

チャイルド・デス・レビューの結果 (1)

- 米国フィラデルフィア州 (Chukwudi 1999)
 - 1995年, 21歳未満, 607名を対象をレビュー
 - 37.2%が予防可能な死
- 米国アリゾナ州 (Rimsza 2002)
 - 1995-9年, 18歳未満, 4806名を対象をレビュー
 - 29%が予防可能な死

14

英国の取り組み：歴史的経緯

- 1990s いくつかの中・小規模の研究報告
 - 約29%の幼児死亡は予防可能な死である
- 1990s 遺族ケアの研究
 - 半数以上が適切なケアが受けられていない
- 2004 児童法 Children Act
- 2006 (修正) ガイダンス “Working Together to Safeguard Children”
Why Children die: A Pilot Study
- 2008/4 Child Death Review 施行(地域単位)
 - Serious Case Review (虐待,放棄,自殺 など)

18

チャイルド・デス・レビューの成果 (2)

- 米国コロラド州 (Crume 2002)
 - 1990-98年, 16歳未満, 虐待死 295名
 - レビューと人口統計の数を比較
 - 虐待死の数が過小報告されていた
 - 特定の社会経済要因で報告に偏りがあった

15

ガイダンス: “Working Together to Safeguard Children”

- ガイダンスの要点
 - 情報収集
 - カルテ,検査記録, 死亡時の状況(訪問)
 - 構造化された死後調査
 - 組織横断型多職種でのアプローチ
 - 専門家のリエゾン,構造化されたケース討議
 - 予期しない Unexpected 死の調査
 - 48時間以内の迅速な対応
 - 遺族のサポート,ケア

19

チャイルド・デス・レビューの結果 (3)

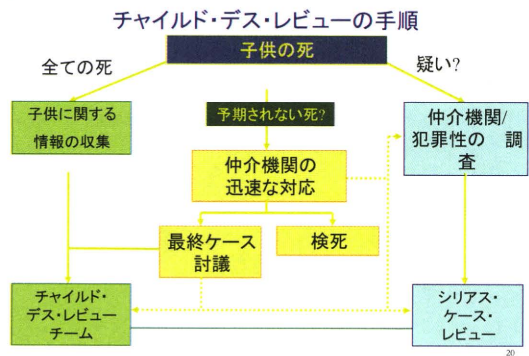
- 米国ミズーリ州 (Schnizer 2005)
 - 1992-1999年, 5歳未満, 親・養育者から傷害を受けた全ての幼児149名
 - 地域ベースのケース・コントロール研究
 - 自然死の子供をコントロール,年齢で調整
 - 実父母以外の大人と同居する幼児は高リスク
 - オッズ比 47.6 (95%CI: 10.4-218)

16

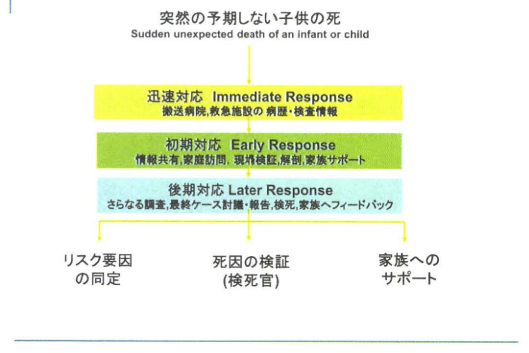
チャイルド・デス・レビューの成果

- 個別のケースに対して
 - 亡くなった児の兄弟姉妹, 家族への対応
 - 保護, 医学的評価, カウンセリング
- 全体として
 - リスク要因の同定: 予防への手がかり
 - ガイドライン
 - 児童養護施設で必要なケア, 救急医療施設
- 公衆衛生政策へ
 - 政策や法律への反映, 運営資金確保

17



20



21

なぜ子供たちは死んだのか？： パイロット研究 -Why Children die: A Pilot Study

- CEMACH: Confidential Enquiry into Maternal and Child Health(団体) が主導
- 2006年, 生後28日-18歳未満
- イングランドの3地域 (North East, South West and West Midlands), ウェールズ, 北アイルランド
- Confidential Enquiry:
 - 人口統計, 診療録, その他周辺情報(匿名化)
 - 家族に接触せず
- 957名, その内126名を41のチームがレビュー評価

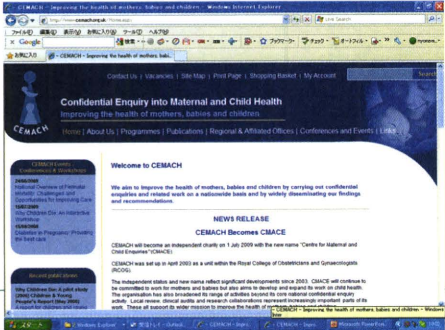
22

英国パイロット研究の成果 (2)

- 質の高いサービス,ケアを受けたが,亡くなっていた
 - かかりつけ医での重篤な疾患の認知と搬送
 - 救急救命士や救急医による良好な蘇生
 - 慢性疾患,障害を抱えた終末期の児に対する質の高い多職種による緩和ケア
- 慢性疾患,障害を抱えた終末期の児
 - 77%の児に複雑なニーズがある
 - ケアの機会を提供し,改善を行う

26

Confidential Enquiry into Maternal and Child Health <http://www.cemach.org.uk/Home.aspx>



23

まとめ

- 諸外国のチャイルド・デス・レビュー
 - 多面的な視点から
 - できるだけ正確に死の実態を明らかにする
 - 虐待死や予防可能な死が他の死因に隠れている可能性
 - 予防可能な死の原因(リスク因子)を明らかにする
 - 予防対策の手がかり
 - ・ 手がかりから対策の策定,評価,実施へ

27

予防可能な因子

- レビュー評価:3つに分類
 - 予防可能 Avoidable
 - 潜在的に予防可能 potentially avoidable
 - 予防不可能 Unavoidable
- 結果
 - 119名/126名で判断する十分な情報があり
 - 予防可能な因子を含む 26%
 - 潜在的に予防可能な因子を含む 43%

24

チャイルド・デス・レビューを日本で行うために

- どのような子供の死を対象にするか?
- いつ,どのような方法で情報を入手するか?
 - 迅速対応の必要性,家族・関係者への接触?
 - 事件性のある場合での警察との関係
- 実施主体?
- 個人情報保護の問題
 - 研究:疫学研究に関する倫理指針
 - 事業:個人情報保護法等の関連法規?
- 遺族へのケア

28

英国パイロット研究の成果 (1)

- 親子のケア,家族や環境要因,医療のニーズ・提供との関連
 - 傷害を繰り返す青年と不自然な死
 - 病院の予約をすっぽかす青年のリスク
 - 未熟児,先天疾患を持つ児のワクチン接種の遅れ
 - かかりつけ医や救急医の重篤疾患の誤認
 - 危険な深い寝(飲酒,喫煙後)とSIDS
 - ジグザグした場所の横断歩道

25

来年の研究計画の提案

- 既存情報の整理と相互比較
 - 児童虐待による死亡事例等の検証
 - 人口動態調査死亡票,出生票
 - 救急搬送情報(消防)
 - それ以外?
- チャイルド・デス・レビューのために参照可能な情報の整理
- パイロット研究実施のための基礎資料

30

小林 ありがとうございます。今お話いただきましたのは、欧米のチャイルド・デス・レビューは虐待の死亡の検証から始まっていると。そして日本で児童虐待防止法に「検証する」と書かれて以降、検証が行われるようになりましたが、これは明らかに虐待であると把握できているものしか今は分析できていなくて、虐待かもしれない、虐待の可能性はある、という周縁の死亡を分析していかないと虐待死の分析に至らないということをお話して、皆さんも気付いてきている状況かと思えます。でもその一人一人の子どもの、そしてチャイルド・デス・レビューは虐待だけに限らず、子どもの命を大事にし、予防できる死亡を減らすという視点に立っていくとすれば、多くの機関が協力してのチャイルド・デス・レビューをするというシステムが必要であるということ、それをすることによって、死亡を減らすためのいろんな策が見えてきて、それが死亡を減らすことにつながっていくということがお話にあったと思えます。

今のスライドのレジюмеをお配りできてなくて申し訳ないのですが、この班の研究報告の中には、今日のシンポジウムのスライドも入れたいと思えますので、その時に参考にしていただけたらと思えます。

2番目のシンポジストは『わが国で始まった児童虐待死亡検証から』ということで奥山眞紀子先生、国立成育医療研究センターこころの診療部長です。小児科医で小児精神医学を専門にされていて、虐待のことでは皆さん良くご存じだと思います。では奥山先生お願いします。

奥山 よろしくお願ひします。先ほどの米本先生のところで出てきたチャイルド・デス・レビューのナショナルセンターですね。調査の内容と、チャイルド・デス・レビューのマニュアルと、それからそれに付ける事例報告の内容に関して、研究協力者の溝口先生が日本語に全部訳してくださいましたので、研究報告の中に入れて、皆さんに見ていただいたり、一部分使えるものがあつたら、使つたり

していただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

今日私がお話しするのは、厚生労働省で行われ重大虐待の事例検証ですが、ほとんどが死亡事例検証ですので、そちらのお話をさせていただこうと思えます。第1次から第5次の報告に限らせていただき、それを中心にお話をして、その限界というところまでお話できたらと思えます。

この虐待死亡事例検証は、虐待死がまず注目されてきたということ、平成16年の法改正で、国による地方公共団体が責務として調査研究および検証が位置づけられたこと、それから通告件数の急速な増加という背景があつて、死亡事例検証をしようという気運が高まり、厚生労働省の中に専門委員会が作られて、そこでの検証が始まりました。

検証の目的は、亡くなった子どもから学ぼうということが一番です。何とか繰り返さない手立てを考えたい、子どもの死を無駄にしない、というのが一番の目的だと思えます。そのためには、結果を国の施策に生かす、あるいは制度、法律改正に生かす、県、政令市、中核市の施策に生かすとか、市町村の施策に生かす、あるいは、もうひとつ大きいのは専門家の技術向上に生かす。ということが目的ということになると思えます。

検証委員会の構成ですけれども、社会保障審議会児童部会のもとに、児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会が設置され、そこで検証がなされました。委員の構成としては社会福祉の専門家、司法の専門家、医療、心理の専門家、児童相談所の実務者、のちに保健の専門家も入っていただいて議論がなされました。

検証の方法ですが、対象は都道府県で把握した全ての虐待死ということになります。都道府県で虐待死を把握するのはどういうことかという、たいへいはメディアで分かったというのが多いわけですが、自分たちが気にしていた事例が亡くなった、ということもありますし、亡くなって報告を受けたということもあります。だからメディアに載ってない事例もなかにはあります。どういう死亡を対象にするかは、最初なかなか徹底していな

かったのですが、今は無理心中や子どもだけが留守番していて火事になったということも入るということを徹底させています。

1次調査後、記者会見を行いました。そして、記者の方から、クロス集計の質問がいっぱい出たんです。それで、「これはデータベース作らなければいけない」ということで、第2次調査からデータベースを作って、それをもとに県に照会をかけて、それを埋めてもらって、国で集計するという形をとっています。ですからデータは一応全部残っています。ただ、相当の虫食い状態ですので、数字だけで真の実態を示すというのはなかなか難しいと思います。

国が上がってきた事例に関しては、国から分からない点を県に照会をかけたり、もしくは県は掴んでなかったけれど、国が掴んでいたと、こういうところが抜けているんじゃないでしょうか、ということで、照会をかけたりして、なるべく完璧な形にということで、虐待防止対策室の方が苦労されて作りあげてきております。

データベースを中心とした検証をすることと同時に、毎年テーマを決めて、何例かに関して、実際にどうだったのかというヒアリングをしています。そのヒアリングですが、最初の一年目は、厚生労働省のほうに来ていただいて、ヒアリングしたんですが、それでは限界がありました。来ていただくと、本当に数人しか来てもらえないので、やはりこちらから委員が出向いて、できるだけ、関わった全ての方にきていただくという形で検証をして参りました。ですから、ある時検証に行った時は、病院でヒアリングして、それから保健所に行ってヒアリングしてというようなことをくり返して、委員のほうでまとめてきたこともあります。

実際、ヒアリングからの学びというのはものすごく大きかったと思います。申し訳ないといつもいづつもずっと思ってきたのは、委員たちばかり勉強しているという感じがあったことです。本当にこの委員をさせて頂いたことで、いかに勉強になったかというのは非常に大きいです。それをいかに還元するかということで、報告書は毎年作ってきました。

ただ、やはり個人情報の問題もあります。また、県のほうから、「ここは書かないで下さい」といったお願いもあり、なかなか100%はお伝えできていないというところは気になる点だと思います。

データベースからどんなことが見えてきたのかということですが、1年あたりの換算検証数と書いてあるのは、実は報告書に記載する年を1年（1月から12月まで）で見ていたのを、途中から年度（4月から3月まで）に変えたというのがあるって、1年3か月という年（第5次報告）があったりしたので、それを15か月で割って、12倍して、年に直すとどれくらいかということで見ただけです。多くなってきたのは、対象となる虐待死の定義が徹底してきたこともあって、虐待死が増えているわけではないと思います。この2006、2007、2008年あたりは少し頭打ち状況になってきて、こうやって集められる虐待死というのはこれくらいなのかなとは思っています。

で、心中、非心中事例ですが、心中というのは無理心中です。要するに、子どもを殺して自分も死のうとした。親が亡くなった例もあれば、未遂に終わってる例もあるということです。6次報告の死亡数を見て頂きたいのですが、非心中で67、心中61というふうになっています。やはり無理心中の問題というのは結構無視できないと思います。報告数の半数、年によっては半数以上がそういう形での死だということは、考えていかねばならないことかと思えます。最初、私たちも「無理心中って言っても、これは虐待と同じなんだから」と言って、分けてなかったんですが、途中から「どうも様相が違うよ」ということになりまして、分けて統計をとってみたら、かなり違いが出てきました。それは後でお話しします。性差は殆ど有意な差はありません。年齢でいうと非心中事例では乳児が全体の4割です。3歳以下が全体の4分の3を占めるというふうに考えて頂ければいいと思います。

虐待の内容と虐待者ですが、主な虐待の種類は身体的虐待、当然亡くなってるから身体的虐待は多いのですが、ネグレクトは報告年

によっていろいろです。でも結構少なくないです。4割くらいネグレクトが入っている年もありました。特に3歳未満では、ネグレクトの割合が高くなる。3次報告では、3歳以上の96%は身体的虐待なのですが、3歳未満の26%がネグレクトという形です。身体的虐待78%、重複があります。直接の死因は頭部外傷が常に高い割合を示しています。主たる加害者は実母が約半数～7割というふうになっています。

動機ですが、動機と言っていいかわからないのですが、背景としてあること、動機という名目でいろんなものを入れてあるのですが、その中で非常に多いのが、望まない妊娠、計画していない妊娠、母子健康手帳の未発行、妊婦健診未受診など、妊娠期の問題が多かった。これもやってみて分かったことで、これほど多く妊娠期の問題が死亡事例に影響しているとは思いませんでした。

第4次報告ですが、私が分析・担当したときにちょっとびっくりしたんですが、当然、低い年齢のお子さん、幼児の死亡には妊娠期の問題に影響している、これは何となく分かる。でも、実際に3歳で分けたときに、3歳以上の死亡事例でも、妊娠期の問題が関わっていることがけっこう多かったです。それほどに、妊娠期の問題というのは、後にまで影響するのだと、つまり妊娠している間にお子さんとの愛着形成といいますか、妊娠している自分の子どもを否認するというか、おなかの中にいるというのを否認してきた方々、そういう方々にとっては、お子さんを育てる上でのいろんなリスクを持っておられるということがあるのではないかと思います。かなり支援が必要な方々なのではないかと。ですから、生まれるときに母子手帳を持ってないとか、自宅出産されて「全然気がつかなかったが子どもが生まれた」という方々がときどきおられますが、そういう方々への支援は非常に重要だろうと思われまます。それから、3次報告で、3歳未満では望まない妊娠が多いのですが、3歳以上になると、一番多かったのは「しつけのつもり」。これが一番上が上がってくるものになります。

もうひとつ、養育家庭の問題ですが、実父

母家庭は50%にすぎない。つまり半数はブロークンファミリーだということですね。ひとり親が25%です。経済的に困難を抱えている家族が多い。生活保護等、市町村民税非課税所帯というのを合わせますと非心中例では経済的問題が多いですね。地域社会との接触が乏しいという方が7割、実母の心理的、精神的問題がある、育児不安、またはうつ状態、お子さんの生前にこういう状態が把握されていた方が約4割です。関与機関としては、児童相談所、その他の機関の関与というのがあります。

先ほど言いました無理心中の例と、どれくらい違うかということですが、これは一事例で亡くなるお子さんの数がまず違います。平均ですが、非心中事例ではほとんどが1人のお子さんが亡くなってるんですが、無理心中事例では2人3人を一気に道連れにしているということが多く、平均値もこれだけ違ってきます（非心中 1.08人、心中 1.45人）。それから子どもの平均年齢が、非心中事例は2.4歳、さきほど0歳代が4割と言いましたが、高い年齢が入ってくると、どうしてもそっちに引っ張られてしまうので、平均というところでも高くなりますが、それでも2.4歳です。それに比べて心中事例では5.6歳、あらゆる年齢層にまたがり、非常に年齢の幅が広がっています。それから主たる死亡原因が、非心中事例では頭部外傷と窒息がだいたい同じくらいでしたが、無理心中事例では窒息と中毒、これはまた流行りがありまして、練炭中毒だったり、そういう要するに自殺系の死因です。それがけっこうあります。

それから主たる加害者は、それはそれほど差がない。次に経済的問題というのは差があると思います。先ほど言いました形で、生活保護と非課税所帯というのでみると、4割くらいが、非心中事例では貧困という状況になるのですが、無理心中事例では12.5%とかなり低い。それから両親が揃っているかどうか。先ほど半分と言いましたが、無理心中事例では、全員、両親が揃っている。第5次報告に関して細かく見たのですが、そういう状態です。それから妊娠期の問題ですが、無理心中

事例はあまりない。で、さっき言った非心中事例では、すごく多かったですよ。でも、無理心中事例では、それほど妊娠期の問題がはっきりしない。生前の虐待通告もない。ものすごく難しいですよ。つくづく思ったのは、無理心中事例を予防する手がかりが非常に少ない。心中以外の虐待事例というのは、さっき言った「妊娠期からの予防」など手だてを考え付くのですが、無理心中のほうはなかなか難しいというのが印象です。

今まで、私たちが、虐待のリスクファクターということで調べて来ているので、こういう結果になっているのですが、もしかすると自殺系の問題をもう少し調べていかないと、無理心中の予防というところになかなか結びつかないのではないかと印象です。それが今後の課題だろうと思います。

次にヒアリングからの学びを簡単にお話ししようと思うんですが、出来れば報告書を読んでいただければいいなあと思いますが、妊娠期からの問題が多いというのは、大きな発見だったと思います。それから、関係機関のアセスメント能力の問題ですね。安全確認、あるいは親や面接が行われていないケースすらある。ほとんどの事例で、なぜこういう状況になっているのだろうという、親の心理面のアセスメントがほとんどなされていないために予測がついていないということが上げられると思います。もう一つは、措置解除時のアセスメントです。乳児院にいる、養護施設にいる、そこからの引取りの時点で、心理的なアセスメントがいます。親子はどうしても、離れていれば良く見える。その関係が、一緒になったときどうなるのかというアセスメントがきちんとされていないということがよくあります。

それから、関係機関の進行管理の問題として、ひとつは、初期にリスクを低く見積もると、いくら「リスクが高くなったよ」という情報が入ってきても、みんなの認識がリスクの低いまま流れていく。そのために防ぎきれなかった。例えば母子家庭の親御さんのところに、新たなボーイフレンドがいるという情報を、ある機関はもっているのですが、それがハイリスクに結びついていかなくて、ロ

ーリスクのままずっといっているということが中にはあります。

それから転居とか職員の異動で、もともと危機感を持っていた職員が異動し、後にきた人にそれが伝わらなかったという問題もありますね。それから一番重要だったのは、関係機関の目が届かなくなった。これは本当に危ない。行けども行けども、会ってもらえない。3回目行って会えなかったらすごい危ないと思うんだけど、危機感がなく、そういうことが死につながることもあります。それから家族の変化。またさっき言いました支援ネットワークの支援計画がはっきりしない。要対協（要保護児童対策地域協議会）の支援計画がしっかり立っていない。家族に変化があっても、その状況が要対協に集まるようになってない。例えば保育所では母親のボーイフレンドの存在を知っていた、けど他の人たちは全然知らなかった、ということがあったりもします。

それから医療機関の問題で、医療機関の意識の低さは、毎回出てくる問題です。特に親御さんをみている先生方が子どものリスクということになかなか目が向かない、ということもあります。それから医学的危機に関する知識の不足。例えば骨折とか、「こんな小さい子がこんな時期にこんなところ骨折したら危ない」と、医者だったら誰が見ても危ないと思うんですが、なかなかそれが伝わらないということがあります。それから医療機関と児童相談所、地域の連携、これはいつも言われている問題です。

それから情報の流れが出来ていない。また児童相談所の中の問題としては、やはり一時保護の躊躇、先が分からないと保護できないとか、ベテランの福祉司さんがいると任せてしまって、周りで「危機かな」と思っても口を出せないとか、経験が優先されてしまうとか、ずっと言われていることなので、見て頂ければと思います。警察が介入して「事件性なし」と言って帰っていったら、児相は全く調査していなかった、という例もありました。警察は証拠主義ですから、証拠がないものは「事件性なし」で返すかもしれませんが、児相、あるいは要保護児童対策地域協議会は、

子どもを守らねばならないわけですから、全然視点が違うわけです。そこを、「警察が事件性なしで帰りました、ハイ、虐待じゃありません、児相も調査しません」。これでは何のために児童相談所があるのかという話にもなりますので、やはりこの所は、口をすっぱくしてでも、警察が何と言おうと、児相は児相、地域は地域で、やるべき調査はやる、というふうに徹底しなきゃいけないと思います。

保健機関ではケースを受けとったけど調査は全然していなかったとか、市町村への通告ケースが増加して、進行管理も難しい、一つ一つのケースに追われてしまうというような状況もあります。

もう一つ、虐待防止法の中に、県での検証というのが位置づけられましたので、どんな検証を地域、県でやられているのかという、検証の検証を、私たちがいる時の最後の年にやりました。

ここだけは伝えたいと思うのは、検証は、米本先生の話にも出てきましたが、子どもから学ばせてもらうんだ、子どもの死を大切にするんだ、亡くなった子どもへの尊敬の念というのを持ってもらわないと困るなあという感じが非常に強くしました。そここのところは、本当に皆で、子どものことを考えてのスタートじゃないといけないんだろうと思います。

もう一つは検証するための情報が不足しているんですね。例えば、通告されたところから検証しているというところも多いです。子どもが亡くなったことに対する検証ですから、ある意味、生を受けたときからこの子の人生がどうだったかという情報を全部集めなければ検証にならないはずなんですけど、通告されたところからしか情報がないとか。そういったケースも中にはありました。それから、行政機関からしか情報を取っていない。医療機関とか保育園とかからの情報が欠けている。

それから、建設的な思考じゃなくて、「これは仕方なかったんだ」で終わっているとか、また非常に大きな問題としてあるのは、メディアに追われてしまって、早く出せ、早く出

せということで、きちんと時間をかけた検証にならず拙速になってしまうという例が何例もありました。メディアに注目されてる事例をどうするかというのは、地域の検証においては非常に大きな課題だと思います。

これは報告書にも書いてあるので興味があったら読んでいただきたいと思います。地域での検証のあり方としては委員会の構成として、きちんと必要な専門家が入っているか、そして行政主導ではなく、委員会主導で、きちんとした検証がなされているか、というのは非常に重要なところで、検証のあり方として子どもの死からできるだけ多く学ぶ態度を重視していくとか、ここに書いてあることですが、最終的に、やはり検証に関するマニュアルというの、何らかの形で出していかねばならないのだろうということで、小林美智子先生が会長をされている日本虐待防止学会（JaSPCAN）の方でもその辺を整備しようというふうな動きになってきています。

施策、法律への反映というのは非常に大きな目的でした。何ができたのかと言いますと、法律への反映では、虐待防止法で都道府県での虐待死亡事例の義務化ですね。これは、いかに子どもの死から学ぶことが多いか、私たちが実感したことを法律に反映させたということになります。それに対して、今言ったような問題が出てきているので、マニュアル等を考えながら、この問題を一つ一つクリアしていかなければならない。

それから要保護児童対策地域協議会が「設けられる」であったのを義務化しました。それから目視確認の徹底ですね。それから医療体制制度ということが虐待防止法の中に、この検証の結果として盛り込まれましたし、それから児童福祉法の中で、妊娠期の問題が大きいのだとありまして、特定妊婦という言葉で、児童福祉法の中に、出生前から、つまり妊婦さんの段階から要保護児童対策地域協議会の対象とすることができるというふうに児童福祉法が改定されています。特定妊婦という形になったのも、これも死亡事例検証からの成果ですね。

施策に関しては「こんにちは赤ちゃん事

業」ですとか、児童相談所の指針の改訂ですとか、そういったいろんな問題に対して、施策としては毎年毎年、少しずつ出していつているのが現状です。

厚生労働省の検証の限界ですが、先ほどから出ているように見逃されている虐待の可能性ですね。不慮の傷害、事故とされているものの中に虐待死があるのか鑑別できているとは限らないだろうということがあります。それから、死の原因が不慮の傷害だとしても、背景に虐待があるものをどこまで含むのかという問題もあります。それから先ほど申し上げたように、情報が穴だらけで非常に少ない。これをどうするか。ちゃんとしたレビューをしないと、やはり情報は集まらないだろうというのがあります。

それから虐待以外の子どもの死がわからないですから、他の死と比べることが出来ない。ここでは虐待死だけを見て「多そうだ」などと言ってるんですが、他の死と比べてどうかというエビデンスになっていないで、医学的なプロセスも把握しにくい。やはりソーシャルワークを中心とした検証ですから、その部分の限界もあります。

そこでチャイルド・デス・レビューということですが、子どもの死を無駄にせず、活かすためには、防げる死を防ぐ、先ほど出てきたことです。障壁として、個人情報の扱いの壁、関係者の多忙、目的の共有のあいまいさなどがあります。

少しアメリカを覗いてみると、先ほど出てきましたように、ヘルシーピープル 2000 という、これは日本で言うと健康日本 21、アメリカではヘルシーピープル、イギリスではヘルシーシティというのですが、その中に、きちんと位置づけられたというのが大きかったらと思うんです。それから、ナショナルセンターが設立された。これもアメリカでは非常に大きな進歩になったのだらうと思います。

これは溝口先生のスライドをちょっと頂戴したのですが、レビューされている内容は、全ての死亡事例を見ているのは半数くらいで、あとはいろんなものを見ているのですが、やはり重大な死ですね。虐待が確実、あるいは

虐待が疑われる自殺、殺人などはほとんどのところで見ているということになります。

最後に、やはり必要なのは、いくら私たちがやろうと思っても、いろんな法律の壁があります。個人情報保護法だけでなく、警察の方も一緒にやろうと思えば刑事訴訟法の問題もありますし、あとで佐藤先生がお話くださると思いますが、いろんな情報を出すに当たって、壁があります。アメリカでは、ほとんどの州で法律が出来ていますし、子どもの死の記録へのアクセスという点でも、きちっと法律で担保されているところが多いということになります。法律上きちっとこれが整備されないと、なかなか難しい面は多いだろうと思っています。ですからこの研究班でも、どういうところに壁があって、どういうふうにしたら私たちの国でも、子どもの死を無駄にしないで活かすことができるかということを考えていきたいと思っています。以上です。ありがとうございました。

わが国で始まった児童虐待死亡検証

国立成育医療研究センター 奥山 真紀子

厚生労働省重大事例検証に関して

検証の背景

- ▶ 虐待死への注目
- ▶ 平成16年の法改正において、国及び地方公共団体の責務としての調査研究が位置づけられた
- ▶ 通告件数の急速な増加

検証の方法

2. ヒアリング

- ▶ 収集した事例から毎年、焦点を定めてヒアリング事例を設定
- ▶ 特別な事例に関しては、死亡例のみならず、ヒアリング
- ▶ 初年度は担当者が霞が関へ
- ▶ 2年度目から各委員が2例ずつ、委員二人で概ね8事例の聞き取りを其々の都道府県に向いて行ってきた
- ▶ 5年度目は各県の検証のあり方の検証も加えた

検証の目的

- ▶ 一番の目的は亡くなった子どもから学び、繰り返さない手だてを考えること!! =子どもの死を無駄にしない
- ▶ そのためには、結果を
 - ①国の施策に生かす
 - ②制度の改正(法律改正)に生かす
 - ③県・政令市・中核市の施策に生かす
 - ④市町村の施策に生かす
 - ⑤専門家の技能向上に生かす

検証の方法

3. 分析・課題提示・提言・報告書作成

- ▶ 目的に沿う方向で分析を行って、課題を提示し、提言を出す形で報告書を作成してきた

検証委員会の構成

- ▶ 社会保障審議会児童部会の下
- ▶ 「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」(以下、「検証委員会」の設置)
- ▶ 委員の構成
 - 社会福祉、司法、医療、心理の専門家
 - 児童相談所実務者、後に保健の専門家

データベースから見えてきたこと 1. 非心中事例

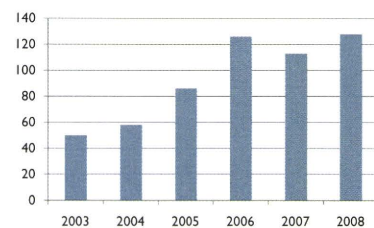
第1～5次報告で殆ど変わっていない。重要なことは変化しない。

検証の方法

1. 事例の収集・解析

- ▶ 対象: 都道府県で把握した全ての虐待死(心中、殺人、嬰兒殺、保護責任者遺棄等も含む)。ただし、初期には徹底していなかった。今でも、子どもだけ留守をしているの火事による死亡などが抜けている県がある。
- ▶ 収集する情報: 第二次調査からデータベースを構築して情報を収集。その後、データベースの改善を図ってきた。
第一次報告後、クロス集計が必要なことなどへの配慮からデータベースの構築を行った
- ▶ 国からの照会: 不明な点、国で把握していない県から上がって来ていない事例の照会

1年当たり換算の検証数



非心中と心中事例

報告	非心中		心中		合計		年間換算	
	事例数	死亡数	事例数	死亡数	事例数	死亡数	事例数	死亡数
1st					24	25	48	50
2nd	48	50	5	8	53	58	53	58
3rd	51	56	19	30	70	86	70	86
4th	52	61	48	65	100	126	100	126
5th	73	78	42	64	115	142	92	113.6
6th	64	67	43	61	107	128	107	128

養育家庭の状況

- ▶ 実母家庭 50.0%、一人親 25.0%
- ▶ 経済的には困難を抱えている家族が多い
(心中例では少ない)
生活保護+市町村民税非課税 66.7~84.2%
- ▶ 地域社会との接触が乏しい 約7割
- ▶ 実母の心理的・精神的問題
育児不安またはうつ状態が約4割

死亡事例数・性別・年齢

- ▶ 性差は有意なものはない
- ▶ 年齢:
乳児が全体の約4割を占める
3歳以下が全体の3/4を占める

関与機関

- ▶ 児童相談所
第3次報告までは減少傾向⇒第4次報告で増加
虐待の認識がないことが多い(約40%)
- ▶ その他の機関の関与 増加傾向
- ▶ 虐待通告 17.8~20.4% (児相 13~14%)

虐待の内容・虐待者

- ▶ 主な虐待の種類
身体的虐待が最も多い 60.3~86.3%
ネグレクトは年による 13.7~39.7%
但し、3歳未満でネグレクトの割合が高い
第3次報告では3歳以上は96%が身体的虐待だが、3歳未満は26%がネグレクト(身体的虐待は78%)
- ▶ 直接死因
頭部外傷が常に高い割合 18.2~33.7%
- ▶ 主たる加害者
実母 50.9~70.4%、実父 8.8~20.4%

データベースから見えてきたこと 2. 心中事例

動機

- ▶ 「望まない妊娠・計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」が多い
- ▶ 3歳未満では(第3次)
望まない妊娠 25.0%
- ▶ 3歳以上(第3次)
しつけのつもり 41.2%

非心中事例と心中事例の比較 (第5次報告)

	non-shinju	shinju
1事例で亡くなる子どもの人数	1.08 一人を殺害することが多い	1.45 複数の子どもが死亡
子どもの平均年齢	2.4	5.6
主たる死亡原因	頭部外傷(28.6%) 窒息(26.5%)	窒息(33.3%) 中毒(26.7%)
主たる加害者	実母(70.4%)、実父(20.4%)	実母(80%) 実父(16.7%)
経済的問題	38.9% が貧困	12.5% が貧困
両親がそろった家庭	47.5%	100%
妊娠期間の問題	17.9%	0.03%
生前の虐待通告	14.3%	なし

心中事例の特徴

- ▶ 年齢の幅が広い
- ▶ 複数の子どもを同時に殺害する例が多い
- ▶ 死因は絞扼による窒息が多い
年によっては中毒(練炭など)も多い
- ▶ 主たる加害者は実母が多い
- ▶ 事前に虐待が把握されていることが少なく、関係機関の関与も少ない
- ▶ 実父母家庭が多く、妊娠期の問題、経済問題、地域での孤立等のリスク要因が少ない

⇒心中事例の防止策は今後の課題

浮かび上がった問題3

- ▶ 情報の流れができていない
- ▶ 児童相談所の問題
 - 一時保護の躊躇(先を見通せないから・・・)
 - ベテラン福祉司に任せてしまふ、口を出せない、経験を優先(死ぬと言っている人は死なない)
 - 良い関係を作ろうとして介入ができない
 - 警察が「事件性なし」として、福祉的調査がおろそかになる
 - 親の心理的アセスメントとそれに基づくサポートが少ない(保育園入園を条件に家庭復帰、など)
 - 一時保護所や施設が満杯

ヒアリングからの学び

地域での検証

浮かび上がった問題1

- ▶ 妊娠期からの問題の危険性
(望まない妊娠、妊娠届け出の遅れ、妊婦健診未受診)
子どもへの否認、幼児期の死亡例でも影響している例もある
- ▶ 関係機関のアセスメント能力の問題
安全確認や親への面接がなされていないケースがある
心理的な関係のアセスメントはほとんどできていない
特に措置解除時の心理的アセスメントは不十分
- ▶ 関係機関の進行管理の問題
初期にリスクを判断できないとその後の変化があっても危機感を持ってない
転居、職員の移動、その他で危機感が伝わらない

地域での検証を検証してみても

- ▶ 「やれと言われたからやっている」の姿勢
⇒子どもの死を無駄にしないという子どもの尊厳に対する姿勢が読み取れないことが多い
- ▶ 検証するための情報が不足している
 - ・通告からの情報が少ない
 - 妊娠期・周産期の情報がとれていない
 - 発達に関する情報がとれていない
 - 転居以前の情報が無い
 - 行政機関からの情報が少ない
 - 医療機関からの直接の情報が無い
 - 転居前の保育園などの情報が無い
- ▶ 建設的ではなく、非難を浴びる思考が大きい
- ▶ マスコミ対応に追われて、検証の本当の意義が見えなくなっている検証が多い
- ▶ そのために、拙速になっている検証もある
- ▶ 個人情報に気を取られすぎて、検証の目的を見失っている
- ▶ 行政主導で検証が行われ、検証委員主導になっていないところもある
- ▶ 報告書が曖昧で何が死亡につながったかが明確でない
- ▶ 検証と提言の繋がりが明確でない
- ▶ 委員に適切な専門性を持った人材が配置されていない(その県にいないときには他県の専門家に意見を聴くことも必要)

浮かび上がった問題2

- ▶ 関係機関の目が届かなくなったことへの危機感が薄い
親が会ってくれない、子どもに会えない⇒**危険**
- ▶ 家族の変化への敏感さの問題
- ▶ 支援ネットワーク(要保護児童対策地域協議会)での支援計画がしっかりしていない⇒変化の情報が集まらない
- ▶ 医療機関の問題⇒医療機関の意識の問題
- ▶ 医学的危険に関する知識の不足
- ▶ 医療機関と児童相談所や地域との連携の問題
疑問を持っても医師の言葉が優先されてしまう

地域での検証の在り方

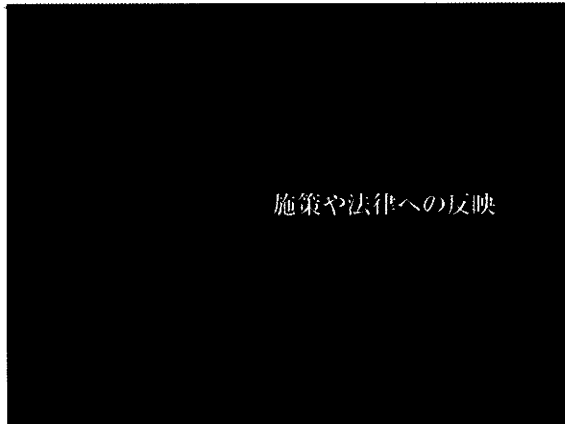
委員会の構造

- ▶ 検証委員の構成(必要な専門家が入っているか?)
- ▶ 行政主導ではなく委員会主導

検証の在り方

- ▶ 子どもの死から出来るだけ多く学ぶ態度を重視する
- ▶ 関係機関が関わった事例だけではなく⇒関わらなかった事例では関わらなかった理由の把握が必要
- ▶ 関わった全ての機関(妊婦健診や出産時の医療機関なども含む)から情報を得る
- ▶ 妊娠期から現在までの子どもの情報を集める(母子手帳の情報は必須)
- ▶ 本検証は後に活かすものであり、拙速な検証にならない対応が必要(裁判が終わってから2次検証を行うことも必要な場合がある)

⇒地域検証のマニュアルが必要



施策や法律への反映

法律への反映

虐待防止法

- ▶ 地方公共団体での虐待死事例検証の義務化
- ▶ 要保護児童対策地域協議会の義務化
- ▶ 目視確認の徹底(48時間)
- ▶ 医療体制整備

児童福祉法

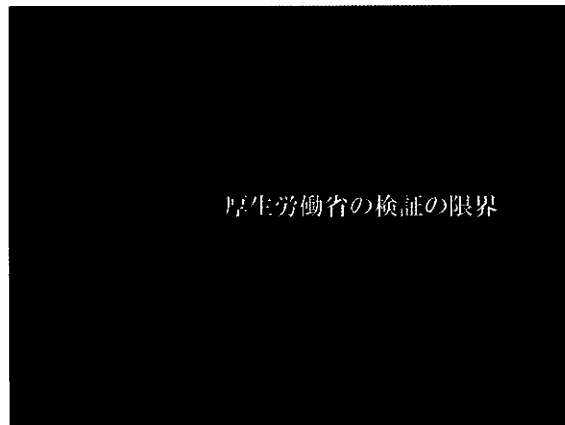
- ▶ 出生前から児童相談所のケースとして起こすことができる

情報が非常に少ない

- ▶ データベースは穴だらけ
- ▶ 医学的な情報はほとんどない
- ▶ 死因も明らかになっていないことも多い
(解剖結果は公表されない)
- ▶ 家庭での状況、社会での状況が不明

情報が非常に少ない

- ▶ データベースは穴だらけ
- ▶ 医学的な情報はほとんどない
- ▶ 死因も明らかになっていないことも多い
(解剖結果は公表されない)
- ▶ 家庭での状況、社会での状況が不明



厚生労働省の検証の限界

見逃されている虐待の可能性

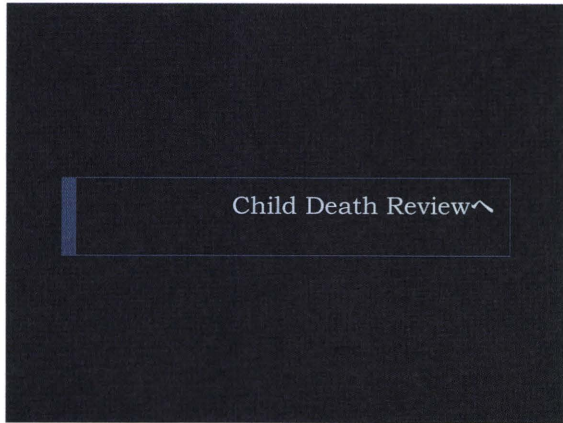
- ▶ 事故(不慮の傷害; unintended injury)と虐待死(意図した傷害; intended injury)の鑑別ができていないとは限らない
例: 頭蓋内出血による死亡
お風呂での溺水
- ▶ 死の原因が不慮の傷害だとしても背景に虐待がある問題をどこまで含むかが定まっていない
例: 子どもだけの留守番での火事⇒含んでいる
ネグレクトの子どもの交通事故⇒?
医療ネグレクトによる死亡⇒?

虐待以外の子どもの死亡がわからない

- ▶ 明らかな虐待死のみを対象としているためにその他の子どもの死亡との比較ができない。
- ▶ 事故の事例との比較ができない。
- ▶ 子どもを救えなかった社会のネグレクトがないか?

医学的なプロセスが把握しにくい

- ▶ ソーシャルシステムの進化を目的とした検証であり、その他の予防方法に到達できない
- ▶ その子どもの死の直前の状況が不明
- ▶ ヒアリングの対象は児童相談所などの関係機関であり、医学的なプロセスは把握しにくい



子どもの死を無駄せずに活かすために

- ▶ 子どもの死の中で防げる死は少なくない
虐待死、事故死、自殺、防げるはずの病死・・・
- ▶ 亡くなった子どもの尊厳を大切にすることが必要
- ▶ 年長児には共感できても乳児には共感が難しい社会の眼から子どもの専門家の眼へ
- ▶ 子どもの死を防ぐことを考えることは子どもの生を考えることに繋がる

障壁

- ▶ 「個人情報」の扱いに関する問題
- ▶ 関係者の多忙
- ▶ 目的の共有のあいまいさ
- ▶ 多職種のコミュニケーション・情報共有の問題
一番難しいのは「警察」(?)
- ▶ その他

少しアメリカを覗いてみると・・・

- ▶ 1970年代後半に地域システムとしてスタート
- ▶ 医療主導
- ▶ アメリカ版「健康日本21」(Healthy People 2000)の暴力の章の目標値として「Child Death Review システムの発展」が挙げられている。
- ▶ National Center for Child Death Review が設立され、全国の調査やマニュアルの作成などが行われている。

2001年のICANのアンケートより

レビューされる死亡事例の範囲

すべての死亡事例	46%
選択した事例	26%
児童虐待が確実な例	96%
児童虐待の疑いのある例	80%
自殺	72%
殺人	72%
予期せぬ事故	68%
SIDS	64%
自然死/病死	8%

Webster RA et al. Child death review. The state of the nation. Am J Prev Med. 2003 Jul;25(1):58-64.

米国CDRの現況

現在アイダホ州を除く全州と、DCIに計49のCDRプログラムが存在
詳細なケースレビューを行う際のレベル

州によっては複数レベルで、レビューを行う

City	County	Regional	State
4	28	11	30

D-CDRの所見をレビューし、州レベルで推奨事項を打ち出す諮問機関を持つ州 : 35州

州CDRの行っている、コーディネートとプログラムサポート

機能	州数	州プログラムコーディネートの主体機関
データの収集と報告	47	保健局長 25
州チームのコーディネート	44	ソーシャルサービス 10
ローカルチームへの技術的支援	33	警察署 6
ローカルチームへのトレーニング	32	司法当局 3
ローカルチームのコーディネート	23	その他 6
その他の機能	13	

CDRと法制度

州の法や規定でカバーされている	州の数
州のCDRチーム設置	43 (義務39)
守秘義務規定	43
子どもの記録へのアクセス	40
会合は非公開	37
レビューはカルテ開示請求や出廷請求から免除	37
州CDRチームメンバーの規定	36
CDRプログラムに関する報告	34
ローカルCDRの設置	30 (義務15)
ケースレビューの報告	25
レビューは情報公開法の対象外	24
地域CDRチームメンバーの規定	22
プロトコルのレビュー	17

日本の子どもの死を無駄にしないためには

- ▶ 子どもの死が防げる死だったかを判断する必要
- ▶ 防げる死に関して詳しい分析を行い、防ぐ方法を導く
例: 子どもの自殺の連鎖とそれを防ぐ方法
- ▶ 残された家族へのケアも発展させる必要がある
(グリーフケアもCDRのチームの重要なテーマ)
- ▶ 多職種で様々な角度から検証することが必要
- ▶ しかし、そのためには、法律の整備が欠かせない
⇒どのような整備が必要かを明らかにすることも本研究班の役目

小林 ありがとうございます。日本での虐待の検証が始まっていて、私をはじめに、検証は虐待死の一部であると言いましたけれども、その一部の検証からも、これだけいろんなことが分かってきて、これだけの施策が打ち出せているということが明らかだと思えます。そのような検証を今、各地域でされていて、そうしますと今後国が検証されたような詳しいことの検証がされていくのだろうと思えます。

今日、ここには、医療の方と保健の方と児童福祉の方が1対1対1くらいで集まっておられて、所属されているところを見ますと、いろんな事例があった所からのような気がしています。それぞれの地域での検証について、皆さんご苦労されている中で、今日集まっていたのだと思えますが、日本が、亡くなった子どもについて、これだけ多角的な検討を、関係者が集まって検討していくということ自体、とても大きいと思えますし、みなさんが地域でされていることが、日本での死亡検証の質を一步一步上げていく作業になっているのだと思えます。今後、広く子どもの死亡を分析していくことで、もっとたくさん死亡を予防できる可能性があると思うので、先生のお話でつくづく感じました。

では、次は『児童虐待・心中等の心理学的死亡検証』、初めてお聞きになる言葉かも知れませんが、サイコロジカル・デス・インスペクト、欧米の例ということで出していますが、死亡検証の症例の中から、お話をうかがいます。資料につきましては配布させていただいております。西澤先生は、心理をされていて、今は山梨県立大学で臨床福祉学をされています。虐待の世界ではご存じない方はおられないかも知れません。西澤先生よろしくお願いたします。

西澤 西澤でございます。よろしくお願いたします。私のほうのスライドは、プリントアウトしたものがはいっています。私が真面目だということはないです。小林先生が怖いから期日を守ろうということで、私は小林先生にお会いしてから20年になりますが、虐待の領域でこれだけ頑張ってきたのは、小

林先生に対する畏（おそ）れの念というのが大きいかなと思っています。

先ほどは奥山先生がいろいろデータを出してくれて、厚生労働省の死亡事例検討に私も出席させていただいていました。ですからデータベースの部分は同じなんですけど、今回はその厚生労働省の調査の結果を中心に、虐待死亡者の保護者の心理学的特徴ということで、出させていただいています。私が厚生労働省の死亡事例分析のメンバーになった一つの大きな理由は、私は一応心理屋でございます。今、臨床福祉学というのをやっていますが、心理学的観点から、どんなふうに親が子を死に至らしめるのかというのを理解するとか、それを予防につなげるという役割があります。ですから親の心理を分析する意味としては、子どもを死に至らしめた保護者の心理を理解することにより、虐待死亡事例の心理的リスクを把握し、予防介入に資することというのが、一つのテーマでございます。

もう一つは、マニアックなテーマなんですけど、虐待死亡事例と同じように重度な虐待はあるんだけど死亡に至っていない事例の、保護者の心理を比較できれば、虐待死亡事例と虐待非死亡事例の関係を明らかにすることが出来る。これは、分かりにくいかも知れませんが、虐待死の研究者の中には二つの立場がありまして、一つは主に **Reader & Duncan**(レイダーとダンカン)という、イギリスの研究者たちなんですけど、「虐待死亡事例と死に至らなかった事例は連続性なんだ」という「同じスペクトラムなんだ」という考え方と、「いや、つながってない」、「殺してしまった事例は、あくまでも“殺してしまった”という大きな特徴があって、虐待で死に至らない事例とは質的に違うんだ」という非連続の立場があるんですね。これは、**Gelles**(ゲーンズ)たちの立場なんですけど、実際には、自分はどう思っているだけで実証できるデータはあまり出ていないんです。

そういう意味では、親の心理のほうから違いがあるのかというマニアックなテーマですが、この中にも含まれてくるだろうと思えます。これは先ほど奥山先生が言ったデータ

と同じものでして、第1次～第6次まで337のデータの事例を対象にしています。時間が無いので、このへんは細かいことなんで飛ばしたいと思います。

虐待死というのと子殺しというのが主な言葉としてあるのですが、その他にも新生児殺とか、嬰兒殺とか、さまざまな言葉がバラバラに使われていて、例えば嬰兒殺というのは、医療の世界で言えば、生後24時間以内の死亡と定義されるのですが、法律の世界では、0歳児が殺されれば嬰兒殺になるみたいで、同じ言葉を使っているのに文献を比較するとき、難しさがあるということは言っておきたいと思います。

さっき奥山先生から言われたことですが、ここには複合死というふうに私は書いていますが、いわゆる無理心中です。もともと心中という言葉自体が、親が子どもを殺して自分も自殺をした、あるいは自殺未遂したという場合に心中という言葉を使いますが、それに私は反対です。心中というのは情死ですよ。要は、この世で添い遂げられなかった男女があんな世で添い遂げましょうという合意のものの複合自殺だと思うんです。そうではない子どもの死亡の場合、心中という言葉で当てるのはイヤだと思ったので、一応、複合死という別の言葉を当てています。今までの検討事例の中で、奥山先生が、心中死というのは予測できない、とおっしゃったのですが、まさにその通りで何の特徴も浮かび上がってこないんです。

事例的にいうと、地域でも元気な家族としてやっている家族、あるいはお母さんが地域の委員やPTAの役員をしているというように、活発な、積極的な人、家庭だったんだけど、その家庭に非常に短い期間に連続してストレスがゴンゴンと重なった結果、ある日心中で全員死んでしまう。こういう予測とか予防が非常に難しいということは逆にいえば、ある意味(心中事例は)健康的な家族という可能性もあるかなと思っています。

それで今回、手法的には「そんな手法ありか」と言われるんですが、虐待で死亡した虐待死の事例と、複合死の事例の比較というこ

とをやってみました。つまり、ちょっとこれは乱暴なんですけど、さっき奥山先生が言われたように、他の事例との比較がなかなか出来ないんで、虐待死の特徴がなかなか言えないということであれば、心中死、複合死のほうをコントロール群として使えば、虐待死の特徴を逆にきわだたせることができるのではないかという、ちょっと無茶な発想で少し分析を進めてきています。まだ完全に終わっていないのですが、一応統計学的に有意な差が出たものについて、いくつかの項目を挙げておきました。

一つは、子どもの年齢です。虐待死亡事例は0歳児の死亡が有意に多く44.5%です。0～6歳の子どもの死亡が全体の90%を占めています。複合死の場合は子どもの年齢に特徴はないということになります。さらに4歳以下の子どもの死亡が有意に多いということで、総合的に見ると、これ宮本信也先生の指摘なんですけど、4歳台の死亡数と5歳台の死亡数の割合に大きな違いがあるんです。ですから、4歳以下を分離して考えることが必要なのではないかと宮本先生は提言されています。

ただ0歳の子どもの死亡に関して言えば、これは大きく言えば年齢的脆弱性、年齢そのものが脆弱因であるということになるのですが、そういうことを受けると、乳児保健、母子保健が虐待死の予防には非常に重要な役割を持つことになるだろうと。残念ながら児童福祉ではないということになるのですが。

全体死亡に占める0か月死亡の数の多さというのも特異的で、46.7%なんですけど、それは特に多いと推測されるのが新生児殺で、自宅自己分娩で放置死というパターンです。これ、基本的には妊娠葛藤への対応が、予防策として講じられねばならないだろうと。これも奥山先生の指摘と重なることなんですけど、全体0歳児死亡はまだデータが少ないんです。それと地域ごとのデータで、取り方にばらつきがあるというのも説明されたと思いますが、直接比較できないんですが、1次調査で2例、2次調査で8例だったのが、5次調査で17例、6次調査で26例となってい

ますので、0歳児死亡が増えてきているという可能性はあると思います。これは今後の数字もにらんで回帰曲線を書いていかなきゃならないかと思っています。親の心理を推測すると、0歳の放置死というのは、望まない妊娠から、妊娠葛藤が出て、そのまま産んで、放置してということです。それで、このあたりのターゲットをどういうふうにサポートしていくかということなのです。それ以外にも、奥山先生の話と重なるところがありますが、「望まない妊娠」だったり、「10代の妊娠」だったり、「母子手帳未発行」、「妊婦健診未受診」といった問題を抱えた母親が、複合死事例に比べ、虐待死事例に有意に多かった。ですからこれは胎児ネグレクトとか、子どもの存在の否認だったり、それ自体の回避だったり、あとは妊娠葛藤の存在を示唆するだろうということで、先ほど申し上げた対応が必要だろうと考えます。

虐待死事例は複合死事例に比べて、母親の問題として、「依存傾向」や「養育能力の低さ」といった、性格や能力的な要因が有意に多いということになります。ここからは想像の領域なんですけど、どうやら母親の「依存」の問題というのがカギになってくるのかなという気はしています。依存というのも健康的な依存ではなくて、物質依存だったり、関係依存だったり、男性依存、セックス依存を含めての関係性依存だったり、あるいは行為、ギャンブル等の行為依存だったりです。そういう問題と、ネグレクト、特にネグレクトで重症化して死亡してしまっている事例とかにも、こういった問題が見られるのではないかと思います。このへんは、数としての実証的なデータはとれてないんですが、事例分析のほうからは、そういう特徴が浮かび上がってきているので。このあたり、今後、特に最近増えてきているというか、目立っている、ネグレクトによる家庭内死亡事例ですね、そういった事例の中にこういった特徴がどうも散見されるようなので、そのへんは事例分析等で追っかけていく必要があると思います。

父親のほうでは、「衝動性」とか、「怒りのコントロール不全」といったような問題だっ

たり、「暴力的な犯罪歴」だったりといったものが関与している可能性が高いと示唆を得ています。父親の感情及び衝動的行動の調整障害の問題とか、「怒りのコントロール不全」の問題として、虐待死の中では浮かび上がってくる可能性があります。私の推測なんですけど、英米のデータと比べ、日本の場合は頭部外傷がきわだって多いです。英米では、子どもの虐待死で頭部外傷というのは、そんなにないのです。そのへんで、どうも、頭に対する攻撃性が出てくるというのは、衝動性のコントロールの悪さということのひとつの表れではないかと考えています。殴る時には頭を殴るというのは、かなりの攻撃性ですよ。それが顕著になって死亡事例につながっているのではないかと考えます。

これは虐待に至らしめる親の動機について、第2次報告(2004)の51事例を英国のデータ(1995)と比較したものです。ウィゼンスキーという人が、1995年に英国で虐待死の分析対象になった事例の親の動機、つまり、子どもを死に至らしめた時の動機を分類していて、それが左のコラムに書いてあり、全部で48事例です。その動機の分類を使って、日本の2004年の第2次報告のデータ、数も51事例と似ていたんで、比べてみました。有意検定はしていないんですが、特に気になったところを赤で書いています。

まずイギリスでは報復が20%、報復というのは、自分のパートナーに対する怒りを子どもに向けるというものです。パートナーを懲らしめようと子どもを殺すという、これが20%あるのに対し、日本では0%です。報復という観点から虐待死をとらえることをしてない為に0になってるんじゃないかという気がしているんですが。それからこれはびっくりしたんですが、しつけによる死亡、数としてはそんなに多くないのですが、イギリスで3.4%、日本で17.6%、「しつけのつもりでやって死んじゃった」という、このあたりがどうも、ぼくは欧米のほうが体罰文化はひどいと思ってるんですが、日本の方はそれで殺しちゃう。欧米は体罰がひどいんだけど、それで殺すところまではいってない、何かありそうだとおもうています。

あとと言っておきたいのは、動機不明がイギリスでは0%なんですけど日本では21%もあって、親が子どもを殺しちゃったときの動機に対する関心のなさというか、関心の低さというのを表しているデータだと思います。それから多いのは、この青で書いた「望まない妊娠」ですね。やっぱり同じような数字が出てくるんだなあと思いました。イギリスで27.1%、日本で21.6%です。これは洋の東西を問わず、望まれない子どもは暴力で死亡しやすくなるというデータになると思います。

ソーシャルワークについては、さっき奥山先生も言われたのですが、親の心理について特に言っておきたいのは、この下の部分ですね、保護者の心理的力動への理解不足です。さっき奥山先生が、「家庭訪問して3回断られたら危ないと思え」って、おっしゃっていましたが、何で3回なのかは良く分からないんですけども、とにかく死亡事例の分析をしていると、何度も何度も、この前も大阪の西区の事例もそうだったと思いますが、何度も家庭訪問するんだけど、拒否されたり、すっぱかされたりして会えない中で死亡するというのは結構特徴的なんですね。そういった「接触拒否」への、ここでは表層的理解と書きましたが、なぜそういう接触拒否が起こるのかという理解がなかなかされていない。というのは、さっき申しあげた Reader & Duncan(レイダーとダンカン)というのは、小林美智子先生が監訳で、明石書店から出されている「子どもが虐待で死ぬとき」という翻訳本があるのですが、あれの著者です。Reader & Duncan、彼らは心理屋で、イギリスの虐待死亡事例を徹底的に分析をして、その結果を本の一冊にまとめてあるんです。その中に出てくるのはこういった「接触拒否」というのは、イギリスでも死亡につながるリスクファクターとして指摘されているのです。その裏にあるのはコントロール葛藤だったり、ケア葛藤だったりするので、これが死亡にまで至ることになってしまうんだと。

コントロール葛藤、要はコントロールをめぐる葛藤、自分の子どもが外部の人間と接触すると、自分の子どもに対するコントロール

が弱まってしまうという、そういうふうなコントロールに対する非常に強い葛藤がある。あるいは、ケア葛藤というのは、外部の人間が子どもに接触しようというのは、外部の人、第三者が子どもに対してケアをしようとしている、そのケアを自分は受けていない、幼少期に受けられなかった、そういう受けられなかったケアを子どもに受けさせることは、やっぱり出来ない、みたいな、そういうものをケア葛藤というんですね。

彼らはこの2つの概念で、「接触拒否」を説明し、分析していて、そういったことが、果たしてそういうことがこの一事例ずつに当たるかということも分析して、結果的にやはりこれだったという結論を出しているのです。そういう視点が、なかなか日本の実践者の中に無くて、「きょうもお母さんに会えなかったよ」と言ってそれを済ませてしまう傾向があるのではないかと指摘しておきます。

それから胎児虐待の認識ですね。やはり妊婦健診未受診とかいったようなものが非常に多い。妊娠期、あるいは周産期の子どもに対するサービスである妊婦健診ですよ。それを未受診というのは、少なくとも胎児ネグレクトにあるのではないかという認識を持ってかかれないといけないということも示唆しておきます。

時間がもうあと2分11秒ですので、まとめと今後の課題といきたいと思います。

4歳以下の保護者への支援を、やはり別枠で考えていかねばならないのではないかと、0歳の乳児を持つ保護者への支援、これはさっき申し上げましたように、乳児保健あるいは母子保健の重要性を指摘します。それから新生児の死亡が増加しているのではないかと、妊娠葛藤および妊娠を否認している親たち、これは非常に難しいのですが、そういう人たちにどうアプローチしていくかという問題があると思います。ですから、妊娠や周産期の問題を、胎児ネグレクトとして捉えなおす視点を持つべきだろうと。

それからこれはまだ今後の課題ですが、母親の依存の病理の検討をすべきだろうと。特にネグレクトと病的な依存の関係について、

心理学的な検討が必要になるのではないかと思います。次に父親の衝動調整、特に怒りの調整の問題にアプローチをする必要があるだろうと思います。それからさっきも言いましたが、保護者の「接触拒否」に対する認識をコントロール葛藤、ケア葛藤として捉え直して、事例を分析することが必要ではないか。

それから望まれない子への対応。これは妊娠葛藤への対応と、それから特別養子縁組の促進です。これは「こうのとりのゆりかご」でテーマになりましたが、妊娠した望まれない子どもをどうサポートし、それを特別養子縁組に結び付けていくかという対応です。それからもう一つ検討したいのは、なぜわが国が体罰容認文化がある欧米に比べて、しつけによる虐待死亡が多いのか、これはまだ2004年のデータだけの比較なので、今他の年のデータも入れて分析し直しているところなんです。やはり傾向としては、しつけによる死亡が多いんです。欧米に比べて、おそらく有意に多い。それが何を意味しているのか、というところです。

最後に、これだけ見ても、親の心理って断片しかつかめません。ここに書いていますように、都道府県や厚生労働省の調査では、親の心理や家族病理はほとんど把握されないということです。そういう面で、特に最近、家庭内ネグレクト死とか、あるいは民間療法ですね、代替医療等による医療ネグレクト死が、増加していると言えるかどうかは分かりません。すみません、筆が走って「増加」と書いてしまいましたが、目に付くようになってきた。このような事例の親の対応を理解しようと思ったら、虐待死をさせてしまった親を対象にした事例研究が必要なんだろうと思っています。これは非常に難しいんですが、今、来年度の研究として、それを何とかしていこうと画策しているところでございます。

2010 シンポジウム
ひとりの子どもの死から最大限に学ぶ社会をつくる
**子ども虐待死事例の保護者の
心理学的検討**
厚生労働省調査の分析結果を中心に

山梨県立大学人間福祉学部 西澤哲

親の心理を分析する意味

- 子どもを死に至らしめる保護者の心理を理解することによって、虐待死事例の心理的リスク要因を把握し、予防・介入に資する。
- 虐待死亡事例と虐待「非」死亡事例の保護者の心理の比較によって、虐待死亡事例と虐待「非」死亡事例の関係を明らかにする。
 - ▶連続(Reader & Duncan, 1999)vs.非連続(Gelles, 1998)

分析の対象

- わが国の特徴：虐待死予防と虐待予防の関係
- スペクトラムとしての理解 → 虐待全般へ貢献
- 厚生省調査
 - ・2004年報告：2000年11月～2003年6月：127
 - ・専門委員会報告
 - 第1次(2003年7月～2003年12月) 25(50)
 - 第2次(2004年1月～2004年12月) 50
 - 第3次(2005年1月～2005年12月) 56
 - 第4次(2006年1月～2006年12月) 61
 - 第5次(2007年1月～2008年3月) 78(62)
 - 第6次(2008年4月～2009年3月) 67
 - 合計 337

用語・定義の問題

- 「虐待死」と「子殺し」
- 子どもの年齢による分類：新生児殺(neonaticide)と乳児殺(infanticide)
- Oberman, M.(2003)の母親の“infanticide”(乳児殺害)の分類
 - 虐待による子どもの殺害(abuse-related filicide):子どもへの身体的暴行の過程における子どもの殺害
 - ネグレクトによる子どもの殺害(filicide due to neglect):子どもを殺害する意図はなく、子どもの基本的欲求に注意を向けることの失敗、もしくは子どもの行動に対する無責任さに起因し死亡
 - 補助的/強制された子殺し(assisted/coerced filicide):パートナーの行為を追従、もしくはパートナーが子どもを殺害するのを止めることができない
 - 意図的殺害(purposeful filicide)

虐待死事例と複合死(いわゆる無理心中)事例の比較

- 全般的特徴から、虐待死と複合死はかなり違った特徴を有する。
- 現在までの分析では、複合死事例においては、過剰なストレスの複合以外の家族・親の特性は抽出されていない。
- 複合死事例と虐待死事例の比較の意味。
【子どもの年齢】
- 虐待死事例では、複合死事例と比べて、0歳児の死亡が有意に多い(44.5%)。
- 虐待死事例では0~6歳の子どもの死亡が約90%を占めているが、複合死事例では、死亡した年齢の子どもの各年齢段階に分散する。

まとめと今後の課題

- 4歳以下の子どもを持つ保護者への支援
- 0歳の乳児を持つ保護者への支援:乳児保健, 母子保健の重要性
- 新生児の死亡の増加:妊娠葛藤・否認への対応
- 妊娠・周産期の問題を「胎児ネグレクト」として捉えなおす必要性
- 母親の『依存』の病理の検討
- 父親の衝動調整(特に怒り)の問題
- 保護者の「接触拒否」に対する認識:『コントロール葛藤』と『ケア葛藤』としての捉えなおし

虐待死に至らしめる親の動機 英国のデータとの比較

	Wilczynski(1995)	第2次報告(2004)
報復	10(20.1%)	0(0.0%)
嫉妬・拒否への反応	4(8.3%)	6(11.8%)
望まれない子	13(27.1%)	11(21.6%)
しつけ	6(3.4%)	9(17.6%)
利他的	4(0.3%)	8(15.7%)
精神障害	9(18.8%)	3(5.9%)
MSBP	1(2.1%)	0(0.0%)
性虐待・機式的虐待	0(0.0%)	0(0.0%)
自己防衛	0(0.0%)	0(0.0%)
殺意・害意にないもの	1(2.1%)	3(5.9%)
動機不明	0(0.0%)	11(21.6%)
合計	48(100.0%)	51(100.0%)

まとめと今後の課題

- 「望まれない子」への対応:妊娠葛藤への対応と特別養子縁組の促進
- わが国で「しつけ」による虐待死亡が多いのは?
- 事例研究の必要性
 - ▶都道府県・厚労省調査では把握されない親の心理・家族病理
 - ▶家庭内ネグレクト死や代替医療等による医療ネグレクト死の増加

虐待死亡事例の特徴 ソーシャルワークをめぐる問題

- 「児相関与事例」が約30%
⇒ソーシャルワークの問題
- 「関係機関が虐待と認識した関与」が約30%
⇒深刻性の見たての問題
- 保護者との関係を重視するswの破綻
- 見立てと援助計画の硬直化
- SW失敗への対応の欠如
- 保護者の心理力動への理解不足
「接触拒否」への表層的理解
Reder&Duncan[1999]のコントロール葛藤とケア葛藤
- 「胎児虐待」の認識

虐待死(FCAN)に対する過小評価の危険性

- 幼い子どもの死亡のもっとも一般的な要因はFCAN (Creighton, 1992)
- しかし子どもが幼いほど、死亡は事故死, 自然死, SIDSとされる可能性が高くなる(Crittenden & Craig, 1990)
 - ▶SIDSの社会・心理的特徴とFCANのそれとの類似性: 乳児, 多胎, 低体重, 若年, 未婚
- 米国におけるFCANによる死亡はCAN1000対12人 (Janson & Anderreck, 1983) ⇒ 我が国の統計に当てはめれば500~600人

小林 ありがとうございます。虐待死に関して、貧困とかひとり親とか、家族形態とか、社会的背景がずいぶん分かってきたと思いますが、そのような背景の方が全部虐待になるわけでもないし、虐待死になるわけでもない。そして虐待は親子関係の歪みがあることからしましても、西澤先生が考えたりしていることが虐待の理解、支援についても必要だろうと思います。で、虐待がカウンセリングだけでは解決しないということは皆さんも感じておられると思います。しかし、親の心理を理解しないと親御さんに合う支援にならないということだと思います。これからこういう分析が、日本でも進んで行き、理解されれば良いと思いました。

それから、先程日本語訳になっている、「虐待で子どもが死ぬとき」という本のお話がありましたが、もうひとつ、スライドの四つ目にある、Oberman(オーベルマン)の「わが子を殺す母親たち」というのが訳されて日本語になっていますので読んでいただけたらと思います。

では続いて、4人目のシンポジストの、『子どもの事故死をなくすには』ということで、山中先生にお願いいたします。山中先生も小児科医で、子どもの事故予防、小児保健に関してずっと研究されている方です。お願いいたします。

山中 ただいまご紹介いただきました小児科医の山中です。今までは虐待が中心でしたが、私は虐待ではなく、不慮の事故について取り組んできました。今日は与えられたテーマが「子どもの事故死をなくすには」ということですので、それについてお話しします。話は、「事故死をなくすには」の「死」を抜いて「事故をなくすには」が主になると思います。

ここに書いてありますように、「産業技術総合研究所 デジタルヒューマン工学研究センター 傷害予防工学研究チーム」というところで、工学系の方と一緒に仕事しています。わが国では、不慮の事故は、死亡原因のずっと1位を占めていて、昨年度は2位になっていたりしていますが、1960年以來、不慮の事故が死亡原因の多くを占めてきたわけですが、ほとんど研究は行われてきませんでした。小児科医がいくら「予防が大切」と言っても、全く手も足も出なかったんですが、5年くらい前から工学系の人たちと仕事をするようになり、やっと、事故の予防にはどういう取り組みが必要かというのが分かってきて、それまでは任意団体で我々は勝手に「子どもの傷害予防工学カウンスル」と名乗っていたのですが、2010年の6月から産総研の正式な研究チームとして、「傷害予防工学研究チーム」が発足しました。わが国で、子どもの傷害予防のための科学的な取り組みが始まったと私は思っています。

幼児の死亡率が高いということで、3~4年前から幼児の死亡原因について、いろいろな取り組みがありましたけど、それを見ますと、先ほどもどなたかお話がありましたけど、簡単に言うと、死亡診断書をいくら分析してみても、死亡原因がはっきり分からないという現状があります。

死亡診断書の一番上には「肺炎」と書いてあります。よく調べてみますと、数年前に、こんにやくゼリーによる窒息で経過をみていて死亡した例なのですが、これが事故死ではなく病死になっているんですね。このように、なかなか正確なデータは得にくい。死亡データの質が非常に問題です。死亡診断書だけでは難しいので、チャイルド・デス・レビューをきちっとして、死因が分かるようなシステムを構築しなければならない。また、いろんなところに死亡のデータがあり、法医学のデータ、警察のデータなど、それらがなかなか一緒に検討できない。これは奥山先生からお話があった通りであります。

ということで、私のほうでも不慮の事故について、きちっとしたシステムを作ろうということでこの研究班に加わっているわけです。傷害予防、誰でも大切だと分かっていますし、必要なことだと分かっているのですが、なかなか具体的なアプローチが出来ないんですね。私は開業して毎日患者を診ていますので、目の前の事例をどうやって予防するか、いくつか取り組みをしましたので具体的にお話したいと思います。

この事例は11か月の男の子で、午前9時15分頃、母親は台所で洗い物をしていて、急に泣き声が出たので行ってみたら、乳児用ベッドの中で寝ていたはずの子どもが、畳の上に倒れて泣いていた。吐いてはいないけど心配になって、お昼ごろ私のクリニックにやってきました。見ても分からないですよ。どこを打ったのかも分からない。誰も見てないんですから。ちょっと頭の左側が赤いかなくらいでよく分からない。こんな事例は、日本中の小児科医は毎日何例か見ているはずです。一日に100~200件は発生しているわけですよ。吐いたりしてなくて、手足の動きもよければ、48時間様子を見てくださいと言って、それで帰しているわけですね。

これは、私のカルテの記載ですが、ここの2行が当日の記録です。6月9日9時15分ごろ転落？、手足も大丈夫だし歯も大丈夫だし、特に骨折の症状もなさそうだからと、この2行書いて、いつもはこれで帰している。お母さんには「気をつけて下さい」と言って