

要保護児童対策地域協議会の課題

— 死亡事例検証報告からの学び —

Problems of a Formal Regional Network System for Child Maltreatment

— A Review of Child Death Cases —

加藤 曜子*

Yoko Kato

要保護児童対策地域協議会が法制化して8年目を迎えるが、十分に機能していない。要保護児童対策地域協議会が機能していない実態を理解するため、死亡事例を中心に事例分析した。その結果から、市区町村と児童相談所、関係機関が、個別ケース検討会議や実務者会議において、事例の内容や会議の意味を十分に理解していない点が明らかになった。専門性の向上の課題はすでに指摘されているが、調整機関役割も十分に機能していくことの必要性が導きだされた。

キーワード：死亡事例、要保護児童対策地域協議会、調整機関

I. 目的

要保護児童対策地域協議会の実態を把握するために、すでに公開されている死亡事例報告書を分析して、要保護児童対策地域協議会の機能に関する問題点を検討した。

2004年に要保護児童対策地域協議会が法制化され、今年で8年目を迎える。要保護児童対策地域協議会が法制化された後、その設置率は60%台であったが、2008年に各市町村に対して設置が義務化されると、設置率は80%、90%台に急増し、2011年においては98%を占めるに至った。それまで虐待防止ネットワークの内容には地域差があったが、要保護児童対策地域協議会の成立により、ネットワークを国レベルのシステムとして一律に機能させることが可能となり、その結果、地域の取り組みがレベルアップすると期待された。児童虐待件数が増加する中で、要保護児童対策地域協議会活動は、虐待家庭の支援に役立つと実感する自治体が多くなった。そして、乳幼児死亡を予防しようと、特定妊婦や要支援児童（ハイリスク）も要保護児童対策地域協議会の対象に加えられた。そういった枠組みづくりが進行している一方で、死亡事例はやはり発生し続けている。その背景として考えられるのは、虐待の特徴である密室性、孤立性、発見の困難性であり、住民啓発以外に、関係機関の虐待早期発見のための把握力の向上が求められる¹⁾。

*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

要保護児童対策地域協議会が設置されても、死亡事例等の検証報告では、これらの事例に要保護児童対策地域協議会が関わっていた事例が少ない。そして関わるべきであったという内容の報告も散見される。関係機関が虐待を認知していないために、要保護児童対策地域協議会が利用されていない場合が多い。本稿では、要保護児童対策地域協議会に関する記載のある報告を通して、要保護児童対策地域協議会の課題を検討した。

II. 方法

2010年以降の死亡事例の報告書を中心に、要保護児童対策地域協議会に関連する内容を整理して検討した²⁾。自治体の検証報告は、死亡事例検証の努力義務として自治体が委員会を立ち上げ検討し報告書を提出したものに限られる。死亡事例等検証報告書が作成されていない場合は、関係機関のかかわりがなかった、あるいは検証のための情報が乏しいといった背景による。例えば平成22年度の第8次報告では82例で、子どもの虹情報研修センターにて公表されている報告書は23件である。本稿では平成23年度として公表された報告事例の中から5事例、平成23年4月～平成24年6月までに公表された5事例の計10例を選び検討した。

要保護児童対策地域協議会を利用していた事例と、要保護児童対策地域協議会を利用しなかった事例に分けた。さらに、要保護児童対策地域協議会を利用しなかった事例のうち、同協議会を利用すべきとの提言があったものを抽出した。それらは、

- 1) 要保護児童対策地域協議会において、個別ケース検討会議を実施し支援をしていた事例に関する報告書。
- 2) 要保護児童対策地域協議会の実務者会議に管理されていた事例についての報告書。
- 3) 要保護児童対策地域協議会は、立ち上がっていたが、利用されなかった事例についての報告書。一つは同協議会に触れていないが機関連携については提言していた報告書。もう一つは、同協議会の利用が提言されていた報告書である。

報告書の内容は、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議、実務者会議に焦点をあて、それぞれがどのように機能していたのかを検討した。また、対応方法の問題点と課題を抽出した。事例報告書に記載されていた、子どもの年齢、事例の概要、課題要約した。なお、事例報告書は、各自自治体のホームページで公開されているが、個人情報には配慮した。

Ⅲ. 結果と考察

1. 要保護児童対策地域協議会にて個別ケース検討会議が開催された事例

a. 事例 1

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
1	2歳10か月(第4子) 男子 ネグレクトH23年	内縁関係で子ども4名を設けたが、いずれも飛び込み出産。本児は未就園児。本児出生後から保健師、家庭児童相談室が危険と判断し児童相談所へ送致。児童相談所は家庭訪問をしたが「生活環境に問題なし」として市へ報告。以後定期的に個別ケース検討会議を開催した。家庭訪問するが拒否されていた。	保健、市福祉、児童相談所、学校	1. 虐待リスク判断と危機意識の課題・不明点が多かった 2. 保護者から家庭訪問を拒否され、子どもの安全確認ができなかった。 3. 関係機関連携が不十分 4. 要保護児童対策地域協議会のあり方: 進行管理の改善: 支援方針評価、具体的役割分担

2年10か月の間に、定期的に個別ケース検討会議が開催されていた。支援方法として、家庭訪問を実施していた。しかし家族は家庭訪問に拒否的であり、保護者に会えても、子どもに会えなかった。

(1) 個別ケース検討会議について

事例1では、当初、市職員が訪問をしても保護者が子どもに会わず拒否的であることから、リスクが高いと判断し児童相談所に送致した。その後児童相談所は子どもを現認したとして、市町村へ戻した。その後の個別ケース検討会議で、子どもたちの健康診断の勧奨などを目的に家庭訪問支援が決定された。しかし当の保護者は当初から家庭訪問に拒否的であり、市は、2年で2回ほど保護者に会えたが、そのつど子どもに会わせるのに条件をつけた。結局子どもを現認する機会が延長された。担当者は、子どもに会わせてもらえるよう保護者と接触し関係づくりすることに傾注してしまった。親との関係が壊れると子どもに会わせてもらえなくなる恐れから親の言うとおりになった担当者の心理は、本事例ばかりでなく、他の事例でも散見される。

保護者が市を拒否していた事例が再び市に戻されたとき、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議で、どのような協議があったのか。拒否されるのがわかりながら、アプローチや目標設定を変えなかったのはなぜだろうか。個別ケース検討会議で、拒否的な保護者に対して抱く市側の不安や問題点が協議されたかどうか、またそういったことが言える状況だったかが、課題である³⁾。個別ケース検討会議では、関係する機関が集まり、情報を共有しアセスメント(見立て)し、支援方針を決定し、役割分担を決める。「保護者に拒否されて何が問題となるか」、「どういった点がリスクとしてこの家庭でおこりそうか」、「家庭訪問の方法を変えるほうがいいのか」などが協議の内容となったと推察されるが、報告書からは十分には察知できない⁴⁾。

(2) 実務者会議について

本事例では、実務者会議である進行管理会議も、児童相談所が参加し開催されたが、その際に、

「拒否をするので、子どもの現認が困難である」ことが各参加メンバーに共有されたかも不明である。もし進行管理会議の運用に問題があったとすれば、今後再考すべき点となる。調整機関の役割は、本事例については不明である。

b. 事例 2

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
2	5歳男子 ネグレクト 死亡 H23年	父、叔父に養育される。未就園児童。要保護児童対策地域協議会として平成 20 年定期的に家庭訪問をしていた。平成 21 年に通告があり児童相談所も市と家庭訪問をしたが養育上問題なしと平成 22 年 3 月に終了。以後 23 年に家庭訪問をするが会えなかった。	市（福祉・保健）、主任児童委員、児童相談所	1. 虐待リスク把握や家族構成変化が不十分であった。家庭訪問のありかたの課題。2. 児童相談所ワーカーの経験が浅かった。研修の課題 3. 要保護児童対策地域協議会が形骸化していなかったか 実務者会議における情報提供や判断方法の課題。子どもの安全をその都度みていく必要がある。4. 保健機関も参加するべきであった。5. ネグレクトの危険度の評価の課題。6. 生活支援の検討がされていなかった。

3年間で2回の個別ケース検討会議が開催されていた。3機関が定期的に家庭訪問を実施した。市（福祉、保健）、児童委員、児童相談所ワーカー（1回のみ）が別々に家庭訪問した。

(1) 個別ケース検討会議について

事例 2 では、家庭に関わった 3年間で個別ケース検討会議を 2回開催した。しかし、報告書によれば、3年間での家庭訪問回数は多く、市（福祉保健が 31 回訪問して会えたのがそのうち 22 回、主任児童委員が 16 回訪問して会えたのが 12 回、児童相談所の 1 回の訪問・面接）合計 48 回（35 回）である。主任児童委員は、未就園の子ども保育所入所を勧め、また市（保健師と相談員）は健診受診の勧奨をしており、情報交換は確認されたと報告書に記載されている。結果からみると、多数の家庭訪問にも関わらず、子どもは保育所入所にいらず、健診も未受診のままであった。

個別ケース検討会議では、見立て（アセスメント）から支援の役割分担を決める。当初は、家庭訪問目的は「保育所入所」と「健診受診勧奨」であったが、時間が経過するにつれ、家庭訪問は、子どもの「様子」をみることだけが目的になってしまっていた。個別ケース検討会議での担当者の理解はどのようなものであったかみていくと、個別ケース検討会議で「情報交換」したと報告されている。「情報交換」だけでは、「子どもをなぜ保育所入所させないのか」「なぜ健診を受けさせないのか」といった疑問が提出されるよりはむしろ「できていない」というだけの情報交換になってしまいがちである。検証報告によると、最初の 1 年間は 2 か月に 1 回の訪問であったが、「虐待がない」（報告書の説明）ので 3 か月に一度になったという。それぞれの家庭訪問により子どもの様子は各担当者に分かっていたので、担当者間の情報交換だけが目的であれば、あえて個別ケース検討会議を開く必要がないと考えたかもしれない。児童相談所も 1 回訪問している

が、市と十分協議したうえでのことかどうかは不明である。

(2) 本児の安全確認：虐待理解とアセスメント

家庭訪問でライフラインが止まりそうだという事実が判明すれば、子どものネグレクト状態が「重度」である可能性が予測できる。子どもに食べさせているが、自分は食べていないと、養育者の一人が訴えていたというが、子どもの発育や栄養面でのネグレクトに注意を向けた衛生面、安全面、発達面の調査がなかったので、子どもがネグレクト状態にあることが認知できていなかった⁵⁾。この背景には、援助者がこの家族と長期間かかわっていたため、子どもの育ちの内容を把握する意思が薄らいだとも考えられる。

報告書からは、養育力のなさをどう評価していたのかなど、個別ケース検討会議で共有すべきアセスメントの内容については不明である⁶⁾。村担当者の虐待理解の研修や個別ケース検討会議の研修機会があったのかどうかも課題となる⁷⁾。

c. 事例 3

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
3	5歳女児 身体的虐待 H23年	子どもの養育に不安を抱えた母が体罰として虐待行為を繰り返した。転居先不明となり連絡がとれなくなる。その後民間一時預かり先がわかり、家庭訪問をするが子どもを現認することができなかった。	市、児童相談所、保育所	1. 児童家庭相談担当課の虐待対応体制強化 組織全体の専門性の強化・研修 2. 虐待対応力の向上 リスクアセスメント力の向上 3. 虐待の未然防止に向けた環境整備 4. 虐待防止にむけた広報啓発

個別ケース検討会議は1回開催され、実務者会議においても本事例が報告されていた。

(1) 個別ケース検討会議について

事例3では、1度、個別ケース検討会議を開いていた。その検討内容は重症度の確認と見守りの方針であった。2度目の通告を受けたため、課内会議で重症度を中度に上げた。第1回目の個別ケース検討会議が開かれているならば、第2回目の個別ケース検討会議も開いて、情報収集をしたうえで、なぜ重度化しているのかを検討する必要性があった。そのうえで支援方針を立てるべきであった。初期対応としての情報の収集が十分でなく、第1回目の個別ケース検討会議における情報共有と支援方針の理解が不足していたため、継続的に会議が企画されなかった。報告書では専門職配置の必要性が提言されたが、それに加えて、児童相談所でも市でも、情報収集の意義や個別ケース検討会議などの検討内容の理解度が不足していたことが一つの課題である。

(2) 実務者会議について

実務者会議内容は、主に経過報告であり、事例3については毎月の報告があったわけではなかつ

た。転居後に、市から虐待内容が報告された時が、一時保護のチャンスだったかもしれない。しかし児童相談所は一時保護を積極的に検討していなかった。実務者会議は全体のアセスメントを含む進行管理的な意味を持ち、専門性の高い担当者の役割が重要であるが、それがうまく機能しなかった。実務者会議は、後方支援ができる児童相談所職員や外部スーパーバイザーの確保が課題である。

d. 事例 4

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
4	1ヶ月の男児 H22年	子どもを風呂場におきものを取っていたら死亡していたという事件。精神疾患を抱えた母で、出産前から地域で濃密な人間関係のなか、助産、保健、子ども家庭支援センター、児童委員がいれかわり訪問支援を実施していた。	助産、保健、子ども家庭支援センター、児童委員	1. 状況の変化に応じ客観的・合理的は判断に基づいた適格な援助 2. 管内の要保護児童に対する援助を協働で行うため要保護児童対策地域協議会における個別ケース検討会議を活用する。ケースマネジメントを行う。調整機関は主体的に進行管理をする 3. 精神疾患(疑いを含め)保護者のアプローチには精神科医、保健師、心理職などの専門職との連携を強化する。

個別ケース検討会議が6回開催されていたが関係機関の役割調整は行われなかった。

(1) 個別ケース検討会議について

事例4は出産4か月前から、支援が必要との認識で多機関が関わっていた。出産後を含めて、個別ケース検討会議が6回開かれたが、内容は不明である。濃密な風土(報告書の言葉による)でそれぞれの機関が複数回、家庭訪問などを繰り返したが、個別ケース検討会議ですべての機関が一堂に会することがなかった保護者にとって、家庭訪問が複数重なることに対して、負担となったであろうことが予測される。個別ケース検討会議は、関係する機関が一堂に会することが重要であり、役割が重ならないように支援内容を調整する。それにはケースマネジメントできる人が必要である。

また、出産・育児という人生の移行期の母親の不安定な精神状態を把握するには、専門の医療機関も個別ケース検討会議へのなんらかの参加が必要である。個別ケース検討会議では、ケース理解、課題設定、役割分担が検討されるが、どのような支援が必要かを協議することである。報告書の提言では、一対一の人間関係がとれる担当者でかつ母親に寄り添える担当者が必要だったとされている。つまり個別対応がとれる人をキーパーソンとして位置づける必要があった。また子どもを守る人が遠距離で離れている場合、子どもを守るための危機的対応は、医療機関を含めた個別ケース検討会議で決定されるべきであったと報告書は提言している。個別ケース検討会議が継続される場合には、どの機関を招くのか、そして危機的な状況の予測や不測の事態も考えて、協議する項目を念頭に入れることが課題となる。

2. 実務者会議が開催されていた事例

a. 事例 5

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
5	14歳 H23年	本児が小学5年時からネグレクトとして児童相談所が対応し、一時保護対応をした。中学1年で実母入院のため一時保護。母交際相手の男性が同居。同年6月に中学から身体的虐待通告を受ける。10月死亡にいたるまで通告4回。しつげだと言ったという。	児童相談所、学校	1. 児童相談所の管理体制 2. 調査と見立て(アセスメント)の問題 情報収集力の問題、リスクアセスメントの問題、家族の把握の問題、3. 連携の問題 区は主任児童委員から通告をうけていたが児童相談所に情報提供を迅速にしていなかった。実務者会議ケースとしてあげたが、児童相談所が主としてやっている意識があった。区に要保護児童対策地域協議会があったが、実効性に乏しかった。児童相談所、学校、警察の連携もなかった。4. 支援方法の課題 家庭訪問のありかた 5. 一時保護の課題 退所後の方針

事例5では、報告書によると、児童相談所がかかわり、再三学校から通告があったものの、母の男友達の調査が十分に行われず一時保護のチャンスを失った。子どもは短期間でしつげとして頭部を4回殴られていた。市と児童相談所の連携、学校と児童相談所の連携も悪く、関係者が一度に会することはなかった。要保護児童対策地域協議会では、実務者会議は登録されていたが形だけであった。

市は、事件発生に至る一連の身体的虐待の通告時から本件を実務者会議に登録していたが、児童相談所が主たる機関だったため、実務者会議では、役割分担や詳細な協議がなされなかった。区の要保護児童対策地域協議会が十分機能していなかったためであるという。

身体的虐待が繰り返された学齢児の死亡事例は、大都市の東京(江戸川区)、大阪(西淀川区)でも発生している⁸⁾。いずれも、加害者が同居間もない母の男友達(あるいは夫)であり、「しつげ」と称して、身体的虐待が繰り返された。児童相談所が訪問すると、養育者は「しつげだ」と主張し、それに対して担当者は「しないように」と言い置いているだけだった。児童相談所が地域と連携をする目的は、「虐待が継続しそうか」「子どもの怪我の程度」の背景を理解し防止するためである。また、加害者が「しつげ」と言い張ることは「虐待が継続する」可能性や「虐待認識のなさ」と関連し、虐待の程度も重くなる可能性もある。また、保護者がなぜ子どもへ暴力をふるうのかを理解するためのアセスメントが必要である。「頭部」は重度で危ないという認識をもつべきであったが、なぜその点が軽視されたのかは不明である。本事例からは、児童相談所だけで対処するのではなく、学校や市などの関係機関とともに個別ケース検討会議を開くことの必要性が示され、かつ実務者会議の意義やその開催方法の検討が課題であることが示された。児童相談所と区がともに、研修やスーパーバイザーなどを通じて、それぞれの機能を発展させ要保護児童対策地域協議会を活用する体制づくりが課題である。

b. 事例 6

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
6	0歳3か月 身体的虐待 H23年	転入し生活保護受給。父母姉(1歳0か月違い)平成23年墜落分娩。NICU入院2か月。その間父母の面会は少なく、病院は第一子を心配し保健師訪問。病院からは児童相談所や保健師への連絡を頻回に行う。要保護協議会に登録されるが実務者会議で検討されることはなし。退所後は保健所指導となり家庭訪問を実施。保護者拒否し現認できていなかった。	保健所、病院、児童相談所、市生活保護担当	1. 医療機関と児童相談所の危機感に差があった。2. 実務者会議での主担確認、役割分担がいまい。実務者会議で共同でアセスメントすべきであった。3. 受理後のアセスメント、退院までのアセスメント、退院後のアセスメントができていない。要支援であれ、急変する場合があります。4. 関係機関の情報共有がされなかった。電話連絡のみで一堂顔をあわせて情報や認識、対応方針の共有ができていなかった。

個別ケース検討会議開催がなく実務者会議での検討もなされなかった。

(1) 個別ケース検討会議について

ハイリスク児の場合、入院中から、退院させるべきかどうかを医療機関と児童相談所で検討する。しかし本例では、両者が連携して退所について検討することがなかった。医療機関と児童相談所で危機度の見解が異なっていたためと報告されている。なぜ見解に差が生じたのかは不明であるが、日頃からの医療機関と児童相談所の連携の緊密度、児童相談所内でのスーパーバイズ体制、部内での事例検討の状況を知りたいところである。保健所、児童相談所、医療機関による会議も開催する必要があった。医療機関から退院後は、児童相談所がハイリスク事例として要保護児童対策地域協議会に個別ケース検討会議開催を要請することが理想であるが、本件では、児童相談所からの要保護児童対策地域協議会の開催提案がなかった。要保護児童対策地域協議会事例として登録はされているので、本来ならば0歳児としての対応を考えることができたが、実際は取り上げられなかった。在宅事例であれば、個別ケース検討会議を開催して、保健センター・保健所、市、児童相談所、医療機関、民生児童委員、生活保護担当者による情報共有が必要である。医療機関からの退院後に会議を開く必要があるが、いずれの機関からも申し出がなかった。退院、退所事例については、児童相談所が主たる機関として、要保護児童対策地域協議会の開催を要請し、調整機関がその段取りをする体制づくりが課題となる⁹⁾。

(2) 実務者会議について

本事例は、進行管理の登録はされたものの、実務者会議で取り上げられなかった。なぜ、取り上げられなかったのか。報告書には、会議で報告予定であったが、時期を逸したとある。実務者会議では1件について10分以内の報告であるため、関係者が注意しないと、抜け落ちることがある。手持ちの担当件数が多い場合の実務者会議の進行管理の在り方については、今後も、課題になっていくと考えられる。また0歳児を優先的に検討するなど手続き的なことを含めてルール化

することが課題である¹⁰⁾。

3. 要保護児童対策地域協議会を利用しなかった事例

以下は、要保護児童対策地域協議会を利用しなかったが、報告書の提言で、要保護児童対策地域協議会や地域連携に言及された事例である。

a. 事例7

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
7	16歳 H23年	障害をもつ子どもに対し、継続的に保護者から身体的暴力を受け続けていた。5回の通告を受けている。身体的虐待であった。熱心な母とみられていたが、実際は障害受容のできていない保護者であった。	児童相談所・療育関係一・学校	1. 危機管理の在り方が不十分であった。2. 児童相談所は虐待の視点から全体をつかみ支援方針をたて、進行管理、再評価をすべきであった。3. 関係機関の連携のありかた、児童相談所が中心にコーディネートする必要があった。

事例7の報告書では、児童相談所と各機関の連携が必要であると記されている。本事例では、要保護児童対策地域協議会が活用されれば、虐待事例としての認知がより早期に共有されたと推察される。

長期にわたり児童相談所とかかわっていたが、主に障害関係の上だった。親は常に虐待報告に対して否定的であったため、5回の通告に対して十分な対応ができなかった。本児は、学校に保護者の暴力を訴えていたが、理解が届かなかった。

事例7の報告書には、要保護児童対策地域協議会の記述がないものの、「児童相談所がコーディネーターとして関係機関と連携すべき」と提言されている。関係機関と連携ができなかった背景には、親が関係機関とかかわるのを嫌った経過があり、児童相談所だけが支援の中心になっていた。本事例は、虐待通告があったものの十分な対応ができないまま、児童相談所により県から市へ移管された。移管後、関係機関から心配であるとの連絡や通報があったものの、児童相談所との間で危機意識の差があり、十分な連携のないまま事件が発生した。関係機関と児童相談所が会議をする機会がなかったのはなぜなのか。区には、要保護児童対策地域協議会があるので、児童相談所が区に依頼して、要保護児童対策地域協議会を開催すれば、関係機関からの情報が収集され、子どもの危険度や支援体制について検討できた可能性がある。支援に拒否的な親の場合は、関係機関とより早期に情報を共有することが必要であり、この点が認識されていなかったのではないと思われる。

b. 事例 8・事例 9

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
8	1 歳児 H23 年	18 歳で出産するが、祖母同居し、婚姻もしたため、特定妊婦とはされず。その後離婚し、祖母の生保家庭に入る。連絡は拒否的であり、家族間は葛藤関係であった。	保健、生活保護課	1. 特定妊婦に対する支援強化 2. 要支援家庭に対する積極的な支援の実施 3. 要支援家庭への積極的な支援 4. 要支援家族への積極的なアプローチ 5. 子育て支援の強化
9	生後 1 か月 H22 年	18 歳の父が乳児を殴って死亡させる。保健師が妊婦の時期から支援をしていた。	保健	1. 関係機関からの情報共有が必要である 2. 情報収集からのアセスメント 3. 要保護児童対策地域協議会・個別ケース検討会議活用、スーパーバイザーが必要 4. 子育て支援

両事例はともに若年の夫婦であり、他の家族と同居していた。事例 8 については特定妊婦とされず、のちに保健師が介入しようとしたが、拒否的で子どもに会えなかった。事例 9 については特定妊婦とされなかったものの、ハイリスクケースとして支援が継続された。しかしアセスメントされなかった。

両例とも若年出産であるため、母子保健レベルで関わった。ただ、事例 8 では夫の家族と同居しており、それがプラスイメージだったため積極的支援がなかった。保健師が訪問しても、母親は拒否的であったが、なぜそうなのかという疑問や追求にまで至らなかった。保護課にかかっていたことから、福祉と保健の連携の基に、要保護児童対策地域協議会のハイリスク事例として取り上げられ、市をふくめて支援の方針が立てられるべきであった。事例 9 については、特定妊婦とされなかったがハイリスクとしての支援継続があったので、もし要保護児童対策地域協議会で個別ケース検討会議が開かれていたら、アセスメントや方針がたてられより有効的な支援となったかもしれない。

両事例ともに、大家族に伴うストレスが報告されている。初期対応では事例へのアセスメントが十分になされなかったことがうかがえる。なぜ要保護児童対策地域協議会が活用されなかったのか。事例 8、事例 9 ともに、大家族で同居している人からの支援があるという担当者の思い込みがあったと思われる¹¹⁾。要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議開催を通じて情報共有をすれば、地域の中での家族の状況や、親の育ち、学校関係、近隣関係の情報が得られて、状況をより正確に把握できたかもしれない。

c. 事例 10

NO	年齢	内容要旨	かかわった機関	事例対応の問題点と課題
10	2歳女児H22年	育児不安が強い母として子育て支援でかかわっていた。児に発達の遅れがみられたが、電話でフォロー。異兄妹出産後、2か月後通告をうけ児童相談所が訪問したのち、市として取り組みを検討していた。	児童相談所、市・保健センター・警察	1. 本児出生後から訪問には拒否的で信頼関係を構築することが困難であったが、なぜ拒否的なのかを理解する必要がある。2. 妊娠期からの継続的なリスクアセスメントの必要性 3. 関係機関連携として要保護児童対策地域協議会ケースとすべきであった。

事例 10 では、保護者の育児不安が大きいとの医療機関からの連絡があったものの、保護者が家庭訪問を拒否したため、児童相談所は、電話のみでフォローした。8 回連絡し 3 回保護者と連絡がとれた。1 歳半健診で歩行の遅れがみられ、2 歳健診を勧めたが、下の子を出産したので健診を控えていた。その後、児童相談所が訪問する前に、1 回目の警察からの通告があった、また児童相談所が保健センターとともに訪問することを約束する前に、さらに警察に近隣からの通告が 2 度あり、警察がその都度、家庭訪問していた。

子どもに発達の遅れがあり、かつ離婚後に新たに下の子を出産したことによる、保護者と前夫の子との間の愛着の変化があったかもしれない。児童相談所が主たる機関となったのであれば、家族全体の情報収集が必要だった。低年齢児であれば、保健センターとの連携、市児童福祉課との連携など、個別ケース検討会議開催を通じて、迅速な対応も可能であった。警察が通告を受けて 3 度訪問したため、保護者の緊張は高まっていたと窺える。第 1 回目の通告時に、市などに対して、個別ケース検討会議の開催を依頼し、支援の役割や段取りを整えることが必要ではなかったかと思われる。

4. 考察、まとめ

以上、要保護児童対策地域協議会が実際に利用された事例、および要保護児童対策地域協議会の利用を報告書が提言した事例について検討した。

(1) 個別ケース検討会議が開かれてもそれが機能しなかった場合、個別ケース検討会議のプロセスが踏めていなかった。つまり、情報を共有する（常に新しい情報）、アセスメント（見立て）支援計画をたてる、見直しをすること、がなされず、浅い情報交換で終わってしまっていた。個別ケース検討会議の開催回数が少なかった理由は、地域がすでに関わっているので大丈夫だと関係機関が思い込んでいた。継続して支援するという目標やそのための課題が明確でなかったことから、各機関が収集すべき情報を支援方法にフィードバックできていなかった。個別ケース検討会議は図 1 のように、らせん状につながりながら、経過をたどるものであるというイメージづくりの必要がある。

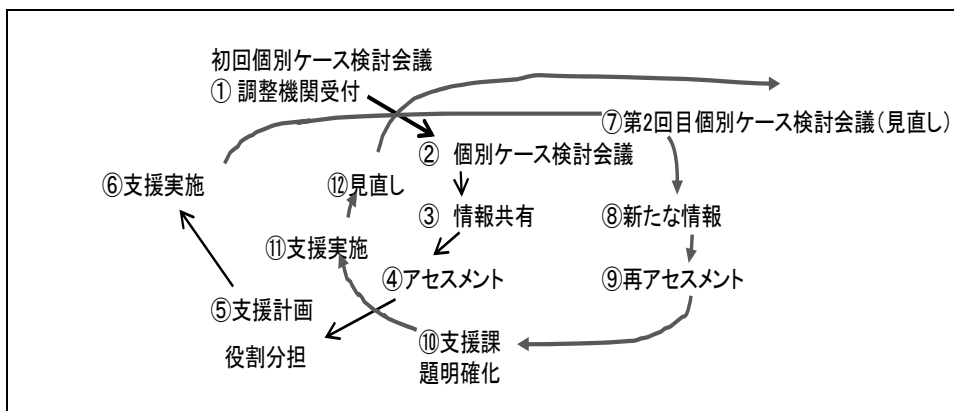


図 1. 個別ケース検討会議の継続ループ

(2) 実務者会議の進行管理についての理解

実務者会議での進行管理において、「安全確認」が抜けてしまいがちとなっていた。また援助効果がない事例について、方法を変更すべきとの認識が乏しかった。

(3) 要保護児童対策地域協議会が開催されなかった事例については、

a.1 機関で完結している。b.虐待通告があったにも関わらず児童虐待であるとの視点がなかった。養育相談で関わっていたために、虐待の視点がなかった。

IV. 結論

要保護児童対策地域協議会の視点から、1) 個別ケース検討会議が機能していなかった、2) 実務者会議が機能していなかったのはなぜかについて検討した。そして個別ケース検討会議の目的や意義、進行方法が構成員に十分に理解されていないこと、さらに継続的、効果的な支援のための方法のフィードバックができていないことが明らかになった。また研修の重要性も見いだされた¹²⁾。要保護児童対策地域協議会がありながらも、一機関で実施、対応しているところも、同様な課題があった。

各事例に共通したのは、会議開催のための調整機関が十分に機能していなかった点である¹³⁾。多くの場合、児童家庭相談担当課が調整機関を兼ねている。しかし担当者の多くは兼任である。そのため、とくに人員が少ない場合には、関係機関と連絡、会議の準備、個別ケース検討会議のための日程調整が困難である。また各市町村で、その役割を誰が担うかがまちまちである。職員すべてが担っているところや一人のところなどがある。そして実務者会議をうまく活用しているかに差がでている。要保護児童対策地域協議会の中核的役割を担う調整機関が、事務局兼、コーディネーター兼、ケースマネジメントを担っている¹⁴⁾。総じて死亡事例検証報告をみると、要保

護児童対策地域協議会が必要であると記入されていても、その中核となる「調整機関について」の記載や言及が少ない。「調整機関が機能していない」という点をさらに検討する必要がある、まずは調整機関が機能するための工夫を考えることが第一となろう¹⁵⁾。長期にわたり個別ケース検討会議を開きながらも、見守りだけに終わっている事例が多い。担当者が計画的な視点（つまりアセスメントおよび支援課題・目標）を持たず支援を続けていること、それに対するケースマネジメント（実務者会議の運営力、推進力）の弱さが、我が国の児童虐待防止の在宅支援の課題の一つであるといえる。この点についても研究を継続させたい。

（本研究は、平成 24 年度厚生科学研究分担研究政策科学総合研究事業分担研究「地域における虐待事例の重症度化予防介入モデル研究『児童虐待の発生と重症度に関連する個人的要因と社会的要因について』の一環として実施した）

引用文献、注

- 1) 厚生労働省:「社会保障審議会児童部会児童虐待等保護事例の検証に関する専門委員会第 8 次報告」(2012)
- 2) 心中による虐待死を除く虐待死で把握されている件数は第 7 次報告（平成 21 年 4 月 1 日～平成 22 年 3 月 31 日）47 件（49 人）、第 8 次報告（平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日）45 件（51 人）92 件（100 名）である。そのうち報告書として公表されている分は、平成 22 年度 23 報告、23 年度で 23 報告である。24 年度分は第 9 次報告として来年度正式な数字が報告されることになる。
- 3) クリス・トロッター/清水隆則監訳:『援助を求めないクライアントとの対応 虐待・DV・非行に走る人の心を開く』70-102 有効なアプローチとして役割の明確化があると解説している（明石書店 2007）。
- 4) ピーター・ライダー:『子どもが虐待で死ぬとき 虐待死亡事例の分析』(明石書店 2005)。
- 5) 三上邦彦:「子どものネグレクトアセスメント」, ネグレクトアセスメント研究会, 平成 16 年。
- 6) 加藤曜子:「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（平成 21 年～平成 23 年）科学研究補助金事業研究成果報告書（2012）p353。
- 7) 加藤曜子:「要保護児童対策地域協議会の機能強化のための研修プログラム作成に関する研究」（平成 21 年度児童関連サービス調査研究事業報告書、こども未来財団、平成 22 年 3 月）によれば、全国の市区町村では約 3 割が研修を受けているにすぎない。
- 8) 東京都社会福祉審議会:「児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について（江戸川区事例 最終報告）—平成 21 年 東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—」平成 22 年 5 月。
大阪市社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童虐待事例検証部会:「大阪市における小学男児死亡事例検証結果報告書」平成 24 年 3 月。
- 9) 医療機関における機関連携としてメディカルソーシャルワーカーの存在は重要である。
- 10) 兵庫県虐待防止委員会「児童虐待死亡事例報告書」平成 22 年 9 月において、家庭復帰等評価委員会を設けることになった。これは退所する前に、児童相談所、要保護児童対策地域協議会メンバー（市町村）、専門委員、医療機関、児童福祉施設）で、家庭復帰の検討をすることが目的である。

- 11) 奈良県報告で同居家族の事例でも虐待発生している。同居家族の事件発生率は高い。
奈良県児童虐待等調査対策委員会：「児童虐待等調査対策委員会報告書」（2010年）によると、児童相談所、市町村受理合計1228のうち親族と同居なしは73%であるが、同居ありは12.1%を占める（有効回答では18%となる）。同居で多い割合は、母方祖父母との同居（全体の3.6%）、ついで母方祖母（全体の3.3%）、父方祖父母（全体の2.8%）である。
- 12) 加藤曜子：「多機関連携の実際 個別ケース検討会議の進め方—地域で子どもと家庭を支えていくために」平成19年児童関連サービス調査研究事業『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』。未来財団から全国市区町村に無料で配布された。なお研修は子どもの虹情報研修センターにて実施された。
- 13) 加藤曜子：「市町村ネットワーク；調整機関の役割—要保護児童対策地域協議会調整機関と個別ケース検討会議参加機関調査から—」、『流通科学大学論集—人間・社会・自然編』22, No.2（2010）51-62.
- 14) ソブンは児童福祉実践において、サービスの効果的マネジメント、サービスの質の確保と管理、場当たりの支援の連続で子どもが犠牲にならないようにするパーマネンシープランが重要であることを強調している。在宅支援においても、子どもや親の意見を十分に取り入れながら実践することの大切さ、そのためには常に支援者側が支援効果や課題をクリアしているのかをマネジメントできる力が必要であることを考えさせられる。ジューン・ソブン、平田美智子・鈴木真理子訳『児童福祉のパーマネンシーケースマネジメントの理念と実践』（筒井書房1998）49-52.
- 15) 提出事例については各公表された報告書に基づいている。
久留米市平成23年報告、大阪府平成24年3月（門真分）、横浜市平成23年2月報告、新潟市平成23年3月、栃木県平成23年7月報告、福岡市平成24年6月報告、岡山市平成24年2月報告、柏市平成24年4月報告、名古屋市平成24年4月報告、春日部市平成24年5月報告