

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について

社会保障審議会児童部会

児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 第2次報告

【概 要】

子ども虐待による死亡事例については、確認されている事例だけで毎年50件程度発生している。子ども一人ひとりの命の重さを深甚に受け止め、子ども虐待死の撲滅を目指し、その原因や課題などについて明らかにした上で、未然防止策を講じることは社会としての責務である。

そのため、社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」（以下「検証委員会」という。）が設置され、平成17年4月に第一次報告を行ったところであるが、今般、平成16年1月1日から同年12月末日までの一年間に発生した事例について分析検討を行い、第二次報告をとりまとめた。

1. 対象事例及び検証方法

1) 対象事例

平成16年1月1日から同年12月31日の間に子ども虐待による死亡事例として厚生労働省が把握した53事例（58人）

2) 検証方法

(1) 調査票による調査

厚生労働省が関係都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の児童福祉主管課に対し、検証委員会において作成した調査票を送付し回答を求めた。

(2) ヒアリングによる調査

さらに、市町村が中心に関わってきた4事例について、関係都道府県・市町村を対象にヒアリングを実施した。

ヒアリングに当たっては、事前に関係都道府県に対して質問票を送付し回答を得た上で、専門委員及び厚生労働省担当者がチームを組み、関係機関を訪問して行った。

(3) 分析

(1) 及び (2) の調査結果を基に、検証委員会において53事例（58人）の総体的な分析を行うとともに、個別事例から得られた課題等について分析した。

3) その他の検証

上記の検証のほか、死亡には至っていないが子ども虐待防止対策を講ずる上での新たな課題や制度上の問題が抽出されると思われる重大事例1事例について検証した。

2. 死亡事例の概要

- 死亡した子ども58人のうち、0歳が24人で約4割を占めており、4歳未満が45人で約8割を占めていた。0歳児24人を月齢で見ると、4ヶ月未満が0歳児の約7割を占めていた。
- 身体的虐待が49例（84.5%）、ネグレクトが7例（12.1%）であった。
- 主たる加害者は、実母が31人（53.4%）、実父が13人（22.4%）であった。
- 「児童相談所が関わっていた事例」は17例（32.1%）であった。「関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児童相談所が関わっていなかった事例」は3例（5.7%）で、過去の事例と比較すると減少した。一方で、「関係機関との接点（保育所入所、新生児訪問、乳幼児健診等）はあったが、家庭への支援の必要性はないと判断していた事例」は15例（28.3%）で、過去の事例より増加した。さらに、「関係機関と全く接点を持ち得なかった事例」は18例（34.0%）と過去の事例より大幅に増加した。

〈子どもの年齢別に見られる特徴〉

- 生後1ヶ月未満の死亡が8人（13.8%）おり、加害者は全て母親であった。8例中7例は妊娠の届出がなく、自宅等で出産した直後から数日の間に殺害していた。思春期の早い段階から乳幼児とのふれあい体験などを通して子どもを慈しむ心を育むとともに、性教育を含めた生命の尊さを学ぶための幅広く充実した教育を行うことによって望まない妊娠・出産を予防することが第一義的に重要である。
- 生後1ヶ月から4ヶ月未満の死亡が8人（13.8%）であり、妊娠期からの指導、支援を強化するとともに、医療機関と地域保健・福祉機関との連携を強化し、「切れ目のない支援」を実施する必要がある。
- 生後4ヶ月から1歳未満の死亡も8人（13.8%）であり、「切れ目のない支援」の一環として、乳幼児健診未受診者への対応や月齢の低い時期からの子育て支援活動の強化等が必要である。
- 1歳～4歳未満の死亡は21人（36.4%）で、保育所や幼稚園等の養育機関に入所（園）する率が高くなる4歳以降と比べて多かった。育児不安等に対して実施されているさまざまな子育て支援事業のさらなる充実を図る必要がある。
- 6歳以上の死亡が10人（17.2%）あり、このうち6人は児童相談所

が関わっていた。子どもや家族が示す危険のサインを見逃さず積極的に支援していくことが重要である。さらに、就学している子どもについては、必ず学校との接点があることから、学校では、子どもの様子をきめ細やかに把握し虐待の可能性を早期に発見し、関係機関と連携して支援していくことが望まれる。

〈きょうだい2人が死亡した事例〉

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

〈残されたきょうだいへの対応〉

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

3. 事例の検証から得られた今後の課題

〈妊娠期からの虐待予防の重要性〉

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

〈虐待の認識及び要支援家庭の判断力の向上〉

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

〈子どもの安全確認とアセスメント力の向上〉

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

〈関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有〉

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

〈在宅支援サービスの整備を含めた各種社会資源の活用〉

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

〈医療機関の役割の重要性〉

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

〈地方公共団体における検証の現状と課題〉

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

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

子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について

社会保障審議会児童部会

児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

第2次報告

平成18年3月

目 次

1. はじめに.....	1
2. 検証の対象とした事例及び検証方法.....	1
1) 対象事例.....	1
2) 検証方法.....	1
3) その他の検証.....	2
3. 死亡事例の概要.....	3
1) 死亡した子どもの年齢性別等について.....	3
2) 死亡に関連した状況について.....	3
3) 子どもの成育に関する事項について.....	5
4) 養育環境等について.....	7
5) きょうだいについて.....	11
6) 相談機関の関与について.....	13
7) 死亡後の対応について.....	19
8) 今回の死亡事例を踏まえて改善した対策について.....	27
4. 全死亡事例から得られた課題.....	29
1) 死亡した子どもの年齢別に見られる特徴.....	29
2) きょうだい2人が死亡した事例について.....	32
3) 残されたきょうだいへの対応について.....	32
4) 死因について.....	32
5) 児童相談所及び関係機関の対応.....	33
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.....	35
6. 個別ヒアリング調査から得られた問題点、課題等.....	36
1) 事例の概要及び問題点と課題.....	36
2) 5事例から得られた今後の課題及び教訓.....	44
7. まとめ.....	50

1. はじめに

子ども虐待による死亡事例については、確認されている事例だけで毎年50件程度発生している。子ども一人ひとりの命の重さを深甚に受け止め、子ども虐待死の撲滅を目指し、その原因や課題などについて明らかにした上で、未然防止策を講じることは社会としての責務である。

こうした認識のもとに、全国の子ども虐待による死亡事例等を分析・検証し、全国の子ども虐待関係者が認識すべき共通の課題とその対応を取りまとめるとともに、制度やその運用についての改善を促すことを目的として、社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」（以下「検証委員会」という。）が設置された。平成17年4月には、平成15年7月1日から同年12月末日までに発生し確認された子ども虐待による死亡事例24例（25人）を対象に検証した結果として第一次報告を行ったところである。

今般、平成16年1月1日から同年12月末日までの一年間に発生した事例について分析検討を行い、第二次報告をとりまとめた。

2. 検証の対象とした事例及び検証方法

1) 対象事例

平成16年1月1日から同年12月31日の間に子ども虐待による死亡事例として厚生労働省が把握した53例（58人）

2) 検証方法

(1) 調査票による調査

厚生労働省が関係都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の児童福祉主管課に対し、以下の調査項目について調査票を送付し回答を求めた。

(調査項目)

- ・ 事例概要
- ・ 死亡した子どもの特性等
- ・ 家族構成（ジェノグラム）
- ・ 当該家庭の養育背景
- ・ 当該事例が発生した市町村における虐待防止ネットワークの有無
- ・ 当該事例についての虐待防止ネットワークの関与、特に個別事例検討会議を活用した対応の有無
- ・ 対応に関する行政機関の分析・検証
- ・ 当該事例を踏まえ、再発防止のために講じた施策、取り組み
- ・ 事件までの経過、行政機関の関与状況等

(2) ヒアリングによる調査

さらに、市町村が中心に関わってきた4事例について、関係都道府県・市町村を対象にヒアリングを実施した。

ヒアリングに当たっては、事前に以下の項目について関係都道府県に対して質問票を送付し回答を得た上で、専門委員及び厚生労働省担当者がチームを組み、関係機関を訪問して行った。

(質問項目)

- ・ 養育環境及び家族歴の詳細について
- ・ 事例に対する関係機関の支援の経過について
- ・ リスクアセスメントの状況及び援助計画について
- ・ 保護者の精神保健・心理上の問題（未解決の問題）について
- ・ 保護者と支援者との関係について
- ・ 関係機関の組織的進捗管理、スーパービジョンなどについて
- ・ 協議会・ネットワークの活用状況について
- ・ その他個別の状況について

(3) 分析

(1) 及び (2) の調査結果を基に、検証委員会において53事例（58人）の総体的な分析を行うとともに、個別事例から得られた課題等について分析した。

なお、本検証委員会においては、基本的に関係都道府県が関係市町村から収集した情報及び都道府県が自ら調査した結果をもとに分析を行ったものである。したがって、二次的な資料を活用するという制約から、必ずしも全ての論点が網羅されているものではない。

3) その他の検証

上記の検証のほか、死亡には至っていないが子ども虐待防止対策を講ずる上での新たな課題や制度上の問題が抽出されると思われる重大事例1事例について、2) の (2) 及び (3) に準ずる方法により、検証した。

3. 死亡事例の概要

1) 死亡した子どもの年齢性別等について

○対象とした事例は53例で、その内きょうだい2人が死亡した事例が5例あったため死亡した子どもの数は58人であった。性別は、男子が26人(44.8%)、女子が32人(55.2%)であった。(表1-1)

○死亡した子どもの年齢は、0歳が24人(41.4%)、1歳が7人(12.1%)、2歳が8人(13.8%)、3歳が6人(10.3%)であり、3歳までが45人で全体の77.6%を占めており、第一次報告での80.0%とほぼ同様の割合であった。(表1-2)

○さらに、0歳児24人を月齢別にみると、1ヶ月未満が8人(33.3%)、1ヶ月が4人(16.7%)、2ヶ月が1人(4.2%)、3ヶ月が3人(12.5%)と4ヶ月未満が0歳児の約70%を占めており、第一次報告での36.4%より大幅に増加していた。(表1-3)

2) 死亡に関連した状況について

○直接死因は、「身体的虐待」が49人(84.5%)、「ネグレクト」が7人(12.1%)であった。身体的虐待の内訳は、「頭部外傷」が21人(36.2%)と最も多く、次いで「頸部絞扼」が12人(20.7%)であった。また、ネグレクトでは、「車中放置」が4人(6.9%)、「分娩後放置」が3人(5.2%)あった。(表2-1)

○主たる加害者は、「実母」が31人(53.4%)、「実父」が13人(22.4%)、「実母の交際相手(同居男)」が4人(6.9%)であり、第一次報告での実母50.1%、実父30.0%とほぼ同様の割合であった。(表2-2)

○死亡原因となった虐待の発生場所は、「自宅」が39人(67.2%)、「自宅外」が8人(13.8%)であった。(表2-3)

表 1-1 死亡した子どもの性別

男	26	44.8%
女	32	55.2%
計	58	100.0%

表 1-2 死亡した子どもの年齢

年齢(歳)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	合計
人数(人)	24	7	8	6	2	1	2	2	1	2	0	1	0	1	1	58
構成割合(%)	41.4	12.1	13.8	10.3	3.4	1.7	3.4	3.4	1.7	3.4	0.0	1.7	0.0	1.7	1.7	100.0
累計構成割合(%)	41.4	53.5	67.3	77.6	81.0	82.8	86.2	89.7	91.4	94.8	94.8	96.6	96.6	98.3	100.0	

表 1-3 0歳児月齢別(再掲)

月齢(ヶ月)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	合計
人数(人)	8	4	1	3	1	0	2	0	1	0	4	0	24
構成割合(%)	33.3	16.7	4.2	12.5	4.1	0	8.4	0	4.1	0	16.7	0	100.0
累計構成割合(%)	33.3	50.0	54.2	66.7	70.8	70.8	79.2	79.2	83.3	83.3	100.0	100.0	

表 2-1 直接死因

		人数	割合
身体的虐待	頭部外傷	21	36.2%
	腹部外傷	3	5.2%
	外傷性ショック	1	1.7%
	窒息	4	6.9%
	頸部絞扼	12	20.7%
	溺水	4	6.9%
	熱傷	1	1.7%
	失血死	1	1.7%
	肝臓破裂	1	1.7%
	全身打撲	1	1.7%
	小計	49	84.5%
ネグレクト	車中放置(熱中症・脱水)	4	6.9%
	分娩後放置	3	5.2%
	小計	7	12.1%
その他	精神的ストレスによる十二指腸潰瘍	1	1.7%
	未記入	1	1.7%
	合計	58	100%

表 2-2 主たる加害者(一人のみ)

	人数	割合
実母	31	53.4%
実父	13	22.4%
養父	1	1.7%
継母	1	1.7%
継父	1	1.7%
母方祖母	1	1.7%
実母の交際相手(同居男性)	4	6.9%
その他	6	10.4%
計	58	100.0%

表 2-3 死亡原因となった虐待の発生した場所

	人数	割合
自宅	39	67.2%
自宅外	8	13.8%
その他	8	13.8%
不明	3	5.2%
計	58	100.0%

○加害の動機は、「しつけ」が9例（15.5%）、「心中未遂」が8例（13.8%）、「拒否への反応」が6例（10.3%）であった。（表2-4）

3) 子どもの成育に関する事項について

○胎児期の問題が「あり」は13人（22.4%）であり、その内訳（複数回答）としては、「望まない／計画していない妊娠」が11人（19.0%）であった。また、妊娠中に「切迫流産」「母子健康手帳の未発行」「胎児虐待」がそれぞれ1人（1.7%）、「妊婦健診の未受診」が2人（3.4%）であった。（表3-1）

○出生時の問題が「あり」は12人（20.7%）であり、その内訳（複数回答）は、「墜落分娩」が2人（3.4%）、「低体重」が7人（12.1%）、「多胎」が1人（1.7%）、「その他」が6人（10.3%）であった。（表3-2）

○身体の障害等について「慢性疾患・身体障害」は7人（14.0%）、「発育の遅れ」は1人（2.0%）、「発達の遅れ」は8人（16.0%）、「診断された精神障害」は1人（2.0%）であった。（構成比は生後1ヶ月未満を除いた50例に対する割合）（表3-3）

○情緒・行動上の問題が「あり」は13人（22.4%）であり、その内訳（複数回答）は、「ミルクの飲みむら」「泣きやまない」「多動」がそれぞれ3人（5.2%）、「夜泣き」2人（3.4%）などであった。（表3-4）

○乳幼児健診未受診が「あり」は9人（18.0%）、「なし」は25人（50.0%）であった。予防接種未接種が「あり」は6人（12.0%）、「なし」は19人（38.0%）であった。（構成比は生後1ヶ月未満を除いた50例に対する割合）（表3-5）

○過去の虐待体験が「あり」は11人（19.0%）、「なし」は30人（51.7%）であったが、「未記入」が17人（29.3%）あった。（表3-6）

また、過去の虐待を認識していた機関は、「児童相談所」と「市町村」がそれぞれ4例（6.9%）、「病院」が2例（3.4%）であった。（表3-7）

表 2-4 加害の動機(複数回答)

	例数	割合
拒否への反応	6	10.3%
しつけ	9	15.5%
精神症状による行為	3	5.2%
心中未遂	8	13.8%
殺意や害意のない行為	3	5.2%
その他	17	29.3%
不明	11	19.0%

表 3-1 胎児期の問題の内訳(複数回答)

	あり	割合
望まない/計画していない妊娠	11	19.0%
切迫流産	1	1.7%
母子健康手帳の未発行	1	1.7%
胎児虐待	1	1.7%
妊婦健診の未受診	2	3.4%
親の妊娠中の喫煙	0	0.0%
親の妊娠中のアルコール	0	0.0%
その他	4	6.9%

表 3-2 出生時の問題の内訳(複数回答)

問題の内訳	あり	割合
墜落分娩	2	3.4%
低体重	7	12.1%
多胎	1	1.7%
その他	6	10.3%

表 3-3 身体の障害等(重複あり)

慢性疾患・身体障害	7	14.0%*
発育の遅れ	1	2.0%*
発達の遅れ	8	16.0%*
診断された精神障害	1	2.0%*

*1ヶ月未満を除いた50人に対する構成比

表 3-5 乳幼児健診及び予防接種(重複あり)

乳幼児健診未受診あり	9	18.0%*
予防接種未接種あり	6	12.0%*

*1ヶ月未満を除いた50人に対する構成比

表 3-4 情緒・行動上の問題の内訳(複数回答)

	あり	割合
ミルクの飲みむら	3	5.2%
泣きやまない	3	5.2%
夜泣き	2	3.4%
多動	3	5.2%
かんしゃく	1	1.7%
食事の拒否	1	1.7%
指示に従わない	1	1.7%
夜尿	1	1.7%
遺尿	1	1.7%
他人への暴力	1	1.7%
不登校・ひきこもり	2	3.4%
うそをつく	1	1.7%
その他	3	5.2%

表 3-6 過去の虐待体験

	人数	割合	有効割合
あり	11	19.0%	26.8%
なし	30	51.7%	73.2%
小計	41	70.7%	100.0%
未記入	17	29.3%	
計	58	100%	

表 3-7 過去の虐待を認識していた機関
(複数回答)

	例数	割合
児童相談所	4	6.9%
病院	2	3.4%
市町村	4	6.9%
その他	2	3.4%

4) 養育環境等について

- 主たる養育者は「実母」が38例（65.5%）、「実父」が12例（20.7%）、「養母」「養父」「母方祖母」「父方祖父」がそれぞれ1例（1.7%）であった。（表4-1）

- 子どもの死亡時に同居していた養育者は、「実母」が46例（79.3%）、「実父」が32例（55.2%）であり、「実母の交際相手」が6例（10.3%）であった。（表4-2）

- 家族の形態は、「一人親・未婚家庭」は18例（34.0%）、「内縁関係」は8例（15.1%）、「子連れの再婚家庭」が4例（7.5%）であった。（表4-3）

- 家計を支えている主たる者は、「実母」が15例（28.3%）、「実父」が24例（45.3%）であった。（表4-4）

- 家族の経済状態は、「生活保護世帯」が4例（7.5%）で、全世帯に占める生活保護世帯割合である1.8%を大きく上回っていた。「市町村民税非課税世帯」は9例（17.0%）であった。（表4-5）

表 4-1 主たる養育者(重複あり)

	例数	割合
実母	38	65.5%
実父	12	20.7%
養母	1	1.7%
養父	1	1.7%
母方祖母	1	1.7%
父方祖父	1	1.7%
その他	2	3.4%

表 4-2 同居していた養育者(重複あり)

	本児出生時		本児死亡時	
	例数	割合	例数	割合
実母	50	86.2%	46	79.3%
実父	36	62.1%	32	55.2%
養母			1	1.7%
養父			1	1.7%
実母の交際相手	2	3.4%	6	10.3%
母方祖母	1	1.7%	3	5.2%
父方祖母	4	6.9%	4	6.9%
父方祖父	1	1.7%	1	1.7%
その他	4	6.9%	9	15.5%

表 4-3 家族の形態

	例数	割合
一人親・未婚家庭	18	34.0%
内縁関係	8	15.1%
子連れの再婚家庭	4	7.5%

表 4-4 家計を支えている主たる者

	例数	割合	有効割合
実母	15	28.3%	32.6%
実父	24	45.3%	52.2%
養父	2	3.8%	4.3%
祖母	1	1.9%	2.2%
祖父	1	1.9%	2.2%
伯父	1	1.9%	2.2%
その他	2	3.8%	4.3%
小計	46	86.9%	100.0%
未記入	7	13.1%	
計	53	100.0%	

表 4-5 家族の経済状態

	例数	割合	有効割合
生活保護世帯	4	7.5%	13.3%
市町村民税非課税世帯	9	17.0%	30.0%
市町村民税課税世帯	4	7.5%	13.3%
年収500万円未満	9	17.0%	30.0%
年収500万円～680万円未満	2	3.8%	6.7%
年収680万円～970万円未満	2	3.8%	6.7%
年収970万円以上	0	0.0%	0.0%
小計	30	56.6%	100.0%
未記入	23	43.4%	
計	53	100.0%	

- 実母の就業状況**は、「フルタイム」が5例（9.4%）、「パートタイム」が11例（20.6%）、「無職」が27例（51.0%）であった。**実父の就業状況**は、「フルタイム」が21例（39.6%）、「パートタイム」が4例（7.5%）、「無職」が6例（11.3%）であった。（表4-6）
- 出生時の養育の意思**は、「あり」が32人（55.2%）、「なし」が11人（18.9%）であり、「未記入」が15（25.9%）あった。（表4-7）
- 子どもが出生してからの転居回数**は、「1回」と「2回」が6例（11.3%）であり、「3回」は3例（5.7%）、「6回」は1例（1.9%）であったが、未記入が36例（67.9%）あった。（表4-8）
- 親族関係のトラブルの有無**は、「あり」が10例（18.9%）、「なし」が12例（22.6%）、「不明」および「未記入」が31例（58.5%）であった。（表4-9）
- 地域社会との接触**は、「ほとんどない」と「乏しい」とを合わせると23例（43.4%）、「未記入」が19例（35.8%）であった。（表4-10）
- 養育機関の利用**は、「利用あり」が23例（39.5%）であり、その内訳は「保育所」が10例（17.2%）、「祖父母や親戚の家」が6例（10.3%）、幼稚園および認可外保育施設がそれぞれ2例（3.4%）であった。**子育て支援事業の利用**は、「利用あり」が3例（5.2%）で、その内訳は「つどいの広場」が2例（3.4%）、「児童デイサービス」が1例（1.7%）であった。（表4-11）

表 4-6 養育者の就業状況

	実母		実父	
	例数	割合	例数	割合
フルタイム	5	9.4%	21	39.6%
パートタイム	11	20.6%	4	7.5%
無職	27	51.0%	6	11.3%
小計	43	81.1%	31	59.5%
未記入	10	18.9%	22	41.5%
計	53	100.0%	53	100.0%

表 4-7 出生時の養育意思

	人数	割合	有効割合
あり	32	55.2%	74.4%
なし	11	18.9%	25.6%
小計	43	74.1%	100.0%
未記入	15	25.9%	
計	58	100.0%	

表 4-8 転居回数

	例数	割合	有効割合
0回	1	1.7%	5.9%
1回	6	11.3%	35.3%
2回	6	11.3%	35.3%
3回	3	5.7%	17.6%
6回	1	1.8%	5.9%
計	17	32.1%	100.0%
未記入	36	67.9%	
計	53	100.0%	

表 4-9 親族関係のトラブル

	例数	割合	有効割合
あり	10	18.9%	20.4%
なし	12	22.6%	24.5%
不明	27	50.9%	55.1%
小計	49	92.5%	100.0%
未記入	4	7.5%	
計	53	100.0%	

表 4-10 地域社会との接触

	例数	割合	有効割合
ほとんどない	14	26.4%	41.2%
乏しい	9	17.0%	26.5%
普通	10	18.9%	29.4%
活発	1	1.9%	2.9%
小計	34	64.2%	100.0%
未記入	19	35.8%	
計	53	100.0%	

表 4-11 養育機関の利用の内訳(重複あり)

養育機関の内訳	例数	割合
幼稚園	2	3.4%
保育所	10	17.2%
認可外保育施設	2	3.4%
祖父母や親戚の家	6	10.3%
その他	3	5.2%
子育て支援事業の利用の内訳		
つどいの広場	2	3.4%
児童デイサービス	1	1.7%

○実母の心理的・身体的障害等は、「育児不安」が17例（32.1%）、
「明らかな精神障害」が7例（13.2%）、「強い衝動性」と「怒り
のコントロール不全」がそれぞれ5例（9.4%）、「強い攻撃性」と
「高い依存性」がそれぞれ3例（5.7%）、「知的障害」「うつ状態」
「マタニティーブルーズ・産後うつ」及び「感情の起伏が激しい」がそ
れぞれ2例（3.8%）、「幻覚」と「妄想」がそれぞれ1例（1.9
%）であった。「身体疾患」は2例（3.8%）であった。（表4-12）

○実母の明らかな精神障害の内訳は、「うつ」が3例（5.7%）、「心
因反応」「非定型精神病」「統合失調症」がそれぞれ1例（1.9%）
で1例は病名は不明であった。（表4-13）

○実父の心理的・身体的障害等は、「怒りのコントロール不全」が5例
（9.4%）、「強い衝動性」と「感情の起伏が激しい」がそれぞれ4
例（7.5%）、「強い攻撃性」が3例（5.7%）、「育児不安」「高
い依存性」がそれぞれ1例（1.9%）であった。「身体疾患」は2例
（3.8%）であった。（表4-12）

5) きょうだいについて

○きょうだいがいない者（ひとりっ子）は22例（41.5%）、同居し
ているか否かにかかわらず、きょうだい「1人（2人きょうだい）」
は18例（34.0%）、「2人（3人きょうだい）」は9例
（17.0%）、「3人（4人きょうだい）以上」は4例（7.5%）
であった。（表5-1）

なお、今回の事件できょうだい2人が死亡した5例のうち、2例が2
人きょうだい、2例が3人きょうだい（1例は過去にもう1人も死亡）、
1例が4人以上のきょうだいであった。ひとりっ子22例及びきょうだ
いが全員死亡している3例を除く28例に残されたきょうだいがいる。

○本児死亡後に残されたきょうだいに対する関係機関（児童相談所、市町
村、保健福祉機関）の対応が「あり」は20例（71.5%）、「なし」
は8例（28.6%）であった。（表5-2）「あり」20例の内訳（複
数回答）は、「虐待の確認」が19例（35.8%）、「親からの分離」
が16例（30.2%）、「面接」が14例（26.4%）、「心理的
ケア」が12例（22.6%）であった。（表5-3）

表 4-12 養育者の心理的・身体的障害等(複数回答)

	実母		実父	
	例数	割合	例数	割合
育児不安	17	32.1%	1	1.9%
知的障害	2	3.8%		
明らかな精神障害*	7	13.2%		
強い衝動性	5	9.4%	4	7.5%
強い攻撃性	3	5.7%	3	5.7%
怒りのコントロール不全	5	9.4%	5	9.4%
うつ状態	2	3.8%		
マタニティーブルーズ・産後うつ	2	3.8%		
感情の起伏が激しい	2	3.8%	4	7.5%
高い依存性	3	5.7%	1	1.9%
幻覚	1	1.9%		
妄想	1	1.9%		
身体疾患	2	3.8%	2	3.8%

表 4-13 *実母の明らかな精神障害の内訳

うつ	3	5.7%
心因反応	1	1.9%
非定型精神病	1	1.9%
統合失調症	1	1.9%
不明	1	1.9%

表 5-1 きょうだいについて

	例数	割合
なし(ひとりっ子)	22	41.5%
1人(2人きょうだい)	18	34.0%
2人(3人きょうだい)	9	17.0%
3人(4人きょうだい)以上	4	7.5%
計	53	100.0%

表 5-2 本児死亡後に残されたきょうだい
に対してとった対応

	例数	割合
あり	20	71.5%
なし	8	28.6%
計	28	100.0%

表 5-3 本児死亡後に残されたきょうだいに対してとった対応の内訳(複数回答)

	虐待の確認		親からの分離		面接		心理的ケア	
	例数	割合	例数	割合	例数	割合	例数	割合
あり	19	35.8%	16	30.2%	14	26.4%	12	22.6%
なし	7	13.3%	13	24.5%	13	24.5%	13	24.5%
未記入	27	50.9%	24	45.3%	26	49.1%	28	52.9%
計	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%

6) 相談機関の関与について

以下は、調査項目のうち、当該事例への児童相談所及び関係機関（市町村、保健福祉機関、医療機関、保育所・学校等教育機関を含む。以下同じ。）の関与の状況と、要保護児童対策地域協議会などの支援ネットワークの有無および活用に関する都道府県からの回答結果である。「子どもへの虐待に関する保護者の認識」、「保護者と援助者（相談・支援機関）との関係」、「子どもの安全に関する最も新しいリスク判定」、「援助プログラムに変更の必要性がなしと認識していた理由」、「子どもとの接触の有無」、「子どもとの定期的な接触の有無」、「最後に安全を確認してから死亡までの安全確認の試み」、「安全確認の試みの手段」については、都道府県が児童相談所や市町村等関係した機関に確認し回答したものである。

○児童相談所が関わっていた事例は17例（32.1%）であった。一方で、関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児童相談所が関わっていなかった事例は3例（5.7%）で、過去の事例と比較すると減少しているが、関係機関が支援の必要性はないと判断していた事例が15例（28.3%）あり、過去の事例より増加していた。さらに、関係機関とまったく接点を持ちえなかった事例は18例（34.0%）と、過去の事例より大幅に増加していた。（表6-1）

○虐待通告による児童相談所の関与については、「あり」が10例（18.9%）、「なし」が37例（69.8%）であった。また、虐待通告以外による児童相談所の関与については、「あり」が10例（18.9%）、「なし」が34例（64.2%）であった。（表6-2）

○虐待通告による市町村の関与については、「あり」が5例（9.4%）、「なし」が40例（75.5%）であった。また、虐待通告以外による市町村の関与については、「あり」が9例（17.0%）、「なし」が37例（69.8%）であった。（表6-3）

○要保護児童対策地域協議会などの支援ネットワークの有無については、「あり」が7例（13.2%）で、そのうち、「ある程度活用した」が4例（57.1%）、「あまり活用しなかった」あるいは「ほとんど活用しなかった」が3例（42.9%）であった。（表6-4,6-5）

表6-1 児童相談所及び関係機関の関与について

	H16. 1～ H16. 12 (N=53)	H15. 7～ H15. 12 (N=24)	H12. 11～ H15. 6 (N=125)	計 (N=202)
○児童相談所が関わっていた事例 *虐待以外の養護相談等で関わっていた事例及び転居前の児相が関わっていた事例を含む	17 (32.1%)	12 (50.0%)	30 (24.0%)	59 (29.2%)
○関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児童相談所が関わっていなかった事例	3 (5.7%)	3 (12.5%)	56 (44.8%)	62 (30.7%)
○関係機関との接点（保育所入所、新生児訪問、乳幼児健診等）はあったが、家庭への支援の必要性はないと判断していた事例	15 (28.3%)	6 (25.0%)	22 (17.6%)	43 (21.3%)
○関係機関とまったく接点をもちえなかった事例	18 (34.0%)	3 (12.5%)	17 (13.6%)	38 (18.8%)

表 6-2 児童相談所の関与

	虐待通告		虐待通告以外	
	例数	割合	例数	割合
あり	10 ^{*1*}	18.9%	10 ^{*1}	18.9%
なし	37	69.8%	34	64.2%
未記入	6	11.3%	9	17.0%
計	53	100.0%	53	100.0%

*1 うち3例は重複

表 6-3 市町村の関与

	虐待通告		虐待通告以外	
	例数	割合	例数	割合
あり	5 ^{*2}	9.4%	9	17.0%
なし	40	75.5%	37	69.8%
未記入	8	15.1%	7	13.2%
計	53	100.0%	53	100.0%

*2 市町村の関与があった5事例は児童相談所の関与があった10事例と重複している。

表 6-4 要保護児童対策地域協議会などの支援ネットワークの有無

	例数	割合
あり	7	13.2%
なし	39	73.6%
未記入	7	13.2%
計	53	100.0%

表 6-5 要保護児童対策地域協議会などの支援ネットワークにおける会議の活用度

会議のレベル	例数	割合
よく活用した	0	0.0%
ある程度活用した	4	57.1%
あまり活用しなかった	2	28.6%
ほとんど活用しなかった	1	14.3%
計	7	100.0%

- 子どもへの暴力を全面的に否認（否定）していた保護者は3例（23.1%）、また、暴力を正当化していた保護者は2例（15.4%）であった。（表6-6）
- 支援機関の関係者に対して拒否的であった保護者は3例（23.1%）、訪問時に不在であった保護者は2例（15.4%）であった。（表6-7）
- 子どもの安全に関する最も新しいリスク判定では、虐待として認識していた事例において、「リスクが非常に高く緊急」は0（0%）で、「リスクがある」が4例（30.8%）、「リスクはそれほど高くない」が5例（38.5%）であった。（表6-8）

表 6-6 子どもへの虐待に関する保護者の認識

	例数	割合
子どもへの暴力を全面的に否認(否定)していた	3	23.1%
子どもへの暴力を全部もしくは、一部を認めていたが、「子どもに問題があるから」、もしくは「しつけのため」と正当化していた	2	15.4%
子どもへの暴力を認め、援助を求めている	1	7.7%
ネグレクトと認識していなかった	1	7.7%
ネグレクトに対する援助を求めている	0	0.0%
不明	2	15.4%
無回答	4	30.8%
合計	13	100.0%

※関係機関が虐待として関与していた事例 13 事例の内訳

表 6-7 保護者と援助者(相談・支援機関)との関係

内 容	例数	割合
保護者は支援機関の関係者に対して攻撃的であった	0	0.0%
保護者は支援機関の関係者に対して拒否的であった	3	23.1%
保護者は支援機関の関係者からの接触に対してきわめて拒否的であり、家庭の内部の様子は不明	2	15.4%
保護者は来談や訪問の約束はするものの、実際には来談がなかったり、訪問時に不在であることが多かった	2	15.4%
転居が多いため、援助関係が継続しなかった	0	0.0%
保護者は援助者の援助や指導に従うような従順な素振りを見せながら、実際には従わなかった	0	0.0%
保護者は援助者の援助や指導に実際に従っていた	1	7.7%
保護者は援助者に過度に依存的であった	0	0.0%
支援機関によって保護者の態度がかなり違っていた	0	0.0%
保護者と援助者との関係は良好であった	1	7.7%
その他	2	15.4%
無回答	2	15.4%
合計	13	100.0%

※関係機関が虐待として関与していた 13 事例の内訳

表 6-8 子どもへの安全に関する最も新しいリスク判定

会議のレベル	例数	割合
リスクが非常に高く、緊急	0	0.0%
リスクがある	4	30.8%
リスクはそれ程高くない	5	38.5%
未記入	4	30.8%
計	13	100.0%

※関係機関が虐待として関与していた 13 事例の内訳

- 援助プログラムの変更の必要性がなしと認識していた理由は、虐待として認識していた事例において、「うまくいっていると思った」が5例（38.5%）、「その他の手段が考えられなかった」、「情報が入った機関はあったが他に伝わらず」及び「その他」がそれぞれ1例（7.7%）であった。（表6-9）

- 子どもとの接触の有無については、「あり」が10例（76.9%）、「なし」が2例（15.4%）であった。また、定期的な接触の有無については、「あり」が9例（69.2%）、「なし」が3例（23.1%）であった。（表6-10,6-11）

- 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「あり」は5例（38.5%）で、その手段は「訪問」が3例、「電話」が1例であった。（表6-12,6-13）

表 6-9 援助プログラムに変更の必要性がなしと認識していた理由

なしの理由	例数	割合
うまく行っていると思った	5	38.5%
その他の援助手段が考えられなかった	1	7.7%
状況の変化に関する情報が入っていなかった	0	0.0%
情報が入った機関はあったが他に伝わらず	1	7.7%
その他	1	7.7%
未記入	5	38.5%
計	13	100.0%

表 6-10 子どもとの接触の有無

	例数	割合
あり	10	76.9%
なし	2	15.4%
未記入	1	7.7%
計	13	100.0%

表 6-11 子どもとの定期的な接触の有無

	例数	割合
あり	9	69.2%
なし	3	23.1%
未記入	1	7.7%
計	13	100.0%

表 6-12 最後に安全を確認してから死亡までの
安全確認の試み

	例数	割合
あり	5	38.5%
なし	6	46.2%
未記入	2	15.4%
計	13	100.0%

表 6-13 安全確認の試みの手段

	例数	割合
訪問	3	60.0%
電話	1	20.0%
その他	0	0.0%
未記入	1	20.0%
計	5	100.0%

※表 6-9～表 6-12 関係機関が虐待として関与していた 13 事例の内訳

7) 死亡後の対応について

以下は、調査項目のうち、当該事例への児童相談所及び関係機関の「死亡情報の入手先」、「死亡後にとった対応」、「検証チームの構成」、「安全確認の遵守」、「リスクアセスメントの的確性と見直し」、「援助アセスメントの的確性と見直し」、「援助計画の的確性と見直し」、「関係機関同士の連携」、「危機感を持つべきだった時期」、「子どもの死は防げたか」について、児童相談所及び関係機関が子どもの死亡後に検証を行った結果を都道府県が確認して回答したものである。

- **死亡情報の入手先**は、「マスコミ」が21例（39.6%）、「警察」が14例（26.4%）、「病院」が10例（18.9%）の順に多かった。（表7-1）

- **死亡後にとった対応**については、**事実及び経緯の確認**が34例（64.2%）、**検証**が24例（45.3%）で、検証をおこなった事例は全事例の半数にも満たない状況であった。（表7-2）

- **検証チームの構成**としては、「関わったネットワーク機関」が9例（37.5%）で最も多く、次いで「児童相談所と自治体」が7例（29.2%）であり、「第三者を入れた検証チーム」については5例（20.8%）にとどまっていた。（表7-3）

- **関係機関の安全確認の遵守**について、全体では「できていた」が8例（22.9%）、「できなかった」が16例（45.7%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「できていた」が5例（29.4%）であり、「できなかった」が11例（64.7%）であった。（表7-4）

表 7-1 死亡情報の入手先

	例数	割合
病院	10	18.9%
警察	14	26.4%
マスコミ	21	39.6%
家族	0	0.0%
その他	5	9.4%
未記入	3	5.7%
計	53	100.0%

表 7-2 死亡後にとつた対応

	事実及び経緯の確認		検証	
あり	34	64.2%	24	45.3%
なし	9	17.0%	19	35.8%
未記入	10	18.9%	10	18.9%
計	53	100.0%	53	100.0%

表 7-3 検証チームの構成

検証チームの構成	例数	割合
児童相談所のみ	3	12.5%
児童相談所と自治体	7	29.2%
その他の機関単独	0	0%
関わったネットワーク機関	9	37.5%
第三者を入れた検証チーム	5	20.8%
計	24	100.0%

表 7-4 安全確認の遵守

	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	
できていた	8	22.9%	5	29.4%	1	33.3%	2	13.3%
できなかった	16	45.7%	11	64.7%	2	66.7%	3	20.0%
無回答	11	31.4%	1	5.9%	0	0%	10	66.7%
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

- リスクアセスメントの的確性**については、全体では「的確であった」が5例（14.3%）であり、「的確でなかった」が13例（37.1%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「的確であった」が4例（23.5%）であり、「的確でなかった」が10例（58.8%）であった。（表7-5）

- リスクアセスメントの見直し**については、全体では「見直しを行った」が10例（28.6%）であり、「見直しを行わなかった」が5例（14.3%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「見直しを行った」が6例（35.3%）であり、「見直しを行わなかった」が4例（23.5%）であった。（表7-6）

- 援助アセスメントの的確性**については、全体では「的確であった」が5例（14.3%）であり、「的確でなかった」が13例（37.1%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「的確であった」が4例（23.5%）であり、「的確でなかった」が10例（58.8%）であった。（表7-7）

- 援助アセスメントの見直し**については、全体では「見直しを行った」が9例（25.7%）であり、「見直しを行わなかった」が5例（14.3%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「見直しを行った」が5例（29.4%）であり、「見直しを行わなかった」が4例（23.5%）であった。（表7-8）

表 7-5 リスクアセスメントの的確性

	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	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
的確であった	5	14.3%	4	23.5%	0	0%	1	6.7%
的確でなかった	13	37.1%	10	58.8%	1	33.3%	2	13.3%
無回答	17	48.6%	3	17.6%	2	67.7%	12	80.0%
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 7-6 リスクアセスメントの見直し

	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	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
行った	10	28.6%	6	35.3%	2	66.7%	2	13.3%
行わなかった	5	14.3%	4	23.5%	1	33.3%	0	0%
無回答	20	57.1%	7	41.2%	0	0%	13	86.7%
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 7-7 援助アセスメントの的確性

	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	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
的確であった	5	14.3%	4	23.5%	0	0%	1	6.7%
的確でなかった	13	37.1%	10	58.8%	1	33.3%	2	13.3%
無回答	17	48.6%	3	17.6%	2	66.7%	12	80.0%
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 7-8 援助アセスメントの見直し

	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	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
行った	9	25.7%	5	29.4%	2	66.7%	2	13.3%
行わなかった	5	14.3%	4	23.5%	1	33.3%	0	0%
無回答	21	60.0%	8	47.1%	0	0%	13	86.7%
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

- 援助計画の的確性については、全体では「的確であった」が6例（17.2%）であり、「的確でなかった」が11例（31.4%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「的確であった」が5例（29.4%）であり、「的確でなかった」が8例（47.1%）であった。（表7-9）

- 援助計画の見直しについては、全体では「見直しを行った」が8例（22.9%）であり、「見直しを行わなかった」が7例（20.0%）であった。児童相談所が関わっていた事例においては、「見直しを行った」が4例（23.5%）であり、「見直しを行わなかった」が6例（35.3%）であった。（表7-10）

- 関係機関同士の連携については、全体では「よくとれていた」が2例（5.7%）、「比較的とれていた」が9例（25.7%）、「あまりとれていなかった」が8例（22.9%）、「ほとんどとれていなかった」が5例（14.3%）であった。児童相談所が関わっていた事例については、「よくとれていた」が2例（11.8%）、「比較的とれていた」が6例（35.3%）、「あまりとれていなかった」が5例（29.4%）、「ほとんどとれていなかった」が2例（11.8%）であった。（表7-11）

表 7-9 援助計画の的確性

	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	
的確であった	6	17.2%	5	29.4%	0	0%	1	6.7%
的確でなかった	11	31.4%	8	47.1%	1	33.3%	2	13.3%
無回答	18	51.4%	4	23.5%	2	66.7%	12	80.0%
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 7-10 援助計画の見直し

	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	
行った	8	22.9%	4	23.5%	2	66.7%	2	13.3%
行わなかった	7	20.0%	6	35.3%	1	33.3%	0	0%
無回答	20	57.1%	7	41.2%	0	0%	13	86.7%
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 7-11 関係機関同士の連携

	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	
よくとれていた	2	5.7%	2	11.8%	0	0%	0	0%
比較的とれていた	9	25.7%	6	35.3%	1	33.3%	2	13.3%
あまりとれていなかった	8	22.9%	5	29.4%	1	33.3%	2	13.3%
ほとんどとれていなかった	5	14.3%	2	11.8%	1	33.3%	2	13.3%
無回答	11	31.4%	2	11.8%	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

- 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	5	1	1	1	1	2	11
妊娠	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、子連れのリ婚、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がる必要がある。

(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、子連れのリ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行う機関・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せられ、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

に思える。今後、児童の安全確保や福祉のためには、保護者に対して積極的に介入していくことも必要という土壌を形成していくことが必要である。

② 機関連携の問題

保健センター保健師が大変だと緊急に会議を招集しているが、保健師の不安が他機関の参加者に十分伝わっておらず、その会議における取り決めも不十分であった。

また、児童相談所は、他の案件での会議招集と認識していたために参加者の認識にずれがあり、本事例の今後の具体的な対応を検討するに至らず、結果的に家庭と子どもが間に落ちる事態を招いてしまった。

③ 内部の連絡協調体制の問題

会議後も、それぞれの機関の認識にずれがあったため、その後のフォローアップがなされておらず、ハイリスク家庭に対して一元的に対応していく体制ができていない。

本来ならばソーシャルワーカーがその役目を果たすべきであるが、生活保護担当ワーカーは事務職であり、生活保護が終了した後は関与していなかった。当該家庭とともに歩むという体制があれば、担当保健師の不安からの訪問活動も、より積極的な支援活動となったと考えられる。

④ 鍵となる局面について

事例には必ずといってよいほど鍵となる局面があり、その局面においていかに対応できたかが支援の成否を握ることとなる。本事例の場合は、会議召集の場面とそのときのそれぞれの思いであるが、こうした鍵となる局面における担当者を交えた詳細で率直な検証が必要とされる。しかしながら、本事例の場合、会議の時点で虐待の可能性を予測できず、また、参加者の認識にずれがあったためにこの局面を活かすことができなかった。関係機関全てが、要支援家庭には虐待が起こる可能性が高いことを前提に支援していく必要がある。

⑤ 対人援助専門職の倫理とその体制整備

規模の小さい自治体には対人援助に専門職が少なく、家庭全体を見通したアセスメントや対象者に寄り添ってエンパワー*する援助、アウトリーチ型（要請がなくても積極的に出向くという手法）の援助などを行う体制や土壌が欠落していた。

*援助の対象者が自らの置かれた環境を改善する力を高め、その生活をコントロールし、自己決定がより良い形でできるように支援すること。また、それを可能にすること。

【事例Ⅳ】

(1) 事例の概要

祖母が子どもを虐待すると母親から相談があった家庭を保健センター保健師が中心に関わり、児童相談所や福祉事務所などの関係機関とも連携を図りながら対応していた事例

虐待者：実母、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、児童相談所、民生児童委員、医療機関〕

(2) 家庭環境、養育環境等

母、きょうだい有、祖母。父親とは離婚が成立済。死亡した子どもは幼児。彌慢性脳挫傷により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① アセスメント・援助計画の問題

本事例においては、子どものアセスメントよりも、母親や祖母へのアセスメントを優先させており、事例全体に対するアセスメントができていない。

児童相談所は祖母へのアセスメントの重要性について認識をもっていたにもかかわらず、祖母とは一度も会っていない。また、祖母は、子どもについて、異常にみえる、起きてこない、叩いてしつけるといったゆがんだ認識をもっていたにもかかわらず、それに対するアセスメントができていない。

事例への援助過程の中で、援助の拒否、体重が増えないなど虐待の危険性の高まりを示唆する兆候が何度となく見られ、保護すべき状況であったにもかかわらず判断できていない。

また、援助計画を立てるまでのアセスメントが十分にできていないという認識から計画を立てていない。

② 機関連携及び事例の進行管理の問題

児童相談所、保健センター、病院などの関係機関による合同会議が一回も開かれておらず、役割や責任の明確化が図られていなかった。児童相談所は、元児童相談所の心理判定員（非常勤）が病院に従事し本事例に関与していることから、病院が中心になって援助してくれるものと当初は判断しており、中心となる調整機関が定まっていなかったために適切な事例の進行管理ができておらず、連携も不十分で、実際数ヶ月間関わっていない期間があった。市町村虐待防止ネットワークも設置されていなかった。

③ 受容的アプローチ優先の問題

保護者（母親）との関係性を重視するといった受容的なアプローチを優先させ、介入的なアプローチを行うことをできるだけ避けるといった対応が取られていた。これまでは事例関与当初に介入的なアプローチを行うことはあるものの、事例援助過程の中で方針変更し介入的なアプローチに切り替える事例はなかった。

④ 組織的対応及びスーパービジョン（教育・訓練・指導）に関する問題

本事例では、組織的な事例検討会議がほとんど開催されておらず、また、判断に困ったときに外部の有識者（いなかったのが現状）などに相談していないなど、スーパービジョン体制も確保されていなかった。

⑤ 広域的な社会資源活用の問題

本事例では、祖母と母子を分離し、母子生活支援施設の活用も考えられたが、周辺の母子生活支援施設が定員一杯ということもあり、その利用については断念しているが、その際、広域的な活用までは考えておらず、社会資源の活用方法についても問題が見られた。

【事例Ⅴ】

(1) 事例の概要

小・中学校に全く通っていなかった女性が保護され、当時の関係機関の対応が問題となった事例

虐待者：実母

〔本事例に関わった主な機関：教育委員会、小学校、児童相談所〕

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母、きょうだい有。地域から孤立していた家庭。

(3) 本事例における問題点、課題等

本事例は、支援機関の誰もが本事例の状態に関して、直接確認をすることが出来ないまま、成長発達にとって重要な時期に10年以上も子どもの権利を守る有効な対策がなされず、その為に本児に重大な心身の影響がもたらされたものである。「危機感」があったという発言はあるが、8年の長きに渡って一つの機関が抱え込み、同じことを繰り返し、戦略的危機介入がなされていないことが、本児への重大な権利侵害に結びついたことを重く考える必要がある。以下はその背景にある問題点と課題である。

① 教育現場における子ども虐待（ネグレクト）への理解不足

学校関係者は、児童虐待防止法施行後においても、子ども虐待に関する理解が不足しており、今回の事例では、家に閉じこめていることが疑われるにも関わらずネグレクトとしての意識が乏しく、児童相談所に指摘された後でもその認識が薄かった。また、子どもの教育を受ける権利や障害に対する発達援助を受ける権利が侵害されているという意識も乏しかった。

現在でも、教職員個々に通告義務があることが理解されていない面もあるので、児童虐待防止法に関する理解を促進する必要がある。

② 学校における対応の問題

さらに、今回の事例を重篤ならしめた要因の一つとして、学校内において、統合された事例分析と行動計画の策定がなされず、同じことが繰り返された点があげられる。学級担任等が次々と交代する学校教育の場では、問題意識が十分に引き継がれないこともあり、それを補う対応を図る必要がある。

③ 関係機関との連携

当時、この学区では子どもの行動上の問題が多発し、この事例に意識が向きづらな環境が指摘されたが、地域全体の福祉の向上を図るためには、学校が孤軍奮闘しても効果的ではない。教育、福祉、保健、医療が連携しやすい環境を整えるためにも、機関相互の専門性を活用する意識の醸成や活かす人材の養成が必要である。特に、入学当初の学校保健と母子保健との連携を円滑に行う必要がある。

④ 児童相談所における子ども虐待への組織対応力の不足

児童相談所においては、事例の受理、受理会議における分析とネグレクトに関する危機意識の希薄さがあった。また、事例の進行管理やチェックが組織として機能していなかった。個別ソーシャルワークとしては、関係機関に任せていて、事例の持つ危険性に目が向いていなかった。その結果、基本である安全確認とそれに基づく介入をしないまま事例を終結してしまった。

児童相談所は、子ども虐待対応の中核機関としての自覚を持ち、研修体制の充実などにより一人ひとりの職員の技能の向上を図るとともに、組織としての対応システムの強化を図る必要がある。

⑤ 18歳を超えた者への援助

今回のケースは、18歳を超えた時点で保護されたため児童福祉法上の措置が適応されない。また、他法による福祉の措置では、本事例のニーズに応じた適切な援助を行うことが困難である。児童福祉法上の措置の特例について制度面も含め検討することが望ましい。

⑥ 不就学児童に対する対応について

本事例は不登校ではなく、不就学であった。事例保護後、当該自治体の教育委員会が行った調査において、不就学児童の中に児童相談所の調査が必要とされ、継続的支援が必要な事例も複数存在している可能性があるとの報告があった。不就学児童に関しての支援の必要性を判断する仕組みが必要である。

2) 5 事例から得られた今後の課題及び教訓

(1) 妊娠期からの発生予防の重要性

妊娠期からハイリスクであることを医療機関の医師や助産師等が断片的に要支援家庭を早期に発見し支援を開始することによって虐待を予防するためには、母子健康手帳の発行の際や、妊産婦健診、乳幼児健診等母親と接する機会を十分に活かす必要がある。

退院時に医療機関の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、情報が断片的で援助の内容は担当者個人の判断に委ねられていたため、医療機関および保健所をはじめとする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事例があった。妊娠期から妊婦健診を行う医療機関や地域保健機関においてハイリスクの妊婦を把握し、支援を早期に開始することによって、虐待の発生を予防することが重要である。出産時においても母親の退院後何らかの養育支援が必要と判断とされる事例については、医療機関から保健及び福祉機関（特に育児支援家庭訪問に係る情報集約機関など）への情報提供をルール化し、情報提供を受けた機関は退院前から支援チームを構成し、養育能力等のアセスメントを経て適切な支援へとつなげていくことが必要である。

(2) 虐待の認識及び要支援家庭の判断力の向上

ある事例では、明らかに子ども虐待であると児童相談所の職員に言われても、関係者が子ども虐待の定義について明確に理解していないために、速やかにはこれを認めないという状況が見られた。一方で、児童相談所職員でも危機的な状況を判断できていなかったり、また、ハイリスク家庭であることは認識していたが「虐待」という視点を保健師も持っていなかった事例もあり、家庭全体の状況を虐待と結びつけてアセスメントすることができていなかった。

子どもに関わる全ての支援者は常に固定観念にとらわれていないか再確認するとともに、虐待に関する意識を高く持ち、子どもに起こりうるあらゆる状況を想定して、要支援家庭の判断を行うことが求められている。

また、悲劇的な虐待死をなくすためには、そもそも虐待に該当するか否かにこだわるのではなく、「保護者による不適切な監護」が認められれば、援助を開始するという視点とその周知が必要である。そして、虐待予防の観点からは、要支援家庭やハイリスク家庭においては虐待が起こる可能性があるという前提にたち、リスクの把握に努めると同時に、子どもを中心とした家庭全体をアセスメントする必要がある。

このような子ども虐待に関する基本的な知識について関係者へのさらなる広報・啓発の必要性がある。

(3) 子どもの安全確認の重要性とアセスメント力の向上

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

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

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

これらの状況に対して、以下のような改善が必要と考えられる。

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

(4) 介入的アプローチの重要性と専門職の養成及び配置の必要性

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

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

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

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

（５）組織的対応及びスーパービジョン（教育・訓練・指導）の重要性

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

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

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

（６）関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有

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

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

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

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

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

(7) 在宅支援サービスの整備とその積極的な活用

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

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

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

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

(8) 広域的な社会資源の活用

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

(9) 医療機関の役割の重要性

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

①発生予防における役割

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

②早期発見・治療および援助における役割

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

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

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

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

7. まとめ

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

〈事例の概要〉

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

〈子どもの年齢別に見られる特徴〉

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

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

〈きょうだい2人が死亡した事例〉

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

〈残されたきょうだいへの対応〉

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

〈妊娠期からの虐待予防の重要性〉

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

〈虐待の認識及び要支援家庭の判断力の向上〉

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

〈子どもの安全確認とアセスメント力の向上〉

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

〈関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有〉

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

〈在宅支援サービスの整備を含めた各種社会資源の活用〉

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

〈医療機関の役割の重要性〉

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

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

〈地方公共団体における検証の現状と課題〉

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

おわりに

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

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

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

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

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

【参 考】

1. 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会委員

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

◎：委員長、 ○：委員長代理

2. 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会開催経過

□「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」

第5回 平成17年 8月26日（金）

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

第6回 平成17年10月25日（月）

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

第7回 平成18年 2月 2日（木）

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

第8回 平成18年 2月28日（火）

- ・第2次報告書（案）について

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

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

□「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」

事例検討ワーキンググループ

第3回 平成18年 1月20日（金）

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