

· 分担研究報告

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）

分担総合研究報告書

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

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

分担研究者 相澤 仁 大分大学

研究要旨

1. アンケート調査（27年度）

本研究の初年度に当たる 27 年度は、都道府県における死亡事例等検証のあり方に関するアンケート調査を実施し、その調査結果についての検討を行った。その後、本年度になって1つの自治体から回答があったため、28 年度において、そのアンケート調査結果を加えて再集計をして、その調査結果（69 カ所中 57 カ所から回答が得られ回収率は 82.6%）について分析方法を変更して詳細な検討を行った。

虐待死亡事例発生件数に対する検証率については、発生件数の少ない自治体の検証率は高く、発生件数の多い自治体の検証率は低かった。発生件数が多い自治体における検証率を上げるための方法について検討する必要性が示された。検証委員の構成については、検証委員会を5・6人の委員で構成している自治体が 66.0%であった。検証委員のうち当該自治体職員が入っている自治体は 18.9%であり、当該自治体職員OBが入っている自治体は 34.0%であり、第三者性を十分に確保しているとは言えない結果が示されている。検証委員の職種については、医師 98.2%、弁護士 94.6%、大学の研究者 90.6%と、ほとんどの自治体で、検証委員会の委員として医師、弁護士、大学の研究者が参加している結果が示された。検証のための情報収集については、国で示した通知に基づいた情報収集に加え必要な情報収集を実施している自治体は 100.0%であった。また、検証委員の求めに応じて情報収集をしている自治体も 100.0%と、情報収集については適切に実施されていることがわかった。事実関係の明確化のための調査などについては、検証委員が関係機関へのヒアリングに参加している自治体は 49.0%であった。また、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している自治体は 21.7%と、検証委員による調査が十分とは言えない結果が示された。問題点・課題の抽出については、問題点・課題の抽出ができるまで時間をかけて分析検討している自治体が 95.9%、抽出できない場合には再度委員会を開催して対応している自治体が 91.8%と、よくやっていた。提言の効果については、児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上 77.3%、初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化 77.3%、市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化 78.6%と、体制、事業及び予算の拡充などに比して、機能面の強化に結びついている。地方自治体において死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点については、調査や情報収集を行う際のあり方に対する困難点や疑問点 62.5%、事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点 54.3%、虐待死としての判断に関する困難点や疑問点 45.8%と、検証の方法などについての困難点や疑問点をもつ自治体が多かった。この結果は、検証方法やあり方についてのわかりやすい手引きなどを作成し、自治体に提供して学習してもらうような取り組みの必要性を示して

いる。

検証率や公表率に強く影響しているのは事例発生件数であり、事例発生件数が多い地方自治体に対しては、何らかの対応が必要と考えられる。一方で、事例発生件数は少ないが検証率も低い地方自治体も認められた。そのため、事例発生件数が少なく、かつ検証率が低い地方自治体については、その特徴や検証率に影響する要因を調べていく必要が示された。

2．ヒアリング調査（28 年度）

また、28 年度は、ヒアリング調査への協力を了承した 12 の自治体を対象にヒアリング調査を行った。

全般的にいえることは、死亡事例等の検証システムについて自治体間格差があるということである。例えば、検証委員会の設置であるが、常設の児童福祉審議会に検証業務を付加した地方自治体もあれば、児童福祉審議会の中に新たに委員会を作った地方自治体、あるいは別に検証委員会組織を作った地方自治体もあった。また、検証対象事例において、児童相談所関与事例のみを検証対象にしている地方自治体がある一方で、全事例を対象にして検証している地方自治体もあった。情報が得られない事例については検証対象から外している地方自治体が少なくなかったことから、こうした事例に対する事例検証のあり方について検討し、提示していく必要性が示唆された。検証対象の範囲については、検証対象の基準を設けている地方自治体は少なく、検証対象範囲の明確な基準づくりについての要望もあり、基準づくりの必要性が示唆された。検証方法について、地方自治体によっては市町村などが行った内部検証の資料を活用した検証を行っており、こうした取組の必要性が示唆された。検証実施の際の困難点・疑問点として地方自治体から出された主な意見は、事務局の不十分な検証体制、検証対象範囲のあいまいな基準、検証のためのガイドラインの必要性、提言に対する取組についての評価システムの必要性、マスコミ対応のあり方についてであった。検証ガイドラインについての意見・要望について、地方自治体から出された主な内容は、事例による具体的な検証モデルの提示、検証対象範囲の基準づくり、市町村など関係機関による検証の実施であった。

効果的な検証を実施していく上で取り組むべき主なものとして、事務局の検証体制の強化、検証対象範囲の基準づくり、検証のためのガイドラインづくりなどの必要性が示された。

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

3．児童虐待重大事例検証の手引き（29 年度）

本研究の最終年度である 29 年度においては、上記の研究結果などを踏まえて、「児童虐待重大事例検証の手引き」の作成に着手した。

筆者の担当は、「検証委員会」「提言の作成」「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」及び「検証会議に必要な情報とその入手に関して（地域福祉）」であり、そのあり方について検討し、別添のとおり作成した。

その特徴の 1 つは、検証による提言の実現に向けた工程表の参考例や提言された対策についてのフォローアップについての参考例などを取り上げ、地方公共団体が対策の質の向上にどのように取り組んでいくべきか、参考になる内容を盛り込んでいる点である。

A．研究目的

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

B．研究方法

1．アンケート調査

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

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

フェースシートについては、平成16年～26年までの間において各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数及び公表した報告書数などについての質問項目を設けた。

アンケート調査においては、検証委員会の運営、検証組織、検証委員の構成、検証対象の範囲、会議の開催、検証方法、

検証の進め方、問題点・課題の抽出、提言、報告書、提言の効果、地方自治体における死亡事例等検証の実施に際の困難点や疑問点などについての質問項目を設

けた。

なお、統計処理については、フェースシートを除き虐待死亡事例・重大事例が発生した自治体のみを対象にし、有効回答のみを集計した。集計については、Microsoft Excel2013及びSPSSver23を用いた。

2．ヒアリング調査

昨年度実施したアンケート調査において、ヒアリング調査の協力を回答した37施設から地域性に配慮し、12施設を選択して実施した。

ヒアリング内容については、アンケート調査結果についての詳細な聴き取り及び検証ガイドラインに対する意見・要望である。

<倫理的配慮>

おのこのデータについては、各地方公共団体を特定できない形で収集を行った。

C．研究結果 1．

アンケート調査結果

1)回収率

69カ所の地方公共団体にアンケート調査用紙を送付し、そのうち57カ所（27年度56カ所、28年度1カ所）から回答が得られ、回収率は82.6%であった。

昨年度本研究の初年度に当たる27年度は、都道府県における死亡事例等検証のあり方に関するアンケート調査を実施し、その調査結果についての検討を行った。その後、本年度になって1つの自治体から回答があったため、28年度においては、そのアンケート調査結果を加えて再集計をして、その調査結果について分析方法を変更して詳細な検討を行った。

2)調査集計結果

フェースシート

平成16年～26年間に各地方自治体に

において発生した虐待死亡事例発生件数であるが、11年間で発生した件数が2件という自治体が最も多く19.6%、次いで発生件数が多かったのは4件という自治体であり14.3%であり、続いて1件の自治体であり10.7%であった。発生件数が1～4件までの自治体が全体の50%以上になっている。

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

次に、平成16年～26年の間に各地方自治体において発生した重大事案の発生件数であるが、発生していない自治体を除くと11年間で発生した件数が1件という自治体が最も多く15.9%、次いで発生件数が多かったのは2件という自治体であり10.1%であった。

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

また、各地方自治体において検証した事例(虐待死亡事例+心中死亡事例+重大事例)件数であるが、1件が最も多く24.5%、次いで2件の22.6%であった。(表 - 3)

虐待死亡検証事例件数において、最も多かったのは1件の30.2%、次いで2件の18.9%、続いて4件の11.3%であった。

公表報告書数であるが、発生していない自治体を除く11年間で公表した件数が1件という自治体が最も多く38.5%、次いで発生件数が多かったのは2件という自治体であり15.4%であった。(表 - 1)

アンケート調査

検証委員会の運営

検証委員会を所管している部局であるが、多かった部局は児童相談所所管課(例:子ども福祉課)で86.8%であった。(表

1-1)

次に検証委員会運営のための予算化であるが、予算化している自治体は45.3%であった。(表1-2)

検証組織

検証組織の設置状況であるが、検証組織を常設している自治体は73.6%であった。次に、組織の所属先であるが、児童福祉審議会へ所属している検証組織が一番多く、73.6%であった。(表2-1、表2-2)

検証委員の構成

検証委員会の検証委員の人数であるが、最も多かったのは、委員会を5人の委員で構成されている自治体であり41.5%であった。次は6人の委員で構成されている自治体は24.5%であった。(表3-1-1)

次に検証委員会の中に当該地方公共団体職員が検証委員として入っている自治体は18.9%であった。検証委員会の中に当該地方公共団体職員OBが検証委員として入っている自治体は34.0%であった。(表3-1-2、表3-1-3)

続いて、検証委員の職種であるが、検証委員会の委員構成において最も多かった職種は、医師で98.2%、次いで弁護士で94.6%、続いて大学の研究者90.6%であった。(表3-2-1-1、表3-2-3-1、表3-2-10-1)

検証委員の1回の委嘱任期年数については、3年間で最も多く60.8%であった。次いで2年間の21.6%であった。(表3-3-1)

原則として検証委員として委嘱できる回数については、「制限なし」「規定なし」の合計が56.8%であった。(表3-3-2)

検証対象の範囲

通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている自治体は、78.4%であった。その他の対象範囲を定めている自治体は27.5%であった。(表4-1-1 表4-

1 - 2)

虐待が疑われる児童の死亡事例が発生した場合虐待による死亡か否かの判断を行う調査を実施している自治体は、56.9%であった。実施している自治体の中でその結果を検証委員会に諮問しているところは57.1%であった。(表4 - 2 表4 - 3)

会議の開催

会議の開催目的であるが、死亡事例が発生した場合及び死亡事例ではないが検証が必要な重大事例が発生した時に当該事例の検証のために開催している自治体が最も多く58.8%であった。次いで死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している自治体で35.3%であった。

(表5)

検証方法

検証委員会の1回の検証会議時間の平均時間で最も多かった時間は120~149分で58.3%であった。(表6 - 1 - 1)

1つの事例に対する検証会議の平均開催回数であるが、最も多かったには4回以上6回未満で56.5%であった。(表6 - 1 - 2 - 3)

ヒアリング調査を原則実施している自治体は100.0%であった。また現地調査を原則実施している自治体は62.5%であった。(表6 - 2 - 1、表6 - 2 - 2)

事例検証の実施状況であるが、事例ごとに実施している自治体は76.0%、複数事例で実施している自治体は24.0%であった。

検証の進め方

平成20年3月に発出された通知「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」(平成23年度7月以降については改正された通知)を検証委員に配布し検証の進め方について説明している自治体は79.6%であり、反対に説明していない自治体は20.4%であった。(表

7 - 1)

国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいた情報収集を実施している自治体は66.0%であった。それに加えて必要な情報収集している自治体は100.0%であった。検証委員の求めに応じた情報収集をしている自治体は100.0%であった。母子健康手帳など基本的な資料収集をしている自治体は77.6%であった。特別な事例等についての専門家の意見聴取などによる情報収集をしている自治体は66.7%、特別な事例等についての解剖所見などの専門的な情報収集をしている自治体は31.1%であった。(表7 - 2 - 1 ~ 表7 - 2 - 7)

事例検証のための資料として、事例の概要(時系列及び関係機関別にまとめた表を含む)を準備している自治体は98.0%であった。各児童相談所、市町村児童福祉担当等の組織図を準備している自治体は70.6%であった。相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料を準備している自治体は68.0%であった。相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要を準備している自治体は76.0%であった。(表7 - 3 - 1 ~ 表7 - 3 - 4)

次に確認事項であるが、検証の目的について確認している自治体は100.0%であった。検証方法について確認している自治体は100.0%であった。検証スケジュールについて確認している自治体は100.0%であった。事例概要の把握について確認している自治体は100.0%であった。(表7 - 4 - 1 ~ 表7 - 4 - 4)

事実関係の明確化についてであるが、関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員が参加している自治体は49.0%であった。ヒアリングを当該事例に直接関与した、ないし直接関与すべきであった組織の者以外の者が実施している自治体は

91.5%であった。関係機関の所属長あるいはそれに準ずる者をヒアリングの対象者としている自治体は 91.5%であった。転居事例の場合、転居前の住所地の関係者も対象としてヒアリングを実施している自治体は 70.0%であった。状況に応じて場所を選択してヒアリングを実施している自治体は 87.0%であった。事例を担当していた職員の心理的支援について必要に応じて組織的に実施している自治体は 50.0%であった。児童の生活環境等を把握するために、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している自治体は 21.7%であった。保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録の閲覧請求をしている自治体は 85.1%であった。(表 7 - 5 - 1 ~ 表 7 - 5 - 8)

問題点・課題の抽出

一つ一つの事例について、具体的な問題点や課題が抽出できるまで、時間をかけて分析・検討を行っている自治体は 95.9%であった。また、具体的な問題点や課題が十分に抽出できていない場合には、再度委員会を開催して分析・検討するような対応を行っている自治体は 91.8%であった。(表 8 - 1、表 8 - 2)

提言

検証委員から提出された具体的な提言について、きょうだいや家族、関係機関や職員への配慮などから、誤解をされないような表現や無難な表現に修正するような調整を行ったことがある自治体は 60.9%であった。(表 9 - 1)

また、検証委員から提出された実行する機関名や提言への取組開始時期、評価方法等が明記してある提言について、その可能性や有効性などについての行政的な判断に基づき、一部内容を修正するような調整をしたことがある自治体は 17.4%であった。(表 9 - 2)

さらに、早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策について提言し、検証の全体の終結を待たずに、必要な施策を講じている自治体は 71.1%であった。(表 9 - 3)

報告書

報告書について、公表する報告書と関係機関用の報告書とを分けて作成している自治体は 23.9%であった。次に、検証委員が報告書を検討、精査した後に、事務局の立場から調整し、表現を修正したことがある自治体は 26.1%であった。続いて、事例によっては、有意義な検証をするために「中間報告書」といった報告書を作成している自治体は 4.3%であった。(表 10 - 1 - 1 ~ 表 10 - 1 - 3)

公表について、検証した事例のすべての検証結果を公表している自治体は 79.2%であった。(表 10 - 2)

広報について、報告書を地方自治体のホームページに公表している自治体は 77.1%であった。児童相談所など関係機関の職員に報告書を配布している自治体は 100.0%であった。児童相談所など関係機関の職員を対象に、報告書を資料にして研修を実施している自治体は 58.7%であった。(表 10 - 3 - 1 ~ 表 10 - 3 - 3)

xi 提言の効果

提言によって、児童福祉司の増員など児童相談体制の強化につながった自治体は 55.8%であった。児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上につながった自治体は 77.3%であった。初期対応やケースマネジメント機能など児童相談所の相談機能強化につながった自治体は 77.3%であった。保健師の増員など保健担当部署の体制強化につながった自治体は 20.0%であった。保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性の向上につながった自治体は 59.0%であった。訪問支援や育児相談機

能など市町村の母子保健機能強化につながった自治体は 43.2%であった。都道府県単独事業の創設につながった自治体は 27.9%であった。児童虐待対策予算の拡充につながった自治体は 50.0%であった。市町村児童相談体制の強化につながった自治体は 75.6%であった。市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化につながった自治体は 78.6%であった。市町村単独事業の創設につながった自治体は 9.1%であった。市町村の児童虐待対策予算の拡充につながった自治体は 20.6%であった。(表 11 - 1 ~ 表 11 - 12)

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

検証委員会の検証組織に対する困難点や疑問点のあった自治体は 14.6%であった。

検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点のあった自治体は 18.8%であった。検証委員会の運営面における困難点や疑問点のあった自治体は 27.1%であった。検証会議のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は 18.8%であった。虐待死としての判断に関する困難点や疑問点のあった自治体は 45.8%であった。

調査や情報収集を行う際のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は 62.5%であった。事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点のあった自治体は 54.3%であった。問題点・課題を抽出する際の抽出のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は 32.6%であった。提言のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は 32.6%であった。報告書を作成する際の困難点や疑問点のあった自治体は 26.7%であった。公表のあり方に対する困難点や疑問点のあった自治体は 32.6%

であった。(表 12 - 1 ~ 表 12 - 11)

2. ヒアリング調査結果

1) 調査結果の概要

フェースシート回答内容について

検証対象事例の範囲については、自治体間格差がみられた。死亡事例・重大事例を含め全事例について検証している自治体もあれば、児童相談所が関与した事例のみを対象にしている自治体もあった。

事例を選択して検証している自治体においては、その理由として、情報が得られない事例については効果的な検証にならないという点を挙げていた。

アンケート調査回答内容について

検証委員会の運営・組織について

ほとんどの自治体が児童相談所所管部局が検証委員会を担当していた。

予算においても審議会の予算により運営している自治体と検証用の予算を確保している自治体とあった。死亡事例などが発生した場合には補正予算により検証している自治体もあった。

検証組織が児童福祉審議会に所属している自治体からは、審議会に所属している場合には、事務局から相談しやすいという意見があった。他方、審議会の開催に合わせて事例検証している自治体もあり、十分に時間をかけて検証できていないという意見もあった。

また、検証委員の構成については、事例ごとに構成を考えて依頼する自治体もあれば、長期間同じ委員に依頼している自治体もあった。検証委員が多忙のため日程調整が困難であるという自治体が多かった。

検証対象の範囲について

前述したように自治体間格差がみられた。検証対象の基準を設けていない自治体が少なくなかった。

多くの自治体から、子どもの死亡原因の背景に虐待があると判断していても警察が虐待として事件化しないような事例など、虐待死であると確定しない場合は対象にしづらい。事故死の場合ネグレクトになるか判断が難しいという意見があった。

自治体からは、検証対象範囲の明確な基準づくりについての要望があった。

検証方法

検証時間は、アンケート調査結果と同様に1回の会議時間が120分程度、検証回数は平均4回程度という自治体が多く、ケースにもよるがこの程度の時間をかければ検証はできるのではないかという判断をしていた。

但し、常設の児童福祉審議会に検証業務を付加したような自治体の場合には、1回の検証時間を120分と回答していても、審議会の会議時間が120分であり検証会議時間が実質30分程度という自治体もあった。

また、調査・資料作成に関しては、事務局が中心になって実施している自治体が多く、中には児童相談所や設置した調査チームにより調査を行うという自治体もあった。

また、事例によっては市町村や要保護児童対策地域協議会あるいは関係機関内での内部検証を行っている場合もあった。関係した当事者等による内部検証は検証の行間に込められた思いなどが理解できる面もあり、今後の対応や対策を検討する上でも貴重な資料であった。こうした資料を活用した検証も重要であり、内部検証の必要性について主張していた自治体もあった。

検証の進め方

関係機関・関係者からの情報収集については、文書、ヒアリング調査などにより、実施しているが、医療機関、警察や検察からの情報収集が難しい。

また、加害者やその家族からの事実確認など情報収集は難しい。特に心中事例の場合には、加害者の人格に関する情報などについて遺族からはヒアリングしづらい。

裁判の傍聴には行くが、公判が遅く、事例検証に間に合わないことが多く、検証後に傍聴している。裁判は犯罪性の観点からの内容が中心であり、検証の目的とは差異がある、といった意見があった。

報告書

公表する報告書については、状況から特定されやすく、残されたきょうだい・親族への影響が大きいため、公表の際には事例の概要などは削除して公表している。親が不起訴になった場合、加害者が否定している場合、虐待死亡事例報告書として公表できるのか、判断が難しい。

報告書を活用した研修を実施している自治体や国の報告書から事例を活用して演習を行っている自治体もあった。全市町村を対象にした義務研修を行っている自治体においては、職員の専門性の底上げになっていると評していた。

提言の効果

死亡事例はインパクトが大きく、事例検証の効果としてさまざまな事業や施策につながっていたと回答した自治体が多かった。

児童福祉司などの増員、新たな児童相談所の設置、対応マニュアル、リスクアセスメントツールの作成・改訂、研修体制の充実など児童虐待防止対策の強化につながっていた。

検証実施の際の困難点・疑問点

地方自治体から提出された主な意見は次のとおりである。

・事務局の不十分な検証体制

調査、会議の開催、報告書の作成などの事務量が多く、担当者は、単独で対応するため、通常業務の上に、死亡事例等の業務

が加わると対応が困難になっている。事例が複数発生した場合には対応ができなくなるといった意見が多く、地方自治体から出された。

・検証対象範囲のあいまいな基準

厚生労働省の通知では「検証の対象は、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。また、死亡に至らない事例であっても検証が必要と認められる事例については、併せて対象とする。」となっており、「望ましい」という内容であるために、どこまで検証すべきが判断が困難である。

・検証のためのガイドラインの必要性

都道府県はもとより、市町村などまで拡充して検証を実施するのであれば、情報収集の方法、課題抽出や資料作成などのためのガイドラインが必要である。

・提言に対する取組についての評価システムの必要性

提言を実現するためには、提言を受けた後の取組についての評価が重要であり、第三評価システムを整備することが必要である。

・マスコミ対応のあり方

児童相談所関与事例などの検証の進め方に対するプレッシャーや報告書の内容についての事前レクチャーの要求への対応など、マスコミへの対応方法がわからず困った。

検証ガイドラインへの意見・要望について

自治体から提出された主な意見・要望は次のような内容である。

・事例による具体的な検証モデルの提示

具体的な事例を活用した検証のあり方についてのモデルを示してほしい。特に心中事例等情報の少ない事例についての検

証モデルを示してほしい。情報収集のあり方から報告書の作成・公表のあり方まで、一連の検証のプロセスや方法についてより具体的にわかりやすく明確に提示してもらいたい。

・検証対象範囲の基準づくり

検証対象となる死亡事例（心中事例を含む）や重大事例の基準をつくり示してもらいたい。

・市町村など関係機関による検証の実施

市町村など関与した関係機関においても、検証（内部検証を含む）を行うことの必要性を盛り込んでほしい。市町村で行った検証も参考にしつつ都道府県で検証する方がより効果的な検証に結びつく。

検証というとハードルが高いのであれば、事例検討会議などで検討するしくみを示せばよい。

D. 考察

1.

アンケート調査結果について

平成 16 年から平成 26 年の 11 年間に、各地方自治体において発生した虐待死亡事例発生件数は、有効回答数を集計すると 0 から 4 件までの地方自治体が全体の 60.7%、重大事例では 92.6% を占めていた。そのため、発生件数は 3 年間で 1 件以下の地方自治体が多いと考えられる。なお、虐待死亡事例または重大事例が発生した地方自治体は 53 自治体であり、本研究では虐待死亡事例も重大事例も発生していない地方自治体は分析から除外した。これは、事例が発生した地方自治体における検証率や提言の効果についての検証を行うことを目的としたためである。なお、虐待死亡事例と重大事例を合わせて本研究では全事例と表現する。

次に、各地方自治体における全事例の検証数は、0 件から 2 件までの自治体が全体の 58.4% を占めていた。発生件数と検証数

の散布図と相関係数の結果からは、発生件数が多い自治体ほど、検証率が低いことが明らかとなった。また、全事例に対する検証率が50%以上の自治体と50%未満の自治体を比較した結果は、検証率が50%未満の自治体では、平均発生数が15.0件であるのに対して、検証率が50%以上の自治体では平均発生件数は5.3件である。統計的にも有意な差が認められたことから ($t=2.16, p=0.04$)、11年間で6件以上の事例が発生する自治体は、検証率が低下するのではないかと考えられた。他の要因が検証率に与える影響は統計的には認められなかったため、事例の発生件数が最も検証率に影響しているのではないかと考えられる。そのため、発生件数が多い地方自治体においては、検証率を上げるための方法について検討する必要があると考えられる。

検証組織については、検証組織を常設している自治体は73.6%であった。検証委員の構成については、検証委員が5人または6人で構成している地方自治体が66.0%であった。検証委員のうち当該自治体職員を含まれている地方自治体が18.9%であり、当該自治体OB職員が含まれている自治体は33.9%であり、第三者性を十分に確保しているとは言えない結果が示されている。検証委員の職種については、医師(98.1%)、弁護士(96.2%)、大学の研究者(90.6%)と、ほとんどの自治体で、検証委員として医師、弁護士、大学の研究者が参加していた。検証委員の委託可能な回数については、「制限なし」「規定なし」の回答が比較的多く、この結果の背景には、検証委員の確保ができづらいという面があるのかもしれない。検証対象の範囲については、通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている自治体は78.4%と比較的多いことがわかった。検証のための情

報収集については、国で示した通知に基づいた情報収集に加えて必要な情報を収集している地方自治体は、100.0%であった。また、検証委員の求めに応じて情報収集をしている地方自治体も100.0%であり、情報収集については適切に行われていたことが明らかとなった。

事実関係の明確化のための調査については、検証委員が関係機関へのヒアリングに参加している地方自治体は49.0%であった。また、必要に応じて検証委員による現地調査を実施している地方自治体は21.7%と、検証委員による調査が十分とは言えない結果が示された。

問題点・課題の抽出については、問題点・課題が抽出できるまで時間をかけて分析検討している地方自治体は95.9%、抽出できない場合には再度委員会を開催して対応している地方自治体は91.8%であった。上記の項目が検証率に影響するかどうか検討するために、予備的な分析を行った。なお、本研究は我が国においては前例がなく、検証率に影響する要因が明らかにされていないため、あくまで仮説生成を目的として分析せざるを得なかった。一部の分析では単回帰分析のように多変量解析を用いているが、N数が少ないことや、他の変数が多すぎるために複数の変数間の影響を統制できていない。しかし、本研究では検証可能な仮説が事前に存在せず、本研究を基に今後さらなる知見を発生させることが目的である。そのため、本研究の結果はあくまで参考値として扱うべきことを事前に述べておく。

質問項目1~7を説明変数、検証率を目的変数とする単回帰分析では、「特別な事例等については解剖所見など専門的な情報の収集をしている」という項目が影響していた ($R^2=.16, p=.00$)。すなわち、解剖所見等の情報を収集していない自治体の

方が、検証率が高かった。これは、1件の事例に時間を掛けるほど、検証にかかる負担が大きく、結果として検証率が低下するためと考えられる。また、その他の質問項目で、検証率に影響すると判断された項目はなかった。

検証後の報告書については、個人情報の問題や目的の違いなどから推測可能であるが、公表する報告書と関係機関用の報告書を分けて作成している地方自治体は23.9%であった。事例発生件数が検証率に与える影響が強いように、検証に掛かる負担は大きく、報告書を分別して作成することは困難であったため、上記のような値が示されたのではないかと考えられる。

公表については、検証した事例の全てで検証結果を公表している地方自治体は79.2%であった。公表率については、検証組織を常設しているかどうかを独立変数、公表率を従属変数とした t 検定を行った。その結果は、群間に有意な差は認められず ($t=1.47, p=.14$)、公表率に検証組織の常設の有無は影響すると言えないことが明らかとなった。同様に、検証のための予算化をしているかどうかを独立変数、公表率を従属変数とした t 検定でも、有意な差は認められなかった ($t=0.09, p=0.92$)。しかし、事例発生件数を共変量、検証組織の常設の有無を独立変数、公表率を従属変数とした共分散分析を行ったところ、常設の有無から公表率への影響は認められなかったが ($F=1.63, p=.21$)、共変量である事例発生件数の影響は有意傾向を示した ($F=3.92, p=.05$)。そのため、公表率に対しては、事例発生件数の影響が検証組織の常設の有無よりも影響している可能性が考えられる。

提言の効果については、児童福祉士のケースワーク技術の向上、児童相談所の相談機能強化、市町村児童相談体制の強化、要

保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化につながったという回答が70%以上の地方自治体から報告された。一方で、保健担当部署の体制強化、市町村単独事業の創設、児童虐待対策予算の拡充にはつながったという報告は少なかった。体制、事業及び予算の拡充などに比して、機能面の強化に結びついている。

また、提言によって何らかの改善につながったかどうかについては、提言の効果の項目 1)から項目 14)に「ア . つながった」と回答した個数を合計した値を目的変数とし、他の質問項目を説明変数とする単回帰分析を行った。その結果、「検証委員会の予算 運営・検証のための予算化をしている」($R^2=.08, p=.03$)、「検証会議 1回の検証会議時間平均__分」($R^2=.13, p=.01$)、「検証会議 1つの事例に対する検証会議の開催回数平均__回」($R^2=.09, p=.03$)、「検証の進め方5) 関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員は参加している」($R^2=.14, p=.01$)、「報告書 3)広報報告書は、地方自治体のホームページに公表をしている」($R^2=.07, p=.05$)の5項目で有意な値が認められた。すなわち、運営のための予算化をしている自治体、1回の検証会議の時間が長い自治体、検証会議の回数が多い自治体、ヒアリングに検証委員が原則として参加している自治体、報告書をホームページに公表している自治体は、提言の効果が高いと感じていると考えられる。

地方自治体において死亡事例検証を実施する際の困難点や疑問点については、調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点、および事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点、虐待死としての判断に関する困難点・疑問点について、おおよそ過半数の自治体が実感していると回答していた。この結果は、検証方法やあり方につ

いてのわかりやすいガイドラインなどを作成し、地方自治体に提供して学習するような取り組みの必要性を示している。

2. ヒアリング調査結果について

12の自治体からのヒアリングを通して全般的にいえることは、死亡事例等の検証システムについて自治体間格差があるということである。

例えば、検証委員会の設置であるが、常設の児童福祉審議会に検証業務を付加した地方自治体もあれば、児童福祉審議会の中に新たに委員会を作った地方自治体、あるいは別に検証委員会組織を作った地方自治体もあった。

また、検証対象事例において、児童相談所関与事例のみを検証対象にしている地方自治体がある一方で、全事例を対象にして検証している地方自治体もあった。情報が得られない事例については検証対象から外している地方自治体が少なくなかったことから、こうした事例に対する事例検証のあり方について検討し、提示していく必要性が示唆された。

検証委員においても、委員の確保が難しい地方自治体がある一方で、事例ごとに委員を確保している地方自治体もあった。事例の状況に応じた効果的な検証をするための委員構成のあり方や任期などについて提示する必要性が示された。

検証対象の範囲については、検証対象の基準を設けている地方自治体は少なく、検証対象範囲の明確な基準づくりについての要望もあり、基準づくりの必要性が示唆された。

検証方法についてであるが、地方自治体によっては市町村などが行った内部検証の資料を活用した検証を行っており、こうした取組の必要性が示唆された。

市町村などの関係機関による内部検証

の中に、検証委員がオブザーバーとして参加するなど、内部検証の状況を理解することにより、効果的な検証に結びつく具体的な取組について検討し、提案することが必要である。

関係機関・関係者からの情報収集において、困難性の高い機関は、医療機関、警察、検察であった。効果的な検証を実施するためには、こうした機関からの情報収集のあり方について検討し、提示することが必要である。

報告書の公表において配慮していることは、残された親族への影響や加害者が不起訴になった場合の対応などであった。どのような点にどこまで配慮して公表すればよいのか苦慮している地方自治体は多かった。

こうした配慮についても検討し、示す必要がある。

報告書を活用した研修については、多くの自治体は何らかの研修を行っていた。全市町村を対象にした義務研修を行っている自治体から職員の専門性の向上につながっているという評価もあり、こうした研修の必要性が示唆された。

死亡事例等の検証報告書を活用した研修も有効ではあるが、検証委員会の傍聴による研修も効果が期待できることから、今後はこうした研修のあり方についても検討することが必要である。

検証実施の際の困難点・疑問点として地方自治体から出された主な意見は、事務局の不十分な検証体制、検証対象範囲のあいまいな基準、検証のためのガイドラインの必要性、提言に対する取組についての評価システムの必要性、マスコミ対応のあり方についてであった。

いずれも重要な課題であるが、これから有効な検証を進めていく上で、事務局の検証体制強化、検証対象範囲の基準づくり、

検証のためのガイドラインづくりについては、喫緊に取り組んでいくべき課題である。

検証ガイドラインの作成はもとより、検証体制の強化をするための事業の創設など、検証体制の構築について考えていかなければならない。

最後に、検証ガイドラインについての意見・要望について、地方自治体から出された主な内容は、事例による具体的な検証モデルの提示、検証対象範囲の基準づくり、市町村など関係機関による検証の実施であった。

特に、事例による具体的な検証モデルの提示と検証対象範囲の基準づくりについては要望が強かった。検証ガイドラインを作成する際には、こうした要望を踏まえて取り組んでいくことが必要である。

E．結論

上記のアンケート調査結果から、検証率や公表率に強く影響しているのは事例発生件数であり、事例発生件数が多い地方自治体に対しては、何らかの対応が必要と考えられる。一方で、事例発生件数は少ないが検証率も低い地方自治体も認められた。そのため、事例発生件数が少なく、かつ検証率が低い地方自治体については、その特徴や検証率に影響する要因を調べていく必要が示された。

次に、ヒアリング調査結果により、効果的な検証を実施していく上で取り組むべき主なものとして、事務局の検証体制の強化、検証対象範囲の基準づくり、検証のためのガイドラインづくりなどの必要性が示された。

2つの調査結果から示唆されたことは、地方自治体における死亡事例等検証については十分な検証を実施しているとは言えない自治体もあり、事務局体制、

検証対象範囲の基準づくり、検証委員会の委員構成、検証委員による調査、効果的かつ理解しやすい検証のあり方や方法などについて検討し、改善していく必要性である。

今後の課題としては、この2つの調査結果などを踏まえつつ、今後の効果的な検証のあり方について検討することである。

以上を踏まえ、H29年度に作成した子ども虐待重大事例検証の手引きでは、「検証委員会」「提言の作成」「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」及び「検証会議に必要な情報とその入手に関して（地域福祉）」の各章を執筆した。

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 該当なし

〇フェイスシート調査結果

表I-1 虐待死亡事例発生件数(合計)(平成16~26年度)

発生件数	自治体数	%	有効回答%
0	4	5.8	7.1
1	6	8.7	10.7
2	11	15.9	19.6
3	5	7.2	8.9
4	8	11.6	14.3
5	2	2.9	3.6
6	5	7.2	8.9
7	1	1.4	1.8
9	4	5.8	7.1
11	1	1.4	1.8
13	1	1.4	1.8
14	1	1.4	1.8
15	3	4.3	5.4
17	1	1.4	1.8
26	1	1.4	1.8
30	1	1.4	1.8
44	1	1.4	1.8
不明	1	1.4	-
無回答	12	17.4	-
合計	69	100.0	81.2

表I-2 重大事例発生件数(合計)(平成16~26年度)

発生件数	自治体数	%	有効回答%
0	27	39.1	71.1
1	11	15.9	29.0
2	7	10.1	18.4
3	4	5.8	10.5
4	2	2.9	5.3
6	1	1.4	2.6
11	1	1.4	2.6
26	1	1.4	2.6
70	1	1.4	2.6
不明	1	1.4	-
無効回答	13	18.8	-
合計	69	100.0	79.7

表I-3 検証事例件数(合計)(平成16~26年度)

検証件数	自治体数	%
0	6	11.3
1	13	24.5
2	12	22.6
3	4	7.5
4	3	5.7
5	2	3.8
6	1	1.9
7	2	3.8
8	1	1.9
9	4	7.5
10	2	3.8
11	1	1.9
12	1	1.9
27	1	1.9
合計	53	100.0

表I-4 虐待死亡事例検証事例件数(合計)(平成16~26年度)

検証件数	自治体数	%
0	9	17.0
1	16	30.2
2	10	18.9
3	4	7.5
4	6	11.3
5	1	1.9
6	2	3.8
7	1	1.9
9	4	7.5
合計	53	100.0

表I-5 心中死亡事例検証事例件数(合計)(平成16~26年度)

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

表I-6 重大事例検証事例件数(合計)(平成16～26年度)

発生件数	自治体数	%
0	35	66.0
1	8	15.1
2	5	9.4
3	3	5.7
6	1	1.9
15	1	1.9
合計	53	100.0

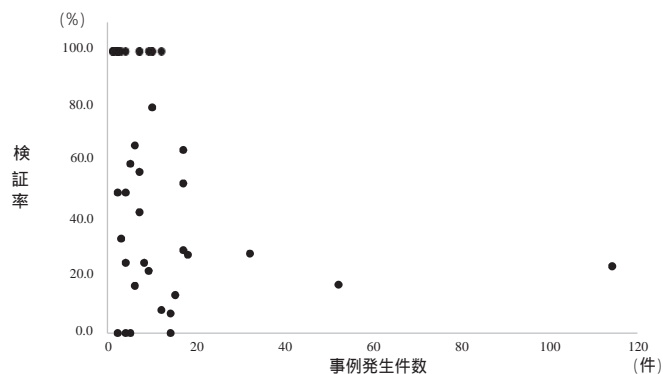


図1-1 虐待死亡事例と重大事例の合計発生件数と事例検証率の散布図(相関係数 $r=-.80$, $p<.00$)

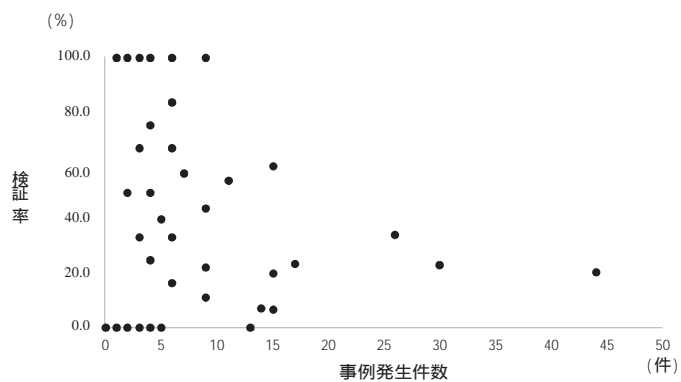


図1-2 虐待死亡事例の発生件数と事例検証率の散布図(相関係数 $r=-.67$, $p<.00$)

表I-7 事例(虐待死亡事例+重大事例)の検証率50%を基準とする2群の事例発生件数の比較(t 検定)

検証率	自治体数	平均発生件数	標準偏差	t 値	p 値
50%未満	24	15.00	23.90	2.16	0.04
50%以上	29	5.30	4.60		

表I-8 発生事例別の検証率

	発生自治体数	検証率
虐待死亡事例	51	50.2%
重大事例	28	49.1%
合計	53	60.0%

表II-1 公表報告書数(平成16年以降)

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

0アンケート調査結果

表1-1 検証委員会の所管部局

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

表1 - 2 検証委員会運営のための予算化

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

表2 - 2 組織の所属

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

表1 - 3 検証委員会運営のための予算額(単位:1万円)

予算額	自治体数	%
0 ~ 10	0	0.0
11 ~ 20	1	4.2
21 ~ 30	4	16.7
31 ~ 40	5	20.8
41 ~ 50	5	20.8
51 ~ 60	0	0.0
61 ~ 70	4	16.7
71 ~ 80	2	8.3
81 ~ 90	1	4.2
91 ~ 100	0	0.0
100 ~	2	8.3
合計	24	100.0

表2-3 検証組織の設置状況による公表率の違い(t検定)

	自治体数	平均事例発生数	公表率	t値	p値
常設している	39	10.87	34.94	1.47	0.15
常設していない	14	6.43	49.77		

表2-4 検証組織の所属による公表率

	自治体数	平均事例発生数	公表率
児童福祉審議会	39	10.33	37.48
その他の委員会	8	4.63	54.76
単独	5	13.40	23.40
行政組織	1	7.00	42.90

表1 - 4 検証委員会運営のための予算化しているかどうかによる公表率の違い(t検定)

	自治体数	平均事例発生数	公表率	t値	p値
している	24	13.17	39.34	0.10	0.92
していない	29	6.83	38.47		

2. 検証組織

表2 - 1 組織の設置状況

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

3. 検証委員の構成

表3 - 1 - 1 検証委員の人数

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

表3-1-2 検証委員のうち当該地方公共団体職員数

人数	自治体数	%
0	43	81.1
1	8	15.1
2	1	1.9
3	1	1.9
合計	53	100.0

表3-1-3 検証委員のうち当該地方公共団体職員OB数

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

表3-2-1-1 検証委員の職種(大学の研究者)

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

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

人数	自治体数	%
0	48	100.0
合計	48	100.0

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

人数	自治体数	%
0	40	0.8
1	8	0.2
合計	48	1.0

表3-2-2-1 検証委員の職種(研究機関の職員)

人数	自治体数	%
0	45	84.9
1	7	13.2
2	1	1.9
合計	53	100.0

表3-2-2-2 検証委員の職種(研究機関の職員のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	8	100.0
合計	8	100.0

表3-2-2-3 検証委員の職種(研究機関の職員のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
	8	100.0
合計	8	100.0

表3-2-3-1 検証委員の職種(弁護士)

人数	自治体数	%
0	2	3.8
1	50	94.3
2	1	1.9
合計	53	100.0

表3-2-3-2 検証委員の職種(弁護士のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	51	100.0
合計	51	100.0

表3-2-3-3 検証委員の職種(弁護士のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	51	100.0
合計	51	100.0

表3-2-4-1 検証委員の職種(警察)

人数	自治体数	%
0	49	92.5
1	4	7.5
合計	53	100.0

表3-2-4-2 検証委員の職種(警察のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	3	75.0
1	1	25.0
合計	4	100.0

表3-2-4-3 検証委員の職種(警察のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	4	100.0
合計	4	100.0

表3-2-5-1 検証委員の職種(要保護児童対策地域協議会調整機関職員)

人数	自治体数	%
0	53	100.0
合計	53	100.0

表3-2-5-2 検証委員の職種(要保護児童対策地域協議会調整員のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	0	0.0
合計	0	0.0

表3-2-5-3 検証委員の職種(要保護児童対策地域協議会調整員のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	0	0.0
合計	0	0.0

表3-2-6-1 検証委員の職種(学校の教員)

人数	自治体数	%
0	46	86.8
1	7	13.2
合計	53	100.0

表3-2-6-2 検証委員の職種(学校の教員のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	7	100.0
合計	7	100.0

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

人数	自治体数	%
0	7	100.0
合計	7	100.0

表3-2-7-1 検証委員の職種(里親)

人数	自治体数	%
0	48	90.6
1	5	9.4
合計	53	100.0

表3-2-7-2 検証委員の職種(里親のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	5	100.0
合計	5	100.0

表3-2-7-3 検証委員の職種(里親のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	5	100.0
合計	5	100.0

表3-2-8-1 検証委員の職種(児童委員・主任児童委員)

人数	自治体数	%
0	36	67.9
1	16	30.2
2	1	1.9
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	17	100.0
合計	17	100.0

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

人数	自治体数	%
0	17	100.0
合計	17	100.0

表3-2-9-1 検証委員の職種(民間団体の職員)

人数	自治体数	%
0	45	84.9
1	7	13.2
8	1	1.9
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	8	100.0
合計	8	100.0

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

人数	自治体数	%
0	6	75.0
1	2	25.0
合計	8	100.0

表3-2-10-1 検証委員の職種(医師)

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

表3-2-10-2 検証委員の職種(医師のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	44	84.6
1	8	15.4
合計	52	100.0

表3-2-10-3 検証委員の職種(医師のうち当該地方公共団体職員OB数)

人数	自治体数	%
0	49	94.2
1	3	5.8
合計	52	100.0

表3-2-11-1 検証委員の職種(看護師)

人数	自治体数	%
0	53	100.0
合計	53	100.0

表3-2-11-2 検証委員の職種(看護師のうち当該地方公共団体職員数)

人数	自治体数	%
0	0	0.0
合計	0	0.0

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

人数	自治体数	%
0	0	0.0
合計	0	0.0

表3-2-12-1 検証委員の職種(保健師・助産師)

人数	自治体数	%
0	46	86.8
1	7	13.2
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	6	85.7
1	1	14.3
合計	7	100.0

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

人数	自治体数	%
0	6	85.7
1	1	14.3
合計	7	100.0

表3-2-13-1 検証委員の職種(家庭裁判所調査官)

人数	自治体数	%
0	51	96.2
1	2	3.8
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	2	100.0
合計	2	100.0

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

人数	自治体数	%
0	2	100.0
合計	2	100.0

表3-2-14-1 検証委員の職種(児童福祉施設長)

人数	自治体数	%
0	26	49.1
1	20	37.7
2	5	9.4
3	2	3.8
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	27	100.0
合計	27	100.0

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

人数	自治体数	%
0	25	92.6
1	2	7.4
合計	27	100.0

表3-2-15-1 検証委員の職種(児童福祉施設職員)

人数	自治体数	%
0	50	94.3
1	3	5.7
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	3	100.0
合計	3	100.0

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

人数	自治体数	%
0	3	100.0
合計	3	100.0

表3-2-16-1 検証委員の職種(児童相談所長)

人数	自治体数	%
0	52	98.1
1	1	1.9
合計	53	100.0

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

人数	自治体数	%
0	1	100.0
合計	1	100.0

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

人数	自治体数	%
0	1	100.0
合計	1	100.0

表3-3-1 検証委員の1回の委託任期年数

年数	自治体数	%
0.6	1	2.0
1	1	2.0
2	11	21.6
3	31	60.8
審議期間	1	2.0
なし	4	7.8
検証が終わるまで	2	3.9
合計	51	100.0

表3-3-2 原則として検証委員として委託できる回数

回数	自治体数	%
2	5	13.5
3	4	10.8
4	1	2.7
10	1	2.7
8年	1	2.7
10年	1	2.7
規定なし	11	29.7
制限なし	10	27.0
年12回	1	2.7
必要に応じて	1	2.7
不明	1	2.7
合計	37	100.0

表3-4-1 検証委員会の平均人数

	合計人数	うち職員人数	うちOB員数	職員+OB人数
平均	6.4	0.2	0.4	0.7
SD	2.0	0.6	0.6	0.9

表3-4-2 検証委員会の人数構成割合(%)

	外部の人間	職員+OB
平均	89.1	10.9
SD	14.8	14.8

4. 検証対象の範囲

表4-1-1 通知に示された「検証対象」の範囲

対象範囲	自治体数	%
対象にしている	40	78.4
対象にしていない	11	21.6
合計	51	100.0

表4-1-2 その他に定めた対象範囲

その他の範囲	自治体数	%
対象にしている	14	27.5
対象にしていない	37	72.5
合計	51	100.0

内訳

表4-1-2-1 死亡事例のみ対象

対象	自治体数	%
している	9	26.5
していない	25	73.5
合計	34	100.0

表4-1-2-2 重大事例(死亡事例を含む)

対象	自治体数	%
している	27	81.8
していない	6	18.2
合計	33	100.0

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

対象	自治体数	%
している	25	71.4
していない	10	28.6
合計	35	100.0

表4-1-2-4 その他のケース

対象	自治体数	%
している	7	21.2
していない	26	78.8
合計	33	100.0

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

実施	自治体数	%
している	29	56.9
していない	22	43.1
合計	51	100.0

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

諮問	自治体数	%
している	16	57.1
していない	12	42.9
合計	28	100.0

5. 会議の開催

表5 会議の開催目的

開催目的	自治体数	%
ア	18	35.3
イ	30	58.8
ウ	3	5.9
エ	0	0.0
合計	51	100.0

Note.

ア 死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために
開催している。

イ アに加え、死亡事例ではないが検証が必要な重大事例
が発生した時に当該事例の検証のために開催している。

ウ アとイに加え、その検証の提言に対する都道府県の取組
状況の報告を基に評価を行うために開催している。

エ アとイとウに加え、これまでに検証したすべての事例に
ついて、再度総合的に検証するために開催している。

表6-1-1 1回の検証会議時間()

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

表6-1-2-1 1つの事例に対する検証会議の最小開催回数

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

表6-1-2-2 1つの事例に対する検証会議の最大開催回数

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

表6-1-2-3 1つの事例に対する検証会議の平均開催回数

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

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

期間	自治体数	%
定めている	0	0.0
定めていない	50	100.0
合計	50	100.0

表6-2-1 ヒアリング調査の原則実施

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

表6-2-2 現地調査の原則実施

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

表6-2-3 その他の調査の実施

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

表6-3-1 事例検証の実施状況

実施	自治体数	%
事例ごとに実施	38	76.0
複数事例で実施	12	24.0
合計	50	100.0

7. 検証の進め方

表7-1 検証の進め方の説明

通知配布と説明	自治体数	%
している	39	79.6
していない	10	20.4
合計	49	100.0

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

実施	自治体数	%
している	31	66.0
していない	16	34.0
合計	47	100.0

表7-2-2 関連機関などからの前表の情報収集に加えた必要な情報収集

実施	自治体数	%
している	50	100.0
していない	0	0.0
合計	50	100.0

表7-2-3 前表で必要な情報収集を行った機関について(複数回答可)

実施	自治体数	%
ア 医療機関	39	78.0
イ 警察	23	46.0
ウ 保育所	24	48.0
エ 幼稚園	2	4.0
オ 小学校	19	38.0
カ 中学校	10	20.0
ク その他	1	2.0
ケ 高等学校	6	12.0
コ 母子保健部署	44	88.0
ク 児童福祉施設	14	28.0

N=50自治体

表7-2-4 検証委員の求めに応じた情報収集

実施	自治体数	%
している	49	100.0
していない	0	0.0
合計	49	100.0

表7-2-5 母子手帳などの基本的な資料の収集

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

表7-2-6 特別な事例等について専門家の意見聴衆などによる情報収集

実施	自治体数	%
している	30	66.7
していない	15	33.3
合計	45	100.0

表7-2-7 特別な事例等についての解剖所見などの専門的な情報収集

実施	自治体数	%
している	14	31.1
していない	31	68.9
合計	45	100.0

表7-3-1 事例検証のための資料としての事例概要

準備	自治体数	%
している	50	98.0
していない	1	2.0
合計	51	100.0

表7-3-2 児童相談所、児童福祉担当等の組織図

準備	自治体数	%
している	36	70.6
していない	15	29.4
合計	51	100.0

表7-3-3 相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料の準備

準備	自治体数	%
している	34	68.0
していない	16	32.0
合計	50	100.0

表7-3-4 相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要の準備

準備	自治体数	%
している	38	76.0
していない	12	24.0
合計	50	100.0

表7-4-1 検証の目的についての確認

確認	自治体数	%
している	51	100.0
していない	0	0.0
合計	51	100.0

表7-4-2 検証方法についての確認

確認	自治体数	%
している	51	100.0
していない	0	0.0
合計	51	100.0

表7-4-3 検証スケジュールについての確認

確認	自治体数	%
している	51	100.0
していない	0	0.0
合計	51	100.0

表7-4-4 事例概要の把握についての確認

確認	自治体数	%
している	51	100.0
していない	0	0.0
合計	51	100.0

表7-5-1 関連機関ごとのヒアリングへの検証委員の参加

参加	自治体数	%
している	24	49.0
していない	25	51.0
合計	49	100.0

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

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

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

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

表7-5-4 転居前の住所等の関係者へのヒアリングについて

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

表7-5-5 状況に応じて場所を選択したヒアリングの実施について

実施	自治体数	%
している	40	87.0
していない	6	13.0
合計	46	100.0

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

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

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

実施	自治体数	%
している	10	21.7
していない	36	78.3
合計	46	100.0

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

実施	自治体数	%
している	40	85.1
していない	7	14.9
合計	47	100.0

8.問題点・課題の抽出

表8-1 一つ一つの事例についての具体的な問題や課題の抽出ができるまでの 析・検討の実施

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

表8-2 具体的な問題や課題抽出が十に抽出できていない場合には、再度委員会を開催して 析・検討するよ
うな対応

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

9.提言

表9-1 兄弟や家族、関係機関や職員への配慮などから、誤解をされないような表現や無難な表現に修正するような調整を行ったことが

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

表9-2 検証委員から提出された提言について行政的な判断に基づき一部内容を修正するような調整をしたことが

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

表9-3 早急な改善策を講じる必要がある場合に検証の終結を待たずに必要な施策を

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

10.報告書

表10-1-1 公表する報告書と関係機関用の報告書との別作成

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

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

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

表10-1-3 有意義な検証をするための「中間報告書」の作成

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

表10-2 事例検証したすべての検証結果の公表

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

表10-3-1 地方自治体のホームページによる報告書の公表

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

表10-3-2 児童相談所など関係機関の職員への報告書の配布

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

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

実施	自治体数	%
している	27	58.7
していない	19	41.3
合計	46	100.0

11. 提言の効果

表11-1 提言による児童福祉司の増員など児童相談体制強化への効果

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

表11-2 提言による児童福祉司のケースワーク技術など専門性向上への効果

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

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

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

表11-4 提言による保健師の増員など保健担当部署の体制強化への効果

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

表11-5 提言による保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性向上への効果

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

表11-6 提言による訪問支援や育児相談機能などの母子保健機能強化への効果

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

表11-7 提言による都道府県単独事業創設への効果

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

表11-8 提言による児童虐待対策予算拡充への効果

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

表11-9 提言による 児童相談体制強化への効果

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

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

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

表11-11 提言による 単独事業創設への効果

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

表11-12 提言による の児童虐待対策予算拡充への効果

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

表11-13 運営のための予算化の有無(Q1-2)を独立変数、提言の効果の総得点を従属変数とするt検定の結果

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

Note. 提言の効果はQ11-1からQ11-12に「つながった」と回答した数を加算して算出

表11-14ヒアリングに原則として検証委員が参加しているかどうか(Q7-5-1)を独立変数、提言の効果の総得点を従属変数とするt検定の結果

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

Note. 提言の効果はQ11-1からQ11-12に「つながった」と回答した数を加算して算出

表11-15報告書を地方自治体のホームページに公表しているかどうか(Q10-3-1)を独立変数、提言の効果の総得点を従属変数とするt検定の結果

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

Note. 提言の効果はQ11-1からQ11-12に「つながった」と回答した数を加算して算出

12.地方自治体における死亡事例等検証を実施する際の困難点や疑問点について

12-1 検証委員会の検証組織に対する困難点や疑問点

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

表12-2 検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点

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

表12-3 検証委員会の運営面における困難点や疑問点

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

表12-4 検証会議のあり方に対する困難点や疑問点

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

表12-5 虐待死としての判断に関する困難点や問題点

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

表12-6 調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点

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

表12-7 事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点

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

表12-8 問題点・課題を抽出する際の困難点や疑問点

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

表12-9 提言のあり方に対する困難点や疑問点

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

表12-10 報告書を作成する際の困難点や疑問点

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

表12-11 公表のあり方に対する困難点や疑問点

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

フェースシート

自治体名 _____

担当部局 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

1 貴自治体で各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数

	虐待死亡事例発生件数	重大事例発生件数	検証事例件数					
			虐待死亡事例		心中死亡事例		重大事例	
平成16年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成17年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成18年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成19年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成20年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成21年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成22年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成23年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成24年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成25年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
平成26年度	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	
合計	件	件	件	うち 件	うち 件	うち 件	うち 件	

E 公表した報告書数 1.

平成16年度以降に公表した報告書数 (

E 添付して頂きたい資料

- 検証委員会実施要項及び規程
- 検証を実施したすべての事例検証報告書
- 検証委員会委員名簿

N ヒアリングへの協力

本研究班が今後実施するヒアリング調査に協力していただけますか。

ア する イ しない

アンケート調査票（素案）

および (_____) に回答をご記入ください

1 検証委員会の運営

1) 検証委員会の所管部局

ア. 児童相談所所管課（例：子ども福祉課）

イ. 社会福祉担当総務課

ウ. 福祉指導監査事務局

エ. その他 (_____)

1)

2) 検証委員会の予算

運営・検証のための予算化を ア. している イ. していない

アと回答した場合 予算額は (_____) 万円

2)

2 検証組織

1) 組織の設置状況

ア. 常設している イ. 常設していない

1)

2) 組織の所属

ア. 児童福祉審議会に所属している。

イ. その他の委員会 (_____) に所属している。

ウ. 単独で設置している。

エ. 行政組織として設置している。

2)

3 検証委員の構成

1) 検証委員の人数 全体： _____ 名

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

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

2) 検証委員の職種

大学の研究者 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

研究機関の職員 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

弁護士 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

警察 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

要保護児童対策地域協議会調整機関職員 _____ 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

学校の教員 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

里親 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

児童委員・主任児童委員 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

民間団体の職員 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

医師 名 (うち職員 _____ 名、職員OB _____ 名)

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

3) 検証委員の任期

1回の委嘱任期 ()年

原則として委嘱できる回数 ()回まで委嘱可能

4. 検証対象の範囲

1) 対象にしている事例

通知に示された「検証対象の範囲」を対象にしている

ア. している イ. していない

1)

その他の範囲を定めている

ア. 定めている イ. 定めていない

1)

内訳 死亡事例のみを対象に

ア. している イ. していない

1)

重大事例(死亡事例を含む)を対象に
又は のうち、関係機関の関与の状況により判断したケースを対象に

ア. している イ. していない

1)

その他のケースを対象に

ア. している イ. していない

1)

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

ア. 実施している イ. 実施していない

2)

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

ア. 諮っている イ. 諮っていない

3)

5. 会議の開催

ア. 死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している。

イ. アに加え、死亡事例ではないが検証が必要な重大事例が発生した時に当該事例の検証のために開催している。

ウ. アとイに加え、その検証の提言に対する都道府県の取組状況の報告を基に評価を行うために開催している。

エ. アとイとウに加え、これまでに検証したすべての事例について、再度総合的に検証するために開催している。

5)

6. 検証方法

1) 検証会議

1回の検証会議時間 平均()分

1つの事例に対する検証会議の開催回数

最少回数()回 最大回数()回 平均()回

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

ア. 定められている イ. 定められていない

1)

2) 調査

ヒアリング調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由)

2)

現地調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由)

2)

その他必要な調査 ア. 実施している イ. 実施していない

その他必要な調査とは()

(実施していない場合はその理由)

2)

3) 事例検証

ア. 検証はすべての事例について事例ごとに行っている。

イ. 検証は原則事例ごとに行っているが、中には複数事例について一緒に検討したことがある。 合計()回

3)

7. 検証の進め方

1) 検証の進め方の説明

平成20年3月に発出された通知「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」(平成23年度7月以降については改正された通知)を検証委員に配布し検証の進め方について、

ア. 説明している イ. 説明していない

1)

2) 情報収集

国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいて、情報収集を

ア. している イ. していない

2)

に加え、必要な情報については、関係機関などから情報収集を

ア. している イ. していない

2)

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

ア. 医療機関 イ. 警察 ウ. 保育所 エ. 幼稚園 オ. 小学校

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

コ. 児童養護施設等の児童福祉施設 サ. その他()

2)

検証委員の求めに応じて、情報収集を ア. している イ. していない 2)

母子健康手帳など基本的な資料の収集を ア. している イ. していない 2)

特別な事例等については専門家の意見を聴取するなど、情報収集を
ア. している イ. していない 2)

特別な事例等については解剖所見など専門的な情報の収集を
ア. している イ. していない 2)

3) 事例検証のための資料

事例の概要(時系列及び関係機関別にまとめた表を含む)
ア. 準備している イ. 準備していない 3)

各児童相談所、市町村児童福祉担当等の組織図
ア. 準備している イ. 準備していない 3)

相談体制の状況を判断できるような相談件数の資料を
ア. 準備している イ. 準備していない 3)

相談体制の状況を判断できるような相談対応等の概要を
ア. 準備している イ. 準備していない 3)

その他()を準備している

その他()を準備している

その他()を準備している

4) 確認事項

検証の目的 ア. 確認している イ. 確認していない 4)

検証方法(関係機関ごとのヒアリング、現地調査等による事実関係の確認、問題点、課題の抽出、提案事項の検討、報告書の作成等)
ア. 確認している イ. 確認していない 4)

検証スケジュール ア. 確認している イ. 確認していない 4)

事例概要の把握 ア. 確認している イ. 確認していない 4)

5) 事実関係の明確化

関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員は、
ア. 参加している イ. 参加していない 5)

ヒアリングは当該事例に直接関与した、ないし直接関与すべきであった組織の者以外の者が
ア. 実施している イ. 実施していない 5)

ヒアリングの対象者は、関係機関の所属長あるいはそれに準ずる者を

ア. 対象としている イ. 対象にしていない 5)

転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象としてヒアリングを
ア. 実施している イ. 実施していない 5)

ヒアリングは状況に応じて、場所を選択して
ア. 実施している イ. 実施していない 5)

事例を担当していた職員の心理的支援について必要に応じて組織的に、
ア. 取り組んでいる イ. 取り組んでいない 5)

児童の生活環境等を把握するために、必要に応じて検証委員による現地調査を
ア. 実施している イ. 実施していない 5)

保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録の閲覧請求を
ア. している イ. していない 5)

8. 問題点・課題の抽出

1) 一つ一つの事例について、具体的な問題点や課題が抽出できるまで、時間をかけて分析・検討を
ア. 行っている イ. 行っていない 1)

2) 具体的な問題点や課題が十分に抽出できていない場合には、再度委員会を開催して分析・検討する
ような対応を
ア. 行っている イ. 行っていない 2)

9. 提言

1) 検証委員から提出された提言について、きょうだいや家族、関係機関や職員への配慮などから、
誤解をされないような表現や無難な表現に修正するような調整を行ったことが
ア. ある イ. ない 1)

2) 検証委員から提出された実行する機関名や提言への取組開始時期、評価方法等が明記してある
提言について、その可能性や有効性などについての行政的な判断に基づき、一部内容を修正する
ような調整をしたことが、
ア. ある イ. ない 2)

3) 早急に改善策を講じる必要がある場合、検証の経過において、まず早急に講ずべき改善策につい
て提言し、検証の全体の終結を待たずに、必要な施策を
ア. 講じている イ. 講じていない 3)

10. 報告書

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

検証委員が報告書を検討、精査した後に、事務局の立場から調整し、表現を修正したことが
ア. あった イ. ない 1)

事例によっては、有意義な検証をするために「中間報告書」といった報告書を

ア.作成している イ.作成していない

1.)

2) 公表

検証した事例のすべての検証結果を、

ア.公表している イ.公表していない

2.)

3) 広報

報告書は、地方自治体のホームページに公表を

ア.している イ.していない

3.)

児童相談所など関係機関の職員に、報告書を

ア.配布している イ.配布していない

3.)

児童相談所など関係機関の職員を対象に、報告書を資料にして研修を、

ア.実施している イ.実施していない

3.)

1.1. 提言の効果

1) 提言によって、児童福祉司の増員など児童相談体制の強化に、

ア.つながった イ.つながっていない

1.)

(具体的な効果：_____)

2) 提言によって、児童福祉司のケースワーク技術など専門性の向上に

ア.つながった イ.つながっていない

2.)

(具体的な効果：_____)

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

ア.つながった イ.つながっていない

3.)

(具体的な効果：_____)

4) 提言によって、保健師の増員など保健担当部署の体制強化に、

ア.つながった イ.つながっていない

4.)

(具体的な効果：_____)

5) 提言によって、保健師の相談援助・調整機能等に係る専門性の向上に

ア.つながった イ.つながっていない

5.)

(具体的な効果：_____)

6) 提言によって、訪問支援や育児相談機能など市町村の母子保健機能強化に

ア.つながった イ.つながっていない

6.)

(具体的な効果：_____)

7) 提言によって、 都道府県単独事業(_____)の創設に

ア.つながった イ.つながっていない

7.)

8) 提言によって、児童虐待対策予算の拡充に、

ア.つながった イ.つながっていない

8.)

(具体的な効果：_____)

9) 提言によって 市町村児童相談体制の強化に、

ア.つながった イ.つながっていない

9.)

(具体的な効果：_____)

10) 提言によって、市町村における要保護児童対策地域協議会の活性化や機能強化に、

ア.つながった イ.つながっていない

10.)

(具体的な効果：_____)

11) 提言によって、市町村単独事業(_____)の創設に

ア.つながった イ.つながっていない

11.)

12) 提言によって、市町村の児童虐待対策予算の拡充に、

ア.つながった イ.つながっていない

12.)

13) 提言によって、その他(_____)につながった

14) 提言によって、その他(_____)につながった

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

1) 検証委員会の検証組織に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

1.)

具体的に(_____)

2) 検証委員会委員の構成や任期などに対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

2.)

具体的に(_____)

3) 検証委員会の運営面における困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

3.)

具体的に(_____)

4) 検証会議のあり方に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

4.)

具体的に(_____)

5) 虐待死としての判断に関する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

5.)

具体的に(_____)

6) 調査や情報収集を行う際の困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

6.)

具体的に(_____)

7) 事実関係の確認や明確化に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

7.)

具体的に(_____)

8) 問題点・課題を抽出する際の困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

8.)

具体的に(_____)

9) 提言のあり方に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

9)

具体的に (_____)

10) 報告書を作成する際の困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

10)

具体的に (_____)

11) 公表のあり方に対する困難点や疑問点について

ア. ある イ. ない

11)

具体的に (_____)

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

ご協力ありがとうございました。

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)

分担総合研究報告書

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

研究要旨

子ども虐待の検証において、解剖所見のような法医学的情報や強制力を持って得られた警察等の捜査情報が非常に参考になる事は言うまでもない。しかし、3年間の研究により、現状では省庁レベルでの調整は為されておらず、それらの情報を簡単に入手できる環境にはなっていないことが改めて明確になった。法医学的情報や警察情報の入手が困難であるなら、その入手のための努力は無駄であるとの意見もあるだろうが、これらの情報が「不要」と判断するのは拙速である。死亡した児から多くを学び、より深い検証を行って再発予防に努めることが、この検証事業には求められており、そのためにはより正しい情報が必要なのである。現状では困難であっても、厚生労働省が法改正や運用の変更等為に法務省や検察庁等と十分な意見交換を行っていくことが求められる。しかし厚生労働省任せにするのではなく、実際に検証を行うレベルでも捜査当局側との更なる相互理解を進め、捜査当局が「情報を開示しても問題ない」と判断されるような機密性が担保された検証のあり方を構築することも重要である。省庁レベル、そして地方自治体レベルやより末端での実務者レベル、その両者の努力が進めば、法改正や運用の変更への道も遠くないだろう。

A. 研究目的

子ども虐待の地方公共団体レベルでの検証作業時には解剖結果をはじめとする警察等の捜査情報が入手できぬまま行われている現状がある。しかし強制的でなく任意で得られた情報には限りがあり、その限られた情報の中での検証には限界があろう。そこで、1年目には法医学施設の子どもの虐待全般への関わりに関して、2年目には法医学施設の子どもの虐待死亡事例検証等への関わりに関してのアンケート調査を行い、3年目には捜査当局側への検証事業に関するインタビュー調査を行って、法医学情報や捜査情報をより容易に入手する手段や条件を模索することを目的とした。

B. 研究方法

1) 法医学施設の子どもの虐待全般への関わりに関する研究(アンケート調査)

特定非営利活動法人 日本法医学会 に所属する機関会員のうち、大学医学部・歯学部
の法医学施設(医学部 80 施設、歯学部 7 施設)、全国の監察医施設のうち 2 施設、計 89 施設に対してアンケート用紙を郵送し、調査を

行った。アンケートの設問は次の通りである。

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

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

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

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

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

2) 法医学施設の子どもの虐待死亡事例検証等への関わりに関する研究(アンケート調査)

特定非営利活動法人 日本法医学会 に所属する法医学施設のうち、大学医学部・歯学部
の法医学施設(医学部 81 施設、歯学部 8 施設)、全国の監察医施設のうち3 施設、計92 施設
に対してアンケート用紙を郵送し、調査を行った。アンケートの設問(概要)の内容は以下の通りである。

設問1 - 1 児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等
に出席したことはありますか？ 但し、医療施設が主催する虐待防止委員会
や個別の勉強会、裁判等は除きます。

設問1 - 2 それはいつ頃ですか？ また、その主催者は誰でしたか？

設問1 - 3 出席された際の立場を教えてください。

設問1 - 4 出席していたメンバーにはどのような職種の方がいましたか？

設問1 - 5 直近に開催されたカンファレンス・死因検討会等での議題・検討事項はどのようなものだったでしょうか？

設問1 - 6 出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、死因の提示はありましたか？

設問1 - 7 出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、解剖所見の提示はありましたか？ 又は、解剖所見の提示を行いましたか？

設問1 - 8 解剖所見の提示が為されたことで、よかったこと、よくなかったことがありましたらお書き下さい。

設問1 - 9 解剖所見の提示を断った理由を教えてください。

設問1 - 10 可能でしたら参加されたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えてください。

設問2 - 1 児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等への出席の打診や依頼されたことはありますか？ 但し、医療施設が主催する虐待防止委員会や個別の勉強会、裁判等は除きます。

設問2 - 2 出席の打診や依頼を受けた児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等はどこの主催でしたか？

設問2 - 3 可能でしたら出席の打診や依頼

を受けたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えてください。

設問2 - 4 出席しなかった理由を教えてください。

設問3 - 1 子ども虐待死亡例の検証に法医学者が参加することは有用だと思いますか？

設問3 - 2 設問3 - 1でそのように思われたのはなぜですか？

設問4 子ども虐待の防止や予防に対する法医学者の関わりについて、何か特にお考えがありましたら自由にお書き下さい。

3) 捜査当局側の子ども虐待事案や検証事業に対する関わりについての調査

2つの研究結果から、法医学者が協力したくとも法的な制限から協力できない現状が浮き彫りになった。そこで、最高検察庁刑事部政策推進室にインタビューを行い、子ども虐待事案全般、及び、この検証事業に対する検察庁の意見を聴取した。

C. 研究結果

1) 法医学施設の子どもの虐待全般への関わりに関する研究(アンケート調査)

40 施設からアンケートの回答があった(回答率 44.9%、医学部 36 施設、歯学部 3 施設、監察医施設1施設)。各設問に対する回答は以下の通りである。

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

ある 23 施設(医 22 歯 1) ...57.5%

ない 17 施設(医 14、歯 2、監 1) 42.5%

年間取り扱い数: のべ 230~280 件/年

1 施設あたり平均 12.8~17.5 件/年

最大取り扱い施設 70~80 件/年

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

1) 大学病院の虐待防止関連委員会として 9

2) 周辺医療施設からの依頼 1

3) 児童相談所からの児の診察依頼 11

- 4) 児童相談所からのセカンドオピニオン 9
- 5) 児童相談所の症例カンファレンス 1
- 6) 警察・警察庁からの生体鑑定 7
- 7) その他 5

(単位:施設)

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

(のべ件数)

*) その他の内容

- 写真鑑定
- 児童ポルノ/画像鑑定
- 小児科医からの相談
- 他大学法医学からの鑑定依頼

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

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

- 1) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...往診無し 4施設
- 2) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学医師)...往診有り 9施設
- 3) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...往診無し 0施設
- 4) 附属病院や法医学研究室に臨床法医学用の外来を開設して対応する(対応するのは法医学で研修を積んだ臨床医)...往診有り 7施設

5) 児童相談所に法医学医師を常駐させて対応する 1施設

6) 児童相談所や警察・検察からの依頼があった際にのみに法医学医師が対応する(現状のままでよい) 7施設

7) その他 12施設

その他の内容

- ・1) プラス4)のスタイル 1施設
- ・2) プラス4)のスタイル 2施設
- ・4) プラス6)のスタイル 1施設
- ・学生への教育を充実させる 1施設
- ・小児科医等が法医学的能力をつける 1施設
- ・形態よりも対応したことに対する評価・適切な報酬の仕組みづくりが大切 1施設
- ・臨床能力のない法医学医師は対応すべきでない 1施設

- ・臨床法医学外来のイメージが湧かない
- ・現状のままでよい

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

	裁判前・裁判中	結審後
する	21	27
しない*)	10	3
その他*)	5	6
未記入	4	4

(単位:施設)

その他

参考人としてなら可...2施設

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

付帯意見:クローズドであることが大前提

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

	裁判前・裁判中	結審後
する	10	17
しない	18	8
その他*)	8	10
未記入	4	5

(単位:施設)

その他

鑑定書そのものは提出できないので別にまとめたものを提出...2施設

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

まとめ:

ほぼ半数の法医学施設では何らかの形で子ども虐待事案(死亡例以外)を扱っている。但し、回答していない施設であっても、解剖業務を行っていれば乳幼児死亡例の司法解剖を取り扱っているため、その意味ではほぼ全ての法医学施設が子ども虐待に関わっていると言えよう。死亡事例等の検証事業に対しても協力的な考えの法医学者は少なくないが、虐待疑いの死亡例が司法解剖として扱われ守秘義務が課されるため、検証事業だからといって法医学者が自分の判断で解剖結果を開示するようなことは表だってはできない。仮にできたとしてもそれはクローズドな会であることが大前提とされる。

2) 法医学施設の子ども虐待死亡事例検証等への関わりに関する研究(アンケート調査)

日本全国(北海道・東北・関東・中部・関西・中国・四国・九州沖縄の各地区)から26施設からアンケートの回答があった(回答率28.2%、医学部24施設、歯学部1施設、監察医施設1施設)。各設問に対する回答は以下の通りである。

設設問1-1 児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等に出席したことはありますか? 但し、医療施設が主催する虐待防止委員会や個別の勉強会、裁判等は除きます。

ある 3施設(医3 歯0、監0) 11.5%
ない 23施設(医21、歯1、監1) 88.5%

医師会 1施設
都道府県や政令指定都市 2施設
児童相談所 1施設
(複数回答有り)

他に「病院」と回答された施設が1つあった。

設問1-2 それはいつ頃ですか? また、その主催者は誰でしたか?

平成23年から...1施設(1~3回/年)
平成26年から...1施設(2~3回/年)
平成28年から...1施設(1回/年)

主催者

医師会 ...1施設(平成26年~)
児童相談所 ...1施設(平成23年~)
都道府県 ...1施設(平成25年)
政令指定都市(保健所)
...1施設(平成28年)
(複数回答有り)

設問1-3 出席された際の立場を教えてください。

委員として 1施設
オブザーバーとして 2施設

設問1-4 出席していたメンバーにはどのような職種の方がいましたか?

(主催者別に集計)

医師会の場合

小児科医 県職員

政令指定都市(保健所)の場合

保健所長 保健師

児童相談所の場合

小児科医 保健師 児童福祉司

医療施設のソーシャルワーカー 事務員

設問1-5 直近に開催されたカンファレンス・

死因検討会等での議題・検討事項はどのようなものだったでしょうか？ (主催者別に集計)	保する上でも省略する
医師会の場合 再発予防策の検討	設問2 - 1 児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等への出席の打診や依頼されたことはありますか？ 但し、医療施設が主催する虐待防止委員会や個別の勉強会、裁判等は除きます。
政令指定都市(保健所)の場合 事例の提示と行政の対応の紹介	
児童相談所の場合 事例の提示と行政の対応 再発予防策の検討	ある 6 施設(医 6 歯 0 監 0) 23.1% ない 20 施設(医 17 歯 1 監 1) 76.9%
設問1 - 6 出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、死因の提示はありましたか？ (主催者別に集計)	設問2 - 2 出席の打診や依頼を受けた児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等はどこの主催でしたか？
医師会 あり	医師会 1 施設(出席 1)
政令指定都市(保健所) あり	政令指定都市(保健所) 1 施設(出席 1)
児童相談所 あり	児童相談所 4 施設(出席 1)
	他に「病院」と回答した施設が 1 施設あった
設問1 - 7 出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、解剖所見の提示はありましたか？ 又は、解剖所見の提示を行いましたか？	設問2 - 3 可能でしたら出席の打診や依頼を受けたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えて下さい。
自施設での解剖所見を提示した	他の設問と重複しており、また匿名性を確保する上でも省略する
他施設での解剖所見が提示された	
事例により提示はなかった	
	設問2 - 4 出席しなかった理由を教えてください。(打診はあったが欠席した 3 施設について)
2 施設	多忙の為 1 施設
2 施設	夜間帯の開催かつ開催地まで遠い為 1 施設
1 施設 (複数回答有り)	急な解剖が入った為 1 施設
設問1 - 8 解剖所見の提示が為されたことで、よかったこと、よくなかったことがありましたらお書き下さい	設問3 - 1 子ども虐待死亡例の検証に法医学者が参加することは有用だと思いますか？
回答無し	思う 19 施設(73.1%)
設問1 - 9 解剖所見の提示を断った理由を教えてください。	思わない 2 施設(7.7%)
回答無し	わからない 1 施設(3.8%)
設問1 - 10 可能でしたら参加されたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えてください。	その他 2 施設(7.7%)
他の設問と重複しており、また匿名性を確保	未回答 2 施設(7.7%)
	設問3 - 2 設問3 - 1でそのように思われたの

はなぜですか？(自由記載)

(内容を要略)

思う

- ・正確な死因、見逃されがちな陳旧癍痕を示すことができる
- ・最前線にいる保護者や看護職などの皆さんの啓発のために積極的に関与するべき。
- ・CPA カンファレンスに長年参加しており、意見交換が有用であったから。

思わない

- ・法的縛りによって開示できないから
- ・臨床医は法医を徹底的にきらう。学内の虐待防止委員会でも話がかみ合うことがほとんどない

わからない

- ・参加したことがないから

その他

- ・有用とは思が多忙すぎる
- ・有用とは思が法的問題の解決が必要

設問4 子ども虐待の防止や予防に対する法医学者の関わりについて、何か特にお考えがありましたら自由にお書き下さい。

(ほぼ原文を記載 順不同)

積極的関与が望ましいという意見

- ・行政は虐待死例を全例把握できていない(特に0日児、いわゆる嬰兒死)。法医学者とは言わないが、警察扱い事例をもれなく対象とすべき。
- ・解剖結果を基にすみやかに虐待についての捜査に情報提供できる。
- ・日本の法医学はより情報を発信し、持っている様々な情報を社会に還元できるよう務める必要がある。
- ・死亡例のみならず、虐待が疑われる子どもの生体診断など、積極的にかかわるべきであると考えます。
- ・解剖のみならず、損傷の検査など、臨床法医学的な生体への関与がもっとあっても良いと思う。
- ・死因の診断、外傷の成傷機序の正確な

診断は虐待現状の把握と傾向分析につながる。

- ・法医学者のみならず法歯学者の参加は必須であると考えます。
- ・損傷を法医学的視点でみる必要がある。
- ・死因究明、捜査機関との連携という意味で存在意義は高いと思われる。1機関だけで事は収まらない点が問題解決の難しさであろう。
- ・行政による死因究明・検討カンファレンスの依頼は受けたことがない。司法解剖であれば捜査機関の確認を取る必要があるが、参加に関しては前向きな姿勢である。(捜査機関もカンファレンスに参加することが望ましいと思われる)。

問題解決が必要であるという意見

- ・司法解剖事例であっても兇相等に内容を公表できるしくみがほしい(現状、刑法47条により公表できない)
- ・積極的に関与でき虐待死亡の抑制につながるなら喜んで協力したい
- ・積極的に関わりたいと思っているが、法医学者によってサブスペシャリティ(DNA、中毒、病理etc)は異なり、子ども虐待に関心がない研究者に関わりを強制することはできない。また、一県一医大の講座で解剖業務が多忙なところは、関心があっても自由に関われない可能性もある。ましてや法医学者の数は今後大幅な増加は見込めず、減少する可能性がある状況では、無理に依頼するわけにもいかない。

関与は難しい、効果は疑問という意見

- ・司法解剖、生体鑑定でしばしば関わるが、防止や予防や個人的には専門外である。

その他

- ・虐待児の損傷の程度、成因について、生存例を多く扱う臨床医、行政と死亡事例を主に扱う法医学者ではイメージが異なるように思われ、そのイメージのずれをなくすようなディスカッションが必要かもしれない。
- ・法医診断をイデオロギーにしないためにも、解剖結果の検証という意味でもカン

ファレンスは必要。

まとめ

子ども虐待に関する何らかの検討会(病院開催等は除く)へ関わったことがある法医学施設は殆ど無かったことから、殆どの子ども虐待死亡事例検証は解剖所見や警察の捜査情報が得られないままの状態で開催されていることが推測される(法医学者は解剖の際に捜査情報も参考にしている)、多くの捜査情報を法医学者は入手している)。その理由として、出席や資料提示等の打診・依頼がないことがあげられる。また打診・依頼があっても解剖業務等で忙しく出席する余裕が無い施設があることも明らかにになった。なお、法医学者が子ども虐待死亡事例検証に関わっても、法的縛りから解剖所見等を示すわけにはいかない、役に立つとは思えないとの意見がある反面、解剖等の内容を公表できる仕組みが必要であるとの意見もあった。

3) 捜査当局側の子ども虐待事案や検証事業に対する関わりについての調査

平成 29 年 9 月 20 日に最高検察庁刑事部政策推進室にて室長検事、総合調整担当検事らと面談し、インタビューを行った。以下のような内容を聴取することができた。

Q1.子ども虐待事案に対する検察庁の考え方は？

子ども虐待は検察庁でも重要事案として取り扱っている。検察庁全体としても全国レベルでの勉強会を開催し、各地検レベルでも刑事事件として認知された直後から可能な限り関わるようにしている。

Q2.地方公共団体が行う子ども虐待事例検証事業に関する検察庁の立場は？

地方公共団体が行う子ども虐待事例検証事業について、厚生労働省から相談や連携があるわけではない。警察庁としては、官報の他各種報道等を通じて知っているという程度で、どの様なケースを扱い、どこまで踏み込んで検証するのかわからない。情勢を見守っている状態である。

Q3.捜査情報を検証事業側に提供することは可能か？

検証の重要性は理解できるが、厚労省側からの相談があるわけでもないので、刑事的な法制度は何も変わっていない。従って検証事業に対して捜査情報を無条件に提供することはできない。しかし現行の法制度上であっても、捜査や裁判の経過にもよるが、その目的等により開示することが可能な場合があるので、担当検事等へ相談して欲しい。解剖執刀医に死因や解剖結果等の説明を直に説明してもらう場合も、事前に担当検事に相談して欲しい。

Q4.将来、検証事業に対してより容易な情報提供は可能となるか？

yes とも no とも言えない。まずは、提供されるのが捜査情報であり、裁判を左右しかねない重要な機密情報であることを理解して欲しい。現状では安心して情報提供できる環境が全国的に整っているとは言い難い。情報を受ける側の環境作りが必要ではないだろうか？

D. 考 察

二つのアンケート調査による研究結果を通じて言えることは、

法医学者の多くは子ども虐待に対しても積極的に関わりたいと考えている
可能であれば裁判以外の検証にも協力したいと考えている
とはいえ法的に制限があるために容易には裁判以外の検証に協力することができない
子ども虐待に関わりたくとも死因究明(解剖)だけで手一杯の現状がある

などである。また、検察庁へのインタビューから言えることは、

検証事業を始めるにあたっての捜査情報の扱いに関する厚生労働省と法務省・検察庁側との調整は行われておらず、現状では捜査情報を簡単に入手できる環境にはなっていない

ということである。

以前から指摘されていた問題点が再確認できたことになる。従って、現状では検証事業を進めるにあたり法医学的情報や警察・検察等

の捜査情報を用いない形で行うのはやむを得ないだろう。しかし、今後もそれでよいと言う判断は拙速である。死因や解剖結果を知ることが、死亡した児に対して加えられた虐待の歴史、そして最後に加えられた虐待行為を知ることである。それは、死因の名称から知ることが困難であろう(例えば、死因が急性硬膜下血腫であったとしても、陳旧性肋骨骨折や四肢骨の骨折等を伴っているのといかないのでは、意味合いが異なってくる。死亡診断書・死体検案書や死亡小票でそこまで読み取ることがとてできない)。また警察・検察による強制的な捜査による情報と、福祉の立場で任意で調査された情報とは内容が大きく異なる場合も少なくない。死亡した児から多くを学び、再発予防に結びつけるのがこの検証事業の目的であり、将来的にはこれらの情報も参考にして検証することが求められているのである。この事業に協力し、解剖から得られたことを裁判だけでなく再発予防など社会に活かしたいと考えている法医学者も少なくはない。

そのためには刑事訴訟法や刑事確定訴訟記録法等の改正や運用の変更等の為に厚労省が法務省や検察庁等と十分な意見交換を行っていくことが必要である。しかしそれだけでなく、実際に検証を行うレベルでも捜査当局側との更なる相互理解を進め、捜査当局が「情報を開示しても問題ない」と判断出来るような機密性が担保された検証のあり方を構築することも重要である。省庁レベル、そして地方自治体レベルやより末端での実務者レベルでの、両者の努力が進めば、法改正や運用の変更への道のりも遠くないだろう。具体的には本研究「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」の成果物である手順書を参照されたい。

E. 結論

子ども虐待の検証において、解剖所見のような法医学的情報や強制力を持って得られた警察等の捜査情報が非常に参考になる事は言うまでもない。しかし、3年間の研究により、現状では省庁レベルでの調整は為されておらず、それらの情報を簡単に入手できる環境(法整備)にはなっていないことが改めて明確になった。法医学的情報や警察情報の入手が困難であるなら、その入手のための努力は無駄

であるとの意見もあるだろう。しかしだからといって、これらの情報が「不要」と判断するのは拙速である。死亡した児から多くを学び、より深い検証を行って再発予防に努めることが、この検証事業には求められており、そのためにはより正しい情報が必要なのである。現状では困難であっても、厚労省が法改正や運用の変更等為に法務省や検察庁等と十分な意見交換を行っていくことが求められる。しかし厚労省任せにするのではなく、実際に検証を行うレベルでも捜査当局側との更なる相互理解を進め、捜査当局が「情報を開示しても問題ない」と判断されるような機密性が担保された検証のあり方を構築することも重要である。省庁レベル、そして地方自治体レベルやより末端での実務者レベル、その両者の努力が進めば、法改正や運用の変更への道も遠くないだろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

・内ヶ崎西作, 奥山真紀子. 法医学者の子ども虐待への関与の度合いについて. 第9回日本子ども虐待医学会学術集会, 横浜, 2017.8.

G. 知的所有権の取得状況

なし。

「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」
研究代表者：奥山員紀子(国立研究開発法人 国立成育医療研究センター)

「子ども虐待検証における法医学的情報の必要性に関する研究」
研究分担者：内ヶ崎西作(日本大学医学部社会医学系法医学分野)

法医学関係者の子ども虐待への関わりに関する実態調査(アンケート調査)

本研究班では、子ども虐待事例の特に死亡例に関する効果的な検証のあり方を検討しております。子ども虐待に関する法医学の関わりが大変重要であることは言うまでもありませんが、その関わり方は司法解剖のように全国均一なものではなく、実態が十分に把握されているわけではありません。

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

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

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

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

平成 27 年 12 月 25 日

問い合わせ先
〒173-8610
東京都板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部 社会医学系
法医学分野 内ヶ崎西作
Tel 03-3972-8111(内 2277)
Fax 03-3958-7766
e-mail seisaku@aa.uno.ne.jp

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

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

ある(→2.へ進んで下さい) ない(→5.へ進んで下さい)

ある場合、過去3年の年(1月～12月)毎の件数を教えて下さい。

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

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

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

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

委員会の名称: _____

委員会内での立場: _____

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

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

その他の詳細：

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

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

その他の詳細：

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

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

施設名： _____

記入者氏名： _____

ご協力ありがとうございました。

～アンケート～

児童福祉法・児童虐待防止法では、児童とは18歳未満を指しますので、この調査でも子ども(児童)とは18歳未満を指すこととします。

設問1-1

児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等に出席したことはありますか？
但し、医療施設が主催する虐待防止委員会や個別の勉強会、裁判等は除きます。

- ある
ない 設問2-1へ

設問1-2

それはいつ頃ですか？ また、その主催者は誰でしたか？
以下の表の該当するところに、その回数をお書きください。回数は概数でもかまいません。

主催者	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
都道府県						
区市町村						
個別の児童相談所						
個別の保健所						
その他						
不明						

主催者がその他の場合には、その名称・団体名等を教えて下さい。

設問1-3

出席された際の立場を教えてください。

- 事例提示者として_____回
委員(カンファレンスのメンバー)として_____回
オブザーバーとして_____回
その他_____回 (_____として)

それぞれ立場が異なる場合には、どの年度のどの回がどのような立場であったか、可能な限り個別にお書き下さい。

設問1-4

出席していたメンバーにはどのような職種の方がいましたか？
(覚えていらっしゃる範囲でかまいません)

- 小児科医 主催者側の長 検察官
小児精神科医 保健師(保健所所属 児相所属) 弁護士
放射線科医 児童福祉司(児相職員) 裁判官
産科医 警察官 主催者側の事務職員
医療施設のソーシャルワーカー その他_____

会ごとに異なっている場合には、可能な限り個別に教えて下さい。

設問1-5

直近に開催されたカンファレンス・死因検討会等での議題・検討事項はどのようなものだったでしょうか？

- 会の発足の確認(顔合わせ)
取り扱う事例の選択基準の設定
実際の死亡事例の簡単な紹介のみ
実際の死亡事例の提示と行政側の対応の紹介
実際の死亡事例の再発予防策の検討

主催者が異なる会の場合には、内容が異なることが予想されます。可能な限り個別にお答え下さい。

設問1-6

出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、死因の提示はありましたか？

- 死因の提示があった 死因の提示はなかった

設問1-7

出席されたカンファレンス・死因検討会等の中で、解剖所見の提示はありましたか？ 又は、解剖所見の提示を行いましたか？

- 検討ケースについての他施設での解剖所見の提示があった
 検討ケースについての自施設での解剖所見の提示を行った
 解剖所見の提示を求められたが断った 設問1-9へ
 解剖所見の提示を求められることはなかった
 その他 _____

設問1-8

解剖所見の提示が為されたことで、よかったこと、よくなかったことがありましたらお書き下さい。
 設問1-10へ

設問1-9

解剖所見の提示を断った理由を教えてください。

設問1-10

可能でしたら参加されたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えてください。
 設問3-1へ

設問2-1

児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等への出席の打診や依頼されたことはありますか？ 但し、医療施設が主催する虐待防止委員会や個別の勉強会、裁判等は除きます。

- ある
 ない 設問3-1へ

設問2-2

出席の打診や依頼を受けた児童の死亡事例についてのカンファレンス・死因検討会等はどこ
 の主催でしたか？

- 児童相談所
 保健所
 自治体の保健福祉局等
 その他 _____
 不明(覚えていない)

設問2-3

可能でしたら出席の打診や依頼を受けたカンファレンス・死因検討会等の主催者の担当地域(都道府県・政令指定都市、或いは市町村名)や児童相談所・保健所の名称等を教えてください。

設問2-4

出席しなかった理由を教えてください。

設問3-1

子ども虐待死亡例の検証に法医学者が参加することは有用だと思いますか？

- 思う 設問4へ
 思わない
 わからない
 その他 _____

設問3-2

設問3-1でそのように思われたのはなぜですか？

設問4

子ども虐待の防止や予防に対する法医学者の関わりについて、何か特にお考えがありましたら自由にお書き下さい。

施設名: _____

記入者氏名: _____

情報開示の可否

施設名 (可 不可)
 都道府県名 (可 不可)

ご協力ありがとうございました。

分担総合研究報告書

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

研究要旨

【目的】

地方公共団体が行う子ども虐待の重大事例検証の手引き（以下「手引き」）を作成するために、現状で問題になっている事項を専門家の立場から抽出し、事例の特徴に応じた収集情報のチェックリストを作成することを目標として、以下の研究を行った。

【研究の方法と結果】

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

初年度に地方公共団体での検証委員を経験した分担研究者のエキスパートコンセンサスにより、問題点が 都道府県の検証目的意識の問題、情報収集の壁、警察等捜査情報入手の困難さ、心理的背景の把握の不備、分析のあり方の不徹底、提言のあり方（フォローを含む）が抽出された。次年度に、それに対する解決方法を提示し、以外に関しては「手引き」執筆に活かした。なお、に関しては、捜査情報を得ることが出来た M 県のグループへのインタビュー調査を行ってその重要性を明らかにし、最終年度には内ヶ崎分担研究者が最高検察庁へインタビュー調査を行って、「手引き」の付録に現状でできることを記載した。また、提言としても制度変更の必要性を盛り込むべきと考えられた。

2．地方公共団体検証の資料とすべき情報とその入手方法に関する研究

手引きに盛り込む情報のチェックリストを作成するために、初年度に、入手すべき情報に関して、分担研究者のそれぞれの専門分野から、母子保健情報、地域福祉情報、児童相談所情報、小児医学情報、臨床法医学情報、心理的側面に関する情報に分けて列記し、次年度には提示した情報の入手先（アクセス先）を提示した。「手引き」編纂に当たっては、都道府県事務局が入手できる情報であること、重なりが多いこと、などから、3．の研究と合わせ、特徴項目ごとに、母子保健情報と地域福祉情報としてまとめて、下記の特徴項目別にチェックリストとして載せ、医療情報は別途掲載した。また、それぞれの分野での情報の入手・提供のあり方について付録に掲載した。

3．特徴項目別の検証のあり方に関する研究

特徴項目毎の情報収集と検証のあり方を「手引き」提示するべく、これまでの検証報告書を検討した結果、必要情報に関しては、以下の通りの分類で提示すべきと考えられたため、上記のごとく、それぞれの項目を保健情報と地域福祉情報に分けてチェックリストを掲載した。その使用方法を本文に掲載した。

1. 全事例に必要な情報
2. 年齢別必要情報（生後 24 時間以内、乳児期、幼児期、就学以降）
3. 死亡要因別必要情報（暴力による死亡、ネグレクト死、無理心中）
4. 支援・保護状態別必要情報（通告があったケース、それ以外の要保護・要支援のケース、DV として関与していたケース、関係機関の関与なしケース）

また、特徴項目ごとに、これまでの報告を参考に、検証のポイントをまとめて付録に掲載することとした。

【考察】

本分担研究および他の分担研究の結果を基に、現状で問題と考えられることを解決する方法を盛り込んだ「手引き」を作成することが出来た。情報の入手等に関しては、制度的な不備により困難さも伴う部分もあるが、限界を示しながら、現状で行えること、努力すべきことに関して記載することが出来た。

1. 地方公共団体の検証における問題点の解決法に関する研究

A. 研究目的

手引きを作成するにあたり、専門家の目からみて、現状ある問題と、それを解決する方法を提示することを目的とした。

B. 研究方法

分担研究者および検証委員を務めている研究協力者によるエキスパートコンセンサスによって問題点を抽出し、その解決策を提示した。その中で、重要であるが得にくい情報として、警察等捜査情報が上がっており、警察から 15 歳未満の 52 死亡事例の捜査情報の提供を受けたグループの小児科医と精神科医にインタビュー調査を行い、その重要性を把握した。なお、現状で行える範囲に関して、最終年度は内ヶ崎分担研究者が最高検察庁へインタビュー調査を行い、「手引き」に掲載された。

< 倫理的配慮 >

個別のケースは検討の対象としなかった。

C. 研究結果

専門家の視点から見た現在の問題点として以下の問題があげられた。それらの点およ

び他の研究で把握された問題点について、手引きに重点的に掲載した。

専門家の視点から見た問題点は以下の通り

1) 都道府県事務局の検証目的意識

自発的に検証を行っているというより、国の指針に従って検証しているという意識が強く、そのため、検証の範囲に関しての迷いが多く存在した。特に、「虐待死」の定義が問題になることが多かった。以下の解決が必要と考えられた。

検証の目的が「子どもの死や痛みを無駄にしない」「防ぐ手立てを考える」という目的を「手引き」において明確にした。

検証対象の考え方について、「手引き」において、項目建てして明記した。

身近に関わった機関の方が実感のある検証になるため、「手引き」編纂においては、職場内、要保護児童対策地域協議会内、市区町村での検証を勧めることとし、項目建てをして、記載した。

検証委員がリードして組み立てを行っている県では明確な意識のもとに検証がなされる傾向があり、検証委員会の自立性を明確にすることも「手引き」編集において留意された。

2) 情報収集の壁

(1) 守秘義務に関して

検証に際して、守秘義務が重要であることを「手引き」記載上、留意して書かれた。また、法的裏付けに関してもできる限り「手引き」に含めた。

個人情報に配慮して報告書が事例の理解に役立たない形になっている場合もある。それを考えて、報告書のあり方を「手引き」に提示した。

(2) 司法解剖の情報に関して

司法解剖の情報は警察情報に当たり、入手することが困難である。ヒアリングにおいては、委員に法医学者が入ることで、ある程度の情報を得ているところもあった。「手引き」に関しては、内ヶ崎分担研究者がその入手に関する可能性と限界について記載した。

3) 警察等捜査情報に関して

警察情報を得ることができたM 県でのインタビューを行い、そこからだけで、検証できる内容での検証結果を聴取した。その結果、警察等捜査情報を入手することで、死亡に至る経緯が明確になり、通常福祉では得られない情報が得られ、検証を行うにあたり、異なる視点が得られていた。一方で警察等捜査情報のみの限界も明らかになった。

将来的には警察や検察も検証に加わり、そこで必要な情報で開示できる情報を提供してもらって検証することが望ましいと考えられた。内ヶ崎分担研究者が最高検察庁へインタビュー調査を行い、現状で行えることとその限界について「手引き」の付録に記載した。

4) 心理的背景の把握がなされていない

これまでの報告書は事実関係は記載されても、どのような心理的背景が虐待のエスカレートや死亡に結びついたのかの分析が少なく、防止するための限界があると考えられた。

ただし、それまで関係機関が深くかかわっていなかったケースではその把握は困難である。

本来、心理的背景の把握には 加害者面接

と 加害をしていない家族への面接が必要である。そこで、付録に、加害者面接の可能性とできるときの面接のあり方、および加害をしていない家族面接へのアクセスの仕方とその面接のあり方を記載した。

5) 分析のあり方

検証報告書を読むと、どのような形で分析がなされたのかが不明なことが少なくない。目的に合わせた分析の方法を明確に提示する必要がある。宮本分担研究者が行っている研究を基に、虐待死の防止に焦点化した検証と虐待の防止に焦点化した検証を行う方法論を「手引き」に掲載した。

6) 提言の問題

これまでの報告書にはステレオタイプで漠然とした、「連携の強化が必要」と言ったような提言も少なくない。検証している事例のどこが問題で、どのように連携強化を行なうべきなのかという点を明確にしなければならない。それらを含めて、検証のあり方に提示した。フォローアップも検証委員会で行うべきであり、それについても例を示して、「手引き」で説明した。

また、都道府県の提言であるため、都道府県の制度等への提言が主になってしまう傾向があるが、技量の向上などにも結び付くことを意識した提言のあり方を手引きで提示した。

D. 考察

手引きを作成するために、分担研究者と研究協力者による専門的立場から現在の問題点を抽出し、相澤分担研究者による自治体へのアンケート調査と聞き取り調査を加え、手引きに盛り込む内容を精査することが出来た。問題点の中で、警察等捜査情報の問題や情報収集とプライバシーの関係など、制度改正が望ましいものもあるが、現状でできること、

努力をしてほしいことについては手引きに盛り込んだ。

2. 地方公共団体検証の資料とすべき情報とその入手方法に関する研究 A. 研究目的

検証において、事務局が情報を収集して資料として提供するにあたり、どのような情報が必要かを提示し、漏れをなくすためのチェックリストを提供することを目的とした。

B. 研究方法

各分担研究者がそれぞれの分野において必要と考えられる情報に関し、保健、市町村福祉、児童相談所、小児医療、臨床法医、心理学的立場からまとめ、その入手方法も検討した。

< 倫理的配慮 >

個別のケースは検討の対象としなかった。

C. 研究結果

各情報に重なりが多いこと、入手方法を同時にチェックリストに載せることは煩雑となることから、後述する事例の特徴に応じ、保健情報と地域福祉情報（児相を含む）に分けてチェックリストを作成し、「手引き」に組み込んだ。医療情報は別途チェックリストを提示した。

また、各分野での情報の入手や提供に関しては、付録に詳細に記載した。

D. 考察

有用なチェックリストとなるように、工夫が出来、「手引き」に組み込んだ。

3. 特徴項目別の検証のあり方に関する研究

A. 研究目的

特徴項目ごとに収集すべき情報を提示すること、および特徴項目ごとの検証のポイントを提示することを目的とした。

B. 研究方法

これまでの重大事例検証報告を分析し、収集する情報を特徴項目として適切な項目を

見出した。

< 倫理的配慮 >

個別のケースは検討の対象としなかった。

C. 研究結果

特徴項目のごとに以下のようにまとめることができた。それぞれを保健情報、地域福祉情報に分けてチェックリストとして「手引き」に組み込んで提示した。

1. 全事例に必要な情報
2. 年齢別必要情報（生後 24 時間以内、乳児期、幼児期、就学以降）
3. 死亡要因別必要情報（暴力による死亡、ネグレクト死、無理心中）
4. 支援・保護状態別必要情報（通告があったケース、それ以外の要保護・要支援のケース、DV として関与していたケース、関係機関の関与なしケース）

また、付録に、事例の特徴に応じた検証のポイントを掲載した。

D. 考察

特徴的な状況に応じて主として入手すべき情報を提示することができ、検証のポイントも提示できた。

E. 結論

- ・現状の自治体検証の問題点と解決法を整理し、それをもとに「手引き」の構成を確定することが出来た。
- ・検証に必要な情報のチェックリストを共通のものと、事例の特徴に応じたものを作成することが出来た。

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

該当なし

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

分担総合研究報告書

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

平成 27 年度の本研究結果において、子ども虐待死亡事例の報告例 23 事例の分析結果、保健分野の情報提供の内容及び提示の在り方に課題があることがわかった。そこで要因を分析した結果、検証のイメージが乏しい、あるいは個人情報保護の観点から最低限の情報提供で済ませている、非難されると言う検証に対するネガティブ評価を抱いているなどいくつかの理由から、検証事務局から求められた情報に忠実に応えることが多いように見受けられた。

平成 28 年度は、それら課題に加えて、複数の事例の検証に携わった経験のある司法関係者、医師、保健師のヒアリングを経て、保健領域が検証委員会に提示する(できる)情報について検討した。母子保健事業の一連の運用の仕組みなどは自治体すべてが一律ではないことから、母子保健事業を担う保健と児童福祉との情報共有のルール、配置人員数や仕組みなども検証の途中で基礎資料として提示することになりやすく非効率であることが指摘された。また、妊娠中の支援や関与の経過、そもそも妊娠期から子育て期全体において医療情報の少なさも指摘された。これらを踏まえ、母子保健活動(事業)の実績や要保護児童、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、連携手順、アセスメント(判断・評価)と組織的合意形成手順と引継ぎ体制なども含めた基礎情報を参考資料として検証委員会には提示することも確認した。

29 年度はこれらを踏まえ、「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証」ガイドライン作成の部分執筆に参画した。母子保健活動から抽出される情報を整理しガイドラインには提示した。

A はじめに

国は、自治体における検証の目的を「事実の把握、発生原因の分析等を行ったうえで、必要な再発防止策を検討する」としている。そして、その検証の中立性、客観性、第三者性を担保するために、構成員には事件の直接関与者を除き、学識関係者等でメ

ンバーを設置することとされている。検証は、都道府県だけではなく、指定都市、児童相談所設置市で行われるのが通例であり、検証対象児童の住所地である市区町村は、都道府県の検証に協力する立場であった。(平成 23 年 7 月 27 日厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知「地方公共団体にお

ける児童虐待による死亡事例等の検証について」(雇児総発 0727 第7号))

一方、最近では、自主的に自ら検証を行っている市区町村も出てきている。都道府県単位より小規模での検証となり、事務局は、児童相談所内部あるいは、市区町村要保護児童対策地域協議会(以下、要対協)、または保健部署と児童福祉部署間や各部署単位が担うなど複数の構図が想定される。

そこで、都道府県で行われる検証と基礎自治体が行う検証に、どのような成果の違いがあるのか、検証委員会を運用するうえでどのような配慮が必要なのか、何が課題のかなど検討すべき事項をインタビュー結果から抽出し、市区町村単位での検証も意義深いものにしていくために提示する情報のリスト化を精錬させることを目的とした。

B 目的

再発防止策を効果的かつ具体的に導くことが促されるよう、基礎自治体単位での検証時にも活かされる保健領域の情報リストを作成する。

C 方法

27年度の検証報告書から得た、検証時に有効であった保健分野の情報と28年度に、検証委員経験のある医師、司法関係者、保健師から聴き取ったヒアリング結果を受けて作成した情報について研究班によって検証した。

D 倫理的配慮

公表されている報告書を扱っていること、インタビュー結果も実在の事例の詳細には触れていない。

E 結果及び考察

(1) 前提として

前提として、「死亡事例の検証」には他人事ではなく「我が事」として能動的に協力することが望ましい。しかし、目的や意義に対する理解や検証の進め方のイメージ化、情報提供の在り方などに対する懸念があり、その解消を図る必要がある。

1) 基礎自治体で検証を行うことの意義やメリット

(28年度のインタビュー内容から抽出)

【メリット】

- * 身近な関係機関による検証は、検証自体が今後の福祉や教育、医療など多職種・多機関のネットワーク化になり、その後の顔の見える関係に繋がった。
- * 資源や地域の実情(現状や課題)を検証メンバーが知り得ていることから議論がしやすい。
- * 学識経験者をメンバーに加えたことで、検証委員(=要対協メンバー)同志が同じ場で学ぶ機会にも繋がりが、効果的と感じた。
- * 検証をすると決めた自治体の本気度によっては、改善案を実行するための予算についても検討され、実効可能性の高さを感じた。
- * 現実を我が事としてリアルに受け止めることに繋がる。臨場感を保つことができる。
- * 当事者やその同僚などが、自ら検証せざるを得なくなった現実を受け止め、再発防止のために、当時の考え(行動の論拠)等を表出したい希望を保障することも可能となる。
- * 関与当事者たちが、何をすべきかを考えたと言っていたことが印象的。援助者として後悔させないためにもなると感じた。

- * 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。
- * 県での検証で情報を求められたが、どのように整理すればいいのかわからずと惑った。しかも提出した自分たちには発言が許されずストレスを感じた。基礎自治体で行うことは、そのストレス付加は少ないように思う。

【デメリット】

- * 市区町村での実施が普通になれば、検証の質には差が生じそう。実施する側に主体性や覚悟がないとアリバイづくりになる。
- * 改善点など操作されることも考えられる。
- * 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。
- * 防衛的かつ保守的な議論で終わる危険がある。その結果、改善策がでてても抽象度が高く、一般論になりやすい。
- * 限界も多い。都道府県での開催と比較すると情報収集に限りがありそう。実際、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た。
- * 提言が、個人の「意識」や「行動」、「技術」の向上に委ねられやすくなり、その後の組織がギクシャクすることが心配。
- * 限界やデメリットを少しでも解消するために、内輪の仲間でおこなうより、外部委員の協力は必要である。

2) 検証の流れのイメージ化

検証の目的は、都道府県で行う際と同様に「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」である。

公開された報告書の中には、改善点や提言

が一般的な研修の開催等にとどまるものも少なくはなく、反省点や検討委員の学び、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。

検証会議は、事務局が関係機関から関連情報を収集し、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、検証委員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の情報提示の協力要請の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委員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、書面での得られた情報や聞き取り調査の結果を次の検証委員会へ提示する。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。

3) 検証における情報管理・提供

相談者はだれか（把握経路）、誰が何に困っていたのかを明確にしておく。

把握経緯、つまり公に事例化した経緯は重要である。さらに、複数の関係機関がそれぞれに関与している場合、把握経路が違えば、表面化している問題（つまり、主訴）も違うことがある。本人からの支援要請の場合もあれば、保育所など専門家や近隣住民、親族などから持ち込まれる場合も少なくはない。拒否事例、関与を望まない事例への関与要請もある。

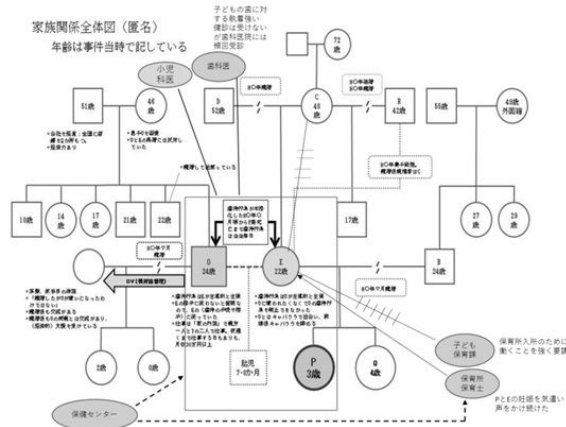
事例の把握経路、最初の相談者（事例・家族・専門家・住民）は誰で、持ち込んだ一番の困りごと、つまり、とりあえずの最初の主訴は何であったのかの情報は、関与機関が複数の場合には、それぞれ違うこともあるので、確認する。

ジェノグラム（家系図）

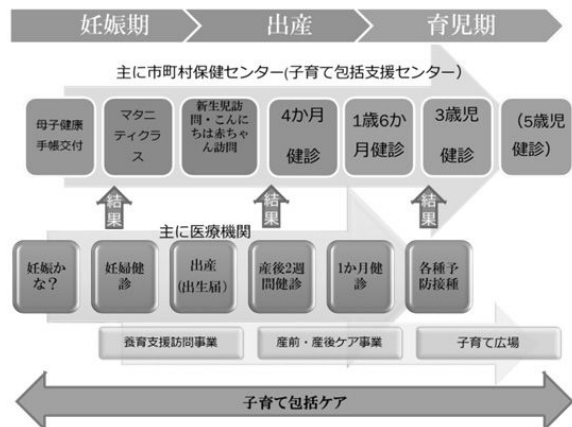
検証の際、ジェノグラムは不可欠である。3世代までの関係性を理解できることが望ましい。人は様々な状況に右往左往しながら生きている存在であり、かつ自分の歴史を他者と交わりながら生きる存在である。したがって、死亡に至ってしまった背景にも、現在の対人関係（家族、職場、学校、友人、愛情関係、そして葛藤関係など人）があり、その理解は必要である。

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。さらに、関係機関が複数関与している場合もジェノグラムに含めると、エコマップとの合体版が作図できる。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、検証の際には、保健機関も関与機関が作成していてもジェノグラムは、情報として提示することが望ましい。

ジェノグラムやエコマップは、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



母子保健事業等（母子健康手帳交付時や妊婦健診など）を活用しながら関与してきた経過を時系列で一表にする。事業参加時や面接、家庭訪問、健診による医学的情報や健康状態は変化するのでその都度把握し記録に残す。その入手した情報等のうち、客観的事実、支援者の印象・感想、支援機関のアセスメント、公的サービスの利用状況、要フォロー事例か否かの区別を記載する。関係機関同士の連絡も、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、緊急性の意識などを書き込むとよい。要対協や他の事例検討などで検討した場合も同様である。

妊娠前から子育て(就学前)に収集している一次・二次情報		
一 二次情報は、すべての保健師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	情報収集手段(事業)	入手経路(機関・部署)
0	三世までの家族樹(ジェノグラム)	保健師(地区担当保健師など)
一次	母子健康手帳交付届付 妊娠届出年齢	保健師(地区担当保健師など)
	妊娠届出届	
二次	家族構成(既婚・未婚・離婚予定)	保健師(子育て包括 母子手帳交付時間)
	妊娠期間	
	妊娠の受け止め	
	飲食・寝具・着脱使用	
一次・二次	産後の生活・産後経過	保健師(産科医療機関・助産師)
	支援者や能力者の有無	
二次	妊婦健診	保健師(産科医療機関・助産師)
二次	随時相談(来所面談、電話)等	保健師(地区担当保健師)・子育て包括生活相談官等
二次	新生児訪問(こどもには赤ちゃん訪問事業)	保健師(母子担当 地区担当保健師など)・子育て包括
一次・二次	産前産後(1ヶ月健診、1歳3ヶ月健診)・産後(産後1ヶ月健診)・産後(産後1ヶ月健診)・産後(産後1ヶ月健診)・産後(産後1ヶ月健診)	保健師(母子担当 地区担当保健師など)
二次	保育所等子育てを支える資源の活用状況	保健師(保育所保健師、子育て支援担当保健師、子育て包括 保健師)
一次・二次	予防接種	保健師(子育て包括、産後経過)
一次・二次	家庭訪問(新生児訪問や乳児全訪問)	保健師(子育て包括)
二次	ネットワーク	保健師(子育て包括)
		医師機関からの情報提供、支援要請
二次	ネットワーク	あきらむ機会
二次	ネットワーク	子育てに対する考えや行動からの違和感(ファンタジックな子育て、産前産後不安への要素など)

検証対象を取り巻くネットワークの機能を評価できるようネットワークの現状を記す。役割分担の実態などを収集して整理し、その結果から、対応技術、判断(アセスメント)技術、連携、事業運営・人員体制上の問題点などについて課題を抽出する。

事件が起きるまで関与の実態がない事例市区町村や児童相談所が関わりの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り、検証の見通しが立ちづらいことから、検証の優先順位はさがりやすい。しかし、なぜ、対象事例が事例化しなかったのかを考えることは、再発防止には有意義なので、収集できる基礎情報はおさえ、検証には臨みたい。

情報

事件当日の状況は、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)とその際の問題診票、母子記録や子どもの保育所等サービス利用状況の確認、すなわち要支援家族としての情報は乏しくならざるを得ないが、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。

3) 異動があたりまえの行政職員など実施体制(人員)について

事件を防げなかった背景には、単に判断力や支援スキルの問題だけではない要素も存在する。保健師の人員体制や活動体制の是非が検証結果の今後の方策に上がることも多いことから、各関係組織の「子ども虐待対応に対する基本姿勢」や「情報の共有に対する考え方の組織内の齟齬」、「人員体制」、支援者としての「技術研修体系」などの課題ににも触れ、包括的にみて改善策を提示しなければ、机上の空論におわりかねない。

A市の概況	人口、年間出生数(率)、地域の特徴 母子保健サービス体系 (子育て包括支援センター、子ども家庭総合支援拠点、公的・私的支援メニュー)		
	人	地区担当保健師	人
保健師総数	人	地区担当保健師	人
管理業務(管理職)	人	(一人当たり人口)	人
内訳	課	母子保健担当	人(人兼務)
内訳	課	常勤	人(内、係長/主査以上 人)
内訳	課	嘱託・非常勤	人
統合保健師	有	育児時間取得者	人
	所置課	産育休代替職員	人
		再掲)子育て包括	人(常勤・非常勤)
		成人(生活習慣病)担当	人(人兼務)
		常勤	人(内、係長/主査以上 人)
		嘱託・非常勤	人
		保健師以外の母子保健・虐待に関わる職種	人
		育児時間取得者	人
		産育休代替職員	人
			人
		精神保健福祉担当	人(人兼務)
		常勤	人(内、係長/主査以上 人)
		嘱託・非常勤	人
		育児時間取得者	人
		産育休代替職員	人
		PSW	人
		介護保険・高齢者担当	人(内、係長/主査以上 人)
		常勤	人
		嘱託・非常勤	人
		育児時間取得者	人
		産育休代替職員	人
		その他	人
異動時の引継ぎ	引継ぎ書の有無、後任者へ直接引継ぎケースの基準の有無、その他()		
研修等人材育成体系(関連分野)	研修受講の考え方 年間で予定されている研修		

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	情報収集手段(事業)	入手経路(機関・部署)	要支援対象と判断している可能性(例)
0	三世までの家族図(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、原家族との葛藤関係、三世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 妊娠届出年齢	保健部署・子育て包括 母子手帳交付時面接	18歳以下(夫、パートナー含む)
	妊娠届出週数		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		望まない妊娠、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、夫からの墮胎の強要がある
	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 未だら受診、 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)
	新生児訪問・こんにちは赤ちゃん訪問事業	市保健部署(母子担当・地区担当保健師など)・子育て包括	発育不良、親の子育てで不安、困難、虐待行為あり、夫婦関係の悪化
一次+二次	健診受診(4ヶ月健診、1歳6ヶ月健診、3歳健診) 健診項目(身体発育+心の安定、親子関係・顔区関係など)	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)・発達遅れ 有疾患児や障がい児と親の困惑・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、情報リテラシーが低い、親同士のトラブル、 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(新生児訪問や乳児全戸訪問)	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(家庭訪問等も含めて)	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(親の代わり受診)、D: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(ファンタジスティックな子育て、極度の偏り、 年齢不相应な子への要求など)
*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			
*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」			

おわりに

死亡事例の検証をより効果的に行うために必要な情報の整理を行ってきた。

情報の整理に至る前に、検証の意義やその場で活用される情報の有用性、検証の流れをイメージ化した上で提供する姿勢など前提も確認した。

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。これは、死亡事例の検証でなすものではなく、本来は、子どもが活着しているうちに、支援の手が届くうちにすべきことである。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「他者という一人の人」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情報に貪欲になるには必要である。「情報」は常に満たすことなく不十分である。だからこそ、収集すべき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えさざるを得ない。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。

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

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

（研究代表者 奥山眞紀子）

分担総合研究報告書

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 山梨県立大学人間福祉学部

研究要旨

本研究は、地方公共団体が子ども虐待事例の検証を効果的に実施するために必要となる親や家族の社会心理的特徴を特定すること、関係機関が関与しながらも子どもが死に至った事例におけるソーシャルワークの問題点を抽出すること、および、子どもの虐待死を予防するために親や家族との面接で取り扱うべき事柄を明確にすることを目的に、厚生労働省及び自治体による虐待死亡事例検証報告書の分析、刑事裁判の判決文分析、及び刑事事件における加害者の心理鑑定の分析を行った。

その結果、虐待やネグレクトによる子どもの死亡は、親の成育歴、生殖家族の形成の経緯、家族の発達歴、社会関係などさまざまな要因が複雑に絡み合って生じるものであり、プロセスとして捉えられる必要があることが示された。

児童相談所が関わりながら子どもが死亡した事例では、児童相談所のソーシャルワークに、「親との関係性の重視」、「初期のアセスメントの硬直化と初期アセスメントに合致するような事後情報の選択的取り入れ」、「深刻な出来事への馴化と楽観的予測」などの共通した問題があることが明らかとなった。

不適切な養育に起因する子どもの死亡を予防するためには、親との面接において、夫婦の形成期の問題や妊娠期および周産期の問題などを取り扱う必要があることが示された。合わせて、虐待死亡事例においては、加害者の面接がきわめて重要であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究は、地方公共団体が子ども虐待事例の検証を効果的に実施するために必要となる親や家族の社会心理的特徴を特定する

こと、関係機関が関与しながらも子どもが死に至った事例におけるソーシャルワークの問題点を抽出すること、および、子どもの虐待死を予防するために親や家族との面

接で取り扱うべき事柄を明確にすることを主たる目的として実施された。

2015 年度では、従来の地方自治体の検証で、親や家族の心理社会的特徴に関するどのような情報が扱われているかを特定することを目的とした。

2016 年度では、子どもを死亡させた親の心理社会的特徴を検討し、その理解に基づいて、子どもの死亡を予防できなかった児童相談所等のソーシャルワークの問題点を抽出すること、及び、虐待やネグレクトの悪化と子どもの死亡を予防するための心理面接のあり方を検討することを目的とした。

2017 年度では、上記の検討より導かれた結果に基づき、『児童虐待重大事例検証の手引き』の該当箇所の執筆を行った。

B. 研究方法

2015 年度においては、これまでに都道府県・政令指定都市による検証報告書が公開されている事例のうち、刑事裁判における心理鑑定(情状鑑定)資料が入手可能であった 3 事例を選定し、検証報告書の内容と心理鑑定等の内容の比較検討を行った。

2016 年度においては、2016 年に厚生労働省が公表した虐待死亡事例の検証報告書の内容を検討した。また、分担研究者が実施した虐待死亡事件の刑事裁判の判決文の分析(西澤, 2013)の結果を再検討し、さらに、分担執筆者が担当した 8 つの虐待死亡事件の刑事裁判の心理鑑定の内容を分析した。(倫理面への配慮)

厚生労働省の虐待死亡事例の検証報告書、

各都道府県・政令指定都市による死亡事例の検証報告書、及び刑事裁判の判決文は公開されている資料を用いた。また、心理鑑定の内容のうち、公開である公判廷において取り扱われた内容に限って使用した。

C. 研究結果

2015 年度の研究では、心理鑑定等の結果と検証報告の内容の比較から、以下の結果が得られた。検証報告では、事例への児童相談所や要保護児童対策地域協議会等の関係機関の関与の問題に関する記述が大半を占め、親等の保護者の心理・精神的な問題への言及は殆どなされていなかった。一方で、心理鑑定では、加害者である母親や父親の成育歴の問題やそれに起因すると思われる精神的・心理的問題、事件発生時点における加害者の精神状況、および虐待の発生から子どもの死亡に至る経過における家族力動の問題等が指摘されていたが、関係機関の関わりに関する外形的な情報はあまり把握されていなかった。

2016 年度の研究では、厚生労働省の虐待死亡事例検証報告書の分析、虐待死亡事件の刑事裁判の判決文の分析、及び、虐待死亡事例の親の心理鑑定の分析から、以下の結果が示された。

厚生労働省による虐待死亡事例検証報告書の分析から、子どもの年齢の低さが虐待死亡の直接的な脆弱因子となること、新生児死亡が少なくないこと、新生児死亡においては母親に、胎児を含む子どもの存在の否認や妊娠葛藤などの心理状態が推測され

ることが指摘された。

虐待死亡事件の刑事裁判の判決文分析の結果、身体的虐待による死亡では父親が加害者となった事例が多いこと、父親が加害者となった事例では、継父や母親と内縁関係といった継関係にある男性による虐待死が多いこと、継関係にある男性が加害者となった事例では、「しつけ」という名目で激しい暴力が振るわれる場合が多く、その背景には、男性が子どもの「しつけ」を担うことで家庭内での役割を獲得しようとするものの、そうした「しつけ」に対して子どもが否定的な反応を示すことで男性の「面目」が潰され、その結果、男性の激しい暴力が生じるといったプロセスが推測されることが明らかとなった。また、激しい身体的虐待を行う父親は、社会的な不適応状態に由来する無力感を抱えており、こうした無力感を補償するために子どもに対する支配性を示すようになり、その結果、子どもへの暴力が生じるという心理的なプロセスがあることも示唆された。

一方で、ネグレクトによる死亡では、母親が加害者になる事例が多く、こうした母親には依存をめぐる病理や、いわゆる『母親-女性葛藤』といった心理状態が認められることが示唆された。また、ネグレクトによる衰弱死事例では、食をめぐる葛藤が認められること、家族関係の特徴として『家庭内隔離』、『家族内疎外』、『社会的隔離』及び『子どもからの離脱』が認められることが示唆された。さらに、心理鑑定の対象となった加害者である親の多くに、自己の

なさや自己感の薄弱さが認められ、こうした自己の問題の背景には、親の成育歴や家族歴の問題が関与している可能性が高いことが示唆された。

D. 考察

1. プロセスとしての理解の必要性

本研究では、死亡事例検証報告書の分析、刑事裁判の判決文分析、及び刑事事件における加害者の心理鑑定の分析によって、虐待やネグレクトによって子どもを死に至らしめた親の心理的特徴の把握を試みた。その結果、そうした心理的特徴として、妊娠葛藤、妊娠や胎児の存在の否認、依存性や依存をめぐる病理、無力感や無能感を背景とした支配性が重要な意味を持つことが示唆された。さらに、これらの特徴はインシデントとして存在するのではなく、相互に関与しながら力動的に展開し深刻化するものであり、プロセスとして把握されることの重要性が示唆された。子どもを虐待から守り虐待死を予防するためのソーシャルワークは、こうしたプロセスへの視点を重視する必要がある。

2. ソーシャルワークを失敗させる要因

本研究では、上記のように3つの方法によって親の心理状態の分析を進めたが、その経過において、児童相談所等によるソーシャルワークが失敗し、その結果、子どもの死亡が防げなかったと考えられる要因が抽出された。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と初期アセスメントに合致するような事

後情報の選択的取り入れ」，「深刻な出来事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「親の心理力動への理解の欠如と親の行為への表面的理解」であった。

3. 虐待死を予防するための面接等のあり方
本研究では，これまでの分析結果をもとに，

不適切な養育に起因する子どもの死亡を予防するために，親との面接において取り上げるべき親の精神的・心理的問題，および

それと関連した家族関係・家族力動に関する事項を抽出した。面接で取り上げるべき事項とは、「夫婦の形成期の問題(妊娠先行結婚，若年出産等)」，「妊娠期および周産期の問題(望まない妊娠・出産，妊娠葛藤，胎児虐待・ネグレクト，妊婦健診未受診，母子健康手帳未発行等)」，「母親の心理的・精神的特徴(依存欲求の問題や依存をめぐる病理，女性-母親葛藤，食をめぐる問題等)」，「父親の心理的・精神的特徴(「継関係」にある父親の心理的特徴，社会的不適応感を背景とした支配性等)」であった。4. 加害者面接の必要性

本研究では，厚労省の虐待死亡事例検証の分析，虐待死亡事件の刑事裁判の判決文の分析，及び虐待やネグレクト死事件の加害者等の心理鑑定の結果の分析という3つの方法によって，虐待で子どもを死亡させた親の心理・精神的特徴等の把握を試みた。これら3つの方法のうち，親の心理状態について最も把握が可能であったのは，言うまでもなく心理鑑定であった。

一方で，心理鑑定を効果的に実施するた

めには，他の2つの方法によって得られた知見が有用であった。本研究でこれまで述べてきたような，検証報告書や判決文分析から得られた様々な心理的特徴や家族関係の特徴を，心理鑑定において検討することは，加害者の心理状態や家族の特徴を理解する上で非常に有効であった。

また，他の方法では得ることが困難であり，心理鑑定という方法ではじめて明らかとなったのは，親自身の定位家族におけるさまざまな家族関係の様態や家族病理，虐待やネグレクトなどの既往歴を含む成育歴，パートナーシップの形成の特徴やパートナー関係の変化などの生殖家族の家族歴，子どもの妊娠や出産にまつわる特徴，家族関係の変化とそれに伴う不適切な養育の発生と悪化の経過など，虐待死という結果を生じる全般的なプロセスであった。こうした全般的なプロセスに関する情報は，厚生労働省の虐待死亡事例検証ではほとんど得られず，また，判決文分析でも部分的にしか得ることができなかった。今後，虐待死亡事例の親や家族の特徴に関する理解を深めるためには，こうした事例の加害者面接は必須であり，欧米で実施されているような受刑者を対象とした面接を，わが国でも導入すべきである。

E. 結論

1. 虐待やネグレクトによる子どもの死亡は，親の成育歴，生殖家族の形成の経緯，家族の発達歴，家族成員の社会関係など，さまざまな要因が複雑に絡み合って生

じるものである。したがって、子どもの虐待死は、独立したインシデントとしてではなく、プロセスとして捉えられるべきものである。

2. 児童相談所の関わりがありながらも子どもが死亡した事例では、児童相談所のソーシャルワークに共通した問題が認められた。こうした問題とは、「親との関係性の重視」、「初期のアセスメントの硬直化と初期アセスメントに合致するような事後情報の選択的取り入れ」、「深刻な出来事への馴化と楽観的予測」、「支離滅裂の『失敗』への対応の欠如」、および「親の心理力動への理解の欠如と親の行為への表面的理解」であった。
3. 不適切な養育に起因する子どもの死亡を予防するためには、親との面接において、夫婦の形成期の問題、妊娠期および周産期の問題、母親の心理的・精神的特徴、および父親の心理的・精神的特徴を扱う必要がある。
4. 子どもを虐待・ネグレクトによって死亡させた親の心理的・精神的特徴を理解するためには、加害者となった親の面接がきわめて重要な情報をもたらしてくれる。今後、虐待死亡事例の親や家族の特徴に関する理解を深めるためには、こうした事例の加害者面接は必須であり、欧米で実施されているような受刑者を対象とした面接を、わが国でも導入すべきである。

F. 研究発表

西澤哲. 虐待事件における心理鑑定. 橋本和明(編著). 犯罪心理鑑定の技術. 金剛出版, 2016.

G. 知的所有権の取得状況

なし

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

分担総合研究報告書
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

研究要旨

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法の検討のため、H27 年度には医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の把握に関するアンケート調査を実施し、H28 年度には、乳幼児の予期せぬ突然死における対応に関し、全国の小児科 3 次医療機関と法医学教室にアンケート調査を行った。また医療機関における虐待疑い事例が、検証につながらない阻害要因に関するインタビュー調査を、現場で虐待対応を行っている児童相談所職員 5 名、医師 5 名、法執行機関関係者 5 名（警察官 2 名、検事 3 名）の合計 15 名に対し行った。その結果も踏まえ、H29 年度には研究班全体で作成した、子ども虐待重大事例検証の手引き（以下、ガイドライン）のうち、「検証対象」「検証対象の把握」「重大事例検証の限界」「虐待死亡防止のポイント：医療の役割」につき作成し、研究班全体で実施した研修会（子ども虐待重大事例検証実践講習会）の場での公表と、参加者からのフィードバックを受け、完成させた。

医療機関で虐待死の可能性が強く疑われた事例のほとんどが検証されず、臨床医-法医連携も乏しく、臨床医にはその後の経緯はほとんどフィードバックのない現状が明らかとなった。法医・臨床医ともに、SUID 事例に対する現状認識には、大きなばらつきがあり、均霏化された状況にはないことが明らかとなった。医療機関以外の児相、警察/検察も問題意識を抱いており、多機関での情報共有の基準作り、多機関共同の研修会の開催、検証開催の基準作りなどの必要性を、共通認識として抱いていることが明らかとなった。

ガイドラインを作成することで共通認識の形成は進むであろうが、各機関が検証を行う必要性をどのように捉えているのかを把握し、実際の検証機会を増やしていくためには、実際に多機関が個々の事例ベースに直接的に話し合うことが重要と思われ、検証すべき事例の恣意的な抽出（不抽出）を避けるためには、小児死亡全例を多機関連携で検証する「チャイルド・デス・レビュー」制度の創設が不可欠と思われた。

A．研究目的

虐待により死亡・重篤な状態となった事例は、ほとんどの場合、医療機関を受診する。子どもが最期に医療行為を受ける病院の医師や、子どもの検視を行う医師が虐待を認識することは極めて重要である。

子ども虐待死事例は、古典的な The Battered Child(被殴打児症候群)の様な、誰がどう見ても虐待が死亡をもたらしたことが想起される事例から、外表に異常が確認されない、虐待による頭部損傷(AHT) や、虐待による躯幹部鈍的外傷(BTT) や、

さらには死亡現場検証を含めた包括的なアプローチを行ってもなお SIDS との判別が困難な smothering(口鼻閉塞)による死亡や、MCA(いわゆる代理によるミュンヒハウゼン症候群)など、医療機関が積極的に疑わなくては容易に見過ごされてしまうものまで幅が広い。いずれにしろ、病院で臨床医が虐待が関与した死亡である可能性を疑った場合や、臨床の時点で原因が不明で死因不詳とせざるを得ない場合、司法解剖が検討されることなるであろう。

ただしその際に現状の法制下では、司法解剖に至った事例の臨床医と法医学者との情報共有には大きな壁があると言わざるを得ない。守秘義務を有している医療者同士として取り決めをかわし、情報共有を積極的に行っている地域も存在していれば、全く情報の共有を行っていない地域も存在する。虐待死の見逃しを防止するためには、まずは医療の情報としての臨床情報と法医学情報を包括的に把握した判断を行いうる体制が求められる。

ただし医療情報のみで、必ずしも虐待死の可能性を完全に把握できるわけではない。そのために多機関で把握した情報を共有する枠組みが求められるが、一方で医療機関が虐待死の可能性を疑いながら、検証に至らない事例も医療機関は多く経験している。そのような事例が検証されない状態にとどまる阻害要因を把握することも、極めて重要といえる。

これらの検討を通して、重大な児童虐待事例として検証対象とすべき事例を明確化し、そのような事例を把握するための指針を作成すること、また合わせて重大事例検証自体の限界について明示化することを本分担研究の目的とした。

B．研究方法

H27 年度には、医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の把握に関する状況を確認するため、全国 962 か所の医療機関を対象とした、郵送法によるアンケート調査を実施した。

H28 年度には、乳幼児の予期せぬ突然死における対応に関し、全国の小児科 3 次医療機関 110 か所(小児病院 29 か所+大学病院 81 か所)、および法医学教室 92 か所を対象に、郵送法によるアンケート調査を行った。

また、医療機関における虐待疑い事例が、検証につながらない阻害要因に関するインタビュー調査として、現場で虐待対応を行っている児童相談所職員 5 名、医師 5 名、法執行機関関係者 5 名(警察官 2 名、検事 3 名)の合計 15 名に対し、一人当たり 1 時間~1 時間半の半構造化インタビュー調査を行った。

H29 年度には、H27・28 年度の結果を受けて、ガイドラインの作成を行った。

(倫理面への配慮)

個別事例の詳細につき回答を求めるアンケート・インタビュー調査に際しては、前橋赤十字病院倫理委員会の承認を受け実施した。またその他の調査に関しても、個人を特定しうる情報を完全に外した状態となるようにアンケートを構成し、回答した施設も秘匿化した上で取り扱いを行った。

C．研究結果

H27 年度：医療機関における虐待死の可能性のある死亡事例の把握に関する状況調査
虐待対応組織化率は、50.4%(185 施/回答のあった 367 施設)であった。虐待対応件

数の実数は計 5052 件(平均 16.0 件[0-451 件])であった。

2014 年度単年に発生した死亡事例における、疑い事例を含めた虐待の有病率は 2.4%[24 例]で、その内訳は、虐待の可能性が中等度の事例が 8 例、高度の事例が 5 例、医学的には虐待と判断される事例が 11 例であった。

また不詳死事例のうち 25.2%[32 例]が、不詳死とするうえで疑義や不備が残ると回答された。不詳死事例の中に虐待の可能性があると判断された事例が 19 例存在しており、それらを含めると、全死亡事例中の 3.8%[43 例]が虐待の可能性が臨床現場で危惧されると回答された事例であった。

「虐待の可能性中等症以上の事例と、疑義のある不詳死事例」と判断される本来検証すべき事例は全小児死亡の 6.7%(75/1124 例)存在していた。

2010 年~2014 年度の複数年度調査では、虐待の可能性が高い/確定的な事例(以下、虐待群)、および疑義/不備のある不詳死事例(以下、不詳死群)、総計 156 例の回答を得た。

虐待群では、児童相談所への通告は 65.4%(53/81 例)、警察への通報は 88.9%(72/81 例)で、不詳死群では、児童相談所への通告は 12.3%(9/73 例)、警察への通報は 90.4%(66/73 例)であった。

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

されている、76 例のうち、剖検前に臨床医と法医学者との間で情報交換がなされた事例は 9 例(11.8%)のみで、電話・面会などの直接的交流が 4 例、剖検立ち合いは 1 例のみであった。また、剖検終了後の情報共有は 13 例(17.1%)で、うち電話・面会などの直接的交流が 10 例であった。なお剖検前後共に情報交換がなされていた事例は 4 例のみにとどまっていた。

死亡事例検証の実施に関しては、虐待死群 81 例中、児童相談所通告のあった 53 例では、検証ありは 6 例(非公式の情報交換 4 例)のみであり、検証なしとの回答が 9 例で、「情報の Feedback なく不明」が 31 例であった。

なお不詳死群 73 例においては、検証が実施された事例は皆無であった。

また、その後の司法プロセスに関しては、26 例(32.1%)が転機につき把握されていたが、47 例(58.0%)は情報の feedback がなく転帰不明であった。不詳死群においては、61 例(83.6%)はその後に情報の feedback がなく詳細不明と回答されていた。

H28 年度：乳幼児の予期せぬ突然死(SUDI : sudden unexpected death in infancy)事例の対応に関するアンケート調査

SIDS のチェックリストは未だ臨床医の活用率は半数にとどまり、存在を知らない医師も多かった。一方、法医ではより活用は進んでいた。新法(調査法)解剖に関しては臨床医の 2/3 がその存在をアンケート時に知らず、実際一部の地域を除きほとんどで実施されていないかったが、臨床医も法医も半数近くがより運用されるべきと捉えていた。

CDC が提示している、SUDI 事例の死因調査のための重要事項TOP25 の項目に関して

の、現状の意識に関しては、臨床医も法医学も全体としての認識に特に大きな違いは確認されなかったが、各施設/教室間で死因究明に求められる情報の質や量への認識は極めて様々であった。

H28 年度：医療機関における虐待疑い事例が、検証につながらない阻害要因に関するインタビュー調査

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

H29 年度：ガイドライン作成

「検証対象」「検証対象の把握」「重大事例検証の限界」「虐待死亡防止のポイント：医療の役割」につき、ガイドラインの制作を行った。

作成したガイドラインの草稿については、平成 29 年 12 月 17 日に研究班が実施した研修会である「子ども虐待重大事例検証実践講習会」の場で公表し、フィードバックを得た後に、平成 29 年 2 月に完成と

した。

D．考察

医療機関で虐待死の可能性が強く疑われた事例のほとんどが検証されず、臨床医-法医学連携も乏しく、臨床医にはその後の経緯はほとんどフィードバックのない現状が明らかとなった。法医学・臨床医ともに、SUID 事例に対する現状認識には、大きなばらつきがあり、均霑化された状況にはないことが明らかとなった。

医療機関以外の児相、警察/検察も問題意識を抱いており、多機関での情報共有の基準作り、多機関共同の研修会の開催、検証開催の基準作りなどの必要性を、共通認識として抱いていることが明らかとなった。

ガイドラインを作成することで共通認識の形成は進むであろうが、各機関が検証を行う必要性をどのように捉えているのかを把握し、実際の検証機会を増やしていくためには、実際に多機関が個々の事例ベースに直接的に話し合うことが重要と思われる

E．結論

ガイドラインを作成することで、虐待死の検証は今後促進されていくことが期待されるが、可能な限り見逃し例の発生を防ぐためには、虐待死や不詳死の死因究明の推進やその質の均霑化を進めていくことが不可欠であり、小児死亡全例を多機関連携で検証する「チャイルド・デス・レビュー」の制度の構築を推進していくことが不可欠と思われた。

F．研究発表

特になし

論文発表

○溝口 史剛．チャイルド・デス・レビューの実施に向けて～小児医療者は何ができるか 子どもの死亡事例検証の現状の問題点．小児保健研究 76 巻 6 号 P567-9．

田上幸治，仙田 昌義，○溝口 史剛ら，院内虐待対応組織 (Child Protection

Team:CPT)全国調査．子どもの虐待とネグレクト 19 巻 1 号 P88-96．

○溝口史剛．一次診療場面における、虐待の発見と対応．小児科臨床 69 巻 12 号 P2743-8．

○溝口史剛．夜間・休日の一般病院当直で虐待疑い．小児内科 48 巻 11 号 P1815-8．

森崎菜穂，山岡祐衣，○溝口史剛．チャイルド・デス・レビュー 日本での実現に向けて．周産期医学 46 巻 3 号 P283-6．

書籍発刊

キャロル・ジェニー、溝口史剛・小穴慎二・白石裕子(監訳)、子どもの虐待とネグレクト 診断・治療とそのエビデンス、金剛出版、2017

ポール・クラインマン、小熊栄二・溝口史剛(監訳)、子ども虐待の画像診断、明石書店、2016

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

G．知的所有権の取得状況

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
「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」
研究代表者 奥山眞紀子

「虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究」
研究分担者 溝口史剛 研究協力者 高岡昂太、山岡祐衣、小穴慎二

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

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

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

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

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

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

平成27年10月15日

(問い合わせ先)

〒371-0014 群馬県前橋市朝日町3-21-36
前橋赤十字病院小児科 溝口 史剛
電話：027-224-4585 FAX：027-243-3380
Mail Address：fumizog@gmail.com

■アンケート

本アンケートにおける「虐待死」とは、養育者の意図は問わず、養育者の作為(虐待)により、もしくは継続的な不作為(ネグレクト)により死亡に至ったと思われる死亡ならびに

一時的に目を離したというレベルを逸脱した、養育過誤(監督不全)が死亡に寄与したと思われる事故/中毒死とします。

なお致死的事象から蘇生され、長期間経過した後に死亡した場合でも、養育者の作為/不作為がなければ、児が小児期に死亡することはなかったと思われる場合には、虐待死に含めることとします。

(例：重度の脳軟化症を続発し、嚥下障害を残し誤嚥性肺炎で死亡した)

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

A：疑い事例を含めた虐待の有病率把握のための調査 (単年度調査)

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

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

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

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

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

(なお可能でしたら、**c・d・e** のカテゴリー別にご回答いただきますようお願いいたします)。

A-3a : A1 でご回答いただいた死亡事例のうち、不詳死と死因分類された事例であっても、「虐待の可能性がある」と判断される事例があれば、その事例数をご回答ください。

(なお可能でしたら、**c・d・e** のカテゴリー別にご回答いただきますようお願いいたします)。

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

別表：虐待可能性および不詳死の、カテゴリー分けの指標

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

B：死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査 (複数年度調査)

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

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

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

アンケート回答用紙

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

：虐待疑い事例の有病率把握のための調査（単年度調査）

■部に関しては、可能であればご回答をお願いいたします。

A-1:平成26年度の18歳未満死亡事例数

病死及び自然死 [] 例、外因死 [] 例、不詳死 [] 例

A-2: うち虐待の可能性のあった事例 [] 例

(カテゴリー：c 例、d 例、e 例)

A-3a: うち虐待の可能性のあった事例 [] 例

(カテゴリー：c 例、d 例、e 例)

A-3b: 虐待の可能性はないと判断された事例のうち、別表のgに該当する不詳死事例 [] 例

：死亡事例検証が望ましい事例の実態把握調査（複数年度調査）

事例概要につき下表に記載して下さい。

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

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

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

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

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

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

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

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

・アンケート

1.現状の臨床医学—法医学連携について

1-1：厚労省SIDS 研究班ガイドラインの活用実態に関してお聞きします。
 ガイドラインを 活用している・活用していない(その理由:)

1-2：死因究明・身元調査法に基づく、新法解剖（調査法解剖）について

(臨床医はこちらに回答)新法解剖の存在を知っていた はい・いいえ
 (法医学はこちらに回答)新法解剖について臨床医に宣伝したことがある はい・いいえ
 臨床医も新法解剖の存在について知っていると思う はい・いいえ

*死因を明らかにするため特に必要時には、遺族の承諾がなくとも解剖を実施することができることを定めた法律。公衆衛生の向上が立法趣旨として明記されており、臨床医から法医学者に剖検結果につき照会があった場合、情報共有すべきことが通達されている(丁 捜一発第117号)。

1-3：外表異状のないSUID(突然の予期せぬ乳幼児死亡)事例への望ましい対応につき、貴施設の考えに近いものを選択して下さい。

- () 医師法21条では外表異状がない死体の場合、警察に届け出の義務は必ずしもなく、臨床医が届け出の必要性を選択すべきである。
- () 犯罪死の見逃しの観点から、全例警察に届け出るべきであるが、剖検に関してはAi等を実施し、原因がある程度推察された場合には行う必要はない。
- () 犯罪死の見逃しの観点から、全例警察に届け出るべきである。剖検に関しては原則実施が望ましいが、死因究明が主たる目的であることから監察医による行政解剖が行われている地域では行政解剖、その他の地域では病理解剖や新法解剖として行うべきである。
- () 犯罪死の見逃しの観点から、全例警察に届け出るべきであり、剖検に関しては原則実施が望ましいが、犯罪の可能性が否定できない以上、情報共有に制限が生じたとしても、十分な経費設定がなされている司法解剖として実施すべきである。

1-4：2016年1月1日から12月31日までに経験したSUID事例につきお聞きします

(臨床医)事例数(名、うち解剖例は名[司法解剖名、新法解剖名、行政解剖名、病理解剖名、不明名])
 (法医学)事例数(名、うち解剖例は名[司法解剖名、新法解剖名、行政解剖名、医療施設不搬送例名])

監察医制度での行政解剖 *病院外で死亡と判断された事例1-

5：以下はCDCが提示している、SUID事例の死因調査のための重要事項のTOP25を示したものです。現状で十分に把握できている項目に○を、臨床医学—法医学連携が進まないかぎりの確かな情報が得ることが困難と思われる項目に△を、臨床医学—法医学連携が進んでも警察・行政などの多機関連携が進まない限りの確かな情報を得ることが困難と思われる項目に△を、それぞれ記載してください。

1	事例の基本情報(氏名、生年月日)	14	健康食品 / 民間療法への傾倒の有無
2	窒息を疑う状況の有無	15	SIDS以外の内因死の可能性を疑わせる状況の有無
3	睡眠環境における底面性状(どこに寝かせていたか)や掛物の有無 / 性状	16	同胞の死亡の有無
4	睡眠環境が最近変化したか否か	17	生前の児童相談所係属歴や警察通報歴の有無
5	環境温と死亡児の発見時体温	18	臓器 / 組織提供のオプション提示の有無やそれに対する養育者の反応
6	環境上のリスク(一酸化炭素や化学物質への暴露の可能性など)	19	剖検の申し出に対する養育者の反応
7	その他の安全とは言えない睡眠環境の有無	20	蘇生時に実施された医療行為の内容
8	栄養 / 食餌状況	21	臨床現場での外傷死 / 薬毒物中毒の可能性を示唆する情報の有無
9	最近の医療機関受診状況	22	養育者の態度などの臨床現場情報
10	生前に診断を受けていた疾病名	23	社会的状況などのその他の懸念すべき状況の有無
11	ALTEの既在の有無	24	養育者が死亡に関して説明した内容
12	生前に未診断であった医学的状態	25	担当した法医学者や臨床医の情報(所属 / 氏名)
13	転落やその他の受傷の有無		

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

分担総合研究報告書

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

地方公共団体による重大事例検証における提言が十分に活かされていない状況に対し、重大事例検証における問題点を整理し、より現実的かつ具体的な提言が行えるような新しい検証方法論を提唱した。さらに、検証を有効に行うために必要とされる医療情報に関しても整理し、提唱した。

まず、厚生労働省「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」による報告書（6年分）で指摘されている地方公共団体の検証に関する問題点を検討した。毎年度、指摘されているものとして、『今後の対策・提言が、子ども虐待予防に関する一般的な記載に終始し具体性に乏しい』という事項があった。この問題点の背景には、検証作業が、死亡自体の検証ではなく、虐待の検証となっており、結果として、結論も虐待の予防となってしまうことがあると考えられた。

そこで、具体的で地方公共団体の実情に合った提言を行うために、死亡の検証と虐待の検証を分けて考える新しい検証方法を開発した。死亡の検証は、該当事例の死亡を予防するためにその自治体で何をすればよかったのかを検討するもので、当該事例に限定して考えることにより、事例と関わった自治体で実施可能な具体的な対策を提言できるようにするという考え方である。地方公共団体から公表されている既存の検証報告書にある重大事例をこの新しい方法で検討したところ、既存の報告書とは異なる具体的で実際的な対応策を考えることができ、新しい検証方法は、これまで指摘されてきた検証に関する問題点を一定程度改善できる可能性があると思われた。

最終的には、子ども虐待に関わる地方公共団体関係者を対象に新しい検証方法を紹介する場を設定し、そこで出された意見を踏まえて改訂を行い、死亡に限らず重症事例など重大事態の検証と虐待の検証を分けて行う新しい検証方法、及び検証に必要なとされる医療情報をまとめた。

研究1：地方公共団体における検証の問題
点の検討

A．研究目的

虐待死亡事例の検証が10年以上にわたっ

て実施されながら、検証結果が現場に必ずしも活かされていないことが指摘されている。その背景要因を明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

厚生労働省の「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」（以下、検証委員会）が、毎年度公表している『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について』（以下、死亡事例等報告書）において指摘されている問題点を検討した。第6次（平成22年発表）から第11次（平成27年発表）の6年分の報告書を対象とした。第6次の検証より、検証委員会を対象とする死亡事例の対象期間が4月から3月の年度に固定され、現在まで続いており、検証体制が固まったと考えたことによる。

<倫理面への配慮>

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

C．研究結果

6年間の検証委員会による報告書で、地方公共団体における検証に関しいろいろな問題点が指摘されていた。それらは、対象とした年度の死亡事例に特化した内容のものと、死亡事例の検証全般に関わるものに分けることができた。そこで、検証全般に関するもので、複数年次にわたり指摘されていた問題点を検討した。

複数年次で指摘されていた問題は、委員構成、実施体制、検証対象、検証方法、検証内容、対策・提言などであった。この中で、6年間の毎年度指摘されていたのは、対策・提言に関する以下の事項であった。

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

D．考察

今回、今後の対策・提言が、子ども虐待予防に関する一般的な記載に終始し具体

性に乏しいという問題は、毎回のよう指摘されていることが明らかとなった。実際、地方公共団体による検証報告書であげられている提言の中には、子ども虐待への対策や予防として一般的に言われている内容と同様のものが多く見られていた。

この指摘は、極めて重要なことと思われた。一般的な虐待予防対策や提言であれば、少なくともその部分に関しては報告書を読むまでもないことである。このことが、死亡事例の検証が有効に活用されていない要因の大きなものの一つとして考えることができると思われた。こうした事態の背景として、有効な検証の方法が周知されていないことがあることが推測された。実際、死亡事例の検証を行ったある地方公共団体の関係者から、検証の具体的なやり方についてよく分からないことがあったという声も聞かれた。

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

E．結論

地方自治体における虐待死亡事例の検証

証では、虐待の検証が中心となっており、結果として、死亡の予防ではなく、虐待の予防に関する検討、提言が主な結論となっていると思われた。こうした状況の改善のためには、これまでと異なる視点からの具体的な検証方法の開発が必要と思われた。

研究2：新しい検証方法の検討

A．研究目的

研究1において、これまでの検証方法に共通する問題として、検証作業が、死亡自体の検証ではなく虐待の検証となっており、結果として結論も虐待の予防となってしまうことが明らかとなった。

この結果を受け、死亡の検証と虐待の検証を分けて行う方法の試案を作成することを目的とした。

B．研究方法

エキスパート・コンセンサス法により、死亡の検証と虐待の検証を分ける方法試案を考案した。

さらに、虐待死亡例の検証に関わったことのある保健師に、方法試案による検討を依頼した。対象としたのは、公表されている地方公共団体による死亡例検証報告書である。事例の概要をもとに、方法試案による事例の整理および今後の対応策の検討をしてもらった。

<倫理面への配慮>

方法試案の有用性検討には、すでに公表されている報告書を用いた。また、特定の地方公共団体が類推される記述は避けた。

C．研究結果

・新検証方法試案の作成

研究1の結果を踏まえ、死亡の検証と虐待の検証を分ける方法試案を作成した。先

ず、死亡事態の防止に焦点化した検証を行い、次に虐待の防止を検討するという考え方である。検証の具体的な項目は以下の用に整理した。

- 1．死亡予防に焦点化した検証
 - (1)死亡に至った経緯の整理
 - (2)死亡を防げた可能性のある時点・介入方法の検討
 - (3)防止の可能性が推測された時点で介入していない要因の検討
 - (4)今後の対応策に関する検討
 - (3)であげられた要因を改善するための対応策の検討
- 2．虐待予防のための検証
 - (1)虐待に至った要因・経緯の整理
 - (2)虐待を防げた可能性のある時点・介入方法の検討
 - (3)防止の可能性が推測された時点で介入していない要因の検討
 - (4)今後の対応策に関する検討
 - (3)であげられた要因を改善するための対応策の検討
- 3．今後に向けての対策・提言
 - (1)虐待死の予防に向けて
 - (2)虐待の予防に向けて

・方法試案の検討

既存の死亡例報告書をもとに、方法試案を用いた検討による対策・提言を、既存報告書の対策・提言と比較した。

対象事例：3歳 男児

死亡原因 急性硬膜下血腫

既存検証報告書での対策・提言例（抜粋）

- ・最も効果的な援助方針を策定することのできる会議運営が求められる。
- ・事例研修等を組み込んだ研修システムを構築することが必要である。
- ・措置解除の適否について、社会福祉審

議会児童福祉専門分科会措置専門部会に諮るべきである。

方法試案による対策・提言例（抜粋）

- ・関係組織共通のチェックリストを作成し、個別ケース検討会議で虐待リスクを判定し、措置解除について検討する。
- ・措置解除数日以内に家庭訪問を行い、その後は、週1回の家庭訪問を行う。
- ・情報共有のための共通の報告書の様式を作成する。

なお、両対策・提言において、語尾に以下のような違いが認められた。

既存報告書

- 「・・・求められる。」
- 「・・・必要である。」
- 「・・・べきである。」
- 「・・・求められる。」

方法試案による検討

- 「・・・する。」
- 「・・・を行う。」

D．考察

今回、死亡の検証と虐待の検証を分けて行う検証方法試案を提案した。

これまでの検証では、なぜ死亡事態までになってしまったか、なぜ死亡を避け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で有用な対応策があげられにくいことが考えられる。死亡事例では、0日齢の死亡事例を除き、ほとんどは、虐待の結果としての死亡であり、加害者が最初から殺意を持って子どもを殺した事案ではないからである。したがって、なぜ起こったか、なぜ避けなかったかという問いかけは、なぜ虐待が起こったか、なぜ虐待を避け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。

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、『なぜ避けなかったのか』ではなく、『いつ、何をすれば防げたか』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。具体的な介入方法があげられていることから、提唱される対策も具体的な内容となりやすくなると考えられる。

実際、既存の死亡例報告書を対象としてこの方法試案を用いて検討を行ったところ、提言内容が既存報告書の提言よりも具体的な内容に変化していた。

以上、今回の方法試案は、死亡例の検証に有用である可能性が高いと思われた。

E．結論

死亡の検証と虐待の検証を分けて検討する方法は、既存の検証方法に比べ、より具体的で実証的な対策を考えやすい方法となる可能性が高いことが示された。

研究3：検証のための手引きの作成

新しい検証方法と必要な医療情報

A．研究目的

『重大事例検証委員会のための手引き』の新しい検証方法と必要な医療情報の内容をまとめる。

B．研究方法

子ども虐待事例に関わっている地方公共団体及び関係組織の人を対象に、新しい検

証方法を解説し、収集した意見を踏まえ、
検証方法の改訂を行った。

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

C. 研究結果

新しい検証方法に関して、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。なお、作成した内容については別添を
参照。

D. 考察

新しい検証方法は、質疑応答も含めて解
説することで、そのやり方が理解されるこ
とが推測された。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

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。

研究1～研究3について

F. 研究発表

1. 論文発表

本研究に関するものはなし。

2. 学会発表

本研究に関するものはなし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

