

第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による  
死亡事例等の検証結果総括報告

社会保障審議会児童部会  
児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会

平成20年6月17日



## I. はじめに

児童虐待は、児童の人権を著しく侵害し、児童の心身の成長や人格の形成に及ぼす影響が非常に大きいことから、平成12年に児童虐待の防止等に関する法律（以下「児童虐待防止法」という。）が制定され、児童虐待の予防、早期発見・早期対応、虐待を受けた児童の保護・自立に向けた支援など児童虐待対応の各段階に応じた切れ目のない総合的な対策が行われてきている。しかしながら、児童虐待による死亡事例が跡を絶たない状況から、平成16年10月に社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置され、継続的・定期的に全国の児童虐待による死亡事例等を分析・検証し、全国の児童虐待への対応に携わる関係者が認識すべき共通の課題を明らかにするとともに、対応策の提言を行うことを目的に、これまで4回の報告を取りまとめている。

また、平成19年の児童虐待防止法の改正では、「国及び地方公共団体は児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う」責務が規定され、平成20年4月から施行されることとなった。しかし、これまでに、本委員会が繰り返し提言を行い、国においてもさまざまな対応がされてきたにもかかわらず、痛ましい虐待による死亡事例が続いており、本委員会で把握しているだけで3年半の間に約300人の子どもが亡くなっており、こうした事実は非常に残念であると言わざるを得ない。また、本委員会では都道府県等が把握した明らかな虐待死のみを対象としており、この背後には虐待と気づかれずに亡くなっている子どもがいる可能性を否定できず、こうしたことから、児童虐待は早急に解決すべき重要な課題と考える。

子どもの生命、成長発達を守ることは、国や地方公共団体のみならず、国民全体の責務であり、亡くなった子どもに報いるためにも過去の死亡事例からの教訓を十分にいかす必要があることや、これまでの提言が十分に活用されていない現状があることを踏まえ、本委員会で議論された平成15年7月から平成18年12月までの間の事例について総括的分析を行うとともに、本委員会の報告を受けて国において行われた措置や今後の課題等を取りまとめることとした。

虐待による痛ましい深刻な被害や死亡事例が生じることはあってはならないものであり、本報告が今後の施策にいかされ、児童虐待防止対策が各地域で一層進展することを期待したい。

## Ⅱ. 事例の総括的分析

### 1. 本報告の対象とした事例及び分析方法

#### (1) 対象事例

本報告は、本委員会の第1次から第4次までの報告の対象事例を分析したものであり、厚生労働省が都道府県（指定都市、児童相談所設置市を含む。以下同じ。）に行った調査により把握した、平成15年7月1日から平成18年12月31日までの間に生じた児童虐待による死亡事例として都道府県が判断した247例（295人）を対象としている。

対象事例の内訳は、「心中以外」の事例175例（192人）、「心中」（未遂を含む。以下同じ。）の事例72例（103人）である。

これらの事例のうち15事例については、さらに詳細な検討を行うために、調査票による調査結果を踏まえ、それぞれの報告において個別ヒアリング調査を行い検証している。また、第2次報告では、死亡には至っていないが子ども虐待防止対策を講ずる上での新たな課題や制度上の問題が抽出されると思われる重大事例1事例についても個別ヒアリング調査を行い検証している。本報告では、これらの個別ヒアリング調査を行った事例の検証結果についても、改めて取りまとめることとした。

なお、「心中」については、本報告においては「保護者がその監護する児童の同意の有無にかかわらずこれを殺害し、保護者自らも自殺すること（未遂を含む）」の意で用いており、いわゆる無理心中といわれるものや、被虐待児のみが死亡し虐待者が死亡しなかった事例（未遂）も含むものとした。

#### (2) 分析方法

##### ①分析

第1次から第4次までの報告では単年のデータを分析、検証してきたことから、本報告においては、第1次から第4次までの報告で得られた調査票による調査結果を中心として、複数年のデータを分析した。

第1次報告と第2次報告では、「心中以外」の事例と「心中」の事例とを分けた分析は行わなかった。しかし、第3次報告で指摘したとおり、「心中以外」の事例と「心中」の事例とでは特性が異なる可能性があることから、本報告においても、第2次報告のデータについて、「心中以外」の事例と「心中」の事例とを分けて集計し直し分析を行った。なお、第1次報告においては、「心中」の事例については報告を求めているため、同報告では「心中」の事例は含まれていない。

個別ヒアリング調査を行った事例については、事例の検証において繰り返し指摘してきた事項について取りまとめることとした。

## ②本分析の限界

第1次から第4次までの各検証においては、より詳細かつ適切な検証を行うために、調査票については、適宜、本委員会で議論を行い、必要に応じて調査項目の追加や修正を行っている。したがって、過去4回の報告それぞれで使用した調査項目は、完全に一致しないものがあるため、調査項目によっては、4年間のデータがないものや経年的変化をみる上で注意を要するものがある。また、第1次報告のデータは平成15年7月から平成15年12月までの6か月間のデータであり、他の報告は1年間のデータであることから、比較を行う場合は注意を要する。

なお、「心中」の事例については、保護者の死亡等により各事例における背景等を把握することが困難であるため、必ずしも十分な分析はできていない。

## 2. 調査票による調査の集計結果及び考察

### 1) 「心中以外」の事例に関する分析

#### (1) 死亡事例数と人数 (P24 表1)

集計対象期間中(平成15年7月から平成18年12月まで。以下同じ。)に把握した虐待により死亡した子どもの事例は、計247例(295人)であった。そのうち、「心中以外」の事例は175例(192人)であり、年間50例程度となっており、おおよそ横ばいの状態である。

#### (2) 死亡した子どもの性別・年齢

##### ①死亡した子どもの性別 (P25、26 表2)

集計対象期間中の合計では、男86人(46.0%)、女101人(54.0%)であり、女の割合が男よりも多かった。

##### ②死亡した子どもの年齢 (P27～31 表3)

集計対象期間中の合計では、0歳が39.4%を占めているほか、75.0%が3歳以下に含まれており、年齢の低い段階で発生している傾向が見られる。特に年齢の低い層に集中していることから、低年齢の虐待事例の早期発見及び早期対応の強化が重要と考えられる。

#### (3) 虐待を行った者の状況等

##### ①主な虐待の種類 (P32 表4)

「身体的虐待」の割合は依然として高いものの、平成18年においては若干の減少が見られた。また、「ネグレクト」の割合は、平成18年においては39.7%を占めるなど、割合、事例数ともに大きく増加したが、今回の結果から、直ちにネグレクトが増加傾向にあると判断することは困難である。今後、どのような方向で推移していくのか、継続的に観

察し、必要な方策を考える必要がある。

#### ②直接死因（P 33～36 表5）

頭部外傷が常に高い割合を占めている。しかし、それ以外には、経年的な傾向は特に認められない。

#### ③主たる加害者（P 37、38 表6）

例年、実母が最も多く、平成16年から平成18年では、全体の50%～80%を占めているが、総じて「心中」の方が実母の割合が高い傾向が認められる。実母の次に高い割合を占めるのは実父であり、「心中以外」の事例、「心中」の事例のいずれにおいても約20%を占めている。

### （4）死亡した子どもに関する事項

#### ①妊娠期・周産期の問題（P 39～41 表7）

「望まない妊娠・計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」の割合が比較的高い傾向を示している。これまでの報告でも指摘しているとおり、こうした傾向を踏まえれば、これらのことが虐待のリスクであることを医療・保健機関は認識して、妊娠期・周産期を含めた早期からの支援体制を整備する必要がある。また、支援を必要とする妊婦については、妊娠の確認のための医療機関の受診時に把握し得ると考えられ、地域の実情に応じ、市町村保健センター等に情報提供を行うといった連携を進めることも必要と考えられる。なお、望まない妊娠や計画していない妊娠の場合は医療機関の受診が遅れたり、出産まで医療機関を受診しないこともある。したがって、出産前において支援が必要である妊婦を把握することは困難なことが多いが、妊婦健診の啓発等によりこれらの妊婦をなくしていくことが今後の課題である。

#### ②乳幼児健診及び予防接種（P 42、43 表8）

「3、4か月児健診」より「1歳6か月児健診」の方が、「1歳6か月児健診」より「3歳児健診」の方が未受診者の割合が増加する傾向が見られた。「心中」の事例においては、特別な傾向は認められなかった。乳幼児健診等の未受診が、直ちに虐待につながるわけではないが、未受診はリスク要因の1つと考えられ、未受診者には、市町村の保健師等が確認をするなど、適切な対応が求められる。

#### ③養育機関等への所属（P 44、45 表9）

乳児が多いために養育機関への所属がない事例が多く、平成18年では65.5%であった。

### （5）養育環境などについて

#### ①養育者の状況（P 46 表10）

平成17年、平成18年で、実の両親がそろっている「実父母」の割合が約50.0%、次いで「一人親」が約25.0%となっている。

## ②家族の経済状況（P47 表11）

「生活保護世帯」、「市町村民税非課税世帯」、「市町村民税非課税世帯（所得割）」の合計の割合は、平成17年で66.7%、平成18年で84.2%であった。

## ③地域社会との接触（P48 表12）

地域社会との接触が「ほとんどない」、「乏しい」が高い割合を示しているとともに、「活発」はなかった。

## ④養育者の心理的・精神的問題等（P49 表13）

実母の「育児不安」、「養育能力の低さ」、「うつ状態」が高い割合を示している。「心中」では、実母の「育児不安」も高い割合を示しているが、「精神疾患」や「うつ状態」などの精神的な問題が高い割合を示した。実父については事例数が少ないことや該当する心理的・精神的問題が多岐にわたることから一定の傾向は見られなかった。

地域社会との接触がほとんどない母親の場合、周囲からの支援が行われないことにより、「養育能力の低さ」や「育児不安」等につながっている可能性があるとともに、こうした養育者の心理的・精神的問題を関係機関が把握することが困難になることも多いと考えられる。生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）の活用や子育て支援事業の充実等を通じて、母親を孤立させないような支援を図ることが肝要である。

## （6）児童相談所及び関係機関の対応について

### ①児童相談所及び関係機関の関与について（P50 表14）

児童相談所が関わっていた事例は、年間10数例程度で推移しており、全事例に占める割合は減少傾向にあるが、平成18年においては増加に転じている。また、関係機関が虐待やその疑いを認識しながら児童相談所が関わっていなかった事例は年間数例程度であり、全事例に占める割合は2.0%から12.5%で推移している。関係機関と接点はあったが家庭への支援の必要はないと判断していた事例は、全事例に占める割合は増加傾向にあり、平成18年は24例、全事例に占める割合は46.2%であった。また、関係機関と全く接点がなかった事例は、平成16年で最も高く全事例に占める割合は37.5%であったが、その後は減少傾向にあり、平成18年は11.5%であった。「心中」の事例では、平成18年は、児童相談所が関わっていた事例は16.7%、関係機関との接点はあったが家庭への支援の必要はないと判断していた事例は70.8%であった。

全体的には児童相談所以外の機関の関与の割合が増加傾向にある。これは、平成16年10月施行の改正児童虐待防止法及び平成17年4月施行の改正児童福祉法により、市町村も虐待通告の通告先になったこと、要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の法定化と設置促進により、児童相談所以外の関係機関の関与と度合いが深まったことも背景にあると考えられる。

今後は、市町村が通告に対し適切に対応し、必要に応じて関係機関が適切に児童相談所に事例をつなぐことができるよう対策を講じていく必要がある。具体的には、適切にアセ

コメントを行い、虐待が疑われる事例に対応する場合は、「いつ」、「誰が」、「どこで」、「何を」、「どのように」行うかについて、関係機関のそれぞれの役割分担を確認する必要がある。また、市町村において虐待に対応する職員の資質の維持、向上を図るために、専門性の高い人材の確保に努めるとともに、関係機関に共通する基礎的スキルの獲得に向けた資質向上への支援策を講じる必要がある。

#### ②虐待通告の有無（P 5 1 表 1 5）

虐待の通告がありながら事件に至った事例は、平成17年で17.8%、平成18年で20.4%あり、そのうち児童相談所へは約13～14%、市町村へは約4%程度であった。「心中」の事例においては、平成18年は93.0%の事例で通告はなかった。虐待の通告後、それぞれの関係機関がどのような対応を行ったかについては、今後、個別の事例を通して検証する必要がある

#### ③児童相談所の関与の有無（P 5 2 表 1 6）

平成15年の50.0%からは減少しているものの、平成17年、平成18年には約20%程度は児童相談所が関与していた。

#### ④児童相談所の虐待についての認識（P 5 3 表 1 7）

平成17年、平成18年においては、約40%の事例において虐待を認識し対応していたが死亡に至った。また、平成17年は40.0%の事例で、平成18年は50.0%の事例において、虐待の認識をしていなかった。

#### ⑤市町村の関与の有無（P 5 4 表 1 8）

平成15年は79.2%の事例において市町村が関与していたが、平成17年、平成18年においては、約20%の事例において関与があった。

#### ⑥児童相談所以外の関係機関の関与（P 5 5 表 1 9）

虐待の認識の有無にかかわらず、児童相談所以外の関係機関の関与の状況をみると、「市町村保健センター」の関与が最も多く、次いで「福祉事務所」、「保育所」、「医療機関」の関与が多かった。

#### ⑦検証の実施（P 5 6 表 2 0）

平成16年以降、50.0%から36.5%と検証を実施している割合が減少している。平成20年4月から施行された改正児童虐待防止法により、地方公共団体における死亡事例を含む重大事例の検証の責務が規定されたことから、客観的かつ詳細な検証の実施が求められている。

### 2) 「心中」の事例に関する分析

集計対象期間中における「心中」の事例は72事例（103人）であり、決して少なくない子どもたちが犠牲になっているが、その背景には死に至っていなくても心身に大きな傷を負う子どもが存在していると思われる。「心中」の事例は「心中以外」の事例とは異なる以下のような特徴があったが、今後も引き続き、「心中」の事例について検証していく必



要がある。

**(1) 事例数に対して死亡した子どもの数 (P 24 表1)**

1事例で複数の子どもが亡くなる例が多く、事例数に比較して死亡数が多い。

**(2) 性別 (P 25、26 表2)**

男女比に関しては、やや男子が多いものの、「心中以外」の事例に比して特に大きな差はなかった。

**(3) 年齢の幅が広い (P 27～31 表3)**

80.6%が9歳以下に含まれているものの、各年齢層にわたり発生しており、「心中以外」の事例よりも年齢の幅が広い。こうした傾向は例年においても同様である。

**(4) 死因 (P 33～36 表5)**

「心中以外」の事例では頭部外傷が多いのに比較して、「心中」の事例では絞扼による窒息が極めて高い割合を占めている。

**(5) 主たる加害者 (P 37、38 表6)**

主たる加害者は「心中以外」の事例と同様に実母が最も多く(62.5～80.0%)、ついで実父であった。

**(6) リスク要因 (P 52 表16、P 53 表17)**

「心中」の事例においては、虐待の通告は非常に少なく、虐待の認識率も「心中以外」に比較して低かった(第4次報告では児童相談所の関与が16.7%であり、児童相談所の認識として75.0%が虐待の認識はなかった)。このことは、「心中」の事例では、「心中以外」の事例とは異なることがリスク要因となっている可能性があることを示していると考えられる。

**(7) 検証の困難さ (P 56 表20)**

「心中」の事例では、「心中以外」の事例に比べて、地方公共団体による検証の実施の割合が低い傾向にあるが、これは保護者の死亡等により各事例における背景等を詳細に把握することが困難であることが背景にあると考えられる。

### **3. 個別ヒアリング調査のまとめ**

本検証委員会は、第1次から第4次までの報告において、地方公共団体において検証が実施された事例のうち、合計16事例について関係機関を対象にヒアリングを実施し、詳

細な事実確認を行ってきた。今回、個別ヒアリングにより得られた問題点・課題について再度議論し、特に強調すべきと結論付けた点について整理する。

### **(1) 安全確認の徹底**

親との関係性を重視しすぎ、虐待が疑われる子どもの状況確認を保護者の近親者等の情報のみに基づいて行っていた事例や、幾度にわたり家庭訪問による安全確認を拒否されたにもかかわらず、これを危機的状況と認識せず、子どもの安全確認のための方法を検討しなかった事例などが見受けられた。虐待のおそれのある場合に、直接目視により子どもの安全確認を行うこと、通告受理後48時間以内に安全確認を行うよう努めること等が徹底されていない。また、家庭訪問による安全確認を拒否されるなど子どもの安全確認が行うことができない場合に、関係機関の協力を得て立入調査を検討する等の対応が必ずしも図られていない。

また、援助過程においても、居留守や面会拒否で安全確認ができない場合を危機状態と考えて対応することができていないために、死亡に至っていた例も少なからず認められ、援助過程における安全確認の徹底も図られていない。

### **(2) 適切なアセスメント**

児童相談所や関係機関において、児童の顔面・頭部の怪我、胎児への拒否感、ケアを全く受けない自宅分娩、妊婦健診未受診、保護者の精神障害、過去の心中未遂歴、ひどいおむつかぶれなど、明らかにハイリスク要因であると認められるにも関わらず、これをハイリスク要因として捉えることすらできていないものが見受けられた。

また、これらのハイリスク要因を認識しながらも、家族全体の状況を把握した上での事例全体に対するアセスメントや、他の相談内容と事例の内容を照らし合わせたうえでのアセスメント、入所措置されている子どもの一時帰宅や入所措置解除後のアセスメントができていなかったり、入所措置解除後の支援方針や次子出産・援助の拒否・体重が増えない等の状況の変化に対しての援助方針の見直しができている事例が多く見受けられた。

このように、児童相談所や関係機関においては、リスク要因を的確に把握、判断し、援助方針を決定することができておらず、また、アセスメントは対応の開始時期だけではなく、その後においても適宜行われるべきものであるにもかかわらず、家族や子どもの状況に変化があったとき等においても、それに基づいた適切なアセスメントや援助方針の策定・見直しができている事例があった。

### **(3) 関係機関の連携・情報共有**

児童相談所を始め、市町村保健センター、医療機関等、いくつかの関係機関が関与しているにもかかわらず、要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）等が一度も開催されていないなど、関係機関における情報共有や役割分担の明確化が不十分で

ある事例が多く見受けられた。また、ケースカンファレンスが行われた事例であっても、関係機関の役割等を調整し、事例を管理する体制がとられず、結果として関係機関内における情報の集約と統一的な支援ができなかった事例が見受けられた。

このように、児童相談所と市町村等関係機関、あるいは市町村の保健分野と福祉分野などにおける関係機関等の情報の共有や連携がなされず、また情報の共有や連携がなされても、関係機関の調整、ケースの進行管理の徹底が不十分である。

#### **(4) 児童相談所における体制の強化**

特定の担当者に判断が任されており、結果として組織的・専門的な事例検討・アセスメントが行われず、適切なリスクの把握やケースの進行管理ができていない事例が見受けられた。

児童相談所内において、一つのケースに関わる複数の関係者が常に情報を共有するような体制が整っておらず、また家庭に変化が見られた際等に迅速に対応できるようなケースの進行管理を徹底する体制も整っていない。さらに、専門的な助言を得るためのスーパービジョン体制が整備されていない。

#### **(5) 介入的アプローチ**

受容的なアプローチに終始してしまい、積極的に保護者との面談や訪問を行い、虐待の告知をするなど、虐待者や家庭全体への介入的アプローチをすることができていなかった事例が見受けられた。保護者等との関係を重視しすぎたり、児童福祉法第28条の施設入所等の措置（強制入所等）に該当すると思われる事例でなければ、立入検査等の介入的アプローチはできないという誤った理解により、子どもの安全確認や保護のために必要な積極的介入が行われていない。

#### **(6) 一時保護・施設入所措置解除時のアセスメント及び退所後の支援**

過去に数度にわたり一時保護とその解除を繰り返した後に、家庭に引き取られることを優先して退所させ、またその後の支援も十分になされなかった結果、子どもが死亡した事例があった。

一時保護や施設入所措置の解除を行うに当たっては、それが適切かどうかアセスメントすることが徹底されていない。また、一時保護所や施設の退所後においても、家庭復帰後の支援が重要であるにもかかわらず、その必要性が徹底されていない。

### Ⅲ. 第1次から第4次までの報告の提言を踏まえた国の対応状況と今後の課題

#### 1. 国の対応状況

本委員会では、これまで4次にわたり検証を行い、多様な観点から提言を行ってきた。別表にまとめたとおり、提言等に基づき、制度改正等様々な対策が採られてきた。ここでは、第1次から第4次までの報告に行われた提言に対する主な国の対応状況について取りまとめることとした。

##### (1) 児童相談所の体制

「児童相談所運営指針」において、各児童相談所に教育・訓練・指導担当児童福祉司（スーパーバイザー）を配置するよう求めているほか、平成20年3月の同指針の改正により、新たに教育・訓練・指導担当児童心理司を配置するよう求めている。

##### (2) 関係機関との連携

平成19年の児童福祉法の改正により、平成20年4月から地方公共団体による要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の設置が努力義務とされた。

##### (3) 医療機関との連携

平成19年の児童虐待防止法の改正により、平成20年4月から国及び地方公共団体は、児童虐待の予防、早期発見等のため、医療提供体制の整備に努めることとされた。また、平成20年3月に「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健医療の連携体制について」（平成20年3月31日雇児総発第0331003号）により、養育支援を特に必要とする家庭について医療機関と保健機関の間で効果的に情報提供・共有を図るための連携体制のあり方を示した。

##### (4) 妊娠・出産期も含めた早期からの支援体制

(3) のとおり医療機関と保健機関の連携体制のあり方を示したほか、児童相談所運営指針等の改正により、都道府県等に対して相談窓口の周知等や妊婦からの相談を十分に受け止め出産後想定される養育上の問題について、早期発見・早期対応及び一貫した指導・援助の実施に努めることとされた。

##### (5) 安全確認・アセスメント

平成19年1月の「児童相談所運営指針」等の改正により、安全確認は児童相談所職員等により子どもを直接目視することにより行うことを基本とし、通告受理後48時間以内に行うことが望ましいとされた。また平成19年の児童虐待防止法の改正により、通告を受理した場合等の児童の安全確認措置が義務化された。

#### **(6) 援助方針の見直しなど個別ケースの管理**

平成19年の児童虐待防止法の改正により、児童虐待を行った保護者が都道府県知事の保護者指導に係る勧告に従わない場合、当該児童について一時保護、強制入所等や親権喪失宣言の請求など必要な措置を行うこととされた。また、平成20年3月に「児童虐待を行った保護者に対する指導・支援の充実について」（平成20年3月14日雇児総発第0314001号）により、援助を行うに当たっての目標の期間の考え方、再評価や指針の見直しの必要性等について通知された。

#### **(7) きょうだいへの対応**

平成19年1月の「児童相談所運営指針」の改正で、児童記録票は、世帯ごとではなく相談を受理した子どもごとに作成することとされた。また、同時期の「子ども虐待対応の手引き」の改正で、きょうだいがいる家庭で虐待が発生した場合の対応が示された。

#### **(8) 親子分離後の対応、家庭復帰**

平成19年の児童虐待防止法の改正により、都道府県知事は、施設入所等の措置を解除するに当たっては保護者指導の効果等を勘案しなければならないとされた。また、平成20年3月に「児童虐待を行った保護者に対する指導・支援の充実について」（平成20年3月14日雇児総発第0314001号）により、措置解除のチェックリスト等が通知された。

#### **(9) 地方公共団体における検証**

平成19年の児童虐待防止法の改正により、国及び地方公共団体は、重大事例について事例の分析（検証）を行わなければならないこととされた。また、平成20年3月に「地方公共団体における子ども虐待による死亡事例等の検証について」（平成20年3月14日雇児総発第0314002号）により、検証の基本的な考え方や進め方等が通知された。

## **2. 今後の課題**

これまでに、本委員会の提言を踏まえて国においてはさまざまな対応がされてきたが、残念ながら、依然として虐待による死亡事例が相次いで発生している状況にある。特に、これまで本委員会として、繰り返し同様の課題を指摘し提言を行ってきたにもかかわらず、最近の死亡事例においても本委員会が指摘した課題等を要因として死亡に至ったと思われるものが生じている。このため、これまでの提言が十分にいかされていない現状に鑑み、特に重要な事項について改めて課題を指摘し、対応策について提言を行うので、関係者各々がもう一度初心に立ち返り、虐待対策に取り組む糧とされたい。

#### **(1) 妊娠期からの虐待予防の重要性の再認識**

○虐待による死亡事例では、妊娠期から産後の育児期において妊娠や育児で母親が問題

を抱えている場合や母親に精神障害がある場合が他の問題に比較して多い傾向にある。このため、妊娠期から産後にかけての早期から切れ目のない相談支援を行う体制を確立し、妊娠期から育児期にある妊婦や母親を社会から孤立させないような方策が必要である。

○そのためには、下記の点が妊産婦等に認められる場合は、常に虐待の可能性を念頭に入れて対応を検討すべきである。

- ・母子健康手帳未発行、妊娠の未届出、妊婦や乳幼児に関する健診の未受診など、妊娠・出産・育児に何らかの問題を抱えているおそれがある場合。
- ・特別の事情のない中絶希望、強い抑うつ状態等の精神疾患がある、子どもの保護を希望する等、妊産婦に育児不安等が認められる場合。

○妊娠期から育児期に養育支援を特に必要とする家庭に関する情報を把握する機会が多いのは、医療機関や市町村の保健部門であり、医療機関と市町村の保健部門が情報共有等を図るとともに、市町村内において保健部門と児童福祉部門が密接な連携を図り、これらの家庭に必要な支援が行われる体制を整備すべきである。

○また、下記の点を改めて徹底すべきである。

- ・妊娠や出産について悩みを抱える女性に対する相談支援の取組や児童相談所、市町村の児童家庭相談窓口についての周知を行う。
- ・関係機関は、必要に応じ要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）を活用し、妊娠期から他の関係機関と情報共有を図り、連携した対応を行う。この場合、特に、医療機関と保健機関の間で適切に情報共有等を図るべきことに留意する。
- ・「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」等の活用により、虐待のハイリスクケースを妊娠期も含めて早期に把握することに努めるとともに、必要に応じ「育児支援家庭訪問事業」等の適切な支援を行う。

## **(2) 安全確認の重要性の再認識**

○これまでの報告において、安全確認やリスクアセスメントの重要性について提言を行ってきたところであり、必要な方策がとられているものと考えているが、これらは、いまだ十分に行われているとは言い難い状況にある。

○安全確認は、虐待の早期発見・早期対応の起点であり、この時点の認識と対応状況によっては、重大な結果が生じる可能性もあることから、下記の点を徹底すべきである。

- ・子どもの安全確認は、保護者の関係者等による情報に基づくのではなく、児童相談所職員又は児童相談所が依頼した者により、子どもを直接目視することにより行うことを基本とする。
- ・子どもの安全確認が行えない場合は、関係機関の協力を得て立入調査を検討するなど、速やかな対応を行うことが必要である。

・子どもの安全確認を行うに当たっては、虐待に該当するか否かにこだわるのではなく、また、結果的に児童福祉法第28条による措置が行われない場合であっても「保護者による不適切な監護」が認められれば積極的に介入的アプローチを行う。

○安全確認は、虐待通告があった場合にとどまらず、援助過程であっても家族に会えなくなった等の危機的状況が生じた場合は速やかにこれを行うべきである。

### (3) リスクアセスメントの重要性の再認識

○リスクアセスメントは安全確認と同様に、虐待の早期発見・早期対応の起点であり、認識と対応状況によっては、その後に重大な結果が生じる可能性もあることから、下記の点を徹底すべきである。

・アセスメントを行うに当たっては、虐待による最悪の事態、つまり虐待死が起こる事態を想定してアセスメントをする。また、要支援家庭やハイリスク家庭では虐待が起こる可能性があるという前提に立ちリスクの把握に努める。

・アセスメントは虐待の種別にかかわらず、すべてのリスクについて把握すべきである。特にネグレクトの場合についても虐待死に至った事例があったことに留意すべきである。

・アセスメントを行う際には、必ず虐待者本人との面接をすることを含め家族全体のアセスメントを実施する。

・アセスメントについては、職員個人の判断だけではなく、組織的にこれを行う必要がある。

○虐待が起こる可能性が高いと考えられるリスクについての認識が関係者において不十分だったため、重大な結果が生じた事例が認められることから、少なくとも下記の点が認められる場合には虐待のリスクが高いと考え、速やかに子どもの安全確認を行い、リスクアセスメントを行うべきである。特に、死亡事例は子どもが低年齢の場合が多く、下記の点が認められる時には細心の注意が必要である。なお、本委員会で、虐待による死亡が生じ得るリスク要因を別紙のように取りまとめたので参考とされたい。

・母子健康手帳が未発行、妊娠の未届け、妊婦や乳幼児に関する健診の未受診など妊娠・出産・育児に何らかの問題を抱えているおそれがある場合。

・特別の事情のない中絶希望、強い抑うつ状態等の精神疾患、子どもの保護を希望する（施設入所・里親委託や子の養子縁組を希望するなどの養育の意思がないと認められる場合を含む。）など、妊産婦に育児不安等が認められる場合。

・子どもが保育所等に来なくなった、子どもに外傷が認められるなど、子どもの状態に変化があった場合。

・訪問拒否、きょうだいに虐待がある、頻繁な転居、虐待の否定、近隣からの虐待通告など、虐待のリスクが認められる場合。

○援助方針が的確でなく、それが修正されなかったことや家族等の状況に変化があった

にもかかわらず、援助方針を見直さなかったことにより、重大な結果に至った事例があったことを踏まえ、援助方針については下記の点に留意すべきである。また、アセスメントは、対応開始時期だけではなく定期的に、又は状況に応じて適宜行われるべきものであることを、児童相談所のみならず関係機関が再確認する必要がある。

- ・ 援助方針は、保護者の状況等に応じて、家族関係、家族構成員の相互関係や心理的な相互関係のアセスメントを行い、適切に見直しを行うことが必要である。
- ・ 援助方針は、入所施設の混雑状況や親の希望等に左右されるものではなく、的確なリスクアセスメントによってのみ決定する必要がある。
- ・ 一時保護や施設入所措置の解除を行うに当たっては、それが適切かどうかのアセスメントを行い、家庭復帰後の支援のあり方も含めて適切に援助方針を決定するべきである。

#### (4) 関係機関との連携のあり方の再確認

##### ①市町村における保健・福祉の連携

○住民にとって最も身近な行政機関である市町村は、児童虐待を防止する上で非常に重要な役割を担う。児童虐待による死亡事例が多く発生する乳幼児期に、児童やその保護者に関与する機会が多いと考えられる市町村の保健部門は、特にその役割が重要であるが、児童虐待への対応に当たっては、保健部門だけではなく児童福祉部門と密接に連携することが重要である。また、児童相談所等の関係機関は、必要に応じて、市町村の活動を支援することも重要である。

##### ②要保護児童対策地域協議会の積極的な活用

○要保護児童対策地域協議会の設置率の推移などから、関係機関との連携体制は構築されつつあるものと考えられる。しかし、個別の事例を詳細に検討すると、関係機関の連携は認められるものの、要保護児童対策地域協議会が設置されていても、必ずしもその機能を十分に活用しているとは言い難く、結果的に重大な結果が生じている事例も認められる。

○したがって、関係機関との連携に関しては、下記の点に留意して、そのあり方について関係者で再確認する必要がある。

- ・ 情報は積極的に求めるとともに、積極的に提供することによって多くの関係機関で情報を共有することが児童虐待を予防するためには重要である。
- ・ 事例対応については、「いつ、誰が、どこで、誰に、何を、どのように」行うのかについて役割分担を明確にする必要がある。また、主として関わる関係機関や進行管理に関する役割を決める必要がある。
- ・ 関係機関は、要保護児童対策地域協議会を積極的に活用し、他の関係機関と情報共有を図り連携した対応を検討することを徹底すべきである。
- ・ 関係機関は、そのすべての機関が、要支援家庭には虐待が起こる可能性が高いこと



を認識して支援していく必要がある。

- ・関係機関は、事例についてのそれぞれの関係機関の役割や責任、中心となる調整機関を明確にしておく必要がある。

○また、虐待の予防の観点からも要保護児童対策地域協議会を通じた取り組みを進める必要がある。

### ③医療機関との連携のあり方

○医療機関は、妊娠期・分娩期におけるハイリスク者の発見、診療を通しての虐待事例の発見など、その役割は極めて大きいことを自覚し、多様な診療科、専門職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おくことが望ましい。

○妊娠期からの切れ目のない支援体制を構築するためには、医療機関から保健及び福祉機関への情報提供を定型化し、情報提供を受けた機関は支援チームを構築し、養育能力等のアセスメントを経て適切な支援を展開する必要がある。

○保護者等に精神障害や重度な抑うつ状態が疑われる場合は、精神保健に精通している医療機関等との連携が必須である。

## (5) きょうだいへの対応についての再確認

○虐待を受けた子どものきょうだいへの対応の重要性については、第2次報告から再三提言してきているが、対応が十分であるとはいえない状況にある。虐待により子どもが死亡した場合も含めてきょうだいへの対応の重要性を再確認し、下記の点を徹底するべきである。

- ・児童相談所等は虐待を受けた子どものきょうだいについて、虐待の対象となる可能性があることを認識し、まずは安全確認を行うことが必要である。
- ・児童相談所等はきょうだいについて、虐待の発生により子どもがダメージを受けケアを必要としていることやきょうだい虐待を受ける可能性があることを認識して、児童記録票を作成し定期的に安全確認及びアセスメントを行う必要がある。

## (6) 人材の育成及び組織体制の重要性の再確認

○市町村を始めとする関係機関が適切に事例を児童相談所につなぐことができるよう、関係者の虐待に対する知識や基礎的スキルの獲得等に向けた資質の向上を図るべきである。

○特に小規模の自治体においては、対人援助に専門職が少ないこと等から、必要に応じて、外部の専門家からスーパービジョンを受けることができる体制を整備することが望ましい。

○児童相談所が関与していたにもかかわらず重大な結果が生じた事例があったことから、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。

#### (7) 地方公共団体における検証に関する課題の再確認

○虐待により子どもが死亡した場合、その事例検証を行うことが重大事件の再発の防止につながることから、これまでも地方公共団体における検証を求めてきたところである。しかし、実態としては、検証された事例は全体の半数にも満たない状況であり、検証の実施割合も減少傾向となっている。また、検証が実施されても事実関係の詳細が調査されていない場合や本質的な問題点が指摘されず表面的な検証にとどまっている場合がある。

○これらの現状を踏まえ、平成20年4月から児童虐待防止法の改正により、地方公共団体における重大事例についての検証の責務が規定された。また、本委員会の提言に基づき、国から各地方公共団体に対して検証の進め方等が既に示されているところであり、これを踏まえ全ての重大事例について、形式的なものにとられず、有効な検証がなされることを強く望みたい。

○地方公共団体は、検証を行うに当たっては、その検証が一般論にとどまることなく、地域の人的な資源の状況など地域特性を踏まえた検証を行うことが求められる。そのためには、例えば、検証組織に他の地方公共団体の虐待の状況についての知識を有する者を参加させる等の工夫をすることが望ましい。

## IV. おわりに

児童虐待による死亡事例が跡を絶たない状況から、平成16年10月に社会保障審議会児童部会の下に本委員会が設置され、継続的・定期的に全国の児童虐待による死亡事例等の分析・検証を行い、これまで第1次から第4次までの報告を取りまとめ、提言等を行ってきた。これまでの提言に基づき、国も対策を講じており、児童虐待による死亡事例の発生を予防できた事例も少なからずあったと考えるが、依然として、死亡事例が発生している。

死亡事例が発生してしまった場合、その事例を検証することにより、虐待による悲惨な死亡事例など今後の重大事件の再発を防止することが重要である。平成19年の児童虐待防止法の改正により、平成20年4月から、国及び地方公共団体は、児童の心身に著しく重大な被害があった虐待事例について事例の分析（検証）を行わなければならないこととされたが、国は引き続き継続的にその情報を収集して、他の地方公共団体に情報提供する仕組みを整え、個別の案件にとどまらない対応とすることを本委員会は強く希望する。同

時に、地方公共団体が行う検証について、必要に応じて国が具体的に支援することができるよう、地方公共団体が行う検証が適切に運営されているかを、随時確認する必要がある、本委員会としても今後の地方公共団体の行う検証作業の状況にも注視しつつ、引き続き必要な分析・提言を行っていくこととしたい。

## 当委員会で指摘した虐待による死亡が生じ得るリスク要因

### 1 子どもの側面

- ① 子どもの顔等に外傷が認められる
- ② 子どもが保育所等に来なくなった
- ③ 保護施設への入退所を繰り返している

### 2 保護者の側面

- ① 保護者等に精神疾患がある、あるいは強い抑うつ状態である
- ② 妊娠の届出がされていない
- ③ 母子健康手帳が未発行
- ④ 特別の事情がないにもかかわらず中絶を希望している
- ⑤ 医師、助産師が立ち会わないで自宅等で出産をした
- ⑥ 妊婦健診が未受診である（途中から受診しなくなった場合も含む）
- ⑦ 妊産婦等と連絡が取れない（途中から関係が変化した場合も含む）
- ⑧ 乳幼児にかかる健診が未受診である（途中から受診しなくなった場合も含む）
- ⑨ 子どもを保護してほしい等、保護者等が自ら相談してくる
- ⑩ 虐待が疑われるにもかかわらず保護者等が虐待を否定
- ⑪ 過去に心中の未遂がある
- ⑫ 訪問等をして子どもに会わせてもらえない

### 3 生活環境等の側面

- ① 児童委員、近隣住民等から様子がおかしいと情報提供がある
- ② きょうだいに虐待があった
- ③ 転居を繰り返している

### 4 援助過程の側面

- ① 単独の機関や担当者のみで対応している
- ② 要保護児童対策地域協議会等が一度も開催されていない
- ③ 関係機関の役割、進行管理する機関が明確に決まっていない

※子どもが低年齢であって、上記に該当する場合は、特に注意して対応する必要がある

## 1. 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会委員

- |        |                           |
|--------|---------------------------|
| 岩城 正光  | NPO法人日本子ども虐待防止民間ネットワーク理事長 |
| 上野 昌江  | 大阪府立大学看護学部教授              |
| 奥山 眞紀子 | 国立成育医療センターこころの診療部長        |
| ○柏女 霊峰 | 淑徳大学総合福祉学部教授              |
| 坂本 正子  | 甲子園大学現代経営学部教授             |
| 津崎 哲郎  | 花園大学社会福祉学部教授              |
| 西澤 哲   | 山梨県立大学人間福祉学部教授            |
| ◎松原 康雄 | 明治学院大学社会学部教授              |
- (平成20年6月17日現在)
- ◎ : 委員長、 ○ : 委員長代理

## 2. これまでの経過

- 平成16年10月  
社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」を設置、第1回委員会開催
- 平成17年4月  
第1次報告を公表  
・平成15年7月1日から同年12月31日までの死亡事例を検証
- 平成18年3月  
第2次報告を公表  
・平成16年1月1日から同年12月31日までの死亡事例を検証
- 平成19年6月  
第3次報告を公表  
・平成17年1月1日から同年12月31日までの死亡事例を検証
- 平成20年3月  
第4次報告を公表  
・平成18年1月1日から同年12月31日までの死亡事例を検証



# 資 料

資料 1 第 1 次報告から第 4 次報告までの調査票の集計結果について

資料 2 第 1 次報告から第 4 次報告までの個別ヒアリング調査について

資料 3 第 1 次報告から第 4 次報告までの提言に対する対応について





## 第1次報告から第4次報告までの調査票の集計結果について

厚生労働省が児童虐待による死亡事例として把握した事例について、関係都道府県（指定都市、児童相談所設置市を含む。以下同じ。）の児童福祉主管課に対し、事例の概要及び子どもの状況、虐待を行った者の状況、養育環境、関係機関の対応等についての調査項目からなる調査票を送付し、回答を求めた。

本集計結果は、第1次報告から第4次報告までの調査結果をまとめたものである。

- |   |
|---|
| ○第1次報告（平成15年7月から平成15年12月までに発生した事例）<br>24事例（25人）   |
| ○第2次報告（平成16年1月から平成16年12月までに発生した事例）<br>53事例（58人）   |
| ○第3次報告（平成17年1月から平成17年12月までに発生した事例）<br>70事例（86人）   |
| ○第4次報告（平成18年1月から平成18年12月までに発生した事例）<br>100事例（126人） |

なお、「主たる虐待者」、「虐待の種類」、「主たる虐待者」、「児の年齢」についてクロス集計を行い、これについて参考として添付した。

表1 死亡事例数と人数

	第1次報告			第2次報告			第3次報告			第4次報告		
	心中以外	心中 (未遂を含む)	計	心中以外	心中 (未遂を含む)	計	心中以外	心中 (未遂を含む)	計	心中以外	心中 (未遂を含む)	計
例数	24	0	24	48	5	53	51	19	70	52	48	100
人数	25	0	25	50	8	58	56	30	86	61	65	126

	第1次から第4次まで報告の合計	
	心中以外	心中 (未遂を含む)
例数	175	72
人数	192	103
		計
		247
		295

表2 死亡した子どもの性別

区分	第1次報告						第2次報告							
	心中以外			心中(未遂を含む)			計	心中以外			心中(未遂を含む)			計
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合		人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	
男	9	36.0%	36.0%	/	/	/	23	46.0%	46.0%	3	37.5%	37.5%	26	
女	16	64.0%	64.0%	/	/	/	27	54.0%	54.0%	5	62.5%	62.5%	32	
小計	25	100%	100%	/	/	/	50	100%	100%	8	100%	100%	58	
未記入 ・不明	0	0%	-	/	/	/	0	0%	-	0	0%	-	0	
計	25	100%	100%	/	/	/	50	100%	100%	8	100%	100%	58	

区分	第3次報告						第4次報告							
	心中以外			心中(未遂を含む)			計	心中以外			心中(未遂を含む)			計
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合		人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	
男	20	35.7%	39.2%	21	70.0%	70.0%	34	55.7%	55.7%	32	49.2%	49.2%	66	
女	31	55.4%	60.8%	9	30.0%	30.0%	27	44.3%	44.3%	33	50.8%	50.8%	60	
小計	51	91.1%	100%	30	100%	100%	61	100%	100%	65	100%	100%	126	
未記入 ・不明	5	8.9%	-	0	0%	-	0	0%	-	0	0%	-	0	
計	56	100%	100%	30	100%	100%	61	100%	100%	65	100%	100%	126	

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

第1次から第4次までの合計						
区分	心中以外		心中			計
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	
男	86	44.8%	46.0%	56	54.4%	54.4%
女	101	52.6%	54.0%	47	45.6%	45.6%
小計	187	97.4%	100%	103	100%	100%
未記入 ・不明	5	2.6%	-	0	0%	-
計	192	100%	100%	103	100%	100%
						142
						148
						290
						5
						295

表3 死亡した子どもの年齢

区分	第1次報告							
	心中以外				心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合
0歳	11	44.0%	44.0%	44.0%				
1歳	3	12.0%	12.0%	56.0%				
2歳	5	20.0%	20.0%	76.0%				
3歳	1	4.0%	4.0%	80.0%				
4歳	2	8.0%	8.0%	88.0%				
5歳	2	8.0%	8.0%	96.0%				
6歳	1	4.0%	4.0%	100%				
7歳	0	0%	0%	-				
8歳	0	0%	0%	-				
9歳	0	0%	0%	-				
10歳	0	0%	0%	-				
11歳	0	0%	0%	-				
12歳	0	0%	0%	-				
13歳	0	0%	0%	-				
14歳	0	0%	0%	-				
15歳	0	0%	0%	-				
16歳	0	0%	0%	-				
17歳	0	0%	0%	-				
小計	25	100%	100%	100%				
未記入	0	0%	-	-				
計	25	100%	100%	100%				

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

区分	第2次報告							
	心中以外				心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合
0歳	23	46.0%	46.0%	46.0%	1	12.5%	12.5%	12.5%
1歳	6	12.0%	12.0%	58.0%	1	12.5%	12.5%	25.0%
2歳	7	14.0%	14.0%	72.0%	1	12.5%	12.5%	37.5%
3歳	4	8.0%	6.0%	78.0%	2	25.0%	25.0%	62.5%
4歳	1	2.0%	4.0%	82.0%	1	12.5%	12.5%	75.0%
5歳	1	2.0%	2.0%	84.0%	0	0%	0%	75.0%
6歳	2	4.0%	4.0%	88.0%	0	0%	0%	75.0%
7歳	2	4.0%	4.0%	92.0%	0	0%	0%	75.0%
8歳	0	0%	0%	92.0%	1	12.5%	12.5%	87.5%
9歳	1	2.0%	2.0%	94.0%	1	12.5%	12.5%	100%
10歳	0	0%	0%	94.0%	0	0%	0%	—
11歳	1	2.0%	2.0%	96.0%	0	0%	0%	—
12歳	0	0%	0%	96.0%	0	0%	0%	—
13歳	1	2.0%	2.0%	98.0%	0	0%	0%	—
14歳	1	2.0%	2.0%	100%	0	0%	0%	—
15歳	0	0%	0%	—	0	0%	0%	—
16歳	0	0%	0%	—	0	0%	0%	—
17歳	0	0%	0%	—	0	0%	0%	—
小計	50	100%	100%	100%	8	0%	100%	100%
未記入	0	0%	—	—	0	0%	—	—
計	50	100%	100%	100%	8	100%	100%	100%

区分	第3次報告							
	心中以外				心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合
0歳	20	35.7%	38.5%	38.5%	6	20.0%	20.0%	20.0%
1歳	6	10.7%	11.5%	50.0%	3	10.0%	10.0%	30.0%
2歳	1	1.8%	1.9%	52.0%	2	6.7%	6.7%	36.7%
3歳	9	16.1%	17.3%	69.3%	1	3.3%	3.3%	40.0%
4歳	6	10.7%	11.5%	80.8%	2	6.7%	6.7%	46.7%
5歳	3	5.4%	5.8%	86.6%	1	3.3%	3.3%	50.0%
6歳	2	3.6%	3.8%	90.4%	2	6.7%	6.7%	56.7%
7歳	2	3.6%	3.8%	94.3%	1	3.3%	3.3%	60.0%
8歳	1	1.8%	1.9%	96.2%	2	6.7%	6.7%	66.7%
9歳	0	0%	0%	96.2%	2	6.7%	6.7%	73.3%
10歳	0	0%	0%	96.2%	1	3.3%	3.3%	76.7%
11歳	1	1.8%	1.9%	98.1%	3	10.0%	10.0%	86.7%
12歳	0	0%	0%	98.1%	1	3.3%	3.3%	90.0%
13歳	0	0%	0%	98.1%	1	3.3%	3.3%	93.3%
14歳	0	0%	0%	98.1%	0	0%	0%	93.3%
15歳	0	0%	0%	98.1%	2	6.7%	6.7%	100%
16歳	1	1.8%	1.9%	100%	0	0%	0%	—
17歳	0	0%	0%	—	0	0%	0%	—
小計	52	92.9%	100%	100%	30	100%	100%	100%
未記入	4	7.1%	—	—	0	0%	—	—
計	56	100%	100%	100%	30	100%	100%	100%

区分	第4次報告							
	心中以外				心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合
0歳	20	32.8%	32.8%	32.8%	7	10.8%	10.8%	10.8%
1歳	7	11.5%	11.5%	44.3%	4	6.2%	6.2%	17.0%
2歳	5	8.2%	8.2%	52.5%	8	12.3%	12.3%	29.3%
3歳	13	21.3%	21.3%	73.8%	5	7.7%	7.7%	37.0%
4歳	7	11.5%	11.5%	85.3%	4	6.2%	6.2%	43.1%
5歳	2	3.3%	3.3%	88.5%	7	10.8%	10.8%	53.9%
6歳	1	1.6%	1.6%	90.2%	6	9.2%	9.2%	63.1%
7歳	2	3.3%	3.3%	93.5%	2	3.1%	3.1%	66.2%
8歳	0	0	0%	93.5%	4	6.2%	6.2%	72.3%
9歳	1	1.6%	1.6%	95.1%	6	9.2%	9.2%	81.6%
10歳	1	1.6%	1.6%	96.7%	3	4.6%	4.6%	86.2%
11歳	1	1.6%	1.6%	98.4%	2	3.1%	3.1%	89.3%
12歳	0	0	0%	98.4%	4	6.2%	6.2%	95.4%
13歳	0	0	0%	98.4%	0	0%	0%	95.4%
14歳	0	0	0%	98.4%	2	3.1%	3.1%	98.5%
15歳	0	0	0%	98.4%	1	1.5%	1.5%	100%
16歳	0	0	0%	98.4%	0	0%	0%	—
17歳	1	1.6%	1.6%	100%	0	0%	0%	—
小計	61	100%	100%	100%	65	100%	100%	100%
未記入	0	0	—	—	0	0%	—	—
計	61	100%	100%	100%	65	100%	100%	100%



区分	第1次から第4次までの報告の合計							
	心中以外				心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合	人数	構成割合	有効割合	累積有効割合
0歳	74	38.5%	39.4%	39.4%	14	13.6%	13.6%	13.6%
1歳	22	11.5%	11.7%	51.1%	8	7.8%	7.8%	21.4%
2歳	18	9.4%	9.6%	60.7%	11	10.7%	10.7%	32.0%
3歳	27	14.1%	14.4%	75.0%	8	7.8%	7.8%	39.8%
4歳	16	8.3%	8.5%	83.5%	7	6.8%	6.8%	46.6%
5歳	8	4.2%	4.3%	87.8%	8	7.8%	7.8%	54.4%
6歳	6	3.1%	3.2%	91.0%	8	7.8%	7.8%	62.1%
7歳	6	3.1%	3.2%	94.2%	3	2.9%	2.9%	65.1%
8歳	1	0.5%	0.5%	94.7%	7	6.8%	6.8%	71.9%
9歳	2	1.0%	1.1%	95.8%	9	8.7%	8.7%	80.6%
10歳	1	0.5%	0.5%	96.3%	4	3.9%	3.9%	84.5%
11歳	3	1.6%	1.6%	97.9%	5	4.9%	4.9%	89.3%
12歳	0	0%	0%	97.9%	5	4.9%	4.9%	94.2%
13歳	1	0.5%	0.5%	98.4%	1	1.0%	1.0%	95.2%
14歳	1	0.5%	0.5%	99.0%	2	1.9%	1.9%	97.1%
15歳	0	0%	0%	99.0%	3	2.9%	2.9%	100%
16歳	1	0.5%	0.5%	99.5%	0	0%	0%	-
17歳	1	0.5%	0.5%	100%	0	0%	0%	-
小計	188	97.9%	100%	100%	103	100%	100%	100%
未記入	4	2.1%	-	-	0	0%	-	-
計	192	100%	100%	100%	103	100%	100%	100%

表4 主な虐待の種類(心中以外)

区分	第1次報告			第2次報告			第3次報告			第4次報告		
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合
身体的虐待	18	72.0%	72.0%	41	82.0%	83.7%	44	78.6%	86.3%	35	57.4%	60.3%
ネグレクト	7	28.0%	28.0%	7	14.0%	14.3%	7	12.5%	13.7%	23	37.7%	39.7%
その他	0	0%	0%	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%	0	0%	0%
小計	25	100%	100%	49	98.0%	100%	51	91.1%	100%	58	95.1%	100%
不明	0	0%	-	1	2.0%	-	5	8.9%	-	3	4.9%	-
計	25	100%	100%	50	100%	100%	56	100%	100%	61	100%	100%

## 表5 直接死因

区分		第1次報告		
		心中以外		
		人数	構成割合	有効割合
頭部外傷		4	16.0%	17.4%
胸部外傷		0	0%	0%
腹部外傷		0	0%	0%
外傷性ショック		0	0%	0%
頸部絞扼による窒息		1	4.0%	4.3%
頸部絞扼以外による窒息		1	4.0%	4.3%
溺水		4	16.0%	17.4%
熱傷		3	12.0%	13.0%
車内放置による熱中症・脱水		1	4.0%	4.3%
中毒		0	0%	0%
出血性ショック		0	0%	0%
低栄養による衰弱		2	8.0%	8.7%
脱水		0	0%	0.0%
凍死		0	0%	0%
火災による熱傷・一酸化炭素中毒		0	0%	0%
病死		0	0%	0%
その他		7	28.0%	30.4%
内訳 (再掲)	全身打撲	0	0%	0%
	薬物による死亡	0	0%	0%
	結腸壊死	0	0%	0%
	頭部顔面を含む全身打撲	0	0%	0%
	頸部外傷	0	0%	0%
	肺炎	0	0%	0%
	内臓破裂	0	0%	0%
	ストレスによる潰瘍	0	0%	0%
	遺棄	2	8.0%	8.7%
	暴行	5	20.0%	21.7%
小計		23	92.0%	100%
不明		2	8.0%	-
計		25	100%	100%

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

区分	第2次報告						
	心中以外			心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	
頭部外傷	19	38.0%	38.8%	2	25.0%	25.0%	
胸部外傷	0	0%	0%	0	0%	0%	
腹部外傷	2	4.0%	4.1%	1	12.5%	12.5%	
外傷性ショック	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%	
頸部絞扼による窒息	8	16.0%	16.3%	4	50.0%	50.0%	
頸部絞扼以外による窒息	3	6.0%	6.1%	1	12.5%	12.5%	
溺水	4	8.0%	8.2%	0	0%	0%	
熱傷	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%	
車内放置による熱中症・脱水	4	8.0%	8.2%	0	0%	0%	
中毒	0	0%	0%	0	0%	0%	
出血性ショック	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%	
低栄養による衰弱	3	6.0%	6.1%	0	0%	0%	
脱水	0	0%	0%	0	0%	0%	
凍死	0	0%	0%	0	0%	0%	
火災による熱傷・一酸化炭素中毒	0	0%	0%	0	0%	0%	
病死	0	0%	0%	0	0%	0%	
その他	3	6.0%	6.1%	0	0%	0%	
内訳 (再掲)	全身打撲	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
	薬物による死亡	0	0%	0%	0	0%	0%
	結腸壊死	0	0%	0%	0	0%	0%
	頭部顔面を含む全身打撲	0	0%	0%	0	0%	0%
	頸部外傷	0	0%	0%	0	0%	0%
	肺炎	0	0%	0%	0	0%	0%
	内臓破裂	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
	ストレスによる潰瘍	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
	遺棄	0	0%	0%	0	0%	0%
	暴行	0	0%	0%	0	0%	0%
小計	49	98.0%	100%	8	100%	100%	
不明	1	2.0%	-	0	0%	-	
計	50	100%	100%	8	100%	100%	

区分	第3次報告						
	心中以外			心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	
頭部外傷	14	25.0%	27.5%	0	0%	0%	
胸部外傷	0	0%	0%	6	20.0%	20.0%	
腹部外傷	2	3.6%	3.9%	0	0%	0%	
外傷性ショック	2	3.6%	3.9%	0	0%	0%	
頸部絞扼による窒息	13	23.2%	25.5%	10	33.3%	33.3%	
頸部絞扼以外による窒息	5	8.9%	9.8%	1	3.3%	3.3%	
溺水	5	8.9%	9.8%	3	10.0%	10.0%	
熱傷	0	0%	0%	0	0%	0%	
車内放置による熱中症・脱水	2	3.6%	3.9%	0	0%	0%	
中毒	0	0%	0%	8	26.7%	26.7%	
出血性ショック	1	1.8%	2.0%	0	0%	0%	
低栄養による衰弱	4	7.1%	7.8%	0	0%	0%	
脱水	0	0%	0%	0	0%	0%	
凍死	0	0%	0%	0	0%	0%	
火災による熱傷・一酸化炭素中毒	2	3.6%	3.9%	2	6.7%	6.7%	
病死	0	0%	0%	0	0%	0%	
その他	1	1.8%	2.0%	0	0%	0%	
内訳 (再掲)	全身打撲	0	0%	0%	0	0%	0%
	薬物による死亡	0	0%	0%	0	0%	0%
	結腸壊死	0	0%	0%	0	0%	0%
	頭部顔面を含む全身打撲	0	0%	0%	0	0%	0%
	頸部外傷	0	0%	0%	0	0%	0%
	肺炎	1	1.8%	2.0%	0	0%	0%
	内臓破裂	0	0%	0%	0	0%	0%
	ストレスによる潰瘍	0	0%	0%	0	0%	0%
	遺棄	0	0%	0%	0	0%	0%
	暴行	0	0%	0%	0	0%	0%
小計	51	91.1%	100%	30	100%	100%	
不明	5	8.9%	-	0	0%	-	
計	56	100%	100%	30	100%	100%	

区分	第4次報告						
	心中以外			心中(未遂を含む)			
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	
頭部外傷	12	19.7%	21.8%	2	3.1%	3.4%	
胸部外傷	1	1.6%	1.8%	1	1.5%	1.7%	
腹部外傷	0	0%	0%	0	0%	0%	
外傷性ショック	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%	
頸部絞扼による窒息	7	11.5%	12.7%	27	41.5%	46.6%	
頸部絞扼以外による窒息	6	9.8%	10.9%	1	1.5%	1.7%	
溺水	5	8.2%	9.1%	4	6.2%	6.9%	
熱傷	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%	
車内放置による熱中症・脱水	2	3.3%	3.6%	0	0%	0%	
中毒	0	0%	0%	18	27.7%	31.0%	
出血性ショック	0	0%	0%	1	1.5%	1.7%	
低栄養による衰弱	3	4.9%	5.5%	0	0%	0%	
脱水	0	0%	0%	0	0%	0%	
凍死	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%	
火災による熱傷・一酸化炭素中毒	11	18.0%	20.0%	2	3.1%	3.4%	
病死	2	3.3%	3.6%	0	0%	0%	
その他	3	4.9%	5.5%	2	3.1%	3.4%	
内訳 (再掲)	全身打撲	0	0%	0%	1	1.5%	1.7%
	薬物による死亡	0	0%	0%	1	1.5%	1.7%
	結腸壊死	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
	頭部顔面を含む全身打撲	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
	頸部外傷	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
	肺炎	0	0%	0%	0	0%	0%
	内臓破裂	0	0%	0%	0	0%	0%
	ストレスによる潰瘍	0	0%	0%	0	0%	0%
	遺棄	0	0%	0%	0	0%	0%
	暴行	0	0%	0%	0	0%	0%
小計	55	90.2%	100%	58	89.2%	100%	
不明	6	9.8%	-	7	10.8%	-	
計	61	100%	100%	65	100%	100%	

表6 主たる加害者

区分	第1次報告				第2次報告				
	心中以外		心中以外		心中以外		心中(未遂を含む)		
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合
実母	13	52.0%	52.0%	26	52.0%	52.0%	5	62.5%	62.5%
実父	7	28.0%	28.0%	11	22.0%	22.0%	2	25.0%	25.0%
継母	0	0%	0%	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
継父	0	0%	0%	0	0%	0%	1	12.5%	12.5%
養母	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
養父	0	0%	0%	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
母方祖母	0	0%	0%	1	2.0%	2.0%	0	0%	0%
母の交際相手	1	4.0%	4.0%	4	8.0%	8.0%	0	0.0%	0.0%
実母と	実父	0	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
	養父	0	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
	母の交際相手	1	4.0%	4.0%	0	0%	0%	0	0%
その他	1	4.0%	4.0%	0	0%	0%	0	0%	0%
その他	2	8.0%	8.0%	6	12.0%	12.0%	0	0%	0%
小計	25	100%	100%	50	100%	100%	8	100%	100%
不明	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
計	25	100%	100%	50	100%	100%	8	100%	100%

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

区分	第3次報告						第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合
実母	38	67.9%	70.4%	24	80.0%	80.0%	29	47.5%	50.9%	46	70.8%	73.0%
実父	11	19.6%	20.4%	5	16.7%	16.7%	5	8.2%	8.8%	13	20.0%	20.6%
継母	1	1.8%	1.9%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
継父	1	1.8%	1.9%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
養母	0	0%	0%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
養父	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
母方祖母	0	0%	0%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	1	1.5%	1.6%
母の交際相手	2	3.6%	3.7%	0	0.0%	0.0%	5	8.2%	8.8%	0	0.0%	0.0%
実母と 養父	0	0%	0%	1	3.3%	3.3%	9	14.8%	15.8%	3	4.6%	4.8%
	1	1.8%	1.9%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
	0	0%	0%	0	0%	0%	3	4.9%	5.3%	0	0%	0%
母の交際相手	0	0%	0%	0	0%	0%	1	1.6%	1.8%	0	0%	0%
その他	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
小計	54	96.4%	100%	30	100%	100%	57	93.4%	100%	63	96.9%	100%
不明	2	3.6%	-	0	0%	-	4	6.6%	0%	2	3.1%	-
計	56	100%	100%	30	100%	100%	61	100%	100%	65	100%	100%



表7 妊娠期・周産期の問題

区分	第2次報告																			
	第1次報告				心中(未遂を含む)															
	心中以外				心中以外				あり				なし							
	人数	構成割合	あり	なし	人数	構成割合	あり	なし	人数	構成割合	あり	なし	人数	構成割合	あり	なし	人数	構成割合	未記入・不明	構成割合
切迫流産			0	0%	22	44.0%	28	56.0%	1	12.5%	3	37.5%	4	50.0%						
妊娠高血圧症候群			0	0%	22	44.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
喫煙の常習			0	0%	18	36.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
アルコールの常習			4	8.0%	18	36.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
マトニティーブルー																				
望まない妊娠・計画していない妊娠			11	22.0%	11	22.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
若年(10代)妊娠																				
母子健康手帳の未発行			1	2.0%	21	42.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
妊婦検診未受診			2	4.0%	20	40.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
胎児虐待(故意の飲酒・喫煙)			1	2.0%	21	42.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
その他	11	44.0%	4	8.0%	18	36.0%	28	56.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
墜落分娩			2	4.0%	21	42.0%	27	54.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
延性陣痛																				
帝王切開																				
低体重	7	28.0%	6	12.0%	17	34.0%	27	54.0%	1	12.5%	3	37.5%	4	50.0%						
多胎	2	8.0%	1	2.0%	22	44.0%	27	54.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
新生児仮死			0	0%	23	46.0%	27	54.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
その他の疾患・障害			6	12.0%	17	34.0%	27	54.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
出生時の退院の遅れによる母子分離	2	8.0%	0	0%	23	46.0%	27	54.0%	0	0%	4	50.0%	4	50.0%						
NICU入院																				
身体疾患・障害	2	8.0%	6	12.0%	29	58.0%	15	30.0%	1	12.5%	5	62.5%	2	25.0%						
知的発達遅れ			7	14.0%	27	54.0%	16	32.0%	1	12.5%	6	75.0%	1	12.5%						
成長障害(低身長・低体重)	4	16.0%	1	2.0%	35	70.0%	14	28.0%	0	0%	6	75.0%	2	25.0%						

※第1次報告には、心中の事例は含まれない。また、第1次報告では、回答方法が異なるため「あり」の集計のみを掲載している。

※斜線の項目は、それぞれの報告において調査項目として存在しなかった項目である。

第3次報告												
区分	心中以外						心中(未遂を含む)					
	あり		なし		未記入・不明		あり		なし		未記入・不明	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
切迫流産	1	1.8%	22	39.3%	33	58.9%	0	0%	8	26.7%	22	73.3%
妊娠高血圧症候群	2	3.6%	20	35.7%	34	60.7%	0	0%	8	26.7%	22	73.3%
喫煙の常習	1	1.8%	13	23.2%	42	75.0%	0	0%	7	23.3%	23	76.7%
アルコールの常習	2	3.6%	12	21.4%	42	75.0%	0	0%	7	23.3%	23	76.7%
マタニティブルー	1	1.8%	11	19.6%	44	78.6%	0	0%	8	26.7%	22	73.3%
望まない妊娠・計画していない妊娠	7	12.5%	11	19.6%	38	67.9%	1	3.3%	11	36.7%	18	60.0%
若年(10代)妊娠	4	7.1%	26	46.4%	26	46.4%	0	0%	17	56.7%	13	43.3%
母子健康手帳の未発行	6	10.7%	21	37.5%	29	51.8%	0	0%	12	40.0%	18	60.0%
妊婦検診未受診	4	7.1%	17	30.4%	35	62.5%	0	0%	12	40.0%	18	60.0%
胎児虐待(故意の飲酒・喫煙)	1	1.8%	16	28.6%	39	69.6%	0	0%	10	33.3%	20	66.7%
その他												
墜落分娩	2	3.6%	26	46.4%	28	50.0%	0	0%	12	40.0%	18	60.0%
延性陣痛	0	0%	26	46.4%	30	53.6%	0	0%	12	40.0%	18	60.0%
帝王切開	2	3.6%	24	42.9%	30	53.6%	0	0%	11	36.7%	19	63.3%
低体重	1	1.8%	30	53.6%	25	44.6%	0	0%	15	50.0%	15	50.0%
多胎	2	3.6%	32	57.1%	22	39.3%	0	0%	15	50.0%	15	50.0%
新生児仮死	0	0%	15	26.8%	41	73.2%	0	0%	15	50.0%	15	50.0%
その他の疾患・障害												
出生時の退院の遅れによる母子分離	2	3.6%	27	48.2%	27	48.2%	0	0%	15	50.0%	15	50.0%
NICU入院	1	1.8%	29	51.8%	26	46.4%	0	0%	15	50.0%	15	50.0%
身体疾患・障害	0	0%	30	53.6%	26	46.4%	5	16.7%	10	33.3%	15	50.0%
知的発達遅れ	1	1.8%	24	42.9%	31	55.4%	0	0%	17	56.7%	13	43.3%
成長障害(低身長・低体重)	2	3.6%	29	51.8%	25	44.6%	0	0%	17	56.7%	13	43.3%

※斜線の項目は、それぞれの報告において調査項目として存在しなかった項目である。

第4次報告												
区分	心中以外						心中(未遂を含む)					
	あり		なし		未記入・不明		あり		なし		未記入・不明	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
切迫流産	6	9.8%	12	19.7%	43	70.5%	2	3.1%	16	24.6%	47	72.3%
妊娠高血圧症候群	1	1.6%	14	23.0%	46	75.4%	2	3.1%	17	26.2%	46	70.8%
喫煙の常習	1	1.6%	8	13.1%	52	85.2%	0	0%	11	16.9%	54	83.1%
アルコールの常習	1	1.6%	11	18.0%	49	80.3%	0	0%	12	18.5%	53	81.5%
マタニティブルー	0	0%	6	9.8%	55	90.2%	3	4.6%	7	10.8%	55	84.6%
望まない妊娠・計画していない妊娠	10	16.4%	5	8.2%	46	75.4%	0	0%	11	16.9%	54	83.1%
若年(10代)妊娠	8	13.1%	33	54.1%	20	32.8%	1	1.5%	45	69.2%	19	29.2%
母子健康手帳の未発行	9	14.8%	27	44.3%	25	41.0%	0	0%	26	40.0%	39	60.0%
妊婦検診未受診	9	14.8%	14	23.0%	38	62.3%	0	0%	21	32.3%	44	67.7%
胎児虐待(故意の飲酒・喫煙)	2	3.3%	11	18.0%	48	78.7%	0	0%	16	24.6%	49	75.4%
その他												
墜落分娩	5	8.2%	22	36.1%	34	55.7%	0	0%	21	32.3%	44	67.7%
延性陣痛	1	1.6%	19	31.1%	41	67.2%	0	0%	21	32.3%	44	67.7%
帝王切開	2	3.3%	27	44.3%	32	52.5%	4	6.2%	16	24.6%	45	69.2%
低体重	4	6.6%	26	42.6%	31	50.8%	2	3.1%	22	33.8%	41	63.1%
多胎	0	0%	38	62.3%	23	37.7%	0	0%	26	40.0%	39	60.0%
新生児仮死	4	6.6%	25	41.0%	32	52.5%	1	1.5%	20	30.8%	44	67.7%
その他の疾患・障害	4	6.6%	24	39.3%	33	54.1%	0	0%	21	32.3%	44	67.7%
出生時の退院の遅れによる母子分離	4	6.6%	29	47.5%	28	45.9%	1	1.5%	19	29.2%	45	69.2%
NICU入院	5	8.2%	28	45.9%	28	45.9%	1	1.5%	18	27.7%	46	70.8%
身体疾患・障害	6	9.8%	27	44.3%	28	45.9%	1	1.5%	27	41.5%	37	56.9%
知的発達遅れの遅れ	4	6.6%	27	44.3%	30	49.2%	8	12.3%	23	35.4%	34	52.3%
成長障害(低身長・低体重)	4	6.6%	33	54.1%	24	39.3%	1	1.5%	36	55.4%	28	43.1%

※斜線の項目は、それぞれの報告において調査項目として存在しなかった項目である。

表8 乳幼児健診及び予防接種

第3次報告												
区分	心中以外						心中(未遂を含む)					
	受診済み		未受診		年齢的に非該当	不明	受診済み		未受診		年齢的に非該当	不明
	人数	割合	人数	割合	人数	人数	人数	割合	人数	割合	人数	人数
3～4か月児健診	16	88.9%	2	11.1%	10	28	13	92.9%	1	7.1%	1	15
1歳6か月児健診	12	80.0%	3	20.0%	18	23	13	92.9%	1	7.1%	4	12
3歳児健診	9	64.3%	5	35.7%	23	19	11	91.7%	1	8.3%	6	12
BCG・ツベルクリン予防接種	9	64.3%	5	35.7%	13	29	10	100%	0	0%	1	19
ポリオ予防接種	11	73.3%	4	26.7%	13	28	9	100%	0	0%	1	20
三種混合予防接種	11	78.6%	3	21.4%	13	29	8	88.9%	1	11.1%	1	20
麻疹予防接種	11	84.6%	2	15.4%	14	29	5	62.5%	3	37.5%	1	21
風疹予防接種	9	75.0%	3	25.0%	15	29	7	87.5%	1	12.5%	1	21

※第1次報告、第2次報告では、乳幼児健診及び予防接種の状況について調査項目が異なるため、本表には掲載していない。

第4次報告														
区分	心中以外						心中(未遂を含む)							
	受診済み			未受診			不明	受診済み			未受診			年齢的に非該当
	人数	割合	人数	割合	人数	人数		人数	割合	人数	割合	人数		
	人数	割合	人数	割合	人数	人数	人数	割合	人数	割合	人数	不明		
3～4か月児健診	24	82.8%	5	17.2%	11	21	23	92.0%	2	8.0%	1	39		
1歳6か月児健診	19	79.2%	5	20.8%	22	15	20	87.0%	3	13.0%	8	34		
3歳児健診	8	44.4%	10	55.6%	32	11	14	77.8%	4	22.2%	19	28		
BCG・ツベルクリン予防接種	26	89.7%	3	10.3%	12	20	25	96.2%	1	3.8%	0	39		
ポリオ予防接種	24	88.9%	3	11.1%	13	21	25	92.6%	2	7.4%	0	38		
三種混合予防接種	21	80.8%	5	19.2%	13	22	26	92.9%	2	7.1%	0	37		
麻疹予防接種	19	79.2%	5	20.8%	14	23	22	91.7%	2	8.3%	3	38		
風疹予防接種	13	59.1%	9	40.9%	14	25	19	90.5%	2	9.5%	3	41		

表9 養育機関等への所属

区分	第1次報告			第2次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)					
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合			
なし				22	44.0%	61.1%	2	25.0%	25.0%
保育所	8	32.0%	32.0%	7	14.0%	19.4%	3	37.5%	37.5%
幼稚園				1	2.0%	2.8%	1	12.5%	12.5%
小学校									
中学校									
高校									
その他				6	12.0%	16.7%	2	25.0%	25.0%
小計				36	72.0%	100%	8	100%	100%
不明				14	28.0%	-	0	0%	-
計	8	32.0%	32.0%	50	100%	100%	8	100%	100%

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

※第1次報告では、保育園の利用の有無について回答を求めている。  
割合は死亡人数25人に対するものである。

※第2報告では、養育機関(幼稚園、保育所等)の利用状況について回答を求めている。

区分	第3次報告						第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合	人数	構成割合	有効割合
なし	-	-	-	-	-	-	38	62.3%	65.5%	19	29.2%	31.1%
保育所	10	17.9%	52.6%	7	23.3%	31.8%	10	16.4%	17.2%	9	13.8%	14.8%
幼稚園	1	1.8%	5.3%	5	16.7%	22.7%	3	4.9%	5.2%	4	6.2%	6.6%
小学校	6	10.7%	31.6%	9	30.0%	40.9%	5	8.2%	8.6%	24	36.9%	39.3%
中学校	1	1.8%	5.3%	0	0%	0.0%	0	0%	0.0%	2	3.1%	3.3%
高校	1	1.8%	5.3%	1	3.3%	4.5%	1	1.6%	1.7%	0	0%	0%
その他	-	-	-	-	-	-	1	1.6%	1.7%	3	4.6%	4.9%
小計	19	33.9%	100%	22	73.3%	100%	58	95.1%	100%	61	93.8%	100%
不明	37	66.1%	-	8	26.7%	-	3	4.9%	-	4	6.2%	-
計	56	100%	100%	30	100%	100%	61	100%	100%	65	100%	100%

※第3次報告では、「養育機関等の所属」として「保育所」、「幼稚園」、「小学校」、「中学校」、「高校」のそれぞれについて、「なし」、「あり」、「対象年齢でない」、「不明」の回答を求めている。

※第4次報告では、「養育機関・教育機関の所属の有無」として回答を求めている。

表10 養育者の状況

区分	第3次報告						第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
実父母	19	37.3%	47.5%	15	78.9%	100%	24	46.2%	51.1%	29	60.4%	72.5%
一人親(離婚)	3	5.9%	7.5%	0	0%	0%	9	17.3%	19.1%	8	16.7%	20.0%
一人親(未婚)	7	13.7%	17.5%	0	0%	0%	4	7.7%	8.5%	0	0%	0%
一人親(死別)							0	0%	0%	1	2.1%	2.5%
連れ子の再婚	4	7.8%	10.0%	0	0%	0%	2	3.8%	4.3%	2	4.2%	5.0%
内縁関係	7	13.7%	17.5%	0	0%	0%	7	13.5%	14.9%	0	0%	0%
養父母	0	0%	0%	0	0%	0%	1	1.9%	2.1%	0	0%	0%
小計	40	78.4%	100%	15	78.9%	100%	47	90.4%	100%	40	83.3%	100%
不明	11	21.6%	-	4	21.1%	-	5	9.6%	-	8	16.7%	-
計	51	100%	100%	19	100%	100%	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告、第2次報告では、養育者の状況について調査項目が異なるため、本表には掲載していない。

※第3次報告では、「一人親(死別)」の項目について調査をしていない。



表11 家族の経済状況

区分	第2次報告			第3次報告			第4次報告											
	心中以外		心中(未遂を含む)	心中以外		心中(未遂を含む)	心中以外		心中(未遂を含む)									
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合									
生活保護世帯	3	6.3%	11.5%	1	20%	25%	2	3.9%	11.1%	0	0%	4	7.7%	21.1%	2	4.2%	10.5%	
市町村民税 非課税世帯	9	18.8%	34.6%	0	0%	0%	5	9.8%	27.8%	1	5.3%	12.5%	7	13.5%	36.8%	3	6.3%	15.8%
市町村民税 課税世帯 (所得割)							5	9.8%	27.8%	4	21.1%	50.0%	5	9.6%	26.3%	8	16.7%	42.1%
市町村民税 課税世帯 (均等割)	3	6.3%	11.5%	1	20%	25%	3	5.9%	16.7%	2	10.5%	25.0%	1	1.9%	5.3%	0	0%	0%
市町村民税 課税世帯(所得 割&均等割)							0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%	2	4.2%	10.5%
年収500万円 未満	8	16.7%	30.8%	1	20%	25%	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%	0	0%	0%
年収500万円 以上	3	6.3%	11.5%	1	20%	25%	3	5.9%	16.7%	1	5.3%	12.5%	2	3.8%	10.5%	4	8.3%	21.1%
小計	26	54.2%	100%	4	80%	100%	18	35.3%	100%	8	42.1%	100%	19	36.5%	100%	19	39.6%	100%
不明	22	45.8%	-	1	20%	-	33	64.7%	-	11	57.9%	-	33	63.5%	-	29	60.4%	-
計	48	100%	100%	5	100%	100%	51	100%	100%	19	100%	100%	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告には、家族の経済状況に関するデータはない。

表12 地域社会との接触

区分	第2次報告						第3次報告						第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
ほとんどない	14	29.2%	45.2%	0	0%	0%	9	17.6%	39.1%	1	5.3%	12.5%	11	21.2%	42.3%	2	4.2%	11.8%
乏しい	9	18.8%	29.0%	0	0%	0%	7	13.7%	30.4%	2	10.5%	25.0%	8	15.4%	30.8%	4	8.3%	23.5%
ふつう	8	16.7%	25.8%	2	40%	66.7%	7	13.7%	30.4%	3	15.8%	37.5%	7	13.5%	26.9%	9	18.8%	52.9%
活発	0	0%	0%	1	20%	33.3%	0	0%	0%	2	10.5%	25.0%	0	0%	0%	2	4.2%	11.8%
小計	31	64.6%	100%	3	60%	100%	23	45.1%	100%	8	42.1%	100%	26	50.0%	100%	17	35.4%	100%
不明	17	35.4%	-	2	40%	-	28	54.9%	-	11	57.9%	-	26	50.0%	-	31	64.6%	-
計	48	100%	100%	5	100%	100%	51	100%	100%	19	100%	100%	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告には、地域社会との接触に関するデータはない。

# 表13 養育者の心理的・精神的問題等

## i. 心中以外

区分	第3次報告				第4次報告			
	実母		実父		実母		実父	
	例数(構成割合/41例)	あり	なし	不明	例数(構成割合/21例)	あり	なし	不明
育児不安	12/29.3%	5/12.2%	24/58.5%	2/9.5%	6/28.6%	13/61.9%	14/26.9%	6/11.5%
マタニティブルー	2/4.9%	13/31.7%	26/63.4%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
産後うつ	2/4.9%	21/51.2%	18/43.9%	0/0%	11/52.4%	10/47.6%	0/0%	24/46.2%
知的障害	3/7.3%	19/46.3%	19/46.3%	0/0%	11/52.4%	10/47.6%	0/0%	19/36.5%
身体障害	1/2.4%	26/63.4%	14/34.1%	0/0%	12/57.1%	9/42.9%	0/0%	32/61.5%
その他の障害	0/0%	20/48.8%	21/51.2%	0/0%	11/52.4%	10/47.6%	0/0%	26/50.0%
アルコール依存	0/0%	17/41.5%	24/58.5%	0/0%	10/47.6%	11/52.4%	0/0%	21/40.4%
薬物依存	0/0%	17/41.5%	24/58.5%	0/0%	10/47.6%	11/52.4%	0/0%	17/32.7%
衝動性	5/12.2%	9/22.0%	27/65.9%	4/19.0%	4/19.0%	13/61.9%	5/9.6%	9/17.3%
攻撃性	2/4.9%	13/31.7%	26/63.4%	5/23.8%	4/19.0%	12/57.1%	5/9.6%	9/17.3%
怒りのコントロール不全	7/17.1%	9/22.0%	29/61.0%	4/19.0%	4/19.0%	13/61.9%	4/7.7%	7/13.5%
うつ状態	6/14.6%	13/31.7%	27/65.9%	1/4.8%	7/33.3%	13/61.9%	9/17.3%	11/21.2%
躁状態	1/2.4%	13/31.7%	27/65.9%	0/0%	8/38.1%	13/61.9%	0/0%	17/32.7%
感情の起伏が激しい	4/9.8%	12/29.3%	25/61.0%	2/9.5%	4/19.0%	15/71.4%	4/7.7%	11/21.2%
高い依存性	6/14.6%	9/22.0%	26/63.4%	1/4.8%	5/23.8%	15/71.4%	6/11.5%	9/17.3%
幻覚	1/2.4%	16/39.0%	24/58.5%	0/0%	9/42.9%	12/57.1%	1/1.9%	14/26.9%
妄想	2/4.9%	16/39.0%	23/56.1%	0/0%	9/42.9%	12/57.1%	1/1.9%	14/26.9%
DVを受けている	2/4.9%	15/36.6%	24/58.5%	0/0%	9/42.9%	12/57.1%	4/7.7%	19/36.5%
DVを行っている	0/0%	17/41.5%	24/58.5%	2/9.5%	7/33.3%	12/57.1%	0/0%	25/48.1%
自殺未遂の既往	3/7.3%	10/24.4%	28/68.3%	0/0%	7/33.3%	14/66.7%	1/1.9%	13/25.0%
養育能力の低下	9/22.0%	3/7.3%	29/70.7%	2/9.5%	5/23.8%	14/66.7%	20/38.5%	7/13.5%

## ii. 心中(未遂を含む)

区分	第3次報告				第4次報告			
	実母		実父		実母		実父	
	例数(構成割合/16例)	あり	なし	不明	例数(構成割合/14例)	あり	なし	不明
育児不安	4/25.0%	3/18.8%	9/56.3%	0/0%	4/28.6%	10/71.4%	12/25.0%	5/10.4%
マタニティブルー	0/0%	5/31.3%	11/68.8%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	9/18.8%
産後うつ	0/0%	7/43.8%	9/56.3%	0/0%	8/57.1%	6/42.9%	2/4.2%	17/35.4%
知的障害	1/6.3%	4/25.0%	11/68.8%	0/0%	7/50.0%	7/50.0%	13/27.1%	8/16.7%
身体障害	0/0%	8/50.0%	8/50.0%	0/0%	8/57.1%	6/42.9%	1/2.1%	20/41.7%
その他の障害	0/0%	5/31.3%	11/68.8%	0/0%	7/50.0%	7/50.0%	1/2.1%	14/29.2%
アルコール依存	0/0%	5/31.3%	11/68.8%	0/0%	4/28.6%	10/71.4%	2/4.2%	13/27.1%
薬物依存	0/0%	5/31.3%	11/68.8%	0/0%	4/28.6%	10/71.4%	0/0%	13/27.1%
衝動性	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	8/16.7%	5/10.4%
攻撃性	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	3/6.3%	10/20.8%
怒りのコントロール不全	3/18.8%	1/6.3%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	4/8.3%	8/16.7%
躁状態	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	2/4.2%	3/6.3%
感情の起伏が激しい	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	2/14.3%	12/85.7%	4/8.3%	5/10.4%
高い依存性	1/6.3%	3/18.8%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	0/0%	8/16.7%
幻覚	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	0/0%	8/16.7%
妄想	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	0/0%	9/18.8%
DVを受けている	0/0%	2/12.5%	14/87.5%	0/0%	4/28.6%	10/71.4%	1/2.1%	9/18.8%
DVを行っている	0/0%	4/25.0%	12/75.0%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	0/0%	14/29.2%
自殺未遂の既往	2/12.5%	1/6.3%	13/81.3%	0/0%	3/21.4%	11/78.6%	1/2.1%	9/18.8%
養育能力の低下	0/0%	6/37.5%	10/62.5%	0/0%	4/28.6%	10/71.4%	3/6.3%	14/29.2%

※第1次報告、第2次報告には、養育者の心理的・精神的問題等に関する調査内容が異なるため、本表には掲載しない。

※第3次報告と第4次報告では、調査対象が異なるため、集計方法が異なる。

表14 児童相談所及び関係機関の関与について

区分	第1次報告		第2次報告		第3次報告		第4次報告			
	心中以外		心中以外		心中以外		心中以外		心中(未遂を含む)	
	例数	構成割合	例数	構成割合	例数	構成割合	例数	構成割合	例数	構成割合
児童相談所が関わっていた事例 (虐待以外の養護相談などで関わっていた事例を含む)	12	50.0%	14	29.2%	10	19.6%	12	23.1%	8	16.7%
関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児童相談所が関わっていないかった事例	3	12.5%	3	6.3%	1	2.0%	4	7.7%	1	2.1%
関係機関との接点はあったが、家庭への支援の必要はないと判断していた事例	6	25.0%	13	27.1%	23	45.2%	24	46.2%	34	70.8%
関係機関と全く接点を持てなかった事例	3	12.5%	18	37.5%	12	23.5%	6	11.5%	3	6.3%
不明	0	0%	0	0%	5	9.8%	6	11.5%	2	4.2%

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。

※第2次報告、第3次報告には、心中事例の児童相談所及び関係機関の関与に関するデータはない。

表15 虐待通告の有無

区分	第3次報告						第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
あり	8	15.7%	17.8%	0	0%	0%	10	19.2%	20.4%	3	6.3%	7.0%
内訳(再掲) 児童相談所	6	11.8%	13.3%	0	0%	0%	7	13.5%	14.3%	2	4.2%	4.7%
市町村	2	3.9%	4.4%	0	0%	0%	2	3.8%	4.1%	1	2.1%	2.3%
福祉事務所	0	0%	0%	0	0%	0%	1	1.9%	2.0%	0	0%	0%
なし	37	72.5%	82.2%	14	73.7%	100%	39	75.0%	79.6%	40	83.3%	93.0%
小計	45	88.2%	100%	14	73.7%	100%	49	94.2%	100%	43	89.6%	100%
不明	6	11.8%	-	5	26.3%	-	3	5.8%	-	5	10.4%	-
計	51	100%	100%	19	100%	100%	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告には、虐待通告の有無のデータはない。

※第2次報告では、虐待通告の調査内容が異なるため、本表には掲載していない。

表16 児童相談所の関与の有無

区分	第1次報告			第2次報告			第3次報告			第4次報告							
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)							
	例数	構成割合		例数	構成割合		例数	構成割合		例数	構成割合						
あり	12	50.0%		2	40.0%		10	19.6%		1	5.3%		12	23.1%		8	16.7%
なし	12	50.0%		3	60.0%		37	72.5%		14	73.7%		40	76.9%		40	83.3%
不明	0	0%		0	0%		4	7.8%		4	21.1%		0	0%		0	0%
計	24	100%		5	100%		51	100%		19	100%		52	100%		48	100%

表17 児童相談所の虐待についての認識

区分	第3次報告				第4次報告			
	心中以外		心中(未遂を含む)		心中以外		心中(未遂を含む)	
	例数	構成割合	例数	構成割合	例数	構成割合	例数	構成割合
虐待の認識があり、対応していた	4	40.0%	0	0%	5	41.7%	2	25.0%
虐待の可能性は認識していたが、 確定していなかった	2	20.0%	0	0%	1	8.3%	0	0%
虐待の認識はなかった	4	40.0%	1	100%	6	50.0%	6	75.0%
計	10	100%	1	100%	12	100%	8	100%

※第1次報告には、児童相談所の虐待についての認識に関するデータはない。

※第2次報告には、児童相談所の虐待についての認識のデータはあるものの調査項目が異なるため、  
本表には掲載していない。

表18 市町村の関与の有無

区分	第1次報告			第2次報告						第3次報告					
	心中以外			心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
あり	19	79.2%	79.2%	12	25.0%	29.3%	2	40.0%	40.0%	11	21.6%	23.9%	3	15.8%	21.4%
なし	5	20.8%	20.8%	29	60.4%	70.7%	3	60.0%	60.0%	35	68.6%	76.1%	11	57.9%	78.6%
小計	24	100%	100%	41	85.4%	100%	5	100%	100%	46	90.2%	100%	14	73.7%	100%
不明	-	-	-	7	14.6%	-	0	0%	-	5	9.8%	-	5	26.3%	-
計	24	100%	100%	48	100%	100%	5	100%	100%	51	100%	100%	19	100%	100%

区分	第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
あり	9	17.3%	19.1%	4	8.3%	9.5%
なし	38	73.1%	80.9%	38	79.2%	90.5%
小計	47	90.4%	100%	42	87.5%	100%
不明	5	9.6%	-	6	12.5%	-
計	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告には、心中事例の報告は含まれない。



表19 児童相談所以外の関係機関の関与

区分	第3次報告										第4次報告											
	心中以外					心中(未遂を含む)					心中以外					心中(未遂を含む)						
	上段:例数		下段:構成割合		下段:構成割合	上段:例数		下段:構成割合		下段:構成割合	上段:例数		下段:構成割合		下段:構成割合	上段:例数		下段:構成割合		下段:構成割合		
	関与なし	接点はあったが虐待についての関与なし	関与あり	未記入	関与なし	接点はあったが虐待についての関与なし	関与あり	未記入	関与なし	関与あり	虐待の認識なし	虐待の認識あり	不明	不明	未記入	関与なし	関与あり	虐待の認識なし	虐待の認識あり	不明	不明	未記入
福祉事務所	35 68.6%	4 7.8%	2 3.9%	10 19.6%	10 52.6%	0 0%	0 0%	9 47.4%	30 57.7%	8 15.4%	6 11.5%	0 0%	8 15.4%	0 0%	0 0%	35 72.9%	5 10.4%	0 0%	0 0%	0 0%	8 16.7%	0 0%
家庭児童相談室	38 74.5%	2 3.9%	0 0%	11 21.6%	10 52.6%	0 0%	0 0%	9 47.4%	37 71.2%	3 5.8%	5 9.6%	0 0%	6 11.5%	1 1.9%	36 75.0%	2 4.2%	0 0%	0 0%	0 0%	8 16.7%	2 4.2%	0 0%
児童委員	35 68.6%	1 2.0%	2 3.9%	13 25.5%	8 42.1%	1 5.3%	0 0%	10 52.6%	36 69.2%	1 1.9%	3 5.8%	0 0%	12 23.1%	0 0%	33 68.8%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	15 31.3%	0 0%	0 0%
保健所	33 64.7%	5 9.8%	2 3.9%	11 21.6%	10 52.6%	1 5.3%	0 0%	8 42.1%	36 69.2%	3 5.8%	2 3.8%	0 0%	11 21.2%	0 0%	31 64.6%	5 10.4%	0 0%	0 0%	0 0%	12 25.0%	0 0%	0 0%
市町村保健センター	23 45.1%	13 25.5%	3 5.9%	12 23.5%	7 36.8%	5 26.3%	0 0%	7 36.8%	22 42.3%	18 34.6%	5 9.6%	0 0%	6 11.5%	1 1.9%	27 56.3%	7 14.6%	2 4.2%	4.2%	2 4.2%	10 20.8%	2 4.2%	0 0%
養育機関(保育所等)	31 60.8%	6 11.8%	4 7.8%	10 19.6%	8 42.1%	3 15.8%	0 0%	8 42.1%	36 69.2%	4 7.7%	6 11.5%	2 3.8%	4 8.3%	0 0%	31 64.6%	4 8.3%	2 4.2%	4.2%	4 8.3%	7 14.6%	0 0%	0 0%
教育機関(学校等)	36 70.6%	3 5.9%	1 2.0%	11 21.6%	8 42.1%	4 21.1%	0 0%	7 36.8%	42 80.8%	3 5.8%	2 3.8%	5 9.6%	0 0%	0 0%	24 50.0%	11 22.9%	0 0%	0 0%	0 0%	2 4.2%	2 4.2%	0 0%
医療機関	29 56.9%	4 7.8%	5 9.8%	13 25.5%	8 42.1%	0 0%	0 0%	11 57.9%	23 44.2%	13 25.0%	3 5.8%	0 0%	13 25.0%	0 0%	16 33.3%	8 16.7%	2 4.2%	4.2%	2 4.2%	22 45.8%	0 0%	0 0%
助産師	35 68.6%	2 3.9%	0 0%	14 27.5%	8 42.1%	0 0%	0 0%	11 57.9%	38 73.1%	1 1.9%	1 1.9%	0 0%	12 23.1%	0 0%	28 58.3%	1 2.1%	0 0%	0 0%	0 0%	19 39.6%	0 0%	0 0%
警察	<del>31</del>	<del>4</del>	<del>0</del>	<del>10</del>	<del>8</del>	<del>3</del>	<del>0</del>	<del>8</del>	<del>36</del>	<del>4</del>	<del>6</del>	<del>2</del>	<del>4</del>	<del>0</del>	<del>31</del>	<del>4</del>	<del>2</del>	<del>4</del>	<del>2</del>	<del>7</del>	<del>0</del>	<del>0</del>

※この表中の「関与」については、都道府県の判断により提出された回答による。したがって、当該機関が子ども又は当該子どもの属する家庭の構成員について職務上何らかのかわりがあった場合も含まれるものであり、虐待としての対応に限られるものではなく、また、一部事後的にかかわりがあった事例も含まれる。  
 ※第1次報告、第2次報告では、児童相談所以外の関係機関の関与についての調査項目が異なるため、本表には掲載していない。

表20 検証の実施

区分	第2次報告						第3次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)			心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
あり	20	41.7%	50.0%	4	80.0%	80.0%	22	43.1%	47.8%	2	10.5%	13.3%
なし	20	41.7%	50.0%	1	20.0%	20.0%	24	47.1%	52.2%	13	68.4%	86.7%
小計	40	83.3%	100%	5	100%	100%	46	90.2%	100%	15	78.9%	100%
不明	8	16.7%	-	0	0%	-	5	9.8%	-	4	21.1%	-
計	48	100%	100%	5	100%	100%	51	100%	100%	19	100%	100%

区分	第4次報告					
	心中以外			心中(未遂を含む)		
	例数	構成割合	有効割合	例数	構成割合	有効割合
あり	19	36.5%	36.5%	11	22.9%	23.4%
なし	33	63.5%	63.5%	36	75.0%	76.6%
小計	52	100%	100%	47	97.9%	100%
不明	0	0%	-	1	2.1%	-
計	52	100%	100%	48	100%	100%

※第1次報告には、検証の実施についてのデータはない。

## 【参考】クロス集計表

### 主たる虐待者と虐待の種類【全体】

			虐待の種類				合計
			身体的虐待	ネグレクト	身体的虐待 とネグレクト	不明	
主たる虐待者	実母のみ	人	149	28	0	5	182
		割合	81.9%	15.4%	0%	2.7%	100%
	実父のみ	人	50	4	0	0	54
		割合	92.6%	7.4%	0%	0%	100%
	その他	人	44	11	1	3	59
		割合	74.6%	18.6%	1.7%	5.1%	100%
合計		人	243	43	1	8	295
		割合	82.4%	14.6%	0.3%	2.7%	100%

### 主たる虐待者と虐待者の種類【心中以外】

			虐待の種類				合計
			身体的虐待	ネグレクト	身体的虐待 とネグレクト	不明	
主たる虐待者	実母のみ	人	74	28	0	5	107
		割合	69.2%	26.2%	0%	4.7%	100%
	実父のみ	人	30	4	0	0	34
		割合	88.2%	11.8%	0%	0%	100%
	その他	人	36	11	1	3	51
		割合	70.6%	21.6%	2.0%	5.9%	100%
合計		人	140	43	1	8	192
		割合	72.9%	22.4%	0.5%	4.2%	100%

# 主たる虐待者と児の年齢【全体】

		児の年齢(歳)																	合計	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17
		人数	58	15	15	21	8	10	9	8	6	7	2	7	4	2	1	2		1
割合	33.0%	8.5%	8.5%	11.9%	4.5%	5.7%	5.1%	4.5%	3.4%	4.0%	1.1%	4.0%	2.3%	1.1%	0.6%	1.1%	0.6%	0%	100%	
主たる虐待者		人数	20	9	4	3	5	1	2	0	1	4	1	1	0	1	1	0	0	54
		割合	37.0%	16.7%	7.4%	5.6%	9.3%	1.9%	3.7%	0%	1.9%	7.4%	1.9%	1.9%	0%	1.9%	1.9%	0%	0%	100%
その他		人数	7	6	10	11	10	3	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	58
		割合	12.1%	10.3%	17.2%	19.0%	17.2%	5.2%	1.7%	1.7%	0%	3.4%	0%	0%	0%	1.7%	0%	0%	1.7%	100%
合計		人数	85	30	29	35	23	14	9	8	11	5	8	5	2	3	3	1	1	288
		割合	29.5%	10.4%	10.1%	12.2%	8.0%	4.9%	3.1%	2.8%	2.8%	3.8%	1.7%	2.8%	1.7%	0.7%	1.0%	1.0%	0.3%	0.3%

## 主たる虐待者と児の年齢【心中以外】

		児の年齢(歳)																合計								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17						
主たる虐待者	実母のみ	人数	44	10	8	15	3	3	4	4	4	5	1	2	0	3	0	1	0	0	1	0	0	1	0	101
		割合	43.6%	9.9%	7.9%	14.9%	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	1.0%	2.0%	0%	3.0%	0%	1.0%	0%	1.0%	0%	0%	1.0%	0%	1.0%	0%	0%	100%
	実父のみ	人数	20	6	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34
		割合	58.8%	17.6%	5.9%	2.9%	14.7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
	その他	人数	7	6	8	11	8	4	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	50
		割合	14.0%	12.0%	16.0%	22.0%	16.0%	8.0%	4.0%	2.0%	0%	2.0%	0%	0%	0%	2.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2.0%	2.0%	100%
合計	人数	71	22	18	27	16	8	6	6	6	1	2	1	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	185	
	割合	38.4%	11.9%	9.7%	14.6%	8.6%	4.3%	3.2%	3.2%	0.5%	1.1%	0.5%	1.6%	0%	0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	100%	

# 主たる虐待者と児の年齢【心中】

		児の年齢(歳)																合計		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17
		人数	14	5	7	6	5	6	5	3	5	5	2	4	4	4	1		1	2
割合	18.7%	6.7%	9.3%	8.0%	6.7%	8.0%	6.7%	4.0%	6.7%	6.7%	2.7%	5.3%	5.3%	5.3%	1.3%	1.3%	2.7%	0%	0%	100%
主たる虐待者		人数	0	3	2	2	0	2	0	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	20
		割合	0%	15.0%	10.0%	10.0%	0%	5.0%	10.0%	0%	5.0%	10.0%	5.0%	5.0%	5.0%	0%	0%	5.0%	0%	0%
その他		人数	0	0	2	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
		割合	0%	0%	25.0%	0%	25.0%	12.5%	12.5%	0%	12.5%	12.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
合計		人数	14	8	11	8	7	8	8	3	7	9	4	5	5	1	2	3	0	103
		割合	13.6%	7.8%	10.7%	7.8%	6.8%	7.8%	7.8%	2.9%	6.8%	8.7%	3.9%	4.9%	4.9%	4.9%	1.0%	1.9%	2.9%	0%

# 虐待の種類と児の年齢【全体】

		児の年齢(歳)																合計		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17
		人数	65	23	26	24	21	14	14	8	8	11	5	8	5	2	3		3	3
割合	26.9%	9.5%	10.7%	9.9%	8.7%	5.8%	5.8%	3.3%	3.3%	4.5%	2.1%	3.3%	2.1%	0.8%	1.2%	1.2%	1.2%	0.4%	0.4%	100%
人数	18	6	2	9	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
割合	45.0%	15.0%	5.0%	22.5%	5.0%	5.0%	0%	2.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
人数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
割合	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
人数	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
割合	40.0%	20.0%	0%	40.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
人数	85	30	29	35	23	16	14	9	8	11	5	8	5	2	3	3	3	1	1	288
割合	29.5%	10.4%	10.1%	12.2%	8.0%	5.6%	4.9%	3.1%	2.8%	3.8%	1.7%	2.8%	1.7%	0.7%	1.0%	1.0%	1.0%	0.3%	0.3%	100%

# 虐待の種類と児の年齢【心中以外】

		児の年齢(歳)																合計		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16	17
		身体的虐待	人数	51	15	15	16	14	6	6	5	1	2	1	3	0	1		1	0
	割合	36.7%	10.8%	10.8%	11.5%	10.1%	4.3%	4.3%	3.6%	0.7%	1.4%	0.7%	2.2%	0%	0.7%	0.7%	0%	0.7%	0.7%	
虐待の種類 ②-1	ネグレクト	人数	18	6	2	9	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		割合	45.0%	15.0%	5.0%	22.5%	5.0%	0%	2.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	身体的虐待 とネグレクト	人数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		割合	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
	不明	人数	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		割合	40.0%	20.0%	0%	40.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
合計	人数	71	22	18	27	16	8	6	6	1	2	1	3	0	1	1	0	1	1	
	割合	38.4%	11.9%	9.7%	14.6%	8.6%	4.3%	3.2%	3.2%	0.5%	1.1%	0.5%	1.6%	0.0%	0.5%	0.5%	0%	0.5%	0.5%	



## 第1次報告から第4次報告までの個別ヒアリング調査について

調査票による調査には一定の限界があることから、さらに詳細な検討を行うために、調査票による調査結果を踏まえ、下記の16事例についてヒアリング調査を行った。本資料は、16事例の個別ヒアリング調査についてまとめたものである。

○第1次報告（平成15年7月から平成15年12月までに発生した事例）：3事例	
・ 児童相談所が長期間関わってきた事例	： 3事例
○第2次報告（平成16年1月から平成16年12月までに発生した事例）：5事例	
・ 市町村が中心に関わってきた事例	： 4事例
・ 死亡事例ではないが重大な事例	： 1事例
○第3次報告（平成17年1月から平成17年12月までに発生した事例）：4事例	
・ 0歳児の事例	： 2事例
・ 児童相談所の関与があった事例	： 1事例
・ 心中事例	： 1事例
○第4次報告（平成18年1月から平成18年12月までに発生した事例）：4事例	
・ 子どもに障害があった事例	： 1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	： 1事例
・ 婦人相談所の関与があった事例	： 1事例
・ 死亡した子どもとは別のきょうだいの虐待通告があった事例	： 1事例

## ☆ 第1次報告における個別ヒアリング調査対象事例

第1次報告においては、児童相談所が長期に関わっていた三事例について、関係都道府県・指定都市から個別にヒアリングを行った。

### ◇事例1-I

#### (1) 関係機関の関与

保育所、家庭児童相談室を通じた虐待通告に対し、児童相談所が関係機関とともに長期的に在宅指導をしていた事例

#### (2) 家庭環境、養育環境等

地域から孤立した家庭で、父、母、多子家族。死亡した子どもは幼児。頭部打撲による脳障害で死亡

#### (3) 本事例における課題

##### ア) 事例の見立て、アセスメント

当初の児童相談所に対する相談は、死亡した子どもと上のきょうだいに顔面、頭部の怪我があったという保育所及び家庭児童相談員からのものであった。まず、頭部、顔面の怪我という点についてハイリスクであると見なされなかった点に問題がある。

また、両親が虐待を否定していたことや2か月後に新しい傷がなかったこと（保育所長に確認）などから一時保護は行わず、保育所に見守りを依頼していた。この時点での親や家族の状況についてのアセスメント、虐待の程度の認識、一時保護の必要性の検討が適切になされたか、さらには組織的に判断されたかが検討すべき課題であると考えられる。

さらに、担当者の専門性やそのバックアップ体制、スーパービジョン体制についても考慮すべき課題があったと考えられる。

##### イ) 児童相談所の状況把握と対応

児童相談所が関わっていた2年間に、死亡した子どもに児童相談所が直接会ったのは5回のみであった。児童相談所は保育所を通じて状況把握を行い、親に対する対応を間接的に行っていたが、家族を含めて総合的な状況の把握や対応がなされていたかが検討すべき課題である。

また、親との関係を重視しすぎることから介入的なアプローチに消極的であったと考えられ、子どもの安全確認・安全確保が優先されなかった。

##### ウ) 状況の変化（保育所の退所）への対応

援助の経過中に保育所を退所したが、これまでキーパーソンとしての役割を担ってきた関係機関との接点が切れたという状況に対して危機意識が不足していた。また、援助についての親の拒否に対してリスクの認識が十分ではなかった。保育所を退所することで援助者との接点が失われたが、その後長期にわたって具体的な対応がなされ

ていないなどのケースワーク上の課題があった。

## ◇事例 1 - II

### (1) 関係機関の関与

児童相談所、保健センター、家庭児童相談室、保育所等が子どもの養育、虐待に関して一時保護及び在宅指導を通じて長期的に関与

### (2) 家庭環境、養育環境等

母子家庭、経済的不安あり、養育者の生育環境上の問題あり、母方祖母、母、多子家族。死亡した子どもは幼児。脳内出血により死亡

### (3) 本事例における課題

#### ア) 一時保護解除時のアセスメント、解除後の支援体制

当初、児童相談所に対しては、母親の家出に関する祖母からの養育相談があったことから、家庭児童相談室、保育所入所などによる支援を実施した。

その後、保育所から子どもが怪我をしているとの情報があり、一時保護を実施した。1か月後に一時保護を解除し、継続指導及び関係機関を含めたサポートを実施した。これも含め、この事例においては最初の一時保護から死亡時までの3年間に3回の一時保護とその解除を繰り返した。こうした入退所の繰り返しについて適切な評価がなされていたかが検討すべき課題である。また、社会的養護を担う施設の不足やケア体制が不十分であることから、子どもの引き取りもやむを得ないとの方針決定に傾いていった面があった。

さらに、母親が再度同居している状況を含めて、子ども、家族、地域についての状況の変化、サポート体制、他機関からの情報について評価が的確であったか不明確な部分があった。特に、虐待が疑われる受傷が見られたという情報に対して、親との関係性を重視しすぎた結果、的確なリスク評価がなされず、子どもの安全確認・安全確保が優先されなかったという面が見られた。

また、本事例における母親の行動からは薬物依存の後遺症が推測されるが、精神保健分野からの専門的視点がなかったことも親に対する対応が適切に行えなかった要因の一つであった。

#### イ) 状況の変化に対する対応

母の友人をキーパーソンとしてこの家族の状況確認や母への対応などを行っていたが、この存在が失われた後における対応が的確でなかったと考えられる。家族への援助の状況把握や介入の仕方をどうするかというケース・マネージメントに課題があったと考えられる。

#### ウ) 関係機関（民生委員等）からの情報への対応、情報管理

関わりをもっていた家庭児童相談員及び民生委員からの「子どもの姿が見えない。閉じこめられているのではないか。」との複数回の情報に対して、的確な対応がなされなか

ったと考えられる。

また、これらの情報管理についても組織的対応がなされなかったなどの問題があったと考えられる。

なお、子どもの状況確認や母への説得などの対応を母の友人のみに委ねているが、この点についても他の方法がなかったのかが検討すべき課題である。また、この友人がキーパーソンとして機能しなくなった後に、これに代わる適切な対応策を講じなければならぬという意識に欠ける面があった。

#### エ) 情報の妥当性の判断

虐待が疑われる状況下において、家庭内の状態について母からの情報に基づき危険性はないと判断しているが、その情報のみに頼ることの妥当性やリスク判断に問題があったと考えられる。

### ◇事例1-III

#### (1) 関係機関の関与

児童相談所、乳児院、保健センターが子どもの養育に関して施設入所、退所後の在宅指導を通じて長期的に関与

#### (2) 家庭環境、養育環境等

父、母、多子家庭。死亡した子どもは幼児。乳児院を退所後に家庭に引き取られ、そこで虐待を受け死亡

#### (3) 本事例における課題

##### ア) 妊娠期、周産期、出産直後のケア

本人は、妊娠中から子どもの養育に拒否的で、当初母子手帳の交付も受けていなかった。また、出産もケアを全く受けない自宅分娩であった。児童相談所等関係機関はその状況について危機感を持たず、調査をしていなかった。

この時点での出産状況に関する調査や家族からの支援の可否、養育への意識も含めた家族の関係のアセスメント及びサポート体制の取り方によって状況は異なっていた可能性があると考えられる。

また、自宅分娩後に医療機関が関係しているが、出産状況からも特に養育支援を必要とする事例であるとの認識を医療機関が持つべきであった。この点において、医療機関の認識と、医療機関・保健機関・児童相談所間の連携に問題があったと考えられる。

##### イ) 状況の変化時におけるアセスメント

家族の子どもに対する養育意思は、当初は拒否的であったが、乳児院入所後しばらくして受入れに転じ、引き取りの意向を示した。児童相談所の意識としてはできるだけ子どもの引き取りの方向性を取りたいという考えが先行し、この時点での状況の変化に関しての要因分析は十分実施されている状況ではなかったと考えられる。

しかしながら、この時点でも養育意思を含めた家族の関係のアセスメント、状況変化

の背景にある要因分析がなされていれば、死亡に至らなかった可能性があると考えられる。また、施設の不足などの社会的養護体制が不十分であったという点も援助方針の設定に偏りを与えた面もあると考えられる。

また、このような子どもの引き取りという流れへの対応に関して、必ずしも組織的なスーパービジョンが行われる体制ではなかったことも課題であると考えられる。

#### ウ) 愛着形成の問題

乳児院退所までの経過は、家族の引き取り意向表明から退所まで約6か月の期間において月に1～2回程度の面会、一時帰宅が2回のみであったが、退所時点では、「良好な愛着関係が図られており、問題ない」との評価が行われている。アセスメントの問題がうかがわれる。

本事例は、出産直後から乳児院に入所しており、こうした事例において短期間で愛着形成が十分なされることは困難であるという認識を持つべきである。なお、一般的には、乳児院入所児は誰に対しても愛着と思えるような関わりをする傾向があるが、それは真の意味での愛着とは言えないことに留意すべきである。

#### エ) 機関連携、情報伝達

乳児院退所後においては、保健センターも一定の役割を担うこととしていたが、具体的な内容の指示に欠けていたことによりフォロー体制が十分構築されていなかった。

また、施設入所時における体重等の情報が保健センターに伝達されていなかったため、施設退所後は体重が減少していたにもかかわらず、体重が正常域にあったことから異常に気づけなかったという機関連携上の問題があった。

これに関しては、その後、関係地方公共団体における検証を経て、施設、保健所、保健師のアフターケアのシステムが構築されるといった改善策が講じられた。

### ◎第1次報告における個別ヒアリング検証事例のまとめ

児童相談所が長期に関与した前述の三事例に共通する教訓としては、以下のとおりである。

#### (1) 援助の基本的な方針や姿勢

家族との関係を重視しすぎる姿勢やそれに偏った対応方針が、結果的に判断の遅延などにつながりやすいという状況が共通して見られた。子どもの命を守ることを最優先とし、状況に応じた適時適切な介入的視点に立った支援の導入や対応姿勢をとることが必要である。

#### (2) 状況に対応した援助方針の見直し等

児童相談所が長期に関わってきた事例は、リスクの高い状況に置かれていても長期にわたり大事に至らなかったことからくる関係者の安心感や関係性が良くなったという思いこみ、問題が頻発していないから大丈夫といった判断が落とし穴となる。

このため、当初設定した援助方針や援助計画が有効に機能しているかどうかについて評

価することを常に心がけ、機能していないと判断した場合は、早急に援助方針や援助計画を立て直すことが必要である。とりわけ、家族や子どもの状況が把握できなくなった時こそ、新たな危険性が生じているという意識を常に持つことが必要である。

また、例えば、ア) 保護者との関係が硬直状態に陥り、状況が変化しないとき、イ) 援助方針の前提条件が変化したときには、子ども、家族、地域に関して再度情報を整理した上でアセスメントを行い、援助方針を見直し、適切な対策を講じることが必要である。

さらに、長期に関わることにより、いずれかの時点で児童相談所の担当者が交替する可能性が高まるので、組織として適切に引継ぎが行われることが重要である。また、関係機関の担当者や地域でのキーパーソンも変わることがあるので、日頃より児童相談所はネットワーク等を介して、事例に関する情報が入りやすいようにコミュニケーションを密にしておく必要がある。

### (3) ハイリスク要因への注意

乳幼児の頭部・顔面の怪我、胎児への拒否感やケアを全く受けない自宅分娩などハイリスク要因に敏感になることが大切であり、入念にアセスメントを行うことが必要である。

### (4) 担当者の専門性の向上とスーパービジョン体制の強化

担当者は、援助に対する保護者の拒否など支援の接点がなくなった時点において、ア) 子ども、家族、地域についての状況の変化、イ) 地域のサポート体制、ウ) 他機関からの情報についての的確に評価することが必要である。

一方で、接点がなくなってから事件発生までの間の状況の把握が十分でなかったことや、薬物依存者に対する認識不足などが見られた。

このような事態を防ぐため、専門性の向上やスーパービジョン体制を強化する必要がある。

### (5) 在宅支援サービスを含めた社会的養護の体制整備

社会的養護を担う施設や里親等が不足していることから、家庭が子どもを引き取る環境が十分整っていない場合でも、こうした方向性に希望的観測も含めて判断が偏る傾向がある。家族の再統合や家庭の養育力の再生・強化を図るためのプログラムの実践と普及が重要であることは言うまでもないが、これらの環境整備を図りつつ、子どもの引き取りの時期等については慎重に判断されるべきである。

このための基礎的条件として、都道府県・指定都市においては、要保護児童に関する地域の状況を十分に把握し、在宅支援サービスを含めた必要十分な社会的養護の体制を確保する必要があり、国としてもこれを支援していくことが必要である。

## ☆第2次報告における個別ヒアリング調査対象事例

第2次報告においては、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、現地でヒアリングを行った。

### ◇事例2-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つて行う機関・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2-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た。

### 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され、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 2－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

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 2-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 2 - 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が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。

## ◎第2次報告における個別ヒアリング検証事例のまとめ

### (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。

### (3) 子どもの安全確認の重要性とアセスメント力の向上

ある事例においては、子どものアセスメントよりも、保護者や祖母へのアセスメントを優先させており、事例の全体をアセスメントできていなかった。そのため、子どもに直接会って安全を確認していなかった。安全確認をすれば、子どもの危機的な状況がすぐに判断できたと思われる。一方で、祖母が子どもについてゆがんだ認識をもっていることや、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に気づいていたにもかかわらず、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かった。また、事例が非常に多い地域では対応しきれず、客観的にみればリスクの高い事例でも、優先度が低くなってしまう場合がある。

別の事例では、第2子誕生がリスクを認識する絶好の機会であったが、第1子誕生の際に養育状況について支援の必要性は低いと判定したために、再判定の必要性を認識せず、結果として援助計画の見直しなどに至らず、最悪の結果を招いてしまっていた。また、一度「養護相談」と位置づけてしまうと、その見立てにとらわれ、それを変更することができずに固定的な見方によって対応してしまうといった状況が見られた。

アセスメントは援助過程そのものであり、事例に対する理解を常に深めていくためのものであるという認識をもつ必要がある。

これらの状況に対して、以下のような改善が必要と考えられる。

- ・ 初期相談にあたる相談員については可能な限り専門性のある職員を任用するとともに、スーパービジョンの体制を整備しておくことが必要である。あわせて、子どもの虹情報研修センター等の外部機関への相談、助言を求める等積極的に活用する。
- ・ 必ず子どもに直接会って安全確認する必要がある。
- ・ 現在子どもが深刻な状況にあるかもしれない、あるいは危機的な状況になる可能性があると思定できるような場合においては、子どもの保護を最優先すべきであり、その上で適切なアセスメントを行うべきである。
- ・ 次子の出産、転居等要支援者に変化が生じた際はもちろん、定期的かつ必要に応じて援助計画を見直す必要がある。

### (4) 介入的アプローチの重要性と専門職の養成及び配置の必要性

ある事例では、保護者との関係性を重視するといった受容的なアプローチに終始し、積

極的に面談や訪問を行い、虐待を告知するなど介入的なアプローチを結果的に避けていたものがあった。これは、一度立てられた援助計画を必要に応じて見直したり、方針を変更して介入的なアプローチに切り替えることができないという現場の判断が影響していた。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なければならない。

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の出来事の関連や、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にあった。

- 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な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2年前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、第二子を連れて家出したが、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、思いと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了しており、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）の三世大家族。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歳の子どもの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りえ、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た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理しており、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。

## 第1次報告から第4次報告までの提言に対する対応について

# 第1次報告から第4次報告までの提言に対する対応について

検証	提 言	現状及びこれまでの対応	特記事項
<b>1 基本的事項</b>			
一次	① 子どもの命を守ることを最優先に、適時適切な介入的観点に立った支援の導入や対応姿勢をとることが必要。	○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、児童虐待は、事例によっては猶予を許さない緊急対応が必要であることから、虐待の発見や通告がなされたときは他の業務に先んじて対応を行うことと原則とし、児童の安全確認、児童相談所への送致又は一時保護を行う者は、速やかに行うこととされている。	-
二次	② 事態の進展によっては、他の地方公共団体との施設入所や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、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る必要。	○ 「児童相談所運営指針」等において、児童虐待防止制度の詳細が記載され、十分な理解が求められている。	-
<b>2 児童相談所の体制</b>			
一次	① 保護者の拒否など支援の接点がなくなった後、状況把握が十分でなかった等の事態を防ぐため、専門性の向上やスーパービジョン体制を強化することが必要。	○ 平成19年1月の「児童相談所運営指針」の改正により、外部からの個人を特定できず虐待に関する緊急受理会議を開き、対応を組織的に協議することとされている。	-
一次	② 意思決定システム、組織的対応、スーパービジョン体制などに関して組織体制の再点検を図ることが必要。	○ 「児童相談所運営指針」においては、各部署の長は職員にスーパービジョンの指導・訓練・指導担任を置くよう求められている。また、平成20年3月の同指針の改正により、新たに各児童相談所に教育・訓練・指導担任を置くよう求められている。	-
一次	③ 介入的観点からの対応性の重要性について認識を高めるとともに、担当者の援助技術の向上とそれを支援するためのスーパービジョン体制の確保が求められる。	○ 「児童相談所運営指針」においては、各部署の長は職員にスーパービジョンの指導・訓練・指導担任を置くよう求められている。また、平成20年3月の同指針の改正により、新たに各児童相談所に教育・訓練・指導担任を置くよう求められている。	-
二次	④ 最前線の相談窓口に専門職が配置されていない地方公共団体も多いため、スーパービジョン等の体制整備が必要。	○ 「児童虐待防止対策支援事業」における「スーパーバイズ・権利擁護強化事業」により、高度な専門性をもった学識経験者や警察官○	-



四 次	⑤ 児童相談所における夜間・休日の相談体制について、対応者の判断等の全国的な状況や緊急の内容の調査把握の体制を構築する必要がある。	B等の実務経験者からの援助を受け、児童相談所におけるスーパーバイザーの体制充実の補助制度が実施されている。	○ 全国における夜間・休日の相談体制の実態を調査した後、これを踏まえ対応が必要である。
3	① 関係機関との連携上の問題としては、次の点がある。 ・在宅指導などに関する連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。	○ 「児童相談所運営指針」においては、夜間や休日の体制整備が必要である等とされている。さらには、「子ども虐待対応の手引き」において、適切な体制（時間外窓口、職員連絡網、夜間対応のマニュアルなど）の整備が必要である。児童相談所においては自ら通告を受けて適切な対応が取れる体制確保に努める。緊急対応を要する場合、当面の対応方針と担当職員（チーム体制）を決定して初対応を行う。翌日等に緊急受理会議を開き、時間外対応の状況報告と評価を行い、今後の方針を決定する等とされている。	○ 「児童虐待防止対策支援事業」における「24時間・365日体制強化事業」により、各児童相談所の24時間365日体制対応協力員の配置の補助制度が実施されている。
一 次	① 関係機関との連携上の問題としては、次の点がある。 ・在宅指導などに関する連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。 ・関係機関の連携を強化し、関係機関の連携を促進する。	○ 平成17年2月に「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」（平成17年2月25日雇児発第022501号）により、「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」周知が図られている。 ○ 平成19年5月に、要保護児童対策地域協議会の設置・運営に必要となるノウハウ等をとりまとめた「要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）スタートアップマニュアル」が作成・配布されている。 ○ 平成19年の改正児童虐待防止法により、保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の設置が努力義務とされている。 ○ 平成20年4月から地方公共団体による児童虐待防止対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の設置が努力義務とされている。	○ 全国に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、児童福祉法の改正により、児童虐待防止に関する児童相談所における児童虐待防止業務を課すこととされている。

二次	<p>② 事例検討会を実施し、複数の目で家庭をアセスメントし、援助方針を検討する場合は中心となつた。また、複数機関が関与する場合、例に必要となる管理を進行して共通認識をもちながら関係する必要がある。</p>	<p>されている。</p>	<p>○ 母親が妊娠・出産・育児について問題を抱えている場合や精神障害がある場合、「市町村児童家庭相談支援指針」の改正により、出生前でも必要ない場合、対象となることとされている。</p>	<p>○ 国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、児童福祉法の改正により、要保護児童対策地域協議会の協議の対象として、出産後、養育に必要と認められる妊婦を追加することとされている。</p>
四次	<p>③ 母親が妊娠・出産・育児について問題を抱えている場合や精神障害がある場合、保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）を活用し、他の関係機関と連携し、対応した対応を徹底する。</p>	<p>○ 平成20年3月の「児童相談所運営指針」「市町村児童家庭相談支援指針」の改正により、福祉事務所において多く必要な情報交換・共有を行っている。</p>	<p>○ 平成20年3月の「市町村児童家庭相談支援指針」の改正により、福祉事務所において多くの情報交換・共有を行っている。</p>	<p>○ 一時保護所からの退所時の取扱について通知等の発出を検討すべきである。</p>
三次	<p>④ 対象ケースが生活保護児童対策地域協議会の調整機関においてケース検討協議会を活用し、福祉事務所と児童福祉の関係機関等との密接な情報交換・共有を行うこととする。</p>	<p>○ 「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護のための施策に関する基本的な方針」（平成20年1月11日内閣府、国家公安委員会、法務省、厚生労働省告示第1号）等においては、途切れることのないよう配慮する必要がある。被害者については、その身近にあって相談しやすきこと等を支援センター等が考えられることとされている。</p>	<p>○ 「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」においては協議会構成員の例示があるが、障害児通所施設はその中に記載されていない。</p>	<p>○ 「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」を改正し、障害児施設を構成員の例示に追加する方向で検討すべきである。</p>
四次	<p>⑤ 婦人相談所は、子どもが乳幼児であつて母親に精神障害があるようなハイリスクのケースについて、その一時保護所から退所する際、それらの者が居住する市町村に情報提供すべきことを明確にするべきである。</p>	<p>○ 障害児通所施設についても要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の構成機関として積極的に参加するよう周知するべきである。</p>	<p>○ 「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」を改正し、障害児施設を構成員の例示に追加する方向で検討すべきである。</p>	<p>○ 「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」を改正し、障害児施設を構成員の例示に追加する方向で検討すべきである。</p>
4	<h3>医療機関、教育機関の役割</h3>			
二次	<p>① 子どもや家族が示す危険のサインを見逃さず積極的に支援していくことが重要。さらに、学校では、虐待の可能性を早期に見出し、関係機関と連携して支援していくことが望まれる。</p>	<p>○ 同上。</p>		

二次	<p>② 特に、医療機関と教育機関が虐待事例に積極的に関わり関係機関との連携を強化する必要がある。</p>		
一次	<p>③ 医療機関は虐待に関する認識をより一層高めると同時に、関係機関との連携も含めた対応を充実させていくことが必要。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」においては、児童の業務を円滑に進めることが必要であること、児童虐待の防止に努めることとされている。</p>	
二次	<p>④ 医療機関及び医師、助産師、看護師等は、虐待防止対策について常に最新情報を収集し、待たずして治療と治療の役割を院内チームで構築し、地域関係機関との連携を図る必要がある。</p>	<p>○ 平成19年4月の改正児童虐待防止法により、児童虐待の早期発見等のため、医療提供体制の整備に努めることとされている。</p>	
二次		<p>○ 平成20年3月に「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に行うこと」(平成20年3月31日雇児総発第0331003号)により、養育支援を特に行うこととされている。</p>	
二次		<p>○ 平成20年度予算の「母子保健医療対策等の総合支援事業」において、様々な心の問題や児童虐待等における拠点病院を核として、各医療機関等と連携した支援体制の構築を図るため、</p>	
<h3>5 妊娠・出産期も含めた早期からの支援体制</h3>			
二次	<p>① 思春期の早い段階から乳幼児とのふれあいや体験を通して子どもを慈しむ心を育て、性的に幅広くなり、望まない妊娠・出産を予防することの重要性を伝える必要がある。</p>	<p>○ 児童ふれあいや交流会の提供を推進する事業が実施されている。</p>	
三次	<p>② 妊娠・出産について悩みを抱える女性に対する相談支援の取組(「女性健康支援センター事業」「妊娠について悩んでいる者に対する相談支援事業」「思春期相談クリニック事業」等)の周知を図る。また、育児の悩みを抱えている児童相談所、市町村の窓口について広く周知を行う。</p>	<p>○ 思春期保健相談等事業において、思春期の男女等に対する不安や悩み等に関する専門相談等が実施されている。</p>	
三次		<p>○ 平成19年4月に「出産や育児に悩みを持つ保護者に対する相談窓口の周知等について」(平成19年4月5日雇児総発第0405001号)により、都道府県等に対して相談窓口の周知等が依頼されている。</p>	

三次	<p>③ 相談に当たっては、本人の悩みを受け止め、どのような支援ができるのか、また、適切な一時預かり等の養育のサポートから、乳児院への入所、里親委託等まで適切な選択肢を検討する。</p>	<p>○ 平成20年3月の「児童相談所運営指針」「市町村児童家庭相談援助指針」の改正により、妊婦からの相談については、相談の趣旨を十分に受け止めた上で、保健所や市町村保健センターとの十分な連携、必要に応じて適切な関係にあつて、出生後、早期発見・早期対応の問題について、早期発見・早期対応とされた指導・援助の実施に努めている。</p>	<p>○ 今後、生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援訪問事業との一体的な実施に向けて、そのあり方の詳細を示すこと等を検討すべきである。</p>
二次	<p>④ 関係者は、虐待に関する基本的知識を再確認するとともに、虐待可否かの判断にとらわれず、「保護者による不適切な監護」等要支援家庭の要素が確認されれば支援を開始することが必要。</p>	<p>○ 平成19年度から、支援を必要とする家庭を早期に把握する「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」が実施されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
二次	<p>⑤ 妊産婦からの指導、支援を強化するとともに、医療機関と地域保健・福祉機関との連携を強化し、「切れ目のない支援」を実施することが必要。</p>	<p>○ 平成20年3月の「児童相談所運営指針」「市町村児童家庭相談援助指針」の改正により、出生前であっても、要保護児童として支援が見込まれるケースについては、要保護児童対策地域協議会の対象ケースとし、個別ケース検討会等を開催している。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
二次	<p>⑥ 虐待を予防するために、妊産婦から、母子健康手帳の発行や健診の機会を活用及び、医療機関と地域保健・福祉機関が連携を密にすることにより、要支援家庭を早期に把握し、切れ目のない支援を提供することが必要。</p>	<p>○ 平成20年3月に「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要なとする家庭に係る保健医療の連携体制について」（平成20年3月31日雇総発第0331003号）により、養育支援を特に必要なとする家庭について、医療機関と保健機関の間で効果的に情報提供・共有を図るための連携体制のあり方が示されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
二次	<p>⑦ 妊産婦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大きく、地域の保健機関や福祉機関に連携を密に整備する必要がある。</p>	<p>○ 平成20年度予算において「子どもを守る地域ネットワーク強化事業」が創設され、生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援スタッフのケースを継続的にフォローし、要保護児童対策地域協議会とこれらの訪問事業の連携した取組が評価されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
三次	<p>⑧ 地域の実情に応じ、医療機関から市町村保健センター等保健機関や児童相談所への情報提供や相互の連携を強化するための地域保健医療連携システムの構築を図る。</p>	<p>○ 平成20年度予算において「子どもを守る地域ネットワーク強化事業」が創設され、生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援スタッフのケースを継続的にフォローし、要保護児童対策地域協議会とこれらの訪問事業の連携した取組が評価されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
三次	<p>⑨ 「地域保健医療連携システム」においては、精神的問題を抱える体制となるよう検討する。</p>	<p>○ 平成20年度予算において「子どもを守る地域ネットワーク強化事業」が創設され、生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援スタッフのケースを継続的にフォローし、要保護児童対策地域協議会とこれらの訪問事業の連携した取組が評価されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>
三次	<p>⑩ 出生前後を問わず、ハイリスクであつて特に支援が必要なケースについては、要保護児童対策地域協議会の場等において、個別ケース検討会を開催し、対応を検討する。</p>	<p>○ 平成20年度予算において「子どもを守る地域ネットワーク強化事業」が創設され、生後4か月までの全戸訪問事業と育児支援スタッフのケースを継続的にフォローし、要保護児童対策地域協議会とこれらの訪問事業の連携した取組が評価されている。</p>	<p>○ 今国会に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、全戸訪問事業を「乳児家庭訪問事業」として、育児支援訪問事業を「養育支援訪問事業」として、一体的な実施によりハイリスクのケースを継続的にフォローし、市町村にこれらの実施の努力義務を課す</p>

三次	<p>⑪ 出産後においては、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こくんのケースを早期に把握するとともに、必要に応じて、「育児支援家庭訪問事業」に結びつけ、適切な支援を行う。</p> <p>⑫ 産後うつ等のハイリスクの者を早期に把握するため、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」がすべての市町村で実施されるよう普及を図る。また、その後のフォローアップを適切に実施するため、育児支援家庭訪問事業との一本化を図り、ハイリスクのケースを継続支援につなげる。</p>		
三次	<p>⑬ 子どもの出生前の段階で要保護児童としての支援が必要が見込まれるケースについて、市町村及び児童相談所における記録票の作成などの取扱を明確にすべきである。</p>	<p>○ 平成20年3月の「児童相談所運営指針」「市町村児童家庭相談援助指針」の改正により、妊婦からの相談について、子どもが生まれる場を保護児童として支援の必要が見込まれる場合は、受身した段階で児童記録表を作成し、妊婦自身と子どもに関する記録を加えることとし、一貫した指導・援助の経過を残す。</p>	
三次	<p>⑭ 出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等に関するスクリーニング方法やその後の対応等について先進的な取組例の普及を図る。</p>	<p>○ 平成19年2月に先進事例集である「こんにちは赤ちゃん事業実施ガイド」が作成・配布されている。</p> <p>○ 各種研修等において、生後4か月までの全戸訪問事業、育児支援家庭訪問事業等が積極的に取り組んでいる市町村の事例等が紹介されている。</p>	
<b>6 精神障害・産後うつ等への対応</b>			
三次	<p>① 精神疾患等のある保護者等への対応を適切に実施するため、地域の実情に応じ、児童相談所に保健師を配置したり、保健所等における児童虐待対応に向けた体制強化を検討する。</p>	<p>○ 平成19年7月開催の全国児童相談所長会議において、児童相談所における保健師の活用について現状及び先進事例が示されている。</p>	



三次	<p>⑦ 児童相談所等がリスクアセスメントを行うに当たっては、他機関が独自に実施した調査の結果を鵜呑みにせず、周知徹底を図る。</p>	<p>○ 平成20年3月の「児童相談所運営指針」の改正により、過去の事例を踏まえ、児童相談所独自の調査を実施する必要があることとされている。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」等を改正し、虐待者本人との面接を行う必要性について言及する方向で検討すべきである。</p>
四次	<p>⑧ 児童相談所は、虐待対応において虐待者本人への介入及び支援助を十分認識し、虐待通告・相談があった場合、必ず虐待者本人との面接を行うべきである。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、保護者の状況を把握するものとし、虐待が疑われる行動パターン、同居歴、転居歴など（保護者や同居人自身の価値観、家族背景等を含む）を調査するものとして、「子ども虐待対応の手引き」において、虐待対応・アセスメントの安全確認を行っている。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」等を改正し、虐待者本人との面接を行う必要性について言及する方向で検討すべきである。</p>
一次	<p>⑨ 家族など当事者からの情報の信憑性などについては十分に吟味することが必要。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、保護者や子どもが虐待を否認する場合は、事実確認を行う際の留意事項等が示されている。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」等を改正し、虐待者本人との面接を行う必要性について言及する方向で検討すべきである。</p>
一次	<p>⑩ 乳幼児の頭部・顔面の怪我、胎児への拒否感やケアを全く受けない自宅分娩などハイリスク要因に敏感になることがあり、入念にアセスメントを行うことが必要。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、頭部外傷について、入院を要する重大事態を一時保護する必要があることとされている。</p> <p>・ 保護者側のリスク要因として、妊娠中に早産等容何らかの影響が出た場合、胎児の養育環境のリスク要因として、妊娠中等胎力低下などがある。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」等を改正し、虐待者本人との面接を行う必要性について言及する方向で検討すべきである。</p>
一次	<p>⑪ 援助の過程で「成長期の子どもが体重が増えない」「子どもが帰宅をいやがるそぶりを示す」などが見られる場合、的確な対応が必要。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、基礎疾患のない低身長・低体重・低栄養などの医学的所見は、他の症状がある場合には強く疑わなければならない。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」等を改正し、虐待者本人との面接を行う必要性について言及する方向で検討すべきである。</p>

一次	<p>⑫ 援助の拒否自体がハイリスク要因であるとの認識を高め、その場合の対応方針を決めておくことが必要。また、拒否された場合、より積極的な介入の必要を認識すべき。</p>	<p>・ リスクアセスメントの指標として作成された「支援の必要性を判断するための指標（例示）・情報集約のための様式」において、子どもかどうかが確認できるとされている。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」の改正により、保護者から援助を拒否された場合の対応等について言及する方向で検討すべきである。</p>
三次	<p>⑬ 特に、過去に心中未遂のあった事例についてハイリスク・ケースとしての対応が必要であることを周知徹底する観点から、「子ども虐待対応の手引き」の見直しを行う。</p>	<p>—</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」を改正し、リスクアセスメントシートに項目を追加するとともに、心中未遂事例についてハイリスク・ケースとして言及する方向で検討すべきである。</p>
四次	<p>⑭ 児童相談所が相談対応している事例について、下記のような状況がある場合には、子どもアセスメントを行う上で対応することを徹底すべきである。「子どもを預かって欲しい」などの訴えがある場合          ・ 「子どもが絞められた」などの内容が盛り込まれた場合          ・ それまで支援を求めた保護者が見られた場合</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」の「一時保護決定に向けてのアセスメント」により、「首絞め」を確認することとされている。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」の改正により、その「一時保護決定に向けてのアセスメントシート」において「保護者の態度が一転した場面」を追記すること等を行う方向で検討すべきである。</p>
<b>8 援助方針の見直しなど個別ケースの管理</b>			
一次	<p>① 例えれば、ア) 保護者との関係が硬直状態に陥り状況が変化しないとき、イ) 援助方針の前提条件が変化した場合、早急に援助方針や援助計画を立て直すことが必要。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」においては、事例は常に変化するから、援助指針は定期的に見直さなければならないことと同様に、次の検証時期を明確にしておくことが必要である。</p> <p>・ 一般的に家庭復帰直後の数か月は特にハイリスクの期間とされており、死亡事例も報告されていることから、頻繁に家庭訪問と観察を続けるべきとされている。</p>	<p>○ 第169回国会(常会)に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、児童福祉法の改正により、家庭支援機能を強化する観点から、保護者等への指導の児童相談所における児童支援センター等以外の一時的要件を満たす者を追加する児童家庭支援センターについて、児童福祉施設への設置要件を廃止することとされている。</p>
一次	<p>② 担当者は、援助に対する保護者の拒否など支援の接点なくなつた時点において、ア) 子ども、家族、地域についての状況の変化、イ) 地域のサポート体制、ウ) 他機関からの情報についての的確に評価することが必要。</p>	<p>○ 「子ども虐待対応の手引き」において、その定期見直しが必要である。</p>	<p>○ 第169回国会(常会)に提出している「児童福祉法等の一部を改正する法律案」においては、児童福祉法の改正により、家庭支援機能を強化する観点から、保護者等への指導の児童相談所における児童支援センター等以外の一時的要件を満たす者を追加する児童家庭支援センターについて、児童福祉施設への設置要件を廃止することとされている。</p>



<p>一次</p>	<p>③ 援助計画が有効でなく、長期的に援助が中断 措置解除の条件が遵守されなない又は変化し たにもかかわらず、適切な対応が図られて いない ・関係機関の援助が保護者から拒否されたこと の対応が考えられていない 事例は極めてハイリスクとの認識を持つべき。</p>	<p>○ 平成19年の改正児童虐待防止法により、保護者が都道府県知事等の児童虐待行為に係る一時保護、強制入所等や親権喪失宣告の請求など必要な措置を行うこととされている。</p> <p>○ 平成20年3月に「児童虐待を行った保護者に対する指導・支援の充実について」(平成20年3月14日雇児総発第0314001号)により、援助の初期段階は長くとも3か月以内、月ごと、少年(学童以降)の場合6か月ごとと直前を目安に併せて実施する ・家庭復元を促進し、当面の間、児童の安全を確保し、必要に応じて、児童福祉司指導等又は継続指導を採る ・児童相談所(要保護児童対応地域協議会)と市町村(児童相談所)とが連携し、役割分担し、一体的な対応方法の変化が起きている。</p>	<p>—</p>
<p>一次</p>	<p>④ 児童相談所の担当で適切に引継ぎが行われること等が重要。また、関係機関の担当者等も変わることがあり、児童相談所はネットワーク等を介してコミュニケーションを密にしておく必要。</p> <p>⑤ 市町村との連携も含め、組織としての進捗管理を行い、定期的に応じた点検していくことが必要。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」においては、原則として受入後、児童相談所が相談援助活動を行うこととされた事例については、ITシステム導入・進捗管理台帳の整備等を行うことにより、すべての事例について定期的に現在の状況を会議において検討することが必要とされている。</p> <p>○ 同指針においては、関係機関の関与が必要となく、市町村及び児童相談所が抱え込むことに対し、積極的に提供することとされている。</p>	<p>—</p>
<p>9 転居ケースへの対応</p>		<p>① 児童相談所が関与しているケースにおいて、保護者及びその子どもが転居する場合、転居先の地域を所管する児童相談所にケースを移管することとし、その際のルールを明確化する。</p>	<p>○ 平成19年の改正児童虐待防止法により、児童相談所長等から児童虐待の防止等に関する情報提供を求められたときは、当該児童相談所長等の情報利用に相当な理由があるときは、これを</p>



1 1 親子分離後の対応、家庭復帰

一次	<p>① 施設入所時における関係機関の対応及び施設退所時における児童相談所、関係機関や施設役割を明確にしておくことが必要。</p>	<p>○ 「児童相談所運営指針」においては、措置入所の場合、児童福祉施設と十分に協議し、援助指針を策定すること等とされている。</p>
三次	<p>② 一時帰宅を含め施設入所等（虐待以外の養護相談ケースを含む。）の措置解除の基準が不明確であり、家庭復帰後のフォローアップの方向を含めて当該基準を明確化する必要がある。措置解除の際のチェックリストを作成すべき。</p>	<p>○ 平成19年の改正児童虐待防止法により、児童虐待を行った保護者が都道府県知事の保護者指導に係る勧告に従わない場合、当該児童について一時保護、強制入所等や親権喪失宣告の請求など必要な措置を行う都道府県知事は、施設入所等の措置を解除するに当たっては、保護者指導の効果を認め見込まれる効果等を勘案しなされることとされている。</p>
三次	<p>③ その前経として、アセスメントと具体的な援助指針作成の励行及びその内容を図るとともに、入所中の保護者指導の効果の判定方法を検討する。</p>	<p>○ 平成20年3月に、保護者指導の標準化及び措置解除のチェックリスト等を内容とする「児童虐待を行った保護者に対する指導・支援の充実について」（平成20年3月14日雇児総発第0314001号）により、</p>
四次	<p>④ 例えれば、生後すぐから長期間施設に入所している子どもを措置解除するに当たっては、下記を行うこと等を条件とすべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護者の養育能力についてアセスメントを行うこと</li> <li>・ 親子の愛着形成のための長期的支援を検討すること</li> <li>・ 要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の対象ケースとすること</li> <li>・ 措置解除の前に支援体制を整えた上で一時帰宅を実施すること</li> </ul>	<p>○ 平成20年3月に、保護者指導の標準化及び措置解除のチェックリスト等を内容とする「児童虐待を行った保護者に対する指導・支援の充実について」（平成20年3月14日雇児総発第0314001号）により、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初期段階の経過後は、乳幼児の場合3か月以内、子ども（学童以降）の場合6か月ごとを目安に目標を設定し、再評価すること</li> <li>・ 家庭復帰ができたとしても、当面の間は、状況変化を即座に把握し、対応するため、継続した援助が必要であり、一定期間（少なくとも6か月間程度）は、児童福祉司指導等又は継続指導を採る</li> <li>・ 児童相談所は、市町村（要保護児童対策地域協議会）と役割分担し、統一的な対応方法を共有し、市町村の援助機関では、状態の変化が起きれば躊躇なく実行すること等とされている。</li> </ul>
三次	<p>⑤ 要保護児童対策地域協議会は、在宅ケースのみを対象とするのではなく、施設入所中のケースもフォローアップの対象とし、その関係も積極的に関与するよう周知徹底する。</p>	<p>○ 平成20年3月の「市町村児童家庭相談支援協議会」の改正により、要保護児童対策地域協議会も、児童相談所や児童福祉施設等と密な連携を図り、定期的に子どもや保護者の状況を把握しておき、一時帰宅を十分協議すること等とされている。</p>

			とされている。	
<b>1 2 心中事例への対応</b>				
三次	① 子どもを巻き込んだ形で行われ、児童虐待の特殊な形として位置づけ、事例分析を行う場合、子どもも安全確保の観点から講じらるべき対応策を中心に、対応の在り方を検討する。	○ 平成18年の死亡事例の検証においても、20年3月に第4次報告書を取りまとめている。		○ 心中事例について引き続き調査を実施すべきである。
<b>1 3 地方公共団体における検証</b>				
二次	① 今後、地方公共団体による検証のガイドライン等を作成することが必要。	○ 平成19年の改正児童虐待防止法により、児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析(検証)を行わなければならないこととされている。		○ 今後、検証の進め方についてさらに検討すべきである。
四次	② 本専門委員会が第3次報告で示した「地方公共団体における検証」を参考に、詳細な検証が実施できる。	○ 第3次報告で示した「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」を踏まえ、児童虐待による死亡事例等の検証(平成20年3月14日児童総発第0314002号)により、検証の基本的考え方や進め方等が示されている。		
<b>1 4 子育て支援事業・社会的養護体制の整備</b>				
一次	① 個々の子どもやその家族の状況に応じて、適切な対応策を講ずるため、都道府県・指定都市における養護の体制を確保していくことが必要。	○ 平成16年2月に策定された「子ども・子育て応援プラン」によりなっている。		○ 今国会に提出している「児童福祉法等の改正に関する法律案」においては、「乳児家庭全戸訪問事業」「養育支援訪問事業」(育児支援事業)と「養育支援事業」として位置づけるとも、その普及促進を図るため、世帯育成支援対策推進法の改正により、都道府県における里親や児童養護施設等の提供体制の計画的な整備について必要な措置を講じることとされている。
二次	② 育児不安等に対して実施されている様々な子育て支援事業の充実を図る必要があること。			
二次	③ 育児不安や負担の軽減を図るため、ついでに、児童の広場、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に、層の厚いサービスの基盤整備を図る必要がある。			

15 その他

四 次	<p>① 平成17年4月の第1次報告及び平成18年3月の第2次報告が活かされず、今回においても同様の課題が指摘されている。すべて死亡事例が本検証結果を重大に受け止めた事例の強化を徹底するべきである。</p>	<p>② 国においても、本検証委員会の報告を虐待対応の関係者に対する研修等の教材とするとともに、全国的改善策の実施状況の把握を図るべきである。</p>
四 次	<p>○ 平成20年に入っても、児童相談所等関係機関の関与がありながら虐待により児童の命が失われる事例が相次いで発生していることから、平成20年3月に、基本に立ち返った対応の徹底や児童の安全確認・安全確保を最優先とした対応、できよう、「児童虐待を受けた児童の安全確認及び安全確保の徹底について」(平成20年3月17日雇児総発第0317001号)が発出されている。</p>	<p>○ 検証委員会の報告を関係者に対する研修等の教材とするとともに、全国的改善策の実施状況の把握を今後検討すべきである。</p>