

5 現地調査（ヒアリング調査）の結果について

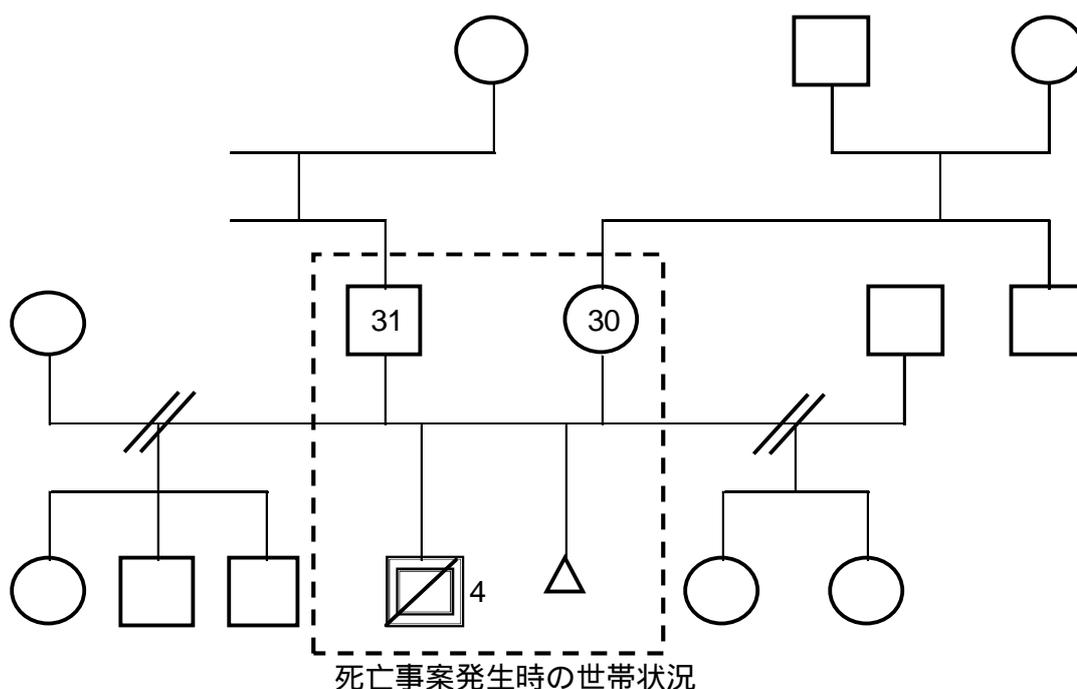
本委員会では、全検証対象事例の中でも特徴的で、かつ、特に重大であると考えられる事例について、都道府県・市町村及びその関係機関等を対象に、事例発生当時の状況や対応等の詳細に関してヒアリング調査を行った。

事例の概要

ヒアリングを行った4つの事例について、それぞれの概要を紹介する。

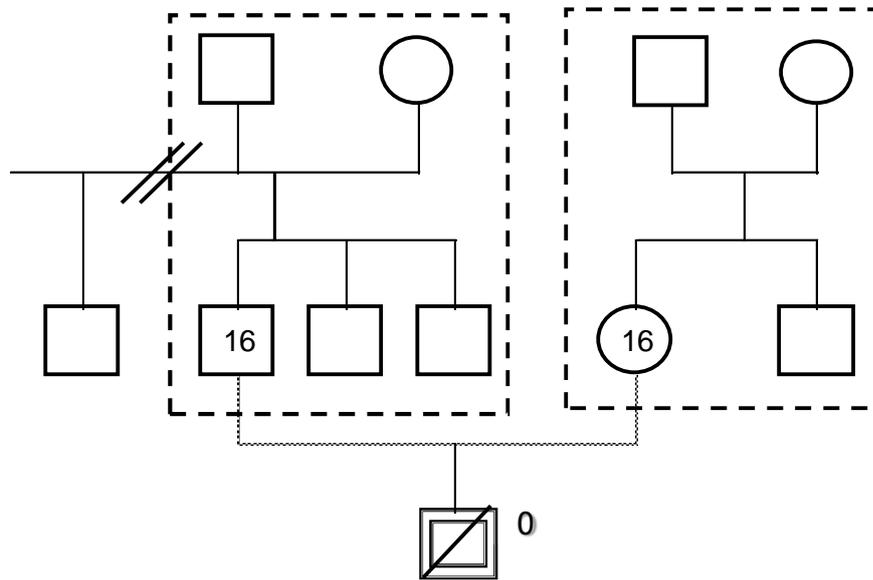
以下のうち、事例の事実に関する記載は、個人情報保護に配慮し、概要として整理した内容である。

施設入所歴のある長男が、転居後に実母から頭部に衝撃を与える暴行を受け死亡した事例【事例1】



- ・ 生活困窮を理由に、本児は出生後すぐに施設入所となった。
- ・ 実父母から本児を引き取りたいという申し出があり、複数回の面会と外泊を重ね、本児は父母宅に家庭復帰した。
- ・ 家庭復帰後に幼児健診未受診の報告や虐待通告があり、児童相談所は本児・実父母と来所面接を実施し安否を確認し、親子関係は良好と判断した。
- ・ 本児が4歳の時に他市町村へ転居。転居後に実母が妊娠。その後、事案が発生した

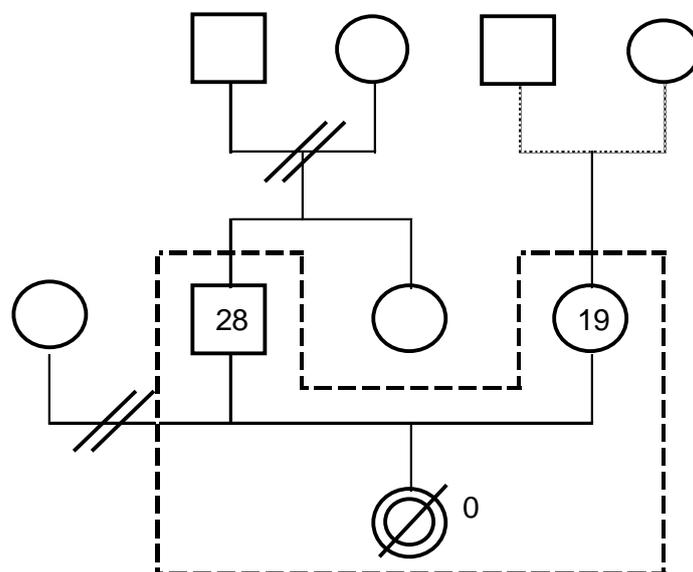
10代の実父母が予期しない妊娠の後に出産、遺棄し死亡させた事例
【事例2】



死亡事案発生時の世帯状況

- ・ 10代の実父母が交際し予期しない妊娠をした。
- ・ 実父母は妊娠について周囲に相談することなく、また周囲も実母の妊娠に気づくことはなかった。
- ・ 実父母は出産後、遺体を遺棄。その後、事案が発覚した。

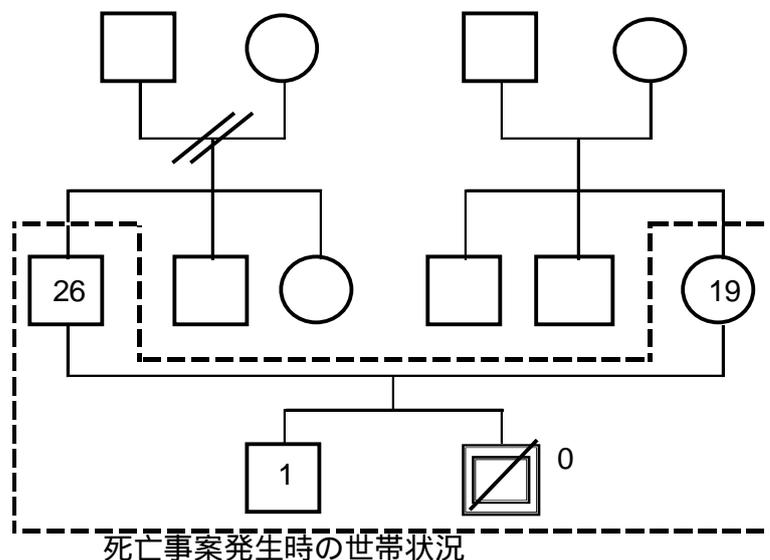
要保護児童対策地域協議会の対象となっていた長女を、実父母が自宅に放置し死亡させた事例【事例3】



死亡事案発生時の世帯状況

- ・ 実母は若年妊婦、支援体制が希薄等という理由で、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会の対象となっており、妊娠中から市町村が連絡をしていたが、連絡がとれない状況が続いていた。
- ・ 長女出産後、市町村は実母・本児の家庭訪問を予定したがキャンセルが続いた。また、出産後、親族宅に里帰りするとの情報もあり、実母・本児の生活拠点が自宅か親族宅か判然しない状況であったため、本児は要保護児童対策地域協議会の対象となった。
- ・ 市町村はその後、実母への電話連絡、実父母宅の家庭訪問を重ねたが本児に会うことができなかったため、親族宅と連絡を取り親族宅で実母・本児の目視確認を行った。
- ・ 親族宅で本児を目視後、本児の乳児健診で面接予定としていたが来所しなかったため支援策の再考を予定していた中、事案が発生した。

転居にあたり市町村間で情報共有されていた実母が、次男に揺さぶり行為を行い死亡させた事例【事例4】



- ・ 実母は妊娠中に転居。転居にあたり、若年妊婦、複雑な家庭環境での生育歴があることから、市町村間で支援依頼が行われた。
- ・ 転居後、実母は長男を出産。乳児健診時で本児の体重増加不良や、実母の育児に対するイライラ感が確認されたが、長男の発育状況や実母の発言から大きな問題とはされなかった。
- ・ その後、実母は本児を妊娠。本児出産時、出産病院から市町村に体重増加不良、実母支援の必要性について連絡があった。
- ・ 市町村は家庭訪問を実施し実母・本児と面接。その際、実母が座布団に寝ている本児をあやす時、左右に揺らす様子があったため、市町村は実母に対し、チラシを用いて乳幼児揺さぶられ症候群(S B S)の説明を行った。
- ・ 長男の幼児健診では、育児の困り感等の訴えはなかった。その後、事案が発生した。

問題点と対応策

上記4事例のヒアリング調査を行った後、本委員会において、各事例を通して把握された問題点やそれぞれの対応策について取りまとめた。

転居や里帰り等により居所が一定しない事案に対する支援

ア 事実

【事例1】

- ・ 事件発覚まで当該家族が転居したことが確認されておらず、児童相談所間の引継ぎは行われなかった。
- ・ 転居後、子どもは保育所に入所していた。実母は、市町村や保育所に育児に関する相談をすることはなかった。

【事例3】

- ・ 出産後、子どもは要保護児童対策地域協議会の対象となったが、子どもが現に暮らしているところが一定せず、安否確認が直接できない状況が続いた。

イ 問題点

【事例1】

- ・ 家庭復帰時や虐待通告等があった際など、児童相談所と関係機関が情報共有し、各機関の役割を明確にする等、家族の変化をいずれかの機関がキャッチできる体制を整えておく必要があった。

【事例3】

- ・ 子どもが現に暮らしているところが一定せず、安否確認が直接できない状況が続き、正確な情報を把握することができず、リスクアセスメントが十分に行えていなかった可能性があった。

ウ 対応策

【事例1】から、児童相談所が指導等を終了する際に、継続した見守り体制が構築されていれば、転居の情報を把握できていた可能性がある。転居の情報を確実に把握していくためには、単独の機関による支援だけでなく、広域的に複数の機関による見守り体制を構築する必要がある。また、継続ケースでは定期的なアセスメントを実施し情報を適切に把握する等、確実な進行管理を行うことが重要である。それでもなお、転居の情報が把握できなかった場合に備え、転入者に対して子育て支援に関する情報等の提供を確実に行う等、転入時の支援体制の整備を検討する必要がある。

【事例3】から、居住が一定でなく連絡がとりにくい家庭に対しては、面接するための体制を検討するとともに、里帰り先の関係機関等と連携する等、広域的に複数の機関で対応する体制を構築する必要がある。また、そのような状況においては、安否確認ができないこと自体をリスクが高いものと認識し、危険度を上げる等、対応を見直す必要がある。

家族全体を含めたアセスメント

ア 事実

【事例2】

- ・ 実父の家族に対しては、実父が幼い時から身体的虐待やネグレクトの疑いで児童相談所が介入していた。
- ・ 実母は生活態度を改善するという名目で、実母方祖父から暴力を受けていた。

【事例3】

- ・ 実母方祖母は、子どもを心配に思う気持ちはあったが、実母に母親の自覚を促す目的から、実父母から依頼があった時にのみ支援を行った。実母方祖母と実母の関係は良好とはいえなかった。
- ・ 実母は連絡が取りづらい一方で、実母自身が知りたいことについては自ら市町村に電話で問い合わせることもあった。

【事例4】

- ・ 事案発生後、実父から実母に支配的な関わりがあったことが判明した。
- ・ 市町村は家庭訪問の際、実母のあやし方に対し乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）の説明を行った。
- ・ 長男の健診時に、実母は「イライラはいつも」「父の帰りが遅い」などにチェックしていた。

イ 問題点

【事例2】

- ・ 児童相談所は実父家族への支援を終了させる際、関係機関と情報共有することはなかった。
- ・ 実母方祖父から実母への暴力については、実母自身が訴えるまで周囲が気づくことはなかった。

【事例3】

- ・ 実母方祖母と実母との関係に対して、十分なアセスメントが実施されていなかった。

- ・ 実母からの発信に関連して、実母が求める支援と市町村が考える支援について、齟齬が生じていた可能性があった。

【事例4】

- ・ 健診の質問による実母のSOSに対する精査や受け止めが不十分だった。また、アセスメントに先立つ夫婦関係や、実母の生育歴等の情報を元にしたアセスメントが十分になされていなかった。
- ・ 家庭訪問時に市町村は実母に対し乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）の説明を行っていたが、本事案が発生した。実母が乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）について、どの程度認識していたかは不明であった。

ウ 対応策

【事例2】【事例3】【事例4】ともに、児童相談所の介入歴や母子関係の問題など、複雑な環境の中での生育した状況がある。虐待への対応は、個人のみならず家族全体の構造的な問題についても背景に注意をはらう必要があることを認識し、家族全体のアセスメントを実施するとともに、状況の変化をふまえた支援を行う必要がある。また、家族を含めたアプローチでは、関係機関と情報共有や意見交換を行いながら複数の機関で包括的にかかわる等の体制が必要と考える。

また実父や実母等への支援について、【事例3】【事例4】から、支援対象者が今まさに何に困っているのか、保護者の訴えのみに対応するのではなく、家族全体の状況をアセスメントし、それに対応した支援ができるよう働きかける必要があるといえる。

【事例4】からは、虐待とDVの密接な関係を常に意識し、情報収集、家族を含めたアセスメントの必要があるといえる。また、要保護児童対策地域協議会等において、DVの専門的視点をもつ構成員等からの助言を受け体制を整えることも検討する必要がある。

特定妊婦に対する対応

ア 事実

【事例1】

- ・ 第二子の妊娠届提出時に、子どもの施設入所等に関連した情報がなかったこともあり、特定妊婦と認識されることはなかった。その中で、妊娠中の実母が衝動的に子どもに暴力をふるった。
- ・ 実母が市町村や保育所に相談することはなかった。

【事例2】

- ・ 10代の実父母は妊娠していることを周囲に相談することなく、中絶

も考えたが費用を工面することができなかった。また周囲も実母が妊娠していることに気づけなかった。

【事例3】

- ・ 実母は母子健康手帳交付時から特定妊婦として要保護児童対策地域協議会の対象とされていた。妊娠期間中、市町村から実母に連絡を続けていたが、連絡がつかない状況が続いた。
- ・ 妊娠中に、出産後の支援策をたてていなかった。

【事例4】

- ・ 転居前後の市町村ともに支援が必要な妊婦と考えていたが、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会の対象としていなかった。
- ・ 出産時、産婦人科は市町村に情報を提供していたが、その後の受診状況等は共有されていなかった。

イ 問題点

【事例1】

- ・ 転居に伴い転居前の情報がなく、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会の対象とされなかった。また、妊娠中の実母の負担をキャッチできなかった。
- ・ 実母自身も育児の負担感を周囲に相談することはなかった。

【事例2】

- ・ 10代の予期しない妊娠は、性や妊娠に関する正確な情報を持ち合わせなかった可能性があった。
- ・ 実父母は妊娠に気づかれることもなく、それを相談できる対象がいなかった。周囲も実母の妊娠に気づけなかった。

【事例3】

- ・ 特定妊婦として要保護児童対策地域協議会に登録されていたが、電話連絡がつかないまま出産まで経過し、妊婦に対する情報収集が十分できていない状況であった。妊婦のアセスメントや妊婦が必要としている支援への見立てが十分でなく、支援関係の構築がうまくなされていなかった可能性がある。
- ・ 出産病院への対応が、電話による状況確認と出産後のサマリー提出依頼のみで特定妊婦として積極的に対応されていなかった。

【事例4】

- ・ 特定妊婦の判断基準が曖昧であり、要保護児童対策地域協議会の対象として対応しておらず、市町村担当者に支援がゆだねられていた。

ウ 対応策

【事例1】から、妊婦に接する機会の多い部署では、その負担感をアセスメントし、衝動的な行動がある危険性を想定した対応を行う必要性がある。

また、全ての事例において、実母は自らの育児に対する困難感を周囲に発信しておらず、自ら支援を求めない人へのアウトリーチを検討する必要がある。

【事例2】からは、若年層が予期しない妊娠や妊娠前からの性に関する相談等について、SNSの活用を検討する等、SOSを出しやすい体制を整え、その相談先を対象層に広く周知する必要がある。また、特定妊婦として関わった情報や支援内容を、出産後の子どもの支援にも活かす等長期的な視野をもった支援が必要である。

0か月の死亡事例において、特に若年の出産による死亡事例については、その将来をみすえた心理的ケアを視野に入れ、専門家とも連携した長期的な支援を検討する必要がある。

【事例3】【事例4】からは、特定妊婦の危険度を明確にするアセスメントツールを統一し、要保護児童対策地域協議会と連携するシステムの構築を検討する必要がある。また、関係機関同士で情報を共有する体制の構築等もふまえ、特定妊婦への対応に関する標準プログラムを作成し、対応することも有効と考えられる。

また、特定妊婦における妊婦健診の未受診など、リスクが高まる可能性のある重要な出来事を、関係機関で共有する体制の構築を検討する必要がある。

虐待を発見する視点

ア 事実

【事例1】

- ・ 事案発生後、子どもが入所していた保育所において、虐待の発生が疑われる兆候があったことが判明した。

【事例2】

- ・ 実母は妊娠について周囲に相談することはなかった。

【事例4】

- ・ 市町村は家庭訪問の際、実母のあやし方に対し乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）の説明を行った。

イ 問題点

【事例 1】

- ・ 子どもが在籍していた保育所では虐待を疑われる兆候を記録していたが、過去の事例対応から保護者との関係に配慮し、市町村、児童相談所に対し情報を伝えていなかった

【事例 2】

- ・ 実母の妊娠に家族・学校等、周囲が気づかなかった。

【事例 4】

- ・ 家庭訪問時に市町村は実母に対し乳幼児揺さぶられ症候群(S B S)の説明を行っていたが、本事案が発生した。

ウ 対応策

【事例 1】から、児童虐待防止法において虐待の早期発見が期待されている機関に対して、今後も、虐待対応に関する基礎知識や求められる責務についてにより一層の周知・啓発が必要である。併せて【事例 4】から、育児不安や育児疲労等によって生じる、保護者の子どもに対する衝動的な感情・行動をコントロールする方法について、今後も広く地域に啓発を続ける必要がある。

また【事例 2】から、学校においては、被虐待児への対応とともに、若年妊娠の可能性について認識し、リスクアセスメント・組織的な対応の在り方を検討する必要があると言える。

施設退所時の支援

ア 事実

【事例 1】

- ・ 家庭復帰後の支援計画が明確でなく、家庭復帰前の支援会議でも、関係機関間で具体的な役割分担がされていなかった。また、市町村の要保護児童対策地域協議会に情報提供がなされていなかった。
- ・ 家庭復帰後に、幼児健診未受診や虐待通告があり、児童相談所が実父母・子どもと面接を実施したが、その後の接触がないまま転居にいたった。

イ 問題点

【事例 1】

- ・ 入所措置解除後の支援計画、在宅復帰に向けてのチェックリストの判断基準や確認方法を明確にし、活用する必要があった。
- ・ 虐待以外の問題で継続している児の支援の進行管理や、児の虐待通

告の対応・継続指導の定期見直しがなされていなかった。

- ・ 家庭復帰時は、関係機関間で具体的な役割分担を行うとともに、要保護児童対策地域協議会を通じて関係機関で情報共有を行い、地域における見守りを継続的に行う必要があった。
- ・ 虐待以外の理由で支援関係が構築されている中で、新たな虐待情報があった場合に、継続支援の中で面接が行われており、支援と違う視点での事実確認が行われていなかった。

ウ 対応策

【事例1】から、家庭復帰時の対応としては、まず既存の援助マニュアル等の徹底を行うことが前提である。職員の経験に関わらず一律の対応が担保できるよう、十分な研修やスーパーバイズを行う体制を整備する必要がある。

その上で、在宅支援に向けて入所中から児童相談所と関係機関が情報を共有し、要保護児童対策地域協議会において管理するなど、関係機関と連携した支援策を具体的に講じておく必要がある。また、継続支援中の状況にとらわれず、新たな虐待通告や家族構成の変化等があった場合は、状況が変化しているという観点をもって対応する必要がある。

支援者側の体制の充実

ア 事実

【事例3】

- ・ 担当者の変更時に引継ぎ体制が十分でなかった。

イ 問題点

【事例3】

- ・ 事例に対する支援の責任が、担当職員に偏っていた可能性がある。

ウ 対応策

【事例3】から、支援を行うそれぞれの機関内について、支援困難事例は個人でなくチームでかかわる体制を整える必要がある。また、引継ぎルールの明確化、市町村も含め実情に応じた適切な支援を行うことができる体制を検討する必要がある。