

. 分担研究報告

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福祉的側面に関する研究

分担研究者 相澤 仁 大分大学福祉健康科学部 教授

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「これまでの重大事例検証制度の経緯」「検証委員会」「提言の作成について」「提言された対策についてのフォローアップに関して」「新たな事実が出てきた時などの再検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 3.地域福祉」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「これまでの重大事例検証制度の経緯」「検証委員会」「提言の作成について」「提言された対策についてのフォローアップに関して」「新たな事実が出てきた時などの再検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 3.地域福祉」に加え、「重大事例等の検証の進め方【参考例】」を執筆できた。

【考察】 過去2年間に実施したアンケート調査結果やヒアリング調査結果などに基づき、検証委員会においては、検証組織、検証委員の構成、検証委員の任期・委嘱回数、会議のあり方、複数の自治体が関与している事例の合同検証について記載できた。提言の作成については、具体的にわかりやすくポイントなどを示しながらまとめる重要性を指摘するとともに、提言の実行性を勘案しつつ工程表を作成する必要性について参考例を示し指摘することができた。これまでは工程表まで作成している自治体は少なく、子どもの死や痛みを無駄にしないための対策等を推進していくためにも工程表を作成してもらうための取り組みが必要であると考えられた。提言された対策についてのフォローアップに関しては、参考例として提言の実施状況確認リストを示し、検証委員会を開催してフォローアップしていく必要性について記載したが、実施状況の具体的な確認のあり方などについても触れていく必要がある。フォローアップに関しても実施している自治体は少なく、そのための委員会の開催状況について確認する必要がある。新たな事実が出てきた時などの再検証については、新たな事実が出てきた場合の再検証についてと、検証事例が一定以上蓄積された場合の分析検討の重要性について簡潔に記載できた。

なお、検証の進め方が一目して理解できるような図を挿入してほしいといった講習会参加者の意見を踏まえて、「重大事例等の検証の進め方【参考例】」を作成し付加した。

A．研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

B．研究方法

平成27・28年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版

担当した内容は「これまでの重大事例検証制度の経緯」「検証委員会」「提言の作成について」「提言された対策についてのフォローアップ

に関して」「新たな事実が出てきた時などの再検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 3.地域福祉」であった。

C. 研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

これまでの重大事例検証制度の経緯

厚生労働省は、児童虐待の防止等に関する法律¹⁾(以下、児童虐待防止法)が施行された平成12年11月20日から平成15年6月末日までに、新聞報道や都道府県・指定都市の報告により厚生労働省が把握している125件(127人死亡)の虐待死亡事例について、各自治体における検証・再発防止へ向けた取り組みを調査し、整理して、「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」²⁾をまとめ、平成16年2月27日に公表した。

その後、平成16年4月に児童虐待防止法が改正され、新たに、国および地方公共団体の責務として、「児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行う」ことが規定され、検証への取り組みが明確化された。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省は、社会保障審議会児童部会の下に「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)を設置した。様々な専門分野の有識者で構成される専門委員会が、継続的・定期的に全国の児童虐待による死亡事例等を分析、検証することによって、全国の児童福祉関係者が認識すべき共通の課題とその対応を取りまとめるとともに、制度やその運用についての改善を促すことが目的とされた。平成16年10月28日、第1回会議を開催し、検証委員会(検証委員8名)による死亡事例等の検証がスタートした。

平成17年4月に第1次報告が公表されて以来、現在までに第13次報告までが公表されている³⁾。第1次検証から選択した事例の現地ヒアリング調査に基づく検証や調査票に基づく統計的な検討も行われている。なお、調査票については、第2次検証からのデータベースの構築を踏まえて精緻化している。また、報告書の中には、第1次報告から第4次報告までの総括報告や「地方公共団体における子ども虐待による死亡事例等の検証について」が盛り込まれた第3次報告などがある。

平成19年には「児童虐待の防止等に関する法律」が改正され、国および地方公共団体の責務に、「児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析」が加えられた。

また、都道府県知事は、都道府県児童福祉審議会等に、立入調査、臨検・捜索および一時保護の実施状況、児童の心身に著しく重大な被害を及ぼした事例等を報告しなければならないものとされた。これによって、都道府県においては死亡事例等の検証の実施が義務付けられた。

これを受けて、平成20年3月、国は都道府県に対して「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」(通知)⁴⁾を発出し、その後、平成23年7月に「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」の一部改正について(通知)⁵⁾を発出している。

この間、この報告書の果たしてきた役割は大きく、乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)の創設や医療機関との連携強化をはじめとする養育支援を必要とする家庭への妊娠期、出産後早期からの支援の実施(平成25年7月「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(通知))⁶⁾など児童虐待防止対策の充実や向上に寄与してきた。

¹⁾児童虐待の防止等に関する法律(平成十二年法律第八十二号)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv22/01.html>

²⁾児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について(平成16年2月27日)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-01.html>

³⁾子ども虐待による死亡事例等の検証について:厚生労働省による検証報告書

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv-jinshin/index.html

⁴⁾「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20年3月14日付 雇児総発第03140002号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_15.pdf

⁵⁾「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」の一部改正について(平成23年7月27日付 雇児総発0727第7号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv110805-4.pdf>

⁶⁾「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」(平成25年7月25日付 雇児総発0725第1号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/130725_1.pdf

2 検証委員会

1) 検証組織

(1) 都道府県における検証委員会

検証委員会については、その客観性を担保するため、都道府県児童福祉審議会(児童福祉法第8条第1項に規定する都道府県にあっては、地方社会福祉審議会、以下同じ)の下に部会等を常設する、もしくは全く独立の常設検証委員会を設置することが基本と考えるべきである。

児童福祉審議会の委員をもって、重大事例検証を児童福祉審議会の審議事項の1つとして取り上げて、検証するような都道府県もあるが、検証に特化した委員でないこと、他の検討事項とともに検証がなされるために短時間となることなども問題があり、十分な検証が困難となる。重大事例検証に関しては、独立した検証委員会を設置することが必要である。

なお、検証委員会の運営については、具体例として表2-1に示した「大阪市社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童虐待事例検証部会運営規程」のような規程を定めて運営することが求められている。

(2) 市区町村および関係機関における検証チーム

検証事例に関係があった市区町村や機関が当事者として行う検証も重要であり、できるだけ検証が行われるべきである。都道府県はできるだけ市区町村が検証できるように協力すべきである。市区町村レベルの検証は、もともと守秘義務のある要保護児童対策地域協議会をもって検証にあたるのが有意義であることが多いが、市区町村として、その都度の検証チームを立ち上げる形も可能である。このような内部検証の実施を通して、今後の取り組みに資することが最も重要であるが、第三者と

しての検証である都道府県で行う検証にも、その結果を資することも求められている。なお、そのためにも、都道府県に常設された検証委員会の委員が、市区町村が実施する検証チームの会議に参加して情報収集などを行うことが望ましい。

(3) 検証委員会の事務局体制

検証を担当する事務担当職員は、検証のための調査などを行う必要があることから、重大事例の検証に関する専門性を有したものを配置する必要がある。子ども家庭福祉全体、市町村と都道府県の役割、関係機関に関する知識があり、それぞれの機関との連携を上手にできる人材でなければならない。

検証委員会の運営にあたる事務局体制については、調査¹⁾において、通常業務と並行しての検証委員会事務局業務が非常に負担になることが明らかになった。毎年死亡事例が発生する大都市圏の都道府県では常設の検証担当職員を置くことが求められるが、そうでない県においては、工夫が必要となる。事務局は、当該事例に直接に関与した、ないし直接関与すべきであった組織以外の部局に置くことはもとより、検証事例が複数発生した際にも十分に対応できる体制が必要であり、一時的に人材を補充するなど、その体制づくりが求められることとなる。児童相談所職員や児童福祉の部局を経験して引退した人、保健師で県職を引退した人など、その時々事務局業務の一部を担ってくれる可能性のある人に依頼しておくなどが考えられる。その場合は、パート職員としての一時雇用となると考えられるが、守秘義務等に関する契約を交わす必要がある。

ただ、長期間対象事例がないと、どのように事務局を運営すべきかのノウハウが伝わらない。そのような県では、死亡以外の事例での

検証を行う等、検証事務局の運営に慣れておく工夫が必要である。

2) 検証委員の構成

都道府県に設置された検証委員会の委員は、原則として第三者的な外部の者であることが必要である。なお、その客観性を担保するため、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はもとより、その設置主体である地方公共団体の職員(OBも含む)についても除外すべきである。

検証委員の構成については、より客観的、多面的、重層的、総合的な分析・検討が行えるよう、検証に必要な専門性や能力および倫理性を有した多くの専門分野・多職種による委員によって構成することが必要である。

委員の専門分野・職種については、下記の通りである。

福祉関係(ソーシャルワーカー、ケアワーカー、児童委員など)

医療関係(医師<法医学者を含む>、保健師、助産師、看護師)

教育関係(教員、教育委員会、スクールカウンセラーなど)

司法関係(弁護士、検察官、家裁調査官など)

心理関係(カウンセラーなど)

警察関係(警察官)

その他(民間団体など)

また、検証委員の人数であるが、多くの専門分野による検討を考慮するならば、少なくとも6名以上が必要であり、その事例の性質によって検証に必要と考えられる委員を追加して検証することも大切である。

ある地方公共団体においては、検証を視野

に入れた児童相談所や地方検察庁および警察などと協議を行う取り組みを導入しており、より詳細な検証を実施するためにも、このような取組を積極的に実施すべきである。

3) 検証委員の任期および委嘱回数

検証委員の1回の委嘱任期年数については、2年間ないし3年間という地方公共団体が多く²⁾、2・3年が妥当と言えよう。また、検証委員として委嘱できる回数であるが、実態的には「制限なし」や「規定なし」という地方公共団体が多くみられたものの、人材確保が難しいという現状を考慮しても、原則として2・3回程度が妥当である。10年を超えて同じ委員に委嘱することは望ましくない。

4) 検証委員会

検証委員会の開催にあたっては、委員に守秘義務などの規定についての説明や再確認を行うことが大切である。また、子ども家庭支援システム全体についての知識が少ない委員に対してはあらかじめその地方自治体でのシステムに関して説明しておくことが求められる。

検証委員会の運営に関しては、委員長を中心にすべきであり、事務局主導にならないような注意が必要である。事例の取り上げ、情報収集のあり方、議論の流れの設定、焦点の絞り方など、全て第三者からなる委員会として行うことが重要である。報告書もできるだけ委員が執筆すべきである。

検証委員会の会議時間については、地方公共団体の死亡事例に関する調査結果³⁾によれば、1回2時間程度の時間で会議を行っている自治体が多く見られた。重大事例の複雑さとそれに対する議論を深めることを考えれば、1回の会議時間として最低2時間は必要である。忙しい委員が多い場合には、集まれ

る時には3時間以上の会議とすることも考慮すべきである。例えば、最初の2回程度は必要な情報について検討し、全ての情報が揃ったところで、長時間かけて議論して論点整理を行い、報告書の作成を行う等の方法もある。地方公共団体の中には、定例の児童福祉審議会において、議題の1つとして取り上げ、毎回約30分しか協議しないところもあったが、十分な検証が行われているとはいえず、このような検証委員会のあり方は避けるべきである。また、1つの事例を検討する際に、1回2時間の会議時間で何回程度会議を開催するかについては、事例ごとに違ってくるのは当然のことである。最初から回数を設定するのではなく、検証委員が十分検証ができたと思う回数を重ねることが求められる。最初に目標回数を設定したとしても、委員が不十分と思われるときには延長すべきである。地方公共団体の死亡事例に関する調査結果を踏まえると、1事例に対する会議の回数は平均5.5回であり、6回程度の回数は検証するために必要であることが示唆されている。

なお、市区町村などで検証対象事例について検証した、もしくは検証予定の場合には、その市区町村の検証委員をはじめ関係者が検証委員会にオブザーバーとして参加することも有意義である。

5) 複数の自治体が関与している事例の合同検証

転居ケースなど複数の自治体が関与したケースについては、現在ケースを管轄していた自治体だけではなく、転居前に管轄していた自治体の検証委員など関係者を含めて合同で検証することも有用である。現在管轄していた自治体が責任をもって実施することが考えられる。

<コラム>

複数の自治体が関与している事例の合同検証について

転居ケースなど複数の自治体が関与したケースについては、現在ケースを管轄していた自治体だけで検証するのではなく、転居前に管轄していた自治体の検証委員など関係者を含めて合同で検証することも有用である。

援助中の転居事例については、父母の別居や離婚、関係機関の関与からの逃避などいろいろな理由が考えられ、児童相談所間での移管ルールに基づく情報提供やケース移管、市区町村間での確実な引継ぎが必要になる。児童相談所間や市区町村間及び関係機関間で、事例についての情報の共有化は図られていたのか、事例に対する理解や対応に齟齬や対立は生じていなかったのか、引き継ぎのあり方やケースの連携・協働のあり方など、検証することが大切である。

合同検証の実施については、基本的に、現在管轄していた自治体が責任をもって、転居前に管轄した自治体の検証委員など関係者を含めた合同での検証を実施することが考えられる。

1)2)3) 相澤仁：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,平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(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 年度総括・分担研究報告書,2017:17-57

9 提言の作成について

提言のあり方

子どもの痛みや死を無駄にしないために行

っている検証であり、その検証に基づいて提言することが非常に重要な意味を持つ。つまり、検証委員会は、当該事例の検証結果が実践や政策の改善や向上に資するように提言することが求められている。提言については、事例発生の原因や背景、相談支援のあり方、関係機関との連携のあり方、組織体制上の問題など検証によって明らかになった課題や問題点と関係づけて、具体的にわかりやすく、ポイントなどを示しながらまとめることが重要である。「連携すべきである」「危機対応を行うべきである」といった抽象的な提言は避けるべきで、具体的方策を示す必要がある。

その際、例えば地方公共団体内の児童相談所などの現場での状況や児童虐待防止対策の現状などについて十分に理解し、実現可能性についても検討した上で、実効性が期待できる課題から優先的に提言を行うことに留意すべきである。

また同時に、優れた判断や対応などについても取り上げ、関係機関や支援者に活力を与え、その推進や向上が図られるように所見を述べることも大切である。

その上で、その提言の実行性を勘案しつつ、その工程について示すことが必要である。

11 提言された対策についてのフォローアップに関して

検証委員会は、報告書作成後、提言がその工程に基づき、どの程度実現されたのかをフォローアップすることが求められている。したがって、事務局は、1年後を目途に、検証委員会を開催して、提言された対策が工程に基づき実現されているか、その状況について報告し、検証委員会からの意見を聴取する必要がある。進んでいない場合などについては、検証委員会が再度、その原因を検討して、再発防止の

ための推進策を提言することが重要である。

12 新たな事実が出てきた時などの再検証

1) 新たな事実が出てきた場合

報告書作成後に、検証結果に影響を及ぼす新たな事実が出てきた場合には、再発を防止するためにも検証委員会を再度開催して、再度、対象事例について再検証を行い、報告書を作成し直すことが必要である。

2) 検証事例が一定数以上蓄積された場合

検証委員会により検証された事例や内部検証事例が一定数(10 ケースを目途)以上蓄積された場合には、報告書の内容を再度分析検討して、共通課題や問題点などを明らかにし、再発防止策についての提言をまとめ、報告書を作成して公表し、その傾向と対策について関係者に周知を図ることが重要である。

付録

検証会議に必要な情報とその入手に関して

3 地域福祉

重大事例など個別具体的なケースの効果的な検証のために必要な地域福祉に関する情報の1つは、家族全体をアセスメントするための情報である。虐待が生じる家族は、多様な問題が複合的に作用しており、家族全体としての問題性やその背景にあるメカニズムなど家族の構造的な問題として理解し、重大な問題にまで至ってしまった原因や背景について検証することが必要である。

家族全体を的確にアセスメントして検証するためには、「年齢別必要情報で示した項目などに関する情報を収集することが望ましい。

こうした情報に基づいて、重大な事態に至る

時系列的な経過やその発生の背景としての養育者の心理的メカニズムや家族内の対人関係のメカニズムなどについて分析・検討しながら、子ども、養育者、家族、地域社会それぞれが抱えているリスク要因などについて把握していくことが重要である。

次に、検証のために入手すべき情報は各関係機関による対応過程など関与状況に関する情報である。実際に事例に関与した複数の関係機関・関係者等から、ケースについての認識や支援の経緯などを聴取することが望ましい。

多様な複合的な問題を抱えている虐待事例については、機関連携によるチーム支援が重要であり、関係機関や関係者相互で情報共有しながら、それぞれの役割を認識しつつ相互に補完しながら機能することが求められている。

しかしながら、これまでの多くの検証報告書で指摘されている点の1つは、機関連携不足である。

関係機関相互の連携による適切なチーム支援ができない原因や理由はどこにあるのか。こういう点を検証するためには、ネットワークの一員であるそれぞれの機関や関係者が、そのケースについてどのように理解し、自分たちの役割を認識し、どういう対応をしていたのか。情報の共有化は図られていたのか。認識や対応にずれや対立は生じていなかったのか。こういった点について検討するために、実際に関与した関係機関や関係者から直接的にヒアリングして情報収集することが必要である。また、要保護児童対策地域協議会などで実施されたケース検討会議の記録などを入手しておくことも大切である。

なお、児童相談所や市町村など福祉機関において情報収集を行う場合には、当該機関

の職員のみならず、検証委員の協力を得て行うことも考慮すべきである。

こうした各関係機関・関係者の対応過程などについての情報を、時系列的に並べて整理して検討することによって、情報共有やリスクに対する見立ての甘さ、関係機関の役割や進捗管理する機関の不明確さ、介入すべきタイミングの悪さなど、重大事例の再発を防ぎケースを適切に支援する上で重要な点を発見することが少なくないからである。

D. 考察

過去2年間に実施したアンケート調査結果やヒアリング調査結果などに基づき、検証委員会においては、検証組織、検証委員の構成、検証委員の任期・委嘱回数、会議のあり方、複数の自治体が関与している事例の合同検証について記載できた。提言の作成については、具体的にわかりやすくポイントなどを示しながらまとめる重要性を指摘するとともに、提言の実行性を勘案しつつ工程表を作成する必要性について参考例を示し指摘することができた。これまでは工程表まで作成している自治体は少なく、子どもの死や痛みを無駄にしないための対策等を推進していくためにも工程表を作成してもらうための取り組みが必要であると考えられた。提言された対策についてのフォローアップに関しては、参考例として提言の実施状況確認リストを示し、検証委員会を開催してフォローアッ

プしていく必要性について記載したが、実施状況の具体的な確認のあり方などについても触れていく必要がある。フォローアップに関しても実施している自治体は少なく、そのための委員会の開催状況について確認する必要がある。新たな事実が出てきた時などの再検証については、新たな事実が出てきた場合の再検証についてと、検証事例が一定以上蓄積された場合の分析検討の重要性について簡潔に記載できた。なお、検証の進め方が一目して理解できるような図を挿入してほしいといった講習会参加者の意見などを踏まえて、「重大事例等の検証の進め方【参考例】」を作成し付加した。

E. 結論

これまで2年間の研究の結果を基に、「これまでの重大事例検証制度の経緯」「検証委員会」「提言の作成について」「提言された対策についてのフォローアップに関して」「新たな事実が出てきた時などの再検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 3.地域福祉」を執筆・編集した。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

重大事例等の検証の進め方【参考例】

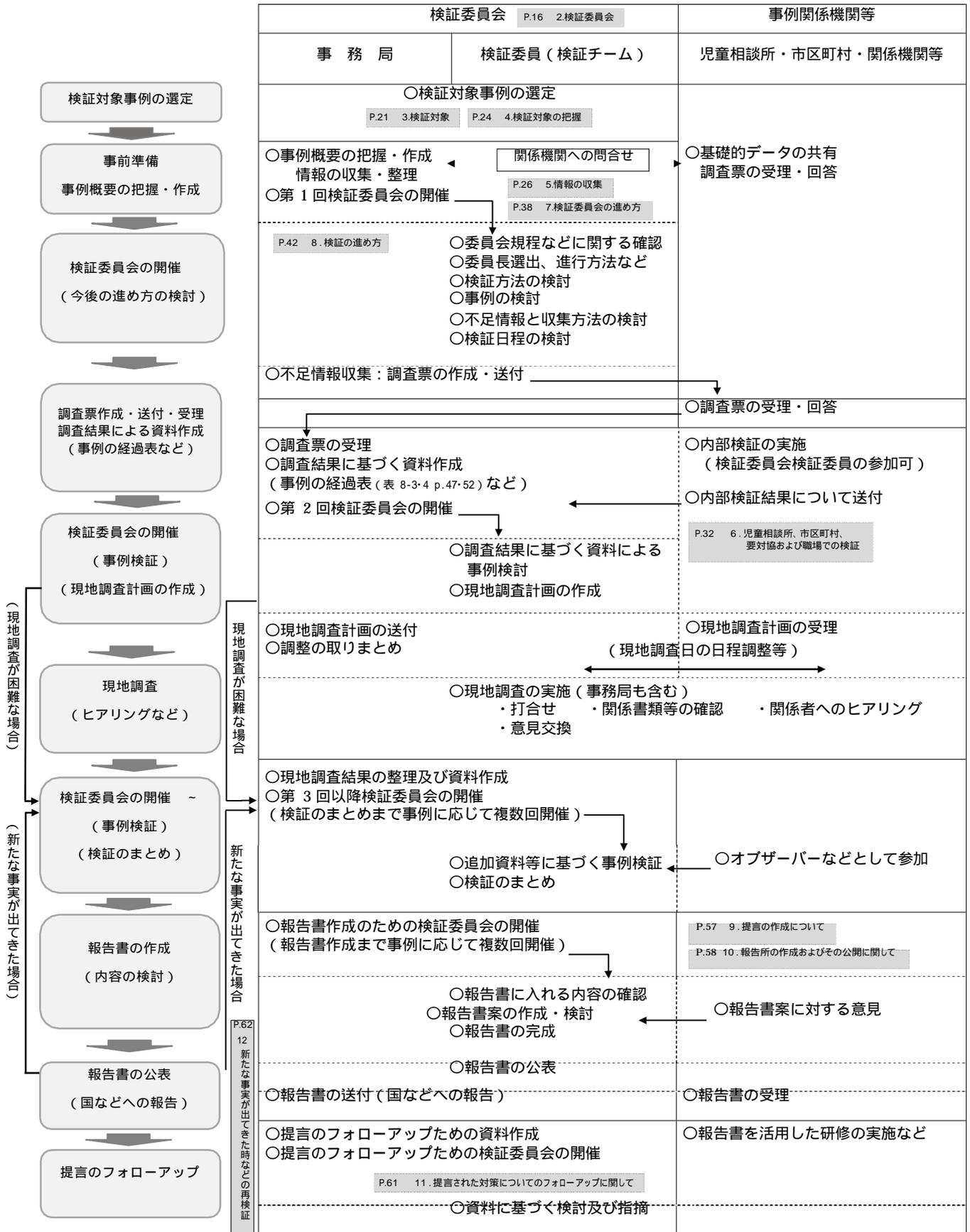


表 2-1

大阪市社会福祉審議会児童福祉専門分科会児童虐待事例検証部会運営規程

2017年12月27日

1. 総則

大阪市における児童虐待の再発防止策の検討を行うことを目的として、児童虐待の防止等に関する法律第4条第5項に規定する児童虐待を受けた児童がその心身に重大な被害を受けた事例を分析・検証し、また、児童福祉法第33条の15に基づき、被措置児童等虐待を受けた児童について本市が講じた措置にかかる報告に対し、意見を述べるため、児童福祉法大阪市社会福祉審議会条例、及び同条例施行規則第5条、並びに運営要綱第4条に基づき、児童福祉専門分科会の下に、「児童虐待事例検証部会」(以下、「部会」という)を設置し、その運営に関し必要な事項を定める。

2. 委員構成

部会の委員は、大阪市社会福祉審議会条例施行規則第5条に基づき、大阪市社会福祉審議会委員長が指名する委員で構成する。

3. 部会の会議

- (1) 部会の会議は、部会長が招集する。
- (2) 部会は委員の過半数が出席しなければ、会議を開くことができない。
- (3) 部会の議決は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。
- (4) 部会の議決は、これをもって大阪市社会福祉審議会の議決とする。
- (5) 部会長は、必要と認めるときは構成員以外の出席を求めることができる。
- (6) 部会長は、必要と認めるときは関係機関への調査を行うことができる。

4. 検証等事項

- (1) 本市が関与していた虐待による死亡事例(心中を含む)すべてを検証の対象とする。ただし、死亡に至らない事例や関係機関の関与がない事例(車中放置、新生児遺棄致死等)であっても検証が必要と認められる事例については、あわせて対象とする。
- (2) 本市が所管する児童福祉施設等における被措置児童等虐待事例について、本市が講じた措置の報告を受け、意見を述べるものとする。
- (3) 部会が、児童虐待事例について検証する内容は次のとおりとする。
 - ・事例の問題点と課題の整理
 - ・取り組むべき課題と対策
 - ・その他検証に必要な認められる事項

5. 検証方法

- (1) 部会における検証は、事例ごとに行う。なお、検証にあたっては、その目的が再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものでないことを明確にする。
- (2) 部会は、本市から提出された情報を基に、ヒアリング等の調査を実施し、事実関係を明らかにすると共に発生原因の分析等を行う。
- (3) 部会は個人情報保護の観点から非公開とする。非公開とする理由は、検証を行うにあたり、部会では、児童等の住所、氏名、年齢、生育歴、身体及び精神の状況等個人のプライバシーに関する情報に基づき事実関係を確認する必要があるためである。

6. 報告

部会は、市内で発生した児童虐待の死亡事例(心中を含む)等について調査・検証し、その結果及び再発防止の方策についての提言をまとめ、市長に報告するものとする。

7. 部会の開催

死亡事例等が発生した場合、速やかに開催するよう努める。年間に複数例発生するような場合は、複数例をあわせて検証することもありうるものとする。

8. 守秘義務

部会委員は、正当な理由なく部会の職務に関して知りえた秘密を漏らしてはならない。また、その職を退いた後も同様とする。

9. 庶務

部会の庶務は、大阪市子ども青少年局子育て支援部子ども家庭課が処理する。

附則 この規程は、平成 21 年 6 月 11 日から施行する。

附則 この規程は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附則 この規程は、平成 25 年 9 月 30 日から施行する。

表 9-1 提言への対応の工程表【参考例】

| 平成28年度重大事例検証での提言 | 平成29年度末の実施状況 | 平成30年度の方針 |
|-------------------------|---|------------------------------------|
| 虐待関連情報の共有体制構築 | | |
| 県庁内に 児相個別のメールアドレスを設置 | 全児相のメールアドレスを子ども家庭課に設置済み。 | |
| ・新規事例の投函 | 新規情報は100%確認し、市町村への伝達が行われている。 | 県（児相）と市町村・要対協との情報共有システムの検討。 |
| ・継続事例の状況報告月2回投函 | 報告漏れが多少出ているが、月末に子ども家庭課にて確認しフィードバックをかけている。 | 児相内で状況報告を徹底するためのシステムの検討。 |
| 報告のためのフォーマット作成 | 統一フォーマットを作成し運用済み。 | 半年を目安に改善点を検討。 |
| 児相間情報共有のためのクラウドシステムの構築 | 議会にて検討中。 | |
| 養育困難事例への役割分担体制の構築 | | |
| 要対協での実質的検討時間の確保 | | |
| ・新規事例 協議会冒頭30分確保 | 毎回、新規事例の対応部署の確認を行っている。 | 継続的なかかわりを確認するフォーマットの作成。 |
| ・地域資源と役割・連絡先一覧の作成 | 枠組みの作成済み。各部局へアンケート送付済み。H30年4月より運用開始予定。 | リストを元に、年1回のアップデート。役割の見直しに関する会議を開催。 |

表 11-1 重大事例検証における提言の実施
状況確認リスト【参考例】

| 課題 | | H28年 | H29年 | H30年 |
|-----|-----------------------|------------|---------|------|
| 課題1 | 保健師の認識・スキル不足への対応 | | | |
| | 虐待に関する研修会の実施 | 研修内容検討 | 研修会実施 | |
| | 保護者への対応スキルの取得 | 研修内容検討 | 対応研修会実施 | |
| | 家庭訪問結果の検討 | 〇〇会議にて検討 | 時間確保 | |
| 課題2 | 関係部署間の連携不足への対応 | | | |
| | 県庁－児相間の連携(メールボックスの設置) | 運用開始済 | | |
| | 県庁－市町村間の連携 | 連携方針策 | 運用開始 | |
| | 児相間情報共有 | システム構築検討開始 | | 運用開始 |

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

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

分担研究者 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

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 4.警察等の捜査機関から提供されることが望ましい情報」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 4.警察等の捜査機関から提供されることが望ましい情報」を執筆できた。

【考察】 警察・検察の捜査情報の中には児童相談所等が行った聞き取り調査や家庭訪問等では到底得られないような内容が含まれているにもかかわらず、有罪無罪を判断する裁判で用いられるだけである。裁判では有罪となっても罪を如何に償うかが判断されるだけで、有効な再発予防策が実効性を持って指示されることはない。その足りない部分を補うことができるのは、行政が行う検証事業とその結果に基づいて策定された再発予防策、そしてその確実な実施である。そのためには裁判と同様・同等、或いはそれ以上の情報を検証の材料とするのは当然であろう。虐待を受けた子どもは、大人になってから DV・配偶者虐待や親に対する高齢者虐待の加害側になることがあると言われている。つまり、虐待は連鎖するのである。子ども虐待をしっかりと検証して有効な再発予防策を策定・実施することは、子ども達の人権を守るだけでなく、この虐待の連鎖を断ち切る手段の一つでもある。広い視野でこの検証事業をとらえ、検証と策定された対策を確実に実施して、将来的には捜査情報を踏まえた高いレベルでの検証が行えることを目指して、多くの地方自治体が努力されることを期待する。

A．研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

B．研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を

用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

担当した内容は「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 4.警察等の捜査機関

から提供されることが望ましい情報」であった。

C. 研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

付録

検証会議に必要な情報とその入手に関して

4警察等の捜査機関から

提供されることが望ましい情報

平成 19 年の児童虐待の防止等に関する法律の改正により、子ども虐待の重大事例に関する検証を行うことが都道府県に義務づけられた。その対象事例となるのは主として死亡事例であり、傷害致死事件や保護責任者遺棄致死事件(非死亡例では傷害事件や保護責任者遺棄事件)として警察捜査が行われるようなケースである。従って、そのようなケースにおいては、人間関係、生活環境、死亡状況や傷害・殺害行為等々について強制的に捜査が行われ、任意協力の下で行われる調査では得られないような秘密まで調べ上げられている。死亡例であれば法医学者に解剖を囑託して(司法解剖と呼ぶ:表 -4-2)、死因や外傷の受傷機転等を明らかにしている。警察から検察に送致されてからも取り調べや捜査が追加して行われている。このような警察等の捜査機関の情報(以後、捜査情報とする)は児に対して為された虐待行為を犯罪として立件し、裁判において加害行為者を有罪とするために得られた機密情報ではあるが、その情報量の多さから虐待の検証においても非常に有用であることは想像するに難くないだろう。特に虐待死亡例においては、死因の名称を知るには死亡診断書(死体検案書)からでも可能だが、そこには死因に関する考察、外傷の詳細やその受傷機転についての記載はない。そこから具体的にどの様な虐待行為が為されていたのかを判断することは困難であり、司法解剖の鑑定書情報や執刀医の説明を受けること等が必要となるのである。しかし現状では、検証が義務づけられても刑事法関係

は何も変わっていないので、鑑定書を含め捜査情報の入手は困難なままであり、検証で参考とされることはほとんど行われていない。それでも検証を行う事は可能であろうが、捜査情報を参考とすればより深い検証が可能となり、またそのケースからより多くのことを学ぶことができるだろう。この項では、検証で入手することが望ましい捜査情報とそこから読み取れること、死亡診断書(死体検案書)と鑑定書の違い、捜査情報開示の現状、そして捜査情報を容易に検証事業に活かすために今私たちが行うこと等について触れる。なお、情報の検証への活かし方や報告書の作り方等の詳細については、それぞれ該当する項を参照されたい。

1) 検証で入手することが望ましい警察等の捜査情報の種類

(1) 死亡事例の場合

入手すべき情報

死因と死因判断に関する考察、見られる損傷(外傷)とその受傷機転に関する考察等に関するもの(司法解剖の鑑定書や解剖報告書等。死亡診断書や死体検案書では不十分)

受傷後入院しているのであれば、そのカルテに記載された情報(病院から直接入手も可)や治療した医師の診断内容に関する情報等

受傷場所や生活環境に関する情報

受傷当時の着衣の情報

入手が望ましい情報

加害行為に関する説明等を含む関係者の供述
捜査情報の中で整理されたエピソードの時系列

(2) 児が死亡していない場合

入手すべき情報

児の身体所見と医師の診断内容に関する情報
上記(1)の ・ ・ (入手すべき情報)

入手が望ましい情報

上記(1)の ・ (入手が望ましい情報)

(3) 入手した情報から読み取れるもの

死因と死因判断に関する考察、見られる損傷（外傷）とその受傷機転に関する考察等からわかること

死因や死亡時にみられた外傷などは、児に対して行われた虐待行為を表している。これらを正確に知ることは、まさに児に加えられた最後の虐待行為や、加えられた虐待行為の程度・頻度や重大性（身体・生命への影響）、歴史（いつ頃から為されていたか）等を知ることである。また、これらの考察の際には死亡時の児の栄養状態や児の持っている疾病、場合によっては着衣の状態等も参考にされる。同じ死因であっても、これらは個々に異なる。例えば乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）で死亡したとしても、まったく病気のない健康な児の場合と、生前にはわからなかった病気が解剖で明らかになった場合とでは、SBSの背景が大きく変わる可能性がある。死因とはならないような新旧混在する外傷が多数見られる場合にも、そのような外傷がまったく見られない場合とは背景が大きく異なる。そのような違いを把握せずに検証を行っても、おざりな検証しか為されないだろう。被害に遭った児のひとりひとりから学んで、有効でかつ実施可能な再発予防策を策定するためにも、死因の名称だけでなく、死因判断に関する考察、見られる損傷（外傷）とその受傷機転に関する考察等の情報を入手することが必要なのである。後に触れるが、これらを死亡診断書（死体検案書）や死亡小票から知ることは困難であり、解剖の報告書である鑑定書が必要となる。ただし、入手してもその内容を読み解くためには特に専門性の高い法医学的知識が必要である。実際に執刀した医師でなくとも、法医学医師を委員に入れることが望ましい。また、可能であれば、執刀医から直に解剖所見を説明してもらおうとよいだろう。

受傷後入院しているのであれば、そのカルテに記載された情報（病院から直接入手も可）

や治療した医師の診断内容に関する情報等からわかること

これらを知ることは、児に為された虐待行為の程度や重大性（身体・生命への影響）を知ることである。解剖が行われているにしても、実際の外傷と病院で行われた治療行為とを分ける必要がある。また入院経過が長い場合には外傷の具体的な所見が解剖では確認できないことも少なくない。従って、この情報は解剖の情報と同等に重要なのである。警察等の捜査機関では強制的にこれらの情報を入手している。その判断には医学的知識が必要となるが、委員の中に医師がいれば、解説を依頼すればよいであろう。

捜査情報としての受傷場所や生活環境に関する情報からわかること

これらについては、児童相談所が行った調査資料があると思われるが、これはあくまでも任意で行われた調査結果である。警察等の捜査機関はこれらの調査を強制的に行っている。児童相談所等の捜査では得られていない新たな情報を持っている場合が少なくない。現場検証も、時間が経ってからの再現だけでなく、警察が事件と認知したらできるだけ早く行われているので、特に児童相談所や市町村福祉が支援の対象としていなかったケースでは、貴重な情報が把握されている。

受傷当時の着衣の情報からわかること

受傷当時の着衣の重要性はあまり認識されていないが、着衣にも様々な損傷の痕跡が残っている。例えば、児が長袖ジャンパーを着て外で遊んでいて転んだ際に肘を強く打撲したと親が説明しても、ジャンパーの肘の布が裂けていたり圧痕が見られなければ、親の説明を信じることはできない。洗濯されずに汚れたままの着衣を着ていれば、ネグレクトの状態が推察できる。この検証の目的は虐待か否かの判断ではないが、一度は児の着衣の面から虐待に関して把握されている情報を検討する事が望ましい。

加害行為に関する説明等を含む関係者の供述、捜査情報の中で整理されたエピソードの時系列からわかること

受傷場所や生活環境に関する情報と同じように、警察等の捜査機関はこれらの調査を強制的に行っているため、児童相談所等の捜査では得られていない新たな事実や供述が得られている場合も少なくない

(4) 死亡診断書(死体検案書)と鑑定書の違い
死亡診断書(死体検案書)は、死を診取った医師や歯科医師、死体を診て死体検案を行った医師が作成する、死者の死と死因や死亡時刻等を証明する書類である(死亡診断書の書式)。死亡者の診察治療を行っていて病態の経過を把握している医師・歯科医師が死を診取った場合には、その医師自身が死因や死亡時刻等の判断をしているので、死亡診断書は責任を持って作成されている。しかし怪我や中毒、熱中症や低体温が原因の場合(これらが原因で死亡した場合のことを外因死、いわゆる病死のことを内因死という)、あるいはネグレクトによる低栄養で死亡したり、診察する際には既に死亡しているような場合には、死因の判断が困難なばかりか、どのように受傷したのか、なぜ低栄養になったのか等を医師が正確に把握することも難しい。書式の中には「外因死の追加事項」があるので、受傷した状況等がそこに記載されるのだが、救急隊がとりあえず入手した情報や家族が説明する内容等を参考に記載しているのが現状である。路上や川・海で死体で発見されたような場合には、発見状況しか書きようがない。また、死亡診断書(死体検案書)は死亡者の戸籍末梢・埋火葬のために遺族に手渡されるものである。虐待死の場合には親が加害者の場合もあるので、死因の詳細や受傷機転については明言を避けざるを得ない。解剖が行われる前に作成された場合には、死因は「不詳」、「自宅のベッドで意識不明で発見された」程度しか記載されていない場合も少なくない。解剖が行われて死因が明確になっても、死

亡診断書(死体検案書)には正しい死因での再交付義務がないので、修正されることは基本的にない(東京都監察医務院では、当初は死因不詳で死体検案書が出されたケースでも、解剖により死因が確定した場合、確定した死因で死体検案書を東京都、及び必要に応じて遺族に再度交付しているが、それは希なケースのひとつである)。従って、死亡診断書(死体検案書)から死因や受傷機転を読み取ることは困難な場合が多いのである。死亡小票も死亡診断書(死体検案書)を基に作成されるので、同様である。

一方、鑑定書は所轄警察署の署長や検察官からの鑑定囑託を受けて行う司法解剖(表-4-2)の報告書という位置づけであり、遺族ではなく囑託者へ提出される。司法解剖は犯罪捜査の一環として行われるために、発見場所や発見者の証言、死亡時着ていた着衣、生活状況、家族構成や交友関係、病歴や治療カルテ、犯罪歴、被疑者の供述、場合によっては収入や保険の加入状況等々、捜査当局が入手したありとあらゆる情報を元に、遺体の解剖を行って、死因や受傷機転、死亡時刻等が判断される。解剖では、全身の栄養状態、皮膚に残された怪我や変色(性器や肛門の外傷を含む)についても注意して観察される。皮下脂肪や筋肉、骨の受傷状況、脳や諸臓器の状態の肉眼観察を行う他、血液・尿・胃内容を用いた薬毒物検査や、各臓器の小片を用いて顕微鏡標本を作り顕微鏡検査が行われ、解剖施設によっては解剖前のCT撮影等も加えられる。これらを基に、死因、怪我があればその受傷機転、中毒であればその原因物質の判断が為される。胃の中だけでなく小腸・大腸の中も調べるので、死亡前の食事状況についてもある程度の判断が可能である。そして、鑑定書には死因や受傷機転等の判断結果(結論)の他に、解剖とそれに付随する検査の所見や検査結果と考察が総合的に記載されている。

以上のような理由から、死亡診断書(死体検案書)や死亡小票を資料とするのではなく、鑑定書

を資料としたり、鑑定医からの聞き取り等を行うことが望ましいのである。

2) 捜査情報の入手に関して

これまでの説明から、司法解剖の内容や鑑定書を含め、捜査情報の重要性はご理解いただけたであろう。問題はこれらを如何に入手するかである。しかし残念ながら容易に入手できる状況にはなっていない。まずは、現状のシステムについて説明する。

(1) 現状での原則

新たに発足したこの検証事業と、警察・検察による捜査やそれに引き続き行われる裁判との間に基本的に連携はない。これは、厚生労働省と法務省側との連携がないまま制度化されたからである。従って、前述の資料を検証事業のために入手する際には、従来通り刑事確定訴訟記録法に基づいて入手するのが原則となる。裁判の材料となるような捜査情報を、裁判で結審する前に他機関に開示できるような制度にはなっていないのである。この現状がすぐにでも改善されることは残念だが望めない。まずは現在の制度を知り、その上で改善のために私たちレベルで何をすべきか考えていくことが必要となる。

(2) 警察捜査から裁判・判決までの流れと情報管理の責任に関する基礎知識 (図 -4-1)

警察は、各種取調べや現場検証、死亡者の死因や受傷機転を法医学者に鑑定として依頼する司法解剖、その他の科学捜査など必要な捜査を遂げると、刑事訴訟法に基づき、それらの書類や証拠品を検察に送致する。

検察官は警察から送致された書類の内容を吟味すると共に更に被疑者の取調べ等の捜査を行って、「被疑者が罪を犯したことを証拠によって立証可能である」と判断し、かつ「被疑者を裁判にかけ、有罪であれば刑罰を科すべきである」と判断した場合に、裁判所に起訴することになる。

「起訴」には公判請求(公開の法廷で行われる裁

判)と略式請求(法廷は開かれず、書面で行われる裁判)とがあるが、児童が死亡している事例では、通常公判請求となることが多い。一方、捜査の結果、被疑者による犯罪行為を立証するに足りる十分な証拠がない場合には、不起訴処分となる。また、犯罪行為は被疑者によって為されたことは明らかだが処罰の必要がないと判断された場合にも不起訴処分となる。前者のような場合を「嫌疑不十分」による不起訴処分、後者のような場合を「起訴猶予」による不起訴処分などと言う。起訴されたケースは裁判となり、有罪・無罪が判断され、有罪の場合には、それぞれの犯罪について定められている刑の種類や範囲の中で、結果の重さや行為の悪質さ、反省の程度や容疑者が懲役となった場合の残された子どもに対する育児の可否などを考慮し、それに見合った刑に処せられる。

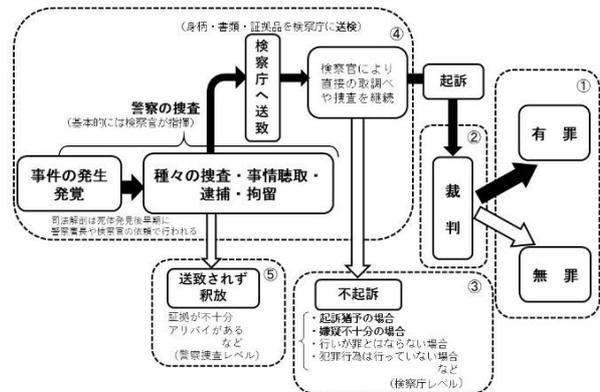


図 -4-1 刑事事件の発生から判決までの主な流れ
(略式公判請求は省略)

(3) 書類(情報)の管理者と入手の実実

このような現行の法制度の下で、捜査情報の入手に関する現実を説明する。開示を受けられるか否かは、捜査や裁判等の進行状況により異なる。

既に刑事裁判が行われて、判決が確定している場合(図 -4-1)

裁判記録は、刑事確定訴訟記録法により第一審の裁判をした裁判所に対応する検察の検察官が

一定期間保管しており、閲覧を請求することが可能である。当該検察へ手続き等は問い合わせればよい。その際、関係者の個人情報部分については、プライバシー保護の観点から開示されないことが多い。また、事件の終結から一定の期間が経過した場合や、関係者の名誉等を害するおそれがある場合等には、閲覧自体が認められない場合がある。

現在裁判中の場合（図 -4-1 ）
裁判（刑事裁判）が行われている間は、裁判記録は裁判所が管理しており、関係者以外に記録そのものの閲覧が認められることはない。従って、検証委員会の開催を急がない場合には、判決が確定するのを待つことが望ましい。また裁判の中では、検察官と被告人・弁護人のそれぞれが主張・立証を行うが、それを受け、最終的に裁判所が判決において具体的な事実を認定し、有罪か無罪かを判断する。検察官又は被告人・弁護人が主張していても、判決では認められなかった事実もあり得る。特に被告人が事実を争っている事件については、判決の確定を待つべきであろう。

なお、裁判に提出される証拠の内容は、全資料とはいかないが、裁判を傍聴することで知ることが可能であるので、何らかの理由で開催を急がねばならない場合には、手間はかかるがこの様な形で情報入手が可能である。

不起訴となり裁判が行われなかった場合（図 -4-1 ）
不起訴となった事件の捜査記録についても、一定期間検察が保存しているが、刑事訴訟法により原則として開示できないものとされている。しかし、開示希望記録を限定し、その使用目的・必要性や関係者のプライバシーに配慮した取扱いがなされることなどについて十分に説明し、記録を保存している検察官が、公益上の必要その他の事由があって相当と認めた場合には、例外的かつ限定的に開示される可能性はある。

警察や検察の捜査中の場合（図 -4-1 ）
警察官・検察官による捜査や被疑者の取調べ等が行われている最中であり、得られている情報も十分なものではない。またその情報の流出は今後行われるであろう裁判へも大きく影響する可能性がある。警察や検察に提出された司法解剖の鑑定書の内容は、その捜査や取り調べにも大きな影響を及ぼすので重大な機密情報と言わざるを得ない。原則、情報開示を望むことはできない。

検察に送致されず、警察の捜査・取り調べで終了した場合（図 -4-1 ）
警察官による捜査や取り調べの段階で、証拠が不十分で犯罪行為の立証がとても難しいと判断されたような場合がこれに該当する。捜査情報は所轄警察署が情報を保管することになるが、不起訴となった場合と同様、開示されることは難しい。

解剖を執刀した法医学医師に話を聞く場合
委員として、あるいはオブザーバーとして、解剖を執刀した法医学医師に出席を求め、意見を聞きたい場合もあろう。それがベストの方法である。鑑定書の記載内容や医学用語等を理解するのはそれなりの知識が必要なので、執刀医本人からその内容を直接解説してもらうことは、検証を行う上でも大変有益である。条件さえ整えば検証委員会での説明に協力したいと相当数の法医学医師も考えている¹⁾。しかし前述のとおり、虐待死が疑われた場合の解剖は検察官や警察署長から鑑定嘱託を受けて行う司法解剖であり、捜査の一環である。執刀医が検証に協力するためには、筋として解剖を嘱託した側の了解が必要となるのである。従って、執刀医に協力を依頼する際には、執刀医に直接コンタクトをとる他に、あらかじめ担当検察官等にその可否を相談しておくことが望ましい。なお、執刀していない法医学医師を委員やオブザーバーに招聘する場合には、検察官等への相談は不要である。

3) 捜査情報の開示・提供をスムーズに受けられる制度作りのために必要なこと(将来に向けて私たちが行うべきこと)

繰り返しになるが、現状では司法の壁は厚く、捜査情報を簡単に入手することはできない。警察・検察は、「犯罪者の処罰」を通して治安・社会秩序の維持に貢献することを目的としている。一方行政や医療は、当事者間の関係や環境の修復改善、不足している種々の資源の提供等による社会福祉を通じた再発予防を目的としている。両者は同じ事象を見ている、元々異なる立場に立って見ているのである。従って、本来ならこの検証事業を立法化するにあたり、捜査情報を参考にできる法的整備が必要である。国には、その方向での努力を期待する。

その一方で、捜査当局から適切な情報をタイムリーに受けられるような未来に一步でも早く近づくために、私たち自治体や現場の立場にも出来ることはあるはずである。例えば、児童相談所と警察との間で双方の情報をやりとりすることも数年前までは希であった。しかし現在は、児童相談所への警察官の派遣が一部では始まっており、虐待案件そのものについても情報交換が成されるようになってきている。検察の内部でも、平成27年の高松高等検察庁プロジェクトチームの提言^{*)}ののち、子ども虐待へ積極的に関わる動きが生まれ、地方の各検察には子ども虐待の対応窓口が設けられて早い時期から検察官が事件に関わるようになってきている。これは捜査する側からの歩み寄りのように見えるが、その背景には医療者や行政側の担当者から熱意・誠意のある関係づくりや陳情があったからこそ為し得たものである。こうして始まった交流の中で良好な関係を構築できれば、お互いの立場についても理解が深まり、種々の相談もしやすくなり、表向きは不可能なことも耳を貸してくれるようになるに違いない。現にある自治体では、不起訴となったケースでもきょうだいの安全確保や再発予防のためは捜査情報が必要であることを検察側が理解を示し、検察側からの情報提供が受けられているとい

う。不可能だからといって何もアクションを起こさなければ、このような結果はとて引き出せない。相互理解が深まり、検証委員会の意義についても機会あるたびに説明がなされていけば、委員として参加している無口な警察・検察関係者であっても口を開いてくれる日が必ず来るだろう。

相互理解を深める以外に、情報開示を受けるにあたりもうひとつ重要なことがある。それは情報の機密性が極めて高度に担保されることである。相互理解が深まったとしても、これが保証されなければ裁判にも関わるような捜査情報の開示を受けることなど、希望しても認められるわけがない。私たちはこのことを十分に理解して、検証委員会としても捜査情報の特殊性を十分に配慮した検証委員会の運営が求められる。

^{*)}平成26年に愛媛県伊予市で家出中の少女(当時17歳)が虐待死する事件が発覚したのをきっかけに、同年11月に高松高等検察庁の酒井邦彦検事長が児童虐待防止プロジェクトチームを結成して、四国で発生した児童虐待事件を分析し、専門家から意見を聞くなどして研究し、翌27年4月6日に発表した子ども虐待事案に関する検察のかかわり方に関する提言。児童虐待事件で刑事処分を決める前に、児童相談所や市町村、学校、医師、警察など関係機関と事前協議の場を設けることを骨子とし、虐待した保護者を起訴猶予処分にする際には子どもと接触しないことを誓約させること、いったん起訴猶予にしても児相からの情報で再犯リスクが高いと判断すれば再び刑事処分の対象にすることなどが盛り込まれた。この提言をまとめたプロジェクトチームの活動により、香川県では検察・医療・行政との関係が非常に良好になっていると聞く。

4) 捜査情報を扱うための検証委員会のありかた

委員会では1つの家庭の秘密・プライバシーを扱うので守秘義務が求められるのは当然である。しかし捜査情報を扱うとなると、ただ単に守秘義務をうたうだけでは不十分である。情報の取り

扱いは必要以上の注意が必要となり、有効な対策が確実に実施された委員会開催がなされていないければ、捜査情報の開示を受けることは困難であろう。どの様なことに注意すべきなのかを過去の個人情報流出・紛失事件や既に実施されている対策等を参考にして具体的に説明するが、これらを全て実施することは困難であろう。各自治体の条例や現状を考慮し、多少レベルを落とすとしても可能なものから実施していくことが望まれる。

(1) 委員会構成員に関して

委員や陪席者、委員会事務局の事務員等には委員会の中で知り得た情報を委員会の任期後においても理由無く公言しない旨の誓約書(本項末の誓約書書式の例などを参照されたい)を書いてもらうことが必須である(公務員、医師や弁護士、国立大学の職員、保健師や看護師・助産師等の、国家公務員法 100 条、地方公務員法 34 条、刑法第 134 条、弁護士法第 23 条、保健師助産師看護師法第 42 条の 2 などにおいて職業上守秘義務を負っている場合には、基本的には必要ないが、慎重を期すのであればそのような職種であっても検証委員としての誓約書を書いてもらう方がよいであろう)。誓約書への署名捺印を拒否する人物を、委員や陪席者、委員会事務局の事務員等とすることは望ましくない。署名捺印した誓約書に違反した場合の何らかのペナルティを設けることは現実的に難しいが、情報の紛失や漏洩(資料の置き忘れや紛失を含む)が生じた際の報告義務を課したり、対策を実施せずに紛失・漏洩させてしまった場合には厳しく対処しなければならない。

(2) 委員会の運営に関して

会議における種々の資料については事務局が責任を持って管理する。会議の印刷資料については委員毎に番号を付けて配付し、会議後全て必ず回収し、保存用以外はシュレッダーで処分する。ペーパーレスの会議とする場合には、あ

らかじめ資料ファイルをいれたタブレット端末等を会議時に配付して会議終了後は回収し、個人の PC やタブレット端末等の使用は禁止とする(個人の PC やタブレット端末は置き忘れ・紛失の心配がつきまとい - 鍵をかけた車から盗まれる事件も発生している - 廃棄の際にデータが消去されていない場合がある)。資料をメール添付や Fax でやりとりするのは、誤送信の可能性もさながら、配信行為自体がデータの拡散であることから避けた方がよい。USB メモリなどのフラッシュメモリは小さくて便利だが、紛失の危険性が特に高いので、委員が会議資料をフラッシュメモリに保存することは厳禁である。大型モニタやスクリーンに映写・投影して資料を提示する場合も、会議資料は会議時のみの提示とする。印刷資料・ペーパーレスのいずれにしる、捜査情報を扱う場合には資料の事前配布は避けて、会議開始後 30 分は委員ひとりひとりが資料を読む時間とするなどの工夫をする。このような対策は、幾つかの医科大学等で既に採用・実施されているものである。情報の紛失・漏洩が発生・発覚した場合の報告・調査・公表についても、ルールとその責任の所在を明確にしておかねばならない。

なお委員長、あるいは検証委員会の進行を司る者は、検証委員会においてその開始時に毎回、機密情報を扱っていることを説明し、終了時においても情報の流出には十分に注意するよう、説明することが望ましい。

(3) 報告書に関して

検証委員会のプロダクトである報告書は、虐待死のような重篤で重大な子ども虐待事例の再発予防に十分に寄与するものでなければならない。しかしその一方で、当事者のプライバシーに十分に配慮しなければ、その親子・家族の再出発を阻害する原因になりかねない。なかでも不起訴や裁判で無罪とされたケース、現在公判中のケースについては、当事者が特定されないよう特段の注意が必要であり、より慎重な対応が求められる。そのためには、いわゆる議事録を集約した委

員会関係者のみが閲覧できる報告書の他に、更に内容を集約した公表用の報告書を作ることが望ましい。公表用の報告書においては、前述の捜査情報そのものを転載等することはせず、また、当事者のプライバシー情報などについても伏せねばならない。いわゆる報告書の形式ではなく、検証した結果の行政としての行動目標として公表する形式もある。

おわりに

この検証事業は、犯罪捜査と福祉との狭間で行われるものである。医療機関で行われるような患者の病態・治療についてのカンファレンスのように、守秘義務を守りつつ必要な情報を様々な視点から自由に発言・討論できる検証の場が構築されることが理想である。とは言うものの、十分な検証を行うために必須である捜査情報の入手・取り扱いに関する法的な裏付けや保証はない。検証を行うにあたっての「手引き」の中にありながら、本項は捜査情報を踏まえたより有用な検証作業が為し得るような将来を迎えるために今必要なことを理解していただくことに重きを置いた記載である。「そんなことよりも、検証では最低限何をすればいいのかがわかればよい。」「今すぐに役立つなら、いらない」という意見も多々あるだろう。しかし将来を見越して出来ることから少しずつ準備をしておくことは必要ではないだろうか。今後この検証事業の実績・成果が上がれば法律も必ず追い着いてくる。虐待を受けた子どもから多くを学び、子どもの人権擁護と虐待再発予防のために、関係する諸機関が相互理解を深め、一歩でも前に進む努力を惜しんではならない。

¹⁾内ヶ崎西作：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。平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（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 年度総括・分担研究報告書。2016:45-52

²⁾内ヶ崎西作：死因不詳の新生児は病理解剖するべからず。周産期診療べからず集。周産期医学。2015:45(増刊号); 852-855

D. 考察

強制的な捜査権をもって得られた警察・検察の捜査情報の開示を請求してもなかなか入手ができず、既に入手を諦めている場合も多いだろう。しかし、捜査情報の中には児童相談所等が行った聞き取り調査や家庭訪問等では到底得られないような内容が含まれているにもかかわらず、有罪無罪を判断する裁判で用いられるだけである。裁判での関心事はあくまでも「罪」であり、有罪となっても罪を如何に償うか（懲役の期間や執行猶予を付ける付けないなど）が判断されるだけで、有効な再発予防策が実効性を持って指示されることはない。その足りない部分を多角的・総合的に補うことができるのは、行政が行う検証事業とその結果に基づいて策定された再発予防策、そしてその確実な実施である。そのためには裁判と同様・同等、あるいはそれ以上の情報を検証の材料とするのは当然であろう。この検証事業の将来的なゴールはそのレベルに設定すべきであり、現状では容易には開示・提供してもらえなくとも、将来的の為に今から準備・努力していくことが必要なのである。具体的には手引きの中で触れているが、最も重要なキーワードは「相互理解」と「秘密の厳守（守秘義務）」である。特に「秘密の厳守」については「公務員や医師には元々守秘義務がある」現状においても情報開示・提供は受けられない。つまり、通常以上の配慮を行わなければ、警察・検察側の信頼を勝ち取るとは難しいことを認識すべきである。

虐待を受けた子どもは、大人になってからDV・配偶者虐待や親に対する高齢者虐待の加害側になることがあると言われている。つまり、虐待は連鎖するのである。子ども虐待を

しっかりと検証して有効な再発予防策を策定・実施することは、子ども達の人権を守るだけでなく、この虐待の連鎖を断ち切る手段の一つでもある。更なる少子高齢化を迎える日本にとって、これはとても重要なことであろう。広い視野でこの検証事業をとらえ、検証と策定された対策を確実に実施して、将来的には捜査情報を踏まえた高いレベルでの検証が行えることを目指して、多くの地方自治体が努力されることを期待する。

E . 結論

これまで2年間の研究の結果を基に、「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 4.警察等の捜査機関から提供されることが望ましい情報」を編集した。

F. 研究発表

- 1 . 論文発表 なし
- 2 . 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

死亡診断書（死体検案書）の書式

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|------------------------------|
| 氏名 | 1男 2女 | 生年月日 | 明治 昭和 大正 平成 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください。) | 年 月 日 午前・午後 時 分 |
| | 死亡したとき | 平成 年 月 日 | 午前・午後 時 分 | |
| (12) 死亡したところ及びその種別 | 死亡したところの種別 | 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他 | | |
| | 死亡したところの種別 | 番 地 番 号 | | |
| (14) 死亡の原因 | (ア) 直接死因 | | | 発病(発症) |
| | (イ) アの原因 | | | 又は受傷から死亡までの期間 |
| | (ウ) イの原因 | | | ◆年、月、日等の単位で書いてください |
| | (エ) ウの原因 | | | ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください |
| | (エ) ウの原因 | 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等 | | (例：1年3か月、5時間20分) |
| (15) 死因の種類 | 手術 | 1 無 2 有 | 部位及び主要所見 | 手術年月日 平成 昭和 年 月 日 |
| | 解剖 | 1 無 2 有 | 主要所見 | |
| (16) 外因死の追加事項 | 傷害が発生したとき | 平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 | 傷害が発生したところ | 都道府県 市区町村 |
| | 傷害が発生したところの種別 | 1 住居 2 工場及び建築現場 3 道路 4 その他 () | | |
| (17) 生後1年未満で病死した場合の追加事項 | 出生時体重 | グラム | 単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子) | 妊娠週数 満 週 |
| | 妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 | 1 無 2 有 [] 3 不詳 | | 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| (18) その他特に付言すべきことから | 前同までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る) | | | |
| | 上記のとおり診断(検案)する 診断(検案)年月日 平成 年 月 日 本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日 番地 番 号 (氏名) 医師 印 | | | |

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の間」を書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火災による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。
母子健康手帳等を参考に書いてください。

誓約書

私は下記の子ども虐待事案に関する検証委員会の（委員・陪席者・事務局員・その他）として、その検証事業において知り得た秘密を漏らさないことを誓います。また任期終了後においても、同様に秘密を漏らさないことを誓います。

万が一、会議資料等を紛失・漏洩してしまった場合には、すみやかに委員長に報告し、情報の拡散防止に努めます。

検証事案名：

委嘱期間：平成 年 月 日～ 年 月

平成 年 月 日

現住所：

職業：

氏名：

印

表 -4-2 主な解剖の種類と違い²⁾

| 解剖の種類 | 正常解剖 (系統解剖) | 病理解剖 | 法医学解剖 | | | | |
|--------------|------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|---|
| | | | 司法解剖 | 監察医による 行政解剖 | 承諾解剖 | | 「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 |
| | | | | | 公的なもの* | 私的なもの | |
| 施行地域 | 全国(医科大学) | 全国 | 全国 | 東京都 23 区内、 名古屋、大阪、神戸 | 東京都の 23 区外 など | 規程はない | 全国 |
| 根拠となる法律 | ・死体解剖保存法 ・医学及び歯学の教育のための献体に関する法律 | ・死体解剖保存法第 7 条 | ・刑事訴訟法第 168 条 | ・死体解剖保存法第 8 条 | ・死体解剖保存法第 7 条 | | ・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(死因身元調査法) |
| 主な目的 | ・人体構造の研究 ・医学教育 | 死因となった病態や治療効果の確認 | ・犯罪捜査 ・治安の維持 | 公衆衛生の向上 | | 死因究明(遺族の希望) | ・犯罪見逃し防止 ・公衆衛生の向上 |
| 執刀医 | 解剖学者 | 病院の病理学医師 | 大学法医学医師 | 監察医 | 主に大学法医学医師 | | |
| 解剖の範囲と主な視点 | 全身 臓器の形や位置の確認 (教育・研究) | 頭部・胸部・腹部等、遺族が承諾した部位のみ 病気の進行程度や治療効果の把握など | 全身 犯罪死の死因究明や受傷機転、死亡時期の判断等 | 全身 犯罪死以外の死因究明 | | 遺族の希望する部位(基本は全身) 主に死因究明 | 全身 犯罪死以外の死因究明 |
| 遺族の承諾 | 必要 (死者自身の生前の献体の意志も必要) | 必要 | 不要 | 必要 | | 不要** | |
| 解剖の嘱託者 | 死者自身(献体) | 主治医 | 警察署長や検察官 | 監察医 | 主に警察や地方自治体など | 遺族 | 警察署長 |
| 医療側へのフィードバック | 可 | 必要 | 不可*** | 可 | 可 | 遺族の承諾が必要 | 可 |

* 地域によっては「行政解剖」と呼ばれている。

**手続き上、警察が解剖の必要性を遺族に説明する必要がある(遺族がない場合等は不要)。

***警察や検察庁の許可が必要だが、個々の事例により対応が異なるので、その可・不可や申し込み方法を執刀医に問い合わせることも可能。

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に資するマニュアル等の作成に関する研究

分担研究者 奥山 真紀子 国立成育医療研究センター こころの診療部 部長

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「『子ども虐待重大事例検証の手引き』の目的」「情報の収集」「報告書の作成およびその公開に関して」「検証会議に必要な情報とその収集に関して 加害者以外の家族面接ができる場合」執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「『子ども虐待重大事例検証の手引き』の目的」「情報の収集」「報告書の作成およびその公開に関して」「検証会議に必要な情報とその収集に関して 加害者以外の家族面接ができる場合」を執筆できた。

【考察】 目的においては、子どもの死や痛みを無駄にしないことが目的であること、それに關するメディア対応等も記載できた。情報の収集においてはチェックリストを提供することが出来たが、今後その使い勝手を良くしていく必要がある。報告書の作成・公開に関しては、公的な有用性とプライバシーのジレンマがあったが、一定の提案が出来た。今後の各自治体の選択を見守る必要がある。面接が望ましい家族へのアクセス方法、依頼方法、可能となった場合の面接のあり方を提示できたが、これまで行われていることが少なく、今後できるだけ面接を行って、その事例を集積する必要があると考えられた。

A．研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

議に必要な情報とその収集に関して 加害者以外の家族面接ができる場合」であった。

C．研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

B．研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

担当した内容は「『子ども虐待重大事例検証の手引き』の目的」「検証の目的」「情報の収集」「報告書の作成およびその公開に関して」「検証会

「子ども虐待重大事例検証の手引き」の目的
児童虐待の防止等に関する法律¹⁾が改正され、第 4 条第 5 項に「国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、」という形で地方公共団体が重大事例検証を行う責務があることが明記されてから約 10 年が経過した。この間に多くの検証がなされてきたが、数年間検証がないという県も多く、検証の方法論が積み重なっていかない状況にある。多くの自治体では平成 23 年 7 月 27 日の通知「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」²⁾によって対応しているものの、現実の問題に関して疑問があったり、業務上の問題が生じていたりする。

そこで今回、地方公共団体の検証がより有効なものになるよう、また現場の担当者の迷いに対応できるよう、「手引き」を作成した。

加えて、付録として、事例の特徴による検証のポイントをまとめ、検証会議に必要な情報とその入手に関して今後の方向性を含めて提示し、

重大事例検証の限界について提示した。更に、これまでの死亡事例検証を踏まえ、死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るための保健活動、ソーシャルワーク、医療の役割についてまとめた。

なお、本手引きにおいて、「市区町村の検証」等、特別の記載がない「検証」に関しては、すべて都道府県における検証を指す。

¹⁾児童虐待の防止等に関する法律(平成十二年法律第八十二号)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv22/01.html>

²⁾「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7月27日付雇児総発0727第7号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_15.pdf

1 検証の目的

検証の最も大きな目的は、虐待によって亡くなった子どもの死や子どもが受けた心身の痛みを無駄にせず、それを防ぐ手立てに繋げることである。その目的を達成するためには、子どもの尊厳を尊重し、その痛み思いをはせ、二度と繰り返さないことを子どもに誓う気持ちが大切である。この点は事務局担当職員にも検証委員にも徹底させる必要がある。

従って、検証対象の子どもを担当していた職員個人を責めることに意味がないどころか、逆効果になることを認識すべきである。

また、重大事例ではメディアの質問に圧倒されることも多いが、検証は警察の捜査とは異なり、常に検証対象の子どもの尊厳を活かすためであることを意識して、メディアにもその目的を十分に説明し、関係者を責める結果となるような事実関係だけの検証は意味がないことを理解してもらうべきである。

その目的を達成するための検証として、本来は関係者自らが行う検証が最も有効なはずである。従って、厚生労働省雇用均等・児童家庭局課長通知「『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』の一部改正について」(平成23年7月27日)、では都道府県の検証のみが記載されているが、より身近な要保護児童対策地域協議会(以下、要対協)での検証、要対協と児童相談所の合同検証なども行われることが求められる。都道府県の検証はそれらを踏まえて、第三者的立場も加えた検証として行われることが、子どもの痛みに応える方法となるであろう。

また、検証をするだけではこの目的は達成できない。検証を今後活かす形でまとめた報告書を作成し、子どもの福祉施策、福祉関係者や関係機関の技能の向上などに活かすことが重要である。従って、検証がどのように活かされたのかを確認する作業が必要であり、それがあって初めて検証の目的が達成されたと言える。

5 情報の収集

2) 必要な情報に関するチェックリストの使用について

それ以外で最低限必要な情報に関して、年齢、死亡要因、要保護・要支援状態のそれぞれに分けて、チェックリスト集(表5-3)に列記した。例えば幼児期の子どもで、ネグレクトで、要対協の対象になっていたが、通告がない例では、年齢別必要情報の「幼児期」の項、死亡要因

別必要情報の「ネグレクト」の項、支援・保護状態別必要情報の「通告のない要保護・要支援ケース」の項を参考に必要な情報を集めるとよい。例えば、車中置き去りによる熱中症などで亡くなったなどネグレクトが原因の場合でも、日常的に身体的虐待もあった時には「身体的虐待」の項も参考にするといった形で活用してほしい。なお、検証を進めるうちに事例によってはこれ以外の情報を集めることが必要になる場合がある。以下の様な手順で必要情報リストを確定するとよい。

- (1) チェックリスト集より必要情報リストを作成する。
- (2) 事務局で、更に必要と考えられる情報を追加する。
- (3) 初期に可能な情報収集をする。
- (4) 第 1 回検証委員会で上記の必要情報リストを提示し、さらに必要な情報を加える。
- (5) 事務局はそれらの情報を入手するが、入手不可能なものには×、入手不要なものには/を記入する。
- (6) 上記より、最終的に収集した情報の確認ができる。

チェックリストは本文末に添付

10 報告書の作成およびその公開に関して

1) 活用範囲の広さ

報告書は、「防げる死」あるいは「防げる虐待」を防ぐこと目的として作成、活用されるものである。活用の仕方としては、児童虐待防止に関わる都道府県や市区町村の主管課が行う虐待防止研修の素材となることが第一に考えられる。同様に、医療機関や警察、司法機関、教育機関などの広範な関係機関においても、研修の素材として活用されることが想定される。

また、児童相談所や市区町村、関係機関の担当者やスーパーバイザーが、現ケースの対応に悩む時に、同様の事例があるかどうか報告書を参照することも想定できる。

2) 活用されるための報告書作成の工夫

子どもに関わりのある関係者・関係機関など広範な読み手が報告書を活用することを想定すると、正確な理解に基づいた読み手の納得感が重要になってくる。そのためには、各時点で行われた情報収集、アセスメント、それに基づく予測や支援の内容が妥当なものかどうか、時間系列的に記載していくことで、読み手には問題点の把握が可能となる。その際に、結果がわかった上での後向き振り返りではなく、その時点において取り得るべき選択肢の中で、どのようにすべきだったのかという前方視的な記載が、実務者にとっては役立つ。

なお、あまり一般的でない専門用語や特殊な法制度や施策については、随時、注釈を入れるなどし、報告書の中で理解が進むような工夫が求められる。

3) プライバシーとの兼ね合い

報告書の性質上、関係者の個人情報の中でもそのプライバシーに係る情報を掲げることが必要になることがある。例えば生育歴、家族関係、障害の有無、精神科受診歴、診断名、薬物使用歴、犯罪歴、受刑歴など、これらは個人情報保護法令にいう要配慮個人情報(個人情報の保護に関する法律第 2 条第 3 項、行政機関の保有する個人情報に関する法律第 2 条第 4 項)に該当しうるものであり、対象者に不利益が生じないよう特に配慮を要するものである。また、精神科医療機関の主治医から得た情報の中には、診療行為の中で語られた情報も含まれ、これを公開すると守秘義務違反に抵触する恐れのあるものもある。

これらの個人情報や守秘義務に関連する情報が、公開の裁判で取り上げられた事実であれば、報告書に記載してもいいという考え方もある。しかし、誰でもがアクセスできる HP 上で公開されることを考えると、慎重に取り扱わなければならない。

公開の裁判で取り上げられていない場合、たとえば、医療観察法審判や少年審判となった事

例、不起訴や起訴猶予になった事例は、事例に関わる情報が公開されていない。このような場合、個人情報等が検証報告書で公開されることは、虐待加害者本人、非虐待保護者、その家族や親族、子ども自身、そのきょうだい等にとって、不利益が生じる可能性がある。

しかしながら、前記要配慮個人情報に該当するような場合であっても、その情報が虐待や虐待死を防ぐ重要なキーワードになっているのであれば、その情報が記載されなければ、今後の対策に活かされなくなってしまう、ここに、ジレンマが生じることとなる。

4) 公開のあり方についての提言

個人情報保護や守秘義務という個人の権利保障と前記1)活用範囲の広さで挙げた報告書の公益性のバランスを考慮した公開のあり方について、下記のような方法が考えられる。事例によっても異なると考えられるため、一事例ごとにどのような公開方法が望ましいか、下記 ~ を参考にして報告書作成前に検証委員会で検討しておく必要がある。例えば、きょうだいが生きている場合、その最善の利益も考慮されなければならない。重大事例で当該の子どもが生きている場合には、その公開は特に慎重にしなければならない。例外的に公開をしないという選択肢も残されている。

ただし、検証事例が多い自治体で、死亡事例ごとに違う対応をとることは恣意的にとらえられる危険が高い。そのような場合は、自治体としてどのような場合にどのような公開方法にするかの基準を予め決定しておくことが必要となる。

作成した報告書を全面公開する。

公開できる提言を中心とした報告書を作成し、詳しい内容は内部資料として関係者に配布もしくは閲覧可能とする。

報告書は非公開として関係者のみ

に配布もしくは閲覧可能とし、メディアや議会、一般向けに対しては、当事者・関係者にとって不利益にあたるような情報や守秘義務に係る情報を掲載せずに、概要版を作成して公表する。

5) 内部資料としての活用

重大事例検証の成果は、子どもの「防げる死」、「防げる虐待」を防ぐための中心的な機関として法定されている児童相談所、市区町村、要保護児童対策地域協議会において有効に活用されなければならない、そのためには個人情報を含めた事案の詳細な情報が必要である。情報を利用する可能性がある上記の機関の職員や構成員には守秘義務が課せられており、また、検証委員会が事例検証で得た情報をこれらの機関で利用することは、個人情報保護法令における個人情報の第三者への提供禁止の例外に該当し（行政機関の保有する個人情報に関する法律第8条第1項、第2項第3号、児童福祉法第25条の3等参照）、また正当な事由があるとして守秘義務違反の例外にも当たると考えられる。事例の再発防止やさらなる虐待対応のため、個人情報に配慮した公開用の報告書のほか、機関内部で関係者が有効に活用できる詳細な内部資料（報告書）を別途作成することが望ましい。

5 加害者以外の家族面接ができる場合

検証委員もしくは事務局が家族と面接できれば、非常に重要な情報となるだけでなく、一緒に考えることで、家族のグリーフケアに繋げられることもできる。海外の全ての子どもの死の検証(チャイルド・デス・レビュー Child Death Review; CDR)では残された家族もその検証に加わることが少なくない。中には、夫の暴力による乳幼児揺さぶられ症候群(以下、SBS)で子どもを亡くした母親がその検証後、SBSの予防運動の担い手になっているケースもある。

家族へのアクセスの方法はいくつか考えられ

る。例えば、きょうだいへの対応で児童相談所が関与している場合には、児童相談所を通して、面会を依頼し、検証委員長等が面会をして、検証の重要性やプライバシー保護などについて説明し、聞き取りの依頼をすることができる。また、加害者が警察に逮捕されている場合は、警察に依頼して、家族に検証委員会としての面会の希望を伝えてもらい、家族が受け入れたら、上記のような説明を行って、聞き取りに繋げる。

加害者以外の家族との最初の面接では、まず家族の心の痛みを寄り添い、その上で、子どもの痛みを無駄にたくないこと、警察の捜査とは無関係であること、福祉としての今後役に立てたいことなど、検証の目的を十分に伝え、プライバシーが保護されることなども伝え、協力を仰ぐことが求められる。子どもを亡くした喪失感・悲しみに加え、罪悪感もある家族に向き合うだけの力が必要である。

最初はなかなか協力が得られないかもしれないが、許される場合は、十分なコミュニケーションを持ち続けることによって、いつか話を聞けることもある。その時点で検証が終わっていたとしても新たな事実が得られるのであれば、検証を再開しても家族の話は聞くべきである。

聞き取りができることになった場合、話を聞くにあたっては、家族の心の痛みに共感しつつ、家族が持っているストーリーを傾聴する態度が重要である。それは冗長に感じたり、迂回が強く本質にたどり着かない不安を持つかもしれない。しかし、あまり話を遮る形ではなく、相手に合わせながら本論に関して聞いていくことが望まれる。家族も本質的な部分を避けたいという思いがあるが、それを遮ることも、またそれに任せて本論にたどり着けないことも家族の本意ではない。

従って、家族との話は余り焦らず、じっくりと時間を取って聞くことが必要となる。子どもを亡くした家族の聞き取りに不安があるようなら、臨床心理士など、グリーフに詳しい専門家に面接を依頼したり、その指導を受けることも有益である。また、検証の情報を得ることが目的ではあるもの

の、事件後の家族の状況についても把握し、必要に応じて支援機関を紹介するなど、家族支援に繋げる必要がある。

D. 考察

検証の目的において、最大の目的は虐待によって亡くなった子どもの死や子どもが受けた心身の痛みを無駄にせず、それを防ぐ方法を考えることにあることを明確にすることであり、個人を責めることではないこと、その点のメディアへの説明、明らかにすることが出来、また、できるだけ身近な要対協や機関内検証が推奨されることも明確にした。情報の収集に関しては、現時点でわかる範囲で、必要情報に関してチェックできるようチェックリストを提供した。しかし、事例によって異なることは明らかであり、チェックリストだけで十分と言えるものではない。従って、今後、チェックリストを活用した上で、その改善を行っていく必要がある。

報告書とその公開に関しては、その公的な有用性、つまり子どもの死や痛みを無駄にしない方向性とプライバシー保護との間で、多くの議論があった。家族・親族・きょうだい等のプライバシーの問題があり、死亡事例でない場合は本人のプライバシーの問題も加わる。そのため、公開のあり方については全面公開、提言のみ公開、概要版の公開を提言した。しかし、守秘義務がかかっている関係者の内部資料としては十分に活用することを求めている。

付録の情報収集に関して、加害者以外の家族面接ができるだけ行えるように、家族へのアクセス方法、可能な場合の依頼の仕方、実際の面接のあり方、についてまとめているが、これまでに家族面接が行えた事例が少なく、一般的なことしか記載するに至らなかった。今後、家族面接が行えた事例を集めて、様々な場合に対応できる手引きとしていくことが求められる。

E. 結論

これまで2年間の研究の結果を基に、「『子ども虐待重大事例検証の手引き』の目的」「検証の目的」「情報の収集」「報告書の作成およびその公開に関して」「検証会議に必要な情報とその収集に関して 加害者以外の家族面接ができる場合」を編集した。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1 全事例に必要な情報

| 必要情報 | | 担当部署 | |
|----------------|-------|------|-------------------------|
| 年齢 | | | |
| 性別 | | | |
| 死亡要因、死亡の状態、加害者 | | | |
| ジェノグラム | | | ジェノグラム(|
| エコマップ | | | ジェノグラムに エコマップを加えたもの(|
| 事例の経過表 | | | 6.経過表1・2(|
| 年齢別必要情報 | | | 別表:2.年齢別必要情報 |
| 死亡要因別必要情報 | | | 別表:3.死亡要因別必要情報 |
| 支援・保護状態別必要情報 | | | 別表:4.支援・保護状態別 必要情報(|
| 医療情報 | 本人 | | |
| | 父母 | | |
| | きょうだい | | |
| 警察情報・検察情報 | | | |
| 家族面接 | | | |
| 加害者面接 | | | |

その他の必要情報

| 内容 | 担当部署 | 入手状況 |
|----|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.年齢別必要情報

生後24時間以内の死亡

()

| 保健医療情報 | | 担当部署 | 入手状況 | |
|----------|---------------|-------------------|-----------------------|--------|
| | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 妊娠期 | 母親 | 妊娠届け出の時期(週数) | | |
| | | 妊娠届け出時の年齢 | | |
| | | 妊婦健診の受診状況 | | |
| | | 予期せぬ妊娠か | | |
| | | 妊娠の受け止め | | |
| | | 生殖医療の有無 | | |
| | | 妊娠期の婚姻状況 | | |
| | | 母子健康手帳(コピー) | | |
| | | 両親教室への参加状況 | | |
| | | その他母子保健関連サービスの利用 | | |
| | | 胎児の胎内成長状況 | | |
| | | 胎児虐待の有無 | | |
| | | ハイリスク加算妊娠か? | | |
| | | 妊娠期の治療薬物 | | |
| | | 妊婦の依存の状況 | | |
| | | 妊婦の喫煙状況 | | |
| | | 過去の妊娠(流産・死産・出産) | | |
| | | 妊婦の職業および活動の状況 | | |
| | 家族 | 妊娠中の父親の問題 | | |
| | | 家庭内暴力の有無 | | |
| 同居していた家族 | | | | |
| サポート | 妊娠中のサポート | | | |
| 出産時 | 母子 | 出産場所 | | |
| | | 出産時の状況 | | |
| | | 出産時の児の状態 | | |
| | 家族 | 母親・父親のコミュニケーション能力 | | |
| | | 家族の孤立状況 | | |
| | | 母親・父親の成育歴 | | |
| | | 母親・父親の医療的問題 | | |
| | | 母親・父親の精神的問題 | | |
| | | 母親・父親の教育的問題 | | |
| | | 同居家族 | | |
| | | 家族のストレス状況 | | |
| | | きょうだいの状況 | | |
| | | きょうだいの健康状態 | | |
| | | きょうだいへの虐待・支援状況 | | |
| | | 養育支援者・協力者 | | |
| 地域福祉情報 | | 担当部署 | 入手状況 | |
| | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 経済状況 | 経済的困窮度 | | | |
| | 生活保護の有無 | | | |
| 地域とのかかわり | 子育て支援への参加など | | | |
| | 近隣とのコミュニケーション | | | |
| 家族の状況 | 婚姻関係 | | | |
| | 同居家族 | | | |
| | 拡大家族 | | | |
| | 障害支援の有無 | | | |
| | 福祉サービス利用 | | | |
| 住居環境 | 生活信条・信仰 | | | |
| | 住居の状況 | | | |
| | 転居 | | | |

2.年齢別必要情報

乳児期(保健医療情報)

()

| 保健医療情報 | | 担当部署 | 入手状況 | |
|----------------|---------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | | | 要入手(○)、不要(／)、入手不可能(×) | 入手済(✓) |
| 妊娠 期 | 母親 | 妊娠届け出の時期(週数) | | |
| | | 妊娠届け出時の年齢 | | |
| | | 妊婦健診の受診状況 | | |
| | | 予期せぬ妊娠か | | |
| | | 妊娠の受け止め | | |
| | | 生殖医療の有無 | | |
| | | 妊娠期の婚姻状況 | | |
| | | 母子健康手帳(コピー) | | |
| | | 両親教室への参加状況 | | |
| | | その他母子保健関連サービスの利用 | | |
| | | 胎児の胎内成長状況 | | |
| | | 胎児虐待の有無 | | |
| | | ノイリスク加算妊娠か? | | |
| | | 妊娠期の治療薬物 | | |
| | | 妊婦の依存の状況 | | |
| | | 妊婦の喫煙状況 | | |
| | | 婚姻関係 | | |
| | | 過去の妊娠(流産・死産・出産) | | |
| | 妊婦の職業および活動の状況 | | | |
| | 家族 | 妊娠中の父親の問題 | | |
| 家庭内暴力の有無 | | | | |
| 妊娠期同居していた家族 | | | | |
| サポート | 妊娠中のサポート | | | |
| 出産 時 | 母子 | 出産場所 | | |
| | | 生下時体重 | | |
| | | 生下時の問題 | | |
| | | 退院の時期 | | |
| 乳児 期 | | 乳児全戸訪問記録 | | |
| | | 母子手帳の記載状況 | | |
| | 乳児健診 | 受診状況 | | |
| | | 成長曲線 | | |
| | | 運動発達 | | |
| | | 精神発達 | | |
| | 家族 | 母乳・人工乳 | | |
| | | 離乳期の食の状況 | | |
| | | 疾病罹患・受診状況 | | |
| | | 事故での医療機関受診状況 | | |
| | | 両親の婚姻状況 | | |
| | | 家庭の状況 | | |
| | | 母親の産後うつの有無 | | |
| | | 母親・父親の育児能力 | | |
| | | 母親・父親の コミュニケーション能力 | | |
| | | 家族の孤立状況 | | |
| | | 母親・父親の成育歴 | | |
| | | 母親・父親の医療的問題 | | |
| | | 母親・父親の精神的問題 | | |
| | | 母親・父親の教育的問題 | | |
| | | 同居家族 | | |
| | | 家族のストレス状況 | | |
| | | きょうだいの状況 | | |
| | | きょうだいの健康状態 | | |
| きょうだいへの虐待・支援状況 | | | | |
| 養育支援者・協力者 | | | | |

2.年齢別必要情報

乳児期(福祉情報)

()

| 地域福祉情報 | | 担当部署 | 入手状況 | |
|--------------|---------------|------|-----------------------|--------|
| | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 経済状況 | 経済的困窮度 | | | |
| | 生活保護の有無 | | | |
| 本児 | 本人の障害支援の有無 | | | |
| | 福祉サービス利用 | | | |
| | 虐待通告の有無 | | | |
| | 有の場合の対応 | | | |
| 家族の状況 | 婚姻関係 | | | |
| | 同居家族 | | | |
| | 拡大家族 | | | |
| | 障害支援の有無 | | | |
| | 福祉サービス利用 | | | |
| | 生活信条・信仰 | | | |
| 地域との かかわり | 子育て支援への参加など | | | |
| | 養育相談状況 | | | |
| | 保育所・幼稚園情報 | | | |
| | 近隣とのコミュニケーション | | | |
| 住居環境 | 住居の状況 | | | |
| | 転居 | | | |
| | 文化的環境 | | | |
| | 自然環境 | | | |
| | 子育て支援関連施設の状況 | | | |

2.年齢別必要情報

幼児期

()

| 保健医療情報 | | 担当部署 | 入手状況 | | |
|---------------|-----------|-------------------|-----------------------|--------|--|
| | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) | |
| 妊娠期 | 特記すべき事項 | | | | |
| 乳幼児健診 | 母子手帳の記載状況 | | | | |
| | 受診状況 | 成長曲線 | | | |
| | | 運動発達 | | | |
| | | 精神発達 | | | |
| | | 親子関係 | | | |
| | 本児 | 成長曲線 | | | |
| | | 発達の状況 | | | |
| | | 行動の問題 | | | |
| | | 疾病罹患・受診状況 | | | |
| | 家族 | 事故での医療機関受診状況 | | | |
| | | 両親の婚姻状況 | | | |
| | | 母親・父親のコミュニケーション能力 | | | |
| | | 家族の孤立状況 | | | |
| | | 母親・父親の成育歴 | | | |
| | | 母親・父親の医療的問題 | | | |
| | | 母親・父親の精神的問題 | | | |
| 母親・父親の教育的問題 | | | | | |
| 同居家族 | | | | | |
| 家族のストレス状況 | | | | | |
| きょうだいの状況 | | | | | |
| きょうだいの健康状態 | | | | | |
| きょうだいの虐待・支援状況 | | | | | |
| 養育支援者・協力者 | | | | | |

| 地域福祉情報 | | 担当部署 | 入手状況 | |
|--------------|---------------|------|-----------------------|--------|
| | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 経済状況 | 経済的困窮度 | | | |
| | 生活保護の有無 | | | |
| 本児 | 本人の障害支援の有無 | | | |
| | 福祉サービス利用 | | | |
| | 虐待通告の有無 | | | |
| 家族 | 有の場合の対応 | | | |
| | 婚姻関係 | | | |
| | 同居家族 | | | |
| | 拡大家族 | | | |
| | 障害支援の有無 | | | |
| | 福祉サービス利用 | | | |
| 地域との かかわり | 生活信条・信仰 | | | |
| | 子育て支援への参加など | | | |
| | 養育相談状況 | | | |
| | 保育所・幼稚園情報 | | | |
| 住居環境 | 近隣とのコミュニケーション | | | |
| | 住居の状況 | | | |
| | 転居 | | | |
| | 文化的環境 | | | |
| | 自然環境 | | | |
| | 子育て支援関連施設の状況 | | | |

2.年齢別必要情報

就学以降

()

| | | 保健医療情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|------------------|--------|------------------|------|-----------------------|--------|
| | | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 妊娠期 | | 特記すべき事項 | | | |
| L 幼 児 期 | 本 児 | 発達の問題 | | | |
| | | 行動の問題 | | | |
| | | 成長曲線 | | | |
| | | 母子手帳の記載状況 | | | |
| | | その他、特記すべき状況 | | | |
| 現 在 | 本 児 | 成長の状況 | | | |
| | | 発達の問題の有無・内容 | | | |
| | | 行動の問題 | | | |
| | | 登校の状況 | | | |
| | | 友人の問題 | | | |
| | | 事故にあう頻度 | | | |
| | | 疾病罹患・受診状況 | | | |
| | 家 族 | 障害の有無 | | | |
| | | 両親の婚姻状況 | | | |
| | | 母親・父親の | | | |
| | | 家族の孤立状況 | | | |
| | | 両親の婚姻状況 | | | |
| | | 母親・父親の成育歴 | | | |
| | | 母親・父親の医療的問題 | | | |
| | | 母親・父親の精神的問題 | | | |
| | | 母親・父親の教育的問題 | | | |
| | | 同居家族 | | | |
| | | 家族のストレス状況 | | | |
| | | きょうだいの健康状態・障害の有無 | | | |
| | | きょうだいの虐待・支援状況 | | | |
| 養育支援者・協力者 | | | | | |
| 家族のその他の状況 | | | | | |
| 生活空間の情報 | | | | | |

| | | 地域福祉情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|--------------------------------------|--|---------------|------|-----------------------|--------|
| | | | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 経済状況 | | 経済的困窮度 | | | |
| | | 生活保護の有無 | | | |
| 本 児 | | 学校に関する相談の有無 | | | |
| | | 行動の問題の有無と内容 | | | |
| | | 発達の問題の有無と内容 | | | |
| | | 虐待通告の有無 | | | |
| | | 有の場合の対応 | | | |
| | | 本人の障害支援の有無 | | | |
| | | 福祉サービス利用 | | | |
| 家 族 | | 婚姻関係 | | | |
| | | 同居家族 | | | |
| | | 拡大家族 | | | |
| | | 障害支援の有無 | | | |
| | | 福祉サービス利用 | | | |
| 地 域 と の か か わ り | | 生活信条・信仰 | | | |
| | | 子育て支援への参加など | | | |
| | | 養育相談状況 | | | |
| | | 学校の情報 | | | |
| 住 居 環 境 | | 近隣とのコミュニケーション | | | |
| | | 住居の状況 | | | |
| | | 転居 | | | |
| | | 文化的環境 | | | |
| | | 自然環境 | | | |
| | | 子育て支援関連施設の状況 | | | |

3. 死亡要因別必要情報

暴力による死亡

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|--------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(○)、不要(△)、入手不可能(×) | 入手済(✓) |
| DVの有無 | | | |
| きょうだいの状況 | | | |
| 家庭の経済状況 | | | |
| 家族の状況 | | | |
| 親の精神的状況 | | | |
| 親の発達障害の可能性 | | | |
| 親の犯罪歴 | | | |
| 親の薬物・アルコール依存 | | | |
| 親の成育歴 | | | |
| 親の就労状況・経過 | | | |
| それまでの暴力 | | | |
| 関係機関の関与 | | | |
| 医療機関受診状況 | | | |
| 成長曲線 | | | |
| 発達状況 | | | |
| きょうだいの発達状況 | | | |
| きょうだいの成長の問題 | | | |

3.死亡要因別必要情報

ネグレクト死亡

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|--------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 成長曲線 | | | |
| 母子手帳の記載状況 | | | |
| 親の依存傾向 | | | |
| 買い物依存、異性依存など | | | |
| 親の成育歴 | | | |
| 親の精神的問題 | | | |
| 親の就労状況 | | | |
| 家族の経済状況 | | | |
| その他の家族状況 | | | |
| 乳幼児健康診査の状況 | | | |
| 医療機関受診状況 | | | |
| 障害の有無 | | | |

3.死亡要因別必要情報

無理心中

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|-----------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 親の精神状態 | | | |
| うつ、怒り、その他 | | | |
| 希死念慮の表出 | | | |
| 家族の状況 | | | |
| これまでのストレス | | | |
| 親の成育歴 | | | |

4.支援・保護状態別必要情報

通告があった場合

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|----------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 通告元 | | | |
| 通告先 | | | |
| 通告後の安全確認 | | | |
| 通告後の調査 | | | |
| 子どもからの聞き取りの有無 | | | |
| 家族への調査 | | | |
| 拡大家族への調査 | | | |
| 地域の調査 | | | |
| 児童相談所の関わり | | | |
| 要対協の関わり | | | |
| 初期の緊急度アセスメント | | | |
| リスクアセスメント | | | |
| ニーズアセスメント | | | |
| 家族状況のアセスメント | | | |
| 虐待が起きたOロセスの見立て | | | |
| 支援計画 | | | |
| 支援計画の履行状況 | | | |
| 変化に関する情報の集約 | | | |

4. 支援・保護状態別必要情報

通告のない要保護・要支援ケース

例：通告された子どものきょうだい・特定妊婦の子ども

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|---------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(○)、不要(△)、入手不可能(×) | 入手済(✓) |
| 情報提供元 | | | |
| 要保護・要支援と考えた要因 | | | |
| 調査の範囲 | | | |
| 調査の内容 | | | |
| 児童相談所の関わり | | | |
| 要対協でかかわった機関 | | | |
| 要対協調整機関の対応 | | | |
| リスクアセスメント | | | |
| ニーズアセスメント | | | |
| 家族ダイナミックスの見立て | | | |
| 支援計画 | | | |
| 支援計画の履行状況 | | | |
| 変化に関する情報の集約 | | | |

4.支援・保護状態別必要情報

DVとして関与していたケース

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|----------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 市町村母子担当の関わり | | | |
| 市町村子ども家庭福祉の関わり | | | |
| 要対協の関わり | | | |
| 警察の関わり | | | |
| DV加害者との同居ケース | | | |
| 支援の状況 | | | |
| 子どもの成長・発達 | | | |
| 子どもへの支援の状況 | | | |
| DV加害者との分離ケース | | | |
| 分離時の状況 | | | |
| シェルターの利用 | | | |
| 法的対応 | | | |
| 離婚の有無 | | | |
| 加害者が居場所を知っているか | | | |
| 加害者との関係性 | | | |
| 新しいパートナーの有無 | | | |
| 転居の情報 | | | |

要保護・要支援と特定されていないケース(関係機関の関与なしケース)

| 必要情報 | 担当部署 | 入手状況 | |
|-------------|------|-----------------------|--------|
| | | 要入手(0)、不要(/)、入手不可能(x) | 入手済(✓) |
| 母子保健情報 | | | |
| 妊娠期の情報 | | | |
| 出産時の情報 | | | |
| 乳幼児健診の情報 | | | |
| 周囲の評判等 | | | |
| きょうだいの情報 | | | |
| 親や家族およびその変化 | | | |
| 転居情報 | | | |

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

分担研究者 中板育美 公益社団法人日本看護協会 常任理事

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「情報の収集」「児童相談所内、市区町村、要保護児童対策地域協議会および職場での検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2. 保健分野」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 1.保健活動」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体(大分県、大阪府、長野県、さいたま市)に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「情報の収集」「児童相談所内、市区町村、要保護児童対策地域協議会および職場での検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2. 保健分野」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 1.保健活動」「検証会議に必要な情報とその収集に関して 加害者以外の家族面接ができる場合」を執筆できた。

【考察】

公表されている死亡事例報告書の事例について、関与経過、母子保健の課題、母子保健領域に係る提言などから分析した結果を参照すると、検証時の情報提供が検証委員からのオーダーに応える(受け身的)形になりやすいという点や要求された情報の提示にも、個人情報関係も含めて、迷いが生じるなどの実態があることなどがわかった。乳幼児期の死亡事例及び重症事例に多くに保健分野が関与していることは、わが国の母子保健システム上から必然であり、1. 母子保健活動(事業)の基本的な実施と質の向上、2. 要保護児童、要支援児童、特定妊婦と「気になる」妊婦または親子の基本的考え方と判断基準のあいまいさ 3. アセスメント(判断・評価)と組織的合意形成、4. 引継ぎなどの指摘においては、保健活動のベースとなる項目であり、早急の普及・啓発を含めた情報発信が必要である。

これらの分析結果を踏まえて、検証の手引きの作成に関わった。

「手引き」全体には、多領域にわたる情報の提示の在り方や情報の管理、検証の進め方の詳細が記されている。この点においては、保健、医療、福祉機関が提供すべき情報のみならず、組織内で検証に参画する意味を理解し、検証結果を行かす意識の醸成を図る際の根拠としても参照しやすいものになっていると考える。

まして、基礎自治体等だからこそその留意点や改善できる(する)可能性があり、意識的に検証の流れについて具現化して記載した。「小規模組織による検証の場合」、「関係機関が関与に至らなかった場合」などについても、その検証の意義とメリット、留意点などを整理した。

A. 研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

B. 研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に

事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

担当した内容は「情報の収集」「児童相談所内、市区町村、要保護児童対策地域協議会および職場での検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2.保健分野」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 1.保健活動」であった。

C. 研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

5 情報の収集

家族の機能が不健全になり虐待に至るリスクは、身体医学的・精神医学的リスク、あるいは経済的リスク、社会や人と人とのつながりに関連するリスク、家族員個々が抱える原家族との葛藤などが、多岐にかつ複雑に絡み合っている。そこに生きる子どもには身体的健康面からも肥満あるいは痩せ、生活習慣の乱れや虫歯も多く、母親の側にも喫煙習慣や様々の精神的問題等が認められる場合も多い。子どもに予防接種を受けさせていないなど、家族の健康保持機能は大きく損なわれている場合も散見される。虐待や虐待死の要因に決定打といえるものがない中で、検証のために情報を提示するためには、多方面から情報を得て繋ぎ合わせ、家族を構造的にみる必要がある。

そのため検証を行うに当たっては、事例に関してできるだけ多くの情報を収集することが必要になる。委員からは、事務局が最初に示した情報以外に追加を要請される場合がほとんどである。要請される追加情報の中には、警察情報や加害者情報などが含まれることもあるが、その際には、事務局は、あらためて可能性を探りながら情

報収集を行うことになる。

集めた情報を委員会提出資料とする際に、事務局の判断で取捨選択することは危険である。事務局で不必要と考えた情報が、検証委員の専門的立場からみると重要で、事例の見立てが変わる可能性のある情報かもしれないからである。どのような情報を収集すべきかについては、事例の個別性を尊重すればするほど事務局に迷いが生じるため、一定の基本的なフォーマットを持つことは効果的かつ効率的な検証の進め方において有用な方策の一つである。

なお、全ての情報提示に際しては、客観性、確実性を担保するために情報源を明確にすることが求められる。支援者が実際に聴いたり、体験したり、目視した情報なのか、聞き取りによって得た二次情報なのか、誰からいつ聞き取ったのかを明確に示すことが重要である。

転入後に起きた事例、転居を繰り返した末に起きた事例などは、転入後の居住期間の長短にかかわらず、以前居住していた全ての自治体に必ず問い合わせ、情報を収集する。

また、情報提供に関する個人情報の取り扱いについては、行政関係機関へは児童福祉法第 8 条第 5 項を根拠に、医療機関などの民間機関へは、重大事例検証が児童虐待防止法第 4 条 5 項で規定されていることにより、検証のための情報収集が個人情報の保護に関する法律第 23 条の定める第三者提供の制限の適用除外に該当することを根拠に情報提供を求めることができる。

1) かならず入手を試みる必要がある情報

(1) 関係機関が関与している場合

相談者はだれか（把握経路）、誰が何に困っていたのか

把握経緯、つまり事例化した経緯は重要である。複数の関係機関が支援を行っていた事例の場合、それぞれの把握経路が違う。また、本人からの支援要請ではなく、専門家や近隣住民、親族などから持ち込まれて支援を開始する場合も少なくはない。持ち込まれる相談内容も医療、福祉、経済など多面的で多岐にわたる。当然、

拒否事例、関与を望まない事例への関与要請もあり、支援者は関与可能性を熟慮して介入していく努力をするので、その結果、関わりが始まった事例もある。その際は、その経緯も重要な情報である。事例の把握経路、最初の相談者(事例・家族・専門家・住民)は誰で、持ち込んだ一番の困りごと、つまり、とりあえずの最初の主訴は何であったのかの情報は、関与機関が複数の場合には、それぞれ違うこともあるので、確認する必要がある。

ジェノグラム(家系図)

検証において、ジェノグラムは欠かせない。表5-1にその例を挙げる。できる限り3世代までの関係性を理解できることが望ましい。

人は様々な状況に右往左往しながら生きている関係的な存在であり、かつ、自分の歴史を他者と交わりながら紡いで生きている存在である。したがって、死亡に至ってしまった背景には、現在の対人関係、つまり、家族、職場、学校、友人などの関係、および愛情関係や葛藤関係などがあり、その理解に近づくことが必要である。また、成育史の情報からその人の半生を想像してみることもできる。なお、関係機関が複数関与していた場合、要保護児童対策地域協議会(以下、要対協)をはじめ、各々の機関が作成していたジェノグラムは違っている可能性もあることから、関与機関が作成しているジェノグラムは、すべて情報として提示することが望ましい。

検証経過を経て、最終的にあらためて作成されたジェノグラムを比較することは、家族情報で把握していなかった情報や関心が注がれなかった情報を各機関が再認識する機会にもなる。

エコマップ(生態地図)

親族やきょうだい、近隣など人との関わりや、活用中あるいは過去に活用した社会資源との関係性を表したエコマップは、家族を取り巻く環境を俯瞰するためのものである。ジ

ェノグラムと合わせてみることで、家族を時間軸つまり縦断的に、そして社会との接点を面として、つまり横断的にとらえることができる。(表5-2)虐待家族のようにいくつかの関係性の問題が世代をまたがって持ち越されていることが多い場合、また、対人関係の結び方が不得手で孤立しがちである場合などは、支援者との関係が成立しづらいことは多く経験する。むしろ警戒されたり、緊張関係にあることも少なくはない。エコマップは、そのような場合、誰にアプローチをすることが対象事例との関係性を無駄に壊さずに済むかなどを検討する際にも有効である。検証ではこれまでの関係性や事件に至る前に、家族のサポートネットワークをどう築くべきであったか、誰が、または、どこがキーステーションになることがこの家族にとって有効だったのかを探るうえでも活用できる。

事件に至るまでの経過

各関係機関が関与していた経過を時系列で表にする。表の中には、例えば、単に「面接した」だけではなく、面接した相手、場所、その時の相手の様子、状況、キーとなるような言動などの客観的事実、支援者の印象・感想、支援機関の判断などを区別して書き込む。関係機関同士のコミュニケーションに関しても、電話なのか会議なのか、誰から誰への連絡なのか、連絡の内容、連絡元と連絡先の緊急性の意識などを書き込むとよい。要対協で会議を開催している場合には、会議の日に番号をつけ、その会議のテーマとサマライズを書き込み、別紙に会議の内容(会議で提示された情報、緊急性の判断、支援計画等)を詳細に提示する。

(2) 関係機関が関与していない場合

基礎自治体や児童相談所、要対協などいずれも関与していない事例については、情報量が少なく、経過の詳細も不明であるが、なぜ事例化

しなかったのかを考えるにあたり、収集できる基礎情報はおさえて、検証に臨みたい。

事件当日の状況については、新聞情報や警察、消防等から入手できうるだけの情報を提示する。さらに、住民基本台帳(住所地や家族構成、転入等)や経済状況(税務担当部署による納税状況)、子ども関連情報を参照し、妊娠届出の有無と時期、母子手帳交付時面接記録、新生児訪問等全ての乳幼児に用意されている健診等の受診状況(未受診対応含む)とその際の間診票、母子記録や子どもの保育所等サービス利用状況の確認、妊娠期から子育て期にわたるあらゆる対象者に提供されている母子保健事業の利用状況など、入手できる情報は少なくはない。

2) 必要な情報に関するチェックリストの使用について

それ以外で最低限必要な情報に関して、年齢、死亡要因、要保護・要支援状態のそれぞれに分けて、チェックリスト集に列記した。例えば幼児期の子どもで、ネグレクトで、要対協の対象になっていたが、通告がない例では、年齢別必要情報の「幼児期」の項、死亡要因別必要情報の「ネグレクト」の項、支援・保護状態別必要情報の「通告のない要保護・要支援ケース」の項を参考に必要な情報を集めるとよい。例えば、車中置き去りによる熱中症などで亡くなったなどネグレクトが原因の場合でも、日常的に身体的虐待もあった時には「身体的虐待」の項も参考にするといい形で活用してほしい。なお、検証を進めるうちに事例によってはこれ以外の情報を集めることが必要になる場合がある。以下の様な手順で必要情報リストを確定するとよい。

- (1) チェックリスト集より必要情報リストを作成する。
- (2) 事務局で、更に必要と考えられる情報を追加する。
- (3) 初期に可能な情報収集をする。
- (4) 第1回検証委員会で上記の必要情

報リストを提示し、さらに必要な情報を加える。

(5) 事務局はそれらの情報を入手するが、入手不可能なものには×、入手不要なものには/を記入する。

(6) 上記より、最終的に収集した情報の確認ができる。

3) できるだけアクセスすべき情報

警察情報や検察情報は開示が困難であるが、要対協のなかで情報が提供できる場合がある。警察や救急隊など消防関係者が要対協のメンバーとなっている自治体も多く、要対協として協力を依頼するなど工夫しながら進める。

加害者や加害者の行為を阻止できなかったパートナーの情報も可能な限り収集したい。特に、社会性や性格傾向に関する情報や生活史が把握できると良い。すべてといえないものの異性関係の失敗は、青年期以降同型的に反復しやすい。虐待を受けて育った子どもが親になり、昔の親(虐待者)に同一化して、虐待行為を再演することやアルコール依存症者など嗜癖者の親をもった子が、青年期以降に、自ら嗜癖者になる、あるいは、嗜癖者をパートナーとして選択する傾向が偶然以上に高いことも知られている。様々な養育上の不利・欠損を体験してきた人が安定した家庭環境をパートナーと共に営むためには、多くの課題を克服しなければならない。このような知見を考慮すれば、加害者のみならずパートナーや加害者の実父母等との生活史をなるべく詳細に把握する大切さを再認識しなければならない。

4) 異動における引き継ぎと責任の所在に関する情報の必要性

保健・福祉部署や児童相談所など行政機関は数年周期の人事異動が当然である。特に近年は、異動周期も短縮傾向であることから、引き継ぎのスキルのボトムアップは不可欠である。記録の保持、記録の回覧、記録に対する助言(SV)の

仕組みが検証で軽視されると、個人対応能力に議論が偏りやすく、組織的対応の隙間を看過することになりかねない。また、組織内での事例の共有や多面的見立てが促されない結果となってしまう可能性がある。死亡事例や重症事例の検証報告書を概観しても、引き継ぎが落とし穴になる可能性が指摘されていた。

記録を含めた報告・連絡・相談の仕組みがなかったり、あっても形骸化しているなど、盤石ではない組織的対応は、結果的に事件になれば個人責任を追及する傾向になりやすい。組織的対応、特に情報の共有の仕組みや情報の流れ、後任者への引き継ぎについては、第1回の検証委員会前に情報収集すべき基本的な情報である。

6 児童相談所内、市区町村、

要保護児童対策地域協議会および職場での検証

1) 児童相談所や要保護児童対策地域協議会での検証の勧め

検証は、都道府県だけではなく、指定都市、児童相談所設置市などにおいても行われることとなっている。そのような市での検証は、都道府県による検証と比較すると、より事例に身近な機関による検証になることから、福祉や教育、医療など多職種・多機関が持つ資源や地域の実情（現状や課題）を踏まえての検証が可能となる。また、検証の機会を通じて今後の相互連携体制が強化されるなど実効性にも反映されやすい。このように、身近な場での検証の持つメリットは大きいため、さらに、児童相談所内部、要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）、保健部署と児童福祉部署間など市区町村等の組織内で検証を行うことも有意義である。

それらの検証を経て、実態に即した具体的な改善策につながる事が重要である。加えて、その学びを都道府県の検証委員会がすくい上げ、都道府県全体、あるいは多くの関係機関（者）が活かすことができるよう導くことも重要である。

どこが主体で開催するかによって、検証の目的が変わることはないが、メリットや限界を認識したうえで、特長を活かした検証にすることが望ましい。そのためにまず、検証を行うことを組織内・関係者間の合意形成をした上で行うことが重要である。そのうえで検証対象の決定、検証チームのメンバー構成や議論の形式の検討、報告書、その後の活かし方まで見通しを立てて、検討を始めることが望ましい。

2) 児童相談所や要対協、市区町村などの検証のメリットと限界

【メリット】

- ・地域の医療機関や保育所、その他のリソースなど実情に沿った検証が可能となる。

今後の期待や改善点が、実行可能性を見据えて具現化しやすい。

- ・当該事例の直接の支援者やその周辺にいた同僚等にとっては、リアリティとともに脅威を我が事として捉え直しやすい。

- ・当該事例の直接の支援者にとって、検討の場で直接意見を述べるなど、当時の考え（行動の論拠）等を出したい希望がある場合などは、その機会を保障することも可能となる。

- ・当該事例の直接の支援者が、検証の結果のみならず、検証委員会での議論をその都度、聴く機会も得やすい状況になる。

- ・同一組織内での検証は、規模の大小はあるもののその組織内の縦割りの障壁や現行の市民サービス提供の活用のしづらさや不具合も共有しやすく、施策の見直しなども比較的柔軟に対応しやすいよさがある。

【限界】

- ・身近であるがゆえに、「犯人探し」や個々の支援者の「対応の間違いを指摘する場」になる危険がある。

- ・身近であるがゆえに、相互に守り合うなど防衛的かつ保守的な議論で終わる危険があ

る。その結果、改善策がでても抽象度が高く、一般論になりやすい。

・都道府県での開催と比較すると多岐にわたる情報、あるいは重要情報（警察や消防、医療など）が得にくく、検証会議の議論に限界が生じることがある。

・都道府県の行政や国の政策・施策に反映しにくい（距離がある）。当該事例の直接の支援者にとって、強いストレスになることがある。

・既存の組織風土によっては、外部からの指摘が入らないことも相俟って、組織改革という言うより、個人の「意識」や「行動」、「技術」の向上に委ねられやすい。

3) 検証の実際

(1) 検証目的

「事件の事実関係の把握、発生原因、要因分析等を経て、必要な再発防止の具体策を導くこと」

*反省点や検証チームのメンバーの学び、考察の羅列ではなく、検証事例から導かれた具体的な仕組みや技術等の再発防止策を打ち出し、体制整備や教育体系、人員確保などの必要な変化が導かれるよう提言が述べられていることが重要である。

(2) 検証対象の決定

検証の対象については、本手引きの3.検証対象、4.検証対象の把握、付録 事例の性質による検証のポイントを参照されたい。

(3) 検証チーム体制

市区町村の要対協等で検証を行う場合
検証は、要対協メンバーのみで行う場合と、外部の有識者等をメンバーに加えて行う場合とがある。要対協メンバーのみの検証については、「限界」に留意しつつ行う必要がある。できる限り外部の有識者をくわえるなど検証チーム体制を整えるほうが望ましい。

事務局は、都道府県同様に市区町村の場合は（地方）社会福祉審議会の児童福祉部会/専門部会に検証チームを位置付けることもできる。また、常設の要対協調整機関が事務局を担うことも可能である。有意義な検証の実行可能性や確かな効果をイメージして体制を決定する必要がある。市区町村社会福祉審議会に検証チームを設ける場合は、子ども虐待に精通する実践家や学識経験者(医療、保健、福祉、教育、司法関係者)等第三者を加えて、さらに当該地域の民生委員/主任児童委員など 住民組織等も含めて構成されることもある。

要対協のメンバーは、（ ）行政職員や医療機関、児童相談所、教育委員会や警察関係者などで構成されており、顔の見える関係ができていることを生かし、一方で、（ ）メンバーの中には、当該事例の直接の支援者、あるいは関与すべきであった組織の担当者が含まれることを配慮することが必要になる。

上記（ ）の顔の見える関係性は、連携に重要な要素であり、虐待防止対応においてむしろ強化したい部分であるが、検証という状況下においては、どうしても防衛的になりがちな性質が働き、保守的傾向になりやすい。それは再発防止策を導く上ではデメリットになるのでデメリットを回避するために外部の第三者（学識経験者や専門性の高い実践者）を加え、中立性、客観性、第三者性を担保することを推奨する。

また、（ ）における当該事例の直接の支援者にとって、要対協など身近な場面で「関係者に知らされずに検証の準備が進む」ことにならないよう、事例の直接の支援者やその所管部署には、事前に検証を行う旨の説明をするとともに、検証チームの諮問にむけて、効果的に遂行するよう協力要請を行う必要がある。直接の支援者が要対協のメンバーの場合には、その支援者が検証メンバーに加わることの適切性について個々の所属組織の意見を参照し、場合によ

っては、別のメンバーを依頼するなど個別対応が必要になる場合もある。

その際に、直接の支援者を含めた身近な課ないしは係などで振り返り作業を行うなどの工夫をし、組織（あるいは部署）としての考え方の整理をしておくことで個人責任の追及になってしまう（と思わせてしまう）ことを避けることに繋がる。

単一組織内の各職場における内部検証の勧め（第三者が入らない検証）

組織（あるいは部署）内部の検証は、必然的に当該事例への直接の支援者やその上長や同僚等で構成されることになる点において、都道府県や児童相談所、要対協での検証より、さらに身近になる。

死亡や重大事例に至る家族は、その前から養育機能や家族の健康保持機能が損なわれており、親の多くは、往々にして身体/精神医学的疾患や心理社会的課題を抱え、複雑で深い葛藤の末に、虐待を引き起こしている。支援者は、その虚勢の裏に内実する親自身でも見えていない(潜在化する)SOSや援助希求行動を救い上げ、かかわりのプロセスの中で課題を顕在化させてきている。寄り添いつつ課題に対して危機判断をしてきたと考えるが、その判断のどこに改善を要する点があったのかを導けるのは、小規模での直接の関与者の意見表明が叶いやすい環境下での検証だからこそでもある。

一方で、検証が実践現場に近い部署/人になればなるほど、直接の関与者は、検証の中で、自らを戒め自責の念をもつ状況になり兼ねない。その状況を乗り越えて、真摯に相談対象の死に向き合えるよう、「犯人探し」でも個々の支援者の「対応の間違いを指摘する場」でもないことを、より丁寧に検証前に説明する必要がある。

内部検証は、それで検証が完結するわけで

はなく、あくまでも児童相談所、要対協等、さらに都道府県での検証の貴重な参考資料として提供していくことが望ましい。

（４）プライバシーの保護について

児童相談所内、市区町村要対協および職場など同一組織内での検証は、身近な情報を扱うことになることから、プライバシーや個人情報の問題と接していることを強く意識することが求められる。常にプライバシー保護の立場を貫き、不用意に第三者に漏らさないよう、検証会議毎に再確認するなどに対応する自治体もあり参考になる。

（５）検証の方法

子ども虐待による新たな被害を予防するためには、直接的、間接的に当該家族に関与した関係機関のかかわりの実態を中心に検討し、現行の施策の不備遺漏を抽出し、新たな予防体制を構築する作業を迅速に行わなければならない。

事務局は、まず関係機関から関連情報を提示させ、経時的・機関別に整理して検証チームに提供する。検証会議を経て、検証メンバーから追加情報の要請があった場合には、その情報をどのような手段で入手するかを決め、事務局から関係機関へ情報提示の協力を要請する手続きを順次進める。手段は、質問紙を作成し書面で返信をしてもらう方法や検証メンバーが聞き取り調査を行う方法などがあり、状況に合わせて選択する。事務局は、書面で得られた情報や聞き取り調査の結果を次の検証会議で検証チームへ提示する。このプロセスは、1回で完了するとは限らず、情報提供要請の繰り返しになる場合もある。

その情報を基に、検証チームで関係機関の対応や連携の不備および組織上の問題点について討論する。このプロセスを効率的に行うには、直接の支援者（機関）から提供される最初の情報提示が適切であり、その量と質が

問われる。直接の支援者（機関）から検証チームへ情報提供する際に必要な情報については、5.情報の収集とともに付録の参考資料を参照されたい。

討論は、情報を包括的に見立てながら、事実関係を明らかにするとともに事件に至ってしまった要因分析等を行う。要因には、単に支援スキルの問題のみならず、各関係組織の子ども虐待対応に対する基本姿勢と情報の流れなど運用面の課題、人員を含む体制、支援者育成体系、対応・支援のあり方、そして事例の家族の要因等を包括的に精査して、再発防止のために必要な処置を提案する。

なお、意見の活発性の担保および個人情報保護の観点から、今後もあり得る検証に支障を来さぬよう、検証会議での議論は非公開とすることも多い。

（6）検証報告

検証と最終的な報告書のとりまとめは、第三者性を重視して、外部有識者が行う場合と事務局が行う場合がある。報告書の作成は、「同地域」で同じ失敗を繰り返さないために、そして報告書の公開は、「他の地域」でも同様の死亡事例を出さないためである。

報告書の公開に関して、他者が閲覧できるということは、医療や保健、福祉的側面から関与の深度などを客観的に見極め、自組織あるいは自身の内省に結びつきやすい。外部の有識者による意見を垣間見ることができる。検証委員会に対し、情報提供をする際の示唆を得やすいなどがある。一方、市区町村の検証では事例はもとより担当者が判明してしまう危険も高いことから、守秘義務のある要対協内のみの閲覧に留めるなど、その公開に関して工夫を行う必要がある。

4) 都道府県関係機関並びに児童相談所、市区町村、要対協が関与していない事例の検証について

都道府県、基礎自治体や児童相談所、要対協など、いずれもが関与していない事例について、検証を行うこと自体への疑義が生じることがある。情報量が少なく根拠に基づく適切な検証に結びつきにくいことが理由に挙げられるが、なぜ事例化されなかったのか、看過してしまったのはなぜか、関与するに至らなかったのか、あるいは関係機関の連携が機能しなかった原因 - システムの隙間や支援者の認識のずれや欠如 - を洗い出し、改善策を検討することも検証の意義であることを関係者間で共有することも必要である。むしろ、このような検証に疑義が生じやすい事例ほど、実践現場の仕組みや技術向上など、その地域ならではの具体的な改善策が必要である場合が多く、実態を共有しやすい身近な場面での検証の意義は大きい。

5) 児童相談所や要対協での検証と都道府県の検証との関係性

都道府県の検証と（地方）児童福祉審議会や児童相談所、要対協による検証は、相互に補強し合えるよう緊密な連携をとることが必要であるし、さらに国の社会保障審議会児童部会の検証に関する専門委員会に引き上げられ、より専門的見地、あるいは俯瞰的に議論されることを前提として考えることが望ましい。それは、4) で述べた「関与していない事例」の検証結果についても同様である。自組織内の具体的な改善策を講じるだけでなく、具体的な議論の成果を間接的に政策に影響を与えるような検証の仕組みに成熟させていくためには、都道府県と地域での検証の連動について事前に話し合い、都道府県に、検証結果を提供していくことを申し合わせるなどの工夫も大切である。

付録

検証会議に必要な情報とその入手に関して

1 保健分野

対象事例については、自治体における検証委員会の開催時に、起訴された被疑者の公判が開始されていない場合も少なくはなく、受傷あるいは死亡に至った経緯の詳細が明らかとなっているとも限らない。そのような状況下で、検証委員会を開催する(される)ことに対し、疑義が生じることもあるが、子ども虐待による新たな被害を予防するためには、司法的観点のみならず、現在の保健、医療、福祉等施策の不備・遺漏や限界などに関係者が真摯に向き合い、新たな予防体制を構築する作業を迅速に行わなければならない。

検証の中立性・客観性を確保するために、検証委員は外部有識者であることが必要だが、その場合、その委員へは、事件が起きた地域の基盤、すなわちどのような虐待防止策が整備されていたのかについて基礎情報を提供することも必要になる。保健の場合、母子保健事業の枠組みとそこから得られる情報が該当する。

本章では、検証作業を効果的かつ効率的に行うために、保健分野が検証委員会に主体的に提示できる情報もしくは、検証委員会が保健分野に情報提供を要請可能なミニマム情報を整理した。

1) 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

保健情報には、妊娠期から子育て期において、母子保健活動や精神保健福祉活動、子育て支援活動などから得ている一次情報(母子保健対象者すべてから得ている情報)と要支援対象となり、必要時に適宜、対話あるいは相談・支援によって意図的に得ている個別の二次情報がある。一次情報については、表 -1-1(p.100)を参照されたい。ここでは二次情報について説明を加える。

(1) 相談が持ち込まれて支援をしていた事例の場合

母子保健事業において把握されていた情報、すなわち健診の計測結果のみならず問診票の記載内容やその際の聞き取り情報なども母子保

健部署は提示するし、検証委員会及び事務局(以下、事務局)は提供を要請することが可能である。さらに、支援記録(家庭訪問記録や面接記録、関係者との事例についてのやりとり、医療との連携による病状把握記録など)については、特に省くことなく提供されることが望ましい。

また、母子保健担当者としての事例の整理と見立てについても意見を求めることが大切である。相談者(妊婦や親・親族など)のジェノグラム、生活史、成育歴など当該家族が織りなす縦断的・横断的情報、相談者の一番の困りごと・困難性は何だったのか、相談者から入手した情報の出所や情報の真偽(事実と、印象・推定事項の峻別)、重要性の順位づけ(危機判断などは、リスクアセスメントの俎上に載せるうえで重要な確認事項である。

(2) 相談ニーズはなく、支援関係が成立していなかった場合

「虐待事例としての関わりがなかった」を理由に情報が提示できない場合もある。しかし、一次情報は収集しているため、事務局は情報提供の要請をする。要請を受けた保健部署は積極的に提示する。その際、健診などが未受診で、いわゆる健診結果としてのデータはなくても、公的に用意されたサービスにアクセスしてこないという事実や未受診訪問の有無などが重要な情報であるという認識に立つ必要がある。

関係者が要支援と判断していても相談ニーズがなく、支援関係に至っていない場合がある。相談関係が樹立できず、強い拒否行動がとられたり、居留守をつかわれたり、近隣から心配の声や苦情が上がっていたなどの事実があれば、その事実が情報として重要である。情報の信頼性を確認したうえでその範囲内での判断等をさらに記した記録の提出は必要である。

平成29年3月の課長通知「要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供にかかわる保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」

1) に関係者間で共有できるようリスクが一覧で示

されているのでこれらも参照されたい。

2) 支援決定プロセスや支援経過を整理する

(1) アセスメントの変遷も記載

既存の検証報告書の多くが、機関間連携の不十分さやアセスメントの弱さを課題としている。事例とのかかわりの経過を可視化するための資料作成の際には、その都度のアセスメントについても記載していることが望ましい。

(2) 「特定妊婦」「要支援児童」「気になる親子」「要フォロー児」の扱い

いわゆる児童福祉法上の「特定妊婦」や「要支援児童」とは別に、保健分野では、要対協の対象事例にならない(と思われると判断したあるいは判断された)「妊婦」や親を「気になる妊婦」「気になる親子」「要フォロー家族」などと称して、予防的に支援している場合も多い。

その判断はどのような組織の合意形成のもとにおこなわれているのかなど自治体内での「特定妊婦」「要支援児童」「気になる親子」「要フォロー児」の扱いの申し合わせ事項や判断のアルゴリズムなどがあれば示すと検証に生かせることも多い。

3) 活動体制や人員について

保健師の配置人数は、現状において、標準化された人口比で基準が設けられておらず、基礎自治体によってばらつきがある。活動体制についても、分散配置になっている自治体が多く、異動周期は短縮傾向にある。したがって、後任への引き継ぎが重要である。

再発防止策の検討において人員体制の課題は避けられないことが多く、対応技術の向上、連携/繋ぎの問題とともに重要な要素である。従って、例えば母子保健担当部署の関与が影響したと思われる場合には、人員やその年齢構成などの把握が必要である。

付録 虐待死防止のポイント集

死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために

1 保健活動

アルコール依存症の夫による妻、時には子への暴力行為が顕在化した機能不全家族への関与を行っていたにもかかわらず、大量のアルコールを飲酒した状態で、幼児を風呂に入れ、おぼれさせ、水死させるといった事件を防ぐことができなかった例がある。また、ほおや眼の回り、背中に残る新旧のアザや縄で縛られた無数の跡を残して亡くなったある小学生に関しては、発達の偏りがあるため、幼児期には親の「子育てのしにくさ」に寄り添い続けて、就学時にも母子保健から学校保健へと引き継がれていた。妊娠中から大うつ病の再発による受診をしていたことに安心し、関与を遠ざけてしまった結果、子どもを部屋に閉じ込め放置して死亡させた母親や、周囲の指摘に対し母親が妊娠を否認し続け、産み落とされてへその緒がついたまま筆筒の中に放置された新生児など、子どものいのちが奪われた事例の中には、事件の前に既に危機感をもって関与できたのではないかと考えられるケースが稀なわけではない。

1) 横断的・縦断的情報収集を軽視しない

上記のケースの中には、要保護児童対策地域協議会での個別ケース会議で「虐待の恐れがある」と判断されていた事例もある。「恐れ」という表現は、曖昧であるので、少なくとも「恐れ」と判断したいくつかのリスクファクターの根拠を共有しておく必要がある。いずれにしてもそのリスクに加え、できれば期待できる保護因子なども統合して、具体的に「虐待」の可能性を表すことが求められているのではないかと。

そのために必要な情報は何で、収集は誰ができるのかなどを検討し、効率的かつ効果的に情報収集力を発揮しなければならないときがある。保健師の医療従事者(看護)として

の知識と生活モデルでかかわる姿勢を研ぎ澄ます努力の一方で、対象は「他者というひとりの人」であり、他者が築き上げてきた歴史には、専門的知識では理解できない、ブラックボックスが存在することを謙虚に受け止める姿勢も必要である。「情報」は常に満たされることなく不十分である。だからこそ、重要な情報の収集と分析、統合を反復することを惜しまずに、家族への理解(家族の物語)を紡ぐ作業を繰り返さざるを得ない。その謙虚さなくして、具体的な機動力が働かず、「恐れ」のまま経過して事件になってしまうことは避けたいものである。

2) 医療従事者としての観察力を高める

妊娠期から出産、乳幼児期の看護においては、妊娠期の母体の経過、出生時の状況、母の産後健診、児の2週間、1カ月健診等の結果から、成長過程を継続的に診ていけるようシステム化されているのが母子保健システムである。このシステムの運用を担う市区町村保健師には、児の発育・発達状況を確認し、体重増加不良などの異常に対し、家庭訪問等を通じて最も無理なく状況を察知し、原因を探り判断してかかわることができるポジションにいる。言い換えれば、非器質的発育不全(NOFTT=Non-organic failure to thrive)は、きわめて母子保健活動の範疇で発見される率の高い虐待である。

児の体重増加不良が指摘されたときには、親の子どもの発育・発達に関する知識について確認することも必要である。そして、育児の考え方、養育能力、養育環境、体重増加不良の状態をどうとらえているか、危険予測/危機回避力なども総合して判断し、支援の方向性を決めなければならない。

そのほかにも、看護的視点から虐待も意識して支援が必要な家族は、一部例を挙げると望まない妊娠、若年妊婦
妊婦健診・乳幼児健診等未受診

低出生体重児などで長期入院を要する児
先天性疾患や難病などを有する児とその家族
密度の濃い在宅医療を有する児とその家族
障害児や発達障害児など、保育、教育、福祉資源の活用が必要な児とその家族
などである。

3) 連携という名の役割分断を避けるために
関係者間のネットワークが進み、関与の役割分担も進んでいるが、在宅での支援は、誰が、誰を、何を、どのように支援するのが明確になって初めて効果を発揮する。不明であると、結果的に「誰が」がはっきりしないので、役割分担の失敗が起きやすくなる。幾度ケース検討を開き、皆で見守っていたとしても、適切な判断や具体的行動に結びつかなければ、「連携」とはいえず、その結果、重症もしくは死亡に至れば、それはやはり対応の失敗なのである。

4) 保健師の活動とソーシャルワーク

保健師は、担当地域に出向き、人々との協働のもと健康課題に向き合う。家庭訪問だけでなく保育所など地域資源との接点も重視しながらネットワークを築く。保健師の家庭訪問は、「拒否されたから行かない」は理由にならず、将来に重大な健康被害が予見されれば、何らかの介入方法を見出す努力をする。虐待予防活動もそのひとつである。

虐待親の多くは、往々にして身体/精神医学的疾患や心理社会的課題を抱えており、複雑で深い葛藤の末の虐待を引き起こしている。それを否認し続けることは虐待臨床を重ねていけば容易に理解できる。私たちは、内実葛藤している親の声にならない/できないSOSを救い上げ、そこに共感的態度を示しながら、課題を親と共に顕在化させていく。これが、保健師の相談者(になるであろう)対象との関係の結び方である。

一方、生活課題に着目し、人々のウェルビ

ーイングを高め、エンパワメントを促し、さまざまな構造に働きかけて社会の変革を進めるのがソーシャルワークである。生活という側面から人々の人権を守り共存共栄を目指す社会福祉（ソーシャルワーク）と、医療という側面から人々の健康と健康な未来を維持できる社会を目指す医療や保健は、実に重なる部分も多く、特に保健が担う保健指導は、接近しているのである。

5) レジリエンスを引き出す支援

原家族との確執や葛藤を抱える場合や予期せぬ妊娠等何らかの理由により、「私に子育てなんてできるはずがない」「私が子どもを産むことは罪だ」「私も母と同じように子どもに悲しい思いをさせてしまうのではないか」など、妊娠・出産・育児に対して自信がなかったり、否定的感情を抱いたり、胎児に対する拒否感情を持ってしまう場合がある。そのような場合にも、地域の保健師はもちろん、産科領域のスタッフや時には精神科医などの医療関係者と児童福祉関係者は、十分な背景事情を把握するための探索的調査を行うことが必要である。そして相互に密な情報共有をもとに、出産直後のみならず、出産前後を通じて、予防的見地から途切れることなく係わることを前提に、今後の虐待リスクの評価を妊娠中から行い続ける必要がある。

しかしながら、葛藤や苦悩をかかえていても、それでも「子どもを産み、育てたい」という若年妊婦や特定妊婦の真の想いに、私たちが触れることができたなら、私たちはその妊婦を支えたいと思う。そのときには、誰にどのように働きかけ、どのような環境が彼女らを支え続けてくれるだろうか、あるいは、どのように彼女らの成長に寄り添い伴走できるかなどを、関係者ならびにその家族がもがきながらでも考えることは、彼女自身だけではなく、その家族やパートナーの失いかけた強さ（レジリエンシー）を再度引き出すこと

につながっていくのだと思う。

D. 考察

1) 検証の目的と位置付けの再確認

児童虐待防止法は、「国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、児童虐待の予防及び早期発見のための方策、児童虐待を受けた児童のケア並びに児童虐待を行った保護者の指導及び支援のあり方、学校の教職員及び児童福祉施設の職員が児童虐待の防止に果たすべき役割その他児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行うものとする。」（児童虐待防止法4条5項）として、地方公共団体等に、児童虐待にかかる重大事例に関する検証等を実施することを義務づけている。

2) 検証における都道府県と市町村の関係

検証は、都道府県が実施することとし、検証の対象となった事例に関係する市町村は、これに参加・協力するとされている。それとは別に、市町村が独自に検証することも望ましいとされている。検証の対象となるのは、虐待による死亡事例（心中を含む）全てを検証の対象とすることが望ましいとされ、児童相談所、福祉事務所又は市町村が関与していない事例については、情報量が少ないために十分に検証が行えない可能性もあるが、関与しなかった事情も含め、その地域の保健・福祉等の体制を検証することも必要であるとされている。

市町村が実施する検証は、事例を振り返れば、事例に直接関係していた当事者間による内部検証となる部分が特徴的で、事例を通じた自己点検の色が濃くなる。それによるメリットもデメリットも生じる。検証内容は、機関内における再発防止策を検討したり、都道府県の検証結果を受けて具体的に実施すべき改善策を検討したり、あるいは都道府県の検

証の参照となるものであることから、第三者による外部検証を念頭に置いた検証とは性質を異にするものである。それにしても、客観性を担保するためにはできる限り、第三者性を確保して検証すべきであろう。

3) 効果的かつ効率的な情報の提示

この基本的な考え方を基盤に、検証委員会の円滑な進行と効果的な検証のためには、当該事例関与者（機関）からの情報提示の質が、「検証の質」の鍵となると考えた。特に検証対象事例においては、日本の母子保健システム上、保健師が関与している事例が多いことを考慮し、保健師等保健機関の「情報の収集」を整理した。乳幼児対象検証委員会に提供されるとより良い家族を構成する一人ひとりの生活史、家族となって紡いできた物語は、今、このような事件となってしまった背景として、そしてこれからを考える上で大変重要な情報である。様々の生活史上の不利・欠損を体験してきた人が安定した家庭環境を夫やパートナーと共に営むためには、多くのハードルがある。このような知見を考慮すれば、支援者が、その母（妊婦）あるいは家族にどのような社会資源が必要かを考える際には、親たちの生活史の中に看過できない情報が含まれていることに留意を要する。対象理解の方法について再考し、ジェノグラムやエコマップを重視し、事実確認、受傷機転とともに生活史情報に留意することがその家族の葛藤やSOSを、拾い上げることも検証の一部として重視した。

4) 児童相談所内、市区町村、要保護児童対策地域協議会および職場での検証

メリット、デメリットを整理しつつ、目的に向かってメリットを活かした検証の在り方として、整理した。

5) 第三者が関与しない検証

外部の第三者を加え、中立性、客観性、第三者性を担保することを推奨するが、一方で、第三者が関与しない検証についてもその意義を提示した。

小規模での直接の関与者同士の検証は、意見表明が叶いやすい環境下である一方、自らを戒め自責の念をもつ状況になり兼ねないことを踏まえ、検証の目的をより丁寧に検証前に説明する必要性を強調した。

6) 都道府県関係機関並びに児童相談所、市区町村、要対協が関与していない事例の検証について

都道府県、基礎自治体や児童相談所、要対協などの関与がなかった事例については、身近であればなおのこと、検証を行うこと自体への意見が分かれるところである。報量が少なく根拠に基づく適切な検証に結びつきにくいことが理由に挙げられるが、そもそもなぜ事例化されなかったのか、母子保健のポピュレーション・サービスや公的サービスの対象に上がらなかったのはなぜか、看過してしまったのはなぜか、あるいは関係機関の連携が機能しなかった原因 - システムの隙間や支援者の認識のずれや欠如 - を洗い出し、改善策を検討することも検証の意義であることを関係者間で共有することが大変重要である。むしろ、このような検証対象ほど、実践現場の仕組みや技術向上など、その地域ならではの具体的な改善策が必要である場合が多く、実態を共有しやすい身近な場面での検証の意義は大きい。

7) 異動と引き継ぎ

行政機関は数年周期の異動が当然で、近年その異動周期の短縮傾向であることから、引き継ぎのスキルのボトムアップは不可欠である。記録の保持、記録の回覧、記録に対するSVの存在とその仕組み化の重要性が、検証で軽視されたり、取り上げられないと、個人対応能力に議論が偏り

やすくなる。部署間連携不足にもなりかねない。それは多面的見立てが頓挫する結果となる可能性が生じる。既存の都道府県検証報告書においても死亡事例や重症事例の引き継ぎの貧弱さが落とし穴になる可能性が指摘されていた。

記録を含めた報告・連絡・相談の仕組みがなかったり、あっても形骸化しているなど、盤石ではない組織的対応も目立つ。それは組織内部での情報の共有の仕組みや方針決定の流れ、後任者への引き継ぎが定例化されていないことが要因の一つかもしれない。結果的に事件を個人責任で追及する傾向が強くなりやすい大きなデメリットの側面が出ていることも考慮の範囲である。

E．結論

これまで 2 年間の研究の結果を基に、「情報の収集」「児童相談所内、市区町村、要保護児童対策地域協議会および職場での検証」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して

2.保健分野」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 1.保健活動」を編集した。

F．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

G．知的財産権の出願・登録状況

1．特許宇取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

表 5-1 ジェノグラムの例

家族関係全体図（匿名）

年齢は事件当時で記している

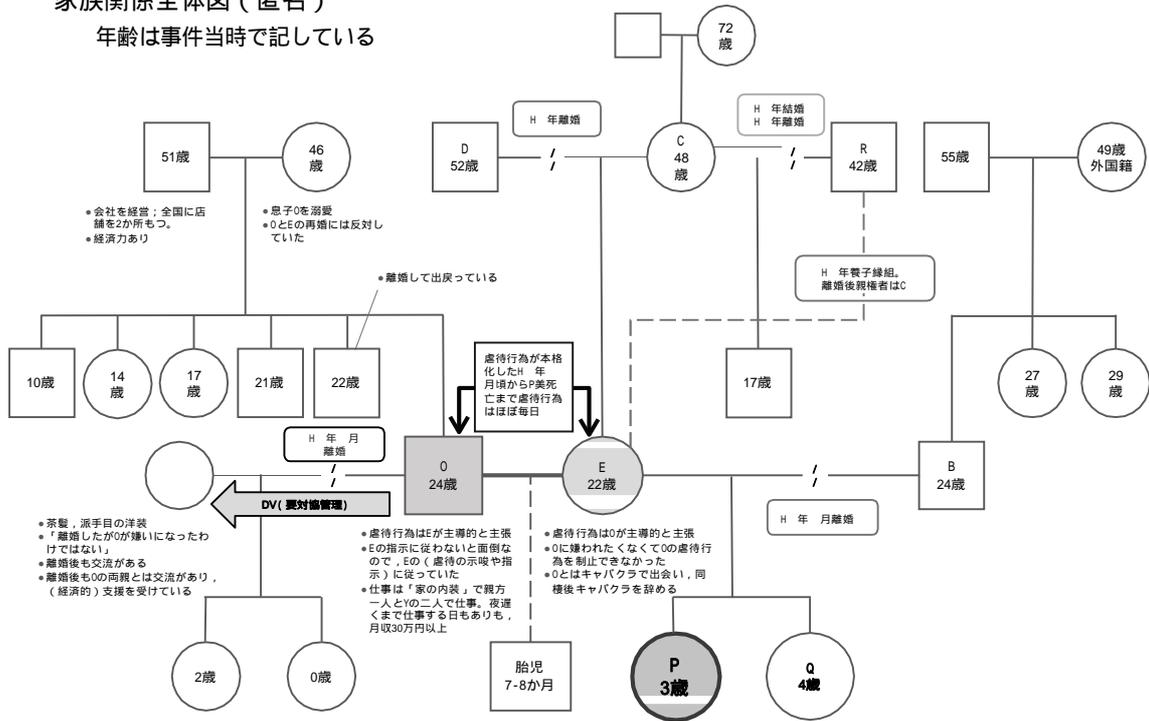


表 5-2 ジェノグラムにエコマップを加えたもの

家族関係全体図（匿名）

年齢は事件当時で記している

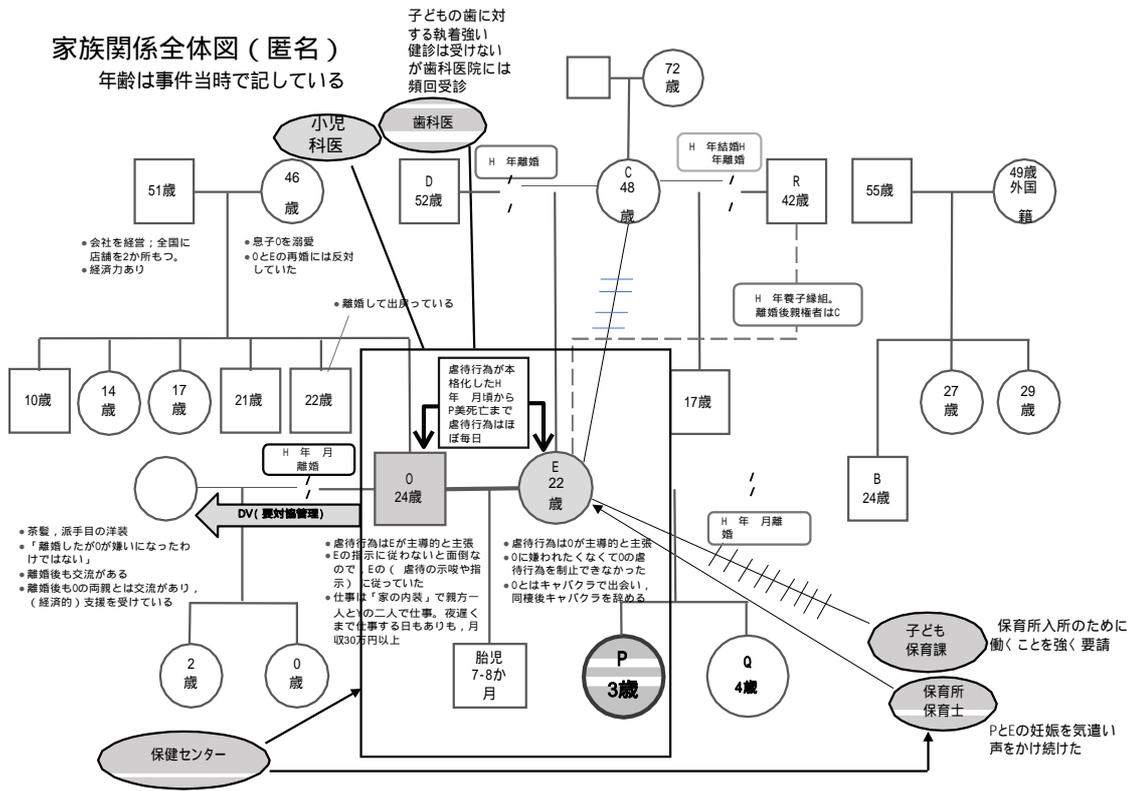


表 -1-1 妊娠期から子育て（就学前）の
要支援家族を把握・理解するための情報

【妊娠期から子育て（就学前）に収集している一次・二次情報】

（一次情報は、すべての妊産婦を対象に収集される情報、二次情報は、要支援と判断された事例）

| 情報収集対象 | 把握したい情報(例) | 入手経路(機関・部署) | 個別支援が必要と判断する基準(例) |
|--------|---|-------------------------------------|---|
| 一次+二次 | 三世代までの家族図(ジェノグラム) | 保健部署(地区担当保健師など) | 複雑な家族歴、原家族 ^{*1} との葛藤関係、三世代に暴力や嗜癖問題をもつ人がいる |
| 一次 | 母子健康手帳交付面接 妊婦届出年齢 | 保健部署・子育て包括 ^{*2} 一母子手帳交付時面接 | 18歳以下(夫、パートナー含む) |
| | 妊婦届出週数 | | 未交付、23週以降、産後の申請 |
| | 家族構成(既婚・未婚→婚姻予定) | | 婚姻予定のない未婚、ステップファミリーなど |
| 二次 | 妊娠契機 | | 予期せぬ妊娠、手段としての妊娠、出産圧力、不妊治療 |
| | 妊娠の受け止め | | 妊娠の拒否・回避、逃避の傾向が強い妊婦、非現実的な考え、夫(パートナー)の否定的うけとめ、夫からの望胎の強要がある |
| | 飲酒・喫煙・薬物使用 | | やめる意思がない、嗜癖 |
| | 過去の流産・死産経験 | 自責感、不安感 | |
| | 支援者や協力者の有無 | | 頼れない、頼りたくない、関係断絶 |
| 一次+二次 | 妊婦健診 | 保健部署 産科医療機関・助産師 | 未受診 不定期受診 まだら受診 メンタルヘルス不調(うつ状態、中絶希望を繰り返すなど) 身体疾患など合併妊娠 |
| 二次 | 随時相談(来所面接、電話)等 | 市保健部署(地区担当保健師)・子育て包括生活保護CW等 | 妊娠継続への不安、出産後の強い困難感、胎児を守るためのセルフケア力(食事、睡眠、運動、衛生)セルフケア能力の低さ、生活リズムの乱れ、胎児に対する低い愛着感情、胎児虐待行為(腹部殴打、自然流産を誘発する行為、喫煙や飲酒など) |
| | 乳児家庭全戸訪問事業 こんにちは赤ちゃん訪問事業 | 市保健部署(母子担当・地区担当保健師)・子育て包括 | 発育不良、親の子育て不安、困難。虐待行為あり、夫婦関係の悪化 |
| 一次+二次 | 健診受診(4カ月健診、1歳6カ月健診、3歳健診) 健診項目(身体発育+心の安定、親子関係・家族関係) | 市保健部署(母子担当・地区担当保健師など) | 児の発育(体重増加不良)・発達の遅れ 有疾患児や障害児と親の困惑・不安 未受診、連絡がつかない 問診項目へのネガティブ記載 その他、健診時に「気になる親子」 |
| 二次 | 保育所等子育てを支える資源の活用状況 | 保育所、保育所管轄課、子育て支援担当部署、子育て包括、保健部署 | 積極的拒否、手続きが不得手、情報リテラシー ^{*3} が低い、親同士の問題、欠席が多い、無断欠席、保育士や園へのクレーム、他罰的な発言 |
| 一次+二次 | 予防接種 | 保健部署・子育て包括、医療機関 | 一切受けない、計画性がない、クレームやトラブル |
| 一次+二次 | 家庭訪問 (新生児訪問や乳児家庭全戸訪問事業) | 保健部署、子育て包括 | 訪問事業に対する強い拒否 児の発育不良、または成長への関心が薄い、見通しがもてない 母の産後の心身状態不良 劣悪な生活環境 児の成長に見合う生活を適応できない |
| 二次 | 要フォロー家族への支援 (家庭訪問なども含めて) | 保健部署、子育て包括 | 暴力関係(DV、マタハラ、パワハラ) 親とのネガティブな幼少体験(被虐待体験) 母と父(パートナー)の心身の疾病、障害 頻回の他部署へのクレーム、近所付き合い苦手で近隣トラブル、未成熟で衝動的・攻撃的な行動など 不安定な雇用状態 無計画な借金 母または父(パートナー)の理解力、養育能力、意思の適応的な表明能力不足(欠如) 養育支援者・協力者いない、支援拒絶、他罰的な発言 幼児の発育不良、または成長への無関心 同胞の健康状態への負担・不安 同胞への虐待行為や不適切な養育の既往 疾患、障害、集団生活でのトラブルなども含む |
| 二次 | | 医療機関からの情報提供、支援要請 | 医療ネグレクト、頻回/過度の医療受診(親の代わりに受診)、Drショッピング |
| 二次 | | あらゆる機会 | 子育てに対する考えや言動からの違和感(ファンタスティックな子育て、過度の偏り、年齢不相当な子への要求など) |

*1 原家族:家族療法・家族研究で使用する用語であり、「その人が生まれ育った家族、子ども時代の家族」のこと

*2 情報リテラシー:自己の目的に適合する情報を獲得し、使用できる能力のこと。「情報を使いこなす力」

*3 子育て包括:子育て世代包括支援センター

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ソーシャルワーク及び
心理的側面に関する研究

分担研究者 西澤 哲 山梨県立大学人間社会学部 教授

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで 2 年間の研究結果を基に、分担部分として、「付録 事例の性質による検証のポイント」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 6 . 加害者面接ができる場合」

「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 2 . ソーシャルワーク」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「付録 事例の性質による検証のポイント」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 6 . 加害者面接ができる場合」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 2 . ソーシャルワーク」を執筆できた。

【考察】 「事例の性質による検証のポイント」では、虐待死亡事例全般の検証に必要な情報を整理した上で、さまざまな虐待類型ごとに、検証に必要となる情報の整理を行った。特に、従来の死亡事例検証では十分に検討されてこなかった虐待行為の背景にある親の心理的特徴の検討が重要であることが示された。「加害者面接ができる場合」では、加害者の代理人との協力関係による接見など加害者との面接を可能にするための方略を示した上で、加害者の主観的体験を評価し、またそれを「物語」へと紡いでいく必要性を示した。「虐待死亡事例を対象としたソーシャルワークの原則」では、虐待事例に対するソーシャルワークの原則を提示した上で、調査研究で明らかとなった、児童相談所等のソーシャルワークが「失敗」に至った要因を抽出した。これらの要因は、いずれも上記のソーシャルワークの原則が遵守されていないことに関連しており、死亡事例検証では、その点の検討が重要であることが示唆された。また、転居事例での虐待死亡事例が少なくないという現状を受け、転居事例への支援のあり方と検証のポイントを示した。

A . 研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

B . 研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて

て意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

担当した内容は「付録 事例の性質による検証のポイント」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 6. 加害者面接ができる場合」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 2. ソーシャルワーク」であった。

C. 研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

付録 事例の性質による検証のポイント

虐待重大事例、特に死亡事例においては、その事例の性質における特徴もある。ここではその特徴と検証のポイントを提示する。

本稿では、新生児および乳児死亡事例、長期放置による餓死等の事例、放置による熱中症・事故・火災事例、医療ネグレクト事例、心中事例、障害児事例、およびその他の種別の虐待死事例に分け、従来の調査・分析等によって指摘される各事例の特徴を概観した上で、そうした事例の検証のポイントを列記する。それに先立ち、虐待死亡事例の検証にとって必要な全般的な情報等を以下に示す。

・家族構成と家族歴：家族の形成から子どもの死亡に至るまでの構成員の変化や家族関係の変化に関する情報

・子どもの妊娠から出生までの経緯、および乳幼児期の子どもの状況：妊娠に対する、両親の認識およびその変化と、出生後の子どもの発達状況に関する情報

(母子健康手帳の発行の有無、妊婦健診の受診状況、乳幼児健診の結果等)

・虐待の発生から子どもの虐待死に至るまでの経緯：どのような経過で不適切な養育が発生し、悪化のプロセスを経て、子どもの死亡に至ったのか

に関する、親の心理的な側面を含めた全般的な状況

・両親の就労状況を含めた家族の経済的側面に関する情報

・その他、保育園や学校など、関係機関等が得ていた、子ども・家族に関する情報 (関係者の印象レベルの情報を含む)

1) 新生児死亡事例 (生後 24 時間以内の死亡)

新生児とは、世界保健機構 (WHO) やわが国の母子保健法では出生後 28 日未満を意味する。一方で、新生児殺を意味する英語である

“neonaticide”は、生後 24 時間以内の子どもの殺害を指す。また、わが国の厚生労働省の虐待死亡事例の検証報告書では、生後 1 カ月未満の死亡事例でもっとも多いのが生後 24 時間以内の死亡であることから (たとえば、平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月に発生した虐待死亡事例に関する第 13 次報告書では、生後 1 カ月未満で死亡した 13 人中、11 人が生後 1 日未満の死亡となっている)、本稿では、生後 24 時間以内の虐待死亡事例を中心に述べるものとする。

分娩状況

生後 24 時間以内の虐待死亡事例の大半は、医療者等の補助のない自力分娩によって出生した新生児がその対象となる (新生児の父親と思われる男性が出生に立ち会っている事例も、少ないながら存在する)。分娩場所は、主として自宅であるが、デパートやテーマパーク等の戸外のトイレでの出産事例もある。

死亡要因と母親の心理

こうした出生直後の虐待死亡事例は、放置 (ネグレクト) による衰弱死のほか、口を押さえることによる窒息死なども見られる。後者の場合、加害者の心理状態や虐待死に至る経緯を理解する上では、殺意の有無が重要な要素となる。母親による子どもの殺害事件 96 件の判決文を分析した田口 (2007) は、生後 24 時間以内の新生児殺

25 事例のうち16 事例の加害者(母親)が、「出産前から『生まれたら始末しようと思っていた』と犯行に計画性が認められ」と述べている¹⁾。

上述の前者の場合、すなわち出生後の放置による死亡事例の加害者の心理状態に関する調査研究はわが国ではほとんど存在しない。欧米の調査研究では、出産直後の放置死に関して、「遅れた中絶(late abortion)」という捉え方がある。遅れた中絶とは、妊娠を受け入れることができないものの何らかの理由で中絶を選択できず(いわゆる妊娠葛藤)、中絶が可能な時期を超えてしまった際に、出産し放置することで中絶と同様の結果を得ようとするというものである。また、こうした放置死の事例では、妊婦の心理的防衛として「否認」が認められるという指摘もある。この否認には、妊婦が妊娠の事実まったく気付かず、出産開始時の痛みを便秘等の別の要因によるものと誤認するような完全な否認の事例から、妊娠の事実自体は認識しながらも、日常生活においてはその事実の意識化を回避し、胎児や出産のことを一切考えないで出産に至るといった、いわば部分的な否認と呼べるものまで、否認の程度に違いがあると言われている。妊娠の事実や胎児の存在に対して強い否認があった事例で、その否認が出産後も継続し、新生児の存在を受け入れることができず、結果的に死亡させてしまったものもある。こうした事例では、否認が妊娠だけでなく、出生した新生児にも及んだと考えることができる。

母親の年齢

最後に、出産した母親の年齢について検討する。厚生労働省の第 10 次虐待死亡事例検証報告書では、「0 日・0 か月児死亡事例について」を特集しており、それによれば、第 1 次～第 10 回の検証対象となった 0 日児の死亡事例の母親の年齢は、19 歳以下が 26.6%と最多であったが、一方で、年齢の高い母親も少なくなく、母親の年齢が 30 歳以上のものを合計すると全体の 40.5%となっている。19 歳以下のいわゆる若年

妊娠に関しては、上述の「遅れた中絶」や妊娠および新生児に対する否認などの心理的要因との関連性が推測されるものの、30 歳以上の比較的年齢の高い母親についてこうした心理状態を想定するにはやや困難があると言えよう。この報告書では、母親の「妊娠期の問題」として「望まない妊娠」が挙げられているものの、その背景に関する言及はない。昭和 51(1976)年から昭和 55(1980)年の間に、生後 24 時間以内の新生児を死亡させたとして東京高裁管内の地方裁判所で第一審判決を受けた93 人の女性を対象とした内山ら(1983)の調査では、非嫡出子を死亡させた 45 人中 12 人が 30 歳以上であり、この 45 人の 13.3%が「法律上の夫以外の男性との子をなした法律婚の女性」であったとされている²⁾。この内山らの調査結果を踏まえると、相対的に年齢の高い母親による新生児死亡事例においても、いわゆる「不倫」による妊娠の事例が少なくないと推定される。

以上の知見等を踏まえ、新生児の虐待死亡事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

- ・母親や父親が妊娠の事実を認識していたか否か。
認識していた場合には、出産に関してどのような認知および感情があったか。
(殺意の有無の評価。否認およびその程度の査定。妊娠葛藤の評価)
- ・新生児の父親が妊娠や出産をどのように認識していたか。
(妊娠をめぐるパートナー間関係の評価)
- ・母親に、妊娠という事態に即した日常行動の変化が認められていたか。
(否認の程度の評価。出産を予定する心理状態であったか)
- ・母親等は、母子健康手帳の交付や妊婦健診

を受けていたか。

受けていたとしたら、それにもかかわらず新生児が死亡したのはどのような要因によるのか。

・出産後にどのような行動をとったか。新生児を放置して死に至ったか。口を塞ぐなど、新生児を死に至らしめるための何らかの積極的な行動をとったか。(殺意の評価)

・放置死であった場合、新生児が死ぬことを認識していたか。

あるいは、予期せぬ出産、新生児の出現に心理的な混乱状態にあり、新生児が死ぬことを予想できなかったか。(殺意の評価。新生児に対する否認の評価。「遅れた中絶」の検討)

・母親がその家族等と同居していた場合には、家族等が母親の妊娠に気付いていたか。

気付いていたとすれば、その事実によどのように関与したか。気付いていなかったと考えられる場合には、日常生活における母親と家族等との関係がどのようなものであったか。(母親の家族関係の問題の評価)

・関係機関が出産以前の妊婦に関わる方法はなかったか。

あったとすれば、なぜ、危機感を持つことができなかったか。接点がなかったとすれば、今後こうした妊婦と接点を持つためにどのような方法が考えられるか。

2) 乳児死亡事例

本稿では、前項で述べた生後 24 時間以内の新生児を除く 0 歳の乳児の死亡事例に関して述べる。子どもの虐待死亡事例では、子どもの年齢が虐待死の一要因となることが知られており、低年齢である子どもほど死に至りやすいとされている。前述の第 13 次報告書では、平成 27 年度に虐待で死亡したと厚生労働省が認知した事例の 57.7%が 0 歳の乳児であり、また、第 13 次までのすべての死亡事例のうち、0 歳の死亡が最多で

あったとしている。このように、低年齢の子どもの死亡が多いことの直接的な要因としては、子どもの身体的脆弱性と、養育者に対する全面的な依存性によると考えられる。

虐待類型

子どもを死に至らしめる虐待類型としては、身体的虐待だけではなくネグレクトも存在することは、十分に意識しておく必要がある。厚生労働省による虐待死亡事例検証が実施される以前は、児童相談所等の関係者が、ネグレクトの事例では「死亡することはない」として危機感が欠如した対応をすることがあったが、これまでの検証報告は、死亡事例の 30%程度がネグレクトによる死亡であることを示している。

これまでの検証報告書では、身体的虐待による死亡の直接的な死因として、ほぼ一貫して、頭部外傷がもっとも多く、次いで頸部絞扼^{こうやく}による窒息が多くなっている。年齢帯による直接の死因の分析は行われていないが、乳児死亡の場合もほぼ同様だと推定される。また、乳児の場合には、頭部外傷には乳幼児揺さぶられ症候群が含まれている可能性が高くなると推定される。第 13 次報告で検証の対象となった頭部外傷による死亡事例 8 人のうち、乳幼児揺さぶられ症候群で死亡したものが半数の 4 人であった。この 4 人のうち、0 歳の乳児が 2 人であった。また、第 11 次報告から第 13 次報告までを総合すると、乳幼児揺さぶられ症候群で死亡したのは 14 人であり、うち乳児は 8 人(57.1%)であった。

乳幼児揺さぶられ症候群

乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)の加害者は、他の虐待死亡事例と比較して、実父の割合が高いという特徴がある。第 13 次報告全体では、主たる加害者が実母であった事例が 50%であり、主たる加害者が実父であった事例は 23.1%であった。それに対して前述の第 11 次～第 13 次報告の乳幼児揺さぶられ症候群事例の加害者の 57.1%が実父であり、実母が加害者である事例

は 14.3%に過ぎなかった。こうした乳幼児揺さぶられ症候群の加害者の動機として、検証報告では、「泣きやまないことにいらだったため」がもっとも多いとされている。こうしたことから、何らかの理由で子どもの泣きに対応せざるを得ない状況となった父親が、乳児の泣きをなだめるための技術を持たず、乳児が泣き続けていることに苛立ち、乳児を強い力で揺さぶったことによって死亡に至らめたと推定される。また、従来の臨床的な検討では、乳児を泣きやませることができない状況に父親が強い無力感や絶望感を抱き、それが強い揺さぶり行為に繋がった可能性が指摘されている。なお、乳幼児揺さぶられ症候群の加害者となった父親の中には、それ以前の乳児とのかかわりにおいて、父親として適切にかかわっており、また、妻との関係においても問題が見られないなど、身体的虐待傾向を示す父親の典型像とは異なった臨床像を呈するものも含まれるため、注意が必要である。

その他の頭部外傷

頭部外傷による死亡には、乳児の頭部に対する直接的な暴力以外に、乳児を壁に叩きつけたり床に投げ落とすなどの行為によっても生じるが、いずれにしても乳児に対する激しい攻撃性の存在が指摘できる。一般的に、乳児は、ベビーシエーマなどの身体的特徴から、養育者等の成人に保護的な心情を生じさせると考えられることから、そうした乳児に対して激しい怒りや攻撃性を持つのは、かなり特異的な心理状態だと言える。こうした心理状態は、上記の無力感や絶望感の他に、子どもに対する特異的な「心理的意味づけ」や、パートナーとの関係に由来する心理状態などが関与している可能性がある。たとえば、実母による乳児の死亡事例では、当該乳児の出産直後に子宮を摘出せざるを得なくなった母親が、当該乳児を「自分の女性性を奪った存在」と認知していた。また、乳児の頭部に激しい暴力を加えた継父は、日頃から当該乳児を、現在の自分のパートナーがかつて別の男性と性関係をも

っていたことを意識させる存在だと見ていた。乳児への激しい攻撃性を理解するには、こうした乳児に対する「意味づけ」を検討する必要がある。さらに、父親の子どもに対する暴力が徐々にエスカレートし子どもが死に至った事例では、父親の社会生活や家庭生活における無力感や無能感が徐々に強まり、そうした無力感等を補償するものとして子どもに対する支配性が強化されていき、それが激しい暴力につながったと考えられるものもある。

ネグレクト

ネグレクトによる死亡事例には、長期間にわたって必要な栄養を与えられず放置されたため餓死に至る事例がある。また、乳児を車内に放置して熱中症で死亡させたり、乳児のみを自宅に残して親が外出するなど、いわゆる「安全のネグレクト」によって子どもが死亡する事例や、医療が必要な状態であるにもかかわらず適切な対応がなされなかった結果子どもが死亡する医療ネグレクトの事例がある。これらについては、それぞれ、次項以降で検討する。

パートナーによる加害における母親の心理

事例によっては、継父など、母親の新たなパートナーによる子どもへの暴力を母親が止めることができず、その結果、子どもが死亡したものもある。この場合は、身体的虐待とネグレクトが複合した死亡事例だと言える。これまでの臨床研究で、こうした母親によるネグレクトは、子どもよりもパートナーとの関係を優先するという、いわば「母・女葛藤」の結果であると言える。そして、パートナーとの関係を優先する母親の心理状態には、強い依存性が認められることが少なくない。

以上の知見等を踏まえ、乳児の虐待死亡事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

・身体的虐待による死亡か、あるいはネグレクトに

よる死亡か。

・身体的虐待による死亡の場合、子どもの直接の死因は何か。

・子どもの死因が頭部外傷であった場合、乳幼児揺さぶられ症候群であると考えられるか。

・乳幼児揺さぶられ症候群による死亡の場合、加害者は父親か、母親か(継父母を含む)。

また、激しい揺さぶりはどのようにして生じたと考えられるか。

また、加害者には、子どもに対する日常的な虐待行為が認められていたか。

認められていなかった場合には、子どもを死に至らしめるような行為はどのような経過で生じたと考えられるか。

・加害者は、父親(継父等を含む)か母親か。あるいは両者による共同の行為が子どもを死に至らしめたのか。両者の共同の行為による死亡の場合、両者間の関係性のどのような特徴が暴力行為を生んだと考えられるか。

・子どもを死に至らしめた行為には激しい怒りや攻撃性が伴っていたか。

であるとすれば、そうした激しい感情は何に由来すると考えられるか。加害者には無力感、無能感、支配性があつたか。

・継父等の暴力を母親が止めることができなかった事例において、母親に「母・女葛藤」や強い依存の心理があつたか。あつたとすれば、そのような依存の心理が生じた母親の成育歴等の要因は何か。

・子どもがネグレクトによって死亡した場合、ネグレクトの形態はどのようなものであつたか。

3) 長期放置による餓死等の事例

本項では、子どものネグレクトが長期間に及んだ結果、子どもが衰弱し餓死した事例に関して述べる。従来の臨床研究において、こうした餓死等の事例には2つのパターンがあることが示唆されている。ひとつは、加害者である親と子どもが共に生活しながら、子どもが衰弱していくというも

のであり、今ひとつは、親が子どもを自宅に残して外出し自宅外で過ごす期間が長期にわたった結果、子どもが餓死するというパターンである。

同居家庭内でのネグレクト死

上記前者の場合では、子どもの自宅内での居場所を、親がほとんど使用しない一室や廊下の隅、あるいはロフトなどのある程度隔離された空間に限定し、子どもの衰弱してく様子を親がほとんど目にしないような状況が作られていることが多い。また、餓死した子どもにきょうだいがいた場合、きょうだいとは通常の日常生活を送り、時には遊園地や動物園等に親子で出かけるなどの家族としての日常生活を営んでいる場合もある。被害者となった子どもが家族内にそもそも存在しないかのような、子どもの存在の否認が認められることもある。こうした事例では、親や家族にとっての当該子どもの「心理的な意味付け」を検討する必要がある。

要因としての食をめぐる葛藤

家庭内で同居しつつ子どもが衰弱死に至った事例では、親子間に「食をめぐる葛藤」が認められる事例が少なくない。ある事例では、離乳期にある子どもが離乳食を上手く食べることができず、親がその状態を「せっかく一生懸命作った離乳食を子どもが拒否した」と認知し、「食べたくないのであれば食べなければいい」と食の提供を適切に行わなくなり、その結果子どもが餓死した。食は依存欲求と関連しており、また、食事には愛情を象徴する心理的な意味がある。依存欲求に問題を抱える親にとって、食の提供には重大な困難性が伴うことが少なくなく、また、子どもがうまく食事を受け入れないという事態は、親が提供しようとする愛情の、子どもによる拒否と認知されることがあり、こうした食をめぐる葛藤が生じやすいと考えられる。

子の衰弱に対する父母の認識

家庭内での同居状態であって子どもが衰弱死

した事例で子どもに父親と母親(それぞれ継関係等を含む)がいた場合、父親と母親の間で、子どもに食を与えなかったり衰弱しているという認識をどのように持っていたかを検討する必要がある。こうした事例では、両者の間のコミュニケーションにおいて、子どもに食を与えないことの正当化や事態における重篤性の認識の希薄化が生じていたと考えられることが少なくない。

また、同居状態における子どもの餓死事例では、親が子どもの死を予見していたものもある。こうした事例では、「このままでは子どもが死んでしまうだろう。しかし、子どものこの状態を医師等が見たら自分が疑われることになるから子どもを病院に連れて行くわけにはいかない。こうなったら子どもには死んでもらうしかない」といったような、親にいわゆる未必の故意が認められることもある。

親の長期不在による死亡

親が子どもを自宅に残して長期間外出・外泊した結果子どもが死亡した事例に関して、これまで十分な分析が行われているとは言いがたい。そのため、子どもを放置して外出するという親による行為がどのような意味を持つのかは、いくつかの事例からの推測にとどまらざるを得ない。ある事例では、母親に依存の病理が認められ、男性依存と呼べるような状況で子どもを自宅に残して外泊を重ねた結果、子どもが衰弱死している。別の事例では、母親が生活費を得るために性風俗店で働き、不特定の男性に性的サービスを提供することに起因する精神的な負担によって精神的不調をきたし、その結果、ホストクラブの男性と外泊を繰り返していた。また別の母子家庭の事例では、母親自身がネグレクト環境で成育しており、母子家庭という養育環境で子どもが「寂しい思い」をしているという状況に、ネグレクトを受けて育ち強い孤独感を覚えた自分自身の子どもの頃の姿が重なって耐えられなくなり、子どもを回避するために外出・外泊が長期に及んでいた。このように、子どもを残して長期に家を離れるという行為には、親の成育歴、それに起因する依存性

の問題、現在の就労環境などが複雑に絡み合っていると考えられ、検証においては詳細な検討が必要となる。なお、母親が性風俗店で勤務するようになる経過には、若年で他の仕事では十分な収入が得られないという経済的な理由に加え、母親に幼少期の性虐待体験などの性被害歴があり、性的トラウマの再現性として(無意識的に)そうした仕事を選択したと考えられる場合もある。

以上の知見等を踏まえ、餓死等の死亡事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

・親と子どもは同居状態であったか。

その場合は、子どもを自宅内でなかば隔離するような状態であったか。

そうではない場合、子どもが衰弱していく状態を親はどのように認識していたか。

・子どもの食事はどのような状態であったか。

適切な食事が提供されていない場合、そのきっかけはどうであったか。親が、子どもの摂食状態に被拒否感を抱くなど、食をめぐる葛藤はなかったか。

・子どもに父親と母親がいた場合、子どもが衰弱していく状態を、両者の関係ではどのように認知していたか。両者のコミュニケーションにおいて、行為の正当化やその危険性の認識の矮小化が見られなかったか。

・いずれかの親に、いわゆる未必の故意といった心理状態が認められなかったか。

・子どもを残して自宅を長期間離れるという行為にはどのような意味があったか。

たとえば、親の強い依存性や、子どもの存在の認知の回避といった特徴はなかったか。

・親に依存欲求をめぐる問題が認められた場合、その依存性はどのような経過で生じたか。たとえば、親の成育歴上の特徴がそれを説明しうるか。

・親の就労状況はどうであったか。

たとえば、母親が性風俗店で勤務するなど、精神的な不調を招くような状態ではなかったか。

・上記のような就労状況にあった場合、それは単に経済的な理由によるものか。

それとも、親が子どもの頃の性虐待を含む性被害を受けたことが関連していたと考えられるか。

4) 放置による熱中症、事故、火災事例

子どもを自宅やその他の場所に放置し、何らかの理由で子どもが死亡した事例は、「子どもの安全のネグレクト」と呼ばれる。こうした事例においては、子どもの危機対処能力に関する誤った認知や、子どもを放置するという行為を生じた親の心理状態を検討する必要がある。

子どもの発達水準に対する誤った認知

前者に関しては、たとえばひとり車中に残された3歳の子どもが、車内が高温になるなど危険な状態となれば車から外に出るだろうといった子どもの自立的な行動を予測するといったものである。虐待死に限らず、虐待傾向のある親には、子どもの発達水準に対する過剰な期待、すなわち、年齢以上の自立能力を期待する傾向があることが知られており、安全のネグレクトの事例の検証においては、こうした親の認知が検討される必要がある。また、これらの検討においては、子どもの実際の発達状況も考慮に入れる必要がある。たとえば、親が買い物などの用事で外出し、小学校高学年の子どもがひとりで自宅に残っており、その間に火災が発生し子どもが焼死したという事例では、子どもの日常的な自立的行動のあり方から、安全のネグレクトには当たらないという判断もあり得る。しかし、子どもが3歳の幼児であれば、当然、親の行為は安全のネグレクトとみなされる。

親の心理状態 ～病的依存～

子どもを放置するという行為を生じた親の心理状態としては、依存性が指摘される。こうした事例の典型例として、夏にパチンコ店の駐車場に停車した車内で子どもが熱中症で死亡するという事例があげられる。こうした事例では、親が「3歳の子どもを連れてパチンコ店に来たが、子どもが寝

ており起こすのが可哀想であった。車のエンジンをかけエアコンをつけておけば大丈夫だと思った」と述べるのが少なくない。結果的には何らかの理由でエンジンやエアコンが停止し、車内が高温になり子どもが死亡するに至ったわけであるが、たとえエアコンが作動していたとしても、3歳の幼児をひとり車内に置いたままで数時間にわたりその場を離れるのは通常の状態であるとは言いがたい。こうした事例の大半がパチンコ店に来店中に発生していることを考えると、親にはパチンコに対する病的依存がある、すなわち親はギャンブル依存症(病的賭博)であると推定することが可能である。こうした親のギャンブル依存症が子どもの安全のネグレクトにつながり子どもが死亡した事例には、家庭内での死亡も含まれる。ある母子家庭の母親は、乳児を自宅に残したままで数時間パチンコ店にいた。その間に、乳児とともにいた3歳の兄が、乳児の顔に毛布をかけ、その結果乳児が窒息死したという事例がある。この場合も、上記と同様、親の依存症が子どもの放置の主たる要因であったと考えられる。この事例では、子どもの死亡の直接の原因は毛布を乳児の顔にかけた兄の行為であると言えるが(兄がどうしてこのような行為をしたかは明らかになっていない。母親が数時間不在であったことを考えると、その間に乳児が泣いたことが想定され、兄がそれに反応してこうした行動にでたのではないかと筆者は推定している)、こうした安全のネグレクトの間に、子どもが転落等の家庭内事故で死亡したり、あるいは火災によって死亡するといったこともあり得る。

以上の知見等を踏まえ、安全のネグレクトによる死亡事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

・子どもの年齢と自立能力の発達状況はどうであったか。

・上記に照らし、親が子どもに危機対処能力があると判断していた場合にはその判断が妥当であ

ったか。妥当でなかったとしたら、それは子どもの発達能力に対する過剰な期待と言えるか。

・親が子どもを放置し、一定期間子どものもとを離れるという行為は、親のどのような心理的状态と関連しているか。親には、物質依存やギャンブル依存などの依存に関する問題はなかったか。

5) 医療ネグレクト事例

医療ネグレクトによる子どもの死亡事例とは、子どもが医療を必要とする状態であるにもかかわらず、親が子どもに適切な医療を提供せず、その結果子どもが何らかの疾患で死亡するというものである。そのため、基本的には上述のネグレクトによる死亡と同様の家族関係の問題や親の心理的な問題が関与していると言える。実際、長期にわたって子どもをネグレクトし、子どもが衰弱する経過で餓死ではなく感染症によって死亡したという事例がある。

しかし、医療ネグレクトのなかには、未必の故意による殺人とも考えられるような事例や、医学上は不適切な方法によって親が子どもの疾病に積極的に関与していたと考えられる事例など、特殊なタイプのものも存在する。

未必の故意による医療ネグレクト

前者の例として、ダウン症である乳児に心疾患があり、手術などの医療行為を行わなければ乳児が死亡する危険性が高いことを親は認識しつつ、子どもの手術に同意せず、その結果子どもが死亡したというものがある(こうした場合に、保護者の同意がないと手術等の医療行為ができないという医療者の判断が妥当であるかは別途検討する必要がある。また、親権の一時停止が法制化された今日においては、この制度を活用して子どもに医療行為を行うようになっており、今後はこうした死亡事例が減少すると期待される)。

不適切な治療による子どもの死

前述の後者としては、たとえば子どもにアトピー性疾患がありステロイドの投与が必要であるに

もかかわらず親にステロイドに対する強い抵抗感があり、ホメオパシーなどの民間療法による治療行為を継続した結果、子どもが死亡したという事例がある。このような事例では親は子どもの疾患を放置しているわけではなく、親は、一般的には効果がないと判断されるような処置法を有効であると判断し、その方法に基づくかかわりをしていることになる。こうした事例と、上記のような一般的な医療ネグレクトの事例の親の心理には大きな違いがあるように思われるが、現段階では十分な分析が行われておらず、確定的なことは言えない。また、こうしたタイプの医療ネグレクトによる死亡には、親のみではなく医療者の認識が関与している場合もある。たとえば、医療者が民間療法を有効だと考えている場合、通常の医療行為に漠然とした疑念を抱いている親がそうした医療者に出会うことで、一般医療に対する懐疑が確信的なものとなり、子どもに対して積極的に民間療法を提供するようになって子どもが死亡する危険性が高まるわけである。このような事例においては、一般的な医療行為に対する親の不安や疑念が生まれた経過やそれが強化された要因を検討する必要がある。なお、上記のホメオパシーでは、助産師によって行われたレメディー(ホメオパシーで用いられる薬剤)の投与により新生児がビタミン K 欠乏性出血症で死亡するという事例があり、日本学術会議は、平成 22 年にホメオパシーの効果について全面否定し、医療従事者が治療法に用いないよう求める会長談話を公表している³⁾。

以上の知見等を踏まえ、医療ネグレクトによる死亡事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

・医療ネグレクトによる死亡が、ネグレクトによる衰弱の経過で疾患を発症したと考えられる場合には、餓死等の死亡事例と同様の検討を行うこと。
・親は、このまま医療を提供しなかった場合には子どもが死亡する危険性があることを認識していたか。そうだとすると、どうした認知や感情などの心理

状態が、医療行為に対する親の拒否につながったのか。未必の故意による殺人とみなしえるか。

・親は、標準的な医療とは異なる民間療法を提供していたか。その場合、親には通常の医療に対する抵抗感や拒否感があったか。あったとすれば、それはどのような経過で形成されたか。また、民間療法の効果を信じるようになった経過とはどのようなものか。

・親が民間療法の有効性を信じていた場合、その信頼を生じる、あるいは強化するような要因があったか。たとえば、親族や医療者など。

6) 無理心中事例

現在の厚生労働省の虐待死亡事例検証報告書では、無理心中による虐待死事例と無理心中以外の虐待死事例とを分けて検討している。この分割は第2次報告書以降のことであるが、それは、虐待死亡事例の検証に取り組む中で、この2つのタイプが多くの属性で異なっていることが明らかとなり、子どもが死亡するという表現型は同様であっても背景にある要因や力動がまったく違っている可能性があるとして認識されたためである。そこで本項では、特にこの両者の違いについて述べる。なお、本来の心中とは、この世で添い遂げられない男女が、あの世で一緒になるため共に自殺するという現象を指しており、その意味で英語では“double suicide”(二重の自殺)ということになる。しかし子どもに自殺の意図があったとは考え難い。そのため、「無理心中」という用語が用いられるようになったが、これは、子どもの殺害を、殺害ではなく心中という文脈で捉えようとする心性の現れである可能性があると考えられ、筆者にはその使用に抵抗がある。英語では“suicide followed by homicide”といった表現になり、これを直訳すれば「殺害後自殺」といった表現となり違和感を拭えない。本稿では、慣例に従って無理心中との表記を用いることとする。

無理心中と虐待 属性の違い

前述のように、虐待による死亡事例と無理心中

の事例では、その属性に違いが認められる。主たる違いとして指摘されるのは、死亡した子どもの年齢および親の年齢と死亡した子どもの人数、日常的な親の子どもに対する不適切なかかわりの有無、無理心中が発生するまでの親や家族の全般的な社会適応状況である。

親子の年齢と被害児の人数の違い

子どもの年齢は、虐待死事例ではこれまで見てきたように低年齢が多く、6歳以下の乳幼児がほとんどである。無理心中事例では、6歳以降のいわゆる学童期の子どもの死亡も少なくなく、15歳以上の思春期の子どもが死亡することもある。また、同時に死亡した子どもの人数は、虐待死事例の場合は1人というのが圧倒的に多く(ただし、当該子どもの死亡以前にきょうだい死亡していたが、その死因が病死や事故死などと誤って判断されていた事例の場合には、同時ではないにしても複数の子どもが死亡したという事例はある)、一方で、無理心中事例では、同時に複数の子どもたちが死亡するケースが少ない。子どもの年齢に関連して、子どもが死亡した時点での母親の年齢にも両者に違いが認められる。虐待死亡事例では、母親の年齢が24歳以下が多いのに対して、無理心中事例では、その多くが30歳以上となっている。

養育態度の違い

日常的な子どもへの不適切なかかわりに関しては、虐待死亡事例では死亡に至った時点以前に児童相談所への通告歴や一時保護等の介入があったり、市町村等の関係機関が関与もしくは養育上の問題があると認識していた事例が含まれるが、無理心中事例ではそうした不適切な養育が確認もしくは疑われた事例はほとんどない。これに関連していると考えられるのが、死亡した子どもの妊娠期および周産期の母親の問題である。虐待死亡事例では、予期せぬ妊娠、母子健康手帳未発行、妊婦健診未受診、乳幼児健診未受診など、子どもの存在や健康の否定や軽視

等が要因となると考えられる状態が認められることが少なくないのに対して、無理心中事例ではこうした傾向はほとんど見られない。

家族関係の違い

虐待死事例では、パートナー関係の成立、子どもの誕生およびその後の成長発達の経過等、虐待死が生じた時期の家族関係や家族の社会経済生活等にさまざまな問題が指摘される事例が少なくない。一方、無理心中事例では、こうした親や家族の社会適応状況に問題が指摘されることが少ないという特徴がある。なかには、親が学校活動や地域活動において積極的な働きをしており、学校や地域社会からの信頼が厚かったという無理心中事例もあった。

こうした検討から、虐待死事例と無理心中事例は基本的に異なると判断されている。両者が異なるとするなら、無理心中事例の親や家族の心理社会的特徴について分析する必要が生じる。しかしながら、管見の限り、無理心中の発生要因や家族関係の特徴を分析した調査研究は見当たらない。そのため、現時点では暫定的かつ仮説的な指摘にとどまるが、これら指摘される事項を以下に列記する。なお、今後、無理心中事例を対象とした調査研究を積み上げ、知見を導き出す必要がある。

- ・無理心中は親(多くの場合、母親)の自殺に子どもが巻き込まれたという可能性がある。
- ・自殺を考えた親が、自分の死後に子どもが「不幸」な人生を送ることを予想し、子どもを殺すという、いわゆる「利他的殺人」であった可能性がある。
- ・子どもに何らかの障害があり、上記の利他的殺人の発生に子どもの障害が関連していた可能性がある。
- ・無理心中の発生までに、親や家族の家庭生活や社会生活に顕著な不適応性が認められなかった事例では、親が同時期に強いストレスを経験し自殺を考えるに至った可能性がある。これら

のストレスには、親自身の親の問題、親の就労状況や家族の経済状況の問題、子どもの疾患や障害など、多岐にわたる要因が関連している可能性がある。

無理心中事例の検証においては、親が自殺に向かった心理状況や社会経済状況を分析するとともに、上記の各点を検討する必要がある。なお、無理心中事例の従来分析が十分ではないため確たることは言えないものの、いわゆる無理心中未遂、すなわち子どもが死亡したものの親が自殺未遂であったとされる事例に、実際には虐待死事例であったものが含まれている可能性は皆無とは言えないことに注意を払う必要がある。たとえば、ある自治体の虐待死亡事例の検証報告書では、先天性の疾患を持つ4カ月の乳児が身体的虐待で死亡した事例が対象となっていたが、母親は「自殺しようと思ったができなかった」と述べている。報告書では、この母親の言葉の事実性の検討はなされていない。こうした事例では、無理心中未遂なのか、あるいは虐待死なのかの判断には慎重な検討が必要であろう。検証委員会において、家族関係や家族の生活史などをさまざまな角度から検討し総合的に判断をすることが求められる。

7) 障害児事例

障害児が虐待死を遂げた事例では、障害が親の物理的・心理的な負担となり、それが子どもを虐待死させた要因であるという推測が持たれるように思われる。しかし、こうした見方を支持する実証的・臨床的なエビデンスはほとんどないと言える。もちろん、虐待で死亡した子どもに障害があった事例は皆無ではない。たとえば、9歳の脳性麻痺の子どもに暴力をふるって死亡させた事例などが発生しているのは事実である。しかし、そうした事例はそれほど多くないと言える。

障害児の虐待死と無理心中

第13次検証報告書によると、検証の対象とな

った虐待死事例 52 人のうち、子どもに疾患・障害があったとされたものが 4 人(「身体疾患」3 人、「身体障害」1 人)、「発達の問題(発達障害、自閉症など)」が 2 人、「身体発育の問題(極端な痩せ、身長が低いなど)」が 1 人であった。一方で、無理心中事例(報告書では心中による虐待死事例)32 人のうち、子どもに疾患・障害があったとされたものが 10 人(「身体疾患」4 人、「身体障害」2 人、「知的障害」5 人、重複含む)、「発達の問題(発達障害、自閉症など)」が 6 人、「身体発育の問題(極端な痩せ、身長が低いなど)」が 2 人であった。こうしたデータからは、子どもに疾患や障害があり、それが子どもの死亡に結びつくのは、虐待死事例よりも無理心中事例の特徴であると推定される。子どもの障害等と死亡の関係については、前項で述べた「利他的殺人」が関与している可能性がある。

要因としての発達障害の捉え方

一方で、子どもの障害等が虐待死あるいは無理心中の要因であるとの判断には慎重である必要がある。と言うのは、第 13 次報告書にあるように、子どもの疾患・障害の一種として、いわゆる発達障害が記載されるなど、発達障害と言われるものがすべて子ども本人の先天的な素質であると捉えられる傾向があるためである。しかし、発達障害に含まれる ADHD(注意欠如多動性障害)や自閉スペクトラム障害と診断された子どもの中には、虐待やネグレクトなどの不適切な要因がそうした状態を子どもにもたらしたと思われる事例が含まれる。こうした事例においては、虐待やネグレクトという不適切な養育環境が子どもに不適切な行動傾向をつくり、その後、親の不適切な行為が子どもの死をもたらした可能性が高く、こうした事例では、子どもの障害が虐待死の要因もしくは誘因になったと見ることはできない。

以上の知見等を踏まえ、障害児死亡の事例の検証においては、特に以下の各点を検討する必要がある。

・当該事例は、虐待死事例であると考えられるのか、あるいは無理心中未遂事例だと判断されるか。また、そうした判断に至った根拠は何か。

・子どもの障害の種別は何か。その要因として、養育環境などの外因の関与は否定されるか。

・子どもの障害等が親の行為や養育環境に関連している可能性がある場合、障害等はどのような機序で形成されたと説明されるか。

・子どもの障害が虐待死の直接的な要因であると判断された場合、障害受容の問題や障害があることによる育児等の負担感など、子どもの障害が親にどのような心理的反応をもたらしたと考えられるか。また、そうした心理的反応が、子どもを死に至らしめるような怒りや暴力性、あるいは子どもへのネグレクト心性に結びついたのには、どのような経緯があったと考えられるか。

8) その他の種別の虐待死

これまで厚生労働省の虐待死亡事例の検証の対象となったものには、心理的虐待による子どもの死亡や MSBP(代理性ミュンヒハウゼン症候群)などの医療的虐待による死亡が、きわめて少ないながらも含まれている。心理的虐待による死亡とされた事例は、継父に自殺するよう求められ、実際に子どもが自殺した事例である。また、MSBP による死亡事例は、病院内の監視カメラに残された、疾病で入院中の子どもに付き添っていた母親の不審な行為から、母親が子どもの点滴に異物を混入させていたことが判明した事例である。なお、この母親は、過去に別の子ども(死亡した子どものきょうだい)にも同様の行為をなし死亡させていたものの、その時点では病死と判断されていた。こうした事例は、先述のように分析の対象となる事例数がきわめて少ないため、その特徴を抽出するには至っていない。

また、欧米の調査報告には指摘があるもののわが国では報告された事例がないのが、性的虐

待による死亡である。欧米の臨床研究では、性的虐待の事実の発覚を恐れた父親が子どもを殺害する事例が多いとされているが、先述のようにわが国での報告はない。

虐待死亡事例の検証においては、自殺が親の直接的・間接的な指示によるものが稀ながらも存在することや、病死とされたものの中には親の意図的な行為によって作り出された疾病による死亡があること、あるいは、子どもの死の背景に性的虐待があったことも完全には否定できないことを念頭に置く必要がある。

1) 田口 寿子.わが国における Maternal Filicide の現状と防止対策: 96 例の分析から. 精神神経学雑誌, 2007 : No109vol2 : 110-127.

2) 内山絢子、小長井賀與、安部哲夫. 女性による新生児殺の研究, 犯罪社会学研究,1983 : 第 8 巻 : 172-186

3) 日本学会会議. 「ホメオパシー」についての会長談話. 日本学会会議 (平成 22 年 8 月 24 日) <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-d8.pdf>

6 加害者面接ができる場合

虐待死亡事例の検証においては、どのような経過で虐待死が発生したのかを理解することが重要な意味を持つ。この「どのような経過で虐待死が発生したか」という問いに対する解は、それぞれの領域ごとに異なる。例えば、身体医学の立場では、子どもの身体にどのような外力が加わり、それがどういった身体的損傷をもたらし、その後、いかなる経過をたどって死に至ったかを明らかにすることが解となる。一方で、臨床心理学およびその関連領域の立場では、子どもに虐待行為を行った親等の養育者(以下、親とする)が、どのような認知や感情を持ってその行為をなしたのかを明らかにしようとするようになる。

こうした分析を行うには、加害者である親から直接に聞き取る情報が必要となる。本稿では、そう

した加害者面接を実施できる場合について、面接のポイントとなる事柄を示すことを目的とする。

1) 加害者面接が可能となる場合

虐待の加害者が刑事裁判の対象となったり、実刑判決を受けて刑務所に収監された場合、わが国の現行の法制度では、子ども福祉関係者が加害者に接近するための手段や方法は限られている。そうした状況において、加害者に面接調査を実施するにはかなりの困難が伴うと考えられる。

福祉関係者が、刑事手続下にある加害者に接近するために考えられる方法としては、未決拘置中の加害者の刑事弁護人に協力を求めることである。その際、弁護人に、検証の目的や意義、加害者面接の必要性を十分に説明し、弁護士接見の際の福祉関係者の同席等の許可を求めることになる(同席や質問については加害者の同意が必要である)。また、刑が確定し、実刑で刑務所に収監されている場合には、親族等から収監されている刑務所に関する情報を入手し、加害者に手紙等で接見を求めることも方法のひとつとして考えられる(手紙には、加害者から直接情報を得ることの意義を書き、協力を求めること。また、収監先が遠方である場合には、手紙によるやり取りも方法のひとつとして考えられる)。なお、収監中の加害者とのやり取りについては、弁護人の協力を求めるのも方法のひとつである。

上記のような方法によって加害者面接が可能となった場合には、犯罪心理や臨床心理の知見を有する専門家に依頼し、面接を実施する必要がある。虐待事件の加害者からの聞き取りは、極めて専門的な知識および技能を必要とすることを十分に意識し、適切な人材の選定を行う必要がある。

2) 加害者の成育歴

人間が歴史的存在であることを考えると、子どもへの虐待という行為およびそれを導いた認知や感情を、親の歴史、すなわち成育歴と切り離して理解することは不可能であると言える。また、人間が社会的存在であることを考えると、親の認

知、感情、行為を親の家族関係や、家族を取り巻く社会関係と切り離して理解することもできないと言える。すなわち、たとえば身体的暴力による虐待死の事例では、子どもを死に至らしめた暴力が生じた時点における親の認知や感情を理解するためには、親の成育歴、パートナーシップの形成から当該行為の発生までの家族関係の発達歴、その間の親の社会関係の経過を検討する必要があり、これらを検討するための情報が必要となる。

3) 親の語りの主観性

こうした情報を得るためには、さまざまな記録等を調査する必要があるが、それはあまり現実的とは言えない。そのため、現時点では、親および関係者からの聞き取り(インタビュー調査)という方法に頼らざるを得ない。親が語った内容は、親の主観的な語りであり、親族や関係者からの聞き取りを行って整合性を検討したとしても、事実の抽出は不可能である。それでも、親の語りは、少なくとも主観的な体験を表していると考えられ、心理・社会的文脈における虐待行為の理解に資するものであると言える。

4) 「物語」の構成

親からの聞き取りに当たって重要なことは、単に出来事(インシデント)の情報を得るのではなく、それらのインシデントから構成される「物語」を構成しようとするところである。たとえば、「乳児が泣き止まないのでカッとなり、継父が乳児を抱き上げて激しく揺さぶったため頭蓋内出血が起こり、脳器質障害で死亡した」という事例があったとする。このインシデントの「物語」を構成するには、乳児が泣き止まないという事態を継父はどのように認知したのか、日常における継父と乳児はどのような関係にあったのか、継父と実母の関係はどのようなものであったのか、継父は乳児の実父(実母の前夫)にどのような認知や感情を持っていたのか、実母と実父はどのような経過で離婚し、継父は実母とどのように出会い再婚したの

か、激しい揺さぶり行為をもたらした怒りの背景には無力感や絶望感などの心理状態がなかったか、あったとすれば継父のいかなる成育歴や家族歴、社会歴が無力感等をもたらしたのかといった情報が必要となる。

5) 必要とされる知識

こうした物語を構成するには、聞き取りを行う面接者に、虐待傾向を生じる親に特徴的な認知や感情に関する知識が求められることになる。たとえば、従来の調査研究において、虐待傾向のある親には、子どもの発達に対する過剰な期待、子どもに対する被害の認知、しつけには体罰が有効とする体罰肯定感、怒りの感情の調整困難などの心理的特徴があることが指摘されている。そして、こうした親の心理的特徴は、親の幼少期の被虐待・ネグレクト体験に起因すると考えられている。また、虐待やネグレクトで子どもを死亡させた親を対象とした臨床研究においては、母親には被虐待・ネグレクト体験による幼少期の愛情欲求の未充足に由来する過度の依存性(病的依存)が特徴的に見られると報告されている。こうした母親の過度の依存性が、男性に対する依存的関係に結びつき、子どものネグレクトが生じると考えられる。また、父親には、幼少期の被虐待体験や養育者の喪失体験など、成育歴に由来すると考えられる自己効力感の欠如や無力感が特徴的に見られることが示唆されている。強い無力感をもった父親が、それを補償するために妻や子どもに対する支配性を強め、その結果、子どもに激しい暴力が向かうと考えられるわけである。なお、虐待死亡事例に関するこの臨床研究では、少なくとも主たる加害者となった親は、例外なく幼少期に虐待やネグレクトを受けており、いわゆる「世代間伝達」の事例であった。面接者には、こうした世代間伝達の力動に関する十分な理解が求められる。

おわりに

虐待死亡事例の検証を行うものは、検証に必要

である情報を得るためには加害者からの聞き取りが不可欠であることを認識し、上記のように、拘留所や刑務所で加害者に接見するなど、できる限りの努力を行うべきであろう。様々な理由でそれが叶わない場合であっても、少なくとも裁判の全公判の傍聴を行い、そこで開示される情報を収集し、それらの情報を検証に生かす必要がある。

付録 虐待死防止のポイント集

死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 2ソーシャルワーク

本項では、まず、虐待事例におけるソーシャルワークの基本的な原則について述べる。その上で、厚生労働省の死亡事例検証や、虐待死事例の刑事事件の判決文の分析および虐待で子どもを死亡させた親を対象とした臨床的研究などから示唆された、ソーシャルワークの問題点についてまとめる。

1) 虐待事例を対象としたソーシャルワークの原則

(1) 深刻化のプロセスの力動的理解

親の虐待・ネグレクトによる子どもの死亡は、不適切な養育が発生し徐々に悪化していくというプロセスの結果として生じる重大なインシデントである。この重大なインシデントを予防するためには、悪化のプロセスを十分に理解する必要がある。そのために、本稿で述べてきたような親の成育歴や家族歴、あるいは社会生活におけるさまざまな出来事など、複雑に絡み合う要因を力動的に把握することが必要となる。

(2) 親の成育歴を意識したソーシャルワーク

子どもを虐待する親の特徴のひとつとして指摘されているのは、親自身が幼少期等に虐待やネグレクトを受けてきたという、いわゆる世代間伝達現象である。虐待をする親のすべてが虐待を受けてきたわけではないので、世代間伝達ということを強調するのは不適切だとする主張もあるが、死亡を含む重度の虐待事例においては、ほぼ例外な

く世代間伝達の事例であると言える。そのため、中程度から重度の虐待事例に対するソーシャルワークにおいては、常に親が不適切な養育を経験してきたことを念頭に置くことが求められる。

親自身が虐待を受けて育った場合、その虐待体験がトラウマ体験となっていることも少なくない。こうした場合、子どもへの虐待行為が、親のトラウマ関連症状である可能性もある。トラウマを抱えたクライアントへのソーシャルワークやケアワークのあり方として、近年、北米を中心に“trauma informed practice”(トラウマを意識したソーシャルワーク)という概念が提唱されており、虐待事例を対象としたソーシャルワークが取り入れるべき点は多い。

(3) 常に「最悪の事態」を意識したソーシャルワーク

上述のように、虐待事例のほとんどは悪化のプロセスをとる。したがって、ソーシャルワーカーは、たとえば、経過観察中の事例で、登園した子どもの顔に新しい痣があったという情報が保育園からもたらされた場合、これまでの親子関係や家族関係の力動的なアセスメントに基づいて、この「新たな痣」がどのような意味を持つのかを慎重に検討しなくてはならない。その際には、事態が悪化することを想定し、常にこの事例における「最悪の事態」を予想しながら支援策を講じる必要がある。

2) ソーシャルワークが「失敗」に至る要因

ここでは、児童相談所や市町村相談機関が関与しながらも子どもが死亡した事例を対象とした従来の調査研究の分析から抽出されたソーシャルワークの問題点について述べる。

(1) 親との関係性の重視

児童相談所等が親との関係の良好性を保つ、あるいは関係を維持することを優先し、子どもの置かれた危機状況を感知できなかったという状態は、厚生労働省が虐待死亡事例の検証に着

手した時期から、ソーシャルワークの問題点として繰り返し指摘されてきた。もちろん、ソーシャルワーカーとして親や家族との関係を維持することが重要な意味を持つことは言うまでもない。しかし、そのために子どもを守ることができないというのは、本末転倒である。

親との関係を保ちつつ、必要に応じて子どもの保護を優先することができるためには、前項で述べた、虐待のプロセスの力動的な理解と最悪の事態を念頭においたソーシャルワークが必要となる。

(2) 初期のアセスメント(見立て)の硬直化

児童相談所が関わりながら介入に失敗し子どもが死亡した事例に多く見られるのは、通告直後の初期段階におけるアセスメントにとらわれてしまうことである。通告直後に行われた調査の結果、虐待以外の要因で養育に困難が生じていると判断された事例(いわゆる養育困難事例)では、その後に虐待を疑わせるような情報 - たとえば子どもの顔に痣があるという保育園からの情報 - が得られた場合でも、児童福祉司は「それは、親が言うように転んでできたのだろう」としてその重要性を看過してしまう。一方で、保育園で「今日は送ってきたお母さんが穏やかそうだった」という観察が報告された場合には、「やはり、虐待ではないのだ」と、初期のアセスメントに合致する情報のみが取り入れられてしまう。こうした現象を、『事後情報の取捨選択的取り入れ』と言う。

こうした初期のアセスメントの硬直化を予防するには、これまでのアセスメントは、その時点で入手できた情報に基づく暫定的なものであることを常に意識し、新たな情報が追加された時点で再アセスメントを行うという柔軟性が必要となる。

(3) 重大なインシデントへの馴化と楽観的予測

虐待であっても子どもを分離することなく在宅支援を行っている事例は多い。こうした事例で特に支援の経過が長期に及んでいるものにしばしば見られるのが「重大なインシデントへの馴化と

楽観的予測」によるソーシャルワークの失敗である。馴化とは、いわば慣れである。これまでも子どもがかなりの痣や傷を負うようなことがあっても、親が虐待を否定し、その後も在宅支援を継続しているような場合、新たに注意を要する出来事の観察や報告があっても、「この家族にはそうしたことがよくあって、これまでも重大なことに発展しないでやってこられたのだから、今回も大丈夫だろう」といった楽観的な予測をしてしまうわけである。こうした事例では、こうした馴化と楽観的予測によって、虐待が徐々に悪化している様相が覆い隠されてしまい、子どもが重傷を負ったり死亡して初めて、悪化のプロセスが認識されることになる。

(4) 支援計画の「失敗」への対応の欠如

虐待事例を対象としたソーシャルワークにおいては、ある支援計画が有効でないと判断された場合には、時をおかず、より介入度の高い支援プランに変更する必要がある。それは、支援プランがうまくいかないということは、アセスメントに誤りがあることを意味し、それは、子どもが危険な状態におかれている可能性があることを示唆するためである。これまでの死亡事例の検証から、支援計画がうまくいかない場合でも、その支援計画を有効にさせるための「無駄」な努力が継続され、その間に子どもが死亡するという事態に至ったものが少なくないことが示されている。たとえば、一時保護された子どもを、保育園に入所させることを条件に家庭復帰をさせたという事例で、保育園の入所手続きはしたものの、家庭復帰直後からほとんど登園しないという事態となった。支援計画では、保育園に入所すれば、ほぼ毎日、子どもの様子や親の状態を観察できるので在宅支援が可能であるとされていた。その重要な意味を持つ保育園に登園しないという事態は、子どもの様子を把握できないことを意味し、子どもが危険な状態になってもそれが感知できないことになるため、当該支援計画は失敗(あわせて、親が保育園に子どもを通わせることは可能であるとのアセスメントの誤りが示される)だと判断すべきであ

り、その時点で再度の一時保護をするなど、なんらかの介入を行う必要があった。しかし児童相談所は、保育園に、親に対する登園の促進を申し入れさせることで経過観察(いわゆる「見守り」)を行うのみであった。子どもは、家庭復帰から数ヵ月後に死亡している。

(5) 親の心理力動への表面的理解

死亡事例に限らず、児童福祉司等が、虐待傾向のある親の行為の背後にある心理力動を適切に評価できず、表面的な理解にとどまることで、重大な事態を予防できないといった事態は珍しくない。たとえば、虐待通告があり家庭訪問しても親が接触を拒否したり、関係機関のワーカー等が子どもと会うことを拒むといった事例は少なくない。こうした親が関係者との接触を拒む理由は、社会関係を持つことの拒否や「役所」といった権威的存在に対する反感などが考えられ、こうした特徴は重要なものとしてアセスメントの対象となる。なかでも、死亡事例においてとりわけ重要なのが、子どもとの接触を拒む親のなかに、コントロール葛藤やケア葛藤を抱えているものがある点である。

コントロール葛藤とは、子どもを自分のコントロール下におきたいという欲求が強い親が、それが困難となる状況に直面した際の心理状態を意味する。コントロール欲求が強い親にとって、関係者が子どもと会うという事態は子どもに対して自分のコントロールが及ばなくなる危険性を意味し、その結果、他者と子どもの接触に強い抵抗が生じると考えられるわけである。また、ケア葛藤とは、被虐待歴を有する親にとって、子どもが、自分が子どもの頃に得られなかった適切なケアを受けることを目撃することによって生じる強い心理的反応を意味する。関係者が子どもに会うという事態は、子どもが適切なケアを受ける可能性を意味するため、親はそれを受け入れられないと考えられるわけである。このように、関係者と子どもの接触を認めない親は、こうしたコントロール葛藤やケア葛藤を抱えている可能性がある。そし

て、それがどうして重大な事態と関連する可能性があるかという点、これらの葛藤は、英国における虐待死亡事例の親・家族に対する詳細な心理学的検討から導かれた概念であるためである¹⁾。

このように、親が関係者との接触を拒否したり、関係者と子どもとの接触を拒否するような事態は少なくないが、その心理的な意味を適切に把握できず、家庭訪問を繰り返すという表面的な対応に終始している間に、子どもが死亡するという事例が実際に生じている。家庭訪問が適切に行えないなど支援に困難をもたらす事態に直面した際には、ワーカーは、それまでのアセスメントを参照しながら、その事態の背景にあるかもしれない心理的な要因や家族関係の要因を検討すべきである。

(6) 転居事例への対応の問題

死亡事例検証を行ってきた中で、転居の与える影響は大きい。支援をしている中で、突然転居があり、転居先がわからない中で死亡していたケースもあるし、転居先に危機感が伝わらず、危機対応の欠如から虐待死に至ってしまったケースもある。

転居は家族にとってストレスの多い状態になることを考慮すると、転居そのもので、支援の重症度は一ランク高めなければならないと考えるべきである。

予め転居することが把握できている場合

< 転出元 >

支援をしている中で、予め家族から転居が告げられている場合は、転居は家族にとってストレスの高い状態になることを説明して、家族に転居先での支援を受けるべきであること、全ての情報を転居先の地域福祉(市区町村福祉もしくは児童相談所)に伝達することを伝える。また、施設措置解除直後や何らかの理由で福祉司指導となっているときには、必ず継続して、転居先でも福祉司指導という措置を続ける必要がある。要保護児童対策地

域協議会（以下、要対協）の対象となっている場合は、それぞれの機関の専門的所見を転居先の要対協の専門機関に結びつける必要がある。例えば、非器 質性成長 障害

（NOFTT=Non-organic failure to thrive）で医療機関にかかっている場合は、転居先の医療機関にその旨を伝えて、医療での対応を継続させなければならない。同時に、転居先の支援が家庭に届きやすくするため、転居先の支援者の名前を告げ、今後も連絡を取り合うよう伝えることが重要である。

そのためにも、児童相談所や要対協調整機関は、転居がわかった時点で、関係機関にそのことを告げ、転居に伴って問題となる点を収集し、一方で、できるだけ早く転居先との協議に入ることが求められる。転居先の児童相談所や要対協調整機関とはできるだけ顔を合わせて協議すべきであるが、遠方である場合などでは、電話対応も使わざるを得ないときもある。文書だけでの対応は避けるべきである。

< 転入先 >

転入の知らせを受けた時には、転出元のアセスメントのみを受け入れるのではなく、必要と思う資料を全て取り寄せ、更に必要な点は調査を行って、自ら再アセスメントを行わなければならない。その際、転居自体が家族のストレスとなることを考え、重症度は一ランク上げて支援を開始すべきである。アセスメントを行う上で必要な情報や疑問がある場合は必ず転出元の支援者に連絡を入れて確認すべきである。要対協や児童相談所との関係で関わっている支援者（医療機関、司法、民生委員等）から直接情報を得ることも必要である。できるだけ早く担当者を決め、転出元の支援者に告げ、その連携があることを家族に伝えてもらわなければならない。なお、アセスメントにおいては、転居が必要となった理由も重要な情報である。それまでの転居の状況、会社の命令による望まない転居なのか、自ら転居しているのかといったことも

重要である。後者の場合、何らかの理由で地域での生活に困難を感じるようになり、逃げるような形で転居の場合は危機感を高めなければならないし、その後も再び転居する確率が高くなる。

母親が DV 被害から逃げるための転居

< 転出元 >

DV 被害からの転居の場合は、住民票を動かさないなどの対応はもちろんのこと、DV 加害者の状況、DV 家族としての家族アセスメント、母親のアセスメント、子どものアセスメントなどに関して、転入先に十分に伝える必要がある。DV 被害者が加害者とよりを戻したり、新たな DV 加害者とパートナー関係になることは少なくない。実際、知らないうちに新たな暴力的なパートナーが出来て、子どもが死亡に至った事例もある。

< 転入先 >

DV 被害者の場合は十分な支援がなければ同じような行動をとってしまうことは少なくない。地域の支援者が母親の話をよく聞き、それまでの母親の成育歴等の中で何がそのようなパートナーとの関係を促進しているのかを判断し、家庭全体にかかわる必要がある。例えば、過去に虐待や性虐待を受けた体験のある女性は DV 被害を受けやすくなる一方で、子どもに暴力を振るう男性とパートナー関係になる可能性が高くなる。DV 被害者への支援は DV 男性と距離が取れて安心できるわけではなく、十分に注意して行う必要がある支援である。

突然の転居

突然の予期せぬ転居で家族が支援の枠から見えなくなることは、危機状態と考えてよい。子どもへの虐待の危険性が高い時には「死の危険」と考えて対応すべきである。場合によっては警察等にも協力を依頼し、転居先を確

認することが望まれる。

D．考察

「事例の性質による検証のポイント」では、虐待死亡事例全般の検証に必要な情報(家族構成と家族歴、子どもの妊娠から出生までの経緯および乳幼児期の子どもの状況、虐待の発生から虐待死に至るまでの経緯、家族の経済的側面に関する情報等)を整理した上で、さまざまな虐待類型(新生児および乳児死亡事例、長期放置による餓死等の事例、放置による熱中症・事故・火災事例、医療ネグレクト事例、心中事例、障害児事例、その他の類型の死亡事例)ごとに検証に必要な情報の整理を行った。特に、従来死亡事例検証では十分に検討されてこなかった虐待行為の背景にある親の心理的特徴の検討が重要であることが示された。

「加害者面接ができる場合」では、まず、刑事司法と福祉との連携がほとんどなされていないわが国の現状を踏まえ、加害者の代理人との協力関係による接見など、加害者との面接を可能にするための方略を示した。その上で、加害者の主観的体験を評価し、またそれを「物語」へと紡いでいく必要性を示した。さらに、面接者は、従来の臨床研究等で抽出された虐待死亡事例の加害者の成育歴、家族・社会関係、心理的特徴等を熟知しておく必要があることが示された。

「虐待死亡事例を対象としたソーシャルワークの原則」では、まず、虐待事例に対するソーシャルワークの原則(虐待の深刻化のプロセスの力動的な理解、親の成育歴を意識したソーシャルワーク、常に「最悪の事態」を意識したソーシャルワーク)を提示した上で、これまでの2年間の調査研究で明らかとなった、児童相談所等のソーシャルワークが「失敗」に至った要因を抽出した。それらの要因とは、親との関係性の重視、初期のアセスメントの硬直化、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、および親の心理力動への表面的理解であった。これらの要因は、いずれも上

記のソーシャルワークの原則が遵守されていないことに関連しており、したがって、死亡事例検証では、当該事例への支援の全体を通してこのソーシャルワークの原則がどの程度遵守されたか、そしてそうでなかった場合にはどのような要因が関与していたかを検討する必要があることが示された。

また、転居事例での虐待死亡事例が少なくないという現状を受け、改めて、転居事例への支援のあり方を特記した。今後の検証対象が転居という要因を含んでいた場合、本稿に示した支援のあり方に照らした検討が必要である。

E．結論

これまで2年間の研究の結果を基に、「付録事例の性質による検証のポイント」「付録検証会議に必要な情報とその入手に関して6．加害者面接ができる場合」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために2．ソーシャルワーク」を編集した。

¹⁾Reder, P. and Duncan, S. .Lost innocents: A follow-up study of fatal child abuse. London, Routledge, 1999.(小林・西澤監訳.子どもが虐待で死ぬとき:虐待死亡事例の分析. 明石書店, 2005)

F．研究発表

- 1．論文発表
なし
- 2．学会発表
なし

G．知的財産権の出願・登録状況

- 1．特許取得
なし
- 2．実用新案登録
なし
- 3．その他
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

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究

分担研究者 溝口史剛 前橋赤十字病院 小児科 副部長

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「検証対象」「検証対象の把握」「付録 重大事例検証の限界」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 3.医療の役割」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「検証対象」「検証対象の把握」「付録 重大事例検証の限界」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 3.医療の役割」を執筆できた。

【考察】 本ガイドラインが活用されることで、全国の自治体検証の質の均霑化が図られていくことが期待される。一方で、現行法制下の元での限界点も明らかにしたことで、今後設置が検討されている小児死亡事例の全数登録・検証し、小児期予防可能死を減らすための制度である、「チャイルド・デス・レビュー」の制度構築にも資するものとなったと思われる。

A．研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

子どもを守るために「3.医療の役割」であった。

C．研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

B．研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

担当した内容は「検証対象」「検証対象の把握」

「付録 重大事例検証の限界」「付録 虐待死防止のポイント集 死亡もしくは重大な苦痛から

3 検証対象

各自治体からのヒアリングにおいて、対象とすべき事例かどうか迷うという意見が多く聞かれた。例えば、虐待死亡事例としてメディアで扱われたが、被疑者が否認しており、裁判でも有罪になるかどうか不確定であるケースなどである。本来、虐待が疑われて死亡した事例に関する検証は全て行うべきであるが、以下のような考え方で検証対象を検討することも意味がある。

1) 「作為」による虐待死亡事例の検証について 虐待の可能性は 0%か 100%、白か黒かという

線引きができないものである。また子どもが虐待で死亡したという事実と、警察による逮捕/検察による起訴がなされたか否かは観点が全く異なるものである。起訴のためには、原則として八何の原則「誰が、いつ、どこで、誰と、どのような意図で、どのような行為を行い、どのような結果がもたらされたか」を完全に明確化する必要がある。例えば虐待による頭部外傷(AHT)で死亡したことが医学的に明らかであったとしても、加害行為を行った人物が母親であるか父親であるかが最終的に唯一人に絞り込めない場合には、家庭内で子どもが虐待死したことまでは推認できても、刑法上の起訴とはならない。このような少なくとも虐待であったと強く推認しうる事例を、不起訴であったことをもって、虐待死亡事例/重大事例検証の対象から外すような対応はあってはいけない。

2) 「不作為」による虐待死亡事例の検証について

虐待死を「作為に基づく死亡」に限定してはならず、不作為による死亡を含める必要があるが、「不作為に基づいた死亡事例」として検証すべき事例は、養育者が意図的に生命にかかわる養育上のケアを怠っていた事例に限るわけではない。例えば乳児を長時間にわたり放置することが頻繁に繰り返されていた家庭で、養育者の不在中にその乳児が死亡したような場合、「SIDS(乳児突然死症候群)で死亡した可能性を完全に排除しえない」等の理由から、刑法上は起訴に至らないことも多い。このような不作為と死亡の因果関係が司法的には明確にしえない事例であっても、養育者の置かれた状況や能力から死亡につながりうる環境上のリスクが放置され続けていた等、死亡が引き起こされうる高いリスクが潜在していたと判断される場合にも検証を行い、我々はその死から学ぶ必要がある。

3) 死亡以前に関係機関の関与のなかった虐待死亡事例の検証について

死亡以前に関係機関が関与していなかった事

例では、情報量が少ないために十分な検証が行えない場合もある。しかしながら、なぜ関係機関が虐待としての関与をしえないまま死亡に至ったのか、その経緯を含めて可能な限りの検証を行うことは、再発防止のために欠かすことのできない重要な取り組みであり、このような事例を含めたすべての虐待死亡事例の検証を行うことは不可欠である。

4) 死亡に至らなかったものの、検証を行うことが有用となる事例の検証について

重篤な虐待事例の中には、「児が死亡しなかったことの方が奇跡的」ともいえる事例は決して少なくない。死亡に至らなかった事例であっても、「なぜその子どもは死亡に至らずに済んだのか、その分水嶺は何であったのか」など、検証を行うことで同様の死亡事例の将来的な発生を防ぐための有用な教訓は得られうる。関係機関が協働して検証を行い、各事例における課題を把握し、再発の防止に努めるというステップこそが、新たな死亡事例の発生を地域で予防するためのスキルアップに、何よりも寄与するという認識が関係機関には求められる。

5) 親権者以外の人物が関与した死亡事例の検証について

虐待の直接の加害行為を行った人物が、同居していない友人であった場合などでも、検証の対象とすべきである。そのほか、初めて会うベビシッターに預け、その人物により殺害されるケースや、親が強く帰依している宗教などの影響力の強い人物により殺害されるような事例もある。そのような希少な事例こそ、努めて検証を行うことで、他地域にとっても大いに参考になる貴重な学びが得られる機会であり、積極的に行うことが推奨される。

6) 検証すべき事例の選定のためのカテゴリ一分類

検証委員会が検証すべき事例を選定するた

めに、参考となるカテゴリー分類を表 3-1 に提示する。いずれかの関係機関が虐待・ネグレクトが関与したことを疑った死亡事例があった場合、その疑いの確からしさについて本表を参考にカテゴリー化を行い、カテゴリー4 および 3B 事例と最終的に判断した事例については全例検証対象とし、将来的には3A 事例を含めた検証を行っていくことが望まれる。

7) 誰が(どの機関が)検証すべき事例の選定を行うべきであるのか

子どもの死亡に関与した人物の立場によって、検証すべき事例の選定(表 3-1 の虐待としての確からしさのトリアージ)が異なることも稀ではない。その場合には、あいまいなまま検証を行わないという判断を行うのではなく、より「虐待死であった可能性が高い」との選定を行った人物/機関がなぜそのような選定に至ったのかについて、必ず確認を行う必要がある。検証の対象となりうると考えられる事例を全て検証委員会に報告し、あらゆる立場の専門職の見方・考え方を共有したうえで、合議に基づいた事例の選定を行うことが望まれる。

4 検証対象の把握

3. 検証対象を把握するためには、虐待死の可能性のある事例が確実に情報として集約される体制の構築が求められる。現状では「マスメディアで取り扱われた事例」を、後追的に限定的に検証されることが主となっているが、その体制から、可能な限りの脱却を図る必要がある。しかしながら、現時点では、死亡した子どもに関して児童相談所に連絡を入れることは法的に義務付けられていないため、虐待を疑われる死亡が発生しても児童相談所には連絡が入らない。従って、本来検証が必要な子どもを把握するためには、子どもの死と遭遇する医療機関や警察と日頃から十分な連携を取り、虐待が疑われる子どもの死亡に遭遇した時には、児童相談所に連絡をもらえるように要保護児童対策地域協議会等を

通して依頼しておくことが重要である。

1) 医療機関が死亡時に関与した死亡事例の把握

子どもの死亡の多くは、医療機関に搬送され死亡宣告がなされるが、現時点ではその死亡が虐待・ネグレクトによるとの疑義のある事例でも、1/3 は児童相談所に通告がなされておらず、1 割は警察通報もなされていない状況にある。一方で、児童相談所との連携が進んだ医療機関では、不詳死事例を含めて死亡児(およびその同胞)の生前の児童相談所・市町村への係属歴の確認や、係属がなかった事例であっても特定妊婦や要支援児童としての関係機関の認識を確認するという取り組みを行っている。

現在の法律では死亡した子どもを児童相談所に通告する義務はなく、そのままになりがちであり、要保護児童対策地域協議会等を通して、医療機関が虐待が疑われる死亡事例に対応した際に、児童相談所に連絡を取ることを推奨していく必要がある。顔の見える連携が進むことで、虐待が疑われる事例を的確に把握しうる体制が進むとともに、検証実施の際に当該医療機関の協力が得られやすくなることも強調しておきたい。

2) 医療機関が死亡時に関与しなかった死亡事例の把握

病院外で死亡が確認され、医療機関への搬送が行われなかった事例は、その事実だけで十分な検証を行うべき事例である可能性が高いといえる。基本的にはこのような事例は、警察/検察の捜査対象となる可能性が高く、またマスメディアに公表される可能性が高い。一方でそのような事例では、関係機関が生前に関与していなかった事例も多いであろう。

死亡診断書/死体検案書は、当該死亡地(もしくは届出人住所地)の市区町村に原則として提出される(戸籍法)。現状は小児が死亡したとの情報を、市区町村内の縦割り行政の中で共有する体制はない。住所を転々とする家庭内の子ども

が虐待死に至る事例は少なくなく、そのような場合には都道府県や市町村をまたいで情報を共有することは現状困難である。このような情報共有の在り方を整備していくことも求められている。

付録 重大事例検証の限界

我々が虐待事例の検証を行う上でベストを尽くしたとしても、いまだに解決しえない問題点は様々に挙げられる。以下に検証の各段階における限界点につき列記する。

1) 対象事例を選定する上での限界

検証を行う上での最大の限界点は、虐待・ネグレクトによる死亡の定義の不明確性が挙げられる。虐待・ネグレクトに関しては法的な定義は存在しているものの、その死に関する定義は法的に存在しない。故にその視点は、犯罪を訴追する観点、行政上の観点、市民啓発の観点、公衆衛生学的観点、医学的観点など、立場の違いにより異なりうる。それゆえに、統一したコンセンサスに基づく定義を策定することは極めて困難である。たとえば、自動車事故で死亡した乳児がチャイルドシートに乗せられていたもののベルトで固定されていなかった場合、公衆衛生学的にはネグレクト死の定義を満たし、またそのことについて検察官も同意するであろう。しかし、このような事例が検察内部での定義も満たし、起訴される可能性は極めて低いであろう。このような定義を実際に虐待・ネグレクトと認定するか否か、実運用上もまた答えの難しい問題である。実際、全ての子どもの死の検証(チャイルド・デス・レビュー Child Death Review; CDR)が義務づけられている米国の2つの州での虐待認定の合致率は64.7%(Kappa 係数:0.61)に過ぎなかったと報告されている¹⁾。一方、米国疾病予防対策センター(CDC)から公衆衛生学的サーベイランスを行う上での定義が提示されており、3つの州のCDRチームによる予備プロジェクトでは、公衆衛生学的な取り組みを進めていくうえで十分に有用であったという結果が出ている²⁾。このような公衆衛生

学的定義を用いた広義の虐待・ネグレクトを用いた認定を行い、幅広く検証を行うことは、CDRが制度化していない現段階では困難であるが、極めて有用である。

また、そもそも医学的に gentle battering や smothering などと呼ばれる、手や枕を用いた口鼻閉塞によって窒息させられた乳児の殺人と SIDS(乳児突然死症候群)との鑑別は医学的に極めて困難であり、また wedging(ベッドや壁の間などの隙間への嵌り込みによる死亡) や overlapping(毛布などが顔に覆いかぶさったことによる死亡)などは、詳細な死亡現場検証を行わない限り突然死と判断されるであろうが、そのような事例の中にはネグレクトの要因が強い事例が混じっている。また胸部への殴打による心臓震盪^{しんとう}なども医学的には何の所見もないことが多い。元来健康であった子どもの突然死症例や、医学的には何も異常は確認されないが社会的リスクを有する突然死症例に関しても、分からないままに済ますのではなく、臨床医・法医と多機関の連携を進め可能な限りの死因の究明を試みる体制の構築が望まれる。

そもそも本邦では CDR のような、小児死亡の全数を把握し詳細検討を行うべき事例を明確化していく体制はなく、例えば医療者が虐待死を疑った事例でも、児童相談所に通告される事例は65.4%、警察に通報される事例は88.9%に留まっている³⁾。このような現状を改善していかない限り、本来検証すべき事例は漏れてしまい、その死から学ぶ事ができない状況は続いていくであろう。

2) 実際に検証を行う上での限界

実際に虐待の可能性があり、検証対象となったとしても、司法プロセスが進行している場合には、刑事訴訟法第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)という強い法的規制があり、但し書きに「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」とされてはいるものの、司法解剖の情報を含め、警察からの情報の提供

は得られない可能性が高い。実際に「相当と認められる場合」が何を示すかは明示されておらず、この点も今後整理を行っていく必要がある。また新法解剖(死因・身元調査法)に基づく解剖結果については、検案又は死亡時画像の読影を行った医師に対してはその結果の提供ができる旨、警察庁刑事局捜査第一課長より通達(警察庁丁捜一発第 117 号)⁴⁾が出されているが、司法解剖に関する情報に関してはやはり刑事訴訟法第 47 条の規定に言及したうえで、「必要に応じて検察とも協議を行い、その可否等について個別に検討することが必要」と記載されているのみで、これまでどのような事例が実際に情報共有しえたのかについては、明らかにされてはいない。

上記の制限があるとはいえ、死亡事例に対応した臨床医も AI(死亡時画像診断)などである程度の情報を有している。一方で、医療者が虐待死を疑い死後に児童相談所に連絡した事例であっても、その後に検証がなされたか否かを多く(38.2%)の医療者は把握していない状況にある⁵⁾。このことは、検証に臨床医の情報が全く生かされていないということを意味している。実際、これまでの死亡事例報告書を見ても、当該医療者へインタビュー調査を行ったとの報告は少ない。「検証は誰かの責任を問うものではない」のは大前提であるが、このことは当然「誰も責任を取らなくてよい」ことを意味するわけではなく、「子どもに関わった地域の関係機関すべてが、システムとしての責任を負っており、個人の責任に矮小化することなくそれぞれの立場で改善すべきシステム上のピットフォールを検討する必要がある」ことを意味しており、福祉関係者とその周辺のみを対象とした検証に留まるならば、包括的な検証を行ったことにはならない。検証を行う上で、多機関が連携し情報を可能な限り共有する体制を整備することが強く望まれる。特に死亡児に関与していた通告義務者が検証への参加を熱望することがある。このような場合、その背景には有効な検証を行う上で極めて重要となる情報を有していることが多く、そのような人物の検証への参加を積

極的に考慮し、少なくとも正式に(記録に残る形で)面接調査を行い、その知見を検証に生かす姿勢が重要である。

検証のための十分な情報収集がないと当然、検証は不十分なものとなるが、それ以外にもあらかじめ検証時間が規定されている場合も検証は不十分なものとなる。死亡事例検証は、児童福祉審議会の議案の 1 つとして行うのではなく、独立して十分な時間をかけ行う必要があり、少なくとも当初から「全 5 回で結論を出す」という形で行うべきものではない。

検証を行う際には、虐待防止の一般論・総論にとどめるべきではなく、その子どもが死に至る経過をたどることになったターニングポイントを抽出し、具体的な施策として実行可能となるような提言を行うことが肝要であり、抽出したポイントに対しての具体的な提言がすべて出されるまでは検証は継続しなくてはならない。

ただし、現実的には死亡事例検証は、生きている子どもの対応に追われながら新たに行わなければならない「エクストラな仕事」と位置付けられている点は否めず、また公表時期があまりに遅くなることも、望ましいとは言えない。そのような場合、重要となる施策提言がある程度整理された時点で中間報告を行うなどの対応が求められる。

3) 検証の結果を公表する上での限界

虐待死亡事例の検証結果にはデリケートな内容が含まれ、その多くが、大いに一般市民やメディアの興味をそそるものとなる。一般市民の意識を高めるためには、メディアの注目というものは、決して排除してはならないものであり、予防プログラムの実効性を高める上では協力して対応を行うべきパートナーであるともいえる。しかし同時に、検証結果は法と政策による守秘義務で守られるべき側面もあり、メディアに対応する事が困難な場合もある。また、検証で把握された事実が、加害者をさらに非難する材料として使われることは、虐待という問題を個別病理に落とし込み、かえって公衆衛生的な観点から虐待予防施策を

進めていくうえでの有効性をそぐ側面も否めない。検証結果を公表する際には以下の点に留意し、あらかじめ公表する範囲についても討議事項としておく必要がある。

- ・子どもの死を未然に防ぐことが検証の第一の目的であるが、それは地域社会全体の責務でもある。

- ・地域社会全体の責務を果たしていくために、検証内容の概要については一般市民に知る権利があることを理解しておく。

- ・守秘義務に対する懸念に対応することは、今後の検証メンバー間の自由闊達な討議を保証するためにも重要である。予防啓発の観点から一般市民があえて知る必要のない情報については、守秘義務を優先することが重要である。

- ・メディアからの質問に常に誠実に回答し、回答できない場合にはその理由とともにメディアの理解を求める。ごまかしたり、質問をはぐらかしたり、情報をことさらに保秘する態度は、検証の質自体に疑義が呈されることとなりうる。

- ・実際にメディア対応を行う検証メンバー（スポークスマン）を明確化し、それ以外の検証メンバーは、行われたメディア対応に対しての不備についてのフィードバックをスポークスマンに行う権利は有するが、各々が独自にメディア対応を行わないことが求められる。

このような姿勢が維持されず、ルールが不明確なまま「公表しない方が無難だ」という意識のもと検証結果が市民にフィードバックされないならば、検証の意義は半減するといえる。

4) 検証で導かれた提言の実効性の限界

検証の際に提言された施策は、実際に実行されるものでなければ意味をなさない。重大事例・死亡事例の多くは、担当者が短期間で変更されていく中で、ケースの持つリスクが矮小化され、危機意識が小さくなる中で生じていることが多

い。このような傾向は死亡事例検証においても同様である。5年もたてば「当時を知る担当者」は少なくなってしまうのが実情である。詳細に死亡事例検証がなされたとしても、文面に落とし込まれた死亡事例検証報告書の段階では、実際の検証の場での「温度」というものは相当程度間引かれた状態となる。その中で具体的に記載された施策提言の内容こそが、死亡した子どもの最後の声を代弁したものである。

それゆえに提言された施策のフォローアップは極めて重要であるが、実際にはほとんど行われていないのが実情である。検証が終了し報告書が提出された時点で、検証委員会は解散され、その後の施策の実効性に関する状況は一般市民には全く「見える化」される状況になっていない。メディアも「虐待死事例の発生時」および「報告書の提出時・司法の判決時」を過ぎれば、報告書のその後についてはあまり着目しない。

このような状況を変えるために、検証内容を継続的フォローアップするシステムを明確化することが求められる。

おわりに

上記の問題点の多くは、実効性のあるCDRの実施により概ね解決できる問題である。現在CDRの実施に関しての検討は様々なレベルで始まっている。各関係機関は、将来的な制度化を前提として、地域での実施の在り方について議論を深めていただきたい。

¹⁾ Parrish JW, Schnitzer PG, Lanier P, Shanahan ME, Daniels JL, Marshall SW. Classification of maltreatment-related mortality by Child Death Review teams: How reliable are they? Child Abuse Negl. 2017;67:362-370.

²⁾ Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ, Verhoek-Oftedahl W, Palusci VJ. Public health surveillance of fatal child maltreatment: analysis of 3 state programs. Am J Public Health. 2008;98(2):296-303.

3) 5) 溝口史剛：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，平成 27 年度総括・分担研究報告書，「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」，厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），2016;89-103

4) 「検案又は死亡時画像の読影を行った医師に対する解剖等の結果の提供について」（平成 28 年 7 月 5 日 警察庁丁捜一発第 117 号）

<https://www.npa.go.jp/pdc/notification/keiji/souichi/souichi20160705.pdf>

<コラム>

チャイルド・デス・レビュー (Child Death Review ; CDR)

CDR は 1978 年に虐待死の見逃し防止を目的にロサンゼルスで始まり、米国では国策となり 1990 年代から法制化が進み、現在では全州で法制化に至っている。英国でも 2008 年 4 月に CDR が法制化されている。CDR を行うことにより、「死亡児の同胞の安全担保上の関係機関の反応性向上」「十分な情報収集、各機関の死因同定の正確性の向上」「関係機関の連携の改善、効率性の向上」「犯罪としての捜査、訴追状況の改善」「地域の、子どもへの医療提供体制の改善」「子どもの死亡に寄与するシステム上の障壁の同定」「法/施策改正の必要性の同定と権利擁護活動の増加」「子どもの死亡のトレンドや、リスク要因の把握」「子どもの健康や安全に関しての市民啓発機会の増加」など多くの効果があることが、明確化している。

一方、本邦では子どもの死亡な正式な記録は、現時点で死亡診断書/死体検案書をもとにした死亡小票しか存在していないが、死後対応の混乱期に情報もそろわぬ中で正確な死因記載を行うことは困難であり、また死亡診断

書は遺族に手渡しするものでもあるため、実際に記載された死因病名と、検証の結果の死因病名との間にかなりの乖離がある。それゆえに、死亡小票からの統計情報をもとに予防施策を推進することは不可能である。

2016 年に公表した小児科学会の 4 地域（群馬・東京・京都府・北九州市）を対象とした CDR のパイロットスタディー¹⁾では、予防可能性が中等度以上と判断された事例（予防可能死）は全小児死亡事例の 27.4%にのぼった。また虐待・ネグレクトの寄与した可能性が高い死亡は、全小児死亡の 7.3%にのぼった。また全小児事例の 9.8%は予防施策有効性が中等度以上と判断された²⁾。不詳死に関する再検証では、89.1%の事例で解決すべき疑義が存在していた。さらに虐待死・不詳死に焦点を当てた全国の医療機関調査³⁾では、医療機関で虐待死が強く疑われた事例でも、児童相談所への通告は虐待例では 65.4%、警察への通報は 88.9%にとどまっていた。行政の死亡事例検証がなされたらと回答された事例は 11.3%、検察が起訴に至った事例は 16%にとどまっていた。剖検の実施率は、虐待群において 54.3%であったが、一方で 16%の事例は、その後に剖検がなされたか否かを当該医療機関は知らされていなかった。不詳死群ではその傾向がより顕著であり、剖検の有無につき知らされていない事例が 38.4%も存在していた。臨床医と法医学者との間の情報共有は極めて限定的で、剖検前後ともに情報交換がなされていた事例は 6.9%のみであった。

これらの研究結果は、現状で我々が子どもの死を前にベストを尽くせていないことを如実に表している。「二度とこのようなことが繰り返されてはならない」との当事者のコメントは検証ではなく、感想である。複数のシステム上の脆弱性が重なり、ほころびが連なることで子どもの死亡が生じるとするならば、我々のもつ子どもの死亡を防ぐべき防御システムのどこにピットフォール(穴)があり、具体的にどのよ

うな施策をもってその穴を塞ぐべきであるのかを明確化し、蓄積しトラッキングしていくシステムこそが不可欠である。

CDR を実施するためには関係機関同士の情報の共有は欠かすことができないが、その情報を共有することが「各機関の有する各種の秘匿義務に反しない」ことを規定するための根拠法の存在が今や求められており、また CDR 実施に伴う各種の問題（死亡診断書/死体検案書情報の活用について、調査権の問題について、告発義務の免責について、既存の死亡事例検証との情報共有について、など）についてなど、CDR を社会実装していく上で明確化しなければならない課題は山積している。

平成 29 年 6 月に閉会した第 193 回通常国会で可決された「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」の衆議院付帯決議⁴⁾には「虐待死の防止に資するよう、あらゆる子どもの死亡事例について死因を究明するチャイルド・デス・レビュー制度の導入を検討すること」が採択されるなど、政治問題としての具体的な動きも始まっている。「法制化されたら動き出す」という受けの姿勢ではなく、法制化され次第、公的に動き出すことが出来るように、地域における小児死亡検証体制の具体的な検討をすぐにでも行っていくことが、CDR を社会実装する最短かつ最善の道である。

¹⁾ 溝口史剛ほか：子ども死亡登録・検証委員会報告 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 - 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，日本小児科学会雑誌，2016:120 巻 3 号 :662-672

²⁾ 溝口史剛：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，平成 27 年度総括・分担研究報告書，「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」，厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），2016:89-103

³⁾ 溝口史剛，内ヶ崎西作：虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究，乳幼児の予期せぬ突然死における法医学-臨床医学連携のあり方に関するアンケート調査～現状の臨床医学 - 法医学連携について～，平成 28 年度総括・分担研究報告書，「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」，厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業），2017:101-110

⁴⁾ 「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」の衆議院付帯決議

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Futai/kourou4288A306FEA1A9A2492581320007A187.htm

付録 虐待死防止のポイント集

死亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために 3 医療の役割

子どもの死亡は社会にとって大きなインパクトを及ぼす悲劇である。さらにその原因が虐待やネグレクトであった場合には、大きな悲しみとともに深い怒りをもたらす。しかし「喉元を過ぎれば忘れてしまう」態度を続けている限りは、状況は何も変わらない。医療は、虐待・ネグレクトによる死亡を防ぐうえで独特な立場にあり、医療が具体的なアクションを行うことは、このような死亡を直接的に減らしていく大きな力になる。

1) 出生前から新生児期の役割

ほぼ全ての子どもは、医療機関で出生をする。出生以前から積極的に時間をかけた社会的状況

- ・家族背景
- ・父母の関係性(DVの有無)
- ・養育支援者としての親族/友人の有無

少なくとも 3 名の支援者がいない場合には、育児困難に陥りやすい

また単純に親族がいるだけではなく、養育者が容易に頼ることができる関係性であることの確認も必要

・現在の精神医学的問題の有無

例えばうつ病であっても、背景にトラウマがある複雑な事例であるのか？そのような場合、解離の問題が潜在していないか？

・望んだ妊娠であったか、計画的な妊娠であったか

の確認を行い、家族の持つリスクやストレスを把握することで、特定妊婦を把握し、地域の支援体制を構築し、出生後の SOS の受信先としても機能することで、直接的な新生児殺の低減につながる。未受診/飛び込み分娩の事例はとりわけリスクが高く、出生後に医学的に問題がなくとも、支援体制が整うまでは退院を延期するなどの柔軟な対応を行うことが必要となることも多い。極めてリスクの高い家庭(支援者が存在せず退院後に養育者と新生児が 24 時間 2 人きりになってしまう場合や、養育者が解離や重度のうつや薬物依存を抱えている)の場合、退院後に 1 カ月健診を待たずに、AHT(Abusive Head Trauma:虐待による頭部外傷)・smothering(口鼻閉塞)・致命的ネグレクト(餓死・脱水死)に陥る可能性がある。この時期を乗り越えるためには、いかに SOS を出せる関係性を作るのか、いかに細かく支援体制を構築するのが重要であるとともに、医療機関での養育能力の評価を加味したうえでの「果たして自宅に帰せるのか」の多機関でのトリアージの判断が重要である。医療機関で出生した子どもが、1 カ月健診を待たずに不幸な転帰をたどった場合、それは確実に我々地域社会の責任であるとする意識は欠かすことができない。

2) 乳児期のかかわり

1 カ月健診を過ぎたのちにも、医療機関は乳児期・幼児早期には健診や予防接種を通じ、高リスクの家庭と接する立場にある。また、産後に

新たに加わるリスクとしての、産後うつの発症頻度は、すべての母親にスクリーニングを行うことが推奨される程度に十分高い。また乳児早期の PURPLE Crying の時期(生後 2-4 カ月時の、何をしても泣き止まない黄昏泣きの時期)を乗り越えるためには、子どもの「泣き」に対しての指導は、この時期の虐待・ネグレクト死を防ぐために、とりわけ重要である(およそ 6%の養育者はこの時期に少なくとも 1 回は、乳児の泣きに対し口を塞いだり、平手打ちをしたり、揺さぶりを加えたりしている¹⁾)。

PURPLE crying の時期を乗り越えても、7 deadly sins(7 つの大罪:臍疝痛・夜間覚醒・分離不安・探索行動・いやいや反応・食べ渋り・トイレトレーニングの失敗)と呼ばれる、成長過程で当たり前訪れる乳児の反応を引き金とした乳児殺をきたす時期は続く。虐待を行ってしまう養育者は子どもに対し非現実的な要求をし、それが満たされない場合に、しつけと称した暴力やネグレクトを行う傾向にある。健診や受診の機会を利用して、これらの乳児期の反応、およびそれに対する適切な対応を伝えることは、小児医療者の重要な責務である。

3) 幼児期のかかわり

家庭に乳幼児がいるという環境の変化や婚姻という環境の変化は極めてドラスティックなものであり、家族環境の破綻や家庭機能不全に陥りやすい要因でもある。就労も制限され経済的にも制限され、子どもと 2 人きりでもりきりになる状況は、もともと脆弱性を有する養育者にとっては蓄積されたリスクになる(この時期の養育者の 4.3%が子どもに体罰を加えているとされている²⁾)。

また子どもが疾病に罹患することは、親のストレスを増大させるため、疾病罹患中はハイリスク家庭では、むしろ虐待発生リスクの要因ともなる。2 歳を過ぎると予防接種や健診の機会も減っていく。とりわけ幼稚園・保育園に入園していない子どもでは、医療機関への受診は、孤立した家族が社会とつながる極めて限られた機会でもあ

り、重篤な虐待・ネグレクトの徴候を見逃さないようにすることは医療者に課せられた重要な使命である。

一方、子どもが幼稚園や保育園に入園しているにもかかわらず、残念ながら幼稚園や保育園からの虐待・ネグレクトの通告は驚くほどに少ないのが現状である。医療者は幼稚園・保育園の園医として、通告をためらう園に対し助言を行い、養育過誤により派生した問題を医学的な問題(発育不全・い瘦・多発挫傷)に転換して公的な支援につなげる端緒とすることが可能である。また視診で確認できる皮膚損傷の多くは時間とともに確認が困難となる。それゆえに所見が容易に消失しない硬組織の損傷を見つけ、それに対する対応を行うことは重要である。例えば骨に損傷をきたすということは、それなりのエネルギーが働かない限り起こり難いものである。乳幼児の肋骨に多発骨折が認められた場合、治療の必要はない。しかしながらこのような事例に対してなぜそのような損傷が生じたのかの考察を行わず、安易に帰宅させた場合その後の死亡率は10%程度におよぶとされている。客観的な情報が確認できない場合、自身の被害を的確に表現できない年齢の子どもを守るためには、虐待で生じた損傷の可能性を常に考慮することが、虐待死の予防に直結する。硬組織としての歯牙に多発する齲蝕歯を見た場合にも、しっかりと適切な支援に繋げることが重要である。特にランパントカリエスといわれるような「ほとんどの歯が溶けている」状態の場合、子どもが継続して適切な養育を受けていないことを示唆するため、その対応は虐待死の予防に直結すると考えていただきたい。

4) 学童期のかかわり

小学校入学以降は、引き続き校医として同様のかかわりを行うことが可能であるとともに、医療機関を受診してきた子どもに「語り」の機会を与えること、子どもにSOSを出す力を与えること、SOSを受ける先になることが可能となる。医療者は立場上、養育者を含め、地域住民の信頼が得

やすい位置にある。このようなSOSの受信先になる責務は、被害を受けている子どもに対してだけでなく、加害をしてしまう養育者に対しても同様である。一方で公的な支援を頑なに拒否し、暴力的・被害的でコミュニケーション上、困難性を感じるハイリスクな養育者の存在に気付く立場でもある。養育者が攻撃的な態度を示す場合には、その後に子どもが致死経過をたどる比率は、そうでない養育者に比べ17.3倍に上るとされている³⁾。医療者は攻撃的な親を前に、親を怒らせないように虐待の可能性を矮小化するのではなく、むしろリスクが高い事例として、積極的に対応を行う必要がある。診療所でこのような、配慮とトレーニングが必要とする事例に対応することには限界もあり、虐待対応チームを有する病院に対応を依頼することが可能となるように、病診連携体制を明確化しておくことも重要である。

5) 思春期以降のかかわり

虐待の影響を強く受けて育った子どもは、思春期に入りその影響が噴出することとなる。この時期には直接的な養育者の作為・不作為による虐待死は頻度的には減少するが、虐待を受けた子どもが積極的・消極的な自殺によって死亡することは少なくない。外在化障害に基づく非行・虐犯などの行為障害や、内在化障害に基づく自傷行為などに対し、トラウマという観点から積極的な対応を行うことは、この時期の自殺などを防ぐことにも直結する。

おわりに

以上の医療者の立場は、あくまで虐待・ネグレクトの発生防止の役割ともいえるが、このような役割を適切に果たすことが虐待死の発生防止につながる事となる。医療者が虐待の診断能力を向上させることも重要であるが、可能性がある場合に、より対応に習熟した医療者にコンサルトを行うことを可能とする体制を構築しておく事も重要である。例えばしつこい嘔吐症状が、軽症のAHTの徴候である場合もある。このような場合

に、安易に胃腸炎と判断することは危険であり、AHTが見逃された場合、27.3%の事例がその後再受傷し、9%の事例がその後死亡に至るとされている⁴⁾。経過に疑問がある場合には、積極的に虐待を疑うこと、そして虐待の可能性がある場合に他医にコンサルトを行う際には、虐待を疑っている旨を明確に伝えることが重要であり、このことは代理によるミュンヒハウゼン症候群の診断を行う際などにはとりわけ重要となる。

虐待を行っている養育者が示す非常識な対応（軽度の症状で深夜に受診する、ささいなことでも怒りをむき出しにする等）というものは、SOSサインと捉える必要がある。このような場合に「厄介な人」「心配な人」として対応を避けるのではなく、家庭機能不全の潜在につき積極的に考慮し、家庭内に子どもが存在する場合には、とりわけ積極的な支援を行っていく必要がある。子どもが殺害された事例のほとんどは、「青天の霹靂」という状況で生じているわけではなく、うすうす「何か変だ」と関係した人物が感じている。いわゆる無理心中と呼ばれる殺害を目的とした虐待死を防ぐことや、全く医療機関を受診しないまま生じる嬰兒殺を防ぐうえで、医療者は無力であると感じるかもしれないが、医療者が死亡事例検証に積極的に参加し発言を行うことは、このような死亡の発生を予防する体制の構築につながっていく。一方で養育者の態度が一見正常であるからといって、虐待の可能性を矮小化することもあってはならない。重度の損傷で医療機関を受診し、その症状から虐待の可能性が疑われた場合には、「親の態度」「親の思い」などの主観的な観点を判断に持ち込むことはむしろ危険であり、「子どもの安全」のみに focus し、あくまで呈している医学的所見のみから判断することが、急性期の場面では肝要である。

死亡に準ずる重篤な事例の検証を行うことは死亡事例検証と同等の効果があることも証明されており、地域でこのような検証を積極的に行うことが、とりわけ重要である。医療者は地域でリーダーシップを発揮しやすい立場にある。現時点で

は検証に至らない事例は稀ではなく、経験した事例から地域が学び、同じことを繰り返さないためのシステムを構築していくために、積極的に検証の開催を呼びかけることも、医療者の重要な責務である。

¹⁾ Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet*. 2004;364(9442):1340-1342.

²⁾ Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3):e331-337.

³⁾ Graham JC, Stepura K, Baumann D, Kern H. Predicting child fatalities among less-severe CPS investigations. *Child Youth Ser Rev*. 2010;32(2):274-280.

⁴⁾ Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621

D . 考察

本ガイドラインは、現行法制下の元での子ども虐待重大事例検証のあるべき姿の手引きとなるものである。本ガイドラインが活用されることで、全国の自治体検証の質の均霑化が図られていくことが期待される。一方で、現行法制下の元での限界点も明らかにしたことで、今後設置が検討されている小児死亡事例の全数登録・検証、小児期予防可能死を減らすための制度である、「チャイルドデスレビュー」の制度構築にも資するものとなったと思われる。

E . 結論

これまで 2 年間の研究の結果を基に、「検証対象」「検証対象の把握」「付録 重大事例検証の限界」「付録 虐待死防止のポイント集 死

亡もしくは重大な苦痛から子どもを守るために
3.医療の役割」を編集した。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表 3-1 虐待可能性カテゴリーの指標一覧

| カテゴリー | カテゴリー名と詳細 |
|----------------|---|
| 4 可能性 确实 | <p>虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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状態での死亡事例 <p>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。</p> |
| 3B 可能性 高 | <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医学的に事故/内因では説明しがたい病態・状況を呈し、虐待死を強く疑うが断定には至らない事例 ・ 事故死や内因死でも、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 <p>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。複数の同胞が不詳死をきたしていたり、親子分離歴(短期の一時保護を除く)があるなど、極めて高い社会的リスクを有する死因が不明確な事例はここに含める。</p> |
| 3A 可能性 中 | <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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は判断しがたい事例 <p>監督不十分な状況で死亡した事故死や、管理不良であった内因死はここに含む。同胞に不詳死を認めたり、高い社会的リスクを有するが死因が不明確な事例はここに含める。</p> |
| 2 可能性 低 | <p>事故死や内因死の可能性が高いが、虐待死の可能性も否定できない群</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、目撃者がいない事例 ・ 医学的に内因性の病態で説明できるが、社会的に何等かのリスクを有する事例 |
| 1 可能性 なし | <p>虐待/ネグレクトによる死亡の可能性は否定される群</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第三者目撃があり確実に事故と判断される事例 ・ 医学的に完全に内因性の病態に合致し、社会的リスクもない事例 |

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小児医学的側面に関する研究
～重大事例に関する新しい検証方法及び必要な医療情報の検討～

分担研究者 宮本信也 筑波大学 副学長

研究要旨

【目的】 地方自治体で行う子どもの重大事例検証が効果的に行えるために、「子ども虐待重大事例検証の手引き」の分担部分を執筆する。

【方法】 昨年度まで2年間の研究結果を基に、分担部分として、「検証委員会の進め方」「検証の進め方（検証の方向性）」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2.医療分野」を執筆し、研究班会議を繰り返して、その「案」を作成した。それを基に、行政の検証担当者や検証委員を対象に事例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成28年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

【結果】 上記方法にて、「検証委員会の進め方」「検証の進め方（検証の方向性）」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2.医療分野」を執筆できた。

【考察】 平成 27・28 年度の研究において、地方公共団体における虐待死亡事例の検証の問題点として、検証が虐待予防の視点で行われるという方法論にあることが判明した。そこで、死亡と虐待の検証を分けるという考え方、さらには、検討の視点の変更を検討、提唱した。最終的には、新しい検証方法に対してさまざまな意見をいただき、それらを踏まえ、手引きのために解説文章を増やし、また、より具体的な表現として手引き掲載内容を作成した。今回、提唱した検証方法は、既存の方法に比べ、より具体的で実際的な対策を考えやすい方法である可能性が高いと思われた。一方で、質疑応答も含めた解説の場を設定することで、この新しい方法の考え方ややり方が理解されやすくなると推測された。したがって、手引きについては、単に公表するだけでなく、そのための研修会の開催や解説ビデオの作成などが必要と思われた。

A．研究目的

子ども虐待重大事例検証の検証委員および事務局（行政担当者）が、より効果的な検証を行えるよう参考となる手引きを作成する。

例検証の講習会を開催し、改善点などについて意見を求め反映した。また、平成 28 年度にインタビューを行った自治体（大分県、大阪府、長野県、さいたま市）に個別に仮版を送付し、詳細な意見を収集し、反映させた。

B．研究方法

平成 27・28 年度の調査を基に、研究班で検討を行い、仮版の手引きを作成。その後、仮版を用いて、行政の検証担当者や検証委員を対象に事

担当した内容は「検証委員会の進め方」「検証の進め方（検証の方向性）」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2.医療分野」であった。

C . 研究結果

上記の方法により、以下の内容を執筆した。

7 検証委員会の進め方

検証委員会の進め方については、検証を行う自治体での会議の持ち方に準じた形で行われることが多いと思われるが、参考として、検証委員会の流れについての一例を示す(表 7-1)。なお、ここでは、検証委員会や事務局の構成は決まっているものとして、その後の委員会の実際の進め方について解説している。

1) 資料作成

検証委員会の設置が決まったら、先ず行うことは委員会での検討のための資料作成である。検証を行うに当たって収集された情報により作成されるべき主な資料を表 7-2 に示す。資料の作成のためには、事例とその家族に関する情報を集めなければならない。事案が報道されているときは、報道内容も情報の素となり得るが、報道記事は取捨選択された事柄からまとめられていること、つまり全ての事実が含まれている訳ではないことに留意する必要がある。自分たちが知っていることや調べたこと以外の情報に関しては、情報源を併記するとよいであろう。なお、行政目的のための内部資料として新聞や週刊誌の記事をコピーすることは、著作権法で認められている¹⁾。

資料の作成は事務局が行うが、可能な範囲で、検証委員会委員長と連絡を取り合い、必要な情報や資料の作成方法を相談するとよい。検証が開始されると、検討のためにさらに必要な情報が指摘されることがあるが、事前に委員長と相談しておくことで、そうした不足情報を少なくできるからである。

加害者が特定され、その公判日程が分かっている場合は、基本的には公判を傍聴し情報を集めるべきである。司法手続きにおいては、自分たちや報道機関が把握していない情報が出てくるからである。

表 7-2 で示した「1. 事案の概要」は、事案の全体像を把握するためのもので、重大事案中心に経過の要点を整理したものである。重大事案の過去も含めた詳細は、「2. 事例の経過表」に記載する。

「2. 事例の経過表」は、重大事案に至るまでの全経過を時系列順にまとめたものである。経過表の詳細は、8. 検証の進め方(表 8-3、表 8-4)で解説している。

「3. 家系図」は、重大事例を中心とした家族関係を図示したものである。血縁関係がなくても事例とその家族に密接に関係している人(例えば、内縁関係にあるパートナーなど)も含めて記載するのが一般的である。そのため、血縁関係を基本とする「家系図」という用語ではなく、支援に活かす家族関係図を意味する「ジェノグラム(genogram)」という用語が用いられることも少なくない。

「4. 生態地図」は、事例の家族間および家族にかかわる社会資源間の関係性(結びつきの強さや結びつきの性質など)を図示したものである。キーパーソンを検討するときには有用である。なお、訳語よりもエコマップ(eco-map)の用語の方がよく用いられている。

その他、事例や自治体の状況により必要と思われるものを資料とする。加害者の公判日程が分かっているときは、公判日程を資料とすると検証委員会の日程を考える上で参考となる。

資料が作成されたら、可能な限り、初回の検証委員会の前に委員に配布するのがよい。事前に資料に目を通してもらうことで、委員会での検討の時間を確保できるからである。ただし、資料には守秘義務が要求される内容が多いことから、メールでの送信など電子媒体は避け、印刷して通し番号を振った資料を郵送あるいは手渡しで配布することが原則である。配布した資料を委員会の際に回収するか、委員会終了まで委員の手持ちとするかについては、初回の委員会において検討し決定する。なお、資料の事前配付が難しい場合は、第1回目の検証

委員会の際、委員会の前に資料を閲覧する時間を確保しなければいけない。

2) 初回検証委員会

1回目の検証委員会では、先ず、委員会に関する事項の確認を行う。委員長の選出方法、委員会の進め方、守秘義務などについて、事務局で下案を作成して説明を行い、審議により必要があれば修正を行う。委員長選出後は、委員長が議長となり審議を進行する。委員長は、委員会の目的を全員が確認することから委員会を始めるとよいであろう。次に、検証方法の検討を行う。この手引きでは、死亡・重篤事態の検証と虐待の検証を分けて行う方法を紹介しているが、それとは別の検証の方法もあるであろうから、どのようなやり方で検証を進めるかを最初に決めなければいけない。検証の方法、あるいは、検証で何を指すかを明確にすることで、検証が散漫になることを防ぐことができる。

検証方法が決まれば、あとは、その方法論に基づき検証を進めることになる。検証の経過で、不足していると思われる情報が出てくることもある。そうした不足情報については、リストアップしておき、委員会の最後にその情報を誰がどのような方法で集めるかを検討する。可能であれば、委員が、直接、家族や支援組織などから事情を聞くこともよいであろう。

初回の議事次第の最後は、その後の検証日程の検討となる。公判日程が判明しているときは、公判の後に検証委員会を設定することで、新たな情報も含めて検討を行うことができる。

3) 追加資料作成(事務局)

不足情報の指摘があった場合、その情報を収集し、追加資料を作成する。委員がヒアリングした情報も、整理し資料にするのは事務局に依頼する。追加資料も、可能な限り、事前に委員に配布するのが望ましい。

4) 検証委員会(2回目以降)

証委員会2回目以降は、検証のまとめまで以下を繰り返す。

初回検証委員会の後には、一定の結論が出るまで検証を繰り返すことになる。その間、不足情報に気づかれた場合は、その情報収集と追加資料の作成・配布が必要となることも同様である。

5) 報告書の作成

証作業が終了したあとは、報告書の作成に入ることになる。報告書の公開の方法に関して検討し、報告書に入れる内容、特に対策や提言については、委員会内で検討し最終確認をしなければいけない。報告書案の作成は、事務局と委員長あるいは委員会内で定めた委員との間で連絡を取り合いながら行うことになるが、事務局が主導する形ではなく、委員会が主導して、できるだけ第三者である委員が報告書を作成することが求められる。作成された報告書案は、委員に事前配布し、最後の委員会で最終検討を行う。最後の委員会で修正意見が出された場合は、委員長の責任で修正を行うことにするか、再度委員会を開催するかは、委員会の状況により定めればよいであろう。

1) 著作権法

http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=345AC0000000048&openerCode=1#320
著作権なるほど質問箱(文化庁)

<http://>

<http://www.bunka.go.jp/chosakuken/naruhodo/index.asp>

8 検証の進め方(検証の方向性)

検証が必要と思われる重大事例には、いろいろな場合がある。「死亡事例」、死亡は免れたが重篤な身体状況に陥った事例(以下、「重篤事例」)、適切に対応されなければ死亡も含めた重

大な身体状況に至った可能性が大きいと思われる事例(以下、「危機回避事例」)などのほか、長期間にわたる監禁や特殊な性虐待など生命の危機的状況はないもの子どもが受けた人権侵害が大きいと思われるような事例(以下、「その他の事例」)も含まれるであろう。「その他の事例」は重要な検証対象であるが稀なため、本章では、検証対象となることが多い死亡や身体的に危機的状況の事例(死亡事例、重篤事例、危機回避事例)の検証方法について説明する。

死亡事例と重篤事例は、身体的に重大な事態に陥った事例であり、重大な事態に陥った経緯を検討するという点で同じ方法論で検証を行うことが可能である。

危機回避事例は、重大な事態に陥る可能性があったものの、何らかの理由により幸いにも重大な事態にならないで済んだ事例であり、重大な結果にならなかった事情を検討することが重要となってくることから、前2者と同じ方法論で検証を行うことは適切ではないであろう。そこで、死亡事例・重篤事例の検証方法と危機回避事例の検証方法を別々に示す。

1. 死亡事例・重篤事例の検証

死亡事例・重篤事例の検証は、身体的な重大事態に至った経緯を受け止め、同じことの繰り返しを避けるための対策を明らかにするために行われる。死亡事例・重篤事例が生じた地域・自治体において二度と同様の事例を出さないように何を行うべきかを明らかにすることが一義的な目的とも言える。

この目的のため、虐待による死亡事例・重篤事例の検証は都道府県では平成19年から実施されるようになったが、検証結果が必ずしも現場に生かされていない状況がある。その要因の一つとして、検証に基づく問題点の整理と今後の対策・提言が子ども虐待防止に関する一般的な内容に終始しがちなことが指摘されている。その背景として、これまでの検証では、「死亡・重篤事態の検証」というよりは事例における「虐待の

検証」となってしまうことがあげられる。

< 重大事例の操作的定義 >

死亡事例

虐待行為の結果、もしくはそれが影響して死亡した事例。身体的虐待による外傷が死因となった場合、頸部絞扼など殺害行為により死亡した場合、ネグレクトにより栄養障害や身体疾患が重篤化して死亡した場合、自殺を強要する言動により自殺した場合、虐待行為の影響で企死念慮が高まり自殺した場合などである。

重篤事例

死亡は免れたが、身体的に危機的状況に陥った事例。身体的に危機的状況とは、心肺停止や昏睡など適切に対応されなければ死亡していた可能性が高いと思われる場合、永続的な身体障害(運動障害、失明など)を残すに至った場合、治療のために1ヵ月以上の入院を必要とした場合などである。

危機回避事例

適切に対応されなければ死亡や重篤な身体状況に至った可能性が高いと思われる事例。乳児における頭部・顔面・腹部の外傷、「首を絞めなくなる」などの子どもの殺害と関連する言葉を養育者が話す、乳幼児の母親の重度のうつ状態などである。

その他の事例

監禁などの特殊事例。生命の危機的状況はないものの、子どもが受けた心理的な影響、人権侵害が大きいと思われる事例。

そこで、本手引きでは、事例における虐待全般の検証に陥ってしまうことを避ける意味で、これまでとは少し異なる検証方法を提唱する。この検証方法の要点は以下の2点である。

「死亡・重篤事態の検証」と「虐待の検証」を分けて行う

「どうしたら防げていたか」という観点から検

証を行う

検証方法の概要を次ページ表 8-1 に示す。

1) 死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証

死亡事例・重篤事例の検証において先ず行うことは、死亡・重篤事態の検証である。この場合、「死亡事例・重篤事例発生の背景要因や対応等の問題点の検討」よりも、「いつ、どのようにしていたら死亡事例・重篤事例を防げた可能性があるか」という観点から検討を行うのがよい。ある意味、同じような検討を行うことになるとも言えるが、後者の観点からの検討は、「あのときこれをしていれば死亡・重篤事態を防げていたかもしれない」という検討を行うことで、より地域の実状に即し、かつ具体的な対策・提言につながりやすいと考えるからである。

以下、要点を解説していく。

(1) 死亡・重篤事態に至った経緯の整理

死亡・重篤事例に限定し、出生時から死亡・重篤事態までの経過につき、出来事と対応を時系列順に整理する。「死亡・重篤事例に限定する」とは、もし、きょうだいがおり、そのきょうだいも虐待状況にあったとしても、きょうだいも含めた検討は「虐待の検証」において行うということである。このような方針により、死亡・重篤事態の検証が家族の虐待状況全体の検証となることを避けることができる。

子どもの状況、家族の状況、子ども・家族への対応状況などを時間軸に沿ってまとめていく。主な記載内容を表 8-2 に示す。

記載する出来事・情報は、誰が、どのような方法で入手したものかも記載すると、情報の確かさの裏付けを推測できる。なお、記載に際しては、実際の出来事と周囲の判断・推測が区別できるように注意しなければいけない。また、判断・推測の記載には、できるだけその根拠の有無と内容を併記することが大切である。

時系列順の整理は、表形式で行うと経過を一覧しやすい(表 8-3)。

(2) 死亡・重篤事態を防げた可能性の検討経過の整理ができれば、次は、「死亡・重篤事態を防げた可能性の検討」を行う。検討すべき事柄は、表 8-1 1) - (2) にあげてある 3 点である。検証スタッフ全員で経過表を眺め、意見交換をしながら検討を行うとよいであろう。

死亡・重篤事態を防止できたかもしれない時点(「防止可能性時点」と称することとする。複数の時点の場合も多い)

その時点で防止できたかもしれないと考える理由

防止できた可能性のある対応方法について検討するが、それぞれ表 8-1 1) - (2) に例示したような問いかけを自らに行いながら経過表を見ていくのも一つのやり方である。

なお、ここで行うのは死亡・重篤事態の検証であり、虐待防止のための検証にならないように気をつけなければいけない。死亡・重篤事態の検証に限定する場合は、子どもに死亡・重篤事態が生じた時点からさかのぼり、通常は数ヵ月以内、長くても半年以内の経過まで検討すれば充分と思われる。

(3) 死亡・重篤事態を防げなかった要因の検討

防止可能性時点と対応方法の検討の次は、死亡・重篤事態の発生を防止できたかかもしれないと思われるのに、なぜ、その時点で有用と思われる対応が行われなかったのか、その要因(以下、「防止阻害要因」と称することとする)を検討する。事例が発生した地域・自治体および国における体制、人員配置、認識状況、法律など、考えられる要因を全て列挙する。さらに、そうした要因が生じている背景についても考えられることを列挙しなければならない。防止阻害要因の背景があがらなければ、有用で具体的な対応策を考えにくくなるからである。

(4) 今後の対応策に関する検討

死亡・重篤事態に関する検証の最後は、「同じ

事を繰り返さないための対策の検討」となる。具体的には、「防止阻害要因を改善するための対応策」を検討する。このとき重要なのは、事例が発生した地域・自治体において実施可能な工夫・体制・制度などを具体的に考えていくことである。その内容は、当該地域・自治体に特化した内容でかまわず、他の地域、あるいは広く死亡事例・重篤事例の防止に資することも考慮して検討する必要はない。死亡事例・重篤事例が生じた地域において同じ事例を二度と出さない方策を考えるのが検証の一義的な目的であるからである。

現時点では、検証委員会は、第三者委員会として自治体に向けて重大事例の再発防止に向けた提言を行うと位置づけられているのが一般的と思われる。そのため、提言が、「～すべきである」、「～が望ましい」、「～が期待される」等のべき論調や要望・期待的な表現となりがちである。一方、こうした表現を用いると、内容の具体性が乏しくなりやすい。そこで、自治体が実際に行う対策の具体例を提言の中に組み入れるような表現も工夫されてよいと思われる。対策例は、その自治体において実現可能な内容とし、「～する」などの表現とすることで、自治体にその実施を強く意識してもらうことができるであろう。そうした対策例を考えるためには、検証委員会と事務局や自治体関係者との間で十分に意見交換を行うことが必要となる。

なお、特定の自治体における対策例であっても、出された対策・提言に具体性があれば、結局は他の地域にも参考となるものとなり、最終的には子ども虐待防止に広く資するためになると考えてよいであろう。

また、すぐに実現が難しい対策・提言に関しては、都道府県や国への要望の形で追加記載することになる。

2) 虐待防止に焦点づけた検証

重大事例の検証は、死亡・重篤事態の再発防止のために行うのが基本であるので、死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証で終えてもよいとは

思われる。しかし、一方、死亡・重篤事態発生前から虐待事例として対応されていた事例もあるであろう。その場合、たとえ今回の死亡・重篤事態に直結しない事柄であっても、もっと以前から虐待防止対策が適切に行われていれば、結果として死亡・重篤事態に至る経過を防げたかもしれないと思われる場合もあり得る。さらに、虐待事例全例を検証することは現実的には不可能であり、であるからこそ、死亡等の重大事例の検証において虐待自体の防止を合わせて検討することは、重大事例以外の虐待防止にも役立つものと思われる。そこで、死亡・重篤事態防止とは別の視点で、虐待行為自体の防止を意識した検証も必要となることが多い。

虐待に至る経緯・防止対応に関しては、家族全体の情報が重要になるため、経緯や背景要因については、当該事例に限定せずに家族全体の情報を整理する。検討の流れや検討内容は、死亡・重篤事態の検証に準じて行えばよい。

なお、嬰兒殺や産後うつの母親による乳児殺など、死亡・重篤事態に至るまでの経過中に虐待やネグレクトが認められず、突発的な行為による死亡・重篤事例の場合は、この「虐待防止に焦点づけた検証」は「死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証」と同じになるので、この検証を別に項目立てて行う必要はない。

(1) 虐待に至った要因・経緯の整理

死亡事例・重篤事例を中心としながら、死亡・重篤事態に限定せず、当該事例の家族員全員を対象として出来事と対応を時系列順に整理する。特に、きょうだいがいた場合、きょうだいへの虐待の有無と内容については必ず検討し記載する。記載する内容や経過表(表 8-4)の作成は、死亡・重篤事態の検証に準ずる。死亡・重篤事態の検証の経過表に追記していくと当該事例との関連も分かりやすい。家族が多く、追記すると表が大きくなってしまふ場合は、別に作成してもよい。

(2) 死亡事例・重篤事例への虐待を防げた可能性の検討

虐待防止の可能性について、虐待を防げた可能性があったかもしれないと考えられる時点(防止可能性時点)、その理由、対応方法について検討する。その考え方は、死亡・重篤事態の検証と同様であるが、防止可能性時点に関しては、虐待の進展防止と虐待の発生の防止の2つの視点から検討を行う。死亡・重篤事態に至る事例の場合、虐待発生自体を防止することは困難と思われるかもしれない。しかし、産後うつなどを背景とした乳児期早期の死亡事例・重篤事例などは、出産後まもなくから関わることで虐待の発生を防止できる可能性はあると考えられるので、虐待発生防止の検討も重要と思われる。

(3) 死亡事例・重篤事例への虐待を防げなかった要因の検討

虐待の進展あるいは発生を防止できなかったかもしれない時点で、必要な対応が行われなかった要因(防止阻害要因)について検討する。その考え方は、死亡・重篤事態の検証の際と同様である。

(4) 今後の対応策に関する検討

虐待を防止できなかったかもしれない状況を阻害した要因への改善策を中心に、虐待防止に向けての今後の対策・提言を検討する。ここでも、死亡・重篤事態の検証のときと同様に、当該事例が発生した地域・自治体で実施可能な内容を考えることが重要である。なお、自治体・国に対する要望等があがってきた場合は、最後に付け加えることになる。

3) 家族への対応に関する検討

死亡事例・重篤事例以外の家族への対応に関する検討も、可能であれば行うことが望ましい。なぜならば、以下のような状況が考えられ、検証報告書で家族への対応についても言及することで、家族が適切な支援を受けられる可能性が高まるからである。

死亡事例・重篤事例にきょうだいがいる場合、

2つの点において配慮が必要となる。一つは、きょうだいも虐待を受けていた場合である。この場合、きょうだいへの適切な対応が必要とされることは言うまでもない。他の一つは、きょうだいに対する直接的な虐待行為が確認されなくても、死亡・重篤事態の目撃、あるいは、保護者の逮捕・拘留・実刑判決などによる家庭からの分離(多くの場合は施設となる)という体験は、きょうだいにとって大きなトラウマとなり、心身の不安定さや行動問題を生じやすくなることが想定される。後者の状況へのケアや支援は、死亡事例・重篤事例の陰に隠れ、ときに見逃されることがあるので注意が必要である。

また、種々の状況により、加害者である保護者が執行猶予付きの有罪判決や起訴猶予となり、かつ、死亡事例・重篤事例以外に子どもがいた場合、その保護者に対する育児支援が不可欠となる。

具体的には、家族員のその後の状況について、知りうる範囲で調査し明らかにする。この場合、経過表は必要なく、検証を行っている時点での状況を整理するだけでよい。その上で、家族員に対して必要と思われる支援内容を検討し、必要な支援に関する提言を記載する。支援策については、例えばきょうだいが施設入所となっている場合は支援対策はその施設の状況に依存する部分が大きくなるなど、地域・自治体での対応を越える部分も出てくるとと思われる。したがって、どうしても要望的な内容が多くなることが考えられるが、それでも、できる範囲で、その地域・自治体で実施可能な内容も挙げるように努めるべきであろう。

2. 危機回避事例の検証

適切に対応されなければ死亡も含めた重大な身体状況に至った可能性が大きいと思われた事例(危機回避事例)は、重大事例としてあげられるが、結果的には死亡・重篤事態に陥らなかった事例であり、その点で、死亡事例・重篤事例の検証と同じ視点で検討を行うことは必ずしも適切で

はないと思われる。その検証方法の概要を表8-5に示す。

危機回避事例の検証のポイントは、どうしたら防げたかではなく、何がよかったのか、そのよかった対応を今後も継続するためにはどうしたらよいか、という観点で検討を行うことである。特に、危機回避事例に関わった組織・人以外の組織や人が同じような対応を行えるようにするために、体制や役割分担・研修などは今のままでよいか、それとも改善した方がよい点があるか、その改善を実施するためには何をしなければならないか、という点を具体的に検討するとよいであろう。

こうした観点を踏まえれば、検証のやり方自体は、基本的には死亡・重篤事例における検証と同様に行えばよい。なお、危機回避事例の検証を、第三者委員会として検証委員会を立ち上げて行うのか、要保護児童対策地域協議会等で行うにとどめるのかについては、各自治体の事情で検討することでよいと思われる。

付録

検証会議に必要な情報とその入手に関して

2 医療分野

重大事例の検証において必要とされる医療情報は、虐待が疑われる事例の検討において必要とされる医療情報とは必ずしも同じではない。

なぜならば、「重大事例の検証」において、対象事例は被虐待事例として判断されている事例であり、検証の主目的は、同じ事態の反復を防止するための対策を明らかにすることである。つまり、同じ事態の防止に役立つと考えられる医療情報が求められることになる。

一方、「虐待が疑われる事例の検討」においては、対象事例が被虐待児なのかどうかの判断が重要となるため、虐待を合理的に疑うに足る医療情報が求められることになり、可能な限り詳細な医療情報を多数取得することが必要とされるからである。

なお、医療機関からの情報提供は、重大事例

検証が児童虐待防止法第4条5項で規定されていることにより、検証のための情報収集が個人情報の保護に関する法律第23条の定める第三者提供の制限の適用除外に該当することを根拠に依頼できる。

医療情報の入手に関しては、検証委員会内で必要と思われる医療情報を整理し、事務局を介して委員長名で医療機関に情報提供を依頼するのが通常の手順となるであろう。

依頼に際しては、検証の主旨・目的、提供された医療情報の検証における活用方法、報告書記載内容に関する医療機関との事前協議の依頼、医療機関・対象者の個別情報の取扱い等に関して説明し、理解を得るようにすることが大切である。

1) 死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証において必要とされる医療情報

(1) 死亡・重篤事態に至った原因

最も重要なものは、死亡・重篤事態に至った原因に関する医療情報である。死亡の場合は死因であり、重篤事態の場合は身体的に重篤な事態に陥った身体問題(疾病や外傷)となる。

原因が、疾病か外傷かの違いは大きい。疾病の場合、発症してすぐに死亡・重篤事態に至ることは稀で、発症から死亡・重篤事態に至るまでの間に一定の期間があることが多い。そのため、疾病の発症時点を確認できれば、死亡・重篤事態に至る前に介入できた可能性をそこに見出すことができることになる。一方、外傷では、頭部外傷などのように、外傷の発生から死亡・重篤事態に至るまでの時間経過が短いのが通常であり、死亡・重篤事態の前に外傷発生を防止できた可能性は極めて小さくなる。したがって、外傷の場合は、外傷を生じる暴力的な行為を事前にどれだけ予測するかが防止のために重要となる。

(2) 死亡・重篤事態の原因が生じた機転

死亡・重篤事態に至った原因が生じた機転も重要である。例えば、死因が疾病の場合、死亡に至るまでに重篤化したのは、医療機関を受診

せず、放置されていた(医療ネグレクト)ためだったかもしれない。その場合、ネグレクト状況の防止という視点が必要となることが多い。これは、餓死の場合も同様である。外傷の場合は、暴力的行為が反復されていたのか、突発的なものであったのかによって、防止対策が異なってくることが多い。前者の場合は、身体的虐待の防止対策の視点が、後者の場合は加害保護者の精神疾患(うつや統合失調症など)への対応の視点が、それぞれ重要となってくる人が多いからである。

(3) 死亡・重篤事態発生 6 カ月前からの身体状況

死亡・重篤事態が発生した時点より前の6 カ月間に身体問題があったか、あったとすればその状況を確認することも防止対策を考える上で参考になることがある。特に、重篤な疾病や外傷、あるいは、軽傷であっても疾病や外傷が繰り返し見られていた場合、虐待がその時点からあった可能性が疑われる。また、虐待でなかったとしても、そうした身体問題が見られることは、子どもの安全が確保されていない状況があることを推測させるもので、保護者にその意識がなくてもネグレクトなどの可能性を考えなければならない。また、発育状況、特に体重の推移を確認することも重要である。乳幼児における体重増加不良は、ネグレクトの可能性を示すもので、発育不良が疑われた時点での介入の可能性を示唆してくれることになる。ここで「6 カ月前」としたのは、死亡・重篤事態防止に焦点化した視点からである。死亡・重篤事態に至る危機的状況は、死亡・重篤事態発生時点からある程度の幅を考えて6 カ月としたものである。1 年前、2 年前に何か問題が見られる事例もあると思われるが、そうした時点での検討は、死亡・重篤事態防止というよりは虐待防止の視点からの検討となってしまうであろう。なお、生後6 カ月未満の事例では、検討する期間は妊娠から死亡・重篤事態発生時点までの期間となる。

(4) 医療機関の受診状況

医療機関の受診状況については、2 つの視点からの確認が必要となる。ひとつは、疾病や外傷がある場合で、どれだけきちんと受診していたかがポイントとなる。前述したように、医療ネグレクトと思われる場合、受診が遅い、夜になってからの緊急受診、受診時に重篤な状態になっているなどの状況が多い。他のひとつは、子どもには特に問題がないのに受診を繰り返すものである。乳児で体重増加不良や顔色が悪いなどの訴えで頻回の受診が見られる場合、母親がうつであることが多い。子どもが年長児以降の場合は、虚偽の訴えや症状のねつ造など、子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群(MSBP)の可能性も考えなければいけない。

以上、子どもの疾病発症、保護者の暴力行為、ネグレクト状況、保護者の精神疾患、死亡・重篤事態発生以前の身体問題や受診状況などを時系列で整理して検討する。そうした検討は、介入の可能性があったかもしれない状況や事態を事前に把握できなかったのはどうしてか、把握できるようにするためにはどのような体制が必要か、把握できていたとすればどうして必要な介入が行われなかったか、必要な介入を行えるようにするためにはどのような体制が必要かなどを考えることで、今後の防止対策を考えることにつながる。

2) 虐待防止に焦点づけた検証において必要とされる医療情報

(1) 全経過中の身体状況

虐待防止のための対策を考える視点においては、当該事例の全経過における身体問題の有無やその状況の把握が必要となる。検討事項は、入院が必要なほどの疾病や骨折などの重篤な身体問題の他、軽微な外傷や熱傷、誤飲などの事故にも注意する。軽微な身体問題でも、反復してみられる場合には、その時点ですでに虐待が生じている可能性が高くなる。死亡・重篤事態発生時点より数年以上前の出来事の検討も、その時点での介入が以後の虐待状況に影響を与えた

可能性があるという意味で、虐待防止の視点から重要となる。また、全経過の検討では、検討期間が長くなることから、身長推移にも注意しなければならない。1年間の身長の伸びが年齢相応でない場合、ネグレクトや虐待による成長ホルモン分泌不全の可能性も考えることになる。医療機関の受診状況については、1)で述べたものと同様の検討を行う。

(2) きょうだいの身体状況

きょうだいにおける身体問題も検討しなければならない。検討事項は、死亡事例・重篤事例と同様のものの他、死亡・重篤事態の有無やその原因についても確認する。死亡事例・重篤事例の発生前に、きょうだいに対する虐待が行われていることもあるからである。

(3) 保護者の精神状況

事例の全経過中における保護者の精神状態の把握も虐待防止の対応を考える上で重要である。精神疾患の有無とその状況の他、診断されるような疾患がなくても、気分のむらが大きいなどの一般的な精神の安定度も分かる範囲で確認するとよい。なお、加害保護者の精神疾患の有無とその状況の把握は、虐待防止の視点から特に重要である。母親にうつや統合失調症がある場合、病状が安定していないと育児行動や育児観に影響が見られることがあり、不適切な養育行動や虐待行為につながる可能性がある。

以上、検討の結果、問題が確認された場合、そうした問題を事前に把握できなかったのはどうしてか、把握できるようにするためにはどのような体制が必要か、把握できていたとすればどうして必要な介入が行われなかったか、必要な介入を行えるようにするためにはどのような体制が必要かなどを考えることで、虐待防止に有用な対策を考えることができる。

D. 考察

地方公共団体における虐待死亡事例の検証

では、これまでは、なぜ死亡事態までになってしまったか、なぜ死亡を防げなかったかという視点で行われていたものが多かった。しかし、この視点では具体的に有用な対応策があげられにくいことが考えられる。なぜならば、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い、その意識からは虐待に対する一般的な予防策しか出てきにくいと考えられるからである。

そこで、今回、死亡と虐待の検証を分けるという考え方の他に、検討の視点の変更も提唱した。それは、『なぜ防げなかったのか』ではなく、『いつ、何をしていたら防げたか』という視点で考える方法である。具体的には、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と介入方法の検討である。このように検証を行えば、同じ事態を繰り返さないために、考えられた介入を実施するために必要な対策を考えることができるであろう。

なお、新しい検証方法を紹介したセミナーにおいて、具体的な対策を検討する上で有用と思われるとする肯定的な意見の他、具体的なやり方が分かりにくい、能動態(「～する」)の表現は諮問機関である検証委員会にはなじまないなどの意見があった。それらを踏まえ、手引きのために解説文章を増やし、また、より具体的な表現として手引き掲載内容を作成した。

今回、提唱した検証方法は、既存の方法に比べ、より具体的に実的な対策を考えやすい方法である可能性が高いと思われた。一方で、質疑応答も含めた解説の場を設定することで、この新しい方法の考え方ややり方が理解されやすくなると推測された。したがって、手引きについては、単に公表するだけでなく、そのための研修会の開催や解説ビデオの作成などが必要と思われた。

E. 結論

これまで2年間の研究の結果を基に、「検証委員会の進め方」「検証の進め方(検証の方向

性)」「付録 検証会議に必要な情報とその入手に関して 2.医療分野」を編集した。なお、新しい検証方法は、一定の評価を受けたが、その浸透のためには研修の場を設定することが重要と思われた。

F.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

G.知的財産権の出願・登録状況
なし

表 7-1

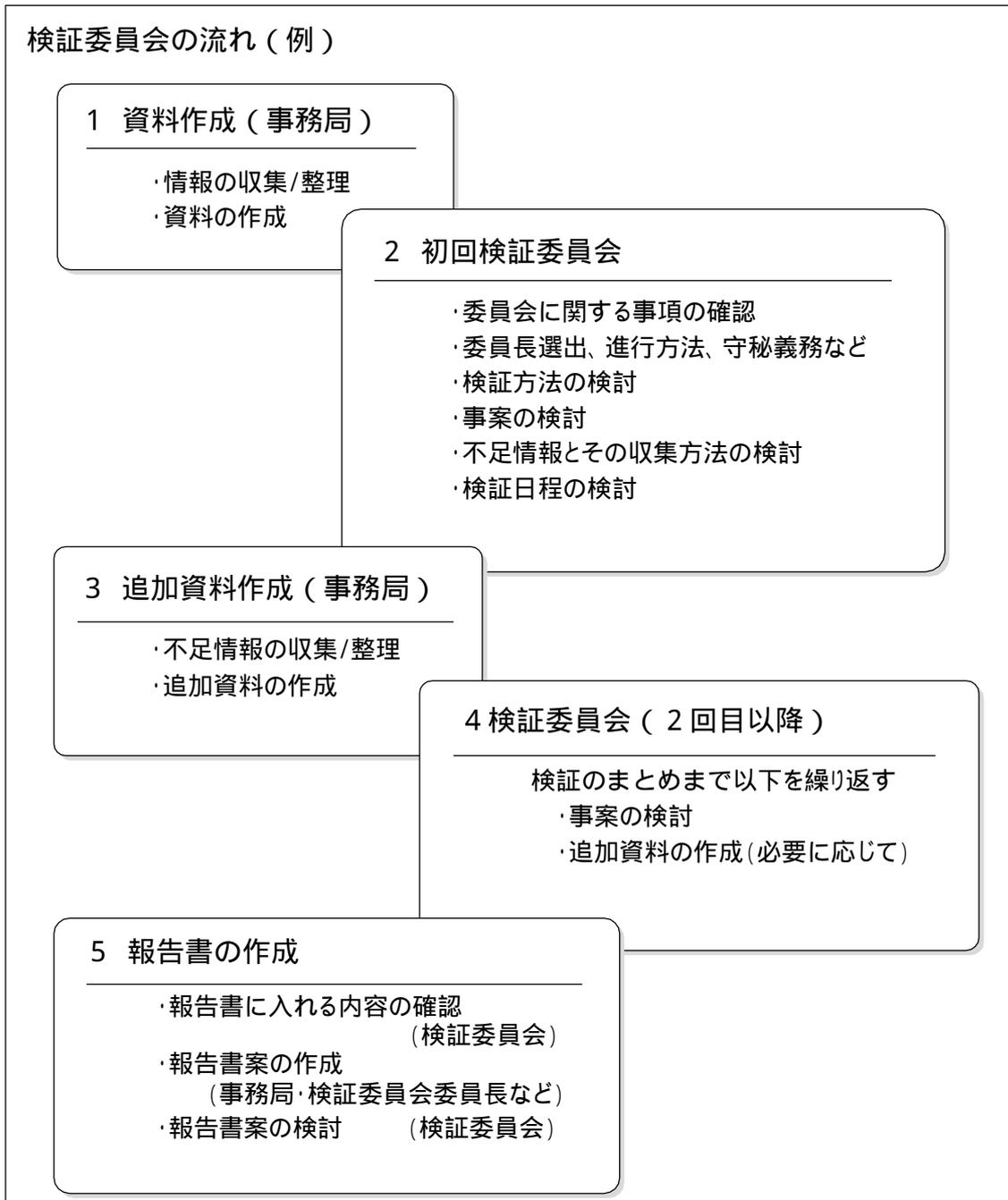


表 7-2

検証のために用意する主な資料

1. 事案の概要
2. 事例の経過表（ p.47、 p.52）
3. 家系図(ジェノグラム)（ p.27、 p.30）
4. 生態地図(エコマップ)（ p.27、 p.30）
5. その他(公判日程など、その他の必要情報)（ p.28、 チェックリスト集 p.63 など）

死亡事例・重篤事例検証の進め方の概要

1) 死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証

(1) 死亡・重篤事態に至った経緯の整理

死亡・重篤事例に限定し、出来事と対応を時系列順に整理

(2) 死亡・重篤事態を防げた可能性の検討

防げた可能性があったと考えられる時点（防止可能性時点）の検討

『この時点で対応していれば防げたかもしれないと思われる日時があるか？』

防げた可能性があったと考えられる理由の整理

『どのような理由でその時点でなら防げたかもしれないと考えるのか？』

防げた可能性があったと考えられる対応方法の検討

『その時点でこうした対応をしていれば防げたのではと考える方法は何か？』

(3) 死亡・重篤事態を防げなかった要因の検討

防止可能性時点で対応しなかった要因（防止阻害要因）の検討

(4) 今後の対応策に関する検討

防止阻害要因に対する具体的な改善策の検討

防止阻害要因改善のために自治体・国に要望したい事柄の検討

2) 虐待防止に焦点づけた検証

(1) 虐待に至った要因・経緯の整理

当該事例に限定せず、きょうだい等も含め出来事と対応を時系列順に整理

(2) 死亡事例・重篤事例への虐待を防げた可能性の検討

防げた可能性があったと考えられる時点（防止可能性時点）の検討

防げた可能性があったと考えられる理由の整理

防げた可能性があったと考えられる対応の検討

(3) 死亡事例・重篤事例への虐待を防げなかった要因の検討

防止可能性時点で対応しなかった要因（防止阻害要因）の検討

(4) 今後の対応策に関する検討

防止阻害要因に対する具体的な改善策の検討

防止阻害要因改善のために自治体・国に要望したい事柄の検討

3) 家族への対応に関する検討

きょうだい（該当する場合）と保護者の状況と対応を整理

対応が不十分な場合、改善策の検討

死亡事例・重篤事例の経過表(表 8-3 p.47)において記載すべき主な内容例

以下は、事例の経過をまとめる際に必要と思われる内容例である。
検証を行う組織は、この他に必要と思われる内容があれば項目を追加するとよい。

1. 日時

年月日で記載。
子どもの外傷や病院受診などの大きな出来事に関しては、分かる範囲で時間も記載。

2. 子どもの状況

当該事例本人に関する記載。基本は、出生から死亡・重篤事態までの間に、その子どもに生じた主な出来事を記載。
身体的問題(外傷・病気・発育不良など)、行動問題(家出・欠席・非行など)、乳幼児健診受診時の所見内容、保育所・幼稚園・学校の状況など。

3. 家族等の状況

当該事例の子どもに関する家族等の言動を記載。家族には両親、祖父母、片親の場合のその親のパートナーなど、当該事例に関して何らかの言動を行っている人を全て含む。
その子どもに対する育児状況、話した内容、相談や訴え、不適切な養育行動など。

4. 対応機関・職種

当該事例と家族へ関わった機関と職種を記載。なお、家族に関しては、当該事例の子どもと関連した事柄での関わりに限定。

5. 対応内容

「4」の対応機関・職種が行った対応の有無と内容を記載。

6. 対応に対する家族の反応

「5」の対応に対する家族の反応の有無と内容を記載。

7. その他

その他、当該事例に関して検証の参考となるとと思われる事柄を記載。

表 8-3 経過表：死亡・重篤事例に至った経緯の整理（時系列順の一覧）

| 日時 | 本児の状況 | 家族等の状況 | 対応機関職種 | 対応内容等 | 対応に対する家族の反応等 | その他 |
|-------------------|---------------------------------------|--|--------|---|--|---|
| △年7月2日 | 本児(A君)出生 体重3100g (母子手帳より) | | 〇〇病院 | 出産状況に問題なし | 看護師の話では、両親とも喜んでるように見えた。 | |
| △年8月3日 | 1か月健診 体重4,230g | 母親産科受診。夜間授乳の大変さに関する訴えあり。 | 〇〇病院 | 医師より、発育良好であり、心配要らない旨の説明。助産師より、産後うつに関する説明と気持ちの落ち込みを感じたら、いつでも連絡するように助言。 | 助産師によると、母親、説明を了解したと、笑顔で帰宅。 | 助産師は、母親の笑顔が本当の笑顔ではないように感じ、病院の説明に納得していないのではないかと危惧したと児の死亡後に述べている。 |
| △年9月5日 | | 母親より、産科助産師に、子どもの発育が悪くて心配との電話がある。 | 〇〇病院 | 助産師は、乳児の様子を見ないといけないので、病院を受診するよう勧めた。 | 母は病院受診を了承。 | その後、母から病院受診の報告はなかった。保健センターなどの関係機関への連絡もしなかった。 |
| △年11月2日 | | 〇市より〇市へ転居 | | | | 〇〇病院には転居の連絡はなかった |
| □年11月1日 | 保育園申込 | 通常の入園手続きを行った。 | | | 〇市保育課の職員によると、特に変わった様子は見受けられなかった。 | |
| 〇年4月1日 | 〇〇保育園入園 | 父母で入園式へ参加した | 〇〇保育園 | | | 保育士によると、父母の関係は良好に見えた。 |
| 〇年7月2日 | 3歳児健診 | 母親が食事を食べないことと、発育への心配を医師に語った | △△保健所 | 医師より、成長曲線内であり、心配ない旨の説明。 | 医師の後に面談した保健師へも同様の訴え。 | 健診後の担当者会議にて、家庭訪問でフォローすることが決まった。保育園に通園していること、身体的な虐待の様子も見受けられなかったため、内部のみの情報として、他部署への共有はしなかった。 |
| 〇年8月2日 | 保育士が他の子どもから聞いた話によると、A君はB君にたたかれて泣いていた。 | | 〇〇保育園 | | | |
| 〇年8月20日 〇:00ごろ | 保育園を欠席 | 母より電話で子どもが保育園へ行きたくないと言っているため、しばらく休ませるとの電話連絡があった。 | 〇〇保育園 | | | |
| 〇年9月5日 〇:00 | 保育園を欠席 (2週間目) | | △△保健所 | 保健師が様子伺いのため架電。 | 母は子どもがいじめられていて保育園に行きたがらないので休ませていると語った。 | 発育への不安の訴えはなく、不登園も一時的な可能性もあると考えて保育園などへの確認は行わなかった |
| 〇年10月1日 | 保育園を欠席欠席 (1カ月) | | 〇〇保育園 | 欠席が1カ月続いているため母へ電話したが繋がらなかったため、児相へ通告した。 | | 保育園 → 児相 架電 |
| | | | □□児相 | 保育園からの電話を受けて家庭を訪問(1回目)したが不在であった。様子を見ることとした。 | | |
| 〇年10月5日 | | | △△保健所 | 保健師が家庭訪問。子どもは寝ているということで会えなかった。 | 母親によると、友だちに会いたくないため保育園へはまだ行きたくないと言っているという。 | 母親は落ち着いて朗らかに話をしていたため、会えなかったものの、問題はないと認識した。 |
| 〇年10月7日 | | | □□児相 | 家庭訪問したが不在であった(2回目) | | 保育園へ会えずにいることを報告した |
| 〇年10月8日 〇:00 | 事件発生 | | | | | |

表 8-4 経過表：虐待に至った経緯の整理（時系列順の一覧）

| 日時 | 本児の状況 | 兄の状況 | 家族等の状況 | 対応機関職種 | 対応内容等 | 対応に対する家族の反応等 | その他 |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------|--|-----------------|---|--|---|
| ○年3月4日 | | 出生 体重2980g (母子手帳より) | 母親は18歳のシングルマザー。母の話では兄の父親は不明。 | △△病院 □□児童相談所 | 出産は問題なし。母親、定職なく、児童相談所と相談し、母の希望で乳児院入所となる。 | 母親は、病院の対応に感謝の言葉を述べていたとのこと。 | SWが母親から聞いた話によると、複製の男性と交際しており、兄の父親が誰なのか不明とのことであった。 |
| ○年3月11日～ ○年5月15日 | | 乳児院入所 | 基本的に週1回面会に来ていた | □□児童相談所 ★乳児院 | | | |
| ○年5月15日 | | 乳児院退所 | 母親、結婚し、兄を引き取る。 | □□児童相談所 ★乳児院 | 家庭復帰前に、3度の外出、2度の外泊を実施。問題を認めず家庭復帰を決定。 | 兄相の児童福祉司によると兄を引き取れることを喜んでいて。 | 子育て未経験の若い母親であり、○市の保健師による育児支援に引き継ぐこととなった。 |
| △年7月2日 | 本児(A君)出生 体重3100g (母子手帳より) | 兄3歳 | | ○〇病院 | 出産状況に問題なし | 看護師の話では、両親とも喜んでるように見えた。 | |
| △年8月3日 | 1か月健診 体重4,230g | | 母親産科受診。夜間授乳の大変さに関する訴えあり。 | ○〇病院 | 医師より、発育良好であり、心配要らない旨の説明。助産師より、産後うつに関する説明と気持ちの落ち込みを感じたら、いつでも連絡するように助言。 | 助産師によると、母親、説明を了解したと、笑顔で帰宅。 | 助産師は、母親の笑顔が本当の笑顔ではないように感じ、病院の説明に納得していないのではないかと危惧したと兄の死亡後に述べている。 |
| △年9月5日 | | | 母親より、産科助産師に、子どもの発育が悪くて心配との電話がある。 | ○〇病院 | 助産師は、乳児の様子を見ないといけないので、病院を受診するよう勧めた。 | 母は病院受診を丁承。 | その後、母から病院受診の報告はなかった。保健センターなどの関係機関への連絡もなかった。 |
| △年11月2日 | | ○〇保育園入園 | □市より○市へ転居 | | | | ○〇病院には転居の連絡はなかった |
| ○年11月1日 | 保育園申込 | | 通常の入園手続きを行った。 | | | ○市保育園の職員によると、特に変わった様子は見受けられなかった。 | |
| ○年4月1日 | ○〇保育園入園 | | 父母で入園式へ参加した | ○〇保育園 | | | 保育士によると、父母の関係は良好に見えた。 |
| ○年5月10日 | | 兄5歳 | | ○〇保育園 □□兄相 | 保育園より兄に傷があると兄相へ通行あり | | □□兄相で家庭訪問。兄を確認し、母と面談したが、事故と鑑別できず地域での見守りとなった。 |
| ○年7月2日 | 3歳児健診 | | 母親が食事を食べないことと、発育への心配を医師に語った | △△保健所 | 医師より、成長曲線内であり、心配ない旨の説明。 | 医師の後に面談した保健師へも同様の訴え。 | 健診後の担当者会議にて、家庭訪問でフォローすることが決まった。保育園に通園していること、身体的な虐待の様子も見受けられなかったため、内部のみの情報として、他部署への共有はしなかった。 |
| ○年8月2日 | 保育士が他の子どもから聞いた話によると、A君はB君にたたかれて泣いていた。 | | | ○〇保育園 | | | |
| ○年8月20日 ○:00ごろ | 保育園を欠席 | | 母より電話で子どもが保育園へ行きたくないと言っているため、しばらく休ませるとの電話連絡があった。 | ○〇保育園 | | | |
| ○年9月5日 ○:00 | 保育園を欠席(2週間目) | | | △△保健所 | 保健師が様子伺いのため架電。 | 母は子どもがいじめられていて保育園に行きたがらないので休ませていると語った。 | 発育への不安の訴えはなく、不登園も一時的な可能性もあると考えて保育園などへの確認は行わなかった |
| ○年10月1日 | 保育園を欠席欠席(1カ月) | | | ○〇保育園 □□兄相 | 欠席が1カ月続いているため母へ電話したが繋がらなかったため、兄相へ通告した。 保育園からの電話を受けて家庭を訪問(1回目)したが不在であった。様子を見ることとした。 | | 保育園 → 兄相 架電 |
| ○年10月5日 | | | | △△保健所 | 保健師が家庭訪問。子どもは寝ているということで会えなかった。 | 母親によると、友だちに会いたくないため保育園へはまだ行きたくないと言っているという。 | 母親は落ち着いて朝から話をしていたため、会えなかったものの、問題はないと認識した。 |
| ○年10月7日 | | | | □□兄相 | 家庭訪問したが不在であった(2回目) | | 保育園へ会えずにこのことを報告した |
| ○年10月8日 ○:00 | 事件発生 | | | | | | |

<死亡事例・重篤事例 記入例>

経過表の記入の仕方（参考例）

- ・「誰が」「どうやって（電話・直接）」「誰に」「誰の（どんな）話として」聞いたか。
- ・「誰が」「何を見て（聞いて）」そう思ったか（推測・判断したか）。

<良い例>

保健師が様子伺いのため架電したところ、子どもが2週間前から保育園でいじめられていて行きたがらないので、保育園へは行かせていないと母親が語った。
健診時、母子手帳の記載の通り、身長 cm、体重 kg より発育は年齢相当であると保健師は判断したと述べている。

その他の記載の仕方

- ・児相が、保育士から、他の子どもの話として聞いたところによると、
- ・保健師が、母親が子どもの様子を見て語った話として聞いたところによると、
- ・保健師が、母親から子どもの話として聞いたところによると、 等

<悪い例>

子どもがいじめられていると登園を渋り、1週間欠席が続いているようであった。
健診受診時は年齢相当の発育状態であった。

死亡・重篤事態を防げた可能性

日時(防止可能性時点)： 年 月 日 0:00：保健師の家庭訪問時

理由：子どもが寝ているとの理由を母親から言われ、保健師は玄関先で母親と話して戻っている。このとき子どもはすでに体罰を受けていたので、子どもに会っていれば、そのことに気づき、危機介入策が取られたのではないかと思われる。

死亡・重篤事態を防止できた可能性のある対応：

- ・子どもの目視
- ・介入のための緊急ケース会議
- ・危機介入・・・母親との面接を週に3回（月曜・水曜・金曜）実施
- ・面接で再度の体罰が確認された場合は、一時保護実施

死亡・重篤事態を防げなかった要因(防止阻害要因)

年 月 日に関して

保健師の認識・スキルの不足

- ・虐待事例との認識がなかった
.....背景：児相の情報が保健師に伝えられていなかった
- ・子どもを目視することの重要性の知識がなかった
.....背景：養育困難事例への対応の研修がされていなかった。
- ・子どもと会わない保護者への対応スキルがなかった
.....背景：対応に苦慮する保護者への対応の研修がされていなかった。

家庭訪問結果の検討不足

- ・訪問結果は文書での報告で済んでいた
.....背景：家庭訪問した場合、その内容を検討する体制がなかった。

今後の対応策（死亡・重篤事態防止）

具体的な改善策

虐待関連情報を共有できる体制の構築のため、以下の対策を行うべきである。

県内児童相談所は、関わっている虐待事例について相互に連絡することとする。

- ・ 県庁内に児童相談所個別のメールボックスを設置、新規事例についてはその都度、継続事例については、月 2 回、状況報告を投函する。
- ・ 報告のためのフォーマットを作成する。
- ・ そのフォーマットは、事例の進行表としてそのまま使える形式とする。

県への要望

県内児童相談所間で虐待事例に関する情報共有を迅速に行う以下のような体制を構築することが望ましい。

各児童相談所が共同で使用できるクローズドのクラウドシステムを整備する。

<危機回避事例 記載例>

事例への虐待を防げた可能性

日時(防止可能性時点)： 年 月～ 月：保健師のきょうだいへの虐待対応実施時期。

理由：5歳の兄への虐待疑いの時点で、当時2歳の本児の養育状況を詳細に検討していれば、養育支援や危機介入を検討できたのではないと思われる。

虐待を防止できた可能性のある対応：

- ・ 養育状況の把握・・・ 母親との面接を10日に1回実施
保健師の家庭訪問による養育支援開始
養育問題相談の連絡先の設定

事例への虐待を防げなかった要因（防止阻害要因）

年 月～ 月に関して

児童相談所の認識不足

- ・ 家族全体への養育支援の視点が乏しかった
役割分担して、家族支援をする視点がなかった。
被虐待児への対応は児相、養育支援は保健所など。
- ・ 要保護児童対策地域協議会での実質的検討がされなかった。
検討事例数が多く、個別案件の検討時間が十分取れていなかった。

今後の対応策（虐待防止）

具体的な改善策

養育困難事例への対応の役割分担体制の構築

- ・ 要対協での実質的検討時間の確保
新規事例については、協議会の最初に 30 分の時間を確保する。
- ・ 役割分担体制のリスト作成
養育支援に関する地域資源と役割・連絡先の一覧を作成する。
年に 1 回、役割分担に関する協議会を開催する。

表 -2-1

必要な医療情報

| |
|---|
| 1. 死亡・重篤事態防止に焦点づけた検証において |
| 死亡・重篤事態に至った原因(死因や疾病・外傷など) |
| 上記「原因」が生じた機転(放置、受診遅延、医療拒否、暴力行為の状況など) |
| 死亡・重篤事態発生の6か月前からの身体状況 疾病・外傷を時系列で整理 発育状況:身長・体重の推移 |
| 医療機関受診状況(受診時期・時間、受診頻度、受診時訴えなど) |
| 2. 虐待防止に焦点づけた検証において |
| 死亡・重篤事例の全経過中における身体状況 発育状況(身長・体重)・疾病・外傷・事故について時系列で整理 医療機関受診状況(受診時期・時間、受診頻度、受診時訴えなど) |
| きょうだいの身体状況(きょうだいがいる場合) 発育状況(特に身長)・疾病・外傷・事故・死亡・重篤事態について時系列で整理 医療機関受診状況(受診時期・時間、受診頻度、受診時訴えなど) |
| 保護者の精神状況 精神の安定状態、精神疾患の有無・状況(診断名、病状安定度、服薬状況など) 医療機関受診状況(受診時期・時間、受診頻度、受診時訴えなど) |

