

精神障害をもつ親と要保護児童対策地域協議会

Parental mental illness and Child abuse Prevention Networks

加藤 曜子*

Yoko Kato

児童虐待防止の領域において精神障害等の課題をもつ親への対応は、要保護児童対策地域協議会（要対協）において協議されることが多い。平成 23 年～25 年にかけて 15 ヶ月間実施した調査において、要対協が担当した精神障害をもつ親への支援量は、精神問題のない家族と比較し 2 倍であった。その中で精神医との連携は担当者にゆだねられていた。今後は精神医療との連携の在り方を検討する必要がある。

キーワード：精神医療、要保護児童対策地域協議会、連携、支援

I. 緒言

要保護児童対策地域協議会（要対協と略す）が法定化され 10 年目にあたる。本稿の目的は、養育者が精神障害等である家族への支援の実態を明らかにし、要対協における関係機関間の連携の重要性を検討することにある。

筆者は、要対協が発足した 2 年後の 2007 年に要対協に関する全国の市区町村調査を実施した¹⁾。「どういった場合に要対協ができてよかったと思うか」について自由回答を得たが、その中で「精神疾患で悩む親ごさんにより早くかかわれるようになった」と答えた自治体があった。以前は情報共有ができなかったために後手に回ったが、児童福祉法第 25 条第 2 項の条文により、情報の垣根を超えることができるようになり、その結果早期に対応が可能となったことを意味した。

平成 26 年 6 月における第 110 回日本精神神経学会（横浜パシフィコ）では、児童虐待に関し 2 つのシンポジウムが企画された。その企画の意図は、精神医に児童虐待を周知してもらうことや、要保護児童対策地域協議会活動を理解してもらうことも含まれていた²⁾。展示ブースでは横浜市児童相談所所長や川崎市児童相談所の精神科医や職員から「先生 精神科の患者さんで子育てをしている人がいることを理解ください」というメッセージを書いたチラシが配られた。児童虐待が日本精神神経学会のシンポジウムで取り上げたのは画期的なことであったと関係者はみなす。本稿はその際に報告した内容を基にしている。なお、本稿では精神障害の中身を詳しく分類するものではなく、病歴や通院中の場合を精神障害と限定し、一括りにして述べる。なお、精神障害

*流通科学大学サービス産業学部、〒651-2188 神戸市西区学園西町 3-1

(2014 年 8 月 26 日受理)

©2015 UMDS Research Association

をもつ親＝虐待を意味しない³⁾。

1. 先行研究

親の精神障害自体が要対協の対象になるのではない。要対協は子どものニーズを第一優先にするが、養育支援が必要な場合に、養育者としての親へのメンタルヘルスの課題にも対応する。子どもの虐待防止ネットワークである要体協と精神症状がある親への支援に関連する先行研究を振り返りたい。

先行研究である海外文献によると、精神症状の親で支援が必要な事例の背景には、①多問題を抱えている ②特別な問題も抱えている ③うつ的な状態になっている状態があり、長期にわたりサービスが必要であり、そのサービスには子どもと大人の両方が含まれる。そして、子どもにかかわる機関は家族支援を含め統合的に取り組むことが重要だとされている⁴⁾。

また、英国の児童虐待防止のための指針であるワーキングツギャザー (Working Together) は、関係機関の教科書であるが、メンタルヘルス領域も連携機関として名を連ねている。英国においては、死亡事例の検証報告後に常に地域の機関連携強化策が提唱されてきている⁵⁾ (注：要対協とは違うシステムで、地域の機関同士の連携のための研修に力をいれ、独立機関として成立させている)。多問題家族への精神保健領域で一番優先すべきは「大人と子どもへの支援を、地域内の支援にそって協働する点」であるとされる (Cleaver, 2011)。家族や子どもによっては、「長期的支援が必要であり、その場合短期介入は効果的ではない」とし、子どもや親へ地域にどのような支援があるのかの実用的な情報 (プラクティカル) も与えられるべきであるとされる⁶⁾。

我が国では、第9次虐待死亡検証報告では「必要に応じて精神科医療機関を要対協の構成員に加える等により、…市町村の児童福祉担当部署は、母子保健や精神保健を担当する部署に働きかけ」と連携の必要性を述べている⁷⁾。また第10次報告では親が精神疾患のある心中以外の虐待死事例と心中事例について5次報告から10次報告までの関係機関関与状況による累計が出されている。関係機関連携の結果からみていくと、医療機関にかかっている事例は心中以外の虐待死事例で半数を超えている (74.2%)。親が治療的な支援を受けても、治療的機関のみでは限界のあることを教えてくれる⁸⁾。

また、市区町村要対協での精神科治療の事例について著者が実施した平成21～23年にかけて実施したネグレクトの実態調査がある⁹⁾。要対協の進行管理台帳にのる支援事例163事例を対象としたもので、精神的治療ケースはそのうち42例 (3割)、疑いを含めると約5割を占めた。ネグレクト状況が中程度で親が精神科治療中である事例では、10代の子の問題行動が20例中9例出現していた。個別ケース検討会議が実施されていたが、機関連携や継続的な支援において支援が有機的になされているのかどうかについては精査する必要性が示唆された。また、同じ実態調査結果を分析した安部 (2010) は、精神症状にあるネグレクトの家庭は難しいという点について「精

神症状があるネグレクト家庭は『かかえている課題が多いために対応が難しい』と理解すべき」と、いまだ取り組みの困難さがあると結論づけている。

精神科での児童虐待の認識度については松宮・八重樫（2013）らが調査し、精神保健福祉士の児童虐待の認識は低いと報告した。親側にたつ精神保健福祉士と子ども側からみる児童福祉の見方とのすり合わせが必要でもあると松宮らは述べている¹⁰⁾。児童相談所では、横浜市のように、各児童相談所に常勤の児童精神科医を配置し子と親の支援を実施しているが、市区町村においては必ずしもそういった体制にはなっていないのが現状である。以上、精神医療と要対協の連携関連についてみたが、我が国では、海外に比べると、児童虐待領域と精神医療領域との連携が低い状況である。

II. 調査

1. 目的

精神障害等の親（医療機関にかかったあるいは、かかっているものに限定）のいる家族への支援実態を時間的経過に沿って評価し、精神医療を受けている親にかかわる要対協の実態から医療機関連携についても検討する。

2. 方法

調査対象は、児童相談担当部署に通告受理後、要保護事例として協議会で管理することになった初回係属の事例である。5市1町（関東、関西、中部を含む、人口6万2市、26万2市、29万1市、1町）で受理した初回事例について、それぞれ3か月後、9か月後、15か月後にフォローをし、段階で問題領域や支援領域を把握する。それぞれの市の児童相談担当者の資格背景は、社会福祉士、臨床心理士、保健師、保育士、教職資格免許取得者である。事務職担当も含まれたがすでに5年以上の経験をもっており、協力者には調査の実態把握に利用するアセスメントの枠組みとしての在宅支援アセスメント指標については利用できるよう、あらかじめ研修を実施する¹²⁾。

3. 倫理的配慮

所属する日本社会福祉学会倫理規定、日本心理臨床学会倫理規定に従い、個人情報関連についての取扱いに配慮した。

4. 結果と考察

a. 対象

調査対象は、6か所の自治体の6か月間の初回係属の事例200事例である。その中から精神科の医療機関受診事例数を抽出した。調査では、受理時を初回とした調査から、3か月後、9か月後、

15ヶ月後の時期ごとの問題把握と支援状況の経過をみていった。初回の調査では32例であったが、3か月後は28件、9か月後は18件、15か月後は10件であった（表1）。精神科の医療機関を利用したと判明したのは全体の1割であるが、症状が出ていても医療機関にかからない、あるいは疑いのある場合を含むものが3割以上を占めた。不明点も含めるとさらに割合が高くなる可能性はあった。なお、今回の初回調査では医療機関を受診していなかったが、その後のケースワーク的な働きで実際に精神科の医療機関にかかった事例が7例（3.5%）あった。

表1. 扱った事例の時間経過の状況

件数

	初回調査	3か月目調査	9か月目調査	15か月目調査
全体数	200	200	141	92
精神科医療利用	32	28	18	10
やや精神的には問題だが医療をうけていない	29	36	23	19
精神的症状なし	55	65	65	47
不明	84	71	35	16

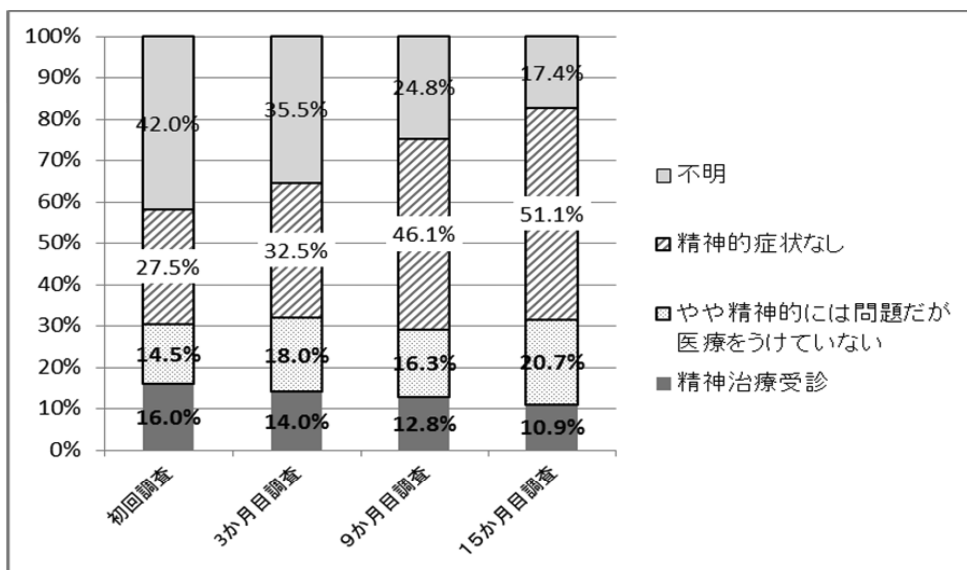


図1. 調査時点における精神的な問題状況割合

b. 精神科医療を受けている場合の問題

児童虐待問題の多面的な要因背景を理解するため、在宅支援アセスメント指標を利用して調査した。在宅支援アセスメント指標項目は、生態学的・ストレス理論に基づき、子どもの傷つき度（虐待の程度）、子ども領域、親領域（養育状況を含む）、家族領域、援助領域の5領域から構成される。指標である項目から問題領域（リスク要因であるが、同時にニーズを示す項目もある）

の客観情報を把握し、支援への可能性を検討することが目的となる。在宅支援アセスメント指標を利用し、初回受理後からの問題把握を毎回実施した。

精神科医療を受けている群（「精神医療あり」とした）と精神症状がなく精神医療をうけていない群（「精神症状なく精神医療なし」とした）の問題領域となる該当項目数を比較した。結果は、「精神科医療あり」群には、「経済的問題」、「生活環境問題」、「家事・養育能力」「子どもの精神的な不安定さ」、「親からみた子との問題」の割合が「精神症状がなく精神科医療なし」群に比べ有意に高かった。

表 2. 初回における問題領域 精神医療を受けている場合とそうでない場合の関係

		精神科医療あり(N=32)	精神症状なく精神医療なし(N=55)	
子の年齢		4.71歳±4.314	7.76歳±5.274	
子どもの傷つき度(虐待の程度)		2.47±1.016	2.49±0.823	
経済問題 (N=63)	あり	13(54.2%)	11(45.8%)	P=0.039
	なし	11(28.2%)	21(71.8%)	
生活環境問題 (N=60)	あり	6(66.7%)	3(33.3%)	P=0.030
	なし	15(29.4%)	36(70.6%)	
家事・養育能力問題 (N=69)	あり	9(75.0%)	3(25.0%)	P<0.000
	なし	9(15.8%)	43(84.2%)	
子の精神症状 (N=61)	あり	6(66.7%)	3(33.3%)	P=0.008
	なし	12(29.1%)	40(72.9%)	
子の親への問題 (N=69)	あり	11(52.4%)	10(47.6%)	P=0.016
	なし	11(22.9%)	37(77.1%)	
親の子への愛情問題 (N=16)	あり	17(73.9%)	6(26.1%)	P=0.000
	なし	8(20.0%)	32(80.0%)	
養育知識問題 (N=28)	あり	5(33.3%)	10(66.7%)	P=.0022
	なし	0(0.0%)	13(100.0%)	

c. 支援内容

調査においては在宅アセスメント指標シートであらかじめ提示している 14 項目の支援サービス内容を用いた。問題を把握する意味はそれらの問題解決に向けて、今後どのような支援サービスが必要か、方針をたてていく必要があるためである。支援内容についても「精神科医療あり」群と「精神症状がなく精神科医療なし」群について比較した。表 3 にあげた親の医療機関利用、子の医療機関利用、ショートステイ（乳児院、児童養護施設）、施設利用（一時保護も含む）、保育利用（一時保育も含む）、学校利用（スクールカウンセラー、送迎、学習支援、スクールソーシャルワーカー）、家庭訪問（市の相談課、保健センター、学校、訪問看護など）、来所相談（市の相

談課、保健センター、配偶者間暴力相談、その他)、生活保護、手当関係(児童手当、特別児童扶養手当、障害者手当など、社会福祉協議会貸付制度利用など)、家事サービス(ファミリーサポート、障害ヘルパー、産褥ヘルパーなど、インフォーマル(家族・親族)¹³⁾、その他(特別支援教育、発達支援センター利用などを含む)での社会資源やサービス項目を受けているかどうかを事例ごとに合算し平均値を出した。

15ヶ月目の「精神科医療あり」群と「精神症状なく精神科医療なし」群の場合のサービス利用状況(表3)をみると、差が開いたのは生活保護受給、家事支援、ショートステイ利用、家庭訪問、親族利用であった。「精神症状なく精神科医療なし」の親の医療は内科的な医療受療を意味する。

表3. サービス利用状況

	精神科医療あり		精神症状なく精神科医療なし	
子どもの年齢	1~11歳		1~17歳	
平均値	5.6歳±4.061		7.23歳±4.944	
	15ヶ月目(N=10)		15か月目(N=47)	
親の医学的治療	9	90.0%	4	8.2%
子の医学的治療	3	30.0%	8	16.3%
グループケア	1	10.0%	9	18.4%
保育所他	4	40.0%	18	36.7%
ショートステイ	5	50.0%	5	10.2%
施設	0	0.0%	3	6.1%
家事支援	5	50.0%	0	0.0%
生活保護	7	70.0%	6	12.2%
諸手当	3	30.0%	9	18.4%
学校	3	30.0%	21	42.9%
家庭訪問	10	100.0%	24	49.0%
来所相談	3	30.0%	23	46.9%
その他	5	50.0%	7	14.3%
家族・親族	7	70.0%	19	38.8%

注 精神的問題なしの親の医療的治療は内科受診をさす。

指標としてあげた14のサービス内容についてそのカテゴリーで利用している場合には1とカウントし(家庭訪問については2つの機関の訪問を受けている場合には2、3つの機関の訪問を受けている場合は3とカウントした)そのカウントを積算し、支援量を比較することにした。「精神科医療あり」群と、「精神症状なく精神科医療なし」群の合計値の平均を比較した。精神科医療機関利

用では、初回は2.63であったが、15ヶ月目は6.5であった。「精神症状なく精神医療なし」群の支援量の平均値は、初回は1.78で、15ヶ月目は3.32である。精神科医療を受けている家族へは、約2倍の社会資源やサービスが提供されていることになる（図2）。

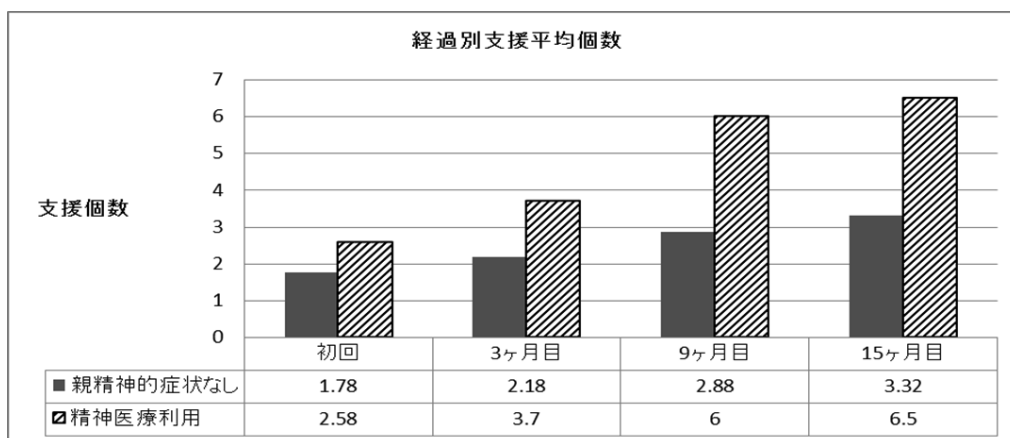


図2. 調査経過別の支援平均個数

次に、同一事例の3ヶ月目と15ヶ月目の具体的な支援利用状況をみていくと、時間経過を通じて、家庭訪問、生活保護、ショートステイ、保育所、学校、親族利用の割合が高くなっていった（表4）。孤立的な親へは支援者自らがその目的をもって家庭訪問をするサービス、親へのレスパイト的な利用としてのショートステイ、生活保護は経済問題解決への支援として提供されていることがわかる。インフォーマルサポート（家族・親族）については、担当者が意識した働きかけや調整をしたことを意味する。学校の支援は、子どもの精神的不安定への対応にはスクールカウンセラーや、学童保育が含まれる。表4では、初回当初、時間的に問題の把握ができていないため、ショートステイや家事支援は利用されていなかったが、問題が明確になりニーズが把握されると、支援計画がたてられるので、利用できるようになっている。ケースの担当者は、必要な働きかけを念頭におきながら、親が何を一番心配しているのか面接相談を通して明らかにする。例えば保育が必要だとか、ヘルパーが必要だと担当者側が判断したとしても、保育料が払えるかどうかを心配する親やヘルパーにお金がかかるかどうかを心配している場合には、親の話を聴く中で、具体的な数字を提示し、方策を考え、手続きを共に進めながら信頼関係を築いていく作業がなされる。また、精神障害者保健福祉手帳取得を説明していくことで、障害ヘルパー利用や年金利用が可能になり、生活の安定基盤と心の安定につながる効果をもたらす結果になる場合も、第一は当事者を尊重し自己決定できるようなソーシャルワークアプローチをとっていくのはいうまでもない。

表 4. 同一事例の支援利用の変化

	3ヶ月目 (N=10)		15ヶ月目 (N=10)	
	人数	割合	人数	割合
親の医学的治療	9	90.0%	9	90.0%
子の医学的治療	3	30.0%	3	30.0%
グループケア	1	10.0%	1	10.0%
保育所他	2	20.0%	4	40.0%
ショートステイ	2	20.0%	5	50.0%
施設	0	0.0%	0	0.0%
家事支援	3	30.0%	5	50.0%
生活保護	4	40.0%	7	70.0%
諸手当	3	30.0%	3	30.0%
学校	1	10.0%	3	30.0%
家庭訪問	6	60.0%	10	100.0%
来所相談	4	40.0%	3	30.0%
その他	1	10.0%	5	50.0%
家族・親族	5	50.0%	7	70.0%

d. 連携

対象となった32例の15か月間の経過をみていくと3つに分類することができた。それは、「多職種多機関による連携支援の継続」ケース、「終了」ケース、「家族形態の変化」ケースである。

事例が「多職種多機関による連携支援の継続」は、親の調子が十分安定しない場合に、ショートステイ利用をするが、医療ケースワーカーとの連携を継続、子どもの発達障害の課題や親の養育力への支援も含めて連携を図るなど多問題を抱える場合には、ネットワークを通して支援が継続している。

表 5. 典型的な状態

精神医療機関利用継続、保健師との連携で保育所入所し、ヘルパーなども利用	多職種多機関連携支援
医療にかかり、生保や、住宅、ヘルパーや手帳取得などの支援を受ける	多職種多機関連携支援
医療につなげ、手帳取得後、自立支援医療を受ける	多職種多機関連携支援
医療につなげ、子の発達障害について夫の理解を得ることができ、落ち着く	多職種多機関連携支援
医療にかかり、保育所などにより、就労が決定する。	終了
医療にかかり、退職して落ち着く	終了
医療にかかり、入院のため親族が子を引き取る	終了
医療にかかり、親子で実家へ戻る	形態の変化
医療にかかっていたが、入院その他の事情により、子を施設利用へ	形態の変化

「終了」は子どもが保育所へ入所し、母も医療機関を利用しつつ社会的な参加が可能となり、支援者もいるため安定した生活がおけると予測される場合である。その他の事由では、母がストレスとなっていた仕事を辞め落ち着くなど、今後も医療機関を利用するが、生活力がつき子どもの安全・安心も期待できる場合には終了となっている。「家族形態の変化」は、子どもともども

実家に帰るために転出するや、養育困難なため親子分離し子を施設あるいは親族のもとに預けるなど、物理的に母の育児負担を軽減する場合と、心の負担感を軽減する場合などである。親が入院したため終了となっている。これらについてはその後のフォローが必要であるため、転居地の市区町村が引き継がれる。

e. 個別ケース検討会議の状況

個別に精神科医療機関と連携をとっていたのは、32 事例中子どもの施設入所関係 3 例、また保健所を通して連携できた 1 例、精神保健福祉士が関わった 1 例であった。

また、15 ヶ月後に、継続されている 10 例の個別ケース検討会議開催状況をみると、個別ケース検討会議開催回数で最も回数が多いのは 4 回の開催であるが、個別ケース検討会議開催なしもあったため、平均 1.82 回会議開催となっている。15 か月間で 1.82 回という計算となる。少ないという印象であるが、虐待の程度が軽度であることが関係していると予測される。虐待形態では多くがネグレクト事例であった。精神科医療機関が要対協での協議を理解している場合は、親の状態変化に合わせて早期に子どもの支援内容変更が提案されることがあるなど、状況悪化が防げた事例も報告されたが、精神科医療機関が個別ケース検討会議に参加したのは 1 件と、極めて少ないことがわかった。

f. 子どもの安全度

支援することは、親のストレス状態が軽減し、子どもの傷の程度や状態が軽減する効果があると仮定される。子どもの状況（傷つき度）を 5 段階（1 が危惧 2 が軽度 3 中度、4 重度、5 最重度）でみると、初回調査の平均値は 2.49 で、15 か月後には 2.2 とやや程度が下がった結果となった。結果からみると、多くは重度傾向が抑えられていることがわかる。ただ、子どもの状況は、劇的に変化するものではなく、10 例でみると、15 か月以後も子どもの状況悪化を防ぐためには家族への継続的支援が必要となる。今後は、支援量に加え、支援内容（どのようにチームとして支援が成り立っていくのか）の課題が提出されているものと考えられる。

表 6. 虐待の程度の変化

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
初回	32	1	5	2.47	1.016
3か月後	28	1	5	2.36	.951
9か月後	18	1	3	2.00	.485
15か月後	10	2	4	2.20	.632

Ⅲ. まとめと結論

1. 精神科治療が必要だとされる事例は3割を超えたが、実際には1割が精神科医療機関の利用であり、2割は利用ができていない。「不明」や「疑い」を含めると、その割合は増えるものと予測された。また要対協事例になることで、その後支援が入り、ケースワークがなされると全体の3.5%で精神科医療機関利用が可能となった例もあるため、その割合は5割以上あることが予測される。
2. 「精神科医療あり」群は、「精神症状がなく精神医療なし」群に比べると、経済的な問題（ひとり親が多い）および養育能力の低下や知識に乏しく、子どもが精神的な問題をかかえているなど、長期にわたり支援の必要な状況であった。
3. サービス内容をみると、「精神科医療あり」群は経済的問題の対応としての生活保護、養育能力問題軽減となる保育所利用や家事サービス、また親子の距離を置く意味でのショートステイ利用が、「精神症状なく精神医療なし」に比較すると、多く利用されていた。また受けている支援量の平均合計個数は、「精神科医療機関あり」が、「精神症状のなく精神医療なし」群に比べ、2倍以上の利用量となっていた。以上から、「精神科医療あり」利用者は、精神症状のない事例に比べ支援量が多く、また、具体的な支援提供や配慮、及び要対協の関係機関調整の必要性の高いことが示唆された。
4. 個別ケース検討会議の視点からみると、医療機関との連携は施設入所や親が入院する場合など要対協でかかわる場合を除き少なく、個別ケース検討会議が開催される機会は少なかった。
5. 精神医療機関自体が要対協活動を理解していると早期に親支援の対応の見直しができ、虐待予防ができていた。

今後の課題は以下の点である。

- ① 要対協の調整機関は、親の入院など必要となる以外は、精神科医療機関との連携することは少ない。しかし親の精神医が意識的に「子育て中の親」とみてくれ、要対協の役割を理解すると、精神保健福祉士を介した連携が可能となり、対応策をとることできる¹³⁾。今後はいかに要対協への理解を深めてもらえるかが課題となる。
- ② 精神科医療にかかる家族の支援量が増加していくことは、その家族にかかわる機関や人が増えていくことを意味する。その結果、関係者間の誤解やコミュニケーション不足も予測される。そうならないためには、中心となる調整機関や主たる機関の調整力や、精神科医や障害福祉課との連携が重要となる。そのための個別ケース検討会議が定期的に行われることが必要である。調査結果では、個別ケース検討会議の開催頻度は低かった。背景には子どもの状態が軽度だと判断しているゆえに開催されることが少ない。よって慢性的な状態になった時には、すでに子どもが問題行動を起こしてしまうという事態にもなっている。今後、個別ケース検討会議を開催し、劇的に改変することはないにせよ、効果的な支援計画や方法を

検討していく必要がある。

- ③ 子どもが安全で成長発達に問題のない場合と判断される場合には、大人側の地域精神保健のネットワークへ移行すべきではないかと思われる。すべてを要対協で抱えきれない現状がある¹⁴⁾。ニーズのある家庭への支援として、前もって予想される困難さへの対応として地域精神保健ネットワークで患者である親への養育支援体制が敷かれるのであれば、大人側のニーズに沿った子どもを含めた家庭への長期支援が可能となるのではないだろうか。そのためには、そういった地域精神保健ネットワークと要対協の連携も視野に入れる必要があるかもしれない。
- ④ 精神科医療を受ける親にとってショートステイ利用や家事サービスへの利用率は高いが、必要となる資源がない地域も多く、支援の受け皿をどうするのかということについては精神科医療にかかる親の問題のみならず、要対協を設置する基礎自治体の課題となる。

なお、母数は多くないため、支援項目においてもたとえば SST（ソーシャルスキルトレーニング）や就職支援なども重要な項目であるが、今回の調査においては、その内容は反映されにくかった。

以上、精神保健領域と要対協との連携は重要であり、今後も課題について、研究継続をしたい¹⁵⁾。

（本調査については、平成 25 年度厚生労働科学研究補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）『児童虐待の発生と重症化に関連する個人的要因と社会的要因についての研究』分担研究「地域における虐待事例の重症度化予防介入モデル研究」（加藤曜子）から再度分析を行ったものです。協力していただいた自治体には多大なご協力をいただきました。感謝いたします。）

引用文献・注

- 1) 加藤曜子「地域における子どもの生活を守るための要保護児童対策地域協議会のあり方に関する調査研究」（平成 19 年度児童関連サービス調査研究事業報告）子ども未来財団, 2008 年 2 月
- 2) 日本精神神経学会：『第 110 回日本精神神経学会学術総会抄録』, 2014 年 6 月 27 日 シンポジウム 51「児童虐待と精神科医—その深い関係性について多面的な方向から見つめる」（コーディネーター山下浩（さいたま児童相談所）精神障害に及ぼす児童虐待の影響について—脳科学の知見、精神科医からみた非行少年の実態、親の精神障害と児童虐待、児童虐待における家族支援—治療者としての精神科医と家族との関係性構築、精神疾患を抱えた親をもつ子どもの支援を考える p533-535、シンポジウム 61「児童虐待に関して精神科医がしておくべきこと、かんがえるべきこと—精神科医と地域連携システムと法」（コーディネーター田崎みどり、金井剛（横浜市児童相談所）。演題は児童虐待における精神科医—地域との連携における精神科医の重要性について、精神科医と地域連携システムと法、地域との連携における精神科医の重要性について、精神科医が必要とされている要保護児童対策地域協議会、児童虐待防止と精神科治療における法的問題、児童相談所と精神科医との連携—横浜市の場合、児童福祉に関して地域が精神科医に期待していること、であった。抄録 555-557.
- 3) 山下浩：「精神障害を持つ親とその子どもに対する理解」『小児保健研究』Vol.72（6）（2013）769-776.

- 4) Hedy Cleaver,Ira Unell,Jane Aldgate: “Children’s Needs-Parenting Capacity 2nd edition” (TSO. London:2011) 4.
- 5) TSO:”Working Together to Safeguard Children”2006 年版
- 6) ibid: Hedy Cleaver,Ira Unell,Jane Aldgate.p.204.
- 7) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会報告:『子どもの虐待による死亡事例等の検証結果等について 第9次報告』平成25年7月
- 8) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会報告(2014.6)『第1次から10次報告までの子どもの虐待による死亡事例等の検証結果総括報告』印刷中
- 9) 加藤曜子:「平成23-25年科研報告書基盤C「要保護児童・ネグレクト家庭における支援類型化の試み」総括報告書(課題21530633)主任研究者.2014.P.安部計彦「親の精神症状をかかえているネグレクトの支援状況」(上記報告書所収 p.311-316)
- 10) 松宮透高、八重樫牧子(2013)「メンタルヘルス問題のある親による虐待事例への相談援助職の認識—児童福祉機関及び精神科医療機関における差異を焦点に—」社会福祉学(53)4、123-136。精神保健福祉士は、施設ファミリーソーシャルワーカーや児童相談所福祉司と比較して、子ども虐待に関する認識の差があることを明らかにしている。
- 11) 吉田恒雄:「平成23年度科研「精神障害者による児童虐待への対応に関する法学的研究」(課題番号235300067)に収められている座談会において松宮氏は、「精神障害者には偏見や差別にさらされてきた経緯がある。精神保健福祉士(PSW)にはそうした当事者の人権をまもり、自己決定に基づく生活を支える専門職としてのアイデンティティがある。精神障害があるからといって、子育てが十分にできないからといって虐待というレッテルを貼られてしまうことには違和感があるわけです。そういった見方を子どもからみた虐待の見方を噛み合わせるには研修が必要である」(P38、著者要約)と述べている。
- 12) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課:『虐待対応の手引き』p.194,2014
在宅アセスメント研究会:「要保護児童対策地域協議会 個別ケース検討会議のための在宅支援アセスメント指標マニュアル」2014年3月版
- 13) 後藤雅博:『家族心理教育から地域精神保健福祉まで—システム・家族・コミュニティを診る』(金剛出版、2012) 後藤は、ジョイニングについて障害の受容ということでは家族が力を発揮するように支援することへの基本態度として、適切な知識と情報があれば、ご本人、家族ともに病気の経過に大きな影響を与えることができるのとべている(p.56)。インフォーマルサポートになる親族はそういった障害受容のみならず、子どもを含めた家族が孤立化しないように支援する力として期待できる。
- 14) 吉田、前掲書,p41 松宮氏は、ACT についての調査を行い、包括的な支援ネットワークの可能性について言及している。
- 15) 夏刈郁子「心病む親が残してくれたもの—精神科医の回復への道のり」、日本評論社、2012年、及び、2014年6月24日日本精神神経学会学術総会における教育講演より。また、当事者の意見は「べてるの家」(浦河市)関連の本が多く出版されており、ネットワークにおける地域連携のいいモデルとして提供されているが、医療治療をうけた当事者からの声に学ばされることは多い。虐待防止ネットワークの関連では浦河町での取り組みは平成15年「子育て支援を目的とする地域ネットワークの実態調査」(こども未来財団)(主任研究者加藤曜子) pp.53-56で取り上げている。