

児童虐待死亡ゼロを目指した 支援のあり方について

—令和4年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—

令和5年11月9日

東京都児童福祉審議会

5 東 児 福 第 4 1 号
令和 5 年 1 1 月 9 日

東京都知事
小池 百合子 殿

東京都児童福祉審議会
児童虐待死亡事例等検証部会
部会長 川 松 亮

児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について
—令和 4 年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—

本部会は、標記の件について検討を重ねてきた結果、別紙のように意見を取りまとめたので、児童福祉法第 8 条第 4 項の規定に基づき提出する。

児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について

—令和4年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—

目次

| | |
|---|----|
| はじめに..... | 1 |
| 第1章 検証対象事例の考え方等..... | 2 |
| 1 検証対象事例の考え方..... | 2 |
| 2 検証方法..... | 3 |
| 3 調査票による分析・検証結果..... | 3 |
| 第2章 問題点、課題及び改善策..... | 8 |
| 【事例1】きょうだいに通告歴がある中、主担当の役割が十分に果たされず、母の拒否により行政関与もできない状況下で、死亡に至った事例..... | 8 |
| 【事例2】個別ケース検討会議が適切に機能せず、関係機関同士でアルコール依存の課題を含めたリスク認識について十分に共有されていなかった事例..... | 13 |
| 【事例3】受理後の調査中にこれまでと異なる情報を得たが、組織的な共有や再検討がなされなかった事例..... | 20 |
| 【事例4】きょうだい施設入所中、関係機関同士で情報やリスク評価の共有が十分にできなかった事例..... | 25 |
| おわりに ー児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けてー..... | 29 |
| 参 考 資 料..... | 33 |

はじめに

- 東京都では、平成20年6月に、東京都児童福祉審議会の下に「児童虐待死亡事例等検証部会」（以下「検証部会」という。）を設置している。この検証部会では、これまで18回にわたり、児童虐待の再発防止、未然防止に向けた提言を行ってきた。
- 検証部会で提言してきた様々な指摘を受け止め、東京都は、児童虐待への迅速・的確な対応を図るための児童相談所の体制強化はもとより、虐待の未然防止、早期発見・対応、虐待対応力の向上のための区市町村の取組への支援を行っているところであるが、残念ながら、重大な児童虐待事例は後を絶たず、毎年、複数の重大な虐待事例が発生している状況である。
- 今回、検証部会では、令和3年度中に発生した重大な児童虐待等の事例の全てについて、調査票による総体的な分析・検証を行った。また、そのうち4事例について、検証部会委員が調査及びヒアリングを行い、事例から明らかになった課題等について、検証部会において改善策を検討した。

検証に当たっては、プライバシー保護の観点から、個人が特定できないように配慮している。
- なお、事例の検証は、調査票や関係機関へのヒアリングなどを通じて、検証時において収集できる範囲での情報に基づいて行っていることを申し添える。

第1章 検証対象事例の考え方等

1 検証対象事例の考え方

○ 検証部会が検証対象とする重大な児童虐待等の事例は、次に掲げる類型の事例として
いる。

- ① 虐待による死亡事例（心中を含む。）
- ② 死亡原因が虐待によるものと特定されないが、死亡に至った経過の中で虐待が疑わ
れる事例
- ③ 死亡に至らなかったが心中未遂や虐待により重度の障害に至った重篤な事例
- ④ 乳児死体遺棄の事例
- ⑤ 棄児置き去り児の事例
- ⑥ その他の重大な児童虐待の事例

○ 令和3年度中に発生した重大な児童虐待等の事例の総数は14事例である。死亡等に
至った子どもは14人であり、その内訳は次のとおりである（表1）。

（表1）東京都において発生した重大な児童虐待等の事例（）は子どもの人数

| 区分 | 東京都・区市町村の関与 | | | 計 |
|---|-------------|------|------|--------|
| | 有 | 無 | 不明 | |
| ① 虐待による死亡事例（心中を含む。） | 0(0) | 1(1) | 0(0) | 1(1) |
| ② 死亡原因が虐待によるものと特定されないが、 死亡に至った経過の中で虐待が疑われる事例 | 10(10) | 1(1) | 0(0) | 11(11) |
| ③ 死亡に至らなかったが心中未遂や虐待により 重度の障害に至った重篤な事例 | 1(1) | 0(0) | 0(0) | 1(1) |
| ④ 乳児死体遺棄の事例 | 0(0) | 1(1) | 0(0) | 1(1) |
| ⑤ 棄児置き去り児の事例 | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| ⑥ その他の重大な児童虐待の事例 | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| 計 | 11(11) | 3(3) | 0(0) | 14(14) |

※関与のあった東京都及び区市町村は次の機関をいう。

《東京都》 児童相談所及び都保健所

《区市町村》 区市町村児童家庭相談部門（子供家庭支援センター*1）及び区市町村保健機関

※③「死亡に至らなかったが心中未遂や虐待により重度の障害に至った重篤な事例」について1名として
いるが、該当児童は本検証中に死亡した。しかし、事例発生時の状況を基準とし検証を進めたため「重
篤な事例」として計上している（なお、本事例は第2章の事例3に該当）。

*1 子供家庭支援センター：都内の区市町村において、18歳未満の子どもと家庭の問題に関するあらゆる相談に応じ
る総合窓口として、地域の関係機関と連携をとりつつ、子どもと家庭に関する総合的な支援を行うことを目的に平成
7年度から始まった東京都独自の制度。

- なお、東京都においては、平成30年度より、厚生労働省に毎年度提出している国調査票*2を基に作成した調査票（以下「調査票」という。）を用いて、発生した全ての重大な児童虐待等の事例について調査・分析をし、必要に応じて検証部会ヒアリング等を行っている。

2 検証方法

- 令和3年度に発生した重大な児童虐待等の事例の全てについて、調査票を用いて、総合的な分析・検証を行った。
- また、東京都・区市町村の関与のあった虐待による死亡事例等のうち、関係機関の関与の度合いが大きく、より深く課題や改善策の検討が必要と考えられる（表2）のNo. 1、2、3及び4について、関係機関に対し詳細な経過等の調査及びヒアリングを行い、事例から明らかになった課題等について、検証部会において改善策を検討した。
- なお、各関係機関の関与状況については、平成30年度検証では関与があった事例のみ記載していたが、令和元年度検証より全事例について（表2）に併記することとした。

3 調査票による分析・検証結果

(1) 重大な児童虐待等の事例の概要

- 令和3年度に発生した重大な児童虐待等の事例の概要は次のとおりである（表2）。

（表2）重大な児童虐待等の事例の概要

| No. | 区分 | 発生時の子どもの年齢 | 家族構成 | 子どもの死亡等に至る経過 | 関与状況 | | | | | | | |
|-----|----|------------|--------|---|-------|------------|------|-------|------|----|-------|-------------|
| | | | | | 児童相談所 | 子供家庭支援センター | 保健機関 | 福祉事務所 | 医療機関 | 警察 | 婦人相談員 | 学校、保育所、幼稚園等 |
| 1 | ② | 3か月 | 父、母、兄妹 | 本児が裸におむつのみで寝ており、布団の上で冷たくなっている状態を仕事から帰った父が発見。病院搬送後死亡確認 | ○ | ○ | × | × | ○ | ○ | × | × |
| 2 | ② | 0か月 | 母、異父姉 | 呼吸をしていない本児を母が発見。病院搬送後死亡確認。異父姉は一時保護歴あり。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 3 | ③ | 1歳 | 父、母、兄 | 父からの暴力で心肺停止となり、救急搬送。入院加療が行われたが、重篤な状況に至った。父は逮捕・起訴された。 | ○ | × | ○ | × | ○ | ○ | × | ○ |
| 4 | ② | 1か月 | 父、母、姉 | 呼吸をしていない本児を母が発見。病院搬送後に、死亡確認。本児の姉は夫婦間の暴力目撃で乳児院措置中であった。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |

*2 国調査票：毎年度、厚生労働省が、社会保障審議会児童部会の下に設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、子ども虐待による死亡事例等を分析・検証するために行っている調査で用いているもの。検証結果は、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」として取りまとめられ公表されている。

| No. | 区分 | 発生時の 子どもの 年齢 | 家族 構成 | 子どもの死亡等に至る経過 | 関与状況 | | | | | | | |
|-----|----|--------------------|-----------------------------|--|-----------|--------------------|----------|-----------|----------|----|-----------|---------------------|
| | | | | | 児童 相談所 | 子供家庭 支援セン ター | 保健 機関 | 福祉 事務所 | 医療 機関 | 警察 | 婦人 相談員 | 学校、 保育所、 幼稚園等 |
| 5 | ① | 1 か月 | 父、母、 姉、兄 | 夫婦喧嘩で母が転倒し本児が怪我をしたと父から 119 番通報。病院搬送後に、死亡確認。 | × | × | ○ | × | ○ | ○ | × | × |
| 6 | ② | 14 歳 | 父、母 | 二段ベッドの手すりに携帯電話の充電器をひっかけ首をつっている本児を実母が発見。病院搬送後に死亡確認。自死。 | ○ | ○ | × | × | × | ○ | × | ○ |
| 7 | ② | 2 か月 | 母、パート ナー、 異父兄、 異父姉 | ベビーベッドの上でうつぶせで顔色が青くなっている本児を母が発見。病院搬送後に、死亡確認。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 8 | ② | 17 歳 | 母、姉、 弟、弟 | ビルの下で本児が倒れているとの通報により警察が臨場、死亡確認。自死。 | ○ | ○ | × | ○ | × | ○ | × | ○ |
| 9 | ② | 5 か月 | 父、母、姉 | 泣き続ける本児を父があやし前抱きにしたところ、首ががくんとなったので救急要請。病院搬送後に死亡確認。 | ○ | × | ○ | × | ○ | × | × | × |
| 10 | ② | 13 歳 | 父、母 | マンション 10 階から飛び降り自殺を図り、死亡。自死。 | ○ | × | ○ | × | × | × | × | ○ |
| 11 | ② | 1 歳 | 母、祖母 | 呼吸をしていない本児を母が発見。祖母に相談し 119 番通報。病院搬送後に死亡確認。 | × | ○ | ○ | × | ○ | × | × | × |
| 12 | ② | 5 か月 | 父、母、 兄、姉 | 顔にブランケットがかかっており、ミルクの吐き戻しがあり息をしていない本児を母が発見。病院搬送後に死亡確認。兄と姉が夫婦間の暴力目撃で相談歴あり。 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | × | × | × |
| 13 | ② | 5 か月 | 父、母 | うつぶせ寝で心肺停止状態になっている本児を父が発見。病院搬送後に死亡確認。母は産後鬱があり本児が亡くなった日に母も救急搬送され入院となった。 | × | × | ○ | × | × | × | × | × |
| 14 | ④ | 0 か月 | 母 | マンションのトイレに生後間もない乳児の遺体を遺棄。母は死体遺棄で逮捕。 | × | × | × | × | × | × | × | × |

※ 「関与」とは、事例発生に至るまでに対象事例の子ども及び子どもの家庭の相談にのるなど、個別的な関わりがあった場合をいう。

※ 「区分」については、(表 1) を参照。

(2) 虐待の類型と加害の状況

- 14 事例を虐待の類型で見ると、身体的虐待が 3 事例、ネグレクトが 8 事例、不明が 3 事例であった(表 3)。主たる虐待者は、実母が 7 事例、実父が 4 事例、実母及び実父が 3 事例であった(表 4)。

(表3) 虐待の種類

| 区分 | 例数 |
|-------|----|
| 身体的虐待 | 3 |
| ネグレクト | 8 |
| 不明 | 3 |
| 計 | 14 |

(表4) 主たる虐待者

| 区分 | 例数 |
|--------|----|
| 実母 | 7 |
| 実父 | 4 |
| 実母及び実父 | 3 |
| 計 | 14 |

(3) 子どもの状況

- 死亡した子ども14人を年齢区分で見ると、乳児が9人、幼児が2人、中学生が2人、高校生が1名であった(表5)。また、性別は、男児が7人、女児が7人であった(表6)。出生順では、第1子が4人、第2子が4人、第3子が3人、第4子が2人、不明が1人であった(表7)。疾患・障害がある子どもは不明ケースを除き、0名であった(表8)。保育所や学校等の所属がある子どもは3人であった。なお、3人には児童相談所や子供家庭支援センターの関与があった(表9)。

(表5) 年齢

| 区分 | 人数 |
|--------|----|
| 乳児(0歳) | 9 |
| 幼児 | 2 |
| 中学生 | 2 |
| 高校生 | 1 |
| 計 | 14 |

(表6) 性別

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 男 | 7 |
| 女 | 7 |
| 計 | 14 |

(表7) 出生順

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 第1子 | 4 |
| 第2子 | 4 |
| 第3子 | 3 |
| 第4子 | 2 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 14 |

(表8) 疾患・障害の有無

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 有 | 0 |
| 無 | 8 |
| 不明 | 6 |
| 計 | 14 |

(表9) 所属機関(保育所・学校等)の有無

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 有 | 3 |
| 無 | 11 |
| 不明 | 0 |
| 計 | 14 |

＜参考＞
児童相談所又は
子供家庭支援センターの関与の有無

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 有 | 3※ |
| 無 | 0 |

※きょうだい関与1人を含む。

(4) 養育者の状況・背景等

- 14事例の養育者の状況は、父母が8事例、ひとり親が4事例、内縁関係1事例、不明が1事例であった(表10)。また、きょうだいの有無は、きょうだいがいる家庭が9事例、いない家庭が4事例、不明が1事例であった(表11)。きょうだいがいる家庭9事例のうち、きょうだいの通告歴があったものは7事例であった。
- 母子健康手帳は、子供14人のうち、発行が9人、未発行が2人、不明が3人であっ

た(表12)。また、妊婦健康診査(以下「妊婦健診」という。)の受診状況は、受診が6名、未受診が3名、不明が5名であった(表13)。ゆりかご面接^{*3}は、実施が10名、未実施が1名、対象外が3名であった(表14)。

実母が産後うつであった事例は、不明ケースを除き、1事例であった(表15)。

- DV被害については、14事例のうち、不明ケースを除き被害があった事例は2事例であった。(表16)。
- 子育て支援サービスの利用があったのは、14事例のうち8事例であった(表17)。

(表10) 養育者の状況

| 区分 | 例数 |
|------|----|
| 父母 | 8 |
| ひとり親 | 4 |
| 内縁関係 | 1 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 14 |

(表11) きょうだいの有無

| 区分 | 例数 |
|-----|----|
| いる | 9 |
| いない | 4 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 14 |

<参考>
きょうだいの通告歴

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 7 |
| 無 | 2 |

(表12) 母子健康手帳

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 発行 | 9 |
| 未発行 | 2 |
| 不明 | 3 |
| 計 | 14 |

(表13) 妊婦健診の受診状況

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 受診 | 6 |
| 未受診 | 3 |
| 不明 | 5 |
| 計 | 14 |

(表14) ゆりかご面接

| 区分 | 人数 |
|-------|----|
| 実施 | 10 |
| 未実施 | 1 |
| 不明 | 0 |
| 事業対象外 | 3 |
| 計 | 14 |

(表15) 実母の産後うつ

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 1 |
| 無 | 7 |
| 不明 | 6 |
| 計 | 14 |

(表16) DV被害 (表17) 子育て支援サービスの利用

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 2 |
| 無 | 7 |
| 不明 | 5 |
| 計 | 14 |

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 8 |
| 無※ | 4 |
| 不明 | 2 |
| 計 | 14 |

※ 出生後まもなく死亡する等、支援サービスの対象とならなかった事例を含む。

^{*3} ゆりかご面接：ゆりかご・とうきょう事業(現在の「とうきょうママパパ応援事業」)における保健師等による妊婦全数面接(平成27年度開始)。令和3年度は、58区市町村(22区26市4町6村)が実施、妊婦との面接実施率は94.6%。

(5) 調査結果から見たこと

- 今回、死亡した14事例のうち、9事例はきょうだいがいる家庭であり、その内7事例においては、きょうだいの通告歴がある家庭であった。第2章において、きょうだいの通告歴がある個別事例について、課題等の分析をしているところであり、関係機関はこうした分析等を踏まえ、きょうだいに通告歴がある事例についても、適切に対応することが重要である。
- また、死亡した年齢が0歳であったものが9事例であった。その中には、妊婦健診を未受診のものも見受けられた。妊婦健診は、妊娠期や産前産後の体調管理に加え、産後育児に係るアドバイス等を受ける場面もあることから、そうした機会を通じ、母の産後育児の不安等の解消に加え、抱えている困難を未然に発見し、新たな相談機関につなげる等、解決に導く契機になると考えられる。引き続き、区市町村は、妊婦健診の大切さを周知し、受診を勧めていくことが重要である。加えて、未受診の要因を分析するほか、妊娠に困難を抱える方が妊婦健診や相談につながりやすくなるような啓発の仕方を検討する必要がある、都もそういった区市町村の取組を支援していくことが求められる。

第2章 問題点、課題及び改善策

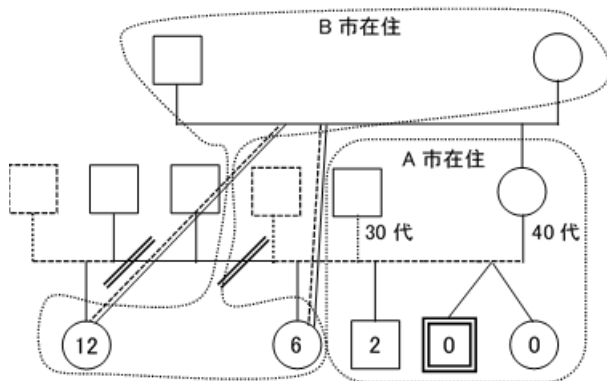
【事例1】きょうだいに通告歴がある中、主担当の役割が十分に果たされず、母の拒否により行政関与もできない状況下で、死亡に至った事例

(1) 概要

実兄（第3子）が母の身体的虐待により一時保護されていた。その後、母は本児及び実妹（第5子、双子）を出産。本家庭と接触していた民間事業者からは家庭状況について懸念される情報を得ていたが、行政による直接的な関与はできない状況のまま、本児は死亡に至った。

関係機関：児童相談所、A市子供家庭支援センター、B市子供家庭支援センター、医療機関、民間事業者、警察

(2) シェノグラム



第1子、第2子は祖父母と養子縁組

※ 第1子、第2子は祖父母と養子縁組

(3) 経緯

- | | | |
|------|-----|---|
| 令和2年 | 4月 | ・児童相談所からA市子供家庭支援センターへ第3子に対する同席面接の依頼。児童相談所とA市子供家庭支援センターが同席し、父との面接を実施。 |
| | 6月 | ・母が医療機関の初診。妊娠診断。 |
| | 7月 | ・母の妊娠について、B市保健機関からB市子供家庭支援センターに情報共有。 ・父が母の妊娠について児童相談所へ連絡。 ・児童相談所からA市子供家庭支援センターへ母の妊娠を情報共有。 |
| | 9月 | ・A市子供家庭支援センターと医療機関で母の健診状況を情報共有。 |
| | 10月 | ・実兄（第3子）を母の身体的虐待による警察からの通告で一時保護。 |
| | 11月 | ・児童相談所が父と面接。母の妊娠中の飲酒・喫煙について注意指導。 ・B市子供家庭支援センターが医療機関へ訪問。情報収集及び要対協への協力を依頼。 |

- 1 2月 ・児童相談所が本児及び実妹（第5子）について母を特定妊婦で受理。
 ・個別ケース検討会議を実施。（A市子供家庭支援センター・B市子供家庭支援センター・B市保健師・医療機関・児童相談所）
 ・A市子供家庭支援センターが本児及び実妹（第5子）について母を特定妊婦として受理。
- 令和3年 1月 ・本児及び実妹（第5子）出生。
 ・医療機関より母へA市子供家庭支援センター及び保健師の訪問受入れを助言するが拒否。
 ・A市子供家庭支援センターより父へ養育支援訪問事業の案内をするが拒否。
 ・A市子供家庭支援センターが本児及び実妹（第5子）を受理。
- 2月 ・母退院。1週間後に本児及び実妹（第5子）退院。医療機関にて体重チェック及び健診を行う。
 ・A市保健機関より父へ新生児訪問について電話で案内をするが、拒否が強く訪問日程決まらず。
- 3月 ・実兄（第3子）が一時保護解除となりB市内母方祖父母宅へ家庭復帰し児童福祉司指導とする。児童相談所は本児及び実妹（第5子）に対し養育困難の主訴で継続指導とする。
 ・医療機関にて乳児健診受診。
 ・A市子供家庭支援センターから父へ電話連絡。家庭訪問や新生児訪問は拒否するが、父への電話連絡の継続、医療機関への連絡については了承。児童相談所と情報共有。
- 4月 ・A市子供家庭支援センターと児童相談所が民間事業者を訪問。実兄（第3子）が在宅していること、訪問中に母が外出していること、食材もなく台所は使えない状況であること、健康状態は問題ないが家の中は物が多く雑然としていて心配な状況である旨聴取。要対協参加依頼を行い、承諾を得る。
- 5月 ・本児が布団の上であおむけで呼吸のない状況で横たわっており、救急搬送。搬送先医療機関で死亡確認。

(4) 問題点、課題及び改善策

【子供家庭支援センターの対応について】

- A市子供家庭支援センターは、第3子（本児兄）の一時保護歴があることから、本児（第4子）と第5子についても出産後のリスクが非常に高いと判断し、出産前から母について特定妊婦として受理し、出産後は第3子のきょうだい受理として、心理的虐待で受理を行った。
- しかし、本家庭は、母に強い行政支援拒否がある家庭であり、行政の介入が困難であったため、A市子供家庭支援センターは、本家庭と関わりのあった民間事業者に情報提供依頼を行った。第3子に対しては、児童相談所が関わっていたことから、A市子供家庭支援センターの本家庭への関与は父への電話連絡に留まり、それ以上の深い関与に至らなかった。
- A市子供家庭支援センターは、本家庭について児童相談所の強い介入が必要だと認識し、児

童相談所へ情報提供を行っていたが、第3子に対する児童相談所の関わりから、「児童相談所も本家庭はリスクが高い家庭であると当然判断するだろう」と考え、本児に関する援助要請及び送致を検討しなかった。

- 母方祖父母宅があるB市では、本児と第5子については母宅のあるA市、第3子についてはB市が担当すると認識していた。第3子の祖父母宅への家庭復帰後、B市による家庭訪問は祖父母から拒否されていた。さらに、第3子の居住実態がB市にないという情報があった後はB市子供家庭支援センターは母方祖父母宅への家庭訪問に対する取組みをやめてしまった。また第3子の居住実態があるA市母宅への家庭訪問も検討しなかった。

| |
|---|
| <p>＜改善策＞ リスクが高いと判断すれば自ら児相への送致等を積極的に打診する等の姿勢が必要</p> <ul style="list-style-type: none">・ 子供家庭支援センターと児童相談所は、東京ルールに基づき、主担当機関の確認を行う必要がある。また、併せて、双方がどのような対応をしているか等も確認し共有する必要がある。・ 特にリスクが高いと判断される場合は、家庭訪問等の状況確認の機会を増やすとともに、例え居住実態が市外であっても、必要に応じて家庭訪問する等積極的に対応する姿勢が求められる。・ 子供家庭支援センターは、児童相談所による一時保護等の専門的な対応が必要であると判断した場合、東京ルールに基づく児童相談所への送致あるいは援助要請を適切に実施し、対応方針を見直すことが必要である。 |
|---|

【児童相談所の対応について】

- 児童相談所は第3子を中心に本家庭に関与していた。第3子のB市祖父母宅への家庭復帰後、児童相談所は祖父母宅を訪問し第3子と会っているが、その後民間事業者から「第3子が度々A市の父母宅にいるようだ」との情報を得た後も、民間事業者による間接現認と情報収集を行うに留まり、B市子供家庭支援センターへの協力依頼、A市父母宅への家庭訪問や、再度の一時保護を検討しなかった。父とやり取りができていたことから、リスクが高いと判断しなかった。
- 本児及び第5子については、A市子供家庭支援センターとの進行管理で、児童相談所が主担当と確認したが、「本児及び第5子が乳児であるため、A市子供家庭支援センターが主体的に支援を行うもの」と認識していた。また児童福祉司指導をにかけていた第3子と同居していないことから、本児及び第5子は、主訴を虐待としてきょうだい受理は行わず、特定妊婦で受理したときと同じく養育困難を主訴としたまま継続指導としたが、在宅指導の中で児らを直接現認することや、養育環境を直接確認することを検討しなかった。
- A市子供家庭支援センターと児童相談所で主訴の相違があったことを認識していたが、互いの認識を擦り合わせてリスク評価を一致させるに至らなかった。
- 東京ルールの中で、一時保護や措置を解除し、家庭復帰する際には、原則個別ケース検討会議を行うよう定められている。また、事前に個別ケース検討会議を行うことができない場合は、子供家庭支援センター等の関係機関へ個別に連絡する等で対応している。本事例については、過去の個別ケース検討会議等において本家庭のケース概要やリスクの共有、家庭復帰後の支援方針の共有ができていたこと、また、その後は保育園といった新たな支援機関が増えなかったことから、第3子家庭復帰のタイミングでの個別ケース検討会議は開催しなかった。

<改善策> **状況変化に伴う調査及び評価の見直しや、関係機関との協議を重ねることが必要**

- ・ 家庭復帰後に状況が変わった場合は、実態調査や家庭訪問を行い、状況を把握した上で、改めて評価や援助方針の検討等を行う必要がある。なお、こうした行政とのコミュニケーションに課題がある家庭の場合には、家庭復帰後の指導内容が守られなかった際の具体的な行動について、事前に関係機関間で決定し、共有した上で保護者にも伝えておくことが重要である。
 - ・ 保護者との表面的なやり取りのみでリスクを判断せず、保護者の養育力の調査を適切に行う必要がある。
 - ・ 関係機関同士でリスク評価が異なる際、見立てをすり合わせるためには、双方が、なぜその見立てになるのか、根拠を示した上で、丁寧に協議を重ねていくことが必要である。その際、的確なアセスメントの実施と関係機関同士の円滑な調整のために、スーパーバイザー等の第三者が入り、助言等を行うことも有効である。また、見立てを行う際に共通のツールを使用することも重要であるため、東京ルールに基づくリスクアセスメントシートの適切な使用について、都・区市町村で改めて共通認識を持つべきである。なお、東京ルールでは、子供家庭支援センターから児童相談所に対し「通知」(※)を行うことも可能であるため、そうした手続きの活用も含め検討がなされるとよい。
 - ・ 被虐待ケースの場合、家庭復帰する際、また家庭状況に変化があった際には、個別ケース検討会議を開催することが重要である。その上で、開催に当たっては、その家庭を地域で具体的にどのように支援するかという点について、関係機関間で調整がなされることが必要である。
- (※) 法令等における記述とは異なるが、東京ルールでは、子供家庭支援センターから児童相談所に送致したケースのうち、児童相談所の対応が不十分であると判断した場合または児童相談所の援助が滞っている場合に、「通知」により一時保護の実施等を児童相談所に促すことが出来ると定めている。

【行政関与拒否家庭への支援について】

- 本事例において、母は自閉スペクトラム症の診断を受けており、強い行政拒否を示していたが、障害特性を考慮した支援のあり方について、十分な検討がなされなかった。
- 本家庭は行政機関の関与や支援に拒否的であり、民間事業者による間接現認しか行えていなかったが、本家庭に各機関がどのように接点を持つことができるか検討がなされなかった。

<改善策> **様々な機関や機会を通じたアプローチが重要**

- ・ 自閉スペクトラム症に因る特性は、新生児との生活において異変への気付き方に影響する可能性もあるため、障害特性を考慮した支援のあり方を検討し、関係機関で認識を共有する必要がある。なお、当該支援方針が不相当となった場合に、関係機関は具体的にどのような行動をとるか、事前にその限界線を想定し、具体策を決定し、共有しておくことも重要である。
- ・ 行政関与拒否のある家庭については、どの機関が最も接触がしやすいか等、関係機関間で役割分担をし、共通認識を持って適切に対応することが重要である。
- ・ 通常1か月健診の次の健診は3～4か月健診であるが、行政関与拒否がありリスクのある家庭に関しては、2週間健診や2か月健診等、産婦健診を活用し接触を図ることも、アプローチの一つである。

【主担当の役割について】

- A市子供家庭支援センターは、「児童相談所が何らかの形で虐待対応をしている家庭は、その家庭の全ての児童に対して児童相談所が主担当であり、必要な支援等について判断する」という一面的な認識のもと、児童相談所との役割分担や自らが担うべき具体的な支援内容について改めて確認しなかった。
- 児童相談所は、本児及び第5子について主担当であるという認識はあったが、本児及び第5子が乳児であることから、主体的に支援するのは子供家庭支援センターであると考えており、各々の役割分担や、児童相談所として担うべき具体的な支援内容について、改めて子供家庭支援センターに確認しなかった。
- 主担当機関として児童相談所は、本児及び第5子について、主たる支援機関の割り振りを行わず、情報の取りまとめや全体的な進行管理を行わなかった。

| | |
|---|---|
| <改善策> | 主担当機関は相談援助活動の中心となり全体の舵取りを行うことが重要 |
| <ul style="list-style-type: none">・ 東京ルールの正確な理解を促す取組が必要である。・ 要保護児童対策地域協議会では、その協議の中で、主担当機関やその役割を相互に確認する必要がある。・ 主担当は必ずしも自ら調査を行うことが役割ではない。当該事例の相談援助活動の中心となり、援助方針を決定するとともに、主たる支援機関の割り振りや役割分担を行い、各機関が行った調査の情報収集や進行管理など、調整役としてケースの取りまとめを行うことが重要である。・ また、支援機関間で情報共有が適切に行われる前提として、民間事業者等、行政機関以外の支援機関にも確実に守秘義務を課すことが重要である。なお、本件では民間事業者に要保護児童対策地域協議会への参加を要請し承諾を得ており、個別ケース検討会議への参加はなかったものの電話等での情報共有を行っていた。このように、児童福祉法第25条の5の規定にあるように、要保護児童対策地域協議会の枠組みを活用することで、民間事業者等とも守秘義務を前提とした情報共有が可能である。 | |

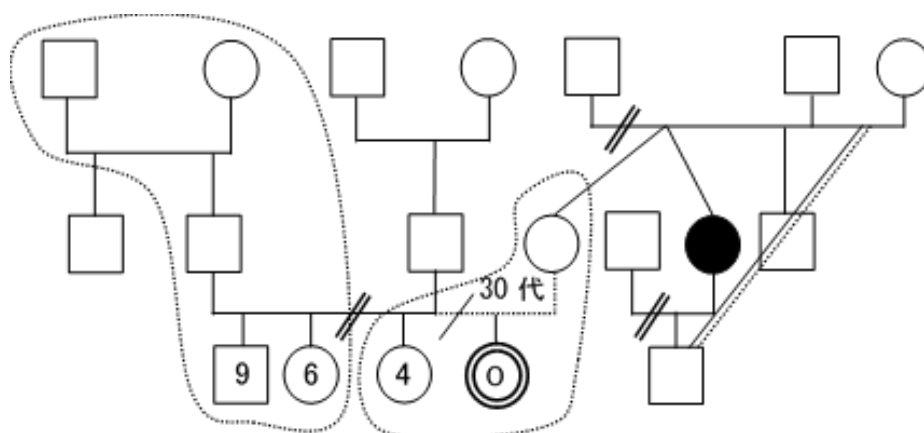
【事例2】個別ケース検討会議が適切に機能せず、関係機関同士でアルコール依存の課題を含めたリスク認識について十分に共有されていなかった事例

(1) 概要

母はアルコール依存症等を抱えており、本児出産前に飲酒し酩酊状態となり入院。異父姉（第3子）を一時保護した。その後、異父姉（第3子）の家庭復帰の方向で話が進む中、母は自宅において、本児が息をしていないことに気づき、通報したが、搬送先の病院で死亡が確認された。

関係機関：子供家庭支援センター、保健機関、児童相談所、医療機関

(2) ジェノグラム



※ 本児父との父子関係は血縁上であり、戸籍上ではない。

(3) 経緯

- | | | |
|------|----|--|
| 令和3年 | 1月 | ・母産婦人科初回受診。 |
| | 2月 | ・保健機関は妊娠届受理。妊婦面接を実施。 |
| | 3月 | ・子供家庭支援センターは母を特定妊婦で受理。 ・子供家庭支援センターと保健機関が同行訪問し、不眠の為に飲酒していることを聴取。 ・子供家庭支援センターから児童相談所へ連絡。児童相談所は特定妊婦で受理。 |
| | 4月 | ・子供家庭支援センターと保健機関が市役所内で母と面接。妊娠経過良好。母は本児父宅への転居意思を示す。児童相談所に情報共有。 ・子供家庭支援センターへ母架電。父との関係性に悩み始めており、転居の話は先送りした旨伝える。児童相談所、保健機関と情報共有。 |
| | 5月 | ・母が児童相談所へ架電。出産時や母の切迫早産入院時の異父姉（第3子）一時保護について相談。児童相談所より市のショートステイで足りない部分は児童相談所の一時保護で対応する旨伝える。 ・個別ケース検討会議を実施（子供家庭支援センター、保健機関、児童相談所、医療機関、福祉機関）。 |

- 6月
- ・子供家庭支援センターより母へ架電。母切迫早産の可能性がある旨聴取。入院長期化の場合のショートステイと一時保護の併用について案内。保健機関と情報共有。
- 7月
- ・児童相談所から母へ架電。異父姉（第3子）の一時保護について案内。父との関係について慎重に判断するよう助言。子供家庭支援センターと一時保護について情報共有。
 - ・保健機関が母宅家庭訪問。体調確認と出産準備、出産後の育児イメージの確認。出産費用の心配やアルコールは控えられていること、入院準備は出来ているが出産準備ができていないこと、父と2週間以上会っていないこと等を聴取。しかし、アルコール臭があり、飲酒が強く疑われたため、母乳への影響も踏まえた注意喚起を行う。子供家庭支援センターと情報共有。
 - ・子供家庭支援センターが母宅家庭訪問。
 - ・母飲酒し泥酔状態となり、腹痛訴え救急搬送され、入院。
- 8月
- ・母より子供家庭支援センターへ入院経過の電話連絡。この連絡を受け医療機関にて母に面接。入院助産手続きを行い、異父姉（第3子）のショートステイ利用開始。7月末に泥酔状態となり救急搬送となった件を受け、子供家庭支援センターは異父姉（第3子）を児童相談所へ送致し、児童相談所が受理。
 - ・母が子供家庭支援センターへ架電。先月の家庭訪問時には飲酒のことを隠していたと話あり。
 - ・児童相談所から子供家庭支援センターへ架電。支援体制の構築と産後の母の状態を見てから本児の一時保護について判断する旨聴取。保健機関と共有。
 - ・子供家庭支援センターは医療機関で母と面接。退院後は曾祖母宅へ行くと話あり。児童相談所と共有。
 - ・異父姉（第3子）をショートステイから一時保護へ変更。母から子供家庭支援センターへ架電し不信感を開示。地域介入を拒否。異父姉（第3子）の早期家庭復帰を主張。児童相談所へ情報共有。
 - ・児童相談所が母へ架電。一時保護中の異父姉（第3子）の様子を伝える。飲酒の認識が甘い旨、母に指導。母は関係機関への不信を口にする。
 - ・本児出生。
 - ・個別ケース検討会議実施（子供家庭支援センター、保健機関、児童相談所、医療機関、福祉機関）。医療機関入院中の育児手技や母子関係に問題ないこと、精神科医の養育できない状態ではないとの見立てを確認し、医療機関等の評価を基にした対応を検討。
 - ・医療機関内で母と児童相談所、子供家庭支援センター及び母と子供家庭支援センター、保健機関がそれぞれ同席面接。地域介入に反発。異父姉（第3子）の早期家庭復帰を要望、身内を巻き込みたく

ないので一人で自宅にて育児をすると話す。本児の養育状況について2週間程度子供家庭支援センターと保健機関が訪問し確認する旨伝える。

- ・子供家庭支援センターが母へ架電。母宅への家庭訪問は受け入れたが、曾祖母宅への訪問は拒否。

- ・母子退院。子供家庭支援センターが家庭訪問。受入れは良好で室内は整っている様子を確認。ファミリーサポートの利用を提案。家庭訪問状況を保健機関、児童相談所と共有。

9月

- ・子供家庭支援センターと児童相談所が母宅同行訪問。異父姉（第3子）の幼稚園送迎に曾祖母の協力を得る旨聞き取り。曾祖母へのアプローチを再度依頼。

- ・保健機関と子供家庭支援センターが母宅同行訪問。保健師より保健指導を行う。また母から曾祖母に行政機関との接触について尋ねたところ、拒否的な返答であった旨聴取。

- ・保健機関が訪問後、医療機関から母子関係は問題なかったが少々手技が荒く心配な場面が見られた旨のサマリーが届く。

- ・本児が息をしていないと母が119番通報。本児の死亡を確認。

(4) 問題点、課題及び改善策

【アルコール依存症のある保護者及び家庭のリスク評価について】

- 母の育児手技や母子関係といった一般的な基準で評価をしており、アルコール依存症のある母が新生児を養育することのリスクに着目したアセスメントが十分でなかった。

<改善策> **育児手技等の評価とは切り分けた、アルコール依存の慎重かつ丁寧なアセスメントが必要**

- ・ 再発のおそれがあり、またアルコールと薬の併用は養育リスクが高まるといったアルコール依存症の特性を踏まえ、アルコールの課題を持つ養育者のアセスメントは、より慎重かつ丁寧に行う必要がある。また、依存症全体のメカニズムについて理解を深めるための研修を充実させることも重要である。
- ・ 養育者に依存症の課題がある場合は、一般的な家庭の評価基準だけでなく、依存症による養育リスクを含めた評価を行う必要がある。アルコール依存症は母の意思や愛情とは関係なく、母の育児手技、知識、経験の発揮を阻害する要因となり得るため、育児手技や母子関係の評価とは切り分けて評価する必要がある。
- ・ アルコール依存症は特に専門性の高い分野であるため、事案に応じ、専門家からの助言を受けることも検討されたい。

【子供家庭支援センターの対応について】

- 第三子及び本児について、曾祖母宅へ家庭復帰し養育支援を受けると母から聞きながら、母の強い拒否を受けて曾祖母へ接触できなかった。また父に対しても同様に接触できなかった。祖母に対しては、母の拒否により妊娠を伝えることもできなかった。こうした状況から支援者として想定された人物のアセスメントが十分に出来ていなかった。

- 母が飲酒を強く否定したことを信じてしまい、飲酒が続いていたことを把握できなかった。上記と合わせて、母に寄り添う姿勢が強く、調査や情報の事実確認が十分でなかった。
- 本児出産医療機関は第3子出産医療機関と同じ医療機関であったため、医療機関とは本家庭の経過を把握していることを前提にやりとりをしてしまい、危機意識の共有が出来ていなかった。
- 母子退院後の生活状況の把握が困難になることを予想し、家庭養育のリスクの高さを感じていたが、適宜情報共有をしていた児童相談所に対し強く一時保護の必要性を訴え、送致を行うという組織判断に至らなかった。

<改善策> **リスクが高いと判断すれば必要な調査を行い、児相への送致等の判断が必要**

- ・ 養育者や養育支援者の確認をすることは家庭復帰に当たり非常に重要であり、子供家庭支援センターとしても、特に本事例のような高リスクの家庭については、養育者や養育支援者に当たる人物についての調査及びアセスメントを行うことが必要である。
- ・ 医師による専門的見地からの判断は重要である一方、家庭における現在のリスクについて、医療機関は必ずしも詳細を把握しているわけではない。関係機関が把握している情報等について、個別ケース検討会議等の場も活用しながら、積極的に共有し、総合的に評価をすることが重要である。
- ・ リスク評価を高めるべき状況をあらかじめ想定し、その水準を超えていると判断した場合の対応を児童相談所と事前に確認しておいた上で、児童相談所への送致等を判断する必要がある。

【保健機関の対応について】

- 父や曾祖母等養育支援者として想定された人物に対しての調査が子供家庭支援センター任せとなり、保健機関として積極的にアプローチをしなかった。
- 子供家庭支援センターが頻繁に家庭訪問していたため、保健機関としての訪問頻度は下がってしまい、実際に訪問した際も同行訪問としたため、母の育児手技や母子関係等を十分に評価できない部分があった。特に授乳の場面は確認できておらず、リスクを踏まえた添い乳の適切な指導にも至らなかった。
- 保健師は母のアルコールリスクの高さや、愛着の課題や自己肯定感の低さを把握していた。医療職である保健師が、母の抱える問題を個別ケース検討会議内で伝えるべき立場であったが、担当保健師は個別ケース検討会議に参加した経験がなかったこともあり、十分に発言することが出来なかった。

<改善策> **専門性を生かした対応や関係機関への発信及び情報提供を行うことが必要**

- ・ 保健部門として、関係機関と連携をしつつ、その専門性を生かして、主体的かつ独自にアセスメントを行い、事例に対応していく必要がある。
- ・ 経験の有無等に関わらず、担当保健師が、専門職として個別ケース検討会議にて役割を果たすことができるよう、個別ケース検討会議における役割に対する理解の共有、スーパーバイズを通じた人材育成といったバックアップを組織的に行う必要がある。

【児童相談所の対応について】

- 第3子出産時に一時保護を行った家庭でありながら、本事案では子供家庭支援センターからの情報提供を受けることに終始し、家庭訪問を行うなどの母子への直接的なアプローチをせず、

児童相談所としてリスク評価を行わなかった。また、子供家庭支援センターの懸念を共有するような関与ができなかった。

- 情報共有の中で、子供家庭支援センターとの認識のずれを感じており、また母から関係機関への不満も聞いていたが、現実には即した評価の見直しができなかった。
- 係属の長い家庭であり、それまでの経過から母は生活実態を正直に児童相談所に話していたため、情報を隠すことはないという評価をしてしまい、母の話の事実確認をすることなく、客観的な事実であると見込んでしまった。積み重ねてきたやり取りを土台とし、母の出来ている部分を選択的に評価してしまった部分があった。
- 支援者の前での母の育児手技に問題がなかったこと、また母が児らに対し愛情を持っているように見えたことを大きく評価し過ぎて、アルコールの課題にも着目したリスクに関する深いアセスメントができなかった。
- 母は退院先として曾祖母の名前を挙げていた一方、関係機関の曾祖母への接触を拒否する状況であった。実際には、曾祖母を頼る意思はなく父方実家で生活をし、関係機関の訪問時のみ帰宅していた。しかし、曾祖母への接触・調査をできず、母の曾祖母が養育を支援するという発言を事実と認識し、養育支援者と考え得る父への接触の打診や父の生活状況の調査に至らないまま、家庭復帰させてしまった。母が薬物依存やアルコール依存に至っている背景があったが、曾祖母の養育能力等についても、確認しなかった。

<改善策> **多角的視点から、組織として総合的に判断することが必要**

- ・ 家庭全体を評価する視点が重要であると同時に、きょうだいそれぞれの見立てをし、アセスメントを行うという意識が求められる。
- ・ 長く関与している家庭に対しては、良い情報を中心に見立ててしまうことがあるため、一人の担当者だけでなく、組織で進行管理を行っていくことが重要である。
- ・ バイオ・サイコ・ソーシャル(身体・心理・社会)の面から評価をすべきであり、体重増加や発達状況、育児手技という面や、医療機関の評価だけでなく、児童相談所として養育環境などの社会面からのアセスメントも行い、総合的に判断することが重要である。
- ・ <再掲>養育者に依存症の課題がある場合は、一般的な家庭の評価基準だけでなく、依存症による養育リスクを含めた評価を行う必要がある。アルコール依存症は母の意思や愛情とは関係なく、母の育児手技、知識、経験の発揮を阻害する要因となり得るため、育児手技や母子関係の評価とは切り分けて評価する必要がある。
- ・ 本事例については、「アルコールの課題が再発したとき」の検討を行うことも重要であった。リスクマネジメントをする際には「今の見立てや評価が全て覆る条件として、どのようなことが考えられるか」ということを検討・設定することが重要であり、アセスメントをする際には常時、前提条件が覆っていないかどうか、リスクが高まっていないかどうか併せて検討し対応を確認しておく必要がある。
- ・ 養育者や養育支援者の確認をすることは家庭復帰に当たり非常に重要である。とりわけ、児童相談所は本事例のような高リスクの家庭について複数の養育支援者を確保するという意識をもって、調査を行うことが重要である。
- ・ 児童相談所はリスクを高く評価し一時保護ができるといった権限を活用しながら役割を担う必要がある。

【個別ケース検討会議の在り方について】

- 子供家庭支援センターや保健機関は、会議内で本児の家庭での養育が前提となっており、母の養育能力やアルコールの課題についてのリスクアセスメントがなされなかったこと、第3子の家庭復帰に関する話題が中心となっていたことに違和感を抱いていたが、それについて意見を述べるができなかった。本家庭と直接、また密にやり取りをしており、一番状況をよく把握している立場であることを自覚し、本家庭のリスクについて提起する必要がある。
- 関係機関が有する情報や、リスク評価の擦り合わせの場として、個別ケース検討会議が機能していなかった。また、関係機関は医師の評価をもとに、家庭養育のリスクを低く見積もってしまった部分があった。さらに、児童相談所の主導により地域機関が発言しづらい状況になってしまった。
- 出産医療機関のサマリーを作成した担当助産師は個別ケース検討会議に参加しておらず、後日作成された文書と会議の発言に齟齬が生じていた。

| | |
|---|--|
| <改善策> | 各参加者がフラットな状況で専門的立場や役割から発信できる会議運営が必要 |
| <ul style="list-style-type: none">・ 子供家庭支援センターや保健機関は、家庭と直接、また密にやり取りをし、家庭の状況をよく把握している立場であることを自覚し、家庭のリスクについて提起する必要がある。・ 個別ケース検討会議では、児童相談所や医療機関の評価を選択的に高く評価することなく、フラットな状況で、各参加者が専門的な立場、役割から発言する必要がある。その上で、共に対象家庭のリスクアセスメントを行い、リスク認識を共有した上で役割分担を行う必要がある。・ 特に医療機関は、医学的見地からの専門的な判断を行い、重要な情報を各関係機関に提供できる一方、家庭状況や養育状況等の社会的状況については、単独で情報を得ることが難しいため、個別ケース検討会議等を通じ、各機関と積極的な情報共有を行うことが重要である。・ 個別ケース検討会議では会議を効果的に運用するためのファシリテーションが重要であり、調整機関である子供家庭支援センターの専門性が求められる。個別ケース検討会議内で参加者が対等に発言できるよう、調整担当者の力量を培うとともに、児童相談所のバックアップも必要である。また第三者を入れるなどして認識の齟齬を解消する方法も検討すべきである。・ リスクアセスメントに際しては、実際に会い、現場を見て得ている情報が非常に大切であるため、日頃当該家庭との接触が多い地域機関の情報を尊重する姿勢が重要である。・ 個別ケース検討会議等の支援者による会議においては、最も新しく正確な情報や見立てが共有されるよう、担当者が出席することが望ましい。 | |

【産後ケアについて】

- 保健機関の保健師から母へ産後ケアの利用を勧めていたが、母の拒否により利用に至らなかった。

| |
|--|
| <p><改善策> 養育状況や生活状況を評価する機会として、産後ケアの一層の充実が必要</p> <ul style="list-style-type: none">・ 妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援の充実に向け、保健師等による妊婦への全数面接や、出産医療機関からの引継ぎ等、産前からの継続的な支援を効果的に産後ケアへつなげる必要がある。・ 産後ケアは、子供の養育状況や家庭生活を外部から評価し、支援方針の検討に活かせる重要な取組である。そのため、産後ケアの必要性の高い母が利用を拒否した場合や、特定妊婦などのリスクの高い人が出産する場合等には、妊娠中から妊産婦に関わる医療機関とリスク認識を共有し、医療機関からも産後ケアを勧めてもらう等、様々な対応を検討できるとよい。・ こうしたリスクの高い家庭については、特に十分なケアが受けられるよう、産後ケア事業の充実を検討していく必要がある。また、医療機関から退院する際の対応マニュアルを作成し、産後ケア事業や訪問看護の利用方法及び繋ぎ方について、好事例等を提示することも有効である。・ あわせて、産後ケアは入院の延長ではなく、家庭養育に近くなるステップであるため、出産医療機関病棟での産後ケアだけでなく、地域の家庭に近いアットホームな産後ケア事業もより充実させていく必要がある。 |
|--|

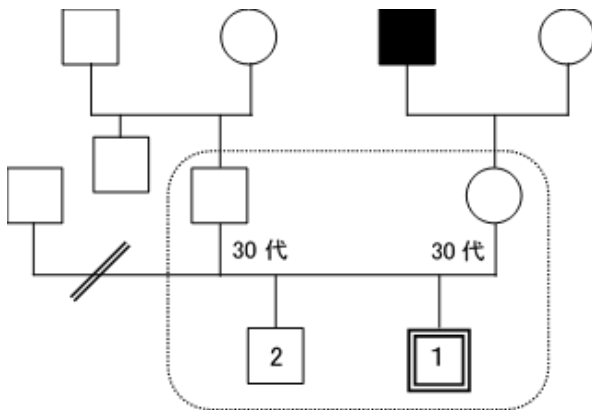
【事例3】 受理後の調査中にこれまでと異なる情報を得たが、組織的な共有や再検討がなされなかった事例

(1) 概要

当初は母による心理的虐待で受理したが、係属中に、新たに父から兄及び本児への叱り方について懸念される相談があった。児童相談所は家庭訪問を実施し、父母への面接・指導を行い、助言終了としたが、その後、父が本児に身体的虐待を行い、本児は救急搬送され、重篤な状態となった。

関係機関：児童相談所、児童館、保健機関、幼稚園

(2) シェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|------|-----|---|
| 令和3年 | 6月 | ・児童相談所へ母の怒鳴り声で189通告があり、母の心理的虐待で受理。 ・児童相談所は家庭訪問を行い、大声や暴言で叱ることは心理的虐待に当たると指導。また、保健機関から本児の保健情報や母の状況について情報収集。 |
| | 7月 | ・父の兄への叱り方を心配する旨の相談が親族からあり。 ・近隣児童館への本児らの利用実績等について調査を実施。 |
| | 8月 | ・児童相談所が家庭訪問。父母と面接し、叱り方等について指導。親族へ家庭訪問の実施について報告し連携を依頼。 ・関係機関（児童館、幼稚園）に対し、助言終了予定である旨の報告をし、今後の連携した支援について依頼。 |
| | 9月 | ・児童相談所による助言終了。 |
| | 10月 | ・幼稚園のプレ保育最終参加。 ・父が本児の肩を掴み大きく揺さぶる等の身体的虐待を行い、救急搬送される。同日父が傷害容疑で逮捕。児童相談所が兄を一時保護。本児は重篤な状態となった。 |

(4) 問題点、課題及び改善策

【保健機関の対応について】

- 児童相談所から本家庭についての照会があった際、照会事項に対する情報提供に留まり、積極的な本家庭への連絡や訪問には至らなかった。

＜改善策＞ **照会に際し、事例の背景等について確認し認識を共有することが重要**

- ・ 関係機関においては、児童相談所から照会があった場合、その背景等について確認し認識を共有することが重要である。なお、本事案後、保健機関は、児童相談所から連絡があった際、情報照会の理由と児童相談所の対応方針、保健機関への依頼事項というように大きく分けて3つの情報を聴取するよう取り決めた。関係機関は、このような取組を積極的に取り入れられたい。

【未就園児の対応について】

- 幼稚園のプレ保育は母が児らを連れてきており、また令和3年度には児童館の利用頻度自体が低下し、地域において父と児らのやり取りや関係性を確認できる場が少なくなっていた。
- 兄は言葉でのやりとりができる年齢であったが未就園児であり、家庭訪問のような形では、保護者と分離した状況で面接することができなかった。

＜改善策＞ **児童館等は外部と接する重要な場であり、関係機関へ繋げる役割が期待される**

- ・ 家庭保育されている未就園児について、児の安全や健康状況の把握が課題であり、**児童館等**は、未就園児が外部と接する重要な場である。リスクや課題を抱えながら表出できないような家庭が利用している可能性があるという前提の下で、日々の関わりの中でリスクを感知し、懸念があれば関係機関へ繋いでいく役割が期待される。
- ・ **児童相談所**は、来所相談により母子分離の上で子供からも話を聞ける環境を備えているため、事案の状況に応じ、来所相談の打診も含めた検討を行う必要がある。また、DVのあるケースも含め、父母子を分離した状態でそれぞれと面接する手法についても検討を行う必要がある。
- ・ なお、一般的には2～3歳児は言葉や記憶力が発達しており、適切に尋ねることが出来れば、経験したことを一定程度答えられる年齢である。子供の年齢に応じた聞き取りの方法について、研修等を通じ、スキルを向上させる取組も重要である。

【幼稚園及び児童館(子育て支援所管課)の対応について】

- 児童館は、就労状況や仕事内容の変化により、父に苦勞が生じていたことを把握していたが、児童相談所からの照会が、主に母に関するものであったため、父のリスク要因については伝えられなかった。
- 幼稚園及び児童館は、児童相談所から連携して支援を行うよう依頼を受けた際に、本家庭にどのようなリスクがあると考えているのか、また、どのような状況変化があったら児童相談所に連絡をすべきか等、具体的な説明を受けなかった。しかし、主体的にそれらの確認をしなかったため、本家庭のリスクや支援方針に関する認識を児童相談所と十分に共有できていなかった。
- 児童館は、児童相談所が適切な調査や指導を行った上で、係属終了の判断をしたのだらうという前提意識の下、児童相談所はどのような観点から本家庭のリスクをとらえていたのか、本家庭の状況はどのように改善されたと考えているのか、またどういった経緯で係属終了の判断

をしたのか等、確認しなかった。

- 児童館は、児童相談所が単体で関与している家庭については、子供家庭支援センターとの共有を行っていなかった。

<改善策> 連携に際し、事例の背景等について確認し認識を共有することが重要

- ・ 関係機関においては、児童相談所からこうした連携して支援を行うよう依頼があった際には、その背景や具体的な指示内容等について確認し、認識を共有することが重要である。なお、児童館では本事案発生後、報告様式を変更し、リスクや支援方針について具体的な内容を記載する欄を設け、確認できるようにしている。関係機関は、このような取組を積極的に取り入れられたい。
- ・ 地域の身近な相談窓口である子供家庭支援センターに情報を共有することは、児童虐待を未然に防ぐためにも重要である。なお、児童館では本事案発生後、児童相談所のみへの対応ケースについても、児童館が調査照会等を受けた場合は、全て子供家庭支援センターと共有するように変更し、必要に応じて要保護児童対策地域協議会でも対応するよう改めている。関係機関は、このような取組を積極的に取り入れられたい。
- ・ <再掲>家庭保育されている未就園児について、児の安全や健康状況の把握が課題であり児童館等は、未就園児が外部と接する重要な場である。リスクや課題を抱えながら表出できないような家庭が利用している可能性があるという前提の下で、日々の関わりの中でリスクを感知し、懸念があれば関係機関へ繋いでいく役割が期待される。

【児童相談所の対応について】

- 母の怒鳴り声通告受理後の調査中に、親族から父の兄に対する叱り方を心配する相談を受け、これまでと異なる情報を得たが、緊急受理会議等を開くなど組織的に共有し協議する場を設けなかった。また、社会調査におけるリスク評価に留まり、児童心理司による対応の必要性が検討されず、児童心理司による聞き取りや評価がなされなかった。加えて、上記相談を受けたのち、改めて関係機関への調査や家庭訪問を行ったが、主訴を母の心理的虐待としたまま変更することなく援助方針会議にて方針決定することとなった。
- 親族の相談を受けて改めて幼稚園と児童館へ父に関する調査を行ったが、調査時点で両機関と父の接触は非常に少なかった。
- 関係機関からの父母の評価が問題なかったことや、家庭訪問時の父母の受入が良好であったこと、また児童相談所からの注意喚起に対して父母が反省を示したこと等を高く評価し、家庭訪問後状況が改善されたかの確認に至らないまま係属を終了してしまった。当時は情報源の秘匿等に配慮しながら調査を進めており、父の叱り方について明確な事実確認ができていない状況であったが、家庭訪問後すぐに係属終了とした。そのため、一定期間調査を継続し親族へ定期的に確認するなどして、家庭訪問後の状況把握や改善状況の確認をするに至らなかった。
- 調査の中で具体的な父の叱り方や時間などを引き出すに至らず、一般論としての注意しかできないままで関与を終了してしまった。また指導の中で父が反省を示しても、具体的な行為について確認ができていない状況では、父母の反省態度として評価するにはずれが生じてしまうため、一概に括ってリスクが低いとした判断は不十分であった。
- 児童相談所は、児童館からの情報で母が父母間での子育てに関する考え方の違いについて悩んでいることを聴取していたが、2度の家庭訪問による面接では父母同席の面接となっており、

父母のそれぞれから話を聞く場を設けられず、父の不適切な養育の把握に繋がらなかった。

- 児童館と幼稚園に対し、未確認であった父の養育に関するリスクを伝えた上での連携をしなかった。また、そうした背景の説明に加え、連携して支援を行う際に、どのような点に留意するか、どのような事象が見られたらすぐに児童相談所に共有すべきか等の具体的な指示をしなかった。

<改善策> **新たな要素や情報を得た場合、組織的な共有、支援方針の見直しの検討が必要**

- ・ 調査の中で、これまで確認していた内容とは異なった情報や新たな要素が把握された場合には、緊急受理会議や進行管理会議等により、当初の調査方針が適切かの協議や、再度のリスクアセスメントを行うなど、組織的な共有及び検討の実施を徹底する必要がある。特に、虐待者や虐待内容についてこれまで把握している内容と異なる情報を得た場合には、速やかに緊急受理会議等を開催し、組織的に共有するとともに、リスク評価や支援方針などを再度検討し、ケース全体の捉え直しを行うべきである。
- ・ 家庭状況は常に変化するものという認識を以て、調査の際にはいつ時点の情報であるかという内容を内容と合わせて精査する必要がある。
- ・ 注意喚起をして反省の姿勢が見られたことを以て関与を終えるのではなく、指導をし、その後の状況を確認し、変化があれば再度アセスメントした上で終結する必要がある。
- ・ 児童虐待の防止等に関する法律第七条では、通告をした者を特定させるものを漏らしてはならないとして、通告元の秘匿が定められているが、家族や親族からの相談や通告の場合、その内容の開示を行わなければ、当該家庭へのアプローチや、具体的なリスク要因の確認が難しいケースもある。そのような場合には、例えば、家族や親族と一緒に面接を行う、母子の訴えを引き出すような投げかけを工夫する等、様々な方法を検討し、アプローチすることが重要である。児童の安全を第一に考え、上記のように様々な支援等を検討することが必要である。
- ・ 面接及び聞き取りスキル向上のための研修実施や、ベテラン職員の同行等のサポートも重要である。
- ・ 父母の関係性や認識の違い等の状況を踏まえ、児童相談所は家庭訪問だけでなく、来所相談により父母を分離し、それぞれから聞き取りを行うことも検討する必要がある。
- ・ 児童館や幼稚園等といった、家庭を地域で支えていくパートナーである関係機関に対し、養育状況の確認等の依頼を行う際は、当該家庭の関与経過やリスク、支援の中でどのような点に気を付けてもらいたいのか、どのような変化があった場合に児童相談所に連絡をもらいたいのか等、重要な事項について事前に具体的に取り決め、相手方としっかり共有できる工夫が求められる。
- ・ <再掲>児童相談所は、来所相談により母子分離の上で子供からも話を聞ける環境を備えているため、事案の状況に応じ、来所相談の打診も含めた検討を行う必要がある。また、DVのあるケースも含め、父母子を分離した状態でそれぞれと面接する手法についても検討を行う必要がある。

【関係機関間のやりとりの在り方について】

- 本事案について各関係機関が把握している情報等の共有が不十分となっていた。

<改善策> **関係機関間の連携に際し、認識の擦り合わせや具体的連携方法の共有が必要**

- ・ 関係機関間の連携に際しては、具体的にどのようなリスクが懸念される家庭であるのかという認識の擦り合わせや具体的な支援の方法及び役割の確認、状況の変化に応じた具体的な連携方法の基準を設定し共有する必要がある。
- ・ 関係機関との依頼事項等について組織的に共有するためにも、様式を策定するなどし、具体的な記録化や互いに確認し共有するための工夫をすることが重要である。
- ・ 現状では、関係機関間の虐待に関する知識に差がある状況である。各関係機関において、基本的な虐待対応に関する知識を醸成していくことも重要である。

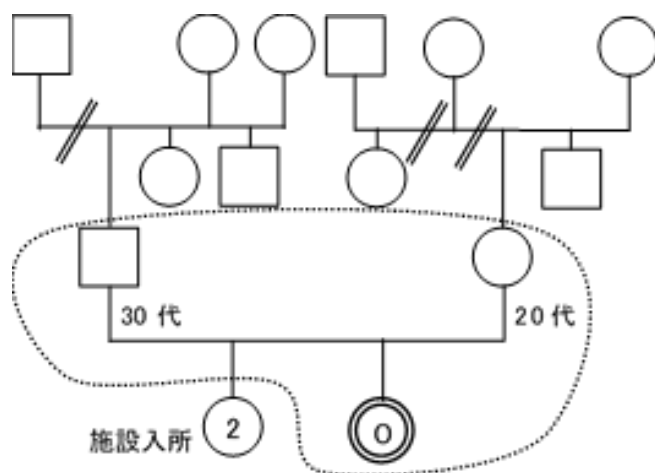
【事例4】きょうだいが施設入所中、関係機関同士で情報やリスク評価の共有が十分にできなかった事例

(1) 概要

警察からの身柄付通告（夫婦間の暴力目撃）により、実姉が乳児院へ一時保護され、入所措置となった。子供家庭支援センターは、特定妊婦として受理し、その後母は本児を出産したが、低出生体重児のためNICUに入院。本児退院後に子供家庭支援センター及び保健機関が同行訪問を行う予定であったが、訪問数日前に母が自宅で本児の異変に気づき救急搬送、本児は死亡に至った。

関係機関：児童相談所、子供家庭支援センター、保健機関、医療機関、訪問看護ステーション、乳児院

(2) シェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|------|----|---|
| 令和2年 | 6月 | ・警察からの身柄付通告（夫婦間の暴力目撃）により姉が一時保護され、その後乳児院入所措置。 |
| 令和3年 | 5月 | ・保健機関が妊娠届出を把握し、子供家庭支援センターへ共有。 |
| | 6月 | ・保健機関が父母と妊婦面接を実施。養育支援訪問事業の利用希望あり。 |
| | 7月 | ・父母喧嘩で警察関与、母がシェルター入所。数日後自宅へ戻る。 |
| | 8月 | ・子供家庭支援センターが特定妊婦として受理。 ・子供家庭支援センターと保健機関が本家庭へ同行訪問実施。産後ケア申請書受取。また、新生児訪問についても説明。 ・児童相談所が家庭訪問を実施。 |
| | 9月 | ・母体搬送にて本児出生。低出生体重児のためNICUに入院。母の了解を取り、メディカル・ソーシャル・ワーカー（以下「MSW」）から子供家庭支援センター、保健機関へ出生の件を報告。父から児童相談所に本児の出生及び入院について連絡あり。 |

- ・母が先に退院。退院時にMSWが母と面会。父が金銭管理をしており必要な用品の購入ができないこと、これまでの夫婦関係の悪さについて話あり。MSWは子供家庭支援センター、保健機関へ報告。母が退院後、入院中の本児の面会に複数回訪れる。
- ・母の出産医療機関内で、MSWと面会時に母の顔に痣が確認される。父と互いにやりあったと語る。
- 10月
 - ・母の顔に痣が確認されたことを、医療機関から子供家庭支援センター、保健機関、児童相談所へ報告。
 - ・母に対する訪問看護を開始。
 - ・子供家庭支援センターと保健機関が本家庭へ同行訪問を実施。養育支援訪問事業の説明。また、本児との面会や実姉との面会・外出交流について話す。夫婦喧嘩は減っている旨話あり。
 - ・母は医療機関で半日保育トレーニング等を実施。
 - ・本児退院。子供家庭支援センターから児童相談所へ報告。児童相談所は家庭訪問日程を父と調整し、11月初旬に設定。
 - ・父から本児が退院した旨、子供家庭支援センター、保健機関に連絡あり。子供家庭支援センターと保健機関の同行訪問を11月初旬に設定。
 - ・本児に対する訪問看護を開始。
- 11月
 - ・死亡日時の数時間前に訪問看護実施。本児の健康状態を確認。
 - ・児童相談所、子供家庭支援センター及び保健機関が訪問する数日前に本児死亡。

(4) 問題点、課題及び改善策

【保健機関の対応について】

- 保健機関は本家庭について、本児姉の入所措置、父母間のDV、母の知的な課題、父母の被虐待歴、祖父母などの養育支援者がいないこと等のリスク要因を認識していたにも関わらず、児童相談所が本児の出生後に一時保護を行わなかったこと等を理由に「在宅で養育できる家庭」と評価してしまった。
- 保健機関は、医療機関による「母の育児手技は問題がない」という評価や、母が本児に対して愛情を見せたことをもって、本家庭へのリスク評価を下げてしまった。

| |
|--|
| <p><改善策> 専門性を生かした評価を行い、関係機関と連携することが重要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関と連携するに当たり、保健機関として、その専門性や把握している情報を生かしたリスク評価を行い、関係機関とのリスク評価に相違がある場合は協議し、事例に対応することが重要である。 ・ 母子関係については、母の育児手技に問題がないと新生児時点のみで評価するのではなく、継続的に対話を重ねたり、産後ケア等の社会資源を活用する中で、養育状況を観察し評価をすることが必要である。 |
|--|

【子供家庭支援センターの対応について】

- 子供家庭支援センターは、本児姉について虐待の関与歴があるにも関わらず、保健機関から本児の妊娠届が提出されたことの情報提供があった後も、保健機関から支援の依頼があるまで特定妊婦として受理しなかった。
- DVのある家庭であることは認識していたが、児童相談所や保健師の関与があることから、区のDV担当部署への連携などには至らなかった。
- 特定妊婦として受理した後も、児童相談所がきょうだいを措置している家庭のため、本児についても児童相談所が受理をして対応するものと考え、主体的に対応しなかった。

<改善策> **主体的に調査や関係機関との連携・調整を行うことが必要**

- ・ 保健機関のみに支援や経過観察を任せるのではなく、子供家庭支援センターが自ら調査や情報収集を行い、保健機関と協働してケースに対応する必要がある。
- ・ DVは虐待事例における大きなリスク要因となることから、他機関の情報収集等に頼るのではなく、自ら区の担当部署や専門部署等と共有、連携し対応することが重要である。
- ・ 東京ルールに基づき、主担当機関の確認を行った上で、それぞれの役割分担のもとに対応することが必要である。

【児童相談所の対応について】

- 姉を措置している家庭であり、DV等の課題も引き続き見られていたが、組織としてのアセスメントを行わず、特定妊婦の受理も行わなかった。本児出生後は、姉の保護者指導の中で本家庭の様子の確認を行い、退院後の養育状況を見て判断するとして、受理には至らなかった。
- 本家庭は日常的に支援を得られる親族がおらず、身近な支援者がいない状態であったが、産後ケアの活用も検討されなかった。この点を含め、退院後、様々な不安要素を抱える本家庭で新生児を養育することについて、リスクアセスメントが不十分であった。また経過が長い故に、リスク要因を過小評価してしまい、適切にリスク評価を行えなかった。
- DVについては、関与の中で母の認識の齟齬により、母の話す被害が事実でなかったことが複数あったこと等から、矮小化して捉えていた。また、本児出生前後には母単独の面接ができず、10月に医療機関よりDV疑いの情報提供があった際も、母への聞き取りや再アセスメントに至らなかった。

<改善策> DVケースは、まず専門機関につなぎ専門的見地からアセスメントすることが重要

- ・ リスクアセスメントを行う際には、肯定的に評価できる部分と、家庭内でどのような事故が起こり得るかのリスクや危険性などについても合わせて検討する必要がある。また、家庭に対し長い関与がある場合、担当者が良い情報を集めてリスクを過小に見立ててしまうことが生じ得る。そのため、組織として進行管理を行っていくことが重要である。
- ・ 父母双方の言い分が異なる場合にも、どちらかの言い分について、些末に扱うことや虚偽の訴えと決めつけることは適切ではない。DVに対しては、注意喚起で解決する問題ではないという意識を持ち、家庭における支配関係の有無の把握に努め、父母間の関係性についてより丁寧にアセスメントを行う必要がある。
- ・ どちらからどちらへ対する暴行であっても、子供にとっては家庭内で暴力が行われている環境自体が不適切であるという認識を持つことが重要であり、夫婦間で双方向に暴力があることを夫婦喧嘩としてDVではないと断ずる評価は適切ではない。DVのあるケースやDVの疑いがあるケースについては、配偶者暴力相談支援センター等へつなぎ、専門機関でのアセスメントを行い、事案の程度に応じて母子保護の検討等を行う必要がある。

【きょうだい児童相談所で措置されているケースの主担当について】

- 子供家庭支援センターは、きょうだいを児童相談所が措置しているケースについて、児童相談所が主担当として関与するだろうと考えていた。本事案では児童相談所が姉を措置していたため、本児についても児童相談所が主担当であると認識し、実際には児童相談所が受理していないにも関わらず、誤った情報を未確認のまま各関係機関に伝えていた。
- 関係機関は、児童相談所が主担当であると認識し、「主担当である児童相談所が、本児については地域での養育が可能だ」と判断したとして、この評価を前提に各機関ができる支援を組み立て、関与していった。そのため本家庭全体や本児の家庭養育についてのリスクアセスメントが不十分となってしまった。

<改善策> 関係機関間で主担当機関を必ず確認し主担当機関が進行管理を行うことが必要

- ・ 本児の出生前から特定妊婦として受理し、個別ケース検討会議を開催する等、関係機関間で主担当機関を明確に確認することが必要である。その上で、主担当機関が責任をもってケースの進行管理を行う必要がある。

【関係機関間の情報共有について】

- 本児の退院前に個別ケース検討会議の開催が検討されなかった。結果として、関係機関同士1対1での連絡が多く、関係機関による情報共有の場が設けられなかった。そのため、本家庭の見立ての擦り合わせや、母側・父側それぞれからみた本家庭など様々な角度から家庭の全体像をリスク評価する機会がなく、情報共有も不十分であった。
- 父母は、面会の時間を守る、連絡の疎通が良いなど、対外的な対応が良く、関係機関の中ではこの部分を高く評価し、リスクを低く判断する機関がある一方、夫婦の不安定な依存関係や母の衝動性など、家庭内での父母の関係不調時のリスクを高く見る機関もあった。しかし関係機関間で評価の違いをすり合わせるができず、医療機関による育児手技や母子関係を基とした所見を軸に、家庭環境やDVの課題について十分アセスメントできないままに推移していった。

- 役割分担についても十分に協議されず、関係機関が複数ある中で、それぞれの機関が効果的に動くことができなかった。訪問看護や、利用申請が完了していた産後ケアなどは、支援の手段として整っていながらも、関係機関での支援の枠組みの整理がなされず、十分に活用されなかった。

<改善策> **個別ケース検討会議等を活用し、各関係機関の見立てや情報を共有することが必要**

- 関係機関が多い場合は、該当の家庭に対して、把握している情報や見立てがそれぞれ異なる場合があり得る。そのような差を解消し、関係機関で認識を共有した上で役割分担を整理し、一体となって事案に取り組むためにも、個別ケース検討会議等の場を活用していくことが重要である。
- **医療機関**は専門的見地からの判断の基、重要な情報を提供できるため、福祉機関によるアセスメントにおいて強く影響を持つことについて、改めて自ら認識することが重要である。また、児童相談所や子供家庭支援センター等から、事例の家庭状況や養育状況等の社会的所見について、情報を得て共に検討することが重要である。一方、関係機関においては、医療機関の所見を選択的に高く評価することなく、養育状況や家族状況などの社会的所見などと合わせて総合的に評価を行うべきである。

おわりに 一児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けて一

- 検証部会では、平成30年度検証から、前年度中に発生した全ての重大な児童虐待等事例について、調査票による分析等をもとに検証を行うとともに、特に詳細な検証が必要と判断した事例については、従前どおり関係機関に対し調査及びヒアリングを行い、改善策等について提言を行うこととした。
- 調査票による分析等の結果については、今後蓄積していく中で、更なる分析を深めるなど、新しい検証の方法も検討していきたいと考えている。
- 本報告書の第1章で、調査票を分析した結果、今回検証対象となった14事例のうち、9事例がきょうだいのいる家庭であり、そのうち7事例においては、きょうだいの通告歴があった。第2章では、ヒアリング対象となった個別のきょうだい事例の分析を行っており、この点については後述したい。
- さらに、死亡した年齢が0歳であったものが9事例であり、その中には、妊婦健診未受診のものもあった。妊婦健診の適切な受診は、妊娠期及び産前産後の体調管理を行うために重要である。併せて、産後育児に関する相談やアドバイス等を受けられる場面もあることから、育児への準備や知識を習得する上でも欠かせない機会であると言える。母がそうした機会に触れていくことは、不安や悩みの解消、隠れている困難の発見等にもつながり、虐待の発生予防という意味においても重要な役割を果たすと考えられる。

区市町村は、妊婦健診の意義を改めて周知するとともに、より受診しやすくなるよう、適切な環境づくりが求められる。また、未受診の要因を分析するほか、妊娠に困難を抱える方が妊婦健診や相談につながりやすくなるような啓発の仕方を検討する必要がある。加えて、子供の養育状況や家庭生活を外部から評価する機会ともなる産後ケアを一層充実させ、妊娠期から子育て期にわたって、切れ目のない支援を実現することが重要である。都は区市町村のこれらの取組について、引き続き支援をしていくことを期待したい。
- また、若い世代の健康を増進し、より質の高い生活を実現してもらうことや、若い世代の男女が将来、より健康になること等を目的とし、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すプレコンセプションケアという考え方も必要である。そのため、こうした考え方について、啓発や情報提供を行っていくことが重要である。
- 第2章では、4事例について、調査及びヒアリングを行い、それぞれについて課題・問題点を抽出した上で改善策を取りまとめた。
- 4事例について、各事例における問題点、課題や改善策は記載のとおりだが、共通課題として、関係機関同士の連携の在り方があることを申し上げておく。

- 事例1では、きょうだいに通告歴があった事例であり、子供家庭支援センターは、児童相談所が虐待対応をしている経緯から、正確に確認しないまま、児童相談所が主担当機関であると認識した。結果としてリスクを感じていたものの、送致等の具体的な検討には踏み込まなかった。一方、児童相談所は本児及び第5子が乳児であることから、主体的に関わるのは子供家庭支援センターと捉えており、主担当機関としての役割を十分に果たすことができなかった。主担当機関や、双方がどのような認識をしているか、確認をする必要があること強く申し上げておきたい。
- 事例2においては、個別ケース検討会議の在り方について提起した。個別ケース検討会議では、フラットな状況下で、参加者がそれぞれ専門的な立場から発言をし、情報やリスク認識を共有した上で、一体となって事案に取り組む必要がある。
そのためには、会議の適切な運営が重要であり、子供家庭支援センターの専門性と、それをバックアップする児童相談所の存在が重要となる。
- 事例3においては、児童相談所から各関係機関に照会や連携した支援の依頼を行ったが、その依頼の背景は何か、どのような事象が生じた場合に児童相談所に連絡をすべきか等の具体的な内容が伝わっていなかった。
依頼する児童相談所は、その背景や依頼の具体的な内容等を伝える必要がある。一方、依頼を受ける側の関係機関においても、仮にそうした情報が十分に示されなかった場合は、内容の確認をしていく等の姿勢を求めている。
- 事例4においてもきょうだいの対応経緯から、子供家庭支援センターと児童相談所の間で、主担当の認識にずれが生じており、誤った認識が各関係機関にも共有されていた。
加えて、本事例においては多くの関係機関が関与していたが、機関によってリスク評価が分かれている状況だった。しかし、個別ケース検討会議等の情報共有の場が設けられなかったため、それぞれの関係機関の見立てを擦り合わせるができなかった。このような複数機関が関わっている事案こそ、個別ケース検討会議等の場を通じて把握している情報や見立て等を共有し、それぞれの役割分担を明確にした上で、一体となって事例に対応していくことが重要である。
- また、医療機関との連携の在り方についても申し上げたい。事例2や事例4において見受けられたが、医療機関は高度な専門的見地から判断を行い、意見を述べるができるため、各関係機関はその判断等を高く評価をする傾向がある。しかし、必ずしも、児童や保護者の家庭状況といった社会的所見を把握しているわけではない。医療機関は、自身の判断や意見が、関係機関によるアセスメントに大きな影響力を持つことを改めて認識する必要があると同時に、必要な社会的所見の情報収集に努めることも重要である。また、関係機関においては、医療機関の所見のみを選択的に高く評価するのではなく、養育状況や家庭状況といった社会的所見等も合わせ、総合的に評価をすることが重要であることを申し上げる。

- 加えて、今回の報告においては、事例2において、アルコール依存症とリスク評価について深く言及を行った。保護者がアルコール依存症を抱えている場合は、育児手技等の評価とは切り分けて、その特性を踏まえた慎重かつ丁寧なアセスメントを行うようにすべきである。

- 現場の関係者は、虐待防止に向けて、日々全力を挙げて取り組んでいるところではあるが、児童相談所や子供家庭支援センターへの通告数が増加しており、業務が逼迫している状況にある。

こうした中、提言した改善策を実施するためには、児童相談所や子供家庭支援センター、その他要対協関係機関の体制強化が不可欠であるため、東京都には、業務量の増加等を踏まえ、実態に合った体制整備を進めていくことを引き続き求めたい。

- なお、関係者へのヒアリングは、決して個人の責任追及や批判を目的としたものでなく、未然防止・再発防止に向けて、より正確に事実を把握し、改善策を見出すためのものであることを強調したい。事例を担当した職員の心理的負担は相当大きいと考えられる。関係機関においては、職員への心理的支援を、組織的に取り組むなどの対応をお願いしたい。

- 東京都をはじめ関係機関は、再び痛ましい児童虐待事例が繰り返されることのないよう、この報告書を今後の支援に存分に生かしてほしい。

参 考 资 料

東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会設置要綱

| | | | | | |
|----|----|-------|------|---|------------|
| | 20 | 福保子計第 | 281 | 号 | 平成20年6月23日 |
| 改正 | 25 | 福保子計第 | 952 | 号 | 平成26年3月31日 |
| 改正 | 28 | 福保子計第 | 1688 | 号 | 平成28年10月1日 |
| 改正 | 5 | 福保子計第 | 450 | 号 | 令和5年7月1日 |

(目的)

第1 児童虐待の再発防止策を検討するため、児童虐待の死亡事例等の検証を行うことを目的として、東京都児童福祉審議会条例施行規則（平成12年東京都規則第110号。以下「施行規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、東京都児童福祉審議会に児童虐待死亡事例等検証部会（以下「部会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 部会は、前項の目的を達成するため、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号）第13条の5の規定に基づき東京都から報告を受けた児童虐待事例の事実関係を明確にし、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- (2) 事例の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、東京都に報告すること。
- (3) その他目的達成に必要な事項を審議すること。

(構成)

第3 部会に属する委員は、施行規則第6条第2項の規定に基づき、委員長が指名した委員をもって構成する。

(部会長)

第4 部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長及び副部会長は、部会に属する委員が互選する。
- 3 部会長は、部会の事務を総理し、部会の経過及び結果を審議会に報告する。
- 4 副部会長は、部会長を補佐する。部会長に事故があるときは、副部会長が、その職務を代理する。

(招集等)

第5 部会は、委員長が招集する。

(会議の公開等)

第6 部会は、個人情報の保護の観点から、非公開とする。ただし、審議の概要及び提言を含む報告書は公表するものとする。

(守秘義務)

第7 委員は、正当な理由なく、部会の審議内容及び部会の職務に関して知り得た個人情報情報を漏らしてはならない。

(事務局)

第8 部会の庶務は、福祉局子供・子育て支援部企画課において処理する。

(その他)

第9 この要綱に定めるもののほか、部会の運営に関して必要な事項は、部会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年6月23日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年3月31日から施行し、平成26年1月1日から適用する。

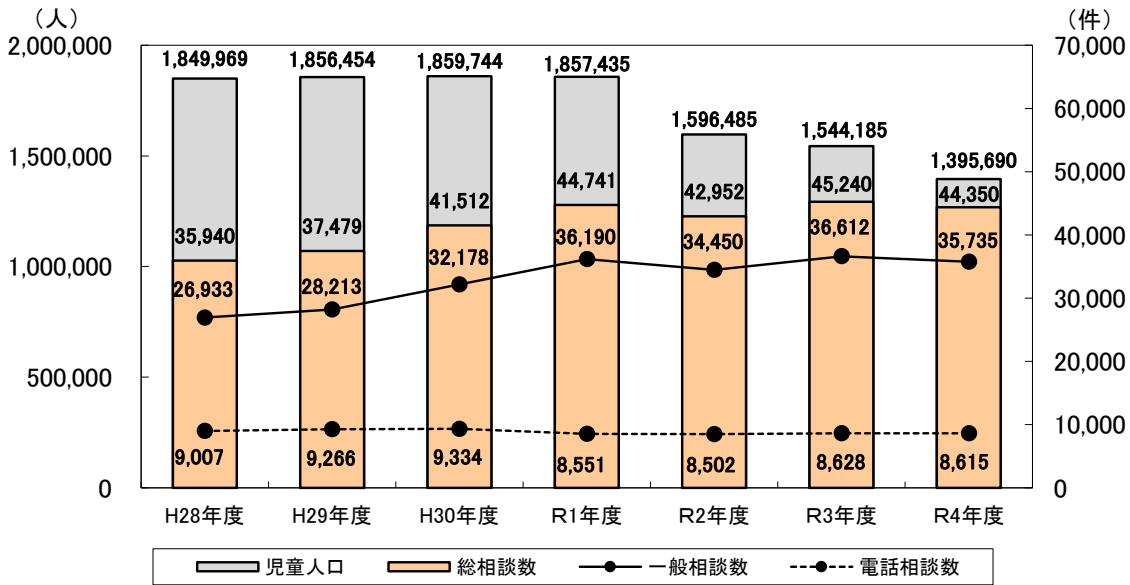
附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

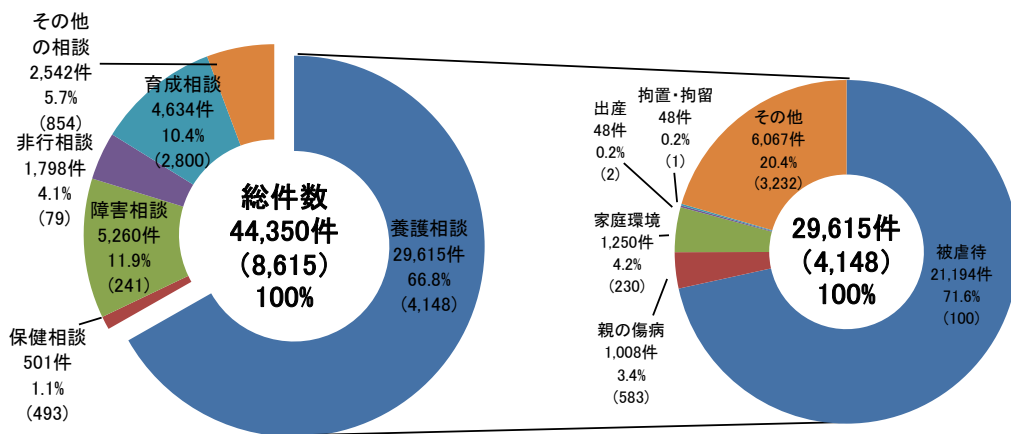
この要綱は、令和5年7月1日から施行する。

2 東京都の児童人口、児童相談所の相談件数の推移



※児童人口:「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」都総務局統計部人口統計課(各年度1月1日現在)
 ※児童相談所設置区(令和2年度:世田谷区・江戸川区・荒川区開設、令和3年度:港区開設、令和4年度:中野区・板橋区・豊島区開設)の人数及び件数は除く。

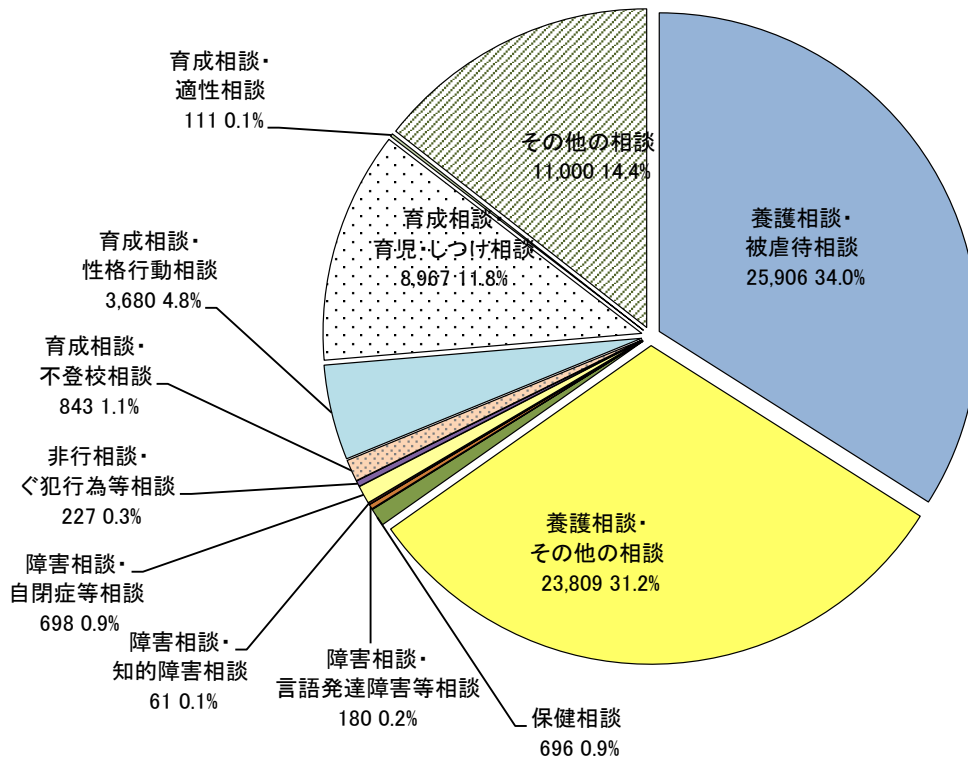
3 令和4年度東京都児童相談所相談別受理状況



※()内は電話相談件数の再掲
 ※特別区児童相談所分を含まない。

4 令和4年度区市町村相談種類別受付状況

相談種類別受付総数
(76,212件)



※令和4年度区市町村児童家庭相談統計より

※受付件数とは、区市町村で子どもの福祉に関する相談等を受けて児童記録票を作成し、受理会議を経て受理決定した件数である。

※1%未満の項目についてはグラフ掲載を一部省略

5 令和3年度区市町村における母子保健事業の実施状況

| 事業名 | 実施率 |
|---------------------|-------|
| 妊娠届出状況（満11週以内の届出割合） | 95.5% |
| 妊婦健康診査受診率（1回目）※ | 92.0% |
| 新生児訪問率 | 78.3% |
| 3～4か月児健康診査受診率 | 93.6% |
| 6～7か月児健康診査受診率 | 91.2% |
| 9～10か月児健康診査受診率 | 89.2% |
| 1歳6か月児健康診査受診率 | 92.1% |
| 3歳児健康診査受診率 | 92.7% |

「母子保健事業報告年報 令和4年度版」(東京都福祉保健局少子社会対策部(現:福祉局子供・子育て支援部))より

※算出方法: 1回目受診票受理数/妊娠届出数

6 委員名簿

児童虐待死亡事例等検証部会委員名簿

※敬称略、五十音順

令和5年11月9日現在

| 氏名 | 所属 | 専門分野 |
|----------------------|-----------------------------|-------|
| ○ あきやま ちえこ 秋山 千枝子 | 医療法人社団千実会 あきやま子どもクリニック院長 | 小児科医 |
| かけがわ あき 掛川 亜季 | 弁護士 | 司法関係 |
| かとう しょうこ 加藤 尚子 | 明治大学文学部専任教授 | 臨床心理学 |
| かも としこ 加茂 登志子 | 若松町こころとひふのクリニック PCIT研修センター長 | 精神科医 |
| ◎ かわまつ あきら 川松 晃 | 明星大学人文学部常勤教授 | 児童福祉 |
| なかいち いくみ 中板 育美 | 武蔵野大学看護学部教授 | 公衆衛生 |
| やまもと つねお 山本 恒雄 | 愛育研究所客員研究員 | 児童福祉 |

◎部会長 ○副部会長

退任された委員（令和5年1月15日まで）

| | | |
|-------------------|--------------|---------|
| おおたけ さとる 大竹 智 | 立正大学社会福祉学部教授 | 児童福祉 |
| しろかわ れいこ 白川 佳子 | 共立女子大学家政学部教授 | 臨床発達心理学 |
| まつばら やすお 松原 康雄 | 明治学院大学名誉教授 | 児童福祉 |

7 検討経過

| 開催日 | 内容 |
|-----------------|---|
| (第1回) 令和4年6月13日 | <ul style="list-style-type: none">○ 虐待死亡事例等の報告○ 検証事例の決定 |
| (第2回) 令和4年8月23日 | <ul style="list-style-type: none">○ 事例報告○ ヒアリング実施事例、ヒアリング先の決定、ヒアリング内容の検討 |
| 令和4年10月～12月 | <ul style="list-style-type: none">○ 関係機関へのヒアリング |
| (第3回) 令和5年3月10日 | <ul style="list-style-type: none">○ ヒアリング結果の報告○ 問題点・課題の抽出 |
| (第4回) 令和5年5月10日 | <ul style="list-style-type: none">○ 調査票分析結果の報告、検討○ 改善策の検討 |
| (第5回) 令和5年7月10日 | <ul style="list-style-type: none">○ 報告書案の検討 |
| (第6回) 令和5年9月8日 | <ul style="list-style-type: none">○ 報告書案の最終検討 |

8 過去の事例

本ページでは、過去の東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書において、掲載された事例をまとめております。

ホームページでは、過去の報告書データを閲覧いただくことができます（平成20年度報告書から掲載されています。）。

(<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/katei/jfukushin/kensyo.html>)

| 報告書 | 掲載事例 |
|--------|---|
| 平成27年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ SBSの受傷機転が不明な中で入所施設から家庭復帰した事例 ○ 発達の課題があり多くの機関が支援に関わっていた事例 ○ 外国籍のひとり親家庭できょうだいの養育にも課題があった事例 ○ 保護者が育児について繰り返し不安を訴えていた事例 ○ 暴力による学齢児の怪我に気付きながら虐待通告がなかった事例 |
| 平成28年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 様々な課題がある養育困難家庭への支援に当たり危機意識の共有や連携・協働がうまくいかなかった事例 ○ 産後うつ病に関し家族の理解がなく里帰り出産の母の治療が困難あった事例 |
| 平成29年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 要支援家庭に対して、地域関係機関の危機感の共有及び転居前後の引継ぎが不十分であった事例（保護者が子どもを家に置いて外出している間に事故が発生した事例） ○ 精神科既往歴のある里帰り中の母に対して、関係機関の支援に課題があった事例 |
| 平成30年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関が連携して関与をしていたが、自殺を防ぐことができなかった事例 ○ しつけとして叩くなど、家族全体で子どもへの不適切な養育があった事例 ○ 母が子どもを自宅に残して外出した際に、子どもが転落死した事例 |
| 令和元年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 家族全体のリスク評価ができておらず、母に寄り添った支援ができなかった事例 ○ 関係機関間で特定妊婦として対応することができなかった事例 ○ 支援の受入れに消極的な家庭で子どもが亡くなった事例 |
| 令和2年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 過量服薬について対応方針を明確にできず、自死に至った事例 ○ 母が妊娠を関係機関に相談できず、乳児が遺棄された事例 ○ 母との関係が築けないことについて関係機関間で危機感を共有した対応ができなかった事例 |
| 令和3年度 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 夫婦関係の変化（別居）を関係機関が把握できない中で、心中が起こった事例 ○ 遠隔の自治体間で情報や危機感が共有されず、心中が起こった事例 ○ 母子の生活状況を適切に把握することができず、幼児が放置され死亡した事例 |