

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

地方公共団体が行う子ども虐待事例の  
効果的な検証に関する研究

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 奥山 眞紀子

平成 28 (2017) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究

研究代表者 奥山眞紀子 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

目次

・ 総括研究報告	
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	
(奥山眞紀子) ……	1
・ 分担研究報告	
1. 地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の小児医学的側面に関する研究	
虐待死亡事例検証に関する新しい方法論の提唱	
～死亡の検証と虐待の検証を分ける方法論の検討～	
(宮本信也) ……	11
2. 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	
(相澤 仁) ……	17
3. 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	
(奥山眞紀子) ……	57
4. 地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の保険的側面に関する研究	
(中板育美) ……	67
5. 虐待死亡事例の親・家族の心理・社会的特徴	
: 子どもの虐待死を予防するためのソーシャルワーク及び心理面接のあり方	
(西澤 哲) ……	77
6. 虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究	
1) 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	
2) 乳幼児の予期せぬ突然死における法医学-臨床医学連携のあり方に関するアンケート調査	
～現状の臨床医学 - 法医学連携について～	
(溝口史剛) ……	89
7. 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	
(内ヶ崎西作) ……	111
・ ワークショップ・シンポジウム 防げる死から子どもを守るために	
～虐待死の検証からすべての子どもの死の検証へ～	…… 122
・ 研究成果の刊行に関する一覧表	…… 161



## ・ 総括研究報告



## 研究要旨

### 【目的】

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

### 【研究方法および結果】

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

#### 1. ガイドライン作成に関して

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

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

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

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

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

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

#### 2. より効果的検証への提言作成に関する研究

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

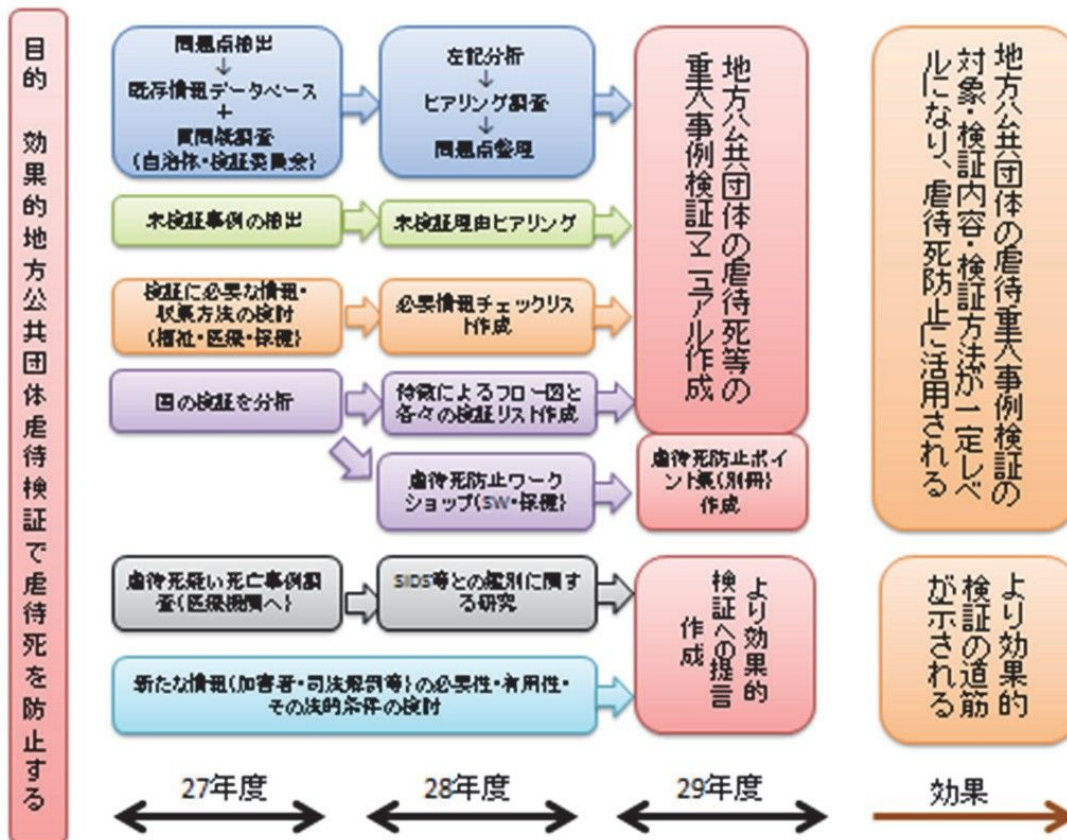
察、司法、福祉への半構造化面接により、検証に至らない要因が明らかになった。疑いがあった場合の対応方法に関して具体的な方法を提示する必要がある。

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

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

【考察】

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



研究代表者

奥山眞紀子 国立成育医療研究センター  
副院長 / こころの診療部部长

研究分担者

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

中板育美 公益社団法人日本看護協会  
常任理事

西澤 哲 山梨県立大学人間福祉学部教授  
溝口史剛 前橋赤十字病院小児科副部長  
内ヶ崎西作 日本大学医学部  
社会医学系法医学分野准教授

## A．研究目的

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

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

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

## B．研究方法

### ．手引き作成に関する研究

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

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

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

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

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

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

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

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

．より効果的検証への提言作成に関する研究

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



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

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

## C. 研究結果

### . 手引き作成に関する研究

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

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

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

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

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

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

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

・より効果的な検証への提言作成に関する研究

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

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

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

## D. 考察

・ガイドライン作成に関して

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

## 1. 検証の視点と検証方法

1) 検証の目的を明確に意識できるような記載が必要

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

1) 検証の運営主体

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

2) 検証委員会・検証委員

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

## 3. 検証の範囲

1) 虐待かどうかの疑問がある症例

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

Review があれば解決できる問題である。

## 2) 死亡事例以外の重大事例

これまででも、死に至る可能性があり、障害を残した事例、性虐待の事例、長期監禁事例などの特殊な事例が検証の対象となってきた。検証を行うことで対応の方法を明らかにできるなら、積極的に検証を行うべきである。ただし、被害を受けた子どもは生存しているため、プライバシー保護をどのように行うかを提示すべきである。 4 .

### 検証に必要な情報

#### 1) 集めるべき情報

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

加えて、今年度は、検証に提示されることが重要となる母子保健情報に関して入力できる様式案を提示した。こちらも更に検討を加えてガイドラインに掲載する。 2 )

#### 必要な情報だが手に入れにくい情報

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

#### 3) 加害者面接

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

#### 4) 家族への面接

残されたきょうだいがいる場合は加害者でない家族や拡大家族への面接が行われることがあるが、それまでの経過を聞くことは少ない状況である。家族や拡大家族に対しては、グリーフケアを行うことを前提とし、その上で、子どもの死を無駄にしない目的を理解していただいて情報を得る必要がある。その点についても言及する。 5 .

### 分析のあり方

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

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

### 6. 報告書について

#### 1) 報告書の公開に関して

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

また、現場での検証に関しても、その内容をまとめた報告書を作成すべきであるが、そちらは公開とはせず、現場の研鑽に役立てることが望ましいと考えられる。 2 )

#### 提言のあり方に関して

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

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

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

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

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

・より効果的検証への提言 1. 現状の重大事例検証に関しての提言

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E 健康危険情報  
なし



## · 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）

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の小児医学的側面に関する研究  
虐待死亡事例検証に関する新しい方法論の提唱  
～死亡の検証と虐待の検証を分ける方法論の検討～

分担研究者 宮本信也 筑波大学人間系教授

研究要旨

2015 年度の検討において、地方公共団体による死亡事例検証が虐待の検証という視点から行われており、そのため、対策・提言が一般的な内容に留まっていることを指摘した。今回、この問題を解決するために、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今後可能な対策を提言するものである。当該事例の死亡に焦点化することで、具体的な対策を考えることができる。検討の具体的方法としては、事例の死亡までのできごとを時系列で並べ、その中で死亡を防げたと思われる時点を抽出、その時点で何をしていたら死亡を防げた可能性があるかを検討するという方法を提唱した。既存の検証報告書をこの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の対応策を考えることができた。死亡の検証と虐待の検証を分けて考える方法は、死亡例の検証を有意義に行える新しい方法として期待できると思われた。

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。その背景を探るため、2015 年度は地方自治体による死亡事例検証報告書に関して指摘されている問題点を検討した。その結果、毎年度、指摘されている問題として、『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』という点があった。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

っていることがあると考えられた。

今回、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に、検討を行った。

B．研究方法

エキスパート・コンセンサス法により、死亡例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、新検証方法試案による検討を依頼した。対象としたのは、すでに報告されている自治体の死亡例検証報告書である。事例の概要をもとに、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。

今回の検討において、倫理面では以下の配慮を行った。試案の有用性検討には、自治体によって公開されている死亡例検証報告書を対象とした。また、当該自治体が特定されないよう事例概要の一部修飾を行った。

## C. 研究結果

- ・新検証方法試案の作成
- 検討により、以下の試案を作成した。

### 虐待死亡例検証のための新方法試案

#### 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

- 1) 時系列順に死亡に至る出来事を記載  
死亡事例に限定して行う。

死亡事例の出生時から死亡までの経緯を整理。

具体的な出来事を中心に整理。

その出来事を知るに至った経緯（誰が、どのようになど）も併記。

その出来事へ対応している場合は、その対応についても併記。

##### (2) 死亡を防げた可能性の検討

死亡を防げた可能性のある時点を検討  
以下のような問いかけを自らに対して  
行い、検討。

「この時点で介入していれば防げたかもしれないと思われる日時があるか？」

死亡を防げた可能性があると考えられる理由

「その時点のどのような状況から、防げる介入ができたかもしれないと考えられるか？」

死亡を防げた可能性のある介入方法の  
検討

死亡を防げたと思われる介入方法を具体的にあげる。

「この時点で、こうした介入をしていれば防げたのではと思われる対応があるか？」

例

日時：

年 月 日：保健師の家庭訪問時。

理由：

このとき子どもはすでに体罰を受けていたので、子どもに会っていれば、そのことに気づき、危機介入策が取られたのではないかと思われる。

介入方法：

子どもの目視。

介入のための緊急ケース会議。

危機介入・・・母親との面接を週に3回  
(月曜・水曜・金曜)実施。

面接で再度の体罰が確認された場合は、一時保護実施。

##### (3) 死亡を防げなかった要因の検討

その時点で介入できなかった背景の検討

上記想定される日時点で適切な対応がされなかった要因を検討。制度、人員配置、認識状況、その他考えられる要因を全て列挙。また、可能な範囲でそうした要因が生じている背景についてもあげる。

例

年 月 日に関して

考えられる要因1：

保健師の認識不足

推定される背景：

虐待事例との認識がなかった。

児相の情報が保健師に伝えられていなかった。

子どもを目視することの重要性の知識

がなかった。

養育困難事例への対応の研修がされていなかった。

考えられる要因2：

家庭訪問結果の検討不足

推定される背景：

家庭訪問した場合、その内容を検討する体制がなかった。

(4)今後の対応策に関する検討

阻害要因に対する具体的な改善策の検討

「(3)」で整理された要因を改善するための対応策を検討。死亡事例が出た地域で実施可能な具体的な工夫・体制・制度など。その際、こういうことができたらいいなという要望ではなく、これならできると考えられる事柄をあげる。

阻害要因改善のために自治体・国に要望したい事柄の検討

例

虐待関連情報を共有できる体制の構築

県内児童相談所は、関わっている虐待事例について相互に連絡することとする。その方法として、以下の体制を構築する。

県庁内に児童相談所個別のメールボックスを設置、新規事例についてはその都度、継続事例については、月1回、状況報告を投函する。

報告のためのフォーマットを作成する。そのフォーマットは、事例の進行表としてそのまま使える形式とする。

2. 虐待予防のための検証

死亡事例の検証報告なので、虐待予防に関しても死亡事例に限定して検討するのが現実的なため、虐待予防も死亡事例に関して検証する。

ただし、虐待に至る経緯・予防対応に関しては、家族全体の情報が重要になるため、経緯や背景要因については、死亡事例に限定せずに家族全体の情報を整理する。

(1)虐待に至った要因・経緯の整理

1)時系列順に虐待に至る出来事を記載  
死亡事例に限定せずに整理。

きょうだいへの虐待があった場合、実父母以外の虐待者がいた場合、それも含める。

具体的な出来事を中心に整理。

その出来事を知るに至った経緯（誰が、どのようになど）も併記。

その出来事へ対応している場合は、その対応についても併記。

(2)死亡事例への虐待を防げた可能性の検討

死亡事例への虐待を防げた可能性の検討

以下のような問いかけを自らに対して行い、検討。

「死亡事例への虐待を防げたかもしれないと思われる時期はあるか？」

死亡事例に対する虐待を防げた可能性があると考えられる理由

「その時点のどのような状況から、防げる介入ができたかもしれないと考えられるか？」

虐待を防げた可能性のある介入方法の検討

虐待を防げたと思われる介入方法を具体的にあげる。

「この時点で、こうした介入をしていれば防げたのではと思われる対応があるか？」

例

日時：

年 月～ 月：きょうだいへの虐待対応実施時期。

理由：

5歳の兄への虐待判明時点で、当時生後5か月の本児の養育状況を詳細に検討していれば、養育支援や危機介入を検討できたのではないかと思われる。

介入方法：

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

### (3)虐待を防げなかった要因の検討

その時点で介入できなかった背景の検討

上記想定される日時で適切な対応がされなかった要因を検討。制度、人員配置、認識状況、その他考えられる要因を全て列挙。また、可能な範囲でそうした要因が生じている背景についてもあげる。

例

年 月～ 月に関して

考えられる要因：

児童相談所の認識不足

家族全体への養育支援の視点が乏しかった。

推定される背景：

役割分担して、家族支援をする視点がなかった。

要保護児童対策地域協議会での実質的検討がされなかった。

検討事例数が多く、個別案件の検討時間が十分取れていなかった。

### (4)今後の対応策に関する検討

阻害要因に対する具体的な改善策の検討

「(3)」で整理された要因を改善するための対応策を検討。地域で実施可能な具体的な工夫・体制・制度など。その際、こういうことができたらいなという要望ではなく、これならできると考えられる事柄をあげる。

阻害要因改善のために自治体・国に要望したい事柄の検討

例

養育困難事例への対応の役割分担体制の構築

役割分担体制のリスト作成

養育支援に関する地域資源と役割・連絡先の一覧を作成する。

年に1回、役割分担に関する協議会を開催する。

要対協での実質的検討時間の確保

新規事例については、協議会の最初に30分の時間を確保する。

### 3. 今後に向けての対策・提言

(上記「1」と「2」の(4)の部分を整理し、追加して再掲でもよい)

#### (1)虐待死の予防に向けて

1)死亡を防げなかった要因への具体的な改善策の整理

2) 地域(あるいは、 県)において実施すべき対策・提言

(当該地域において実施すべき具体的な対策・提言。つまり、検証した私たちが今後しなければならないことを整理して記載)

#### 3)行政が考えるべき対策・提言

(自治体向け、国向けに要望したい事柄を整理して記載)

#### (2)虐待の予防に向けて

1)虐待を防げなかった要因への具体的な改善策の整理

2) 地域(あるいは、 県)において

て実施すべき対策・提言

(当該地域において実施すべき具体的な対策・提言。つまり、検証した私たちが今後しなければならないことを整理して記載)

3) 行政が考えるべき対策・提言

(自治体向け、国向けに要望したい事柄を整理して記載)

・ 試案の検討

既存の死亡例報告書をもとにした、新検証方法試案による検討結果は以下のようであった。なお、以下の事例概要は、報告書が特定されないよう一部修飾を加えている。

死亡事例 3歳 男児

死亡原因 急性硬膜下血腫

加害者 実父

経過

4か月 慢性硬膜下血腫・眼底出血

児童相談所は、在宅支援の方針

8か月 大腿骨骨折

一時保護から施設入所

3歳 措置解除により家庭復帰

復帰3週間目に死亡

検証報告書での提言内容例(抜粋)

児童相談所

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。

県

当該職員の専門性向上を支援すべきである。

市町村

組織的対応が可能となる体制の構築が必要である。

施設

援助方針について、児童相談所に意見を伝えるシステムが必要である。

医療機関

初期の段階で虐待かどうかの判断ができる体制を整備することが望まれる。

新検証方法試案による提言例(抜粋)

虐待ケースを解除するときの体制の構築

措置解除にあたっては、個別ケース検討会議において決定する。

関係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する。

泣き声通告時の対応

泣き声通告があった場合、48時間以内に公的機関が必ず児童の安全確認をする。措置解除後の支援

措置解除数日以内に家庭訪問をする。それ以降は、児童相談所、市町村、施設でそれぞれ週1回、家庭訪問を行う。家庭訪問時のチェックリストを作成する。

情報共有のための共通の報告書の様式を作成する。

両提言の異なる点

両提言において、提言の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。」

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。既存の死亡例報告書を対象として、この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。また、提言された文章の語尾をみると、既存報告書では要望的な表現が多いのに対して、試案による提言では自分たちが行うというより前向きとも思われる表現となっていた。試案において、対策を検討するときに、要望の形式ではなく、できるだけ自分たちができることを書くように例示していることが反映されたためと思われた。

以上の結果より、今回の試案は、有効な死亡例の検証を行うことに有用である可能性が高いと思われた。一方、今回の試案は、箇条書きとなっており、これだけでは分かりにくいところもあると思われ、今後、解説文も含めた手引きの形式に整えることが必要とも思われた。

#### 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。今後、この方法論を基にした死亡例検証のための手引きの作成していきたい。

#### F．研究発表

##### 1．論文発表

本研究に関するものはなし。

##### 2．学会発表

本研究に関するものはなし。

#### G．知的財産権の出願・登録状況

##### 1．特許取得

該当なし

##### 2．実用新案登録

該当なし

##### 3．その他

該当なし

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

分担研究報告書

地方自治体における死亡事例等検証のあり方に関する研究

研究分担者 相澤 仁 大分大学福祉健康科学部 教授  
研究協力者 岩野 卓 大分大学福祉健康科学部 特任講師

研究要旨

1. アンケート調査

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（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 98.1%、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

また、本年度は、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。

### 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 >

おのおののデータについては、各地方公

共団体を特定できない形で収集を行った。

## C. 研究結果 1.

### アンケート調査結果

#### 1) 回収率

69 力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 力所（27 年度 56 力所、28 年度 1 力所）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 年の間に各地方自治体において発生した虐待死亡事例発生件数であるが、11 年間で発生した件数が 2 件という自治体が最も多く 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例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98.1%、次いで弁護士で96.2%、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。(表6-3-1)

#### 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、状況から事例が特定されやすく、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の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 92.7%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 58.5%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が含まれている地方自治体は 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進展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 ( $t=1.47, p=.15$ )、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 ( $t=.10, p=.92$ )。しかし、事例発生件数を共変数、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 ( $F=1.63, p=.21$ )、共変数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。

その上で、次年度においては、その検討を踏まえ、検証ガイドラインを作成することである。

#### 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

該当なし

○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

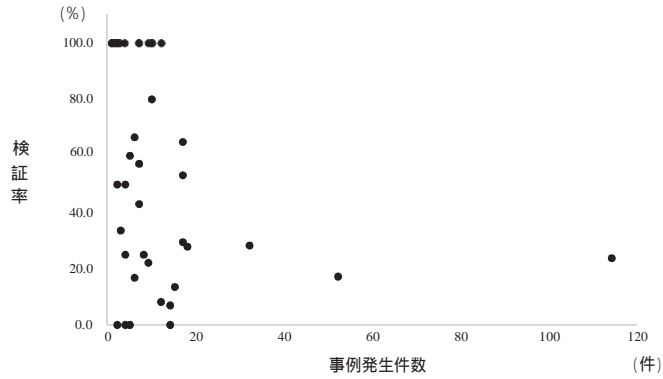


図1-1 虐待死亡事例と重大事例の合計発生件数と事例検証率の散布図(相関係数 $r=-.80$ ,  $p<.00$ )

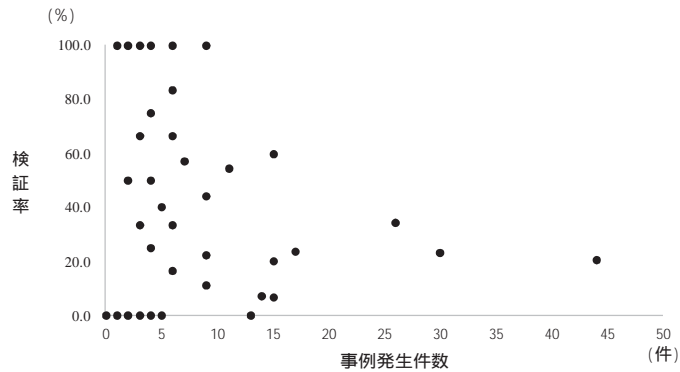


図1-2 虐待死亡事例の発生件数と事例検証率の散布図(相関係数 $r=-.67$ ,  $p<.00$ )

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	<i>t</i> 値	<i>p</i> 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

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	<i>t</i> 値	<i>p</i> 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

## 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	66.0
1	14	26.4
2	4	7.5
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(分)

	自治体数	%
～ 59	0	0.0
60 ～ 89	7	14.6
90 ～ 119	8	16.7
120 ～ 149	28	58.3
150 ～ 179	3	6.3
180 ～	1	2.1
回答数	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
キ その他	1	2.0
ク 高等学校	6	12.0
ケ 母子保健部署	44	88.0
コ 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 各児童相談所,市町村児童福祉担当等の組織図

準備	自治体数	%
している	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分析・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

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最終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分別作成

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談の強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談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強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 提言による問支援や育児相談機能など市町村の母子保健機能強化への効果

効果	自治体数	%
つながった	16	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 提言による市町村児童相談体制強化への効果

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

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

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



表11-11 提言による市町村単独事業創設への効果

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

表11-12 提言による市町村の児童虐待対策予算拡充への効果

効果	自治体数	%
つながった	7	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表

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

---

貴自治体で各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数

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

公表した報告書数 1.

平成16年度以降に公表した報告書数 ( )

添付して頂きたい資料

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

ヒアリングへの協力

本研究班が今後実施するヒアリング調査に協力していただけますか。

ア する

イ しない

## アンケート調査票

および( )に回答をご記入ください

## 1. 検証委員会の運営

## 1) 検証委員会の所管部局

1) 

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

## 2) 検証委員会の予算

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

2) 

## 2. 検証組織

## 1) 組織の設置状況

ア. 常設している イ. 常設していない

1) 

## 2) 組織の所属

2) 

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

## 3. 検証委員の構成

## 1) 検証委員の人数 全体： 名

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

## 2) 検証委員の職種

大学の研究者 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 研究機関の職員 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 弁護士 ..... 名(うち職員 名、職員OB 名)  
 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

ア. している イ. していない

1)

又は のうち、関係機関の関与の状況により判断したケースを対象に

ア. している イ. していない

1)

その他のケースを対象に

ア. している イ. していない

1)

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

ア. 実施している イ. 実施していない

2)

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

ア. 諮っている イ. 諮っていない

3)

5. 会議の開催

5)

ア. 死亡事例が発生した場合に当該事例の検証のために開催している。

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

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

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

## 6. 検証方法

## 1) 検証会議

1回の検証会議時間 平均( )分

1つの事例に対する検証会議の開催回数

最少回数( )回 最大回数( )回 平均( )回

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

ア. 定められている イ. 定められていない

1)

## 2) 調査

ヒアリング調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

2)

現地調査は原則 ア. 実施している イ. 実施していない

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

2)

その他必要な調査 ア. 実施している イ. 実施していない

その他必要な調査とは( \_\_\_\_\_ )

(実施していない場合はその理由 \_\_\_\_\_ )

2)

## 3) 事例検証

3)

ア. 検証はすべての事例について事例ごとに行っている。

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

## 7. 検証の進め方

## 1) 検証の進め方の説明

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

ア. 説明している イ. 説明していない

1)

## 2) 情報収集

国が示した「子ども虐待による死亡事例等の検証調査票」に基づいて、情報収集を

ア. している イ. していない

2)

に加え、必要な情報については、関係機関などから情報収集を

ア. している イ. していない

2)

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

ア. 医療機関 イ. 警察 ウ. 保育所 エ. 幼稚園 オ. 小学校

2)

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

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

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

## 3) 事例検証のための資料

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

## 4) 確認事項

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

## 5) 事実関係の明確化

- 関係機関ごとのヒアリングに原則として検証委員は、  
ア. 参加している イ. 参加していない 5) -
- ヒアリングは当該事例に直接関与した、ないし直接関与すべきであった組織の者以外の者が  
ア. 実施している イ. 実施していない 5) -
- ヒアリングの対象者は、関係機関の所属長あるいはそれに準ずる者を



- ア. 対象としている イ. 対象にしていない 5)
- 転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象としてヒアリングを
- ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- ヒアリングは状況に応じて、場所を選択して
- ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- 事例を担当していた職員の心理的支援について必要に応じて組織的に、
- ア. 取り組んでいる イ. 取り組んでいない 5)
- 児童の生活環境等を把握するために、必要に応じて検証委員による現地調査を
- ア. 実施している イ. 実施していない 5)
- 保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録の閲覧請求を
- ア. している イ. していない 5)

## 8 . 問題点・課題の抽出

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

## 9 . 提言

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

## 10 . 報告書

### 1) 報告書

- 報告書は、公表する報告書と関係機関用の報告書とを分けて、
- ア. 作成している イ. 作成していない 1)
- 検証委員が報告書を検討、精査した後に、事務局の立場から調整し、表現を修正したことが
- ア. あった イ. ない 1)

事例によっては、有意義な検証をするために「中間報告書」といった報告書を

ア. 作成している イ. 作成していない

1)

2) 公表

検証した事例のすべての検証結果を、

ア. 公表している イ. 公表していない

2)

3) 広報

報告書は、地方自治体のホームページに公表を

ア. している イ. していない

3)

児童相談所など関係機関の職員に、報告書を

ア. 配布している イ. 配布していない

3)

児童相談所など関係機関の職員を対象に、報告書を資料にして研修を、

ア. 実施している イ. 実施していない

3)

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 奥山眞紀子）

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証に資するマニュアル等の作成に関する研究

分担研究者 奥山眞紀子 国立成育医療研究センター 副院長/こころの診療部 部長

研究要旨

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

昨年度抽出した問題点に関して、ガイドラインに加えることの整合性を検討した。その結果、検証の目的の徹底、分析のあり方、提言のまとめ方に関してはガイドラインに協調できる形で加え、心理的背景は考えられる心理機序を提示し、それらに当てはめて考えていくことができる形をとる必要があると考えられた。情報収集に関して、法的もしくは財政的根拠が必要なものに関しては提言としてまとめることとした。

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

昨年度提示した情報の入手先（アクセス先）を提示した。

3. 特徴項目別の検証のあり方に関する研究

年齢毎の必要情報を提示し、それに加えて、死亡要因（暴力、ネグレクト、無理心中）によって必要な情報および、要保護・要支援（通告ケース、要保護・要支援ケース、DV ケース、関与機関なしケース）に関しての必要情報を提示した。

1. 地方公共団体の検証における問題点の解決に関する研究

A. 研究目的

昨年度抽出した問題点に関して、どのような解決法があるかを提示する。

B. 研究方法

分担研究者及び検証委員を務めている研究協力者によって、昨年度抽出された問題点に関して、解決策について検討した。なお、今年度行っている各都道府県のヒアリングの内容も参考にした。

また、昨年度も行った警察情報を含めた検討を行っている県での聞き取りを行い、現状について議論を行った。

< 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

昨年度抽出された問題点に関して、どのように解決すべきかを検討した。

1) 都道府県事務局の検証目的意識

今年度のヒアリングからも、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かった。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」という目的を明確にすることが重要

ただし、「虐待死の検証」として公表すると「虐待死」と定義することになることから、「虐待死」という言葉を使わない方法を検討する必要がある

子どもの死や痛みを無駄にしないという意味では、公表にこだわらず、関わった機関を中心とした検証も意味があることを伝えるべきである。

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ていた。検証委員会の自立性を明確にすることも重要と考える。

## 2) 情報収集の壁

### (1) 守秘義務に関して

検証に際して、係わった機関が亡くなった子どものみならず家族に関する情報を提供することが守秘義務違反にならないという法的な根拠がない。現在は、医療機関などはそれなりに提供してくれているところもあるが、親の精神科受診歴などはなかなか提供をお願いするのが難しい状況である。何らかの根拠が必要であり、提案が必要である。

一つの方法として、要保護児童対策地域協議会の役割に死亡事例検証を入れ、要保護児童対策地域協議会の枠組みを使った守秘義務を課し、関係機関以外にはその部分を省いた公表にするなどの工夫が必要となろう。

### (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が、法的な枠組みを検討することを提言することが必要と考えられた。

## 3) 警察情報に関して

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、警察情報のみの限界も明らかになった。警察も検証に加わり、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。

上記と同様、要保護児童対策地域協議会の枠組みを使って検証し、公表に関して工夫することが望ましいと考えられた。

## 4) 心理的背景の把握がなされていない

心理的背景を知るには、加害者面接が重要である。昨年度の西澤研究分担者の報告を見ても、その通りである。ヒアリングにおいても、検証委員からその必要性が指摘されたが、検察と協議してその時は実施しなかったという県もあった。残されたきょうだいがいる時には、児童相談所としてもその面接は欠かせないはずであり、積極的に行って、心理的プロセスを明らかにすることで、残されたきょうだいへのケアマネージメントを有効にすべきである。

一方、残された家族へのアプローチも重要である。できれば、残された家族も含めて検証をすべきである。海外ではCDRにおいて、その方向性が出されており、グリーフケアも含めて行う方向性が重要と考える。

## 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。

## 6) 提言のまとめ方

どういう理由で提言に結びついたのかが明確になるようなあり方を提示する。

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提示する必要がある。

#### D．考察

昨年度提示した問題点を解決する方法として

1．手引きを作成する中に盛り込むことで解決できるもの

2．制度的裏付けが必要なもの

3．制度を変えるまでに至らなくても、他の行政機関（警察や司法）との調整が必要なもの

に分けることができる。

手引きに盛り込むことで解決できるものは手引きに盛り込み、その他は提言に盛り込む方向で検討する必要がある。

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

昨年度提示した必要情報に関して、どのようなアクセスが必要かを検討して、提示した。

##### 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て提示したものをもとに、どのようにその情報にアクセスするかを検討して提示した。

##### C．研究結果

###### 1．保健情報

###### 1) 母親の当該児妊娠期の情報

特定妊婦の場合は市町村福祉で以下の情報を入手

特定妊婦でないときおよび市町村福祉で把握していない情報は母子保健担当から情報を入手

できるだけ妊娠中に受診していた病

院からの情報を得る

・妊娠届の時期 市区町村母子保健、母子健康手帳

・妊婦健診の状況 母子健康手帳

・望んだ妊娠か？ 母子健康手帳交付時の記録、妊婦健診時の産科の記録

・生殖医療の有無 母子健康手帳交付時の記録

・妊娠期の婚姻状況 母子健康手帳

・両親教室等への参加状況 母子健康手帳

・胎児の胎内成長状況 母子健康手帳、妊婦健診の産科記録

・妊娠期の母の精神的な状況 精神科受診歴、2016年以降はハイリスク妊娠加算が算定されているか？

・妊娠期の母の治療薬物使用状況 医療情報、母子健康手帳

・妊娠期の母の依存の状況 家族からの聞き取り

・妊娠期の母の喫煙および飲酒 妊婦健診産科記録、家族からの聞き取り

・妊娠期の家族の喫煙状況 家族からの聞き取り、妊婦健診産科記録

・妊娠期の同居家族の状況 母子健康手帳交付時の聞き取り記録、妊婦健診産科記録、家族からの聞き取り、

・家庭内暴力の有無 母子健康手帳交付時の聞き取り、市区町村婦人相談所等

・妊娠期のサポートシステム 家族からの聞き取り、市町村の支援の記録

・その他妊娠期の問題の有無

###### 2) 当該児の出生時の状況

母子健康手帳を基本に情報を入手する。できる限り出産した病院の情報を得る。

・出生場所 母子手帳

・親の出産行動の適切性 出産した病院

・出生時の母と家族の状況 出産した病院

・出生時の母へのサポート状況 出産した病院



- ・在胎週数 母子手帳
  - ・生下時体重 母子手帳
  - ・周産期の問題の有無 母子手帳
  - ・入院期間 母子手帳
  - ・母の精神的な状況（うつなど） 出産病院
  - ・乳児全戸訪問事業での状況
  - ・薬物使用の状況 出産病院
  - ・周産期の喫煙状況 出産病院・保健センター
- 
- ・母子保健の支援の状況 保健センター
  - ・その他周産期の特記すべき状況 出産病院

### 3) 乳児期の状況

母子健康手帳の情報

1 か月、4 か月等の乳幼児健診の結果  
福祉が関わっている時にはその情報

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

### 4) 幼児期の状況

母子健康手帳

1 歳半健診、3 歳児健診等の乳幼児健康  
診査の結果

保育園・幼稚園からの情報

福祉が関わっている時にはその情報

- ・1 歳 6 ヶ月、3 歳児健診の状況 母子健康手帳、保健センター記録
  - ・成長曲線 母子健康手帳、記載がないときには、身長・体重の記載を集めて作成
  - ・子どもの発達の状況 母子健康手帳・乳幼児健診
  - ・両親の精神的問題の有無 乳幼児健診等
  - ・家族の状況 乳幼児健診
  - ・育児サポートの状況 保健センター、福祉情報
  - ・地域とのかかわりの状況 保健センター、保育園・幼稚園情報
  - ・子どもの疾病罹患・外傷の状況 保健センター、保育園、かかりつけ医
  - ・疾病罹患時の受診状況 保健センター、保育園、かかりつけ医
  - ・両親の疾病・障害等 保健センター
  - ・幼児期の母子保健支援の状況 保健センター
- 
- ・保育園、幼稚園、その他の通園状況 保育園・幼稚園
  - ・日常の衛生状態 保健センター、保育園、幼稚園
  - ・幼児期のその他の問題

### 5) 小学校～中学校期の状況

学齢期の保健情報は主に学校保健からの情報を得る。

児童相談所や地域福祉に係属している時にはその情報を得る

警察が関わっている場合はその情報を得る

- ・成長曲線 学校
- ・学校保健での情報 学校
- ・学習面の情報 学校
- ・行動面の情報 学校、家族、地域福祉

- ・ 日常の衛生状態 学校、家族
  - ・ 食行動の状況 学校、家族
  - ・ 疾病罹患・外傷の既往 学校、家族、かかりつけ医
  - ・ 登校状況 学校
  - ・ 友人関係 学校、家族
  - ・ 家族の状況 学校、家族
  - ・ 福祉との係り 児童相談所、地域福祉
  - ・ 補導歴 学校、警察
  - ・ その他の問題
- 2 . 地域福祉情報
- 地域福祉から情報を得る
- 保育園に就園していた場合や小学校低学年で過去に保育園に就園していた場合は保育園から情報を得る
- 障害がある場合、もしくはきょうだいが障害福祉に関わっている場合は障害福祉から情報を得る 1 )
- 虐待としての関与がある時
- 通告の時期、期間
- 対応の時間経過
- その他すべての情報 2 )
- 養育（子ども家庭）相談の福祉情報
- 子どもの発達状況
- 子どもの精神面・行動面の評価
- 親・家族のアセスメント
- その他すべての情報 3 )
- 障害対応としての福祉情報
- 障害の内容
- 発達上の問題への評価結果
- 家族の状況の判断
- 指導への家族の対応状況
- 通所・通園状況
- 4 ) 保育園情報
- 成長の情報（身長・体重等）
- 運動発達の状況
- 言語発達の状況
- 社会性の発達の状況
- 通園状況

- 親・家族の問題
- 衛生状態
- 食行動、行動の問題
- その他気になったこと

- 3 . 児童相談所の情報
- 1 ) 通告があった場合
- 通告の状況
- 初期判断
- 調査の結果
- 子ども・家族・地域のアセスメント
- 親の心身の疾病罹患の状況
- その後の介入の状況
- 他機関との連携の状況
- その他すべての情報
- 2 ) 養育相談・非行などでの関わり
- 背景に虐待がないかの調査の有無
- 子ども・家族・地域のアセスメント
- 対応の状況
- その他すべての情報
- 他機関との連携状況
- 3 ) 療育手帳に関する関わり
- 子どもの発達状況
- 相談時の親の状況
- その他の情報
- 4 . 小児医学的情報
- 1 ) 小児科受診時の情報（死亡時を含む）
- 以下の情報を受診の経過に従って、死亡までを時系列で整理する
- ( 1 ) 診察情報
- 受療行動（受診までの時間等）
- 身長・体重の推移
- 体表面の外傷痕の有無、数、性質
- 眼底所見
- 全身骨所見
- 検査所見
- う歯の数・程度
- 外傷・病的状態への保護者の説明
- \* 外傷の場合

受傷環境（落下の高さ、床面の性質など、受傷と関連する要因の具体的状況）、  
受傷日時、発見者、発見後の対応  
病的状態の場合（栄養障害・脱水を含む）  
経過、発見者、発見後の対応

（２）問診からの情報

出生時状況（在胎週数、生下時体重、  
周産期問題の有無など）

健診受診状況

予防接種歴

既往歴

発達歴

行動の問題の有無

家族状況と家族の既往歴

保護者の態度

5．臨床法医学的情報

受傷時の子どもの発育・発達状況

家族の情報

生活していた空間情報

受傷の状況に関する説明

受傷当時の外傷の所見

外表所見（写真）、画像診断等

病院での治療経過

生前の受傷状況

受傷場所や受傷時の検証情報

場所、物等の写真

警察情報

現場検証

加害者・関係者の供述

6．心理的側面に関する情報

加害者及び配偶者の幼少期から思春期にかけての虐待やネグレクトの既往歴と、依存・愛情欲求の充足の程度

加害者とその配偶者による家族構成の経過

被害を受けた子どもやその同胞の妊娠に至る経過

妊娠期の母親及び父親の関係性と胎児に対する認知・感情

妊婦健診の受診状況（可能であれば、母子健康手帳）

妊娠の計画性の有無及び妊娠に対する認知及び感情

子どもの誕生に対する認知・感情

子どもに対する虐待・ネグレクトの発生から以降の経過

子どもの死亡に対する認知・感情とその後の行動

D．考察

昨年までに抽出した必要情報に関して、入手先を提示した。

3．特徴項目別の検証のあり方に関する研究A．研究目的

特徴項目ごとに必要な情報を提示する

B．研究方法

昨年度抽出した特徴項目ごとに必要情報をまとめた

C．研究結果（別紙参照）

1）年齢

まず、年齢毎に必要な情報を入手する。

2）死亡要因による情報

ついて、死亡要因により必要な情報が入手できているかをチェックする

3）要保護・要支援の状況による情報

要保護・要支援の対象になっているかどうかを 通告あり、要保護・要支援ケース、DV として関与していたケース、関与機関のないケースに分けた。それらの分類に基づいて必要情報を追加する。

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た。

## 各年齢ごとに必要な保健情報と福祉情報

年齢	保健情報	地域福祉情報
年齢 嬰兒殺	<b>妊娠期の情報</b> 母親 妊娠届け出の時期 妊婦健診の受診状況 望んだ妊娠か？ 生殖医療の有無 妊娠期の婚姻状況 両親教室への参加状況 胎児の胎内成長状況 ハイリスク加算妊娠か？ 妊娠期の治療薬物 妊婦の依存の状況 妊婦の喫煙状況 婚姻関係 家族 妊娠中の父親の問題 家庭内暴力の有無 サポート 妊娠中のサポート	<b>地域福祉情報</b> 親の経済状態 貧困家庭？ 生活保護の有無 家族の地域とのかかわり 子育て支援への参加など 家族の状況 婚姻関係 同居家族 拡大家族 障害支援の有無 家族の福祉サービス利用
	<b>出産時の情報</b> 出産場所 出産時の状況 出産時の児の状況	
乳児期	<b>妊娠期の情報</b> 母親 妊娠届け出の時期 妊婦健診の受診状況 望んだ妊娠か？ 生殖医療の有無 妊娠期の婚姻状況 両親教室への参加状況 胎児の胎内成長状況 ハイリスク加算妊娠か？ 妊娠期の治療薬物 妊婦の依存の状況 妊婦の喫煙状況 婚姻関係 家族 妊娠中の父親の問題 家庭内暴力の有無 サポート 妊娠中のサポート	<b>地域福祉情報</b> 親の経済状態 貧困家庭？ 生活保護の有無 家族の地域とのかかわり 子育て支援への参加など 家族の状況 婚姻関係 同居家族 拡大家族 本人の障害支援の有無 本人・家族の福祉サービス利用 家族の障害支援の有無 保育園情報 地域での養育相談状況 虐待通告の有無 有の場合の対応
	<b>生下時の状況</b> 出産場所 生下時体重 生下時の問題 退院の時期	

乳児期の情報

乳児全戸訪問記録  
母子手帳の記載状況  
乳児健診での状況  
受診状況  
成長曲線  
運動発達  
母乳・人工乳  
離乳期の食の状況  
疾病罹患状況  
親の精神状態  
産後うつの有無  
両親の育児能力  
家庭の状況  
きょうだいの状況

幼児期

妊娠期  
特記すべき状況  
乳児期～幼児期  
成長曲線  
発達の状況  
母子手帳の記載状況  
乳幼児健診での状況  
受診状況  
成長曲線  
運動発達  
精神発達  
親子関係  
疾病罹患状況  
事故での医療機関受診状況  
きょうだいの状況  
同居家族  
親の精神的問題  
家族のストレス状況  
両親の婚姻状況

親の経済状態  
貧困家庭？  
生活保護の有無  
家族の地域とのかかわり  
子育て支援への参加など  
家族の状況  
婚姻関係  
同居家族  
拡大家族  
本人の障害支援の有無  
本人・家族の福祉サービス利用  
家族の障害支援の有無  
保育園情報  
地域での養育相談状況  
虐待通告の有無  
有の場合の対応

学童期

妊娠期  
特記すべき状況  
乳幼児期  
発達の問題  
成長曲線  
母子手帳の確認  
その他特記すべき状況  
現在  
成長の状況  
発達の問題の有無・内容  
行動の問題の有無・内容  
家族・きょうだいの状況  
特記すべき状況  
生活空間の情報  
登校の状況  
友人の問題  
事故にあう頻度  
疾病罹患の状況  
障害の有無  
きょうだいの障害の有無

親の経済状態  
貧困家庭？  
生活保護の有無  
家族の地域とのかかわり  
子育て支援への参加など  
家族の状況  
婚姻関係  
同居家族  
拡大家族  
本人の障害支援の有無  
本人・家族の福祉サービス利用  
家族の障害支援の有無  
学校に関する相談の有無  
行動の問題の有無と内容  
発達の問題の有無と内容  
地域での養育相談状況  
虐待通告の有無  
有の場合の対応

## 死亡要因による必要情報

### 暴力による死亡

DVの有無  
きょうだいの状況  
家庭の経済状況  
家族の状況  
親の精神的状況  
親の発達障害の可能性  
親の犯罪歴  
親の薬物・アルコール依存  
親の成育歴  
親の就労状況・経過  
それまでの暴力  
関係機関の関与  
医療機関受診状況  
成長曲線  
発達状況  
きょうだいの発達状況  
きょうだいの成長の問題

### ネグレクト死亡

成長曲線  
母子手帳の記載状況  
親の依存傾向  
    買い物依存、異性依存など  
親の成育歴  
親の精神的問題  
親の就労状況  
家族の経済状況  
その他の家族状況  
乳幼児健康診査の状況  
医療機関受診状況  
障害の有無

### 無理心中

親の精神状態  
    うつ、怒り、その他  
希死念慮の表出  
家族の状況  
これまでのストレス  
親の成育歴

## 要保護・要支援ケースとその他ケース

通告があった場合	通告元 通告先 通告後の安全確認 通告後の調査 子どもからの聞き取りの有無 家族への調査 拡大家族への調査 地域の調査 児童相談所の関わり 要対協の関わり 初期の緊急度アセスメント リスクアセスメント ニーズアセスメント 家族状況のアセスメント 虐待が起きたプロセスの見立て 支援計画 支援計画の履行状況 変化に関する情報の集約
要保護・要支援ケース	情報提供元 要保護・要支援と考えた要因 調査の範囲 調査の内容 児童相談所の関わり 要対協でかかわった機関 要対協調整機関の対応 リスクアセスメント ニーズアセスメント 家族ダイナミックスの見立て 支援計画 支援計画の履行状況 変化に関する情報の集約
DVとして関与していたケース	市町村母子担当の関わり 市町村子ども家庭福祉の関わり 要対協の関わり 警察の関わり DV加害者との同居ケース 支援の状況 子どもの成長・発達 子どもへの支援の状況 DV加害者との分離ケース 加害者が居場所を知っているか 加害者との関係性 新しいパートナーの有無 転居の情報
福祉機関関与なしケース	母子保健情報 妊娠期の情報 出産時の情報 乳幼児健診の情報 周囲の評判等 きょうだいの情報 親や家族およびその変化 転居情報

分担研究報告書

地方公共団体の子ども虐待事例の効果的検証の保健的側面に関する研究

分担研究者 中板育美 公益社団法人日本看護協会 常任理事

要旨：平成 27 年度の本研究において、子ども虐待死亡事例の報告例 23 事例の分析から、  
（１）母子保健と児童福祉との情報共有に関連する課題が伝えられていない（２）妊娠中の支援や  
関与の経過が情報として十分に整理されていない（３）妊娠期における関与情報に医療情報が少  
なく保健の情報に限定されていることが課題であった。

平成 28 年度は、これらの課題に加えて、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情報について  
（１）母子保健活動（事業）の基本的な実施体制と実績について、（２）要保護児童、要支援児  
童、特定妊婦と「気になる」妊婦または親子の基本的考え方と判断基準、連携手順（３）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について、（４）相談援助技術  
のスキルアップについてがミニマムな基礎情報であると整理した。

これらを、母子保健活動時から意識して活用するためのリスト 様式 1)保健師配置状  
況、様式 2) 妊娠期から子育て(就学前)の要支援家族を把握・理解するための情報 様式  
3) 情報収集・支援決定プロセス、支援経過を整理するためのフローチャート(例)を試作し  
た。作成し、次年度の試行を経て精錬させる。

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」としており、検証のための構成員や進行手順を示すほか、報告の公表についても提案している。検証結果報告書をホームページで公表されている報告書も増えている。

それらを拝読しても、残念ながら、毎年、子どもの虐待死亡事例に関わっていた保健師が存在し、検証委員会が提案する再発防止策に保健領域の改善点が示されるのは、乳幼児期の検証対象においては、例外はない。

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）によれば、検証は、都道府県が本事件に直接の関与者を除き、学識関係者等にて実施することとし、検証の対象となった事例に関係する市町村は、これに協力することになっている。

これは、再発防止策を見出す過程において、中立性、客観性、第三者性を担保するために必要な措置である。しかしながら、そうなる

と検証を受ける当該事例関与者（機関）の情報提示の在り方によっては、その自治体の体制の詳細を掌握していないまま、検証が進み、非現実的かつ死角を残したままの提言になるなども想定される。同じ道筋（失敗）を辿ってしまわぬよう、より具体的な提言が導かれる検証にするためには、関連する情報が検証会議の場に速



やかに提供されるべきである。

## B 目的

今後の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、保健領域が検証委員会に提示するミニマムリストを作成する。

## C 方法

(1) 27年度、検証報告書から得られた情報から課題分析

(2) 検証委員経験のある医師、司法関係者、保健師から保健情報の提示に関する課題と必要な情報についてヒアリング(1回)

(3) ヒアリングから得られた検証委員会にて提示する情報のうち、医療の立場、司法の立場、保健の立場に共通した事項の整理

## D 倫理的配慮

公表されている報告書を扱っていること、インタビューも倫理的に配慮から実在の事例の詳細には触れていない。

## E 結果

検証委員会への資料提示の際に配慮すべき事項(案)を下記を参照して作成した(様式1, 2, 3) 1) 検証報告書等から得た「検証の流れ」

検証経過に触れている9割の報告書、およびヒアリングから、自治体の多くは、「都道府県児童福祉審議会」の下部組織として設置され、客観性を担保するため検証には、当該事例に直接関与した機関や者以外のいわゆる検証委員で検討が進められることが多い。

検証の目的は、自組織における再発防止策を打ち出すことであり、またインターネット(HP)への公表の目的は、「同地域」でも「他の地域」でも同じ失敗を繰り返さないことである。

HPに公表されている報告書によれば、

検証は、事件/事態に至った経過(受傷機転を含む)事例家族の全体像(生活史、成育歴、妊娠、出産、子育てを通じた母子保健事業の利用状況やその結果、家族にまつわるエピソードなどを参照)の確認

(初期)判断(アセスメント)や方針決定とその妥当性とその経過、随所の関与時の判断と対応の評価 ネットワークの機能・役割分担と実際などを関係者ヒアリングを通して情報を収集整理し、その結果から、対人援助技術、判断(アセスメント)、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している。

その課題に則した資源の見直しや創設すべき資源、制度、連携のありよう、研修の必要性などが提案されているのが一般的であった。

## 2) 母子保健活動(事業)の基本的な実施体制(人員)と実績について

検証の進め方を参照し、法定事業(健診情報や予防接種関連など)や家庭訪問、相談など地区活動の実績、所内事例検討会の有無やその実際、ネットワークを広げて関係諸機関との事例検討(定例・随時)等が、基本的な業務に含まれている(いない)ことの提示とその実績を、資料として提示することが重要である(様式3)。

そしてその基本的な業務に合わせて、Aさん家族の場合の状況を当てはめていくことで、当該事例に携わったものが関与の振り返りになることはもちろんだが、事例への処遇の妥当性や評価が見えてくるし、事業実施体制などの課題も見えやすい。

また、保健師の人員体制や活動体制も多様化しており、その是非が論点に上がることもあることから、人数、および事業担当制か地区担当制かなどについては、理解を促すことができる(様式1)。

## <ヒアリング意見>

・事業説明はあるが、家庭訪問など地区活

動や事例検討などの実績がみえないことが多く、保健師の関与の仕方の特徴が掴みきれない。

・事業実施が目的化している印象を受ける。手段として活用されていることが必要で、地区担当制が、その機能を担保できるとよい。

・保健師の数や、仕事の仕方が検証のつどにばらつきがあり、いまだに腑に落ちないし、わからない。

・その構造も毎回、検証委員会の中で、やり取りの末に理解している。

・検証委員は、良し悪しは別として、検証経験が豊富であるが、当該事例の関与関係者にとっては、初めてのことが多いことから、何を資料化して提示することが望ましいのかわからない。

・検証事務局から、資料の提示に関する詳細な指示はなされていないことも多く、特に、体制や事業実施実績などは、検証委員から催促されて、その都度用意するパターンが多い。

3) 対象となる妊婦と「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

「気になる」妊婦または親子への支援、つまり「母子保健上の支援の枠組みと、こうしたフォローケースが特定妊婦・虐待である可能性が生じた際、まずは、保健師間や保健師所属部署内で要支援事例として合意形成をはかる仕組みや他機関、特に児童福祉部署での検討(受理会議など)の必要性を図るための組織合意の機会が必要である。特に、特定妊婦においては、保健部門が収集する情報が多く、医療情報が乏しいことから、その判断とその後支援については、保健領域の関与が圧倒的に多い。保健機関がその関与の判断基準や、支援内容とその評価については、詳細に伝えながら連携の必要性を課題としてあげる必要がある。

<ヒアリング意見>

・「気になる」妊婦または親子への支援の継続決定と特定妊婦・虐待の可能性があることについて、他機関の情報をあわせて総合的に判断できる仕組み、あるいはその連動が記録から見えにくいことがある。

・ハイリスクや気になる妊婦/親子の段階でも要対協の受理会議にあげずに保健師が抱えていると捉えざるを得ないことも少なくはないが、その経緯の説明が不十分という印象を受ける(説明がない)。詳細の経緯がわかると、抱えていたのではなく、要対協に検討要請する基準の高さにあったことがわかる場合もあった。

・支援の決定や多機関への情報提供など、ヒアリングをしても不明瞭な場合がある。組織的合意形成の手順は資料として提示される必要がある。

・要対協への事例の受理要請をする基準が、個々に任されている印象を受けることが多い。

・保健領域でのケースの受理基準やその組織的共有の体制は、他領域関係者には不明である。

・支援対象は、家族、職場、学校、友人、愛情関係など人々の関係性の中に存在している。したがって、それを理解するために家族図やエコマップは重要であるが、提示にはばらつきがある。

4) アセスメント(判断・評価)と組織的合意形成と引継ぎ体制について

縦断的かつ横断的な情報収集のつなぎ、支援プロセスに準じた包括的アセスメントの繰り返し、その記録と決済ルートの仕組み、支援の引き継ぎ体制など、根拠なく危機意識を下げない/援助を途切れさせない工夫が必要になる。

特に、関係機関間との連携により、事例の支援をする場合、互いの情報マネジメント、母子保健法・児童福祉法に基づく各種

事業で得た情報の相互提供、関係機関間のやり取りについての合意事項などは、個人情報観点からも、また、虐待防止の観点からも重要である。

#### <ヒアリング意見>

- ・初回の検証時に提供される情報が事業実施結果や健診時のカルテ情報に限定しやすい。
- ・保健、医療、福祉間で共有されているべきと考えられる重要な情報が、検証会議の場で、関与関係者が互いに新しい情報として知ることとも少なくはない。
- ・収集された家族情報が、検証委員からの質問を通じて断片的に提供されることが多い。委員がその情報を繋ぎ合わせて家族の生活史を整理することになりやすい。
- ・関与者らが捉えていた緊急度や重症度、個人病理や家族病理から得る判断が提示されるとよい。
- ・情報収集から分析 判断 支援方向性 支援の実際 評価 判断の反復作業がとん挫している印象が強い。組織的にこの流れの重要性が共有される必要がある。
- ・家族理解には、どのような質や種類の情報が必要なのかについて、整理が追い付いていない印象を受ける。よって、検証委員からの例えば成育歴などに関する質問には、問えば答えてももらえることは非常に多い。
- ・保健師の組織内異動をきっかけに、情報がうまく引き継がれないことが課題となることがある。
- ・異動によって事例の担当者が交代になった場合、前任者の関与時期がターニングポイントであり、いくつかのエピソードが重要な判断事項と思われた場合に、前任の担当者のヒアリングの可能性について、自治体によってばらつきがある。（前任者は出せないといわれたこともある）
- ・上記の際も含め、残された記録が頼りだが、記録の質にもかなりのばらつきを感じている。

・多機関連携事例や対応が刻々と変化する事例などについては、引き継ぎもされるが、引き継ぎ時に安定している事例や保護や措置対応の事例については、優先順位が下がりがちになりやすい。

#### 5) 相談援助技術のスキルアップ

検証報告書の今後に向けた体制の見直しや質の向上について触れられていることが多い。

#### <ヒアリング意見>

- ・虐待に関連する研修を幅広くとらえて、研修受講計画を持つ必要があると感じた。
- ・一定の保健師に研修受講が絞られやすい。
- ・組織全体（保健師全体）での質のボトムアップが必要である。
- ・事例の見立てやケースマネジメント、アセスメントに関する力量形成は今後も重要である。
- ・他の研修も大変多く、多忙は歴然だが、的を得た選択を繰り返し、体系的に進めるべきである。

#### F 考察

保健師は、地域生活を営んできた家族を、「成育歴・生活史」から「現症（事象）」を時間軸と取り巻く人々の関係性を考慮して捉え、その延長線上にある「長期予後」を見立て、“1年後、3年後、10年後、20年後にどうなるか、そうならないためには今何をすべきか”を予防医学的かつ社会的に考えて支援活動を展開している。これは、虐待防止活動においても例外ではない。

しかし、検証報告書やヒアリングの結果から、家族支援の一連の流れ、ストーリー性のある資料の提示には至っておらず、検証委員は、各自治体ごとに、仕事の進め方に違いがあるので、混乱させてしまうことも少なくないようである。保健領域に限ることではないと思われるが、特に、乳幼児期の死亡事例検証の場合には、保健領域が

もつ情報は不可欠であり、重要である。改善点に現実性が担保されるためには、整理される情報、その把握経路、アセスメント基準、情報の組織的共有の手続き、これらをカバーする人員や活動体制が総合的に可視化されるのが望ましい。

#### (1) 活動体制や人員について

保健師の配置人数は、人口比において基準が出されている状況にはなく、自治体によってかなりのばらつきがある。ときには、この10年前後での保健師の新規採用がない自治体も存在する。

また、活動体制についても、分散配置が常套となり、ライフステージあるいは疾病や障がい別に保健師が配置される状況になっており、分散配置か所は、数か所から40か所に及ぶ場合と差が大きい。異動周期は3年前後と短くなっている自治体が多く引き継ぎの力量は、今どきの注力すべきテーマである。

事例を検証し、再発防止に導くには、体制の問題は避けて通れず、対応技術の問題、連携/繋ぎの問題とともに重要な要素である。検証委員会には、基本情報として提示される必要があると考える(様式1)。

#### (2) アセスメントに必要な情報について妊娠から子育て期において、種々の母子保健

事業やその周辺の子育て教室や離乳食教室、電話相談や育児相談などにおいて、一時的情報として常識的に収集される情報があれば、対話的思考によって得られる情報もある。相談者(妊婦や親・親族など)が持ち込んだ一番の困りごと、すなわち困難性は何か、それが複数ある場合は重要性の順位はどれかを救いあげる技量も必要になる。また、親族や近隣からの情報の場合には、情報の出所は明確に記している必要があるし、その情報の真偽(事実と、印象・推定事項の峻別)が確認されていることが事例の判断には欠かせない。さらに、それ

らの収集した情報から子育てに関するリスクアセスメントの俎上に載せる情報を見極めることは、そう容易くはない。

なぜなら、出産後の育児支援が必要と考えられた特定妊婦や家族、また、子どもの虐待のリスク要因を抱えている家族に関しては、保健師のみならず福祉機関、助産師や産科医、小児科医、精神科医等との情報交換や事例検討会を通して、支援を相互に要請し合いながら、対応しているのはごく当然だが、例えば院内、保健機関、福祉機関など共通の対応基準はなく、かといって、各々の基準で対応していてもそれを相互に交換し合うことも行われているとは言い難いからである。

それでも、平成28年12月の課長通知<sup>1</sup>により、共通のリスクが示されたことは意義がある。これらを参照し、対象者の健康的な生活の維持を揺るがず課題について収集した「事実」を基にして個別的な情報を結び合わせていけば、対象者あるいはその家族に関して総合的・多面的な理解が促され、仮説が構成される。これがアセスメントであり、アセスメントは、変化もするし、成熟もする(段層的なもの)。アセスメントを導く上で、必要な情報の最小単位を示した(様式2)。

#### (3) 重大な虐待事件において～アセスメントと連携の重大性～

近年の医療安全に関する研究結果から、重大な事故は、いくつもの小さな事故が重なり重大事故に発展してしまっているという報告がなされており、小さな事故の段階で気づくか、小さなエラーを少なくすることで重大事故を防ぐことができるという考え方が主流である。事故を虐待死亡事例に置き換えれば、虐待死亡の再発防止策においても参照できる考え方である。小さなエラーが重なり重大事故につながる考え方は、スイスチーズモデルで示されている<sup>11</sup>。ス

イスチーズモデルは、リスク管理概念の一つであるが、何枚かのスイスチーズ（例；各々の機関）の穴（例；重大なリスクの看過）が重なってしまうとエラー（連携の不十分さ）が発生しやすくなるし、その小さなエラーを看過すると、重大事件に至るという考え方である。

検証は、重大な事件が該当しており、その報告書の多くが、機関間連携の不十分さとアセスメントを挙げている。われわれは、過剰な万能感を持たず、「完全な安全・完全なサポート体制はない」態度で、客観的に、事件の現実をありのままに見ること、社会的にその事件を防げなかったことがどのようにみられているかという社会的視点、援助専門職としてやらなければならないことがなされていたかという倫理的視点で、検証に望みたいものである<sup>iii</sup>。

（４）関係機関間との情報管理の関係と組織内共有役割分担と責任の所在

（４）- 1 児童虐待の発生予防のためには、情報が正しく、共有され、その情報を基に的確にアセスメントできる態勢が整備されているのが望ましい。この課題は、報告書には散見するが、改善点は具体策に欠ける。それは、これまでも述べてきたとおり、検証委員会への情報の提示が断片的になりやすく、事件発生時点での組織的合意形成態勢が具体的に示されていないなど、さまざまな支援の態勢が理解しづらいばかりで、具体の改善点が見出しにくいことが一つの要素と考える。

（４）- 2 「特定妊婦」「要支援児童」「気になる親子」「要フォロー児」の扱い

新たに要対協の対象範囲となった「特定妊婦」や「要支援児童」の定義とその予防的対応について、十分な共通認識には至っておらず、関与が「要保護児童」と同一に扱う部署では、手薄になりやすい。そればかりか、要対協では要支援児童は扱わない

ことを消極的メッセージとして保健機関や保育機関などに与えている報告も数例だが、あった。

子ども虐待の「判断」はそもそも難しい。「医学的診断」は、虐待行為評価の「決定打」になりうるが、「グレーゾーン」例を判別しきれないし、「社会的診断」は、「状況証拠（リスク要因）」として重要ではあるが、虐待判断の「決定打」にはなり難い。まして妊娠中は、虐待未発生期であるため、特定妊婦も判定しづらい<sup>iv</sup>。

例えば、関係機関がどこも「支援は必要」と考えながら、死亡に至ったとすれば、その理由を知るには、そもそもの態勢を知ることや判断基準を知ることが必要になる。知れば、要対協が、拾い上げる事例の敷居を下げることで、「ハイリスク」や「気になる妊婦/親子」でも要対協の受理会議で検討される仕組みにしていなかったことへの課題認識は促されるはずである。また、要対協で受理されたケースを保健機関がどのように処理されているのかなども組織的な合意形成の確認がなければ、個人判断におわっていることの改善点はなかなか導けない。

（５）母子保健活動の再考と徹底

Kempe, C. H. らが述べているように、親に横並びで寄り添う援助関係を形成し、孤立を解き、相談にのり、「信頼に値すると親たちが実感できる援助関係」として、保健師は親たちの前に登場し、健康問題だけでなく、心理社会的困りごとにも対応する人として「つかず離れず」そばにいる人になることで、虐待の予防に寄与する。

保健師はその際に、家庭訪問という技術を活用し、親個人と乳幼児との関係性、生活空間などの環境にも目を配り、情報収集とともに、親に対し、応援という「ソフトな介入」を可能にするポジションにいる。しかしながら、検証報告の中からは、そ

のようなポジションを活かした活動がどの時点で成されていたのか、いなかったのかが不明瞭であり、改めて、提示資料に支援経過が物語として理解されるように示す努力も必要である(様式 3)。

## G まとめ

保健領域が検証委員会に提示する情報を検証の流れにそって資料化する際に、確認すべき事項について明らかにしてきた。

- (1) 母子保健活動(事業)の基本的な実施体制と実績について
- (2) 要保護児童、要支援児童、特定妊婦と「気になる」妊婦または親子の基本的考え方と言葉の整理について
- (3) 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について
- (4) 相談援助技術のスキルアップについてが明らかになった。

これらは、虐待死亡時に限らず、平時から留意すべき点でもあり、通常の母子保健活動時に意識できるようリスト(様式 1) 保健師配置状況、様式 2) 妊娠期から子育て(就学前)の要支援家族を把握・理解するための情報様式 3) 情報収集・支援決定プロセス、支援経過を整理するためのフローチャート(例)を試作した。

次年度は、施行をとおして、修正・精錬する予定である。

---

ACCIDENTS. / 塩見 弘, 佐相邦英, 高野研一(訳),(1999). 組織事故 起こるべくして起こる事故からの脱出. 日科技連 出版社 .

iii 山本恵美子, 田中共子, 兵藤好美. スイスチーズモデルに基づくヒューマンエラーの発生と防止に関する 医療安全教育の予備的試行. Preliminary Trials of Medical Safety Education regarding the Occurrence and Prevention of Human Error based on the Swiss Cheese Model. 岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要第 39 号(2015. 3). 119-135

iv 中板育美, 佐野信也: 妊娠期からの虐待予防 - 「特定妊婦」概念を活用する. 所収「子ども虐待の予防とケアのすべて」(才村純, 磯谷文明他編, 第一法規, 東京, pp4043-4051, 2014)

---

<sup>i</sup> 雇児総発 12162 第 2 号, 雇児母発 12162 第 2 号「厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知: 要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」(平成 28 年 12 月 16 日)

<sup>ii</sup> Reason, J.(1997).MANAGING THE RISKS OF ORGANIZATIONAL

様式1) 保健師配置状況

A市の概況		人口,年間出生数,母子保健サービス体系(公的・私的)など	
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	人	母子保健担当	人( 人兼務)
内訳 課	人	常勤	人(内,係長/主査以上 人)
内訳 課	人	嘱託・非常勤	人
統括保健師	有 無	育児時間取得者	人
所属課	課	産育休代替職員	人
*地域担当表  *保健師以外の母子保健・虐待に関わる職種(PSW,心理)の人数や配置に関する資料		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
		育児時間取得者	人
		産育休代替職員	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
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		

様式2【妊娠期から子育て(就学前)の要支援家族を把握・理解するための情報】

把握したい情報(例)	個別支援が必要と判断する基準(例)
三世代までの家族図(ジェノグラム)	複雑な家族歴, 原家族との葛藤関係, 三世代に暴力や嗜癪問題をもつ人がいる
妊娠届出年齢	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
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
妊婦の既往例	身体的既往, 精神的既往
過去の妊娠	流産・死産経験, 回数, 出産回数
妊婦健診	未受診 不定期受診 まだら受診,
胎児を守るためのセルフケア力(食事, 睡眠, 運動, 衛生)	生活リズムの乱れ, セルフケア能力の低さ, 胎児に対する低い愛着感情
飲酒・喫煙・薬物使用	やめない, やめられない
胎児虐待行為	腹部殴打, 自然流産を誘発する行為など
居住施設・空間	育児には不向きな劣悪な生活環境
夫婦の成り立ちやパートナーシップ	出合いのきっかけ, 婚姻のきっかけ, 暴力関係(DV),
親の原家族との葛藤関係	親とのネガティブな幼少体験
母と父(パートナー)の医療的要因	疾病, 障害
母と父(パートナー)のメンタルヘルス	不調, 健診などを機にクレームが頻回, 未成熟で衝動的
母と父(パートナー)の成育歴	被虐待体験
経済(生計の成り立ち, 収入額)的要因	不安定な雇用状態 無計画な借金
母と父(パートナー)教育的要因	
親の意思の適応的な表明能力	理解力, 説明力, 養育能力, あらゆる機会での親の態度
対人関係, 感情安定性	コミュニケーション能力, 感情コントロール不得手, 近所付き合い苦手, 未成熟で衝動的
出産時	出産時のパニック, 低体重児, 障害児, 有疾患児, 多胎
公的/私的母子保健関連サービスの利用	積極的拒否, 手続きが不得手, 情報リテラシー*が低い
保育所等利用	欠席が多い, 無断欠席, 親同士のトラブル, 保育士や園へのクレーム, 他罰的な発言
養育支援者・協力者	いない, 拒絶する, 拒絶される, 他罰的な発言,
健診受診(4ヶ月健診, 1歳6ヶ月健診, 3歳健診)	未受診, 連絡がつかない, 発育発達の問題,
食生活	子どもの成長に配慮できない, 生活リズムの乱れ,
子どもの成長	発育不良, 成長への関心が薄い, 見通しがもてない
予防接種	一切受けない, 計画的にうけられない
子どもの心身の健康状態	疾患, 障害, 集団生活でのトラブルなども含む
上の同胞の健康状態への負担・不安	疾患, 障害, 集団生活でのトラブルなども含む
上の同胞への虐待行為や不適切な養育の既往	同胞の死 同胞が施設入所, または要対協フォロー児童
適正受診	医療ネグレクト, 頻回/過度の医療受診(親の代わり受診), Drショッピング
子育てに対する考え	ファンタジスティックな子育て, 極度の偏り, 年齢不相応な子への要求
子育てに対する言動	ネガティブな発言, 投げやりな発言, 攻撃的態度, 執拗なかわいがり

\*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」



様式3) 情報収集・支援決定プロセス, 支援経過を整理するためのフローチャート(例)

実施者(誰が)	場面・手段(どこで)	母子保健の流れ(どのように)	要対協等への提供	Aさん家族の場合	母子保健活動実績(基本情報)
事務	窓口受理(随時)	妊娠届受理(市民課)		リスク有無 届出日/届出週数/同行者	母子保健手帳交付件数 人/年 妊娠11週・23週 の交付率
保健師 助産師	窓口面接(質問紙) 随時対応	母子健康手帳交付時面接 (保健センター・子育て包括支援センター)		リスク有無(記録) 面接結果・アセスメント・妊婦の態度、面接スキル	
	面接・家庭訪問等	気になる妊婦(特定妊婦)への支援 問題なし		判断の共有方法 (記録の回覧・担当者間会議など)	気になる妊婦(特定妊婦) 割合 %
母子担当グループ と地区担当	カンファレンス(担当 者の関与方針のみならず、 組織的関与の方法)	課内(センター内)カンファレンス (アセスメント・判断・支援目的・支援計画・評価) 「(重)早期支援し再カンファが望ましい」 「(中)支援し随時カンファが望ましい」 「(軽)必要時支援し事業で確認が望ましい」	ケース共有のための 手続き	リスク有無 ・情報整理とアセスメント(重症度) ・支援プラン(サービス利用の指向性) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	支援計画策定件数 件 年間カンファレンス開催回数
産科医療機関	妊婦健診	妊婦健診		リスク有無 妊婦健診結果(心身状態)	妊婦健診結果 情報提供件数 (カンファレンス結果分析)
保健師	面接・家庭訪問等	継続支援 経過観察	要対協等他 機関との協働 を判断するた めの手続き	リスク有無 妊婦健診結果(心身状態)	妊婦健診結果 情報提供件数 (カンファレンス結果分析)
産科医療機関	産科医療との連携 (院内面接・書面・電 話・等)	出産		・検討の場 ・検討メンバー ・判断基準 ・決定に至るプ ロセスの共有 ・記録 ・組織合意	・支援の途中経過の共有
産科医療スタッフ (助産師等)保健 師等カンファ構成 員	カンファレンス	カンファレンス(事例検討含) (アセスメント・判断・支援 目的・支援計画・評価)	妊娠期 から就学 までの全 ての事業 あらゆる 場面	・出産情報の把握 (いつ、どのように)	
看護職・主任児童 委員・民生委員な ど	家庭訪問	新生児家庭訪問 こんにちはあかちゃん事業		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	実施率 % 要フォロー率 %と理由 *未実施者への対応策等
保健師や助産師	・家庭訪問等地区活動 ・事業参加	支援	妊娠期から 就学までの全	・記録の回覧・担当者間会議などで確認	・各種事業実績
健診関係者など 随時	カンファレンス	カンファレンス(事例検討含) 乳幼児健診		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等
・健診関係者 ・その他関係者	・家庭訪問等地区活動 ・事業参加	支援		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等
・健診関係者 ・その他関係者	カンファレンス	カンファレンス(事例検討含) 1歳6か月健診		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等
・健診関係者 ・その他関係者	・家庭訪問等地区活動 ・事業参加	支援		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等
・健診関係者 ・その他関係者	カンファレンス	カンファレンス(事例検討含) 3歳児健診		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等
・健診関係者 ・その他関係者	カンファレンス	カンファレンス(事例検討含) 就学児健診		・支援経過・再アセスメント ・支援プラン(サービス利用) ・判断結果の組織的合意手順(要対協事例 か否かの判断)	受診率 % 要フォロー率 %と理由 *未受診者への対応策等

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

分担研究報告書

虐待死亡事例の親・家族の心理・社会的特徴

:子どもの虐待死を予防するためのソーシャルワーク及び心理面接のあり方

研究分担者 西澤 哲 山梨県立大学人間福祉学部 教授

本研究の目的は、虐待やネグレクトで子どもを死亡させた親の心理・精神状態に関する理解に基づき、子どもの死を予防できなかったソーシャルワークの問題点を抽出することと、虐待やネグレクトが悪化し、子どもの虐待死という最悪の結果に至ることを予防するためには、親との心理面接においてどのような事項を取り扱うべきかを明確にすることにある。

上記の目的のため、前半部分では、子どもを死亡させた親の心理・精神状態の検討を行った。厚生労働省が新たに公表した虐待死亡事例検証第12次報告書(社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会, 2016)を検討した。その上で、筆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、筆者自身が担当した、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。これらの検討の結果、子どもの年齢の低さが虐待死の脆弱因子になること、新生児死亡が少なくないこと、その背景として親の妊娠葛藤が存在すること、父親の暴力による死亡が少なくないこと、継父の暴力による死亡では新たな父子関係の形成における問題が示唆されること、暴力を加える父親には無力感と支配性という心理的特徴が認められること、ネグレクトによる家庭内での衰弱死が少なくなくそこには母親の依存をめぐる問題が関与している可能性があること、子どもとの食をめぐる問題には愛情欲求や依存欲求などの食にまつわる象徴的な意味が関与している可能性があること、虐待で死亡した子どもは家族内で特殊な扱いを受けていた可能性があること、虐待死亡事例の加害者には定位家族における深刻な被虐待歴があり、世代間連鎖が認められること、パートナーシップの形成の特徴や子どもに対する特殊な心理的な意味づけが認められること、加害者の自己及び自己感に問題がある可能性があることなどが指摘された。

後半部分では、児童相談所等などが関与しながらも子どもの死亡に至った事例について、ソーシャルワークのあり方を検討し、ソーシャルワークの失敗に関与した要因を分析した。また、親や家族の心理社会的な特徴の理解に基づき、虐待事例の親に対する面接において、予防的な観点からどのような事項を扱うべきかを検討した。さらに、今後、加害者面接を実施する必要性に言及した。

#### A. 研究目的

厚生労働省が毎年検証し報告している虐待死亡事例が氷山の一角である可能性が、最近、日本小児科学会の調査等で指摘されている。これらの調査報告によると、虐待で死亡した可能性のある事例の大半が、事故死等、他の理由による死亡として処理されていることになる。こうした事態を少しでも改善するためには、虐待で子どもを死亡させる親や家族の心理社会的特徴を適切に把握する必要がある。そのため、本研究では、子どもを死亡させた親の心理社会

的特徴を検討し、虐待やネグレクトの悪化と子どもの虐待死を予防するための心理面接のあり方を検討する。併せて、虐待死亡事例において、児童相談所のソーシャルワークにどのような問題点があったかを検討する。

#### B. 研究の方法

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を検討する。また、筆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、筆者

自身が担当した，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。

### C.結果と考察

1.厚生労働省による虐待死亡事例検証報告書の分析から

(1)子どもの年齢自体が虐待死亡の脆弱因子となる

社会保障審議会要保護事例検証委員会が2016年に公表した『子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第12次報告)』によれば，虐待死亡事例の検証が開始された2004年以降に厚生労働省が把握した死亡件数(いわゆる無理心中・無理心中未遂による死亡は除く)は626人であり，そのうち，0歳で死亡した子どもが283人(45.2%)，1歳が76人(12.1%)，2歳が53人(8.5%)，3歳が64人(10.2%)，4歳が36人(5.8%)，5歳が28人(4.5%)となっている。このように，子どもの年齢が低いほど，親の不適切な養育によって子どもが死に至るリスクは高くなり，「子どもの年齢が低いこと自体が，子どもの死亡リスクを高める要因となる」(Reader & Duncan, 1999)と言える。そのため，子ども虐待に対応する専門職は，子どもの年齢を十分に意識する必要がある。

(2)新生児死亡

新生児死亡の状況

上記検証委員会が2014年に公表した第10次報告書では，「0日・0か月児死亡事例について」という特集が組まれている。それによれば，第10次報告までに把握された生後0日で死亡した子ども(いわゆる新生児死亡)の数は94人であり，これは，0歳児の死亡総数240人の39.2%を占める。正確なデータがないため推測の域を出ないが，こうした新生児死亡の多くは，自宅等における自力分娩で出生した新生児が放置され死に至ったものと考えられる。従来，こうした事例の存在が社会的な関心を得ることはほとんどなかったが，検証委員会の作業によって，自宅・自力分娩の後に放置され死に至る新生児が少なくないことが明らかになったと言える。

子どもの存在の否認と「遅れた中絶」

欧米の虐待死亡事例研究においては，出生後24時間以内の子どもの死亡を『新生児殺』

(neonaticide)として，他の年齢帯の子どもの虐待死と区別して分類している。こうした新生児殺は，子どもを妊娠したという事実を否認・否定したり，その事実への直面を回避するという親の心理状態に起因すると指摘されている(Oberman, 2003)。妊娠の否認は，妊娠後の感情，認知，行動の変化の不在という形で観察されることが多いとされるが，この点は，後述するような妊婦検診の未受診や妊娠届けの未提出とそれともなう母子健康手帳の未発行の問題に関連している可能性がある。そして，こうした妊娠の否認が，胎児の存在の否認，そして出産直後の新生児の存在の否認へとつながる可能性があるわけである。

また，歴史的に見て，新生児殺は，特に未婚で貧困状態に置かれた女性にとって「遅れた中絶」としての意味を持っていたとの指摘がある(Schwartz & Isser, 2016)。

上述のように，わが国においても新生児の放置死が少なくないことが明らかとなってきた。こうした事態に至る親，特に母親の心理状態が，欧米で指摘されている妊娠・胎児・新生児の否認に当たるのか，あるいは自宅・自力分娩が，出産という形の「中絶」に当たるのかといった点は，今後の検討を待たねばならないものの，いわゆる「特定妊婦」への支援においては，こうした心理状態を念頭におくことが求められる。

(3)妊娠葛藤

第2次報告からは，第1次報告にはなかった「胎児期の問題」という項目が新たに報告されるようになった。その内訳としては，「望まない/計画していない妊娠」，「胎児虐待」，「母子健康手帳の未発行」，「妊婦検診の未受診」が調査対象となった。そして，第2次報告以降，虐待死亡事例においては，これらの項目に該当するケースが多いことが繰り返し指摘されている。これらの特徴は，上述のように，妊娠という事実や胎児の存在の否認という心理と関連していると考えられる。また，こうした心理状態の背景には，親が，妊娠という事実を喜んで受け入れることができないという，いわゆる『妊娠葛藤』という事態が存在している可能性がある。

わが国において，従来，こうした妊娠葛藤という心理状態はあまり注目を集めることがな

かったが、検証委員会の作業を通して、虐待死との関連が明らかとなったと言える。大阪府では、こうした事態を重視し、期せずして妊娠をし、悩みを抱える女性を対象に「予期せぬ妊娠SOS」という相談事業を開始している。また、各地の産婦人科医会は妊婦健診の未受診の実態調査を行っている。今後、妊娠葛藤に関連する可能性のあるこうした問題への効果的な対応を検討する必要がある。

## 2. 虐待死亡事件の刑事裁判の判決文分析から

### (1) 身体的虐待による死亡について

身体的虐待で死亡した15事例中、加害者が、父親(本稿では、特に断りがない限り、継父や母親の内縁関係の男性等を「父親」と表記する)であったものが11事例(73.3%)であり、母親(父親と同様、「母親」には継母や内縁関係の女性等を含むものとする)が加害者となった4事例(26.7%)を大きく上回った。厚生労働省の福祉行政報告例によれば、虐待死亡事例に限らない虐待事例全般においては、主たる加害者が母親となる事例が6割程度であり、父親が主たる加害者である事例は3割程度とされている。つまり、死亡事例に限らない虐待一般では母親が加害者になることが大半であるのに対して、死亡事例では大半の加害者が父親であることになる。ここには、父親の身体的な力が行使された場合に子どもの死亡に至る可能性が高くなることを意味していると言えよう。

また、母親が加害者となった身体的虐待による死亡事例4例では、実母が加害者となったものが3件(75.0%)であったのに対し、父親が加害者となった11事例では、7事例(63.6%)が継父や母親の内縁関係の男性等となっている。一方、福祉行政報告例によれば、一般的な虐待事例では、「実父以外」が加害者となったものが3割程度である。つまり、死亡事例に限らない虐待事例と比較して、虐待死亡事例では「継関係」にある父親が加害者になることが非常に多いと言える。

虐待死亡事例において継父が加害者となる事例が多いのは、Gellesら(1987)が指摘するような生物学的な要因による可能性は否定できないものの(Gellesらは、継父や継母による虐待死亡事例が多く見られるのは、加害者と子ども間に生物学的、遺伝的なつながりがないか

らであり、その点で、死亡事例は、死亡に至らない虐待事例とは質的に異なるのではないかと推測している)、今回の分析では、次のような心理的要因の存在が示唆された。

継父の身体的虐待による死亡事例7事例中、継父の体罰等の身体的虐待が「しつけ」という名目で開始され、それに対する子どもの反応(なつかない、いいつけを守らない、反抗的な態度をとる、遺尿や盗食、万引きなどの問題行動を示す)によって次第に激しい暴力へとエスカレートしたという経過をたどったものが4事例見られた。こうした事例では、継父が子どものしつけの「主導権」を握ることで、家族における立場を確立しようとする心理が伺われる。しかし、こうした継父のしつけに対する子どもの反応は上記のような否定的なものとなることが多く、その結果、継父の、いわば「面子」が潰されることになり、子どもに対する怒りの激化につながるのではないかと推測される。

こうしたことから、母親の新たなパートナーが参加して新たな家族関係が形成される際、その男性が子どもの養育に対してどのような価値観(子どもの養育観、しつけ観)を有しているのか、そうした養育観のもとに子どもとどのような関係を形成している、あるいは形成しようとしているのかを把握する必要がある。

### (2) 暴力を生じる父親の心理について：無力感と支配性

父親の暴力による死亡事例8事例のうち、失職や無職、多額の借金、経済的な見通しのなさなど、父親が社会生活において無力感や無能感を持っていると推定されたものが5事例あった。また、こうした無力感を持っていると推測された5事例のうち、3事例には、判決文中に、母親や子どもに対する父親の支配性が推測される記述が認められた。こうしたことから、子どもを死に至らしめるような激しい暴力の背景には、子どもや妻などの家族の構成員を支配することによって、社会生活等における無力感や無能感を購おうとする父親の心理状態が存在する可能性があると言えよう。

判決文分析の対象となったある事例では、判決文中に、父親について「自己の境遇やふがいなさへのいらだちを募らせ、仕事がない日などは、朝からアパートで酒を飲み...あやしても

泣きやまないなどとして、些細なことに文句を付けては口論となり...」といった記述や、「被告人(筆者注：父親)は、仕事を無断欠席して、自分の生活状況に自己嫌悪といらだちを感じながら、朝から自宅で酒を飲んでいて...」という記述があり、その後、Fを死亡させる暴力が生じている。こうした記述から、父親が日常的に無力感や無能感を抱いており、それが子どもへの怒りや攻撃性につながっていたことが示唆される。また、別の事例では、父親にはギャンブルによる多額の借金があり、そのために「夜逃げ」という形で遠方に転居しているが、その直後に子どもに対する暴力が激化している。その後、医療機関からの通告によって児童相談所が介入を試みた直後に再び転居し、この転居の直後にも暴力が激化したとの記述が認められる。このような夜逃げや、おそらくは児童相談所の介入を回避するための転居といった出来事は父親の無力感を強めた可能性が高く、それが、その直後の子どもへの暴力の増加につながっていると考えられるわけである。

こうした父親の無力感等に由来する家族構成員への支配性は、パートナー間暴力(いわゆるDV)の心理的特徴だとされているが、判決文分析では、5事例にDVの存在が示されており、この点も、父親の無力感・支配性と暴力の関連を示唆するものであると言えよう。

### (3) ネグレクトによる死亡について

死亡した子ども23人のうち、ネグレクトによるものが8人(34.8%)であり、うち7人が衰弱死であった。また、死因は暴行等による身体的外傷であったものの、事例の経過中にネグレクトとそれとともなう子どもの衰弱があったものが2人であった。この2人を加えると、ネグレクトを受けていたのは全体の43.5%にあたる10人となる。前述の検証委員会による第12次報告書では、第1次報告から第12次報告の対象となった死亡事例626人のうち、主たる虐待の類型がネグレクトであるとされているものが169人(27.0%)であったと報告されている。このように、子どもの死亡事例においては、ネグレクトによるものが少なくないことを表していると言える。一般的には、ネグレクトは子どもの死亡にはつながらないとの認

識が持たれがちであるが、実際にはネグレクトによって死亡する子ども、あるいはネグレクトによって衰弱している状態で子どもが激しい暴力によって死亡する事例は決して少なくないと言える。

### (4) 子どもを死亡させる母親の心理について：依存の心理

上記のネグレクトによる死亡の多くは、母親が主たる加害者であった。こうした母親に共通して見られる心理的特徴に、依存に関する問題があった。

こうした依存の問題は、母親のみではなく、4人の父親にも認められた。アルコール依存が疑われる父親が1人、パチンコ等のギャンブル依存が推定される父親が3人(うち1人は覚醒剤依存を合併)であった。

それに対して、依存の問題を抱えていると思われる母親は7人であり、父親よりも多かった。この7人の母親のうち、男性依存もしくはセックス依存が疑われる母親が6人であった。こうした母親には、『母親-女性葛藤』(子どもに対する母親としての立場と、男性に対する女性としての立場が葛藤を起し、結果的に女性としての立場を優先することで子どもに対する母親性の放棄につながる心理状態)の存在が伺われた。

判決文分析では、依存をめぐる問題は父母ともに認められるものの、父親よりも母親に優勢であり、その多くは男性依存という対人依存の態様をとることが示唆された。

薬物依存や対人依存といった依存をめぐる問題の多くは、本来は乳児期から子ども期にかけて適切な養育によって充足されるべき依存・愛情欲求の未充足に由来すると推測される。そして、子どもは、とりわけ乳幼児期には、親に対して絶対的な依存状態にあり、その時期の子どもの養育は子どもの依存を満たすことが中心的な要素となる。しかし、自分自身が依存欲求の問題を抱えている親にとっては、子どもの依存性に適切に応えることが非常に困難となると考えられる。そのため、子どもの依存欲求に適切に応答できずネグレクトに至ったり、あるいは子どもの欲求が親にとっては「やっかい」なものとなり、子どもへの攻撃が生じる可能性があると考えられる。

### (5) 食を巡る問題について

上記のようなネグレクトによる子どもの衰弱死事例の多くに、食事やミルクを与えないという食に関する問題が認められる。判決文分析では、23人の死亡事例のうち、10人の子どもに食を巡る問題が認められた。この10人の死亡事例のうち、幼児に対してミルクのみを与えていた1事例を含む9事例で、食の制限が認められ、1事例は食事の強要であった。

食には、単に物理的な栄養という側面だけではなく、愛情やケアといった心理的側面が伴っている。したがって、死亡事例における食をめぐる葛藤は、愛情やケアの提供の拒否などを意味している可能性がある。英国の虐待死亡事例を分析した Reder と Duncan (1999)は、虐待死亡事例の親の心理的特徴の一つに『ケア葛藤』の存在を指摘しているが、判決文分析で示唆された食を巡る問題は、こうしたケア葛藤の表れの一つである可能性がある。

#### (6) 家族関係の特徴：子どもに対する特殊な扱い

判決文分析により、死亡した子どもに対する家庭・家族内における特殊な扱いとして、「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」が抽出された。

家庭内隔離とは、家庭内において子どもを一室に閉じ込めるなど、他の家族構成員との接触を遮断することを意味し、具体的には部屋や風呂場に隔離したり、段ボールの中に閉じ込めたり、あるいはベランダで生活させるなどがあった。23人中、家庭内隔離を受けた子どもは7人(30.4%)であった。こうした家庭内隔離は、ネグレクトによって衰弱していく子どもの姿や、暴力によって生じた外傷を、家庭内で親が目にしなくて済むといった機能を果たしていると考えられる。

家族内疎外とは、外食など他の家族構成員が外出する際に、被害を受けた子どものみを連れて行かず、当該子どもがまるで存在していないかのように家族の日常生活を送ることを指す。判決文分析では、家族内疎外を経験していた子どもは5人(21.7%)であった。これらの事例では、すべて、被害を受けた子ども以外の子どもは父親や母親と行動をともにしており、こうした行為には、一人の子どもをいわゆるスケープ・ゴートにするといった、心理的虐待の要素が含まれている可能性が推測される。また、こ

うした家族内疎外には、被害を受けている子どもがまるで存在しないかのように振る舞うという側面があることから、虐待の事実や、虐待被害を受けている子どもの存在を否認もしくは回避し、「(被害を受けた子どもを除く)家族で楽しく過ごす」といった、いわば仮想現実にも身を委ねるといった心理的防衛としての意味があるのかもしれない。

社会的隔離とは、子どもを家庭外に外出させないで社会との関係を断たせることを指す。今回の分析では、8人(34.8%)がこうした社会的隔離を経験していた。この8人中6人がネグレクトを経験しており、社会的隔離は、ネグレクトとの関連が強いことが示唆された。判決文には、「衰弱する子どもの姿を近隣住民に見られないため」といった親の供述が多く見られることから、こうした社会的隔離を行う親には、ネグレクトで衰弱していく子どもの存在を知られないようにするといった心理があると言える。

子どもからの離脱とは、子どもを自宅に残して親が長期間外出・外泊することを意味する。判決文分析では、こうした特徴が見られたのは2事例(死亡数2人)と、さほど多くはなかった。この2事例に共通しているのは、母親が、外出・外泊時に男性と過剰な性的関係を持っていること、そして、子どもの遺体の発見後も、数日間、再び男性と外泊等をしていることである。こうした特徴から、性的行為に伴う意識変性的特徴を考慮に入れれば、子どもからの離脱行為には、子どもがいるという現実からの、あるいは子どもの死後には自らの行為によって子どもを死なせてしまったという現実からの逃避という心理的意味があるのではないかと推論される。

このように、子どもの虐待死を生じる家族関係には、かなり特殊な特徴が認められる場合がある。そして、こうした特徴は、家族や子どもと社会の接点において把握可能な場合が少なくないと考えられることから、虐待やネグレクトが疑われる事例に対応する関係者は、家族や子どもにこうした特徴が認められないかを意識して観察すべきである。

#### 3. 不適切な養育によって子どもを死亡させた親の心理鑑定の結果から

### (1) 深刻な世代間連鎖

子ども虐待事例において、虐待やネグレクトなどの不適切な養育を受けて育ったものが、親となった後、自分の子どもを虐待・ネグレクトするといった、いわゆる「世代間連鎖」という現象が存在することは広く知られている。しかし、様々な調査研究において、世代間連鎖が生じる確率は、後方視的研究においても前方視的研究においても30%程度であり、むしろ少ないとする指摘が見られる。確かに、子どもの死亡を伴わない虐待事例においてこの世代間連鎖を強調しすぎることは、事例のアセスメントを誤る危険性を孕んでいる可能性がある。しかし、心理鑑定の結果からは、虐待死亡事例においては、全ての事例に世代間連鎖が認められた。しかも、加害者である親が報告する成育史には、極めて深刻で慢性的な虐待やネグレクトの存在が指摘できた。すなわち、子どもを死亡させるような深刻な虐待・ネグレクト事例においては、加害者となる親自身が、ほぼ例外なく、極めて不適切な被養育体験を有していると考えられる。それだけに、虐待やネグレクトの重度性を判断する上で、親の成育史の把握は必須であると言える。

### (2) 家族の形成の特徴と子どもの持つ意味

心理鑑定の対象となった8事例のうち6事例で、母親は10代後半もしくは20代前半で妊娠、出産していた。また、そのパートナー(死亡した子どもの実父である場合及び継関係にある場合を含む)も多くは母親と同様の若年であった。さらに、父母が届出婚であった場合は、全例、妊娠先行結婚(いわゆる出来ちゃった婚)であった。

父母の出会いからパートナーシップの形成に至るプロセスの分析から、定位家族からの精神的分離、独立し自立した「個」の形成、独立した人格同士の相互作用によるパートナーシップの形成といった、家族社会学で論じられるような関係形成のプロセスとは非常に異なった特徴があることが示唆された。多くの事例で、定位家族における様々な家族病理を引きずり、あるいはそれから逃避するための手段としてパートナーシップが形成されており、極めて散文的な表現にはなるが、大きな傷を抱えたもの同士がその傷を庇うかのように身を寄せ合うといった関係形成の特徴が認められた。ある

母親は、「小学校高学年の頃には、自分の親に愛情を求めても無駄であるとわかっていた。だから母親にも父親にも何も求めなかった。その分、はやく自分に愛情を注いでくれる人が欲しかった。私を愛してくれさえすれば誰でも良かった」と述べている。

こうした親にとって、子どもは、一般的な家庭におけるものとは異なった特殊な意味を有していると考えられる。それは、自分に欠けているものを補ってくれる存在という意味である。慢性的なネグレクトを体験して育ったある母親は、「自分は幼児の頃には両親から放ったらかしにされていた。赤ちゃんの頃にも同じだったみたいで、それを見かねた祖母が何度か自分を引き取ったと聞いた。そんな自分だったからこそ、早く母親になって、自分が受けられなかった愛情を、いっぱい、いっぱい、自分の赤ちゃんに注いであげたかった」と述べている。この母親は、自分の子どもを育てるという行為を通して、自分に欠けていた母親からの愛情を(間接的に)得たいという心理状態になっていたと考えられる。このように、虐待で子どもを死亡させる親にとって、子どもは、一般的な家庭で育つ子どもとは異なった心理的な意味が付与されていると言える。

こうした観点に立つなら、不適切な養育が行われている家族のアセスメントにおいては、親の成育歴、パートナーシップの形成及び発展史、親子関係の形成及び発展史などの包括的な情報に基づく必要があると言える。

また、父子家庭において幼児がネグレクトで死亡した事例の刑事裁判では、父親の不適切な養育が子どもを死亡させたという側面のみに焦点が当てられたが、心理鑑定の結果、この家族における慢性的なネグレクトは、実母が家を出て父子家庭となる以前から発生していたことが示された。つまり、父母と子どもという三人家族であった頃からネグレクトを生じる家族病理が存在しており、母親が家を出ることによってネグレクト状態が深刻化し(父親は、母親が家を出ることによって子どもへの養育行動を変化させることはなかった)、子どもが衰弱死したと考えられる。この事例の場合、父子家庭になって以降にのみ焦点を当てては、子どもの死を招いた深刻なネグレクトを発生させた家族力動は理解できないことになる。こ

のように、虐待をインシデントではなくプロセスとして分析・理解することが重要である。

### (3) 自己及び自己感の不在

心理鑑定の対象となった8事例のうち、5つの事例において、子どもを死に至らしめた親、及び自分のパートナーが子どもを死亡させるのを黙認もしくは追従した親(刑事裁判においては共同正犯として扱われた)に、自己のなさや自己感(sense of self)の薄弱さが認められた。こうした親は、成育歴や家族歴等の記憶が一般的に曖昧であり、また、パートナーとの関係や子どもとの関係における主体性に深刻な問題があることが示唆された。こうした自己の不在性や自己感の薄弱さが子どもを死亡させるような心理状態とどのように関連しているかは、今後の検討課題である。

## 4. 虐待死とソーシャルワーク

### (1) プロセスとしての理解の必要性

本稿では、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てきた。その結果、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る場合があった。以下にそれらの要因を列記する。

#### 親との関係性の重視

この点は、死亡事例検証報告書等においても繰り返し指摘されてきていることであるが、児童相談所のソーシャルワーカー(児童福祉司)が親との関係性の維持を重視するあまり、子ど

もが置かれたリスク状況を看過してしまうというものである。その背景には、親を支援することで(間接的に)子どもの福祉に資するという、わが国の児童相談及び児童相談所の歴史的文脈性が存在している。虐待事例の対応においては、子どもを保護するという責務と親や家族を支援するという責務との両立は極めて困難であり、この2つの機能を分離させ、欧米先進国のように、それぞれの機能を担う独立した機関を設置するなどの方策を講じる必要がある。

#### 初期のアセスメントの硬直化

虐待に関する通告があった場合、児童相談所や市区町村の相談機関では、初期調査を行い、その内容に基づいた初期のアセスメント(リスクアセスメントと支援のためのアセスメント)を実施する。こうした初期アセスメントは、情報量が少ないために十分なものではなく、本来は暫定的なものとされるべき性格のものである。つまり、その後の調査によって得られた情報を追加し変更されるべきものである。しかし、多くの事例において、初期アセスメントが固定化してしまい、適切な判断を行う上で却って妨害要因となっているという特徴が認められる。例えば、初期アセスメントにおいて得られた情報からは虐待やネグレクトの存在は確認できず、それらがあったとしても軽度であると推測された事例で、その後、深刻な虐待の存在を示唆するような情報(保育園に登園してきた子どもの目の周りに痣があったなど)が無視もしくは軽視され(子どもの顔の痣は、母親が説明しているように、子どもが転んできたと判断するなど)、母親が子どもを予防接種に連れて行ったという情報は、親が適切に機能していることを示す情報として過大に評価されるといった、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が行われた。

#### 深刻な出来事への馴化と楽観的予測

子どもの受傷など深刻な身体的虐待が推測される出来事や、夜間や早朝の幼児の単独外出など慢性的なネグレクトを示唆する出来事が繰り返して生じている事例においては、関係者が、こうした出来事に慣れてしまい、危機感が麻痺してしまっていたと推測される事例が複数あった。こうした事例では、新たに深刻な事態を示唆するような出来事の情報を関係者が得ても、「これまでも同様のことがあったが、



なんとかなってきた。今回も大丈夫だろう」といったような、経験に基づく、なんらの根拠もない楽観的予測が生じてしまい、子どもの保護などの適切な対応がなされないままとなっていた。

支援計画の「失敗」への対応の欠如

ソーシャルワークにおいては、アセスメントに基いた支援計画を立案、実行し、その効果を評価(evaluation)し、有効であるとされた場合にはその継続、有効ではないもしくは効果が限定的であるとされた場合には支援計画の修正、変更を行う。これは、ソーシャルワークの初歩の初歩(大学におけるソーシャルワーク教育の入門編で教える内容である)であるにも関わらず、虐待死亡事例においてはこれが適切になされていない場合が少なくなかった。

ある事例では、身体的虐待のために子どもを一時保護したが、加害者である親が反省し今後一切暴力を振るわないと約束しているため、子どもを保育所に通わせることを条件に一時保護を解除し、在宅支援を行うこととなった。子どもを保育所に通わせることを条件としたのは、親子が分離して生活する時間を確保することで、親が子どもに暴力を振るうような事態が少なくなり、また、子どもが暴力を受けた場合には保育所で痣等が確認できると考えたためであった。しかし、家庭復帰後、保育所に入園した子どもが、程なく登園しなくなってしまった。この場合、支援計画が適切ではなかったと判断し、子どもを再度保護すべきであったが、児童相談所は親に登園を促すのみで(つまり、本来の支援計画に固執し)、結果、子どもは親の暴力により死亡してしまったのである。

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

虐待死亡事例の多くにおいて、親の心理力動に対する理解の欠如や、親の行為に対する表面的な理解にとどまる傾向が観察され、こうした理解の欠如や浅さが不適切なアセスメントを導き、結果的に子どもの死亡の予防を失敗させていた。

例えば、子どもへの暴力や暴言が日常的に観察されており、親が「出て行け!」として子どもを戸外に出すことがあるものの、児童相談所が保護を申し出た際には、親がそれを断固として拒否し、最終的には子どもが死に至った事例

があった。児童相談所は、この親を「変わった親」としか認識していなかった。刑事事件としての捜査において、親は、子どもに罵声を浴びせることによって精神的な均衡状態を保っていたことや、戸外に放り出した子どもが無力な事態に陥り、必死に謝罪するのを見ることによって自分の親としての有能性を感じようとしていたということが明らかとなった。こうした心理状態は、虐待する親の「乱用性」(abusiveness: 子どもの存在や子どもとの関係を利用して親が何らかの心理的利得を得ること)に当たると考えられるが、この事例において、児童相談所は乱用性に対して理解がなく、そのために適切なアセスメントがなされなかったと言えよう。

また、虐待通告を受けた児童相談所等の関係者が子どもの状況を確認すべく家庭訪問を実施しても、親が拒否(子どもは親戚の所に行っているなどの消極的拒否を含む)することで関係者が子どもに会うことができず、最終的には子どもの死亡に至るといった事例は少なくない。こうした事例において、親が、関係者と子どもとの接触を拒否するという行為がどのような意味をもつのかをほとんど考えず(考えているのかもしれないが、その情報は残されていない)、再三再四、家庭訪問を繰り返すのみで行った場合が珍しくない。こうした、関係者による子どもへの接触を親が拒否するという事態は、英国の虐待死亡事例においても特徴的であるとされている(Reder & Duncan, 1999)。

Reder と Duncan(1999)は、関係者が子どもと接触した結果、子どもに対する親自身のコントロール力が奪われてしまうというコントロール葛藤や、関係者が子どもに何らかのケアを提供することを親が推測し、それが親のケアに対する希求と絶望を刺激してケア葛藤の心理状態を引き起こすため、関係者と子どもの接触を拒否するのだろうと推測している。わが国の虐待死亡事例においてもこうしたコントロール葛藤やケア葛藤の存在が指摘できるかどうかは不明であるものの、親の行為の背後に存在する心理状態への洞察を求める姿勢は、適切なアセスメントと支援の実施にとって必須である。

5. 虐待死を予防するための面接等のあり方について

本項では、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、親のどのような精神的・心理的問題や、それと関連した家族関係・家族力動に注目し、取り上げるべきかを述べる。

#### 夫婦の形成期の問題

虐待死亡事例における夫婦関係は、さまざまな問題を抱え関係性が脆弱な場合が多い。こうした脆弱性を生じる一つの要因として、先述のように、妊娠先行結婚が指摘される。妊娠先行結婚の場合には夫婦として安定した親密な関係が十分に形成される以前に家族に子どもが加わることになり、それに伴って夫婦が「親役割」を獲得する必要が生じるためだと考えられる。また、妊娠先行結婚では、結婚後妊娠の場合と比較して、夫婦とも若年であることが多いことが示されている。特に母親の出産年齢が10代である場合には、虐待のリスクが高いと指摘されているが、虐待死亡事例に関しても同様である。さらに、死亡に至った子どもを出産した際の母親の年齢が若年ではない場合であっても、第一子の出産年齢が10代である場合には虐待死亡のリスクは高くなると考えられている。

妊娠先行結婚および若年出産が虐待死亡のリスク要因となるのには、これまで検討してきたように、母親の依存欲求の強さが関与している可能性がある。

こうした点を踏まえ、第一子が若年出産である場合や、妊娠先行結婚である場合には、どのような経緯で出産や婚姻に至ったのか、子どもの中絶の可能性はなかったのか、中絶をしないと決断した場合にはその理由や意図はいかなるものであったのか、若年出産することで母親や父親のライフコースはどのように変化したのか、その変化に対してどのような認知を抱いているのか等について丁寧に聞き取る必要がある。

#### 妊娠期および周産期の問題

「望まない妊娠・出産」が虐待・ネグレクトのリスク要因であることは広く知られているが、虐待死亡事例に於いても同じくリスク要因となる。「望まない妊娠」が妊娠葛藤につながることは少なくない。妊娠葛藤がある場合、胎児を自然流産させようとして胎児を危険にさ

らす行為を故意に行う胎児虐待や、胎児の存在を否認する胎児ネグレクトが生じることもある。後に虐待死亡に至った事例では、妊娠期にこうした妊娠葛藤、胎児虐待、胎児ネグレクトがあったことが明らかとなった事例が少なくない。

虐待死亡事例では、前述のように、妊娠期の妊婦健診未受診、母子健康手帳未発行および妊娠後期における発行、飛び込み出産など、妊娠期のケアや出産への準備の不足が特徴的に見られるが、その背景には前述の妊娠葛藤等の心理が存在する可能性が高い。また、自宅における自力分娩の後子ども放置死には、妊娠中の胎児ネグレクトが出産直後の新生児ネグレクトへとつながったと思われる事例が散見されている。

上記を踏まえ、妊婦健診未受診や母子健康手帳未発行・発行遅れ(中絶が可能な妊娠 21 週を超えてからの発行)がある場合には、妊娠葛藤、胎児虐待、胎児ネグレクトなどを意識した面接を行い、そうした心理状態が認められた場合にはその意味を共感的に話し合う必要がある。

#### 母親の心理的・精神的特徴

これまで見てきたように、虐待死亡事例では妊娠先行結婚や若年出産が多いことの背景には、母親の依存欲求の問題や依存をめぐる病理が存在することが少なくない。適切な育児においては、子どもの欲求を満たすために、親が自己の欲求満足の遅延を求められる場合が少なくない。特に、子どもが幼少であるほど、子どもは親に対して絶対的に依存した状態であるがゆえに、親は自己の欲求の遅延を求められる場合が多くなり、ある程度健康的な育児が行える親は、自己の欲求の抑制もしくは遅延にさほど苦痛は感じない。しかし、虐待死亡事例においては、親が何らかの理由で自分の欲求、特に依存欲求を優先させ、子どもの欲求を拒否もしくは無視する傾向が窺われる。

こうした親の心理状態が生じる背景には、親自身がその成長過程において、虐待やネグレクトなどの不適切な養育を受けていたり、死別や生別による自らの親に対する依存・愛情関係の中断を経験してきている場合が多いように思われる。その結果、親は、本来は乳幼児期や子ども期に充足されるべき依存・愛情欲求が未充足のままに成人期に入り、絶対的な依存状態に

ある子どもの養育に当たることを求められることになる。こうした親は、子どもが示す依存欲求に適切に回答できずネグレクトしたり、子どもの依存欲求が自身の欲求満足の妨害要因であると認知して子どもに対する怒りが生じ、身体的・心理的虐待に至ると考えられる。このように、虐待死亡事例では、母親の依存欲求の問題、あるいは依存をめぐる病理が存在することが少なくない。死亡に至るような重度の虐待事例では、いわゆる「虐待の世代間連鎖」と呼ばれる状態が見られることは既述の通りだが、これには、親の依存をめぐる問題が媒介因子となっている可能性があると言える。

母親の依存欲求の問題は、時として「女性-母親葛藤」という心理状態を引き起こす可能性がある。母親が離婚を経験した後に新たなパートナーを得た場合、新たなパートナーに対する依存欲求を持つ「女性」の部分と、子どもの依存を受け取るべき「母親」の部分とが葛藤状態に陥り、その結果、子どもの欲求を拒否したり、子どもに対して暴力を振るうパートナーの行動を受け入れてしまうことがある。場合によっては、パートナーに同調して母親が子どもに暴力を加え死亡させた事例もある。こうした事例では、パートナーに受け入れられたいという欲求や、パートナーを失いたくないという思いから、母親による虐待が生じたと推測される。

背景に依存欲求の問題の存在が推測される具体的な現象として、子どもの「食」をめぐる問題が悪循環を生じ、その結果、子どもを死亡させてしまうといった事例があることは記述の通りである。食あるいは食事は、愛情や依存などの象徴的な意味を持つ可能性がある。子どもの食に対する行動や態度に対して、親が怒りなどの強い情緒的反応を生起させるのは、食が持つ心理的な意味が関連している可能性が高いように思われる。依存欲求をめぐる問題を抱える親にとって、自らが子どもに提供する愛情の具体的な表れである食を子どもが拒否するという事態が激しい情緒的反応を喚起すると考えられる。

また、その他の依存をめぐる問題としては、アルコール依存や薬物依存などの物質依存、パチンコなどのギャンブル依存(病的賭博)が指摘される。

依存の問題をめぐるこれらの心理的特徴を

踏まえ、親との面接においては、親自身の成育歴における依存欲求の満足の問題、子どもの依存欲求との葛藤状態の有無とその対応、子どもの食の問題、物質依存や病的賭博(特にパチンコ依存は「パチンコ好き」や「パチンコが趣味」として、その重大性が看過される場合が少なくない)などのいわゆる依存症の問題を取り扱う必要があると言える。

#### 父親の心理的・精神的特徴

虐待死亡事例では、父親が極めて激しい暴力を子どもに加えて死に至らしめる場合がある。これまでに見てきたように、こうした事例では、子どもは母親の以前の婚姻関係における子どもであり、父親とは「継関係」であったものが大半を占める。欧米において、虐待死亡事例では父子が継関係であることが多いことが知られており、母親の以前の愛情の対象であった子どもの実父に対する嫉妬心が継父の暴力の主たる心理的要因だと指摘されている。これまで見てきた虐待死亡事例の分析では、子どもを虐待死させる父親には、以下のような特徴が指摘される。

まず、父親が継関係の形成の困難性を認識できていない点が指摘される。子どもにとって母親の新たなパートナーを「父親」として認知し父子関係を形成することはさまざまな心理的困難をともなうものであるが、父親が、子どもが抱える心理的困難を認識せず(あるいは認識できず)、「父親」として振る舞い、それに従うように子どもに求めるような場合がこれに当たる。こうした父親に対して子どもが拒否感を持ったり反抗的な言動を行った場合、父親は強い怒りをおぼえ激しい暴力が生じると考えられる。

次に、父親の支配性の問題が指摘される。虐待死亡事例では、父親が社会経済生活において困難を抱えており、その状態に強い無力感を抱き、それを補償するために家族の構成員に対して支配関係を持つとうとした結果、子どもへの暴力が生じたと考えられる事例が少なくない。また、こうした事例では、妻への暴力(いわゆるDV)が併存している場合もある。

今一つ指摘できるのが、母子関係に介入してその家族における「父親」としての地位の確立を求めようとする父親の心理状態である。こうした父親は、母親の子どもに対する「しつけ」

のあり方を否定し、「しつけは自分に任せる」ことを求める傾向がある。つまり、子どもの「しつけ」を担うという形で新たな家族における地位を得ようとするのだと考えられる。こうした父親に対して、子どもは、当初は従順さを見せることもあるが、次第に自己主張をするようになり、それが父親には「反抗的」「自分のことをなめている」などと認知され、その結果、父親の激しい暴力が子どもに向けられることになる。

こうした分析結果を踏まえ、父子が継関係である事例では、親との面接において、継関係の形成に伴う困難さの問題、父親の社会的不適応感に由来する支配性、および家族内の地位の確立を求める心理などを適切に取り扱っていく必要がある。そして、父親が、こうした心理的特徴を有していることが明らかとなった場合には、共感的に聞きつつも、それが子どもへの暴力につながらないよう、現実検討を高めるなどの介入が必要となろう。

#### 6. 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。心理鑑定においては、鑑定人である筆者が焦点を向きたい事柄や疑問に思った点について、直接、親に聞くことができる。もちろん、親がそれらの疑問について、すぐに答えられるわけではなく、あるいは、強い心理的抵抗を生じる場合があるものの、鑑定人とのやりとりによって、親が自身の心理状態について掘り下げて理解したり、何が起こったのかを徹底的に理解しようとする鑑定人の態度によって心理的抵抗を弱めることが少なくなかった。

このように、親の心理に関する情報量は、心理鑑定が最も多かったが、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、厚労省の虐待死亡事例検証ではほとんど得られず、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、我が国でも導入すべきである。

#### D. 結論

本研究によって、不適切な養育で子どもを死亡させてしまう親の心理的特徴や、彼らの定位家族との関係及び生殖家族の形成の特徴が明らかとなった。今後、死亡事例検証等においては、こうした、親の心理社会的特徴に注意を向けるべきである。

児童相談所等が関与しながら子どもが死に至った事例の分析から、ソーシャルワークの失敗の要因が示唆された。今後、こうした要因を考慮し、虐待事例におけるソーシャルワークのあり方を再検討すべきである。

また、虐待事例における心理面接では、本研究によって明らかになった事項に焦点を当てる必要がある。

#### 《参考文献》

- Gelles, R. J. & Lancaster, J. B. Child Abuse and Neglect: Biosocial Dimensions. De Gruyter, 1987.
- 西澤哲・虐待死亡事例における保護者の心理社会的特徴の分析：その3 刑事裁判の判決文の分析を通して その2 厚生労働研究補助金（政策科学総合研究事業）分担研究

報告書，2013．

Oberman, M. Understanding infanticide in context: Mothers who kill. 1870-1930 and today. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 92, 707-737, 2003.

Reder, P. & Duncan, S. Lost innocents: a follow-up study of fatal child abuse, 1999.

Schwartz, L. L. & Isser, N. K., 2016.

*Endangered Children: Homicide and Other Crimes*, 2<sup>nd</sup> Ed., CRC Press, 2016.

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会．子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について第12次報告，2016．

E. 研究発表

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

F．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 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究

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

研究分担者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科 副部長  
研究協力者 高岡昂太 日本学術振興会 海外特別研究員  
(University of British Columbia)

研究要旨

【目的】本研究では、虐待の可能性が疑われる死亡事例が検証や起訴に至らない要因につき、児童相談所・医療機関・法執行機関（警察・検察）へのインタビュー調査を通じて、現場レベルで明確化するとともに、仮説を生成することを目的とした。

【方法】虐待対応現場で勤務する児童相談所職員 5 名、医師 5 名、司法関係者 5 名（警察官 2 名、検事 3 名）の合計 15 名に対してインタビュー調査を行った。インタビューは主に虐待が疑われる死亡事例において対応が困難な要因（含、他機関との連携）、死亡事例の検証に繋げることが出来なかった（もしくは出来た）理由、適切に子どもの死因究明をするための解決策、を主軸に半構造的面接を行い、得られたデータをグラウンデッドセオリーアプローチにより分析した。

【結果】の対応困難な要因においては、児童相談所からは死亡してしまった事例には対応ができない、医療機関からは診断書の書きにくさ、警察・検察からは情報共有のしにくさ、などの要因が挙げられた。の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。適切に子どもの死因究明をするための解決策では、多機関での情報共有の基準作り、多機関共同の研修会の開催、検証開催の基準作り、などが挙げられた

【考察】虐待の可能性が疑われる死亡事例の多機関での検証を行うためには、虐待被害が疑われる事例への協同面接のように、各関係省庁から合同通達がなされることが重要であるが、そのような通達が行われる素地を形成するためには、虐待疑いのある死亡事例に関する情報共有の標準化、虐待の可能性を適切に疑うため・疑った場合に具体的な対応に移すための、多機関共同での研修会の実施、そして何より検証が個人の責任追及とならずに、関係機関全てが子どもの安全のために組織として何を変えていけばよいかという観点で協議を行うことが出来る検証の基準作り、といった前提条件の整備が必須と思われた。

## A．研究目的

日本では、確実な虐待死事例を除き、疑い事例に至るまでの適切な死因究明が行われている状況とはとてもいいがたい実情がある。本研究では、虐待の疑い事例を含めた死亡事例検証の立ち上げについて、現場の運用実態や、検証開催を困難としている要因をインタビュー調査で明確にし、その解決策について仮説を生成することを目的とした。

## B．研究方法

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時間半のインタビュー調査を行った。インタビュー内容は、虐待が疑われる死亡事例において対応が困難な要因(含、他機関との連携)、死亡事例の検証に繋げることが出来た(もしくは出来なかった)理由、

適切に子どもの死因究明をするための解決策、を主軸に半構造的面接を行い、得られたデータをグラウンデッドセオリーアプローチにより分析し、仮説生成を行った。

### (倫理面への配慮)

本研究は、前橋赤十字病院倫理委員会の承認を受け実施した。

## C．研究結果

各質問項目から得られたデータから、カテゴリを生成した。生成したカテゴリは【】で括って提示した。これらのカテゴリをもとに、仮説となるストーリーラインのまとめを試みた。

### C-1. 虐待が疑われる死亡事例において対応が困難な要因(含、他機関との連携)

#### \* 医療機関

- 医療者自体の問題

生きている子どもに対する検査ガイドラインはあっても、【死亡時の検査ガイドラインがない】ため、【死因究明の意識が低い】。そのため虐待死の可能性のある不詳死事例を前にして【まれな代謝疾患の可能性がないか否定できない】など、医学的にあいまいな点が残る結果となっている。他にも、目の前にいる【子どもを亡くした親の悲嘆に寄り添うテクニックがない】ために、一刻も早く子どもを親元に帰さなければと心理的にプレッシャーを感じ、【事故の可能性があれば虐待の可能性を矮小化】してしまう心理的な傾向(認知的不協和)が指摘された。

- 医療者から見た、法執行機関(警察・検察)に対して感じる問題

医療機関は、警察に【病院として検討する間もなく警察に遺体を渡さなくてはならない】点を問題視していた。その上で、医師からみて警察は、外傷評価のインパクトのみを重要視し、【家族のその先を見ていない】と感じることもあると指摘された。また、検視がなされても、【事件性がないと剖検にまわらない】ことも問題に感じていた。他にも、救急外来で子どもの不詳死があった場合、虐待対応に不慣れな救急医が事故死と一度診断し、翌朝に虐待対応の経験豊富なベテランの小児科医師が虐待の疑いが強いと判断し警察に追加情報を伝えても、一度下りてしまった

【署長決裁を覆せない】という警察対応の問題点を感じるものが経験的に多くあると指摘された。

また、もし解剖に回ったとしても、【司法解剖情報は捜査情報で公開できない】ため臨床医にフィードバックがなく、【臨床医より法医の判断優先】となるため、より臨床的な医学評価や、心理社会的な背景情報が加味されない場合があるのではないかと危惧されていた。

- 一方、医療機関は【検察とは連携があまり

ない】ため、インタビューを受けた医療者のほとんどは、検察との関係について回答が困難であり、検察との当初からの連携体制は今後の課題といえる。

- 医療者から見た、児童相談所に対して感じる問題

高い専門性を持つ国家資格認定者としての医療者からみると、【児相の専門家としての力量の地域差】はとても強く感じられていた。例えば【児相としては残ったきょうだいがいないと関われない】と判断される場合が多く、実際、虐待死亡疑い事例がケースとして児相に受理されないことがあったという。このことは、今後該当家族に次子が生まれる可能性があっても、当該死亡児の情報を共有してもらえないなど、多くの問題が生じる可能性が危惧されていた。他にも【司法における起訴不能との判断と、子どもの安全の判断は別】であるにもかかわらず、警察が事件化しなかった場合に、児相がそのまま子どもの安全に問題は無かったとイコールに捉えることについても問題と感じられていた。

- 医療者から見た、多機関連携において感じる問題

医療機関は、要保護児童対策地域協議会（以下、要対協と略）の一員となりうるにも関わらず、虐待死亡事例の疑いについて【児相・警察からフィードバックがない】だけでなく、医療者から出向かない限り【医療が要対協に呼ばれない】ことが問題点として挙げられた。

\* 法執行機関（警察・検察）

- 法執行機関自体の問題

【虐待は密室で起こる】ため、誰が、どのような行為を、いつしたのか、捜査上、医学的な根拠や子ども自身の供述が必要不可欠である。しかしながら、医療機関や児童相談所が【虐待の可能性を考慮しても、警察への通

報の必要性を認知せず、警察通報に至らない】ことも多く、通報があったとしても【通報が遅れ証拠が散逸】しており、捜査が上手く進まないことが問題として上げられた。

また死亡事例においては、残されたきょうだいに対する供述調書が必要となるが、【初回の事情聴取時に、自身の被害開示や被害児への加害行為の目撃証言が得られない場合はまれではなく、その後に証言が得られたとしても、供述が変遷しており信用性がないと裁判官に思われる】可能性がある。そのため、多機関が協働した司法面接手法が欠かせないといえるが、児童相談所などで単独で行われた被害事実確認面接の状況は、【設備面で録音・録画が徹底されていない】ことが多く、証拠としての価値が大きく減損していることが多い点が問題点として挙げられた。

警察・検察内でよくあることとして、【虐待が家庭内であったことまでは明白であるが、加害者を確定できないために事件化できない】点が挙げられる。それ以外にも虐待死亡疑い事例の中でも【ネグレクト事例などの不作為犯の場合には、立件が難しい】ことや、【過去にきょうだいが不審な死亡を遂げていたが、その死亡が事故死として対応されていた事案】については、かなり怪しいと感じられているものの、各警察署によっても、具体的な対応基準が設けられていない点が問題としてあげられた。

一方、検察においては、事件を認知することができるのは、基本的に警察から送検された場合のみであり、不審死情報をほとんど認知できないのが実情である。そのような不審死情報の共有が各都道府県レベルの警察本部と地検担当者間でなされている地域も出始めているが、【検察と警察の関係性は、地域毎で様々である】という要因がとても強く影響している。

捜査上、医学情報が必要な場合、過去に虐待事案を担当した同僚や先輩検事に意見を聞



きながら、虐待医学に詳しい医療者にセカンドオピニオンなどを求めつつ、確定裁判記録を参照しながら、対応が検討されているが、そのような【虐待医学に詳しい医療者と連絡が取れない（情報が無い）】地検もあると予想される。

検察の中では、協同面接の通達後、児童相談所、警察との連携を強めてきたが、有罪を勝ち取れない可能性が高いなどで、送検されない事例の場合、そこで検察としての対応が終わることが多い。そのため、残されたきょうだいや次の子どもを妊娠する可能性があるなどで、その家族に対しての検証が必要だとしても、関連情報を児童相談所とどこまでどのように共有するかについては、【児相との連携はあまり考えられてこなかった】ため、まだ担当者レベルの判断となっているのが実情である点が問題意識として挙げられた。

- 法執行機関（警察・検察）から見た、医療機関に対して感じる問題

【協力的な医療者ばかりではない】という要因が非常に大きいという問題点が語られた。死因究明に関心がない医師だけでなく、「捜査には協力しない」というスタンスの医師も多くおり、特に虐待対応のリテラシー（注：知識や情報を正しく理解し、自らが主体的に判断することのできる能力）が低い医師との協働が難しいという問題点が語られた。

- 法執行機関（警察・検察）から見た、児童相談所に対して感じる問題

【児童相談所によっては、法執行機関との連携に拒否的なところもある】点が問題点として挙げられた。協同面接の通達後も、各都道府県によって3者間の連携状況にはかなり違いがある。情報共有においても、児童票や経過記録の記載で、事実と推定（児童相談所職員の見立てや評価）が分けて書かれていないことが多いという問題点が挙げられた。捜

査事項照会に協力的な児童相談所もある一方で、個人情報保護を主張し、押収によってしか情報が得られない児童相談所も多い点が問題として挙げられた。

\* 児童相談所

- 児童相談所自体の問題

管理職のスーパービジョンがなく、【担当者一人が抱える職場環境】となっている児童相談所では、継続していた事例が死亡した場合、組織の問題としてではなく【死亡事例検証の際には、特定の個人（担当者）の起こした問題として対応される】ことが多い点が問題として挙げられた。このような体制の都道府県の検証では、本庁職員が内部聴き取りだけで、初めからある程度落としどころを付けられた死亡事例検証報告になることが多く、実際に検証報告結果を受けた組織改定や職場環境整理が、全く行われていないという問題点が挙げられた。また経験が浅い職員や一般行政職員は、【残ったきょうだいの対応において、情緒的な問題に引きずられやすい】という問題があり、死因が虐待であった可能性についての調査よりも、養育者の悲嘆に対する対応が優先されたり、残されたきょうだいに対しての対応は死亡児の喪の作業が優先されるべき、という考え方が強く働くことがある。

また【家族が虐待を強く否定し、児童相談所がかかわることに抵抗を示した場合、児童福祉司の判断がぶれる】ことは大きな問題であり、特に何が死因かわからない場合や、外傷であることが判明してもその理由が不明である場合、【虐待の可能性が否定できない不詳死事例への対応基準がない】ことから、【虐待と確実に判断しえない事例のケースワークは、組織が訴えられる可能性を考慮し及び腰になる】ことになり、子どもの安全が最優先であるという調査保護のポリシーがぶれることがある。

特に【転居してきた事例、養育者が情報を開示してくれない事例、監護者が複数にわたる事例】は対応が困難であるが、そのような事例では「一時保護することによって、家族から引き離されたことが傷つき体験となりうる」という点にことさら焦点が当たりやすくなってしまっているとの問題点も語られた。このような、焦点の当て方を変えて子どもの安全が二の次になってしまうという状況は、ただでさえ忙しい児童相談所業務に加え、全ての意思決定を担当者一人で抱えなければならない人員体制や労働環境が影響を与えている可能性があるとの指摘もなされた。他にも担当者が異動した場合や、他所から転居してきた事例では、【事例の深刻さを、適切に引き継ぐことができない】ことが多くあったと語られた。

一方で、虐待対応の経験がある心理・福祉職が管理職の場合にはスーパービジョンや担当者のサポートの体制は向上するが、一方で、心理・福祉職の管理職は行政上の立ち回りについて不慣れであり、行政職の管理職よりも制度改革や企画立案につながらなかった、との指摘もなされた。

また警察との連携の際に円滑に情報提供がしえない理由として、児相職員は自らが記載した経過記録について【警察に慣れておらず児相側の判断を見られたくない】との理由が語られた。記録の残し方に関しても統一されておらず、残されている記録は担当者個人の記録として認識されており、それが所属の児童相談所を代表した情報として活用されることへの不安が、情報共有に否定的な認知的不協和に至っている可能性が指摘された。

- 児童相談所から見た、医療や法執行機関（警察・検察）に対して感じる問題

既に触れたように、【情報共有のルールがない】という点が共通して挙げられた。児童

相談所の立場としては、捜査に必要でないであろう家族情報や、事例への見立てに関しての情報を出す事は憚られると認識していることが多いとの指摘があった。情報を共有することを前提とした経過記録の書き方や共有のフォーマット、情報共有のスタンダードなどが示されていないことが、多機関での情報共有が進まない一因との指摘もあった。

C-2. 虐待が疑われる死亡事例を検証に繋げることが出来た（もしくは出来なかった）理由

C-2-1. 繋げることが出来た理由

\* 医療機関

医療者から見た場合、【マスメディアが騒いだ事例】、【児相が関わっていた事例】、【誰が見ても明らかな虐待事例】については、死亡事例検証が実施される強い要因になっていると考察されていた。

\* 法執行機関（警察・検察）

警察・検察は、死亡事例検証に呼ばれることがほとんどないため、検証につながった要因については考察しえないというのが結論であった。

\* 児童相談所

児童相談所から見て、死亡事例検証が実施される強い要因としては、厚労省からの通達にあるとおり【ニュースになった事例】、【虐待が明らかで医学的な根拠がある事例】が挙げられた。

また、児童相談所により死亡事例検証を多忙な現場対応に加わった、余分な業務と認識されがちであるという問題点が挙げられたが、【死亡事例検証の常設化】をしている都

道府県も存在していることが語られた。そのような都道府県では死亡事例検証に際し、【担当者責任ではなく組織責任】であり担当者個人を責めない前提条件が明確化されており、死亡事例検証の目的を、どのように子どもの安全を守るために各機関の対応を改善するか  
に焦点を当てる【子どもの安全への焦点化】が検証のフレームに組み込まれていた。さらに【当事者の心理的負担を凌駕する、死亡事例検証を行うことのメリット】として、検証によってなされた提言が実際に組織運営や連携、職場環境、意思決定支援などに生かされるなど、現場の職員に実施したことがメリットとして感じる成功体験の存在が、検証実施の強い要因となっていた。

#### C-2-2. 繋げることが出来なかった理由

##### \* 医療機関

医学診断のみで 100% 虐待死と言い切れる事例は多くはなく、そのため【診断書に死因を虐待とは書きにくい】という背景がある。虐待の重篤事例のほとんどは病院で診断を受けているのが実情であるが、【死体検案に協力する警察医のほとんどが開業医である】という課題や、【法医学者が必ずしも虐待対応に精通しているわけではない】こと、またそもそも日本において【法医学者の実数が全く足りていない】という課題や、【行政解剖を行える地域が限定されており、新たに死因究明を推進するために立法化された新法解剖の実施が地域により大きく異なっている】という課題があり、これらのすべてが、適切な死亡事例検証がなせない要因となっていると考えられていた。

一方、子どもの安全に問題があると医療機関がとらえたとしても、【警察や児相で、虐待との認定がなされない】場合には、虐待死亡事例として検証がなされず、虐待の可能性があると認識された場合であっても【検証に至らず、部内での検討だけで終わる】ことも

まれではなく、そのような場合には形骸化された【“ 連携を密 ” にという注意喚起】のみにとどまることが多く、そもそも【どのように包括的に検証を行うべきかのフレームを担当者が知らない】ことも理由として挙げられていた。

##### \* 法執行機関（警察・検察）

警察・検察から比較的共通して指摘された要因として、【児相のリスク判定は支援のために性善説寄りになる】という点が挙げられていた。警察・検察も、介入後の支援のためにケースバイケースの対応が必要であることは理解するものの、通告受理時点や現認時点など、まだ情報が十分に集まっておらず受傷原因が不確定な時点で、支援寄りの判断をする児童相談所が多いと感じていた。そのため死亡事例においても、過去に虐待があっても、事故死の可能性も否定できないと医療者が判断した場合、そのまま事故死として児相内で処理され、検証に至らないこともあるのではと考えられていた。このような判断になってしまう理由として、情報に乏しい場合に機械的に意思決定を押し進めるためのチェックリストなどの導入がなされていないことも指摘された。

一方で、警察・検察が虐待死亡事例を見逃している可能性も指摘された。つまり【異状死の検案の際にその事案を司法解剖に回すかどうか】の時点、そして【警察が、検事にそのような事例の存在を連絡するか】という二段階で、虐待の可能性のある死亡が埋もれてしまう可能性が指摘されていた。また【警察や検事の中で、新法解剖の存在があまり周知されていない】という問題点も指摘された。検察からは、【検事には死亡事例検証の実施については、伝わってこないのわからない】との発言も聞かれており、もし事件化される

ことが検証に繋がる要因とするならば、【合理的な疑いを入れないで有罪と確信でき

るものしか起訴しない】という検察文化も CDR に至らない可能性の一つの要因になっているとの指摘もあった。

#### \* 児童相談所

児童相談所では、【不祥死の情報は児相にあがってこない】といった意見や、【警察が事件化できなかった場合、虐待死亡事例として認知できない】といった意見があった。その他に【死亡してしまった事例の検証に時間を割くよりも、残されたきょうだいが家族と一緒に安全でいられるために時間を割くべき】という一部の職員の主張もあるという。他にも【損傷の原因が明らかとは言えない事例については対応が後手】になったり、【ただでさえ忙しいために、死亡事例検証をするべきであるという提案ができない】など、組織運営上の理由もあげられた。また、【過去に虐待があった事例でも、最終死因が事故死との判断ならば虐待死と認定されない】など、【検証を行わなかった理由につき、考察を行わない組織体制】も理由の一つと指摘された。

虐待があった事例でも、最終死因が事故死との判断ならば虐待死と認定されない】など、【検証を行わなかった理由につき、考察を行わない組織体制】も理由の一つと指摘された。

最後に【マスコミは児童相談所を批判するだけで、建設的なコメントはほとんどない】などの意見もあったように、死亡事例があったときのみメディアやその影響を受けた一般市民からクレームがくる、などの心理的負担も、結果的に検証を行わない対応となってしまう要因の一つと考えられた。

### C-3. 適切に子どもの死因究明をするための解決策

#### \* 医療機関

医療機関自体ができる対策として、【夜間対応事例は必ず翌朝まで判断を留保することをシステム化する（一人のせいにはさせない）】、【不詳死事例は、体表異状のない事例であっても、児相・警察の双方へ通告・通報することをルール化する】、【医療機関が

警察に連絡すべき基準を作成する】などが挙げられた。他にも虐待死が疑われる事例については【「死後画像検査を含めた包括的な精査を行うことによって、次に生まれる子のリスクを把握できる」など、保護者が拒否しにくい理由を説明できるようにする】といった対応や、【法医学者は、最悪の診断（虐待）を常に考慮する】などが挙げられた。

虐待による死亡の可能性が疑われるが、死亡事例検証がなされる気配がない場合、【知己の検事から、児相・警察に伝えてもらう】ことや、【児相長や県知事に直接伝える】などの努力を、医療者はしていた。どうしても死亡事例検証の必要性が関係機関に伝わらない場合、【反対している行政職員はいつかは異動する】という諦めない認知を持ちつづける事や、【警察内に虐待対応に詳しい担当者が必要である旨の説明を続ける】などの思いが語られた。また、院内教育を継続して【管理職などの上層部が変わらなくても、後続を育てる】というスタンスを貫くことや、通告

・通報しないことを若手医師に正当化させないよう【親から非難されることと指導医から怒られることを天秤にかけさせる】などの苦慮も語られた。

一方、他機関との連携の促進のために【デスカンファの開催】を行ったり、【医学的根拠に乏しくとも、虐待が疑わしい場合には、カルテに「虐待が否定できない」と記載すべき旨、啓発する】などし、関係機関が虐待の可能性を認識できるようにすることが挙げられた。他にも【他の都道府県の先進的な取組情報を集める】ことで、地域の警察・検察

・児童相談所のリテラシーを高めることや、死亡事例や重篤事例においては、どうしても刑事課による緻密な捜査が必要となるため、多機関向けの私的な研修会を開催するなど情報発信し、参加していただいた際に常に声を掛け、【会っておくだけでも単純接触効果が得られる】ということを意図し、顔見

知りになる努力をしているとの発言もあった。このような死亡・重篤虐待疑い事例については【生安（生活安全課）だけでなく、刑事課のリテラシーを高める】ことで、生活安全課を通さずとも、刑事課と直接コミュニケーションを取ることが出来るようになれば、医療機関や児童相談所と連携をとる場合だけでなく、刑事課が捜査方針を立てるうえでも多くのメリットがあることを伝える努力が行われていた。

他にも、多機関連携体制の枠組みの中で今後構築を検討すべき点として、【チャイルド・デス・レビューの制度化】が挙げられていた。今ある法体制の中で実現するための工夫として、協同面接の実施について厚労省・法務省・警察庁からの合同通達のように、【新法解剖の解剖基準を通達する】といった関係省庁の調整、CDR の運営方針として【個人の責任ではなく組織の責任で動かす】前提の明記、CDR の評価基準として、各関係機関の最大の目的を【子どもの安全に焦点を当てる】ことを明記し、CDR の最低限の質の担保を行うこと、関係機関の CDR への参加基準を設けること、などが案として語られた。また情報技術の活用として、【虐待死亡疑い事例のデータを共有化し、特定妊婦情報としてその後も共有化する】ことなどの案として提起された。

ただ協同面接の通達がでて、都道府県ごとにその取り組みの速度や質に違いがあるのが現状であり、関係機関が一体となって取り組むためには、【多機関で連携して取り組んだ実績（時間と経験）が必要】であり、また一般市民に対しても「虐待を通告すること」だけでなく、子どもの死因を可能な限り究明することが必要であるという世論喚起をするために、専門家としてアピールをしていく、ロビー活動を行い政策展開に結び付ける、などの活動の必要性も語られた。

#### \* 法執行機関（警察・検察）

警察からは、【児童相談所のリスクアセスメントで重篤とされた事例に対しては、警察の同行を推し進める】ことで、連携の実績を積み上げていくことや、【残されたきょうだいへの対応に関しては要対協で取り扱うこととし、警察も情報共有する（この場合、要対協は再犯防止なので生安が出る）】というアイデアが挙げられた。捜査情報の詳細は書面にしては提供できないが、例えば要対協参加機関に対しては、【犯罪に至った者や凶器など、伝える必要のない詳細情報を省いた共有すべき情報の標準化】がなされれば、口頭で最低限の情報共有は検討する余地はあるであろう、とのアイデアが提案された。また協同面接と同様に、死因究明に関しても【三者同時通達の必要性、および法制化に基づいた予算確保】が必要であるという意見がなされた。

一方、検察からも同様に、協同面接通達以後、児童相談所・警察・検察の3者の連携はかなり進んできたという認識が語られ、もし虐待死が疑われる事例が協同面接と同様に、警察が捜査を着手する前に検察にも同時に情報が来た場合、【検察による検面調書が先に作成できれば、警察による員面調書は不要となる】など、残された子どもの対応についても柔軟な対応ができる可能性がある、との意見が語られた。また【検察にも虐待対応の部署が必要】であるとの意見も出され、特に【録音・録画の原則から、裁判所でも司法面接が重視され始めている】ことから、死亡事例においても加害者対応だけでなく、残されたきょうだいに対しての配慮も必要になってきている、との認識も語られた。その他、過失致傷罪の場合には告訴が必要であるが、重過失致傷罪だと告訴は不要であることから、【過失致傷罪と重過失致傷罪の判定基準の明確化】の検討が課題として挙げられた。

最後に、各地検では【検事長の姿勢が重要】であり、虐待対応に関心が高い検事長が、検

事の虐待対応リテラシーを育てることで、たとえ検事は異動があることが前提であったとしても、子どもを最優先にした対応を行うことが全国各地に広がりつつある、という意見も出された。

また、医療機関に対しての要望として、死亡事例については欧米のように、明らかな病死や事故死を除き、【全件解剖を原則とし、後日、より詳細な結果が判明した際に、当初提出された死亡診断書/死体検案書の死因についての再検討や修正を行う】という対応方針の明確化への希望が語られた。また虐待による頭部外傷のような、死亡が高く予測される事例に関し当初から警察への通報を行ってほしいとの意見が語られ、またそのような事例で付き添いや面会に關しての問題が生じた場合にも、警察が入っていることで医療機関の職員の安全を担保することがより容易になる、などの意見も出た。

次に、児童相談所に対しての要望として、【当初から、児相の持つ証拠を押収することをルール化】すべきという意見が出た。現状でも、事項照会のみで積極的に情報を提供してくれる児童相談所もあるが、所長の異動などによって状況は変わりうるものであり、またこのような証拠押収をルール化することで、保護者に対しての説明も行いやすくなるという利点があるとの意見であった。さらに児童相談所の児童票や経過記録においては、現状は事実と推測が混在した状態となっており、【データ管理上、事実と推測を分けて書く】ことができるよう、入力フォームを工夫してほしいという要望が出た。他にも、残されたきょうだいは保護者から口止めされる可能性もあることから、死亡事例対応において、児童相談所が【きょうだい事例の積極的な一時保護】を行うことも、要望として挙げられた。

最後に、多機関連携でのチャイルド・デスク・レビューを制度化するための重要な前提と

して、【多機関での勉強会や、その後の懇親会の開催】というリテラシーの向上の機会とインフォーマルな関係構築が挙げられた。他にも死亡事例検証の前段階としての虐待の疑いの認知向上のために、【通報基準の明確化】や【虐待に専門性の高い虐待拠点病院の整備と、専門医との連携構築】の必要性が語られ、また見逃し例の防止のために、【事故死と判断された事例に、虐待の疑いがないかを検討する協議会の設置】の必要性も挙げられた。また虐待が疑われる死亡事例の対応時には、【全例クロスレポートを行い、3者間協議を行う制度の導入】も提案された。このような体制整備には、各省庁への呼びかけが重要だが、【国の役人同士だと調整が難しいので、インフォーマルな関係性を呼び水にし、草の根で展開する】ことも重要であるとの発言も見られた。

#### \* 児童相談所

児童相談所内部で可能な取り組みとしては、CDR開催基準に【個人責任の追求ではないことを明確にする】ことで、死亡事例検証を組織としての改善事項を冷静に検討する場に行けるとの、意見がなされた。また【スーパーバイザーが、死亡事例の担当者であった当該職員を支えることを制度化】すること、

【残されたきょうだいへの対応を統一（例：調査保護を必須とする）する】ことも意見として挙げられた。

また従来主体であった、保護者への支援的ソーシャルワークの視点だけではなく、【子どもの安全担保を基盤としたケースワークに変える】必要性があり、そのような視点が根付くことで、死亡事例検証を行う機会は増えるとの意見もなされた。「行政は間違っはいけない」という無謬性に対する厚労省としての方針について、特に調査保護の観点から再度明確化し、通達・評価することが必要との意見がなされた。

また、死亡事例検証を開催しようとしても関係機関からの協力が得られそうにない場合は、【動いてくれる人を窓口として、調整を図る】ことが重要であるという点や、日頃から【法医学者との連携体制を構築しておく】こと、及び【警察のリテラシーを高め、警察にも死亡事例検証の際に協力が得られるようにする】ことなどが、改善策として提起された。

最後に、多機関連携での死亡事例検証体制を進めるためにできることとして、【検証から得た学びを、必ず多機関での研修の場を設けて、フィードバックする】ことの必要性が語られ、また死亡事例検証を行う際には、【利益相反のある部内者ではなく、都道府県を越えた第三者をいれる】ことを必須化すべきとの意見も語られた。

#### D．考察

今回のインタビューでは三機関が共通して、性虐待事例に対しての多機関連携の協同面接実施が三省庁による通達により促進されたように、虐待死亡事例の見逃しを防ぎ、実効性のある死亡事例検証を行うためには、諸外国で行われているような多機関連携によるチャイルド・デス・レビュー（CDR）の実施を後押しする通知や法制化が不可欠と認識していた。

一方、現行の体制で行うべき死亡事例検証が確実に実施されることを促進するためには、虐待の疑いのある死亡事例をいかに早く、漏れなく情報共有するかということがテーマとならざるを得ない。そのような連携体制を構築するために、以下に、虐待の疑いのある死亡事例の情報共有を行うための基準作り、多機関協働の研修会の定期的実施につき考察し、最後に死亡事例検証の開催基準作りについての考察を行う。

\* 虐待の疑いのある死亡事例の情報共有を行

うための基準作り

CDR として全死亡事例の検証体制が構築されるまでには、虐待の疑いのある死亡事例の通報・通告に関する基準作り、調査及び捜査の情報共有の機関間協定の策定、新法解剖の積極的活用などを行う必要があり、関係省庁の協働通達が必要である。

医療機関においては、不詳死発生時の、死亡児検査（含、CTにとどまらない死後画像撮影）プロトコルの策定と、各種検査の全国的な実施体制の整備、死亡診断書/死体検案書の正確な記載法のトレーニングの機会を増やし、標準化/均霑化を進めることが望まれる。

児童相談所においては、児童記録のフォームを全国統一化し、事実のみを記述する箇所と、推定や見立てを記述する箇所とを明確に分けることが必要である。事実のみ記載した箇所が存在することで、警察の捜査事項照会のみでも提出はより行いやすくなり、見立てや推測を含む記載箇所は個別記録として児相内で個別に保存し、ケースバイケースで情報共有するなど、担当者の作業量を増やさずともデータ保管の質をコントロールすることが出来る可能性が高まる。また、残されたきょうだいに対しての当座の処遇決定についても、性虐待対応のガイドラインと同様に、調査保護の基準の策定が必要と考えられる。

警察・検察の対応も、協同面接の通達によって他機関との連携が促進されたように、死亡事例の検証体制も通達によって大きく促進されうる可能性がある。残されたきょうだいへの虐待の有無や、死亡児への加害行為の目撃証言の聞き取りに対しても、司法面接の技術を応用する形で、子どもへの負担を減らす必要がある。検察内では既に、司法面接の研修が積極的になされ始めているが、虐待死亡疑い事例に対しても、このような協働調査体制が構築されることで、子どもの負担を減らしつつ、効率よく情報共有ができるようになり、捜査情報の一貫性を保つ意味でも、警察・検察の両者にメリットが

あると考えられる。

また捜査情報を詳細に共有することは困難としても、捜査に支障のない範囲というものを明確化し、法執行機関が死亡事例検証で共有しうる情報の標準化を進めることで、法執行機関が死亡事例検証に協力する体制の構築は十分に考慮しうる余地がある。特に事件化されない

・公判に至らない事例においては、法執行機関の持つ情報が、将来的な子どもの死亡を防ぐための地域の体制の改善のために極めて重要な情報となりうるものであり、そのような標準化を検討する時期に、日本も来ているということが出来よう。

その他にも、虐待死であるとの確定判断に至らないものの、子どもの安全が脅かされていた可能性が少しでもある事例をデータベース化し情報共有する体制や、そのために必要な対応ガイドラインなどを作成することも検討されるべきである。

#### \* 多機関協働の研修会の定期的実施

これまでの先行研究においても、多機関での連携が上手くいっている地域では、研修会や事例検討会が頻繁に行われていたと指摘されている(Jackson, 2012)。ただ、いきなりそれぞれの関係分野の専門用語が飛び交う事例検討会であっては、参加者のモチベーションが下がってしまう。そのため、上手く合同研修会を開催している都道府県では、毎回各機関からのミニ講義を行うとともに、死亡事例検討会を行い、その後に懇親会を行う、という流れがセットになった研修会が、定期的で開催されていた。そのような研修会は、関係者のリテラシー向上やネットワーク作りに直接的に繋がっていた。

私的な研修会にはモチベーションの高い職員同士が知り合えるメリットがある一方、公的な研修会には関係者全体のリテラシー底上げというメリットもある。どちらも状況に応じて活用されるべきであるが、それ以外にどのよう

に対応すべきかわからない時こそ、具体的に“誰”“いつ”“どこ(電話番号)”に相談すべきかが明確化され、周知されていることが重要と考えられる。

#### \* 死亡事例検証の開催基準作り

虐待による死亡事例の見逃しを最大限防ぐためには、諸外国で実施されている CDR と同様に、明らかな病死・防ぎようのない事故死などを除き、あらゆる子どもの死亡事例について、予防可能性の観点から詳細な検討を行い、その実践を積み重ねていくことが必要である。しかしながら、多機関連携での協働経験に乏しい我が国では、CDRを行う上での前提条件となる、

「担当者個人の問題に落とし込むのではなく、客観的に組織の体制の改善の観点からの議論を尽くす」点を徹底していくことが重要である。個人の有責性を問うような検証や、決意表明や総論に終始した検証のような実効性のない検証としないためには、参加者は部内者との直接的な利害関係のない第三者とし、検証の具体的な How to を構造化して詳細に策定する必要がある。

実際に、協同面接の通達が地域取り組みを促進させたように、死亡事例検証の取り組みを促進させるためには、書面での通達、さらには法制化などがなされ、適切な予算措置が遂行される必要がある。地域で実戦が積み重ねられることにより、How to の明確化や改良が図られることとなり、本邦の現状に即しつつも、効果的な死亡事例検証の方法論が、年余を経て確立していくものと期待される。

#### E . 結論

死亡事例検証に繋げるためには、死亡事例検証を行うべき事例の適切な抽出が必要であることが、インタビューで改めて明確化した。そのためには各機関の精度向上と連携体制の構築による的確な情報共有は、車の両輪であることは、すべての機関の共通認識であった。



そのような基盤整備がなされることと、死亡事例検証の質の成熟は同調する性質のものである。地域の実践の積み上げが必要であり、一方で積み上げによる地域死亡事例検証の質の向上のためには、一定の水準を満たす死亡事例検証を行うための方法論の確立が必要であり、質の高い死亡事例検証は、現場の状況の改善につながり、子どもの将来の安全に直結する。今回のインタビュー調査では、キーになる要因として、虐待の疑いのある死亡事例の情報共有を行うための基準作り、多機関協働の研修会の定期的実施、死亡事例検証の開催基準作りが挙げられたが、その促進や質の均霑化のためには、通達や法制化が強く求められる。

#### 参考文献

Jackson, S. L. (2012). Results from the Virginia Multidisciplinary Team Knowledge and Functioning Survey: The importance of differentiating by groups affiliated with a child advocacy center. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1243-1250. <http://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.02.015>

#### 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 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待検証において見逃し例を防ぐ方法に関する研究  
乳幼児の予期せぬ突然死における法医学-臨床医学連携のあり方に関するアンケート調査  
～現状の臨床医学 - 法医学連携について～

研究分担者 溝口史剛 前橋赤十字病院小児科 副部長  
内ヶ崎西作 日本大学医学部社会医学系法医学分野 准教授

研究要旨

昨年度の虐待死の可能性のある病院死亡例の実態調査で、虐待の可能性が高度の事例（高虐待可能性死）で 16%、不詳死の 38.4%で、臨床医は剖検実施について把握しえていない実態や、剖検を行った事例における臨床医-法医の情報交換は極めて限定的であることを報告した。現状でも情報共有を積極的に行っている地域は存在しているものの、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。

本年度は、昨年度の研究を受け、全国の法医学教室、小児科 3 次医療機関を対象に、乳幼児の予期せぬ突然死(SUDI : sudden unexpected death in infancy)事例の対応に関し、アンケート調査を実施した。

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。法医では活用は進んでいるものの、有用性や運用法をより上げるためには、さらなる方法論の確立が求められる。

新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ることが示唆された。今後 SUDI 事例の死因究明の推進やその質の均霑化を進めていくためには、協議を行う場としての“多機関連携での予防可能死を防ぐ取り組み”である「チャイルド・デス・レビュー」が広がることが望ましい。

A . 研究目的

乳幼児の予期せぬ突然死 ( SUDI  
: sudden unexpected death in infancy )  
の死因調査の充実は、除外診断である

SIDS(乳幼児突然死症候群)の正確な診断に  
不可欠であるだけでなく、虐待の見逃し防  
止の観点からも極めて重要である。ただし不  
詳死のほぼすべての事例は警察通報の対象

であり、現状の体制下において、臨床医は通報以降にほとんど情報が得られない状況にある（昨年度の我々の調査では、虐待の可能性が臨床的に高度とされた事例[高虐待可能性死]の 16%、不詳死の 38.4%で、臨床医は剖検がなされたか否かが把握できていないとの結果であった。剖検がなされた事例においても、臨床医と法医学者との間の情報共有は、剖検前で 11.8%、剖検後で 17.1%であり、剖検前後共に情報交換がなされた事例は 6.9%にとどまっていた）

守秘義務を有している医療者同士で取り決めをかわし、情報共有を積極的に行っている地域は存在しているものの、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。

臨床医と法医学者との情報共有の可能性について検討するため、本年度はさらなる調査として、全国の法医学教室および小児科 3 次医療機関を対象に、乳幼児の予期せぬ突然死における対応に関し、アンケート調査を実施した。

## B．研究方法

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。

設問は別途添付した通りであるが、まず臨床・病理・法医の各分野の専門家の討議を経て作成された、本邦の唯一の共通フォーマットともいえる、SIDS の診断ガイドラインや問診・チェックリストの利用状況について確認した。次に新たに死因調査法を受けて制定された新法解剖に関する現場の周知状況につき確認し、各施設（のアンケート回答医師）の考える SUID 事例への対応の在り方について調査した。そのうえで、2016

年における三次医療機関における SUID 事例の対応の現状と、実際の法医学教室での解剖の実態について確認した。そして最後に、CDC（米国疾病予防管理センター）が提示している、SUID 事例の死因調査のための重要事項 TOP25 の項目に関しての、現状の意識につき、臨床医と法医学者の両者に確認を行った。

（倫理面への配慮）

アンケートは特に、個人情報を取り扱っていない。報告する際に、回答した施設を秘匿化した上で取り扱いがなされる旨、アンケートに明記した。

## C．研究結果

アンケートを送付した施設のうち、臨床医からの回答率は 42.7%（小児病院：4/29 か所 [13.8%]、大学病院：43/81 か所 [53.1%]）であり、法医学教室からの回答率は 27.2%（25/92 か所）であった。

小児病院からの回答率が低率にとどまっております。以降のアンケート結果は小児病院を分けて検討することは困難であり、以降、「臨床医」「法医学」の 2 つに分けて提示する。

SIDS の診断ガイドライン・問診/チェックリストの利用状況

\* 臨床医

活用している：55.3%（26 施設）

活用していない：42.6%（20 施設）

周知されていない：15.0%（3 施設）

存在を知らなかった：20.0%（4 施設）

事例がない：30.0%（6 施設）

有用でない：5.0%（1 施設）

無回答：30.0%（6 施設）

無回答：2.2%（1 施設）

\* 法医

活用している：72%(18 施設)

活用していない：29.2%(7 施設)

周知されていない：14.3%(1 施設)

有用でない：28.6%(2 施設)

法歯科のため：14.3%(1 施設)

警察が関与するため活用しえない：  
：14.3%(1 施設)

無回答：28.6%(2 施設)

新法解剖に関しての現場の周知状況

\* 臨床医

新法解剖を

知っていた：36.2%(17 施設)

知らなかった：63.8%(30 施設)

\* 法医

臨床医向けに新法解剖に関する説明会などの啓発を

行ったことがある：48%(12 施設)

行っていない：52%(13 施設)

臨床医は新法解剖について

知っているであろう：12.0%(3 施設)

知らないであろう：84.0%(21 施設) その他

救急医は知っているが小児科医は  
知らないであろう：4.0%(1 施設)

SUDI 事例への対応の在り方について

\* 臨床医

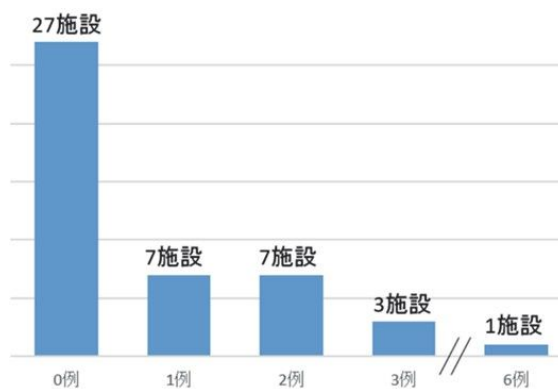
外表異状のない事例は、臨床医が届け出るか選択すべき	4.3% (2 施設)
全例届け出る。死後画像検査などで所見があれば、剖検不要	21.3% (10 施設)
全例届け出・剖検が必要。剖検は病理解剖や新法解剖ですべき	53.2% (25 施設)
全例届け出、剖検が必要。剖検は司法解剖ですべき	21.3% (10 施設)

\* 法医

外表異状のない事例は、臨床医が届け出るか選択すべき	4% (1 施設)
全例届け出る。死後画像検査などで所見があれば、剖検不要	8% (2 施設)
全例届け出・剖検が必要。剖検は病理解剖や新法解剖ですべき	44% (11 施設)
全例届け出、剖検が必要。剖検は司法解剖ですべき	20% (5 施設)
無回答、無効回答	24% (6 施設)

- 1

2016 年における小児科三次医療機関における SUDI 事例の対応の現状



計 36 例の SUDI 例のうち、  
剖検を行った事例は 24 例(66.7%)で  
内訳は 司法解剖 19 例

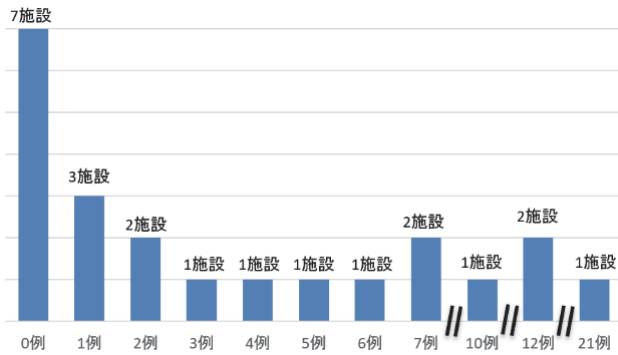
行政解剖 2 例

病理解剖 3 例

[解剖実施の有無不明例 4 例]

であった。

2016 年における法医学教室の解剖の実態



計 94 例の剖検実施事例のうち司法解剖 73 例、新法解剖 16 例、行政解剖 4 例、不明 1 例

\* 新法解剖実施施設は 6 施設

うち 1 施設が 5 例, もう 1 施設が 7 例施行  
- この 2 施設の SUDI 例の新法解剖割合はそれぞれ 83%、53.8%

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

本アンケート項目は、基本情報（氏名、生年月日）、窒息を疑う状況の有無、睡眠環境における底面性状(寝かせていた場所・

掛物の有無/性状)、睡眠環境の最近の変化の有無、環境温と死亡児の発見時体温、環境上のリスク(CO/化学物質への暴露の可能性)、その他の睡眠環境リスクの有無、

栄養/食餌状況、最近の医療機関受診状況、生前、診断を受けていた疾病名、ALTEの既往の有無、生前、未診断だった医学的状态、転落やその他の受傷の有無、健康食品/民間療法への傾倒の有無、内因死を疑わせる状況の有無、同胞の幼少期の死亡歴の有無、生前の児相係属歴や警察通報歴、臓器提供のオプション提示の有無やその際の養育者の反応、剖検の申出に対する養育者の反応、蘇生時実施された医療行為の内容、①臨床現場での外傷死/薬物中毒の可能性を示唆する情報の有無、②養育者の態度などの臨床現場情報、③社会的状況など、その他の懸念すべき状況の有無、④養育者が死亡に関し説明した内容、⑤担当した法医学者/臨床医の情報(所属や氏名)につき、

現状で十分把握しえている

○臨床医-法医連携が進めば把握しうる項目

臨床医学 - 法医学連携だけでなく、警察・行政との多機関連携が進まない限り把握が困難な項目

に分けて回答を求めた(結果は次頁に示す)



図1：SUID top25項目別の、臨床医・法医の回答の結果

4施設がほぼすべてを にしているバイアスのかかった回答であったが、これらも有効回答として、解析を行った。また25項目すべてに回答を頂けなかった施設もあり、厳密にはそれぞれの項目の母数はすべて同じではないが、煩雑性を避けるため、無回答を省いてパーセンテージで掲示している

それぞれの TOP 5 並びに Bottom 5 を以下に掲示する。

\* 臨床医学 - 法医学連携だけでなく、警察・行政との多機関連携が進まない限り把握が困難

\*現状十分な情報得られる

	臨床医	法医
1	基本情報	基本情報
2	生前の受診状況	睡眠環境の性状
3	同胞の死	生前の受診状況
4	睡眠環境の性状	同胞の死
5	窒息か否か	窒息か否か
5	環境温と体温	環境温と体温

	臨床医	法医
1	他の睡眠環境リスク	他の睡眠環境リスク
2	㉓他の社会的状況	㉓他の社会的状況
3	環境のリスク	環境のリスク
4	民間療法への傾倒	睡眠環境変化
5	睡眠環境変化	民間療法への傾倒

21	睡眠環境変化	睡眠環境変化
22	㉓他の社会的状況	㉓他の社会的状況
23	民間療法への傾倒	民間療法へ傾倒
24	未診断の疾病	未診断の疾病
25	臓器提供関連情報	臓器提供関連情報

21	生前の受診状況	生前の受診状況
22	生前の疾病	生前の疾病
23	㉑臨床現場での外傷を疑う情報	蘇生時医療行為
24	蘇生時医療行為	㉑臨床現場での外傷を疑う情報
25	氏名等基本情報	氏名等基本情報

\* 臨床医-法医連携でより情報得られる

	臨床医	法医
1	蘇生時医療行為	蘇生時医療行為
2	生前の疾病	生前の疾病
3	㉑臨床現場での外傷を疑う情報	㉑臨床現場での外傷を疑う情報
4	臓器提供関連情報	ALTE の既往
5	ALTE の既往	㉒養育者の態度

・〇・ のいずれの項目も、臨床医側と法医学側でほぼ同一であり、特に傾向が異なるといった特徴は、何ら確認されなかった。

最後に、各施設ごとの回答の傾向を一覧として次ページに掲示した。

各施設毎に情報収集の現状や展望をどのようにとらえているかは、極めて幅があり、統計処理をするまでもなくまったく正規分布を示していない状態であった。

21	睡眠環境の性状	睡眠環境の性状
22	児相/警察通報歴	児相/警察通報歴
23	他の睡眠環境リスク	他の睡眠環境リスク
24	氏名等基本情報	氏名等基本情報
25	環境のリスク	環境のリスク

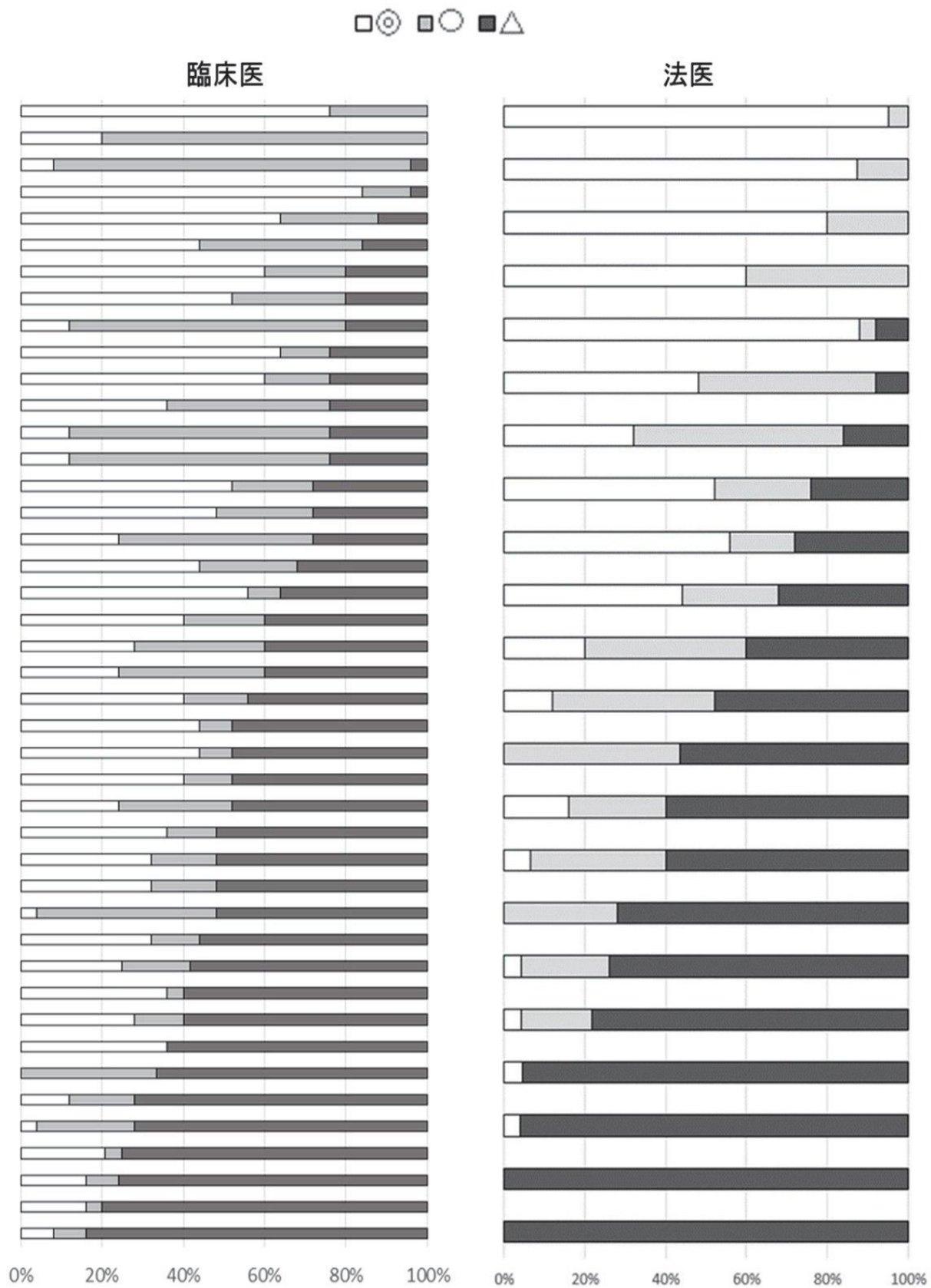


図 2 : 各施設別の、アンケート回答内容



#### D. 考察

今回のアンケートの回答率は、臨床医からは42.7%、法医学教室からは27.2%であった。特に小児病院からのアンケート回収率は低く、13.8%にとどまっていた。この理由としては、小児病院では構造的にどの部署が回答すべきが明確化することが困難であったなどの理由が考えられるが、実際の理由は不明である。同様の注意点としては、臨床医側の回答はあくまで回答した医師の意見と捉えるべきであり、組織のコンセンサスに基づいた回答ではないという理解が必要である。そのような意味では、法医学者側の意見は、それぞれの教室員の構成人数を考慮した場合、それぞれの地域の方針・考え方をより反映している可能性が高いということが出来よう。

さてまず設問1の「SIDSの診断ガイドライン・問診/チェックリストの利用状況」についてであるが、小児医療者に対する同様のアンケート調査は2005年度にも実施されている<sup>1</sup>。その際の回答は、「ガイドラインを知っており遵守している」が24.2%、「知っているが遵守していない」が46.6%、「ガイドラインを知らなかった」が27.1%であった。その時点と比較するならば、より活用されるようになっている可能性があるものの、活用はいまだ半数程度にとどまっており、より広く活用されるためには「死亡児対応講習会」のような啓発や教育の機会の創出が不可欠ではないかと考えている。

また、今回法医学者側では7割がガイドラインを活用していると回答した一方で、活用していないと回答した施設も多く、その3割はガイドラインにつき「有用ではない」と捉えており、その点について掘り下げる必要があると感じた。

具体的には、SIDSよりさらに広い概念であるSUDI(乳児の予期せぬ突然死)全般についての、より包括的なチェックリストを用意する必要がある一方で、それが臨床現場で煩雑でtoo muchにならないように、行うべき検査を

パッケージングするなどの対策が必要であり、かつそのようにして臨床の場で最大限取得した情報が、法医学者に正確に伝わるような取組の推進が必要であるだろう。

そのような意味でも、設問2の新法解剖に関する臨床現場の周知状況や、設問3のSUDI事例への対応の在り方についての回答は極めて興味深い。臨床医の2/3近くが新法解剖について知らず、また法医学者側も8割以上、新法解剖について臨床医側が知らないであろうと回答している一方で、このような制度があるならば、SUDI事例に関してはその制度化で行うべきであると、臨床医も法医もほぼ半数近くが考えていた。しかしながら設問4の回答からわかる通り、現実的にはごく一部の地域では積極的な新法解剖が行われているものの、実質的にはSUDI事例の解剖は臨床医と法医学者の情報共有に大きな制限のかかる司法解剖の下で行われている。もちろん現時点でも積極的に臨床医-法医連携を進めている地域が存在するように、医療サイドの柔軟な運用でその様な連携の可能性を模索することは可能である。しかし喫急性の高いこの問題に関し、すべての地域での均霑化が自然に図られることを期待するには膨大な時間がかかることは容易に予測され、新法解剖をより進めていくための枠組みを明確に整備していくことが求められる。

では実際に臨床医-法医連携が進むことで、死因究明(含、虐待の見逃し防止)にどのような利点が生じると考えているか問うたのが、設問5の「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の項目についての、現状の意識」である。

本回答の傾向には様々な解釈が可能である。本報告書では、項目ごとの解釈についてはあえて記載を省くが、ぜひ図1の項目別の、臨床医・法医それぞれの回答結果を見比べていただきたい。比率的には、「現状十分な情報得られる」「臨床医-法医連携でより情報得られる」「多機関連携が進まない限り把握が困難」のそれぞれ

れの TOP 5 並びに Bottom 5 は、臨床医側と法医側でほぼ合致しており、今後改善すべき方向は同一であり、共通認識として各地で議論が進んでいくことを期待したい。

ただ、最後の「多機関連携が進まない限り把握が困難」の項目については、おそらく「多機関連携が進むことや、CDC が進めている“トレーニングを受けた死亡調査員”などの体制が整うことにより、情報収集が可能」という意味合いでつけた回答者もいれば、「どんなに連携しても情報把握は困難」という意味合いでつけた回答者もいると推察され、この点はアンケートの設定が詰め切れていなかったと反省している。

ただ、これらの回答を解釈する上で大いに考慮すべき点として、各施設毎に情報収集の現状や展望をどのようにとらえているかは、極めて幅があり、統計処理をするまでもなく、まったく正規分布を示していない状態であった点が挙げられる。すなわちどこまで情報を収集すれば十分でどこからを不十分と考えるべきかについて、臨床医側にも法医側にもスタンダードがない状態と言わざるを得ない。

このようなスタンダードを作っていない限り、本邦の死因究明の均霑化を図っていくことは困難であろう。少なくともそれぞれの地域の臨床医と法医が十分な議論を持ち地域のスタンダードが形成され、そのうえで学問としての議論を学会などで行っていく必要性を、今回のアンケートを通じ強く感じた。

#### E . 結論

SUDI 事例発生時に行う諸検査のスタンダードというものが本邦では確立した状態とは言えず、また何をもって死因究明のために十分な情報が得られた（もしくはえられていない）と考えるのかのスタンダードもない状況であると言わざるを得ない。これは虐待の可能性の検討を行う際に、「何をもって虐待と判断

すべきか」という問いに関する反応が、各医療者によりバラバラである、という状況に近いという感覚を持つ。

虐待事例に対して同様のベクトルで関係者が物事を考える際に、「虐待」という言葉の定義はさておいたうえで、「今この子に何をやってあげるべきか」を関係者が真剣に議論することで、結局関係者間での「虐待」という言葉の定義づけが共有化されていくように、死亡事例に関しては「この子の死を無駄にしないために、同じような死亡を防げる方法はないのか」を関係者が真剣に議論することが、結局死因究明に必要な手順の成熟や十分な情報共有の体制を形成していくと期待される。そのための取り組みが、多機関連携での予防可能死を防ぐ取り組みである「チャイルド・デス・レビュー」に他ならないのだと考えている。

#### 参考文献

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

#### 引用文献

1 . 市川光太郎．日本における乳児死亡状況調査等について．J . Jap . SIDS Res . Soc . 2008 , Vol . 8 . p17-23

#### 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

・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		

分担研究報告書  
子ども虐待検証における法医学的情報の必要性に関する研究

研究分担者 内ヶ崎西作 日本大学医学部社会医学系法医学分野 准教授

研究要旨

子どもの死や被害を無駄にせず、虐待死などの痛ましい事例を防止するために国の重大事例検証がおこなわれ、重要な施策や制度につながった。その後、地方公共団体の検証が法律に義務づけられ、各地で運用が始まっているが、今回の研究で、検証事業への法医学者の関与が殆ど無いという実態が示された。しかし死因や受傷機転、成傷器に関する情報抜きに検証しても、死に至った加害行為を明らかにすることは明らかにできようはずが無い。解剖情報や捜査情報がより容易に入手できるような環境の構築が求められるが、それにはまだ時間がかかるだろうが、開催する側は解剖情報の重要性を十分に理解の上で、可能な限り法医学者の出席の下で会を開催することが望まれる。

A. 研究目的

子どもの虐待死に関する地方公共団体レベルでの検証が始まっているが、まだそれが機能しているとは考え難い。またそのテーマが虐待死であることから、個々の虐待ケースの背景を探るだけでなく、虐待がどの様にエスカレートし、どの様な加害行為がなされて致死の状態となって死亡したのか、その全容が明らかにされなければ、一般的な虐待事案の検証と何ら変わりがない。それらを知るためには、死因や受傷機転に関する法医学的情報が必須である。とは言うものの虐待死は司法解剖として扱われるので、その内容や鑑定書は裁判資料となってしまう、開示されることはない。昨年度の研究において法医解剖等を担当している法医学施設に対してアンケート調査を行ったところ、「法医学者自身は検証会議への協力を拒んでいるわけではない」ことが示された。今年度の研究では、既に始まっている子ども虐待死亡に関する検証事業への法医学者の関与の現状を調査し、問題点や解決策等を検討することを目的とする。

B. 研究方法

特定非営利活動法人 日本法医学会 に所属する法医学施設のうち、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・死因検討会等に参加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のでしょうか？

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。

### C. 研究結果

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  
医療施設のシーシャルワーカー 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)

医師会の場合  
再発予防策の検討

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

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)

医師会 あり  
政令指定都市(保健所) あり  
児童相談所 あり

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？

自施設での解剖所見を提示した  
2 施設  
他施設での解剖所見が提示された  
2 施設  
事例により提示はなかった  
1 施設  
(複数回答有り)

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。

回答無し

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。

回答無し

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。

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

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 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 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 1 施設 (出席 1)  
政令指定都市 (保健所) 1 施設 (出席 1)  
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 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。

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

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)  
多忙の為 1 施設  
夜間帯の開催かつ開催地まで遠い為 1 施設  
急な解剖が入った為 1 施設

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 19 施設 (73.1%)  
思わない 2 施設 (7.7%)  
わからない 1 施設 (3.8%)  
その他 2 施設 (7.7%)  
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癩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が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

- ・有用とは思うが多忙すぎる
- ・有用とは思う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児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、防止や予防は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。

#### D. 考察

回答率が28.2%と少なかったが、日本の各地域よりもれなく回答があったので、今回の結果を持っておおよその日本の現状把握が出来ると言えよう。

医療施設以外が主催する児童の死亡例についてのカンファレンス・死因検討会等に参加したことがあるのは3施設(設問1-1)参加の打診を受けたが出席しなかった(できなかった)のが3施設(設問2-3・4)であった。つまり参加の打診を受けたことがあるのはわずか6施設(23.1%)だった。なぜこれだけ法医学への参加の打診が少ないのだろうか。その理由としては以下のようなことが考えられる。

- ・死因については死亡診断書(死体検案書)を参照すればよいと考えている
  - ・法医学的情報の重要性が理解されていない
  - ・解剖結果は裁判資料なので教えてもらえるはずがないと最初から決め込んでいる
- 確かに死亡診断書(死体検案書)には死因を

記載する項目があるが、特に司法解剖が行われるケースにおいては、解剖前に死因を「不詳」として交付されている場合がある。また解剖によって死因が明らかになっても、死亡診断書（死体検案書）の再交付（役所への再提出）義務はないので、死因不詳とされたケースの死因は不詳のままである。また、法医解剖では死因の他に創傷の成傷機転（受傷機転）や成傷器についても専門家としての考察が為されているのだが、死亡診断書（死体検案書）に受傷機転や成傷器の詳細まで記載されていることは少ない。加害者の証言だけを鵜呑みにしては、真実を見誤ってしまう可能性があり、遺体から読み取れる科学的証拠を基にした考察・判断を知ることは、虐待死の検証において大変重要なことなのである。従って虐待死亡例の検証に必要な情報を死亡診断書（死体検案書）から得ることは甚だ困難なのである。とはいえ、司法解剖情報をたやすく入手できないことも事実である。法医学者の中にも「検証事業に協力したいが検察庁や警察の許可が無い限り解剖結果を開示はできない」という意見が前回の調査でも多くみられているので、この問題は今後解決すべき大きな課題である。子ども虐待死亡例の検証に法医学者が参加することについては、73.1%が有用であると思うと答えており（設問3-1）、昨年の調査でも多くの法医学者が「クローズド」な会であるなら「依頼あれば委員として検証に出席する」とも回答している。検証事業の開催・運営側は、会をクローズドにした上、委員に守秘義務を課すなどの工夫をした上で、法医学的情報を踏まえた検証がなされることが望まれる。なお、検察庁側も積極的に子ども虐待に関わろうとしている動きがあると聞いている。近い将来、条件付きであったとしても解剖所見や各種捜査資料が比較的容易に検証の場で活用できるようになることを期待したい。

一方で、子ども虐待死亡例の検証に法医学者が参加することについて、否定的な意見もみられている（設問3-1・2）。その理由としては先に触れた「法的縛りによって情報開示ができない為」の他に、「法医学が嫌われており、意見がかみ合わない為」、「防止や予防は専門外」との理由も示されている（設問3-2、設問4）。「意見がかみ合わない」や「防止や予防は専門外」との意見は、相手側が求めていることや法医学側が持っている情報の価値が把握されていない、つまり相互理解が不十分なために生じている意見とも読み取れる。「臨床側と法医学とではイメージが異なるように思われるので、そのイ

メージのズレを解消するためにもディスカッションが必要」という意見もあり、検証事業を推進していくなかでいずれ解決していく可能性が考えられる。法医学者が検証会議に参加できなかった理由を見ると「多忙」や「急な解剖が入った」などが挙がっており（設問2-4）法医学者のオーバーワーク、若しくはマンパワー不足がその根本原因である可能性も示唆された。

#### E. まとめ

今回の研究で、子ども虐待死亡例の検証事業への法医学者の関与が殆ど無いという実体が見された。しかし死因や受傷機転、成傷器に関する情報抜きに検証しても、死に至った加害行為を明らかにすることは明らかにできようはずが無い。解剖情報や捜査情報がより容易に入手できるような環境の構築が求められるが、それにはまだ時間がかかるだろうが、開催する側は解剖情報の重要性を十分に理解の上で、可能な限り法医学者の出席の下で会を開催することが望まれる。

#### 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



## ～ 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・死因検討会等に参加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 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下さい。

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 )

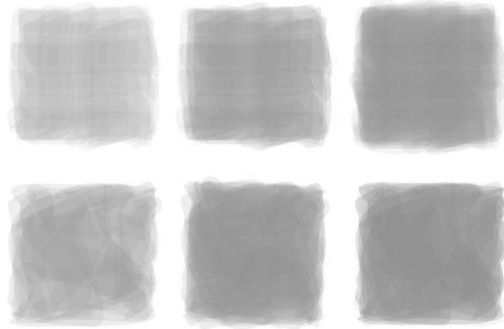
都道府県名 ( 可 ・ 不可 )

ご協力ありがとうございました。



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

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



厚生労働科学研究費補助金研究事業  
「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」  
研究代表者 奥山真紀子（国立成育医療研究センターこころの診療部）

9:30～11:00

ワークショップ 子どもの虐待死ゼロを目指して

座長 奥山真紀子  
国立成育医療研究センター 副院長/こころの診療部 部長

子どもを虐待から守る母子保健活動  
中板育美 日本看護協会 常任理事

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



11:10~12:40

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

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

地方公共団体の虐待死亡事例検証の現状  
相澤仁 大分大学福祉健康科学部 教授

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

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

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

指定発言  
宮本信也 筑波大学 副学長・理事、附属学校教育局教育長



## 子どもの虐待死ゼロを目指して 子どもを虐待から守る母子保健活動



中板 育美  
(公益社団法人 日本看護協会)

## 子ども虐待事例の効果的検証 のための保健的側面に関する研究

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

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

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

結果: 23件を対象

### 結果

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

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

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

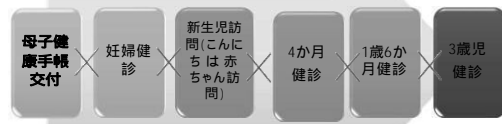
◆ 「気になる」妊婦や親に関する関係機関からの情報提供、あるいは、関連機関への、情報提供  
が、特定妊婦や要保護/要支援児童につながる場合があることを踏まえ、受理も提供もその後の  
対応策も個人判断・決定ではなく、組織的であることが不可欠(事例の判断結果の共有と対処  
のフロー図の提示)

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

◆ 相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

### 特徴: 母子保健活動はソフトな介入

地域の担当保健師  
(My保健師・かかりつけ保健師)



妊娠期から就学まで一貫管理と継続関与が叶う  
重層的な仕組み

### 結果

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

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

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

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

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

◆ 相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

### 子ども虐待の「判断」はそもそも難しい

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

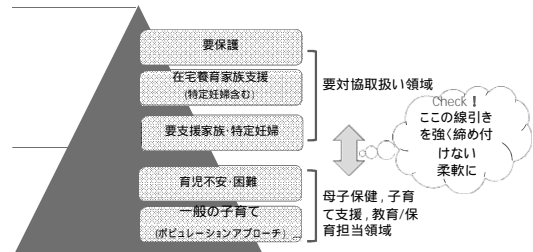
「ハイリスク」や「気になる妊婦/親子」でも  
要対協の受理会議にあげられる仕組み

## 要保護・要支援の対象

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

- 子どもの心身の傷害（障害）が虐待により生じたことがわかった事例
- 子どもの心身の傷害（障害）が虐待により生じたことが疑われる事例
- 両親の養育能力等に顕著な問題があり、子どもの健全な養育に大きな支障が生じる可能性が疑われる事例（特定妊婦／ハイリスク家族）

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



## 結果

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

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

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

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

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

◆相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

援助を途切れさせないために

## アセスメントなしの関与・支援はない

➢アセスメントとは

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

➢したがって、仮説立証のために、情報収集はさらに続く。

➢つまり、アセスメントは段階的で、発展・進化するもの



## アセスメント

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

## 対象理解のために

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

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

## 考える手順

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

## 結果

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

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

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

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

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

◆ 相談援助技術のスキルアップ(キャリアラダー・キャリアパス)

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

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

## 結果

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

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

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

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

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

◆ 相談援助技術のスキルアップ体制(キャリアラダー・キャリアパス)

## キャリアアップ体制の構築

母児関係、夫婦関係等を観察し、  
養育環境、養育能力を見極める力量形成

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

## 援助行動の基本姿勢

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

## 指導ではなく支援

虐待予防において重要なことは、  
「育児指導」ではなく  
「育児支援」である。

米国においても、C. H. Kempelは

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

## 指導ではなく支援

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

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

## 援助すること

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

## 援助することとは

### 特徴: 母子保健活動はソフトな介入

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

## こどもたちの笑顔のために 未来のために

特別ではない・・・

やるべきことをちゃんとやる！



ご静聴ありがとうございました。

雨にも負けず、風にも負けず・・・

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

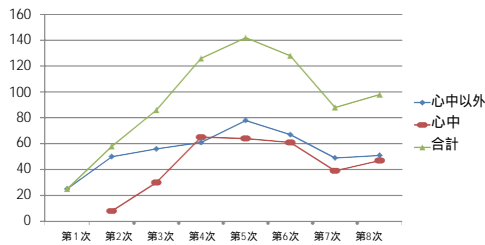
## 子どもを虐待から守る ソーシャルワーク

山梨県立大学人間福祉学部  
西澤哲

### わが国における「虐待死研究」の位置づけ

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

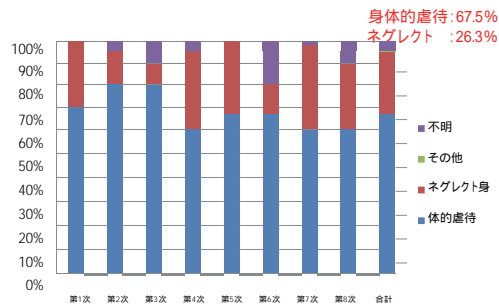
虐待死亡人数の年次推移(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



心中以外の虐待死: 437人  
平均 58人/年 → 1週間に1人

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

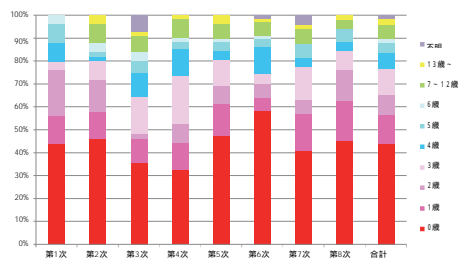
虐待死亡例における主な虐待(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



身体的虐待: 67.5%  
ネグレクト: 26.3%

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

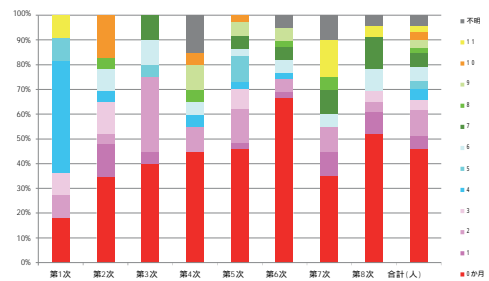
虐待死亡例の年齢内訳(厚労省死亡事例検証第1次～第8次報告まとめ by 宮本信也)



0歳:44.2% 1歳:12.4% 2歳:8.7% 3歳:11.4% → ~3歳:76.7%  
4歳:7.1% 5歳:4.3% 6歳:1.8% → ~6歳:89.9%  
7～12歳:6.2%

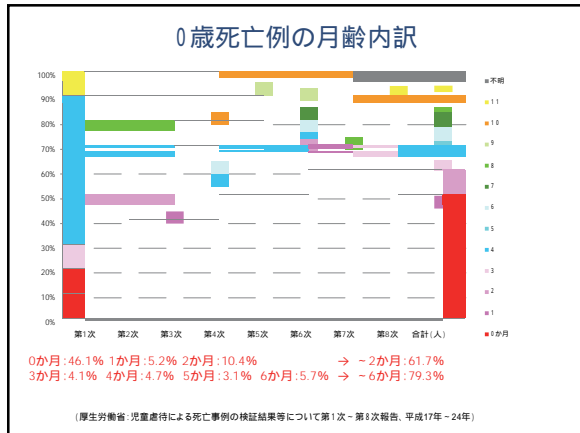
(厚生労働省:児童虐待による死亡事例の検証結果等について第1次～第8次報告, 平成17年～24年)

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



0か月:46.1% 1か月:5.2% 2か月:10.4% → ~2か月:61.7%  
3か月:4.1% 4か月:4.7% 5か月:3.1% 6か月:5.7% → ~6か月:79.3%

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



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

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

### 虐待死(FCAN)に対する過小評価の危険性

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

### 厚労省死亡事例検証の結果から

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

### 厚労省死亡事例検証の結果から

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

### 「依存」の病理

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

### 刑事裁判の判決文の分析から

ネグレクト死の多さ(35.7%)と家庭内衰弱死の2つのパターンの抽出

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

### 刑事裁判の判決文の分析から

食」をめぐる問題

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

### 刑事裁判の判決文の分析から

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

### 刑事裁判の判決文の分析から

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

### 子どもを虐待死させた親の心理鑑定から

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

### 虐待傾向のある親の心理との連続性

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

## 虐待死とソーシャルワーク

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



## 地方公共団体の虐待死亡事例検証の現状

一地方公共団体における死亡事例等検証のあり方に関する研究より一

大分大学 福祉健康科学部

相澤 仁  
岩野 卓

## 研究目的・方法

- 研究目的
  - 本研究では、各都道府県における検証の実施体制やその状況についての実態について明らかにするとともに、今後の効果的な検証のあり方について考察し、検証ガイドラインの作成を目的としている。
- 研究方法
  - 平成27年度に、「都道府県における死亡事例等検証の実施体制やその状況などについて」のアンケート調査を各都道府県・指定都市・児童相談所設置市（69カ所）に対して実施した。調査期間は2015（平成27）年7月～8月とした。
  - フェイスシート
  - 平成16年～26年までの間において各年度に発生した虐待死亡事例件数等及び検証事例件数及び公表した報告書数など
  - アンケート調査項目
    - 検証委員会の運営、検証組織、検証委員の構成、検証対象の範囲、会議の開催、検証方法、検証の進め方、問題点：課題の抽出、提言、報告書、提言の効果、地方自治体における死亡事例等検証の実施に際の困難点や疑問点など

## 研究結果

- 回収率
  - 69カ所の地方公共団体にアンケート調査用紙を送付し、2015年度は56カ所から回答を得られ、回収率は81.2%であった。2016年度に1カ所から回答を得られ、57カ所となり、回収率は82.6%であった。
- 調査分析結果
  - 28年度の回答結果を加え、57カ所を対象に分析した結果（27年度の研究報告結果については廃棄）、平成16年から平成26年の11年間に、虐待死亡事例または重大事例が発生した地方自治体は53自治体であった。
  - 本研究では虐待死亡事例も重大事例も発生していない自治体は分析から除外し、53自治体を分析対象とした。
  - これは、事例が発生した自治体における検証率や報告の有無など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。

## フェイスシート (平成16年度～26年度)

表I-1 虐待死亡事例発生件数(合計)			表I-2 重大事例発生件数(合計)			表I-3 検証事例件数(合計) (平成16～26年度)		
発生件数	自治体数	%	発生件数	自治体数	%	検証件数	自治体数	%
0	4	7.1	0	27	49.1	0	6	11.3
1	6	10.7	1	11	20.0	1	13	24.5
2	11	19.6	2	7	12.7	2	12	22.6
3	5	8.9	3	4	7.3	3	4	7.5
4	8	14.3	4	2	3.6	4	3	5.7
5	2	3.6	6	1	1.8	5	2	3.8
6	5	8.9	11	1	1.8	6	1	1.9
7	1	1.8	26	1	1.8	7	2	3.8
9	4	7.1	70	1	1.8	8	1	1.9
11	1	1.8	合計	55	100.0	9	4	7.5
13	1	1.8				10	2	3.8
14	1	1.8				11	1	1.9
15	3	5.4				12	1	1.9
17	1	1.8				27	1	1.9
26	1	1.8				合計	53	100.0
30	1	1.8						
44	1	1.8						
合計	56	100.0						

表I-4 虐待死亡事例検証事例件数(合計)  
(平成16～26年度)

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

表I-5 心中死亡事例検証事例件数(合計)  
(平成16～26年度)

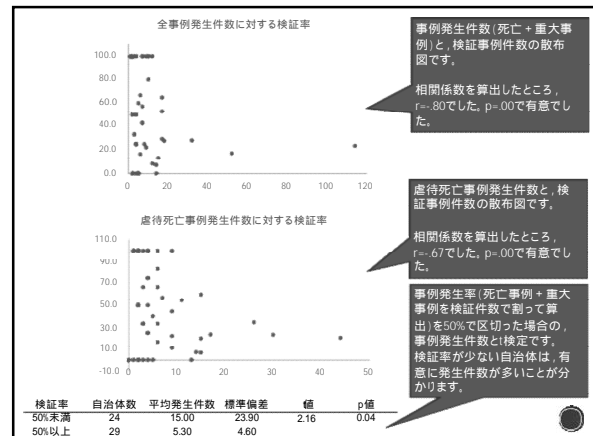
検証件数	自治体数	%
0	41	77.4
1	5	9.4
2	3	5.7
3	2	3.8
4	1	1.9
5	1	1.9
合計	53	100.0

表I-6 重大事例検証事例件数(合計)  
(平成16～26年度)

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

表I-6 公表報告書数(平成16年以降)

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



# アンケート調査

## ・検証委員会の運営

表1-1 検証委員会の所属部署

所属部署名	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

## ・検証組織

表2-1 組織の設置状況

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

表2-2 組織の所属

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

## ・検証委員の構成

表3-1 検証委員の人数

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

表3-1-2 検証委員のうち当該地方公共団体職員数

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

表3-1-2 検証委員のうち当該地方公共団体職員08数

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

## ・検証委員の職種

表3-2-1 検証委員の職種(大学の研究者)

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

表3-2-10-1 検証委員の職種(医師)

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

表3-2-3-1 検証委員の職種(弁護士)

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

表3-2-14-1 検証委員の職種(児童福祉施設長)

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

表3-2-8-1 検証委員の職種(児童委員・主任児童委員)

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

## ・検証対象の範囲

表4-1-1 通知に示された「検証対象」の範囲

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

表4-1-2 その他に定めた対象範囲

その他の範囲	自治体数	%
定めている	14	27.5
定めていない	37	72.5
合計	51	100.0

## ・会議の開催

表5 会議の開催目的

開催目的	自治体数	%
ア 死亡事例が発生した場合	18	35.3
イ アに加え、必要な重大事例が発生した場合	30	58.8
ウ アとイに加え、その検証の提言に対する都道府県の取組状況の報告を基に評価するため	3	5.9
エ アとイとウに加え、これまでの検証したすべての事例について再度総合的に検証するため	0	0.0
合計	51	100.0

・検証会議

表6-1-1 1回の検証会議時間

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

表6-1-2-1 1つの事例に対する検証会議の最小開催回数

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

表6-1-2-2 1つの事例に対する検証会議の最大開催回数

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

表6-1-2-3 1つの事例に対する検証会議の平均開催回数

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

・調査

表6-2-1 ヒアリング調査の原則実施

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

表6-2-2 現地調査の原則実施

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

表6-2-3 その他の調査の実施

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

・事例検証

表6-3-1 事例検証の実施状況

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

・情報収集

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

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

表7-2-2 関連機関などからの前表の情報収集に加えた必要な情報収集

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

表7-2-3 前表で必要な情報収集を行った機関について(複数回答可)

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

N=50自治体

・情報収集

表7-2-4 検証委員の求めに応じた情報収集

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

表7-2-5 母子手帳などの基本的な資料の収集

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

表7-2-6 特別な事例等について専門家の意見聴取などによる情報収集

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

表7-2-7 特別な事例等についての解剖所見などの専門的な情報収集

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

・事実関係の明確化(その1)

表7-5-1 関連機関ごとのヒアリングへの検証委員の参加

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

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

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

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

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

表7-5-4 転居前の住所等の関係者へのヒアリングについて

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

・事実関係の明確化(その2)

表7-5-5 状況に応じて場所を選択したヒアリングの実施について

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

表7-5-6 組織による必要に応じた事例を担当していた職員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

事実関係の明確化について

	している		していない	
	度数	%	度数	%
関連機関ごとのヒアリングへの検証委員の参加	24	49.0	25	51.0
当該事例に直接関与した・すべきであった組織の者以外の者へのヒアリングの実施	43	91.5	4	8.5
ヒアリングの対象者としての関係機関の所属長・それに準ずる者の対象について	43	91.5	4	8.5
転居前の住所等の関係者へのヒアリングについて	28	70.0	12	30.0
状況に応じて場所を選択したヒアリングの実施について	40	87.0	6	13.0
組織による必要に応じた事例を担当していた職員の心理的支援について	23	50.0	23	50.0
児童の生活環境等を把握するための必要に応じた検証委員による現地調査	10	21.7	36	78.3
保護者が基礎された事件についての裁判の傍聴や訴訟記録の閲覧請求について	40	85.1	7	14.9

・問題点・課題の抽出

表8-1 抽出できるまで時間をかけた分析・検討

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

表8-2 抽出できていない場合は再度委員会を開催して分析・検討

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

・提言

表9-1 検証委員からの提言について家族などへの配慮による修正・調整の有無

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

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

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

表9-3 早急に講ずべき対応策についての提言に対する検証未結末の施策の実施

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

・報告書

表10-1-1 2種類(公表用・関係機関用)報告書の作成

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

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

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

表10-1-3 「中間報告書」の作成の有無

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

・公表

表10-2 検証結果の公表

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

・広報

表10-3-1 地方自治体のホームページでの公表

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

表10-3-2 児童相談所など関係機関への配布

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

表10-3-3 関係職員を対象にした報告書を資料にした研修の実施

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

・提言の効果(その1)

表11-1 児童相談所の体制強化

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

表11-5 保健師の専門性の向上

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

表11-2 児童福祉司の専門性の向上

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

表11-6 市町村保健センターの母子保健機能強化

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

表11-3 児童相談所の相談機能強化

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

表11-7 都道府県単独事業の創設

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

表11-4 保健担当部署の体制強化

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

表11-8 児童虐待対策予算の拡充

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

・提言の効果（その2）

表11-9 市町村児童相談体制の強化

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

表11-10 要保護児童対策地域協議会の活性化・機能強化

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

表11-11 市町村単独事業の創設

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

表11-12 市町村の児童虐待対策予算の拡充

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

提言の効果について

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

・提言の効果（その3）

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

Q1-2 運営のための予算化をしている

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

Q7-5-1 関係機関ごととヒアリングに原則として検証委員は参加している

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

Q10-3-1 報告書は地方自治体のホームページに公表している

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

・困難点・問題点（その1）

表12-1 検証組織

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

表12-4 検証会議のあり方

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

表12-2 検証委員の構成や任期

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

表12-5 虐待死としての判断

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

表12-3 検証委員会の運営面

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

表12-6 調査や情報収集を行う場合

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

・困難点・疑問点（その2）

表12-7 事実関係の確認や明確化

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

表12-10 報告書を作成する際

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

表12-8 問題点・課題を抽出する際

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

表12-11 公表のあり方

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

表12-9 提言のあり方

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

検証を実施する際の困難点・疑問点について

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

## ヒアリング調査（中間報告）

= 検証ガイドラインの作成に向けて =

- 28年度はヒアリング調査を実施（12カ所予定 10カ所終了）。
- 自治体により取り組み方に格差があるという印象。
- アンケートの回答と実態と食い違っている面が見られた。

▪ < 検証委員会の設置状況 > - 設置のあり方 -

1. 常設の児童福祉審議会に検証業務を付加した場合  
（検証会議時間が実質30分程度という自治体も）
2. 児童福祉審議会の中に新たに委員会を作った場合
3. 別に検証委員会組織を作った場合

▪ < 内部検証について > - 内部検証の必要性 -

市区町村や関係機関内において内部検証している自治体もあった。

（内部検証への検証委員の参加・検証委員会への関係者の参加）

▪ < 検証対象の範囲 > - どこまでを対象とするのか -  
虐待死であると確定しない場合は対象にしづらい。

事故死の場合、ネグレクトになるか判断が難しい。

（児相が関わっている事案だけの検証をしていた自治体も）

▪ < 検証のための調査 > - 調査体制のあり方 -

検証のためのヒアリング調査などを事務局が実施している自治体が少なかった。（事務局の専門性や体制が不十分）

児童相談所が行っている自治体もあった。

▪ < 事実関係の確認や明確化 > - ヒアリング対象・内容のあり方 -

加害者やその家族からの事実確認が難しい。

加害者の人格に関する情報。特に心中事例の場合、遺族から聞きにくい。

警察・検察からの情報収集が難しい。

（定期的な連絡会により情報交換がスムーズ）

▪ < 報告書公表について > - 公表のあり方（時期・内容など） - 状況からの特定されやすく、残されたくない・親族への影響が大きい。

親が不起訴になった場合、加害者が否定している場合、虐待死亡事例報告書として公表できるか（中間報告の必要性）

▪ < 提言の効果 > - 実現可能な提言のあり方 -

死亡事例はインパクトが大きく、事例検証の効果としてさまざまな事業や施策につながっている。

児童福祉司などの増員、新たな児相の設置、研修体制の充実など

▪ < ガイドラインへの要望 >

事例による具体的な検証モデルを示してほしい。

年齢や状況、虐待の種類などに応じた調査・収集すべき資料に関するガイドライン

など

ご清聴ありがとうございました。

## 虐待死亡事例検証の 効果と限界

国立成育医療研究センター  
奥山 眞紀子

## 日本の重大事例検証

### 検証の背景

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

### 検証の目的

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

### 検証委員会の構成

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

### 検証の方法

#### 1. 事例の収集・解析

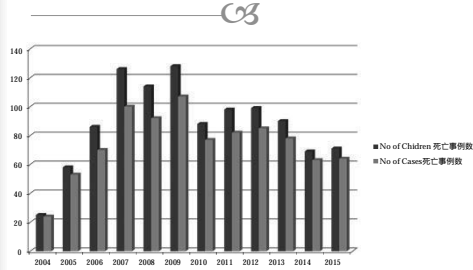
- ▶ 対象：都道府県で把握した全ての虐待死（心中、殺人、嬰兒殺、保護責任者遺棄等も含む）。ただし、初期には徹底していなかった。今でも、子どもだけ留守をしているの火事による死亡などが抜けている県がある。
- ▶ 収集する情報：第二次調査からデータベースを構築して情報を収集。その後、データベースの改善を図ってきた。
  - 第一次報告後、クロス集計が必要なことなどへの配慮からデータベースの構築を行った
- ▶ 国からの照会：不明な点、国で把握していない県から上がって来っていない事例の照会

## 検証の方法 2. ヒアリング

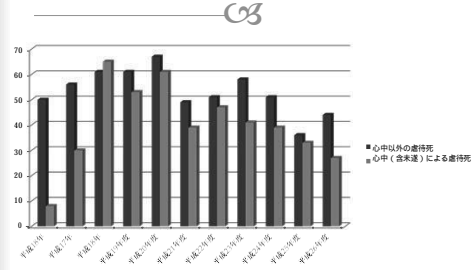
- ☞ 収集した事例から毎年、焦点を定めてヒアリング事例を設定
- ☞ 特別な事例に関しては、死亡例のみならず、ヒアリング
- ☞ 初年度は担当者が露が開へ
- ☞ 2年度目から各委員が2例ずつ、委員二人で概ね8事例の聞き取りを其々の都道府県に出向いて行ってきた
- ☞ 5年度目は各県の検証のあり方の検証も加えた

## 事実の発見

## 年間の検証事例数・死亡児数 (一部修正値)



## 無理心中以外と無理心中



## 非無理心中事例と無理心中事例 (第5次報告)

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

## 無理心中事例

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

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



## 無理心中以外の虐待死



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

## 動機



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

## 0歳児の分析 (8次報告)



### 非無理心中事例

## 0日、0か月事例

### 1. 実母の年齢



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

## 0日、0か月事例

### 2. 出生場所



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

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

## 0日、0か月事例

### 3. 母の状況



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

## 0日、0か月事例

### 4.加害者

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

## 関与機関

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

## ヒアリングからの学び

## 浮かび上がった問題 1

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

## 浮かび上がった問題 2

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

## 浮かび上がった問題 3

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

## 浮かび上がった問題 4



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

## 施策や法律への反映



## 法律への反映



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

## 施策への反映



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

## 日本の検証の限界



## 見逃されている虐待の可能性



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

## 情報が非常に少ない



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

## 虐待以外の子どもの死亡がわからない



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

## 医学的なプロセスが把握しにくい



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

## 地域での検証



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

## Child Death Review へ



## 子どもの死因（2014年）

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

## 子どもの死を次に活かすために



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



2017.1.29

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

「死亡事例検証に  
法医学はどこまでかかわれるか」

日本大学医学部社会医学系法医学分野  
内ヶ崎 西作

法医学とは

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

東北大学名誉教授 赤石 英

「死亡事例検証に法医学は<sup>2</sup>どこまでかかわれるか」

法律に関係のある医学的問題 とは？

人が平等に有する基本的な権利に関する問題

生存や身体、安全・健康に暮らす権利に関する問題 (刑事法に關係するもの)

親子関係に関する問題 (民事法に關係するもの)

個人識別・年齢推定に関する問題

医療に関する法的問題

医事法 法律解釈  
医療事故の分析と予防対策・安全な医療の構築

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

裁判

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

法医学の社会活動とは？

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

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

■ 再鑑定 など

「死亡事例検証に法医学は<sup>4</sup>どこまでかかわれるか」

法医学解剖 (解剖の種類)

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

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

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

□ 行政・警察側が介入する承諾解剖  
□ 遺族の希望による基づく承諾解剖

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

法医学解剖の対象となる子どもの死亡例

■ 放置された胎児死体、新生児・乳児死体 (嬰兒殺疑い)  
司法解剖

■ 虐待死疑い事例 司法解剖

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかかわれるか」

### 法医解剖(司法解剖)時で死因を判断する際の情報

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

➡ 死因や受傷機転、背景にある過去の受傷状況

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

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

日本法医学会に所属する機関会員のうち、  
大学医学部・歯学部・監察医施設の計92施設  
(回答率25.2%)

回答のあった24施設のうち、関わったことがあるとの回答は4施設

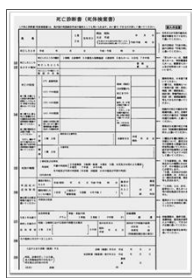
主催者：医師会、保健所、児童相談所、大学病院

(名古屋では既に4大学が参加するCDRが始まっている)

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
\*地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究、平成28年度アンケート調査より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

### 死亡診断書・死体検案書を入手すれば 法医解剖の結果は不要では？



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

➡ 死亡診断書・死体検案書では不十分

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

### 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

- 司法の壁

行われる解剖の種類は主として司法解剖

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

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

日本法医学会に所属する機関会員のうち、  
大学医学部・歯学部・監察医施設の計69施設  
(回答率44.9%)

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

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
\*地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

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

日本法医学会に所属する機関会員のうち、  
大学医学部・歯学部・監察医施設の計69施設  
(回答率44.9%)

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

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
\*地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」



## 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

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

壁 その2

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

3ヶ月児 SIDS

4ヶ月児 AHT (3ヶ月前に発症)

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

## 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その1

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

壁 その2

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

## 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その2

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

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

## 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その3

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

## 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

壁 その3

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

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

【仮面ライダーエグゼイド】



仮面ライダーレーザは監察医・九条貴利矢が変身

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

### 虐待死検証(CDR)には法医解剖所見は必須

しかし、壁がある

#### 壁 その3

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

将来的には解決する可能性あり

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

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

日本法医学会に所属する機関会員のうち、  
大学医学部・歯学部・監察医施設の数99施設  
(回答率44.9%)

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

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
<sup>1)</sup>地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究、平成27年度終了報告書より

「死亡事例検証に法医学はどこまでかわれるか」

## シンポジウム 防げる死から子どもを守るために

### 海外でのCDRと 日本での虐待死亡事例検証の見逃し

日本小児科学会子どもの死亡登録検証委員会  
前橋赤十字病院小児科 溝口史剛

## 子ども虐待対応の歴史

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

米 国 福祉 医療 司法

英 国 福祉 医療 司法

日 本 福祉 医療 司法

## Child Death Reviewの歴史

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

米 国 福祉 医療 司法

英 国 福祉 医療 司法

日 本 福祉 医療 司法

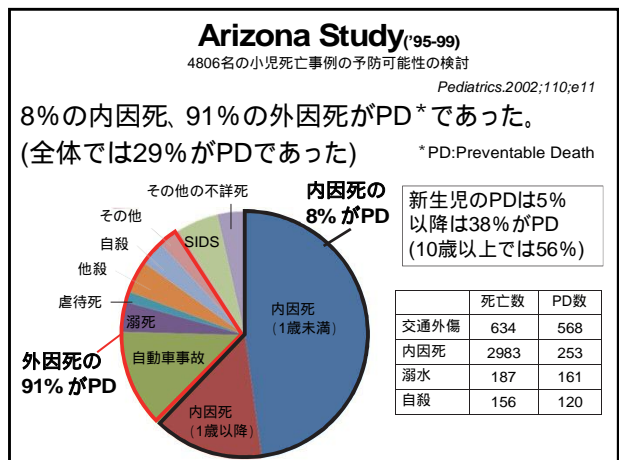
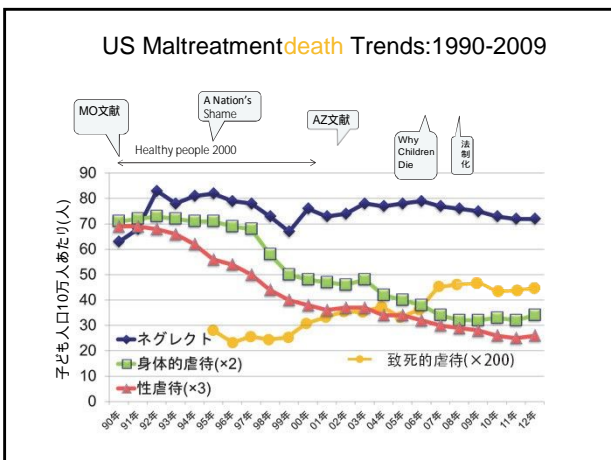
## The Missouri Study ('83~'86)

1993;91;330 Pediatrics

5歳未満の外因死364例 + 疑義のある内因死20例の研究

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

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



## 小児科学会の委員会の検証結果要旨

Step1: 疾病グルーピング Step2 予防可能性トリアージ

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

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

全小児死亡の7.3%が虐待可能性死、3.0%が高虐待可能死

このうち起訴事例 0件

高虐待可能死の45.5%がAHT

## 奥山班研究: 2014年の虐待疑い死、疑義/不備不詳死の割合

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

虐待可能性死の判断に関して(全死亡数に対する割合)

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

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

厚労省の死亡事例検証 1.6%

高虐待可能性死の判断に関して(全死亡数に対する割合)

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

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

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

## 奥山班研究: 2010-2014年度の高虐待可能死(3B+4)の報告

有効回答事例数: 81例 (CPTのない病院からの報告事例数は10例)

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

児相通告: 65.4%(53/81例)

死亡事例検証 (無回答: 7例)

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

警察通報: 88.9%(72/81例)

その後の司法プロセス

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

臨床医 - 法医連携

剖検前連携: 9例 (15.5%)

剖検後連携: 13例 (22.4%)

前後共に連携があった 4例 (6.9%)

前後共に連携なし 27例 (47%)

## CDR→施策

### 交通外傷

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

### 溺水

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

### 自殺

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

### 火災

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

### 中毒

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

### 子ども虐待・ネグレクト

- ・ 消費者庁へ欠陥製品による死亡通告し、リコールや警告の手続き(これまでに付与済みおもちゃ箱、50kg以上の容量のバスタブ、ヘルメット等への警告実施)
- ・ 銃火器への安全装置設置義務化

### 急性心臓死

- ・ すべての学校へのAED設置
- ・ 病院連携し部活動児へ心臓健診

### 未熟児出生

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

### 睡眠環境改善

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

### その他

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

## CDRの効果

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

Biasによる悲劇

## ワネタ・ホイット事件



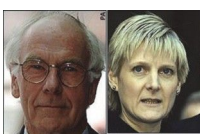
1960年代、ドイツ人のスタインシュナイダー博士が「SIDS無呼吸原因説」を提唱。彼は、3人の子供が相次いで「呼吸障害」で死亡したホイット家という一家に注目。自らの仮説を証明すべくこの家の4人目の子供をSIDSの研究対象とした。この子は7歳まで健康に育ったが、やはり「無呼吸」で病院に運ばれ、退院した翌日に死亡した。ホイット家では5人目の子供ができて、この子も研究対象となったが、やはり退院翌日に死亡した。

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

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

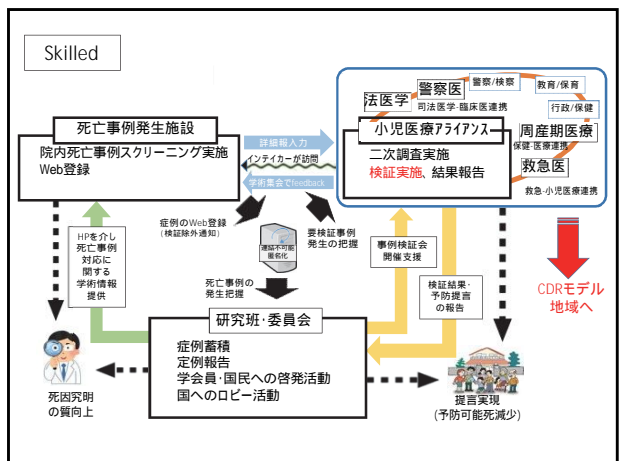
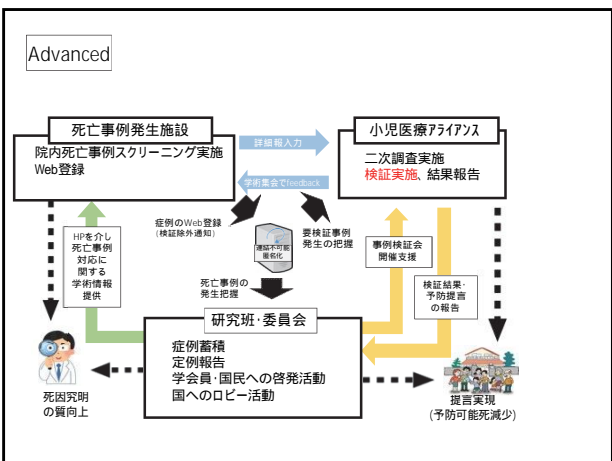
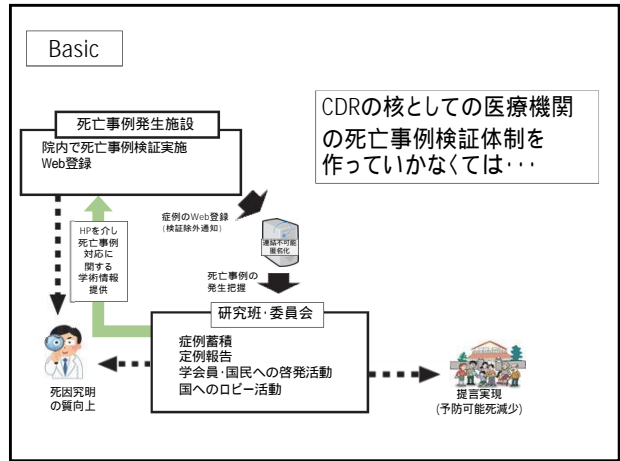
「権威者によるオピニオン」のみに基づく判断の危険性を如実に物語る事例である

Biasによる悲劇  
**サリー・クラーク事件**



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


なお彼女は再審請求で無罪となった4年後自殺している。  
初期評価が不十分の場合、その後どのようなことが起こりうるかということを明確に示している一例といえる



スタートは同じ

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

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



CDRの導入を検討中の都道府県

**追加発言**

和歌山県立医科大学保健看護学部  
柳川敏彦

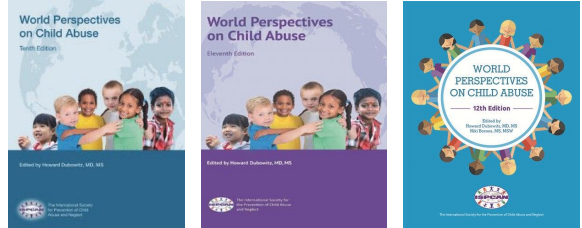
チャイルド・デス・レビュー (CDR) - 日本での実現に向けて

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

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

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

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



第10版 2012年  
イスタンブール大会

第11版 2014年  
名古屋大会

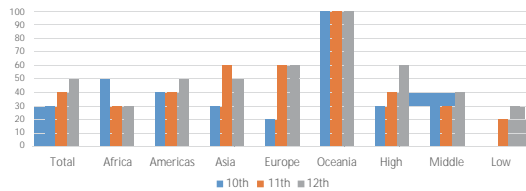
第12版 2016年  
カルガリー大会

調査協力国

数字は国の数

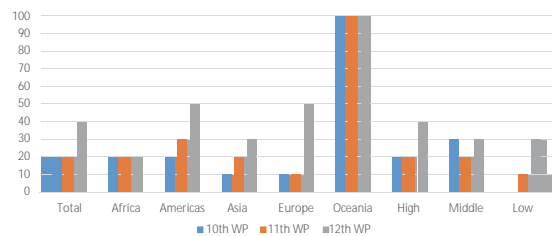
	Total	Africa	Americas	Asia	Europe	Oceania	High	Middle	Low
10th WP	68	9	10	27	20	2	28	36	4
11th WP	73	10	13	26	23	1	33	33	7
12th WP	73	13	8	21	29	2	36	29	8

Child Death Review(CDR)チーム



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

CDRチームを法制化



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

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

死亡事例の検証方法の検討

1

筑波大学  
宮本信也

2015年度の検討結果1

○目的

- 地方公共団体による子ども虐待死亡事例の検証における問題点の整理
- 望ましい検証のあり方を検討

○方法

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

2015年度の検討結果2

○結果

- 委員会構成、運営、方法まで多様な指摘
- 毎年度、共通していた指摘が1項目あった
- 今後の対策・提言が、子ども虐待予防に関する一般的な記載に終始し具体性に乏しい**

○考察

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

2016年度の検討

○目的

- 新しい方法論に基づく実際の検証方法の開発

○方法

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

虐待死亡例の検証のための方法論案概要  
1. 死亡予防に焦点化した検証

○死亡に至った経緯の整理

○死亡を防げた可能性の検討

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

○死亡を防げなかった要因の検討

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

○死亡の予防に向けて

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

虐待死亡例の検証のための方法論案概要  
2. 虐待予防のための検証

○虐待に至った要因の整理

○死亡に至る経過の前段階での介入の可能性

○虐待自体の予防の可能性

○虐待の予防に向けて

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

## 事例

- 死亡事例 2歳3か月男児
- 死亡原因 外傷性頭蓋内出血
- 直接の加害者 実父
  
- 経過
- 生後3か月 慢性硬膜下血腫・眼底出血
  - ・ 児童相談所 在宅支援の方針
- 6か月 大腿骨骨折
  - ・ 警察にも通知
- 7か月～2歳3か月 一時保護→施設入所
- 2歳3か月 措置解除→家庭復帰2週間後に死亡

## 自治体の検証報告書での提言内容1

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

## 自治体の検証報告書での提言内容2

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

## 自治体の検証報告書での提言内容3

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

## 自治体の検証報告書での提言内容4

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

## 「手引き」を用いた検討における提言内容1

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



## 「手引き」を用いた検討における提言内容2

### ○措置解除後の支援

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

## 既存報告書と手引き活用の提言内容の違い

### ○既存の報告書

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

### ○手引き活用

- 「……する。」
- 「……行う。」

## まとめ

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

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

## 参加者アンケート

申込数 102  
来場者数 97

アンケート回収 66  
(回収率68.0%)

### 1. 回答者属性

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

計 66

### 2. 感想

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

計 66

### 3. 所持資格

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

計 66

### 2. 感想 自由記述(抜粋)

< 非常に満足・満足 >

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

< どちらともいえない >

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

< 不満足 >

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



・ 研究成果の刊行に関する  
一覧表



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年
西澤哲	虐待事例における心理鑑定	橋本和明編著	犯罪心理鑑定の技術	金剛出版	東京	2016

