

**【自治体における  
事例検証報告書】**

# 1 埼玉県

# 埼玉県児童虐待重大事例(死亡事例)検証 委員会による検証について（中間報告）

埼玉県福祉部こども安全課

## 1 事案の概要

平成20年3月14日、2歳の男児（以下「本児」）が曾祖母の家で死亡しているところを発見された。

本児は母親、異父兄及び双子の妹とともに母方の曾祖母の家に居住していたが、母親が本児らをおいて転居し、本児らの養育を放棄したため衰弱、死亡したものである。

児童相談所は、本児が入院していた病院から虐待（ネグレクト）の通告を受けて接触を試みてきたが、母親の拒否によって支援体制を整えられないまま、重大な結果を生じるに至った。

## 2 問題点

### (1) 関係機関の情報の共有化が不十分であった。

児童相談所、保健所、保健センター及び警察等の関係機関が把握した情報が、互いに共有されていなかった。関係機関は適切に情報提供を行うことが必要であった。

### (2) アセスメントが不十分であった。

発育の遅れが見られる、保健師の乳児訪問を拒否している、頭蓋内の古い出血痕で身体的虐待が疑われる等のリスクを増大させる要素に比べて、不潔だが食事は取らせている、祖母等との同居の家庭である、裕福な家庭である等のリスクを軽減する要素を過大に評価した。

そこから、危険性を低く評価し、援助的にかかわる方針を採ることとなった。

### (3) 援助的なかかわりから介入的なアプローチへの切り替えの時機を逸した。

ケースに対しては援助的であれ介入的であれ、常にイニシアチブを取っていく姿勢が必要であり、進行管理ができないときの対応について協議しておく必要があったが、初期の方針を維持することに気を取られて、アプローチの方法を切り替える時期を逸した。

## 3 提言

### (1) 要保護児童対策地域協議会の活性化

より多くの情報を集積するため、また職種や個人の見方を超えて情報の精度を上げるため、関係機関が一堂に会して協議する場は必要で、要保護児童対策地域協議会を積極的に活用して活性化を図らなければならない。

その一つの方策として全体像が見えないケース、気になるケースについては、要保護児童対策地域協議会の場に挙げておくことが必要となる。

### (2) ケースに対する組織的な進行管理の徹底

次の点から現在のリスクアセスメントの方法を体系的に見直し、児童相談所及び関係機関の共通理解を進めるべきである。

- ① 事例に応じた情報収集の手法
- ② 個別ケース検討会議など機関連携によるリスクアセスメントとその共有
- ③ リスクアセスメントを行うべき時期等、マネジメントの体系的整備

## 2 千葉県

# 児 童 虐 待 死 亡 ゼ ロ に 向 け て

～児童虐待死亡事例の検証について（第2次答申）～

平成20年 2月

千葉県社会福祉審議会

## 目 次

はじめに	1
1 これまでの経緯	2
2 今回の検証の目的	4
3 検証の対象とした事例の概要	4
Ⅰ【A市における幼児死亡事例】	4
Ⅱ【B市における幼児死亡事例】	8
4 検証の方法	12
5 事例の検証から明らかになった問題点と課題	13
Ⅰ【A市における幼児死亡事例からみた問題点】	13
Ⅱ【B市における幼児死亡事例からみた問題点】	15
6 課題解決に向けての取組みについて	17
7 当検証委員会における今後の取組みについて	22
終わりに	22

### 参考資料

児童虐待死亡事例等検証委員会名簿	23
児童虐待死亡事例等検証委員会の検証経過について	24

## はじめに

当審議会は、平成16年度に発生した児童虐待死亡事例について、知事からの諮問を受け、当審議会の下部組織である死亡事例等検証委員会（以下「検証委員会」という。）において検証し、平成17年11月に、「児童虐待死亡ゼロに向けて」と題する答申（以下「第1次答申」という。）を行ったところである。

第1次答申以降、千葉県では、児童相談所の増設や対応システムの改善及び市町村ネットワークへの支援強化など、答申に対応した各種取組みを推進している。

しかしながら、残念なことに、18年度において、県の機関が関与しながら虐待により幼児が死亡する事例が2例も発生している。

当審議会では、当該2事例について、平成19年4月、再度、知事から諮問を受けるに至り、その検証を通じての対応策の検討を検証委員会に委ねた。

検証委員会が提示された2事例について検証し、結果をまとめたことを受け、ここに、当審議会として、知事に対し児童虐待防止に向けたさらなる取組みについて提言するものである。

## 1 これまでの経緯

千葉県においては、

- 児童虐待に関する相談件数は増大し、かつ深刻化、複雑化が顕著
  - 児童虐待の防止等に関する法律の改正（児童虐待の防止等のために必要な事項の調査研究及び検証が国及び地方公共団体の責務と明記された）
  - 児童福祉法の改正（児童相談の一義的窓口は市町村、児童相談所は高度な専門性を有する事例への対応、市町村の後方支援と位置づけ）
- 等の状況を受け、児童虐待ゼロを目指した抜本的な検討が必要となった。

### （1）社会的養護検討部会の設置

児童虐待防止に対する抜本的検討が当審議会に委ねられ、平成17年9月、新たに「社会的養護検討部会」が設置されるに至り、その下部組織として「検証委員会」、「社会的資源あり方検討委員会」、「児童虐待防止調査研究委員会」及び「家族関係支援調整プログラム調査研究委員会」の検討が開始されたところである。検討の結果、県に対し、以下の答申及び助言を行ったところである。

### （2）「児童虐待死亡ゼロに向けて（第1次答申）」

検証委員会では、設置直後から、平成16年度に発生した、児童相談所が関与していながら虐待死を防げなかった2事例について検証を行った。検証結果について、平成17年11月、当審議会から知事に答申した。

#### 《答申概要》

- 児童相談所における虐待対応システムの抜本の見直し
- 実効ある児童虐待防止ネットワークの整備促進
- 児童虐待に関する社会的認識の浸透と子育て支援策の推進
- 社会的養護体制や児童相談所の組織体制に関する現状把握、今後の虐待対応を踏まえたあり方の検討

### （3）「千葉県における社会的資源のあり方について（答申）」

第1次答申のうち、「社会的養護体制や児童相談所の組織体制に関する現状把握、今後の虐待対応を踏まえたあり方の検討」に関して、中・長期的な課題についての検討は「社会的資源あり方検討委員会」に委ねられた。



この課題を含め、「社会的資源あり方検討委員会」で重ねられた検討結果を受け、平成19年3月、当審議会から知事に答申した。

《答申概要》

- 児童相談所の取組の抜本的見直し（児童相談所の増設、児童福祉司及び児童心理司の増員等）
- 地域における児童家庭相談体制の整備（要保護児童対策地域協議会の全市町村への早期設置、児童虐待予防徹底のため、医療・保健・福祉・教育等の機関が連携し方策を検討 等）
- 社会的養護体制の受け皿整備（10年間で200名以上の児の受け皿の増加が必要であり、前期5年間で重点的な整備を図る 等）

（4）その他、重大事例に関する検証及び助言

検証委員会は、虐待死亡事例以外の重大な児童虐待事例（2件）に関して、県の依頼に基づき検証を行い、その都度、県に助言を行った。

ア 平成17年度の検証：「同居男性による幼児2名への傷害」事例

《助言概要》

- 事例を隙間に落とさないように、児童相談所と市町村の役割分担や連携等について共通理解の徹底
- 子どもの安全確保を最優先とする。情報収集は保護者の意向よりも客観的なリスクアセスメントにもとづき、迅速で時に介入的な援助を優先させる。

イ 18年度の検証：「里親委託中の幼児の死亡事故」事例

- 里親や里子の支援に万全を期すため、管外委託における児童相談所間の連携等を含め、里親委託のルールを明確にし、徹底する。
- 里親委託当初の児童相談所職員によるきめ細やかな支援が必要であり、体制整備を図る。
- 里親に対し、里子の事故や急病等の緊急時における対応について、情報提供や研修が必要であり、また、里親の研修受講の促進を図る。

## 2 今回の検証の目的

前回は、児童相談所が関与した2事例について検証し提言を行った。今回の検証事例は、健康福祉センター（保健所）（以下「県保健所」という。）が関与した事例が1件及び前回同様に児童相談所が関与したものが1件である。

乳幼児の健全育成に深く関わる母子保健担当機関のあり方を明確にすることや児童相談所の専門機関としてのさらなる取組みの必要性を中心に検証を行った。

## 3 検証の対象とした事例の概要

### 1 A市における幼児死亡事例

泣き止まない本児に腹を立てた実父から、腹部や頭部を殴られたことによる脳幹部損傷及び硬膜下血腫の各傷害に基づく脳障害により死亡したものの。

(1) 死亡児童 1歳男児

(2) 家族関係 実父34歳（会社員） 実母32歳（当初は無職の情報・外国人）  
兄5歳 姉2歳 本児 父方祖母（他県在住、必要時来訪）

\*本児（飛び込み出産）出生当時、兄・姉とも無国籍。本児出生後事件発生までの間に子供3人は日本国籍及び実母は特別在留資格を取得。

(3) 経過

平成17年12月15日 本児出生

A市内病院（以下「病院」という。）で飛び込み出産の低出生体重児として生まれる。（出生時の体重2,125g）

平成17年12月28日 病院が支援を開始

本児出生を機に病院は本ケースと関わり始め、主にソーシャルワーカー（以下「SW」という。）が父との面接で支援を開始し、生活状況や家族状況を把握するとともに、母の滞在資格や子供の出生手続き等の指導をする。母の退院に際して、他県在住の父方祖母の協力が得られることをSWは確認している。

平成18年1月12日に至り、父からSWに、婚姻届の提出の準備をしていることや子供の認知届が受理され外国人登録ができたこと、パスポー

トの名字の変更手続きをしたこと等が報告されている。

以後も、病院は父への支援を継続している。

平成18年1月18日 病院での乳児健診

体重 2,875 g。その他発育は順調。

平成18年1月26日 病院から県保健所保健師に未熟児家庭訪問の依頼

当初、病院から電話で未熟児家庭訪問の依頼があり、その際、本児が多指であること、SWが関与していることを伝えられている。

病棟看護師長から1月26日付けの文書で、県保健所未熟児訪問担当保健師あてに未熟児家庭訪問の依頼がある。(父親も希望)

平成18年2月10日 県保健所地区担当保健師訪問指導開始

県保健所地区担当保健師(以下「担当保健師」という。)が家庭訪問を実施。

生後1か月26日で体重 3,556 g。

「実父が半年間入院したこともあり借金がある」「夫婦の結婚手続きが進んでいない」「妊婦健診はお金がかかるため未受診だった」ことを聞き取る。

(SWは、2月21日付けの訪問結果の文書を23日に受け取り、小児科外来に届けている。)

平成18年3月6日から同年6月27日まで 担当保健師5回訪問指導実施。

担当保健師が家庭訪問を実施。生後6か月12日で体重は 5,506 g。この間、栄養指導とともに未熟児等発達相談、他の子を含めた予防接種受診などを勧める。担当保健師は訪問の都度、病院SWに内容を報告し、SWは本児の父から得た情報を担当保健師に伝え、互いに連絡を取り合っていた。

平成18年9月7日 父から病院SWへ連絡

父からSWへ電話連絡があり、本児の日本国籍取得が実現し、勤務先の健康保険加入手続き中であることを報告。SWがこのことを担当保健師へ連絡したところ、担当保健師は療養休暇中であり、訪問が途絶えていたことを知る。(翌日後任が決定した旨の連絡を受ける。)

平成18年9月8日 担当保健師が療養休暇のため交代

平成18年9月下旬から11月上旬まで

担当保健師が家族に電話連絡するが連絡つかず

平成18年11月13日 父から病院SWへ連絡

父からSWへ健康保険に加入したので受診させたい旨の報告がある。(SWが担当保健師に連絡したところ、父あてに、9月半ばから11月13日の間に4回電話をしているが、連絡がつかない旨の報告あり)

平成18年11月17日 病院小児科医から担当保健師に依頼

病院小児科医から、担当保健師に「今日、受診のため来院したが体重が5,800gで、体重増加不良なので訪問指導をして欲しい」との依頼電話がある。

(退院後の来院は、受診1回、健診2回)

平成18年11月21日 県保健所、訪問指導再開

担当保健師が家庭訪問を実施。(前回訪問から約5か月の空白期間があるが、前任の担当保健師は病院SWと7月3日まで連絡を取り合っていた)

生後11か月6日で体重が5,758gで、母親に体重増加不良を説明し、食事を多めに摂らせるよう指導。台所及び室内が雑然としていることなどを、訪問時の状況として病院SWに電話で報告する。(病院の記録には、室内が乱雑。つかまり立ちなど発育は順調だが、体重の伸びがよくない。「かたづけをしないと父に怒られる」と実母が発言とある。)

同日 病院SWからネグレクトであると担当保健師へ伝達

担当保健師から訪問時の状況を聞いた病院SWが、その内容を小児科医に報告し、その結果、医師がネグレクトと判断した旨の連絡をSWから担当保健師が電話で受けている。

平成18年11月22日 病院SWからA市子ども福祉課へ連絡

病院SWがA市子ども福祉課へ電話で、両親の状況、生活状況、病院の関わりを伝え、支援を依頼する。

A市子ども福祉課は、病院SWから母の育児能力等の低さから「ネグレクトの疑い」があるための支援依頼を受け関わることとし、担当保健師に状況確認の電話をしている。担当保健師は、家庭訪問時の状況を伝える。

担当保健師は、市保健センター保健師に「小児科医がネグレクトと判断した」ことを電話で伝えると、市保健センター保健師は、「平成18年6月28日に家庭訪問をしたときに、本児の姉が耳かきを耳に入れたとき兄が押し、耳から出血し、耳鼻科1回受診したが、再受診の指示があったが未受診。」ということがあったと伝えている。

平成18年12月12日 病院医師から担当保健師あて虐待認識の伝達

病院小児科医が担当保健師に対し、本児の体重増加が気になるので、「訪問して欲しい」と電話で依頼する。その際、体重増加せず、減少しているようであれば、「ネグレクトと考えてよい」と伝えた。

平成18年12月14日 訪問時に新たな傷発見

担当保健師が家庭訪問を実施。生後11か月29日で体重5,930g。左目の下に打撲の跡があり、父の肘にぶつかったためと母から説明される。翌日の未熟児等発達相談を受けることを勧める。母の育児負担軽減のために一時保育や子育て支援センターの利用を勧める。

担当保健師は、訪問時の状況を病院SWに電話。SWは自分から小児科医に伝達すると回答。

平成18年12月15日 病院医師からの伝達

病院の別の医師が県保健所に来所した際、担当保健師に対し、小児科医が「何か所見があれば入院も考えて」と言っていたことを伝達している。

平成18年12月24日 事件発生

事件が発生し、病院に救急搬送される。本児のケガの状況から病院は「虐待」と判断し、小児科医が警察、A市、県児童相談所へ通告する。

実父は傷害容疑で逮捕。

平成19年 1月 3日 本児死亡。

平成19年 1月12日 実父 傷害致死罪で起訴。

平成19年 3月30日 実父 5年6月の懲役判決

#### (4) 判決文から新たに判明した事実

- ・実母は夜間就業をしていた
- ・実父による実母に対するDVがあった
- ・あまりなついてくれないなどの腹立たしさから本児に対し暴力を振るった
- ・泣き止まない本児に腹を立てた実父が、本児の腹部を2回殴っただけでなく、数時間後さらに頭部に頭突き、顔面を殴打した暴行だった

## II B市における幼児死亡事例

実母の内夫から、車中で腹部を数回殴打されたことによる小腸穿孔の傷害を負い、吐物吸引によって窒息死したものの。

(1) 死亡児童 2歳女兒

(2) 家族関係 実母24歳（パート：DVにより前夫と離婚。）

実母の内夫24歳（青果市場勤務） 本児

(3) 経過

平成18年12月12日（8時40分） 車中放置の子どもを発見の通報

他県青果市場2階スロープの駐車中の車の中に子どもが放置されていると通行人から警察署に通報がある。

同日（10時20分） 警察から他県児童相談所へ虐待通告

警察署は本児を保護し、顔面の痣等から身体的に虐待を受けている虞があるとして他県児童相談所に身柄付児童通告をする。

同日 住所地を管轄する県児童相談所にケース移管する旨の連絡

他県児童相談所から移管する旨の電話を受け、県児童相談所は緊急受理会議の結果、本児の一時保護を決定。

同日（13時20分） 本児、県児童相談所に到着（ケース移管される。）

他県児童相談所の児童福祉司2名が同行。児童相談員が、本児の身柄を受け取り、受傷状況を確認のため写真撮影後、本児は保護課保育士に連れられ、一時保護所へ移動する。

他県児童相談所児童福祉司2名から県児童相談所児童福祉司と児童相談

員の2名に対し、口頭で次の情報提供があった。

- ① 他県児童相談所職員が本児に痣のことを聞くと「ママがやった」と答えた。
- ② 他県児童相談所職員が見たところ、内夫と本児の関係は悪くなさそうである。
- ③ 他県児童相談所職員が内夫に本児の顔の痣について聞いたところ「本児が台所の蛇口に自分で顔をぶつけ、一日経って腫れが下の目の方へ下りてきている。」と答えた。

同日 (14時過ぎ～14時40分) 実母及び内夫に対し同時に面接  
県児童相談所児童福祉司、児童相談員の2名で面接を開始するが、途中、  
児童相談員は緊急ケース対応のため退室し、最後まで面接したのは児童  
福祉司1名であった。

同日 (14時40分～15時) 援助方針会議実施  
所長を含む8名の職員が出席する。面接した児童福祉司から次の点が報  
告された。

- ①親子関係及び負傷の事実の説明に不自然さがない。
- ②児童相談所の今後の関わりを了承した。
- ③親族がB市におり、協力が可能である。
- ④病院の受診を約束した。

援助方針会議では、「本児と実母、内夫を会わせたうえで、関係に不自然  
さが見られない場合、在宅支援が可能ではないか」と判断した。

同日 (15時～15時20分) 本児を含めた面接を実施  
本児は、一時保護課保育士に連れられ面接室へ移動。児童福祉司が本児  
を含めた面接を行う。

面接した児童福祉司は、本児が面接室の中で、実母より内夫の方に寄り  
添うようなこともあり、実母の方が養育下手との印象を持った。

同日 (15時20分～) 援助方針会議(2回目)開催  
県児童相談所は、所長を含む9名の職員が出席し、開かれた緊急援助方

針会議で、面接した児童福祉司から、実母、内夫に本児を会わせた結果を報告する。

疑いはあるが、親子分離するほどではないと会議決定した。

同日 (15時30分) 一時保護解除、本児家庭引取り

本児を実母及び内夫が引き取った。

平成18年12月14日 県児童相談所が家庭訪問を実施

県児童相談所児童福祉司2名で家庭訪問する。自宅には本児と実母が在宅しており、母子の表情や、やり取りから特に気にかかることはなかった。室内はきれいに整頓されていて本児の玩具もあり、虐待を疑わせるような環境ではなかった。実母は「本児の顔面の痣は、おでこをぶつけた痣が下りてきたもので、問題はない」と前日行ったC小児科に言われ、薬なども出ないと話していた。

平成19年1月12日 B市へ保育所入所を問い合わせ

県児童相談所児童福祉司からB市保育課職員へ保育所申込状況を問い合わせるため電話。

一時保護した他県児童相談所からケース移管された児童であるが、家庭訪問の状況から虐待とまでは感じられないと状況を説明したうえ、入所要請というより、入所可能な時期を問い合わせた。

B市保育課職員からは「母の就労証明書が出た時点がスタートとなる」、「4月が一番入りやすい時期」との回答を得る。

平成19年1月16日 県児童相談所児童福祉司2名が家庭訪問を実施。本児の顔に新たな傷を発見。

左頬に約1センチほどのかさぶた有り。右目脇が少し青痣になっており、白目部分が赤くなっていた。児童福祉司が実母に確認したところ、「母が仕事に出るときに追いかけてきて、アパートの階段から落ちた。内夫が病院に連れて行き、問題ないと言われている」と説明される。(病院名は確認していない。)

実母の就労は、ホテルのベッドメイキングで週3日程(17時から23



時)と聞いた。

同日 県児童相談所児童福祉司2名がB市保育課訪問

県児童相談所児童福祉司2名がB市保育課を訪問し、児童福祉司から保育課職員に対し、「先日は虐待までは感じられないと伝えたが、今日の訪問時に顔に傷もあり、家庭内での扱いの荒さ、まずさを感じたため、様子確認のためにも4月より早くに保育所に入れたいか改めて聞きに来た。」旨伝える。保育課職員からは「19年4月以前の入所は厳しい」との回答を得る。

なお、B市保育課職員は養育状況の悪化のことは聞いていないと話している。

平成19年1月18日 県児童相談所児童福祉司から実母へ連絡

保育所入所に関する書類不備の件で、手続きの仕方を電話で実母に伝える。

平成19年1月21日 事件発生

家庭からの通報により病院に搬送されるが、本児死亡。平成19年1月12日及び18日、実母の内夫より車中及び自宅で腹部を殴打されたことによる小腸穿孔の傷害を負い、吐物吸引によって窒息死したものとされている。

平成19年3月 1日 実母、内夫 傷害容疑で逮捕

平成19年3月20日 内夫 傷害致死で再逮捕

平成19年4月10日 内夫 傷害致死罪で追起訴

平成19年9月 3日 内夫 初公判

平成19年11月19日 内夫 8年の懲役判決

## 4 検証の方法

今回諮問された2事例については、担当調査チームを設け、本事例に関係した機関に対し、聞き取り及び関係記録の閲覧による現地調査を実施した。さらに、その内容を検討した。

### (1) 調査に当たっての基本的な考え方

調査実施に当たっては、以下の事項を基本的な考え方とすることを確認した。

- ① 再発防止に向けての方策を検討するための調査であること。
- ② そのため、個人の対応を問題とするのではなく、組織としての対応の問題を把握しようとするものであること。
- ③ 組織としての運営や意思決定プロセスを把握し、併せて、各局面における関係者の感情や認識が、組織としての対応にどのように反映されたのか、必要に応じ確認すること。

### (2) 各担当チームにおける調査方法

#### I A市における幼児死亡事例

##### (ア) 調査に当たっての留意事項

調査に当たっては、以下の点を踏まえ実施することとした。

- ① 県保健所の関わりが、低出生体重児への指導に終始している事例であったこと。
- ② 医療、市町村などの関係機関の連携のあり方が重要であったこと。
- ③ 飛び込み出産、低出生体重児などハイリスクの子どもであったこと。

##### (イ) 調査方法

関わりのあった機関の記録確認後に、それぞれの組織においてこの事例に関与した職員に対して、組織ごとのヒアリングを実施した。

#### II B市における幼児死亡事例

##### (ア) 調査に当たっての留意事項

調査に当たっては、以下の点を踏まえ実施することとした。

- ①他県からケース移管された事例であったこと。
- ②関わりのほとんどが児童相談所であったこと。
- ③関わりから事件発生までが短期間だったこと。

#### (イ) 調査方法

関わりのあった機関の記録確認後に、それぞれの組織においてこの事例に関与した職員に対して、組織ごとにヒアリングを実施した。

## 5 事例の検証から明らかになった問題点と課題

### I 【A市における幼児死亡事例からみた問題点】

#### (1) 県保健所保健師の支援に関する問題

##### (ア) 虐待の視点（認識）及び危機感の不足

支援していた担当保健師は、母親の「養育能力の低さ」からくる本児の健康状態を問題視していた。そのため、病院から虐待が疑われる情報が発信されたにもかかわらず、依頼内容やデータから、ネグレクトとの危機感を読み取れず、他のきょうだいの健康状況も含め、家族全体の背景を捉えた支援が不足していた。

また、子どもの状態を見ることは、虐待予防の援助で優先されるべきことだが、家庭訪問時等に得られた本児の体重増加不良や、左肘の怪我、姉の耳からの出血等身体的虐待ともとれる兆候についても、虐待の視点からのアセスメントがされなかった。

##### (イ) 所内での支援体制の不備

虐待の認識を欠いたまま、前任保健師が療休に入り、後任保健師との間に十分な引継ぎがなされずに、約5か月の空白期間が生じてしまい、適切なアセスメントの引き継ぎがなされなかったことで担当保健師一人の判断、活動に任されていた。そのため、事例に対するリスクアセスメント、支援策等の検討、担当者へのスーパーバイズなど組織としての対応がなかった。

##### (ウ) 医療機関および市保健センターとの連携の不足

病院はネグレクトの認識を持ち県保健所に連絡したが、当初「未熟児家庭訪

問」を依頼したこともあって、受けた保健師側は、養育能力の低い家庭として捉え、認識を共有できず適切な支援が出来なかった。また、兄弟の1歳6か月健診においても、リスクの高い家族として市の保健センターと共有できていなかった。

## (2) 市の虐待（予防）の取り組みに関する問題

### (ア) 虐待の視点（認識）の不足

飛び込み出産や外国人母も多いなど、虐待リスクの高い地域であるにもかかわらず、地域の特性を考慮した母子保健の対応策が講じられていない。

また、事例については、姉が1歳6か月健診において、ことばの問題でフォローされたことを機に家庭訪問を実施しているが、本児を含め家族全体の背景や生活状況等のアセスメントを実施しておらず、ことばの問題が解消されたことで支援の対象外となっている。

### (イ) 市における妊娠期から就学時までの一貫した母子保健情報の管理体制の不備

現状では、母子保健の事業毎に相談票を起票しているため、家族に関する情報の一元化がなく、家族やきょうだいに関する情報も把握しにくい母子保健情報の管理体制である。また、妊娠期から就学時までの一貫した個別管理になっていないため、要支援者や健診未受診者などのスクリーニングや継続した支援がシステムとしてできていない。

### (ウ) 県保健所との連携が希薄

県保健所と市の母子保健事業については、それぞれ役割分担を決め事業を実施しているが、役割分担の境界が乖離、硬直化しているため、情報がスムーズに伝わりにくく、同じ市民・県民に対する保健サービスに隙間が生じないようにという視点に欠け、協力して支援する姿勢が乏しい。

## (3) 周産期医療機関における虐待の疑いのある事例への関わり

### (ア) 医療機関内での虐待事例等への支援体制

病院内にネットワークも構築されており、院内連携に問題はないが、本事例に類似したケースが多くケースごとのカンファレンスはもてない状況にあるとのこと。なればこそ、他機関との連携（事実に関する情報のみならず

危機評価に関する情報の提供なども含めて)が現在以上に必要である。

## 【課題】

- 1 虐待を疑わせる事例を発見する力量の涵養、虐待防止・対応に関する保健師の知識・技術の更なる修得
- 2 虐待防止と対応に関し、担当個人の力量に任せるのではなく、組織として発見、ケース検討、スーパーバイズ、対応するシステム（仕組み）の構築
- 3 各母子保健機関における虐待予防の視点を取り入れた母子保健事業の再構築
- 4 関係機関の連携と地域の特性を踏まえた虐待予防の地域支援体制の確立

## Ⅱ【B市における幼児死亡事例からみた問題点】

### (1) 児童相談所のリスクアセスメントに関すること

#### (ア) 初期対応について

他県からのケース移管であり、ケース移管の際、口頭による引継ぎだけで調査記録がなく、警察からの児童通告書も後日送付であった。移管時における引継ぎから、内夫は良心的な人との先入観をもって対応がスタートしている。

#### (イ) DVのメカニズムに対する理解

実母は前夫とDVにより離婚しており、DVのメカニズムを理解し、保護者の聞き取りは、実母、内夫別々に聞き取る等、児童相談所担当者も複数対応することが必要であった。

### (2) 組織・体制に関すること

#### (ア) 面接での対応

実母及び内夫の面接に際し、当初は職員2名で面接を開始したが、緊急ケースが重なり1名は途中退席しており、一人の職員が終始面接することになり一人で判断せざるを得ない状況であった。

面接に対応した職員が、経験豊かな職員であり、面接終了後の会議結果に影響したと考えられる。

#### (イ) 危機管理意識

児童相談所による2回目の家庭訪問で、新たな傷が発見されたのに、機関と

して対応を検討していない。

(ウ) 子どもへの対応

年齢から困難とは思われるが、子どもの言葉を聞き出す工夫が必要であった。

子どもからの情報収集や子どもの意思の確認等常に子どもの安全を考えた子どもの立場に立ってのケースワークが重要である。

(エ) 会議運営

①緊急ケースの場合にこそ、可能な限り情報を収集したうえで、児童相談所の判断の客観性を確保するために、緊急度アセスメント・リスクアセスメントシートを記入し、方向を検討する必要がある。

②本児が同席しての面接場面でも本児は実母より内夫の方に寄り添うような姿が見られたこと、怪我についても実母の養育下手と担当者が判断し、それを会議でも是認したが、多角的な視点でアセスメントをする必要がある。

(3) 市町村との連携に関すること

(ア) 児童相談所は、在宅支援を開始するにあたって、市に対し保育所入所の可能性の問い合わせだけであった。要保護児童対策地域協議会の主管課に対し、虐待が疑われる家庭の支援のための調査及び情報収集であることが明確に伝わっていなかった。

(イ) 児童相談所は、虐待ケース及び養育不安、不適切な養育が疑われるケースを一時保護解除する際には、市に対し送致又は援助依頼を行い、ネットワークを有効活用する必要がある。

【課題】

- 1 児童相談所の虐待対応システムの徹底
- 2 過去の事例を生かしたケースワークの展開
- 3 ケース移管のルール確立
- 4 市町村との連携の徹底

## 6 課題解決に向けての取組みについて

### 提言 1

#### 母子保健関係機関（保健センター・保健所）における児童虐待予防システムの構築

##### 【保健師の支援のあり方】

- (1) 虐待予防の視点から、保健機関（保健センター・保健所）においてもリスクアセスメントを行うことは非常に重要である。保健師の経験等に左右されず、家庭訪問や健診等での情報を標準化して聞き取るために、アセスメント能力の向上を図り、虐待予防のために早期介入と、継続的な支援につなげるようにしなければならない。ただし、アセスメント指標は絶対的なものでなく、基本的な指標であることから、所内外での事例検討等により、支援方針を検討し組織として対応することを認識する。
- (2) 虐待の早期発見に向けて、県保健所の保健師は、未熟児等や精神疾患のある保護者などはリスクが高いことを念頭に置いた支援が必要である。市町村保健師は、妊娠届や新生児訪問、乳幼児健診など、すべての親子にかかわる場面があり、ポピュレーションアプローチ\*の視点からの確に要支援者を把握することが大切である。
- (3) 支援にあたっては、子どもの安全・発育状況の確認、保護者との信頼関係の形成に努めるとともに、保護者の育児負担が軽減できるよう、社会的資源を利用するなど具体的な支援に心がける。
- (4) DVと児童虐待との間に密接な関係が見られ、リスク要因であるとの認識に立ちアセスメントを実施するとともに、DVの発生メカニズムを理解し、虐待防止に生かす必要がある。

##### 【市町村における虐待予防】

##### (1) 市町村母子保健事業における虐待予防対策

市町村が実施する乳幼児健診等は、全ての児が対象となる上に、児童虐待の事例は在宅で支援されることも多く、住民に身近なところで母子保健事業を展開

\* リスクを有する個人に対し働きかけ、リスクを軽減するハイリスクアプローチに対し、集団全体に働きかけ、リスクのレベルを下げて問題を予防すること。

しているので市町村の役割は大きい。

(ア) 市町村における母子保健のシステムに虐待予防の視点を組み入れることは、グレーゾーンやハイリスク家族の早期発見、早期介入に非常に有効であり、支援にあたっては、柔軟にまた積極的に個別援助を具体的に行い、関係機関とも連携を図る必要がある。

(イ) 飛び込み出産や外国人母も多いなど、母子保健の課題も多い地域では、地域の実情に応じた虐待予防対策の推進が急務である。特に、ハイリスク家族に対する虐待予防の施策、親支援対策にも積極的に取り組み、虐待の連鎖を断ち切ることが重要である。

## (2) 母子保健情報の一元化した管理

市町村は妊娠届を受理したときから情報が把握できる。出産後も電話相談、訪問、健診などさまざまにかかわる機会があり、家族やきょうだいに関する情報は虐待リスクの発見やアセスメントには非常に重要である。母子保健の情報が健診毎に分断されるのではなく、継続して活用できるような一元化した母子保健情報の管理を行う必要がある。

### 【県保健所における虐待予防】

#### (1) 虐待予防の地域支援体制の確立

未熟児や精神疾患などハイリスクへの支援が中心となる県保健所では、医療機関と保健機関の円滑な連携のもとに、適切な情報の共有ができるよう虐待予防の連携システムを確立する役割がある。例えば、管内の周産期医療機関、助産院、保健センター等との「関係機関連絡会」を開催する役割も求められる。

#### (2) 所内体制の充実

県保健所は、保健師のアセスメントに基づき支援が必要となった事例について、早期に所内カンファレンスを開催し、個々の状況に応じた支援方法を検討する。

また支援にあたっては、複数体制で応じ、見落としや支援洩れ等のない組織的な基盤づくりを行う。

### 【県における虐待予防対策】

#### (1) 市町村母子保健事業と保健所所管業務との円滑な連携体制の確保



#### (ア) 虐待予防の地域支援体制の確立

虐待予防の地域支援体制を確立するため、事例の引継ぎ等に関する県と市町村との連携強化や情報の共有を進めるための体制整備が必要である。

#### (イ) 県と市町村との協働

なお、虐待予防に限らず、未熟児や精神疾患等のハイリスク支援と市町村における地域保健体制との連携体制を強化することも必要である。そのためには、家族やきょうだい、その他情報が健診毎に分断されるのではなく、継続して活用できるような、母子の保健情報に関する一元管理を実現することが求められる。

#### (2) 虐待予防マニュアルの作成の検討

母子保健従事者が虐待に対応する知識・技術を高めるために、現在実施されている母子保健事業の中に「虐待の視点」を取り入れた母子保健対応マニュアル等を作成し、人材を育成する。

#### (3) 保健師や助産師など母子保健関係者の研修体制の確立

県内の母子保健を担当する保健師や助産師などが、虐待予防・発見・対応に関する知識・技術が向上するような研修内容を検討し実施する。

#### (4) 子ども虐待協力病院の指定に関する検討

医療機関との連携強化が重要であり、検討を開始する必要がある。指定までの間は、母子保健、児童福祉関係職員研修に、児童虐待にノウハウを有する病院の医師、ソーシャルワーカー等による講義・演習を盛り込むなど、児童虐待に関して病院が有しているノウハウの活用を図る工夫が必要である。

### 提言 2

#### 新たな意識啓発・広報の工夫

今回の検証事例のように、妊婦健診の未受診や病院での飛び込み出産は、子ども及び母体にも健康上のリスクを伴う可能性が高く、また、出生後の育児の困難さから虐待を招く要因にもなりうることから以下の取組みが必要である。

## (1) 「自ら守る」意識啓発が重要

かかりつけ医のいない妊産婦のたらいまわし搬送が社会問題となっている中、産婦人科医の減少など地域医療の抱える課題は大きいと思われるが、「母体保護」の観点から、母体を自ら守る、新たな生命を守るという視点での意識啓発が必要である。

## (2) 若い世代への働きかけ

若い世代に対しては、児童虐待問題に関する理解を徹底し、虐待をしない、させない大人になるための意識啓発も重要であることから、教育機関と連携し、児童・生徒に対しても効果的な啓発に努めることが重要である。

特に、10代の妊娠・出産に関しては、虐待未然防止のための若年向け相談窓口や電話相談を開設するなどの対策を講ずる必要がある。

### 提言 3

#### 児童相談所が専門機関として機能を発揮するためのシステムの確立

前回の検証において、児童相談所については、生命・身体に危険が及ぶような虐待事例との認識を持たず、十分なりスクアセスメントが行われておらず、また、専門性を維持するための組織的な対応が十分に機能していないと指摘をしたところである。

しかしながら、今回の事例の検証の結果、家族関係や生活状況からリスクを見立てる職員の力の弱さや特定の職員の判断に左右される会議運営等、職員の資質や組織対応に依然として多くの課題が残されていることが明らかとなった。

しかも、今般、児童虐待防止法等が改正され、来年度からは児童相談所は強制的な権限が付与されるところであり、従来に増して、専門機関として持ちうる権能の適正かつ迅速な発揮が期待されるところである。

そこで、新たに、以下の事項への取組が急務である。

#### (1) 職員一人ひとりが危機管理意識を持った児童虐待への対応の徹底

児童相談所職員は、改めて、児童虐待に対しての行政権限を有する専門機関である児童相談所の使命を認識し、常に危機意識を持ちながら、子どもの安全

と福祉を中心に見据えた対応を徹底する。

(2) リスクに対する職員の感度の向上

児童相談所職員及び関係機関職員の更なる資質向上が必要であり、例えば、過去の死亡事例の検証を生かした実践的研修等を通じ、要援助家庭の状況変化に即応したリスクマネジメント力を養う。

(3) DVを視野に入れたアセスメントの徹底

DVと児童虐待との間に密接な関係が見られ、リスク要因であるとの認識に立ち、アセスメントを実施するとともに、DVの発生メカニズムを理解し、虐待防止に生かす必要がある。

(4) 組織的進行管理の徹底

職員が単独でケースに対応する場面を極力回避する工夫と、アセスメントシート等を活用した客観的判断に基づく会議の運営を確保するなど、組織としての対応を改めて徹底する必要がある。

(5) 他県からのケース移管時のルール確立

初期調査の重要性からも、他県からのケース移管受け入れに際しては、必要な情報、あるいは文書記載事項などに関するルール化が必要である。

(6) 要保護児童対策地域協議会の全市町村に早期設置

県は、全市町村に要保護児童対策地域協議会の早期設置を促し、「市町村子ども虐待防止ネットワーク対応マニュアル」、「千葉県児童相談所子ども虐待対応マニュアル」等の活用により、ネットワークの有効利用・有効活用を推進する。

(7) 市町村との連携

児童相談所は、在宅支援と決定したケースに関しては、早期に地域のネットワークに情報を提供し、支援の環境を整える配慮が必要である。

また、日常的視点として、児童相談所と市の要保護児童対策地域協議会の主管課は情報を共有し、ネットワークを有効活用した支援に努めることが重要である。

## 7 当検証委員会における今後の取組みについて

依然として、全国的に児童虐待は増加し続けており（平成18年度の児童相談所の相談対応件数は全国、千葉県とも過去最高を記録）、虐待を受け死亡にいたる子どもが後を絶たない状況にある。

当検証委員会は、今後も、引き続き、児童虐待防止に向け、必要とされる検証を行っていく。

また、児童の生命と引き換えに得られる検証の結果について、県が再発防止に向けて、速やかに対応されることを期待して、どのように県の取組みに生かされているか、成果について時期を見て検証を行うこととする。

### 終わりに

県は、第一次答申後、児童福祉司や児童心理司の増員、新たな児童相談所の設置など、支援体制の強化を図るとともに様々なマニュアルの作成など、虐待死亡ゼロに向けた取組みは認められた。

しかしながら、今回の検証の結果、前回の答申が生かされなかった事実、言い換えれば、行政の感度の鈍さが確認されたことは、非常に残念である。

この第2次答申に盛られた各提言に関し、県をはじめとする関係機関が迅速に対応し、児童の虐待による死亡がゼロとなるとともに、児童虐待そのものが消滅することを切に願うものである。

参考資料 1

千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会社会的養護検討部会  
児童虐待死亡事例等検証委員会委員名簿

(敬称略)

分野	氏名	役職名	備考
臨床心理	有馬 和子	千葉犯罪被害者支援センター理事	
法律	内田 徳子	千葉県弁護士会子どもの権利委員会委員	
精神科医療	佐藤 眞理	千葉県子ども病院精神科部長	
保健・精神 保健福祉	徳永 雅子	徳永家族問題相談室室長 日本子どもの虐待防止研究会監事	
学識経験者	柏女 霊峰	淑徳大学教授(児童福祉) 次世代育成支援対策を推進する千葉県民会議会長	委員長
	小木曾 宏	淑徳大学准教授	
	杉宮 久充	松山福祉専門学校 非常勤講師	副委員長

## 児童虐待死亡事例等検証委員会の検証経過について

- |             |                                    |   |
|-------------|------------------------------------|---|
| 平成19年4月27日  | 第1回 検証委員会開催                        | <ul style="list-style-type: none"><li>・各事例の概要及び検証方法について検討</li><li>・各事例担当チーム設置</li></ul>       |
| 平成19年6月27日  | A市事例担当チームの現地調査                     | <ul style="list-style-type: none"><li>・関係書類の調査及び関係職員へのヒアリングの実施</li></ul>                      |
| 平成19年6月27日  | B市事例担当チームの現地調査                     | <ul style="list-style-type: none"><li>・関係書類の調査及び関係職員へのヒアリングの実施</li></ul>                      |
| 平成19年7月2日   | A市事例担当チームの現地調査                     | <ul style="list-style-type: none"><li>・関係職員へのヒアリングの実施</li></ul>                               |
| 平成19年7月12日  | A市事例担当チーム検討会                       | <ul style="list-style-type: none"><li>・調査事項の整理</li></ul>                                      |
| 平成19年8月2日   | B市事例担当チーム検討会                       | <ul style="list-style-type: none"><li>・調査事項の整理</li></ul>                                      |
| 平成19年10月5日  | 第2回 検証委員会開催                        | <ul style="list-style-type: none"><li>・各事例の検証結果について</li><li>・問題点と課題の整理及び今後の取組み等について</li></ul> |
| 平成19年10月16日 | 第3回 検証委員会開催                        | <ul style="list-style-type: none"><li>・今後の取組み及び答申素案について</li></ul>                             |
| 平成19年11月1日  | 第4回 検証委員会開催                        | <ul style="list-style-type: none"><li>・答申案について</li></ul>                                      |
| 平成19年11月15日 | 千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会<br>社会的養護検討部会開催 | <ul style="list-style-type: none"><li>・答申案について審議</li></ul>                                    |

### **3 福井県**

# 児童虐待死亡事例検証報告書

平成20年3月

福 井 県

報告書の利用に当たっては、プライバシーに配慮した  
取扱いをお願いします。



はじめに

福井県A市において、平成19年12月4日に生後3か月の乳児が、母親の虐待が原因と疑われる事例により死亡した。乳児の死亡と母親による虐待との関係は現在捜査中であるが、この乳児を含む親子については、これまで市の母子保健担当課、市から新生児訪問を委託された助産師が訪問面接等の対応を行ってきた。

関係機関が関わっていた中で、このような痛ましい死亡事件が発生したことについて、福井県では、再発を防止することを目的として、各関係機関における対応や体制等について検証するとともに、今後取り組むべき課題を検討するため、福井県社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童相談部会において、死亡事例の検証を行うこととした。

この報告書は、関係機関や関係者の判断について、責任を追及するものではなく、今回の提言が市町や県、関係機関における死亡事例の再発防止や児童虐待の未然防止に向けた対応策等に生かされることを切に願うものである。

## 目次

1 事例の概要	
(1) 概要	1
(2) 児童および家族の状況	1
(3) 経過	1
2 支援上の問題点	4
3 事例の検証から得られた今後の取組みへの提言	6
4 今後の取組みの実行	9
5 検証相談部会の開催状況	
(1) 検証委員名簿	9
(2) 検証相談部会開催日程	9

## 1 事例の概要

### (1) 概要

平成19年12月県内のA市において、母親が、生後3か月の乳児を殺害したと疑われる事例が起きた。

生後26日目、A市から新生児訪問の委託を受けた助産師が、母親宅を訪問した際、母親が精神的に不安定であったことを市健康管理センターに伝えた。市健康管理センターではそれほど深刻な案件とはとらえず、その後、市主催のエンゼルセミナーで母親に面接をしたが、比較的落ち着いていたため、特に対応はとらなかった。

その後、平成19年12月5日に乳児が死亡するに至ったものである。

### (2) 児童および家族の状況

家族構成 父(33歳) 母(27歳) 乳児 Y(3か月)

同一敷地内に父方祖父母が同居

### (3) 経過

H19.8.24

生後11日目

市健康管理センターに出生連絡票が提出され、母に新生児訪問希望の有無を電話で確認。母は、「母乳は出ているがゲップが出ないときがある。」と話し、訪問を希望。

H19.9.8

生後26日目

生後26日目。母から「本児がよく泣くため、母乳が出ていないのではないか。」との相談があり、市から新生児訪問を委託された助産師が予定を繰り上げて母方実家を訪問した。訪問した助産師は、「精神的なことも母乳の出方に影響することがある。何かショックなことなどがあったか。」と問うと、母は、母方祖父母間のトラブル(母方祖父が母方祖母に暴力)を目撃したこと、そのことが本児に影響があるのではないかと心配であると話し、涙を流した。「とても辛い出来事だっただろうが、今は母乳が出ており、体重増加は順調である。」と伝え、「父にも話や辛い気持ちを伝え、わかってもらうことが大切」と伝える。週明けに再訪問することを約束した。

H19.9.10

生後28日目

新生児訪問時の母の様子が気になったこと、本児に赤ちゃん湿疹や黄疸があったので、担当助産師が母方実家を訪問した。母が心配していた母乳分泌は良好であり、本児の体重増加が順調であることを伝えると安心し、助産師は一昨日の不安定な様子は落ち着いたと感じた。1週間後に1か月健診が予定されていたので、それまで様子を見ることとした。

H19.9.17

生後1か月4日目

母子は母方実家から自宅に帰る。

H19.9.18

生後1か月5日目

1か月健診に両親で助産院に来院。本児の黄疸は残っていたが、特に問題はなく、担当助産師は、母の精神的不安定さは落ち着いてきたと感じた。2か月健診に来るように声かけをした。

H19.9 月下旬

母から助産院に「本児の泣き方が強く、しんどい。抱っこしていないと泣いてしまう。」と電話相談があり、担当助産師が自宅を訪問。母乳は出ていて、本児に母が言うような気になる様子は見られなかったが、母の育児ストレスを感じた。しかし、家族の協力体制があり、母もその支援を受け入れている様子だと感じられたので、支援を受けながら、ゆっくり育児に慣れていけばよいと助言。また、辛い時はいつでも電話等で相談すればよいと伝えた。

H19.9 月下旬

父方祖母から「母は不安定だったが落ち着いてきた。赤ちゃんをちゃんと見るようになった。」と担当助産師に電話連絡がある。担当助産師は、母の精神状態が短期間に変動していることが気になり、市健康管理センターに対し、新生児訪問結果の報告時に伝えることとした。

H19.10.5

生後1か月22日目

担当助産師が市健康管理センターを訪問し、「新生児等訪問指導結果報告書」を提出。担当助産師と市新生児訪問担当保健師との話し合いの結果、生後2か月までは担当助産師が母子のフォローを行い、その結果をみて、対応を検討することとなった。また、市新生児訪問担当保健師は、担当助産師に「相談機関として、県健康福祉センターの育児不安解消サポート事業や市健康管理センターに臨床心理士がいること」を紹介した。

市新生児訪問担当保健師は、新生児訪問結果報告書の所内回覧を行ったが、2か月健診までは担当助産師が母子のフォローを行うことになっているため、所内検討会は開催しなかった。

H19.10 月上旬

担当助産師は、出産後しばらくは助産師が母子に係わることを知っていた医療機関の看護師から「内密だが、母が睡眠薬を飲んで救急外来に来た。」との電話連絡を受けた。しかし、内密ということだったので、市の健康管理センターに連絡するなどの対応を行わなかった。

H19.10 月中旬

2か月健診に来所せず。このことについて担当助産師と市新生児訪問担当保健師は相互に連絡を取らず、母にも連絡をしなかった。

H19.11.13

生後3か月目

母は本児を連れ、市健康管理センター主催のエンゼルセミナーに参加。本児は発達も順調。母はグループに別れての話し合いでは、思いつめたり、深く沈んでいる様子はなかった。個別相談では、市地区担当保健師（担当助産師と話し合った市新生児訪問担当保健師とは別の保健師）に「産後に精神的ストレスがあり、母乳が出なくなったが、今は落ち着いている。いろいろ考えてしまう。」と言うが具体的には語らず、「夜、本児が泣いて寝ないので、ずっと泣いていると何で泣くのか考えてしまい、自分は夜も寝られず、疲れてくる。」と話す。

市地区担当保健師は、「母子健やかカード」に新生児訪問時に気がかりな事例との記録を確認し、「生活リズムはだんだん整ってくること、赤ちゃんをだっこすると泣き止むのは、抱くと安心するから」であることを伝え、「日中はできるだけお母さん自身が休める体制を作るように」と助言。県健康福祉センターの育児不安解消サポート事業の参加者や指導体制等について詳しく説明し、4か月健診の医療機関、市健康管理センターの地区担当保健師で相談できることを伝えた。

特に母からの訴えがなく、隣の参加者と楽しそうに会話をしている母の様子から緊急性は感じられなかった。

H19.12.4 事件発生。

生後3か月21日目

H19.12.5 本児死亡。

生後3か月22日目

## 2 支援上の問題点

今回の事例では、市の母子保健担当課や市から新生児訪問の委託を受けていた助産師が母子とその家族に関わっていた。その際にリスクと思われるシグナルが数多く発せられている。こうしたシグナルや情報をもとに的確なリスクアセスメントが行われていれば、今回の事態が回避されていた可能性が高いと考えられる。各関係機関の問題点の詳細は以下のとおりである。

### B助産師（A市から新生児訪問を受託）

- ・母親が「睡眠薬を飲んで救急外来に来た」という情報を、内密にこのことであつたのでどの機関にも連絡をせず、助産師自身も対応を行わなかった。
- ・市健康管理センターの保健師と助産師の間で、2か月健診時まで様子を見ることにしていたが、助産院の健診に現れなかったことについて、健康管理センターに連絡および対応を行っていなかった。
- ・ひとり親家庭等の核家族世帯よりも二世帯家族の養育環境は児童虐待のリスクが低い世帯であるという思い込みがあつた。
- ・気がかりな事例について、記録を児童別、時系列で整理し、児童虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行っていなかった。
- ・気がかりな事例について、継続的に市健康管理センターに経過報告を行っていなかった。

### A市健康管理センター（A市母子保健担当課）

- ・助産師が新生児訪問の結果を報告する際に、気になる事例として報告していたにもかかわらず対応を助産師のみに任せ、組織として情報を共有し、対応を検討していなかった。また、虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行っていなかった。
- ・助産師に対し、県健康福祉センターで行っている育児不安解消サポート事業、市健康管理センターに臨床心理士がいることを紹介しただけにとどまり、確実にサポート事業や臨床心理士につながらなかった。
- ・新生児訪問、エンゼルセミナー等の母子保健事業全般において、虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行っていなかった。
- ・育児ストレスを強く感じている母親に対して、助言のみの指導を続けた。また家族に対し、母親を支援するように働きかけるなどの対応が十分ではなかった。
- ・子どもが泣くことについて、強いストレスを感じている母親に対し、泣く子どもへの対処方法を詳しく助言していなかった。

### A市児童相談窓口（A市児童福祉担当部署）

- ・母子保健担当部署からの情報収集体制が弱かった。
- ・医療機関に対し、要保護児童対策地域協議会の機能（協議会での情報の開示が守秘義務違反にあたらないことを含む）について、周知徹底されていなかった。

その他

- ・父は、産後間もない母を気遣っていたが、仕事が忙しく、十分に母の話し相手になることができなかった。
- ・母親等が集う場に行けない母親に対し、子育てについて電話相談ができる情報が伝わっていなかった。

### 3 事例の検証から得られた今後の取組みへの提言

初めての子育ては、体験することの全てに不安を抱えてのスタートである。

子どもの命を守るためには、家庭訪問や健診の際の訴えの内容、気がかりな点を、母子保健と児童福祉の担当部署が十分な連携を取りながら、それぞれの責任と役割を果たすことが求められる。

#### 新生児訪問の受託者

- ・気がかりな事例については、客観的に判断するために、児童別、時系列に記録を整理したうえで、児童虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行うとともに、随時、委託先に報告を行うことが必要である。

#### 市健康管理センター

- ・新生児訪問受託者から気がかりな事例について報告を受けたときは、情報を児童別、時系列に記録を整理したうえで組織として情報を共有し、児童虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行うとともに、対応を検討することが必要である。
- ・特に、要支援家庭であると疑われるケースについては、速やかに市の児童相談担当窓口（要保護児童対策地域協議会調整機関）に連絡することが必要である。
- ・また、気がかりな事例については、健診時における相談や家庭訪問等の適切な支援を迅速に講じることが何より大切であり、それに対応できるよう十分な体制の構築も求められる。
- ・産後間もないケースにあっては、母子保健と児童福祉の連携が不可欠であり、健診など母子保健領域の事業であっても、子どもの発育上の視点だけでなく、児童虐待予防の視点をもって事業を実施することが必要である。
- ・孤独になりがちな母親の育児に対する負担感を解消するためには、子育て支援の面から一時的な親子分離も時には大切であり、乳幼児を対象としたショートステイや育児不安解消サポートなどの制度を有効に活用することも必要である。
- ・不安は他人に話すことで軽減される場合もあるため、1人になりがちな母親に対しては、昼間や夜間の電話相談等の事業を紹介することも必要である。
- ・また、相談に対して助言する場合は、一般論ではなく、対処方法等を個別具体的に説明することが必要である。
- ・産後間もない時期は、睡眠不足等もあって体調や気分の変調が起きやすいため精神保健部門との連携を図ることも重要である。

#### 市児童相談窓口

- ・母子保健部門との連絡を密にし、気がかりな事例については、組織として情報を共有し、児童虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントを行うとともに、対応を検討することが必要である。



- ・特に、地域の子育て家庭を支援する子育て支援センターは、保育所等から収集した育児不安等の情報を検証し、子育て支援センターの運営に活用するとともに、気がかりな事例については、市の児童相談窓口につなぐ体制を構築することが必要である。
- ・また、健診時における相談や家庭訪問等の適切な支援を迅速に講じることが何より大切であり、それに対応できるよう十分な体制の構築も求められる。

### 支援に関わる者の資質向上

- ・児童虐待を早い段階で防止するためには、要支援者の支援に関わる者が、様々な支援場面に適切に対応できる資質を持つことが必要であり、そのために十分な研修体制を構築することが必要である。

#### 【想定される研修内容】

- 虐待を疑わせる事例を発見する手法
  - 虐待予防、対応に関する知識
  - 虐待予防の視点に立ったリスクアセスメントの手法
  - 児童別かつ時系列の事例管理
  - 気がかりな事例への検討および対応
  - 関係機関との連携について
  - 個人情報の提供について
- など

### 関係機関との連携

- ・要支援者が抱える問題は多様であり、その一つひとつを確実に解決していくためには、児童相談窓口や母子保健担当課、精神保健担当課、生活保護担当課、医療機関、民生・児童委員など関係機関が情報を共有し、連携して対応することが必要である。
- ・特に、危険なシグナルを発する家庭については、最初に知り得た機関が速やかに必要な機関に連絡が取れるような体制を構築することが必要である。

### 要保護児童対策地域協議会の強化

- ・要保護児童対策地域協議会においては、明らかに虐待が疑われるケースだけでなく、育児ストレスを感じているような気がかりな事例をも協議するため、協議会の機能等について、医療機関をはじめ関係機関に広く周知を図り、情報収集機能を強化することが必要である。
- ・要保護児童対策地域協議会が効果的に機能するためには、その運営の中核となって関係機関の役割分担や連携に関する調整を行う調整機関※の役割りが重要である。気がかりな事例を把握した際は、調整機関が、迅速に関係機関を召集し、適切な対応をとることが重要である。

※調整機関：要保護児童対策地域協議会を設置する場合は、地域協議会を構成する関係機関のうちから、1つの機関を調整機関として指定する。調整機関として指定された機関は、気がかりな事例を把握した場合は関係機関を召集し、地域協議会を開催し、関係機関の役割分担や連携に関する調整を行う。

#### その他

- ・長期的な視点に立ち虐待を防止するには、次世代育成が重要であり、中学校、高等学校において、育児に関する予備的知識を学べる時間や保育所等でのボランティア活動など子どもと触れ合う経験を持たせる時間を設ける等、心身ともに安定した親になるための啓発教育を行うことが重要である。
- ・子育ては父と母が協力し合って行うものであり、父が子育てに参画しやすい職場環境を作ることが必要である。

#### 4 今後の取組みの実行

検証により提言された取組みは、尊い命の犠牲によって関係者に示されたものであり、関係機関において速やかに実行されるよう望むものである。

なお、この提言の内容は、今回の事例の関係者だけでなく、他市町や他機関に対しても広く周知し、県内全域において速やかに実行されるよう、県が中心となって関係機関にその取組みを強く働きかけることが重要である。

#### 5 検証相談部会の開催状況

##### (1) 検証委員名簿

岩崎	由紀子	福井県民間保育園連盟副会長
金井	亨	弁護士
木越	直昭	福井県児童養護施設連絡協議会会長
坂後	恒久	福井県こども療育センター医療課長
松木	健一	福井大学教授
眞野	元四郎	福井県立大学教授
松井	久栄	福井県小学校長会理事

##### (2) 検証相談部会開催日程

第1回委員会	2月20日	趣旨等説明 事例概要報告 問題点、課題の洗い出し
第2回委員会	3月7日	関係者からのヒアリング
第3回委員会	3月24日	問題点、課題の追加 今後の取組みへの提言の追加 検証報告書(案)の検討

## 4 大阪府

# 岬町・寝屋川市における児童死亡事案 検証結果報告書

平成20年6月

大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会  
児童措置審査部会 点検・検証チーム

報告書の利用や報道に当たっては、親子のプライバシーに配慮した取扱いがなされますようお願いいたします。

# 目 次

	頁
はじめに -----	3
第1部 岬町における乳児死亡事案の検証	
I 事案の概要 -----	5
1 事案の概要	
2 事案の経緯と子ども家庭センターの対応	
II 事案の検証による課題・問題点の整理 -----	8
1 虐待情報の捉え方・アセスメント（評価）のあり方	
2 一時保護（親子分離）の判断	
3 児童虐待等危機介入援助チーム委員及び通告元医療機関との連携	
4 保護者の態度の変化への対応	
5 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理	
6 乳児期の親子分離後の支援	
III 再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～ -----	13
1 アセスメント（評価）及び一時保護の判断のあり方	
2 子ども家庭センターと関係機関等の連携	
3 在宅における見守りの実効性の確保	
4 子ども家庭センターの体制及び機能の強化	
5 取組の進捗状況の点検	
第2部 寝屋川市における幼児死亡事案の検証	
I 事案の概要 -----	19
1 事案の概要	
2 事案の経緯と関係機関の対応	
II 事案の検証による課題・問題点の整理 -----	21
1 虐待情報の捉え方・アセスメント（評価）のあり方・安全確認のあり方	
2 府・市・関係機関との連携のあり方	
3 状況変化への対応	
4 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理	
5 主任児童委員への見守り依頼のあり方	
6 児童虐待アセスメントツールの活用	

Ⅲ 再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～ .....	24
1 安全確認・アセスメント（評価）のあり方及びケースの進行管理	
2 保育所・学校等子どもが所属する機関との連携	
3 見守り（モニタリング）の実効性の確保	
4 市町村児童家庭相談に対する府の支援	
5 市町村支援のための子ども家庭センターの組織体制・機能の強化	
6 取組の進捗状況の点検	

第3部 国への提言 ～体制強化のために～	
児童虐待防止対策推進のための国への提言 .....	28

おわりに .....	30
------------	----

#### 資料

1 大阪府岸和田子ども家庭センター関係資料 .....	32
2 寝屋川市児童家庭相談関係資料 .....	34
3 大阪府児童虐待等危機介入援助チーム設置運営要綱 .....	35
4 児童措置審査部会開催要領 .....	37
5 審議経過 .....	39
6 大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童措置審査部会 点検・検証チーム委員名簿 .....	40

## はじめに

大阪府においては、平成16年の岸和田市における児童虐待事件の後、外部の専門家からなる「児童虐待問題緊急対策検討チーム」からの提言を受け、子ども家庭センター職員の増員等による体制強化のほか、「子ども虐待対応の手引き」の改訂、子どもの安全確認の際のルールや組織的対応の徹底、また、市町村や学校など、子どもにかかわる地域の関係機関による早期発見、早期対応や、見守りのための関係機関連携の強化などの改善を図ってきている。

また、平成18年度から府民や関係機関からの夜間・休日児童虐待通告の窓口を設置し、24時間365日対応を開始するなど、児童虐待への即応体制を整備してきた。

そのような中、本年2月に寝屋川市において、関係機関が関わっていた6歳女児が死亡する事案が発生した。さらに同月、岬町において、二度の原因不明の骨折により、子ども家庭センターが児童福祉司指導中の家庭の乳児が死亡する事案が発生した。

岸和田市事案以降、様々な取り組みが進められてきたにも関わらず、このような死亡事案が連続して発生したことを重大に受け止め、大阪府は、本年2月に社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童措置審査部会のもとに外部の専門家からなる「点検・検証チーム」を設置した。

本点検・検証チームは、それぞれの事案について事実関係を把握し、課題・問題点を抽出することにより、可能な限り具体的かつ実効性のある対応方策、再発防止策を示すことを目的とし、検証を行ってきたところである。

二つの事例の検証を通じて、このような不幸な事件が二度と起きないように、大阪府や国に対し提言するものである。

平成20年6月

大阪府社会福祉審議会児童福祉専門分科会  
児童措置審査部会 点検・検証チーム



## 第1部 岬町における乳児死亡事案の検証

# I 事案の概要

## 1 事案の概要

平成 20 年 2 月 16 日、岬町在住の生後 5 ヶ月の乳児が救急搬送先の病院で死亡した。警察が事故と事件の両面で捜査を開始し、2 月 26 日夜、父親を殺人容疑で逮捕した。

本事案は、大阪府岸和田子ども家庭センター（以下、子ども家庭センターとする。）が、平成 19 年 12 月 7 日および平成 20 年 1 月 28 日に病院からの虐待通告を受け、関与し継続指導を行っていた。

○児童 生後 5 ヶ月男児（以下、本児とする。）

○家族 父親（30 歳）、母親（29 歳）と本児（0 歳）の 3 人

## 2 事案の経緯と子ども家庭センターの対応

平成 19 年

12 月 7 日 病院から子ども家庭センターに家庭内で右足骨折した 0 歳の本児について、骨折の原因が不明のため、虐待通告があった。

12 月 10 日 子ども家庭センターが病院を訪問し、父母と面接、受傷と養育状況について聞き取りを実施。子ども家庭センターで対応会議を実施し、虐待と事故の両方の可能性があり、調査の実施と地域での見守りを行う方針をたてる。

12 月 14 日 家庭訪問を実施。家庭内の養育状況について調査し、母親にベビーベッドを使用する等の事故を防ぐための指導を行う。

同日 岬町の 1 月 29 日実施予定の乳幼児 4 ヶ月健診での状況把握と以降の見守りを依頼する。

平成 20 年

1 月 28 日 病院から「本児が頭部骨折で入院中だが、原因が不明である」と二回目の虐待通告があった。虐待と判断するに至らないため、虐待と事故の両面から調査を開始する。

同日 児童虐待等危機介入援助チーム委員の医師に診断を依頼したところ、「経験豊富な別の医師の方が適任」と言われ、別の児童虐待等危機介入援助チーム委員医師（以下「チーム委員医師」とする。）に診断依頼の連絡を取り、了承を得る。

1 月 29 日 子ども家庭センターが病院を訪問し、病院医師の聞き取りと父母の面接を実施。医師から「外部からの圧力による骨折しか考

- えられない。全身状態は良好。」と聞き、父母は、「父親が 1 月 22 日に本児を抱いて転倒したこと以外は思い当たる原因はない。」と話す。
- 1 月 30 日 子ども家庭センターが家庭訪問を実施し、養育状況や寝室の状況について調査したが、12 月に指導したベビーベッドを使用していないこと以外は、問題は見受けられなかった。
- 2 月 1 日 チーム委員医師が病院を訪問し、医師や看護師と事故か、虐待か、病気かについて話をした上で、子ども家庭センター職員同席のもと保護者と面談した。その後、チーム委員医師は帰路途中で子ども家庭センターに電話し、母親による虐待が疑われるから一時保護すべきと伝えた。
- 2 月 3 日 チーム委員医師の代理人が子ども家庭センター一時保護所に「診断結果報告書」を届ける。(チーム委員医師の証言による。ただし、子ども家庭センター一時保護所の記録によると、2 月 8 日チーム委員医師の代理人により診断結果報告書が届けられた、としている。)
- 2 月 4 日 子ども家庭センター内で対応会議を実施。  
子ども家庭センターは、事故と虐待という両方の可能性を視野に入れて、父母別々に面接をする方針を決定。
- 2 月 5 日 病院にて父、母との面接を実施。父、母とも「骨折について思い当たることはない」と言う。
- 2 月 6 日 子ども家庭センター内で対応会議を実施。  
虐待を疑う中、原因の特定に至らないことから、「父母に対し、子ども家庭センターの指導に従うことを条件に一時保護はせず、在宅で行政処分である児童福祉司指導を実施する。指導を拒否すればただちに本児を保護する」方針を決める。
- 同日 子ども家庭センターから病院担当医に、在宅で児童福祉司指導をとる対応方針について伝える。その際、チーム委員医師の診断結果について文書でもらえないかと依頼を受けるが、個人情報になるので困難であると答える。
- 2 月 7 日 病院にて、父母と面接し、二度の骨折の重大性と再発防止のため、定期的な家庭訪問による児童福祉司指導(2 月、3 月は月 2 回の家庭訪問と 4 月以降は保育所とも連携して見守る予定)とすることを伝える。父母は家庭訪問を了解する。
- 同日 本児、退院。
- 2 月 8 日 要保護児童対策地域協議会の事務局である町役場に経過と方針について連絡し、今後の対応について協議するケース会議の開催の調整を依頼。

- 2月8日 子ども家庭センター内で対応会議を実施。  
児童福祉司指導の内容を変更しないことを確認。
- 2月14日 家庭訪問。母に面接し、本児が時々手をあげたり手を動かして  
機嫌よく抱かれており、またベビーベッドを使用していること  
を確認する。
- 同日 子ども家庭センターが一時保護所からチーム委員医師の診断  
結果報告書を持ち帰り、確認する。
- 同日 父より子ども家庭センターに、子ども家庭センターが虐待と決  
めつけていること、保育所に情報提供することに対する抗議の  
電話がある。
- 2月15日 子ども家庭センター内で対応会議を実施。  
要保護児童対策地域協議会に本児について提出し、保育所入所  
後に保育所を休んだ時に対応できるようにすることを決める。
- 同日 母が本児を連れて病院を受診。
- 2月16日 本児、死亡。
- 2月18日 司法解剖の結果、死因は頭部に外部からの圧力が加わったため  
に脳が腫れ、脳組織が頭蓋骨の隙間から出て脳中枢の機能が失  
われる「脳かんとん」と診断される。
- 2月26日 警察が父親を「殺人容疑」で逮捕。

## Ⅱ 事案の検証による課題・問題点の整理

本事案の検証にあたっては、以下のヒアリングを実施した。

- ・子ども家庭センターの対応経過について、児童記録及び職員からのヒアリングにより具体的かつ詳細に確認する。
- ・児童虐待等危機介入援助チーム委員の医師のヒアリングを実施する。
- ・本児が入院していた病院の主治医のヒアリングを実施する。

上記のヒアリングをふまえ、以下のとおり子ども家庭センターの対応の課題・問題点を整理した。

ただし、本事案については、逮捕・起訴された父親に対する刑事事件公判が開始されておらず、本児が死亡に至る経緯について公判で明らかにされていないことから、現時点での検証結果であることをご了解いただきたい。

### 1 虐待情報の捉え方・アセスメント（評価）のあり方

本事案では、子ども家庭センターが本児の右足と頭部の骨折について、入院先の病院から受傷原因が不明のため、平成19年12月と平成20年1月の二度にわたり虐待通告を受けている。

1回目の足の骨折については、通告を受けた子ども家庭センターが、迅速に入院先の病院を訪ね医師から状況をきき保護者と面接するとともに、家庭訪問を実施し子どもの安全を直接確認し、原因は不明であるが、「乳児の骨折」という受傷状況から「最重度」のリスク評価をし、調査を開始した。しかし、調査の結果、骨折以外の外傷はなく、養育上の問題も認められなかったことから、事故か虐待かの判断がつかず、「虐待とは断定できない」との評価により、子ども家庭センターは本児の一時保護に至らず、在宅のままで保護者に事故防止の指導を行い、町に乳幼児4ヶ月健康診査時（1月29日予定）の状況把握と見守りを依頼した。

2回目の頭部骨折については、通告後の緊急受理会議で1回目と同様に、「最重度」の身体的虐待と評価したが、右足の骨折時と同様に受傷原因が不明のため、子ども家庭センターは緊急一時保護も視野に入れて受傷に関する調査を開始し、チーム委員医師に診断を依頼した。チーム委員医師が病院を訪問し、医師や看護師と事故か、虐待か、病気かについて話をした上で、子ども家庭センター職員同席のもと保護者と面談した。子ども家庭センターは、チーム委員医師と保護者との面談で事故に関する話題が中心であったこと、その後、チーム委員医師から電話で、母による虐待が疑われるので保護すべきという意見をきいたことから、事故と虐待の両面からアプローチする必要があると判断するにとどまった。

子ども家庭センターはチーム委員医師の意見をふまえて虐待の疑いをもちながらも、虐待と事故の両面の可能性を視野に入れて、本児の退院後、在宅での行政処分である「児童福祉司指導」を行い、調査と再発防止の指導を継続する方針を決定

した。

子ども家庭センターは、入院先の病院から通告を受け、いずれの骨折についても、緊急受理会議において、乳児の骨折事案という「最重度」のリスク評価を行っており、また迅速な調査や安全確認、組織としての方針決定のための対応会議もその都度実施していた。しかし、2回目の骨折について、虐待と事故の両面の可能性を視野に入れて調査を継続する必要があると判断した以降、チーム委員医師と十分協議ができなかったことから、アセスメント（評価）についてチーム委員医師と共有できないまま対応するに至った。

また、子ども家庭センターは、受傷の原因が不明のままであり、家庭内の養育環境や親子関係等については良好と認められたため、子ども家庭センターが家庭に介入して調査と指導を継続して行うことで抑止効果があると考えた。

しかし、アセスメントにおいては、受傷内容と、養育環境や子どもの発育状況等を区別する必要があり、「最重度」という子どもの受傷内容を重視したアセスメントをするべきであった。

なお、受傷原因が不明のまま乳児を一時保護した場合、子ども家庭センターが子どもの安全が確保できるとして、家庭に戻すにあたってのアセスメントの基準や内容が明確になっていないという課題が明らかになった。

## 2 一時保護（親子分離）の判断

子ども家庭センターが子どもの安全に関するリスクを「最重度」と評価したにもかかわらず、一時保護を実施しなかった判断要因は、先にも記述したように、虐待の疑いはあるものの事故の可能性も否定できなかったこと、養育環境に明らかな問題が認められなかったこと、また、受傷の原因が不明のままでは児童福祉法第 28 条の申立てによる家庭裁判所の施設入所の承認を得ることは困難であると考えたこと、乳児期の長期の親子分離が子どもの発達に与える影響が大きいこと、行政処分である児童福祉司指導で抑止効果があると思込まれたこと等であった。子ども家庭センターはそれらを総合的に判断し、在宅のまま「児童福祉司指導」の措置を行い、保護者が指導に従わない場合は一時保護を行う方針を決定した。

保護者の養育環境に明らかな問題が認められず、親子の愛着関係の構築に重要な乳児期に子どもを親から一定期間引き離すことに対して子ども家庭センターが苦慮することがあったとしても、乳児に二度の骨折を起こしていることは養育上の大きな問題であり、安全確保を優先する必要があった。

また、骨折の原因が不明であっても、チーム委員医師の「診断結果報告書」を提出すれば児童福祉法第 28 条による家庭裁判所の承認が得られる可能性もあったと考える。

以上により、一時保護の判断に際しては、子ども家庭センターが虐待の疑われる

家庭への介入から親子分離後の家族や子どもへの援助までの役割をも担っていることを考慮しても、子どもの安全確保を最優先し、子どもの受傷内容によって躊躇なく子どもの安全確保と調査のために親子分離（一時保護）し、その後、受傷に至る詳細な事実関係や親子関係等について慎重に調査を行い、その上で家族再統合に向けた家族への援助計画を立てる必要があった。

### 3 児童虐待等危機介入援助チーム委員及び通告元医療機関との連携

1回目の足の骨折について、子ども家庭センターは、受傷原因が不明であり、病院における状況調査や家庭訪問により骨折以外に養育上明らかな問題が認められず、事故か虐待の判断がつかなかった。この時点で、子ども家庭センターは、チーム委員医師への相談や診断を求める必要があった。そのことがその後の骨折の抑止や、2回目の骨折の通告を受けた子ども家庭センターが対応方針を決定する際の判断に活かされたのではないかと考える。

2回目の頭部骨折については、子ども家庭センターは迅速にチーム委員医師に診断を依頼した。事前に子ども家庭センターの対応経過についてチーム委員医師にメールで状況を報告し、2月1日チーム委員医師が本児の骨折について診断し、直後に保護者との面接を行い、病気の可能性はないと説明し、ベビーベッドで寝かせることが守られていないこと、同じことが起きないように子ども家庭センターに関わってもらおうよう伝えている。しかし、その直後、子ども家庭センターは、チーム委員医師から電話で「一時保護すべき」と連絡を受けたが、チーム委員医師にさらに詳細な意見を聞くなど十分な協議ができなかった。子ども家庭センターが、2度目の骨折から死亡に至る19日間の間に、次長兼虐待対応課長以下8名の職員により、12市町をその管轄とし、職権による一時保護を4件、延べ41件の面談、述べ38件の家庭訪問、延べ72件の関係機関訪問を実施する状況であったこと、また、チーム委員医師も2月の1ヶ月間で、子ども家庭センターからの診断依頼が8件と多く、本児の診断も限られた時間に行われたことを考慮しても、子ども家庭センターがチーム委員医師との意思疎通を十分に図ることができなかったという連携体制の課題があった。

また、チーム委員医師は危機感をもって、診断の翌日には「診断結果報告書」を作成し、2月3日に子ども家庭センター一時保護所に届けた。一方、中央子ども家庭センター一時保護所は2月8日にチーム委員医師の「診断結果報告書」を受理し、当該子ども家庭センターが同一時保護所から持ち帰り確認したのが2月14日となっている。

以上の事実経過をめぐっては齟齬があるが、いずれにしても子ども家庭センターが対応を決定するための重要な判断基準となる「診断結果報告書」が、その対応方針に十分活かされなかったことは明らかであり、極めて重要な報告書の提出と受理

の方法がルール化されていないという課題があった。

また、子ども家庭センターが、通告した医療機関の主治医等に対し、「在宅での児童福祉司指導」という対応方針について伝えたものの、その方針に至った理由等について十分説明していなかった。

#### 4 保護者の態度の変化への対応

虐待通告を受けて子ども家庭センターが家庭に介入する場合、保護者は反発し、子ども家庭センターの指導に対し拒否、抵抗をすることが多い。

子ども家庭センターは、家庭内で原因不明の乳児の骨折が二度も起きたことの重大性から、今後の再発を防止するために、「児童福祉司指導」という行政処分を行い、継続的な家庭訪問や関係機関との連携による見守りを実施することとし、保護者が指導を受け入れなければ「一時保護」を行う方針を決定し、保護者に伝えている。

しかし、2月14日家庭訪問の後、父親より子ども家庭センターに、子ども家庭センターが虐待と決めつけていること、4月から本児が通う保育所へ連絡することについて抗議の電話があり、保護者は児童福祉司指導に強い抵抗を示している。

子ども家庭センターは、2月15日に対応会議を実施しているが、この時点で保護者の同意が得られないまま家庭に踏み込み乳児を保護することに相当困難が予想されたとしても、保護者の抵抗を「指導を受け入れない」と判断し、加えて2月14日に確認したチーム委員医師の「診断結果報告書」をふまえ、在宅指導の方針を変更し、本児の安全確保のための一時保護を検討する必要がある。

#### 5 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理

岬町には虐待防止のネットワークである「要保護児童対策地域協議会」が設置されて協議会の事務局は町が担っており、被虐待児童に関する情報共有や援助についての進行管理のため、関係機関の実務者会議が開催されている。

本事案については、病院から直接子ども家庭センターが通告を受け、本児は保育所などに通所していなかったことから、子ども家庭センターが主担機関として中心になって関わっており、町に乳幼児4ヶ月健診での状況把握と見守りを依頼するとともに4月からの保育所入所も含め町にケース検討会議の開催調整を依頼していたところであった。

しかし、「最重度」のリスクである乳児のケースであることをふまえると、1回日の骨折の通告の時点で、町の「要保護児童対策地域協議会」においてケース会議を開催し、受傷の状況や家庭状況等の情報を共有し、関係機関や主任児童委員等が在宅での指導や見守りについて役割分担を行う必要がある。



## 6 乳児期の親子分離後の支援

本事案において子ども家庭センターは一時保護に至らなかったが、乳児に受傷原因が不明の骨折があり一時保護もしくは施設入所により乳児期に親と子を分離した場合、子どもの安全が確保されるまで家庭への復帰が困難になるとするならば、子どもと親の愛着関係の形成に最も重要な乳幼児期に分離したことによる子どもの心理面や発達面での影響が課題となる。

受傷の原因が不明である骨折等の場合に、家族再統合に向けて、保護者や家族状況など、どういう状況になれば保護者が子どもを家庭に引き取れるのかについての具体的な調査方法とともに、親に対する指導手法及び家族再統合に向けての親子に対する支援内容が確立されていないという課題が明らかになった。

### Ⅲ 再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～

#### 1 アセスメント（評価）及び一時保護の判断のあり方

大阪府ではこれまで重篤な虐待事件を契機にして、子どもの安全確保を最優先に対応を行うことや、発見から家族再統合に至る総合的見地にたった対応を行うことを視野に入れて、「子ども虐待対応の手引き」（以下、「府手引き」という。）の改訂を行っている。

しかし、本事案をふまえると、乳児の骨折等、府手引きの安全確認チェックシートにおいて、子どもの生命の危険が「ありうる」「危惧する」という「最重度」の評価になる事例の場合は、受傷原因が不明であっても、子どもの安全確保を最優先に考え、受傷状況のアセスメントをもとに躊躇なく一時保護を実施することを明記する必要がある。

平成 20 年 2 月、そのような趣旨に基づき、虐待通告への対応について、「特に、3 歳未満の乳幼児は自ら被害を訴えることができず状況によっては死に至る可能性があることから、危険度のチェックや安全確保の保障については、厳密に判断を行う必要がある。具体には、3 歳未満の乳幼児の頭部外傷、骨折、内臓損傷、極端な栄養失調、重症の火傷については、子どもの安全確保が保障されない限り、安全を最優先に一時保護を実施する（原因不明の場合も含む。）」と直ちに府手引きを改訂したことは評価できる。

一時保護を実施して親子分離を行った上で、虐待事実の有無や父子関係、母子関係、家庭環境等について慎重に調査を行い、保護者の気持ちを受けとめながら家族再統合に向けたきめ細かい援助を行うことが必要である。

本事案のような受傷原因が不明である乳幼児の骨折等の虐待通告が増加している状況においては、受傷原因が不明のまま乳児を一時保護した場合、子ども家庭センターが、子どもの安全が確保できるとして家庭に戻すにあたってのアセスメントの基準や内容を検討する必要がある。

また、子どもを強制的に保護される保護者の怒りや悲しみは大きく、子ども家庭センターへの抵抗も強いため、子ども家庭センターの調査や指導の実施は困難な状況にある。さらに、保護者と対立した場合には、家庭裁判所に施設入所の承認を求めることになるため、保護者指導を開始するまでにはさらに数ヶ月の期間が必要となり、その後家族再統合に向けた継続的な援助を行うことになる。対立した保護者からの行政不服審査請求や訴訟等の対応も求められる。これら全ての業務が子ども家庭センターにのみ委ねられている現状の中、子ども家庭センターが的確にアセスメントするとともに一時保護の要否について判断し迅速かつ適切な対応ができる

よう、外部からサポートする児童虐待等危機介入援助チームの充実強化を図る必要がある。

## 2 子ども家庭センターと関係機関等の連携

### (1) 児童虐待等危機介入援助チーム委員・通告元医療機関との連携強化方策

大阪府では、平成12年11月より、深刻な児童虐待等権利侵害の訴えに対し、必要な調査、相談及び調整を行うとともに、子ども家庭センター等関係機関と連携して、子どもの権利を保護する等子どもの最善の利益を図ることを目的として「大阪府児童虐待等危機介入援助チーム」を設置し、弁護士、医師を中心に構成するチームの委員が子ども家庭センターの求めに応じ、専門的な立場から助言及び指導等の活動を実施している。

子ども家庭センターの児童虐待相談の急増とともに、法的対応に関するチーム委員弁護士による専門的助言・支援の件数や、チーム委員医師による医学的診断を求める件数も急増している状況にある。(平成13年度 弁護士235件・医師28件であったが、平成18年度は弁護士454件、医師50件に増加。)また、平成20年5月現在、チーム委員には弁護士が57名、精神医学専門の医師が12名であるが、子どもの受傷に関する専門のチーム委員医師は2名であり診断の要するケースが増えている状況においてチーム委員医師の負担は大きい。

児童虐待については、家庭内で起こった子どもの受傷の場合、特に本事案のように乳幼児については自ら被害を訴えることができないため、主治医との協議を踏まえ、専門的な医学的診断を得ることが子ども家庭センターの対応に不可欠である。

チーム委員医師に子どもの診断を依頼する場合には、子ども家庭センターの対応経過と評価について事前にチーム委員医師と十分協議をすること、チーム委員医師の診断内容について十分説明を受け協議をすること、保護者への説明時期や内容、今後の対応についても十分に協議を行うことを徹底する必要がある。

また、判断の難しい事例については、チーム委員医師が、保護者への説明や対応の協議、ケース会議に参画すること等を明確化し、徹底を図る必要がある。

そのためには、子どもの受傷について専門的に診断するチーム委員医師の増員や、判断の難しい事例については複数の医師が協議する体制も含め、チーム委員医師が子ども家庭センターや通告元の医療機関等の関係者と十分協議できるよう、体制整備を図る必要がある。

また、診断後の協議の上、医師が「診断結果報告書」を迅速に作成し、当該子ども家庭センターが迅速かつ確実に「診断結果報告書」を受理するルールを定めること、報告書の内容が子ども家庭センターのアセスメントと異なる場合には十分に協議を行うことを徹底する。

通告元である医療機関の主治医等に対しては、入院中や退院後に連携して対応す

る必要があること等から、子ども家庭センターの対応方針やその理由及び判断について十分説明するなど双方の意思疎通を図る必要がある。

## (2) 市町村との連携方策

大阪府内の市町村では、平成20年4月現在41市町村中39市町村において、児童福祉法に規定されている「要保護児童対策地域協議会」（要保護児童及びその保護者に関する情報その他要保護児童の適切な保護を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する援助の内容に関する協議を行う組織。市町村単位の虐待防止ネットワークでもある）を設置している。

「要保護児童対策地域協議会」では市町村が事務局（調整機関）になり、子ども家庭センターと市町村、ならびに保健センターや学校・教育委員会、保育所等の関係機関が管内の全被虐待児童に関する情報を共有し、定期的に協議会の実務者会議で進行管理を行っている。

子ども家庭センターは、「ケース会議」を通じ、子どもが虐待を受けている疑いがあり調査しているなどの場合、「要保護児童対策地域協議会」の構成機関である市町村や関係機関に対する子どもや保護者の情報の提供、また状況の変化等のモニタリングについて内容を明確にして依頼し、より具体的な情報の収集を得て対応方針を決定する必要がある。

特に、重篤な事例では、迅速に関係機関や主任児童委員等による「ケース会議」を開催し、アセスメントの情報等を共有するとともに、各機関の役割分担を行い、関係機関が連携して子どもと家族を支える枠組みを定めておくことが重要である。

また、人口規模が小さい市町村の要保護児童対策地域協議会においては虐待ケースの件数が少なく、必然的に実務者会議の開催頻度が少なくなることから、子ども家庭センターが、対象ケースを広げ育児不安のケースなども含めてきめ細かく把握・検討するなどの運営上の工夫について助言し、支援していく必要がある。

## 3 在宅における見守りの実効性の確保

子ども家庭センターが関係機関や、主任児童委員・民生委員児童委員に日常的な見守り（モニタリング）を依頼する場合は、依頼の目的、内容、期間、頻度、緊急時の連絡方法等の事項、情報を集約する窓口を明確に示して見守りを確実に行うとともに、その具体的な手法を徹底する必要がある。

#### 4 子ども家庭センターの体制及び機能の強化

子ども家庭センターが子どもの安全確保を最優先に考え、保護者の承諾を得ずに職権で子どもを一時保護した場合や、子どもの施設入所に保護者の同意を得られないときに児童福祉法第 28 条による家庭裁判所の承認を得て施設入所措置を行った場合、保護者との意思疎通が難しくなり、家族再統合に向けた保護者指導は困難を極めている。

本事案においても、子ども家庭センターが、骨折の受傷原因が不明であり、養育上の問題が認められず、また一時保護したとしてもその後の親子関係の調整や家族再統合への支援の手法が確立されていないことも影響して、一時保護を実施するに至らなかった経過がある。

子ども家庭センターにおいては、平成 19 年度から「すこやか家族再生応援事業」として、大学やNPO等の協力を得て、虐待の再発防止と早期の立ち直り支援を目指して、保護者を対象とした援助プログラム等の実践を始めている。

本事案をふまえ、受傷原因が不明の場合で、一時保護等により親子分離を実施した乳幼児について、家族再統合に向け子どもの安全を調査する手法や保護者指導のプログラムを検討し、家族の状況に応じプログラムを導入する必要がある。加えて、家族再統合に向けた親と子に対する支援を中心に行う職員を配置するなど、子ども家庭センターが子どもの安全確保のみならず、適切な時期にきめ細かな支援ができるよう、子ども家庭センターの体制を整える必要がある。

また、子ども家庭センターでは、本来、虐待対応において、スーパーバイザーである所長及び課長は、客観的な判断や指示が行えるよう直接保護者や子どもに対応せず、対応した児童福祉司や児童心理司の調査結果や評価、意見をふまえて、対応方針を決定する必要がある。しかしながら、現状では、虐待対応課の課長は、重篤な虐待ケースほど、直接子どもの安全確認や保護者の面接を行い、児童福祉司と一緒に対応しながら進行管理やスーパーバイズを行っている現状にある。

客観的で専門的かつ迅速な判断がより必要になる重篤な事案が増加する状況においては、子ども家庭センターのスーパーバイズ機能の強化が必要である。

子ども家庭センターにおいては、これまでも必要に応じ人員増を図るなど体制の強化を図っているが、児童虐待防止法の改正に伴う権限の強化や、夜間休日対応の開始、職権による一時保護・立入調査件数の増加と、それらの保護者の意に反した行為に対する子ども家庭センターへの激しい非難等があり対応困難な状況が続いている。平成 18 年度の大阪府、大阪市、堺市を合わせた虐待相談対応件数は 4,383 件であり、東京都を上回り全国で一番多い件数であった。

本事案においては、複数回にわたり、所内の対応会議を実施し、家庭訪問、病院訪問、面談などを実施しているが、10 ページに述べたようにチーム委員医師及び子

ども家庭センターが多忙を極め、児童虐待等危機介入援助チーム委員である医師との協議が十分できていなかったため対応方針に活かされなかった等の課題があった。14 ページに述べた子どもの受傷に関する専門のチーム委員医師の体制整備とともに、子ども家庭センターについても、管内の市町村数や面積などに配慮し、体制を強化する必要がある。

※なお、全国の児童相談所の児童福祉司が本来対応しなければならないケース（未処理、在宅指導、施設入所措置・里親委託）を何件抱えているかを把握した調査では、1人当たりのケース数が107件であり、欧米諸国の1人当たりのケース数20件前後の5倍に相当し、職員の一層の増員が必要との結果がある。（才村純「児童虐待防止制度改正後の運用実態の把握・課題整理及び制度のあり方に関する調査研究」（財団法人こども未来財団）より）

## 5 取組の進捗状況の点検

本事案について、子ども家庭センターの対応経過を中心に検証する中で導き出された、再発防止に向けての取組みに関して、大阪府は、毎年、その取組みの進捗状況を「点検・検証チーム」に報告し、評価を受ける必要がある。

## 第 2 部 寝屋川市における幼児死亡事案 の検証

# I 事案の概要

## 1 事案の概要

平成20年2月16日、6歳の女児が母親の内縁男性からの暴行により、意識不明の重体となり、病院に搬送される。同日、警察が内縁男性を殺人未遂容疑で逮捕。

2月20日、本児死亡。

○ 児童 6歳女児（以下、「本児」とする）

○ 家族 母親（29歳）、兄（9歳）、本児（6歳）、内縁の男性（21歳）の4人

## 2 事案の経緯と関係機関の対応

平成19年

10月17日

本児が通う保育所より寝屋川市保健福祉部こども室家庭児童相談室（以下、「家庭児童相談室」とする）に電話による情報提供と相談がある。

相談内容は、同居の内縁男性が存在しており、本児の体に古く薄いアザがあり、養育困難な状況もあるという、親対応に関することであった。

家庭児童相談室から保育所に「しつけでも、アザ・ケガがあれば虐待とみなす」旨、保護者に警告するように依頼。

10月23日

兄の通う小学校から大阪府中央子ども家庭センター（以下、「子ども家庭センター」）に虐待通告がある。通告内容は、兄の話では内縁男性が同居し、妹（本児）が内縁男性から叱責されて正座させられ、押入に入れられることがあるということであった。兄は欠席しているため、小学校が家庭訪問する旨を聴取。兄の状況及び本児に関する兄からの情報と保育所からの情報をもとに、家庭児童相談室と子ども家庭センターが電話で今後の対応方針を協議する。

10月24日

家庭児童相談室と保育所の協議の結果、保育所が母親と内縁男性と話し合った。子ども家庭センターは市におけるモニタリングを依頼し、子ども家庭センターと家庭児童相談室の協議で主たる援助機関を家庭児童相談室とする方針を決める。

11月19日

保育所が本児の「青アザ」を確認し、保育所から家庭児童相談室に電話報告がある。

11月27日

保育所で本児の新たな「青アザ」を発見する。



12月7日 保育所より家庭児童相談室に本児の登所状況は良好で怪我もない旨、電話報告あり。

12月19日 寝屋川市要保護児童対策地域協議会(機関の実務者会議)開催。新規ケースとして家庭児童相談室と子ども家庭センターの両機関から本児の台帳を提出。

平成20年

1月8日 1月になって本児は保育所に登所せず。母親より保育所に、仕事を辞めたのでしばらく休むとの連絡があった旨、保育所から家庭児童相談室に電話報告あり。  
家庭児童相談室から主任児童委員に見守りと情報提供を依頼する。

2月1日 本児と母親が保育所に登所し、同日付けで保育所の退所届を提出。  
その際、本児の顔面に新たな「青アザ」があり。その旨、保育所から家庭児童相談室に電話報告あり。

2月16日 本児が意識不明の重体となる。母親が救急車を呼び病院に搬送。  
警察が内縁男性を「殺人未遂容疑」で逮捕。

2月20日 本児死亡

## Ⅱ 事案の検証による課題・問題点の整理

本事案の検証にあたっては、以下のヒアリングを実施した。

- ・ 対応経過について子ども家庭センター職員からのヒアリング
- ・ 寝屋川市保健福祉部こども室職員からのヒアリング

上記ヒアリングをふまえるとともに、本年5月9日に公表された寝屋川市要保護児童対策地域協議会検証委員会の「検証のまとめ」を参考にし、以下のとおり関係機関の対応の課題・問題点を整理した。

（「検証のまとめ」については、寝屋川市の情報公開窓口で閲覧が可能。）

### 1 虐待情報の捉え方・アセスメント（評価）のあり方・安全確認のあり方

保育所から平成19年10月に家庭児童相談室に相談があった時点で、家庭児童相談室は「軽度」の虐待相談と認識し、本児の現認を含めた安全確認ができていなかった。また、同居男性の存在や顔の「青アザ」などの情報については、リスクが高い情報と十分に認識されず、「子どもが言うことをきかないから叩いてしまう」ということに対し、保育所の警告と指導及び見守り体制により支援が可能であるという当初の認識が、最後まで変更されることがなかった。さらに、大阪府が作成した「市町村児童家庭相談援助指針」にある安全確認チェックシート等のアセスメントツールが活用されなかったことも課題である。

子ども家庭センターは平成19年10月兄の通う小学校からの通告受理の時点で、本児には以前つねられたような痕があるなど初めての怪我とは考えなかったため「中度」と評価したが、家庭児童相談室の「軽度」と評価したことを確認することはできていない。複数機関が関わる場合、リスクアセスメント基準の共有は極めて重要である。

同月に小学校から通告を受けた子ども家庭センターでは、安全確認を学校に依頼し、兄については身体的虐待が無く、妹（本児）が内縁男性から叱責されて正座させられ、押入れに入れられることがあるという状況を日撃することによる軽度の心理的虐待と判断した。

しかし、子ども家庭センターが兄に面接し、内縁男性からの妹（本児）に対する虐待状況を確認していれば、子ども家庭センターと家庭児童相談室が平成19年10月時点で、本児の正確なリスクアセスメントの情報共有ができた可能性がある。

また、兄からの情報が小学校の通告につながっていることやその後の虐待の継続・重篤化の状況を鑑みると、子ども家庭センターと家庭児童相談室がケース対応の主担当機関を決める際に、兄を通じた状況変化の把握や更には兄への心理的ケアの必要性について察知し判断できるよう、連携体制を明確にしておく必要があった。

国の子ども虐待対応の手引きにおいても、「きょうだい」事例は、虐待の危険度が高いことを踏まえ、積極的な対応を検討することとあり、「きょうだい」の通告

ケースには配慮が必要である。

## 2 府・市・関係機関との連携のあり方

保育所から家庭児童相談室への情報提供、小学校から子ども家庭センターへの情報提供があり、複数の関係機関からの情報があったが、ケース会議などで情報共有がされず、要保護児童対策地域協議会の実務者会議におけるケース検討の場が本案には活用されなかった。

また、保育所では、本児の「青アザ」などのイラストを作成し、保管はしていたが、そのような具体的な情報が家庭児童相談室には提供されず、活用されなかった。また、平成 19 年 11 月の 2 回日以降の「青アザ」について、大きさ、程度などが具体的に保育所から家庭児童相談室に報告されていない。家庭児童相談室からも、「青アザ」の場所や数など具体的な情報提供を求めておらず、本児の詳しい受傷状況が把握できていなかった。家庭児童相談室が「軽度」の虐待相談と判断していたため、結果として保育所が保護者への警告と支援、および子どもの安全確認・リスク評価の両方の役割を担わざるを得なかった。

## 3 状況変化への対応

保育所は援助的に保護者にかかわっていたが、平成 19 年 11 月に本児の「青アザ」が 2 回あり、母親から保育所の担任が援助を拒否されたため、直接、保育所長が支援することになった。その時点で家庭児童相談室がアセスメント（評価）をやり直し、子ども家庭センターへ送致するなど、その対応を切り替えることができなかった。

また、1 月になってから本児が登所せず、1 ヶ月の空白があった後、2 月 1 日の退所を告げに保護者が保育所を訪れた時に、保育所が本児の顔面の複数の「青アザ」を確認し、家庭児童相談室へも伝えられた。しかし、家庭児童相談室では、子どもの現認ができておらず、アセスメントの変更にいたらなかった。さらに、保育所を退所したことにより、日々の見守りができなくなった時点でも、家庭児童相談室は家庭訪問などの介入的援助の必要性を認識せず、支援の役割意識を持ち続けたため、子ども家庭センターへの送致や家庭への介入、本児の安全確認はできていなかった。

## 4 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理

市では虐待防止のネットワークである「要保護児童対策地域協議会」を設置し、家庭児童相談室が事務局機能を担い、2 ヶ月に 1 回の頻度で機関の実務者会議を開催して、新規通告ケースと継続ケースの情報共有や協議を行っている。

家庭児童相談室は平成 19 年 10 月の最初のアセスメントで本児を「軽度」の身体的虐待ケースと判断し、その後保育所からきいた状況の変化をアセスメントに反映させていなかったため、12 月の要保護児童対策地域協議会の実務者会議では、本児を新規ケースとして提出したが、進行管理が必要な点検ケースとしてはあげなかった。

一方、子ども家庭センターは本児の怪我は初めてとは考えなかったため「中度」の身体的虐待ケースであるとの認識を持ち、実務者会議の一覧資料には「中度」として提出していた。

しかし、1 回の実務者会議で検討するケースが 30 件以上にのぼり、本ケースについての両機関の評価の違いの確認が十分にできていなかった。また、本児についての関係機関のケース会議ももたれていなかった。

2 ヶ月ごとの関係機関の実務者会議では毎回約 25 件の新規ケースと 5 件の継続ケースの状況確認や協議を行っているが、国が示している「概ね 3 ヶ月に 1 回の全ケースの進行管理を行うこと」は困難な状況にある。

## 5 主任児童委員への見守り依頼のあり方

1 月に本児が保育所を休むことになった際、家庭児童相談室は主任児童委員に、家族の見守りを依頼したが、家庭児童相談室から定期的な問合せを実施していなかった。また、主任児童委員の見守りについても、家屋周辺の状況把握程度に止まらざるを得ず、限界があった。2 月に本児が保育所を退所した時点で、保育所の日常の見守りができなくなることを踏まえて、子ども家庭センターへの相談・協議・送致等の検討が必要であった。

## 6 児童虐待アセスメントツールの活用

大阪府の「子ども虐待対応の手引き」にある「安全確認チェックシート」については、同じく「大阪府市町村児童家庭相談援助指針」にも掲載しているが、「外傷が残らない暴力」は「軽度」で、「アザや傷跡（タバコ等）ができるような暴力を断続的に受けたことがある」は「中度」である等評価基準などでわかりづらい表現があり、また記入要領が付けられていないため、家庭児童相談室においては十分に活用されていなかった。

評価基準の共有化は重要であり、「安全確認チェックシート」に虐待程度の評価基準をより具体的に記載することや、「大阪府市町村児童家庭相談援助指針」において、「幼児の頭部・顔面・腹部の外傷や殴打」は「重度」と評価することを加筆する等の改訂が必要である。

### Ⅲ 再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～

本事案は、家庭児童相談室が主たる援助機関として進行管理していたケースであるため、再発防止に向けて大阪府が取り組むべき方策および市町村を支援する方策等について以下のとおり整理した。

#### 1 安全確認・アセスメント（評価）のあり方及びケースの進行管理

大阪府は、平成 17 年の児童福祉法改正をふまえて、市町村の児童家庭相談が円滑に行われるよう、子ども家庭センターで蓄積されたノウハウや様式等を具体的に記載した「市町村児童家庭相談援助指針」を作成、配布した。また、平成 19 年度には改訂版を作成したところであるが、下記項目について、市町村に再度指針の内容の徹底を図るとともに、必要な部分について改訂する必要がある。

##### (1) 市町村における安全確認・アセスメントのあり方

- ・虐待通告を受けた後の調査や安全確認は複数対応を基本とし、援助方針も組織として判断し決定する。
- ・幼児の頭部・顔面・腹部の外傷や殴打については、リスクが高く、安全確認チェックリストで「重度」であるという意識をもち、子どもの現認とともに、一時保護を求めるなど子ども家庭センターへの送致を実施する。
- ・通告受理後には、子どもの所属機関から怪我の状況や家族状況等の具体的な詳しい情報を収集し、子どもの受傷状況及び家族状況のアセスメントを行う。
- ・市町村が安全確認の時期・手法について徹底し、組織として判断及び実行できるよう体制整備を行う。
- ・きょうだいの通告受理ケースは、ハイリスクケースとして、積極的に対応する。

##### (2) 状況が変化した場合の市町村の対応

- ・母子世帯に内縁男性が同居する等、家族関係や養育状況が変化した時には、原則としてリスクが高まる要注意指標であるという意識をもち、家族状況のアセスメント、子どもの現認を実施する。
- ・保護者の支援への拒否や子どもの怪我の継続というリスクの変化に対し、随時のアセスメントと迅速な子ども家庭センターへの相談、協議、送致等を行う。

##### (3) 市町村と府及び子ども家庭センターとの連携

- ・市町村が主担機関（主たる担当機関であり、進行管理の責任をもつ）である場合、どのような場合に子ども家庭センターに相談、協議、送致するかなど

を取り決め、状況の変化への対応についてもルール化する。

- ・見守りの要件（子どもの日々の確認、怪我、帰宅を渋る、家庭状況、保護者が指導に従わない等）が変化した場合は、状況の変化への対応として、市町村から子ども家庭センターに相談、協議し、子ども家庭センターは時期を逸することなく、介入や一時保護の判断を行わなければならない。また、状況に応じて市町村と子ども家庭センターが協議の上、ケース会議を開催して関係機関間の情報を共有し、役割分担を行う。
- ・府は市町村に対し、虐待通告受理後の対応について周知し、支援を行う必要がある。
- ・子ども家庭センターは、市町村が保護者と支援関係にあるとき、リスク管理を誤らないように留意点について指示し、対応について協議していく。

#### （４）要保護児童対策地域協議会の強化

- ・要保護児童対策地域協議会において、子どもを守る地域のネットワークが有効に機能するよう市町村と子ども家庭センターがケースの進捗管理とリスクアセスメントを徹底する。
- ・要保護児童対策地域協議会において、ケース会議の開催の判断について基準を共有化する。
- ・虐待の情報が複数回に及ぶ場合や日常的な見守りが困難になった場合など、関係する複数の機関でのケース会議による情報の共有、援助方針の確認、主担機関の確認を行う。
- ・実務者会議においては、国が示している全ケースの状況把握や進行管理が定期的に行えるよう、実務者会議の開催頻度や運営のあり方を検討する。

## 2 保育所・学校等子どもが所属する機関との連携

- ・保育所・学校など、子どもが所属する機関が把握した家族の状況変化等の具体的な情報や変化をスムーズに要保護児童対策地域協議会（調整機関）にあげ、検討・評価していく必要がある。
- ・所属機関に対し、見守りと通告、情報提供の方法について研修などにより徹底する必要がある。
- ・所属機関と市町村の役割分担、市町村と子ども家庭センターの役割分担をより明確にしながら、情報の共有化を進める必要がある。

## 3 見守り（モニタリング）の実効性の確保

主任児童委員等への具体的な見守り依頼のあり方については、目的や方法、頻度などを明確にして依頼するとともに、定期的な報告や情報提供についての時期・項目を明確に設定し、文書などにより通知しておく必要がある。

また、市町村は、日常的な子どもの現認が困難になった場合やリスクが高まった場合には、モニタリングの前提は崩れたと判断して見守り体制を変更し、子ども家庭センターへの相談・協議・送致を検討する必要がある。

#### 4 市町村児童家庭相談に対する府の支援

平成 17 年 4 月より新たに児童虐待の通告窓口となり、また平成 20 年 4 月より通告を受けた子どもの安全確認が義務化された市町村にとって、専門職の配置および養成は喫緊の重要課題である。

平成 18 年度の府内市町村の虐待相談件数は計 4,500 件に達している。寝屋川市の場合でも、家庭児童相談室の 2 人の正職員が約 400 件のケースの進行管理をしなければならない状況にある。

市町村は「要保護児童対策地域協議会」の調整機能を担うとしても、管内虐待ケースの進行管理台帳の作成やケースを進行管理するための定期的な実務者会議の開催、必要に応じた個別のケース検討会議の開催調整、さらに関係機関や民間団体の代表で構成される代表者会議の開催等、多くの役割を担っている。

市町村のおかれたそれぞれの状況に応じて、児童虐待への対応機能を強化するため、府が行っている市町村職員の専門性を高める研修をさらに実効ある内容に充実するとともに、市町村職員の子ども家庭センターへの短期の受入れ研修の実施など、市町村の人材育成を一層支援する必要がある。

#### 5 市町村支援のための子ども家庭センターの組織体制・機能の強化

上記 4 に述べたように、市町村が児童虐待対応において重要な役割を担うことになり、その専門性を高めるには、なお財政的、時間的な制約があることから、当分の間は、それぞれの市町村の実情に応じた形で、要保護児童対策地域協議会の運営の支援や研修の企画等子ども家庭センターによる後方支援体制を充実させる必要がある、そのためには、子ども家庭センターが市町村支援を十分図ることのできるだけの組織体制及び機能の強化を図る必要がある。

#### 6 取組の進捗状況の点検

本事案について検証する中で導き出された、再発防止に向けての取組みに関して、大阪府は、毎年、その取組みの進捗状況を「点検・検証チーム」に報告し、評価を受ける必要がある。

第3部 国への提言  
～体制強化のために～



## 児童虐待防止対策推進のための国への提言

### 1 市町村の体制確保・府及び市町村への財源措置について

児童福祉法等の改正により、市町村の役割はますます重要になり、高い専門性が必要になっている。今回の寝屋川市事案のように、市町村の児童家庭相談担当窓口が主に援助し、進行管理する事案はますます増加することになる。しかし、国においては市町村の児童家庭相談窓口の人員配置基準や職員の任用基準が示されておらず、府内の市町村においても状況はさまざまである。市町村の規模や虐待対応相談件数に応じた人員配置基準や職員の任用基準を明確に示す必要がある。

また、市町村においては、交付税措置上、非常勤職員の人件費のみが手当てされている程度であり、児童虐待通告窓口ならびに要保護児童対策地域協議会の調整機関としての機能が保持できるような財源措置の水準でないことは明らかである。

国においては、都道府県、市町村がその責任を全うできるよう交付税措置等の財源措置を十分確保する必要がある。

### 2 児童相談所の体制・機能のあり方についての検討

児童虐待防止法の2回の改正により、児童相談所には、強制的立入調査を含む介入から援助、家族再統合に至るまでの多様な機能が求められるようになった。

具体的には、子どもの一時保護から、対立する保護者との対応、保護者が施設入所に同意しない場合(児童福祉法28条申立)等における家庭裁判所との連携強化、家族再統合への長期にわたる援助、虐待を受けた子どもの心理的ケアや治療、市町村の後方支援まで、多様で複雑かつ高度な判断が求められる取り組みが児童相談所に集中して求められることとなった。

児童相談所に寄せられる虐待相談は年々増加傾向にあり、平成18年度の大阪府、大阪市、堺市を合わせた虐待相談対応件数は4,383件であり、東京都を上回り全国で一番多い件数であった。

このような状況をふまえると、岬町事案のように、受傷原因が不明で事故か虐待かの判断が難しいケースの場合、複数の専門的立場からの意見を反映させることができる仕組み、あるいは、保護者が児童相談所の指導に従わない場合の親指導への家庭裁判所の積極的な関与や親権の一部停止など、外部の専門家や専門機関が児童相談所をサポートする仕組みをさらに強化すべきである。

また、岬町事案を踏まえると、養育状況に問題が認められず骨折等受傷原因が不明のまま乳児を保護した場合、次にどのような状況が確認できれば、児童相談所が子どもの安全が確保できるとして家庭に戻せるのか、そのアセスメントの基準と内容が明確になっていない現状にある。国においても、そのようなアセスメントの基

準や内容、保護者への指導手法に関する研究に取り組むなど児童相談所の虐待対応の現場の課題に即応した対策を図られたい。

さらに、平成 16 年の児童虐待防止法改正により、新たに児童相談所の役割として付加された家族再統合に向けた保護者への指導について、国においても引き続き虐待の再発防止を目的とした技法（スキル）の研究を進め、全国の児童相談所において、保護者が養育スキルを獲得できるなどの保護者に対する虐待再発防止プログラムをさらに展開できるよう、支援すべきである。

### 3 社会的養護体制の整備にかかる対策の早急な実施

虐待により保護が必要な子どもが急増した結果、平成 18 年度の全国調査では施設入所児童の 55.1%が被虐待児童であった。

国においても平成 19 年度より社会的養護体制の整備のための具体的施策について検討をすすめ、社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会報告書が取りまとめられ、平成 20 年 5 月末現在児童福祉法の改正法案が国会で審議されているところであるが、虐待を受けた子どもに必要なケアの質を確保するため、里親家庭や児童福祉施設等社会的養護にかかる資源の量と質の充実は重要で緊急の課題である。

特に、乳児期の親子分離による子どもの心理的発達に与える影響が懸念されることから、国においては、里親家庭及び乳児院等社会的養護におけるケアの充実強化を早急に図られたい。

また、岬町事案のような骨折や「乳幼児揺さぶられ症候群」による硬膜下血腫、火傷など、虐待（疑いを含む）による受傷や疾病により、医療的ケアが継続して必要な乳児が乳児院に一時保護委託また入所措置されることが増えている現状にある。しかし、医療機関が併設されている乳児院は少なく、嘱託医と看護師が配置されている乳児院が多い中で、医療的ケアの必要な乳児の受け入れが困難であるのが実情である。

国においては、併せて、医療的ケアの必要な乳児に対応できる乳児院等の体制強化を図られたい。

## おわりに

大阪府では平成 16 年の岸和田市における児童虐待事件以降、子ども家庭センター等の体制の強化を図るとともに、市町村児童家庭相談援助指針の策定や子ども虐待対応の手引きの改訂を行うなど、虐待への的確な対応を図るためのさまざまな取り組みを推進してきた。

また、児童虐待の防止等に関する法律および児童福祉法の改正等をふまえて、子ども家庭センターや市町村児童福祉所管課では、虐待から子どもを守り家族を支援するため、相互に連携して日夜努力を重ねてきた。

そのような状況の中で今般、岬町事案、寝屋川市事案が続いて発生し、尊い二人の子どもが亡くなったことは痛恨の極みであり、私たち点検・検証チームは、このような事態を二度と繰り返してはならないとの固い決意をもって、両事案に対して徹底した検証を行った。

岬町事案では、乳児の二度にわたる原因不明の骨折を「最重度」とアセスメントしながら、親子分離が子どもに与える影響に対する懸念や、施設入所措置に向けた保護者への指導の困難性等から児童福祉司指導を決定し、その最中に死亡に至ったものである。子どもの安全確保を最優先課題とする子ども家庭センターとしては、本事案のように低年齢の子どもで虐待かどうかの見極めがむずかしいケースについては、虐待の疑いが完全に否定されない限り、まずは一時保護を行い、その後慎重に家族関係等の状況を把握することが、最悪の結果を回避する最善の手法であると私たち点検・検証チームは考えた。

また、寝屋川市事案は、市が援助の主担当機関として進行管理を行っていたのであるが、当初の「軽度」の虐待相談とした市の方針について、その後様々な状況の変化があつたにもかかわらず、見直しが行われることはなかった。要保護児童対策地域協議会での進行管理や子ども家庭センターとの情報共有や役割分担が十分に機能していなかったこととあわせて重要な課題であると私たちは考えた。

二つの事案の検証から、様々な課題が浮かび上がったが、看過できないのは、子ども家庭センターも寝屋川市も膨大なケース数を抱え、多忙を極めていたことである。このことが個々の事例への的確なアセスメントや迅速な対応、円滑な機関連携を阻んでいたことは明らかである。子ども家庭センターおよび市町村における相談支援体制、とりわけ人的体制の強化が喫緊の課題であることを強調しておきたい。

子ども虐待問題はますます複雑・多様化しており、これへの的確な対応を図るには、子ども家庭センターおよび市町村児童福祉所管課はむろんのこと、保健・医療機関や保育所、学校、民生委員児童委員をはじめ地域住民の方々も含め、地域を挙げて見守り、支えあう社会づくりも不可欠である。そのための具体的な取り組みとして何ができるかを児童虐待問題に関わる多くの機関や人たちそれぞれが、「わが事」として真正面から考えていく必要がある。

本報告書は無念の中で亡くなっていった子どもたちの魂の声として、関係者は真摯に耳を傾けていただきたい。特に大阪府においては、本報告書の提言の確実な実現に向け、最大限の努力を払われることを願うものである。また、その他の関係者の方々についても、本報告書をもとにそれぞれの立場で援助のあり方を再検証していただければ幸いである。

なお、寝屋川市においても、事案発生後ただちに要保護児童対策地域協議会に検証委員会を設置され、独自に検証結果をとりまとめられたが、今後の参考に資するものと考えられる。本報告書と併せて活用いただきたい。

## 大阪府岸和田子ども家庭センター関係資料

## 1 虐待対応課体制

所長 一 次長兼虐待対応課長（児童福祉司）

総括主査（児童福祉司）【全地域S V、岸和田市（一部）】

主査（児童福祉司）【岸和田市（一部）、高石市、泉大津市】

主査（保健師）【岸和田市（一部）、泉佐野市】

技師（児童心理司）【心理職として全地域】

技師（児童福祉司）【和泉市、忠岡町】

技師（児童福祉司）【泉南市、阪南市、熊取町、岬町】

技師（児童福祉司）【貝塚市、田尻町】

## 2 虐待対応の件数等（平成19年度）

## (1) 対応別件数

対応	件数
児童福祉施設入所	54
里親委託	0
面接指導	650 (継続指導531、助言指導119)
その他	16
児童福祉司指導	8
合 計	728

## (2) 立入調査・警察への援助要請

対応	件数
立入調査	0
警察への援助要請	4

## (3) 法的対応

28条請求件数	5	内承認件数	4
(内更新)	(1)	(内更新)	(1)

(4) 危機介入援助チーム活動実績

電話相談		面談		家庭・機関訪問		計	
弁護士	医師	弁護士	医師	弁護士	医師	弁護士	医師
30	0	40	9	28	3	98	12

(5) 虐待対応相談における一時保護件数

一時保護所	委託一時保護	一時保護計	うち職権保護
57	47	104	59

(6) 通告件数

平成18年度 342件      平成19年度 393件

(7) 施設入所児童数 96人（平成20年3月末現在）

寝屋川市 児童家庭相談 関係資料

1 児童家庭相談体制

- こども室長（事務職） — 課長兼こどもセンター所長（事務職）  
 課長代理（社会福祉主事）  
 職員（社会福祉主事）  
 職員（社会福祉主事）  
 非常勤職員（臨床心理士）  
 非常勤職員（臨床心理士）  
 非常勤職員（臨床心理士）

2 児童家庭相談件数（平成19年度）

対応	件数
相談対応	952
うち虐待対応	519
要保護児童対策地域協議会対応児童数	430
うち市町村主担児童数	244

## 大阪府児童虐待等危機介入援助チーム設置運営要綱

### (目 的)

第1 大阪府は、深刻な児童虐待等権利侵害の訴えに対し、必要な調査、相談及び調整を行うとともに、大阪府子ども家庭センター（以下「センター」という。）等関係機関と連携して、子どもの権利を保護する等子どもの最善の利益を図ることを目的として大阪府児童虐待等危機介入援助チーム（以下「チーム」という。）を設置する。

### (構 成)

第2 チームの委員は、次の各号に掲げる者で構成する。

- (1) 弁護士
- (2) 医師
- (3) その他、必要に応じて、児童福祉専門家、子どもの権利保護のためにチームへの参加が必要と認められる機関の職員等を含めるものとする。

### (担当区域)

第3 各委員の担当区域は、各センターの所管区域単位とし、大阪府があらかじめ決定するものとする。但し一部委員については、全区域を担当するものとする。

### (活動内容)

第4 チームの活動内容は、次に掲げる事項とする。

- (1) センター所長の求めに応じて、子どもの人権に関する事案について、専門的な立場から調査を行うとともに、親権者等関係者に対して必要な助言及び指導を行う。
- (2) 子どもの人権に関する事案を調査した結果、特に改善等が必要と認められる場合には、健康福祉部児童家庭室（以下「児童家庭室」という。）及びセンター等関係機関に対して、必要な措置を講じるよう助言及び指導を行う。

### (報 告)

第5 チームは、第4に規定する活動を行ったときは、速やかにその内容を部会に報告するものとする。

### (守秘義務)

第6 チームの委員は、職務上知り得た個人の秘密に関することを、特別の理由がない限り他に漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。なお、委嘱期間中に、この規定に違反した場合は、解嘱するものとする。



(報酬及び費用弁償)

第7 チームの委員に対する報酬及び費用弁償については、大阪府社会福祉審議会条例(平成12年大阪府条例第9号)の委員等の報酬及び費用支弁に関する規定に準じて、その活動実績に応じて支給するものとする。

(委嘱期間)

第8 チームの各委員に対する委嘱期間は、委嘱日から、その属する年度の次年度末までとする。なお、委嘱期間中に欠員が生じた場合に新たに委嘱した委員の委嘱期間は、前任者の残任期間とする。

(事務局)

第9 チームの事務局は、児童家庭室におくものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成12年11月21日から施行する。
- 2 この要綱は、平成13年5月8日から施行する。
- 3 この要綱は、平成14年4月1日から施行する。
- 4 この要綱は、平成18年3月16日から施行し、平成18年1月1日より適用する。
- 5 この要綱は、平成19年3月29日から施行し、平成19年1月1日より適用する。
- 6 この要綱は、平成20年2月14日から施行する。
- 7 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

## 児童措置審査部会開催要領

### (1) 目的

児童虐待の増加など、児童をめぐる問題の多様化・複雑化を踏まえ、法律、医学等の専門家からなる「児童措置審査部会」を設置し、子ども家庭センターが入所措置等を探るにあたってその意見を聴くとともに、子ども家庭センターにおける業務への助言や死亡事案等重大事件発生時の検証などにより、より一層、子ども家庭センターにおける業務の専門性並びに客観性の向上を図る。

### (2) 審査・調査する事項

- ① 子ども家庭センター所長が施設入所等の措置を探る場合において、児童若しくはその保護者の意向が当該措置と一致しないとき、審査し、答申する。なお、緊急を要する場合で予め意見を聴くいとまがない場合は、速やかに採った措置を報告するものとする。
- ② 子ども家庭センター所長が予定している措置と児童又はその保護者の意向は一致しているが、措置または措置解除後の処遇への対応について法律や医学等の観点から専門的知見が必要であると子ども家庭センター所長が認める場合、審査し、答申する。
- ③ 児童虐待の防止等に関する法律第13条の4に規定する事項の報告を受け、必要に応じ助言すること。
- ④ 子ども家庭センター業務について調査し、必要に応じ助言すること。
- ⑤ 児童虐待による死亡事例（心中を含む）などについて検証し、その結果や再発防止のための提言をまとめ、府に報告すること。

なお、④、⑤については、児童措置審査部会内に設置する「点検・検証チーム」が実施することとし、その結果については、児童措置審査部会に報告するものとする。

### (3) 審査部会の構成

- ① 大阪府社会福祉審議会内規第2条第3項の規定により、児童福祉専門分科会に属する委員の一部並びに臨時委員として弁護士、学識経験者により構成するものとする。
- ② 児童措置審査部会に、審査部会委員の互選による会長1名を置くものとする。

### (4) 審査部会等の開催等

- ① 審査部会は、会長が招集するものとする。
- ② 審査部会は、委員の過半数が出席しなければ議事を開き、議決を行うことができないものとする。

- ③ 審査部会の議決は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。
- ④ 審査部会の決議は、これをもって府社会福祉審議会の決議とする。
- ⑤ 点検・検証チームは、会長の要請に基づき、(2) ④、⑤を実施するものとする。また、その開催等については、(4) ①～④に準じるものとする。

(5) 部会等の公開

- ① 児童措置審査部会等は、非公開とする。ただし、「児童措置審査部会への弁護士参加実施要領」に定められた弁護士は参加できるものとする。
- ② 非公開とする理由  
審査部会等では、児童等の住所、氏名、年齢、生育歴、身体及び精神の状況等個人のプライバシーに関する情報が把握された中で、子ども家庭センターの措置等について、より専門的な見地から助言等意見を聴くこととなるため。

(6) 庶務

児童措置審査部会等の庶務は、健康福祉部児童家庭室家庭支援課において処理する。

(7) その他

児童措置審査部会等の委員に係る報酬等の取り扱いについては、大阪府社会福祉審議会条例(平成12年3月31日大阪府条例第9号)によるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成20年2月27日から施行する。

## 審 議 経 過

平成 20 年 2 月 27 日（第 1 回会議）

- ・ 検証手法について
- ・ 岬町乳児死亡事案及び寝屋川市 6 歳女児死亡事案の概要

平成 20 年 3 月 17 日（第 2 回会議）

- ・ 寝屋川市事案の概要ヒアリング（寝屋川市保健福祉部こども室）
- ・ 岬町事案の概要ヒアリング（岸和田子ども家庭センター）

平成 20 年 3 月 25 日（第 3 回会議）

- ・ 大阪府子ども家庭センター「子ども虐待対応の手引き」説明
- ・ 岬町事案についての質疑応答

平成 20 年 4 月 10 日（ヒアリング）

- ・ 前大阪府児童虐待等危機介入援助チーム委員医師のヒアリング

平成 20 年 4 月 18 日（第 4 回会議）

- ・ 岬町事案について（ヒアリング結果報告、質疑応答）
- ・ 寝屋川市事案、岬町事案についての問題点・課題と対応策（素案）

平成 20 年 4 月 25 日（ヒアリング）

- ・ 日赤和歌山医療センター小児科医師ヒアリング

平成 20 年 4 月 28 日（第 5 回会議）

- ・ 岬町事案について  
（ヒアリング結果報告、時系列に整理した課題・問題点、質疑応答等）

平成 20 年 5 月 16 日（第 6 回会議）

- ・ 報告書（案）について

平成 20 年 5 月 30 日（第 7 回会議）

- ・ 報告書（案）について

大阪府社会福祉審議会 児童福祉専門分科会 児童措置審査部会

点検・検証チーム 委員名簿

泉 薫	弁護士・淀屋橋法律事務所
岡本 正子	大阪教育大学教育学部教授
◎ 才村 純	関西学院大学人間福祉学部教授
田中 文子	社団法人子ども情報研究センター所長
津崎 哲雄	京都府立大学公共政策学部教授
納谷 敦夫	前社会福祉法人大阪府障害者福祉事業団理事長

(◎は座長、敬称略 50 音順)

岬町における乳児死亡事案の検証

課題・問題点の整理

本府の「子ども虐待対応の手引き」に従い、複数回の家庭訪問、父母面接、所内の対応会議を実施したが、以下のような課題が明らかになった。

1 虐待情報の捉え方・アセスメント（評価）のあり方

- ・ 子ども家庭センターは、養育環境や親子関係について良好と認めたとのことであるが、受傷内容と、養育環境や子どもの発育状況を区別する必要があり、「最重度」という子どもの受傷内容を重視したアセスメントをするべきであった。
- ・ 児童虐待等危機介入援助チーム委員医師（チーム委員医師）と十分協議できなかったことから、虐待の疑いがあり保護すべきとするチーム委員医師のアセスメントについて共有できないまま対応するに至った。
- ・ 受傷原因が不明のまま乳児を一時保護した場合、家庭に戻すにあたってのアセスメントの基準や内容が明確になっていないという課題が明らかになった。

2 一時保護（親子分離）の判断

- ・ 愛着関係の構築に重要な乳児期に親から子どもを引き離すことに苦慮することがあったとしても、乳児の二度におたる骨折という事態を重視し、子どもの安全確保を最優先し一時保護した上で調査を行い、家族への援助計画を立てる必要があった。

3 児童虐待等危機介入援助チーム委員との連携

- ・ 1 回目の足の骨折についての通告受理時に、骨折以外に養育上明らかな問題が認められなかったとしても、子ども家庭センターの対応方針に活かすため、チーム委員医師への相談や診断を求める必要があった。
- ・ 2 回目の頭部の骨折についての通告受理時に、子ども家庭センターは、診断したチーム委員医師と十分な協議が必要であった。
- ・ チーム委員医師の報告書の提出と受理の方法がルール化されていなかったことにより、報告書が対応方針に十分活かされなかった。

4 保護者の態度の変化への対応

- ・ 通所予定の保育所へ連絡することについて、保護者が強い抵抗を示した時点で、子ども家庭センターは一時保護を検討する必要があった。

5 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理

- ・ 1 回目の骨折の時点で、町の「要保護児童対策地域協議会」においてケース会議を開催し、関係機関での情報共有や役割分担を行う必要があった。

6 乳児期の親子分離後の支援

- ・ どういう状況になれば保護者が子どもを家庭に引き取れるのかについての具体的な調査方法とともに、親に対する指導手法や親子への支援内容が確立されていないという課題が明らかになった。

再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～

1 アセスメント（評価）及び一時保護の判断のあり方

- ・ 子ども家庭センターは、受傷原因が不明であっても、子どもの安全確保を最優先に、受傷状況が重篤な事例については躊躇なく一時保護を実施する。
- ・ 受傷原因が不明のまま乳児を一時保護した場合、その安全を確保できるとして家庭に戻すにあたってのアセスメント基準や内容を検討する。
- ・ 一時保護の要否について判断し、迅速かつ適切な対応ができるよう、外部からサポートする児童虐待等危機介入援助チームなどの充実強化を図る必要がある。

2 子ども家庭センターと関係機関等との連携

- ・ チーム委員医師に診断を依頼する場合には、子ども家庭センターが事前及び事後にチーム委員医師と十分協議することを徹底する。判断の難しい事例については、ケース会議等にチーム委員医師が参画すること等を明確化し、徹底する。
- ・ チーム委員医師が作成する「診断結果報告書」を迅速かつ確実に受理するルールを定めるとともに、報告書の内容が子ども家庭センターのアセスメントと異なる場合には、十分協議することを徹底する。
- ・ 重篤な事例では、関係機関等によるケース会議を開催し、情報の共有化と役割分担を明確にする。とりわけ、規模の小さな市町村ではケース数も少なく、実務者会議の開催回数も少なくなる傾向にあることから、検討ケースの対象を広げきめ細かく把握・検討するなどの運営上の工夫を助言し、支援する。

3 在宅における見守りの実効性の確保

- ・ 見守りを依頼する場合は、目的や内容を明確に示すなど、具体的な手法を徹底する。

4 子ども家庭センターの体制及び機能の強化

- ・ 家族再統合に向けたプログラムを導入するとともに、親と子に対するきめ細かな支援ができるよう、子ども家庭センターの体制を整える。
- ・ 客観的で専門的かつ迅速な判断がより必要になる重篤な事例が増加する状況において、子ども家庭センターのスーパーバイズ機能を強化する。
- ・ 子どもの受傷に関する専門のチーム委員医師の増員など体制整備とともに、子ども家庭センターについても、関係機関との十分な連携ができるよう、管内市町村数や面積なども踏まえた体制に強化する。

5 取り組みの進捗状況の点検

- ・ 府における取組状況を「点検・検証チーム」に報告し、評価を受ける

## 寝屋川市における幼児死亡事案の検証

### 課題・問題点の整理

市が主担となったケースとして、子ども家庭センターや保育所等との連携もなされていたが、以下のような課題が明らかになった。

#### 1 虐待情報の捉え方・アセスメントのあり方・安全確認のあり方

- ・ 家庭児童相談室では、本児の現認を含めた安全確認ができていなかった。また、安全確認チェックシート等のアセスメントツールが活用されなかった。
- ・ 子ども家庭センターと家庭児童相談室がケース対応の主担当機関を決める際に、兄を通じた状況変化の把握や更には兄への心理的ケアの必要性について察知し判断できるよう連携体制を明確にしておく必要があった。

#### 2 府・市・関係機関との連携のあり方

- ・ 複数の関係機関からの情報がケース会議などで共有されず、活用されなかった。
- ・ 家庭児童相談室が「軽度」の虐待相談と判断していたため、結果として保育所が保護者への警告と支援、子どもの安全確認とリスク評価の両方の役割を担わざるを得なかった。

#### 3 状況変化への対応

- ・ 11月の本児の「青アザ」の情報やその後の保育所退所などに際し、家庭児童相談室では、子どもの現認ができておらず、アセスメントの変更に至らなかった。

#### 4 要保護児童対策地域協議会の中での情報共有（アセスメント等）と進行管理

- ・ 市は、状況の変化をアセスメントに反映できていなかったため、進行管理が必要な点検ケースとして協議会にあげなかった。また、子ども家庭センターの評価（「中度」）との違いの確認ができていなかった。
- ・ 1回の協議会で検討するケース数が多く、国が示す「概ね3ヶ月に1回の全ケースの進行管理を行うこと」は困難な状況にある。

#### 5 主任児童委員への見守り依頼のあり方

- ・ 家庭児童相談室は、見守りを依頼したが定期的な問合せを実施していなかった。

#### 6 児童虐待のアセスメントツールの活用

- ・ 「安全確認チェックシート」の評価基準などで分かりづらい表現があり、市では十分に活用できていなかった。

### 再発防止に向けた取組 ～具体的な方策～

#### 1 安全確認・アセスメントのあり方及びケースの進行管理について

「大阪府市町村児童家庭相談援助指針」において、下記項目について改訂し、その内容を市町村に周知徹底する。

- ・ 安全確認、アセスメントのあり方
- ・ 状況が変化した場合の対応
- ・ 市町村と府及び子ども家庭センターとの連携
- ・ 要保護児童対策地域協議会の強化

#### 2 保育所・学校等子どもが所属する機関との連携

- ・ 関係機関の具体的な情報や状況の変化についてスムーズに協議会にあげ、検討・評価していくルールづくりが必要である。

#### 3 見守り（モニタリング）の実効性の確保

- ・ 見守りについては、目的や方法、頻度などを具体的に依頼するとともに、文書などにより通知しておく。
- ・ 見守りの前提が崩れた場合（日常の現認が不可能になったときなど）は、子ども家庭センターへの相談・協議・送致を検討する。

#### 4 市町村児童家庭相談に対する府の支援

- ・ 市町村の状況に応じ、児童虐待への対応機能を強化するため、府が行う市町村職員の専門性を高める研修をさらに実効ある内容に充実するとともに、市町村職員の子ども家庭センターへの短期の受入れ研修の実施など、市町村の人材育成を一層支援する。

#### 5 市町村支援のための子ども家庭センターの組織体制・機能の強化

- ・ 市町村への支援体制を充実させる必要があることから、子ども家庭センターの組織体制・機能を強化する必要がある。

#### 6 取り組みの進捗状況の点検

- ・ 府における取組状況を「点検・検証チーム」に報告し、評価を受ける。

### 児童虐待防止対策推進のための国への提言

#### 1 市町村の体制確保・府及び市町村への財源措置について

- ・ 市町村の規模や虐待対応相談件数に応じた人員配置基準や職員の任用基準を国において明確に示す必要がある。
- ・ 国においては、都道府県や市町村がその責任を全うできるよう交付税等の財源措置を十分確保する必要がある。

#### 2 児童相談所の体制・機能のあり方についての検討

- ・ 外部の専門家や家庭裁判所などの専門機関が児童相談所をサポートする仕組みを一層強化すべきである。
- ・ 全国児童相談所において、保護者向けの再発防止プログラムをさらに展開できるよう、国において支援すべきである。

#### 3 社会的養護体制の整備にかかる対策の早急な実施

- ・ 里親家庭及び乳児院等社会的養護におけるケアの充実強化を早急に図られたい。
- ・ 医療ケアの必要な乳児に対応できる乳児院等の体制強化を図られたい。

## 5 和歌山県



和歌山県児童虐待死亡事例検証委員会  
報 告 書

平成20年 3月

# 和歌山県児童虐待死亡事例検証委員会報告書

## 目次

1	はじめに	1
	(1) 検証委員会設置の経緯	1
	(2) 検証の目的と方法	1
2	事例の概要	1
	(1) 事例の概要	1
	(2) センターの対応を中心とした事例の経過	2
3	事例の検証による問題点・課題点の整理	4
	(1) センターの対応について	4
	ア リスクアセスメント（危険度・緊急度の判断）について	4
	イ 初期対応について	4
	(2) B市の対応について	6
	ア 要保護児童対策地域協議会の運営について	6
	イ 保健医療面からの支援について	6
4	今後の方策	7
	(1) センターの機能の充実	7
	ア 安全確認の迅速な実施について	7
	イ 状況変化に即応した進行管理について	7
	ウ 専門性の向上について	7
	エ 虐待専従チームの必要性について	8
	(2) 市町村における取組	8
	ア 要保護児童対策地域協議会等の機能充実について	8
	イ 予防・早期発見への関わりについて	8
5	おわりに	9
	(資料)	
	児童虐待死亡事例検証委員会設置要綱	10
	和歌山県児童虐待死亡事例検証委員会委員名簿	11
	検証委員会の検討経過	12
	B市要保護児童支援ネットワーク会議要綱	13
	子ども・障害者相談センター組織図	15
	子ども・障害者相談センター所管区域	16

## 1 はじめに

### (1) 検証委員会設置の経緯

平成18年9月8日（金）に大阪市で、2歳男児が実母の交際相手の男性から身体的虐待を受けて、病院に搬送され、9月16日（土）に死亡するという痛ましい事件が発生した。

本事例は、大阪市で発生した事件ではあるが、実母の実家が本県B市にあり、子ども・障害者相談センター（本県児童相談所、以下「センター」という。）が事件の発生前に虐待の通告を受け、B市と連携し、対応している中で発生したもので、結果的に児童の命を救うことができなかった。

このため、和歌山県は、この事件の発生を厳粛に受けとめ、死亡事例の再発防止と最善の対応策を検討するため、弁護士、医師、大学教授、学識経験者から構成される外部委員による「児童虐待死亡事例検証委員会」を設置した。

### (2) 検証の目的と方法

当検証委員会は、本事例における問題点及び課題点を把握し、再発防止に向けた今後の児童虐待防止策について検証を行うこととした。特に、センターの対応を中心として、B市及び関係機関の対応並びに連携のあり方等について検証することを目的としており、特定の組織や個人の責任の有無を追究するものではない。

第1回委員会では検証方法を審議し、センターから事例の概要について説明を受け、問題点・課題点の抽出を行った。

その後、各機関の対応についての検証、問題点・課題点の整理、B市からの意見聴取を行い、合計8回にわたり検証を重ねた。

## 2 事例の概要

### (1) 事例の概要

#### ア 児童及び家族の状況

児童 A （男児、事件発生時2歳8か月）

実母 29歳

母方祖母 56歳

姉 5歳（保育園児）

実父 44歳

実父母は、別居し、離婚調停中。

実母は、母方祖母宅（実家）で祖母と子ども二人とともに四人で生活をしていると考えられていた。

また、通告及びその後の調査で、実母は、大阪市に住む男性と交際しており、Aを連れて会いに行っているとの情報を得ており、その際の虐待と考えていたが、頻度等、詳細は把握できていなかった。

姉の保育所への送迎は実母が行うこともあったが、主には祖母が行っていた。

なお、Aは、平成17年12月の乳幼児健診（1歳8か月児健診）で、多動やコミュニケーションの取りづらさといった様子がうかがわれ、健康相談、親子教室への参加を勧奨されていた児童であった。

#### イ 通告の受理日時

平成18年8月14日（月） 午前9時40分

ウ 通告者  
他県C市在住

エ 通告の端緒及び内容

(ア) 通告の端緒

通告者が、C市児童相談所を訪れ、本事例について虐待の通告を行った。これを受けて、C市児童相談所からセンターに電話連絡があった。

(イ) 通告の内容

実母は、5歳の姉を祖母に預け、Aを連れて大阪市在住の交際相手の男性に会いに行き、泊まっている。そこで、男性からAが虐待を受けている様子である。

夜中にAが泣いているのに気づき、実母が見るとAの小指が噛まれて出血していたり、顔を殴られてアザがあるとのこと。

通告者は、内容が放っておけないものなので心配になり来所し、通告を行った。しかし、通告の内容が実母側に知られると、通告者が特定されてしまうことと、実母の交際相手が暴力団関係者と聞いており報復が恐いため、匿名と通告内容の秘匿を強く希望した。

オ 事件発生時の状況

平成18年9月9日(土)、センターが、B市の担当課から同日朝報道された事件の被害児童がAであるとの連絡を受け、報道によりこれを確認した。

報道によると、9月8日(金)に大阪市内のマンションからAが心肺停止状態で救急搬送され、救急隊員から「顔などに傷があり、虐待の可能性はある。」と警察に通報されたものである。

9月10日(日)、実母が虐待を認め、殺人未遂容疑で逮捕された。

9月14日(木)、実母の交際相手の男性が、「自分がした。」と警察に出頭し、逮捕された。

9月16日(土)、Aが死亡。

(2) センターの対応を中心とした事例の経過

○8月14日(月)、通告者に対する確認

通告内容がC市児童相談所からの間接情報であったため、通告者に電話連絡を取り内容の確認を行った。

通告内容は上記のとおりであるが、男性の身元及び実母が男性に会いに行く頻度等の詳細は不明であった。

センターは、通告内容から、Aの速やかな安全確認を行う必要があると判断したが、通告者の匿名性を考慮すると通告内容を直接の理由にした家庭訪問は、慎重を期す必要があると考えた。そのため、住所地であるB市の担当課に対し、虐待通告があったことを伝え、家族の詳しい住所、家族構成などの情報提供及び対応に当たっての連携を依頼した。

B市で調査したところ、Aの姉が保育所に通っていること及び過去の健診等を通して、Aに対する発達面での支援の必要性を認識していたことが判明し、センターは、姉が通う保育所がAとの接点になると考え、保育所を通じて状況確認を行うことを決定した。

○8月15日(火)、B市の担当者から電話にて聴取

B市の担当者2名が保育所を訪問し、事情を説明し情報収集を行った。姉の送迎

は主に祖母が行っており、時折、実母が来ることもあるとのこと。また、8月14日の時点で保育所の職員が、姉を迎えに来た実母の車に乗っていたAの姿を確認していた、との報告を受けた。

なお、併せてB市の担当者から以下の情報を得た。

平成17年12月の乳幼児健診時に、Aは発達面のフォローの必要性が認められ、親子教室への参加を勧められていた。しかし、教室への参加が平成18年2月になってもなかったため、保健師が2月23日に自宅に連絡をし、実母に対し、家庭訪問や親子教室への参加を提案した。この時も、実母は、自身の体調不良や夫の病院受診を理由に拒否した。また、8月1日に実母がB市の母子保健センターへ来所し、8月3日の2歳6か月児健康相談への参加ができないことや、9月7日にある健康相談にも行けないことを伝えてきた。そのため、保健師は10月5日の健康相談の日程も伝えた。

○8月21日（月）、B市の担当者から電話にて聴取

8月14、15日の自由保育の際に実母が姉を迎えに来た。15日はAの姿は確認されていない。16日は祖母が送迎した。

21日に保育所で姉が、「Aのお腹と手と足が赤くなっていた・・・」と話したため、保育士が祖母にたずねたところ、「前のことで、すべり台から落ちた時の傷よ。大丈夫。」との返答があった。

B市に対して、家庭訪問に行くことを提案したが、協議の結果、現時点での訪問はかえって不自然になるため、9月7日の健康相談に来所しなければ、そのタイミングで訪問を考えていくこととした。

○8月22日（火）、B市からケース検討会議への出席依頼があり、日程調整を行った。

また、通告者から、その後の経過を気にした電話連絡があった。Aの安全確認ができていないことを伝え、その他の情報提供を依頼したが、通告者にも新たな情報はないとのことであった。通告者も心配なので、直接実母に電話で話をしてみると述べたため、その際に、児童相談所への相談を勧めってもらうよう依頼した。

○8月24日（木）、通告者に連絡をすると、実母あてに電話とメールで連絡を取ろうとしたが、返答はなかったとのことであった。

○8月31日（木）、再度、通告者に連絡を取るが、実母から連絡はないとのことであった。

○9月1日（金）、B市においてケース検討会議を開催した。

参加者：B市担当職員 4名、保育所職員 2名、センター職員 2名。

ケースの概要とそれまでの経過を整理し、以後の対応について検討したうえ、以下の点を確認した。

- ・9月7日の健康相談に来所しない場合は、B市の保健師が、10月の健康相談の受診勧奨を行うため家庭訪問を実施する。それでも拒否的であったり、Aの安全確認ができなければセンターが介入することとする。
- ・9月23日予定の運動会に家族で参加するよう、保育士から働きかける。
- ・実母の受診歴があると思われる精神科クリニックでの受診状況をセンターで調査する。
- ・Aのかかりつけ医にB市から情報提供の依頼をする。
- ・その他、できる限りの機会を捉えて実母への働きかけや児童の安全確認を行う。

○9月4日（月）、保育所から祖母に対して、運動会への参加を実母に勧めってもらうように伝えると、祖母は素直に参加の意向を示した。一方で、実母が資格（ヘルパー）を取ろうとしていることや、家に居て落ち込んでいるという話もした。

また、B市の保健師が、Aが利用していた小児科クリニックの医師から得た情報によると、4月14日に受診しており、その際にAが骨折していたことが判明。ただし、骨折が受診理由ではなく、詳細は不明であった。このため、骨折の原因等詳細について、センターにB市から調査の依頼があった。また、Aの姉が担任保育士に「Aは目の上にけがをしていた。もう大丈夫。」と話していた、との情報を受けた。

- 9月7日（木）、健康相談に実母は来所しなかった。しかし、その朝姉を送って来た祖母から、「母親が資格取得の勉強等で忙しく大変疲れているので、Aを保育所に入れてもらえないか。」と保育士に相談があった。すぐに保育所長がB市の担当課と調整を行うとともに、祖母に入所の申込を行うよう説明した。
- 9月8日（金）、祖母が申込書を提出。B市は、Aを11日（月）から入所できるよう決定した。なお、祖母から入所の決定を聞いた実母は、同日B市に電話をかけてきて提出しなければならない書類を確認するとともに、Aの入所決定を喜んでいただとのことであった。
- 9月9日（土）、本事例の事件が報道された。

### 3 事例の検証による問題点・課題点の整理

#### (1) センターの対応について

##### ア リスクアセスメント（危険度・緊急度の判断）について

通告内容については、通告の経緯等を考えると、信憑性は高いと推測された。さらにAの年齢、実父母の離婚調停、実母が交際相手の元へ通っていたこと等の情報を考慮すれば、Aが危険な状態に陥りやすいことが危惧されるケースであったと認められる。

加えて、実母は健診受診後に勧奨された親子教室や2歳6か月児健康相談に、様々な理由によって参加せず、母子保健ベースの援助機関の関わりに消極的であった。

また、地域社会との関わりの面では、つながりが希薄であり、当該家庭の生活状況に関する情報が閉ざされた状態であったという状況要因もあった。

これらのことから、センターは、少なくともAの安全確認が実施されるまでの間は本事例をハイリスクケースとして捉え、早急に対応する必要があるがあった。

しかし、通告以降、センターは、本事例を速やかに安全確認を行うべきケースとしながらも、家庭訪問には慎重を期すべき必要があると考えており、通告者の秘匿という二次的な事情を優先したリスクアセスメントとなってしまうている。

この点において、Aの安全確認を最優先とした評価を行わなければならないセンターのリスクアセスメントに誤りがあったと指摘せざるを得ない。

##### イ 初期対応について

虐待事例への初期対応においては、的確な判断と迅速な行動が求められる。

関係機関と密接に連携をとりながら、互いが収集、把握できた情報を共有したうえで、共通の認識の下に、初期対応を適切に実施していかなければならない。

こうした観点から、通告の連絡を受けて以降のセンターの対応を検証したところ、いくつかの問題点が見出された。

##### ○情報収集

通告を受けた翌日である8月15日に、B市担当者からAの家族等の情報を聴取し、姉の迎えの際、実母の車にAが確認されたことやAの乳幼児健診時の状況

等を伝えられている。しかし、次にB市から聴取を行ったのは、6日後となる8月21日であり、初期対応という重要な段階にあっては、間隔が開きすぎていると考える。

また、B市でのケース検討会議が9月1日に開催されているが、B市から日程調整の依頼を受けた日である8月22日から、センターの都合により10日も経過した日における開催となっており、あまりに遅い対応であると言わざるを得ない。

なお、ケース検討会議では、センターは、実母の精神科クリニックでの受診歴を調査することを決定している。また、9月4日にはAのかかりつけ医である小児科クリニックでの情報をB市から得ており、併せて当該医療機関での追加調査の依頼をB市から受けているが、いずれも未調査のままとなっている。

#### ○安全確認

通常、虐待通告があった場合の初期対応としては、被害児童の氏名や居所がわかっているならば、早期のうちに家庭訪問を行い、状況の把握及び児童の安全確認を行うことが原則である。その方法は、児童相談所職員が直接訪問をする他、関係者に依頼し間接的に行う方法があり、いずれも通告者が特定されるような情報を与えないよう、慎重に行う必要がある。

子どもの安全確認を行うためには、その居所が特定できていなければならないが、本事例の場合、センターは、祖母の発言や姉がB市の保育所に通所していることなどから、実母とAの生活拠点をB市の祖母宅と考えていた。

また、大阪市内の交際男性に会いに行った際に虐待が行われている、との通告内容であったことから、祖母宅では虐待被害に遭うことはないだろうと思込み、家庭訪問を実施する時期については、時間的余裕があると考えていた。

事実、8月21日に家庭訪問の実施時期についてB市と協議を行っているが、次の健康相談実施日となる9月7日までその要否の決定を先送りするなど、Aの安全確認に対する緊急意識が不足していた。

この時点では、仮に通告当初の判断が正しかったとしても、以後の情報収集等の状況から判断し、通告者の秘匿性重視から介入的なアプローチに方針転換すべき時期であったと考える。

また、今回の協議のきっかけと考えられる、「Aのお腹と手と足が赤くなっていた・・・」との姉の話についても、通告者の秘匿という制約にとらわれることなく、家庭訪問を行うことができる好機と捉え、直ちに家庭訪問実施を決定すべきであったと考える。

9月4日にB市から情報提供された、「Aは目の上にけがをしていた。もう大丈夫。」との姉の話についても同様である。

次に、9月1日に開催されたB市のケース検討会議においても、依然として早期にAの安全確認を実施するための具体的な対策まで打ち出すことができなかった。

同会議では、センターが主導権を取り、安全確認の緊急実施に向けて、関係機関間で事例に対する認識を共通のものとし、どの機関の職員が、いつ祖母宅を訪問すべきか、その際に調査、把握すべき事項は何なのか等の具体策を決定すべきであった。

以上のように、センターは、種々の情報提供を受け、また、調査の依頼を受けていたにもかかわらず、十分対応することができていない。

また、Aの安全確認のため最も優先すべき家庭訪問についても、9月7日以降に

B市が別件で家庭訪問を実施し、その状況により介入することとしており、センターとして、安全確認に対する強い目的意識はうかがわれない。

もちろん、それぞれの時点で対応を躊躇させる事情があったことは理解できるが、本事例においては、センターは、早い時期に積極的介入を含め自らが祖母宅を訪問し、Aの安全確認を行う必要があったことは疑う余地がなく、初期対応のあり方としては、極めて残念な結果となっている。

## (2) B市の対応について

### ア 要保護児童対策地域協議会の運営について

B市では要保護児童対策地域協議会を設置し、児童虐待の防止とその対応に各関係機関が連携して取り組んでいるところである。

しかしながら、本事例において、B市要保護児童対策地域協議会が有効に機能していたかとなると、疑問は残る。すなわち、ケース検討会議への出席メンバーが、B市の内部機関とセンターに留まったため、外部の機関、たとえば医療機関代表等への情報収集や協力の依頼が、会議の場で行われずに終わっていることである。

ケース検討会議の目的の一つが、関係機関間での情報の共有を図る、という点にあることからすれば、B市は、より多くの機関の参加を求め、より広範な情報収集に努めるべきであった。

また、ケース検討会議のもう一つの目的として、事例に対する危機意識を関係機関間で同一のものにしておく、ということがある。この観点から考えると、B市とセンターとの間で、危機意識に温度差があることがうかがわれ、ケース検討会議の目的が達成されたとはいえない。

不幸にして実現はかなわなかったが、B市は、通常ならかなりの日数を要する保育所の入所に関しても、短期間で決定し受入の準備を整えるよう配慮している。このことは、B市としては「虐待通告」ということで、危機意識を強く持って臨んでいたことの結果と考えられる。

自ら持っていたこの危機意識を、ケース検討会議をとおして、各関係機関と共通化できなかったことは、その運営に関し改善の余地があったと考える。

### イ 保健医療面からの支援について

B市では、8月14日にセンターから虐待通告の情報が伝えられるまでは、虐待のリスクがある世帯であるとの認識はなかった。しかし、この世帯がAの発達面につまずきがあり、経過を観察する必要がある世帯であったことは既に母子保健サイドにより把握されていた。

乳幼児健診では、「多動やコミュニケーションの取りづらさ」といった様子が認められたので、経過観察の必要性を実母に説明したが、親子教室への参加には消極的であった。

Aの世帯に対するB市の母子保健領域での関わりは、平成13年出生の姉の乳児訪問から始まり、Aの1歳8か月児健診まで、すべての健診・健康相談にわたって行われていた。平成17年12月に受診した1歳8か月児健診（通常より2か月遅れで受診）では、発達の問題を指摘している。（コミュニケーションがとりづらい、指示が入らない、喃語が盛ん、常時声を出している、人見知りが全くなく母親と離れても平気等。）

この際、B市の保健師がAの発達を促す親子教室への参加を勧めても、「どこが悪いのか。」「考えます。」と、実母は消極的な態度を示していた。医師から診察時に再度、親子教室への参加を勧奨されると、「これたら来ます。」と話していたことを確認している。



以上のことから、B市においては、発達面での問題が虐待発生の要因となる可能性を持っているということを踏まえ、健診や健康相談に消極的であったAの世帯に対し、より早い段階で家庭訪問等必要な支援の実施を検討しておくべきであったと考える。

#### 4 今後の方策

##### (1) センターの機能の充実

###### ア 安全確認の迅速な実施について

児童虐待の対応において、何よりも優先すべきことは、子どもの安全確認である。

児童相談所は、子どもの安全と福祉を担う中心機関であることから、職員には的確な判断と迅速な対応が求められる。

通告を受けた後、速やかに子どもの安全を確認する。その際、原則として職員が、直接子ども等に面会し、安全確認を行う。関係機関等に依頼する場合であっても、伝聞でなく、依頼された職員等が直接面会し、確実に子どもの安全を確認すべきである。

なお、優先順位では劣るものの、本事例のように、通告者を秘匿しなければならないという事情にも配慮は必要である。

この場合の安全確認の方法としては、児童相談所と通告者との間で信頼関係を築くことがまず必要であり、通告者に対して身の安全を保障できる方法を提示することも必要と考える。たとえば、警察に対して通告者の安全確保のための協力を要請しておく等の方法が考えられる。

虐待行為者からの報復を恐れる通告者の不安を拭い、介入の糸口が掴めない状況を十分に説明し協力を求める等、通告を家庭訪問のきっかけとして活用できるよう強く働きかけることが必要である

###### イ 状況変化に即応した進行管理について

本事例においては、センターは、通告の連絡を受けて以降も、Aに係る情報を何回かにわたって入手できていた。なかでも、B市の調査により得られた保育所に通う姉の話は、Aへの新たな身体的虐待行為があったことを推測させるに十分な、極めて重要な情報であり、一刻も早いAの安全確認を実施する必要があった。

また、これら情報の情報源は保育所に通う姉であることから、通告者の秘匿という当初からの制約ではなく、通告以外の情報に基づく理由によって、センターが家庭訪問を実施できる可能性が生じたとも言える。

こうしたことから、児童相談所は、当初の通告内容に加えて、新たな情報が追加されていくこと等に応じて、速やかに再アセスメントを行い、対応策の見直しをするなど、組織として状況の変化に即応できる進行管理体制を構築する必要がある。

###### ウ 専門性の向上について

もとより、職員一人ひとりの虐待に関する専門性を高めるためには、経験年数や職階に応じた体系的・実践的な職場内研修の実施や外部研修へ参加できる環境づくりが不可欠である。

本事例においては、センターがリスクアセスメントを誤っていたこと、子どもの安全確認に関しての危機意識が不足していたこと、関係機関からの情報の活用が不足していたことなど、その対応に反省すべき点は少なくない。

このような事態が今後起こることのないよう、児童相談所は、職員のさらなる専門性の向上に取り組むことが重要であり、リスクアセスメント等に関する継続的な所内研修の実施、外部専門研修への派遣などを計画的に推進していくことが必要である。

また、虐待ケースへの理解や経験が少ない職員に対しては、スーパービジョン実施体制をさらに充実させ、実務に即した専門性を日常的に育成、向上させていくことが重要である。

#### エ 虐待専従チームの必要性について

通告受理後の初期対応においては、緊急受理会議等の開催、関係機関等からの情報収集、そして子どもの安全確認の実施等、短時間のうちに迅速に処理しなければならない業務が集中することとなる。

当然のことながら、通告事案に対するリスクアセスメントや安全確認のための家庭訪問等の実施は、担当者個人ではなく複数職員で行うべきものであり、また、突発的な事案発生にも常時、対応可能でなければならない。

一方、児童相談所においては、一人の職員が虐待相談のみならず、不登校や非行、発達障害など様々な児童の問題に対応しており、しかも虐待相談は年々増加するなか、職員の心身の負担が増大しているのも事実である。

こうしたことから、児童相談所においては、虐待対応に精通した職員を中心とする、機動力に富んだ虐待対応専門の体制として、虐待専従チームを設置し、迅速かつ的確な初期対応を徹底していくことが必要と考える。

### (2) 市町村における取組

#### ア 要保護対策地域協議会等の機能充実について

本県では、ほとんどの市町村において、要保護児童対策地域協議会あるいは虐待防止ネットワークの設置がなされているところであるが、今後は、その運営の充実を図っていくことが重要である。

これらの協議会等は、代表者会議、実務者会議、個別ケース検討会議の三層構造となっていることが多いが、特に、日頃から実務者会議を積極的に開催し、管内児童世帯に関する情報交換を行うことで、些細な情報からでも要注意世帯を把握できる体制を構築しておくことが必要である。

また、いったん虐待事例が発生した場合には、必要十分な関係機関等の参加の下に、できる限り早期に個別ケース検討会議を開催するとともに、児童相談所との緊密な連携を図ることが必要である。

#### イ 予防・早期発見への関わりについて

市町村は、児童家庭相談の窓口として、子どもや家庭に関する相談に応じ、また、必要な調査、指導を行うこととされている。

このことから、各担当課において相談窓口等の機能を充実させることはもちろんのことである。

加えて、市町村は、子どもたちと日々接触することができる施設として、保育所、幼稚園、小学校等をその管内に有しており、教職員等が保護者と直接面会できる機会も少なくない。その他にも、公民館、児童館、医療機関等虐待の予防・早期発見に関し重要な役割を担っている施設も数多くあり、今後ますますの機能強化が求められている。

地域の様々な施設で、広く子育ての悩み、家族の問題等について、保護者が気軽に相談でき、また、虐待の通告や見守り支援につなげていける体制を整備、充実させることが重要である。

## 5 おわりに

本事例は、直接的な子どもの安全確認をすることの重要性とその方策について考えさせられる事案であった。

今般、児童相談所運営指針が改正され、虐待通告後48時間以内の児童に対する安全確認が求められたが、このことは子どもの命を守るという、最重要視すべき課題として、今一度確認しておきたい。

残念ながら、守るべき子どもの命を失う事態となってしまったことを真摯に受けとめ、今後、二度と同じような事例を繰り返さないためにも、必要な対策を適切な方法で実施できる体制を構築し、常に維持していく必要がある。

虐待への対応は、単独の機関のみで解決できる問題ではなく、子どもや保護者への支援についても、高度な専門性が必要とされ、今回の事例を見ても、児童相談所に求められる責任は重大である。

それだけに、その機能を十分に果たせるよう、児童相談所の体制を整えることは重要であり、また、児童相談所の機能だけに依存するのではなく、市町村、関係機関等を含め地域全体で要保護児童世帯への支援を行うことができる体制を整えていくことも残された課題であると考えます。

関係各位が、この検証結果を参考にされ、虐待に対する効果的な支援策を講じられるよう努めていただきたい。

# 児童虐待死亡事例検証委員会設置要綱

(趣旨)

第1条 知事は、児童虐待死亡事例に関し、児童虐待の防止等に関する法律第4条第5項の規定に基づき、検証を行うために児童虐待死亡事例検証委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- (1) 事例の問題点、課題の整理
- (2) 再発防止に向けた提言
- (3) 前2号に掲げるもののほか、検証の目的達成のために必要と認められること。

(組織)

第3条 委員は、和歌山県社会福祉審議会児童福祉専門分科会措置専門部会（以下「措置専門部会」という。）の委員をもって充てる。

(委員長および副委員長)

第4条 委員会に委員長および副委員長を置き、委員長は措置専門部会長をもって充て、副委員長は委員長が指名する。

- 2 委員長は会務を総理し、委員会を代表する。
- 3 委員長は、必要があると認めたときは、児童虐待防止に関して専門的な知識経験等を有する者の出席を求めることができる。
- 4 副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故等があった時は、職務を代行する。

(会議および調査)

第5条 会議は、委員長が招集し、委員長が議長となる。

- 2 委員長は、必要があると認めたときは、事例に関する関係機関を招き、意見を聴くことができる。
- 3 委員長は、必要があると認めたときは、関係機関への調査を行うことができる。

(結果報告)

第6条 委員長は、その結果を知事に報告するものとする。

(秘密の保持)

第7条 委員は正当な理由なく委員会の職務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(事務局)

第8条 委員会の事務を処理するため、和歌山県福祉保健部子ども未来課内に事務局を置く。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は別に定める。

付 則

この要綱は、平成18年11月 1日から施行する。

## 和歌山県児童虐待死亡事例検証委員会 委員名簿

(敬称略 五十音順)

委員名	役職名
藤井 幹雄	弁護士
○福井 以恵子	元和歌山県共生推進局長
森下 正康	和歌山大学教育学部教授 (発達心理学)
柳川 敏彦	和歌山県立医科大学保健看護学部教授
◎山口 好次	和歌山県民生委員児童委員協議会 顧問

◎は委員長、○は副委員長

## 児童虐待死亡事例検証委員会の検討経過

平成18年11月29日	第1回検証委員会 検証委員会の運営方法 事例の概要報告・事例の検証
平成18年12月7日	第2回検証委員会 事例の検証（問題点・課題点の整理）
平成19年1月30日	第3回検証委員会 報告書案の検討（骨子案の作成）
平成19年2月22日	第4回検証委員会 報告書案の検討
平成19年3月22日	第5回検証委員会 報告書案の検討・B市からの意見聴取
平成19年4月13日	第6回検証委員会 報告書案の検討・B市からの意見聴取
平成19年5月24日	第7回検証委員会 報告書案の検討
平成20年3月28日	第8回検証委員会 報告書最終案のとりまとめ

B市要保護児童支援ネットワーク会議要綱

平成18年 4月 1日

告示第55号

(設置目的)

第1条 この告示は、要保護児童の早期発見や適切な保護をおこなうための諸対策を円滑かつ適切に実施するため、児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)第25条の2第1項の規定によりB市要保護児童支援ネットワーク会議(以下「ネットワーク会議」という。)を設置し、その運営のために必要な事項を定める。

(所掌事項)

第2条 ネットワーク会議は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 要保護児童及びその保護者(以下「要保護児童等」という。)の実情把握その他要保護児童の適切な保護を図るために必要な情報交換及び連携、協力
- (2) 要保護児童等に対する支援の内容に関する協議
- (3) 児童虐待防止や家庭支援に関する広報・啓発活動
- (4) その他要保護児童等に関する必要な事項

(構成)

第3条 ネットワーク会議は、次に掲げる関係機関等をもって構成し、各委員を市長が委嘱する。

教育関係	小学校長代表
	中学校長代表
	養護教諭代表
	幼稚園代表
	青少年補導センター代表
福祉関係	民生委員児童委員協議会代表
	人権委員代表
	児童養護施設代表
	障害児通園施設代表
	母子生活支援施設代表
	私立保育所長代表 市立保育園長代表
医療・保健関係	医師会代表
	母子保健推進員代表
行政関係	和歌山県子ども・障害者相談センター 子ども相談課長
	県保健所 保健福祉課長
	警察署 生活安全刑事課長
	消防組合代表
	市福祉事務所長
	市健康推進課長
	市学校教育課長
家庭相談員	

(任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠により指名された委員の任期は、前任者の残任機関とする。

(会長及び副会長)

第5条 ネットワーク会議に、会長及び副会長を各1名置き、委員の互選により選出する。

2 会長は、会務を総理し、ネットワーク会議を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代行する。

(会議の運営)

第6条 ネットワーク会議は、会長が招集する。

2 会長が、会議の議長となる。

3 会長は、必要と認めるときは、委員以外の出席を求め、意見を聞くことや、資料の提供を求めることができる。

(実務者会議)

第7条 ネットワーク会議に、具体的実務について協議するため、実務者会議を置く。

2 実務者会議の委員は、第3条の関係機関等の実務担当者をもって充てる。

3 実務者会議の運営については、会長が定める。

(秘密の保持)

第8条 ネットワーク会議の構成員は、会議及びこの活動を通じて知り得た個人の秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後もまた同様とする。

(事務局)

第9条 ネットワーク会議の事務局は、子育て支援課に置く。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は会長がネットワーク会議に諮り定める。

附 則

この告示は、平成18年 4月 1日から施行する。

この告示は、平成18年 5月 1日に一部改正施行する。



# ○子ども・障害者相談センター組織図

(H18. 4. 1現在)

施設 区分	和歌山県子ども・障害者相談センター 59名（兼務・嘱託は含まない）
組 織	<ul style="list-style-type: none"> <li>所長 1</li> <li>次長 2</li> <li>総括専門員（児童精神科医） 1</li> <li>総務企画課長 1</li> <li>企画管理係                             <ul style="list-style-type: none"> <li>主任 2</li> <li>主査 2</li> <li>副主査 1</li> <li>現業技能員（運転） 1</li> <li>用務員兼運転業務員 1</li> <li>用務員 1</li> <li>現業技能員（調理） 4</li> <li>技師補 1</li> <li>管理宿直員（嘱託）（5）</li> </ul> </li> <li>子ども相談課長 1</li> <li>相談係                             <ul style="list-style-type: none"> <li>主査 6</li> <li>主査（兼務）（1）</li> <li>副主査 3</li> <li>副主査（兼務）（1）</li> <li>主事 2</li> <li>福祉主事 2</li> <li>判定係                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>主任 1</li> <li>主査 1</li> <li>副主査 2</li> <li>福祉主事 2</li> <li>心理判定員（嘱託）（3）</li> <li>高齢ネットワーク職員（嘱託）（1）</li> <li>家庭支援専門員（嘱託）（2）</li> <li>聴覚相談支援員（嘱託）（1）</li> <li>里親委託推進員（嘱託）（1）</li> <li>電話相談員（嘱託）（8）</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>一時保護課長 1</li> <li>主任 2</li> <li>主査 2</li> <li>副主査 1</li> <li>福祉主事 1</li> <li>小児科医（嘱託）（1）</li> <li>障害者支援課長 1</li> <li>主任 1</li> <li>身体障害者支援係                             <ul style="list-style-type: none"> <li>主査 2</li> <li>副主査 2</li> <li>医療技師 1</li> <li>整形外科医他（嘱託）（6）</li> </ul> </li> <li>知的障害者支援係                             <ul style="list-style-type: none"> <li>主査 1</li> <li>副主査 2</li> <li>福祉主事 1</li> </ul> </li> <li>社会参加推進係                             <ul style="list-style-type: none"> <li>主任 1</li> <li>副主査 1</li> <li>スポーツ指導員（嘱託）（1）</li> </ul> </li> <li>子ども診療室長（兼務）（1）</li> <li>副主査（兼務）（2）</li> </ul>
	<p>管内全域（ただし、児童相談所業務は紀南児童相談所の所管区域を除く。）</p>

子ども・障害者相談センターは

和歌山県中央児童相談所  
和歌山県中央児童相談所附設一時保護所  
和歌山県身体障害者更生相談所  
和歌山県知的障害者更生相談所  
和歌山県肢体不自由者更生施設  
和歌山県身体障害者センター

以上機関の統合機関となっている。

中央児童相談所は、他の機関と兼務する所長、次長、総括専門員、総務企画課と下記2課の職員及び日高振興局健康福祉部の2名（兼務）の職員で構成している。

子ども相談課 20名（課長を含む）  
相談係 13名  
判定係 6名

一時保護課 7名（課長を含む）

中央児童相談所の所管区域は別表に記載したとおり、県下の中央部より北部を担当している。

# ○子ども・障害者相談センター所管区域

国土地理院承認 平14総旗 第149号



和歌山県

色の市町が子ども・障害者相談センター（中央児童相談所）所管区域

7市12町を所管

管内人口 825,720

18才未満人口 142,248

(いずれも平成17年国勢調査調べ)