

**【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、兄姉の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