

## ・ 総括研究報告



## 研究要旨

### 【目的】

2007年の児童虐待の防止等に関する法律の改正により、都道府県で子ども虐待の重大事例に関する分析を行うことが義務付けられたが、その効果的検証のあり方が包括的に示されてこなかった。現状での実態を明らかにして、効果的検証のための手引きを作成し、更に現在の枠組みを超えた効果的検証を提言することを目的に研究を開始した。

### 【研究方法および結果】

今年度は昨年度に引き続き、検証に関しての問題点とその解決方法を模索すると同時に、より効果的な検証に結びつける提言を行うための実態調査を行った。

#### 1. ガイドライン作成に関して

検証委員を経験した研究者の議論及び自治体への質問紙調査とヒアリングから、自治体側からは、検証対象の範囲の明確化、個人情報踏まえた報告書のあり方、業務量増加への対応、全く関係機関が関わっていない無理心中事例等の検証のあり方、などがあげられており、ヒアリング側からは 検証委員会のあり方等に関する自治体間格差の解消、検証が自治体施策のみならず現場の技能の向上に資する方策、検証効果の判定方法の提示、などが求められると考えられた。

検証における分析のあり方として、検証の論点が虐待死の予防なのか虐待の予防なのかを明確にする必要から、それぞれの具体的検証方法をエキスパートコンセンサスとして提示した。ガイドラインではそれぞれに対応する形で組み込む予定である。

研究者間の議論により、検証に必要な情報に関して、概ねの情報へのアクセス方法を提示し、年齢、死因、関係機関関与によるそれぞれの必要情報を提示した。

その中でも特に重要な母子保健情報に関して、どのように検証委員会に提示すべきかに関して、昨年度の検証報告の分析からの課題を専門家で検討し、母子保健活動時から意識して活用するためのリスト 様式 1) 保健師配置状況、様式 2) 妊娠期から子育て(就学前)の要支援家族を把握・理解するための情報、様式 3) 情報収集・支援決定プロセス、支援経過を整理するためのフローチャート(例)を試作した。

心理的背景に関し、虐待死を招く、よくある心理機序を提示した。それらをガイドラインで提示することにより、それに合致する情報を検討することが可能になると考えられた。

虐待死を防ぐソーシャルワーク及び保健活動のワークショップを研究結果のシンポジウムとともに行った。自由記載でのアンケートに多くの意見をいただき、今後の参考にする予定である。

#### 2. より効果的検証への提言作成に関する研究

医療機関で虐待が疑われた死亡事例が実際に検証に至っていない原因に関して、医療、警

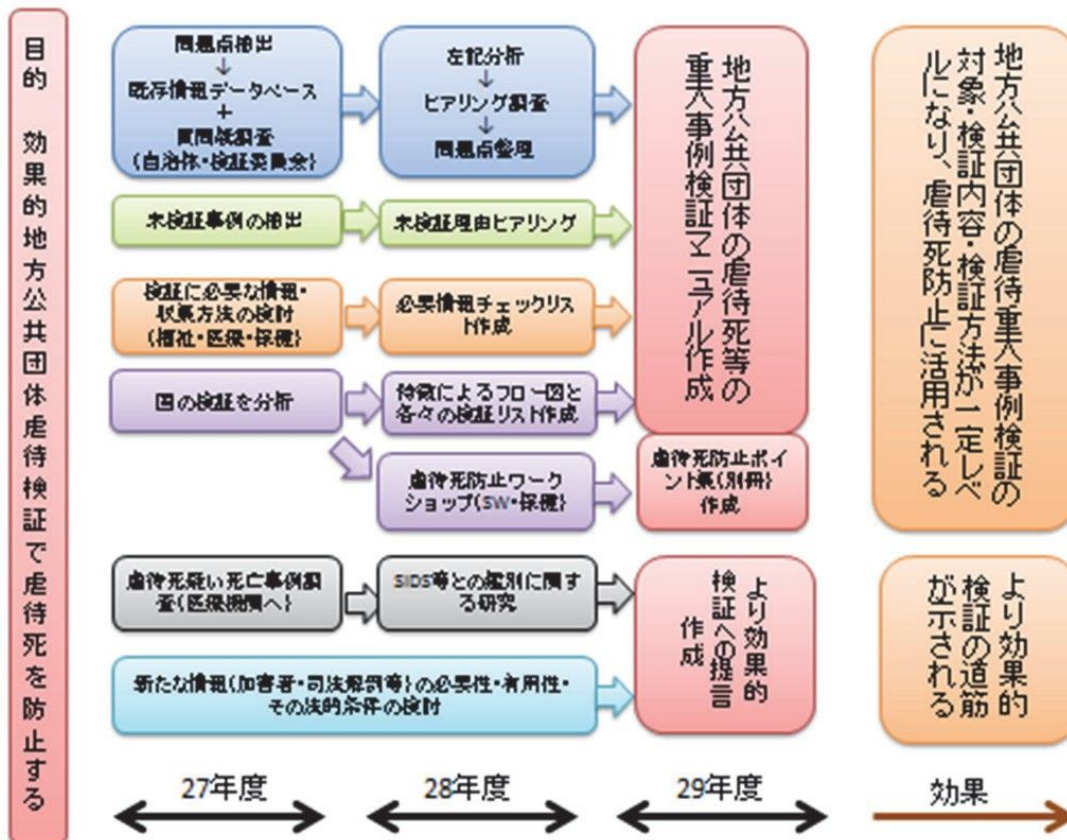
察、司法、福祉への半構造化面接により、検証に至らない要因が明らかになった。疑いがあった場合の対応方法に関して具体的な方法を提示する必要がある。

乳幼児の予期せぬ突然死に関し、臨床医と法医に関してアンケート調査を行い、臨床はSIDSガイドラインの活用が低く、臨床医は新法解剖についての認識も低かった。SUIDに関する意識は法医と臨床で差はなかったが施設間の差が大きく、多機関連携の推進が望まれた。

法医学への質問紙調査から、虐待死亡事例検証に法医学者が関わることは現時点では少なく、参加しやすい環境づくりが必要と考えられた。

【考察】

本年度までの研究結果により明らかになったガイドラインに盛り込むべき内容を考察として提示した。更に有効な検証を行うために必要な実態が明らかになった。それらをもとに更に効果的な検証のあり方の基礎作りに関して、現状の検証においても必要な基盤づくりと、Child Death Reviewの実現に分けて提示した。



研究代表者

奥山眞紀子 国立成育医療研究センター  
副院長 / こころの診療部部长

研究分担者

宮本信也 筑波大学人間系教授  
相澤 仁 大分大学福祉健康科学部教授  
奥山眞紀子 国立成育医療研究センター  
副院長 / こころの診療部部长

中板育美 公益社団法人日本看護協会  
常任理事

西澤 哲 山梨県立大学人間福祉学部教授  
溝口史剛 前橋赤十字病院小児科副部長

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

## A．研究目的

2004年に児童虐待の防止等に関する法律の改正で国に調査研究の義務が生じたことから、厚生労働省児童福祉審議会の下で専門委員会が設置され、重大事例検証が行われるようになった。毎年報告書が出されているが、実際に検証を行うことで多くの知見が得られ、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）が始まり、児童福祉法に「特定妊婦」対応が位置づけられ、要保護児童対策地域協議会が義務化されるなど多くの制度の変更や施策に繋がってきた。その一つが、2007年6月に児童虐待の防止等に関する法律の改正で位置づけられた国および地方公共団体による重大な児童虐待事例の分析である。国で行われていた重大事例検証が多くの知見を与えてきたことから地域でもそれを行うことを求めたものである。

しかしながら、地方公共団体の検証には多くの問題点も指摘されており、その手引きの必要性が求められてきた。一方、現在の枠組みでの検証に加え、それを超えたより効果的な検証が必要と言う声もある。

それらを受けて、現状の枠組みで行うための手引きを作成するとともに、現状の検証を進化させるために必要なことを纏めて、提言を作成することを目的に、本研究を行った。

## B．研究方法

### ．手引き作成に関する研究

1．地方公共団体の検証委員を務めている分担研究者及び研究協力者のディスカッションにより、昨年度抽出した問題点に関し、ヒアリングの状況も報告しながら検討し、その解決方法について、手引きでの対応可能なものとそうでないものに分けて提示（奥山）。

2．昨年度指摘した「虐待の検証」か「虐待死亡の検証」という視点から、エキスパートコンセンサスにより両方の検証を分ける試案を提示した。またそれに基づき、「虐待

の検証」が行われていた報告書を「虐待死亡の検証」の視点で再検討した（宮本）。

3．昨年度のアンケート調査に遅れて回答があった県を加えて、更に詳細に分析した。調査にてヒアリングを承諾した自治体のうち12カ所を対象に各2時間程度のヒアリングを行い、自治体間の差および自治体が困難さを感じている点を明らかにした（相澤）。

4．昨年度作成した必要情報リストの入手方法につき検討し、特徴項目による分類を行った（奥山）。

5．昨年度検証報告書から抽出した保健情報提供の課題に関し、司法関係者、医師、保健師のヒアリングから保健領域が検証委員会に提示する情報を整理する際に確認すべき事項を提示した（中板）。

6．心理的背景の把握の方法に関しては、厚生労働省の虐待死亡事例検証第12次報告書、虐待死刑事裁判の判決文および自身の心理鑑定から、文献的考察を含めて、虐待死に至らしめる加害者や家族の心理的機序につき分析した（西澤）。

7．虐待死を防ぐソーシャルワーク（西澤）と保健活動（中板）に関するワークショップおよびシンポジウム（その他班員）を開催し、参加者にアンケート調査を行い、多くの参加者より長文の記載があった。

．より効果的検証への提言作成に関する研究

1．臨床医が虐待の可能性を疑っても検証に至らない阻害因子に関して、医師5名、警察官2名、検察3名、児童相談所職員5名に虐待が疑われる死亡事例において対応が困難な要因（含、他機関との連携）、死亡事例の検証に繋げることが出来なかった（もしくは出来た）理由、適切に子どもの死因究明をするための解決策、を主軸に半構造化面接を行い、得られたデータをグランデッドセオリーにて分析した（溝口）。

2．昨年度の調査結果をもとに、全国の法医学教室および小児科 3 次医療機関を対象に、乳幼児の予期せぬ突然死（SUID）事例の対応に関してアンケート調査を行った（内ヶ崎、溝口）。

3．重大事例検証に法医学者の関与が少ないことを受け、法医学関連 92 施設に質問紙にて意識調査を行った。（内ヶ崎）

## C．研究結果

### ．手引き作成に関する研究

昨年度抽出した問題点とヒアリングでの状況から、目的意識の徹底、分析の在り方の提示、提言のまとめ方は手引きに詳しく入れる必要があると考えられたが、情報収集の壁の解決 および心理的背景の把握に関しては、例を提示して示す必要性があり、警察情報へのアクセスに関しては法整備がなされないと困難であるとの認識に至った。

自治体への調査からは再分析でも発生件数の多い自治体は検証率が低いことが明らかであった。また、検証委員の構成から完全な第三者とは言えない自治体も少なくないこと、検証委員の職種は医師、弁護士、大学教員がいずれも 90%以上を占めていることが明らかになった。ヒアリングにおいて、自治体間の格差が大きく、児童福祉審議会の通常業務に一部検証業務を付加したため、実質の検証にかかる時間は 20～30 分である自治体もある一方、内部検証も行っていたり、検証委員長が全ての権限を持ってヒアリングを行う等非常に積極的な自治体もあった。どの自治体も検証に関する通知に沿って行おうとしていたが、疑問点も多く、ガイドラインが望まれていた。特に問題として挙げられていたのは、検証対象の基準（虐待かどうか）が決定できない場合もあるなど、報告書により事例が特定される危険性が高くなるため、曖昧な記載しかできないもしくは公

表していないなどの問題、通常業務を行いながら突然の検証事例の出現により業務が圧迫される、メディア対応の問題、都道府県・政令市が主体となっているため、提言はその施策に活かす方法が主体となっており、現場の技能の向上に活かす方向性が少ない傾向にあるなどが明らかになった。

虐待予防のための検証と虐待死亡予防に焦点化した検証の具体的方法を提示することができた。また、検証に参加した専門職によって虐待死亡予防に焦点化した検証方法で 3 歳男児例を検証しなおしたところ、提言も前向きになり、現場での具体的提言となっていた。

昨年度検討した必要情報の入手先を検討し、各年齢毎、および無理心中事例、DV関与事例、通告のなかった事例についての収集すべき情報を提示した。

検証において予防を考えるうえで特に重要となる母子保健情報を提示する際に確認すべき事項として、母子保健活動（事業）の基本的な実施体制と実績、要保護児童、要支援児童、特定妊婦と、「気になる」妊婦や親子に関する考え方の整理、アセスメント（判断・評価）と組織的合意形成手順と引き継ぎ体制について、相談援助技術のスキルアップについて、が提示された。それに基づき、母子保健活動時から意識して活用するためのリスト 様式 1 )保健師配置状況、様式 2 ) 妊娠期から子育て(就学前)の要支援家族を把握・理解するための情報、様式 3)情報収集・支援決定プロセス、支援経過を整理するためのフローチャート(例)を試作した。

心理的分析に関しては、これまでに提示されている心理的機序に関して提示した。これらを意識した検証がなされるようにガイドラインに組み込む必要がある。

・より効果的な検証への提言作成に関する研究

虐待の可能性が疑われても検証に至らない要因についてのインタビュー調査から、対応困難な要因においては、児童相談所からは死亡してしまった事例には対応ができない、医療機関からは診断書の書きにくさ、警察・検察からは情報共有のしにくさ、などの要因が挙げられ、検証しえなかった理由としては、児童相談所からは検証をする場合には組織対応ではなく個人責任を追及される体制があるため、医療機関からは死亡に対する対応ガイドラインがないため、警察・検察からは検視の際の見逃しや、検事が事件として認知するかどうかで漏れが生じるため、といった理由が挙げられた。死因究明をするための解決策では、多機関での情報共有の基準作り、多機関共同の研修会の開催、検証開催の基準作り、などがあげられた。

乳幼児の予期せぬ突然死における法医学臨床医学連携の在り方に関する調査からは、SIDS チェックリストの活用は約半数にとどまっており、新法解剖に関しては臨床医の2/3に知られていなかった。また、各施設/教室間で死因究明に求められる情報の質や量への認識が極めて様々であることが示唆された。

法医学の意識調査から、何らかの虐待死検証に参加した経験のある施設は3施設(11.5%)に過ぎず、しかも委員としての参加は1施設のみであった。参加の打診を受けた施設も6施設(23.1%)しかなかった。一方で、73.1%が虐待死亡事例検証に法医学者が参加することが有用であると考えていた。

## D. 考察

・ガイドライン作成に関して

ガイドラインを作成するうえで、以下のことを重点的に盛り込む必要があることが明らかになった。

## 1. 検証の視点と検証方法

1) 検証の目的を明確に意識できるような記載が必要

2) 虐待予防と虐待死予防に分けて検証できるようにその枠組みと検証方法を提示する2. 検証の主体・検証委員

### 1) 検証の運営主体

自治体検証に関しては都道府県の検証は義務と考えられ、第三者が中心に検証すべきと考えられている。しかし、実際に係った現場の検証も重要である。できるだけ、市町村を中心とした現場の検証が行われ、都道府県レベルの第三者による検証にも資することが求められる。

### 2) 検証委員会・検証委員

検証委員は自治体によって異なる。検証委員会は他の業務を兼任する委員会ではなく、それだけのための委員会とすべきである。検証委員はその事例によって必要な専門家を加えられるような形が望ましい。それが困難な時には、一時的な参加者として加えるべきである。また、都道府県の検証では第三者性を保てるような委員の構成が必要であるが、市区町村や児童相談所の現場における検証も望ましい。その場合は係わった人々の検証とし、第三者は必要に応じて入れる形をとるべきであろう。

## 3. 検証の範囲

### 1) 虐待かどうかの疑問がある症例

検証の目的が「子どもの死を無駄にしない」ということであり、刑法上、有罪かどうかは問題ではないと考えることができるが、どのように防げたのかという点で、虐待の場合と事故の場合で異なることも考えられる。虐待が疑われて関係機関が関わっていた場合は検証の対象とすべきと考えられるが、そうでない場合は、懸案ケースとして警察捜査や裁判の行方を追いながら、検証の対象とすべき点があるかどうかで判断するような基準を設けるべきであろう。なお、ChildDeath

Review があれば解決できる問題である。

## 2) 死亡事例以外の重大事例

これまででも、死に至る可能性があり、障害を残した事例、性虐待の事例、長期監禁事例などの特殊な事例が検証の対象となってきた。検証を行うことで対応の方法を明らかにできるなら、積極的に検証を行うべきである。ただし、被害を受けた子どもは生存しているため、プライバシー保護をどのように行うかを提示すべきである。

### 4. 検証に必要な情報

#### 1) 集めるべき情報

検証に必要な情報を年齢毎、死亡要因、関係機関の関与の有無等でチェックできるようなリスト案を作成した。これを更に検討して、ガイドラインに掲載する。

加えて、今年度は、検証に提示されることが重要となる母子保健情報に関して入力できる様式案を提示した。こちらも更に検討を加えてガイドラインに掲載する。

#### 2) 必要な情報だが手に入れにくい情報

医療機関からの情報、民間からの情報、などは手に入れることが難しいことがある情報である。特に親の医療情報、警察情報（供述調書や解剖所見）はそれにより多くの示唆が得られる可能性が高いにもかかわらず、現状では法的根拠がないため得られにくい情報である。提言としてその解決法を提示するとともに、要保護児童対策地域協議会としての検証として守秘義務を担保するなど、考えられる方法を提示する。

#### 3) 加害者面接

ヒアリングにおいても、委員からその希望が出たという事例があったが、検事との話し合いで見送ったとのことであり、実現した例は聞き及んでいない。きょうだいへの対応などで、児童相談所が加害者に面接することはあると考えられるが、聞き取りには至っていない。加害者面接の可能性についてガイドラインに盛り込む必要がある。

#### 4) 家族への面接

残されたきょうだいがいる場合は加害者でない家族や拡大家族への面接が行われることがあるが、それまでの経過を聞くことは少ない状況である。家族や拡大家族に対しては、グリーフケアを行うことを前提とし、その上で、子どもの死を無駄にしない目的を理解していただいて情報を得る必要がある。その点についても言及する。

### 5. 分析のあり方

前述のごとく、死亡予防か虐待予防かを考えての検証のあり方に加えて、必要な視点を提示する。特に危機状態の把握方法をどのようにすべきかの検証を中心として、分析すべき項目のリストを提示する。

その中で、これまでの検証ではとらえきれていないのが心理的な背景である。しかし、それがわからないと予防も困難になることが多い。今回、よくある心理機序に関してまとめられたので、それを提示して、それらをもとに、心理機序に関する可能性を検証できるように配慮する。

### 6. 報告書について

#### 1) 報告書の公開に関して

報告書の公開は原則ではあるが、公開を前提とするために、詳しい内容が盛り込まれず、抽象的な内容で終わっている事例もあった。その解決手段として、守秘義務のある関係者のみに閲覧可能な詳細な報告書と公開する報告書を作成することも意味のあることと考えられる。その際には、公開報告書にその旨を記し、子どもの死が役立てられている状況を明らかにすべきである。

また、現場での検証に関しても、その内容をまとめた報告書を作成すべきであるが、そちらは公開とはせず、現場の研鑽に役立てることが望ましいと考えられる。

#### 2) 提言のあり方に関して

報告書には提言が盛り込まれるが、その事例を予防できていた可能性を考えて論理的



に構成される必要がある。報告書の中には、検証内容と提言の間に乖離があるものも見受けられる。

また、提言はできるだけ実効性のある具体的なものであることが求められる。 3) 検証報告書の効果

提言がどのくらい実行されたのか、報告書が現場の技能向上にどのくらい効果があったのかを検証することが求められる。その方法についても提示する必要がある。 7. メディア対応に関して

事例によってはメディアの圧力が強く、拙速な検証になる危険がある。検証の目的はあくまでも子どもの死を無駄にせず今後の施策や現場の技能向上に資することであり、裁判とは異なることをメディアにも理解してもらい、必要な時間をかけた検証とすることが必要であり、その点をガイドラインにも盛り込む必要がある。

#### ・より効果的検証への提言 1. 現状の重大事例検証に関しての提言

現場での対応に限界があり、法律的にもしくは財政的担保が必要な事項に関しての提言を作成する。以下のような事項である。

自治体が検証を行うことは法的な努力義務であるが、検証委員会そのものは法的な定めがなく、その秘密保守の義務なども各自治体で定めているに過ぎない。検証委員会とその秘密保守に関して法的根拠が必要である。

現状では警察が関与するような明らかな虐待事例だけを扱っている。医療機関等で虐待死が疑われても、警察には連絡するが、死亡事例は児童相談所への通告の対象にならない。将来的には、医療機関や救急隊や警察などが、虐待死を疑った時に自治体に連絡を入れることを義務として、多機関で早期検証を行って虐待死の可能性の高さに関する判断を行える仕組みが必要である。

改正児童福祉法において、関係機関は児童相談所の求めに応じて守秘義務のある情報を提供できるようになったが、死亡事例に関しては担保されていない。死亡事例検証に関してもそれが可能であるような根拠が必要である。例えば、親の医療情報も検証委員会に提示できる法的根拠が求められる。

警察情報の中で、司法対応に障害を及ぼさない範囲での提供を可能にする法的根拠が求められている。

臨床医と法医の連携ができ、法医解剖の結果が臨床医にフィードバックされる仕組みが必要である。

検証委員会で法医学者が解剖結果に関する報告を行うことができる根拠が必要である。

国の検証委員会等が自治体の相談に乗って支援できるような仕組みも考える必要がある。

通常業務の中での検証対応の困難さを打開するための経済的・人的基盤について検討が必要である。

2. Child Death Review (CDR) への発展 虐待死の見逃し事例は多い可能性が研究においても明らかになった。まず、全ての子ども死の検証(CDR)があり、その中で虐待死と考えられたものに対して、現在と同様の検証を行う必要がある。

E 健康危険情報  
なし

