

の連絡がいずれにおいても6割あり、この時期の保健機関と医療機関の連携が始まってきている結果と読み取ることができる。また、保健師の訪問も7割から8割実施されている。しかしこのように医療機関連携、保健師の家庭訪問が実施されても死亡が発生している。保健機関が関わりを持ちながら死亡に至った事例についての親の背景、関わりの内容など詳細な事例検討がさらに必要であると考えられる。

死亡事例等検証報告書の目的は、どの報告書にも個別事例の検討を通して、虐待に関わる機関の支援における共通した課題を抽出し、再び重篤な虐待事例が発生しないよう、具体的な対応策を導き出すこととされている。しかし、今回の分析から、検証報告において保健機関での妊娠期や出産後の関わりについての情報が十分ではないことが示された。保健機関の情報は発生予防において重要な内容である。その重要性について明らかにすることが早急の課題である。

さらに、関わっていても虐待が発生している事例について、これまでの支援でいいのか、どのような関わりが必要なのかについて、子どもの発育・発達の状況、親・家族アセスメント、関係機関との連携方法などをさらに検討していくことが必要である。

## E. 結論

地方自治体の児童虐待死亡事例等検証報告から0-3歳事例、0歳児事例について分析を行った。

妊娠中の状況の記載なしが約6割、出産後の状況の記載なしが0-3歳事例で約3割、0歳事例で1割強あり、今後、検証において妊娠・出産、新生児期、乳幼児期の情報を加え予防を検討していくことが課題である。

## F. 研究発表

なし

## (参考文献)

ゆい・ブライン他著/上野昌江・山田和子監訳：保健師・助産師による子ども虐待予防 CARE プログラム。明石書店、2012; Browne K., Douglas J., Hamilton C. & Hegarty J. : A Community Health Approach to the Assessment of Infants and their Parents; The CARE Programme. Wiley, 2006

厚生労働省雇用均等・児童家庭局：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)。2010

## (データ収集した検証報告書)

〈0-3歳事例検証報告〉	
平成23年度	平成22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 栃木県死亡事例検証報告書 静岡県死亡事例検証報告書 大阪市における乳児死亡事例検証結果報告書 湖南市における乳児死亡事例検証結果報告書 堺市子ども虐待事例検討意見書 兵庫県死亡事例検証報告書 東京都検証報告書(中間まとめ) 岡山市死亡事例検証報告書 京都府死亡事例検証報告書 大阪府死亡事例検証報告書 大分県虐待が疑われる重大事例等検証報告書(概要)
平成24年度	奈良県死亡事例検証報告書 山口県乳児死亡事例検証報告書 平成23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 横浜市平成23年度児童虐待死亡事例検証報告書 千葉県柏市死亡事例検証報告書
〈0歳事例検証報告〉	
平成20年度	乳児遺体遺棄事件に関する京都市の対応のあり方についての検証結果報告書
平成21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 宮城県児童虐待死亡事例検証報告書 宮崎県児童虐待等死亡事例検証報告書
平成22年度	福岡市児童虐待による死亡事例等検証報告書 堺市子ども虐待事例検証報告書 沖縄県児童虐待死亡事例検証報告書 新潟県児童虐待死亡事例検証報告書
平成23年度	平成22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 大阪市における乳児死亡事例検証結果報告書 湖南市における乳児死亡事例検証結果報告書 堺市子ども虐待事例検討意見書 京都府これからの児童虐待対策への提言 門真市における乳児死亡事例検証結果報告書 大分県虐待が疑われる重大事例等検証報告書(概要)
平成24年度	山口県乳児死亡事例検証報告書 平成23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 横浜市平成23年度児童虐待死亡事例検証報告書

厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

分担研究報告書

子供の死に直面した家族への介入に関する文献的研究

研究分担者 米本 直裕 国立精神・神経医療研究センター  
協力研究者 遠藤 香 国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

チャイルド・デス・レビューの実施における問題として、子供の死に直面した家族へのケアの問題がある。子供の死に直面した家族への介入の効果について、文献データベースを用いた系統的レビューを行った。介入のほとんどは心理社会的な介入であり、個人だけでなく、集団で行うものも多かった。どのようなサポートやケアを行うべきか、今後十分に検討する必要があると思われる。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビューの実施における問題として、子供の死に直面した家族へのサポートやケアの問題がある。子供の死に直面した家族は心理的な負担が増しており、さらにはうつ病、不安障害、PTSDなどの精神疾患を発症している場合もありうる。本研究では、子供の死に直面した家族へのケアとしてどのような介入が可能であるのか、検討した。

B. 研究方法

文献データベース(PubMed, Psychlit, CHINAHL)を検索し、該当する文献を検索した。(非ランダム化を含む)介入研究を対象とし、介入の種別を分類した。

C. 結果

データベースでの検索から、124の文献が抽出され、そのうち21件が該当した。相談援助が5件、カウンセリングが4件、心理療法が2件、集団精神療法が2件、ピアサポートが1件、自助グループが1件、心理療法+自助グループが1件、電話相談が1件、危機介入が1件、ガイダンス提供が1件、薬物療法が2件、であった。介入のアウトカムは悲嘆反応やうつ尺度などの心理学的指標がほとんどであった。(表)

D. 考察

介入は様々ではあるが、ほとんどは心理社会的な介入であり、個人だけでなく、集団で行うものも多かった。エビデンスの質は高くなく、対象者の背景にはかなりのばらつきがみられた。チャイルド・デス・レビューの体制構築に合わせて、どのようなサポートやケアを行うべきか、実施場所、方法などについて、諸外国を参考に、十分に検討する必要があると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表

研究報告	介入
Hensley et al.(2009)	薬物療法
Murphy et al(2002)	相談援助
DiMarco et al.(2001)	相談援助
Zygmunt et al.(1998)	薬物療法
Murphy (1997)	相談援助
Heiney et al.(1995)	相談援助
Videka-Sherman et al.(1985)	自助グループ+心理療法
Aho et al.(2011)	ピアサポート
Heidi et al.(2006)	ガイダンス提供
Murray et al.(2000)	カウンセリング
McComish et al.(1999)	集団精神療法
Murphy et al. (1998)	相談援助
Rodgers et al. (1982)	自助グループ
Kaunonen et al.,(2000)	電話相談
Williams et al., (1979)	危機介入
Piper et al., (2001)	集団精神療法
Sireling et al.,(1988)	心理療法
Lilford et al. (1994)	カウンセリング
Forrest et al., (1982)	カウンセリング
Lake et al., (1987)	カウンセリング
Kleber and Brom (1987)	心理療法

厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)

「我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究」

分担研究報告書

米国におけるチャイルド・デス・レビューに関する法制度、ならびに  
米国における多機関連携チャイルド・デス・レビューのメンバー構成について

研究分担者	奥山 真紀子	国立成育医療センター子どもの心診療部
研究協力者	藤田 香織	藤田・戸田法律事務所、横浜弁護士会
	飯島 奈津子	よこはま山下町法律事務所、横浜弁護士会
	山田 不二子	特定非営利活動法人子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
	溝口 史剛	群馬大学大学院小児科学分野、済生会前橋病院小児科

研究要旨 日本におけるCDR制度の導入を念頭に、アメリカ合衆国各州におけるCDRにまつわる法制度の概要・特徴を調査し、報告する。ならびに米国の多機関連携でのチャイルドデスレビュー施行のチームメンバー構成につき、合わせて調査し、本邦におけるチームメンバー構成につき考察した。米国CDR州法の枠組みに関する一覧を作成し、その過程で理解が深まった実現に向けての法的な枠組みについて、西澤分担研究班の中村弁護士と協力のもと、ガイドラインにその知見を反映させた。

実際には、現行の刑事訴訟法、警察官職務執行法、地方公務員法、個人情報保護法等のもと、多機関連携の枠組みでCDRを構築することはかなり困難であり、新法の制定が必要と考えられた。

A. 研究目的

日本におけるCDR制度の導入を念頭に、アメリカ合衆国各州におけるCDRにまつわる法制度の概要・特徴を調査し、報告する。ならびに、米国の多機関連携でのチャイルド・デス・レビュー施行のチームメンバー構成についても、合わせて調査し、本邦におけるチームメンバー構成を考察したので、その結果を報告する。

B. 研究方法

アメリカ合衆国全州において、CDRについて定めた法文、ならびに、メンバー構成の情報を収集し、分析検討した。米国の各州のほぼすべてのCDRチームはホームページ

にてその実施方法を公開している。法文やメンバー構成につき広報している州も多い。情報の入手は主にホームページから行ったが、合わせてSIGCA (Special Interest Group on Child Abuse) -MLという、虐待専門医間のリストサーブに情報の提供を呼びかけ、そこから得られた情報を統合した。

C. 研究結果

I. CDRに関する法制度

1 CDRの検証対象について

(1)アメリカでは、18歳未満の子どもの、予期できない・説明できない突然死 (unexpected, unexplained, sudden death) 全般についてレビューの対象とする州

(アラバマ、アーカンソー、ウェストバージニア、ミシシッピなど)と、虐待が疑われる子どものケースにレビュー対象を絞っている州(カリフォルニア、ノースダコタ、オハイオ、オレゴンなど)とがある。比較すると、後者の州の方が、数としては多いようである。しかし、レビュー対象を絞る場合、虐待の疑いなしとの記録が検視官などによって作成されることを条件とするなど(カリフォルニア、ノースダコタ、オハイオ、オクラホマ、オレゴン、テキサス、ワシントン、ミネソタ、ネバダ、カンサスなど)、「虐待の疑いがない」とされることについて一定の条件を要求している。

なお、1歳以下の子どもの場合、全件解剖をすることとしているとする州(カンサス)、死亡ケースだけに限定せずに、死亡に至りかねないほどの重篤ケース(near fatality)も含めるとする州(ニュージャージー、デラウェア、マサチューセッツ、メリーランドなど)もある反面、さらに調査対象を絞り、公的養護下の子、ケース継続中の子、死亡12ヶ月以内に虐待調査のあった子に調査対象を絞る州(イリノイ)もあった。

(2) 警察の捜査との関係について見てみると、そもそも刑事捜査がない場合に限りCDR 検証を実施する州(アラスカ、ニューヨーク市)、捜査中のケースは捜査が終わってからCDR による検証を実施するとする州(イリノイ、デラウェア)もある。また、検証後、検証結果を警察もしくは検察に通知するとする州もある(カンサス)。

(3) 年齢要件は、18歳未満とする例が多いものの、24歳(ニューメキシコ)、16歳

(インディアナ市)、14歳(ルイジアナ)、13歳(ニューヨーク市)を区切りとする例もある。

## 2 情報収集

(1) CDR チームへの情報提供の方法については、州によって比較的顕著な違いが見られた。半数程度の州が医療機関の情報提供義務を定めており、監察医に情報提供義務を定める州も多かった。

(2) 警察の捜査情報については、特段制限をつけずに開示を求められることができる州(サウスカロライナ、テネシー、ミネソタ等)と、捜査中・進行中の情報についてはCDR に開示しないとする州(アリゾナ、ネブラスカ等)とがある。また、警察とCDR チームが互いに情報提供をしようことを定めている州(カリフォルニア)もあった。

## 3 CDR メンバーの守秘義務等

CDR メンバーに、刑事罰を伴う守秘義務を課している州は多い(アリゾナ、ニューメキシコ、コロラド、ウェストバージニア等)。また、特定の子どもの情報についてはCDR の調査結果を情報公開の対象としない(イリノイ、アラバマ、アリゾナ、カリフォルニア等)、民事・刑事上の開示請求の対象外とする(イリノイ、アラバマ、アリゾナ、アーカンソー、アラスカ等)、CDR メンバーを証人請求の対象外とする(アリゾナ、サウスカロライナ、ミネソタ等)といった形で、情報を開示しないといった措置が執られている州は多い。CDR ではかなり広範囲に情報収集を行っているため、情報をCDR 以外に開示しないことが情報収集の対象機関

との関係で必要となっているといえよう。

なお、コロラド州のように、CDR の情報が被告人（虐待者とされる者）の無罪を立証する書類である場合には開示されるという規定を置いている州もある。

#### 4 その他

アメリカにおいても、予算や CDR のメンバーやスタッフの日当について明文で規定している州は少ないが、アラバマ、カリフォルニア、アリゾナ、ニュージャージー、コロラド、コネチカット、メリーランド等で規定があった。

また、検証結果の報告を開始すべき期限や調査結果の報告をすべき期限を明確に規定している州もある（イリノイ、ケンタッキー、ルイジアナ）。

## II CDR のメンバー構成について

アメリカでは、様々な分野の専門家がチームを組み、子どもの死亡事例についての調査を行う。

(1) 各州によって構成メンバーは異なるが、ほとんどの州で構成員に監察官・警察・検察官といった刑事司法関係者が必要的に入っていることが注目される。また、家庭裁判所関係者が入るとする州も散見される（アリゾナ、ミズーリ、デラウェア、メリーランド、インディアナなど）。警察も、単に警察というにとどまらず、児童虐待事件の捜査経験のある警察官、児童虐待の特別捜査員という指定がある州もある（アラスカ、バーモント、ニュージャージーなど）。

(2) また、アメリカでは、行政関係者も必ずメンバーに入っているが、児童相談所関係以外にも、保健関係部署、ソーシャル

サービスの関係部署、女性・子どもの健康に関する保健関係部署、健康状態の調査や計画を行う保健関係部署、教育関係の部署、経済安全の部署（発育障害・子ども家庭サービス）、子ども局などと、参加部署がきめ細やかに指定されていることが多く、部署間の連携の問題など有効に検証されることが期待される。

(3) 医療関係者についても、単に医師とするのみならず、監察医、小児科医、家庭医、SIDS 専門の小児科医、児童虐待専門の医療者、児童虐待の経験のある小児科医、児童虐待分野で経験のある精神科医、救急医、小児救急の専門医、新生児もしくは周産期専門医、看護師、助産師などが挙げられている。また、同じ専門医でも 2 名以上でないといけないとする州もあり（メリーランド）、専門家といっても意見が分かれ得ることを意識していることがうかがわれる。

(4) また、分野を異にする様々な専門家（experts）をチームに加入させるという点では、ほとんどの州で一致していた。例えば、法医学者、メンタルヘルスの専門家、犯罪学者、トラウマの専門家、公衆衛生の専門家、心理士、犯罪学者などの専門家メンバーが挙げられている。さらに、市民団体の代表者や民間の活動家（子どもの支援ネットワーク、子どものオンブズパーソン、虐待を受けた子どもや虐待加害親のサポートグループなど、子ども虐待・レイプ・DV 委員会代表、妊婦の健康促進を援助する民間活動グループなど）を積極的に入れる州（メリーランド、ニューヨーク）がある。

弁護士・弁護士会・子どもの弁護士も、よくメンバーとして挙げられている。

(5) その他、州によって様々なメンバーが規定されており、教員や教育・学校関係者、消防署(モンタナ)、医療保険業界の関係者(メリーランド)を入れている例もある。また、専門家以外に、一般市民をメンバーに入れている州もある(アラバマ)。立法政策を提言するということが検証目的に挙げられている関係からか、議員がメンバーになっている例もある。

アメリカ独特のメンバーと思われるものとしては、聖職者、マイノリティーの代表者(ネイティブアメリカン、部族政府関係者)を入れる州(アリゾナ、オクラホマ)、軍の家族支援プログラム代表者、軍の基地関係者などがあつた。

(6) 以上の米国の CDR 体制を踏まえ、本邦において多機関での CDR を施行する際には、

#### A. 必須メンバー

最低でも、以下のメンバーが CDR チームに含まれることが推奨される。

- ・ 法医学者ないしは監察医
- ・ 警察本部
- ・ 地方検察庁
- ・ 児童相談所
- ・ 保健所
- ・ 子どもの発達を熟知している小児科医もしくはその他の医師

#### B. コア・メンバー

さらに、以下のメンバーも CDR チーム含まれることが推奨される。

- ・ 消防署救急隊

- ・ 医療機関
- ・ 精神保健福祉センター
- ・ 学校もしくは教育委員会
- ・ 保育所

CDR チームは、その地域の実情に応じて、必要とされる職種や参加可能な人材が異なるが、通常は 20 人以下である。

#### C. 補足的メンバー

上述したメンバー以外にも、次のような職種が CDR チームに加わることがある。すなわち、補足的メンバーとは、

- ・ 新生児科の医師
- ・ 死亡事例が発生した所轄警察署
- ・ 子どもの権利擁護センター(子ども虐待アセスメントセンター)
- ・ 配偶者暴力相談支援センター
- ・ 行政官

などである。

#### D. ケースに応じて参加するアドホック・メンバー

必要に応じて、CDR ミーティングに参加できる職種を決めておくとよい。この臨時メンバーは、常設チームには加わらないため、常設メンバーの人数を必要最小限に抑えることができる。臨時メンバーの人たちは、自分が直接関与したケースのミーティングだけに参加することになるが、彼らが参加することで非常に貴重な情報を得ることができる。

アドホック・メンバーとは、

- ・ 死亡事例に直接関わった児童福祉司
- ・ 死亡事例に直接関わった警察官
- ・ 死亡した子どもの家族を支援した犯罪被害者アドボケイト

である。

#### D. 考察

##### 日本への導入にあたっての考察

###### 1 CDRの検証対象について

現在日本では、児童虐待防止等に関する法律第4条第5項に基づき、「児童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」（以下、「重篤事例等」という）について検証が行われているが、検証対象となるにあたり、「児童虐待を受けた」ことが前提とされてしまっており、一見しただけでは児童虐待があったことがわからないケースは対象から外れてしまう。重篤事例等検証委員会の設置主体（地方公共団体）が「児童虐待を受けた」とみなさない場合には、検証されないことになってしまい、設置すべきか否かの判断については検証の機会がない。

子どもの死亡を予防する対応策を立てるといふ趣旨からは、隠された原因を見逃さないことが重要であることは言うまでもなく、そのためには検証の対象を「虐待を受けたこと」を前提とせず、死亡事例全件とするのが望ましい。たとえ、一足飛びに死亡事例全件を対象とすることが困難でも、せめて、虐待を受けた疑いがないことについて一定の客観的要件を求めるべきであろう。

###### 2 CDRの情報収集について

日本においては、CDRと警察とでは情報収集の目的が異なるため、捜査情報を開示することに警察が消極的となる可能性が高い。従って、日本で仮に、CDRへの情報開示規定を置くとしても、アリゾナ、ネブラスカ州と同じように、捜査中・訴訟継続中の

情報については捜査機関の開示義務を解除するような規定を置かざるを得ないであろう。しかし、捜査や刑事裁判の進行に支障がない情報や、捜査や裁判が終了して、もはやそれらに支障がない段階となった後は、刑事司法上の情報もCDRに提供されてしかるべきである。

この点、日本の重篤事例等検証委員会では、刑事裁判の情報（起訴・不起訴及びその時期、公判予定、判決結果、判決確定日等）も、報道や傍聴によってしか取得できない実情にあり、刑事裁判の進行と重篤事例等検証の実施時期との関係についても特段の規定はない。刑事司法関係者が構成員に加われば、これらの情報がCDRに提供されるようになるものと推定されるが、それまでの間は、CDRの問合せに対して刑事司法機関（裁判所・検察庁）が情報を提供できるような規定を整備すべきと考える。

また、CDRが裁判所に対して、裁判所から各機関に文書等の開示命令を出すよう、上申を行い、裁判所から各機関に文書等の開示命令を出すといった方法をとる州もある（ネバダ、コネチカット等）。この方法は、日本においても文書送付嘱託や調査嘱託制度の利用といった形で導入できるのではないかと考えられる。

###### 3 CDRのメンバー構成について

日本での重篤事例等検証委員会については、構成員について法律上の規定はなく、「外部の者（当該事例に直接関与した、ないし、直接関与すべきであった組織の者以外の者）で構成することとする。また、会議の開催に当たっては、必要に応じて、教育委員会や警察の関係者の参加を求めるものとする」との厚労省通知があるのみであ



る(平成20年3月13日雇児総発第03140002号)。

警察や監察医といった刑事司法関係者が重篤事例等検証委員会の構成員に入ることとは少なく、警察からの協力も得やすい状況とは言えない。調査能力という点では、警察・検察の力は大きく、また、死因については監察医等の法医学者による検証が必要不可欠である。従って、CDRにおいては、重篤等事例検証よりも一歩踏み込んで、警察や法医学者を最低でも構成メンバーに入れる必要性がある。

また、そもそも、重篤事例等検証委員会の構成メンバーの数が少ないことが多く、多角的・学際的な検証としてもっと充実させる工夫が必要である。

児童虐待の防止等に関する法律第四条第1項には、「関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化」が規定されているので、子ども虐待・ネグレクトの死亡事例検証については、多機関・多職種連携について法的根拠が担保されている。

しかし、事故死や自殺等の検証については、多機関・多職種連携を合法化する法律が存在しない。

また、たとえ、子ども虐待・ネグレクトについては、関係省庁相互間その他関係機関の連携が法律で定められているとしても、これだけで、個人情報保護法や各自治体が定める個人情報保護条例、および、警察官職務執行法・刑事訴訟法等の法令に抵触せずに、省庁の壁を越えた多機関・多職種連携チームによるCDRを構築できるかという点に関しては、コンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

まずは、この状況を打破するために、予防できる子どもの死亡を防ぐためにはCDR

が必要であることを関係省庁が認識できるよう真剣な国家的議論が求められる。

#### E. 結論

今回、米国 CDR の法体制やメンバー構成について精査し、考察を加えて提示した。本分担研究によって得られた知見は、他の分担研究班メンバーとも共有し、『わが国におけるチャイルド・デス・レビュー・ガイドライン』として編纂した。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 なし

## 第3回 公開シンポジウム

ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

— 「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、その背景を知ることから始まる—

# ～第3回 公開シンポジウム～

## ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

—「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、その背景を知ることから始まる—

わが国の乳児死亡率は世界一低い水準です。しかし1～4歳の死亡率は、先進国内では高い水準が続いています。これは、医学医療の進歩に比して、事故・虐待・心中心などの「予防できる子どもの死亡」を減らす対策が遅れていることを示唆しています。少子化が進み、ひとりの子どもの命が以前に増して大切になっているわが国にとっては、「予防できる子どもの死亡」をなくすことは重要な課題です。欧米諸国では「子どもの死亡検証制度チャイルド・デス・レビュー」をつくり、ひとりひとりの子どもの死の状況や背景を分析して予防に成果を上げている中、わが国もこの制度が必要になってきています。

本班の公開シンポジウムは、一昨年はわが国でも「子どもの死亡検証制度」が必要であることを各領域から論じ合い、昨年はわが国の諸領域で始まっている死因究明に関する動向について情報交換を行いました。

今年度は、児童虐待防止法で義務化されて全国で行われるようになった自治体の児童虐待死亡検証と、試行が始まったチャイルド・デス・レビューについて学び、今後の制度創設について考えたいと思います。「予防できる子どもの死亡をなくすこと」を願っている医療・保健・福祉・教育・司法関係者の参加を期待しています。

### ～プログラム～

テーマ **チャイルド・デス・レビュー (CDR) は何をなそうのか？**  
—活動を始めた検証から学び、次への発展へ—

シンポジウムⅠ：自治体の児童虐待死亡検証から見る実態と今後の課題 13:10～  
制度説明、座長：奥山 眞紀子（国立成育医療研究センター こころの診療部長）

- 
1. 自治体の死亡検証の動向と課題 川崎 二三彦（子どもの虹情報研修センター 研究部長）
  2. 弁護士として参加して 岩城 正光（あかつき法律事務所）
  3. 保健師の役割と課題 上野 昌江（大阪府立大学 看護学部教授）
  4. 心理学的死亡検証の意義と発展への課題 西澤 哲（山梨県立大学 人間福祉学部教授）

シンポジウムⅡ：わが国で始まった CDR 試行一期待できる成果と実現へのハードル 14:50～  
座長：森 臨太郎（国立成育医療研究センター 成育政策科学研究部長）

1. 海外の CDR とわが国の試行計画 森 臨太郎（国立成育医療研究センター 成育政策科学研究部長）
2. 医療機関での実施方法と試行結果 濱口 史剛（済生会前橋病院小児科）
3. 医療現場で見る予防できる死亡と死因究明の動向 山中 龍宏（緑園こどもクリニック 院長）
4. 子どもの異状死の死因究明の立場から 福永 龍繁（東京都監察医務院 院長）

討 論 座長：奥山 眞紀子、森 臨太郎 16:30～

日 時：平成24年12月24日（月・祝）13時～17時

場 所：東京女子医科大学 弥生記念講堂（裏面地図参照）

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1（都営大江戸線 若松河田駅下車 徒歩5分）

参加費：無料

※お申し込み方法 別紙登録票をメールにて事務局までお申し込みください。（12/14締切 先着順）

主 催：平成24年度厚生労働科学研究 我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究班 研究代表者 小林美智子

共 催：東京女子医科大学母子総合医療センター

後 援：社団法人 日本小児科学会

事務局：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 総務・人事グループ 小林明子

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 メール：koba8shi@mch.pref.osaka.jp

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

～第3回 公開シンポジウム～

ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

－「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、その背景を知ることから始まる－

日時：平成24年12月24日（月・祝）／午後1:00～5:00

場所：東京女子医科大学 弥生記念講堂

プログラム

テーマ チャイルド・デス・レビュー（CDR）は何をなしうるか？

－活動を始めた検証から学び、次への発展へ－

シンポジウムⅠ：自治体の児童虐待死亡検証から見る実態と今後の課題

制度説明・座長：奥山 眞紀子（国立成育医療研究センターこころの診療部部长）

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| 1. 自治体の死亡検証の動向と課題     | 川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター 研究部長） |
| 2. 弁護士として参加して         | 岩城 正光（あかつき法律事務所）          |
| 3. 保健師の役割と課題          | 上野 昌江（大阪府立大学看護学部教授）       |
| 4. 心理学的死亡検証の意義と発展への課題 | 西澤 哲（山梨県立大学人間福祉学部教授）      |

シンポジウムⅡ：わが国で始まった CDR 試行－期待できる成果と実現へのハードル

座長：森 臨太郎（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部部长）

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. 海外の CDR とわが国の試行計画      | 森 臨太郎（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部部长） |
| 2. 医療機関での実施方法と試行結果        | 溝口 史剛（済生会前橋病院小児科）              |
| 3. 医療現場で見る予防できる死亡と死因究明の動向 | 山中 龍宏（緑園こどもクリニック院長）            |
| 4. 子どもの異状死の死因究明の立場から      | 福永 龍繁（東京都監察医務院院長）              |

小林 皆様こんにちは。お休みの中、それもクリスマスイブにお集まりいただき、ありがとうございます。私はこの会議の主催である「我が国における CDR に関する研究班」研究代表の小林です。どうぞよろしく願いいたします。

CDR を日本に作ることを目標に研究を3年

間行なってきました。CDR というのは、「子どもの予防できる死亡を減らす、なくす」ことを目標に、子どものひとりひとりの死について、予防可能性を分析していくという作業をするというシステムです。これはアメリカに始まり、欧米諸国ではいくつもの国で出来ていますが、日本はまだ出来ていません。

もう実施している国では、「何をすればどうい  
う予防が可能か」ということを、具体的に出  
して、その対策を行政や医療機関や関与機関  
にいろいろ提案して、実際に施策として進め  
ていくということをしています。

日本でも、そういうものを作る必要がある  
のではないかという議論が最近始まっていま  
す。皆さんご存知と思いますが、日本の乳児  
死亡は世界に誇れるほど低率です。しかし幼  
児死亡や学童死亡は、先進国の中で、決して  
低いほうではない。その中に予防可能な死亡  
というものがある。欧米ではそれを減らすと  
いうことを具体的に行い、死亡率を下げている  
のです。そこで言う予防可能な死亡という  
のは、事故死とか、虐待を含む他殺とか、自  
殺等というのが主な対象になってきます。こ  
の研究班は3年間、そういうことが日本でど  
うしたらできるだろうかということを検討し  
て、ガイドラインを3月末には出すつもりで  
す。その時には是非参考にさせていただきたい  
と思います。この研究班の、公開シンポジウ  
ムはこれで3回目です。

第1回は、予防できる死亡を減らす CDR  
が日本にも必要なのではないか、というこ  
とで、いろんな関係者からお話いただきました。  
そして次の年には、子どもの死因究明の  
動きについて、いろいろ教えていただくとい  
う内容で行いました。そして今日は、この3  
年間の研究班の総まとめの内容で開催をさせ  
ていただきます。シンポジウムは2本立てに  
なっていますが、シンポジウムⅠは、自治体  
の児童虐待死亡検証における実態と今後の課  
題ということで、虐待の死亡検証の中からの  
現在の到達と課題ということでお話いただ  
く内容です。

シンポジウムⅡは、日本でCDRの制度を作

るとしたらということで、この研究班のなか  
で試行を準備してきて、やっと試行が始まり  
ました。その試行を準備している中から、期  
待できる成果と実現へのハードル、というこ  
とで行なう予定です。1時～5時までの4時間  
で、とても濃厚な内容になると思いますが、  
よろしくお願いいたします。

それぞれのシンポジウムにつきましては、  
シンポジウムⅠは奥山眞紀子先生に座長をお  
願ひしています。奥山眞紀子先生は、成育医  
療研究センター「こころの診療部部长」です。  
シンポジウムⅡの座長は成育医療研究セン  
ター成育政策科学研究部部长の森臨太郎先生に  
お願いしています。ここからあとは、お2人  
にお任せしたいと思います。この4時間に、  
ここにお集まりいただいた皆さまを含めて、  
子どもの死亡について考え、そして日本でど  
のような機能・制度を作れば、「死亡を減らす」  
ということができるのか、ということを一緒  
に考えていただきたいと思います。最後の時  
間に、シンポジウム・シンポジスト全体をあ  
わせた討議を予定していますので、皆さんの  
ご意見、ご質問、ご指摘をお聞かせいただ  
けたらと思います。また、このアンケートに  
是非記入してお帰りいただきたいと思います。  
このアンケートは、去年もおととしも、集計  
させていただき、皆さんのご意見を含めて報  
告書の中に盛り込んでいます。アンケートは、  
このシンポジウムの冊子の中にも入れていま  
すので、ぜひ書いてお帰り頂きたいと思いま  
す。

奥山眞紀子先生よろしくお願いいたします。

奥山 シンポジウムⅠでは、自治体の児童虐  
待死亡検証からみる実態と今後の課題とい  
うことでシンポジウムを進めたいと思いま  
す。

平成 16 年、法改正に基づきまして、国が検証をはじめました。検証することにより、いろんなことが分かってきました。それで、乳児の早い時期の死亡が多いということで、「こんにちは赤ちゃん事業」が始まり、そして要保護児童対策地域協議会が非常に重要だということを書いてきたりしました。また、妊娠期の問題が非常に重要だということが分かってきて、要保護児童対策地域協議会が、妊婦さんも対象にする、特定妊婦という言葉になると思いますが、そういう法改正がなされてきました。実際の検証に携わりましたけれども、本当に学ぶことが多くて、これは私たちが申し訳ないくらい学ぶことがあって、そして、これをきちんと検証していただいて、皆さんで、亡くなった子どもの声を聴き、学び、そこから対策を立ち上げてほしいという声がありました。平成 19 年の改正で、自治体での検証というのが、児童虐待防止法の中で行なわれるようになりました。こういう背景があり、今回は、自治体での検証ということに関しまして、いろんな立場からご意見を頂き、シンポジウムを進めていきたいと思っております。シンポジストの皆さまは、何らかの形で国の検証に携わってきた先生方でございます。それぞれ 20 分ずつの発表ですので、少し時間が余りましたら、最後に、シンポジウム I に関するご質問を受けたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

では最初に、「自治体の死亡検証の動向と課題」、子どもの虹情報研修センター研究部長の川崎先生にお願いいたします。川崎先生は児童相談所にもおられて、虐待に関しては非常によくご存知の方でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

川崎 ご紹介いただきました子どもの虹情報研修センターの川崎と申します。20 分という時間ですので簡潔に報告したいと思います。私に与えられたテーマは「自治体の死亡検証の動向と課題」ということになっています。この CDR の研究は 3 年間ですけれども、私のほうは、3 年目の今年、自治体の死亡事例に関する検証報告についての検討を行なうこととしました。検証報告書の収集については、すでに厚労省と各自治体とでやり取りをし、たくさんの検証報告が子どもの虹情報研修センターのホームページにアップされていますが、そのほか独自に収集したものでか、あるいは自治体に問い合わせをして、ご協力いただいたものもあります。今回あらためてそうしたご協力に感謝申し上げます。

さて、今回、研究の対象にした報告書というのは、虐待防止法が施行された平成 12 年 11 月 20 日から、平成 24 年 3 月末までの間に出版されたもので、「検証」という名前がついていないものも含めて収集をいたしました。その結果ですが、2000 年度に発行された報告書はございませんで、2001 年度になって 1 件ございました。後で申し上げますが、もしかするとこれが、我が国における検証・検討の最も古いものかもしれません。2002 年度はなかったんですが、2003 年度、2004 年度、2005 年度と少しずつ出されるようになりました。

それが 2008 年度になりますと、収集した報告書の件数が増えてまいります。さきほども奥山先生がおっしゃっていましたが、2008 年 4 月 1 日からは、重大事例の検証が義務となりましたので、その影響ではないかと思っております。なお、心中事例についてはそれまでほとんどない状況でしたが、収集した報告書の中では、2009 年度に初めて出てきました。

報告書の数は 111 本ありました。1 つの報告書のなかで、いくつかの事例を扱っているものや同じ事例について県や市などから複数の報告書が出されているものもあり、事例数では 145 事例。きょうだいが同時に亡くなっているケースもありますので、事例数としては 150 人ということになっています。ただし、18 歳を超えていて児童ではない者が 2 人ありました。いずれも、児童期からの長期監禁事例で、社会的にもかなり話題になったものです。また、ここには生存しているお子さんも 23 人含まれています。したがって死亡している子どもさんは 127 人です。

ところで、厚生労働省は、死亡事例、重大事例について毎年検証報告を出しているわけですが、心中以外で 50 人前後、心中事例を入れると 1 年間に 100 近い子どもが亡くなっているといわれています。そうすると、私たちが収集した検証報告の数はかなり不足しています。しかしこの原因は、収集できなかったというより、そもそも検証が行われていないことによると考えられます。事実、厚労省の第 8 次報告をみます、検証を実施したというのは 20%、実施中が 7%、実施していないというのが 73% となっています。つまり、虐待死としてカウントされている子どもたちの 3/4 近くは検証が行われていないということになります。そこで、なぜ検証が行われていないのかということ念頭に置いて、お話を進めていきたいと思えます。

まず、私たちが収集した報告書を「心中以外」と「心中」の 2 つに分けてみました。すると心中以外の報告が 118 人で 79%、心中は 18 人 (11%) ということになっていまして (他は不明)、心中事例に関する報告は、厚労省の報告数と比較してみても少ないということが

わかります。

次に、(心中事例の報告書は少ないので) 心中以外の子どもの年齢を、これからご紹介したいと思います。0 歳の子どもの報告書は 31 人で 26%、そして 1 歳から就学前の子どもは 57% と半数を超えています、では、国の報告で死亡した (心中以外の) 子どもの人数はどうなっているのでしょうか。0 歳が 44% でした。したがって、0 歳の検証報告数が 26% というのは、実際の死亡数に比べて少ないということが分かります。一方、幼児年齢 (1 歳～就学前) は、死亡数に比較して検証された割合は高くなっています。また、小学生、中学生についても、検証されている割合が比較的高いということになります。

この点を踏まえながら、これから自治体における検証の歴史を振り返り、その動向について考えてみたいと思えます。さきほど申し上げましたが、私たちが収集した中で一番古い事例は、平成 13 年 8 月に発生した兵庫県尼崎市の事例です。ただし検証という言葉は出てきません。本事例については 9 月に緊急提言が行われ、12 月に最終的な提言がなされています。事例内容を詳しく説明する時間はありませんが、簡単に言うと、児童養護施設在籍中の子どもが、一時帰省中に実母と継父に虐待された。そして黒いポリ袋に詰められて捨てられ、運河に浮いていたという事例です。両親は捜索願を出していましたが、その後、虐待が発覚したということで、当時大変な社会的問題になりました。振り返ると、保護者が死体を遺棄しながら捜索願を出した事件というのは、このあと少なくとも 2 件くらい出ていますし、施設に在籍している子どもが一時帰宅し、亡くなった事例というのも他にもあります。いずれにせよ、子どもがこういう

形で亡くなったというのは大変大きな、ショッキングな出来事であり、検討が行われたものと思います。

ただこの検証……、といっても検証という言葉は使われてなくて「緊急提言」となっているのですが、事例概要や援助の経過は示されていません。児童相談所や児童養護施設の今後のあり方についての提言が中心です。

次は岸和田事件で、平成 16 年 1 月に事件が発覚しました。この事件は、皆さんご存知だと思いますが、中学 3 年の男児が意識不明の重体で発見されたということで、関与していた学校や児童相談所に対する社会的批判が集中しました。3 月には、「子どもの明日を守るために一児童虐待問題緊急対策検討チームからの緊急提言」ということで提言がなされています。折しも、国会では虐待防止法の第 1 次改正の議論が行われており、改正内容には、本事件もかなり大きな影響を与えたと思います。実は、この緊急提言を作成するに当たっては、岸和田事件に加えてもうひとつの事例が取り上げられており、これら 2 つの事例は、先ほどの尼崎の事例と違って、事例概要や援助経過がある程度まとめられています。

本研究代表者であり、子どもの虹情報研修センター長でもある小林美智子先生は、岸和田事件を特集した JaSPCAN の学術雑誌「子どもの虐待とネグレクト」に論考を寄せて、次のような趣旨を述べています。すなわち、「虐待死の原因には 4 側面がある、子どもが死に至った、①子どもの身体的側面、②生活状況、③親側の要因、④援助である。しかし②や③の分析は少なく、なぜ死に至る虐待が起こるのかについてはほとんど分かっていない。死亡を減らすためには 4 側面全ての分析が必要である」。この点は、現在でもきわめて大切な

視点ではないかと思っています。

それはさておき、この時の改正で、国および地方公共団体は、「児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行うものとする」とされました。本条項は全くの新設です。この改正も踏まえてのことではないかと思いますが、国は社会保障審議会児童部会の中に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」を立ち上げ、死亡事例等の検証を始めています（第 1 次報告は平成 17 年 4 月に公表）。

さて、次に紹介するのは京都府長岡京市の事件です。これはネグレクトによる死亡ですが、事件は 2006 年 10 月に発生していますので、自治体に検証が義務づけられた 2008 年以前になります。しかし、「社会的に大きな批判を受けており、改善策を考えなきゃいけない」ということで検証が行われました。検証会議は 9 回行われ、国の専門委員 1~2 人が、毎回のようにオブザーバーとして参加しています。その年の 12 月に報告書が出されましたが、この事件は国も非常に大きな問題と認識していたようで、事件後 3 か月で児童相談所指針が改定されています。また京都府は、検証報告を受けて第三者委員会を立ち上げ、5 年間にわたってその報告が出されています。

それから、高知県南国市の事件ですが、内縁男性が加害者でした。また、きょうだいが施設入所しているという虐待事例で、児童相談所も長く関わっていたことなどから県内で大きな批判があり、徹底的に検証しなければならないという認識になっていました。そのためかどうか、県外からも検証委員を選出しており、実は次に報告する岩城弁護士と私が、名古屋と横浜から高知に通って検証会議に参加しました。また、2008 年 6 月に検証報告が



出されていますが、検証報告の後に提言の実施状況を検討するための会議が、その後2年くらいの間に3回くらい開かれている点も特徴ではないかと思えます。

こういう流れの中で、先ほど申したように児童虐待防止法の第2次改正が行われ、「国及び地方公共団体は、児童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の分析を行う」とされたわけです。このとき、検証の具体的な取り組み方について国が通知を出しているのですが、「検証の対象は、都道府県又は市町村が関与していた虐待による死亡事例（心中を含む）全て」とされていました。検証の眼目は、やはり関係機関が関与していながら死亡を防ぐことができなかった事例だったわけです。ですから、大きな批判がある事例については、常に検証が行われ、関係機関の関与がない場合には実施されないということになったのではないかと思います。

ここで、検証が義務化される前の2008年3月に奈良市で発生した事件を紹介します。生後4か月の双子の弟が重症を負い、生後8か月で死亡し、兄も重症を負って後遺症が残るという重大事件です。ただし、通告もされなければ関係機関の関与も一切ないとして事例そのものの検証は行わず、虐待相談件数の増加原因や早期発見できなかった理由などについて調査・分析した報告書を公表しています。

ところで、国は、平成23年7月に先の通知を改正し、検証の対象については「虐待による死亡事例（心中を含む）全てを検証の対象とすることが望ましい」と改めました。また、「死亡した児童及び家族の状況や特性、死亡時点における家族関係及び家族の歴史、経済状況等（特に乳幼児の事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報）」なども収集し、「当該事例の家族の要因等を明

らかに」しましょう（下線が改正部分）、そのためには裁判の傍聴等もし、転居前の住所の関係者からも情報を得ましようといった改正を行っています。

そこで、先の事例と同じ奈良県で2010年に発生した桜井市の事例について報告します。ネグレクトの死亡事例です。これも児童相談所が特別関与していたわけではないのですが、公判を傍聴し、「虐待の発生要因について」といった項目も立てて分析がなされていました。

さきほど、私どもの小林センター長の論文を紹介しましたが、4つの側面、これを総合的に分析することが非常に重要であり、国が出した通知も、その方向をめざしているように感じます。

最後に自治体における検証の、今後の課題だと思われることについて申します。

まずは情報収集についてです。情報収集に関しては、収集される側に義務はないですね。ですから、される側の善意に基づいてしかできないということで、4側面すべてを分析するための情報収集については限界があります。そこは今後の大きな課題になってくると思います。

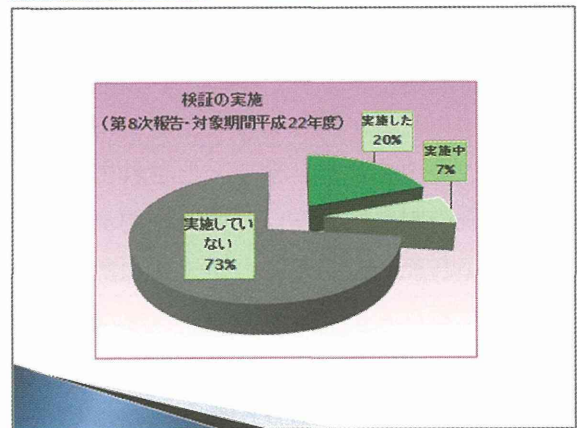
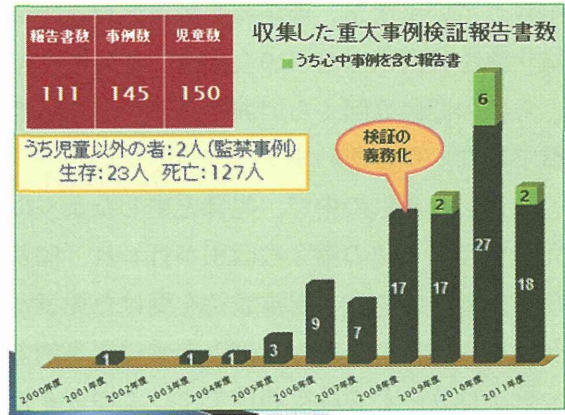
それから、詳細な分析とプライバシーの保護が矛盾するという問題もあります。最近の検証報告の中にも、「プライバシー保護の観点から、個人が特定されないように詳細な記載はしない」と明記されたものもありました。詳しく検証しても、それをどこまで公表することができるのかという点で解決すべき課題があると思います。

その点で驚かされた報告書がありますので紹介します。イギリスのビクトリア・クリン事件に関するレーミング報告です。400ページを超える極めて詳細な報告です。レーミン

グ氏は上院議員で、厚労相の児童家庭局長のような立場にあった方らしいので、地方自治体の検証とは違うかもしれませんが、こういう報告と日本の報告を比べますと、彼我の差は大きいと言わざるを得ません。

また、今後の課題として、検証未実施の問題もあります。先ほど言いましたように、虐待死とされている事例のうち、3/4 近くが検証されていないという現実があるわけですから、この問題をどう扱うかということです。

そういうことを考えますと、全事例を検証の対象にして考えていくという CDR について、もっと真剣に考えられなければならないと思います。若干時間が超過しましたが、とりあえず自治体の死亡事例検証の報告からということで、私の報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。



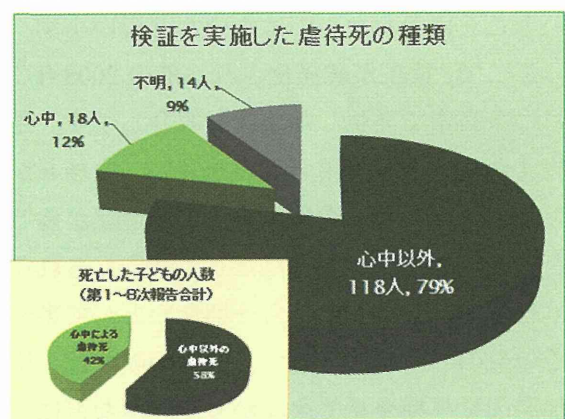
2012/12/24  
東京女子医科大学 跡生記念講堂

第3回公開シンポジウム  
ひとりの死から学び 多くの子どもを守るには

チャイルド・デス・レビューは何をなし得るのか？  
活動を始めた検証から学び、次の発展へ

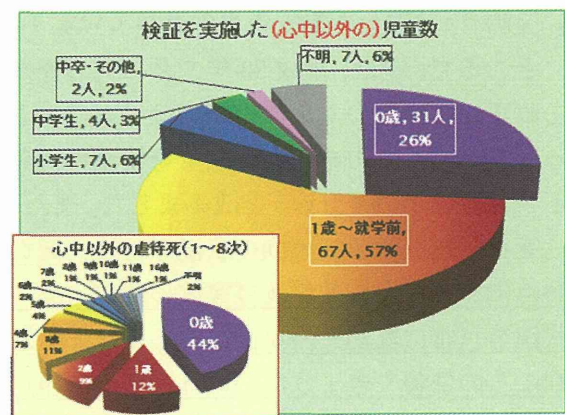
**自治体の死亡検証の動向と課題**

子どもの虹情報研修センター  
川崎 二三彦



地方自治体が行った  
検証報告書の収集

**収集対象期間**  
児童虐待防止法が施行された  
平成12年11月20日から平成24年3月末まで



ここからは  
地方自治体による  
検証の歴史・動向

### 兵庫県尼崎市の事例(平成13年8月発生)

収集した中で  
最も古い報告書

児童養護施設在籍中の小1男児が、一時帰省中に実母と継父から虐待を受けて死亡し、黒いポリ袋に詰められ運河に浮いていたという事件。両親は捜索願を出していたが、その後行方不明となり発見逮捕される。

- ▶ 平成13年9月緊急提言。
- ▶ 平成13年12月提言。
- ▶ 事例概要や援助経過の記載はほとんど見られない。

### 児童虐待防止法第1次改正(平成16年) 第4条第5項の新設

▶ 国及び地方公共団体は、児童虐待の予防及び早期発見のための方策、児童虐待を受けた児童のケア並びに児童虐待を行った保護者の指導及び支援のあり方、学校の教職員及び児童福祉施設の職員が児童虐待の防止に果たすべき役割その他児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行うものとする。

国は「社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」を立ち上げて重大事例の検証を始め、平成17年4月には、第1次報告を公表。

### 京都府長岡京市の事件(平成18年10月発生)

3歳男児が、実父と継母によるネグレクトで餓死した事件。児童相談所は姉を虐待で保護して施設措置していたことや、本児についての通報を何度も受けていたことから、社会的に大きな批判を受けた。

- ▶ 都合9回の検証会議。
- ▶ 平成18年12月 検証報告公表。
- ▶ 国の専門委員が検証会議にオブザーバーとして参加
- ▶ 外部評価委員会の立ち上げ。

### 岸和田事件(平成16年1月発覚)

中3男児が、重度の虐待によって意識不明で発見された事例(生存事例)。児童相談所や学校に対して社会的批判が集中。

- ▶ 平成16年3月「子どもの明日を守るために—児童虐待問題緊急対策検討チームからの緊急提言」
- ▶ →他の事例とあわせて2事例を検討対象に。
- ▶ 事例概要や援助経過を簡潔にまとめている。

### 高知県南国市の事例(平成20年2月発生)

小5男児が内縁男性に暴行を受けて死亡。弟は虐待で施設入所していた。児童相談所等が約1年間与していないながら防げなかったとして県内では大きな批判があった。

- ▶ 平成20年6月検証報告
- ▶ 県外からも検証委員を招いて検証実施。
- ▶ 検証報告後、都合3回、提言実施状況を検討する検証会議が開かれている。

### 岸和田事件は

当時国会で議論されていた児童虐待防止法の第1次改正にも大きな影響を与えた。

虐待死の原因には4側面がある。子どもが死に至った、①子どもの身体的原因、②生活状況、③親側の要因、④援助、である。わが国で今までに多少とも取り上げられたのは、①と④である。しかし、②や③の分析は少なく、なぜ死に至る虐待が起きるのかについてはほとんどわかっていない。死を減らすためには、4側面全ての分析が必要である。  
小林美智子(子どもの虐待とネグレクト 12)

### 児童虐待防止法第2次改正(平成19年) 検証の義務化(第4条第5項の改正)

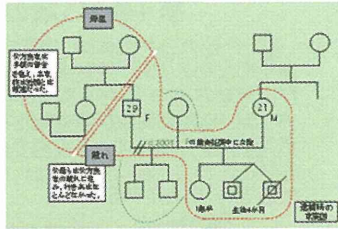
▶ 国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、(中略)その他児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行うものとする。

(赤字部分が追加)

検証の対象は、都道府県又は市町村が関与していた虐待による死亡事例(心中を含む)全てを検証の対象とする。  
「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」(国の通知)から抜粋

奈良県奈良市の事例(平成20年3月発生)

生後4か月の双子の弟が、実父母による激しい暴力の末、心肺停止状態になり、4か月後に死亡。双子の兄も慢性硬膜下血腫で入院し、重い後遺症が残った。



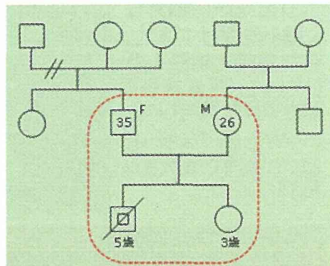
▶ 通告や関係機関の関与が一切ないとして事例そのものの検証は行わず、虐待相談件数の増加原因や早期発見できなかった理由などについて調査・分析し、報告書を公表

「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」の一部改正について(平成23年7月改正)

- ▶ 虐待による死亡事例(心中を含む)全てを検証の対象とすることが望ましい。
- ▶ 当該事例の家族の要因等を明らかにし……
- ▶ 保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録を閲覧請求することも必要である。
- ▶ 転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象とする。
- ▶ 事例を担当していた職員の心理的支援について必要に応じて組織的に取り組むことも必要
- ▶ 提言に対する都道府県の取組状況の報告を基に評価を行い、

奈良県桜井市の事例(平成22年3月発生)

実父母による5歳男児のネグレクト死。ロフトに上げて、他の家族と隔離していた。それまで児童相談所の関与はなかった事例。



- ▶ 平成23年6月検証報告書
- ▶ 公判を傍聴し、虐待発生要因などを記載。

今後の課題

- ▶ ①子どもの身体的側面 ②生活状況 ③親側の要因 ④援助 4側面からの総合的な分析・検証
- ▶ 情報収集の限界をどのように克服するか
- ▶ 詳細な分析とプライバシー保護の矛盾の解決
- ▶ 検証未実施事例の問題－聞から聞へ？
- ▶ 全事例の検証へC. D. Rの必要性、重要性

東京都検証報告  
平成24年12月14日

今年度は、虐待を受けて児童相談所が親子分離を行っていた子どものきょうだい死亡したケースを検証した。  
検証事例については、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たため、概要等について詳細な記載はしないこととした。

2002年クランピア事件についてのレーミング報告

自治体における死亡事例検証の今後の課題

奥山 川崎先生ありがとうございました。続きまして、「弁護士として参加し」ということで、あかつき法律事務所の岩城先生にお願いしたいと思います。岩城先生は国の委員もして活躍しておられましたし、さきほど川崎先生のお話にもありましたように、さまざまな自治体の検証委員としての参加もされています。では岩城先生よろしくお祈いします。