

岩城 こんにちは。メリークリスマス。愛知県弁護士会の岩城です。虐待死亡事例検証に参加させていただいた経験をふまえて、ご報告させていただきたいと思えます。私は、平成16年9月から平成23年6月まで、厚生労働省の社会保障審議会児童部会の「児童虐待等要保護事例の検証に関する委員会」の専門委員を経験させていただきました。

第1次報告は平成17年4月になされました。平成15年7月1日から同年12月末日までの、わずか6か月間に発覚している虐待死亡事例を検証したものであります。私はこの第1次報告のときから、専門委員として関わってまいりました。

第2次報告は、平成16年1月から、同年12月までの1年間に起きた虐待死亡事例の検証です。その後、第3次、第4次とそれぞれ報告がなされています。第2次報告から第4次報告までは、毎年1月から12月までの1年間を基準としていました。

しかし、我が国の統計の多くが、年度を基準としています。例えば、行政統計などとの比較がしづらいという問題がありました。そこで、第5次報告からは、4月から翌年の3月までという年度を基準にすることになりました。したがって、第5次報告は、平成19年1月1日～平成20年3月31日までの15カ月という変則な統計になっているのです。第6次報告(平成22年7月)、第7次報告(平成23年7月)がなされました。私は第7次報告まで約7年間専門委員を経験しました。この専門委員の経験は、私の子ども虐待防止活動に大変に役立つ貴重な経験でございました。

第8次報告は、今年7月に公表されています。とりわけ最近の報告は、「0歳児の虐待死亡事件検証」など、特別な課題に焦点を合わ

せた検証がなされているようになっていきます。私が専門委員を経験していたことからでしょうか、自治体から死亡事例検証をお願いされるようになりました。私が検証委員として、直接関わった検証報告書は、ここにあります高知県と名古屋市でした。

さきほど川崎先生から報告がありましたが、平成20年2月4日、高知県南国市で起きた、小学校5年生男児の虐待死亡事例の検証です。わずか4か月後の、平成20年6月に最終報告がなされています。高知県の検証には、川崎先生も加わっていらっしゃいます。私はこのときの川崎先生の子細なご意見、検証姿勢と、示唆に富むご意見に大変感銘したことを覚えています。

さらに最近では、昨年10月22日に、名古屋市名東区で起きた、中学2年生男子の虐待死亡事例の検証にも加わりました。平成23年11月に検証委員会が立ち上がり、今年の3月に中間報告がなされ、今年の5月7日に最終報告を市長に提出しました。検証委員会そのものは11回、さらにヒアリングとか現地調査をしたので、だいたいその検証委員会の倍の日数をかけて調査をしました。

この名古屋市の検証報告は79頁にわたるもので、大部の冊子になっています。本日はこれを皆さん全員に配布したかったのですが、在庫がありません。名古屋市役所のホームページをご覧になっていただければ、この報告書を見ることができます。ぜひ参考にさせていただきたいと思えます。本日は、この名古屋市検証の経験を中心にお話をさせていただきます。

さきほど川崎先生からお話がありましたが、児童虐待防止法4条5項は、自治体に虐待死亡事例検証を義務づけています。

そこで、自治体が中心となって行う検証の際のポイントをまとめました。

1「目的についての明確化」です。詳細はあとから述べますが、「検証の目的は、個人の責任追求や批判を目的とするものではない」ということです。

2「検証委員の人選」をどうするか。ここは重要です。自治体によっては、児童福祉審議会の委員をもって検証委員にあてる、としているところはかなりみられます。名古屋市も同じでした。検証するにふさわしい委員を選ばなければならない。例えば、名古屋市ではここ10年間に、児童相談所が関わっていません。6名もの子どもが命を落としています。その検証報告書も私は拝見しました。実に表面的な検証で、内容のない報告でした。名古屋市で毎年のように、子どもの命が失われる理由はここにあるのではないかと思います。

私は、名古屋市長に直接働きかけました。「私を検証委員に加えてほしい」と直訴しました。なんと河村市長は、私を検証委員に横入りさせたのです。当然、横入りした私に対する名古屋市役所当局の風当たりは、大変ひどいものでした。この冷たい視線のおかげで、私は毎回緊張して検証委員会に臨むことができました。私が検証委員会で手を挙げば「お前が検証に加わった意味がない」と、あとから陰口を言われるのは、分かりきっています。

私は毎回の検証委員会に、詳細なレポートを提出しました。あえて議論を活性化させ、名古屋市の児童相談所体制そのものについて、根本的に見直しを迫りました。名古屋市の検証報告書を見ていただければ、お分かりいただけるはず。「児童相談所の専門性とはそもそも何か」という観点も含めて、絶対に読

んでいただいて損はございません。

検証委員の人選で特に強調したいことがあります。「児童相談所経験者を検証委員に加えること」です。高知県の検証のとき、児童相談所経験者であった川崎二三彦先生が加わっていただきました。児童相談所の現場の視点を含めて、実に貴重な意見が述べられました。私には到底そのような視点での意見を述べることはできません。高知県の児童相談所の取り組みは、この検証をきっかけに、グッと良くなったと聞いています。現に私は、高知県の児童相談所の顧問弁護士をしています。川崎先生の意見がかなり実務に反映されています。

3「検証の対象の確定」です。児童虐待死亡事例検証に対する自治体は、「できるだけ検証したくない」との意識が働いています。「余計な仕事はしたくない」という意識そのものです。特に、裁判において加害者の責任能力がないとされた事件や、親の不在中に起きた子どもの死亡事件が「これは虐待ではなく事故である」と判断されたりすると、「児童虐待ではない」として、検証をする必要がないという姿勢を取ります。児童虐待の事例にとどまらず、児童虐待が疑われる事例など幅広く検証をしないと、自治体としての力量は伸びないことを自覚してほしいのです。

4「検証方法のあり方」です。厚生労働省は、地方公共団体の検証について、平成20年3月14日に「地方公共団体による児童虐待による死亡事例等の検証について」と題して、検証のあり方、方法についての通知を出しています。さきほど川崎先生も、この検証報告書をスライドアップさせました。平成23年7月27日には、その改定の通知を出しています。今回、資料として皆さまのお手元に配布させ

いただきました。自治体は、この厚労省の通知を知っているのか知らないのか、検証委員にはこの通知を示そうとしないのです。

これは名古屋市も同じです。23年に改正されたのですが、この通知は、今まで名古屋市検証委員に配布されていません。今回の名古屋市の検証では、私がこの通知を検証委員全員に配布したのです。他の検証委員からは、「岩城さんが厚労省の通知を配ってくれたおかげで、検証の具体的なイメージがつかめた」と言ってくれました。とても重要なテーマですので、あとからお話しします。

5「検証報告書をどのようにまとめるか」。もっとも大切なテーマです。全国の自治体の多くの検証報告を拝見しているの感想を述べます。まず、

- ①実態の掘り下げが足りない、
- ②検証そのものが表面的である、
- ③現場にほとんど役立つものになっていない、

これが私の感想です。総論は書いてある、検証義務として単に報告するだけの、内容のない検証報告書になっていると、私は思いました。

名古屋市も同じでした。今まで6人の尊い子どもの生命についての検証報告を作成しているにもかかわらず、現場の児童相談所職員は検証報告書を読んでいないということが今回の検証で分かりました。児童相談所職員も検証報告を軽視しているのです。なぜでしょう。「そんなこと部外者に言われなくても分かっている」というのが、児童相談所職員の気持ちなのです。検証報告書を現場で役立つようという意識はありません。工夫もみられません。ケースワーカーひとりひとりが、死亡事例から学ぼうという姿勢が乏しいのです。

とても残念ですが、専門家としての意識が、なぜか児童相談所のケースワーカーにはみられないというのが私の率直な印象です。

6「検証結果の再検証」です。検証報告を出しっぱなしにしてはいけない、ということです。検証結果が現場にどのように役立っているのかを再検証するのです。名古屋市は来年2月に再検証を予定しているとのこと。この名古屋市の検証報告を出した後、名古屋市の幹部は、私に「この検証報告書はバイブルだよ」とおべんちゃらを言いました。80ページ弱の報告書ですが、みなさん、この検証報告を名古屋市本庁は何部作ったと思いますか？「たった」というか、「すごい」というか、300部です。経費がいくらかかったと思いますか。6万円です。「なるほど、1部200円なんだ」と言っているのではありません。この検証報告書には、「これからも、この報告書を研修用のテキストとして活用してほしい」とわざわざ明記しているのです。にもかかわらず、わずか300部の印刷しかしていない。この検証報告書を活用しようという工夫が、名古屋市本庁にはみられないというのが、私の素直な気持ちです。

いよいよ検証委員に向けた私のメッセージです。検証に必要な心構えと、精神論としてまずお伝えします。検証委員会のたびごとに「二度と同じ悲劇をくりかえしてはならない」という決意をもって毎回臨むことが必要です。虐待死亡の現場を訪れたとき、亡くなった子どもの心中を考えると自然に涙が出てきます。この子どもの無念をくりかえしてはならない。だから、「亡くなった子どもの生命の悔しさ、尊さを自分の魂で受けとめる」のです。

亡くなった子どもの生命を、無駄にさせてはなりません。亡くなった子どもの生命に向

き合うのです。それができるのが検証委員なのです。子どもは何のために神から生命を与えられたのでしょうか。虐待で生命を落とすために生命を与えられたのではないはずです。

要するに、検証委員の検証に向けた情熱、姿勢が、まさしく検証の価値につながるのです。表面的な検証報告書は、総論のみで、厚労省の虐待死亡事例検証報告の焼き直しになっていることがあります。もっと工夫をこらして、現場に役立つ報告書を作っていただきたいと思います。

これからは具体的な検証方法論に入りたいと思います。検証に必要なグッズと知見をお知らせします。

1 皆さんに配布してある厚労省の通知です。これを読んでいただければ、具体的な検証のイメージがつかめます。

2「児童相談所運営指針」(平成24年改定)。児童相談所の運営を知らずして、検証ができるはずありません。児童相談所経験者を、必ず検証委員に加えるべきだと、私が述べているのは、こういう姿勢です。我々もきちんと勉強しておかないと、児童相談所の説明や弁解を聞いて、「なるほど」と分かったような気持ちになってしまうのです。そこが恐ろしいのです。

3「子ども虐待の対応手引き」(児童虐待対応に必須の基礎知識)。言うまでもなく、子ども虐待対応の基本書です。

4「検証委員間のメーリングリストの完備」(意見交換の場)。これがないと、議論が平板になります。このメーリングリストは、当然と言えば当然ですが、私は第1回検証委員会が開催される前に、事務局に「検証委員のメーリングリストを確保しておいてほしい」とお願いしていましたが、まったく無視されま

した。検証委員会は、回数も時間も制限があります。しかし、メーリングリストがあれば、資料を相互に交わし、意見交換ができます。検証委員は他に本業をしながら検証していくのです。片手間の検証にならない工夫をするには、メーリングリストは不可欠です。検証委員会するとき、私が口を酸っぱく言って、やっとメーリングリストが完成しました。

5「児童記録票」これは不可欠です。何の記録も見ないことには検証は成立しません。「児童記録票を検証委員に配布してくれない」という苦情を、別の自治体の検証委員から聞いたことがあります。

6 各自治体の「検証報告書」を参考にしてください。子どもの虹情報研修センターのホームページに、各自治体の検証報告書がアップされています。先日、私は名古屋市役所に「5月に公表した名古屋市の死亡事例検証報告書を、厚労省や子どもの虹に送っているんでしょうね」と確認の電話をしました。なぜなら、子どもの虹情報研修センターのホームページに、名古屋市の検証報告書がいつまでたってもアップされないからです。これは「子どもの虹」が怠慢なのかと思い、名古屋市に問い合わせました。なんと、本庁は言いました。「まだ送付していません、忘れていました。」……自治体の意識とは、この程度なのです。最低限これだけの準備を、検証委員各自がしておかないと、検証が表面的になり、事務方(役所)主導の表面的な検証になってしまうことは、火を見るより明らかです。

検証作業に向けて、まず大切なことは、検証の目的を確認することです。厚労省通知にも出てきます。まず、

①事実の把握です。

②亡くなった児童の視点に立つての発生原

因の分析です。

③再発防止策の検討です。

その上で、

④提言をまとめるのです。

個人の責任追及や批判を行うことが目的でないことは当然です。

次に【検証方法】です。

1 スケジュールの確認です。いつまでに中間報告、最終報告をするかのスケジュールを、おおむね最初に決めておくことです。1年かかって検証報告書なんか出されても、虐待死亡事件の思いは風化してしまっています。遅くとも半年程度で報告書をまとめようという努力が必要です。現場の関心も薄れてしまうのです。

2 情報収集。検証委員は事務方の作成する資料で満足してはなりません。自ら、その資料の提出を、積極的に求めていく必要があります。組織図、アセスメントシートなどの行政情報、事件の関係者の記録、戸籍謄本などの家族関係資料が必要です。なんと、名古屋市の死亡事例検証のときにわかったことは、加害者の男性の戸籍謄本すら、今まで一度も取り寄せていなかったということです。そして、厚生労働省の最新の検証報告書を、皆さんに配布してもらう必要があります。国として、全国の死亡事例を検証して明らかになった具体的な課題が明記されているのですから、これを検証委員が熟知しておく必要があります。

3 時系列表の作成。これは関係機関の動きが一目瞭然で分かります。この時系列表を、名古屋市の検証でも作成しました。児童相談所・学校・地域・警察……縦軸に分けて、それぞれどういうふうに関わってきたかが一目瞭然に分かります。そして、その年表だけで

はつまらないですから、この期ごとに、このときどうすればよかったか、ということ、検証委員が具体的に、それに盛り込むのです。あとから検証報告書を読んだら目をつけるべき事柄などすごく勉強になる、ということで、研修用テキストとして作ったのです。

4 現地調査。再びの悲劇を防ぐために、現場に出向き、現場の対応の問題点を詳細に(ビジュアルに)把握するように努めることです。

5 関係機関へのヒアリング(ヒアリング候補者を早めに決めることが大切)。検証の過程で、虐待予防という意識・効果よりも、各機関(児童相談所・学校・市町村・保健所など)ごとの「防衛意識」が強まり、かえって連携に支障が生じる危険性があります。「防衛意識」とは何でしょうか。死亡事例の責任を、自分たちの機関より他の機関に責任があると責任転嫁しようという思いが自然に働いてしまい、検証した結果、逆に他の機関との連携が悪くなってしまいます。信頼関係が損なわれてしまうことが、起こりかねないのです。

検証のあり方として配慮すべきことは、責任論一本主義では検証に弊害を残しかねない。各機関相互の信頼関係構築に向けた取り組みを、検証の過程の中で工夫して盛り込んでいく必要があります。

6 当事者等(遺族など)からのヒアリングです。亡くなった子どものおばあちゃんから、そしておばさんから、私たちは直接ヒアリングしました。生々しい事実が分かってきました。

7 個人情報について(児童虐待防止法8条5項、個人情報保護法23条)。個人情報は扱いにくい、全くその通りですが、例外規定がありまして、こういった検証のためなら、児童の健全育成のためですから、個人情報を目的

外に利用することは法律上許されているのです。

8 裁判傍聴。裁判に出ることにより、ナマの加害者の事情を聴くことができます。裁判所・検察官・弁護士・裁判所が、どのように事件のストーリーを構築しているのかを知ることが大切です。

【報告書作成にあたって】

1 問題点・課題の抽出と整理（徹底した議論）。徹底した討議のためには、メーリングリストを活用する。

2 報告書の作成。時系列表を見ながら、

①子どもの視点で、死亡に至るまでの経過を辿り、そして大切なことは、どこかでターニングポイントがあったはずなんです。

②どこで何をすべきだったか、そのターニングポイントを、時系列表を見ながら探していく。そうすると、検証報告書の骨子ができあがります。

3 報告書の独自性を打ち出す。名古屋市の検証報告書では、研修用テキストとして使って頂こうと思い、かなり工夫しました。

最後になりました。

1 刑事司法の無力さです。日本の刑事司法は、被告人個人の刑事責任のみが対象であって、どうしたら子どもの死が防げたか・虐待防止に関係機関が何をすべきだったかは、刑事裁判官は全く関心がありません。弁護士がそれを特にこの点を主張しても、単なる一情状でしかないのです。まして、裁判員裁判では、厳罰化傾向が顕著にあります。皆さんご存知の、大阪市西区の2児が家に置いておかれて餓死した事件では、殺人事件で起訴されましたが、母親は懲役30年の実刑となり、現在最高裁に上告中です。この母親に懲役30年を科す、その意味はどこにあるのでしょうか。

か。むしろ刑事裁判として、どうしたらこの二人の死を防げたかという視点が、裁判官になぜなかったのか。私は、強く疑問です。

2 死亡事例の多くは、とりあえず児童相談所が一時保護しています。せっかく一時保護していながら、また家に戻す。戻したその家庭で命を落としてしまう。名古屋市の事例は、2回も亡くなった子どもを一時保護していたのです。この件に関し、厚労省は、11月1日に通知を出しています。皆さんのお手元に資料を配布していますので、ご覧ください。

3 乳児虐待死亡事例に対する取り組みを、もっと真剣にすべきだということです。川崎先生のレポートにもありました。0歳児、0日で亡くなる子どもたち。非常に多いです。愛知県の元児童福祉司さんである矢満田篤二さんがまとめた死亡事例の統計が出ています。わずかな期間にこんなにたくさんの乳児たちが命を落としている。この人たちをどう救うかに焦点をあてる必要があると思います。

ありがとうございました。



厚生労働省社会保障審議会児童部会

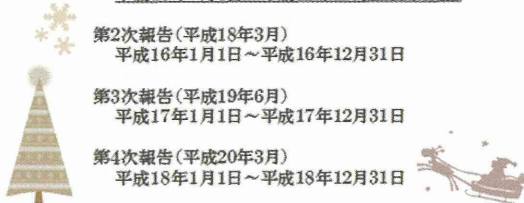
「児童虐待等要保護事例の検証に関する委員会」

第1次報告(平成17年4月)
平成15年7月1日～平成15年12月31日(6ヵ月)

第2次報告(平成18年3月)
平成16年1月1日～平成16年12月31日

第3次報告(平成19年6月)
平成17年1月1日～平成17年12月31日


第4次報告(平成20年3月)
平成18年1月1日～平成18年12月31日



検証に必要な心構え(検証委員向け)

二度と同じ悲劇を繰り返してはならないという決意!

1. 亡くなった子どもの生命の悔しさ・尊さを自分の魂で受け止めること。
2. 亡くなった子どもの生命を無駄死にしてはならない。
3. 亡くなった子どもの生命に向き合う情熱が必要。
4. 検証委員の「モチベーション」が低いと、検証の意味がなくなる。
厚労省「児童虐待等要保護事例の検証に関する委員会」報告の焼き直しになる。

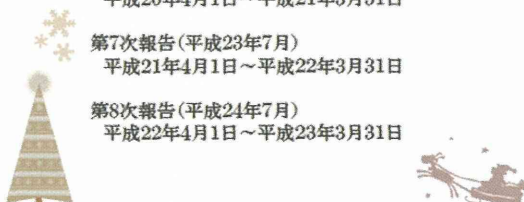


第5次報告(平成21年7月)
平成19年7月1日～平成20年3月31日(15ヵ月)

第6次報告(平成22年7月)
平成20年4月1日～平成21年3月31日

第7次報告(平成23年7月)
平成21年4月1日～平成22年3月31日

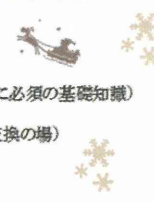
第8次報告(平成24年7月)
平成22年4月1日～平成23年3月31日



検証に必要なグッズと知見


1. 「地方公共団体による児童虐待による死亡事例等の検証について」(厚労省通知・平成23年7月改正)
2. 「児童相談所運営指針」(平成24年改正)
3. 「子ども虐待の対応手引き」(児童虐待対応に必須の基礎知識)
4. 検証委員間のメーリングリストの完備(意見交換の場)
5. 「児童記録票」(検証後回収)
6. 各地の「検証報告書」の検討(子どもの虹情報研修センターのHP)

最低限これだけの準備をしておかないと、検証が表面的になり、事務局(役所)主導の検証になってしまう。



私が検証委員として直接かかわった検証報告書


1. 平成20年2月4日
高知県南国市での小学校5年生
男児の虐待死事例
高知県児童虐待死亡事例検証委員会報告(平成20年6月30日)
2. 平成23年10月22日
名古屋市名東区での中学2年生
男子の虐待死事例
名古屋市児童虐待事例検証報告書(平成24年5月7日)



検証作業に向けて


1. 検証目的
 - ① 事実の把握
 - ② 亡くなった児童の視点に立つての発生原因の分析
 - ③ 再発防止策
 - ④ 提言

個人の責任追及や批判を行うことが目的ではない!




検証をするにあたってのポイント(地方公共団体向け)

1. 目的についての明確化
2. 検証委員の人選をどうするか。
3. 検証の対象の確定
4. 検証方法のあり方
5. 検証報告書をどのようにまとめるか。
6. 検証結果の再検証を予定すること



2. 検証方法
 - ① スケジュールの確定(遅くとも半年程度)
 - ② 情報収集
(組織図、アセスメントシートなどの行政情報、事件の詳細な情報)
 - ③ 時系列表の作成(各関係機関の動きが一目瞭然になる)
 - ④ 現地調査
 - ⑤ 関係機関へのヒアリング
 - ⑥ 当事者等(遺族など)からのヒアリング
 - ⑦ 個人情報について
(児童虐待防止法8条5項、個人情報保護法23条)
 - ⑧ 裁判傍聴



報告書作成にあたって

1. 問題点・課題の抽出と整理(徹底した議論)
2. 報告書の作成
時系列表をみながら、
①子どもの視点で、死亡に至るまでの経過を辿り、どのような対策を講じれば防げたのか。
②子どもと家庭の状態が変化するターニングポイントをどのように把握、評価、判断をしたのか、または、把握できなかったとしたらそれはなぜか。
おのずと検証報告書の骨子ができあがる！
3. 報告書の独自性を打ち出す。
名古屋市児童虐待事例検証報告書の独自性
(研修テキストを目指す)

最後に

1. 刑事司法の限界(無力さ)
被告人個人の刑事責任のみが対象であって、その背景は情状でしかない。
裁判員裁判での厳罰化傾向。
2. 措置解除等に伴い家庭復帰した児童の安全確保の徹底について
(平成24年11月1日厚労省通知)
3. 乳児虐待死亡事例に対する取り組みの必要性について

奥山 岩城先生ありがとうございます。引き続きまして、大阪府立大学・看護学部教授の上野先生に「保健師の役割と課題」ということでお話しいただきます。上野先生も国の検証委員として活躍されています。また、保健師活動の中での死亡、子どもの死を防ぐということで、お話し下さると思います。よろしくをお願いします。

上野 皆さま、初めまして。ただいまご紹介いただきました大阪府立大学の上野と申します。さきほど岩城先生が報告された検証報告の8次の検証報告まで参加させていただき、勉強させていただきました。先の2人の先生が検証報告全般についてのお話だったのですが、私のほうは少し限られた内容で、保健機関、保健師に限った内容で、報告させていた

だきたいと思います。

私は現在、大学の看護学部で教員をしておりますが、その前は病院の看護師、大阪府で保健師をしておりました。病院のNICUの看護師のとき、在胎30週ぐらいで1000gぐらいで出生したお子さんが入院されてきました。だいたい1000g以上ですと、入院時人工呼吸器をつけることも少なくいのですが、その赤ちゃんは、人工呼吸器をつけなければならないほど大変な状態で入院されてきました。何とか救命して、そのあとはよく覚えてないのですが、無事退院されました。そのあと、私は病院がある管内の保健所に異動したのですが、そのとき、その入院中に救命したお子さんの死亡票が出てきました。事故死でした。今思うと、「その死亡票をもう少し丁寧に振り返っておけば」と思うのですが、その当時は、そういうことは理解も出来ていなくて、ただびっくりしていただけでした。今日は保健機関での死亡票の大事さとか、そのあたりまでお話しできればいいかなと考えております。

話の内容としましては、さきほどの検証報告の中に出てきましたけれども、子ども虐待の死亡事例が、保健師が関わることがとても多いということ、なぜ保健機関でCDRが必要なのかということ、CDRによって導き出される保健機関における支援戦略、保健機関においてCDRをすすめていくための方法と課題についてです。

これは、8次報告の概要です。心中以外の虐待死が45例で、51人の子どもたちが亡くなっており、心中による虐待死では37例47人が亡くなっていて、合計98人。先程川崎先生の報告でもありましたが、だいたい100人近い尊い命が、虐待によって失われているという現実があります。この事例は、8次報告

を見られた方はよくご存知だと思いますが、虐待死を保健の立場から分析してみますと、こういう表が出てくるのではないかと思います。

望まない妊娠、若年妊娠、母子健康手帳未発行、妊婦健診未受診という表です。赤で線を引きましたけれど、ここが10人ですが、これは虐待死の数ではなくて、総数51人に対する10人、14人、9人、11人となります。ここでひとつ注目していただきたいのは、今こういう問題について様々な施策が行われてきているのですが、不明というのが非常に多い、たとえば望まない妊娠、望んでいるか・望んでないかというのはとても分かりにくいのですが、不明が33人で6割以上あるということです。若年・母子健康手帳未発行、妊婦健診未受診においても、3~4割は不明。これを含めたうえでの、20%近くの望まない妊娠ですので、この不明の部分がもう少し分かれば、施策の深め方がもう変わってくるのではと思います。

また、健診のほうも、よく言われておりまして、もちろんこの月齢に達していない子どもたちを除外しています。3か月健診の未受診が2、それから1歳半健診の未受診が8、3歳児健診の未受診が3ということです。下に全国の未受診率を書いてあるのですが、日本の乳幼児健診の受診率というのはとても高く、3歳児健診でも8.7%しか未受診がない中で、23.1%というこの数値は大変高くなります。それに対して未受診児対策とか、そういうことの取り組みがされています。

これは私流に図を作ってみたのですが、地域の、市町村の母子保健機関がどのくらい関わっているかです。虐待死亡事例に、関係機関の関与はとても難しいと言われているので

すが、虐待死事例は4割、心中事例でも4割、保健機関は関わっていますので、保健機関が一番虐待死に関わっているのではないかと考えられます。保健機関の方はよくご存知だと思いますが、地域の母子保健の流れは、妊娠届から始まって、出生、出生届、健診というかたちで、法律のもとに行われていますが、この時点で虐待死が一番よく起こっている。だからこの時期に、出産前後にどのような施策が必要かということを考えていくことがとても重要です。

8次報告書では、未受診者をなくす、妊婦健診をちゃんと受診するようにするなどいろんな対策がされています。妊婦健診に関しまして、これは厚労省のホームページから取ってきたのですが、こういうふうに、ホームページでも掲載されています。必ず受けましょう、この「必ず受けましょう」という背景には、いろいろあるのですが、全国の自治体で14回の妊婦健診の、国の助成がされるようになってきています。あとは、望まない妊娠に関しては、各自治体で妊娠SOSなどが始められてきたり、厚労省の検証報告に基づいて、課題や検討された内容について、保健機関でも施策が行われるようになってきている現状だと思います。

乳幼児健診の未受診に関しましても、私は学生の実習に行くのですが、「未受診者どうされていますか」と保健師さんにお聞きすると、たいがいの市町村では、「必ず家庭訪問します」とか「必ず把握しています」という形で答えさせていただきます。だからこういう報告書に挙げられた中身については、かなり徹底的に実施されるようになってきていると思います。ですから、早期発見というところでは、かなり成果が上がってきているのではないかと思います。

うのですが、虐待死を予防するという点に関してはどうなのかということで、事例をひとつ見てみます。

これは先ほどの川崎先生の事例でも出てきたのですが、本になっております。杉山春さんという方が書かれた「ネグレクト…真奈ちゃんはなぜ死んだか」という、小学館から出ている本です。その本の事例を分析してみました。一番上に書いてますけれども、この女の子は2000年12月に、段ボール箱の中で餓死して亡くなりました。

体重は3058グラムで出生していますので、未熟児ではありません。お母さんは18歳なので、若年妊娠ではありました。ここで、生まれた時には「真奈ちゃんがかわいくて仕方がない」と言っていたと書いてありました。これが望んだ妊娠であったかどうかは、ここからは分からないのですが、この母親は、この子の前に中絶をしていましたので、今回の妊娠は「出産しよう」ということで出産していますので、これを望まない妊娠とするかどうかは難しいのですが、そういうふうな状況がありました。3か月健診もちゃんと受診しています。ですから、未受診のところには当てはまらない事例なんです。3か月健診までは順調に経過しましたが、10か月、真奈ちゃんが遊んでいたら急にけいれんを起こした、ということで、急性硬膜下血腫で入院ということになっています。

それで、そのあと1歳半健診、2歳歯科健診まで、保健センターの健診には、それなりにお母さんが、真奈ちゃんを連れて来ています。お母さんは、1歳半健診のときには妊娠9か月で、健診で「真奈ちゃんに恥をかかされた」という表現をしたり、歯科健診のときには「恥ずかしくて人に見せられない」という

ふうに感じていたようです。ですが、これは問診した保健師に話したのではなく、事件のあとで杉山春さんが聞いたら、こう話したということになっています。

病気になると、医療機関にも受診させていますが、医療機関でもきちんとチェックができなくて、体重の増加不良があり、1週間後に様子を見るようにしました。すると、9キロだったのが11キロまで増えて医療機関も「問題なし」としてしまいました。それで、3か月後に亡くなっているという状況でした。

この事例に関して、どのような関係機関の関わりがあるかということで見てみますと、保健師は、最初は町会議員さんから、おりの中で育児している母親がいるという連絡があり、そのあと家庭訪問しています。それで上司にも相談し、児童相談所にも連絡して、歩いていなかったということもあり、幼児教室に誘ったりとかしていますけれども、最終的に児童相談所が判断して、2歳歯科健診で経過をみて、健診後のカンファレンスで、この家族に関しては「虐待の恐れは大丈夫だろう」ということで、関係機関は離れていくこととなります。

このときにお母さんにもいろんな思いがあるわけなんです。これはお母さんは誰にも相談できていなかった。歯科健診は「この上なくつらいもの」だったと感じていました。「真奈ちゃんは自分の能力不足を示す恥ずかしい存在」というふうなことも感じていました。育児の中では、真奈ちゃんについて、「うんちをなすりつけるのをどうしたらいいか分からない、叱りつけるしかない」と感じていたのですが、それも誰にも相談できませんでした。保健師の訪問については、これもあとで言っているのですが、「本当にうっとうしい

人物でした」と表現しています。

ですから、このケースは、望まない妊娠かどうかは分かりませんが、妊婦健診が未受診とか、健診が未受診という対応だけでは、とても把握しきれないケースだったのだと思います。

保健機関では、現在行われている死亡事例検証から明らかになった部分を切り口に支援を展開していくことが確かに重要なんですが、それは妊婦健診未受診とか、その切り口だけでは難しいのではないかと、保健機関に CDR が必要なのではないかと、思っています。

これは子どもの虹情報センターのホームページの虐待死亡事例の 23 年と 24 年度の事例で、1～3 歳の死亡・重傷事例について見てみました。虐待の種類は、身体的虐待が 16 事例、ネグレクトが 3 事例でした。この死亡検証報告のなかには、東京都のように「個人情報の保護もあるので、なるべく詳細なことは書かない」ということもあり、詳細が分からないところも結構あるのですが、死亡した児が 0～3 歳であるにも関わらず、妊娠中の保健機関の関わりについて、何も書いてないところが 10 事例、半数以上がありました。

それから、出産後の保健機関の関わりについても、何も書いていないところが 4 事例、不明が 4 事例ありました。それから保健師の関わりについては、関わり拒否が 4 事例 37.5%、積極的に関わっていても後で拒否があったりとか、関わっていても亡くなってしまったという事例があって、この「関わり拒否」とかいうのも分析していかないと、なかなか虐待死を予防するまでに行かないのではないかと考えています。

これは、2011 年の CDR の研究班の報告書に載せているのですが、A 自治体で保健師が

関わっていた乳幼児死亡の 8 事例について、ここに概略を示していますが、やはり詳細に見ていかないと次の支援が見えてこない、ということがあります。この 8 事例の中から 2 事例について、保健師さんを交えて事例検討会を数回開きました。その中から見えてきたのは、両親の成育歴の複雑さ、つまりこの両親を理解していくためには、夫婦とも虐待を受けて育っている、そこを理解することがとても大事だということが浮かび上がってきます。

そのときに使ったのは、家系図と、気になる問題についての危機経路図です。危機経路図はイギリスで「母性愛の危機」という、かなり古い本の中に書かれていますが、それを作ってみるのも重要ではないかなと思います。

真奈ちゃんの事例で作ってみました。これが真奈ちゃん、お母さん、おばあさん。杉山春さんは、この 4 世代の家族のことを聞かれています。それを見ると、この真奈ちゃんのお母さんも、おばあちゃんが家出して弟達の世話もしています。このおばあちゃんは、このおじいちゃんから性的虐待を受けています。まさに虐待の世代間連鎖というのは、家系図を書くなかで、浮かび上がってくると思います。

これは、小さくて見えにくくて申し訳ありませんが、危機経路図です。お父さんをこの流れで書き、お母さんをこの流れで書いています。ここで 1 回中絶をしましたので、こう書きました。このあとが真奈ちゃんの出生後の経過で、ここで第 2 子を妊娠しています。ここに第 3 子の妊娠というのが出てくるのですが、第 2 子の妊娠の時が真奈ちゃんが 9 か月で、遊んでいて急性硬膜下血腫の怪我をさせたときなんです。1 歳半健診は、妊娠 9 か

月の時にやってきています。真奈ちゃんに対してどんどん関心がなくなっていくって、両親とも、段ボールに入れたまま餓死させた頃は、第3子を妊娠していたという状況が見えてきます。いつからこの子への関心が乏しくなるのかということ、ある程度予測したりすることが出来るのではないかと思います。

また、この家族は父の実父母と母の実父母とも離婚しています。こういうような経路図とジェノグラムから見えてきたことというのは、このお母さんは、子ども時代に愛された経験がない。人間関係の取りにくさがある。信頼関係をとることが難しい。だから、保健師に対しての拒否とか、あまり信頼関係がとれなかったというのは、このあたりのことを考えることが必要ではないかと思います。

それから、育児・家事能力が不十分というところも、彼らの家族のなかの誰からもそういう知識を教えられていない。遊んでいて急性硬膜下血腫になったという、そういう遊ばせ方、そういう子どもへの関わりが分からない。そういう状況があったのではないかと思います。それから家族関係もあります。さきほどはお父さんに全然触れませんでした、家族関係はとても複雑で、父方の母から信頼のあるサポートを期待できる状況ではない、ということが分かってきます。また先ほど言いましたが、妊娠・出産を繰り返して、お母さんにとってはかなり身体的負担も強くあったのではないかと思います。それが、これらを分析することで見えてくるかと思っています。

そうしますと、支援のやり方も見えてくる。支援する側が、きちんと虐待事例を分析することによって、先ほどのようなアセスメントが出てくる。そして、この家族にはどうい

支援がいいのか見えてきます。私たちは手をこまねいて、死亡事例が発生するのはどうして予防できるだろうと思ひ悩むよりは、分析することでもう少し良い関わりの方法が見えてくると思います。

ここに3つ挙げてみました。ひとつは、死亡事例の検証等においては、特にこの、0～3歳において、妊娠中・出産時・新生児期・乳幼児期の情報収集をしたうえでの予防が非常に大事である。しかし、死亡検証の中で、そこがとても乏しいのではないかと思います。それから医療機関との連携がとても重要ということです。これは今、かなりいろんな自治体で活発に行われつつあると思います。もうひとつ、一番大事なものは、虐待を受けて育った親への理解ということではないかと思っています。これにうまく関われないと、支援がうまくいかないということなんです。

支援については、きょうは時間がないので飛ばしますけれど、親の背景が理解できていれば通常の健診を誘ったりとか、幼児教室に誘ったりとか、そういう支援だけではなく、もう少しお母さん自身に働きかけるような、からだのことを配慮したり、お母さんの気持ちを揺さぶるような支援が見つかってくるのではないかと考えています。

そのために、保健分野においてCDRを進めていく方法です。ここに書きましたが、保健所・保健センターの保健師は、地域保健法のもとで活動しています。そのなかで、保健所の役割としては、「人口動態統計、その他の地域保健に関わる保健事業を行うこと」が書かれています。当然ここに死亡票も入ってくると思いますし、7条では、「地域保健に関する情報収集をして管理して活用すること」というのが、大枠ではありますが、ここに書かれ

ていますので、死亡事例のアセスメント、地域診断は保健師にとっては馴染みの言葉ですが、これはやってもいい、というか、やらなくてはならないことだと思います。

また人口動態調査令には、「保健所が死亡票を管理する」と書かれています。また下から2段目には、「保健所長は、人口動態調査票、死亡小票を保健所の運営資料として利用できる」という文章があります。ただし、これを統計的に使う時には、厚生労働省の統計情報部への利用申し出が必要ということで、ここにかかなりの年数がかかるということも言われています。

それでは、どういうふうなことが出来るのか、ということですが、お話ししたように死亡票から把握できることはこれくらいなんです。死亡したところとか住所とか、死亡原因とか種類とかで、家族に関する事、親に関する事というのはあまり書かれていない。こういうデータがあるのですが、本当に死亡を予防していこうと思えばやはりスライドに示した内容が必要かと思えます。これは保健機関の活動とか、事例検討をする中でしか得られない情報だと思います。だから、死亡票以外の、保健師活動の中で得られる情報がとても重要になってくると考えています。

保健機関において、こういうふうにCDRを進めていくための課題としましては、先ほどの申出書を提出して分析するということが、とても時間がかかるということが一番の問題だと思います。死亡があったということは保健所で把握できるので、事例が分かれば、それを担当している地区の保健師が、その関わりの中で、事例検討したりすることは出来るのではないかと考えています。

ただ、保健所において、乳幼児死亡を体験

した保健師の心理的負担はとても大きいと思います。なぜ死亡させてしまったのか、保健師が死亡させてしまったわけではないのですが、そこに対する負担はかなり重いものがありますので、それをどうしていくのか、というのはかなり課題がありますので、段階的に事例を共有していくことが大事になってくるかなというふうに思います。課題は山積みかと思いますが、保健センターでもこういうような、CDRを進めていくということは、とても価値があり、今後ますます必要になってくると考えています。

ご静聴ありがとうございました。

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

シンポジウム I
自治体の児童虐待死亡検証からみる
実態と今後の課題
ー保健師の役割と課題ー

大阪府立大学看護学部
上野 昌江

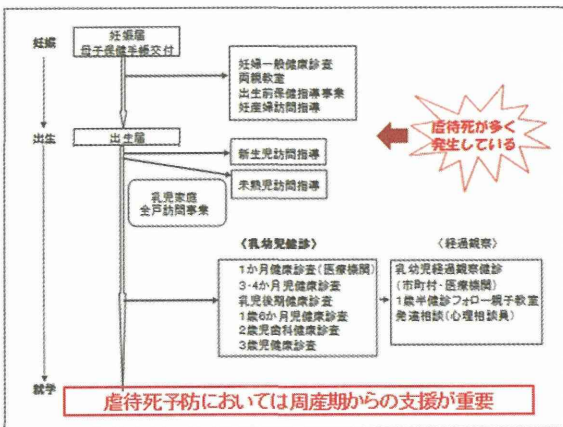
本日の内容

- 子ども虐待死亡事例には保健師が関わるが多い
- なぜ保健機関でCDRが必要か
- CDRにより導き出される保健機関における支援戦略
- 保健機関においてCDRをすすめていく方法と課題

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)の概要

子ども虐待による死亡事例: 平成22年4月1日から平成23年3月31日までの12か月間に発生または明らかになった死亡82事例(98人)

	第8次報告			(参考) 第7次報告		
	心中以外の虐待死	心中による虐待死(未遂を含む)	計	心中以外の虐待死	心中による虐待死(未遂を含む)	計
例数	45	37	82	47	30	77
人数	51	47	98	49	39	88



死亡事例集計結果の分析(虐待死)

(厚生労働省・虐待防止対策室 第8次報告, 2012)
妊産期・周産期の問題(心中以外の虐待死) n=51

	あり	なし	不明
喫煙の常習	7 (13.7)	8 (15.7)	36 (70.6)
アルコールの常習	1 (2.0)	12 (23.5)	38 (74.5)
望まない妊娠	10 (19.6)	8 (15.7)	33 (64.7)
若年(10代)妊娠	14 (27.5)	21 (41.2)	16 (31.4)
母子健康手帳未発行	9 (17.6)	24 (47.1)	18 (35.3)
妊婦健診未受診	11 (21.6)	16 (31.4)	24 (47.1)
胎児虐待	5 (9.8)	11 (21.6)	35 (68.6)

妊産期・周産期の問題として、望まない妊娠、若年妊娠、母子健康手帳未発行、妊婦健診未受診が重要であるが、不明が3割強から6割強ある

妊婦健診を必ず受けましょう!

- ★ 妊婦中は、ふだんより一層健康に気をつけなければなりません。
- ★ 少なくとも毎月1回(妊娠24週(第7か月)以降には2回以上、さらに妊娠36週(第10月)以降は毎週1回)、医療機関などで健康診査を受けてください。

(厚生労働省ホームページから)

死亡事例集計結果の分析(虐待死)

(厚生労働省・虐待防止対策室 第8次報告, 2012)
乳幼児健康診査および予防接種(心中以外の虐待死)

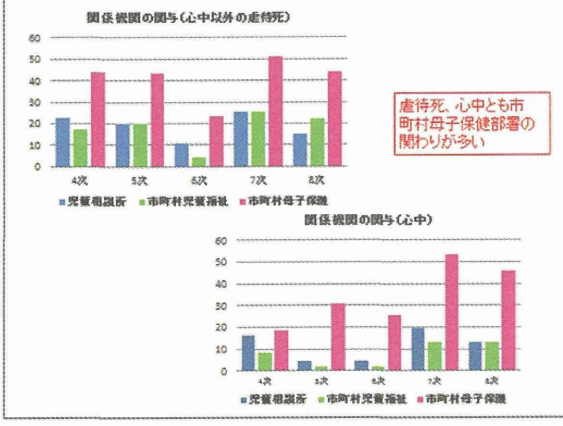
	受診	未受診	不明
3, 4か月児健診(n=35)	21 (60.0)	2 (5.7)	12 (34.3)
1歳6か月児健診(n=24)	9 (37.5)	8 (33.3)	7 (29.2)
3歳児健診(n=13)	5 (38.5)	3 (23.1)	5 (38.5)
BCG・ツベルクリン(n=36)	19 (52.8)	2 (5.6)	15 (41.7)
ポリオ(n=35)	14 (40.0)	8 (22.9)	13 (37.1)
3種混合(n=36)	19 (52.8)	4 (11.1)	13 (36.1)
麻疹(n=31)	8 (25.8)	7 (22.6)	16 (51.6)
風疹(n=31)	7 (22.6)	8 (25.8)	16 (51.6)

平成22(2010)年度 全国の乳幼児健診未受診率
3~5か月児健診 4.7%
1歳6か月児健診 6.0%
3歳児健診 8.7%

虐待死亡事例を保健機関の支援で予防できるのか
(杉山香: ネグレクト真奈ちゃんはなぜ死んだか, 小学館)

3歳の女兒は段ボール箱でミイラのように餓死していた

時期	真奈ちゃんの様子	家族の状況・思い
出生時	体重3058g	母親18歳 真奈ちゃんがかわいくてしかたがない
3か月健診	体重680g 身長64.5cm	健診は異常なし
10か月	急性硬膜下血腫入院手術、退院(1歳)	真奈ちゃんと遊んでいたら急にけいれんが起きた



時期	真奈ちゃんの様子	家族の状況・思い
1歳半健診	体重9080g 身長77.6cm 独歩(-)、発語なし	母親: 妊娠9か月 健診で真奈ちゃんに胎をかかされた
2歳歯科健診	体重9700g 独歩(+) 表情よい	母親は真奈ちゃんが完全に遅れていると認識、恥ずかしい人に見せられない
2歳9か月(医療機関受診)	体重9000g 体が小さく、皮膚はかさかさ、表情がない 1週間後 体重11kg	受診後、母親は、真奈ちゃんの口元に食べ物をもっていつて食べさせた
3歳1か月(死亡時)	体重5000g 身長89cm	段ボール箱のなかで死亡

虐待死亡事例への保健師と関係機関の対応

司会議員から虐待の連絡

- 家庭訪問** 1歳半健診で発達の違い、独歩(-)
- 上司に相談し児童相談所に連絡
- 家族(父方祖母)と面接** 父方祖母から子育ての状況を把握する
本児に会い、育児放棄を疑う
- 家庭訪問** 母親不在(本児に会えず)
- 第2子の3か月健診** 母親と第2子のみ来所(本児に会えず)
健診本児の相談はなし
- 家庭訪問** 遊びの教室に誘う
- 電話連絡** 遊びの教室に誘う
- 2歳児歯科健診** 本児来所、一人歩きできている
表情もあり、体重の増えも順調
- 健診後カンファレンス
「虐待の恐れに関してははいじょうぶだろう」

死亡事例を分析するために

- 情報収集した内容から**家系図**を作成する
母親、父親(パートナー)の年齢
婚姻の有無
親族状況(親族との関係、サポート)
親の生育歴
- 気になる問題(子どもの傷、体重増加不良等)についての**危機経路図**を作成する
- 家族に支援が必要か、**どのような支援が必要か**を見極める

母親の思い(「ネグレクト」2004)

- 母親にとっての**2歳歯科健診**: この上もなくつらいものだった。他の子どもたちは、歩き、走り、言葉を話し、挨拶している。
- Mちゃん**: 母親にとって自分の能力不足を示す、恥ずかしい、みせられない存在になった。
- 置にうちをなすりつける真奈ちゃんを怒鳴りつけ、叩く以外何もできなかった
- 保健師の訪問について: 「あのころ、追い詰められた自分にとって、ホントにうっとうしい人物でした。・・・児童館に来てみない?とさそわれたけど、とてもじゃないけど行ける状態ではありませんでした。・・・私の場合はあの頃は、逆にそっとしておいてほしかったです。」

Mちゃん家系図

家系図の注釈:

- サラ金借金キャンブル
- 会社員子どもを可愛がる
- 会社員パチンコ依存症子どもの世話しない
- 祖母の祖父 暴力的祖母への性的いたずら
- 内縁 可愛がらない祖母の差を可愛がる
- 祖母は回の嫁出(サラ金の借金多額)子どもの世話しない
- 身体的病気はない着しい体重減少栄養状態不良 身体的長期的な汚れ
- 電話とまる。電気とまる。お金ないので病院も行かない(後戻りの負担) 弟たちの世話をする
- Mちゃん 弟 妹 (Mちゃん死亡後ご出生)

地方自治体における死亡事例等検証報告書の分析 (我が国におけるCDRに関する研究: 分担研究報告2012)

- 事例の概要**: 15地方自治体から1-3歳の死亡・重傷19事例; 死亡16事例(84.2%)、重傷3事例(15.8%)
- 虐待の種類**: 身体的虐待16事例(84.2%)、ネグレクト3事例(15.8%)
- 出生順位**: 第1子12事例(63.2%)、第2子以上7事例(36.8%); きょうだいあり9事例中8事例の年齢差は24か月未満未満
- 妊娠中の保健機関の関わり**: 妊娠中の関わり不明10事例; 妊娠届出20週以降4事例(44.4%)
- 出産後の保健機関の関わり**: 出産後の関わり不明4事例; 医療機関から保健機関への連絡あり8事例 (53.3%)
- 保健師の関わり**: 関わりあり8事例(53.3%)、関わり拒否4事例 (37.5%)、関わり詳細不明3事例(20.0%)
- 保健師の継続的な関わりの中での死亡事例(5事例)**: 母親の精神的問題2事例、子どもの育てにくさあり3事例

保健機関の関わり期間の関わり不明が多い、関わり拒否の背景の検討が必要

Mちゃんの危機経路図

危機経路図の注釈:

- 1回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 1997年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死 胎死
- 2回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 1998年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 3回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 1999年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 4回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2000年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 5回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2001年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 6回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2002年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 7回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2003年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 8回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2004年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 9回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2005年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 10回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2006年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 11回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2007年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 12回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2008年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 13回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2009年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 14回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2010年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 15回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2011年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 16回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2012年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 17回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2013年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 18回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2014年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 19回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2015年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 20回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2016年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 21回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2017年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 22回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2018年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 23回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2019年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 24回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2020年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 25回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2021年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 26回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2022年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 27回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2023年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 28回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2024年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 29回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2025年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 30回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2026年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 31回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2027年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 32回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2028年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 33回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2029年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死
- 34回目の経路: 3回目の出産(39歳の予定) 2030年12月 胎児死 胎死 胎死 胎死

A自治体で保健師が関わっていた乳幼児死亡(8事例) (我が国におけるCDRに関する研究報告書2011)

- 子どもの死亡時年齢**: 0歳4事例、1歳2事例、2歳以上2事例
- 母親の年齢**: 19歳以下1事例、20歳代4事例、30歳代2事例、不明1事例
- 家族構成**: ひとり親4事例
- 死因**: 頭部外傷3事例、乳幼児突然死症候群1事例、不明4事例
- 出生体重**: 2500g未満7事例、飛び込み2事例

2事例の分析から: 父母の生育歴の複雑さがある
虐待を受けて育った親の理解が必要

家系図、危機経路図からのアセスメント

- ◆ 母親は子ども時代に愛された経験がない
 - ・人間関係の取りにくさがある
 - ・信頼関係をとることが難しい
- ◆ 育児・家事能力が不十分
 - ・具体的な育児知識が不足している
 - ・子どもへの関わり方がわからない
- ◆ 家族関係が複雑
 - ・親族からのサポートが期待できない
- ◆ 妊娠・出産による母親の身体的負担がある

虐待死亡事例検証事例検討から保健機関での支援方略を導き出す

- **死亡事例等の検証においては、妊娠中、出産時、新生児期、乳幼児期の情報収集をした上で予防を検討していくことが必要**
 - ・妊娠中および出産後の保健機関の関わり不明が多い
- **医療機関と連携し周産期(妊娠～新生児期)から支援を始める**
 - ・死亡は乳児早期に生じている。
- **虐待を受けて育った人の理解が不可欠**
 - ・なぜ、親は保健機関の関わりを拒否するのか
 - ・支援が必要であるが支援が届けにくい親への支援方法の検討

保健機関の活動・事例検討等から得られる内容

- 家族構成(親、きょうだい、祖父母、血縁関係)
- 妊娠期の状況(妊娠届出時期、妊婦健診受診状況)
- 出産時の状況(分娩、出産直後の分離)
- 出産時の子どもの状態(低出生体重児、NICU入院等)
- 子どもの疾病・障害・発達状況
- 親の身体的、精神的疾患・障害
- 親の生育歴(被虐待歴等)
- 出産後の保健機関、関係機関の関わり状況
- 死亡時の状況

死亡票以外の保健師活動の中で得られる情報が重要

保健分野においてCDRをすすめていく方法 CDRの法的根拠

- **地域保健法第6条**：保健所は次に掲げる事項につき、企画、調整、指導等及びこれらに必要な事業を行う
 - ・人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- **地域保健法第7条**：保健所は地域住民の健康の保持及び増進を図るために必要があるときは次に掲げる事業を行うことができる
 - ・所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、管理し、及び活用すること
 - ・所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと

保健機関においてCDRをすすめていく課題

- 保健所において乳幼児の死亡小票を活用していく→利用申出書の提出が必要→利用までに長時間を要する
- 保健師が死亡事例から地域の潜在的な健康ニーズについて明らかにしていくための手法を構築する
- 保健所において乳幼児死亡事例の事例検討を行う→死亡事例を経験した保健師の心理的負担
 - ・保健師による事例検討
 - ・保健機関内での事例の共有
 - ・関係機関との事例の共有

人口動態調査令、人口動態調査令施行規則

- 市区町村は出生・死亡・死産・婚姻・離婚の届出を受け、人口動態調査票を作成する
- 人口動態調査票を保健所長に送付する
- 保健所長は死亡票に基づいて死亡小票を作成する
- 保健所長は、市区町村から提出された調査票をとりまとめ都道府県知事に報告する
- 都道府県知事は保健所長から提出された調査票の内容を審査し、厚生労働大臣に送付する
- 人口動態調査令施行細則第7条「保健所長は、人口動態調査票、死亡小票を保健所の運営資料として利用することができる」
- 人口動態調査票情報の利用においては厚生労働省大臣官房統計情報部への利用申出が必要

死亡票から把握できる情報

- 氏名、男女別、生年月日
- 死亡したとき
- 死亡したところ
- 死亡した人の住所、国籍
- 死亡したときの世帯の主な仕事、職業・産業
- 死亡したところの種別、施設の名称
- 死亡の原因、原死因符号
- 死因の種類
- 外因死の追加事項
- 生後1年未満の病死の場合の追加事項
- その他特に付言すべきことから
- 施設の所在地または医師の住所及び氏名

奥山 引き続きまして、山梨県立大学人間福祉学部教授の西澤哲先生に、「心理学的死亡検証の意義と発展への課題」というお話を頂きたいと思います。

西澤 山梨県立大学人間福祉学部教授の西澤でございます。よろしくお願ひいたします。このたび、座長が、時間が残ったらディスカッション、ということでございますので、時間を作れたらと思います。

私のほうは、今までと流れとしては一緒なんですけど、国の死亡事例検証の委員を先生方と一緒に仕事をさせてもらって、その中で、私だけがちょっと違う部分があると思っています。心理学をやっているということで、虐待死に至る親の心理というのが、一体どういうふうなものなのかというものを分析するた

めに、国の委員にはいついたという経過があります。そのなかで、さらに虐待死の事例分析だけでは把握できない、そういうことから CDR に持っていくための分析をするという心理的死亡検証の意義と発展の課題という、心理的死亡検証という初めてこの言葉が出てきたのですが、この言葉については、今後、日本語としていくために一緒に考えましょうということです。子どもを死亡させるに至った親の心理的側面というものをどう把握するか、ということでございます。

これまで行なってきた分析というのは、大きく2つでありまして、今、上野先生や他の先生が言われましたように、厚労省がしてきた重大事例の検証報告書、これをデータ分析することによって、何か親の心理が見えてこないかということをしてきました。もうひとつは、そこでは掴み切れていない部分もさらに知りたいということで、これは去年ですが、刑事裁判事例の判決文を分析することをしました。判決文の中から、子どもを死に至らしめたという事件ですけれども、そうした虐待事例の刑事裁判事件の判決文の分析、これは14の事件で16の判決で、親が、両親がともに子どもを殺害するというので、別の事件として判決されたものもありますので、14の事件で16の判決、この判決文を分析する中で、親の心理を少しでも理解できないか、というのをやってきました。

これは今までの報告で、腐るほど出てきますので、皆さんも聞かれることがあると思いますが、簡単に説明しますと、国の虐待死亡事例検討委員会のデータ分析結果から導き出されるものですが、子どもの年齢そのものが脆弱因子である、子どもは小さいほど死にやすいということですか、それから新生児死

亡、生後24時間以内の死亡というのが非常に多いということが、この死亡事例検証を通じて明確になってきたわけです。その多くが、出産後の放置による死亡であるわけですね。0歳、0日の死亡というのは、それから導き出されるのは、妊娠や胎児の存在そのものを否認している事例が、結構あるのだということ、そこからいわゆる乳児死亡あるいは遺棄、infanticide といわれる子どもの虐待死とは、ちょっと異なるメカニズムがあるのではないかと、というというのが抽出した結果です。

日本ではその辺はまだエビデンスも語られてはいませんが、英文献をみると0日死亡に関しては、late abortion、つまり遅れた中絶みたいな考え方が、比較的よく見解として示されているということです。その中で、妊娠葛藤というのが着目されるようになってきています。さっきから「望まれない妊娠」という言い方をしていますが、さっき岩城先生から教えてもらったのですが、望まれない妊娠、望まない妊娠は親のほうの勝手な言い分だなんて思って、「思いがけない妊娠」という言葉の提案を受けまして、それに変えましたけれど、思いがけない妊娠だったり、母子健康手帳未発行、あるいは交付の遅れ、妊婦健診未受診、これはこの中に入れましたが、こういったことが非常に多いのだということで、胎児ネグレクトということが着目されているという、これは比較的よく検討としては示されているということです。

ただ、ひとつ、私が気になっていて、全然深められていないのは、日本の虐待死の事例では、死因が頭部外傷が多いということなんです。欧米の死因研究を見ても、頭部外傷はほとんどなく、絞殺による死亡が多いので、この違いは一体何を示しているのかと

いうことは、もしかしたら、親の心理状態と関係しているのか。本当にカッとして、見境なく子どもを殴っちゃったとか、ぶん投げちゃったとか、そういうことから頭部外傷が多くなっているのか、そのあたりの検討が必要だと思っていますが、そこは全然深められていません。

もう1つは、こうした死亡事例の分析、外観的な分析が多いのですが、その中で、ほんのわずかなんですが、どうもお母さんのほうに「依存をめぐる病理」というのがあるのではないかということが示唆されるものがある。これもさっき言ったように、決定的ではない、サインであるくらいで、それについても、それをどう深めていこうかということで、さっき言ったように、刑事事件の判決文をみれば、これはちょっと安直な考えなんですけど、もう少し、親の事件に至った心理というのが明確に見えてくるのではないかということで、刑事事件の、さっき申し上げた14事件、16判決の分析というのを試みたわけです。その中で少し出てきたのが、ひとつはネグレクト死、これは国の報告死亡事例の中でも出てきているのですが、判決分析でも35.7%がネグレクト死であるということ、さっき上野先生が真奈ちゃんの事例を報告しておられましたが、家庭内衰弱死というのが結構多いということが分かってきます。

刑事事件の分析では、家庭内衰弱死は2つのパターンがありそうです。1つは子どもの家庭内隔離という子どもを1室に閉じ込めておいて、トイレとか、さっきの奈良県桜井市の事件で、子どもをロフトにあげて死亡させたという事件が報告されていましたが、あれなんかは、ロフトにあげて、生活的には子どもを見えない状況にして子どもの衰弱死に至

らせるという1つのパターンがあるように思います。この場合は複数の養育者で、父親と母親の養育者が2人いる。養育者間の相互作用による危機感や罪悪感の減弱化のプロセスがある。お互いに子どもの状況を、「まだ生きてるよね」とか「大丈夫だよ」とか「私はひどいことしてるかな」「いや、してないよ」とやり取りをする中で、危機感や罪悪感が減弱していくということがあったように思います。これは家庭内で衰弱させて子どもを一定の場所に隔離して子どもが衰弱死しているというパターンです。

もう1つ、子どもが家庭内で衰弱するのだけれども、養育者はその家庭にいない。つまり養育者のほうが逃避してしまう、回避してしまうということで、その子どもが衰弱していく姿を見ることがない。おそらくその子は推測ですが、養育者にとっては、おそらく家に置いてきた子どものことは一切考えないように努力をしている。そんな感じの衰弱死があるということが見えてきます。

この2つのいずれのパターンも、「子どもの状態を見ていない」ということで、ここは推論ですが、新生児死亡における子どもの存在の否認と関連しているのかなど。子どもの存在を否認している形が続いてこういうふうな事件になっているのかなどということを推測しています。

もう1つは、この死亡事例の判決文分析で、目をひいたのが、食をめぐる問題が少なくないということです。子どもに食べさせない。また子どものほうが反応して、反動として食べないという、食をめぐる悪循環が子どもの衰弱に結びついている事件が複数例ありました。親が子どもに食べさせないという行為もありましたし、そうすると子どもが食べなく

なっていくので、食べないなら食べさせなくていいという悪循環が生じて衰弱していく。

もう1つは、それに近いと思われるもので、口唇への攻撃性が認められるような事件がありました。幼児の口に非常に辛いトウガラシを詰め込むとか、あるいは非常に熱した、熱い食べ物を詰め込むとか、口唇への攻撃性あるいは食物を通じての攻撃性を匂わせるものが、事件としてありました。心理学的にみると、食というのは愛情というものに通じる部分があって、愛情とかお世話をする、ケアをするということの象徴としての食というものに、愛情というものの葛藤みたいなものが関与して、死亡事例に至っているのではないかと推測をしています。

もうひとつは、パートナーシップの脆弱性、及び継関係の多さというものですが、パートナーシップがあったのは、全14事例中13事例。ほとんどあったわけですが、その10事例が事実婚、もしくは内縁といわれる関係であって、届出婚は3事例であったということです。全体の9事例が、加害者が継関係にある、つまり継父であったり継母であったりの養育者であったということで、やはりこういうパートナーシップの脆弱性、もしくは継関係が死亡事例に占める割合が非常に多くなっているということが示されています。

もう一方で、先ほど厚労省の事例分析で示された、母親の依存による問題です。判決文分析からは、実子を持っている母親のほうに、新たなパートナーへの依存欲求が非常に高じて、いわば「女性・母親葛藤」というものが生じる。つまり、母親であるより女性であることを選ぶ。それで、子どもが死に至るような状況に加担してしまうといったような事件が見られます。今まで母親のことばかり申し

上げてきましたが、男性の激しい暴力によって死亡する事例もありました。それは4事例あったのですが、この4事例がすべて、事実婚および継父の立場で、激しい暴力をふるって、その暴力によって死に至らしめているというものでした。こういった男性加害者の激しい暴力の背後には、おそらく支配性の問題ということが色濃くあるように分析されました。おそらくはその男性自身がかかえている、社会的不適応感とか、無能感というものを贖（あがな）おうとする心理があって、それが子どもに対する激しい暴力に転化したのだろうというふうに思いました。

もうひとつは、これは特徴的なんですけど、多くのケースで、これらの激しい男性暴力のケースで、しつけをめぐる母親への非難、つまり自分にとって継関係である子どもへの、しつけがちゃんとできていない、それはお前が甘いからだ、と女性を責めて、非難して、しつけを、自分が行うことを主張して、そこから激しい暴力が起こって、子どもが死亡してしまう。そういった経過を見てみますと、継父関係として母子関係が出来ているところに、男性が入っていく際に、いわば家庭内での自分の立場を確保しようとして、子どもに対する激しい暴力をふるい、激しいしつけが生じて、それに対して子どもがうまく反応できないものだから、激しさが増して死亡にいたるという事件が少なくないということが抽出されています。

これが今日までやってきたことですが、改めてこういうことを踏まえて、心理学的検証の意義と課題というものを考えてみたのが、この最後のスライドです。1つ大きなところとしては、CDRにつながると思いますが、子どもを死亡させてしまった親の、ともしれば

「非人間的」とされてしまう心理・行動に、理解の手掛かりを与えてくれる。例えばさきほども、大阪市西区のネグレクト死亡事件、1歳と3歳の子どもが50日間もお母さんが帰らなくて、餓死、腐乱死体で見つかった。とんでもない親だと、どうしても反応してしまうわけですが、とんでもない親だと反応してしまえば、私たちは支援の手掛かりや援助の手掛かりが得ることができないので、そういう人たちを、どうやって理解するのかということをごこういった死亡事例検証が与えてくれるのではないかと思います。そこから、当然のことながら、虐待死への予防への貢献が出来るのではないかと。たとえば、思いがけない妊娠や、妊婦健診未受診に対して、どのように手厚く支援していくのかということが、われわれのこういった虐待死亡事例の分析から、知ることができるのではないかと。ただし、方法論の問題は大きくて、さっきも言いましたが、判決文の分析だけでは、決して親の心理に、ちゃんと迫ることができない。それほど判決文であっても、親の心理を理解する情報は少ないです。今後どういう形で、犯行に及んだ、また虐待に及んだ親の心理的側面に対して、われわれが手を当てていけるのかという方法論が今後の検討課題だろうと思います。

いずれにしても、そういう意味では、加害者から学ぶという姿勢を、私たちとしては持ち続けなければならないのではないかと。ということ、そういうことを可能にする制度的な担保というものをどうしていくかということが、心理学の分野から大きな課題かなと思っています。

私が予定時間より1分少なく終わることができたことに感謝し、終わりたいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

2012公開シンポジウム
チャイルド・デス・レビュー
は何をなすうるか？
心理的死亡検証の意義と
発展の課題

山梨県立大学
西澤哲

虐待死亡事例の分析から

- ・ 厚生労働科研のチャイルド・デス・レビュー(CDR)に関する研究班における親の心理についての研究
- ・ 2010: 国の重大事例検証報告書(第1次報告[2003]～第6次報告[2008])の二次分析
- ・ 2011: 刑事裁判事例の判決文分析(14事件, 16判決)

虐待死亡事例の分析
(2010)

- ・ 年齢そのものが脆弱因子
- ・ 新生児死亡(neonaticide, 生後24時間内の死亡)が少なくないことの発見
 - 出産後の放置による死亡
 - 妊娠・胎児の存在否認
 - 乳児死亡(infanticide), 子ども死亡(filicide)とは異なるlate abortionという捉え方