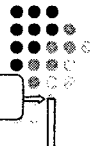
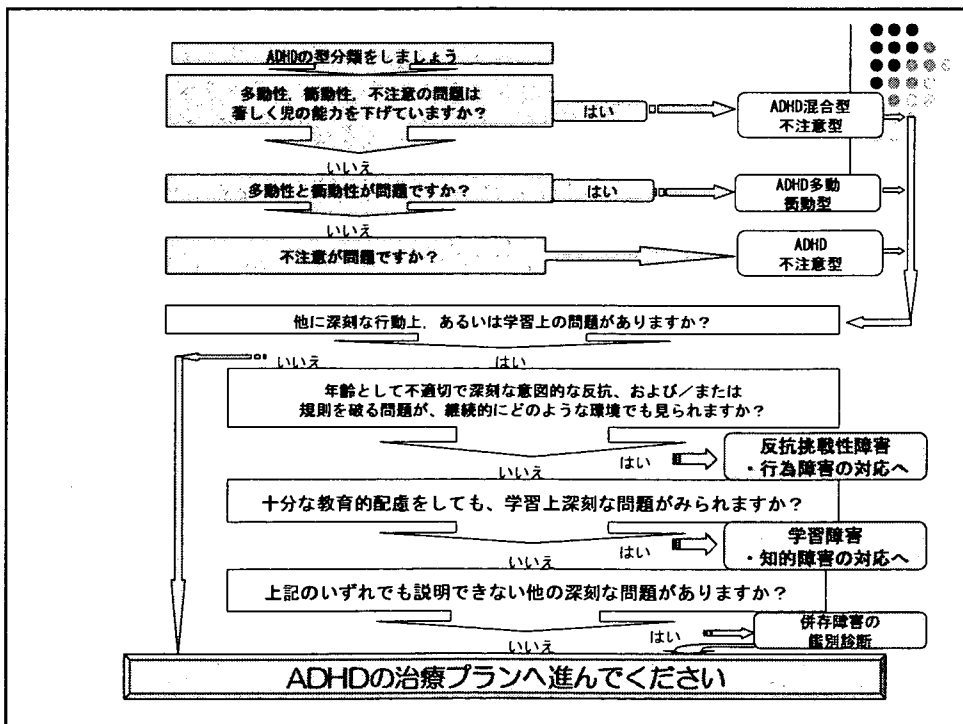
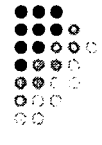
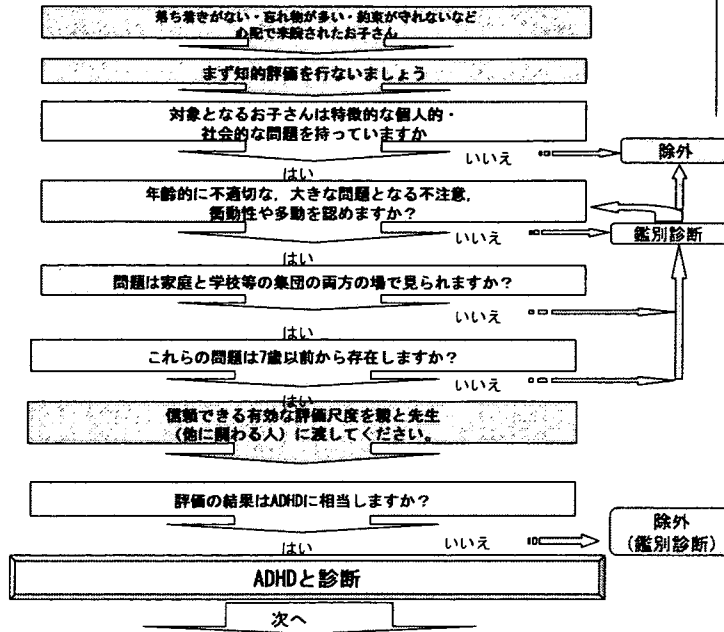
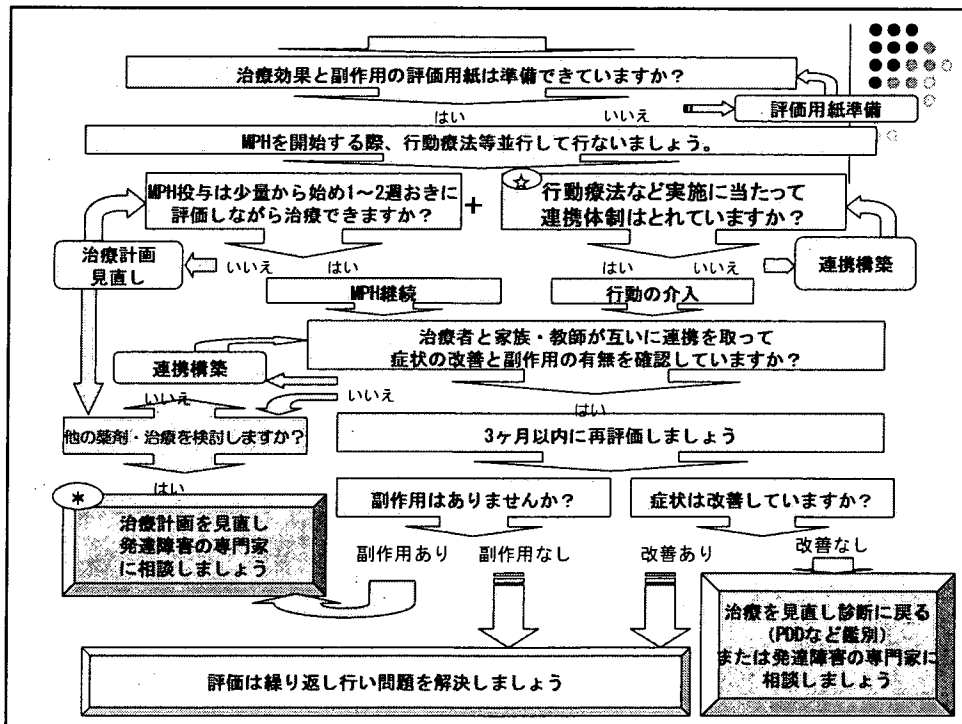
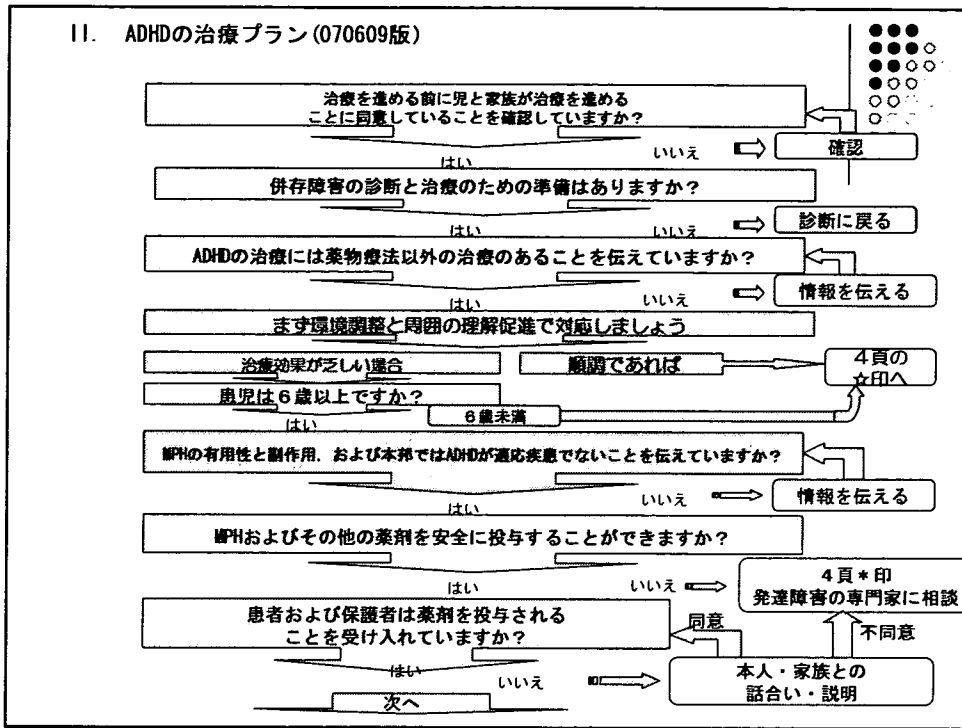


小児科における注意欠陥／多動性障害に対する診断治療ガイドライン
 1. 診断のアルゴリズム (070609版)



II. ADHDの治療プラン(070609版)



児童精神科との連携

国立精神神経センター-国府台病院 齊藤万比古、渡部京太 他

子どものADHDの展開—外在化障害と内在化障害—

- 幼児期および学童期に適切な治療・援助を受けることで、多くの場合、良好な社会適応が可能になる。
 - 一方社会適応がうまくいかない子どもも存在する。
 - (1) 「外在化障害の展開」
 - =攻撃性や他の衝動をめぐる葛藤が心の外側に向かって表現される傾向が強い場合
 - =ADHDの少なからぬ数がODDに展開し、その大半は援助とともに回復していくが、一部は複数の種類の非行を繰り返すCDに展開する。
 - =CDに展開したごく一部が反社会性人格障害に展開する。
- ⇒「破壊性行動障害 (DBDマーチ；齊藤ら)」

(2) 「ADHDの内在化障害の展開 (齊藤ら)」

- 攻撃性が自己を傷つける方向へと向かう、あるいは葛藤が内なる心的苦痛として体験される方向に深刻化していく展開。
- ⇒受動的攻撃的な反抗的心性が優勢な不安障害や気分障害となって遷延化する可能性がある。
 - ⇒一部は依存的で社会に出て行こうとしない非社会的傾向を強く持った依存性人格障害や回避性人格障害、家族にしがみつき家族を支配しようとする空虚感の強い境界性人格障害、社会的な活動をせず、不従順によって親を苛立たせ続ける受動攻撃性人格障害などに展開していく。
- ⇒『二次性併存障害』

ADHDと虐待 (第四の発達障害)

- ADHDの状態像≡虐待を受けた子どもの症状
児童虐待はADHDの子どもの際に検討すべき重要な問題である。
- 児童精神科を受診するADHDの子どものは、行動の問題や不安、抑うつを示し学校や家庭での適応がひどくなり、また複雑な家庭環境や不適切な養育状況の家庭で育っている場合が少なくない。
- 小児科と児童精神科の連携が必要となるのは、
 - (1) 著しい多動や衝動性を示すADHD
 - (2) 行動の問題や不安、抑うつなどの『二次性併存障害』を示したADHD
 - (3) 不適切な養育状況の家庭で育ってきたADHD

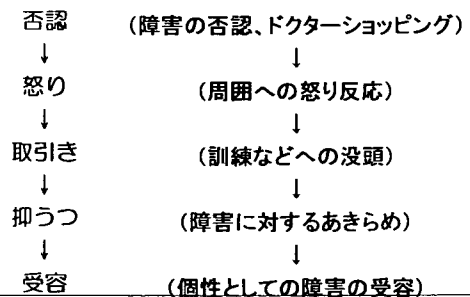
Methylphenidateを処方する場合

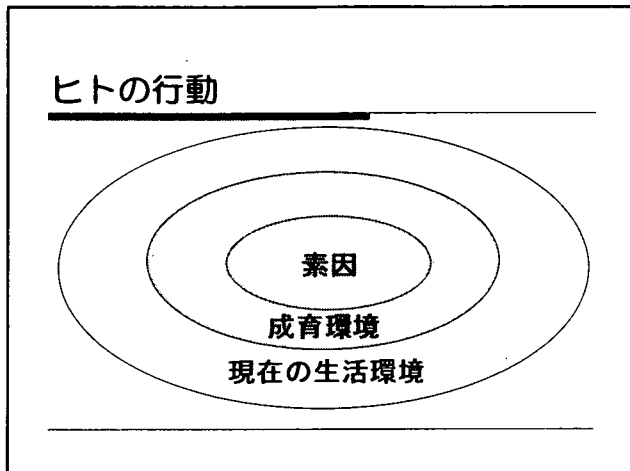
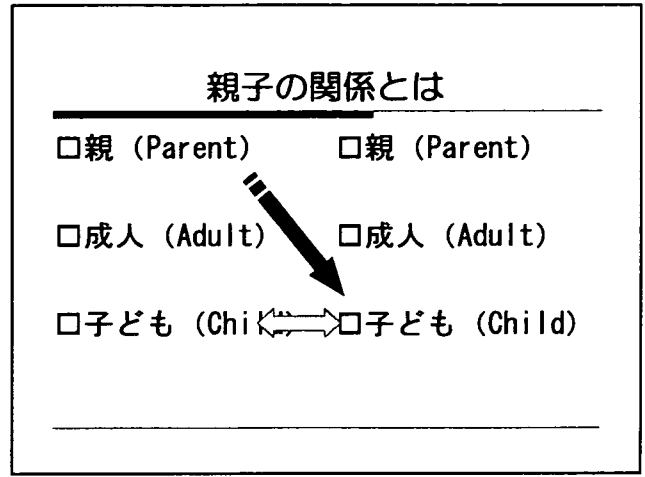
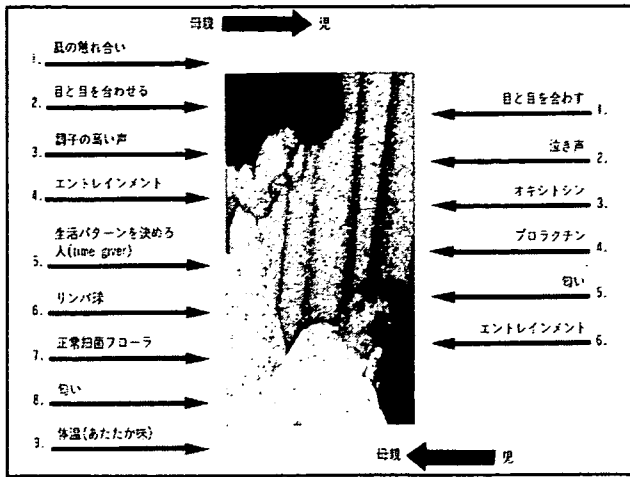
1. MPHを処方されたADHDの子どもが、処方されたMPHを乱用したり、後にMPHを好んで乱用ようになることを証拠立てるデータは少ない。
2. MPHでの治療がうまくいった子どもは後になってもMPHを使用することは少ないことが示唆されている。
3. ADHDの子どもにMPHを投与する時には、
 - (1) 医師は常に乱用の可能性を評価する視点を持っていないといけない。
 - (2) 子ども自身や保護者による薬効の評価を過大視しない。
 - (3) 薬物乱用の家族歴の有無などを確認し家族機能について評価する。
 - (4) 保護者や学校の教師に評価尺度の記入を依頼し、薬物療法の効果を評価することに注意を払う必要がある。

発達障害とは

- 「社会」が存在することで規定される概念
 - そのこと自体は疾病とみなされるものではない
 - 一般的な発達を示す子どもに比べて
社会の中で様々な心理的・行動的問題を生じやすいリスクがある
- ⇒社会の理解と配慮を必要とする「個性」

キューブラー・ロスの死の受容、障害受容の5段階 (杉山登志郎著；発達障害の豊かな世界より)





「怒る」と「叱る」の違い (小枝達也)

子育てのコツ

「二つ叱って、三つほめ、
五つ教えてよき人にせよ」

「しつけ」とは？

母原病?? 育て方が悪い??
親学とは??

躰

美しい「身」(すがた)を見せる

連携とは (田中康雄)

関係者同士が

- * 支えあい
- * 認めあい
- * 赦しあう

状況作り

～講師紹介～

宮島 祐

1953年 静岡県生まれ

1978年 東京医科大学卒業

現在 東京医科大学病院小児科講師

専門医 日本小児科学会専門医・小児神経科専門医・日本てんかん学会臨床専門医

著書 小児科医のため注意欠陥/多動性障害の診断治療ガイドライン

(中央法規出版より 2007年9月末発刊)

厚生労働科学研究費補助金…小児疾患臨床研究事業「小児科における注意欠陥/多動性障害に対する診断治療ガイドライン作成に関する研究」主任研究者 など

役員等 日本小児神経学会評議員、日本小児精神神経学会事務局担当理事 など

虐待への具体的対応「子どもの虐待」

坂井医院院長

子どもの虐待防止センター理事長 坂井 聖二

1. 「子どもの虐待」を理解するための基本的な情報を提供することを第一の目的とします。
2. 「子どもの虐待」は、福祉（援助、介入）、医療（予防、診断、治療）、司法（民事、刑事）などの実践的側面と、社会学（家族論、ジェンダー、文化論）、経済学（貧困、格差）、歴史学、倫理学などの基礎的学問の領域を包含するテーマです。
3. このテーマは、「家族とは何か」「親とは何か」「理想的な育児とは何か」「暴力とは何か」「支配とは何か」「生きる意味は何か」などという大きなテーマに流れ着きます。そこには、単純な「正解」が簡単に見つけることができない、「人間が抱えている重大な課題」が横たわっています。
4. ですから、私が話すことが「唯一の正解」とは考えずに、あくまで、「現場からの報告」として受け取っていただきたいと思います。

診療所のための虐待対応総論

診療所のための虐待対応総論

虐待は家族からのSOS

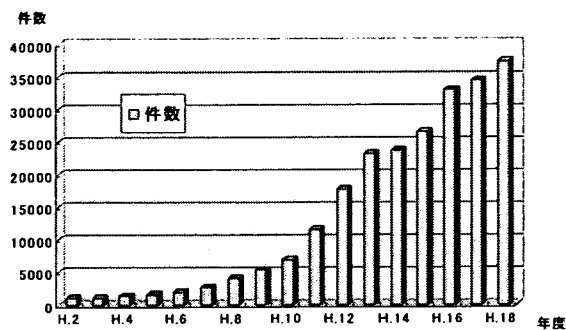
…家族機能不全としての虐待…

今何が起きているのか

週に一人の割合で、虐待により
子どもが死亡している

(平成12年11月20日～平成16年12月31日
に発生した202件の分析結果より)

児童虐待相談処理件数



平成17年度に全国の市町村で
受けた児童虐待の相談件数

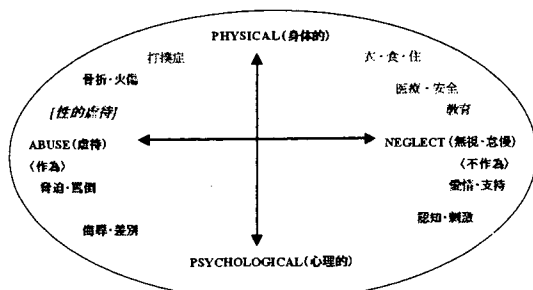
38,183件

子どもの虐待をどう捉えるか

子どもの虐待の本質

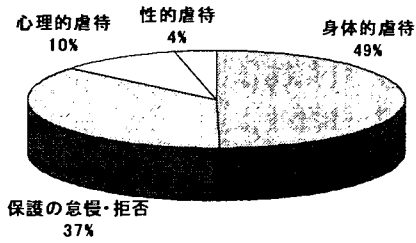
- 家族機能不全の表れ。
- 加害者の意志に関わらず、子どもの健康と安全が危機的状況にあること。
- 子どもの親に対する、心理的、身体的、経済的依存状態の中で発生する。
- 加害者に懲罰を与えるためではなく、家族を援助するためのキーワード。

子どもの虐待(Maltreatment)のスペクトル

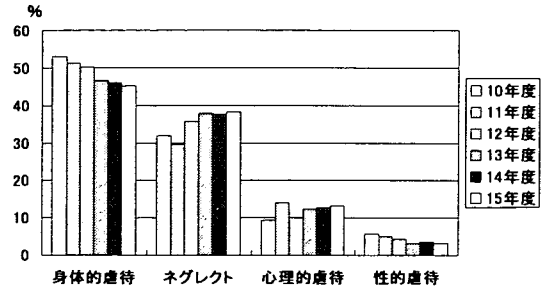


虐待におけるネグレクトの重要性

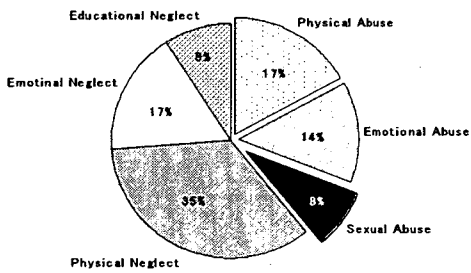
内容別相談件数



全国児童相談所における虐待の相談種別構成割合



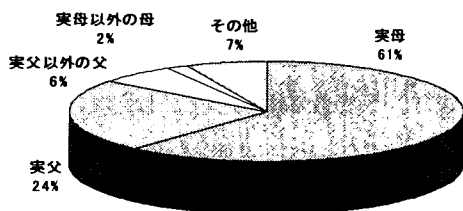
(平成10年度～15年度厚生労働省社会福祉行政業務報告)



Incidence of Maltreatment in the U.S.(1993 data)

家族機能不全としての 子どもの虐待

主な虐待者

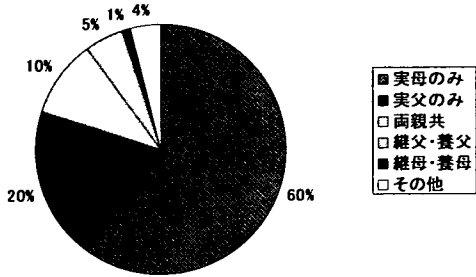


- 問題の存在を否認し、
- 援助を拒否し、
- 援助者を遠ざけ、
- 援助者に攻撃的にさえる家族こそ

真に援助を必要としている家族である。

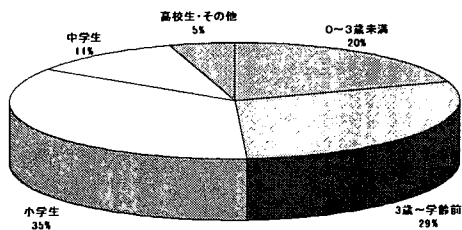
虐待者の種類

平成10年度～15年度厚生労働省社会福祉行政業務報告から概算

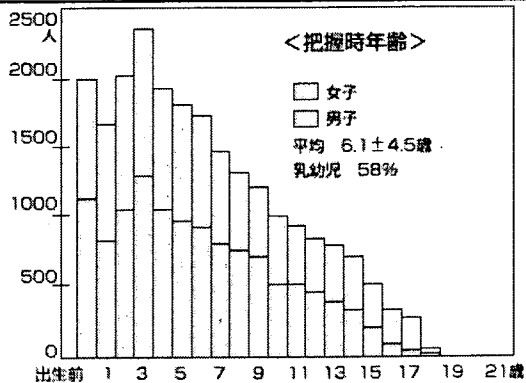
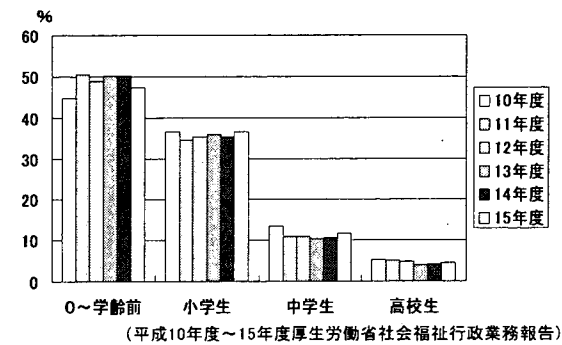


虐待環境を生き延びた子どもたち

被虐待児童の年齢構成



全国児童相談所での虐待相談における被虐待者の年齢別構成割合2



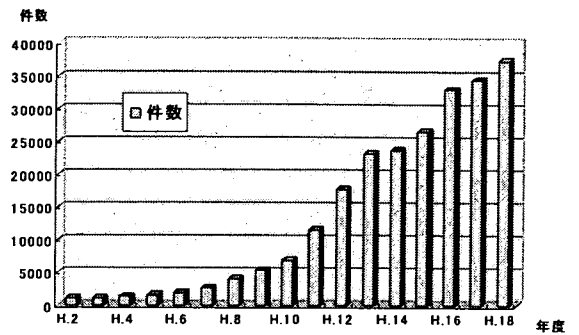
虐待を把握した年齢

(平成12, 13年度厚生科学研究・主任研究者:小林登)

子どもの虐待は
小児期の重大な疾患である

- 発生数の多さと急増.
- 致命的ケースの存在.
- 影響の深刻さ.

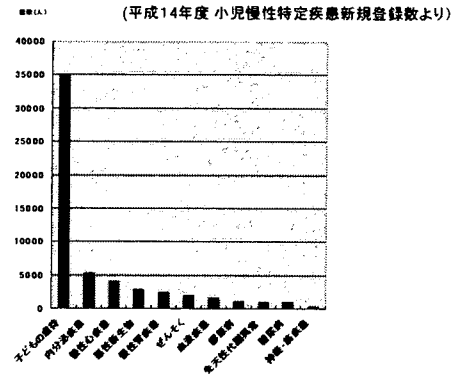
児童虐待相談処理件数



疾病別新規患者総数 (平成14年度 小児慢性特定疾患新規登録数より)

子どもの虐待:	35,000人
内分泌疾患:	5,328人
慢性心疾患:	4,031人
悪性新生物:	2,821人
慢性腎疾患:	2,408人
ぜんそく:	1,933人
血液疾患:	1,602人
膠原病:	1,117人
先天代謝異常:	970人
糖尿病:	937人
神経・筋疾患:	323人

疾病別新規患者総数 (平成14年度 小児慢性特定疾患新規登録数より)



虐待が子どもに与える影響

- 死亡.
- 知的発達障害、ADHD様、アスペルガー症候群様.
- 身体的障害(肢体不自由、視覚障害、重複障害).
- 反社会的行動: 非行、犯罪.
非社会的存在: 極端な学力不足、不安定な就労.
- 精神障害: 統合失調症、対人関係に問題を擁する様々な精神障害、人格障害、アルコール・薬物依存、摂食障害、自殺願望、リストカット、それらに起因する対人関係上の問題(不適切な配偶者選択、性的問題、攻撃的行動、DV、など).
- 子どもの虐待の世代間連鎖.

- 子どもの虐待は急増し、虐待された子どもたちへの援助は停滞し、家族への支援も極めて不十分なまま放置されている。
- それどころか、虐待された子どもの多くが何の援助も受けられずに行政機関によってネグレクトされることもまれではない。
- 支援システムが十分に機能していない状況下で、事態は急速に悪化の一途をたどっている。

- 子どもたちは親から虐待されるだけではない。自分たちを救い出す法的、倫理的義務を負っている専門家からネグレクトされている。彼らは二重に虐待されていることになる。
- 私たちは子どもたちにとっていつでも「加害者」になる可能性があることを忘れてはならない。

何が問題なのか

- 子どもの虐待に対する医師の認識の低さ。
- 医学的診断・治療の専門性が確立していない。
- 性的虐待への専門的対応システムの不在。
- 幼稚園・学校の閉鎖性。
- 子どもと家族へのケアと治療の資源の不足。
- 保護所と施設の絶対的不足と質の低さ。
- 強制的な権限が児童相談所だけに集中している。

児童相談所だけがもつ法的権限

- 親の同意なしの子どもの保護。
(児童福祉法第33条)
 - 立ち入り調査、質問権。
(児福祉法第29条、児童虐待防止法第9条)
 - 親の同意なしに子どもを施設に措置する裁判をおこす。
(児童福祉法第28条)
 - 親権剥奪の裁判をおこす。
(児童福祉法第33条の6、児童虐待防止法第15条)
- (注: 検察官及び親族もこの権限を持っている: 民法第834条)

児童相談所の問題点

- 児童相談所職員の絶対的不足。
(児童一人に児童福祉司一人)
- 児童相談所の不十分な専門性。
- 地域の諸機関とネットワークを組まず、単独行動を取ることが多い。

児相センター 地域の指標 (平成17年1月1日現在)

児相センター管轄地域

千代田区、中央区、港区、
新宿区、文京区、台東区、
渋谷区、豊島区、練馬区、
島部(大島、利島、新島、
神津島、三宅島、御蔵島、
八丈島、青ヶ島、小笠原島)

児相センター管轄地域における統計

- 総人口 : 2,079,855人.
- 児童人口: 266,231人.
- 児童福祉司: 23人.

1人/90,428人(総人口)
1人/11,575人(児童人口)

- 千代田区: 42,968人/5,790人.
- 中央区 : 93,791人/12,013人.
- 港区 : 170,971人/20,243人.
- 新宿区 : 273,596人/28,869人.
- 文京区 : 177,843人/21,997人.
- 台東区 : 158,531人/18,076人.
- 渋谷区 : 194,891人/19,811人.
- 豊島区 : 235,357人/24,368人.
- 練馬区 : 672,251人/105,733人.
- 島部 : 29,828人/4,647人.

教育・福祉機関等

- 保育所 : 295.
- 幼稚園 : 247.
- 小学校 : 284.
- 中学校 : 210.
- 高等学校: 144.
- 養護学校: 11.
- 児童館 : 125.
- 保健所 : 32.
- 教育相談所: 15.
- 福祉事務所: 20.

計: 1383
1/192.5人(児童)

- 民生児童委員: 1,995人.
- 主任児童委員: 155人.

計: 2,150人
: 1人/123.8人(児童)

- 子ども家庭支援センター: 10

その他に、

- 警察署.
- 診療所.
- 病院.
- 社会福祉協議会.
- 弁護士事務所.
- 子どもと家族に関するNPO
など多くの資源が地域にはある.

ではどうすればいいのか

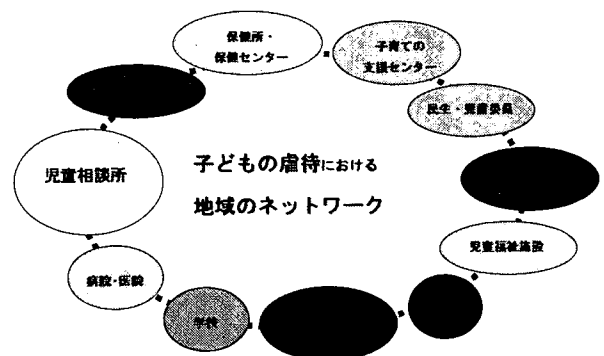
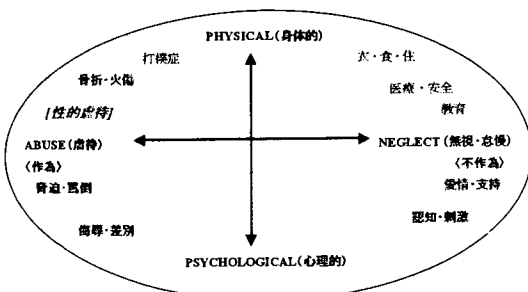
?

- 虐待のケースワークを行うようになった市町村に強制的な法的権限を持たせる。
- 子どもが遠方の保護所や施設ではなく、地域で安全に生活できる条件を整える。
- 子どもが生活する地域に小規模な保護所を沢山つくる。
- 保護所や施設よりも地域の養育家庭を措置先として活用する。
- 家族と一緒に生活するのが最善だ、という固定した家族観に固執せず、多様な家族形態を模索し、「子どもを地域で育てる」というしなやかな思想の実現を試みる。

子どもの虐待の本質

- 家族機能不全の表れ。
- 加害者の意志に関わらず、子どもの健康と安全が危機的状況にあること。
- 子どもの親に対する、心理的、身体的、経済的依存状態の中で発生する。
- 加害者に懲罰を与えるためではなく、家族を援助するキーワード。

子どもの虐待(Maltreatment)のスペクトル



診療所における子ども虐待への対応

- 地域で子どもと家族への医療を通じた援助活動を日常的に実践している医師だからこそ、虐待されている子どもと家族への援助の第一線に立つことが可能です。
- 子どもの虐待という重大な問題との戦いに、地域の医師の方々にも積極的に参加して下さるように呼びかけます。

診療所における 子ども虐待への対応

診療所の特徴

- 重度な外傷を負った子どもが受診することはまれである。
- 比較的狭い地域の住民が対象となる。
- 子どもだけではなく母親や家族も診療の対象となることが多い。
- 一つの家族に「かかりつけ医」として継続的に関わる傾向が高い。
- 乳幼児健診、予防接種、育児相談など子どもの日常のヘルスケアにも関わっている。
- 診療所の院長は、地域の幼稚園・保育所の「園医」および学校の「校医」を勤めていることが多い。

「子ども虐待」における 診療所の重要性は、 「ネグレクト」の発見と対応である。

子ども虐待の基本としての 「ネグレクト」

- 「ネグレクト」とは、「子どもがきちんと養育されていない」「子どもの基本的ニーズが満たされていない」ことを意味している。
- 「子どもが虐待されている」ということは、「子どもが虐待環境に置かれている」ということである。この場合「虐待環境」とは、「暴力的環境(身体的虐待)」というよりも「ネグレクト環境」を意味する。
- そのような環境の中で、衝動をコントロールできない親によって子どもに暴力が振るわれた場合に「身体的虐待」が発生する。
- 身体的虐待は目立たないが、介入が必要な「ネグレクト環境」にさらされている子どもが圧倒的に多い。
- ネグレクトは子どもの心身の発達に破壊的な影響を及ぼす。

- 子どもと家族は様々な問題を抱えて診療所を受診する。
- 子どもと家族は様々な方法で我々に自分たちが抱えている問題を投げかける。
- その中で最も重大な問題が虐待(ネグレクト)である。
- 子どもは虐待されていなければいい、というわけではない。日頃から子どもと家族が投げかけるメッセージに耳を傾け、その問題解決に何が必要かを考え、地域の関係機関と連携し、その中で医師の役割を実行する。
- そのような日常的な行動があって初めて「虐待(ネグレクト)」の発見とそれに対する適切な対応が可能となる。

虐待(ネグレクト)への対応の特徴

- 医療行為を含む、通常の援助活動とは異なる特徴を持っている。
- 援助が歓迎され、感謝を持って迎えられるとは限らない。
- 逆に、抵抗と反抗、拒否と攻撃という思いがけない反応に出会うこともある。
- 援助が短期間で効果をあげることはまれである。
- 診療所だけで解決できる種類の問題ではない。
- 虐待(ネグレクト)が発生している家族は深刻な複数の問題を抱えていることが多い。(多問題家族)
- 地域の複数の関係機関による粘り強い援助活動が欠かせない。
- その中で、医師(診療所)の役割は非常に重要である。

保護者(親)の言動から
虐待(ネグレクト)を疑う
チェックリストを見てみましょう。

子ども虐待チェックリスト (保護者用)

北九州市立八幡病院小児救急センター長
市川光太郎著「児童虐待イニシャルマネジメント」より一部改訂

- 受付・事務部門.
- 待合室.
- 診察室.
- 診察後.

受付・事務部門

- | | |
|----------------------|------------------|
| 保険 | 態度 |
| ● 保険証がない。 | ● 事務的手続きをしたがらない。 |
| ● 保険証を持参していない。 | ● 事務の手続きに不備が多い。 |
| ● 生活保護。 | ● 横柄・傲慢。 |
| ● 医療保障。 | |
| ● 母子医療。 | |
| ● 未納歴がある。 | |
| ● 住所不定。 | |
| ● 電話がない(あっても差し止め不通)。 | |
| ● 他医療機関の受診歴が異常に多い。 | |
| ● 外国籍。 | |

待合室

- 態度**
- 順番が待てない。
 - 他の家族とトラブルを起す。
 - 態度が傲慢。
 - 場所をわきまえず騒ぐ。
 - 子どもの面倒をみない・世話をしない。
 - 子どもを異様に叱ったり脅したりする。
 - 子どもを平気で叩く。
 - 子どもの病气やけがの重症度の見合わない態度がみられる。
 - 病院職員の対応に文句をつける。

診察室

母子手帳

- 持参していない。
- ほとんど記載がない。
- 健診歴・予防接種歴がないまたは少ない。

問診(既往歴)

- 予防接種を受けていない。
- 既往疾患を憶えていない。
- 以前のことを訊くと言葉をにごしたり、極端に嫌がる。
- 家族の中で既往歴の把握が異なり意見が一致しない。
- 事故が多い(安全のネグレクト)。

診察室

問診(現病歴)

- 発症や受傷状況をきちんと説明できない。
- 説明が変化する。
- 保護者の間で説明が食い違う。
- 受診までの時間経過が長い。
- 家庭内での看護がほとんどなされていない。
- 前医療機関の悪口を言う。
- 子どもの病状把握ができていない。
- 日頃の状態を説明できない。
- 子どもの状態に関係なく自己主張が強く、不必要な治療を要求する。
- 重症度にほとんど関心がないように見える。
- 診断名や予後説明に耳を貸さない。
- 治療や入院の必要性を理解しない。
- 説明に対して質問がない。
- 子どもの病状よりも自分の都合を優先したがる。
- 一回の治療で完結できる治療法を望み、再診を嫌がる。

診察室

- * 診察中に子どもを抱こうとせずに、ベッドに寝かせたままにして平気である。
- * 子どもを荷物のように手荒に扱う。
- * 首が据わっていない子どもの首を支えずにダランとしたままにしている。
- * 子どもとなるべく体を接触させないように、膝の上にチョコンと座らせている。
- * 子どもと目を合わせて話しかけたり、笑いかけたり、抱きしめたりしないで、子どもを機械的にあやしている。
- * あいまいで些細な訴えで、繰り返し外来を受診する。
- * 子どもが泣いていてもどうしたらいいのが戸惑い方にくれている。
- * 育児に疲れ果てているように見える。
- * 病気の子どもを面倒な存在だと思っているように見える。
- * 子どもと一緒にいて楽しそうに見えない。
- * 兄弟が多く、母親の負担が大きい。
- * 育児の援助者がいない。
- * 母親が仕事や遊びなどに生きがいを感じ、育児に積極的でない。
- * 子どもを憎らしそうな目つきで見る。
- * 子どもを可愛くない、嫌いだ、と医師の前で言う。
- * 育児・医療に関して偏った考えに固執している。

診察後

待合室,会計,薬局など

- 再受診などの説明の確認をしない。
- 家庭での療育の説明を聞かない。
- 使用薬剤の説明などを聞きたがらない。
- 子どもを大事に扱っていない。
- 診療への不満をぶつける。
- 薬などを必要以上に欲しがらる。
- 支払いをせずに帰る。

次に、子ども虐待チェックリスト
(子ども用)を見てみましょう

子ども虐待チェックリスト(子ども用)

北九州市立八幡病院小児救急センター長
市川光太郎著「児童虐待イニシャルマネジメント」より一部改訂

- リスク・ファクター。
- 身体所見。
- 心理・精神・行動所見。

リスク・ファクター

- 低出生体重児.
- 多胎児.
- 身体的・知的障害児.
- 慢性疾患.
- 手のかかる、育てにくい子ども(difficult child)

子どもの身体所見

全身状態

- 低身長(-2SD未満).
- 低下身長(-2SD未満).
- 栄養障害.
- 体重増加不良.
- るいそう(Kaup指数).
- 不適切な服装(季節はずれ、性別不明など).
- 不衛生(垢まみれ、悪臭).

皮膚

- 新旧混在の外傷痕.
- 多数の小さな出血斑.
- 四肢体幹内側の傷.
- 不審な傷(指や紐の形の挫傷、腕や手くびを巻いている挫傷、など).
- 不自然な熱傷(多数の円形の熱傷、手背部の熱傷、乳児の口腔内熱傷、形から熱源が推定できる熱傷、境界明瞭な熱傷、など).
- 頭皮内の複数の外傷や抜毛痕.

骨折

- 新旧混在する複数回骨折.
- 多発骨折.
- 頭蓋骨骨折(とくに縫合線を越えた頭蓋骨骨折).
- 肋骨骨折.
- 肩甲骨骨折.
- 椎骨骨折.
- 乳児の骨折.
- らせん状骨折.
- 原因不明の骨折.

頭部

- 頭蓋内出血(とくに硬膜下血腫).
- 眼球損傷.
- 網膜出血.
- 前眼房出血.

性器

- 肛門や性器周辺の外傷.
- 若年妊娠.
- 性器の損傷.

その他

- 事故や中毒による反復傷害.
- 反復する尿路感染症.
- 原因不明疾患の反復(MSBPの疑い).
- 原因不明あるいは説明のつかない発育発達遅延.

子どもの心理・精神・行動所見

- 一見して子どもらしくない無表情。
- 動きがぎこちない。
- 表情が暗く、硬く、感情をあまり外に出さない・出そうとしない。
- 触られることを異様に嫌がる。
- 自分からの発語が極端に少ない。
- 保護者が傍にいるのといないのとで動きや表情が極端に変わる。
- 大人の顔を窺ったり、怯えた表情をする。
- 異様に甘える。
- 注意を引く言動。
- 過度の乱暴な行動。
- 多動で落ち着きがない。
- 目立つ無気力さ、滑動性の低下。
- 持続する疲労感、倦怠感。
- 繰り返す食行動異常(むさぼり食い、過食、拒食、異食)。
- 家に帰りがたらない。
- 繰り返す家出。
- 夜間遅い時刻の外出。
- 単独での非行(とくに食物を主とした盗み)。
- 急激な学力の低下。
- 年齢不相应な「性」に関する言葉。
- 常識・社会性の顕著な欠如。

虐待と事故を見分ける

(テキストを参照してください)

疑ったらどうするか？

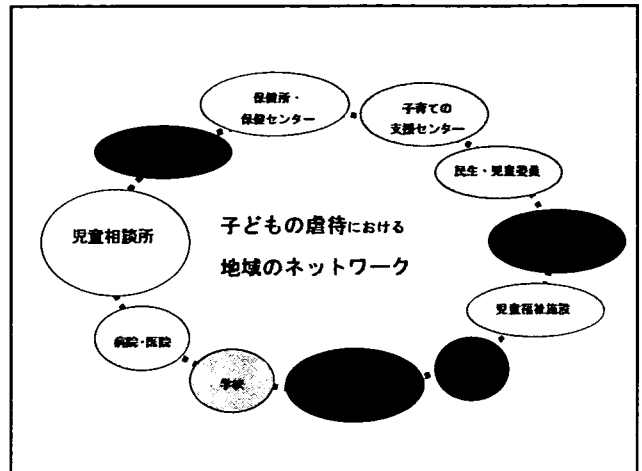
- 親を批判したり、説教・教育的な対応をすると、思わぬ反発にあい、再受診しなくなることがある。
- むしろ、受診してくれたことを感謝し、次回受診を促すような優しい言葉をかけるほうがよい。
- 批判されること、叱られることを予想していた親は、優しい医師の言葉や態度に接して戸惑うかもしれない(親を批判しないように努めることは他の診療所スタッフにも伝える)。
- 親は何らかの援助を求めて診療所を受診したはずで、それは必ずしも主訴と同じとは限らない。
- 医師が持っている家族に関する情報は限られている。
- 医師の前では家族は本音を出さない事が多い。医師の前では良い親、良い家族を演じる傾向が高い。
- 家族の実態・家族の力を知るために地域のネットワークが欠かせない。

どこに連絡・相談するか？

- 児童相談所への通告は緊急性が高い、重症なケースが中心となる。
- 医師は保健所・保健センターに相談しやすい。
- 市町村の「虐待担当窓口」(東京都では「子ども家庭支援センター」)は、地域のコーディネーターの役割を持っている。
- 児相・市町村への通報・相談は原則的に、養育者の同意はいらぬ。
- 疑ったが、調査の結果、思っていたよりもきちんとした家庭であれば、それは喜ばしいことである。

- ネットワークに参加する。
- 医師が虐待(ネグレクト)と捉えてよいか、通報・相談すべきか否かに迷うときも少なくない。そのような場合に、虐待の専門医と相談できるシステムの存在が望まれている。東京都では、電話・FAX・インターネットによる「ドクターアドバイザー・システム」が平成19年10月から稼働する予定である。
- 医師が虐待(ネグレクト)された子どもと出会うのは診療所だけではない。保健所・幼稚園・保育所・学校の健診の場面で出会うことがある。また、園医や校医として各機関のスタッフから、虐待(ネグレクト)の相談を積極的に受け、子どもを診察し、診療所における同じように、地域の機関との連携を計るということも重要な役割である。

- 地域には有効なネットワークや有能なコーディネーターがいるとは限らない。したがって、通報した後、どのように情報が集められたのか、どのような評価がなされ、どのような方針で援助活動が開始されたかを確認する必要がある。ケースの見立て、援助活動が不十分な場合は医師がリーダーシップを取るくらいの気持ちが欲しい。



- 平成14年(2002)児童福祉法が改正され、子どもの虐待の通告先が、従来の児童相談所と社会福祉事務所から、市町村にも通告窓口が設けられるようになった。
- また、地域のネットワークとして「要保護児童対策地域協議会」を各市町村に設置することが定められた。
- この「協議会」の中で、ケースワークを実施することが求められ、同時に「守秘義務」が課せられ、従って、当事者の同意なしの個人情報の交換も可能となった。

「要保護児童対策地域協議会」の構成

- 児童福祉関係
- 医療保健関係
- 教育関係
- 警察・司法関係
- 人権擁護関係
- 配偶者からの暴力関係
- NPO・ボランティア

要保護児童対策地域協議会の構成員 児童福祉関係

- 市町村の児童福祉、母子保健等の担当部局。
- 児童相談所。
- 福祉事務所(家庭児童相談室)。
- 保育所(地域子育て支援センター)。
- 児童養護施設等の児童福祉施設。
- 児童家庭支援センター。
- 児童館、学童クラブ。
- 民生児童委員協議会、主任児童委員、民生・児童委員。
- 社会福祉協議会。
- 里親。
- 社会福祉司。
- その他。

要保護児童対策地域協議会の構成員 保健医療機関

- 市町村保健センター。
- 保健所。
- 地区医師会。
- 地区歯科医師会。
- 地区看護協会。
- 地区助産師会。
- 地区薬剤師会。
- 医療機関(病院・診療所)。
- その他(医師、歯科医師、看護師、保健師、助産師、精神保健福祉士、臨床心理士等)。

要保護児童対策地域協議会の構成員
教育関係

- (公私立)幼稚園.
- (")小学校.
- (")中学校.
- (")高等学校.
- 盲・聾・養護学校.
- 教育委員会.
- 教育相談所. 等.

要保護児童対策地域協議会の構成員
警察・司法関係

- 警察:警視庁及び都道府県警察本部・
警察署(主に「生活安全課少年係」).
- 保護監察局.
- 保護司.
- 弁護士会.

要保護児童対策地域協議会の構成員
人権養護関係・配偶者からの暴力関係他

- 法務局.
- 人権擁護委員会.
- 配偶者暴力センター.
- 女性センター.
- 母子生活支援センター.
- その他の住居提供施設.

要保護児童対策地域協議会の構成員
その他

- 民間ボランティア機関.
- NPO.
- (JRなどの交通機関、スーパー、コンビニ、
ショッピングセンター、ゲームセンターなどの
商業機関との連携も計るべきと思う:坂井).

ネットワークの中での医師の役割

- ネットワークの中での医師の役割は、子どもの健康と成長および安全の評価である。
- また、子どもと家族が診療所を継続的に受診することも欠かせない。そのために、医師は親を批判したりせず、時には、その身勝手な話に耳を傾け、些細な進歩であっても大げさなくらい親を褒めるなどして、親がいつでも、どんな相談ができる関係を結べるのが望ましい。

- 実際にはネグレクトの状況がなかなか改善しなくても、医師は親を評価・チェックするという態度ではなく、気軽に診療所を親が受診できる環境を用意したい。どこでも冷たい目で見られ、批判され、説教ばかりされてきた親が、緊張感に満ちてまた叱られると思っていたかもしれない。そのようなときに、自分を批判しない医師に出会うことは親にとって大きな意味がある。

■ 一見医師の話を受け入れ、指導や援助に乗るような態度を示しながら、実際にはちっとも動こうとしない、というタイプの親もいる。そのような場合にも、イライラせずに、繰り返し他の機関への接触等を勧める。

■ 子どもが病気になったときに親のストレスが大きくなるので注意が必要である。

地域のネットワークでは、子どもと家族に関わる機関が役割分担して援助計画を実行する。

- 子ども家庭支援センター。
- 保健所の保健師。
- 保育園。
- 学校。
- 児童館。
- 学童クラブ。
- 福祉事務所。
- 児童相談所。
- そして
- 診療所。

■ 定期的に情報を交換しながら援助をすすめる。

■ ネグレクトが深刻であったり、複雑な家族問題を抱えている場合には、早期に「関係者会議」を開いて、互いに顔見知りになり、基本的見立てと方針を立てることは、その後の展開を容易にする。

■ 緊急時の情報の集約機関の設定、定期的な情報交換、援助の有効性の評価、などがその後のネットワークの活動の中心となる。

■ 虐待(ネグレクト)が発生している家族の問題は短期間で解決することはない。家族の機能は大きな波を呈して変化する。持ち上がる問題一つ一つに丁寧に地域のネットワークで対応することが欠かせない。親の同意を得ずに、子どもを保護し、施設に措置することも、子どもと家族への援助の選択肢の一つである。

■ 虐待を受けた子ども、ネグレクト環境で生きている子どものケースワークとは、子どもが社会的に自立するまでの、切れ目のない援助活動を意味している。

■ 子どものニーズは、新生児、乳児、幼児、小学生、中学生、高校生などで大きく異なる。親と子どもへの援助は、子どもの年齢、成長によって、援助機関や方法を変化させなければならないのは当然である。

■ 乳児の体重減少が改善したからといって、ネグレクト環境がなくなったわけではない。親は子どもの成長に伴って新たな課題に直面する。

■ 子どもが抱えている問題(障害、疾患、非行、不登校など)によって援助の中心機関は異なる。

■ 援助は短期間で効果が明らかになるものから、長期間を経て開花するものもある。

■ 虐待(ネグレクト)が発生している家族への援助の目標は、子どもと家族が地域の中で安心して、楽しく生活できることである。それは、全ての住民の望みでもある。

■ 虐待への対応は、地域の機関と住民が互いに支え合って、安全で安心できる地域を実現するための活動に他ならない。