

児童虐待死亡ゼロを目指した 支援のあり方について

—令和5年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—

令和7年4月30日

東京都児童福祉審議会

6 東 児 福 第 8 4 号
令和 7 年 4 月 3 0 日

東京都知事
小 池 百 合 子 殿

東京都児童福祉審議会
児童虐待死亡事例等検証部会
部会長 川 松 亮

児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について
ー令和 5 年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書ー

本部会は、標記の件について検討を重ねてきた結果、別紙のように意見を取りまとめたので、児童福祉法第 8 条第 4 項の規定に基づき提出する。

児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について

—令和5年度東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書—

目 次

はじめに	1
第1章 検証対象事例の考え方等	2
1 検証対象事例の考え方	2
2 検証方法	3
3 調査票による分析・検証結果	3
第2章 問題点、課題及び改善策	8
【事例1】養育環境の変化について情報が入っていたが、家庭状況の再調査を検討せず、 結果的に子どもの安全が図られず無理心中に至った事例	8
【事例2】子どもの抱えていた悩みの緊急性に気付くことができず、自死を防ぐことができ なかった事例	13
【事例3】主訴を虐待から変更した後に生じたリスク評価への認識のずれを、関係者間で共 有できなかった事例	17
【事例4】移管の際にリスク評価を下げ、転居後の状況変化に応じた支援の見直しができな かった事例	22
おわりに ー児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けてー	28
参 考 資 料	31

はじめに

- 東京都では、平成20年6月に、東京都児童福祉審議会の下に「児童虐待死亡事例等検証部会」（以下「検証部会」という。）を設置している。この検証部会では、これまで20回にわたり、児童虐待の再発防止、未然防止に向けた提言を行ってきた。
- 検証部会で提言してきた様々な指摘を受け止め、東京都は、児童虐待への迅速・的確な対応を図るための児童相談所の体制強化はもとより、虐待の未然防止、早期発見・対応、虐待対応力の向上のための区市町村の取組への支援を行っているところであるが、残念ながら、重大な児童虐待事例は後を絶たず、毎年、複数の重大な虐待事例が発生している状況である。
- 今回、検証部会では、令和4年度中に発生した重大な児童虐待等の事例の全てについて、調査票による総体的な分析・検証を行った。また、そのうち4事例について、検証部会委員及び事務局が調査及びヒアリングを行い、事例から明らかになった課題等に関して、検証部会において改善策を検討した。

本検証は未然防止・再発防止に向けた改善策を見出すためのものであり、決して個人の責任追及や批判を目的としたものではなく、また検証に当たっては、プライバシー保護の観点から、個人が特定できないように配慮している。
- なお、事例の検証は、調査票や関係機関へのヒアリングなどを通じて、検証時において収集できる範囲での情報に基づいて行っていることを申し添える。

第1章 検証対象事例の考え方等

1 検証対象事例の考え方

○ 検証部会が検証対象とする重大な児童虐待等の事例は、次に掲げる類型の事例として
いる。

- ① 虐待による死亡事例（心中を含む。）
- ② 死亡原因が虐待によるものと特定されないが、死亡に至った経過の中で虐待が疑わ
れる事例
- ③ 死亡に至らなかったが心中未遂や虐待により重度の障害に至った重篤な事例
- ④ 乳児死体遺棄の事例
- ⑤ 棄児置き去り児の事例
- ⑥ その他の重大な児童虐待の事例

○ 令和4年度中に発生した重大な児童虐待等の事例の総数は14事例である。死亡等
に至った子どもは14人であり、その内訳は次のとおりである（表1）。

（表1）東京都において発生した重大な児童虐待等の事例 （）は子どもの人数

区分	東京都・区市町村の関与		計
	有	無	計
① 虐待による死亡事例（心中を含む。）	2（2）	2（2）	4（4）
② 死亡原因が虐待によるものと特定されないが、 死亡に至った経過の中で虐待が疑われる事例	6（6）	2（2）	8（8）
③ 死亡に至らなかったが心中未遂や虐待により 重度の障害に至った重篤な事例	0（0）	1（1）	1（1）
④ 乳児死体遺棄の事例	0（0）	1（1）	1（1）
⑤ 棄児置き去り児の事例	0（0）	0（0）	0（0）
⑥ その他の重大な児童虐待の事例	0（0）	0（0）	0（0）
計	8（8）	6（6）	14（14）

※関与のあった東京都及び区市町村は次の機関をいう。

《東京都》 児童相談所及び都保健所

《区市町村》 区市町村児童家庭相談部門（子供家庭支援センター^{*1}）及び区市町村保健機関

○ なお、東京都においては、平成30年度より、こども家庭庁（令和4年度までは厚生労

^{*1} 子供家庭支援センター：都内の区市町村において、18歳未満の子どもと家庭の問題に関するあらゆる相談に応じ
る総合窓口として、地域の関係機関と連携をとりつつ、子どもと家庭に関する総合的な支援を行うことを目的に平成
7年度から始まった東京都独自の制度。

働省)に毎年度提出している国調査票^{*2}を基に作成した調査票(以下「調査票」という。)を用いて、発生した全ての重大な児童虐待等の事例について調査・分析をし、必要に応じて検証部会ヒアリング等を行っている。

2 検証方法

- 令和4年度に発生した重大な児童虐待等の事例の全てについて、調査票を用いて、総合的な分析・検証を行った。
- また、東京都・区市町村の関与のあった虐待による死亡事例等のうち、関係機関の関与の度合いが大きく、より深く課題や改善策の検討が必要と考えられる(表2)のNo. 1、4、7及び8について、関係機関に対し詳細な経過等の調査及びヒアリングを行い、事例から明らかになった課題等について、検証部会において改善策を検討した。
- 表1の区分①に該当する1事例については、検証部会においてヒアリングによる調査・検証を別途行い、提言済みである(令和7年1月28日)。
- なお、各関係機関の関与状況については、平成30年度検証では関与があった事例のみ記載していたが、令和元年度検証より全事例について(表2)に併記することとした。

3 調査票による分析・検証結果

(1) 重大な児童虐待等の事例の概要

- 令和4年度に発生した重大な児童虐待等の事例の概要は次のとおりである(表2)。
- 児童相談所または子供家庭支援センターの関与があった事例は14事例中7事例であった。

(表2) 重大な児童虐待等の事例の概要

No.	区分 ※1	発生時の 子どもの 年齢	家族 構成	子どもの死亡等に至る経過	関与状況 ※2							
					児童相談所	子供家庭支援センター	保健機関	福祉事務所	医療機関	警察	女性相談支援員	学校、保育所、幼稚園等
1	①	5歳	母、祖父、祖母	母が本児を連れて海に飛び込む。母は自力で海から上がったが、本児は数分間溺水、意識不明となり翌日死亡確認。	○	○	×	×	×	×	○	○
2	①	3歳	父、母、兄	父母が立体駐車場に駐車後、誤って本児を車内に残し帰宅。その後、駐車場1階へ転落し倒れている本児を発見し死亡確認。	×	×	×	×	×	×	×	×

^{*2} 国調査票：毎年度、こども家庭庁が、こども家庭審議会児童虐待防止対策部会の下に設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、子ども虐待による死亡事例等を分析・検証するために行っている調査で用いているもの。検証結果は、「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について」として取りまとめられ公表されている。

No.	区分	発生時の 子どもの 年齢	家族 構成	子どもの死亡等に至る経過	関与状況							
					児童 相談所	子供家庭 支援セン ター	保健 機関	福祉 事務所	医療 機関	警察	女性 相談 支援員	学校、 保育所、 幼稚園等
3	①	5 歳	母、内夫	同居の内夫が本児の太ももを蹴り転倒させる。本児は頭をぶつけ意識喪失し救急搬送、翌月死亡。内夫は傷害致死で逮捕。	×	×	×	×	×	×	×	×
4	②	15 歳	父	自死。本児が橋から川に飛び降り。同居中の父からの虐待を訴えていた。過去には母からも虐待あり。	○	○	×	×	○	×	×	○
5	②	15 歳	父、母、 弟	自死。本児が橋から川に飛び降り。過去に母からの虐待で一時保護歴あり。	○	○	×	×	×	×	×	×
6	②	2 歳	父、母、 姉、妹	カニ्यूレが外れ嘔吐している本児を父が発見。病院搬送後に死亡確認。	○	×	×	×	○	×	×	×
7	②	8 か月	母	呼吸をしていない本児を母が発見。病院搬送後に死亡確認。	×	○	○	×	○	×	×	○
8	②	4 か月	父、母、 兄	うつぶせ寝で意識がない本児が発見され、病院搬送後に死亡確認。	○	○	○	×	×	×	×	×
9	①	4 歳	父、母、 兄、姉	本児を薬物等により死亡させた容疑で両親が逮捕。過去に心理的虐待で一時保護歴あり。 ^{※3}	○	○	○	×	○	○	×	○
10	②	1 か月	父、母	呼吸をしていない本児を母が発見。病院搬送後に死亡確認。保健機関では、母を要支援妊婦に指定していた。	×	×	○	×	×	×	×	×
11	②	6 か月	父、母、 兄、姉	就寝中の父の下敷きになり、顔面蒼白な状態の本児を母が発見。病院搬送後に死亡確認。	×	×	×	×	×	×	×	×
12	②	1 歳	父、母、 兄、兄	自宅のベッドの隙間に落ちている本児を母が発見。病院搬送後に死亡確認。	×	×	×	×	×	×	×	×
13	③	1 か月	父、母	脳内出血・脳浮腫・多発性網膜出血と診断。父が、本児を布団の上で転がしたり、ゆりかごを強く揺らしたりしていた。	×	×	×	×	×	×	×	×
14	④	0 か月	母、祖父、 祖母	生後まもない本児が自宅クローゼットから遺体で発見、母が逮捕される。	×	×	×	×	×	×	×	×

※1 「区分」については、(表1)を参照。

※2 「関与」とは、事例発生に至るまでに対象事例の子ども及び子どもの家庭の相談にのるなど、個別的な関わりがあった場合をいう。

※3 No.9 は令和7年1月28日に提言済み。

(2) 虐待の類型と加害の状況

- 14事例を虐待の類型で見ると、身体的虐待が3事例、ネグレクトが7事例、不明が4事例であった（表3）。主たる虐待者は、母が4事例、父が3事例、母及び父が1事例、母の内夫が1事例、不明が5事例であった（表4）。

（表3）虐待の類型

区分	例数
身体的虐待	3
ネグレクト	7
不明	4
計	14

（表4）主たる虐待者

区分	例数
母	4
父	3
母及び父	1
母の内夫	1
不明	5
計	14

(3) 子どもの状況

- 子ども14人を年齢区分で見ると、乳児が6人、幼児が6人、高校生が2人であった（表5）。また、性別は、男児が8人、女児が6人であった（表6）。出生順では、第1子が8人、第2子が3人、第3子が3人であった（表7）。疾患・障害がある子どもは不明ケースを除き、2人であった（表8）。保育所や学校等の所属がある子どもは8人であった。そのうち、児童相談所や子供家庭支援センターの関与があった子どもは5人、なかった子どもは3人であった。（表9）。

（表5）年齢

区分	人数
乳児（0歳）	6
幼児	6
高校生	2
計	14

（表6）性別

区分	人数
男	8
女	6
計	14

（表7）出生順

区分	人数
第1子	8
第2子	3
第3子	3
計	14

（表8）疾患・障害の有無

区分	人数
有	2
無	11
不明	1
計	14

（表9）所属機関（保育所・学校等）の有無

区分	人数
有	8
無	6
不明	0
計	14

＜参考＞
児童相談所又は
子供家庭支援センターの関与の有無

区分	人数
有	5
無	3

(4) 養育者の状況・背景等

- 14事例の養育者の状況は、父母が9事例、ひとり親が4事例、内縁関係が1事例であった（表10）。また、きょうだいの有無は、きょうだいがいる家庭が7事例、いない

家庭が7事例であった(表11)。きょうだいがいる家庭7事例のうち、きょうだいの通告歴があったものは2事例であった。

- 母子健康手帳は、子ども14人のうち、発行が11人、未発行が1人、不明が2人であった(表12)。また、妊婦健康診査(以下「妊婦健診」という。)の受診状況は、受診が11名、未受診が1人、不明が2人であった(表13)。ゆりかご面接^{*3}は、実施が8人、未実施が2人、不明が2人、対象外が2人であった(表14)。
- 不明ケースを除き、実母が産後うつであった事例はなかった(表15)。
- DV被害^{*4}については、14事例のうち、不明ケースを除き被害があった事例は5事例であった。(表16)。
- 子育て支援サービスの利用があったのは、14事例のうち7事例であった(表17)。

(表10)養育者の状況

区分	例数
父母	9
ひとり親	4
内縁関係	1
計	14

(表11)きょうだいの有無

区分	例数
いる	7
いない	7
不明	0
計	14

＜参考＞
きょうだいの通告歴

区分	例数
有	2
無	5

(表12)母子健康手帳

区分	人数
発行	11
未発行	1
不明	2
計	14

(表13)妊婦健診の受診状況

区分	人数
受診	11
未受診	1
不明	2
計	14

(表14)ゆりかご面接

区分	人数
実施	8
未実施	2
不明	2
事業対象外	2
計	14

(表15)実母の産後うつ

区分	例数
有	0
無	11
不明	3
計	14

(表16)DV被害 (表17)子育て支援サービスの利用

区分	例数
有	5
無	3
不明	6
計	14

区分	例数
有	7
無※	5
不明	2
計	14

※ 出生後まもなく死亡する等、支援サービスの対象とならなかった事例を含む。

*3 ゆりかご面接：ゆりかご・とうきょう事業(現在の「とうきょうママパパ応援事業」)における保健師等による妊婦全数面接(平成27年度開始)。令和4年度は、59区市町村(23区26市5町5村)が実施、妊婦との面接実施率は99.6%。

*4 DV被害：DV被害の件数は身体的暴力・精神的暴力を含む。

(5) 調査結果から見たこと

- 今回、検証対象となった子ども14人のうち、年齢が0歳であった子どもが6事例で半数近くを占めている。区市町村においては、妊娠期から子育て期にわたって切れ目のない支援を行い、妊婦健診やゆりかご面接等の中で、乳児の養育に負担や困難があると思われる家庭を把握した場合は、その時点での養育スキル等のアセスメントを行い、必要に応じて地域の関係機関による支援につなげることが求められる。
- また、DV被害が見られたケースが5事例あったが、子どもにとっては家庭内で父母間の暴力・暴言や支配的構造等が見られる環境自体が不適切であり、虐待事例における大きなリスク要因になる。DVのあるケースやDVの疑いのあるケースについては、配偶者暴力相談支援センター等へつなぎ、専門機関でのアセスメントを行い、事案の程度に応じて被害者と子どもの支援や保護の検討等を行う必要がある。

第2章 問題点、課題及び改善策

【事例1】養育環境の変化について情報が入っていたが、家庭状況の再調査を検討せず、結果的に子どもの安全が図られず無理心中に至った事例

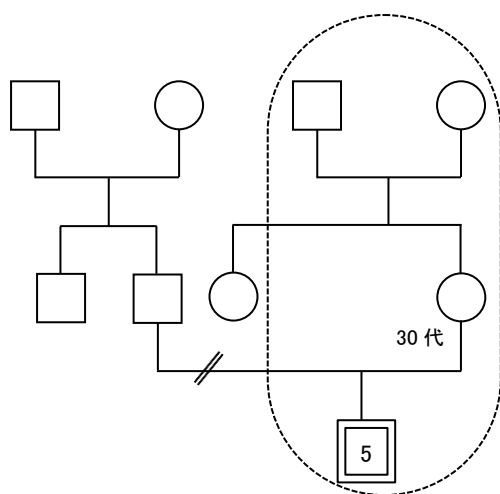
(1) 概要

父母の喧嘩を理由とした通告により父の心理的虐待で受理歴がある家庭について、児童相談所の関与終了後に、児童相談所通年開所（※）で父から相談があった。相談内容に、関与終了時点からの養育環境の変化についての情報が含まれていたが、家庭状況の再調査を検討せず、子どもの安全への対応が図られなかった。その後、母が本児を連れて海に飛び込み、本児は数分間溺水後に救助されたが、翌日死亡に至った。なお、母は自力で海から上がった。

※児童虐待に迅速に対応するため、緊急ケースに土曜日、日曜日、祝日（年末年始を含む）の日中にも対応する窓口。

関係機関：児童相談所、子供家庭支援センター、生活困窮者自立支援所管課、子育て支援所管課、保育所

(2) シェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|------|----|---|
| 令和3年 | 7月 | ・父母が喧嘩をして近隣から110番通報。警察からの通告を受け、児童相談所は心理的虐待として受理。
・父母の離婚が成立し、親権者が母となる。母方祖父母宅へ母と本児が転居。
・市の生活困窮者自立支援所管課が、子育て支援所管課などから父母の離婚後の生活について照会を受け、就労支援と幼稚園から保育所への転園等を促したことを共有。 |
| | 9月 | ・本児が幼稚園から保育所へ転園。
・母が生活困窮者自立支援所管課へ生活費について相談。 |

生活困窮者自立支援所管課からは、子供家庭支援センターや社会福祉協議会の貸付相談を案内。

- 10月
- ・ 児童相談所が母から就労したことを確認。
 - ・ 子供家庭支援センターが児童相談所へ、本児が幼稚園から保育所へ転園したことを共有。
 - ・ 母が生活困窮者自立支援所管課へ給付金の相談。
 - ・ 児童相談所が保育所より、虐待の兆候は見られないこと、送迎は主に祖母が行っていること、欠席が多いことを聴取。
 - ・ 母が児童相談所へ連絡し、母方祖父母の協力を得ながら就労していることと、父と本児は月に二、三回会っていることを伝える。児童相談所から母へ、何かあれば子供家庭支援センターへ相談するよう案内。
- 11月
- ・ 児童相談所が助言指導にて終了。
- 12月
- ・ 母と本児が生活困窮者自立支援所管課に来庁し、給付金を申請。
 - ・ 保育所が子供家庭支援センターへ、本児が休みがちであることを相談。
- 令和4年
- 2月
- ・ 本児が父と一緒に登園。
- 4月
- ・ 父が児童相談所通年開所へ、本児の養育は父がしていること、母が手当を不正受給しているのではないかと相談。
 - ・ 父母と本児が生活困窮者自立支援所管課に来庁。母の手当の給付が中止される。
 - ・ 生活困窮者自立支援所管課が子育て支援所管課より、本児の手当の給付先を父にしてほしいという相談があった旨を聴取。
 - ・ 保育所が母へ架電し、本児の登園渋りと感染症の懸念から登園できていない旨を聴取。
 - ・ 2か月ぶりに本児が保育所へ登園。
 - ・ 生活困窮者自立支援所管課が子育て支援所管課より、父母との面談を実施し、本児が父と頻繁に交流がある旨を聴取。
- 5月
- ・ 母が生活困窮者自立支援所管課に来庁し、嫌がらせやハッキング被害を訴える。
 - ・ 保育所が、父母と本児が手をつないで帰る様子を確認。
 - ・ 母が生活困窮者自立支援所管課に来庁し、子供家庭支援センターでの相談について調整。同日、母が子供家庭支援センターに来庁するも短時間で退出。
- 6月
- ・ 母が本児を連れて海岸防波堤より飛び降り。翌日、本児の死亡が確認される。

(4) 問題点、課題及び改善策

【児童相談所の対応について】

- 令和3年7月に父母の喧嘩で母が近隣に助けを求め110番通報があり受理したが、同月に離婚が成立し、父は母子と別居することになったため、父母間のDVについて詳細な調査を行わなかった。
- 令和3年11月に助言指導にて児童相談所の関与が終了した時点では、父母は離婚し本児の親権者は母で、月に数回父母と本児3人で会っている状況であったが、令和4年4月に通年開所で父から相談を受けた際に、父から「本児の養育は父が行っている」と話があった。児童相談所は、通年開所からの申し送り内容を確認したが、相談主訴は親権を巡る夫婦間の問題であると捉え、本児の養育環境が変化しているにもかかわらず、その後の家庭状況の再調査や本児の安全を図る対応を検討しなかった。

＜改善策＞

- ・ 父母間のDVについては、既に別居の状態にあったとしても、十分な調査やアセスメントを行い、配偶者暴力相談支援センターとの連携も含めた対応を検討すべきである。
- ・ 通年開所で受けた情報については、相談内容に関わらず、それまでの経過を踏まえ、対応方針を組織として検討することが必要である。養育環境に変化が見られる場合は、再調査の可否を検討する必要がある。
なお、当該児童相談所においては、その後、通年開所で受けた相談や情報については、対応方針について、必ず所内協議にかけると変更された。
- ・ 夫婦間の問題や親権問題であるとの固定観念をもたず、子どもの安全が図られているかについては、確実かつ丁寧に対応するべきである。

【子供家庭支援センターの対応について】

- 保育所から本児の長期欠席についての連絡を受けたが、保育所が本家庭と連絡を取れていること、本家庭の状況がある程度把握できていること、母子関係等で特に心配はないという保育所からの報告を踏まえ、引き続き何かあれば相談をするよう伝え、しばらく様子を見るよう指示した。
- 本ケースについて、児童相談所が助言指導にて終了しているということを把握していなかった。そのため、保育所から相談を受けた際にはまだ児童相談所は係属中であると認識し、子供家庭支援センターへの連絡は、主担当機関ではなく一関係機関への情報提供であると捉えていた。また、児童相談所と保育所が連携していると考え、児童相談所への情報共有や、保育所から児童相談所への連絡状況の確認を行わなかった。
- 令和4年5月に、母が生活困窮者自立支援所管課から案内され、子供家庭支援センターに来庁したが、相談主訴が不明確なまま、短い待ち時間の間に退出してしまった。このような状況について、生活困窮者自立支援所管課にフィードバックし、対応協議をする予定だったが、迅速に実施できなかった。また本ケースについて、所内会議でも受理をして調査をするという判断には至らなかった。

＜改善策＞

- ・ 保育所から長期欠席しているとの連絡があった場合、保育所と役割分担を行いながら、電話や家庭訪問により子どもの安否を確認し、必要に応じて児童相談所への情報提供を行う必要がある。保育所が家庭と連絡を取れている場合でも、「何かあれば相談するように」という曖昧なアドバイスではなく、当該家庭のリスク、支援の中でどのような点に気を付けてもらいたいのか、どのような変化があった場合に連絡をもらいたいのか等、重要な事項について、事前に具体的に依頼することが求められる。なお、具体的な依頼事項については、担当者一人で判断することがないよう組織で検討し、保育所と十分共有できる工夫を図ることが求められる。
- ・ 子供家庭支援センターと児童相談所は、東京ルールに基づき、主担当機関の確認を行う必要がある。また併せて、双方がどのような対応をしているか等も確認し共有する必要がある。

【保育所の対応について】

- 本児の長期欠席について、母に詳細な確認をしなかった。また、一度子供家庭支援センターへ相談はしたが、再度の長期欠席があった時に、相談をすることはなかった。
- 離婚後、父が子どもの送迎に来ていることについて、母に確認したところ「大丈夫です」と言われたため、それ以上の確認をしなかった。

＜改善策＞

- ・ 保育所は、日常の様子や話題から、子どもや家庭の変化にも気づくことのできる機関である。子供家庭支援センターや児童相談所等の関与がある家庭については、関係機関と連携を図るためにも、気を付けるべき点、どのような変化があった場合に連絡をすべきか等、子供家庭支援センターや児童相談所に事前に確認しておく必要がある。

【生活困窮者自立支援所管課の対応について】

- 離婚した父が母の手当の不正受給を伝えに来庁したことについて、受給者の元家族が不正を伝えるために来庁することは非常にまれである上、父が母の通帳の保管場所を把握していることに、生活困窮者自立支援所管課として不審感を抱いていた。なお、父母の離婚前後の状況について要保護児童対策地域協議会から情報提供がなかったため、離婚前に父母間にDVの情報があったことは把握していなかった。
- 母が窓口来庁時に養育についての不安を語っていたため、その場で子供家庭支援センターに相談に行くよう調整したが、母は子供家庭支援センターをすぐに退出した。

＜改善策＞

- ・ 離婚した元夫婦の対応をする場合、離婚の背景にDVがないか、またDVに当たるような関係性、支配構造が見られないか、注意を払う必要がある。
- ・ 一般的に、経済的な搾取、締め付けはDVの兆候の一つであり、家庭のリスクになりうるという視点を持ち、調査や関係機関との情報共有を行う必要がある。

【関係機関間の認識の共有について】

- 生活困窮者自立支援所管課が離婚前の父母間のDVについての情報を把握していなかったこと、子供家庭支援センターから保育所への対応依頼について両者の認識が異なること、児童相談所が助言指導にて終了したことを子供家庭支援センターは把握していなかったこと等、関係機関間の認識相違や情報共有が不十分な場面が見られ、その後の対応に影響を及ぼしている。

＜改善策＞

- ・ 関係機関で情報や認識を共有した上でリスク評価し、一体となって事案に取り組むためにも、関係機関が把握している情報や見立てがそれぞれ異なる場合、個別ケース検討会議等の場を活用して、認識のすり合わせや連携をしていくことが重要である。
- ・ DVについての情報があつた家庭については、その後の経過に注意を払い、養育環境の変化等があつた場合には、関係機関ときめ細かに情報共有し、的確に養育状況を把握する必要がある。
- ・ リスク評価に関して現行の水準から一段階引き上げるべきと判断する限界線を設定し、限界線を越えそうな兆候を把握した場合は、直ちに子どもの安全を確認する体制をあらかじめ決めておく必要がある。
- ・ (再掲) 子供家庭支援センターと児童相談所は、東京ルールに基づき、主担当機関の確認を行う必要がある。また併せて、双方がどのような対応をしているか等も確認し共有する必要がある。

【事例２】子どもの抱えていた悩みの緊急性に気付くことができず、自死を防ぐことができなかった事例

(1) 概要

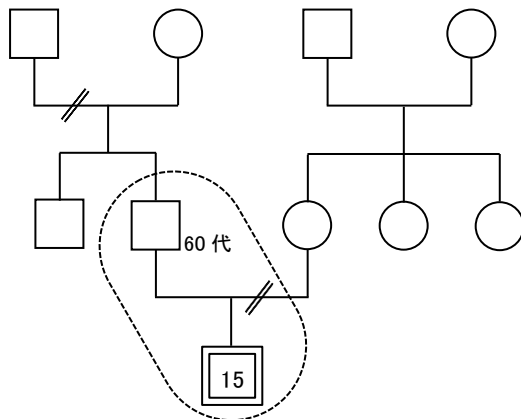
本児は母からの虐待により一時保護され、児童養護施設入所措置を経て、父に引き取られ家庭復帰。５年後、児童養護施設や高等学校等に対して、父からの虐待を訴えるようになり、橋から川に飛び降りて、搬送先の病院で死亡が確認された。

関係機関：（Ａ区）Ａ児童相談所、子供家庭支援センター、小学校

（Ｂ区）Ｂ児童相談所、子供家庭支援センター、小学校、高等学校、教育相談センター

児童養護施設

(2) ジェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|-------|-----|---|
| 平成２７年 | ８月 | ・離婚した父が母子の生活環境について本児の小学校に相談。
・小学校がＡ区子供家庭支援センターに通告し、Ａ区子供家庭支援センターがＡ児童相談所へ送致。 |
| | ９月 | ・本児が一時保護される。
・母が医療保護入院。 |
| | １２月 | ・本児が児童養護施設に入所。
・母がＡ児童相談所に本児との面会を繰り返し希望。 |
| 平成２８年 | ３月 | ・本児が母の弁護士と面会。本児は母からの虐待で怖い思いをしたこと、母の病気が治っても母ではなく父と暮らしたいと話す。 |
| | ８月 | ・父母協議し、親権者を母から父に変更。 |
| | ９月 | ・父がＢ区に転居。 |
| | １０月 | ・Ａ児童相談所は、父宅への家庭復帰の方針とし、父の生活状況の聞き取りと本児の心理検査結果のフィードバックを行った上で、父宅への外泊交流を開始。 |

- 1 2月 ・ B区小学校にて措置解除前の個別ケース検討会議を開催。B区子供家庭支援センター、B区小学校、児童養護施設、B児童相談所、A児童相談所等が参加。
- 平成29年 1月 ・ 本児が児童養護施設を退所し、父と暮らし始める。
・ A児童相談所が入所措置を解除し、家庭復帰後の児童福祉司指導を開始。
- 2月 ・ A児童相談所がB児童相談所にケースを移管。
- 3月 ・ B区子供家庭支援センターがケースを終結。
- 8月 ・ B児童相談所が父子宅を訪問。父から父子関係悪化の相談を受ける。
- 10月 ・ B児童相談所が父子宅を訪問。父は本児に友達がいないことを心配し、親子喧嘩になると話す。
- 11月 ・ 父からB児童相談所に、本児は物忘れ等が多く、発達障害でないと相談があり、B児童相談所が児童精神科の受診を勧める。
- 平成30年 2月 ・ 本児が医療機関を受診。
- 3月 ・ 父からB児童相談所に受診結果の報告があり、精神科薬が処方され効果があると話す。父子関係は良好であることを確認し、児童福祉司指導を解除。
- 令和4年 4月 ・ 本児が児童養護施設退所後5年3か月ぶりに施設訪問。自身のことが分からず困っており、様々な機関とつながっておきたい気持ちがあり連絡した旨話す。
・ 本児と父がB区教育相談センターに相談のため来所。
- 5月 ・ 本児が高等学校のスクールカウンセラーに相談。
・ 本児から児童養護施設へ父からの暴言暴力について相談があり、児童養護施設はB区教育相談センターへ情報共有。
・ 本児がB区教育相談センターに一時保護を求めたため、B児童相談所に通告、B区子供家庭支援センターへ情報共有した上で、B児童相談所が本児と父の面接を行う。
・ B児童相談所が父、本児それぞれと面接を実施する。父は本児のスマホの使い方や友人関係について不安を述べる。一方、本児は父に無視される、父の顔を見るとイライラする旨話す。
・ B児童相談所が家庭訪問を実施。父子から生活の情報を聞き取り、スマホの使用ルール、本児の交友関係、父の暴力について話す。
- 6月 ・ 本児が登校後、何日も帰宅せず。父宛てに、外泊すると電話があるが行先は言わず。本児は1週間ほど前から外泊したい旨申し出ていたが、父が反対していた。
・ 本児が橋から飛び降りて死亡。

(4) 問題点、課題及び改善策

【児童相談所の対応について】

- 児童福祉司指導の措置解除の際、父子関係は良好であり、医療機関等支援機関が確保されていたため、子供家庭支援センターにつなぐ必要のないケースと判断し、見守り等の依頼を行わなかった。
- 本児が関係機関に相談している内容と父が児童相談所に話す内容に乖離があった。また、本児の発言の事実関係や時系列が不明瞭であったが、児童心理司との面接や児童相談所医師への相談、本児の主治医と連絡を行わないままアセスメントを行っていた。
- 本児が過去「自殺、飛び降り」等の発言をしていたことを父から聞いたが、死に関連する話であるにもかかわらず時期や事実が不明瞭であるとして、リスクが高いと判断することができなかった。

<改善策>

- ・ 児童相談所が措置解除を行い、家庭復帰する際は、子供家庭支援センターにつないで個別ケース検討会議を行い、また、地域での見守りを依頼する中で、家庭復帰後の子どもの声に耳を傾けるなど、丁寧な対応を検討するべきである。特に、元々居住していた地域とは別の地域で家庭復帰する場合は、転居先の地域でその家庭を具体的にどのように支援するか、関係機関間で調整をすることが必要である。
- ・ 施設退所時の親子関係が良好でも、その後関係性が悪化する可能性も含め、リスク評価が高くなった場合の対応を、子供家庭支援センター等の関係機関と事前に確認しておく必要がある。
- ・ 親子間の発言内容に食い違いがある場合は、丁寧に聞き取りを行った上で、食い違いが生じている理由を確認し、適切なリスク評価を行うことが必要である。
- ・ 子どもから死に関連する言葉が出たり、それまでと異なる言動、様子が見られたりする場合は、医療機関と情報共有を行い、主治医の見立てを求めるなど、医療機関との連携を行うべきである。また、児童相談所内でも児童心理司の関与、児童相談所医師への相談を行い、丁寧にアセスメントする必要がある。

【児童養護施設の対応について】

- 本児から退所後5年ぶりに連絡があった際、本児から聞き取った中で、本児と一番関わりがあると思われる教育相談センターとのみ連絡を取り、児童相談所や子供家庭支援センターに連絡を行わなかった。

<改善策>

- ・ 施設を退所し、児童相談所の措置解除後、1年以上経ってから子どもが突然連絡してくる場合は、何らかのメッセージであり、子どもの状況に問題が起きている可能性がある。その点を考慮し、児童相談所等、関係機関へ情報提供することも含め、丁寧に対応することが重要である。

【高等学校の対応について】

- 本児の訴えの時系列の混乱や、訴えが事実と異なることの原因について、見立てができない状況にあった。

＜改善策＞

- ・ スクールソーシャルワーカーやスクールカウンセラー等を活用し、子どもの訴えを丁寧に聞き取るとともに、主治医や児童相談所と連携して、病状を共有した上で対応方針について検討を行う必要がある。

【子どもの自死が危惧されるとき】

- 本児の発言の事実関係や時系列が不明瞭であること、これまでにはなかった被害を訴える動きが急に出てきたことについて、関係機関は本児の特性によるものと考え違和感を持たず、精神面での医療的なケアの必要性があるかもしれないという認識を持たなかった。

＜改善策＞

- ・ メンタルヘルスに関する問題について多面的な理解をしていく必要がある。
- ・ 子どもに関わる機関は、子どもの自死の前兆行動や予防に関する知識を深める研修機会を持つことが必要である。
- ・ 子どもから訴えがあった場合、ただの愚痴と軽く捉えるのではなく愚痴の中に本当のＳＯＳがあるかもしれないと捉え、その訴えの背景にどのような思いがあるのか、丁寧にアセスメントしなければならない。子どものＳＯＳにいかに関心し、受け止めるかが重要であり、子どもや家庭の状況に応じて、関係機関が連携しながら対応していくことが必要である。
- ・ 特に子どもが死に関連する言葉、とりわけ自死の手法等についての発言があったときには、その発言の背景を探り医療受診につなげるなど注意深く関わっていくことが必要であり、**高等学校、児童養護施設**等の関係機関を含めて、情報連携し、注意深い見守りを促していく必要がある。
- ・ リスク評価に関して現行の水準から一段階引き上げるべきと判断する限界線をあらかじめ設定することで危機管理意識を高め、その限界線を超えそうな場合は、直ちに現状の再把握を行い、通院先**医療機関、高等学校**を含めた要保護児童対策地域協議会個別ケース検討会議でリスクを再評価するとともに、生命の危険性が高まっている場合は、医療ケアを最優先に検討するなど、危機介入的な支援が必要である。

【事例3】主訴を虐待から変更した後に生じたリスク評価への認識のずれを、関係者間で共有できなかった事例

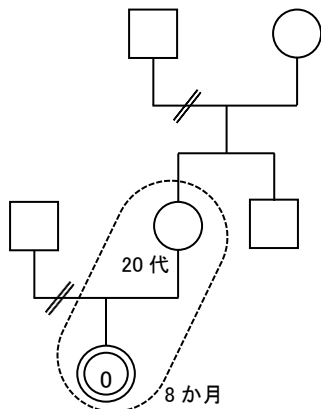
(1) 概要

母が本児を自宅に置き去りにして医療機関を受診したことから虐待（ネグレクト）で受理、その後、主訴を虐待から養育困難に変更し、子供家庭支援センターの支援を受けていた。

本児のミルク吐き戻し、液状の便など体調不良が続いたが、医療機関が休診等で受診ができなかった。その後、母は本児と共に寝てしまい、目覚めると本児が冷たくなっていて、搬送先の病院で死亡が確認された。

関係機関 : (A区) 子供家庭支援センター、保健機関、保育所
(B区) 子供家庭支援センター、保健機関
医療機関（出産病院）

(2) シェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|------|-----|---|
| 令和3年 | 11月 | ・A区保健機関が妊娠届を受理。 |
| 令和4年 | 1月 | ・父母が入籍。 |
| | 2月 | ・母が医療機関で妊婦健診を複数回受診。
・母が切迫早産で入院管理となる。 |
| | 3月 | ・医療機関が父と母に胎児の治療のため転院を勧奨するが転院希望なし。 |
| | 4月 | ・A区保健機関が母と連絡が取れない状態が3か月続く。
・父母が離婚。
・母が医療機関で本児を出産。 |
| | 5月 | ・母が弛緩出血により一泊の緊急入院。
・母が本児を自宅に置いて、父と医療機関（産婦人科）を受診。医療機関がA区保健機関に連絡し、A区保健機関がA区子供家庭支援センターへ通告、A区子供家庭支援センターが虐待で受理。 |

- ・ A 区保健機関と A 区子供家庭支援センターが家庭訪問を実施。
- ・ A 区保健機関が助産師訪問を実施。（乳児全戸訪問）
- ・ 本児が 1 か月健診を受診。
- 6 月
 - ・ A 区子供家庭支援センターが家庭訪問を実施。
 - ・ A 区保健機関が助産師訪問を実施。（乳児全戸訪問）
- 7 月
 - ・ 母が就業を開始。本児が保育所に入園。
 - ・ 母が医療機関を受診。本児の様子も小児科で確認。
- 8 月
 - ・ 母が医療機関を受診
 - ・ 医療機関が A 区保健機関に本児の発育フォロー、受診勧奨を依頼。
- 9 月
 - ・ A 区保健機関が母に 3・4 か月健診受診を勧奨。
 - ・ A 区子供家庭支援センターが主訴を虐待から養育困難に変更。
 - ・ 本児が 3・4 か月健診を受診。
- 10 月
 - ・ 母が医療機関を受診
 - ・ 医療機関が A 区保健機関及び A 区子供家庭支援センターに体重増加不良や母の対応について連絡。
 - ・ A 区保健機関と A 区子供家庭支援センターが家庭訪問を行う。
- 11 月
 - ・ A 区子供家庭支援センターが家庭訪問及び保育所からの情報を医療機関に報告。医療機関は入院中の様子から注意と支援が必要である旨伝える。
 - ・ A 区子供家庭支援センターが家庭訪問を実施。
 - ・ 母が転出届を提出。
- 12 月
 - ・ A 区保健機関がかかりつけ小児科クリニックへ連絡し、本児の体重増加不良、胃腸炎の発症、転居について情報共有。
 - ・ 本児の 1 月からの保育所が内定。
 - ・ A 区子供家庭支援センターが家庭訪問を実施。
 - ・ A 区子供家庭支援センターが B 区子供家庭支援センターに引継ぎ訪問をもつての移管を打診。
 - ・ B 区保健機関が母に本児の 6・7 か月健診受診を勧奨し、B 区内クリニックを紹介。
 - ・ 本児が B 区内クリニックで 6・7 か月健診を受診。
 - ・ 母が、前日から嘔吐と下痢でぐったりしている本児を医療機関に受診させようとしたが、休診等で受診できず。B 区保健機関にも架電。その後、本児と共に寝てしまい、目覚めたところ、本児が仰向けで目が開いていて手足が冷たくなっていることに気が付く。11 9 番に 3 回架電するもつながらず、110 番通報。本児、病院に搬送されるも死亡する。

(4) 問題点、課題及び改善策

【子供家庭支援センターの対応について】

- 本児の体重増加不良について、A区保健機関との同行訪問を行った際、母の離乳食の与え方についてはその場で確認をしたが、体重の計測を行わず、その後の体重の変化について確認を行わなかった。
- 母の状況把握ができる状態であったこと、保育所にも継続的に登園していたことから、個別ケース検討会議を開催していなかった。また、医療機関から本家庭への支援についての要請があった後も開催せず、関係機関とリスク評価の確認を行うことができなかった。
- 医療機関との連携について、普段から関与のある機関でなかったことから、積極的な連携や情報共有ができなかった。
- 保育所には、母子関係、愛着形成、ミルクの与え方など養育状況についての確認・見守りや、連絡なしの欠席が2、3日続いた場合は連絡がほしい等の一般的な内容を依頼した。

<改善策>

- ・ 体重増加は乳児期にあつて大変重要であり、必ず記録するとともに関係機関と情報共有する必要がある。
- ・ 医療機関から支援要請があった場合、早期に情報共有をする場を設定し、リスク評価をすり合わせて認識を共有する必要がある。また、状況に応じて、個別ケース検討会議を開催し、他の関係機関も含めて認識を共有し、対応を検討していく必要がある。
- ・ 保育所に定期的な情報提供を依頼する時は、子どもの成長や発達、母の育児手技等に不安があるケースであれば、モニタリングのポイントについて具体的に伝える必要がある。

【保健機関の対応について】

(A区保健機関)

- 子供家庭支援センターに対し、本児の出生前に特定妊婦としての情報提供をしていなかった。出産後も母なりに授乳を行い、子どもを保育所に預けて働いたりしていることから、リスクが高いと認識せず、関係機関同士で情報共有や役割の明確化を行うことができなかった。母の受診時に本児を自宅に置き去りにしたことについて医療機関から連絡を受けた時も、子供家庭支援センターに連絡をしたが、その後の対応は子供家庭支援センターに任せて保健師としての判断や支援に結び付けることはなかった。
- 母との関係性が切れることを恐れ、母の生育歴や経済状況、育児支援者の有無等について踏み込んだ確認をせず、本家庭の支援ニーズの評価に至らなかった。さらに、母に本児の体重増加不良についての検査入院ができる医療機関を紹介したものの、積極的に検査入院を勧めることをしなかった。
- 医療機関から体重増加不良について連絡を受けていたが、かかりつけの小児科クリニックと連携が取れていたことから、A区子供家庭支援センターとの同行訪問を行った際、母の離乳食の与え方についてはその場で確認をしたが、体重の計測を行わず、その後の体重の変化について確認を行わなかった。

(B区保健機関)

- A区保健機関から本児の体重増加不良の原因について引継ぎがなかったことに対し、十分な確認を行わなかった。母に6・7か月健診を勧奨するとすぐに受診をしたこと等から、本家庭のリスクを低く見積もり、緊急時に即応した対応を検討することができなかった。

なお、B区保健機関では、移管元機関から継続支援依頼が来た場合、情報提供書の回覧はしていたものの、支援方針を所内会議で都度検討することはせず、担当者が、リスクが高いと判断したケースの対応についてのみ、月に1回のチームの連絡会の中で検討する体制をとっていた。

<改善策>

- ・ 主訴が虐待でない場合も、医療機関から情報提供があったときは、リスクや支援の必要性を丁寧に評価し、他の関係機関と情報を共有しながら連携していくことが必要である。
- ・ 医療機関によって見解が異なる場合は、個別ケース検討会議を開いて認識のすり合わせを行う、あるいは重症度や緊急性の観点から危機意識の高い方のアセスメントを優先する姿勢も必要である。
- ・ 保健機関は、母が子育てにおいて不安や苦勞を抱えている部分を、母と伴走しながら支援し、養育力を引き出す役割を持つ。母子の健康問題だけではなく、幅広く家族状況や生育歴を聞き取りながら関わっていく、ソーシャルワーク的な姿勢を持つことが必要である。
- ・ 乳児期において体重増加は大変重要であるため、保健機関は、子どもの体重増加や変化に注意し、必ず記録(成長曲線)を取って評価した上で、関係機関に情報共有する必要がある。
- ・ 移管元の保健機関は、移管先の保健機関に対して、当該家庭に係るリスクのみならず、支援ニーズについても正確に情報提供する必要がある。また、移管先の保健機関は、受け取った情報を精査し、不十分な点がある場合は、移管元への問い合わせや、新たな情報収集などにより、改めてリスクや支援ニーズの評価を行い、必要に応じて支援方針の見直しをするべきである。なお、今回の件を受け、保健機関では、担当者が、リスクが高いと判断したケース以外についても、複数職員で対応方針を検討できるよう体制の見直しを図っている。

【医療機関の対応について】

- 母の養育能力や本児の体重増加不良に関するリスクについて、保健機関や子供家庭支援センターの認識とずれがあると感じながら、定期訪問や体重の計測結果等についての報告を求めたり、個別ケース検討会議の開催を要請したりするまでには至らなかった。また、どの機関へ介入を依頼すべきかわからず、児童相談所へ直接連絡をすることはなかった。

<改善策>

- ・ リスクのある家庭について、個別ケース検討会議の開催を子供家庭支援センターに強く要請すべきである。また、リスクや緊急性が高いと判断する場合や、子供家庭支援センターとの認識にずれがあり解消されない場合は、児童相談所に直接連絡することも検討するべきである。

【保育所の対応について】

- 保育所での0歳児健診で嘱託医から発育に注意が必要との話があったが、母からかかりつけ医に診てもらっているので問題ないとの話があったため、それ以上踏み込んで、かかりつけ医以外での検査や受診等につなげることができなかった。また、0歳児健診の結果を子供家庭支援センターに共有しなかった。

＜改善策＞

- ・ 子供家庭支援センターに係属していて、体重増加不良など養育状況等に心配がある家庭の情報は、保育所が持つ子どもの健康に関する記録も含めて、子供家庭支援センターと積極的に共有することが必要である。

【関係機関との情報共有について】

- 保健機関や子供家庭支援センターは、助言や指導に対する母の意欲や受入れの良さから、リスクを低く判断していた。一方、医療機関は、母の養育力への評価から、本家庭に支援が必要であると考えており、他機関とのリスク評価のずれを認識していたものの、どこにどのように相談してよいか分からなかった。結果、関係機関は、本家庭には確実に支援が必要であるとの共通認識を持つことができず、対応方法を検討することができなかった。

また、子どもの体重増加不良について、各関係機関が課題を認識しているにもかかわらず、共有化できていなかった。

＜改善策＞

- ・ 行政機関等の受入れが良い保護者の場合、拒否的な保護者に比べて、リスク評価が甘くなりがちだが、保護者との表面的なやり取りや、保護者の意欲や受入れの良さだけではなく、子どもの安全を基準にリスクを判断する必要がある。
- ・ **児童相談所や子供家庭支援センター**は個別ケース検討会議の開催要請の方法を含め、要保護児童対策地域協議会の仕組みを**医療機関**等に改めて周知し、個別ケース検討会議の積極的な活用による関係機関の情報共有、リスク評価のすり合わせを行う必要がある。また、ケースの状況に応じて適時に個別ケース検討会議が開催されるように申し合わせていく。
- ・ 各関係機関が互いの役割を明確に把握し、リスクについての共有をしつつ、状況の変化があれば主担当機関に情報を集約することが必要である。

【事例４】移管の際にリスク評価を下げ、転居後の状況変化に応じた支援の見直しができなかった事例

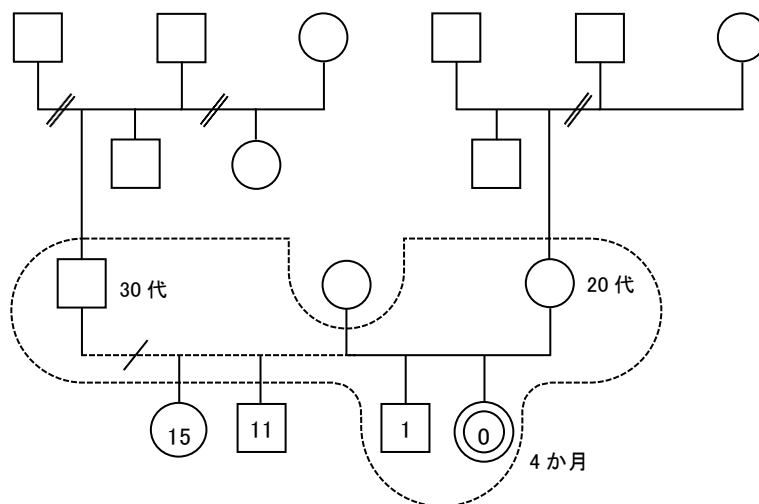
(1) 概要

実兄への面前ＤＶやネグレクトの疑いにより、児童相談所や子供家庭支援センターの係属歴のある家庭で、転居にあたり児童相談所としては助言指導にて終了し、子供家庭支援センター間でケース移管したが、その後、１８９通告を受け、実兄をネグレクト、本児をきょうだい受理として、転居先の児童相談所が助言指導していた。

うつぶせで寝ていた本児を起こしても反応がなかったことから、父母が１１９番通報したが、搬送先で死亡が確認された。

関係機関：（Ａ区）児童相談所、子供家庭支援センター、保健機関
（Ｂ市）児童相談所、子供家庭支援センター、保健機関
医療機関

(2) シェノグラム



(3) 経緯

- | | | |
|------|----|---|
| 令和４年 | ２月 | ・Ａ区保健機関が父より、本児妊娠の報告と出産機関の相談を受ける。特定妊婦として関与を開始。
・母の精神不穏状態を受け、Ａ区保健機関が面接及び保健指導を実施し、医療機関にて妊娠管理のための初診を行う。 |
| | ４月 | ・母が精神科医療機関に医療保護入院。
・実兄が意識障害のため医療機関へ入院、同月退院。 |
| | ５月 | ・母が精神科医療機関を退院。 |
| | ７月 | ・実兄がベビーカーから転落し、意識喪失を起こし入院、同月状態回復し退院。
・Ａ児童相談所が実兄の転落事故を把握、虐待ケースとして受理。
Ａ区子供家庭支援センターも主訴を養育困難から虐待対応に切り |

替える。一緒に家庭訪問を実施し、事故予防指導を行う。

- ・ A区子供家庭支援センターとA児童相談所が父方・母方祖父母宅を家庭訪問。

8月　・ 本児出生。母が精神不穏になり強引に退院。

9月　・ 本児の2週間健診を医療機関で実施。本児の体重増加不良を受け、ミルク量を増やすよう指導。
・ 医療機関にて本児、母の1か月健診を実施。本児の体重増加改善を確認。

10月　・ 父がA区福祉機関へB市への転出について連絡。

11月　・ 実兄の受傷確認について、保育所からA区子供家庭支援センターに報告。A区子供家庭支援センターは、A区保健機関へ共有するとともに、家庭訪問し受傷への指導を行う。
・ 本家庭がB市へ転居。
・ A区保健機関からB市保健機関へ継続支援依頼書を送付。
・ A区子供家庭支援センターからB市子供家庭支援センターへ本ケースを移管。
・ A区子供家庭支援センター、B市子供家庭支援センター、A児童相談所が家庭訪問を実施。

12月　・ A児童相談所が実兄について助言指導にて終了。
・ 母と実兄がA区内で疲れて座り込んでいる様子を189通告され、B児童相談所が実兄をネグレクト、本児をきょうだい受理とし、家庭訪問を実施。

令和5年　1月　・ 本児が意識のない状態で救急搬送され、死亡が確認される。

(4) 問題点、課題及び改善策

【児童相談所の対応について】

(A児童相談所)

- 実兄のベビーカー転落事故は父の故意によるものではないこと、また本家庭は地域支援が入れば十分対応していけると判断したことから、助言指導にて終了とした上でB児童相談所に情報提供をした。
- 転居先のB市では保育所に入園できないなど、A区にいた時と本家庭の状況が異なっていること、また189通告を受けたことを踏まえた詳細な情報共有をB市と行わなかった。

(B児童相談所)

- 子供家庭支援センター間で移管しているため、何かあれば子供家庭支援センターより連絡が来ると考えていた。
- 189通告を受理後、初期調査において、子供家庭支援センターへの確認が漏れてしまい、子供家庭支援センターが本家庭に対しどのように関与しているのかを把握できていな

かったため、その後の迅速な連携につながらなかった。

- 189 通告後に本家庭を訪問し、父母の養育の課題や部屋の中のタバコ臭などを確認し、地域と連携して対応していく必要性を実感したが、その後は年末年始の閉庁期間に入ってしまった、B 児童相談所としては年内に必要な対応を行うことが難しかった。また本ケースが引き継がれてから本児死亡までの期間が短く、リスク判断をするには期間的に十分でなかった。なお、12 月下旬まで、子供家庭支援センターや保健機関が家庭訪問や電話連絡を行っていたことを把握していなかった。

＜改善策＞

- ・ 子どもの安全に対するリスクを評価するにあたって、養育困難か虐待かどうかだけではなく、事故を含めて子どもの安全が確保されているかという点から適切に判断する必要がある。
- ・ 各関係機関が持つ情報や関与状況について把握する必要がある。さらに、転居先で家庭状況等の変化によりリスクが高まった場合は、移管元・移管先双方の関係機関に速やかに情報を共有し、各機関の役割を明確にして支援体制を整えることが重要である。子供家庭支援センター間で移管をしているケースであっても、子供家庭支援センター等各関係機関から主体的に情報収集し、「気になる情報」が入った場合は、改めてリスク評価を行った上で各関係機関へ情報共有する等、児童相談所としての機能を発揮することが重要である。
- ・ 転居後のリスクに関して情報を幅広く収集して、その対応策を検討し各関係機関へ共有する必要がある。
- ・ 年末年始等の長期閉庁期間に入る前に、関係機関の対応や家庭状況を早期に確認しておく必要がある。

【子供家庭支援センターの対応について】

（A 区子供家庭支援センター）

- 実兄の意識消失や受傷の経緯から、A 区子供家庭支援センターとしてもリスクは高いと考えていたが、児童相談所にそのリスク判断結果の共有は行わなかった。
- 実兄出生後に利用していた育児支援ヘルパーを利用中断したこと、母が精神的に不安定なこと、養育力に懸念のある父が本児らの育児を主に担っていること、また母方祖母の支援を父が断ったことなど、リスク要因があった。しかし、実際にどのようなリスクが積み重なれば援助方針の転換を行うかという限界線の設定をしなかった。
- 行政拒否になってしまう懸念があったので、指導的ではなく支援的に本家庭への関与を始めていくことが望ましいと考え、主訴を虐待ではなく養育困難として B 市に移管した。移管先において改めてリスク判断をし、相談主訴を決定するものと認識していたが、結果的にその前に状況が悪化してしまった。

（B 市子供家庭支援センター）

- 父母の状況から本当に養育困難ケースなのか疑問を感じたが、支援方針は前機関のものを継続するものと考え、そのまま受理した。また、「市町村子ども家庭支援指針」においては、移管先の市町村は、ケース移管後 1 カ月を経過した時点で、新たな環境下の家族の状

況等をアセスメントし、支援方針を継続するか否かを判断するとされているが、引き継いだ養育困難主訴のまま変更しなかった。

- A区子供家庭支援センターと同行訪問をしたこと、また「子供家庭支援センターと児童相談所の共有ガイドライン」上で、養育困難ケースの移管における個別ケース検討会議については必要に応じて開催とされていることから、本ケースの場合は個別ケース検討会議を開催しなかった。
- 189 通告があったことについて、B市子供家庭支援センターはA児童相談所から連絡を受けた。その後、B児童相談所が介入し、子供家庭支援センターや保健機関は継続して関わるという認識でいたが、直接B児童相談所と対応方法やリスク判断の共有を行わなかった。

<改善策>

- ・ 虐待ではなく養育困難と判断されるケースでも、子どもの安全に対するリスクが高い場合は、自ら積極的に発信するなどして、児童相談所をはじめ関係機関と積極的に情報共有し、相互の認識をすり合わせる必要がある。
- ・ リスク評価を現行の水準から一段引き上げるべきとする限界線を設定し、対応方針を決めておく必要がある。
- ・ 移管元機関は、虐待のリスクがある場合は、より慎重な対応の必要性を共有するため、養育困難ではなく虐待ケースとする等、リスク評価を甘くせずに移管することが重要である。
- ・ 移管先機関は、ケース移管を受けた段階で、再アセスメントを行い、自らリスク評価を行う必要がある。また、より高いリスクが発生した場合、速やかに児童相談所と対応方針を検討することが必要である。

【保健機関の対応について】

(A区保健機関)

- 本家庭で育児を主に担っていた父の養育力に懸念はあったものの、関係機関の受入れの良さや本児らの発育が順調だったことから、一時保護の必要性は検討しなかった。
- 本児らの手が届くところにタバコなどの危険なものが置いてある状況を注意し、父が素直に聞き入れて、改善されたことは確認したが、実際どの程度、室内環境における危険性を理解されたのかを、さまざまなアプローチで確認することはしなかった。
- 訪問看護の導入については、母がしっかり通院していたこと、父が服薬を管理していたことから、訪問看護スタッフが自宅に入ることによって母が精神不穏になる傾向もあるため、検討していなかった。

(B市保健機関)

- B市子供家庭支援センターからは、本ケースはリスクが高いと判断していること、本児の乳児院入所を父母に提案することは困難であることを聴取したものの、A区保健機関から、母子だけにすることのリスクについては情報共有を受けていなかった。また父の情報も少なく、外部の育児支援ヘルパーの導入検討にまで至らなかった。
- 年末年始に行政機関が関与できないリスクを感じていたが、12月下旬に本家庭に父方祖母が養育の手伝いに来ることを確認するにとどまった。

＜改善策＞

- ・ 保護者の行政機関等の受入れが良いケースでも、指導を素直に聞き入れる等表面的なやり取りのみでリスクを判断せず、保護者が指導内容を本質的に理解した上で改善を図っているかという視点で確認することが重要である。また、保護者の養育力や家庭状況を見極めた上で、子どもの安全に対するリスクについて、関係機関に提起する必要がある。
- ・ 移管元の保健機関は、移管先の保健機関に対して、リスク評価に係る必要な情報を漏れなく提供する必要がある。
- ・ 移管先の保健機関は、積極的に関係機関から情報収集して、課題を把握していく必要がある。また、保健機関の視点から家族が抱える課題について把握するとともに、子供家庭支援センターと情報を速やかに共有し、協働してアセスメントを行い、各機関の支援内容を確認した上で対応していくことが必要である。

【転居ケースについて】

- 移管の際に、移管元機関は、移管先機関が支援的に本家庭への関与を始めていくことが望ましいと考え、主訴を虐待ではなく養育困難として移管した。また、移管先機関にて再アセスメントができていない状況であった。
- 「子供家庭支援センターと児童相談所の共有ガイドライン」に、主訴が虐待でないケースの移管については、必要に応じて個別ケース検討会議を開催する旨の記載があるため、移管元・移管先機関ともに、個別ケース検討会議の開催を検討しなかった。
- 転居後の状況の変化でリスクが高まっていたことを認識しつつも、具体的に生じ得るリスクを想定した限界線の設定ができていなかった。

＜改善策＞

- ・ 転居によって、それまで受けていたサポートが手薄になり、リスクが高まることを考慮した上で、各関係機関は再アセスメントを行い、支援方針を検討することが求められる。移管する際に、移管元自治体はリスク評価を下げないということが重要である。
- ・ 虐待ケース以外でも、個別ケース検討会議開催の必要性を検討した上で、各機関が持つ情報を共有する必要がある。
- ・ 移管元及び移管先自治体間で、リスク評価に関して現行の水準から一段階引き上げるべき限界線を設定し、相互に共通の危機管理意識を持つ必要がある。転居先で家庭状況等の変化により、当初確認した方針による支援が円滑に進まない場合、個別ケース検討会議を開催するなどして、早い段階で再アセスメントを行い、リスクをより高く見立て、支援方針の見直しを行うことも必要である。

【行政機関の受入れが良好な家庭について】

- 本家庭は行政機関の受入れが良好だったことから、各機関のリスクの見立てが低くなった。

＜改善策＞

- ・ 保護者の行政機関等の受入れが良いケースは、リスク評価が甘くなりがちだが、家庭環境や関係機関からの情報を考慮した上で、子どもの安全を基準に適切な判断をする必要がある。

【長期閉庁期間（年末年始等）の対応について】

- 転居後、189通告や乳児健診未受診などの問題が12月中に発生した。訪問にて、家族の状況と年末年始の予定を確認したが、父母から父方祖母が支援しに来ることを聞くにとどまり、実際に父方祖母へ接触をして、支援内容を確認するまでに至らなかった。

＜改善策＞

- ・ 年末年始に一時保護が必要となることも多いので、事前に要保護児童対策地域協議会で関係機関が情報を共有するとともに、年末年始の具体的な対応についても検討しておくことが必要である。
- ・ 親族による支援を支援計画に盛り込む場合は、必ず面接を実施して、具体的な支援内容や支援期間、あるいは支援が中断する場合の連絡体制を事前に確認する。

おわりに ー児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けてー

- 検証部会では、平成30年度検証から、前年度中に発生した全ての重大な児童虐待等事例について、調査票による分析等をもとに検証を行うとともに、特に詳細な検証が必要と判断した事例については、従前どおり関係機関に対し調査及びヒアリングを行い、改善策等について提言を行うこととした。
- 調査票による分析等の結果については、今後蓄積していく中で、更なる分析を深めるなど、新しい検証の方法も検討していきたいと考えている。
- 本報告書の第1章で、調査票を分析した結果、今回検証対象となった14事例のうち、死亡した年齢が0歳であったものが6事例であった。妊産婦の悩みやニーズを適切に把握し、産後ケアや子育て家庭へのサポートを一層充実させ、妊娠期から子育て期に渡って、切れ目のない支援を実現することが重要である。都が区市町村のこども家庭センターの体制構築について支援を強化していくことを期待したい。

また今回、母子健康手帳の交付や妊婦健診の受診等、関係機関への相談がないまま出産した事例も1事例見られた。都や区市町村には予期しない妊娠等、困難を抱えた妊婦に対する相談窓口の幅広い周知を図るとともに、支援の一層の充実を求めたい。
- 第2章では、4事例について、調査及びヒアリングを行い、それぞれについて課題・問題点を抽出した上で改善策を取りまとめた。
- 事例1は虐待による受理歴のある家庭で、児童相談所の関与終了時点から養育環境の変化に関する情報があつたにもかかわらず再調査の可否を検討せず、子どもの安全の確保が図られなかった。

家庭や子どもの状況に変化が見られた場合、各関係機関は情報を共有して、子どもの安全に向けた対応を図ることを求めたい。
- 事例2においては、子どもが死に関連する言葉を発していたが、子どもの悩みの緊急性に関する十分な見立てができず、自死を防ぐことができなかった事例である。近年、子どもの自死の件数が高い数字で推移しており、その中には社会的養護のもとで育った子どもも含まれる。社会的養護も含め、子どもに関わる機関の職員が、子どもの自死について理解を深める機会を持てるよう、研修等の啓発機会の充実、関係機関職員の積極的な受講を求めたい。また、関係機関職員は、子どもの声を丁寧に聞き取る姿勢をもつことを意識されたい。
- 事例3と事例4においては、行政機関の受入れが良好であったために個別ケース検討会議を開催せず、リスク評価が低いまま関係機関で認識を共有しなかった事例である。関係機関には、行政機関に対する受入れの良さだけで判断せず、子どもの安全を基準に適切に

アセスメントを行い、関係機関内で認識を共有して必要な支援につなげることを求めたい。

- また、事例3と事例4はともに、転居等により関係機関間の移管を伴うケースである。主訴が虐待ではないと判断されたためリスクの見立てが低くなったり、虐待としての対応を終了して移管されたりしたため、関係機関の中でリスク感の共有が図られなかった。

虐待か否かではなく、子どもの安全という視点で判断すること、また関係機関の中でリスク評価が分かれる場合は、より高いリスク評価を採用し、移管の際にはリスク評価を下げないことが重要である。

- 全事例を通じて、関係機関同士における連携の在り方についても申し上げたい。どの事例にも共通して言えることであるが、関係機関が把握している情報や認識を共有した上でリスク評価し、一体となって事案に取り組むためにも、個別ケース検討会議等の場を活用して連携していくことが重要である。

なお、昨年の報告書でも指摘しているが、児童相談所及び子供家庭支援センターにおいては、東京ルールに基づき、主担当機関の確認及び互いの対応状況の共有を徹底することを改めて求めたい。

- 現場の関係者は、虐待防止に向けて、日々全力を挙げて取り組んでいるところではあるが、児童相談所や子供家庭支援センターへの通告数が増加しており、業務が逼迫している状況にある。

こうした中、提言した改善策を実施するためには、児童相談所や子供家庭支援センター、その他要保護児童対策地域協議会関係機関の体制強化が不可欠であるため、東京都には、業務量の増加等を踏まえ、実態に合った体制整備を進めていくことを引き続き求めたい。

- なお、関係者へのヒアリングは、決して個人の責任追及や批判を目的としたものでなく、未然防止・再発防止に向けて、より正確に事実を把握し、改善策を見出すためのものであることを強調したい。事例を担当した職員の心理的負担は相当大きいと考えられる。関係機関においては、職員への心理的支援を、組織的に取り組むなどの対応をお願いしたい。

- 東京都をはじめ関係機関は、再び痛ましい児童虐待事例が繰り返されることのないよう、この報告書を今後の支援に存分に生かしてほしい。

参 考 資 料

1 設置要綱

東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会設置要綱

	20 福保子計第	281 号	平成20年6月23日
改正	25 福保子計第	952 号	平成26年3月31日
改正	28 福保子計第	1688 号	平成28年10月1日
改正	5 福保子計第	450 号	令和5年7月1日

(目的)

第1 児童虐待の再発防止策を検討するため、児童虐待の死亡事例等の検証を行うことを目的として、東京都児童福祉審議会条例施行規則（平成12年東京都規則第110号。以下「施行規則」という。）第6条第1項の規定に基づき、東京都児童福祉審議会に児童虐待死亡事例等検証部会（以下「部会」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2 部会は、前項の目的を達成するため、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号）第13条の5の規定に基づき東京都から報告を受けた児童虐待事例の事実関係を明確にし、問題点及び課題の抽出を行うこと。
- (2) 事例の問題点及び課題を踏まえ、実行可能性を勘案しつつ、再発防止のための提言をまとめ、東京都に報告すること。
- (3) その他目的達成に必要な事項を審議すること。

(構成)

第3 部会に属する委員は、施行規則第6条第2項の規定に基づき、委員長が指名した委員をもって構成する。

(部会長)

第4 部会に部会長及び副部会長を置く。

- 2 部会長及び副部会長は、部会に属する委員が互選する。
- 3 部会長は、部会の事務を総理し、部会の経過及び結果を審議会に報告する。
- 4 副部会長は、部会長を補佐する。部会長に事故があるときは、副部会長が、その職務を代理する。

(招集等)

第5 部会は、委員長が招集する。

(会議の公開等)

第6 部会は、個人情報の保護の観点から、非公開とする。ただし、審議の概要及び提言を含む報告書は公表するものとする。

(守秘義務)

第7 委員は、正当な理由なく、部会の審議内容及び部会の職務に関して知り得た個人情報情報を漏らしてはならない。

(事務局)

第8 部会の庶務は、福祉局子供・子育て支援部企画課において処理する。

(その他)

第9 この要綱に定めるもののほか、部会の運営に関して必要な事項は、部会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年6月23日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年3月31日から施行し、平成26年1月1日から適用する。

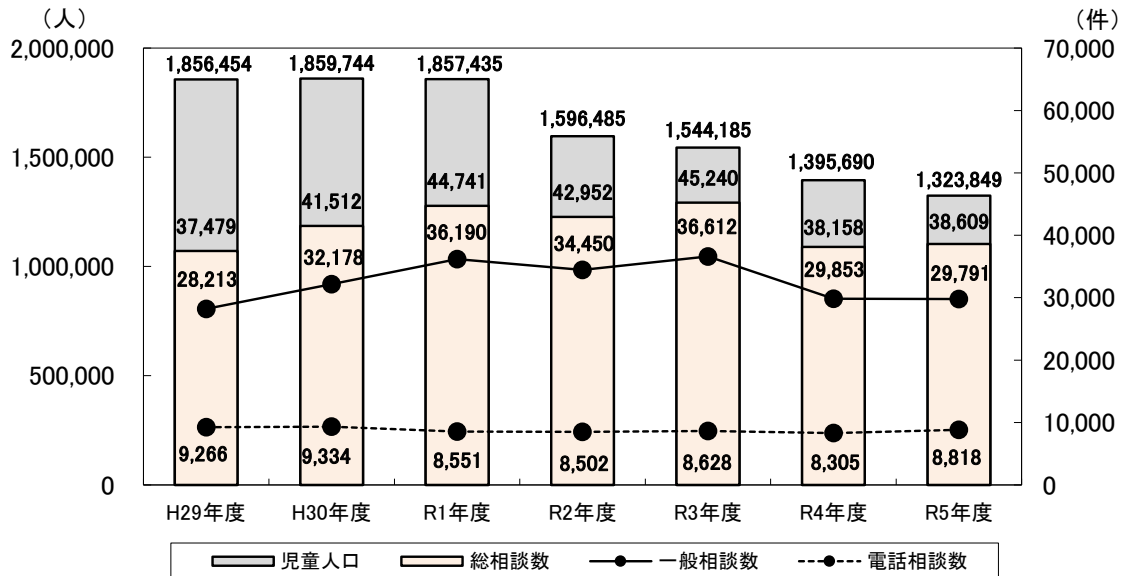
附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

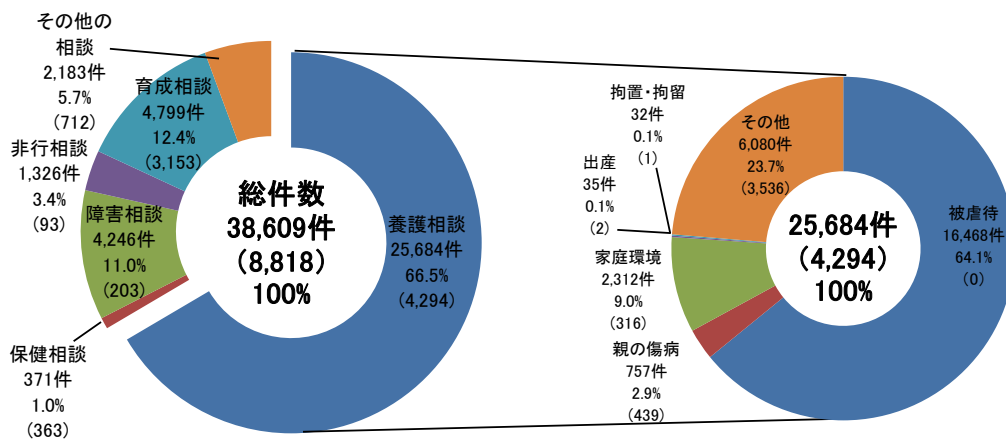
この要綱は、令和5年7月1日から施行する。

2 東京都の児童人口、児童相談所の相談件数の推移



※児童人口:「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」都総務局統計部人口統計課(各年度1月1日現在)
 ※児童相談所設置区(令和2年度:世田谷区・江戸川区・荒川区開設、令和3年度:港区開設、令和4年度:中野区・板橋区・豊島区開設、令和5年度葛飾区開設)の人数及び件数は除く。
 ※令和4年度から、年度中に新たに受け付けた相談のうち、当該年度中に援助方針会議による相談種別が未決定のものを除く等、集計条件を変更。

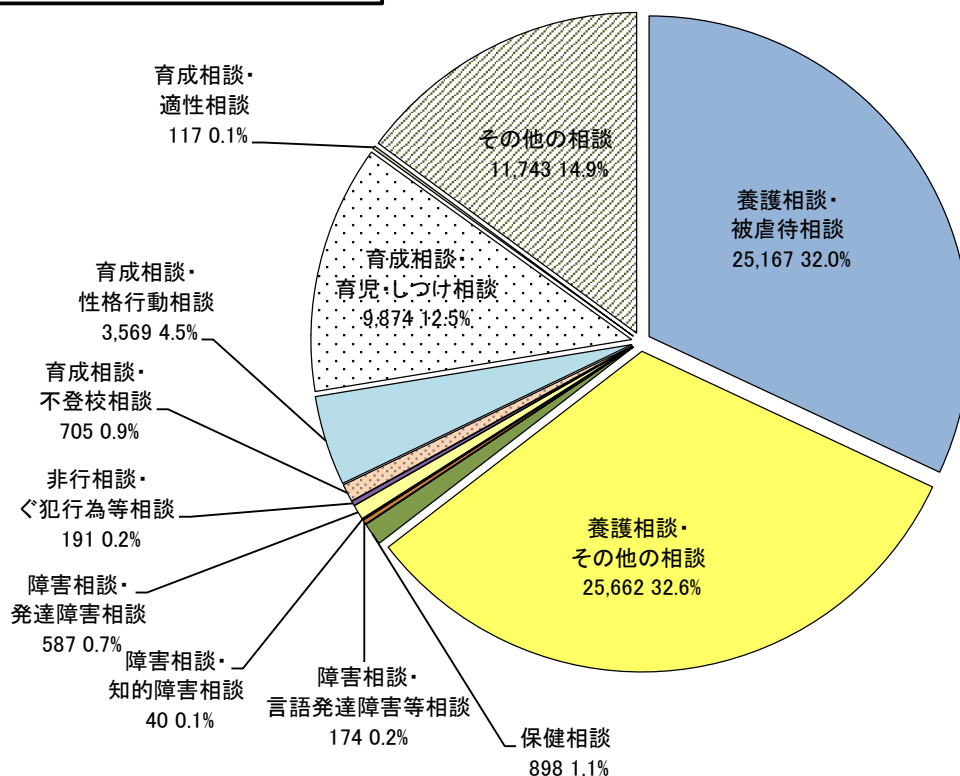
3 令和5年度東京都児童相談所相談別受理状況



※()内は電話相談件数の再掲
 ※特別区児童相談所分を含まない。

4 令和5年度区市町村相談種類別受付状況

相談種類別受付総数 (78,760件)



※令和5年度区市町村児童家庭相談統計より

※受付件数とは、区市町村で子どもの福祉に関する相談等を受けて児童記録票を作成し、受理会議を経て受理決定した件数である。

※1%未満の項目についてはグラフ掲載を一部省略

5 令和4年度区市町村における母子保健事業の実施状況

事業名	実施率
妊娠届出状況（満11週以内の届出割合）	94.7%
妊婦健康診査受診率（1回目）※	91.9%
新生児訪問率	80.2%
3～4か月児健康診査受診率	95.5%
6～7か月児健康診査受診率	92.4%
9～10か月児健康診査受診率	91.0%
1歳6か月児健康診査受診率	93.8%
3歳児健康診査受診率	95.3%

「母子保健事業報告年報 令和5年版」(東京都福祉局子供・子育て支援部)より

※算出方法: 1回目受診票受理数 / 妊娠届出数

6 委員名簿

児童虐待死亡事例等検証部会委員名簿

※敬称略、五十音順

令和6年11月5日現在

氏名	所属	専門分野
○ あきやま ちえこ 秋山 千枝子	医療法人社団千実会 あきやま子どもクリニック院長	小児科医
かけがわ あき 掛川 亜季	弁護士	司法関係
かとう しょうこ 加藤 尚子	明治大学文学部専任教授	臨床心理学
かも としこ 加茂 登志子	若松町こころとひふのクリニック PCIT研修センター長	精神科医
◎ かわまつ あきら 川松 晃	明星大学人文学部常勤教授	児童福祉
やまもと つねお 山本 恒雄	愛育研究所客員研究員	児童福祉
なかいだ いくみ 中板 育美	武蔵野大学看護学部教授	公衆衛生

◎部会長 ○副部会長

7 検討経過

開催日	内容
(第1回) 令和5年7月10日	○ 虐待死亡事例等の報告 ○ 検証事例の決定
(第2回) 令和5年9月8日	○ 事例報告 ○ ヒアリング実施事例、ヒアリング先の決定、ヒアリング内容の検討
令和5年11月～12月	○ 関係機関へのヒアリング
(第3回) 令和6年3月11日	○ ヒアリング結果の報告 ○ 問題点・課題の抽出
(第4回) 令和6年7月4日	○ 調査票分析結果の報告、検討 ○ 改善策の検討
(第5回) 令和6年9月11日	○ 報告書案の検討
(第6回) 令和6年11月5日	○ 報告書案の最終検討

8 過去の事例

本ページでは、過去の東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会報告書において、掲載された事例をまとめております。

ホームページでは、過去の報告書データを閲覧いただくことが出来ます（平成20年度報告書から掲載されています。）。

(<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/katei/jifukushin/kensyo.html>)

報告書	掲載事例
平成28年度	○ 様々な課題がある養育困難家庭への支援に当たり危機意識の共有や連携・協働がうまくいかなかった事例 ○ 産後うつ病に関し家族の理解がなく里帰り出産の母の治療が困難あった事例
平成29年度	○ 要支援家庭に対して、地域関係機関の危機感の共有及び転居前後の引継ぎが不十分であった事例（保護者が子どもを家に置いて外出している間に事故が発生した事例） ○ 精神科既往歴のある里帰り中の母に対して、関係機関の支援に課題があった事例
平成30年度	○ 関係機関が連携して関与をしていたが、自殺を防ぐことができなかった事例 ○ しつけとして叩くなど、家族全体で子どもへの不適切な養育があった事例 ○ 母が子どもを自宅に残して外出した際に、子どもが転落死した事例
令和元年度	○ 家族全体のリスク評価ができておらず、母に寄り添った支援ができなかった事例 ○ 関係機関間で特定妊婦として対応することができなかった事例 ○ 支援の受入れに消極的な家庭で子どもが亡くなった事例
令和2年度	○ 過量服薬について対応方針を明確にできず、自死に至った事例 ○ 母が妊娠を関係機関に相談できず、乳児が遺棄された事例 ○ 母との関係が築けないことについて関係機関間で危機感を共有した対応ができなかった事例
令和3年度	○ 夫婦関係の変化（別居）を関係機関が把握できない中で、心中が起こった事例 ○ 遠隔の自治体間で情報や危機感が共有されず、心中が起こった事例 ○ 母子の生活状況を適切に把握することができず、幼児が放置され死亡した事例
令和4年度	○ きょうだいに通告歴がある中、主担当の役割が十分に果たされず、母の拒否により行政関与もできない状況下で、死亡に至った事例 ○ 個別ケース検討会議が適切に機能せず、関係機関同士でアルコール依存の課題を含めたリスク認識について十分に共有されていなかった事例 ○ 受理後の調査中にこれまでと異なる情報を得たが、組織的な共有や再検討がなされなかった事例 ○ きょうだいが施設入所中、関係機関同士で情報やリスク評価の共有が十分にできなかった事例