

表 2-22

		要保護児童対策地域協議会で進行管理している件数							
		全 体	0件	1～9件	10～29件	30～99件	100～199件	200件以上	無回答
人口規模区分	調査数	771	77	142	154	185	64	71	78
		100.0	10.0	18.4	20.0	24.0	8.3	9.2	10.1
	特別区	7	-	-	-	1	4	-	2
		100.0	-	-	-	14.3	57.1	-	28.6
	政令市・区	91	1	4	14	26	12	14	20
		100.0	1.1	4.4	15.4	28.6	13.2	15.4	22.0
	市／人口30万人以上	34	-	1	1	3	9	13	7
		100.0	-	2.9	2.9	8.8	26.5	38.2	20.6
	市／人口10万人～30万人未満	96	1	-	8	29	18	26	14
		100.0	1.0	-	8.3	30.2	18.8	27.1	14.6
	市／人口10万人未満	242	8	26	64	93	20	17	14
		100.0	3.3	10.7	26.4	38.4	8.3	7.0	5.8
	町	253	45	95	63	31	1	1	17
		100.0	17.8	37.5	24.9	12.3	0.4	0.4	6.7
村	46	22	15	3	2	-	-	4	
	100.0	47.8	32.6	6.5	4.3	-	-	8.7	
無回答	2	-	1	1	-	-	-	-	
	100.0	-	50.0	50.0	-	-	-	-	

表 2-23

		要保護児童対策地域協議会で進行管理している件数			
		全 体	平均(件)	最小値	最大値
人口規模区分	調査数	693	84.56	0.00	4134.00
		100.0			
	特別区	5	121.00	92.00	143.00
		0.7			
	政令市・区	71	242.31	0.00	4134.00
		10.2			
	市／人口30万人以上	27	227.78	8.00	577.00
		3.9			
	市／人口10万人～30万人未満	82	179.85	0.00	1217.00
		11.8			
	市／人口10万人未満	228	70.00	0.00	1215.00
32.9					
町	236	15.65	0.00	575.00	
	34.1				
村	42	4.95	0.00	91.00	
	6.1				
無回答	2	14.00	8.00	20.00	
	0.3				

表 2-24

		要保護児童対策地域協議会で進行管理している人数								
		全 体	0人	1～9人	10～29人	30～59人	60～99人	100～199人	200人以上	無回答
人口規模区分	調査数	771	61	106	132	128	93	81	80	90
		100.0	7.9	13.7	17.1	16.6	12.1	10.5	10.4	11.7
	特別区	7	-	-	-	-	1	3	2	1
		100.0	-	-	-	-	14.3	42.9	28.6	14.3
	政令市・区	91	-	2	9	14	15	17	20	14
		100.0	-	2.2	9.9	15.4	16.5	18.7	22.0	15.4
	市／人口30万人以上	34	-	-	1	2	2	7	18	4
		100.0	-	-	2.9	5.9	5.9	20.6	52.9	11.8
	市／人口10万人～30万人未満	96	1	1	3	13	16	20	27	15
		100.0	1.0	1.0	3.1	13.5	16.7	20.8	28.1	15.6
	市／人口10万人未満	242	7	14	45	58	51	28	12	27
		100.0	2.9	5.8	18.6	24.0	21.1	11.6	5.0	11.2
	町	253	34	75	68	39	8	5	1	23
		100.0	13.4	29.6	26.9	15.4	3.2	2.0	0.4	9.1
村	46	19	14	5	1	-	1	-	6	
	100.0	41.3	30.4	10.9	2.2	-	2.2	-	13.0	
無回答	2	-	-	1	1	-	-	-	-	
	100.0	-	-	50.0	50.0	-	-	-	-	

表 2-25

		要保護児童対策地域協議会で進行管理している人数			
		全 体	平 均(人)	最小値	最大値
人口規模区分	調査数	681 100.0	91.39	0.00	4134.00
	特別区	6 0.9	288.17	92.00	980.00
	政令市・区	77 11.3	231.74	2.00	4134.00
	市／人口30万人以上	30 4.4	273.63	21.00	893.00
	市／人口10万人～30万人未満	81 11.9	178.63	0.00	1154.00
	市／人口10万人未満	215 31.6	67.64	0.00	459.00
	町	230 33.8	22.31	0.00	793.00
	村	40 5.9	6.80	0.00	120.00
	無回答	2 0.3	20.50	11.00	30.00

表 2-26

		個別ケース検討会議回数							
		全 体	0件	1～4件	5～9件	10～19件	20～39件	40件以上	無回答
人口規模区分	調査数	771 100.0	54 7.0	126 16.3	118 15.3	160 20.8	155 20.1	118 15.3	40 5.2
	特別区	7 100.0	-	-	1 14.3	2 28.6	1 14.3	3 42.9	-
	政令市・区	91 100.0	-	2 2.2	16 17.6	15 16.5	28 30.8	23 25.3	7 7.7
	市／人口30万人以上	34 100.0	-	1 2.9	-	5 14.7	6 17.6	22 64.7	-
	市／人口10万人～30万人未満	96 100.0	-	2 2.1	2 2.1	20 20.8	32 33.3	38 39.6	2 2.1
	市／人口10万人未満	242 100.0	5 2.1	25 10.3	46 19.0	67 27.7	65 26.9	27 11.2	7 2.9
	町	253 100.0	31 12.3	82 32.4	50 19.8	48 19.0	21 8.3	3 1.2	18 7.1
	村	46 100.0	18 39.1	13 28.3	2 4.3	3 6.5	2 4.3	2 4.3	6 13.0
	無回答	2 100.0	-	1 50.0	1 50.0	-	-	-	-

表 2-27

		個別ケース検討会議回数			
		全 体	平 均(回)	最小値	最大値
人口規模区分	調査数	731 100.0	25.05	0.00	440.00
	特別区	7 1.0	63.86	9.00	149.00
	政令市・区	84 11.5	37.63	2.00	440.00
	市／人口30万人以上	34 4.7	82.85	1.00	309.00
	市／人口10万人～30万人未満	94 12.9	50.23	2.00	290.00
	市／人口10万人未満	235 32.1	21.20	0.00	172.00
	町	235 32.1	8.06	0.00	99.00
	村	40 5.5	7.00	0.00	85.00
	無回答	2 0.3	5.50	4.00	7.00

表 2-28

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
検討ケースあり会議種別数	771	0	5	1.0895	0.97423
全会議検討ケース合計数	771	0	1122	32.9708	68.04857
会議種別平均検討ケース数	771	0	374	21.0897	34.4222
全会議合計開催回数	771	0	120	8.3035	13.82436
会議時間合計数	771	0	18	2.5236	2.4814
全会議構成機関延べ数	771	0	92	6.4358	10.31123
全会議への参加機関数	771	0	56	6.7912	6.65391
機能度平均	542	1	5	3.9742	1.08735
有効なケースの数(リストごと)	542				

表 2-29

報告書

人口規模区分		検討ケースあり会議種別数	全会議検討ケース合計数	会議種別平均検討ケース数	全会議合計開催回数	会議時間合計数	全会議構成機関延べ数	全会議への参加機関数
.00	平均値	2.0000	30.0000	20.0000	8.0000	5.5000	12.0000	10.0000
	度数	2	2	2	2	2	2	2
	標準偏差	1.41421	.00000	14.14214	7.07107	2.12132	9.89949	8.48528
特別区	平均値	1.2857	37.5714	14.2381	14.0000	3.0000	8.1429	5.0000
	度数	7	7	7	7	7	7	7
	標準偏差	.95119	79.54424	26.25848	23.01449	2.51661	7.28991	4.32049
政令市・区	平均値	1.2637	57.6923	38.2002	13.6923	3.1989	6.5604	7.3187
	度数	91	91	91	91	91	91	91
	標準偏差	.90474	88.00084	47.82752	16.51847	2.51606	10.68562	4.77931
市/人口30万人以上	平均値	1.3529	72.7059	45.6529	13.5588	3.4971	14.5882	10.9118
	度数	34	34	34	34	34	34	34
	標準偏差	1.06976	112.00616	66.96638	13.81192	3.21460	18.32388	8.14031
市/人口10万人～30万人未満	平均値	1.4583	69.4792	36.5220	13.7188	3.5500	10.6042	7.0521
	度数	96	96	96	96	96	96	96
	標準偏差	1.07524	129.16368	49.86460	19.91228	3.05838	12.57607	6.57807
市/人口10万人未満	平均値	1.1901	32.1880	22.6045	8.9669	2.7471	7.0950	7.5950
	度数	242	242	242	242	242	242	242
	標準偏差	.96678	38.20450	24.96324	14.45895	2.32882	10.79165	7.50776
町	平均値	.8735	10.8399	7.7398	4.0949	1.8383	3.8182	5.8577
	度数	253	253	253	253	253	253	253
	標準偏差	.89963	17.01753	11.20722	6.71167	2.04204	5.95940	6.11493
村	平均値	.3696	3.7717	3.4239	1.2609	.7174	1.8913	3.1957
	度数	46	46	46	46	46	46	46
	標準偏差	.57189	11.82075	11.31909	2.83184	1.21405	5.27564	4.52951
合計	平均値	1.0895	32.9708	21.0897	8.3035	2.5236	6.4358	6.7912
	度数	771	771	771	771	771	771	771
	標準偏差	.97423	68.04857	34.42220	13.82436	2.48140	10.31123	6.65391

表 2-30

全会議総計の出席率	
市相談	89.7%
母子保健	80.1%
生活保護	33.7%
DV担当	38.2%
障害福祉	27.8%
教育委員会	73.2%
保育所	51.0%
小中高	39.5%
病院・医療	21.9%
児童相談所	77.5%
婦人相談所	4.1%
職業紹介	0.3%
民生・主任児童委員	41.2%
精神保健	20.1%
児童福祉施設	13.3%
警察	38.2%

表 2-31

特別区	9
政令市区	82
市	38
市10~30未満	93
市10万未満	207
町	129
村	9
	567

不明3

表 2-32

	進行管理(N=570)	
新規事例の報告	494	86.7%
新規事例の重症度判断	315	55.3%
新規事例の方針確認	458	80.4%
継続事例の重症度確認	346	60.7%
継続事例の方針確認	484	84.9%
アセスメントシート利用	119	20.9%
児童福祉施設退所後の進行管理	210	36.8%
終結事例の協議	359	63.0%
研修検討	73	12.8%
マニュアル作成検討	45	7.9%
会議前の準備	323	56.7%
進行管理		
保健と福祉の情報共有・検討	356	62.5%
会議の運営管理についての検討	215	37.7%

表 2-33 行管理台帳の終結方法について

	複数回答 n=771	
	あり	
アセスメントツール	150	19.5%
経験値	250.0	32.4%
多数決	105.0	13.6%
スーパーバイズ	168	21.8%
その他	262	34.0%

表 2-34

	すべて 受けた	半数は受 けた	1人は受 けた	受けてい ない	無回答	全 体
アセスメント（リスク・家 庭アセスメントを含む）	148 19.2	166 21.5	184 23.9	192 24.9	81 10.5	771 100
要保護児童対策地域協議会	189 24.5	159 20.6	185 24	159 20.6	79 10.2	771 100
児童虐待関連法律の知識	169 21.9	167 21.7	187 24.3	163 21.1	85 11	771 100
面接技術（家庭訪問を含む）	148 19.2	187 24.3	157 20.4	197 25.6	82 10.6	771 100
個別ケース検討会議の運営	124 16.1	169 21.9	151 19.6	242 31.4	85 11	771 100

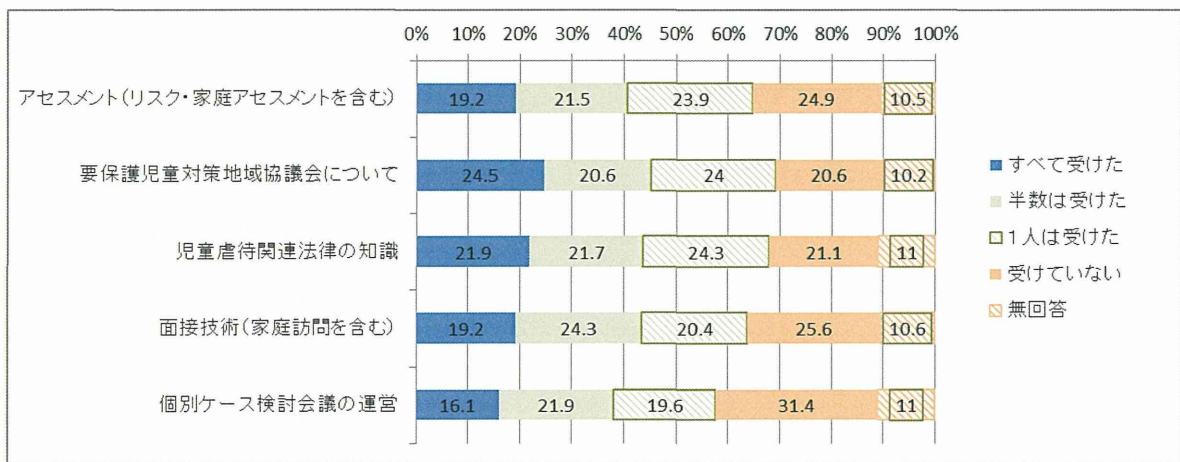


表 2-35

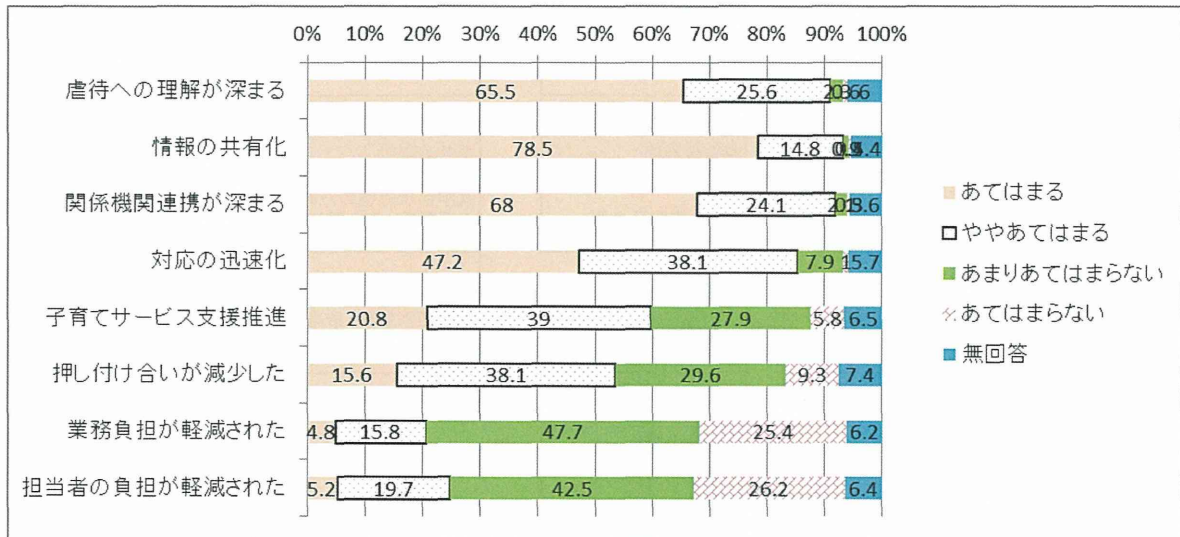
要保護児童対策地域協議会活動アンケート

		市区町村と児童相談所が合同で学ぶ機会			
		全 体	あ り	な し	無回答
人口規模区分	調査数	771 100.0	394 51.1	326 42.3	51 6.6
	特別区	7 100.0	4 57.1	3 42.9	-
	政令市・区	91 100.0	61 67.0	21 23.1	9 9.9
	市／人口30万人以上	34 100.0	21 61.8	13 38.2	-
	市／人口10万人～30万人未満	96 100.0	44 45.8	49 51.0	3 3.1
	市／人口10万人未満	242 100.0	139 57.4	95 39.3	8 3.3
	町	253 100.0	108 42.7	120 47.4	25 9.9
	村	46 100.0	15 32.6	25 54.3	6 13.0
	無回答	2 100.0	2 100.0	-	-

表 2-36

		関係機関が合同でアセスメントを学ぶ研修			
		全体	あり	なし	無回答
人口規模区分	調査数	771 100.0	177 23.0	510 66.1	84 10.9
	特別区	7 100.0	2 28.6	5 71.4	— —
	政令市・区	91 100.0	30 33.0	49 53.8	12 13.2
	市／人口30万人以上	34 100.0	8 23.5	26 76.5	— —
	市／人口10万人～30万人未満	96 100.0	23 24.0	67 69.8	6 6.3
	市／人口10万人未満	242 100.0	61 25.2	162 66.9	19 7.9
	町	253 100.0	46 18.2	168 66.4	39 15.4
	村	46 100.0	7 15.2	31 67.4	8 17.4
	無回答	2 100.0	— —	2 100.0	— —

表 2-37



資料 1

実務者会議については、1. 内容別 2. 機能別 3. 内容と機能別について、どのような種別で会議開催がなされているのかを分類した。それぞれの人口別にあげた。

また具体的な事例をあげ、代表的な実務者会議の構造を提出する。カラー字の下は通称名が記載されている。ない場合には実務者会議の名称のままである。なお数字1については、機能していると回答のあった会議名であり、2はやや機能していると回答したものである。

内容別

人口10-30未満	人口10-30未満	人口10-30未満	人口10-30未満	都
実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議
学齢児部会	児童生徒指導虐待DV部会	児童虐待部会	要保護児童進行管理チーム	虐待防止等部会
2	1	1	1	1
実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議
乳幼児部会	母子保健乳幼児部会	非行・問題行動部会	要支援・要保護児童支援チーム	事例検討部会
1	1	2	1	1
実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議	実務者会議
虐待児小委員会	障害児等療育部会	障害部会	特定妊婦チーム	子ども学校サポート部会
2	1	2	1	1
	関係機関別情報交換会(健康推進課)	実務者会議	実務者会議	実務者会議
	1	3部会事務局会議	就学前後連携のための要保護・要支援児童支援チーム	発達支援部会
			1	
			実務者会議	
			教育相談業務・発達支援室との調整・連携チーム	
			2	
人口10万未満	人口10万未満	人口10万未満		
実務者会議	実務者会議	実務者会議		
コーディネーター	要保護児童部会	不登校・非行部会		
1	1	1		
実務者会議	実務者会議	実務者会議		
要支援児童の情報交換	特別支援教育部会	児童虐待養護部会		
1	1	1		
実務者会議	実務者会議	子育て支援部会		
学校でのケース会議	要支援児部会	1		

内容別会議例

人口10万未満			
会議名	実務者会議	実務者会議	実務者会議
通称名	児童生徒指導虐待DV部会	母子保健乳幼児部会	障害児等療育部会
資料準備	あり(児童課)	健康づくり課	あり(福祉課)
情報	前もってケースの直近情報を得る	前もってケースの直近情報を得る	前もって直近の情報を得る
開催回数(年間平均)	6回	12回	2回
一回あたりの平均時間	3回	3.5回	3.5回
検討件数	25件	50件	45件
構成機関数	6機関	4機関	4機関
参加機関	市福祉 母子DV担当・母子教育委員会 保育所 児相 警察	市福祉 母子障害児相	市福祉 母子障害児相

機能別会議例

人口10万～30万人口

会議名	定例実務者会議	支援策検討所属 長会議	支援策検討アドバ イザー会議	支援策検討実務 者会議(臨時)	地域サポート 会議
通称名		所属長会議	アドバイザー会議	実務者会議	地域サポート 会議
資料準備	資料作成(事務局)	あり(事務局)	あり(事務局)	あり(事務局及び 参加機関)	あり(事務局)
情報	前もって参加機関か ら情報を得る	前もって参加機 関から情報を得 る	前もって参加機 関から情報を得 る	前もって参加機 関から情報を得 る	前もって参加 機関から情報 を得る
開催回数 (年間平均)	12回	6回	6回	40回	15回
一回あたりの 平均時間	2.5時間	2時間	2時間	2.5時間	2時間
検討件数	300事例	2.5事例	1.5事例	1事例	1事例
構成機関数	6機関	13機関	11機関	11機関	4機関
参加機関	市福祉 児相 母子 障害 児相 精神保健	市福祉 母子 生保 DV担当・母子 障害 教育委員会 保育所 小・中・高 病院・医療機関 児相 児童委員 精神保健 警察	市福祉 母子 生保 DV担当・母子 障害 教育委員会 保育所 小・中・高 児相 民生児童委員 精神保健	市福祉 母子 生保 DV担当・母子 障害 教育委員会 保育所 小・中・高 児相 民生児童委員 精神保健	市福祉 教育委員会 小中 民生児童委員

機能別

人口30万以上

実務者会議	1
拡大実務者会議	1
援助方針確認会議	1
運営会議	1

人口10万～30万未満

支援策検討実務者会 議(定例)	
定例実務者会議	2
支援策検討所属長会 議	
所属長会議	1
支援策検討アドバイ ザー会議	
アドバイザー会議	1
支援策検討実務者会 議(臨時)	
実務者会議	1
地域サポート会議	
地域サポート会議	

人口10万未満

実務者会議	1
連絡会議	
定期的情報提供 会議	1
事務局会議	
定例会	1
地域支援会議	
民生委員との情 報交換会(主任)	

**人口10万未満の事例

人口10万未満

会議名	実務者会議	連絡会議	事務局会議	地域支援会議
通称名		定期的情報提供会議	定例会	民生委員との情報交換会(主任)
SV	外部識者			
資料準備	あり(事務局)	あり(事務局)	あり(事務局)	
情報	前もって参加機関から情報を得る	前もって参加機関から情報を得る	前もって参加機関から情報を得る	
開催回数(年間平均)	5	28	48	1
一回あたりの平均時間	3	2	1	4
検討件数	60	10	15	60
構成機関数	13	2	1	1
参加機関	市福祉 母子 生保 教育委員会 保育所 小中 病院・医療機関 児相 児童委員 警察	市福祉 小中	市福祉 母子保健	市福祉 児童委員

対象者と機能別

人口30万以上	人口10-30未満	人口10万未満	人口10万未満	人口10万未満
実務者会議 1	実務者会議 虐待部会 2	実務者会議 虐待予防検討会 1	実務者会議 コーディネーター 1	実務者会議 1
DV被害専門部会 2	実務者会議 障がい児部会 1	実務者会議 進行管理会議 1	実務者会議 要支援児童の情報交換 1	関係機関別情報交換会(学校教育課) 1
情報交換会 1	実務者会議 養育支援部会 2	ケース検討会議	実務者会議 学校でのケース会議 1	関係機関別情報交換会(幼児保育課) 2
研修会 1	庁内会議 庁内会議 3			実務者会議
関係機関打合せ 1	運営会議 運営会議 1	町 実務者会議 1	町 実務者会議 虐待・養保護会議 1	乳幼児部会
		個別ケース 母子保健連絡会 1	実務者会議 障がいネットワーク 1	
		個別ケース 関係者連絡会 1	実務者会議 非行不登校会議 1	
			実務者会議 ケース見直し会議 1	
			実務者会議 定例ケース会議 1	

資料2 調査票（要保護児童対策地域協議会全国市区町村悉皆調査）

アンケートのお願い

日頃から大変お世話になっております。要保護児童対策地域協議会活動が効果的に運用されるために、虐待対応担当者（調整機関担当者）のご意見を賜りたく、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

（記入にあたってのお願い）

- 該当する番号に○印か、数値記入、自由回答をお願いいたします。
- なお、両面印刷しておりますので、裏面についても回答をよろしくをお願いいたします。
- また、回答については統計処理をいたしますので、個別的な情報は出しませんのでお願いいたします。
- ご多忙とは存じますが回答は 日までをお願いいたします。

本研究は厚生科学研究政策科学推進事業(代表藤原武男)分担「地域における虐待事例の重度化予防モデル研究」として実施しています。

1. ご記入者について

市区町村名		記入者氏名	
電話番号		所属名(担当課)	
メールアドレス		役職	

2. 市区町村の概要(平成24年4月1日時点)

人口	人	18歳未満の児童人口	人
①乳児家庭全戸訪問事業実施	1. あり 2. なし		
②養育支援訪問事業	1. あり 2. なし * 育児・家事ヘルパーが含まれますか	1. はい 2. いいえ	
③子育て短期支援事業	1. あり 2. なし ⇒「あり」の場合は延べ日数[]日(23年)		
④育児ヘルパー制度【市町村独自】	1. あり 2. なし		
⑤乳幼児健診受診率	1歳半健診[]%(23年)		

*ヘルパー制度は家事や育児を実際に支援する内容を意味します。

3. 虐待対応についてお尋ねします。

1) 児童家庭相談内容について(○印はひとつずつ)

①緊急受理会議に実施ルールがありますか？	1. 明記され多ルールがある 2. 文章化されていないが、ある 3. 特になし
②初期対応後の支援方針の意思決定方法は？	1. 全て担当者が行う 2. 担当者の判断で上司に決断を仰ぐ 3. 処遇会議や記録供覧で組織的な決定をする 4. その他
③ケースを記録する時間の確保はされていますか？	1. 十分ある 2. ある 3. やや少ない 4. 全くない
④一人が担当するケースはどうですか？	1. 多い 2. やや多い 3. やや少ない 4. 少ない
⑤一人当たりのケース数は？	虐待対応件数 約[]件

2) 児童相談所との関係

①平成23年度に児童相談所長に送致した件数	[]件
②上記のうち要保護児童対策地域協議会の検討などを踏まえ、立ち入り調査や一時保護の必要性などについて意見を付した件	[]件
③平成23年度に児童相談所長より市福祉事務所に送致(いわゆる逆送致)されてきた件数	[]件

3) 平成23年度対応件数を数字でお願いします。

	0歳	1～2歳	3歳から就学前	小学生	中学生	高校生・その他	合計
身体的							
性的							
心理的							
ネグレクト							

4) 平成23年度相談経路件数を数字でお願いします。

(件)

県・指定都市・中核都市		市区町村		施設・医療		学校関係				家族				合計	
児童相談所	児童相談所	保健所(センター)	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所	児童相談所

4. 要保護児童対策地域協議会について ※調整機関は要保護児童対策地域協議会の事務局的な仕事をする

1) 職員についての業務量についてお尋ねします。(23年度)

要保護児童対策地域協議会の調整機関業務のほか、相談業務(虐待事例への支援・家庭訪問なども含む)やその他の業務があると思います。

つきましては、仕事量総計100%として、児童家庭相談業務割合、調整機関業務割合、その他業務(行政事務関係)にかかる負担量をお書きください。記入例に倣い、「正規か非正規か」を番号で記入後、それぞれの業務負担割合を数字でご記入ください。

	正規なら「1」、 非正規なら「2」を記入	業務割合(100%合計)			記入例	正規なら「1」、 非正規なら「2」を記入	業務割合(100%合計)		
		相談業務	調整機関業務	他業務			相談業務	調整機関業務	他業務
記入例	1	60%	20%	20%	記入例	2	90%	10%	0%
職員1人目		%	%	%	職員7人目		%	%	%
職員2人目		%	%	%	職員8人目		%	%	%
職員3人目		%	%	%	職員9人目		%	%	%
職員4人目		%	%	%	職員10人目		%	%	%
職員5人目		%	%	%	職員11人目		%	%	%
職員6人目		%	%	%	職員12人目		%	%	%

※職員の人数が足りない場合には、申し訳ありませんがコピーした別紙にご記入いただき、添付してください。

2) 日頃の調整機関と庁内の連携についてお尋ねします。日頃どのような関係をとっておられますか。

	庁内での連携頻度					連携方法、内容 (自由記述をお願いします)
	ほぼ毎日	週に1~2回	月1回以上	3~4ヶ月に1回程度	ほとんどない	
回答例 ○○課	1	2	③	4	5	月1回、報告会をする
生活保護	1	2	3	4	5	
障害福祉	1	2	3	4	5	
保育(子育て支援、保育関係)	1	2	3	4	5	
保健センター	1	2	3	4	5	
教育委員会	1	2	3	4	5	
学童保育	1	2	3	4	5	
住民課(市民課)	1	2	3	4	5	
市民税関係	1	2	3	4	5	
国民健康保険関連	1	2	3	4	5	
住宅課(公営住宅)	1	2	3	4	5	
母子福祉(児童扶養手当関係)	1	2	3	4	5	

4) 日頃の庁外での連携についてお尋ねします。(学校などは複数あるため、平均値をお願いします)

	庁外での連携頻度					日頃の連携方法、内容 (自由記述をお願いします)
	ほぼ毎日	週に1~2回	月1回以上	3~4ヶ月に1回程度	ほとんどない	
児童相談所	1	2	3	4	5	
保育所	1	2	3	4	5	
公立幼稚園・小・中学校	1	2	3	4	5	
保健所(母子保健)	1	2	3	4	5	
保健所(精神保健)	1	2	3	4	5	
発達障害支援センター	1	2	3	4	5	
児童家庭支援センター	1	2	3	4	5	
私立学校・幼稚園	1	2	3	4	5	
病院・医療機関	1	2	3	4	5	
警察・少年センター	1	2	3	4	5	
民生児童委員・主任児童委員	1	2	3	4	5	
女性相談所	1	2	3	4	5	
児童館	1	2	3	4	5	

6. 要保護児童対策地域協議会の会議として実施している会議について、代表者会議・個別ケース以外の実務者会議等の会議をすべてお教えてください。(例:実務者会議、拡大実務者会議、担当者会議、連絡会議、調整会議、事務局会議、地域支援会議など)

1) すべての会議の概要をご記入ください。(23年度)

	回答例	要保護児童対策地域協議会の会議として実施している会議すべて				
		会議A	会議B	会議C	会議D	会議E
会議名	実務者会議					
通称の会議名	児童虐待部会(例)					
開催回数 (年間平均回数)	4					
会議時間 (1回あたり平均時間)	3.5					
検討件数 (1回あたり平均件数)	40					
スーパーバイザー (誰か?)	外部識者					
資料準備 (資料作成者)	あり(事務局および参加機関)					
会議前の工夫	前もって参加機関から情報を得る					
構成機関数 (機関数)	5					
参加機関	1.児童相談窓口(家庭相談室)	①	1	1	1	1
	2.母子保健	2	2	2	2	2
	3.生活保護課	3	3	3	3	3
	4.DV担当、母子	④	4	4	4	4
	5.障害関係(発達障害含む)	5	5	5	5	5
	6.教育委員会	⑥	6	6	6	6
	7.保育所	7	7	7	7	7
	8.小・中・高校	8	8	8	8	8
	9.教育委員会	9	9	9	9	9
	10.病院・医療機関	10	10	10	10	10
	11.児童相談所	11	11	11	11	11
	12.婦人相談所	12	12	12	12	12
	13.職業紹介	13	13	13	13	13
	14.民生児童委員・主任児童委員	14	14	14	14	14
	15.精神保健	15	15	15	15	15
	16.児童養護施設・児童家庭センター	16	16	16	16	16
	17.警察	17	17	17	17	17

※実務者会議を同じ内容を地域ごとで複数回実施されている場合は延べ回数をお願いします

2) A～Eまでに記入した会議内容について、該当する項目をすべて選んでください。

	要保護児童対策地域協議会の会議として実施している会議 (上記回答欄のA～Eの会議名と連動してお答えください)				
	会議A	会議B	会議C	会議D	会議E
① 新規事例の報告	1	1	1	1	1
② 新規事例の重症度判断	2	2	2	2	2
③ 新規事例の方針確認	3	3	3	3	3
④ 継続事例の重症度確認	4	4	4	4	4
⑤ 継続事例の方針確認	5	5	5	5	5
⑥ アセスメントシート利用	6	6	6	6	6
⑦ 児童福祉施設退所後の進行管理	7	7	7	7	7
⑧ 終結事例の協議	8	8	8	8	8
⑨ 研修検討	9	9	9	9	9
⑩ マニュアル作成検討	10	10	10	10	10
⑪ 会議前の準備	11	11	11	11	11
⑫ 事例進行管理	12	12	12	12	12
⑬ 保健と福祉の情報共有・検討	13	13	13	13	13
⑭ 会議の運営管理について検討する	14	14	14	14	14

3) A～Eまでに記入した会議内容について、先ほどの選択肢以外に「その他の内容」がありましたらご記入ください。

	会議	会議内容・その他（自由記述）
要保護児童対策地域協議会の会議として実施している会議 (前頁 6-1)で記入したA～Eの会議名と連動してお答えください)	会議A	
	会議B	
	会議C	
	会議D	
	会議E	

4) 実務者会議の工夫がありましたら、エピソードを含めてご紹介ください。どういったことがうまくいっているのでしょうか？

1.
2.
3.

5) 実務者会議の課題を自由記述でお願いします。

--

6) 進行管理台帳に載っているケースの終結の方法を教えてください。(該当するものに○で。複数回答)

1. アセスメントツールを補助的に利用 2. 経験値 3. 多数決 4. スーパーバイザー助言 5. その他()

7. 担当者からみてお答えください。要保護児童対策地域協議会のそれぞれの会議は機能していると思われますか？

	代表者会議	機能している	やや機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	機能していない
要保護児童対策地域協議会の会議として実施している会議 (前頁 6-1)で記入したA～Eの会議名と連動してお答えください)	会議A	1	2	3	4	5
	会議B	1	2	3	4	5
	会議C	1	2	3	4	5
	会議D	1	2	3	4	5
	会議E	1	2	3	4	5

8. 調整機関の研修についてお伺いします。(調整機関が複数の場合には平均値をお願いします)

1) 調整機関の研修状況をうかがいます。

		すべて 受けた	半数は 受けた	1人は 受けた	受けて いない
①	アセスメント(リスク・家庭アセスメントを含む)	1	2	3	4
②	要保護児童対策地域協議会について)	1	2	3	4
③	児童虐待関連法律の知識	1	2	3	4
④	面接技術(家庭訪問を含む)	1	2	3	4
⑤	個別ケース検討会議の運営	1	2	3	4

2) 要保護児童対策地域協議会で市区町村と都道府県職員を対象とした研修についておたずねします。

①市区町村と児童相談所が合同で学ぶ機会がありますか？

1. はい 2. いいえ

「はい」の場合、研修はどのような内容ですか？

「はい」の場合、上記のどの職種とありますか？

共に学ぶことについての感想をお聞かせください。(利点と欠点など)

②関係機関が合同でアセスメント(見立てと方針決定)を学ぶ研修はありますか？

1. はい 2. いいえ

③今後どのような研修が必要でしょうか？

9. 最後に要保護児童対策地域協議会活動についてお尋ねします。該当するものに○をお願いします。

		あてはまる	やや あてはまる	あまり あてはまらない	あてはまらない
①	虐待への理解が深まる	1	2	3	4
②	情報の共有化	1	2	3	4
③	関係機関連携が深まる	1	2	3	4
④	対応の迅速化	1	2	3	4
⑤	子育てサービス支援推進	1	2	3	4
⑥	押し付け合いが減少した	1	2	3	4
⑦	業務負担が軽減された	1	2	3	4
⑧	担当者の負担が軽減された	1	2	3	4

長い間、ありがとうございました。

ご質問についてはお手数ですが、下記までお願いいたします。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

介入効果測定のための虐待現状把握およびその社会的コスト試算に関する研究

分担研究者 植田 紀美子 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター企画調査室
研究協力者 丸山 朋子 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立急性期・総合医療センター小児科

研究要旨

平成 23 年度研究から医療機関を拡大し、虐待が疑われる乳幼児頭部外傷 (Abusive head trauma, AHT と略) の児 41 例と non-AHT 児 69 例について、初回入院にかかる疾病費用 (Cost of illness, COI と略) 分析を行い、費用と臨床像との関連も調べた。頭部外傷による頭蓋内病変を疑い頭部 CT を施行し入院した 2 歳未満児のうち、AHT 児の初回入院医療費は、non-AHT 児の約 10 倍であった。急性期の治療後、安定すると転院する施設もあるが、AHT 児が地域に戻るまでが本来の初回入院にかかる医療費と考えるべきで、この費用は A 施設の分析結果である 310 万が参考になると考えられた。AHT 児の中でも複数の所見を有する者ほど、重篤で医療費が高くなることは容易に想像できるが、本研究によりその実態を明らかにできた。例えば、硬膜下血腫のみを有する AHT 児の医療費 232 万が、両側硬膜下血腫、脳萎縮、脳挫傷、くも膜下出血、頭蓋骨骨折、頭蓋骨多発骨折も加わると 1,155 万と 5 倍の医療費となった。医療費の観点からも虐待予防は急務である。

我が国における、被虐待児全般にかかる経済的評価分析のため厚生労働統計の課題を整理した。社会医療診療行為別調査、患者調査は、国レベルの被虐待児全般に関する COI 分析を可能にする調査項目が含まれている。しかし、個票に正確な傷病名、例えば、“外傷性硬膜下血腫、親による身体的虐待”と記載されていたとしてもデータベース化されない状況であった。また、虐待で重要な基本分類の Y コードは、それ自体が傷病中分類に含まれていなかった。被虐待児全般に関する経済的評価分析は虐待予防対策に必要不可欠であり、被虐待児の診療状況に関して、実用性の高い厚生労働統計のデータベースの整備が急務である。

A. 研究目的

平成 23 年度は、①虐待に関する経済的評価の整理、②ある病院における AHT 児の初回入院にかかる COI 分析を行った。

平成 24 年度は、①医療機関を拡大して、AHT の初回入院にかかる COI 分析を行い、費用と臨床像との関連も調べた。また、②我が国にお

ける被虐待児全般の経済的評価分析のための厚生労働統計の課題を整理した。

B. 研究方法

①AHT の初回入院にかかる COI 分析

A 施設において、2005 年 4 月から 2011 年 3 月までの間に救急診療科あるいは小児科に、頭

部外傷による頭蓋内病変を疑い頭部 CT を施行し入院した 2 歳未満児、及び B 施設において、2002 年 4 月から 2005 年 3 月までの間に頭部外傷による頭蓋内病変を疑い頭部 CT を施行し入院した 2 歳未満児を対象とした。Duhaime ら、Reece らの定義から作成された藤原らによる診断基準により AHT 児と non-AHT 児に分け、診療録（サマリー）及び診療報酬明細書の分析により、初回入院期間における医療費、入院期間等を比較した。また、これらの対象児のうち、A 施設において、十分な頭部 CT 所見を得られた児について、臨床像からみた COI 分析をおこなった。

②被虐待児全般にかかる経済的評価分析

のため厚生労働統計の課題整理

統計法 33 条の規定に基づき、社会医療診療行為別調査及び患者調査にかかる調査票情報の提供を厚生労働大臣に申出を行った経緯から、被虐待児全般にかかる COI 分析のための厚生労働統計の課題を整理した。

平成 23 年度の hospital based の AHT の初回入院にかかる COI 分析を national based に拡大し、我が国における AHT の初回入院にかかる COI 分析を行い、虐待予防に資する経済的評価研究を行うため、社会医療診療行為別調査（一般統計調査）及び患者調査（基幹統計調査）の調査票情報の提供を申請した。AHT の初回入院に係る COI は、理論上、“「我が国の AHT 児数」×「AHT 児一人に要する初回入院にかかる医療費」”により計算できる。

患者調査により「我が国の AHT 児数」を、社会医療診療行為別調査により「AHT 児一人に要する初回入院医療費」を算出できる（表 1、2 シュミレーション）。Fujiwara らの報告（参考）から、ICD10 コードで S06.0-S06.9, S02.0, S02.1, S02.7, S02.8, S02.9, S07.1, S07.8, S07.9, S09.7, S09.8 を頭部外傷とし、そのうち、AHT 児は Y00, Y01, Y04, Y08, Y09, T74.1,

T74.8, T74.9, Y07.0, Y07.1, Y07.2, Y07.3, Y07.8, Y07.9, Y29, Y30, Y33, Y34 を持つ児と考えることができる。0 歳から 3 歳未満の男女で前述の ICD コードを傷病名あるいは副傷病名に含む対象者を調査票情報の利用属性とした。

医療診療別調査については、平成 23 年よりレセプト情報・特定健診等情報データベースに蓄積されたデータを活用することになり、ICD-10 コードを扱わないことになった。そのため、平成 20 年度の社会医療診療行為別調査及び患者調査を申請した。

（倫理面への配慮）

各施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

①AHT の初回入院にかかる COI 分析

AHT 児 41 例、non-AHT 児 69 例を分析した。表 3 に各施設別、男女別の AHT 児、non-AHT 児の特徴を示した。

男女別構成割合は、AHT 児、non-AHT 児ともに男児が多かったが、AHT 児でより男児の割合が多かった（図 1）。

対象児の平均月齢は、AHT 児で 7.1 ヶ月、non-AHT 児で 8.8 ヶ月であった。AHT 児は 5 ヶ月をピークとした分布を示し、non-AHT 児では、3 ヶ月をピークとしたが各月とも一定の割合を示した（図 2）。

初回入院日数は、AHT 児で 50.6 日であり、non-AHT 児の 5.9 日の約十倍であった。同様に、初回入院にかかる医療費も AHT 児で 230 万円と non-AHT 児の 25 万円の約十倍であった。有意な差を認めた ($p < 0.001$)（図 3, 4）。初回入院日数、初回入院にかかる医療費ともに、AHT 児で施設間に有意差があり、初回入院にかかる医療費の差は、初回入院日数の差を反映するものであると推測でき、施設の特徴（施設基準や担当診療科等）の相違が背景にあるものと

考えられた。

表4にAHT児、non-AHT児の初回入院にかかる医療費を内容別に示した。内訳では入院基本料が多く、AHT児では、総額230万円のうち200万円を占めた。初診料等と検査以外のすべての内容でAHT児の方がnon-AHT児に比べて有意に医療費が高かった。施設間で比べた場合、前述したようにAHT児で、A施設の方がB施設に比べて、初回入院にかかる医療費（合計）が有意に高かった。一方、有意差は認めないものの、初診料等、手術、検査、画像については、B施設が高かった。

図5にAHT児、non-AHT児の初回入院にかかる医療費の内訳を全体に占める割合で示した。また、約8割を占める入院基本料等以外の医療費内訳内容の構成割合を拡大して別に示した。AHT児はnon-AHT児と比べると、入院基本料等に加え、手術にかかる医療費の割合が高いことが特徴であった。

Duhaime、Reece、藤原らによる診断基準に用いられるAHTに特徴的な所見のうち、診療録等により確実に情報入手が可能であった痙攣、頭蓋骨骨折（うち、頭蓋骨多発骨折）、硬膜下血腫（うち、両側性、多層性）、くも膜下出血、脳挫傷、脳萎縮、網膜出血（うち、両眼底出血）、骨折（頭蓋骨以外）について、AHT児21例、non-AHT児14例のCOI分析を行った。表5にAHT児とnon-AHT児の主な所見を示した。AHT児では硬膜下血腫を高率（81%）に認め、そのうち、82%が両側であり6%が多層性であった。脳萎縮、網膜出血も57.1%と多く認めた。non-AHT児と比べた場合、痙攣、頭蓋骨骨折、硬膜下血腫、両側硬膜下血腫、脳萎縮、網膜出血、両眼底出血の所見が、AHT児の方で有意に多かった。

次に、AHT児の中でも所見により医療費がどのように異なるかを分析した。A施設のAHT児21名について、所見別所見有無別に初回入院にかかる医療費を示した（表6）。すべての項

目で、所見があるAHT児の初回入院にかかる医療費が、所見がないAHT児に比べて高かった。中でも、硬膜下血腫、両側硬膜下血腫、くも膜下出血、脳挫傷、脳萎縮の所見を有するAHT児は、non-AHT児に比べて統計学的に有意に高かった。

一人のAHT児が複数所見を有する場合があるため、硬膜下血腫を有するAHT児17名について、他の所見の保有状況と保有状況別の初回入院にかかる医療費をみた（図6）。くも膜下出血、脳萎縮、頭蓋骨骨折を認めるが、両側硬膜下血腫及び脳挫傷を伴わなかった児が1名いたが、頭蓋骨多発骨折を認める児は、くも膜下出血があり、くも膜下出血を認める児は脳挫傷があり、脳挫傷を認める児は脳萎縮があり、脳萎縮を認める児は両側硬膜下血腫があった。所見数が増えるごとに初回入院にかかる医療費の増加を認めた。

②被虐待児全般にかかる経済的評価分析

のため厚生労働統計の課題整理

社会医療診療行為別調査は、傷病中分類ごとに医療費が把握できるが、傷病基本分類では把握できない。頭部外傷を中分類で把握する場合、傷病基本分類S06を含む「1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷」あるいは、広義に頭部外傷ととらえた場合、S07とS09を含む「1905 その他の損傷及びその他の外因の影響」、S02を含む「骨折」となる。虐待を中分類で把握する場合、傷病基本分類T74の虐待症候群は、中分類では「1905 その他の損傷及びその他の外因の影響」に含まれる。T74以外で虐待で重要な基本分類のYコードは、それ自体が傷病中分類に含まれていないことが判明した。医療機関における診療報酬明細書に記載されていたとしても、社会医療診療行為別調査結果のデータ化に際しては取扱われない（捨てられる）情報になっていた。

患者調査では傷病小分類まで把握しているため、「XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影

響」の中の「頭蓋骨及び顔面骨の骨折」「頭蓋内損傷」「虐待症候群」の患者の割合を算出し、その割合で傷病中分類の医療費（社会医療診療行為別調査による）を按分することで概測できると考えられた。しかし、患者調査は抽出調査で推計患者数も千人単位の表彰となっており、公表済みデータである平成20年の0～4歳の「XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響」の推計入院患者数でもすでに約0.4千人しか存在できず、XIX内の小分類別の推計になると表章たえられないということが、指摘された。

また、患者調査では外傷の原因について、ICDコードで集計しておらず、9つの選択肢(不慮の事故 1. 自動車交通事故、2. 自転車交通事故、3. その他の交通事故、4. スポーツ中の事故、5. 転倒・転落、6. 1～5以外の原因による不慮の事故：故意又は不明 7. 自傷、8. 他傷、9. 不明)の中から番号を選ぶ様式になっており、頭部外傷の原因が虐待によるものかどうかは“8. 他傷”までの把握になっていた。

申請までのやりとりで、前述の内容、特にT74以外で虐待で重要な基本分類のYコードは、それ自体が傷病中分類に含まれていないことは確認できなかった。書類を整えて申請を行ったが、以上の経緯から精度を保ったCOI分析ができないと判断し、申請を取り下げた。

D. 考察

①AHTの初回入院にかかるCOI分析

平成23年度の分析から施設数を増やした分析でも結果は同じで、頭部外傷による頭蓋内病変を疑い頭部CTを施行し入院した2歳未満児のうち、AHT児の初回入院医療費は、non-AHT児の約10倍であった。AHT児で230万、non-AHT児で25万であった。A施設のAHT児で310万、B施設で140万であった。

AHT児の初回入院に関して、入院日数、医療費ともに、施設間に有意差を認め、施設の特徴（施設基準や担当診療科等）の相違が推測され

た。A施設は急性期の治療後、症状が安定しても入院しているが、B施設は急性期の治療後早期に転院する傾向にあり、このことが、入院日数、医療費の差を認める結果に至ったと考えられる。医療費内訳では、B施設では、手術、検査等が有意に高く、手術を実施した児が多くいた。A施設は、いわゆる総合病院、B施設は、小児・母性に特化した病院である。救急対応の中心となる診療科も、A施設は成人を主に対応する救急診療科、B施設は小児の救急診療科である。今回、臨床所見については、A施設のみを検討であったが、救急搬送で運ばれる児に大きな差がないと推測すると、この施設の治療方針の差が医療費内訳の差に表れたと考えられる。

初回入院にかかる医療費は、A施設とB施設の相違のように、我が国のAHT児を取り扱う医療施設により相違があると推測できる。同時に、同施設内でのAHT児とnon-AHT児での初回入院医療費の差は確実に存在し、AHT児の入院日数が長引くほどその差は生じると予想できる。AHT児の場合は、AHTに対する治療の終了後も虐待対応として退院後の受け入れ環境整備に要する期間が必要で、入院が長引く場合もある。地域の医療供給体制によっては、転院せずに一医療機関にとどまる場合もあり、医療費の増大のみならず、本来入院が必要な児が入院できないといった新たな課題も生じかねない。

B施設のAHT児の多くは急性期の治療後、転院している。この対象児の初回入院にかかる医療費は、地域に帰るまでの転院先での医療費も含めて算出すべきであるが、転院先の診療報酬明細書の閲覧など個人情報保護の観点から大変困難である。一方、A施設のAHT児22名の退院先は、3名のみが医療施設で、19名は乳児院等施設か自宅であった。AHT児が地域に戻るまでの初回入院にかかる医療費は、A施設の分析結果である310万が参考になると考えられた。

A施設のAHT児21名とnon-AHT児14名と

の所見の比較では、先行文献で AHT に特徴的であると指摘されている両側硬膜下血腫、両眼底網膜出血について、AHT 児に有意に多く認められた。しかし、AHT に特徴的であると指摘されている頭蓋骨多発骨折、多層性硬膜下血腫については、有意差はなかった。AHT が疑わしいと判断できると指摘されているくも膜下出血、脳萎縮についても AHT 児に有意に多く認めた。AHT 児に特徴的と指摘されている大脳鎌における硬膜下血腫、後頭蓋窩における硬膜下血腫、陳旧混在する硬膜下血腫、びまん性軸索損傷については、今回使用した診療録情報からそれらの有無の判断ができなかった。改めて画像の分析が必要である。

AHT 児の中でも複数の所見を有する者ほど、重篤で医療費が高くなることは容易に想像できるが、本研究によりその実態を明らかにできた。硬膜下血腫のみを有する AHT 児の医療費 232 万が、両側硬膜下血腫、脳萎縮、脳挫傷、くも膜下出血、頭蓋骨骨折、頭蓋骨多発骨折も加わると 1,155 万と 5 倍の医療費となった。

本研究は、診療録（サマリー）及び診療報酬明細書を用いた分析である。本来、AHT の初回入院にかかる COI 分析には、AHT 以外の疾患に要した医療費を除外することが重要であり、そのためには、診療録詳細分析が必要である。また、AHT に特徴的な所見別に、さらに COI 分析をするのであれば、診療録詳細分析に加え、画像分析も必要である。

本研究の対象児は、A施設では 2005 年 4 月から 2011 年 3 月までに入院した児、B施設では 2002 年 4 月から 2005 年 3 月までに入院した児であり、児によって医療費を算出した医科点数表が異なる場合もあった。異なった年次の対象者にかかる医療費を同時に扱う場合、例えば、医療費が生じた資源項目（薬剤、手術、処置など）の把握を行って、同じ医科点数表を使用し算出することでより正確に分析できると考えられる。

②被虐待児全般にかかる経済的評価分析

のため厚生労働統計の課題整理

統計法 33 条の規定による調査票情報の提供（いわゆる目的外使用）は、平成 21 年から施行された改正統計法のもとでは、手続きに時間を要するという従来から指摘されていた課題は、本研究ではなかった。事前相談、申請後の修正指示などは、審査担当者とメールでのやり取りで比較的スムーズに行うことができた。

調査票が公表されているため、調査項目は掌握できるが、調査項目をデータベース化する際にどのように取捨選択されていくかはわからない。そのため、目的とするデータが存在するかどうかの判断は、メールや電話のやりとりでは限界があり、最終的には対面で項目ごとに確認していく作業を行う必要があった。現在の社会医療診療行為別調査、患者調査では、個票に正確な傷病名、例えば、外傷性硬膜下血腫、親による身体的虐待と記載されていたとしてもデータベース化されない状況であった。

被虐待児全般に関する経済的評価分析は、海外では多くの知見があり、虐待予防対策には必要不可欠であるとされている。自治体、公的機関などが対策の予算を確保する際、被虐待児全般に関する経済的評価分析は、より説得力のある資料となっている。我が国においても、同様な資料が必要であることは言うまでもないが、国レベルの分析は皆無である。社会医療診療行為別調査、患者調査は、国レベルの被虐待児全般に関する COI 分析を可能にする調査項目が含まれている。被虐待児の診療状況に関する実用性の高いデータベースの整備は急務であり、今後、データ利用者と設計者の意思疎通を密にしていき、情報交換を行う必要がある。また、被虐待児の診療に関わる医師が、傷病名登録を徹底することで、被虐待児の診療を含む取組全般に寄与できると考える。