

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%

* 5 3 事例中関係機関と全く接点を持ち得なかった 1 8 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	
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	
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	
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	
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ることが難し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。