

地方公共団体におけるこども虐待事例の検証方法についての研究

研究分担者 中板 育美 武蔵野大学看護学部 教授
川松 亮 明星大学人文学部 常勤教授
澁谷 昌史 関東学院大学社会学部 教授

研究要旨：

【研究目的】

こども虐待重大事例の検証で課題となる情報を収集し、報告書としてとりまとめ、公表するまでの過程を、検証を実施した自治体の体制や内部検証の実施有無とあわせて把握し、検証の手引き改訂に役立つ知見を得る。

【研究方法】

検証が難しくなりやすい状況や特徴的な取組を持つ14自治体を対象に、検証組織、事例選定、情報収集、公表プロセスなどについてヒアリングを行った（2025年8月～2026年2月）。

【研究結果及び考察】

多くの自治体では検証事務局は常設されているものの、実際の運用は事例発生時ごとの臨時的対応に依存する傾向にあり、継続的な専門性の蓄積が困難であった。検証実務は一般行政職を中心に遂行されつつも、児童福祉を中心とする専門職との連携が不可欠であり、組織横断的な協働を担保することが重要と考えられた。

検証対象事例は主として死亡事例が中心であり、対象選定には情報収集可能性が大きく影響していた。とくに児童相談所や要保護児童対策地域協議会等の行政関与がない事例では事例に関する情報把握が難しく、検証対象から除外されやすい傾向が確認された。情報収集においては、平時からの関係機関間での連携に加え、法的根拠に基づく丁寧な説明、検証制度への理解促進が重要な要素となっていた。

内部検証については、多くの自治体で制度化が不十分であった。市町村独自検証も限定的であり、専門性不足や人的資源制約が大きな課題となっていた。

そして、報告書作成は主に検証事務局主導で進められているが、個人情報保護と再発防止に資する情報公開とのバランス調整が大きな課題であった。

これら調査結果より、重大事例の検証経験のある自治体であっても、人的資源や専門性、個人情報の取扱といった点で構造的課題を抱えていることが示された。今後は、日頃から連携を行っている市町村の検証上の役割について注目しながら、以下のような観点を中心に検証の手引き改訂を検討する必要がある。具体的な観点は以下の通りである。

- ① 検証対象は死亡事例に限定せず、疑義事例や重篤事例、社会的影響の大きい事例まで広げる必要があること。これにより、虐待予防や支援改善に資する幅広い知見の蓄積が期待される。また、行政関与のない事例も可能な限り検証対象とすることが重要とされた。
- ② 市町村および関係機関内部での内部検証の制度化を推進すること。市町村は母子保健・児童福祉・要保護児童対策地域協議会等を通じて家庭に最も近い立場にあり、具体的な課題の抽出や予防策の実装に優位性を持つ。そのため、都道府県検証と連動しつつ、市町村独自検証の定義、手法、質保証を手引きに明確化する必要がある。
- ③ 警察・検察及び裁判所からの情報収集困難は依然として大きな課題であり、検証方法を整理する必要性が高いこと。加えて、加害者や家族など当事者からの情報収集も、可能な事例では積極的に検討することが望ましい。
- ④ 事例担当者の心理的負担への対応が重要課題となっており、検証プロセスにおいて事例担当者への二次被害防止に加え、事例後の心理的ケア、バーンアウト予防、心理的安全性確保を強調すること。
- ⑤ 報告書公表では、再発防止に資する具体性と個人情報保護との間で大きなジレンマが存在しており、公表基準や情報共有方法について一定の指針整備が必要。あわせて、検証結果を PDCA サイクルや政策改善、職員研修に結びつけるモニタリング体制の強化を進めることが望まれる。

【結論】

本調査結果では多くの課題も見出されたが、同時に検証を円滑に進めるための工夫も明らかとなった。とくに検証における情報収集の壁を乗り越えていくには、日頃からの関係機関の連携が不可欠であり、市町村での情報収集や内部検証を支える体制づくりが重要である。また、重大事例の背景を踏まえ、母子保健や保育・教育分野も含めた予防的視点を共有することで、児童相談所や要保護児童対策地域協議会が関与しない事例も検証対象に含めやすくなることが期待される。このとき、個人情報の扱いなどについて標準的な考え方を示していく必要性にも十分留意しなければならない。

A. 研究目的

本研究の1年目においては、児童相談所を設置する74自治体を対象とする質問紙調査を実施し、こども虐待による死亡事例等の検証実態について把握をした。その結果、とくに検証のための情報収集及び共有並びに検証結果の活用に課題を抱えていることがわかった。

本研究班が最終的な研究目的としている「子ども虐待重大事例検証のための手引き」（以下、検証の手引き）を改訂するためには、これら課題にどのように取り組むことができるのかを示していくための知見が必要不可欠である。そこで、検証のための情報収集及び共有において実績のある自治体を特定し、そこでどのように検証を進めているのかを明らかにすることを目的として、分担研究を実施した。

B. 研究方法

本年度は、こども虐待事例の検証のための情報収集及び共有を行うための工夫や課題をより詳細に把握するため、ヒアリング調査を行うこととした。調査の概要は以下の通りである。なお、調査対象及び調査項目の選定は1年目の研究成果に基づき決定した；

- ・ 調査対象：こども虐待による死亡事例等の検証経験のある14自治体（資料1）
- ・ 調査方法：ヒアリング調査（複数名のヒアリング担当者を特定分野に偏らないように留意して選出）
- ・ 調査項目：検証件数／検証組織／検証対象事例の選定／内部検証、市町村の独自検証／関係機関からの情報収集／報告書の作成・公表／検証結果の共有・活用／検証後の経過／その他（要望等）（資料2）
- ・ 調査期間：2025年8月～2026年2月

なお、本研究班では、1年目の研究成果に基づき、各自治体で検証がより積極的に行われるようになるためには、検証結果をとりまとめた後の活用のあり方を意識することが重要と考えている。検証結果の共有・活用（とくに研修の実施）について、現在の検証の手引きでは十分

な記載がなされていないことに鑑み、本研究を進めるにあたっては、検証のあり方に焦点をあてる研究分担班と、検証結果の共有・活用局面に焦点をあてる研究分担班（いずれも母子保健・児童福祉各分野の研究分担者2名から構成）を設置した。ただし、検証において実績のある自治体は、同時に検証結果の共有・活用においても何らかの取り組みをしている可能性が高いと考えられたため、ふたつの研究分担班が合同で本調査を実施することとした。

C. 研究結果

以下、調査項目のうち、報告書作成に至るまでのヒアリング結果を中心に、検証のための情報収集等がどのような体制のもとで、いかにして進められているのか記述する（調査結果については資料3を参照）。

なお、資料3は、実際に90～120分程度をかけて行ったヒアリングの逐語録に基づき、そこで語られた内容が把握できるよう、調査対象の語った表現も交えながら、ヒアリング担当者の言葉で言い換え・要約をしながら作成したものである。この記録作成過程でヒアリング内容が歪曲されてしまっていないかを確認するため、調査対象には、ヒアリング記録が適切にまとめられているのかの確認をあらためて行った。資料3に掲載されている記録は、すべてのこの手続きを踏んだものである。

ちなみに、以下の記述において、資料3からの直接引用を行う場合は鍵括弧を用いるが、それらは必ずしもヒアリング対象者が発した言葉とは限らないことに留意されたい。

1. 検証件数（ヒアリング項目1）

本調査では、1年目の質問紙調査結果に基づき、2019年度から2023年度までの5年間で検証経験がある自治体を対象とした。全国的に見れば、検証業務は5年に1回も行われていないところが珍しくないが、本調査協力自治体については、検証経験のある自治体から選定していることもあり、13自治体（※1自治体は質問紙調査に未回答）における上記5年間の検証総件

数は 34 であった。

ただし、検証件数には 13 自治体間でもバラつきがあり、具体的には、5 年間で 1 事例を検証した自治体が 4、2 事例を検証した自治体が 2、3 事例を検証した自治体が 2、4 事例を検証した自治体が 3、5 事例以上を検証した自治体が 1 であった（ちなみに、昨年度質問紙未回答 1 自治体は、5 事例以上検証した自治体に該当）。そのため、本調査においてあらためて検証状況を訊ねてみると、直近で検証を行った後に人事異動があつて、過去にどのように検証を行ってきたのかを当時の記録に依拠してふりかえることが散見されるなど、多くの自治体では検証業務が不規則に発生するものとなっていた。

なお、本調査対象の中には検証報告書を原則公表している自治体も含まれており、検証件数を明記することで自治体名が特定される可能性がある。本調査では調査対象を秘匿することを条件に実施をしているものであることから、本報告書では検証件数の詳細については記載しない。

2. 検証組織（ヒアリング項目 2）

本調査では、検証手続きの多くの部分が検証事務局によって行われている実態に鑑み、検証事務局・検証委員会の双方について聴き取りを行った。

（1）検証を担当する部署の職員体制

検証事務局はその多くが常設とされているところであるが、本調査においても、1 自治体（自治体 F）を除いて常設であった。そのため、業務分担上、検証を担当する職員についても決められている場合が多かった。

検証を担当する部署の職員数については 1 ～ 8 名とバラつきがあった。人数が多いところでは、必ずしも全員が検証にかかる業務を均等に分担しているわけではなく、その中から検証を主に担当する職員を決めて業務を実施している場合もあった。したがって、検証にかかる業務量は、検証を担当する部署の職員間で異なっているのが通例であった。

他方、人数が少ないところでは、実質的にひ

とりで複数事例の検証にかかる事務を実施している自治体もあったが、検証が行われることになった場合には検証担当が所属する部署がサポートする体制がとられていた。なかには、「実際に検証が行われるときの課の状況を見て、誰が検証を担当するかを決めている」（自治体 G）、「事例が発生したときに、児童福祉業務を所管する課が担当」（自治体 N）といったように、検証を行う必要性が生じたときに、検証を担当する部署全体が抱えている業務の状況を見て事例ごとに職員体制を形成しているところもあった。

このように、検証事務局は常設であっても、非常設の自治体と同様に、その時々状況に応じて事務局体制を整備しているところが珍しくなかった。

なお、「1. 検証件数」で述べた通り、検証を行ったことがある自治体だからといって、事務局に検証方法についてノウハウをもった職員が必ず配置されているわけではなかった。職員の異動サイクルは短く、「基本的に 2 年で交代」（D 自治体）していたりするなどの事情から、本調査に応じた職員が今年度になってから異動してきたばかりであるということもあった。自治体によっては、過去に検証業務に従事したことのない 1 名のみが担当者となり、過去の検証経過や他自治体の検証報告書などを頼りにしながら、ひとりで複数件数の検証の進行管理を行っていたところもあった。

次に、検証を担当する職員の職種についてである。検証を担当する職員は、1 年目の質問紙調査結果と同様に、一般行政職が該当している場合が多かった。なかには、一般行政職のみが担当となっているところも 4 自治体あった。

しかし、どの自治体も一般行政職だけで検証が行えるとの認識に立っているわけではなかった。実務経験者（一般行政職採用の場合もある）が検証担当の中に含まれていることは珍しいことではないし、「中央児童相談所の専門職の課長（複数名）の協力を得て（実施）」（自治体 E）、「検証は児童相談所との協働が前提」（自治体 M）というところもあった。また、都道府県が市区

町村から情報を収集するにあたって児相が橋渡ししていることもあった。こうした調査結果から、検証事務局業務は、検証を担当する部署外との連携により遂行されていると考えられた。

なお、ここでいう実務経験者は多くの場合児相経験者であり、採用区分でいえば一般行政職のほか福祉職や心理職である場合が多いようであった。とくに都道府県に関しては、「事例に応じ母子保健を担当する部署の職員（保健師）からの協力を得ている」（自治体E）という回答を除けば、保健師が言及されることはなかった。他方、政令市については5自治体のうち2自治体で保健師が検証を担当する職員の中に含まれていたほか、「必要な場合には、ほかの職種が加わることもある（市の母子保健担当責任職など）」（自治体L）と回答するところもあった。

（２）検証委員会

検証委員会（あるいは部会）は、自治体の設置する審議会のもとで設置されていることが一般的であった。ただし、常時機能している既存の委員会をそのまま検証委員会とみなすところと、既存の委員会とは別に検証委員会を立ち上げるところとがあった。

前者については、「重大事例の検証のほか、被措置児童等虐待の検証なども行っており、虐待に関して専門的知見を有する人が委員」（自治体A）、「委員の中で児童虐待などを専門にされている方をお願い」（自治体C）など、こども虐待対応等に知見のある者がもともと委員となっていることから、死亡事例等の検証にあたって支障があるという認識はなされていなかった。

委員の専門性については、ヒアリングで聴きとれた範囲で見ると、学識経験者（児童福祉）、医師、弁護士は基本的に委員として選出されていた。また、検証事務局の構成員としては必ずしも明示的でなかった保健師が検証委員となっているところは、すべてではなかったものの、少なからずあった。また、保健師が委員とされていないところは、「母子保健関係のアセスメントなどにも関連する経歴を有する人」（自治体H）を充てたり、「オブザーバーとして本庁母子保健

担当の管理職」が参加（自治体J）したりするなど、保健の視点からも現状把握等が行われる工夫をしていた。

他方、保育や学校教育分野の代表者が委員となっているところは相対的に少なかった。警察については、現在の検証の手引きでは委員構成の中に明示されているが、本調査では警察が検証委員となっているのは1自治体のみであった（自治体N）。

また、臨時委員について言及したところは1自治体であった（自治体I）。

３ 検証対象事例の把握・選定（ヒアリング項目３）

（１）検証対象事例の範囲

「死亡事例は全件検証」（自治体A、J）、「死亡事例全件取り組まなければならない」（自治体F）のように、死亡事例については最もよく言及されていた。

死亡事例以外では、「重篤な事例」「社会的関心の高い事例」（いずれも自治体B）、「重篤事案（死亡事例含む）」（自治体D）もあった。なかには、「児童が不自然に死亡してしまった事例」（自治体H）も含めるなど、いわゆる疑義事例も検証対象の俎上にあげているところも複数あった。

なお、検証対象事例について文書で定められているところも複数あった。たとえば、自治体Eでは、取扱要領を策定した上で、虐待死亡事例、虐待が疑われる死亡事例、虐待重篤事例、乳児死体遺棄事例、棄児置き去り事例、その他の6種類を検証対象として明示していた。自治体Kでは、児童虐待による死亡事例、継続支援中の虐待重篤事例に加え、より幅広い事例を対象として内部検証委員会での検証を行い、外部検証を行うことが明文化されていた（ヒアリング時点で文書を見直し中ということであったので、調査対象自治体の意向に沿って、ここでは具体的な範囲についての記述は差し控える）。

次に、検証対象事例の範囲・選定双方にかかわっては、事例にかかる情報収集がどれだけできるかによって検証対象とするかの判断がされ

ているものが散見された(たとえば、自治体C、I)。また、把握段階では児相等の関与は問わなくても、実際に検証するかどうかを判断する段階において、「事例の詳細を把握するのに必要な情報が^{ない}」ために検証対象としなかったというところ(自治体A)や、「児相等が関与していない場合には、県として検証を行うための情報がほとんどなく、何をどのように検証すればいいのかわからない」(自治体G)など、情報収集可能性は実際に検証対象事例を選定していくプロセスで大きな判断要素となっていることがうかがえた。

他方、「令和6年度初めて行政の関与が全くない事例の検証を行った」(自治体D)といった回答のように、児相等で虐待事例として関与した経過がない事例も検証対象に含めるところも若干みられた。

(2) 検証対象事例の把握

検証対象事例の把握経路は、児相等からとするものが多かった。これは重大な虐待あるいは虐待の疑いがあれば児相等に通告することになっていることによる。検証担当から児相等や市区町村に対して照会をするという回答もあり、行政機関同士で事例の発生を都度確認する仕組みが基本となっていた。いいかえると、虐待事例・虐待疑義事例として児相等で関与していないと、把握がされにくい実態となっていた。そのため、児相等や要対協での取り扱いがない事例などについて、報道や警察発表(あるいは警察からの照会)から把握するとの回答がしばしばなされていた。

児相等を中心とする行政機関や報道が検証対象事例把握の主要経路となっている一方、こどもの死亡事例等に接することが多いと思われる警察や医療機関から検証担当に対して直接事例発生の報告をするような仕組みはないことが多かった。「『重大事例の取扱マニュアル』を作成し、重大事例があれば、都道府県の担当課に情報を共有するよう児相等や警察には日頃から依頼している」(自治体H)という回答があったが、例外的な回答であったといえる。

なお、自治体Kについては、本調査において把握した中では、検証対象事例の把握手順について最も体系化していた。該当事例があれば区・児相等が所定の様式を作成し、「事例振り返り」と呼ぶステップを踏むなど内部検証の手順を文書化していた(「4 内部検証、市町村の独自検証」参照)。

(3) 検証対象事例の選定

検証対象事例の選定に関しては、把握段階のところで述べた通り、情報収集可能性が検証を行うかどうかの分水嶺としているところが少なくなかった。なお、検証対象事例の把握の結果をもあわせて考えると、情報収集可能性は、児相等の有している情報の有無を意味していることが多いことがうかがえた。言い換えると、事例発生時点で要対協の協議対象となっているかどうか、情報を収集し、事例性を把握できるかのポイントとなる傾向があった。

なお、関係機関の有無とは別に、把握した事例全件を検証しない背景として、「マンパワー不足等」(自治体B)、「やらないといけないという認識はあるが手が付けられていない」(自治体F)、「検証対象を広げるには、検証事務局が兼務している業務がそもそも膨大」(自治体G)といった実態についてもしばしば語られた。

一方、検証対象事例となったものを全件検証しているところでは、「調査票を用いて事実確認を行い、分析」という手続きを踏み、その結果を検証委員会にて議論した上で、さらに詳細な経過等のヒアリングを実施する事例を選定するという二段階方式を採用しているところもあった(自治体E)。

なお、選定は、基本的に検証委員会で行っていることが多いと思われるが、「各児童相談所から上がってきた事故報告に基づき、本庁において、検証対象事案を抽出」(自治体E)、「局で抽出・選定」(自治体B)というところもある(ちなみに、自治体Bは事例ごとに検証委員会を組織しているので、事例発生時には、上位組織である審議会はあるものの、検証委員会については設置されていない状態である)。

4 内部検証、市町村の独自検証について（ヒアリング項目4）

（1）内部検証

内部検証は、現在の検証の手引き及び国の発出する通知でも実施が推奨されているところであるが、実際には自治体内部の職員だけでふりかえりがなされていることは少ないことがわかっている。本調査でも、「内部検証を行うことはありますか。その手順や方法について教えてください」との問いに対して、多くの自治体が内部検証は行っていないと回答した。

ただし、児相が任意で検証を行っているとの回答をしたところがあった（自治体E）。児相等が係属事例について終結含めて検討することは日常業務であり（自治体N）、仮にそれを内部検証の一形態とみなすのであれば、「行っている」との回答は増えることになる。

また、検証委員会を立ち上げて外部検証が行われることが決定された時点で、内部の調査チームを立ち上げるというところがあった（自治体F）。また、検証終了まで待たずとも、すでに明らかになっている情報をもとにすぐに何らかの対策をとるべきと判断し、自治体内部で全庁的な検討組織を立ち上げ、こども虐待防止のための施策見直しを行ったところがあった（自治体G）。

なお、ヒアリングを行っている中では、こうした組織内部だけで行っている取組を「内部検証」と呼んでいいのかわからないとのコメントがあわせて語られることもあった。

内部検証の定義や範囲があいまいなところがある中、組織的な取組をしていたのが、自治体JとKであった。自治体Jは、事例が発生したときに自己点検を行うとともに、検証委員会による検証が終わったときに改善点を検討するという手続きを踏んでいた。自治体Kについては、内部検証委員会設置運営要領、区・児童相談所の事例振り返り事務取扱要領の提供があり、それに基づき、重大事例発生有無が判断されるとともに、事例が発生した区・児相主体で行う「振り返り」と、本庁内関係部署の代表者で行

う「内部検証」が行われ、検証結果を審議会に報告することを行っていた。

（2）市町村独自検証

検証を実施する都道府県内の市町村において独自検証を行った経験についても訊ねたところ、自治体内部で（あるいはそこに関係機関が加わって）検証を行うことは少ないながらも散見された。しかし、市町村で第三者に対して委員委嘱を行って外部検証を行っているところはほとんどなかった。高度な専門知識が求められる検証を「そもそも市だけで検証を行うのはかなり困難」（自治体A）という声もあった。

そのような事態がある中、自治体Dにおいては、市町村要対協での内部検証を行ったり、市町村が独自に検証組織を立ち上げ、外部検証を行ったりしている例が複数見られた。いずれも都道府県での外部検証よりも先んじて市町村での検証が行われているが、それにより「事実関係や市としての課題等が整理されていたことにより、県の検証委員会としてはポイントを絞って、あるいは検証の抜け漏れを考えながら効果的・効率的な検証が可能となった」ということであった。

ただし、事例によっては、「事実関係の複雑さから市の関係課及び県の児童相談所に対し、改めて検証委員による対面でのヒアリングを実施するなど関係者に二重の負担が掛かってしまった」り、「市の第三者委員からも提言がなされているところ、平仄が合うかどうかを強く意識した点では事務局に心理的な負担があった」といった難しさについてもあわせて語られた。

都道府県と市町村間での調整作業の必要性については、同じく市町村独自で検証をした事例がある自治体CやEからも指摘されており、たとえば「もしも都道府県での検証に先行あるいは並行して基礎自治体で独自に検証を行うようなことがあれば、基礎自治体と相互に連携しながら、検証の進め方を整理しつつ、都道府県の検証委員会として検証を進めるということになると思われる」との回答も見られた。

なお、自治体Dにおいて市町村独自検証の取

組を支えているのが、「希望する市町村には、SV的な立場から県の児童相談所のOBの職員を3人派遣」という仕組みであった。このSV的な立場にある者が、死亡事例等が発生し、その後の自治体としての対応に戸惑っている市町村に対して、市町村として検証を行う必要性を説明したり、検証にあたって必要な支援を行ったりすることで、市町村でも独自に検証を行う方向へと動いていくという実態が形作られていた。

5 関係機関からの情報収集について（ヒアリング項目5）

検証のための情報収集は、検証に取り組みやすくとともに、質の高い検証結果を導く上でも重要な課題である。そのため、とくに情報収集が困難とされることが多い警察や医療機関、事例当事者からのヒアリングに実績のところ、どのような工夫を凝らして情報の収集を行ったか、また負担が大きいとされる裁判記録の入手についてどのようにして行っているのか、そして事例担当者へのケアと検証の両立をどのように行っているのか、いくつかの項目を設定してヒアリングを進めた。

（1）検証にあたっての工夫

ここでは、「情報収集にあたって困難さが軽減されるために重要だと感じていること、工夫していることはありますか。とくに警察・検察、医療機関、転居元自治体からの情報収集を検討・実施した経験があれば、そのときに行った工夫などについて教えてください」との設問に対する回答を記述する。

全般的には、情報収集が困難であるという回答は限定的であった。ただし、本結果を読み解く大前提として、調査対象自治体がいわゆる全件検証をしているわけではなく、児相や市町村が関与しているなど、情報収集が可能な事例を選定する傾向があることに留意しておく必要がある。

その上で、なぜ情報収集が円滑に行われているのか、その理由にかかる回答に目を向けると、検証が行われる段になってから工夫を凝らして情報を収集しているというよりも、こども虐待

防止に向けた日頃からの取組がある中で情報収集が可能になっていることに言及しているものが多かった。

いくつか回答例を見てみると、たとえば、『「検証には協力するもの」という認識が共有できているところが多い（自治体A）』といったように、こども虐待防止対策の一環で検証を行うことになっているという認識がすでに形成されており、そのベースの上で検証のための情報収集についての困難さが低減されているところがあった。

また、とくに医療機関に特化した取組として、「都道府県の要対協に医師会（小児科医、産婦人科医、精神科）にメンバーとして入ってもらうと同時に、各診療科の医会にて賛同いただいた個別の医療機関についても、都道府県及び市町村のすべての要対協のメンバーとなるような仕組み」（自治体G）を採用しているとの回答があった。こうしてまずは個々の機関を都道府県の要対協の構成機関にしておくことで、検証がなされるたびに関係機関に情報の求めがなされるものであり、またそれに応諾して情報提供をすることが問題ないことであるという認識が形成されることとなり、その延長線上で、「要対協の対象事例とはならない死亡事例も含め、医療機関が行政に情報提供をすることが行いやすくなっている」可能性が示唆されていた。

日頃からの連携は検証における情報収集にも役立つものであり、「日頃から関係機関とのつながりがある児童相談所やこども家庭センターから行うことが多い」（自治体N）のほか、「市町村や関係機関から情報収集が必要な場合は、市町村の協力を得て、ヒアリングしている」（自治体G）、「警察からの情報収集は、児相経由で聴く方が行いやすい」（自治体L）、「医療機関とは日常的連携があり、情報提供は円滑」（自治体M）、「区が要対協等を通して関係機関と連携できていることで情報収集が可能となっている」（自治体L）といった回答もあった。

その他、検証が関係機関にとって近接的なものであり、協力すべきものとの認識が生まれや

すくなる背景として、ある業界内部の人材が現に検証に協力する立場にある場合、検証のための情報提供が行いやすくなる傾向もあるようであった。たとえば、もともと情報収集の困難性が低い児童相談所ではあるが、「児童相談所職員は検証委員会には陪席しており、どのような情報の収集を求められているのかは把握できる立場にある」（自治体N）ことで、円滑に情報収集が可能となるようである。

また、本調査でも情報収集が困難とされることが多かった警察、あるいは医療機関についても、「検証委員の先生が所属する病院に勤務であったため協力が得やすかった」（自治体J）、警察とは人事交流があり、その人がパイプ役になる。検証にあたっても適宜県警本部からも生活安全部が陪席」（自治体G）、警察からも検証委員が選出されている（自治体N）などの事情が作用して、検証ための情報の求めに対して応じてもらえる可能性が高まる可能性があることがうかがえた。

ただし、警察については、人事等における工夫と検証における情報収集可能性との間に関連があるか、明確な根拠は得られなかったことには留意が必要である。自治体Gについても、捜査情報の提供は一切ないとのことであったし、自治体Nについては、警察からの情報収集の経験はないとのことであった。自治体DやEにも検証担当が所属する部署に警察から派遣された職員が置かれているが、警察からの情報提供が行いやすくなっているとの回答はなかった。

さて、日頃からの連携に続いて、情報収集が円滑に行われる工夫として、検証制度について理解を求めるための丁寧な説明に言及しているとの回答に注目する。

検証は全国津々浦々で毎年のように行われているものではなく、そうした状況の中で、「検証が何のためになされ、関係機関として何ができ、何をしてはいけないのか」がまったく見通せず、情報の求めに慎重になる関係機関が出てくる。そうしたときに、検証担当では、とくに丁寧な説明を行っている。

たとえば、自治体Aでは、都道府県外の転居元自治体に対して情報を求めるにあたり、単純に検証をするから情報を提供してほしいと依頼するのではなく、まずは検証のために情報が必要なことを説明し、転居元自治体が回答しやすい事項——たとえば事例当事者が居住していたかどうかを知りたいなど——を訊ね、他自治体の検証に協力できそうなところがありそうだという感覚が得られたところで文書により依頼をするなどのステップを踏んだという。また、同じく自治体Aでは、検証にあまり馴染みのない関係機関については、「事前に電話をして、情報を求める法的根拠についても示し、必要があれば上司と関係機関を訪問するなど、丁寧に説明を行ったことはある」といい、丁寧な対応の必要性について強調していた。

同様の回答は自治体Dでもなされた。具体的には、医療機関に対して「足を運んで顔を合わせ、検証委員会の根拠や趣旨、医療機関に協力いただいた前例を説明するなど、丁寧な対応と関係作りから始めている」とのことであった。また、とくに検察から裁判資料の提供を受けるにあたり、児童虐待防止法第4条第5項等の検証の実施に関連する法令の条文や検証委員会設置要領など、情報を求めるにあたって根拠あるいは参考となる資料を提示し、情報の求めに応じてもらえる経験をしていた。

このほかにも、情報を求める根拠となる法令等を用いて丁寧に説明を行っている様子が自治体Bの回答などでも確認できる。警察の捜査情報や裁判で不起訴になった事例の情報のように一般的には情報の求めにどうしても応じてもらえないところや、あるいは情報を求める関係機関等のスタンスに影響される部分があることは否めないが、検証を担当する職員による丁寧な対応が情報提供の成否の鍵を握っている場合があることは間違いなさそうであった。

なお、上記には含まれないが、特記すべき工夫としてふたつのエピソードを記しておく。

ひとつは、他自治体（この場合は里帰り先の自治体）から情報提供を求めるにあたり、「他自

自治体と相互に検証委員会にオブザーバーという形で参加して共同で調査を実施した」(自治体J)という例があった。本調査結果を見る限り、転居元自治体からの情報収集は必ずしも不可能ではないこと(情報の求め自体が断られること自体はないこと)がうかがえるが、このように相互に積極的に情報を共有するようなやり方を実際に行っているところがあることは注目に値する。

もう一つは、検死を担当した法医学の先生を検証委員会で呼び、ヒアリングをしたというものである。捜査情報自体はどこの自治体に訊いても入手しにくい、その事例にかかわった部署や機関を網羅的に把握し、どこからどのような情報収集ができるのかを検討することにより、情報収集の開口部が見つかる場合があることが本エピソードでは示されている。

(2) 刑事確定訴訟記録の収集

検証対象事例となるものは、しばしば起訴されることがある。後述するように、事例当事者からヒアリングをすることが困難と思われる場合にはとくに、裁判で何が語られたのかを収集し、事例理解を進めることが重要となる。

裁判を伴う検証の場合は、傍聴により情報収集を行っていることが多かった。記録の入手に至らない理由としては、「閲覧まで待つと検証が遅れる」というものがあった(自治体K)。場合によっては、事例発生当時の状況を把握することを優先し、裁判を待たずに――すなわち傍聴をすることなく――速やかに検証に着手することもあった(自治体L)。ちなみに、「とにかく情報がなかった」とのことで裁判記録を入手した自治体Mでは、事例発生から判決が確定するまでに5年ほど経過していたとのことであった。

また、裁判終了後に検証を行う場合であっても、各方面から事例に関する問い合わせを受ける可能性もあるため、いずれにしても傍聴は行うという自治体もあった(自治体D)。なかには、検証対象事例とならなくても、今後の支援のために児相職員が膨張するという自治体もあった(自治体F)。裁判で語られたことを漏らすこと

なく正確にメモしていく作業は大変な業務負担となるものだが、必要なこととして、どの自治体でも複数の職員が協力して実施するものとなっていた。

いわゆる裁判記録の閲覧を行ったことがある自治体は複数あった。検察庁に出向いてカメラで事件記録を撮影しているところもあれば(自治体B)、検察庁から複写済みの資料の提供を受けているところもあった(自治体D)。いずれの自治体からも、閲覧に伴って困難が生じるという語りはなされなかったが、根拠となる法令や自治体の検証にかかる要領の提示など、記録の閲覧を行うための説明は必要とされていた。

裁判記録の入手する意義については、裁判所から精神鑑定結果などを入手したことで事例の本質理解が進んだという回答(自治体H)に見られるように、関係部署・機関だけが持っている情報では十分に事例性が把握できないということがあげられる。なかには、「児相の調査記録があるので情報としては足りている」(自治体G)とし、検証のために裁判記録の閲覧までしていないところもあったが、その自治体も検証し直しの必要性を検討することを目的として記録閲覧を行っていた。ちなみに、再検証の必要性を確認するための裁判記録の入手を行っているというところは、自治体G以外にはなかった。

(3) 事例当事者からの情報収集

事例性を深く掘り下げて検証しようとするのであれば、事例当事者から話を聴くことを検討する必要がある。あまり行われていないことだが、昨年度の質問紙調査で当事者からのヒアリングを行ったところがあったため、「情報収集の過程で、事例当事者(被害児童の保護者やその家族など)から情報収集をすることを検討・実施した経験があれば、そのときのことを教えてください」との設問を用意した。

本調査でも、多くの自治体からは該当事例がなく、仮にその必要性について検証委員から提案があっても、遺族への配慮の必要性(自治体A)、二次的な被害に及ぶこともあり困難(自治体H、J)といった判断により、ヒアリングは

見送られていた。こうした事情から、検証にあたって絶対条件にされると困る（自治体G）という意見もあった。自治体としては、関係機関が保有している情報、裁判で得られる情報、継続支援中であればその中で得られる情報に依拠して検証を行うのが現実的との見方が示されたといえる。

なお、継続支援中の事例で事例当事者（家族）から話を聴いたという自治体では、「あらためて家族から話を聞いてみると、事例発生前には語られていなかったことが把握できたりしている」（自治体N）と評価しており、事例当事者から話を聴くことができる事例では、ヒアリング可能性について検討することが重要であることが示唆された。

さて、実際の事例当事者からの情報収集を行った自治体であるが、情報を得られなかったものを除くと、自治体Nのみが該当した。ここは検証委員からの求めがあったことを受けて加害者に接見したところ、情報が得られたというものであった。自治体Nでは、すべての事例で事例当事者から話を聴くことを原則としているわけではないということであったので、当該事例において加害者に接見すべきとした理由やそのときの配慮事項などがあったと思われるが、過去の事例ということもあり、本調査ではその詳細については把握することができなかった。

（４）事例担当者へのケア

事例当事者と並び、実際に事例の詳細を明らかにする上で、事例担当者から見えていたものを捕捉することもまた意義のあることと考えられる。そのため、情報収集の過程において事例関係者（事例担当者やその上司や同僚など）へのケアが必要だと感じられる事例があったか、それについてどのような対応をしたのかも本調査で取り上げた。

とくに事例担当者について、そのケアの必要性を感じた自治体では、何らかの対応をとっていた。その代表的なものが、事例担当者が傷つきかねない場면을回避するような対応を選択するものであった。具体的な回答を見ると、「検証

への出席は求めない」（自治体F）といったもののほか、「事例担当者から直接情報収集を行っていない」（自治体A）のように、検証と関連して発生する業務に従事させないような配慮もなされていた（自治体M、N）。

代わりに、実際に支援をしていたときの状況等については、事例及び支援経過について把握している上司や管理職を対象としたりしているところが複数あった（たとえば自治体A、E）。また、事例担当者から話を聴くにしても、上司と同席させたり、「管理職などを交えた打合せ方式でヒアリングを実施」（自治体J）したり、『なぜこの時にそう考えたのか』を聞くことになるので、責められたと思われかねないとの観点から、基本的には書かれた記録の解釈と、その確認」（自治体M）にとどめたりするなど、事例担当者の心理的安全性を優先するような対応をしていた。

また、聴き取りの回数についても同様の配慮をしているところがあり、「1回でよかったのか」という疑問もあったが、何年か経過してもその話題には触れられない。当事者自身もそこは避けたいという気持ちがあるように見受けられる」（自治体M）といった現状を語るところもあった。同様に聴き取りの方法について、「後から裁判等で明らかになった情報を以って、『なぜわからなかったのか』といわれても、次にどうしようという前向きな話にならない。そのことをまず理解しておくことが大事。その上で、事例担当者に何を目的にどう訊くのかをよく考える必要がある」との指摘もあった。

他方、ここまで述べてきたようなものとは異なる観点からの回答として、事例担当者以外への影響を指摘するものがあった。自治体Gでは、死亡事例等が発生した後、何が起きたのか正確な事情がわからない中、組織内外において憶測が飛び交う恐れがあると指摘していた。すなわち、事例担当者だけではなく、組織全体が揺らぎ、その中で事例担当者の傷つきが広がってしまうため、組織としてどういった対応をとるのかを見定めることが必要ということであった。

また、事例発生後に、事例が発生していない機関において、「職員が集まる会議の場で、これまで通り自信をもって支援をしてほしいということと話されていた」というエピソードが語られたところもあったが（自治体H）、事例が発生すると、事例担当者のみならず、その上司、その者が所属していた組織全体、場合によっては地域の関係機関にも不安等が及ぶことがうかがえるエピソードであった。

6 報告書の作成・公表について（ヒアリング項目6）

報告書については、どのような事例であったのか、どういった検証がなされたのかを示すものであり、検証結果を共有・活用していくにあたっても重要なものである。この共有・活用に資するような報告書作成に検証委員が関与することが重要になるのではないかとこの観点から、とくに検証委員が報告書作成にどのように関与しているのかを聴き取った。あわせて、報告書の公表することを前提として、報告書に掲載する内容をどのように選定しているかについても聴き取りを行った。

（1）報告書の作成

報告書の作成については、検証事務局が担い、それを検証委員会にて審議することにより完成させることが多いと考えられた。他方、本調査では、2自治体において検証委員が自ら報告書の作成を行っていた。うち1自治体については、経過などは事務局で作成するとのことであり（自治体B）、もう一方の自治体については基本的に検証委員が作成して事務局では手を加えないということであった（自治体G）。

検証委員が報告書作成を行うにあたっての課題に関しては、ふたつの自治体で異なる語りがあった。自治体Bについては、素案ができてから報告書に落とし込んでいくまでに手間暇がかかるとのことであった。具体的には、委員会開催の日程調整に加えて、検証委員の書きぶりや内容の濃淡を調整したるところでの調整に時間と労力を要するという趣旨の回答であった。内容面の調整については、この後述べるよ

うに、検証事務局が報告書作成を行う場合であっても、各自治体で悩みながら手探りでやっている様子が見ええるものであった。

他方、すべて検証委員が作成するところでは、現時点に至るまで検証委員に委ねることで特段問題は生じていないが、県の審議会条例にかかる報酬単価で、現地視察、ヒアリング、委員会開催、報告書作成まで担っており、その労力に比して報酬が低いことを心配しているようであった。そのため、新しい検証委員に就任を求める必要が生じたときに、現在の検証委員と同様の役割を同じ条件で担うことに理解が得られるか、懸念されるとのことであった。

（2）報告書の公表

報告書の公表範囲や方法についての考え方であるが、基本的には検証委員会に諮って決めている。本調査では、検証委員会と事務局との間でどうしても折り合いがつかないというエピソードは語られなかった。

いくつかの自治体では、詳細を記した報告書本体とは別に概要版を公表用に作成しているところ、あるいは国や他自治体に報告して一般には非公表として取り扱うところが複数あった（たとえば自治体A、B）。このような取り扱いをするのは、自治体として、個人情報の保護に留意しなければならないからである。「個人情報に配慮しすぎると検証した意味が伝わりにくい報告書になってしまいかねない」（自治体N）ということはどの自治体でも認識はしており、そのために公表する基準のようなものを望む声があった（自治体C、G）。ただし、報告書の掲載情報の適否判断には、報道されている情報の多寡や司法の場における審判結果なども勘案しなければならず、一律に決め難いのではないかと（自治体C）といったコメントにも見られるように、個別柔軟な対応が求められる可能性も示唆された。

7 その他（ヒアリング項目9～10）

ヒアリング項目のうち、検証をするために参考にしてきたもの、検証をするために国などに期待するものに関して聴き取った事項について

記述する。

参考にしてきたものとしては、法令や通知については、当然参考にするべきとの認識なのか、特段言及はなかった。検証の手引きについては若干言及があった程度であった。

最もよく言及されていたのが、自自治体での過去の検証記録、他自治体の検証報告書であった。先例が未来の検証のあり方を規定している様子がうかがえた。

また、検証委員を非常に頼りにしているという自治体も複数あった。検証担当は検証のプロフェッショナルとして業務に従事しているわけではないところ、検証委員が過去の経験等に基づきどのような検証をすればよいのか指示を出したり、提言の根拠となるような科学的知見を提供したりしていた。そのようなところでは、検証実施に伴って当然業務量自体は多々発生するものの、検証をどうすればよいかわからないという点で負担感を感じることは少ないようであった。

D. 考察

本調査結果につき、母子保健・児童福祉それぞれを専門とする研究分担者により、検証の手引き改訂に向けた考察を加える。総合的な考察は他分担研究の成果も踏まえて総括報告書にて行う。

(1) 考察(その1)

①内部検証の実態と今後

ヒアリング対象が都道府県担当者であるため、調査結果は都道府県が把握している範囲に限定されるが、市の実施を3都道府県は確認していた。市だけで検証を行う困難性や都道府県と市との間での内容の調整作業も必要になり負担増との指摘がある一方で、都道府県での外部検証よりも先に市が詳細な課題等を整理することで、県は俯瞰した視点でポイントを絞った検証が可能になるというメリットも報告されていた。

平成16年児童虐待防止法改正法により、地方公共団体、各地方公共団体においても、管内で発生した虐待による死亡事例を検証すること

が求められている。都道府県が検証を通じて自治体間の格差を縮小するための広域調整などの役割を担う一方で、市区町村は母子保健や児童福祉、生活困窮やDV相談などの窓口を一体的に担っており、家族と日々向き合い支援関係を築く努力をしている。妊娠期からの特定妊婦の把握、新生児訪問や乳幼児健診などの情報と福祉部門の情報を持ち、医療機関等の関係機関との連携も要対協の運営も市区町村の取り組みである。したがって、市区町村は具体的事例の詳細と課題の抽出、組織の見直しや関係機関ネットワークの改善、予防策の実装など実務に直結させることが可能である。市区町村における検証の定義と検証環境と質の保障について、検証手引きの改定に盛り込むことが必要であると考ええる。

②報告書の公表時のジレンマ

ほとんどの自治体は、報告書のほかに概要版を作成し、ホームページでは概要版を公表していた。公表の意義を、過去の事例を十分に学び、虐待による死亡という最悪の事態を二度と起こさぬよう万全を期すと厚生労働省は述べており(子ども虐待対応の手引き、平成17年)、そのために、ジェノグラムや発生状況や関係機関の対応の問題点、課題などの分析結果を波及させることと捉えていた。一方、プライバシー保護に配慮し、個人が特定できる情報を削除するなどの工夫も要請される。「遺族に何も伝えないまま報告書を作成しているが、遺族がそれを知った時にどう感じるかと思うと悩ましい」(K市)などの意見もあり「虐待死を防ぐために具体的な経過や対応の課題を共有するための公表」と「当該家族を二次被害やスティグマから守ることやどこの家族に起きたことが社会に推測されないための情報制限」の狭間で悩む担当者や検証委員が多い。自治体ごとに、バランスをとって作成しているのが現状だが、既に公表済の報告書の情報量には差が大きいのも事実である。どこまで具体的に書けば、予防効果につながり、どこまでがプライバシー侵害になるのか、ならないのか、残された当該家族の気持ちに向き合

いながら、社会の教訓に活かすための線引きについて、統一的な基準や決定打は難しい。しかしながら、法的根拠、個人情報法保護の観点から羅針盤となる一定の見解を示すための検討を要すると考える。

③検証結果のモニタリング（成果・評価）

検証組織から受けた提言については確実に実行するとともに、取組状況を確認し、定期的に検証組織に報告することが重要である。-略-検証の報告書は現場で対応する職員に必ず情報提供し、再発防止に活かしてもらうことが重要である。-略-積極的に活用することが重要である（厚生労働省，2013）。

多くはないが、一部の自治体（A、B、D都道府県、K市）では、検証結果を踏まえて、0歳児の死亡事例が多いなどを考慮し、母子保健活動の強化、特定妊婦への対応強化、包括的性教育の重要性の認識共有など予防活動の充実・強化に活かしている自治体があった。

母子保健に限定せずに、既存のマニュアルに追記したり、警察との情報共有の協定を結んだりなど何らかの施策・組織体制の見直し、支援活動の強化に活かした自治体もあり、計画に反映する必要性などモニタリングの必要性を自覚。実行している自治体も見られた。K市の、要対協対象事例からの死亡事例／重大事例発生ゼロを評価指標とするなど提言を活かし、その結果を評価するPDCAサイクルに至っていた点は、他の自治体検証への示唆として意義深い。検証の手引きには、このような取り組み事例も参照し、検証結果の活かし方の促進につなげることも重要である。

④事例担当者のケアについて

検証時のヒアリングに担当当事者を参加させないあるいは上司と同席するなどヒアリングにおける二次被害の可能性を憂慮する自治体は多く、その対策として、直に振り返る機会を回避する方向で対応していた。また対応策については、共通事項として示すことを要望する自治体もあった。

古い調査結果ではあるが、総務省（2016）の

調査では、児童相談所の児童福祉司の67.3%、市町村担当者の52.5%がバーンアウト対策は「不十分」又は「どちらかといえば不十分」と応えている。また、米国の児童養護センターの学際的チームメンバー（n=36）を対象とした調査でも、50%が二次的トラウマストレスを経験しており、支援とデブリーフィング（精神的ショックを経験した人々に対して行われる支援方法の一つ）の機会の提供を提言している（Marlys Staudt, 2019）。まして、担当していた対象児の死の経験は、大きな心理的影響を与える出来事である。支援者の解消されない落胆は、メンタルヘルスにも影響し、支援者の活力を削ぎ、他者に対する共感性を下げ、動機づけや達成感の低減と情緒的疲弊を生じさせるに至らしめる可能性もある。それはケアの質に影響を与えかねないといわれているため、支援者が抱く悲嘆や無力感、罪悪感などを否定することなく共有し、受け止めることが重要であり、感情を吐露できる心理的安全な場の確保が必要である。

その場で混乱した感情を整理し、客観的に捉える時間を伴奏するなど、心理教育などのケア技術を学術的に精査し、バーンアウトと「対象の死」の関連やバーンアウトの予防的支援のあり方を検証の手引きに盛り込むことも検討する余地がある。

（中板育美）

（文献）

- ・ 「子ども虐待対応の手引き」の一部改正について（通知）.（こ支虐第207号こども家庭庁支援局虐待防止対策課長通知）. 令和6年4月22日.
- ・ 厚生労働省.「子ども虐待対応の手引き」の改正について.（雇児総発0823第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）. 平成25年8月23日付け.
- ・ 総務省行政評価局.2016「児童虐待の防止等に関する意識等調査」集計結果表. 児童虐待の防止等に関する政策評価.
- ・ Marlys Staudt （2019） Secondary Traumatic Stress, Burnout, and

(2) 考察(その2)

昨年度のアンケート調査、そして今年度のヒアリング調査を通じ、自治体における虐待事例検証の現状と課題を把握することができた。来年度研究での「検証の手引き」改訂作業に向けた論点を整理してみたい。

①検証対象

検証対象事例の範囲では、虐待による死亡事例に限定するのではなく、確定例ではないが死亡の背景に虐待があった可能性がある事例(疑義事例)を含むことで、幅広く子どもの安全を確保するための知見を得ることができる。また死亡事例に限らず、子どもの成長発達に重大な影響を残したか、あるいは社会的なインパクトの強い事例も検証することで、子どもの支援に資する情報が幅広く得られること、あるいは継続的に事例の展開を追うことで、当事者を含めた情報が得やすいことから、検証対象の範囲を広くとらえることが適切だと考えられる。検証の手引きでは一定の類型を示して、自治体での検証事例把握の指針とすることが考えられる。

また、関係機関の関与のない事例については検証が行われないことが多いのが実情であるが、できる限りの情報を収集する中で、そのような事例の発生を防げる可能性はないか探ることが必要だと考えられるため、関係機関関与のない事例における検証を進めることが求められるだろう。

②内部検証と市区町村の検証への関与

自治体内部あるいは関係機関内部での検証はあまり行われていない実態がある。関係機関内部での振り返りをその後の対応に活かすことが可能となると考えられること、また内部検証でのとりまとめを第三者検証委員会に提示することで、検証の視点が明確になることも考えられることから、内部検証の実施を促す必要があろう。

市区町村における検証もやはりあまり行われていない。検証主体が明確でないことや手法が不明瞭なこと、外部委員の確保が難しいことなどが理由として挙げられると思われる。しかし虐待に至る家庭の養育状況を把握して、予防に資することは市区町村にこそ必要な点だと考えられる。都道府県の検証委員会に市区町村からオブザーバーで参加することや、都道府県の検証委員会が市区町村での検証に助言をするなど、市区町村による検証への関与を進めていく方法を検討することが必要であると考ええる。

③司法関係機関からの情報収集

警察・検察や裁判所から情報が得られない点は、引き続き課題となっている。その結果、詳細な状況が把握できず、検証が不十分な内容にならざるを得ない。裁判所で判決が出された後は、その情報を得ることで、検証内容の妥当性を点検することができ、場合によっては再検証することもあり得るが、それまでには相当の時間を要してしまう。警察・検察及び裁判所から情報を得るための手法は現在のところ見いだせていない。引き続き検討課題である。

④当事者からの聴き取り

虐待の加害者やその家族から状況を聴くことは、虐待に至る過程を把握し、予防のために求められる観点を探るうえで重要な情報をもたらすだろう。しかし現実にはなかなか困難である。当該子ども以外のきょうだいが、その後に児童相談所によって一時保護さらに措置された場合は、その支援関係を通して家族から事情を聴き取ることは可能である。重症事例では引き続き支援が必要なことから、家族から経緯や事情を聴き取ることになる。可能な事例ではできるだけ当事者から話を聴き、支援につなげることが必要であろう。当事者からの聴き取りの可能性がないかどうか、検証過程で検討することが求められると考える。

⑤事例担当者のケア

事例担当者が受けるであろう心理的負担に対するケアに関しては、現行の検証の手引きでは触れられていない。しかし担当者が業務を継

続できるように配慮することは大切である。実際にはいずれの自治体も何らかの配慮をする中で検証を行っている。検証過程での配慮とともに、事例発生後の担当者に対するフォローを含めて、担当者の傷つきを緩和しながら業務に向き合えるように、どのような対策が求められるのか、整理して提示することが必要であると考ええる。

⑥公表と活用

報告書の公表の有無や公表する場合の範囲・形態については、自治体により相違が見られる。きょうだいや家族への影響、担当者への配慮などから、公表できる情報の範囲は限られる場合が多い。しかし自治体の取り組みに活かし、自治体の対応方法を改善するためには、事例理解に十分な情報を自治体内で共有することが求められる。例えば研修で活用して、今後の自治体としての対応改善につなげたい場合、事例情報が乏しいと十分な検討ができない。そこで、自治体内に限って全体版を共有し、公表する場合は概要版とするなどの工夫が求められよう。他の自治体で活用することを考えると、内部公表版の情報を集約したクローズドのデータバンクのようなものを設置するなど、活用に向けた体制について国レベルでも検討が必要と考える。

⑦行政対応の不適切さの抽出から支援ニーズの把握へ

これまでの事例検証は事例発生直前の行政の対応の適否を指摘することに重点が置かれてきたと考える。その結果、行政対応の改善につながったところは大きいですが、一方で対応のマニュアル化や管理の強化、さらには監視的な視点につながった面もあると思われる。そもそも虐待として把握される状況に至る前に支援の手が差し伸べられることが必要であり、そのためには事例を通して家族状況やこれまでの経緯を把握し、どうしてそのような養育状況にならざるを得なかったのかを理解し、今後の必要な支援につなげる視点が大切であろう。その中で、直近の行政による対応の適否も検討することが必要だと考える。このような観点で事例の検証が

行われるようにするために、幅広くどのような情報を収集して検証を行う必要があるのか、今後は検討することが求められると考える。

以上のような諸点を踏まえながら、自治体における今後の相談支援活動に活かせるような検証が行われるために、現状を一步進められるような具体的な「検証の手引き」改訂に向けて、さらに検討を続けたい。（川松亮）

E. 結論

本年度は、実際に検証を行っている自治体に対して、どういった体制のもとで、どのような検証を行っているのかを聴き取った。

検証を進めるにあたって長年大きな壁とされてきた情報収集にあたっては、おおむね円滑に行われていた。その背景には、こども虐待防止対策を通して日頃から連携していることがあった。こども虐待防止対策の価値や目的を共有していればこそ、こどもと子育て家庭にかかわるあらゆる部署・機関が、こども虐待問題について自らの課題として認識し、重大事例があればともに何があったのかを検証することが共通認識として定着することにつながるといえる。

他方、日頃から子ども虐待防止対策の一環に自らの業務を位置づけていない関係部署・機関は、重大事例の検証を自分たちの領分の外で起きた出来事として捉える可能性がある。そのため、虐待が発生していない段階において、こどもや子育て家庭にかかわる機会が多い機関は、検証対象となることに対して丁寧な説明が必要となる。

実際に子ども虐待による重大事例は、虐待が発生していない世帯においても発生しうるものである。そのことに鑑みれば、いわゆるポピュレーション・アプローチやユニバーサル・アプローチを展開する関係部署・機関などでも、重大事例の発生は無縁ではない。そうした意識を持ち、虐待のリスクだけに注目した検証を行うのではなく、重大事例が発生した世帯のライフヒストリーを知り、虐待が起きていない段階からできたことはなかったのか、学びを深める必

要がある。

そのためには、児童福祉、なかでも虐待対応部署が中心となり、がちな検証というプロセスに、母子保健が積極的に関与することが重要となる。そして、重大事例の背景にあったものを踏まえて、予防的な取組が市区町村で進むよう、市区町村での情報収集や内部検証を支える体制づくりも視野にいて、検証のあり方を考えなければならない。

このとき、重大事例は要保護事例からのみ発生するわけではないことという前提に立ち、母子保健や保育・教育、障害児支援、児童健全育成、女性支援などの要保護児童対策を主たる業務としない関係部署・機関などができることを重大事例から学びとるという視点が重要となる。そうした認識が共有されるようになれば、児相等の関与のない事例も検証対象とするような動向につながることを推測される。こうした市区町村での検証推進のためにも、児相や本庁の児童福祉や保健の担当部署が検証を含めて市区町村支援を行うことが望まれる。

ただ、こうした取組を進めてもなお、個人情報の取扱については全国的に標準となる考えを示すことが、検証のやりやすさにつなげることが思料される。この点について、検証の手引き改訂にあたっても十分留意したい。