

## . 分担研究報告



分担研究報告書

地方自治体における死亡事例検証のあり方に関する研究

研究分担者 相澤 仁 国立武蔵野学院院長

**研究要旨**

本研究の初年度に当たる今年度は、都道府県における死亡事例等検証のあり方に関するアンケート調査を実施（69 力所中 56 力所から回答が得られ回収率は 81.2%）し、その調査結果についての検討を行った。

虐待死亡事例発生件数に対する検証率については、発生件数の少ない自治体の検証率は高く、発生件数の多い自治体の検証率は低かった。発生件数が多い自治体における検証率を上げるための方法について検討する必要性が示された。検証委員の構成については、検証委員会を 5・6 人の委員で構成している自治体が 66.1%であった。検証委員のうち当該自治体職員が入っている自治体は 19.6%であり、当該自治体職員OBが入っている自治体は 33.9%であり、第三者性を十分に確保しているとは言えない結果が示されている。検証委員の職種については、医師98.2%、弁護士 94.6%と、ほとんどの自治体で、検証委員会の委員として医師、弁護士が参加している結果が示された。検証のための情報収集については、国で示した通知に基づいた情報収集に加え必要な情報収集を実施している自治体は 87.5%と多かった。また、検証委員の求めに応じて情報収集をしている自治体も 87.5%と、情報収集については比較的良く行っている自治体が多いことがわかった。事実関係の明確化のための調査などについては、検証委員が関係機関へのヒアリングに参加している自治体は 42.9%であった。また、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している自治体は 17.9%と、検証委員による調査が十分とは言えない結果が示された。問題点・課題の抽出については、問題点・課題の抽出ができるまで時間をかけて分析検討している自治体が 83.9%、抽出できない場合には再度委員会を開催して対応している自治体が 80.4%と、比較的よくやっていた。提言の効果については、児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上 60.7%、初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化 60.7%、市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化 58.9%と、体制、事業及び予算の拡充などに比して、機能面の強化に結びついている。地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点については、調査や情報収集を行う際のあり方に対する困難点や疑問点 51.8%、事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点 42.9%、虐待死としての判断に関する困難点や疑問点 37.5%と、検証の方法などについての困難点や疑問点をもつ自治体が多かった。この結果は、検証方法やあり方についてのわかりやすい手引きなどを作成し、自治体に提供して学習してもらうような取り組みの必要性を示している。

このような結果、考察により、地方自治体における死亡事例等検証については十分な検証を実施しているとは言えない自治体もあり、検証委員会の委員構成、検証委員による調査、効果的かつ理解しやすい検証のあり方や方法などについて検討し、改善していく必要性が示唆された。

## A . 研究目的

地方自治体における死亡事例等検証のあり方に関する研究では、各都道府県における検証の実施体制やその状況についての実態について明らかにするとともに、今後の効果的な検証のあり方について考察し政策的な提言を行うことを目的としている。

## B . 研究方法

本研究は3カ年で行われるが、まず、初年度である平成27年度には、「都道府県における死亡事例等検証の実施体制やその状況などについて」のアンケート調査を各都道府県・指定都市・児童相談所設置市(69カ所)に対して実施した。調査期間は2015(平成27)年7月～8月とした。

調査内容である設問については、平成23年7月に発出された厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知「地方公共団体における児童虐待による児童虐待による死亡事例等の検証について」及び平成25年7月に発出された厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知「『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第9次報告)』を踏まえた対応について」などを参考にして協議検討し、作成した。フェースシートについては、平成16年～26

年までの間において各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数及び公表した報告書数などについての質問項目を設けた。

アンケート調査においては、検証委員会の運営、検証組織、検証委員の構成、検証対象の範囲、会議の開催、検証方法、検証の進め方、問題点・課題の抽出、提言、

報告書、提言の効果、地方自治体における死亡事例等検証の実施に際の困難点や疑問点などについての質問項目を設けた。

なお、統計処理については Microsoft Excel2013 及び SPSSver23 を用いた。

< 倫理的配慮 >

おのおののデータについては、各地方公共

団体を特定できない形で収集を行った。

## C . 研究結果

### 1) 回収率

69カ所の地方公共団体にアンケート調査用紙を送付し、そのうち56カ所から回答が得られ、回収率は81.2%であった。2) 調査集計結果

### フェースシート

平成16年～26年の間に各地方自治体において発生した虐待死亡事例発生件数であるが11年間で発生した件数が2件という自治体が最も多く17.9%、次いで発生件数が多かったのは4件という自治体であり12.5%であり、続いて1件と3件の自治体であり、それぞれ10.7%であった。発生件数が1～4件までの自治体が全体の50%以上になっている。

一方で、発生件数が多い自治体では、26件、30件、44件といった結果が出ており、年間3・4件程度死亡事例が発生している自治体も見られた。(表 - 1)

次に、平成16年～26年の間に各地方自治体において発生した重大事案の発生件数であるが、発生していない自治体を除くと11年間で発生した件数が1件という自治体が最も多く19.6%、次いで発生件数が多かったのは2件という自治体であり12.5%であった。

一方で、発生件数が最も多い自治体では、70件といった結果が出ていた。(表 - 2)

また、各地方自治体において検証した事例(虐待死亡事例+心中死亡事例+重大事例)件数であるが、1件が最も多く26.8%、次いで2件の19.6%であった。(表 - 3) 虐待死亡検証事例件数において、最も多かったのは1件の30.4%、次いで2件の16.1%、続いて4件の10.7%であった。

公表報告書数であるが、発生していない自治体を除く11年間で公表した件数が1件と

いう自治体が最も多く 35.7%、次いで発生件数が多かったのは 2 件という自治体であり 12.5%であった。(表 - 1)

#### アンケート調査

##### 検証委員会の運営

検証委員会を所管している部局であるが、多かった部局は児童相談所所管課(例:子ども福祉課)で 87.5%であった。(表 1 - 1) 次に検証委員会運営のための予算化であるが、予算化している自治体は 44.6%であった。(表 1 - 2)

##### 検証組織

検証組織の設置状況であるが、検証組織を常設している自治体は 73.2%であった。

次に、組織の所属先であるが、児童福祉審議会へ所属している検証組織が一番多く、73.2%であった。(表 2 - 1、表 2 - 2)

##### 検証委員の構成

検証委員会の検証委員の人数であるが、最も多かったのは、委員会を 5 人の委員で構成されている自治体であり 41.1%であった。次は 6 人の委員で構成されている自治体は 25.0%であった。(表 3 - 1 - 1)

次に検証委員会の中に当該地方公共団体職員が検証委員として入っている自治体は 19.6%であった。検証委員会の中に当該地方公共団体職員 0 人が検証委員として入っている自治体は 33.9%であった。(表 3 - 1 - 2、表 3 - 1 - 3)

続いて、検証委員の職種であるが、検証委員会の委員構成において最も多かった職種は、医師で 98.2%、次いで弁護士で 94.6%であった。(表 3 - 2 - 3 - 1、表 3 - 2 - 10 - 1)

検証委員の 1 回の委嘱任期年数については、3 年間で最も多く 58.9%であった。次いで 2 年間の 21.4%であった。(表 3 - 3 - 1)

原則として検証委員として委嘱できる回数については、「制限なし」と「規定なし」

が最も多く 19.6%であった。(表 3 - 3 - 2)

##### 検証対象の範囲

通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている自治体は、77.8%であった。

その他の対象範囲を定めている自治体は 25.0%であった。(表 4 - 1 - 1 表 4 - 1 - 2)

虐待が疑われる児童の死亡事例が発生した場合虐待による死亡か否かの判断を行う調査を実施している自治体は、55.4%であった。実施している自治体の中でその結果を検証委員会に諮問しているところは 28.6%であった。(表 4 - 2 表 4 - 3)

##### 会議の開催

会議の開催目的であるが、死亡事例が発生した場合及び死亡事例ではないが検証が必要な重大事例が発生した時に当該事例の検証のために開催している自治体が最も多く

55.4%であった。次いで死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している自治体で 30.4%であった。(表 5)

##### 検証方法

検証委員会の 1 回の検証会議時間の平均時間で最も多かった時間は 120 分で 48.2%であった。(表 6 - 1 - 1)

1 つの事例に対する検証会議の平均開催回数であるが、最も多かったには 4 回で 26.8%であった。(表 6 - 1 - 2 - 3)

ヒアリング調査を原則実施している自治体は 85.7%であった。また現地調査を原則実施している自治体は 53.6%であった。(表 6 - 2 - 1、表 6 - 2 - 2)

事例検証の実施状況であるが、事例ごとに実施している自治体は 67.9%、複数事例で実施している自治体は 21.7%であった。

##### 検証の進め方

平成 20 年 3 月に発出された通知「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」(平成 23 年度 7 月以降に

については改正された通知)を検証委員に配布し検証の進め方について説明している自治体は67.9%であり、反対に説明していない自治体は19.6%であった。(表7-1)

国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいた情報収集を実施している自治体は53.6%であった。それに加えて必要な情報収集している自治体は89.1%であった。検証委員の求めに応じた情報収集をしている自治体は87.5%であった。母子健康手帳など基本的な資料収集をしている自治体は67.9%であった。特別な事例等についての専門家の意見聴取などによる情報収集をしている自治体は53.6%、特別な事例等についての解剖所見などの専門的な情報収集をしている自治体は25.0%であった。(表7-2-1~表7-2-7)

事例検証のための資料として、事例の概要(時系列及び関係機関別にまとめた表を含む)を準備している自治体は89.3%であった。各児童相談所、市町村児童福祉担当等の組織図を準備している自治体は89.3%であった。相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料を準備している自治体は60.7%であった。相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要を準備している自治体は69.6%であった。(表7-3-1~表7-3-4)

次に確認事項であるが、検証の目的について確認している自治体は91.1%であった。検証方法について確認している自治体は91.1%であった。検証スケジュールについて確認している自治体は91.1%であった。事例概要の把握について確認している自治体は91.1%であった。(表7-4-1~表7-4-4)事実関係の明確化についてであるが、関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員が参加している自治体は42.9%であった。ヒアリングを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

者が実施している自治体は76.8%であった。関係機関の所属長あるいはそれに準ずる者をヒアリングの対象者としている自治体は

76.8%であった。転居事例の場合、転居前の住所地の関係者も対象としてヒアリングを実施している自治体は50.0%であった。状況に応じて場所を選択してヒアリングを実施している自治体は73.2%であった。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実施している自治体は41.1%であった。

児童の生活環境等を把握するために、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している自治体は17.9%であった。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の閲覧請求をしている自治体は71.4%であった。(表7-5-1~表7-5-8)

#### 問題点・課題の抽出

一つ一つの事例について、具体的な問題点や課題が抽出できるまで、時間をかけて分析・検討を行っている自治体は83.9%であった。また、具体的な問題点や課題が十分に抽出できていない場合には、再度委員会を開催して分析・検討するような対応を行っている自治体は80.4%であった。(表8-1、表8-2)

#### 提言

検証委員から提出された具体的な提言について、きょうだいや家族、関係機関や職員への配慮などから、誤解をされないような表現や無難な表現に修正するような調整を行ったことがある自治体は50.0%であった。(表9-1)

また、検証委員から提出された実行する機関名や提言への取組開始時期、評価方法等が明記してある提言について、その可能性や有効性などについての行政的な判断に基づき、一部内容を修正するような調整をしたことがある自治体は16.1%であった。(表9-2)

さらに、早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策について提言し、検証の全体の終結を待たずに、必要な施策を講じている自治体は57.1%であった。(表9-3)

#### 報告書

報告書について、公表する報告書と関係機関用の報告書とを分けて作成している自治体は80.4%であった。次に、検証委員が報告書を検討、精査した後に、事務局の立場から調整し、表現を修正したことがある自治体は23.2%であった。続いて、事例によっては、有意義な検証をするために「中間報告書」といった報告書を作成している自治体は3.6%であった。(表10-1-1~表10-1-3)

公表について、検証した事例のすべての検証結果を公表している自治体は67.9%であった。(表10-2)

広報について、報告書を地方自治体のホームページに公表している自治体は66.1%であった。児童相談所など関係機関の職員に報告書を配布している自治体は85.7%であった。児童相談所など関係機関の職員を対象に、報告書を資料にして研修を実施している自治体は48.2%であった。(表10-3-1~表10-3-3)

#### xi 提言の効果

提言によって、児童福祉司の増員など児童相談体制の強化につながった自治体は42.9%であった。児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上につながった自治体は60.7%であった。初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化につながった自治体は60.7%であった。保健師の増員など保健担当部署の体制強化につながった自治体は14.3%であった。保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性の向上につながった自治体は41.1%であった。訪問支援や育児相談機能など市町村の母子保健機

能強化につながった自治体は28.6%であった。都道府県単独事業の創設につながった自治体は21.4%であった。児童虐待対策予算の拡充につながった自治体は39.3%であった。市町村児童相談体制の強化につながった自治体は55.4%であった。市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化につながった自治体は58.9%であった。市町村単独事業の創設につながった自治体は5.4%であった。市町村の児童虐待対策予算の拡充につながった自治体は12.5%であった。(表11-1~表11-12)

#### xii 地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点について

検証委員会の検証組織に対する困難点や疑問点のあった自治体は16.1%であった。検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点のあった自治体は16.1%であった。検証委員会の運営面における困難点や疑問点のあった自治体は25.0%であった。検証会議のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は16.1%であった。虐待死としての判断に関する困難点や疑問点のあった自治体は37.5%であった。

調査や情報収集を行う際のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は51.8%であった。事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点のあった自治体は42.9%であった。問題点・課題を抽出する際の抽出のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は25.0%であった。提言のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は26.8%であった。報告書を作成する際の困難点や疑問点のあった自治体は21.4%であった。公表のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は26.8%であった。(表12-1~表12-11)

## D. 考察

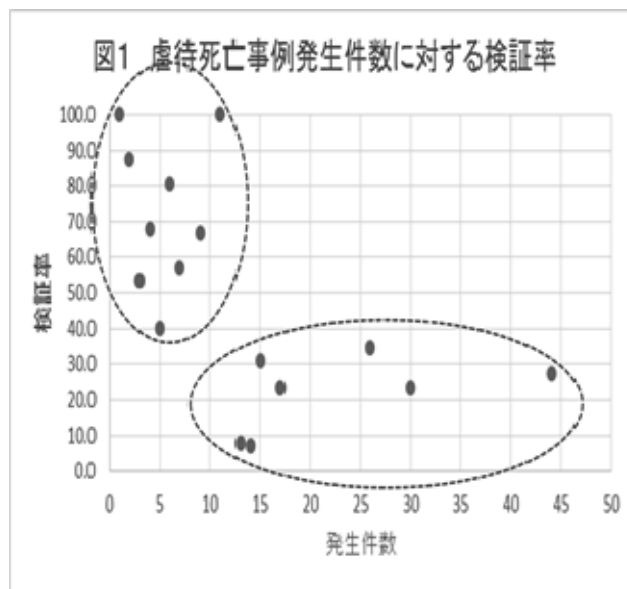
平成16年~26年の11年間に各地方自治体

において発生した虐待死亡事例発生件数は、0～4件までの自治体が全体の57.1%を占めており、比較的発生件数が少ない自治体が多いことがわかった。

次に、各地方自治体において検証した事例（虐待死亡事例＋心中死亡事例＋重大事例）件数は0～2件までの自治体が58.9%を占めていたが、虐待死亡事例発生件数に対する検証率を見るために、虐待死亡事例発生件数と虐待死亡事例検証件数（虐待死亡事例検証件数＋心中死亡事例検証件数）とのクロス集計を実施したところ以下の結果が得られた。

表及び図1を見るとわかるように、発生件数の少ない自治体の検証率は高く、発生件数の多い自治体の検証率は低かった。発生件数が多い自治体における検証率を上げるための方法について検討する必要性が示された。

発生件数	自治体数	総発生件数	検証件数	検証率(%)
1	5	5	5	100.0
2	8	16	14	87.5
3	5	15	8	53.3
4	7	28	19	67.9
5	1	5	2	40.0
6	6	36	29	80.6
7	1	7	4	57.1
9	3	27	18	66.7
11	1	11	11	100.0
13	1	13	1	7.7
14	1	14	1	7.1
15	3	45	14	31.1
17	1	17	4	23.5
26	1	26	9	34.6
30	1	30	7	23.3
44	1	44	12	27.3



検証組織については、検証組織を常設している自治体は73.2%にとどまっている。重大事例等が発生していない自治体があることが影響しているかもしれない。

検証委員の構成については、検証委員会を5・6人の委員で構成している自治体が66.1%であった。

検証委員のうち当該自治体職員が入っている自治体は19.6%であり、当該自治体職員OBが入っている自治体は33.9%であり、第三者性を十分に確保しているとは言えない結果が示されている。

検証委員の職種については、医師98.2%、弁護士94.6%と、ほとんどの自治体で、検証委員会の委員として医師、弁護士が参加している結果が示された。

検証委員の嘱託可能な回数については、「制限なし」「規定なし」という結果がでた。この結果は、検証委員の確保ができづらいという側面を反映しているものであろうか。

検証対象の範囲については、通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている自治体は77.8%と比較的多いことがわかった。

検証のための情報収集については、国で示した通知に基づいた情報収集に加え必要な情報収集を実施している自治体は87.5%と多かつ



た。また、検証委員の求めに応じて情報収集をしている自治体も 87.5%と、情報収集については比較的良く行っている自治体が多いことがわかった。

事実関係の明確化のための調査などについては、検証委員が関係機関へのヒアリングに参加している自治体は 42.9%であった。また、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している自治体は 17.9%と、検証委員による調査が十分とは言えない結果が示された。

問題点・課題の抽出については、問題点・課題の抽出ができるまで時間をかけて分析検討している自治体が 83.9%、抽出できない場合には再度委員会を開催して対応している自治体が 80.4%と、比較的良好であった。

報告書については、個人情報の問題や目的の違いなどからと推察できるが、公表する報告書と関係機関用の報告書とを分けて作成している自治体が 80.4%と多かった。

公表については、検証した事例のすべての検証結果を公表している自治体は 67.9%にとどまっている。すべての検証した事例については、十分な倫理的配慮を行い、公表することが必要である。

提言の効果については、児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上 60.7%、初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化 60.7%、市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化 58.9%と、体制、事業及び予算の拡充などに比して、機能面の強化に結びついている。

地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点については、比率の高い上位 3 つをまとめた表 を見るとわかるように、調査や情報収集を行う際のあり方に対する困難点や疑問点 51.8%、事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点 42.9%、虐待死としての判断に関する困難点や疑問点 37.5%と、検証の方法などについての困難点や疑問点をもつ自治体が多かった。この結果は、検証方法や

あり方についてのわかりやすい手引きなどを

困難点や疑問点の内容	ある		ない		不明		無回答		合計	
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%
1. 調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点	29	51.8	19	33.9	2	3.6	6	10.7	56	100.0
2. 事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点	24	42.9	22	39.3	2	3.6	8	14.3	56	100.0
3. 虐待死としての判断に関する困難点や疑問点	21	37.5	27	48.2	2	3.6	6	10.7	56	100.0

作成し、自治体に提供して学習してもらうような取り組みの必要性を示している。

## E . 結論

上記の結果、考察から示唆されたことは、地方自治体における死亡事例等検証については十分な検証を実施しているとは言えない自治体もあり、検証委員会の委員構成、検証委員による調査、効果的かつ理解しやすい検証のあり方や方法などについて検討し、改善していく必要性である。

今後の課題としては、本調査についての詳細な分析検討を行うとともに、その結果などを踏まえつつヒアリング調査を実施して研究を深め、今後の効果的な検証のあり方について検討することである。

## F . 研究発表

なし

## G . 知的

財産権の出願・登録状況なし

資料1

○ フェースシート調査結果

表I-1 虐待死亡事例発生件数(合計) (平成16～26年度)

発生件数	自治体数	%
0	4	7.1
1	6	10.7
2	9	16.1
3	5	8.9
4	8	14.3
5	2	3.6
6	6	10.7
7	1	1.8
9	3	5.4
11	1	1.8
13	1	1.8
14	1	1.8
15	3	5.4
17	1	1.8
26	1	1.8
3	1	1.8
44	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	1	1.8
合計	56	100.0

表I-2 重大事例発生件数(合計) (平成16～26年度)

発生件数	自治体数	%
0	15	26.8
1	11	19.6
2	7	12.5
3	4	7.1
4	2	3.6
6	1	1.8
11	1	1.8
7	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	13	23.2
合計	56	100.0

表I-3 検証事例件数(合計) (平成16～26年度)

検証件数	自治体数	%
0	7	12.5
1	15	26.8
2	11	19.6
3	4	7.1
4	4	7.1
5	2	3.6
6	1	1.8
7	2	3.6
9	5	8.9
10	2	3.6
11	1	1.8
12	1	1.8
27	1	1.8
合計	56	100.0

表I-4 虐待死亡事例検証事例件数(合計(平成16～26年度)

検証件数	自治体数	%
0	5	8.9
1	17	30.4
2	9	16.1
3	5	8.9
4	6	10.7
5	1	1.8
6	2	3.6
7	1	1.8
9	4	7.1
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

表I-5 心中死亡事例検証事例件数(合計(平成16～26年度)

検証件数	自治体数	%
0	15	26.8
1	5	8.9
2	3	5.4
3	2	3.6
4	1	1.8
5	1	1.8
無回答	29	51.8
合計	56	100.0

表I-6 重大事例検証事例件数(合計) (平成16～26年度)

検証件数	自治体数	%
0	10	17.9
1	8	14.3
2	6	10.7
3	3	5.4
6	1	1.8
15	1	1.8
無回答	27	48.2
合計	56	100.0

表II-1 公表報告書数(平成16年以降)

報告書数	自治体数	%
0	10	17.9
1	20	35.7
2	7	12.5
3	3	5.4
4	5	8.9
5	4	7.1
6	3	5.4
7	1	1.8
8	1	1.8
9	1	1.8
不明	1	1.8
合計	56	100.0

0 アンケート調査結果

1.検証委員会の運営

表1-1 検証委員会の所管部局

所管部局名	自治体数	%
ア 児童相談所所管課(例:子ども福祉課)	49	87.5
イ 社会福祉担当総務課	2	3.6
ウ 福祉指導監査事務局	0	0.0
エ その他( )	5	8.9
合計	56	100.0

その他

- こども家庭支援課
- 子育て支援課
- 児童福祉担当課
- 児童福祉担当部署
- 児童福祉母子保健担当課

表1-2 検証委員会運営のためのの予算化

項目	自治体数	%
運営・検証のための予算化を ア している	25	44.6
イ していない	31	55.4
合計	56	100.0

表1-3 検証委員会運営のための予算額

予算額(万円)	自治体数	%
11～20	2	8.0
21～30	4	16.0
31～40	6	24.0
41～50	4	16.0
51～60	0	0.0
61～70	3	12.0
71～80	2	8.0
81～90	1	4.0
91～100	0	0.0
100以上	2	8.0
無回答	1	4.0
合計	25	100.0

2.検証組織

表2-1 組織の設置状況

設置状況	自治体数	%
検証組織を ア 常設している	41	73.2
イ 常設していな	15	26.8
合計	56	100.0

表2-2 組織の所属

所属先	自治体数	%
ア 児童福祉審議会に所属している。	41	73.2
イ その他の委員会に所属している。	9	16.1
ウ 単独で設置している。	5	8.9
エ 行政組織として設置している。	1	1.8
合計	56	100.0

その他の委員会

- S市社会福祉審議会
- M県社会福祉審議会児童福祉専門分委会
- Y県社会福祉審議会
- 事例ごとに随時設置
- 児童福祉審議会の委員を構成員
- 社会福祉審議会
- 社会福祉審議会児童福祉専門分科会
- 社会福祉審議会児童福祉専門分科会審査部会
- N市社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童養護部会
- O県社会福祉審議会児童福祉専門分科会
- 地方社会福祉審議会の下部組織

3.検証委員の構成

表3-1-1検証委員の人数

人数	自治体数	%
4	1	1.8
5	23	41.1
6	14	25
7	7	12.5
8	4	7.1
9	2	3.6
10	3	5.4
12	1	1.8
15	1	1.8
合計	56	100.0

表3-1-2 検証委員のうち当該地方公共団体職員数

人数	自治体数	%
0	34	60.7
1	9	16.1
2	1	1.8
3	1	1.8
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

表3-1-3 検証委員のうち当該地方公共団体職員OB数

人数	自治体数	%
0	28	50.0
1	15	26.8
2	4	7.1
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表3-2-1-1 検証委員の職種( .大学の研究者)

人数	自治体数	%
1	27	48.2
2	17	30.4
3	4	7.1
4	2	3.6
5	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表3-2-1-2 検証委員の職種( .大学の研究者のうちの当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-1-3 検証委員の職種( .大学の研究者のうちの当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	1	1.8
1	9	16.1
無回答	46	82.1
合計	56	100.0

表3-2-2-1 検証委員の職種( .研究機関の職員)

人数	自治体数	%
1	7	12.5
2	1	1.8
無回答	48	85.7
合計	56	100.0

表3-2-2-2 検証委員の職種( .研究機関の職員の中の当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-2-3 検証委員の職種( .研究機関の職員の中の当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-3-1 検証委員の職種( .弁護士)

人数	自治体数	%
1	52	92.9
2	1	1.8
無回答	3	5.4
合計	56	100.0

表3-2-3-2 検証委員の職種( .弁護士のうちの当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-3-3 検証委員の職種( .弁護士のうちの当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-4-1 検証委員の職種( .警察)

人数	自治体数	%
1	4	7.1
無回答	52	92.9
合計	56	100.0

表3-2-4-2 検証委員の職種( .警察うちの当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-4-3 検証委員の職種( .警察うちの当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-5-1 検証委員の職種( .要保護児童対策地域協議会調整機関職員)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-5-2 検証委員の職種( .要保護児童対策地域協議会調整機関職員の中の当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-5-3 検証委員の職種( .要保護児童対策地域協議会調整機関職員の中の当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-6-1 検証委員の職種( .学校の教員)

人数	自治体数	%
1	4	7.1
無回答	52	92.9
合計	56	100.0

表3-2-6-2 検証委員の職種( .学校の教員の中の当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-6-3 検証委員の職種( .学校の教員の中の当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-7-1 検証委員の職種( .里親)

人数	自治体数	%
1	5	8.9
無回答	51	91.1
合計	56	100.0

表3-2-7-2 検証委員の職種( .里親の中の当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-7-3 検証委員の職種( .里親の中の当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-8-1 検証委員の職種（ .児童委員・主任児童委員）

人数	自治体数	%
1	17	30.4
2	1	1.8
無回答	38	67.9
合計	56	100.0

表3-2-8-2 検証委員の職種（ .児童委員・主任児童委員のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-8-3 検証委員の職種（ .児童委員・主任児童委員のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-9-1 検証委員の職種（ .民間団体の職員）

人数	自治体数	%
1	7	12.5
8	1	1.8
無回答	48	85.7
合計	56	100.0

表3-2-9-2 検証委員の職種（ .民間団体の職員のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-9-3 検証委員の職種（ .民間団体の職員のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-10-1 検証委員の職種（ .医師）

人数	自治体数	%
1	32	57.1
2	21	37.5
3	2	3.6
無回答	1	1.8
合計	56	100.0

表3-2-10-2 検証委員の職種（ .医師のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
1	9	16.1
無回答	46	82.1
合計	56	100.0

表3-2-10-3 検証委員の職種（ .医師のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
1	3	5.4
無回答	52	92.9
合計	56	100.0

表3-2-11-1 検証委員の職種（ .看護師）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-11-2 検証委員の職種（ .看護師のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-11-3 検証委員の職種（ .看護師のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-12-1 検証委員の職種（ .保健師・助産師）

人数	自治体数	%
1	7	12.5
無回答	49	87.5
合計	56	100.0

表3-2-12-2 検証委員の職種（ .保健師・助産師のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-12-3 検証委員の職種（保健師・助産師のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-13-1 検証委員の職種（家庭裁判所調査官）

人数	自治体数	%
1	7	12.5
無回答	49	87.5
合計	56	100.0

表3-2-13-2 検証委員の職種（家庭裁判所調査官のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-13-3 検証委員の職種（家庭裁判所調査官のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-14-1 検証委員の職種（児童福祉施設長）

人数	自治体数	%
1	22	39.3
2	5	8.9
3	2	3.6
無回答	27	48.2
合計	56	100.0

表3-2-14-2 検証委員の職種（児童福祉施設長のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-14-3 検証委員の職種（児童福祉施設長のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
1	2	3.6
無回答	54	96.4
合計	56	100.0

表3-2-15-1 検証委員の職種（児童福祉施設職員）

人数	自治体数	%
1	3	5.4
無回答	53	94.6
合計	56	100.0

表3-2-15-2 検証委員の職種（児童福祉施設職員のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-15-3 検証委員の職種（児童福祉施設職員のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-16-1 検証委員の職種（児童相談所長）

人数	自治体数	%
1	1	1.8
無回答	55	98.2
合計	56	100.0

表3-2-16-2 検証委員の職種（児童相談所長のうちの当該地方公共団体職員数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

表3-2-16-3 検証委員の職種（児童相談所長のうちの当該地方公共団体職員OB数）

人数	自治体数	%
無回答	56	100.0
合計	56	100.0

その他

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| スクールソーシャルワーカー           | 短期大学学長          |
| S県地域活動連絡協議会長            | 福祉系専門学校講師（児相OB） |
| 教育委員会職員                 | 保育園園長           |
| 元県民生委員児童委員協議会児童部会長      | 保育士             |
| 元児童相談所長、市町スーパーバイザー      | 報道機関            |
| 元小中学校養護教諭               | 臨床心理士           |
| S県社会福祉士会会長              | 県社会福祉協議会保育部会長   |
| Y県総合教育センター非常勤職員（職員及びOB） | 元県職員            |
| 障害者団体役員                 | 幼稚園園長           |
| 心理士                     | 母子寡婦団体          |
| 人権擁護委員                  |                 |
| 青少年健全育成協力員              |                 |

表3-3-1 検証委員の1回の委嘱任期年数

年数	自治体数	%
0.6	1	1.8
1	1	1.8
2	12	21.4
3	33	58.9
審議期間	2	3.6
なし	4	7.1
無回答	3	5.4
合計	56	100.0

規定なしと任期なしは「なし」した。

表3-3-2 原則として検証委員として委嘱できる回数

回数	自治体数	%
2	5	8.9
3	4	7.1
4	1	1.8
10	1	1.8
8年	1	1.8
継続して10年	1	1.8
年12回まで	1	1.8
必要に応じた回数	1	1.8
制限なし	11	19.6
規程なし	11	19.6
不明	1	1.8
無回答	17	30.4
合計	56	100.0

#### 4.検証対象の範囲

表4-1-1 通知に示された「検証対象の範囲」

対象範囲	自治体数	%
対象にしている	44	78.6
対象にしていない	10	17.9
無回答	2	3.6
合計	56	100.0

表4-1-2 その他に定めた対象範囲

その他の範囲	自治体数	%
定めている	14	25
定めていない	4	7.1
無回答	2	3.6
合計	56	100.0

#### 内訳

表4-1-2-1 死亡事例のみ対象

対象	自治体数	%
している	9	16.1
していない	24	42.9
その他	1	1.8
無回答	2	3.6
合計	56	100.0

表4-1-2-2 重大事例(死亡事例を含む)

対象	自治体数	%
している	27	48.2
していない	6	10.7
無回答	23	41.1
合計	56	100.0

表4-1-2-3 重大事例(死亡事例を含む)のうち、関係機関の関与の状況により判断したケース

対象	自治体数	%
している	24	42.9
していない	10	17.9
無回答	22	39.3
合計	56	100.0

表4-1-2-4 その他のケース

対象	自治体数	%
している	7	12.5
していない	26	46.4
無回答	23	41.1
合計	56	100.0

表4-2 虐待が疑われる児童の死亡事例が発生した場合  
虐待による死亡か否かの判断を行うための調査を

実施	自治体数	%
している	31	55.4
していない	22	39.3
無回答	3	5.4
合計	56	100.0

表4-3 前の質問で「ア 実施している」を選択した場合、その結果を検証委員会に

諮問	自治体数	%
している	16	28.6
していない	15	26.8
無回答	25	44.6
合計	56	100.0



5.会議の開催

表5 会議の開催目的

開催目的	自治体数	%
ア	17	30.4
イ	31	55.4
ウ	3	5.4
エ		
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

開催目的

- ア 死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している。
- イ アに加え、死亡事例ではないが検証が必要な重大事例が発生した時に当該事例の検証のために開催している。
- ウ アとイに加え、その検証の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うために開催している。
- エ アとイとウに加え、これまでに検証したすべての事例について、再度総合的に検証するために開催している。

6.検証方法

表6-1-1 一回の検証会議時間

平均時間(分)	自治体数	%
60	4	7.1
75	2	3.6
80	1	1.8
90	5	8.9
110	1	1.8
112.5	1	1.8
113	1	1.8
120	27	48.2
121	1	1.8
150	2	3.6
160	1	1.8
180	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表6-1-2-1 1つの事例に対する検証会議の最少開催回数

回数	自治体数	%
1	2	3.6
2	5	8.9
3	12	21.4
4	14	25
5	9	16.1
6	3	5.4
8	1	1.8
9	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表6-1-2-2 1つの事例に対する検証会議の最大開催回数

回数	自治体数	%
2	1	1.8
3	3	5.4
4	15	26.8
5	11	19.6
6	6	10.7
7	2	3.6
8	4	7.1
9	4	7.1
12	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表6-1-2-3 1つの事例に対する検証会議の平均開催回数

回数	自治体数	%
2	1	1.8
2.5	2	3.6
3	3	5.4
3.4	1	1.8
3.5	2	3.6
3.67	1	1.8
3.8	1	1.8
4	15	26.8
4.25	1	1.8
4.5	1	1.8
5	9	16.1
5.5	1	1.8
6	4	7.1
7	1	1.8
7.3	1	1.8
8	2	3.6
9	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表6-1-3 死亡事例発生発覚時又は初回の検証会議から報告書をまとめるまでの期間

期間	自治体数	%
定めている		
定めていない	5	89.3
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

表6-2-1 ヒアリング調査の原則実施

実施	自治体数	%
している	48	85.7
不明	1	1.8
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

ヒアリング調査を実施していない理由

事例ごとに判断  
事例により実施について判断する。現在検証している事例は、児相、市町村からの資料提出、ヒアリングにより情報収集ができると判断したため

表6-2-2 現地調査の原則実施

実施	自治体数	%
している	3	53.6
していない	18	32.1
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

現地調査を実施していない理由

ヒアリングの中で実施  
ヒアリング調査にて対応  
関係機関からのヒアリングに基づく  
関係者でヒアリング等により必要な検証が行えたため  
警察の調査後の開催のため  
現在ヒアリングの情報にて事実関係が明らかになっているため 必要があれば現地調査も行う  
死亡現場や遺族を訪問する必要性はないと感じている  
事件発生現場(保護者宅)へは保護者の了解が得られない  
事務局による関係機関への現地ヒアリング調査は実施。委員による調査は必要に応じて実施することとしている。  
事例ごとに判断  
状況については関係所属等から確認を行っている  
逮捕後のため現地調査は困難  
必要に応じて判断している  
保護者の意向によるため

表6-2-3 その他の調査の実施

実施	自治体数	%
している	3	53.6
していない	18	32.1
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

その他の調査内容

委員により特に調査が必要と認められた事項	裁判の傍聴
医療機関への病状調査等	裁判の傍聴など
関係機関、関係者へのヒアリング	裁判の傍聴等
関係機関、職員の聞き取り等で対応しています。	裁判記録の閲覧
関係機関からの各種資料入手など	裁判所への判決書閲覧請求
関係機関からの書面による情報提供	裁判傍聴
関係機関からの聞き取り等、必要により。	裁判傍聴、刑事確定記録閲覧
関係機関による内部調査	事例ごとに判断
関係機関に対する係属状況等の調査	事例発生した市の担当課や医療機関
関係機関へのヒアリングや状況調査	
関係機関への文書による照会、回答	
警察への確認	
公判の傍聴、戸籍記載事項照会	

その他の調査を実施していない理由

ヒアリング調査にて対応  
関係機関からのヒアリングに基づく  
現在のところ行ったことはないが、必要があれば行う  
今までの検証で行っていないが、必要があれば行う  
事務局による関係機関への現地ヒアリング調査は実施。委員による調査は必要に応じて実施することとしている。  
調査手法のノウハウがないため  
特に必要がなかった  
必要な調査が出てくれば実施する

表6-3-1 事例検証の実施状況

実施	自治体数	%
事例ごとに実施	38	67.9
複数事例で実施	12	21.4
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

表6-3-1 複数事例検討回数

回数	自治体数	%
1	4	7.1
2	1	1.8
3	1	1.8
4	3	5.4
5	7	12.5
6	1	1.8
その他	1	1.8
無回答	45	80.4
合計	56	100.0

現在実施中のため確認できない

7.検証の進め方

表7-1 検証の進め方の説明

通知配布と説明	自治体数	%
している	38	67.9
していない	11	19.6
不明	1	1.8
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

表7-2-1 国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいた情報収集

実施	自治体数	%
している	3	53.6
していない	18	32.1
その他	1	1.8
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

通知発出後検討事例なし

表7-2-2 関係機関などからの前表の情報収集に加えた必要な情報収集

実施	自治体数	%
している	5	89.3
その他	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

通知発出後検討事例なし

表7-2-3 前表で必要な情報収集を行った機関について

実施機関	自治体数	%
ア医療機関	39	69.6
イ警察	22	39.3
ウ保育所	23	41.1
エ幼稚園	2	3.6
オ小学校	18	32.1
カ中学校	10	17.9
ク高等学校	6	10.7
ケ母子保健部署	46	82.1
コ児童福祉施設	14	25.0
サその他	17	30.4
合計	56	100.0

複数回答

可

その他

- 検察庁
- 裁判所、児童相談所
- 裁判傍聴
- 市町村児童福祉担当部署
- 市町村生活保護担当部署
- 児童委員
- 児童相談所
- 児童相談所、市町村児童福祉主幹課
- 助産院
- 消防署、地方裁判所
- 親族、教育委員会
- 精神保健担当
- 地方検察庁
- 福祉事務所
- 保健所、市生活保護担当課、民生児童委員
- 本籍地市町村戸籍担当部署
- 民生委員、児童委員

表7-2-4 検証委員の求めに応じた情報収集

実施	自治体数	%
している	49	87.5
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

表7-2-5 母子健康手帳など基本的な資料の収集

実施	自治体数	%
している	38	67.9
していない	11	19.6
その他	1	1.8
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

事例ごとに判断

表7-2-6 特別な事例等についての専門家の意見聴取などによる情報収集

実施	自治体数	%
している	3	53.6
していない	15	26.8
その他	2	3.6
不明	1	1.8
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

事例ごとに判断、該当事例なし

表7-2-7 特別な事例等についての解剖所見などの専門的な情報収集

実施	自治体数	%
している	14	25.0
していない	31	55.4
その他	2	3.6
不明	1	1.8
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

事例ごとに判断、該当事例なし

表7-3-1 事例検証のための資料としての事例概要(時系列及び関係機関別にまとめた表を含む)

準備	自治体数	%
している	5	89.3
していない	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-3-2 各児童相談所、市町村児童福祉担当等の組織図

準備	自治体数	%
している	5	89.3
していない	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-3-3 相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料

準備	自治体数	%
している	34	60.7
していない	16	28.6
その他	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

委員の求めに応じ準備

表7-3-4 相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要

準備	自治体数	%
している	39	69.6
していない	11	19.6
その他	1	1.8
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

委員の求めに応じ準備

その他事例検証のための資料

過去の死亡事例検証報告書

市町母子保健事業に関する資料(事業系図、事業概要など)

過去の死亡事例における提言に対する取り組み状況

市町要対協に関する資料(会議開催数、登録ケース等)

表7-4-1 検証の目的についての確認

確認	自治体数	%
している	51	91.1
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-4-2 検証方法についての確認

確認	自治体数	%
している	51	91.1
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-4-3 検証スケジュールについての確認

確認	自治体数	%
している	51	91.1
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-4-4 事例概要の把握についての確認

確認	自治体数	%
している	51	91.1
無回答	5	8.9
合計	56	100.0

表7-5-1 関係機関ごとのヒアリングへの検証委員の参加

参加	自治体数	%
している	24	42.9
していない	25	44.6
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

表7-5-2 当該事例に直接関与した・すべきであった組織の者以外の者へのヒアリングの実施

実施	自治体数	%
している	43	76.8
していない	4	7.1
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表7-5-3 ヒアリングの対象者としての関係機関の所属長・それに準ずる者について

対象	自治体数	%
している	43	76.8
していない	4	7.1
その他	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

事例ごとに判断

表7-5-4 転居前の住所地の関係者へのヒアリングについて(転居事例の場合)

実施	自治体数	%
している	28	50.0
していない	12	21.4
その他	3	5.4
不明	1	1.8
無回答	12	21.4
合計	56	100.0

事例ごとに判断、事例なし・非該当

表7-5-5 状況に応じて場所を選択したヒアリングの実施について

実施	自治体数	%
している	41	73.2
していない	5	8.9
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表7-5-6 組織による必要に応じた事例を担当していた職員の心理的支援について

実施	自治体数	%
している	23	41.1
していない	23	41.1
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表7-5-7 児童の生活環境等を把握するための必要に応じた検証委員による現地調査

実施	自治体数	%
している	10	17.9
していない	36	64.3
その他	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

非該当

表7-5-8 保護者が起訴された事件についての裁判の傍聴や訴訟記録の閲覧請求について

実施	自治体数	%
している	4	71.4
していない	7	12.5
その他	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

不起訴

## 8.問題点・課題の抽出

表8-1 一つ一つの事例についての具体的な問題点や課題の抽出できるまでの分析・検討の実施

実施	自治体数	%
している	47	83.9
していない	2	3.6
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

表8-2 具体的な問題点や課題抽出ができていない場合における分析・検討のための再度委員会開催による対応

実施	自治体数	%
している	45	8.4
していない	4	7.1
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

## 9.提言

表9-1 きょうだいや家族、関係機関や職員への配慮などに基づく検証委員から提出された具体的な提言についての表現修正による調整の実施

実施	自治体数	%
ある	28	5.0
ない	18	32.1
その他	1	1.8
不明	1	1.8
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

以下実施実績がないため記入不可

表9-2 検証委員から提出された提言についての可能性や有効性などについての行政的な判断に基づいた一部内容を修正するような調整の実施

実施	自治体数	%
ある	9	16.1
ない	37	66.1
不明	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表9-3 検証中における早急な改善策の必要性への提言からの必要な施策の実施

実施	自治体数	%
講じている	32	57.1
講じていない	13	23.2
不明	1	1.8
無回答	10	17.9
合計	56	100.0

## 10.報告書

表10-1-1 公表する報告書と関係機関用の報告書との分別作成

作成	自治体数	%
している	45	8.4
していない	4	7.1
その他	2	3.6
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

どちらもある 非公開

表10-1-2 検証委員による検討・精査した報告書についての事務局立場からの調整・修正

修正	自治体数	%
あった	13	23.2
ない	33	58.9
不明	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表10-1-3 有意義な検証をするための「中間報告書」の作成

作成	自治体数	%
している	2	3.6
していない	45	8.4
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

表10-2 事例検証したすべての検証結果の公表

公表	自治体数	%
している	38	67.9
していない	10	17.9
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表10-3-1 地方自治体のホームページによる報告書の公表

公表	自治体数	%
している	37	66.1
していない	11	19.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表10-3-2 児童相談所など関係機関の職員への報告書の配布

配布	自治体数	%
している	48	85.7
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

表10-3-3 児童相談所など関係機関の職員を対象に報告書を資料にした研修の実施

実施	自治体数	%
している	27	48.2
していない	19	33.9
不明	1	1.8
無回答	9	16.1
合計	56	100.0

## 11. 提言の効果

表11-1 提言による児童福祉司の増員など児童相談体制強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	24	42.9
つながっていない	19	33.9
不明	2	3.6
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

### 具体的な効果

cw、Twの増員  
 ケースワーカーの増員など  
 過去数回にわたり増員を行っている  
 各(支)所児童福祉司1名増員  
 虐待対応専門員の配置  
 県にて児童福祉司、児童心理司を計画的に増員している  
 児童相談所の設置  
 児童相談所の体制強化に寄与した  
 児童福祉司、スーパーバイザー増員、児童心理司増員、児童福祉司サポート職員の増員配置  
 児童福祉司、児童心理司の増員につながった  
 児童福祉司などの増員

児童福祉司の増員、児童福祉司の専門職採用  
 児童福祉司の増員、児童福祉司の専門職採用による体制強化および職員の増員  
 児童福祉司の増員による体制強化。ケースの進行管理に係わる機能、体制の強化  
 主席児童福祉司及び児童福祉司の増員、地域班の増設  
 人員の増員  
 担当部署の増員につながった  
 保健師が配置された  
 保健師の増員  
 保護者支援員の配置

表11-2 提言による児童福祉司のケースワーク技術など専門性向上への効果

効果	自治体数	%
つながった	34	60.7
つながっていない	10	17.9
不明	2	3.6
無回答	10	17.9
合計	56	100.0

### 具体的な効果

マニュアルの作成  
 意識して提言内容を研修に反映している  
 家庭復帰、機関連携、ケースワークの段階で留意して対応している  
 各種研修による専門性の確保に向けた人材育成  
 関係機関との連携強化に努めることで個々のケースへの支援技術が向上した  
 具体事例で研修を行い専門性の向上につながった  
 研修の拡充など  
 研修の充実  
 研修体制の充実など  
 研修体制の充実へ寄与した。  
 研修体制を整えた  
 研修内容、市町村との連携  
 事例、提言をふまえたケースワークなど  
 児相の管内ごとに関係機関の職員が連携して対応する演習事業を創設  
 児童福祉司の外部研修への派遣の実施  
 新任、転入職員を対象とした研修の実施、スーパーバイザーの配置等  
 専門的な研修体制の整備  
 保健医療分野の専門性の強化  
 保健師による乳幼児のリスクアセスメントをcwが学ぶための研修を実施  
 要支援児童の把握のあり方。転居時の情報提供。子どもの安全確認の方法  
 要対協の活用

表11-3 提言による初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	34	60.7
つながっていない	10	17.9
不明	2	3.6
無回答	10	17.9
合計	56	100.0

### 具体的な効果

24時間365日相談受付体制整備  
 48時間ルール徹底、安全確認進行管理ボードの導入、アセスメントシートの改善  
 48時間以内に児童の安全確認(H18事案)  
 きょうだい事例への対応、関係機関との連携の向上

ケースによっては外部専門家の意見を受け、援助方針に生かしている  
 ケースマネジメント力の強化  
 スーパーバイズのあり方  
 マニュアルの改訂につながった  
 リスクアセスメントツールの研究開発など  
 安全確認や転出ケースなど、留意して対応している  
 緊急受理会議に保健師の出席を必須とし、乳幼児のケースのアセスメントが充実した  
 研修の拡充など  
 原則として48時間以内に児童の安全確認を行うことを徹底  
 再通告時の虐待リスク再評価の徹底。転居を繰り返す世帯への対応  
 市町の後方支援、情報共有  
 児相職員の増員が図られた  
 児童相談所に児童虐待専門職員を配置  
 受傷機転不明ケースを家庭へ戻す際、審議会に意見紹介を諮ることを必須にした  
 初期対応担当を設置した  
 電話による夜間相談の相談員の配置  
 要対協や関係機関との連携。他、上記1)、2)のとおり  
 連携強化により情報収集が円滑になり迅速な対応が可能となった

表11-4 提言による保健師の増員など保健担当部署の体制強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	8	14.3
つながっていない	33	58.9
不明	4	7.1
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

具体的な効果

育児支援に係る所内検討会を定例・随時に開催  
 各児童相談所への保健師の配置  
 市町村の体制のため不明  
 保健師の増員に係わる提言がなかった  
 保健師の増員等  
 保健師正職員の配置

表11-5 提言による保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性向上への効果

効果	自治体数	%
つながった	23	41.1
つながっていない	17	30.4
不明	6	10.7
無回答	10	17.9
合計	56	100.0

具体的な効果

妊娠SOS相談窓口を開設し、周知啓発に努めた。母子健康手帳交付時に妊娠質問票を導入し、アセスメント強化。リスクアセスメント指標の使  
 医療機関との情報共有が円滑に行えるようになった  
 医療連携専門員(保健師)の配置  
 各種研修による専門性の確保に向けた人材育成  
 県主催により市町村保健師に対しリスクアセスメントの研修を実施  
 産科医と市母子保健担当課との連携事業が開始された。  
 市町村の体制のため不明  
 精神疾患をもつ保護者への対応の向上

妊娠届出時のアンケートを実施することとし、早期にハイリスク妊婦を把握し支援につなげた  
 保健医療分野の専門性の強化  
 保健師の役割の見直し、積極活用など  
 保健師を対象とした研修を実施  
 保健所における連携会議、市町村と医療機関によるケース会議の実施  
 母子健康手帳交付時のリスク確認、出生後のエジンバラ実施によるリスク把握と母子保健、児童福祉部門での情報共有の徹底  
 母子保健事業における虐待リスクの精査、対応。

表11-6 提言による訪問支援や育児相談機能など市町村の母子保健機能強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	16	28.6
つながっていない	22	39.3
不明	6	10.7
無回答	12	21.4
合計	56	100.0

具体的な効果

SBS啓発、乳幼児検診問診項目の改善  
 意識して提言内容を研修に反映している  
 産科医と市母子保健担当課との連携事業が開始された。  
 市町への後方支援、情報共有  
 市町村保健等の内部連携強化  
 児童相談所や医療機関との連携強化  
 赤ちゃん訪問事業の強化(助産師、保健師が訪問)  
 妊娠届出時のアンケートを実施することとし、早期にハイリスク妊婦を把握し支援につなげた

表11-7 提言による都道府県単独事業創設への効果

効果	自治体数	%
つながった	12	21.4
つながっていない	31	55.4
不明	1	1.8
無回答	12	21.4
合計	56	100.0

事業名

リスクアセスメントツール研究開発  
 虐待防止緊急対策事業  
 警察官OB配置、非常勤職員配置、市町村職員研修  
 子育てに悩む親支援事業  
 児童虐待対策関係市町児童福祉・母子保健担当者合同会議及び研修会  
 児童相談ITシステムの導入  
 児童相談所の増設、第三者委員会の設置  
 児童相談所職員専門性向上研修  
 嘱託保健師の配置  
 Y分室およびコザー一時保護所

表11-8 提言による児童虐待対策予算拡充への効果

効果	自治体数	%
つながった	22	39.3
つながっていない	22	39.3
不明	1	1.8
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

具体的な効果

リスクアセスメントルール研究開発  
 医師向け虐待防止研修の実施、市町職員向け虐待対応マニュアルの作成、配布、医師向け虐待対応ガイドブックの作成、配布  
 家庭復帰に向けた第三者委員会の設置、児童心理司等の非常勤嘱託員の増員等  
 各種研修の拡充、児童虐待防止医療ネットワークの創設、マニュアル見直し、児童虐待防止特別キャンペーンの実施  
 区への児童精神科医コンサルテーション事業など  
 啓発事業予算の拡充  
 警察官OB配置、非常勤職員配置、市町村職員研修  
 研修費の増額  
 子ども家庭相談センターの増設  
 児童相談ITシステムの導入  
 児童相談所や区家庭児童相談員の人員増  
 児童福祉司の増員等  
 新規事業の創設4件  
 人員増など  
 庁内児童虐待マニュアル作成、児童相談総合システム  
 直接的につながったかどうかは不明

表11-9 提言による市町村児童相談体制強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	31	55.4
つながっていない	10	17.9
不明	4	7.1
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

具体的な効果

「市町村と児童相談所への連携方針」を作成した  
 虐待対策コーディネーターの配置  
 区役所所管課の体制強化  
 警察官OB配置、非常勤職員配置、市町村職員研修  
 研修の拡充など  
 研修の充実、庁内児童虐待マニュアルを作成（H20年度）  
 研修を実施することなどにより、相談体制を強化した  
 市町村児童福祉母子保健主幹課の虐待防止のための暴動研修の実施  
 市町村職員研修費の予算化  
 市町村職員等に対する研修に追加で研修を実施  
 市母子保健担当課との連携が強化された。  
 事例対応における関係機関との連携の向上  
 児相職員による市町特別支援チームの派遣、社会福祉士、保健師、保育士等専門職の増配置  
 児童虐待未然防止における医療機関との連携体制構築、市町村の研修充実等  
 児童福祉と母子保健の連携が強化された  
 嘱託職員の増員、スーパーバイザーの配置等  
 職員配置の強化  
 相談員の増員、非常勤職員（児相OB）の採用、困難事例における医師からの助言

担当部署の増人につながった

要対協機能の強化。児相での研修受け入れ、児相との交流人事等  
 要対協未設置の市町村に働きかけ、H26に全市町村に設置した 要  
 保護児童対策地域協議会の職員の増員

表11-10 提言による市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	33	58.9
つながっていない	9	16.1
不明	3	5.4
無回答	11	19.6
合計	56	100.0

具体的な効果

意識して提言内容を研修に反映している  
 管内市町すべてに要対協が設置された。実務者会議における進行管理  
 基準の見直し、ケース格付け。民間託児事業者の個別ケース会議への  
 関係機関および庁内の連携強化  
 警察官OB配置、非常勤職員配置、市町村職員研修  
 研修の拡充など  
 研修を実施することなどにより、連携強化を図った  
 県主催により市町村要対協の活性化を図るための市町村職員向けの研修を実施  
 個別ケース検討会議の開催を徹底  
 行政区レベルでの要保護児童対策地域協議会の設置  
 参加機関の拡大  
 市町村職員研修費の予算化  
 市町村要対協支援を目的とした県レベルの要対協を設置  
 児相の管内ごとに関係機関の職員が連携して対応する演習事業の創設  
 児童相談総合システムの導入  
 主任児童委員3名を構成員に加えた（町1カ所）  
 所在不明児童への対応における庁内連携  
 職員意識向上等  
 同協議会が全市町村において設置された  
 要対協の機能を高めるために、市町独自の会議を定期的開催し、共通  
 理解を図る機会を増やすようになった  
 要対協の対象として特定妊婦の認識が強まった。  
 要対協へのSv的な事業の創設  
 要対協運営ガイドラインを策定中  
 要保護児童対策地域協議会の職員の増員



表11-11 提言による市町村単独事業創設への効果

効果	自治体数	%
つながった	3	5.4
つながっていない	3	53.6
不明	10	17.9
無回答	13	23.2
合計	56	100.0

事業名

スーパーバイザーの配置  
医療機関における「要養育支援者情報提供書」取り扱いガイド  
妊娠SOS電話相談事業

表11-12 提言による市町村の児童虐待対策予算拡充への効果

効果	自治体数	%
つながった	7	12.5
つながっていない	27	48.2
不明	10	17.9
無回答	12	21.4
合計	56	100.0

その他の効果

ショートステイ枠、予算額の拡大  
医療機関との連携強化、ネットワーク作り(横浜市児童虐待防止医療ネットワーク)  
宮古島地区に児童家庭支援センターを設置  
広報、啓発の拡充  
産科医療機関との連携  
産婦人科医を対象とした研修事業の創設  
児相と警察との連絡基準の作成  
医療機関用子ども虐待対応マニュアルの改定  
虐待対応職員の専門性を強化するための研修事業の創設  
児相と警察との合同研修会の開催

12.地方自治体における死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点について

表12-1 地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	7	12.5
ない	41	73.2
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

これまでの事例が少ないため、検証組織が検証に慣れていない  
虐待死と判断できない、警察検察の情報もほとんど得られないことが多い  
検証ノウハウの蓄積が困難  
人選が難しい  
専任組織になっていない  
専門知識を有する議員は多忙であり、日程調整が困難

表12-2 検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	9	16.1
ない	39	69.6
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

委員がそれぞれ多忙なため、日程調整が困難  
医学的な意見は重要であるが、医師は診察等のため出席の調整が難しい  
教育分野が入っていない  
検証委員に誰を選任するか  
今後、委員の変更が必要となった場合の人選等  
人材の不足。専門家を招集するほどの報酬が充実していない。  
専門知識を有する方が限定されており、選出が困難  
本市付属機関の要綱により、2期6年以内の規程があり人選に苦慮している  
臨時的に設置する体制のため、迅速な対応への調整が難しい

表12-3 検証委員会の運営面における困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	14	25
ない	34	60.7
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

案をすべて事務局で作成しなければならない  
委員が多忙であり、委員会開催の日程調整が困難  
委員の意見の集約が難しい  
委員の日程調整  
委員会の進め方等について助言してもらえる機関がわからない  
各委員の通常業務が忙しく、委員会実施の日程調整が難しい  
検討事例が重なって起こる場合は調整に困難を生じる  
多忙な委員のスケジュール調整等  
多忙な委員の日程調整、事務局の負担  
通常業務に加えての作業となるため関係機関も含めて業務負担が大きい  
日程調整など  
年度により検証事例が大きく増減するため予算確保が困難  
必要な調査の実施から委員の日程調整、資料作成など事務的労力が大きい。  
忙しい委員が多く、夜遅くからの開催となる

表12-4 検証会議のあり方に対する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	9	16.1
ない	39	69.6
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

1)と同じ  
マスコミへの公表範囲の判断が難しい

案件が多く、十分な時間をかけると検証期間が長期となる  
 会議の前に情報提供したり、課題提示したりしたいが、個人情報セキュリティが困難  
 件数も多く、重大性、関与の有無で限定される  
 検証する事例の判断が難しい場合がある。  
 検証対象、範囲の選定  
 事務局として深く読み込む努力と検証の効果が疑問  
 専任(専門)の検証研究機関の必要性

表12-5 虐待死としての判断に関する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	21	37.5
ない	27	48.2
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

SBS疑い等は判断に困難な事例  
 そもそも虐待か否か判明しない事例もあり、そこまでは対象としていない  
 より多角的、専門的な視点が必要である  
 加害者が犯行を認めていない場合や死因が特定されない場合、虐待死としての判断が困難である  
 関与している機関などがいない場合等、虐待の事実が判然としないこと  
 虐待死または心中死についての明確な規律がない  
 警察、医療、児相など見解の総理  
 警察が虐待死として立件するかどうかに左右される  
 警察で捜査中の場合、情報の入手が困難  
 警察による捜査や医学的判断により特定できない場合がある  
 警察の捜査結果によるところがある  
 司法解剖の結果、原因不明の死であったが、保護者の養育状況が決して適切でなかった事例をどのように扱うか  
 死亡等の結果と行為の因果関係がはっきりしないケース  
 事故か否か、検察の判断  
 事故死(不慮など)の場合、ネグレクトとなるか判断が難しい。  
 人材・専門性の不足  
 被告人が虐待を否定している裁判が行われている場合、虐待と判断し難いこと  
 福祉の機関が「虐待死」と判断することは困難  
 例えば自宅分娩にこだわり妊婦検診を受けない母が出産したが、こどもがに重い障害が残った場合

表12-6 調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	29	51.8
ない	19	33.9
不明	2	3.6
無回答	6	10.7
合計	56	100.0

具体的に

1)と同じ  
 どこまでを調査対象とするのか、例えば搬送された病院、親が受診していた病院、親の配偶者、家族等から聴取するのか  
 どこまで調査が可能か、当事者へのインタビューなど  
 家族の生活歴や環境要因などの情報が十分に得られない場合がある  
 関係機関が関与しておらず、すでに死亡していると調査は困難

関係機関との連絡、調整

関係機関によって調査への理解が困難な場合がある。  
 関係機関の関与が少なく、情報が乏しい  
 関係機関の関与が全くない場合、情報が少なくなる。関与があっても行政機関ではなく、民間の機関の場合、情報をあまり開示してくれない場合がある。裁判後、刑事確定記録の謄写申請をしたが、検察が認めてくれず、裁判所の仲介で閲覧のみ可となったが、必要箇所(情報)の書き取りが大変である。  
 関係機関への調査に係る検証委員会の権限、強制力がないことから情報が得られず、検証を行うことが困難である  
 虐待を行った当事者からのヒアリングが困難である  
 刑事事件となった場合の裁判情報と検証内容の整合性を図る必要性について  
 警察・裁判所等からの情報収集  
 警察、医療機関などの調査に困難を感じることもある  
 警察の刑事課のみでしか情報を把握していない場合、関係機関での検証が難しい  
 検証事例の支援者の傷つきにも配慮しながら調査を進める必要がある  
 個人情報を含むため、情報提供者が情報提供に対して跨跨する  
 行政不関与又は不起訴事例の場合、捜査権限がないため、正確な調査や情報収集が十分にできない  
 事例によっては検証を行うにあたり、必要な情報が十分収集できないことがある。  
 児相が関与しないケースでは収集できる情報が限定されるのではないかと  
 時が経つと異動や記憶の薄れ等により情報収集が困難になること  
 少年法との関係(未成年者による事例で)  
 捜査中の案件など、情報を得にくい場合に、どの程度の情報収集を行う必要があるか。  
 調査に協力を得られない場合は限界がある  
 転入ケースで他府県で要対協管理ケースでなかった場合の情報収集、加害者と面接できない  
 当事者や親族の協力が得られない。被調査者の心的負担  
 年度をまたぐことで担当者が代わり、情報収集が難しくなる

表12-7 事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	24	42.9
ない	22	39.3
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

具体的に

1)と同じ  
 6)と同じ  
 どこまで詳細な調査ができるか  
 加害者が逮捕、起訴されている場合の事実確認が難しい  
 確認の内容に不明確な場合がある。  
 関係機関に対しヒアリングを実施する際、当時の担当者等が異動や退職により不在となり、事実関係が明確にならないことがある。誰がどういう情報からどう判断したのか記録だけでは読み取れないことがある。  
 関係機関の関与が少なく、情報が乏しい  
 関係機関の関与が少なく、保護者の公判等の結果を待つ場合、検証開始までに時間がかかる  
 関係者からのヒアリング調査が中心であり、事実関係について、それぞれの担当者の主観や推測される内容が含まれる場合があるため、報告書の作成にあたり慎重に取り扱う必要がある。  
 記憶に基づく過去の経緯の整理等

記録にない部分を確認することは困難である  
 警察が事件化しない場合に事実の明確化が困難となる  
 公判を聴いて初めてわかる事実も多いため、検証報告書がまとまるまでに時間を要するケースがある  
 公判前など、事実関係を確認できないことがある。  
 司法による事実認定との整合性など  
 私立学校、幼稚園の協力が得られない  
 時が経つと異動や記憶の薄れ等により情報収集が困難になること  
 上記6)  
 人材・専門性の不足  
 正確な調査や情報収集が十分にできない場合、事実関係の確認や明確化も十分にできず、検証することが極めて困難となる。  
 当該自治体がプライバシー保護の理由で情報提供を限定  
 当事者からの聞き取り調査などができないため、伝聞情報が多い  
 判決前の検証作業では、事実関係の明確化が困難

表12-8 問題点・課題を抽出する際の困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	14	25
ない	32	57.1
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

具体的に

検証委員の着眼点によって内容・構成が変わりうる  
 限られた情報量の中での検証の困難性  
 行政が関与しないケースでは、県の改善策に限られるのではないかと行政機関以外に対する問題点の指摘の範囲等  
 子どもの死亡という事実があるだけに、何らかの課題を抽出するのだが、その結果求める対応のレベルが高くなってしまっているのではないかと、通常のソーシャルワーカーで防げる可能性の低かったケースでも児相や市町で救える可能性が高かったようなメッセージを出すことになっていないかと。  
 事例のプライバシー保護の観点から、一般的な問題提起にとどまることがある  
 人材・専門性の不足  
 専門知識を有し、かつ県内の児童福祉施策(虐待防止対策)に精通した者で第三者であることが理想  
 他機関の問題点等を抽出できる程の情報収集は難しい  
 特定機関を責めるような抽出の仕方とならないよう配慮が必要(責任追及ではなく、再発防止のための検証であるとの理解を得ることが必要)  
 慢性的な人的不足がネックになる  
 問題点、課題を抽出する際に、どうしても関係機関の責任追及になるように感じる。

表12-9 提言のあり方に対する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	15	26.8
ない	32	57.1
不明	2	3.6
無回答	7	12.5
合計	56	100.0

具体的に

あるべき論と現実の体制に開きがあることが多い

どのように活かしていくか  
 教育・医療等、提言をどこまで書き込むか

具体性、実現可能性の程度について、事務局としてもう少し詳しく書いた方が各関係機関にとって参考となるのではと考えることがある

市町村の提言内容現実につながりにくい  
 市町村や児相にとって、現実的な提言になっていくのか、また有益な提言にするための現場との検討の場をどうもてばいいのか  
 児童福祉行政(児童虐待防止対策)に関わる県内の課題等もふまえた提言が望ましい(福祉司の増員など)  
 実現可能性、現場との見解の相違等  
 上記6)の通り  
 他機関の体制や対応に対するふみ込んだ提言は難しい  
 提言が予算拡充、増員及び単独事業創設等につながらない  
 提言に対する対応状況についても検証が必要となる  
 提言を確実に実行していくまでの強制力は保障されていない現状である  
 提言を受けた後の取り組みが重要であり、その点について客観的に評価されることが必要  
 提言内容具現化の困難さ

表12-10 報告書を作成する際の困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	12	21.4
ない	34	60.7
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

具体的に

案をすべて事務局で作成しなければならない  
 委員の意見を反映させつつ、適切な文章として記すことに、かないの配慮と労力を要する  
 委員間の意見調整等  
 検討委員会の提言に現実可能性が低いものがあつた場合の扱いが難しい  
 個々の自治体では事例が少なく、担当者の経験が蓄積されにくく、死亡した児のきょうだいがいる場合でプライバシーの配慮が必要  
 事務局がどの程度文章など作成してよいのか、表現等を含めて迷うことがある。  
 重症事例の検証の場合、対象児童が未だ児童相談所と係属中の場合が多い(上記6)の通り)  
 誰の立ち位置で書くのか、まとめ方など  
 費用対効果(膨大な時間・労力が必要)に疑問。

表12-11 公表のあり方に対する困難点や疑問点について

困難・疑問点	自治体数	%
ある	15	26.8
ない	31	55.4
不明	2	3.6
無回答	8	14.3
合計	56	100.0

具体的に

どのように公表することが適切か  
 プライバシーに配慮して公表するが、状況からほぼ特定できてしまう、残された子どもや事件と直接関係のない親族への影響が大きい。  
 プライバシーの保護との兼ね合い

プライバシー保護の観点から内容が限定される  
マスコミに公表するタイミングに留意が必要  
加害者が認めていない場合、児童虐待検証報告書として公表してよいのか(特定できないよう配慮しているが、読む人が読めば事件が特定できてしまう)。裁判開始前、開始中における裁判員への影響についても考慮する必要がある。  
個人が特定できないにしても、親族等を含めた関係者の心情への配慮が難しい  
個人情報保護とのバランスについて。  
公表されることで残された家族への影響が懸念される場合がある  
公表期間や公表内容に対してどの程度行うか  
死亡事例は新聞などで大きく取り扱われている場合が多く、事実関係の公表により兄弟などにも影響を与えかねない  
重症事例の検証の場合、対象児童が未だ児童相談所と係属中の場合が多い  
不起訴となった場合の取り扱い  
報告書は公表することとされているが、個人情報保護のためホームページに掲載していないもの、または一部を削除し掲載しているものがある。  
未成年による事例などが加害者側の将来への配慮などから公開を控えるべき事例もあると考える

### 13.地方自治体から、死亡事例等の検証のあり方について

#### 自由記述

国として各自治体の検証の差についてどう是正しようとされているのか。各自治体からの「報告書」の検証やガイドラインの策定はあるので12-9) 空欄であったが、具体案が書かれていたため1とした

4-2)児童相談所が市町村への調査を実施 10-1) 公表用と関係期間用を分けて作成する、しない場合、どちらもある 10-1)- 検証委員の報告書の精査後、微修正。委員には確認を必ずとる。

5)児童福祉施設などにおける被措置児童等虐待事例についても開催している 7-2)- 個人所有のため 7-2)- 検証委員が専門家といえる 7-2)- 司法解剖結果など可能な範囲で  
H19年度以前は不明(虐待発生数～検証事例数)  
H22年度検証事例については、児童虐待であるかどうかも含めて検証し「虐待ではない」との判断をしたため、虐待事例、重大事例とも計上していません。  
H24年度事例は検証中。実地要綱、規程はない。各種情報収集については必要があれば行う。 7-5)- 転居事例なし。

H26事例は検証中 ヒアリング調査に協力不可の理由 H22年事例 8次報告で協力しているため H26年事例 公表を予定していないため

規程はなし。厚労省の通知に準ずる。 4-1)- -i一部県が関与していないケースも対象としている。 5 ウは一回開催実績あり。(回答はア)

検証報告書は翌年度、または翌々年度公表。重大事例に死亡事例は含んでいません。検証委員会は平成21年度に設置されました。

検証要綱は平成21年5月25日制定。移行実施。重大事例としての集計は行っていない 平成25年度の検証は該当市の要対協で実施 平成26年度事例は検証中 1)再発防止のため、死亡事例検証は非常に有効であると認識しているが、膨大な事務量が発生するものであり、対象となる事例や検証事項の絞り込み、検証作業の効率化等の検討も必要と感じる。2)各委員の意見が現場(児相)の考えと大きく本離していることもあり、提言作成に当たっては、児相等も参加(ヒアリング)した作業が必要と感じる。7-1)当該通知を基とした県要綱に

個々の自治体では、件数が少なくノウハウが蓄積されにくいので、全国的なマニュアルがあると助かります。

事例が古いためヒアリングは不可 具体的な効果測定は実施していない、不明な点は空欄。

S県では現在検討中の死亡事例が初めての検証事例であり、現在は事例概要の把握まで進んでいます。5-5)～11)については今後のことであり回答できません。

補足資料あり(添付参照)

本県では、H26年度まで検証実績はなく、H27年度に発生した死亡事例についてはじめて検証委員会において検証している状況です。(第一回の会議が終了した段階)つきましては、以下のアンケートについて回答できない部分もあるため、回答可能な設問についてのみ記入しています。

本県では、死亡事例、重大事例とも発生しておらず、検証は行っておりません。そのため、アンケートは「4検証対象の範囲」までの回答となっております。 4-2)、3)そういった事例が発生していないため実施していません。

本市では検証会議を実施した例がなく以下の質問には回答できません。本市では検証事例がないため回答できない箇所があります。検証前例がないためヒアリングは意義がないと考える。

フ  
エ  
ー  
ス  
シ  
ー  
ト

自

治

体

名

担

当

部

局

担

当

者

名

連

絡

先

貴自治体で各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数

	虐待死亡事例 発生件数	重大事例 発生件数	検証事例件数			
			虐待死亡事例	心中死亡事例	重大事例	
平成16年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成17年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成18年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成19年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成20年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成21年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成22年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件
平成23年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件

平成24年度	件	件	件	うち	件	うち	件	うち	件
平成25年度	件	件	件	うち	件	うち	件	うち	件
平成26年度	件	件	件	うち	件	うち	件	うち	件
合計	件	件	件	うち	件	うち	件	うち	件

公表

した報告書数 1.平成16年度以降に公表した報

告書数 ( )

添付して頂きたい資料

検証委員会実施要項及び規程

検証を実施したすべての事例検証報告書

検証委員会委員名簿

ヒアリングへの協力

本研究班が今後実施するヒアリング調査に協力していただけますか。

ア する

イ しない

アンケート調査票（素案）

および（\_\_\_\_\_）に回答をご記入ください

## 1. 検証委員会の運営

## 1) 検証委員会の所管部局

1) 

- ア. 児童相談所所管課(例:子ども福祉課)イ.  
社会福祉担当総務課  
ウ. 福祉指導監査事務局  
エ. その他(\_\_\_\_\_)

## 2) 検証委員会の予算

運営・検証のための予算化を ア. している イ. していない  
アと回答した場合 予算額は(\_\_\_\_\_)万円

2) 

## 2. 検証組織

## 1) 組織の設置状況

ア. 常設している イ. 常設していない

1) 

## 2) 組織の所属

2) 

- ア. 児童福祉審議会に所属している。  
イ. その他の委員会(\_\_\_\_\_)に所属している。  
ウ. 単独で設置している。  
エ. 行政組織として設置している。

## 3. 検証委員の構成

## 1) 検証委員の人数 全体: \_\_\_\_\_名

(うち当該地方公共団体職員 \_\_\_\_\_名、当該地方公共団体職員OB \_\_\_\_\_名)

当該地方公共団体職員(以下「職員」という)、当該地方公共団体職員OB(以下「職員OB」という)

## 2) 検証委員の職種

大学の研究者 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
研究機関の職員 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
弁護士 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
士 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
警察  
要保護児童対策地域協議会調整機関職員 \_\_\_\_\_名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
学校の教員 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
里親  
児童委員・主任児童委員 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)  
民間団体の職員 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)

医師 .....名(うち職員\_\_\_\_名、職員OB\_\_\_\_名)



看護 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 師  
 保健師・助産師 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 家庭裁判所調査官 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 児童福祉施設長 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 児童福祉施設職員 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 児童相談所長 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 その他( ) ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 その他( ) ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 その他( ) ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 その他( ) ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)

3) 検証委員の任期

1回の委嘱任期 ( )年  
 原則として委嘱できる回数 ( )回まで委嘱可能

4. 検証対象の範囲

1) 対象にしている事例

通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている

ア. している イ. していない 1)

その他の範囲を定めている

ア. 定めている イ. 定めていない 1)

内訳 死亡事例のみを対象に

ア. している イ. していない 1)

重大事例(死亡事例を含む)を対象に

ア. している イ. していない 1)

又は のうち、関係機関の関与の状況により判断したケースを対象に

ア. している イ. していない 1)

その他のケースを対象に

ア. している イ. していない 1)

2) 虐待が疑われる児童の死亡事例が発生した場合、虐待による死亡か否かの判断を行うための調査を

ア. 実施している イ. 実施していない 2)

3) 上記2)の質問で「ア 実施している」を選択した場合、その結果を検証委員会に

ア. 諮っている イ. 諮っていない 3)

5. 会議の開催

5)

- ア. 死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している。
- イ. アに加え、死亡事例ではないが検証が必要な重大事例が発生した時に当該事例の検証のために開催している。
- ウ. アとイに加え、その検証の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うために開催している。
- エ. アとイとウに加え、これまでに検証したすべての事例について、再度総合的に検証するために開催している。

## 6. 検証方法

### 1) 検証会議

1回の検証会議時間 平均( )分

1つの事例に対する検証会議の開催回数

最少回数( )回 最大回数( )回 平均( )回

死亡事例が発生又は発覚してから、もしくは初回の検証会議から報告書をまとめるまでの期間が

ア. 定められている イ. 定められていない

1)

### 2) 調査

ヒアリング調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

2)

現地調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

2)

その他必要な調査 ア. 実施している イ. 実施していない

その他必要な調査とは( \_\_\_\_\_ )

2)

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

### 3) 事例検証

3)

ア. 検証はすべての事例について事例ごとに行っている。

イ. 検証は原則事例ごとに行っているが、中には複数事例について

一緒に検討したことがある。 合計( )回

## 7. 検証の進め方

### 1) 検証の進め方の説明

平成20年3月に発出された通知「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」

(平成23年度7月以降については改正された通知)を検証委員に配布し検証の進め方について、

ア. 説明している イ. 説明していない

1)

### 2) 情報収集

国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいて、情報収集を

ア. している イ. していない

2)

に加え、必要な情報については、関係機関などから情報収集を

ア. している イ. していない

2)

上記で「ア. している」と回答した場合、情報収集を行った機関について(複数回答可)ア.

医療機関 イ. 警察 ウ. 保育所 エ. 幼稚園 オ. 小学校

2)

カ. 中学校 キ. \_\_\_\_\_ ク. 高等学校 ケ. 市町村母子保健担当部署

コ. 児童養護施設等の児童福祉施設 サ. その他( \_\_\_\_\_ )

- 検証委員の求めに応じて、情報収集を ア. している イ. していない 2) -
- 母子健康手帳など基本的な資料の収集を ア. している イ. していない 2) -
- 特別な事例等については専門家の意見を聴取するなど、情報収集を  
ア. している イ. していない 2) -
- 特別な事例等については解剖所見など専門的な情報の収集を  
ア. している イ. していない 2) -

## 3) 事例検証のための資料

- 事例の概要（時系列及び関係機関別にまとめた表を含む）  
ア. 準備している イ. 準備していない 3) -
- 各児童相談所、市町村児童福祉担当等の組織図  
ア. 準備している イ. 準備していない 3) -
- 相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料を  
ア. 準備している イ. 準備していない 3) -
- 相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要を  
ア. 準備している イ. 準備していない 3) -
- その他（\_\_\_\_\_）を準備している
- その他（\_\_\_\_\_）を準備している
- その他（\_\_\_\_\_）を準備している

## 4) 確認事項

- 検証の目的 ア. 確認している イ. 確認していない 4) -
- 検証方法（関係機関ごとのヒアリング、現地調査等による事実関係の確認、問題点、課題の抽出、提案事項の検討、報告書の作成等）  
ア. 確認している イ. 確認していない 4) -
- 検証スケジュール ア. 確認している イ. 確認していない 4) -
- 事例概要の把握 ア. 確認している イ. 確認していない 4) -

## 5) 事実関係の明確化

- 関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員は、  
ア. 参加している イ. 参加していない 5) -
- ヒアリングは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が  
ア. 実施している イ. 実施していない 5) -
- ヒアリングの対象者は、関係機関の所属長あるいはそれに準ずる者を

- ア. 対象としている イ. 対象にしていない 5)
- 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してヒアリングを  
ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- ヒアリングは状況に応じて、場所を選択して  
ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- 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、  
ア. 取り組んでいる イ. 取り組んでいない 5)
- 児童の生活環境等を把握するために、必要に応じて検証委員による現地調査を  
ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- 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の閲覧請求を  
ア. している イ. していない 5)

## 8 . 問題点・課題の抽出

- 1) 一つ一つの事例について、具体的な問題点や課題が抽出できるまで、時間をかけて分析・検討を  
ア. 行っている イ. 行っていない 1)
- 2) 具体的な問題点や課題が十分に抽出できていない場合には、再度委員会を開催して分析・検討する  
ような対応を  
ア. 行っている イ. 行っていない 2)

9

・  
提  
言

- 1) 検証委員から提出された提言について、きょうだいや家族、関係機関や職員への配慮などから、  
誤解をされないような表現や無難な表現に修正するような調整を行ったことが  
ア. ある イ. ない 1)
- 2) 検証委員から提出された実行する機関名や提言への取組開始時期、評価方法等が明記してある提  
言について、その可能性や有効性などについての行政的な判断に基づき、一部内容を修正するような  
調整をしたことが、  
ア. ある イ. ない 2)
- 3) 早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策につい  
て提言し、検証の全体の終結を待たずに、必要な施策を  
ア. 講じている イ. 講じていない 3)

## 10 . 報告書

### 1) 報告書

- 報告書は、公表する報告書と関係機関用の報告書とを分けて、  
ア. 作成している イ. 作成していない 1)

検証委員が報告書を検討、精査した後に、事務局の立場から調整し、表現を修正したことが

ア. あった      イ. ない

1) -

事例によっては、有意義な検証をするために「中間報告書」といった報告書を

ア. 作成している イ. 作成していない

1)

2) 公表

検証した事例のすべての検証結果を、

ア. 公表している イ. 公表していない

2)

3) 広報

報告書は、地方自治体のホームページに公表を

ア. している イ. していない

3)

児童相談所など関係機関の職員に、報告書を

ア. 配布している イ. 配布していない

3)

児童相談所など関係機関の職員を対象に、報告書を資料にして研修を、

ア. 実施している イ. 実施していない

3)

### 11. 提言の効果

1) 提言によって、児童福祉司の増員など児童相談体制の強化に、

ア. つながった イ. つながっていない

1)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

2) 提言によって、児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上に

ア. つながった イ. つながっていない

2)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

3) 提言によって、初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化に

ア. つながった イ. つながっていない

3)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

4) 提言によって、保健師の増員など保健担当部署の体制強化に、

ア. つながった イ. つながっていない

4)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

5) 提言によって、保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性の向上に

ア. つながった イ. つながっていない

5)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

6) 提言によって、訪問支援や育児相談機能など市町村の母子保健機能強化に

ア. つながった イ. つながっていない

6)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

7) 提言によって、都道府県単独事業( \_\_\_\_\_ )の創設に

ア. つながった イ. つながっていない

7)

8) 提言によって、児童虐待対策予算の拡充に、

ア. つながった イ. つながっていない

8)

(具体的な効果: \_\_\_\_\_)

- 9) 提言によって 市町村児童相談体制の強化に、  
ア. つながった イ. つながっていない 9)   
(具体的な効果: \_\_\_\_\_)
- 10) 提言によって、市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化に、  
ア. つながった イ. つながっていない 10)   
(具体的な効果: \_\_\_\_\_)
- 11) 提言によって、市町村単独事業( \_\_\_\_\_ )の創設に  
ア. つながった イ. つながっていない 11)
- 12) 提言によって、市町村の児童虐待対策予算の拡充に、  
ア. つながった イ. つながっていない 12)
- 13) 提言によって、その他( \_\_\_\_\_ )につながった
- 14) 提言によって、その他( \_\_\_\_\_ )につながった

## 12. 地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点について

- 1) 検証委員会の検証組織に対する困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 1)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 2) 検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 2)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 3) 検証委員会の運営面における困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 3)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 4) 検証会議のあり方に対する困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 4)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 5) 虐待死としての判断に関する困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 5)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 6) 調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 6)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 7) 事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 7)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )
- 8) 問題点・課題を抽出する際の困難点や疑問点について  
ア. ある イ. ない 8)   
具体的に( \_\_\_\_\_ )

9) 提言のあり方に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

9)

具体的に( \_\_\_\_\_ )

10) 報告書を作成する際の困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

10)

具体的に( \_\_\_\_\_ )

11) 公表のあり方に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

11)

具体的に( \_\_\_\_\_ )

13. 地方自治体から死亡事例等の検証のあり方についてご意見がございましたら、ご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。





分担研究報告書  
子ども虐待検証における法医学的情報の必要性に関する研究

研究分担者 内ヶ崎西作 日本大学医学部社会医学系法医学分野准教授

### 研究要旨

子どもの死や被害を無駄にせず、虐待死などの痛ましい事例を防止するために国の重大事例検証がおこなわれ、重要な施策や制度につながった。その後、地方公共団体の検証が法律に義務づけられたが、活用される検証となっているとはいいがたい。その1つの壁が、死亡事例での司法の壁（検証に際して、死因や解剖結果が開示されることが無いこと）とされている。しかし、今回のアンケート調査では、実際に子ども虐待死亡例の法医解剖を行っている法医学医師は、検証会議への協力を拒んでいるわけではないことが示された。但し、法医学医師が検証に協力するためには、司法当局の許可や完全クローズドでの開催等の条件が必要であることも示唆された。

### A. 研究目的

子ども虐待の地方公共団体レベルでの検証作業時には解剖結果や死因などの重要な情報を入手できぬまま行われている現状がある。また一方で、そういう事案の解剖を行っている法医学各施設がどの程度子ども虐待に対して法医学実務活動を行っているのかも不明である。この分担研究では、手始めに法医学施設の子どもの虐待に対する関わりの現状（解剖例を除く）と、法医学医師が検証作業に協力する意向があるか否かを知ることで、解剖結果や死因等の重要な資料を用いた検証の可能性について検討することを目的とする。

### 場合、その年間取り扱い数

### B. 研究方法

特定非営利活動法人 日本法医学会 に所属する機関会員のうち、大学医学部・歯学部の法医学施設（医学部80施設、歯学部7施設）、全国の監察医施設のうち2施設、計89施設に対してアンケート用紙を郵送し、調査を行った。アンケートの設問の内容は以下の通りである。

**設問1:過去3年間に子ども虐待に関する法医学実務（法医解剖を除く）を行ったことがあるか？** ある

**設問2: 昨年取り扱った子ども虐待ケースはどの様な依頼によるか? (複数回答可)**

**設問3: 現在は実現不可であったとしても、法医学が子ども虐待に関わる理想的な形態は?**

**設問4: 執刀した子ども虐待の司法解剖事例について地方自治体単位での検証が行われた場合、依頼があれば委員として出席するか?**

**設問5: 執刀した子ども虐待の司法解剖事例について地方自治体単位での検証が行われた場合、鑑定書等の資料を提出するか?**

### C. 研究結果

40 施設からアンケートの回答があった  
(回答率

44.9%、医学部36 施設、歯学部3 施設 監察医施設1施設)。各設問に対する回答は以下の通りである。

**設問1: 過去 3  
年間に子ども虐待に関する法医学実務(法医学解剖を除く)を行ったことがあるか? ある場合、その年間取り扱い数**

ある 23 施設(医 22 歯1) ...

57.5% ない

17 施設(医 14、歯 2、監1)

42.5%

年間取り扱い数:のべ 230～280 件/年  
 1 施設あたり平均12.8～17.5 件/年  
 最大取り扱い施設 70～80 件/年

**設問3:現在は実現  
 不可であったと  
 しても、法医学  
 が子ども虐待に  
 関わる理想的な  
 形態は?**

**設問2:昨年取り扱っ  
 た子ども虐待ケ  
 ースはどの様な  
 依頼によるか?  
 (複数回答可)**

1)大学病院の虐待防止関連委員会として	9
2)周辺医療施設からの依頼	1
3)児童相談所からの児の診察依頼	11
4)児童相談所からのセカンドオピニオン	9
5)児童相談所の症例カンファレンス	1
6)警察・警察庁からの生体鑑定	7
7)その他	5

(単位:施設)

1)大学病院の虐待防止関連委員会として	118
2)周辺医療施設からの依頼	1
3)児童相談所からの児の診察依頼	98
4)児童相談所からのセカンドオピニオン	129
5)児童相談所の症例カンファレンス	1
6)警察・警察庁からの生体鑑定	22
7)その他 <sup>1)</sup>	16

(のべ件数)

<sup>1)</sup>その他の内容

写真鑑定

児童ポルノ/画像鑑定

小児科医からの相談

他大学法医学からの鑑定依頼

1) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...往診無し	4施設
2) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...往診有り	9施設
3) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...往診無し	0施設
4) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...往診有り	7施設
5) 児童相談所に法医学医師を常駐させて対応する	1施設
6) 児童相談所や警察・検察からの依頼があった際にのみに法医学医師が対応する(現状のままではない)	7施設
7) その他	12施設

その他の内容

・1) プラス 4) のスタイル 1施設

・2) プラス 4) のスタイル 2施設

・4) プラス 6) のスタイル 1施設

上げて対応している施設もあった。

この設問に併せて、どういう嘱託・契約がなされているかを聞いているが、それらの関わりの殆どは個人に対する嘱託によるもので、依頼があっても無償で対応している施設もあった。その一方で、一部の施設では自治体では児童相談所(東京都など)と年間契約を結んでいるところがあった。また一部の大学では NPO 法人を立ち上

- ・学生への教育を充実させる 1施設
- ・小児科医等が法医学的能力をつける  
1施設
- ・形態よりも対応したことに対する評価・適切な報酬の仕組みづくりが大切 1施設
- ・臨床能力のない法医学医師は対応すべきでない 1施設

- ・臨床法医学外来のイメージが湧かない
- ・現状のままでよい

**設問4：執刀した子ども  
虐待の司法解剖事  
例について地方  
自治体単位での検  
証が行われた場合  
依頼があれば委員  
として出席するか？**

	裁判前・裁判中	結審後
する	10	17
しない	18	8
その他 <sup>1)</sup>	8	10
未記入	4	5

(単位：施設)

	裁判前・裁判中	結審後
する	21	27
しない <sup>1)</sup>	10	3
その他 <sup>1)</sup>	5	6
未記入	4	4

(単位：施設)

その他

参考人としてなら可...2 施  
設

- <sup>1)</sup> しない と答えた理由として、法医学医師(鑑定人) 独自でその可否を判断出来るものではなく、解剖 嘱託機関(警察や検察庁)の判断が必要だからとの説明が多くの場合に見られた。また、その他の 中には、解剖嘱託機関の許可があれば可能 という 解答もあった。更には、検察庁・警察・児童相談 所・裁判所、そして医療者・法医学者等が関わる、 裁判とは異なる新たな仕組み作りが必要であるとの 意見もあった。

付帯意見：クローズドであることが大前提

**設問5：執刀した子ども  
虐待の司法解剖  
事例について地  
方自治体単位で  
の検証が行われ  
た場合、鑑定書等  
の資料を提出す  
るか？**

その他

鑑定書そのものは提出できないので別にまとめたものを提出...2 施設

「しない」と答えた理由は設問4と同様の傾向が見られた。その中にも、解剖嘱託施設の許可があれば可能という意見が含まれるのも同様であった。

#### D. 考察

回答率が44.9%と半数以下ではあるが、日本の法医学施設の法医解剖以外の子ども虐待に対する実務活動の実態調査がないので、非常に有意義な調査結果と考えられる。中でも、児童相談所等が対応した子ども虐待数の増加が叫ばれている中、3年間に解剖以外の子ども虐待対応を行ったことのある施設が57.5%に過ぎないのには驚きである(設問1)。地域によっては児童相談所が法医学者や法医学施設と年間契約を結んで相談できるシステムが構築されているところもあるが、それはごく一部であった(設問2)。これでは、**死亡例の検証どころか、いわゆるキズ・アザによる身体的虐待が疑われた(生きている)ケースに対してさえも、多くの場合****に専門家による評価が行われていない可能性がうかがわれる。**法医学側の子ども虐待への対応についての理想像に関する設問(設問3)を見ると、臨床法医学外来(診断・治療は行わず、非死亡例の損傷の受傷機転等を判断するための外来:ドイツ・イタリア等では運用されている)の設置を半数が支持していることから、現状の法医学の対応では不十分であると、多くの法医学施設は認識していると考えられる。

最後に、本研究の最大のテーマである、地方自治体で行われる子ども虐待死亡例(法医学者は司法解剖を執刀している)に対する検証作業への協力が可能か否かを聞いているが(設問4・5)、その結果を見ると**検証会議に出席したり資料**

**の提出したりすることに多くの法医学施設が理解を示していることが示唆された。**しかし、子ども虐待死亡例の解剖が、警察署長や検察官から囑託される鑑定(司法解剖)として行われる以上、当然ながら裁判が終了するまでは解剖結果等を証言したり資料を提出することは難しく、**証言や資料の提出には囑託機関の許可が必要であるとの意見が多く出された。**また、**検証作業においてはクローズであることが大前提であるとの意見も出された。**更には、検察庁・警察・児童相談所・裁判所、そして医療者・法医学者等が関わる、裁判とは異なる新たな仕組み作りが必要であるとの意見もあった。今後は、現状のシステムの中で法医学医師が検証作業に加わるためにクリアすべき問題点を更に明らかにしつつ、一方で、更に有効な検証作業が行えるような新たなシステムを模索していく予定である。

## E. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

アンケート結果がまとまったばかりであり、今後論文・学会等で発表していく予定である。

## F.

知的財産権の出願・登録状況



なし

**「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」**

研究代表者: 奥山眞紀子(国立研究開発法人 国立成育医療研究センター)

**「子ども虐待検証における法医学的情報の必要性に関する研究」**

研究分担者: 内ヶ崎西作(日本大学医学部社会医学系法医学分野)

**法医学関係者の子ども虐待への関わりに関する実態調査(アンケート調査)**

本研究班では、子ども虐待事例の特に死亡例に関する効果的な検証のあり方を検討してお

ります。子ども虐待に関する法医学の関わりが大変重要であることは言うまでもありませんが、その関わり方は司法解剖のように全国均一なものではなく、実態が十分に把握されているわけではありません。

つきましては、各法医学施設における子ども虐待への関わり方についてのアンケート調査を本研究班において実施することとなりました。

唐突なお願いで大変恐縮ではございますが、アンケート調査へのご協力をお願い申し上げます。結果を公表する場合には、都道府県名や施設名は明らかにせず、数のみの比較や、北海道・東北・関東・近畿...九州等の地方毎の集計での比較等としますが、都道府県名や施設名等を明らかにしてよいとご回答頂いた場合には、実例としてご紹介させて頂く場合があります(あらかじめ可否をお伺いいたします)。

本アンケートの趣旨をご理解の上、何とぞご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

締め切り:平成 28(2016)年 1 月 20 日(水)までにお送りいただければ幸いです。

平成 27 年 12 月 25  
日

問い合わせ先

〒173 - 8610

東京都板橋区大谷口上町 30 -

1

日本大学医学部 社会医学

系法医学分野 内ヶ崎西作

Tel 03 - 3972 - 8111(内 2277)

Fax 03 - 3958 - 7766

e-mail [seisaku@aa.uno.ne.jp](mailto:seisaku@aa.uno.ne.jp)

## ～ アンケート ～

調査項目の中では詳細についておうかがいするものもありますが、基本的には個人に囑託されている場合であっても施設での取り扱い数としてカウントしてお答え下さい。

### 1. 過去 3 年間に、子ども虐待に対する法医学実務活動を行ったことがありますか？

ある(→2.へ進んで下さい)      ない(→5.へ進んで下さい)

ある場合、過去3年の年(1月～12月)毎の件数を教えて下さい。

	件数
平成 25 年(1 月～12 月)	
平成 26 年(1 月～12 月)	
平成 27 年(1 月～現在まで)	

### 2. 子ども虐待への関わりは、どの様な形式によりますか？ 該当するものを全て選び、それぞれの年間の概数をお答え下さい。

- 1) 大学附属病院の虐待防止委員会等のメンバーとして (約 件)
- 2) 周辺地域病院の虐待防止委員会のメンバー(オブザーバー)として (約 件)
- 3) 児童相談所からの診察依頼によって (約 件)  
(セカンドオピニオンとしてではなく、最初に関わる医師として)
- 4) 児童相談所のセカンドオピニオンとして (約 件)
- 5) 児童相談所等の症例カンファレンス(検証)メンバーとして (約 件)
- 6) 警察・警察庁からの生体鑑定として (約 件)
- 7) その他( ) (約 件)

### 3. 設問2において、1)に件数をお書きになった場合、その委員会の名称と、委員会の中での立場をお書き下さい。

委員会の名称: \_\_\_\_\_

委員会内での立場: \_\_\_\_\_

4. 設問2において、2)～7)に件数をお書きになった関わりは、どのような契約に基づいたものでしょうか？ 該当するものに ✓ を入れて下さい。 その他の場合には、その詳細を欄の下にお書き下さい。

	依頼元との年間契約 (個人に囑託)	依頼元との年間契約 (施設として契約)	その他
2)について			
3)について			
4)について			
5)について			
6)について			
7)について			

その他の詳細:

---



---



---



---

5. 現状ではマンパワー等の問題で実現不可能であったとしても、法医学が子ども虐待に関わる最も理想的な形式はどのような形でしょうか？

- 1) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...往診無し
- 2) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...必要に応じて往診も行う
- 3) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...往診無し
- 4) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...必要に応じて往診も行う
- 5) 児童相談所に法医学医師を常駐させて対応する
- 6) 児童相談所や警察・検察からの依頼があった際にのみに法医学医師が対応する(現状のままでよい)
- 7) その他 \_\_\_\_\_

6. 執刀した(施設で実施した)子ども虐待の司法解剖事例について都道府県単  
 位での検証が行われた場合(裁判ではありません)、依頼があればその検証  
 委員として参加しますか? また鑑定書等の資料提出を求められた場合  
 にはどうしますか?

	委員として参加		鑑定書等の資料提出	
	する		する	
裁判前、もしくは裁判中の場合	しない		しない	
	その他		その他	
	する		する	
裁判が結審している場合	しない		しない	
	その他		その他	
	する		する	

その他の詳細:

---



---



---



---

施設名: \_\_\_\_\_

記入者氏名: \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証に資するマニュアル等の作成に関する研究  
地方公共団体の検証における問題点（検証委員の立場から）に関する研究  
地方公共団体検証の資料とすべき情報とその入手方法に関する研究  
特徴項目別の検証のあり方に関する研究

研究分担者 奥山眞紀子 国立成育医療研究センター こころの診療部

**研究要旨**

1. 地方公共団体の検証における問題点（検証委員の立場から）に関する研究  
本研究の研究分担者及び研究協力者は自治体の死亡事例検証に携わっており、その経験に関して、2回の班会議において議論を行った。なお、事務局で認められる問題点に関しては平行して行っている質問紙調査で検討が可能であり、こちらは検証委員の視点から見た問題点を議論した。

その結果、都道府県事務局の検証目的意識の問題、情報収集の壁（医療情報、法医学情報等）、警察情報との関連、心理的背景の把握の問題、分析のあり方、提言のまとめ方にまとめることが出来た。

なお、警察の情報を検証に活かせないという指摘が大きかったため、M県で52例の15歳以下の死亡例の警察の資料を分析した小児科医及び精神科医にインタビューを行い、警察の情報の重要性についてまとめた。

2. 地方公共団体検証の資料とすべき情報とその入手方法に関する研究

マニュアルを作成するにあたり、検証に必要な情報を総合する目的で、各研究分担者からそれぞれの分野における必要な情報のリストを提出してもらい、それを総合して検証の資料とすべき基礎情報の一覧を作成した。来年度以降作成のマニュアルに反映させていく。

3. 特徴項目別の検証のあり方に関する研究

虐待死の検証を全て同じ方法で行うことは効率が悪い結果ともなる。マニュアルを作成するにあたって、どのような項目によって検証方法や検証資料を絞り込めるかを検討することを目的に過去の報告書から最初の分類項目を提示することを目的に検討した。

その結果、虐待死の検証はどのように防げたかが目的の検証であり、死因、外傷か餓死かなどで第一段階の分類をすることにはあまり意味がないことが明らかになった。予防や防止の観点から考えると、共通のマニュアルに加えて、年齢毎に収集すべき情報と検証のあり方を提示し、その上で、通告が無かった場合、無理心中死の場合、DVが関与していた場合において、収集すべき情報とその方法、及び検証を行う上での注意点を明らかにする必要があると考えられた。

## 1. 地方公共団体の検証における問題点(検証委員の立場から)に関する研究

### A. 研究目的

地方自治体における死亡事例等検証に関して委員の立場からどのような問題点を認識しているのかを抽出し、今後の検証委員への聞き取り及びマニュアルの作成に資することを目的とした。

### B. 研究方法

分担研究者及び検証委員を務めている研究協力者によって、問題点に関して語ってもらい、それをまとめた。

また、警察情報に関しては、M 県警からの資料で 15 歳未満の 52 例を検討した小児科医及び精神科医への聞き取りにより、警察情報により明らかにできることをまとめた。

< 倫理的配慮 >

個別のケースは検討の対象としなかった。

### C. 研究結果

検討の結果、都道府県により検証の質が異なることが指摘された。非常に熱心に検証しているところも多いが、そうでないものもある。

問題となる点として、以下の項目が抽出された。1) 都道府県事務局の検証目的意識共有の問題、2) 情報収集の壁(医療情報、法医学情報等)、3) 警察情報との関連、4) 心理的背景の把握の問題、5) 分析のあり方、6) 提言のまとめ方

なお、警察の情報により明らかにできることに関して別途まとめた。

#### 1) 都道府県事務局の検証目的意識

検証の目的が子どもの死から学び取るという意識が薄い場合がある。その結果、児童相談所や要保護児童対策地域協議会が係っていないければ「それ以上予防の方法がなかった」と決めつけたり、資料を集め方などの問

題が指摘された。更に、意識が低いと提言もお座なりのものになりがちであるという意見があった。マニュアルを作る場合にも、検証の目的や意義を共有することの重要性があると考えられた。

#### 2) 情報収集の壁

確かな検証を行うためにはどのように死に至ったのかという情報は重要である。しかし、医療情報や司法解剖の情報が得られないことが多い。医師にとって検証の場に情報を提供することが守秘義務違反にならないという確約がないと行えないという意見があった。その結果、都道府県の検証ではなく、要保護児童対策地域協議会の検証を行い、情報提供が得られた事例もあった。とはいえ、死亡後も要保護児童対策地域協議会の法的枠組みが有効なのかは不明である。今後の検討が必要である。

親の精神状態に関する精神科情報は公開できない情報であるが、虐待死を食い止めるためには重要な情報である。実際にある死亡事例に関して親の精神医学的情報がもたらされたことでそのプロセスが明らかになり、その後のその他のケースマネジメントに活かすことが出来た事例があるという意見があったが、どのような形で情報を得ることが出来るかは今後の検討となった。

#### 3) 警察情報に関して

M 県で 15 歳以下で死亡して警察が関与した 52 例を分析した小児科医及び精神科医にインタビューを行った結果、警察情報を分析することにより、発見時の状況、検視時の状況、司法解剖の有無と解剖された時の解剖所見、関係者の供述調書による情報、を得ることが出来ることが明らかとなった。分析に携わった小児科医によると、例えば窒息が原因と考えられる例の分析、乳児の虐待が疑われた例の分析によって人工乳で育て

ている親が多く泣き声に不快感を感じている親が多いことが分かったという。また、精神科医のインタビューにより、自殺例に関しても心理学的剖検を試みたところ、かなり可能であり、その殆どが防止可能と考えられたとのことであった。

上記のような警察情報の重要性から、司法解剖の情報などを含めた警察の情報は不起訴になった事例、裁判が終了した事例に関して開示できないか、できるとしたらどのような方法があるのかを提示する必要があると考えられた。第一次検証を行い、裁判終了後に第二次検証を行うことも意義があると考えられた。

但し、警察の調書は立件できるかどうかに関心が当たっており、死を防げたかどうかは目的ではない。新たに、加害者や関係者へのインタビューが検証として必要なのではないかという意見もあった。

4) 心理学的背景の把握がなされていない検証において、心理的背景を知ろうとする意識が少ないことが挙げられた。リスク判断もチェックリストで行うことが多くなり、心理的プロセスを把握する意識が全体に少なくなっていることも一因ではないかと考えられる。

その一方、児童相談所が長期に関わっていた事例でも直前には親に会っていないことが多く、また児童相談所が関わっていない事例ではその心理的背景が把握できないことが多い。上記の警察情報もしくは親への直接の関わりができれば、その心理的プロセスを検証することが出来、防止に役立つと考えられた。

#### 5) 分析のあり方

どの様な視点で分析を行うかも検証に大きな影響を及ぼす。都道府県での検証は一例一例丁寧に検証することが重要である。どう

したら防げたか、どこがポイントだったのかなど、今後につながる分析が求められている。その点もマニュアルに明記する必要がある。

#### 6) 提言のまとめ方

提言のまとめ方に関し、その事例から学べたことではなく、虐待防止一般的な提言になってしまう傾向がみられるという意見があった。また、事務局主導で提言がなされる場合、具体性が無い提言が認められることもある。分析結果より提言をまとめられるようなアイデアも必要である。

### D. 考察

これまで地方公共団体の検証に委員として係った研究者を中心に現状の検証における問題点に関して抽出した。その結果、6項目が抽出された。1)意識の問題、5)分析のあり方、6)提言のまとめ方、に関しては、マニュアルのみで対応が可能と考えられたが、その他に関しては、法律的な裏付けや新たな手法が必要と考えられる。しかしながら、警察情報や心理的情報などは検証による結果を大きく変える可能性が考えられる情報であることも明らかになった。来年度以降、法律的な対応等についても検討を行い、より精度の高い検証にしていく方法を検討していく必要があると考えられた。

## 2. 地方公共団体検証の資料とすべき情報とその入手方法に関する研究

### A. 研究目的

検証を行う上でその検証に資する情報を入手することは非常に重要である。それによって、事例の見方も変わってくるし、防止の方法が発見されることもある。そこで、マニュアルにはその情報を提示していくことが重要となるが、今年度はそれぞれの分野で必要と考えられる情報を提示した。来年度以降に全体として総合的にまとめ、その入手方法



を提示する。

## B．研究方法

各研究分担者がそれぞれの研究内容を検討し、それぞれの分野において必要と考えられる情報に関して提示した。

## C．研究結果

### 1．保健情報

#### 1) 母親の当該児妊娠期の情報

- 妊娠届の時期
- 妊婦健診の状況
- 望んだ妊娠か？
- 生殖医療の有無
- 妊娠期の婚姻状況
- 両親教室等への参加状況
- 胎児の胎内成長状況
- 妊娠期の母の精神的な状況
- 妊娠期の母の治療薬物使用状況
- 妊娠期の母の依存の状況
- 妊娠期の母の喫煙及び飲酒
- 妊娠期の家族の喫煙状況
- 妊娠期の同居家族の状況
- 家庭内暴力の有無
- 妊娠期のサポートシステム
- その他妊娠期の問題の有無

#### 2) 当該児の出生時の状況

- 出生場所
- 親の出産行動の適切性
- 出生時の母と家族の状況
- 出生時の母へのサポート状況
- 在胎週数
- 生下時体重
- 周産期の問題の有無
- 入院期間
- 母の精神的な状況（うつなど）
- 薬物使用の状況
- 周産期の喫煙状況
- 母子保健の支援の状況
- その他周産期の特記すべき状況

#### 3) 乳児期の状況

- 成長曲線
- 母乳・人工乳の状況
- 離乳期の状況
- 乳児期の家族の状況
- 乳児期のきょうだいの状況
- 育児のサポートの状況
- 子どもの発達状況
- 母子手帳の記載状況
- 乳児全戸訪問時の状況
- 乳児健診での状況
- 予防接種歴
- 疾病罹患・外傷の既往
- 両親の疾病罹患・外傷の既往
- 両親の学習面での問題の有無
- 両親の育児能力
- 母子保健支援の状況
- 乳児期のその他の問題

#### 4) 幼児期の状況

- 1歳6ヶ月、3歳児健診の状況成長曲線
- 子どもの発達の状況
- 両親の精神的問題の有無
- 家族の状況
- 育児サポートの状況
- 地域とのかかわりの状況
- 子どもの疾病罹患・外傷の状況
- 疾病罹患時の受診状況
- 両親の疾病・障害等
- 幼児期の母子保健支援の状況
- 保育園、幼稚園、その他の通園状況
- 日常の衛生状態
- 幼児期のその他の問題

#### 5) 小学校～中学校期の状況

- 成長曲線
- 学校保健での情報
- 学習面の情報
- 行動面の情報
- 日常の衛生状態
- 食行動の状況

- 疾病罹患・外傷の既往
  - 登校状況
  - 友人関係
  - 家族の状況
  - 福祉との係り
  - 補導歴
  - その他の問題
2. 地域福祉情報
- 1) 虐待としての関与がある時
- 通告の時期、期間
  - 対応の時間経過
  - その他すべての情報
- 2)
- 養育(子ども家庭)相談の福祉情報
- 子どもの発達状況
  - 子どもの精神面・行動面の評価
  - 親・家族のアセスメント
  - その他すべての情報
- 3)
- 障害対応としての福祉情報
- 障害の内容
  - 発達上の問題への評価結果
  - 家族の状況の判断
  - 指導への家族の対応状況
  - 通所・通園状況
- 4) 保育園情報
- 成長の情報(身長・体重等)運動発達
  - 言語発達の状況
  - 社会性の発達の状況
  - 通園状況
  - 親・家族の問題
  - 衛生状態
  - 食行動、行動の問題
  - その他気になったこと
3. 児童相談所の情報
- 1) 通告があった場合
- 通告の状況
  - 初期判断
  - 調査の結果
- 子ども・家族・地域のアセスメント
  - 親の心身の疾病罹患の状況
  - その後の介入の状況
  - 他機関との連携の状況
  - その他すべての情報
- 2) 養育相談・非行などでの関わり
- 背景に虐待がないかの調査の有無
  - 子ども・家族・地域のアセスメント
  - 対応の状況
  - その他すべての情報
  - 他機関との連携状況
- 3) 療育手帳に関する関わり
- 子どもの発達状況
  - 相談時の親の状況
  - その他の情報
4. 小児医学的情報
- 小児科受診時の情報(死亡時を含む)以下の情報を受診の経過に従って、死亡までを時系列で整理する
- 1) 診察情報
- 受療行動(受診までの時間等)
  - 身長・体重の推移
  - 体表面の外傷痕の有無、数、性質
  - 眼底所見
  - 全身骨所見
  - 検査所見
  - う歯の数・程度
  - 外傷・病的状態への保護者の説明
- \* 外傷の場合
- 受傷環境(落下の高さ、床面の性質など、受傷と関連する要因の具体的状況)、受傷日時、発見者、発見後の対応
- \* 病的状態の場合(栄養障害・脱水を含む)経過、発見者、発見後の対応
- 2) 問診からの情報
- 出生時状況(在胎週数、生下時体重、周産期問題の有無など)

健診受診状況

予防接種歴

既往歴

発達歴

行動の問題の有無

家族状況と家族の既往歴

保護者の態度

子どもの死亡に対する認知・感情とその後の行動

## 5. 臨床法医学的情報

受傷時の子どもの発育・発達状況

家族の情報

生活していた空間情報

受傷の状況に関する説明

受傷当時の外傷の所見

外表所見（写真）、画像診断等

病院での治療経過

生前の受傷状況

受傷場所や受傷時の検証情報

場所、物等の写真

警察情報

現場検証

加害者・関係者の供述

## 6. 心理的側面に関する情報

加害者及び配偶者の幼少期から思春期

にかけての虐待やネグレクトの既往歴

と、依存・愛情欲求の充足の程度加害者

とその配偶者による家族構成の経過

被害を受けた子どもやその同胞の妊娠に

至る経過

妊娠期の母親及び父親の関係性と胎児に

対する認知・感情

妊婦健診の受診状況（可能であれば、母

子健康手帳）

妊娠の計画性の有無及び妊娠に対する認

知及び感情

子どもの誕生に対する認知・感情

子どもに対する虐待・ネグレクトの発生

から以降の経過

## 7. 連携に関する情報

上記の情報を時系列で並べ、その間の各

機関の連携に関する情報をまとめる

その際、一方的ではなく、A機関の認識

とB機関の認識を並列で検討すべきである。

### D. 考察

今回は必要と考えられる情報を列挙した。

一部重なりもある。これらの情報の中で入手

が難しいと考えられる情報の入手方法を検討

し、得られた情報の重要度の判断及びまとめ

方に関して来年度以降のマニュアルに入れる

必要がある。

## 3. 特徴項目別の検証のあり方に関する研究

### A. 研究目的

虐待死亡事例検証を効率よく行うために、

そのマニュアルを作成するにあたり、第一段

階でグループ化してその検証のあり方を提示

することも考えられる。

そこで、これまでの国の死亡事例検証報告か

ら特徴的な点を挙げ、その項目を始点とした

検証方法の分類が妥当かどうかを検討した。

### B. 研究方法

これまでの国の重大事例検証報告書から

特徴的に分類可能と思われる項目を挙げ、

それによる分類を行って検証方法を提示

することに異味があるかどうかを検討した。

### C. 研究結果

#### 1) 年齢

年齢により、その内容はかなり特徴的であ

り、また、年齢により集めるべき情報が異

なると考えられた。従って、年齢で分類して必要な情報や検証のあり方をマニュアル化することは意味があると考えられた。

2) 死亡原因(暴力による死亡、餓死等) 身体的暴力による死亡であってもネグレクトが含まれていることもある。本検証は死因を特定することが目的ではなく、どのように防げたのかという観点から考えると、合理めるべき情報や検証のあり方はそれによって変わるべきものではない。

### 3) 通告の有無

通告がある、つまり虐待として認識されていた事例かどうかは検証においては大きな関心事であることは明らかである。ともすると、通告がない事例に関しては、検証がなされていないか、「致し方なかった」で済まされる傾向もある。しかしながら、実際に子どもが亡くなったわけであり、どうして通告に至らなかったのかを検証することは非常に重要である。確かに、通告された事例の方が調査がなされているために情報は多いが、通告がなされていない事例に関してこそ、なるべく多くの情報を集めて、どのように防げたのかを検証すべきである。従って、通告の有無で分けて、通告がない事例に関する情報の集め方や検証のあり方をしっかりと示す必要がある。

### 4) 関与機関

通告の有無同様、それまで関与した機関によって情報量は異なる。しかし、関与機関の情報は全て収集すべきものであり、関与機関によって検証の方法が変化するわけではない。

### 5) 無理心中死かそれ以外か

国の死亡事例検証によって、無理心中と心中以外の虐待死とはかなり様相がことなることが明かとなっている。つまり、一般

の子ども虐待のリスクファクターは無理心中死では当てはまらない事である。無理心中なのかどうかを見極めることは難しいという一面があるものの、無理心中と考えられる事例においては、その予防を考えると、虐待のリスクを考えた情報収集のみならず、自死の一部としての観点から、加害者のうつやその他の精神状況や、周囲へのほのめかし、など、検証において気を付けるべき点を提示する必要があると考えられた。

### 6) DVの有無

子どもの死亡事例において、パートナーからのDVが関与していることは少なくない。DVがある場合には、DVとしての関係機関の関与を漏れなく検証する必要がある。またDVが明らかになっていない場合には、何故支援に結びつかなかったのかを明らかにする必要がある。その点で、項目として残すことが必要と考えられた。

## D. 考察

以上のことから、すべての検証に共通する基礎的なマニュアルの作成に加えて、年齢ごとに必要な情報と検証のあり方を提示し、その上で、通告が無かった場合に必要な情報、無理心中死に関して必要な情報、DV関与事例で明らかにする情報を提示することが必要と考えられた。

## E. 研究業績

なし

## F. 知的財産権の出願

.

登録状況なし



厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
（研究代表者 奥山真紀子）

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の保健的側面に関する

研究分担者 中板育美 公益社団法人日本看護協会 常任

理事

**研究要旨**

平成 19 年の児童虐待防止法改正により、国だけではなく、自治体においても虐待重大事例等の検証を行うことが規定された。すでに、自治体の一部ではあるが、検証結果報告書がホームページ上で公表もされている。そこで 27 年度は、ホームページに公表されている 25 年度、26 年度に出された報告書に限定して閲覧し、事例の概要、抽出された課題、改善策から見える保健機関の関与の課題または、検証委員会への情報提供の在り方について課題（タスクリスト）を整理した。

報告書の閲覧によるメリットとデメリットについては、死亡事例もしくは重症事例の検証報告からの課題抽出となることで、外部の保健関係者以外の有識者による検証委員会の意見を踏まえることができる、検証において、保健的側面がどの程度の比重（関与の深度）であるかが見当が付きやすい、検証委員会への情報提供の在り方に関する示唆を得やすいなどがある。一方でデメリットは、報告書に至るまでの検証プロセスが見えづらいことである。

（結果）報告書数；23 事例から、（1）多くの報告書が、母子保健と児童福祉との情報共有を改善点としてあげていた。母子保健情報などの情報提供時のミニマム情報（母親及び家族員のプロフィールや生活史など）が伝えられていない、情報共有がなされていない点が議論されたことが推察される。（2）妊娠中の支援/関与経過が情報として十分に整理されていない可能性がある。検証では、あらゆる関係機関・者で収集された家族情報について、整理していると考えるが、妊娠期における関与が、保健に局限している。（3）提言内容を踏まえると、虐待対応に対する姿勢が、保健衛生部門は、児童相談所や市児童福祉からの指示待ちとなりやすい環境があった。

**はじめに**

厚生労働省が行ってきた重大事例等の検証が、平成 19 年の児童虐待防止法改正によって、自治体（特に、都道府県、指定都市、児童相談所設置市）においても行うことが規定された。国は、自治体における検証の目的を「事実の把握、発生原因の分析

等を行ったうえで、必要な再発防止策を検討する」としており、検証のための構成員や進行手順を示すほか、報告の公表についても提案している。

一部の自治体は、検証結果報告書をホームページで公表している。

## A. 目的

検証委員会を効果的かつ効率的に行うために、情報整理に活用するタスクリストを作成する。つぎに検証にあたって、見直す/確認すべき事項(ミニマムリスト)を作成する。初年度は、そのための基礎情報を整理することを目的とする。

## B. 方法

1 既存資料によるポイント整理と課題抽出

27年度は、ホームページに公表されている報告書から、事例の概要、死亡に至った情報、対応や体制に関する課題、および改善策の提案がなされている25年度、26年度に出された報告書を参照した。

保健的側面からの効果的検証への参画のポイントを整理し、効果的な検証を行うために、特に、保健分野における「課題」「改善策に関する情報に着目して、機軸から見える課題(タスクリスト)を整理した。2) 検証の対象

国が検証を推奨している、以下5つに該当する事例を対象とする。

(1) 虐待による死亡事例(心中・死亡原因が虐待によるものと特定されないが、死亡に至った経過の中で虐待が疑われる事例を含む)

(2) 死亡に至らなかったが虐待(心中未遂含む)により重度の障害に至った重篤な事例

(3) 乳幼児死体遺棄の事例(遺棄後、数年経過した事例含む)

(4) 棄児置き去り児の事例

(5) その他の重大な児童虐待の事例

## C. 倫理的配慮

公表されている報告書のみを扱い、記載された内容に忠実に検討することで、倫理的配慮に値すると考える。

## D. 結果

1) ホームページから「死亡事例検証報告書・2013/25年度」「死亡事例検証報告書・2014/26年度」「死亡事例検証報告書」「重症事例検証報告書」にて検索した。

2) 「死亡事例検証報告書」数(23)  
その結果、抽出された報告書数は、以下の23件(1自治体で複数の報告も含まれる)であった。

(札幌市 2013年、東京都 2014年、さいたま市 2014年、神奈川県 2014年、相模原市 2013年、横浜市 2014年、千葉県 2013年、松戸市 2013年、茨城県 2013年、栃木県 2014年、静岡県 2014年、三重県 2013年、滋賀県 2014年、和歌山県 2014年、福岡市 2014年、宮崎県 2013年、熊本市 2014年)など

3) 23事例の概要と課題と改善策(表1) 検証プロセスの記載がある検証報告書から読み取れた課題について検証対象、情報と収集方法について整理する。

(1) あらゆる過程で収集された家族情報を整理し、構造化されていない可能性。

23例中13例は、乳幼児の死亡事例であった。11例について、保健師のかかわりと検証時の情報提供を見てみると、

・全ての事例に、保健師のかかわりが認められる。

・健診受診の有無(未受診の際の対応とその結果、発育・発達状態、養育環境、養育者の健康状態、予防接種情報、乳幼児期に用意された公的保健サービス利用の有無、経済状況、などミニマム情報については、記載があるものもあり、提供されていた。

・一方、家族支援や精神保健福祉活動に関わる上で、重要な親の成育歴や生活史、夫婦関係や夫婦の成り立ち、3世代にわたる人間関係、家族の生計の成り立ちなどの情報



提供が、検証場面に提供されていない傾向がうかがわれた。

・居住実態が把握できないケースについて、その実態そのものを児童虐待の観点で配慮されにくい状況があった。

・居住実態が不明な子どもなど、長期にわたる経過を有する場合、保健にかかわらず、担当が代わるなどしており、検証場面では情報が不確実な状況で伝わりかねない。

・児童福祉からの情報提供の照会内容に直結する情報のみが提供されていることが目立ち、その周辺情報あるいは関連情報が提供されていない(把握されていない)ことが多く、児童福祉部署の危機判断に対し、保護的判断の材料を提供していることが多い。

・要請以外は、積極的に児童福祉担当部署になぎ、関与の有無を逆に確認するなどが標準化されていない。

・拒否により支援中断しやすい事例に対し、保健情報（特に、母親の精神保健の情報など）の提供が、緊急度判断を上げる可能性があることへの意識が薄い傾向がある。

・児童福祉への母子保健や精神保健、生活関連情報の提供に対し、受け身の姿勢であり、児童福祉や児童相談所から提供要請により提供する、あるいは、要請があった項目のみ（関連情報は提供されない）の傾向がある。

・危機感が共有されれば、家庭訪問など、頻度を増やすなど、柔軟に対応している場合もある。

・妊婦については、保健師が危機意識を抱くものの積極的に関与し、児童福祉にあげていない状況にあった。

## （２）情報のタスクリスト

・「家族関係の軋轢を機に突発的な行動をとることが予見された母親であったが『精神状態の変化』に着目できない。」と報告書には記載があるが、母子保健情報とそれに関

連する情報の経時的・経年的な整理とそのアセスメントが構造的になされていない、あるいは記録されていない可能性が推察される。

・自死遺族への関与がなされていないなどは、「自死遺族への関与」の定義が曖昧であり、どの程度、何を支援していたのかは記載からは不鮮明である。しかし、その情報や自死遺族への関与（自殺の連鎖・家族の自責感情、家族と地域とのつながりなどを考慮した）から得られる情報について、関連付けて整理されていない可能性がある

## E. 考察

### 1) 共通

していた課題と改善策

検証事例の全てにおいて、課題と改善点にあがっていた項目は、「関係機関の連携」

「情報の共有と的確なアセスメント力の強化」  
「要対協の体制強化」である。

児童虐待の発生予防のためには、課題に挙げられたように情報が正しく、共有され、その情報を基に的確にアセスメントできる態勢が整備されているのが望ましいのは言うまでもない。しかし、共通にあがっていたか課題に対する新たな改善点には、具体策に欠けるものがあり、次なる同様のあるいは類似の虐待対応にどのように活かされるのかが不透明であった。

健診受診の有無（未受診の際の対応とそ結果、発育・発達状態、養育環境、養育者の健康状態、予防接種情報、乳幼児期に用意された公的保健サービス利用の有無、経済状況などのミニマム情報については、検証委員会の中で、徐々に質疑を繰り返すなかで明らかになっている可能性もある。

本来は、母子保健で獲得される種々の情報を包括的に捉えた上で、どのように判断した結果の対応であったのかが、検証場面では、詳細に報告される必要がある。

### 2) 特定妊婦」「要支援児童」の扱い

さらに、新たに要対協の対象範囲となった「特定妊婦」や「要支援児童」の定義とその予防的対応について、十分な共通認識には至っておらず、関与が「要保護児童」と同一に扱う部署では、手薄になりやすい。支援プログラムも含めて、母子保健と児童福祉の協働がよりいっそう求められる領域で、早急に整理する必要がある。

### 3) 要対協の個別ケース検討会議の強化 必要な事例に対し、適切に必要な関係者

を交えて、個別ケース検討会議が開催される必要がある。精神疾患を持つ親、あるいは家族員に精神障害やアルコール、DVなどが合併する場合には、それらの病理が、暴力行為を誘発し、子どもに害を加える可能性にも配慮し、精神保健相談担当課等の関係機関や専門家の客観的視点は大変重要である。

また、数回の個別ケース会議を繰り返しても、再アセスメントが成されることがない事例もあったことから、特に危機にある事例は、個別ケース検討の回ごとに、再アセスメントをするようマニュアルに書き込むことが望ましい。

### 4) 母子保健活動の再考と徹底

乳幼児が犠牲となるネグレクトに対する危機感を向上させる必要がある。乳幼児は、親等による100%の養育関与が必要である。また、子どもが育つ環境もいのちに影響をもたらす。日々繰り返される生活全般の観察が重要である。保健師は、家庭訪問という技術をフルに活用し、親個人と乳幼児との関係性、生活空間などの環境にも目を配り、情報収集とともに、親に対し、応援という「ソフトな介入」を可能にするポジションにいる。

しかしながら、検証報告の中からは、そのようなポジションを活かせていない自治

体が伺われる。再度、虐待もしくは虐待が疑われる家族介入における家庭訪問の位置づけやその手法について、確認する必要がある。検証報告の改善点には、詳細な家庭訪問などの改善について触れるものはない。

### 5) 虐待対応に対する受け身の姿勢

・23例中1例のみ、市保健所保健師が家族の危機を察知し、児童相談所との危険度に対する温度差を感じて、自ら警察に協力依頼をしていたが、それ以外の保健関与事例では、情報提供、要対協(個別ケース会議)への参画、関係機関など資源活用、医療機関への情報提供と協働姿勢の誘導などが、受け身的である。

## F.まとめ

検証事例から、以下の点について、あらためて情報の整理と説明能力が必要である。

1. アセスメント(情報の構造的整理・部分的アセスメント・包括的アセスメント)力強化と、プレゼンテーション力の向上

2. 両親の養育能力等に顕著な問題が認められ、子どもの健全な養育に大きな支障が生じる可能性が疑われる事例(出産前の特定妊婦、虐待に関するハイリスク家族を含む)への関与とその危機感の報告と「要支援児童」「特定妊婦」の状態像の共有と支援方法の確立

3. 母子保健活動における虐待予防と虐待対応時の経過説明能力

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権 の出 願・登

録状  
況なし

(表1) 21事例の概要と検証にて明らかにされた課題と改善策

NO	事例の概要	課題	改善策
1	精神障害を持つ母親と知的障害を持つ子どもとの母子家庭。本児（特別支援学級）と母親二人が自宅で死亡。（自殺をほのめかす手紙で訪問して発見）	精神疾患を考慮した見立ての欠如 親子のアセスメント不十分 養育困難ケースであり、怒鳴り声通報にも受理理由を変更せず。	・精神疾患を持つ人への理解と対応（職員研修） ・精神疾患を持つ親とのひとり親家庭の場合、養育の困難性を考量して、「要保護児童」と捉えて対応支援途中で虐待と判断した場合の虐待対応（安全確認・確保）
2	母、兄、妹、叔父の4人の無理心中 父親の自殺後、母親が不安定になり、子家センが医療への受診勧奨をしていた。（学童・乳幼児）	精神的に不安定な母親の支援拒否に支援が停滞。 キーパーソンを叔父としたことが見立て違い 保健機関は、自死遺族としての関与が不十分	・支援停滞事例は、組織的に介入方法の検討を積極的に行う。 ・精神的に不安定な親に対応する際には、主治医との連携は必須。
3	自室内で母親（くも膜下出血による死亡）と知的障害のある児が死後1か月後に遺体で発見。（児の体重は標準の半分） （学童）	ケースマネジメント機関が不鮮明。情報共有なし。保健機関は、知的障害児の医療機関へのつなぎで支援終了。	・危機を察知した機関は、積極的に、子家センなどへ発信する。
4 母(30代) 父(40代)	精神疾患を持つ母親が小学生の娘2人（二女・三女）の腹部を包丁で刺し、自分も自殺を図った結果、二女が死亡し、三女がと母親は重傷を負う。	家族関係の軋轢を機に突発的な行動をとることが予見された母親であったが「精神状態の変化」に着目できない。 精神保健担当と生活支援担当等が病院の精神科SWとの確認にとどまる。家族構成の変化時のアセスメントの欠如	・養育者の状態把握にかかる重要性の認識 ・転機となる時点での適切な判断・評価の方法 ・関係機関の情報共有・ケース検討会議のあり方 ・連携にあたってのマネジメントの主体の明確化 ・札幌市の児童相談体制の強化
5 母親(30) 元交際相手 (28)	(内部検証) 6歳の長女の遺体を他市の雑木林の土中に埋めて遺棄。	教育機関の就学事務における要保護性の確認や要保護児童の情報共有の観点の不十分さ。 保健機関は、居住実態の把握不可能ケースについて、児童虐待予防の観点から児童福祉担当部署につなぎ、情報共有する流れが標準化されていない。	・児童福祉部署や保健部署など子どもに関わる部署における要保護性確認と共有の仕組みの構築 ・実態把握ができない情報も地域協議会が集約し管理する機能を備える（要体協の強化）
6	2歳10か月の男児(第4子) 救急搬送され、同病院から児童相談所に	家庭訪問を実施した市保健所保健師が父の態度に危機を感じ児童相談所に当日中の緊急個別支	・「マニュアル」の徹底 ・家庭訪問スキルの向上と体制整備

<p>母(?) 父(?)</p>	<p>虐待通告があり、その後、本児が死亡した。死因は餓死であった。 第2子の女儿(5)も自立歩行不可能なほどの衰弱で、入院させ、その後一時保護された。</p> <p>(母、懲役7年、父、懲役9年6か月)</p>	<p>援会議を要請。しかし、児童相談所は、窓口を市児童育成課と指示していることから危機感のズレが失敗の原因。 (市保健所は、市児童育成課と協議しつつ、土・日の緊急事態を懸念し、警察署に協力要請していた。) 「マニュアル」が求める「安全確認」が不徹底。家庭訪問では、児童心理司、児童虐待対応協力員等の同行が困難な実施体制に問題。 児童相談所は、子どもの外傷等見当たらず、安否確認ができたとして、市に対して「母へ予防接種等保健関係についての配慮は必要」との意見を付けて送致し、相談を終結してしまった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭訪問は保健師を活用(同行訪問)し、外傷の有無(口内、住居内環境、子どもの体格(身長・体重など)運動発達状態、衣服の状況等)にも注意を払うことが必要。</li> <li>・新規の相談や通告であっても、過去の相談履歴について慎重に確認する必要。</li> <li>・乳幼児健診結果など市町。村及び保健所に速やかに報告が入るシステムが必要。</li> <li>・関係機関の連携において、リスクアセスメントシートを積極的に活用する必要。</li> <li>・地域の医療機関と保健機関保健センター・保健所)との連絡体制の整備。</li> <li>・保健機関(保健所・市保健センター)での児童虐待の未然防止・早期発見の取組を推進。</li> </ul>
<p>7 母親(30) 長男(3歳4 か月)</p>	<p>0歳児 出産直後に殺害母親は県内のホテルで出産した女儿をビニール袋に入れ、その口を固く結び呼吸困難により窒息死させた。 ・母親は女儿の遺体を県内にあるコインロッカーに放置した。</p>	<p>長女・長男と過去2回出産を経験したが、長女を養育することはできず、長男の育児にも適切さを欠くことがあった。しかし、新たな妊娠によってもたらされる様々な困難について、思慮が不足していたためか、望まない妊娠を予防するための方策をとることがなかった。 携帯サイトで自分や長男等の面倒を見てくれる他の男性を探したが見つからず出産したら殺害することを決意した。 本児出産後の母子手帳交付であり、リスクが高いと判断できるにもかかわらず、新生児訪問等、留守で実施できない状況などを放置した。1歳6か月健診も未受診であり、その追跡も3か月後であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校教育での性教育</li> <li>・母子保健体制の強化。</li> <li>・保健機関等での望まない妊娠に関する相談窓口(市町村母子保健担当課等の周知)。</li> <li>・養育支援を必要とする家庭への関係機関の連携による支援等市町村要保護児童対策地域協議会において養育支援ケースとして登録し、児童委員等の関係者と情報共有を図り、ケースの進行管理を行いながら、地域での見守りなど支援体制を構築する必要がある。</li> <li>・乳幼児健康診査を受診しない場合や転入した保護者、予防接種の予診票を取りに来ない場合には、家庭訪問等で家庭状況把握に努める必要。</li> </ul>
<p>8 父(44) 母(34) 兄7歳</p>	<p>5歳の男児 父親が自宅において、5歳の次男の全身を殴る、蹴るなどの暴行を加え、翌日未明に本児が浴室に倒れているのを勤務明けの母親が発見した。 本児は外傷性ショックにより死亡、父親は、同日、傷害致死容疑で逮捕(父親に懲役8年の実刑判決)</p>	<p>母親が父親からのDVに対しどこにも相談できなかった。本児は3歳児健診を受診しておらず、市保健所が送付した受診勧奨のハガキに対しても返信していなかったが、当時は幼稚園に通っていたこと等の家庭の状況から、市としてはそれ以上の対応はしていない。 父の病気で無職になり、経済的な理由から本児の保育料を滞納したまま退園。このような状況下で</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童虐待、通告義務についての広報・啓発</li> <li>・健診等を受診していない家庭の状況、保育園や幼稚園に行っていないことも多く、要支援の可能性大。</li> <li>・児童の状況の把握</li> <li>・地域で孤立している子育てに不安を抱える家庭の支援。</li> <li>・情報共有と管理</li> <li>・要対協の調整機関である児童福祉担当課が中心となり、母子保健担当課や生活保護担当課、教育委員会などの児童に</li> </ul>

		の介入についても要保護児童対策地域協議会で検討されることはなかった。	<p>関する情報を共有する具体的な仕組みをつくる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待対応におけるリーダーシップを強化する必要性</li> <li>・母子保健事業、児童福祉関連事業の連携</li> </ul>
9 父(22) 母(22)	4 か月児 自宅で実母の入浴準備中に、実父に面倒を見られていた生後 4 か月の本児が、激しく泣いた後に突然呼吸が弱まり、上下肢が痙攣したため父方祖母の通報により心肺停止状態で病院に搬送「揺さぶられっ子症候群」が強く疑われるとして死亡した。	<p>関係機関と情報を共有し、多様な視点からこども及び家族のリスク・アセスメントが不十分であった。</p> <p>健康福祉主管課は、実父等が実兄を叩くなど家族内暴力を知りつつ、家庭内暴力を重視せず、実母の養育困難事例で対応している。</p> <p>児童相談所は、受理会議での家庭訪問を行うとの方針を実行せず。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多様な視点から児童及び家族のリスク・アセスメントの徹底。</li> <li>・住民に近い市町の相当の専門的スキルの習得（実践的な研修を繰り返し職員のスキル・アップを図る）。</li> <li>・児童相談所は、より困難なケースに対応するため、先進県等に職員を実務研修として派遣し、専門性を向上させる。</li> </ul>
10 父(33) 母(29)	実母が、自宅 1 階の居間で、2 歳の長女に馬乗りになり、両手で首を絞めて窒息死させた。実母からの通報で警察署員が到着した際には、既に本児は心肺停止状態で、搬送先の病院で死亡した。	<p>児童相談所は、実母からのSOSを一般相談と捉え単純に在宅支援が適当と判断した（本児への拒否感と精神科への通院歴を踏まえれば不十分な対応）。</p> <p>市の保健機関は、実母の本児を預けたい意向を退け、相談者ではない実父の意向を優先させてしまった。また、その後の実母との電話でも本児を預けたい意向を確認したが、それでも対応方針を変えなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所への電話相談を軽視せず、関係部署の職員等を交えたケース会議や市町へ連絡を入れ状況を確認するなど判断には慎重を期す必要がある。</li> <li>・母親の負担感など虐待リスクも高い。市町は、虐待の未然防止の視点から養育支援の一層の充実を図り、育児の孤立化を防ぐ取組を促進していく必要がある。</li> <li>・児童相談所や市町の職員には、精神疾患等の特徴を踏まえた対応について職員向けの研修会を多様な機会に設定し理解を深める。</li> </ul>
11 父(37) 母(37)	早朝、母子が居住するアパート内で、実母が 14 歳の長女の首を包丁で切りつけた。本児は大学病院へ搬送されたが、同日死亡。  (学生)	<p>児童相談所は、社会調査が十分ではない中で援助方針の決定をしている。学校の危機感に気付かず対応にズレがあった。</p> <p>児童相談所は、精神的に不安定な実母を追い込まないために、実父母の関係性や直前の実父の訪問時の実母の拒否的態度から実父を頼る判断は 要注意だが、対応を実父に委ねた。家庭訪問をし、実母が面会を拒否するのであれば、警察に暴力依頼するなど積極的に対応をすべきであった。</p>	<p>電話での対応スキルの向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・意識的に配慮しながら相談者の伝えたいことを積極的に聴き取る姿勢・心がけが必要。職員への意識喚起とともに人材育成。</li> <li>マニュアル遵守</li> <li>・虐待の想定されるケースの安全確認を行う際は、訪問調査等により早期に直接目視で児童の安全確認をすることを徹底。</li> </ul>

12 母親？	児童が自宅で刺されて死亡（実母が逮捕）		<ul style="list-style-type: none"> <li>・合理的でない不安を訴えていることの危険性についての適切な評価。</li> <li>・精神疾患がある保護者からの不合理な訴えに対しては、精神的な状態の悪化を示すサインの可能性のあるものとして重く受け止め、専門的な視点で対応する必要がある。</li> <li>・保護者の心理状態や認知の特性に配慮した支援の実施</li> <li>・本人から「心中」や「死にたい」などのほのめかしがある場合、「子どものリスク」に十分着目し、より重く受け止めることが必要である。</li> </ul>
13	<p>実母は、アパートの浴室で、本児の顔を叩く、シャワーをかけるといった暴行を行った。その後、同居男性が翌朝にかけて、本児を逆さ吊りにして頭部を浴槽に沈めるなどの暴行を行い、背後から蹴って本児の頭を浴槽の壁に打ち付けた。実母と同居男性は、暴行の発覚を恐れて救急車を呼ばず、児は頭蓋内損傷で死亡したとみられている。</p> <p>同居男性と実母は、児の遺体を市内の雑木林に運び、土の中に埋めて遺棄した。</p> <p>（乳幼児）</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所の体制強化・さらなる人員配置基準の見直しや適切な財源措置。</li> <li>・こども家庭支援課の体制強化に対する支援。</li> <li>・区役所（虐待対応担当部署及び母子保健担当部署）において適切な支援が行えるように、国が市町村の人員配置基準等を示す。</li> </ul>
14	<p>「自宅で祖父が孫を殺した」と本児の母が警察に通報。</p> <p>同日午前、祖父が寝ていた本児の首をワイヤーで締めた後、キッチンばさみと出刃包丁で頸部、胸部、腹部を数回刺して失血死させた。</p> <p>祖父は、うつ病と認知症の両方が混在する状態であった。</p>		<p>祖父が精神疾患発症の初期段階で、適切な診断と治療、サポートやケアを受けることができ、また、家族も専門家から対応の助言を得ることができていれば、今回のような事件は発生しなかった可能性が推測される。</p> <p>うつ病や認知症の普及啓発。</p> <p>精神疾患を有する同居家族が子どもに加害行為を与える可能性への気づき。</p>

15 ?	15歳の女児 民家での一部白骨化した女性の遺体発見。遺体は、DNA鑑定結果から、この家に住む本児であることが判明。死亡に至る経緯等は不明。長期にわたって子どもの安全確認ができない事例であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問等拒絶ケースに対し、児童相談所の安全確認の機能（出頭要求や立入調査等）を適時に活用することも積極的に検討すべきであった。</li> <li>・精神的な疾患が疑われる事例への対応への課題本字の医療保護入院のための移送等が検討されており、母や本児の人権等に配慮したうえで関係機関等で積極的に情報を収集しつつ、母や家族と直接面会できるまで行う必要があった。</li> <li>・本児の長期不登校状態である事実、母が外部の接触を阻害していた状況を考慮すべきであった。</li> <li>・最も適切な支援策がとられるよう主担当機関とその役割を明確にしておくという点が不十分であった。</li> <li>・小学校と中学校の情報連携</li> <li>・子どもの姿が長期にわたって確認できない場合の対応力が不十分</li> <li>・措置入院や医療保護のための移送等の判断・対応力が不十分だった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校の組織的取り組みと安心して相談できる体制の推進</li> <li>・SSW等の有効活用と関係機関との連携強化</li> <li>・特別な配慮が必要な児童の進学にむけた情報提供と支援継続の組織化（支援シート（仮）作成）</li> <li>・個別ケース検討会議等における調整機能の強化</li> <li>・会議での決定事項等の周知及び役割分担表の作成を通じた共通認識の徹底</li> <li>・警察と連携した臨検・捜索の実地訓練の実施</li> <li>・措置入院や医療保護のための移送等の判断・対応力の向上</li> <li>・精神疾患が疑われる事例への介入と対応に関する研修の実施</li> </ul>
16 母（22）	1歳8か月の女児。母子世帯 自宅（アパート）のエアコンの無い2階居間に約18時間、置き去りにした結果起きた熱中症による脱水死亡。 母親が119番通報。保護責任者遺棄致死容疑で逮捕。その後処分保留で釈放。 部屋は、窓を開け、強風設定の扇風機を掛け、パンと飲料を置いていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・若年出産、母子家庭、生活保護受給、母と母方祖母との関係が険悪など多数のリスク要因があり、要支援家庭と捉えるべきであった。</li> <li>生活保護に関する生活指導、養育支援、保育所利用の支援を行っていたものの、母の拒否的な行動により支援が中断</li> <li>・関係者も危機意識が薄く、危機介入に至らず、都度のリスク・アセスメントが不十分であった。</li> </ul>	<p>課題と対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関における情報の一元化の不備と不十分なリスク・アセスメント</li> <li>祖母の再三の心配に対し、保健センターから家庭訪問を受け入れたこと、母子の愛着関係が良好であったとの情報に頼り、関係者間で危機共有が不十分。再リスク・アセスメントを行うことはなかった。</li> <li>・要対協の活用とリスク・アセスメントの強化</li> <li>・乳幼児ネグレクトに対する危機意識の醸成</li> <li>・母子支援のあり方・強化</li> <li>関係機関に情報提供、引継ぎを行い、生活保護や保育所の利用支援など切れ目ない細やかな養育支援を積極的に行うべき</li> <li>・児童相談所の体制整備</li> </ul>
17 父（36）	児童相談所から警察署へ行方不明の届出をだしていた男児について、A市内のアパートにて遺体で発見され、翌日、保	10年前、市内の自宅近くでTシャツ1枚、紙オムツ、裸足で震えていた本児が発見され保護。父から母へのDVがあり、今後の家庭訪問を了解。A市	<p>組織としての進行管理体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>全ケースを対象とした定期点検方法の改善</li> <li>児童相談所情報ネットワークシステムの活用</li> </ul>



母(32)	<p>護責任者遺棄致死容疑で実父が逮捕された。男児は、平成 16 年に児童相談所で迷子ケースとして関与があった以降、関係機関において所在の確認がされておらず、遺体発見時には死後 7 年以上が経過していた。死因については衰弱死と見られている。 (学童)</p>	<p>に健診状況確認」本児の一時保護解除。  就学時期に調査を行ったことは、重要な動きであったが、就学時健康診断や入学説明会の出席状況を確認する等、教育委員会や入学予定の小学校の調査だけでなく、要保護児童対策地域協議会を十分に活用した積極的な情報共有、機関連携を行うなどが必要であった。危機感が高まることなく経過してしまった。</p>	<p>「進行管理機能」の改修等 児童相談所の体制強化 配置基準、業務見直し、所在不明であることの危機意識 要保護児童対策地域協議会における情報集約、機関連携について 乳幼児健診未受診者のフォロー体制の充実(母子保健担当部署) 地域社会への広報啓発</p>
<p>18 父(26) 母(23) 男児(3) 女児(1)</p>	<p>2歳3か月の男児(第2子) 実父により頭部打撲が原因の外傷性くも膜下出血により死亡。 3か月時に、複数医師による揺さぶられっこ症候群による児童相談所へ通告するが加害者不定のために措置せず在宅養育と判断した。さらにその3ヵ月後の大腿骨骨折の判断で一次保護、再統合に向けて支援し、保護解除後、2Wで死亡。 (乳幼児)</p>	<p>家族再統合に向けて外泊など進めていた事例。施設入所後在宅復帰に向けて、入所施設職員の判断や意向は尊重されにくい環境があった。 経過のなかで保健機関への情報照会に対し、健診後のカンファレンスにおいて要支援となっていたが、支援が開始されていなかったことで、情報提供が終了していた。 在宅養育の判断に対し、そのモニタリングとして、市児童福祉と保健の情報共有、連携、協働態勢が不十分であった。 外泊中の近隣からの泣き声通告についても、施設入所時と同様のことと判断し、危険回避環境の有無まで配慮がなされなかった。 全体的に保護者の心情に沿い、そのために、子どもの観察者や地域の声を尊重してアセスメントがなされず、施設入所、措置解除、在宅養育評価が不十分であった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童相談所の相談対応スキルの向上</li> <li>・市の虐待認識の欠如、相談対応スキルの欠如に対する対応研修</li> <li>・市と児童相談所の役割分担の明確化</li> <li>・医療機関とのケース会議の積極的開催と参画</li> <li>・市の虐待予防の観点、ハイリスク家族への支援力の強化</li> <li>・地域資源(民生委員など)との密な関係性によるネットワーク強化</li> <li>・母子保健による予防や早期発見の機能と虐待対応が一元的に行える体制</li> <li>・在宅復帰に向けた連携の再調整(保健師に訪問を受け入れるなど)</li> <li>・中核市の児童相談所設置</li> </ul>
<p>19 母親(24) 父親(29)</p>	<p>10か月の女児が、母の暴行による頭部外傷等により死亡。 本児は、児童相談所が虐待通告を受け、家庭訪問等の経過観察を実施していた。  母親(懲役6年の判決)</p>	<p>保健部所の保健師が、虐待エピソードを児童相談所からの照会に対し、(そういうことが)ありそうな母との感想を抱いていたと告げている。 (兄の1歳半健診時に、「待ち時間に母のみ車へ行く。兄への愛情はあるが、かかわり方がうまくない感じあり」との記載あり) 4人世帯。相談歴なし。保育所の利用なし。兄はNICUからの退院後、市保健師『こんにちは赤ちゃん訪問』のみの関与。</p>	<p>問題点 1 情報収集と危険度査定 2 児童福祉と健康課の情報収集と共有 3 児相職員による家庭訪問 4 連携と一時保護の時期 改善策 ・危険度査定は専門職の知恵を集めて総合的に行う体制確立(特に、故意ではない乳幼児揺さぶられ症候群などの発見はなおさら)</p>

		<p>本児が定期健診・予防接種を受けていることから保健師による家庭訪問等の関与には理由付けが困難と判断</p> <p>児相からの情報提供にも、健康課は児相の経過観察事例であると認識し、児相からの要請待ちの姿勢を変えず（受身の待機でいい）。</p> <p>市町の支援は、保護者などのニーズに基づき、身近な地域資源を活用するという機動性が活かされなかった。また、地域の民生委員・児童委員の協力を得て、そのときどきの状況に即した見守り活動を継続することもできることも指摘されている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児の健康・発達成長の状態、両親の性行を含めた家族の状況などの詳細な情報収集を通常にも行う</li> <li>・関係機関間の情報伝達機能の強化</li> <li>・人材配置体制（司法関係雄含め）</li> <li>・市町の児童相談体制の強化や人材育成のため市町支援プロジェクトチームの設置</li> <li>・全児童相談所に保健師等の増員</li> <li>・危険度評価アセスメントツールの研究開発</li> <li>・リスクの共有化を図る情報システムの導入</li> </ul>
20 母(28) 兄(第2子、5歳)	<p>1歳の第4子 第1子は、自宅で転落死、第3子は、心疾患で生後12日めに、自宅で急逝。 母が電話で、本児の異常を保育所に伝え、救急隊員が死後約1日たった本児を確認した。</p> <p>「低体重の被害者が発熱していることを知りながら、不衛生な状態で放置し、被害者の生存に必要な保護を加えなかったため被害者を気管支肺炎により死亡させた」として母が逮捕。</p>	<p>いわゆる飛び込み出産や出産の12日後に三男は自宅で急逝している情報が、前住所地で要対協の管理ケースでなかったこともあり市に届いていなかった。</p> <p>保健師による家庭訪問を経て、要支援ケースとなるが、市の要対協での本ケースの把握が、本児出生後も戸籍簿の入手等による親子・夫婦関係の正確な把握はなされなかったなど、母に対するアセスメントが不十分なままの支援が続いた。親子・夫婦関係の正確な把握はなされなかった。要対協の個別ケース検討会議は、本児死亡直前の1回しか開催されなかった。一覧表の進行管理のみで、本来のケースのマネジメントが十分に機能していなかった。</p> <p>「できている時 - できていない時」の差に違和感を抱いていたが、母が知的な問題や精神疾患を有しているとの考えはなく、母を精神科医等の支援につなげるなどについて消極的であった。</p>	<p>積極的な情報収集 ケースのマネジメントの徹底 主担当機関は、アセスメントや支援計画の策定と実施など支援全体の推進・調整を行わなければならない</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保護者のリスク管理と支援</li> </ul> <p>親の知的な課題、メンタルヘルスなどの不調がある場合、適切な判断ときめ細やかな支援が必要 ボトムラインの設定と共有、支援方法の見直しは適宜行う</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どものリスクの管理</li> </ul> <p>ネグレクト家庭の乳幼児の体重の管理等 ネグレクト家庭で養育されている乳幼児については、関係する機関がより細やかな対応を心がけ、健康状態や摂食状況等の把握に努めるべきである。特に体重減少等のリスクの判断については、母子保健との連携や医師等の協力を得ながら、保護等が必要性的についても想定しておくとともに、的確に気づき、判断するための研修等、支援にあたる職員が継続的に研鑽を積むことが重要。</p>
21 父(28)、 母(28) 姉(1歳11か月)	<p>3か月の男児</p> <p>自宅アパートで母親が本児の頭を平手で十数回殴り頭蓋骨骨折等の重傷を負わせた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母親の育児ストレスへの対応</li> </ul> <p>事件発生の前週、市保健センターによる新生児訪問にて、母の育児ストレス（育児負担、引越し準備の負担、気持ちに余裕を持ってないこと、期待外れの母方祖母の育児協力、仕事復帰への焦り）を</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・丁寧な聴取と慎重なアセスメント</li> <li>・世帯単位で情報を生かし支援する仕組みづくり</li> <li>・医療機関と市町保健センターとのより緊密な連携方法の構築</li> <li>・虐待診療についての啓発</li> </ul>

	<p>帰宅した父が救急車を呼び、搬送。病院からの虐待通報で発覚。 児童相談所、市児童福祉担当課の関わりなし。要保護児童対策地域協議会での取り扱いなし。</p>	<p>把握するが、再訪問を本家庭の引越し予定に合わせ、先延ばしにした。 ・経済的リスクアセスメント 第1子から経済的困窮（父の低収入、車のローン、消費者金融への借金）を抱えることを母親は吐露しているが、育児支援において軽視された。 ・医療機関と市保健センターの連携 出生した医療機関からの未熟児訪問依頼票からは、リスク認識がなかった。 （NICU 入院中の母の面会の少なさ等の情報提供がなかった）</p>	<p>児童虐待に対する医師をはじめとした医療関係者の意識向上及び理解の促進 ・父親等に対する啓発</p>
<p>22 父（34）母（33）異父姉（14）異父兄（9）次姉（1歳7か月）</p>	<p>9か月の女兒 医療ネグレクト、身体的虐待の疑いケースを市がケース移管で受理。市及び児童相談所の対応事例。 本児が泣き止まないことに立腹した父親の、数回平手による殴打。本児の容態が変化にも対応せずに、翌日硬膜下血腫により死亡させた。 父は懲役8年の実刑判決、母は不起訴。</p>	<p>医療ネグレクトによる立ち入り調査や保護後の親からの強制的な引き取り要求があった事例記録の受理でリスクの高い養護事例であったが、移管元の要請をうけて、見守りケースとしてしまった。保健師の家庭訪問等による発育確認や育児支援、養育状況の確認の計画になっていたが、関与は消極的。児の目視も、発育状況も確認できていないが、その後のフォローも不十分。 家庭訪問時、身体計測等を行っていれば、発育・発達の確認ができ、その後の支援につながった可能性もあった。 要保護児童対策地域協議会のケースとして「見守り」が不十分だった。 多機関連携を要す事例の場合、情報共有、役割分担、進行管理が必要であるが不十分。</p>	<p>課題と提言 ・新たな情報に応じた再アセスメント 特にケース移管の場合、引き継ぎ内容に新たな情報は加わることが起こりやすい。再アセスメントの認識を持つ必要がある。 ・乳幼児への視点の再認識と母子保健担当課の積極的支援の重要性 保健師は、新生児訪問、乳幼児健康診査、発達検査等、健康を切り口に家庭に能動的に関われる強みを持っており、それを生かして丁寧に関わることで、乳幼児の死亡を防げる可能性があるということを再度認識すべき。 ・関係機関の共通認識のもとでの役割分担と進行管理 ・実務者会議が有効に機能するための運営方法の検討 ・個別ケース検討会議を実施すべきケースを漏れなくチェックし、迅速な開催がされるような仕組み作り。 ・他自治体への転出ケースにおける適切な引継ぎと途切れのない支援 ・情報提供をし、確実に引継ぐ</p>
<p>23 母（27）母の交際相手（28）</p>	<p>4歳11か月の女兒 急性硬膜下血腫、硬膜下出血による意識レベルの低下で緊急搬送。緊急手術にて救命。母の交際相手を傷害容疑で逮捕。略式起訴で罰金刑。 市からの送致で一時保護したが、ケガの原因「トイレから落ちた」との説明が母</p>	<p>本児のケガ等について情報収集・分析が不十分で、また母親の生育歴や内面的な問題、家族の状況などが明らかにされないまま経過した。 一時保護解除後も虐待が懸念されるケースについては、定期的に家庭訪問を行い、状況把握を行わなければならない。</p>	<p>・子どもの安全を最優先にしたアセスメントの徹底 ・虐待が疑われるケースに対する在宅支援は、関係機関が援助方針や役割分担について共通の認識を有することが重要。 ・一時保護解除等の慎重かつ的確な判断 家庭引取り後の支援方法（計画）を明確にし、支援を受け入れることを保護者と合意した上で、一時保護を解除す</p>

<p>子 安 思 か</p> <p>で 全 い ら</p>	<p>保 た</p> <p>育 。</p>	<p>ベ 主 き</p> <p>き た る</p> <p>らが見られた時には躊躇なく連絡してほしいといった具体的な協力依頼を行わなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースの進行管理の徹底と関係機関における情報の共有化</li> <li>一時保護の解除後は、定期的な家庭訪問により児童の状況を確認するなど、情報収集や調査等を継続していく必要がある。</li> <li>・関係機関における具体的な見守り方法等の共通認識と確認の徹底</li> </ul> <p>個別ケース検討会議等において担当機関や「見守り」の方法など具体的な役割分担を明確にすべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主たるケース担当機関による進行管理の徹底</li> </ul>
---	-------------------------------	--



厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書  
地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証のソーシャルワ  
ーク及び心理的側面に関する研究

研究分担者 西澤 哲 山梨県立大学人間福祉学部教授

研究課題1：未検証事例の収集

虐待・ネグレクトによる子どもの死亡事例で、都道府県、政令指定都市、及び児童相談所設置市を対象に、検証の実施状況を調査した。その結果、検証の実施率は7.1%から100%と、非常にばらつきが大きいことがわかった。検証が実施されなかった理由としては、「虐待死と判断することが困難もしくは疑問」であることが指摘されたが、その具体的な内容は明らかにならなかった。次年度は、ヒアリング調査等により、上記の困難点もしくは疑問点を明らかにし、その対応策を検討する。

研究課題2：子ども・家庭の心理的側面に関する情報

本年度は、虐待死亡事例の効果的な検証に必要な親等の保護者および家族の心理社会的特徴に関する情報を抽出することを目的に、これまでに都道府県・政令指定都市による検証報告書が公開されている事例のうち、分担研究者が心理鑑定(情状鑑定)等を担当した3事例について、検証報告書の内容と心理鑑定等の内容の比較検討を行った。3事例とは、2010年に奈良県桜井市で発生した幼児のネグレクトによる衰弱死事例、同じく2010年の大阪市西区における2人の幼児のネグレクトによる衰弱死事例、および2014年に発覚した神奈川県厚木市の幼児の衰弱死事例である。以下にその結果を述べる。

**検証報告と心理  
鑑定の比較**

事件発生当時、父親(35歳)、母親(26歳)、男の子(5歳)、妹(3歳)の4人家族で生活していた。

1. 奈良県桜井市事件

**【事件の概要】**

2010年3月3日、奈良県桜井市において、5歳の男の子が自宅内で餓死した。母親からの「長男を虐待している。痩せている。ぐったりしている」との児童相談所への通報により、桜井市職員が訪問したことによって発覚した。両親が、保護責任者遺棄致死容疑で逮捕、起訴され、実刑判決が確定した。

**【検証報告の概要】**

本事例の検証委員会は父母の公判を傍聴しており、検証報告書には「関係機関からの聞き取り及びセンター(筆者注：児童相談所)の関わりで判明したこと」と「裁判等により判明したこと」を分けて整理をしている。以下にその概要を記す。

## 1. 関係機関からの聞き取りで及びセンターの関わりで判明したこと

### (1) 両親の生育歴、結婚、本児出生に至るまで

- 両親の実家ともに経済的問題を抱えており、母親は高校卒業後の進学を断念していた。父親は大学中退であった。
- 母親が高校生の頃に父母は出会い、その後結婚。婚姻時、父親は29歳、母親は20歳であった。

### (2) 本児の出生から妹の出生まで

- 長男は難産であり、帝王切開で出生した。
- 長男は、1ヶ月健診及び4ヶ月健診は受診した。
- 父親名義の借金があることが発覚した。また、父親は母親に知らせることなく離職していた。
- 長男は、1歳6ヶ月健診を受けなかった。

### (3) 本児への虐待、本児の死亡に至るまで

- 母親は自傷行為を行っていた。また、母親は精神的に不安定となっていたが、医療機関に受診することはなかった。
- 長男は3歳6ヶ月健診を受診しなかった。
- 長男の死因は、るい瘦であった。その他、脳萎縮、複数の傷跡、褥瘡が認められた。

## 2. 裁判等より判明したこと

### (1) 両親の生育歴、結婚、本児出生に至るまで

- 父親は、少年期にその父親から叩かれ、それ以降、父子関係は疎遠になった。

### (2) 本児の出生から妹の出生まで

- 長男が1歳から1歳6か月までの間に、

父親の離職や借金が判明し、母親は父親に不信感を募らせて夫婦関係が悪化した。母親から父親への暴力があり、父親は母親の激昂を恐れ、母親に迎合的になっていた。また、母親が家計の一切を握り、父親を経済的に制約していた。

- 長男は1歳6か月健診を受診していない。
- (3) 本児への虐待、本児の死亡に至るまで
  - 妹の出生(長男は2歳5か月)を機に生じた長男の退行的行動等のために、母親は養育に負担を感じるようになった。
  - 2007年1月に長男(当時、2歳6か月)が部屋を歩き回り、妹の腕を踏んだことを機に、父母は長男をワンルームのロフトに上げるようになった。
  - 母親は自傷行為を繰り返していた。借金問題などがストレスとなったためとされる。
  - 2008年の後半以降、長男は一日中ロフトで過ごすようになる。
  - 2009年5月(長男4歳10か月)、父母の外出中に長男がロフトを降り、調味料を撒き散らしたため、母親の外出中には長男をトイレに閉じ込めるようになる。
  - 父母は、長男をトイレに閉じ込めて、妹を連れテーマパークに出かけることもあった。
  - 朝食として、母親が細巻きにしたおにぎりを食べさせた。昼食と夕食は、母親がロフトやトイレにおにぎり等をおいたが、長男は次第に食べなくなった。父母とも、長男が食べないことに関心を払わなくなっていった。
  - 父親は、長男の身体が異常に痩せ細っていることを認識していたが、何らか

の対応を講ずることはなかった。

- 2009年の秋以降、長男は自発的行動が取れなくなっていた。父親は、長男のことを「オブジェのよう」だと母親に話している。
- 長男は、発語が少なくなり、抜毛行為などが出現していた。
- 母親は、子どもの虐待を扱ったテレビ番組を見たことで、自身の行為が「育児放棄」に当たるのではなかと認識を持ち、そのことを父親に伝えたが、父親は母親が子育てに「がんばっている」と答えた。

#### 【心理鑑定の概要】

1. 長男を死に至らしめることになった経緯については、長男に対する母親の拒否感
  - 嫌悪感、それに対する長男の反応への歪んだ認知に基づく母子関係の螺旋的な悪化が主たる要因となり、父親はその経過に心理的に巻き込まれていったものと理解される。また、父親と母親の関係は、いわゆるDV関係と類似したものであったと考えられる。DV関係では、典型的には男性がさまざまな形態の暴力に行使によってパートナーである女性の行動や心理状態を支配するものであるが、本件では、父親が母親の心理的な支配下に置かれていたと考えられる。
2. 父親は長男を口フツの上で生活させたり、家族の外出時に長男をトイレに閉じこめておくことが異常な事態であるとの認識は持っていた。しかし、それに対して何らの対応も講ぜず、いわば「成り行きにまかせる」形で、最終的には長男を死に至らしめるという結果になった。その背景には、父親の成育歴に由来する

性格傾向と、母親との関係の特徴とが関連していた。

3. 父親は、幼児期および学童期には、休み時間に友人と校庭で遊びまわる社会的で活発な男の子であった。また、勉強もよくでき、現に、高校は地元の有名進学校に進学した。しかし、思春期の頃、父親の性格や対人関係様式に変化が生じ、高校時代にはほとんど友人がいない消極的な性格に変わっていた。この変化の要因として指摘されるのは、父子関係および母子関係を含む家族関係であった。
4. 父親は、その父親、母親、姉との4人家族において成長した。父親は、小学校高学年の頃にその父親(以下、A氏とする)とトラブルとなり、その時以来、本件逮捕に至るまで父子関係は途絶した状態であった。A氏の行動は、家族内の成員間の葛藤への対処様式としては異常なものであり、問題や葛藤に対して背を向けるという、回避性の対処様式を示したと考えられる。父親にとっては、A氏の行動がモデルとなり、対人関係における問題に対して積極的に関与することで解決を図るという対処法を学ばなかったと考えられる。
5. 父子関係の途絶に対する母親の態度にも大きな問題があった。母親は「見て見ぬふり、何事もないふりをしていて、表面上、うまくいっているというふり」をしていたと言う。父親が母親に相談することもなく、また、母親が何か言ってくることもなかった。また、A氏は、浮気の繰り返しの原因となって、大学進学直後の父親に命じられて家を出ている。その後、母親の態度は、A氏がいたときとなにも変わらなかったという。「同じ家



に住みながら、別々の家庭のよう。A 氏の存在や、A 氏が出て行ったことは『触れたらあかん』という感じ」だったとのことである。このような家族関係において、父親は重要な問題に関して「なかったこと」にするという、『否認』と呼ばれる防衛機制を形成したと考えられる。6. 父親は、一浪の後に有名私立大学に進学したが、早々に退学し、高校生時代と同様の内閉的な生活に戻った。

19～20

歳の頃には自宅にひきこもりの状態となった。父親は「長いトンネルの中にいるような感じだった」と述べている。当時の父親にはかなり強い自責感、罪障感、自己嫌悪感が認められ、反応性抑うつ状態等の精神状態であったと推測される。

7. 父親は、3 年間のひきこもり状態からなんとか脱し、大型小売店でアルバイト店員として働き始め、その後、本件発生まで、派遣社員や正社員を含めて 7 ヶ所で勤務することになった。
8. 勤務先で父親は母親と知り合い、数年間の交際期間を経て、父親が 28 歳、母親が 20 歳の時点で婚姻している。母親の情緒の不安定さ、激しい怒りの表現、および支配性は交際当初から見られていた。母親の情緒の不安定さを示すエピソードには、「家を飛び出し道路に腕を広げて横たわる」、「包丁を突きつけられたり、切られたりする」、「包丁で自身を刺そうとする」、「喧嘩の際に下着姿で戸外へ飛び出し、止めようとするさらに激怒する」、「リストカットと 20 ヶ所くらいのピアスをあける」などが挙げられた。
9. 父親は、母親のこうした情緒的不安定さ激しい怒りの爆発を回避しようとした結

果、母親の心理的支配を受けるようになっていた。また、性的行為に関して、父親は母親から「不能で役立たず」などといった心理的な攻撃を受けており、その結果、自尊感情が大きく損なわれていた。

10. 父親と母親の関係のいま一つの特徴として、経済的な支配が指摘できる。父親の給与は全額母親の管理下にあり、父親はいわゆる「小遣い」を受け取っていない。このように、夫婦間には経済性に関する支配関係が成立していたと言える。
11. このように、父親と母親の関係には、身体的虐待、心理的虐待、社会的虐待(父親はメールをチェックされたり友人との交際を禁じられたりしており、社会的孤立の状態にあった)、経済的虐待という要素があり、母親が父親を精神的支配下に置く DV 関係にあったと言える。
12. DV 関係の中で、父親は母親に対して強い劣等感情を抱き、自身が無力で無能な存在であると自己卑下するようになった。また、父親は母親のリストカットなどの自傷行為に対処できず、その結果、無力感や自責感を抱くようになり、母親による精神的支配から抜け出せない状態に陥った。
13. 父親は、こうした DV 関係に疑問を感じ、時には離婚を考えることがあった。しかし、実際には離婚に至っていない。そこには、父親の母親に対する著しい固執という心理状態が存在していたように思われる。面接において父親は、「彼女には自分への優しさがあった。弁当を作ってくれたり、『愛している』と言ってくれた。友人は一人もいなかったため、彼女は自分に愛情をかけてくれる唯一の存在だった。小学校高学年以来なくなっていた家族の愛情を補ってくれる

存在だった」と述べている。こうした固執の背景には、定位家族の機能不全状態から生じた依存(愛情)欲求の飢餓状態があったと考えられる。また、父親にとっては、母親が時折見せる愛情が、母親との関係へのこだわりを生じさせたと考えられ、父親は、自分に危害を加えるものに対して強い情緒的結びつきを形成するいわゆる『ストックホルム症候群』と呼ばれる心理状態にあったと言える。

14. 上記に加え、父親の親族に経済的な問題があり、その負債を父親が負うという状況があった。それに対する怒りを持った母親は、「自分と別れるか、親族と手を切るか」と父親に迫った。実家と妻との葛藤状態に対して、父親は強い絶望感を感じ、無力状態に陥った。先述のように父親は、その成育歴から、積極的に事態に直面し、葛藤解決に当たるという能力が適切に形成されておらず、いわば成り行きに任せる形で母親を選択した。こうした経過から、父親は「(自分には)他に誰もいない」という、いわば退路を断たれたとも言える心理状態となり、母親に盲従するという状態に至ったと考えられる。
15. 激高する母親に対して、父親は「その瞬間を乗り切ればと思って耐えていた。彼女の怒りを和らげようとして、考えられる範囲でさまざまな提案をしたが、そのたびに怒りが激しくなった。自分は何をしても正解がなかった。だから、とにかくひたすら謝った。そしたら『なんで謝るばかりやの!』とさらに怒りをかけた。泣いてしまうこともあったが、そうすると『なんでいつもいじけてばかりなの!』とさらに怒りが激しくなった」と述べている。このように、父親は

何をやっても正解がないという事態に常時さらされ、いわゆる『学習性無力状態』に陥っていったと考えられる。

16. 父母とも、長男の妊娠を喜んでおり、いわゆる「望まれた妊娠」であった。しかし、母親は女の子を望んでいたが、男児と分かり落胆したとのことであった。また、妊娠期、周産期、および出産直後の経過は不良だった。さらに出産もかなりの難産であり、結果的には帝王切開による出産となっている。産後の経過も思わしいものではなく、高血圧と頭痛が続く、降圧剤を飲み続けなければならなかった。そのため、入院中に母親が長男に会ったのは初乳を与えた際の一度限りだった。このように、期待していた女児ではなく男児であったこと、難産であったこと、出産後に体調が悪かったこと、そのために入院中に一度だけしか赤ちゃんに会えなかったことが母親から長男へのボンディングの形成を阻害し、これらの要因が重なって長男に対する母親の拒否感、嫌悪感につながった可能性がある。
17. 長男に対する母親の拒否感の一因が男児であることにあるとの推論をある程度裏付けるものとして、長男の妊娠時の様子と長女の妊娠時のそれとの違いが指摘できる。父親は、「おなかの子が女の子と分かって母親はとても喜んだ。出産前から名前もすでに決めていて、おなかの子に向かって『早く生まれてきてね、ちゃん』と呼びかけていた。長男のときにはそんなことはなかった。また、長男の時とは違い産後も順調で、退院後は常に抱っこして愛おしそうに寝かしつけていた。長男のときにはそんなふうには全くしていなかった」と述べて

- いる。
18. 母親の男の子に対する拒否感の由来は不明である。参照可能な資料から推測される唯一の要因は、母親がその被養育体験において両親から受けた弟との慢性的・固定的な差別的待遇である。母親は弟の進学予定のために自身の大学や短期大学への進学を断念させられた。こうした差別的養育が、母親にとっては一種の心理的虐待となり、男の子への怒りや拒否感につながった可能性がある。
19. 母親は長男が生後 6 か月の時にアルバイトを始めた。その際、長男の養育を母親の実家の両親に依頼している。父親は「そのために長男は母親の両親になつき、母親にはなつかなかった」と報告している。父親の報告によれば、長男に対する母親の拒否感が顕著になったのは、生後 1 歳半の頃であった。父親は「長男が 1 歳半頃、母親は長男に対してめんどくさそうになるようになった。買い物に外出した際に、長男が歩かないと、『あんなやつほっといて行こ!』と買い物の途中でも怒って帰ってしまうことがあった」と述べている。
20. 母子健康手帳によると、長男は 10 か月健診は受診しているものの、それ以降の乳幼児健診は未受診であり、これは、母親の長男に対する拒否感が 1 歳半頃から顕著になったという上記の推測と整合する。
21. 1 歳半頃に顕著になったと考えられる母親の長男に対する嫌悪感・拒否感をさし決定的なものとしたのは、長男が 2 歳 5 か月の頃の長女の出生であったと考えられる。長女の出生の数日前から、長男の面倒は母親の両親が見ていたとのことである。母親は「私、(父親)、長女の 3 人の生活が続いたらいい」と、長男が実家から戻ってこなければいいという趣旨の発言をしていた。また、この頃の母親の長男に対する態度は、「たとえば食事など最低限やるべきことをやったらそれで十分」といったものだと父親は述べている。
22. こうした状況で、長男はロフトで生活させられるようになった。そのきっかけは、狭い居室で寝かせている長女を、歩き回る長男がけがをさせないようにするためというものであった。父親は子どもをロフトで生活させることには躊躇いがあったものの、そうした状況を母親が好んでいるようであり、母親が機嫌が良いと父親も精神的に楽であったため、母親との生活を重視し「長男のことは心から消えてしまった」という状態になっていった。また、父親は「自分は愛情に飢えていた。喧嘩が多くても、一瞬でも愛情を与えてくれる(母親)はとてつもなく大きな存在だった」と述べている。これらを総合すると、父親は長男をロフトで生活させることの異常性を認識しながらも、依存欲求や愛情欲求の未充足に由来する母親との関係への固執が、父親に長男に対する適切な保護行為をとらせることを妨害したと考えられる。
23. 長男が 4~5 歳の頃、長男を除く 3 人でテーマパークなどへの外出が行われるようになった。父親は「まるで、長男がいなかったかのようなふりをして、(母親)との生活を優先した。これからどうなるんだろうとか、どうしようとか、まったく考えようとしなかった」と述べている。また、面接者の「どうなったらいいと思っていた?」という質問に対して、「警察にばれて明るみにでて、

こういう状態が止まればいいと思った」と述べている。これらは、父親が小児期に形成した、重要な問題に対して「嵐が過ぎ去るのを身をひそめてじっと待つ」という『回避』ないしは『逃避』などの防衛機制と一致している。幼児である長男を一人で自宅に残して3人で遊びに行くことは、一般的に言えば理解の範囲を逸脱した残酷な行為であるように認識されるが、そこには、「3人の家族の生活」という楽しみに身を委ねることによって現実の苦痛を和らげようとする意図が垣間見える。また、警察等の関係機関に発見されてこうした異常な生活が終わることを願っていたという父親の言葉は、主体的、積極的な問題解決が図れないという、これも小児期の家族関係に由来すると思われる父親の対処様式と一致していると言える。

24. 父親は長男に対して、次第に怒りの感情を覚えるようになった。父親が「最初の頃は長男がかawaiiそうだと思っていたが、次第に、長男が言うことをきかないから（母親）が怒るんだと考えるようになり、長男に怒りを覚えるようになった。また、叩くこともあった」と述べているように、母親の長男に対する嫌悪感にいわば「感染」する形で、父親も長男に対する怒りをもつようになったと考えられる。

25. 上述の経過で、父親は、次第に、長男に対して暴言を吐いたり暴力をふるうようになった。父親は「長男が食べなかったり食べ物をこぼしたりしたときには、（母親）は激怒した。長男をトイレやロフトに連れて行って叩く音がして、長男の泣き声が聞こえた。これ以上になると骨折などの傷害になってしまう

うと思った。自分が先に手を挙げればの怒りは大きくならないうちと考えた。そうしているうちにだんだんと、を怒らせる長男に対して自分自身怒りを感じるようになった」と述べている。このように、父親は、当初は母親と長男の葛藤状態を緩和しようとして長男に暴力をふるった可能性が高い。その後、父親は長男に対する母親の嫌悪感

・拒否感に次第に「感染」し、自分自身長男に対して怒りを持つようになったと考えられる。

26. 両親の不在時にロフトから降りた長男が冷蔵庫を開け、部屋中にケチャップをまき散らすというエピソードがあった。その後、母親は外出の際に長男をトイレに閉じ込めるようになった。こうした事態の深刻化を生じさせた要因の一つに、父母間の共依存的関係があったように思われる。母親は、長男を可愛いと思えないことや、長男に対する自身の行為が虐待に当たるといった内省的な発言を父親にしたことがあるが、それに対して父親は、母親には仕事があるため仕方がない、母親は頑張っているといった返答をしている。このように、父親は、母親が自身の行為の問題性に直面しようとする際に、母親の行為をかばう形で、結果的にはその直面化を妨害していたと考えられる。その関係は、アルコール依存症者や薬物依存症者とそのパートナーが形成する共依存関係と類似していると言える。

27. 父親は、長男の身体が異常であるとの認識は持っていた。父親は「2009年の夏ごろ、長男のおむつを替えたときにやせ細った姿を見て異常だと思った。お尻の肉がたるんでいた。〇〇（母親）に聞く

と、『あんたより食べている。食費がかかって仕方ないわ』と言っていた。『毎日、ご飯食べてるのに何でや?』と疑問に思った。にそれ以上聞くと機嫌が悪くなり、『そんなん言うんやったら別れてよ、長男はあんたが面倒みて』といわれることが分かっていたから聞けなかった。自分が冷蔵庫の中のを勝手に使うと の機嫌が悪くなるから、

がないときにも長男に食べ物を与えることはできなかった。朝は、 がご飯を持ってロフトに上がって、長男の声が聞こえたので『食べているんだ』と思った。『少ないにしても、ご飯をあげているから大丈夫』だと考えるようにした。最後まで、長男が生命の危機に瀕しているとは思っていなかった。逮捕されて長男が重体だと知らされて、初めて『そうやったんか!』と思った」と述べている。このように、父親は、長男が異常な状態にあることは認識していた。しかし、従来の受動的・回避的な対処法と、母親による精神的な支配の結果、その異常さを改善するための行動をとることができなかった。また、そこには、「自分にはどうしようもできない」という、先に述べた『学習性無力状態』が関与していた可能性もある。さらに、選択的認知（声が聞こえるから食べている」など）によって事態の深刻さへの直面を回避もしくは遅延していたと言えよう。

28. これまでの検討から、本件は、長男に対する母親の嫌悪感・拒否感が核となり、DV 的な関係にあつて母親の精神的支配下に置かれた父親にストックホルム症候群と類似した心理状態が生じ、それに、父親の成育歴に由来する回避・逃避的な防衛機制・対処様式が相まって、

長男の死亡という最悪の事態に至ったと考えられる。また、父母間の共依存的な関係や、事態の深刻性の認識を阻害する父親の選択的認知が、異常な事態の悪化を促進したと言える。こうした心理力動的・家族力動的な構成要因の中核にある母親の長男に対する嫌悪感・拒否感、おそらく母親の成育歴(心理的虐待)に由来する男の子への拒否感、妊娠期や周産期のさまざまな問題、母体の産後の経過の不順およびそれに由来する乳児との接触の阻害、さらに乳児期の分離体験に由来するものと推測される。長男に対する母親の嫌悪感・拒否感は長男が1歳を超えたあたり、おそらくは1歳半頃から顕著になった。さらに、長男が2歳5か月の頃、長女の誕生が契機となって、こうした嫌悪感・拒否感はより強まったと考えられる。

しかし、こうした要因のみ、自宅内で子どもを餓死させるという行為を説明できるのかは不明である。例えば、2人の子どもの父親が違うなど、現在明らかになっていない何らかの他の要因が存在した可能性は否定できない。このように、母親の長男に対する拒否感・嫌悪感の由来を十分に説明することは現時点では困難であるが、長男との関係の悪化

のプロセスの一部は了解可能である。母親は、限られた食事を与えられた長男が「食べない」という反応を示したのに対して、長男が母親に対して拒否的となっているとの認識を持ち、そのことがさらに長男に対する母親の嫌悪感を増悪させたという悪循環的な経過が認められる。父親は、「長男は (母親)の顔色をうかがっていた。長男が、おびえて、 の機嫌をうかがっている表情は何

度も見た。自分と同じで、のいいなりだった。長男が食べないときに、は『こいつ、食べよらん』と怒っていた」と述べている。長男が不食状態に至ったのは、飢餓状態の継続による脳の摂食中枢の機能障害のほかに、絶望感などの心理的要因の関与などが考えられるが、母親はそれを誤認し、長男の反抗や拒否と受け取ったと考えられる。こうした飢餓状態における子どもの不食と、それに対する親の間違った意味づけ（「反抗して食べない」という認識）が事態を悪化させるという経過は、これまでの子どもが家庭内で餓死に至った虐待死事件においても報告されていることから、こうした事例に共通した特徴であると言える。

## 2. 大阪市西区事件

### 【事件の概要】

2010年7月30日、大阪市西区のマンションの一室から異臭がするとの警察への通報によって、ワンルームマンションの室内から、3歳の女の子と1歳の男の子の遺体が発見された。行方不明であった母親が、同日、死体遺棄容疑で逮捕された。23歳の母親と、3歳の長女、1歳の長男の母子家庭であった。

### 【検証報告の概要】

#### 1. 児童の安全確認と調査(ホットラインに通告がありながら、なぜ早期対応できなかったのか)

近隣の住人から3回にわたり通告があり、調査のための訪問を5回実施していたが、応答がなく、外部から室内の様子を伺うなどの調査内容にとどまっていた。3回目の通告は、「前にも通告した。今も(子

どもが)泣いている」といった、緊急性が高いものであったにもかかわらず、担当者が緊急性を認識できなかった。

#### 2. 関係機関との連携

児童相談所から区の担当課には、住民登録の有無の確認をしたのみであり、また、主任児童委員には、「何か聞いたことはあるか」と言った内容の情報照会にとどまっていた。また、警察との連携も行われていなかった。

#### 3. 児童虐待についての通告・相談

上記のように、本事例では3回の通告があったが、通告が緊急性を持ったものであるという判断がなされなかった。

### 【心理鑑定の概要】

#### 1. 母親は、その幼児期、実母による深刻

で慢性的なネグレクトを経験していた。母親の実母は、母親が2歳の頃に母親の実父と離婚し、その後、長女である母親と2人の妹とともに母子家庭として生活した。その間、実母は男性と外泊し子どもたちだけで過ごすことも頻繁にあった。また、住居は極めて不衛生な状態であり、母親の実父によれば、「犬の糞尿にまみれた状態」であったと言う。

母親たち姉妹は、母親が6歳の頃に父親に引き取られ、その後、父子家庭として生活していた。母親が小学校中学年の頃、実父は再婚し、母親は継母を得ることになるが、母親はこの継母から心理的虐待及びネグレクトを経験した。継母は、その実子のみと就寝や外出するなど、母親姉妹には差別的な関わりが顕著であった。実父は、母親が小学校高学年の頃に継母と離婚している。

中学に入学後、母親は非行傾向を呈するようになり、その後、中学校の「先輩」ら

数名によるレイプ被害(いわゆる輪姦被害)を受けた。また、反社会的団体の構成員から、死を意識するような激しい暴力体験を受けている。

このように、母親は、幼少期から思春期にかけて、家庭内での慢性的なネグレクト被害(見捨てられ体験)と、家庭外での性的被害を含むトラウマ体験を被った。

2. 上記のように、幼児期における実母からの深刻で慢性的なネグレクト体験によって、母親は依存・愛情欲求の適切な満足を体験できなかったが、母親自身は、「お父さんがいたから寂しくなかった」と合理化し、依存・愛情欲求を強く抑圧していたと考えられる。

その後、母親は継母を得るが、継母は連れ子である実子のみを可愛がった。母親にとっては、「子どもをかわいがる母」と「母親に可愛がられる子ども」に曝されることになり、この経験が、母親が強く抑圧していた母への愛情・依存欲求を活性化、中学入学以降の非行化につながったと考えられる。

実父が継母と離婚した直後、中学生であった母親は、別れた実母からの連絡を受け再会することになった。母親は、再会した母親の印象を、「(母親が)幼かった頃の母と、再会した母は別人...でも同じ人」と認知の混乱を表現している。この表現には、母親の対象表象(実母の心象)が乖離(スプリッティング)している可能性を示唆している。

精神分析学の対象関係論においては、一般的に、乳幼児期の母親の対象表象は「良い母親」の表象と「悪い母親」の表象とが分裂しており、成長発達に伴ってこの二つの表象が統合されていくと考えられている。子どもが母親等から適切な養育を受け

ている場合には、「良い母親」の表象と「悪い母親」の表象との比率は前者が高くなるため、両者が統合されても「時々自分のニーズに応じてくれないことはあるものの、概ね良い母親」という表象となる。しかし、本事例の母親のように母親からの虐待やネグレクトを経験した場合には、「悪い母親」の表象の比率が高くなり、両表象の統合は、良い母親が悪い母親に、いわば呑み込まれるという危機状態をもたらしかねない。そこで、「良い母親」の表象を守るため、両表象は統合されず、乖離が生じると考えられている。母親の上記の言葉は、こうした乖離の存在を示唆している。また、中学生の頃の再会以降、実母は常に「良い母親」であったわけではなく、自傷行為や多量服薬を行う「悪い母親」として母親の前に現れることが度々あった。こうして、実母との再会以降も、母親の対象表象の乖離は継続したと考えられる。

3. 上記の対象表象の乖離は、母親の自己表象の混乱を生じることになる。対象関係論では、「悪い対象」には「悪い自己」が、「良い対象」には「良い自己」が呼応すると考えられており、上述のような対象表象の乖離は、同時に、「良い自己」と「悪い自己」の乖離につながると考えられる。

母親の自己表象も、おそらくは乖離した状態にあり、それが、母親の、「予期できない突然の変化」を生じたと考えられる。母親の成育歴には、中学校入学直後の突然の非行化、高校時代の予兆のない家出の繰り返し、高校3年生頃の「急に人が変わったような」急激な態度の変化(優等生化)、

「幸せな家庭生活」における突然の浮気など、予期できない突然の行動や態度の変化を示すエピソードが散見されるが、こうした変化には、自己表象の乖離が関与してい

ると考えられる。4 . 母親には、何らかの解離性障害が認められると考えられる。母親は、上述のように、幼児期から思春期にかけて家庭内での慢性的なネグレクトを経験しており、また、中学生の頃に集団レイプや暴力被害を受けており、こうしたトラウマ体験が解離性障害の主たる要因となったと考えられる。

母親は、上記のレイプ被害に関する記憶が極めて曖昧であったり、誰かが母親に対して怒りをぶつけているなどの場面で「自分がそこにいないような、自分を外から見ているような感じになる」と述べているが、これらは解離性障害の表れであると考えられる。こうした解離性障害が、否定的な現実を意識から締め出すという、独特の認知様式を母親にもたらしたと考えられる。

5 . 母親は、妊娠、出産、育児に関して、非常に良好な適応状態にあった。妊婦健診や乳幼児健診は全て受診し、自治体の子育て支援を適切に活用し、また、育児サークルを立ち上げるなど、関係者から「若いけど頑張ってるママ」との評価を得ており、実際に良きママであったと言える。母親が子どもの視点に立った育児ができていたことを示すエピソードとして、長女がなかなか寝付かなかった際のもものがあげられる。興奮して寝ようとしないう長女に対し、母親は「〇〇(長女)は寝たくないんだ」と考え、電気を点灯して玩具を広げた。ひとしきり遊んだ長女は、その後、ずっと寝入ったという。

母親は、常々、「早くいいママになりたかった」と考えていた。母親のこの言葉には、重要な意味が隠されている可能性がある。母親は上記の言葉に続けて、「いい奥

さんじゃなくて」と述べている。この母親の言葉から、「良いママ」になることの意味として、乳幼児期に未充足のままであった自身の依存・愛情欲求を、自身が「良いママ」になることで充足させようとしていると読み取ることができる。長女に自分自身を重ね合わせ、その長女を「良いママ」としてケアすることで、自身がケアされるというわけである。

上記の推測を支持するものとして、長女の出産時のエピソードがあげられる。出産直後、ベッドに横たわる母親の傍に置かれた新生児である長女を抱きかかえた時、母親は、自分自身が誰かに抱かれているかのような不思議な感覚を覚えたという。「誰か」とは、強いて言うならば自分自身だったと母親は述べている。

6 . 長女と長男が生まれ、家庭生活を送っていた母親は、中学校時代の同級生と浮気をしていた母親は、中学校時代の同級生と浮気をしていた母親は、家庭生活がうまくいっていたというのは、親族や周囲の人々のみならず、母親自身の認識でもあり、そうした状況でなぜ浮気をしたのかは、母親自身、説明ができていない。こうした「突然の変化」は、先述のように、母親の成育歴において、例えば突然の家出のように一定のパターンとして度々観察されている。これには、統合されていない母親の自己、あるいは「良い自己」と「悪い自己」の交代が関与している可能性がある。

7 . 離婚後、母親は2人の幼児を引き取り、母子家庭となった。20歳代前半で就労経験もほとんどない母親が幼児2人を引き取ること自体、無謀であると思われるが、この母親の決断には、上記の「良いママ」が関わっている可能性が高い。離婚を決定した親族会議において、子どもの親権の問題が話題に上った際、母親は、自分には養



育はできないと主張した。しかし、親族による「幼い子どもに母親が必要」との指摘によって、母親は自身が「良いママ」に反する行為をしようとしていると感じ、2人の子どもたちを引き取るという無謀な判断に至ったのである。

幼児2人との母子家庭における育児について、母親は、「自分よりも、〇〇(長女)が寂しいと感じていた」と、長女に対する共感的反応を示している。また、孤立無援状態に置かれた子どもの姿に、母親自身の幼児期の「見捨てられた自分」の姿を重ねて認識した可能性が示唆される。そして、孤立無援状態となり寂しさを感じる長女とその背後に存在する、見捨てられた幼児期の自己を回避しようとして、母親は子どもとの生活から遠ざかっていったと考えられる。

8. 母親は、2人の子どもを自宅に置いたまま外泊を続けたが、その際には、目前の事柄に意識を集中させることによって否定的な認知・情緒を意識外に締め出すと曰類自己催眠状態もしくは解離的な状態にあったと考えられる。

9. 本事件の心理・精神的構成要素としては、解離性障害の世代間連鎖とトラウマ体験の再現性が指摘される。母親の実母は解離性障害との診断を受けており、その実母によって養育された母親に解離性障害が連鎖され、母親に何らかの解離性障害が生じたと考えられる。また、母親は、その幼児期に実母からの「見捨てられ」(実母は男性と外泊し、母親は、夜間、幼い妹たちと3人で過ごすことがあった)を経験しているが、母親自身がそのトラウマ体験を再現し、子どもたちを「見捨てた」と言える。

### 3. 神奈川県厚木市事件

#### 【事件の概要】

2014年5月30日に神奈川県厚木市のアパートの一室で白骨化した男の子の遺体が発見された。本遺体は、神奈川県厚木児童相談所やその他の関係機関の関与がありながらも、所在が確認できないままとなっていた男の子のものであることが確認された。男の子は、5歳の頃に死亡し、死後7年程度が経過したものと推定された。男の子の父親が、保護責任者遺棄致死容疑で逮捕され、その後、殺人罪で起訴された。

#### 【検証報告の概要】

1. 本事例の男の子は、2004年に一時保護されており、児童相談所は養護(迷子)事例として受理している。一時保護解除後の養育状況の確認のために家庭訪問によって調査を実施するという援助方針であったが、家庭訪問は行われなかった。その要因としては、担当者の業務量の超過及び管理職による進行管理の不十分さがあった。

2. 本事例は、迷子事例として受理され、虐待の可能性を考えていなかった。

3. 神奈川県では、虐待による死亡事例の発生や、虐待相談対応件数の増加に対応するために児童福祉司等の増員による体制整備に取り組んできたが、依然、業務量に見合う職員配置が十分にできていない現状である。そのため、本事例の担当児童福祉司が、個人の能力の限界を超える多数の案件を抱えており、適切な対応ができなかった。

4. 本事例は、いわゆる「所在不明児童」であったが、そうした危機感が持たれていなかった。

5. 本事例では、男の子の死亡後、遺体が発見されるまでの間、アパートの賃貸料金

は支払われ続けていた。児童相談所がこの情報を入手していれば、事例の理解や対応が変化していた可能性は高いが、児童相談所はこの情報を得ていなかった。

6．厚木市には要保護児童対策地域協議会(要対協)が設置されていたが、本事例の男の子は、「所在不明児童」であるにもかかわらず、要対協の対象事例として登録されていなかった。

その背景には、「所在不明児童」が要対協の対象事例であるという認識が持たれていなかったという問題がある。

#### 【心理鑑定の概要】

- 1．本事例の父親と母親は、ともに不適切な被養育体験を有し、その結果として生じた強い依存・愛情欲求の満足を求めて婚姻、長男をもうけたものの、結果的に、長男に対してネグレクト的な養育状況となっていた。そして、依存・愛情欲求の希求が要因となって、母親が家を出ることで、深刻なネグレクトが生じ、それが事件の発生に繋がることになった。
- 2．母親が家を出た後の長男に対する父親の養育状況は、ライフ・ラインが途絶すなど、極めて深刻なネグレクト環境であった。しかし、父親は、その成育歴に由来する極端な受動的対処様式や貧困な育児イメージのために、また、長男の置かれた状態に関する共感性の乏しさから、その問題性を認識できず、したがって適切な対処行動を示すことなく、「なんとかなる」との認識で、悪化していく事態に身を任せていたと言える。
- 3．父親には、長男に対する殺意、長男の死の予見、「死んでも構わない」といった考えは、いずれもなかったと考えられる。
- 4．父親が、親族や公的機関に何らかの援

助を求めなかったのには、父親の極端な受動的対処様式が関与している可能性が高い。また、長男を置き去りにした母親に対する怒りが、自分一人で長男を養育しなければならないという父親の思いを強化した可能性がある。さらに、父親自身の被養育体験に起因する共感性の欠如などが、長男の置かれた状態の深刻さの認識を妨げたと言える。

5．長男の死亡後、父親は長男の遺体を放置して家を出ており、その後、長男の死亡が発覚しないようにアパートの賃料を払い続けたが、これは、きわめて深刻な事態に対して受動的に対処し、事態への順応を図ろうとする父親の心理状態によるものであったと考えられる。

6．本件の発生に関与した父親の心理的特徴としては、これまで述べてきたように、極端な受動的対処様式や、その背景に自己効力感の欠如が指摘され、これらは、父親の成育歴から説明可能である。

7．本事例は、両親の成育歴上の問題点を背景とした家族の形成、それに起因する子どもに対するネグレクトの発生、家族の崩壊によるネグレクトの深刻化という経緯で発生した。また、父親と母親の被養育歴に起因する心理的特徴が、長男の死亡に深く関与したと考えられる。

#### ．考察

心理鑑定等の結果と検証報告の内容を比較した結果、検証報告では、事例への児童相談所や要保護児童対策地域協議会等の関係機関の関与の問題に関する記述が大半を占め、親等の保護者の心理・精神的な問題への言及は殆どなされていなかった。唯一、桜井市の事例に関しては、加害者である父親の成育歴上の問題や、共犯者である母親

の精神症状や問題行動に関する記述が認められたが、それは、裁判の傍聴によって得られた情報を検証委員会が活用した結果であると考えられた。一方で、心理鑑定等では、加害者である母親や父親の成育歴の問題やそれに起因すると思われる精神的・心理的問題、事件発生時点における加害者の精神状況、および虐待(ネグレクト)の発生から子どもの死亡に至る経過における家族力動の問題等が指摘されていたが、関係機関の関わりに関する外形的な情報はあまり把握されていなかった。

こうした結果から、地方公共団体が行う検証を効果的なものとするには、現在中心となっている児童相談所等関係機関の関わりにおける問題を検討するのに加えて、何らかの方法によって加害者への面接を実施し、成育歴上の問題、それに由来する精神的・心理的問題、家族力動などの検討が必要であることが指摘される。

今回の分析の対象となった3つの事例では、虐待死亡事例の心理的な構成要素は非常に複雑であることが明らかとなった。こうした心理的構成要素を分析するのに必要な情報としては、以下のものが挙げられる。

- ・ 加害者及びその配偶者の成育歴。
- ・ 加害者及び配偶者の幼少期から思春期にかけての虐待やネグレクトの既往歴と、依存・愛情欲求の充足の程度。
- ・ 加害者とその配偶者による家族構成の経過
- ・ 被害を受けた子どもやその同胞の妊娠に至る経過。
- ・ 妊娠期の母親及び父親の関係性と胎児に対する認知・感情
- ・ 妊婦健診の受診状況（可能であれば、母子健康手帳）

- ・ 妊娠の計画性の有無及び妊娠に対する認知及び感情
- ・ 子どもの誕生に対する認知・感情
- ・ 子どもに対する虐待・ネグレクトの発から以降の経過
- ・ 子どもの死亡に対する認知・感情とその後

#### F．研究発表

西澤哲、虐待事件における心理鑑定．橋本和明編著、『心理鑑定の技術』金剛出版(印刷中)

#### G．知的財産権の出願・登録状況

当なし

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究  
医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の実態に関するアンケート調査

研究分担者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科副部長  
研究協力者 山岡祐衣 筑波大学ヘルスサービスリサーチ研究室  
高岡昂太 日本学術振興会 海外特別研究員  
小穴慎二 西埼玉中央病院小児科

**研究要旨**

医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の把握に関する状況を確認するため、全国 962 か所の医療機関を対象としたアンケート調査を実施した。虐待対応組織化率は 49.8%で、25.6%の施設では虐待対応件数が年間 13 件を超えているなど、医療機関における虐待対応状況は改善の傾向にあった。

死亡事例における「疑い事例を含めた虐待の有病率把握」のための単年度分調査では、死亡事例の 3.8%が虐待の可能性が臨床現場で危惧された事例であり、疑義のある不詳死事例と合わせ、小児死亡の 6.9%が検証が行われるべき事例であった。虐待の可能性をピックアップする頻度は、専門家ボード > 年間 13 例以上虐待対応している施設 > 虐待対応が年間 12 以下の施設の順であり、その比率には最大で 2 倍以上の差異が認められた。

「死亡事例検証を行うことが望ましい事例の実態把握」のための 5 か年度分調査では、児童相談所への通報は虐待群では 65.4%、不詳死群では 12.3%に留まっていた。また警察への通報は虐待群で 88.9%、不詳死群では 90.4%と、1 割程度は通報されていない状況であった。AI の実施率は、虐待群 37.0%、不詳死群 43.8%にとどまった。剖検がなされたと臨床現場で把握されていた事例は虐待群 54.3%、不詳死群で 43.8%であったが、事故群の 16%、不詳死群の 38.4%で、その後の剖検の有無が把握されていなかった。剖検実施事例において、臨床医と法医学者との間で事前に情報交換がなされた事例は 11.8%に留まった。

虐待死群で行政の死亡事例検証がなされたことが医療機関に把握されていた事例は通告事例の 6 例(11.3%)に留まり(うち正式な検証は 2 例)のみで、過半数の事例は検証がされたか否かもわからないという回答であった。また不詳死群での検証実施事例は皆無であった。司法プロセスに関しても、過半数(58%)で情報の feedback がなく臨床現場では把握がなされていなかった。

なお 5 か年度調査で回答のあった事例の 94%は虐待対応組織のある施設からなされたものであった。小児死亡事例の情報を収集し、的確な予防施策に結びつけるシステムの構築のためには、医療機関内の組織化と機関間の情報共有体制の明確化が必要と思われた。

## A . 研究目的

子ども虐待事例の検証、とりわけ致死の経過をたどった重篤な身体的虐待事例の検証を行う上で、子どもが最期を過ごすこととなる病院医師や、子どもの異状を確認する検案医師の役割は極めて重要である。子ども虐待死事例は、古典的な The Battered Child(被殴打児症候群)の様な誰がどう見ても虐待が死亡をもたらしたことが想起される事例から、外表に異常が確認されない、虐待による頭部損傷(AHT)や、虐待による軀幹部鈍的外傷(BTT)や、さらには死亡現場検証を含めた包括的なアプローチを行ってもなお SIDS との判別が困難な smothering(口鼻閉塞)による死亡や、MCA(いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群)など、医療機関が積極的に疑い、関係機関に積極的に発信しなくては容易に見過ごされてしまうものまで幅が広い。日本小児科学会の子どもの死亡登録検証委員会が実施した、4 地域(群馬県・東京都・京都府・北九州市)で実施した 15 歳未満の小児死亡事例検証では、全小児死亡のうち虐待の可能性のある死亡が 7.3%、虐待の可能性の高い死亡が 3.0%と報告されている<sup>1)</sup>。

今回、全国の小児死亡を扱う可能性の高い病院にアンケートを行い、実際に臨床現場で臨床医が検証する必要性を感じた事例が実際にどの程度の割合存在しているかや、実際にはどの程度の検証が行われ、現場の臨床医にどれだけの情報のフィードバックがあるのかにつき、調査を行ったので報告する。

## B . 研究方法

日本小児科学会の教育研修施設、5 類型

病院に加え、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院(保健医療計画が HP 上に開示されていない都道府県においては、小児科のある救急告示病院)の計 962 施設を対象に郵送法によるアンケート調査を行った。

設問は別途添付した通り、死亡事例における「疑い事例を含めた虐待の有病率把握のための調査」として、2014 年度の単年度に各施設が経験した小児死亡事例を、内因/外因死・不詳死別に報告していただき、そのうち虐待の可能性のある事例数と、疑義や不備のある不詳死数につき回答を依頼した。

またさらに「B:死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査」として 2010 年~2014 年度の複数年度にわたる、虐待の可能性が高い事例と不備や疑義のあった不詳死事例の概要についての回答を依頼した。

また併せて基礎的情報として、院内虐待対応組織の有無、および 2014 年度の虐待対応件数(含、特定妊婦対応件数)について回答を依頼した。

(倫理面への配慮)

アンケートに際し「集約されたデータは連結不可能化(個人を特定しうる情報を完全に外した状態とすること)し、回答した施設も秘匿化した上で取り扱いがなされること」および「アンケート用紙の内容を、他の目的に使用することがないこと」を明記するとともに、回答の際に個人を特定しうる情報が記載されることのないよう、それらの点に配慮した回答用紙を添付した。

## C . 研究結果

アンケートを送付した 962 施設のうち

371 施設から回答を得た(アンケート回収率 38.6%)。

1) 虐待対応組織化率

それら施設において、院内虐待対応組織(以下 CPT : Child Protection Team)があると回答した施設は 49.8%(185 施/371 施設)で、CPT がないと回答した施設は 45.2%(168/371 施設)であった(18 施設は無回答)。

虐待対応件数の実数を回答した施設は 316 か所で、その総計は 5052 件(平均 16.0 件[0-451 件])であったが、このうち何件が通告対象になったのかについては回答項目に含めておらず不明である。

施設間での対応数には大きなばらつき

があったが、これらを実務的に虐待対応数別に、A 施設：年間事例対応数が 0-1 の施設、B 施設：年間事例対応数が 2-12 の施設(月一回以下の虐待対応施設)、C 施設：年間事例対応数が 13-50 の施設(週一回以下の虐待対応施設)、D 施設：年間事例対応数が 51 回以上の施設(ルーチンに

週 1 回以上虐待対応を行っている施設)に分けたところ、回答のあった 316 施設のうち、A 施設 51.6%、B 施設 22.8%、C 施設：17.1%、D 施設 8.5%という分布であった(CPT を有する施設では、A 施設 29.1%、B 施設 28.5%、C 施設 27.3%、D 施設 15.1%)(CPT のない施設では、A 施設 81.6%、B 施設 12.5%、C 施設 4.4%、D 施設 1.5%)(図 1)

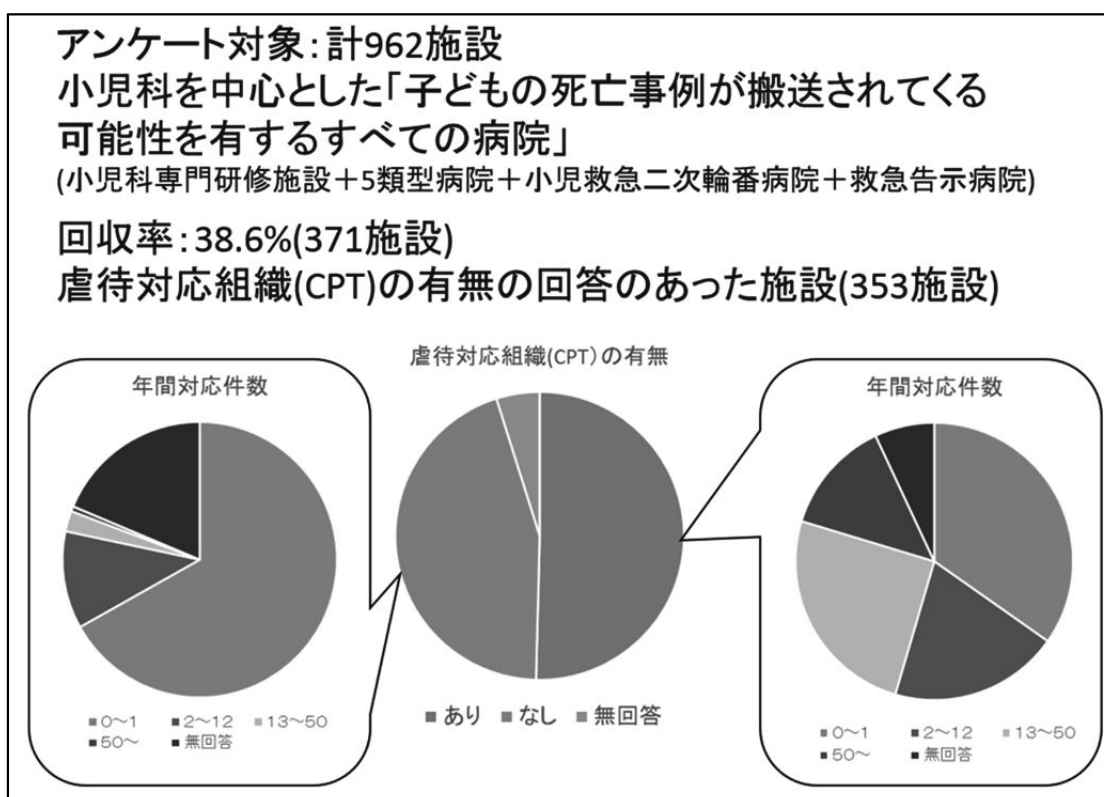


図 1 : CPT 設置状況と、年間対応事例数別の割合

2) 死亡事例における、疑い事例を含めた虐待の有病率、および不詳死の有病率調査  
(単年度調査)

2014年度の単年度の死亡事例の回答数は全体で、内因死 847 件、外因死 123 件、不詳死 121 件、計 1091 件であった。

これらの事例をCPTの有無で分類した結果を図2に提示した。内因/外因死の計 970 例のうち、虐待の可能性が臨床現場で危惧されると回答された事例が 24 例(2.5%)あり、その内訳は、虐待の可能性が中等度の事例が 8 例、高度の事例が 5 例、医学的に虐待と判断される事例が 11 例であった。

また不詳死事例 121 例のうち 32 例(26.4%)が、不詳死とする上で疑義/不備のあると回答された。不詳死事例の中に虐待の可能性があると判断された事例が 19 例(虐待の

可能性中等度の事例が 11、高度の事例が 6 例、医学的に虐待と判断される事例が 2 例)存在しており、それを含めた場合、不詳死とされた事例の中の 51 例(42.1%)が広義の検証すべき事例(虐待可能性中等度以上の事例+疑義/不備のある不詳死)であった。

全死亡事例としてみた場合、43 例(3.8%)が虐待の可能性が中等度以上と臨床現場で危惧されていた(虐待の可能性中等度の事例が 19 例、高度の事例が 11 例、医学的に虐待と判断される事例が 13 例)。

疑義のある不詳死事例とあわせると、広義の検証すべき事例は計 75 例で、全小児死亡の6.9%(75/1091 例)に該当した。

一方、図3には虐待対応件数別に分けたA・B・C・D施設別の、虐待可能性死対応件数と疑義/不備あり不詳死対応件数につき、提示した。

2014年度の小児死亡における虐待可能性死、疑義あり不詳死(CPTの有無別)					
	内因死	外因死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的
CPTあり	777	112	8	4	10
CPTなし	70	11	0	1	1

	不詳死	g 疑義/不備 あり不詳死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的
CPTあり	102	32	6	4	2
CPTなし	19	0	5	2	0

3A以上(虐待可能性死と定義): { CPTあり 全小児死亡の3.4%(34/991例)  
CPTなし 全小児死亡の 9%( 9/100 例)

3B以上(高虐待可能性死と定義): { CPTあり 全小児死亡の2.0%(20/991例)  
CPTなし 全小児死亡の4.0%( 4/100 例)

不詳死のうち疑義のある事例: { CPTあり 全不詳死の31.4%(32/102例)  
CPTなし 全不詳死の 0.0%( 0/ 19 例)

検証すべき死亡(虐待可能性死+疑義あり不詳死)は 全死亡の6.9%(75/1091例)  
全不詳死の42.1%(51/121例)

図2 : CPT(虐待対応組織)別の虐待可能性死と疑義/不備あり不詳死数

2014年度の小児死亡における虐待可能性死、疑義あり不詳死(年間虐待対応数別)										
	内因死	外因死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的	不詳死	3A 虐待可能性 中等度	3B 虐待可能性 高度	4 虐待 確定的	疑義あり 不詳死
A施設 (0-1/yr)	126	21	1	0	1	22	4	2	0	4
B施設 (2-12/yr)	187	34	3	1	1	28	1	1	0	4
C施設 (13-50/yr)	320	28	3	2	5	36	3	1	1	15
B施設 (>51/yr)	162	33	1	1	3	31	1	1	1	9
3A以上(虐待可能性死と定義):			A施設 4.7% (8/169例)	C施設 3.9% (15/384例)						
3B以上(高虐待可能性死と定義):			B施設 2.8% (7/249例)	D施設 3.5% (8/226例)						
不詳死のうち疑義のある事例:			A施設 1.8% (3/169例)	C施設 2.3% (9/384例)						
			B施設 1.2% (3/249例)	D施設 2.7% (6/226例)						
検証すべき死亡事例: (虐待可能性死+ 疑義あり不詳死)			A施設 18.2% (4/22例)	C施設 41.7% (15/36例)						
			B施設 14.3% (4/28例)	D施設 29.0% (9/31例)						
			A施設 7.1% (12/169例)	C施設 7.8% (30/384例)						
			B施設 4.4% (11/249例)	D施設 7.5% (17/226例)						

図3：虐待対応件数別の虐待可能性死と疑義/不備あり不詳死数

以上、小児科学会パイロット研究結果<sup>1</sup>と合わせ、結果のまとめを図4に提示した。

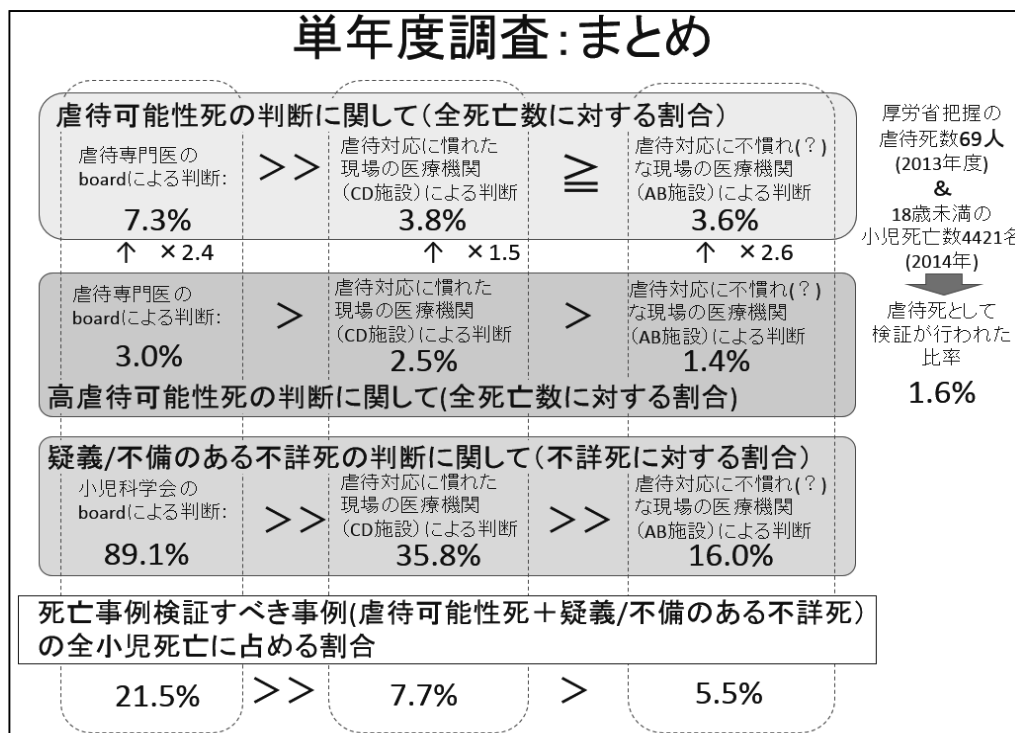


図4：単年度調査結果まとめ



3) 2010年～2014年度の死亡事例検証が望ましい事例の実態調査(複数年度調査)

総計 156 例の死亡例に対しての回答を得た。その内訳は、虐待群が 81 例(51.9%)(虐待可能性高度事例 39 例[25.0%]、虐待確定的事例 42 例[26.9%])、疑義/不備のある不詳死例が 73 例(46.8%)であった。

児童相談所・警察通報された事例数を、1歳未満と1歳以上に分け、図5に提示した。

虐待群では、児相通告は 65.4%(53/81 例)、警察通報は 88.9%(72/81 例)であった。また不詳死群では、児相通告は 12.3%(9/73 例)、警察通報は 90.4%(66/73 例)であった。(詳記のない2例は除外し、154 例で集計)。

死亡事例検証の実施に関しては、虐待死群 81 例中、児相通告のあった 53 例においては、検証ありは 6 例(非公式の情報交換 4 例)のみで、検証なしが 9 例で、情報の

Feedback なく不明が 31 例、無記名が 7 例であった。通告のなかった 28 例では、検証ありは 1 例のみであり、検証なしとの回答が 4 例で、情報の Feedback なく不明が 9 例、無記名が 14 例であった。

なお不詳死群 73 例においては、児相通告の有無を問わず検証実施例は皆無だった。また、その後の司法プロセスについての臨床現場での把握に関しては、虐待群 81 例のうち、起訴 13 例、不起訴 10 例、被疑者死亡や精神疾患により責任問えずといった記載 3 例の計 26 例(32.1%)については転帰につき把握がなされていたが、47 例(58.0%)は情報の feedback がなく転帰不明と回答されていた(8 例は記載なし)。不詳死群においては、不起訴 4 例との記載があったのみで、61 例(83.6%)は情報の feedback がなく転帰不明と回答されていた。(8 例は記載なし)。

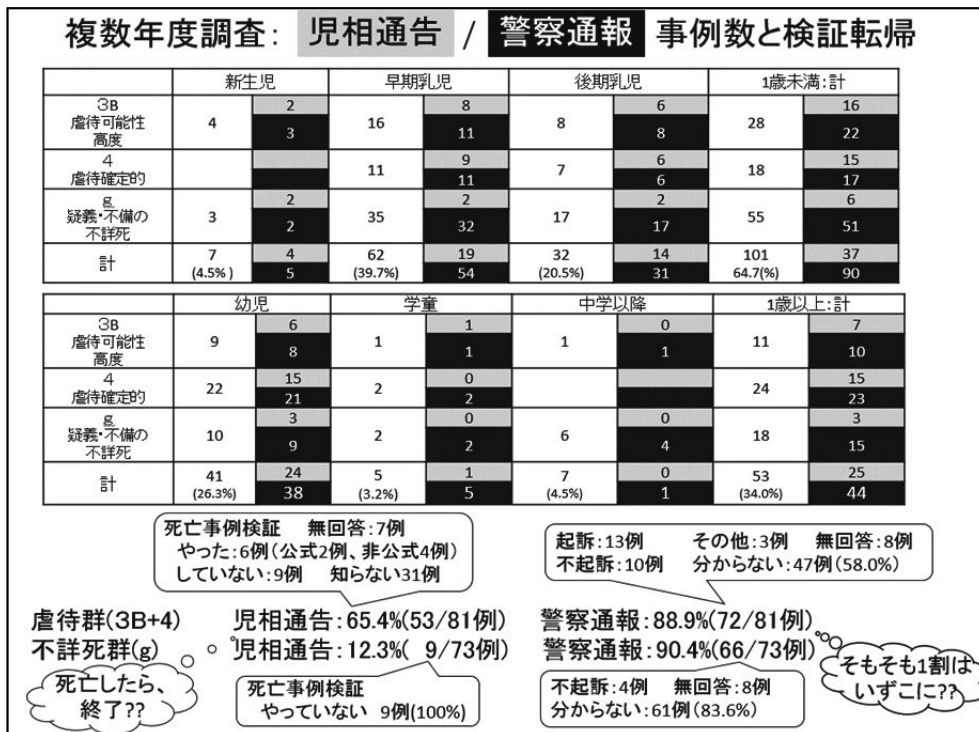


図5：児童相談所・警察通報された事例数と、その後の検証転帰

同様にこれらの事例のうち、AI が施行された事例(胸部レントゲン写真のみの事例は除外)と、剖検が施行された事例の詳細につき、図6に示した(図中に、虐待群の概要についても表示している)。

AI の実施率は、虐待群において 37.0% (30/81 例)、不詳死群では 43.8%(32/73 例)にとどまった。

剖検の実施率は、虐待群において 54.3% (44/81 例)であったが、一方で 13 例(16%)は警察に通報後、その後の剖検の有無すら知らされていない状態であった。不詳死群でもその傾向は変わらず、剖検が実施されたと把握されている事例は 43.8%(32/73 例)であったが、剖検の有無につき知らされていない事例が38.4%(28/73 例)も存在していた。また剖検が実施されたことが把握されてい

る、76 例のうち、剖検前に臨床医と法医学者との間で情報交換がなされた事例は 9 例

(11.8%)のみで、電話・面会などの直接的交流が 4 例、剖検立ち合いは 1 例のみであった。また、剖検終了後の情報共有は 13 例 (17.1%)で、うち電話・面会などの直接的交流が10 例であった。なお、剖検前後共に情報交換がなされていた事例は 4 例のみであったが、全例が電話・面会などの直接的交流例であった。

なお、虐待対応組織の有無による差異の検討を行う予定であったが、残念ながら虐待群 + 不詳死群の総計156 例の事例のうち、対応組織のない組織からの回答はわずかに 10 例のみであったため、その検討は省略とせざるを得なかった。



図6: AI および剖検の実施事例と、臨床医-法医連携の実際

#### D . 考察

今回の研究では、虐待対応の組織化率は49.8%であった。著者らが2012年に5類型病院(臓器提供施設)を対象に行った調査ではその比率は61.6%であり、それに比し低い結果であった。しかし今回の対象施設は

2009年にやはり筆者らが行った「本邦における医療機関内虐待対応組織化現況調査報告」と対象施設がほぼ同一であり、その研究結果である20.2%に比して組織化率が進んでいることが確認された。(今回の調査結果ではそれぞれの施設からのアンケート回答を連結不可能化しており、5類型病院をピックアップしての組織化率の確認はしていない)。また対応件数も、2009年の調査では年間13例以上の対応を行っている施設は2割にも満たず、51例以上対応を行っている施設は約5%であったことを鑑みるに、その機能も高まっていることが推察された。

なおCPTのある組織の死亡事例対応数は、ない組織の10倍に及んでおり、また虐待対応事例を年間12例以下と13例以上の2層で分類した場合、13例以上/yrの施設の死亡事例対応数は、12名/yr以下の施設の1.5倍であった。

虐待の可能性をピックアップする頻度は、虐待の専門家によるboard>年間13例以上虐待対応している施設における判断>年間虐待対応が12例以下の施設における判断の順であり、その差は最大で2倍以上の開きがある状況であった。

不詳死の疑義をピックアップする頻度に関しても、同様の傾向は明らかで、その差は最大で4倍以上の開きがある状況であった。

小児科学会における検証は、提出された

限定的な情報のみの判断である。一方で今回のアンケート結果は、事例のナラティブな情報も入手しうる現場の医療者の判断という違いはある。それゆえ小児科学会の検証では若干オーバートリアージとなり、一方で、現場の判断はアンダートリアージとなった可能性がある。

しかし、例えば外傷においては「アンダートリアージを10%以下にするためには、50%のオーバートリアージを是認する必要がある」と米国外科学会の外傷委員会が提唱しているのと同様に、死亡事例検証の目的に虐待死の見逃し防止が含まれているとするならば、第三者的立場の専門家が、小児死亡事例の虐待可能性や予防可能性につきトリアージを行う枠組みを組みこむことは、アンダートリアージを防ぐ一方策となり得ることを強くうかがわせる結果といえることができる。

いずれにしても現時点では事例数が少なく、統計学的な検討にデータが耐えうるものでない点からも、このような研究が持続的に行われ、小児死亡のデータが蓄積され学術的な検討を行いうるシステムが構築されることが強く望まれる。そもそも医療機関内にCPTがない場合、過去の虐待情報にアクセスが困難な状況にあったと思われ、複数年度調査で回答のあった154例中、CPTのない組織からの報告はわずか10例に留まっていた。貴重な情報の散逸を防ぐために、学術的な観点からも、医療機関内におけるCPTの更なる整備がなされていくことが強く望まれる。

もちろん虐待死の見逃しの防止や、正確な死因の究明のためには、臨床現場でのCPTの整備のみで解決できる問題ではない。現状では法医-臨床連携は乏しく、正確

な医学情報が検証に生かされ難い状況にある。

その背景には、現在では法医学者と臨床医が情報を直接的に共有するシステムを欠いているため、必然的に正確な医学知識を持ち合わせているわけではない警察を介して、情報の「伝言ゲーム」をせざるを得ない状況にあることは明らかである。そもそも現在は、小児死亡は司法の現場では「犯罪捜査」の文脈でのみ語られがちであり、「予防」「学術」という側面に乏しく、虐待死群と不詳死群のその後の転帰が、臨床医に知られることなく、経験として蓄積されない状況にあり、死亡情報はその後、の予防や学術に生かされ難い状況にある。現時点ではどのような状況においてどこまで司法と情報共有すべきであるかについては、まったく指針もない状況にあり、司法側からは刑事訴訟法 47 条（訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない。但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない。）の前段のみをあいまいな論拠とした運用が続いており、また逆に臨床医側も医師法 21 条の異状死の解釈についての混乱はいまだに収束していない状況にある。

そのような状況下で、臨床医が子どもの死亡原因を最大限把握するためには、臨床現場での AI の実施は大きな手段の一つといえるが、AI 実施は 4 割前後にとどまっていた。

また本来虐待の可能性がある場合には、積極的に医療と連携して事後対応を行うべき児童相談所においても、積極的に死亡事例検証を行う状況からはほど遠く、地方自治体で検証が行われたことが医療機関で把

握されている事例は 6 例のみで、起訴された事例(13 例)よりも少ないという状況であった。そもそも医療機関は死亡事例を児童相談所に通告することすら少ない状況も確認された。

結局のところ、子どもの死亡時の情報は有効に活用されず散逸した状況にあり、「個人的な経験」以上に生かされることのない状況を改善していかない限り、「結局なんだかわからない」という状況は変えようがない。調査をより包括的に進めれば何らかの死因が判明する Don't know 事例（分からない事例）であるのか、最大限の調査が行われたうえで死因がわからない Can't Know 事例（分かり得ない事例）であるのかを明確化できる死因究明システムを確立する必要性を改めて強調したい。なお今回の検討でも、小児科学会のパイロットスタディー結果と同様に、虐待が疑われる死亡原因として AHT は突出して多い状況であった。AHT は疑いを提起することは出来ても、診断を確定することは困難な場合も多く、確定したとしてもその医学的情報を司法の場や福祉の場でどのように扱っていくのか、混乱が生じることも少なくない。

繰り返しになるが、今回、単年調査においては回答された死亡事例数は、虐待対応組織のある組織とない組織で半々であった一方で、5 年調査での回答は、圧倒的に組織のある施設からの回答に偏っていた点が、筆者にとっては非常に印象的であった。

なぜこのようなことが生じたのかはあくまで推察に過ぎないが、組織的な枠組みがない場合、より回答に手間のかかる調査において誰が回答するのかの責任制があ

いまいになりやすい点や、人事異動した場合に過去の情報が得られ難くなるという問題、そしてそもそも回答するモチベーションが乏しくなってしまう、などの問題があったであろうことは想像に難くない。

一方でCPTが存在していても、年間虐待対応12例以下と13例以上の2つに大別した場合、前者と後者の対応力に差異が確認されたが、一方で、年数対応13-50例のCPTと年間対応51例以上のCPTで、対応力には差異は確認されなかった。

このことは、オンザジョブトレーニングのみの限界を示している可能性もあると推察される。子ども虐待医学は米国においては正式に専門医の資格認定を受けた小児科学のサブスペシャリティである。本邦においても虐待に関する諸問題の解決に向けた

「学問化」は欠かすことができず、組織対応化を進め、医療内における積極的な「仕事化」「専門分化」を進めていくことの重要性を改めて強調したい。

## E . 結論

個々人の善意に依拠する死因究明システムは脆弱としか言いようのないものである。死亡事例検証の入り口は医療機関における適切なトリアージであり、事例によっては医療機関における正確な分析が死亡事例検証の中核をなす。小児医療提供体制の中で死因究明システムが学問として整備されていくことは、的確な死亡事例検証を行っていく上で必須といえる。そのためには司法とどのように連携して司法情報を学術に現場に生かしていくのかのルール作りや、予防の観点からどのように見

童相談所に情報提供し、どこまでを検証対象とすべきかを、明確化していく必要がある。

虐待の可能性をもつ事例への対応を、臨床医が仕事として迷いなく行うことができるシステム、そして逆に行政や司法が死因究明や虐待予防活動に、臨床医の持つ情報を生かすことができるシステムの整備が、強く望まれる。

## F . 研究発表

論文発表

1. 溝口史剛、河野嘉文、吉川哲史ら . 日本小児科学会子どもの小児死亡登録・検証委員会 委員会報告 . 「パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告」 . 日本小児科学会雑誌 120巻3号, 2016(in press)

学会発表

1. 溝口史剛、滝沢琢己、荒川浩一ら、第199回日本小児科学会 群馬地方会 . 「パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告 検証から見えてきた、本邦における小児死亡の死因究明における課題」

書籍発刊

1. ロジャー・バイアード、溝口史剛(監訳) 小児および若年成人における突然死：病気・事故・虐待の適切な鑑別のために、明石書店、2015

## G . 知的

財産権の出願・登録

状  
況  
な  
し

**厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業**  
**「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」**  
研究代表者 奥山真紀子

**「虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究」**  
研究分担者 溝口史剛 研究協力者 高岡昂太、山岡祐衣、小穴慎

二

**医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の実態**  
**に関するアンケート調査**

小児死亡の中でも虐待死は予防可能死の最たるものであり、虐待死亡事例はその検証が地方公共団体に義務付けられております。しかし、現在行われている虐待死亡事例は、虐待による死亡であることが明確である事例に限られており、医療機関が虐待の可能性を感じながらも、確実とは言い切れないために検証に至らない事例の実態は明らかではありません。本アンケートはそのような死亡の実態を明らかにするための初の調査であります。

本アンケートは上記を目的に行うものであり、個別の事例に関する判断の是非を問うものではなくありません。集約されたデータは連結不可能化（個人を特定しうる情報を完全に外した状態とすること）し、回答した施設も秘匿化した上で取り扱いがなされることとなります。また、アンケート用紙の内容を、他の目的に使用することはありません。

本アンケートの趣旨をご理解いただき、なにとぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

なおアンケートは、  
虐待対応チームが存在する場合、チームリーダー医師が主にご回答ください。  
虐待対応チームが存在しない場合、小児科部長がご回答いただき、小児科以外の死亡事例に関しては、医療ソーシャルワーカーが関連各科に手渡すなどの対応を行っていただき、可能な限り回答を行っていただきますようお願いいたします。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、平成27年12月15日を締め切りとして、ご返答いただきますようお願い申し上げます。

平成27年10月15日

(問い合わせ先)

〒371-0014群馬県前橋市朝日町3-21-36前橋  
赤十字病院小児科 溝口 史剛

電話：027-224-4585 FAX：027-243-3380

Mail Address：fumizog@gmail.com

## ・アンケート

本アンケートにおける「虐待死」とは、養育者の意図は問わず、養育者の作為(虐待)により、もしくは継続的な不作為(ネグレクト)により死亡に至ったと思われる死亡ならびに一時的に目を離したというレベルを逸脱した、養育機関(監督不全)が死亡に寄与したと思われる事故/中毒死とします。  
なお致死的事象から蘇生され、長期昏睡した後に死亡した場合でも、養育者の作為/不作為がなければ、児が小児期に死亡することはなかったと思われる場合には、虐待死に含めることとします。  
(例: 重度の脳軟化症を続発し、鴨下障害を残し誤鴨性肺炎で死亡した)

上記に該当しないが、死亡に親の養育状況が強く関与していると判断される場合も、回答者の判断で虐待死に含め回答していただいて構いません。(例: 自殺事例で心理的虐待との因果関係が疑われる場合 など)

### A: 疑い事例を含めた虐待の有病率把握のための調査 (単年度調査)

\* 死亡診断書/死体検案書の死因病名に基づき回答するのではなく、あくまで「養育者の虐待ネグレクト」が死亡に寄与した可能性に基づき、回答を行ってください。 例: 養育者の受療重加遅れ肺炎や敗血症等で死亡した事例の場合 医学的な死因は内因死ですが、本アンケートでは背景のネグレクトの可能性の有無に焦点を当てて回答を行ってください。

\* 死亡診断書/死体検案書作成時点では、虐待ネグレクトが鑑別に挙がっていなかった事例の場合でも、今回のアンケート回答時にその可能性が考慮された場合には、回答時点での判断に基づき、回答してください。

\* 法的に養育関係にない関係の人物が加害者であっても、同居人などの「子どもにとって、実質的には養育者に準ずる立場の人物」と判断される事例の場合、虐待/ネグレクトとしてのカテゴリー分けを行ってください。

A-1: 平成26年度の1年間に貴院で死亡したすべての18歳未満の死亡事例(死亡診断書/死体検案書における「死亡したところ」が、貴院である事例)の実数を、死亡診断書/死体検案書の死因別(病死及び自然死・外因死・不詳死の別)にご回答ください。(死産事例/死産證書/死体検案書を作成した事例は、対象外となります)  
(司法解剖事例などで、貴院で死体検案書を作成しておらず、死因分類がどう記載されたか未把握の事例があれば、臨床医として改めて死因を分類したうえで、記載を行って下さい。)

A-2:A1 でご回答いただいた死亡事例のうち、病死及び自然死・外因死・不詳死と死因分類された事例を対象に、「虐待の可能性がある」と判断される事例数を教えてください。虐待の可能性は0 か 1 かで完全に弁別できるわけではありませんので、判断に迷う事例もあるかと思いますが、あくまで主観に基づいた判断で構いませんので、次頁のカテゴリー分けの指標別表のc・d・e に該当する事例(虐待を伺わせる具体的な医学的所見やリスクを有していた事例)の数として、ご回答ください。  
(なお可能でしたら、c・d・e のカテゴリー別にご回答いただきますようお願いいたします)

A-3a:A1 でご回答いただいた死亡事例のうち、不詳死と死因分類された事例であっても、「虐待の可能性がある」と判断される事例があれば、その事例数をご回答ください。  
(なお可能でしたら、c・d・e のカテゴリー別にご回答いただきますようお願いいたします)

A-3b:A-3a で虐待の可能性があると判断されなかった事例のうち、別表のg に該当する事例数につき、ご回答ください。



別表：虐待可能性および不詳死の、カテゴリ分けの指標

a 可能性 なし	虐待/ネグレクトによる死亡の可能性は否定される 第三者目撃があり確実に外因死(事故死)と判断される事例、もしくは医学的に完全に内因性の病態(内因死)に合致し、社会的リスクもない事例
b 可能性 小さい	事故死や内因死の可能性が高いが、虐待死の可能性も完全には否定できない群 呈する医学的状态は養育者の語る受傷機転とおおむね合致するが、目撃者がいない外因死事例、もしくは医学的に内因性の病態で説明可能だが、考慮すべき社会的リスクを有する事例や受診の遅れが死亡に寄与した可能性が否定できない事例
c 可能性 中等度	事故死/内因死の可能性もあるが、虐待死の可能性も臨床的に疑われる事例 臨床的に虐待を疑うが、事故死/内因死に比し明らかに可能性が高いとまでは判断しがたい事例、監督不十分な状況で死亡した事故死や、受診の遅れが明らかな事例や、日常の医学的管理不良が死亡に寄与した内因死はここに含む。
d 可能性 大きい	事故死/内因死の可能性も否定はできないが、虐待死の可能性が臨床的に高い事例 医学的に事故/内因では説明しがたい病態/状況を呈し、虐待を強く疑うが断定には至らない事例、継続的な監督ネグレクトや医療ネグレクトなどで社会的介入が開始されていた事例で、介入時と同様の状況下で死に至った事例、監督不全による事故死や受診の遅れによる死亡でも、過失度合いが極めて高い事例はここに含む。
e 可能性 確実	虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例 加害行為の第三者目撃がある事例、虐待行為の自白を認めた事例、虐待以外では医学的に説明しえない医学的状态での死亡事例、直接的な加害行為による死亡事例のみならず、養育者が意図的に生命にかかわる養育上のケアを怠った事例は、ネグレクトであってもこの群に含める。
f 典型的 不詳死	精査の結果、原因の分からない、典型的な不詳死 死亡状況や社会的背景に疑義がなく、死因究明のための検査/画像検索がなされ、剖検も実施された事例
g 非典型的 不詳死	疑義や不備の残る、非典型的な不詳死 死亡状況や社会的背景に何らかの疑義のある事例(含、同胞の幼小児期死亡を認める事例)もしくは死後検索が不十分で、剖検も未実施の事例

**B：死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査** (複数年度調査)

平成22年度 平成26年度の5年間に、上述のd・e・g に該当する事例がいらっしゃいましたら、その概要につき別紙の回答用紙に記載してください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

(別紙の回答用紙にご記入いただき、同封の返信封筒でご返送をお願いいたします)

## アンケート回答用紙

回答者： \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_  
 所属・氏名： \_\_\_\_\_  
 虐待対応組織 なし・あり 昨年度の虐待要支援事例の対応件数 \_\_\_\_\_ 件(うち特定妊婦 \_\_\_\_\_ 件)

### A：虐待疑い事例の有病率把握のための調査（単年度調査）

■ 部に関しては、可能であればご回答をお願いいたします。

A-1:平成26 年度の18 歳未満死亡事例数

病死及び自然死 [ \_\_\_\_\_ ] 例、外因死 [ \_\_\_\_\_ ] 例、不詳死 [ \_\_\_\_\_ ] 例

↓

A-2：うち虐待の可能性のあった事例 [ _____ ] 例  (カテゴリー：c _____ 例 d _____ 例 e _____ 例)
---

↓

A-3a：うち虐待の可能性のあった事例 [ _____ ] 例  (カテゴリー：c _____ 例 d _____ 例 e _____ 例)
A-3b：虐待の可能性はないと判断された事例のうち、別表のg に該当する不詳死事例 [ _____ ] 例

### B：死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査（複数年度調査）

事例概要につき下表に記載して下さい。

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≧6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有 (CT・MRI・全身骨レントゲン・その他 [ _____ ] )		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床・解剖医 間情報交換	剖検前無・有 電話・書類・面会・その他: _____ ) 剖検後無・有 マクロ・ミクロ } 電話・書類・面会・その他: _____ )
事例概要: (情報は連結不可能匿名化いたしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)			
児相通告	無・有	死亡事例 検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり (具体的に: _____ )
警察通報	無・有	その後の 司法的経緯	情報Feedback なく不明・把握 (起訴・不起訴・その他 [ _____ ] )

\* 司：司法解剖、行：行政解剖、病：病理解剖、新：新法(死因究明法)に基づく解剖

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≧6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有(CT・MRI・全身骨レントゲン・その他[ ])		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床-解剖医 間情報交換	剖検前:無・有 電話・書類面会・その他: ) 剖検後:無・有 マクロ・ミクロ( ) 電話・書類面会・その他: )
事例概要: (情報と連結不可能匿名化したしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)			
見相通告	無・有	死亡事例 検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり(具体的に: )
警察通報	無・有	その後の 司法的経緯	情報Feedback なく不明・ 把握(起訴・不起訴・その他[ ])

\* 司：司法解剖、行：行政解剖、病：病理解剖、新：新法(死因究明法)に基づく解剖

カテゴリー	d・e・g	年齢	新生児・早期乳児(<6Mo)・後期乳児(≧6Mo)・幼児・学童・中学生以降
死後画像検査	無・有(CT・MRI・全身骨レントゲン・その他[ ])		
剖検	無・有 (司・行・病・新)	臨床-解剖医 間情報交換	剖検前:無・有 電話・書類面会・その他: ) 剖検後:無・有 マクロ・ミクロ( ) 電話・書類面会・その他: )
事例概要: (情報と連結不可能匿名化したしますが、あらかじめ個人を特定しえない範囲でご記載ください)			
見相通告	無・有	死亡事例 検証の実施	情報 Feedback なく不明・なし・あり(具体的に: )
警察通報	無・有	その後の 司法的経緯	情報Feedback なく不明・ 把握(起訴・不起訴・その他[ ])

\* 司：司法解剖、行：行政解剖、病：病理解剖、新：新法(死因究明法)に基づく解剖

該当事例が3例以上の場合、お手数ですがコピーの上、記入していただきませうお願いいたします。

ご協力誠にありがとうございました。  
(同封の返信封筒でご返送をお願いいたします)



厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
（研究代表者 奥山眞紀子）

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の小児医学的側面に関する研究  
虐待死亡事例検証に関する新しい方法論の提唱  
～地方公共団体による死亡事例検証の問題点の検討から～

研究分担者 宮本信也 筑波大学人間系教授

**研究要旨**

地方公共団体による死亡事例検証における問題点を整理し、検証のための新しい方法論を提唱した。

厚生労働省「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」による第6次から11次までの「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について：報告書で指摘されている地方公共団体の検証に関する問題点を検討した。多数の問題点が、複数年次に渡って指摘されていたが、毎年度、指摘されているものとして、『今後の対策・提言が、子ども虐待予防に関する一般的な記載に終始し具体性に乏しい』という事項があった。この問題点の背景には、検証作業が、死亡自体の検証ではなく、虐待の検証となっており、結果として、結論も虐待の予防となってしまうことがあると考えられた。そこで、死亡の検証と虐待の死亡を分けて考える新しい方法論を提唱し、併せて、検証のための実務的なガイドライン作成の必要性を指摘した。

**A. 研究目的**

虐待死亡事例の検証は、地方公共団体および厚生労働省の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（検証委員会）により10年以上にわたり実施されてきている。その結果の報告書も公表されてきているが、虐待死亡事例の減少には至っていない。その背景として、この間、全国の児童相談所で相談対応した件数も毎年増加しており、子ども虐待に対する社会全体の意識が高まり、結果として、子どもの死亡事例の中で虐待に気がつかれやすくなっていることが一つの要因として考えられる。また、厚生労働省の検証委員会は、検

証による提言が十分に活かされていないこともその背景要因の一つとしてあげており、検証報告書を活用した研修の必要性を指摘している。

検証報告書の活用促進のためには、虐待死さらには子ども虐待予防のためにより有用な情報を報告書に盛り込むことが有用と思われる。

そこで、今回、厚生労働省の検討の素となる地方公共団体による検証自体に問題がないか検討することとした。なぜならば、もし、地方公共団体による死亡事例の検証に問題があるならば、その検証結果を素にした検討にもその問題点が引き継が

れる可能性が生じるからである。

今回の検討は、地方公共団体による子ども虐待死亡事例の検証における問題点を明らかにし、そこから望ましい検証のあり方を検討することを目的とした。

## B . 研究方法

厚生労働省検証委員会が虐待死亡事例に関する検証報告を提出した地方公共団体に対して行った第三者検証（以下、ヒアリング）において指摘されている問題点を整理する。

具体的には、『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について』（以下、死亡事例等報告書）からデータを得る。なお、対象とする死亡事例等報告書は、第6次平成22年発表）から第11次（平成27年発表）の6年分とする。この6年間の死亡事例等報告書を対象としたのは、第6次の検証より、検証委員会が対象とする死亡事例の対象期間が4月から3月の1年間に固定され、以後、現在まで続いており、検証体制がある程度、固まったと考えたことによる。

なお、上記6年間に発表された死亡事例等報告書で対象とされている死亡事例は、平成20年度～25年度の事例である。

（倫理面への配慮）

既に公表されている報告書のデータを用いた検討であり、倫理的問題は生じないと思われるが、特定の地方公共団体が類推される記述は避けた。

## C . 研究結果

前述の6年間の検証委員会によるヒアリングにおいて、地方公共団体における検証に関する問題はいろいろ指摘されていた。

それは、対象とした年度の死亡事例に特化した内容のものと、死亡事例の検証全般に関わるものに分けることができた。

そこで、検証全般に関するもので、複数年次にわたり指摘されていた問題点をまとめることとした。その結果は、以下の通りである。

### (1) 委員構成

- ・医師、弁護士、研究者中心の構成が多い。
- ・委員の専門性に偏りが見られる場合がある。
- ・事例の特徴に合わせた委員構成になっていない場合がある

### (2) 検証の実施体制

- ・検証のための会議開催回数が1～2回と少ない場合がある。
- ・事務局主導の検証体制となっている場合がある。

### (3) 検証対象

- ・自治体関係機関が関与していない事例は、検証されていない。
- ・捜査により起訴されなかった事例は検証されていない。
- ・重症事例の検証が少ない。

### (4) 検証方法

- ・現地調査や関係者へのヒアリングが実施されていない場合がある。
- ・起訴事例でありながら、裁判の傍聴による情報収集が実施されていない。

### (5) 検証内容

- ・事実の把握、発生要因の分析、課題の抽出が不十分な場合がある。
- ・虐待発生の要因の分析が不十分な場合がある。
- ・個別の具体的な事例としての問題点が明らかでないものが多い。

#### (6)対策・提言

・今後の対策・提言が、子ども虐待に関する一般的な対策・提言となっており、具体的な内容となっていない。

上記の中で、「今後の対策や提言が具体性に欠ける」という指摘は、毎年度のように指摘されていた。

### D．考察

#### (1)一般的な虐待対策・提言に終始

今回、明らかになった問題点の中で、今後の対策・提言が、子ども虐待予防に関する一般的な記載に終始し具体性に乏しいという問題は、毎回のよう指摘されていた。実際、地方公共団体による検証報告書であげられている提言の中には、子ども虐待への対策や予防として一般的にこれまで言われてきている内容と同様のものも多く見られていた。

この指摘は、極めて重要なことと思われる。一般的な虐待予防対策や提言であれば、少なくともその部分に関しては報告書を読むまでもないことであり、このことが、死亡事例の検証が有効に活用されていない要因の大きなものの一つとして考えることができるからである。

もちろん、例えば、0日齢の死亡事例のように、望まれない妊娠の予防など、一般的な虐待予防対策が死亡事例の予防に直接つながるものがあることは確かであろう。また、虐待自体を予防できれば、虐待による死亡も予防できることは明らかであり、その意味では、虐待死を予防するための対策や提言が、虐待自体の予防対策や提言とつながることは当然ともいえることではある。

しかし、一時保護や施設入所事例で死亡に至った事例、あるいは、すでに虐待として介入している事例などでは、虐待の予防対策を考えるとともに、その事例が死亡にまで至るのを防ぐためにはどうしたらよかったのかという視点で考えることも必要なことのように思われる。

#### (2)虐待死予防と虐待予防を分ける視点

つまり、虐待死自体の予防と虐待の予防を分けて考えるという視点である。この2つを検討する場合、大事なことは、検討の方法論が異なるということのように思われる。どちらに対しても、なぜ虐待による死亡を防げなかったか、なぜ虐待を防げなかったかという、防げなかった理由を探索、検討する方法論を用いると、多くの場合、その結論は同様の内容となる可能性が高い。それは、0日齢の死亡事例を除き、ほとんどの虐待死事例は、虐待の結果としての死亡であり、加害者が最初から殺意を持って子どもを殺した事案ではないからである。したがって、どちらも、なぜ起こったか、なぜ防げなかったかという問いかけは、なぜ虐待が起こったか、なぜ虐待を防げなかったかという問題意識にまとめられてしまうからである。

現実的に次の死亡事例を防ぐために役立つ実地的な（practical）結果を得るために行う死亡事例の検討は、「なぜ？」から始めるのではなく、「いつ？」から始める検討がよいように考えている。

#### (3)実地に有用な虐待死予防検証

虐待死事例検討においては、事例の状況と対応について、死亡発見に至るまでの経過が時系列で整理されるのが通常である。その時系列経過の中で、ここで介入していればその後の死亡を防げたかもしれない

という時点を検討するのがよいのではないだろうか。なぜならば、そうした時点は、子どもが死亡した時点に近い時点であり、その後の死亡に至る経過に直接的に影響を与えることができた可能性がある時点だからである。死亡事例を検討すると、そうした時点は、どの事例でも見つかるのがほとんどである。

次に、その時点で適切な介入ができなかったのはどうしてかを検討する。おそらく、最も多くあげられるのは、『その時点では、その後の展開を予測できなかった』という理由であろう。その他、『気がつかなかった』や『そこまでの状況とは思わなかった』などもあるかもしれない。

そこで、では、その時点で、どのような情報があれば、その後の展開や状況に危惧を持つことができたかもしれない、あるいは、何か問題に気がついたかもしれないかを検討するとよいように考える。『母親が、実は、引き取った子どもの対応に困っていた』、『保育所に通う予定が延期になっていた』、『同居している実父ではないパートナーが子どもを叩いていた』など、死亡後に分かった状況が、その時点で分かっていたら、危機意識を持ったかもしれないと述べられることが多いであろう。

そこまで検討が進めば、では、そうした情報をその時点で把握できなかったのはどうしてなのかを検討することになる。

『母親から話がなかった』、『保育所に通院するものと思っていた』、『関係他機関からの連絡がなかった』などがあげられるかもしれない。

ここで、では、次に同じことを繰り返さないようにするためには、どんなことをしたらよいかを具体的に検討する作業を行

うことになる。そうすると、『引き取った子どもの育児状況を、母親から話を聞くと共に、3週間は、毎週2回、家庭訪問をする』、『事例に関する情報を関係機関が共有できるように、メーリングリストを作り、毎日、1回、送信する。情報がない場合でも、情報がないことを連絡する体制とする』など、極めて具体的で、その地方公共団体でできる対策が浮かんできやすくなるのではないだろうか。そのような対策

・提言は、亡くなった子どもの検討から直接的に出てきたものとなり、子どもの死亡を無駄にしないことになるように考えるものである。

#### (4) 検証作業のガイドラインの必要性

検証の方法については、厚生労働省より『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』が通知され、平成23年度には一部改正も行われているところではある。しかし、この通知は、検証の枠組みについては具体的に示しているものの、どのような視点あるいは考え方で検証を行うかに関しては、総論的な内容となっており、しかも、虐待発生の要因とその予防対策を重視した記載となっている。そのため、望ましい適切な検証のやり方は伝わりにくく、結果として、この通知を参考に行われる検証は、死亡の要因や予防というよりは、虐待の要因や予防を検討する内容となりがちで、得られる結論も虐待に関してこれまで指摘されてきている要因や予防対策の域を出ないものとなってしまっているのではないだろうか。

今回、考察で述べた検証作業の流れは、一つの案ではあるが、検証の方法論に加え、検証のやり方を具体的に解説する実務的な手引あるいはガイドラインを作成す



ることが、今後、より適切で有用な検証が行われるためにも、必要とされているように思われる。

## **E . 結論**

地方自治体における虐待死亡事例の検証では、虐待の検証が中心となっており、結果として、死亡の予防ではなく、虐待の予防に関する検討、提言が主な結論となつていると思われた。こうした検証の方法論が、検証結果が有効に活用されていない要因の大きなものの一つと考えられた。今後、死亡の検証と虐待の検証を分けて考える方法論も含め、検証のためのガイドラインを作成することが必要と思われた。

## **F . 研究発表**

### 1 . 論文発表

本研究に関するものはなし。

### 2 . 学会発表

本研究に関するものはなし。

## **G . 知的財産権の出願・登録状況**

### 1 . 特許取得

該当なし

### 2 . 実用新案登録

該当なし

### 3 . その他

該当なし

