

## 児童虐待に係る事例検証について

### 1 港北区の児童虐待死事例

#### (1) 検証の概要

児童虐待の防止等に関する法律に位置づけられた外部の有識者から成る「児童虐待による重篤事例等検証委員会」により、関係機関へヒアリング、調査を行い、再発防止に向けた検証作業を行いました。

#### (2) 事例の概要

平成 21 年 12 月 19 日（土）、港北区の当時 1 歳の女兒が木箱に入れられたことにより窒息死し、平成 22 年 7 月 24 日（土）、実母と同居男性が監禁致死容疑で逮捕されました。なお、本児の姉については、区役所と児童相談所が発達の遅れ等の問題で関わっていました。

今後、裁判は裁判員制度で行われる予定です。

#### (3) 検証により明らかになった課題

##### ア リスクアセスメントの不足

当初、区役所、児童相談所の両機関とも、同居男性を実母を支援する「キーマン」と考えたが、同居男性の人物像について調査不足だった。また、危険因子の再評価・分析をしていなかった。

##### イ 組織内での事例の共有不足

本事例については、両機関とも事実上担当者に任されており、個別にケース検討会議にかけるなど組織的な情報共有と検討が不足していた。

##### ウ 区役所と児童相談所の役割分担が不十分

両機関は、定例カンファレンス等により情報交換を行い、一定の役割分担をしていたが、各々の視点に違いが見られず、それぞれの専門性を十分に生かした支援ができなかった（例えば、区役所は家族に寄り添う役割、児童相談所は一時保護を視野に入れた強制的な介入を行う役割等）。

##### エ 援助対象者との関係構築が不十分

完全な拒否ではないものの、相手の必要な時にしか関わりがとれない等、両機関担当者の「支援したい」という気持ちが相手にうまく伝わらず、良好な援助関係を築けなかった。

##### オ 援助方法の見直しがなされない

区役所では「訪問しても会えない。よくわからない事例」として訪問頻度を上げたが、援助方法の見直し（保健師の訪問以外の援助方法）を検討すべきであった。

##### カ 主たる訪問の目的が姉の発達・安否確認のみ

両機関とも、訪問等のキャンセルにより、会えない状況が一時続いたが、事前連絡なしで訪問した際に姉に会えたことで、「改善の兆し」と考えてしまった。安否確認や実態把握だけでなく、相手に受け入れてもらえるような働きかけも必要だった。

##### キ 定例カンファレンスの中で事例が埋没

両機関とも、多くある事例のうち、動きの目立つものに気を取られてしまい、当該事例は定例カンファレンスの中の 1 事例にすぎず、個別事例として検討されるに至らなかった。

#### ク 多く抱えるケース数

児童相談所の虐待対応チームの児童福祉司が抱える案件は、一人あたり平均 48.3 ケースと多く、すべてのケースにきめ細やかに対応することが難しい状況にある。

#### ケ 要保護児童対策地域協議会の未活用

要保護児童対策地域協議会の仕組みを活用して民生委員・児童委員・主任児童委員に情報を伝えることがなく、地域での見守り体制の活用が不十分だった。

#### コ 女性福祉相談員と保健師の連携不足

実母は本市転入前に DV を受けていたことから、区役所では、当初、女性福祉相談事業として対応していたが、女性福祉相談員は区役所と児童相談所が行うカンファレンスに出席していなかった。

### (4) 事例の検証による改善への提言

#### ア 両機関に共通する点について

##### (7) リスクアセスメントの徹底

不確実性を排除するために調査を徹底するとともに、危険因子の評価・分析を徹底するための研修等の充実が必要である。

##### (4) 連携のための区役所と児童相談所のカンファレンスのあり方の検討

短時間で簡潔に事例を説明し、各機関が専門的な立場で議論できるよう、カンファレンスの技術を高める研修等の充実が必要である。

##### (4) 援助の対象者との援助関係の構築

難しい事例の特性を見極め、対象者を認め、寄り添った上で問題点を示唆し、「改善のために支援をしたい」というメッセージを相手に伝え、良好な援助関係を構築するための研修等の充実が必要である。

##### (1) 要保護児童対策地域協議会の活用

担当として事例を見極め会議に上げていく技術、管理職が提出すべき案件を促していくマネジメント力の向上や、横浜市として個別ケース検討会議を充実させ、事例を共有化できる仕組みづくりを行う必要がある。

#### イ 区役所について

##### (7) 組織内での事例の進行管理の徹底

解決しないネグレクト事例について、時間の経過とともにリスクが高くなったとみなし、ケースのランクを上げる仕組みや管理職のマネジメント力の向上、記録や進行管理の電算化が必要である。

##### (4) 専門性の確立

区役所は、親と子に関わる様々な事柄について市民に身近な行政機関として総合支援を行っており、リスクの未然防止と早期発見・早期対応が可能となるような人材育成・体制整備の必要がある。

#### ウ 児童相談所について

##### (7) 組織内での事例の進行管理の徹底

区役所と同様、記録や進行管理の電算化が必要である。

##### (4) 専門性の確立

児童の安全と利益を第一とし、親との対立も辞さない判断が求められる機関として、親への相談援助を的確に行うケースワークが可能となる人材育成・体制整備の必要がある。

## 2 戸塚区の児童虐待事例

### (1) 検証の概要

南部児童相談所において内部検証を実施し、内部検証結果を児童福祉審議会児童部会に報告し意見を聴取しました。なお、児童相談所の内部検証においては、学校へのヒアリングも実施しました。

### (2) 事例の概要

平成 22 年 7 月 23 日（金）、実父（34 歳）と同居女性（36 歳）から小学 5 年生の長男に暴力や食事を与えないとの虐待が行われたとして、実父と同居女性が傷害の疑いで逮捕されました。同年 10 月 18 日に横浜地方裁判所で、実父及び同居女性に懲役 1 年の実刑判決が出ました。

同居女性は元々は実父宅の近隣に住んでいましたが、実父と同居女性との交際が始まり同居となったものです。女性には 2 人の子どもがおり、児童相談所では、その子どもたちに対して平成 19 年 2 月より継続的な関わりがありました。なお、同居女性世帯は生活保護受給世帯でした。

### (3) 児童相談所の内部検証によりあげられた問題点・課題と再発防止策

#### <問題点・課題>

#### ア 関係機関との連携・役割分担の不十分さ

学校と児童相談所の事例に対する認識が一致しておらず、対応の方針も共有されないままだった。学校が期待していること、児童相談所ができることなど、機関相互の意思疎通が十分になされておらず、役割分担が不明確であった。

#### イ 児童相談所としての積極的情報収集と危機感の不足、判断の甘さ

児童の状況を直接確認するという基本が実行されなかった。また、児童相談所として積極的な情報収集をしておらず、虐待の深刻度の判断が甘かった。

#### ウ 児童相談所内での情報共有と組織的対応の不十分さ

児童相談所内の情報共有が不十分で、児童相談所内における組織的対応が十分にできなかった。

#### <再発防止策>

#### ア 対象児童の安全確認の徹底と的確なリスク判断の実施

児童の安全確認、長期未訪問ケースの見直し等を徹底することにより、的確なリスク判断を確実に行っていく。

#### イ 通報の取り扱い原則の徹底と関係機関の連携強化

通報者の意向や意図で判断するのではなく、得られた情報に基づき必要な調査を行った上で、児童相談所としての判断を行う。関係機関との連携においては、機関相互の役割や連携内容を明確にし、共通理解のもとで対応する。

#### ウ 児童相談所内における情報共有の推進

児童相談所の各係内および係間の連携を積極的に図り、児童相談所内における情報共有を推進する。

#### エ 組織的対応の強化

受理会議や緊急受理会議、援助方針会議等による組織的対応の意味を再認識するとともに、係間のケース引き継ぎやケース対応の役割分担を検討する際に、カンファレンスや同行訪問を積極的に行うなど、組織的対応の強化を図る。

#### (4) 児童福祉審議会児童部会意見

##### <事例に関する意見・課題等>

児童相談所は、被害児童に関して危惧される情報を学校等より得ていながら、児童の確認や積極的な介入を即時に進めることなく、結果として、児童相談所の役割を十分に果たすことができなかった。また、同居女性世帯については、生活保護受給世帯であり、さらに児童相談所の関わりが従前よりありながら、実父世帯との同居という世帯状況の大きな変化を把握することができていなかった。この世帯に対する支援が多角的な視点により展開され、適時に世帯の生活実態が把握されていれば、被害児童への虐待をもっと早期に発見することができたと考えられる。

##### ア 児童相談所の対応について

###### (7) 児童相談所内の情報共有、係間の連携

児童相談所内の情報共有が不十分であり、所内の連携に、混乱が生じていた。所内カンファレンス等、事例に関する情報共有の機会を積極的に設けるとともに、日常的にも職員間のコミュニケーションを密に行い、児童相談所内の連携強化に努める必要がある。

###### (イ) 事例に対するアセスメント、世帯の生活実態の把握の必要性

事例に対する「アセスメント」や「世帯の生活実態の把握」ができていなかった。専門性が求められる児童相談所であることを再認識の上、これらの重要性を強く意識して対応する必要がある。

###### (ウ) 家庭訪問の重要性

定期的な家庭訪問の実施に取り組み、児童相談所の援助活動の基本である家庭訪問の重要性について再認識する必要がある。

###### (エ) 多角的な支援の視点の必要性

児童相談所の継続的な関わりの中で事例に対する支援の視点に偏りがあり、生活実態に目が向けられていなかった。アセスメント技術の向上と合わせ、複数の対象児童がいる場合等はそれぞれ課題も異なるため、多角的な支援の検討をこころがける必要がある。

##### イ 関係機関との連携等について

###### (7) 関係機関からの連絡と児童相談所の判断

学校からの「情報提供」という言葉に、児童相談所の判断や対応が影響されてしまったようである。通報者の表現がどのようなであっても、虐待が疑われる内容であれば、児童相談所は、まずは「通告（通報）」と受け止めて、必要な対応をする必要がある。

なお、学校は、児童や家庭の状況を把握しやすく、児童虐待を発見しやすい立場にあることを再認識するとともに、対応は児童相談所等の関係機関との共通認識のもとに進める必要がある。

###### (イ) 生活保護担当、民生委員・児童委員との連携について

生活保護担当や民生委員・児童委員との連携が不足し、世帯の生活実態の把握ができていなかった。

##### <検証方法に関する意見・課題等>

死亡事例以外にも、内部検証を独自に行っていくことは、児童虐待の再発防止、未然防止の観点からも重要なことである。内部検証の実施にあたっては、当事者以外の者を加えるなど、検証の客観性の向上に努め、検証対象とする事例の範囲や、検証の実施方法、ヒアリングの実施先に関する事など、検証の実施基準の整備に努められたい。

##### <児童相談所の体制、人員、人材育成等について>

児童相談所の組織体制を今一度見直し、専門性強化のための人材育成やスーパーバイズ体制の充実を図るとともに、人員の拡充の問題等も含めて検討されたい。

平成 22 年度  
児童虐待死亡事例検証報告書

平成 23 年 2 月

横浜市児童虐待による重篤事例等検証委員会

## 目 次

はじめに	1
1 事例の概要	2
2 事例対応の経過	3
3 事例の検証による問題点・課題の整理	9
4 事例の検証による改善への提言	14
5 検証委員会の概要	17
最後に	19

### 資料編

資料 1 区役所における「不適切な養育」の5段階分類	20
資料 2 児童相談所における虐待の5段階区分	21
資料 3 不適切養育の支援における区役所と児童相談所の役割分担	22
資料 4 横浜市 児童虐待による重篤事例等検証委員会設置運営要領	23

## はじめに

平成 21 年 12 月 19 日、横浜市内において 1 歳 2 か月の女兒が虐待によって死亡する痛ましい事件が起きました。

本事件は、児童相談所と区役所という 2 つの横浜市の機関が支援を行っていたにも係わらず、子どもの命を守ることができなかったケースです。

当委員会による検証は、このような重篤事例の再発を防止するために、事実関係に基づき、問題点・課題を整理し、取り組むべき具体的方策を示すことを目的とするものであり、関係者の批判や処罰を目的とするものではありません。

平成 21 年度末において、横浜市児童相談所が対応している「児童虐待対応件数」は、2,208 件と過去最高を記録し、また、同年度の「児童虐待の新規把握件数」は、720 件と高い水準のままであり、全国の状況と同じく、横浜市においても児童虐待防止は喫緊の課題です。

横浜市では、児童虐待による重篤事例について検証を行う当委員会を平成 20 年度に設置して以来、当該事例は、初めての虐待死亡事例となりました。

失われた尊い命に対して、深く哀悼の意を表し、ご冥福をお祈りするとともに、当委員会の検証により、横浜市はもとより他都市においても児童虐待による重篤事例が未然防止され、健やかな子どもの発達と成長に役立っていくことを願ってやみません。

なお、本事例については、逮捕された実母及び同居男性に対する刑事事件公判が開始されておらず、詳細な事実関係が明らかにされていないところもあることから、現時点で得られた情報に基づく検証結果であることを申し添えます。

横浜市児童虐待による重篤事例等検証委員会  
委員長 新保 幸男

# 1 事例の概要

## (1) 事例の概要

A区において実母と同居男性と暮らす女兒が死亡した事例。実母が本児を同居男性の作製した木箱に入れ、何らかの事由により、箱に蓋がされたことにより、本児が窒息死したとして、実母及び同居男性が監禁致死容疑で逮捕され、起訴された。本事例については、横浜市A区役所福祉保健センターとD児童相談所が連携しながら支援を行っていた。

## (2) 死亡した児童

女兒。(死亡当時1歳2か月)。

## (3) 死亡日時

平成21年12月19日(同日16時7分 死亡確認)

## (4) 死因

窒息死

## (5) 家族の状況

### ア 実母

同居男性とは入籍なしで、実父とは戸籍上婚姻関係が継続している。実母は、実父からのDVもあり、インターネットで知り合った同居男性宅にB県C市から平成20年12月転入。(横浜市での住民登録なし。)

中学時代不登校(怠学)、養護学校中退(障害者手帳はなし)。実母の母は実母が1歳のころに行方不明。実母の父は平成13年自殺。実母の父方祖父は平成19年死亡。実母の父方祖母は平成13年死亡。

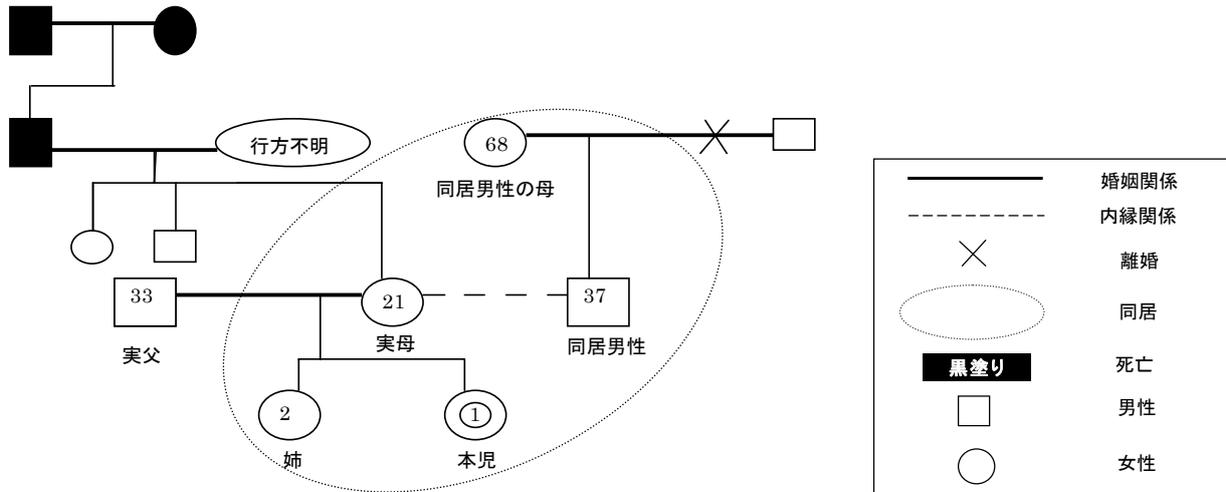
### イ 同居男性

板金工場に就労(10年継続)。

### ウ 同居男性の母

実母、同居男性と同じ家屋に居住しているが、生活空間が別であり、当初、実母、本児らに関わることを同居男性に拒否されていた。

## 【家族構成図】



### (6) 事件当日の状況

実母の供述によれば、平成21年12月19日（土）13時半頃、自宅において木箱の中で、うつぶせでぐったりしている本児を実母が発見。近くの病院に連れて行くが小児科がなく、その後14時15分、近くの小児科に運ぶが心肺停止状態。小児科の看護師が14時29分に救急車要請、14時49分に総合病院到着。16時7分に本児の死亡が確認された。総合病院から警察署に通報。

姉に関しては、翌12月20日（日）0時52分に、A警察署から身柄付き通告を受け、D児童相談所が一時保護実施。

## 2 事例対応の経過

### (1) 以前居住していたB県C市の対応経過

平成18年に実母の怠学傾向についての相談から、子育て相談センターが介入。実母が本児の姉を妊娠。若年出産となることから、保健センターが介入。平成19年3月、実母と実父結婚。その後は、実父から実母への言葉の暴力や行動支配等のDV、実母の養育能力の不安、経済的不安定さ（本児、姉とも飛び込み出産）があり、両機関がフォローしていた。ただし、主に実父の拒否から玄関先訪問が主であった。

当時から保健センターとしては、姉の表情の乏しさは気になっていたが、同居していた実母の叔父の支援もあり、最低限の養育はなされているとの評価であった。

平成20年12月、実父のDVから逃れ、インターネットで知り合った横浜市A区の男性宅（事件発生時の同居男性宅）に母子が同居するようになった。

(2) A区役所とD児童相談所の支援経過

- ・ 転入前の自治体への確認 : 区・児相ともにあり
- ・ 受理会議 (※1) : 1回 (児相)
- ・ 援助方針会議・判定会議 (※2) : 0回
- ・ 定例カンファレンス (※3) : 6回 (区、児相)
- ・ 電話、訪問、来所相談等 : 以下のとおり

月	電話確認	訪問確認・来所相談
H20.12月		訪問1回 (区)
H21.2月	1回	訪問1回 (区)・来所1回 (区)
4月	1回	訪問1回 (区)
5月		来所1回 (区)
6月	4回	訪問2回 (区、児相)
7月	7回	訪問1回 (児)
8月	2回	訪問2回 (区・1回不在)
9月		訪問1回 (区・不在)
10月	1回	訪問2回 (区・1回不在)
11月	1回	訪問2回 (区・1回不在)
12月	2回	訪問3回 (児) ※最後の目視は12月の1回目(12/4)

(区)・・・A区役所による、(児)・・・児童相談所による

日付	対応経過	区役所		児童相談所
		保健師	女性相談	
H20.12.26	A区役所がC市子育て相談センターから当該母子が横浜に居住するようになった旨の連絡を受け、初回訪問を実施した。母子と同居男性、同居男性の母が在宅していた。	●		
H21.2.12	定例カンファレンスにおいてA区役所からD児童相談所に情報提供を行った。不適切養育のランク(※4)を「D」ランクとした。	●		●
H21.2.16	実母が電話でA区役所女性福祉相談員に相談。同日、実母と同居男性がA区役所に来所し、女性福祉相談員と面接。予防接種の希望と離婚の相談が中心であった。前髪が顔に被るほど長く、自信のない実母の様子が伺えた。		●	
H21.2.26	養育について適切な対応ができていない様子が伺えたため、A区役所保健師が、育児支援家庭訪問員(※5)と同行訪問を実施し、本児たちの状況確認も行った。「上の子がよく泣いて、かんしゃくを起こすので大変」「(地理的なこともわからないので)外出はほとんどない」と話が実母からあった。	●		
H21.3.2	A区役所がC市保健センターからのケース情報を受理。A区役所保健師の見立て:本児については、汚れはあるが体重は増加傾向。実母は養育能力が高くないが、C市で実母の叔父が行っていた実母への支援を同居男性が代わりに行えば在宅での養育可能	●		

日付	対応経過	対応機関		
		区役所		児童相談所
		保健師	女性相談	
H21. 3. 12	定例カンファレンスにおいてA区役所からD児童相談所に近況報告。	●		●
H21. 4. 9	定例カンファレンスにおいてA区役所からD児童相談所に近況報告。	●		●
H21. 4. 15	A区役所が電話で実母に離婚の手続きについて確認したところ「できていない」とのことであった。	●		
H21. 4. 21	A区役所が家庭訪問を実施。同居男性の母には会えるが、実母や子どもたちは部屋のドアを施錠しており、ノックにも応答がなかった。同居男性の母によると、「昼夜問わず子どもが激しく泣いている」とのことであった。	●		
H21. 5. 1	A区役所にポリオ接種で来所。その後、実母と子どもたち、同居男性が女性福祉相談へ。離婚や住民票の異動についての話が中心であった。	●	●	
H21. 5. 14	定例カンファレンスにおいてA区役所からD児童相談所に近況報告。	●		●
H21. 6. 8	A区役所の育児支援家庭訪問員と保健師が家庭訪問を行い、実母と面談。住民票や保険証の手続きは進んでいないとのことであった。姉(当時2歳)の発語がなかったこと等が気になり、幼児相談をすすめたところ、「行ってみたい」との返答であった。外へはあまり出ておらず、カーテンも閉めたままなので子どもたちのストレスも大きいと思われた。	●		
H21. 6. 10	A区役所より当該ケースをD児童相談所に虐待ケースとして送致。同日、D児童相談所からC市保健センターへ状況確認を行った。	●		●
H21. 6. 11	A区役所とD児童相談所で定例カンファレンスを実施した。同日、D児童相談所からC市子育て相談センターへ関わりの経過を照会した。C市の支援の経過や実母の視力が低下してミルクの目盛りが見えないなどの情報を得る。(当時は眼鏡を作れていなかった)	●		●
H21. 6. 17	D児童相談所から、C市を管轄するB県児童相談所に問い合わせを行った。「H19.6.25にC市からB県児童相談所へ連絡があったケース。B県児童相談所で安全確認することとしたが、その連絡直後にC市で安否確認ができたため、B県児童相談所は介入せず後方支援であった」との情報を得る。			●
H21. 6. 18	D児童相談所とA区役所で電話にて情報交換を行った。	●		●
H21. 6. 23	D児童相談所とA区役所で同行訪問を行い、本児も確認した。外出しない理由について実母からは、「人の目が気になることや、姉がすぐ転倒する、他人が乗っているブランコに乗ってしまう」等の説明があった(姉の内反足を確認)。冷房の効いた部屋に姉はオムツのみの姿でいた。姉の両手にはガムテープで作ったミトンのようなものがはめられており、また姉のおむつは尿でずっしり下がっていた。	●		●

日付	対応経過	対応機関		
		区役所		児童相談所
		保健師	女性相談	
H21. 6. 25	D児童相談所にて受理会議を実施。 虐待認定:「ネグレクト・中度」 方針 (1)D児童相談所とA区役所では、家庭訪問による実態把握を行う。 (2)A区役所は、保険証(住民票を動かしておらず国民健康保険未加入)の手続を支援し、姉を医療機関受診につなげていく。 (3)D児童相談所では実母の障害程度の確認を行う。 (4)在宅での生活が無理と判断された場合は一時保護を検討していく。			●
H21. 6. 26	実母がA区役所へ来所の予定であったが、体調不良で来所できないとの連絡が入った。7月2日に訪問することに変更した。	●		
H21. 6. 29	A区役所が同居男性に電話をかけ、子どもの発達のことでの来所を促した。同居男性から苦情として、「以前、A区役所が訪問の際に実母に実父のことを根掘り葉掘り聞いたため、実母が辛い思いをした」と。また、同居男性から「姉がよく泣くのでベビーベッドの下に閉じ込めておく」「姉がベビーベッドをよじ登って本児に手を出すので、ベニヤ板で囲った」との話があった。電話にて、A区役所と児童相談所で情報の共有を行った。	●		●
H21. 7. 1	A区役所が翌日の訪問について電話したところ、訪問の可否について実母からの連絡待ちとなった。	●		
H21. 7. 2	実母からの電話連絡がなく、A区役所から電話をかけたところ留守番電話であったため、折り返し連絡するようにメッセージを残した。後刻、実母から「子どもの体調悪くて連絡できなかった」と電話連絡が入ったため、再度A区役所から電話をかけた。姉について発達に関する専門相談日を案内したが実母は希望しなかった。同日定例カンファレンスにて「保健師の接触を試み続け、状況に応じ児童相談所の一時保護による介入も視野に入れる」方針となる。	●		●
H21. 7. 6	D児童相談所がB県児童相談所に実母の生育歴等について確認を依頼した。			●
H21. 7. 7	D児童相談所がC市に連絡し、実母の生育歴等について確認したところ、養護学校出身とはわかるが、障害者手帳は取得していない模様とのことであった。			●
H21. 7. 21	A区役所から電話するも1回目は不在であった。再度電話し実母と話す。状況には変わらないとのことであった。7月24日訪問との約束をした。	●		
H21. 7. 24	A区役所の訪問予定日であったが、実母から「生理のため」とキャンセルの連絡あり。	●		
H21. 7. 29	D児童相談所が実母の携帯に電話し、保険証等の手続の進捗よく状況を尋ねる。実母「ゴタゴタして対応できていない」「姉の歩行はおぼつかない。」姉の医療機関の必要性については実母は「同感である」と。電話の内容についてはA区役所へ連絡。	●		●

日付	対応経過	対応機関		
		区役所		児童相談所
		保健師	女性相談	
H21. 7. 30	D児童相談所が事前連絡なしで訪問を行ったところ、同居男性の母が対応した。同居男性の母は、実母から「児童相談所の関与は以前断った」と聞いていると。同居男性からは「関係機関からの連絡には応対しないように」と言われていると。同居男性の母が2階にいる実母に声をかけたが、実母は「対応できない」と話しているとのことで、同居男性の母と玄関先で話をする。実母と同居男性が、2～3時間、子どもたちをおいて外出することがある。この状況が続くようであれば、意に反して一時保護せざるを得ない状況であることを伝えた。同居男性の母も「(子どもたちに)なにかあっては困る」と心配しているとのことであった。子どもの泣き声や声は聞こえていた。			●
H21. 7. 31	実母からA区役所に電話あり。実母から「昨日、訪問してもらったが対応できなかった」と。実母からの電話での相談内容が実父に関わることであったので、女性福祉相談員につなぎ、8月25日にA区役所の女性福祉相談と弁護士相談に行くとのことであった。	●	●	
H21. 8. 6	D児童相談所とA区役所で定例カンファレンス。8月25日のA区役所の相談に来なければ一時保護による強制介入を検討する方針となった。	●		●
H21. 8. 25	A区役所への来所なし。	●		
H21. 8. 28	A区役所が事前連絡なしに訪問を行った。実母「姉が落ち着いてきた」と話し、姉を優先してみるようにし、また散歩を始めたところ姉の内反足も改善したとのことであった(姉が歩いているのを確認)。姉は目視でき表情も良かった。本児は(寝ているとのことで)会えないが泣き声は確認できた。「姉が本児に手を出さないよう、ベビーベッドを段ボールですべて覆った」と実母から話があった。	●		
H21. 9. 10	D児童相談所とA区役所で定例カンファレンス。「改善の兆しが見えているのでしばらくA区役所の対応継続」の方針となる。	●		●
H21. 10. 8	D児童相談所とA区役所で定例カンファレンス。A区役所「訪問頻度を上げる」「保険証の作成や訪問受け入れ等の進展が見られない場合は、D児童相談所へ通報すると実母に伝える」との方針となる。10月末までA区役所保健師で上記対応することとなった。	●		●
H21. 10. 19	A区役所が訪問するも不在であったため手紙を残す。	●		
H21. 10. 20	実母からA区役所に電話。「幼児相談の順番が回ってきた」と。「以前D児童相談所が来た際に、一時保護について話があったが、それにより実父に連絡が行かないかと同居男性が心配していた」との話があった。再訪問することを伝えた。	●		
H21. 10. 30	D児童相談所とA区役所で電話により「本児の確認ができないなら一時保護検討」との支援方針を確認した。	●		●
H21. 11. 2	A区役所が訪問するも会えず、電話にも応答がなかったが、後刻実母から折り返し連絡あり、11月5日に訪問することを調整した。訪問を拒む理由と、実母の話がかみあわなくなっている。	●		
H21. 11. 5	A区役所が家庭訪問。実母と姉に会える。本児は「ようやく寝たところなので」と目視はできなかった。後日、A区役所からD児童相談所に報告を行った。	●		●

日付	対応経過	対応機関		
		区役所		児童相談所
		保健師	女性相談	
H21.11.10	A区役所が実母に電話をしたところ、「発育は集団に入れたほうが伸びるのか」「思い通りにならない時怒鳴ってしまう。焦りがある」「自分(実母)でできることも限界になってきた」等の発言があった。自分の育児を否定されることを忌避している印象を受けた。	●		
H21.12.4	D児童相談所が訪問。実母、本児、姉、同居男性の母に面会ができた。「姉があまり寝ない」「本児がベビーベッドに頭を打ち付ける」等の話があった。本児たちを目視にて確認したところ、本児の「右おでこに10円玉大の赤紫のあざ(腫れあり)」「右こめかみ～ほほに引っかき傷」を確認した。おむつは尿がたまっているように見え、内またには左右2か所ずつ股ずれがあった。両足首に輪状の赤い痕(職員「靴下?」、実母「そうなんです」)があり、爪が伸び汚れている。			●
H21.12.10	A区役所とD児童相談所で定例カンファレンス。12月4日のD児童相談所の訪問の状況について報告。現状の安否確認ができたとしても、児童の成長が阻害される環境であるため一時保護を含めた児相の対応を検討する。ただし、在宅の児童なので具体的な保護の方法は課題とされた。	●		●
H21.12.11	D児童相談所が家庭訪問。実母に面会し、本児たちの生活の様子を聞いた(本児たちの目視はなし)。保育園の申込み用紙記入があり、同日D児童相談所が代理提出。			●
H21.12.16	実母からD児童相談所に連絡。17日の訪問の約束を入れる。			●
H21.12.17	D児童相談所が家庭訪問実施。実母と同居男性の母と面会した。子どもたちは午睡とのことで目視はしていない。同居男性の母の話からは、疎遠であった実母と同居男性の母との関係がよくなりつつあることがうかがえた。実母からは保育園の費用等についての相談があった。子どもたちの様子について確認するが、「姉が本児の目を突こうとする」以外は変わった話はいなかった。			●
H21.12.19	本児死亡			

- ※1 受理会議：児童相談所で受け付けた事例について協議し、主たる担当者、調査及び診断の方法、安全確認の意義や方法、一時保護の要否等を検討するとともに、既にとられた対応の適否や調査・診断中の事例の結果を報告、再検討し最も効果的な相談援助方法を検討（「児童相談所運営指針」より）。
- ※2 判定会議：各担当者の診断をもとに、援助に有効な判定を導きだすために行う会議  
 援助方針会議：調査、診断、判定等の結果に基づき子どもや保護者等に対する最も効果的な援助指針を作成、確認するために行う会議（「児童相談所運営指針」より）。
- ※3 定例カンファレンス：区役所と児童相談所で支援の必要な養育支援ケースについて定例で実施するカンファレンス。このケースでは、毎月1回復数事例について定期的にA区役所と児童相談所の間で実施。
- ※4 不適切養育のランク：区役所で不適切な養育状況を5段階に分類し、判断指標としている。A～Eとし、Aが緊急度が最も高い状況である。
- ※5 育児家庭訪問員：育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して不安や孤立感を訴える妊婦及び養育者、又は虐待のおそれや、そのリスクを抱える養育者宅の訪問を行う。保健師、助産師等の資格を有する嘱託員。

### (3) 要保護児童対策地域協議会※

本事例については、要保護児童対策地域協議会の活用は行われていない。

※要保護児童対策地域協議会：平成 16 年の児童福祉法の改正により、要保護児童（虐待を受けている子ども等）に関し、関係者間で情報の交換と支援の協議を行う機関として制度化。三層構造となっており、代表者会議（横浜市子育て SOS 連絡会）、実務者会議（各区の児童虐待防止連絡会）、個別ケース検討会議で運営されている。

### (4) 地域との連携

本事例については、地域の民生委員・児童委員、主任児童委員に説明等を行っていない。また、地域からの情報は特に寄せられていない。

## 3 事例の検証による問題点・課題の整理

本事例の検証にあたっては、以下のヒアリングを実施し、事実関係を確認した。なお本事例は、区役所のみでの支援から始まり、ほぼ半年経過後から児童相談所が支援に加わり、死亡事件発生時まで両機関が支援しているため、問題点・課題点については、両機関をまとめて整理した。

### <実施したヒアリング>

- ・ A 区役所福祉保健センター職員（保健師・管理職・女性福祉相談員）へのヒアリング
- ・ D 児童相談所職員へのヒアリング
- ・ 実母が以前居住していた B 県 C 市保健センター職員、C 市子育て相談センター職員へのヒアリング

### (1) リスクアセスメントの不足

#### ア 当初の見立て

実母たちが以前居住していた C 市の保健センターからのケース情報を受理した際の A 区役所の見立ては、「本児については、汚れはあるが体重は増加傾向。実母は養育能力が低い、C 市で実母の叔父が行っていた実母への支援を同居男性が代わりに行えば在宅での養育可能」というものだった。

D 児童相談所は支援の開始時に、同様に「C 市で、実母の叔父の支援により養育ができていたが、転居先でどれだけできているか分からないので、A 区役所と訪問する中で確認していく」と見立てていた。D 児童相談所の受理会議において、リスクファクターと安心材料を勘案したが、A 区役所と当該家族の関係性（当初は家庭訪問の拒否がない等）や、同居男性、同居男性の母といった第三者の目がある中での安全性を評価し、実母と同居男性のネットでの出会いという通常の内縁関係とは異なる背景を考慮せ

ず、通常と同じように見立ててしまった。リスクアセスメント※が甘く、この受理会議後に、アセスメントを裏付けるための同居男性についての調査や、アセスメントを見直す機会を設けることがなかった。

C市では、実母の叔父の支援がある中で養育ができていたのだが、両機関ともに、「前の自治体で養育ができていた」という結果にひきずられてしまい、同居男性に関する情報があまりない状態で、同居男性を実母を支援する「キーマン」として考えるという希望的観測の見立てになってしまった。

実母を支援する「キーマン」が同居男性なのであれば、同居男性はどんな人物なのかという情報を確認しなければならなかった。初期のアセスメントで不明確だった点については、後に見直しを行い、明確化すべきであった。

また、同居男性は、子育ての経験もなく、同居男性の母の支援も拒絶しているという点において、「キーマン」としての見立てをすることよりも、きちんと精査し、リスクアセスメントの対象とすべきであった。

※リスクアセスメント：支援におけるリスク（危険性）の事前評価

## イ 支援の継続の中で

実母の養育能力の低さについて、C市に確認して情報を入手し、また、同居男性が子ども達をダンボールやベニヤを使って囲いを作り、閉じこめることを知るが、D児童相談所の担当者は、「違和感は感じており、マイナスポイントを積み上げていけば『ちょっと違う家』とは思っていた。しかし、一方で訪問が受入れられたり、姉の内反足が改善したりするなどのプラスとなる評価もあり、プラス面に目がいつってしまった」とのことであった。

また、区役所の担当者は、「よくわからない事例だった」と所感を得ていたとのことだが、事例として「わからない」のであれば、必要な情報は何かを確認し、そのための調査を行い、改めてアセスメントをすることが必要であった。これらの「わからない」、「不明瞭さ」をリスクファクターとして捉えるべきであった。

当初会えていた子どもにだんだん会えなくなるのは、何か見せられない問題が生じている可能性があることを、アセスメントすべきであった。

当該家庭は、実母の判断能力の乏しさや予想外の同居男性の行動、同居男性の母の関与の薄さなど、危機的な状況への対処能力が極めて低い家庭であり、歯止めになるものがなかったことに気づけなかった。児童相談所と密に情報交換をしていた区のランク付けが変更されなかったことにも表れているように、両機関ともに、プラスとなる評価もマイナスとなる評価も、再評価ができていない。このため、良い評価に流されてしまって、危機感が減少してしまった。

さらに、実母の主訴は姉についてであり、このため、両機関とも視点が姉に行きすぎてしまい、本児については、主たる関心から外れていってしまった。

## (2) 各々の組織内での事例の共有不足（個人に任されたままの事例）

A区役所は、「住民票の異動や保険証の手続に関わる支援を行ってきたが進んでいかない。育児支援として関わってきたが、姉の発達の遅れもあり、なかなか改善されないのでD児童相談所に連絡した」とのことであった。実母の養育能力、姉の発達の問題など、時間の経過とともに問題の拡大があり、担当保健師の危機感は上昇しているにもかかわらず、A区役所で進行管理している養育支援台帳の本事例のランク付けの見直しはなく、児童が死亡するまで危険度の低いランク「D」のままであった。

ランクの見直しは、事実上、保健師個人に任されてしまっており、組織的な管理ができていない。

また、本件は、D児童相談所では、A区役所からの通告により支援を開始し、虐待対応チーム※1から支援開始直後に所内の受理会議へ提出し、「ネグレクト・中度」と認定され、「区と児童相談所の役割分担、在宅支援が不可能な場合の一時保護の検討」について方針決定がなされた。

しかし、調査の期限や報告のタイミングが設定されておらず、この受理会議以後、当初の受理会議で検討した「中度のネグレクト」という認定を見直す所内のカンファレンス、組織的な判定会議が行われていなかった。

D児童相談所の虐待対応チームの担当者と係長は、「強制的一時保護ではなく、親を説得した上での子どもの評価を行う一時保護も必要である」と考えていたが、本事例については、担当者と係長のみが知る案件となり、組織的に共有されておらず、同じ係内の相談調整係長※2や継続支援を行うセクション、所長が関与しない中で時間が経過していった。

また、この担当者と係長の考え方は、A区役所にも伝わっていなかったため、A区役所では安否確認が主たる案件となってしまったのではないかと

※1 虐待対応チーム：児童相談所の相談指導担当。虐待の通報を受け、初動で調査訪問・対応を行う。係長1、児童福祉司3、看護師又は保健師1、児童虐待対応協力員1

※2 相談調整係長：児童相談所に寄せられる新規相談の受付（電話相談、来所相談等）を行う係の長。D児童相談所では、児童相談所の庶務としても機能している係。

## (3) 区と児童相談所の役割分担が不十分

本件については、A区役所とD児童相談所が定例カンファレンス等により密な情報交換を実施し、役割分担（家庭訪問は区と児童相談所、保険証・住民票の手続の支援は区役所）を行い、同行訪問も実施した。

しかし、D児童相談所とA区役所が援助に関して視点の違いが見られず、結果、同様の対応（支援）になってしまっていた。

機関同士の行うカンファレンスのメリット（密な情報が共有できる、異なる立場の意見や視野を確認できる等）とデメリット（視点が同じになってしまう、お互いになんとか安心してしまいやすい等）を認識した上で、きちんと各機関の専門性が生かされるようなカンファレンスを行わねばならなかった。

一定の役割分担は行っていたが、それぞれの専門機関としての特性を生かした役割分担とはいえず、支援としては不十分なものに留まってしまった。

また、「各々の組織として共有化すべき援助の長期計画が明文化されなかった」ため、何をいつ、どこまでやったら、次に何をするという共通認識の上に、A区役所とD児童相談所間の役割分担を図ることがなされなかった。場合によっては、拒否的な家庭に対して、その役割分担に応じた立ち回り（例えばA区役所は家族に寄り添う役割、D児童相談所は一時保護を視野に入れた強制的な介入を行う役割）もできたはずである。

#### (4) 援助対象者との援助関係の構築不全

A区役所から当該家庭へ電話した際、同居男性から、「以前の訪問の際に実母の過去に触れたこと」についての苦情があり、それに対して保健師が謝罪したことがあった。保健師に謝罪を求めてくることへの違和感があったが、支援の見直しのターニングポイントにはならなかった。この時点から、訪問や来所相談の約束をしてもキャンセルされてしまうようになり、当該世帯から、A区役所及びD児童相談所が疎まれる存在（訪問してもなかなか会えない、相手からの協力が得られない）となってしまった。

支援のきっかけとして、A区役所の福祉的な援助（戸籍や保険証の取得への援助）が必要であったと思われるが、その必要性を相手が認識しなくなったところで、相手から拒まれてしまった。

当該家族には、「とらえどころのなさ」があり、特異な固有のペースに支援する側も巻き込まれてしまい、焦点がずれたまま関係が深まらなかったのではないだろうか。

#### (5) 援助方法の見直しがなされない

区役所では、「訪問しても会えない。よく分からない事例なので訪問頻度を上げた」とのことだが、「わからない事例」でアセスメントを終わらせるのではなく、それまでの援助方法に限界があったことを認め、見直しを行うべきであった。別の手法（例えば民生委員・児童委員、主任児童員へのアプローチ等の地域ネットワークを広げる、ヘルパー派遣の導入を図るなど支援メニューの再検討）を検討すべきであった。

援助対象者の対応の変化があり、支援側に危機感があるが、その危機感に対して、適切な言語化ができず、対処に繋げることができなかった。

ランクの見直しがなかったことは、ランクに応じた具体的な支援策、対応策が示されていないということも影響していると考えられる。

## (6) 主たる訪問の目的が姉の発達・安否確認のみ

A区役所とD児童相談所の定例カンファレンスで「区役所の訪問頻度を上げる」、「進展が見られない場合、区役所から児童相談所へ連絡する」という方針とするが、訪問や来所予約などするもキャンセルで会えず、本児の確認ができない状況が続いていった。

こうした状況で、D児童相談所は「区役所の保健師が当該家庭から拒絶されてしまったら、児童相談所としては一時保護をするしかないので、なんとか保健師からの支援を継続させたい」が、「本児の確認ができないなら一時保護の検討が必要」と考えた。

ところが、事前連絡なしに訪問した際、会うことができ、姉の内反足の改善を確認できた。このため、定例カンファレンスで「改善の兆し有り」として、A区役所での対応継続としてしまった。

両機関ともに、児童の安否確認をただ行うだけではなく、専門機関として「なぜこの家族は支援を必要とするのか」を考え、「この家族にどうなっほしいかを思い描き、そのためにはどのような支援を行えばよいのか」を、それぞれ組織として判断し、困難に直面している家族に寄り添い、支援をする必要があった。

また、援助対象者の安否確認、家庭の実態把握だけでは、援助対象者にはメリットがなく、協力が得られにくい。援助対象者が求めるニーズや顕在化していないシーズを汲み取り、受け入れてもらえるようなケースワークが必要であった。

さらに、視点が姉に偏っていて、本児の目視は長期に渡ってできていなかった。

## (7) 定例カンファレンスの中で事例が埋没

当該事例は最初から最後まで、定例カンファレンスの中の1事例にすぎず、個別事例として検討されるに至らなかった。特に比較的危険度の低いDランクのケースは、他のさまざまな多くの事例の中の1件として埋没してしまう。また、両機関とも、多く抱えている事例のうちの動きの目立つものに気をとられてしまう。このため、Dランクから急浮上して重篤な事例になってしまうようなケースへの対応ができていない。(1回の定例カンファレンスで扱う事例は30件程度)

## (8) 多く抱えるケース数

横浜市の児童相談所における虐待対応チームの児童福祉司が抱える案件は一人あたり平均48.3件※であり、すべてのケースにきめ細かく対応することが難しい状況にある。比較的危険度の低い「中度のネグレクト」のランクから急浮上して重篤な事例になってしまうようなケースの対応ができていない。

※平成 22 年 9 月時点における横浜市の児童相談所 4 所の虐待対応チームで所管する虐待のケース数（773 件）を、虐待対応チームの児童福祉司数（係長含む：16 人）で割ったもの。

（参考）

平成 22 年 5 月 17 日付朝日新聞記事によれば、平成 20 年度の各自治体の児童相談所における虐待対応件数を平成 22 年 4 月の配置されている児童福祉司数（係長含む）で割った数の全国で最多が神奈川県 の 34.1 件、最少は鳥取県の 4.8 件。

#### （9）要保護児童対策地域協議会の未活用

本事例については、民生委員児童委員・主任児童委員に情報を伝えておらず、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議や実務者会議も活用できていなかった。

なお、C 市では、本ケースは母の生育歴、若年出産という観点で出産前から要保護児童対策地域協議会の案件であった。

#### （10）女性福祉相談員と保健師の連携不足

当該ケースは、C 市における DV ケースであったことから、A 区役所の女性福祉相談事業としても対応していた事例であったが、保健師としての対応が中心となったため、女性福祉相談員がカンファレンスへの出席を要請されることがなく、自ら積極的にカンファレンスに出席したり、意見交換したりすることもなかった事例であった。

横浜市の女性福祉相談員は各区役所に配置されているが、嘱託職員であるため、気づいたことや支援したいことについて、正規職員に言いにくい立場にあることも考えられ、組織内連携が十分にできていないのではないかと。

## 4 事例の検証による改善への提言

### （1）区役所と児童相談所に共通する点について

#### ア リスクアセスメントの徹底

- ・ 支援の開始時に援助方針や目標を立てるにあたっては、客観的な事実に基づいた評価が求められる。このため、不確実性は可能な限り排除すべきであり、「きっと～だろう」ではなく、調査を徹底するとともに、リスクに対しての意識・感受性、リスク情報の捉え方、リスクを言語化し組織内に伝える能力、リスク情報収集の手法などの専門性が求められる。それらを高めるための研修等を充実する必要がある。
- ・ 研修にあたっては、個人として研修を受けた者が、組織にきちんとフィードバックができるような手法の検討（内部への研修会の実施、映像等による記録、共有、回議等の工夫）が必要である。

- ・また、他都市で生じた死亡事例等についても共有し、過去のリスク情報について学ぶ必要がある。

## イ 連携のための区役所と児童相談所のカンファレンスのあり方の検討

- ・定例カンファレンスにかけられる件数が多いことから、効果的なカンファレンスの持ち方を検討すべきである。
- ・現在（平成 21 年度下半期から）、区役所と児童相談所が、互いのケースを進行管理会議で共有しているとのことだが、情報を共有するのみならず、児童福祉司や保健師といった専門職のそれぞれの考え方やアドバイスが得られるような場にしていく必要がある。
- ・そのためには、短時間で簡潔に事例を説明し、各々が専門的な立場で議論できるよう、カンファレンスの技術を高めるための研修が必要である。
- ・カンファレンスに参加する機関の各ケースのランクについては、お互いに共有し、そのリスクを確かめておく必要もある。
- ・また、個別に検討すべき事例として提出すべき案件として、職員が気づけるようなリスクアセスメントの研修も必要である。
- ・また管理職についても、カンファレンスについてのスーパーバイズ的な視点を持つための様々な事例を学ぶ研修等が必要である。

## ウ 援助の対象者との援助関係の構築

- ・当該事例は援助関係を構築することが非常に難しかった事例といえる。
- ・しかし、その難しさをとらえたうえで、援助対象者のペースに巻き込まれることなく、その特性を見極め、対象者の苦労や努力を認め、寄り添った上で、対象者の抱える問題点を示唆し、「それを改善するために支援をしたい」という明確なメッセージを対象者に伝えていく必要がある。
- ・「あなたを応援したい、助けたい」というメッセージを相手に伝えるためにも、その支援について、個人で思うのではなく、組織として合意を形成した上で対応していく必要がある。
- ・援助の対象者からの信頼を得ることは、対象者の社会的孤立感の軽減にもつながる。
- ・援助関係を構築することが難しい事例についても、構築できるような援助技術を習得する必要がある、スキルアップ等の研修の充実、また、それを組織で共有できるような仕組みが必要である。

## エ 要保護児童対策地域協議会の活用

- ・本事例は、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議を活用し、事例として検討し、実務者会議・代表者会議において、組織・関係機関で共有していくことが必要であった。

- ・また、本事例は、C市ではDV事例でもあったため、区役所は、女性福祉相談員と連携し、本市の要保護児童対策地域協議会に区ごとに設置されている実務者会議のメンバーである民生委員・児童委員、主任児童委員と相談をし、「守秘義務のもと、個別ケース検討会議を開催し、地域の民生委員・児童委員、主任児童委員に伝えていくべきか、どうか」を検討すべきであった。
- ・個別ケース検討会議の検討事例として、会議の俎上に載せていくため、担当として、事例を見極める技術や検討事例として会議に上げていく技術を獲得する必要があると同時に、管理職は、そのような事例について全体のマネジメントの中で注意を払い、担当に検討事例として提出するように促していく必要がある。
- ・横浜市として、個別ケース検討会議を充実させ、事例を共有化できるような仕組み（制度づくり・研修）を構築する必要がある。

## (2) 区役所について

### ア 組織内での事例の進行管理の徹底

- ・組織的にケースのランクをチェックする仕組みが必要である。管理職のカンファレンスへの参加、カンファレンスで保健師を含む職員が、積極的に互いのケースについて意見を述べ合うことも有効であると考えられる。
- ・多くのケースを抱える中で、比較的危険度の低いDランクから急浮上し、重篤事例となってしまうようなケースへの対応として、ネグレクト事例が、時間の経過とともに解決しない場合は、そのことをリスクファクターとして捉える必要があり、ケースのランクを自動的に上げていくような進行管理を検討すべきである。
- ・区役所の管理職は、事例の進行管理と全体のマネジメントを円滑に行うことができるようなスキルアップが必要である。
- ・DV関係事例については特に、女性福祉相談員が、積極的にカンファレンスに出席し、連携する仕組みをつくるべきである。
- ・組織的な事例共有が難しい背景の1つとして、ケースの記録が電算化されていない点が挙げられる。平成24年度に、次期福祉保健システム※の稼働が予定されており、養育支援の台帳の情報を電算システム上で区と児童相談所が共有するとのことだが、今後、欧米なども参考に、ケース記録及び進行管理の電算化について推進していくべきである。

※次期福祉保健システム：庁内で共有する基盤システム上で市民への福祉、保健サービス事業等を管理する電算システム

### イ 専門性の確立

- ・区役所は、児童虐待案件のみならず、親と子に関わる様々な事柄につ

- いて市民に最も身近な行政機関として総合的な支援を行う場である。
- ・区役所の保健師や女性福祉相談員は、多数のケースの中から、様々なリスクを未然に予防し、リスクを発見し、早期対応へ繋げることができるよう力量が求められる。
  - ・また、社会資源を活用できるような実践力、関係機関との連携技術、組織としてのチームワークといった力も求められる。
  - ・そのような観点からの人材の育成（研修や事例共有、事例検討）・体制の整備が必要である。

### (3) 児童相談所について

#### ア 組織内での事例の進行管理の徹底

- ・児童相談所においては、係長から係員へのケースの進ちょく状況のチェック等、組織的なケースの進行管理の仕組みを検討する必要がある。
- ・区役所と同様（(2) -ア）、児童相談所も多くのケースを抱える中で、「中度のネグレクト」が突然に重篤事例となってしまいうようなケースへの対応として、ネグレクト事例が時間の経過とともに解決しない場合は、そのことをリスクファクターとして捉える必要があり、ケースのランクを自動的に上げていくような進行管理を検討すべきである。
- ・児童相談所の管理職は、事例の進行管理と全体のマネジメントを円滑に行うことができるようなスキルアップが必要である。
- ・児童相談所においても、児童虐待における安否確認等を一部電算化して管理しているが、ケース記録を全て電算化できている訳ではない。前出（(2) -ア）のとおり、今後、欧米なども参考に、ケース記録及び進行管理の電算化について推進していくべきである。

#### イ 専門性の確立

- ・児童相談所は、虐待事例に対して、専門的な対応を行う機関であり、案件によっては、一時保護等、親との対立も辞さない判断が求められる。
- ・児童相談所の児童福祉司は、児童の利益を第一としながらも、親への相談・援助を的確に行えるようなケースワークの実践、技術の習得が求められる。
- ・また、社会資源を活用できるような実践力、関係機関との連携技術、組織としての内部でのチームワークといった力も求められる。
- ・そのような観点から、適切に判断して、適切な支援が可能となるような人材育成（研修や事例共有、事例検討）・体制の整備が必要である。

## 5 検証委員会の概要

### (1) 検証委員 ◎印：委員長

氏名	職名
飯島 奈津子	横浜弁護士会 弁護士
大森 武	社会福祉法人 湘南福祉協会 湘南病院 医師
◎ 新保 幸男	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部教授
永井 恒雄	横浜市主任児童委員連絡会副代表
中板 育美	国立保健医療科学院 主任研究官

### (2) 開催概要

第1回 平成22年8月13日 10:00～12:00 事例概要把握

第2回 平成22年9月3日 13:00～15:00 関係機関ヒアリング（区）

第3回 平成22年9月24日 10:30～12:30 関係機関ヒアリング（児相）

第4回 平成22年10月12日 15:00～17:30 課題共有、検討

第5回 平成22年10月18日 10:00～11:30 区女性福祉相談員ヒアリング

第6回 平成22年11月 2日 11:00～12:30 C市ヒアリング（保健センター）  
13:00～14:30 // （子育て相談センター）

第7回 平成22年11月22日 15:00～17:00 報告書案検討

第8回 平成22年12月14日 10:00～12:00 報告書整理

## 最後に

本事例は、区福祉保健センターと児童相談所という横浜市の2つの機関が支援に関わっているながら、児童が死亡するという最悪の事態に至ったものである。

区と児童相談所は、情報共有のために密に情報交換を行い、連携して訪問、電話等を繰り返し、実母は保育園の入所申込みをするに至った。そのような支援の中で死亡原因は、木箱に入れられての窒息死という、通常では想定することが困難なものであった。

しかし、複数回に及ぶヒアリングや検証を重ねていく中で、数多くの課題が浮かび上がった。今後、虐待により幼い命が失われることがないように、本報告書で挙げられた課題、そして提言を真摯に受け止め、今後の児童虐待対策に、是非活かしてほしい。

児童虐待対応件数は増加し続けており、横浜市でも、現行の組織体制では、これらの提言を実行していくことは、決して容易ではないと言える。区や児童相談所といった専門機関の体制整備についても、横浜市として、しっかりと取り組んでほしい。

また、提言の一つとして、「援助の対象者との援助関係の構築」をあげた。仮に、様々な施策の充実や体制整備がなされたとしても、「援助関係の構築」ができなければ、十分な支援をすることはできないと考えられる。逆に、「援助関係の構築」ができれば、そのことをもって、相手の孤立感・不安感が軽減されるという面もある。

専門職の「マインド」に関わる問題であり、簡単な問題ではないと思われるが、横浜市では、保健師とともに、従来から社会福祉職も専門職採用している。そうした土壌を生かし、是非、「援助関係の構築」ができる専門職を育成し、様々な対策がより有効となるよう取り組んでいただきたい。

※資料1、2、3の基準、分類や役割分担については、現在見直しを行っています。

## 資料1 区役所における「不適切な養育」の5段階分類

区役所においては、不適切な養育状況（ランク）を5段階に分類し、「不適切な養育」の判断の指標として使用します。

表1 不適切な養育5段階分類

A	生命の危険がある (性的虐待や重度の心理的虐待も含める)		
B	今すぐには生命の危険がなくても現に子どもが虐待を受けていて、誰かの介入なしには虐待の継続、あるいは増強する恐れがある。		
C	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;">(Cランク) A・Bランクへの移行が懸念される。</td> <td style="padding: 5px;">(生命の危険はない) 虐待と断定できないが虐待を疑わせる行動が見られる。</td> </tr> </table>	(Cランク) A・Bランクへの移行が懸念される。	(生命の危険はない) 虐待と断定できないが虐待を疑わせる行動が見られる。
(Cランク) A・Bランクへの移行が懸念される。	(生命の危険はない) 虐待と断定できないが虐待を疑わせる行動が見られる。		
D	または、養育者からの虐待を危惧する訴え、養育不安の訴えがある。		
E	虐待はみられない(現状では、見られないが、おそれがある)が、養育にうまく対応できていない状態が見られる。または、養育者からの育児不安の訴えがある。支援により、「不適切な養育」の改善が期待される。		

表2 C・D・Eランクのそれぞれの違い

	Cランク	Dランク	Eランク
虐待のリスクの捉え方	虐待と断定できないが、疑わせる行動あり (生命の危険がある) A・Bランクへの移行の懸念がある		虐待はない (現状では、みられないが、おそれがある)
養育者からの主訴	虐待を危惧する訴え、育児不安		育児不安
センターの対応	主に個別支援	個別・集団支援	

## 資料 2 児童相談所における虐待の 5 段階区分

児童相談所において、把握した事例について、5 段階区分により認定し、判断の指標としています。

表 3 児童相談所の 5 段階区分

区分	基準内容
生命の危機あり	生命の危険があり、緊急入院、保護等が必要。身体的虐待によって生命の危険にかかわる受傷、ネグレクト等のため、衰弱死の危険性がある。
重度虐待	児童の心身の発達に重大な影響が出ているため、第三者による訪問指導、一時的分離、入院等の介助が必要。
中度虐待	長期的に児童の成長や人格形成に問題を残すおそれがある。一時保護や継続指導等の援助が必要(性的虐待は、中度以上ととらえる)。
軽度虐待	実際に児童への虐待があり、養育者や周囲が虐待と感じている。養育者には、一定の制御はあるが、親子関係に不自然さが見られる。要継続指導。
虐待の危惧あり	「叩いてしまいそう、世話をしたくない、いらいらする」等の養育不安が強く、虐待のおそれを訴える。或いは状況からそのおそれがある。電話相談、継続指導が必要なケース。

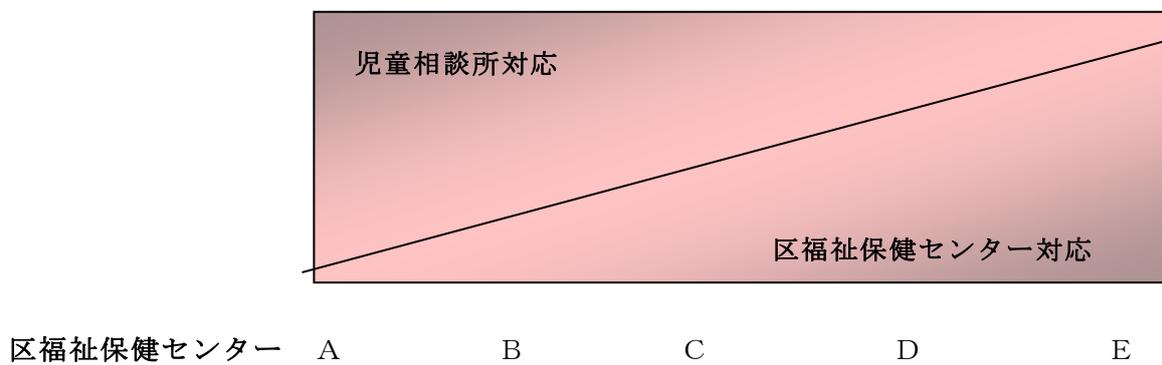
### 資料3 不適切養育の支援における区役所と児童相談所の役割分担

区役所では、育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題により、子育てに対して不安や孤立感を抱える妊婦及び養育者、または虐待のおそれやそのリスクを抱える養育者などを対象に、不適切な養育段階での支援を中心に行っています。虐待の事実や継続のおそれのあるケースについては、児童相談所が中心となって支援を行っています。

区役所のランクと児童相談所の分類は必ずしも一致するものではありません。

図 不適切養育の支援における区役所と児童相談所の役割分担（イメージ）

児童相談所 生命の危機あり 重度虐待 中度虐待 軽度虐待 虐待の危惧あり



## 資料4 横浜市 児童虐待による重篤事例等検証委員会設置運営要領

制定：平成20年3月28日 ここ第5443号（局長決裁）

（目的及び設置）

第1条 児童虐待の防止等に関する法律 第4条第5項に基づき、虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例について事実の把握、発生要因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討することを目的とし、児童虐待による重篤事例等検証委員会（以下「検証委員会」という。）を児童福祉審議会児童部会の下部組織として設置する。

（構成）

第2条 検証委員会の委員は、横浜市児童福祉審議会運営要綱第3条に基づく臨時委員6人以内をもって構成する。

2 検証委員会に委員の互選による委員長を1名置く。

（業務）

第3条 検証委員会は、次の業務を行う。

- (1) 児童相談所または区が関与していた虐待による重篤事例等及びこども青少年局で検証が必要と認める事例につき、必要な検証を行う。
- (2) 検証の結果は、報告書を作成のうえ、児童福祉審議会児童部会において報告する。

（委員の任期）

第4条 委員の任期は児童福祉審議会委員の任期とする。

（検証方法）

第5条 検証は、次の方法により行う。

- (1) 事例ごとに行うが、複数例を合わせて行うことも差し支えないこととする。
- (2) 区、児童相談所、関係機関等から事例に関する情報の提供を求めるとともに、必要に応じて、関係機関ごとのヒアリング、現地調査等を実施する。
- (3) 調査結果に基づき、課題等を明らかにし、再発防止のために必要な事項を検討する。

（守秘義務）

第6条 検証委員会の委員は、職務上知ることができた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

（会議の非公開等）

第7条 プライバシー保護の観点から、会議は非公開とすることができる。

（事務局）

第8条 運営に必要な事務は、こども青少年局こども家庭課が行うこととする。

附 則

この要領は平成20年4月1日から施行する。

平成 22 年度児童虐待死亡事例検証報告書

平成 23 年 2 月

横浜市児童虐待による重篤事例等検証委員会

事務局 横浜市こども青少年局こども家庭課  
横浜市中区港町 1 - 1 電話 045(671)4288

# 戸塚区児童虐待事例の検証について

平成 23 年 2 月

横浜市こども青少年局

横浜市児童福祉審議会児童部会

## 目 次

1	検証の概要	1
2	事件の対応と世帯の状況	3
3	南部児童相談所の内部検証によりあげられた問題点・課題と再発防止	6
4	児童福祉審議会児童部会意見	9
5	検証まとめ	12

## 資料編

参考資料 1	横浜市南部児童相談所機構	13
--------	--------------	----

平成 22 年 7 月、市内 a 区において、児童への虐待により保護者等が逮捕されるという事件が発生しました。児童相談所（南部児童相談所）には被害児童に関する情報が学校から寄せられて対応を進めていましたが、警察による児童の保護と保護者等の逮捕に至ってしまったものです。不適切な養育状況や虐待が疑われる情報を得ながら、児童相談所としての役割を十分に果たせなかったということをも反省し、今回のような状況に至った原因の究明と、再発防止策の構築を目的に検証を行いました。

## 1 検証の概要

### (1) 検証の目的

児童虐待防止法の改正により平成 20 年 4 月から義務付けられた「死亡事例等検証（本市の場合『重篤事例等検証』と呼ぶ）」の対象には本事例は当てはまらないものの、保護者らの逮捕に至ったこと、また、児童相談所の関与が有りながらもその役割を十分に果たせなかったことなどの反省から、原因の究明と再発防止策の構築を目的として検証を実施したものである。

### (2) 検証の方法

ア 南部児童相談所による内部検証の実施

(ア) 内部検証会議の実施（所長、一時保護担当課長、係長）

(イ) 事例に関わった職員へのヒアリングの実施（聞き取りは、事例に直接の関与が無かった係長が行った）

**\*参考資料 1** 「横浜市南部児童相談所機構（平成 22 年 4 月 1 日現在）」参照

(ウ) 関係機関（学校）へのヒアリングの実施

イ 横浜市児童福祉審議会児童部会への報告および意見聴取

南部児童相談所による内部検証の結果を児童部会に報告し、部会より意見を得た。

### (3) 経過

平成 22 年	8 月 3 日	南部児童相談所内部検証会議（第 1 回）（以下「内部検証会議」と記載）
	8 月 12 日	内部検証会議（第 2 回）
	8 月 9 日～17 日	関係職員へのヒアリング
	8 月 19 日	関係機関（学校）へのヒアリング
	8 月 20 日	内部検証会議（第 3 回）
	8 月 31 日	内部検証会議（第 4 回）
	9 月 7 日	内部検証会議（第 5 回）
	9 月 24 日	児童福祉審議会児童部会への報告および意見聴取（第 1 回）
	10 月 21 日	児童福祉審議会児童部会への報告および意見聴取（第 2 回）
	12 月 9 日	児童福祉審議会児童部会。部会意見の整理
平成 23 年	1 月 27 日	児童福祉審議会児童部会。報告書の確認

#### **(4) 検証により明らかとなった課題**

- ア 児童相談所の対応に関して
  - ・児童相談所内での情報共有の徹底と係間連携の強化
  - ・児童の安全確認の徹底と児童相談所としてのリスク判断（アセスメント）の強化
  - ・家庭訪問の重要性の再認識と世帯の生活実態把握の徹底
  - ・多角的な支援の視点の必要
- イ 関係機関の連携に関して
  - ・関係機関連携における情報共有、援助方針共有の徹底
  - ・虐待通告（連絡）時における機関相互の共通理解、共通認識の確立
  - ・関係機関連携における各機関の役割分担の徹底、および進行管理の徹底
- ウ 児童相談所の体制、専門性の強化に関して
  - ・組織的対応の徹底、所内の協力体制の見直し
  - ・専門性向上のための人材育成、スーパーバイズ体制の充実、人員の充足を含めた体制強化
- エ 検証（内部検証）の実施に関して
  - ・再発防止（未然防止）と対応力強化のための、検証（内部検証）の積極的実施
  - ・対象事例の範囲、検証方法等の実施基準の整備

#### **(5) 検証を受けての本市の取組**

南部児童相談所の内部検証で確認された課題、及び児童福祉審議会児童部会で確認された課題について重く受け止め、市内4か所の児童相談所で共有するとともに対策に取り組んでまいります。

また、本市では、平成22年9月、市長参加による「児童虐待対策プロジェクト」を設置しました。同プロジェクトは、児童虐待に関係する局と、その対応に直接携わる児童相談所、区福祉保健センターの職員により、児童虐待防止対策について総合的に検討しています。児童相談所の機能のみならず、他機関や地域との連携や役割分担など、本検証における課題や提言も反映できるよう、多角的な視点での検討をすすめ、対策の実現を目指していきます。

また、再発防止のための内部検証についても、対象事例の範囲や実施基準等、検討していきます。

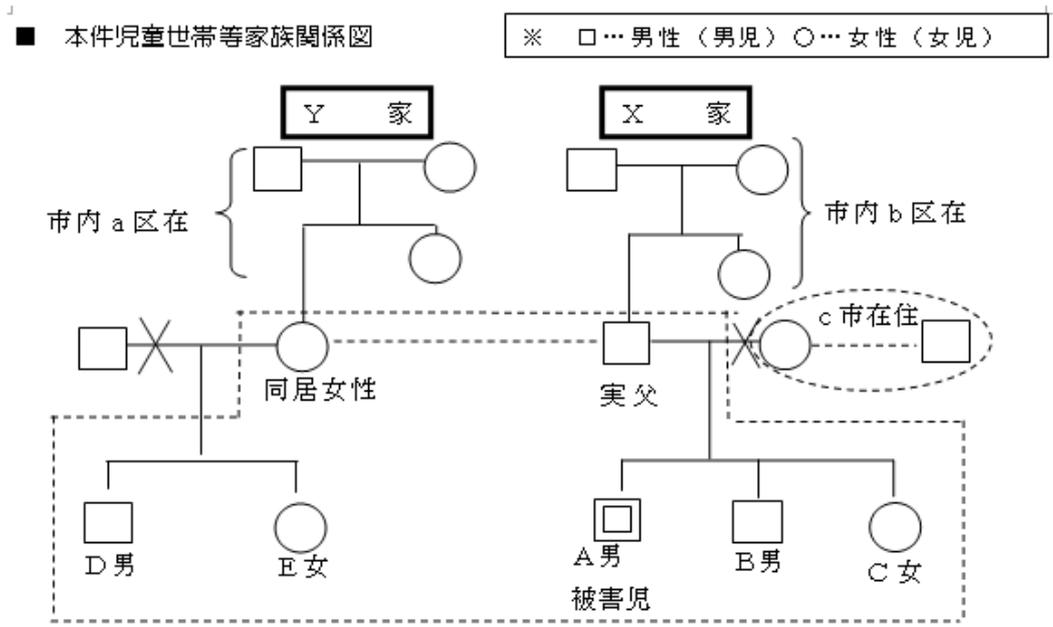
## 2 事件の概要と世帯の状況

### (1) 事件の概要

小学校5年生の男児（以下、「本児」と記載）に対し、実父（X・34歳）と同居女性（Y・37歳）から暴力や、食事を与えないなどの虐待が行われたとして、平成22年7月23日（金）、実父と同居女性が警察により逮捕された。本児は、同日、コンビニエンスストア内のトイレで購入前の食品を食べていたところを店員により発見され、児童の身体に痣があったことなどから警察が本児を保護し、実父や同居女性が逮捕されるに至った。

### (2) 家族構成

実父 (X)	34歳	タイル工	} X家	} X家離婚(平成20年7月)以降、同居 (同居開始時期は判然としない)
本児 (A男)	11歳	(小学校5年生)		
弟 (B男)	10歳	(小学校4年生)		
妹 (C女)	6歳	(小学校1年生)		
同居女性 (Y)	36歳	無職	} Y家 (生活保護受給世帯)	
その長男 (D男)	10歳	(小学校5年生)		
その長女 (E女)	9歳	(小学校4年生)		



(※X家とY家の同居について、児童相談所が把握したのは平成22年7月の事件後)

### (3) 世帯の状況、経過

本児の家族は平成20年に実父母が離婚し、実父、本児（A男）、弟（B男）、妹（C女）の4人で暮らす父子世帯であったが、その後、実父と近隣に住んでいた女性との交際が始まり、その女性宅にて同居開始。同居女性、およびその長男（D男）、長女（E女）を含め、計7人で生活を送っていた。同居女性世帯は、生活保護を受給。

同居女性世帯については、平成19年2月から、女性の2人の子ども（D男、E女）の発達上の課題や不登校に関する事で児童相談所において関わりがあった。同居女性からは、近所に住む子どもたちを日中預かっているとの話はあったものの、本児世帯と同居したとの話はなく、担当福祉司の質問にも同居は否定していた。

#### (4) 本児（A男）世帯に関する南部児童相談所対応経過概要

- 平成 22 年 6 月 22 日 小学校（児童支援専任教諭）から電話連絡  
・6月21日、A男がコンビニエンスストアに裸足でいたところ、コンビニエンスストアから警察へ通報が入り、警察署が本児を保護。警察より学校へ連絡があり、学校において保護者に引き渡された。引き取りの際、実父および同居女性からA男に対して激しい叱責があった。学校からの児相への連絡は、早急な児相の対応は求めず、情報提供との趣旨
- 平成 22 年 6 月 30 日 実父方祖父母、児童相談所に来所  
・A男への躰が厳しく心配されるとの情報  
・学校側に連絡の上で実父への接触を検討することを伝える
- 平成 22 年 7 月 6 日 小学校長、児童相談所に来所。児童通告書受理  
・A男の養育環境が不安定で、虐待を受けている可能性がある  
・学校訪問により状況把握することを伝える
- 平成 22 年 7 月 13 日 所内カンファレンス実施。虐待対応チームおよび支援係（Y家担当）と情報の共有、対応協議。チームの介入により、支援係とY家との関係悪化が懸念されることから、X家については虐待対応チーム対応とし、X家実父あての手紙を送付することとした
- 平成 22 年 7 月 16 日 警察署へ電話連絡  
・警察通報による介入について照会。虐待ではなく迷子扱いと確認
- 平成 22 年 7 月 20 日 小学校を訪問  
・校長、児童支援専任教諭、担任教諭から状況聴取。対応協議  
・現時点では学校からの通報をもとに児童相談所が接触していくことは難しく、まずは学校から状況確認の電話を保護者に入れ、児相への相談を促していくこととした
- 平成 22 年 7 月 23 日 コンビニエンスストアより警察へ通報。実父、および同居女性が逮捕。  
・本児（A男）、弟（B男）、妹（C女）、および、同居女性の長男（D男）、長女（E女）を一時保護

#### (5) 同居女性世帯に関する南部児童相談所対応経過概要

- 平成 19 年 2 月 同居女性のD男に対する養育姿勢について近隣からの通報受理
- 平成 19 年 4 月 同居女性（D男の母）と面接（虐待事実及び養育状況の確認）
- 平成 19 年 5 月 家庭訪問（世帯状況確認、D男現況を確認し、虐待対応ではなく養育困難児童に対する支援を要すると判断）
- 平成 19 年 6 月 D男、小児精神科に検査入院（1ヶ月）
- 平成 19 年 9 月 D男、小児精神科に入院（～平成 21 年 3 月迄）
- 平成 21 年 4 月 D男、小学校への登校再開。
- 〃 〃 小学校にてカンファレンス実施。※同世帯担当の生活保護CWも参加。  
登校再開後のD男の様子に関する状況を確認し状況の変化により施設入所について検討することを確認
- 〃 〃 D男の母に交際中の男性（A男の父）がいるとの情報あり、世帯の状況について、生活保護CWが確認していくこととした
- 平成 21 年 5 月 D男の主治医とカンファレンス実施（施設入所の検討と児童相談所への相談動機付けを確認）
- 平成 21 年 6 月 小学校訪問。カンファレンス実施（施設対応の相談と児童相談所への相談動機付けを確認）

平成 21 年 7 月	D 男の母、D 男、来所面接（希望施設の状況説明）
平成 21 年 8 月	D 男、心理判定実施
平成 21 年 9 月	D 男の母と児童相談所で面接。再入院を希望するとの話
平成 21 年 11 月	別件で学校に電話連絡した際、学校長より、D 男から A 男への暴力があること、また D 男の母から A 男に対しての暴力があるらしいこと、の情報あり
平成 21 年 12 月	D 男の主治医から児童相談所あて電話連絡 ・ D 男の入院の方向で調整してきたが、D 男の母より D 男が落ち着いて来たためキャンセルの申し出があり、入院とりやめとなった
平成 22 年 5 月 10 日	D 男の母より電話連絡 D 男が落ち着いてきたため、登校を再開させたい。ただし、在籍の小学校ではなく、別の小学校に通わせたい（結果的に在籍校に通学）
平成 22 年 5 月 19 日	D 男の主治医へ電話連絡（実母が D 男について施設への通所を希望しているとのことを確認）
同 日	小学校へ電話連絡。D 男の登校は困難。同居家族の A 男が学校に通わせてもらえておらず心配されるとの情報
平成 22 年 6 月 8 日	D 男の母へ電話連絡（今後の D 男の施設利用について）
同 日	小学校へ電話連絡。状況報告
平成 22 年 6 月 23 日	D 男の母、D 男、児童相談所に来所
平成 22 年 7 月 13 日	所内カンファレンス（X 家 A 男に関する対応について）
平成 22 年 7 月 14 日	生活保護担当へ電話連絡（生保新担当に対し情報提供）
平成 22 年 7 月 22 日	D 男の母へ電話連絡

### 3 南部児童相談所の内部検証によりあげられた問題点・課題と再発防止策

#### (1) 問題点・課題

##### ア 関係機関との連携・役割分担の不十分さ

平成 22 年 6 月 22 日、児童相談所の相談指導担当（虐待対応チーム）は、学校から、A男がコンビニエンスストアに裸足でいて保護された際、実父およびY家母（同居女性）から激しい叱責を受けたとの連絡を受けた。

しかし、学校側はこの連絡をもって児童相談所の対応を求めるものではないとのことであり、警察も「迷子」扱いにしているとのことで、この時点では、虐待対応チームとしては、緊急な介入を必要としているとは判断しなかった。

平成 22 年 7 月 20 日の学校訪問調査の際にも、学校からの通報をもとに介入することは難しいと判断した。

##### <問題点・課題等>

(ア) 学校および児童相談所間において、事例に対する認識が一致しておらず、対応の方針も共有されないままに経過してしまった。

(イ) 学校が期待していること、児童相談所ができることなど、機関相互の意思疎通が十分になされておらず、役割分担が不明確であった。

##### イ 児童相談所としての積極的情報収集と危機感の不足、判断の甘さ

平成 22 年 6 月 22 日の学校からの連絡、同年 6 月 30 日の実父祖父母の来所相談、同年 7 月 6 日の学校からの児童通告と、A男についての情報が得られたが、これらの情報を整理して、児童相談所としての対応方針を確立し、関係機関と方針を共有することができなかった。

##### <問題点・課題等>

(ア) 児童の状況を直接確認するという基本が実行できていなかった。

(イ) 児童相談所として積極的な情報収集をしておらず、虐待の深刻度の判断が甘かった。

(ウ) 親の意向により登校出来なくなっている状況は大きなリスクであったが、そのリスク判断が不十分であった。

(エ) 実父方祖父母の面接を行った職員は、その内容から危険性を感じ早期対応の必要性を認識したが、児童相談所としての方針確認（所内カンファレンスの実施）までに時間がかかってしまった。

(オ) 対応が遅れた背景として、職員（虐待対応チーム、支援係）の多忙（通報対応の多さ、職員の産前休暇予定等）な状況があった。

※南部児童相談所における 4 月～6 月の虐待通報件数は前年同期比で約 123%

(カ) 支援係で対応中のケースの同居女性（Y家）との相談関係が崩れてしまうのではないかとこの配慮が働き、X家（A男）への積極的な介入を控えてしまった。

##### ウ 児童相談所内での情報共有と組織的対応の不十分さ

同居女性の子ども（D男とE女）を担当していた係（支援係）と、虐待対応の初動対応部門の係（虐待対応チーム）との間での情報共有が不十分で、児童相談所内における組織的対応が十分にできなかった。

##### <問題点・課題等>

(ア) 平成 21 年 11 月、虐待対応チーム職員が、学校に別件で電話連絡をした際、D男がA

男に対して暴力を振るっているとの情報があった。

学校より情報を得た虐待対応チーム職員は、支援係担当職員へ情報を伝えたが、Y家とX家が同居しているとの認識がなかったため、Y家は引き続き支援係が対応し、X家（A男）については虐待対応チームが対応していくこととした。

- (イ) 同居女性の子ども（D男とE女）の支援係の担当者は、D男の発達障害への対応を中心とした支援方針を立て、虐待ケースであるとの認識が薄く、D男の母の養育状況に対する問題認識が甘かった。
- (ウ) 平成22年4月、支援係の担当者の交代があった際、新担当者は、X家について虐待対応チームが担当していることを認識していなかった。
- (エ) 平成22年6月22日、学校から情報があった際、係内で受理扱いとして協議をしていたが、所全体としての「受理会議」には提出されていなかった。
- (オ) 平成22年6月22日、学校からの情報があった際、虐待対応チームから支援係への情報伝達がされず、支援係担当者は翌日（6月23日）、同居女性との所内面接を行うも、その後の早急な家庭訪問等には至らなかった。
- (カ) 平成22年6月30日、実父方祖父母が来所して情報が得られたが、支援係と虐待対応チームでの情報共有は翌月7月13日の所内カンファレンスまでできなかった。
- (キ) 所内でカンファレンスが開かれるまで時間がかかった背景として、当時の職員の多忙な状況と、事態の深刻度に対する判断の甘さがあった。
- (ク) 平成21年11月時点で、X家を虐待対応チームが担当しつつ、支援係担当者は、Y家、X家の両家の様子を確認するための家庭訪問を実施するなどの協力体制が取れていなかった。

## (2) 再発防止に向けた対策

児童相談所の現場として、課題や問題点ごとに考えられる対応策をまとめ、児童虐待対応の質的な向上を図っていく。

### ア 対象児童の安全確認の徹底と的確なリスク判断の実施

児童相談所が虐待通告を受けた場合、児童相談所又は児童相談所が依頼した者により、直接子どもを目視することによって安全確認を行う必要があるが、この原則について改めて徹底し、的確なリスク判断を行っていく。

- (ア) 児童の安全確認を確実にを行うことについて全職員に徹底する。
- (イ) 家庭訪問活動の重要性を再確認し、長期未訪問ケースの見直しを行う。
- (ウ) 情報を的確に判断するため、関係機関への確認方法やポイントを所内で周知徹底する。
- (エ) 「児童相談所進行管理サポートシステム(\*1)」の「把握頻度確認票(\*2)」や「一時保護決定に向けてのアセスメントシート(\*3)」等を活用し、複数でのリスク判断を確実にを行う。
- (オ) 定例の会議だけでなく、緊急受理会議を積極的に実施する。
- (カ) 関係機関連携を円滑に進めるため、「横浜市子ども虐待防止ハンドブック(\*4)」等の活用や、関係機関向けの研修や啓発活動を強化する。

#### \*1「児童相談所進行管理サポートシステム」

児童虐待等の相談・通報及び支援経過について児童・保護者情報、支援状況を日々システム入力し、データベース化することで、①ケースの進行管理をシステム化し、児童・保護者への支援の組織的管理と所内の情報等により、支援の見落とし防止等を含めた的確な業務を実施、②合わせてシステム化による児童虐待相談に関わる事務の効率化を進めること目的として、平成21年12月より導入開始しているシステム。

**\*2 「把握頻度確認票」**

児童相談所進行管理サポートシステムにおいて、訪問や面接等、事例に対する支援の頻度（把握頻度）を判断するために使用する。

**\*3 「一時保護決定に向けてのアセスメントシート」**

一時保護の要否を客観的に判断するためのリスクアセスメントシート。「子ども虐待対応の手引き（厚生労働省）」により示されている。

**\*4 「横浜市子ども虐待防止ハンドブック」**

関係機関向けの虐待対応の手引き。要保護児童対策地域協議会代表者会議（横浜市子育てSOS連絡会）により作成し、市内各機関に配付している。

## **イ 通報の取扱い原則の徹底と関係機関との連携強化について**

通報者の意向や意図に係わらず、虐待に関する外部からの個人を特定する情報については、すべてを虐待通報として対応していく基本を徹底する。

- (ア) 通報者の意向や意図で緊急性を判断するのではなく、得られた情報に基づき必要な調査を行った上で、児童相談所としての判断をしていく。
- (イ) 関係機関との連携を円滑にするため「児童相談所ができることは何か」、「児童相談所の介入後の具体的な対応はどのようになるのか」等について連携内容を明確にし、相互に共通理解が図れるよう進めていく。

## **ウ 所内における情報共有の推進**

以前は、インテーク部門と地区担当部門の間や地区担当者間等で、複数の職員がケース状況を把握しあっていたが、通報数や継続ケースの増加により、現在の南部児童相談所においては、意識的に情報共有の取り組みをしていく必要がある。

朝のミーティングや係会議を活用し、各係内における情報共有を積極的に図り、定例の援助方針会議の他、情報共有を図るための所内カンファレンスを随時実施していく。所内カンファレンスは係長が中心となって開催し、緊急時にはその時に在所する職員だけで開催し、必要な対応をとり、その後、直近の援助方針会議に提出するといった対応を進めていく。カンファレンスの記録はその場で作成し、当日参加できなかった関係職員にも確実に配布するなど、情報共有に努める。さらに、今後は「進行管理サポートシステム」の活用を推進し、ケース情報の共有を図っていく。

## **エ 組織的対応の強化**

児童虐待事例については、組織的な確認の徹底と迅速な対応方針の決定のため、緊急受理会議を積極的に開催する。また、ケース対応について、援助方針会議をはじめとした組織的対応を行っていくことの意味を改めて確認すると共に、係から係へのケース引き継ぎの際や、ケース対応の役割分担を行う際に、カンファレンスや同行訪問をより積極的に行い、係間の連携も強化していく。

さらに、アセスメント力強化の取り組みとともに、担当が対応に苦慮している事例等については、担当者だけでなく所内で協力し合って対応し、具体的な対応のノウハウを職員同士が共有できるような取り組みを行う等、人材育成強化を進めていく。

## 4 児童福祉審議会児童部会意見（内部検証報告に対する意見）

### （1）事例に関する意見・課題等

#### ア 児童相談所の対応について

本事例は、児童相談所が被害児童（X家A男）に関して危惧される情報を、平成22年6月22日の学校からの連絡、同年6月30日の実父方祖父母の来所相談、同年7月6日の学校からの児童通告等により得ていながらも、児童の確認や積極的な介入を即時に進めることなく、結果として、児童相談所の役割を十分に果たすことができなかつたものと考えられる。

なお、児童相談所では、被害児童世帯の近くに居住し、その後、被害児童世帯と同居となった母子世帯の男児（Y家D男）に対する関わりが従前よりありながらも、世帯状況の大きな変化を把握することができずに経過していたようである。この児童の世帯に対する支援が多角的な視点により展開され、適時に世帯の生活実態が把握されていれば、A男へもたらされていた虐待がもっと早期に発見することができたのではないかと推察される。

児童相談所がその役割を十分に果たすことができなかつた背景や課題については、児童相談所の内部検証においてあげられているところであるが、児童部会の意見としても、児童相談所内の情報共有や係間連携、事例に対するアセスメントや生活実態把握の必要性、家庭訪問の重要性等に関して、次のとおり指摘する。

#### （ア）児童相談所内の情報共有、係間の連携

児童相談所内での情報共有が不十分であり、所内の係間の連携については、混乱が生じていたと考えられる。所内カンファレンスや会議等、事例に関する情報共有の機会を積極的に設けるとともに、日常的にも、係長と職員、職員どうし、または係長間など、職員間のコミュニケーションを密に行うことにより、児童相談所内の連携強化に努める必要がある。

#### （イ）事例に対するアセスメント、世帯の生活実態の把握の必要性

事例に対する「アセスメント」や「世帯の生活実態の把握」が十分にできていなかったと考えられる。専門性が求められる児童相談所であることを再認識し、関係機関への働きかけと合わせて、これらの重要性を強く意識して対応するべきである。

#### （ウ）家庭訪問の重要性

児童相談所の関わりが以前からあった同居女性世帯（Y家）への家庭訪問が行えていれば、Y家の生活状況の変化を把握することとともに、X家のA男への虐待についても早く察知することができたのではないかと思われる。特に、Y家D男の入院がキャンセルされた時点で、病院情報や学校情報との矛盾に気付き家庭訪問ができていれば、世帯状況の変化を把握する好機となったかと思われる。

今後は、所内面接等で、自宅以外の場所で面接や安全確認ができていた事例も含め、定期的な家庭訪問の実施に取り組み、児童相談所の援助活動の基本である家庭訪問の重要性について再認識する必要がある。

#### （エ）多角的な支援の視点の必要性

Y家D男への支援が発達障害に対する視点を中心となり、世帯の生活実態に目が向けられていなかったと考えられる。児童福祉司のアセスメント技術の向上と合わせ、援助方針会議等で多角的な検討をこころがけていく必要がある。

## イ 関係機関との連携等について

### (ア) 関係機関からの連絡と児童相談所の判断

本事例においては、関係機関（学校）からの「情報提供」という言葉に、児童相談所の判断や対応が影響されてしまった部分があるようである。通報者の表現がどのようなであっても、虐待が疑われる内容であれば、児童相談所としては、まずは「通告（通報）」として受け止めて、必要な対応を検討していくべきである。

しかし、関係機関とのやりとりにおいては、「通告」もしくは「通報」といった表現に抵抗を感じ、逆に、連絡すること自体を躊躇されてしまう可能性もあり、「情報提供」や「相談」との表現を用いつつも、児童相談所としての判断および必要な対応をしていくことが求められる。内部検証にもある通り、情報を受け取る児童相談所の側では、通告者の表現の如何を問わず、必要な対応をすることと併せて、これらの点につき、関係機関との共通理解・共通認識の確立等も進めていく必要がある。

なお、学校においては、日々、児童や家庭の状況を把握しやすく、児童虐待を発見しやすい立場にあることを再認識し、その対応においては児童相談所等の関係機関とともに共通認識をもって進めていく必要がある。

また、児童相談所においても、専門的な機関として、独自にリスク判断を行う技術や技能の向上に、改めて努めてもらいたい。

### (イ) 生活保護担当との連携について

生活保護担当との連携が不十分であったと考えられる。世帯の生活実態を把握することは生活保護業務の基本であり、重要なことであるが、本事例においては、児童相談所から生活保護の担当に対し、積極的に情報を得ようとする取り組みがなされていなかった。また、関係機関のカンファレンスで世帯の状況を確認する必要を協議されていたようであるが、その後、機関間で連絡、連携がなされておらず、相互の確認が不十分であったものと推察される。

関係機関間で情報の確認や共有を行う際は、確認の期限を決めるなど、進行管理を徹底していく必要があるものとする。

### (ウ) 民生委員・児童委員との連携について

今回の事例においては、世帯（Y家）が生活保護を受けていたこともあり、同居や生活の実態が把握できていなかったことから、民生委員・児童委員との連携が必要であったと考えられる。

## (2) 検証方法に関する意見・課題等

ア 死亡事例以外にも、このような内部検証を独自に行っていくことは、児童虐待の再発防止、未然防止の観点からも重要なことと思われ、積極的に実施されたい。

イ しかし、今回の検証においては、検証対象や内容が児童相談所とY家との関わりや関係機関との連携に偏ったものとなっており、X家に関われなかったことの検討が不足していたものと考えられる。

ウ 内部検証を行う際は、当事者以外の者（外部委員、当該児童相談所以外の児童相談所職員等）を加えるなど、検証の客観性の向上に努められたい。

エ 本事例においては、ヒアリングの実施先に医療機関（Y家D男が関わっていた病院）が入っていなかったが、ヒアリングの実施先については、事例に関与した関係機関を幅広く検討する必要がある。

オ 内部検証の実施には、検証対象とする事例の範囲や、検証の実施方法、ヒアリングの実施先等に関する基準が必要であり、その整備に努められたい。

カ 検証対象の基準等を検討する際は、医療の安全管理対策等において用いられている「インシデントとアクシデント（\*5）」の考え方等を参考とされたい。

**\*5「インシデントとアクシデント」**

“インシデント（事例）”とは重大事故に至る可能性がある事態が発生したが、実際には事故には至らなかった事例を指す言葉。近似する表現では“ヒヤリハット（事例）”と呼ばれることもある。一方、“アクシデント”とは、実際に重大事故に至ってしまったものを指し、医療の安全管理対策等においては、両者を区別して用いられている。

**（3）児童相談所の体制、人員、人材育成等**

ア 本事例の検証により浮かび上がった問題は、職員個人の問題として捉えるのではなく、組織の問題として捉えていく必要があり、児童相談所の組織体制を今一度見直し、その強化について検討されたい。

イ 児童相談所の専門性強化のため、職員の人材育成やスーパーバイズ体制の充実を図るとともに、児童虐待事例の増加や対応困難事例の増加に対して、現在の職員数で足りているのか等、人員の問題も含めて検討されたい。

ウ なお、特に年度替わりの時期に、職員の人事異動やベテラン職員の退職などにより、児童相談所の体制が弱まる傾向があるものと危惧される。人員配置や人材育成計画、スーパービジョン体制の構築にあたっては、年度替わりの問題にも留意して進められたい。

## 5 検証まとめ

今回の検証の結果、事例固有の課題のみならず、本市における児童虐待対策全般にわたる課題が確認されました。内部検証および児童福祉審議会児童部会で確認された下記の課題について重く受け止め、市内4か所の児童相談所で共有します。具体的な対策については、「児童虐待対策プロジェクト(\*6)」において総合的に検討を進め、児童虐待対策の更なる充実に向け取り組んでまいります。

### (1) 児童相談所の対応に関して

本事例の検証においては、児童相談所内での情報共有が不十分であったことや、所内の係間連携において混乱が生じていたこと、また、関係機関から得られた情報に対して児童相談所として組織的にリスク判断を行えなかったことなどが検証により省みられました。児童相談所内部における情報共有の徹底と係間連携の強化を改めて進めます。また、支援を継続しながらも世帯の生活実態を十分に把握できていなかったことについては、家庭訪問の重要性を再認識し、多角的な視点をもって支援に臨んでいくことの周知徹底を図ります。

### (2) 関係機関の連携に関して

児童相談所が関係機関から情報を得ながらも、事例に対する問題認識の共有や支援方針の確認が十分に行われていなかったことの反省からは、虐待通告時または情報伝達時における機関相互の共通認識・共通理解の確立が不可欠であると考えます。支援の進行管理の徹底等を含め関係機関連携強化の取り組みを進めていきます。

### (3) 児童相談所の体制、専門性の強化に関して

緊急受理会議や援助方針会議の実施、初動時における複数職員対応の原則など、児童虐待事例に対する組織的対応の原則を改めて徹底し、職員一人に負担が片寄りぬよう、また職員が一人で困難事例を抱え込むことなどがないように、児童相談所内の協力体制の見直しや「進行管理サポートシステム」の活用等を進めていきます。

また、児童相談所に課されている役割を再認識するとともに、児童相談所の専門性と職員の援助技術の向上を目指し、人員体制や人材育成、スーパーバイズ体制の充実等も含めた組織体制の強化に取り組みます。

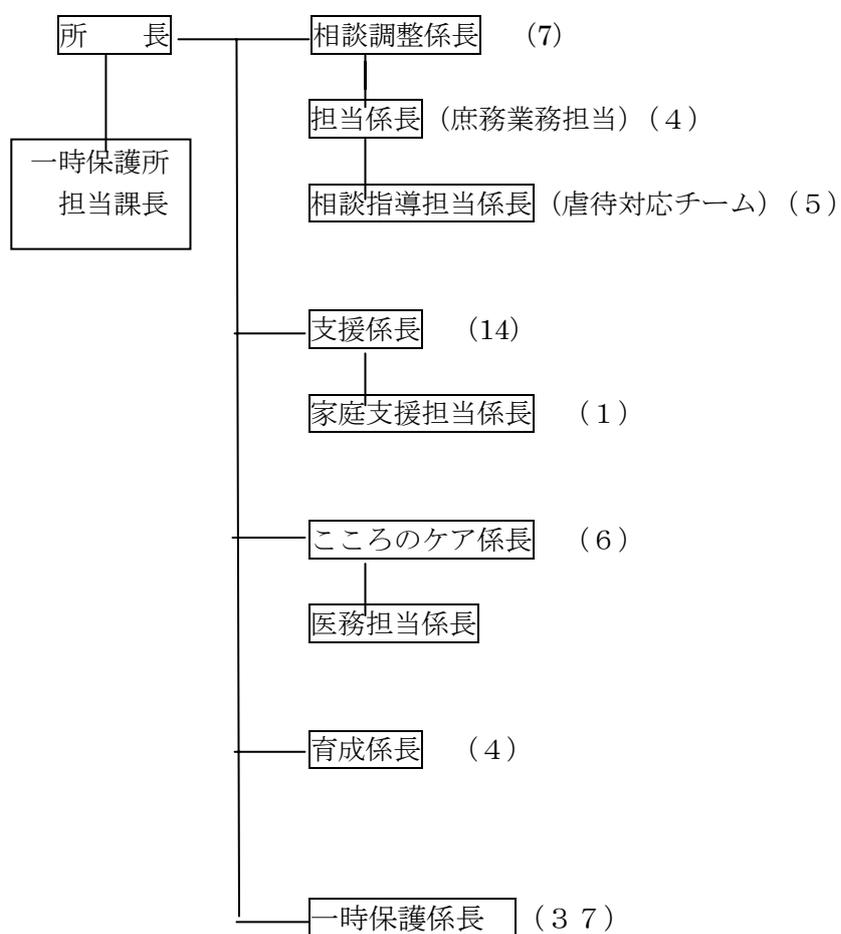
### (4) 検証（内部検証）の実施に関して

児童虐待の再発防止（未然防止）と児童相談所の対応力強化のためには、検証（内部検証）を積極的に実施していくことが有用です。しかし、現在、検証の対象とする事例の範囲や、検証の手順・方法を定めた基準等が設けられていません。今後、検証の精度を上げて、検証をより有意なものとしていくために、検証の実施基準等の整備を進めます。

#### \*6「児童虐待対策プロジェクト」

平成22年9月、市長参加による「児童虐待対策プロジェクト」を設置しました。同プロジェクトは、児童虐待に関係する局と、その対応に直接携わる児童相談所、区福祉保健センターの職員により、児童虐待防止対策について総合的に検討しています。

横浜市南部児童相談所機構 (平成22年4月1日現在)



( ) 内数字は各係職員数 (嘱託職員を含む) 計 89 人