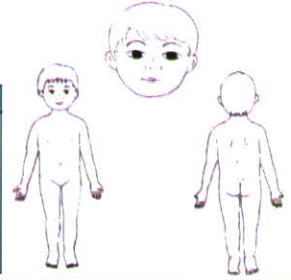


在宅支援アセスメント ケース番号 担当所属氏名 記入日：平成 年 月 日(初回・回目)



- B 虐待の種類(主◎ 従○) 身体 性的 ネグレクト 心理
 C 子どもの年齢(歳) 0~2歳 3~5歳 6歳以上
 D 虐待者(主◎ 従○) 年齢(主 歳)(従 歳)

1 虐待の程度(外傷が見られる場合は右図に傷の位置と内容を記入)
 生命(頭部外傷のおそれ 乳幼児を投げる 逆さ吊り 布団蒸し 脱水 明らかな衰弱 乳幼児で医療受診させない 首を絞める 水につける 踏みつける 頭部を蹴る)
 重度(医療を必要とする外傷 打撲 目の外傷 火傷 幼児の打撲)
 中度(慢性的あざや傷痕 噛み跡 生活環境不良で改善なし 放置)
 軽度(跡が残らない暴力 健康問題が起きない程度のネグレクト)



把握 非変動 家庭 養育者 子ども	はい	やや	いいえ	不明	↓ 以下、該当項目と思われるものすべてを○で囲んで下さい。 「養育者」は、家族の中で誰かが該当すれば○。	活用中①	活用中②	必要なもの
2 虐待の継続*					繰り返し・常習・子を何日も放置する			
3 関係機関からの情報					児相・医療・保健・警察・学校・幼稚園・保育所・福祉事務所・民生児童委員・近隣住民・施設・その他			
4 虐待歴					入院施設歴			
5 性的虐待*					疑い・性病・妊娠			
6 保護者の被虐待歴					被虐待歴・愛されなかった思い・厳しいしつけを受けてきた			
7 家族問題					夫婦不和・夫婦間暴力・別居・家出・未婚・離婚・内縁・家族構成の変化			
8 経済問題					借金多い・生活苦・失業・転職・計画的欠如			
9 生活環境					劣悪な居住環境・安全確保への配慮なし・事故防止不足			
10 子を守る人なし*					日常的に子を危険から守る人がいない・危険な時子の逃げ場がない			
11 精神的状态					鬱的精神症状・通院ができていない・服薬ができていない・疑いがあるが通院歴なし			
12 性格的問題					衝動的・未熟・攻撃的・偏り・共生感欠如・人との関わり嫌い・被害的・その場逃れ・嘘が多い			
13 アルコール・薬物*					アルコールの匂い・視線がうつろ・会話しにくい・疑い・依存症			
14 家事・育児能力*					送迎ができない・障害のため能力低下			
15 身体の状態*					低身長・体重増加不良・発育不全・(発達・身体)障害・持病・皮膚疾患			
16 精神の状態*					笑わない・表情が乏しい・視線が合いにくい・言葉の遅れ・睡眠リズム・抜毛・自傷			
17 日常的世話の欠如					ひどいオムツかぶれ・身体衣類の汚れ・異臭・非衛生・不潔・季節に合わない衣服			
18 問題行動					激しい癇癇・落ち着きなし・多動・注意惹き行動・攻撃的・遺尿・過食異食・性的行動・噛む・万引き・火遊び・夜間徘徊・家出			
19 意志・気持ち*					家に帰りがたらない・親の前で萎縮・親が来ても無表情・親の口止めに応じる			
20 子への感情・態度					子ども嫌い・出産の後悔・可愛がったり突き放したり・疎ましい・子をけなす・ほめない・子どもに対する虐待事実の口止め			
21 虐待自覚なし*					問題意識なし・体罰容認・嫉主張・虐待の隠蔽・虐待者をかばう			
21-1 ネグレクト					ケア状況の怠慢・長時間の放置・食事や医療を与えない・夜間放置			
21-2 養育意欲					意欲なし・改善意欲なし			
22 養育知識					若年親・知識不足・不適切・期待過剰			
23 社会的サポート*					孤立的・親族の対立・親族過干渉・保育なし・転居			
24 協力態度なし					機関介入拒否・接触困難			
25 援助効果なし					調整改善が期待できない			
■ 現在の家庭や保護者、子どもの様子について(要旨)					ケースの良い面・良くなった面			
					次回の検討会議開催時期・めやす			

以下は第2回目会議からつけます。

■ 現在子どもの生命の安否確認は、	①安否確認が出来にくい状況である	②欠席しがちで少し心配である 留守がちでやや確認しにくい	③毎日できている・必要ときに安否確認ができる状況である
親は現在の虐待や養育状況について、	①やや関心がない、改善努力しない	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③問題を解決したい気持ちがやや高くなっている
親は、関係機関からの支援や指導に対して、	①関係がよくない・やや悪化した	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③支援・指導関係がよくなっている
この家族には、解決に向けての、	①理解・協力をする他の親族がいない・子を守る人がいない	②理解・協力をする親族やサポートの内容はわからない	③親族の理解・協力度が高くなった
ここ最近の子どもの様子は全体的に、	①問題がやや大きくなってきている	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③よくなっている・問題行動等がやや軽減している
虐待の程度全般について、	①やや危険度が高まった	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③やや危険度が低くなった
今後について、虐待問題としては、	①支援継続がのぞましい	②わからない・判断に迷う	③一旦終結としてもよい

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被害及び保護問題行動の予防介入に関する研究
（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

分担研究者 前橋信和 関西学院大学社会学部

児童相談所を中心とした在宅支援に関する研究報告書

総合概略

児童相談所が取り扱う虐待相談のうち、施設への入所や里親への委託など、親子の分離を行うものは全体の1割強であり、全体の8割以上は虐待を認知している状態で、在宅による援助を行っている。児童相談所は、通告後の安全確認、調査、一時保護、在宅支援、施設入所など一連の援助を行う中心的機関と位置づけられてきた。児童福祉法、児童虐待防止法改正により、市町村が虐待等要保護児童とその家庭への第一義的相談窓口と位置づけられ、児童相談所は物理力行使を含む公権力の行使等がますます要請されるようになってきた。児童虐待への対応は、児童相談所、市町村等が適切に連携して援助を行うことが重要となり、在宅支援の主体は、今後市町村への移行が進められると思われる。また、児童相談所は、子どもと家族への直接的支援とともに、市町村等への間接的支援（後方支援といわれている）の重要性も増加すると考えられる。

3カ年で、児童相談所を中心とした在宅支援についてのガイドライン作成を最終的な目標として、初年度は神戸市、大阪市、大阪府各自治体の児童相談所における在宅支援の状況、ベテラン児童福祉司に対するフォーカスグループインタビューの実施、フォーカスグループインタビュー等から得られた項目に基づいて全国の児童相談所児童福祉司を対象とした質問紙調査を実施した。2年度は質問紙調査の分析、各地の児童相談所4箇所について訪問による聞き取り調査の実施、児童相談所が連携すべき市町村家庭相談員に対するフォーカスグループインタビューの実施、アメリカにおける要保護児童に関する在宅支援の状況を踏まえ、研究会メンバーによる、在宅支援についての現状、課題等について検討を行った。3年度では、2カ年の調査結果、在宅支援に関係する他の研究グループの状況や進捗等を元に、児童相談所を中心とした在宅支援に関するガイドラインを作成した。

ガイドラインの概要は以下のとおりである。

1. 在宅支援専従の担当者を設置すべき。

現在多くの児童相談所では虐待対応の専従者を配置しているが、通告の受理、安全確認、初期調査にエネルギーをとられ、在宅支援については非常に手薄の状況である。在宅支援を「公的機関の介入によって長期の親子分離を必要としない状態を維持していくための支援」と捉え、組織的に意志決定し支援に取り組む必要がある。同時に、親子分離事例についても再統合を積極的に展開するためには、専従者を配置する必要がある。

すなわち、初期対応班、在宅支援班、再統合支援班という役割を明確にし個々の事例に必

要な支援を計画的に提供する必要がある。

2. 情報の共有と役割の分担を明確にする。

児童相談所が直接在宅支援する場合も、市町村等が在宅支援を行う場合も、児童相談所は個々の事例について、リスクの評価、全体的見立てと進行管理、適切な行政権限の行使、市町村等への専門的、技術的支援を行う必要があり、そのための体制の整備と専門性の向上が必要である。節目節目でのリスクアセスメント、要保護児童対策地域協議会での課題の共有と役割の分担が不可欠である。

3. 子どもの権利擁護という原則に従う。

児童虐待への対応は、子どもの安全の確保、安心できる生活環境の保障を最優先とし、子どもの最善の利益の尊重、意見表明の尊重という原則に沿った対応、客観的情報に基づいた判断と方針の決定が必要である。基本方針は原則をはずれず、具体的対応は柔軟に行うべきである。

4. 判断基準を明確にする。

在宅支援の前提として

- ①子どもが家庭において安全であることを確認できる。
 - ②在宅で安全を確保する十分な見込みが得られる。
 - ③家族が生活を維持することができる様々な資源が必要に応じて提供可能である。
- などの条件を明確にすることが必要である。

前提が不十分な場合、保護者や児童の状況、関係機関の状況によって、役割の分担や状況の変化への対応方法などを詳細にし、機関の連携により在宅での支援を検討する。

研究協力者

伊藤晴雄	神戸市こども家庭センター
桐野由美子	京都ノートルダム女子大学
久保樹里	大阪市中央児童相談所
才村 純	日本子ども家庭総合研究所
西本美保	大阪府富田林子ども家庭センター
萩原総一郎	四天王寺国際仏教大学
畠山由佳子	神戸女子短期大学
田中優子	松原市教育委員会
鶴見聖五	関西学院大学大学院
岡本正子	大阪教育大学

児童相談所が行う在宅支援に関するガイドライン

1. 目的

虐待事例に対し、児童相談所が認知した虐待事例のうち施設入所や里親委託などによる保護者との分離は20%以下であり、80～90%の事例では虐待を認知して以降も分離の可能性を内在させつつ、関係機関等との連携のもとに在宅により支援を行っている。

また、施設入所等の保護者との分離後、児童と家族への支援により、再度元家族への復帰が可能となる事例については、施設等の退所後にも家庭への定着、虐待の再発予防のためには継続して在宅での支援が必要になる。在宅での支援を行うにあたっては児童相談所と市町村を中心として多くの機関が連携して支援を行うことが必要である。子どもが家庭において安全で、安心して保護者と生活できるように支援の枠組みをどのように構成すべきかを示す。

2. 前提

児童相談所を中心とした在宅支援では、児童相談所の評価として

(1) 子どもが家庭において安全であることを確認できる。

子どもの安全確認については、通告受理後48時間以内の直接的な確認をすべきであり、その際には様々な機関において利用されているリスクアセスメントシートを用い、リスク項目の見落としを避け、客観的情報を基に現在の安全の状況と、今後の危険性について判断しなければならない。

また、学校や保育所、幼稚園など所属集団に毎日通っており、日々の状況が確認できることも必要である。

リスクアセスメントとしては、子ども虐待対応の手引きによる「一時保護決定に向けてのアセスメントシート」などが参考になる。(資料1)

(2) 在宅で安全を確保する十分な見込みが得られる。

①安全確保の十分な見込みについては、同居の家族内に子どもを守る人がいること、虐待者自身に改善意欲、感情や行動をコントロールできる力があること、自分自身を抑制できないときはSOSを出せることなどを総合的に判断する。なお、同居していない祖父母等の親族資源を過信してはならない。

②児童相談所や関係機関の訪問を受け入れる姿勢があること。

などが条件となる。

家族の状況を捉え援助を組み立てる参考として「在宅アセスメント指標」(平成18年度厚生労働科学研究(主任研究者奥山真紀子)分担研究「市町村虐待防止ネットワークと民間ネットワークの実態」(分担研究者加藤曜子)がある。(資料2)

(3) 家族が生活を維持することができる様々な資源が必要に応じて提供可能である。

様々な資源が提供可能であることについては、基本的生活を維持するための住居、生活費、仕事、医療などの提供(確保)が可能となっており、さらに子どもの養育や保育についての資源が利用可能でなければならない。

要保護児童対策地域協議会でこれらの様々なニーズの把握、資源の提供が検討される必要がある。

虐待ケースへの在宅支援とはこれらのことが前提であり、**公的機関の介入によって長期の親子分離を必要としない状態を維持していくための支援**であると考えられる。

そのような意味で、「在宅支援」は保護者と分離していない状態が「在宅支援」ではなく、分離によらず、在宅でその子どもと家族にとって必要な支援を提供していくことであり、児童相談所の援助方針会議において組織的に判断されなければならない。

3. 在宅支援の判断基準

在宅支援を採用する際の判断においては、児童相談所及び関係機関の状況として

- (1) 上記、2. 前提の(1)～(3)をほぼ満たしている。
- (2) 状況の推移によって、上記(1)～(3)の前提に変化が生じたときには、児童相談所による一時保護や施設入所等の行政措置が迅速に行える体制が確保されている。
- (3) 要保護児童対策地域協議会等の関係機関ネットワークにおいて、各機関の役割が明確になっており、継続的な状況把握の方法、緊急対応が必要なレベルの確認とその方法、緊急時の連絡体制が確保されている。
- (4) 関係機関で共通のアセスメントシート等を利用し、現時点では在宅により支援することが適当であると判断できる。

また、子ども、保護者の状況として

- (5) 保護者が虐待行為を認め改善の意思を示している。
 - (6) 関係機関の指導・援助を受け入れる姿勢がある。
 - (7) 親子に一定の愛着関係がみられ、子ども自身が在宅を希望している。
- なども重要な点である。

現在児童相談所が取り扱っているケースを考えると、直ちに施設入所は難しいため、前提そのものが不十分なまま在宅で抱えているケースから、前提を満たしており、また上記(1)から(7)の条件をほぼ満たしている事例まで幅広いケースへの対応を行っている。

児童相談所はすべてのケースを担当するのではなく、(1)～(3)の前提や子ども、保護者の状況、関係機関の状況によって、児童相談所が主として担当するケース、市町村が主として担当するケースを的確に判断し、緊急ケース、困難ケースに柔軟に対応する体制を確保しなければならない。

支援の密度や必要性に応じて一定の基準を設け、各ケース毎に判断の目安とするなどが考えられる。たとえば、

レベルⅤ：緊急保護の必要性は低いものの前提そのものが十分確保できておらず、施設入所等保護者との分離が必要と考えられる。しかし様々な要因により一時保護や施設入所が困難であり、当面の支援を在宅で行わなければならない。

レベルⅣ：現在は比較的落ち着いており、機関との表面的な関係はとれているが、基本的に問題は改善しておらず、一時保護、施設入所などの可能性は継続している。

レベルⅢ：前提はほぼ満たしており、その他の条件もほぼ満たしているが時により前提やその他の条件が不十分な状況に揺れ動くため支援の進行管理を注意深く行う必要がある。

レベルⅡ：前提を満たしているが今後とも継続的支援の必要なケースであり子育て支援サービスの利用や保護者への相談支援が必要である。

レベルⅠ：前提を満たしており、その他の条件もほぼ満たしているので市町村で一定期間在宅により支援を行い、状況により終結も可能と考えられる。

このような判断基準を設けた上で、レベルⅤについては主として児童相談所が担当する、レベルⅠについては主として市町村が担当する、Ⅳ、Ⅲ、Ⅱのレベルについては、様々な状況を勘案して担当機関を判断するなどの方法が適切ではないかと考えられる。

4. 内容、方法

個別に各事例について、調査、診断、総合判定に基づき、援助指針を作成し、家庭訪問、通所、機関紹介や指導委託等の方法により支援を行う。

虐待対応の専従課を設けている児童相談所は増加しているものの、在宅支援に関して担当課を設置している、担当者が配置されている児童相談所は今回の調査ではともに2.7%、2.8%と合わせて少数であり、ほとんどは地区担当者が他の相談と同時に受け持っているという状況にある。また、直接インタビュー等により調査を行った児童相談所においても、在宅支援については近年に取り組みを始めたところが多く、また、施設入所事例への支援が中心となっている状況であった。

児童相談所単独での支援ではなく、ネットワークによる状況の把握、支援の組み立てを考えるべ

きである。

その中では、すでに開発されたプログラムとして、ペアレントトレーニング、マイツリー、グループカウンセリング、マザー&チャイルドグループ、サインズオブセイフティアセスメント、個別カウンセリングなどが取り組まれていることがわかった。

それぞれのプログラムについては、現在普及中という段階であり、資源、人材、予算等の条件により、児童相談所にとって、どこでも、誰でも取り組めるものとはなっていない（17年度本研究、子ども・家族への支援・治療をするために（日本児童福祉協会、児童虐待防止対策支援・治療研究会編）等を参照）。

5. 市町村への支援

法改正等によって、児童相談所に対する社会的な要請は、市町村に対する後方支援、専門的知識・技術の必要な事例に対する支援、緊急時における迅速な一時保護等の行政処分の適切な行使が中心になる。

通告の受理、初期調査、安全確認、見立てと処遇方針の作成などについては、市町村における体制の整備とともに、ノウハウの蓄積が行われると考えられる。

在宅支援に関する市町村への後方支援については、

- (1) 緊急時の一時保護、在宅支援が継続困難な場合に施設入所等の措置を適切に行うこと。虐待事例について、発生メカニズムの分析、子どもへの各種診断、家族に対する全体的な見立て、支援の進行管理、市町村に対するスーパービジョン。
- (2) 診断、判定などの専門的機能の提供。
- (3) 家庭裁判所、警察、弁護士、児童精神科医師、法医学医師など権限を有する機関や高度な専門知識を有する専門家との連携の確保。

などが考えられる。

児童相談所によるこのような専門的、行政的支援を背景として、保護者との分離の有無にかかわらず市町村における在宅支援の充実が期待できる。

6. 法制度的な仕組み

(1) 市町村の役割

- ① 要保護児童対策地域協議会を設置し、協議会を運営する。（児25の2）
- 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込んでしまった。

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、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。

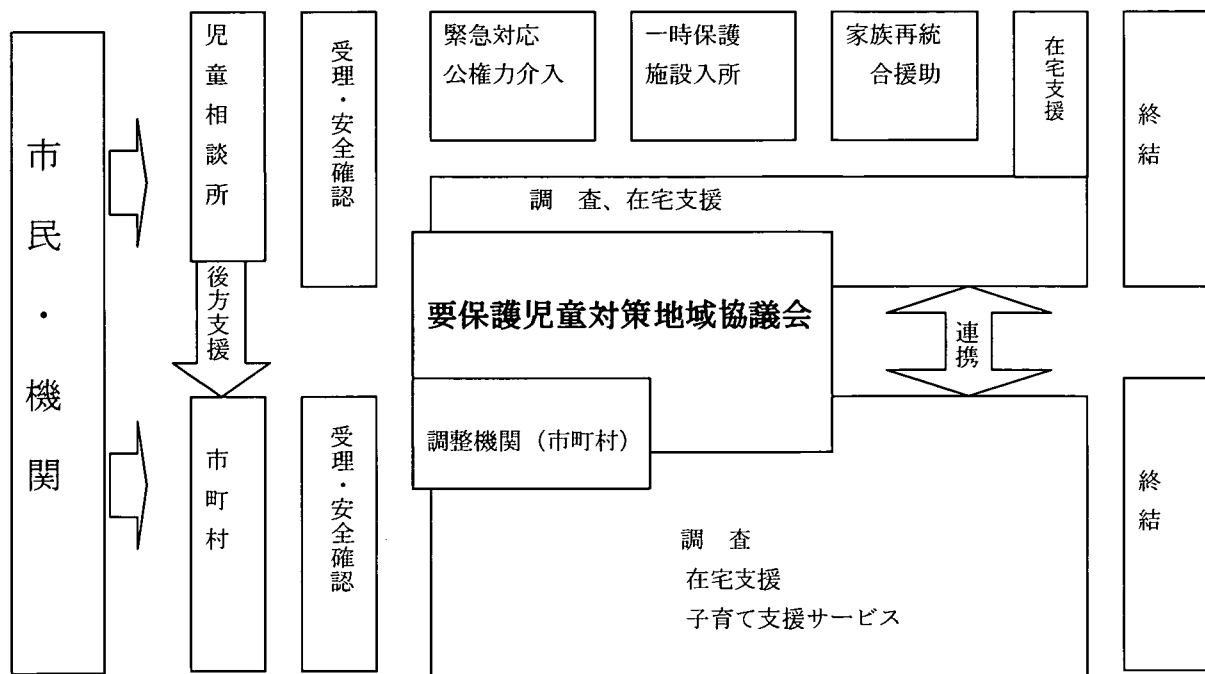
市町村児童担当課も、児童相談所からネグレクトケースと聞き、保育所入所を勧めればよいと面接することなく援助方針を判断。その後家庭訪問をしたものの、子どもの状態を把握しなかった。のち、「部屋を散らかした」との理由で、子どもは養父から衝動的に暴力をうけて死亡。

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。
- (3) 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。

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

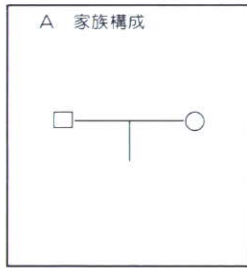


資料1 一時保護決定に向けてのアセスメントシート（子ども虐待対応の手引き 平成17年3月25日改訂版）

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「何をしでかすかわからない」「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、溺れさせる、() <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、 ()	

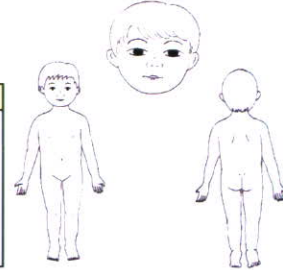
【資料 2】

在宅支援アセスメント ケース番号 担当者所属氏名 記入日：平成 年 月 日(初回・回目)



B 虐待の種類(主◎ 従○) 身体 性的 ネグレクト 心理
 C 子どもの年齢(歳) 0~2歳 3~5歳 6歳以上
 D 虐待者(主◎ 従○) 年齢(主 歳)(従 歳)

1 虐待の程度(外傷が見られる場合は右図に傷の位置と内容を記入)
 最重度(頭部外傷のおそれ 乳幼児を投げる 逆さ吊り 布団蒸し 脱水 明らかな衰弱 乳幼児で医療受診させない 首を絞める 水につける 踏みつける 頭部を蹴る)
 重度(医療を必要とする外傷 打撲 目の外傷 火傷 幼児の打撲)
 中度(慢性的あざや傷痕 噛み跡 生活環境不良で改善なし 放置)
 軽度(跡が残らない暴力 健康問題が起きない程度のネグレクト)



	はい	やや	いいえ	不明	以下、該当項目と思われるものすべてを○で囲んで下さい。「養育者」は、家族の中で誰かが該当すれば○。	活用中①	活用中②
把握					2 虐待の継続*		繰り返す・常習・子を何日も放置する
					3 関係機関からの情報		児相・医療・保健・警察・学校・幼稚園・保育所・福祉事務所・民生児童委員・近隣住民・施設・その他
非変動					4 虐待歴		入院施設歴
					5 性的虐待*		疑い・性病・妊娠
					6 保護者の被虐待歴		被虐待歴・愛されなかった思い・厳しいしつけを受けてきた
家庭					7 家族問題		夫婦不和・夫婦間暴力・別居・家出・未婚・離婚・内縁・家族構成の変化
					8 経済問題		借金多い・生活苦・失業・転職・計画的欠如
					9 生活環境		劣悪な居住環境・安全確保への配慮なし・事故防止不足
					10 子を守る人なし*		日常的に子を危険から守る人がいない・危険な時子の逃げ場がない
養育者					11 精神的状态		鬱的精神症状・通院ができていない・服薬ができていない・疑いはあるが通院歴なし
					12 性格の問題		衝動的・未熟・攻撃的・偏り・共感性欠如・人との関わり嫌い・被害的・その場逃れ・嘘が多い
					13 アルコール・薬物依存*		アルコールの匂い・視線がうつろ・会話しにくい・疑い・依存症
					14 家事・育児能力*		送迎ができない・障害のため能力低下
子ども					15 身体の状態*		低身長・体重増加不良・発育不全・(発達・身体)障害・持病・皮膚疾患
					16 精神の状態*		笑わない・表情が乏しい・視線が合いにくい・言葉の遅れ・睡眠リズム・抜毛・自傷
					17 日常的世話の欠如		ひどいオムツかぶれ・身体衣類の汚れ・異臭・非衛生・不潔・季節に合わない衣服
					18 問題行動		激しい癇癪・落ち着きなし・多動・注意惹き行動・攻撃的・遺尿・過食・過食・性的行動・噛む・万引き・火遊び・夜間徘徊・家出
					19 意志・気持ち*		家に帰りがたらない・親の前で萎縮・親が来ても無表情・親の口止めに応じる
養育状況・態度					20 子への感情・態度		子ども嫌い・出産の後悔・可愛がったり突き放したり・疎ましい・子をけなす・ほめない・子どもに対する虐待事実の口止め
					21 虐待自覚なし*		問題意識なし・体罰容認・暴主張・虐待の隠蔽・虐待者をかばう
					21-1 ネグレクト		ケア状況の怠慢・長時間の放置・食事や医療を与えない・夜間放置
					21-2 養育意欲		意欲なし・改善意欲なし
					22 養育知識		若年親・知識不足・不適切・期待過剰
サポート					23 社会的サポート*		孤立的・親族の対立・親族過干渉・保育なし・転居
					24 協力態度なし		機関介入拒否・接触困難
					25 援助効果なし		調整改善が期待できない
■ 現在の家庭や保護者、子ども・きょうだいの様子について					ケースのプラス面		
■ 現在の子ども生命の安否確認は、					①安否確認が出来にくい状況である		
					②欠席しがちで少し心配である・留守がちでやや確認しにくい		
					③毎日できている・必要ときに安否確認ができる状況である		
■ 親は現在の虐待や養育状況について、					①やや関心がない、改善努力しない		
					② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない		
					③問題を解決したい気持ちがやや高くなっている		
■ 親は、関係機関からの支援や指導に対して、					①関係がよくない・やや悪化した		
					② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない		
					③支援・指導関係がよくなっている		
■ この家族には、解決に向けての、					①理解・協力をする他の親族がいない・子を守る人がいない		
					②理解・協力をする親族やサポートの内容はわからない		
					③親族の理解・協力が高くなった		
■ ここ最近の子どもの様子は全体的に、					①問題がやや大きくなってきている		
					② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない		
					③よくなっている・問題行動等がやや軽減している		
■ 虐待の程度全般について、					①やや危険度が高まった		
					② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない		
					③やや危険度が低くなった		
■ 今後について、虐待問題としては、					①支援継続がのぞましい		
					②わからない・判断に迷う		
					③一旦終結としてもよい		
					次回の検討会議開催時期・めやす		

以下は第2回目会議からつけます。

■ 親は現在の虐待や養育状況について、	①やや関心がない、改善努力しない	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③問題を解決したい気持ちがやや高くなっている
■ 親は、関係機関からの支援や指導に対して、	①関係がよくない・やや悪化した	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③支援・指導関係がよくなっている
■ この家族には、解決に向けての、	①理解・協力をする他の親族がいない・子を守る人がいない	②理解・協力をする親族やサポートの内容はわからない	③親族の理解・協力が高くなった
■ ここ最近の子どもの様子は全体的に、	①問題がやや大きくなってきている	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③よくなっている・問題行動等がやや軽減している
■ 虐待の程度全般について、	①やや危険度が高まった	② a.よい意味でわからない b.悪い意味でわからない	③やや危険度が低くなった
■ 今後について、虐待問題としては、	①支援継続がのぞましい	②わからない・判断に迷う	③一旦終結としてもよい

許可なき転載はお断りします

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

総合概略

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。

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を構築すること、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。

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、杏林大学附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。

医療機関には、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、診療だけでなく、予防接種や健診で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。そして、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は未だ十分に機能しておらず、適切に整備されなければならない。地域の諸機関が、子ども虐待を疑い、医療につなげるとき、地域におけるキーパーソンは保健師であり、中核医療機関では、医療ソーシャルワーカーである。

医療を中心としたMDT (Multidisciplinary Team) の在り方提言

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1、2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3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4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られる。

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られる。

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、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いいと思う。

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出向いて、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カ所は設置する必要であると考えられる。

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、一般の人には「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」としか聞こ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⁷⁾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ない努力が必要である。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。

図1 要保護児童対策地域協議会

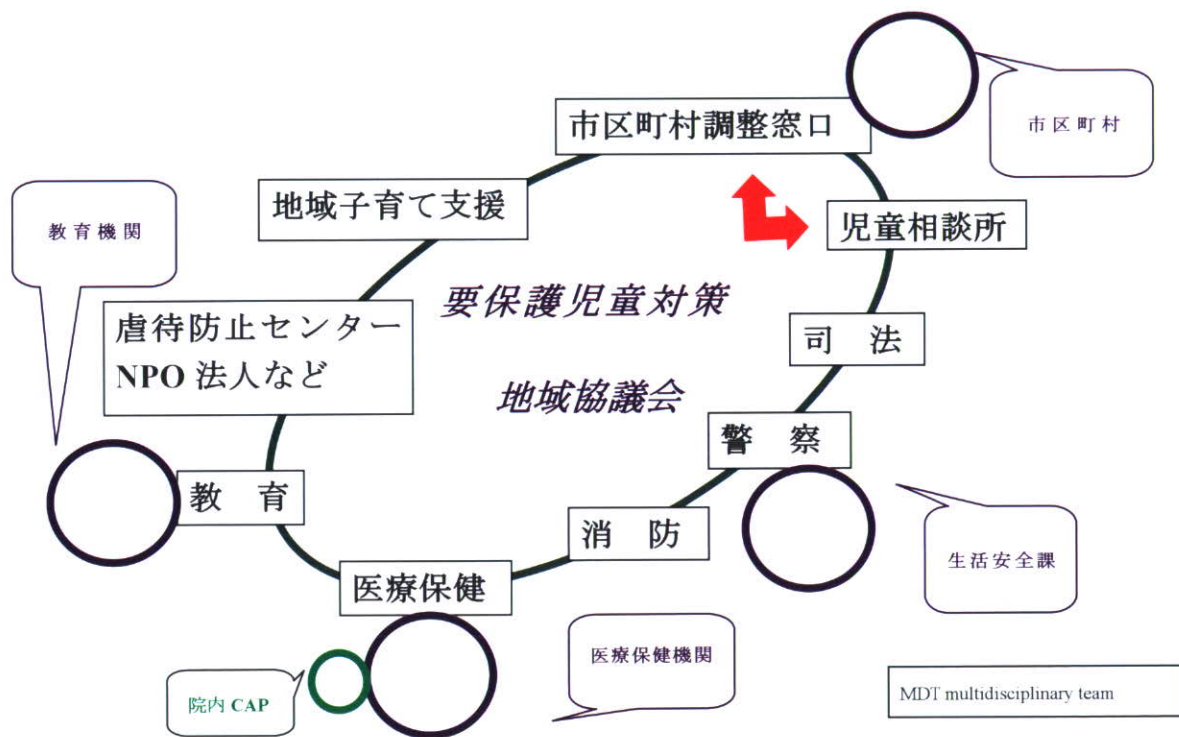


図2 市区町村内の連携

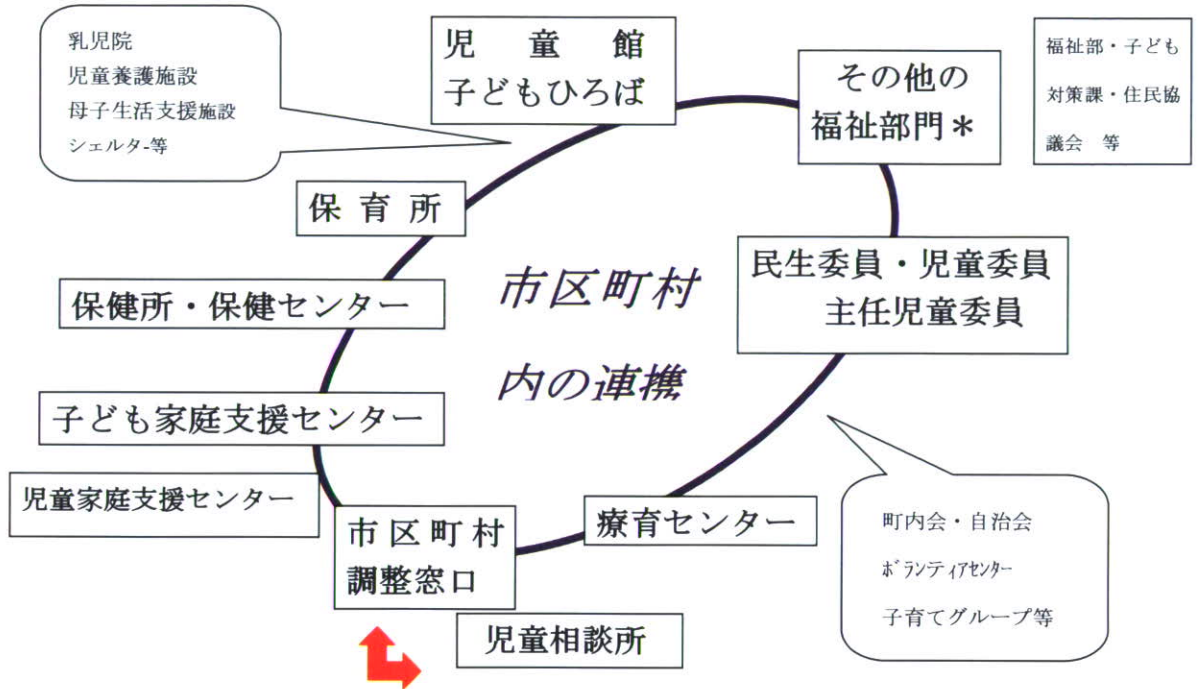


図3 医療・保健機関内の連携

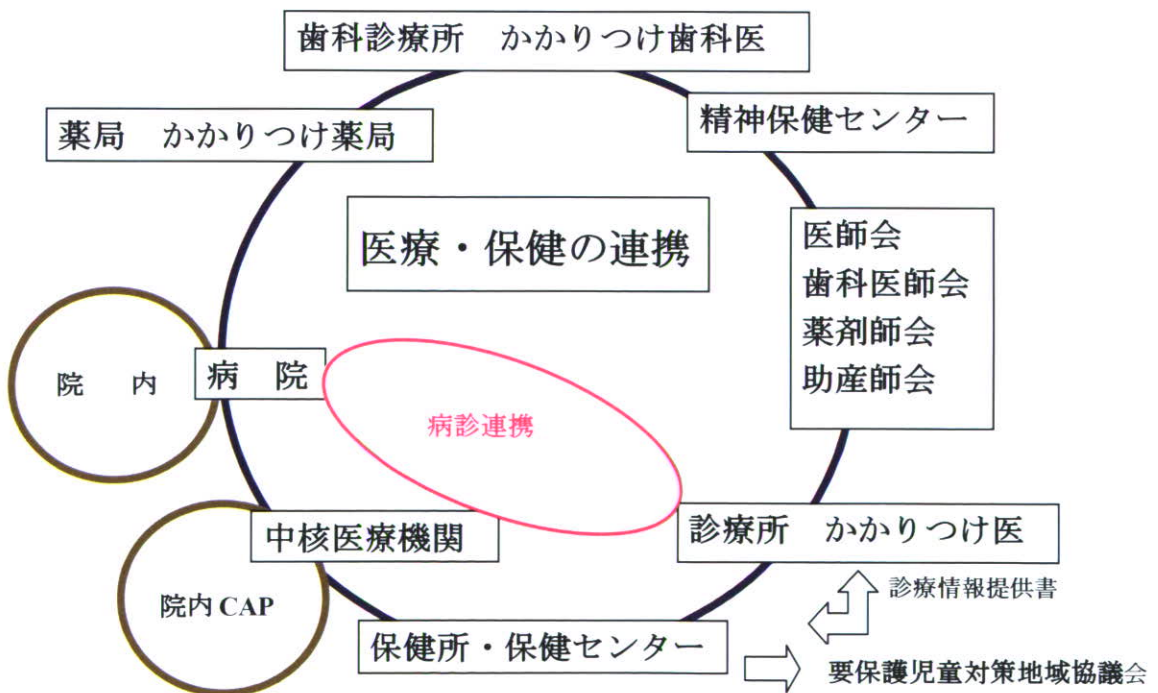
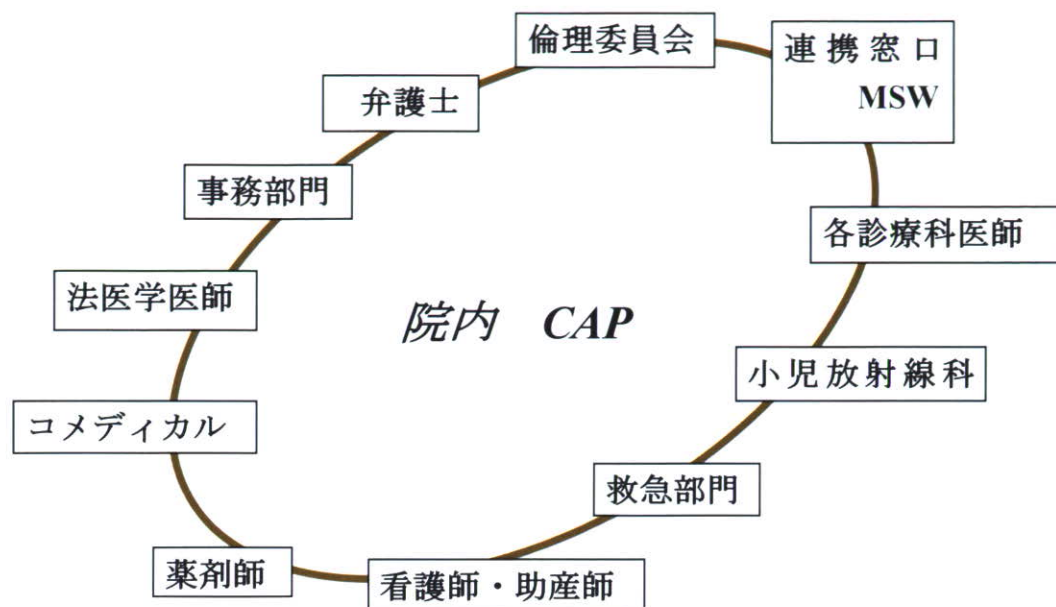


図4 医療機関内の連携



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 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 —市区町村を中心とした在宅養育支援の進め方に関する研究—

総合概略

【目的】

通告があった虐待事例の大多数が在宅支援となっている。また、児童福祉法改正により、地域での在宅支援も重要になる。しかしながら、在宅支援をどのように行うかというプログラムが存在しないため、情報が徹底せず、子どもにとって危険になることも少なくない。市区町村保健分野での在宅養育支援の進め方に関するガイドライン作成を目指した研究を2年間行い、他の分担研究者と協力し、要保護児童対策地域協議会を中心に据えた在宅養育支援の進め方の全体のガイドラインを作成することを目的とした。

【方法と結果】

・平成17年度に、子ども虐待の在宅支援の中心になる市区町村保健分野でのケース・マネジメントの具体的なガイドライン（試案）を作成する事を目的。先進地の取り組み事例の分析と現任の保健師へのフォーカス・グループインタビューで、子ども虐待の在宅支援では、保健師の果たすべき役割は大きい、子ども虐待対応に求められる保健師の技能（スキル）の獲得が必要であるが、そのスキル獲得のためには、OJT体制の整備や、在宅支援で市区町村保健師が活用できる手引き（ガイドライン）が必要になってくると考えられた。

また、現行の児童福祉施策や母子保健施策は、在宅支援を視野に入れた内容に、再編成し、活用しやすい制度に変化させることも必要な条件となることが確認された。

・平成18年度は、『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、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と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。

・平成19年度には、在宅養育支援の具体的な考え方と、それを実現するための『市区町村要保護児童対策地域協議会の役割と運営を主軸とした在宅養育支援の手引き』を作成した。また、昨年作成した「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」を活用した研修会を実施した。

研究協力者

中板育美	国立保健医療科学院
大塚陽子	埼玉県川口保健所
渋川悦子	埼玉県朝霞保健所
藤塚千晴	埼玉県朝霞保健所
家入香代	とちぎ健康福祉協会
関 美雪	埼玉県立大学
前橋信和	関西学院大学
加藤曜子	流通科学大学
松田博雄	淑徳大学
服部真理子	女子医科大学看護学部
大川千尋	国立成育医療センター
金澤典子	さいたま市保健所
嶋澤順子	千葉大学大学院看護学研究科