

こどもの心理行動上の問題と保健・医療・福祉・教育の取り組み

—イギリスでの現状—

森田 博*

英国ではこどもの精神保健領域に保健医療、教育、福祉がどのように取り組んでいるのか、そのシステムを把握しようと試みた。1980年代後半からの相次ぐ法律改正によりそれぞれの領域の仕事のしかたは大きな変化の真っ只中にあった。そうしたなかで、保健医療、教育、福祉がお互いにパートナーシップを組む動きが始まっていた。こどもは保健医療、教育、福祉に分断された「こ」「ど」「も」ではなく全体として「こども」である、という認識が専門性のことなる組織を架橋していくうえでの大切な考えであるように思われた。しかしながら、このようなエトスがあっても現実の協同作業は簡単ではない。ことなる専門性の間のインターフェースの問題はいたるところに認められた。全体としては、このような難しさに直面しながらも挑戦に値する難しさとしてポジティブに対処しようとしているようであった。

Key words : 英国, 保健医療, 教育, 福祉, パートナーシップ

I はじめに

虐待などの養育上の難しさから生ずる問題や教育現場におけるいじめ、不登校、その他の不適応行動などこどもの心理行動上の問題は過去10年間増加する傾向にある。少子化の現実是否応無しにこのような行動問題への取り組みが大切であることを示しているが、児童福祉の現場で観察する限り問題が単純なものは少なくなり、解決の糸口すらなかなかつかめないような複雑なケースに出会うことがしばしばである。取り組みの現状を把握しなおして今後の方向を考えるために、児童福祉のさまざまな問題に我が国より長期に取り組んできた国の実情を観察して見方を豊富にすることには意味がある。そのように考えて、95年9月中旬から12月中旬までの3カ月間、英国のロンドンとその周辺を中心にこどものメンタルヘルス、行動上の問題に対し福祉や保健医療がどのように対応しているか、その現状を調査した。具体的には、こどもの福祉の研究機関をベースとして次の四つの視点から実態や問題点を把握しようと試みた。すなわち、①：ボランティアセクターの活動を通じた、②：保健医療機関であるが地域の

こども家庭部からソーシャルワーカーが派遣されているようなコンサルテーションサービスの診療を通して（かつては児童相談所と呼ばれていたものである）、③：地域行政のこども家庭部の内部の会議や委員会に出る事を通して、④：病院や治療共同体、教護院などの後方支援施設をみる事を通して、である。週に一度はベースにした研究機関でそれまでに得た情報や印象について討議する場を持ったが、全体は複雑で一部を見たにすぎない。児童福祉も保健医療も教育も大きな変化の真っ只中にあり、さまざまな難しさに直面するなかであらたな挑戦が始まっているように思われた。そのような現状を、最近の流れに沿って整理し、活動の一部と業種間のインターフェースの難しさの問題について報告する。

II 背景

ロンドンは人口690万、18歳未満の人口150万の都市で32の区から構成される。一つの区の人口は20万から35万くらいである¹⁾。ロンドンには東京の都庁に相当する行政組織はない。かつてはGLC (Greater London Council) やILEA (Inner London Education Authority) といった広域の組織があったが80年代の中頃に廃止された。地方にはまだ広域の組織 (Council) と地域の行政組織 (Local Authority) の両方がある。このような場合、行政組織間の役割分担が不明確になったり、

* 東京都児童相談センター
連絡先：〒162 東京都新宿区戸山3-17-1
東京都児童相談センター 森田 博

不必要に事務上の煩雑さが生じるなど非効率的な事態が生まれる。そのために中央政府は90年以降地域行政を local authority を主体とした単一の組織にしていこうとしている。こどもの福祉と保健医療を統括する中央省庁は保健省 (DHSS) である。95年秋現在の政策トップは3人、医療担当1人、監察部門に監察員と政策アドバイザーが合計100人程度、医療担当の下に100人ほどの人員が配置されている。ロンドンの各区の福祉局にはこども家庭部、老人部、障害部、知的発達障害部などがある。こども家庭部の人員は区の人口規模によって異なるが人口32万のある区で416人、人口20万の区で250人程度であった。おおよそその半数がソーシャルワーカーでその区のいくつかの事務所をベースにして活動する。虐待やこどもの行動問題への支援が主な仕事であるから、こども家庭部のソーシャルワーカーはこどものメンタルヘルスの一次（一層）ないし二次（二層）の機能の一部を受け持つ（三次（三層）は外来チーム、四次（四層）は入院施設など）。それとは別に、各区には1カ所または2カ所のこども家庭コンサルテーションサービスという名の小児精神科医、心理療法家、などを中心にした外来がある。呼び方は区によって異なるが、このような外来部門が従来は児童相談所 (Child Guidance Clinic) と呼ばれていたものであり、今では以前の名称を用いる所はほとんどない。これはチームであるという点で三次機関である。ただし、一次、二次、三次、四次という定義のしかたは現在の英国での定義のしかたによった（後述：こどもの精神保健の戦略的計画の項参照）。医師や心理療法家、遊戯療法家など中核部隊は保健医療で雇われているので現在は保健医療機関である。区によってはこども家庭部のソーシャルワーカーが派遣されて一緒にチームを組んでいる。

各区の財政の最低75%は中央から分配される。地域の貧困指数が高ければこれ以上になる。これをどのように使おうと各区の自由である。各区の福祉局予算のおおよそ1/4がこども家庭部の予算である。93年度の中央政府総予算の3%（7.3ビリオンポンド）が老人福祉、児童福祉、障害部門、知的障害部門への手当を含まないサービス費用であった^{1,2)}。その1/3の2.5ビリオンポンドは慈善団体に支払われている³⁾。第二次大戦終了までは

慈善団体がこのようなサービスの主要な担い手であった。今日でも、170,000の登録されたボランティア団体がありこどもと家族の領域では NSPCC (National Society for Prevention of Child Cruelty), NCH (National Children's Home), Barnardo's, FWA (Family Welfare Association), Children's Society など大きな慈善団体が全国的に活動している。7.3ビリオンポンドのうち1ビリオンポンドはロンドンにおける予算である。また、同じ年度の保健医療予算総額は30ビリオンポンドで福祉の4倍以上である。

Ⅲ 福祉部門のおかれた状況の変化

50年代はボウルビーに始まりウィニコットで終わったといわれるように母親による養育の重要性和こどものメンタルヘルスについての啓蒙的活動がさかんに行われた時期である。背景には戦争孤児や疎開児童の問題があった。また、小児科教授のモンクリッフらが施設養育に伴う問題を行政や慈善団体などがばらばらに対処しようとしていることに懸念を示し、いろんな分野を架橋するような研究情報団体の必要性をアピールしていた時期でもあった。60年代前半にはこども達ができるだけ施設に入らないですむように、行政は予防的なサービスあるいは早期の介入をおこなう義務を負った。ちょうどこの頃は、ウィニコットの妻が中央の福祉部門のトップにいた頃である。70年になると、地域行政 (Local Authority) のなかに統一されたソーシャルサービス部門が作られ、コミュニティワークが盛んに行われるようになった。しかしながら、80年代に虐待が問題になるにしたがい時間と資源の大半がこれに向けられるようになった。こどもを保護する事が最優先とされ、それがうまくいかない場合はメディアに攻撃されるのでソーシャルサービスは防衛的になった。また施設でも虐待のある事が次々と暴露され、施設的大幅な見直しにつながった。公的機関への懐疑がある一方でこのような機関への期待もある。その期待にこたえるためには行政機関はきちんとしたこどもと家族へのサービスプランを作って公表する必要がある。89年にあらたな児童法が成立し91年の実施に伴い多くの指針が公表された。これらは計画を策定し実施していく際に異なる機関（福祉、保健医療、教育）が協同する事を強く要請し

ている。ねらいはサービスの断片化を改善し無駄な重複を解消する事にある。さらに次の項で述べる保健医療の変化（Community Care Act, 1990；サービスの購入—供給の考え方）はソーシャルサービスにも大きな衝撃を与えている。例えば、中央政府から地域のコミュニティーケアのために支払われる費用の85％は地域の行政によって提供されるものとは別のサービスに使わなければならない、とされる。その結果ボランティアセクターや私的企業などを含む混合経済が加速してサービスの質が向上したり、サービスの選択の幅が広がるのであればよいが、逆に老人福祉の分野の一部でそうであったように費用にみあうサービスしか提供しない市場経済が巾をきかず危険性もはらんでいる。90年代は地域行政がこのようないろんな問題に直面しながら新たな挑戦を試みている時期にあたる。

IV 保健医療のおかれた状況の変化

48年に国民保健医療制度（NHS； National Health Service）が制定されて以来の大規模な変化が90年の改革によってもたらされた（NHS & Community Care Act, 1990）。改革のポイントは以下のような点である。①サービスの購入と供給を分離して混合経済を推進するようにした、②病院医療と地域医療のそれぞれに自律性のあるNHSトラストを設立した、③サービス購入側に保健コミッショナーを作った、④家庭医に基金保持の制度を導入、⑤プライマリーケアの重視、⑥購入者と供給者の契約でサービスを提供する、などである。

保健医療は区よりも広域の地域保健機構の下で機能する（全国を8に分けている）。この下に区域の保健機構がある。ただし、一部の高度機能病院（例えば、グレート オーモンド ストリート小児病院や精神科のモズレー病院など）は特殊な資源として別枠で存在する。大きな病院にはソーシャルワーカーが配属されている。妊婦外来と協同して妊娠時から支援することに重きを置く場合もあるし、小児精神科に家族療法チームをおく場合もある。どのような形で協同するかはその病院と区のソーシャルサービスの組み合わせと何を重点とするかの優先順位によりいろいろである。また、病院系統とは別にコミュニティー保健機構

がありその下に区域の家族保健サービス機構がある。96年には、区域の保健機構と家族保健機構は合併する方向である。そうなれば、保健医療とソーシャルサービスの範囲地域が近づくので地域によっては今までよりもソーシャルサービスなどとの協同がやりやすくなる。このような保健機構（あるいはコミッション）がサービスの購入者であり、例えば地域の病院のトラストとの間でサービス購入—供給の契約を結ぶ。

イギリスの公的医療では家庭医がゲートキーパーの役割を果たしている。家庭医の基金保持というのは、家庭医でも一定の基準を満たし本人の希望があれば基金保持者になることができる、というものである。例えば、基金によって臨床心理士やソーシャルワーカーを雇うことが可能になり、かつては地域の小児精神科外来などに紹介していたのを自分の所で対処するようになる。一面では家庭医の独立性が増して前線での医療サービスが充実するということである。しかし、地域の行政機関は基金保持者の家庭医が基金でどのようなサービスを購入するか決めることについて何の権限も持っていない。家庭医の方も地域の保健医療の疫学的知見やソーシャルサービスの必要度に基づいてあらたなサービスを購入するわけではない。保健医療側は独立して動く可能性があるということであり、これは地域のこどものサービスプランを作っていく際に問題になりうる。

V 教育のおかれた状況の変化

各区には教育委員会があり中央政府は教育委員会に予算を委譲する。しかしながら、教育委員会では最低85％の予算を各学校に委譲しなければならない。権限が下に委譲されすぎて一つ一つの学校では動きがとれなくなる事態が生じている。各学校は自分で予算の使い方や人事までいろんな事をやらざるをえず、教育委員会は予算の通り道になっているだけで形骸化する傾向がある。地域の教育を広くとらえて保健医療やこども家庭部と一緒にいろんなプロジェクトを組んだりすることが難しくなっている。これは教育現場におけるサービスの断片化である。また、中央政府が地域の教育委員会を信用していない場合があり中央が学校に直接予算をおろす場合もある。これも地域におけるこどものサービス計画を作るうえで難しさの原

因になる。これらのギャップを埋めるためにある区では教育と保健医療と福祉から予算を出し合って新しいジョイントポストを作りコーディネートの実をあげる工夫をしていた。

44年に教育法が発効して以来の大きな変化は88年の教育改革法と93年の教育法である。ねらいの一つは、学校間に競争を導入して教育達成水準をあげることにある。全国的な達成度評価試験の結果は、こうして秋の日刊紙の紙面をにぎわせることになる。どれだけの割合の生徒がどのレベルに到達したかで各公立学校の位置が決められ、それが公表されるからである。生徒個人の向上度が評価されるのではなく、あるレベルのテストに受かるこどもの数だけが問題になれば勉強のできない子や問題行動のあるこどもは教育の優先順位が低くなってしまふ。場合によっては、公教育からの除外（停学、退学など）という事態をうみだす。退学を禁止している地方都市もあるが、90年には全国で3,000程度の除外が94年には10,000、95年には14,000に増加している。年齢のいった生徒だけではなく10歳程度かそれ以下の小さいこどもも含まれている。また、施設養育を受けているこども達はずっと教育が必要な集団であるにもかかわらず、このような教育上の不利益を受ける割合が高いという。除外されたこどもが紹介されて一時的に教育や指導を受けられるところはあるがそういうところまでできることは限られている。もとの公教育の場にもどるこどもの数は必ずしも多くないから（15%位）大問題になっている。そういうこどもを放置しておくことは将来の不応集団を作る可能性がある。そうなってしまってから公共資金を投入するのでは児童福祉領域での危機介入が問題解決をしないのと同様に遅すぎる。もっと前に機会を与えるべきであると考えるボランティアセクターなどが集まって対策を協議しているところである。また、例えばアスペルガー症候群などのようにある特別の教育上の配慮が必要な場合、地域行政の心理担当が診断意見書を作成する。しかし、その学校に限られた予算しかなければ望ましい教育の場があっても費用の問題でその通りに実行されるとは限らない。そういう点もふくめて誰もが相応の教育を受ける権利を持っているという教育の普遍性がおびやかされそうになっている、と指摘する声はある。

Ⅵ こどものサービスプラン

1. 経緯の概略

91年にある地域の施設養育における虐待の程度やその危険因子を分析した報告が公表され（Utting Report, 1991）⁴⁾、それに続いてソーシャルサービス監察部門は施設養育を全国的に見直す作業をおこなった。その結果、施設養育を意味のあるものにするにはこどものサービスプラン全体の中で施設養育をどのように位置付けるか明確にすること、個々のケースについては目的や個別的な計画を公表することなどの重要性が指摘された。その後の監査委員会などのいうところは、地域の行政は戦略的にサービスプランを策定しなければならないということであり、その延長線上に多業種協同の必要性和各業種の役割の明確化などがからんでいる。この方向に反対する人はいなかったが、各区の財政や資源、貧困指数や政治状況などがさまざまでありサービスプランを具体的に作成する上で整理すべき問題は山積しているようであった。ニーズをどのように定義するかはその一例である。広く定義すると目の前の問題にどういう優先順位があるのか不明確になりがちであるし、狭く定義してしまうと当面の問題処理には便利であっても戦略的とはいえない。なぜなら、このような定義は通常予算の枠や既存の資源を第一に念頭に置くので本来はやらねばならないサービスを最初から切り捨ててしまう傾向があるからである。さらに業種の間でもニーズの定義のしかたは異なる。サービスプランは資源の問題とは切り離して考えるべきであるというのが監査委員会の考えである⁵⁾。資源はそれぞれの業界に（保健医療、福祉、ボランティアセクターなど）ある程度存在するのだから、それにはあまりとらわれずにプランを作成しその過程で異なる業種との協同を促進するのが委員会のねらいであると思われる。しかしながら、あとで述べるように業種間のインターフェースの問題はそう簡単に協同という言葉で解決できるほどやさしいものではないのである。また、大きな組織を作ってそれがなんでもできるようにすればよいかというと、反対の意見が強い（例えば、Jones and Bilton, 1994⁶⁾）。組織を単一にするよりも、サービスプランを作る際に業種のちがいをこえて統一したビジョンを明確にす

ることの方が重要であると考えているようである。こどもの問題を教育や福祉や保健医療など既存のシステムがばらばらに把握するのではなくこども全体として捉えることが重要である、という考えはかなり支持されていると思われた。95年12月の月上旬に大きな会議がロンドンで開かれ全国から約500人の専門家が集まった（保健省、地域福祉行政、医療関係者、教育関係者、ボランティアセクターなど）⁷⁾。これはこどものサービスプランを作る際にそれぞれの業種が境界を越えていく必要性を確認する会議であった。インターフェースの問題が存在しながらもエトスとしてはこのような方向に向かっているといえる。

2. プラン作成上のその他の問題

前述の94年の監査委員会によれば、サービスプランが焦点をあてるべき領域は①家族支援、②こどもの保護（虐待）への対応、③障害を持つこども、④施設養育を受けているこども、などであり関係する機関の役割を明確にすることを求めている。すでに公表されているいくつかの区のプランをみると、すぐには実現しそうな目標の羅列が主の計画もあるし、逆にそれまでのコミットメントにとらわれて斬新な発想にけるものもある。目標と近い将来実現可能な現実的な対応のバランスが求められている。プランを作成する過程もまた重要になる。ある区では計画委員会にこども家庭部の他に教育、病院医療、地域医療、ボランティアセクターが出席していたが10人程度と規模は小さく、こども家庭部対「その他」の図式で会議が進行しているようであった。別の区ではジョイントエグゼクティブチームと呼ばれ構成する機関は前の区と同じようであったが、出席した20数人の間で突っ込んだ協議が行われていた。さ

らに別の区ではこども家庭部と教育とは同じテーブルにつくが、保健医療がまだ同一テーブルについておらず、計画を一緒に作っていくところに達していなかった。

VII こどもの精神保健に関する戦略的計画

こどもの行動上の問題にどう取り組むかは福祉だけでなく保健医療や教育にとっても大きな課題である。すでに存在するシステムの経済性や無駄な重複の解消も念頭に置く必要がある。施設養育から里親養育へというイギリスにおける現在の流れは、施設内での虐待などそれまでの施設養育の内容に大きな問題があったという理由のほかに、もう一つの理由は経済性の問題であった。施設養育などに要する一人当たりの年間費用を表1に示す（1993年の統計）^{1,2)}。

これによると、里親にくらべて養護的施設ではおおよそ5倍、治療共同体で7倍、教護施設では13倍である。このために施設がなくなるというわけではないが、施設の使用には慎重な配慮が要求されているということである。また、虐待ケースの親とこどもを宿泊させてそこでの親子関係を評価したり親子のかかわり方を指導するファミリーセンターの場合は両親とこどもふたりで里親費用の8倍かかる。さきに触れたアスペルガー症候群の治療教育の場合は通学制（寄宿制ではなく）で年間一人11,000ポンド（180万）である。これらの費用とは別に通うための交通費も地域行政が支払う。例えば、アスペルガー症候群の治療教育をしている学校に通うこどもはロンドンと周辺地域のいろいろなところから通学しており、電車通学は危険なのでタクシーを使う。毎日のことであるから地域行政が払うこの費用ですら結構な額になるはずである。そこで、区の子ども家庭部予算を表2に示す。

A区は中流的な層が多く、B区は貧困指数が高い区である。A区では単純通貨換算で24億円がこども家庭部にまわる。そして家族支援のうち治療支援に関連する部分は11%（1.65ミリオンポンド）で、この区で保健医療からこどもの精神保健医療に使う費用の概算（1.7ミリオンポンド）と拮抗しているようであった。図1と図2にそれぞれの区の費出内容を示す。

B区がA区と違うのは最近施設をすべて手放

表1 施設養育と費用^{1,2)}

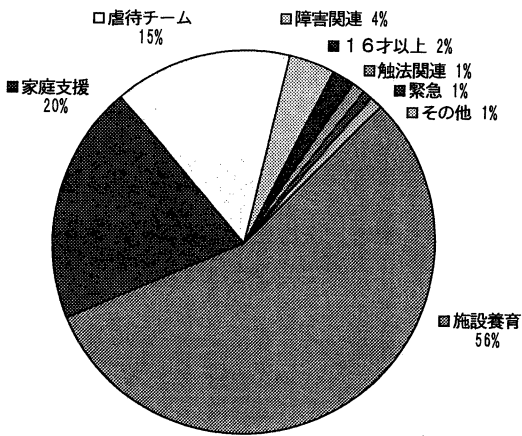
	一人あたり年間費用
養護施設	£ 45,000～£ 50,000
治療共同体	£ 70,000
ファミリーセンター	£ 78,000（本文参照）
教護施設	£ 130,000
アスペルガーの学校	£ 11,000（通学制）
里親養育	£ 10,000

表 2 こども家庭部予算**)

	A 区	B 区
全人口	32万人	20万人
児童人口	7万人	4万人
区の総予算	£57ミリオン	£55ミリオン
こども家庭部予算	£15ミリオン	£13ミリオン
こども家庭部総職員*)	416人	250人

*) おおよそ半数がソーシャルワーカーである。
**) 1995年の数値

図 1 A 区の費出項目 (1995年)



したことである。つまり、自前で運営する養育施設を持たない。B 区の内部資料を詳細に検討したが地域チームの活動のどの程度が治療活動に関連するか同定することは難しかった。しかし、少なくとも A 区と同程度は治療的支援にまわっているようであった。以上は、こども家庭部、あるいは教育が関与する部分である。保健医療がロンドンでどの程度の費用をこどもの精神保健または精神医療に使っているかについては正確な把握はできないが、95年 1 月の下院議会の保健委員会資料⁸⁾から推定すると 3,000 万—4,000 万ポンド (単純通貨換算で 50 億円前後) は使っている可能性がある。上記の資料は全国のデータをもとに平均化しておりロンドンでは小児精神科病棟が多数存在したり、小児精神科医の数が多い事などを考えるとこの数字以上の可能性はある。戦略的なプランを考える際には一方でこのような財政面も頭にいられておく必要がある。

図 2 B 区の費出項目 (1995年)

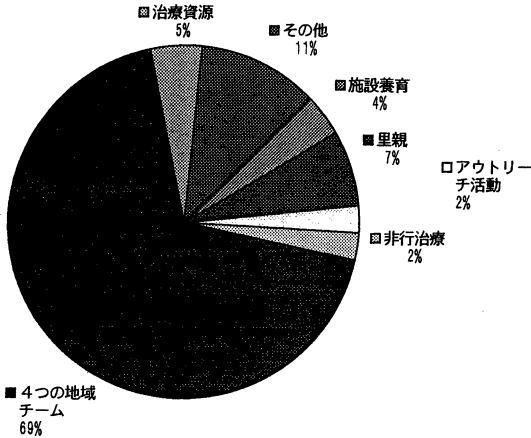


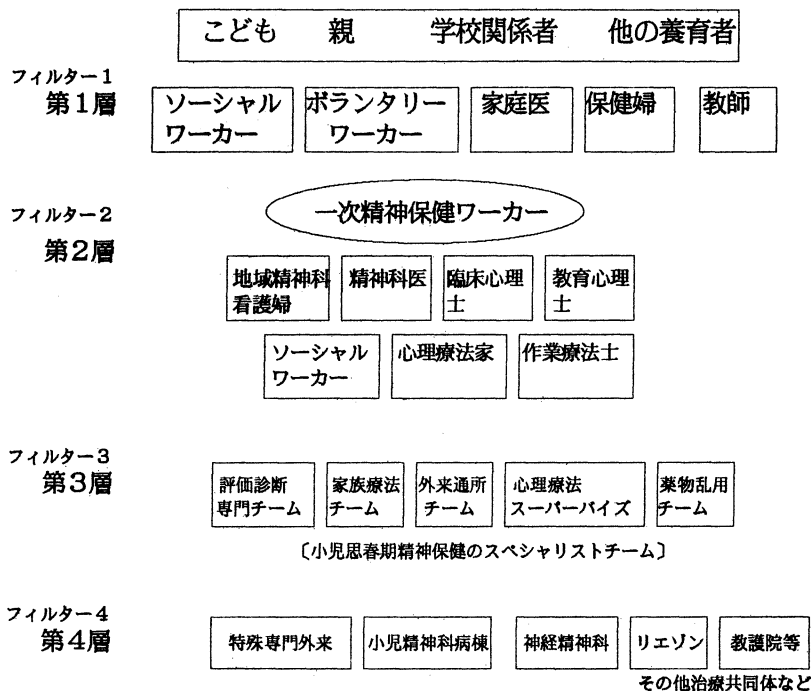
表 3 戦略的計画の諸段階

段階 1	多機関で取り組む合意
段階 2	サービスのマッピングと点検
段階 3	ニーズの評価
段階 4	サービス計画と戦略的取り組みの開発
段階 5	それらの点検と強化

95年の報告 (Together We Stand, by Health Advisory Service)⁹⁾はこどもの精神保健サービスを点検して以下の問題点をあげている。①保健、ソーシャルサービス、教育の間の対話が乏しい、②小児思春期精神保健サービスへの戦略がない、③ニーズの評価が欠如している、④非常に特殊なケースの場合、地域を越えたサービスへの協同がない、⑤計画作成やサービス点検に必要な情報やデータが乏しい、⑥サービス供給側との間の契約がきちっとしていない、などである。そのうえで戦略的計画を練るステップは表 3 に挙げるような 5 段階であるという。そして、現在のイギリスにおける状況を段階 1 (すなわち、多機関で取り組む合意) に至る途中であるとしている。

この報告を出した Health Advisory Service 主催のあるセミナーではお互いに隣接する 4 つの区のこども家庭部、教育関係、保健医療関係者などが集まってそれぞれの区域の戦略的なプランを作るための練習をしていた。そのセミナーに関係者の多くが出席して一緒に討論とブレインストーミングをしていたにもかかわらず、後日開催されたあ

図3 こどもの精神保健に関する戦略的計画



る区の委員会（計画を練るための多機関の代表者が参加する）ではこども家庭部と保健医療側がそれぞれ別々のプランを立てており調整ができていなかった。これは同じテーブルについたり机上の練習をするのとことなり、現実の実践で協同することの難しさを示している。

一つの図式を示す（図3, Health Advisory Service による）。

第一層は一般的な前線部隊である。一次精神保健ワーカーは第一層と第二層の連絡調整役である。現実にはまだないポストであり Health Advisory Service の提案である。第二層は個別的ではあるがそれぞれがより専門的な職種からなる。第三層は専門家チームであり、第4層は高度に専門的な施設にあたる。後方支援施設を重量化するのではなく前線を厚くするというのが精神保健の流れである。危機介入から予防的支援へ少しずつシフトしようとしており、このようなサービスが一種の社会的投資であるとしたら問題出現の早期に介入することに意味がある。しかしながら、早期介入の方が費用が安くすむとは限らない。現時点ではこのような標的集団を絞るための効果的な方

法は確立していないから対象集団がひろがってしまうという問題がある。また英国の公的医療の場合、ゲートキーパーからさきに進むのに難点があることはよく知られている。ゲートキーパーの質に問題があると専門家の目に届かないからである。第一に家庭医の質の向上を図るべきであるが、それとともに第一層から第三層へ直接アクセスできるような道を確保すべきである、という意見は強い。こども家庭コンサルテーションサービスは第三層にあたるが保健医療全体とするとすべての層にかかわる。各区のこども家庭部では第一層は前線の地域ソーシャルワーカー、第二層はやや専門的なソーシャルワーカー、第三層は家族療法チームや病院チーム、こども家庭コンサルテーションへの派遣チームなどが果たしている。教育はこのような図式での治療的な部分にはほとんどかかわっていないのが現状である。ボランティアセクターは第一層にしかでてこないが実際にはすべての層にかかわっている。例えば、NSPCC にはこども家庭部と同じように第一層から第三層までの機能がある（さらに虐待に関しては地域行政と同じ権限を与えられている。しかし行政と無用

の衝突を避け協同を維持するために権限の実行についてはなるべく行政に任せるようにしている)。また、治療共同体はボランティアセクター運営で第四層である。このような図式はサービスのマッピングを考える際には都合よいが、機能的に運用するためには地域のニーズの把握と優先順位、ワークロードの評価法などを工夫する必要がある。

VIII ボランティア組織とこどものメンタルヘルス

ボランティア組織は必ずしも手弁当の人達の集まりではない。最初に触れた歴史のある大きなボランティア組織はいずれも手弁当の奉仕者とは別に常勤の専門家を抱えている。最近の社会の変化の中でボランティアセクターは行政と一緒にあるいは競合してものをおこなう面がないとはいえないが(例えば、National Children's Homeは全国に約300のファミリーセンターを運営している—そして地区行政運営のイズリントンのファミリーセンターも2年以内にボランティアセクターに移るだろうといわれている)、基本的には行政のできないことを補完しようとしている。最初の数週間訪れたボランティア組織(FWA; Family Welfare Association)は126年の歴史を持ち180人の専従職員と400人のボランティアがいる。全国に約10カ所の支所がありチャリティ部門の他に救貧院やハーフウェイハウス、ファミリーセンターなどを運営している。チャリティ部門はBBCのチャリティ番組からの50万ポンドの寄付にFWA自身の25万ポンドを加えた75万ポンドが1年の運用資金である。設立以来継続している活動であり行政が与える各種のベネフィットでは足りない部分を補っている。申請は申請者が記入するが地域または病院のソーシャルワーカーの推薦が必須である。FWAでは6週間申請をねかした後審査にまわす。その間の連絡が必要な場合は緊急ダイヤルのみである。部屋代、税金、葬式費、国外の休暇、裁判費用などは助成対象外である。審査員は一名が常勤で残りの数名は地域の福祉行政を停年退職した人や他の大きな慈善団体の幹部などのボランティアである。毎週審査があり一回の審査で決定するのはおおそ70件程度である。申請者のほとんどは一人親家庭で生活保護を受けている。収入は週あたり100ポンド以下から150ポンドまで

の人が多い。こどもの衣服、洗濯機、赤ちゃん用品購入資金、こどものベッド、車椅子、こどものための休暇資金、などが主な申請である。一回の助成は250ポンド位までであった。

ファミリーセンターについては、このような名前で呼ばれる施設はたくさんあるが機能はことなるようであった。ケンブリッジに近いある都市にあり移民層がたくさん居住する地域のファミリーセンターは移民の子のための保育園のようなことを行っていた。やはり移民層が多く時々テレビで暴動騒ぎが報道されるロンドンのある地区のファミリーセンターは通所相談やカウンセリングなどの活動をしていた。別のファミリーセンターは前述のように虐待ケースの親子を宿泊させるのが主な機能であった。どこも一種類の仕事というのではなくその地域の特質に応じていろんな試みがなされていた。保育園的なファミリーセンターの地域は50%以上がアジア、アフリカからの移民で、50%以上は失業中で、五人に一人は一人親家庭である。このようなことから職員のほうも多人種をそろえていた。家庭内のストレスの高まりは家庭内暴力(夫による妻への暴力)を、あげくのはてはこどもの虐待をうみだす。家族から助けを求める声が出た場合、飛んでいって救急的な介在支援をおこなうようなことも行っていた。カウンセリングをおこなうファミリーセンターは貧困が問題になっている地域にあり、ケースをはじめる時にはまず最初の2週のうちにその家庭に出向いていって問題の評価をおこなってからその後の療法に入るということであった。ここは地域のこども家庭部と年間約20万ポンドの契約を持っていて常勤ソーシャルワーカー4、非常勤のマネージャー2などからなっていた。親子を宿泊させるファミリーセンターでは宿泊人数にして12人が限度で家族としては3家族程度がおおよそ3-6カ月くらい宿泊する。一家族につき月に100万円以上をケースに持つ地域のこども家庭部が支払う。ここを出た後は地域にもどって地域のソーシャルワーカーの援助を受けたり、場合によってはこどもは里親に引き渡されたりする。

そのほかにFWAの活動の一つとして、ある地域の行政の依頼で3年間に30ケースの障害児のレスパイトを引き受ける人(30人)を探し出し、ケースとマッチングさせるということも行われて

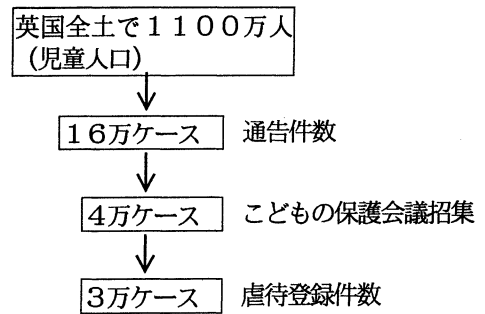
いた。イギリスでも20年前はレスパイトに施設を利用していましたが最近個人に移行しており、ポジティブな捉え方をする人はレスパイトという言葉よりもリンクという言葉を好んで使う。このようなマッチングのための費用もその地域のこども家庭部が支払う。

NSPCC（児童虐待防止協会）も歴史のあるボランティアセクターである。ある地域の支部には常勤のソーシャルワーカー4人、シニア1人、ヘッド1人の構成で（秘書はいるがこの場合数にいない）、そのほか小児精神科コンサルタントと心理療法師がスーパーバイザーとして非常勤でいる。運営費の約半分を地域のこども家庭部が持っている。年間70ケース程度の紹介があり、遊戯療法など希釈された分析的接近で虐待ケースのこどもの心理療法を行っている。地域のソーシャルワーカーができないことを提供しているということであった。また、虐待に関する地域のこどもの保護委員会やその下部委員会などで地域行政とタイアップして活動している。

IX 虐待とこどもの保護会議、こどもの保護委員会

各地域のソーシャルサービスはこどもの安全の確保と増進という行政義務を果たすために他の機関と協同しなければならない（Working Together, by DoH, HO, DoE & S）¹⁰⁾。その形になったものの一つが地域のこどもの保護委員会である。構成はソーシャルサービス（こども家庭部、虐待班のソーシャルワーカーなど）、保健医療（病院系医師、地域医療系医師、保健婦、家庭医など）、教育（管理職教師、教育福祉士、教育心理士など）、司法（保護監察司など）、警察（虐待チーム；1チーム10人程度からなる）、ボランティアセクターである。それぞれの分野は主になる責任者を決めておく。どの分野も他の機関に相談せずに勝手にやり方を変えることはできない。親委員会と下部委員会があり親委員会は年に4回程度開催され虐待保護に関する年間プランを討議し機関の間の協同の難しさを改善する策などについて検討する。これを司会するのは通常地域のこども家庭部の次長級（assistant director）である。下部委員会（ソーシャルワーカーのトレーニングに関する委員会、ケースの扱いがよいかどうかなど

図4 虐待登録¹¹⁾



をチェックする委員会など）はそれぞれ異なるが月1回くらいの割りで開催されている。司会はそれぞれの委員会で決められた人があたる。これらは虐待に関する行政横断的な上部組織である。

虐待の通報があつてからソーシャルワーカーが調査を行い必要なら他の機関と一緒に調査を進めたり司法手続をとるのはどの区でも同じである。虐待の疑いが強い場合は2週間以内にこどもの保護会議が招集される。ケースの調査診断にかかわった複数の分野の専門家と親（こども）が出席する。目的は虐待登録するかどうか決定することである。それとともにどの機関がどんな援助をしたらいかが討議される。ここでの決定や採択される意見は裁判所の決定とは別である。裁判所が親に対し何の制限も課さないからといってこどもの保護会議の意見や決定を親は無視することはできない、という社会的背景がある。会議は大まかに三つの部分に分かれる。最初はそれぞれの調査者の調査内容の交換、つぎはリスクはどの程度かという討議部分であり親は申し立てをすることができる。ただし最後の決定の部分には親は出席することはできるが参加はできない。親が法律家を連れてくる場合、その法律家は親を情緒的にサポートする事はできるが内容への参加はできない。親が法律家を連れてくる場合はソーシャルサービスのほうも法律家を用意する。また、親がこの場で騒ぎだすようなことがあれば即刻退席になる。こういう事態は裁判にも悪影響を及ぼすことになる。虐待登録された場合は3カ月後に再点検、以後6カ月ごとにチェックし、リスクが少なくなれば登録解除になる。おおよそ1年半から2年間登録されている。こどもの保護会議の司会運営はこども

表4 こども家庭コンサルテーションの人的構成

	A 区	B 区
小児精神科コンサルタント	3	4.8
シニアレジストラー	1	
心理療法医	1.5	5.4
臨床心理士		4.8
遊戯療法医	1	
ソーシャルワーカー	6	8.5
看護婦 秘書 受け付け 他	3.5	3
計	16	26.5

家庭部の上級ソーシャルワーカーなどが行う。実際の会議は1時間半から2時間半くらいである。

システムが整っているのはよいがそのためにソーシャルワーカーがますます調査や評価、報告書書き、会議に時間をとられてケースにかかわる力が育たないという声はほうぼうで聞かれた。図4に示すように英国全土での虐待登録は約3ケース/1,000児童人口(92年)であった(Child Protection, 1995 HMSO)¹⁾。これは我が国の児童相談所の調査(89年)の0.07ケースの40倍であるが、ソーシャルワーカーの数も40-50倍くらい違う可能性がある¹²⁾。児童人口が約7万のロンドンのある区では(全人口32万)、約1,600ケースの紹介がありうち600ケースについて保護会議があり、300ケース程度が登録された(95年)。内容別には、保護の怠慢31%、身体的虐待27%、性的虐待18%、情緒的虐待15%、混合9%であった。この区には250人程度のソーシャルワーカーがいるが地域などにかかわらない部分を除いて200人とする平均一人8ケースの紹介を受け、3ケースの保護会議を持ち1.5ケースの虐待登録をする。登録部分は裁判も関係する可能性がある。保護会議にいたるプロセスをあわせて考えるとケースの数から考えるよりも仕事量は多い。これらの他に施設、里親などにかかわる仕事や行動上の問題などに関する業務があるので、紹介はされたが保護会議にかからないケースなどにかかわったり家族を支援する余裕がなくなる。いいかえれば保護に割く仕事と支援にまわす仕事の量的時間的なバランスをどうするか、という問題である。小児精神科医の場

合にも同じようなことがあてはまる。裁判のための報告書作成は単に書くだけではなく、書くための面接に取られる時間は多い。虐待ケースの場合の面接は反応を誘導するのではなく自然におこなわなければならないなどの細かい指針¹³⁾があり、それに沿って時間をかけておこなうと他の臨床的仕事を大幅に圧迫してしまう。

X 三次および四次サービスと業種間のインターフェースの問題

こども家庭コンサルテーションサービスあるいはこども家庭精神科クリニックなどの名称で呼ばれるものが地域の代表的な三次(三層)機関である。かつては教育主導で教育心理士や教育療法医の人が参加していた。区によっては少数が残っている場合もあるが現在教育はこのような治療支援から手をひいている。ソーシャルサービスもかつては積極的に参加していたが、最近は減少傾向である。こうして次第に保健医療主導となった。20年代後半からおおよそ60年間のChild Guidance Clinicの職制的チーム制の内容の変化は福祉、教育、小児精神医学の歴史の一面をあらわしている(Child Psychiatry in Britain-The last 30 Years-, Hersov, 1986)¹⁴⁾。心理療法医や遊戯療法医が加わっているところにかつての精神力動的なオリエンテーションへのなごりをみることができる。A区とB区の人的構成(常勤等価数)を表4に示す。

A区ではそのほかに研修中の医師2人がおり、さらにこれとは別に家族療法チームを持っていてソーシャルワーカー6人で構成される。また、区域内の総合病院へソーシャルワーカーチームを別に派遣している。さらに、施設や里親で難しいケースを一カ月程度宿泊させて行動評価などをおこなう一時保護的な施設を持っている。B区では総数26.5人が二つの場所に別れていた。このソーシャルワーカーは全員家族療法医である。そのほかに区域内にある小児専門病院に6人のソーシャルワーカーチームを派遣している。

A区でもB区でも、小児精神科コンサルタントがこども家庭コンサルテーションサービスの責任者であるが、ソーシャルワーカーは同時にそれぞれの区のこども家庭部のチームマネージャーの指揮下にもある。したがって、小児精神科コンサ

ルタント（保健医療）とソーシャルワーカー（福祉）の関係は微妙である。

四次（四層）の代表は病院の小児思春期病棟である。モーズレイ直系の研究重視のところから幅広い臨床を目指すところまでである。観察した範囲で関心をひいたのは、12-13歳を境に病棟をわけていることである。ある小児精神科病棟は8-12歳くらいのこどもを対象にベッド数9、スタッフはコンサルタント、シニアレジストラー、レジストラー、看護婦、心理療法家、臨床心理士、作業療法士、造形療法士、音楽療法士など25人である。別の思春期病棟は12-18歳の12ベッドで、スタッフはコンサルタント、シニアレジストラー、レジストラー、家族療法家、看護婦、造形療法担当、作業療法士、など計25人であった。これらの病棟は家族とのつながりを重視し週末帰宅を奨励している。程度の差はあるがこれらの純然たる医療機関はソーシャルサービスからの依頼を警戒していた。病棟の治療的構造の維持にかかわりなく紹介してくるからである。医療はターゲットを絞り、福祉は何でもみなければならぬという違いがこのようなインターフェースの問題の根底にある。どうにも手のつけようがないというような状態に対してどのような機会を与える事ができるか、お互いに考えないと非難しあうばかりで建設的でないという声が聞かれた。同じ四次（四層）でも治療共同体のようなボランティアセクターの場合はインターフェースのむずかしさでも別の側面が問題になる。ある歴史のある治療共同体（コルデコット）は7歳程度から紹介時12歳までの主に虐待ケースをあずかる。定員70に対して職員150（教育関係24、生活部門88、医療系3、残りはその他）で2-3年あずかる事が望ましいというやり方をとっている。かなりの虐待を受けてきたこどもは集団生活に入りづらい、また学習上の遅れもあるからすぐには構造的な学習に馴染まない、などのことがあって時間をかけざるをえない。いいかえれば、費用がかかり、前述のように一人一年7万ポンドである。治療共同体は自らの方針で治療をおこなおうとし、紹介もとのソーシャルワーカーは財政上の理由もあって早く切り上げようとして軋轢が生ずる。同じような問題はほかのボランティアセクターと地域行政との間でも生じている。こどもの保護委員会など上部の組織で協同

がされていても末端はこのようにいろいろな問題をかかえている。上部のパートナーシップが末端にいたるまでしみわたるには、まだかなりの時間が必要であると思われた。日本でいう教護院と少年院を合わせたような四次施設はSecure Unitである（少年院に相当する施設は別にある）。全国での定員は280であった。バーミンガムにある定員30の施設は中央省庁の直接運営である。隣のコベントリーの定員8の施設はコベントリーの子ども家庭部の運営である（定員増のための改築中）。いずれも14歳以上（一7歳位まで）の子どもを収容する。施設の空き状況はコンピューターで全国どこでも調べられる。殺人や強盗などで裁判所から送られて来る場合と自殺未遂や自傷他害の恐れなどで児童福祉ルートからくるものと二通りある。コベントリーの施設は二重ドア、二重窓、ドアに監視窓などがあり危険そうなものの持込は禁止、寝るのは施設された各自の部屋であるが、昼間は皆一緒に食堂居間兼教室で過ごす。これらとは別にメディアムといわれる自由の制限がやや弱い施設もあり、こちらは我が国の教護院に近い可能性がある。興味深いと思われたのはバーミンガムの施設では、直接処遇職員は通常3年雇用、長くて5年の雇用でそれ以上は契約しない、ということである。このような処遇施設に勤めていると精神的に不調になるからであるという。また、不必要に長期に子どもの自由を極度に制限するべきではないという議論も多く聞かれた。

Ⅺ 終わりに

こどものメンタルヘルスをめぐってイギリスでは福祉、保健医療、教育がそれぞれお互いの限界を知りつつ自らの境界を越えていこうと産みの苦しみを味わっているところである。21世紀を考えたいうでの法律や政策の転換はかなりの混乱を引き起こしているが、それでも挑戦する価値のある事として専門家には受け止められているようであった。振り子はやや行き過ぎたと感じている人はいたが、動いた振り子はいつかは適正な位置に戻る。ひるがえって、我が国の現状を考えると、福祉、保健・医療、教育がそれぞれ相手に懐疑の念を持っているという段階ではないだろうか。そろそろ我が国でも業種間の架橋をうながす作業に取りかからなければいけない時期ではないか、と思

われる。

(受付 '96. 5. 8)
(採用 '97. 1.31)

文 献

- 1) The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy. Personal Social Services Statistics 1993-1994 Actuals, 1995.
- 2) Central Statistical Office. Annual Abstract of Statistics, 1995.
- 3) Family Welfare Association. Guide to the Social Welfare Association, 1995.
- 4) Utting W. Children in the Public Care-a Review of Residential Care: HMSO, 1991.
- 5) Audit Commission. Seen but not Heard-coordinating community child health and social services for children in Needs. HMSO, 1994.
- 6) Bilton K, Jones A. The Future Shape of Children's Services-Shape up or Shake up? National Children's Bureau, 1994.
- 7) Paul Sutton. Crossing the Boundaries-A Discussion of Children's Services Plans. National Children's Bureau, 1995.
- 8) Health Committee (House of Common). First Report-Priority Setting in the NHS: Purchasing Vol 1, 1995.
- 9) Hospital Advisory Services. Together We Stand. HMSO, 1995.
- 10) Home Office, Department of Health, Department of Education and Science, Welsh Office. Working Together-A guide to arrangements for inter-agency cooperation for the protection of children from abuse. HMSO, 1991.
- 11) Department of Health. Child Protection-Messages from Research. HMSO, 1995.
- 12) Morita H. Dear Editors, Re Child Abuse in Japan. Review for Child Psychology and Psychiatry 1996; 1 (3): 119.
- 13) Home Office, Department of Health. Memorandum of Good Practice-On video recorded interviews with child witnesses for criminal proceedings, 1992.
- 14) Hersov L. Child Psychiatry in Britain-The Last 30 years-. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1986; 27: 781-801.