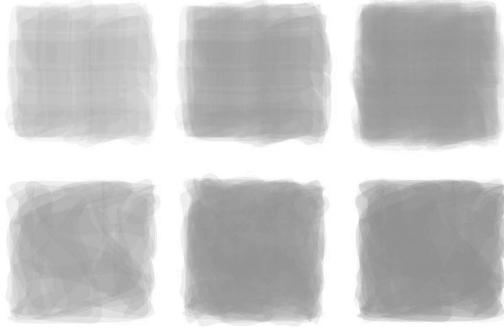


- ・ ワークショップ・シンポジウム
防げる死から子どもを守るために
～虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～

ワークショップ・シンポジウム
防げる死から子どもを守るために
～虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～



厚生労働科学研究費補助金研究事業
「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（国立成育医療研究センターこころの診療部）

9:30～11:00

ワークショップ 子どもの虐待死ゼロを目指して

座長 奥山真紀子
国立成育医療研究センター 副院長/こころの診療部 部長

子どもを虐待から守る母子保健活動
中板育美 日本看護協会 常任理事

子どもを虐待から守るソーシャルワーク
西澤哲 山梨県立大学人間福祉学部 教授



11:10~12:40

シンポジウム 虐待死検証効果と限界
~ CDR(Child Death Review)に向けて ~

座長 奥山真紀子 国立成育医療研究センター 副院長
こころの診療部 部長
溝口史剛 前橋赤十字病院小児科 副部長

地方公共団体の虐待死亡事例検証の現状
相澤仁 大分大学福祉健康科学部 教授

虐待死亡事例検証の効果と限界
奥山真紀子
国立成育医療研究センター 副院長 / こころの診療部 部長

死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか
内ヶ崎西作 日本大学医学部法医学分野 准教授

海外でのCDRと日本での虐待死亡事例検証の見逃し
溝口史剛 前橋赤十字病院小児科 副部長
(追加発言: 柳川敏彦 和歌山県立医科大学保健看護学部 教授)

指定発言
宮本信也 筑波大学 副学長・理事、附属学校教育局教育長

子どもの虐待死ゼロを目指して 子どもを虐待から守る母子保健活動



中板 育美
(公益社団法人 日本看護協会)

子ども虐待事例の効果的検証 のための保健的側面に関する研究

目的: 死亡事例検証を効果的に行う目的で、対象事例に対し、提示されるべき
ミニマムリストを作成する。

方法: 検証事例から抽出された保健分野における「課題」や「改善策」から、共通した検証
時に必要となった情報を整理した。

検証の対象: 「2013/25年度」「2014/26年度」の死亡事例検証報告書および重症事例検
証報告書をインターネットで抽出し、その中から、国が検証を推奨している以下、5つ
に該当した事例。
○ 虐待による死亡事例、○ 死亡に至らなかったが重度の障害に至った事例
○ 乳幼児死体遺棄の事例(遺棄後、数年経過事例含む)、○ 棄児置き去り事例、
○ その他の重大な児童虐待の事例

結果: 23件を対象

結果

**家庭訪問など地区活動の実績、家族として判断する努力(事例検討)の実績があり、
事業実施が目的化せずに、手段として活用されていることが必要(事業担当制か地区担
当制かの明示)**

◆「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組み(ハイリスク支援会
議)」と、こうしてかかわるフォローケースが特定妊婦であるかについて他機関の情報をあわせて
総合的に判断できる仕組み(受理会議)が運動していることが必要。(関連図・境界線の提示)

◆ 縦断的かつ横断的な情報のつなぎ方、共有の仕方、記録の引渡しなど、危機意識を下げない
アセスメント力と繋ぎ体制が必要。(引継ぎ体制の仕組みの提示)

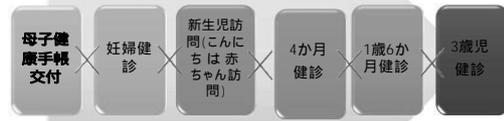
◆ 「気になる」妊婦や親に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供
が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の
対応策も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対処
のフロー図の提示)

◆ 母子保健法・児童福祉法に基づく各種事業毎の実施要項にとどまらず、その事業間の繋ぎ/関
係性/責任の所在、委託事業(助産師会や主委任児童委員など)の際の役割分担と責任の所在
の明確な記載が必要(事業間の関係性と進捗管理のアルゴリズム)

◆ 相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

特徴: 母子保健活動はソフトな介入

地域の担当保健師
(My 保健師・かかりつけ保健師)



妊娠期から就学まで一貫管理と継続関与が叶う
重層的な仕組み

結果

**家庭訪問など地区活動の実績、家族として判断する努力(事例検討)の実績があり、
事業実施が目的化せずに、手段として活用されていることが必要(事業担当制か地区担
当制かの明示)**

◆ 「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組み(ハイリスク支援会
議)」と、こうしてかかわるフォローケースが特定妊婦・虐待であるかについて他機関の情報をあわせて
総合的に判断できる仕組み(受理会議)が運動していることが必要。(関連図・境界線の提示)

◆ 縦断的かつ横断的な情報のつなぎ方、共有の仕方、記録の引渡しなど、危機意識を下げない
アセスメント力と繋ぎ体制が必要。(アセスメントとその共有/引継ぎ体制の仕組みの提示)

◆ 「気になる」妊婦や親に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供
が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の
対応策も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対処
のフロー図の提示)

◆ 母子保健法・児童福祉法に基づく各種事業毎の実施要項にとどまらず、その事業間の繋ぎ/関
係性/責任の所在、委託事業(助産師会や主委任児童委員など)の際の役割分担と責任の所在
の明確な記載が必要(事業間の関係性と進捗管理のアルゴリズム)

◆ 相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

子ども虐待の「判断」はそもそも難しい

- 「医学的診断」は、虐待行為評価の「決定打」になり
うるが、「グレーゾーン」例を判別しきれない
- 「社会的診断」は、「状況証拠(リスク要因)」として重
要だが、「決定打」にはなり難い
- 妊娠中は、虐待未発生期であるため、特定妊婦も
判定しづらい

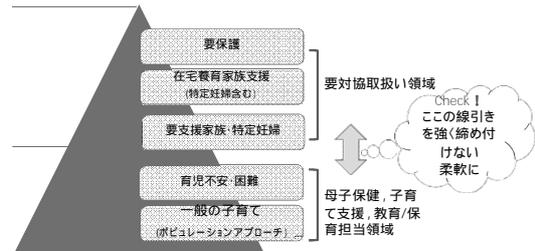
「ハイリスク」や「気になる妊婦/親子」でも
要対協の受理会議にあげられる仕組み

要保護・要支援の対象

「要保護児童」：保護者に監護させることが不当であると認められる（児童福祉法6条）
 「要支援児童」：保護者の養育を支援することが特に必要と認められる（児童福祉法6条の3第5項）

- 子どもの心身の傷害（障害）が虐待により生じたことがわかった事例
- 子どもの心身の傷害（障害）が虐待により生じたことが疑われる事例
- 両親の養育能力等に顕著な問題があり、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（特定妊婦／ハイリスク家族）

・要支援とどの機関も知らず支援を行っていない
 要対協の敷居が高い 責任の所在が不鮮明
 ケース放置状態になる。リスクが上がっても対処できず重症化することもある
 ・機関の抱え込みにより情報が統合できず、リスクを見落とす、もしくは見誤る。
 打つ手がなく支援が硬直したままになりやすい



結果

家庭訪問など地区活動の実績、家族として判断する努力(事例検討)の実績があり、事業実施が目的化せずに、手段として活用されていることが必要（事業担当制か地区担当制かの明示）

◆「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組み（ハイリスク支援会議）」と、こうしてかわるフォローケースが特定妊婦・虐待であるかについて他機関の情報をあわせて総合的に判断できる仕組み(受理会議)が運動していることが必要。(関連図・境界線の提示)

◆縦断的かつ横断的な情報のつなぎ方、共有の仕方、記録の引渡しなど、危機意識を下げないアセスメント力と繋ぎ体制が必要。(アセスメントとその共有/引継ぎ体制の仕組みの提示)

◆「気になる」妊婦や親子に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の対応策も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対処のフロー図の提示)

◆母子保健法・児童福祉法に基づく各種事業毎の実施要項にとどまらず、その事業間の繋ぎ/関係性/責任の所在、委託事業(助産師会や主委任児童委員など)の際の役割分担と責任の所在の明確な記載が必要(事業間の関係性と連携管理のアルゴリズム)

◆相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

援助を途切れさせないために

アセスメントなしの関与・支援はない

➢アセスメントとは

「事実」の羅列ではなく、「事実」を基にして、その家族の水腰でもよい方向(健康増進)につながることを目的としたときの、現状との差を支援者らで推定あるいは判断した結果であり、仮説を構成する作業。

➢したがって、仮説立証のために、情報収集はさらに続く。

➢つまり、アセスメントは段階的で、発展・進化するもの



アセスメント

- * 想像や推理ではなく、まずは、確実な情報として積み上げる
- * 介入/関与と情報収集は同時並行(車の両輪)
- * ネットワークの積み重ね/ネットワークのメンバーを拡大させながら。
- * 家族の変化が評価の観点

対象理解のために

- 対象は、人々の関係性の中に存在している
 (家族、職場、学校、友人、愛情関係・・・)
 つまり、家族図やエコマップは重要
- 対象には、物語があり、その延長線上の在である
 どのような親の元で生まれ育ったか、幼少期の体験、性格形成に影響した人との出会いや体験、時に遺伝的条件も・・・
 つまり、生活史も重要

得られた縦(生活史)と横(家族図・エコマップ)の情報からその人のこれまでの半生を想像してみる

考える手順

- この人(家族)は、本当はどういう人なのだろう？
- この人のどこが、私はわかっていて、どこがわからないのだろう(知りたいのだろう)
- 自覚的主訴、現れている問題行動とそれらの奥にあるもの(背景)
- 「情報」は、どこから、だからのもの(直接情報・伝聞情報)
- 横断的状态と縦断的変遷:生活史・成育歴情報の重要性
- 「アセスメント (Assessment)」というが、私は何を評価/判断したいのか
- 「アセスメント」は情報収集 - 分析 - 統合(仮説 - 物語化)の反復作業(支援と平行)
- 「良いところ」は、「努力してきたこと」は、サバイバーとしても…保護要素は
- 家族システムを考慮する:どこに介入できるか、どこからなら開かれるか
- 介入しにくいときは？

結果

家庭訪問など地区活動の実績、家族として判断する努力(事例検討)の実績があり、事業実施が目的化せずに、手段として活用されていることが必要(事業担当制が地区担当制かの明示)

◆「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組み(ハイリスク支援会議)」と、こうしてかわるフォローケースが特定妊婦・虐待であるかについて他機関の情報をあわせて総合的に判断できる仕組み(受理会議)が運動していることが必要。(関連図・境界線の提示)

◆ 縦断的かつ横断的な情報のつなぎ方、共有の仕方、記録の引渡しなど、危機意識を下げないアセスメント力と繋ぎ体制が必要。(アセスメントとその共有/引継ぎ体制の仕組みの提示)

◆「気になる」妊婦や親に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の対応も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対応のフロー図の提示)

◆母子保健法・児童福祉法に基づく各種事業毎の実施要項にとどまらず、その事業間の繋ぎ/関係性/責任の所在、委託事業(助産師会や主委任児童委員など)の際の役割分担と責任の所在の明確な記載が必要(事業間の関係性と進捗管理のアルゴリズム)

◆相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

地域の関係機関が連携以前に、組織内での事例の共有(重層的なチェック機能の確認)

- * 支援方針決定の流れ
- * 記録の決済の流れ
- * 委託事業の質の担保(モニタリングとその報告体制)
- * 児童福祉部署と保健衛生部署間の情報共有

結果

家庭訪問など地区活動の実績、家族として判断する努力(事例検討)の実績があり、事業実施が目的化せずに、手段として活用されていることが必要(事業担当制が地区担当制かの明示)

◆「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組み(ハイリスク支援会議)」と、こうしてかわるフォローケースが特定妊婦・虐待であるかについて他機関の情報をあわせて総合的に判断できる仕組み(受理会議)が運動していることが必要。(関連図・境界線の提示)

◆ 縦断的かつ横断的な情報のつなぎ方、共有の仕方、記録の引渡しなど、危機意識を下げないアセスメント力と繋ぎ体制が必要。(アセスメントとその共有/引継ぎ体制の仕組みの提示)

◆「気になる」妊婦や親に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の対応も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対応のフロー図の提示)

◆母子保健法・児童福祉法に基づく各種事業毎の実施要項にとどまらず、その事業間の繋ぎ/関係性/責任の所在、委託事業(助産師会や主委任児童委員など)の際の役割分担と責任の所在の明確な記載が必要(事業間の関係性と進捗管理のアルゴリズム)

◆相談援助技術のスキルアップ体制(キャリアラダー・キャリアパス)

キャリアアップ体制の構築

母児関係、夫婦関係等を観察し、
養育環境、養育能力を見極める力量形成

- 1 通常の母子保健活動の充実強化(まちづくり)
- 2 心理社会的背景を抱える妊婦・親との良好な関係を樹立できる対応スキルのブラッシュアップ
- 3 精神的問題を抱えている親への対応技術(ソーシャルワーク技術)
- 4 事例検討技術の習得

援助行動の基本姿勢

- 対象者の日常的物理的時間や気持ちの流れを尊重する
- 対象者および周囲とともに新たな方向性を探る。(ベクトル合わせ)
- 危機判断と介入のタイミングを見据える
 1. 子どものいのちを奪うこと、親を殺人者にしてしまうことを避ける
 2. 名誉、財産への侵害が子どもに及ぶのを避ける
- 能動的聴き役と毅然とした態度と行動の使い分け

指導ではなく支援

虐待予防において重要なことは、
「育児指導」ではなく
「育児支援」である。

米国においても、C. H. Kempelは

誰かが「親の相談者になる」ことで親の心理社会的孤立を解く。
その援助関係を軸に生活ストレスの実質的軽減を図る
子どもの心身の健康を他の大人が子どもに直接関わることで改善する。
これらの援助で親の負担が軽減した後で親の育児を変える働きかけを行う

指導ではなく支援

「虐待が起きている家庭では、経済的背景や生活苦や育児負担のために相談機関に通う余裕もないことが多く、育児についての直裁的な助言はほとんど意味がなく、かえって親のストレスを増やし、虐待を悪化させるか援助拒否につながる。」(小林2007)

小林美智子(2007) . 今後の展望 特集 どう関わるか - 子どもの虐待 . 小児科臨床, 60(4):853-866

援助すること

- 家族を「動かす(行動変容)」ことは、なかなか困難であり、好ましい方向に動かすことはさらに困難である。
- 強固な「家族ホメオスタシス」がはたらく
交代的 / 継承的(連鎖的)に家族機能不全に陥る
家族成員 = 「みこし」の担ぎ手
* 外力が働いて変化を起こそうとすると、この変化を打ち消す方向に動く
「このメンバーを除いたら(口説いたら)ホメオスタシスはどう変わるか」と想像
- 一方で家族の(予想外の)可塑性, 変化(回復)可能性

援助することとは

特徴: 母子保健活動はソフトな介入

- 母子保健を通した、「気になる親子」「ハイリスク家族」に対する子育て支援が、功を奏し、ほどよい養育者に回復/成長するものも決して少なくはない。
- 精神病理・身体疾患を有する妊婦または親の医療判断と治療方針を把握することは、見立てや今後の方向性を見出しやすくなる1つの手段でもあり、好転を導く保健活動には有効である。
- 子どもに問題がなくても、親が何らかの健康問題を有する場合は、子どもの発達等への影響を考慮し、親自身を支援するのは、母子保健として重要な共有事項である。

こどもたちの笑顔のために 未来のために

特別ではない・・・

やるべきことをちゃんとやる！



ご静聴ありがとうございました。

雨にも負けず、風にも負けず・・・

2017 厚労科研費補助金研究事業
防げる死から子どもを守るために
虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ

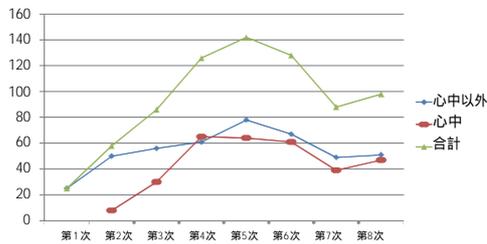
子どもを虐待から守る ソーシャルワーク

山梨県立大学人間福祉学部
西澤哲

わが国における「虐待死研究」の位置づけ

- わが国特有の『ねじれ』現象
- ▶ 虐待対策と虐待死検証の関係
- ▶ 死に関するわが国の精神文化？
- わが国の幼児死亡率の高さ
- ▶ 世界に誇る「乳児死亡率の低さ」の一方で・・・
- 幼児(1歳～5歳)の死因をめぐる問題
- ▶ 欧米の「虐待」vs わが国の「(おそらく家庭内)事故死」
- ▷ 臨床医による死亡診断書の問題:事故死・病死・自然死との一次診断のあった子どもの80%が虐待死であったとの欧米の報告

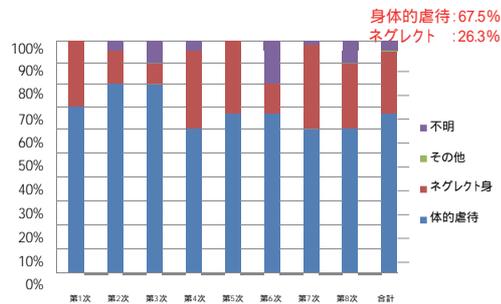
虐待死亡人数の年次推移(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



心中以外の虐待死: 437人
平均 58人/年 → 1週間に1人

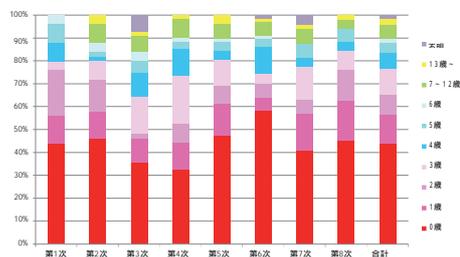
(厚生労働省:児童虐待による死亡事例の検証結果等について第1次～第8次報告, 平成17年～24年)

虐待死亡例における主な虐待(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



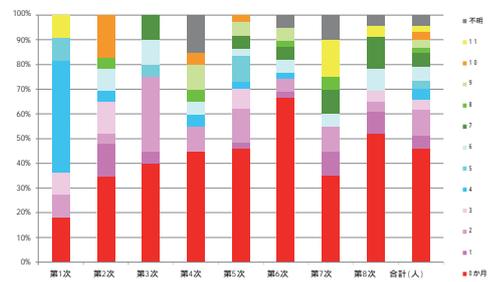
(厚生労働省:児童虐待による死亡事例の検証結果等について第1次～第8次報告, 平成17年～24年)

虐待死亡例の年齢内訳(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)

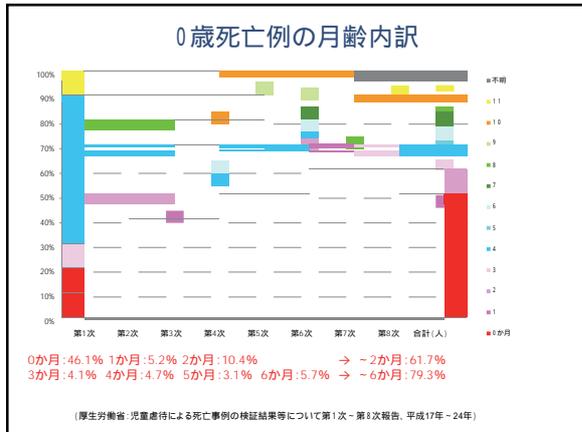


(厚生労働省:児童虐待による死亡事例の検証結果等について第1次～第8次報告, 平成17年～24年)

0歳死亡例の月齢内訳(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



(厚生労働省:児童虐待による死亡事例の検証結果等について第1次～第8次報告, 平成17年～24年)



虐待死亡例における0歳児(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)

- 虐待死亡例: 473人中
- ⇒ D0歳児: 193人(44.2%)
- ⇒ 0ヶ月児: 89人(20.4%; 0歳児死亡の46.1%)
- ⇒ 0日齢児: 76人(17.4%; 0ヶ月児死亡の85.4%)

虐待死(FCAN)に対する過小評価の危険性

- ・ 幼い子どもの死亡のもっとも一般的な要因はFCAN (Creighton, 1992)
- ・ しかし子どもが幼いほど、死亡は事故死、自然死、SIDSとされる可能性が高くなる(Crittenden & Craig, 1990)
- ▶ SIDSの社会・心理的特徴とFCANのそれとの類似性: 乳児、多胎、低体重、若年、未婚
- ・ 米国におけるFCANによる死亡はCAN1000対12人 (Janson & Anderreck, 1983)
- ⇒ 我が国の統計に当てはめれば500～600人
最近の小児科学会の調査等の結果はこれと一致

厚労省死亡事例検証の結果から

- ◎ 年齢自体が虐待死の脆弱因子
- ◎ 新生児死亡(neonatecide: 生後24時間内の死亡)が少なくないこと[発見]
- ▷ 出産後の放置による死亡
- ▷ 「否認」の病理
 - ・ 妊娠・胎児の存在の否認
 - ・ 否認の3種
- ▷ 「遅れた中絶」(late abortion)という捉え方
新生児死亡は既存の子ども家庭福祉の枠組みでは救えない⇒ 「特定妊婦」

厚労省死亡事例検証の結果から

- ◎ 「妊娠葛藤」への着目
 - ▷ 望まない妊娠 予期せぬ妊娠SOS(大阪府)
 - ▷ 母子健康手帳未交付(交付の遅れ)、妊婦健診未受診 胎児ネグレクトへの注目、各地の産科医会の調査 新たな早期介入の可能性
- ◎ 「頭部外傷」という死因の多さの意味: 衝動統制の悪さ?
- ◎ ネグレクトによる死亡への着目
- ◎ 母親の「依存をめぐる病理」への着目

「依存」の病理

- ・ なぜ、中絶しないか(十代妊娠における中絶率の低下)
- ▷ 親にとっての「子ども」の意味: 欠けたものを補ってくれるという期待; 幸せな「家族」
- ・ 定位家族における様々な問題 虐待死事例における依存の病理(物質依存, ギャンブル依存, 男性依存)の合併
- ▷ 虐待心性と依存の病理との関連

刑事裁判の判決文の分析から

ネグレクト死の多さ(35.7%)と家庭内衰弱死の2つのパターンの抽出

- ▷ 子どもの家庭内隔離: 複数の養育者, 養育者間の相互作用による危機感や罪悪感の減弱
- ▷ 養育者の逃避・回避
 - * いずれも

刑事裁判の判決文の分析から

食」をめぐる問題

- ▷ 「食べさせない」、「食べない」という食をめぐる「悪循環」による衰弱
- 口唇への攻撃性: 辛いもの, 熱いものを口に詰め込む
- ▷ 「食」の象徴的な意味
- ▷ 「罰としての食事抜き」の潜在的深刻さ

刑事裁判の判決文の分析から

- パートナーシップの脆弱性と継関係の多さ
- ▷ パートナーシップ有り(13事例)中10事例が事実婚・「内縁」関係
- ▷ 加害者が継関係にある養育者であったのが9事例 Gellesの生物学的仮説
- 親の依存めぐる問題
- ▷ 新たなパートナーへの依存欲求 「女性母親葛藤」という捉え方

刑事裁判の判決文の分析から

- 男性激しい暴力による死亡事例
 - * 4事例のすべてが事実婚および継関係
- 男性加害者の「支配性」の問題
- ▷ 社会的不適応感や無能感を贖おうとする心理
- ▷ 「しつけ」をめぐる母親への非難との権限の主張 家庭内の立場の確保と、子どもの反応による悪循環

子どもを虐待死させた親の心理鑑定から

- 深刻な世代間連鎖
- 虐待心性としての依存性と、無力感を背景とした支配性
- プロセスとしての把握: 個人史, 家族史, 虐待史
- 加害する親の「自己感」の問題
- ▷ 自己の乖離(対象関係論的理解)
- ▷ 被ネグレクト体験による自己の希薄化
- ▷ アタッチメントと自己の関連

虐待傾向のある親の心理との連続性

- 定位家族における依存・愛情欲求の充足の程度: 虐待の既往, 早期の性的活発さ, 10代~20代前半の妊娠(若年妊娠), 妊娠先行結婚(中絶非選択) 病的依存(物質, ギャンブル, 男性)
- 社会的な存在としての無力感, 無能感: 成育歴上の問題, 挫折体験, 学業の失敗, 失業や就労の問題, 貧困, 社会関係の困難 病的支配性(DV, 性的虐待, 乱用性)

虐待死とソーシャルワーク

- 深刻化のプロセスの力動的理解の重要性
- 親の成育歴を意識した支援 → trauma-informed social work
- ソーシャルワークが失敗に至る要因
 - ▷ 親との関係性の重視
 - ▷ 初期の見立ての硬直化
 - ・ 事後情報の取捨選択的取り入れ
 - ・ 重大なインシデントへの馴化と楽観的予測
 - ▷ 支援計画の「失敗」への対応の欠如
 - ▷ 親の心理力動への表面的理解
 - ・ 接触拒否とコントロール・ケア葛藤 (Reder & Duncan, 1999)
 - ・ 不登園と重大なインシデントとの関係

地方公共団体の虐待死亡事例検証の現状

一地方公共団体における死亡事例等検証のあり方に関する研究より一

大分大学 福祉健康科学部

相澤 仁
岩野 卓

研究目的・方法

- 研究目的
 - 本研究では、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、検証ガイドラインの作成を目的としている。
- 研究方法
 - 平成27年度に、「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。
 - フェイスシート
 - 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
 - アンケート調査項目
 - 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

研究結果

- 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、2015年度は56カ所から回答を得られ、回収率は81.2%であった。2016年度に1カ所から回答を得られ、57カ所となり、回収率は82.6%であった。
- 調査分析結果
 - 28年度の回答結果を加え、57カ所を対象に分析した結果（27年度の研究報告結果については廃棄）、平成16年から平成26年の11年間に、虐待死亡事例または重大事例が発生した地方自治体は53自治体であった。
 - 本研究では虐待死亡事例も重大事例も発生していない自治体は分析から除外し、53自治体を分析対象とした。
 - これは、事例が発生した自治体にのみ検証率や発言の割合などについて検証を行うことを目的としたためである。
 - なお、虐待死亡事例と重大事例を合わせて本研究では全事例と表現する。

フェイスシート (平成16年度～26年度)

表I-1 虐待死亡事例発生件数(合計)			表I-2 重大事例発生件数(合計)			表I-3 検証事例件数(合計) (平成16～26年度)		
発生件数	自治体数	%	発生件数	自治体数	%	検証件数	自治体数	%
0	4	7.1	0	27	49.1	0	6	11.3
1	6	10.7	1	11	20.0	1	13	24.5
2	11	19.6	2	7	12.7	2	12	22.6
3	5	8.9	3	4	7.3	3	4	7.5
4	8	14.3	4	2	3.6	4	3	5.7
5	2	3.6	6	1	1.8	5	2	3.8
6	5	8.9	11	1	1.8	6	1	1.9
7	1	1.8	26	1	1.8	7	2	3.8
9	4	7.1	70	1	1.8	8	1	1.9
11	1	1.8	合計	55	100.0	9	4	7.5
13	1	1.8				10	2	3.8
14	1	1.8				11	1	1.9
15	3	5.4				12	1	1.9
17	1	1.8				27	1	1.9
26	1	1.8				合計	53	100.0
30	1	1.8						
44	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	9	17.0
1	16	30.2
2	10	18.9
3	4	7.5
4	6	11.3
5	1	1.9
6	2	3.8
7	1	1.9
9	4	7.5
合計	53	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)

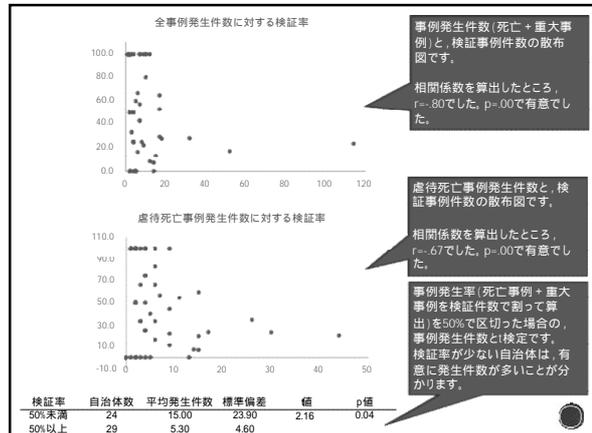
検証件数	自治体数	%
0	41	77.4
1	5	9.4
2	3	5.7
3	2	3.8
4	1	1.9
5	1	1.9
合計	53	100.0

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	35	66.0
1	8	15.1
2	5	9.4
3	3	5.7
6	1	1.9
15	1	1.9
合計	53	100.0

表I-6 公表報告書数(平成16年以降)

公表件数	自治体数	%
0	7	13.5
1	20	38.5
2	8	15.4
3	3	5.8
4	4	7.7
5	4	7.7
6	3	5.8
7	1	1.9
8	1	1.9
9	1	1.9
合計	52	100.0



アンケート調査

・検証委員会の運営

表1-1 検証委員会の所属部署

所轄部署名	自治体数	%
ア 児童相談所専任課	46	86.8
イ 社会福祉担当総務課	2	3.8
ウ 福祉指導監査事務局	0	0.0
エ その他	5	9.4
合計	53	100.0

表1-2 検証委員会運営のための予算化

項目	自治体数	%
ア している	24	45.3
イ していない	29	54.7
合計	53	100.0

・検証組織

表2-1 組織の設置状況

項目	自治体数	%
ア 常設している	39	73.6
イ 常設していない	14	26.4
合計	53	100.0

表2-2 組織の所属

項目	自治体数	%
ア 児童福祉審議会に所属している	39	73.6
イ その他の委員会に所属している	8	15.1
ウ 単独で設置している	5	9.4
エ 行政組織として設置している	1	1.9
合計	53	100.0

・検証委員の構成

表3-1 検証委員の人数

人数	自治体数	%
4	1	1.9
5	22	41.5
6	13	24.5
7	7	13.2
8	3	5.7
9	3	5.7
10	2	3.8
12	1	1.9
15	1	1.9
合計	53	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	43	81.1
1	8	15.1
2	1	1.9
3	1	1.9
合計	53	100.0

表3-1-2 検証委員のうち当該地方公共団体職員08数

人数	自治体数	%
0	35	66.0
1	14	26.4
2	4	7.5
合計	53	100.0

・検証委員の職種

表3-2-1 検証委員の職種(大学の研究者)

人数	自治体数	%
0	5	9.4
1	26	49.1
2	16	30.2
3	4	7.5
4	1	1.9
5	1	1.9
合計	53	100.0

表3-2-10-1 検証委員の職種(医師)

人数	自治体数	%
0	1	1.9
1	32	60.4
2	18	34.0
3	2	3.8
合計	53	100.0

表3-2-3-1 検証委員の職種(弁護士)

人数	自治体数	%
0	2	3.8
1	50	94.3
2	1	1.9
合計	53	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	%
0	26	49.1
1	20	37.7
2	5	9.4
3	2	3.8
合計	53	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	%
0	36	67.9
1	16	30.2
2	1	1.9
合計	53	100.0

・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	40	78.4
対象にしていない	11	21.6
合計	51	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	27.5
定めていない	37	72.5
合計	51	100.0

・会議の開催

表5 会議の開催目的

開催目的	自治体数	%
ア 死亡事例が発生した場合	18	35.3
イ アに加え、必要な重大事例が発生した場合	30	58.8
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するため	3	5.9
エ アとイとウに加え、これまでの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	0	0.0
合計	51	100.0

・検証会議

表6-1-1 1回の検証会議時間

平均時間(分)	自治体数	%	
59	0	0.0	
60	89	7	14.6
90	119	8	16.7
120	149	28	58.3
150	179	3	6.3
180	1	2.1	
回数	48	100.0	
平均時間(分)	111.8	SD=24.9	

表6-1-2-1 1つの事例に対する検証会議の最小開催回数

回数	自治体数	%
1	2	4.3
2	5	10.6
3	12	25.5
4	14	29.8
5	8	17.0
6	4	8.5
8	1	2.1
9	1	2.1
合計	47	100.0
平均回数	4.0	SD=1.6

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	2.1
3	3	6.4
4	15	31.9
5	10	21.3
6	7	14.9
7	2	4.3
8	4	8.5
9	4	8.5
12	1	2.1
合計	47	100.0
平均回数	3.9	SD=1.6

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回未満	0	0.0
2回以上4回未満	11	23.9
4回以上6回未満	26	56.5
6回以上8回未満	7	15.2
8回以上	2	4.3
合計	46	100.0
平均	5.5	SD=2.0

・調査

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	100.0
していない	0	0.0
合計	48	100.0

表6-2-2 現地調査の原則実施

実施	自治体数	%
している	30	62.5
していない	18	37.5
合計	48	100.0

表6-2-3 その他の調査の実施

実施	自治体数	%
している	30	65.2
していない	16	34.8
合計	46	100.0

・事例検証

表6-3-1 事例検証の実施状況

実施	自治体数	%
すべて事例ごとに実施	38	76.0
複数事例で実施した場合もあり	12	24.0
合計	50	100.0

・情報収集

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	31	66.0
していない	16	34.0
合計	47	100.0

表7-2-2 関連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	50	100.0
していない	0	0.0
合計	50	100.0

表7-2-3 前表で必要な情報収集を行った機関について(複数回答可)

実施	自治体数	%
医療機関	39	78.0
警察	23	46.0
医師PT	24	48.0
幼稚園	2	4.0
小学校	19	38.0
中学校	10	20.0
高等学校	6	12.0
母子保健部署	44	88.0
児童福祉施設	14	28.0
その他	1	2.0

N=50自治体

・情報収集

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	100.0
していない	0	0.0
合計	49	100.0

表7-2-5 母子手帳などの基本的な資料の収集

実施	自治体数	%
している	38	77.6
していない	11	22.4
合計	49	100.0

表7-2-6 特別な事例等について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	30	66.7
していない	15	33.3
合計	45	100.0

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	31.1
していない	31	68.9
合計	45	100.0

・事実関係の明確化(その1)

表7-5-1 関連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	49.0
していない	25	51.0
合計	49	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	91.5
していない	4	8.5
合計	47	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・それに準ずる者の対象について

対象	自治体数	%
している	43	91.5
していない	4	8.5
合計	47	100.0

表7-5-4 転居前の住所等の関係者へのヒアリングについて

実施	自治体数	%
している	28	70.0
していない	12	30.0
合計	40	100.0

・事実関係の明確化(その2)

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	40	87.0
していない	6	13.0
合計	46	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心理的支援について

実施	自治体数	%
している	23	50.0
していない	23	50.0
合計	46	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	21.7
していない	36	78.3
合計	46	100.0

表7-5-8 保護者が基礎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	40	85.1
していない	7	14.9
合計	47	100.0

事実関係の明確化について

	している		していない	
	度数	%	度数	%
関連機関ごとのヒアリングへの検証委員の参加	24	49.0	25	51.0
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	43	91.5	4	8.5
ヒアリングの対象者としての関係機関の所属長・それに準ずる者の対象について	43	91.5	4	8.5
転居前の住所等の関係者へのヒアリングについて	28	70.0	12	30.0
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	40	87.0	6	13.0
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	23	50.0	23	50.0
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	10	21.7	36	78.3
保護者が基礎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	40	85.1	7	14.9

・問題点・課題の抽出

表8-1 抽出できるまで時間をかけた分析・検討

実施	自治体数	%
している	47	95.9
していない	2	4.1
合計	49	100.0

表8-2 抽出できていない場合は再度委員会を開催して分析・検討

実施	自治体数	%
している	45	91.8
していない	4	8.2
合計	49	100.0

・提言

表9-1 検証委員からの提言について家族などへの配慮による修正・調整の有無

実施	自治体数	%
ある	28	60.9
ない	18	39.1
合計	46	100.0

表9-2 検証委員からの具体的提言について行政的判断による一部修正・調整の有無

実施	自治体数	%
ある	8	17.4
ない	38	82.6
合計	46	100.0

表9-3 早急に講ずべき対応策についての提言に対する検証未結末の施策の実施

実施	自治体数	%
講じている	32	71.1
講じていない	13	28.9
合計	45	100.0

・報告書

表10-1-1 2種類(公表用・関係機関用)報告書の作成

作成	自治体数	%
している	11	23.9
していない	35	76.1
合計	46	100.0

表10-1-2 検証委員による報告書検討・精査後の事務局による修正・調整の有無

修正	自治体数	%
あった	12	26.1
ない	34	73.9
合計	46	100.0

表10-1-3 「中間報告書」の作成の有無

作成	自治体数	%
している	2	4.3
していない	45	95.7
合計	47	100.0

・公表

表10-2 検証結果の公表

公表	自治体数	%
している	38	79.2
していない	10	20.8
合計	48	100.0

・広報

表10-3-1 地方自治体のホームページでの公表

公表	自治体数	%
している	37	77.1
していない	11	22.9
合計	48	100.0

表10-3-2 児童相談所など関係機関への配布

配布	自治体数	%
している	48	100.0
していない	0	0.0
合計	48	100.0

表10-3-3 関係職員を対象にした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	58.7
していない	19	41.3
合計	46	100.0

・提言の効果(その1)

表11-1 児童相談所の体制強化

効果	自治体数	%
つながった	24	55.8
つながっていない	19	44.2
合計	43	100.0

表11-5 保健師の専門性の向上

効果	自治体数	%
つながった	23	59.0
つながっていない	16	41.0
合計	39	100.0

表11-2 児童福祉司の専門性の向上

効果	自治体数	%
つながった	34	77.3
つながっていない	10	22.7
合計	44	100.0

表11-6 市町村保健センターの母子保健機能強化

効果	自治体数	%
つながった	16	43.2
つながっていない	21	56.8
合計	37	100.0

表11-3 児童相談所の相談機能強化

効果	自治体数	%
つながった	34	77.3
つながっていない	10	22.7
合計	44	100.0

表11-7 都道府県単独事業の創設

効果	自治体数	%
つながった	12	27.9
つながっていない	31	72.1
合計	43	100.0

表11-4 保健担当部署の体制強化

効果	自治体数	%
つながった	8	20.0
つながっていない	32	80.0
合計	40	100.0

表11-8 児童虐待対策予算の拡充

効果	自治体数	%
つながった	22	50.0
つながっていない	22	50.0
合計	44	100.0

・提言の効果（その2）

表11-9 市町村児童相談体制の強化

効果	自治体数	%
つながった	31	75.6
つながっていない	10	24.4
合計	41	100.0

表11-10 要保護児童対策地域協議会の活性化・機能強化

効果	自治体数	%
つながった	33	78.6
つながっていない	9	21.4
合計	42	100.0

表11-11 市町村単独事業の創設

効果	自治体数	%
つながった	3	9.1
つながっていない	30	90.9
合計	33	100.0

表11-12 市町村の児童虐待対策予算の拡充

効果	自治体数	%
つながった	7	20.6
つながっていない	27	79.4
合計	34	100.0

提言の効果について

	つながった		つながっていない	
	度数	%	度数	%
児童相談所の体制強化	24	55.8	19	44.2
児童福祉司の専門性の向上	34	77.3	10	22.7
児童相談所の相談機能強化	34	77.3	10	22.7
保健担当部署の体制強化	8	20.0	32	80.0
保健師の専門性の向上	23	59.0	16	41.0
市町村の母子保健機能強化	16	43.2	21	56.8
都道府県単独事業の創設	12	27.9	31	72.1
児童虐待対策予算の拡充	22	50.0	22	50.0
市町村児童相談体制の強化	31	75.6	10	24.4
要保護児童対策地域協議会の活性化・機能強化	33	78.6	9	21.4
市町村単独事業の創設	3	9.1	30	90.9
市町村の児童虐待対策予算の拡充	7	20.6	27	79.4

・提言の効果（その3）

- ・単回帰分析の結果（有意な項目）：提言の効果が高いと感じている自治体
 ①運営のための予算化をしている ②1回の検証会議の時間が長い自治体
 ③検証会議が多い自治体 ④ヒアリングに検証委員が原則として参加している自治体 ⑤報告書をHPに公表している自治体

Q1-2 運営のための予算化をしている

	自治体数	提言の効果の合計得点	標準偏差	値	p値
している	24	6.45	2.42	2.24	0.03
していない	29	4.72	2.70		

Q7-5-1 関係機関ごととヒアリングに原則として検証委員は参加している

	自治体数	提言の効果の合計得点	標準偏差	値	p値
している	24	6.59	2.15	2.90	0.01
していない	25	4.43	2.78		

Q10-3-1 報告書は地方自治体のホームページに公表している

	自治体数	提言の効果の合計得点	標準偏差	値	p値
している	37	5.89	2.57	2.06	0.05
していない	11	3.89	2.71		

・困難点・問題点（その1）

表12-1 検証組織

困難・疑問点	自治体数	%
ある	7	14.6
ない	41	85.4
合計	48	100.0

表12-4 検証会議のあり方

困難・疑問点	自治体数	%
ある	9	18.8
ない	39	81.3
合計	48	100.0

表12-2 検証委員の構成や任期

困難・疑問点	自治体数	%
ある	9	18.8
ない	39	81.3
合計	48	100.0

表12-5 虐待死としての判断

困難・疑問点	自治体数	%
ある	22	45.8
ない	26	54.2
合計	48	100.0

表12-3 検証委員会の運営面

困難・疑問点	自治体数	%
ある	13	27.1
ない	35	72.9
合計	48	100.0

表12-6 調査や情報収集を行う場合

困難・疑問点	自治体数	%
ある	30	62.5
ない	18	37.5
合計	48	100.0

・困難点・疑問点（その2）

表12-7 事実関係の確認や明確化

困難・疑問点	自治体数	%
ある	25	54.3
ない	21	45.7
合計	46	100.0

表12-10 報告書を作成する際

困難・疑問点	自治体数	%
ある	12	26.7
ない	33	73.3
合計	45	100.0

表12-8 問題点・課題を抽出する際

困難・疑問点	自治体数	%
ある	15	32.6
ない	31	67.4
合計	46	100.0

表12-11 公表のあり方

困難・疑問点	自治体数	%
ある	15	32.6
ない	31	67.4
合計	46	100.0

表12-9 提言のあり方

困難・疑問点	自治体数	%
ある	15	32.6
ない	31	67.4
合計	46	100.0

検証を実施する際の困難点・疑問点について

	ある		ない	
	度数	%	度数	%
検証組織	7	14.6	41	85.4
検証委員の構成や任期	9	18.8	39	81.3
検証委員会の運営面	13	27.1	35	72.9
検証会議のあり方	9	18.8	39	81.3
虐待死としての判断	22	45.8	26	54.2
調査や情報収集を行う際	30	62.5	18	37.5
事実関係の確認や明確化	25	54.3	21	45.7
問題点・課題を抽出する際	15	32.6	31	67.4
提言のあり方	15	32.6	31	67.4
報告書を作成する際	12	26.7	33	73.3
公表のあり方	15	32.6	31	67.4

ヒアリング調査（中間報告）

= 検証ガイドラインの作成に向けて =

- 28年度はヒアリング調査を実施（12カ所予定 10カ所終了）。
 - 自治体により取り組み方に格差があるという印象。
 - アンケートの回答と実態と食い違っている面が見られた。
-
- <検証委員会の設置状況> - 設置のあり方 -
 1. 常設の児童福祉審議会に検証業務を付加した場合（検証会議時間が実質30分程度という自治体も）
 2. 児童福祉審議会の中に新たに委員会を作った場合
 3. 別に検証委員会組織を作った場合
 - <内部検証について> - 内部検証の必要性 -
市区町村や関係機関内において内部検証している自治体もあった。
（内部検証への検証委員の参加・検証委員会への関係者の参加）

- <検証対象の範囲> - どこまでを対象とするのか -
虐待死であると確定しない場合は対象にじづらい。
事故死の場合、ネグレクトになるか判断が難しい。
（児相が関わっている事案だけの検証をしていた自治体も）
- <検証のための調査> - 調査体制のあり方 -
検証のためのヒアリング調査などを事務局が実施している自治体が少なかった。（事務局の専門性や体制が不十分）
児童相談所が行っている自治体もあった。
- <事実関係の確認や明確化> - ヒアリング対象・内容のあり方 -
加害者やその家族からの事実確認が難しい。
加害者の人格に関する情報。特に心中事例の場合、遺族から聞きにくい。
警察・検察からの情報収集が難しい。
（定期的な連絡会により情報交換がスムーズ）

- <報告書公表について> - 公表のあり方（時期・内容など） - 状況からの特定されやすく、残されたくない・親族への影響が大きい。
親が不起訴になった場合、加害者が否定している場合、虐待死亡事例報告書として公表できるか（中間報告の必要性）
- <提言の効果> - 実現可能な提言のあり方 -
死亡事例はインパクトが大きく、事例検証の効果としてさまざまな事業や施策につながっている。
児童福祉司などの増員、新たな児相の設置、研修体制の充実など
- <ガイドラインへの要望>
事例による具体的な検証モデルを示してほしい。
年齢や状況、虐待の種類などに応じた調査・収集すべき資料に関するガイドライン

ご清聴ありがとうございました。

虐待死亡事例検証の 効果と限界

国立成育医療研究センター
奥山 真紀子

日本の重大事例検証

検証の背景

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

検証の目的

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

検証委員会の構成

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

検証の方法

1. 事例の収集・解析

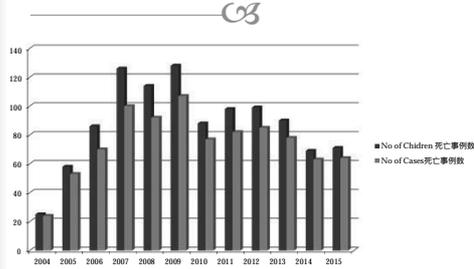
- ▶ 対象：都道府県で把握した全ての虐待死（心中、殺人、嬰兒殺、保護責任者遺棄等も含む）。ただし、初期には徹底していなかった。今でも、子どもだけ留守をしているの火事による死亡などが抜けている県がある。
- ▶ 収集する情報：第二次調査からデータベースを構築して情報を収集。その後、データベースの改善を図ってきた。
 - 第一次報告後、クロス集計が必要なことなどへの配慮からデータベースの構築を行った
- ▶ 国からの照会：不明な点、国で把握していない県から上がって来ていない事例の照会

検証の方法 2. ヒアリング

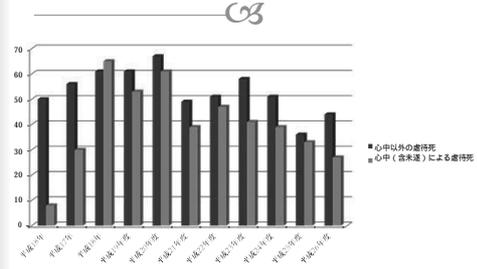
- ☞ 収集した事例から毎年、焦点を定めてヒアリング事例を設定
- ☞ 特別な事例に関しては、死亡例のみならず、ヒアリング
- ☞ 初年度は担当者が露が開へ
- ☞ 2年度目から各委員が2例ずつ、委員二人で概ね8事例の聞き取りを其々の都道府県に出向いて行ってきた
- ☞ 5年度目は各県の検証のあり方の検証も加えた

事実の発見

年間の検証事例数・死亡児数 (一部修正値)



無理心中以外と無理心中



非無理心中事例と無理心中事例 (第5次報告)

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

無理心中事例

- ☞ 一事例で複数の子どもが殺されていることが多い
- ☞ 子どもの年齢が幅広い
- ☞ 殆どが両親そろった家族
- ☞ 貧困家族が少ない
- ☞ 妊娠期のリスク要因がほとんどない
- ☞ 生前の虐待通告がない

虐待のリスク要因が少なく、事前の発見が困難
今後の課題(自殺のラインからの予防が必要)

無理心中以外の虐待死



- ☞ 0歳が40%、3歳までが75%
- ☞ 身体的虐待が多いが、ネグレクトもある
- ☞ 母親の妊娠期の問題が多い
 - 未婚、望まない妊娠、妊娠届の遅れ、妊婦健診未受診など
- ☞ 家庭の問題が多い
 - ひとり親、貧困、連鎖、DV
- ☞ 親の精神的問題
 - 孤立、精神的問題を抱えている可能性

動機



- ☞ 「望まない妊娠・計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」が多い
- ☞ 低年齢では「泣き声に苛立って」
- ☞ 3歳以上 「しつけのつもり」

0歳児の分析 (8次報告)



非無理心中事例

0日、0か月事例

1. 実母の年齢



区分	0日 (76人)	0か月 (13人)
19歳以下	22 (28.9%)	2 (15.4%)
20～24歳	10 (13.2%)	2 (15.4%)
25～29歳	8 (10.5%)	1 (7.7%)
30～34歳	13 (17.1%)	3 (23.1%)
35～39歳	14 (18.9%)	5 (38.5%)
40歳以上	7 (9.2%)	0 (0.0%)
不明	2 (2.6%)	0 (0.0%)

0日、0か月事例

2. 出生場所



区分	0日 (76人)	0か月 (13人)
自宅	51 (67.1%)	4 (30.8%)
自宅外	14 (18.4%)	0 (0.0%)
医療機関	0 (0.0%)	9 (69.2%)
不明	11 (14.5%)	0 (0.0%)

0か月事例では医療機関での出生が比較的多い(69.2%)が、0日事例は第1～8次報告すべてで、医療機関での出生はなかった。

0日、0か月事例

3. 母の状況



区分	0日 (76人)	0か月 (13人)
望まない妊娠	58 (76.3%)	4 (30.8%)
精神的問題あり	4 (5.3%)	4 (30.8%)
経済的問題あり	18 (23.7%)	2 (15.4%)
若年出産経験あり	29 (38.2%)	8 (61.5%)
過去の遺棄あり	13 (17.1%)	1 (7.7%)

0日、0か月事例

4.加害者

区分	0日 (76人)	0か月 (13人)
実母	70 (92.1%)	9 (69.2%)
実父	1 (1.3%)	2 (15.4%)
実母・実父	4 (5.3%)	2 (15.4%)
不明	1 (1.3%)	0 (0.0%)

関与機関

- ☞ 児童相談所
4.7～40.0%
第5～6次で減少するも第7～8次報告では増加
虐待の認識がないことが多い
- ☞ 市町村の関与
一定
- ☞ 医療機関の関与
増加傾向 第8次では40.0%

ヒアリングからの学び

浮かび上がった問題 1

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

浮かび上がった問題 2

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

浮かび上がった問題 3

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

浮かび上がった問題 4



- 保健機関の問題
 - 都道府県と市町村の連携
 - エジンバラは取ったが支援の方法がない
- 市町村への通告ケースの増加
 - リスクの判断が難しい 児童相談所との連携
- 子どもからの聞き取りを行っていない

施策や法律への反映



法律への反映



- 虐待防止法
 - 地方公共団体での虐待死事例検証の義務化
 - 要保護児童対策地域協議会の義務化
 - 目視確認の徹底（48時間）
 - 医療体制整備
- 児童福祉法改正
 - 出生前から要保護児童対策地域協議会のケースとして起すことができる（特定妊婦）

施策への反映



- こんにちは赤ちゃん事業
- スーパービジョンの整備
- 心中未遂ケースの危険性に関して周知
- 再統合時のリスク判断に関しての徹底
- その他、手引きや指針の改正

日本の検証の限界



見逃されている虐待の可能性



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

情報が非常に少ない



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

虐待以外の子どもの死亡がわからない



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

医学的なプロセスが把握しにくい



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

地域での検証



- ☞ 検証のあり方に地域の差がある
- ☞ 検証の結果を活かしているかに差がある
- ☞ ガイドラインが求められている

Child Death Review へ



子どもの死因（2014年）

年齢	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
0歳	染色体異常	周産期の呼吸・	SIDS	不慮の事故	胎児・新生児の出血性障害
1～4	染色体異常	不慮の事故	悪性新生物	肺炎	心疾患
5～9	悪性新生物	不慮の事故	先天奇形染色体異常	他の新生物	心疾患
10～14	悪性新生物	自殺	不慮の事故	心疾患	先天奇形染色体異常
15～19	自殺	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	先天奇形染色体異常

子どもの死を次に活かすために



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

2017.1.29.

シンポジウム
防げる死から子どもを守るために
～虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～

「死亡事例検証に
法医学はどこまでかかわれるか」

日本大学医学部社会医学系法医学分野
内ヶ崎 西作

法医学とは

■ 法律に関係のある医学的問題を研究し応用する医学分野 であり、基礎医学ではなく、社会医学に属し、具体的問題を対象として社会的活動をしなければならない。

東北大学名誉教授 赤石 英

「死亡事例検証に法医学は²どこまでかかわれるか」

法律に関係のある医学的問題 とは？

人が平等に有する基本的な権利に関する問題

生存や身体、安全・健康に暮らす権利に関する問題 (刑事法に關係するもの)

親子関係に関する問題 (民事法に關係するもの)

個人識別・年齢推定に関する問題

医療に関する法的問題

医事法 法律解釈
医療事故の分析と予防対策・安全な医療の構築

死因に関する問題
暴力・虐待に関する問題
犯罪発生予防に関する問題
遺産相続
家族構成の確認

裁判

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

法医学の社会活動とは？

■ 死者に関するもの
法医学解剖 死因究明
個人識別 (性別・年齢・DNA 等々)

■ 生者に関するもの
身体に関すること
臨床法医学 身体検査・虐待のセカンドオピニオン等
採取された検体等に関すること
親子鑑定 斑痕等からの個人識別
薬物・毒物に関すること
アルコールに関すること など

■ 再鑑定 など

「死亡事例検証に法医学は⁴どこまでかかわれるか」

法医学解剖 (解剖の種類)

■ 司法解剖
刑事訴訟法に元づく (目的の基本は犯罪捜査)
検察官・警察署長等からの鑑定嘱託書・裁判官の鑑定処分許可状が必要
利点: 強制力のある警察捜査情報が得られる
欠点: 犯罪捜査のテーマに重点
解剖結果は裁判資料 (勝手に開示できない)

■ 行政解剖 (監察医制度による解剖...東京23区・大阪市・神戸市・名古屋市)
死体解剖保存法第9条に基づく (目的の基本はあ(までも死因究明)
監察医の判断で解剖できる
利点: 遺族の承諾は不要 警察情報もある程度得られる
欠点: 警察捜査に強制力はない 地域限定の制度

□ 「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」に基づく解剖 (新法解剖・身元調査法解剖 等)
警察署長と法医学者が合議で解剖の必要性を判断する
利点: 全国で施行 遺族の承諾は必要無し 警察情報もある程度得られる (強制力はない)
欠点: あくまでも警察主導

□ 行政・警察側が介入する承諾解剖
□ 遺族の希望による基づく承諾解剖

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

法医学解剖の対象となる子どもの死亡例

■ 放置された胎児死体、新生児・乳児死体 (嬰兒殺疑い)
司法解剖

■ 虐待死疑い事例 司法解剖

■ 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 疑い事例
司法解剖・行政解剖・新法解剖

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

法医解剖(司法解剖)時で死因を判断する際の情報

- 解剖所見
 - 体格・栄養状態
 - 外表所見(キズ・あざなど)
 - 内部所見
 - 諸臓器の状態・病変・損傷
 - 体腔への液体貯留
 - 皮下軟部組織出血・骨折 など
- (解剖前の画像診断)
 - 単純レントゲン・CTなど
- 死亡までの情報
 - 死亡場所の情報(警察捜査情報)
 - 親の証言(警察捜査情報)
 - 着衣や人間関係(警察捜査情報)
 - 診療情報(警察捜査など)
 - 状態・治療内容・CT等の画像 など
- 解剖資料の各種検査
 - ウイルス検査・細菌培養検査
 - 薬毒物検査
 - 病理組織学的検査 など

➡ 死因や受傷機転、背景にある過去の受傷状況

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

地方公共団体で行う子ども虐待死亡例検証事業へ法医学者がどの程度関わっているのか

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・監察医施設の計92施設
(回答率25.2%)

回答のあった24施設のうち、関わったことがあるとの回答は4施設

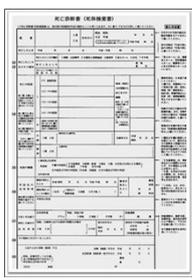
主催者：医師会、保健所、児童相談所、大学病院

(名古屋では既に4大学が参加するCDRが始まっている)

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
*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、平成28年度アンケート調査より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

死亡診断書・死体検案書を入手すれば 法医解剖の結果は不要では？



- 問題点1: 解剖前に交付されている場合がある(死因欄には「不詳」や「の疑い」)
- 問題点2: 解剖に関する記載欄が狭い
- 問題点3: 執刀医ではなく、解剖前に検案をした医師が交付している場合がある
- 問題点4: 死因が確定した後に再交付する必要が無い

➡ 死亡診断書・死体検案書では不十分

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

- 司法の壁

行われる解剖の種類は主として司法解剖

得られた情報・検査結果・結論(死因など)は、基本的に裁判資料(開示できない)

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

Q: 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？

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・監察医施設の計69施設
(回答率44.9%)

	裁判前・裁判中	結審後	
する	21(52%)	27(68%)	しない: 解剖嘱託施設が必要なので その他: 参考人としてなら可(2) クローズドであることが大前提
しない ¹⁾	10	3	
その他 ²⁾	5	6	
未記入	4	4	

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
*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、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

Q: 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？

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・監察医施設の計69施設
(回答率44.9%)

	裁判前・裁判中	結審後	
する	10	17	しない: 解剖嘱託施設が必要なので その他: 鑑定書ではなく、別途まとめたものなら可
しない ¹⁾	18	8	
その他 ²⁾	8	10	
未記入	4	5	

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
*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、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

- 司法の壁
行われる解剖の種類は主として司法解剖
得られた情報・検査結果・結論(死因など)は、基本的に裁判資料
(開示できない)
→ 関係機関の努力や新たなルール作りにより
解決できる可能性あり

壁 その2

- 生体反応(治癒・壊死)の壁
時間の経過とともに、受傷(発症)時の状態は変わっていく
外表のキズ・あざなど 治癒してしまう
★ 脳の外傷 壊死

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

3ヶ月児 SIDS

4ヶ月児 AHT (3ヶ月前に発症)

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

- 司法の壁
行われる解剖の種類は主として司法解剖
得られた情報・検査結果・結論(死因など)は、基本的に裁判資料
(開示できない)
→ 関係機関の努力や新たなルール作りにより
解決できる可能性あり

壁 その2

- 生体反応(治癒・壊死)の壁
時間の経過とともに、受傷(発症)時の状態は変わっていく
外表のキズ・あざなど 治癒してしまう
↓ 脳の外傷 壊死

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その2

- 生体反応(治癒・壊死)の壁
時間の経過とともに、受傷(発症)時の状態は変わっていく
外表のキズ・あざなど 治癒してしまう
↓ 脳の外傷 壊死

初期の全身状態の把握が必須
(画像や眼底 諸検査のみならず、体表の所見)
カルテには...「外表には外傷無し」の一言のみ
外表の写真を撮影して残しておく
法医学医師が外表検査を行う

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その3

- 法医学者側の壁
マンパワー不足
法医学者の温度差
法医学者(医師・歯科医師以外も含めて)の全てが
虐待に興味があるわけではない
予防や防止に関しては専門外
急な解剖が入ると出席できない
多くの施設は法医解剖と鑑定書作製、裁判出廷などで手一杯
子ども虐待だけに特化することはできない
↓ 厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
「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」
平成28年度アンケート調査 より 「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その3

- 法医学者側の壁
↓ マンパワー不足の解消が必要
法医学者の促成栽培はできない
まずは十分なポストの確保が必須(文科省)
臨床医育成だけに光を当てる施策の転換(厚労省)
法医学の知名度を上げる

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

【仮面ライダーエグゼイド】



仮面ライダーレーザーは監察医・九条貴利矢が変身

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その3

- 法医学者側の壁
 - ↓
 - マンパワー不足の解消が必要
 - 法医学者の促成栽培はできない
 - まずは十分なポストの確保が必須(文科省)
 - 臨床医育成だけに光を当てる施策の転換(厚労省)
 - 法医学の知名度を上げる

将来的には解決する可能性あり

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

Q: 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?

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・監察医施設の数99施設
(回答率44.9%)

	裁判前・裁判中	結審後	
する	21 (52%)	27 (68%)	しない: 解剖嘱託施設が必要なので
しない ¹⁾	10	3	その他: 参考人としてなら可 ⁽²⁾
その他 ²⁾	5	6	
未記入	4	4	クローズドであることが大前提

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)
¹⁾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、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

シンポジウム 防げる死から子どもを守るために

海外でのCDRと 日本での虐待死亡事例検証の見逃し

日本小児科学会子どもの死亡登録検証委員会
前橋赤十字病院小児科 溝口史剛

子ども虐待対応の歴史

1874 1883 1962 '63 '75 '83 '86 '90 '00 '09 '12 '16

米 国 福祉 医療 司法

英 国 福祉 医療 司法

日 本 福祉 医療 司法

Child Death Reviewの歴史

1874 1883 1962 '63 '75 '83 '86 '90 '00 '09 '12 '16

米 国 福祉 医療 司法

英 国 福祉 医療 司法

日 本 福祉 医療 司法

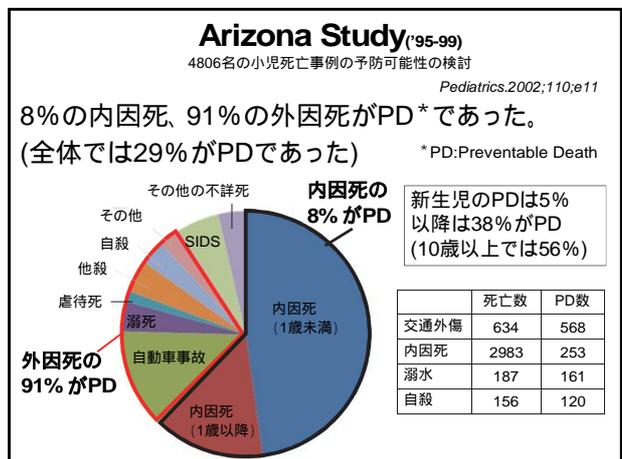
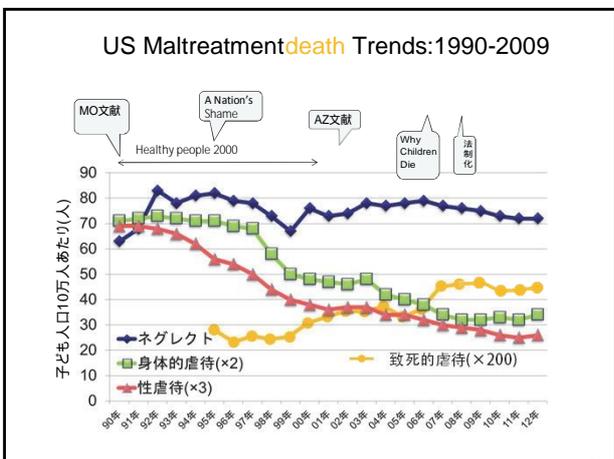
The Missouri Study ('83~'86)

1993;91;330 Pediatrics

5歳未満の外因死364例 + 疑義のある内因死20例の研究

死亡診断書の死因分類	調査後の死因分類					総計 (%)
	確実な虐待死	高虐待可能性死	虐待可能性死	非虐待死	情報不十分	
殺人	58	-	-	-	-	58(15.1%)
事故	27	21	106	40	87	281(73.2%)
不詳死	16	4	3	2	0	25(6.5%)
内因死	20	-	-	-	-	20(5.2%)
計	121(31.5%)	25(6.5%)	109(28.4%)	42(10.9%)	87(22.7%)	384(100%)

- 死因が虐待・ネグレクトと記載されていたのは47.9%
- 児童相談所が認知していたのは79.3%
- 警察が児童虐待事件として特定できていたのは38.8%
- 起訴されていたのは1名のみ



小児科学会の委員会の検証結果要旨

Step1: 疾病グルーピング Step2 予防可能性トリアージ

Step3: 委員会における検証
 A: 虐待可能性カテゴライズ
 B: 予防可能死の施策有効性ソーティング
 C: 不詳の再分類

- * 5歳未満の13.2%が「不詳死」
- * 全小児死亡の27.4%がPD、8%がH-PD
- * 全小児死亡の9.8%施策有効死、2.7%が高施策有効死

全小児死亡の7.3%が虐待可能性死、3.0%が高虐待可能死

高虐待可能死の45.5%がAHT

このうち起訴事例 0件

奥山班研究: 2014年の虐待疑い死、疑義/不備不詳死の割合

CPT+ の32%: CPT- の5.9% CPT+ の68%: CPT- の94.1%

虐待可能性死の判断に関して(全死亡数に対する割合)

虐待専門医の board による判断:	>>	虐待対応年間13例以上の医療機関の判断	>	虐待対応年間12例以下の医療機関の判断
7.3%		3.8%		3.6%

虐待専門医の board による判断:	>	虐待対応年間13例以上の医療機関の判断	>	虐待対応に不慣れ(?) (年間12例以下) な医療機関の判断
3.0%		2.5%		1.4%

厚労省の死亡事例検証 1.6%

高虐待可能性死の判断に関して(全死亡数に対する割合)

小児科学会の board による判断:	>>	虐待対応年間13例以上の医療機関の判断	>>	虐待対応年間12例以下の医療機関の判断
89.1%		35.8%		16.0%

死亡事例検証すべき事例(虐待可能性死 + 疑義/不備のある不詳死)の全小児死亡に占める割合

21.5%	>>	7.7%	>	5.5%
-------	----	------	---	------

奥山班研究: 2010-2014年度の高虐待可能死(3B+4)の報告

有効回答事例数: 81例 (CPTのない病院からの報告事例数は10例)

AHT(虐待による頭部外傷)	28例	医療ネグレクト	2例
高リスクCPA (同胞不詳死、AHT既往児など)	14例	心中	4例
窒息	8例	自宅分娩後死	4例
被殴打児症候群(多発損傷)	7例	溺死	2例
ネグレクト(含、低体温)	7例	その他	5例

児相通告: 65.4%(53/81例)

死亡事例検証 (無回答: 7例)

- ・ やった: 7例 (うち公式2例、非公式4例)
- ・ していない: 9例
- ・ 知らない: 13例

警察通報: 88.9%(72/81例)

その後の司法プロセス

- ・ 起訴: 13例(15%)
- ・ 不起訴、その他: 13例
- ・ 知らない: 47例(58.0%) (無回答: 8例)

臨床医 - 法医連携

剖検前連携: 9例 (11.5%)

剖検後連携: 13例 (16.1%)

前後共に連携があった 4例 (6.9%)

前後共に連携なし 27例 (47%)

CDR→施策

交通外傷

- ・ 運転免許習得に関する道交法改正
- ・ 行政と連携し信号機/歩道等設置
- ・ 学年末安全教育の促進
- ・ 飲酒運転の厳罰化
- ・ チャイルドシート提供プログラム実施
- ・ 土木課と連携し危険な道路や歩道の再整備促進
- ・ 自転車ヘルメット着用法制化

溺水

- ・ プール・バス設置法制化
- ・ ビーチの救護監視員設置再義務化
- ・ 荒天時の溺水防止の為、重立観測所と連携し、警報発令、啓発、救命胴衣着用等の大規模キャンペーン実施
- ・ 低所得層の子どもへ夏季安全啓発プログラム実施
- ・ 蓋なし井戸への規制強化
- ・ 水辺の監視力強化キャンペーン実施

自殺

- ・ 詳細な10代の自殺白書作成
- ・ 教員向け自殺予防講義(年2時間)
- ・ CDRチーム訪問の学校リスク評価

火災

- ・ 火災報知機設置助成実施
- ・ 貴重物件の報知器設置法制化
- ・ 10代放火者へメンタルヘルスサービス提供
- ・ 小児教育プログラムへ火遊びを追加

中毒

- ・ 未使用処方箋の定期的回収実施
- ・ 赤ちゃんポストの法的担保
- ・ 高リスク家庭支援のリスクセクター設立
- ・ 医療機関でのCPT設置/啓発強化と非通告時の罰則強化
- ・ こころには赤ちゃん事業等の家庭訪問サービス強化

子ども虐待・ネグレクト

- ・ 赤ちゃんポストの法的担保
- ・ 高リスク家庭支援のリスクセクター設立
- ・ 医療機関でのCPT設置/啓発強化と非通告時の罰則強化
- ・ こころには赤ちゃん事業等の家庭訪問サービス強化

製品安全性

- ・ 消費者庁へ欠陥製品による死亡通告し、リコールや警告の手続きこれまでに付与済みおもちゃ箱、5歳以上の容量のバスタブ、ヘルメット等への警告実施
- ・ 銃火器への安全装置設置義務化

急性心臓死

- ・ すべての学校へのAED設置
- ・ 病院連携し部活動児へ心臓健診

未熟児出生

- ・ 非英語圏妊婦への教育キャンペーン
- ・ 出生時予後を不良とする社会的阻害要因同定研究への助成
- ・ 民間団体と連携し、実験胎児啓発
- ・ 産科/産院連携しDV被害女性支援
- ・ 母親支援プログラム設立

睡眠環境改善

- ・ 医療機関が睡眠時安全環境モデルを提供すべく啓発し、両親への睡眠時安全環境啓発実施を促進
- ・ AHT/虐待/睡眠環境啓発キャンペーン実施
- ・ 保育園へ睡眠環境啓発と調査を実施するための条例制定
- ・ 睡眠環境の改善キャンペーン実施

その他

- ・ 小児別検率の向上キャンペーン
- ・ 児童相談所職員増員の増員
- ・ 包括的ケア提供

CDRの効果

1. 死亡児の同胞の安全担保上の関係機関の反応性向上
2. 十分な情報収集、各機関の死因同定の正確性の向上
3. 関係機関の連携の改善、効率性の向上
4. 犯罪としての捜査、訴追状況の改善
5. 地域の、子どもへの医療提供体制の改善
6. 子どもの死亡に寄与するシステム上の障壁の同定
7. 法/施策改正の必要性の同定と権利擁護活動の増加
8. 子どもの死亡のトレンドや、リスク要因の把握
9. 子どもの健康や安全に関しての市民啓発機会の増加

Biasによる悲劇

ワネタ・ホイット事件



1960年代、ドイツ人のスタインシュナイダー博士が「SIDS無呼吸原因説」を提唱。彼は、3人の子供が相次いで「呼吸障害」で死亡したホイット家という一家に注目。自らの仮説を証明すべくこの家の4人目の子供をSIDSの研究対象とした。この子は7歳まで健康に育ったが、やはり「無呼吸」で病院に運ばれ、退院した翌日に死亡した。ホイット家では5人目の子供ができて、この子も研究対象となったが、やはり退院翌日に死亡した。

スタインシュナイダー博士はホイット家の経験をもとに複数の論文を発表し、彼の「睡眠時無呼吸説」と、それに伴い提唱した「モニター監視防止策」は不動のものとなった。

しかし、児童虐待を扱っていた女性の医学博士がこの論文を読んで、「一家で5人も死亡するという異常なケース」に着目。彼女は州判事に連絡、5人目の子供の臨床記録を入手、そこには何も異常が無かったことを発見した。その後、ワネタはすべての犯行を自供し、20年越しに殺人罪で有罪の判決を受けるに至った。

「権威者によるオピニオン」のみに基づく判断の危険性を如実に物語る事例である

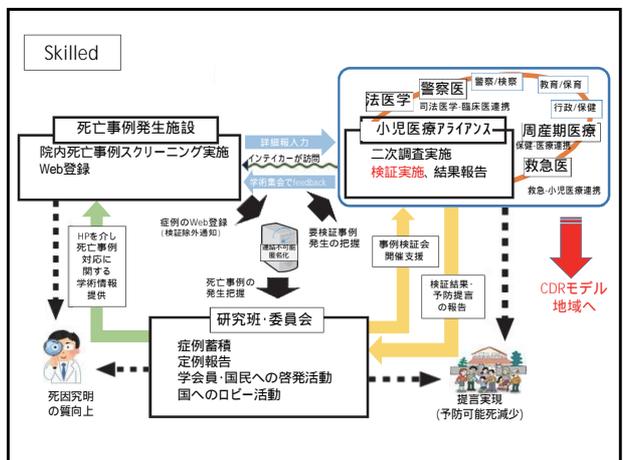
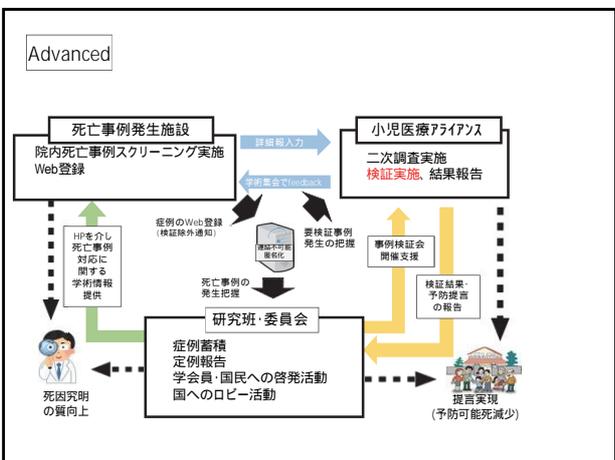
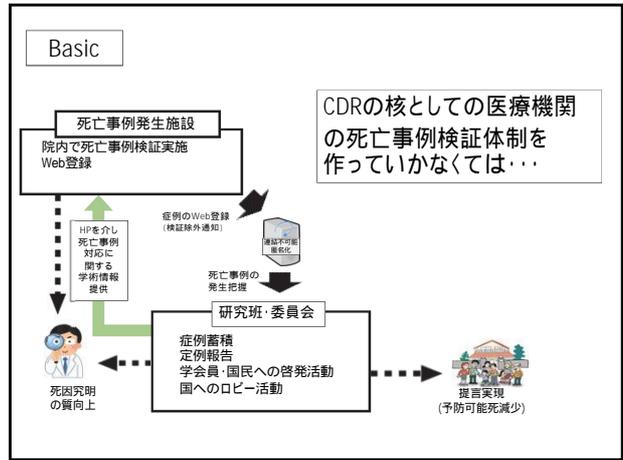
Biasによる悲劇
サリー・クラーク事件



弁護士であるサリー・クラークは子どもに恵まれるも生後わずか数ヶ月で突然死してしまふ。しばらくして授かった二人目の息子も、あつという間に亡くなってしまった。彼女はほどなく逮捕され、有罪判決が下つた。Roy Meadowの「中産階級のタバコを吸わない家庭で、2名の乳児が偶然続けて自然死する確率は7300万分の1」という証言が決定打となつた。サリーのケースでは、網膜うっ滞が網膜出血と誤解釈され、死後アーチファクトとしての脳断裂が「乳児ゆさぶられ症候群」に起因するものと誤解釈され、同じく死後アーチファクトとしての眼窩軟部組織出血や傍脊椎うっ血が、窒息と揺さぶりに起因するものと誤解釈された。他にも、疑わしいと指摘された挫傷の組織学的サンプルが欠陥していたり、複数の部位から黄色ブドウ球菌(S. aureus)が培養されたと報告されたものの、その培養結果について示されない、などこの事例の裁判には多くの問題点があつた。

なお彼女は再審請求で無罪となつた4年後自殺している。

初期評価が不十分の場合、その後どのようなことが起こりうるかということを明確に示している一例といえる



スタートは同じ

国を変えるのは大変・
ただ、自分たちの地域を変えることは
頑張ればできるはず！

Join US！
年度内にHPを立ち上げる予定
現状アドレスもない状態であるが、
小児科学会の
子どもの死亡登録検証委員会の
HPからリンクを貼る予定
ぜひご一報を！



CDRの導入を検討中の都道府県

追加発言

和歌山県立医科大学保健看護学部
柳川敏彦

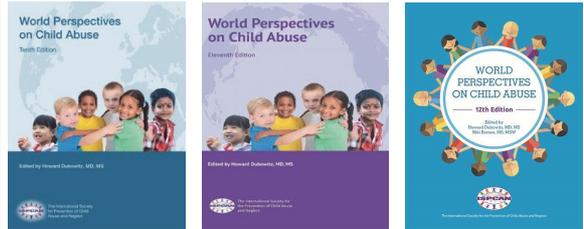
チャイルド・デス・レビュー (CDR) - 日本での実現に向けて

表 諸外国における CDR システムの比較 (Fraser ら, 2014 より引用一部改変)²⁾

	アメリカ	イギリス	オーストラリア	ニュージーランド	
CDR	胎児・乳児死亡例検討	CDR・重大症例検討	周産期死亡例検討	CDR	
小児・青年死亡検討(周産期死亡検討委員会も含む)					
注制化	虐待死症例の検討を推奨化する連邦法のもと、全州で法制化	Local Safeguarding Children Boards regulations (2006) ほか	法制化なし。患者安全機関に委任	7/8州でなにかしらの法制化	
Public Health and Disability Act (2000) ほか					
財源	国、州、民間など多彩	業務の一環として行われる	地方児童保護委員会の業務として行われる	同左	
目的	死因を理解し、将来の死亡を予防し、子どもの安全、健康、福祉を促進する	母子保健サービスの改善、死亡率を下げ	虐待疑い例を抽出し、地域と全国の子どもの安全や福利に関する懸念事項を指摘し、機関および個人の活動を改良する	政府・政策担当者・医療関係者に地域や全国の周産期死亡について報告する	
対象	18歳までの虐待死は必須。多くの州は SUID や外因死、25歳までの死なども検討する。非匿名化	検討症例の選出方法は地域差あり。虐待が疑われる例はさらに重大症例として検討する。匿名化	0~18歳の全死亡症例。死産と新生児期死亡全例	虐待死のみ、あるいは虐待と事故死。と地域差あり	25歳までの全死例(新生児期死亡は周産期死亡検討委員会が実施)。死因が把握していた児には追加で内部調査あり

森崎菜穂、山岡祐衣、溝口史剛: 周産期医学 Vol.46 No.3 283-286, 2016

ISPCAN
World Perspective on Child Abuse
1982年から2年ごとに発行



第10版 2012年
イスタンブール大会

第11版 2014年
名古屋大会

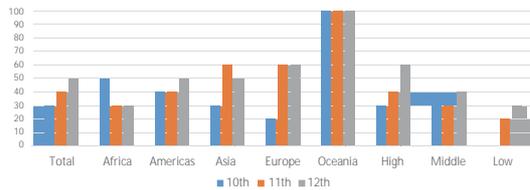
第12版 2016年
カルガリー大会

調査協力国

数字は国の数

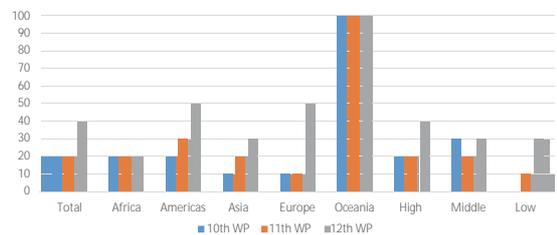
	Total	Africa	Americas	Asia	Europe	Oceania	High	Middle	Low
10th WP	68	9	10	27	20	2	28	36	4
11th WP	73	10	13	26	23	1	33	33	7
12th WP	73	13	8	21	29	2	36	29	8

Child Death Review(CDR)チーム



	Total	Africa	Americas	Asia	Europe	Oceania	High	Middle	Low
10th WP	31%	44%	40%	33%	15%	100%	32%	33%	0%
11th WP	40%	30%	38%	54%	57%	100%	36%	27%	14%
12th WP	49%	31%	50%	47%	54%	100%	59%	42%	25%
国数 2016	36	4	4	10	16	2	21	12	2

CDRチームを法制化



	Total	Africa	Americas	Asia	Europe	Oceania	High	Middle	Low
10th WP	15%	22%	20%	11%	10%	100%	18%	33%	0%
11th WP	19%	20%	31%	15%	13%	100%	18%	21%	14%
12th WP	36%	23%	50%	29%	45%	100%	44%	28%	25%
国数 2016	26	3	4	6	13	2	16	8	2

ワークショップ・シンポジウム
防げる死から子どもを守るために
～虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～
(東京, 2017.1.29)

死亡事例の検証方法の検討

1

筑波大学
宮本信也

2015年度の検討結果1

○目的

- 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の整理
- 望ましい検証のあり方を検討

○方法

- 厚生労働省専門委員会による児童虐待死亡事例等の検証報告書第6次(H22)～11次(H27)
- 指摘されている地方公共団体の検証の問題の整理

2015年度の検討結果2

○結果

- 委員会構成、運営、方法まで多様な指摘
- 毎年度、共通していた指摘が1項目あった
- 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**

○考察

- 検証が、死亡の検証ではなく、虐待の検証となっており、結論も、一般的な虐待予防対策の提示となっていることがうかがわれた。
- その背景として、検証が、虐待の検証・虐待の予防の視点で行われていることが考えられた。
- この問題を改善する方向として、**「死亡の検証」と「虐待の検証」を分けて考える方法論**が考えられた。
- 地方公共団体が、検証の方法論を必ずしも十分には把握していない状況も同様に、新たな方法論に基づく検証の手引きが必要と思われた。

2016年度の検討

○目的

- 新しい方法論に基づく実際の検証方法の開発

○方法

- 検証方法試案の開発
 - エキスパート・コンセンサスによる
- 検証方法試案の有用性の検証
 - 子ども虐待への対応経験のある福祉・保健関係者により、自治体により過去に行われた検証報告書の事例を対象として、試案による検証をシミュレーションする
 - 報告書の対策・提言とシミュレーション検証による対策・提言を比較検討する。

虐待死亡例の検証のための方法論案概要
1. 死亡予防に焦点化した検証

○死亡に至った経緯の整理

○死亡を防げた可能性の検討

- 「ここで介入していれば、その後の死亡を防げたのでは？」
- 「そのとき、何をしていたら防げたか？」

○死亡を防げなかった要因の検討

- 「その時点でそのことができなかったのは、どうしてか？」
- 「そのことができるためには、どのようにしたらよいか？」
- 「そのためには、何が必要か？」

○死亡の予防に向けて

- 死亡に至った背景要因への具体的な改善策の整理
- 地域に限定した対策・提言:自治体向け
- 一般化した対策・提言
 - 自治体向け
 - 国向け

虐待死亡例の検証のための方法論案概要
2. 虐待予防のための検証

○虐待に至った要因の整理

○死亡に至る経過の前段階での介入の可能性

○虐待自体の予防の可能性

○虐待の予防に向けて

- 虐待に至った要因への具体的な改善策の整理
- 地域に限定した対策・提言:自治体向け
- 一般化した対策・提言
 - 自治体向け
 - 国向け

事例

- 死亡事例 2歳3か月男児
- 死亡原因 外傷性頭蓋内出血
- 直接の加害者 実父

- 経過
- 生後3か月 慢性硬膜下血腫・眼底出血
 - ・ 児童相談所 在宅支援の方針
- 6か月 大腿骨骨折
 - ・ 警察にも通知
- 7か月～2歳3か月 一時保護→施設入所
- 2歳3か月 措置解除→家庭復帰2週間後に死亡

自治体の検証報告書での提言内容1

- 児童相談所
 - ・ 援助方針会議において、独自の対応指針を活用しながら職員同士が多角的・重層的議論を活発に行い、最も効果的な援助方針を策定することのできる会議運営が求められる。
 - ・ 初任者に対する研修体制を再度整備するとともに、中堅者研修やスーパーバイザーのための研修等実務経験に応じた研修、児童福祉司や児童心理司、児童指導員等職種に応じた研修、実践力を高めるための事例研修等を組み込んだ研修システムを構築することが必要である。
 - ・ スーパーバイザーのあり方についても、指導内容が共有されやすいようにシステム化しておく必要がある。
 - ・ 実務経験の豊富な職員を一定数配置し、経験の浅い職員をフォローできる体制の整備や、スーパーバイザー機能の充実が、対応に誤りを生じさせないためにも、また、職員の負担軽減のためにも必要である。

自治体の検証報告書での提言内容2

- 児童相談所
 - ・ 重篤な虐待によって施設入所した事例においては、措置解除の適否について、第三者による専門的な意見を徴することが望ましく、社会福祉審議会児童福祉専門分科会措置専門部会に諮るべきである。
 - ・ 保護者援助について、明確かつ詳細な援助指針を作成し、初期の段階で保護者に対し家庭復帰のために改善または解決しなければならない事項を示す必要がある。
 - ・ 保護者のニーズをくみ取ったうえで、親子構築を目的とするペアレントトレーニングの提示なども必要である。

自治体の検証報告書での提言内容3

- 県
 - ・ 県においては、再度市町村との役割分担について周知徹底を図るとともに、児童福祉法第11条第1項の規定に基づく市町村職員研修を実施するなど、当該職員の専門性向上を支援すべきである。
- 市町村
 - ・ 主体的に研修を行うとともに、担当職員のみへの対応にとどまることなく、組織的対応が可能となる体制の構築が必要である。
 - ・ 当該市の行財政力を考えると、効果的かつ効率的な児童虐待対応を行うため、心理士を始めとする専門職員の配置等、体制の充実を図り、将来の児童相談所設置を検討していきたい。

自治体の検証報告書での提言内容4

- 施設
 - ・ 援助方針について、児童相談所に意見を伝えるシステムが必要である。
 - ・ 児童相談所と協議のもと、施設における援助指針を作成し、定期的に意見交換を行うなど、積極的な関与が必要である。
 - ・ 児童相談所と保護者が対立関係にある場合は、児童相談所に代わり、保護者援助を実施することも必要であり、具体的には、第三者機関を活用しながらペアレントトレーニングを導入することも検討すべきである。
- 医療機関
 - ・ 緊急に虐待対応ができるように、「虐待対策委員会」や「緊急ケース会議」などの、初期の段階で虐待かどうかの判断ができる体制を整備することが望まれる。

「手引き」を用いた検討における提言内容1

- 虐待ケースを解除するときの体制の構築
 - ・ 措置解除にあたっては、市町村、施設、学校、病院等の関係機関を集めた個別ケース検討会議において、措置解除後の虐待発生リスクを検討した上で、援助方針会議において措置解除するかどうか決定する。
 - ・ 虐待発生リスクの評価においては、関係機関で共通のチェックリストを作成し、個別ケース検討会議で使用する。
- 泣き声通告時の対応
 - ・ 泣き声通告があった場合は、48時間以内に児童相談所や市町村等の公的機関が必ず児童の安全確認をする。

「手引き」を用いた検討における提言内容2

○措置解除後の支援

- 措置解除数日以内に家庭訪問をする。
- それ以降は、児童相談所、市町村、施設でそれぞれ週1回、家庭訪問を行う。
 - 家庭訪問時の確認事項を記したチェックリストを作成する。
- 家庭訪問した結果については、関係機関間で情報共有を行う。
 - 情報共有のための共通の報告書の様式を作成する。

既存報告書と手引き活用の提言内容の違い

○既存の報告書

- 「……求められる。」
- 「……必要である。」
- 「……べきである。」
- 「……検討する。」

○手引き活用

- 「……する。」
- 「……行う。」

まとめ

- 「死亡の予防」と「虐待の予防」を分けて検証する方法論は、具体的な対応策を検討する上で有用と思われる。
- その際、虐待死亡の予防のためではなく、当該事例の死亡予防に焦点化した検証を行うことで、当該地域で実施できる実際的な対応策を検討することができると思われる。
- こうした検証によって得られた結果は、最終的には、地域限定に留まらず、他地域でも参考になる部分を含むものと思われる。
- キーワードは
 - 死亡事例焦点化
 - 地域焦点化

ワークショップ・シンポジウム
防げる死から子どもを守るために
～ 虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～

参加者アンケート

申込数 102
来場者数 97

アンケート回収 66
(回収率68.0%)

1. 回答者属性

1 医療機関	13
2 教育機関	5
3 行政機関	28
4 福祉機関	13
5 司法機関	2
6 NPO,NGO,団体,個人	4

計 66

2. 感想

1 非常に満足	17
2 満足	34
3 どちらとも	7
4 不満足	3
5 非常に不満足	0
無回答	5

計 66

3. 所持資格

1 医師	16
2 看護師	2
3 助産師	2
4 保健師	18
6 社会福祉士	8
6 精神保健福祉士	2
7 社会福祉主事	4
8 保育士	2
9 臨床心理士	2
10 児童心理司	1
11 教員	1
12 弁護士	1
13 児童福祉司	1
14 特にない	5
15 空欄	1

計 66

2. 感想 自由記述(抜粋)

< 非常に満足・満足 >

- ・CDRの必要性を強く感じていたが、知識が皆無だったので非常に勉強になった。
- ・タイムリーな内容を今後の課題方向性を考えるために、学びが深まった。
- ・とても専門的なお話を聞くことができた。これからの方向性を知ることができた。
- ・専門家の方々がどれだけ先のことを真剣に考えて対応を検討されているかを知ることができ、頼もしく感じるとともに、自分としても学びに満ちた一日だった。
- ・シンポジウムの討論の時間があるとよかったが、それぞれの立場での検証に関する知見が聞けて良かった。

< どちらともいえない >

- ・より具体的な話やアドバイスが今後発信できるかどうかにかかっていると思う。
- ・一つ一つの内容について、もう少し掘り下げた話を聞きたかった。
- ・1人1人の先生方の持ち時間が少なかったと感じた。もう少しゆっくり聞きたかった。

< 不満足 >

- ・発表者の資料がほとんどなかった
- ・時間に比べて内容が多すぎた。パワーポイントの文字も小さく、資料として配付してほしい。

