

児童虐待死亡事例報告書の公表（平成 25 年 1 月）

平成 23 年度における児童虐待死亡事例について、千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会社会的養護検討部会児童虐待死亡事例等検証委員会において検証が行われ、平成 25 年 1 月に、千葉県社会福祉審議会から県に対して報告書が提出されました。

この報告書は、事実を把握し、発生原因を分析し、関係各機関における対応上の課題を明らかにし、必要な再発防止策を提言することを目的に取りまとめられたものです。

県は、報告書のホームページへの掲示に当たって、プライバシーに配慮し、一部内容を削除したうえで、一般公開します。

なお、本検証の目的に沿った利用の場合には、報告書全文を提供できる場合がありますので、御相談ください。

千葉県健康福祉部児童家庭課虐待防止対策室
電話 043-223-2357

児童虐待死亡ゼロに向けて

～平成23年度における児童虐待死亡事例の検証について（第3次答申）～

平成25年1月

千葉県社会福祉審議会

本報告書については、プライバシーに配慮して取り扱っていただくとともに、児童虐待による死亡事例等の再発防止策の検討に限って活用いただくようお願いします。

目 次

はじめに	1
1 これまでの経緯	2
2 今回の検証の目的	2
3 検証の対象とした事例	2
4 検証の方法	3
(1) 検証に当たっての基本的な考え方	3
(2) 検証の手順	3
① 第1回「検証委員会」における事例の特徴等の確認	3
② ヒアリングの方法	4
③ 公判の傍聴	4
5 事例の概要及び援助の経過	4
(1) 家族の状況	4
(2) 本児の状況	5
(3) きょうだいの状況	5
(4) 経緯	6
(5) 公判の概要	9
6 背景要因	10
(1) 虐待（ネグレクト）の態様	10
(2) 家族の特徴	12
(3) 父母の関係機関への態度	13
(4) 援助機関の取組上の留意点	14
7 事例の検証から明らかになった問題点と課題	15
(1) 児童相談所の対応に関する問題点	15
① 相談受付時の対応	15
② 安全確認	16
③ 安全確認を目的とした家庭訪問体制	16
④ 安全確認を目的とした家庭訪問スキル	17
⑤ 家庭訪問等で得られた情報の評価、初期アセスメント	18
⑥ 初期段階の情報収集	19
⑦ 援助方針会議の「継続指導終結（終了）」決定、市への送致	19
⑧ 送致における児童相談所と市の連携体制	20

(2)市（「要対協」）と児童相談所に関する問題点	
（「要対協」の問題点）	20
①「要対協」における、情報や初期アセスメントの取扱い	20
②「要対協」個別支援会議におけるリスクアセスメント	21
③「要対協」個別支援会議の運営	21
④立入調査等行政措置の検討	22
⑤「要対協」の運営、市としての対応	22
(3)市と関係機関の対応に関する問題点	23
①医療機関	23
②保健機関（保健センター・保健所）	24
③教育関係機関	24
④地域	25
(4)県の対応に関する問題点	25
①児童福祉司	26
②児童心理司	26

8 課題解決に向けての取組

提言1

児童相談所の意識改革・初期アセスメントの徹底、市町村との連携強化

(1)児童相談所の意識改革	28
(2)安全確認と初期アセスメントの徹底	28
(3)児童相談所と市町村の円滑な連携推進	29
(4)実効性ある児童虐待防止ネットワークの構築	29

提言2

積極的な研修の推進、研修体系・内容の見直し

(1)児童相談所職員の専門性向上	30
(2)児童相談所職員の体系的・実践的研修の充実強化	30
(3)市町村職員等の専門性向上	31
(4)研修テーマ	31
①家庭訪問技術の向上	31
②重度ネグレクトやDVの理解促進	31

提言3

児童相談所が専門的組織として機能を発揮するための取組

(1)初期調査の強化	31
(2)リスクアセスメントシートの活用	32
(3)児童相談所の組織的対応の強化	32

提言4

児童相談所が専門的組織として機能を発揮するための環境整備

(1)児童相談所のIT化推進	32
(2)児童相談所職員の増員	32
(3)児童相談所の体制整備	33

提言5

虐待の未然防止、家族支援、子育て支援対策の積極的推進 3 3

(1) 母子保健分野との連携 3 3

(2) 医療機関との連携 3 4

(3) 教育関係機関との連携 3 4

(4) 地域リソースとの連携 3 4

9 「検証委員会」における今後の取組 3 4

委員長所感～おわりに～ 3 5

参考資料

参考資料1 事例の経緯一覧表（平成20年7月24日～平成23年5月26日） 1

参考資料2 千葉県児童相談所子ども虐待対応マニュアル ver.3（抜粋） 3

参考資料3 児童虐待死亡事例等検証委員会委員名簿 7

参考資料4 児童虐待死亡事例等検証委員会の検証経過について 8

はじめに

当審議会の下部組織である児童虐待死亡事例等検証委員会（以下「検証委員会」という。）は、これまで知事から2回の諮問を受けており、平成16年度発生の子童虐待死亡事例については、平成17年11月に、「子童虐待死亡ゼロに向けて」と題する答申（以下「第1次答申」という。）を行い、平成18年度に発生した子童虐待死亡事例2事例については、平成20年2月に、「子童虐待死亡ゼロに向けて」と題する答申（以下「第2次答申」という。）を行った。

2回の答申を受けて、千葉県では、それぞれ、子童相談所の増設や対応システムの改善及び市町村ネットワークへの支援強化、また、母子保健等との連携強化など、答申に対応した各種取組を推進・強化してきた。

しかしながら、残念なことに、平成23年度には、県が関与しながら、ネグレクトにより子童が死亡し、同じく、そのきょうだい衰弱した状態で保護されるという事例が発生した。

当審議会では、死亡した当該子童の事例について、平成23年12月、知事から諮問を受けたところであるが、その経緯とネグレクトという状況から、死亡した子童及びそのきょうだいを含む本事例についての検証と、検証を通じての対応策の検討を「検証委員会」に委ねた。

このたび、「検証委員会」が当該事例について検証し、結果をまとめたことを受け、子童虐待防止に向けたさらなる取組について提言するものである。

1 これまでの経緯

千葉県においては、児童虐待に関する相談件数は増大し、かつ深刻化、複雑化するなかで、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。）の改正（児童虐待の防止等のために必要な事項の調査研究及び検証が国及び地方公共団体の責務と明記された）や児童福祉法の改正（児童相談の一義的窓口は市町村、児童相談所は高度な専門性を有する事例への対応、市町村の後方支援と位置づけ）等を受けて、児童虐待死亡ゼロを目指した抜本的な検討が必要となった。

このため、当審議会に児童虐待防止に対する抜本的検討が委ねられ、平成17年9月、新たに「社会的養護検討部会」が設置されるに至った。

そして、その下部組織として、「検証委員会」、「社会的資源あり方検討委員会」、「児童虐待防止調査研究委員会」及び「家族関係支援調整プログラム調査研究委員会」を設置し、これまで県に対し、以下の答申等を行ったところである。

- 「第1次答申」
- 「社会的養護を必要とする子どもたちのために～千葉県における社会的資源のあり方について 答申～」(平成19年3月) (以下「平成19年答申」という。)
- 「第2次答申」

2 今回の検証の目的

今回の事例は、平成23年5月の死亡事例である。母子保健の関係で市が関わっており、平成20年8月には、児童の安全が確認できないという理由で、市から児童相談所に送致があった。送致の翌日、児童相談所は、安全確認を目的に家庭訪問し、児童を直接目視した。

その上で、児童相談所は、逆戻りする形で市に送致（千葉県では市町村へケースの主担当を移す場合も「送致」としている。）をして、市の要保護児童対策地域協議会（以下「要対協」という。）において、継続的に経過を見ていた事例である。

様々な機関が継続的に関わり、「要対協」の進行管理部会では、繰り返し本事例が取り上げられていたにも関わらず、児童の死亡を防げなかったことから、問題点、課題を整理し、具体的な方策を検討し、今後の虐待防止に寄与することを目的として検証を行った。

3 検証の対象とした事例

平成23年5月26日、2歳10か月の男児(第4子)がJ病院に救急搬送され、同病院から児童相談所に虐待通告があり、その後、本児が死亡した。死因は餓死であった。

5歳の女児(第2子)についても、自立歩行ができないほどの衰弱が認められたので、同日、入院させ、児童相談所は、その後、一時保護とした。

両親は、本児に対する保護責任者遺棄致死容疑で逮捕及び起訴され、次いで第2子に対

する保護責任者遺棄致傷容疑で追送検及び追起訴された。

両親は、地裁において分離裁判になり、母には懲役7年の刑が確定した。父には懲役9年6か月の判決が言い渡された（控訴）。

4 検証の方法

(1) 検証に当たっての基本的な考え方

- 今後の虐待防止策に寄与することを目的とすること。
- 個人の責任を追及したり、批判したりするものではないこと。
- 1人の子どもの命が奪われ、また、きょうだいの1人も自立歩行ができないほど衰弱して保護されるという重大な虐待事例であり、できるだけ丁寧に事実の把握を行い、可能な限り発生原因を分析し、関係各機関における対応上の課題を明らかにして必要な再発防止策を提言すること。

(2) 検証の手順

① 第1回「検証委員会」における事例の特徴等の確認

第1回「検証委員会」において、その時点で判明している事例概要を踏まえ、事例の特徴や関係機関の関わりの内容について確認した。

これらの特徴を踏まえ、関与があった各機関に関しては、可能な限りヒアリングの協力を依頼し、実施することとした。

また、事件発生の際を把握し、虐待の発生原因を分析することなどを目的として、公判を傍聴することとした。

これらを踏まえて、(1)で述べたように、今後の虐待防止に寄与することを目的として、本事例の検証を行い、再発防止策を提言することとした。

なお、第1回検証で確認した内容は、概ね以下のとおりである。

- 本児（第4子）がネグレクトで死亡しただけでなく、第2子もネグレクトによって衰弱していたこと。他方で第1子は、就学後は登校しており、特段の問題が感じられなかったこと。
- きょうだい全員が飛び込み出産であり、第3子はSIDSによって生後3か月で死亡していること（本児も低出生体重児などハイリスクであったこと）。
- 本家庭には、市児童育成課、市保健所、児童相談所をはじめ、複数の病院や学校、警察等様々な機関が関与していたこと。
- 第2子については健診未受診等があり、市保健所からの家庭訪問等でも、（第2子に）会えない状態が長く続き、本児出生段階ですでに膠着状態で危惧されていたこと。
- 実父について、児童相談所は過去にも虐待相談で関与していたが、離婚や再婚などの婚姻関係が複雑な経緯を辿ったこともあり、以前に児童相談所が父と関わりがあったことについて、事件発生後に警察から照会を受けるまで気付かなかったこと。
- 本児出生後、市からの送致を受けた児童相談所は、子どもたちの安全確認を目的

に家庭訪問し、本児や第 2 子を含めて子どもたち全員を直接目視したことで安全確認したとして、受理から 2 週間で市へ送致したこと。

- 「要対協」の進行管理部会においては、本事例が繰り返し取り上げられ、本児らの安否確認がなされず膠着状態が続いていたことが話題にされていたにもかかわらず、アセスメントが適切に行われず、効果的な介入が図られなかったこと。

② ヒアリングの方法

各関係機関については、可能な限り協力を依頼して担当者等へのヒアリングを実施し、それぞれの組織における本事例への関わり方やヒアリング時点での振り返りの内容などを聴取した。

③ 公判の傍聴

本事例は、逮捕された実父母がそれぞれ別個に裁判を受けることとなった。実母の裁判員裁判及び実父の裁判員裁判をそれぞれ傍聴して、事件の経過等を理解するよう努めた。

7 事例の検証から明らかになった問題点と課題

《今回の検証の前提》

千葉県では、前述したように、平成17年度の「第1次答申」と平成19年度の「第2次答申」が公表されている。

また、「児童相談所子ども虐待対応マニュアル」（以下「マニュアル」という。）は、「第1次答申」後、平成19年3月に作成された。第1回の改訂は、「第2次答申」を受けて、平成20年4月に行われた。その後、第2回の改訂が平成22年4月に行われている。

したがって、今回の事例は、こうした「マニュアル」では対応しきれないような新たな問題を含む事例だったのか、それとも「マニュアル」が十分生かしきれなくて発生した事例だったのかを検討する必要がある。

(1) 児童相談所の対応に関する問題点

① 相談受付時の対応

今回の事例において、市が児童相談所に送致する契機となった、平成20年8月1日の家庭訪問は、市保健所保健師が行い、父の態度が尋常ではないと感じたことから、ただちに所内で報告し、担当課長から児童相談所に電話したもので、(その日が金曜日だったこともあり)当日のうちに緊急の個別支援会議を開くなどして協議することを呼びかけている。

しかしながら、児童相談所は、保健師による家庭訪問の状況を整理・確認して市の意見をまとめ、窓口を要保護児童の担当課である市児童育成課とするよう指示している。この最初のところでの食い違いが、結果として、その後の効果的な連携を妨げた可能性がある。

なお、市保健所は、児童相談所とのやりとりの後、市児童育成課と協議するかたわ

ら、土曜・日曜に緊急的な事態が生じることも懸念して警察署に出向き、事情を説明して協力を仰いでいる。また、警察は児童相談所に連絡して児童相談所の方針を確認するとともに、必要な協力を行うことを約束している。

一般市民はもちろん、特に関係機関等が児童相談所へ通告する場合は、何らかの危機感を抱いていることが通例であり、児童相談所が、市保健所からの通告は（通常ルートの市児童育成課ではないことから）受け付けないと取られかねないような対応をした点は問題であったと考えられる。

市保健所からの緊急的な個別支援会議開催の呼び掛けに対しても、基本的には組織としてきちんと受け止め、その時点で可能なメンバーを集めて対応を協議するなどの姿勢が必要であったと思われる。

【課題1】

児童相談所職員は、行政権限を有する専門機関であるという使命を改めて認識し、常に危機意識を持って、子どもの安全を見据えた対応を徹底する必要がある。

② 安全確認

市からの送致を受けての平成20年8月の家庭訪問は、安全確認を目的に行われている。この時の安全確認は、その後の「要対協」進行管理部会や個別支援会議での議論のたびに、安心材料の根拠として取り上げられている。今回の事例から学ぶためには、安全確認の状況やそのあり方について検証する必要があると考える。

この点について、直接子どもと会えばそれで安全が確認できた、安心できると決めてしまうのは早計であり、子どもを直接目視することは、安全確認の必要条件ではあっても十分条件ではなく、そこには限界もあるということを再度認識するべきである。

「マニュアル」P18「安全確認」（参考資料2参照）の「安全確認は目視した状況のみで安全性を確認するということを意味するものではなく」という指摘や厚生労働省「児童相談所運営指針（第3章 第3節 3調査の開始）」の「こうした初期対応のほか、必要に応じて、後日、追加的なアセスメントを適切に実施する」という点が忘れられていたのではないと思われる。

今回の事例では、「マニュアル」が求めるレベルの「安全確認」が徹底されていない点で問題があったと考えられる。

【課題2】

安全確認は「目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集をして総合的に」行うという「マニュアル」の指摘の徹底を図る必要がある。

③ 安全確認を目的とした家庭訪問体制

「マニュアル」P20「初期調査」（参考資料2参照）では、「児童相談所職員による目視を行う場合は、その事例により児童福祉司だけでなく、児童心理司、児童虐待対応協力員等の組み合わせを検討し、多角的、複合的視点による確認が望ましい。目視をどこで、どのような方法で行うのが適切か、職種が異なる場合の確認事項の分担に

についても決めておくことが必要である」と記載している。

しかしながら、平成 20 年 8 月の家庭訪問には、児童福祉司 2 人による訪問が行われているものの、児童心理司等は加わっておらず、その後も本事例には心理司等の担当者は置かれていない。

児童心理司等と一緒に訪問していれば、子どもの状況についてより突っ込んだやりとりができた可能性があるし、父についての見立ても多角的な角度から検討がなされ、児童相談所の方針が適切なものに近づいた可能性があったと思われる。

安全確認を目的とした家庭訪問に当たって、児童心理司、児童虐待対応協力員等を組み合わせることが十分にできない実施体制に問題があったと考えられる。

【課題3】

安全確認を目的とした家庭訪問は「児童福祉司だけでなく、児童心理司、児童虐待対応協力員等の組み合わせを検討」という「マニュアル」の指摘が可能となる体制の整備を図る必要がある。

④ 安全確認を目的とした家庭訪問スキル

今回の家庭訪問は、複数の職員で対応し、訪問時間についても工夫しているが、時間的には約 30 分程度、ドアを半分程度開けた状態で、通路で話し合うような状況であり、訪問に応じた父は、通報されたことに反発し、訪問されたことへの不満を述べ、自身の主張、自身の育児観などを話したものであった。そのため、第 2 子の健康面や発達、食生活を含む日常の様子などに関して必要な情報を得ることは、任意の家庭訪問という限界などもあり、難しかったと思われる。

しかしながら、他県では、身体的虐待で兄を保護した後、残された妹の安全確認が必要として、任意の家庭訪問をした際、同行した女性警察官が保護者の許可を得た上で、少し強めに身体に触り、顔の表情などから痛みがあるかないかを観察し、間接的に怪我の有無を推量している例などもあった。

本事例ではネグレクトが疑われたのであるから、保健師なども同行しつつ、外傷の有無に加え、住居内や住居周囲の環境、子どもの体格（身長・体重など）・運動発達状態、衣服の状況その他についても可能な限り注意を払うことが必要であったと考えられる。

また、今回の事例では、その後の母子保健の関わりも念頭に置いて市からの通告であることを伏せていたため、第 2 子の健診未受診のことも話せなかったとされているが、例えば、目視に加え、一般論として「健診などは受けておられますか」と尋ねることなどは、（父が答えるか否かは別として）できたとも考えられる。

今回の事例では、事実上「目視」出来るか否かが、また外傷の有無が安全か否かの判断基準とされており、家庭訪問での質問や観察の方法、安全か否かの判断について、どこまで可能であったかは別として必要十分な調査が行われたとは言い難い。

任意の家庭訪問によって安全確認を行う場合、特に困難事例においては、一歩踏み込むための家庭訪問技術や親とのコミュニケーション技術が求められるが、経験も積み重ねながら、こうした安全確認の方法についてスキルアップする必要性が浮き彫りにされた。

【課題4】

安全確認を目的とした家庭訪問は、事例の特徴に合わせて調査内容を検討し、必要に応じ、警察官や保健師が同行する必要がある。

⑤ 家庭訪問等で得られた情報の評価、初期アセスメント

安全確認において、目視によって直接子どもの姿を確認することは極めて重要だが、特に任意の家庭訪問などでは必要十分な情報を得る上で限界もあることから、より重要なことは、それを踏まえた事後の判断である。

今回の事例において、平成20年8月の家庭訪問を踏まえて、児童相談所は、「3人とも外傷等見当たらず」「安否確認ができた」として、市に対して「母へ予防接種等保健関係についての配慮は必要」との児童福祉司意見を付けて送致し、相談を終了している。

また、児童相談所のこの見解は、例えば、訪問から1年以上を経た平成21年10月の「要対協」進行管理部会でも（是非はともかく）取り上げられ、「児童相談所で訪問確認し、特に問題なかった」などと確認されている。児童相談所の行う判断は、「要対協」にとっても重く受け止められることを考えると、安否確認を踏まえた初期アセスメントは非常に重要なものと言える。

しかし、家庭訪問後のアセスメントでは、子どもたちに直接会わせてもらったことを重視してのことか、

- ・父の態度は、通報されたことへの反発、訪問されたことへの不満、自己の育児観を話すことに終始するなど、市の危惧を裏付けるような態度であった。
- ・飛び込み出産だとか健診未受診など、市が危惧していた問題について、納得できる情報は得られなかった。
- ・子どもたちの目視はできたが、3歳近い第2子は抱かれていた。
- ・父は訪問自体に拒否的で、今後の相談継続は困難であった。

といった点に着目したアセスメントがなされていたとは言えない。

本県における過去の重大事例を踏まえて作成された「マニュアル」P18「安全確認」（参考資料2参照）には、「安全確認は目視した状況のみで安全性を確認するということを意味するものではなく、目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集して総合的に子どもの安全を確認することを意味する」と記載されているが、家庭訪問を実施した後の児童相談所における（組織としての）アセスメントでは、こうした視点が忘れられている、もしくは重視されていないなど、家庭訪問に加えて他の情報を総合して判断するという点で問題があった。

また、児童相談所に先立つ市の家庭訪問で、父は威嚇的な言葉で市職員に詰め寄り、母へのDVが懸念される発言があった。こうした情報を踏まえて、DVの可能性を検討することは可能かつ必要であり、子どもの安否だけでなく家族関係を視野に入れたアセスメントを行う点で問題があった。

【課題5】

－1 「マニュアル」に記載された視点に立ってアセスメントする必要がある。

- ー2 過去の答申を生かし、DVの可能性も視野に入れ、常に家族関係全体を見立てると
いう視点に立ったアセスメントを心掛ける必要がある。

⑥ 初期段階の情報収集

今回の事例で、児童相談所が戸籍の全部事項証明を取り寄せたのは、本児死亡に係る通告後であり、父と前妻との間に生まれた子どもに関し、過去に一時保護していた事実も、事件後に警察から照会があるまで確認されていなかった。

平成20年8月1日には、児童相談所は、市保健所から本児らきょうだいについて、過去の相談歴を問われ、「該当なし」と回答しており、この点に限れば、そのとおりであった。当時は内縁であった実父について相談歴があるとは考えの及ばぬところであったと思われ、「マニュアル」にも記載がないこの点は、今回の事例の盲点であったとも言える。

とはいえ、最近では、離婚・再婚、内縁関係などは珍しいことではないことから、今後は実父母や交際相手についての履歴についても注意深く調査する必要が浮かび上がったものと言える。

また、第2子の6か月児健診受診結果に係る情報は、市のシステムとして早期に把握することができなかつたため、平成20年8月の家庭訪問時には児童相談所に情報が入らなかった。

家族、親族等の状況把握、母子保健分野や医療機関との連携による家族関係の把握など、情報を統合してアセスメント及び支援を行うという点で問題があった。

付言すれば、経済状況についても、把握に努めることが望ましかった。

【課題6】

- ー1 初期段階であっても、家族状況が不明あるいは疑義のある場合は、積極的に戸籍情報を得るなどして家族関係の把握に努める必要がある。
- ー2 生活保護担当課など家族の様々な情報を把握している機関との効果的な情報共有を図る必要がある。
- ー3 新規の相談や通告であっても、過去の相談履歴について慎重に確認する必要がある。
- ー4 乳幼児健診結果の情報について、市町村の保健センター及び保健所になるべく速やかに報告が入るシステムが必要である。

⑦ 援助方針会議の「継続指導終結(終了)」決定、市への送致

今回の事例において、児童相談所は、家庭訪問後の平成20年8月13日に援助方針会議を行い、緊急度ランクB（参考資料2参照）として「継続指導終結（終了）」、「市へ送致」とした。

「マニュアル」P6「緊急度B」（参考資料2参照）は「集中的な支援、場合によっては一時保護を検討」とされ、P45「会議への報告による事例管理」（参考資料2参照）には、「援助方針の策定にあたっては、必ず再評価の時期を設定する」「Bは3ヶ月以内」と記載されている。

事例全体を振り返ったとき、この終結はかなり大きな影響を及ぼしており、特に、

家庭訪問から約1週間後に終結してしまったことは、拙速であったと考えられる。

というのも、後に繰り返される「要対協」進行管理部会で本事例が協議されていたときも、児童相談所では既に終結しているため、正規の意味での担当者はいない。そのため児童相談所が自らの問題として主体的に検討、対応することが、必然的に弱まらざるを得なかったからである。

今回の事例は、市から送致を受け、安全確認で1度会っただけで、保護者が援助を受ける姿勢から程遠い現状にあったのだから、児童相談所は指導を継続し、市と情報を共有することが必要であった。

少なくとも、8月の安全確認を受けて行われた平成20年9月26日の「要対協」進行管理部会までは、終結せず継続指導を続け、市等の関係機関と改めて協議すれば、他機関が児童相談所に求めている内容や児童相談所が果たすべき役割などが明確化されたと考えられる。

それを受けて、児童相談所において、援助方針会議を行えば、また違った方針を考えることもできた可能性がある。

【課題7】

- －1 児童相談所は、市での援助に移行するか、あるいは、主体的な関わりを継続すべきかどうかについて、慎重に検討する必要がある。
- －2 児童相談所が主担当となるような事例においても、「要対協」の活用を積極的に図る必要がある。

⑧ 送致における児童相談所と市の連携体制

児童相談所は、平成20年8月13日に「継続指導終結（終了）」の決定をすると同時に、市への送致を決めている。

「マニュアル」P54「在宅援助の終結と市町村への送致」（参考資料2参照）では、児童相談所は、「虐待再発のおそれについて評価し、おそれがないと判断できる場合は児童相談所の援助終結について検討」し、送致する場合には、「事前に市町村と協議しておくことが必要である」とされている。

しかしながら、市と児童相談所の協議は必ずしも十分ではなかった可能性があり、市は短期間で再び逆戻りの形で送致を受けたことに納得してはいなかったと思われる。市との協議に当たっては、児童相談所の見解だけで進めるのではなく、市の意見を十分に聴いた上で判断する姿勢に欠けていたという点で問題があった。

【課題8】

「マニュアル」には市へ送致することとして、「事前に市町村と協議しておくことが必要である」と記載されているが、児童相談所は事前協議のあり方として市の意見を十分に聴く必要がある。

(2) 市(「要対協」)と児童相談所に関する問題点(「要対協」の問題点)

① 「要対協」における、情報や初期アセスメントの取扱い

「要対協」では、児童相談所が行った1回だけの家庭訪問による安否確認とそれを

踏まえたアセスメントが、長い間、子どもが安全であるとする材料とされていた。

家族の変化や虐待の深刻化は援助者の予想を超えて早く進行することも珍しくない点を踏まえると、繰り返し開催された「要対協」のなかで、長期間にわたって1回の家庭訪問結果に頼り過ぎたことは不適切であり、情報活用の点で問題があったと考える。

【課題9】

「要対協」は、情報や初期アセスメントの取扱いを適切に行う必要がある。

② 「要対協」個別支援会議におけるリスクアセスメント

市は、児童相談所が家庭訪問した後、介入のきっかけもなく、半年以上も安否確認ができなかったことから、児童相談所へ援助依頼を行い、平成21年3月5日に、個別支援会議を開催した。

ところが、膠着状態が続いているにもかかわらず、「虐待の事実が確認されなかったから」（児童相談所の振り返り）として、本会議においてはリスクアセスメント（参考資料2参照）が実施されていない。

事態が変化している場合はもちろん、行き詰まっているような場合も、状況を客観的に把握するためにリスクアセスメントを活用し、不明情報の収集などに生かすことは、「第1次答申」において、特に強調した点であった。

【課題10】

過去の答申を生かし、関係機関の連携において、リスクアセスメントシートを積極的に活用する必要がある。

③ 「要対協」個別支援会議の運営

「要対協」個別支援会議では各機関の役割が確認されたものの、その役割をいつまでに行い、また次回会議をいつ設定するのかを確認するという基本的な事項が守られていない。

「要対協」の運営については、市児童育成課（家庭児童相談室）が「要対協」調整機関であり、調整機関は厚生労働省の「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」の規定のとおり、「関係機関が現に対応している虐待事例についての危険度や緊急度の判断」を行い、関係機関の認識を一致させ、「実際の援助、支援方法、支援スケジュール（支援計画）の検討」や「次回会議（評価及び検討）の確認」をする必要があった。

このとき決めた各機関の役割は、全体として状況把握に重点が置かれていたため、明確なスケジュールを立てられなかったのかもしれないが、そうであればなおさら、次回会議日などを決め、その時まで各機関が実施する内容を明確化することが必要であった。

また、市がこういう状況であったならば、児童相談所は、助言者という立場も求められて参加していたのだから、アドバイスを行う必要があった。

【課題11】

- 1 市として、「要対協」個別支援会議の運営を適切に行う必要がある。
- 2 児童相談所の役割として、「要対協」個別支援会議の運営についても助言を行う必要がある。

④ 立入調査等行政措置の検討

「マニュアル」P49「重要 在宅による援助の留意点」（参考資料2参照）の記載には、「関係する機関が子どもの状態を直接把握できない事態が続く場合は、悪い兆候として捉え、強制的な介入を検討しなければならないという視点が必要である」、P52「参考 援助者側の盲点」（参考資料2参照）の記載には、「援助者の意識として一旦、在宅による援助が決まってしまうと、その事例に関して在宅援助事例としての方針に流されてしまい、その後の見直しがしにくくなりやすい。家庭や家族の状況と同様、子ども虐待は時々刻々と変化していると認識する必要がある」としている。

今回の事例では、8月の児童相談所の家庭訪問以後、半年以上も市の関係者の誰もが子どもの安全を確認できず、安否を含めて不安が高まった中で、個別支援会議が開かれていることを踏まえると、こうした「マニュアル」が活かされていないと言わざるを得ない。児童相談所は、この会議で立入調査等の介入を検討するのではなく、「近隣その他から通報があった場合に、安全確認」することを役割とした。そして、児童相談所では、この時点においても、再度受理したこの事例について、「要対協」進行管理部会の1週間後に「助言指導」で終結し、以後、本児が死亡する時点まで受理することはなかった。

【課題12】

児童相談所において、「マニュアル」の指摘する「関係する機関が子どもの状態を直接把握できない事態が続く場合は、悪い兆候として捉え、強制的な介入を検討しなければならないという視点」を改めて徹底する必要がある。

⑤ 「要対協」の運営、市としての対応

今回の事例においては、「要対協」の個別支援会議も（1度だけではあったが）開かれ、進行管理部会も繰り返し開催されて本事例が取り上げられていたにもかかわらず、虐待死を防げなかった。つまり、「要対協」の適切な運営がなされなかったという意味においても、重大な事例であったと考えられる。

したがって、「要対協」の運営という観点から、その要因を深く分析して今後に生かす必要があるが、問題の背景には、次のような事情があったのではないかと考えられる。

- 通告・相談を含む初期段階からの市と児童相談所の意思疎通の齟齬（食い違い）
- 児童相談所側の主体的な関わり不足
- 市側の児童相談所に対する依存性（市としての主体的な判断の弱さ）
- 厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」からの逸脱

さらに、付け加えて重要であると考えられることとして、市町村と児童相談所との関係について改正され、平成20年4月1日に施行された「児童虐待防止法」第8条

第1項第2号の規定*に対する県や市の認識不足がある。

市が児童相談所に対し、児童福祉法に基づいて採った措置は、平成20年8月の第2子の安否確認が必要であるとして行った「送致」と平成21年3月の「要対協」個別支援会議に際しての「援助依頼」の合計2回であった。

しかし、送致や援助依頼を行ったものの、事態は改善されたわけではなく、むしろ市としては常に危機感を感じながら対応していたと思われる。

児童相談所は、引き続き母子保健の対応などを求めているが、市として、その対応では限界があると見て、第2子の3歳児健診未受診を予想して個別支援会議を要請していることを考えると、本条項を積極的に用いて児童相談所に通知すべきであった。また、本条項の趣旨から、この通知は、市として主体的に判断し、行うべきであった。

今回の事例において、市は、児童相談所が短期間で逆戻りの形で送致したことを受けて以降、危険性について危惧しながら、児童相談所に再度の介入を求めるなどの動きはあまり見せていない。その背景には、様々な局面で「児童相談所がそのように言うので」といった形の受身的な姿勢、児童相談所への依存的な姿勢から脱し切れていないという問題があった。

【課題13】

県や市町村は、市町村と児童相談所との関係について改正された児童虐待防止法（通知関係）の取扱いを認識する必要がある。

(3)市と関係機関の対応に関する問題点

① 医療機関

今回の事例では、本家庭は県境をまたがった複数の医療機関と関わりがあった。第2子出産のJ病院からは、市保健センターに対して、飛び込み出産及び1か月児健診未受診の情報提供が行われ、本児出産のT病院からも、本児の妊娠、出産状況及びきょうだいの状況について、市保健所に対して、情報提供が行われている。

しかしながら、第3子のSIDSによる死亡については、J病院から警察には通報を入れたが、児童相談所には通告が入らなかった。警察では事件性はないと判断し、行政解剖についても、家族が応じなかったため実施されていない。また、本児死亡後、衰弱していた第2子が入院したJ病院では、第2子の姓が（平成21年10月の婚姻により）変わっていたため、当該病院で出産し、市に情報提供した子どもと同じ子どもだとわからないまま、第2子のカルテが2つ作られるという状況があった。

児童虐待相談件数は年々増加しており、医療機関には、小児救急現場での頭部外傷をはじめ、身体的虐待を疑わせる子どもの受診も多いため、今後ますます、医療機関が児童虐待に積極的に取り組む体制の整備に取り組まなければならないと考える。

また、今回の事例では、市保健所は、医療機関が実施した第2子の乳幼児健診（6

*市町村又は福祉事務所の長は、「児童虐待防止法」第8条の2の出頭要求、同法第9条第1項の立入調査又は児童福祉法第33条第1項若しくは第2項の規定による一時保護の実施が適当であると判断した場合には、その旨を都道府県知事又は児童相談所長に通知するものとされていること（「児童虐待防止法」第8条第1項第2号）。また、通知を受けた都道府県知事は、当該通知に係る措置の実施状況について、都道府県児童福祉審議会（千葉県の場合には、千葉県社会福祉審議会）に報告しなければならないとされていること（児童虐待の防止等に関する法律施行規則第7条）。

か月児健診)の結果(平成18年3月受診時、医師から低身長、低体重との指摘があり、栄養指導を受ける。再受診の指示があったが、未受診。その後の健診はすべて未受診)を把握していなかった。そのため、平成20年8月に児童相談所が家庭訪問する際には、その情報を提供することができなかった。

市町村が乳幼児健診を医療機関に委託している場合に、受診結果の連絡が市町村の保健師に入らない点に問題があった。

【課題14】

- 1 地域の医療機関と保健機関(保健センター・保健所)との連絡体制の整備を図る必要がある。
- 2 医療機関の中には、児童虐待に対して、知識や経験が不十分な場合や、組織的対応の体制がない場合もあり、地域の中核的な医療機関の虐待対応体制の充実に取り組む必要がある。

② 保健機関(保健センター・保健所)

今回の事例では、平成16年から平成19年頃には、第1子から第3子の妊娠届出・出産等において、市保健センターが関わりを持っている。第3子の妊娠届出の際には、市保健センターと母の関わりが確認できるが、市保健師と母が信頼関係を築く端緒を持つなどの十分な対応が取れなかった。

現在、母子保健分野においては、妊娠届出の受理・母子健康手帳交付及び妊産婦訪問指導などから、妊産婦に関わりを持ち、妊婦の早期届出や妊婦健診の受診勧奨が行われている。

また、出産後には、新生児訪問指導・未熟児訪問指導事業及び乳幼児健診、乳児家庭全戸訪問事業等において、6か月未満児の虐待死の未然防止・早期発見に取り組んでいる。

これらの事業について、一層の充実強化を図ることが求められるとともに、「第2次答申」を受けて作成された「千葉県母子保健虐待予防マニュアル」を参照して、乳児期の全数把握の機会として、活用することが重要である。

母子保健分野において、妊娠前も含めて、ポピュレーションアプローチから、児童虐待の未然防止・早期発見に努めるとともに、ハイリスクアプローチによる虐待防止のネットワーク機能をより充実させ、「要対協」と連携協働していくことが求められている。

【課題15】

保健機関(保健所・市保健センター)における、母子保健分野での児童虐待の未然防止・早期発見の取組を推進する必要がある。

③ 教育関係機関

今回の事例では、「要対協」進行管理部会で、第1子の就学時健診・就学の状況確認・家庭状況確認等について、教育委員会・学校と連携を図ることとした。

しかしながら、就学時健診のための母と第1子の来校情報、母の勤務形態や携帯電

話番号などの情報を学校と共有することができなかった。

その背景には、本事例の情報が学校側に伝えられる際、危機感が十分には伝えられなかったということが考えられる。

また、学校にも就学時健診や入学説明会を欠席した家庭で、病欠・事故欠等の明らかな理由がない場合、また事前連絡がなく欠席した場合には、様々な養育問題を抱えている可能性があるという意識が必要である。

以上を踏まえると、市が学校と相互に情報交換し、危機意識の共有を図るという点で問題があった。

【課題16】

「要対協」として、学校との円滑な情報共有方法、連携のあり方について、検討する必要がある。

④ 地域

今回の事例では、市は健康づくり推進員・主任児童委員等に、見守りを依頼しているが、具体的な依頼がなされなかったことで、こうした人たちの力が発揮されなかったと考えられる。その背景には、地域で住民と密着して生活する民生委員・児童委員等に、積極的に役割を果たしてもらおうとする意識や、そのための工夫が不足している可能性が考えられる。

地域での見守りの依頼に当たって、具体的な内容や定期的な状況の確認・把握などがなされなかった点で問題があった。

【課題17】

- 1 健康づくり推進員、民生委員・児童委員等は、地域で住民と身近に生活する存在であることから、市や児童相談所にはできない役割を担うことができる。児童虐待への対応においては、積極的に役割を担ってもらうための工夫、努力を一層行う必要がある。
- 2 地域との連携に当たっては、依頼の具体的な内容や期限を明示するなどが必要である。

(4) 県の対応に関する問題点

「第1次答申」において、「対応する事例の多さや、職員の負担の大きさ、また、記録管理等改善が必要と思われる事項に関しても現実の事例対応が優先されるなかでは対応しきれない状況などが言及された」ところである。

「第1次答申」の際の「検証委員会」においては、在宅支援を含む社会的養護体制の充実や、児童相談所の人員配置や組織の見直し等についても検討を行ったが、社会的養護や児童相談所に関する正確な現状を把握し、具体的な提言を行うまでには至らなかった。

しかし、児童虐待死亡事例が生ずる背景に、こうした構造的問題があることが示唆され、引き続き検討を要する課題であるとして、平成19年3月には、社会的養護を必要とする子どもたちのために「平成19年答申」が出され、児童相談所の人員体制につ

いて、次の提言がなされた。

《児童福祉司・児童心理司の増員》

- 児童福祉司の配置について、児童福祉司一人当たりの管轄人口は都市部における先進的な自治体を目指すことが望まれるが、5年以内に全国平均以上の配置を目指すべきである。
- 児童福祉司と児童心理司がチームを組んで対応できる体制が望ましいため、児童心理司の配置について、児童心理司と児童福祉司の比率は1:1が望ましいが、当面は5年以内に2:3以上とすることを目標に計画的な増員を目指すべきである。

児童相談所の児童虐待対応の見直しを行うに当たっては、具体的な援助の内容だけでなく、それを支える体制の充実が不可欠であり、前提となるという認識があったものと思われる。こうした指摘も踏まえて、児童相談所の人員体制に関して指摘がなされていることについて、今回の事例を深く検証し、今後に生かすためには、児童相談所の体制としてここで示された答申の内容がどこまで実現されていたのかについても検討する必要がある。

平成23年度の県の児童福祉司配置数は、増員しているものの、全国平均の「人口約4万9千人に1人」を下回り、答申が目途とした5年をほぼ経過した現在でも答申が求めた水準には達していない。

また児童心理司の配置数は、増員されてはいるが福祉司の約2分の1であり、児童心理司1人あたりの児童福祉司の比率は答申が出された時とあまり変化していない。

① 児童福祉司

業務が多忙になれば、それらを何とかして整理し、業務量を少しでも減らしたいと考えるのは、個々の職員にすれば自然なことであり、やむを得ない心理である。そのため、市が対応してくれるのであれば任せたいという気持ちにとらわれることは十分あり得ることだと思われる。本事例では、「児童相談所として自ら取り組む」ためのアセスメントではなく「市が対応するための」情報整理がなされたという印象をぬぐえない。すなわち、アセスメントや援助方針は、どのような立場（姿勢）で臨むかによって大きく異なってくるということを本事例は示したものとも言えよう。

児童相談所が、子どもの立場に立って、専門性を発揮するためには、そのための研修などの資質向上を図ることは当然であるが、それに加えて、ケースに追われるのではなく、ケースを追いかける能動性が必要であり、それを保障する十分な体制が必要である。

もちろん、十分な職員体制ができれば虐待死はすべて防げるというほど現実甘いものではない。しかしながら、県は「平成19年答申」に示された児童福祉司の配置について目標を再確認し、その達成に向けて早急に増員を図ることが必要ではないかと考える。

② 児童心理司

児童心理司についても、増員されているが、児童福祉司に比べても、「平成19年答

申」が示した目標達成率は低いように思われる。

本事例でも「平成20年度当時の担当はきょうだいも含めて児童福祉司1人であった」とされ、児童心理司は関与していない。

児童心理司は、虐待を受けた子どもたちが、その不適切な関わりによって、発達や心理にどのような影響を受けたか、その状況についてどのように感じ、どのように受け止めているかを、心理学的見地から把握したり、虐待されている子どもの心理療法を行ったり、場合によっては、虐待を行っている保護者についても、その病理性を医師との協力などによって確かめることが求められるなど、児童福祉司とは違った重要な役割を担っており、困難な児童虐待に対応する上では、チームにとって不可欠の存在である。

本事例でも、父への対処に市の担当者は苦慮し続けており、こうした父の特性を含む家族のアセスメントや今後の対応策を検討する上で、児童心理司が貴重な役割を果たす可能性があったと思われる。児童心理司が関与しなかったのは、多忙であるといった理由も考えられるが、そもそも職員数が少ないために、チームメンバーに加わってもらうという発想自体が生まれにくかったと推量される。

虐待対応の質を向上させるためには、児童心理司がもっと深く関与することが必要である。児童福祉司のように、今すぐ人がほしいといった緊急性は見えにくいかも知れないが、「平成19年答申」の示す方向で児童心理司を増員することが必要ではないかと思われる。

以上見てきたとおり、現在の児童相談所の体制は、「平成19年答申」が求めた水準に達しておらず、そのことが多忙さに拍車をかけ、今回の事例の遠因になった可能性は否定しきれない。その意味でも、県として「平成19年答申」を再確認し、現状にふさわしい体制の構築を図ることが急務であることを、今回の事例は示唆したものと思われる。

【課題18】

社会的養護を必要とする子どもたちのために「平成19年答申」を生かした、児童相談所の人員体制の充実を図ることが必要である。

8 課題解決に向けての取組

県では、児童虐待死亡事例について、平成17年度と平成19年度に2回、検証を行った。答申のなかで、児童相談所に対して、生命・身体に危険が及ぶような虐待事例との認識を持っていないこと、十分なリスクアセスメントが行われていないこと及び専門性を維持するための組織的な対応が十分に機能していないことが指摘されていた。

今回の事例は、こうした過去の事例から学び、それらを踏まえて作成された「マニュアル」に則った対応を行っていれば、十分に防ぎ得た事例であったと言っても過言ではない。換言すれば、前2回の指摘が十分には徹底されていないことが示されたものと言える。

特に、児童相談所が市からの送致を受けるに当たって、主体的に関わるという意識が薄く、市の求めに応じて安全確認(=子どもの目視)をすれば自らの役割は果たしたと考え

た可能性が高く、結果として、情報収集、市との情報共有・危機意識の共有及び家庭訪問後の初期アセスメントや、その後の「要対協」進行管理部会への主体的な参加、責任ある判断といった様々な点で不十分さがあったと考えられる。

それはとりもなおさず、児童相談所と市との連携の不十分さを示したのもでもあり、児童虐待への対応において、児童相談所と市町村との連携のあり方について再考を促すものであったと考えられる。

また、死亡に至るような重篤なネグレクトについては、いまだにその態様等について熟知しているとは言えず、改めてその特徴を学ぶことが必要であり、その上で適宜・適切なアセスメントを行い、時宜にかなった丁寧な対応が行えるよう、専門性をさらに高めること、併せて児童相談所の体制を充実させることが必要であることも示唆されたと言えよう。

今回提言を行うに当たっては、以上の点を念頭に置き、次の5点の提言を行うものである。

なお、児童虐待への対応においては、取り組むべき課題も多岐にわたるが、今回の提言では、本事例に即して重要と思われる点を中心に提言した。この提言に含まれていない課題もないとは言えないが、それは上記点を踏まえたことによるものであり、決してそれらを軽視しているわけではないことを付記しておきたい。

提言1

児童相談所の意識改革・初期アセスメントの徹底、市町村との連携強化

児童相談所は子どもの命を守る強い使命があることを全職員が自覚し、過去の答申を踏まえて作成された児童虐待対応の「マニュアル」を周知・徹底し、市町村とのやりとりのなかで、子どもをその谷間に落とすことのないよう、主体的に取り組み、市町村との連携強化を図るべきである。

(1) 児童相談所の意識改革

児童相談所職員は、一人ひとりが子どもの命を守る強い使命があることを自覚し、事例に対して主体的に取り組む姿勢を持つことを改めて認識しなければならない。

児童相談所は、立入調査や子どもを保護する権限が児童相談所にしか与えられていないことを自覚し、たとえ児童相談所以外の機関が主担機関となっていた場合であっても、常に介入が必要か否かを検討する姿勢を忘れてはならない。

「マニュアル」P49「(定例・臨時) 援助方針会議」(参考資料2参照)には、「在宅による援助事例と判断した場合でも、子どもや家庭の状況は日々刻々変化するものであると認識することが必要である。保護者があれこれと理由をつけて子どもと会わせないなどして、関係する機関が子どもの状態を直接把握できない事態が続く場合は、悪い兆候として捉え、強制的な介入を検討しなければならないという視点が必要である」と記載されており、児童相談所は、この点に再度留意して、権限を行使しての子どもの保護等についても、子どもの安全を第一に据えて決断すべきである。

(2) 安全確認と初期アセスメントの徹底

「マニュアル」P18「安全確認」(参考資料2参照)は、「安全確認は目視した状況のみで

安全性を確認するということを意味するものではなく、目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集をして総合的に子どもの安全を確認することを意味する」としており、厚生労働省「児童相談所運営指針（第3章 第3節 3調査の開始）」も「こうした初期対応（注：48時間以内の安全確認等）のほか、必要に応じて、後日、追加的なアセスメントを適切に実施する」と述べている。

こうした指摘を踏まえ、児童相談所は、今回の事例のように、仮に送致理由が子どもの目視等であったとしても、送致を受理した主担機関であることを自覚し、安全確認や初期アセスメントについては、「マニュアル」を踏まえて実施しなければならない。

安全確認は、直接子どもと会えばそれで安全が確認できた、安心できると決めてしまうのは早計であり、「マニュアル」を周知・徹底して、「目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集をして」行う必要がある。

初期アセスメントは、依頼内容の如何にかかわらず、得られた情報と得られなかった情報を整理して、安全確認を行った職員だけではなく、それ以外の職員も含めて、組織として、総合的に判断、評価する必要がある。また、子どもの安否だけでなく家族関係を視野に入れたアセスメントを行うことが重要である。

その結果から、必要に応じて他の情報収集や追加的なアセスメントを行うべきである。

(3) 児童相談所と市町村の円滑な連携推進

今回の事例から学ぶべき点は、「要対協」が立ち上げられているからといって、個々の事例における連携が自動的に進むわけではないということであり、ネットワークの実情（相互の関係性や意思疎通の状況など）は日々変化するということである。

したがって、具体的な事例に即してネットワークの現状をリアルに把握し、事例ごとに柔軟なネットワークを構築し、点検し、効果的な対応が可能となるよう不断に連携に努めることが必要である。

今回の事例において、市は、児童相談所から窓口を児童育成課にするよう求められたことや、子どもの目視後、間を置かず児童相談所から逆戻りする形で市へ送致されたことなどについて十分には納得できていなかった。こうした食い違いが、後の良好なネットワークの展開の妨げになり得ることを肝に銘ずべきである。

そのため、市町村と児童相談所は、直接会って情報共有を図るなど、より一層連絡を密にすること、意見の違いはその場その場で率直に協議すること、危機意識を共有することなど、連携を深めるための努力や工夫をさらに行う必要がある。

なお、現状に危機感を抱いた機関は、連携する機関にその認識が伝わるよう丁寧に説明することが求められる。また、受ける側の機関も、予断を持つことなく状況の把握に努めるとともに、安心材料に過度に依存しがちになる傾向を戒め、高い危機意識を共有しなければならない。

(4) 実効性ある児童虐待防止ネットワークの構築

県は市町村に対して児童虐待防止ネットワークの「要対協」への移行を促進し、平成24年度現在、9割以上の市町村に「要対協」が設置されるに至ったが、県は各市町村「要対協」を児童虐待防止ネットワークとしてより実効性を高めていく必要がある。

県は各市町村「要対協」の実態を把握し、「要対協」の児童虐待防止ネットワークとして

の問題点と課題を整理し、各市町村に設置された「要対協」の実効性を高めるため、市町村が「要対協」をより適切に進行管理し、より効果的な運用を行えるよう、充実強化を図ることが求められる。

また、県は、市町村と児童相談所の連携に当たって、改正された「児童虐待防止法」第8条第1項第2号（通知関係）の取扱いを明確にする必要がある。現在、「市町村子ども虐待防止ネットワーク対応マニュアル」資料編に様式と解説が掲載されているが、これを整理し、通知の意義や方法等を記載するとともに、児童相談所の「マニュアル」にも、同様の内容の記載をすることが必要である。

県は、市が児童相談所に対して、対等の立場で話し合いができないと感じていることを重く見て、児童相談所と市町村との円滑な連携のあり方について、市町村の意見を聴き、連携を円滑化するには、どのような方策があるかについて、検討することが必要であるとする。

提言2

積極的な研修の推進、研修体系・内容の見直し

(1) 児童相談所職員の専門性向上

児童相談所は、職員に対して「マニュアル」の周知・徹底を図らなければならないが、児童虐待への対応は、どの事例であっても応用問題を解くような難しさがあり、「マニュアル」を遵守さえすればよいというものではない。したがって、児童相談所は、「マニュアル」を踏まえつつも、そこに触れられていないような事態、未経験の事例にも対応できるような専門性の向上に努めなければならない。そのためにも、「マニュアル」が作成された背景やその意味を職員が共有し、実践によって「マニュアル」の内容を深めるよう心掛けなければならない。

なお、今回の事例を踏まえ、県は、より使いやすい「マニュアル」となるよう、更なる改善、改訂を検討する必要がある。

(2) 児童相談所職員の体系的・実践的研修の充実強化

現在、児童相談所職員に対する研修は、経験年数により、初任者研修、現任研修（経験3年未満、経験3年以上10年未満、経験10年以上）、課長研修、また、重点テーマ研修や他機関主催研修への派遣など体系的に実施されており、「マニュアル」についての研修も、毎年、初任者を対象に実施し、所内定例会議には、職員各自が持参する体制を採っている。

しかしながら、過去の答申については、平成20年度に研修を実施して以降、県のホームページに掲載されている報告書を、必要に応じて閲覧している状況にとどまっている。

経験ある職員を含め、全職員を対象に、「マニュアル」を周知・徹底し、その意味や背景を理解するための研修を継続的に実施する必要がある。なお、研修に際しては、過去の答申や今回の答申を積極的に活用することが重要である。

研修の方法としては、off J Tに加え、経験年数に応じたO J Tを充実させるなど、事例から学び、事例の蓄積を図る工夫も必要である。

(3)市町村職員等の専門性向上

市町村職員に対する研修については、平成24年2月23日付け厚生労働省通知「児童相談所及び市町村の職員研修の充実について」により、県は基本的事項に関する職員研修を実施しているところであるが、研修の企画に当たって、市町村と協働して、もう一度内容を精査し、市町村職員の専門性向上のため、より実践的な研修内容とすることが求められている。

市町村の「要対協」調整機関は、「要対協」の運営に当たって、関係機関が現に対応している虐待事例についての危険度や緊急度の判断を行い、関係機関の認識を一致させ、支援計画の検討や次回会議の確認をするという役割を担っている。「要対協」の関係機関が状況を客観的に把握するためには、事態が変化している場合はもちろん、行き詰まっているような場合にも対応していけるような、実践的なリスクアセスメントシートの活用と「要対協」の進行管理について、研修を実施する必要がある。

(4)研修テーマ

今回の事例を踏まえ、県が今後行う研修に当たっては、児童相談所に限らず市町村職員等も含めて以下のテーマを含めることも重要である。

① 家庭訪問技術の向上

児童虐待では、保護者が援助を拒否することは珍しくなく、安否確認のための家庭訪問等でも、家族は得てして拒否的な姿勢を示したり、虚偽の説明をしたりする。さらには、訪問する援助機関によって態度を変えたり、事実を隠すため表面的には協力的な姿勢を示したりする場合もある。今回の事例では、児童相談所や市が行った（任意の）家庭訪問において、いずれもその難しさが浮き彫りになったが、それらも踏まえ、具体的な事例も交えつつ家庭訪問技術の向上を図る研修を企画し、専門性を不断に高める努力が必要である。

② 重度ネグレクトやDVの理解促進

今回の事例では、ネグレクトの態様や深刻化していく経過、またその背景に潜むDVの具体的な関係などが、公判で父母の証言を傍聴するまで明らかにならなかった。今後の虐待対応をより適切に行うためには、こうしたネグレクトやDVについての認識を深め、その危険性を的確に把握し、対応力を高める必要がある。そのため、本事例から謙虚に学び、研修内容についても、重度ネグレクトやDVについての理解が深まるよう工夫することが求められる。

提言3

児童相談所が専門的組織として機能を発揮するための取組

(1)初期調査の強化

今回の事例では、父の（前妻との間の子どもに関する）過去の相談歴把握が盲点となっていたが、児童相談所は、離婚、再婚、内縁関係などが珍しくなくなった現代の家族状況

を踏まえ、常に家族構成、家族関係に注意を払い、単なる同居、若しくは交際中といった生活形態であっても軽視せず、調査対象を広く考え、該当者全員についての調査を積極的に行う必要がある。

特に加害者と考えられる人物については、婚姻関係や生活形態を問わず、(住民票、戸籍、過去の相談歴等) 積極的な調査を心掛け、実情把握に努めることが必要である。

(2) リスクアセスメントシートの活用

今回の事例では、ポイントとなる時期にリスクアセスメント(参考資料2参照)が行われなかったことが、その後の重大な事態に繋がる要因の一つとなった可能性を否定できないことから、特に、事例が膠着状態にある場合には、「第1次答申」に記載のとおり、リスクアセスメントを活用して、より客観的な判断、見立てを行うよう心掛ける必要がある。

なお、リスクアセスメントの活用については、児童相談所内部に限らず、「要対協」の個別支援会議などでも積極的に実施するよう留意すべきである。

(3) 児童相談所の組織的対応の強化

初期調査の実施に当たっては、「マニュアル」に記載のとおり、その事例により、児童福祉司だけでなく、児童心理司、児童虐待対応協力員等の組み合わせを検討し、多角的、複合的視点による確認をすること及び目視をどこで、どのような方法で行うのが適切か、職種が異なる場合の確認事項の分担についても決めておくことが必要である。

警察との関係については、さらに連携を強化することが重要である。現在、警察官等が児童相談所に配置されたため、配置警察官等の同行や地元警察署との情報共有などが円滑に実施され、警察の専門性や専門的技術を活用しているが、今後、課題を整理して、なお一層の協力体制強化を図ることが求められる。

提言4

児童相談所が専門的組織として機能を発揮するための環境整備

児童相談所が専門的組織として機能を発揮することを保障するためには、次のような環境整備に取り組むことが必要である。

(1) 児童相談所のIT化推進

児童相談所は、年々増加する相談受付件数に対応するため、情報管理の一元化、業務の効率化及び適切かつ迅速な進行管理に努める必要があり、児童相談所業務のIT化をより推進することが望ましい。

なお、システムの取扱いに関して、児童相談所職員に習熟度のばらつきがみられることから、研修を年1回程度、新任職員・中堅職員向けに、実施していくことが求められる。

(2) 児童相談所職員の増員

今回の事例を検討する中で、多忙な児童相談所の実情が浮き彫りになったが、本「検証

委員会」が児童相談所に対して行った今回の提言を、児童相談所が確実に実行するためには、「平成 19 年答申」で指摘した児童福祉司・児童心理司の増員を実現することが急務である。

特に、「平成 19 年答申」が目途とした 5 年がほぼ経過したこと、児童福祉法施行令が改正され、平成 24 年 4 月からは児童福祉司の配置基準が、「人口おおむね 4 万から 7 万までを標準」とするよう改められたことなどを踏まえると（従来は 5 万から 8 万）、この点は早急に実現を図ることが求められている。

なお、「平成 19 年答申」が掲げた目標は、児童福祉司の配置については、5 年以内に全国平均（平成 23 年度で約 4 万 9 千人に 1 人）以上、児童心理司の配置については、児童心理司：児童福祉司は 1:1 が望ましいが、当面は 5 年以内に 2:3 以上、である。

(3) 児童相談所の体制整備

ネグレクトケースの増加、関係機関との調整、また、家族全体を見立てるアセスメント等の必要性等から、児童相談所に中堅保健師を配置していくことが必要であると考えられる。

なお、警察官については、配置を推進するとともに、配置された警察官が虐待事案に対して、機動的に対応できるよう、効果的な配置及び体制のあり方の検討を求めるものである。

提言 5

虐待の未然防止、家族支援、子育て支援対策の積極的推進

(1) 母子保健分野との連携

今回の検証事例に見られるように、妊婦健診未受診や飛び込み出産は、子ども及び母体に大きなリスクを伴う可能性が高い。また望まない妊娠のケースも含めて、このような状況は、出産直後、いわゆる 0 日・0 か月の虐待死リスクが非常に高くなる。

妊娠前、妊娠初期から、必要な相談窓口へ繋ぐ支援を実施することが重要である。

母子健康手帳の取得時における行政窓口や妊婦健診受診時・出産時における医療機関において、妊産婦に対して、必要な支援に繋がるような啓発活動を行う必要がある。

保健機関は、妊娠届出時や出生届出時、母子保健法の規定に基づく新生児訪問指導・未熟児訪問指導及び乳幼児健診や児童福祉法の規定に基づく「乳児家庭全戸訪問事業」や「養育支援訪問事業」の子育て支援事業など、あらゆる機会を捉えて、乳児の全数把握に努めなければならない。

これらの情報については、母子健康管理カードなどの一つのファイルにまとめて、継続的に記録管理していくことが大切である。乳幼児健診の受診・未受診情報や受診結果について、一元的に管理できる体制整備を推進することが求められる。

県は市町村の妊産婦訪問事業及び乳児家庭全戸訪問事業の実施を推進する必要がある。

また、県は、市町村母子保健担当者に対して、研修等を通じて「千葉県母子保健虐待予防マニュアル」のなお一層の活用を推進するとともに、「要対協」との密接な連携を図るよう、市町村の児童福祉担当部署や母子保健担当部署に働きかけをしていくことが必要であ

る。

(2) 医療機関との連携

乳幼児健診については、地域の医療機関に委託して実施している場合にも、保健機関（保健センター・保健所）が未受診情報や「要支援と思われる親子」の「気になる点」の情報を把握できることが必要である。そのために、医療機関からの受診票が取扱機関を經由して早期に市町村に戻るシステムの構築を図るとともに、必要な場合には、医療機関が市町村と直接連絡が取れるような体制の確立が求められる。

また、今回の事例では、本児の出産後などの時期において関係する医療機関側から積極的に「要対協」に対して、連携協働を行っているが、児童虐待に対して知識や経験が不十分であったり、組織的対応の体制がとられていない医療機関がないとは言えず、地域の医療圏ごとに、中核的な医療機関の虐待対応体制の充実に取り組む必要がある。

(3) 教育関係機関との連携

教育機関が市町村の「要対協」との連携のなかで、双方向で、必要な情報を交換し、危機意識を共有できるようにしていく必要がある。

なお、平成 22 年 3 月 24 日付けで、文部科学省から、「学校等から市町村又は児童相談所への定期的な情報提供について」が通知されているところであり、それを受けて、県から、市町村に対して、国の指針を基本として、体制を整備して、対応するよう通知している。県として、市町村と学校との間で、出欠状況等の月 1 回以上の定期的な情報共有体制について、その体制整備状況を把握することが求められる。

(4) 地域リソースとの連携

市町村において、地域の実情に応じて、民生委員・児童委員等の地域リソースとの連携を強化し、家族により身近な子育てのベテランとして、十分活躍できるような環境を整備することが求められる。

また、子育てが難しい家庭を地域で支えていく仕組みづくりが今後の虐待防止策に強く求められている。

県は、民生委員・児童委員等や児童虐待問題に関心のある方も対象にして、虐待のリスクを抱える家庭の早期発見や見守りに加えて、親の子育ての不安などの話の傾聴、家事や育児を援助するなどの支援に参加してもらうため、ペアレントトレーニングや傾聴に関する養成講座を開催していくことが必要である。

9 「検証委員会」における今後の取組

当「検証委員会」は、児童虐待防止に向け、今後も引き続き必要とされる検証を行っていく。

また、県が再発防止に向けて速やかに対応することを期待して、今回の提言がどのように県の取組に生かされているか、成果について時期を見て検証を行うこととする。

委員長所感 ～おわりに～

すでに見てきたように、本事例は、2歳と5歳の子どもが、6畳和室のベビーベッドに長期間にわたって閉じ込められ、満足な食事も与えられず、冷暖房もない部屋で掛け布団も与えられず、入浴もさせてもらえないまま衰弱し、ついには2歳の本児が餓死し、5歳の姉（第2子）が衰弱して保護されたというものである。

死亡した本児は、空腹を満たすためか、実父母と同居していながら紙おむつや段ボールなどを口にしていたというのだから、その無念さ、残酷さは想像を絶するというほかない。

そして、大変残念なことは、早くから虐待を危惧した市や児童相談所が、この家族に対して関わり続けてきたにもかかわらず、子どもの保護のタイミングを逸して重大な事態を招いたことである。虐待を疑いながら本児の死を防ぎ得なかったことは痛恨の極みであり、私たちはこの事実を重く受け止めねばならない。

むろん、死亡した子どもが生き返ることはない。したがって、私たちにできることは、このような不幸な死を繰り返さないと固く決意し、そのために本児の死から深く学ぶことである。

本「検証委員会」は、そのような立場から、多くの関係機関の方々に対してヒアリングを行い、公判を傍聴し、事件の詳細および援助の状況を分析し、必要な教訓を引き出すよう努めた。支援機関、関係職員の方々の中には、ヒアリング自体を大変苦しいものと感じられた方があったかも知れないが、これは個人の責任を追及し、批判するためのものではなく、あくまでも子どもの死を今後に生かすための取組であったことを改めて述べ、協力にお礼を申し上げる次第である。

さて、今回の検証を行うに当たって留意したことの一つは、過去の事例からどのように学んだかという視点である。なぜならそれは、今回の事例から学ぶ姿勢にも通ずると言えるからであり、過去2回出された「児童虐待死亡ゼロに向けて」と題する「第1次答申」・「第2次答申」及び「平成19年答申」、さらには、これらを踏まえて作成されている県の「マニュアル」等の活用状況を念頭に置いた上で、本事例における支援のあり方を検証した。

児童虐待への対応は、多くの場合、多大な困難を要するが、それだけに、「過去の事例から謙虚に学ぶ」「事例を積み重ねて専門性を高める」ことが重要である。今回は、過去の死亡事例から導き出された教訓などとも比較しながら、改めて学ぶべき点、改善すべき点などを明記するよう努めた。県や児童相談所、市町村等、児童虐待に対応する機関は、こうした指摘も十分踏まえながら一層の改善を図られたい。

留意したもう一つの点は、今回の虐待死はいったいどのようなものであり、なぜ、こうした重篤な虐待死が生じたのかについて、可能な限り明らかにするという視点である。

援助してきたすべての機関、またその職員の中で、このような重篤な虐待の実情を把握していた者は最後までおらず、密室の中の出来事とはいえ、誰もが虐待死の発生までは思いを至らせることができなかった。それはすなわち、私たちが、児童虐待についてまだ十分には理解しきれていないということを物語るものでもあろう。したがって、児童虐待とは何かについて、私たちは改めて、謙虚な姿勢で本事例から学ばなければならない。

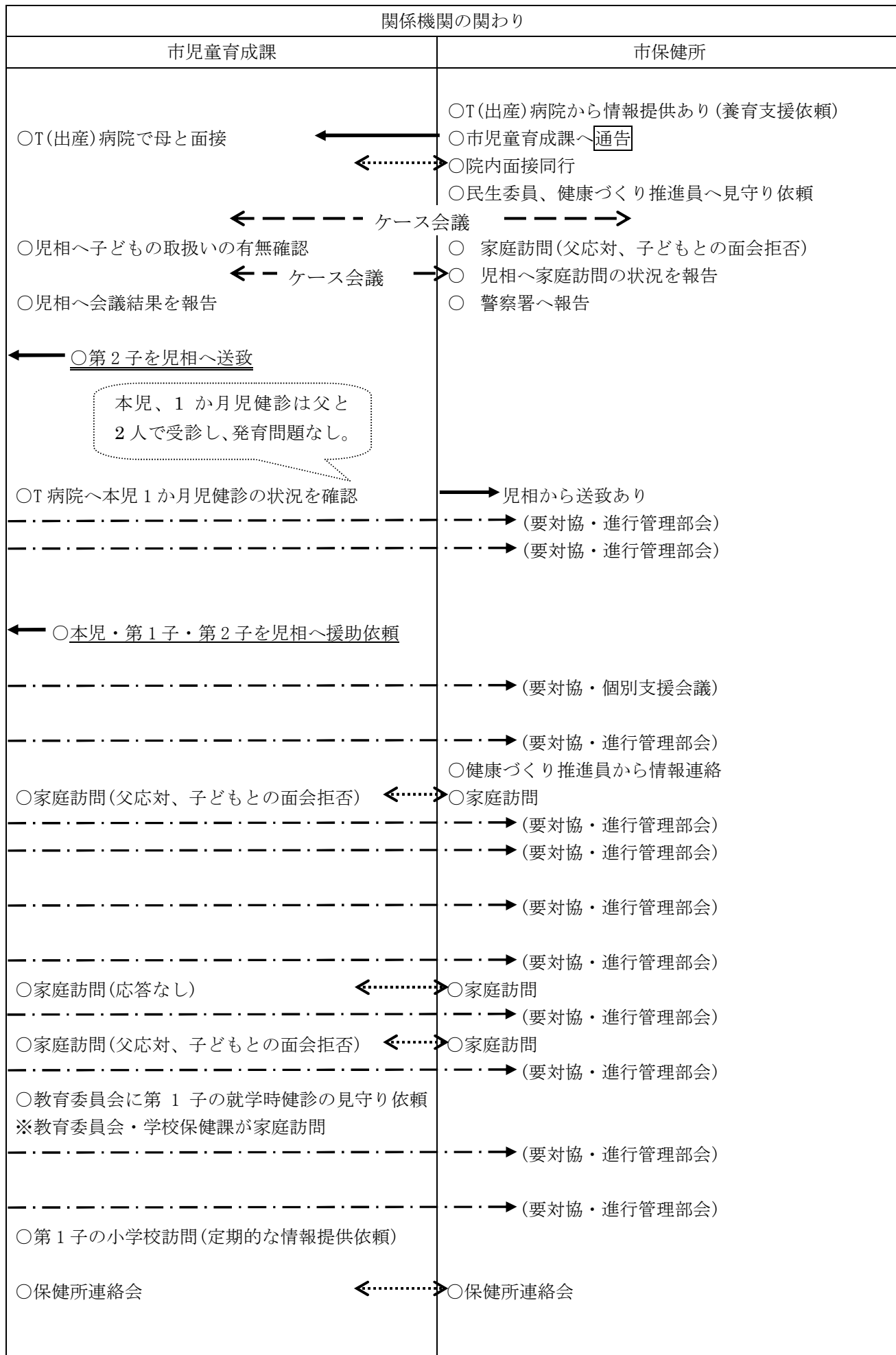
本検証では、公判を傍聴するなどして重篤なネグレクトの態様やその背景について検討し、分かる範囲でそれを示した。決して十分とは言えないが、虐待を防止し、虐待死を防ぐために、本検証が少しでも寄与できればと願っている。

最後に、県をはじめとする関係機関が、この報告書を十分吟味し、虐待の危険性に対する感度を高め、迅速かつ徹底した再発防止に取り組むことを求めたい。そして、今後は児童虐待による死亡がゼロになることを、切に願うものである。

参考資料1 事例の経緯一覧表(平成20年7月24日～平成23年5月26日)

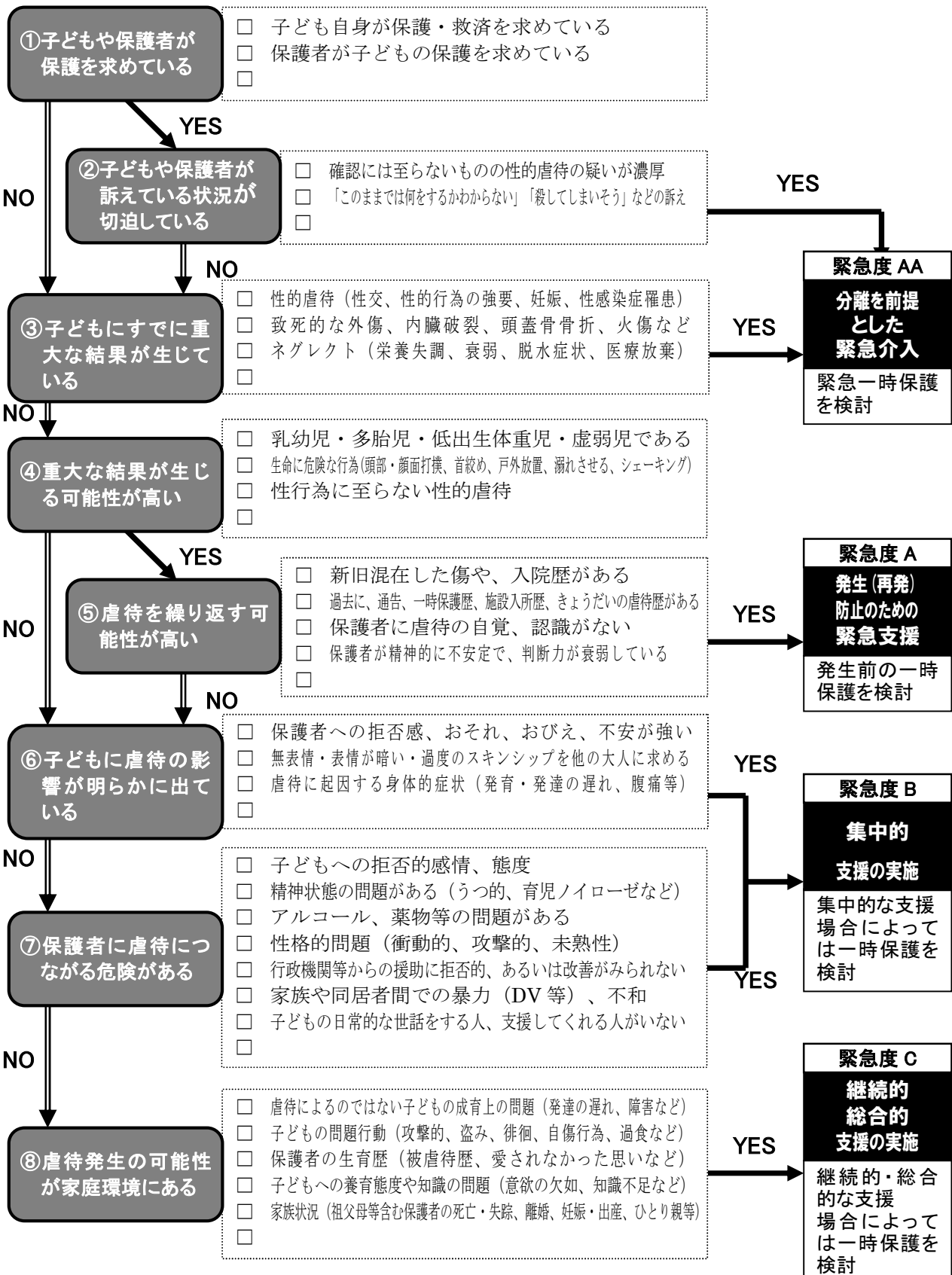
年月日	家庭の状況	関係機関の関わり	
		児童相談所(児相)	
平成20年			
7月24日	本児(第4子)誕生		
7月25日			
7月28日			
7月31日	母、本児退院		
8月1日		○市児童育成課から子どもの取扱いの有無の確認あり ○市保健所から訪問の様子(報告あり) ○市児童育成課から訪問の様子(報告あり) ○柏警察から市の相談事項について情報提供あり	
8月4日		○緊急受理会議(緊急度ランクA)	←
8月5日	家庭訪問	○J病院から第2子、第3子について情報提供あり ○家庭訪問実施(本児、第1子、第2子を目視し問題見受けられず) ○援助方針会議(緊急度ランクB、初期調査報告・終了)	
8月13日		○市へ送致	→
8月18日			
8月27日	本児1か月児健診		
9月26日			← ○要対協(進行管理部会)
12月19日			← ○要対協(進行管理部会)
平成21年			
1月23日	本児6か月児健診		
3月3日			←
3月4日		○受理会議	
3月5日			← ○要対協(個別支援会議)
3月11日		○援助方針会議(緊急度ランクB、初期調査報告・終了)	
3月24日			← ○要対協(進行管理部会)
4月1日			
6月22日	家庭訪問		
6月26日	8月、母の妹等が訪問		← ○要対協(進行管理部会)
10月2日			← ○要対協(進行管理部会)
10月31日	父母入籍		
12月22日	12月～母就労開始		← ○要対協(進行管理部会)
平成22年	3月～母長時間		
3月18日	就労開始		← ○要対協(進行管理部会)
5月14日	家庭訪問*応答なし		
6月25日			← ○要対協(進行管理部会)
9月21日	家庭訪問		
9月30日	10月～本児と第2子 和室へ移動		← ○要対協(進行管理部会)
11月18日	教委等の家庭訪問		
12月16日	*不在		← ○要対協(進行管理部会)
平成23年			
3月18日	震災後、父の兄が訪問		← ○要対協(進行管理部会)
4月5日			
5月9日			
5月26日	本児死亡	○J病院から本児が心肺停止状態で搬送されたと通告あり。	

市内部の会議を開き、
援助依頼あるいは送致
の必要性を検討するよ
う助言。



緊急度アセスメントシート

児童氏名 _____ (作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)



※ 判断にあたっては、各チェック項目を参考にすること。参考に出来る情報がこれ以外にある場合は空欄に記入すること。
 厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」(平成19年1月改訂版)を参考に作成

リスクアセスメントシート

（ 初回 ・ 回目 ）

ケース番号	—
氏名	

記入日	平成 年 月 日
担当	

虐待の種類 (主◎ 従○) 身体・性的・ネグレクト・心理
 子どもの年齢 (歳) 0~2歳・~5歳・6歳以上
 虐待者 右図 (主◎ 従○)

ジェノグラム

1 虐待の程度 * (生命・重度：はい 中度：やや 軽度：いいえ)
生命 (頭部外傷のおそれ 乳幼児を投げる 逆さ吊り 布団蒸し 脱水 明らかな衰弱 乳幼児で医療受診させない 首を絞める 水につける 踏みつける 頭部を殴る)
重度 (医療を必要とする外傷 打撲 目の外傷 火傷 幼児の打撲)
中度 (慢性のあざや傷痕 噛み跡 生活環境不良で改善なし 放置)
軽度 (跡が残らない暴力 健康問題が起きない程度のネグレクト)

		はい	やや	いいえ	不明	
以下、該当項目と思われるものを○で囲んでください。 養育者は、家族の中で誰かが該当すれば○。						
把握	2 虐待の継続 *					繰り返し・常習・子を何日も放置する
	3 関係機関からの情報					医療・保健・警察・学校・幼稚園・保育所・福祉事務所・民生児童委員・近隣住民・施設・その他
非変動	4 虐待歴					入院施設歴
	5 性的虐待 *					疑い・性病・妊娠
	6 養育者の被虐待歴					被虐待歴・愛されなかった思い・厳しいしつけを受けてきた
家庭	7 家族問題					夫婦不和・夫婦間暴力・別居・家出・未婚・離婚・内縁・家族構成の変化
	8 経済問題					借金多い・生活苦・失業・転職・計画性欠如
	9 生活環境					劣悪な住居環境・安全確保への配慮なし・事故防止不足
	10 子を守る人なし *					同居中の人で日常的に子どもを危険から守る人がいない・危険なとき子の逃げ場がない
養育者	11 精神的状態					うつ病・精神症状・通院ができていない・服薬ができていない・疑いはあるが通院歴なし
	12 性格的問題					衝動的・未熟・攻撃的・偏り・共感性欠如・人との関わり嫌い・被害的・その場逃れ・嘘が多い
	13 アルコール・薬物 *					アルコールの匂い・視線がうつろ・会話しにくい・疑い・依存症
	14 家事・育児能力 *					送迎ができない・障害のため能力低下
子ども	年齢 *					3歳未満
	15 身体の状態 *					低身長・体重増加不良・発育不全・(発達・身体)障害・持病・皮膚疾患
	16 精神の状態 *					笑わない・表情が乏しい・視線が合いにくい・言葉の遅れ・睡眠リズム・抜毛・自傷
	17 日常世話の欠如					ひどいオムツかぶれ・身体衣類の汚れ・異臭・非衛生・不潔・季節に合わない衣服
	18 問題行動					激しい癇癪・落ち着きなし・多動・注意惹き行動・攻撃的・遺尿・過食異食・性的行動・噛む 万引き・火遊び・夜間徘徊・家出
	19 意思・気持ち *					家に帰りがたがらない・親の前で萎縮・親が来ても無表情・親の口止めに応じる
養育状況・態度	20 子への感情・態度					子ども嫌い・出産の後悔・可愛がったり突き放したり・疎ましい・子をけなす・ほめない 子どもに対する虐待事実の口止め・子どもの態度や行動を受け入れられない
	21 虐待自覚なし *					問題意識なし・体罰容認・しつけ主張・虐待の隠蔽・虐待者をかばう
	21-1 ネグレクト					ケア状況の怠慢・長時間の放置・食事や医療を与えない・夜間放置
	21-2 養育意欲					意欲なし・改善意欲なし
	22 養育知識					若年親・知識不足・不適切・期待過剰
サポート	23 社会的サポート *					孤立的・親族の対立・親族過干渉・保育なし・転居
	24 協力態度なし					機関介入拒否・接触困難
	25 援助効果なし					調整改善効果期待できない
合計値						* の合計

* が保護決定を考える際に重要。また、はいが15以上なら保護の可能性が高くなる。なお、15はあくまでも目安であり、子どもの年齢や*の項目、その他の要因を勘案して保護を検討する必要がある。

P18 II (定例・緊急)受理会議

2 会議での検討内容

① 子どもの安全確認方法

(定例・緊急)受理会議においては、子どもの安全確認の実施時期や方法を検討することを優先する。児童相談所または児童相談所が依頼した機関(者)により通告受理後48時間以内に子どもを直接目視し安全確認することを基本とする。ただし、関係機関によって安全確認がなされているときや、まずは子どもの所在確認が必要なときなど、相当な理由がある場合は情報収集を優先する。安全確認は目視した状況のみで安全性を確認するということの意味するものではなく、目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集をして総合的に子どもの安全を確認することを意味する。

P20 III 初期調査

1 調査の目的

① 初期調査の第一の目的は、子どもの安全確認である

安全確認は、迅速に行われなければならない。安全確認の方法については(定例・緊急)受理会議での決定に基づくこととし、児童相談所または児童相談所が依頼した機関(者)により通告受理後48時間以内に子どもを直接目視し安全確認することを基本とする。ただし、関係機関によって安全確認がなされているときは除く。また、子どもの所在確認が必要なときなど、相当な理由がある場合は情報収集を優先する。安全確認は目視した状況のみで安全性を確認するということの意味するものではなく、目視と併せて可能な限りの事実確認、情報収集して総合的に子どもの安全を確認することを意味する。

児童相談所職員による目視を行う場合は、その事例により児童福祉司だけでなく、児童心理司、児童虐待対応協力員等の組み合わせを検討し、多角的、複合的視点による確認が望ましい。目視をどこで、どのような方法で行うのが適切か、職種が異なる場合の確認事項の分担についても決めておくことが必要である。

P45 VII (定例・臨時)援助方針会議

1 会議への報告による事例管理

- ④ 在宅による援助となる場合は具体的な援助方針を策定し(定例・臨時)援助方針会議に提出して「継続指導開始」とする。家庭や虐待の状況は時間経過とともに変化するため、援助方針の見直しが必要となる。そのため、援助方針の策定にあたっては、必ず再評価の時期を設定する。期間の設定は、事例の緊急度アセスメントシートにより、原則としてAAは2週間以内、Aは1ヶ月以内、Bは3ヶ月以内、Cは3~6ヶ月程度を目安とする。リスクアセスメントシートにおいて、不明項目が多い場合は、今後それらの情報が収集できるような調査・診断を心がける。

P49 VII (定例・臨時)援助方針会議

4 在宅か親子分離かに関するその他の判断基準

① 在宅による援助の判断

重要！ 在宅による援助の留意点

在宅による援助事例と判断した場合でも、子どもや家庭の状況は日々刻々変化するものであると認識することが必要である。保護者があれこれと理由をつけて子どもと会わせないなどして、関係する機関が子どもの状態を直接把握できない事態が続く場合は、悪い兆候として捉え、強制的な介入を検討しなければならないという視点が必要である。

P52 VIII 在宅における援助

参考 援助者側の盲点

援助者の意識として一旦、在宅による援助が決まってしまうと、その事例に関して在宅援助事例としての方針に流されてしまい、その後の見直しがしにくくなりやすい。家庭や家族の状況と同様、子ども虐待は時々刻々と変化していると認識する必要がある。仮にリスクサインを発見しても、在宅事例だからと見逃してしまう危険性があるという、支援者側の盲点を意識することが大切である。

P54 VIII 在宅における援助

4 在宅援助の終結と市町村への送致

- ① 保護者の養育行動の変容や家庭環境の改善、子どもの成長や支援による自立等が認められた場合には、援助方針会議により、リスクアセスメントシート結果を参考にしながら虐待再発のおそれについて評価し、おそれがないと判断できる場合は児童相談所の援助終結について検討する。
- ② 児童相談所の援助を終結する事例で今後も市町村の支援や見守りが必要なときは、市町村に送致する。送致する必要があるときも、児童相談所のかかわりが終了したことを市町村に情報提供する。いずれの場合も、事前に市町村と協議しておくことが必要である。市町村に送致された事例は、要保護児童対策地域協議会などにより一定期間の事例管理を行っていくことが必要である。

千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会社会的養護検討部会
児童虐待死亡事例等検証委員会委員名簿

(敬称略)

分野	氏名	役職名	備考
臨床心理	有馬 和子	ちば女性と子どものサポートセンター代表	
法律	内田 徳子	千葉県弁護士会子どもの権利委員会委員	
教育	宮田 浩	千葉県小学校長会副会長	委員任期 ～平成24年 5月2日
	田邊 光子	千葉県小学校長会副会長	委員任期 平成24年 5月7日～
精神科医療	佐藤 眞理	千葉県袖ヶ浦福祉センター診療室長	
保健・精神 保健福祉	徳永 雅子	徳永家族問題相談室室長	
学識経験者	川崎 二三彦	子どもの虹情報研修センター 研究部長	委員長
	小木曾 宏	房総双葉学園施設長	副委員長
	杉宮 久充	松山福祉専門学校 非常勤講師	

児童虐待死亡事例等検証委員会の検証経過について

- 平成23年12月16日 第1回 検証委員会開催
- ・ 検証目的の確認
 - ・ 検証の方法、スケジュールの確認
 - ・ 事例の概要把握
- 平成24年2月1～3日 現地調査
- ・ 児童相談所、市その他の関係機関や関係者からヒアリング
 - ・ 調査事項の整理、検討
- 平成24年3月26日 第2回 検証委員会開催
- ・ 問題点・課題の抽出
 - ・ 問題点・課題に対する提言の検討
- 平成24年7月13日 第3回 検証委員会開催
- ・ 裁判（母）の概要報告
 - ・ 答申素案検討（問題点・課題）
 - ・ スケジュールの確認
- 平成24年8月10日 第4回 検証委員会開催
- ・ 答申素案検討（今後の取組、提言）
- 平成24年10月26日 第5回 検証委員会開催
- ・ 裁判（父）の概要報告
 - ・ 答申案について
- 平成24年12月17日 千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会
社会的養護検討部会開催
- ・ 答申案について審議

