

大阪市児童虐待事例検証結果報告

【概要版】

令和元年 9 月

大阪市児童福祉審議会児童虐待検証部会

はじめに

- 本市において発生した、平成25年1件・平成26年1件の乳児死亡事例2事例、平成30年の幼児死亡事例1事例について、大阪市児童福祉審議会児童虐待事例検証部会(以下、検証部会という)において検証を行い、報告書としてまとめた。
- 報告書は、こどもにもたらされた結果を重く受け止め、今後このような痛ましい事例の発生を防ぐため、検証を通じて見えてきた問題点と課題について、「どのように対応すべきか」「何に取り組んでいくべきか」の再発防止に向けた取り組みを提言として取りまとめたものである。
- 今回の提言が全てのこどもの安全・安心な生活を目指して、児童虐待防止の取り組みが更に強化され、こどもの福祉向上に活かされることを切に願うものである。
- なお、本報告書は、プライバシー保護の観点から、個人が特定されないように配慮して記載した。

(1) 検証の目的

- 本検証は、児童虐待の防止等に関する法律(平成12年法律第82号)第4条第5項に基づく厚生労働省の通知を踏まえ、児童虐待によりこどもがその心身に著しく重大な被害を受けた事例について、事実の把握や発生要因の分析を行い、必要な再発防止策を講じることを目的として実施するものであり、関係者の処罰や批判、責任追及を目的とするものではない。

(2) 検証の方法

- 本検証は、検証部会において関係機関から提供を受けた記録、関係機関へのヒアリング等で入手した情報を基に行った。

事例1 乳児死亡事例 【平成25年発生】

【概要】

平成25年、当時4か月の乳児が、救急搬送され、翌日、搬送先の病院で外傷性くも膜下出血によって死亡した。母は半年後に殺人容疑で逮捕され、懲役7年の判決を受けた。

【当時の状況】

1. 家族構成は、母と本児、本児のきょうだい（幼児）の母子世帯。
2. 母は精神的に不安定であり、感情の起伏変化が激しかった。
3. 本児を妊娠中、母は特定妊婦と判断され要保護児童対策地域協議会に登録されており、在宅育児には祖母の支援が条件となっていた。
4. 母は子を置いての外出や、死亡児童のきょうだいへの暴言などが度々みられ、注意しても改善が見られなかった。
5. 本児の認知問題や祖母との不和など、母は様々な悩みごとを抱えていた。
6. 区から訪問を依頼された助産師が毎週家庭訪問していた。また、3か月児健診に来なかったため、区の保健師が事件の2日前にも訪問していた。

【問題点】

1. こどもの養育に課題を伴うケースに対し、こども相談センターと区子育て支援室の相互の連携や役割分担についての意識、主担当機関の位置づけが不明瞭であったため、在宅支援の条件が崩れてきたときに主体的に判断する機関が定まらず再協議のプロセスが持てなかった。
2. 区子育て支援室や区の保健師が家庭訪問していたが、各機関で知り得た情報の一部しか共有できていなかったり、リスク評価の認識にずれがあった。
3. 母の主治医（精神科）に対し、母の精神状態を把握するため、随時情報提供を求めるべきであったが、十分に連携出来ていなかった。
4. 母に対して子への不適切なかわり方について助言はしていたが、母が1人で抱えていた困りごとに寄り添った改善策を提供できていなかった。
5. 身体的虐待の兆候のなかった本児が、攻撃対象となった理由は定かではないが、認知を求める裁判中であったことが影響している可能性を否定しきれない。関係機関として裁判について関心を持てていなかった。

【再発防止に向けた取組み】

◆役割分担の明確化

在宅支援については、主担当機関や各機関の役割分担を明確にするとともに、何をポイントに支援すべきかを関係機関で情報を共有して判断・対応することが必要である。

◆情報共有のあり方

日々の情報共有及び連携を丁寧に行い、とりわけ在宅での支援の前提条件が崩れた場合は、再評価・再協議のための個別ケース検討会議を速やかに行い、状況の変化に直ちに対応することが求められる。

◆医療機関・地域社会との連携

日ごろから医療機関との連携を密にし、専門医の判断や主治医からの情報を適切な支援へと繋げることが重要である。また、日々の見守りとして地域の力(民生委員・児童委員、主任児童委員等)の活用も積極的に進めることが求められる。

◆個の支援から家庭への支援

何が問題であるかを丁寧に聞き取り判断し解決策を具体的に提示する力、さらにはケース全体の見立てや評価をする力を援助者自身が持てるような研修体制の充実やスーパービジョン体制の充実、とりわけ、要保護児童対策地域協議会の関係機関が合同で研修を持てる機会を積極的に作ることも大切である。

事例 2 乳児死亡事例 【平成26年発生】

【概要】

平成26年、当時3か月の乳児が、自宅から救急搬送されたが、3日後、搬送先の病院で硬膜下血腫によって死亡した。父は、翌年に傷害致死容疑で逮捕され、懲役7年6か月の判決を受けた。

【当時の状況】

1. 家族構成は、父母、本児、本児のきょうだい3人（小学生1人、幼児2人）
2. 本児出生の数年前に、父からのDVにより母子で避難し施設入所したが、「父が心を入れ替えると言っている」と、区のDV担当に話し、母自ら帰宅した経過有り。
3. 本児妊娠中、母から「父には体調不良等により頼ることが難しい」との話があったが、本児出生後は「父が育児に協力的でお風呂に入れてくれる」と話しており、要保護児童対策地域協議会は未登録であった。
4. 区の保健師による新生児訪問や、事件発生の5日前には区で実施の3か月児健診も受けるなど、母の育児に問題は見られなかった。

【問題点】

1. 一般にDV歴のある父には子どもへの虐待が見られる傾向があり、その危険性についてアセスメントできていなかった。
2. 本児出生時、父は就労できないとの情報が確認されており、子育てのリスクについて正確に評価するために父の主治医との連携が必要であった。
3. 暴力を振るう側への支援について、暴力を振るう側が相談できるところが少なく、なぜ暴力に頼ってしまうのかを関係機関が把握しにくい。
4. 本児出生の数年前、母がDV被害を訴えた際に、母が父を頼らなくても自立できるように、生活全体を見据えた今後のあり方を提案し支援する必要があったが、その場その場でのDVへの対応しかできていなかった。
5. DV被害者に対しては、現状においては、被害の訴えがある度に助言・見守りを行うということではしか対応できておらず、例え母子生活支援施設に入所しても、被害女性が施設退所を希望すると言うと留めることが難しい。

【再発防止に向けた取組み】

◆DV家庭における児童への対応

DV加害歴のある場合、父の子への虐待リスクの評価が重要である。こどもへの影響を最重要と考え、DV被害者からの早期分離・保護も念頭において、対応すべきである。

◆精神科医療との連携

子育て支援室は精神科医療と連携を密にして、父・母の症状や現状を把握して子育てリスク評価を正確に行うべきである。

◆DV加害男性への支援のプログラム

DV加害男性支援のプログラムの周知と参加方法・誘導等の工夫が求められる。

◆地域・社会資源の活用

母の不安感を取りのぞき自立へ向け長期的な視点を持って支援するため、地域の様々な社会資源を活用したりして、今後の生活を見据えた支援を地域と連携して対応していく必要がある。

◆DV被害母子に対する支援検討会議の設置

逃げないDVケースへの支援のあり方に関し、関係機関連携による情報の収集や、支援の有効策構築に向けて意見交換を行う場の設定について大阪市として検討していく必要がある。

事例3 幼児死亡事例 【平成30年発生】

【概要】

平成30年、母が当時2歳の幼児をマンションベランダから落とし、救急搬送先の病院で幼児の死亡が確認された。同日母は殺人容疑で緊急逮捕されたが、母はその後、鑑定留置された後に不起訴となった。

【当時の状況】

1. 家族構成は、父母、本児。
2. 母は里帰り出産で、出産病院で母子の安全を脅かす行為におよぼうとしたため、精神科受診を勧奨した。
3. 里帰り先の市町村から2.の情報について連絡が入り区の母子保健担当が母と面談していたが、要保護児童対策地域協議会は未登録であった。
4. 父や父方祖母が区の健診に同行することはあったが、母以外の家族と区職員が面談することはなかった。
5. 母は子育て支援施設を複数利用するなど積極的であった。
6. 居住しているマンションのどこかで泣き声がすると児童虐待ホットラインに通告があったが、こども相談センターは該当世帯を特定できなかった。

【問題点】

1. 死にたいなどと口頭で不安を訴えている場合と比較して、実際に行動に移していることを、支援する機関は重く受け止める必要があった。
2. 里帰り出産のため、出産前後の情報を区役所が直接把握しにくいケースでもあり、上記1の実際に行動に移している事実も踏まえて、区役所が要保護児童対策地域協議会の仕組みを活用した病状照会等の対応をとる必要があった。
3. 母と共に母を支える支援者である父や父方祖母と面談して、母の病状や生活状況を聴取したり、母への支援に当たっての留意事項を伝えたりすることが必要であった。
4. 母は子育て支援施設等にいろいろ参加しており保健分野では自ら相談できる人で心配ないと判断していた。しかし支援機関が保健分野だけであり福祉分野とも連携した支援が必要であった。

5. こども相談センターの泣き声通告の対応について、対象者が特定できなかったが、区役所にも同様の通告が入っていないかの確認をしていなかった。
6. 子育て家庭の保護者の精神状態の悪化(患者に自傷他害のおそれがあることなど)を行政機関が把握できなかった。
7. 母の精神状態については、不安定期と安定期の落差が大きく、とりわけ不安定期には、子どもの生死と直結する言動が見られたため、何らかの対応が必要であった。

【再発防止に向けた取組み】

◆リスク判断のポイント

精神的に不安定な母に、こどもへの虐待リスクにつながる気になる言動があった場合には、言葉のみの訴えと実際に行動に移した場合とでは明らかにリスクが異なることなど、的確なリスク判断が必要である。

◆要保護児童対策地域協議会の活用

里帰り先等に照会等の情報収集を速やかに行うため、積極的に要保護児童対策地域協議会登録をし、その仕組みを活用すべきである。

◆家族全体への支援

母の病気に潜むリスクとその支援について、母以外の家族への助言が重要で、家族全体を支援対象としてとらえ、適切な支援を総合的に実践していくことが求められる。

◆関係機関の役割分担

各関係機関は安心して母が負担感を訴えられる状況を役割分担する工夫が必要である。また母の言動の変化に気付くことができる家族に対し、行政機関からも病状等の説明をするなど関わりを持つことにより本人の状況に変化があった時に行政機関への相談につながりやすくする工夫が必要である。

◆こども相談センターと区役所との連携

泣き声通告の対応について、該当する家庭が特定出来なかった場合は、こども相談センターおよび区役所においてお互いに取り扱い情報などを確認すること。また、社会資源を活用し、地域で長期的に見守る体制の確保および可能な限りの通告対象の特定に努めることが必要である。

◆保健分野と福祉分野との連携

産褥期における留意点として、例えば産褥期うつや産褥期精神病についてなど、保健分野と福祉分野が連携して適切な支援につなげるよう共に研修を行い、まず行政機関が正しい知識を持った上で、各区の子育て支援関係機関とも連携して、市民周知にも努めるべきである。

◆医療機関との連携

各医療機関が、こどもがいる家庭について気になる情報を得た時に、どこにどう伝えればよいのか、閉庁時間帯の受診もあることを念頭においた具体的な通告方法や守秘義務との関係について周知徹底を図るとともに、要保護児童対策地域協議会の役割についても周知するなど、一層の連携強化が求められる。