

委員提出資料

井上委員提出資料	1
岩佐委員提出資料	13
加藤委員提出資料	19
辰田委員提出資料	27
中板委員提出資料	31
平田委員提出資料	35
武藤委員提出資料	45
山田委員提出資料	51

井上委員提出資料

10 月初旬に井上委員より事務局あてに提供があり、WG、専門委員会への配布をしていなかったため、今回、井上委員のご了解を頂き配布するもの。

新たな児童虐待防止システム構築検討 WG 1

(井上案)

2015/09/30

井上登生

児童虐待防止対策強化プロジェクト（施策の方向性）：①発生予防の強化



市町村：虐待対策における母子保健の位置づけ

はじめに

地域での子ども虐待予防における妊娠期や乳幼児期からの対策は、2004年の児童福祉法改正により、要保護児童対策地域協議会事業（以下、要対協）が法定化され、市区町村が子ども虐待通告窓口となり大きく変貌を遂げた¹⁻²⁾。特に、09年4月に開始された乳児家庭全戸訪問事業（通称、こんにちは赤ちゃん事業）の市町村母子保健・児童福祉部門への導入は重要で、妊娠期からの子ども虐待予防を含む子育て支援の根幹となってきた。

- 1) 厚生労働省（2013）子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/130823-01.html

- 2) 井上登生．周産期からの子ども虐待予防と小児科医の役割：ゼロ歳児からの死亡ゼロを目指して．

日児誌 2013：117：570-579

- 3) 井上登生．地域での子ども虐待予防．日本医事新報 2015：18-22

しかしながら、具体的な実践状況は、各市町村での格差が大きくなってきており、特に小規模市町村では、人材確保や人材養成の問題などから、どの部署が何に責任を持って、どこまでやるのかというような疑問から、実際の活動が制限されたり、縮小され始めたりしている現状がある。

そこで、最低限の活動（ワーキング・ミニマム）を法律やその附則に記載することで、わが国すべての地域で、基本的な遵守事項に関しては同じ方向を向いて活動が続けられると考えられるので、現状の問題点や改革の要点につき報告する。

一方、わが国は、世界に冠たる母子保健事業活動や母子手帳などのツール、主任児童委員や母子保健推進員など地域でともに働ける人材がすでに地域に存在するので、いかに連動し、新たな子ども家庭福祉の実践に向かい、子どもとその養育者のウェル・ビーイングのために有効活用できるかも報告する。

1. 妊娠中からのケア

① 母子手帳の交付は、必ず保健師が行う（母子保健法）

現状の問題点：市町村によっては、通常の事務員が行ったりしているところがある。

改革の要点：妊娠届け・母子手帳の交付の妊婦とのファーストタッチは、気になる妊婦の発見における最も重要な場面のひとつである。よって、特定妊婦とはどういうものかということに熟知した保健師が行うべきである。

② 特定妊婦に気づいたら、市町村要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）に連絡する（児童福祉法）

現状の問題点：現時点では、気になる妊婦の同定は可能だが、それがすべて特定妊婦にあたるかどうかについての不安から、要対協につながっていないケースがしばしば見られる。

改革の要点：「気になる妊婦→保健師によるケース会議や家庭訪問・情報収集→特定妊婦の同定」とするか、「気になる妊婦→特定妊婦として同定→保健師によるケース会議や家庭訪問・情報収集後、ケースに応じて特定妊婦の同定解除とする」などの手順を明確にする必要がある。同時に、特定妊婦の定義・判断基準を明確にする必要がある。

③ 市町村の産科のある病院・診療所の助産師と医師の了解を得た上で、市町村保健師は日頃より連携をとる（母子保健法）

現状の問題点：現時点では、病院・診療所の助産師と市町村保健師の間で、気になる妊婦や特定妊婦の考え方に違いのあるところが多い。たとえば、経済苦などがある妊婦の場合、施設によっては個人の問題として支援の対象と認識していない所もある。

改革の要点：「気になる妊婦や特定妊婦の考え方」を病院・診療所の助産師と市町村保健師の間で統一し、同じ視点で支援を考えるようにしていく。後述する市町村が主催する「母子保健事業・養育支援訪問事業研究会」などへの参加を積極的に進めていく。

④ 妊婦に精神疾患を認めた場合は、妊娠中より精神科主治医との連携をとるようにする。（児童福祉法・母子保健法）

現状の問題点：精神科クリニックへのヒアリングで、以前と比べ明らかに精神疾患があっても妊娠・出産へと進むケースが増えている。育児困難を心配するも、どう支援したら良いかわからないという意見をよく耳にする。

改革の要点：妊娠中より精神科主治医と連携を図り、精神科看護師や精神保健福祉士との連携を強化し、妊婦への支援を開始する。精神科医も困っていることが多いので、ケースを通して、市町村保健師や保健所保健師の支援が有効であることがわかると、その後の連携が取りやすくなる。同時に、その経験を元に、別のケースなどでの助言をもらえること增多する。

中津市では市内の精神科クリニックや診療所の精神科医と市町村保健師、保健所保健師、基幹病院の保健師、小児科医などからなる大分県北部地区産後メンタルヘルス地域連携パスやヘルシースタートおおいた（北部圏域）の事業があり、会合で意見を交わし、精神疾患を持った養育者に対し、関係者が同じ視点を持ってケアを進めるよう努力している。

- 4) ヘルシースタートおおいたガイドライン（北部圏域版）

http://www.pref.oita.jp/uploaded/life/235379_242157_misc.pdf

- 5) 東保裕の介, ペリネイタルビジットからみた妊産婦ハイリスク事例スクリーニング, 母子保健情報 2013 : 67 : 51-57 http://www.aiiku.or.jp/aiiku/syuppan/boshi67/boshi67_12

⑤ 特定妊婦に関しては、妊娠中より家庭訪問をする（児童福祉法・母子保健法）

現状の問題点：現時点では、市町村母子保健担当保健師や児童福祉担当保健師や相談員が単独で訪問したりするケースがある。

改革の要点：明確に特定妊婦と特定できるケースは、市町村母子保健担当保健師と児童福祉担当保健師のペアで訪問する。

⑥ 必要に応じ、ケースカンファレンスを行う。（児童福祉法・母子保健法）

現状の問題点：現時点では、ケースカンファレンスは市町村保健師のみで行われている事が多い。

改革の要点：若年妊娠などの場合、学校や若年妊婦の主治医（小児科や内科で、若年妊婦自身の家庭やそれまでの受診歴から本人についてよく知っている医師）との連携をとる。その結果、無理のない介入ができることが多くなる。

⑦ 母子(支援)連絡票・周産期連絡票を作成する。（母子保健法）

現状の問題点：現時点で、これらの連絡票を十分活用して連携を維持しているところと、口頭でのやり取りや簡単なメモで済ましているところがある。

改革の要点：このような連絡票は、他の事業と同じように、国が基本的なモデルを示し、それをもとに各市町村の現状に即したものを作成する。大きく内容を変化させるときは、理由を明確にして変更・改定をし、国の基本的なモデルの改定に反映させていくようにする。

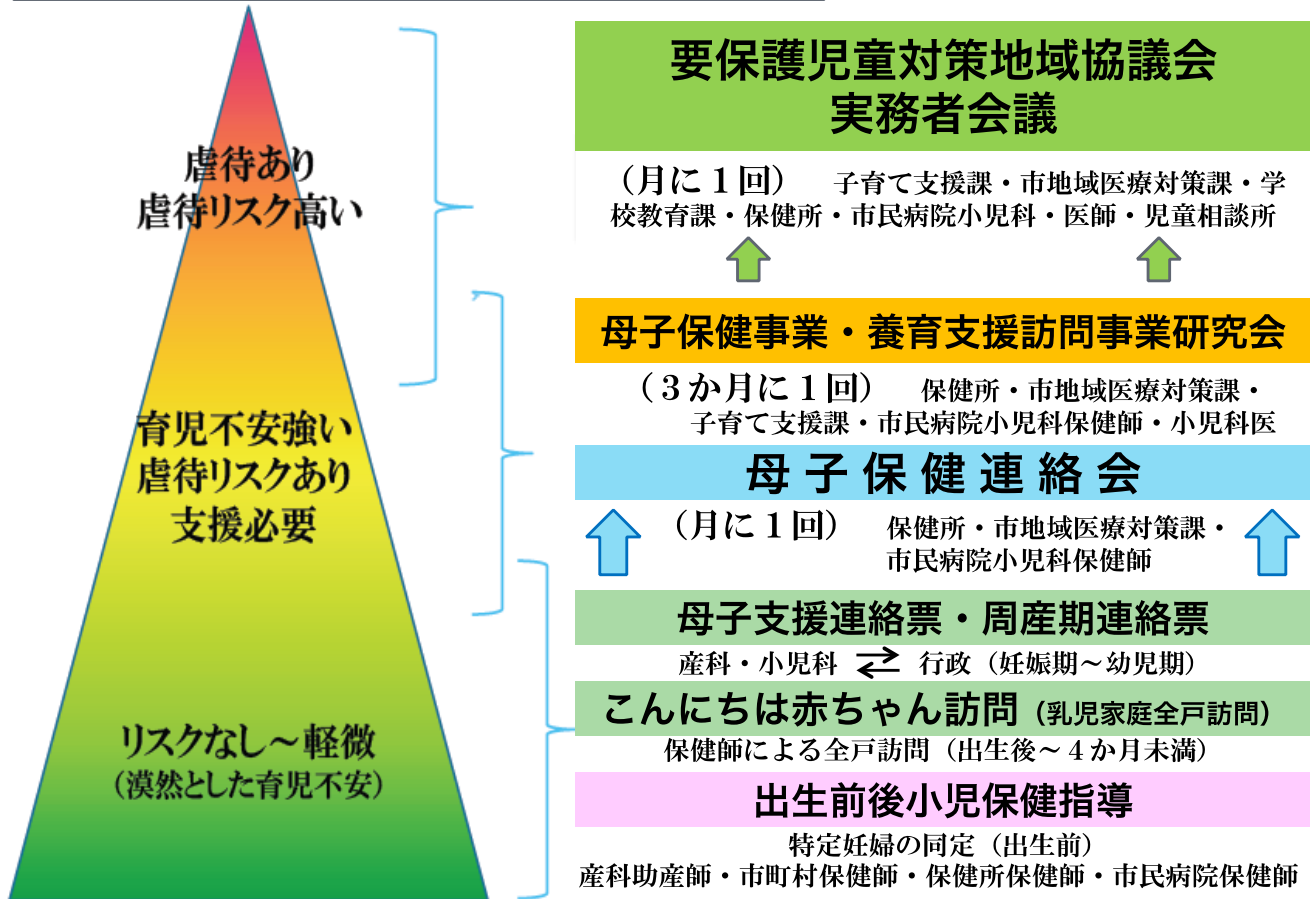
- 6) 愛知県西尾保健所発行。母子連絡票について、Web で取得可

⑧ 母子保健連絡会（市町村保健師・保健所保健師・基幹病院の保健師などが参加する）を定期的（可能なら月に1回は最低）に開催する。（母子保健法・児童福祉法）

現状の問題点：現時点では、基幹病院の保健師や助産師が含まれていないことがある。地域周産期母子医療センターの指定を受けている基幹病院産科の場合、飛び込み出産や墜落分娩事後処置など社会的リスクの高い出産を取り扱っていることが多いので、その後の対応などで要対協や児童相談所との連携が必要となることが多い。

改革の要点：少なくとも、地域周産期母子医療センターの指定を受けている基幹病院産科の助産師や保健師は、必ず、母子保健連絡会には参加するように義務づける。

中津市 妊婦・母子支援の概念図



2. 出生後4か月健診まで

① 1か月健診の結果を必ず確認する(母子保健法)

現状の問題点：1か月健診未受診者について、市町村保健師への報告が全例ではない。

改革の要点：1か月健診未受診者には、必ず連絡を取り、未受診理由が明確でない場合、家庭訪問を行う。

② こんにちは赤ちゃん訪問を実施する(児童福祉法)

現状の問題点：訪問拒否事例に対する対応の仕方が、市町村によりばらつきがある。

改革の要点：訪問拒否事例に対する対応と判断の仕方について国の基準を示す。同時に、訪問拒否事例であっても必ず連絡を取り、訪問拒否の理由が明確でない場合、家庭訪問を行う。ただし、訪問拒否事例であっても、情報収集により状況の把握ならびに乳児の安全が確認できている場合は、無理に介入せず、1か月健診や4か月乳児健診、ならびに予防接種受診時に必ず確認するようにする。(児童福祉法、母子保健法)

③ こんにちは赤ちゃん訪問拒否、1か月健診受診拒否事例は、要対協に報告するとともに、必要に応じ児童相談所とも連携をとり、必ず、子どもの確認を行う。(児童福祉法)

現状の問題点：子どもの確認ができないまま、母親やその家族との関係構築の悪化を恐れ、そのまま見守りとなっている事例を散見する。

改革の要点：必要に応じ、子どもの確認をしなければならない法的根拠を示し、子どもの確認をする。対立関係にならないように配慮し、あくまでも出産後の母親の体調や授乳や清拭など子どものケアが順調にしていることの確認が目的であることを前提とし、確認に協力してくれた母親に感謝の気持ちを伝えるようにする。加えて、今の日本にはこのような制度があることを伝えるとともに、子ども・子育て新制度や乳幼児健診、予防接種、小児救急医療などの情報を提供し、必要に応じ市町村保健師が支援することを確認する。

④ 最低3か月に1回は、こんにちは赤ちゃん訪問事業の結果をまとめ、母子保健事業・養育支援家庭訪問事業検討会（中津市では研修会）で報告し、養育支援家庭訪問事業と連動する。市町村保健師、保健所保健師、基幹病院保健師、医師会乳幼児健診担当、医師会要対協担当医などの参加を計り、地域における母子保健事業の周知を図るとともに顔の見える連携を構築する。（児童福祉法、母子保健法）

＊母子保健事業・養育支援家庭訪問事業研究会：中津市では、上記報告会を3月に1回必ず開催し、継続訪問事例の確認を行うとともに、保健師のスキルアップを目的とした事例検討会を必ず行っている。現在では、2次医療圏すべての市町村と福岡県域ではあるが基幹病院が一緒のエリアの保健師も参加して行っている。

現状の問題点：すべての市町村で、このような報告会が行われているわけではない。

改革の要点：このような報告会の開催を義務づけることにより、顔の見える連携の構築ができるようになる。同時に、市町村保健師の取り組みを多職種、特に乳幼児健診担当の医師に知ってもらい、日頃からのケアに結びつけることが切れ目のないケアにおいて重要である。また、各市町村や他機関の保健師が同じ視点を持って地域の子どもや養育者に関わることができることになる。

⑤ 母子保健事業・養育支援家庭訪問事業検討会に、地域の郡市医師会の乳幼児健診や予防接種担当理事に参加してもらう。

現状の問題点：現時点では、郡市医師会の子ども部会担当（あるいは乳幼児健診や予防接種、園医・校医担当など）が公務で参加しているところは少なく、乳児全戸家庭訪問事業が始まって7年目になるのに、そのような制度があることを知らない医師会も存在する。

改革の要点：本検討会への参加を医師会担当理事の業務として位置付けることにより、地域での子ども虐待予防事業を認識してもらい、高齢者虐待や障害児・者虐待予防事業とも連動して、郡市医師会の重要な業務のひとつとして認識してもらうようにする。

3. 要保護児童対策地域協議会について

① 代表者会議、実務者会議、ケース会議、特に代表者会議、実務者会議に参加する部署・役職を明確にする。また、開催回数の最低基準、報告内容などを明確にする。同時に、少なくとも代表者会議においては、年間の対象ケースの分析結果や活動状況等の報告書の作成を義務付ける。

現状の問題点：2013年4月1日時点、要対協を設置済みの市町村（特別区を含む）は、全国1742市町村のうち、1722箇所（98.9%）であった。また、未設置の市町村のうち、市町村が任意で設置する児童虐待防止ネットワークを設置済みの市町村は、14箇所（0.8%）であるので、全体

で 1736 箇所（99.7％）の市町村が虐待対応に関する部署を設置していることになる。しかしながら、制度の有効活用が順調な地方自治体と停滞気味の自治体の実際の活動内容は格差が大きくなっており、早急な対応が求められる。

改革の要点：代表者会議には、各関係機関の所長、部長、課長などが中心となり参加しているが、会議で質問が出た場合、実務を担当している人の参加がないと、的確な質疑応答ができない場合がある。その結果、その場で解決出来るあるいは方向性を決定すべき事案などが先送りになり、全体的に単なる報告会のような会議になる傾向がある。中津市の場合、井上が過去 20 年を超える変遷も含め把握しているので、ほとんどの場合、課長の報告に追加して説明ができていますが、今後、井上がいなくなったら、おそらく機能の低下は免れないこととなる。

このように、現在のところ、多くの地方自治体で、経過をよく知る人の努力で維持しているが、このような体制では継続が困難で、抜本的な改善が必要である。

この点については、国が主導し法律に明言化し、行政内に真の専門家を作る必要がある。これまでの経験から考えると真の専門家になるためには最低 7 年ほどかかるので、後任者養成の目安としてほしい。

② 市町村において要対協を設置している部署（例：子育て支援課など）に、専門と言える人が少ない。

現状の問題点：現在、県が中心となり、人材育成講座などが始まっているが、人事異動などで、安定した体制づくりができていないところが多い。（児童福祉法）

改革の要点：よって、要対協専門職を最低 1 人は設置し、勤続は最低 5 年とする。できれば 7 年とする。交代に向けて、5 年交代の場合は 2 年間、7 年交代の場合は 3 年間は、次の専門職となる人と現在の専門職が重なって仕事をするようにする。

③ 要保護児童の問題は、軽症の場合は市町村要対協が、重症の場合は児童相談所が対応することになるが、全体数の把握は市町村要対協が行うことを明言する。（児童福祉法）

現状の問題点：現在、要対協から年間の統計報告がなされているが、初めから児童相談所が関与し、市町村要対協をまったく通過せず対応しているケースに関しては、市町村要対協の統計に反映されない自治体もある。

改革の要点：子ども虐待ケースの発生全体数の把握は、市町村要対協が必ず行い、そのうち児童相談所主導で対応が行われているケースは、何例あるのかを明確にした統計報告とする。

④ 要対協実務者会議の開催回数、参加者の最低基準を明確にする。（児童福祉法）

現状の問題点：要対協は実務者会議と個別ケース会議が、臨床的には重要となる。特に実務者会議を最低月に 1 回は開催すべきであるが、極端に開催回数が少ないところがある。

改革の要点：各市町村の人口、とりわけ子ども数に差があり、発生件数が少ないために、年に 2～3 回（それ以下のところもあると聞いている）しか実務者会議を開催していないところもある。実際に開催回数が少なくてすむ市町村においても、「開催は毎月 1 回の予定とし、対象者がいない場合は開催日の 1 週間前に開催中止報告をする」などのシステムにすることが望ましい。発生数が少

ないから年に2～3回などの対応とすると、発生から3か月以上たって実務者会議の開催となる場合もある。

このような実態を国が把握し、具体的な対応方法を示す必要がある。

⑤ 要対協のメンバーが中心となり研究会（ケース検討会：1例に2～3時間かけてじっくり行う）を市内の児童養護施設が事務局となり、会場の提供も行なって開催する。

現状の問題点：ケース関係者が一同に介し、在宅支援段階から施設保護となった直後、その後の施設内での適応の状況や、園や学校などでの行動の変化など、時間列の違う、子どもの発達も考慮したケース検討を行い、それに専門的な立場からスーパーバイズする、若い保健師や施設スタッフ、学校のスクールカウンセラー、教師なども参加した研修会が少ない。

改革の要点：スーパーバイザーの養成。顔の見える連携。ケースを継続的にフォローすることにより、社会的養護に関わる全ての人が、子どもの変化の状況を継続的に知ることができる。

中津市では、要対協のスタッフに、近隣市町村から母子自立支援施設のスタッフ、知的障害児・者施設のスタッフだが社会的養護の問題で自宅に戻れない知的障害者を預かっているケア・ワーカーなども加わり研修会を継続している。基本的に毎月1回で、すでに18年を経過している。

児童相談所機能再構築・データベースについて

井上 登生

1. 現状と課題

①区市町村により、子ども家庭支援相談における児童相談所との機能・役割分担が進んでいるところとそうでないところの格差が大きくなっている。県単位で、千葉県が作成しているような「各市町村児童相談・虐待通告担当部署一覧：＊」を作成し、現状の把握を行うことが必要である。

＊https://www.pref.chiba.lg.jp/kyouiku/shidou/seitoshidou/documents/gyakutai_002.pdf

②データベースについても、様々な市町村の統計の取り方を確認したが、特定妊婦や子ども虐待の判断基準に差が大きく、「疑い」や「気になる」の段階を含む統計や「評価して決定」のみを取り上げた統計、対応数に関しても「のべ人数報告」や「実数報告」などが混在している状態である。

2. 改革の要点

1. 保健・医療・福祉が連動した社会的養護システム再構築のための手順

：子どもや養育者の生活に大きな負担を与えないように対応するためには、道路やその他の交通機関事情にも配慮し、利用者が利用しやすいシステムにしなければならない。そのために、下記のような手順で、現在の状況を把握し、実情に合致したシステムを構築する必要がある。目安として、25～30万人圏に1箇所の地域総合子ども家庭支援センター（児童相談所機能を持つ施設の意）をおく。ただし、地域の交通機関網、地形、面積、人口を考慮し、

①各都道府県・政令指定都市ごとの児童相談所の所在地の確認

②それぞれの児童相談所と関係する子ども家庭支援センターの所在の確認

：児童家庭支援センターの所在も確認する

③各都道府県・政令指定都市ごとの保健医療の2次医療圏の確認

④③の2次医療圏の地図に、①②の所在地をプロットする

⑤都道府県・政令指定都市下の乳児院・児童養護施設・児童自立支援施設・母子生活支援施設・母子シェルター・児童自立生活援助事業実施施設（自立援助ホーム）などの所在を確認し、上記地図にプロットする

2. 各都道府県・政令指定都市ごとのシステム(案)

①都道府県、政令指定都市、特例区、中核市

中央情報管理部（都道府県・政令指定都市・特別市・中核市に1箇所設置）

：県全体・各市全体の社会的養護の必要な家庭（要保護家庭）のデータの集積と重症度分類に基づく緊急介入の必要性の把握、実際の介入に必要な法制度のバックアップなどを行う。

最低3か月に1回、全県下の地域総合子ども家庭支援センターの代表（センター長と実務者代表など）は中央情報管理部が主催する協議会に参加し、気になる事例の確認や指導を行い、実際に起きていることを確認する。また、上記判断基準や統計の取り方などのスーパーバイズを行う。

現在、中央児童相談所が主催で開催している児童部会の内容では不十分である。

地域総合子ども家庭支援センター（保健医療の2次医療圏ごとに1箇所設置）

：各県の保健所と同じエリアを担当し、所属する市町村の要対協の相談事例をすべて把握する。そのためには、所属する市町村の要対協会（代表者会議・実務者会議・ケース会議）に、すべて参加す

るようにし、事例の把握と共に、スーパーバイズを行う。

現状の児童相談所の活動にもっとも近い組織形態をとり、地域のネットワークの拠点となる。

私の個人的な意見としては、現在の保健所と同じ建物の中に、新しい部署として作るか、併設するのが理想だと考えます。予算的にも別個に独立して作るのは無駄が多すぎると考えます。

②市町村

要保護児童対策地域協議会；通称、要対協（各市町村ごとに設置）

3. データベースについて

- ① 上記、都道府県・政令指定都市・特例区・中核市の中央情報管理部が、把握したデータベースを国が管理し、転居や出国などの時点で、チェックができるシステムが必要と考える。
- ② 市町村に気になる事例が出た場合は、第一段階では、まず、上記、地域総合子ども家庭支援センターに報告とともに確認依頼をし、そこから県中央情報部や国のデータベースに参照することができるシステムにする。返答は遅くても 24 時間以内にできる必要がある。
- ③ 現在、県警察の生活安全部では、DV 家庭を中心としたデータシステムは存在するので、どこまで開示できるかの検討は必要だが、連携は必須と考えられる。
- ④ また、わが国では義務教育制度があり、すべての子どもは小学校以降は、原則すべて把握されているはずである。また、出生から就学までも、現時点では、乳児全戸家庭訪問事業が平成 20 年から動き出したので、きちんとフォローしている自治体では、特定妊婦・乳児全戸家庭訪問・養育支援訪問・4 か月／7 か月／1 歳 6 か月／3 歳 6 か月乳幼児健診、5 歳児健診／発達相談会などで、市町村レベルでフォローできている。
- ⑤ 住所変更届けをせず、移動している家族については、警察の捜査力は有用である。
以上のように、現在あるシステムをうまく活用して、部署別の壁を乗り越えて、子どもの安全・安心を一番に考えての対応を模索すれば、現行のシステムや規則を少し手直しするだけで、何らかの対応ができると考えられる。

4. 専門職員の把握とその養成について

- ① 上記のシステムを考えた上で、必要な専門職の大体の数が解れば、現在の都道府県・政令指定都市・特例区・中核市に専門職としてのスキルを持った人が何人いるのか、それが解れば何人足りないのか、現在、児童福祉と違った部署で働いていても十分なスキルを持っている人は何人いるのか、などの実態を上記エリアごとに現在あるネットワークなどを用い把握する。
- ② 同時に、7～10 年くらいの経験者、経験 3 年以内の新人で、この分野を専門としていきたいと考えている人はどのくらいいるのかを把握する。
- ③ これらをもとに、専門職の養成コースを準備すれば、7～8 年で、形が整ってくる。ただ、単発の計画では無理で、継続できる養成コースが必要である。
- ④ 現在、子育て支援員制度などがすでに動き始めているが、このような中からも専門コースに行きたいと考える人もいるので、前向きな、先を見通せる養成コースが必要と考える。

詳細は、いろいろな案がありますが、今回は時間が無いなかで、思いつくままに述べました。
使える所があれば検討してみて下さい。

岩佐委員提出資料

報告書案に関する意見

2015年12月9日

岩 佐 嘉 彦（弁護士）

1 報告書案4（1）児童福祉審議会について（6頁以下）

児童福祉審議会を活用し、児童相談所や基礎自治体と利害を有しない者による「子どもの権利擁護機能」を持たせる旨、記載言されている。一つの理想的なモデルとして、このような機関が必要であると考えるが、児童相談所についてのチェック機能を持たせるためには、児童福祉に専門性を有し、児童相談所の利害を有しない専門家を、全国で確保する必要があるが、現状ではかなり困難であると推察する。

かかる人材の手当を平行して行う等しなければ、手続きが煩瑣になり、実際の子どもの権利保障にはつながらないと思う。

2 報告書5 国・都道府県・基礎自治体の責任と役割について（7頁以下）

（1）都道府県の役割として、家庭支援の役割を明記すべきである（従前のペーパーで述べたと同様の趣旨）。非行対応についても明記すべきである（少年法も低年齢児童の非行については児童相談所が中心となって対応することを前提としている。なお、児童相談所が低年齢児童への非行対応ができるよう強化すべきである）。

（2）市町村（基礎自治体）が非行対応することについて、対応する非行のレベルにもよるが、現時点では賛成できない。非行対応と虐待対応とは、対応の方法が異なる部分も多く、現在も基礎自治体では非行対応の取組がそれほどなされているとは言えないし、仮に「軽い」非行であっても、基礎自治体に対応するとなると、虐待とは別の対応可能なソーシャルワーカーや心理職を置く必要が生じる。

4 報告書7 1）□、□、2）（2）、（7）（ア）（イ）児童相談所や基礎自治体のあり方について（13頁以下）

児童相談所、市町村のあり方について、既に報告書案で示されたものが検討の対象となる一つのモデルであることは否定しないが、当該モデルが実際に機能するか否かについては、私としては、現場からの意見をさらに詳しく聞く等しないと、大きな方向性はともかく、個別具体的な仕組みの是非については判断できない。

また、そもそも、他にもモデルは考えられるはずであり、報告書案を含めてそれらを比較検討することも必要であると考ええる。

諸外国のモデルを参考にすることは理解するが、諸外国といっても、国によって手法は様々であり、さらにこのような制度が機能するか否かはその社会の他の制度との関係や文化的な要因とも深く関わる場所である。制度構築をする上では、現在の不十分なシステムの中で、一定程度対応している児童相談所・市町村での取組の実情や工夫を調査し、制

度的にどういう手当が必要なのかを検討する必要があると考える（基本的な制度提言をする以上、諸外国の研究を行っている研究者等から意見を聞くことも必要である）。

いま、到達すべきモデルを固定して、それに向けて議論を進めていくことは避けるべきであり、児童相談所が児童虐待や非行問題を中心に対応する旨の方向性、市町村が家族を支援することを中心に対応すべき方向性を確認した上で、現場等の意見を十分に聞き、到達すべきモデルを検討すべきであるとする（なお、専門委員会では低年齢児の非行の取扱いについてもほとんど議論がなされていない）。

また、このような取組を進める上で、児童相談所や市町村の人員（ソーシャルワーカー、心理、さらには関連する専門職）を増員し、専門性を高めるべきであることは、明らかである。この点につき、児童福祉司の資格化や研修システムの抜本的強化を視野にいたした施策を速やかに実施する必要があると考える。報告書案にはロードマップが示されているが、人的強化がなければ、これらの提案は、むしろ、制度の悪化につながりかねない。従って、児童相談所、市町村の人員の強化がなされることが必須であることが極めて重要と考える。

5 報告書 7（8）司法関与について（23頁以下）

司法関与については、私は、一つの理想像として、いまの制度では、裁判所の関与が十分ではなく、司法の関与を強めるべきであるとの立場に立っているが、児童相談所の職員の増員や専門性の強化が不十分なまま司法関与を強化すると、児童相談所のソーシャルワーク機能を弱める結果になると考えるので、この点の担保が必須である。

また、現在示されている報告書案（久保弁護士の意見を含む。）は、裁判所の関与が断片的で、裁判所の決定場面ごとに、保護者・親権者から不服申立てがなされると実際ケースが進みにくくなるほか（断片的に関与させる部分が多くなればなるほど、複雑になる）、司法関与の場面ごとに担当する裁判官にケースを最初から説明する必要があったり、場面によって裁判所の判断が異なる可能性があったりするなどの問題がある（検討の時間が十分ではないが、一時保護についても現行の一時保護は虐待だけではなく、非行や養護ケースにおいても幅広く利用されており、今回久保弁護士から示された要件でカバーできているか、また一時保護期間をどのように設定するのか等検討すべき問題が他にも多くある）。

また、制度全体のなかで、裁判所の役割が明確ではない。本来は、児童虐待のうち、親権を制限するような場面において、裁判所が、行政や保護者との関係で一定の役割（立ち位置）を一定程度明確である必要がある。

さらに、現在の提言内容では、行政法による事実上の親権制限と民法上の親権停止等が依然として交錯している上に、司法関与が想定される場面が増えているためにその交錯場面がより増えてしまっている。そのため、例えば面会制限に司法関与がなされるのであれば、親権停止との関係はどうなるのか、また現行の児童福祉法 47 条 3 項による措置につき裁判所の許可を要しないこととの関係をどう考えるのか等、制度相互間の調整が困難にな

っている。

民法上の親権制限と、行政法による「事実上の親権制限」との不調和は、もともと児童福祉法に内在していた問題であるが、親権停止制度の導入により、問題が顕在化したともいえる。従前のアドホックな改正手法により司法関与の強化をすれば、さらにこの問題点を深める結果になると思われる。

私としては、理想形を議論することも必要と思うが、政策としては、数年かけて児童相談所や市町村の強化、具体的な子どもや親への支援メニューの具体化、充実をはかり、その間は、親権停止制度幅広く活用するように政策誘導すべきと思える（現時点でも、困難な一時保護ケースや「治療命令」が必要なケースは、親権を一時停止させて対応することは可能なはず）。そして、そのような実績をふまえた上で、民法上の親権を制限する枠組みを中心にして対応するのか、行政法的な対応を中心にするのか等をふまえた系統的な司法関与の枠組みを検討すべきであると考えている。

以 上

加藤委員提出資料

12月10日

加藤曜子（流通科学大学）

授業の関係で行けずに残念ですが、意見だけを述べさせていただきます。

1. 児童福祉法第2条 国及び地方公共団体

「国及び地方公共団体は保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」

↓

「国及び地方公共団体は、保護者が第一義的な養育責任者を果たせるように支援をする責任を負う」及び、「国及び地方公共団体は、保護者(それに代わり養育する者)とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」とする。

論議されている点は、国と県、市区町村の責任について問われていますが、国及び地方公共団体は、保護者が養育責任を果たせるように支援する責任を負うことを明記してほしいです。法定化当初は、国も地方公共団体も、保護者も子どもへの育成に努めるという並行の位置づけであったのが、国・地方公共団体と保護者は並行で子どもに向き合うのではなく、国・地方公共団体と保護者との関係も保護者を養育責任を果たせるように支援するという関係になったことを明らかにしておくことができるのではないのでしょうか。子どもの権利条約によって、必ず明記されたい。

2. 市町村の役割拡大に際する注意

予防が重要であるとして、特定妊婦や要支援児童が通告されることになれば、判断基準が自治体によりかなりのばらつきがあるため、自治体によりパンクすることが予想されます。

＊児童福祉法改正で通告対象を広げ、この通告先は市町村としています。189 通告先の一元化と矛盾することにもなります。

虐待の程度が軽度やむしろ気づいていない中で、虐待が発生し、また増幅していくことから、地域で予防できる社会資源を多く作っておかないと、高齢者の在宅支援のようにパンクしてしまうことが予測されます。すでに人材不足と財源が必要であることは10 年来の課題でもあります。よって児童福祉司を1人とは言わず、最低3名の専門的なスタッフを確保できるように努めることを明記すべきだと思います。一人は相談に入り、一人は家庭訪問にいき、一人は個別ケース検討会議に入るとすれば、どのような小単位の自治体においても人は必要となります。

数も多く、さらに人口のばらつきが多い町村については、どのような工夫が必要かを検討

して論じる必要があります。また 10 万未満では、すでに一般行政職が、他の仕事を兼ねながら実践しているため、十分な支援ができていないし、時間もない状態におかれています。

それをどのように解決できるのかを、各市町村で対策を立ててほしいと思います。

解決の具体策として、都道府県からの S V 派遣や広域での支援体制の検討があげられていますが、これは都道府県レベルの新設マネジメント機関による支援を想定しているのでしょうか。広域で支援体制を整備するためには、町村への財政支援が必要になります。

3. 第 3 者評価

次世代育成支援推進委員会や、子ども子育て支援関連での計画が進められており、報告書が必要になることが言われれば、人が足りないのは予想されますので、本当に可能かどうか疑問となります。政令市においては、多分児童相談所と区という形で評価が可能となりますが、かなり差がある市町村比較を誰がどのような形でやれるのでしょうか。

4. 支援マネジメントについての意見

「基礎自治体が支援を提供している虐待および非行事例に関する事例の進捗管理(ケースマネジメント)を行うための支援マネジメント機能を有する機関(部署)を設置することが望ましい」。ただし、規模の小さい自治体では、上記の子ども保護機関と同一の機関内の異なる部署とすることも可能とする。こうした機能を明確に位置づけ、同一機関にあるとしても「子ども保護の業務とは別に的確に遂行できるようにする。」についてはよくわかりません。

* 具体例で支援マネジメント機関がどのような機能を果たすのか、これまでの児相の後方支援や技術的援助とどう異なるのか、イメージ化する必要がありますので例示してください。

5. 措置ケースについての対応

「措置ケース等について、リスクが高いのでマネジメントが重要」と言いながら、支援は市町村、マネジメントは児相という支援とマネジメントを分離する二重構造は、そもそも難しいことで、危険でもあります。分離できるものではありません。

すでに質問しておりますが、二者いることで、同時に支援と介入的支援をやっていく必要がある場合があります。事例をよく知っておかなければ、児童相談所が計画しても、何故、市がそれに従わないといけないのかわかりません。児童相談所でやれば という話になります。

いままで共同でなんとかやろうとしていたものを崩すことになりませんかでしょうか。

またマネジメントの具体的な事例を教えてください。言葉がよくわかりません。

児相は危機介入、市町村は支援という役割分担をしながら、相互情報共有による協働による支援体制が必要となります。

科研調査の過程でわかってきたこと

「特定妊婦」と要支援児童の定義と判断基準の有無については、まだばらつきが相当あることがわかりました。

市向けに調査を実施しました（母数は町村を除き 996）。母子保健担当者への調査と要対協側からの調査をそれぞれ別途実施して、その後突き合わせてみました。

本来市町村で特定妊婦が要対協に登録されていれば、母子保健が出してきた特定妊婦の数と要対協に登録している特定妊婦の数は同じはずです。

両方提出してくれた自治体は 65 基礎自治体でした。そこで回答が一致したのは 21 自治体でした。つまり両方の解釈が異なることになります。

母子保健は 227 通、要対協は 347 通の回答です。

結果については以下になります。基準がないところがまだ多くあることがわかりました。

	あり	%	なし	%	不明	%	合計	%
母子特定妊婦定義	46	70.8%	16	24.6%	3	4.6%	65	100
母子特定妊婦判断あり	40	61.5%	21	32.3%	4	6.2%	65	100
要対協特定妊婦定義	39	60.0%	20	30.8%	6	9.2%	65	100
要対協特定妊婦判断あり	44	67.7%	16	24.6%	5	7.7%	65	100
母子要支援定義	44	67.7%	16	24.6%	5	7.7%	65	100
母子要支援判断あり	30	46.2%	27	41.5%	8	12.3%	65	100
要対協要支定義	36	55.4%	27	41.5%	2	3.1%	65	100
要対協要支援判断あり	23	35.4%	35	53.8%	7	10.8%	65	100

特定妊婦の基準の課題 母子保健調査と要対協調査の突き合わせ

2015 年 12 月 9 日

科研調査研究（平成 27 年度加藤）により特定妊婦についての実態調査を行ったので
参照資料として、添付いたします。

母子保健担当を対象に調査したものと、要保護児童対策地域協議会（要対協と略す）を対象に
調査したものについて、同じ回答のはずのものが一致するかどうかをみていくことにしました。
7 月に母子保健担当者への調査を、10 月に要対協調査を、それぞれ全国の市 996 カ所あてに行い
ました。区に対しても送っていますので、区の数に市に加算されています。

2 種類の調査でしたが、時期は重なりません。回答を両方くれたところの市は 65 カ所でした。
そこで母子保健で管理する特定妊婦の数と、要対協で管理する特定妊婦の数をみていくことにし
ました。一致することが理想です。

連携がとれているのかどうか、あるいは特定妊婦として要対協に上げているのかどうかを
明らかにしたいと考えたためです。

1.（対象プロフィール）

65 カ所については、以下の通りの結果です。母子保健の出生数の回答と要対協の出生数統計
的な数字は大きくは食い違ってはいませんでした。

母子保健および、要対協回答 平成 26 年度出生数

記述統計量					
	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
母子保健回答 出生数	63	162	4820	1140.41	1171.452
要対協回答出 生数	60	160	4652	1148.23	1193.286
有効なケースの 数（リストごと）	58				

2. 一致していた市の数は 65 カ所（回収した母子調査回答数は 227 カ所、要対協が 374 カ
所）

特定妊婦数母子保健調査では 46.86 人、母子保健調査把握で 20 歳未満特定妊婦 3.22 人

要対協登録の妊婦数は 17.79 人 要対協の 20 歳未満特定妊婦で 2.8 人

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
母子総数	57	0	1101	46.86	154.274
母子未数	54	0	32	3.22	5.936
要総数	63	0	236	17.79	38.251
要未数	59	0	22	2.80	3.885
有効なケースの数 (リストごと)	49				

3. 定義や判断基準についての結果

定義判断状況

	あり	%	なし	%	不明	%	合計	%
母子特定妊婦定義	46	70.8%	16	24.6%	3	4.6%	65	100
母子特定妊婦判断あり	40	61.5%	21	32.3%	4	6.2%	65	100
要対協特定妊婦定義	39	60.0%	20	30.8%	6	9.2%	65	100
要対協特定妊婦判断あり	44	67.7%	16	24.6%	5	7.7%	65	100
母子要支援定義	44	67.7%	16	24.6%	5	7.7%	65	100
母子要支援判断あり	30	46.2%	27	41.5%	8	12.3%	65	100
要対協要支定義	36	55.4%	27	41.5%	2	3.1%	65	100
要対協要支援判断あり	23	35.4%	35	53.8%	7	10.8%	65	100

今回は特定妊婦が中心ですが、それでも6割は判断と定義がありますが、要支援はぐっと落ちます。

母子保健が判断基準をもっている場合と要対協に判断基準がある場合についてみていくと、以下の通りになっています。

母特定判断 と 要特定判断 のクロス表					
			要特定判断		合計
			あり	なし	
母特定判断	あり	度数	18	16	34
		母特定判断 の %	52. 9%	47. 1%	100. 0%
		要特定判断 の %	81. 8%	50. 0%	63. 0%
	なし	度数	4	16	20
		母特定判断 の %	20. 0%	80. 0%	100. 0%
		要特定判断 の %	18. 2%	50. 0%	37. 0%
合計		度数	22	32	54
		母特定判断 の %	40. 7%	59. 3%	100. 0%
		要特定判断 の %	100. 0%	100. 0%	100. 0%

母子保健と要対協の管理件数が一致したのは 21 カ所でした。

母子保健が特定妊婦とした数が要対協の管理数より多くなっていた自治体は 21 カ所でした
要対協で決定していたのは 19 カ所でした。

一致したことと、それぞれの特定妊婦の定義や要支援児童の定義、特定妊婦の定義の有無
及び特定妊婦の判断基準の有無と関係しているのかということですが、差は認められませんでした。

			母特定定義		合計	母特定判断		合計
			あり	なし		あり	なし	
一致	あり	度数	15	5	20	11	8	19
		一致 の %	75.0%	25.0%	100.0%	57.9%	42.1%	100.0%
	なし	度数	31	11	42	29	13	42
		一致 の %	73.8%	26.2%	100.0%	69.0%	31.0%	100.0%
合計		度数	46	16	62	40	21	61
		一致 の %	74.2%	25.8%	100.0%	65.6%	34.4%	100.0%

			要特定定義		合計	要特定判断		合計
			あり	なし		あり	なし	
一致	あり	度数	16	5	21	10	9	19
		一致の%	76.2%	23.8%	100.0%	52.6%	47.4%	100.0%
	なし	度数	23	15	38	14	23	37
		一致の%	60.5%	39.5%	100.0%	37.8%	62.2%	100.0%
合計		度数	39	20	59	24	32	56
		一致の%	66.1%	33.9%	100.0%	42.9%	57.1%	100.0%

4. 結論

母子保健で特定妊婦としても、要対協では認定されていないものがありました。

また母子保健では把握されず、要対協で特定妊婦としていたものもありました。

母子保健で特定妊婦と扱っていた数字と、要対協で扱っていた数字が一致した自治体は
65 のうち 21 自治体でした。

65 自治体でとつても、その一致度は 3 割となります。今後、母子保健や要対協の調整機関や
医療機関などとも、特定妊婦とは何かを明らかにする、特定妊婦の判断基準は何かを明らかに
していく作業が必要ではないかと思われます。また要支援児童についても、判断基準をもたない
自治体も多くありましたことを申し添えておきます。

辰田委員提出資料

【児童相談所の機能に基づく機関（部署）の分化と人材の確保・育成】

- 児童相談所の機能を「緊急性の判断や、安全確認の手法を判断し、初期対応機関を振り分ける機能」、「調査・保護・アセスメント・措置機能」、「支援マネジメント機能」に分化（それぞれ機関や部署を設置）し、市区町村に新たに設置する「地域子ども家庭支援拠点」と連携して支援を行うという新たな子ども家庭福祉の形が示された。
- 理念的には理解できるが、実態は機関ごとの連携体制、支援マネジメント機関と地域子ども家庭支援拠点との役割分担など、4元体制における時間のロスや機関ごとのリスクに対する認識の温度差が生じることが懸念され、結果的に子供の安全が守れない可能性がある。
- 制度の移行に当たっては、報告書（案）に示されている都道府県による支援だけに任せるのではなく、国が現状の連携体制の課題を十分検証し、児童福祉を担う人材の質を着実に向上させ、地域の実情に即した制度設計をすることが必要である。
- また、子どもの権利擁護に関する仕組みの創設や、司法関与を強化するための整備の検討を進めていくことの必要性は認めるが、平成23年の法改正を検証した上での提案とは言い難く、法的な安定性に欠ける。
法改正後の現状を調査し、児童相談所の法的対応への実施体制の強化とともに慎重に進めていく必要がある。
- 加えて、子ども家庭福祉を担う職員の配置基準を明確化し、児童福祉司や児童相談所長の任用要件の見直し、教育・訓練・指導担当児童福祉司や専門職の配置などが示されたが、そうした人材を確保・育成していくことも必要である。
- 今回の見直しでは、総じて児童福祉に係る業務が増加することから、激増するケース対応に影響が出ないように、国が地域の実情を十分調査し、必要な人員数を示し、人員体制の確保に支障が出ないように配慮する必要がある。

【児童相談所設置自治体の拡大】

- 報告書（案）においては、基礎自治体に地域子ども家庭支援拠点を設置し、かつ、中核市、特別区には、児童相談所（機能を有する機関）を設置することが努力義務とされている。
- 現状においても中核市、特別区の児童家庭相談の実施体制に格差があり、児童相談所（機能を有する機関）の設置については、子どもの最善の利益を考慮し、いかに子どもの安全を守るかという視点に立ち、現状を踏まえて各々の都道府県と十分協議し、実施の可否について検討するべきである。

【一時保護・アセスメント機能の整備】

- 一時保護機能の改善については、基本的に賛成するものだが、一時保護所では、親が子供を奪還しようとする虐待・秘匿ケースの児童を保護し、子供の安全・安心を守っている等の多くの現実があることから、非行ケース等、様々なケースを含めて、通学権等一般化して議論をすることは現実的ではない。
親の傷病等により、保護するようなケースは、ショートステイの強化や里親宅等への一時保護委託により対応すべきことである。

【子ども家庭福祉への司法関与の整備】

- 児童相談所は、通告を受け 48 時間以内に児童を確認し、必要な場合は即時一時保護を行うことや、激増する警察からの身柄通告には即時対応が必要なことなど、24 時間体制で一時保護を実施している。
- 司法関与の検討を進めていくことは否定するものではないが、家庭裁判所をはじめ他機関との調整や実施体制が伴わない中では、事前審査を原則とすることは、極めて難しいものと思われる。

中板委員提出資料

平成27年12月4日

社会保障審議会児童部会新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会
委員長 松原 康雄 様

新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会たたき台への意見

委員 中板育美

過重な負担が集中する児童相談所の機能を分化し、これまで以上に虐待防止の実働を強化することが重要な論点であると理解しています。その一つとして、予防的にも個別に寄与する情報管理の仕組みを構築し、保健・医療・福祉等のスキルミクスによって、虐待の予防から発見、支援、家族の再統合などにおいて、切れ目なくかつ十分な支援が対象者に提供されるような仕組みが必要とされています。

○提案された支援の質の担保や適切な危機判断・対応・支援の強化を図るための体制実現に向けても、関係機関・関係団体との十分な議論が必要であろうと考えます。しかし、現段階において、専門委員会では十分なディスカッションが不足しており、ヒアリングで発言をされた参考人の貴重な意見も反映が必要と考えます。

○保健師等の活用についてたたき案について、以下の点に意見を述べます。

【意見】

1. 新たな子ども家庭支援福祉の全体像 (P13)

(4) 母子保健における虐待予防の法的裏づけ

母子保健担当保健師を基礎自治体に配置すべきである。

→「虐待予防の役割を担う保健師」を、基礎自治体の母子保健部門に配置すべきであると明記すべきである。

2. 職員の専門性の向上 (P24)

(1) 子ども家庭福祉を担う職員の配置・任用要件

→児童福祉司の任用要件に「社会福祉士」「精神保健福祉士」と同じ位置づけで「保健師」も加えるべきである。

3. 職員の専門性の向上 (P25～27)

(2) 子ども家庭福祉を担う指導的職員の資格の創設

→「児童相談所、市町村等において子ども家庭福祉に関する指導的業務を担う公的資格（国の資格、都道府県による資格）を創設する」ことについては、反対である。

平田委員提出資料

平成 27 年 11 月 30 日

社会保障審議会児童部会
新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会
委員長 松原 康雄 様

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国乳児福祉協議会
会長 平田 ルリ子

『新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会報告案』（たたき台）
（平成 27 年 11 月 27 日開催の同専門委員会資料 2）に関する意見

【確認事項】

国は、平成 27 年 4 月より社会的養護を包含した「子ども・子育て支援新制度」が施行されています。社会的養護においては、平成 23 年 7 月にとりまとめられた。「社会的養護の課題と将来像」で提言された家庭的養護の推進をはじめ、施設の小規模化、施設機能の地域分散化、里親委託、里親支援の推進に関して局長通知（「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養護の推進について（平成 24 年 11 月 30 日雇児発 1130 号第 3 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）」）に基づき、小規模化等の計画が各施設（「家庭的養護推進計画」）および自治体（「都道府県推進計画」）で策定されました。平成 27 年度は 15 年かけて実施される推進計画の始期となります。社会的養護関係者も各施設の計画に沿って取り組みを始めたところです。

その「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養護の推進について」の中で、乳児院の小規模化の位置づけについては、「1-(1)-②乳児院における小規模化は乳児院が言葉で意思表示ができず一人で生きていくこと、生活することができない乳幼児の命を守り養育する施設であり、アセスメントが十分になされていない段階での緊急対応を行うなどの乳児院の特性や役割に十分に留意しながら進めていくこと。」と明記されています。

現在、こうした国の社会的養護政策の計画的な施行において、乳児院の小規模化の位置づけの基本方針等の確認のもとに取組の実態にあることを前提としていることをあらためて確認させていただきたいと思います。

そのうえで、以下、標題報告案（たたき台）について、下記のとおり意見いたします。
報告とりまとめにむけ、本意見を反映されるよう取扱いをお願いいたします。

【専門委員報告案（たたき台）への全体的な意見】

- いかなる状況下にあっても「子どもの最善の利益を保障する」ために、子どもと家族の状況に応じて支援の選択肢を広げ（開拓）、さまざまな子ども・子育てニーズに向かい合い個別的、継続的な支援、援助ができる総合的な制度設計（「社会全体で子育てを行う」との本質）であることを基本としていることを明記すべきと考えます。
- また、たたき台「目指すべきもの」としての提言をするのであれば、その提言における取組課題（とくに、都道府県、基礎自治体、関係法、予算等）とそれに関連するロードマップ（年次措置の説明、年次がしめされていないものもある）等については、地方公共団体の実態、格差等に照らせば、現実的に可能性がみいだせるものとするには慎重な調整のうえで、提言等を行うことが必要であると考え、そのことの付記をすべきではないでしょうか。

【報告案（たたき台）の事項】

1 9. 社会的養護の充実強化と継続的な自立支援システム【抜本的法改正で実現させるべき姿】において

- 元の家庭に復帰が可能であれば最大限の努力をすべきと明示されているが、はじめに「家族への支援の視点」を入れるべきです。なぜなら、とくに、乳幼児期においては、元家庭への支援が子どもと保護者の状況とニーズにそって、個別的、継続的に実施されることによって、家庭復帰の可能性は高まることになり、現在もその考え方のもとに支援が行われているからです。
- 社会的養護を支えるためには、施設養護と家庭養護を相反するものとしてではなく、子どもを主体とし中心において、個別的、継続的な支援、援助においては「保護者も、里親も、乳児院、児童養護施設等の施設も」と、ともに理解を共有し、連携・協働する重要性の観点を強化することが必要である。報告案（たたき台）では、「里親」か、「施設」か、との受けとめ、誤解となるような流れも散見され再考すべきではないでしょうか。

9－（１）里親制度の充実以前に、「家族への支援（親子再構築）の充実」を加えてください。

28 頁

- 9－（１）家族への支援（親子再構築）の充実
- （２）里親制度の充実

- (1) 9-(1) 里親制度の充実においては、親子再構築の実親への関係性における支援がまったく触れられていません。子どもの養育と実親との関係性の構築のための支援を担うことを明記してください。また、新たな里親開拓にあたっては第三者の評価や更新制度の検討も必要であることを記してください。

里親を充実させるための課題検討と対応が重要であります。(平成27年11月30日 発「児童養護施設等の小規模化及び里親等への委託を進めるために都道府県が定める「都道府県推進計画」の内容等に関する調査結果」)

29 頁

- 家庭養育を優先した措置を行うためには、子どものニーズに沿った里親類型が新たに必要となる。**とくに実親との関係性支援を行うための研修が必要となる。また、中でも、**一時保護専門の里親や新生児・乳児専門の里親は、養育に専従する必要性が高くなるため、専門的な研修を課するとともに、相応の手当や委託費とすべきである。
- 今後、多くの子どもが里親委託となることが想定されるが、そのようななかで里親委託不調が生じないようにするためには、措置権者としての児童相談所の体制の強化が必要である。**また、委託後のフォローを強化し、里親の適正確保のためには受託後や更新時に適切な評価が必要である。**

- (2) 全国乳児福祉協議会「よりよい家庭養護の実現をめざして」の「家庭養育事業（仮称）」の提案は、乳児院の本来事業で家庭に帰す（地域に帰す）、親子（養育者と子）の関係性の修復や繋ぐ支援を行ってきたことを生かし、養育家庭とのチーム養育を行っていくとの方向を提示したものです。一時保護委託で子ども・家族のアセスメントを行い、養育者に繋ぐ乳児院の役割の延線上にあることを示しています。

- (3) 9-(2) 修学前の子どもの代替養育の「原則として」とあるが、乳児院および児童養護施設等の「施設養育を選択する時は」への0～6歳の子どもの措置を「限定的な場合」とするとあるが、設養護と家庭養護を相反するものとしてではなく、先にのべたように、子どもを主体とし中心において、個別的、継続的な支援、援助においては「保護者も、里親も、乳児院、児童養護施設等の施設も」と、ともに理解を共有し、連携・協働する重要性の観点にするものである」との趣旨をふまえ、表記を見直してください。さらに、ロードマップが描かれぬままでは不必要な混乱が起こりかねないと懸念されます。

- 乳児院での現状をみると、多くは家庭復帰を前提とし支援しています(家庭復帰率50%超)。前述のとおり一時保護委託中のアセスメントを通し親の頻回な面会や要望に応じながら家庭支援に取り組んでいます。また、乳幼児の困難な情緒行動や発達上の課題は、年齢上、医療的な判定が難しい場合が多く、子どもの成長と

ともに分かるケースが多くあります。また、現在、乳児院で養育している子どもは、被虐待、病気、障がいなど様々な養育上の課題を抱えており、養育とともに医療・リハビリ、心理等の対応が必要とされている実態にあり、施設の機能、特性をいかしつつ、子ども家庭福祉を促進することが必要です。

- 日本の現在の社会的養護児童は、全児童人口の約0.2%であり、諸外国に比べ3分の1から5分の1という状況です。分離いたるケースは、重篤な状況にあることと捉えています。そのことは、これまでの厳しい家庭環境等において、心身の重い課題を抱えている子どものほうが、圧倒的に多い状況といえます。
- そうした子どもの状況と課題は、生後数か月の乳児においても当てはまります。また、乳児院には病児が多数入所している。報告書案（たたき台）にかかれている「原則」「限定な場合」とすることではなく、一人ひとりの子どもの生命と発達に必要とされる専門的な養育、専門的ケアなどを妨げることになく確保することが必要不可欠です。「限定的な場合のみ施設養育」というのは、現在の日本の状況をあまりに度外視した標記であるとの見解です。
- また、現状、専門的な養育、専門的ケアなどを必要とする子どもを里親委託につなげた場合、里親への支援体制が不十分であり、里親が不調をきたすことも散見されるわけであり、むしろまずは里親の確保、養育の専門性を確保する支援体制を拡充したうえで、その評価、検証をもとに、次なるステージを具体的に検討することが重要であります。
- 現在にいたる乳児院の役割、機能、社会的な基盤は、多様で厳しい家庭的、心理的、医学的な課題のある子どもと保護者に寄り添って、子どもの生命を守り、育み、保護者への支援を担ってきた長きにわたる経過と、発展の上にあるわけであり、そうした経過と今日の施設実態を無視するような「家庭的養護が原則」等という表記は看過することはできません。削除してください。

30 頁

（２）就学前の子どもの代替養育の原則

【抜本的法改正で実現させるべき姿】

乳幼児はもとより就学前の子どもの代替養育は、愛着形成や発達保障の観点から、~~一時保護期間も含めて、原則として家庭養育が優先される。とし、児童福祉法上にも原則とする規定を置く。施設養育を選択する時は、養育先への委託が緊急を有している場合、きょうだいの分離を防止する場合、事前に決められた限られた期間の場合、家庭養育では困難な情緒行動や発達上の課題を有する場合、当該子どもにとって適切な家庭養育先がない場合など、限定的な場合とする。~~

（４）9-（３）特別養子縁組制度の見直しにおいても、実親との親子関係再構築支援が優先されねばならないことが触れられていません。

- 31 ページに、特別養子縁組の成立要件が厳しすぎるという意見がありますが、子どもの最善の利益は、実親との暮らしを健康的に継続できることがまず優先され

ねばならないと考えるのが妥当と考えます。報告書案で取り上げられている「子どもの永続的な家庭の保障」は重要ではありますが、「子どもの最善の利益」に照らすとすれば第一義に親子関係再構築支援が必要としたうえで、実親との暮らしの可能性が閉ざされることがないように支援の充実をはかることが必要です。

- 大切なことは、実親と子どもとの関係調整に地域も含めて力を注ぐことだと考えています。現状は、十分にそれが実施されていないということが課題です。虐待通報 8.8 万件との現状をみただけでも、地域にある家族へのアプローチや家族関係の調整へのアプローチは、いまはまったく充分ではないことが明白です
- まずは家族支援、親子関係調整支援について充分体勢を整え、手立てを強化することが優先で、それでも難しい子どもについて、特別養子縁組を優先する仕組みを作ることが必要です。なお、このことはアメリカが分離を優先してきた反省として、在宅支援の強化に力を入れるようになった経緯が証明していると、受けとめています。
- 親子関係の調整の場としては、乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設等は有益な場となり得ると考えておりますし、そうした役割を地域における要支援家庭に対してアウトリーチを備えて、十分に発揮できるよう、さらに施設機能、人材確保・養成を強化することが必要であります。

(5) 9 - (4)施設ケアの充実強化では、「対応困難な情緒応困難な情緒行動上の問題や発達上の問題を有する場合」「特別なニーズを持つ子ども」に対する施設における治療的ケアが必要であると明記されています。こうした専門的な対応は、乳幼児期においても同様に必要不可欠であります。次の 32 ページ「社会的養護の」を加筆してください。

32 頁

- 社会的養護の施設において、子どもが抱えるそれぞれのニーズの個別性に応じたケアの提供の推進、そのための施設の小規模化の促進と、小規模ケアが適切に運営できるよう、予算配分上のインセンティブを強化するとともに、職員の配置基準の充実を図るべきである。
- ケア職員の確保と専門性の向上、あわせて給与・労働条件の向上を図るべきである。

(6) 9 - (4)施設ケアの充実強化 (4)施設ケアの充実強化

- 小規模化推進の現状について（報告書 32 頁、11 行目）
「従来、国は児童養護施設の小規模化を求めて」→「従来、国は児童養護施設および乳児院等の小規模化を求めて」に修正していただきたい。本件は、『社会的養護の課題と将来像』で明記されています。
- また、『社会的養護の課題と将来像』で書かれた「ファミリーホーム」については、本報告書案ではまったく触れられていないのですが、どのようにお考えか、明確に

することが必要です。

2 7. 新たな子ども家庭支援体制の整備

(7) 児童相談所の機能に基づく機関(部署)の分化

「(エ) 一時保護・アセスメント機能の整備では、子どもや家族への支援計画は、子のアセスメントの内容に立脚したものであることから、一時保護が適切に機能するか否かによって、支援の成否が決定されるということが出来る。」と明記されています。

乳児院において乳児の一時保護委託がなされてきた現状においては、まさにそのことを現実として実践してきたものであると、乳児院関係者は認識しております。

「11月12日開催の専門委員会骨子案」では、乳児院への一時保護とアセスメント強化が位置づけられていたのですが、18日の報告案(たたき台)では、「里親家庭および小規模児童養護施設等への一時保護委託の優先」という表現になっていました。

乳児院の一時保護委託については、緊急性や命を守ること、言葉で伝えられない児のアセスメントが重要であることは理解されていたはずと受けとめていましたが、18日の変更内容の意図が理解できません。明確な説明を求めるとともに、以下のように「乳児院や」と必ず明記することを強く要請します。

- 一時保護の機能は、報告書案にもあるように、「安全のための保護」と「アセスメント」の2つがあります。現状の里親には、行動観察を踏まえた十分なアセスメント機能は持ち合わせていないことが、常態ではないかと受けとめています。それには、里親の研修や育成が現状、不十分であることが大きな要因です。いま、日本では、ほとんど取組まれていない里親への研修や育成を前提課題とすべきであると考えています。
- また、今後その研修を拡充して、十分に機能が果たせるかどうかは、欧米の状況をみても言いがたいような状況もうかがえますし、「里親に一時保護」という方針を出すことについては、研修等の前提条件を付して、慎重に検討すべき課題であると考えています。
- したがって、児童養護施設に乳児院も加えた施設への一時保護を優先し、健康度の高い子どもの一時保護は里親という役割分担が現実的と考えます。

以上を踏まえて、

1) 一時保護の委託先の選択肢として、「乳児院」を明記していただきたい。

21 頁

【具体的法改正のあり方】

子どもの心身の安全の確保、および子どもと家族のアセスメントという一時保護の機能を明確にすること。あわせて、一時保護におけるケアの個別化の重要性、そのための里親家庭及び乳児院、や小規模児童養護施設等への一時保護委託の優先、一時保護所のハード面の整備およびケアワー

カー等の最低基準の見直しの必要性を明確に示すこと

3 上記 2 点以外について、修正事項等を提案します。

【意見事項に関する具体的な修正案】

(1) 理念について（報告案 5 頁）

- 【抜本的法改正で実現させるべき姿】において、“これまでの「保護中心」から「養育中心」に力点をおいた子ども家庭福祉の構築をめざす”と表現されていますが、『社会的養護の課題と将来像』の基本的考え方の中においても、社会的養護の基本的機能は①養育機能②心理的ケアの機能③地域支援等の機能と明記してあるわけで、わざわざ「保護中心」などといった表現の必要性はないではないでしょうか。
- 「体罰等の禁止」については、子どもの最善の利益を実現させる（理念）ための具体的な内容のひとつであり、児童福祉法における“理念”として列挙することには、違和感を覚えます。修正をしてください。
- 子どもにとっての最優先とされる養育環境は、安全で安定した実親家庭であり、それは代替家庭と同じ位置づけではないと考えています。実親家庭での生活を最優先としつつ、そのために必要な支援や個々の状況に応じ子どもの権利を守るための代替養育を位置づけるべきであると考え、次のように修正してください。

<修正案>・安全で安定した家庭~~（代替家庭を含む）~~で養育を受ける権利

【全体的な調整の必要、報告案（たたき台）の取りまとめの整合性】

- 本委員会の報告案（たたき台）の取りまとめにあっては、全体を通じて、本委員会はもとより、諸官庁である厚生労働省、さらに関係省庁、地方公共団体等との総合的な調整、慎重な協議が必要不可欠と考えております。基幹となる厚生労働省として総合的な調整のもとに、社会的養護等の実態のもとに、実現可能な道筋を明らかにするべきです。
- 報告案（たたき台）の全体内容を捉えたうえで、表現内容、字句の近い方などを調整いただく必要があると考えています。

武藤委員提出資料

平成 27 年 12 月 2 日

新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会報告案（たたき台）への意見

専門委員 武藤素明

＜各論において＞

①P8、12行目「都道府県はおよび基礎自治体の役割に関してはそのシステムを抜本的に変えようとしているため、それが現実となった時点で上記を盛り込むべきである。」ということ【ロードマップ】として記載しているが、この表現では「それが現実となった時点で上記を盛り込む」では、その実現が困難ではないかと考えられるので再考をするべき。同時に実施するようにしないと矛盾や不具合が生じる危険性あり。

②P8、最下行の「20歳未満に引き上げるのが妥当である。」の妥当という表現では弱いので「20歳未満に引き上げるべきである。」と言い切ったほうが良い。

③P9の児童福祉法の年齢要件の改正に関する検討スケジュールですが、障害を抱える児童の調査や諸外国の調査研究等については、極力速やかに検討作業を行い、最終的年齢改正について早めたスケジュールとして進めるべきである。（現状について早期に改善が必要と考えるため）

④P11の14行目の「分離措置においては、子どもは社会的養護の場で、親は基礎自治体が担うことになる。」とありますが、親の支援についてはケースによっては施設が支援する場合もあると思われるため「原則としては」「基本的には」という文章を入れるべきである。

⑤P11の20行目の「子育ての外部委託化を急速に進行させた」については具体的に表現しないと誤解や不理解が生じるのではないのでしょうか。文章の訂正や加筆が必要。

⑥P12の（2）基礎自治体における支援拠点の整備の基礎自治体の基盤整備としてソーシャルワーカーの配置と合わせて、要保護児童対策地域協議会の機能強化策を入れる必要がある。要保護児童対策地域協議会としての専門性やネットワークや実務者会議の活性化などは今後とも基礎自治体における支援拠点の整備の要となっていくべきと考えるので、そのような表現をしていただきたい。

⑦P12の7行目の就学前の保育・教育の向上について「平成32年度を目途に体制整備を行う」とありますが、もっと詳細に計画して、早期に行うべき課題もあるのではないのでしょうか。

「一億総活躍社会少子化対策」「子ども子育て新制度」等の取り組みとも連動させながらその実現にむけて【ロードマップ】を描く必要があるのではないのでしょうか。

⑧P12の11行目の「現在、東京の特別区と市などに設置されている子供家庭支援センターやその他の・・・」と東京の「子供家庭支援センター」で十分機能しているセンターとまだ取り組みが不十分なセンターがあるように思いますので、「先進的な取り組みを行っている東京の子供家庭支援センターがそのモデルとなりえる。」と書かないと、東京の子供家庭支援センターすべてがモデルとはならないのではないかと。

⑨P12の19行目の「民間との連携や事業委託を積極的に行うことも求められる。」の文章の中に「児童家庭支援センター」を積極的に位置づけるためにこの文章へ、「児童家庭支援センター等の活用を含めて」と文章追加をするべきであろう。

⑩P12の25行目の「人口に応じてそれらの配置基準を定めるべきである。」については文中に「よりきめ細かな支援が出来るような配置基準を定めるべきである。」という表現を加筆するべきである。(P26にも配置基準について明言しているが、以下、同様の意見である。)

⑪P19～P20にかけて一時保護所のあり方を根底から変えて、すべてを里親家庭や小規模化された施設への転換を図るべき提案がなされているが、一時保護のあり方に関しては多様な受け皿が必要であり、児童相談所に併設した現行の一時保護所機能の重要性もあるため、そのすべてを転換することは反対である。ただし、安心感や安全感、個別支援の充実策、児童の最低基準の改定など現行の一時保護機能や基準等の改善は必要である。また、その項目における【ロードマップ】について提示することが出来ないとしているが、上記の意見も含めて現場の意見も聴きながらの具体的改善計画を立案する必要がある。

⑫P28の下から6行目の「また、情緒・行動上の問題や発達の歪みや遅滞があるために・・・、小規模な施設ケアが提供されるべきである。」といいきっていますが、情緒障害短期治療施設等の現状など考えると単に生活規模が小規模なケアだけでは難しいと考えますので、表現の訂正や加筆をお願いします。

⑬P29の里親制度の充実策について、専門委員会やワーキングの検討の中で「親族里親」についての要件検討や制度検討をするべきではないかと提案させていただいたが、記載が無いので、ぜひ検討の内容としていただきたい。また、親族里親の制度の国民的周知が十分でないためその取り組みが必要ということを盛り込んでいただきたい。

⑭P29の里親支援制度のあり方で「家庭養育事業（仮称）」については規模や数や支援範囲（エリア）等についても一定示さないとイメージがつかないのでないでしょうか。

⑮P29の里親制度の充実策について、里子の権利擁護について、その制度の充実策が重要である文中に入れていただきたい。

⑯P31の(4)施設ケアの充実強化について、「社会的養護の課題と将来像」の実現に向けて家庭的養護推進計画や都道府県推進計画を立案し、現在施設の小規模化や地域分散化や高度化、高機能化、地域化を推進しているところであり、それらの15年計画との関係性についてこの計画に盛り込まれていないので盛り込むべきである。またそのためにハード面（制度改革、補助金改革、建物整備等）やソフト面（人材確保、人材育成、人材定着策等）の具体的計画を盛り組むべきである。具体的な改正やロードマップが記載されていないとまさに絵に描いた餅計画になってしまう。

⑰また、児童養護施設等社会的養護において発達障害や知的障害等障害を抱える児童の入所が年々多くなっている現状において専門職の配置等の充実策を含めて高機能化をめざすとして社会的養護の課題と将来像では目標化しており、このことも施設ケアの充実強化の方向性として重要なテーマであるのでたたき台にも示していただきたい。

⑱P32の「社会的養護の対象となった児童等に対する自立支援のあり方」において、出された意見について標記しているが、それを具体的にどう取り組むのか、また、その計画の具体化が必要であるにもかかわらず、まとめのたたき台ではその具体化について今後の検討としており先送りされている。これまで具体的に出された具体的提案や「社会保障審議会児童部会児童虐待防止対策のあり方に関する専門委員会」で出されている提案等を早急にまとめ【ロードマップ】に記載すべきである。

⑲P33の27行の「アフターケア事業、職場等との連携の重要性について意見があった。また児童福祉施設等に自立支援担当ワーカーを配置すべきである」という提案があった。これに関して社会的養護においては、自立の時期を迎えた時点で自立支援を行うものではないという趣旨のもと、日常生活において自律・自立性を養成するための十分なケアが必要という意見もあり、検討を要する。」との文面であるが「退所者等アフターケア事業の更なる拡充策や職場等との連携の重要性などについて意見が出され、そのために児童福祉施設等に自立支援担当ワーカーを配置すべきである」という意見が出されたが、自立支援の継続性を担保することやその自立支援担当ワーカーの専門性等十分に機能すべき検討課題も出され、今後その役割等について検討すべきである。」としたほうが、議論の経過を反映することになると思われる。

以上、平成27年11月27日に出された「新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会報告案（たたき台）」への意見を19点について意見を申し上げます。

山田委員提出資料

子どもの死亡事例検証制度
(チャイルド・デス・レビュー)
運営ガイドライン骨子
JaSPCAN 案

平成 27 年 9 月 27 日
一般社団法人日本子ども虐待防止学会
(JaSPCAN)
CDR 制度構築ワーキンググループ

1. 子どもの死亡事例検証制度の目的

子どもの死亡事例検証制度（チャイルド・デス・レビュー。以下、**CDR** という）は、子どもの死因とその背景因子を全数的に把握して、それらを多機関多職種が専門的かつ多角的に分析し、その結果に基づいて国及び地方公共団体に制度上又は運用上の改善を提言し、広く注意を喚起するなどし、もって本来予防可能な子どもの死亡を防止することを目的とするものである。

[注]

○当学会では、2013年12月に行われた日本子ども虐待防止学会第19回学術集会・信州大会において、5年以内の**CDR**実現に向けて取り組むことを宣言したところである。

○**CDR**については、平成22年（2010年）度から平成24年（2012年）度の厚生労働科学研究政策科学総合研究事業『我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究』（研究代表者・小林美智子）がある。

2. CDR の概要

〔1〕 CDR の内容

CDRは、子どもの死亡事例を全数的に把握した上で、特に、

- ① 子ども虐待によるものと疑われる死亡
- ② 自殺によるものと疑われる死亡
- ③ 予防の可能性のある事故によるものと疑われる死亡
- ④ その他、予防可能と思われる死亡

を抽出し、多機関多職種の専門家で構成する**CDR**委員会が専門的かつ多角的に分析し、それぞれの死亡の背景にあった因子は何か、どのようにすれば同様の死亡を予防することができると考えられるかといった点を明らかにするものである。

そして、**CDR**委員会は、設置主体である地方公共団体に対し、再発防止に関する提言を行う。さらに、予防可能死の再発防止は国レベルで取り組むことが不可欠であることから、国に対しても提言できるものとする。また、同種の事故が相次いでいるときなど必要があるときは、子どもの養育にあたる親を含め、広く注意喚起をすることも想定される。

なお、**CDR**は、刑事責任を追及するためのものではない。また、現在、子ども虐待やいじめ、医療関連死などに関して実施されている検証

作業に代わるものではない。従って、個別ケースの詳細な検証に関しては、原則として、そのような既存の検証作業を尊重するものとする。

そのような既存の検証制度がない場合は、CDR 委員会が「予防可能な子どもの死亡を防止する」という CDR の目的に従って検証を行う。

なお、既存の検証制度によって検証がなされるべき事例なのに、十分な検証がなされていない場合は、CDR 委員会が検証を促すことがある。

CDR 委員会は、都道府県（政令指定都市を含む。以下、同じ）にひとつ設置し、都道府県の子ども政策を担当する部署が事務局を務める。

〔2〕 CDR の概要

(1) 基本情報の収集

子どもが死亡した場合、その住民票上の住所を管轄する保健所が、死亡時の状況、死因その他検証に必要と考えられる情報を収集するものとする。

[注]

○保健所は、現在の人口動態調査の仕組みの中で、子どもが死亡した場合、その住民票上の住所を管轄する市町村から、死亡に関する調査票を収受し、都道府県等に送付するなどの役割を負っているため、子どもの死亡事例のすべてを取り扱う立場にある。よって、全数把握の観点から、保健所が基本情報を収集することが望ましい。

(2) CDR 委員会への提出

保健所は、一定期間内に把握した死亡事例をリスト化し、そのうち上記（1）①～④に該当すると思われるものと、そうでないものを分類した上で、そのすべてを CDR 委員会に提出する。

(3) CDR 委員会における検証

CDR 委員会の事務局は、さらに情報が必要であると思われるときは、関係機関に対する照会等を行った上で、CDR 委員会の中の検証対象事例を選定する部会（以下、対象選定部会という）を開催し、そこで CDR 委員会として検証すべき事例を選定する。なお、対象選定部会には、事務局のほか、CDR 委員会の委員のうち一部の者を当てる。

次に、CDR 委員会は、対象選定部会の選定した事例について、死亡の背景にある因子は何か、どのようにすれば同様の事例を防ぐことができるかを検討する。なお、審議は、個人情報やプライバシー等に鑑

み、非公開とする。

(4) CDR 委員会による提言等

CDR 委員会は、検証結果を踏まえ、同様の死亡事例を防止するために、次のような対応をとることができるものとする。

- ① 設置した都道府県に対し制度上または運用上の提言を行うこと。
- ② 国に対し制度上または運用上の提言を行うこと。
- ③ 子ども虐待、いじめ、自殺防止などに取り組む関係機関（民間団体を含む）及び関係者に対し、有用な情報提供を行うこと。
- ④ 死亡の原因が事業者の製造する製造物や事業者のサービスにあると考えられるときは、そのような製造物を製造したり、サービスを提供する事業者らに対し有用な情報を提供すること。
- ⑤ 広く注意を喚起すること。

なお、CDR 委員会は、個人情報やプライバシー等に関して問題のない提言や情報等を公表することができるものとする。

3. 保健所による基本情報の収集業務

18 歳未満の子どもが死亡した場合、その住民票上の住所を所轄する保健所が、人口動態統計の死亡票情報やその他検証に必要な情報を収集し、リスト化した上で都道府県の子ども政策主管課に送付する。

〔1〕人口動態統計から得られる情報

- ① 死亡した人の氏名
- ② 性別
- ③ 生年月日、時間
- ④ 死亡したとき
- ⑤ 死亡したところ
- ⑥ 死亡した人の住所
- ⑦ 死亡した人の国籍
- ⑧ 死亡した人の夫、または妻
(いる、満 歳)
- ⑨ 死亡した人の夫、または妻
(いない 未婚・死別・離別 不詳)
- ⑩ 死亡したときの世帯の主な仕事
(農業、自営、勤Ⅰ（従業員数 1～99 人）、勤Ⅱ（勤Ⅰ以外）、その他、無職)

- ⑪ 死亡したときの職業・産業
- ⑫ 死亡したところの種別
(病院、診療所、介護老人保健施設、助産所、老人ホーム、その他)
- ⑬ 死亡した施設の名称
- ⑭ 死亡の原因
(直接死因、直接死因の原因)
(死因の影響を及ぼした傷病名等)
(発病・発症又は受傷から死亡までの期間)
(手術の有無、部位及び主要所見)
(手術の年月日)
(解剖の有無、主要所見)
- ⑮ 死因の種類
病死・自然死
不慮の外因死
(交通事故、転倒、溺水、火災、窒息、中毒、その他)
その他及び不詳の外因死
(自殺、他殺、不詳)
不詳
- ⑯ 外因死の追加事項
傷害が発生したとき(年月日、時間)
傷害が発生したところの種別
(住居、工場および建築現場、道路、その他())
傷害が発生したところ
手術及び状況
- ⑰ 生後1歳未満で病死した場合の追加事項
出生時体重、単体・多胎の別、妊娠週数、妊娠・分娩における
母体の病態又は異状、母の生年月日、前回までの妊娠の結果
- ⑱ その他特に付記すべきことから

4. 死亡事例を担当した医療機関・警察嘱託医からの情報収集

〔1〕死亡児調査票の記入

子どもの救命に関わった医師もしくは子どもの死亡を確認した医師は、別紙に定めるような「死亡児調査票」を記入するものとする。

従って、死亡児調査票の記入を担当する医師は、救急医・小児科医・

その他の主治医・警察嘱託医・監察医・法医学者等となる。

〔2〕死亡児調査票提出の周知方法

CDR を十分に機能させるためには、これらの医師に死亡児調査票記入を周知することが重要である。

救急医・小児科医・その他の主治医に対しては、関連学会や病院協会等を通して、警察嘱託医に対しては医師会・警察医会を通して、監察医・法医学者に対しては日本法医学会等を通して、18歳未満の子どもが死亡した場合には必ず、死亡児調査票を記入しなければならないことを周知徹底する。

〔3〕死亡児調査票の提出および回収の方法

救急医・小児科医・その他の主治医・警察嘱託医・監察医・法医学者等が記入した死亡児調査票は、記入終了後、当該児童の住民票上の住所を所轄する保健所に提出する。

一方、保健所は、18歳未満の子どもの死亡小票を精査し、その子どもに関する死亡児調査票が医師から提出されていないことを認知した時点で、死亡診断書もしくは死体検案書を記入した医師に連絡を取り、死亡児調査票を回収する。

〔4〕調査権限

医師による死亡児調査票の記入と保健所への提出、および、保健所による死亡児調査票の回収と不足情報の補足や不備情報の修正、さらには、後述する対象選定部会の情報収集およびCDR委員会構成員間の情報共有には、法的根拠を必要とする。

そのためには、以下のような方策のうち、どれが最も適切なのかを検討し、CDRを法制化しなければならない。

- ① CDRに関する新法の制定
- ② 死因究明等推進基本法案にCDRを盛り込む。
- ③ 児童福祉法を改正して、そこにCDRを盛り込む。

5. CDR委員会の運営

都道府県にひとつ設置し、都道府県の子ども政策を担当する部署が事務局を務める。

〔1〕対象選定部会の開催

(1) 内容

CDR 委員会の事務局は、さらに情報が必要であると思われるときは、関係機関に対する照会等を行った上で、CDR 委員会の中の検証対象事例を選定する対象選定部会を開催し、そこで CDR 委員会として検証すべき事例を選定する。

対象を選定するために必要な情報が不十分である場合、対象選定部会は以下の情報を収集し、不足情報の補足や不備情報の修正を行う。

- ① 関係機関等が有する資料
- ② 関係者等からヒアリングした情報
- ③ その他、必要な情報

対象選定部会は、これらの情報を集約した後、下記①～④に該当すると思われるものとそうでないものとを分類した上で、18 歳未満の子どものすべての死亡事例を CDR 委員会に提出する。

- ① 子ども虐待によるものと疑われる死亡
- ② 自殺によるものと疑われる死亡
- ③ 予防の可能性がある事故によるものと疑われる死亡
- ④ その他、予防可能と思われる死亡

(2) 対象選定部会の構成員

対象選定部会には、事務局のほか、CDR 委員会の委員のうち一部の者を当てる。

〔2〕 CDR 委員会の開催

(1) 内容

CDR 委員会は、対象選定部会の選定した事例について、死亡の背景にある因子は何か、どのようにすれば同様の事例を防ぐことができるかを検討する。なお、審議は、個人情報やプライバシー等に鑑み、非公開とする。

CDR 委員会は、検証結果を踏まえ、同様の死亡事例を防止するために、次のような対応をとることができるものとする。

- ① 設置した都道府県に対し制度上または運用上の提言を行うこと。
- ② 国に対し制度上または運用上の提言を行うこと。
- ③ 子ども虐待、いじめ、自殺防止などに取り組む関係機関（民間団体を含む）及び関係者に対し、有用な情報提供を行うこと。
- ④ 死亡の原因が事業者の製造する製造物や事業者のサービスにあると考えられるときは、そのような製造物を製造したり、サービスを

提供する事業者らに対し有用な情報を提供すること。

⑤ 広く注意を喚起すること。

なお、CDR 委員会は、個人情報やプライバシー等に関して問題のない提言や情報等を公表することができるものとする。

(2) 他の手続きとの関係

CDR は、刑事責任を追及するためのものではない。また、現在、子ども虐待やいじめ、医療関連死などに関して実施されている検証作業に代わるものではない。従って、個別ケースの詳細な検証に関しては、原則として、そのような既存の検証作業を尊重するものとする。

そのような既存の検証制度がない場合は、CDR 委員会が「予防可能な子どもの死亡を防止する」という CDR の目的に従って検証を行う。

なお、既存の検証制度によって検証がなされるべき事例なのに、十分な検証がなされていない場合は、CDR 委員会が検証を促すことがある。

(3) CDR 委員会の構成

CDR 委員会委員は、「6. 都道府県に設置する検証委員会の構成員」に基づいて選任する。

CDR 委員会には、委員の互選による委員長を 1 名置く。

(4) CDR 委員会の開催頻度

CDR 委員会は、各都道府県の実情に合わせて、2～4 か月に一回程度開催し、少なくとも年に一回は提言を発出する。

6. 都道府県に設置する CDR 委員会の構成員

〔1〕 CDR 委員会の構成員

【CDR 運営事務局】

(1) 都道府県子ども政策担当部署

【情報収集事務局】

(2) 都道府県保健所主管課

(3) 都道府県母子保健担当部署

(4) 都道府県児童相談所主管課

(5) 都道府県消防本部（東京都の場合は、東京消防庁）

- (6) 都道府県保育所主管課
- (7) 都道府県教育委員会総務課
- (8) 都道府県警察本部

【必須構成員】

- (9) 地方検察庁
- (10) 大学医学部法医学者もしくは監察医
- (11) 警察嘱託医
- (12) 子ども虐待に精通した小児科医
- (13) 虐待加害者・虐待被害児・自殺者の心理や精神病態に精通した精神科医もしくは心理臨床の専門家

【任意構成員】

- (14) 都道府県配偶者暴力相談支援センター
- (15) 子ども虐待防止・子どもの事故防止・DV防止・自殺防止・犯罪被害者支援活動等を行う民間団体
- (16) 医師会・看護協会・病院会
- (17) 子どもの人権に精通した弁護士
- (18) 学識経験者

【死亡した事例に直接関わった関係者で、対象選定部会や CDR 委員会がヒアリングを実施すべきと判断した者】

- (19) 警察官
- (20) 児童相談所職員
- (21) 市町村職員
- (22) 学校・幼稚園の教職員
- (23) 保育士
- (24) 医師・看護師・医療ソーシャルワーカー等医療従事者
- (25) その他

〔2〕 CDR 各構成員共通の役割と責務

CDR 委員会を構成する全ての職種・機関の役割を統合した上で、専門的かつ多角的に分析してはじめて、CDR が調和のとれた制度として地域で機能できるという原則を共有しつつ、以下の諸点を各構成員共通の責務と認識すること。

- ① 所属機関が有するケース記録を提供する。

- ② 所属機関特有の専門用語が何を意味するのか説明する。
- ③ 所属機関の業務目的や方針および業務内容や機能についてわかりやすく説明する。
- ④ 自らの職種の職責と限界について説明する。
- ⑤ CDR 委員会を構成する他の機関がどのような役割を果たすべきなのかについて、十分に理解する。
- ⑥ 他の機関を代表して CDR 委員会に参加している構成員に対して、配慮と尊敬の念を持って委員会活動を実践する。

〔3〕CDR 委員会の必須構成員それぞれの役割

(1) 都道府県子ども政策担当部署

都道府県子ども政策担当部署は、CDR 委員会の運営事務局として、保健所が収集した基本情報と死亡児調査票等を集約し、さらに情報が必要であると思われるときは、検証対象事例を選定する対象選定部会を召集して関係機関等から情報収集を行い、それらを集約した上で、CDR 委員会として検証すべき事例を選定する。

CDR 委員会の開催に際しては、連絡調整・資料作成等の会務を遂行する。

(2) 都道府県保健所主管課

18 歳未満の子どもが死亡した場合、その住民票上の住所を所轄する保健所が、人口動態統計死亡小票等の基本情報や死亡児調査票等の検証に必要な情報を収集し、リスト化した上で都道府県の子ども政策担当部署に送付する。

(3) 都道府県母子保健担当部署

都道府県母子保健担当部署は、各種保健サービスを提供している市町村保健センター等を通して、乳幼児健診の記録や予防接種歴などの情報を対象選定部会・CDR 委員会に提供する。保健所はまた、当該家族の精神疾患歴を把握していることもある。

もしも、死亡した子どもが保健所・保健センター等の保健機関によって支援を受けた経過があったり、保健師による家庭訪問を受けていたりした場合、母子保健担当部署は、それらの経過や支援の内容についても、対象選定部会・CDR 委員会に提供すべきである。

また、保健所や保健センターは、特定妊婦や要支援児童等に関する情報も持っているため、母子保健担当部署は、これらも対象選定部

会・CDR 委員会に提供する。

(4) 都道府県児童相談所主管課

児童相談所は、虐待やネグレクトを受けた子どもが死亡した場合、その原因や死亡に至るまでの経緯および背景等について検証しなければならないし、当該家庭に生存している同胞たちを守るためにも、死亡事例に適切に対応しなければならない。

児童相談所は、死亡した子どもと当該家族に関する詳細な情報を CDR 委員会に提供する。児童相談所は、死亡した子どもやその同胞について、過去に通告を受けたことがあるかもしれないし、当該家族に支援に提供していた経緯があるかもしれない。それらの情報についても、CDR 委員会に提供することになる。

児童相談所は、当該家族に関して、失業、離婚、子どもの同胞が死亡していたという情報、配偶者暴力(DV)、薬物依存、過去の虐待・ネグレクト情報などといった家族歴を知っている可能性がある。

(5) 都道府県消防本部（東京都の場合は、東京消防庁）

消防署の救急隊は、現場に最初に到着することが多いため、搬送したときの子どもの状態や周辺状況および現場にいた人たちの言動に関して、非常に重要な目撃情報を持っている。

救急隊の搬送記録には、到着時、子どもがどこに、どちらの方向を向き、どのような体位でいたのかが記載されているため、それを警察が現場検証したときの記録と比較すれば、警察が現場に到着する前に、そこに存在した物が移動されたか、されていないかを特定できることがある。

(6) 都道府県保育所主管課

保育所等の保育施設が現場となった事故死や、子ども虐待・ネグレクトのために保育所等に入所していた子どもの状況など、保育士の持つ情報は重要なので、CDR に保育施設情報は必須である。

(7) 都道府県教育委員会総務課

教育機関が現場となった事故死や、学校でのいじめなど人間関係等を背景にして発生した自殺や他殺の事例に関して教職員の持つ情報は重要なので、CDR に教育委員会が参画する意義は大きい。

また、教育委員会は、CDR が発行する報告書や提言を社会に発信す

る際に、リーダーシップを発揮することもできる。

(8) 都道府県警察本部

警察は、子どもの死亡事件や死亡事故に関する捜査情報を **CDR 委員会**に提出する。警察本部を代表して構成員になっている者は、所轄警察署と **CDR 委員会**構成員との連絡調整係としても機能しなくてはならない。

警察官は、子どもの死因を判断するうえで必要不可欠な現場検証や裏付け証拠について、**CDR 委員会**構成員の中で最も熟知している。

警察が有するこのような専門性のおかげで、死亡事例に関して非常に重要な情報が得られるし、他の **CDR 委員会**構成員も、警察捜査に関して多くの知識を得ることができる。

(9) 地方検察庁

刑事訴訟法第 47 条には、次の規定がある。

「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない。」

検察官は、この規定に基づき、訴訟に関する書類を **CDR 委員会**で取り扱えるかどうかについて判断し、提供可能な書類等の資料や情報を **CDR 委員会**に提供する。

さらに、検察官は、**CDR 委員会**構成員に、刑法や司法手続きについて教育する役割を持つ。

(10) 大学医学部法医学者もしくは監察医

法医学者および監察医や警察嘱託医は、**CDR 委員会**構成員としても、子どもの死亡に関する捜査を支援する立場からも、中心的な役割を果たす。

医師法第 21 条により、自然死以外の死亡は全て異状死として警察に届け出ることになっており、警察の判断に基づいて、司法解剖もしくは行政解剖等の法医学解剖が実施される。法医学者と監察医は、これらの法医学解剖を行う資格を有し、解剖所見および警察の現場検証の情報や病歴等を総合的に判断して死因を特定する職責を担う。

(11) 警察嘱託医

刑事訴訟法の規定に基づく死体の検証・実況見分、刑事訴訟法及び

検視規則の規定に基づく検視、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律の規定に基づく調査において立会いをする職責を担っている。

そのため、死体検案書の多くは警察嘱託医によって書かれているという実態があり、死因の究明をする上で警察嘱託医の協力は欠かせない。

また、警察嘱託医は医学的専門知識を必要とする捜査にも協力しており、この分野での地域と経験が豊富であり、CDR 委員会で果たす役割は大きい。

(12) 子ども虐待に精通した小児科医

小児科医は、子どもの成長発達について CDR 委員会構成員に教育するとともに、個別の事例について、医学的な状態をわかりやすく説明する職責を担う。

CDR 委員会の構成員となる小児科医は、子ども虐待・ネグレクトの専門家であることが望ましい。そのような小児科医が地域にいない場合、少なくとも、小児科専門医の資格を有する小児科医を選ばなければならない。

(13) 虐待加害者・虐待被害児・自殺者の心理や精神病態に精通した精神科医もしくは心理臨床の専門家

精神科医や心理臨床の専門家は、子どもに死を引き起こしうる心理学的な課題にはどんなものがあるのかについて、CDR 委員会構成員に情報と洞察を与えてくれる。

さらに、精神科医や心理臨床の専門家が CDR 委員会構成員になることによって、精神保健の専門家たちがどんな方針で職務を遂行し、どんな実践を行っているのかを知ることができる。

7. CDR のデータベース

子どもの死亡について全数を把握して、これらをデータベース化することによって、子どもの死亡に関する正確かつ完全な疫学的調査が可能となるほか、年齢、性別、居住場所その他によるリスク分析、死亡原因の年次的傾向の把握なども可能となり、子どもの死亡の減少に役立つものと考えられる。

8. CDR の年次報告書と提言

CDR 委員会は、毎年 1 回、年次報告書を作成し、設置されている自治体の長宛に提出する。自治体の長は、年次報告書に記載されている事項のうち公表になじむものについて、ウェブサイト等を通じて公表する。

年次報告書には、統計的データ、調査をした個別死亡事例の概要、当該年次の調査の概観、提言などが含まれ、提言には設置自治体に対する提言のみならず、国や他の自治体、民間団体等の関係機関に対する提言を含むことも認められる。

9. 国の所管省庁

各自治体で実施された CDR の年次報告書及び基礎的なデータは、国に集約される。所管は、現在のところ、内閣府子ども子育て本部が適当ではないかと思われる（提言や提案の対象は、例えば厚生労働省の所管事項ひとつにとどまらないものと考えられるからである）。

記載年月日

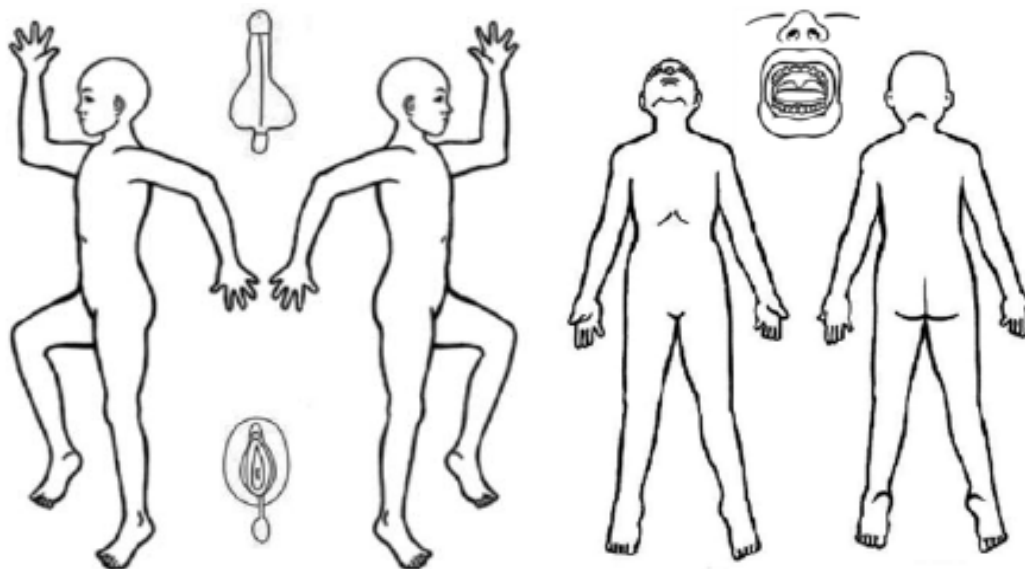
I: 死亡児基本情報

- II：致死的事象発生時の医療機関への救急搬送状況

- Ⅲ：家族背景 1：同胞/同居者の小児期死亡 ☐不明、☐いいえ、☐はい（病名：_____）
2. 児の同伴者 ☐父 ☐母 ☐その他（_____）
3. 子どもの状態に対する養育者の反応 → 特記事項 ☐なし、☐あり（具体的に：_____）

IV：死亡時の身体状況

1. 全身の栄養状態/体格 ☐正常 ☐異常（身長： cm、体重： kg 頭囲： cm）
2. 画像検査 ☐CT、☐MRI 撮影（☐未実施、☐実施（頭・胸・腹・その他（ ））
その他の画像検索 ☐未実施 ☐実施（☐全身骨 X-P、☐超音波、☐その他（ ））
読影結果：
3. 体表損傷所見 ☐なし ☐あり（ありの場合、下記に詳細を記載）



損傷確認部位に○をつけア・イ・ウの順に符号をつけ、挫傷・点状出血等、口周蒼白など、具体的に記載
画像検査で異常を認めた場合も、上記身体モニターに符号をつけ記載。

損傷箇所	具体的所見	養育者の説明(説明できないor変遷した場合、その旨記載)	医学的整合性
() - ()	()	()	() - ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
() - ()	()	()	() - ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
() - ()	()	()	() - ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
() - ()	()	()	() - ☐ なし ☐ あり ☐ 不明
() - ()	()	()	() - ☐ なし ☐ あり ☐ 不明

4. 死亡宣告前に、診断・治療のために施行した検査（該当項目全てにチェック）

☐血液ガス☐検尿☐血算☐緊急生化学項目☐血糖☐アンモニア ☐乳酸・ピルビン酸☐ケトン体（POCT）
☐薬物血中濃度（POCT）☐トライエージ ☐ウイルス検査（POCT）☐髄液検査

5. 死後診断のために行った検査（即日結果が出ない項目）

☐アミノ酸分析☐有機酸分析☐ケトン体分析☐ウイルス分析
☐培養検査（☐咽頭☐鼻腔☐血液☐尿☐髄液☐便☐その他（ ））

6. 保存を行った検体

☐血清☐血漿☐尿☐ろ紙血☐髄液☐毛根付毛髪☐爪 ☐生検検体（☐肝臓☐皮膚☐その他[]）

V:剖検実施の有無 ☐未実施、☐実施（☐司法、☐行政、☐病理、☐新法、☐その他（ ））

実施の場合：所見

VI：死亡時検査、ミクロ剖検などの結果を受け、死亡診断書（死体検案書）の事後訂正を要する可能性

☐なし、☐あり ☐不明

以 上

都道府県・政令指定都市
子どもの死亡事例検証制度(CDR)
イメージ図

