

できるように課題を設定します。また、問題行動が及ぼす他人への影響やこのままの行動を続けた場合の社会の反応などを理解させ、認識が現実の生活に近づくように調整します。児童相談所の援助方針を子どもが正しく理解できるように丁寧に説明します。また、子どもの言い分をよく聞き、子どもが疑問に思っていることの誤解を解き、子どもが自分の考えで課題に取り組めるように援助します。

保護者は、子どもの問題行動を契機として、悩み、子どもの対応に苦慮しています。また、多くの人に相談して様々な助言を得て混乱していることもあります。児童相談所は、保護者と一緒になって子どもの置かれた立場や将来の見通しを共有していくことが大切です。特に孤立状態に近い保護者は、被害的になっていることもありますので、行き詰まり状態から脱却できるように援助していきます。

また、保護者に対して必要に応じて利用可能な制度やサービス機関を紹介することも大切です。保護者が生活や医療などのサービス、法的な援助を受け、生活が安定することにより子どもの行動も改善・安定していく場合もあります。このように、保護者に対して労苦を共感しながら、受容的な態度で接することが原則ですが、虐待行為等の子どもの権利侵害が保護者によってなされている場合には、児童相談所は毅然とした態度で、保護者の対応の誤りを指摘することが必要です。

次に、具体的な措置について説明を行います。

(1) 児童福祉司指導

児童相談所の調査・診断過程では、子どもの行動が安定することが困難けれども、問題行動が周囲や子ども自身に及ぼす影響がさほど小さくなく、継続した児童相談所の援助や調整を行うことで、周囲の子どもへの係わりや生活環境の改善が見込まれる場合に実施します。

具体的には、子どもや保護者の定期的な通所や児童福祉司による訪問指導を継続して行い、課題の設定と評価、子どもや保護者へのカウンセリング、子どもと保護者や学校等との関係調整を行っていきます。

(2) 児童養護施設への入所措置

児童養護施設とは、様々な理由により家庭での生活が困難な子どもを入所させ、家庭的な環境の中で生活・学習・運動などの指導、地域への通学を行い、自立を支援する児童福祉施設です。

子どもの問題行動があまり深刻ではないけれども、生活環境の改善や周囲との関係修復が直ぐには難しい場合に、生活の場を変えて成長自立を目指し実施します。

(3) 児童自立支援施設入所措置

児童自立支援施設とは、不良行為をなし、又はなすおそれがある子ども及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導を要する子どもを入所させ（法上は通所もあり）、生活指導、学習指導、職業指導などを通じて心身の健全な育成及び自立支援を図ることを目的とした児童福祉施設です。

環境を変える必要がある子どもの中で、これまでの人間関係からある期間離れると共に、家庭的な環境の濃密なかかわりの中で、配慮された生活指導等を通し、生活習慣や人間関係のスキルを獲得し、自信を取り戻し、自立の方向を見出していく必要がある場合に行います。

(4) 家庭裁判所送致

① 審判を求める送致

子どもに触法行為があったり、虞犯少年である場合に、児童自立支援施設や児童養護施設に入所させることが必要であるにもかかわらず、保護者が反対をしたり、かかわりを拒否した場合、また、14歳以上の子どもで児童福祉法による援助が不適当な場合には、審判を求めて家庭裁判所送致を行います。

IV. 行為障害の治療

また、子どもや保護者が非行事実を否認し、児童相談所の措置に同意しない場合、又は非行事実について争う意向を示す場合に子どもと保護者に対して、家庭裁判所の審判等の仕組みに関する十分な説明を行ったうえで、家庭裁判所送致を行います。

②児童福祉施設入所承認の申し立て

児童養護施設や児童自立支援施設への入所にあたっては、保護者の同意が要件となります。子どもの問題行動の背景に虐待等があり、入所措置が執られなければ著しく子どもの福祉を守ることができない場合には、入所措置の承認を求めて家庭裁判所に審判の申し立てを行います。平成16年の児童福祉法改正により、入所承認の期間は2年間と限定されました。(必要に応じて、入所承認更新の申し立てもできます)

③強制的措置の許可申請

児童福祉施設である、児童自立支援施設は開放施設であり、児童の行動制限をすることができません。しかし、行動制限を行わなければ、子どもの福祉を守れない場合(施設からの無断外出等が頻発し、更に重大な非行を犯したり、重大な自傷他害が起きている場合)には、一定期間行動制限する必要があります。この場合には、児童相談所が家庭裁判所に対して、期限と強制措置を取れる日数を明記した上で、強制的措置の許可申請を行い、家庭裁判所が審判で決定します。なお、現在強制的措置を実施することができる施設は国立の児童自立支援施設だけです。(男女各1施設)

今回の「児童相談所の介入」については、東京都の児童相談所が中心となって平成15年度から行われてきた非行相談PTの議論をまとめたものです。

4. 地域保健機関による訪問支援（ひきこもり支援を中心に）

東京都精神医学総合研究所 新村順子
 東京都精神医学総合研究所 田上美千佳
 山梨県立精神保健福祉センター／山梨県中央児童相談所 近藤直司

はじめに

現在、ひきこもり状態の子どもや青年、もしくはその家族に対して、教育関係機関、児童相談所、医療機関、地域保健機関などの機関が、本人や家族に対するカウンセリングやグループワーク、家族教室など様々な援助を試みている。ひきこもりという問題の性質上、本人が相談や治療場面に外向くことが難しい場合があること、また、なかなか相談や受診に踏み切れない本人に対する一歩踏み込んだ介入が必要な場合があることから、家庭訪問が有効な援助方法として期待されている。

また、訪問という手段が、方法を誤れば本人にとって非常に侵襲性の高いものになる可能性を孕んでいることは多くの援助者が認識しているものの、これまで訪問についての研究的な蓄積は乏しく、援助者が各々に試行錯誤しながら家庭訪問を実施してきた現状がある。

そこで近藤らは、全国 59 ヶ所の地域保健機関および児童福祉機関を対象に、社会的ひきこもりと暴力を併せもつ思春期事例に対する自宅への訪問支援の現状調査を行い、援助効果の高い訪問について検討を行った¹⁾。本項では、その調査結果と訪問支援について触れられている先行文献などをもとに、保健所や市町村などの保健師をはじめとする地域保健機関の専門職を対象とした思春期のひきこもり事例に対する訪問支援の指針を示したい。

本稿で用いている社会的ひきこもりの定義

「対人関係を回避し孤立している状態が 1 ヶ月以上継続している、おおむね 10 歳から 20 歳の事例を指し、家族やインターネット上の交流だけが保たれているものはこれに含まれる」とする。

(1) どのようなときに地域保健機関による訪問支援が必要とされるのか

地域保健機関における精神保健相談では、相談のかかなりの割合が、本人からではなく、家族や関係機関から持ち込まれる²⁾。とくに思春期のひきこもり事例では、本人が他人と接触できないひきこもりの状態にあること、年代的に自分の気持ちや不安を言葉で表現する力がまだ発達途上にあることなどから³⁾、本人から直接相談が持ち込まれるということは少なく、家族または学校などの関係機関から相談を受けることが多いものと考えられる。

そのような状況で地域保健機関が援助を開始し、訪問支援が必要となる経緯について、近藤らの調査結果¹⁾からは、主に以下の 4 点が挙げられた。

- ①本人の心身の状態が不安定であり、自他の生命の危険性、安全性の検討が必要とされる場合。
- ②本人に病的なエピソードがあり、受療の必要性についての判断や精神医学的な判断が、家族や関係機関から求められる場合。
- ③家族自身が重大な健康問題を抱えていたり、家族機能不全を起こしており、援助者が直接本人に会って、状況確認や援助方針を見定める必要性が高いと判断した場合。
- ④家族や関係機関との相談を継続していく中で、援助者が訪問することを本人が納得する、あるいは希望する場合。

これらの理由は重複していることが多く、また時間の経過によっても変化していくことが特徴

である。

(2) 初回訪問に至るまでの準備

本人の暴力行為や強迫行為の家族への巻き込みが激しいときなどは、家族や他機関から「緊急に」訪問を要請されることがある。相談者のニーズに速やかに応じるという姿勢が必要であることは言うまでもないが、家庭訪問は多くの人的・時間的コストを要する援助方法であり、1回1回の訪問の効果を向上させていく工夫も必要である。そのためには、援助者なりの見立てを描き出せるような事前の情報収集と整理、あるいは本人の了解を得る手続きなど、初回訪問までの事前準備が重要である³⁾。また、その過程で家族が落ち着きを取り戻したり、本人の状態も安定してくることもある⁴⁾。

以下、訪問するまでの事前準備として必要と思われる項目をあげる。

①情報収集ならびに相談関係づくり

本人の生い立ちや養育環境などを含む生育歴、疾患の有無、これまでの相談・治療歴の有無や経過などは、他機関から受療の必要性の有無や精神医学的な判断を求められることが多い地域保健機関においては、確認の優先度の高い項目である⁵⁾。また、青年期のひきこもり事例の中には、広汎性発達障害が疑われる事例がかなりあることも報告されており⁶⁾、家族や学校関係者から発達的な問題を確認(たとえば母子手帳や通知表の記載などを参考に)しておくことも、その後の見立てや方針を検討していく上で欠かせない情報である。

さらに近藤らの調査⁷⁾では、有効な訪問においては、本人の1日の生活の様子や本人の言動の特徴、本人の趣味や特技など、事前に多くの情報が把握されている傾向があり、暴力のみられる事例については、とくに本人の言動にみられる特徴が慎重に把握されている傾向が伺われた。これらの情報により、本人と家族がどのような気持ちで毎日の生活を送り、何に、どのように困っているのかということや、暴力の程度などを推測しておくことが必要である。また、本人や家族の健康的な側面についての評価は、本人・家族との関係づくりや援助の糸口を見出していくためにも重要であろう。

こうした情報収集のプロセスにおいて、家族や関係機関との関係を十分に深めておくことも重要である。まずは、最初に相談をもちこんできた家族や関係機関を第1相談者として受け止め、何にどのように困っているのかを把握する。とくに家族に対しては、今回の相談に至るまでの苦労を十分に労う必要がある。ただし、相談者は家庭訪問に万能的な期待感を抱いていることもあるので、保健医療機関の訪問に何を期待しているのか、それに対して援助者側ができることとできないことを明確にし、共有しておく必要があるという指摘もある^{4) 6)}。

②訪問の目的を設定する

得られた情報をもとに、援助の長期的な目標と当面の短期目標を立てておく必要がある⁷⁾。援助効果の高い訪問では、漫然と訪問を継続するだけでなく、各回の訪問において、たとえば「本人と相談関係をつくる」「本人の病状や問題行動の確認をする」といった目的を設定している傾向がある⁸⁾。しかし1回の訪問で目的をすべて達成することに固執するよりも、達成できなかった目標について援助方針や目的の設定が適切であったかどうかを検討し、事例の理解を深めていく姿勢が求められるように思われる。

③訪問することを家族や本人に伝える

一般に、家族や本人の了解を得たうえで訪問することが推奨されている^{4) 8) 9)}。予告なしに訪問

することは、本人にとってより侵襲性の強い体験となり、ひきこもりを強化してしまうことも考えられる。まずは家族から援助者が訪問することを伝えてもらう、または本人への手紙を渡してもらうなど間接的にアプローチしたうえで、援助者や訪問に対する反応を確認するという手順を踏むこと、あるいは、本人が訪問を拒否している場合には、訪問以外のアプローチや家族を対象とした訪問を検討することなどは、一般的に多くの援助者が配慮している点であると思われる。近藤らの調査⁹⁾においても、本人の同意を得て実施した訪問の方が、本人の状況がより改善している傾向がみられた。

相談機関を活用していることを本人に伝えられない家族も少なくないが、援助者が訪問に行きたいと思っていることを家族から本人に伝えてもらうことで、家族と本人とのコミュニケーションが再開する契機になることもある⁹⁾。

ただし、本人の病状が重い、激しい暴力が続いている、生命に関わるような危険が生じているなどの局面では、本人の了解が得られないままでも訪問を実施することがある。こうした場合でも、できる限り本人の意思を尊重する姿勢には変わりはないが、事例の緊急性や強力な介入の必要性を冷静に判断することも必要である¹⁰⁾。

④訪問のセッティングを工夫する

事前に得られた情報から、訪問するのならば何曜日の何時頃が良さそうか、どの場所で本人に会うのか、どのような話題を選べば本人と話ができそうかなどを検討する。また、訪問に対する本人の反応を予測しながら、訪問する側の人数、性別や年齢、経験年数、職種などを検討しておくことも必要である⁹⁾。暴力行為が激しい対象の場合には警察官などとの同行訪問を検討する、新人職員が担当の場合は経験の豊富な職員と同行訪問するなど、援助者側の安全を保障することも効果的な訪問につながっているようである⁹⁾。また、すでに本人と良い相談関係をもっている関係者がいる場合には、その人に同行してもらうことも工夫の一つである。

訪問を受け入れていても、子どもがひきこもっていることや、そのことで地域保健機関に相談していることを近隣の人に知られたくないと思っている家族も多い。訪問時に機関名の入った車は近くに止めないで欲しい、制服では来ないで欲しいと希望される場合もあるので、事前に確認をとっておくことが必要である。

⑤関係機関との情報交換

有効な訪問では、訪問前の準備として、関係機関との事前の連絡・協議が行われている傾向があった⁹⁾。10歳代前後のひきこもり事例の場合には、教育関係機関や児童相談所、医療機関などがすでに関わっている場合が多く、地域保健機関もこれらの機関と連携をとって援助をしていく必要がある。家庭訪問を実施する場合にも、事例に関わる援助チームの一員として、他機関から合意や了解を得ておくことが必要な場合がある。

(3) 実際の訪問場面において

実際の訪問場面においては、事前に想定したとおり訪問が進むこともあれば、会いたくないといていた本人が部屋から出てくるなど、援助者側の想定していなかった事態が起きることもある。基本的には状況に合わせて臨機応変に、家族や本人の意向に沿って訪問を進めていくことが必要である。

以下、本人に会えた場合と、本人には会えなかった場合に分けて、訪問場面での留意点について述べる。

① 本人に会えた場合

i 会えたことを大切にす

ひきこもり事例、とくに暴力を伴う場合、初回の訪問で本人と会って話ができる機会は決して多くはない⁹⁾。援助者と会うだけでも、本人にとっては相当な努力を必要としているかもしれない。まずは、「よく顔を出してくれた」「会えて嬉しい」といった気持ちを伝えることが重要であると思われる。

ii 自己紹介

家庭訪問の場合には、援助者は自分が何者で、何の目的で家庭訪問したのかを伝えることが、とくに重要である⁹⁾。近藤らの調査¹⁰⁾においても、有効な訪問事例では、援助者は自分の身分・立場を正確に伝えている傾向があった。

ただし、本人の現実検討能力が著しく低下している場合や、より強制的な介入が必要とされるような状況では、どのように名乗るべきかを画一的にマニュアル化することは難しいようにも思われ、さらに検討が必要である。

iii 面接の内容・テーマ

10歳から20歳、とくに対象が小学校高学年から中学生年代の場合には、自分の内面に起こっていることを言語化する力がまだ十分に育っていないことも多い。訪問前の情報収集の内容を活用し、毎日の生活の様子や楽しみにしていること、好きな趣味や特技など、本人にとって話しやすく侵襲性の低い話題を取り上げることで、比較的スムーズに面接を進めることができるかもしれない¹¹⁾。

一般に、ひきこもる本人との面接では、多くの援助者が、本人の内面に侵入しすぎてしまう、子どもを傷つけてしまうのではないかとといった不安を抱きやすいことが指摘されている⁹⁾¹⁰⁾。とくに家庭内暴力がある場合には、面接後の暴力的な反応を恐れ、援助者は当たり障りのない面接に終止してしまう傾向がある。その結果、訪問が継続できたとしても、本人が抱えている社会参加への不安や暴力など問題行動については一切触れられないまま経過し、状況には全く変化が生じないこともある。

訪問面接を重ねる中で、いずれは解決すべき課題について話し合えるようになることが目標となるが、こうした事態は、情緒的な交流を回避し、内的にひきこもっている人との面接では常に直面するものである。

iv 本人の様子や部屋の中の様子の把握

家庭訪問においては、家族や本人との面接内容だけでなく、本人の身だしなみや外観、家族とのやりとりの様子、部屋の状態、居住地の環境等もあわせて把握する。とくに、本人が食事や睡眠、清潔の保持などがどのくらいできているのかといったセルフケアの力や、屋内の様子から家族の疲労の程度を確認することは、介入の緊急性を判断するためには重要な項目である。身体的衰弱が激しい場合には、血圧や脈拍などのバイタルサインの確認が必要である。

v 次回訪問の約束

初回訪問では、本人、援助者ともに緊張が高いため、早めに終了する方がよい場合が多いという指摘がある⁹⁾。また、訪問を継続した方がよいと判断した場合には、面接を終了する前に次回訪問の日時を約束しておく、援助の継続性を確保しやすいものと思われる。

②本人には会えなかった場合

i その後の援助について

ひきこもり事例の場合、家族を対象にした訪問を何回か実施した後、初めて本人に会えたという経験をもつ援助者が少なくないようである。訪問前には援助者に会うと約束していても、そのときになると、「やはり会いたくない」と態度を反転させる人もいる。とくに、暴力を伴う事例への訪問では初回から本人に会えることは少ないが、そのような場合でも、「会いたい」というメッセージを家族から伝えてもらったり、家族相談と並行して自宅への訪問を続け、本人の部屋のドア越しに声を掛ける、あるいは本人宛の手紙やメモを残すなどはたらきかけを続けることで暴力が改善することもある¹⁾。また、病院を含めた関係機関とのカンファレンスで方針を検討し、外来受診や入院治療によって状態が改善した事例もあった¹⁾。

ii 家族面接に臨むときの姿勢

本人は直接援助者と会うことは拒む一方で、訪問してきた援助者に対して強い関心を抱いており、援助者が自分の家でどのような振る舞いをするのか、家族とどのような話をしているのか、自分の話すことにどれだけ耳を傾けてくれそうな人なのか、訪問が終わった後に家族はどのような対応をするのかなど、直接顔を合わさなくとも、本人の心の中で援助者に対しての見立てが行われているかもしれない。こうした場合には、本人が同席していなくても、本人の存在を感じ、本人の気持ちを尊重しながら、家族と面接することが大切である。

ただし、外界への関心や現実検討能力が著しく低下している場合などには、こうした配慮はまったく報われないこともあり得る。ひきこもっている本人が訪問をどのように体験しているのかを画一的に判断することはできない。

(4) 初回訪問後のフォロー

①援助の継続性の確保

ひきこもり事例の場合、本人や家族関係が変化するには、ある程度の時間が必要であることが予想される。初回訪問の結果、医療機関への受診が必要と判断された場合でも、実際に医療機関に繋がるまでに相当な援助期間を要することもある。

有効な訪問の頻度については、まだわかっていない。現在の地域保健機関における現状では、長期の関わりが必要な場合には、関係機関と交代で訪問したり、家族の来所・電話相談なども取り入れながら月1回程度の訪問を継続していくことが現実的であると思われるが、週2回程度の訪問が有効であるという印象を述べる援助者もあり、今後、訪問の頻度についても検討が必要である。

②他機関、とくに医療機関に繋ぐ援助

訪問の結果、医療機関や他の相談機関に本人や家族を紹介する必要性が明らかになることがある。他機関への紹介を契機に援助関係が途切れた経験をもつ援助者も多いようであり、慎重な配慮が必要である。所在地や連絡先を伝えるだけで良いのか、先方の担当者との間に入って日時を調整するなどの援助、あるいは初診や初回相談に同行することが必要な場合まで、紹介の際に必要な援助の程度は事例によってさまざまである。紹介した時点で援助の手を離すのではなく、しばらくは本人や家族が次の援助者との信頼関係を築けるよう見守ることが必要な場合も多いように思われる。

とくに医療機関に繋ぐ際には、本人と家族の精神的負担が高いことが予想される。保健所の囁

IV. 行為障害の治療

託医や精神保健福祉センターの医師による相談や往診を活用し、できるだけ無理なく外来治療や入院治療に導入できるよう工夫したい。

③援助者自身へのサポート

家庭訪問が長期に及ぶと、援助者に対する本人や家族の期待や依存が大きくなり、同時に援助者の側にも、「自分がこの人を何とかしてあげなければ」といった万能的な気持ちを抱き、本来家族や本人自身が取り組まなければならないことを援助者が肩代わりし続けてしまうこともある⁴¹⁾。担当援助者がこうした援助関係に気づき、自ら関わり方を調整することは簡単ではない。援助者がひとりで抱え込まずに援助を継続していくためにも、ケア会議や事例検討会、定期的なスーパービジョンを受けられるような研修体制が整えられていることが望ましい。

④家族への支援

10代の子どものひきこもってしまうと、家族、とくに母親にとっては、それまで培ってきた交友関係や地域社会からの繋がりを断たれてしまい、子どもと同様に家族も孤立した状態に陥りやすいことがわかっている¹²⁾。家族内では子どもとの密着した生活が続く、子どもとの生活や子どもを世話することが親自身の生きがいになってしまっている場合などには、そのことが子どもの社会参加の阻害要因になってしまったり、子どもの回復が親の喪失感を引き起こすこともある⁴¹⁾⁴²⁾。

また、地域保健機関で関わる事例には、他の家族員にも身体的、精神的な健康問題を抱えている多問題家族も多く、こうした場合には、子どものひきこもりだけでなく、家族全体を視野に入れて援助を組み立てていく必要がある。ひきこもっている子どもの回復のためには、本人に関わる援助者とは別の援助者や機関が家族を対象とした治療・援助を継続することが望ましい。

引用文献

- 1) 近藤直司、石川信一、境 泉洋、新村順子、田上美千佳:思春期における非社会的行動（ひきこもり）と行為障害の関連に関する研究. 平成 18 年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究（主任研究者：齋藤万比古）、研究報告書
- 2) 原綾子、柏木由美子、新村順子他(2002):保健所における未治療者・治療中断者の精神保健 c 相談の現状. 平成 14 年日本公衆衛生学会抄録集. pp794.
- 3) 小此木啓吾、皆川邦直他編集(1985):精神分析セミナー V 発達とライフサイクルの観点 pp163-168. 岩崎学術出版.
- 4) 塚本千秋(1994):ひきこもりと強迫症状を呈する青年期患者への訪問治療. 精神神経学雑誌 96.pp587-608.
- 5) 近藤直司、岩崎弘子、小林真理子、宮沢久江、藤井康男、宮田量治:ひきこもりの個人精神病理と治療的観点についての研究. 平成 17 年度、厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）思春期・青年期の「ひきこもり」に関する精神医学的研究（主任研究者：井上洋一）、研究報告書
- 6) 植林理一郎(2003):ひきこもりの治療と援助 家族へのアプローチ. 精神医学. 45(3). pp271-277.
- 7) 野中猛(2003):思春期事例に対するケースマネジメントの工夫. 思春期青年期精神医学. 13(1). pp17-25.

- 8) 伊藤順一郎監修ひきこもりに対する地域精神保健活動研究会編(2004)：地域保健におけるひきこもりへの対応ガイドライン. pp68-74. じほう.
- 9) 平山朝子、宮地文子監修(1990)：公衆衛生看護学体系 2 公衆衛生看護学総論 2. pp4-18. 日本看護協会出版会.
- 10) 後藤雅博(2001)：ひきこもりケースへの危機介入. In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp203-212. 金剛出版.
- 11) 近藤直司(2003)：青年期におけるひきこもりの成因と長期化について. 精神医学 45(3). pp235-240.
- 12) 小林清香、野口博文他(2003)：「社会的ひきこもり」を抱える家族に対する実態調査. 精神医学 45. pp749-756.
- 13) 皆川邦直(2001)：固有の思春期までに発症する「ひきこもり」の精神病理と治療：親ガイダンスの重要性を中心に. In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp164-172. 金剛出版.
- 14) 近藤直司(2001)：ひきこもりケースにおける家族状況の分類と援助方針. In：ひきこもりケースの家族援助(近藤直司編著) pp53-65. 金剛出版.

5. 地域連携

a) 市川地区および大分地区における取り組み

国立精神・神経センター国府台病院 宇佐美政英

はじめに

1980年にアメリカ精神医学会における「精神疾患の診断・統計マニュアル第Ⅲ版」1)によって「行為障害」という疾患概念が登場したことで、わが国ではそれまで「非行」として扱ってきた問題が、精神科医療の関与すべき問題となり混乱が生じた。その結果、行為障害だけの診断であっても年少例や、行為障害以外の精神疾患が存在しており、その治療が優先される事例では、精神科医療機関の介入が社会的に求められ、近年では行為障害に至る前にいかに予防するか注目があつまっている(2.4.5.6.7.16)。このような行為障害に対する社会的注目を背景に、我々は平成17年1月から千葉県市川市および大分県大分市・別府市の二地区で複数の専門機関との連携を基盤に行為障害の早期発見・早期介入を目的とした取り組みを開始した。この取り組みは平成16年度厚生労働科学研究「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」にて作成された「対応・連携システムの構築と運営に関するガイドライン」(9.10)に基づく体系化された地域連携システム(以下、対応・連携システムと呼ぶ)の設置および運用である。この対応・連携システムは平成18年1月末日までに市川地区で計13回、大分地区で計7回のケース・マネージメント会議を行い、両地区合わせて37ケースの検討が行われている(表1)。取り扱った事例は放火や銃刀法違反などの触法事例、行為障害と診断が確定する事例や今後行為障害へと展開していく可能性の高い義務教育年代以下の事例などであった。これら事例について地域の専門機関によって医療・福祉・教育・司法による多軸的評価を行い、地域の資源を生かした介入計画の立案を対応・連携システムを通じて行っている。

対応・連携システムの概要

1) 対応・連携システムの目的

対応・連携システムの設置および運用の目的は、問題行動を示す精神障害を抱えた児童思春期事例が、その問題行動のために十分な援助を受けられないといった事態が生じない地域社会の実現と、問題行動を示す事例を抱えた機関が、他機関との連携を取れずに対応困難な状況に至るといった事態が生じない地域社会の実現である。

対応・連携システムの構造

我々が作成した対応・連携システムは①システム事務局、②ケース・マネージメント会議、③各種参加機関の三つのモジュールから構成されている(図1)。

①【システム事務局】

システム全体を統括する中心機関が対応・連携システムを運用する際に必要であると考えており、ここでは対応・連携システム全体のコーディネーター的な役割を持った機関もしくは組織を【システム事務局】と呼ぶことにした。この【システム事務局】はコーディネーター的な役割である事例検討会議の調整役に加えて、システム参加のための窓口機能やシステムの利用法を宣伝する啓発機能も持つことが望ましい。

②【ケース・マネージメント会議】

多専門職種による包括的な評価と、今後の方向性を決めることができる会議の必要性から、対応・連携システムで行う事例検討会議を【ケース・マネージメント会議】と呼ぶ。この【ケース・マネージメント会議】は、問題化している事例の検討を行い、方向性を決定していくこと、各機関の信頼関係を構築する場となる機能を持つことが望ましい。

③【各種専門機関】

対応・連携システムでは【システム事務局】と【ケース・マネージメント会議】の二つに加え、実際に事例に介入する各機関を【各種専門機関】と呼ぶことにした。ガイドラインでは先に述べたアンケート調査から半数以上の現存するシステムで参加が認められた6機関、児童相談所、教育機関、精神保健福祉センター、保健所（保健センターを含む）、警察、医療機関を基本期間とした。ガイドラインでは事例の特性や地域の状況に応じて、この6機関に加えて他の専門機関の参加も推奨している。

2) 対応・連携システムの持つ機能

対応・連携システムには①情報統括機能、②事例検討機能、③処遇検討機能、④早期発見・早期介入機能および啓発機能の4機能がある。

①情報統括機能はシステム事務局が持つ機能で、対応・連携システムを利用する事例に関する情報を統括する機能である。実際には「システム利用を希望する事例に関する情報」、「システム利用中の事例に関する情報」、「システム利用終了後の事例に関する情報」などの情報を事務局が取り扱う。

②事例検討機能および③処遇検討機能はケース・マネージメント会議が持つ機能で、実際にはシステム事務局から提供された事例の情報をもとに、各機関の事例担当者による包括的な評価・検討を行う機能である。さらにケース・マネージメント会議は処遇検討機能を持ち、1. 問題行動に応じた処遇の決定、2. システムに参加する機関の決定、3. システム利用終了、を行う。

④早期発見・早期介入機能および啓発機能については、子どもの心と行動の問題に対する「早期発見・早期介入」を担う地域機能を向上させることに協力するという意味での「研修・啓発機能」をシステムが持つことをガイドラインは推奨している。もちろん、これは前記の3機能に比べると副次的なものであり、各システムの展開に応じて取り組むべきとする。

3) 対応・連携システムの対象児童

対象となる事例は「深刻な問題行動を示し、かつ精神疾患を背景に持つ20歳未満の児童思春期事例のうち、ある1機関だけでは対応困難な事例」としている。深刻な問題行動については、暴力、性犯罪、窃盗、売春、非合法薬物乱用、ひきこもり、不登校、家庭内暴力、リストカット、夜遊び、性的逸脱、大量服薬などを示す。さらにガイドラインでは、“精神障害”とは精神科医療機関以外の各種専門機関が精神疾患あるいは心の病気の関与を疑った状態を想定しており、統合失調症や躁うつ病をはじめとする精神病、重度の神経症性疾患、器質性精神障害などの精神科診断が確定しているものだけを対象とせず、精神障害の診断が困難な事例の病態に関する評価もシステム機能に含むことにしている。このことは早期発見を念頭において定義し、疑いのある児童を対応・連携システムで検討できるように考慮したためである。

4) 対象児童の包括的評価

ガイドラインでは問題行動を、反社会的問題行動（暴力、性犯罪、窃盗、売春、非合法薬物乱用など）、非社会的問題行動（ひきこもり、不登校など）、家庭内限局性問題行動（家庭内におけ

IV. 行為障害の治療

る暴力、暴言、器物破損、家財持ち出しなど）、自己破壊的問題行動（リストカット、夜遊び、性的逸脱、大量服薬など）の4つの群に分類している。これらの問題行動は客観的に観察することができる。そのため多機関連携する際に多職種間で問題を共通理解するには非常に有用である。

しかしながら、これら四つの問題行動の分類だけでは、事例の持つ背景要因や内面的問題を十分に把握することが不十分である。実際、その後の介入にはそうした諸要因のほうがむしろ重要な影響を与えることが多い。たとえば、現在起きている問題行動が背景となる精神疾患の一症状と評価される場合には、その精神疾患に固有の治療を行うことが重要な介入となり、背景に虐待の問題がある際には、児童相談所の介入による子どもの保護が最優先されることになる。そのため、ガイドラインでは問題行動を四群に分類した上で、1. 発達障害（広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、精神遅滞など）、2. 精神障害（統合失調症、躁うつ病、強迫性障害、摂食障害、人格障害など）、3. 虐待など重大な家庭の問題、について存在するか否か、存在するとしたらその内容と深刻度などの評価を行うことを推奨している。

5) 対応・連携システムの運用方法

実際のガイドラインに示した連携システムの構造とその運営については、以下の①・⑥までの流れが対応・連携システムの一連の利用経過となる（図1）。

受理（Acceptance）

困難事例を抱えた機関からのシステム利用の申し込みをシステム事務局が受ける。

評価・介入計画の立案（Evaluation・Planning）

ケース・マネジメント会議にて、各種専門機関と事例の評価および介入計画の立案を行う

介入（Intervention）

介入計画に基づいた各種専門機関による介入を行う。

追跡（Follow-up）

各機関による介入経過を事務局が追跡して、その情報を一括管理する。

評価・介入計画の立案（Evaluation・Planning）

その情報を元にケース・マネジメント会議にて介入状況の評価を行う。

終了（Termination）

ここまでの【システム事務局】→【ケース・マネジメント会議】→【各種専門機関】→再び【システム事務局】へという流れが、本システム利用時の基本的な流れとなる。最後にケース・マネジメント会議にてシステム利用の必要性がないと判断された場合には終了に至る。

両地区で取り扱った事例の特徴

平成17年1月に第1回運営委員会およびケース・マネジメント会議が行われ、平成18年1月末日までに市川地区で計13回、大分地区で計7回のケース・マネジメント会議が行われた。両地区合わせて計35ケースをケース・マネジメント会議で取り扱った。対応困難な事例を対応・連携システムに提示した機関は全体の46%が教育機関であった。このことは問題となる児童と最も身近に接する学校などの教育機関との連携が、地域での問題事例の早期発見および専門機関による早期介入に重要であることを示している。そのため学校現場との連携を密にできる市町村区単位で対応・連携システムを運用することが、機能的な連携には重要である。次に取り扱った事例の問題行動の種類と背景要因であるが、反社会的問題行動を全体の46%に認め、その内容としては、放火、銃刀法違反、窃盗、詐欺、暴行、万引きなどであった。また、これら事例の背景要因として反社会的問題行動を認

めた事例のうち87%は発達障害や精神疾患、もしくは虐待などの重大な家庭の問題を明らかに認めた。このことは各種専門機関が問題行動だけに捕らわれずに、発達障害を含む精神疾患や養育環境など背景要因を含めた包括的な評価を対応・連携システムを利用して行う必要があると示しており、我々はそのような多軸的な評価に沿った専門的な介入によって、関与している専門機関が行動上の問題だけに表面的に対応するのではなく、子どもが本当にかかえる問題に取り組む機会を与え、結果として問題行動の改善に繋がっていくと考えている。また、本システムの参加者に対するアンケート調査から、対応・連携システムに参加した利点として「医療的な評価・意見が聞けた」という意見を最も多く認め、地域の専門機関から児童思春期精神医学的評価、特に発達障害に関する評価・介入へのニーズが高いと考えられる。

対応・連携システムの利点

地域に対応・連携システムを設置して各種専門機関と共にケース・マネジメント会議を行うことは、システム参加者を対象としたアンケート調査において「今後の方針が決定できた・見通しが立った」、「各機関の担当者顔見知りになれた」という意見を多く認めたことから、対応・連携システムの設置に関して以下に述べるような臨床的な利点があると考えている。

- ①ケース・マネジメント会議を通じて多機関・多職種によって子どもを多軸的に評価することが可能となること。
- ②ケース・マネジメント会議を通じて各機関の機能の特徴をお互いに理解しあい、「顔の見える連携ネットワーク」を地域に浸透させる契機となること。
- ③各機関が持つ資源／特徴を活用することすることで、単一機関だけでは対応困難な子どもの医療・福祉・教育などの多軸的な評価を可能とし、地域の資源を生かした援助が可能となること。
- ④対応・連携システムによって教育機関との密な連携を形成し、教育現場で対応が困難で、その背景に発達障害や精神疾患が疑われる事例の早期発見と早期介入を可能にすること。
- ⑤これらの取り組みが今後行為障害や反社会性人格障害が規定するような重大な問題行動に達する前の予防に繋がっていくこと。

ここでは⑤の行為障害の予防について若干の説明を加えておきたい。現在ではDBD マーチ 11) 概念を中心に注意欠陥/多動性障害などの子ども自身の要因と虐待などの環境要因が成長と共に相互作用し、行為障害や反社会性人格障害へと至る可能性が指摘されている。このような指摘に加えて未だ有効な治療手段が確立されていない行為障害診療の現状から、現在では行為障害の行動様式に至る前の「予防」が重要であるといわれている(2.4.5.6.7)。わが国でも児童相談所などの地域の専門機関同士が連携して援助を行うことが行為障害の予防には重要であると幾つかの文献で指摘されている(8.10.15)。そのような指摘を踏まえて、我々が試行的に行ってきた「対応・連携システム」は一機関だけでは対応困難で、かつ精神障害を背景に持つ事例に適切な援助を提供する目的で専門的医療機関が一定規模の地域内の特性を異にする複数の専門機関と連携して対応することを可能にする点で、行為障害の予防的活動には非常に有用な取り組みであると考えている。実際に対応・連携システムを設置することによって教育現場で問題行動を認める児童を事例として取り上げ、必要に応じて医療機関を主な介入機関に変更するなど、早期の専門的な介入を導入することに成功しており、対応・連携システムは行為障害へと展開していく可能性がある児童に対する予防的介入を可能にすると考えている。

今後の課題

対応・連携システムの設置および運用に関しては幾つかの課題が残っている。まず、対応・連携システムへの専門的医療機関の参加についてである。我々が行ったアンケート調査からも地域の専門機関から発達障害や年少事例への医療的評価および介入のニーズの高さが明らかとなり、専門的な医療機関の対応・連携システムへの参加は必須である。しかしながら、わが国では児童思春期専用の精神科病棟を持つ病院が少なく、そのため問題事例の相談を受けた地域の専門機関は、連携すべき児童思春期精神医療の専門機関のない治療・援助・保護を行わざるを得ず、しばしば対応に苦慮している現状がある⁹⁾ それでも大分地区での取り組みが示しているように精神科医療機関が積極的に児童思春期事例へ取り組む姿勢があればシステムの運用は可能である。このような理由から、今後対応・連携システムを全国に設置していくことを目指すのならば、児童思春期事例を積極的に取り扱っている精神科医療機関のある市町村区から設置していくことが、地域の専門機関からの期待に応えるためにも重要であると考えている。

もう一つの課題としては予防的取り組みに対しての有効性を検討していくことである。そのためにも今後数年にわたって対応・連携システムの運用を行い、そこで取り扱った事例の経過をフォローしていく必要があるだろう。ただし、我々の運用経験から参加機関に公的機関が多いと、年度が変わると各機関の担当者も変わってしまい、その都度「顔の見える連携ネットワーク」作りを行わなくてはならなかった。そのため、「人の繋がり」に依存しないような地域に浸透した対応・連携システムの運用を行っていくことを常に心がけて、各種専門機関への対応・連携システムに関する啓発活動を行っていく必要があると考えている。

結 語

我々が試行的に取り組んでいる地域の専門機関による対応・連携システムを紹介した。このシステムは重大な問題行動をかかえ、なおかつ精神障害も認める児童思春期事例が、その問題行動のために十分な援助を受けられないといった事態に対して、他職種機関による医療・福祉・教育・司法など多角的な評価を行い、地域機関による専門的な介入を実現することを各地域に可能にすると考えている。このような取り組みが未だ有効な治療手段が確立していない行為障害に対して、発症以前の段階で早期に発見し、そして治療的介入が開始され行為障害の予防へと繋がっていくものと期待している。そのためにも児童思春期の問題事例に最も早く接することになる教育機関と、地域の各専門機関から医学的評価・介入を求められていることから児童思春期事例の専門的治療が可能な医療機関との連携が、重大な問題へと展開する以前の段階での発見と専門的な介入には非常に重要である。今後、そのような対応・連携システムが全国に普及し、重大な行動の問題を持つ児童への予防的介入が積極的にできる社会を望んでいる。

図1 対応・連携システムの構図と運用の流れ

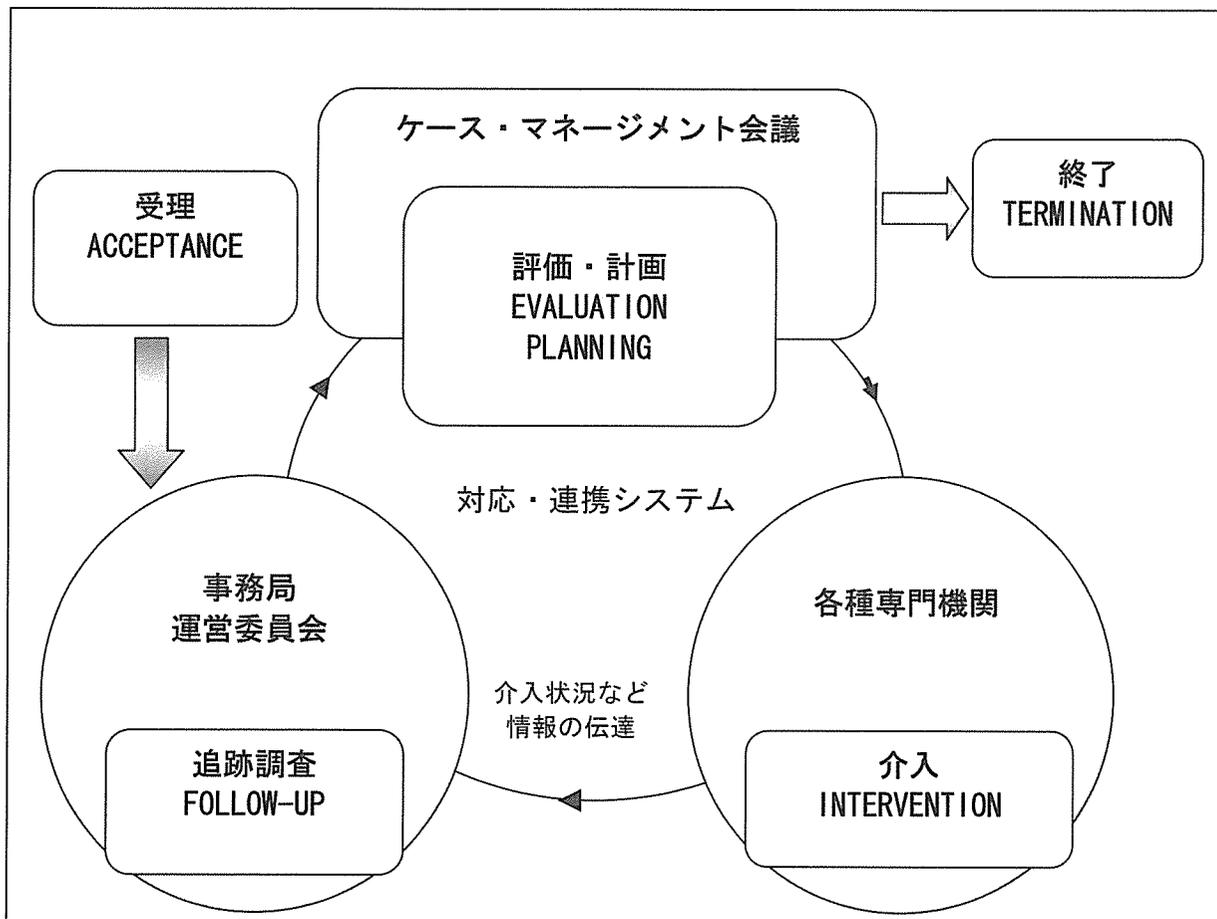


表1 運営地域と参加機関

	市川モデル	大分・別府モデル
地域	千葉県市川市	大分県大分市・別府市
人口	市川市 46 万人(H15)	大分市約 42 万人(H8) 別府市約 12 万人(H16)
参加機関	国立精神・神経センター国府台病院（事務局） 国立精神・神経センター精神保健研究所 市川児童相談所 市川市教育センター 市川市立国府台小学校 市川市立下貝塚中学校 市川健康福祉センター（市川保健所） 市川市健康福祉局子ども部および健康部 市川市福祉事務所 警察本部生活安全部少年課 市川警察 千葉県地域中核支援センター 千葉県精神保健福祉センター（オブザーバー施設）	大分県精神保健福祉センター（事務局） 大分県中央児童相談所 大分県警察本部少年課大分っ子フレンドリーサポートセンター 大分県教育センター 大分大学医学部脳・神経機能統御講座 医療法人山本記念会山本病院 大分家庭裁判所（オブザーバー機関） 国立精神・神経センター国府台病院 国立精神・神経センター精神保健研究所
開催数	12 回	7 回
事例数	20 事例	15 事例

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third ed, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1995 (高橋三郎ほか訳: DSM-III 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院、東京、1995)
- 2) Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 Nov;41(11):1275-93. Review.
- 3) J.M.Eddy 著、藤生英行訳: 行為障害 キレル子の診断と治療・指導・処遇、金子書房、東京、2002
- 4) Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 Dec;39(12):1468-84. Review.
- 5) Moffitt, T.E.: Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: 10-year research review and a research agenda, Lahe, B., <Moffitt, T.E., Caspi, A, ed.; Causes of conduct disorder and juvenile delinquency, The Guilford Press, New York, 2003
- 6) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Oct;36(10 Suppl):122S-39S
- 7) 上林靖子、齊藤万比古、北道子: 注意欠陥/多動性障害 AD/HD の診断・治療ガイドライン, じほう, 2003
- 8) 後藤恵: 児童虐待と暴力: 被虐待児のための機関連携と地域におけるネットワークの構築; 病院・地域精神医学 47 巻 4 号 442-447
- 9) 齊藤万比古: 児童・思春期における行為障害等の問題行動に対する地域の対応・連携システムについて: こころの臨床ア・ラ・カルト (0288-0512) 23 巻 4 号、427-432 (2004.12)
- 10) 齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生、小平雅基、渡部京太、佐藤至子、入砂文月、秋山三左子: 行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに対応する地域連携システムの設置・運用に関する検討: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成 16 年度報告書
- 11) 齊藤万比古、原田謙: 反抗挑戦性障害、精神科治療学 14(2):153-159, 1999
- 12) 澤田真仁: 児童虐待防止市町村ネットワークにおける取り組みと課題: 子どもの虐待とネグレクト (1345-1839) 6 巻 1 号 110-116
- 13) 精神疾患を背景にもつ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究 主任研究者齊藤万比古, 平成 13?15 年度 総合研究報告書
- 14) 反町吉秀、安達美佐、岩崎麻以他: 子どもの虐待予防における地域ケアシステムの構築に向けて 関係機関への調査より: 保健医療科学 (1347-6459) 53 巻 1 号 74-79
- 15) 富田拓: 思春期のこころと体 II . 思春期におこりやすい問題とその対応 思春期の非行・行為障害: 小児科診療 2005 年 . 第 68 巻 6 号 1057-1064
- 16) 二宮恒夫: 思春期のこころの体、IV 思春期保健、思春期のこころの問題へのネットワーク対応; 小児科診療 2005 (6) 14、1115-1120

b) 岡山地区における取り組み

岡山県立岡山病院 伏見真里子・来住由樹

行為障害は、併存精神疾患、発達課題、教育から司法にいたる問題を包含していることなどにより、単独機関での援助や治療は困難であり、児童思春期のメンタルヘルスの問題との視点から、機関を横断して治療構造を組み立てることが不可欠である。

行動上の問題をもつ児童や青年への援助のあり方は、以前から議論され多くの試みがなされてきた。しかしそのあり方は、教育、児童福祉、司法、医療、保健といったそれぞれの枠内での援助が行われており、関係機関を横断した適切な援助は困難であった。それぞれの機関は独自のネットワーク会議を組織しており、例えば児童相談所は「事例検討会議」、保健所は「地域調整会議」、市教育委員会は「生徒指導地域支援ネットワーク会議」を運用していたが、これらの場合、あくまでも主たる援助機関は主催機関であることが多く、他の機関も主たる機関として協同して関与することにはなりにくい。また公式の連携だけでなく、日頃からの事例の共有は家庭裁判所、少年鑑別所、警察など司法機関、児童福祉施設とも行われている。

医療機関においても、当事者への効果的な援助と医療を行うための枠組み作りの立場からも、当事者を援助する他の機関との連携と協働は、事例ごとに検討され、医療機関を主機関としてネットワークが形成されることもある。また医療機関においても、職種を横断したチーム形成をして治療に取り組むことを試みている。

しかしそのようなアプローチを組み立てるなかでも治療に行き詰まり、当事者の問題行動に歯止めはかからず、援助機関は追い詰められ孤立感をもつにいたることが、特に行為上の問題を有する事例において生じることが多い。

このようななかで、思春期精神保健ケースマネジメント事業は、モデル事業として平成13年度以降、複数の都道府県で施行され、岡山県では同年度から現在まで事業を継続している。岡山県では、事務局を岡山県精神保健福祉センターにおき実施されている。その特長は、ケース会議の主催のみならず、各関係機関の支援活動を事務局でマネジメントすることと、事務局の上部機関として評価検討委員会をもつことである。評価検討委員会は医療、保健、福祉、教育、警察等の関係機関の長を中心に、識者として医師、弁護士、臨床心理士を加えた計15名（図2）で構成されている。評価検討委員会の主な役割は事務局のスーパーバイズをすることと、各機関に直接働きかけができる利点を活用して支援活動を強力にバックアップすることである。各機関の長が事例に関与するため、各機関は当事者の一員に組み込まれ、他人ごとではない援助体制が構築されることにつながる。本事業では、単独機関では援助が困難となっている事例を、事務局に登録申請をおこない、事務局での受理会議と評価検討委員会での検討をへて、事務局主導で援助チームが編成され、支援活動の協働が開始される。（図1）

事業は、「精神保健にかかわる問題を抱え、複合的なニーズをもつ、概ね20才未満の人」を対象として運用され、必ずしも行為上の問題を有する事例のみを対象とするものではなかったが、運用を開始すると、行為上の問題を有する事例が殆んどであった。

平成13～15年度までの3年間のキャッチメントエリアを岡山市とし、平成16年～18年度までは岡山県とした。件数は20事例で、うち行為上の問題を有することが課題となっているものは12件であった。精神科診断は、広汎性発達障害13事例、解離性障害（被虐待）4事例、精神遅滞（被虐待）1事例、その他2事例であった

多くの事例で一定の効果を上げ、マネジメント機能の終結にまで至っているものの、一方で生活基盤への介入を継続する必要がある事例は長期化し、施設支援と移行している。事務局と評価会議との機能の活性持続が課題である。

なお事務局へケースマネジメントを登録申請した機関は、医療機関が最も多かった。支援活動に参加した機関は実 48 機関であった。

1. 岡山版・思春期ケースマネジメントとは

思春期年代にある当事者の成長発達の支援を、総合的に複数機関で協働して行う手法である。当事者のニーズと多面的なアセスメントに基づいて本質的なニーズを把握して、それに基づいた支援を各機関の特性を生かして実施する。支援は機関紹介の形でなく、同時並列的に関与する。

本手法は事務局の働きが重要である。複数機関が協働する場合、それぞれの機関独自の視点や理念、社会的役割や対応方法の違いがあり困難を伴うことが少なくない。この問題を少しでも解消するために協働のとりまとめや後押しをする事務局が必要である。また、協働の中核である事務局が、協働により得られたノウハウを蓄積してその後に生かしていくことも必要である。

2. 本事業の基本理念と目的

①対当事者

基本理念の一つに発達支援があげられる。発達障害の有無にかかわらず、成長・発達期にある当事者の「ニーズや状況に応じた自立・社会参加・自己実現」＝「育つこと」の支援を行う

②対関係機関

単なる情報交換ネットワークを越えた協働をめざす。関係機関の協働のモチベーションを高め支援の機能を良くする事が目的である。そのため事務局は関係機関担当者を対象にケースワーク的な動きや、時にはカウンセリング、システムアプローチ的な活動をする。

3. 対象

①当事者

主に精神保健にかかわる問題を抱え、複合的なニーズをもつ、概ね 20 才未満の人。

②関係機関

現状ではケースへの対応が困難になった機関と支援活動のために必要とされた機関。

4. 手法（図 1 参照）

①登録

それまでの方法ではケースへの対応が困難となった機関が事務局へケースマネジメントの登録をする。事務局は受理会議をし、必要に応じて評価検討委員会にかけて受理するか否かを決定する。ケースマネジメントが不適当なケースもあるので、その場合は申し出機関へ助言を行う。

②ニーズの確認

事例を受理したら、申し出機関と事務局がニーズ確認のための家庭訪問を行う。多機関連携についての了解はここで得ておく。

③支援活動チームの編成

現に事例に関わっている機関と今後必要とされる機関に事務局から支援活動への参加を要請し支援活動チームを編成する。支援活動チームは事例の直接担当者で、事例ごとに編成される。

④アセスメント会議

支援活動チームメンバーでアセスメントのための会議を行う。アセスメントは社会診断、心理診断、発達診断、医学診断など、多角的に各機関の視点や見立てを出し合って共有する。アセ

IV. 行為障害の治療

メント結果にもとづいて、支援活動計画をたてる。

⑤支援活動

支援活動計画に基づいて支援を実施する。事務局は各機関の動きを常時把握し、適宜介入を行う。

⑥モニタリング会議

支援活動の実施状況や効果を確認し、また協働のモチベーションを高め維持するためにモニタリング会議を行う。

⑦支援活動チームの解散

当面の課題が達成されるなどして支援活動の必要がなくなったときや、単独機関での対応が可能となったとき、なんらかの理由で支援活動チームが存続できなくなるなど、ケースマネジメントの必要がなくなったときは支援活動チームを解散する。

本事業は当初、ケースマネジメント機能をもたない民間の医療機関からの登録申請が多いと予測されたが、事業内容の普及とともに児童相談所などマネジメント機能をもつ機関からの申請が増えた。これは、取り扱える年齢や障害等について各機関に制度上の限界があり、他分野との協働には困難が伴っていたこと、また本事業の主対象が既存の制度の狭間にあつたためであると思われる。また、一度支援活動チームとして協働したメンバーや機関からは、その後もケースマネジメントの登録が多かった。それは、担当者個人の抱え込みや孤立を防止し、関係機関と親しい顔のつながりができるなど、本事業と本手法の有用性が共有されたためと考えられた。

事例ごとに援助（治療）チームの編成は異なるが、必要な援助の内容から、事例ごとにより有効なチーム構成を能力が事務局には求められた。（図3）