

5) 児童相談所及び関係機関の対応

(1) 児童相談所等関係機関が把握していなかった事例について

今回の調査では、児童相談所等関係機関が全く関わっていなかった事例は、車中放置による死亡事例や、出生直後に子どもを殺害した事例等が多かった。そして、これらは関係機関が把握し得なかったために事件発生の予測はできなかったとの回答が多くあった。

家計を支えている主たる者は、実母15例(28.3%)、実父24例(45.3%)であり、就業状況を見るとフルタイムで就業している実母が5例(9.4%)であるのに対してフルタイムで就業している実父は21例(39.6%)という結果や、一人親・未婚家庭が18例(34.0%)という結果などから、経済的な負担が親、特に母親にかかっている事例が多いと言える。また、子連れの再婚や内縁関係のパートナーと同居している事例や、育児不安を抱えている母親が19例(32.8%)、明らかな精神疾患を抱えている母親が7例(13.2%)など、多くが養育支援を要する家庭であった。さらに、実母や実父自身が虐待を受けて育った体験があるかどうかは、不明な事例が多かったが、幼少期に両親が行方不明となり祖父母宅や児童養護施設で育った保護者等が複数あった。

これらのことから、関係機関が把握していなかった事例についても、「予測し難い突発的な死亡」と片付けることなく、警察等関係機関と連携を図って情報を共有し、市町村や児童相談所等が虐待のリスクを予測し、対応する手立てがあったかどうかを詳細に分析することによって、同様の事例の再発防止につなげる必要がある。

(2) 事後の検証の実施について

事後に検証を行った事例が24事例(45.3%)と全体の半数に満たなかったことから、検証システムについても、その意義を再認識するよう広報啓発するなど、検証委員会の設置促進に向け働きかけていく必要がある。

「危機感をもつべきだった時期」は、関係機関の関与または接点があった35事例のうち14例(40.0%)が、また、児童相談所が関与していた17事例に限定すると8例(47.0%)が「死亡の半年～1ヶ月前に危機感を持つべきだった」と振りかえっており、危機感を高めなければならない状況を判断することの困難さが明らかとなった。事例の経過のなかで母親自身や子どもが発していた危険のサインに気づくことができずに子どもを死亡に至らせてしまったという思いは関係者にとって非常に辛いものと思われる。「子どもの死は防げた」と回答したのは全事例のうち12例(22.6%)、児童相談所が関与した17事例に限定すると6例(35.3%)であったことから、同じ悲劇を二度と繰り返さないためには、直接関与がなかった事例についても詳細に検証を行うことが必要である。

(3) アセスメントと援助方針の検証

子ども虐待事例においては、常に子どもを中心としたアセスメントをし、特に子どもに直接会って安全を確認することを重要視すべきであるが、今回、児童相談所等が関わっていたが子どもとの接触がなかったものが2例（15.4%）、最後に安全を確認してから死亡までの安全確認の試みがなかったものが6例（46.2%）あった。また、振りかえりにおいて安全確認の遵守について、「できていた」が全体では8例（22.9%）、児童相談所が関わっていた事例においてさえも、5例（29.4%）という結果になっており、十分にできていなかったことがわかる。直接会って確かめなければ「子どもは死ぬかもしれない」という認識に立ち、何よりも子どもの安全確認を最優先させる必要がある。

そして、アセスメントは、必要な情報を収集し時系列的な経過に沿って整理し、事例のストーリー（筋道）を考えながらその背景にある家族の機能や全体像について実態把握・評価することが重要である。しかしながら、何度となく子どもが危機的な状態にあることを示唆する情報があったにもかかわらず、断片的な理解にとどまってしまった結果、適切な対応をとることができずに終わってしまった事例が複数見られた。

子どもや保護者が示す危機的な兆候に敏感に対応するためにも、関係機関、特に児童相談所などの相談機関においては、「子ども自立支援計画ガイドライン（子ども家庭総合評価票）」などを有効活用して、アセスメントと援助計画策定機能を充実強化する必要がある。

(4) 事例検討会議や事例の進行管理など組織的対応の問題

児童相談所などの相談機関が関与した事例においても、機関内の事例検討会議や関係機関との合同会議の開催がなかったものがあった。専門職としての勤務経験が十分にあるとはいええないケースワーカーにとって、組織的協議に基づいて進めていく事例検討会議は、事例について総合的、多面的に理解し、その見立てや方針を検討する上で極めて重要な意味を持つとともに、スーパービジョン（教育・訓練・指導）を受けられる機会でもある。したがって、相談機関は、定期的に事例検討会議を実施するとともに、診断などが難しい困難事例などについて、外部の学識経験者などからスーパービジョンを受けられるシステムも確保する必要がある。

また、複数の機関が関与している事例でも中心となって進行管理を行う者や役割分担が不明確なままに援助していた事例が見られた。そのため、情報が集約できずに分断化された状況が生じ、問題や援助方針を共有化できずばらばらに援助が提供されていた。複数の異なる機関が協力することによって相乗的に互いの機能を発揮することがネットワークの最大のメリットである。援助のキーパーソンを決め、常に役割などを確認し、連絡、報告、相談、調整をしつつ援助の進行管理を行う必要がある。

(5) 要保護児童対策地域協議会などによる支援ネットワークの設置と活用
関係機関が虐待と認識して関わっていた事例は13事例あったが、要保護児童対策地域協議会などによる支援ネットワークが設置され、かつある程度活用されていた事例は4事例のみであった。

援助するための社会資源や専門職が少ない市町村において、保護者が精神的な問題を抱えているなどの子ども虐待事例に対して適切な援助を実施するためには、事例の進行管理、情報の共有化が図られる要保護児童対策地域協議会を活用した援助が必要であり、こうした協議会の設置はもちろんのこと、積極的な活用が図られるよう体制整備を行うことが必要である。

また、教育、福祉、医療それぞれの機関において、事例の見立てと関係機関の役割についての認識の相違があり、機関連携がうまく図れていないと思われる事例があった。特に、教育機関と福祉機関及び医療機関と福祉機関の連携については、日常的に接する中で、それぞれの関係機関についての相互理解を深め、親密な関係性を構築していくことが必要である。

5. 地方公共団体における死亡事例等の検証の現状と課題

管内で発生した子ども虐待による死亡事例や重大な事例について検証することは地方公共団体の責務であり、第三者委員による検証委員会などを設置して検証を行い、再発防止に努めなければならない。

検証に当たっては、死亡した子どもの状況、その家族の状況、相談機関の関与状況、事例への支援の経過などを詳細に把握することが必要である。しかし、3. 7) に示したように、当該事例についての検証委員会を設置し、必要な情報を収集して積極的に検証を行い、取組を強化した地方公共団体もあるものの、第三者委員による検証委員会などを設置し、死亡事例や重大事例に対する検証を行っている地方公共団体はまだ少ないことがわかった。また、検証に際し、情報を十分に入手しないままに実施していたり、児童相談所の関与がない場合は検証できないと判断していたりする実態も見られた。関係機関の関与がなかった事例こそ、何故発見できなかったのか、発見するためにはどのような手立てが必要であったか等を検証する必要がある。

したがって、国は地方公共団体に対して、検証委員会の設置促進に向けた広報啓発を行うとともに、今後、検証のためのガイドラインを作成することが必要である。

6. 個別ヒアリング調査から得られた問題点、課題等

今回の検証においては、死亡事例のうち主に市町村が中心となって関わっていた4事例及び死亡には至ってはいないが新たな課題や制度上の問題が浮き彫りになることが想定される重大な1事例について、関係都道府県・市町村を訪問し、現地でヒアリング調査を行うことにより詳細な分析を実施したところ、以下のような問題点や課題等が見られた。

なお、個人情報保護等の観点から、各事例の内容については個別情報が特定されないよう記載上の配慮を行っている。

1) 事例の概要及び問題点と課題

【事例 I】

(1) 事例の概要

精神疾患がある母親の子どもの養育が困難になることが予想されたため、医療機関及び保健師が中心となって家庭訪問等により育児に関する助言、援助を継続して実施し、虐待防止ネットワークも関与して見守り支援を行っていた事例

虐待者：実母

[本事例に関わった主な機関：医療機関、保健所、児童相談所、市町村児童福祉担当課、市町村地域保健担当課]

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母、祖母。母親は、子どもの頃から精神的に不安定であり、入院歴有。死亡した子どもは乳児。頸部絞扼により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 精神障害を持つ母親など特に支援を必要とする者に対する予防の観点からの対応上の問題

精神障害を持つ母親など特に支援を必要とする者に対しては、妊娠期・分娩期からの支援や、養育能力のアセスメント、関係機関の連携体制の下での養育支援など十分な対応が必要となる。

これらの者に早期に関わる機会としては母子健康手帳の発行が考えられるが、近年、利便性が追求される結果、専門職による対面での手渡しとその後の継続的な保健指導につながりにくいという問題が生じている。

また、様々なタイプの精神障害に応じた養育状況・重症度のアセスメントや症状に応じた支援内容が求められるが、これらを判断することが非常に難しいとの声がある。

精神障害を持つ母親に対する退院後の支援を行うには、関係機関・職員により構成される支援チームが退院前に組み立てられることが重要である。本件では退院時に病院助産師から保健所へリスクの高い事案であるとの情報提供がなされ、保健師による家庭訪問が開始されたが、関係機関が共通の支援方針を持ち、組織をあげた支援体制を構築するところまで至らなかった。

② 機関連携、事例の進行管理及び危機意識の共有に関する問題

本事例については、母の不安定な精神状態と衝動的な行動に対して病院（小児科医）が危機感を感じ、その主導により関係機関が集まり、ケースカンファレンスが開催された。しかし、参加者は病院（精神科医、小児科医、メディカルソーシャルワーカー）、保健師にとどまり、行政権限を有する児童相談所への呼びかけがされていないなど、参加機関の妥当性の判断を含め、全体として事例の進行管理を中心となって行う機関・職員が不在であった。

また、最も危機感を感じた小児科主治医が出席しておらず、全体として、支援方針の決定を左右する危機意識のトーンが下がったのではないかと考えられる。事態の進展に応じた母子分離の可能性が考慮されておらず、状態が悪くなったら持病を抱える同居の祖母に育児を任せるとするなど家族に対する過度の期待がみられた。

ケースカンファレンスの開催以降、保健師の家庭訪問の頻度が下がるなど、ケースカンファレンスにより関係機関の役割分担が整理されたことから、何かあれば連絡がくるだろうという安心感が生じたと考えられる。ネットワーク構築による支援の前提としては、各関係機関の対応についての情報集約と共有が不可欠であるが、進行管理者が不在であり、事件発生直前の1～2か月は、実際には、医師の診療、医療ソーシャルワーカーの相談も含めると、母親と援助者の間で何らかの接触があったが、それらの情報が集約されていなかった。

③ 在宅支援サービスの整備とその積極的な活用に関する問題

退院後の継続的な育児支援に当たっては、医師の診察、医療ソーシャルワーカーや保健師などの相談活動のみで完結できるものではなく、重症度に応じて、各種在宅支援サービスを適切に活用していくことが必要である。特に、育児負担を軽減するための一時的なレスパイト（育児負担を軽減するための一時的な休息）サービスの利用は有効と考えられることから、これを積極的に利用するよう働きかけていくことが適当である。また、行政権限を伴う一時保護は、直ちに長期間の親子分離を意味するものではなく、事例の状況によっては在宅支援サービスの一環としての運用など幅広い活用が可能な手段であるという点について、全ての援助関係者が意識を高めていく必要がある。

④ 医療機関の院内体制に関わる問題

医療機関は、妊娠期・分娩期におけるハイリスク者の発見、親への養育支援、診療を通じて虐待が疑われる事例の発見など、その役割は極めて大きい。このため、様々な診療科や多様な専門職種による子ども虐待防止と治療のための院内チームを構築し、協議とアセスメントの手順を定めて対応していくことが望ましい。現時点でこうした院内体制を構築している医療機関は数少ないが、こうした取組みを今後更に進めていくことが課題である。

【事例Ⅱ】

(1) 事例の概要

対人関係のトラブルが多く無断欠勤状態が続いていた父親と、知的能力が低く家事能力がない母親を、保健センター保健師が家庭訪問等を継続して実施しつつ、地域の民生児童委員等とともに見守り支援を行っていた事例

虐待者：実父母

〔本事例に関わった主な機関：保健センター、民生児童委員〕

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母は内縁関係、きょうだい有。死亡した子どもは乳児。硬膜下血腫により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 家族（機能）全体の把握とアセスメントに関する課題

本事例は、母親が知的に低く、家事能力がないなどの問題を抱えていたが、第1子の生後4ヶ月時に行った養育支援のランク付けでは、5段階の4番目と比較的低く判定されたため、児童相談所には相談せず保健センターの保健師が中心となって対応し、センター内でも上司・同僚との相談にとどまり、個別カンファレンスが行われなかった。

これは、関係者がマニュアルに基づく判定を重要な判断材料として、状況の変化（第2子の誕生等）に対して適切に対応せず、援助方針の変更等がなされなかったことが問題であった。また都市部という土地柄、事例も非常に多く、関係者の間には、低いランクである以上、あまり深刻に考えなくてもいいのではないかとの危機認識の欠如も見られた。

② 下の子（本児）が誕生した際のリスク認識の課題

第1子の生後4ヶ月時に判定した低いランクの養育状況について、第2子出生時には、母親の知的ボーダーライン、家の中が雑然としている、日中でも雨戸を閉めている、ミルクを薄めて飲ませていた、借金、父親の対人トラブルなど養育支援要素が多い家庭であることを把握していた。それにもかかわらず、関係者は、リスクを増幅させる可能性があるとの認識が浅かったためにリスク評価が適切になされなかったことが、結果として、援助計画の見直しなどに至らなかった主な原因であった。また、担当保健師が「何かおかしい」と感じ、低いランクにしては家庭訪問を多く行っていた中で、身体的虐待がなかったため、関係者の危機感が薄く、チェックシートの見直しに結びつかなかった。これは、第2子誕生という状況の変化について、各家庭によってその受け止め方は様々であり、リスクが高まることもあることを想定に入れて対応に当たるべきであった。

併せて、第1子の支援に関して把握できたリスクから、第2子の被るリスクをどのように考えるかについての課題があると思われる。

③ 父親へのアプローチに関する課題

本事例では、母親との関係性を重視するあまり、アプローチ方法の変更を検

討するにも及ばなかった。特に、基本的に保健師一人が対応に当たっていたこともあり、父親と積極的な関わりを持つことができず、家庭の状況全体（特に、父親の感情の変化等）を適切に把握できていなかった。

④ ケースマネジメントに関する問題

本事例では、福祉保健センターの担当保健師一人に対応が任せられ、組織的な対応が欠如していた。区域の実務者会議において、個別事例検討は多く行われているが、同じ保健センターの中で、福祉のケースワーカーがいたにもかかわらず、本事例ではほとんど関与していなかったため、ソーシャルワークの機能が欠如しており、児童相談所に連絡しないランクの低い事例の進行管理やリスク把握が適切に行われていなかった。

⑤ 指導と支援のあり方に関する問題

担当者も本家庭の養育の課題には十分気づいていたが、その関心はもっぱら狭い意味での保健指導に比重が置かれ、その支援も問題点を正面から指摘して改善を求めるといった方法であったため、結果的には保護者の面接拒否に至っており、ケースマネジメントとあわせて、具体的支援のスキルの問題が見られた。

【事例Ⅲ】

(1) 事例の概要

母親の就労のため、祖母が代わりに子どもの養育を行っていた家庭を、保健センターや福祉事務所（生活保護担当）が家庭訪問等を定期的実施していた事例
虐待者：祖母

〔本事例に関わった主な機関：保健センター、福祉事務所、市町村生活保護担当課、児童相談所〕

(2) 家庭環境、養育環境等

母、祖母、きょうだい有。父親は、服役中に離婚が成立。母方祖父（内縁関係）も服役中。死亡した子どもは幼児。頸部絞扼により死亡。

(3) 本事例における問題点、課題等

① 規模の小さい自治体の土壌や職員のアセスメントの課題

規模の小さい自治体レベルでは、住民の行政に対する個々の申請に対して必要な対応を行う業務が中心であり、家族を全体としてアセスメントする習慣そのものがないように思われる。また、虐待のリスク要因その他の知識そのものが不十分なために、母親の流産や祖母のリストカットなど要支援の要素があり、ハイリスク家庭との認識を持つことができていたが、具体的な対応まで至らなかった。

また、規模の小さい自治体行政は顔の見える関係の中での行政であり、行政の申請主義が浸透しており、介入についての土壌そのものが十分ではないよう

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

② 機関連携の問題

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

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

③ 内部の連絡協調体制の問題

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

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

④ 鍵となる局面について

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

⑤ 対人援助専門職の倫理とその体制整備

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

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

【事例Ⅳ】

(1) 事例の概要

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

虐待者：実母、祖母

〔本事例に関わった主な機関：保健センター、福祉事務所、児童相談所、民生児童委員、医療機関〕

(2) 家庭環境、養育環境等

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

(3) 本事例における問題点、課題等

① アセスメント・援助計画の問題

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

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

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

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

② 機関連携及び事例の進行管理の問題

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

③ 受容的アプローチ優先の問題

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

④ 組織的対応及びスーパービジョン（教育・訓練・指導）に関する問題

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

⑤ 広域的な社会資源活用の問題

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

【事例Ⅴ】

(1) 事例の概要

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

虐待者：実母

〔本事例に関わった主な機関：教育委員会、小学校、児童相談所〕

(2) 家庭環境、養育環境等

父、母、きょうだい有。地域から孤立していた家庭。

(3) 本事例における問題点、課題等

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

① 教育現場における子ども虐待（ネグレクト）への理解不足

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

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

② 学校における対応の問題

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

③ 関係機関との連携

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

④ 児童相談所における子ども虐待への組織対応力の不足

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

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

⑤ 18歳を超えた者への援助

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

⑥ 不就学児童に対する対応について

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

2) 5事例から得られた今後の課題及び教訓

(1) 妊娠期からの発生予防の重要性

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

退院時に医療機関の助産師から保健所へリスクの高い事案であるとの情報提供がなされ、保健師による家庭訪問が開始されたが、情報が断片的で援助の内容は担当者個人の判断に委ねられていたため、医療機関および保健所をはじめとする関係機関が共通の支援方針を持ち、組織をあげた支援体制を構築するところまで至らなかった事例があった。妊娠期から妊婦健診を行う医療機関や地域保健機関においてハイリスクの妊婦を把握し、支援を早期に開始することによって、虐待の発生を予防することが重要である。出産時においても母親の退院後何らかの養育支援が必要と判断とされる事例については、医療機関から保健及び福祉機関（特に育児支援家庭訪問に係る情報集約機関など）への情報提供をルール化し、情報提供を受けた機関は退院前から支援チームを構成し、養育能力等のアセスメントを経て適切な支援へとつなげていくことが必要である。

(2) 虐待の認識及び要支援家庭の判断力の向上

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

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

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

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