 三鷹市教育委員会 | 三鷹市助産師会 |
| 指導室 | 私立保育園及び保育室 |
| 市立小・中学校および幼稚園 | 私立幼稚園 |
| 生涯学習課(児童青少年課) | 民生・児童委員及び主任児童委員 |
| 社会教育会館 | 朝陽学園(児童養護施設) |
| 児童館(東・西) | 三鷹市社会福祉協議会 |
| むらさきば子どもひろば | 杏林大学付属病院 |
| 教育センター教育相談室 | あきやま子どもクリニック子ども相談室 |

図3 問題ケースへの援助の流れ(三鷹市)



東京都児童福祉審議会意見具申、一部改変

図4 要保護児童対策地域協議会

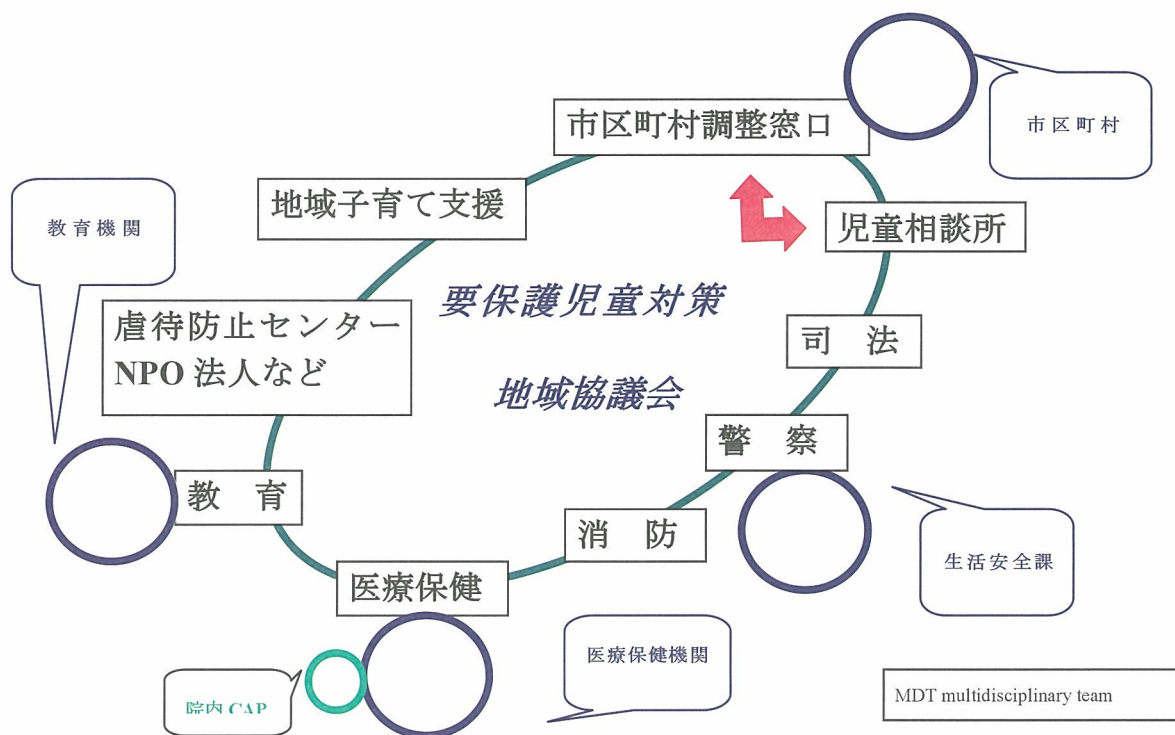


図5 市区町村内の連携

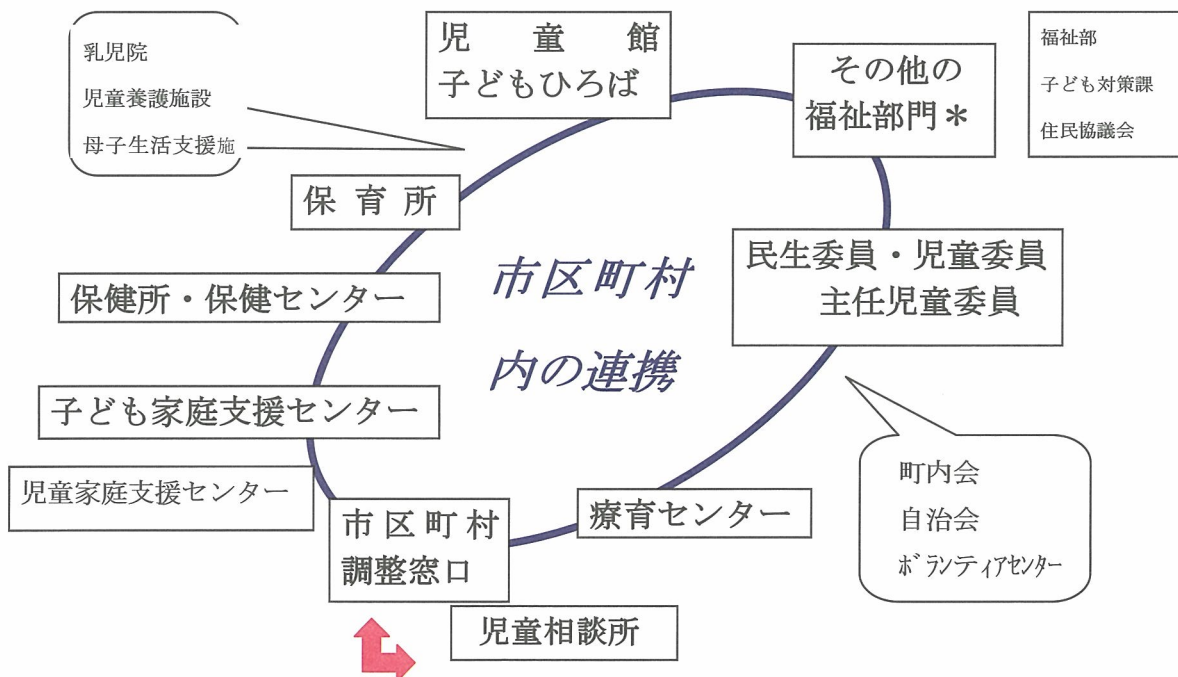


図6 医療・保健機関内の連携

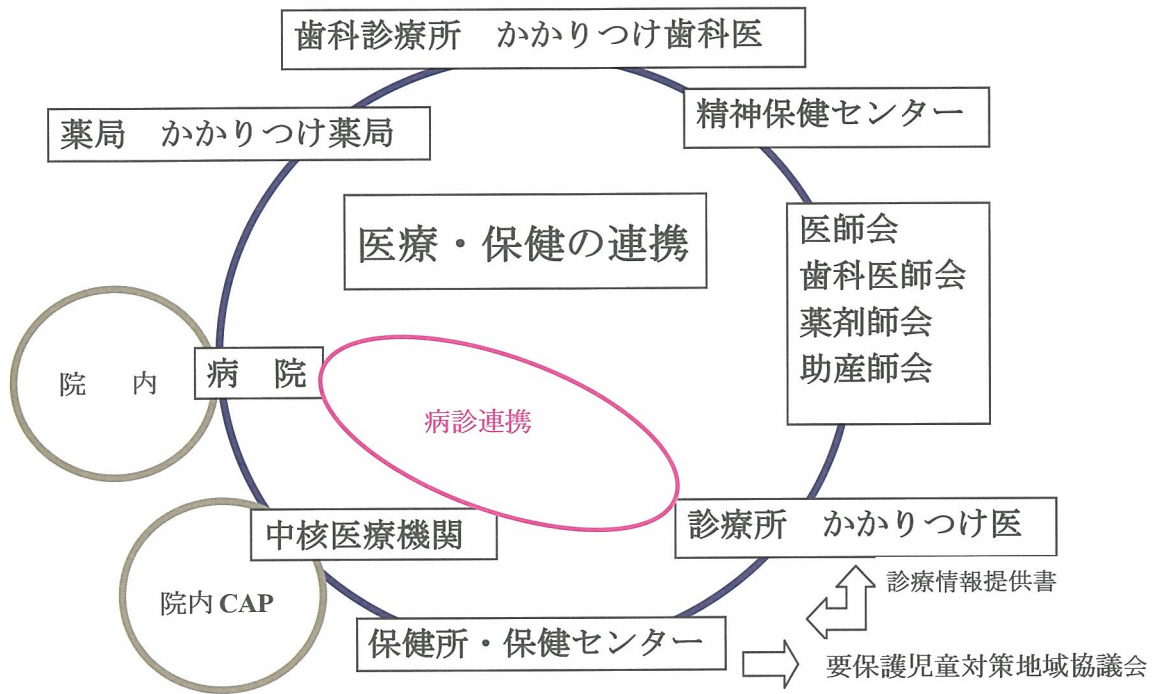


図7 医療機関内の連携

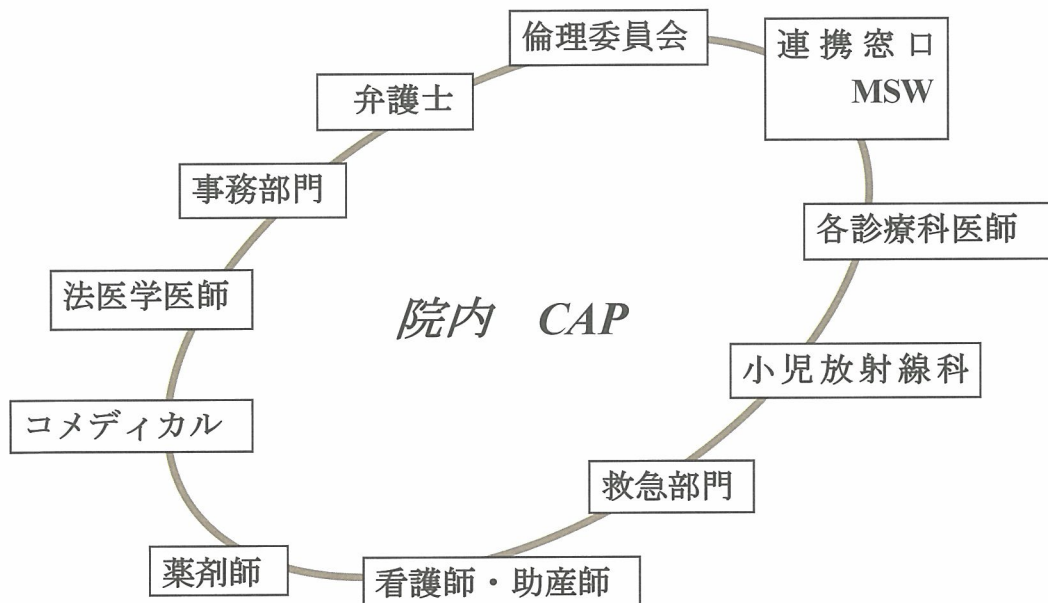
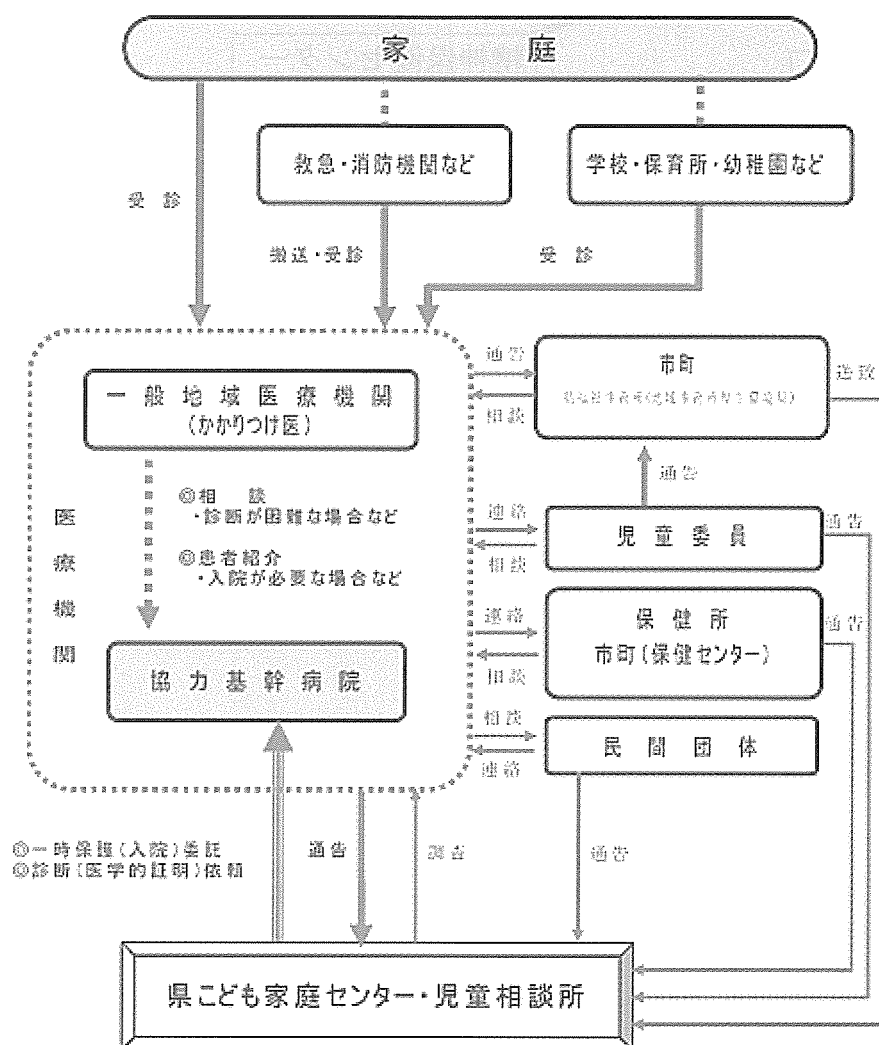


図8 広島県の協力医療機関を中心とした子ども虐待防止ネットワーク



H.M.ANews 2006/11/29

HIROSHIMA Prefectural Medical Association.

<http://www.hiroshima.med.or.jp/news/2006/news20061129.htm>

分担研究報告書

分担研究者 渡辺 好恵 さいたま市保健所

児童虐待予防における在宅養育支援のあり方に関する研究

研究要旨

平成 17 年度の研究として、子ども虐待の保健分野での在宅養育支援の現状と課題を、質的に研究し、市区町村保健分野で在宅養育支援を行うためのガイドラインの必要性を提示した。このことについて、本年度は、市区町村保健分野で子ども虐待への対応としての在宅養育支援のガイドラインを作成し、このガイドラインの内容を取り入れ、保健師を対象とし研修会を実施した。受講者の事前調査と受講後評価を通して今後の在宅養育支援として①保健・福祉・医療・教育等多分野のガイドラインとの統合の必要性があること。②ガイドライン提示とその活用方法や内容を取り入れた現任訓練体制が必要であること。③保健所の機能としての子ども虐待対策の再確認と取り組みの再構築が必要である。④子ども虐待対策における在宅養育支援を中心にした新たな支援体制の考え方と枠組み構築が必要である。ことが示唆された。

研究協力者

家入香代（とちぎ健康福祉協会）
大川千尋（国立成育医療センター）
大塚陽子（埼玉県幸手保健所）
渋川悦子（埼玉県立衛生研究所）
関 美雪（埼玉県立大学）
中板育美（国立保健医療科学院）
服部真理子（女子医科大学看護学部）
藤塚千晴（埼玉県朝霞保健所）

の体制の整備が必要であることが明らかになった。

平成 18 年度の研究目的は、①市区町村保健分野の保健師が、在宅養育支援を行う際に参考にできる内容を記載した「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」を作成する。②「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の内容を用いたモデル研修会を実施し、その効果を測定する。ことの 2 点を目的とした。

A 研究目的

平成 17 年度の研究から明らかになった課題として①市区町村保健分野で活用できる在宅養育支援マニュアルはなかったこと。②市区町村保健師が在宅養育支援を行う際に必要な技術の訓練の機会が必要であること。③市区町村保健分野が、在宅養育支援を行う際

B 研究方法

1. 「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の作成

研究協力者との研究会を行い、昨年度行ったフォーカス・グループインタビューで得られた課題を解決するための内容を取り入

れた手引を作成した。

2. 「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の内容を用いたモデル研修会の実施と評価

A 県主催の保健師対象の研修会で、「市区町村保健分野での在宅子ども虐待在宅養育支援の手引き」の内容を取り入れた研修会を実施し、参加者から事前に研修への期待を確認することで、研修参加の動機付けを行い、参加後に研修の内容について自記式質問紙法を用いて評価を行った。研修の内容は表 2 のとおりである。

C 研究結果

1. 「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の作成

昨年度のフォーカス・グループインタビューから市区町村保健師の現状としての課題は『①個々の保健師によりアセスメント能力の差がある。②確認されている事実の分析技能の個人差が大きい。③その後の予測能力の不十分さと、対応策策定能力の不備』などがあること。また市区町村保健分野での組織としての仕組みが不十分であることが確認された。

これらの内容を取り入れ「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」を作成した。

その内容は、表 1 のとおりである。この手引きの特徴としては、市区町村保健師の勤務する職場の中での体制づくりを視野に入れた内容になっていることである。

平成 17 年度に行ったフォーカス・グループインタビューでは、市区町村では専門職としての保健師に職位以上の責任が負わされ、組織としての意思決定が不十分であることの指摘があった。この点を考慮して、市区町村の保健師が、職場内で体制を整備することの必要性とその際に周囲の職員の合意を得るための具体的な方法を例示してい

る点が重要と考えている。

2. 「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の内容を用いたモデル研修会の実施と評価

A 県が主催した研修会の一部に「市区町村保健分野での子ども虐待在宅養育支援の手引き」の内容を取り入れた研修会を行った。当日のプログラムは表 2 のとおりであった。

表 2 対象者および研修内容

対象者：A 県の外郭団体が実施した子ども虐待をテーマにした研修会に参加した保健師
事前調査 25 名 事後調査 23 名
研修内容：1 講義 「虐待の早期発見と介入の実際」 1 時間 30 分
2 演習 モデル事例を用いて講義内容をもとにグループワークを実施 ・事例のアセスメント ・支援計画の策定まで
3 全体での議論
4 まとめ

①参加前の研修会へのニーズ調査結果

研修申込者に対して参加にあたっての事前調査を行い、研修へのニーズを把握した。調査の内容は表 3 のとおりである。

事前調査対象者数 25 名

表 3 研修参加前の調査内容

- 子ども虐待事例への支援の経験の有無
- 子ども虐待事例への対応での悩みがあるか？
- 悩みや疑問の具体的な内容
- 悩んでいる事例の具体的な内容

虐待事例への支援の経験の有無では、表4のような結果であり、虐待事例への支援経験のある保健師が全体の72.0%になっている。更に、市町村から参加申し込みした保健師の76.2%に支援経験があった。また、虐待事例への支援経験の有無と支援する際の悩みの有無は有意に相関していた。

表4 研修申込者の虐待事例経験の有無 人 (%)

虐待事例へのかかわりの有無	有	無	無回答
市町村保健師	16 (76.2)	4 (19.0)	1 (4.8)
県保健師	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
合計	18 (72.0)	5 (20.0)	2 (8.0)

表5 悩みと虐待事例支援経験有無のクロス表

		経験事例支援経験		合計
		あり	なし	1
悩み	あり	14	0	14
	なし	3	4	7
合計		17	4	21

相関係数は1%水準で有意であった。

悩みの内容は表6のような結果で、「ネグレクトへの対応方法」「支援計画策定」が最も多くなっていた。「親側への支援」が続いていた。

表6 具体的な悩みの内容

具体的な悩みの内容	件数
ネグレクトへの対応方法	7
支援計画の策定	7
親側の問題への対応方法	6
子ども側の問題への対応方法	3
母子保健事業の展開方法と虐待予防	2
支援者自身の内面への対応	2
その他	4

②研修会後のアンケート調査結果

調査回答者数 23名

参加者の所属・年齢構成は表7、表8のとおりであった。

表7 参加者の所属 人

所属	人数	%
県(健康福祉センター)	2	8.7
市町村	21	91.3

表8 参加者の年齢構成

年齢	人数	%
20代	8	34.8
30代	8	34.8
40代	6	26.1
無回答	1	4.3

参加者の参加目的と研修内容は一致していたと全員が回答していた。

講義の内容についての満足度は、講義内容が業務に役立つかどうか(表9)と、悩みの解決に役立つか(表10)、保健師活動への活用度はどの程度か(表11)と研修の内容が活

力になるか(表 12)といった項目で評価をおこなった。

表9 講義が役立ったか

人 (%)

大変役 だった	少し役 だった	あまり役 立たな かった	全く役立 たな かった	その他
17	5	0	0	0
77.3%	22.7%	0.0%	0.0%	0.0%

表10 悩みの解決に役立ったか

人 (%)

大変役 だった	少し役 だった	あまり役 立たな かった	全く役立 たな かった	その他
17	4	0	0	0
81.0%	19.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表11 研修の活用度はどの程度か

人 (%)

表12 活力になる研修だったか				その他
大変役 だった	少し役 だった	あまり役 立たな かった	全く役立 たな かった	
17	6	0	0	0
73.9%	26.1%	0.0%	0.0%	0.0%

なった	なやなかつた	わからない
22	0	1
95.7%	0.0%	4.3%

D 考察

①市区町村保健師に必要なガイドラインの内容

昨年度のフォーカス・グループインタビューの内容を受けて、本年度はガイドラインを作成した。市区町村保健師が在宅養育支援を行う際に、必要な基本的な知識は当

初から内容として取り上げていたが、市区町村保健師の置かれている現状課題として、「職位以上の決定を個人の保健師が行っていること。」や、「市区町村では子ども虐待に関する意思決定が組織としての不足していること」、「個々の保健師が専門職としての判断をするが、その上司が専門職でないことが多いため、組織決定の際に不適切な決定がなされている可能性が指摘されていた。」

これらの現状から、表1のような内容構成を行い、特に第1章は専門職としての保健師の基本的なあり方について記載し、市区町村内で関係部署や上司との相互理解を深めることと、保健師自身の自戒を求める内容を加えた。

②他分野のガイドラインとの統合の必要性

これまでのガイドラインは、保健分野・福祉分野・学校教育分野・保育分野・幼稚園分野等それぞれが個々に作成してきている。これらを統合し、他の分野での基本的な考え方や特性を理解することが必要である。

フォーカス・グループインタビューの中でも、保健師が期待する児童相談所の機能に対して、児童相談所の対応が不十分であるとの意見が多く聞かれたことや、児童相談所に連絡後どうなったのかのフィードバックがなく、連携が図れなかったことなど、事例の支援を実際に行いながら相互理解を図ることの必要性と、児童相談所の意思決定プロセスの特徴を保健分野が知っておくことの必要性が確認されていた。

また、保健分野も福祉分野も子ども虐待への対応は、未経験の部分が多く特に児童福祉法の改正以降、市区町村では児童相談所からの支援の不十分さや、専門職の配置がない市区町村で虐待への対応を行うことの不安を訴える声が増えている。そのため市区町村で唯一対人保健サービスの専門