

### 3 具体的な事業やあらゆる地域資源を鳥瞰的に眺め、母集団への働きかけから要支援家族への介入やサービスの導入まで連動して行う力の向上が求められます。

－在宅養育支援を支えるための予防的介入サービスの効果的活用－

#### ① 在宅養育を支える虐待の予防的サービスの確認

子どもの施設保護を減らし、在宅養育を推進する最も効率的な考え方は、問題の深刻度をできる限り少なくすることです。そのためには、早期発見・早期対応は言うまでもありません。つまり対象に気付くための発見機能の精度を上げることが前提にもなります。

母子保健法に基づく母子保健事業は、ほぼ全ての子育て中の親子を対象としており、「望まない妊娠に戸惑う親」や「虐待しそうと悩む親」から「虐待している親」など広義のハイリスク者を見極め、そこに必要な支援の手が具体的に注がれるという地域における虐待予防や在宅養育の道筋をすでに持っているまさに虐待予防活動に最適のツールといえます。

しかも、予防と一言で言っても、発生予防からケア・リハビリ（進行・再発予防）、再統合や次世代の発生予防までを包括的に捉えた展開を可能にする仕組みです。

またこれらの基本的な母子保健活動は、全国どの自治体でももれなく行われているところも大きな特徴で、各自治体は地域性に合わせてオリジナルな活動を加えています。

#### コラム Part 1

ある日、NICUを有する医療機関から養育医療申請を進めた事例について相談が入りました。病院ケースワーカーと主治医は、母親の面会の少なさと母乳を宅急便で届けるなどの行動、さらに医師や看護師との約束が守れなく、いちごちゃんを養育する意欲があるのかという危惧を持っていると母親が申請に訪れる前に保健所に情報提供がありました。

その数日後、母親が保健所に養育医療申請に来所しました。申請書類の不備があり、今日の現状では、養育医療券が発行されないことなどを伝え、これからの母親のすべきことを確認して、後日の来所を促しました。

→POINT

書類不備はあったものの、養育者からの養育医療申請が出てきて面接した時点で、保健師が介入する理由・きっかけはできたと判断しなければならない。未熟児養育医療申請児への支援として書類の提出の完了待たずに開始することが可能である。

#### ② ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的活用

ポピュレーションアプローチは、母集団への働きかけで、地域社会の底上げ、暮らしにやさしいまちづくりを目指す方法です。

ハイリスクアプローチは、ポピュレーションアプローチを通して、健康被害のリスクを持つ方を早期に見極め、その家族が持つリスクの軽減あるいは削減を目指して支援をすることで、被害を未然に、あるいは最小限に防ぐ活動です。活動方法としては、個別支援のほかに集団的な関わり方があります（図3）。

## ポピュレーションアプローチ 1

### 母子健康手帳交付事業

母子健康手帳交付時には、申請者の年齢や妊娠週数、家族構成や望まない妊娠、支援者の有無などの思いや環境を知ることができる予想外の妊娠で戸惑った人や実親との愛着体験不足の人は、育児支援サービスを希望しにくく、親族の支援も得にくいという結果もでている。手帳交付を契機とした出会いは比較的受け入れもよく出産後にもかかわりやすい傾向である。周産期のスクリーニングで重要なのは、周産期かわる医療面だけでなく、社会的な問題や人間関係上の背景にも思いを馳せる点である。

## ポピュレーションアプローチ 2

### 新生児家庭訪問事業

新生児訪問は、医学的知識を持つ保健師や助産師が産後の親子の健康状態や不安の緩和を目的に、家庭訪問を行うものです。98%の自治体を実施していますがカバー率 20%↓の自治体が 4割、60%↑の自治体はわずか1割に過ぎません。

理由には、希望制にしている点や里帰り期間の延長による事業の期限切れが考えられます。19年度から実施の「こんにちは赤ちゃん事業」(次世代育成支援交付金事業)により、4ヶ月までの全数把握が可能になりますが、質の高い新生児訪問の拡充と捉えたいものです。

新生児訪問の時期は、産後うつの発症時期と重なり、スクリーニングに最適の時期です。単なる調査ではなく、支援の要否判断や具体的な支援計画に結びつくことが重要です。

産後うつ病になると、本来のエネルギーが不本意に抜けていく感じで、あたりまえにできていたことができなくなります。家族の無理解が本人に追い打ちをかけることもあります。治療は休養と薬物療法が中心ですが、治療には家族の支えも不可欠です。育児や家事のバランス、程度に応じて家事援助サービスや一時保育制度などの利用が、回復への'大切な道のり'として周囲に理解されることが大切です。重症例では、自殺や母子心中に至るばあいもあるので危機意識も必要です。



### ポピュレーションアプローチ 3

#### 乳幼児健康診査

乳幼児健康診査で一般的に実施されているのが 3～5 か月児健康診査、1歳6ヶ月児健康診査、3歳児健康診査です。どの自治体も子どもの発達保障に加え、育児不安の軽減や子ども虐待予防を目的に行われています。死亡事例の4割を乳児が占めることや乳児健康診査の受診率が約95%を保っていることを考えれば、重要かつ貴重な機会であるといえます。



#### 乳児健康診査にスクリーニング機能

乳幼児健康診査に子ども虐待のスクリーニング機能を導入し、早期発見・早期対応を目指す実践である。基本的に育児にまつわる苦痛や家族関係などの育児環境にまつわる質問を親による自記式の「子育てアンケート」として既存の健診アンケートに加え、健診を通して要支援者をリストアップし、介入していく仕組み。状況アセスメントをし、ケアプランを作成して、援助を開始する。この仕組みのメリットは、スクリーニングの水準を保すことや個人判断ではなくチームアプローチを担保することである。

#### コラム Part 2

数日後、保健師から母親へ電話し、申請の促しを行った。予測通り数日前の保健所に来所した段階から進捗が見られず、今後の養育能力の判断としても課題を感じざるを得なかった。保健師は、申請書類の再度の説明をすることを建前に家庭訪問をした。手続きを再度進めながら、具体的に一緒に動いて、手続きは完了した。

#### →POINT

母親自身の理解がどの程度かを確認することはとても重要。その確認には、一緒に行動してみることが一番。一緒に動くことは、単なるお手伝いではなく、その姿を母親に見せることは母親の教育的支援になることも大いにある。



## ハイリスクアプローチへのつなぎ

虐待家族の再統合や在宅養育を支える場合、目的、役割が明確な見守り体制を持つことは重要です。再統合家族を含む要支援家族が、養育環境の課題をすべて解決していると考え、あるいはしていくことは困難であり、地域資源をうまく活用しながら、在宅養育を頑張りすぎずに実現していくことが望まれます。

在宅養育を支援する一つのツールとして、『育児支援家庭訪問事業』による支援があります。この事業は、アウトリーチ型の個別支援です。対象には、専門的な支援が必要と判断される家族でありながら、自らがニーズを訴えない親も入っており、まさに積極的介入により虐待予防を実現するハイリスクアプローチです。

### コラム Part 3

保健師は、養育医療申請の受理の報告を兼ねて、医療機関に電話連絡した。

するとケースワーカー（CW）からは「いちごちゃんは未熟児で、呼吸機能の障害があり、酸素吸入が常時必要な状態で退院の可能性が出てきた。父親からは施設入所の希望も出たが、受け入れ先がない現状であるし、母親は施設は希望せず、夫婦間での意見が食い違っている。」との情報が共有された。

保健師は、いちごちゃんとの面接と母親の想いも理解したいとCWに申し入れ、母との了解のもとに病院に訪問した。

#### →POINT

子どもの長期入院が余儀なくされる場合、入院先の病院への母親との同行により、退院に向けての母と子の愛着関係を垣間見ることが出来る。同時に、医療機関との顔合わせになり、連絡のしやすさを生み出す効果もあり、障害を持ちながらの早期の支援体制にもつながる。

### 育児支援家庭訪問事業のねらいは？

子育て困難家族や虐待周辺家族へのきめ細やかな支援によって、虐待に至らない育児環境を整えることを実践するハイリスクアプローチ。実施主体は、主に市区町村（特別区を含む）の児童福祉部門や保健衛生部門。要保護児童対策協議会との連携が必要になる事例も想定されるので、同部門が理想。（18年度の調査では、福祉部門と保健部門で半々）<sup>①</sup>

### どのような人が訪問支援者（本事業で家庭訪問を行う方）になって、何をしているの？

家事援助支援はヘルパー、養育力の未熟や未経験、産後うつ病、育てにくい子どもや複雑な事情の家庭には常勤保健師、助産師などが対応。アセスメントを中核機関が中心となっておこない、家事援助や買い物、保育園の送迎などや育児技術の提供、発達相談育児相談、家族相談、医療機関への同行受診等を行い、子育て力をアップする手伝いなどを自宅に訪問して行っている。

育児支援家庭訪問事業では、

- 未熟児や障害児、有疾患児の養育と家事の両立が困難と判断された家族
- 子どもの発達過程に翻弄されやすく、自信が持てず、サポーターも乏しい。
- 多胎児の親でサポーターがいない場合。
- 親の知的能力の問題で結果的にネグレクトが懸念される場合
- 若年親 など (調査結果;効果が期待できると思われる状態より)

などにより効果が期待できるとされています。

また、再統合家族においては本事業の役割を家族に明確に伝え、家族にとってのウイークポイントに導入することで、危機回避につながる可能性は十分にあると思われます。いずれにしても、中核機関のマネジメントによる家族当事者を含めた関係者や支援者によるケース会議を開催することは不可欠でしょう。

ケース会議では、以下の項目を検討します。

- 家族アセスメント
- 判断
- 援助目標・ケアプラン  
訪問頻度
- 援助経過
- 援助の効果・評価

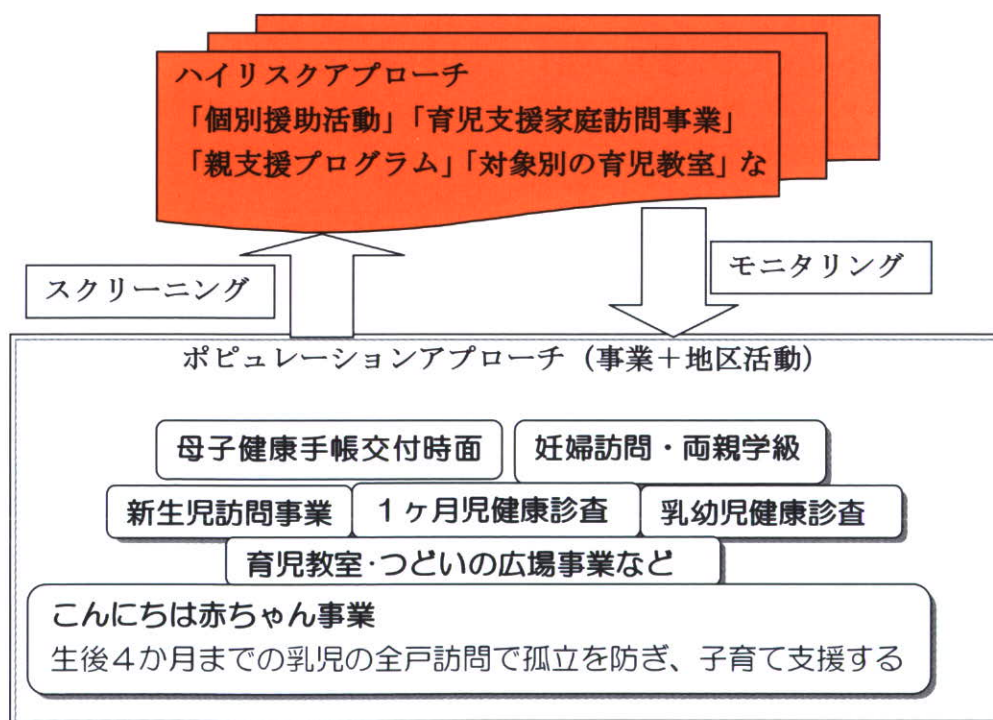


図 3 個別支援のほかに集団的な関わり方の関係



育児支援家庭訪問事業を実施している自治体からは以下のような感想が聞かれました。

#### 育児支援家庭訪問事業実施後の自治体の感想

- ◆育児支援家庭訪問を実施することで、母に注目することができるようになった。
- ◆親の問題や経済状況、家庭不和など子どもが育つ環境にも注意が行くようになった。
- ◆育児状況等を把握し予測されるリスクに対して、予防的に対応できる事業と感じた。
- ◆具体的に家事・育児負担の軽減を目標に、手技や声かけなどを教えていく計画で進め、育児に落ち着きを取り戻せた。
- ◆訪問の報告や意見交換を職種を超えて行い、情報共有の場は不可欠だと思いました。
- ◆支援者の孤立防止のため、ケース検討会等でのアドバイスやカウンセリングが必要です。
- ◆本事業と他の事業との連携の必要性を強く感じています。



#### コラム事例紹介

**母親**：19歳で、第2子目の出産、第1子妊娠をきっかけに入籍した。無職

**父親**：高校中退後左官の見習いにはいるが、途中でやめてしまい、その後職を転々としている。現在はパチンコ店で勤務し、休日も不定期であり家にいない。

**第1子メロンちゃん（女児：1歳11カ月）**：保育園在籍し、通園している。

**第2子いちごちゃん（女児3か月）**：入院中。呼吸器障害により常時酸素吸入

**母方祖母**：内縁関係の男性が同居している。

**父方両親**：両親ともに協力を得られていない関係。



#### コラム Part 4

保健師は、母と子の病院でのふれあいを見て。面会もむしろ後ろ向きで、それはいちごちゃんを抱っこする際も、授乳シーンでも、とても機械的で目線にも緊張が漂うのをみて、在宅での養育に密な支援の必要性を感じた。そこで、育児支援家庭訪問事業の導入も視野に入れて、市保健師へ連絡すると同時にこの事業の事務局（中核機関）との調整も視野に入れてほしい旨を話しました。

#### →POINT

障害の程度や健康リスク、今後の予測や養育上の注意すべき点等、親との十分な話し合いのもと、親にとって身体的負担、精神的負担の軽減になるよう必要な支援の在り方を考えることが大切。



#### コラム Part 5 援助の始まり＝理解しようとする事

中核機関では育児支援家庭訪問事業の導入に向けたケース検討を設けるにあたり、保健師は、再度、母親と話し合うために、自宅を訪問しました。

その日は、春の日差しが差し込む暖かな日でした。その晴れやかさとは裏腹に母親は、複雑な面持ちで、保健師を向かい入れました。そして、退院は「待ち遠しい…でも、怖いし不安」と切り出し、「どうして私の子が…。子どもだって頑張ってるってわかるけど…いちごまで憎くなりそうで…それも怖い」と涙を流しました。正直な心の動揺にしばし保健師は付き合いながら、その日は、育児支援家庭訪問事業の話を持ち出すのはやめて帰途につきました。その後、退院に至るまで数回の家庭訪問を続けながら、世話や家事への負担より、病状の変化や病気への対応を助けてもらえるなら…という母の言葉で、育児支援家庭訪問事業導入のためのケース会議を開き、『親のペースで子どもとの新しい生活が馴染むよう支援していく』ことを共有し、看護師の訪問を週1回ペースで導入しました。

#### →POINT

育児支援家庭訪問を導入し、母親の心の持ち方の変化にも気を配りつつ、今後の方向性を見極めていく役割もあります。また、親のニーズも時間の経過とともに、変化しやすい時期でもあるので、一度サービス導入したからと言って、満足せずに定期的に支援計画は見直す必要があります。

#### コラム Part 6

育児家庭訪問事業が、程よく導入されたことで、親は、わが子の成長をまのあたりにしながら、少しずつ、「子どもへの拒否感を持ってしまわないかとか、つらくて子どもを可愛く思えないかもしれない」などを払しょくしていった。

時に、親のニーズやそこにある想いに浸れず、支援者側の一方的な思いで、療育指導や訓練施設の紹介、親の会へのお誘いなどが先行する場合もあるが、育児支援家庭訪問事業は、まさに、その家族の暮らしへの介入であり、その家族の本音と出会える大切な機会を提供してくれることもある。

また、この事業をとおして、親が負担感や不安感で育児そのものへの拒否感あるいは虐待の危険性をはらむ場合は、その情報も早い段階で知り、要保護児童対策地域協議会への連動を検討する仕組みとして機能させることも、在宅養育を支えていく仕組みとして重要です。

## 育児支援家庭訪問事業を通してアセスメントの重要性が認識できた事例<同居家族>

母 40歳 パニック障害、障害者手帳3級

父 40歳 本人の病気を理解し結婚

児 6ヶ月

<別居家族>

母の実家より週2回の家事援助がある。父の実家は母の病気を知らない。

### 【把握経路】

保健師が電話相談（妊娠2ヶ月時の不安）を受ける。妊娠連絡票から精神障害者手帳を持ちパニック障害であることを把握。

### 【導入までの経過】

新生児訪問の希望はなし。乳児教室への参加あり。4ヶ月健診では育児不安のため面接をし、育児支援家庭訪問を導入する。

### 【保健師アセスメント】

- ・母はパニック障害ではあるが制度を利用し、専門家に自分の状況を伝える力がある。
- ・児の聴力、発達に関して母の訴えがあり経過観察が必要である。
- ・育児不安が母の子育てへの自信をなくし、不適切養育を助長するきっかけになる。

### 【支援目標】

- ・子育てを共有できる仲間ができる。
- ・母が自分の定期受診を大事にできる。

### 【支援体制】

- ・保健師による面接相談。育児不安が軽減されるまで月2回の訪問支援を行う
- ・ケース検討会議を月1回。
- ・訪問支援者は、サロンや外出に付き合い、母の子育て力をつけていく。

### 【事務局の役割】

- （地区担当保健師）
- ・訪問結果を踏まえ支援方針の検討
- ・支援結果の評価と方向性の確認（保健センター事業担当）
- ・カンファレンスの呼びかけ。

### 【経過】

訪問支援者は初回は子育てサロンに同行。母は1日中泣く児がサロンでも同様の状況になることが不安であったが、泣かずに参加できて安心。訪問支援者も迷うことも多かったが、ケース検討場面で支援の方向を確認しながらかわった。離乳食を作ったり、食事を一緒にする。児が食べたことに驚き、その後は自分で離乳食を与える。当初は母の生活感が感じられなかったが、寝坊したことから始まり、産後の感情のもつれで父の実家とは行き来がないこと等が語られた。徐々に不安の訴えは少なくなり、行動できていることから訪問は終了となった。

### 【評価】

家族の状況の把握、支援の方向性を関係者間で確認・検討する場や機会を事務局が設けたことで、事例の達成目標が明確になり、育児支援訪問員の不安の軽減と効果的な訪問活動が出来た事例。この事例では事業導入時に母の育児力、精神状態等を保健師が的確に把握判断している。導入にあたり「仲間をつくる」等、目標設定が明確であり、事例の変化を評価することができた。導入時のアセスメントは重要であり、事業の導入の目的、支援方法を明確にし、結果について見通しを持つ必要がある。また、状況に応じて支援計画を修正していくなど随時アセスメントを行っていくことが重要と考える。導入時のアセスメントを適切に行うことが、事業の効果を上げると思われる。



## 保健機関が行なう親支援グループミーティング PSG (parents support group : 以下 PSG) ②

発生子防から発見、対応・リハビリ、次世代の発生子防までを包括的に捉えたサービス提供システムの構成要素(部品)の一つです。どんなに部品一つが機能的にすばらしくても人々が暮らす地域の風土からかけ離れては、資源としての成長は困難になります。このグループミーティングは、他の事業や個別支援との重なり合い・つながりあいにより効果を発揮します。

PSGは、MSG (Mother's support group) と PCG (Parents and child group) の2つの親支援グループミーティングの総称です。

親支援グループミーティングは、一次予防的な育児サークルや子育て教室とは性格が違います。市報やチラシによる全体への周知はしません。個別の支援活動から必要あるいはこのグループ活用による効果が期待できる対象者に勧めていきます。グループという場面・機会・場所を活用して、安全、信頼の雰囲気を形成し、率直に語り合うことで自己理解、他者理解、自己と他者との深くて親密な関係を体験しながら、心理的自己成長を得る場です。

### MSG (Mother's support group)

〔目的〕：育児不安の軽減、育児スキルの向上や情報交換、孤立感の解消と仲間づくり

〔対象〕

- 0歳児を持つ親が対象(体験を共有しやすい1歳以下～離乳完了時期位)
- 新生児訪問、乳児健診などで育児不安や子育て困難の訴えをを繰り返す親。
- 育児にストレスを感じている、子どもが育てにくい、孤立しており相談者がいないなど。基本的に、若年、ひとり親や未熟児、多胎児など自分自身の歴史にトラウマ的な課題を背負わず、知識やスキルの獲得によってその体験を自信に転換できる親
- ピアサポート機能のグループが効果的だと判断される親

〔実施体制〕基礎自治体単位

- コース制も可能。卒業時期も比較的容易に設定できます。悩み事の種類の違いが生じる乳児期と幼児期は別にし、母子別室が望ましいと思われる。
- 月齢の違いにより、悩んだ時期を持つ親が後輩ママのサポーターとなることで、自信をつけていく。

〔実施方法〕少人数制のグループワーク(15人前後)、母子分離(保育士)の環境で育児について話し、情報や助言を得る。グループ内でのエンパワメントメントが子育ての自信につながっていく。

## PCG (Parents and child group)

### 〔目的〕

1. 無条件の安全と安心を獲得し、人間関係を結ぶことができる。
2. ありのままの自分が受け入れられる体験を通して、自分の性格や人との関係の取り方などを受け入れていく。
3. 孤独や罪責感からの開放
4. 具体的な育児スキル、子育てや生活の工夫を自分の日常に取り入れることができる。

### 〔対象〕

- 在宅で18歳未満の子どもを持つ母親が対象
- 虐待している家族、育児ストレスで虐待の危険が予測される、または、子育てに困難を感じ自信を失っている親
- 過去の生育歴・家族関係などが影響し、精神的・心理的苦悩が影響し、子ども自身が不登校・多動などの心理的問題を出している家族等

〔実施体制〕 回数は、月2回が妥当。(グループへのなじみ感や定着感を育みやすい) グループの成熟は、回復にも効果的。

- 基本的にクローズドグループ
- ファシリテーターは一定期間変更せず、対等な立場で参加します。

### 〔実施規模〕

保健所や保健センターなど二次医療圏程度の規模が妥当

### 〔グループ参加が困難な場合〕

PSG (MSG・PCG) への参加は、個別担当保健師や事業担当と一緒に検討して決定する。主治医がいる場合は相談。以下の場合、グループが第1選択ではない。

- \* 精神疾患を有し、症状が不安定な場合
- \* 人格障害の診断を受けている場合は、自己洞察が困難な場合が多く、グループでの成長は難しい。また、他の参加者への攻撃性や依存性を考慮するとグループの安全性の担保が困難になる可能性もある。
- \* 記憶が飛ぶ・自傷行為があるなどの乖離症状が著しい(ある)場合
- \* ネグレクト家族で集団にむかない場合
- \* 産後うつ病は、病状が改善した後慎重に判断する
- \* その他

### 〔アフターミーティングの開催〕

■事前・事後カンファレンスが大切。グループ担当者(保健師・心理士・保育士など)が一堂に会して行う。

■参加者の確認と特に初回参加者の発言や様子などの共有

■発言内容や表情を含めた様子、やり取りを共有し、個々の目標と関連させて変化面、プラス面をつかみ、個別担当者から参加者に、言語化して返していくことを合意。

■子どもの様子と親の様子を合わせて判断する。

■個別の担当者との調整の必要性を確認する。

■危機状況や親の不安定さがG内で表面化した場合は、親と相談の上、個別担当保健師に伝え、適切な支援に結びつける。



#### 4 組織体と組織体人と人をむずび、子どもの安全と安心な環境を守るためのネットワーク力の向上が求められます。

##### ① ネットワークのあり方・目的

死亡事例の背景を検討すると、虐待の認識がなかった、情報がうまく届いていなかった、アセスメントがなされていなかった、市区町村ネットワークがなかった、市区町村ネットがあっても、うまく機能していなかった等の結果が見出されます。先進国においては、死亡例の結果の反省の後、虐待の問題については、一機関でできるものではないために関係する機関が共になって取り組もうという政策が展開されてきました。

わが国においても、同様に地域ネットワークの考え方が必要となり市区町村ネットワークが立ち上がり、さらに要保護児童地域対策協議会が法定化され取り組まれています。機関が一同に会して取り組むことの意味は、①情報を共有化して、子どもの危険度を把握し、虐待を予防すること、②さらにその背景になっている家族や環境についても理解をし、いかにそのリスクを下げていくのかを共同で支援していくということが含まれます。

機関の情報が交錯しないこと、さらにひとつの機関だけで安易に「大丈夫」とみだてないこと、さらに支援が重ならないようにするという意味です。

つまり、ネットワークを共有することで、何が今問題となっているのか、何が必要なのか、何をしていけばいいのか、誰ができるのか、ということのみなで自覚していく。ネットワークの利点は、機関同士が他の機関の役割や限界を理解しあえること、自分の機関の限界や、何がさらにできるのかという自分の機関の振り返りにもなります。

ネットワークをくみ、多機関間で支援していくことは、やがては、地域内における子どもの安全を守る、家族を支援するサービスの質の向上につながります。

##### ② 要保護児童対策地域協議会を構成する会議

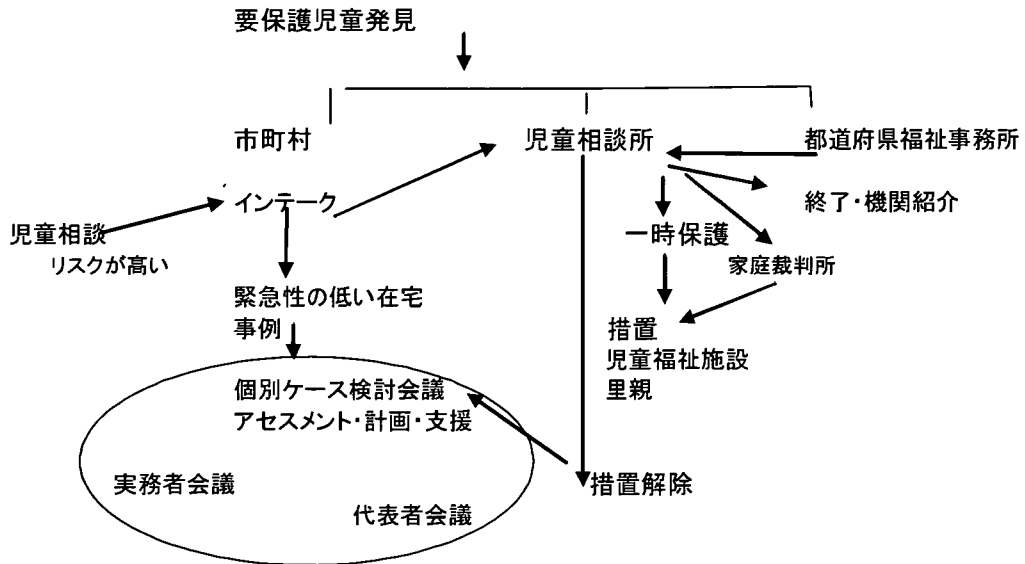
構成される会議は地域の実情により異なるが、おおむね市区規模では、発足しているが、町村規模では実務者会議は構成されない場合もあります。その理由は、実務者が個別事例を担当しており重なるためです。人口や扱う件数により方法が異なっている実態もあります。

代表者会議は、今その地域で暮らす子どもに起こっている課題を共有化し、自分の機関で何に取り組むべき課題や施策展開について、有機的な連動性を持ちながら検討する会議です。

実務者会議は、その地域全体の今かかわっている事例を把握し、その支援の進行管理を行いながら、困難事例の検討を関係機関が参加して行うこともあり、個別事例担当者のスーパービジョン的な機能ももちます。市区町村家庭児童相談の手引きの中に示されている「ケース進行管理台帳」などの整備もこの会議の機能として位置づけることも有効です。さらに、実務的なマニュアル、研修計画などをたてることもあります。実務者会議は個別ケース検討会議と、代表者会議の中間に位置し、どちらの会議とも関係し、個別ケース検討会議でみいだされたその地域に共通する課題は、実務者会議でさらに検討され一般化し、政策や機関への要請として代表者会議に提案することができます。

個別ケース検討会議は、直接その家族とかかわりを持っている人が集まり、子どもの安全を念頭におきながら、個々の事例の支援目標・支援計画を具体的に考え、その中でそれぞれの役割を確認し、目標に向かって支援を行うための検討をします。

## 市町村ネットワークシステム



### 代表者会議 参加機関

市町村行政(福祉、保健、障害福祉、福祉事務所、家庭児童相談室など)  
 都道府県行政(児童相談所、保健所、福祉事務所、警察)  
 医療機関 病院・診療所  
 学校 教育委員会を含む  
 保育所  
 児童福祉施設  
 民間団体・専門職  
 民生・児童委員

### 実務者会議 例

- ①市町村児童相談担当者・保健センター・所・学校・保育関係で構成
- ②家庭児童相談室・市町村福祉行政担当・保健担当・病院・

### 個別ケース検討会議

それぞれの子どもと家庭にかかわる直接機関が参加する。



### ③ 要保護児童対策地域協議会の具体的な手順

#### <個別ケース検討会議の手順>

直接サービスを行う第一線の機関メンバーで構成される。在宅養育支援の姿勢は、たんに見守るだけではなく、その家族とともにリスク軽減していく姿勢が重要です。子どもと家族が主役であり、その気持ちや考え方を尊重していくことが求められます。

在宅養育支援では、親と支援者が敵対するものではなく、虐待をきっかけに、親自身が支援の必要性を理解できることが重要で、個別ケース会議は、要保護児童対策地域協議会の中で最も重要視されなければならない会議です。

## 個別ケース検討会の開き方

### 1 個別ケース会議開催を決める

個別にケースに関わっている担当者がきめ、要保護児童対策地域協議会担当部署（調整機関）へその開催を要請する。**ポイント**：必要性を感じた人が声を出さなければ何も始まらないことです。問題や課題に気づきながらも行動せずに子どもの命が脅かされる事態になることは最悪であると考えてください。

### 2 日程調整、参加者への参加依頼

会議決定とほぼ同時進行で行います。会議の必要性を感じた人を中心に、調整機関が協力して早急に行うことが必要です。この中で、関係機関が持っている基本的な情報を当日提供してくれるよう事前に依頼しておくことで、有効な会議になります。**ポイント**：参加依頼は、原則電話で行います。組織に所属している個々の事例の担当者は、参加の可否について、それぞれの組織内で了解を得る手続きが必要になります。そこで、余分な時間と労力をかけずに連携が円滑に行えるように、実務者会議や代表者会議でこの会議の趣旨と、重要性を周知しておくことが大事になり、それは調整機関の役割になります。

### 3 個別ケース会議の実施

- ① 原則、調整機関の担当者が司会を行います。重要な役割として記録者をおいてください。この記録は、できるだけその会議終了と同時に参加者全員にコピーを渡し、各所属機関での報告の際に同じもので報告するようにしてください。
- ② 会議招集の声かけを行った担当者が、事例紹介を行います。報告の際に必要な項目は『事例となったきっかけ』『家族構成』『これまでの関わりの経過』『この場で検討してほしい内容（困っていること）』を中心に、10分程度でまとめて報告してもらいます。
- ③ 参加者からの情報提供を行う。報告者の説明を受けて、他の参加者がそれぞれに用意してきた内容を報告する。情報のある機関は具体的に報告し、情報のない機関からは『ない』ことを報告する。ないこともケースワークを行う上では大事な情報になります。この作業を通じてそのケースの状態が立体的に浮かび上がります。また、それぞれの機関の実態が相互に理解され、支援計画を策定する際に参考になる。
- ④ 合同アセスメント  
共通理解のツールとして、各地で工夫されているアセスメントシート（在宅養育支援アセスメント指標<sup>⑥</sup>や、養育支援アセスメント指標など）を利用し、在宅養育支援目標を設定する。
- ⑤ 在宅養育支援計画を策定し、それぞれの役割とその目標時点を決める。参加機関それぞれが、自分のところで実施可能な具体的な方法を提示し、それぞれの役割を確認する。また、その方法をどの時期までに行えるのかをあわせて確認し記録に残す。

## <実務者会議の役割と手順>

### ① 実務者会議の役割

死亡事例の背景を検討すると、虐待の認識がなかった、情報がうまく届いていなかった、アセスメントがなされていなかった、市区町村ネットワークがなかった、市区町村ネットがあっても、うまく機能していなかった等の結果が見出されます。先進国においては、死亡例の結果の反省の後、虐待の問題については、一機関でできるものではないために関係する機関が共になって取り組もうという政策が展開されてきました。

わが国においても、同様に地域ネットワークの考え方が必要となり市区町村ネットワークが立ち上がり、さらに要保護児童地域対策協議会が法定化され取り組まれています。機関が一同に会して取り組むことの意味は、①情報を共有化して、子どもの危険度を把握し、虐待を予防すること、②さらにその背景になっている家族や環境についても理解をし、いかにそのリスクを下げていくのかを共同で支援していくということが含まれます。

情報が交錯しないこと、さらにひとつの機関だけで安易に「大丈夫」とみだてないこと、必要な支援が抜け落ちないようにすることが重要です。つまり、ネットワークを共有することで、何が今問題となっているのか、何が必要なのか、何をしていけばいいのか、誰ができるのか、ということを含めみんなで共有し、機関同士が他の機関の役割や限界を理解し、各機関の限界や、更に何ができるかを考える振り返りにもなります。具体的には「平成19年1月23日雇児発第0123002号児童相談所運営指針等の改正について」の通知の中に「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針の改正について」が示され、実務者会議では「全てのケースについて定期的な状況のフォロー、主担当機関の確認、援助方針の見直し等」を行うことが追加されています。

### ② 実務者会議の手順

実務者会議は、年間計画を立てて行うことが望ましいです。その調整は、調整機関の仕事になります。その地域全体の実情を把握するためには、その自治体独自のスケジュールが必要になると思われます。例としては、毎月実施しているところから、3ヶ月に1回ペースで定例の会議を行い、その間に研修会を企画・実施している場合があります。町村規模の自治体では、実務者会議と個別ケース会議が同じ担当者になることから、その都度決めているところもあります。しかし、在宅支援の漏れを防ぐためには、3ヶ月に1回程度の開催が必要だと考えられます。

## <代表者会議の役割と手順>

### ① 代表者会議の役割

要保護児童対策地域協議会の構成員の代表者による会議で、実務者会議や個別ケース会議が円滑に運営されるための環境整備を役割としています。ネットワーク構成する関係機関の円滑な連携を確保するためには、各関係機関の責任者（管理職）の理解と協力が不可欠です。責任者（管理職）の理解があれば、連携の継続性が保たれ、支援の質の低下を最低限に抑えることが可能になります。

具体的な検討事項としては

- (1) 要保護児童等の支援に関するシステム全体の検討
- (2) 実務者会議から要保護児童対策地域協議会の活動状況の報告と評価
- (3) 施策展開への提言のとりまとめ

### ② 代表者会議の手順

各機関の責任者（管理職）で構成されることから、責任者に参加してもらうためには、毎年、年間計画を立てます。概ね年間1～2回程度の開催になる。



## 5 診療科を問わず、子ども虐待への理解を深め、進行防止・再発防止を目指す支援者の一員として医学的視点から地域との連携に加わっていくことが求められています。

医療機関の子ども虐待対応は、様々です。あいち小児保健医療総合センターのように「子育て支援外来」という専門外来と、院内対応チームとさらに親も含めた精神科治療を行える病棟を備えている病院は極めて少ない。成育医療センター、北里大学病院、杏林大学病院、聖マリアンナ医科大学病院、岐阜総合医療センターなどのように、院内に虐待対応チームをもつ医療機関も少ないのが現状であり、その設置に関しても地域間の調整については考慮されていません。医療機関の間、医療機関と他機関、地域との連携をはかるには、医療ソーシャルワーカー（MSW）が必須です。しかし、地域の全ての中核医療機関に配置されていないのが現状です。

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、とまどう医師がいます。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、医療契約が成立します。一般的な疾病の治療では、患者の個人情報保護（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）医療を受けることとなります。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す。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ます。

一方で、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ことが報告されていますが、児童相談所への医療機関からの通告は約4-5%にとどまっています。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の必要性が示されています。

一方、医師が子ども虐待対応に躊躇する理由として、記のようなことが調査で回答されました。

### 虐待対応に躊躇する理由

- 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 など

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、労力に対して診療報酬の裏づけがないこともあげられています。

子ども虐待は「小児の重要な疾患である」ということを、医師にさらに啓発する必要があります。もともと医療機関関係者は、「子ども虐待は福祉の問題であり、医療の対象ではない」と、考える人が少なくありません。子ども虐待に関心はあっても、通告件数に反映していない理由の一つとして、この意識がまだ根強く残っていることが考えられます。子ども虐待は、国際疾病分類ICD-10にもT-74のコードが与えられており、「乳幼児期には死亡する、放置されれば複雑型外傷後ストレス障害（PTSD）、解離性同一性障害、うつ、人格障害など、極めて難治性の障害を残す。」ことが明らかになっています。日常の診療の中で、子ども虐待の可能性のある事例は、鑑別診断のために、医師だけで抱え込まず、要保護児童対策地域協議会などと連携をとり、早期に対応することと、予防に医療が取り組むことが望まれます。

家庭は密室です。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す。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」がおきます。我が国は、それぞれに対応する法律が制定されています。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、我が国に特有といわれています。最近は「きょうだい間の虐待」が注目されています。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ありません。

また、揺さぶられ症候群 (SBS; shaken baby syndrome)、代理によるミュンヒハウゼン症候群 (MSBP: Munchausen syndrome by proxy)、事故によらない薬物中毒、非器質性発育障害 (NOFTT; non-organic failure to thrive)、医療ネグレクトなど、医療機関でなければ発見、対応できない虐待類型や、外傷についても事故によるものか、虐待によるものかの鑑別などの研修も必要です。

## ① 医療機関の子ども虐待対応モデル

### 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ています。

- ・ 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ります。

- ・ 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ます。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ります。聞き取りのための書式を作っておき、機械的に質問をしていきます。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ります。医療機関の強みです。一方で、医療機関では入手しづらい情報については、関係機関から入手することになります。

## ② クリニックでの対応の手順

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す。また、地域における介入（intervention）、家族再統合の追跡（monitoring）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ます。

### クリニック（診療所）での対応手順

1. 子どもの様子や親子関係に何かおかしいな、不自然だなどと思う、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検討する。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、必ず再診の予約をする。再診しないときは、電話で連絡をとる。連絡が取れない、再診しないとき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）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. 医療機関との連携をはかる際、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よう。

## 保健機関や福祉機関が医療機関と連携を取る際のコツ

1. 初期対応で、クリニックで関係機関が集まり、ネットワーク会議を開くことは可能です。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ります。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、配慮が必要です。
2. 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（個別ケース検討会）に参加することが望まれますが、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のが現状です。保健師を通して連携をとることが望まれます。
3. 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ます。

表3 入院治療をすすめる根拠

症状・徴候	入院を勧める理由（判別診断の必要な事項）
やせ・体重増加不良	脱水症の治療、成長ホルモンの検査
繰り返す骨折	骨が折れやすい、骨の病気の精査
頭部の外傷	安静を保ち、経過観察
腹部の外傷	安静を保ち、経過観察
多発性の出血斑	出血傾向の精査、頭の中に出血する可能性
発達の遅れ	神経・筋・代謝性疾患などの原因の精査
無気力・異食	代謝性疾患の疑い
家出・放浪・乱暴	注意欠陥多動障害

表4 入院時のチェックポイント

確認方法	確認する内容・理由
身体的虐待を疑うときは全身の骨のレントゲン撮影を行う	新旧の骨折の有無、骨系統疾患の鑑別。放射線科医師へのコンサルテーション。シェイクンベビー症候群（SBS）を疑うときは、頸椎レントゲン撮影、頭部CT、眼底検査および、小児神経学的診察を行う。
血液凝固学的検査	出血斑がみられるときは血液凝固学的検査をしておく。
注意深い皮膚の診察（必要あれば）	図を書き説明を入れカラー写真をとる。皮膚科や熱傷センターのコンサルテーション。性器、肛門の観察も忘れずに行う。その際、幼児でも診察は注意しておく。
眼科的検査	眼底出血・網膜損傷・前房出血・水晶体脱臼
耳鼻科的検査	鼓膜裂傷、鼻骨骨折
口腔内の検査	齲歯、外傷
頭部CT・またはMRI	硬膜下血腫や脳挫傷が臨床的に疑われればもちろん、過去に疑われるとき
腹部レントゲン撮影、超音波検査、CT	腹部外傷が疑われるときに必須です
発育発達のチェック・問題行動のチェック	体重・身長・頭囲を母子手帳などで確認する。また知的発達のチェックも併せて行う
法医学医師へのコンサルテーション	法医学は、死体だけを対象とするのではない



### ③ 院内に虐待対応チームを持つ医療機関の役割

#### 1. 院内の連携体制を整備強化する。

①クリニック同様医療機関の医師にも、「虐待かな」と疑いを持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、早急に院内対応チームを結成して、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。医学的に入院の適応がなくても、入院を勧める。（次ページ表3、表4参照）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、戦略を練ることができる。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、極めて危険です。

③児童相談所、要保護児童対策地域協議会に通告する。

大きな組織なるほど、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。

異常死体、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。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、解剖できるように最大限の努力をする。虐待が疑われるとき、死亡例に兄弟がいる場合は、児童相談所にも連絡する。

#### 2. 保護者に告知する。

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する上で必要であり、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す。トラブルが予測されるときは、警察官の応援を依頼することも可能です。

#### 3. 診断書・意見書を書く。

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、医師の義務です。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持つことになる。「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。診察所見、検査所見と親の説明を簡潔に記載し、親の説明と矛盾するのか、しないのかの意見を記載することが求められる。

#### 4. 養育者の養育能力・精神状況について評価し、家族を援助する。

養育者の知的レベルを評価する。精神分裂病、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判断し、さらに適切な精神科医療が受けられるよう努力すること。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こと。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うける。

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す。

#### ④ 子ども虐待における、病院連携、病診連携

子どもと親のかかりつけ医、クリニック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が提唱されています。しかし、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す。広島県、大阪府、大阪市などで病診連携の取り組みが始められ、東京都は子どもの虐待防止協会に委託し、クリニックからの疑問、質問に答える、「ドクターアドバイザー制度」としての取り組みを始めています。

#### ⑤ 各関係機関から医療機関へのつなぎ方のコツ

子どもの外傷、気になる行動、発育や発達の遅れがあり、医療機関での評価が必要、依頼したとき、「虐待」がらみと構えないとよい。あくまで、けが、気になる行動や成長・発達の遅れなど病気や障害の可能性があり、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」を伝えられる工夫が必要です。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とることが、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、歯科医師会と関係があります。また、精神保健で地域の精神科医との接点もあります。その中で、日頃から相談できる、診察を依頼できる複数の医療機関を確保しておくことが望まれます。

医療機関は敷居が高いといわれていますが、保健師から積極的にアプローチしてみてもいいと思います。また、福祉部門から医学的な判断を仰がれたり、医療へのつなぎの相談を持ちかけられることがあるので、応じるのが求められます。

##### 2. 保育園・幼稚園・学校

園医、校医との連携の強化が望まれます。常日頃から、虐待の問題だけでなく、子どもの健康面で連携がとれる関係をつくっておくことが大切です。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関係をつくっておけるとよいと思います。大きな問題となっている、いわゆる軽度発達障害の診断にも役立ちます。

保育園、幼稚園では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くあると思います。これを利用することも、一つの方法であると思います。

##### 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りますが、現時点では医療とは直接的な関係が薄いと思います。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ると考がえます。