

5. 報告事例により明らかとなった課題と提言

報告事例（4のヒアリング対象事例を含む。）から、児童虐待防止対策について、「発生予防」、「早期発見・早期対応」、「保護・支援」の各段階ごとに明らかになった課題及びその解決に向けた現時点での対応に関する提言は次のとおりである。

1) 発生予防に関するもの

課題1 関係機関の連携

- 医療機関と保健機関の間で、妊娠・出産・育児に問題を抱えるケース（妊婦健診未受診、妊娠後期の母子健康手帳未発行、望まない妊娠等）に関する情報提供・情報共有の仕組みが不十分であるため、医療機関で把握した情報が保健機関に伝わらない。
- 生活保護世帯など福祉事務所が関与するケースの場合、児童相談所と福祉事務所との間で情報交換及び共有するための仕組みが確立していない。

（報告事例の状況）

- ヒアリング対象事例2、3、4は、様々なリスク要因を抱えた家庭であり、児童相談所、保健センター、医療機関等がそれぞれ家庭訪問や電話連絡等により相談・支援を実施していたが、主に担当する機関が決まっておらず、合同のケース検討会議の開催や情報交換・共有が実施されないままに子どもが死亡した。
- 特に、ヒアリング対象事例2においては、福祉事務所と児童養護施設及び児童相談所は、それぞれ所在がわからなくなった母親に対して家庭訪問や電話連絡により所在を確認しようと試みたが連絡がつかない状況が続いたことに対して、互いに情報共有等が行われなかった。
- ヒアリング対象事例2、3、4では、母親の胎児に対する拒否等の可能性を読み取る必要があるケースであり、これを発見できなかったことが子どもの死を防げなかった要因の一つになっている。

【提言1】

- 要支援家庭や虐待の疑いのある家庭を早期に把握し支援するために、地域の実情に応じ、医療機関から市町村保健センター等保健機関や児童相談所への情報提供や相互の連携を強化するための地域保健医療連携システムの構築を図る。
- 現行制度では、子どもの出生前の段階で要保護児童としての支援の必要が見込まれるケースについて、児童福祉法や児童虐待防止法上の取扱いが不明確であるが、このようなケースについても、市町村及び児童相談所における記録票の作成などの取扱いを明確にすべきである。
- 出生前後を問わず、ハイリスクであって特に支援が必要なケースについては、要保護児童対策地域協議会の場等において、個別ケース検討会議を開催し、対応を検討することとする。
- 対象ケースが生活保護世帯等であって必要な場合には、要保護児童対策地域協議会の調整機関においてケース検討会議等の場を活用し、福祉事務所と児童福祉の関係機関等との間の密接な情報交換・共有を行うこととする。

(参考)

- ・北海道、兵庫県、長野県等では、医療機関から市町村保健センター等への要支援家庭に関する情報提供を行う連携システムを構築している。
- ・東京都、熊本県、愛知県等では、医療機関を対象とした虐待対応マニュアルを作成し、その普及を図っている。

課題2 妊娠・出産期の相談支援

- 妊娠について悩みを抱えていたり、医療機関や市町村等関係機関から適切な支援を受けていない女性が子どもを出産、虐待し、死亡させている例が跡を絶たない。

(報告事例の状況)

- 報告事例全体では、以下のように、望まない妊娠や関係機関から適切な支援を受けていなかった事例が複数みられた。
 - ・ 心中以外の事例全 51 例のうち、望まない妊娠であった事例が 7 例 (12.5%) と全体の 1 割以上に上っているほか、10 代の若年妊娠も 4 例 (7.1%) あり、妊娠に悩みを抱えていると考えられる事例が複数あった。

- ・ 母子健康手帳未発行が6例（10.7%）と全体の1割以上に上っているほか、妊婦健診未受診が4例（7.1%）あり、関係機関から適切な支援を受けていないと思われる事例が複数みられた。

【提言2】

- 妊娠・出産について悩みを抱える女性に対する相談支援の取組（「女性健康支援センター事業」「妊娠について悩んでいる者に対する相談援助事業」「思春期相談クリニック事業」等）の周知、また、育児に関する深刻な悩みを抱える保護者に対する養護相談を実施している児童相談所、市町村の児童家庭相談窓口について広く周知を行う。
- 相談に当たっては、本人の悩みを受け止め、どのような支援ができるのか、また、適切なのかをともに考え、個々の状況に応じて訪問、一時預かり等の養育のサポートから、乳児院への入所、里親委託等まで適切な選択肢を検討する。
- また、出産後においては、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」により、ハイリスクのケースを早期に把握するとともに、必要に応じ、「育児支援家庭訪問事業」に結びつけ、適切な支援を行う。

課題3 精神障害・産後うつへの対応

○精神障害を有する保護者による虐待死亡事例が跡を絶たず、また、産後うつ
の傾向が把握されてもその後の対応が明確となっていない。

（報告事例の状況）

- ヒアリングの対象事例4においては、関与していた機関は、産後うつの可能性のあるケースであることを把握していたにもかかわらず、メンタルヘルスの関係機関との連携が行われなかった。
- この他、精神障害等を有する保護者に対して適切な対応がなされていなかったと思われる以下のような事例が報告されている。
- ・ 児童相談所は、母親の精神障害を把握していたが、精神科への受診勧奨やカウンセリング等が実施されないまま、母親は次の子どもを妊娠・出産し、生まれた子どもをネグレクトにより死亡させた。

- ・ 母親に精神疾患があり、児童相談所、保健所、市の母子保健・障害福祉担当課と複数の機関が関与していたが、関係機関全体でのケース検討会議は持たれず情報の共有がされないまま、母親が子どもを殺害した。
- ・ 保健所が、母親に統合失調症があり子どもをネグレクトしていることを把握し、児童相談所に通告。学校と児童相談所は月1回程度の家庭訪問を行い、保健所が中心となって関係機関間でのケース検討・情報共有を行いつつ在宅での見守りを継続していたが、その間に、母親が子どもを殺害した。

【提言3】

- 産後うつ等のハイリスクの者を早期に把握するため、平成19年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」がすべての市町村で実施されるよう普及を図る。また、その後のフォローを適切に実施するため、育児支援家庭訪問事業との一本化を図り、ハイリスクのケースを継続支援につなげるシステムを構築する。
- 出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等の可能性に関するアセスメント能力を向上するため、スクリーニング方法やその後の対応等について先進的な取組例の普及を図る。
- 精神疾患のある保護者等への対応を適切に実施するため、地域の実情に応じ、児童相談所に保健師を配置したり、保健所等における児童虐待対応に向けた体制強化を検討する。
- 【提言1】の「地域保健医療連携システム」においては、精神的問題を抱えるケースも対応できる体制となるよう検討する。

(参考)

- ・ 神奈川県横須賀市、三重県いなべ市等においては、出生に対して全て新生児訪問を実施し、その際にEPDS（エジンバラ産後うつスケール）を実施している。高得点者に対しては、保健師による継続訪問を行い、必要な場合は専門医療機関への受診勧奨を行っている。
- ・ 東京都、大阪府等では、児童相談所に保健師を配置し、母親の育児指導や精神的ケア等保健師の専門性を活かした援助を実施している。
- ・ 京都府では、府保健所を児童虐待に関する地域の最前線機関として位置付け、市町村及び児童相談所との定期的な情報共有を実施したり、見守り活動の担い手として、目視確認等を実施している。

2) 早期発見・早期対応に関するもの

課題4 安全確認・リスクアセスメント

- 児童相談所が関与していながら、下記のように、虐待と認識できていない事例や、虐待対応していても虐待死を防げなかった例が10例あった。
 - ・虐待通告に対して、目視による安全確認が行われていない事例がみられる。(第一次、第二次報告書でも指摘)
 - ・家庭訪問による養育環境の調査など必要なアセスメントが実施されていない事例がみられる。
 - ・児童相談所がアセスメントを行うに当たって、ソーシャルワークとしての調査が不十分なまま、警察の調査結果にとらわれて判断していた事例がみられる。
 - ・虐待以外の養護相談ケースと判断された事例において、その後、虐待による死亡に至ったケースがみられる。

(報告事例の状況)

- ヒアリング事例1においては、児童相談所が警察が調査を行っていることから、家庭訪問など十分なリスクアセスメントを行わないまま、その結果を基に判断していた。
- 報告事例には、目視による安全確認が行われていない以下のような事例があった。
 - ・第一子が虐待ケースとして児童養護施設に入所中であり、死亡した第二子についても児童相談所が死亡の半年ほど前から虐待ケースとして関与していたが、近隣住民等からの再三にわたる虐待を疑わせる情報があったにもかかわらず、目視による確認が行われなかった。
 - ・父親の母親に対するDV、子どもに対する身体的虐待が日常的にあるため、母親は子どもを残したまま実家に避難し、児童相談所に子どもの見守りを依頼。しかし、児童相談所は父親に対して状況を電話で確認したのみで対応を終結させたところ、その後事件が発生し子どもが死亡した。
 - ・事件発生前の1週間ほど前から、知人及び医療機関による児童相談所への虐待通告があったが、児童相談所は直接目視による安全確認を行わず、その結果事件が発生し子どもが死亡した。