

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6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12月24日

東京都児童福祉審議会

7 東児福第59号
令和7年12月24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
－令和6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－

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6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..... | 9 |
| 【事例1】母が行政機関の支援に拒否的なため、各機関が母との関係性を構築できず、十分な支援を行うことができなかった事例..... | 9 |
| おわりに 一児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けて一 | 16 |
| 参考資料 | 19 |

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21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5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1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 死亡に至らなかつ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 補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5年度中に発生した重大な児童虐待等の事例の総数は10事例である。死亡等に至った子どもは10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 | |
| ① 虐待による死亡事例（心中を含む。） | 0(0) | 1(1) | 1(1) |
| 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) | 1(1) | 7(7) |
| ③ 死亡に至らなかつ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 | 2(2) | 0(0) | 2(2) |
| ④ 乳児死体遺棄の事例 | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| ⑤ 補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) | 2(2) | 10(10) |

※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

*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。

- 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5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、総体的な分析・検証を行った。
- 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. 9については、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つた課題等について、検証部会において改善策を検討した。
- また、きょうだいの事案で関係機関の関与が既にある家庭において、新たな子どもが生まれ0歳で死亡した事例が2事例あつたため（（表2）のNo. 3及び6）、本件については個別に分析を行つた。（P7【きょうだいの関係機関関与がある家庭における0歳児死亡事例について】）
- 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つ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5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つた事例は10事例中8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 | 0か月 | 母 | 飲食店の店員から、母が店のトイレで本児を出産したと警察に通報。呼吸がなく病院搬送後に死亡確認。 | × | × | × | × | × | × | × | × |

*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 | 女性相談支援員 | 警察 | 学校、保育所、幼稚園等 |
| 2 | ② | 3歳 | 父、母 | 本児が呼吸をしていないと父が119番通報。病院搬送後に死亡確認。3日前から下痢・嘔吐・血便が続いているが未受診だった。 | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | ○ |
| 3 | ② | 10か月 | 母、姉 | 本児が呼吸をしていないと母が119番通報。病院搬送後に死亡確認。2日前から発熱していたが未受診だった。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | ○ |
| 4 | ② | 5か月 | 父、母 | うつぶせ寝で呼吸をしていない本児を父が発見。病院搬送後に死亡確認。死因は不明。 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ | × | ○ |
| 5 | ② | 3歳 | 父、母、兄 | 病気で湯船に入れない父が本児を残し浴室を出て待機。その後湯船に浮いている本児を発見。病院搬送後に死亡確認。 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | × | × | ○ |
| 6 | ② | 2か月 | 母、兄 | うつぶせ寝で顔が真っ青になっている本児を母が発見。1か月後に死亡。 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | × |
| 7 | ② | 1歳 | 父、母、祖父、異父兄、異母姉、実兄 | 本児が自宅で布団を被って呼吸をしていないと119番通報。病院搬送後に死亡確認。 | × | ○ | ○ | × | ○ | × | × | ○ |
| 8 | ② | 5か月 | 父、母、 | 父母が外出中、寝ていた本児の顔に、足元に敷いていたペットシートが被さり、呼吸がなかったため母が119番通報。約1か月後に死亡。 | × | × | ○ | × | × | × | × | × |
| 9 | ③ | 4か月 | 母 | 本児の反応がないと母が119番通報。急性硬膜下血腫のため手術を受け血腫は除去された。 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | × | × | × |
| 10 | ③ | 6か月 | 父、母、兄 | 呼吸をしていない本児を父が発見。骨折も確認されたが、受傷機転や心肺停止の原因は不明。 | × | ○ | × | × | × | × | × | × |

※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。

(2) 虐待の類型と加害の状況

- 10事例を虐待の類型でみると、身体的虐待が1事例(No.1)、ネグレクトが4事例(No.2、3、5、8)、不明が5事例(No.4、6、7、9、10)であった(疑いを含む。)(表3)。主たる虐待者は、母が2事例、父が1事例、母及び父が2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 | 1 |
| ネグレクト | 4 |
| 不明 | 5 |
| 計 | 10 |

(表4)主たる虐待者

| 区分 | 例数 |
|------|----|
| 母 | 2 |
| 父 | 1 |
| 母及び父 | 2 |
| 不明 | 5 |
| 計 | 10 |

(3) 子どもの状況

- 子ども10人を年齢区分で見ると、乳児が7人、幼児が3人であった（表5）。また、性別は、男児が6人、女児が3人、不明が1人であった（表6）。出生順では、第1子が4人、第2子が2人、第4子が3人、不明が1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、0人であった（表8）。保育所や学校等の所属がある子どもは5人であった。なお、5人には児童相談所や子供家庭支援センターの関与があった。（表9）。

(表5)年齢

| 区分 | 人数 |
|--------|----|
| 乳児（0歳） | 7 |
| 幼児 | 3 |
| 計 | 10 |

(表6)性別

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 男 | 6 |
| 女 | 3 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

(表7)出生順

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 第1子 | 4 |
| 第2子 | 2 |
| 第4子 | 3 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

(表8)疾患・障害の有無

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 有 | 0 |
| 無 | 9 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

(表9)所属機関（保育所・学校等）の有無

| 区分 | 人数 |
|----|----|
| 有 | 5 |
| 無 | 5 |
| 不明 | 0 |
| 計 | 10 |

<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 | 0 |

(4) 養育者の状況・背景等

- 10事例の養育者の状況は、父母が6事例、ひとり親が3事例、不明が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5事例、いない家庭が4事例、不明が1事例であった（表11）。きょうだいがいる家庭5事例のうち、きょうだいの通告歴があったものは4事例であった。
- 母子健康手帳は、子ども10人のうち、発行が9人、不明が1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9名、不明が1

人であった（表13）。ゆりかご面接^{*3}は、実施が9人、不明が1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、10事例のうち、不明ケースを除き被害があった事例は1事例であった。（表16）。
- 子育て支援サービス^{*5}の利用があったのは、10事例のうち8事例であった（表17）。

（表10）養育者の状況

| 区分 | 例数 |
|------|----|
| 父母 | 6 |
| ひとり親 | 3 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

（表11）きょうだいの有無

| 区分 | 例数 |
|-----|----|
| いる | 5 |
| いない | 4 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

→ <参考>
きょうだいの通告歴

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 4 |
| 無 | 1 |

（表12）母子健康手帳

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 発行 | 9 |
| 未発行 | 0 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

（表13）妊婦健診の受診状況

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 受診 | 9 |
| 未受診 | 0 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

（表14）ゆりかご面接

| 区分 | 人数 |
|-----|----|
| 実施 | 9 |
| 未実施 | 0 |
| 不明 | 1 |
| 計 | 10 |

（表15）実母の産後うつ

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 0 |
| 無 | 7 |
| 不明 | 3 |
| 計 | 10 |

（表16）DV被害

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 1 |
| 無 | 6 |
| 不明 | 3 |
| 計 | 10 |

（表17）子育て支援サービスの利用

| 区分 | 例数 |
|----|----|
| 有 | 8 |
| 無※ | 2 |
| 不明 | 0 |
| 計 | 10 |

※ 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5年度は、60区市町村（23区26市5町6村）が実施、妊婦との面接実施率は107.7%。

*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 子育て支援サービス：乳児家庭全戸訪問事業、保育所入所など

【きょうだいの関係機関関与がある家庭における0歳児死亡事例について】

- きょうだいの事案で関係機関の関与が既にある家庭において、新たな子どもが生まれ0歳で死亡した事例が2事例あった（3(1)(表2)のNo.3及び6）。
これら2事例には以下の共通点があった。
 - ・死亡した子どもは第4子である。死亡した子どもの出生前から各きょうだいについて、児童相談所や子供家庭支援センターの関与があった。
 - ・主たる養育者は母のみのひとり親家庭であった。
 - ・第1子及び第2子は養子縁組や施設入所措置等で母が養育していない状況であった。
 - ・生活保護受給世帯であった。
 - ・母が行政機関の支援に対し受け入れ拒否感が強く、各関係機関が当該家庭の支援を十分に行えず対応に苦慮していた。
- 虐待や養育困難等できょうだいに関係機関の関与がある家庭においては、新たな子どもの出生によって負担やリスクが非常に高まるため、出産前から特定妊婦として支援を行い、家庭での養育が可能かどうかのアセスメントを慎重に行うべきである。
- 各関係機関が対応を協議する個別ケース検討会議においては、単なる役割分担確認に終始せず、各機関が持つ情報を集約し、児童相談所と各機関が十分にアセスメントを共有した上で、支援の進め方について共通認識を持つことが必要である。生活保護受給世帯の場合、家族の状況等についてケースワーカーが把握していることもあり、生活保護所管課との緊密な連携が重要である。
- なお、家庭での養育に困難が予想され、更に、親子で支援を受けられるサービス（母子一体型ショートステイ等）がある場合は、事前にその利用について丁寧に働きかけることで、子育ての負担軽減を図り、一定期間、子どもの養育が安全に行えることを確認することも検討すべきである。
- 各自治体が、子育て支援サービスや地域資源の拡充・提供などを通じて、ひとり親家庭等への支援を充実させることが必要である。
- 保護者が行政機関の支援に対して拒否的な場合、支援者は行き詰まり感を持ちやすくなるが、話を丁寧に聴き、粘り強く対応することで、保護者の態度が徐々に軟化したという実践報告もある。警戒心が強い保護者がこの支援者になら頼ってもよいと思ってもらえるような関係性の構築が大切であり、こうした支援をより行えるよう、既に支援者らが上手く行えていることにも組織的に注目していくことが有用である。

(5) 調査結果から見えたこと

- 今回、検証対象となった10事例のうち0歳児の事例が7事例であり、0歳児の死亡事例等が多い傾向が続いている。不明の1例を除き、母子健康手帳の発行や妊婦健診、妊婦面接等、妊娠期の基本的な行政サービスは最低限利用しているものの、妊娠後期になるまで妊婦健診を未受診だった事例や、妊婦健診を継続的に受診していない事例も見られるため、出産後の養育に不安や困難が見込まれる家庭に対しては、関係機関が連携して一歩踏み込んで、虐待の未然防止に向けた予防的支援を行うことが求められる。
- また、5事例はきょうだいがいる家庭であり、そのうち4事例はきょうだいの通告歴がある家庭であった。前頁できょうだいの関係機関関与がある事例について改善策を述べたところであるが、各機関が連携して適切な対応をとっていくことが重要である。

第2章 問題点、課題及び改善策

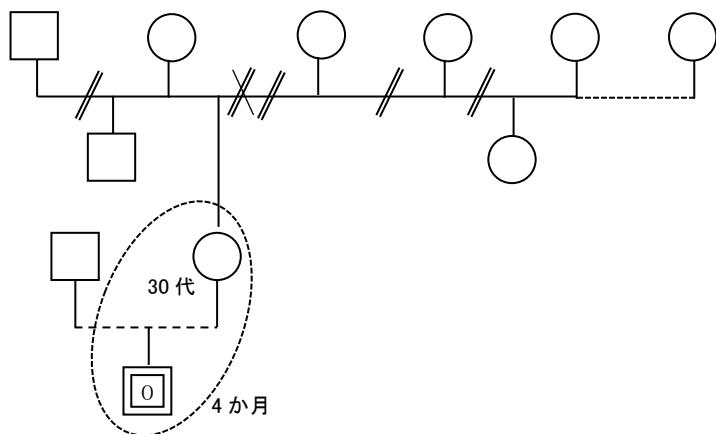
【事例1】母が行政機関の支援に拒否的そのため、各機関が母との関係性を構築できず、十分な支援を行うことができなかった事例

(1) 概要

特定妊婦である母が医療機関の入院指示を拒否、関係機関が連絡を取れないまま、一人で自宅出産していたため本児を一時保護。家庭復帰後、養育支援ヘルパー等により支援を行っていたが、母から本児の反応がないと救急要請。本児は急性硬膜下血腫で手術を受けて一命を取りとめたが、肢体麻痺等の障害が残る可能性あり。原因は不明。

関係機関：児童相談所、子供家庭支援センター、保健機関、乳児院、医療機関、養育支援ヘルパー

(2) ジェノグラム



(3) 経緯

- | | |
|---------|--|
| 令和5年 4月 | ・妊婦健診の無断キャンセルが続いたため、医療機関や保健機関が母への電話・訪問を行うが応答のない状態が続く（その後、健診は実施）。 |
| 5月 | ・妊婦健診を一度受診するが、その後は無断キャンセル。保健機関から母に架電するが、応答のない状態が続く。 |
| 6月 | ・子供家庭支援センターが母を特定妊婦として受理。 ・母と連絡が取れて妊婦健診や妊婦面接を設定するが、当日キャンセルが続く。 |
| 7月 | ・妊婦面接にて、入籍予定はなく周囲のサポートもないことを保健機関が把握し、要支援と判断。 ・産前最後の健診で、胎児の死亡リスク及び緊急帝王切開と管理入院の必要性を医師から母に説明したが、入院を拒否して帰宅。 ・医療機関や保健機関が母に電話・自宅訪問を行うが応答がないため、 |

- 子供家庭支援センターに相談。
- ・子供家庭支援センターが定例会議で児童相談所に情報提供。
 - ・出産予定日が近づいても母と連絡が取れないため、医療機関が児童相談所に通告。児童相談所は特定妊婦として受理し家庭訪問するが応答がないため、警察とともに介入。本児が4日前に出生していたことを確認、医療機関へ搬送。
 - ・児童相談所が主訴を養育困難からネグレクトに変更。
 - ・本児を職権保護し、退院後は乳児院において一時保護。
 - ・児童相談所から子供家庭支援センターと保健機関に、家庭復帰に向けて対応していく方針が伝えられる。
- 8月
- ・母が弁護士同席で児童相談所と面談。早期の家庭復帰を希望。
 - ・児童相談所が保健機関に、母へ直接連絡することは控えるよう伝える。
 - ・児童相談所から、一時保護解除の条件として養育支援ヘルパーの導入等を母に説明。
- 9月
- ・個別ケース検討会議で、児童相談所、子供家庭支援センター、保健機関が一時保護解除の要件と今後の方針を共有。
 - ・保育所の入所申請に落選。
 - ・本児の一時保護中外泊を実施。
- 10月
- ・本児の一時保護中外泊を実施し、養育支援ヘルパーを週1回2時間で利用開始。
 - ・保健機関の新生児訪問に児童相談所が同行、養育状況は概ね問題なし。本児の体重が減少していたが、その後の訪問で体重増加を確認。
 - ・児童相談所が本児の一時保護を解除し、児童福祉司指導措置。
 - ・母の要望で養育支援ヘルパーの利用時間を1時間に短縮。
- 11月
- ・児童相談所と子供家庭支援センターが家庭訪問。養育状況に問題なし。
 - ・乳児健診が当日キャンセルで12月に変更となる。
 - ・12月からの保育所が内定。母からの要望で養育支援ヘルパーの利用中止。
- 12月
- ・深夜に本児の反応が無く、母が救急要請。急性硬膜下血腫と診断され、緊急手術。その後、容体は安定。

(4) 問題点、課題及び改善策

(1) 出産を確認するまでの関わり

【保健機関の対応】

- 母は妊婦健診や妊婦面接を、連絡せずにキャンセルすることが多かったが、別日に受診していて、健診結果に問題がないことを確認していた。また、母から困りごとの相談を受ける機会があまりなかったため、当初はすぐに関与が必要と判断していなかった。産前最後の健診で、緊急帝王切開と、胎児の死亡のおそれによる管理入院の必要性について医師から説明を受けた

にもかかわらず、入院を拒否したことや、その後各関係機関が母と連絡が取れなくなったことにより、「胎児に対する虐待行為と言えるのではないか」と感じ、リスクが高い状況であると認識した。

- 母が管理入院を拒否し、訪問しても面会できなかつたため、子供家庭支援センターに相談したが、児童相談所には子供家庭支援センターから情報共有されると認識し、自ら児童相談所への連絡は行わなかつた。

＜改善策＞

- ・ 妊婦健診等のキャンセルが続く、困りごとを相談しない等は、母体や胎児への意識の希薄さがうかがえるため、母の危機意識が高まるように働きかけていく必要がある。また、支援を受け入れ、利用する力（受援力）が低い可能性もあるため、丁寧に対話を進め、母の行動の背景や生育歴等を探りながら、相談してもらえる関係づくりを検討することが必要である。
- ・ 関係機関と連絡が取れない状況で自宅出産のおそれがある等、高いリスクを認識している場合は、保健機関が児童相談所に直接連絡することや、関係機関が連携して、対応方法を事前に協議して確認しておくことも必要である。

【子供家庭支援センターの対応】

- 医療機関や保健機関から、母が出産直前の管理入院を拒否して連絡が取れなくなつておらず、危機感を強めていることの相談があつた。しかし、従前、特定妊婦については、子供家庭支援センターが医療機関や保健機関と調整しながらケースワークを進めてきていたため、本件についても子供家庭支援センターから児童相談所に速やかな情報共有や相談は行わらず、組織として積極的な対応を図らなかつた。そして、子供家庭支援センターは出産予定日直前の定例会議において、母の状況を児童相談所に初めて情報共有した。

なお、定例会議の翌日、医療機関が児童相談所へ通告したことにより、同日児童相談所が警察と共に本家庭を訪問し、本児を自宅出産していたことを発見した。

＜改善策＞

- ・ 特定妊婦の対応困難事例については、子供家庭支援センターが調整機関として、早い段階で児童相談所につなぐ役割を担う必要がある。なお、その後、当該子供家庭支援センターでは、月1回の定例会議だけではなく、リスクの高いケースや気になる動きが生じた時には、速やかに児童相談所へ情報共有や相談するよう対応している。

【出産前後の関係機関の対応について】

- 母が出産直前の管理入院を拒否し、関係機関が連絡を取れない状態のまま3連休に入ったため、各機関の連携が取れず、本児の出産を確認できたのが出産後4日目となつた。（医療機関は連休中も架電を続けていたが、応答がなかつた。）
- 各関係機関は、特定妊婦について、安全確認・確保に関する強制的な権限がなかつたため、母子の安否が不明な場合であつても、出産前後の安全確認ができなかつた。

<改善策>

- ・ リスクが高いケースについて、休日をはさむ場合は、各関係機関の対応・役割分担を確認し、連携体制を整えておく必要がある。
- ・ 出産予定日の近い特定妊婦と連絡が取れない場合、状況に応じて警察にも協力を依頼する等、関係機関が連携し、あらゆる手立てを工夫しながら、総力を挙げて確実に母子の安全を確保する必要がある。
- ・ 児童相談所においては、地域の関係機関から特定妊婦について相談があった場合、主体的に考え、想定されるリスクを各機関と共有し対応を協議されたい。なお、特定妊婦に係る区市町村からの児童相談所への相談・情報提供が十分に行われるよう、「東京ルール（※）」の記載についての見直しも検討されたい。

（※）区市町村の子供家庭支援センターと児童相談所との間における連携・調整のための基本ルール。

（2）一時保護解除の判断

【児童相談所の対応及び関係機関の認識共有について】

- 母の代理人弁護士が、家庭復帰前の児童相談所と母との面談に常に同席し、児童相談所からの質問を制止することもあったため、児童相談所は踏み込んだ話ができず、生育歴等の十分なアセスメント、母との関係性構築ができなかった。
- 児童相談所は、母のアセスメントを十分に行えていなかったが、母の育児手技が向上してきているという関係機関からの情報や、愛着形成に重要な時期であるということから、家庭復帰方針を決め、個別ケース検討会議等で関係機関と共有した。
- 子供家庭支援センターや保健機関は、個別ケース検討会議において、母の行政機関への拒否感が強く家庭復帰後に支援を継続できるかという不安や、母が困った時にSOSを出しにくいくこと等のリスクを伝えた。乳児院は、個別ケース検討会議には参加していないが、担当者間のやりとりの中で、2か月程度の一時保護期間では、育児指導や母子交流等の支援を十分行えないと、入所措置に切替えることや、母の本児への愛着に不安があったこと等から家庭復帰時期の見直しを児童相談所に提案した。
- 児童相談所は、各関係機関の不安やリスクを把握していたものの、家庭復帰の適否を判断するためのチェックリスト等の結果を踏まえ、総合的に家庭復帰が可能と判断できたため、一時保護解除を決定した。しかし、当該チェックリストには関係機関の不安等が十分に反映されていなかった。

<改善策>

- ・ 弁護士が同席し、質問が制される等保護者への十分なヒアリングが行えない場合には、正確なアセスメントを行うために生育歴等、自身の状況について話してもらう必要があること、十分な情報が聞き取れない場合は安全な養育環境が確保できていると判断できず、家庭復帰が難

しくなることを粘り強く説明する必要がある。それでもなお、十分なヒアリングが行えない場合は、正確なアセスメントができていないことを、リスクとして評価すべきである。

- ・ 出産直前の管理入院を拒否し、関係機関と連絡が取れなくなり自宅出産に至ったことは、保護者のアセスメントにおいて重大なリスク要素と言える。一時保護解除に当たっては、このような経緯も踏まえた慎重なリスク評価や判断が必要である。
- ・ 一時保護解除に向けた個別ケース検討会議で、関係機関から不安やリスクの発言があった場合には、それらが解消できる十分な支援策を具体的に検討することや、状況によっては一時保護解除の時期を見直すことも必要である。なお、一時保護所や一時保護委託先等、子どもが入所している施設も会議に参加し、施設担当者の意見を各関係機関が直接共有できるようにすることを検討されたい。また、各機関から出た意見は、記録として残るよう文書にすることも徹底されたい。
- ・ 家庭復帰の適否を判断するためのチェックリストやリスクアセスメントシートの活用に際しては、各関係機関と共通のものを使用し、協議を徹底することで、各機関の意見が反映されるようとする必要がある。

(3) 家庭復帰後の在宅支援

【児童相談所の対応】

- 保育所が決まらず利用できない状況のまま一時保護を解除し家庭復帰となった。早期に保育所に入所できると見込み、入所が決まるまでは、保健機関や養育支援ヘルパーの訪問等、地域の資源を活用し見守りを行っていく方針だったが、支援体制について各関係機関の役割分担の確認が不十分だった。
- 家庭復帰後、保健機関に単独でも家庭訪問してほしいことを依頼し、実際に訪問されているという認識だったが、保健機関は独自の訪問は行っていなかった。

<改善策>

- ・ 乳児が家庭復帰する場合は特に、保育所入所決定後に一時保護解除を行うべきである。その前に家庭復帰とする際は、毎日安全確認ができる支援体制を一定期間整えるか、養育環境が十分に安全であるというアセスメントが必要である。
- ・ 家庭復帰後の支援体制は、各関係機関の役割分担、訪問スケジュール等、アセスメントに基づいた支援計画を作成するとともに、支援状況を隨時確認して各機関で情報共有することが重要である。

【保健機関の対応】

- 出産後に母が代理人弁護士を立てたため、母に直接連絡することは控えるよう児童相談所より話があったことから、保健機関独自の判断ではなく、児童相談所が全て調整の上で同行訪問を行った。また、母の行政機関への拒否的な態度に対してどう近づいていくか悩むところもあり、母へのアプローチを控えてしまった。

＜改善策＞

- ・ 保護者へのアプローチ方法やタイミングについて、児童相談所から対応方針が示された場合であっても、受け身にならず、産後の母体の回復状況や子どもの成長・発達の確認など、保健機関としての役割、独自に対応すべき支援を児童相談所に提案、確認することが必要である。

【医療機関との連携について】

- 一時保護された後、関係機関から医療機関に対して情報提供が一切行われなかつたため、家庭復帰後の地域での見守り体制の中で、医療機関の協力を得ることができなかつた。

＜改善策＞

- ・ 家庭復帰後、より多くの機関による支援体制を構築するためにも、保護者や子どもの退院後も医療機関への情報提供を継続しながら連携し、その後のフォローアップにつなげていくことが重要である。

（4）保護者が行政機関の支援に拒否的、周囲の人間関係が希薄なケースについて

- 母は妊婦健診や妊婦面接を、連絡せずにキャンセルすることが多かつた。また、出産直前の管理入院を拒否した。さらに、その後の各関係機関からの電話や家庭訪問に応じず、警察の協力を得て自宅に立ち入った結果、自宅出産を発見するに至つた。
- 母の行政機関への拒否感が強く、また、母から親族に係る正確な情報が得られないことがある等、各機関が母との関係性構築に苦慮し、十分な妊婦支援、子育て支援サービスにつなぐことができなかつた。
- 各関係機関において、母から困りごとの相談を受ける機会があまりなく、母は「誰にも頼らず生きていきたい」と発言していた。また、出産に関する情報をSNSで調べ、母自身で環境を整えようとしていた。
- 母が各関係機関に語った内容から、周囲に育児のことを相談したり、支援を受けられたりする親族、友人、知人が少ないことが推測された。

＜改善策＞

- ・ 行政機関に対して拒否的で、自ら困りごとを相談しない保護者に対しては、ニーズを汲み取り、個別の状況に合わせた、きめ細かなアプローチ方法を検討するなどして、信頼関係を構築していくことが必要である。また、最も保護者との接触や関係性の構築が望めそうな機関から支援につなげていき、保護者が社会的に孤立しないようにすることが重要である。本事例の場合は、本児出生前に母と関わりのあった医療機関も家庭復帰後の支援体制に組み込み連携を継続していれば、外来フォローの提案等で母との関係性構築につながつた可能性が考えられる。
- ・ 行政機関の支援に拒否的な保護者は、受援力が低い可能性がある。そのような保護者が支援

につながりやすくするためには、利用しやすく、また利用したくなるような出産・子育て支援サービスや地域資源を拡充していくとともに、既存サービスの利用条件や利用方法を見直しアクセシビリティを改善していくことも重要である。

- 各関係機関は自身の役割を踏まえ、親子の安全の観点から危機管理を行う一方で、保護者の立場に寄り添い丁寧に対話を進めが必要であり、児童相談所または子供家庭支援センターは、こうした動きを全体として俯瞰的に見て、チームとして機能するようマネジメントを行うことが重要である。

おわりに 一児童虐待防止に取り組む全ての関係者に向けて一

- 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10事例のうち、0歳児の事例が7事例であった。

きょうだいに関係機関の関与があった家庭の0歳児死亡事例については、本文でも取り上げたが、きょうだいに児童相談所等の係属歴がある家庭で母が妊娠した場合、特定妊婦に登録し要保護児童対策地域協議会の対象事例として妊娠中から支援を強化すべきである。

関係機関が持つあらゆる強みを生かしながら、母子ともに安心・安全な出産へつなぐ努力をし、新たに出生した子どもに係る支援の進め方を慎重に判断することが必要である。
- 第2章では、1事例について、調査及びヒアリングを行い、課題・問題点を抽出した上で改善策を取りまとめた。

本事例も0歳児のケースであり、上記事例と共に通する課題として、ひとり親である保護者が関係機関に対して拒否的であったため、各機関が保護者の信頼を得ることに苦慮し、十分な支援が行えなかつたという点がある。各機関が連携して、危機管理の視点を持つ一方で、保護者に共感性をもって寄り添い、関係性の構築を図っていく努力が求められる。

また、今後、子育て家庭への支援を一層充実させるためには、受援力の低い保護者も支援につながりやすくなるよう、各地域で提供できる様々な地域資源や子育て支援サービスの開拓や既存サービスの見直しを進め、利用しやすい環境をつくっていくことが望ましい。
- いずれの事例も虐待が直接の死因に至ったかは不明の事例であるが、各機関には、検証結果を受け止め、養育に不安のある家庭における0歳児の死亡等リスクについて、改めて注意喚起を求めたい。
- 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。

參 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。

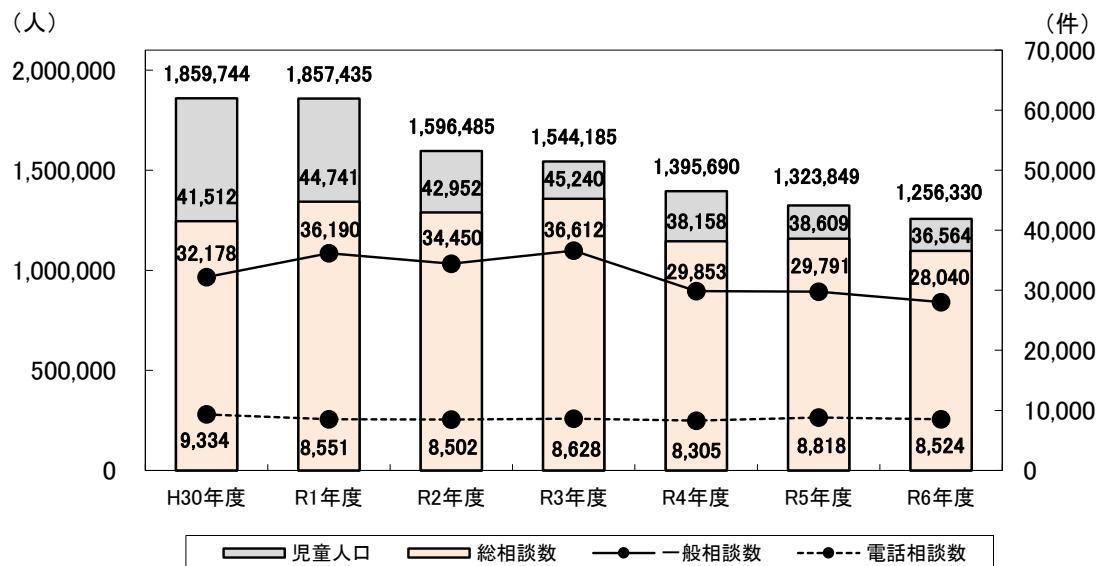
附 則

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



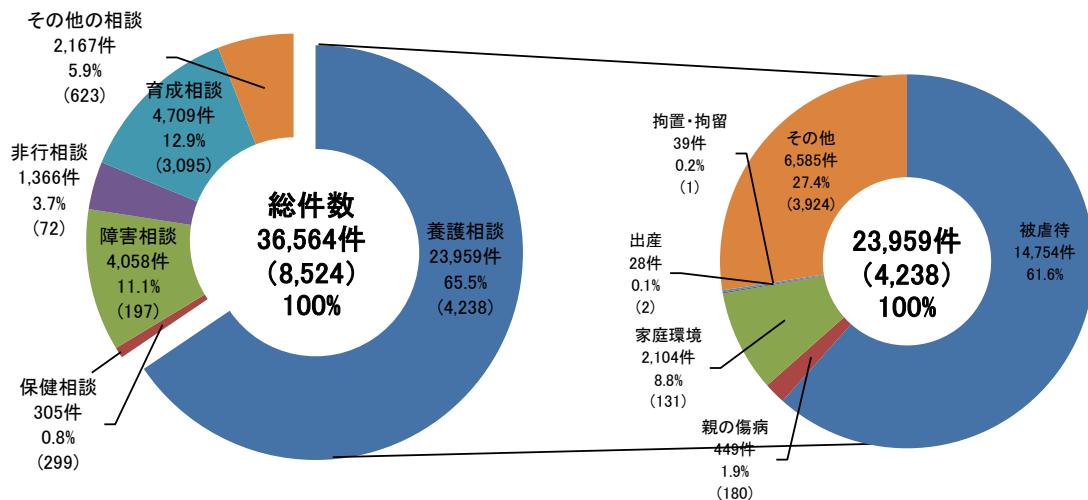
※児童人口：「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」都総務局統計部人口統計課(各年度1月1日現在)

※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、令和6年度品川区開設)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6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 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7年12月24日現在

| 氏名 | 所属 | 専門分野 |
|----------------------|--|-------|
| ○ 秋山 千枝子 あきやま ちえこ | 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 |
| 掛けがわ 亜季 あき | 弁護士 | 司法関係 |
| かとう 尚子 じょうこ | 明治大学文学部専任教授 | 臨床心理学 |
| ◎ 川松 亮 かわまつ あきら | 明星大学人文学部常勤教授 | 児童福祉 |
| 須江 泰子 すえ やすこ | 日本社会事業大学専門職大学院准教授 | 児童福祉 |
| 田中 哲 たなか たつし | 社会福祉法人子どもの虐待防止センター 子どもと家族のメンタルクリニックやまねこ院長 | 精神科医 |
| 中板 育美 なかいた いくみ | 武藏野大学看護学部教授 | 公衆衛生 |

◎部会長 ○副部会長

退任された委員（令和7年1月14日まで）

| | | |
|-------------------|-----------------------------|------|
| 加茂 登志子 かも としこ | 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 |
| 山本 恒雄 やまもと つねお | 愛育研究所客員研究員 | 児童福祉 |

5 検討経過

| 開催日 | 内容 |
|-----------------|--|
| (第1回) 令和6年7月4日 | <ul style="list-style-type: none">○ 虐待死亡事例等の報告○ 検証事例の決定 |
| (第2回) 令和6年9月11日 | <ul style="list-style-type: none">○ 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 |
| (第3回) 令和6年11月5日 | <ul style="list-style-type: none">○ 検証方法の検討 |
| 令和6年12月5日 | <ul style="list-style-type: none">○ 関係機関へのヒアリング |
| (第4回) 令和7年2月28日 | <ul style="list-style-type: none">○ ヒアリング結果の報告○ 問題点・課題の抽出 |
| (第5回) 令和7年5月19日 | <ul style="list-style-type: none">○ 調査票分析結果の報告、検討○ 改善策の検討 |
| (第6回) 令和7年7月25日 | <ul style="list-style-type: none">○ 報告書案の検討 |
| (第7回) 令和7年10月1日 | <ul style="list-style-type: none">○ 報告書案の最終検討 |

6 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29年度 | <ul style="list-style-type: none">○ 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 | <ul style="list-style-type: none">○ 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 | <ul style="list-style-type: none">○ 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○ 支援の受け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 | <ul style="list-style-type: none">○ 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い事例 |
| 令和3年度 | <ul style="list-style-type: none">○ 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 | <ul style="list-style-type: none">○ 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 |
| 令和5年度 | <ul style="list-style-type: none">○ 父母が離婚（過去に面前DVの通告有）したが、児相は父が養育に関与している状況について再調査を検討せず、その後、子供の安全が図られず無理心中に至った事例○ 子どもの悩みの緊急性に気づくことができず、自死を防げなかった事例○ 家庭に対するリスク評価のずれを関係者間で共有できず、その後、死亡した事例○ 転居によるケース移管の際にリスク評価を下げ（「虐待」から「養育困難」）、転居後の状況変化に応じた支援の見直しができず、その後、死亡した事例 |