

(3) 子どもの安全確認の重要性とアセスメント力の向上

ある事例においては、子どものアセスメントよりも、保護者や祖母へのアセスメントを優先させており、事例の全体をアセスメントできていなかった。そのため、子どもに直接会って安全を確認していなかった。安全確認をすれば、子どもの危機的な状況がすぐに判断できたと思われる。一方で、祖母が子どもについてゆがんだ認識をもっていることや、援助の拒否、体重が増えないなど虐待の危険性の高まりを示唆する兆候に気づいていたにもかかわらず、アセスメントが十分にできていないという認識から計画を立てていなかった。また、事例が非常に多い地域では対応しきれず、客観的にみればリスクの高い事例でも、優先度が低くなってしまう場合がある。

別の事例では、第2子誕生がリスクを認識する絶好の機会であったが、第1子誕生の際に養育状況について支援の必要性は低いと判定したために、再判定の必要性を認識せず、結果として援助計画の見直しなどに至らず、最悪の結果を招いてしまっていた。また、一度「養護相談」と位置づけてしまうと、その見立てにとらわれ、それを変更することができずに固定的な見方によって対応してしまうといった状況が見られた。

アセスメントは援助過程そのものであり、事例に対する理解を常に深めていくためのものであるという認識をもつ必要がある。

これらの状況に対して、以下のような改善が必要と考えられる。

- ・ 初期相談にあたる相談員については可能な限り専門性のある職員を任用するとともに、スーパービジョンの体制を整備しておくことが必要である。あわせて、子どもの虹情報研修センター等の外部機関への相談、助言を求める等積極的に活用する。
- ・ 必ず子どもに直接会って安全確認する必要がある。
- ・ 現在子どもが深刻な状況にあるかもしれない、あるいは危機的な状況になる可能性がある想定できるような場合においては、子どもの保護を最優先すべきであり、その上で適切なアセスメントを行うべきである。
- ・ 次子の出産、転居等要支援者に変化が生じた際はもちろん、定期的かつ必要に応じて援助計画を見直す必要がある。

(4) 介入的アプローチの重要性と専門職の養成及び配置の必要性

ある事例では、保護者との関係性を重視するといった受容的なアプローチに終始し、積極的に面談や訪問を行い、虐待を告知するなど介入的なアプローチを結果的に避けていたものがあつた。これは、一度立てられた援助計画を必要に応じて見直したり、方針を変更して介入的なアプローチに切り替えることができないという現場の判断が影響していた。このため、援助過程において方針変更を困難にしている原因を明らかにし、必要に応じて方針変更しやすい体制をつくっていかなければならない。

また、市町村行政は住民と行政側が互いに顔が見える関係であることや、申請がないと対応しにくい土壌があることから、介入的なアプローチを躊躇しているように思われる。今後は、子どもの安全確保や福祉のためには、保護者に対する介入的なアプローチが必要という土壌を形成していくことが必要である。虐待はどこでも起こりうることを理解し、要支援家庭への早期の援助が有効であることをさらに啓発していく必要がある。

今回の現地調査においても、相談窓口に専門性のある職員が配置されておらず、そのために虐待事例を虐待事例として対応せずに養護相談として対応するといった事例がいくつか見られた。また、対人援助を職務として積極的に援助しようとする専門職と家庭への介入的なアプローチには抑制的な一般行政職員という構図が見られた。特に小規模の地方公共団体には対人援助の専門職が少なく、家庭全体を見通したアセスメントや対象者に寄り添ってエンパワー（p.40参照）する援助、アウトリーチ型（要請がなくても積極的に出向くという手法）の援助などを行う体制が十分に整っていない。このような状況からも、子ども虐待防止の専門職が相談窓口配置され、適切な初期対応が図られるよう、人材の養成及び研修に対する体制整備が必要である。

一方、児童相談所においても、一人の児童福祉司が抱えている事例については、質・量ともに対応困難な状況にある。そのために一つ一つの事例への対応が十分にできていない状態になっている。したがって、より一層の児童福祉司の配置など児童相談所の体制整備が望まれる。

（５）組織的対応及びスーパービジョン（教育・訓練・指導）の重要性

ある事例では、組織的な事例検討会議がほとんど行われていなかった。保健所や児童相談所のスーパービジョンも十分ではなかった。市町村レベルでは、家族診断力（ハイリスクの判断を含め家族支援の必要性を判断する力）を持つ人材が少ない場合が多く、要支援家族への支援をどこの機関が調整するのか、スーパーバイズする機関はどこかという基本的なことに対する認識を持っていない事例もあった。

また、会議が実施されても参加した児童相談所職員と地区担当児童福祉司との連携が不十分で、その後のフォローアップがなされなかった。さらに、虐待に対する対応と生活保護に対する対応とがばらばらで連携が図れておらず、ハイリスク家庭に対して共通認識の下に援助していく体制ができていなかった。

一つの家庭にかかわる複数の関係者が常に情報を共有し、家庭に変化が見られた際に迅速に対応できる体制を整えるとともに、専門的な助言を得るためのスーパービジョンの体制を整備しておく必要がある。

（６）関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有

ある事例については、保護者の衝動的な行動に対して医療機関の小児科医師が危機感を感じ、その主導により保健所等関係機関が集まり、支援方針を協議する事例検討会議が開催された。しかしながら児童相談所への呼びかけがされ

ていないなど、参加機関の妥当性の判断を含め、全体として事例の進行管理をする中心となる機関・職員が不在であった。

事例検討会議が開催されたことによって、むしろ、関係機関の役割分担が整理されたことから、何かあれば連絡がくるだろうという安心感が生じ、責任の所在が不明確になってしまったと考えられる。互いに「他の機関がやってくれているだろう」と思いこみ、その確認すら実施されていない場合もあった。

また、別の事例においては、児童相談所、保健センター、病院などの関係機関による合同会議が一回も開かれておらず、役割や責任の明確化が図られていなかった。さらに、警察との連携が図られるべき事例もあった。これらの結果として、危機意識の高い職員一人に対応が任せられ、組織的な対応が欠如していた。

これらのことから、複数の関係機関が一つの事例に関する情報を把握した際は、まず始めに中心となって事例の進行管理を行う機関を決定する必要がある。その上で、中心となる機関において情報を集約し、リスクアセスメントを行い、関係者が事例について情報共有し、共通の理解のもとに援助を実施する必要がある。

(7) 在宅支援サービスの整備とその積極的な活用

育児ストレスや育児不安などハイリスク因子を抱えている保護者あるいは軽度な虐待をしている保護者と育てづらい子どもが起居を共にしつつ、援助を受け、抱えている問題を解決していくためには、きめ細やかな支援が必要であり、在宅支援サービスを有効活用していくことが必要である。現在、子育て支援事業によってさまざまな在宅支援サービスが実施されているが、今回の調査では利用している事例は非常に少なかった。これらの活用が育児不安や負担の軽減、ひいては虐待の予防につながるとの認識を持ち、活用を促進する必要がある。つどいの広場、地域子育て支援センターや、一時保育、ファミリー・サポート・センター、家庭訪問型の育児支援、ショートステイ・トワイライトステイなどのサービスを重症度に応じて活用できるよう、層の厚いサービスの基盤整備を図っていく必要がある。

特に、レスパイト（育児負担を軽減するための一時的な休息）サービスの利用は有効と考えられることから、これを積極的に利用するよう働きかけていくことが適当である。また、行政権限を伴う一時保護は、直ちに長期間の親子分離を意味するものではなく、在宅支援サービスの一環としての運用もあり得る幅広い活用が可能な手段であるという点について、幅広い援助関係者が意識を高めていく必要がある。

さらに、事態の進展によっては、サービスの提供のみならず、行政権限の発動など様々な手段を駆使して対応していく必要がある。子どもと家庭に関わる援助関係者においては、幅広い各種社会資源や行政システムについて十分に理解を深めていく必要がある。特に、医師については、これらのシステムを十分に活用できていないとの指摘もあることから、医師を対象とした啓発を積極的

に行うとともに、医療機関及び医師等の要保護児童対策地域協議会への参加を促進する必要がある。

(8) 広域的な社会資源の活用

母子生活支援施設の活用が考えられた事例があったが、当該地方公共団体の母子生活支援施設の入所定員に空きがなく、その方法については断念せざるを得ない実情があった。事例の緊急性等を勘案し、他の地方公共団体における施設入所も検討するなど広域的に社会資源を活用する必要がある。

(9) 医療機関の役割の重要性

今回の調査では、医療機関が関わり虐待を認識していながら十分な対応ができず、子どもが死亡するという結果に至った事例があった。医療機関は、妊娠産褥期におけるハイリスク者の発見、親への養育支援、診療を通して虐待が疑われる事例の発見など、その役割は極めて大きい。このことから以下のような改善や取組が課題となる。

①発生予防における役割

多くの医療機関において、まだまだ子ども虐待に対する認識は低く、十分に対応できていない状況にある。しかし、妊娠産褥期におけるハイリスク者の発見とその支援など、医療機関の役割は極めて大きい。特に産科や小児科等における妊産婦と新生児の診療やケアの際に、虐待予防の観点から要支援者を把握し継続的な支援を確保するため、地域の保健機関や福祉機関につなげていく体制を早急に整備する必要がある。

②早期発見・治療および援助における役割

先駆的な医療機関においては、様々な診療科や多様な専門職種による子ども虐待防止と治療のための院内チームを構築し、協議とアセスメントの手順を定めて対応しているところもある。現時点でこうした体制を構築している医療機関は数少ないが、養育支援や虐待への対応には複眼的な視点での判断を要し、地域の関係機関とのつながりを確保しながら対応していく必要があることを考慮すると、こうした取組に対する期待は大きく、今後更に進めていく必要がある。

医療機関において、子どもとその保護者に関わる医師、助産師、看護師等は、虐待防止対策について常に最新の情報を収集し、子ども虐待における医療専門職の役割を認識するとともに、日頃から地域関係機関との連携を図る必要がある。一方で、これらの業務には多くの時間と人手を要することも事実であり、これを支援するための多様な専門職の配置や、診療報酬上の評価などが課題となる。

また、母親が精神疾患等により長期に渡って医療機関を受診している場合、主治医との結びつきが強い一方、新たな人間関係を構築することが特に難しい

場合がある。この場合は、医療機関が実質的に情報集約の中心となり得るという点に留意する必要がある。また、精神障害には様々なタイプがあり、それに応じた養育状況・重症度のアセスメント、症状に応じた支援内容が求められるが、これらを判断することが非常に難しいとの指摘が第一線の援助者から出ている。そのためにも医療及び保健関係者と福祉関係者とが共通で活用できる、精神障害事例に専門的に対応できるアセスメント・シートの開発が求められる。

7. まとめ

子ども虐待に関与する関係者は、常に虐待により『子どもが死ぬ』という最悪の事態を想定しながら、事例に対応していくことが必要である。

〈事例の概要〉

- 平成16年1月から12月までに虐待で死亡したと確認できた子ども58人の事例及び死亡には至っていないが重大と考えられる1人の事例について調査、分析を行った。
- 死亡した子ども58人のうち、0歳が24人で約4割を占めており、4歳未満が45人で約8割を占めていた。0歳児24人を月齢でみると、4ヶ月未満が0歳児の約7割を占めていた。
- 身体的虐待が49例（84.5%）、ネグレクトが7例（12.1%）であった。
- 主たる加害者は、実母が31人（53.4%）、実父が13人（22.4%）であった。
- 「児童相談所が関わっていた事例」は17例（32.1%）であった。「関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児童相談所が関わっていなかった事例」は3例（5.7%）で、過去の事例と比較すると減少した。一方で、「関係機関との接点（保育所入所、新生児訪問、乳幼児健診等）はあったが、家庭への支援の必要性はないと判断していた事例」は15例（28.3%）で、過去の事例より増加した。さらに、「関係機関と全く接点を持ち得なかった事例」は18例（34.0%）と過去の事例より大幅に増加した。

〈子どもの年齢別に見られる特徴〉

- 生後1ヶ月未満の死亡が8人（13.8%）おり、加害者は全て母親であった。8例中7例は妊娠の届出がなく、自宅等で出産した直後から数日の間に殺害していた。思春期の早い段階から乳幼児とのふれあい体験などを通して子どもを慈しむ心を育むとともに、性教育を含めた生命の尊さを学ぶための幅広く充実した教育を行うことによって望まない妊娠・出産を予防することが第一義的に重要である。
- 生後1ヶ月から4ヶ月未満の死亡が8人（13.8%）であり、妊娠期からの指導、支援を強化するとともに、医療機関と地域保健・福祉機関との連携を強化し、「切れ目のない支援」を実施する必要がある。

- 生後4ヶ月から1歳未満の死亡も8人（13.8%）であり、「切れ目のない支援」の一環として、乳幼児健診未受診者への対応の強化や月齢の低い時期からの子育て支援活動の強化等が必要である。
- 1歳～4歳未満の死亡は21人（36.4%）で、保育所や幼稚園等の養育機関に入所（園）する率が高くなる4歳以降と比べて多かった。育児不安等に対して実施されているさまざまな子育て支援事業のさらなる充実を図る必要がある。
- 6歳以上の死亡が10人（17.2%）あり、このうち6人は児童相談所が関わっていた。子どもや家族が示す危険のサインを見逃さず積極的に支援していくことが重要である。さらに、就学している子どもについては、必ず学校との接点があることから、学校では、子どもの様子をきめ細やかに把握し虐待の可能性を早期に発見し、関係機関と連携して支援していくことが望まれる。

〈きょうだい2人が死亡した事例〉

- きょうだい2人が同時（あるいはほぼ同時）に死亡した事例が5例あった。このうち、加害者は母親が2例、父親と養父、同居男性がそれぞれ1例ずつで、このうち3例が心中未遂であった。いずれも要支援家庭の要素があったが3例は関係機関の関与がなかった。

〈残されたきょうだいへの対応〉

- 残されたきょうだいがいる事例は28例あったが、事件発生後きょうだいに対してとった対応は、「虐待の確認」が19例（35.8%）、「親からの分離」が16例（30.2%）、「面接」が14例（26.4%）、「心理的ケア」が12例（22.6%）であり、対応がない事例は8例あった。今後、残されたきょうだいが再び虐待を受ける可能性や、きょうだい自身が将来の虐待予備軍となる可能性に対する支援対策を強化しなければならない。

〈妊娠期からの虐待予防の重要性〉

- 虐待を予防するために、妊娠期から、母子健康手帳の発行や健診の機会の活用及び、医療機関と地域保健・福祉機関が連携を密にすることによって、要支援家庭を早期に把握し切れ目のない支援を提供する必要がある。

〈虐待の認識及び要支援家庭の判断力の向上〉

- 関係者は、子ども虐待に関する基本的な知識を再確認するとともに、虐待か否かの判断にとらわれず、「保護者による不適切な監護」等要支援家庭の要素が確認されれば支援を開始する必要がある。

〈子どもの安全確認とアセスメント力の向上〉

- 保護者の拒否などにより、子どもに直接会って安全確認ができなかった事例が複数あった。子どもの状態をアセスメントするためには子どもとの接触は必須であり、最低限直接会って確認する必要がある。
- 子どもとその家庭をアセスメントする際には、固定観念や先入観にとらわれない客観的かつ専門的な判断が求められるが、最前線の相談窓口に専門職が配置されていない地方公共団体も多いため、スーパービジョン等の体制整備が必要である。

〈関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有〉

- 児童相談所等が関わっていた事例でも、機関内およびネットワーク内における事例検討会議等が実施されていない事例が複数あった。事例検討会議を実施し、複数の目で家庭をアセスメントし、援助方針を検討する必要がある。また、複数の機関が関与する場合は中心となって進行管理を行う機関を決定し、援助方針について共通認識を持ちながら事例に関わる必要がある。

〈在宅支援サービスの整備を含めた各種社会資源の活用〉

- 育児不安や負担の軽減を図るため、つどいの広場、トワイライトステイなどのサービスを重症度に応じて活用できるよう、層の厚いサービスの基盤整備を図る必要がある。
- さらに、事態の進展によっては、サービスの提供のみならず、施設の限界に対応するために他の地方公共団体の施設入所の検討や、行政権限の発動など様々な手段を駆使して対応していく必要があり、関係者においては、幅広い各種社会資源や行政システムについて十分に理解を深める必要がある。

〈医療機関の役割の重要性〉

- 妊娠産褥期におけるハイリスク者の発見とその支援など医療機関の役割は大きく、継続的な支援を確保するため、地域の保健機関や福祉機関につなげていく体制を整備する必要がある。
- 医療機関及び医師、助産師、看護師等は、虐待防止対策について常に最新の情報を収集し、子ども虐待における医療専門職の役割を認識するとともに、様々な診療科や多様な専門職種による子ども虐待防止と治療のための院内チームを構築し、地域関係機関との連携を図る必要がある。

- 今回の検証の結果、特に、医療機関と教育機関が虐待事例に積極的に関わり関係機関との連携を強化する必要性がある。

〈地方公共団体における検証の現状と課題〉

- 管内で発生した事例について検証することは、地方公共団体の責務であり、第三者委員による検証委員会などを設置して検証を行い、再発防止に努める必要性があるが、検証を実施した事例が24例（45.3%）と全体の半数に満たなかった。検証を行うことから再発予防策が見えてくるものであり、今後、検証のガイドライン等を作成する必要性がある。

おわりに

本報告は、平成17年4月にとりまとめた本検証委員会による第一次報告「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」に続く第二次報告である。対象とした事例は平成16年1月から12月までの1年間に虐待による死亡が確認された子ども58人と死亡には至っていないが重大と考えられる事例1人の計59人である。平成16年は児童虐待防止法及び児童福祉法の改正の年であり、そのほとんどが改正法施行前に発生した事例であるが、関係機関の関与があれば、また関係機関の連携が緊密にとられていれば死亡は未然に防ぎ得たのではないかと思われる事例が複数あった。

今回の検証では、妊娠前からの予防に加え、思春期等の早い時期から教育・指導を行うことにより虐待予防を図ることの重要性が示唆された。また、要保護児童対策地域協議会等の虐待防止ネットワークの設置及びその活用は虐待防止対策において有効であるが、ネットワークが設置されていても連携が図れていなかったために、関係機関同士が相乗的に機能を発揮することができていなかった事例もあった。このことから、地方公共団体においては、ネットワークの設置を進め、福祉・保健・医療・教育等の関係機関が虐待防止対策におけるそれぞれの役割を再認識し、緊密な連携を図っていく必要がある。

また、児童福祉法及び児童虐待防止法の改正により、通告範囲及び相談窓口が市町村にも広がったことによる取組の進展及び新たな課題等については今後検証していく必要がある。

なお、今回の検証では、特に児童相談所等の関与がなかった事例について調査票の未記入項目が多かった。関与の有無にかかわらず、死亡事例を把握した場合には、関係機関からの情報収集に努め、再発防止のために各地方公共団体等において検証する必要がある、そのためには検証のガイドラインを作成し、普及する必要がある。

子ども虐待により子どもが命を落とすことがない社会とすることを目指し、全ての関係者が一丸となって子ども虐待防止に取り組まなければならない。

【参 考】

1. 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会委員

岩城 正光	NPO 法人子どもの虐待防止ネットワーク・あいち理事長
奥山 眞紀子	国立成育医療センターこころの診療部長
○柏女 霊峰	淑徳大学総合福祉学部社会福祉学科教授
坂本 正子	大阪府東大阪子ども家庭センター所長
津崎 哲郎	花園大学社会福祉学部教授
西澤 哲	大阪大学大学院人間科学研究科助教授
野田 正人	立命館大学産業社会学部教授
◎松原 康雄	明治学院大学社会学部社会福祉学科教授

◎：委員長、 ○：委員長代理

2. 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会開催経過

□「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」

第5回 平成17年 8月26日（金）

- ・児童虐待による死亡事例（平成16年1月～12月末日）の検証について
- ・今後の検証の進め方

第6回 平成17年10月25日（月）

- ・児童虐待による死亡事例（平成16年1月～12月末日）の検証について
- ・今後の検証の進め方

第7回 平成18年 2月 2日（木）

- ・児童虐待による死亡事例（平成16年1月～12月末日）の検証について
- ・現地ヒアリング調査結果等について
- ・第2次報告書について

第8回 平成18年 2月28日（火）

- ・第2次報告書（案）について

□「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」における児童虐待事例に係る現地調査

- ・平成17年12月21日（水）
- ・平成17年12月26日（月）
- ・平成17年12月27日（火）
- ・平成18年 1月 6日（金）
- ・平成18年 1月19日（木）

□「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」

事例検討ワーキンググループ

第3回 平成18年 1月20日（金）

- ・児童虐待による死亡事例（平成16年1月～12月末日）の検証について
- ・現地調査結果等について
- ・第2次報告書について