

- ② 要保護児童対策調整機関を置き、支援の実情を把握、進行を管理し、機関間の調整を行う。(児25の2)
- ③ 要保護児童発見者からの通告を受理する。(児25、虐6)
- ④ 児童の状況の把握、安全の確認を行う。(児25の6、虐8)
- ⑤ 施設入所、一時保護、児童相談所による判定・指導が必要な児童を児童相談所に送致、通知する。(児25の7、虐8)
- ⑥ 家庭等からの相談に応じ必要な調査・指導を行う。(児10)
- ⑦ 母子保護や保育を適切に行う。(児23、虐13の2)
- ⑧ 子育て支援事業等において、児童の養育を支援し保護者等からの相談に応じる。(児21の9)

## (2) 都道府県の役割

- ① 市町村が行う児童・妊産婦の福祉に関する業務について広域的な調整、情報の提供等の援助を行う。(児11)
- ② 要保護児童対策地域協議会に参画するとともに情報の提供を行う。(児25の2)
- ③ 要保護児童発見者からの通告、市町村からの送致を受理し適切に措置を執る。(児25、児26、児27)
- ④ 児童の状況の把握、安全の確認を行う。(児25の6)
- ⑤ 児童福祉法、児童虐待防止法の規定に基づき必要な措置を執る。(児27、児28、児29、児33、児33の6、児33の7、虐8、虐8の2、虐9、虐9の2、虐9の3、虐9の4、虐9の5、虐9の5、虐9の6、虐9の7、虐9の8、虐9の9、虐10、虐10の2、虐10の3、虐11、虐12、虐12の2、虐12の3、虐12の4、虐13、等)
- ⑥ 家庭等からの相談に応じ必要な調査指導を行う。(児11)

(注) 児：児童福祉法

虐：児童虐待の防止等に関する法律

市町村の役割、都道府県の役割に関しては、児童福祉法、児童虐待防止法の他、子ども虐待対応の手引き、児童相談所運営指針、市町村児童家庭相談援助指針、要保護児童対策地域協議会設置・運営指針、要保護児童対策地域協議会スタートアップマニュアルなどが参考となる。

## (3) 市町村、都道府県の協力

市町村、都道府県は相談、通告の受理、安否の確認、調査、援助という共通した機能があると同時に、市町村においては、要保護児童対策地域協議会を設置・運営する、子育て支援サービスを駆使し、虐待の予防、発見、援助、見守りを行うという市町村独自の役割がある。一方都道府県には、都道府県(児童相談所)でなければ行使することのできない行政権限があり、出頭要求、立ち入り調査、臨検、捜索、一時保護、施設入所、通信・面会制限、つきまとい・はいかい禁止、家庭裁判所への審判申し立てなどは都道府県(児童相談所)でなければなしえない。

これらの機関としての機能の相違を前提として、市町村と都道府県は虐待の予防、発見、調査、救出、援助において、相互協力とパートナー・シップによる援助の連続性を確保しなければならない。

児童相談所から市町村へ、市町村から児童相談所へという情報や援助ケースの受け渡しが円滑

且つ確実に行われなければならない。その際には、

- ① 情報流通について  
誰からの何に関する情報か  
情報取り扱い上の留意点
- ② 援助ケースの授受について  
援助ケースの概要  
ケース授受の理由、根拠  
その他の情報

このような項目について相手機関に明確に伝える必要がある。機関間に共通理解がなければ、危機感の共有、行動の連携が十分発揮できず、結果として虐待の再発や危機の兆候を見落とし、重大な結果を招くおそれがある。

虐待対応における児童相談所と市町村の関係については、虐待対応における児童相談所、市町村の関係概要図を参照。

### 参考事例

#### 事例1 直接確認、役割の分担に課題のあった事例

児童相談所に通告が入った。「子どもがよく叩かれて悲鳴を挙げている。ドスンドスンという音が繰り返される。」という近隣通報であった。

早速、市町村児童担当課を通じて近隣の民生児童委員に尋ねたところ、「ずいぶん前の話ではそういうことがあったらしい」というあいまいな答であった。近隣からの通告が入ったものの日頃から熱心に児童相談所へも子育ての相談をしてくる親であったので、そのような親ではないだろうと思いついてしまった。

結局、情報が不確かなまま状況の確認がされず、熱心な親という思い込みをしてしまったため、実際にはストレスをためた親の虐待行為を把握することなく、死に至らしめた。市町村児童担当課と児童相談所がはっきりと互いの役割や協議をしないまま、あいまいな関係で終わったために重大な結果を招いた。

#### 事例2 情報の共有、機関の連携に課題のあった事例

病院退院時、病院から保健センターへリスクがきわめて高い新生児として連絡がされた。保健センターは、市町村児童担当課や児童相談所に連絡をすることなく、自機関でケースをかかえてしまった。再三、家庭訪問をしたが、親子に会えないまま、結局、再度病院に運び込まれたが、危惧したとおり死亡結果となった。

病院は、市町村児童担当課や児童相談所に連絡をすべきであった。また、保健センターは、事実確認をしたうえで、リスクアセスメントしておくべきであった。さらに家庭訪問時、ドアをあけてくれない、子どもを見せない時点で、市町村児童担当課、児童相談所へ通報をし、児童相談所の後方支援を依頼すべきであった。

#### 事例3 児童相談所～市町村間の情報伝達、家族状況の把握に課題のあった事例

児童相談所へ近隣からの通告があった。電話で聞くかぎりには、身体的虐待というよりはネグレクトのおそれが高かったため、市町村児童担当課が主として担当をすることとなった。

市町村児童担当課も、児童相談所からネグレクトケースと聞き、保育所入所を勧めればいと面接することなく援助方針を判断。その後家庭訪問をしたものの、子どもの状態を把握しなかった。のち、「部屋を散らかした」との理由で、子どもは養父から衝動的に暴力をうけて死亡。

母からのネグレクトではあったが、ストレスの高い生活を強いられていた養父からの暴力も半年前から行われていたということがわかった。子どもや家庭状況の把握ができていれば早期に再発防止へむけての支援ができたであろう。これについては児童相談所が市町村児童担当課へ十分な事実を伝えていなかったこと、さらに市町村児童担当課も十分に情報を把握しないままにしたことが問われたケースである。

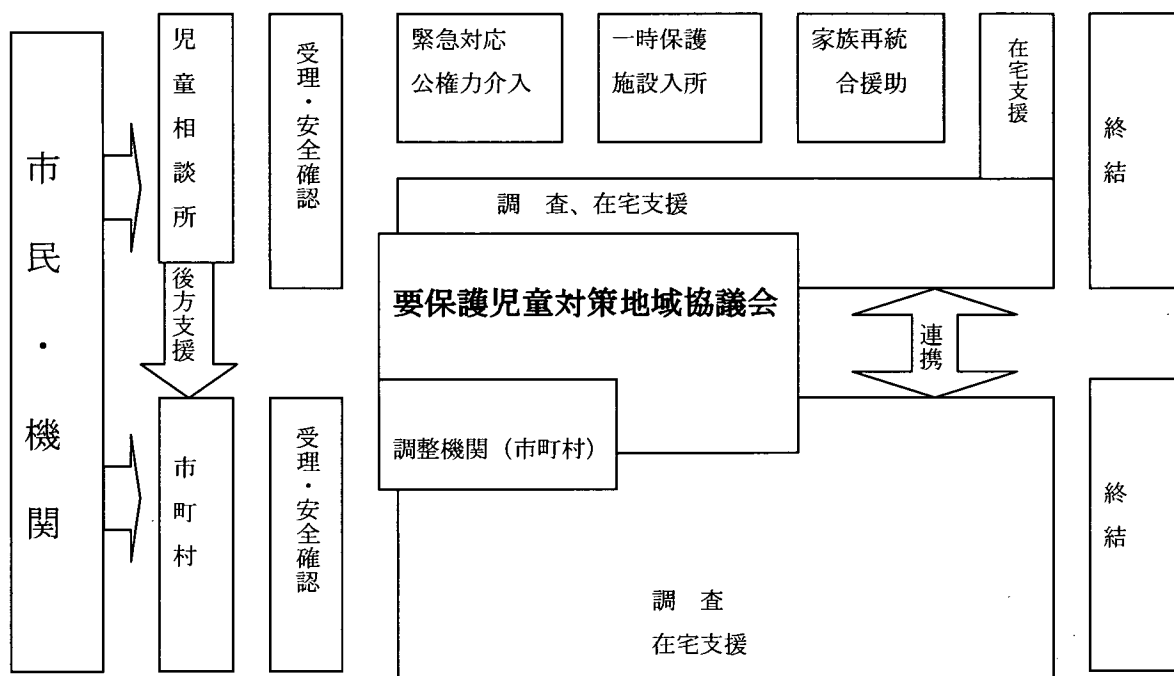
## 7. 課題

- (1) 児童相談所は、取扱件数の増加、施設入所数の増加によって新規ケース、困難ケースの対応に追われており、在宅支援まで手が回っていない現状である。在宅支援が可能となるような児童福祉司、児童心理司の増員が不可欠である。また、必ずしも福祉専門職員が配置されていない、職員異動等により経験年数の浅い職員が増加しているなどの現状からは、対人援助、虐待対応についての専門性の向上も不可欠である。その上で市町村との適切な役割分担のもとに児童相談所でなければ担えない機能の充実を行うことが喫緊の課題である。
- (2) 通告受理後の安全確認について、48時間以内が望ましいと通知（平成19年1月23日付児童虐待防止対策の強化について）で示され、児童相談所運営指針の改定によりすべてのケースについて支援の状況を把握しなければならないとされたところである。指針に基づき安全の確認、すべてのケースの状況把握が求められるが十分できていないのが現状である。安全確認、調査・アセスメント、援助の進行管理については法定化すべきであると考えられる。
- (4) 児童虐待を行った保護者に対する親子再統合の促進、児童虐待を受けた児童が良好な家庭的環境で生活するために必要な指導及び支援を推進するために、支援、指導を公的機関が直接実施するだけでなく、法人・民間団体等が実施する各種のプログラムに支援を委託する費用など在宅支援に要する費用についても大幅な増額が必要である。

①当事者が保護を求めている？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 子ども自身が保護・救済を求めている <input type="checkbox"/> 保護者が、子どもの保護を求めている	*情報
②当事者の訴える状況が差し迫っている？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 確認には至らないものの性的虐待の疑いが濃厚であるなど <input type="checkbox"/> このままでは「何をしてくすかわからない」「殺してしまいそう」などの訴えなど	
③すでに虐待により重大な結果が生じている？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 性的虐待（性交、性的行為の強要、妊娠、性感染症） <input type="checkbox"/> 外傷（外傷の種類と箇所： ） <input type="checkbox"/> ネグレクト 例：栄養失調、衰弱、脱水症状、医療放棄、治療拒否	
④次に何か起これば、重大な結果が生ずる可能性が高い？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 生命に危険な行為 例：頭部打撃、顔面打撃、首締め、シェキング、道具を使った体罰、逆さ吊り、 戸外放置、濡れさせる、（ ） <input type="checkbox"/> 性的行為にいたらない性的虐待（ ）	
⑤虐待が繰り返される可能性が高い？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 新旧混在した傷、入院歴（ ） <input type="checkbox"/> 過去の介入 例：複数の通告、過去の相談歴、一時保護歴、施設入所歴、 （ ） <input type="checkbox"/> 保護者に虐待の認識・自覚なし <input type="checkbox"/> 保護者の精神的不安定さ、判断力の衰弱	
⑥虐待に影響と思われる症状が子どもに表れている？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 保護者への拒否感、恐れ、おびえ、不安、（ ） <input type="checkbox"/> 面接場面での様子 例：無表情、表情が暗い、鬱的、体の緊張、角のスキンシップを求める、 （ ） <input type="checkbox"/> 虐待に起因する身体症状 例：発育・発達の遅れ、腹痛、嘔吐、白髪化、脱毛、（ ）	
⑦保護者に虐待につながるリスク要因がある？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 子どもへの拒否感情、態度 例：拒否、愛情欠如、差別など不当な扱い、望まない妊娠出産、 （ ） <input type="checkbox"/> 精神状態の問題 例：鬱的、精神的に不安定、妊娠・出産のストレス、育児ノイローゼ、 （ ） <input type="checkbox"/> 性格的問題 例：衝動的、攻撃的、未熟性、（ ） <input type="checkbox"/> アルコール・薬物等の問題 例：現在常用している、過去に経験がある、（ ） <input type="checkbox"/> 児童相談所等からの援助に対し拒否的あるいは改善が見られない、改善するつもりが無い <input type="checkbox"/> 家族・同居者間での暴力、不和 <input type="checkbox"/> 日常的に子どもを守る人がいない	
⑧虐待の発生につながる可能性のある家庭環境等 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 虐待によるのではない子どもの生育上の問題等 例：発達や発育の遅れ、未熟児、障害、慢性疾患、（ ） <input type="checkbox"/> 子どもの問題行動 例：攻撃的、盗み、家出、徘徊、虚言、性的逸脱、退行、自傷行為、盗み 食い、異食、過食、（ ） <input type="checkbox"/> 保護者の成育歴、愛されなかった思い、（ ） <input type="checkbox"/> 養育態度・知識の問題 例：意欲なし、知識不足、不適切、期待過剰、家事能力不足、 （ ）	



図 子ども虐待対応における児童相談所、市区町村福祉部門の関係概要図



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

要保護児童対策地域協議会が全国の 85%の市町村に設置され、我が国のこども虐待防止対策は新たな時代に入ったように思われる。これまでの研究で検討してきた事例を通して、医療機関と他機関の連携に関して、他職種専門家チーム（Multidisciplinary Team；MDT）の在り方として整理してまとめた。

#### A. 研究目的

児童福祉法の改正により、地域に要保護児童対策地域協議会を設置して、子ども虐待に対しても、市町村が中心となり対応することが求められるようになった。そして、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、医療を含めた多職種専門家チーム（multidisciplinary team：MDT）として対応しなければならない。

子ども虐待の予防、早期発見、対応を考えると、大きく2つに分けて対策を考える必要があることを18年度に報告した。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。そのために前のグループには、要保護児童対策地域協議会が中心となって多くの機関が連携・協働するネットワークの構築すること、後のグループには医療を中心として、性的虐待と困難事例に諸機関が協働する多職種専門家チームMDTによる対応ができる体制の構築が必要不可欠であると考えた。平成17年度は、東京都三鷹市における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の特徴と構築にいたる歴史的背景と、杏林大学付属病院児童虐待防止委員会の活動を、18年度には子ども虐待対応における医療機関の間の連携（病病連携）について、報告した。本年度は主に、要保護児童対策地域協議会と医療との連携、医療へのつな

ぎ方と、医療を中心とした性的虐待にも対応できるMDTについて検討する。

## B. 研究方法

内外のこれまでの文献および報告書など

## C. 研究結果

### I. 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

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。児童相談所への子ども虐待の通告件数は増え続け、平成17年度は34,472件であった。一方、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は38,183件で、重複はあるにしても、児童相談所への相談件数に匹敵している。

図1に東京都三鷹市の要保護児童対策地域協議会、図2に模式図を示した。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

をあたり、情報収集した。また、本研究の「地域が中心となった虐待の在宅支援に関する研究」（在宅班）の「市区町村での子ども虐待在宅養育支援の手引き」作成の過程で議論した。

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）、節目ふしめ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子ども家庭支援センターが相談に応じるとともに、ソーシャルファミリワークを実践し、個々の事例についてケースマネジメントを行うとともに、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。（平成18年度報告書）

〈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。）

### 1. ネットワークの適切な機能

図 1 に示したように、ネットワークには多くの組織・機関がかかわりをもつ。これら子ども虐待防止に関係する地域の諸機関を紙の上に並べ、こうあるべきと、連携の線を引き、マニュアルを作成してもネットワークは機能しない。連携は、全体の取り組みの中で、それぞれの関係者が、自分ができる役割を認識し、他の人ができる、実行する役割を把握してできるものである。どんなによく構築されたシステムでも、そこにいる個々人が高い意識と専門性を持ち、待ちの姿勢でなく、自らの足を使って出かける出前型（アウトリーチ）のフットワークを持ち、中心となる部署と人が確立し、相談者のニーズを適切に把握し、たらい回しにせず、サービスを提供できるようコーディネートできなければ、ネットワークは適切に機能しない。虐待の援助にマニュアルは参考にはなっても、思いどおりにはことは運ばないものである。問題を抱えた人はその問題に気づかない。自ら探して、予約をとって、見ず知らずの人に相談はしない。拒否をすることすらある。各々の人と機関が、自らの業務を把握し、限界を知り、普

段から連絡をとりあい、それぞれの人の顔が頭に浮かぶ、人の顔と顔の見えるネットワークを構築しなければならない。

### 2. 連携をはかるうえでの留意点（鎌倉女子大学片倉教授の CCAP の公演会資料を改編）

- ①子どもと家庭を支援するという視点を確認する。
- ②自分の属している機関についての情報を、わかりやすく伝える。
- ③各機関の実情を理解しあうように努力する。
- ④情報を提供すると同時に、守秘義務があることを確認し守る。
- ⑤問題について、共通認識が持てていることを確認する。
- ⑥対象の家族について、肯定的な面も視野に入れる。
- ⑦いろいろな案を出し合い検討し、具体的な対策を立てる。
- ⑧役割分担をはっきりさせ、確認する。
- ⑨子どもや家族を孤立させない配慮と同時に、担当者や支援する人が孤立しないような配慮が必要である。
- ⑩会議以外でも連絡しあう。（相手からの連絡を待つだけでなく、積極的に連絡を取る。）
- ⑪各機関とも日頃から交流に心がけ、お互いに理解を深めておく。
- ⑫短期間に結論が出ないことが多い。長期化することも視野に入れて、粘り強く協議を重ねる。
- ⑬相手の実情を理解する。（例えば、一次保護所の実情など。）
- ⑭緊急を要する場合の対処方法を、あらかじめ決めておく。
- ⑮どこかが動くとき（例えば児童相談所）、家族の気持ちに巻き込まれてしまうことに注意する。

また、連携・協働の秘訣は、あきらめないこと、なげないこと、そしてひつっこく、

である。誰かがそばにいること、誰かが寄り添うことである。

### 3. 連携がうまくいかないとき（宮島清 CCAP 第 20 回子どもの虐待防止セミナー「気になる子どもと家族にどう関わるか」の資料を改変）

多機関がかかわりを持ち、虐待事例に対応しているとき、児童相談所や市区町村が動いてくれない、対応してくれないという不満が、主に通告した施設や専門職、実際に密接にかかわりをもつ機関と人から出されることがある。やる気がない、逃げ腰であるというふうに見られがちである。もちろん児童相談所、市区町村の専門性を高めることは基本であるが、双方の「思い」のずれがあることが多い。情報の受け手と送り手の問題として、送り手の危機感が受け手に伝わっていない、送り手が何をしたいのかが、理解、把握されていない。一方受け手の側は、現在かかわりを持っている機関と人（主に送り手）と支援を受ける保護者の関係と対応がよいので表面上落ち着いているようにみえており、他の対応がイメージできない、逆に調査・介入のタイミングがはかれず、その端緒が欲しい、などである。一度、冷静になり、客観的に見直し、自分自身が何を伝えたいのか、相手に何を望んでいるのか、そのことを適切に伝えることができているのかなど、検討してみることが望まれる。

### 4. 「見守り」という曖昧なことば

関係機関と専門職が集まり、情報を共有し、役割分担をし、戦略を練って対処しようとするとき、しばしば、地域での「見守り」ということばが安易に使われる。見守りということばは、「ただ単に、遠巻きにして見ているだけ」と捉えられかねない、極めて曖昧なことばである。

養育に問題を抱えている保護者と、緊密に

連絡を取り合い、情報交換をすることは、一般的に困難である。何故なら、支援をしようとする保健所・保健センター、保育園・幼稚園、学校、医療機関などの機関は、基本的に子どもの利益を図ることを前提としているのに、その前提を保護者と共有できるとは、限らないからである。保護者は、支援の必要性に気づいていないことや、拒否することもある。このような保護者に対して、指導（教示、こうしなさい、こうするべきです）や助言（こうしてみたらどうですか）が功を奏すことは少ない。しかし、虐待をする多くの保護者は、日常の育児のなかで、100%不適切な養育をしているわけではない。必ず、子どもの利益をはかれている部分があるはずである。その部分をしっかりと認めて、寄り添い、話を聴くことで、「そこそこ」の関係を構築することに努力するべきである。

支援を実践するためには、「保護者が困っていることがあること」と「その困っていることを解決する方法を一緒に考えたい」という、支援する側の意図を、わかりやすく端的なことばで保護者と、そして子どもに可能な限り伝えなければいけない。保護者にも、支援が必要なことを認めさせることが必要である。これをしておかないと、後になるほど、支援者が介入した意図や、支援の目標が曖昧になってしまう。また、支援者は、できないことは約束しない。一緒にやっていくこと、決して見放さないことを約束する。支援を行う側は、当面の目標、目指す目標を設定し、保護者と子どものニーズを明確にし、何を、誰が、どのような方法で、いつまでに行うか、その評価を、いつ、誰が、どのように、行うかを、具体的に計画を立てなければならない。また、命にかかわるような、最悪の状態になったときの対応も、考えておかなければならない。（平成 18 年度報告書 分担研究者；渡辺好恵 「市区町村保健分野での子ども虐待在宅療養支援の手引き」参照）

具体的なかかわりのない見守り、定期的な保護者との接触のない見守りは、見守りではない。家庭の中でおこっていることは、外からは分からない。医師も、保育士も、保健師も教諭もそれぞれの立場から、子どもと保護者を見ているに過ぎない。全体をコーディネートする機関と人をきちんと決めておくこと、協働する各機関の見守りの効果を追跡、測定する必要がある。そして、支援する人が孤立しないように配慮することも求められる。見守りは、その家族がその地域で生活する限り続くことになる。支援の結果落ち着いたようにみえても、出産、失業、離婚、パートナーの実家との関係など、ライフステージのうえで、さまざまな出来事で、急に、大きな変化がおこることがあり、それらの変化に気づかないことも多い。

## II. 専門機関としての医療機関

小児科医の9割は子ども虐待に関心を持ち、6割はある程度の知識があると自己評価をしていると報告<sup>1)</sup>されているが、児童相談所への医療機関からの通告は4-5%にとどまっている。そして、子ども虐待による死亡は乳児に多く、死亡までに関わった機関として保健、医療機関が多いことが明らかにされ、保健と医療が連携して、周産期からの虐待予防対策システムを構築することが望まれている。

家庭は密室である。密室の中で、力のある者が、力の弱い者にその力を濫用することが虐待である。親から子どもへの「子ども虐待」、パートナー間の「ドメスティックバイオレンス(DV)」、子どもが成人し、親が高齢になると力関係が逆転し、「高齢者虐待」がおこる。我が国は、それぞれに対応する法律が制定されている。そして、思春期の子どもから親に矛先が向けられるのが「家庭内暴力」であり、日本に特有とい

われている。最近では「きょうだい間の虐待」が注目されている。医療機関は、これら全ての虐待にかかわりをもつことになり、子ども虐待に限っても、関係する診療科は小児科にとどまらず、脳神経外科、整形外科、産婦人科、精神神経科、眼科、耳鼻科など全ての診療科の医師がかかわりを持つといっても過言ではない。

一方、子ども虐待は福祉の問題であって、医療の問題ではないと考える医師がいる<sup>2)</sup>。病気による疾病医療と心理社会的要因で発症する虐待医療との違いに、とまどう医師がいる<sup>2)</sup>。心理社会的背景がどうであれ、患者への対応を変えないことが医療倫理であり、患者の求めに応じることで、医療契約が成立する。一般的な疾病の治療では、患者の個人情報保護は保護され(守秘義務)、情報は開示され、適切十分な説明を受け、同意して(インフォームドコンセント)医療を受けることになる。そして、診療内容の開示を求めることは患者の権利であり、不必要な入院はできるだけ避けるものである。医療機関は患者からの医療報酬で営む現場であり、小児医療は親の同意によってのみ行うことができる<sup>2)</sup>。

医師が子ども虐待対応に躊躇する理由として、①虐待の診断に自信がもてない、②児童相談所への通告に迷う、③入院・退院の判断に迷う、④家族への対応困難とトラブルが心配、⑤診療時間外の仕事になり時間がとれない、⑥医療の中断や医療費の未払い⑦あそこを受診すると「虐待」を疑われるというような風評を嫌う、などがあげられている<sup>1, 3)</sup>。そして、現在の保険医療制度のもとでは、医師・医療機関が虐待対応に費やす時間と、エネルギーに対して診療報酬の裏づけがないこともあげられている。

## 1. 院内に虐待対応チームを持つ医療機関の役割

### 1) 医療モデルと情報の取得

(1) 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。

- ・ トリアージ（優先順位付け）
- ・ 医学的なヒストリー（既往歴・過去の診療記録・他の医療機関の受診記録など）
- ・ 社会的なヒストリー（学歴・婚姻歴・職歴・居住歴など）
- ・ 保育・教育上のヒストリー（保育士、教師からの情報）
- ・ アルコール歴、薬物依存症歴（当人には、どのくらいやっているの？と、やっていることを

前提に聞くのが、コツ）

- ・ 犯罪歴
- ・ ドメスティックバイオレンス（DV）の有無
- ・ しつけの仕方（泣かれたとき、どうしましたか？言うことを聞かないとき、どうしましたか？

など具体的に聞く）

- ・ 医学的診察と必要な検査（性的虐待を含む）
- ・ 意見書・診断書の作成
- ・ 児童相談所または要保護児童対策地域協議会への通告
- ・ 警察への通報の判断
- ・ 医学的診断と治療計画
- ・ 家族への報告・告知
- ・ 経過観察（見守り）
- ・ 裁判への協力

(2) 主な情報の取得源としては以下がある。

- ・ 保健所・保健センターの保健師・助産師（健診記録・訪問記録など）
- ・ 保育園・幼稚園の保育士・看護師・教諭
- ・ 児童相談所（児童福祉司、児童心理司、

医師）

- ・ かかりつけ医と看護師、その他の医療機関の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー
- ・ 地域の民生委員・児童委員
- ・ 生活保護のケースワーカー
- ・ 児童家庭支援センター・子ども家庭支援センター
- ・ 学校の教諭、養護教諭、カウンセラー
- ・ 警察（生活安全課、刑事課）
- ・ 消防（救命救急士、救急隊員）
- ・ 子ども本人（親や兄弟などと別にして、聞き取る）
- ・ 両親（それぞれ別々に、一人ずつ）
- ・ その他の保護者、家族、親族

医療機関では医師、看護師、そして医療ソーシャルワーカー（MSW）が、保護者から直接情報を得ることができる。虐待という意識をもって話を聞くと、聞きづらいことがある。フォームを作っておき、機械的に質問をしていくと良い。妊娠歴、流産歴など、医療機関であるからこそ聞けることがある。医療機関の強みである。一方で、医療機関では入手しづらい情報については、関連諸機関から入手することになる。

## 2. 院内に虐待対応チームを持つ医療機関の対応<sup>4)</sup>

1) 院内の連携体制を整備強化する。

(1) 医療機関の事務職をも含めた全ての職員に、「虐待かな」と疑いをもつセンスが求められ、虐待対応チームにまず連絡する。入院したときは、早急に入院チームを結成して、チームとして対応する。

(2) 主治医として診断、治療にあたる。

重症度の判断をし、緊急保護（入院）の必要性を判断する（表1, 2）。虐待の重症度と、疾病の重症後は判断する視点が異なることに注意が必要である。医学的に入院の適応がなくても、入院を勧める。（表3、

4) 入院させ。安全を確保した上で、情報を収集し、多機関で検討し、役割分担をして、戦略をたて対応することができる。

医師の判断だけで退院を決めてはいけない。特に、親が反省しているとい理由だけで、退院させてよいと考えることは、極めて危険である。

(3) 児童相談所、要保護児童対策地域協議会に通告すること

大きな組織になるほど、気づいても個人で通告することはためられるし、組織としての対応にも支障が出る。まずは、院内で検討し、医療機関として通告する。

(4) 警察へ通報すること

異状死体、外傷が重度の時、犯罪が疑われる時には警察に届け出る義務があるが、一般的に直ちに警察に連絡することは少ない。また養育者とトラブルが予測されるときは援助を要請することができる。

心肺停止 (CPAOA; cardio pulmonary arrest on arrival) の状態で搬送され、亡くなった時は、警察に連絡し検案を受け、剖検できるように最大限の努力をする。我が国では監察医制度がしかれているのは5地域にすぎず、剖検率が極めて低いのが現状である。そして、虐待が疑われるとき、死亡例にきょうだいがいる場合は安否の確認が必要であり、児童相談所にも連絡する。

2) 保護者に告知すること

最初は虐待ということばは使わず、できるだけ支持的に対応するが、虐待事例として多機関で対応する場合は、保護者に毅然とした態度で告知する。告知しないと、その後の対応が曖昧になる。きちんと話すことは適切な援助をおこなううえで必要である。医師1人で行う必要はなく、事前に、しかも早期に院内の医師、看護師、MSW や児童相談所児童福祉司、地域の保健師などと協議し、役割分担をし、対策をたてるべきである。トラブルが予測されるときは、

警察の応援を依頼することも可能である。

3) 診断書・意見書を書くこと

児童相談所、家庭裁判所の求めに応じて、診断書・意見書を書くことは、医師の義務である。しかし、虐待かどうかの最終的な判断は、児童相談所が社会的診断、心理診断、行動診断と医学的診断を総合して行う。医師は医学的診断に責任をもつことになる。

「虐待による」と明記する必要はない。診察所見、検査所見と養育者の説明が矛盾するか、しないかを評価することになる。虐待と断定して記載する必要はない。

4) 保護者の養育能力・精神状況について評価し、家族を援助すること

養育者の知的レベルを評価する。統合失調症、うつ病、人格障害、アルコール依存症、薬物中毒などを評価する。そして子どもを養育できるかどうかを評価し、さらに適切な精神科医療が受けられるよう努力する。入院のみならず、外来においても子どもとその家族を援助する。院内、院外の関係機関とのチームの一員として、医師として援助する。

5) 他機関からのコンサルテーションを受ける

児童相談所、警察、保健所・保健センター、子ども家庭支援センター、保育園、学校などから、子どもおよび養育者の診察の依頼だけでなく、事例についての医学的なコンサルテーションを受けることになる。その際に診察がなければ、診療報酬の裏づけがないことが問題である。

6) MSW の重要性

子ども虐待対応には、院内の各診療科医師、看護師を初めとするコメディカル職員の調整、院外の関連機関との連絡調整が不可欠であり、医療機関の中でMSWは、子ども虐待対応の要である。しかし、地域の中核病院にもMSWを配置していない機関も多く、配置されていても任用資格であり、医

事課や看護部の中に位置づけられ、専門性を発揮できない現状がある。

**3. 医療機関で「診断」しなければならない虐待類型**として、以下がある。

- 1) 揺さぶられ症候群 (SBS ; シェイクンベビー症候群)
- 2) 代理によるミュンヒハウゼン症候群 (MSBP)
- 3) 非器質性発育障害 (NOFTT)
- 4) 事故によらない薬物中毒
- 5) 胎児に対する虐待
- 6) 医療ネグレクト
- 7) 心肺停止状態 CPAOA) の鑑別診断 (病気・乳児突然死症候群・事故・虐待死・殺人を鑑別しなければならない)

それぞれについては、成書や小児学会、子ども虐待プロジェクトの手引き<sup>5)</sup>などを参照されたい。

#### **4. 地域のネットワークの中での医療機関 (クリニック)**

市中のクリニックにおける、子ども虐待への対応は、一般的に重度の外傷を主訴に来院することは少ない。基本的に受診するのは、クリニック周辺の住民であり、子どもだけではなく、母親を含めたいわゆる「かかりつけ医」であることが多い。クリニック医師は、一般診療だけでなく、健康診査や予防接種、また、園医や校医としても子どもと出会う機会をもつことが特徴である。

クリニックでの対応が最も期待されるのは、ネグレクトの発見と対応である。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子どもで、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いう。要支援家庭とは、保護者の状況、子どもの状況、養育者の何らかの問題を抱え、それを放置するこ

とで養育が困難な状況に陥る可能性のある家庭をいい、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を含むものである。この要支援家族の早期発見を、クリニックは期待されている。

#### **4. クリニックでの対応<sup>6)</sup>**

虐待を疑い、確証がないからと放置することなく、関係諸機関と連携をはかり、子どもの心身の安全を確保するまでの対応が、医師に科せられた初期対応である。また、地域における介入 (intervention)、家族再統合の追跡 (monitoring)、見守りをしてゆくさい、医療機関も、重要な役割を担う一機関であるという認識を持つことが望まれる。

1) 子どもの様子や親子関係に何かおかしいな、不自然だなと思う、気づきの目を持ち、子どもの身体所見、行動特徴、保護者の特徴などを総合的に検討して虐待の可能性を鑑別する。虐待である疑いが強いときは、児童相談所に通告しなければならない。虐待とは判断できない、確信が持てないときは、放置することなく、要保護児童対策地域協議会の窓口ないしは保健所・保健センター保健師に連絡する。また、自身の外来での診療を継続する。

2) 自宅へは帰せないと判断したときは、入院を勧める。自施設に入院させられないときは、確実に入院先を確保し、救急車で搬送し、依頼先には「虐待」を疑っていることを連絡する。

3) 自宅に帰せると判断したときは、必ず再診の予約する。再診しないときは、電話で連絡をとる。連絡が取れない、来院しない時は要保護児童対策地域協議会窓口、保健所・保健センターに連絡する。

4) 地域でその家族を追跡 (monitoring) 見守りをするさい、医療機関も要保護児童対策地域協議会の一員として、医療機関と

いう専門機関としての対応が期待される。

5) 医療機関が要保護児童対策地域協議会と連携をはかるさい、連携の鍵を握るのは保健所・保健センター保健師であると考えられる。現時点では、医療機関と要保護児童対策地域協議会窓口とは、馴染みが薄いのが、現状である。

6) 初期対応で、その後の追跡、介入の段階でも、クリニックに関係機関が集まり、ネットワーク会議を開くことは可能である。会議を開く時間は、昼休みか診療時間終了後ということになる。その際、医療機関は、「あそこに行くと虐待を疑われる」というような評判がたつことを嫌うので、十分な配慮が必要である。

7) 介入や追跡の過程では、医療機関も要保護児童対策地域協議会の一員としてネットワーク会議に参加することが望まれるが、診療時間と重なることが多く、実際参加することが困難なことが多い。保健師を通して連携をとることが望まれる。

8) 親子分離をした事例の場合、医療機関にはその後の情報が全く伝わらないことが多い。保健師を通してでも、連絡することが望まれる。

### Ⅲ. 子ども虐待における、病病連携、病診連携

#### 1. 医療機関内虐待対応チームと医療機関の連携

病院内に「虐待防止委員会」などの院内対応チームを作り、チームアプローチとして子ども虐待に取り組んでいる、子ども虐待の中核的な役割を果たせる医療機関はいまだ少ないのが現状である。

厚生労働省は2006(平成18)年4月から、都道府県と政令指定都市に、虐待を受けた疑いのある子どもの診断を夜間や休日でも行ったり、児童相談所に専門的な助言

を与えたりする「拠点医療機関」を設置するよう求めたが、これに応じる医療機関はなかったとのことである。

1. 大阪府は2000(平成12)年度から、弁護士47名、医師16名からなる「児童虐待等危機介入援助チーム」を発足させ、子ども家庭センター(児童相談所)と連携しながら、子どもの傷の診断や子どもの権利擁護を図っている。(今後の児童家庭相談体制のあり方に関する研究会報告書、平成18年3月)

2. 北海道札幌市では、児童虐待に結びつく可能性の高い要因をもつ妊婦及び親子を医療機関25か所と連携し早期に把握し、保健センター等が育児を支援する体制を整備している。(厚生労働省:「今後の児童家庭相談体制のあり方に関する研究会」報告書2006年4月)このように、各地で医療を含めたネットワーク構築が試みられているが、どのように機能しているかは不詳である。

#### 3. 大阪市の取り組み

大阪府は2004(平成16)年度から子ども虐待に対して、各地区の保健福祉センター、各区実務者会議からの要請に応じて、各区の医務保健長の小児科、精神科の医師が医療的評価、スーパービジョンを行い、医療機関への連携をおこなうシステムを立ち上げている。医療は市内3箇所の医療機関があたり、検査入院、入院・通院などの必要な医療的ケア、処遇協議、診断書(医療所見)の作成などの役割を果たしている。しかし、医療機関の中に院内の防止委員会などの連携組織は設置されておらず、また連携の窓口も各医療機関の小児科の担当医が当たっているのが現状である。(平成18年度報告書)

#### 4. 広島県の取り組み

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」、「虐待の判断ができていない」、「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。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している。（平成18年度報告書）

#### 5. 東京都の「子ども家庭総合センター」 ・ドクターアドバイザー構想

東京都は2006（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・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。

また、2007（平成19）年、東京都は子ども虐待防止協会に委託し、ドクターアドバイザー制度をスタートさせた。医師、歯科医師を対象とした、医療機関を受診した子どもの

うち、虐待の可能性が疑われるが判断に迷う事例や、対処方法がわからない事例などに対して、子ども虐待に詳しい医師、歯科医師、弁護士などからの回答を受けられる、子ども虐待に関する相談事業である。相談内容としては、虐待が明白な場合や、生命にかかわるような緊急性の高い事例は除き、①児童虐待の可能性を疑うが、確信が持てない場合、②どの地域関係機関に連絡すべきか判断に迷う場合、③養育者とのトラブルが予想される場合、④法律上のトラブルが予測される場合などを想定している。同時に一次医療機関に対して、スーパーバイザーを派遣し、医学的診断のポイントに基づく事例検討などを通して、医師の虐待への対応力を高め、虐待対応に地域の核となる人材を育成し、地域の一次医療機関の相互連携システムの創設も視野に入れている。

#### 6. 法医学と児童相談所の連携

外傷がどのようにしてできたのか、その受傷機序を判断することは、法医学の大きなテーマの一つであり、臨床医とは別の角度から患児を取り巻く法的諸問題に対応する実践科学が臨床法医学である。杏林大学、北里大学、聖マリアンナ医科大学付属病院の虐待防止委員会には法医学者がメンバーに加わっているが、司法解剖と行政解剖を担当する法医学の専門家は極めて少ない。

東京都児童相談センターは、法医学者のコンサルテーションを受けられる体制をつくっており、熊本県では、熊本大学医学部法医学教室が被虐待児の損傷検査を引き受けている。関東地区では、臨床の医師が児童虐待であるかの判断に迷ったときに、セカンドオピニオンを受けられる法医学者がいる。少ない法医学の専門家と児童相談所や医療機関との連携が、全国規模で整備されることが期待される。

#### 7. 階層的な医療を中心とした連携

周産期とは、出産を中心として広義には



受精から新生児早期までの時期をいい、この期間の母体、胎児、新生児を総合的にケアして、母と子の健康を守るのが周産期医療である。いつでも、どこでも、妊娠母体や分娩の異常、胎児や新生児の異常などの緊急事態に最適な医療を提供するためには、産科と小児科（新生児科）の一貫した総合医療体制と適切な搬送体制が必要である。そのため、我が国では総合周産期センター、地域周産期センターと一般の産科医療機関が三層構造が整備され、全国規模で消防署の救急部門とがネットワークを組んで周産期医療情報システムを整備・運用しているところが多い。

小林<sup>2)</sup>は、子どもと親のかかりつけ医、診療所を一次医療機関と位置づけ、急性期治療、初期評価、入院治療と継続医療を担う公的総合病院を関連機関ネットワークの中心病院として二次医療機関とし、困難事例、高度医療、複数科にまたがる総合的な診断、治療および子どもと親の精神的治療も行える子ども病院などを三次医療機関と位置づける子ども虐待医療の役割分化を提唱している。

いずれにしても、子ども虐待に対する医療を中心とした対応についても、性的虐待や、法的な対応が必要な困難事例に対応でき、研修や死亡例の検討などを行うレベルの施設と、地域の中核として「虐待対応チーム」を持ち、病病連携、病診連携で医療の中核となり、児童相談所や警察のコンサルテーションを受けられるレベルの施設が整備されることが望まれる。しかし、現在の皆保険制度のもとでは、診療報酬には結びつかないことが、問題である。

## D. 考察および提言

### 1. 要保護児童対策地域協議会の中での連携

要保護児童対策地域協議会の設置が全国規模で進み、児童相談所の機能とあわせて、

我が国の子ども虐待の初期対応体制が整い始めている。要保護児童対策地域協議会は極めて多くの組織・機関と専門職が関わることになり、いわゆる多職種専門家チーム（MDT; Multidisciplinary Team）として取り組まなければならない。図2、4に示したように、市区町村内での連携、医療保健の連携、教育機関の中での連携、警察内部の連携など、それぞれの組織・機関内部の連携がまずとれていなければならない。市区町村内では図4に示したように特に、子育て・保育を担当する福祉部門と、保健所・保健センターが中心の保健分野と教育分野の連携、MDTが不可欠である。教育の中では、校長、教頭、担任教諭、養護教諭、スクールカウンセラーなどの連携がとれていなければならない。医療機関では図5のように、院内に虐待対応チームをもつ中核的な医療機関と、地域のクリニックとの連携、医療機関と保健所・保健センターとの連携が求められる。そして、院内では図6のように、院内各部門の連携がはかられていないといけない。

連携をとるさい大事なことは、中心となる組織・機関を明確にし、待ちの姿勢ではなく、支援者の方から出向く姿勢が求められる。保護者のニーズをアセスメントして把握し、できるサービスを、たらい回しにせず提供できるワンストップサービスが実践されなければならない。

虐待事例への支援は、その家族が地域に住んでいるかぎり、続くと考えなければならない。支援の中心となる組織・機関はその時に問題となっていること、また、ライフステージの変化によって変わっていくことは、当たり前のことである。

### 2. クロスレポーティング・情報の共有

要保護児童対策知育協議会への報告数は、重複があるにしろ児童相談所への通告件数

に匹敵する数があり、今後も増加することが予測される。一つ一つの通告は重大な事態とは思えなくても、複数の人や機関からの通告が重なれば、虐待として対応しなければならない事態になる。現時点では、児童相談所と要保護児童対策地域協議会との関係は、地域により様々である。今後、通告する側も両方に、そして、児童相談所と協議会もお互いに通告事例を共有することが必要であると考えます。

### 3. 医療機関へのつなぎ方

子どもに外傷、気になる行動、発育や発達の遅れがあり、虐待が疑われ、医療機関での評価が必要と、判断したとき、医療機関の受診の依頼に際し、「虐待」がらみと構えないほうがよい。あくまで、けが(外傷)、気になる行動や成長・発達の遅れなどが、病気や障害の症状である可能性があり、診察が必要であるという態度で受診を勧める。しかし、受診の際、事前に医療機関に受診の「目的」(虐待を疑っていること)を伝えられる工夫が必要である。地域でこれまでに収集した問題点を、事前に知らせるべきである。大きな医療機関の場合、直接医師にではなく、MSW に連絡し、医師に伝えてもらうことができる。依頼される医師は、小児科とは限らず、脳神経外科、整形外科、眼科など、さまざまである。このような、中核になる医療機関が近くにない地域では、子ども虐待に関心の高い、相談できる医師、クリニック、医療機関を確保するよう、努力することが求められる。どうしてもならない事態の時は、遠方であっても、子ども病院なども考えておく。また依頼する側は、現時点では要保護児童対策地域協議会などで連携を取り合い、医療機関に一番馴染みのある保健所・保健センターから連絡を取ることが、実際的であると考えます。

#### 1) 保健所・保健センター

保健所・保健センターは健診、予防接種などで、地域の医師会、歯科医師会とは日頃から関係がある。また、精神保健で地域の精神科医との接点もある。子ども虐待には小児科だけでなく、整形外科、脳神経外科、眼科、精神神経科医、歯科医師など、多くの医師が関わりを持つ。その中で、日頃から相談できる、診察を依頼できる複数のクリニックと医療機関の医師を、確保しておくことが望まれる。医療機関は敷居が高いといわれているが、保健師から積極的にアプローチしてみてもどうかと思う。

#### 2) 保育園・幼稚園・学校

園医、校医との連携強化が望まれる。常日頃から、虐待の問題だけでなく、子どもの健康面や成長、発達面で連携がとれる関係をつくっておくことが望まれる。できれば、気になる子どもがいるときに、園や、学校の現場に医師に来てもらい、現場を診てもらえると良い。大きな社会問題となっている、いわゆる軽度発達障害の評価、診断にも役立つ。そして、それら問題行動の背後に、虐待(ネグレクト)が潜んでいることがある。

保育園、幼稚園では、障害をもった子どもの統合保育や気になる子どもの評価に、心理士や言語聴覚士などの専門職が園に向いて、集団の中での子どもの行動を観察評価し、保育士の相談に応じる「巡回指導」が行われている所も多い。この巡回指導を利用することも一つの方法であろう。また、乳幼児期であれば、1歳6ヶ月健診、3歳児健診などの健診を、事前に連絡を取り合った上で利用することも、一つの方法である。6,7ヶ月健診、9,10ヶ月健診は従来から、1歳6ヶ月健診、3歳児健診もクリニックでの個別健診が増えている現状があり、事前に保健師を通して、情報の提供が行われることが期待される。

#### 3) 子ども家庭支援センターなどの地域の

## 子育て支援のセンター

要保護児童対策地域協議会の窓口として機能しているところもあるが、現時点では医療とは直接的な関係が薄い。保健所・保健センターを介して連携をとるのが実際的であろう。

### 4) 児童相談所

相談できる、医師、医療機関を確保することが望まれる。そして、医療機関と協働して性的虐待や困難事例に対応できる MDT チームを、少なくとも、1 県 1 ヲ所は設置する必要であると考ええる。

また、東京都児童相談センターは、法医学医師との連携システムを作り、熊本大学法医学教室は児童相談所の相談に応じている。我が国の法医学者は少なく、監察医制度が未整備の状況で、このような、法医学者と児童相談所または医療機関とのネットワーク構築が望まれる。

### 5) 医療機関の MSW を利用する

クリニックでは、基本的には医師本人と連絡を取り合うことになるが、中核医療機関では医療ソーシャルワーカー MSW が大きな役割を担う。MSW は病院内および外の連携の要になる。また、医師、看護師とは別の立場で養育者と子どもに接することができる。

### 6) 性的虐待の対処法（性的虐待の対処法）

性的虐待対応について、現在の日本では全く未整備の状況であるといわざるを得ない。被害者から聞く性的虐待の内容は、一般人には「ありえない」「信じられない」ことであり、虐待に対応する専門職であっても、「聞いたことがない、荒唐無稽な作り話」としか聞かえないと思われることが、稀でない。ケース検討会でも、口に出すのがはばかれる、というのが現状であろう。

「性交」ということばを表現しないマスメディアすらあり、その背景には子どもが性虐待を受けていることを否認したい、日本

社会の特性がある。

このような我が国の性的虐待に対する認識のなか、奥山<sup>7)</sup>は、「今何をすべきか」として、以下の 7 つをあげている。①調査を実施し、メディアをとおして、社会の認識を高める。②保育士、教師、養護教諭、看護師、保健師など子どもに関わる専門職の専門家教育。③初期対応チームのモデルを作る。④司法面接の確立。⑤一次保護所の改善。⑥治療センターのモデル作り。⑦司法面接、医学的アセスメントと治療、初期ケアが即座に開始できるような、性的対応の連携モデルを作る。不適切な対応は、専門職による二重の虐待になる。現時点では、診察、対応を依頼できる女性の産婦人科医師を確保しておくことであろう。

7) 精神科医療へのつなぎ方（国立保健科学院、中板育美氏の「市区町村での子ども虐待在宅療養手引き」を改変）

虐待する親は、性格の偏り、人格障害やうつ病や統合失調症などの精神障害など、様々な問題を抱えていることがある。虐待親を支援するとき、精神的な不安定さや人間関係を紡ぐにも敏感で、地域の中で孤立し、トラブルばかり起こし、コミュニケーションをはかりづらいことがまれでない。援助関係を構築することが困難で、たとえ医療につなげたとしても、治療が継続しづらく、治療効果もすぐには期待できない長期戦を強いられ、医療機関の側からは、採算のとれない、手間のかかる、あまり歓迎されない患者となりやすいことも、精神医療と地域の協働や連携が困難な理由の一つにあげられる。

支援する側としては、精神医療は家族を丸ごとみてゆく中での医療管理の一つであると認識し、医療機関からの一方的支持命令系統の構造をつくらぬ努力が必要である。そのためには、受診に

つなぐまでの期間に、地域が収集した家族関係や多くの生活関連情報、その家族が織りなしてきた歴史情報を医師に積極的に提供していくことが必要である。地域の中で、それらの情報に耳を傾け、信頼し、適切な配慮と時間を惜しまない医師をさがしておくことが必要である。

#### E. 結論

要保護児童対策地域協議会ができて、我が国のこども虐待防止対策は新たな時代に入ったように思われる。

子ども虐待対応には、要保護児童対策地域協議会を中心とした虐待予備軍と育児不安群に対応することと、実際に虐待がおきており、性的虐待や困難事例に対応でき、児童相談所をはじめ、医療機関（クリニック）からの相談にも応じることができる中

核的な医療機関を含めた対応が求められる。

医療機関は、虐待の医学的診断、疾病の診断治療など、子ども虐待対応にはなくてはならない重要な関連機関の一つであるが、医師、医療機関は子ども虐待対応に様々な困難を感じている。

クリニックの医師は、かかりつけ医師として、地域の親と子どもに会える機会をもち、虐待を疑い、確証がないからといって放置することなく、関係諸機関と連携をはかり、子どもの身心の安全を確保するまでの対応が期待される。

性的虐待に対応できる、院内に虐待対応チームをもち、いわゆる病病連携、病診連携がとれ、児童相談所、警察などのコンサルテーションを受けられる中核医療機関が適切に整備されることが期待される。