

このため、援助過程において方針変更を困難にしている原因を明らかにし、必要に応じて方針変更しやすい体制をつくっていかねばならない。

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

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

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

（５）組織的対応及びスーパービジョン（教育・訓練・指導）の重要性

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

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

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

（６）関係機関の連携と事例の進行管理及び危機意識の共有

ある事例については、保護者の衝動的な行動に対して医療機関の小児科医師が危機感を感じ、その主導により保健所等関係機関が集まり、支援方針を協議する事例検討会議が開

催された。しかしながら児童相談所への呼びかけがされていないなど、参加機関の妥当性の判断を含め、全体として事例の進行管理をする中心となる機関・職員が不在であった。

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

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

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

(7) 在宅支援サービスの整備とその積極的な活用

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

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

さらに、事態の進展によっては、サービスの提供のみならず、行政権限の発動など様々な手段を駆使して対応していく必要があり、子どもと家庭に関わる援助関係者においては、幅広い各種社会資源や行政システムについて十分に理解を深めていく必要がある。特に、医師については、これらのシステムを十分に活用できていないとの指摘もあることから、医師を対象とした啓発を積極的に行うとともに、医療機関及び医師等の要保護児童対策地域協議会への参加を促進する必要がある。

(8) 広域的な社会資源の活用

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

(9) 医療機関の役割の重要性

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

①発生予防における役割

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

②早期発見・治療および援助における役割

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

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

また、母親が精神疾患等により長期に渡って医療機関を受診している場合、主治医との結びつきが強い一方、新たな人間関係を構築することが特に難しい場合がある。この場合は、医療機関が実質的に情報集約の中心となり得るという点に留意する必要がある。また、精神障害には様々なタイプがあり、それに応じた養育状況・重症度のアセスメント、症状に応じた支援内容が求められるが、これらを判断することが非常に難しいとの指摘が第一線の援助者から出ている。そのためにも医療及び保健関係者と福祉関係者とが共通で活用できる、精神障害事例に専門的に対応できるアセスメント・シートの開発が求められる。

☆ 第3次報告における個別ヒアリング調査対象事例

第3次報告においては、児童相談所が関与していた事例1例と、これまでも最も多かった0歳児の事例2例及び他の虐待事例とは特性が異なると考えられる心中事例1例の計4例についてヒアリングを行った。

◇事例3-I

〈事例の概要〉

母親（30代前半）と第一子（3才）の母子世帯。児童養護施設入所中の本児が退所に向けた一時外泊時、母親により溺水死させられた事例。

以前、他市で本児に危害を加え、「自分も死のうとした」心中未遂事件（①）として、警察より児童相談所に通告があり、一時保護、乳児院入所措置がなされていた。入所から約10か月後に児童相談所は保育所入所を条件に入所措置を解除し対応を終結。なお、その入所の間に母親は他の地域に転居したが、転居先の管轄児童相談所に当該ケースが移管されていなかった。

1年後、本児が骨折の重傷を負い医療機関に入院（②）。医療機関より管轄児童相談所に虐待の疑いとして通告があった。警察も介入したが、「事件性なし」と捜査を終了。児童相談所は養育困難ケースとして医療機関退院と同時に本児を児童養護施設に入所措置した。児童相談所は、入所から2か月後、一時外泊を実施した上で保育所入所を条件に措置解除することを決めたが、二度目の外泊時に事件が発生した。

なお、本事件当時、母親には子どもの実父のほか、交際している男性が存在したが、児童相談所はこうした関係について十分に把握していなかった。

〈問題点〉

- ①の際、当時関与していた児童相談所は、心中未遂事例であったにもかかわらず、母子の関係性が良好であったと判断したために、心中未遂の原因を含め母の精神面のリスクアセスメントを十分に行わなかった。
- 母親の転居により入所当時とは別の地域で母子世帯用のアパートでの生活に戻ったにもかかわらず、①の際関与した児童相談所は、乳児院入所措置解除と同時に対応終結し、転居先を管轄する児童相談所にケースを移管しておらず、どちらも保育所と密な連絡を取っていなかった。そのため、心中未遂の心理的背景として重要であった本児の実父との復縁の情報が児童相談所に入っていなかった。
- ②の発生後、医療機関からの通告により対応した児童相談所は、以前に関与していた児童相談所から、①の経緯について情報提供を受けたが、②と①の出来事の間や、子どもの実父との関係性などを含めた調査及びアセスメントを十分に行わなかった。そのため

に、①と②の状況の類似性を見抜くことができなかった。

- 児童相談所は、警察が捜査を行っていることから、家庭訪問など十分な調査とリスクアセスメントを行わないまま、警察の「事件性なし」という結果を基に判断していた。その結果、危険性を意識することができなかった。
- 医療機関に入院中、医師、医療ソーシャルワーカー等は骨折の状況や母親の言動等から母親が同じことを繰り返す可能性があるという心配を児童相談所に伝えていたが、その根拠が明確でなかったために危機感が伝わらなかった。
- ①、②ともに児童相談所は、入所措置解除を決定する際、子どもの養育環境のアセスメントの一環として、母親の養育能力や心理状態等について綿密なアセスメントを行わなかった。特に、②の事件があったにもかかわらず、家庭復帰に向けての外泊の妥当性を判断するに当たって、児童相談所は家庭訪問を行っていなかった。
- 心中未遂や虐待の可能性があった「養育困難」ケースであったので、本来、母親に対して過去を振り返り自分自身と向きあったり、環境を変えて同じことを繰り返さないようにするための支援を行い、アセスメントを行うべきであったが、実施されないまま保育所入所を条件に再統合してしまった。
- ①に関しての入所措置が解除された後に、見守りを依頼された保育所と、②に関して入所した児童養護施設は、児童相談所と何をどのように見守るのかなどについて取り決めていなかったため、母親の男性関係など、それぞれ把握した情報が児童相談所に伝えられていなかった。
- ①の後も②の後も転居している。転居を繰り返すことはリスクの一つであり、また、①と②の事件の類似性と反復性を判断する材料となったはずであるが、その点を見逃していた。

〈本事例により明らかとなった課題〉

- 児童相談所において、心中未遂事例の場合はリスクが高いケースとして対応することが一般的なルールとなっていない。そのため本事例では、心中未遂の原因を含め母親の精神面のアセスメントが十分に行われていない。
- 警察の立件を目的とした捜査と児童相談所のソーシャルワークを目的とした調査の相違を意識することが徹底されていない。そのため本事例では、警察の捜査結果にとらわれて、児童相談所として必要な調査及びリスクアセスメントがなされていない。
- 虐待、養育困難などで入所している場合に、親や家庭への支援計画を立て、支援を行うことの必要性が十分に認識されていない。そのため本事例では、明確な支援がなされず、状況が改善されないまま家庭に子どもを戻す結果となっている。
- 虐待、養育困難などで入所している子どもの一時帰宅や措置解除の際、入所の理由となった養育上の問題が支援によって解決されているかどうかの判断が必要であるが、それを行うモデルや基準がない。そのため、措置解除を判断するための情報収集も不十分であり、適切な判断がなされていない。

- 入所措置解除の際、帰宅先が保護者の転居により児童相談所の管轄外になる場合のケース移管等についてのルールが明確でない。そのため本事例では、転居先の児童相談所が把握していない結果が生じている。
- 事件を繰り返す事例に関しては、その類似性、反復性を判断してリスクアセスメントに加えることが必要であるが、その意識が少ない。そのため本事例では、危険性を適切に判断できていない。

◇事例 3－Ⅱ

〈事例の概要〉

母親（20代後半）と第二子（生後2か月）の母子世帯。母親の交際相手と見られる同居男性あり。別に第一子がいるが、約2年前に小学校からの虐待通告があり、当時から現在に至るまで児童養護施設に入所中である。

母親は第一子の父親と離婚後、別の複数の男性との同居、離別を繰り返し、第二子を妊娠したが母子健康手帳未交付のまま自室にて出産。産後、栄養を十分に与えず衰弱。生後2か月頃、その子どもの父親ではない同居男性が母を伴って子どもを医療機関に受診させたが、すでに死亡していた。

なお、母親は、第一子が児童養護施設に入所した後、児童相談所に促されて一度施設に面会に訪れたのみで、ある時期から児童相談所及び児童養護施設が家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。一方、この母親に対しては、福祉事務所が生活保護費の支給等を実施していたが、同時期から保護費の受け取りのために来所しなくなり、家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。

また、母親自身が過去に虐待を受けた体験があり、10代後半に家出した後、仕事を転々としてきており、医療機関に継続的に通院する身体疾患も抱えていた。

〈問題点〉

- 母親は、妊娠について誰にも相談できないまま同居男性宅で男性が不在の間に出産し、産後も「友達から預かった」と偽っていた。
- 児童相談所は、母親との面接により生育歴等を把握する中で、母親への支援の必要性を感じていたが、地域の関係機関や児童委員などによる家庭訪問や、精神科の受診勧奨を実施しなかった。また、カウンセリングは実施したものの十分ではなかった。
- 第一子の施設入所後、母親の容姿が急激に変貌したことが確認され、その後所在不明になっているが、子どもを施設に入所させた後の母親の生活や心理面についてのアセスメントが十分に行われていなかった。
- それぞれ関与していた児童相談所及び児童養護施設と福祉事務所の間において、家庭訪問や電話連絡により母親の所在を確認しようと試み、連絡がつかない状況が続いているとの情報が交換されていたが、情報共有や母親への対応について、関係者による個別ケース検討会議を含めた協議が不十分であった。

〈本事例により明らかになった課題〉

- 妊娠・出産について誰にも相談せず、援助を求めない場合、医療機関や市町村等関係機関による適切な支援に繋げる体制となっていない。そのため本事例では、母親が妊娠の相談をはじめ適切な支援を受けられていない。
- 子どもを児童養護施設に入所させ、母子分離した後の保護者の生活や心理状態についてのアセスメントや支援計画のあり方が明確でない。特に、施設入所後は、次に子どもが生まれる可能性や家庭の変化等が想定されるが、こうしたことを把握する仕組みになっていない。
- 生活保護世帯など福祉事務所が関与するケースの場合、児童相談所と福祉事務所との間で情報交換及び共有するための仕組みが確立していない。そのため本事例では、福祉事務所の情報が児童相談所に伝わっていない。
- 虐待をした親は次の子どもを出産した時にも虐待をする危険性が高いことが関係者の間で意識されておらず、妊娠の事実の早期把握やその後のフォローが適切に行われていない。

◇事例 3－Ⅲ

〈事例の概要〉

父親（20代後半）、母親（20代前半）、双子の第二子・第三子（1か月）、他に里親委託されている2才の第一子の5人家族。父親の暴行により第二子が脳挫傷で死亡。

父母ともに幼少時より自身も虐待を受けた体験があり児童養護施設で育った。事件当時、父母ともに無職、生活保護世帯であり、父母より児童相談所に2才の第一子について保護を希望する相談があったことから、一時保護を実施。第一子には発育の問題があった。その後、第一子は里親委託されていたが、父親の希望による一時帰宅中に事件が発生した。第三子についても脳挫傷で障害が残っており、現在乳児院に入所中。

児童相談所は主に第一子の保護について関与。母親の妊娠については、妊娠中期から児童相談所や、市保健福祉センター保健師が把握し受診勧奨、妊婦指導等を実施したが、妊娠後期まで妊婦健診を受けていなかった。また、双子を出産した際の医療機関のケースワーカー及び保健師も育児指導等を実施し、福祉事務所においても生活保護受給のために関与していた。出産後は、医療機関の保健師が2回家庭訪問を行い、児童相談所も1度訪問し第一子を一時帰宅させていたが、保健福祉センターはこれらの状況を知らないままに、家庭訪問の日程調整のため電話連絡をしていたが連絡がとれていなかった。

〈問題点〉

- 保健福祉センターの保健師が妊婦健診の受診勧奨をしていたにもかかわらず、母親は受診しないなど、胎児に対する適切なケアを行っておらず、ネグレクトとも言える状況であった。
- 多くの重篤なリスク要因を抱えたいわゆるハイリスク家庭であり、児童相談所、保健福

祉センター、医療機関、福祉事務所がそれぞれ家庭訪問や電話連絡等により相談・支援を実施していたが、それぞれの機関同士及び、市町村内部の保健部門と福祉部門との連携が十分とれていなかったため、合同のケース検討会議の開催や情報交換・共有が実施されず、中心となる機関も決まらないままに、事件に至った。

- 医療機関では、児童相談所の関与ケースであることやハイリスク家庭であることを把握しておりながら、①医療ソーシャルワーカーが市生活保護担当ケースワーカーに医療機関保健師が保健福祉センター保健師にそれぞれ情報提供を行ったが、児童相談所には連絡していなかった、②出産後において医療機関が実施した2回目の家庭訪問の結果を関係機関に情報提供していなかった、など情報の共有が徹底していなかった。
- 医療機関を退院する前に関係機関が合同でケース検討会議を持つことがなく、生まれた子どもを自宅に退院させることのリスクについての議論がなされていなかった。
- 児童相談所は、母親の妊娠について育児支援が必要と判断して保健福祉センターに情報提供し、「子ども家庭支援員」の家庭訪問が予定されたが、実施できないまま事件にいたった。
- 児童相談所は、双子の新生児が生まれて間もない時期であったが、医療機関の保健師が家庭訪問した際、母親が「夜泣きがひどい、自分も眠れない、近所に迷惑をかけている」などと訴えていたことを知らずに、事件発生2日前に父親の希望により里親委託している第一子を一時帰宅させた。
- 母の出産後、保健福祉センターに対しては、第一子の帰宅についてや医療機関・児童相談所の家庭訪問について詳細な連絡がなく、センターは、家庭訪問の再調整のために電話連絡をしていたが連絡が取れなかった。

〈本事例により明らかとなった課題〉

- 妊娠中に健診を受けていないなどの適切なケアが行われていないことがリスク因子であるという関係者の意識が徹底されていない。
- 周産期の段階でハイリスクのケースであることが判明している場合に、医療機関、保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所等の関係機関が情報やリスク判断を共有したり、主機関を決めて援助方針を統一し、各機関の役割を明確にするためのケース検討会議を行うこととなっていない。
- 妊娠・出産・育児に問題を抱えるケースに関して医療機関で把握した情報を市町村や児童相談所に伝えて連携する仕組みがない。そのため本事例では、医療機関が把握した母親の負担に関する情報が他機関につながらず、一時帰宅などの判断に影響している。

◇ 事例3-IV

〈事例の概要〉

母親（30代前半）が、子ども3人と無理心中を図り、全員が死亡した事例。死亡の数年前に他県から父母の郷里である町に父親、第一子とともに転入。父方祖父母と同居を開始。

母親は2人の子どもを妊娠・出産。その後、家族が次々と病気や障害を負ったり、第三子妊娠中に父親の妹とその長女が同居を開始する。第三子を出産後間もなくから、母親はアルバイトに復帰し、家事、育児、介護全てが母親の肩にかかる状況となっていた。

保健センターでは、母親が第三子の妊娠時に中絶を希望していたことを把握しており、出産後にはEPDS（エジンバラ産後うつスケール）を実施し産後うつ傾向があることを把握していたが、対応がなされていなかった。子どもたちが入所していた保育所園長も母親とコミュニケーションをとっていた。また、母親は、第一子の発達の遅れを気にしており、子育ての不安を訴えていた。一方で、子育てグループのリーダーをしており、周囲は母親に対して明るく活発で頑張り屋という印象を持っていた。

〈問題点〉

- 転入時から、母親は、保健センターの保健師、保育所の園長等に子どもの発達や自らの身体的・心理的負担に関して不安を訴えており、その度にアドバイスはしており、第三子も保育所に入所していたが、レスパイトケアやヘルパー派遣などの事業が実施されておらず、母親の問題解決にはつながらなかった。
- 保健センターの保健師は直近の健診時、母親が笑顔で育児を楽しんでいた様子を見て安心したが、その後、母親とは会う機会がなく情報がなかったため、度重なる家族の病気や事故等による母親の身体的・心理的負担の変化を知らなかった。
- 第三子の妊娠中に中絶を希望していたことを保健師が把握しており、出産後は、EPDS（エジンバラ産後うつスケール）が実施され産後うつ傾向がみられたが、専門医の紹介や育児支援などの具体的対応はなされなかった。
- 当該地域管轄の保健所においてMCG（Mother and Child Group）を実施しており、管轄内市町村に対して対象ケースを募っていた。しかし、対象については一定の基準が示されていたものの、具体的な対象を示していなかったため保健センターの保健師は当該ケースの母親が対象になるとイメージできなかった。
- 当該地域には要保護児童対策地域協議会が設置されておらず、このケースについて複数の関係機関が定期的に協議を行う場がなかった。

〈本事例により明らかになった課題〉

- 中絶の希望が表出された時の支援の方法が明確になっていない。
- 妊娠・出産・育児及び家族に問題を抱えるケースに関して関係機関同士の情報提供・共有システムがない。そのため、周産期の対応が遅れる結果となっている。
- エジンバラ産後うつスケールなどが開発されて、産後うつの傾向が把握されるようになったが、その後の対応が確立されていない。そのため本事例では、実際の支援が行われていない。

☆ 第4次報告における個別ヒアリング調査対象事例

第4次報告においては、地方公共団体において検証が実施された事例のうち、子どもに障害があった事例、児童相談所及び市町村虐待担当課が関与していなかった事例、婦人相談所の関与があった事例及び死亡した子どもとは別のきょうだいについての虐待通告があった事例の計4例についてヒアリングを行った。

◇事例4－I

〈事例の概要〉

父親(30代前半)、母親(30代前半)、第一子(5歳)、第二子(3歳)の4人家族。

母親が、兄弟二人の首を絞めて殺害し、自らも自殺未遂を図った心中事例。

きょうだいともに発達障害があり、第二子には療育手帳が発行されていたため、児童相談所も関与していた。また、第一子は保育所、第二子は知的障害児通園施設に通所していた。母親は、本事例発生の前2年頃までは明るく他者との交流もあったが、きょうだいの成長とともに、育児やきょうだいの問題行動への対応で心身ともに疲弊していた。そのような中、母親が第二子の首を絞め、「殺してしまった」と思いこみ、第二子連れて家出したが、第二子は無事で母親とともに帰宅、翌日、母親は精神科を受診しパニック障害と診断された。父親はこの出来事について児童相談所に電話で相談したが、この日は休日の相談体制であったため、一時保護所の職員が対応し、相談対応職員による対応は翌日以降となった。翌日、児童相談所職員がこの相談を受理し、父親、第二子、祖父母と面接し、援助方針を検討、一時保護を勧めた。しかし、父親が強く拒否したことや母親の症状悪化を懸念したため、状況によっては職権一時保護も必要との想定の下、関係機関と連携し在宅指導の具体的方法を検討していたところ、父親から初めての相談があった日から8日後に、父親から母親が本児らきょうだいを車中で絞殺し同時に母親も死のうとしたが、思いどまり自首したとの連絡を受けた。

〈問題点〉

- 休日の相談体制において、一時保護所の職員が対応し、相談内容は直接相談対応職員に伝達されず、翌日相談対応職員が記録のみを受け取ったが、父親からの電話を待って対応を開始した。
- 相談日の翌日以降、児童相談所は、父親と面接して初めて「首を絞めた」という訴えは非常に危機的な状況のサインであるという認識を持ったものの、子どもを分離することによる母親の症状の悪化や自殺企図を懸念し、父親の見守りを期待したため、一時保護しなかった。
- 児童相談所は、母親の症状悪化等の懸念から母親とは面接を行わなかった。
- 児童相談所で対応の検討を始めてから、子どもが通所している障害児通所施設や保育所、母親が受診した医療機関からの速やかな情報収集が行われず、関係機関が把握していた情報が共有されなかったため、母親の危機的な状況が把握できず、関係機関が連携した対応がなされなかった。

- 保育所や障害児通所施設では、母親の育児負担や子どもの問題行動の対処への負担感が強くなっていたことに気付いていたが、発達相談で関与していた児童相談所にその状況を伝えていなかった。

〈検証について〉

- 児童相談所及び都道府県において検証が行われており、事実の詳細な確認は行われているが、関係機関の連携に問題があったのか、なかったのかという視点のみでの分析に終始しており、具体的改善策に結びついていない。

〈本事例から明らかになった課題〉

- 児童相談所における休日の相談体制で受理した事例について、相談内容の緊急性や重症度を判断し、適切に伝達を図る組織的な体制が整っていない。
- 児童相談所は、父親との面接後に「首を絞めた」という訴えを非常に危機的な状況のサインであると認識したものの、母親の症状の悪化等を懸念し、子どもの安全確保のための一時保護等が行われていない。
- 児童相談所は、虐待者本人である母親と会っていない。
- 相談ケースが通所していた保育所や障害児通所施設において把握した保護者の心身の疲弊した状況について児童相談所と情報を共有し、連携した対応を図ることができていない。

◇事例 4 - II

〈事例の概要〉

祖母（50代前半）、母親（20代後半）、第一子（4歳）、第二子（3歳）の三世代家族。母親が、第二子に食事を与えず、着替え等の養育を放棄し、押入に寝かせたままにするなどのネグレクトにより、第二子を栄養失調で死亡させた事例。

母親は、父親と離婚しており、生育歴に問題が見られ、夜間就労していたなど生活環境の点からも要支援性の高い家庭であった。本事例発生の5か月前に市内の他地域に転居し、祖母と第一子は2階、母親と第二子は3階で別々に生活していた。第一子は幼稚園、第二子は保育所に入所していた。本児（第二子）は、転居後、別の保育所に移ったが、風邪のため小児科を受診。受診時、医師からひどい「おむつかぶれ」を指摘されていた。その後保育所の欠席が続いたため、保育所の保育士が数回電話や家庭訪問をしたが、本児に会うことはできなかった。本児死亡の前日も保育士が家庭訪問したが母子は応答しなかったため、祖母に電話したところ、祖母は「本児は3階で元気に暮らしている」と話していた。転居前、4か月健診及び1歳6か月健診を未受診であり、保健機関保健師が家庭訪問したが、母子らは既に転居しており会えなかった。転居後の近隣住民は本児らの存在を知らなかった。

第二子の死亡後、第一子は父親に引き取られており、継続して児童相談所の面接を受けている。

〈問題点〉

- 市保健機関が乳幼児健診未受診のため一度家庭訪問したが、母子は転居していたため会うことができなかった。しかし、その後改めて把握するための対応を行っていなかった。
- 保育所の長期欠席から保育士が家庭訪問等を複数回行っていたが、子どもには会えず、祖母や母親の説明から虐待を疑うこともできなかったことから、要保護児童対策地域協議会の対象ケースとされなかった。
- 小児科医療機関は、本児が3歳にもかかわらず「ひどいおむつかぶれ」があることを把握していたが、不適切な養育のサインとして受け止められなかった。
- 母の生育歴や家庭環境から、要支援性の高い家庭であったと考えられるが、保健機関、保育所、幼稚園等関係した機関ではそれらを把握できなかった。
- 本児の死亡後、第一子は父親に引き取られ、祖母とは別れて生活しており、児童相談所の面接を継続しているが、明確な援助方針が立てられていない。

〈検証について〉

- 市の要保護児童対策地域協議会による検証が行われているが、事実の詳細や家族関係、関係機関の認識等深く掘り下げがなされていない。第三者による客観的な検証が求められる。

〈本事例から明らかになった課題〉

- 市町村保健機関において、乳幼児健診未受診者が転居した場合の対応が明確になっていない。
- 保育所等において、長期欠席その他子どもの健康や安全に懸念がある場合、不適切な養育や虐待の存在を疑い、単独の機関で対応せず、要保護児童対策地域協議会を活用するという認識が低い。
- 残されたきょうだいについて具体的な支援計画が検討されていない。

◇事例4－Ⅲ

〈事例の概要〉

母親（20代後半）と第一子（1歳）の母子世帯。自宅アパートにおいて母子ともに遺体で発見された心中事例。本児の死因は薬物中毒。母親は薬物反応があったものの、直接の死因は凍死であった。

母子は、数ヶ月前まで他県にて父親及び父方親族と同居していたが、父方親族との間の家庭不和及び父親による母親に対するDVにより、母子で家出。その後、母子は他県婦人相談所に一時保護され、離婚調停を開始した。一時保護所入所中、母親は子どもを小児科に頻回に受診させるなどしていた。調停期間中、母子は父親の援助を受け、県内のアパートに転居したものの、経済的に立ちゆかなくなり、母親は市及び児童相談所に対し、本児を当面預かってほしい旨相談。施設（乳児院）入所を提案されると、母親は、母子分離の不安などからこれを拒否、母子生活支援施設への一時保護も拒否したため、在宅での支援

になる。その後、父親及び父方親族が、児童相談所に対し、母親は虚をつくことがあること、母子のみにしておくことは危険であることなどを訴えたため、市及び児童相談所は母子宅に家庭訪問を行うが、母親はインターホン越しに支援の申し出を拒否。訪問した職員に対し、「子どもは入院した」と話していた。その後、家庭訪問、電話による呼びかけを行うが応答がなく、遺体発見となる。

母親は、婦人相談所に相談した当初から内科疾患、精神科疾患で医療機関を受診しており、精神科については3つの医療機関を転々としていた。

〈問題点〉

- 婦人相談所、市児童福祉担当課、児童相談所がそれぞれ、母親は精神障害があり、医療機関を受診していたことを認知していたが、これらの関係機関は医療機関と情報交換等をしておらず、正確な情報を持たないまま母親と接していたため、いずれの機関も母親と本児が二人だけで生活することのリスクを適切に評価できなかった。
- 婦人相談所は、精神障害がある母親と1歳の子どもが転居するに当たって、当該市の保健機関等母子保健担当への情報提供及び支援の依頼を行わなかった。
- 児童相談所は、父親が母親の養育能力に不安を訴えたにもかかわらず、母親に暴力を加えている加害者からの情報という側面だけをとらえ、子どもの安全に関する重要な情報である可能性を認識して、婦人相談所と情報交換・共有を行っていなかった。一方、婦人相談所でも、父親からの情報を受ける機会があり、父親の情報も信頼し、市及び児童相談所とは違う認識を持っていたが、情報が共有されなかった。
- 市及び児童相談所は、生活費に困り、子どもを預けたいという母親の主訴に対し、訴えの背景にある経済困窮の実情、父親との関係等を把握し、評価する視点を持たなかった。
- 児童相談所は、父親の要請を受けて市とともに母子宅の家庭訪問を行ったが、それまで援助を求めている母親が一転して強い拒否を示し、「子どもは入院した、自分も入院する」とインターホン越しに話し、子どもに会えなかったことやその後の家庭訪問、電話にも応答がなかったことを極めて危機的なサインであったと判断すべきであったが、そのように捉えなかった。
- 婦人相談所一時保護所において、母親が子どもを医療機関に頻回に受診させていたことなどの情報が医療機関や児童相談所及び市と共有されていれば、母親による代理ミュンヒハウゼン症候群を疑うことができた可能性もあるが、この情報は共有されなかった。

〈検証について〉

- 児童相談所の定期的な事例検討会（外部の有識者が助言者として参加）に市も加わり、本事例の事後検討を行っているが、十分な情報収集や課題整理を行うことができていない。今後は当該都道府県が中心となって第三者による検討を行い、結果も公表するなどオープンな取り組みが必要である。

〈本事例から明らかになった課題〉

- 児童相談所及び市町村は、精神障害を抱える保護者について医療機関に対して調査に必

要な情報提供を求めることができるが、それを行っていない。また、児童相談所は、婦人相談所に保護者と子どもについての必要な情報提供を求めている。

- 婦人相談所の一時保護所から退所する際、子どもが乳幼児であって母親に精神障害があるようなハイリスクのケースであるにもかかわらず、婦人相談所から居住する市町村に情報提供し、支援を行う体制になっていない。
- 児童相談所は、母親の反応の変化をリスクの高まりとして捉えることができず、子どもの安全確認について具体的な方法を検討していない。

◇事例4-IV

〈事例の概要〉

父親（30代前半）、母親（30代前半）、異父の子である第一子（9歳）、第二子（4歳）、第三子（2歳）、第四子（1歳）の6人家族。本児（第二子）が家にあったものを無断で食べたことに腹を立てた父親が本児の両足を持って振り回し、頭をタンスにぶつけて重傷を負わせ、3日後に搬送先の病院で死亡させた事例。

本事例発生の約2か月前に、父親から児童相談所に「母親は育児ノイローゼ気味。自分も仕事で帰宅が深夜に及ぶ。本児だけでも一時的に預かってほしい」という旨の相談があり、約3週間後に15日間、母親のレスパイトのために本児を一時保護する。幼稚園の入園申し込みもしていたため一時保護所を退所、母親へ育児に関する助言をして児童相談所の関わりは終了とする。その後再び、同様の理由で父親から児童相談所に一時保護の希望があったが、母親に確認したところ預けなくても大丈夫であるとの返答であり、また、一時保護所も満員であったため、父親にも了解をとって一時保護は見合わせていたところ、その2日後に本事例が発生した。

なお、児童相談所は、2年前、第一子について、近隣住民から父親が虐待しているとの通告を受領しており、一時保護を行っていた。その後、第一子は発達障害と診断され、以後児童福祉司指導として通所指導を行ってきた。その結果、第一子も落ち着いたことから、児童福祉司指導を解除した。その後、本児が死亡する約半年前に、第一子の問題行動や多動が見られたため、児童相談所に育成・性格行動相談があり、再度、通所指導を行っていた。さらに、第3子についても育成相談を受けていた。

〈問題点〉

- 父親からの二度の相談は事態の緊迫性の高まりと捉えられる。しかし、児童相談所は、父親及び本児と面接していない。また、本児死亡の2年半前から父親による第一子への虐待、その半年後からは第一子の育成・性格行動相談、さらに第3子についても育成・しつけ相談で関与していたが、これらの情報と本事例の相談内容とを照らし合わせて家族全体をアセスメントすることができなかった。
- 児童相談所は、第一子に対する虐待通告に関して、父親が虐待の主体者であったが、第一子が発達障害と診断されたことから障害への指導を主としており、虐待の観点から、

児童相談所による父親との面接及び直接的な指導等は継続的に行われていなかった。

- 第一子に係る相談の間、母親は二回の妊娠・出産を経たが、これをリスクの高まりとして捉え、児童相談所と保健機関とが連携して対応する機会とすることができなかった。

〈検証について〉

- 当該都道府県下の児童相談所長による検証が行われている。第一子への関与の経過の中で父親の虐待は解消したと判断した点、父親からの電話相談が父親からの救いを求めるサインである点に気づけなかったことについての反省がなされているが、再発防止に向けて組織的な改善策が検討されていなかった。

〈本事例により明らかとなった課題〉

- 保護者自身から子どもの一時保護を希望するなどの相談は、保護者からの救いを求めるサインと捉えることができ、要支援性を慎重に判定する必要があるが、十分な対応を講じていない。
- 児童相談所がきょうだいにも関与しているケースで新たに別のきょうだいについて相談があった際、児童相談所は家族全体のアセスメントを行っていない。
- 児童相談所は、虐待ケースについて、本来虐待者本人と面接し、その結果を踏まえ指導や援助を行うべきであるが、虐待者以外の保護者等との面接指導を続け、本質的な問題が解決されないままに、虐待者である父親の状態は改善されたと判断している。