

- 危機感を持つべきだった時期については、全体では「3～1ヶ月前」が7例（20.0%）、「1年～半年前」と「半年～3ヶ月前」がそれぞれ4例（11.4%）、「1ヶ月以内」が3例（8.6%）、「1年以上前」が1例（2.9%）であった。児童相談所が関わっていた事例では、「3～1ヶ月前」が4例（23.5%）、「半年～3ヶ月前」が3例（17.6%）、「1年以上前」「1年～半年前」及び「1ヶ月以内」がそれぞれ1例（5.9%）であった。（表7-12）

- 子どもの死について、「防げたと考える」と答えたのは全体では12例（22.6%）、「防げなかったと考える」と答えたのは17例（32.1%）、無回答が24例（45.3%）であった。児童相談所が関わった事例では、「防げたと考える」と答えたのは6例（35.3%）、「防げなかったと考える」と答えたのは8例（47.1%）であった。（表7-13）

表 7-12 危機感を持つべきだった時期

	全体*							
			児童相談所 関与		関係機関 関与		関係機関 接点のみあり	
1年以上前	1	2.9%	1	5.9%	0	0%	0	0%
1年～半年前	4	11.4%	1	5.9%	0	0%	3	20.0%
半年～3ヶ月前	4	11.4%	3	17.6%	1	33.3%	0	0%
3～1ヶ月前	7	20.0%	4	23.5%	1	33.3%	2	13.3%
1ヶ月以内	3	8.6%	1	5.9%	1	33.3%	1	6.7%
無回答	16	45.7%	7	41.2%	0	0%	9	60.0%
合計	35	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	15	100.0%

* 53事例中関係機関と全く接点を持ち得なかった18事例を除く35例

表 7-13 子どもの死は防げたか

	全体									
			児童相談所 関与		関係機関 関与		関係機関 接点のみあり		関係機関 接点なし	
防げたと考える	12	22.6%	6	35.3%	1	33.3%	4	26.7%	1	5.6%
防げなかったと考える	17	32.1%	8	47.1%	1	33.3%	4	26.7%	4	22.2%
無回答	24	45.3%	3	17.6%	1	33.3%	7	46.7%	13	72.2%
合計	53	100.0%	17	100.0%	3	100.0%	15	100.0%	18	100.0%

8) 今回の死亡事例を踏まえて改善した対策について

今回の死亡事例発生及び検証を踏まえ、各地方公共団体において改善した点は次のような点である。

○発生予防

- ・熱中症のPR、駐車場の巡回等予防策
- ・乳幼児健診事項の見直し及び未受診者に対するフォローアップ体制の徹底
- ・育児相談の強化
- ・新生児訪問の強化

○アセスメントと子どもの安全確認

- ・家庭の状況の変化に対する的確なリスクアセスメントの徹底
- ・リスクアセスメントの導入
- ・児童福祉司による安全確認の徹底(目で確実に確認することの徹底)
- ・安全確認の手法について整理

○事例の進行管理

- ・対応困難事例、膠着状態にある事例について、事例の進捗状況の把握、重症度の評価、援助指針の検討等に関する定例会議の実施
- ・虐待だけでなく、養護、発達障害等で継続的なフォローが必要な事例について、経過観察の状況報告に関する情報の一括管理。
- ・組織的なリスク管理、虐待対応業務の進行管理の徹底
- ・児童相談所において、面会や外泊許可の決定などに対する組織的(心理担当職員、嘱託医等を含めた)な決定手続の徹底
- ・児童相談所において、精神疾患の保護者に関する主治医への定期的な病状調査について、進行管理表による管理

○関係機関連携とのネットワークの構築

- ・関係機関による定例的ネットワーク会議開催など地域ネットワークの強化
- ・関係機関での緊密な情報の共有化
- ・法律アドバイザー制度の積極的な活用
- ・子ども虐待防止ネットワークの設置
- ・過去3年間の虐待通告事例における保護者の精神疾患、子どもの障害についての関係機関間での情報提供、情報の共有化などによる緻密な連携
- ・関係機関ネットワーク会議(要保護児童対策地域協議会)の開催による検証と再発防止への取組
- ・児童相談所と市町村の役割分担と連携についての見直し
- ・リスクのある転居世帯についての市町村間の情報提供

○関係者の専門性の向上

- ・組織の運営管理、関係機関との連携などについての職員研修の実施
- ・養育支援マニュアルを改訂し、マニュアルに関する研修の実施
- ・表現力の乏しい相談者に対して、意思を表現しやすいような聞き取り方に留意するなどの相談スキルの向上

○児童相談所内の機能強化及び体制整備

- ・子ども虐待対応チームの新設による迅速な対応
- ・「子ども家庭110番」電話相談事業の24時間365日体制の確立
- ・外部専門家によるスーパービジョン体制の確立
- ・『子ども虐待事例評価検討会議』の設置

○検証システム

- ・個別事例の対応について検証する体制の確保

4. 全死亡事例から得られた課題

1) 死亡した子どもの年齢別に見られる特徴

今回、死亡した子どもの年齢別に死亡件数、加害者、養育環境、関係機関の関与等を検証した結果、いくつかの特徴が見られたので、生後1ヶ月未満、生後1～4ヶ月未満、生後4ヶ月～1歳未満、1歳～4歳未満、6歳以上に分けて以下に述べる。

(1) 生後1ヶ月未満の死亡事例から

生後1ヶ月未満の死亡が8例（うち出産直後が5例）で全体の13.8%（うち出産直後は全体の8.6%）を占めており、死亡の直接の原因は、遺棄及び放置が3例、窒息が3例、絞首が2例であった。第一次報告と同様に高い率で発生しており、年齢の低さに対するリスクについて再認識すべきである。加害者は全て実母で、その内10代の母親が3例あった。また、8例中7例は妊娠の届出もなく、地方公共団体や医療機関も認知していない事例であり、家族も妊娠に気づいていなかった事例もある。望まない妊娠11例のうち5例がこの時期の死亡例に該当している（表8）。そして、これらの事例は、養育の意思や自信がないなどの理由から自宅等で出産し、子どもの出生後間もなく殺害するという結果に至っている。

関係機関はこれらの事例を新聞報道等によって初めて知った事例が多く、虐待ではないとして詳細な検証の必要性を感じていない機関もあった。しかし、このような事例の再発を防止するためには、まず、思春期の教育段階から乳幼児とのふれあい体験などを通して子どもを慈しむ心を育むとともに、性教育を含めた生命の尊さを学ぶための幅広く充実した教育を行うことによって望まない妊娠・出産を予防することが第一義的に重要である。また、家族や学校等身近な周囲の人々が妊娠に気づき、支援する体制を整えることが必要であるが、一般的に身近な人に妊娠を伝えにくい事例も多いことから、妊娠した際に気軽に相談できる機関など、妊娠期からの支援体制の充実を図る必要がある。

表8 望まない妊娠×死亡年齢

	～0ヶ月	～1ヶ月	～3ヶ月	～10ヶ月	2才4ヶ月	4才以上	合計
望まない妊娠	5	1	1	1	1	2	11
	45.5%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	18.2%	100.0%

(2) 生後1ヶ月～4ヶ月未満の死亡事例から

生後1ヶ月から4ヶ月未満の死亡事例は8例（13.8%）で、主たる加害者は、4例が実母、2例が実父、2例が両親であり、全例が身体的虐待による死亡であった。これらの事例は、妊娠中から中絶を希望するなど養育の意思の

欠如が考えられるものや、子連れの再婚、内縁関係、社会的孤立や経済的困窮等、妊娠産褥期から支援を必要とする要素を持っていることが明らかな事例であった。そして、複数の事例で低体重など出生時に問題があったために医療機関と市町村保健センターや児童相談所等が連携し家庭訪問を試みていたが、不在や母親等が面会を拒否するなどして、援助者と母親が会えないままに事例発生に至ったものがあった。

死亡した子どもの半数は第2子以降で、さらに2例は10代後半から幼児までの年齢の離れたきょうだいがいる家庭であった。妊娠出産を複数経験し子育てのベテランと思われがちであるが、上の子どもとの関係等家族役割や関係性が変化することに対する不安や経済的な不安等、初めての育児とは違ったストレス因子を抱えていると考えられる。

子ども虐待の予防については、周産期から焦点をあてることが重要であり、周産期からのリスク把握や支援が必要である。今回の調査では、明らかな産後うつ事例は1例であったが、一般的に産後うつは産後数週間後に発症し、発症率は1割前後と言われていることから、医療機関や地域では、1ヶ月健診等において相談やアセスメントの機会をつくり、早期発見・早期対応を実施する必要がある。また、妊娠期から虐待予防の視点を持って妊婦とパートナーに接し、家族全体について十分な情報収集を行いリスクアセスメントをする必要がある。また、従来行われてきたような母親学級等妊娠期の一般的な保健指導に加えて、母親とその家族が子どもが生まれた後の状況をイメージできるようなプログラムを組み入れるとともに、ハイリスクと判断された家庭については関係機関に必ず情報提供し、「切れ目のない支援」を実施する必要がある。さらに、関係機関は訪問による面会を拒否された場合の対応等も含めて組織的に支援体制を整備する必要がある。

(3) 生後4ヶ月～1歳未満の死亡事例から

生後4ヶ月から1歳未満の死亡事例は8例で全体の13.8%を占めており、加害者は4例が実母、3例が実父、1例が両親であった。身体的虐待によるものが5例、車中放置によるものが2例、頸部絞扼によるものが1例であった。4ヶ月未満の事例と同様に、乳幼児健診未受診等のため保健師等が電話や家庭訪問を複数回試みたが連絡がとれないままに事件発生に至っている事例が複数あった。一方、母親から育児に自信が持てないなどの理由で関係機関に援助を求めていたにもかかわらず対応できないままに事件に至った事例もあった。乳幼児健診未受診者への対応の強化や月齢の低い時期からの子育て支援活動の強化等が必要である。

また、出生直後から1歳未満の事例は、合わせて24例(41.4%)で、第一次報告などの他の調査結果の傾向と同様の結果であり、改めて1歳までの子どもを持つ家庭への支援を強化する必要性が示唆された。

なお、欧米の研究では虐待死亡のうち1歳未満の死亡が60%程度を占めるとの報告が多く、なかには70%程度とするものもあり、わが国と20～30

%の開きがある。このことについては、実態を示しているのか、それとも潜在している問題があるのか等について今後検討する必要がある。

(4) 1歳～4歳未満の事例から

1歳～4歳未満の死亡事例は21例(36.2%)で、1歳未満の24例を合わせると45例となり全体の77.6%を占めていた。育児不安等の増大に対して、さまざまな子育て支援事業が実施されているが、今回の調査では利用が3例(5.2%)と少なく、3歳以下の子どもとその保護者がいかに危機的状況に置かれている可能性があるかがうかがわれる。これに対して、4歳以降から極端に死亡事例が減っているが、これは、保育所や幼稚園等養育機関に入所(園)する率が高くなり母親が子どもと離れる時間ができることが影響していると思われる。

つどいの広場や地域子育て支援センターの活用、一時保育の利用促進や保健センターや児童館等における子育て支援活動の更なる充実を図るとともに、その周知方法を見直し、子どもと母親が家庭の外に出る機会を積極的に作ることにより、母親のストレスを軽減させ、ひいては虐待を予防することにつなげる必要がある。

(5) 6歳以上の子どもの事例から

今回の調査では、6歳以上の子どもの死亡が10例(17.2%)あった。このうち、6例は児童相談所が過去に、あるいは死亡時まで関わっていた事例であった。また、3例は母親が精神疾患で通院あるいは入院加療中、3例は子どもに精神疾患又は身体的疾患及びそれに伴う発達の遅れがあり、全ての事例が養育支援を必要とする要素を持っていた。

そして、子どもや母親の精神疾患等により医療機関に入院するなど他の機関との関係が強まることによって、児童相談所の関わりが希薄になったり終結していたりした事例があった。他方、児童相談所は危険を認識し、積極的に関わろうとしたにもかかわらず、子ども本人が強く拒否していた事例もあった。これらのことから、医療機関と児童相談所との連携に課題が残されていることが明らかとなった。医療機関は、家族や児童相談所等と十分情報交換し、子どもの安全が確保されることを確認したうえで患者の外泊や退院について判断する必要がある。また、母親が自ら児童相談所の相談員等に連絡をしてくるなどの不安のサインを示している事例もあり、これらのサインをいかに見逃さずに支援するかが今後の課題として残される。

子どもの年齢が上がるにつれて、子どもの意思や主体性を尊重する必要があるが、生命の危険が明らかと判断される場合には、子どもの保護が最優先されることを念頭に置き、踏み込んだ対応を実施しなければならない。

さらに、就学している子どもについては必ず学校との接点があるが、今回の事例では学校が虐待の可能性を認識しているものはなかった。学校においては、子どもの様子をきめ細かに把握し虐待の可能性を早期に発見し、関係

機関と連携して支援していくことが望まれる。

2) きょうだい2人が死亡した事例について

きょうだい2人が同時(あるいはほぼ同時期)に死亡した事例が5例あった。このうち、加害者は母親が2例、父親と養父、同居男性がそれぞれ1例ずつで、このうち3例が心中未遂であった。過去に他のきょうだいが死亡している事例が1例あったが、虐待による死亡かどうかはわかっておらず、その当時は特別な対応はとられなかった。また、5例のうち本児の死亡後に残されたきょうだいがいる事例は2例あり、1例については虐待の確認、面接等の対応がとられていたが、1例については死亡したきょうだいと別居であったため、対応はとられていなかった。

関係機関の関わりについてみると、2例は児童相談所が過去あるいは死亡時まで関わっていたが、3例については関係機関の関与がなかった。しかし、いずれの事例も保護者の再婚や経済的困窮、繰り返す転居等、養育支援を必要とする要素があり、今後、これらをどの時点でどの機関が把握し支援できるか検討する必要がある。

3) 残されたきょうだいへの対応について

今回の調査で報告された全事例のうち、残されたきょうだいがいる事例は28例(52.8%)であり、本児死亡後にきょうだいに対してとった対応(重複あり)は、「虐待の確認」が19例(35.8%)、「親からの分離」が16例(30.2%)、「面接」が14例(26.4%)、「心理的ケア」が12例(22.6%)にとどまっていた。今後、残されたきょうだいが再び虐待を受ける可能性や、きょうだい自身が将来の虐待予備軍となる可能性があることから、長期にわたり細心のケアが必要である。

4) 死因について

死因について見てみると、身体的虐待が49例(84.5%)で、その内訳は頭部外傷が21例(36.2%)と最も多く、次いで頸部絞扼が12例(20.7%)であった。年齢別に見ると、頭部外傷は1歳未満が10例、1歳～4歳未満が9例で、4歳未満の事例45例中4割以上を占めていた。一方、頸部絞扼は各年齢に分散して見られた。低年齢で抵抗できない乳幼児に対しては慢性的な身体的虐待が多い傾向が見られ、頸部絞扼は、養育困難や心中未遂、子どもとの口論、加害者の精神疾患等による衝動的な反応によるものであった。

また、車中放置による死亡が4例(6.9%)あった。いずれも、買い物や遊興施設利用のために放置しており、車中放置の危険に関する保護者への啓発、大型集合店舗や遊興施設の駐車場における巡回点検等により、このような事例の撲滅を目指さなければならない。

5) 児童相談所及び関係機関の対応

(1) 児童相談所等関係機関が把握していなかった事例について

今回の調査では、児童相談所等関係機関が全く関わっていなかった事例は、車中放置による死亡事例や、出生直後に子どもを殺害した事例等が多かった。そして、これらは関係機関が把握し得なかったために事件発生の予測はできなかったとの回答が多くあった。

家計を支えている主たる者は、実母15例(28.3%)、実父24例(45.3%)であり、就業状況を見るとフルタイムで就業している実母が5例(9.4%)であるのに対してフルタイムで就業している実父は21例(39.6%)という結果や、一人親・未婚家庭が18例(34.0%)という結果などから、経済的な負担が親、特に母親にかかっている事例が多いと言える。また、子連れの再婚や内縁関係のパートナーと同居している事例や、育児不安を抱えている母親が19例(32.8%)、明らかな精神疾患を抱えている母親が7例(13.2%)など、多くが養育支援を要する家庭であった。さらに、実母や実父自身が虐待を受けて育った体験があるかどうかは、不明な事例が多かったが、幼少期に両親が行方不明となり祖父母宅や児童養護施設で育った保護者等が複数あった。

これらのことから、関係機関が把握していなかった事例についても、「予測し難い突発的な死亡」と片付けることなく、警察等関係機関と連携を図って情報を共有し、市町村や児童相談所等が虐待のリスクを予測し、対応する手立てがあったかどうかを詳細に分析することによって、同様の事例の再発防止につなげる必要がある。

(2) 事後の検証の実施について

事後に検証を行った事例が24事例(45.3%)と全体の半数に満たなかったことから、検証システムについても、その意義を再認識するよう広報啓発するなど、検証委員会の設置促進に向け働きかけていく必要がある。

「危機感をもつべきだった時期」は、関係機関の関与または接点があった35事例のうち14例(40.0%)が、また、児童相談所が関与していた17事例に限定すると8例(47.0%)が「死亡の半年～1ヶ月前に危機感を持つべきだった」と振り返っており、危機感を高めなければならない状況を判断することの困難さが明らかとなった。事例の経過のなかで母親自身や子どもが発していた危険のサインに気づくことができずに子どもを死亡に至らせてしまったという思いは関係者にとって非常に辛いものと思われる。「子どもの死は防げた」と回答したのは全事例のうち12例(22.6%)、児童相談所が関与した17事例に限定すると6例(35.3%)であったことから、同じ悲劇を二度と繰り返さないためには、直接関与がなかった事例についても詳細に検証を行うことが必要である。

(3) アセスメントと援助方針の検証

子ども虐待事例においては、常に子どもを中心としたアセスメントをし、特に子どもに直接会って安全を確認することを重要視すべきであるが、今回、児童相談所等が関わっていたが子どもとの接触がなかったものが2例（15.4%）、最後に安全を確認してから死亡までの安全確認の試みがなかったものが6例（46.2%）あった。また、振りかえりにおいて安全確認の遵守について、「できていた」が全体では8例（22.9%）、児童相談所が関わっていた事例においてさえも、5例（29.4%）という結果になっており、十分にできていなかったことがわかる。直接会って確かめなければ「子どもは死ぬかもしれない」という認識に立ち、何よりも子どもの安全確認を最優先させる必要がある。

そして、アセスメントは、必要な情報を収集し時系列的な経過に沿って整理し、事例のストーリー（筋道）を考えながらその背景にある家族の機能や全体像について実態把握・評価することが重要である。しかしながら、何度となく子どもが危機的な状態にあることを示唆する情報があったにもかかわらず、断片的な理解にとどまってしまった結果、適切な対応をとることができずに終わってしまった事例が複数見られた。

子どもや保護者が示す危機的な兆候に敏感に対応するためにも、関係機関、特に児童相談所などの相談機関においては、「子ども自立支援計画ガイドライン（子ども家庭総合評価票）」などを有効活用して、アセスメントと援助計画策定機能を充実強化する必要がある。

(4) 事例検討会議や事例の進行管理など組織的対応の問題

児童相談所などの相談機関が関与した事例においても、機関内の事例検討会議や関係機関との合同会議の開催がなかったものがあった。専門職としての勤務経験が十分にあるとはいえないケースワーカーにとって、組織的協議に基づいて進めていく事例検討会議は、事例について総合的、多面的に理解し、その見立てや方針を検討する上で極めて重要な意味を持つとともに、スーパービジョン（教育・訓練・指導）を受けられる機会でもある。したがって、相談機関は、定期的に事例検討会議を実施するとともに、診断などが難しい困難事例などについて、外部の学識経験者などからスーパービジョンを受けられるシステムも確保する必要がある。

また、複数の機関が関与している事例でも中心となって進行管理を行う者や役割分担が不明確なままに援助していた事例が見られた。そのため、情報が集約できずに分断化された状況が生じ、問題や援助方針を共有化できずばらばらに援助が提供されていた。複数の異なる機関が協力することによって相乗的に互いの機能を発揮することがネットワークの最大のメリットである。援助のキーパーソンを決め、常に役割などを確認し、連絡、報告、相談、調整をしつつ援助の進行管理を行う必要がある。

(5) 要保護児童対策地域協議会などによる支援ネットワークの設置と活用
関係機関が虐待と認識して関わっていた事例は13事例あったが、要保護児童対策地域協議会などによる支援ネットワークが設置され、かつある程度活用されていた事例は4事例のみであった。

援助するための社会資源や専門職が少ない市町村において、保護者が精神的な問題を抱えているなどの子ども虐待事例に対して適切な援助を実施するためには、事例の進行管理、情報の共有化が図られる要保護児童対策地域協議会を活用した援助が必要であり、こうした協議会の設置はもちろんのこと、積極的な活用が図られるよう体制整備を行うことが必要である。

また、教育、福祉、医療それぞれの機関において、事例の見立てと関係機関の役割についての認識の相違があり、機関連携がうまく図れていないと思われる事例があった。特に、教育機関と福祉機関及び医療機関と福祉機関の連携については、日常的に接する中で、それぞれの関係機関についての相互理解を深め、親密な関係性を構築していくことが必要である。

5. 地方公共団体における死亡事例等の検証の現状と課題

管内で発生した子ども虐待による死亡事例や重大な事例について検証することは地方公共団体の責務であり、第三者委員による検証委員会などを設置して検証を行い、再発防止に努めなければならない。

検証に当たっては、死亡した子どもの状況、その家族の状況、相談機関の関与状況、事例への支援の経過などを詳細に把握することが必要である。しかし、3.7)に示したように、当該事例についての検証委員会を設置し、必要な情報を収集して積極的に検証を行い、取組を強化した地方公共団体もあるものの、第三者委員による検証委員会などを設置し、死亡事例や重大事例に対する検証を行っている地方公共団体はまだ少ないことがわかった。また、検証に際し、情報を十分に入手しないままに実施していたり、児童相談所の関与がない場合は検証できないと判断していたりする実態も見られた。関係機関の関与がなかった事例こそ、何故発見できなかったのか、発見するためにはどのような手立てが必要であったか等を検証する必要がある。

したがって、国は地方公共団体に対して、検証委員会の設置促進に向けた広報啓発を行うとともに、今後、検証のためのガイドラインを作成することが必要である。

6. 個別ヒアリング調査から得られた問題点、課題等

今回の検証においては、死亡事例のうち主に市町村が中心となって関わっていた4事例及び死亡には至ってはいないが新たな課題や制度上の問題が浮き彫りになることが想定される重大な1事例について、関係都道府県・市町村を訪問し、現地でヒアリング調査を行うことにより詳細な分析を実施したところ、以下のような問題点や課題等が見られた。

なお、個人情報保護等の観点から、各事例の内容については個別情報が特定されないよう記載上の配慮を行っている。

1) 事例の概要及び問題点と課題

【事例 I】

(1) 事例の概要

精神疾患がある母親の子どもの養育が困難になることが予想されたため、医療機関及び保健師が中心となって家庭訪問等により育児に関する助言、援助を継続して実施し、虐待防止ネットワークも関与して見守り支援を行っていた事例

虐待者：実母

〔本事例に関わった主な機関：医療機関、保健所、児童相談所、市町村児童福祉担当課、市町村地域保健担当課〕

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母、祖母。母親は、子どもの頃から精神的に不安定であり、入院歴有。死亡した子どもは乳児。頸部絞扼により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 精神障害を持つ母親など特に支援を必要とする者に対する予防の観点からの対応上の問題

精神障害を持つ母親など特に支援を必要とする者に対しては、妊娠期・分娩期からの支援や、養育能力のアセスメント、関係機関の連携体制の下での養育支援など十分な対応が必要となる。

これらの者に早期に関わる機会としては母子健康手帳の発行が考えられるが、近年、利便性が追求される結果、専門職による対面での手渡しとその後の継続的な保健指導につながりにくいという問題が生じている。

また、様々なタイプの精神障害に応じた養育状況・重症度のアセスメントや症状に応じた支援内容が求められるが、これらを判断することが非常に難しいとの声がある。

精神障害を持つ母親に対する退院後の支援を行うには、関係機関・職員により構成される支援チームが退院前に組み立てられることが重要である。本件では退院時に病院助産師から保健所へリスクの高い事案であるとの情報提供がなされ、保健師による家庭訪問が開始されたが、関係機関が共通の支援方針を持ち、組織をあげた支援体制を構築するところまで至らなかった。

② 機関連携、事例の進行管理及び危機意識の共有に関する問題

本事例については、母の不安定な精神状態と衝動的な行動に対して病院（小児科医）が危機感を感じ、その主導により関係機関が集まり、ケースカンファレンスが開催された。しかし、参加者は病院（精神科医、小児科医、メディカルソーシャルワーカー）、保健師にとどまり、行政権限を有する児童相談所への呼びかけがされていないなど、参加機関の妥当性の判断を含め、全体として事例の進行管理を中心となっていく機関・職員が不在であった。

また、最も危機感を感じた小児科主治医が出席しておらず、全体として、支援方針の決定を左右する危機意識のトーンが下がったのではないかと考えられる。事態の進展に応じた母子分離の可能性が考慮されておらず、状態が悪くなったら持病を抱える同居の祖母に育児を任せるとするなど家族に対する過度の期待がみられた。

ケースカンファレンスの開催以降、保健師の家庭訪問の頻度が下がるなど、ケースカンファレンスにより関係機関の役割分担が整理されたことから、何かあれば連絡がくるだろうという安心感が生じたと考えられる。ネットワーク構築による支援の前提としては、各関係機関の対応についての情報集約と共有が不可欠であるが、進行管理者が不在であり、事件発生直前の1～2か月は、実際には、医師の診療、医療ソーシャルワーカーの相談も含めると、母親と援助者の間で何らかの接触があったが、それらの情報が集約されていなかった。

③ 在宅支援サービスの整備とその積極的な活用に関する問題

退院後の継続的な育児支援に当たっては、医師の診察、医療ソーシャルワーカーや保健師などの相談活動のみで完結できるものではなく、重症度に応じて、各種在宅支援サービスを適切に活用していくことが必要である。特に、育児負担を軽減するための一時的なレスパイト（育児負担を軽減するための一時的な休息）サービスの利用は有効と考えられることから、これを積極的に利用するよう働きかけていくことが適当である。また、行政権限を伴う一時保護は、直ちに長期間の親子分離を意味するものではなく、事例の状況によっては在宅支援サービスの一環としての運用など幅広い活用が可能な手段であるという点について、全ての援助関係者が意識を高めていく必要がある。

④ 医療機関の院内体制に関わる問題

医療機関は、妊娠期・分娩期におけるハイリスク者の発見、親への養育支援、診療を通じて虐待が疑われる事例の発見など、その役割は極めて大きい。このため、様々な診療科や多様な専門職種による子ども虐待防止と治療のための院内チームを構築し、協議とアセスメントの手順を定めて対応していくことが望ましい。現時点でこうした院内体制を構築している医療機関は数少ないが、こうした取組みを今後更に進めていくことが課題である。

【事例Ⅱ】

(1) 事例の概要

対人関係のトラブルが多く無断欠勤状態が続いていた父親と、知的能力が低く家事能力がない母親を、保健センター保健師が家庭訪問等を継続して実施しつつ、地域の民生児童委員等とともに見守り支援を行っていた事例

虐待者：実父母

[本事例に関わった主な機関：保健センター、民生児童委員]

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母は内縁関係、きょうだい有。死亡した子どもは乳児。硬膜下血腫により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 家族（機能）全体の把握とアセスメントに関する課題

本事例は、母親が知的に低く、家事能力がないなどの問題を抱えていたが、第1子の生後4ヶ月時に行った養育支援のランク付けでは、5段階の4番目と比較的低く判定されたため、児童相談所には相談せず保健センターの保健師が中心となって対応し、センター内でも上司・同僚との相談にとどまり、個別カンファレンスが行われなかった。

これは、関係者がマニュアルに基づく判定を重要な判断材料として、状況の変化（第2子の誕生等）に対して適切に対応せずに、援助方針の変更等がなされなかったことが問題であった。また都市部という土地柄、事例も非常に多く、関係者の間には、低いランクである以上、あまり深刻に考えなくてもいいのではないかとの危機認識の欠如も見られた。

② 下の子（本児）が誕生した際のリスク認識の課題

第1子の生後4ヶ月時に判定した低いランクの養育状況について、第2子出生時には、母親の知的ボーダーライン、家の中が雑然としている、日中でも雨戸を閉めている、ミルクを薄めて飲ませていた、借金、父親の対人トラブルなど養育支援要素が多い家庭であることを把握していた。それにもかかわらず、関係者は、リスクを増幅させる可能性があるとの認識が浅かったためにリスク評価が適切になされなかったことが、結果として、援助計画の見直しなどに至らなかった主な原因であった。また、担当保健師が「何かおかしい」と感じ、低いランクにしては家庭訪問を多く行っていた中で、身体的虐待がなかったため、関係者の危機感が薄く、チェックシートの見直しに結びつかなかった。これは、第2子誕生という状況の変化について、各家庭によってその受け止め方は様々であり、リスクが高まることもあることを想定に入れて対応に当たるべきであった。

併せて、第1子の支援に関して把握できたリスクから、第2子の被るリスクをどのように考えるかについての課題があると思われた。

③ 父親へのアプローチに関する課題

本事例では、母親との関係性を重視するあまり、アプローチ方法の変更を検

討するにも及ばなかった。特に、基本的に保健師一人が対応に当たっていたこともあり、父親と積極的な関わりを持つことができず、家庭の状況全体（特に、父親の感情の変化等）を適切に把握できていなかった。

④ ケースマネジメントに関する問題

本事例では、福祉保健センターの担当保健師一人に対応が任され、組織的な対応が欠如していた。区域の実務者会議において、個別事例検討は多く行われているが、同じ保健センターの中で、福祉のケースワーカーがいたにもかかわらず、本事例ではほとんど関与していなかったため、ソーシャルワークの機能が欠如しており、児童相談所に連絡しないランクの低い事例の進行管理やリスク把握が適切に行われていなかった。

⑤ 指導と支援のあり方に関する問題

担当者も本家庭の養育の課題には十分気づいていたが、その関心はもっぱら狭い意味での保健指導に比重が置かれ、その支援も問題点を正面から指摘して改善を求めるといった方法であったため、結果的には保護者の面接拒否に至っており、ケースマネジメントとあわせて、具体的支援のスキルの問題が見られた。

【事例Ⅲ】

(1) 事例の概要

母親の就労のため、祖母が代わりに子どもの養育を行っていた家庭を、保健センターや福祉事務所（生活保護担当）が家庭訪問等を定期的実施していた事例
虐待者：祖母

[本事例に関わった主な機関：保健センター、福祉事務所、市町村生活保護担当課、児童相談所]

(2) 家庭環境、養育環境等

母、祖母、きょうだい有。父親は、服役中に離婚が成立。母方祖父（内縁関係）も服役中。死亡した子どもは幼児。頸部絞扼により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 規模の小さい自治体の土壌や職員のアセスメントの課題

規模の小さい自治体レベルでは、住民の行政に対する個々の申請に対して必要な対応を行う業務が中心であり、家族を全体としてアセスメントする習慣そのものがないように思われる。また、虐待のリスク要因その他の知識そのものが不十分なために、母親の流産や祖母のリストカットなど要支援の要素があり、ハイリスク家庭との認識を持つことができていたが、具体的な対応まで至らなかった。

また、規模の小さい自治体行政は顔の見える関係の中での行政であり、行政の申請主義が浸透しており、介入についての土壌そのものが十分ではないよう