

児童虐待検証部会報告書

平成 23 年 9 月

静岡県社会福祉審議会児童福祉専門分科会
児童虐待検証部会

公表にあたっては、個人情報保護条例に基づき、一部加筆修正をしております。

目 次

I	事例の概要	
1	児童及び家庭状況	1
2	事件の概要	1
3	経過	1
II	事実関係の検証と課題	
1	本家庭のリスク要因と虐待が生じた状況	4
2	各機関により行われた支援の評価	5
	(1) 出生医療機関から保健センターへの連絡	5
	(2) 市町の相談受理体制及びケース管理	5
3	支援上の問題点と課題	6
	(1) アセスメントと機関連携	6
	(2) 支援やかかわりに対して拒否感や矛盾した態度を示すケースへの支援	6
	(3) 通告	7
III	提言	
1	要保護児童対策地域協議会に関する提言	8
	(1) 要保護児童対策地域協議会の調整機能の充実	8
	(2) ケース検討、進行管理に関する提言	8
2	アセスメントのあり方に対する提言	9
	(1) 母子健康手帳交付時におけるチェックリストの活用	9
	(2) アセスメントシートの利用方法	9
3	精神的な不安定さを抱える保護者への支援に関する提言	10
4	保健センターの体制整備に関する提言	10
5	通告に関する提言	11
6	子育て支援制度活用に関する提言	12
	(1) 乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業に関する提言	12
	(2) 保育所等、子育て支援施設・事業の積極的な活用に関する提言	12
IV	まとめ	14
○	参考資料	
1	児童虐待検証部会運営要綱	
2	児童虐待検証部会開催状況	
3	母子手帳交付時の要フォローの基準	
4	特別の支援を要する家庭の児童の保育所入所における取扱い等について	
5	ハイリスクの母親をどのようにスクリーニングするか	
6	中板のスクリーニング尺度	
7	IES-R (改定 出来事インパクト尺度)	

はじめに

平成 22 年 5 月、1 歳 5 か月の女兒が実母による身体的虐待を受け死亡するという事件が発生しました。本県では、平成 20 年 9 月に、3 歳の女兒が実母による身体的虐待で死亡するという痛ましい事件が起きており、二度とそのような事件が起きないように、その検証から学んだものをそれぞれの関係機関が活かしながらその後の支援にあたっていた中での事件発生でした。

この事件を受け、本県では児童虐待検証部会を設置し、事実の把握、発生原因の分析・検証及び必要な改善策を審議しました。これは、関係機関や関係者の個別の判断について責任を追及するのではなく、今後の児童虐待の再発防止策を構成する上での課題を洗い出すことを主な目的として行ったものです。その中で、死亡事例が発生する度に指摘されている基本的なことも含め、まだまだ多くのことを改めたり充実させたりしなければならないことが確認されました。

本部会では、これを今後取り組むべき課題と改善策などの提言として取りまとめました。この提言が、県及び市町の連携により児童虐待の未然防止に向けた対応策等に生かされ、健やかな子どもの成長に役立つことを願ってやみません。

※ なお、本ケースは母親が拘留中に死亡し公訴棄却となったため、事実関係が十分に解明されているものではありませんが、今後の支援に資するため、現状の限られた情報を基に検討を行ったものです。

I 事例の概要

1 児童及び家族状況

児 童 A (1歳5か月：女児)

家族構成 父 (28歳：会社員)、母 (21歳：主婦)、弟 (0歳2か月)

2 事件の概要

平成22年5月、県内B町において、母が1歳5か月の女児Aが泣いたりしたことに腹をたて、Aを床に5回叩きつけて脳損傷を負わせた。事件当時、父は仕事のため外出しており不在であった。

Aは当初、意識不明の重体であったが、事件から3日後、入院先の病院で死亡した。

母は、2人の子の育児や家事、父との関係にストレスをためており、不満のはげ口として以前からAに暴力を振っていた。

Aは平成20年11月出生。生後13日目に出生病院で受診したところ、Aの体重減と母の養育状況を心配した医師からB町保健センターにフォローの依頼が入り、支援が開始された。母は近隣市町間で転居を繰り返すが、市町間で申し送りを行い支援を続けていた。事件当時の関係機関の関与としては、B町保健センターが家庭訪問をしたり、電話での相談に応じたり、Aが予防接種のために保健センターへ来所した時等に状況確認を行っていた。しかし、母がAに対して身体的虐待を行っているのではないかという視点は持てなかった。そんな中で、事件は発生した。

(平成23年3月、母に懲役7年の判決があり、母は控訴した。同年4月、拘留中の母は死亡し、公訴棄却となった。)

3 経過 (内は母の第一審で認定された事実)

[B町] [C市]

H20.1~2頃 Aを妊娠

妊娠届は妊娠8週で届出、妊婦健診も受診しており、要支援の判断はなし。

妊娠当初は夫婦(父母)二人暮らしだったが、隣人とのトラブルと妊娠を理由に父方実家へ転居(転居①)。

11. A出生

(正常分娩、在胎41週、約2,700g、退院の遅れなし、母20歳2か月)

12. 生後13日目で出生病院受診、Aの体重減と母の養育状況を心配した医師からB町保健センターにフォローの依頼があった。

保健センターは家庭訪問等の支援を開始。

母は、「幽霊がいる」と夜中に近隣に話に行ったり、大声を出したり、「死んでやる」と包丁を持ち出すなど、精神的に不安定であり、心療内科等の受診を勧めたが、受診に至らなかった。

初回家庭訪問時、母は自身の被虐待体験を語った。

①

〔父方祖父母と同居〕

②

（母、本児のみ母方祖父母と同居）

H 21. 1. 4 夫婦喧嘩から、母、A が父方実家から母方実家(近隣市町C市)へ転居（転居②）。

1. 6 父方祖母から B 町福祉課へ「A が母方実家で適切に養育されているか不安」との相談があった。

B 町福祉課は相談を「児童虐待通告」として受理、対応開始。同日、母方実家に呼ばれていた父に福祉課職員の同行を説得し、一緒に訪問（一時保護も視野に入れ児童相談所にも相談。児童相談所は受理の必要性はないと判断）。

夜半、突然母が意識を失い救急搬送された。意識障害と診断され精神科受診を勧められるが、その後受診はされていない。

1. 9 母方祖父母に「帰れ」と言われ父方実家へ戻り（転居③）、その日のうちに父母、A で父の職場と母方実家のある C 市内のアパートへ転居（転居④）。

1.15 B 町が C 市へケース記録等を提供。

1.18 C 市保健センターが家庭訪問での支援を開始。

2.10 C 市要保護児童対策地域協議会(実務者会議)で本ケースの情報交換を行う。母方・父方双方の実家や C 市保健センター保健師と家庭相談員による家庭訪問等による支援を受けながら A は順調に成長。

保健師の訪問時には、母が A を可愛がる様子も見られた。

しかしながら、C 市の支援を父母とも拒否することもあった。

父の育児協力が確認される一方で、暴力を伴う激しい夫婦喧嘩が複数回あり。

3.10 母、夫婦喧嘩で家を飛び出し、市役所で DV 相談。

翌日、翌々と家庭相談員が家庭訪問や電話をするが、母は応対せず。

3.12 母から保健センターに「しばらく一人で考えたいので、訪問や電話をしないでほしい」と電話。

H21. 3.18 母は暴れたところを父に取り押さえられ、ケガをしたとして警察に駆け込み、父が事情聴取を受けた。

父は警察から厳しい追求を受け、その後、母とのトラブルを回避する傾向になった。

4. 9 C 市福祉課職員が家庭訪問。母は、A が太って 7 キロになったと嬉しそうに報告した。市制カレンダーを渡すと嬉しそうに御礼を言った。

7.16 第 2 子の妊娠が判明。

父母が希望した妊娠であるが、母は母方伯母に困惑していると相談していた。母の A への身体的虐待が始まっていたが、アザは残らない程度で周囲は気づかなかった。

7.21 同じアパートの住民が本家庭の夫婦喧嘩がひどいと C 市に相談するが、夫婦喧嘩であるとして、役所の介入等はなし。

11.17 父母と A は、B 町へ転居(中古住宅購入)し、母方祖父母と同居（転居⑤）。B 町は、母方祖父母との同居で育児支援が得られると考えていた。

同居中も母から A への身体的虐待は継続していた。

③

転出

④

転入

（父、母、本児）

転入

転出

⑤

（母方祖父母と同居）

⑥

⑦

〈父、母、本児〉

12.末

母と母方祖父母の折り合いが悪く、同居後間もなく、母方祖父母と別居。父母と A は C 市のアパートに戻る（転居⑥）。H21. 12 末には同市内の別のアパートに転居（転居⑦）。母方祖父母が転居したことから、H21. 2 B 町の中古住宅に戻る（転居⑧）。（B 町は、当時、単に母方祖父母が転居したと認識）。

H22. 1.28 C 市から B 町へケース記録等を提供。

2. 1 B 町保健センター保健師から母あて架電し、家庭訪問。

2.22 B 町保健センターで事例検討会。

第 2 子出産後の母親の育児状況の悪化を予測。

3. 第 2 子(弟)出生。

母の身体的虐待がエスカレート、父がアザに気づくこともあった。

3.31 弟の新生児訪問時、母から弟を保育園に入れて働きたいとの話があった。

4. A が感染症に罹患、母は弟に伝染しないか不安を訴えた。

A が病院受診した際、医師から顔のアザのことを聞かれる。医師は虐待を疑わず通告はしなかった。

4.12 弟が手術のため 5 日間入院。

この頃、アザが増えたため、父は母に問いただしたが「階段で転んだ。私がやったとでも言いたいのか？」と言り返された。父は母の虐待を疑っていたが、父の目の前ではやらないし、DV トラブルとなることを回避するためにそれ以上問い詰めなかった。父から見て A が母を怖がっているのは明らかだったため、父は在宅時には A の側で過ごすようにしていた。このような父の行動に対して母は、「A ばかり異常に可愛がられている。1 歳 5 か月であっても女性は女性」と A に嫉妬し、可愛い娘でもあるが憎いとも感じ、こぶしで A の頭や腹を殴っていた。

5 月になってからは、ほぼ毎日身体的虐待が続いた。

H22. 5.13 A のふるまいに腹をたてた母が、A を床に 5 回叩きつけた。

A が意識を失ったことから、母が救急車を要請。

救急要請時は「抱っこひもで抱っこしようとして床に落とした」等と説明。顔、手足にも新旧のアザがあったこと等から病院は警察、児童相談所へ通告。母は同日逮捕。

A は受傷 3 日後、脳損傷により死亡。

⑧

〈父、母、本児〉

II 事実関係の検証と課題

1 本家庭のリスク要因と虐待が生じた状況

今回の死亡事件は健診や予防接種はきちんと受け、父だけでなく父方・母方それぞれの祖父母、母方伯母と多くの養育支援者が身近にいる中で発生している。

医師からの通告後、市町関係職員がケース対応を怠っていたものではなく、家庭訪問や連絡を行う等の支援を継続していた。

本児の発育上の問題も出生直後に体重があまり増加しなかった点を除けば大きな問題はなく、死亡原因となった身体的虐待以前の虐待事実について関係機関（者）は把握していなかった。

しかし、事件前の本児や家庭には以下のリスク要因が存在し、支援機関も把握していた。

<母に関するリスク>

- ① 母は母方祖母からの被虐待歴を訴えており、虐待の世代間連鎖の可能性がある。
- ② 母の言動に通常考えられる範囲を超える不安定さ、危うさがうかがえ、何らかの精神的な問題が疑われた。（逮捕後の鑑定では事件当時、育児ストレス等による適応障害だった）。
- ③ 本児妊娠時、母は19歳で若年妊婦であった。（出産時には母は20歳）

※ 出生数に対する若年出産（19歳以下）の割合は1.4%（平成19年度 人口動態調査）

<夫婦に関するリスク>

- ④ 父は仕事に忙しく不在がちであった。
- ⑤ 夫婦仲が非常に悪くDVが疑われる家庭である。（ただし、母は、怒ると手がつけられなくなり、抑えるために結果として父が手を出してしまうということもあった。）

<親族に関するリスク>

- ⑥ それぞれの祖父母から養育支援を受けている一方で、感情面での折り合いが悪く、祖父母が精神的な支えとはなっていない。

<育児ストレスに関するリスク>

- ⑦ 弟との出産間隔が1年3か月の年子で（弟の妊娠を父母とも望んでいたが、実際に妊娠すると母は困惑していた）、事件直前に第2子が出生している。
- ⑧ 弟は出生後間もなく入院（手術）している。

<社会経済に関するリスク>

- ⑨ 経済的な問題を抱えている。（住宅ローンなど）
- ⑩ 転居を繰り返している。

※ 住民票の異動を伴わないものを含むと婚姻から本児死亡までの2年6か月間に8回の転居。母は、中学に入るまでの間に3度の転居を経験している。

- ⑪ 近隣との付き合いがなく、孤立している。

母は上記のようなリスクを抱えながらも、必要な健診や予防接種を受け、子育てを行っていた。

しかし、2人の子の育児ストレス、弟の入院や経済的な問題、更には日常的な父への強い

不満もあり、母は日々ストレスを蓄積していった。

普段の他者との交流の乏しい生活では、母が本児に対して暴力的に接しても制止する者はなく、弟を妊娠した H21.7 月(本児が亡くなる 10 か月前)頃から始まった身体的虐待はエスカレートしていった。

父は、事件直前の母の養育態度を「弁当を作ったり、本児をフロに入れるようになったりと、母親らしくなってきたので安心していた。A の腕に青あざがあったが(歩くようになり)『ぶつけたから』との母の言葉を信用していた。」と説明しており、事件発生 1~2 か月前から本児にアザがあることを視認している。

また父は、事件発生の 3 日前にも本児の腕、足の内側、左ほほにアザがあることを確認しているが、アザの理由の確認や病院受診等の対応は行っていない。

一方、母に対して母親のように接していた母方伯母は、母の当時の精神状態は、母方祖母の入院加療ということも加わり非常に不安定だったと後に説明している。

2 各機関により行われた支援の評価

(1) 出生医療機関から保健センターへの連絡

正常分娩で退院時にも特に問題がなかった母子であったが、出生病院を生後 13 日目に受診した際、医師は養育状況が不十分であると認め、母子の住所地である B 町保健センターに「母性が育っていないため支援を要するケースである」とフォローを依頼している。

保健センターは、B 町として実施する新生児訪問の期日を待つことなく、連絡を受けた当日に支援を目的として母と接触している。

祖父母と同居していても、祖父母の就労等により養育支援を十分受けられない家庭は多数ある。特に出産直後の母の育児負担は大きい。本ケースにおいて、生後 13 日目という時期にスムーズに支援が開始されることとなった。この医師の電話連絡の意義は大きく、出生医療機関と保健センターがうまく連携できたと言える。

(2) 市町の相談受理体制及びケース管理

今回のケースは 2 つの市町間で複数回の転居があったケースであるが、両市町ともケース記録として必要な記事をきちんと残し、転居時には引継資料として転居先へ提供している。

平成 20 年度に行った死亡事例の検証においては、転居に伴うケース連絡が不十分であるとの指摘がされている。

転居が多いハイリスクケースに対して継続的に有効な支援を行うためには、ケース情報の適切な管理・引継が重要である。また、自治体間に限らず、自治体内の関係部署間でのケース情報のやり取りも重要であり、単に要保護児童対策地域協議会の場でトピックだけを提供するのではなく、必要な情報を関係者ができるだけ早く共有することが重要である。

B 町では、保健センターが継続的にかかわっている中で、母と同居していた父方祖母からの相談(「夫婦喧嘩から、母が数日前に A を連れて母方実家へ帰ってしまった。A が母方実家で適切に養育されているか不安。」)を聞き流すことなく、保健センターだけではなく福祉課としての対応も必要な相談として判断し、福祉課へつないでいる。

相談を受け付けることとした福祉課も、これを単なる心配事相談ではなく「児童虐待通告」として受け止め、同日中に A の養育状況を目視するために管轄外の C 市母方実家を訪問している。

相談に即応し、事実確認のためには管轄外であっても訪問する姿勢は高く評価できる。

3 支援上の問題点と課題

(1) アセスメントと機関間の連携

本ケースでは B 町保健センターの関与当初に母から被虐待体験や憑依体験等が語られていることから、支援者は精神面での病院受診を母に勧めている。

夫婦関係の悪さ、転居の繰り返し、親族の支援を有効に使えていない点などの問題点について大幅な改善は見られない状況で、支援者・支援機関は、電話連絡や家庭訪問、支援機関間での情報交換など、できる範囲での支援を続けている。その後には、アセスメントシートを活用したうえで再アセスメントを行いケースの危険性を予見はしているが、どういうことがあったらどの機関の誰が何を行うかという具体的な方針や支援の計画まではされていない。

B 町福祉課が本家庭に対して直接的に関与した期間は短かった。B 町保健センターではセンター内での事例検討会を行っていた。しかし、要保護児童対策地域協議会の場では本家庭について協議されておらず、アセスメントが十分であったとは言えない。また、アパート住民から夫婦喧嘩がひどいとして C 市に入った相談については、「虐待・DV ケース」という認識で再アセスメントすべきであったが、されていない。

一時保護が必要となる可能性もあった時点では、B 町から児童相談所に電話でケース概要が伝えられて対応方針を相談することもあったが、相談を受けた児童相談所も限られた情報の中で、受理(送致)の必要性はないとの判断をしている。

そのような判断をした場合にも、児童相談所は協議会（実務者会議）の場でケース検討を行うこと、もしくは個別ケース検討会の開催を提案すべきだった。ケースの進行管理を行う主たる支援機関を明確にしたケース検討を共に行い、具体的な支援方針を助言すべきだった。

本ケースでは、各機関がそれぞれの場面でアセスメントは行っているが、それぞれで行ったアセスメントについての関係機関間での協議やケース検討は行われていない。そのため、ケース全体を見渡した事例の総合的な評価が欠けていた。すなわち、機関間の連携が十分できていなかったと言わざるを得ない。

(2) 支援や関わりに対して拒否感や矛盾した態度を示すケースへの支援

今回のケースでは、母は当初比較的スムーズに支援機関からの支援を受け入れた。訪問に謝意を示したり、自分から相談の電話や訪問の要請をしたり、支援者に対して自分のことや子どものこと、家族のことなど、積極的に話をした。やや多弁で誰彼構わずに話をする面はあったが、支援者との信頼関係は構築されているかに思われた。他方で、家庭訪問や電話での関わりを拒否したり、自分から要請した家庭訪問に明らかな居留守を使ったりするなど、信頼関係の構築が困難なケースでもあった。

父は終始関係機関による支援を敬遠しており、母が支援機関とかかわったことに立腹し母

を叱責したこともある。子ども医療費助成の手続きのため親子で役場を訪れた時も窓口での手続きは母が行い、父は A と離れたところで待っていた。福祉課職員らからの関わりに対して、応えるものの消極的な反応にとどまった。父は事件前に A にアザがあることを視認しているが、支援機関への相談や連絡はしていない。

父母は、それぞれの祖父母と同居した時期もあるが、良好な関係は継続せず短期間で別居に至っている。

他者との関係構築が難しいと思われる父母に対して適切な関係を構築していくためには、支援者は支援が求められているか否かに関係なく、相手に対して親身であること、責めたり咎めたりするのではなく寄り添う姿勢を前提とした様々な専門的信頼関係の構築をしなければならず、相談援助に関する高いスキルと専門性が要求される。そのような職員を一朝一夕に確保することは困難であるが、人材の育成と確保は常に重要な課題である。

さらに虐待の可能性を早急に把握するものが、ケースを分析するための手段としてのアセスメントシートであり、ケースを多面的に連携して見ていくシステムであるネットワークである。人材の育成や確保と併せて、アセスメントシートなどのツールの整備や要保護児童対策地域協議会の設置、運営、必要に応じた個別ケース会議の開催など、ケースを多面的に見ていくための体制の整備も重要である。

(3) 通告

A の出生病院から保健センターへのフォローの依頼は、支援の開始を早める有効なものであった。しかし、A が虐待死に至るおよそ 1 か月前に受診した医療機関(感染症の罹患により受診)では、医師が A に不審なアザがあることを視認し、アザのできた理由を母に質問したが、それ以上疑うことはせず、虐待を疑う通告には至らなかった。

また、一部報道によると複数の近隣住民が、事件直前の 5 月上旬から母が A を激しく叱る声やドスン、ドスンと家の中から聞こえてくる鈍い音を聞いており、様子がおかしいと感じている。しかし、近隣住民は身近で児童虐待が行われているとは考えず、虐待通告には至らなかったようである。近隣住民とのトラブルがあった家庭とはいえ、母に声をかける人も児童相談所や B 町、民生・児童委員等のいずれの支援機関にも相談や虐待通告をする人もいなかった。

児童虐待件数の増加等に伴う各医療機関の意識の高まりもあり、産科病院では心配がある母子や妊婦に関する保健センターへの早期連絡が定着してきている。

しかしながら、今回の事例からは、通告に対する県民の意識はまだ十分に高まっているとは言えず、児童相談所や市町は通告を躊躇せずに行ってもらえるよう県民に周知すると共に、医療機関に対しても気軽に通告、もしくは相談してもらえるような関係を構築していくことが課題である。

Ⅲ 提言

1 要保護児童対策地域協議会に関する提言

(1) 要保護児童対策地域協議会における調整機能の充実

県内各市町に要保護児童対策地域協議会(以下、「協議会」という。)の設置促進が課題であった段階から、現在は運営内容の改善や調整機能の充実が課題となる段階になってきている。

市町によっては協議会において要保護ケースをもれなく把握することを第一目標とした結果、実務者会議にあげられる件数が増えすぎて把握しきれないケース数となってしまう、必要な情報を共有することが困難になったり、主にケースを担当する機関が曖昧になったりする等の課題がでてきている。

これらを調整することも協議会の重要な役割であり、ケースアセスメントだけでなく、協議会の運営内容の改善が必要となってきた。

今回のケースでは当初主たる支援機関であった保健センターが母の精神的に不安定な様子をリスク要因であると認識し、医療機関への受診を勧めたものの受診は実現しなかった。このような場合、その後の対応を協議会の実務者会議の場で検討することが多いと思われるが、実務者会議の開催が年数回程度である等の理由により次回開催日までに期間がある場合は、主たる支援機関は躊躇することなく個別ケース検討会の開催を提案し、対応手立ての協議を行う必要がある。また、すぐに受診に結びつかなくても、様々な形で接触を持って子どもの安全確認を行っていく必要もある。

個別ケース検討会は協議会の調整機関(多くは児童福祉主管課)が常に主催するものではなく、支援ケースに主にかかわっている機関が速やかに開催の提案を行う必要がある。調整が必要な場合には調整機関が介入することになるが、時間の経過が対応を後手に回らせ、虐待被害を深刻化させることになるので、調整も最短時間で進める必要がある。

多機関が関与する事例であっても、どの機関が責任をもってケースの進行管理を行い主に関与するかは、個別ケース検討会の協議により決定されるものであり、一定のルール作りが必要である。

また、初回の個別ケース検討会開催時等の初期対応の協議において、専門機関である児童相談所の関与は必須である。児童相談所が多忙により初期関与が困難であるならば、県は児童相談所の人員を増やす等の体制強化を図り、児童福祉法の理念に則した市町支援を行うべきである。

(2) ケース検討、進行管理に関する提言

今回のケースでは支援機関は関与当初から母の精神的に不安定な様子をリスク要因であると認識したうえで保健師、精神保健福祉士が関与していたものの、精神症状についての医学的な判断は得られないままケース支援を行っている。

ケース関係者の精神面に問題があり、その点の対応検討が必要なケース検討会には精神科医の参加を求めることが望ましい。精神科医の検討会参加が困難であれば、主催者となる機関が事前に精神科医から対応について意見を求めるべきであり、他の領域の医師の活

用も同様である。

公立病院の医師や顧問弁護士の活用に限らず、必要な専門家を随時活用できるよう医師会や弁護士会との連携による嘱託制度等を市町単位でも整備する必要がある。たとえば弁護士会の「子どもの権利委員会」に所属する児童虐待等の権利侵害に関する深い見識のある弁護士に対して、市町が随時相談できるような体制を整えたい。

これは、全ての進行管理を専門家の意見のとおりケースの直接担当職員が進めるという意図のものではなく、専門家の意見を踏まえたうえで、スーパーバイズする立場にある市町職員がケース全体を俯瞰して進行管理にあたる必要がある。

2 アセスメントのあり方に関する提言

(1) 母子健康手帳交付時におけるチェックリストの活用

母子への支援を行うにあたり、支援機関としての最初の接点が妊娠届受付と母子健康手帳交付である。今回のケースでは、この時点では妊娠届の提出遅れや明確なリスクが確認されていないこともあり、母に対して特に支援が必要であるとの判断はなされていない。

出生後に支援を開始するのではなく、特定妊婦を含む支援が必要な家庭を出生前から把握し、必要な早期支援を開始するためには母子健康手帳の交付は重要な機会である。

平成 20 年度に F 市で起きた死亡事例の検証においては、この時点での判断が担当保健師一人により行われ、その後の支援拡大や支援方針変更が検討されない可能性があるとの指摘があった。

F 市においては、現在、母子手帳交付時には別添資料 3 のような 14 項目のチェックリストを活用し、該当項目が一つでもあった場合には複数の保健師によりケース対応を話し合うこととしている。これにより、次の協議の場(「母子保健福祉検討会」：母子保健担当課、児童福祉担当課、幼児教育担当課の担当者による検討会。平成 23 年度からは児童相談所も加わった。)で支援方針が検討されている。さらに、その場で必要と判断されたケースは要保護児童対策地域協議会(実務者会議)で協議されている。

この 14 項目のチェックリストは、県内西部地区の 8 市町母子保健担当課、県健康福祉センター、2 次・3 次周産期医療機関が定期的開催している連絡会において検討されたものであるが、今後も項目の適切性等について検討を重ねていくと共に、県全体で共通して活用できるものとし、妊娠中の重要な支援機関である周産期医療機関と連携し、効果的な初期対応を行っていく必要がある。

なお、本報告書では、県全体に参考になるようなスクリーニングのポイントをまとめたものを、参考資料として添付した。

(2) アセスメントシートの利用方法

関係機関で対応する児童虐待相談件数の増加に伴い、多忙な中でも担当者の個人的な判断に偏ることなく、適切な(初期)対応を図ることを目的とした様々なアセスメントシートが活用されるようになってきている。

今回のケースについても、福祉担当課での相談受理時と保健センターの個別事例検討会開催時において、アセスメントシートを活用して事例評価を行っている。いずれのアセス

メントシートにおいても、評価・質問項目のいくつかが「不明」とされたが、児童虐待検証部会による検証時点では「不明」とされた項目のいくつかは「はい」もしくは「ある」に該当すると判断された。さらに児童虐待検証部会による事例評価では、今回のケースは重篤なケースと判断され、当初から職務権限による緊急一時保護等の保護者との対立関係が生じることも辞さない対応が必要であったとされた。

このことからアセスメントシートを活用する場合、「不明」とされた項目については初期段階では「はい」もしくは「ある」と想定してカウントしたうえで初期対応を慎重に判断する必要がある。また、不明とされた項目については、その後速やかに必要な調査を行ったうえでアセスメントをし直す必要がある。当初は明確に「はい」や「いいえ」と区分がなされた項目であっても、その後の状況変化により区分が変更となる可能性もあるので、状況の変化があった場合は何度でもアセスメントをし直す必要がある。

3 精神的な不安定さを抱える保護者への支援に関する提言

児童虐待ケースとなってしまう親の中には、精神疾患が認められ、もしくは疑われる親が多く、医療機関との連携により有効な支援がされていくこともある。本ケースでは、支援を開始した直後から母親の精神的不安定さに着目し、心療内科等の受診を薦めている。しかし結局、受診することなく事件発生に至ってしまった。もし、平成22年12月に心療内科等の受診が実現していれば、事件は発生しなかった可能性がある。

仮に精神疾患であるとの診断がされなくても、医師によるアセスメントや助言は母親理解と支援方法の検討に大いに役立ったであろう。治療が必要であれば、医師や医療ケースワーカーらと協力しながら支援が継続できる。前述したが、他者との関係構築が難しいケースは特に支援に困難さが伴う。そういった場合、医療機関、保健師、専門機関であり一時保護などの措置権限も持つ児童相談所が支援ネットワークを組んで役割分担をし、ケースに関わっていくことは大変有効である。

受診につなげることで、困難さがあるが、精神担当保健師や精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカーらに相談しながら精神医療面での支援に結び付けるべきである。

4 保健センターの体制整備に関する提言

保健センターの保健師は、出生前から乳幼児期の支援を担う専門職として、小さな芽の段階で虐待に気づくことのできる、言わば発生予防の最前線にいると言える。今回のように、母性が育っていないと医師から養育を心配されるケースへの支援など周産期の支援はもちろん、未就園で子育て支援センターや育児サークルの利用もないような支援の目が届きにくいケースに対しても自然な形で家庭訪問などの支援を開始できるのは保健センターである。転居を繰り返す、地域の人間関係等から支援を得ることができず、また自ら支援機関につながることも苦手とするような保護者には、特に保健センターの支援が期待され、第一義的な支援機関でもあると言える。

市町保健センターでは母子保健に関する多くの業務を行っており、それら定例業務の他に個別訪問や個別相談に応じ、関係機関との連絡調整等も行っている。定例業務においては、それぞれの業務終了毎にカンファレンスを行う等して必要な支援、対応を検討している。支

援には複数の職員、保健師が関わり個別ケースへの包括的な進行管理や支援をチームで行うことが望ましいが、現実にはケース数は膨大で、その支援レベルも様々であることから、そのような支援は困難な状況にある。結果的に、個別業務中心の単発的なケース支援となりがちで、その後の支援展開については各担当保健師の裁量により行なわざるを得ないのが現状である。

ケース支援にあたって、一貫して地区担当保健師が関わっていくという方向性は、ケースとの信頼関係の構築という意味で望ましい。しかし、他部署や他機関との情報共有がされない状況では、ケース支援に関する情報が引き継がれず、継続したケース支援が困難になる場合もある。

担当者がどのようにケース支援を組み立てていくかは、支援機関共通の課題である。

担当者が適切なアセスメントを行い、さらに継続して支援するためには、担当者個人や担当課だけでなく、他部署、他機関の参加が不可欠である。

管轄人口や現状の体制により、整えるべき体制は市町毎に異なるが、保健センターが取り扱う重篤ケース等への包括的な進行管理やスーパーバイズを行えるだけの職員配置、加えて他部署とのケース共有や必要に応じてのケースのやりとりという視点を持った体制整備が必要である。

5 通告に関する提言

今回のケースには複数の支援機関が関与していたが、身体的虐待を疑ったケース対応を全く行っていなかった。裁判では、平成21年7月頃身体的虐待が始まったと認定されているが、その頃から平成22年1月末までは関係機関の家庭訪問はなく、平成22年1月以降も虐待は続いていた。

Aが虐待死に至るおよそ1か月前に受診した医療機関では、医師がAに不審なアザがあることを視認し、アザのできた理由を母に質問したにもかかわらず虐待を疑う通告を関係機関に対して行っていない。医師から虐待を疑う通告があれば、事件は未然に防ぐことができた可能性が高い。医師会等に、虐待の疑いがあれば通告を必ず行うよう、さらに協力を求める必要がある。また、本家庭からの激しい叱り声や不審な音を聞いていた複数の近隣住民から虐待を疑う通告があれば、別の対応が取られた可能性もあり、虐待通報に関する意識を高めるような広報等をさらに徹底する必要がある。

平成20年に県内で発生した児童虐待死亡事例においても、近隣住民が事件前に被害児童の顔にアザらしくものがあることを視認しながらも虐待通告には至らなかったため、県では虐待通告を啓発するリーフレットを20万部作成し、県内すべての幼稚園・保育所(認可外を含む)、小・中・高等・特別支援学校や関係機関へ配布した。また、同リーフレットを県内主要コンビニエンスストアへ配架したり、県のテレビ、ラジオ広報番組により虐待通告の重要性を広報しているところであるが、別の広報媒体を活用する等して虐待通告に関する広報をさらに行なう必要がある。

複数の近隣住民が虐待の疑われる情報を把握していながらも、通告のないまま再び死亡事例が生じたことから、住民に次のことについて再周知する必要がある。① 確たる虐待の状況がわからなくても虐待が疑われるレベルで通告することが義務であり、虐待防止法上の理

念である。② 通告は匿名性が確保される。③ 通告者が特定されない配慮は必ず行われている。④ 通告は虐待者である保護者の支援につながる。加えて、近隣住民が通告を躊躇する等、判断に迷った場合には通告の前に身近な民生・児童委員・主任児童委員等に相談することも一つの方法であることも周知する必要がある。

周知は県民を対象とした広報に限らず、医療機関等の通告義務がある機関に対しても、改めて上記①～④のような内容を周知・徹底する必要がある。

虐待通告のための児童相談所全国共通ダイヤルや静岡県児童虐待通告専用電話が、110 番や 119 番通報に近い認知度になることを目標に、虐待通告に関する広報・啓発をさらに進めるべきである。

6 子育て支援制度活用に関する提言

(1) 乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業に関する提言

今回のケースでは、A の出生病院からの連絡により乳児家庭全戸訪問事業による訪問以前に本家庭が要支援家庭であることが把握されているが、要支援家庭への支援を早期に始めるうえで、乳児家庭全戸訪問事業は重要である。

現在、乳児家庭全戸訪問事業により、今回のケースのように母親の精神科等の受診が必要であると判断された場合、養育支援訪問事業等を利用し、保健師やヘルパー等が派遣されている。これに加えて、精神科医や小児科医も支援チームのメンバーとして訪問などができるよう、今後検討が必要である。

市町がこれらを虐待予防の資源として活用することにより、支援者の数を増やすことができ、複数の目でのケースアセスメントをすることが期待できる。

(2) 保育所等、子育て支援施設・事業の積極的な活用に関する提言

今回のケースでは、支援を展開していく中で、母から弟の保育所利用を検討している旨の発言があった。結果としては母からその後の要望がなく、保育所の利用は具体化しなかった。しかし、もし保育所利用につながっていれば、母は育児負担やストレスが軽減され精神的な支えが得られたかもしれない。また、保育所を新たな支援者とし、日々の見守りも期待できただろう。各ケース支援にあたっては、保育所等の子育て支援施設・事業の積極的な活用が望まれる。

保育所入所には保護者のいずれもが就労していることのみが条件ではなく、児童福祉法施行令第 27 条「保育の実施基準」にあるとおり、保護者の妊娠や出産後間もなく、疾病や精神等の障害、親族の介護、これらに類する状態にある場合には保育所入所が可能である。これらに類する状態には、児童虐待の防止の観点から保育の必要性が高いと判断された家庭も含まれ、その判断は支援の実施者であり、保育の実施者でもある市町村においてなされるものである。(平成 16 年 10 月施行の改正児童虐待防止法第 13 条の 2 第 1 項に関する具体的な取扱いを定めた「特別の支援を要する家庭の児童の保育所入所における取扱い等について」平成 16 年 8 月 13 日付、雇児発第 0813003 号、別添資料 4)

保育所を利用することにより保護者の育児負担が軽減され、支援機関は日々の児童の安全確認ができるため、児童虐待防止の観点からも保育所を重要な支援機関として位置づけ

るべきである。

また、保育料負担や世間体(未就労での保育所利用)を理由に保護者が保育所利用に抵抗を示す場合もあるが、特定保育事業(一時預かり事業)や地域子育て支援拠点事業等といった子育て支援事業の積極的活用を勧めることにより保護者の育児負担感を軽減し、児童虐待防止につなげていく必要がある。

IV まとめ

今回検証を行った事例は、支援機関が母の精神状態や育児能力を不安に感じながらも、当初は虐待を予測して関与していなかった。

支援機関は母親が若く精神的に不安定である、被虐待歴を語っている、転居を繰り返している等、複数あるリスク要因を把握していたが、転居に伴う市町間の情報提供は適正に行われており、父や親族の協力により何とか子育てはできていると考えていた。健診時の状況からも本児の順調な発育は確保されているとの判断があった。

しかし、本検証部会の検証では、母の精神的な不安定さ、被虐待歴を語っていることや母と親族との関係の悪さ等のリスク要因に対する当時のアセスメントは実際よりも低く見積もられていると評価され、今回のケースは支援機関の判断よりも重篤なケースと判断された。

ケースの着手時点において、支援機関のアセスメントでは重篤と判断されず、虐待を予測していないケースであっても、支援機関が把握できていないリスクがある可能性はあり、何かをきっかけに虐待が短期間で一気に進行し、死亡にまで至ることが現実にあるということを支援者は肝に銘じる必要がある。特に乳幼児においてはその確率が高くなる。それを補いリスクを多面的にアセスメントするためには、関係機関の連携と支援ネットワークの構築が不可欠である。具体的には、要保護児童対策地域協議会や個別ケース検討会などで複数の関係者が一同に会して情報交換を行い、ケースの総合的評価（アセスメント）をし、具体的な支援方法を検討することである。その際重要なのは、ただのケース報告で終わるのではなくケース検討をしっかりと行うこと、それぞれの支援者が具体的な役割と動きを決め支援ネットワークを構築することであり、そのネットワークが有効に機能するようケースワークを主導する責任機関を明確化することである。

県内の各支援機関は平成 20 年度やそれ以前に発生した死亡事例の検証等を参考にして、必要な改善に取り組んでいるところではあるが、今回の検証に基づく提言にもあるとおり、母子手帳の交付や住民からの虐待通報というような虐待対応の入り口の部分の課題から、精神的に不安定な状態にある母親の治療の課題、支援にあたる職員体制や資質に関する課題、さらには要保護児童対策地域協議会の調整機能というような組織的な課題まで、未だ課題は多い。

児童虐待相談件数は増加傾向を続けており、いずれの支援機関でも多忙であることは事実である。しかし、多忙は死亡事例を含む重大な児童虐待事件の予防的対応ができないことの原因にはならない。

過去に死亡事例のあった市町では、多忙な中でもケース管理の方法を改善し、人員不足や専門性の問題は残るものの、安全確保の観点からは改善の意義は大きかったとの声も聞かれている。

県の「しずおか次世代育成プラン後期計画」では数値目標として、「虐待による死亡児童数」を「0人」として掲げているが、今回の提言を一つずつ実現していく取り組みによって目標を達成してほしい。