

児童虐待死亡ゼロを目指した
支援のあり方について

—平成23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—

平成24年5月22日

東京都児童福祉審議会

24東児福第13号
平成24年5月22日

東京都知事
石原慎太郎 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 松原 康雄

児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について
—平成23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

—平成 23 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 検証対象事例の概要.....	3
第 2 章 事例別の課題と改善策等（事例 1：検証部会が検証を行った事例その 1）.....	6
1 事例の概要・経緯.....	6
2 問題点、課題及び改善策.....	7
第 3 章 事例別の課題と改善策等（事例 2：検証部会が検証を行った事例その 2）.....	9
1 事例の概要・経緯.....	9
2 問題点、課題及び改善策.....	10
第 4 章 事例別の課題と改善策等（事例 3：児童相談所が検証を行った事例その 1）.....	13
1 事例の概要・経緯.....	13
2 問題点、課題及び改善策.....	13
第 5 章 事例別の課題と改善策等（事例 4：児童相談所が検証を行った事例その 2）.....	15
1 事例の概要・経緯.....	15
2 問題点、課題及び改善策.....	16
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.....	18
参 考 資 料.....	20

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5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、東京都をはじめ関係機関がそれぞれの立場で受け止め、改善策を打ち出すなど、虐待防止に向けた様々な取組みを展開しているが、残念ながら、重大な児童虐待事例は後を絶たず、毎年、複数の事例が発生している状況である。
- このような状況下において、今年度は、関係機関の関与のあった4つの事例を同時に検証し、報告書においては、個々の事例から問題点と課題を抽出して、それに対する改善策をまとめた。
- 検証事例については、プライバシー保護の観点から、個人が特定されないように配慮したため、概要等について詳細な記載はしないこととした。
- なお、検証対象とした事例には、事件の公判前である事例が含まれているため、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内での情報に基づいた検証とな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
- 平成22年度中に発生した重大な児童虐待の事例は全部で14事例あり、その内訳は次のとおりである（表1）。

（表1） 東京都において平成22年度に発生した重大な児童虐待の事例

区 分	東京都・区市町村の関与		計
	有	無	
① 虐待による死亡事例（心中を含む。）	2	2	4
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	2	1	3
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	2
④ 乳児死体遺棄の事例	0	4	4
⑤ 棄児置き去り児の事例	0	1	1
計	5	9	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（子ども家庭支援センター）及び区市町村保健機関

- このうち、今回の検証対象としたのは、表1の網掛部分の3事例に、平成23年度に発生した1事例を加えた4事例である。
- 平成23年度の1事例は、区分①に該当し関係機関の関与のあった事例であるが、早急に検証する必要があると判断し、検証を行った。
- なお、表1の区分②に該当し関係機関の関与のあった2事例については、すでに、検証部会において検証を行っている。

2 検証方法

- 検証対象とした4事例のうち、2事例については、検証部会が検証を実施する方法を用い、他の2事例については、児童相談所が検証を行い、その結果を受けて検証部会で検証する形を取った。
- 検証部会が直接検証した2事例のうち、1事例については、全委員で関係機関にヒアリングを実施した。他の1事例については、関係機関が複数に渡るため、関係機関ごとに委員の担当制とし、ヒアリング結果を踏まえ、全委員で検証を進めた。
- ヒアリングは、詳細な事実関係を確認する必要があるため、関係機関ごとに実施した。ヒアリングの対象者は、原則として、関係機関の所属長としたが、所属長の判断により、事例を直接担当した職員も同席した。
- 児童相談所が検証した2事例は、検証の客観性を担保するため外部の有識者を加えて、関係機関と共に検証を行った。検証部会ではその結果を受けて、委員の専門性を発揮しながら、検証を行った。

3 検証対象事例の概要

(1) 子どもの状況

- 子どもの年齢は、0歳児が1事例、2歳児が2事例、4歳児が1事例だった（表2）。性別は、男児3事例、女児1事例だった（表3）。出生順では、2事例が第一子であり、他の2事例が第二子であった（表4）。今回検証した1事例には、発達障害の診断があった。（表5）。

（表2） 年齢

区分	例数
0歳	1
2歳	2
4歳	1
計	4

（表3） 性別

区分	例数
男	3
女	1
計	4

（表4） 出生順

区分	例数
第一子	2
第二子	2
計	4

（表5） 障害・疾病の有無

区分	例数
有	1
無	3
不明	0
計	4

(2) 養育者、親族の支援の状況

- 養育者は、3事例が父母、1事例が父母及び同居している祖母であった（表6）。そのうち2事例は、親族の支援が得られていなかった（表7）。

(表6) 養育者の状況

区分	例数
父母	3
父母（祖母同居）	1
ひとり親	0
その他	0
計	4

(表7) 親族の支援

区分	例数
あった	2
なかった	2
計	4

(3) 虐待者と本児の関係

- 2事例は母、2事例は父によるものであった（表8）。

(表8) 虐待者と本児の関係

区分	例数
父	2
母	2
不明	0
計	4

(4) 事件発生前の東京都、区市町村及び関係機関の関与状況

- 事件発生前の関与状況、及び虐待通告の有無は、（表9）（表10）のとおりである。
- 事件発生前に、要保護児童対策地域協議会^{*1} 個別ケース検討会議（以下「個別ケース検討会議」という。）を活用した事例はなかった（表11）。

^{*1} 要保護児童対策地域協議会：平成16年の児童福祉法の改正により、要保護児童等に関し、関係者間で情報の交換と支援の協議を行う機関として制度化。運営の中核に調整機関を置くことや、構成員の守秘義務が規定されている。主に代表者会議、実務者会議及び個別ケース検討会議の三層構造で運営されている。また、児童虐待ケースの進行管理を適切に行うため、実務者会議等の場において子ども家庭支援センターや児童相談所がそれぞれ相談援助活動を行っている児童虐待ケースの進行状況について、相互に報告・確認を行う。平成21年度より、協議の対象が要支援児童、特定妊婦に拡大された。

(表9) 事件発生前の関係機関の関与状況

	他行政区域 児童相談所	主な関係機関		区市町村			東京都
		医療機関	乳児院 保育所	保健機関	子ども家庭 支援センター	障害機関	児童相談所
事例1	○						○
事例2		○	○	○	○		○
事例3					○		
事例4		○	○	○	○	○	○

(※) → は情報提供等があった関係

(表10) 事件発生前の虐待通告の有無

区分	例数
有	1
無	3
計	4

(表11) 要保護児童対策地域協議会の活用の有無

区分	例数
有	0
無	4
計	4

第2章 事例別の課題と改善策等（事例1：検証部会が検証を行った事例その1）

第2章の事例は、概要のとおり、他県児童相談所が係属していた家庭が東京都に転居し、都児童相談所にケース移管されたが、間もなく子どもが死亡した事例である。本事例の検証にあたって、東京都児童福祉審議会死亡事例等検証部会は、他県の児童福祉審議会と連携を図り、東京都はケース移管後の都児童相談所の対応に焦点をあてて検証を行うこととした。検証部会は、都児童相談所へのヒアリングを実施し、ケース移管の対応に関する問題点と課題を抽出し、それに対する改善策を検証したものである。

1 事例の概要・経緯

(1) 概要

2歳男児が、心肺停止状態で救急搬送され、母が傷害容疑で逮捕された。本児の意識は戻らず、後日死亡した。

本家庭は、男児死亡の約3ヶ月前に他県から都内に転居し、転居前に本家庭に係属していた他県児童相談所から都児童相談所に移管されたケースであった。

(2) 経緯

- | | |
|-------------|--|
| 平成23年 2月23日 | ・他県児童相談所からケース移管の事前協議の連絡 |
| 3月15日 | ・他県児童相談所が家庭訪問するが、不在 |
| 16日 | ・他県児童相談所が都児童相談所に来訪。ケースの概略説明あり。 |
| 22日 | ・都児童相談所は、他県児童相談所の家庭訪問に同行。母と面接できたが、本児と父は外出しており会えず。 |
| 4月6日 | ・都児童相談所、移管文書収受。 |
| 8日 | ・病院から通報を受けた警察が都児童相談所に虐待通告。「2歳男児が食パンを喉に詰まらせ、保護者が通報して救急搬送されたが意識不明の状態。その他、本児の身体に複数のあざがあった。」旨。 |
| | ・同日、都児童相談所は、病院訪問し本児の状況確認 |
| 12日 | ・実母逮捕
・都児童相談所は実父と所内面接 |
| 25日 | ・本児死亡 |

2 問題点、課題及び改善策

(1) 転居に伴うケース移管ルールを理解について

- 他県児童相談所は、ケースの移管手続きに関して、全国ルール（申し合わせ）^{*2} の理解が不十分であった。具体的には、都児童相談所との事前協議を行い、転居した家庭への双方の児童相談所による訪問を行っているが、虐待の再発防止の観点から、地域関係機関を交えての個別ケース検討会議の設定がなされなかった。
- あわせて他県児童相談所は、移管にあたってアセスメントシート（子ども虐待対応の手引き・一時保護決定に向けてのアセスメントシート）の基準に準拠した判断を行っていなかったが、都児童相談所もアセスメントシートを活用した移管判断の根拠を確認することなく、移管を受け入れてしまった。

⇒【改善策】

児童相談所は、支援を行っている家庭が他の自治体に転居した場合は、連携を図りつつ対応してきた関係機関への連絡や転居先の自治体を管轄する児童相談所への通告を行うなど、全国ルールに準拠したケースの移管手続きを行うことを徹底すること。また、移管にあたっては、アセスメントシートを活用した客観的なリスクアセスメントを行い、判断の共有化を図り、虐待の再発防止のため、転居先自治体の児童相談所・関係機関を交えた個別ケース検討会議を開催すること。

(2) 子どもの現認（安全確認）について

- 都児童相談所は、他県児童相談所のケース概略説明において、前回に家庭訪問した際に家族全員が留守で子どもとも会えなかった事実を伝えられていた。また、他県児童相談所と都児童相談所が家庭に同行訪問しているが、その際にも母と会えたが子どもとも会えず、子どもに対し直接目視による安全確認ができていなかった。
- その後、他県児童相談所も都児童相談所も子どもを現認しないまま、事件が発生した。

⇒【改善策】

児童相談所等は、虐待をした保護者がその事実を発見されることをおそれ、意図的に子どもと会わせないようにする可能性があることを認識し、子どもの安全確認のための現認を速やかに行うことを徹底すべきである。転居による移管ケースにおいても例外ではなく、全国ルールに準拠した手続きにこだわらず、速やかに子どもの現認を行うこと。また、複数回の訪問によっても現認困難とされる事例には、出頭要求等の措置を速やかに行い、児童の安全確認に徹底を図ること。

^{*2} 全国ルール（申し合わせ）：平成19年7月12日付全国児童相談所長会会長通知で周知された「被虐待児童の転居及び一時帰宅等に伴う相談ケースの移管及び情報提供等に関する申し合わせ」のこと。被虐待児童が転居した場合の虐待の再発防止と援助の継続性を確保するため、ケース移管、情報提供、一時帰宅等を行う場合の調査依頼及び家庭訪問等について、児童相談所相互間の具体的な連携の仕方を示したもの。

(3) 危機意識のレベルについて

- 都児童相談所は、他県児童相談所の説明から、「保護者とうまくいっているケース」と受け止めたため、同行訪問及びその後のケース対応においても危機意識のレベルが修正されず、ハイリスクケースとしての対応ができなかった。

⇒【改善策】

児童相談所は、家庭復帰等の方針を決定すると、その方針に肯定的な情報に目が向き、危機意識が低下する傾向がある。どのようなケースでも危機意識のレベルを下げず、あらゆる事態を想定したケースマネジメントを行うこと。特に虐待の移管ケースの場合は、移管先は移管元から伝達された情報だけで判断せず、移管元から転居の事実が知らされた時点から自らのケースとして積極的に地域関係機関と協力して調査するなど、主体的にアセスメントを行い危機意識のレベルを見極めること。

(4) 国への要望について

- 「児童相談所運営指針」第3章・第2節・4「管轄」には、支援が必要な転居ケースについては、自治体間の十分な連携のもとに具体的な方法として「全国ルール」を参考とするようにと技術的助言がなされている。しかし、現状では各自治体において全国ルールの理解に差が見られ、対応にも温度差が生じている。

⇒【国への要望】

国は、「児童相談所運営指針」や「子ども虐待対応の手引き」に標準化したルールを明確に示し、併せて、子どもの虹情報研修センター^{*3}で行う児童相談所長研修や児童福祉司指導者研修等で周知徹底を図るべきである。

^{*3} 子どもの虹情報研修センター：児童虐待や非行等の思春期問題への対策の一環として、関係機関の専門性の向上を図るために設置されている施設で、電話等による専門的な相談や関係機関職員の研修などを行っている。

第3章 事例別の課題と改善策等（事例2：検証部会が検証を行った事例その2）

第3章の事例については、検証部会が関係機関へのヒアリングを実施し、各機関の対応及び連携に関する問題点と課題を抽出し、それに対する改善策を検証したものである。

1 事例の概要・経緯

(1) 概要

医療機関から児童相談所に虐待通告のあった0歳の女児を乳児院措置。調査の結果、在宅での支援で対応することとし、措置解除した。解除から約2週間後、関係機関が訪問したところ、本児がぐったりしていたため、医療機関に救急搬送。硬膜下血腫、両側眼底出血、陳旧性左大腿骨骨折との診断があり、重篤な障害が残る状況である。後日、父が傷害容疑で逮捕された。

(2) 経緯

- | | |
|-------------|--|
| 平成22年 12月2日 | ・医療機関から、児童相談所に虐待通告。11月28日に入院した本児に「複数の痣と顔面の傷が認められる」旨 |
| 6日 | ・医療機関訪問調査。医師と面接。父母は、受傷の原因は、きょうだいがおもちゃで叩いたこと、と話す。 |
| 7日 | ・児童相談所にて、父母それぞれと個別面接実施 |
| 10日 | ・医療機関退院し、乳児院入所（同意入所） |
| 13日 | ・児童相談所から子ども家庭支援センターに情報を提供 |
| 14日 | ・協力医師の所見を受ける。（きょうだいの加害の可能性もあるとの結果）
・児童相談所から保健機関に家庭復帰の方針について連絡（具体的な説明はなし） |
| 16日 | ・乳児院退所
・児童相談所から子ども家庭支援センターに、乳児院退所報告と調査状況を伝え、保健機関が家庭訪問する際の同行を提案 |
| 21日 | ・児童相談所から保健機関に、乳児院退所報告と本児家庭への「赤ちゃん訪問」を依頼 |
| 22日 | ・児童相談所の援助方針会議において「助言指導による終了」の提案がされたが、「継続指導・見守りサポート」に決定
・児童相談所から子ども家庭支援センターに「見守りサポート」を依頼する予定との連絡あり |
| 27日 | ・保健機関から母に連絡。翌日訪問となる |
| 28日 | ・保健機関、子ども家庭支援センターが家庭訪問を実施。ぐっ |

たりしているため、医療機関へ緊急搬送

2 問題点、課題及び改善策

(1) きょうだいの加害を保護者が説明した場合の対応について

- 児童相談所は、虐待の加害者の特定が困難な場合、保護者の言動のみならず客観的事実との整合性に配慮し、加害者の特定は留保して対応すべきであったが、協力医師の所見によりきょうだいの加害を想定し、保護者の虐待の可能性を軽視した。きょうだいの加害の可能性があると看做しても、きょうだいの行動・本児の安全確保に保護者が配慮していないことを重く受け止めていなかった。

⇒【改善策】

児童相談所は、虐待の加害者の特定が困難な場合、保護者の言動のみならず客観的事実との整合性に配慮し、加害者の特定は留保して慎重に対応すべきである。また、きょうだいの加害の可能性があってもそれを制止できなかった保護者のネグレクトであるとの視点をもって、再発防止に向けた対応を行なうこと。

(2) 保護者の家族状況や人物像の把握について

- 児童相談所は、父との面接を1回しか行っておらず、父の人物像を十分に把握できていなかった。また、児童相談所は、母が児童相談所の指導を素直に受け入れ、地域関係機関の関与にも積極的に応じると評価していたが、保健機関では、そのような印象は持っていなかった。

⇒【改善策】

児童相談所は、同居の家族等への面接を重ねるなどして、人物像や家族状況を十分把握すること。また、面接時に、必要に応じて児童心理司を同席させるなど、専門的な視点から保護者を評価すること。

児童相談所の評価と関係機関の評価をすり合わせるために情報交換するなど、人物像の把握に努めること。

(3) 協力医師の所見の取扱について

- 協力医師の所見を求める際に、情報提供の内容が不十分だった。
- 協力医師の所見が主治医の医学所見と相違していたが、医療機関を含め関係者間で情報共有し評価を一致させることはなく、協力医師の所見が保護者の説明と合致したと判断して危機レベルを下げてしまった。

⇒ [改善策]

児童相談所は、日頃から医療機関との連携関係の構築に努め、協力医師の所見を求め
る場合、診療情報提供書等に基づいて説明した上で、その他必要十分な医療情報並びに
事実に基づいた生活関連情報を提供すること。

協力医師の所見をもらった場合は、主治医の認識と齟齬が無いかを児童相談所として
組織的に確認をする。齟齬が生じている場合は、双方の所見に至る論拠をより詳細に確
認する必要がある。また、必要に応じて児童相談所の医師を含めて検討を行うこと。例
えば、複数の医師が事実関係に基づく協議を行い、各々の知見を結集して判断すること
も一つの方策である。

(4) 児童相談所と乳児院との情報共有について

- 乳児院は、父母との面接を通じて、父母の人物像を窺わせる言動・行動、母の感じてい
たストレス等、多くの情報を集積していたが、児童相談所は、その情報を十分に聴取しな
いまま方針を決定してしまった。また、乳児院は、母の話などから退所は時期尚早との印
象を持っていたが、児童相談所に伝えていなかった。

⇒ [改善策]

児童相談所は、児童福祉施設退所前には、施設側の得ている情報を十分に聴取した上
で方針を決定すること。児童相談所は、自らの機関が虐待から子どもを守るための最終
決定機関であることに対する責任の重さを再認識するとともに、様々な情報を収集して
整理し、的確に判断すること。また、児童福祉施設においては、入所中に得た児童・保
護者の情報から家庭復帰に向けたアセスメント等を行い、自らの意見を児童相談所に伝
えること。

(5) 児童相談所と関係機関との情報共有について

- 児童相談所は、子ども家庭支援センター、保健機関、医療機関に対し、乳児院退所日を
事前に知らせていなかった。
- 児童相談所は、協力医師の所見を受けて、本児の傷は姉によるものと判断し、その認識
が子ども家庭支援センターに伝わってしまった。
- 本児の痣の場所について、児童相談所が子ども家庭支援センターと保健機関に伝え
た情報が不十分であり、内容にもばらつきがあった。
- 児童相談所は、子ども家庭支援センター、保健機関に家庭復帰の方針を伝えていたにも
関わらず、個別ケース検討会議を開催しなかった。そのため、関係機関が感じていた児
童相談所の方針に関する疑問点等について、意見を交換することがなかった。
- 児童相談所は、援助方針会議の結果、「助言指導による終了」から「継続指導・見守りサ
ポート」と方針を変更した。当日、子ども家庭支援センターには「見守りサポートを依頼
する予定」と伝えた。通常見守りサポートを依頼する場合は、文書等による十分な情報提

供及び事前協議が原則であるが、本事例では口頭による依頼であり、具体的な支援内容も提示されなかった。

⇒【改善策】

児童相談所は、一時保護所、児童福祉施設から家庭復帰する場合は、退所前に区市町村要保護児童対策地域協議会個別ケース検討会議において、医療機関・保健機関・子ども家庭支援センター等との十分な意見交換・情報共有を行い、家庭復帰時点の現状と家族がかかえる課題、今後の方向性と家族を支援するための役割分担を具体的に検討すること。

また、援助方針会議において、他の機関が関わる援助方針に変更となった場合は、決定を保留し、他機関と綿密な調整を行ったうえで再度提案するなど、慎重な手続きを踏むこと。特に「見守りサポート」など、地域関係機関の連携協力が必要な方針決定にあたっては、支援の主体となる子ども家庭支援センターと綿密な事前協議を行い、速やかに協働して子どもや保護者との顔合わせを行うなど、支援の空白が生じないように留意すること。また、書面での情報提供等、所定の手続きで行うことを徹底すること。

児童相談所以外の福祉・保健機関においても、所管内の要支援家庭に対し、当事者意識をもって、それぞれの専門性を踏まえながら児童相談所と十分な意見交換を行い、積極的な支援を展開すること。

(6) 支援体制について

- 児童相談所の担当児童福祉司は、対応困難ケースを多数抱えていたことに加え、チーム内の児童福祉司の欠員状況などによりオーバーフロー状態だった。組織はその状況を認識していたが、チームを補強し、担当児童福祉司をカバーするシステムが機能していなかった。（「平成 23 年度都道府県別児童福祉司の管轄人口」（厚生労働省資料）では、東京都は児童福祉司の管轄人口が 7 万人以上であり、都道府県の中では「ワースト 1」である。また、平成 24 年 4 月 1 日施行された改正児童福祉法施行令では、「児童福祉司の担当区域については、人口概ね 4 万人から 7 万人までを標準として定める。」と規定されている。）
- 児童相談所は、虐待対応における専門機関である。しかし本事例においては、専門機関としての機能が十分に発揮されていなかった。

⇒【改善策】

東京都は、児童福祉司の人員増を行うこと。また、現行の児童福祉司の育成システムを抜本的に見直し、専門機関として対応できる児童福祉司を養成すること。

第4章 事例別の課題と改善策等（事例3：児童相談所が検証を行った事例その1）

第4章・第5章の事例については、児童相談所が関係機関と共に、関係機関等の対応上の問題点、課題及び関与のあり方について外部の有識者を加えて検証を行い、改善すべき点を検証部会に報告した後、検証部会が改めて検討を行ったものである。

1 事例の概要・経緯

(1) 概要

2歳の男児が、自宅でぐったりしているのを父が発見し、救急搬送されたが、同日死亡。翌日、傷害致死容疑で父が逮捕された。

子ども家庭支援センターが母からの相談（子育て、育児しつけ相談）を受けて、平成22年12月以降かわり、母子の心理相談を実施していた。

(2) 経緯

- | | | |
|-------|-----|---|
| 平成22年 | 12月 | ・母が母子で子育てひろばに来所し、子育て相談
・子ども家庭支援センターは、子育てひろばから相談内容の報告を受け受理 |
| 平成23年 | 1月 | ・母子で子育てひろば来所。母に対し、子ども家庭支援センターでの「心理相談」を勧奨
・子育てひろばからの報告により、子ども家庭支援センターはこれを受理・支援方針会議を開催。「育児しつけ相談」として再受理 |
| | 2月 | ・子ども家庭支援センター心理士が母子と面接。 |
| | 3月 | ・母子で子育てひろばに来所。本児が1か月程前に自宅で転倒し骨折が判明したとの話あり。また、相談員が本児の顔面に痣のようなものがあるのに気づき母に尋ねると、母と入浴中にぶつかってできたものだと説明。相談員は、子ども家庭支援センターへの相談を継続するように強く勧奨
・事件発生 |

2 問題点、課題及び改善策

(1) 相談対応力の向上について

- 子育てひろばは、子育て相談の中で、母から、父が家にいると激しく泣く、わがままも言わなくなるなどの「虐待が疑われる」訴えを聴取しながら、父の職業が保育士であること、父母の関係が良好であることから、虐待に対する危機感をもたず、母の意向を重視した対応を行った。

⇒【改善策】

住民の身近な相談に携わる職員は、常に「虐待を発見しやすい立場にある」ことを認識することが必要であり、子育て相談をしてくる相談者の伝えてくる客観的事実に着目し、相談者ととも、その事実に対していかに対応するかを明確化していく必要がある。

このため、相談者の言動等に潜む子供のリスクを評価できる力を養うなど、虐待に関する感度を高める必要がある。保護者の相談を傾聴し、その相談内容のみならず、言葉に出されない保護者の持つ意図や不安に留意し、保護者の意向や職業等にとらわれず、客観的事実の抽出に配慮できるよう、研修等を通じ、職員の相談技能の向上を図ること。

(2) スーパーバイズ機能の活用について

- 子ども家庭支援センターは、子育てひろばの「子育て相談」の中に児童虐待が疑われるような「重いケース」が増えている状況を把握しつつも、十分に対応していなかった。

⇒【改善策】

子育てひろばと子ども家庭支援センターの相談員は、定期的実施していた情報交換の場などの活用により、相互のレベルアップを図るとともに、外部の専門家や児童相談所職員などのスーパーバイズを入れ、機能を強化すること。

(3) 組織体制の整備について

- 子育てひろばは、子育て相談の背景にある虐待の可能性を感じ、子ども家庭支援センターへ報告していた。しかし、子育てひろばに入った相談を、子ども家庭支援センターが把握し、進行管理を行う仕組みが整備されていなかった。

⇒【改善策】

子育てひろば等に入った背景に虐待の可能性のある相談を拾い上げるようにするため、定期的なケース会議を開催し、子育てひろばと子ども家庭支援センターの職員間で、十分に情報共有を行うこと。また、ケースを重層的にチェックするなど、進行管理をさらに充実するため、開催方法を工夫・改善すること。

(4) 調査・アセスメント力の向上について

- 子育てひろばは、母から本児の骨折と顔面の痣に気づいたとの報告を受け、子ども家庭支援センターに伝えた。しかし、子ども家庭支援センターは、母の相談を子育て相談として受け止めていたため、虐待ケースとして必要な調査をしないうちに、事件が発生してしまった。

⇒【改善策】

子ども家庭支援センターは、子育て相談から始まったものであっても、頭部・顔面・腹部の痣・傷や骨折・火傷等がある場合は、虐待を疑う重大な兆候と捉え、子どもの現認調査においては全身のチェックを行うなど、徹底した初期調査を行うこと。あわせて医療機関への調査、同居家族全員との面接などの必要な調査を行ったうえで、適切なアセスメントを行うこと。

第5章 事例別の課題と改善策等（事例4：児童相談所が検証を行った事例その2）

1 事例の概要・経緯

(1) 概要

障害を抱えた4歳の男児が自宅で死亡していた。母は首を絞めたことを認め、逮捕された。本児については、数多くの機関が関与し、母からの相談等も受け付けていた。

(2) 経緯

- | | | |
|-------|-----|---|
| 平成20年 | 1月 | ・保健機関で1歳6か月健診受診。言葉の遅れの指摘あり。 |
| | 4月 | ・発達健診受診（4回受診）・フォロー教室に参加（計13回） |
| 平成21年 | 7月 | ・保健機関で3歳児健診受診。母の希望で健診後のフォロー教室を紹介。心身障害児訓練通園施設を紹介、グループ活動に21年度中は20回参加 |
| | 8月 | ・医療機関に通院。「知的障害を伴う広汎性発達障害」診断
・3歳児健診後のフォロー教室に参加。1回で終了 |
| | 11月 | ・母より児童相談所に、愛の手帳取得の相談 |
| | 12月 | ・母より児童相談所に、愛の手帳を取得することが怖くなったと相談の取り下げの連絡あり。相談終了 |
| 平成22年 | 2月 | ・心身障害児訓練通園施設に入園できず、グループ活動は母の希望で継続 |
| | 4月 | ・保育所入所
・母、就労開始（8月まで） |
| | 9月 | ・母より保育所に「不安でどうしたらよいかわからない」と泣き声で電話あり、園長が自宅訪問
・心身障害児訓練通園施設のグループ通所の際、母が疲れている様子が見られ、声をかけるが会話が続かない。翌月にかけて3回連続して欠席
・保育所で、9月以降母の表情が良くない。声を掛けても会話にならない。 |
| | 12月 | ・障害児通所訓練施設グループ通所の際、母の表情が硬く、顔色が冴えない様子
・医療機関での作業療法の時、母の気分の落ち込みが見られた。 |
| 平成23年 | 1月 | ・心身障害児訓練通園施設にて、職員が母にグループ変更について話す。母は警戒しているような表情で不安そうな様子
・医療機関での作業療法の時、前回同様、母には落ち込んだ |

様子が見られた。

・事件発生

2 問題点、課題及び改善策

(1) ネットワークの構築について

- 子ども家庭支援センターでは、子どもの情報が入らなかったため、要支援家庭としての認識はなかった。
- 保健機関では、乳幼児定期健診に関わり、フォロー教室も紹介して支援していたが、医療機関や心身障害児訓練通園施設に母子が関わるようになって相談は終了していた。
- 保育所では、母の悩みを受け止め、落ち込んだ様子は把握できていたものの、この家族に対しては関係機関での情報交換や連携を行う必要性を見出せていなかった。
- 心身障害児訓練通園施設では、通園していた母子の状況を把握していたが、情報交換や共有化の点で、不十分であった。
- 医療機関は、院内での母の状況に変化が出た際に、一部スタッフ間での情報のやり取りはあったものの、対策をとる前に事件に至ってしまった。また、母の不安定な状況を在住の区市町村に情報提供する体制がなかった。
- 多くの関係機関が、母の精神的に不安定な状況を把握したが、情報共有が出来ていなかった。

⇒【改善策】

障害児を持つ保護者については、家族任せになりがちな現状を改め、親の負担感を十分に理解した上でのサポート体制を構築すること。

関係機関は、要支援家庭、特に障害児を持つ家庭に対するアセスメント能力の向上を図るとともに、連絡体制を構築し、一体となって危機感を持つこと。その際には、要保護児童対策地域協議会等を活用し、主担当機関、主たる援助者をどの機関が担うのか、相互に確認すること。

(2) 障害児のいる家庭への支援について

- 本ケースにおいて、子どもの障害の診断後も医療機関の通所訓練につながっていたが、保護者が障害受容できているかのフォローが十分ではなかった。

⇒【改善策】

子どもの障害を診断した医療機関、通所訓練施設、保育所は、保護者が診断をどのように受け止めたか注意を払い、フォローが必要な場合には、在住する区市町村の要保護児童対策地域協議会に支援を要請することなどを検討すること。

区市町村の要保護児童対策地域協議会では、支援の要請を受けたときは、個別ケース検討会議を開催し、保護者の不安を解消するための支援につなげること。

また、区市町村は、障害児のみならず、養育者のサポート体制の拡充に努めること。

- 多くの機関が本児の療育にかかわっていたが、主たる養育者である母を中心に援助する機関がなかった。

⇒【改善策】

虐待の未然防止を考えた時、障害をもった子どもの支援だけでは解決せず、主たる養育者を直接支援できる人が必要である。継続的に主たる養育者を支援できる人がいない場合には、関係機関内に「主たる養育者の支援担当者」を決めること。

障害児の通園施設等においても、児童養護施設等に配置されている家庭支援専門相談員（ファミリーソーシャルワーカー）のように、養育者を中心に支援できる職員の配置を検討すること。

- 保育所の入所基準は、障害児であっても親が就労しないと入所できないため、母としては仕事を持ちながらの通院・通所をしなければならず、大きな負担になっていた。

⇒【改善策】

保育所の入所審査を行う区市町村においては、障害児のいる家庭の保育所への入所については、母の就労等を絶対条件にするのではなく、障害児のいる家庭の個別の状況及び障害の程度、介護の負担を総合的に勘案して判断することが望ましい。

- 母は、児童相談所に、愛の手帳の取得希望ということで、電話での聞き取り後の面接予約を入れているが、その後取り下げたため、児童相談所は、直接会うことがなかった。

⇒【改善策】

児童相談所は、愛の手帳取り下げケースであってもできる限り情報を聞き取り、どのような支援を受けているか確認し、他の支援機関に繋がっていない場合には他のサービスを紹介するなど、実際の養育の負担が軽減できるような丁寧な支援に努めること。

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

- 今回、検証部会において、他県からの移管事例、施設から家庭復帰した事例、育児しつけ相談があった事例、障害を抱えた子どもの事例、と4つの事例を検証した。
- 今回検証したなかで、早急に改善すべき点として、以下をあげる。移管にあたってのルール
の遵守、医療情報の有効な活用、子どもの怪我の部位についての注意、保護者に寄り添った支
援等の改善策について、関係機関においては、速やかに取り組んでいくべきである。
- また、重大な事態を招いた要因は様々であるが、事例の背景には、関係機関における情報共
有不足など、共通する要因も見て取れた。過去の報告書においても度々指摘していることであ
るが、関係機関においては、区市町村要保護児童対策地域協議会を活用し、個別ケースの意見
交換や情報共有の徹底を図るべきである。
- 現場の関係者は、虐待防止に向けて、日々全力をあげて取り組んでいるところではあるが、
現在の支援に欠落している点がないか、思わぬ落とし穴がないか、思い込みはないか、今一度、
支援の再点検をお願いしたい。
- さらに、児童福祉司の増員と資質の向上により、児童相談所の体制の強化を図るとともに、
要保護児童対策地域協議会に関しては、ケースに応じて専門家を導入するなど、柔軟に活用す
ることも、今後検討していくべきである。
- また、検証作業は提言をもって終了するのではなく、現場において改善がなされてこそ意義
のあるものとなるため、今後、東京都や関係機関が講じた改善策などについて、検証部会に報
告を求めたい。検証部会では、状況を把握し、評価分析することも考えていきたい。
- なお、関係者へのヒアリングについては、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。事例を担当してい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について、組織的に取り組むことも考えてもらいたい。
- 今年度は、本検証を行っている間に、里親事例の容疑者が逮捕された。これについては、「児
童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について（里親事例 中間まとめ）」として、別途提
言を行った。
- 東京都をはじめ関係機関は、これらの報告書を、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、今後の支援のあり方に存分に活かしてほしい。

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）

第1条 この法律は、

(1)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(2)

参考資料

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(3)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(4)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(5)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(6)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

(7)

防災教育の推進に関する法律（防災教育法）の施行に関し、必要な事項を定めることと

1 設置要綱

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

(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5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4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5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を漏らしてはならない。

(事務局)

第8 部会の庶務は、福祉保健局少子社会対策部計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。



(注) 1. () 内は平成20年度当初人口推計値。2. 人口推計値は、人口推計調査結果に基づき算出された人口推計値を示す。

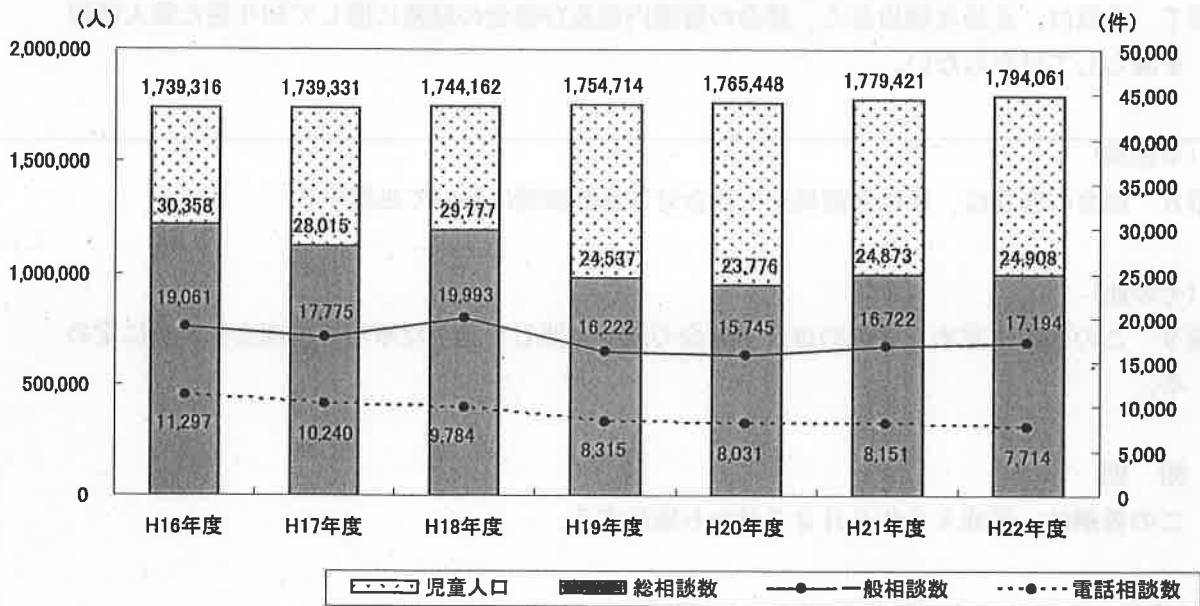
人口推計値に基づく人口推計値の推定値(人口推計値)



資料: 人口推計調査結果(平成20年度)

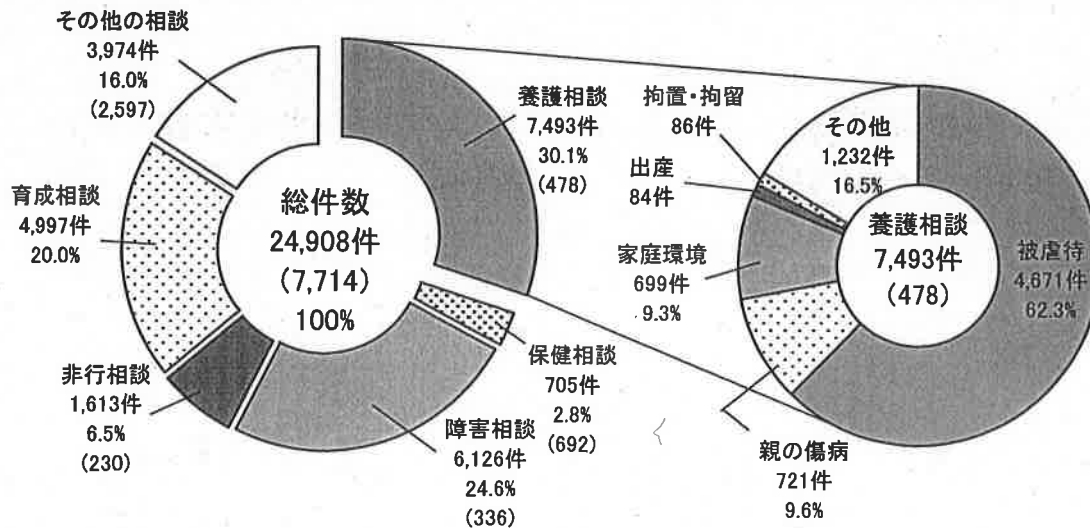
資料: 人口推計調査結果(平成20年度)

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)

3 平成22年度東京都児童相談所相談別受理状況

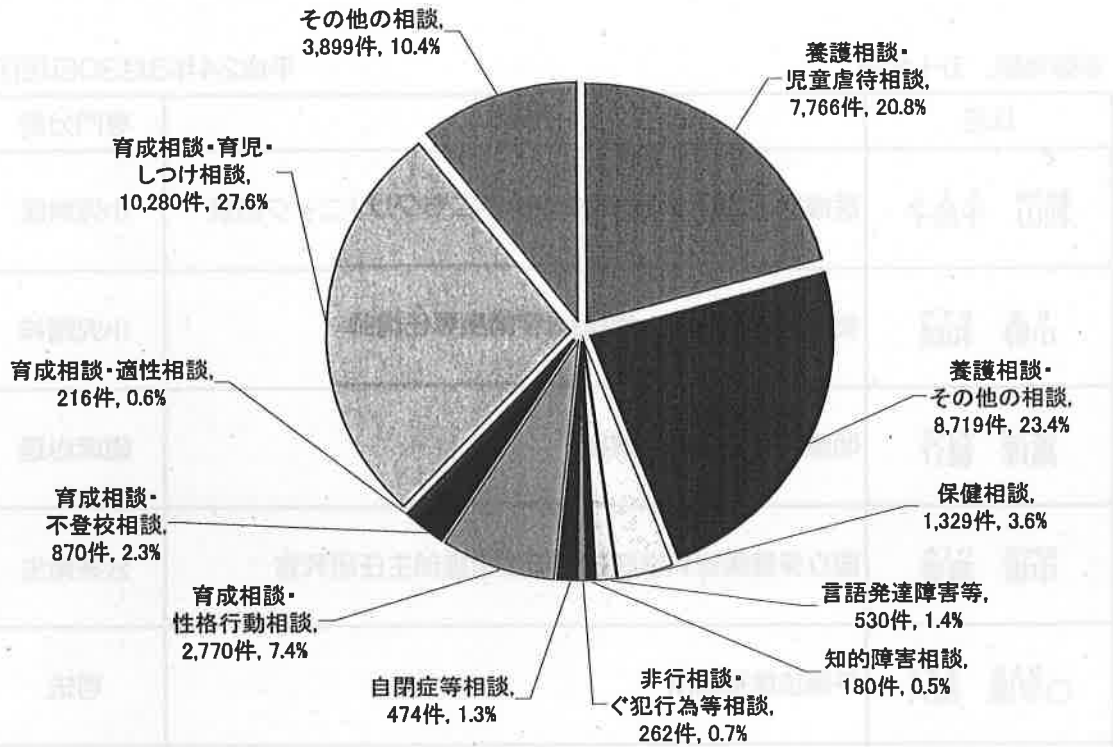


※()内は電話相談件数の再掲

※受理件数とは、児童相談所で児童の福祉に関する相談等を受けたもののうち、受理会議を経て受理決定としたものである。

4 平成22年度区市町村相談種類別受付状況

相談種類別受付総数



※平成22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。

5 平成22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）	89.3%
妊婦健康診査受診率（1回目）	89.9%
新生児訪問率	65.7%
3～4か月児健康診査受診率	95.6%
6～7か月児健康診査受診率	88.7%
9～10か月児健康診査受診率	86.1%
1歳6か月児健康診査受診率	89.7%
3歳児健康診査受診率	89.1%

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

平成24年3月30日現在

氏名	所属	専門分野
あきやま ちえ子 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
おの かずや 小野 和哉	東京慈恵会医科大学精神医学講座専任講師	小児精神
たかづか けんじ 高塚 雄介	明星大学人文学部教授	臨床心理
なかいち いくみ 中板 育美	国立保健医療科学院公衆衛生看護部主任研究官	公衆衛生
ひらゆき まさと ○平湯 真人	平湯法律事務所	司法
まつばら やすお ◎松原 康雄	明治学院大学副学長	児童福祉
やまもと けんじ 山本 恒雄	日本子ども家庭総合研究所家庭福祉担当部長	児童福祉

◎部会長 ○副部会長

7 検討経過

第1回【平成23年7月11日】

- 検証部会の基本的な考え方及び検証の進め方
- 虐待死亡事例等の報告、検証事例の決定
- 今後のスケジュールの確認

第2回【平成23年8月29日】

- 検証事例の概要（疑問点・不明点の洗い出し）
- ヒアリング先の決定

〔 第3回から第6回 他事例の検証 〕

◆ヒアリングの実施【平成24年1月下旬～4月上旬】

第7回【平成24年2月17日】

- ヒアリング結果の報告
- 問題点・課題の抽出、改善策の検討

第8回【平成24年3月7日】

- 報告書案の検討

第9回【平成24年3月28日】

- 報告書案の検討

第10回【平成24年4月13日】

- 報告書案の最終検討

