

## 第2章 虐待の発生を予防するために

### 1. 子ども虐待問題を発生予防の観点から考えることの重要性（子ども虐待はなぜ起こるのか）

子ども虐待は、身体的、精神的、社会的、経済的等の要因が複雑に絡み合って起こると考えられている。しかし、それらの要因を多く有しているからといって、必ずしも虐待につながるわけではない。虐待のおそれを適切に判断するためには、リスク要因とともに、虐待を発生させることを防ぐ家族のストレングス（強み）とのバランスを意識してアセスメントすることが重要である。

一方で、虐待する保護者には、経済不況等の世相の影響、あるいは少子化・核家族化の影響からくる未経験や未熟さ、育児知識や技術の不足、さらに世代間連鎖等多岐にわたる背景が見られる。地域社会からの孤立や人的なサポートの希薄さもまた重要な要因となっている。

これらのリスク要因を早期から把握して支援につなぐことが虐待の発生予防となり、子どもの生命と人権をまもり、子どもの健全な成長・発達を保障することにつながる。そのためには、子ども虐待はどこにでも起こりうるという認識にたち、一般子育て支援サービスを充実させることが重要である。

主な虐待発生の要因は表2-1のとおりである。

### 2. 虐待に至るおそれのある要因とアセスメント

#### (1) リスク要因とは

子どもの虐待が起こる原因として、健やか親子21検討会報告書（平成12年11月）では以下のように述べており、参考になる。

「虐待では、[1]多くの親は子ども時代に大人から愛情を受けていなかったこと、[2]生活にストレス（経済不安や夫婦不和や育児負担など）が積み重なって危機的状況にあること、[3]社会的に孤立化し、援助者がいないこと、[4]親にとって意に沿わない子（望まぬ妊娠・愛着形成阻害・育てにくい子など）であること、の4つの要素が揃っていることが指摘されている。

このため、虐待を防止し、予防する方法としては、これらの4要素が揃わないよう働きかけることが効果的と考えられる。例えば、援助者が虐待する親の相談相手になることは、虐待者の社会的孤立を無くすことになり、そのときから虐待は軽減される。そしてあらゆる社会資源を導入して生活のストレスを軽減し、もし、子どもの健康問題がある場合には、親の負担をかけることなく改善し、再発を防止する。このような育児支援を、出生直後から、親に対して行うことにより、虐待の予防につながると言われている。」

上記のように、リスク要因と予防策とを有機的に結びつけて対応することが必要である。また、子ども時代に大人の愛情を受けていなかったなどの事情があった場合でも、その後に誰かから適切なサポートあるいはケアを受けることで、安定した子育てをできる場合が多いことにも留意が必要である。

本手引きでは、上記の指摘もふまえながら、以下の4つの視点から虐待の発生要因について具

体的に述べる。すなわち、①保護者側のリスク要因 ②子ども側のリスク要因 ③養育環境のリスク要因 ④その他虐待のリスクが高いと想定される場合、である。

#### ① 保護者側のリスク要因

保護者側のリスク要因には、妊娠、出産、育児を通して発生するものや、保護者自身の性格や精神疾患等の精神的に不安定な状態から起因するものがある。

リスク要因と考えられるものは、望まない妊娠・出産や若年の妊娠・出産であり、妊娠・出産を受容することが困難な場合である。また妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児の受容に影響が出たり、妊娠中又は出産後の子どもの長期入院により子どもへの愛着形成が十分に行われない場合がある。母親が妊娠、出産を通してマタニティブルーや産後うつ病等精神的に不安定な状況に陥っている場合もある。

また、攻撃的・衝動的であることや、精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存等もリスク要因である。さらに、保護者自身が虐待を受けて育ち、現在に至るまで適切なサポートを受けていない場合にもリスク要因となることがある。

保護者が精神的に未熟である場合は、育児に対する不安や日常生活的な生活ストレスが蓄積しやす。また、保護者の特異な育児観や強迫観念に基づく子育て、あるいは子どもの発達を無視した過度な要求等もリスク要因としてあげることができる。

なお、近年の傾向として、食事が遅いとか泣き止まないなどの、その年齢であればごく正常な発達を示しているようなことであっても、保護者がそうした知識を持たないために、いざらち虐待行為に至ることもあるので注意が必要である。

#### ② 子ども側のリスク要因

子ども側のリスク要因には、乳児、未熟児、障害児など、養育者にとって何らかの育てにくさを持っている子ども等がある。

#### ③ 養育環境のリスク要因

養育環境のリスク要因としては、家庭の経済的困窮と社会的な孤立が大きく影響している。また、未婚を含むひとり親家庭、内縁者や同居人がいて安定した人間関係が保てていない家庭、離婚や再婚が繰り返されて人間関係が不安定な家庭、親族などの身近なサポートを得られない家庭、転居を繰り返す家庭、生計者の失業や転職が繰り返される家庭、夫婦の不和、配偶者からの暴力(DV)等がリスク要因となる。

孤立した家庭は、子育ての情報を持たなかったり、情報にアクセスできない状況にあり、そのことがリスクをより高めると考えられる。また、支援のための社会資源が地域社会に不足している場合もリスクを高める。

#### ④ その他虐待のリスクが高いと想定される場合

その他、妊娠届が遅いことや母子健康手帳の交付を受けていない、妊娠中に妊婦健康診査を受診しない等の胎児及び自分自身の健康の保持・増進に努めないこと、飛び込み出産や医師や助産師の立ち会いがない自宅での分娩、出産後に定期的な乳幼児健康診査を受診させないことなどは虐待リスクがあると考えられる必要がある。また、きょうだいに虐待がある場合には他のきょうだいへの虐待リスクに注意して対応すべきである。さらに、関係機関の支援を

拒否する場合も虐待のリスクが高いと考えられる。

## (2) リスク要因を持つ家庭を把握するためのアセスメント

### ① アセスメント指標の種類

子ども虐待の発生を予防し、あるいは虐待のあった家庭を支援するためには、リスク要因を的確に把握するとともに、家庭の養育状況を把握して支援につなげることが必要である。そのために、子どもの状態、保護者の状態、保護者と子どもの関係などを一定の基準のもとに判定するため、いくつかのアセスメント指標が提示されている。

アセスメント指標として代表的なものは、[1]在宅での支援の必要性を判断するためのもの、[2]通告受理時に一時保護の適否を判断するためのもの、[3]施設入所措置を解除して家庭復帰する際の適否を判断するためのものなどがあげられる。それぞれの指標ごとに必要な項目は異なってくる。

### ② アセスメントの留意点

これらのアセスメント指標を利用する際には、市区町村や児童相談所の会議等で組織的に判断することが必要である。また多機関で家族を支援する場合には、関係機関が当該家庭の状況や問題点を共通理解し、重症度の判断や具体的な支援を検討するために、要保護児童対策地域協議会を活用して、共通のアセスメント指標により共同で判断することが大切である。

なお、リスクを適切にアセスメントするためには、指標だけに頼ることなく必要な総合的調査により家族を構造的に把握しなければならない。

また、アセスメントシートのすべての項目を埋めることが大切なのではなく、アセスメントシートを活用して、子どもや家庭について何が分かっているのかを共同で確認し、調査することに意味がある。

アセスメントシートの例として、在宅支援におけるアセスメントでは第9章の表9-1を、一時保護に向けてのアセスメントでは第5章の表5-1を参照。また、家庭復帰の適否を判断するためのチェックリストについては、「児童虐待を行った保護者に対する援助ガイドライン」（平成20年3月14日付雇児総発第0314001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）を参照。

### ③ 発生予防の観点からのアセスメント指標の利用

アセスメント指標についての認識があれば、母子保健活動や医療機関での診察場面や子育て支援サービス事業、保育所・学校等において、子ども虐待のサインを見逃さず、支援につなげることが可能となる。

リスクがあり気になる場合、それに気づいた機関が呼びかけて、保健機関や子育て支援機関・児童福祉機関などの関係機関が集まり、問題が虐待へ進行することがないように予防のための支援を検討することが重要である。そのために要保護児童対策地域協議会の場を活用することも必要である。

表 2 - 1

<b>虐待に至るおそれのある要因・虐待のリスクとして留意すべき点</b>	
<p>1. 保護者側のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠そのものを受容することが困難（望まない妊娠）</li> <li>・若年の妊娠</li> <li>・子どもへの愛着形成が十分に行われていない。（妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある。子どもの長期入院など。）</li> <li>・マタニティーブルーや産後うつ病等精神的に不安定な状況</li> <li>・性格が攻撃的・衝動的、あるいはパーソナリティの障害</li> <li>・精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存等</li> <li>・保護者の被虐待経験</li> <li>・育児に対する不安（保護者が未熟等）、育児の知識や技術の不足</li> <li>・体罰容認などの暴力への親和性</li> <li>・特異な育児観、脅迫的な育児、子どもの発達を無視した過度な要求</li> </ul>	等
<p>2. 子ども側のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・乳児期の子ども</li> <li>・未熟児</li> <li>・障害児</li> <li>・多胎児</li> <li>・保護者にとって何らかの育てにくさを持っている子ども</li> </ul>	等
<p>3. 養育環境のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的に不安定な家庭</li> <li>・親族や地域社会から孤立した家庭</li> <li>・未婚を含むひとり親家庭</li> <li>・内縁者や同居人がいる家庭</li> <li>・子連れでの再婚家庭</li> <li>・転居を繰り返す家庭</li> <li>・保護者の不安定な就労や転職の繰り返し</li> <li>・夫婦間不和、配偶者からの暴力（DV）等不安定な状況にある家庭</li> </ul>	等
<p>4. その他虐待のリスクが高いと想定される場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠の届出が遅い、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診、乳幼児健康診査未受診</li> <li>・飛び込み出産、医師や助産師の立ち会いがない自宅等での分娩</li> <li>・きょうだいへの虐待歴</li> <li>・関係機関からの支援の拒否</li> </ul>	等

### 3. 市区町村の子育て支援策

#### (1) 市区町村の役割

子ども虐待の発生予防は、子どもが生活する身近な地域で行われることが基本である。したがって、市区町村の子育て支援資源を十分に活用することが必要となる。平成16年の児童福祉法改正により、市区町村は児童家庭相談に応じることが明確にされたが、同時に市区町村はさまざまな子育て支援事業を実施して住民へのサービスを提供しており、これらの事業は、虐待の未然防止（予防）につながるものである。以下ではこうした視点での住民サービスの内容を示す。

なお、母子保健部門との連携については第12章の2で、医療機関との連携については第12章の6で、特定妊婦や飛び込み出産への対応については第13章の4で詳述する。

#### (2) 妊娠期からの支援

母親にとって分娩後まもなくの子育ては想像以上に負担があり、夫や祖父母、近隣の支援などがあってやっと乗り越えることができる。また、妊娠・出産・子育ては、自分の親もこのように私を生んだのだろうか、このように世話をしてくれたのだろうか、繰り返し自分の親との関係を意識させられる時ともいえる。自分の親との関係を肯定的にとらえられないと、自分の子どもも肯定的にとらえにくい。また、あまりにも激しい葛藤があった場合は、親との関係を無意識に押しやって意識しないようにしていることもある。妊娠期から子育ての困難を予測し、子どもを迎える準備段階から支援者が関わり、保護者に親との関係で問題があることを把握した場合にはそれを乗り越える支援を行う必要がある。

##### ① 妊娠期からの支援の必要性

厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会による「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」では、死亡事例の背景要因として妊娠期の問題が大きいことが繰り返し指摘されている。同委員会の第8次報告書によると、死亡事例の中で若年（十代）妊娠が占める割合は40.0%であるが、これは出生総数に占める十代の母親が1.3%であるのに比べて非常に多く、また、出生体重が2500g未満の低体重も24.1%と、全出生児にしめる割合の9.6%に比べて多く、育児の支援が必要と考えられる妊娠期・周産期の問題が多く見受けられる。さらに、死亡事例の中での望まない妊娠／計画していない妊娠は55.6%であり、これも子どもを受容しがたい状況をうかがわせる。死亡事例等の検証結果から、妊娠期・周産期の問題を抱える事例が多いこと、また児童福祉担当部署と母子保健担当部署とが情報を共有して支援することの重要性は明らかである。

Olds (1986, 1999, 2002) は、初産婦、十代、未婚、経済的問題など養育の困難が予測されるようなリスクが重なっている親に対して、妊娠中から2歳になるまで平均23回の家庭訪問を重ねた結果を報告している。それによると、2歳の時点で家庭訪問群では虐待が4%発生したが、家庭訪問しなかった同じリスクのあるコントロール群では虐待が19%発生し、妊娠期からの家庭訪問が有意に虐待を予防すると報告している。

子どもが生まれて問題が把握されてからではなく、養育の問題が予想される妊婦への濃厚な支援を行う必要がある。

② 特定妊婦への支援（詳しくは第13章の4参照）

特定妊婦は児童福祉法第6条で、養育支援訪問事業を行う対象者のひとつとして「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」とされている。また、児童福祉法第25条の2では、「地方公共団体は、単独で又は共同して、要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るため、・・・要保護児童対策地域協議会を置く」とされ、ネットワークで支援する対象者でもある。

特定妊婦は、妊娠中から支援を行うことで養育環境が改善される、または悪化を防ぐことができる対象者であり、以下のように整理して考えることができる。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① すでに養育の問題がある妊婦<br/>要保護児童、要支援児童を養育している妊婦</p> <p>② 支援者がいない妊婦<br/>未婚またはひとり親で親族など身近な支援者がいない妊婦、夫の協力が得られない妊婦など</p> <p>③ 妊娠の自覚がない・知識がない妊婦、出産の準備をしていない妊婦</p> <p>④ 望まない妊娠をした妊婦<br/>育てられない、もしくはその思い込みがある、婚外で妊娠をした妊婦、すでに多くの子どもを養育しているが経済的に困窮している状態で妊娠した妊婦など。</p> <p>⑤ 若年妊婦</p> <p>⑥ こころの問題がある妊婦、知的な課題がある妊婦、アルコール依存、薬物依存など</p> <p>⑦ 経済的に困窮している妊婦</p> <p>⑧ 妊娠届の未提出、母子健康手帳未交付、妊婦健康診査未受診または受診回数の少ない妊婦<br/>なお、未受診となった背景を把握することが重要である。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

このような対象層は、妊娠届出や母子健康手帳の交付を行う部署、母子保健担当部署と連携し把握する必要がある。しかし、妊娠届出を行わず妊婦健康診査を受診しない妊婦などは既存の行政サービスだけで把握することは困難であることから、分娩を取り扱う医療機関との連携を強化することが重要である。さらに、特定妊婦の中には、若年妊婦、心の問題がある妊婦、知的な課題を抱える妊婦など、児童福祉機関と医療機関とが連携して支援することが必要な妊婦がいる。

特定妊婦が出産した際に、在宅の養育が困難と考えられる場合がある。また、きょうだいがいる場合、出産時の対応でショートステイや一時保護が必要な場合もあり、特定妊婦は、児童相談所・市区町村児童福祉担当や母子保健担当部署・医療機関が連携して養育に関するアセスメントを行い、支援を行う体制をとるべきであることに特に留意が必要である。

【文献】

- ・ OLD s DL et al :Prevention child abuse and neglect :a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics. Jul;78(1)65-78. 1986.
- ・ OLD s DL et al :Prenatal and infancy home visitation by nurses :recent findings. Future Child. Spring-Summer、9(1):44-65. 1999.

- OLD s DL et al :Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized controlled trial. Pediatrics. Sep;110(3):486-96.2002.

### (3) 妊婦健康診査、乳幼児健康診査

市区町村の母子保健部門では、医療機関に委託して妊婦健康診査を実施したり、新生児、3～4か月児、1歳6か月児、3歳児など定期的に時期を定めて乳幼児健康診査を行い、母子の健康状態を把握するとともに、養育の相談に応じている。特に乳幼児健康診査の際には育児不安の高い母親を発見し、その後の支援につないでいる。

こうした母子保健活動は、虐待リスクの高い家庭を早期に発見し支援することができ、虐待の未然防止（予防）につながるものである。

### (4) 子育て支援サービス

#### ① 経済的支援

市区町村は児童手当や児童扶養手当、特別児童扶養手当、母子貸付業務など各種の経済的支援の受付業務を行っている。また市や区では福祉事務所で生活保護業務も担当している。それぞれに目的や支給要件が違うが、子育てにおいて経済的困窮は児童虐待の発生要因としても大きいので、これらのサービスは十分に住民に周知して活用する必要がある。

#### ② 乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）

生後4か月までの乳児を抱えている全世帯を訪問する事業で、全国のほとんどの市区町村で実施されている。訪問者は保健師や助産師、保育士、民生・児童委員（主任児童委員）など各自治体で位置づけや対応者が違うが、乳児のいるすべての家庭を訪問して、育児に関する不安や悩みの相談を受け、地域の子育て支援に関する情報を伝え、家庭の養育環境を把握して、支援が必要な家庭へのその後の支援につなげている。

#### ③ 養育支援訪問事業

養育支援が必要な家庭を訪問し、養育に関する相談を受け、支援、助言等を行うことにより虐待に至ることを防ぐ事業である。出産後間もない時期の強い育児不安や孤立感等を抱える家庭の相談にのり、育児支援を集中的に行ったり、ネグレクトが疑われる家庭を定期的に訪問して家事支援をしたりすることで、保護者の家事負担を軽減すると同時に、家庭の養育力が高まり、子どもの成長発達を支援することができる。

各自治体での創意工夫により、利用しやすいホームヘルプサービスが拡充されることが求められる。

#### ④ 子育て短期支援事業（ショートステイ・トワイライトステイ）

市区町村が実施主体となり、保護者の委託を受けて短期間子どもを乳児院や児童養護施設などで預かる事業である。保護者の経済的負担が生じるが、低所得者には減免措置を設けている市区町村も多い。また児童相談所の一時保護と違って利用可能な範囲が広く、保護者の養育へのサポートとしての役割が期待できる。

#### ⑤ 一時預かり

保育所に入所していなくても、週に数回や一日数時間だけでも一時預かりを利用すること

で、保護者の育児負担を減少できる場合がある。そのため保護者の私的理由も含めるなど利用条件を緩和し、短時間や週数日保育所等で預かる一時預かりの制度がある。

#### ⑥ 広報・啓発

上記のサービス以外にも市区町村では多くの子育て支援施策を行っているが、これらは虐待の発生予防にもなっている。したがって前述の乳児家庭全戸訪問事業の際に子育て支援情報の冊子を持参したり、子ども連れの保護者が集まる場所に広報のためのチラシを置いたりして、子育て中の育児不安や孤立を防ぐように働きかけを行うことが重要である。

しかし虐待を行う保護者の多くは人とのかかわりを避けるため、必要な情報が適切に届いていない場合がある。そのため今後も子育て支援策を多様化し、量的にも十分に供給すると同時に、サービスや相談の場を必要としている保護者に情報が確実に届くような工夫が必要である。

## 4. 市区町村における医療・保健・福祉の連携

### (1) 妊娠・出産・子育てに関する相談情報の提供

3. (2)「妊娠期からの支援」の項で、妊娠期からの支援、特に特定妊婦への支援の必要性について述べたが、そのためには、妊娠、出産、育児の時期に保健、医療、福祉の連携体制を整備することが極めて重要である。

市区町村は妊娠届の受理や母子健康手帳の交付などにより妊娠を早期に知りうる立場にある。そのため母子健康手帳の交付の際などに養育支援の必要性をアセスメントし、妊婦に対して様々な支援内容を積極的に伝えると同時に、困った時に相談できる機関や窓口の紹介を行う必要がある。

また市区町村は日頃から要保護児童対策地域協議会の活動強化を図り、医療機関や保健、福祉の様々な情報が十分に生かされる体制作りをすることが重要である。特に支援の対象となる者やその家族が複数の医療機関を重複して受診する例も多いことから、要保護児童対策地域協議会内で日頃から医療機関同士の連携が図れるように調整する必要がある。

さらに産婦人科や小児科などの医療機関においては、待合室などに市区町村や関係機関の支援情報や相談機関などについての案内パンフレットを常備したり掲示するなどして、困難を抱える保護者が相談先に悩むことなく安心して相談できるようにするための広報活動が大切である。また、こうした広報の必要性について、市区町村から医療機関に協力依頼することも重要である。

上記のようなパンフレットや情報は、医療機関以外の、公共機関や薬局等でも配布する等して、相談情報を広く周知することが必要である。

自治体や関係団体の中には、妊娠検査薬を購入できる薬局・薬店の店頭等へ妊娠等に関する相談窓口等を記したカードの配置を進めているところがある。こうした取組みを進めるために厚生労働省では、薬局・薬店の関係団体に向けて依頼文を発出していることを付記する。(公益社団法人日本薬剤師会、日本チェーンドラッグストア協会、全国医薬品小売商業組合連合会、公益社団法人全日本医薬品登録販売者協会宛「妊娠・出産・子育て等の相談窓口等に関するカード等の配

置について（依頼）」平成 25 年 3 月 27 日付、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室事務連絡）

児童虐待死亡事例では望まない妊娠から出産直後に子どもを殺害する事例も珍しくないので、従来からの緊急対応を中心としたモデルだけでは十分ではない。そのため思春期からの性教育や望まない妊娠に対する相談機関の情報提供など、積極的な予防的活動が重要である。

## (2) 要支援家庭を発見した場合の連携

市区町村は、若年妊娠の事例や出産直前に母子健康手帳の交付を受けた事例、または保護者の心の問題や経済的困難などのためにリスクが高いと思われる事例については、直ちに要保護児童対策地域協議会の支援対象と捉え、家庭や地域での支援状況について確認することが必要である。

特に、新生児訪問や乳児家庭全戸訪問事業で子どもに会えない家庭、あるいは乳幼児健康診査未受診家庭に対しては、それらの事業の実施機関において、電話、文書、家庭訪問等により勧奨して受診等に結びつけるとともに、未受診等の理由や背景を把握し、今後の支援や見守りが必要と判断される家庭については、市区町村の児童福祉担当部門に情報提供することが必要である。

上記の勧奨に応じず、家庭訪問によっても子どもに会えない場合には、市区町村の児童虐待担当部門に連絡し、要保護児童対策地域協議会において関係機関で情報を共有する。児童福祉担当部門では、家庭訪問等により必要な調査を実施し、それでも子どもの安否を確認できない場合には、児童相談所との連携を図って安否の確認に努める必要がある。（「養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について」（平成 24 年 11 月 30 日付雇児総発 1130 第 1 号、雇児母発 1130 第 1 号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知）参照。）

医療機関においては支援が必要と判断されれば、虐待と判断できなくても市区町村への情報提供を行うことを原則とする。

なお、医療機関が市区町村に情報提供を行う場合には、妊産婦に対して、身体的、精神的な負担を軽減し、支援が可能になる旨の説明をして同意を得るように努めなければならない。また、要支援児童の保護者に対しても同様に同意を得る努力をする。しかし同意を得られない場合であっても市区町村に情報提供し、また要保護児童対策地域協議会等から情報提供依頼があればそれに応じることができる。

医療機関から情報提供を受けた市区町村は、すでに要保護児童対策地域協議会の支援対象事例になっているかどうかの確認を行う。該当事例であれば支援状況を確認し、必要があれば妊婦訪問や新生児訪問などを実施し、直接要支援者等と話し合うなどして支援の見直しを行う必要がある。

要保護児童対策地域協議会の支援対象でない事例については、早急に必要な情報の確認を行うと同時に、家庭訪問し、医療機関からの情報も踏まえて総合的なアセスメントを行って、必要な支援を実施する。その際には養育支援訪問事業などを積極的に活用したりショートステイ等の利用を提案することが必要な場合もある。

医療機関も市区町村に情報提供すれば終わりではなく、要保護児童対策地域協議会と協力して情報共有を行うとともに、家族の抱える困難さに対して医療面からの支援を継続する必要がある。

なお、医療機関との情報共有のあり方については、「児童虐待の防止等のための医療機関との連

携強化に関する留意事項について」(平成 24 年 11 月 30 日雇児総発 1130 第 2 号・雇児母発 1130 第 2 号雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知)を参照のこと。

### (3) 要保護児童対策地域協議会を活用した連携

安否が確認できない子どもや所在が確認できない家庭の情報は要保護児童対策地域協議会で情報を共有して、安否確認のための取り組みを継続する必要がある。市区町村の保健活動の中で把握された要支援家庭についても、同協議会で情報を共有して支援方法を検討することが大切である。

また、就学时健康診断を受診しない家庭や、学齢に達しても就学しない家庭に対しては、学校や教育委員会が家庭訪問等を通じて状況の把握に努めているが、学校や教育委員会において子どもの所在が確認できない場合には、要保護児童対策地域協議会で情報を共有し適切な対応がとれるようにする必要がある。

なお市区町村では、以前から妊婦・乳幼児健康診査等を通じて医療機関との連携が図られているが、今後は支援が必要な者への情報提供や医療機関から市区町村への積極的な紹介など、子どもの虐待防止を意識した市区町村と医療機関との連携へと、質の向上を図る意識的な取り組みが必要である。さらに、要保護児童対策地域協議会に産婦人科、小児科、精神科など複数の医療機関から医師等の参加を要請するなど、日ごろから市区町村と医療機関の連携、医療機関同士の連携強化を図る活動が重要である。

#### 【第 2 章に関連する参考通知】

- 「養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について」(平成 24 年 11 月 30 日付雇児総発 1130 第 1 号、雇児母発 1130 第 1 号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知)
- 「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」(平成 24 年 11 月 30 日雇児総発 1130 第 2 号・雇児母発 1130 第 2 号雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知)
- 「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について」(平成 23 年 7 月 27 日雇児総発 0727 第 4 号・雇児母発 0727 第 3 号雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知)