

「子ども虐待ケースに対する区分対応システム での支援型対応実践モデルの開発的研究」

平成28年度－30年度 日本学術振興会学術研究助成基金助成金（基盤研究C）

最終研究成果報告書

【課題番号】 16K04248

「子ども虐待ケースに対する区分対応システムでの支援型対応実践モデルの開発的研究」

平成28－30年度 日本学術振興会学術研究助成基金助成金（基盤研究C）

研究代表者 畠山由佳子（神戸女子短期大学 准教授）

研究代表者 畠山 由佳子
（神戸女子短期大学 准教授）

I. 本研究の目的、背景、意義	畠山由佳子	1
I-1. 本研究の目的		
I-2. 本研究の背景とこれまでの研究との関係		
II. 市町村による支援対応の把握のための聞き取り調査		
II-1. DV ケース及び精神疾患をもつ親がいるケースに対する支援についての 聞き取り調査	畠山由佳子	7
II-2. ネグレクト事例について	加藤 曜子	18
II-3. ひとり親ケースに対する支援	清水 冬樹	25
III. 海外調査報告	畠山由佳子	33
III-1. 本研究において行った海外調査の概要		
III-2. イギリスにおける非営利団体（charitable organizations）の活動と Safeguarding （児童保護）体制との関係について		
III-3. フランスにおける児童保護システムにおける家庭支援のあり方について		
IV. 「市区町村における子ども家庭支援の現状に関する調査」	清水 冬樹・畠山由佳子	67
IV-1. 本稿の目的		67
IV-2. 調査の方法		67
IV-3. 調査結果の概要		69
IV-4. 結果		69
IV-5. まとめ		82
(資料) 質問紙調査用紙とビネット A～E		
V. 研究メンバーの実践からの報告		85
V-1. 市区町村における支援型対応のあり方	吉田 恵子・八木安理子	85
V-2. 市町村の児童家庭相談におけるデータ管理ソフトの在り方とソフト会社への提 案	伊藤 徳馬	91
V-3. 放課後等デイサービス事業から考えた要保護児童等と保護者への支援	笹井 康治	97
V-4. 子ども虐待対応において市町村ができる“子どもの安全”の確保“問題”から ブレずに話をすることが可能となるために	渡邊 直	105

VI. 市町村における家庭支援のための実践モデルとは？	畠山由佳子	109
VI-1. ケースマネジメント		111
VI-2. リスクマネジメント		115
VI-3. ニーズアセスメント		116
VI-4. 支援に乗せるための枠組み		117
VI-5. 支援に必要な社会資源把握と開発		118
VI-6. データ蓄積管理システム		118
VII. 本研究に関する今後の課題と提言	畠山由佳子	119
VIII. おわりに	畠山由佳子	121

平成28年度—30年度 日本学術振興会学術研究助成基金助成金（基盤研究C）

【課題番号】 16K04248

【研究課題名】 子ども虐待ケースに対する区分対応システムでの支援型対応実践モデルの開発的研究

【研究メンバー構成】

研究代表者：畠山 由佳子（神戸女子短期大学 幼児教育学科）

分担研究者：加藤 曜子（流通科学大学 人間福祉学部）

分担研究者：清水 冬樹（旭川大学短期大学部 幼児教育学科）

連携研究者：橋本 直子（福井県立大学 看護福祉学部）

研究協力者：伊藤 徳馬（神奈川県 茅ヶ崎市）

研究協力者：笹井 康治（(一社)インターナショナルハウスふじやま
(放課後等デイサービス))

研究協力者：坂 清隆（神奈川県 横浜市）

研究協力者：八木安理子（大阪府 枚方市）

研究協力者：吉田 恵子（大阪府 堺市）

研究協力者：渡邊 直（千葉県）

I. 本研究の目的、背景、意義

畠山由佳子

1. 本研究の目的

本研究は平成25年度～27年度科学研究費補助金助成研究（基盤研究C）として行った「日本における児童虐待対応ケースに対する区分対応システムの開発的研究」の次の段階として、初期段階で緊急度が高いケース及び差し迫った危険があるケースを振り分けた後の支援型対応の実践モデルを開発することを目的とする。従来の虐待種別にとられるのではなく、あくまでも効果的な支援展開を行うための類型化とその援助手続き、判断基準、市町村支援者がとるべき家族への「支援」と「介入」のアプローチの指針、実際に支援に使う資源等を含む実践モデルを、質的・量的調査による調査結果を基にして分析・後発を行い、開発したい。また、各自治体の状況に応じた逃れも可能なモデルを考えている。

2. 本研究の背景とこれまでの研究との関係

本研究の前提として、平成25～27年度科学研究助成助成（基盤研究C）において、児童虐待通告ケースに対する区分対応システムの開発的研究を重ねてきた。区分対応システムは基本的には通告受理ケースに対して、安全確保のためにどれだけの強制的介入を伴う必

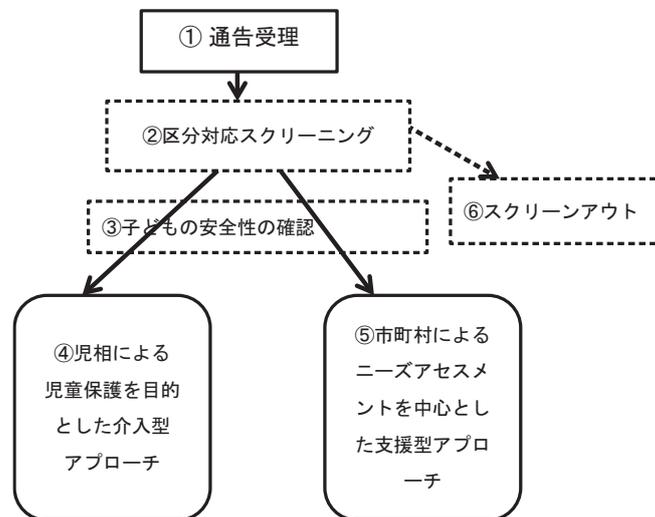


図 I-1 当初予定していた振り分けシステム図

要があるか（セーフティ・アセスメント）の判断を基盤として、区分して対応することを目的としたシステムである（図 I-1参照）

当初想定していた日本版区分対応システムは、米国における Differential Response の仕組みをモデルとして、通告受理ケースを対象とするシステム（図 I-1）であったが、調査研究の結果、最終的にアメリカ合衆国のように調査によって強制介入の根拠となる虐待

判定結果を明確な手続きとして含めない日本の児童虐待対応においてはそぐわないという結論となった。

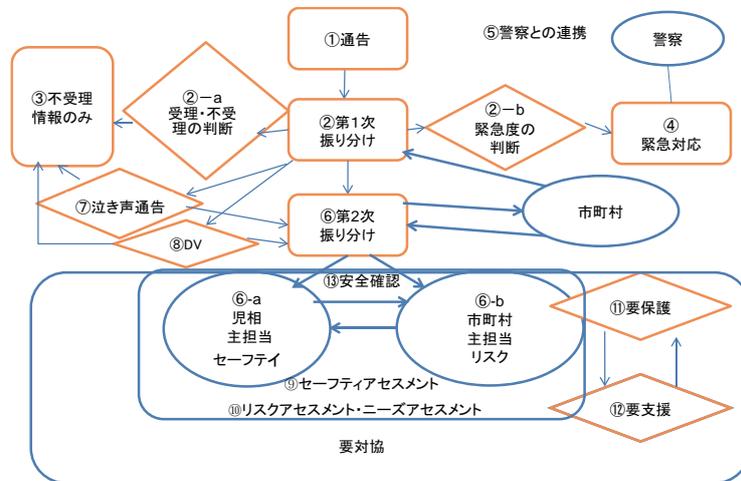


図 I-2 日本版区分対応システムたたき台図

前回の科研で、最終成果として提示した日本版対応システムは図 I-2 のようなものであり、この叩き台については次の 8 つ条件にまとめた。

1. 日本版 DR は、振り分ける際は振り分ける目的が明らかであり、振り分けられるケースが必要な支援に結びつくことを目的として振り分けられるべきである。ゆえに DR は決して通告ケースを安易に丸投げするシステムではない。莫大な量の通告相談ケースをどう整理してどう対応したいのかの目的があって初めて成立する振り分けシステムである。
2. 北米の DR の起源がそうであったように、日本版 DR においても、「虐待」という事象にとらわれるのではなく、子どもの安全と子どもと家族のウェルビーイング、そして子どものパーマネンシーのために、必要な支援につなげることを目的とした対応のシステムのパラダイムシフトを最終的な目的とする。ゆえに、通告は「支援につながるきっかけの送致」であり、「児童虐待」ではなく「子どもの安全」の問題としてとらえ、なるべく支援につなげるというソーシャルワークの価値を児童虐待対応に対してもたらすものである。その価値は日本版 DR の実践を通して、システム全体の手続きに反映されるべきである。
3. 日本版 DR は必ず根拠を持ったシステムティックな振り分け判断がある。すべての意思決定には根拠がある。セーフティとリスクに区別をつけ、それぞれをアセスメントしたうえで、家族のニーズとストレングスもアセスメントすることを手続きに含んでいる。セーフティとリスクの概念は違い、セーフティは子どもの保護等を含めて検討し、強制的にセーフティを確保するための手段がとられるべきであるが、リスクは支援によりコントロールされたり、家族が持つ強みやプロテクティブ要素によって軽減されるたりする。

4. 日本版 DR は、受理・不受理のスクリーニングのみをさすものではない。
5. 日本版 DR には、1. 振り分け基準、2. 振り分けを行なう主体、3. 振り分けた先の対応トラックの内容、4. 子どもの安全確認の方法を必ず含む。

振り分けた先のトラックは、「支援型対応」と「介入型対応」と便宜上、呼んだとしても、「支援」と「介入」のみを行なうものではない。どちらも要素が必ずどちらのトラックにも含まれており、その比重が違うだけである。どれだけ「介入的要素」が強いかは、子どもの安全確保のために、どれだけ強制的な要素を持たなくてはならないかによる。また、どちらのトラックが見相、市町村が担当するというものでもない。トラックの中身とその振り分け判断主体については、要保護児童対策協議会の活用も含め、柔軟性をもったものにすべきであり、更なる討議が必要である。また、介入的対応については必ずしも司法の関与を要するものではない。

6. 日本版 DR はウェルビーイングモデルや家族中心実践やストレングスモデルに基づいた価値を基盤にその手続きが展開されるが、手続きは、各自治体の事情に合わせて柔軟に逃げる余地を残しながらも、核の部分や不可欠な部分についてはきちんと言語化され、定義づけられる。またその手続きは個々人に付随するものではなく、システムに付随するものであり、人が変わっても手続きの本質は変わらないものである。また、手続きについては、その根底に流れる価値やミッションの部分を含め、共有されるための研修も開発されなくてはならない。
7. 日本版 DR は現場で起こっている声を吸い取り、それを制度化したものであるべきである。その改善に対しても常に現場からのフィードバックを受け、使いやすいもの、目的としての安全確保と子どもと家族のウェルビーイング、そしてパーマネンシーの追求のためによりよいシステムを常にめざし、改善していく。
8. 日本版 DR は評価も含めるものであり、「子どもの安全はきちんと確保されたのか」「家族と子どものウェルビーイングは向上されたか」「子どものパーマネンシーは保障されているか」を評価する方法も含めるものである。ゆえに、手続きの記録と共に、それらの効果（アウトカム）の指標となるデータのデータベースも将来的には含んでいくことを目的とする（畠山、2016）。

この叩き台を作成した時点よりも、市町村の役割は平成29年4月以降の児童福祉法改正を受け、さらに複雑化したものとなる。市町村は法的にも「支援の拠点」として位置づけられ、「人的・質的な体制の強化」が求められるようになった。また「市町村子ども家庭支援指針」（ガイドライン）がこれまでの「市町村児童家庭相談援助指針」に代わり策定された。ゆえに、本研究においても、新しく市町村に求められた対応について次の三点に特に考慮しながら研究を進めていくこととした。

1つめは、今回の法改正により、最も異なる点は当初の日本版区分対応システム（日本版 DR）において想定していた対象よりもさらに広い対象を市町村が対象としなくては

けない点である。研究計画策定当初、本研究の日本版 DR が想定していたのは通告・相談を経路として受理されたケースを対象とした振り分けシステムであり、市町村の関係機関や要対協により把握されたケースも児相に入るケースも併せて一元化された経路を通し、振り分け判断基準によって振り分けられることを想定していた。しかしながら、今回の法改正をうけた指針により、市町村は「ポピュレーションアプローチとしての気になる子ども・気になる妊婦・養育者の気づきによって受理された対象に対して「虐待の有無」を確認するという視点だけではなく、あくまでも「子どもの心身の安全にかかわる危機の有無」を確認するという視点において緊急度・リスク・ニーズアセスメントをし、要保護・要支援の段階を判断すること」とされている。つまり、当該市町村に住むすべての子どもとその養育者（そして妊婦）に対して「子どもの心身の安全」において「気になる」存在がないかという視点で対象を掘り起こしていく（アウトリーチしていく）ということとなり、市町村の対応の対象として、当初予定していたよりも、その気になり方も多様な家族が含まれることになる。この点については、市町村内で見つけたケースについても、要保護・要支援というある種の振り分けを市町村内で行うということになり、掘り起こしてきたケースの分別・整理とその基準を考える必要がある。

2つめは市町村が行う対応の目的がさらに抽象的なものとなったことである。指針の中では、「子どもの権利を守るために」「子どもの安心・安全の確保」「子どもの最善の利益の優先」など児童福祉法の改正と共に子どもの権利条約の内容を反映した文言が並んでいるが、それぞれの言葉が指す概念についての明確な定義づけについては提示されていないため、市町村が行う対応は大義としてはなんとなく理解できるが、具体的にはわかりづらく、共有されづらい。自発的にサービスを求める層とは違い、指針の中でいう「保護者の『困り感』のないケース」も多くみられ、市町村が判断する「要支援性」「要保護性」には支援者側からの一方的な「介入」が多かれ少なかれ求められていることは否定できない。支援の中の「介入性」（本人は求めている支援を強制的に提供する要素）について、どのように考えていくのかというのには、本研究においてキー概念としてきた「支援」と「介入」の概念の共有とそこに関わる意思決定がさらに重要になっていくと思われる。

3つめは、対応の対象も目的も幅広いものとなったにもかかわらず、その支援の手立てについては、従来とはあまり変わらない点である。市町村の役割について、「第一義養育者である保護者を支え、その養育責任を遂行するために公的支援を提供する」、「子どもの権利を守るための責務を果たす」、「保護者ごと支える」ということが指針には書かれているが、そのための支援メニューは未だ限定されたものであるのが現状である。従来の子育て支援メニューに加えて、ショートステイ、養育支援訪問事業などのメニューなどの支援はあるものの、一時保護や家庭外措置以外には子どもの安全確保に特化した保護的な手段は存在していない。市町村は一時保護や家庭外措置を行う権限さえ持っていない。関わるからには、何らかの支援が提供されるべきではあるが、早期発見し、早期介入することを求められているのに、いまだ支援メニューが増えていない点について、早急に対策をとる

べきである。相手が望まずとも関わるのであれば、提供できる支援を準備しておく必要がある。

市町村の支援展開では、最終的に自発的でない保護者と共に状況の改善に向かっていけるように支援することが必要となり、そのためには家族を「エンゲージ」（その気にさせる）する「方法」についても考えていく必要がある。

以上の三点について、当初の研究計画に加える含める形で、研究を進めることとした。またゆえに当初予定していた最終成果である実践モデルの内容にもこの変更が反映される形となった。

表 I-1 市町村が行うべき支援型対応の実践モデルの内容

<p style="text-align: center;">本研究で開発する支援型対応の実践モデルが含む内容</p> <ol style="list-style-type: none">1. 市町村で特に対応が困難だと想定されるケース（ひとり親家庭、ネグレクトケース、DV ケース、親が精神疾患を持つケース）に対する具体的な対応方法・支援手続き2. 支援として使える既存の社会資源の把握（または開発すべき社会資源の特定）3. 「支援」と「介入」のアプローチの指標4. 子どもの安全確認と安全確保の方法5. 対応・支援・情報の記録のあり方とその管理手続き

研究計画作成時に想定した実践モデルには次の5つの要素が含まれることとした。

特に1つ目の市町村での対応が困難と想定されるケースについては、これまでの市町村に対する調査（畠山、2015；2016）や文献研究において、市町村が多く対応するケースの特性を上げたものである。ネグレクトケースについては市町村が対応するケースのおよそ8割を占め、慢性化しているものも多い。だからこそ、児相との連携のタイミングがわからないまま、長期間、改善が見られないままに関係機関が消耗してしまうという事態も多くみられている。ゆえにネグレクトケースにおいては児相との連携部分に重点を置き、その対応方法を探ることとした。

DV ケースおよび精神疾患を持つ親のケース、ひとり親ケースについては、家族の持つ脆弱性として、被害者や患者である親自体が支援の対象となるべきケースではあるが、そ

こに子どもの安全の問題が関わる際に、子ども家庭相談部署の立場としてどのように対応していくのか、また親側の視点に立つ支援者とはどのように連携していくのか、それぞれの立場をすり合わせていくのか、という点に焦点を当てて考えてみることにした。

2つ目の社会資源については、市町村で支援に使える社会資源について、公民を問わずどのような社会資源が利用されているのか、また必要とされているのかについて明らかにし、その利用方法についても考察をすることとした。

3つ目の「支援」と「介入」のアプローチについては、市町村の子ども家庭相談の対象および関係機関からの通告・相談があったケースに対する対応に、どれだけの「介入性」を持たせるのか、ということ意識し、その基準をなるべく言語化し共有する必要があるのではないかと考えた。また、その「介入性」と要対協の台帳管理に絡んだ「要支援」「要保護」ケースの区分についての関係性も市町村は意識していく必要があると考え、その部分も「支援と介入のアプローチ」の部分で言及することとした。ここでいう「介入性」とは親自らが相談してきた・または支援を求めてきていない場合、どの程度、支援者側が強い意図や強制力を持って、状況の改善を求めるのかという点である。この「介入」という言葉にはいろいろな解釈があるにしろ、「支援を受け入れなかった時、ほっておくことができない状況の強度」というのが最も共有できる定義だと思われる。

4つ目の「子どもの安全確認・安全確保の方法」については、新しい指針の中で類出している「子どもの安心・安全」についてもその意味を鑑み、一時保護および家庭外措置に頼らない市町村ができる方法を考察する。子どもの安否確認以外の「安全確認及び安全確保」はどのようなことかについて、海外の例なども参考に考えることにした。

5つ目の「対応・支援・情報の記録のあり方とその手続き」では、市町村におけるデータ管理の現状について、質問紙調査にて把握するとともに、現在の管理方法についてどのように感じているのか？どのような場面において改善の必要性を感じているのか？などの意見の収集を行い、市町村における記録のあり方とその管理について考えた。

以上、法改正及びその関連による市町村の子ども家庭支援に関わる変革に併せて、本研究の計画について必要となった改変について説明した。しかし、本筋の「市町村が行うべき支援」を実践モデルとして顕在化させることが本研究における大きな目的となっていることには変わらないことを強調しておく。

Ⅱ. 市町村による支援対応の把握のための聞き取り調査

目的：虐待通告相談ケースと受理されながらも、ひとり親家庭、ネグレクト家庭、DV、親の精神疾患を背景要素として持つケースに対して実際に市町村がどのような支援を提供しているのか、関係機関との支援体制、支援に使うサービスや社会資源、実際の支援手続などを把握することである、また本調査の結果を質問紙調査における調査項目作成のための参考とする。

方法：人口規模や体制のさまざまな市区町村を対象とし、半構造化した質問リストをもとに担当者から聞き取る形をとる。

役割：ネグレクト家庭への支援の対応把握→加藤曜子氏（分担研究者）が実施。

ひとり親家庭への支援の対応把握→清水冬樹氏（分担研究者）が実施。

DV ケースへの支援の対応把握→畠山由佳子（研究代表者）が実施。

親の精神疾患ケースへの支援対応把握→畠山由佳子（研究代表者）が橋本直子氏（連携研究者）より助言サポートを得ながら実施。

Ⅱ-1. DV ケース及び精神疾患をもつ親がいるケースに対する支援についての聞き取り調査

畠山由佳子

1) 調査目的

DV ケース及び精神疾患を持つ親のケースは、子どもにとっての安心・安全に対して懸念のある状況になる場合もあると同時に、養育者自身の養育能力に制限がある、又は困難やニーズがある状況であるといえる。DV ケースおよび精神疾患ケースにおける親は自らが暴力の被害者もしくは、病気という困難をもつ患者であり、支援を必要としている立場の存在であるにもかかわらず、子どもの最善の利益を優先する子ども家庭相談部署の立場からは、子どもの安心・安全に対する支援と拮抗してしまう場合が生じるのではないかと考えた。だからこそ、どのように親側の支援者たちと連携・協働しながら、自らのニーズを持つ親に対する支援と子どもの安全のバランスを図っていくのべきなのかについて明らかにすることを目的として調査を行った。また、この聞き取り調査は本研究において行う質問紙調査で用いる調査票作成のための基礎的な情報を収集することも目的としている。

(1) 市町村子ども家庭相談部署における DV ケースの支援はどのようなものか？ DV ケースにおいて、子どもに対する安全の懸念がある際に、子ども家庭相談部署はどのように他部署と連携を図るのか？うまくいったケースとはどのようなもので、どのようにうまくいったのか？ DV ケースにおける関わりで困難な点はどんな点か？

- (2) 市町村子ども家庭相談部署における親が精神疾患を持つケースへの支援はどのようなものか？親の精神疾患の問題が子どもの安全の懸念と関わる時に、子ども家庭相談部署はどのように他部署と連携を図るのか？うまくいったケースとはどのようなもので、どのようにうまくいったのか？困難な点はどんな点か？

2) 調査方法

(1) 質問項目

事前にインタビューガイドを準備し、半構造化インタビューを行った。

①インタビュー対象者の属性

職種、職位、資格・免許、現職の経験年数

②対象自治体での虐待対応（または支援）の組織体制

③DVもしくは精神保健の相談体制

④どのようなケースで担当部署と連携があるか？

⑤うまく行ったケースとはどのようなものなのか？

⑥支援においてどのようなことが難しいか？

* 質問④, ⑤, ⑥については、市町村の子ども家庭相談部署に対してはDVケースおよび精神保健ケースに特化して尋ね、精神保健領域の支援者に対しては、親が精神疾患で子どもがいるケースについて尋ねた。

(2) 調査対象

4自治体および1民間事業所より7名を対象とした。研究協力者を中心に、「支援実践についてしっかりとした概念を持っていて、言語化することに長けている方」を紹介してもらい、その中から今回の調査主旨を理解、同意してくださった方々を対象とした。
(政令指定都市2市、人口11万人規模1市、13万人規模1市、25万人1市)

家庭児童相談室SV（社会福祉士）

児童福祉管轄課課長（事務職）・主幹（社会福祉士）

家庭児童相談室社会福祉主事（保健師・現職8年）

家庭児童相談員（保育士・現職8年）

精神保健福祉相談員（精神保健福祉士・現職9年）

民間訪問看護サービスおよび相談支援センター所長（PSW・現職15年）

(3) 時期・時間

2017年1月～5月にて時間：1時間～2時間

インタビューについては、音声データを録音した。

(4) 倫理的考慮

調査実施に対して、調査対象に以下のことを事前に説明し承諾を得た上で、調査を実施することとした。

- ・自治体名や個人が特定される形での公表はしない。
- ・回答できない質問に対しては拒否することができる。
- ・途中で調査を中断する権利がある。

*本調査については、神戸女子短期大学人を対象とする研究倫理委員会の審査を受けた。

3) 分析方法

インタビュー内容については、その音声データよりテキスト化したうえで、カテゴリー化を行い、本調査のリサーチクエスションに沿って概念を抽出した。本調査は質問紙調査につながるための基礎的調査であるため、その分析手順において厳密な妥当性確保を求めている。

4) 結果 (実際の聞き取りデータからのローデータを『』にて斜太字で表記)

(1) DV ケースに対する支援について

①相談体制について

DV ケースに関するヒアリングをした4市のうちでDV相談部門が子ども家庭相談部門と同じ部署にあったところは1市のみ。同部署にあるところの方が少なかった。概して、DV ケースに対する支援は、被害者親と子どもが逃げるまでの短期間の支援を行い、逃げた先で生活が安定したら終わりというのが多いようである。

②市町村が対応するDVケースの経路パターン

市町村が対応するDVケースのパターンには3つのパターンがある。1つ目は警察からの面前DV通告のケースである。大概是警察からの面前DVケースの通告は児相の方に入るが、市町村に対して家族に対する問い合わせが警察から入る場合もある。警察からの通告に対する対応は、自治体によってもまちまちである。警察からの家族に対する情報の照会についても、警察から直接市町村に入るか、児相から入るかが基本的には定まっておらず児相から市町村の見守りケースとして任される場合もある。(『**照会のルートを決めるべき。**』)

2つ目は市町村にあるDV相談窓口被害者が直接相談に来るケースである。うまくDV相談窓口と連携ができている場合は、初めから家庭相談員等が相談に同席する取り決めをしていることもある(『**後で面接に加わるという場合もあるが、なるべく一緒にと決めている。・・今日きて、すぐにシェルターという話になるのであれば、必ず同席させてもらう。必要ならば子どもの所属機関とも調整をする。**』、『**必要であれば、生保も一緒に入ってもらいながら、避難の準備をする。**』)ただ、DV相談窓口での対応は「加害者から

逃げたいか、どうか？」がポイントになることが多く、逃げない場合はそこで対応を停止することが多い。

3つ目はすでに子ども家庭相談部署や要対協が関わっているケースであり、本人からのDV被害の訴えはないものの、その被害が疑われるものである。これについては、一番展開が難しい。『**DVが疑われるが本人の明確な訴えがない。DVの枠組みで言えば、強制的に保護できない**』。子どもに対しての明らかな被害がある場合は子ども家庭相談部署が動けるが、そうでない場合は、被害者親が自分の起こっている状況を自覚し、行動に出るように働きかける必要がある。『**家族の周りにそういう状況を作り出すこと、公的（周りが）にできることと家族自身ができることはある程度分けて、公的にできることはこちらが全力でするよ、と（親に伝える）**。』

③ DV ケースに対する市町村の支援

i) 子どもの安全から見た時の家庭の状況

まずは、子ども家庭相談部署は常に子ども目線に立ち、子どもの安全を最優先に考えるため、DV事例は、基本的に心理的虐待として扱う。被害者親が子どもを守ることが出来ていないと解釈し、ネグレクトとして扱うこともある。被害者親はネグレクトを行っている加害者として扱われることになるため、関係が複雑である。『**被害者とされている親にも課題があつて、養育しきれない、ネグレクト的な評価をし、子どもと共に被害者親が保護される。**』『**母親自体に守る力がない場合、DVを心理のままにせずにネグレクトに変更をして相手の自治体に渡すということをしている。**』

逃げることを決断してくれれば、その意思に沿った支援を行うことが可能であるが、逃げることを躊躇する、または被害者に被害の自覚がない、または否認している場合は、子どもの安全を確保する視点からの対応とならざるを得なくなる。そういった場合、子ども家庭相談部署は、被害者親が子どもの安全をどれだけ守ることが出来るかを速やかに判断し、被害者親が守れないとなると、程度に応じては子どもの保護等の迅速な対応を考えていかなくてはならない（『**被害者である親に子どもを守る気持ちや力があるか。DVによってその養育力が阻害されているだけなのか？**』）。

ii) DV相談ゆえの連携の難しさ

身体的暴力を伴わないDVの場合は、さらに複雑であり対応が困難である。明らかに子どもや家庭状況に悪い影響が出ていても、経済的DV、心理的DV、性的DVなどの場合は、被害者の主観による訴えからの判断でしかなく、なかなか客観的な評価をしづらい。子どもに対する安全への影響も指摘しづらく、介入しづらい。『**何かされそうでこわい**』というだけで泣いているケースもありました。丁寧な聞き取りが大切です。』

また、DV相談では、被害者の主訴が全てとなり、加害者からの聴取は行わないため、実際には被害者にとって都合の悪いことは情報として入らないことも多い。そういった中

でどのように家庭内での情報、とくに子どもの状態に対する情報を収集するかが重要となる（『DV・精神は個人情報を出さないことでの支援。虐待は個人情報を取り、共有することでの支援』、『DVの方が情報を出さない枠組みであることのぶつかりあい』、『DV相談に母が来る。上の子だけを連れて逃げる。父親からひどい暴力を受けているとの訴え。残された1人が心配なので、要対協ケースとして2名とも受理。調査。この所属機関等から聞き取り。父親いい養育。母親の方がいい加減。母親に金銭的トラブル、男性問題も。』）DV相談員（女性相談員）が子ども家庭相談部署と同じ部署にいるまたは同じ上司であれば、比較的連携は簡単だが、組織が違う、物理的に離れている、非常勤の相談員しかない場合は、互いにすり合わせや連携が難しくなる。子ども家庭相談部署とDV相談の間での相互理解や信頼関係の醸成が必要である。

DV相談支援と子ども家庭相談および要対協での支援は同じ家庭を支援していても、その視点や目標が異なる。（『根幹は逃げた時に、家児相は子どもが幸せになればいい、DV相談員は被害者である親が幸せになればいいと思っている。家族が幸せになればいいという根幹は同じ。ただそこに相反が起こるとき、困る。』）DV相談においては、「逃げるかどうか」が支援のポイントとなり、逃げないのであれば支援が終わってしまう。子ども家庭相談部署の関心ごとは子どもの安心・安全であり、逃げておしまいというわけではない。（『危険だから逃がしちゃえというのではだめだと思う。けしかけてもしょうがない。…子どもはどうなのか？』）。逃すスピードが求められるが、結局は子どもと自分にとってはどうするのがいいのかを落ち着いて考えることも必要ではないかという意見もあった。（『時間をかけてもいいんじゃないか？と思っている。ホテルに1泊して考えてもらってから再面接をする人もいる。』）

また警察との連携も大切であるという声もあった。警察の存在を使って、加害者と話し合う場所を持ったり、暴力の抑止を警告してもらったりという例も出された。（『DVと言っているが、警察に場を移して、署内に場所を借りて話し合わせてもらうことも多々ある。夫が怖い、というのであれば、署内で警察官立ち会いで話し合いをしてもらう。』）もちろん、警察は避難する場合に荷物を取りに帰るときに同行してくれたり、逃げた後に周辺をパトロールしてくれて「異常なし」というメモを残してくれたり、保安という役割で、親子に安心を与える大きな役割を担ってくれる。

DVのある環境に子どもがとどまるのであれば、どのように子どもの安全・安心を守るのかの手立てを子ども家庭相談部署が考える必要があるだろう。日本では、被害者が逃げるもしくは保護命令以外は、解決策がなくDV加害者に対する更生プログラムへの参加は義務付けられておらず、あまり広く浸透していない。また、元の加害者から離れることができたり、離婚が成立したのちも、同じようなDV性質のある配偶者やパートナーを見つけてしまい、DV関係を繰り返すような傾向もあることは否めない。ゆえに、被害者親に対して、早い段階で自然な形で、子ども家庭相談部署はつながっておきたいのだが、なかなか「子どもからの目線での支援」を自分のことで必死になっている被害者に対して

わかってもらいづらいという苦悩も聞き取りでは語られた。（『こちらがいて、「あなたは何者？」ってなったら、「児童福祉です」というんだけど、「なんで？」となる。たいていは旦那に内緒で相談に来ているので、その中で動くのは難しい。』）。DV 環境から離脱すれば、その後の様々なことで相談・支援をしてもらえるような関係性を子ども家庭相談部署がもっておく、市外に転居したときも新しい市町村につなぐことまでできればいいという声も聴かれた。

④市町村の子ども家庭部署が DV ケースへの支援のできること。

子ども家庭相談部署が DV ケースに対して行う支援として、加害者から逃げた後の生活を安定させることがまずはあげられる。だが、実際には「心理的虐待」を受けた子どもの心理的ケアが最も必要な支援のひとつとなるべきであるが、市町村ではなかなかそこまで提供する（必要な支援につなぐ）ことに至っていないというのも現実であるようだ。別市町村に逃げる場合は、逃げる先にどれだけ情報が提供できるか否かについては、ケースが要対協ケースとして挙がっているかどうかによって異なる。（『DV 相談に対して要対協管理をしていることで、母親に対する見立てとかをすでに持っている場合、新たな自治体や入所する施設に情報として提供する』）（『DV の方が情報を出さない枠組みであることのぶつかりあい。』）逃げた先では「ひとり親家庭支援」に切り替えるだけでいいのか、新しい暮らしと変化に親子ともども慣れていかななくてはならない。関係部署とつなぎながら（『関係機関と結びあうというのが市役所が一番得意な分野。』）親子でどのように新しい生活を立て直していくのか考えていく必要がある。（『被害者の親の人生ではあるけれど、子どもにとっては安全・安心な生活が確保できているのか？を親と共に考えられるようにもっていく。』）加害者がいない生活になって、落ち着いたところで、DV の影響による子どもの問題行動が表れてくることも多い。ゆえに DV 環境で育ったことで起こる子どもに対する影響についてもアセスメントし、その対応も必要とされるだろう。（『面前 DV の心理的虐待のダメージはすぐにはわからない。』）また、子どもはどう感じているのか、子どもからの思いを聴きとることのできる支援者の存在も必要となってくる。民間団体や NPO などの協力を得た長期的な支援が必要となってくる。

市町村の子ども家庭相談部署は DV の問題を子どもの視点から、そして子どもの安全安心の視点から対応するというスタンスは崩すことができないが、一方で、被害を受けている親の気持ちにも寄り添ったうえで、逃げる・逃げない、逃げた後の後の生活、そしてその後の子どもの成長、という長いスパンでの支援を考えていく必要があると思う。要保護性が薄れた後も、支援としてつながれる、家族からもつながってもらえる存在となっていくことの大切さが感じられた。

（2）精神的疾患を持つ親のケースに対する支援

精神疾患を持つ親のケースに対しては、DV ケースについての質問の対象とした 4 市の

子ども家庭相談部署の他に、精神保健の専門領域からの支援者である市の精神保健福祉相談員（精神保健福祉士）、民間訪問看護サービスおよび相談支援センター所長（精神保健福祉士）に親を患者として支援する立場からの話を聞いた。これらの精神保健領域の専門職支援者に対しては、「子どもがいる精神疾患のある親に対しての支援について」ということで基本的にDV ケースに対する聞き取りと同じインタビューガイドを使い、聞き取りを行った。精神保健相談員、訪問看護サービス提供者については、それぞれ1人ずつの対象であるため、個人的な意見や自治体などの特長もあるかもしれないが、精神保健領域の専門家からの視点を知るという目的で聞き取り調査を行った。

1) 精神保健サービス従事者からの視点

①子ども家庭相談部署、または要対協ケースとの関わり。(精神保健相談員)

子どもの領域でキャッチされたケースの親が精神疾患らしい、という形での関わり方が多い。ほとんどの場合は、医療とつなげることが、市の精神保健相談員の関わりにおいて、一番必要なことである。親が表出している症状によって、親本人も困っているだろうから「不安だったら、見てもらえる機会があるよ」ということで、精神科医の巡回相談につなぐことが多い。(『1人で抱え込めないという状況になった時、多職種連携が必要な時に声がかかってくる。たとえば「病院に行きたいと言っているのですが、病院はどこにあるか?」という電話がかかってくる。』)

精神保健に関わる制度についての説明や手続きに対する支援を家族や本人にするように依頼がある場合もある。家事が負担となってきた人に対して、ヘルパーサービスを勧めるが、そういう時は家児相の相談員に同行訪問し、説明をしながら事務手続きをする。

個別ケース会議に出席し、精神疾患が疑われる親に対する支援者の対応についての助言を行うこともある。そこで、精神保健相談員として意見を求められているのは、本人の病状に基づいた意見であり、あえて子ども家庭相談部署の視点とは違う視点を入れるということが大切だと思っている。(『この病状では入院を強制させることはできません』という**ようなことを言うこともある**)。関係ができていない人なら、患者さんの気持ちの代弁もできるが、個別ケース会議に呼ばれるときは、自分が関わっていない方に対する意見をオブザーバーという立場で求められることが多いため、一般的な意見しか言えない。

入院していた患者さんが退院するときのカンファレンスで、退院するにあたっての約束事を親とする場合は、児相や家児相がカンファレンスに出席する。あえて児相や家児相には、親がしていることが子どもの福利に反すること、子どもの基本的権利を阻害していることだとはっきり言ってもらうように前もって要請することもある。それによって、親自身が児相や家児相、精神保健相談員の立場の違いが理解できるようになる。(『**そのためにどうしよう。あなたのためにどうしよう、と PSW はアプローチをかける。(家児相が)ふんわりとされていると困る。別だてでそういうことを言いに行ってもらう。敵味方をあえて作る。視点が違っている。それが当たり前。それで着地点を見つける。**』) 患者で

ある親自身が、精神保健相談員に関わってほしいと希望すれば、関わるようにしている。そうすると、ケース会議での発言も本人の思いを代弁する内容が入ってくる。親子分離などの場面には立ち会わないようにしている。分離後の親の精神疾患に関する支援を続けていくのは精神保健相談員なので、関係が悪くなったら親が頼れるところがなくなってしまふ。(家児相から『不安だから親のそばにいてほしい』と言われることもあるが、「そうすると、今後入りにくくなるけど、いいか?』と伝える。『最近は役割をわかってくれたみたいで、言われなくなった。』)

家児相のケースで関わるケースとなると、やはり子どもの虐待が疑われるようなケースが多い。全体としては病状のためネグレクト状態になっているケースが多い。精神保健相談員の立場からすれば、患者さんに子どもがいがいが、いまいがあまり対応には関係ない。患者さんが自分の支援の中心である。精神保健相談員は親を「精神疾患という生きづらさを持った人」という観点で見る。家児相や児相が求める「親」という存在ではない。だからこそ、家児相や児相が求める親レベルは一概に高いと思う。その視点のギャップを知ることが重要で、それぞれの支援者からの意見を言いあい、家族にベストな答えを見つけていくことが大切だと思う。無理にそのギャップを埋める必要はないと思う。家児相は、基本的には子どもの安全が脅かされたと感じる時だけ、スポット的に関わるが、精神保健相談員は子どもが大きくなっても、患者さんが支援を必要としている限りずっと関わり続ける。

②子ども家庭相談部署、または要対協ケースとの関わり（訪問看護サービス及び相談支援サービスの立場から）

子ども家庭相談部署と関わる精神疾患のケースには母子のひとり親のケースが多い。訪問看護サービスはクリニック、家児相、保健センター経由の送致で始まることが多い(『主治医から要保護ケースだからお願いと言われるケースもある』)。訪問看護サービスは親子のケース場合、家の中に入って親の病状を確認すると共に、子どもの様子も確認することができる。訪問看護の本来の目的は、再発予防や病気の悪化を防ぐことである。主な目的は身体合併症の管理、投薬管理となっている。時間や人数がかかるので、子育て支援はやらないと決めている訪問看護サービス業者もある。相談支援サービスは、ケアマネジャーのような役目をしていて、訪問看護も含めたガイドヘルパーやホームヘルパーなどのサービスを組み合わせ、6か月ごとにモニタリングを行うというサービスである。家児相と共に家族の中に入り様子をモニターできるようなサービスを組み合わせることで、ケースを子どもの安全の視点からと親の状況の視点からの2つの視点でダブルマネジメントすることができる。

情報提供書というのがあって、訪問看護等での家族の様子をまとめたものを依頼があれば送るが、家児相から依頼があっても「個人の誰に送ればいいのか?」がわからないことが多い。支援の中心が見えてこない。

親の思い、子の思いを伝えることはできるが、子どもの傷つきのフォローとかは家児相がしてほしいし、子どもの福利に関する対応は家児相でマネジメントしてほしい。一般的にうまく役割分担ができていないような気がする。

③精神保健相談員が思う家族への支援とは？

上手くいった支援というのはどういう支援かはわからない。相談員がずっと関わり続けるのがいいのかどうか？患者さんの状況が落ち着いている、安心しているというのが一番いい状態かもしれない。親子と一緒に住むことは果たしていいことなのか？少し距離があっても安定しているほうがいいのか？どんな形がいいのか？親と子が思いを揺り動かさながら、模索するしかない。(アルコール依存の母のひとり親家庭ケース。『息子さんとお母さんが何をどう望むか？一緒に暮らしたいといっても、飲酒を続けたら育てられない。飲まないお母さんでいられるのか？そのための支援はする。一緒に暮らすのが幸せなのか？少し離れているけど、安定している母親がいいのか、模索していくしかない。』)

けれどもやっぱり精神疾患のある親に対して求めるレベルが高いような気がする。自分自身の困難を持っている親に対して、もっとできると求めているような気がする。その辺のギャップを家児相と一緒に埋めていけたらいいなあ、と思う。できないことを周囲の支援者も認めたくて、どう支援していくのかを一緒に考えられたらいいと思う。(『うつの人に波があつてしんどい時に「朝起きて、ご飯作って、学校に送り出さなくては虐待」というのはどうかな？できていないなら入院させよう、とかの話になってしまうのは悲しいなと思う。』)

④外部のサービス（訪問看護サービスの立場から）の思う家族への支援とは？

虐待か、虐待じゃないか、で家児相の親への対応が変わる。必要なのは家族に対する支援として何をすべきかではないのかと思うし、親の行為を判定しても意味がないと思う。文献検索サーチで「精神障がい・子育て支援」というキーワードを入れてもなかなか出てこないが、「精神障がい・子ども虐待」だとたくさんヒットする。精神疾患を負った母親が妊娠したことがわかると、「中絶」の話を支援者が当事者の意思確認抜きでしていることがあった。「精神障がい」であるということだけで「虐待」なのか、と思わせられる状況もいくつかあった。親が養育のために行うのは、精神疾患を持っている親も持っていない親も一緒ではないか？それができにくくなっているのならば、できない所をどう周りが支えるか？ということだと思う。

2) 市町村子ども家庭相談部署からの視点

①親が精神的疾患を持つケースの支援

精神保健相談員が同部署にいるのは4市中1市、保健所にいるのが1市、別課にいるのが1市であった。1市は精神保健相談員はおらず、保健師が代行している。家児相から精

神保健相談員や保健所保健師に精神疾患の疑いがあるが医療にかかっていない親をつないでほしい、と依頼することから関わるケースがほとんどだが、中には市内の心療内科から通告がある場合や精神保健のケースの女性に子どもが今度生まれるからというので、家児相につながったというケースもある。4市の中で保健師が家児相にいる市が1市あった。その場合、保健師としての対応と家児相の立場の対応は違うので、自分は専門が保健師であっても家児相としての立場では終始子どもからの視点からの支援にとどまり、保健所保健師に親のケアに回ってもらうということを心得ているということだった。保健師であることで、保健所保健師に家児相からの思惑を反映させた上での親への対応に対する細やかなリクエストが出せることは強みだということだった。

家児相ケースにある親が精神疾患のケースは、親や子どもの困り感というよりは、周りの困り感の方が多い。精神保健として語られたケースのほとんどの親は診断がついても治療や投薬にかかっていない、または診断さえついていなかった。どのように本人の不安定さからくる不快感をつなげて医療に乗せるか、という部分で精神保健領域の専門家がケースに関わることが大半であった。多くの場合は精神科医の市や保健所への巡回訪問に繋がってもらうことから始めるが、多くの場合、本人からのアポイントメントでないと受け付けてないが、家児相からの代理のアポイントメントでも受け付けてくれると答えた市が1つあった（もしかしたら原則は本人で、便宜を図ってくれるところ多いのかもしれない）。

精神保健の方からの視点と子ども家庭相談部署からの視点が違うのは当たり前ではある（『障害の方が考えるのはいかに患者である親のストレスを減らすことができるか 家児相が考えるのは、危なっかしい親と一緒にいるのはかんべんしてくれよ、という気持ちは正直あるが、根底として、親への支援なしに子どもの幸せはないだろうという部分がある。』）。周囲の関係機関からの不安感の方が高く、「入院させてくれ」という要望を家児相に訴えられる場合もあるが、親を入院させたらそれで終わりではない。1市では、退院してきたら元の保育園が受け入れを拒否し、結局、公立園へ転園することになったケースについて話してくれた。

精神保健ケースは医療側の個人情報の扱いが厳しいが、要対協の台帳に載せてしまえば、情報を共有することができる。実際、情報を共有することで、周囲が安心したいだけなのか、それとも、子どもの安全・安心のための支援につなげるために、必要な情報を得るためなのか、今一度、子ども家庭相談部署は受理の際に本体の目的と照らし合わせて自問自答すべきかもしれない（『正直、本当に子どもの安全・安心のためなのか、周囲の安心のためなのかかわからない時がある。なんでもかんでも虐待でのみこんでもいいのか、と思うところもある』）。

先にも出た通り、精神保健ケースの場合は、結局のところ、子どもの視線に立ち返ってみると、子どもの中で「こんな親と一緒にいるのは嫌だ」と思う気持ちと「でも一緒にいたい」や「親が心配だ」という気持ちとの間で揺れ動いている状態が続いている。その子どもの気持ちを周囲の関係機関が理解できるように調整していくのも、子ども家庭相談部

署の役割ではないか、という意見もあった。できないことを求めていくのではなく、できることは何かを考え、できないことは周りがどう支援して底上げしていくかが必要であり、それは精神疾患だけでなく、なんらかの理由で養育機能が脆弱になっている家庭すべてに対して当てはまることである（『お母さんができる前提にするとできないことが多くなるけど、周りも求めることを変えていくとそのことで要支援に変えられる。そうじゃないと一生要保護になってしまうから。家の中がゴミだらけでゴミ屋敷だったけど、ゴミを出して、週1回ヘルパーさんをいれて掃除してもらうようにすれば、たとえ上履きを学校に持ってこない日があっても、上履きは学校で洗えばいい、ということに頭を切り替えるべき。』）

まとめ

今回 DV 事例と精神疾患のある親の事例に焦点を当てた聞き取り調査を行ったが、なぜ、あえて DV 事例と精神疾患のある親の事例に焦点をあてたのかという質問が調査対象者から尋ねられることもあった。どちらの事例も、親が「被害者」であったり「患者」であったりする存在であるのにもかかわらず、子ども家庭相談部署からの視点ではその「脆弱性」をリスクとみてしまう傾向があるのは否めない。子どもの視点から立てば、いくら親自身がコントロールできない理由であっても、子どもが成長するにあたって基本的に必要なニーズや安全・安心が得られていない状況に対して、どうすれば必要なニーズが満たせるか、安全や安心を補填できるかを考えることが「支援拠点」としての市町村子ども家庭相談部署の役割ではないかと思う。親が持っている困難性を理解したうえで、ではできないところが誰がやるのか、部分的にだけでも肩代わりできないか、子どもはどう思っているのか、など、親が「できないこと」「やりづらいこと」を虐待やネグレクトと呼ぶのではなく、どうしたら子どもに保障してやれるのか、という考えで関わるからこそ、子ども家庭相談部署（家児相）・支援拠点が持つべきあり方ではないかと思う。

今後の課題として、今回は DV 相談領域の支援者に対する聞き取り調査を予定していたにもかかわらずできなかったため、次の調査での課題としたい。また、さらに精神保健領域の専門家及び支援者への聞き取り及び他領域においても、親側の立場に立った時に、「子どもの安全・安心」をどのように子ども家庭相談部署と連携して支援していくのか、そのすり合わせについても今後もさらに現場からの聞き取りを重ねて考えていきたい。親・子ども・家族のそれぞれのウェルビーイングについて、どのようにそれぞれの立場の支援者と家族自身が協働しながら「(与えられた状況の中での子どもの最善の利益のためにできる限りのこと)」が出来るのかについて、今後も調査・研究として考えていきたい。

本聞き取り調査の内容は、後述する質問紙調査における質問項目、とくにビネット内容の中に反映させた。また、自由記述にも今回の聞き取り調査で聞いた内容と同様の項目を設けて、さらに幅広い対象に尋ねることとした。

Ⅱ-2. 文部科学研究（基盤 c）子ども虐待ケースについての区分対応システムでの支援型対応実践モデル（代表畠山由佳子）分担「ネグレクト事例について」

加藤 曜子

1. はじめに

市町村相談が2004年に法定化されて以後、市町村における児童虐待相談対応は増加の一途をたどり、同時に要保護児童対策地域協議会調整機関での進行管理も実施され、15年目を迎えている。

その間、市町村と児童相談所の役割について、通告受理が2か所となるため、それぞれにケースへの関わりも重なり合って担当することになっていないかという論議がなされた^{注1)}。ネグレクト事例は、心理的虐待が急増している中においても、3割近くは占めており、長期に支援が必要となっている場合も多く、市町村で担当する場合、児童相談所はどのように関わっているのかという点について、検討する必要が出てきた。

本稿では、要保護児童対策地域協議会の進行管理事例の中でのネグレクト事例を中心に、要保護児童対策地域協議会で登録されている事例に関して、市町村と児童相談所がそれぞれに果たす役割について、実態を把握することにした。特に、どのような事例が主たる市町村担当であり、また児童相談所であるのかを明らかにすることで、市町村の支援基準をも明らかにしたいと考える。分担研究者としては、ネグレクト事例の分析を通し、支援基準や市町村のとるべき支援の在り方を明らかにすることで、業務整理をしたいと考える。

2. 方法

アセスメントを意識しつつ、現行で関わっている市町村を訪問し、手持ちの事例からその活動範囲を検討する。調査は2017年である。近畿を中心とした4市に依頼状を送付し、個人情報保護に抵触しないことを条件に、それぞれ担当相談員に聞き取り調査をすることにした。なお、前もってプロフィールを求めた事例は3タイプである。なお、4市を抽出した背景は、多くは3年以上の経験を積み、アセスメントから支援までを意識的に行っている実績をもつ条件を備えている点による。

依頼した項目については以下である。

1) 市町村のみで実施しているネグレクト事例

実務者会議においても市町村中心であり、一度も児童相談所が関与することがない
ネグレクト事例

- ①プロフィール
- ②特徴 在宅アセスメントシートを利用した中での事例特徴
- ③支援経過と実際の社会資源

2) 市町村のみならず、時折、児童相談所も連携する事例

それぞれ市町村、児童相談所の役割を明確にする

①プロフィール ②特徴 ③支援経過と実際の社会資源

3) 児童相談所が主たる機関で市町村と連携する事例

ネグレクトと判断した内容

市町村の役割

①プロフィール ②特徴 ③支援経過と実際の社会資源

3. 結果

聞き取り 3 府県の、人口10万台 1 市、20万台 2 市、約50万台市から協力を得た。

平成28年4月時点	人口	18歳未満人口	虐待相談件数/身体的	虐待相談件数/性的	虐待相談件数/ネグレクト	虐待相談件数/心理的
a	約50万	75000	174	17	458	256
b	約26万	45000	141	3	189	292
c	約23万	4000	182	9	79	92
d	約13万	20600	63	1	129	40

* 特定妊婦や要支援児童は省く

4 市から20例を聴取し12例を報告する。

聞き取りについては、家庭児童相談室（臨床心理士10年以上2名、保育士4年1名、7年1名 保健師8年1名、社会福祉士10年1名、その他2名）である。うち常勤職は、3名含む。

1) 市町村が主担当機関として支援（*個人が特定されないよう、あらかじめ担当者が変形している）

担当者は、子ども家庭相談担当者である。それぞれに応じて保健、学校、医療機関などと要対協活動として連携をし、必要に応じて個別ケース検討会議を実施している。

表Ⅱ-2-1は、市町村が主担当機関とした支援内容をネグレクトの態様、保護者の特徴、家族、子どもの状況、相談経路、支援経過の順に、まとめた。

【ネグレクトの内容】は、監護養育ネグレクト、身体的なネグレクトのタイプである。また、【保護者の特徴】は、精神的な不安定、知的障害を持つ。【子どもの状況】は、乳児から支援されているものを含む。状況には、十分な日常的なケアがなされないための身体的な衛生面からの問題、偏食、言葉の遅れなどがみられる。また学齢児については不登校、問題行動を起こしている状況にある。【通告状況】は、早期に発見された背景には、健診未受診からの気づきや、保育所からの通告、保健所からによる。いずれもどこかに所属機関がある場合には主たる援助機関となっている。

【支援経過】には、生活苦の場合には生活保護受給や、相談支援の事業所がサポートを受けていた。子どもはどこかに所属させ、常に第三者の目が入り、また保護者も支援に拒否的ではないため、支援を受け入れている。1例だけは、転居を繰り返している親であり、安定していない。支援については、祖父母は反対しつつも何等かの支援を継続させてきている。概ね、支援を利用しようと子どもがわに、動機づけがあり、居場所づくりとしての場が提供されている。

表Ⅱ-2-1 市町村主体（子ども家庭相談担当者）の支援

ネグレクトの特徴	主たる保護者の特徴	家族の特徴	子どもの状況・現在	通告時期	支援経過・状況
監護養育が十分でない	母精神不安定 父希死念慮無職であったが現在職場復帰	父・母・児3人	第3子小学生・低体重低身長、栄養障害(偏食) 第2子不登校 第1子中学生自分で弁当をつめ通学	MSWから家事や十分に食事が子どもたちに与えられていないのではないかと連絡が入る	家事ヘルパーを入れるがうまくいかず、配色サービスに帰る。第3子は児童デイ利用、sswも把握している。夫婦関係課題があるため、相談員は調整役を勤めつつ、子どもの生活状況に重点を置く
身体的ケアが不十分、ゴミ屋敷	母 第一子出産 4年後離婚、就労	母、児2人	児小学校入学しシャワーで清潔を保つ、見学習面学力なく、トラブルメーカー、児童館利用	第1子4歳児保育所から、ケアされていない旨	生活保護受給、小学校ではssw、scがそれぞれ関わる。上はデイキャンプに参加し、居場所づくりに努める。母改善困難
無就籍、養育能力の問題	母 精神科治療中、大量服薬歴あり、曾祖母は子どもの世話ができるが母はコントロールできない、気分がいいとブログに子どものことを書き込む、男性ができると大量服薬などを繰り返す	母、祖母、児	保育所早期に入所し、正常発達、ママが一番好きとし、母は児にはかわいい服装をさせているが、準備は十分できない。	無就籍で母を見ていた保健所から相談が入る	生活保護、地域包括支援センター、障害支援課、保育所、個別ケース検討会議開催、住宅支援
養育困難、ゴミ屋敷	母支援学校、父も手帳市取得	母、父、児	0歳児から保健センターがミルクの飲ませ方から教える。保育所入所から市家庭児童相談室が担当。正常域、学校は適応しているが、親への反抗が始まる	保育所入所後から支援が必要ではないかと相談が入る	現在相談支援事業所が親を担当。学校とは3か月に一度連携を取り合う。ショートステイ利用をする。子どもには生活力をあげるため料理教室に参加
身体的ケアができない	母 仕事につき経済的に困っていない、子の障害受容ができず、転居を繰り返している	母、児	服装はいつも薄着、髪は乱れ、何日も洗髪していないためへばりつき、歯磨きもできないという。子どもにかかわることが少ない。母子どもへの扱いをどうすればいいのか決断できない偏食で2歳児に通告がある、言葉の発達は遅滞。	一歳半健診未受診から通告。	保育所入所し、子どもの発達を親に伝えるも拒否、実家の祖父母には食事支援はお願いしており、支援しているが、母は再び転居を考えている。

2) 市町村が主たる担当機関であるが、児童相談所も時には主たる担当機関となっていた場合。

【ネグレクトの状況】については、監護養育ネグレクト、身体的なケアが十分になされていない、ライフラインが止まるなど子どもの安全な生活が脅かされる事案が挙がる。

また【保護者の特徴】では、親の精神障害、知的障害、疾患による養育能力低下によ

り、児童養護施設、母子支援施設利用、乳児院、里親委託を経験することになっている。
【子どもの状況】は、退所事例として児童相談所がフォローをしていたケースであり、保護者に精神保健福祉士も関わる、また発達障害からくる不登校であったが転居後、支援により学校に通える状態になっている内容もある。問題行動発生や、経済苦のため新聞配達するものの生活苦を経験する状況となっている。**【通告】**は児童相談所の退所、転居事例、児童相談所と親がうまくいかないため、市町村が中心となっているなどで関わる。**【支援経過】**は市町村、児童相談所が協働した形で、在宅が可能になるように努力するが、金銭管理、支援にのりにくい場合もある。ショートステイや里親委託利用、生活保護、家庭訪問、ヘルパー利用、訪問看護、学習支援室利用など、サービスを受け入れている家庭には、提供されているが、機能していない場合もあり、児童相談所との連携によっている。

表Ⅱ-2-2 市町村主体であるが、児童相談所も会議支援に参加あり

ネグレクトの特徴	主たる保護者の特徴	家族の特徴	子どもの状況・現在	通告時期	支援経過・状況
片づけられない、養育状況が不安定	母 23歳で本児出産するも養育できず乳児院、退所後は祖母宅へ。母男性と別れる度に大量服薬	母、児	児童相談所フォローケース	児童相談所退所事例	保育所、ショートステイ利用をする母は服薬管理、精神科受診継続、個別ケース検討会議には必ずpswも参加し、児童相談所と連携をしている。
ライフラインが止まる	母 知的能力低い(手帳なし)祖母に代わり家事するも決断ができない、	母、児5人 祖母	第1子 発達障害のため本市転居は不登校状態、転居後進学手続きをしたうえで、支援学校に通学のうち就職 第2子 中学入学するが部活の靴が購入できず退部、のち不良交友、子たちの力あり。	転居事例	生活保護受給、学校との連携をとり就職まで支援をする。第2子についても相談にのるが、母は全く理解していない。
養育困難	母精神障害、ゲーマーでアルコール、緊急入院を繰り返す。帰宅しない場合もある。支援には非協力的	母、児	小学6年から中卒まで児童養護施設。高校から帰宅高校から大学へ。	小5学校から通告あり、市を通じて児童相談所と連携の母が緊急入院をしたため一時保護から施設入所へ	帰宅後、どのように暮らすのかについて本児を中心に計画を立てる。大学進学後、手続きについてそのつど相談にのる。親族から学費資金援助あり。
養育能力の問題	母、知的能力が低く、十分に家事がこなせない	母、児	療育手帳所持、放課後デイサービスを利用している	母が同居の祖母から暴力を受けていたため母子支援施設に入所後退所となり、通告がある。	母が病気の時な里親委託利用をしていた、生活保護を受けているが、金銭管理ができない。児童相談所と相談をしていながら支援をしている。
家が不潔で、母朝起きることができない場合もある	母 大量服薬やリストカットヘルパーは受け入れる	母、小学生、中学生	小学生は上と仲が悪く、非行行動が出ている 中学生は学習支援に参加し将来について支援を受ける、下の小学生に暴力をふるい母と下が家出したことがある	児童相談所と保護者関係がうまくいかず市が中心になる。	保護もありかと母は恐れている。上は、療育手帳所持、知的能力も低いが、市内の学習支援に通うようになっている。家庭訪問、ヘルパー派遣(うまくいく)、訪問看護、学校連携につとめている
ゴミ屋敷状態、	母、知的理解に乏しい、家でパジャマ姿、食事は作る	父母、児3人	経済苦で新聞配達をするが、もともと能力が低いため常にお金に困っている状態である	第2子の誕生後から通告、第3子は言葉がでなかった。	上二人がポルノの被害の疑いのため保護され現在は男子である第3子のみ在宅。学校がフォローをする。第2子誕生後から保健師が入るが、関わりに否定的となったので、家庭児童相談室が支援する

3) 児童相談所が主たる担当機関

児童相談所が主たる担当機関の場合、市町村は支援的立場で在宅支援をする。
施設から帰宅後も十分なケアがされないため、分離に至る。

表Ⅱ-2-3 児童相談所が主たる機関

ネグレクトの特徴	主たる保護者の特徴	家族の特徴	子どもの状況・現在	通告時期	支援経過・状況
風呂にいれてもらっていない	母 2歳から本児と暮らす。	継父、母 5歳、異父下1	1歳一時保護、里親委託となる。母と同居していたが、5歳児に下が生まれたのち、再び里親委託へ	母妊娠時から支援開始	経済的な不安定さから児は親子分離され、その後帰宅するもネグレクト状態で置かれ改善されないため、再び里親委託へ

4. 考察

- 1) ネグレクト事例は、妊娠期から支援を継続している場合にあつては、市町村子ども家庭相談担当が、主担機関となる場合が多いため、対象は年齢が低い子どもが多い。母子保健や、保育所が育児へのアドバイスや育児軽減のため、親面接も家庭訪問などが継続されている。

学齢児をみると、市町村支援は子どもへの支援については、所属機関に任せているのではないと思われるケースが多く、市町村子ども家庭相談担当は、養育者支援を担っていると捉えていた。市町村が主たるものでも、学齢期になるにつれて、子どもの非行行動が深化すれば、児童相談所への支援が必要になっている。施設退所事例においては、児童相談所が主たる機関となり、市町村子ども家庭相談担当課は親支援を担う。学齢児が支援を受けた場合には、子が自ら登校ができるようになり、また、自分でケアができる力をつけることができている。また支援が入ることで発達障害児においても就労できるようになるなど、支援成果がでてくる担当者の意見が出ていた。

- 2) 養育支援については、親の育児能力が低いことからくる負担感や薬からくる倦怠感なども関係しているため、子ども家庭相談担当者は、育児負担軽減のため、社会資源として保育所やショートステイ利用、ヘルパー利用を勧めていた。親とサービス利用の利点を見直し、その成果について親自身が認める（利用することは手抜きではないことへの支援、むしろ社会資源を活用できることへの評価を支援者がする）ことで、親の自己肯定感にもつながり、そのことで子どもにいい影響を与える循環になっている。
- 3) 児童相談所と市区町村子ども家庭相談担当者が協働する場合には、一時保護歴や施設入所歴や入所が必要である、また里親利用が必要となる事案である。子の怠学状況を親が放置するなどについては、児童相談所の介入を示唆することで、登校促しをするなど、児童相談所と役割分担をする例もあった。

5. 結論

- 1) 筆者は、過去にネグレクトに関する調査（第1回調査では163例^{注2)}、第2回調査で^{注3)}は200例）を実施し、アセスメント指標項目を用いて分析し、2軸ではあるが、その特徴を明らかにしようとした。その結果を踏まえて、今回の質的調査を通し、市町村と児童相談所の担当域について、モデル図を提出する。市町村は支援と児童相談所は、介入といった2分するものではなく、主として施設措置や里親、親の状況が重い場合には養育代替の視点から児童相談所への担当が多くなっていた。また子どもの状況も非行事案などについては児童相談所が中心となっていた。

聞き取り調査においては、市町村が主たる機関となりつつも、児童相談所も関わる事案も多かった。

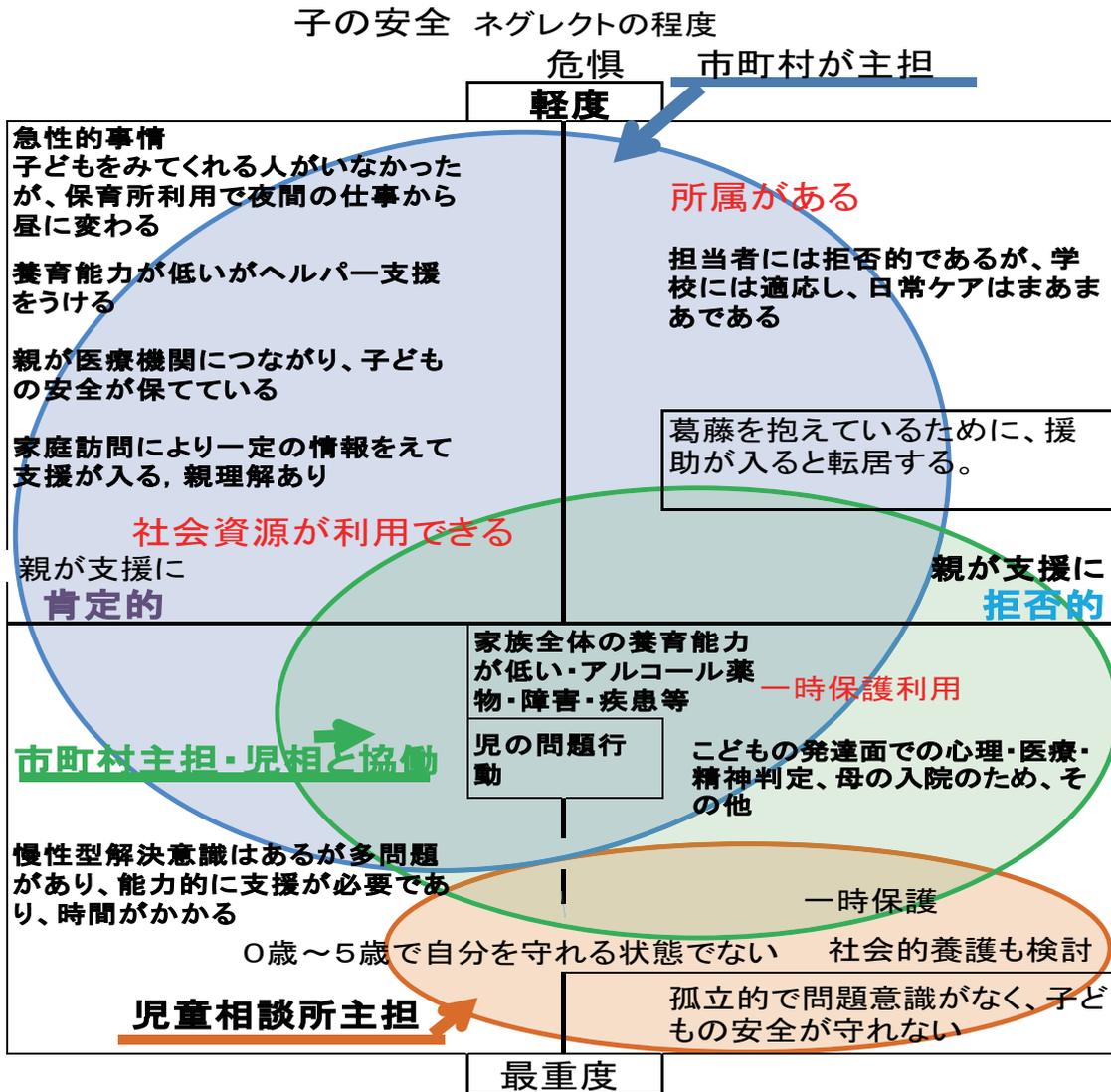
- 2) 児童相談所の統計においても、ネグレクトは一定数あるものの、市町村子ども家庭相談担当者と共有している場合と、児童相談所が単独で担当している場合もあるという。児童相談所からの非公式な聞き取り（4か所からの意見を伺った）では、現在は一時保護が必要なネグレクト事案については、児童相談所が主となるが、在宅事例であると、市町村にお願いしているということである。

家庭総合支援拠点として、職員配置がなされ、専門職採用が進められつつあるとはいえ、職員の専門性養成やネグレクト支援のノウハウの蓄積は今後の課題である。ネグレクトの連鎖は貧困問題とも関連しつつ断ち切られていない。

子どもへの支援対応についても、所属機関に任される場合も多く、ネグレクトから発生する不登校問題については、手つかずの状況になっており、市町村のソーシャルワーカーや学校、保育所について今後も共働連携しつつ、対応スキルが必要となろう。

- 3) 児童相談所の役割として退所事例において、児童福祉司指導があるが、施設入所中や里親事例の場合、子どもへの実際の関わり方や支援実態がどのようになされたのかが不明なことも多い。市町村と共有されることが今後も求められる。

今回の調査から前回調査研究に提示した支援領域のモデル図を改変し、領域の提示をしたい。市町村が主担当となる領域、児童相談所と市が重なりながら、支援を担当する領域、児童相談所が主担当となる領域の3領域において、子どもの安全の視点から傷つき度の軸と、親が支援に対し肯定的か、否定的の軸に分けて、それぞれの分析した結果から導きだされた事例事象を入れた。



図Ⅱ-2-1 子どもの状況と親の支援動機による児童相談所、市区町村の担当領域

- 注1) 笹井康治氏が「子ども虐待とネグレクト」vol.19.No2(2017)193-199.で触れている。
- 注2) 加藤曜子(2012)「要保護児童・ネグレクト家庭における支援類型の試み」総括報告書、352p.
- 注3) 加藤曜子(2016)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」(主任研究者・藤原武男「児童虐待発生と重症度化に関連する個人的要因と社会的要因についての研究」平成25年度総括分担研究報告書、68-105.

Ⅱ-3. ヒアリング調査から見た市区町村におけるひとり親家庭支援の現状と課題

清水 冬樹

1. 調査の背景と目的

(1) 先行研究からの示唆

子どもや家庭に対する市区町村の相談体制に関する研究はこれまで以下のものがある。柏女ら（1997）においては、量的調査を用いて市区町村の子ども家庭相談の実態を明らかにしている。主だった成果として、市区町村の子ども家庭相談の担い手は非常勤が多く、継続的な支援を展開していることが困難であることを指摘している。柏女ら（1998）では、タイムスタディを用いて市区町村の子ども家庭相談の業務類型を明らかにしている。その結果、児童相談所における相談累計とほぼ一致しており、業務量も変わらない可能性が示唆されている。市区町村は今後地域に開かれた相談窓口か虐待対応機関を担うのか、その位置づけをめぐる検討の必要性を提起している。山本ら（1998）においても量的調査による市区町村の子ども家庭相談の現状を明らかにしている。福祉事務所に家庭児童相談室がある場合、福祉事務所の一機関としての業務と並行させることができることから、福祉事務所外の場合周辺との連携等がしやすいことを明らかにしている。また、指定都市と市区町村で業務内容に相違があることが確認されている。柏女ら（2002）では児童相談所と配偶者暴力相談支援センターの統合化が提言されている。また、地域における親子の居場所の必要性についても提起されている。才村、澁谷ら（2002）の研究では、市区町村における子ども家庭相談体制に関するアンケート調査を実施している。その結果、家庭児童相談室における家庭相談員に対する組織的技術的支援体制が不十分な実態を明らかにし、マンパワー不足を指摘している。佐藤（2007）では、支援組織間の連携の有効性が示唆されているが、これは自治体規模によってこうしたネットワークが構築されるかどうかの影響していることを明らかにしている。佐藤、柏女（2008）では、児童相談所と市区町村の子ども家庭相談の分権化の可能性について議論を行い、分権化は望ましいが人事異動や市区町村格差、専門職採用など具体的な課題の解決の必要性を提起している。

以上の研究から市区町村における子ども家庭相談体制の到達点と課題を整理すると、1) 量的調査による市区町村における子ども家庭相談体制の現状把握、2) 支援者の現状の把握、3) 具体的な実践のあり様が不明瞭、4) 結果を手がかりとしたソーシャルアクションが展開されていないということが挙げられる。

(2) 本調査の目的

本報告書の始めにでも触れているように、2016（平成28）年の児童福祉法改正により、子ども家庭相談における市区町村の役割が明確となったものの、児童相談所と違い歴史的にその位置づけが長らくなされてこなかったことも影響してか、実際にどのような支援体

制が求められるのか、そもそもどのような実践がなされてきたのか、明確にされているものは見られない。おそらく実践者レベルで実践報告やレポート等はなされてきているだろうが、理論的に整理してきた形跡は上記のレビューからも掴むことは難しい。子育て世帯包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点の設置や要保護児童地域対策協議会など、市区町村における支援の体制がハード面としては構築されてきているようにも見受けられるが、その中身はこれから構築していくこととなる。そのためにも、市区町村はこれまでどのような実践に取り組んできたのか明らかにする必要がある。

実際に市区町村において子ども家庭相談を受け付けた際の支援の視点や他の社会資源との関係性等、いわゆる実践モデルに焦点を当てて、現状を明らかにする必要がある。本稿では、ひとり親家庭に対する相談や支援の実際を手がかりとしながら、上記の目的を明らかにする。

(3) ひとり親家庭を対象とする背景

子どもの貧困の半数以上がひとり親家庭であることがすでに国調査で明らかになっている。また、特に母子家庭の場合、ジェンダーの影響を受けており、子育てと暮らしの両立に困難を抱えている場合が少なくない。男性が稼ぎ主であることを前提とした社会の中で女性はそもそも経済的にも社会的にも力を奪われてしまっている状況において、女性として母親として自助努力が要請されている。そのような社会構造の中で、赤石（2014）が例えているように、伸び切ったゴムのように、ちょっとした生活上の変化によって伸び切ったゴムが簡単に切れてしまうような状況にある。つまり、何かしらの支援が必要になる状況にありながら、それがどのタイミングで求められたり実践が必要とされたりするのか、きめ細やかな寄り添いの体制が求められる。支援が求められる前から展開されるべき支援とその後の支援までの多様な支援メニューの把握や構築がどのように市区町村において検討されているのかを明らかにする上で、ひとり親家庭への支援を現状は手がかりとなると判断した。

2. 調査実施概要

(1) サンプリング

調査対象は人口規模と地域の偏りを考慮し選定した。調査対象者の概要を以下に示している。直前になり都合がつかなくなった対象が2ヶ所あったため、人口規模の小さい自治体、例えば5万人程度へのヒアリングを実施することができなかった。

調査対象			
自治体名	自治体の人口規模	調査応対者の職種	調査応対者の経験年数
A 県 B 市	約12万人	家庭児童相談員	4年
A 県 C 市	約200万人	家庭児童相談員	現在の職場が3年 入職後18年
A 県 D 市	約35万人	子ども総合相談機関所長	2年
E 県 F 市	約70万人	子ども総合相談機関課長 子ども総合相談機関主査	3年 3年
G 県 H 市	約40万人	子ども家庭相談員係長 子ども家庭相談員主査	3年 12年
G 県 I 市	約22万人	子ども家庭相談課課長 子ども家庭相談員	現職で4年 12年

(2) 主な質問内容

主にひとり親家庭からの相談について

具体的な支援方法

支援に関する手続き

支援と介入のアプローチの見極め

支援として使える既存の社会資源の把握（または開発すべき社会資源の特定）

子どもの安全確認と安全確保の方法

をインタビューガイドとした。なお、調査依頼時に上記の項目を質問することを調査の内諾、ならびに依頼文において示し、調査先に伝えてあった。

(3) 調査の概要

1) 調査方法

上記の質問内容を基盤とした半構造化インタビュー調査法を採用した。1件あたりおおよそ70分から90分程度の時間を要した。テキストデータについて全ての機関で録音に対する承諾を得ることができなかつたため、調査実施者によるメモを手がかりとすることとなった。

2) 倫理的配慮

本調査を実施するにあたって、本調査研究事業を受託している日本社会事業大学社会事業研究所において、研究倫理審査を受審し、承認を得た。

公表に際しては、児童相談所名や回答者名が特定されないよう細心の注意を払う。また、児童相談所の特定につながる情報の公表は避け、児童相談所を類型化することで、匿名性を保った分析を実施した。

3) 分析方法

メモを手がかりに、上記の目的に関する部分について前後の文脈を丁寧に拾い上げながらデータ化し、意味のまとまりに沿って要約、再構成した。

3. 調査結果

(1) 要保護ケースと判定するポイント

ひとり親家庭だからということで、何か特別に支援を展開する用意がある自治体はなかった。あくまで子どもの安全についての通告があった場合、家庭児童相談室は支援に入る。ここで言う安全とは、主に怪我やあざなど身体的な部分でのことを言い、性的虐待についても敏感に対応しているということであった。ネグレクトについては関与がしにくいという回答が多く見られた。

家庭児童相談室とひとり親家庭の就労支援の窓口は別機関である。例えば、母子家庭等就業自立支援センターの担当者と母子父子自立支援員の連携が取れている場合、子育てについての悩みが親から相談があったり、アセスメントの段階で子育てに困難が生じている場合、家庭児童相談室につないでいるとの回答があった。家庭児童相談室とひとり親家庭の就労支援の連携は、自治体規模はあまり影響しておらず、例えば建物の同じフロアに担当者がいるかどうかといった、物理的距離が関係していることが伺われる。

(2) 児相との役割分担のポイント

ひとり親家庭に限った話ではないが、身体的な虐待と性的虐待があったときは児相ケースと判断している自治体がほとんどであった。

(3) 要保護ケースとして児童福祉担当課が担当するまでの経緯

ひとり親家庭自身が担当課に足を運ぶことはほとんどないという回答であった。先述したような就労支援、母子父子自立支援員から情報が回ってきて、児童福祉担当課へとケースがまわっていた。

特に母子家庭の場合、就労に関するニーズが高いことから、就労支援担当が子育てにおける悩みやニーズを発見する機会が多いという。

(4) 聞き取り調査をした自治体での研究対象ケースに対する相談体制

ひとり親家庭の支援体制は、就労支援系と子育て支援系と貸付系の3つにかなり明確に分かれている。これはどの調査対象の自治体においても同じであった。調査対象が家庭児童相談室であったが、子育て支援と貸付は担当者が別で同じ課に配属されている自治体があった。一方で物理的な距離がある自治体も散見された。こうした物理的な距離は、業務においてさほど影響はないようで、子育て支援系と貸付系は比較的連携が取れている印象であった。しかし、就労支援系と子育て支援系はスムーズな連携がなされているとは言い難い。これは就労支援が社会福祉協議会等へ委託されており、組織が違うことが理由として挙げられる。また、生活困窮者支援の一環でひとり親家庭の就労支援が展開されている事例もあったが、あくまで担当所管が生活保護や生活支援であり、子育て支援との連携はシームレスになされているとは言い難い。物理的な距離だけでなく、どこがその支援を所

管しているのかについても影響をしていることが伺われる。

また、子育て支援系の窓口がどのような場にあるのかによっても提供を想定する支援に違いがあるようである。例えば家庭児童相談室を子育て支援センターにつけている場合、ひとり親家庭からの相談は子どもの年齢が低いケースが多い。また、教育相談と一体的に家庭児童相談を実施している場合、就学期以降の相談が持ち込まれる場合がある。どこに設置されているかによって、対象となる子どもや子育て家庭がある程度決まっているという可能性がある。

(5) どのような資源を用いて支援するか

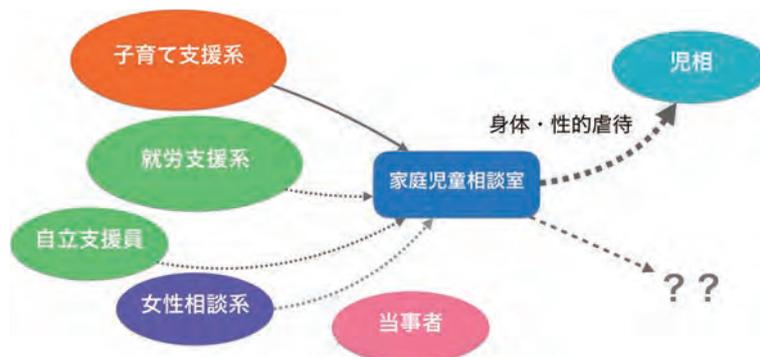
政令指定都市の場合、児童相談所との関係が近いことから、ケース会議が頻繁に行われていることを強調している様子が見て取れた。中核市等児童相談所がない自治体の場合、家庭児童相談室に他の窓口からケースが回ってきて、支援が開始される。先述したように、就労支援や貸付金の関する相談窓口から家庭児童相談にケースが来る場合がほとんどのように、その後別な相談機関につないでいくということはしていないという話が多く聞かれた。ただし、親が精神疾患等メンタル面において課題がある場合、その親の居住地周辺にある精神科や心療内科を紹介する場合はあるという。

また、母子家庭の場合、DV 被害・相談が近年非常に多くなっているとの報告があるが、家庭児童相談室と DV 相談担当課とが物理的な距離がある場合、綿密な連携がなされているといは言い難いという話が出ていた。

(6) ヒアリング調査の分析

下記にヒアリング調査の結果を整理した図を示した。ひとり親家庭の相談は大雑把に示せば子育て支援系、就労支援系、女性相談系からつながっており、当事者から直接相談が来るというケースはないと異口同音に語られた。

特徴として挙げられることとして、①既存の支援機関から家庭児童相談室に相談が繋がっていること、②受理した後の支援メニューとして児童相談所が主として挙げられているということである。



図Ⅱ-3-1 ヒアリング調査の結果

4. 考察

(1) 市民社会とのつながり

市民社会で展開されている子ども支援から市区町村にケースがつながるとい話がほとんど聞かれなかったことが特徴として挙げられる。

近年、こども食堂等子どもの居場所に対する社会的な関心が高まり、市民社会の取り組みとして多様な形で居場所づくりがなされ、そこで出会った子どもたちの様子から、家庭のリスクを掴み、次の支援につなぐという事例が散見される。あるいはそうした市民社会側がリスクを感じたときに、どこにつないだらいいのかが分からずそのままになっているということもあるという。ヒアリングを実施した自治体においても子ども食堂や学習支援が地域の中で取り組まれていることは把握されているが、どのような人たちが実施しているのかは把握されていなかった。市民社会による子ども支援の取組は、その運営者の理念に基づいて取り組まれており、全てが介入的支援に取り組むたくてなされているわけではない。先述したように、困難な子ども・子育て家庭に市民社会が出会った時、どこにつなぐべきか必ずしも把握しているわけではないだろう。こうした市民社会の取り組みと市区町村の距離は大きく、放っておいても勝手に構築されるものではないだろう。

また、逆に市区町村で受け付けたケースについて、その後、他の社会資源に積極的につなげている様相は汲み取れなかった。児童相談所は別として、市区町村が持っている支援メニューはショートステイや保育所等、いわゆる既存の枠組みのものである。先に挙げたような市民社会における取り組みへつないでいるということを語った市区町村は皆無であった。そうした支援につなぐ必要がないといくことなく、先述したようにそうした支援がどこで誰が取り組んでいるのかがわからないという意見も聞かれた。

ひとり親家庭に対する支援は、包括的なものだけでなくスポットのものだけでも機能するものがある。例えば病児保育さえ機能していれば助かるといった声はよく聞かれる。こども食堂等も月に1回でも、あるいは週に1回でも気の休まる夕方の時間があるだけで助かるといったものもある。そうしたちょっとした支援を紹介なりつなぐためには、既存の相談機関だけでなく市民社会における実践についても、家庭児童相談室を含めた基礎自治体は把握なり、協働の可能性について具体的に検討されることが望まれる。

(2) 自治体間格差

市民社会だけで支えていくことが困難なケースはあるであろう。あるいは市区町村に通告されないものの、市民社会の場で繋がり続けている子どもや子育て家庭も存在するであろう。そうした両者の強みを活かす連携のあり方は、今後十分な議論が求められることとなる。ただし、この議論の気をつけなければならないところが、自治体間格差が生じることである。市区町村と地域の社会資源の関係の構築が1つのポイントになると考えられる。

(3) 基礎自治体の役割の検討

また、市区町村によるアウトリーチといったときの「アウトリーチ」の捉え方に違いがある可能性がある。教科書的にアウトリーチを「ニーズを発見し支援につなぐ」こととした場合、市区町村で言うアウトリーチとは、通告があったからそこに行く、という文脈で語られていることが散見された。例えば、「保育所や学校からの通告があったらそこにアウトリーチをしました」、というものである。この場合、保育所や学校の子どものリスクに対する感度の問題が出てきてしまう。ここを問題にしてしまうと、市区町村の役割とは一体何なのかが見えなくなる。

(4) 地域の実態に合った継続的なひとり親家庭支援のあり様

子どもの年齢が低い場合、特に母子家庭の母親の相談を受けることがあるようだが、子どもの年齢が高くなってしまうと、母親からの相談はほとんどない。おそらく、子どもの年齢が高く、母親も就労時間が長い仕事に就き、子どもに進路等を任せたり留守番をさせたりして、子どもに関わる時間それ自体がなくなってしまっているのではないかと推察される。あるいはひとり親家庭は専門職が支援ができる期間が限られているとも考えられる。となると、基礎自治体におけるひとり親家庭の支援の視点として、2つ検討されることが必要となる。一つは、これまで述べてきたように、地域にある支援の場の紹介や接続である。もう1つは継続的な支援の展開の方策を検討することである。冒頭で述べたように、ちょっとした生活の変化で暮らしが一変してしまう可能性をひとり親家庭は有している。親が病気になったり、勤め先が倒産したりなどである。時間の経過とともに相談窓口に頻繁にやってくるものがなくなってしまう中で、それでも常に気かけながら、必要性が生じたときに展開すべき支援はどのようなアプローチを持ってなされるべきか検討することが求められるであろう。その際、家庭児童相談室単独で継続的な支援体系を検討することは現実的ではない。やはり、これまで述べてきたように多様な社会資源との連携を前提とした寄り添い型の支援の展開の仕方が求められるであろう。

<参考文献>

- 1) 柏女霊峰ら (1997) 「家庭児童相談室の運営分析 家庭児童相談室の運営に関する実態調査結果報告」『日本子ども家庭総合研究所紀要』(34), 35-60
- 2) 柏女霊峰ら (1998) 「家庭時相談室専門職員の執務分析」『日本子ども家庭総合研究所紀要』(35), 41-67
- 3) 山本真美ら (1998) 「家庭児童相談室の運営分析 (2) 設置形態別・設置主体別特徴からの考察」『日本子ども家庭総合研究所紀要』(35), 69-80
- 4) 柏女霊峰ら (2002) 「子ども家庭相談体制のあり方に関する総合的考察」『日本子ども家庭総合研究所紀要』39, 71-81
- 5) 才村順、澁谷昌史ら (2002) 「児童相談の実施体制に関する市区町村調査」『日本子ども家庭総合研究所紀要』39, 215-36.
- 6) 佐藤まゆみ、柏女霊峰 (2008) 「市区町村を中心とする子ども家庭福祉行政実施体制の再

構築とその課題に関する研究一質問紙調査の単純集計結果を中心に一」『日本子ども家庭総合研究所紀要』45, 395-405.

- 7) 佐藤まゆみ (2007) 「子ども家庭福祉行政実施体制のあり方に関する研究 質問し調査の分析を通して、協議会型援助による市区町村役割強化の可能性を探る」『子ども家庭福祉学』7, 51-60.

Ⅲ. 海外調査報告

畠山由佳子

1. 概要

本研究助成として、2017年9月にイギリスとフランスの両国に次の日程で、現地調査を行った。イギリスには調査者にとっての初めての調査となるため、テーマを絞って、今回は非営利団体（Charitable Organization）でも大手の The Children's Society を中心に、仲介者を通してインタビュー協力者を募り承諾していただいた人に3日間の短い日程の中で、会いに行くという形式をとった。仲介者に出したインタビュー対象選定の条件は「脆弱な家族に対する支援を行っている実践者に話を聴きたい」というだけであったため、日本での法的に規定された子ども虐待対応だけではなく、想定したよりもかなり広い範囲の対象に話を聴くことが出来た。昨今のヨーロッパで、大きく扱われる児童保護サービスの問題は、子どもだけで入国して来た外国籍の子どもたち（Unaccompanied Minors）でありインタビュー対象者が従事するプログラムの中にも、これらの子どもを児童保護サービスの対象として扱っている話があがった。

イギリスのヒアリングの主旨は「児童保護領域における非営利団体によるサービス提供がどのようなサービスを提供しているのか？それが公的な児童保護サービス（Social Care）とどのように関わっているのか？」に焦点として、聞き取り調査をおこなった。

フランスでの現地調査については、すでに主任研究者は2016年度より調査研究を行っており知見を重ねている。本研究助成によってのヒアリング調査は限定された日程で行われたため、これまでの調査を補填するための情報を得るためのものとなった。しかし、本報告においては、脆弱な家庭に対する支援のあり方を探るための参考となるようなフランス独自の児童保護システムにおける家庭支援の考え方について、これまで収集したデータも踏まえた上で紹介したい。

2. イギリスでの調査

1) 調査日程と対象

・2017年9月18日 The Children's Society Chelmsford (Essex),

対象：Kerry Horner 氏、 Alison Pepper 氏

114 Springfield Road, Chelmsford, Essex CM26LF,

<https://www.childrenssocietyeast.org.uk/>

・2017年9月19日 Birmingham the Children's Society

The Children's Society Birmingham, The Big Peg 120 Vyse Stree The Jewellery Quarter Birmingham B18 6NE

<https://www.childrenssociety.org.uk/what-we-do/helping-children/birmingham-and-coventry>

対象： Louise Kinsella 氏—My Place マネージャー
Sarah Creswell 氏—PAUSE メンタルヘルス・ドロップインプログラム
マネージャー
Yeng 氏—Independent Visiting Program マネージャー
Rob Willoughby 氏—Birmingham ウェストミッドランド・エリア統括

2017年9月20日

・ Alison Poxton 氏—Save the Children
場所： 1 St John's Ln, Farringdon, London EC1M 4AR
・ Laura Waddell 氏—Children's Society—Service Manager
場所： TH Children's Rights Advocacy Service—City Bridge Trust, Boys and Young Men
Program

2) インタビュー概要

(1) エセックスにおける家族支援

エセックスの家族支援については主に次の4段階に子どもに対する安全への懸念 (safeguarding の必要性) や支援の必要性の度合いによって分けられる。The Children's Society で提供されているプログラムもこの4段階の家族に対する支援の中に組み込まれている。(『Essex Effective Support for Children and Families』 <https://www.essexeffectivesupport.org.uk/>)

これらのレベルは、子どもに対するリスクだけではなく、家族が持つ脆弱性および家族が持つプロテクティブ要因によっても判断される。

・ The Children's Society Chelmsford (Essex) における家族に対する支援プログラム

聞き取りをした2人の対象プログラムは上記のレベル1-4においてはレベル2の法的な介入を予防するような目的を担った部分が多く、家族が持つニーズに合わせたサービス提供者の1つとして次のようなサービスを The Children's Society Chelmsford (Essex) では提供している。

i) EPYDAS (<https://www.childrensocietyeast.org.uk/eypdas/>)

薬物使用に関わる全ての年齢層を対象としたものであり、薬物使用の若者に対するプログラムから薬物依存の親を持つ子どものためのプログラムのものもある。すでに法的介入された児童保護ケースからの送致もある。郡の健康福祉部からの助成を受けている。

ii) Hidden harm awareness team

親がアルコールや薬物使用を行っている、または親に精神疾患がある子ども (Young Carers) のためのプログラムである。過去、もしくは現在、家族の中でアルコールや薬物使用を行っている人物がおり、その人物のために影響を受けた子どもが対象となる。ア

ルコールや薬物の影響で、自分の親は自分のことを愛していなようにふるまうことを、子どもたちは自分自身が悪いと思い、自分を責めるようになってしまう。子どもたちの自責の念を正し、自尊感情を取り戻すことが出来ることを目的としたプログラムである。個別もしくはグループワークを行う。児童保護サービスを通じた早期介入及び措置介入も行っている。基本的には子どもの参加同意のもとにサービスが提供される。もっと実質的なサポートが必要であれば、Young Carer サポートにつなげる。また、さらに専門的なサポートを必要とする場合は、地域のメンタルヘルスサービスにもつなげる役割を負う。

Hidden Harm の対象となる家族は Social Care（強制力を持った公的ケア）の段階の家族であり、子どもに対するリスクはそれほどまでではないが、プロテクティブ要因がそろっていない家族に対しては法的な職権に基づいた強制的な介入がなされる。Hidden Harm のケースから家庭外措置や強制的介入が必要であるとの送致を行うことも多い。特に子どもが年少の場合は、児童保護の強制介入に送致する。例えば5歳の子どもが薬物依存の親と2人で暮らしている場合は、安全とはみなさない。子どもが緊急事態に対して、携帯電話を使用することができ、緊急対応のサービスが自らでつかえるような年齢や発達状況であるまでは、Social Care の対象となる。他機関での連携も必要であり、それぞれの機関での役割を調整するような役割も Hidden Harm のプログラムは持っている。

・エセックス郡における公的ケア（Social Care）と民間団体との関係

→ 子どもの安全確保のために公的ケア（Social Care）が提供される場合は、多くの場合、在宅にて行われる。裁判所の関与が必ずしもあるわけではない。この地域では、Social Care の対象のケースの子どもをなるべく家庭外措置しない傾向がある。なるべく在宅で安全を守るような尽力がされている。緊急一時保護もしくは Social Care の担当ワーカーが在宅では子どもの安全が守ることができないという十分な根拠があり、裁判所で証明できるのであれば、子どもを家庭外措置することができるが、それはごくまれなケースである。子どもがネグレクや危険な状態になっているが、裁判所に持ち込むほどのレベルではない場合 Public law outline（PLO）Meeting と呼ばれる支援者と家族との法的な下でのミーティングを行う。

(<https://www.thefamilylawco.co.uk/blog/2017/03/29/public-law-outline-plo-meeting/>)

裁判所に持ち込む前の前段階の状態であり、親はそのミーティングで決定した内容を約束しなくてはならない法的な義務が課せられる。親がその約束を破った場合は、裁判所に申し立てられる。この約束が守られているかどうかは、法的にも福祉的にもモニタリングされる。

Social Care は対象となる家族を D-bit（Divisional based Intervention Team）に送致することができる。D-bit は毎日家族と接触し、家族の強みと解決（ソリューション）に焦点をあてながら家族を支援し、家族関係の修復を図る。家庭外措置がなされた子どもであっても、なるべく家庭復帰をさせる、または家庭外措置を予防し、在宅にとどめ

ることが目的となる。もしも親が朝、子どもたちを学校に送り出すことができないのであれば、D-bit が家に出向き、親の代わりに子どもたちを送り出す、など具体的なサービスを行う。集中的なサービスとなるため、とても高価なサービスである。イギリスのどこにでもあるわけではない。

エセックス郡の Social Care と民間のサービス事業所との関係はとてもよく、民間事業所から送致されてくるケースをきちんとスクリーニングおよびアセスメントしており、家族が必要なサービスにつないでいると思う。そこまでリスクが高くないケースは早期予防のサービスにつなげることが大切であり、その判断を行う基準が大切である。ある領域で家族に関わっている自分たちのような立場からの判断と家族全体をケースマネジメントしているワーカー判断とが違う場合がある。自分たちの専門領域から見て、その意見を主張すべきだと判断する場合は、強く訴えることにより、再度アセスメントをしてもらう。身体虐待のケースは合意が多いが、心理的虐待のように客観的に子どもに対するリスクを証明するのが難しいケースに関しては、物理的なケアがされていれば、いくら子どもが傷ついていても、Social Care のワーカーは「在宅支援を継続する」との判断することが多い。その場合は差し戻して再度検討してもらうように要請する。それでもだめなら、どのようにこちらの見立てがうまく主張ができるかを考える。民間団体は家族を児童保護サービスに通報した後にも、家族とは関係が続けなくてはならず、難しい立ち位置を求められる。

自分たちが関わる家庭の中に20年間近く Social Care での在宅支援歴がある子どもが6-7人いる。ほとんどの子どもが家にいたくないと言っている。祖父母のもとにいる子どももいるし、親戚のもとにいる子どももいる。

・ Social Care が関わっているケースの事例

→ 母親には精神疾患がある。父親はフルタイムで長時間働いている。複数の子どもがいるが未成年の子どもが3人いる。父親はプロテクティブ要因（子どもたちの安全を守る要因）とみられていたが、帰宅が11時など遅い時もある。年少の3人子どもに対して、学校から夏休みの子どもたちの様子を心配して Hidden Harm プログラムに送致があった。家庭訪問をし、アセスメントをおこなった。一番下の子どもだけが、カウンセリングに行きたいと言った。もともとの学校からの心配事は、父親の飲酒についてのみで、母親の精神疾患については全く触れられていなかった。子どもたちは家族のことについて話さないように親から言われていた。一番下の子どもはフットボールの事ばかり話して、家族を話題にすることを意図的に避けていた。子どもたちは、父親はやめようと思えば飲酒をやめられると主張し、それ以上のサービスを拒否したため、ケースは終結された。

しばらくしてから Social Care が再度、ケースを送致してきた。結局、このケースには Social Care が長い間関わることとなった。Hidden Harm は下の2人の子どもに対し

で数年間にわたってサービスを提供した。Hidden Harm の目的は、この子どもたちに母親の精神疾患と父親の飲酒について理解させることであり、子どもたちの安全を守ることが最優先だった。子どもたちは Social Care のワーカーに対して不信感を持っており、Hidden Harm のワーカーが訪問した時も何も話そうとしなかった。下の子どもが心を開くまでに18か月かかった。何度も Social Care は終結と再開を繰り返した。父親は Social Care が関わる度に Social Care が関わりをやめるのに必要な程度の改善を一時的に示し、Social Care が終結されるとまた以前の状態に戻るということを繰り返した。(Disguised compliance という状況)。最終的に父親に対峙する形となった。Social Care はとてもよくやってくれたと思う。最終的に父親は勤務時間を変えて、養育環境は改善された。Social Care のケアのレベルも Public law outline Meeting から Family Conference にステップダウンした。Family Conference であれば、家族も意見を言うことが出来、一緒に解決策を考えていくことになる。長期間にわたるケースではあったが、多くの関係機関が家族のために連携し、改善に導いたケースであった。

・「在宅ケースでの成功ケースとはどのようなものだと思うか？」

→ たくさんの関係機関が協働し、ケースを改善に導いたケースだと思う。たくさんの関係機関が協働して、家族が改善すれば徐々に家族が独り立ちして自ら離れていく。完璧な家族などいない。子どもの基本的ニーズがきちんと満たされること、とくに心理的ニーズが満たされることが成功なのだと思う。特に子どもの心理的ニーズは見過ごされることが多い。時には、家庭内のプロテクティブ要因を探すのに大変時間がかかる、またはプロテクティブ要因だと思っていても実際はそうではないという場合がある。たとえば、あるケースで母親がアルコール依存症で、継父がプロテクティブ要因だと思っていたが、実際には、継父が大変支配欲が強い人物で、母を支配していた。継父が飲酒をとどめるような働きはしておらず、心理的虐待とも呼べるようなレベルで母親を支配しており、結果として母親の飲酒を間接的に誘因しているような状況が明らかになったケースもある。また、このケースでは長女と継父が結託して、母親を支配しているような面も見られた。家族関係や家族のダイナミクスは表面的に見た場合と、中身まで見ると複雑なことが良くある。

4. DV ケースと児童保護ケースについて

DV については虐待の相関が高く、どちらが原因でどちらが結果なのかがわかりづらい。エセックス郡では、DV ケースの対応の見直しがなされ、DV ケースに対するネットワークが構築されている。DV に対しては Multi agency risk assessment conference (MARAC) を設置しているし、すでに支援の対象になっているケースに対してのリスクアセスメントを行う。どのような支援がそれぞれのケースに対してなされたか。どのような支援がなされるべきだったかをこのネットワーク会議では話し合う。会議には基本的に

は家族は参加してない。子どもの虐待や Family Conference においては家族も含まれる。薬物依存、とくにアルコール依存のケースについては、多くが MARAC の対象となっている。MARAC は守秘義務を超越して情報を共有している。面前 DV は心理的虐待として扱うし、子どもが被害者の親をかばおうとして加害者に立ち向かいケガをするケースもある。子どもの中には加害者親が被害者親の首を絞めて気絶させるのをずっと目撃していた子どももいる。被害者の親と子どもで避難できる場所もある。被害者の親が加害者の親との関係を継続することを望む場合は、子どもだけを保護する場合もある。多くの婚姻ケースは被害者の親が加害者のもとに戻ってしまう。戻らなくても同じようなパートナーを再び選ぶことも少なくない。また面前 DV の家庭で育った子どもは他の子どもに対して暴力的な行為を示すことが少なくない。子どもたちにとっては健康的で非暴力的な人間関係というのがどういうものかわからない。世代間連鎖を断ち切るためのケアも必要である。

DV ケースにおいて子どもだけを保護する前にできる限りのことをすべきだが、DV は長期化することも多い。6 か月後に改善が見られたと思えば、また元の木阿弥に戻ってしまっていることも少なくない。改善をどのように判断をするのかはとても難しい。加害者にアルコール依存の問題が見られる場合であれば、飲酒が攻撃性を誘引していることも多いので、まずはアルコール依存の問題から手を付ける。薬物やアルコール依存は、再び使用したり飲酒したりし始めることも多くあるため、注意が必要である。家族は協力しているように見えて、実際は薬物やアルコールの使用を勧めているような働きをしていることもあり、家族の全体的なあり方やダイナミクスを見ることが必要となる。多くの場合は飲酒や薬物を使用している親や加害者に非難が集まるが、それだけではない場合が多々ある。また、そのような環境である子どもにケアをすることは大切で DV 環境や薬物・アルコール依存のある親の元で生活している子どもは健康的な関係性を学ぶことができないため、大人になった時に親と同じような関係を繰り返して構築してしまうことがよくある。加害者だけを取り除けば、それで問題が解決するわけではない。ある程度の改善があっても子どもに対するリスクが残っている場合、どのようにそのリスクをコントロールするのか、そしてこれまでに子どもが受けた影響をどのように癒していくのが難しい。「どこまで改善すれば子どもにとって十分に安全だと判断するのか」というのを見極めることは難しい。子どもが保護されてしまうと、家族はせっかく改善していたことを無駄だと感じるかもしれない。また、子どもを家庭外措置したところで、在宅でとどまるよりも、子どもの傷付き度は少ないのか？ どうかというのも家庭外措置する際に考慮しく手はならないと思う。

5. 在宅支援と家庭外措置のバランスについて

子どもは集中的なケアで安全が確保できるなら在宅でいる方がよい、という方が今の時点ではイギリスの主流のような気がするが、それはやはりケースバイケースである。まず

は家族を支援して、在宅でやっていくことが可能かどうかを見るというのが主流となっている。子どもを家庭外措置することは金銭的に高くつく。里親のリクルートから考えても、とても高くつく方法である。

エセックス郡も社会的養護のための施設はあったが、すべて閉鎖となった。子どもたちはすべて里親か特別後見人のもとに行くことになった。4－5年前に1年もたたないうちにすべての施設が閉鎖となった。国から郡へ決定が下ってから閉鎖まではとても速かった。エセックスの施設はすべて民間経営であり、費用がとてもかかった。施設閉鎖は在宅ケースの増加につながった。在宅に対する集中的ケアを提供して、子どもをなるべく在宅にとどめた方が経済的にも効率的だった。施設閉鎖時、施設にいた子どもたちは里親、親類ケア、緊急保護里親もしくは家庭復帰するか、を迅速に判断する必要に迫られた。年少の子どもたちの多くは里親に措置されたが、年長の子どもたちは受け入れ先がなく、他の郡にうつされた子たちもたくさんいた。大規模の施設はすべて閉鎖された。現在、エセックス郡では1400名が里親にいる。特に対応が困難な子どもたちに特化して預かってくれる専門里親（Specialized Foster care）もある。15歳より年長の子どもがケアを探すのは大変難しい。

- ・「実際には施設を閉鎖したことで、在宅支援の方に予算がまわったのか？」
- 計画では、最も費用が掛かる施設を閉じて、フロントラインの予防的な在宅支援に予算を回すということだった。しかし、在宅支援での予防ケアの効果を証明することが難しい。長期的にはとても経済的に効率的であるが、緊急に対策が必要な部分（緊急保護・家庭外措置）の部分とのバランスが必要となる。年長児になると家庭の問題が、子ども自身の問題行動として提示されるようになるので、子どものネガティブな行動の方に焦点が当てられ、子どもを矯正する方向に対応が向いてしまう。青少年の行動問題、特に男児の場合は背景要因に目を向けられることが難しい。

2017年9月19日 Birmingham the Children's Society

(<https://www.childrenssociety.org.uk/what-we-do/helping-children/birmingham-and-coventry>)

バーミンガムは、イングランドのウェストミッドランド地域にある工業都市であり、人口はロンドンに続く第2の都市になる。工業都市のイメージの強い土地柄ではあるが、若い世代の人口層も多く、子どもや若者に対する独自のプログラムを展開している。

The Big Peg 120 Vyse Stree The Jewellery Quarter

Birmingham B18 6NE

① Louise Kinsella 氏—Helping Further および My Place サービス・マネージャー

- ・ **Helping Further**（移民の家族のための経済的支援サービス（18歳までの子どもがいる家族）

移民の家族を対象とし、生活全般のサービスを行う（法的なサービス、住居のサービス、教育支援サービスなど）。主にビザ取得のための法的サポートやアドボカシーを中心としたサービス。

・ My Place

→ 子どものみでイギリスにやってきた移民の子どもの対象にしたサービス。住宅、教育などの保障を行う。子どもを対象にした人員売買や搾取などの被害にあうことを予防している。また既にイギリスに入国している家族がいる場合は、その家族との再統合支援を行う。家族との関係が破綻している場合などは、社会的養護（Looked after）の対象となる。子どものみで難民としてイギリスに入国してくるケース（Unaccompanied Minors）はイギリスだけではなく、ヨーロッパ全土で大きな問題となっている。EU 諸国においては、入国してきた段階でその法的な立場に関わらず、子どもとして持つ権利を保障しなくてはならない。子どもが入国したら、警察などに身柄を拘束される。ドーバー海峡の入国管理局で難民カウンセラーとの面会を受ける。どこから来たのか、なぜ来たのか、どうして元の国に戻れないのかを尋ねられる。住宅、医療、教育ケアの保障がされる。入国管理局ではなく、自治体に発見され、通報されることもある。アフガニスタン、イラン、イラク、ソマリアからの入国が多い。子どもだけでやって来る場合もあるし、途中で親とはぐれてしまった、また国境で引き離された、親が死亡したというケースもある。親が密入国業者に大金を払い、子どもだけが入国してくる場合が多い。働きたいがために年齢を偽る子どもも多いが、16歳未満は必ず里親ケアに措置されることになっている。多様な文化に対応できる里親を見つけることは難しく、とくにムスリム系の里親家庭を見つけるのが難しい。自治体が行う里親ケアと民間里親事業所があるので、なかなかその手続きは一定化していない。移民の子どもや人身売買で保護された子どもをケアするための特別なトレーニングを里親は受けていない。里親自体がそのプロセスを理解していないことも問題となっている。里親は子どもにとって安定した環境であるべきだが、子ども自体が家庭環境で長期間の過ごしていない場合も多く、ルールのある家庭に順応することが出来ない場合も多い。また里親家庭での文化の違いや教育制度、ジェンダー役割などに、子どもたちが戸惑うことも多い。里親がルールを守らせようとすると、それまでに搾取の被害経験のある子どもは自らのトラウマ体験を想起した反応をすることも多い。

My Place は子どもたちのアドボカシーを目的としている。自治体と子どもたちの間に入り、子どもたちのニーズがきちんと満たされるようにアドボケイトする役割をしている。大学への入学手続きを援助したりもする。子どものグループとともに自治体の責任者に会いにいたりもする。子どもたちがきちんと必要なケアが提供されているか確認し、提供されていないければ、提供されるように問題を解決する。子どもたちに一貫性と安定を提供できるようにする。

・「どこまで、家族全体を支援するのか、子ども個人を支援するのか？」

→ 多くの場合、イギリスでは親の養育方法というよりは子どもが置かれている養育環境が理由で児童保護サービスの対象となる。養育環境による子どものメンタルヘルス、ウェルビーイングに対する影響はなかなか評価されない。年長児が里親に適応するのは難しい。里親から逃げ出してホームレスになる子どもも多い。ホームレスになる方がましだと思わせるような環境とはどういう環境なのかと思わざるを得ない。児童保護においてメンタルヘルスに対するケアはとても大切なのだが、メンタルヘルスに対するケアにスティグマがあり、なかなか受け入れられない。子どもたちに安定や安心感を与えるためには、メンタルヘルスに対するサービスをもっと重視するべきだと思う。公的サービスはなかなかメンタルヘルスの部分の提供に至らない。

児童保護セクションでは虐待（セーフガーディング）対応になると子どものニーズが中心になる。

・「移民の家族の場合、物質的に子どものニーズを満たせないことで、不適切な親だとみなされて子どもに対するリスクとみなされてしまうことはないのか？」

→ 家族の中にはそれを心配して支援者を恐れる家族もいるが、できる限り家族を維持することが子どもの最善の利益であることは社会に浸透している。公的サービスに対して恐れを抱いている家族もいるが、子どもが引き離されることはない。

・「経済的困難によって子どものニーズを満たせない家族とネグレクト家族との区別をどうつけるのか？」

→ 自発的にサービスを求める家族はネグレクトではないとの判断をしている。被害者であることに慣れてしまっている親は、自ら支援を求めることができない親もいる。ケースによって違うが、親が子どもに適切な養育を提供しているかどうかだけで、リスクとは判断しない。まずは家族が必要としているものを提供することから始める。

・「児童保護サービスから情報を求められることもあるか？」

→ 家族がある経済的困難やホームレスの問題以外に子どもの安全に対する脅威がある場合は、児童保護サービスに通告するが、自分たちの行うサービスの目的は家族が子どものニーズを満たせるように、養育環境を整える援助をするものである。

家族の視点からみるので、子どもの安全という点のみにこだわっていない。家族の中には、子どものために安定した生活をするためのステップがわからなくなっている家族もいるが、それを1つずつ解決していくために家族と伴走していくことが必要である。情報を与えてもそれをどのように実践に移すのか、というのを援助していくことがワーカーには大切になってくる。

② Sarah Creswell—PAUSE メンタルヘルス・ドロップインプログラム マネージャー

バーミンガム地域での革新的なドロップインのメンタルヘルスサービスセンター。1週間7日間空いており、予約不要で必要な時に、必要なだけ立ち寄ることが出来る。子どもや親が立ち寄り、無料のカウンセリング等のメンタルヘルスサービスを受けることが可能である。

・自分自身について

→ 精神保健領域での看護師。NHS（国立健康サービス）で11年間働いた。18か月前に Children's Society に来た。若者に対するサービスで働きたかった。NHS は結果を出すことに終始していたので、もう少し、人々のニーズにこたえるような形の仕事をしたいと思った。エリアマネージャーとして働いており、メンタルヘルスサービスを行っている。

・PAUSE プログラムについて

→ PAUSE はドロップインモデルでのメンタルヘルスサービスで、当事業所では初めての試みである。2016年8月からの開始で18か月前に開始した。週7日、平日10時から18時まで、水曜日は12時から20時まで、週末は11時から16時まで開館している。カウンセラーとセラピスト、ボランティア、ユースワーカーの混合スタッフで構成されていて、で構成されている。1日に6人のスタッフが勤務している。3人の専属スタッフ（セラピストかユースワーカー）と3人のボランティアのシフト構成である。ボランティアも専属スタッフと同じことをする。ボランティアの中にも免許を持つセラピストや看護師もいる。免許を持っていなくても18か月の実地研修と観察訓練し、専属スタッフと同じようなことができるように、基本的に訓練されている。ボランティアスタッフが手に負えないと感じるケースについてだけ、専属スタッフと交代する。有償スタッフは12人、ボランティアは30人所属している。1年間で10000人の利用者あった。とても盛況なため、この18か月間で3つのロケーションに拡大した。

関係機関からの送致ケースは受け付けず、本人が直接くる形である。自己申告であるため、どんな申告内容であってもかまわない。主な主訴は不安、気分がすぐれない、怒り、家族との葛藤である。若者が必要としているのは認知行動療法（CBT）、ソリューションフォーカストセラピーなどであるが、多くの場合は、ただ誰かに話を聞いてほしいというのがほとんどである。誰かに確認したい、誰かに認めてほしいという気持ちにこたえてほしいという訴えが多い。ほとんどの場合は1-3回の面接で終了する。フォローアップはしない。ケースワークはせず、来訪した際の対応のみである。もしも長期的なフォローアップが必要な場合は、NHSのサービスに送致する。あまりにも症状が重い場合はサービスを受けることができない。NHSサービスを通してだと2年以上待たなくてはならないが、若者にとってはとても長すぎる。軽度のメンタルヘルスニーズの場合の受け皿になっている。

始めは多くの学校での学生集會に話をしに行ったり、ラジオなどのメディアに宣伝してもらったりした。開設後6か月後にはとても忙しくなっていた。1人の若者が来ると、次の時には友人を連れてやってくる。そしてまた友人を連れて…という風に、口コミで広がっている。0-25歳までを対象としているが、利用する層は2分されており、11歳から16歳までと、16歳から25歳までである。11歳より下の子どもがやって来ることは少ない。他地域では11歳未満の子どもがほとんどなので、地域によってやって来る対象が違うようである。11歳未満の場合は親に連れられてやって来ることが多い。11歳以上の子どもは友人とやって来るまたはひとりでやって来る。

・児童保護サービスとの関連性

- 児童保護サービスへの通告が先月は10件と多かった。自発的なプログラムなので、児童保護に通告することで、継続的に支援が必要な子どもに対する支援が切れてしまう恐れがあるが、子どもの安全のため躊躇はできない。児童保護サービスを通じて行われるメンタルヘルスサービスには限界があり、十分な支援が提供できていないと思う。児童保護サービスが対応する重症度が高すぎて、軽度の場合は何の支援も提供されない。

・評価について

- 利用者数と財政的効率とサービスの質が成功していると思う理由である。予算としてはバーミンガムすべての精神保健予算の2%としか使っていないのに、対象となる年齢層のメンタルヘルスサービスが必要であると思われる人口の60%を支援している。質としては利用者満足度がある。600人の利用者に「このサービスを他の人に推薦するか？」と聞いたときに98.8%が推薦すると答えた。臨床的な尺度も使って評価すると、利用した若者たちが臨床的にも状況が改善していることが示された。これらが成功のエビデンスになると思う。

バーミンガム全体の精神保健サービスについての評価については6か月毎に行われている。NHSサービスは対象の特定化に焦点を当てすぎている。ドロップインサービスと薬物治療を含む集中的な治療を必要とするサービスとの中間がないことにこの評価の結果が気づけばよいと思う。CBTやIAPT(improved access to psychological therapy)に対する予算配分がなされることを期待する。構築化された形のセラピーがもう少し気軽に受けられればよいと思う。

バーミンガムはヨーロッパで人口が一番若い(全人口の約40%が25歳未満である)。なので、若年人口に対してのサービスに対する予算も多い。また新しいサービスに対しても寛容である。若者や子ども向けの革新的なサービスがたくさん生まれている都市である。

・このサービスの画期的な点

→ 既存のモデルは学校にカウンセラーが常駐している形だった。多くの学校ではパートタイムのカウンセラーが1人いるだけで、必要な学生すべてに支援を提供することが難しい。100人学生がいる学校で、カウンセラーは1日に2-3人しか会うことが出来ない。学校でも、このドロップインモデルを採用して、どんな時でもやって来る事が出来るようにしてもいいのではないかと、思う。

25歳までの子どもを対象とはしているが、親も利用することが出来るし、専門家もやってきてアドバイスを受けることも可能である。親の主訴は「子どもを何とかしてほしい」というのが多いが、それに対しては「できません」と答える。「その代わりに家族がより幸せになる方法を見つけることを手伝うことはできる」と答える。親は子どもを変えたいと願うが、親の非現実な理想や親自身の問題を投影させていることが多い。そのため、親に対して、たくさんの教育を行うことが必要となって来る

子どもが発達の過程で、試し行動をしたり反抗的態度や挑戦的態度を取ったりすることは自然なことで、無理に矯正する必要はないこと、メンタルヘルスニーズに対してのスティグマを払拭することなど、たくさんの教育を必要としている。時には、親は「自分たちがよくやっている」と認めてくれる存在を必要としているだけの場合もある。子どもの行動や状況に対して、自分自身を責めている親もたくさんいる。親たちもこのドロップインサービスで若者たちと同じように支援を受けることができる。

・「親が子どもに問題があるというのでセンターに連れてくるけれども、親にも問題があるという場合はどうするのか」

→ セッションの最後に親と一緒に入ってもらう形で所見を述べる。たとえば、子どもの自傷行為で悩んでいる親が子どもを連れてきたとして、親に最後に最後にセッションに入ってもらって、自傷行為についての情報や対応の仕方を子どもと一緒に聞いてもらう。親自身の行動を改める必要がある場合は、親に対してきちんとその事実を伝える。利用者の20-25%は親である。8歳以下の子どものケースの場合は主に親と共に面談する。自閉傾向がある場合や、人との境界線の取りにくいなどの問題の場合は親と一緒に入ってもらう。自閉傾向のある子どもについては、親と一緒に入ってもらって対応の仕方を学んでもらい、家でも実践してもらう。1-2時間のセッションだが、親子そろってのセッションでも1-3回で十分である。必要があればいつでも再訪は可能である。いくら時間が空いてもかまわない。すべてのファイルは保管している。

・「匿名での利用はありうるか？」

→ 今まで2回しかなかった。どちらのケースも2週間後またやってきて、身元を明かした。無理に身元を名乗らなくてもかまわない。CCCB（小型カメラ）が面談室にあるため、何かあった時は画像から身元は判別できる。

・困難点について

→ 医師のアセスメントや集中的なサービスが必要なため、PAUSE から NHS にケースを送致しても、NHS が提供するサービスの質がとても悪い。NHS は無料でサービスは受けられるが、待つ期間が長く、サービスの質も悪い。なので、送致しても、子どもたちは「ここのほうがいい」と言って戻ってきてしまう。ドロップインサービスは処方箋が出せない。ので、NHS がきちんと対応してくれるまで、なんとか間をつないでいるケースもたくさんある。

予測が難しいサービスである。時には3人しか来ない日もあれば、60人来るときもある。たくさんの自殺念慮がある子どもたちがいっぺんに来たり、行き場がない子どもたちが来たりもする。予測不可能な事態に対応するための技術が問われるが、プログラムが始まってから、誰も辞めたスタッフはいない。予測できないことが挑戦的で面白いと感じているようである。ボランティアもやめた人がいない。SV は毎日行う。何が起こったかを必ず共有する。送致の受け皿である NHS が最も大きい困難である。

・どうしてこのサービスが必要になったと思うか？

→ NHS が地域の精神保健サービスを提供しているが、過去の数年間で、NHS の予算は大幅にカットされた。多くのスタッフが NHS から去り、サービスの質も落ちた。結果として、NHS サービスへのアクセスがしにくいようになった。何とかその需要に対応しようとした結果、サービスを受けるまでに長い期間がかかるようになってしまった。ADHD の場合だと診断が出るまでに2～3年間の待ち期間がかかる。ケアはとても医療的なものになり、薬物治療に偏重するようになってしまった。心理的なサポートはほとんど受けられない。この国が忘れてしまったものは、メンタルヘルスケアはいつでも必要なものであり、ケアは診断名がついたり、服薬したりすることだけではないということだ。若い人がメンタルヘルスケアの必要を感じる時に、いつでも自分の話を聴いてもらえる場所があるということはとても大切なことである。症状が深刻になる前に、支援につながるということが必要である。このドロップインセンターで目指しているのは早期の支援である。

・学校を通じてのサービスはないのか？

→ 今までは政府が直接、各学校の予算配分を決めていたのだが、アカデミー制がとられるようになり、各学校で予算の自由裁量ができるようになった。多くの学校がこれを受けて、カウンセリングサービスの予算を削減した。発達障害を持つ子どもに対しても、SENDSCO (Special educational need coordinator : 特別支援サービスのコーディネーター) は学習障害のある子どもたちの支援をするべきだが、親が医師の診断を受けてサービスを提供されるのを望んでいるのに、診断されないケースが起こっている。学校が診断サービスに対して支払いをしたくないために診断を拒んでいる状況である。発達

障害の場合は SENDCO が対応するので、メンタルヘルスのサービスには来ない。

・若年妊婦に対してのサービスはあるか？

→ 若年妊婦に対してはあまり対象としては見ない。すでに別のところで多くのサービスがあるから。産後うつの評価や対応には NHS のサービスの対象となる。

バーミンガムはヨーロッパで人口が一番若い。なので、若年人口に対してのサービスに対する予算も多い。また新しいサービスに対しても寛容である。私立学校でメンタルヘルスに力を入れているサービスもある。

③ Yeng—Independent Visiting Service マネージャー

ボランティアリクルートメント、研修、Befriender（ボランティア）訪問のコーディネーターを行う。

社会的養護にいる子どもたち（里親・施設問わず）に対するボランティアによる訪問活動プログラム。Befriender と呼ばれるボランティアが子どもたちに 1 か月に 1 回会い、子どもたちの希望に沿って共に活動するというもの。活動内容は子どもの希望に沿い、様々である。

社会的養護の担当ワーカーがケースを送致してくる。自信をつける、新しいことに挑戦する、友人が少ない、社会的に孤立しているなどの理由で、社会的養護ケアにある子どものケースが送致されてくる。

活動はボランティアと子どもがやりたいと思うことを自由に行う。食事をしたり、公園で散歩したり、映画を見に行ったりなどの娯楽活動を行う。子どもが自分自身の意見を表現することを重視している。子ども自身が参加するということが重要である。子どもとのマッチングを考えてペアリングする。個々のペアによって活動も違う。

18歳未満までの子どもを対象としており、参加している子どもの平均年齢は12-13歳である。それより若い子どもはあまり対象にはならない。一度8歳の子どもが送致されたくらいである。

ワーカーにケースが送致されたとしても、子どもが希望しなければサービスは提供されない。まずは、子ども自身にサービスの説明を行い、子ども自身のことも話してもらい、何を望んでいるかの情報を得る。受け入れるケースと拒否するケース半々である。数回試してみてどうするか決めることもできる。どちらにせよ、1か月に1回のサービスとなるので、数か月行って、マッチングが上手くいったとしても、子ども自身が「もういらぬ」と言えば、いつでもやめることはできる。

ボランティアと子どもの2人分の活動費1回の訪問で25ポンド（約3600円）である。交通費は含まれない。なるべく無料や安価のイベントやサービスを探すように、ボランティアにも工夫してもらおう。グルーボンでみつけた安い料金でロッククライミングを行ったパ

アもいた。プールや海に泳ぎに行く、映画を見に行くなどの活動もある。若者にとって、ボランティアは専門家ではなく、普通の大人であるからこそ、自分が大人になった時にどのような大人になりたいかを想像させてくれる人物となる。社会的養護のもとにある子どもたちは、ソーシャルワーカーや教師、医師、弁護士などあらゆる専門家にはたくさん出会うが、普通の大人が1対1で自分の相手をしてくれるという経験はあまりない。1対1のそのペアだけの特別の関係をもつが重要であり、それぞれのペアにより関係性は異なる。

ボランティアに対してまずは「子どもの安全を守る」に対する研修を行う。子どもの安全が懸念される場合はどのような時か、見つけた時はどうすればいいのか、などの基本的な知識を学ぶ。ボランティアはあらゆる職業や背景を持っているので、すべてのボランティアが同じ研修を受けることで共通した知識を身に着けることにしている。

またボランティアは1対1で子どもたちと外出することになるので、何かあった時にいつでも対応できるサポートを提供することが必要となる。オフィスの時間は月から金曜日9-5時であるが、外出は週末や夕方が多い為、5時以降や週末に緊急の連絡先を設けて対応するようにしている。

ボランティアは3か月ごとにスーパービジョン（SV）を受けることになっている。個別のSVとグループSVを取り混ぜて行うようにしている。ボランティアの個別での活動となるため、ボランティア同志の体験を共有することは大切である。電話でのSVなども行っている。ボランティアとオフィスとのコミュニケーションが途切れないように気を付けている。運営側にとっても、ボランティアからのフィードバックを聴くことはとても重要である。ボランティアが何を運営側に求めているのかを知ることができる。

・子どもはどんなボランティアをペアとして希望するかのリクエストをすることができるか？

→ 初回の面談の際に、どのようなことを望んでいるか、どのような活動をしたいかなどの希望を細かく聞く。年齢や性別の希望も聞くようにしている。

・ボランティアは学習支援を行うことはあるか？

→ 子どもが求めれば行うことはあるが、本プログラムの意向とは違う。このプログラムは、子どもに対する情緒的サポートを目的としている。コミットメントすること、計画を立てること、計画通りに活動を行うことをボランティアと一緒にやっていくことを通して子どもたちが学んでくれることを目的としている。

ボランティアには最低でも2年間は続ける予定であることをお願いしている。ボランティアが引っ越した時も、できる限り継続してくれることをお願いすることになっている。子どもたちにとっては同じ相手との関係の継続性がとても大切である。

・ボランティアのリクルートについて

→ リクルートとスクリーニングには時間をかける。研修期間に2か月という長い間をかけるのはそのためである。期待されている役割に適しているかどうか、なるべく運営側や子どもたちが求めているボランティア像に合うボランティアをリクルートしたいと思っている。ボランティアを希望している子どもたちにも、待ちぼうけをさせたくない。バーミングガムの社会的養護にいる子どもたちは、地域的に拡散しているため、移動距離を考慮したマッチングできるように考慮しながら、ボランティアをリクルートしている。

ボランティア希望者のドロップアウトの割合もかなり高い。ボランティアに対するこちらからの要求も高いからかもしれない。実際にマッチングするときにも、慎重に行っている。データベース照会により犯罪歴がないかどうかのスクリーニングも行う。現時点で28人のボランティアがバーミングガムエリアで活動している。ブラックカウンティでも同じようなプログラムを運営している。

ニーズがたくさんある子どもには、たくさんの人間が関わる必要がある。このプログラムの欠点は、社会的養護にいる子どものごく一部にしかサービスを提供できていない点がある。法律上では、すべての社会的養護にいる子どもは、この訪問プログラムを受けることができることとなっているが、実際はそうではない。バーミングガムエリアには1,800人の子どもたちが社会的養護にいるが、その中の28人しかこのサービスを受けることができていない。自治体の予算により制限があり、法的に保障されているサービスなのに予算を理由に利用が限定されてしまっている。

④ Rob Willoughby-Birmingham –ウエストミッドランド・エリア統括

民間事業（Charity Organization）がどのようにニーズを拾い上げ、新しいプログラムを開発していくかについての話を聞いた。

・現在のイギリスにおける家庭支援について

→ 現在イギリスでは2つの考え方がある。一つは親がよりよい養育ができるように国が支積極的に支援をし、親と共に養育責任を持つという考え方である。もう一つは親に対して養育の責任を返し、国は後ろ盾をするという考え方である。過去10-20年は前者の考え方は公的サービスが介入する際の主流の考え方であったが、経済的な理由から最近、徐々にこの考え方から離れつつある。イギリスでのソーシャルワーカーの役目は、親を支援して、親に養育の責任を返すことである。ファミリーグループカンファレンスは養育の責任を親に帰し、家族が自分たちで解決法を見つけるのに有効な手法である。エンゲージメントが重要なポイントであり、拡大家族を支援に巻き込むことが目的である。

後者は法的な視点からいうと防衛的実践（Defensive Practice）と呼ぶものである。

支援者の間で「自分の判断により子どもが傷ついてしまう恐れ」がある。死亡事例などがメディアに上がると、ワーカーの落ち度が浮き彫りにされ、非難される。例え、そのケースが稀なケースであったとしても、支援者は死亡事例や重大事例が発生することを恐れる傾向がある。システムの問題として、ソーシャルワーカーの不足がある。児童保護のワーカーは一番厳しい状況で働いているので、多くの場合2-3年で離職してしまう。経験の浅いワーカーがソーシャルワークの中でも最も難しい判断を行わなくてはならない状況にさらされている。11年間 NHS 医療部門で勤務していたが、医療現場では最も難しい患者は最も経験豊富な医師が対応し、一般的な簡易な処置を一番経験の浅い医師が担当するのが当たり前だった。ソーシャルワークは全く反対である。この背後にあるものが、リスクと恐れからなる自己防衛のための実践だと思っている。

6-7年前、マンローレビューが出された。重点項目の1つが、ソーシャルワークの専門職化支援だった。ソーシャルワーカーが自らの意思決定に対する自信を向上させることによって専門職化することであった。チェックシステムや監査システムの方に比重が置かれてしまい、実際の実践の方にかかる時間がなく、記録や文書化ばかりしている現状がある。ソーシャルワーカーのタイムスタディを行うと、勤務時間の8割がシステムのための事務や関係機関との調整に費やされており、2割が実際の家族や子どもと直接関わる時間になってしまっている。実際に行うべき比重が反転してしまっている。

・民間事業所がサービスを提供することの意義

→ Children's Society (CS) は非営利の団体であり、民間事業所と呼ばれるより、ボランティア (Voluntary) もしくは慈善事業 (Charitable) 団体と呼んでくれた方がいいと思う。イギリスは、ビクトリア期からの公的機関と教会そして非営利団体が協働してきた長い歴史がある。本事業所の財源は混合している。50% 団体としての寄付収入、50% の委託費の収入である。事業委託費については民間基金からの助成金を基盤としたものである。バーミンガムではキャトベリーチョコレート会社がいくつかの基金を設立し、助成金を非営利団体に分配している。助成金が対象とするテーマに併せて、難民支援やひとり親支援など、事業を事業所自らが申請し助成金を得ている分と、公的な委託事業として設定されている事業を受託することから得る委託助成の収入とがある。CS は歴史的にイギリス教会と関係性が深かった。他にも Action for Children という NPO があるが、ここはメソジスト派の教会との関係が深い。NPO が特定の教派との歴史的に深い関係を築いていることで、継続的な安定した支援を受けることが出来る。遺産を寄付してくれる家族もある。

事業収入だけでは期限が決まっているので、安定した収入を得るは難しい。安定した財源は NPO にとって重要になってくる。経済的な状況のために、公的機関が外部委託を渋っている傾向にある。2つの委託プログラムが自治体の直営サービスに戻された。

送迎サービスや家事サービス、子どもに対するメンタルヘルスサービスも予算が削減され、委託契約をカットされた。

CSのような非営利事業所は、公的なサービスの間のギャップを埋めていくような役目を果たしている。公的なサービスよりも室の良いサービスができている。比較的小さな人口を対象としているサービスは委託されている場合が多い。民間サービスの方が、家族に迅速に入り込むことができるし、抵抗も少ない。

・どのようにこのようなプログラムは開発されるのか？

→ 法制化されたサービスを提供するプログラムもあれば、各地域で行われるニーズアセスメントの結果により生まれたサービスもある。コミュニティ基盤のニーズドライブン（Needs Driven）のサービスはどのようにしてニーズを見つけ、それを具体化し、そのための資金を得てくるか？が重要となる。

例えば、アジア系の男子のメンタルヘルスの問題を例に挙げれば、アジア系の男子のメンタルヘルスケアについて、ニーズはあってもサービスに中々結びつかない。なぜサービスに結びつかないのかについて聴き取り調査を実施した結果、アジア系はメンタルヘルスのニーズを恥と結びつける傾向にある。特に地域に多いパキスタン系の人々はメンタルヘルスの問題を「悪魔が付いた」と考え、メンタルヘルスケアを受けると家の評判を落とすと思われることが明らかになった。この結果を基に、アジア系の男子へのメンタルヘルスケアの重要性をどのように啓蒙することが出来るかについての画策が練られることとなった。アジア系の親は子どもの学校の成績をとっても気にしているので、親に対して子どものメンタルヘルスと学業への影響を訴える形で、メンタルヘルスケアの大切さを啓蒙することとした。コミュニティが持つニーズについて訴えるためにはどうすればいいか、

コミュニティが持つニーズを理解し、そのニーズを満たすためのサービスのための財源をどのように持ってくるか？新しいサービスを作り出すときに、どのように周囲を説得するか？を考えることがニーズ・ドライブンのサービスを作り出すためには必要である。

非営利団体であることで、クリエイティブであることができる。以前、公的機関で勤務していたが、公的機関では法令や規程、ガイドラインに沿った形でしかサービスを提供することができなかった。新しいニーズに柔軟に対応できるのは民間団体の強みである。実践や現場で起こっていることをくみ取ってボトムアップのサービスを作り上げる事の自由度が民間・非営利団体にはある。

・サービスの効果のエビデンスについて

→ 行政官に対してもエビデンスを示す必要があるのはわかっているが、大事なものはコン

コミュニティに確実にあるニーズに対応していることだと思う。対応しようとしているニーズが確かなものであり、明らかになっていることが大事であり、それに対してクリエイティブな対策をとることを求められている。

効果測定については第3者の大学機関やリサーチ機関と協働して、その効果についてのエビデンスを集めることを行っている。

・ 予防的ケアに対する評価についてはどのようにエビデンスを示すのか？

→ 精神保健に対する予防ケアである PAUSE プログラムを例としよう。以前からバーミンガム NHS の公的精神保健サービスは他の地域に比べて、サービス提供については劣っていることが指摘されており、行政官は改善のプレッシャーを感じていた。行政官は従来とは違う予防ケアを求めていた。バーミンガムでは2つの主要なメンタルヘルスを扱う基金があり、これらの基金は行政からの委託を受けることを望んでいた。どちらの基金も委託を勝ち取りたいと願っていて、いい意味での競争状態が出来上がっていた。行政官からの注文は、予防的ケアを充実させること、学校を基盤としたアクセスしやすいメンタルヘルスサービスを提供することであった。バーミンガムでは、メンタルヘルスサービスを受けようと思うと6か月から1年待つことが当たり前になっている状態であり、サービスを必要としている子どもたちがサービスに迅速にアクセスできることは重要であった。私はバーミンガム子ども病院（基金の1つ）に「誰でもすぐに立ち寄ることができ、週7日間開所していて、子どもと家族がいつでもサービスを受けられる場所を年間50万ポンドの予算で、年間1万人へのサービス提供を計画して作りたい」を提案した。実際は実現可能かどうかはこの時点ではわからなかったが、やる気になれば可能だとも思った。バーミンガム子ども病院はとても乗り気になった。基金は行政官にアピールできる斬新で想定外の企画を欲していたため、その計画にとってとても好機だった。行政官は斬新な何かを探しており、自分のキャリアとしても、とてもいいタイミングだったらからこそ、実現できたプログラムだったと思う。

斬新な計画を立てることは簡単だが、実践に落とすことがとても難しい。しかし、私はスタッフを信用していた。この PAUSE プログラムは経験豊富なセラピスト、子ども自身がどのようにものごとを学べばよいかを示す学習モデル (learning model) になれるようなユースワーカー、ボランティアがいれば可能だと思った。多くのプログラム運営はボランティアにかかっていた。多くの文献で、積極的な傾聴はセラピーと同じくらい効果的だということが証明されている。無条件の肯定的な反応は、人間が基本的に必要としていることだから、それができるスタッフがそろっていることが大切だった。

・ PAUSE の結果としてどのようなことを期待しているか？どのような結果が生まれているのか？

→ この PAUSE プログラムを開始してから、専門家におけるメンタルヘルスサービスに

対する固定概念がどんなにあるのかがよく分かった。メンタルヘルスサービスでは専門家がほとんどのパワーを持っている。専門家が全てのことを決定する。どれだけのセッションを行うのか、どれだけ通院が必要なのか、入院が必要なのか、いつ退院できるのか、などである。メンタルヘルスにおいて専門家が持つ権威はとて大きいものである。PAUSE では利用する子どもたちが意思決定のイニシアティブを持つ。子どもたちが来たいときに来たらいいし、来ただけ来たらいい。この PAUSE の利用者自身が決定権を持つというモデルはこれまでのメンタルヘルスの専門家が持つ自分たちのパワーに対する固定概念に対してとても挑戦的なものだった。ニーズの高い、強迫神経症や、強い人格障害などの子どもたちを対象としてドロップインのサービスが提供できるかどうか専門家はいぶかし気に思っていた。これらのニーズの高い子どもたちは、自分たちがサービスが必要であることを自覚して自分からサービスを求めることはないと思われていた。これまではこれらの子どもたちはうつ症状に苦しんでいても、アポイントメントを取るだけで何週間も待たなくてはならなかった。苦しくて今、すぐにサービスを受けたいのに、長期間待たなくてはならなかったのである。PAUSE モデルは、さらに高いメンタルヘルスニーズをもつ患者層に対して当てはめる可能性を提示した。即時対応できるサービスを提供することで、利用者は自分自身のメンタルヘルスに関するニーズを自覚し、自己マネジメントする方法を学ぶこととなる。

また子どもたちはメンタルヘルス以外の交友関係や家族の関係、学校での問題などを持っているが、NHS は子どものこれらのニーズに対しては対応できなかった。NHS は臨床サービスを提供することができるが、これらの問題に対する情緒的なサポートは提供する術をもっていなかった。プログラムマネージャーである Sarah は、自分が閉鎖病棟で働いていた時の摂食障害の患者の子どもたちを思い出した。これらの摂食障害の子どもたちは、症状が悪化し続けたため、入院治療が必要となったが、摂食障害の原因となるのは、低い自己評価や自尊感情、親との葛藤などである。摂食障害は問題ではなく、問題に対して心身が反応している症状である。入院患者の子どもたちは摂食障害こそが問題となってしまっている。早期にニーズに対する予防的サービスを提供することで、これらのメンタルヘルス上の問題を発症することを回避することが出来るのではないかと考え、この PAUSE サービスの計画の枠組みを作ったのである。

⑤ Alison Poxton –Save the Children

現在は、Home Learning Program という子どもの教育環境を整えるためのプログラム開発の部署にいる。Save the Children でのこの仕事について、1年であるため、彼女の長い家庭支援に携わった経歴より、本研究に関わりの深い家庭支援について現在のイギリスの傾向も含めて話をしてもらった。

・家庭教育に関する研究について

→ Learning Environment とは子どもの教育環境を向上させるためのプログラムであり。0 - 3歳の早期の教育が子どもの学習能力に関係するという研究結果から家庭での教育環境の向上を図ることを目的にしているプログラムについての調査を行っている。

家族は子どもの教育に対する物理的な環境を設定する。生活の必需品を提供するためのプログラムはあるが、子どもの家庭教育環境を整えるためには、それ以上のものを提供する必要がある。子どもの教育者に親がなれるようにどのように親に働きかけることができるのか？文献レビューをするのと、実践者と家族から聴き取りをしている。親が教育者になるための阻害要因の1つとして、親自身が小さなころ家庭で教育を受けてこなかった場合がある。親がロールモデルをもっていなかったり、親が本を読んであげたくても文字が読めなかったりする場合がある。親自身が家庭養育の必要性を理解していないこともある。多くの場合は、子どもの教育は学校任せになっていて、家庭で親がするものとは思っていない。つまり、大きな要因は、親は家庭で子どもを教育するように求められるけれども、求められる理由というものをわかっていないことだ。乳児に対して話しかけるように言われるが、なぜ話しかけなくてはいけないかがわかっていない。1つの効果的な方法は物品を提供するときに、家庭環境の整備とむすびつけて提供する。例えば、ベビーベッドを提供する際に、子どもが眠るのには1日のルーティーンが必要であるということを結び付けて伝える。現在イギリスでは、たくさんの家庭支援を行う事業所が乳幼児の教育環境の向上に対して働きかけるプログラムを実施しているので、新しい発見があると思う。

この助成は eat sleep learn play という名前で、WEB サイトもある (<https://www.savethechildren.org.uk/what-we-do/uk-work>)。2011年から始まっているが、資金がなかなか集まらなかった。教育環境というものだけでは、なかなか理解が得られなかった。今まである貧困家庭に対する物品の提供と結び付けて、Save the children UK のプログラムとして確立できないかと考えている。今までやっていたプログラムと結び付けて効果的に広める戦略と、それによって多くのサービス提供者が助成を受けることが出来るようになると思う。

・これまでの経歴について

→ 前職は Lincolnshire という自治体（ロンドンから東に車で2時間ほど行った地域）で15年間、Youth Service に従事していた。これは11 - 25歳の子どもたちを対象にしたものである。その前は、Family Intervention というところで多問題の子どもとその家族を支援するキーワーカー（Key Worker）のマネジメントをしていた。その前は10代の妊娠を予防する計画に従事していた。

・在宅における家族介入サービス (Family Intervention Services) について

→ 在宅での家族介入サービスに長年マネージャーとして働いていた経験からの話ができると思う。

イギリスでは、都市部に住んでいる家族に比べ、田舎に住んでいる家族にはなかなか社会資源が届かない。又、家庭訪問するワーカーたちも移動にとっても時間がかかっていた。キーワーカーは、家族と直接関係を結び、家族が必要とするサービスをコーディネートする。多問題家族には多くの支援者が関わるが多く、家族が混乱してしまうことがよくある。誰が何をする人なのか良く分からなくなってしまうことも多い。なので、キーワーカーが家族に関わる全てのサービスについて、ファミリープランと呼ばれる計画を家族と共に立てる。その計画において家族が同意した行うべき行為に対して支援する人たちを一つにまとめるケースマネージャーのような役割をキーワーカーは行う。イギリスで言われる Social Care と呼ばれるものではなく、さらに早期な予防的なものである。困難がある家族に対して Social Care の対象となるまでに、その兆候が表れる前に介入するというものである。子どもが措置されるような結果とならないように予防するのが目的である。早期支援 (Early Help) と呼ばれることもある。予防的なプログラムを行う場合に問題となるのは予算である。ウェールズやスコットランドとは違うが、イングランドでは福祉に関する予算は地域自治体が決定する。地域のカウンシルは保守的政府のもとで福祉ケアに対する予算を縮小している現状がある。この早期支援のサービスは現在は減少したか終了しているところが多い。予防ケアに対してはあまり予算が割かれていない現状が概してある。

Family Intervention は予防的な支援プログラムの最も上位のケアとなり、家族が同意することが前提となっており、強制的な Social care とは違うものである。児童保護が必要なレベルとなると、家族に選択の余地がない。ほとんどの家族が Family Intervention に同意し、拒否する家族はほとんどいなかった。もちろん、時間をかけて説明する必要はあったし、その気になってもらう (engage) のには時間がかかるが、留守の家の玄関で1時間待つなどして、5週間かけて家族を口説いて参加してもらったこともある。2%くらいの拒否率である。小さなケースロードであり、6-7ケースを1人のCWが担当していた。多くの家庭支援プログラムでワーカーは平均12-18ケース/人を担当している。行動変容を起こすためには、週2-3回の訪問が必要となる。介入期間は、初めは平均12か月だったが長い家族では2年間かかった家族もあった。最終的に介入期間を短縮し、平均は9か月となった。予算が問題となったためである。

早期支援においてとても役立つと思ったことは、1人の人が家族のすべてのサービスをコーディネートすること、そしてその人が家族と信頼関係を結ぶことである。自分たちのFIチームで行っていたケアが Social Care と違う点は、家族を焦点にしておき、子どもを焦点にはしていなかったことである。Social Care は子どもの安全を焦点にしているが、FIチームは家族を支援することを通して、子どもを支援している。焦点が違

う。Social Care は子どもに支援の焦点が当てられており、親はそれに貢献するように求められている。児童保護をはじめとした Social Care は自分たちが対象とする家族における親を「欠陥がある、不足している」として見る。

家庭を支援する際に我々のチームが最も大切だと思ったのは、家族をエンパワメントすることである。問題のある家族として見るのではなく、家族自身が解決策を持っているという風に見るべきである。私たちのチームでは、ライフ・コーチングのためのトレーニングをワーカーに対して行った。ライフ・コーチングとは自分自身の生活に責任を持ち、イニシアティブをとっていくのを支援する方法である。家族に対して、どのような生活がしたいのか、そのためには何をするのか、そのためにどんな支援が必要なのか、を尋ねるようにワーカーを訓練した。その前は、「こうするべきだ」「こうしなくてはならない」と支援者側からの家族に言っていた。ライフ・コーチングを使った支援はとても効果があった。

・ Troubled Family Program (TFP) について

→ 後に Family Intervention はイングランドの自治体に課せられた Troubled Families Program (TFP) に吸収された。TFP はイングランドのすべての52自治体で実施されているもので、当時の首相であった David Cameron 首相の時に導入された。2011年にロンドンから始まりイングランドの多くの都市で若者たちによる暴動が多発した。実際にはこの暴動の発端は学生たちが学費の高騰に対しての反発として起こしたものであったが、Cameron 首相はこの暴動の原因を貧困家庭の環境が起因するものとし、その環境改善のために2012年4月に TFP が導入された。すべての自治体は対象とされる一定数の家庭に対して問題解決のための支援をすることが義務付けられた。Lincolnshire でも1300の家庭を支援することが義務付けられた。これらの対象となる家族とは i) 家族が反社会的行為に関わっている、ii) 子どもが学校に出席していない、iii) 親が失業している、であった。これらの条件にあった家族を与えられたノルマ数だけ見つけ出し、3年間でそれらの家族の状況を改善させることが求められた。1家族4000ポンドの予算が自治体に与えられたが、実際にかかる費用はさらに多いものだった。

この TFP は第1期、第2期にわかれており、第2期は2015年から始まり、現在も続いている。第2期目はさらに多くの家族を各自治体は対象とすることを求められる。Lincolnshire では、第2期に5000家族が対象として割り当てられ、第1期に比べてかなり少ない予算で家族あたり1800ポンドが与えられ、対象となる家族の条件も拡張された。家族 member の誰かに健康上の問題がある家族、子どもにニーズがある家族、DVの家族が第2期の条件として加えられた。ゆえに第1期の家族に比べて、状況を改善させることが難しかった。今も継続中である。

・イギリス政府における予防的支援

→ 政府が早期予防ケアに力を注ぐことは難しい。早期予防をするためにはある程度の投資が必要となる。ケースロードは小さいものに抑えなければならない。予防的ケアに投資した方が、のちにケースが重度になり、たくさんのコストがかかるよりも支出を抑えることになる。だがエビデンスとして予防的ケアの効果を示すのは大変時間がかかる。政治家に予防ケアの大切さを説得するには時間がかかる。効果に時間がかかるものに投資することを政治家は嫌がる。自分の成果として提示できないからだ。5年間の任期中には、投資したことの効果はでない。エビデンスベーストとは違う論点で予防的ケアは説明しなくてはならない。たぶん価値的な論点で論じる必要が出てくる。

セーブ・ザ・チルドレンのような民間団体がファンドレイジングを行い、Social return on investment（社会的投資収益率）を見るまでは長い期間の投資コミットメントが必要となってくる。

多くの自治体ではサインズ・オブ・セーフティプログラムを採用しているところも多い。ストレングスベーストの考え方はとても魅力的である。Social Careではストレングスベーストの視点があまりない。

6-7年前からSocial Careの対象となるThreshold（基準）が変化してきているのがわかる。家庭外措置の基準が移行されている。社会的養護で育った子どもの予後があまりよくない事から、在宅支援で子どもを育てたほうがましであるとの考えと、財政的にも1年間で1人あたり40000ポンドのコストが家庭外措置にはかかるため、集中的な在宅での家庭支援に予算を注いだ方が安上がりであるという判断が働いている。Lincolnshireでは年間1650人の子どもが社会的養護にいるため、大変負担となっている。リスク自体の定義や対応が財政的な要素によって変わっている。子どもに対する悪影響を防ぐために、家庭外措置するのに、家庭外措置下で育った子どもの予後があまりよくない事は結局解決にはなっていないことを示している。家庭外措置されるべき子どもが何年間もの間、措置されないままで過ごし、14歳15歳になって家庭外措置されることになってなかなか預かってくれる里親がいない。子どもも問題行動を示しており、里親もなかなか対応できないことが多い。

キャメロン首相が導入したTFPで最も大きな目標は雇用であった。それ以前の家庭支援では焦点は親の自尊心の向上や日常生活のルーティーン的确立などだったが、就職支援に対してはあまりタッチしていなかった。就職の支援については、ジョブセンター送致して終わりだった。就労するという事は、安定した収入を手に入れるということだけではなく、家族が変わる流れの中の第1歩になることは、今になってようやく認識されるようになってきた。これらの家族は何世代にもわたって就労の文化がないことも多く、就労する、トレーニングを受ける、ボランティアをするということで、一日の流れがつかめ、決まった時間に起き、決まった時間に仕事をし帰宅するという事につながっていく。子どもたちにもその流れができるようになる。また、自分が就労してい

るということで自信もつき、それが子どもに対する働きかけにもつながり、子どもたちにも自分から話しかけることも多くなっていく。親が仕事に行くと、子どもたちも自然と学校に行くようになる。父親が仕事に行くと、息子たちも学校に行くようになり、学校に行くと自然と授業にもついていくようになって、成績も上がってきた例もある。

これは全くの私見であるが、これはイギリスの福祉改革から来ていると思うが、自分たちが受けている恩恵について、周囲の人たちの税金で払われているという意識が家族にはあまりないように感じるし、自分たちの生活に対する責任をこれまでの支援に含めてこなかった。自分たちが受けている恩恵は当然のものとされているが、それは社会に対する貢献があつてのものである。イギリスは福祉国家として発展してきたが、少し行き過ぎてしまったのではないかというのが個人的な意見である。誰も飢えることなく、凍え死ぬことがないというのは、素晴らしいことではあるが、一度、福祉サービス、とくに物質的なサービスを受けてしまうと、そこから抜け出すという動機付けが中々持てないのは、反対に問題だと思う。家族に卑屈になれとか感謝しろ、福祉の世話になるな、と言っているわけではない。ただ、従来の自立支援とは違ってもう少し支援内容に自分の生活に対する責任やイニシアティブについて家族が考えることが出来るような内容も含むべきではないかと思う。コーチングを家庭支援に使い始めることは、1つの良い方法だと思う。ソーシャルワーカーは家庭にやってきて問題を解決する人ではないという態度をとること、自分自身の生活や人生に責任を持つように持つていくことが、エンパワメントだと思う。

友人で教員がいるが、子どもたちや親の態度も受動的なものに変わってきているといていた。どうやったら、自らが学ぼうという能動的な態度となるのか、また自らが学ぶことの責任を持つことに転換できるのか、という話になっている。家庭支援においても同じである。自分の子どもに対して、まるで友人のようにしか接しない親もいる。どのように大人の親と子どもというような関係を形成するのかということから始めなくてはならない。基本的にはどのようにして「親になる」ということを、何世代にもわたって「親らしい親」を見ないで育ってきた人たちが学ぶことができるのか、ということである。家庭環境や家庭での教育環境を整えるためには、親に対する支援が必要であり、親への支援を通して子どもも支援されることになる。多世代におよぶ親としての文化、失業の文化なども問題がある。児童保護ケアは子どもの安全に焦点を当てるが、親に対する支援について早期段階の予防的な支援をさらに開発する必要がある。

⑥ Laura Waddell—Children's Society—Service Manager

社会的養護ケアの元にいったん措置されたものの、適応できなかった若者や年長児のためのプログラム。オーストラリアで公的な児童保護サービスのケースワーカーの経験があり、イギリスでの児童保護に関わる施策についての見解を自らのオーストラリアでの経歴も含めて話してもらった。

オーストラリア出身で、オーストラリアで児童保護サービスに従事していた。その後、シドニーで若者を対象とした NGO で働いていた。Children's Society では3つのサービス、Child missing service、Child Right Advocacy Service、Boys and young men program (ドラッグ・トラフィックキングや性的搾取に巻き込まれる危険のある青少年のためのプログラム) を運営している。

オーストラリアでは集中的な在宅支援に対するプログラムを行った。早期予防を行うサービスが不十分であったため、集中的な支援が必要となった家族に対して、若者には一時的な住居を与え、その間に家族関係を再構築するのを支援するようなサービスを提供していた。一方で若者に対しては将来の計画について一緒に考えるような支援や交渉術などの社会的技術を教えるような支援をおこなっていた。このプログラムにおいては親と若者の三角関係にとらえられてしまうところが難しかった。

・イギリスとオーストラリア児童福祉施策の違い

→ ロンドンは民間事業所のネットワークが発達している。オーストラリアでは、若者に対する性的搾取やドラッグ・トラフィックキングの問題はイギリスほどない。だが Social Care はオーストラリアよりも進んでいないように感じる。オーストラリアでは子どもたちに対しても、家族に対してもある程度、家族の自由裁量があったが、ここではもっと家族に対して侵略的 (Invasive) である。家庭に対する支援についてはオーストラリアに比べてあまり重視されていないように感じる。家族に対するプログラムは今は就労支援が主流となっている。オーストラリアの方が革新的だ。

一緒に働いていた同僚のソーシャルワークのスキル、ケースマネジメントのスキルが低かった。時代おくれだった。初めて担当したケースは DV ケースだったが、17年間何の支援もなかった状態だった。初めてイギリスに来た時とてもショックだった。

この事業所は、ワーカーの質がとても高い。Social Care については、とても失望的だ。対処療法的で問題が起こってからしか対応していないような気がする。Social Care にいる子どものケース会議にいったが、ほとんど問題を指摘するだけだった。若者に対してリーチアウトし、関係を構築するということができている。変化は信頼関係からもたらされるが、Social Care のワーカーは1人で30ケース程を担当しているので、なかなか1人ひとりと関係を築くだけの時間がない。十分な予算配分がされていない。官僚的であり、制度を決める人たちは現場のことがなにもわかっていない。もしも、もっとスキルのあるワーカーが集中的に支援をしたら、子どもたちが家庭外措置されることを防げるかもしれない。里親ケアで問題行動を示した年長児はグループホームに移行する。イギリスの Social Care は大きなマシンのように感じる。家族や子どもたちはその末端にいるだけである。

イギリスではソーシャルワーカーとして1年働くだけで、資格が持てる。ソーシャルワーカーが不足しているからである。また、教員免許を持っているものでも児童保護

ワーカーとして働くことが出来る。CSではストレングスベースト、ソリューションフォーカストの考えを基に、リサーチを基盤としてエビデンスベーストの実践を行っている。Social Careの価値とは違う。

・CSで現在マネージャーとして担当しているサービスについて

→ Child missing service：行方不明になった子どもたちに対するサービス。行方不明となった子どもたちが見つかった時に、第3者のワーカーがインタビューを行う。警察からのリクエストが来る。1回のみでの面会となることも多いので、即時に子どもと信頼関係を結び、状況を聴き、Social Careが必要かどうかなどの援助方針（Recommendation）を作成する。このサービスはプラットホームとなるサービスである。昨年4月～今年の9月まで294ケースが送致され、85%の子どもが社会的養護およびSocial Careの在宅サービスケースの子どもたちであった。理由はさまざまである。

Child Right Service：社会的養護にある子どもたちのためのアドボケートサービス。プログラムには2人のアドボケーターがいる。1人はSocial Careにいる子どもたちに対して、もう1人は障害がある子どもに対してのアドボケーターである。子どもたちの意見や思いをきちんと届けることが目的である。

Stride：Trafficking、つまり犯罪行為の下働きをさせられている年長男子を対象としたプログラムである。イングランドでは最近顕著にみられる問題である。年上の男性にうまく丸め込まれて、麻薬取引に使われるケースが多い。これらの子どもたちはTrack houseと言われるところに囲い込まれている。麻薬取引だけでなく、性的な搾取をされている子どもたちもいる。少女に対する搾取に関するプログラムは多くあるが、少年に対する搾取に対するプログラムが少ない為、このプログラムが設けられた。男子が初めに取り込まれる過程が女子とは違う。また、社会的教育プログラムの構成が男子と女子では違う。このプログラムで対象となる少年はすべて社会的養護にいた子どもたちである。目的は、少年たちに自分たちが搾取されていること、利用されていることを教えることである。将来の計画や夢を聴き、どのように実現すればよいかを一緒に考える。1対1のケースマネジメントである。多くのトラウマを体験してきた子どもたちは自分たちの経験を言語化することは難しいことが多い為、カウンセリングよりもメンタリングやケースマネジメントの方が効果的である。

ケースを送致されると、ワーカーが子どもに会う。関係を作るだけで何か月もかかる。関係ができれば、ケースマネジメントに移る。子どもたちの計画を聴き、それを実現するためのサービスをつなぎ、マネジメントする。1週間に1回子どもに会う。SWやメンタープログラム、ボクシングジムなど子どもたちのニーズや希望に併せてケースマネジメントを行う。子どもたちにとっては一貫した大人がいるということが大切である。後見人選定や周りの関係機関に対する啓蒙も行っている。教育的なグループワークなども行う。

・イギリスの Social Care と民間サービスの関係

→ Social Care は民間が自分たちができないサービスをしてくれることをとても歓迎している。制度の間のギャップを埋めるためのものであるため、そんなに幅広いサービスでないことが多い。都市部では里親が不足している為、年長児はホステルのようなケアホームに措置されるが、そこで犯罪組織に取り込まれてしまい犯罪行為に利用される、または性的搾取を受ける場合がある。問題があるとわかっているながらも、措置先がないので、問題のあるケアホームに子どもたちを措置し続けるような状況が起こっている。制度の欠陥である。リスクドライブンの制度であり、財政的な効率ばかりが求められる。またワーカーたちは正当化するために、ペーパーワークに追われている。コンプライアンスのため、手順が詳細に決められており、それをすべてこなすことに時間がとられてしまっている。

支援対象との良い関係が良い結果をもたらすことはわかっているながらも自分が働いているシステムや環境がそれを阻害することは多くある。ここでの Social Care では関係構築自体に時間を割くことができない状況になっている。非営利団体であればそれは可能である。Social Care はケースロードが多く、ペーパーワークも多い。ここでは、スタッフには1人10ケース以上は担当させないし、家族に対して集中的なケアが可能である。とてもハイリスクの少年のケースが有れば、7ケースでとどめる。なぜならハイリスクハイニーズのケースがどれだけ時間を消耗するかわかるからだ。Social Care ではあまり気にしない。どんなケースも規定通りに裁くことに専念する。

イギリスで、ソーシャルワーカーというと公的機関で働いているワーカーのことを指し、民間で働いている場合はプログラムマネージャーなどの呼ばれ方になる。プロフェッショナルとしてのソーシャルワーカーの地位が確立されていないように思う。自分は自己紹介する時はソーシャルワーカーを名乗る。ただ、イギリスでソーシャルワーカーというとほとんどの人が公的なサービスや児童保護サービスから来たと思われ、なかなか受け入れてもらえない。特に子どもを強制的に保護するようなイメージで見られる。イギリスよりもオーストラリアの方が大学でのソーシャルワーク養成教育もカリキュラムも充実している。イギリスでは脱施設化はあったが、里親ケアが足りないので、施設に措置するケースもある。中には施設でも運営者によってはとてもいい施設もあるが、多くの施設は子どもをただ収容しているだけの場合も多い。脱施設化が必ずしもいい方向に向かうとは限らない。

イギリスにおける調査のまとめ

滞在期間が3日間の大変短い期間での調査であったため、聞き取りに協力してくれる人に片っ端から会うという形式となり、選定ができなかったため内容が散漫になってしまった。しかしながら、今後、家庭支援に関する広い知見を得るためにさらなる調査に取り掛かる上での基盤となるネットワークができた。本研究のテーマである支援型対応について

も民間の力をどのようにこれから利用していくかについて、民間がどれだけ地域のニーズを吸い上げた上でサービスという形に発展させ、その実施に対する効果を証明していくかはキーであり、それを公的な枠組みがどうサポートするかが重要な点となる。また予防的支援についてはその効果がエビデンスとして証明されるためには大変長期的な評価が必要なため、なかなか証明されづらく、短期間で結果を出したい政治家のサポートが中々受けづらい。ゆえに、価値基盤の長期かつ継続的な評価にコミットしたサービス提供主体が研究機関等と手を組んで、様々な指標を使いながら科学的なエビデンスを求めていく必要があると考える。科学的エビデンスと価値、そして非営利機関をはじめとした民間と公的なサービスの協働によって予防的かつ公的サービスのはざまを埋めるようなサービスが提供されている状況について貴重な生のデータが得られた調査であった。今後は、文献研究などによりさらにイギリス児童福祉施策及び児童保護施策についての歴史的背景などを踏まえた上で、他の民間事業所および Social Care を中心とした公的サービス機関などに再訪し、さらなる民間事業所と予防的支援について調査を実施したいと考えている。

3. フランス

1) 調査日程と対象

2017年9月12日 Sophie Dhenaux

(児童福祉民間事業所、L'Essor の在宅支援部門のディレクター)

9月14日 CNAPE (La fédération des associations de protection de l'enfant)

<https://www.cnape.fr/notre-organisation/> 2回目の訪問

9月14日 Martine de Maximy (元子ども判事)

今回のフランスでの現地調査では、今までのフランスでの調査の補足となる形で、民間による在宅支援(AEMO)と司法的介入の要となる子ども判事から話を聴いた。今回の報告書では、本研究のテーマとなる「フランスにおける児童保護における家庭支援」について、これまでのフランスでの調査の内容も反映させて紹介したいと思う。

2) フランスの児童保護システムの概要と家庭支援のあり方

今回の海外現地調査で得た情報とこれまでの文献または現地聞き取り調査の結果から基本的なフランスの児童保護システムと家庭支援のあり方の概要をここでは報告する。

現行のフランスの子ども保護制度は2007年の法律とその改正法である2016年法が基になっている。現行のフランスの子ども保護制度の大きな特徴は、法的保護と行政的保護の2方向による対応となっていること、また親の行為としての虐待・ネグレクトに注目するのではなく、「危険な状態にある子ども」および「リスクのある子ども」という保護を要する子どもの状況に対応するための制度となっていることである。この「危険な状態にある子ども」「リスクのある子ども」という言い回しはフランスに古くからある表現である。

対する権限は尊重され、入所児の散髪をする場合でも、親の承諾を得るほどである。

司法的保護においては、在宅の70%、家庭外措置の88%が司法の関与の元での支援（法的保護）を受けている。予算編成や民間団体との連携状況、司法システムとの連携状況がそれぞれの県によって異なるため、具体的な支援の展開も異なってくる。それぞれの地域の政治的思想や財政状況がその施策に反映されるため、子どもや家庭への支援の格差を生み出すことになっている。

3) 通告受理から支援への流れ

全国規模での通告ホットライン機関である SNATEM は1989年に設立された。現在は SNATED（2007年に改称）と呼ばれるこの機関はフランス共和国全土からの「危険な状態にある子ども」に関する通告を受け付ける機関である。1997年より119の3桁化が行なわれ、2003年より他の警察や消防、救急のための緊急無料電話と同じ扱いとなっている。この SNATED は国と地方自治体である Département からの共同出資により設立・運営されている。パリ市内にある SNATED は、毎日約2000本の通告を24時間／365日体制で受け付けている。スクリーニングは2段階になっており、派遣業者から派遣された10名の受付担当者がまずは電話を受け取り、児童保護サービスの対象となるケースに該当するかどうかの簡単な事前スクリーニングを行なう。いたずら電話、情報が明らかに不足しているケース、一般的な問い合わせのケースなどを除いた通告が次の段階の多職種の専門職（ソーシャルワーク、心理、法律の専門職）によるインタークチームに送られる。ここでのスクリーニングを経て、警察の協力を必要とする緊急対応を必要とするケースと県に送致するケースとに分別される。県に送致されたケースの情報は CRIP と呼ばれる県内の児童保護ケースに関する情報を取り扱う部署に収集される。

CRIP では過去の家族に関する情報と照会しながら、状況をソーシャルワーカー、保健師、保育士、心理などの多職種の専門職がアセスメントし、サービスプランが作成される。サービスプランにもとづいて、家族に対する支援が県下の ASE（Aide Sociale à l'Enfance）を通じて実施されることとなる。また必要があると判断される場合には、法的な保護を求めて司法的保護システムにケースを送致することになる。もちろん、図Ⅲ-1で示したように、県下の ASE や司法機関に対して直接通告や関係機関からの情報提供がある場合もある。

基本的には、危険な状態にある子ども、および行政的保護では状況が改善しない、また支援が拒否されるケースについては司法的保護のケースとなる。司法的保護においては、子どものケース（児童保護・少年審判）を専門とする判事である子ども判事（children's judge）が県の ASE が行った調査結果のもと、6か月～2年間の支援計画を決定し、ASE に支援内容をオーダーする。子ども判事は親と子どもたちの福利を弁護する役割を担っており

各県においては、それぞれ民間団体（アソシオン）との協働の元、ASE を通じて支援

が展開される。家庭外措置に関しては、施設養護と里親委託がほぼ半々の割合となっている。年少児および特別なニーズがある子どもに対する措置先としては里親委託が主になり、施設養護については年齢区分がある。18歳未満までの子どもの社会的養護と共に18-20歳の若者に対する支援も法制化されており、一般的な福祉制度への移行の橋渡しとなっている。

4) フランスにおける児童保護システムと家庭支援

今回のインタビュー調査内容も踏まえ、フランスにおける児童保護システムと家庭支援について日本における子ども虐待対応での家庭支援を考える際の示唆となるであろう点についてまとめてみた。

①権利主体の児童保護

フランスにおいては、イギリスやアメリカのように「子ども虐待」という事象は、公的権力が家族に介入するための根拠として使われていない。1989年法で初めて、フランスは「子ども虐待」というアングロサクソンの概念を導入した。以降、1990年代～2000年代にかけては、児童保護のもとで「子ども虐待」という概念は引き続き、その後は、家族が社会によって不当に取り扱われた結果、児童虐待という現象が起こっているという解釈がなされるようになった。フランスでは児童虐待を親の行為として見るよりは、貧困などの環境要因に起因したものというとらえ方をする傾向にある。ゆえに、フランス語で“mistreat”を意味する《maltraitance》はとてもネガティブな意味で捉えられており、親を「悪い親」と呼び、非難していることになるので、なるべく使うことを避けようとする傾向がある。2007年法において《maltraitance》という言葉は法律の中から消去され、《enfants en danger》（危険下にある子ども）、《enfants à risque》（リスクのある子ども）という言葉で表現するようになった経緯がある。しかしながら、2016年法では子どものニーズを焦点とし子どもの安全を守ることを第一優先とすることが強調されている。

2012年のONEDの統計によれば、児童保護ケース全体のうち家庭外養護ケースが占める割合は48%とかなり高い。次に述べるように家族を重視するフランスではあるが、家族が子どもの基本的ニーズを満たすことができないのであれば、社会が親に代わって満たすため、子どもが家庭外に措置されることはやむを得ないことと考えており、あまり身体的な親子分離に対して抵抗がないような印象を受けた。また公的扶助を始めとしたユニバーサルサービスが手厚いため、児童保護の対象となるような状況の子どもは家庭外措置もまぬかれない状況であることが多いことから、高い割合となるのではないかという意見もあった。

②家族重視の考え方と親子関係の存続

フランスの家族に対する価値観。親子の絆は切れないものと考えている。親自身が親権を放棄しない限りは強制的に親権を喪失させられることはない。ゆえに、養子縁組のよう

な形で子どもたちに「永続的な親子関係」を提供するような方法はとられておらず、法律としても親子分離後もかなり親の状況が悪いケースであっても、仲介面会のような形でセラピストが同席した形での定期的な面会の権利が親には保障されている。親子が離れて暮らす状況であっても、親が近すぎると子どもを傷つけてしまう場合であっても、媒介となるセラピストを使って、自分たちが一番良い距離を見つけようとするのが仲介面会である。

1989年法にて、国際的な流れを反映し、アグロサクソンの児童虐待の概念が紹介されたが2007年法において「児童虐待」の概念は姿を消し、2016年法の中に再び復活した。家族に対する価値観が強いフランスにおいても、ポリティカルなパラダイムにおいて子どもを保護することと、家族を維持することはアンビバレントな関係の中での振り子が揺れている状態である。2007年法においては家族維持に重点を置いていたが2016年法においては、子どものニーズに重点を移すようになった。

行動計画を立てる時には、政治的なことを考えなくてはならない。国は何で成り立っているのか？家族なのか？個人なのか？国が家族を単位として成り立っていれば、どうしても家族を重視した政策にならざるを得ない。日本は伝統的には「イエ」としての家族を単位として国家を構成してきたが、近年は家族形態の変化と共に子どもの権利擁護などの国際的な流れに沿って、根本的な考え方を変容しつつある。

これまであったフランスの研究者の中には「(フランスは) 家族のイメージは重視しているが、家族を守るための具体的な施策や方法については、系統だったものではなく、曖昧でかつ多様なやり方を各県や各民間事業所が行っているだけだ」とみている人もいる。児童保護において親子関係に対する考え方は、親子関係は維持した方が子どもの利益になるという考えと子どもの発達を害するような関係であれば断絶した方がいいという考え方の2通りある。それぞれのケースによって違い、それぞれのケースにおいて判断することは難しい。日本においても、子どもの安全を守ることが目的となっている児童保護の領域において「家族」という概念をどのようにとらえ、在宅支援時、または家庭外措置中・後においても、家族をどのように支援していくか、また子ども自身にとって「家族のことをどう思っているのか」を十分考慮に含みながら、子どもの長い人生の中で「家族」の位置づけについて配慮しながら、その支援を系統立てて考えていく必要がある。

5) 福祉的介入と司法的介入のあり方について

①フランスでの司法介入（子ども判事による判断と決定）

フランスは、児童保護ケースに対する司法的介入が強いが、第3者の公正な判断のために司法が介入するというよりは、判事の法の執行者としての権威を用いた意思決定としての介入である。フランス司法は福祉モデル 非対審構造でのあくまでも主観的な審判である（吉中、1996）。判事は家族を守る社会の責任を代弁する役割である。なので、親と子のどちらもの利益とも判事の決定は葛藤しないと考えられている。少年審判も含めた子

ども判事の役割を「ソーシャルワーク・オーケストラの指揮者」や「パートナーリスティックな制度」として初回されている（吉中、1996）。行政と司法の役割分担は、判事は法律（law）を執行し、行政は規則（rule）を執行する。

日本では司法的介入を求める声も多く聞かれるが、実際、一言で司法的介入といっても、その目的や介入方法が違う。フランスでの司法的介入制度は子ども判事が社会を代表して、子どもと親、そして親子としての権利を守るためにはどのような支援を行うべきかがある種の公的な権力を持って決めるものであり、直接的な罰則規定を定めるようなものではないし、何かの法令に基づいて裁くものではない。親の利益を守るものであり、子どもの利益を守るものでもある。日本がもつめる児童福祉における司法的関与・介入とは何なのか？を明確にするための議論を行う必要がある。イギリスやアメリカのように親子分離に伴う親権に関わる部分を中心に扱うのか、それともフランスのように社会を代表して家族に介入するありかたを公的な権威を持って決めることを求めているのか、今一度、司法的介入を求めるために実現性も加味しながら考えるべきである。

4. まとめ

以上、今回の助成研究においてはイギリスを主に、そしてフランスにおける児童保護システムとそのサービスについての現地調査をおこなった。一般的にイギリスはアングロ・サクソン型と呼ばれアメリカと同じタイプに分類されるが、アメリカの児童保護体制をよく知る筆者にとっては、検察的な要素はあまりアメリカほど強くないような印象を受けた。フランスも調査フィールドとしてから4年になるが、日本は下表のどちらの特徴も持ち合わせている「ねじれ型」であるように思う。ゆえに支援者も家族も「どのようなスタンスで関わっているのか？関わられているのか？」が明確でない場合も多い。今後、これらの国の児童保護システムのあり方について学ぶことにより、日本がどのような方向性で家族と子どもの安全に向き合っていくのかについて議論を続けていきたい。

表Ⅲ-1 児童虐待介入政策の特徴パターン（田沢、2017）

	児童保護重視 (アングロ・サクソン型)	家族・児童福祉サービス重視 (大陸ヨーロッパ型)
虐待問題アプローチの枠組み	個別家族の問題・道徳的問題 残余的で選別的施策志向	社会的問題・心理的問題 包括的・普遍的施策志向
介入の政策志向	裁判的・立証目的の取り調べ 司法的 家族支援・児童福祉サービス一般とは分離	治療的・サービスニーズの評価、問題解決 児童福祉や保健サービス一般に包含
公（専門職）と親との関係	“加害者”と対立的	パートナーシップ
家族分離の考え方	法にもとづく強制型	家族の意向を重視する任意型
代表的国や地域	イギリス・アメリカ・カナダ・オーストラリア等	ベルギー・ドイツ・フランス・オランダ・スウェーデン等

IV. 「市区町村における子ども家庭支援の現状に関する調査」

清水 冬樹・畠山由佳子

1. 本稿の目的

(1) 調査実施の経過

地域に住む幅広い「しんどさ（脆弱性）」を抱えた家庭に対して市町村はどのような支援を展開すべきか、また子ども安全に懸念が生じた場合の子どもの安全と家族のニーズのバランスについてその支援のあり方と意思決定、児童相談所や関係機関との連携、ニーズの捉え方にヒアリング調査を行った。

(2) 調査の目的

2017年の児童福祉法改正において、市町村は子ども家庭総合支援拠点として法制化され、「身近な場所での継続的な支援」とし、「子どもの安心・安全」を確保し、「子どもの最善の利益を優先させる」ことが強調された。しかし、実際に何をどのように展開していくべきかは、自治体に委ねられているのが現状である。それぞれの自治体では自治体規模や所得状況、子どもの人数などその地域においてそれぞれの事情が違う中、市区町村がすべき「支援」とは何かについて、基盤となるものを提起することを目的とする。そのためにも、今現実に基礎自治体における子ども家庭相談がどのように実践されているのかを把握する必要がある。

昨今の虐待死事件が報道され、児童相談所は子どもの保護・虐待対応に追われてしまっている。しかし、本来的な支援とは一体どのようにあるべきか。さまざまな地域で暮らす様々な家族に対してその地域の中であらゆる資源を家族や子どもが主体的に利用しながら暮らしていくために、私たちは何をすべきなのかを検討していかなければならない。本調査では市区町村における子ども家庭相談の実際を明らかにすることを目的としている。実践現場の実際から、現状の支援や、到達目標、きめ細やかな工夫などを質的にも量的にも明らかにしていきたい。

なお、本稿は2018年11月に岡山県で開催された第24回日本子ども虐待防止学会おかやま大会自主企画シンポジウム「市区町村における支援型対応と 子ども家庭総合支援拠点の可能性 子ども安全を守り家族を支援する拠点とは」において、畠山と清水が報告したものを再構成したものである。

2. 調査の方法

(1) 質問紙調査の内容

調査項目は以下の項目から設定されている。なお、ビネットによる意思決定調査については、分析の際に作成方法を示す。

- ・児童家庭相談の体制
- ・児童家庭相談の状況
- ・子ども総合支援拠点について
- ・ケース管理方法
- ・支援体制（社会資源）
- ・庁内外の部署との連携
- ・ビネットによる意思決定調査
- ・家族の脆弱性に対する対応（自由記述）

（２）調査対象のグループ分け

調査対象は全国の基礎自治体（1741市区町村、2018年7月1日現在）に対する全数調査を実施した。後述するようにビネットを利用する上で5グループに分けて調査票を送付しなければならない。そのため、グループ分けの方法は層化抽出法を模したものを採用した。

- ・1741市区町村の一覧からを政令指定都市、特別区、中核市、市、町村ごとに分けたリストの作成（自治体類型リスト）
- ・自治体類型のリストに1から5までの値を繰り返し順番に付与
- ・割り当てられた番号がついた自治体毎にビネット A～E までのグループを作成

（３）調査時期

2018年8月～9月

（４）倫理的配慮

倫理的配慮として、調査票に以下のことを記載した。

- ・調査分析は統計的に処理され調査結果から回答者や自治体が特定される形での公表は一切しない
- ・データの漏洩がないように配慮すること
- ・個人・自治体名が特定できない形で加工し入力・分析処理がなされること
- ・問い合わせについては畠山研究室の連絡を入れるよう連絡先を記載

回答者が回答し投函したことを持って本調査研究への同意が得られたと判断し、分析の対象とした。

本調査については神戸女子短期大学人を対象とする研究倫理委員会における審査を受け、承認を得た。

3. 調査結果と考察の概要

(1) 本報告の位置づけ

本報告では自治体規模を手がかりとしたクロス集計とビネットにおける2項ロジスティック回帰分析のみを示す第1報である。また、分析結果について市町村の現場の経験が豊かな本研究会メンバーでの検討し、各項目の分析結果が示唆する状況についての意見を考察として記載している。

調査結果および考察の概要は以下の通りであった。

配布数	1741通
回収数	468通
有効回収数	468通
有効回答率	27.2%

(2) 母集団の代表性

表IV-1には、回答があった自治体の自治体規模と全国の自治体の自治体規模を比較したものを示した。1万人未満の回答の割合が10%程度の差があり、本調査の回答割合の方が低い。一方で自治体規模が3～10万人未満を見ると、本調査の回答割合の方が6%程度高い。

回収率は低いが、自治体規模の分布の比較から母集団の分布とそれほど外れておらず、調査結果の代表性は確保されていると判断をしている。

表IV-1

	回答があった自治体		全国（平成30年7月1日現在）		（参考）各自治体の規模毎の回収率
	度数	列のN%	度数	列のN%	
1万人未満	93	19.9%	497	28.9%	18.7%
1～3万人未満	111	23.7%	447	26.0%	24.8%
3～10万人未満	167	35.7%	510	29.6%	32.7%
10～30万人未満	73	15.6%	203	11.8%	36.0%
30万人以上	24	5.1%	64	3.7%	37.5%
	468	100.0%	1721	100.0%	27.2%

4. 結果

(1) 市区町村の子ども家庭相談体制

表IV-2では、自治体規模と子ども家庭相談における従事者数の分布を示している。自治体規模が大きくなると、従事者数が増加していく傾向を読み取ることができる。

表IV-2 自治体規模 vs 子ども家庭相談の相談員数の分布

	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
1万人未満	88	2.295	1.584	1	10
1～3万人未満	105	2.952	1.821	1	12
3～10万人未満	169	4.089	2.064	1	12
10～30万人未満	76	7.421	3.360	2	24
30万人以上	25	14.680	6.688	4	32
合計	463	4.609	3.931	1	32

F=141.089*** df=4

多重比較：1万人未満・1～3万人未満<3～10万人未満<10～30万人未満<30万人以上

表IV-3では、自治体規模と子ども家庭相談における従事者の資格の所持の分布を示している。特徴としては、保健師は規模の小さい自治体における保健師の割合が高いこと、教員は3～10万人未満がピークとなっている、社会福祉士・児童福祉司は規模の小さい自治体ではその割合が低い。

表IV-3 自治体規模 vs 子ども家庭相談の相談員数の資格所持の状況

	1万人未満	1～3万人未満	3～10万人未満	10～30万人未満	30万人以上	合計
社会福祉士 (n=463)	5.0%	7.9%	9.5%	18.9%	20.4%	10.4%
児童福祉司 (n=463)	1.8%	1.9%	8.4%	8.4%	7.2%	5.6%
社会福祉主事 (n=475)	7.9%	8.4%	9.1%	12.7%	17.0%	9.7%
保育士 (n=475)	16.5%	19.0%	17.8%	14.0%	16.6%	17.1%
保健師 (n=475)	39.1%	23.2%	9.1%	12.7%	16.3%	19.2%
教員 (n=475)	10.2%	17.4%	27.2%	17.8%	14.8%	19.4%
心理士 (n=475)	7.2%	6.8%	3.6%	5.0%	11.5%	5.7%
その他 (n=475)	13.2%	10.3%	6.0%	10.6%	13.6%	9.6%

*** p<.001 ** p<.01 * p<.05

表IV-4と表IV-5では、子ども家庭相談従事者の兼務の割合と人員の分布を示している。兼務状況の特徴として、規模の小さい自治体程兼務の割合が高いこと、兼務している人数は規模の大きい自治体の方が多くなっていることが挙げられる。自治体規模の小さい自治体の方が保健師が何かしらの兼務をしている割合が高いこと、1万人未満から30万人未満まで、保健師が兼務割合が最も高いことが推察される。

表IV-4 自治体規模 vs 子ども家庭相談における兼務者割合

1万人未満 (n=88)	82.4%
1～3万人未満 (n=105)	74.1%
3～10万人未満 (n=169)	41.5%
10～30万人未満 (n=76)	33.2%
30万人以上 (n=25)	28.9%
合計 (n=463)	54.6%

表IV-5 自治体規模 vs 子ども家庭相談における兼務者の人数

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
1万人未満 (n=88)	1.84	1.604	0	10
1~3万人未満 (n=105)	2.16	1.798	0	12
3~10万人未満 (n=169)	1.66	1.789	0	10
10~30万人未満 (n=76)	2.34	2.779	0	11
30万人以上 (n=25)	4.88	8.177	0	32
合計 (n=463)	2.10	2.759	0	32

小さな自治体では、各領域は分化されておらず、すべての福祉に関わる案件を1-2人などの少人数で担当している場合もある。そのような場合では、保健師は母子に関わらず、障がいや高齢者などの福祉の幅広い領域の担当も可能なため、小さな自治体では保健師が配置されることが多いのではないかという意見が研究班からあがった。

(2) 要保護・要支援・特定妊婦ケースの分類・計上・台帳管理

表IV-6では自治体規模と要支援・特定妊婦ケースの分類・計上割合の分布を示している。自治体規模が大きくなると、要支援児童・特定妊婦を計上している割合が高くなっていく傾向となっている。

表IV-6 自治体規模 vs 要支援児童ケース、特定妊婦ケースを分類・計上割合

	1万人未満		1~3万人未満		3~10万人未満		10~30万人未満		30万人以上		合計		
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	
要支援児童**	計上していない	36	39.6%	32	29.1%	36	21.8%	14	19.2%	2	8.7%	120	26.0%
	計上している	55	60.4%	78	70.9%	129	78.2%	59	80.8%	21	91.3%	342	74.0%
特定妊婦***	計上していない	39	43.3%	36	33.3%	22	13.5%	10	13.7%	2	8.7%	109	23.9%
	計上している	51	56.7%	72	66.7%	141	86.5%	63	86.3%	21	91.3%	348	76.1%

***p<.001 **p<.05

表IV-7では自治体規模と要支援児童ケース、特定妊婦ケースの台帳管理割合の分布を示している。要支援児童の台帳管理については自治体規模が大きいほど台帳管理をする割合は上がることで、特定妊婦は3万以上から台帳管理をしている割合が9割以上となることが特徴として挙げられる。3万未満の規模の自治体においては、該当するケースも少なく、担当者も1-2人なので台帳という形で把握する必要がないと考えられているのではないかという意見があった。

表IV-7 自治体規模 vs 要支援児童ケース、特定妊婦ケースの台帳管理割合

		1万人未満		1~3万人未満		3~10万人未満		10~30万人未満		30万人以上		合計	
		度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
要支援児童***	管理していない	36	39.6%	18	16.8%	17	10.6%	5	7.1%	2	8.7%	78	17.3%
	管理している	55	60.4%	89	83.2%	144	89.4%	65	92.9%	21	91.3%	374	82.7%
特定妊婦***	管理していない	43	47.8%	25	24.0%	13	8.1%	6	8.3%	2	8.7%	89	19.8%
	管理している	47	52.2%	79	76.0%	148	91.9%	66	91.7%	21	91.3%	361	80.2%

***p<.001 **p<.05

(3) 要保護児童ケースと要支援児童ケースに関する、法的定義以外に区別するための明確な基準の有無

表IV-8では、自治体規模と要保護児童ケースと要支援児童ケースに関する、法的定義以外に区別するための明確な基準の有無の割合について示した。自治体規模が大きくなるとともに、法的定義以外の区別のための基準があるという割合は増加するように数値は見られるが、有意差は認められなかった。法的な定義以外の基準があると答えた自治体は全体の8.4%であり、大変少ない。あると答えた自治体においてももっと多かった基準は「虐待かどうか」であり、客観的な指標に基づいて判断しているというわけではない。研究メンバーの意見として、DVや心理的虐待において、要支援か要保護の判断に迷うことが多いという声があり、今後、これらのケースについてどのように判断しているのかのさらなる調査が必要となると思われる。

表IV-8 自治体規模 vs 要保護児童ケースと要支援児童ケースに関する法的定義以外に区別するための明確な基準の有無の割合

	1万人未満		1~3万人未満		3~10万人未満		10~30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
いいえ	89	96.7%	105	94.6%	148	89.2%	63	87.5%	19	86.4%	424	91.6%
はい	3	3.3%	6	5.4%	18	10.8%	9	12.5%	3	13.6%	39	8.4%
合計	92	100.0%	111	100.0%	166	100.0%	72	100.0%	22	100.0%	463	100.0%

(4) 庁内・庁外の連携

表IV-9は、「過去6か月のケースを思い出していただいて、次のそれぞれの庁内部署および町外の関係機関頻度としてどれくらいの連携ができていますか」という設問の回答のうち、庁内連携に関する回答割合を自治体規模別に分析したものを示した。自治体規模が大きくなるにつれて生活保護、障害者福祉、保育、学童保育、母子福祉、DV相談窓口との連携の頻度は下がる傾向が明らかとなった。この結果は、単純集計の結果から見ても低くなっていることが確認できる。保健センターは1万から10万人の規模において、全体より連携の頻度が低くなっている。

自治体の規模が大きくなると、連携の頻度が下がる傾向については「大きくなると物理的に顔が見える距離ではなくなってしまい、それが連携の頻度の低下に影響しているの

はないか」という意見があった。

表IV-9 自治体規模 vs 庁内連携

		1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
		度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
生活保護	ほとんどない	23	27.7%	13	12.4%	4	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	40	8.8%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	12	14.5%	30	28.6%	82	49.4%	19	25.0%	7	28.0%	150	33.0%
	週に1～2回	5	6.0%	17	16.2%	43	25.9%	38	50.0%	13	52.0%	116	25.5%
	ほぼ毎日	43	51.8%	45	42.9%	37	22.3%	19	25.0%	5	20.0%	149	32.7%
障害福祉	ほとんどない	13	15.9%	6	5.7%	4	2.4%	2	2.7%	0	0.0%	25	5.5%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	25	30.5%	37	34.9%	82	48.8%	17	22.7%	11	44.0%	172	37.7%
	週に1～2回	7	8.5%	17	16.0%	39	23.2%	35	46.7%	10	40.0%	108	23.7%
	ほぼ毎日	37	45.1%	46	43.4%	43	25.6%	21	28.0%	4	16.0%	151	33.1%
保育 (子育て支援・保育係)	ほとんどない	6	6.9%	2	1.9%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%	9	2.0%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	30	34.5%	26	24.5%	56	33.7%	17	22.4%	7	28.0%	136	29.6%
	週に1～2回	11	12.6%	25	23.6%	48	28.9%	33	43.4%	10	40.0%	127	27.6%
	ほぼ毎日	40	46.0%	53	50.0%	61	36.7%	26	34.2%	8	32.0%	188	40.9%
保健センター	ほとんどない	8	10.0%	7	7.3%	4	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	19	4.4%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	18	22.5%	28	29.2%	38	23.5%	8	11.0%	5	20.8%	97	22.3%
	週に1～2回	14	17.5%	27	28.1%	65	40.1%	15	20.5%	5	20.8%	126	29.0%
	ほぼ毎日	40	50.0%	34	35.4%	55	34.0%	50	68.5%	14	58.3%	193	44.4%
教育委員会	ほとんどない	7	8.1%	1	.9%	1	.6%	1	1.3%	1	4.0%	11	2.4%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	32	37.2%	49	45.0%	80	47.9%	25	32.9%	10	40.0%	196	42.3%
	週に1～2回	12	14.0%	33	30.3%	54	32.3%	29	38.2%	2	8.0%	130	28.1%
	ほぼ毎日	35	40.7%	26	23.9%	32	19.2%	21	27.6%	12	48.0%	126	27.2%
学童保育	ほとんどない	26	32.1%	25	23.8%	45	26.9%	20	26.3%	10	40.0%	126	27.8%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	19	23.5%	25	23.8%	54	32.3%	23	30.3%	7	28.0%	128	28.2%
	週に1～2回	10	12.3%	14	13.3%	8	4.8%	12	15.8%	4	16.0%	48	10.6%
	ほぼ毎日	26	32.1%	41	39.0%	60	35.9%	21	27.6%	4	16.0%	152	33.5%
住民課(市民課)	ほとんどない	23	28.0%	23	21.9%	43	25.7%	13	17.1%	8	32.0%	110	24.2%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	13	15.9%	29	27.6%	53	31.7%	28	36.8%	8	32.0%	131	28.8%
	週に1～2回	5	6.1%	12	11.4%	13	7.8%	8	10.5%	1	4.0%	39	8.6%
	ほぼ毎日	41	50.0%	41	39.0%	58	34.7%	27	35.5%	8	32.0%	175	38.5%
母子福祉	ほとんどない	10	12.0%	6	6.0%	3	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	19	4.4%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	22	26.5%	20	20.0%	31	20.0%	23	31.5%	8	32.0%	104	23.9%
	週に1～2回	8	9.6%	20	20.0%	44	28.4%	19	26.0%	8	32.0%	99	22.7%
	ほぼ毎日	43	51.8%	54	54.0%	77	49.7%	31	42.5%	9	36.0%	214	49.1%
DV相談窓口	ほとんどない	30	38.0%	28	29.2%	19	12.6%	1	1.4%	1	4.0%	79	18.6%
	3～4か月に1回程度	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	月1回以上	12	15.2%	17	17.7%	40	26.5%	25	34.2%	10	40.0%	104	24.5%
	週に1～2回	3	3.8%	6	6.3%	20	13.2%	18	24.7%	8	32.0%	55	13.0%
	ほぼ毎日	34	43.0%	45	46.9%	72	47.7%	29	39.7%	6	24.0%	186	43.9%

表Ⅳ-10は、「過去6か月のケースを思い出していただいて、次のそれぞれの庁内部署および関係機関頻度としてどれくらいの連携ができていますか」という設問のうち、庁外との連携に関する回答を自治体規模別に分析したものを示した。自治体規模が大きくなるにつれて児童相談所、公立幼小中との連携の頻度は高くなる傾向が見て取れた。また、保健所（精神保健）、発達障害支援センター、児童家庭支援センター、病院・医療機関、警察・少年センター、民生児童委員・主任児童委員、助成相談所、児童館については、「ほぼない」と回答した割合は自治体規模が大きくなるにつれて低くなっている傾向にある。結果に対する考察として、人口規模が大きくなると、リスクが高いケースの数も多くなり、児童相談所や学校との連携が頻繁に必要となるケースが多くなるのではないかという意見が聞かれた。

表IV-10 自治体規模 vs 庁外連携

		1万人未満		1~3万人未満		3~10万人未満		10~30万人未満		30万人以上		合計	
		度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
児童相談所	ほとんどない	10	11.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	2.2%
	3~4か月に1回程度	39	46.4%	9	8.3%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%	49	10.7%
	月1回以上	30	35.7%	58	53.7%	31	18.5%	0	0.0%	1	4.2%	120	26.1%
	週に1~2回	5	6.0%	32	29.6%	77	45.8%	12	15.8%	8	33.3%	134	29.1%
	ほぼ毎日	0	0.0%	9	8.3%	59	35.1%	64	84.2%	15	62.5%	147	32.0%
保育所	ほとんどない	9	11.0%	3	2.7%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%	13	2.8%
	3~4か月に1回程度	14	17.1%	13	11.8%	13	7.7%	0	0.0%	1	4.0%	41	8.9%
	月1回以上	29	35.4%	45	40.9%	70	41.7%	19	25.3%	5	20.0%	168	36.5%
	週に1~2回	20	24.4%	31	28.2%	67	39.9%	35	46.7%	11	44.0%	164	35.7%
	ほぼ毎日	10	12.2%	18	16.4%	17	10.1%	21	28.0%	8	32.0%	74	16.1%
公立幼・小・中	ほとんどない	9	10.6%	3	2.7%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%	13	2.8%
	3~4か月に1回程度	29	34.1%	26	23.4%	20	12.1%	1	1.3%	1	4.0%	77	16.7%
	月1回以上	38	44.7%	53	47.7%	78	47.3%	17	22.4%	6	24.0%	192	41.6%
	週に1~2回	7	8.2%	25	22.5%	48	29.1%	32	42.1%	9	36.0%	121	26.2%
	ほぼ毎日	2	2.4%	4	3.6%	18	10.9%	26	34.2%	9	36.0%	59	12.8%
保健所 (母子保健)	ほとんどない	42	51.9%	47	44.8%	80	49.1%	34	46.6%	2	9.5%	205	46.3%
	3~4か月に1回程度	22	27.2%	23	21.9%	38	23.3%	14	19.2%	3	14.3%	100	22.6%
	月1回以上	13	16.0%	25	23.8%	24	14.7%	17	23.3%	6	28.6%	85	19.2%
	週に1~2回	1	1.2%	7	6.7%	13	8.0%	4	5.5%	5	23.8%	30	6.8%
	ほぼ毎日	3	3.7%	3	2.9%	8	4.9%	4	5.5%	5	23.8%	23	5.2%
保健所 (精神保健)	ほとんどない	45	57.0%	58	54.7%	76	46.1%	21	28.8%	3	12.5%	203	45.4%
	3~4か月に1回程度	22	27.8%	22	20.8%	53	32.1%	24	32.9%	2	8.3%	123	27.5%
	月1回以上	10	12.7%	21	19.8%	32	19.4%	21	28.8%	12	50.0%	96	21.5%
	週に1~2回	0	0.0%	4	3.8%	3	1.8%	6	8.2%	6	25.0%	19	4.3%
	ほぼ毎日	2	2.5%	1	.9%	1	.6%	1	1.4%	1	4.2%	6	1.3%
発達障害支援センター	ほとんどない	59	74.7%	63	63.0%	88	58.7%	33	45.8%	6	24.0%	249	58.5%
	3~4か月に1回程度	16	20.3%	15	15.0%	21	14.0%	10	13.9%	8	32.0%	70	16.4%
	月1回以上	3	3.8%	17	17.0%	34	22.7%	17	23.6%	10	40.0%	81	19.0%
	週に1~2回	1	1.3%	5	5.0%	6	4.0%	11	15.3%	1	4.0%	24	5.6%
	ほぼ毎日	0	0.0%	0	0.0%	1	.7%	1	1.4%	0	0.0%	2	.5%
児童家庭支援センター	ほとんどない	61	80.3%	70	76.9%	94	72.9%	33	55.0%	13	61.9%	271	71.9%
	3~4か月に1回程度	12	15.8%	6	6.6%	13	10.1%	9	15.0%	1	4.8%	41	10.9%
	月1回以上	2	2.6%	9	9.9%	16	12.4%	14	23.3%	5	23.8%	46	12.2%
	週に1~2回	0	0.0%	6	6.6%	5	3.9%	4	6.7%	1	4.8%	16	4.2%
	ほぼ毎日	1	1.3%	0	0.0%	1	.8%	0	0.0%	1	4.8%	3	.8%
私立学校・幼稚園	ほとんどない	55	77.5%	48	47.5%	43	26.2%	8	10.5%	2	8.0%	156	35.7%
	3~4か月に1回程度	10	14.1%	22	21.8%	54	32.9%	24	31.6%	6	24.0%	116	26.5%
	月1回以上	3	4.2%	25	24.8%	50	30.5%	26	34.2%	9	36.0%	113	25.9%
	週に1~2回	2	2.8%	5	5.0%	13	7.9%	14	18.4%	6	24.0%	40	9.2%
	ほぼ毎日	1	1.4%	1	1.0%	4	2.4%	4	5.3%	2	8.0%	12	2.7%
病院・医療機関	ほとんどない	44	55.0%	38	37.3%	26	15.5%	2	2.7%	3	12.0%	113	25.1%
	3~4か月に1回程度	24	30.0%	39	38.2%	73	43.5%	14	18.7%	2	8.0%	152	33.8%
	月1回以上	9	11.3%	23	22.5%	56	33.3%	29	38.7%	10	40.0%	127	28.2%
	週に1~2回	3	3.8%	2	2.0%	12	7.1%	23	30.7%	8	32.0%	48	10.7%
	ほぼ毎日	0	0.0%	0	0.0%	1	.6%	7	9.3%	2	8.0%	10	2.2%
警察・少年センター	ほとんどない	39	48.1%	26	24.3%	16	9.5%	4	5.3%	2	8.0%	87	19.0%
	3~4か月に1回程度	31	38.3%	39	36.4%	60	35.5%	7	9.3%	2	8.0%	139	30.4%
	月1回以上	10	12.3%	38	35.5%	74	43.8%	31	41.3%	8	32.0%	161	35.2%
	週に1~2回	1	1.2%	4	3.7%	18	10.7%	26	34.7%	8	32.0%	57	12.5%
	ほぼ毎日	0	0.0%	0	0.0%	1	.6%	7	9.3%	5	20.0%	13	2.8%
民生児童委員・ 主任児童委員	ほとんどない	24	28.6%	27	25.2%	24	14.3%	10	13.2%	4	16.0%	89	19.3%
	3~4か月に1回程度	36	42.9%	39	36.4%	79	47.0%	23	30.3%	5	20.0%	182	39.6%
	月1回以上	20	23.8%	34	31.8%	58	34.5%	38	50.0%	15	60.0%	165	35.9%
	週に1~2回	2	2.4%	5	4.7%	6	3.6%	5	6.6%	1	4.0%	19	4.1%
	ほぼ毎日	2	2.4%	2	1.9%	1	.6%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.1%
女性相談所	ほとんどない	64	85.3%	71	72.4%	88	55.0%	42	57.5%	11	44.0%	276	64.0%
	3~4か月に1回程度	9	12.0%	17	17.3%	45	28.1%	14	19.2%	9	36.0%	94	21.8%
	月1回以上	2	2.7%	10	10.2%	22	13.8%	13	17.8%	5	20.0%	52	12.1%
	週に1~2回	0	0.0%	0	0.0%	4	2.5%	3	4.1%	0	0.0%	7	1.6%
	ほぼ毎日	0	0.0%	0	0.0%	1	.6%	1	1.4%	0	0.0%	2	.5%
児童館	ほとんどない	60	82.2%	53	56.4%	86	55.5%	43	62.3%	14	56.0%	256	61.5%
	3~4か月に1回程度	6	8.2%	13	13.8%	28	18.1%	13	18.8%	1	4.0%	61	14.7%
	月1回以上	5	6.8%	18	19.1%	31	20.0%	12	17.4%	9	36.0%	75	18.0%
	週に1~2回	1	1.4%	8	8.5%	7	4.5%	1	1.4%	1	4.0%	18	4.3%
	ほぼ毎日	1	1.4%	2	2.1%	3	1.9%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.4%

(5) 子ども家庭総合支援拠点について

平成29年3月の国からの通知で市区町村に子ども総合支援拠点を置くことが求められることとなった。この通知に関して自治体がどのように把握しているのかを自治体規模別に分析したものが表IV-11である。支援拠点について、自治体規模が大きくなると人員配置などについて把握している割合が高くなっている。一方、整備の内容に対して実際対応している割合は自治体規模が大きくなると下がる傾向となっていた。

表IV-11 自治体規模 vs 子ども家庭総合支援拠点の通知の認識

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
求められている 人員などについて 把握している	17	18.5%	42	39.6%	91	55.5%	61	85.9%	19	79.2%	230	50.3%
整備を求められている ことを把握している	69	75.0%	59	55.7%	71	43.3%	10	14.1%	5	20.8%	214	46.8%
通知が 出されていることを 把握していない	6	6.5%	5	4.7%	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	13	2.8%
合計	92	100.0%	106	100.0%	164	100.0%	71	100.0%	24	100.0%	457	100.0%

平成29年3月の子ども家庭総合支援拠点要綱で支援拠点に置く人員が市区町村別に示されている中、自治体ではどのような体制整備予定もしくは実施されているかを自治体規模別に分析したものが表IV-12である。職員を増やす、専門職配置、他課との連携体制整備を強化については、人口が多いほど、実施済みであったり実施が進んでいたりしている傾向にある。また、10万から30万のところでは他課との連携体制の整備が進んでいることが明らかとなった。要綱に示された支援拠点の整備の内容の中で、規模が比較的小さい自治体でも手を付けやすいのが「他課との連携体制整備の強化」であったのではないかという意見があった。

表IV-12 自治体規模 vs 支援拠点整備

		1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
		度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
職員を増やす***	該当しない	73	90.1%	90	89.1%	117	79.6%	37	53.6%	8	36.4%	325	77.4%
	実施済み	4	4.9%	6	5.9%	15	10.2%	21	30.4%	8	36.4%	54	12.9%
	実施予定	4	4.9%	5	5.0%	15	10.2%	11	15.9%	6	27.3%	41	9.8%
専門職配置***	該当しない	72	88.9%	83	82.2%	111	75.5%	40	57.1%	9	40.9%	315	74.8%
	実施済み	5	6.2%	12	11.9%	21	14.3%	22	31.4%	10	45.5%	70	16.6%
	実施予定	4	4.9%	6	5.9%	15	10.2%	8	11.4%	3	13.6%	36	8.6%
課や担当の 体制変更する	該当しない	75	92.6%	95	94.1%	116	78.9%	55	78.6%	17	77.3%	358	85.0%
	実施済み	1	1.2%	3	3.0%	10	6.8%	10	14.3%	5	22.7%	29	6.9%
	実施予定	5	6.2%	3	3.0%	21	14.3%	5	7.1%	0	0.0%	34	8.1%
他課との 連携体制整備***	該当しない	75	92.6%	87	86.1%	114	77.6%	52	74.3%	16	72.7%	344	81.7%
	実施済み	3	3.7%	6	5.9%	10	6.8%	14	20.0%	3	13.6%	36	8.6%
	実施予定	3	3.7%	8	7.9%	23	15.6%	4	5.7%	3	13.6%	41	9.7%
庁外機関との 連携体制整備	該当しない	76	93.8%	95	94.1%	128	87.1%	58	82.9%	17	77.3%	374	88.8%
	実施済み	4	4.9%	4	4.0%	6	4.1%	9	12.9%	4	18.2%	27	6.4%
	実施予定	1	1.2%	2	2.0%	13	8.8%	3	4.3%	1	4.5%	20	4.8%
新たな事業立上	該当しない	79	97.5%	99	98.0%	137	93.2%	67	95.7%	20	90.9%	402	95.5%
	実施済み	0	0.0%	0	0.0%	3	2.0%	2	2.9%	0	0.0%	5	1.2%
	実施予定	2	2.5%	2	2.0%	7	4.8%	1	1.4%	2	9.1%	14	3.3%
情勢を見ながら 今後体制整備の 在り方を考える	該当しない	70	86.4%	82	81.2%	105	71.4%	55	78.6%	18	81.8%	330	78.4%
	実施済み	0	0.0%	1	1.0%	4	2.7%	1	1.4%	1	4.5%	7	1.7%
	実施予定	11	13.6%	18	17.8%	38	25.9%	14	20.0%	3	13.6%	84	20.0%
その他	該当しない	80	98.8%	98	97.0%	140	95.2%	67	95.7%	20	90.9%	405	96.2%
	実施済み	1	1.2%	0	0.0%	2	1.4%	1	1.4%	0	0.0%	4	1.0%
	実施予定	0	0.0%	3	3.0%	5	3.4%	2	2.9%	2	9.1%	12	2.9%
特に変更はない	該当しない	27	33.3%	40	39.6%	82	55.8%	48	68.6%	17	77.3%	214	50.8%
	実施済み	54	66.7%	61	60.4%	65	44.2%	22	31.4%	5	22.7%	207	49.2%
	実施予定	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

***p<.001

(6) 平成29年度以降における増員

表IV-13では平成29年度以降増員となった従事者の雇用形態を自治体規模別に分析をしたものである。3万から30万人未満を見ると、正規雇用の割合が全体より低くなっていること、1～3万人未満が最も正規雇用の割合が高いことが確認できる。1～3万人未満の自治体においては少人数であるために、正規雇用の割合が高くなってしまいが、反対に支援型拠点における増員できる職員は要綱では基本的に非正規とされているため、3～30万人未満の自治体においては、支援拠点の整備と関連した増員となっていることが想像できる。

表IV-13 自治体規模 vs 平成29年度以降に増員となった従事者の雇用形態

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
正規	11	64.7%	29	80.6%	33	45.8%	40	49.4%	40	65.6%	153	57.3%
非正規	6	35.3%	7	19.4%	39	54.2%	41	50.6%	21	34.4%	114	42.7%

X²=15.99 df=4 p<.001

表IV-14では平成29年度以降増員となった従事者の年代を自治体規模別に分析をしたものである。20代増員の割合が多いのは1万人未満の規模の自治体であること、30万人以上の場合20代から30代の増員の割合が高いこと、3万から30万人の規模の自治体の場合30代から40代の増員の割合が高いという傾向が明らかとなった。

表IV-14 自治体規模 vs 平成29年度以降に増員となった従事者の年代

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
20代	6	35.3%	6	16.7%	4	5.7%	14	17.7%	17	28.3%	47	17.9%
30代	5	29.4%	9	25.0%	16	22.9%	24	30.4%	21	35.0%	75	28.6%
40代	5	29.4%	13	36.1%	18	25.7%	16	20.3%	9	15.0%	61	23.3%
50代	1	5.9%	6	16.7%	8	11.4%	9	11.4%	6	10.0%	30	11.5%
60歳以上	0	0.0%	2	5.6%	24	34.3%	16	20.3%	7	11.7%	49	18.7%

表IV-15では平成29年度以降増員となった従事者の所持している資格に関する割合を自治体規模別に分析をしたものである。30万人以上の規模の場合、心理士の割合が最も高く、ついで社会福祉士の順となっていた。社会福祉士についてもう少し着目すると、自治体規模が大きくなるにつれて社会福祉士資格の所持率が高くなる傾向となっている。心理士の場合、30万人以上の自治体規模のみその割合が30%以上を超えるものとなっていた。中核市の児童相談所設置準備にも関わる増員との見方も考えらえる。一方保育士資格は30万人以上の自治体規模になると、その割合が他の自治体規模と比べて低い割合となっていることも特徴として指摘することができそうである。1万人未満から3万人未満の場合、保健師が高い割合となっている。従来は求人の際に保健師・保育士以外の職種を限定することが少なく、小さな自治体ではその傾向が引き続きあるのではないかという意見もあった。

表IV-15 自治体規模 vs 平成29年度以降に増員となった従事者の資格

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
社会福祉士	2	11.8%	6	16.7%	8	11.1%	16	19.8%	15	24.6%	47	17.6%
児童福祉司	0	0.0%	0	0.0%	4	5.6%	6	7.4%	1	1.6%	11	4.1%
社会福祉主事	2	11.8%	2	5.6%	2	2.8%	9	11.1%	5	8.2%	20	7.5%
保育士	3	17.6%	5	13.9%	12	16.7%	15	18.5%	3	4.9%	38	14.2%
保健師	3	17.6%	7	19.4%	8	11.1%	11	13.6%	6	9.8%	35	13.1%
教員	1	5.9%	2	5.6%	19	26.4%	12	14.8%	5	8.2%	39	14.6%
心理士	1	5.9%	1	2.8%	6	8.3%	5	6.2%	20	32.8%	33	12.4%
その他	4	23.5%	6	16.7%	8	11.1%	11	13.6%	6	9.8%	35	13.1%
資格なし	1	5.9%	1	2.8%	2	2.8%	1	1.2%	0	0.0%	5	1.9%

表IV-16では平成29年度以降増員となった従事者の兼務の状況を自治体規模別に分析をしたものである。自治体規模が大きくなると、兼務の割合が小さくなっていく傾向が示されており、有意差も確認されている。

表IV-16 自治体規模 vs 平成29年度以降に増員となった従事者の兼務状況

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
ない	5	29.4%	13	36.1%	50	69.4%	57	70.4%	55	90.2%	180	67.4%
ある	12	70.6%	23	63.9%	22	30.6%	24	29.6%	6	9.8%	87	32.6%

X²=42.064 df=4 p<0.01

(7) ケースの管理方法

表IV-17では児童家庭相談ケースおよび進行台帳の方法を自治体規模別に分析したものを示している。自治体の規模が大きくなると、紙ベースのケース管理の割合が小さくなること、自治体独自システムを見ると1万人未満が全体の割合を大きく下回る、企業販売のデータ管理システムは自治体規模が大きくなると割合が高くなることが示されている。いずれも有意差が認められていた。

表IV-17 自治体規模 vs 児童家庭相談ケースおよび進行台帳の方法

	1万人未満		1～3万人未満		3～10万人未満		10～30万人未満		30万人以上		合計	
	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%	度数	列のN%
紙ベース***	80	87.0%	81	73.0%	115	68.0%	45	59.2%	11	42.3%	332	70.0%
自治体独自システムによるPCデータ管理***	18	19.6%	39	35.1%	74	43.8%	26	34.2%	12	46.2%	169	35.7%
企業販売のデータ管理システム***	1	1.1%	6	5.4%	27	16.0%	31	40.8%	12	46.2%	77	16.2%

***p<.001

なお、企業が販売するデータ管理システムの庁内データ共有の状況について表IV-18で示している。庁内他部署とのデータ共有についてはできると回答した割合が約36%となっていた。なお、回答数が少ないことから自治体規模別の分析が叶わなかった。

表IV-18 企業が販売するデータ管理システムの庁内データ共有の可否

	度数	列のN%
はい	27	35.5%
いいえ	49	64.5%
合計	76	100.0%

表IV-19では、ケース管理方法の満足度について分析した結果を示した。5件法を用いた設問であり、1が「役に立っていない」で5が「大変役に立っている」で回答を求めている。分析に際してそれぞれの回答を点数化し、平均値を求めて分析をしたものである。なお、調査票の設計上、各方法間の一元配置分散分析が実施できないため、比較ができない

いものの、報告のための統計処理時の満足度を見ると、企業システムが高い数値を示している。一方で、他自治体へのケース移管については紙ベースと自治体独自のシステムに比べて企業システムの方がやや低い数値となっている。移管の際の文書の書式が様々であることが多く、企業システムで行うと対応しきれない事があるのではないかという意見が出た。

表Ⅳ-19 ケースの管理方法の満足度

	紙ベース	自治体独自システム	企業システム
ケースに関する情報照会時	3.76	3.92	4.44
会議のための資料作成	3.68	3.65	3.64
他自治体へのケース移管	3.63	3.63	3.49
報告のための統計処理時	3.42	3.62	4.14
台帳の見直し時	3.51	3.45	3.65
過去の支援に対する効果測定や傾向の分析時	3.01	2.93	2.95
庁内他部署との情報共有	3.43	3.34	3.37
その他	3.15	3.25	3.33

(8) ビネット調査について

1) ビネットとは

概要はわかるが詳細を特定しない模擬事例のことを言う。本調査では、この模擬事例を提示し、この事例で与えられた情報のみを使い、①要保護・要支援・不受理の区別（基自治体での区別）①1-5の介入度（1.「家族とつながって様子を見る」～「5. 一時保護の方向で児相と動く」とした場合、1-5の間どの数字にあたるか?）という質問をおこなった。

<ビネット例>

3歳女兒と父母の3人家族。父親はリストラにあい、現在失業中で1日中パチンコ三昧である。母親も無職で双極性障害のため服薬、通院している。母親がうつ状態になると、一切家事ができなくなるが、父親は無関心で、自分のことで精いっぱい様子である。本児の3歳児健診が未受診のままであり、低体重である。

2) ビネット作成の手順

ビネットの作成については、リスクについては、加藤曜子先生の在宅支援アセスメントを参考に各種別のリスク程度に合わせた子どもの状況や傷付き度を描写した。

想定した変数は次の7つでレベルは次の通りである。

表Ⅳ-20 ビネット作成にかかる各種別のリスク程度

①リスク	②虐待種別	③DVの有無	④精神疾患の有無	⑤雇用状態	⑥子どもの年齢	⑦家族形態
中度から重度	ネグレクト	DVなし	精神疾患の診断を受けている	正規雇用	乳幼児	ひとり親世帯
軽度	身体的	DV 疑いあり (加害者同居)	精神疾患疑いあり	非正規雇用	小学生	実父母
	心理的	DVあり(加害者別居)	精神疾患なし	失業中		

これらの7変数とそれぞれのレベルの組み合わせに関して、一部実験計画法によりカスタム計画を用い、最も効率よく分析できる変数組み合わせを算出した。できた55組み合わせに沿ってビネットを算出した。

それぞれビネットの妥当性の確保として、研究会メンバーの市町村支援者3名に i) リスク描写が想定したリスクレベルにあっているかどうか、ii) ビネット自体が現実味のあるビネットとなっているかどうか、を評価してもらい、リスクレベルについては、3人が一致するように、またビネット描写についても意見を反映させ、修正を行った。

3) サンプルング方法について

できた55ビネットをランダムに5グループずつに振り分け、各グループ11ビネット(それぞれのグループで違うビネット) + 各グループ共通の1ビネットの計12ビネットを5グループ(グループA~E)分作った。

すべての市町村 + 特別区23区の計1741市区町村に関し、政令指定都市・中核市・市・町・村・特別区で層別無作為抽出を行いA~Eの5グループに分ける。(グループA 349自治体、グループB 348自治体、グループC 349自治体、グループD 350自治体、グループE 345)。質問紙は共通部分とビネット部分(A-E)の部分で構成されており、それぞれのグループに対して、それぞれグループごとに色分けした質問紙を配布した。

4) 結果

重回帰分析結果を以下に示した。被説明変数に市町村としての介入度(保護者に対する対応において、どれだけ関わりを強制するかの度合い)を、「1. 家族とつながって様子を見る」から「5. 一時保護の方向で児相と動く」とした。説明変数には軽リスク、DVあり(加害者別居)、心理的虐待、在宅の子どもが乳幼児であることを設定した。

非説明変数の介入度を高めることに貢献した説明変数は乳幼児であった。一方、介入度を引き下げることに貢献していた説明変数は、その影響が大きい順に低リスク、DVあり

(加害者別居)、心理的虐待となっていた。

表Ⅳ-21 介入度を非説明変数とした
重回帰分析結果

	β
低リスク	-0.746***
DVあり（加害者別居）	-0.233**
心理的虐待	-0.198**
乳幼児	0.165*
F	27.000***
R ²	0.658

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

まとめ

(1) 市区町村における子ども家庭相談の現状と課題

児童福祉法に位置づけられた子ども家庭総合支援拠点については、自治体規模によりその進展度に違いがあることがしできた。とりわけ体制の整備について、自治体規模が大きい方が体制を整えつつあるとみてよいであろう。ヒアリング調査結果も踏まえて検討すると、自治体規模が小さい場合、家庭児童相談部門や母子保健部門との物理的な距離が小さく、日頃からケースに関する情報共有がしやすい環境にあるため、ワンストップと言い切れるかはわからないが、結果的に他機関連携が日常的に実践できることが背景にありそうである。自治体規模が大きくなると、他機関との連絡調整を行っていくにも、立ち話でどうこうというわけにはいかないだろう。

こう示すと、自治体規模が小さい方が連携しやすいと考えられそうだが、実際の従事者の状況を見ると、兼務の割合が高かったり若い従事者が最前線で取り組んでいたり、かつ決して大ききはない人員規模で子ども家庭相談どころか高齢者福祉や障害福祉なども含んだ福祉全般に対応しているところも多くあった。SV体制も十分に構築できないような状況のあるのではないだろうか。また、有資格者の割合は自治体規模が小さい方が少なく、例えば福祉職と一般職では、アウトリーチという言葉の一つ取っても、その使い方や意味の理解の仕方には違いがあることが予想される。人員規模が小さいため、一人の従事者にかかる責任の度合いも大きくなるであろう。

人口規模の小さい自治体の特徴として、従事者が有している資格のうち、保健師の所持率が高いことが挙げられる。かつ、自治体規模が小さい方が兼務の割合が高いことも特徴として挙げられる。保健師有資格者かどうかは今回の分析では示せないものの、保健師が何かしらの兼務をしていることが推察される。先述したように自治体規模が小さい場合、福祉領域の専門職として保健師が雇われている場合も多くあり、子ども家庭相談においてもイニシアチブを保健師有資格者が握っている可能性もある。このような場合、同職種であるからこそ母子保健分野との連携が予想に反してしづらいということもあるらしい。ま

た先述したように、一人の従事者が相当な責務と責務をかかえながら子ども家庭相談に向きあっていると考えられる。

このように考えると、市区町村における子ども家庭相談は、人員さえ確保すればそれで済むとは限らない。現に日本における15歳未満人口の自治体規模の分布を見ると、おおよそ55%は30万人以下の自治体において子どもたちが暮らしている。人口規模や自治体の子ども家庭相談体制の特長に応じた詠えが可能な実践モデルを想定する必要があると考える。

児童福祉法にこれまで位置づけられてこなかった市区町村の子ども家庭相談体制は、長い時間をかけて限られた財源と人員の中で工夫しながら築き上げられてきている。これらの実態を反映させた支援型の対応ができる拠点を考えるためには、トップダウン方式でその体制のあり方を押し付けるのではなく、きちんと全国の状況やそれぞれの自治体が積み上げてきた実践の仕組みを丁寧に把握しくみ上げるボトムアップの方式でそれを反映させた柔軟性のある体制構築を国には求めていかなければならないと考える。

(2) 他機関との情報共有のツールの必要性

各基礎自治体において、ケース管理をどのようなシステムで行っているかを尋ねている。その結果、企業が作ったシステムを導入している自治体が散見された。使用満足度を見ると、一定の項目では満足度が高く、ICT 導入によって手間が省ける、時間が短くなるなどのメリットはありそうである。しかし、庁内他部署との情報共有および他自治体への移管についてはその方法が各部局によって異なるためか、使い勝手が悪いことが結果から明らかとなっている。

昨今の虐待死事件においても自治体間の情報共有について問題視された経過があるが、行政内部でも情報共有の壁があることが今回の調査で確認することができた。本調査は新たな管理システムを提案することが目的ではないものの、ケース管理システムの開発も今後自治体間・行政内部においての連携についても検討していくことを求めている。

(3) ビネットの結果

重回帰分析の結果、介入度を高めることに貢献していたのは、乳幼児ケースであることのみであったが、これは乳幼児ケースに死亡事例が多いことに対する当然の反応である。また、介入度を低めることに貢献していたのは、リスクアセスメントによって低リスクと判断されるケース、DV はあったが加害者が別居しているケース、心理的虐待であった。乳幼児ケースに対して介入度を高めることは、子どもが小さいうちに、強制的であっても支援を入れておこうということなのかもしれないし、乳幼児が虐待で死亡する率が高いことも背景にあるのかもしれない。介入度が低かったのは、心理的虐待および DV ではあったが加害者が別居しているケース、および虐待として起こっている事象自体のリスクが低い場合である。他の脆弱度として想定した「ひとり親世帯かどうか」、「親の精神疾

患の有無]、「親の就労状態」「虐待種別」については、介入度判断には影響していない。(加害者が同居していない) DV および心理的虐待についてのみ、介入度を低くすることに影響するということは、これらのケースについては介入に関わる意思決定のプロセスにおいて、他の要因とは別に考える必要性を示唆しているのではないかと考える。

これらの項目について介入に対するアセスメントのコンセンサスはある程度あることは明らかになった。しかしながら、要支援の判断については、今回の調査からは意思決定にコンセンサスがあるかどうかは明らかにすることができなかった。支援拠点を目指していくのであれば、子どもの安全を確保するための一時保護につながる介入だけではなく、自発的に支援を求めている家族に対して支援を提供するための枠組みについて、市町村ではどのように考えていくのか、また介入に関する有意の項目以外にコンセンサスがあるかどうかについてさらなる研究によって明らかにされる必要がある。

(4) 今後の課題

市区町村における子ども家庭相談の全国規模の調査研究は決して多く実施されている訳ではなく、本研究の価値は大きいものである。本分析は人口規模を説明変数とした分析に留まっているが他の様々な自治体独自の特長、例えば従事者が保有している資格を手がかりとした組織モデルを形成し、各組織モデルの強みと課題を明らかにしながら、どのような資源が今求められているのかを明らかにすることもできる。また、それぞれの自治体が地域での特色(例えば、社会資源の量やアクセシビリティなど)に応じて行われてきた実践における工夫の積み重ねなどもあるであろう。それらをどのようにして今後の支援型対応を行う主体となる市町村の拠点づくりに注入していけるかを考えるべきである。

多忙な中回答いただいた担当者の方たちや、身を扮して子どもの最善の利益を保障するために日夜子どもたちと子育て家庭に向き合っている現場の方々の尽力をきちんと反映し、それにこたえられるような成果を今後も提起していきたい。

V. 研究メンバー実践からの報告

V-1. 市区町村における支援型対応のあり方

吉田 恵子・八木安理子

虐待事件が後を絶たず、報道されない日はないと思えるほどである。

目黒区の事件を受け、平成30年7月「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策」がとりまとめられ、増加する虐待に対応し子どもが命を落とすことのないように、国・自治体・関係機関が一体になって取り組むことになった。その中には、重篤なケースに適切に対応できるように、児童相談所と市町村との役割分担など支援と介入の機能分化のあり方についての検討も課題になっている。ここでは、市区町村から見た市区町村の現状と抱える課題を明らかにし、市区町村の具体的な役割について改めて考えてみたい。

<市区町村の抱える現状と課題>

1. 市区町村の役割の増大

平成28年の改正児童福祉法により、市町村は児童や保護者を継続的に支援する役割、都道府県（児童相談所）は一時保護や施設入所等の児童相談所が持つ権限や専門的な知識を必要とする業務、広域的な対応が必要な業務、市町村に対する助言や援助をする役割と、明確化された。さらに、児童相談所からの指導委託先に市町村が加えられ、通告を受けた児童等で専門的な知識を必要としない（地域の支援を必要とする）事案の市町村送致が新設されることになった。

「市町村子ども家庭支援指針（平成29年3月）」には、「…、子ども家庭相談については、子どもに対する支援だけではなく、子どもの健やかな成長・発達・自立のためには、保護者ごと支える視点が不可欠であり、その観点から、保護者に対する助言、指導等を行い寄り添い続ける支援が必要となる（第1章第1節2. 児童の権利に関する条約と子ども家庭支援のあり方）」と示されている。保護者を支援することで子どもの成長発達を促し安全安心の生活につなげることは、従来から家庭児童相談室や保健師等が市区町村で担ってきた役割である。加えて、虐待の通告窓口や要保護児童対策地域協議会の調整機関などの責任ある役割をもち、さらに先ほどの児童相談所からの事案送致が加えられた。市区町村は、その中でやりくりしながら支援を行っている現状である。しかし、それらの役割を果たそうとするには、体制的には追いついていない。子ども家庭総合支援拠点は平成30年2月時点で114か所にとどまっている。

2. 通告数の増加

児童相談所への通告数が増加しているのと同様に市区町村への通告数も増加している

(グラフ)。そのことにより業務量が増加している。様々な業務の中でも、通告対応や要保護児童対策地域協議会の調整機関としての業務は最も優先度が高く、後回しにすることはできない。即時の通告対応、受理会議、実務者会議の開催、個別ケース検討会議、台帳管理などに追われることになる。そのため、その合間を縫ってソーシャルワークをしなければならない。本来は、個別の問題を抱える家族に対して丁寧に時間をかけて寄り添って支援したい所であるが、その時間を十分に作り出すのが困難な状況である。

3. 支援の途切れと専門性の維持の困難さ

寄り添い型の支援をするための専門的なスキルと継続性に不安がある。自治体によっては、短期で人事異動してしまうことで支援が途切れたり、専門性が維持されなかったりすることが起きている。通告対応や要対協の台帳作成などの事務的な業務はマニュアル化しパターン化され経験が浅い職員でも対応しやすい。また、虐待への対応は、組織対応、複数職員による対応を原則とするため、緊張を伴う現認訪問であっても、一人で行うよりも安心感があり取り組みやすい。しかし、ソーシャルワークは上司や先輩に助言を受けながら現場で経験を重ね、個別の事例に対応し力を磨いていく必要がある。研修の機会はあるにしても、ソーシャルワークの技術は一朝一夕には身につかないため、年単位で積み重ねていく必要がある。その間に、異動や退職で、継続性が途切れてしまう可能性がある。そうならないように、引継ぎの工夫や少なくとも5年は在席できるような仕組みが必要である。

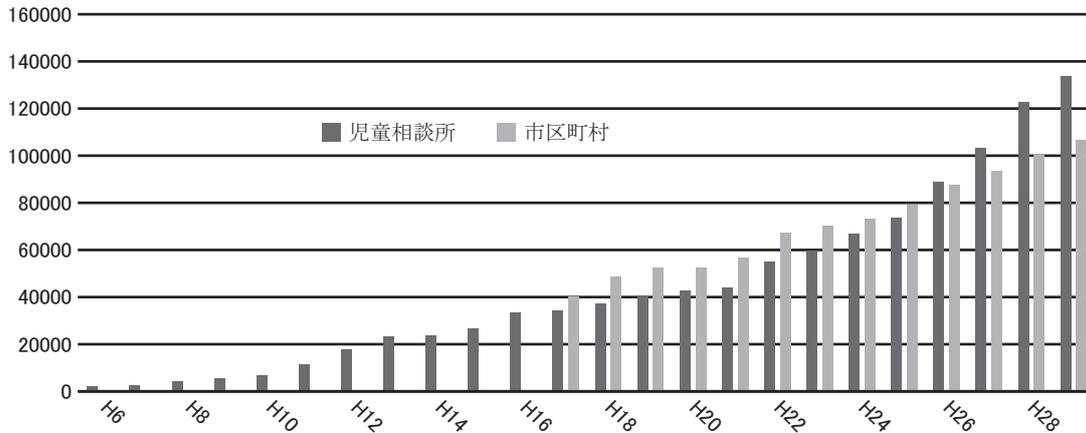
4. 支援メニューの乏しさ

児童福祉分野では、障害福祉以外の支援メニューが少ないため、様々なニーズに対応できる支援を提供しにくくなっている。自治体によっても大きな差がある。障害のある子どもに対しては放課後デイサービスなどの通所支援やショートステイ、ガイドヘルパーなどがあり、障害のある保護者に対しては自立支援サービスのメニューなどがある。計画相談事業で意向を聞き取りアセスメントし丁寧にプランを立てモニタリングしてもらうことができる。しかし、制度の対象にはならないがリスクやニーズを抱える家庭が活用できるメニューがあまりないため、市区町村の担当者の家庭訪問や「所属機関の見守り」という支援計画に落ちてしまうことが多くもどかしい。

子どもや保護者の声なきニーズをくみ取り、子どもの安全安心を地域の中で保障し、自立の力をつけていくためにも、虐待の再発防止に役立つメニューの開発が急務である。

(吉田)

表V-1-1 虐待相談対応件数の推移
 全国児童相談所及び市区町村虐待相談対応件数



<市区町村の役割>

以上の現状と課題から、次のような点が市区町村の役割となると考える。

1. 継続的な支援

児童虐待は、養育者の被虐待歴や攻撃的・衝動的な性格、障害や疾患、望まない妊娠や育児に対する不安や知識不足等保護者側の要因の他、社会的孤立や経済的な不安定さといった養育環境要因、そして子どもが未熟児や障害等何らかの育てにくさがあるといった子ども側の要因など、様々な要因が絡み合って起こるとされている。これら全てが保護者側の責任と言えず、むしろ社会的な要因も含まれ、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」（児童福祉法第2条）ことから、地域での支援が欠かせない。複雑に絡み合って起こる場合は特に地域の様々な支援を、子どもが育つ長い経過の中で、継続的に行うことが重要になる。

①信頼関係の構築

生活困窮やひとり親養育等で家庭に支援が必要としている場合、保健師や保育所の担任保育士など関係の取れている人からつないでもらって面接を始めたり、保護者が必要としている情報を提供する形で関わりを始めたりするなど、支援を提供するところからのスタートがスムーズに行くこともある。大きな受傷などの通告を受けて、突然保護者に会う場合も、虐待への警告にとどまるのではなく、保護者のこれまでの育児を労い、丁寧に傾聴し、関係性の構築を図っていく。保護者も実は困っている場合も多く、虐待の起こる背景について聴き取り、解決のために一緒に考えていく姿勢が重要となる。特に、被虐待歴のある人や社会的に孤立している人等の場合は社会への不信感が強く、人との関係性の構築が困難で、強い拒否感や攻撃性を示すことも少なくない。状況に応じて、介入的に関わる立場と受け止める立場といった役割分担を関係機関で行い、家族の課題の解決を進めて

いきながら、継続的な支援につなげていく必要がある場合もある。

ネグレクト等問題認識が少ない場合には、保護者や家族の生活上や問題等、今困っていることを探り、それに対する情報提供を行うことから支援をスタートすることも一つである。役所の申請の手続きや保育所入所など、問題発生の要因にアプローチできるような支援を提供することも考えられる。

どのような子どもに育ててほしいのか、そのために「叩かない他の方法を考えよう」と一緒に考える姿勢を示していくことや、保護者がうまくできている養育を強化するストレングスへのアプローチなども有効である。

②アウトリーチ

問題認識のなさに限らず、相談を初めても継続できない場合やうまくSOSが出せない場合もある。家庭訪問や、子どもの通う保育所等行きやすい場所で面接を行う等、アウトリーチによる支援が必要となる。

また、初回訪問時に次の約束に結びつけるように、「次回は今日説明した情報を持ってくるから連絡先を教えてね」「近くまで来たら立ち寄るね」等と2回目の訪問や面接の設定作りをしておくことで、継続的な支援につなげていくことも一つの方法である。

2. 重症化防止

児童虐待において、重症度が高い事例は緊急性も危険性も高いため対応が優先されていき、関係機関も心配で頻繁に関わり、支援を行うことになる。しかし、早期に発見し、重症度が軽度である時に適切に支援を行い、家族の安定化と子どもの安心な状況を作っていくことは、結果的には重症事例を減少させることにつながる。児童相談所の役割として重症事例や法的権限をもちいたより専門的な事例に重点が置かれるようになる中、市区町村は中軽度の要保護や要支援の家庭に早期に支援を届けることで、重症化を防止することが可能となりえる。

①軽度ケースや要支援ケースへの支援

周産期の不安やうつ、離婚や再婚等の家族状況の変化、病気や障害の悪化、子どもの発達特徴や問題行動などから一時的に家族のリスクが高まり、子どもの安心と安全が保たれなくなる状況が虐待を引き起こしてしまう場合がある。また、家族全体の脆弱性から、養育状況が不適切でネグレクトが長く続く場合もある。問題が複雑にこじれる前に、支援を届け、家庭訪問など直接的な支援ももちろん、民生委員児童委員協議会や地域子育て支援、NPO団体など、様々な支援者との連携を行い、地域での支援につなげて丁寧にネットワーク支援を行うことが可能である。

②アセスメント

傷やアザ、身の回りの状況等、一見軽度に見えるものの、家族の状況からリスクが高い事例もある。表面的な状況に捉われず、在宅支援アセスメント・プランニングシート（加藤曜子2018）を実施するなどして、様々な視点から家族全体のアセスメントを行う必要がある。

③地域のネットワーク力の向上

地域での丁寧なネットワーク支援を展開するためには、地域のネットワーク力の向上が欠かせない。要保護児童対策地域協議会の関係機関はもとより、NPO や地域の支援者、住民の理解など日頃から関係作りを行い、支援の輪を広げて強化しておくことが望ましく、そのためには顔の見える関係作りと地域への啓発が大切となる。

3. 支援やサービスの提供

市区町村には基礎自治体としての資源やサービスがあり、子育て支援の他、福祉や地域の情報を提供することが可能であり、地域住民へのサービスを行う立場にある。

①市区町村の支援やサービスの提供

環境を整えるためには、経済的な環境整備としての生活保護や、生活面への支援となるヘルパーなど障害福祉のサービス、児童手当や医療助成、助産制度等、またひとり親のための貸付や手当など、公的機関としての制度やサービスがある。これらは手続きがわかりにくかったり敷居が高かったりして、適切に家族に届けられていないこともある。情報提供や必要に応じて窓口に同行するなどして、申請につなげていく。

また、地域の支援機関やサービス提供事業者との連携により、家族にあった支援を提供していくことも大切である。

②親や子へのプログラムの提供

家族への支援として、様々なプログラムが実践されている。マイツリープログラムやノーバディズパーフェクト、コモンセンスプログラム、トリプルP、そして子どもへのプログラムとしてファンフレンズプログラム等である。それらのプログラムを受けることで、具体的に育児スキルを身に着けたり、怒りのコントロールや自己肯定感を高めるなどして、親子の関係改善が期待できる。いくつかの市区町村では実施しているところもあり、またNPO 等で実践している場所を紹介することもできる。そのためにも、様々な情報を収集し、必要なプログラムを届けることが市区町村の役割になろう。

4. ネットワークとの連携とネットワークへの支援

ネットワークによる支援を継続して行うためには、日頃からの関係性の構築と援助方針

の共有化、役割分担、それらをつないでいく要保護児童対策地域協議会の調整機関の役割が重要となる。

①ネットワークの強化

様々な役割をもつ地域の関係機関や支援者が子どもや家族を支援するためには、援助方針の共通理解とそれぞれの役割を十分に発揮できるような役割分担の明確化が必要となる。そのためには要保護児童対策地域協議会の調整機関としてネットワーク支援への知識を正しく持ち、連携がうまく図れるようなコーディネートやコンサルテーションを行うことが望まれる。そして、関係機関や支援者が互いの役割や長期的目標等方針を共有化するためにも、児童虐待についての啓発による理解を日頃から行っていく等の工夫も必要とされる。

②長期的なネットワーク支援と引継ぎ

保護者の障害や疾病、被虐待歴による関係性の特徴など、虐待の起こる要因は容易に改善せず、乳幼児期の愛着形成の課題や保護者としての葛藤の中の子育てなど、就学後以降も影響を続けることもある。保育所・幼稚園入所、小学校、中学校への進学などによって、これまで支援が途切れることがあり、環境が大きく変わることで状況が悪化も生じる。そのためにも、所属が変わるときには特に丁寧な引継ぎが必要であり、現段階での問題にのみ着目するのではなく、経過の中で家族や子どもの育ちを理解して、継続的な支援を行うことが望まれる。

5. 市区町村における支援のために

市区町村は子ども家庭支援を行う機関となり、要保護や要支援、そしてすべての子どもへの支援が望まれているため、状況に合わせた幅広い支援方法やアプローチが求められる。一方、市区町村によって母子保健や子育て支援等の施策や体制は独自性をもっており、サービスや資源は自治体によって異なり、それらの中で市区町村の支援の実践は様々な発展してきたともいえる。具体的な支援のあり方や工夫や改善事例の振り返りを研究し、効果的な支援方法やアプローチ方法を導き出すことが今後望まれる。

(八木)

V-2. 市町村の児童家庭相談におけるデータ管理ソフトの在り方と ソフト会社への提案

伊藤 徳馬

1. 茅ヶ崎市家庭児童相談室のデータ管理ソフトについて

(1) データ管理ソフト作成の経緯

筆者は平成19年度から11年間、市の要対協及び家庭児童相談室を担当する課（以下、家児相）に在籍した。19年度のスタッフは、正規職員1名、非常勤の家庭児童相談員3名が配置されており、31年2月時点では、正規職員3名、家庭児童相談員7名となっている。

19年度時点では、家児相のケース及びデータ管理は次の3つの台帳等で管理していた。

- ア ケースや関係機関との接触を都度記入する紙の対応記録台帳（「Aさんが来室した」、「B小学校からから電話があった」等を記入。）
- イ 紙のケースファイル（フェイスシートを手書きし、経過記録を手書きもしくはワード等で印刷して挟む）
- ウ エクセルのケース進行管理台帳（ケース一覧に現状のリスクや対応状況等を追加したもの）

当時の運用では、ケース対応をするごとに対応記録台帳に記入し、経過を記録してケースファイルに挟み課内で回議、さらに定期・不定期の自課及び関係機関との進行管理会議用に進行管理台帳を随時入力しており、事務処理上、つぎの問題が発生していた。

- ア 各種記録を残す場所が3か所に分かれ、入力方法も手書き、ワードに記入して印刷、エクセルとバラバラで業務効率が悪く、忙しいタイミングだと職員も混乱する。
- イ 対応記録台帳、ケースファイル、進行管理台帳に書く内容は重複しており、無駄が多い。とくに進行管理台帳は、会議参加者がケースの状況がわかりやすいように詳細な情報を増やしていくと、ケースファイルとの内容の重複度が増していく。また、資料作成や情報を整理する際に、必要な情報を集め、電子化するのにも手間がかかる。
- ウ ケースの情報はケースファイルにしかないため、ケースファイルを見ながら関係機関に電話し、緊急で情報が入れば急いでケースファイルを開き、印刷した記録をケースファイルに挟み、結果的に常に大量のケースファイルを机の上に積み上げることになっていた。さらに、その山の中からファイルを探し、見つからなければ、回議している上司の席も含めて必死の搜索、といったケースファイル中心の仕事であった。
- エ 相談ケース数と関係機関との連携頻度は著しく増加傾向にあり、対応する職員も増員する流れでもあり、前述の記録に関する煩雑な事務処理が一層現場を混乱させることが予想された。

そこで、Microsoft Office Access を使って3つの台帳等を統合する形でデータ管理ソフト

トを作成し、当座をしのぐこととした。筆者の前職がシステム関係の仕事であったため、データ管理ソフトの作成自体は苦ではなく、家庭児童相談員と運用を確認しながら、40時間程度で完成した。

(2) 作成時のコンセプト

作成時のコンセプトは次のとおりである。

- ア 業務効率の向上。とくに現場の最前線に立つ家庭児童相談員が少しでも相談業務に集中できる時間を増やす。
- イ データ管理ソフトを情報共有ツールとして活用する。また、正規職員にとってはマネジメントツールになるようにする。
- ウ 紙のケースファイルは原則、部課長への回議と記録の原本として使い、それ以外の業務はパソコンの画面上で済ます。
- エ パッケージソフトへの移行を念頭に、データの構成は正規化し、シンプルなものにする。

(3) データ管理ソフトの機能と運用

20年10月から運用を開始したデータ管理ソフトの機能と運用は次のとおりである。

ア 検索画面

データ管理ソフトのメイン画面。氏名や年齢、生年月日、所属、住所、相談種別、開始日、閉止日、現在の問題点、対応方針などの属性情報や進行管理上の状況について一覧表示し、表示項目については検索やフィルタリングが可能。検索結果を印刷可能。

家児相のスタッフは、記録の入力や関係機関のやり取りをする際には、この検索画面で対象ケースを検索することから作業を始める。

また、週1回の家児相内の進行管理の会議では、スタッフ全員が職場のPCを使い、この検索画面で進行管理中のケースを一覧表示させ、必要に応じて後述の他の画面を各自が参照しながら進行管理を行う。

イ 属性情報の画面

ケースの氏名や生年月日、所属、住所、健診や予防接種の情報、家族の氏名や生年月日等の情報を入力、参照する画面。

ウ 経過記録の画面

ケース対応に関する記録を入力及び印刷する画面。過去の経過記録の履歴をこの画面で参照可能。入力エリアの文字数制限は実質ない。

また、この画面には、進行管理で使う「現在の問題」と「支援の方針と結果」の項目があり、入力日ごとの履歴管理ができるようにしてある。

エ 経過記録の検索画面

「経過記録の画面」が、選択した1ケースの情報を表示するのに対して、この画面では、すべての経過記録を対象に複数の検索項目を使った検索をし、検索結果を一覧表示させる。

この画面は大別すると次の3つの機能がある。

- (ア)他のスタッフが書いた経過記録を参照し、情報共有を図る。仕組みとしては、スタッフが「経過記録の画面」で経過記録を入力すると、入力した本人以外のスタッフに「未読の経過記録」が届く。「経過記録の検索画面」で各自の「未読の経過記録」を表示させるボタンを押すことで、「未読の経過記録」が一覧表示され、読み終わったレコードは「確認」のボタンを押すことで未読の経過記録一覧から削除される。この機能により、複数いるスタッフ間でのケース対応の共有は自席のPC上で可能となり、ケースファイルを複数のスタッフに長期間回覧する必要がなくなった。
- (イ)印刷が終わっていない経過記録、入力途中で未完了となっている経過記録の抽出。「未印刷」や「記録途中」のボタンを押すことにより、スタッフ各自の対象データの一覧が表示され、そこから対象ケースの「経過記録の画面」に遷移することで、経過記録の印刷処理や再入力を行う。
- (ウ)単純な経過記録の検索。データ管理ソフトに入力された全レコードを対象に検索を行う。通報対応の初動時で、本人の特定ができないが、情報の中に特徴的なキーワードがあり、過去に取り扱いがありそうな場合に経過記録の検索を行う。また、過去の家児相のノウハウの再利用としても経過記録の検索を行う。例えば、アルコール中毒の人への支援はどのように行ったのかを知りたい時に、「アルコール中毒」で経過記録の検索を行うことで、これまでに入力したアルコール中毒関係の記録にアクセスすることができる。

(4) データ管理ソフト導入後の家児相の業務の変化

データ管理ソフト導入により、家児相の業務は次のような変化があった。

ア 業務効率

各スタッフが自席のPCで1つのシステム上で記録を書き、記録を参照し、進捗管理を行い、他のスタッフの記録を共有するようになり、業務効率は上がった。紙のケースファイルは情報の原本と部課長の回覧用として残っているため、記録を印刷して挟む、ファイルを探す、片づけるといった作業は今も残っているが、ここ数年のケース対応とスタッフの増加がある中で、データ管理ソフトの導入がなければ業務遂行は非常に困難であったと思われる。

イ 情報共有

データ管理ソフトに情報共有の仕組み、「未読の経過記録」を作ったことにより、スタッフ間の情報共有度が上がった。(紙のケースファイルの回覧を待たず、PC

上で自分に届いた「未読の経過記録」を読むだけで済み、その他の過去の経緯も画面操作ですべて参照できるため。)

また、紙のケースファイルが無くても PC 上でケースのほぼすべての記録にアクセスできるため、担当不在時のケースや関係機関への対応もスムーズになった。

ウ マネジメント

スタッフ全員にとってのケースの進行管理及び進行管理を担当する正規職員のマネジメントについても、スムーズにケースの状況や家児相全体の動きが把握できるようになった。紙のケースファイルで数百件の情報を把握するのは現実的ではない。

エ データの再利用

データはすべてデータ管理ソフトに入っているため、実務者会議等で使う定型的な資料は簡易に作成することができ、定型ではない随時必要となる資料の作成や家児相の状況分析にもデータを活用できた。(例えば、担当の地区割を検討するための資料作成や、「引きこもり」、「発達障害」、「精神疾患」等への対応状況を確認するための資料作成への活用。)

また、研究者との調査研究にもデータを活用しており、基本的なデータ構成で作ったデータベースでも調査研究に利用可能であることを確認できている。

(5) 自作のデータ管理ソフトの限界

ここまでの文面では、自作のデータ管理ソフトでも十分な機能があり、費用も職員の人件費程度で済み、良いことばかりに見えるが、自作ゆえの問題点もあるため、その点も触れておく。

まず、当然のことであるが、データベースやプログラミングのノウハウのある職員がいなければソフトの作成はできない。そして、ノウハウのある職員が作成をしたとしても、その職員が異動等でいなくなるとメンテナンスができなくなる大きな問題がある。

また、セキュリティや安定性の面でもソフト会社のデータベースソフトに比べるとやはり見劣りする。仮想デスクトップの利用やバックアップの自動化など、自前でできることもあるが、餅は餅屋という言葉に尽きると思われる。

そのため、茅ヶ崎市のデータ管理ソフトも、いつでもソフト会社のパッケージソフトに移行できるように作ってある。

2. データ管理ソフトにとって重要な機能

ここまでのことを踏まえて、市町村が児童家庭相談用のデータ管理ソフトを導入する際に重視すべき機能をまとめる。

まず、家児相のデータベースの作りはシンプルであるため、日常の業務においても、将来の調査研究を勘案したとしても、データベースの骨組みとなるデータ構成は基本どおり

に正規化された普通のもので問題ないと思われる。

検索機能については、より多くの項目に対して複数の項目を複合検索できる機能が必要である。通報を受けたが具体的な情報が断片的で対象者を特定できず、すでに取り扱っているケースに通報対象者がいるのかを調べる際には、多項目への複合検索は非常に有効である。

属性情報については、必要とされる項目が多いうえに、市町村ごとに管理している項目や各項目の重要さが違うため、固定の項目と予備用の項目の多さが重要である。

経過記録については、入力文字数が各所属の運用に合致している必要がある。(途中で運用が変わる可能性を考えると、1000文字前後の入力が可能なうえで、文字数制限が設定できるものが望ましい。)

経過記録の検索については、最低限、経過記録に対して検索がかけられることが必要である。

情報共有については、茅ヶ崎市では、他のスタッフの記入した経過記録を未読通知する機能を実装しているが、同じ機能でなくてもよいので、「複数のスタッフが、大量のケース記録を効率的に共有するツール」が必要である。データ管理ソフトを導入しながら、紙のケースファイルの山に時間を取られたり、情報の共有度が上がらないのでは、システム化としては中途半端である。

進行管理については、最低限、進行管理用の履歴を持てる入力項目があり、PCの画面上か印刷した帳票により、進行管理業務の中心に位置づけられる仕組みが必要である。情報はデータ管理ソフトに集約されているにもかかわらず、進行管理の資料はエクセルで別途作成では、業務効率が上がらない。

帳票印刷については、印刷対象者の抽出条件と出力項目を柔軟に選択できるとよい。定例定型の会議用資料であっても必要となる情報が変わることがあり、関係機関との随時の打ち合わせでは必要な情報が状況によって異なるため、帳票の設定は相当な柔軟さが求められる。すべての帳票にソフト側での印刷設定機能を求めるより、主たる帳票はソフトで印刷し、主たる帳票以外は柔軟な抽出条件と出力項目の設定によりエクセルへデータ出力し、帳票のレイアウトはエクセル側で調整するのが現実的だと思われる。

統計機能については、福祉行政報告例を作成する機能があれば最低限の機能として十分である。ソフト会社において、福祉行政報告例の作成機能を売りにしていないところは見ることがないため、統計機能についてはとくに心配することはないと思われる。

3. ソフト会社への提案

最後に、書き方に困るのだが、ソフト会社の方に知ってほしいことを述べる。

これまでソフト会社の方の説明を聞いた限りでは、各社が売りにしているのは、住基との連携、母子保健等の他のシステムとの連携、統計機能(福祉行政報告例の作成のみ)、固定帳票の印刷機能等であったと記憶している。

それらは、ソフト側で「機能が有るのか・無いのか」で完結する話であり、人員配置や予算規模でも決して大きくはない児童家庭相談部門としては、「有ったらいいけど、無くてもよい。予算もつきにくいし、今はまだいらぬもの」と見えているのではないかと考える。

この背景には、平成17年度から児童虐待対応をはじめた市町村が未だ業務の在り方を定められない中、年々、市町村に求められるものが変化し続けていることがある。この流動的な状況下では、市町村のデータ管理ソフト導入においても、固定の機能の有無だけでは導入の判断は難しい。

一方で、情報共有やマネジメントの面においては、児童家庭相談部門にとってデータ管理ソフトを導入する動機が存在する。現場では、年々ケースが増加し、人員も少しずつ増え、仕事量も増加しているため、業務の効率化の必要性も増している。しかしこの場合、ソフトの機能にも、職員間の情報共有力や所属としてのマネジメント力の向上をもたらす付加価値が必要であるが、それらの機能に注力したソフトを筆者は見ることがない。これらの機能は、「ソフトの機能と現場の運用の両面が必要となるもの」であるため、ソフト会社としては扱にくいものかもしれないが、児童家庭相談部門の現場では明確な業務化ができず、具体的にどうすればよいかかわからずに模索している部分であり、確かにニーズがある。

また、帳票印刷に関しても、柔軟にデータを出力する機能や、他の自治体で使っている複数の帳票様式や統計方法を利用できる機能も重要である。児童家庭相談部門では年々状況が変わっているため、帳票に必要な項目も変化する。そのため、現場が様々な帳票の作成を柔軟に行える機能がデータ管理ソフトには求められる。(例えば、移管文書の書き方について、様々な視点と意見があり、市町村や都道府県ごとに書式や重んじる点がバラバラであり、現状では現場は確たる落としどころが見えていない。)

現時点では、ここに挙げた機能の実装は難しい面もあると思われるが、市町村の児童家庭相談部門の進化にはデータ管理ソフトの充実が不可欠である。児童家庭相談部門の相談対応が大きく変わりつつあるのと同様に、データ管理ソフトの位置づけもデータ管理だけでなく、チームの業務管理の側面が問われ始めていることをソフト会社の方にはご承知いただきたい。

V-3. 放課後等デイサービス事業から考えた要保護児童等と保護者への支援

笹井 康治

1. はじめに

児童虐待や子どもの貧困問題の深刻化を背景に改正された児童福祉法では、これまで明確にされていなかった保護者への支援について「国及び地方公共団体は、児童が家庭において心身ともに健やかに養育されるよう、児童の保護者を支援しなければならない」と保護者支援が明文化された。

特に、住民に身近な市区町村は地域において児童と保護者などへの支援を行うために「市区町村子ども家庭総合支援拠点」を設置し、福祉・保健・教育などが連携して児童虐待の防止と発生子防を視野に入れた対応が求められている。

筆者は、市で児童虐待対応を含む児童家庭相談実務や子育て支援行政に長くかかわったのち、障害や発達課題を持つ学齢児童の支援を行う「放課後等デイサービス事業」を立ち上げサービス提供というかたちで支援に関わっている。

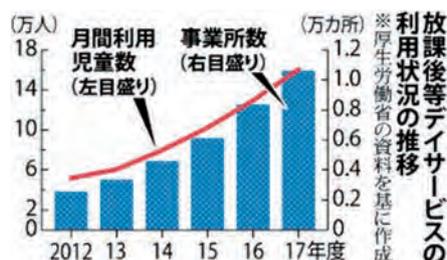
この事業に携わる中で、このようなサービスが児童虐待など養育上の課題を抱える児童と保護者に届くと効果的な支援となるのではないかと考えている。また、サービス提供の仕組みも市町村がニーズ把握と給付などマネジメントを行い、民間を中心とする事業者が具体的なサービス提供を行うという全国の市町村が高齢者や障害者福祉のサービスに際して行っている仕組みを基本に児童相談所との連携体制を構築できれば、早期に市区町村による児童と保護者の支援が可能になると考える。

2. 急激に拡大した「放課後デイサービス」

放課後デイサービスは、「障害児通所支援事業」として児童福祉法に規定され、就学から18歳までの障害や発達に課題を持つ児童の放課後や休日に療育支援を行うものである。

平成24年に制度化されて以降、事業所数は爆発的に増加し、平成29年10月現在、全国に11,301事業所が設置されており、この数は同時期の中学校数10,325を超えており、単純に言うと「中学校区に1つの放課後等デイサービス事業所」が設置されていることになり、前身となる事業があったとは言え、5年間で全国に普及するという驚異的な増加である。(表V-3-1参照)

表V-3-1 毎日新聞 東京長官 2018年2月17



3. 急増の背景は、ニーズに応え「うまく」「やすく」「早く」サービス提供がされたこと

放課後等デイサービス事業所が急増したのは、簡単に言うと、先ず、保護者の「需用(ニーズ)」があり、それに應えるサービスが全国一斉に量的に迅速に整備されていったことにある。

事業所が急増した背景には、児童福祉法に基づくサービスではあるものの、利用と施設整備のスキームは障害者総合支援法に基づくもので、「サービスが個別給付されること」「事業開始が届け出制であること」「多様な事業主体の参画が可能であること」などがあげられる。

言い方を変えると、

- ① 「うまく」(子どもと保護者のニーズを適格に捉えていた)
- ② 「安く」(利用者負担額上限が定められるなど負担軽減が図られている)
- ③ 「早く」(事業への参画がしやすい仕組みでニーズに応じて事業所が早期に整備された)

外食チェーン店のキャッチコピーにあるような要素が揃ったことが要因である。

この「うまく」「安く」「早く」という仕組みは、「市区町村子ども家庭総合支援拠点」が行う児童と保護者への支援を展開するうえでも大切なキーワードと考える。

4. 放課後等デイサービス事業の中にあつた在宅児童と家庭への支援

放課後等デイサービスは障害や発達課題を抱える児童を対象にしたサービスであるが、家児相時代に虐待など家庭養育の問題を抱える児童・保護者の支援にあればと思った「放課後や休日の子どもの居場所機能」や「日常的に保護者と顔を合わせることでできる機能」を有している。なかでも学校・自宅への送迎は、児童支援を考えるときに大きな課題となる移動という問題を解消するとともに、日常的に自然な形で家庭や学校との顔のわかるつながりができ、家庭・教育・福祉の連携を構築できる。

5. 個別支援として給付提供される放課後等デイサービス、市区町村は給付を担う

放課後等デイサービスは、放課後等に子どもが過ごす場の提供という意味では「放課後児童クラブ」(放課後児童健全育成事業)に似ており、どちらも市区町村が様々なかたちで関わる。

大きく違うのは放課後等デイサービスは利用者(児童の場合、保護者)に個別給付され、子どもや保護者の置かれている状況やサービスの必要性を市区町村が個別に判断し、サービス給付の有無や日数などを決め給付していく。その際、市区町村が委託した相談支援事業者が子どもと家庭の状況把握やニーズのアセスメントなどを行い、その後も継続的にモニタリングが行われる。

サービス提供は基本的に民間事業者は担うものの、市区町村は支給事務を通じて利用者である児童の保護者及びサービス事業者をマネジメントしている。

6. 放課後等デイサービスのような仕組みで要保護児童などへの支援ができないか

放課後等デイサービスは児童福祉法に基づくサービスとして提供されているものの基本的な制度設計は障害者総合支援法に基づくもので介護保険制度の介護給付と同様に、サービスの必要度を個別に判定するなかで本人に必要なサービスを個別に支給するという仕組みである。

その一方、児童福祉サービスは放課後等デイサービスなど一部を除くと、基本的に子どもの年齢や保護者の稼働状況などに基づき、ほぼ一律に子育て支援サービスとして提供されている。

児童虐待や貧困問題などで個別に支援を必要とする子どもたちに対しては、個別のケースワークのなかで、相談や訪問などの支援が行われるが、児童の置かれている状況进行评估し、一人一人に合った児童福祉サービスを提供する仕組みは整備されていない。

児童福祉法に「要保護児童」「要支援児童」など養育に特に支援が必要な児童などが定義されているものの、これらの児童などに対する配慮は規定されているものの、状況に応じた個別支援が用意されてはいない。

これまでの要保護児童等への取り組みのなかで、「要支援児童」等を規定することができたことは大きな成果であるとも考えるので、今後は放課後等デイサービス事業のように個々の児童の状況を把握し、必要なサービスを個別に支給していくような仕組みが必要と考える。

7. 児童虐待ということばに引きずられない支援

「要保護児童」「要支援児童」等のことばは児童虐待問題の深刻化が背景にあって生まれてきた。

児童虐待の程度が重度であるほど多くの支援を必要とすることに異論はないが、児童の支援を考えるときに重要と考えるのは、あくまでも子どもの置かれている状況である。

その一方、保護者への支援の観点で考えると必要とされる支援は虐待の深刻度と比例する関係にあり、深刻な虐待に陥っている保護者は多くの課題を抱えており、その解決のために多くの支援を必要とする。児童虐待は憎むべき行為であることは言うまでもないことである。しかし、児童虐待に陥っている保護者を憎んで孤立させていては、状況は深刻になる一方である。

重大な結果となった虐待事例の多くが突発型ではなく、保護者の養育上のあるいは生活上の小さな困りごとから始まり、それが解決されないなかで取り返しのつかない深刻な事態が起こってしまうという経過をたどっているからである。小さな困りごとが起こっている時期に保護者に支援が届いていれば深刻な事態に陥らなかったとも言える。

「虐待」ということばの響きもあって児童虐待は保護者が養育責任を十分に果たしていないという側面だけでとらえるのではなく、保護者支援を行うとされた国と地方自治体が保護者に十分な支援がおこなえていなかったという支援者側の責務の観点でみていく必要

もあると考える。

8. 「ニーズ」を引き出さないと支援は始まらない

深刻な虐待事例の背景には、多数の中軽度の事例が存在すると言われている。言い換えると支援を必要とする保護者が多く存在するということになる。

しかし、福祉サービスは支援を受けることができる対象であっても、自らが申請するか同意するかしないか受けることができない。特に市区町村は児童福祉分野においては、行政の判断で強制的にサービスを提供する「措置権」を有していないため、保護者が求めるか同意しない限りサービスを受けることができない。

前述した放課後等デイサービスの利用者が爆発的に増加した一番の要因は、当該サービスを必要とすると考えた保護者が利用申請をして「ニーズ」が顕在化したことによる。

その一方、児童虐待等の問題を抱える要保護児童、要支援児童、特定妊婦は、「支援を必要とする状況にあるにも関わらず自ら支援を求めない」層であり、支援者側がニーズを引き出していかなないと支援が始まらない。

9. 「保護者に寄り添う支援」で「ニーズ」を引き出す

自ら支援を求めない保護者について「周りが困っているのに、あの保護者は何も困った感を感じていないみたい」と評されることがあるが、本当に困っていないのだろうか。

実は、これらの保護者も「困りごと」を沢山持っている。むしろ「自分の困りごと」が多すぎて子どものことまで手が回らない状況にあることが多い。従って、子どもが抱える課題解決のための支援と並行（先行）して保護者自身が抱える課題解決についての支援が必要となる。

保護者自身の抱える課題を保護者自身が認識し支援者側が共有することが、子どもを養育するうえでのニーズを引き出すことにつながる。

このプロセスのなかで支援者側に求められるのが、保護者に寄り添うということである。

「寄り添い型支援」はとても響きの良い言葉であるが、支援者が保護者に寄り添ったからといって保護者のニーズがソフトに表現される訳ではない。

10. 「何もしてくれない」という不満表明はニーズの表明

市家児相時代、保護者から「家児相は、私の話はよく聞いてくれるけど、何もしてくれない」と言われたことが何度かある。これは、私たちの支援が十分に機能していなかったということに対する不満の表明だが、すこし見方を変えると、「話をよく聞いてくれるという思いが保護者にあったから吐露できたことばでもある。「何もしてくれない」は「何かして欲しい」ということなのである。しかし、この時点で「何を支援してもらいたいのか」と聞いても、多くの保護者から帰ってくる答えは「何をしてもらえるのか」という

ことになってしまう。

このような状況のなかで、市区町村の担当者が保護者に受け入れられ、ニーズを引き出すために必然的に生まれてきたのが「寄り添い型支援」である。市町村子ども家庭支援指針にも「保護者ごと支える視点が不可欠であり、その観点から、保護者に対する助言、指導等を行い寄り添い続ける支援が必要となる」とある。なお、ここで言う助言、指導は、保護者に十分に寄り添い課題共有と並行しておこなわれるものであって、行政用語の助言、指導とは一線を画していることは言うまでもないことである。

11. エンパワメントだけでは限界がある

要支援児童などの支援に関して気をつけておかなければいけないのは、必要なのは保護者のニーズを寄り添い型支援で引き出し、適切なサービス提供でヘルプすることであると考える。寄り添い型支援は市区町村の相談支援の基本的な姿勢（スタイル）で必要条件ではあるが、十分条件を満たしているとも言えない。

従来、市区町村の児童家庭支援の窓口を担ってきた家庭児童相談室は、その名称が表すように相談を通じて保護者と課題共有し、保護者自身が自分の力で育児などの課題を解決していくことを側で支える「エンパワメント型支援」のケースワークであった。

しかし、要支援児童等の保護者が解決に道筋を理解したとしても、自分や家族だけで具体的な行動につなげていくことが困難な場合が多く、公的福祉の制度利用や地域などの力も活用していく「ヘルプ型支援」が必要となり、そこにはサービス提供のマネジメント機能も重要となる。

12. リスクアセスメントと同様に大切なニーズアセスメント

児童虐待事例への対応について「子どもの危険度（安全度）」を判断するためのリスクアセスメントについては、緊急度の判定など市区町村と児童相談所との事例分担の判断材料という側面もあり、多くの市区町村でアセスメント表を活用するなどして取り組まれている。

しかし、児童虐待事例の9割が在宅での生活を継続されている中で、児童や保護者にどのような支援が必要とされるのかを評価するためのニーズアセスメントに取り組む市区町村は多くない。

事例をリスクの高低だけでみていると、リスクの低い事例にはいつまでも支援が届かないということにつながる。市区町村が求められているのは支援ということであるので、リスクと同様に児童と保護者のニーズを適格に把握することが重要である。

13. 高齢者も障害者も虐待防止は支援とセットで

児童虐待防止の基本となる「児童虐待防止に関する法律」は2000年に施行されており、そこには、保護者は指導の対象とされているものの保護者支援という観点はない。

その一方、高齢者虐待については「高齢者虐待の防止、高齢者の養親者に対する支援等に関する法律」（2006年）が障害者虐待については「障害者虐待の防止、障害者の養親者に対する支援等に関する法律」（2012年）で、虐待防止と養親者への支援の両方について規定している。

これは、高齢者への福祉サービス制度である介護保険制度が2000年に開始され、障害者の福祉サービス制度である支援費制度（後に障害者総合支援法）が2003年に開始されていることと関係していると考えられ、高齢者虐待防止も障害者虐待防止もこれらの支援サービス制度との連携のなかで制度設計がされている。（表V-3-2参照）

表V-3-2 法律・制度の経緯

<p>高齢・障害は、サービス給付を基礎として虐待予防と支援 —児童は「支援」が虐待対応の後を追う—</p> <p>平成 6年 介護保険制度開始（介護給付・予防給付等）</p> <p>平成12年 児童虐待防止に関する法律（保護者は指導対象で支援明示無し）</p> <p>平成15年 支援費制度開始→障害者総合支援法（介護給付・訓練等給付）</p> <p>平成18年 高齢者虐待の防止、高齢者の養親者に対する支援等に関する法律</p> <p>平成24年 障害者虐待の防止、障害者の養親者に対する支援等に関する法律</p> <p>平成24年 子ども子育て支援新制度（現金給付・施設型給付・地域子育て支援事業）</p> <p>平成29年 児童福祉法改正（保護者支援の明記）</p> <p>放課後等デイサービス急増を可能にしたのは、障害者給付スキーム</p> <p>介護保険給付は、「親」（養親者）を、障害者給付は、「親」（養親者）の介護負担軽減を支援し、結果として虐待予防につながる</p>

14. 児童福祉サービスの整備は子ども子育て支援法

介護保険制度も支援費制度も「措置から契約へ」という方向で、高齢者や障害者を権利主体であることを基本に構築されている。児童福祉については2012年に開始された子ども子育て支援新制度が同様の考え方で制度設計されている。

高齢者や障害者の養親者にあたる児童の保護者支援については、子育て支援施策で展開されてきていたものの児童福祉法に保護者支援が規定されたのは2016年となる。

このように児童福祉では虐待防止施策は先行したものの、虐待防止のための保護者支援については、高齢者や障害者のように一体として考えられたものではなく、今後は子育て支援新制度で創設された施策に児童虐待防止の観点をどのように取り込むかが課題となる。

15. 一層の整備と工夫が必要な地域子ども子育て支援事業

子育て支援新制度では、認定こども園や保育所・幼稚園の施設型給付事業と共に、地域での保護者支援を念頭においた地域子ども・子育て支援事業を位置づけ目標値を設定して整備されている。

各事業の進捗の途中状況を見ると取り組み市町村が増加しているものの2019年度末の目標値の達成が危惧される事業もある。

これらの事業は、保護者支援を考えるとときに有効な施策と考えるが、例えば子育て短期

支援事業の実施場所が広い市域で1カ所の児童養護施設しかない場合があったり費用負担が多かったり利用者の視点での見直しを必要とする点も少なくないを考える。

高齢者や障害者福祉では、高齢者、障害者（児）という制度の縦割りの枠を超えてサービスを提供する「共生型サービス」が制度化されている。

例えば、地方の市町村では、児童のショートステイの需要はあっても担える施設などはなく、新設しようとしても施設経営を維持できるだけの需要は見込めない。しかし、高齢者施設は過疎が進む街にも存在しており宿泊や給食といった機能も備えているので、そこを児童が利用できるような仕組みができれば事業実施のスピードは一挙に加速できると考える。

市区町村は、地理的環境や人口規模などの環境が大きく違うため、シビルミニマムとして提供されるサービスは全国共通でなければならないと考えるが、その提供体制などは地域事情に応じた工夫ができるような仕組みが必要と考える。

表V-3-3

地域子ども・子育て支援事業の実施状況

主な事業	実施状況 (平成28年3月31日時点)	少子化社会対策大綱に即ける目標値
利用者支援事業	422市町村/635か所※	1,800か所(2019年度末)※
延長保育事業	1,108市町村 /実利用者数約65万人	101万人(2019年度)
放課後児童健全育成事業	1,560市町村/約102万人	122万人(2019年度末)
子育て短期支援事業	719市町村 ショートステイ:延べ約11万人 トワイライトステイ:延べ約7万人	ショートステイ:延べ16万人 トワイライトステイ:延べ14万人 (2019年度)
養育支援訪問事業	1,013市町村	全市町村(2019年度)
地域子育て支援拠点事業	1,484市町村/6,818か所	8,000か所(2019年度末)
一時預かり事業	1,343市町村 /延べ約518万人	延べ1,134万人(2019年度)
病児保育事業	792市町村/延べ約61万人	延べ150万人(2019年度)
ファミリーサポートセンター事業	809市町村	950市町村(2019年度)

※利用者支援事業のか所数は、いずれも「基本型」+「特定制」

平成28年度子ども・子育て支援新制度フォーラム（2017年2月22日）配布資料より

16. 市区町村の児童と保護者への支援の充実をはかるために

2016年の児童福祉法改正では、児童虐待問題と子どもの貧困問題の深刻化に対応するために、市区町村は児童及び保護者支援を担うこととされ、市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置が求められた。今後、児童相談所が家庭への介入機能に特化するとされているなかで、市区町村の支援体制の構築は急務である。しかし、その整備については市区町村の規模や体制の違いなどから一律ではなく多くの市町村では都道府県の児童相談所との協働や分担という課題も整理しなければならず、各市区町村が自分たちの街にあった体制を構築していく必要がある。

17. 市区町村が支援型対応を担うために必要なこと

各市区町村の支援型対応を作りあげていくときのポイントは以下の通りと考える。

1. 要保護支援に不可欠な「ニーズを引き出すこと」に必要な「寄り添い型支援」
2. 引き出したニーズを適切に把握し支援を行うための「ニーズアセスメント」
3. 介入型のリーダーが児童相談所なら支援型のリーダーは市区町村という共通認識

4. 市区町村の高齢者・障害者福祉部門から学べる「虐待対応と保護者支援の両立」
5. 先ず、取り組むべきことは自分の市区町村の支援体制と施策確認と関係整理
6. ハードもソフトも十分ではない支援メニューの整備開発は現場から積極的に提起

18. パラダイムシフトした児童福祉法の原点を大切に

2016年の児童福祉法改正は全ての児童の権利保障を理念とし保護者支援を明確にした抜本的なものであり、市区町村の支援もこの理念の元に展開される必要がある。

その意味では「支援」の最前線に位置付けられた市区町村の役割と責任は非常に大きいと考える。

児童虐待が深刻化を食い止めるためにも、児童と保護者への支援は、「早く」「安く」「うまく」を目標に展開する必要がある。

V-4. 子ども虐待対応において市町村ができる“子どもの安全”の確保 “問題”からブレずに話をすることが可能となるために

渡邊 直

すべての子どもに“安全・安心”を担保し、育ちと生きることを保障する視点

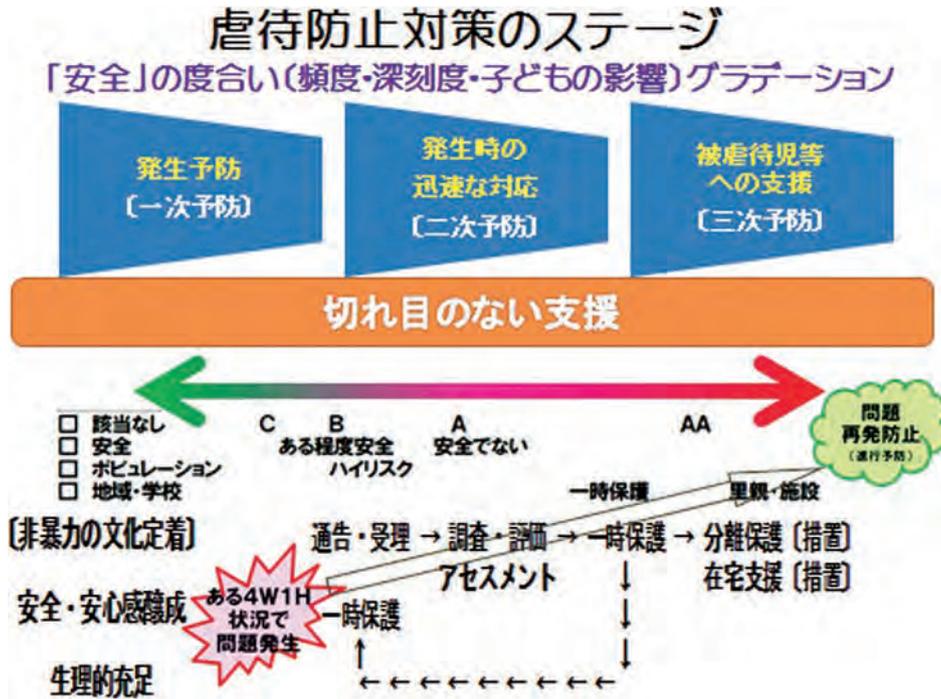
子ども虐待は、子どもの安全・安心の問題です。子どもの視点から、子どもがいやな思いをしているとか、怖い思いをしている、痛い目に遭っているなどがあるとしたら、周りの大人は、子どもが同じ目に遭わないようにするために、何があればそうならずに済むのか、その話を関係当事者としていけたらいいのだらうと思います。これが虐待対応の入口、支援着手の起点です。

しかし、安全・安心にかかることは、ひとりでひとつの機関で対応することは困難です。そのため、20世紀の最後の年である2000年（平成12年）に成立した虐待防止法の第一次改正（平成16年）において、平成17年から法定化した要保護児童対策地域協議会で守秘義務を担保しながら、安全・安心につながる情報を基礎自治体である市区町村で一元化して、地域みんなで子ども家族を支え対応することとなりました。その支援のためのネットワークの中で、私たち援助者は何ができるでしょう。安全・安心を阻害する親を“もうしないように変えること”はできるでしょうか。人はそう簡単には変わりません。そのひとりを変えるのではなく、子どもの声を聞きながら、家族と協働して子どもの安全をつくるということ、つまり、家族の“できる”をつなぐお手伝い。いつもと違って何があるから今回のように、通告を受けた市区町村や児童相談所が家庭訪問に来るといような大事（おおごと）になったのか。いつもはそうならないようにどうしているのか。家族の工夫を言語化・明確化し、それが継続できるための仕組みをつくることができたらいいのだらうと思います。

子育て包括～支援拠点～児童相談所、安全のグラデーションの中で

そもそも“こと”が起きないように発生自体を予防する局面を「一次予防」ということがあります。“安全”が阻害されることを未然に防ぎ、ことが起きる前に発生を予防するのは。必要に応じて体罰や暴言は使ってもいいなどの間違った養育の常識や、不適切養育を容認する育児文化があるのなら、それを修正する啓発活動などはこの局面に含まれます。子どもが安全である前提があるなら、様々な子育て支援策でつながることができます。「子育て世代（母子健康）包括支援センター（以下、子育て包括）」は中核を担う一つの機関となり得ます。家族を丸ごと、寄り添い型の支援をすることとなりますが、“子どもの安全”を軸として考える視点を持ち、その軸をズラさず、何か不自然と思えることがあったら、次の局面につなげていく姿勢が求められます。

表V-4-1



居心地よき質問	考えが深まる質問	恐怖で縮み上がる質問
<ul style="list-style-type: none"> ・お元気ですかあ～ ・何か困っていることはないですかあ～ 	<ul style="list-style-type: none"> ・(〇〇通告内容〇〇) 思いあたりますか？ ・いつもと違って何があったから今回みたいな騒ぎになったの？いつもはどううまくやってたの？ 	<ul style="list-style-type: none"> ・これは虐待です ・もうしないでください ・改善してください

「二次予防」の局面は、残念ながら“こと”が起きてしまってから、あるいは“子どもの安全に問題があるという疑い”があつてからの対応です。起きてしまった“こと”が再発しないよう、よりひどい状態に進行していかないよう予防する局面です。何らかの“安全”阻害が疑われる局面ですので、ひとつの機関ではなく、多くの機関がつながって、情報を収集し、整理・統合し、支援に向けての役割分担などの調整機能を持つ機関が必要となります。「児童等に対する必要な支援を行うための拠点（以下、拠点施設）」は中核を担う一つの機関となり得ます。支援拠点が行なう調整の主は、同じ自治体の中の機関内他部局ネットワークとのつなぎ調整になります。ですので、庁内事情など微妙な部分は、外部の機関が調整機能で力を発揮することはできにくいかもしれません。直接支援を担う役割の部分は、外部の機関が委託を受けるなどで力を発揮しやすいかもしれません。

児童相談所もこの局面の通告受理機関として、市区町村と同様の立ち位置にあります。“安全”阻害の疑いを聞いてから家族との関わりに着手することが多くなります。もちろん、当事者にとっては寝耳に水のところからの関わりとなります。

児童相談所と拠点施設の違いは、広域調整機関と地域に根差した基礎自治体であるということや、権限行使ができるかできないかの違いです。必要があれば、児童相談所はまずは子どもの今夜の安全を確保するための一時保護の権限行使をします。適宜の権限行使で

子どもの安全について話しをする土俵に半強制的にあげ、何があったのかを家族に聞いていくことをスタートさせるような荒業を使うのです。構造的に一方的で上から目線での立ち位置になりますが、していくことは“命令”して“もうしないようにする”約束をさせることではなく“対話”なのです。

「三次予防」は子どもの自立支援の局面です。子どもの育ちを地域で支え、子どもの視点からしたら“僕はここに居ていいんだな”の体験をたくさん味わえることにつながるものが地域で展開されたら、たとえ、家族の中では、失敗体験を意識させられるようなことが割合的に多くあったとしても、周りからの“これでいいよ”の声かけがなされたり、行ったところで楽しい活動が提供されたり、充実した時間が過ごせることによって、子どもの居場所ができる。そんな地域が少しでも増えていったら、子どもをとりまく環境がとても優しいものとなるだろうと思います。

“子どもの安全”の話しをするのは誰？

子どもの安全・安心に係る第一義的な責任は親にあります。しかし、今は地域（機関）にも子どもの安全・安心に関する協同責任があるため、通告により子どもの福祉権利侵害（疑い）を知るようになった機関は、親に対話のニーズがなくても、家族に何があったのかの話を聞きに行くことをします。それにより地域全体で子どもの安全を見守ることをするので。

一見、安全そう見えていても安全でない場合や、安全・安心が阻害されるような子どもへの福祉侵害が認められるようなら、そのことが再発しないように、酷いことになっていかないように家族と協働することは「二次予防」の局面における中心的な課題となります。何かことが起きた際、その発生の機序（受傷機転）はわからないよりも、わかっていた方がその後の対策や繰り返さない手立てをたてるは確実です。しかし、起きている現象を見ていくとき、“虐待”であるのか、そうでないのか、また、「虐待ではなく“しつけ”だ」と親に言われることも多く、虐待問題に関しては“単一点”だけでとらえようとするとは困難が生じることはよくあります。やったことの疎明や、やってないことの証明などは、福祉調査からはできにくく、しかし、そこに子どもにケガや痣があったり「家に帰りたくない」という非常に脅えている子どもの状態像はあるのです。有無の“点”でとらえるのではなく“面≡ストーリー”いろいろな角度からの“文脈”でとらえることで、子どもは何があるから脅えているのかなどに対する対策にもなっていくのだらうなと思われま。これら起きている現象面の“安全”にかかる情報を一機関だけで収集して整理して統合していくことは困難です。もちろん、子どもが安全であれば、ポピュレーションの展開として、たとえばひとり親家庭や貧困などに対して、子育て支援の充実に向けての話ができていけると思います。今の親御さんの行為や言葉は子どもの安全の視点から考えた時にどのような意味を持つのかを問うていくことが求められるのだと思います。

しかし、「今の状態でこのまま放置すると子どもはこうなるよ」と、援助者の予測（懸

念・心配ごと)を話題として取り上げることは、相手が傷ついたり、怒りだしてしまうのではないかと、特に住民に近い援助者はとても気にしてしまいます。できたら広域調整をしている児童相談所でその突きつけはしてくれないだろうか、その方が地域は当事者と関係を損なわずにすむのではないかと考えてしまう気持ちは分かります。しかし、初期の介入の時点では、カウンセリングをするような関係をつくるというのではなく、前述のような“子どもの安全”について話せる関係ができればいいのだと思います。初対面で通告の内容について思いあたるかを聞いて、思いあたる場合には繰り返さないための手立てを話し、思いあたらぬ場合には、現状を評価し辞せばいいのだらうと思います。このような子どもの安全にかかる話しであるのなら、基礎自治体である市区町村でもすることが可能です。

「なまはげ」を参考としたモデル（なまはげモデル）

2018年末「なまはげ」（秋田県男鹿市）など全国8県10行事が「来訪神、仮面・仮装の神々」としてユネスコの無形文化遺産に登録されることが決まり、各地域で盛り上がりました。「なまはげ」というと、大みそかの夜に藁を羽織った鬼が、「泣く子はいねがあ〜、親の言うこと聞かぬ子はいねえ〜があ〜」などと叫びながら、包丁と桶を持って各家庭を訪ねまわる伝統的な民俗行事で、単に子どもを怖がらせていると思われがちなところがありますが、実はここにはストーリーがあるようです。

各家庭では家長が鬼を迎え、家の中でひと暴れした鬼を「まあまあ、なまはげさん、座ってください」となだめ、お酒やご馳走でもてなします。鬼は「おめえ〜んとこのわらすこは、わるいことばかりしている、山さ連れて行く」と言うと、家長は襖の後ろに隠れている子どもたちの前で、子どもたちのプラス面（いいところ）を鬼にアピールし、鬼が子どもを山に連れて行ってしまふことを阻止しようとします。鬼も負けてはおらず、鬼が持っている「なまはげ台帳」から、さらに子どもの悪いところ（リスク）を提示してきます。さらには子どもを育てている親のわるいところも示してきて、今年は山に連れて行く強行です。でも、家長はさらに子どもや嫁や家族のいいところを鬼に示して、最後に鬼は「わかった、それなら今年は連れていかない、いい子にしてなかったら、来年また来て、山さ連れて行くからな」と宣言して、帰っていくのです。

このやりとりは、子ども虐待対応における、市区町村と児相（一時保護）、児相と警察（逮捕拘留）とのやりとりに似ていないでしょうか。今は、児相と警察は案件を全件共有しようとの流れがあります。この流れを逆手にとって児相は家庭訪問の際に、「児相が知っている通告の情報はこんな世だから自動的に警察も知ってるんですよ。なので、これから突然、警察が来ることがあってもビックリしないですね。でも、警察が親を逮捕しようとして来ても大丈夫。児相はこれから親御さんから家族の強みや、いつもはどうやってうまくやっているかを教えておいてもらえば、警察が逮捕ふみきれないように、児相も親御さんを応援できるから…」との構造をつくり込めれば、家族が子どもの安全に向けて工夫

していることなど、家族のできるをつなぐ話しのパーツを、児相も市区町村もたくさん聞ける協同戦線が張れるようになる可能性を高めることができないでしょうか。これを「なまはげモデル」として援助者の一つのフォーマットとできたら共通の対応法、言語となり得ると思います。家族と初動からブレずにお話しできる枠組みとして援用してみてください。

これからに向けて

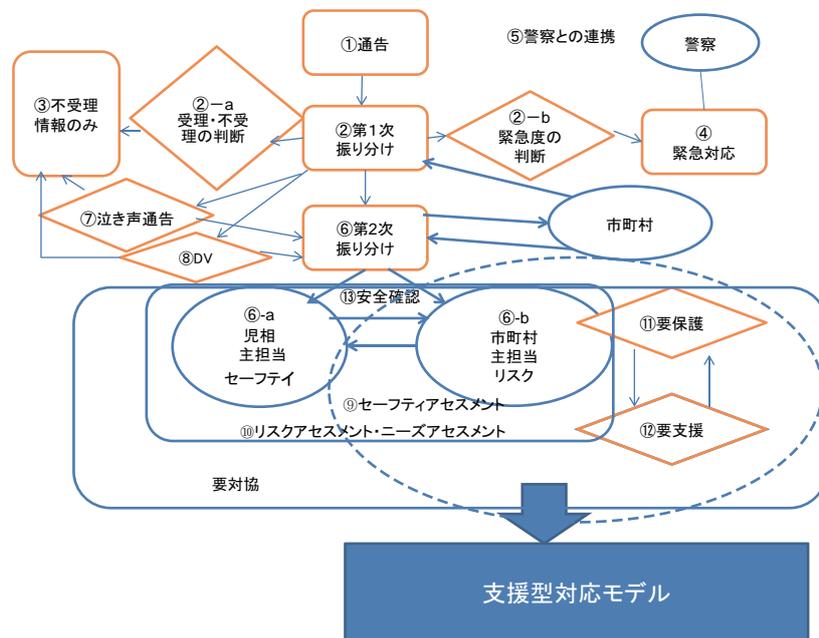
支援につなぐ手立てを当事者のニーズに関わらず一方的に提供するなどの前にできる関係づくりは、対話をする、質問をして、話しを聞くことです。子どもの安全を確保することは対人関係の交渉の中で行うことだと思います。ルールやプログラムの押しつけだけでしようとすると中味が空洞化してしまいます。一方的で上から目線の“～してはダメ”ルールの徹底化で対人交渉は成立しません。必要なのは、子どもを守るための一貫した連続性のある対話による関わりであり、それが関係者でできるようになる共通言語の形成、質問するプロセスの共有化です。もちろん、必要な権限は行使して、まずは強引に子どもの安全の話をする土俵に引っ張りあげます。そのための進行管理を適正にできる体制が実現に向けて組織として協働できたらいいなと思っています。さらに一次予防策（不適切養育を容認する育児文化を修正する試み）の充実（体罰禁止法だけでなく機中八策[®]などで具体的に非暴力が文化として定着する）、三次予防局面では、接するみんなが、常に非暴力であること（ひととひととは非暴力でつながれる体験を醸成）（これでいいんだ体験）。部分最適を積み上げても全体最適とはならないので各局面に通じた対策となるといいなと思います。平板な対策では予防できないと思います。

VI. 市町村における家庭支援のための実践モデルとは？

畠山由佳子

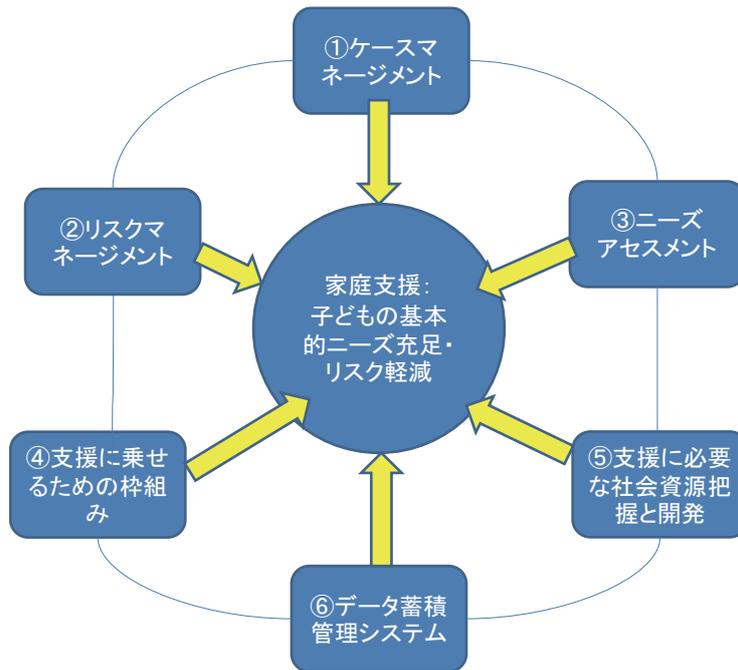
本研究の最終目的は市町村における家庭支援のための実践モデルのたたき台を作成することであった。本研究でのこれまでの調査及びワーキンググループでの検討を行った結果、区分対応システム（図VI-1）における市区町村が主担当となる支援型対応においては、次のように図示できる。

表VI-1 区分対応システムたたき台（畠山、2015）



また、本研究において開発した実践モデルについては、各自治体の体制や実状に合わせてカスタマイズして汎用が可能な形の実践モデルとなるように枠組みを作成した。あくまで支援の目標（goals）を「子どもの基本的ニーズの充足」と「(子どもに対する) リスク軽減」として、家庭支援を行うということを理念として構成されている実践モデルとした。実践モデルは次の6つの要素で構成される：1. ケースマネジメント、2. ニーズアセスメント、3. リスクマネジメント、4. (家族を) 支援に乘せるための枠組み（エンゲージメント）、5. 支援に必要な社会資源把握と開発、6. データ蓄積管理システム、とした。

表VI-2 支援型対応モデルたたき台（畠山、2019）



1. ケースマネージメント

本研究において、特に「脆弱な家族に対する具体的な対応方法と手続き」において最も現在の支援のあり方が欠如しているのは、子どもに対する「リスク」の「見守り」以外のケースマネージメントのあり方であることが明らかとなった。家族に対していろいろな支援がつながったとしても、それぞれの資源と家族が「線」でつながっているだけの状態となっている。家族とつながっているそれぞれの線がそれぞれの調整や連携を行うようなケースマネージメント機能が全く不足している。ケースマネージメントの典型的な機能はアセスメント、サービス・処遇の計画、連携・送致、モニタリング、アドボカシーである（Rose, 1997）。

ここで脆弱な家族を対象として挙げたのは、支援者が支援する上で、家族の持つ脆弱性に起因する状況のために子どもの安全に対して懸念が生じている場合があるからである。家族のもつ特性自体が要保護性として考えられることは少ないが、その特性からくる脆弱性により子どもの基本的ニーズが満たされないような状況の場合は要保護ケースとして扱われる可能性がある。

今回、対応が困難と考えられるとしてあげた特性のケースは支援が必要であると考えられることも多い。しかしながら今回の質問紙調査において要保護性は、「虐待であるか、ないか」をその判断としていると答える市町村も少なくないことが明らかになっている。そもそも、「虐待であるか」というのは「行為」であるため、その判断にある種の推測が伴う。この場合、子ども家庭相談担当部署における親に対する支援のスタンスは「子育てをちゃんとしてもらえるように」親を支援するというスタンスである。実際には親も一人

の人間としての基本的ニーズがあり、それを満たされることが優先されるべきではあるのだが、子どもがいる親の場合は「親として機能するように」というのが支援の前提となってしまう。しかし、実際には子ども家庭相談部署の目指すことは、「家庭」という養育環境が子どもの基本的ニーズと安全が満たす場所となるように底上げすることである。「子育てをちゃんとやってもらうために親を支援する」ということではない。

子どもの安全の問題に関わらない限り、親のしんどさは支援が必要だとはみなされないのか？親を支親している支援者が子育てに関して親ができないことを代わりにしたり、子どもに直接支援することで子どものニーズを満たしているようなケースも聞き取り調査の中では聞かれた。「子どもの基本的ニーズの充足」「子どもに対するリスクの軽減」の2つを目的として、家庭を支援していくことがこのケースマネジメントの目的となる。家庭を様々なサービスをつなげ、そのサービスと家族の関係を全体的に把握し、そして調整していくようなケースマネジメントが支援型対応では必要であると考えられる。

聞き取り調査の中で、市町村における子ども家庭相談部署及び家庭児童相談室は、ケースマネジメントの機能がなく、その機能を要対協に頼ってしまっており、サービスを束ねる役割ができていないという声があった。要対協の台帳管理で行っているのは子どもに対するリスクが上昇していないかのチェックが中心であり、子どもの基本的ニーズがどう満たされているのか？リスクを軽減させるような働きかけがどれだけあったのか？その結果はどうか？ということあまり話し合われていない。家族を単位としたケースマネジメントとは言えない。現在の要対協による台帳は子ども単位で管理されている。

ケースマネジメントの目的は縦割り組織を崩し、サービスを横断してつないでケアの連続性を作ることである。家庭の包括的なニーズを把握し、そのニーズにあった適切な資源を見つけ出すこと、そして提供されたサービスが効果的であったかどうかを確認するためのモニタリングを行くことが必要である (Instaglita, 1982 ; Rubin, 1987)。

要対協ではなく、市町村の子ども家庭相談部署もしくは支援拠点の中に、支援型対応に対するケースマネジメント業務を行うケースワーカー（本文では担当ワーカーと表記する）を置くべきである。家庭単位での担当とし、可能であれば担当ケースを10-20ケースに制限する（それ以上になるとケースマネジメントとして機能しない）。体制的に難しくければ、状況の変化が速い、いわゆる動きのあるケースを選択し、そのケースに対して試験的にやってみてもよい。又は必要なだけの機能を持たせることができ、きちんとその実働について監査が可能であれば民間へのケースマネジメント業務委託もありうる。その場合、委託契約を結ぶ際に期待される役割や到達すべき目標などをきちんと設定しておく必要がある。

時期的に6か月をワンクールとし、頻繁なケースマネジメントを必要としない場合は必要時のみの担当にしていってもかまわないが、必要であることを行うために担当ケース数の限定は必要である。

家族とともに

ケースマネジメントのためには、次のようなことを行う。

1. アセスメント

- ① 対象の家庭がもつニーズを包括的に把握する。これには家庭全体の養育環境としてのニーズ、子どもの基本的ニーズ、および子どもに対してのリスクのアセスメントが含まれている。まずは家族に接触し、子ども・親・その他の家族全員から直接状況を把握した後に、できる限り家族の了承を得て、すでに家族と関係が築けている支援者から情報を得る。
- ② サービス提供者と密接で定期的な接触を保つ。必要があれば会議等を主催し、支援者同志での情報共有が図れるようにする。(家族自身も含むことが望ましい)。
- ③ 家族に対してはケースマネジメントを行う自分の役割をきちんと説明する。それぞれのサービスをつなぎ調整する役割であり、不都合が生じればサービス提供機関に対して家族の代弁をする。手続きや移動で援助が必要な場合は同行等も行う。必要なサービスがすぐに見つからない場合は、そのサービスの代替も行う。
- ④ 担当する家族と定期的に接触を持つ。家庭訪問を行う。親・子本人のサービスに対する意見も直接尋ねる。できる限り家族に対して透明性を保つ。第3者から情報を得る、接触する場合はできるだけ家族の承諾を得る。
- ⑤ できる限り、担当する家族が常時連絡を取れるような方法を確保する。土日・祝日・時間外であっても緊急事態であれば連絡を取れるような(返事は翌勤務日になるかもしれないが)業務用携帯(業務時間外はメール・ボイスメールのみ対応)の支給を検討してほしい。業務時間外の対応はチームで輪番制も可能である。必要なのは、境界はありながらも「いつでもつながっている」という感覚を家庭が担当ワーカーに対してもつことができることである。

2. 計画

- ① 「子どもの基本的ニーズを充足する」「子どもに対するリスクを軽減する」を目的として、利用可能な資源においてどのようなサービスを提供してもらうかの支援計画を立てる。できれば計画立案する際に、家族にも参加してもらい交渉をしながら行う。まずは家族が上の2つの目的のためにどんな支援を必要とするかを考えてもらい、それを形にする。その際、子どもの安全面で守ってもらわなくてはならないことのボトムラインだけは必ず担当ワーカーは明確に家族に伝えなくてはならない。「子どもの基本的ニーズを満たすために家庭として持つておかななくてはならないこと」をそろえるために支援を調達することを家族に理解してもらい、できる限り同意してもらわなくてはならない。すべての意思決定の結果について包み隠さず説明する透明性を保持した上で、家族に計画を同意してもらう。その際、家族から出た意見やニーズについても計画に含む。そうすることで家族自身が支援計画に対して

責任を持つことになる。

- ② 地域のサービス提供機関や団体のリストを維持・管理し、それぞれの機関や団体がどのようなサービスを提供し、どのような方針や手続き方法があるのかなどをきちんと把握しておく。機関や団体及び人同士のネットワークを構築できるように実際のサービス担当スタッフと顔の見える関係性を持つておくことも大事である。

3. 連結（リンケージ）

支援計画に挙げられたサービスや支援を家族をつなぐ。正式に送致をして、訪問や来所に同行し、家族自身が求めているサービスを利用できるように、あるいは支援計画通りのサービスや支援を受けることができることを確認する。家族に対する個別的弁護的機能（ケース・アドボケート）を進める。

4. モニター

- ① 担当ワーカーは時にはサービスを提供したり、代弁サービスを行ったり、あるいは必要とされるサービスを創り出すような働きを行う。クライアントが施設、コミュニティ、機関の範囲内を行ったり来たりと動いている際に、連続性を持続してサービスを提供していく。サービスの間の欠損や重複をなくするため、サービスの提供・進捗状況、効果について家族・提供者の両者からの直接情報を得つつ、自らも観察しながらアセスメントを行う。子どもについても、子ども自身の意見を聞くように努める。
- ② サービス利用について不都合が生じていないかどうかを常に確認し、移動に困難が生じる場合は、家族の移送についてサービスを準備する。費用や手続き等で困難が生じた場合も、その解決策についてサービス提供側、自治体、家族と話し合い解決を図る。

5. 権限

担当ワーカーはケースマネジメントの権限を行使することについての方針、手続き、合意の形式や内容を確認し、きちんと文章化し、組織内及び関係機関、対象となる家族との共通理解を図る。

6. 要対協とケースマネジメントの関係

ここで提唱する担当ワーカーによるケースマネジメントと今までの要対協の運営との兼ね合いをどうとらえるかは、大きな課題である。担当ワーカーが要対協の枠組みを積極的に利用し、個別ケース会議を関係機関の定期的なケース会議の場とし、実務者会議をチームスーパービジョンの場として主にリスクマネジメントを行う場として活用することで、これまでの要対協の活動を円滑なケースマネジメントのために大いに利用すべき

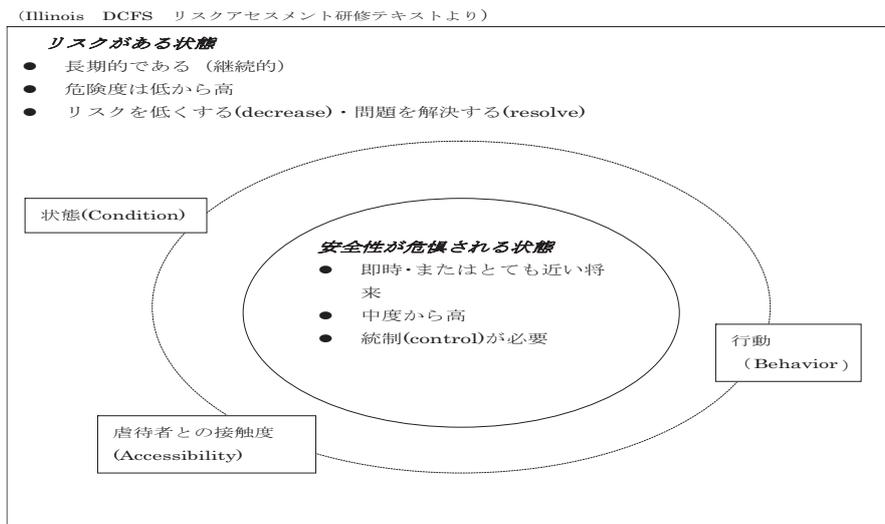
である。民間機関にケースマネジメントを委託している場合は要対協での実務者会議がある一定の監査的役割を果たすことにもなるだろう。

また、個別ケース会議などを通してサービス提供機関、関係機関の間で「これ以上は在宅では難しい」というような判断に対するコンセンサスを得る場としても要対協は機能できる。

2. リスクマネジメント

従来在市町村におけるリスクの考え方はリスクアセスメントに基づいて、一時保護が必要か否かを決定する、または児相の権限をどう使うかのための意思決定を行うことが主流であり、リスクを積極的に軽減・緩和しようとしたり、マネジメント（管理）したりするという考えはあまりない。支援型対応については、すでにセーフティ（安全を危惧する状態ではない）ケースが振り分けられている前提であるので、そこにあるリスクは「状態」「虐待者との接触度」「行動」において、「継続的・長期的である」、「危険度は低から高と幅広い」という点がセーフティとは違う。今、家庭が対峙している問題に対する解決を図るか、リスクを減らすために援助計画を立てる（図VI-3参照）

図VI-3 リスクと安全性が危惧される状態（セーフティ）の考え方



安全性(safety)とは：収集された情報をアセスメントすることにより家庭または親権をもつ者のケアを受ける子どもが即時に（または近い将来）、中度から高度の危害を受けることがないと考えられる状態

- リスクがある状況→サービスプラン（援助計画）
- 安全性が危惧される状況→セーフティプラン・緊急保護

リスクはあくまでも、将来、家庭環境や養育者の行動により、子どもに軽度～重度の危険が及ぶ可能性であり、虐待発生要因となる可能性の高い家族が持つ脆弱性を含む場合もある。リスクがあるからといって、子どもに危害が及んでいる、又は確実に及ぶとは限らない。しかし、リスクが高ければ、そしてその要因が多ければ子どもに危険が及ぶ可能性が高くなるといえる。

家族が持つストレングスやレジリエンスをプロテクティブ要因とすることによって緩和は可能である。もしくは家族が持つストレスや環境との摩擦を減じることによっても、リスクを低減することはできる。リスクは重層的なので複雑に絡み合っている。リスクが上昇しないかをきちんとモニタリングしながらも、緩和要因およびプロテクティブ要因を培う。3か月に1度（進行管理台帳の見直しに合わせて）または緩和要因はリスクがあってもそれ以上リスクが上昇するのを阻む要因である。例えば、母親のアルコール依存の問題があっても、母親が泥酔した場合は近所の祖母宅に子どもたちが電話をかけて祖母に家に来てもらうことができる、などである。祖母が近所に住んでいるだけではプロテクティブ要因や緩和要因にはならないので、どうすれば「子どもに危害が及ぶ可能性を下げれるか?」「心配な状況を緩和するのはどのような要因が必要か?」を考える必要がある。もちろんリスク要因である「母親のアルコール依存」自体を消去することができれば最善ではあるが、それができなければ母親のアルコール依存が引き起こす「具体的な危害」を回避する方法および「妨げられる子どもの基本的ニーズ」を充足する方法を在宅で可能な限り提供しなくてはならない。

一番怖いのはリスクを軽く見積もってしまい、子どもを危険な目に合わせてしまうことである。支援型対応の対象となる家族は、基本的には要対協の進行管理台帳に掲載し3か月に1度のリスクの変化に対するチェックをすることで、それを防ぐことができると考える。市町村が主担当となるケースであっても、リスクが一定上高くなる、または「Impeding Danger」と呼ばれる潜在的にあり確実に進行している子どもに対する危険性がある場合は、ある一定のところで子どもの保護の決断を迫られることになる。その際に児相はタイミングを逃さずに、一時保護を含めた職権の発動が行ってもらえるように、リスクマネジメントに対して日ごろからの協力体制・共通理解が必要となる。

一時保護や家庭外措置だけでなく、在宅においても使える保護的なサービス（現時点では保育所やショートステイ、放課後デイが在宅での一部安全確保や確認の目的で利用されている場合もあるが）、日にち単位で使える里親や、保護的な目的で利用できる保育所、親子で滞在できる短期入所施設などのリスクマネジメントを目的とした新たなサービス開発も望まれる。

3. ニーズアセスメント

ニーズを家族からの主訴のことだととらえられている場合もあるが、それは違う。支援者が思う潜在的なニーズ、もしくは今はだれもわかっていないかもしれない潜在的なニーズも含めてニーズであり、足りないもの、欲しいものだけではなく、子どもの最善の（もしくはより良い）利益のためにあればよいと思われるものはすべてニーズだととらえるべきである。子ども家庭部署が行うケースマネジメントにおけるニーズアセスメントは先に述べた2つの目的「子どもの基本的ニーズの充足」と「(子どもに対する)リスク軽減」を達成するために、家庭が必要とするものと考えることができる。

子どもの基本的ニーズとは、衣食住および身体的な安全（Safety）と精神的な安心（Security）、そして発達に応じた教育と社会性スキルおよび道徳（morale）の獲得の機会、だと考える。これらのニーズは家庭で保護者（親）から満たされることができればもっともよいが、家庭内で満たされない場合は家庭以外からの支援で満たされても構わない。在宅で満たすことができなくなった場合のみ家庭外への措置を判断することになる。何が何でも親が子どものすべての基本的ニーズを満たさなくてはいけないと考えるのではなく、親の状況に合わせて親も巻き込みながら、家庭全体を底上げしていくようなニーズの充足のあり方が望ましい。

自分たちは何を必要としているのか？ということについて、家族からの直接の思いや希望を必ず聞くべきである。特に子どもの意見は年齢や発達を考慮した上で、十分に聴かれる必要がある。親についても子どもの基本的ニーズを満たすために、親としてどんなことを必要としているのか？についても親自身の意見をまずは聴く必要がある。親子に自分たちの思いを話してもらうためには、まずは担当ワーカーは信頼関係を築く必要がある。

4. 支援に乗せるための枠組み

支援型対応において、親にどのように支援に乗ってもらうか、受け入れてもらうかというのは大きな問題である。日本版の区分対応システムでは、「支援」と「介入」という振り分けの仕方をせず、グラデーションとして「支援」と「介入」の関係をとらえたのは、諸外国のような法的な枠組みをもってして支援に乗せるような形のものではなく、行政処分としての「介入」の枠組みとなり、市町村においては市民向けサービス提供機関が非自発的な支援対象に対して支援を受け入れてもらう必要が出てくる。ゆえにたとえ支援型対応であっても、かかわりの目的をはっきりと示し、この支援を受け入れてもらえないのであれば、どのような結果となるかをはっきりと示す必要がある。

2号措置を使った指導委託などの介入的な枠組みもわかりやすい形で、かかわりを家族に説明する必要がある。特に児相からの指導委託については、児相ワーカーと市町村の担当ワーカーの両者が訪問し、ハンドオーバー（ケースのひきつぎ）を行う必要があるし、市町村に指導委託となった理由も家族に説明する必要がある。

できないことを責めるために来たわけではなく、心配なので関わる。子どもさんのために周りができることがあるのではないかと、いうために関わるというスタンスに関わる側が発想転換しないと、児相や市町村の関わりを恐れる・逃げる親ばかりになってしまうだろう。「それは虐待です」ではなく、「子どもさんの安全が懸念されるので、どうすればいいかを考えましょう」という虐待か否か、どれが責任があるか、ということではなく、子どもさんの安全を守るためにはどうするか？ということが論点になればいい。ただ安全・安心を含んだ子どもの基本的ニーズを家庭で満たすことができない場合は、家庭外で満たすことになることはきちんと関わりの初めに説明する必要があると思う。関わりにおける真摯さと透明性、そして家族に対する敬意を示すことが支援を受け入れてもらうためには必要

となってくる。

非協力的、消極的な攻撃性を見せる、のらりくらりと逃げるような親については、段階を追って「枠組み」を作っていく必要もある。使える「見える枠組み」(2号措置や家裁勧告など)は必要時に効果的に使うべきである。

「あなたの子どもさんに対して虐待通告がありました」と言われて喜ぶ親はいない。要保護度が要介護度のように、サービスが必要な度合いだという風に理解されて、それが給付される資格を得たというように考えてもらえるようになれば、その受け入れも変わるに違いない。それぞれの支援者の対人技術に頼るだけでなく、子ども虐待対応のシステム自体のパラダイムも大きく変える必要があると思われる。

5. 支援に必要な社会資源把握と開発

自治体が持つ公的なサービスだけでは、子どもの基本的ニーズを満たしたり、リスクを軽減させることは難しい。あらゆる形のインフォーマルな社会資源を動員させることで家族の多様多層なニーズを満たすことができる。リスクマネジメントに対しても、先に述べたように市区町村が持つ一般的な子ども子育て支援制度のサービスでカバーすることには限界がある。地域において様々な社会資源を探し出し、創り出すことも支援型対応においては大切である。多種多様な家族のニーズに合わせたサービスを提供するためには、柔軟なサービス展開ができる NPO や民間とどんどん協働していく必要がある。

6. データ蓄積管理システム

支援型対応の対象になるケースの支援状況については、その評価を行うためにもきちんとデータとして蓄積していく必要がある。現在、業者によるデータ管理システムを利用している自治体が特に人口規模が大きい自治体には多いが、きちんと蓄積・共有・検索照会ができる形でデータを管理しておくべきである。検索照会については子どもで照会する場合と家族(世帯)で照会する場合が可能な形が望ましい。また庁内の他部署のサービス利用状況(特に生活保護・母子保健)とも関係していれば大変便利である。管理についてもどれくらいの間保管するのか、閲覧権限はどこまでなのか、どの程度の情報をどこまでと共有するのかというような点についてもきちんと話し合う必要がある。またシステムを構築するときに民間委託することも踏まえて、監査がしやすいようなデザインも考慮に入れるべきである。

できれば自治体の特性に合わせてカスタマイズができ、かつ改修が可能なデータシステムが望ましい。構築の段階から実際の使い手の意見を聞き、また継続的に使い手のフィードバックを受けることによってアップグレードしていけるようなシステムが最も望ましい。

データシステムについては実現可能性も踏まえてさらに検討が必要である。

VII. 本研究に関する今後の課題と提言

畠山由佳子

本報告書の初めに述べたように本研究計画を立てたのちに児童福祉法の大きな改正があり、その改正に合わせて研究計画を修正する必要があった。改正法の中で「市町村を支援の拠点として位置づける」と明記され、以前から研究チームが継続して言い続けていることを法制化してくれた面がある。しかし、その「支援」の中身については具体化されないままであり、児相とどのような役割区分があるのかがさらにはっきりしないような部分もある。また中核市に児相が置かれるとなると、市内で児相と支援拠点が一体化してしまうような市も増えるのではないかという懸念もある。それでは「支援の拠点」となる意味がない。

今回の質問紙調査では全国市町村の体制において様々な格差があることがわかった。子どもも高齢者も障害もひっくるめた全福祉部門を1～2人で回しているような町村がたくさんある。支援拠点といわれても、それだけの人数とハード面の条件が整えられないという市町村もたくさんある。「支援」をしろ、と言われていたが、実際やっている中身はまだまだやっている人たちにもわからないし、わかってきたかなと思った時には異動となることも多い。

本報告書の始めにも書いたが、「安全・安心」ということが今回の指針にはたくさん書かれたが、誰の安心なのか？周囲の関係機関がとりあえずは安全に、安心に思えるように対応しているのではないか？また、その安全・安心を確保する手段が一時保護や家庭外措置しかないというのはあまりにもお粗末である。支援の拠点だというのであれば、ありったけの支援をきちんとした目標と計画を持って行うべきである。

介入と支援についても、支援と一言で言っても、親から自発的に求めた申請主義から始まる支援と、初めは乗り気でなくてもなんとなく乗せられて載ってしまう支援、または、はっきりではないが何らかの権威的な力をおわせることで、望ましくない結果を避けるために乗る支援、明らかに強制力を発動して行う介入（支援的介入という言葉を使う人もいるが）など何段階もある。これについてもやんわり、ぼんやりいうのではなく、どこからどこまでの支援を市町村は任されているのか、どこからなら児相と協働で行うのか、などの指標がないからこそ、本研究会では考えてきたがまだまだ議論が尽きない。相対する言葉のように使いながら、実は2極ではない「支援」と「介入」についてその中身のその在り方をさらに議論し、定義づけすべきだと思う。

今後の課題としては、本研究は計画の段階で、幅広い内容を欲張って含んでしまったことで、最終的に時間が足りなくなってしまった感があった。もう少しデータを収集し、深く考察したかった部分が多々ある。データ記録管理の部分のあり方の部分などは、調査票の中でだいたいの傾向をつかむにとどまってしまった。また、市町村ができる安全確保・

安全確認の方法についても、もう少し、聞き取り調査等で、先駆的な取り組みをしている自治体での実際の取り組みを聞かせていただきたかった、時間切れになってしまった。

質問紙調査についても、紙ベースのものではなく、電子ベースのものにするなどの工夫がしたかったが、予算及び時間の関係でさらなる催促ができず、回収率も伸び悩んでしまった。虐待対応に追われている市町村ほど、忙しくて回答ができず返信がないことが多く、そういう市町村の状況ほど把握ができないというジレンマがあり、どのように現場で実際に起こっていることを出来るだけ多く吸い上げて、把握し、分析して、結果を提示するのかという工夫を今後もいっそう考えていかななくてはならないと思う。

「気になる子どもや家族」を見つけ出すのであれば、その「気になる」点を支援するようなメニューを用意しておかなくてはならない。「気になる」ことだけで見張るだけなら、それは支援の拠点ではない。笹井氏が本報告書の中で書いていたが、「何もしてくれない」というのは、「何かしてほしい」というニーズがあるということなので、それに答えるだけのサービスにつなげる責任が見つけたからにはある。もっとサービスを創り出さなくてはいけない。どのようなサービスがあり、どのように支援につながっているのか、どのような効果があるのかについて、今後の研究の中ではさらに調べていきたいと考えている。

また、今後の自治体の家庭に対する支援のあり方が焦点となっていこうし、枠組みが作られたので、それが「絵にかいた餅」にならないために、現場が内容を定義していくことになってくると思う。またそこに実際のサービス利用者の意見が反映されることも望む。より一層、現場の声や状況を吸い上げて、それを言語化し、公表していき、施策に反映していけるような研究を続けていきたいと思う。

VIII. おわりに

畠山由佳子

本研究の大きな目的は「虐待」という行為があるか、ないかを判定し、それに対応するシステムではなく、「安全・安心」も含めた子どものニーズや家族のウェルビーイングをどうやったら地域がみんな支援していけるか、という方にその根本にある考えをパラダイム転換させることである。「支援」という言葉はとても便利で、とても一方的なのに、やっている方は罪悪感なく使う。「支援」を受ける方は自分たちが求めている場合は、迷惑以外のなものでもなかったりする。いったい「支援」って何なのだろう。

支援をするといったからには支援を行う必要がある。「支援に乗らない」という言葉はよく聞かれるが、「何もしてくれない人の言うことは聞かない」というのは当たり前のような気がする。昔、シカゴの同僚が、「おなかをすかせた親のところに行って、『子どもをちゃんと世話してください』といっても『パンのひとつもくれないのに、なぜ言うことを聴くのか?』と言われるのは当たり前」と言っていたのを思い出す。指導や助言、そして言うことを聴かなければ保護、分離なのに「支援」とは言えるのだろうか？

また、世の中にはたくさんの家族の形がある。子どもを育てている間にしんどくなる家族もいるだろう。自分ではどうしようもないし、選んでもいない状況、たとえば病気とか怪我とか離婚とか死別とかがあって、周りの人が期待しているような子育てができなくなってしまいう状況になることは誰だってあるのではないか、と思う。そんな時に「リスクのある家族」と呼ばれるのではなく、周りのみんなのできないことをしてあげることが「支援」だと思う。そしてその人が次に他の人にしてあげられればいい。「家族ができてないところを受容する」ということも必要で、それを支えて底上げできるような基盤が作れることが支援の拠点のあるべき姿だと思う。「しんどい家族」を「リスク家族」と呼ぶのではなく、「大丈夫？何かしてほしいことはない？」とまずは手を差し伸べるようなイメージの支援のあり方がシステムとして形にできないか、と思う。多くの市町村の支援者は今までもそんな支援を続け、地域の中で子どもたちが大きくなるのを見守ってきた。そんな支援者を支えるようなシステムになるように今後も研究を続けていきたい。

本研究においてもたくさんの市町村で支援を行う子ども家庭相談部署の皆様にご協力いただきました。ありがとうございました。本報告書を読まれた感想、ご意見、ご質問、また今後の研究にご協力いただけるような方はぜひ、ご連絡ください。現場から発信したものが施策となるようなそんな研究をしていきたいと思っています。

〒650-0046 神戸市中央区港島中町4-7-2 神戸女子短期大学 畠山由佳子 代表：078-303-4700 研究室直通：078-303-4739（研究室に不在の場合は、代表番号に伝言をお残してください） FAX：078-303-4703 Email：yhatake@kwjc.kobe-wu.ac.jp（大学） *本報告書の内容についての著作権は本研究会メンバーおよび主任研究者に帰属します。 転載等を希望される際には必ずご一報ください。

引用・参考文献

- 畠山由佳子（研究代表者）、有村大士（分担研究者）、渡邊直、田代充生、土橋俊彦、笹井康治、伊藤徳馬、吉田恵子（研究協力者）『日本における児童虐待ケースに対する区分対応システムの開発的研究 研究成果最終報告書』（平成25-27年度学術研究助成基金助成金・基盤研究C助成研究成果報告書）（2016年3月発行）
- Pecora, P. J., Whittaker, J. K., Barth, R. P., Borja, S., and Vesneski, W., (2019), *The Child Welfare Challenge; Policy, Practice and Research*. New York and London, Routledge Taylor& Francis group.
- 田沢あけみ（2017）「イギリス児童福祉施策に見る『児童保護施策』の軌跡と課題」『社会保障研究』Vol. 2. No. 2・3. pp. 202-215.



「子ども虐待ケースに対する区分対応システム
での支援型対応実践モデルの開発的研究」

平成28-30年度 日本学術振興会学術研究助成基金助成金（基盤研究C）助成
最終研究成果報告書
【課題番号】16K04248

平成31年 3月発行

研究代表者 畠山 由佳子
（神戸女子短期大学 准教授）
〒650-0046 神戸市中央区港島中町4-7-2
印刷 尼崎印刷株式会社

