

地方公共団体における子ども虐待事例の検証方法と効果的な活用のための研究

研究代表者 澁谷 昌史 関東学院大学社会学部 教授

研究要旨：

【研究目的】

児童虐待の防止等に関する法律に基づき、地方公共団体は、子どもが虐待によって心身に重大な被害を受けた事例の検証を行うものとされている。しかし、死亡事例であっても全事例が検証されているわけではない。また、検証結果は施策や実践等の改善に結びつけられることが期待されるが、実際には検証結果の活用自体が行われていないところもある。そこで本研究では、検証及び検証結果の活用が進むよう、「子ども虐待重大事例検証の手引き」（以下、手引き）を改訂すること、市町村に対して検証報告書を活用したモデル研修を行うことに取り組む。

とくに令和6年度は、近年の施策動向や既存の検証報告書を踏まえながら、未検証及び検証に支障ある事例、検証結果を活用した研修について調査し、検証等の実態を把握する。

【研究方法】

研究は3か年かけて実施する。1年目にあたる令和6年度は、児童相談所を設置している79自治体を対象に、事例検証にあたって収集している情報や検証した結果を用いた研修の実施状況等について回答を求める質問紙調査を実施した。調査票は、各自治体の検証状況を概括的に把握する自治体票と、実際にどのような検証を行ったのかを把握する事例票のふたつを作成した。調査対象は全国の都道府県・政令指定都市・児童相談所設置自治体を対象とし、電子的方法により調査票の配布・回収を行った。調査の実施にあたっては、研究代表者の所属する研究機関において、研究倫理審査を受審し、承認を受けた。

【研究結果及び考察】

自治体票には48自治体から回答があった（回答率60.8%）。回答のあった自治体のうち2019年度から2023年度までに発生した死亡事例等について検証を行ったところが25自治体あり、これら自治体からは事例票により1件以上の検証例の回答があった。収集された検証例は合計49件であった。

自治体票に基づき、2019年度から2023年度までに発生した死亡事例等件数につき、48自治体合計で162件あったことを把握した。ただし、検証対象の候補とする事例の範囲については自治体によって異なっており、全国的に同じ基準で検証対象事例の認知がなされているわけではなかった。また、検証対象の候補とされた事例をすべて検証すると回答した自治体は19カ所であった。その理由としては「検証が行えるほどの情報が収集できない事例があるため」が最も多かった。

事例票により回答のあった検証の状況を見ると、事例発生前あるいは発生時に行政機関・部署が関与していなかった事例についても検証が行われていた。他方で、手引きにしたがって、できる限り多くの情報収集を必ずしも行っていない可能性が示唆された。さらに、収集した情報はすべて報告書に掲載しているわけではなく、検証報告書を見ながら、検証そのものの経過をたどり、そのプロセスの中で研修等を行うことが必ずしもできない状況にあることがうかがわれた。

検証結果をもとに支援のあり方についてふりかえりができるようにする観点を重視すれば、情報はできる限り多く集め、その家族の成り立ち等含めて包括的なアセスメントをすることが重要である。そして、事例の詳細含めて検証結果を共有する会議・研修が行われるようになれば、何のために検証をするのかが支援者にとって実感しやすくなり、各自治体において検証をさらに進める方向へと動いていく可能性がある。しかし実際には、検証対象が多くなるほど検証実施率が低くなるという実態があること、検証事務局が検証に求められる業務に明らかな困難を感じていること、検証委員となる者が必ずしも事例に関係する専門分野を網羅しているわけではないことなどを勘案し、検証を支える体制整備についても現実的な検討が必要である。また、検証結果を研修等で共有することにより事例当事者や事例担当者が特定される可能性が高まること、個人情報の適正な取扱については法的な観点から検討することも必要なことなども考慮に入れなければならない。そうした諸課題を踏まえて、どのように情報収集・共有を進めていくのかを手引きにおいてより詳しく示していくことができれば、検証及び検証結果の活用が進んでいく可能性がある。

【結論】

検証にあたっては、できるだけ多くの情報を収集し、包括的なアセスメントをし直すことが望ましい。事例性がよく把握された検証は、検証結果を活用した会議・研修の効果的な実施にもつながりやすく、虐待予防・対応に関係する職種の実践力形成にも結びつく可能性が高い。このように「現場の実践力形成」を出発点として検証制度を位置づけ直す試みは有用であると思われ、その意味で、検証結果を活用した研修のあり方と密接に関連付けて手引き改訂を進める意義は大きい。ただし、これを実行していくためには複数の論点につき具体的な議論を深めていくことが必要である。令和7年度は、情報収集を広く行うことのできた自治体、検証結果の活用を積極的に行った自治体を本調査結果により特定し、ヒアリング等を行うことで、実行性の高い検証及び検証結果の活用が可能となる具体的な要件を明確にすることが研究課題となる。

研究体制：

【研究分担者】

中板育美 武蔵野大学看護学部 教授
上野昌江 四天王寺大学看護学部 教授
川松 亮 明星大学人文学部 常勤教授
大竹 智 立正大学社会福祉学部 教授

【研究協力者】

笠原麻里 駒木野病院 副院長
磯谷文明 くれたけ法律事務所 弁護士
小稲 文 国際医療福祉大学成田看護学部 助教
和仁里香 徳島文理大学保健福祉学部 教授
越智真奈美 国立成育医療研究センター政策科学研究部 政策研究開発室長
佐賀 豪 くれたけ法律事務所 弁護士
島岡佐喜子 阿智村こども家庭センター センター長
三橋静香 横浜市こども青少年局こどもの権利擁護課 児童虐待・DV 対策担当係長

A. 研究目的

児童虐待防止体制を見直していく上で、死亡事例等の検証が果たす役割は大きい。我が国においては、児童虐待の防止等に関する法律が改正される中で、国及び地方公共団体の責務として「児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、（中略）その他児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行う」ことが掲げられるようになった。

これを受けて、国においては、厚生労働省に設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」で検証報告書がまとめられるようになった。2005（平成13）年に最初の報告書が公表されて以降、継続的に検証が重ねられ、2024（令和6）年度には第20次報告が公表されるに至っている。

地方公共団体においても、通知「地方公共団

体における児童虐待による死亡事例等の検証について」の発出を機に、児童虐待による死亡事例等の検証を本格的に行うようになってきている。2018（平成30）年には、検証体制や質を担保するため、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業にて「子ども虐待重大事例検証の手引き」（以下、手引き）が開発・公表された（奥山2018）。地方公共団体による検証の成果は、現在では、子どもの虹情報研修センターのホームページを通して広く閲覧できるようになり、検証報告書等を用いた研究も多くみられるようになってきているところである（増沢2024）。

しかし、「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第19次報告）」（以下、第19次報告）によれば、令和2年度に把握したこども虐待による死亡事例について、検証をしていない（10自治体；35.7%）、自治体が行った検証19事例において、検証時に支障があり検証が困難であった（6報告）との報告がなされており、検証をさらに積極的に行うべきことが地方公共団体に提言されている（こども家庭審議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会2023）。このような実態は一過性のものでなく、同様の結果が「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第20次報告）」においてもなされている（こども家庭審議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会2024）。

また、第19次報告では、検証報告書の研修資料としての活用がわずか27%であった実態にも言及されている。検証報告書を活用した研修は、「子ども虐待による死亡事例検証結果を用いた研修に関する調査研究」（令和2年度子ども子育て支援推進調査研究事業）（PwCコンサルティング合同会社2011）においても児童福祉担当部署や母子保健担当部署等の支援者を対象としてモデル的に実施されているが、「援助や援助する際の課題を考える力の向上があったか」「強みや改善点に対する気づきがあったか」などで肯定的な評価を得ているところである。2022（令和4）年児童福祉法改正により市町村の相談体

制・家庭支援体制強化が図られたことに鑑みても、とくに市町村において検証結果を活用した研修を実施し、支援力向上を図っていけるようにすることは重要課題と考えられる。

このように、検証制度そのものは我が国の児童虐待防止制度の一環に定着しつつあるものの、とくに地方公共団体において事例検証を行い、その結果の活用を通して施策・制度・実践の見直しを図られるサイクルを作ることについてはさらなる検討が求められる状況となっている。

このことを受けて、現在のこども虐待による死亡事例等の検証がさらに進むよう、検証の手引きの改訂と周知を行うことを目的として、本研究を実施することとした。また、市町村に対して検証報告書を活用したモデル研修を行い、その成果を公表することも本研究の目的とする。

とくに本年度については、地方公共団体における検証及び検証結果の活用実態について把握することを目的として、とくに検証に困難がある事例がどのように検証されているのか、またその結果の活用がどのようにになっているのかを含む実態調査を行った。

B. 研究方法

本研究を進めるにあたって、実際に検証にかかわったことのある者の知見が必須であると考えられたため、研究開始時点から、検証委員経験のある者により研究会を組織した。研究会は、研究代表者、研究分担者のほか、とくに医療及び司法の立場から、検証に必要な情報収集のあり方等について知見を得るため、国や地方公共団体において死亡事例等の検証経験を行ってきた医師・弁護士各1名について、研究分担者と同等の役割を果たすものとして研究協力を得た。この他にも自治体における検証及び検証結果の活用の実情に詳しい有識者や自治体関係者に協力を求め、合計13名の研究者及び実務家の共同研究として実施した。

本年度の実態把握にあたっては、すべての研究分担者及び研究協力者が一堂に会する研究会を重ねる中で、国の検証報告書（こども家庭審

議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 2023）、現在の手引き作成の際にも実施された質問紙調査（奥山2016）、死亡事例等の検証に係る情報収集の実態調査（有限責任監査法人トーマツ 2024）を参照し、検証及び検証結果の活用状況につき概観できるよう調査項目を選定した上で2種類の調査票を作成し（資料1）、質問紙調査を実施した。

以下、調査の概要について述べる；

・調査対象：

都道府県・政令指定都市・児童相談所設置市（79自治体）

・調査期間：

2024年11月20日～2025年1月15日

・調査項目：

<自治体票>

死亡事例等の発生状況に加え、とくに検証にかかわる方針、検証事務局の体制や役割及び困難事項を把握するための調査票

I 基本情報（自治体の種別、検証要否の判断及び死亡事例等の発生・検証状況）

II 検証体制（検証組織の有無、検証事務局の体制及び実務上の困難事項、予算）

III 検証結果のとりまとめ（報告書の作成有無及び方法）

IV 検証結果の活用（検証結果の活用のための機会、研修企画上のポイント）

V 事例担当者へのケア（ケアの方針、ケアの必要性）

VI その他（手引きの認知度、手引き及び講習会への意見）

<事例票>

実際に検証した事例につき、検証（とくに情報収集）及び検証結果の活用がどのように進められたのかを把握するための調査票（2019～2023年度に発生した死亡事例等のうち実際に検証を行ったものから直近5事例につき回答）

I 基本情報（虐待の種別、被害児の年齢）

II 検証のための情報収集（関係機関からの情報収集、裁判からの情報収集、事例当事者

からの情報収集、世帯の特徴にあわせた情報収集、事例担当者からの情報収集)

Ⅲ 検証体制(検証組織の委員構成、専門家からの意見聴取、検証に要した時間)

Ⅳ 内部検証(行政機関内部での検証有無、市区町村での検証有無)

Ⅴ 検証結果の活用(検証結果の活用の有無及びその詳細)

(倫理面への配慮)

調査への回答は任意であり回答の撤回も可能であること、回答しないことにより不利益は調査対象者に不利益は生じないことなどを記した調査回答要領を配布し、回答の際には「同意書」の提出を求め、それにより調査への同意を確認した。これら研究倫理に必要な事項は、研究代表者の所属する研究機関が設置する研究倫理審査委員会にて受審をし、承認を得た(関東学院大学人に関する研究倫理委員会 承認番号 H2024-4-2)。

C. 研究結果

1. 回収状況

自治体票については、調査対象 79 自治体のうち 48 自治体から回答があった。回答のあったすべての自治体から「同意書」が得ることができた。回収率は 60.8%であった。

この 48 自治体のうち 25 自治体 (52.1%) については事例票において 1 件以上の回答があった。合計 49 件の回答があり、多い自治体では 5 件の回答があった。

なお、調査期間は 11 月 20 日から 12 月 23 日までとしていたが、実際の回収状況に鑑み、回収期限を 1 月 15 日まで延長した。

単純集計結果は以下の通りである(資料 2)。

2. 単純集計結果

(1) 自治体票

①自治体の種類(設問 1)

47 ある都道府県のうち 29 自治体 (61.7%)、20 の指定都市のうち 11 自治体 (55.0%)、12 の児童相談所設置自治体のうち 8 自治体 (66.7%) から回答があった(括弧内は自治体種類別回収

率)。

②検証対象の候補区分(設問 2)

「児童虐待によるものと明らかに判断できる死亡事例」を検証対象(候補)と回答したところが 43 自治体 (89.6%) と最も多かった。ここに回答していない 5 自治体の自由回答記述を見ると、1 自治体は「検討中」、1 自治体については「その他の事例」に回答があったもののその詳細については記述がなく、残り 3 自治体については死亡事例のうち自治体等の関与があったものを検証対象(候補)としているとのことであった。

続いて多かったのが、「児童虐待によるものと明らかに判断できる重篤事例」で、32 自治体 (66.7%) で該当していた。

一方、児童虐待によるものと明らかに判断できないもの(いわゆる疑義事例)を検証対象(候補)とするところは、死亡事例で 16 自治体 (33.3%)、重篤事例で 14 自治体 (29.2%) であった。

なお、「こどもが遺棄された事例(死亡/重篤事例以外)」「こどもへの危害により起訴された事例(死亡/重篤事例以外)」を検証対象(候補)に加えている場合があった。また、「その他の事例」についても 10 自治体 (25.6%) が検証対象(候補)とすると回答していた。

「その他の事例」にかかる自由回答記述(12 件)を見ると、自治体として関与があった(る)かを検証組織に諮る前段階として基準化されているところ(検証対象を絞り込むような方向で基準を設定しているところ)もあったが、どちらかといえば検証対象(候補)の判断に幅を持たせているところ(検証の必要性に拠るとするもの)が比較的多かった。また一時保護中や施設入所中の事例も含めているところもあり、自治体によって考え方に違いがあることがうかがえた。

③検証対象選出基準(設問 3)

検証実施率が改善されない背景を把握するため、検証対象(候補)となった事例すべてを検証対象としているかを訊ねた。その結果、「す

すべての事例を検証対象としている」と回答したところは19自治体（39.6%）であった。

「すべての事例を検証対象としている」に回答しなかった29自治体に対して、その理由を複数回答により求めた結果、「検証が行えるほど情報が収集できない事例があるため」が14自治体（48.3%）と最も多く、次に「検証組織が検証必要と判断したものを検証する仕組みを採用しているため」が11自治体（37.9%）と多かった。

④死亡事例等の発生状況（設問4）

本調査では、現在の手引きが実際に活用されたと思われる2019年度以降に発生した死亡事例等の発生状況とあわせて、それら事例に対して検証を行ったかを訊ねた。その一覧表を次頁に掲載した（表1）。

事例発生状況を見ると、事例の認知に関しては必ずしも児童虐待による死亡事例に限定されるものではなかった。とくに2023年度は、いわゆる疑義事例（自治体が児童虐待による死亡出ると判断できない事例）の認知が、死亡事例で13件、重篤事例で4件となっており、その合計数は、児童虐待によることが明らかな事例数（表中の「虐×死」「虐×重」とほぼ同じであった。

一方、それら事例につき検証を行ったかを見ると、疑義事例（「疑×死」「疑」×「重」）の多くが対象とはされていなかった。それに対して、児童虐待によることが明らかな死亡事例（「虐×死」）について、その「検証実施率（b/a）」を確認すると、2019年度・2020年度は58.3%、2021年度は76.5%、2022年度は83.3%であった。

なお、2023年度の検証実施率が明らかに低いが、これは「検証対象とする予定」あるいは「取扱未定」の事例が多いことが影響している（2023年度については、35件のうち12件がこれに該当）。

最後に、検証実施率と事例発生状況との関連についての結果を示す。表2は、2019～2022年度の4年間の検証実施率が高い回答自治体から順に並べたものである（同期間に事例が発生し

表1 2019～2023年度に発生した死亡事例等の種別別件数、検証件数及び検証実施率（年度別）

年度	発生件数 a (件)	検証件数 b (件)	検証実施率 b/a (%)
2019	34	13	38.2
	虐×死 12	7	58.3
	虐×重 11	3	27.3
	疑×死 11	3	27.3
2020	24	9	37.5
	虐×死 12	7	58.3
	虐×重 11	1	9.1
	疑×死 11	1	9.1
	疑×重 1	0	0.0
その他 1	0	0.0	
2021	32	15	46.9
	虐×死 17	13	76.5
	虐×重 4	0	0.0
	疑×死 10	1	10.0
その他 1	1	100.0	
2022	37	16	43.2
	虐×死 12	10	83.3
	虐×重 10	1	10.0
	疑×死 10	3	30.0
	疑×重 1	0	0.0
その他 4	2	50.0	
2023	35	3	8.6
	虐×死 6	2	33.3
	虐×重 10	0	0.0
	疑×死 13	0	0.0
	疑×重 4	1	25.0
その他 2	0	0.0	

注) 虐/疑→死亡事例等の原因

虐：児童虐待によることが明らか

疑：児童虐待によるか明らかでない

死/重：結果の重大性

死：死亡事例

重：重篤事例

ていない 18 自治体については本表から除外)。本調査結果に基づけば、2019～2022 年度の 4 年間で 4 件以上の事例が発生している自治体については、全件検証が行われていないとの結果であった。

⑤検証委員会の設置状況（設問 5）

検証委員会は、「常設」が 36 自治体（75.0%）であった。

常設と回答した自治体に対して、設置した時期について訊ねたところ、最も多かったのは 2000 年代後半で、15 自治体（41.7%）であった。続いて、2010～2014 年、2020 年以降で、いずれも 6 自治体（16.7%）であった。

⑥検証事務局体制（設問 6）

検証事務局を調査回答時点で設置しているところは 34 自治体（70.8%）であった。

この 34 自治体に対して、事務局職員数について訊ねたところ、1 名体制から 10 名体制のところまで幅があった。最も多かったのは、2 人体制のところまで 9 自治体（26.5%）、続いて 4 名が 7 自治体（20.6%）、3 名が 6 自治体（17.6%）であった。34 自治体の事務局人数の合計は 135 名、平均値は 4.0 であった。

また、本調査では、事務局を設置している自治体に対して、事務局職員の職種（採用区分）についても回答を求めた。その結果、専門職採用により雇用されている職員は限定的であることがわかった。具体的には、福祉職採用（保育士含む）による職員を配置しているのは、34 自治体のうち 17 自治体（50.0%）で、その合計人数は 25 名（事務局人数合計 135 名の 18.5%）であった。次に多かったのが保健・看護職採用であるが、該当自治体は 5 自治体（14.7%）、合計人数は 11 名であった。その一方、一般行政職採用による職員を配置していると回答したところは 32 自治体（94.1%）あり、その人数は 88 名であった。

あわせて、検証事務局が円滑に業務を遂行できているのかを明らかにするため、検証事務局が担っていることが多いと考えられる業務をあげ、それぞれにつき困難と感じているかを訊ね

表 2 未検証事例有無別 2019～2022 年度に発生した死亡事例等の発生件数、検証件数及び検証実施率

発生件数 (件) a	検証件数 (件) b	検証実施率 a/b (%)
3	3	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
2	2	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
1	1	100.0%
5	3	60.0%
7	4	51.7%
8	4	50.0%
4	2	50.0%
2	1	50.0%
51	13	25.5%
10	1	10.0%
4	0	0.0%
4	0	0.0%
2	0	0.0%
2	0	0.0%
1	0	0.0%
1	0	0.0%
1	0	0.0%

た。その結果、「検証委員会の資料を作成すること（事例概要作成、情報の時系列整理など）」に 27 自治体（79.4%）、「検証報告書を作成すること（個人情報の取扱を含む）」に 26 自治体

(76.5%)、「検証事例に関して収集する情報の範囲・内容を判断すること」に25自治体(73.5%)、「検証事例に関する情報提供を関係機関に求めること」に24自治体(70.6%)、「検証事例に関するヒアリングを実施すること(ヒアリングの調整含む)」に24自治体(70.6%)が「とても困難」「まあ困難」のいずれかに回答していた。

「死亡事例等を担当していた者への対応(心理的配慮含む)に関すること」については、ほかの項目と異なることに、「わからない(業務範囲外、検証をしたことがないなど)」に回答したところが14自治体(41.2%)と多かった。他方、「わからない」以外に回答した20自治体のうち19自治体が「とても困難」「まあ困難」と回答していた。

一方、「検証委員の確保や選定に関すること」「検証事例の選定に関すること」に「とても困難」「まあ困難」と回答した自治体はそれぞれ13自治体(38.2%)、14自治体(41.2%)であり、本調査で取り上げた業務の中では比較的困難度が低かった。

この検証事務局業務の困難度に関する自由記述として、15件の回答があった(うち1件は「特になし」)。警察からの情報収集や裁判傍聴時の記録作成、事例担当者や事例当事者等への配慮などの検証方法に関することもある一方、他業務が軽減されるわけではなく検証業務にかかる時間がきわめて負担になることなど検証体制そのものに何らかの手当てが必要とのコメントも複数あった。

⑦ 予算 (設問7)

検証を行うための予算を年度当初予算に組み込んでいるかを訊ねたところ、「盛り込んでいる」が29自治体(60.4%)と、「盛り込んでいない」と回答した19自治体(39.6%)より多かった。また、「盛り込んでいる」と回答した29自治体に、その予算額が十分かについても訊ねたところ、「十分である」が18自治体(63.1%)と半数を超え、「十分ではない」の4自治体(13.8%)を上回った。

⑧ 報告書の作成 (設問8)

検証を行った場合に、検証結果のとりまとめ(報告書の作成)を行っているところは、「検討中」と回答のあった1自治体を除き、「行う」との回答であった。

報告書の作成は、検証事務局で原案を作成し、検証組織で諮るところが32自治体(68.1%)であった。次に多かったのが「わからない」で7自治体(14.9%)であった。報告書作成は検証事務局の業務となっているところが多数派ではあるが、一方で、「検証委員が原案から作成する」ところが3自治体(6.4%)あった。

なお、報告書を完成させるプロセスで、個人情報保護等の観点から、委員から「掲載した方がよい」とコメントのあった情報につき非掲載にできないか協議するようなことが起きているか訊ねたところ、11自治体(23.4%)が「ある」、8自治体(17.0%)が「ない」と回答があった。必ずしも毎年のように検証報告書を作成していないところもあるためか、「わからない」が20自治体(42.6%)と最も多かった。

⑨ 検証結果の活用 (設問9)

この設問では、死亡事例等の検証結果を共有するために会議あるいは研修を行うことがあるかを把握した。

まず「国ないし他自治体の検証結果について」訊ねたところ、最も多かったのは「ない」で26自治体(54.2%)であった。「あまりない」もあわせると、39自治体(81.3%)が検証結果を共有するための会議等を開催していないのが一般的であることが明らかであった。

一方、「貴自治体の検証結果について」訊ねたところ、最も多かったのは「ない」で22自治体(45.8%)であった。「あまりない」もあわせると、半数以上の33自治体(68.8%)が自治体の検証結果であっても会議等により共有する機会を持たないことがわかった。

検証結果を活用した会議や研修を行っているところに対して、その具体的な内容を尋ねた結果、18件の回答があった。多様な回答が含まれているが、自治体により、さまざまな職域・職

階の職員に対して研修等が行われており、ほとんどの回答で効果があることが述べられている。

さらに、会議や研修を行うことがあると回答した 18 自治体に対して、研修の主たる効果と想定される「研修担当者が事例の発生を自分の実践と結び付け、再発防止に向けた取組を意識的に行おうとするようになるためには、どのような条件を確保することが大事になると思われますか」との問いには、無回答 1 件を除いてすべて自治体から回答があり、「死亡事例等の詳細が共有されるようにすること」「立場や役割の異なる人たちが参加する研修にすること」「自分たちが意見交換できるような演習形式をとること」にはほとんどすべての自治体(16 自治体)が「大事」「とても大事」「まあ大事」に回答していた。とくにリスクを意識した判断能力向上を目指すことを意図した、「リスクマネジメントの視点から企画すること」「判断が難しい場面などに絞って実践を考えるような組み立てにすること」についても重視されていた。さらに、「死亡に至らなかった事例(ヒヤリハット、危機回避できたものなど)を教材にすることも、ここまであげてきた項目と同様に、「大事」との意向が多く示された。また、「検証経験のある者が講師となること」「遠隔地にいる職員も参加できるオンライン形式にすること」についても半数以上が「大事」と回答していた。

なお、ここまであげた 8 項目については、「あまり大事ではない」「まったく大事ではない」と回答したところはほとんどなく、あったとしても 1 件のみであった。一方、「検証事例に関与した人たちだけが参加するクローズドな研修にすること」に対しては 1 件も「大事」とする回答はなく、その経験を広く機関や職種を超えて具体的に検討しなおしていくプロセスが必須であると考えている自治体が多いことが明らかであった。

⑩会議・研修以外での活用(設問 10)

検証結果について、会議や研修以外で何らかの活用をしているか訊ねたところ、会議・研修以外での活用は「ある」が 19 自治体(39.6%)

であった。その自由回答を見ると、会議や研修という機会にとらわれず、施策や実践の見直しに役立っている自治体があることがわかった。

⑪研修実施上の工夫(設問 11)

検証結果がとくに市区町村の関係機関・関係部署に広く共有され、実践に生かされるために必要なことを自由記述で回答するよう求めたところ、32 件の回答があった(「特になし」4 件を含む)。事例のデータベースがあるよといった提案のほか、情報のわかりやすさや具体性が鍵となるとのコメントも散見される。単なる報告書送付にとどまっているとの現状報告もみられるが、市区町村職員にも検証結果を活かしてもらうためには、それだけでは十分とはいえないようである。

⑫検証にあたっての事例担当者へのケア(設問 12)

検証時の担当者ヒアリングの方針について訊ねたところ、「ない」が 33 自治体(68.8%)と多かった。

「ある」と回答したところに具体的な取り組みを訊ねた結果では、担当者からはヒアリングしないといったものから、グリーンケア、内部ふりかえりの実施、産業医の面接など、事例担当者の傷つき体験にアプローチしているところも散見された。また、ほかの自治体の取り組みを知りたいとの意見も多く、手探りで実施している自治体が多いようであった。

⑬事例担当者のケアで知りたいこと(設問 13)

すべての自治体に対して、事例担当者のケアで知りたいことについて回答を求めたところ、27 件の回答があった(そのうち 7 件は「特になし」)。その内容を見ると、ほかの自治体の取り組み状況を知りたいとの意見が多く回答されていた。

⑭手引きの参照状況と要望(設問 14)

現在の手引きは 30 自治体(62.5%)で参照されていた。手引きへの具体的要望については、本研究の最終成果物と直接的に関連する事項であるため、手引きの目次と対応させて結果を別途整理した(資料 3)。

⑮手引きに関する講習会の必要性（設問 15）

手引きの講習会は「あった方がよい」が 38 自治体（79.2%）であった。その場合、全自治体からオンライン併用なら参加可能との回答であった。

また、参集方式で行うとしたら、「都道府県を単位とした対面開催（往復できるくらいの距離での開催）が 15 自治体（39.5%）と最も多かった。都道府県域を超えて講習会を実施しても職員派遣が可能との回答はほとんどなかったことに鑑みると、講習会はオンライン（オンデマンド含む）での開催が現実的であると捉えられている。

⑯検証のあり方に関する自由回答（設問 16）

自治体票の最後に、検証のあり方について自由回答で意見を求めたところ、18 件の回答があった（7 件は「特になし」）。検証について随時相談できる機会があること、情報が少ないときや警察の捜査情報が得られないときに検証に苦慮すること、事例発生自治体だけでなく転居前の自治体が検証を行った方がよい事例があること、裁判が行われるときには検証のタイミングの判断が難しいこと、複数事例が発生するので全件検証は難しいこと、検証にかかる業務負担が重たいことなど、実に多様な課題があることが、この 11 件の回答からもうかがえた。なかには、警察や裁判所職員含めての講習会をしてはどうかとの提案も含まれていた。

（2）事例票

①回答状況（設問 1）

自治体票に回答のあった 48 自治体のうち 25 自治体（52.1%）から事例票に 1 件以上の検証例につき回答があった。合計 49 件の検証例が収集された。

②虐待種別（設問 2）

重大な結果を引き起こすことになった主たる虐待の種別を訊ねた結果、回答のあった 49 件のうち 33 件（67.3%）が身体的虐待によるものであった。次に多かったのが「ネグレクト」で 7 件（14.3%）であった。性的虐待、心理的虐待も少数ではあるが、該当していた。

③被害児の年齢・月齢・日齢（設問 3）

1 歳未満が 17 件（34.7%）と明らかに多かった。0～2 歳の事例が 26 件あり、収集できた検証例の半数を超えていた。ただし、6 歳以降も合計 15 件で収集した検証例の 30.6%を占めていた。

④行政機関の関与状況（設問 4）

児童相談所については、「関与あり」であった事例数を見ると、事例発生前が 31 件（63.3%）、事例発生時が 25 件（51.0%）、事例発生後が 24 件（49.0%）であった。

同様に、市区町村（虐待対応担当部署）については、事例発生前が 25 件（51.0%）、事例発生時が 22 件（44.9%）、事例発生後が 13 件（26.5%）であった。

市区町村（虐待対応以外の児童福祉担当部署）については、事例発生前が 16 件（32.7%）、事例発生時が 12 件（24.5%）、事例発生後が 7 件（14.3%）であった。

最後に、市区町村（母子保健担当部署）については、事例発生前が 36 件（73.5%）、事例発生時が 24 件（49.0%）、事例発生後が 11 件（22.4%）であった。

全体的にみると、事例発生前については母子保健担当部署の関与が比較的多いこと、児童福祉担当部署は関与がない場合が比較的多いこと、事例発生後になると市区町村の各部署の関与が少ないことがわかった。

⑤情報を求めた機関（設問 5）

検証を行った事例ごとに、どの機関から情報を求めたのか回答を求めたところ、「市区町村（母子保健担当部署）」が 38 件（77.6%）、「児童相談所」が 36 件（73.5%）、「市区町村（虐待対応担当部署）」が 31 件（63.3%）と比較的多かった。

「保育所・幼稚園・認定こども園」「小学校・中学校・特別支援学校」については両者とも 15 件（30.6%）、警察が 10 件（20.4%）、医療機関については精神科が 9 件（18.4%）、産婦人科と小児科がともに 7 件（14.3%）であった。

また、最も多かったのは「その他」で、上記

以外の市区町村各部署ほか、検察、医療機関の各診療科、他自治体、各種関係機関など、事例により多種多様なところに対して情報が求められていた。

情報収集の方法としては、「ヒアリングにより得られた」「文書の提出により得られた」「ヒアリング及び文書提出で得られた」「(情報提供を求めたが)得られなかった」「その他」を選択肢として回答を求めた。「児童相談所」「市区町村(虐待対応部署)」「市区町村(母子保健担当部署)」については、それぞれ22件(61.1%)、18件(58.1%)、20件(52.6%)が「ヒアリング及び文書提出により得られた」に該当していた。

一方、それ以外については、ヒアリングと文書提出の双方で情報収集を行う割合は低かった。たとえば、情報収集先となることがほかの関係機関に比べて多かった「保育所・幼稚園・認定こども園」「小学校・中学校・特別支援学校」については、いずれも10件(66.7%)が「ヒアリングにより得られた」に該当していた。

なお、ここで情報提供を求めたと回答のあった機関数は合計214になるが、このうち「(情報を求めたが)得られなかった」とするものは、14件(6.5%)であった。全体的に、情報を求めて得られないということは限定的といえるが、「警察」については、情報を求めた10件中4件(40.0%)で情報を得られなかったと回答しており、ほかの機関と比べて情報を得られない頻度が多かった。

また、設問5では、各機関に対して情報が得やすかったかについて訊ねている。「情報を得やすかった」との回答は、「児童相談所」で28件(77.8%)、「市区町村(虐待対応部署)」で23件(74.2%)、「市区町村(母子保健担当部署)」で30件(78.9%)、こどもの所属先である「保育所・幼稚園・認定こども園」が9件(60.0%)、「小学校・中学校・特別支援学校」が13件(86.7%)であった。医療機関や「その他」として回答のあった機関についても、情報を求めた場合には「情報を得やすかった」と評価されることが明らかに多かった。そして、いずれの

機関についても、「どちらともいえない」や無回答がいくらかあるが、「情報を得にくかった」との回答はほとんどなかった。

ここでも、やや異なる傾向を示したのが「警察」であった。「情報を得られなかった」ことが比較的多いとの結果を先ほど述べたところであるが、情報を得られた場合でも「情報を得やすかった」は2件(20.0%)で、「情報を得にくかった」が3件(30.0%)、「どちらともいえない」が1件(10.0%)となっており、ほかの機関から比較的問題なく情報が得られていることと比べ、情報収集に困難を感じている実態がうかがえた。

加えて、「その他」で回答のあった「裁判所」「地方検察庁」「検察」の7件については、「情報を得やすかった」と評価しているものはそのうち2件(28.6%)にとどまり、「情報を得やすかったか」と問いに対して「どちらともいえない」「非該当(情報を得られなかった)」と回答することが多かった。その詳細については、「捜査に関わる情報のため」「不起訴事案で、遺族の身上に鑑みて」というものがあげられていた。

⑥関係機関からの情報収集(とくに母子保健情報)(設問6)

検証においては、実に多くの情報を収集することが求められる。本調査では、このうち母子保健担当部署において収集していることが多い情報(16項目)の収集状況について回答を求めた。ただし、情報の提供元は必ずしも母子保健担当部署とは限らないことに鑑み、関係機関から情報を集めたかを問うものとした。その結果、多くの項目で情報を「求めた」場合が全事例の60%以上を占めた。

具体的に、調査項目として示した情報がないことが明らかでないにもかかわらず「求めなかった」とした回答した割合を見ると、「妊娠届出の時期(週数)及び妊婦の既往歴/現病歴」が9件(18.4%)、「妊娠・出産時の状況」が8件(16.3%)、「出産時の児の状況」が10件(20.4%)、「母親の成育歴」が11件(22.4%)、「父親の成育歴」が11件(22.4%)、「父母の関

係」が5件(18.4%)、「3世代家族の状況」が8件(16.3%)、「乳幼児健診の受診状況」が8件(16.3%)、「乳幼児の健診時の状況」が9件(18.4%)、「乳幼児健診の間診票の気になる項目」が14件(28.6%)、「成長曲線」が20件(40.8%)、「発育発達の経過がわかる情報」が8件(16.3%)、「乳幼児健診後の状況」が7件(14.3%)、「保健師等と世帯との接触時の状況」が3件(6.1%)、「家庭訪問をした時の具体的な記録」が4件(8.3%)、「母子健康手帳の記載情報」が19件(38.8%)であり、6.1%から40.8%の範囲で該当していた。

それぞれ情報を求めなかった理由について、自由記述により回答を求めたところ、その理由がはっきりしないものが散見された。たとえば、情報を求めなかった件数が20件と多かった「成長曲線」についての結果を見ると、そのすべての事例について何らかの回答があり、「(調査当時の状況が)不明」「求めたかどうか、現存する資料からは確認することができない」といった回答が8件であった。「必要性が無いと判断したため」あるいはそれに類する回答が6件あったが、いずれもなぜ必要性がないと判断したのかまでは記述がなかった。ほかの手段により情報が得られているから求めなかったと読み取れるものは、20件のうち3件であった。

あわせて、情報を求めたときに情報を得られたかについても訊ねているが、これについては「得られた」との回答が多かった。「得られなかった」(情報が無いことを理由とするものを除く)との回答は、「成長曲線」の5件が最も多く、それ以外の項目については1～3件と少数であった。またその理由については「不明」「現存する資料からは確認できない」と回答されており、何らかの理由により情報提供を拒まれたとするものではなかった。

最後に、検証の過程で得られた情報を報告書に掲載したかという観点から回答を求めた。これは、検証結果の活用を図るときに、どのような経過をたどって妊娠・出産が行われ、また子育て期へと移行していったのかを報告書におい

て把握する上で、母子保健情報が重要だと考えられたことによる。

調査結果を見ると、「すべて掲載した」との回答はいずれの項目においても少数で、「一部掲載した」とする回答が多かった。一部であっても情報を掲載した報告書が49事例のうちどのくらいを占めているかに注目すると、「妊娠届出の時期(週数)及び妊婦の既往歴/現病歴」が23件(46.9%)、「妊娠・出産時の状況」が27件(55.1%)、「出産時の児の状況」が22件(44.9%)、「母親の成育歴」が15件(30.6%)、「父親の成育歴」が7件(14.3%)、「父母の関係」が22件(44.9%)、「3世代家族の状況」が27件(55.1%)、「乳幼児健診の受診状況」が22件(44.9%)、「乳幼児の健診時の状況」が20件(40.8%)、「乳幼児健診の間診票の気になる項目」が13件(26.5%)、「成長曲線」が3件(6.1%)、「発育発達の経過がわかる情報」が19件(38.8%)、「乳幼児健診後の状況」が23件(46.9%)、「保健師等と世帯との接触時の状況」が32件(65.3%)、「家庭訪問をした時の具体的な記録」が30件(61.2%)、「母子健康手帳の記載情報」が6件(12.2%)であり、6.1%から65.3%までの幅があった。

⑦裁判からの情報収集(設問7)

今回収集された検証例のうち、起訴されたものは31件(63.3%)であった。そのうち裁判を傍聴して裁判記録を収集したものが21件(67.7%)と最も多かった。裁判記録の開示を求めて情報収集したものは、31件中4件(12.9%)あった。公判開始前に検証を終えたものは7件(22.6%)であった。

⑧事例当事者等からの情報収集(設問8)

事例当事者からの情報収集は「求めた」が3件(6.1%)であった。

自由回答を見ると、手紙、接見、面談などの方法がとられていることがわかった。とくに接見をした事例では、「育児に対する状況、周囲の支援状況、事件当日の状況や殺害の動機等について確認」を行ったとのことであった。

⑨きょうだいがいる場合の情報収集(設問9)

本調査においては、きょうだいがいる事例は27件（55.1%）あった。

きょうだい児に所属先があった事例は20件あり、そのうち当該所属先からも検証のための情報収集を行ったのは11件（55.0%）であった。

⑩転居した場合の情報収集（設問10）

転居事例は17件（34.7%）であった。

この17件のうち、転居する前の関係機関（自治体含む）についても情報収集を行ったのは、8件（47.1%）であった。

⑪事例担当者からの情報収集（設問11）

事例発生後に、主たる事例担当者の所属機関・部署に対して情報提供を求めたか訊ねた結果では、「求めた」が38件（77.6%）であった。

「求めた」と回答のあったものについて、情報収集を行う方法としてあてはまるものすべてを選択してもらったところ、文書による回答が32件（84.2%）と多かった。事例担当者を委員会へ招集して、あるいは事例担当者の所属機関に出向いてヒアリングしている事例は、それぞれ16件（42.1%）、17件（44.7%）であった。また、このほかに自由回答記述により「口頭（電話）による回答」「所属に出向いて、記録を確認した」といった回答があった。

ヒアリングを行った者についても複数選択で回答を求めたが、検証事務局職員が行う場合が18件（47.4%）、検証委員が20件（52.6%）であった。

また、ヒアリングを誰に対して行ったかを複数回答で訊ねた結果では、「事例担当者本人」が13件（34.2%）、「事例担当者の上司／同僚」が12件（31.6%）、「事例担当者とお互／同僚の双方」が12件（31.6%）であった。

⑫事例担当者への影響（設問12）

続けて、事例担当者とその周囲に何か変化があったについて訊ねた。その結果、「不明」が21件（42.9%）と最も多かった。

次に多かったのが、「仕事は継続したが、ひどくショックを受けた様子だった」が11件（22.4%）、「退職・休職した」が3件（6.1%）であった。これに対して、「上司や同僚の関係が

さらに強まった」「事例担当者の業務取組意欲が高まった」については、それぞれ2件（4.1%）、3件（6.1%）であった。

また、事例担当者の周りにいる「上司や同僚が担当者の配慮を悩んだ」については6件（12.2%）で該当した。

「その他」に回答した8自治体については、自由記述で具体的内容を訊ねたが、いずれも事例発生時に事例を担当していた者がいないとのことであった。

⑬事例担当者の傷つきへのケア（設問13）

事例担当者のケアについては、「特になし」との回答が多かった。具体的な記述のあったものには、精神科医と面談、上司から個別にフォローといったものが含まれていた。

⑭検証委員からの求めによる情報収集（設問14）

検証委員からの求めに応じて情報収集を行っているかを訊ねたところ、「行った」が36件（73.5%）であった。「行わなかった（とくに情報収集について要望等なかった）」ところは11件（22.4%）あった。

⑮検証委員による記録の閲覧（設問15）

検証委員が直接記録を閲覧する機会は「あった」が23件（46.9%）、「なかった」（関係機関のかかわり自体がなかったものを除く）が18件（36.7%）であった。

「なかった」と回答のあった18事例については、自由記述方式により具体的状況を回答してもらったところ、事務局が情報を整理して提示したものがほとんどであった。

⑯検証委員の人数（設問16）

検証委員は5名が18件（36.7%）、6名が11件（22.4%）で、その合計で半数以上を占めた。平均は6名であることから、実際には6名以上で検証を行っていることも決して珍しいことではなく、7名が6件（22.4%）、8名が（16.3%）、9名が2件（4.1%）との回答であった。

⑰検証委員の区分（設問17）

「大学等の教育研究機関の教育・研究者」は必ず1名以上が委員として入っていた。具体的には、2名が22件（44.9%）、3名が17件

(34.7%)、1名が10件(20.4%)であった。49事例に対して延べ105名、1事例平均2.1人の教育・研究者が委員として関与していた。

とくに児童福祉分野の教育・研究者が委員となっていることが多く、その人数としては1人が30件(61.2%)と多かった。児童福祉を専門とする教育・研究者が0名の自治体も9件(18.4%)あった。

一方、児童福祉分野以外の社会福祉分野の教育・研究者は0人が43件(87.8%)であった。

その他の分野の教育・研究者の構成員の割合を見ると、0人が多かった。少なくとも1人以上が検証委員となっていた事例数を見ると、心理分野は18件(36.7%)、教育分野は8件(16.3%)、保育分野は0件(0.0%)、看護・保健分野は15件(30.6%)であった。

「大学等の教育研究機関の教育・研究者」以外では、2件を除いたすべての事例において「医師」が委員となっていた。49事例に対して延べ75人、1事例平均1.5人が関与していた。

専門とする診療科については、小児科が27件(55.1%)、児童精神科医が21件(42.9%)、精神科医が13件(26.5%)であった。産婦人科、法医学、保健・公衆衛生関係の医師が委員になっている事例も少数で見られた。

そのほかに多いのが「弁護士」で、弁護士を委員としないまま検証を行っているものは、49件中1件もなかった。

その他、少なくとも1人以上が委員となっている事例が20%以上を占めていたのが、「民生委員・児童委員」と「児童福祉施設関係(協議会含む)」「その他」で、それぞれ12件(24.5%)、13件(26.5%)、15件(30.5%)で委員になっていた。「その他」には、「児童虐待の専門機関の所長」が5件、「社会福祉士」が3件、「臨床心理士」ないし「公認心理士」が3件含まれていた。

「里親(里親会含む)」「保健・公衆衛生関係」「保育所関係」「小学校・中学校(校長会含む)」「家庭裁判所関係(調査官等)」「警察」については、委員になっている事例は1～5件であっ

た。

⑱臨時委員の委嘱(設問18)

検証する事例の特徴を踏まえて、臨時委員の委嘱を行ったか訊ねたところ、「行った」は6件(12.2%)であった。

臨時検証委員としては、医師(小児科医、精神科医、産婦人科医)、大学の研究者(児童福祉、母子保健、精神保健)、「障がい者支援団体代表者」のほか、「調査、事務補助として弁護士」を委嘱していた。

⑲それ以外の専門家らの意見聴取(設問19)

検証委員・臨時委員以外の専門家の意見を聴取する機会を設けたか訊ねたところ、「設けた」が7件(14.3%)であった。

どのような専門家から話を聴いたのか訊ねたところ、ほとんどすべて医師であった。

⑳陪席者の有無(設問20)

陪席者の有無について訊ねた結果、「あった」は20件(40.8%)であった。

どのような人が陪席者となっていたかを見ると、回答のあった19件のうち「児童相談所」を含むものが11件と多かった。

㉑検証に要した時間(設問21)

事例が発生してから報告書公表までの期間として訊ねた。その結果、「1年未満」「1年」がいずれも17件(34.7%)、「2年」が10件(20.4%)であった。

㉒検証委員会の回数(設問22)

検証委員会開催は「4回」が13件(26.5%)と最も多かったが、かなり幅がある結果であった。少ないところは「2回」で終わっているものもあり、一方で「10回以上」開催しているところも5件(10.2%)あった。平均値は5.3であった。

㉓検証委員会の1回あたり開催時間(設問23)

検証委員会の1回あたりの開催時間は「120分以上150分未満」に該当するものが17件(34.7%)と最も多く、次いで「150分以上180分未満」が13件(26.5%)、「60分以上90分未満」が11件(22.4%)であった。

㉔検証事務局の業務時間(設問24)

検証事務局がかける時間は「1,000分以上5,000分未満」の間で回答したものが13件(26.5%)と最も多かった。

ただし、「1,000分未満」が7件(14.3%)あったり、「20,000分以上100,000分未満」が5件(10.2%)、「100,000分以上」で回答したのも3件(6.1%)あったりするなど、その結果にはかなり幅があった。平均は31,627.7(約527時間)であった。

なお、回答しづらい設問であったのか無回答も14件(28.6%)あった。

㊸行政機関内部での検証(設問25)

行政機関内部での検証は、「行った(実施予定含む)」が8件(16.3%)であった。

内部検証を行った8件について、誰が出席したかを訊ねたところ、「児童相談所」が8件(100.0%)と、すべてにおいて出席者となっていた。「死亡事例等が発生した市区町村」は6件(75.0%)であった。具体的には市区町村の児童福祉主管課が出席者となっていた。また、「検証事務局」についても5件(62.5%)と、半数以上の内部検証に出席していた。

また、1事例につき内部検証のための会議をどのくらい開催しているかを訊ねたところ、複数回にわたって開催している事例もあったが、1回だけ開催するところが5件(62.5%)と半数以上を占めていた。平均値は2.1であった。

㊹市区町村が主体となった検証(設問26)

回答のあった事例について、市区町村主体の検証も行われていたかを訊ねたところ、「行われなかった」が28件(57.1%)であった。次に多かったのが「行われた」で8件(16.7%)、「不明」が7件(14.3%)であった。

「行われた」との回答が8件(16.7%)については、いずれも指定都市からの回答であった。また、「その他」が5件(10.2%)あったが、そのうち3件については、自由記述回答欄において、政令市として内部検証を行ったとの回答があった。

㊺検証結果の共有(設問27)

検証した事例の結果を関係機関・部署に対し

て共有したかを訊ねたところ、「共有しなかった」が15件(30.6%)、「会議ないし研修を開催して共有した」が31件(63.3%)であった。

「共有しなかった」と回答のあった15件については、その理由についても自由記述方式により訊ねた。その結果、共有しない理由としては、事例担当者への配慮、プライバシー保護などがあげられていた。

一方、共有したとの回答があった31事例については、「会議」が54回、「研修」が16回、そして「会議・研修の別」について回答のなかったものが2回、合計72回の会議・研修により共有が行われていた。

会議について、どのような会議で共有されたのか回答を求めたところ、51件の回答があった。「情報共有会議」など、位置づけが詳しくわからないものもあったが、児童相談所長会議、市町村虐待対応部署の会議、また児童相談所と市町村虐待対応部署の合同会議など、行政機関内部での会議が多く回答されていた。市町村要保護児童対策地域協議会など、関係機関を含む場についても数件の回答があった。

一方、研修についてもその内容を尋ねたところ、12件の回答があった。検証結果を共有する研修が主として回答された。なかには事例に即してテーマを絞った研修を行ったと思われるものもあった。

さらに、その会議ないし研修等に誰が出席したのかについても訊ねた。その結果、「児童相談所職員」が46件(63.9%)と多く、次いで「市区町村(虐待対応部署)の職員」が44件(61.1%)であった。3番目には「市区町村(母子保健担当部署)の職員」で、72件のうち21件(29.2%)で該当していた。「市区町村(虐待対応部署を除く児童福祉担当部署)の職員」や「要保護児童対策地域協議会」はそれよりもさらに少ない割合であった。

なお、ここでいう共有は「詳細な情報共有」としていたが、実際にどのくらいの共有を行ったのか訊ねた結果(複数回答)を見ると、72回の会議・研修について、「検証結果詳細(検証対

象事例の詳細を含む)の共有」を行ったものは24回(33.3%)であった。続いて、「検証を結果の概要について共有」が18回(25.0%)、「検証を行ったことの共有」が12回(16.7%)、「検証結果の詳細(検証対象事例の詳細は除く)の共有」が10回(13.9%)となっていた。したがって、「検証結果の共有」といっても、概略だけの共有にとどまるものが少なからずあることがわかった。

D. 考察

1. 検証及び検証結果の活用の現状と課題(調査項目別)

ここでは、今後手引き改訂を進めることを念頭に置きながら、本調査で取り上げた調査項目から何点かを取り上げ、そこから見えてくる自治体の経験から本研究班が留意すべき事項は何かについて考察する。

(1) 検証対象

① 検証対象の広がり

検証を開始する上で、どういった事例を検証対象とするのかの認識は重要である。この点について、現在の手引きでは、「虐待/ネグレクトによる死亡と判断される事例」に加えて、疑義事例のうち「事故死/内因死の可能性も否定はできないが、虐待死の可能性が臨床的に高い事例」をすべて検証対象とすべきことが述べられているところである(p.22)。

本調査結果を見ると、実態として各年度とも疑義事例の件数が一定数計上されていることから、自治体が疑義事例も検証の対象として視野に入れていと評価できる。疑義事例の検証実施率が相対的に見て高いとはいえないが、内部検証に留めた可能性もあり、一概に自治体が疑義事例の検証に目が向いていないと即断することには慎重でなければならないだろう。

他方で、検証事例の候補を選定するにあたっては、遺棄事例や起訴された事例のように、こどもの心身に重大な影響がなくとも、社会的に「重大」とされる事例が発生していることにも着目している自治体がある。

自治体の努力により検証対象が多様化している可能性があることを踏まえて、ヒアリング等によりさらに自治体の考えを把握することが求められる。

② 「関係機関の関与がない」事例からの学び

手引きでは、関係機関の関与がないまま死亡に至った事例について、情報量が少ないことは認めつつも、その経緯を含めて可能な限りの検証を行うことを「不可欠」としている(pp.21-22)。

本調査の事例票により得られた検証例を見ると、事例発生前・時に児童相談所をはじめとする関係機関の関与がない案件が含まれている。「検証に必要な情報」があるとはいえない事態に自治体が直面している場合でも、自治体が実際に検証を行っていることは注目に値する。

現に「関係機関の関与がない」ということから考えさせられることは多いと思われる。もしかしたら、実際のケースの進行管理において、こどもの主担当や責任機関が曖昧であったことが「関係機関の関与なし」という調査結果につながっているのかもしれない。あるいは、転出転入時に起こる支援の狭間があって、そこで転入自治体からすれば「突発的に」重大事例が発生したということなのかもしれない。そうした機関・団体の間ののりしろが作れなかったことを、単なる連絡ミスとして結論づけるのではなく、連携不調を引き起こすような力動がその家庭と専門職ネットワークの間で起きていた可能性を、事例そのものから読み取っていくプロセスが重要となる(Reder, P., Duncan, S, and Gray, M. 1993)。だからこそ、事例発生前・時に事例に関係した機関等が(少)ない事例であっても、現に自治体が検証を行っていることを評価し、それら自治体が検証から何を学びえたのかを明らかにしていくことが必要であろう。

(2) 検証体制

① 検証事務局にかかる負荷

検証を行うにあたって事務局が果たす役割は大きい。その役割のひとつが、報告書作成である。報告書作成は、検証結果の活用という局

面においても、きわめて重要な素材となるものであり、これをどのように作成・公表するかは本研究班にとっても大きな関心事である。

その原案を作成（起案）しているのは、ほとんどの自治体において、検証事務局である。手引きでは「報告書もできるだけ委員が執筆すべき」（p. 18）、「できるだけ第三者である委員が報告書を作成（起案）することが求められる」（p. 41）とあるが、検証委員が起案する自治体はわずか6.4%を占めるに過ぎない。

他方で、事務局の業務遂行にかかる困難度について訊ねた結果を見れば、検証報告書の作成がとても困難とする回答が47.1%を占め、他の項目と比べても「とても困難」を選択した回答が多い。さらに、事務局の業務困難さは、検証委員会での資料作成、情報収集、ヒアリングなど検証報告書の作成に直に関係してくる事項ほど困難との回答を選択する傾向があることにもつながっているように見受けられる。この課題をどのように検証組織（検証事務局と検証委員会）が受け止め、役割遂行をしていくかは、検証の成否を大きく左右するものと思われる。

なお、後述する検証委員の確保については、検証事務局としてあまり困難さを感じない業務として認識されている。ただし、仮に検証委員が報告書作成を担う体制とすれば、検証委員の確保は難しくなることが予見される。現に、本調査で報告書作成を検証委員が行っている自治体は、検証委員の確保について、いずれも「まあ困難」との回答となっていたことに留意しておきたい。

また、検証事務局にかかる負荷を評価するにあたっては、検証事務にかかる時間数を斟酌することも必要になる。

事例票において把握した調査結果によれば、1事例の検証に平均で30,000分（500時間）以上かけている。検証事務局は兼任であることが一般的であると考えられるが、死亡事例等が発生すると、定例業務に対応しながら、これだけの業務時間を日々の勤務時間の中から捻出していかなければならない。自由記述回答を見ても、

ときには裁判があるたびに傍聴し、メモを作成しなければならないが、そのための人員確保にも困難であることが述べられているなど、検証事務局に求められる業務量は実際相当なものとなっていることがうかがえる。

②保健・福祉職経験者等配置の必要性

検証事務局の業務遂行能力の評価にあたっては、業務量の観点だけでなく、専門性についても考慮することが必要になる。

本調査では、事務局職員に福祉職が0名の自治体が全体の50.0%、保健・看護職が0名の自治体が85.3%、心理職が0名の自治体が85.3%、医師・歯科医師職が0名の自治体が97.1%と、専門的知見を有する職員が関与している割合がきわめて少ない現状が明らかになった。

支援現場と接点の少ない職員が検証事務にあたることは、支援経験に由来する思い込みに拠らずに情報収集等をする上ではプラスに作用することがあるかもしれない。他方、どの機関でどのような情報を収集している可能性が高いのかなど、検証事務の進め方について見通しを持つ上では不利に働く可能性もある。

現に自治体票・設問6の検証事務局業務にかかる自由回答には、「虐待防止や通告対応等児童相談所業務の基本的知識から学ぶ必要がある」との記述も見られる。検証事務局が担っている業務をいくらかでも軽減するため、検証事務局の中に保健・福祉職経験者などを含めておくことは一考に値するといえるかもしれない。

③検証委員の専門性

検証組織は、検証事務局と検証委員会がそれぞれの役割を果たしながら機能していくものである。したがって、検証事務局のみならず、検証委員会に期待される役割等についても、今回の手引き改訂では視野に入れておくことになる。

本調査結果を見ると、検証にあたっては、医学（とくに小児科、精神科）、法律、児童福祉の視点はどの事例にも求められることから、委員としてその分野の専門職が選任される割合が高い。一方、その他の分野では必ずしも検証委員として選任されていない。

しかし、事例によって必要とされる専門的知見は異なっている。たとえば、乳幼児の事例では、母子保健・地域看護にかかる知見がきわめて重要になる。嬰兒殺の事例においては、精神科や産婦人科の医師の見方が大きな示唆を与える。発達障害のある養育者やこどもの事例では、心理相談につながっている場合もあり、精神科医・児童精神科医のほか、心理を専門とする者が検証に加わる意義は大きい。

こうして異なる専門性を持つ検証委員がいると、検証委員会の場合だけでなく、ヒアリングあるいは関係部署が保管するケース記録（写しを含む）の閲覧などの情報収集プロセスにおいても気づくこと（重要なこと、抜けていること）が増えていくことも期待できる。

ただし、検証委員会の構成について提言を行うとしたら、検証委員の確保が困難になる自治体がないのか、その場合にどのような対応をすることができるのかなども留意しておく必要がある。

（3）検証手続き（情報収集を中心に）

①日頃からの情報収集と共有のあり方

検証においては多くの情報収集が求められる。その前提条件となるのは、各関係部署及び関係機関において日頃からなされている情報の集約整理、記録やその保管である。その上で、検証の際にはその情報が重要となることの理解を求め、検証に関する態勢を整えていくことが大切である。

このとき、検証を行う都道府県と市区町村、そして関係機関の相互協力の必要性を明確にし、なぜ検証が必要で、何のために情報を提供するのかをそれぞれが正しく理解しておくことにも留意しておくことが求められる。本調査結果でも、実に幅広く情報収集が行われていることがうかがえたが、それはこのような理解形成が土台になっていることが推測される。

とくに、情報提供を求める際には、個人情報保護の考え方の相違などから足並みが揃いにくい場面もあるかもしれない。もしもそうなのであれば、なおのこと個人情報についての共有を

図ることが可能な要保護児童対策地域協議会の中で検証についての関心も高めておくことが重要になる。

本調査では調査項目として設定しなかった、市区町村における要保護児童対策地域協議会の機能状況と情報収集の円滑さ（市区町村での内部検証の実施含む）について何らかの相関がある可能性に留意し、さらに実態把握を進めていく必要がある。

②母子保健情報の再評価

検証においては関係部署・機関の協力が必要であるが、事例票による調査結果を見ると、行政機関関係部署によって、事例に関与している割合が異なっていることがわかる。

とくに母子保健担当部署での事例発生前の関与の割合はかなり大きいことが注目される。これは母子保健の予防的視点によるポピュレーションアプローチがかなり機能している結果であるとみてもよいだろう。事例発生時においても母子保健担当部署の関与が50%ほどあることを考えると、母子保健担当部署が果たす役割の意義や大きさを測ることができるのではないだろうか。

妊婦健診や乳幼児健診未受診者（児）を作らないという、自治体が日々行っている基本的な取り組みは、検証においても活かされる可能性が大きい。しかし、検証に必要な情報として求めたにもかかわらず、親の育てにくさに「気づく」ための項目（母親の成育歴、成長発達曲線、発育発達の経緯がわかる情報）と、寄り添う支援の状況を知ることができる情報（乳幼児健診後の状況、保健師等と世帯との接触時の状況、家庭訪問をした時の具体的な記録）の情報収集が実際には行われていないことがあった。支援が必要と判断された経緯、その方法を検証するためにはこれらを意識した母子保健活動とその記録の蓄積が重要と思われる。事例発生時の月齢や年齢にもよるが、妊娠期、出生時の記録、健診や訪問での様子がわかるものがどのように検証時に活かされていくのか、検証結果の活用プロセスの中でも伝わるようにして、母子保健

担当部署が乳幼児の死亡事例等につき関心を持つよう呼びかけることも念頭に置いておきたい。

このことは転居事例となっている場合にも気を付けておく必要がある。本調査では転居事例が少なからず検証されていたが、必ずしも転居元の自治体や関係機関に対して情報提供を求めているわけではなかった。転居元自治体で母子保健情報を収集している可能性は高く、検証を目的として母子保健情報の共有が自治体間で行われるための方策について検討していくことが必要であろう。

③警察からの情報収集

警察からの情報は、ほかの機関と比べれば「得にくかった」という回答が比較的多かった。また、「非該当（情報を得られなかった）」としているものも散見された。現在の手引きでも、捜査中の事例、捜査・取り調べで終了した事例については情報開示があまり望めないことが記載されている（p. 113）。

ただし、その一方で、手引きの中で現に捜査当局から情報提供を受けられている例に言及しながら、「不可能だからと言って何もアクションを起こさなければ、このような結果はとてども引き出せない」（p. 114）とし、捜査情報の開示・提供をスムーズに受けられるよう努める意義が述べられている。その点、本調査結果を見ると、警察が検証委員会に陪席していたりするところがあったり、警察も含めて検証の講習会を開催することを提案するような記述も見られることは注目に値する。こうした工夫を盛り込むことは、手引き改訂にあたっても重要なポイントとなる。

④裁判での情報収集

起訴事例は実態として検証対象となることが多いと考えられる。しかし、その情報収集のあり方については自治体によって異なる方法がとられている。現状では、裁判傍聴による情報収集が比較的多く行われているが、裁判傍聴では、事案の概要を正確に把握することは難しい。現在の手引きでも「検証委員会の開催を急がない場合には、判決が確定するのを待つことが望

ましい」（p. 112）とされているところであり、裁判記録を閲覧する意義とあわせて、刑事訴訟法第 53 条で何人も刑事記録の閲覧が原則許可されていることなどについて、あらためて自治体に周知していく必要があるかもしれない（もっとも、裁判の公開になじまず、閲覧制限されている事案の可能性もある）。

その他、判決確定までに相当の時間を要する場合にも検証を待つべきなのか、必ずしも全部の情報が開示されない可能性についてどう考えたらよいかなど、検証事務局として判断に悩む場面がある。そのことも踏まえて、手引きの中の起訴事例についての検証方法について、基本的な考え方を示していくことが求められる。

⑤事例当事者からの情報収集

裁判の傍聴が主流になっている現状からは、刑事事件の当事者（被告人）からの事情聴取による調査が難しい現状を暗に示しているようにも考えられる。本調査結果を見ても、事例当事者に情報収集を求めた検証は例外的といってもよい。

加害者や加害者家族の情報収集の意義や留意点については現在の手引きでも記述されている（p. 29 など）。当事者ヒアリングを行うことが望ましいことは否定しようのないことと思われるが、検証する側としても当事者やその周囲にいる人たちの心の痛みにも十分配慮しなければならず、その実施にあたってきわめて慎重にならざるを得ないものでもある。

とはいえ、捜査情報と同じく、入手可能となる場合もないわけではない。件数は少ないが、実際に事例当事者からのヒアリング等を行った自治体から学びを深める必要がある。

⑥事例担当者からの情報収集

事例担当者ないしその者が所属する機関からの情報収集は、事例票の結果に基づけば、ほとんどの事例において行われている。現在の手引きにも記載の通り、「直接の支援者（機関）から提供される最初の情報提示が適切であり、その量と質が問われる」（p. 35）と考えれば、この傾向は大変望ましいと評価できる。

ただし、実際には、事例担当者が検証の場に出席することが適当かはケースバイケースと思われる。また、事例発生までの経過が長くて担当者が複数にわたったり、さらに人事異動などがあったりするなど、実際にヒアリングまで行うことが難しい事情もあるのかもしれない。とはいえ、事例担当者に知られないまま検証の準備が進んでしまえば、かえって事例担当者を傷つけることにもなりかねない。

こうした情報収集の機微については、現在の手引きでは詳述されていない。本調査においても、他自治体での取り組みを知りたいとの要望は多くみられたところである。事例担当者の批判にならないよう、後付けバイアスの視点を持つことが重要なこと、担当者の傷つきの理解、セルフコンパッションの重要性を責任職が理解し、メンタルケアも同時に行えるとよいことなどについて、手引きの改訂にあたって加筆していくことが求められることになる。

加えて、死亡事例発生後の対応や検証やその他諸々の対応を並行して実施しながら、担当職員やその上司、その他批判を受け止める職員へのケアを行うためには、職場組織全体の協力意識が必要となるはずである。虐待対応に限らず、働きがいのあるよりよい職場環境醸成がベースにあることが大切で、忙しすぎるなどで組織の機能が低下している、職員の不満やストレスが高まっているなど明言しづらい、よくない雰囲気があるなどの事情により職場環境自体が損なわれていたら、死亡事例等が発生した後に組織的に事例担当者のケアをするというのも簡単なことではないはずである。

近年はトラウマインフォームドケアの考え方が広く取り入れられるようになってきている。このような動向も踏まえて、検証におけるトラウマインフォームドケアの適用について考えていく必要があるだろう。

(4) 検証結果の活用

① 報告書の活用方策についての見直し

報告書は、検証結果を具体的に活用していく上で重要なツールとなりうるものである。本調

査では、報告書を作成可能な状態に至った自治体はいずれも報告書を作成しているものと考えられ、全国的に見れば、報告書の本数自体は着実に増えているものと思われる。

しかし、自治体票・設問9において、国や他自治体の検証報告を会議や研修で活用したかについて、「ない」と回答したものが約半数を占めた。また、自自治体で作成した検証報告を会議や研修で活用したかについても、「ない」との回答が半数弱を占めた。

さらに、事例票に基づき、自自治体で検証された結果の共有状況について訊ねた結果を見ると、児童相談所には共有される機会が多いものの、市区町村（母子保健担当部署）の職員が共有先となっていることは30%にも満たないし、要保護児童対策地域協議会に至ってはさらにその割合が小さくなることがわかった。

どの自治体でも、死亡事例等を検証した後、課題の明確化と改善点を周知することは必要と認識しており、おそらく検証結果を伝達するための機会（検証結果から改善すべきと指摘されたことについて伝えること）を設けるところまではできているのではないかと思われる。しかし、実際に子どもと家族の日々の生活に接点を持っている実務家が事例理解を深め、支援力向上のために検証結果を共有し、活用を図るところまで実際にできている例は少ないのではないだろうか。

この点について改善の方策を探るため、まずは何をどこまで報告書に掲載するか、またそれをどういったねらいでどの部署・機関とどのように公表するかについて、検証結果の活用を積極的に図っている自治体からヒアリングをしていく必要がある。とくに小規模な自治体ほど、個人情報保護をめぐるジレンマが大きいと考えられ、今後の研究において十分留意されるべきことと思われる。

なお、現在の手引きにおいては、個人情報保護をめぐるジレンマがあることを認めつつ、「公開のあり方」をあらかじめ決定しておくことを提言するとともに、「内部資料としての活用」も

選択肢に含めている (p. 59)。現在は、検証報告書が広く閲覧できることによってさまざまな研究が進められるようになってきているが、今後は情報にアクセスできる限られた関係者のみが閲覧できる「内部資料としての活用」をさらに具体化し、個人情報保護をめぐるジレンマを軽減していくことがますます重要になるかもしれない。

②事例から学ぶ研修のあり方

検証結果を活用した研修に関する設問においても、事例から学ぶことの重要性が広く認識されていることがうかがえた。たとえば、検証経験者が講師となることが大事とする回答が全体の70%を超え、かつ、死亡事故の詳細を共有することが大事との回答も90%を超えている点から見ると、検証報告書に記載しきれないが伝えるべき要素があり、それを現に検証に関与した者が研修の場に介在して共有を図ることが重要と考えられている可能性が推察される。

その共有にあたっては、特定の部署・機関だけで行うのではなく、立場や役割の異なる人が参加する研修の大切さを重視する回答が全体の80%を超えていることも注目される。そこで意見交換できるような研修を行い、実際にこども虐待事例あるいは虐待に発展するかもしれない要支援事例にかかわる人たちが相互に理解を深めることが重視されている。こうした指向性は、単に個々のかかわり方といった技法的な学びだけではなく、社会的なつながりの中でアセスメントと支援計画の策定を図っていく実践のあり方そのものをブラッシュアップさせていくことへの期待の表れとも考えられる。

なお、検証結果を活用した研修を実施するにあたって、「実際に起こった事例をそのまま用いないこと」に対しては、(設問の内容が適切ではなかったのかもしれないが)あまり重要視されていない。しかし、先ほどの報告書の公表とかかわって述べた通り、重大事態における個人情報保護、また事例担当者のケアの観点から、実際に起こった事例を研修で取り扱うメリット及びデメリットについてはあらためて整理をする必要があるだろう。

(5) そのほか

手引きはある程度活用されているが、検証を行っていないところも多いためか、すべての自治体で活用されるものとして回答されていない。実際に参照している自治体からの要望にも考慮し、手引きの存在が引き継がれていない自治体、検証経験が少ない等の理由で手引きそのものを閲覧する機会が限られている自治体に対し、どのように検証を進めるのかを再周知する必要性が示唆された。

その点、講習会はあった方がよいと評価されていることは、手引きを周知し、またそれにより検証がどのように進むのかを具体的に伝える上で重要である。ただし、コロナ過以降、オンラインによる情報伝達が一般化していることに鑑み、講習会はオンラインを基本とすることが求められる。

2. 検証及び検証結果の活用の現状と課題(専門分野別)

本年度は、研究分担者及び研究協力者が相互に協力し、ひとつの質問紙調査を企画・実施した。ここでは母子保健、児童福祉、そして司法の立場から本調査結果のポイントとなる事項を読み解き、今後の研究課題となることを明らかにする。

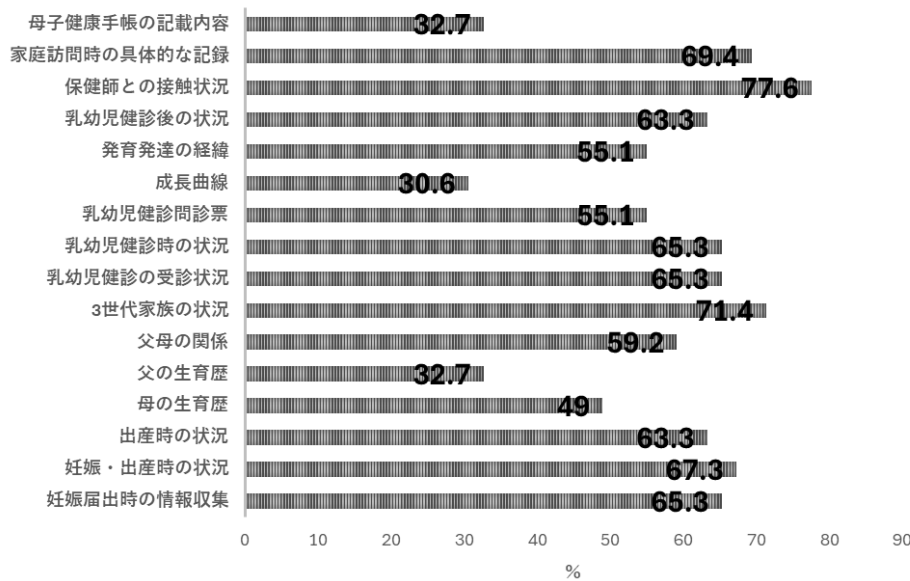
(1) 母子保健の立場から(その1)

①調査結果

事例票の調査結果から2つのことを取り上げる。1つは行政機関、特に母子保健担当部署の関与状況である。母子保健担当部署は事件発生前の関与が7割以上と多く、事件発生時も約5割の関与があったことが示された。

もう1つは、関係機関からの母子保健に関する情報収集の実態である。市区町村からの情報収集として、①妊娠届出時の時期、②妊娠・出産時の状況、③出産時の児の状況、④母親の生育歴、⑤父親の生育歴、⑥父母の関係、⑦3世代家族の状況、⑧乳幼児健診の受診状況、⑨乳幼児健診の状況、⑩乳幼児健診の間診票、⑪成長曲線、⑫発育発達の経過、⑬乳幼児健診後の状況、⑭保健師等との接触時の状況、⑮家庭訪

図1 関係機関から情報を求めたか

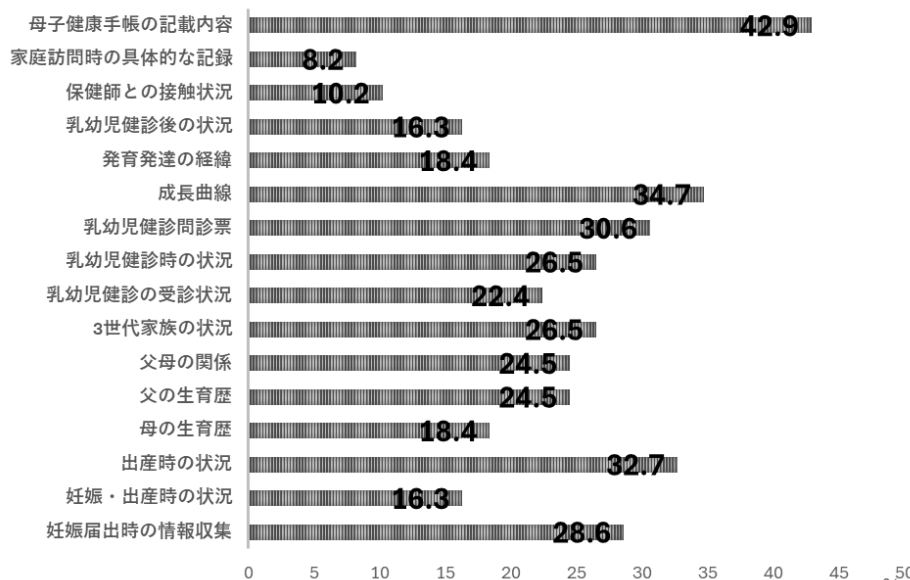


6割以上の項目は、「妊娠・出産時の状況」、「保健師等との接触時の状況」、「家庭訪問した時の具体的な記録」の3項目のみであった。掲載なしが多かった項目は、「母子健康手帳の記載情報」、「成長曲線」、「出産時の児の状況」、「乳幼児健診の問診票」であった(図2)。

②考察

1つめの母子保健担当部署の関与状況について、地域では、母子保健法、児童福祉法等に基づき、妊娠届出時の妊婦全数への面接、出産後の乳児家庭全戸訪問事業、地域内に居住する乳幼児全数を対象にした乳幼児健診等により全数の乳幼児を様々な方法で把握している。そのため、虐待の認識の有無に関わらず関与ありが7割を超えていたと考えられる。一方で、事件発生時の関与が約5割あったということの意味は大きい。この5割は、虐待を疑い、または虐待防止のため、母子保健担当部署として何らかのかかわりをもって

図2 検証報告への掲載なし



問した時の具体的な記録、⑯母子健康手帳の記載情報について、これらを「求めた」か、また得られた情報をどの程度報告書に掲載したかの結果である。情報を「求めた」かについては、16項目中9項目(56.2%)は6割以上が情報を「求めた」とし(図1)、「求めた」結果、9項目とも6割以上が「情報が得られた」としている。

これらの情報を検証報告書に掲載したかについては、「すべて」、「一部」を合わせて掲載したが4割以上は9項目あった。しかし掲載したが

たことが考えられる。このような専門職の関わりの直後にこどもの死亡があることを認識する必要がある。虐待が発生するメカニズムとして、「虐待で子どもが死ぬとき」でレーダー&ダンカン(Reder,P. and Duncan,S.1999)が述べている「ケア葛藤」、「コントロール葛藤」という被虐待歴がある親の特性を理解した支援を理解し、意識することが重要である。これは、今後の本研究報告書に基づく研修プログラム構築のなかで取り上げていきたい内容である。

2つめの関係機関からの情報収集の結果に

についても、今後検討すべき課題が見いだされた。こども家庭庁の「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について」（第20次報告）において0歳児が44.6%、そのうち0か月60.0%であり、死亡を予防していくためには、妊娠期、出産期のかかわり：どのような情報を収集し、情報に基づきどのような支援が展開できるか、を関係機関で共有することが重要である。国の検証報告においては、虐待の発生予防として妊娠期から出産後までの切れ目ない支援体制の整備が繰り返し提言されている。この提言を確実に言い、虐待の発生を予防していくためには、関係機関における妊娠期、出産、育児期における情報の重要性の認識を強く持つことが必要である。調査結果から、妊娠、出産時の情報として16項目のうち9項目は6割以上情報を求めることができていた。多い順では、この時期の保健師との接触状況、3世代家族の状況、家庭訪問時の具体的な記録、妊娠届出時の状況、乳幼児健診の状況などであった。これらはリスクアセスメントとして考えていく必要のある項目であり、当然必要な内容である。しかし、母子健康手帳の記載内容や成長曲線、父親の生育歴については、求めている割合が3割程度にとどまっていた。家族の背景を理解し、家族と援助関係をつくり、社会的孤立を解消したり、生活ストレスの軽減を図るためには、家族のニーズを知ることが必要であり、そのためには、父母の生育歴、成長曲線、成長発達の経過、母子健康手帳の記載内容などの情報を「求める」が必要である。虐待死を予防するための支援方略の構築にむけて、これらの内容の重要性のあらためて認識する必要がある。特に発育曲線や発育発達の経過は、こどもの成長・発達をアセスメントしていくために不可欠なツールであるが、児童福祉と母子保健、事務局等において、これらの情報を十分活用できているとは言えない状況にあることが示された。

また、これらの情報を、検証報告書に掲載したかについて、掲載がされていなかった項目で最も多いのは、母子健康手帳の記載内容、発育

曲線、乳幼児健診等の問診票の状況などであった。検証報告書を活用した研修に取り組んでいくためには、これらの情報の重要性についてさらに理解を深めることが求められている。

（上野昌江）

（3）母子保健の立場から（その2）

①検証事務局体制

検証事務局を設置している34の自治体のうち、専門職配置は限定的で、特に保健・看護職を配置している事務局は5自治体にとどまった。事務局が福祉部局内に設置されていることが多いことも背景にあると想定されるが事務職が多い事務局体制であることが分かった。

検証対象について、既存の「手引き」を参照している自治体が6割強と多かったものの、明らかに虐待死と判断できる事例の検証以外は、候補となっても検証しているわけではなく（29自治体）、その理由の一つに、「検証に堪える情報が収集困難と事務局が判断している」ものが48%であった。その事務局が、情報の時系列整理や事件発生に至る対象家族の背景事情を理解するための情報収集の範囲や内容の判断、報告書作成などについて、各々8割が業務上困難を伴うと実感していた。検証メンバーの決定、検証の実際と報告書作成、ホームページでの公表に至るまでの一連を担う検証事務局が、より効果的に検証を進め、意図を理解して公表するためには、事務局が困難と感じる業務を、保健と福祉の視点が反映される体制で判断できるようにすることで一定程度回避される可能性は高い。検証の事務局を設置することに加えて、人数の確保はもちろん、人員構成についても考慮が必要ではないかと考える。

②検証委員について

事務局の役割（業務）の一つに検証委員の決定がある。いわゆる大学教員など学識経験者が委員になっている自治体は多かったが、その多くが児童福祉分野であり、看護・保健分野の学識経験者は3割に満たなかった。0歳児死亡が4割強、3歳以下で全死亡の4分の3を占める実態である。本調査における回答事例49事例

中、2歳までで26件と半数を超えており、しかも49例中36例は母子保健担当が関与していた。低年齢の乳幼児が犠牲になることは周知であり、低年齢児の場合、母子保健のポピュレーションアプローチが妊娠期から重層的に展開されており、ほぼ全数の状況を把握している。

具体的には、母子健康手帳交付申請や健診、乳児全戸訪問や新生児訪問など全数対象とする公的サービスへのアクセス状況やサービス利用時の詳細はもちろん、公的サービスを利用しない家族の把握、未受診の理由なども重要な情報も把握している。そこから夫婦関係、親の精神状態、仕事や経済状態の変化、夫婦の学歴、家族間の問題、働き方の変化、環境の変化、生活習慣の変化など周産期に虐待または養育困難を予見させる情報を把握している。

特に乳幼児の死亡事例の防げなかった原因と防げた可能性を詳細に分析するためには、妊産婦死亡や新生児/乳幼児死亡の予防、低出生体重児や未熟児への支援、親への支援を意識しながら、前述の情報と結びつけて、こどもの成長発達保障と虐待予防に努めている。

したがって、母子保健情報は、検証に活かされる十分な情報である。

すべての検証対象を検証していない(29自治体)の理由に、検証に堪える情報を収集できないことがあげられていたが、そのすべてを補うことは不可能でも、母子保健を熟知する学識経験者が検証委員にいてことで情報収集の道筋を提案できる可能性があるし、また、検証委員が検証の可否を決める仕組みの自治体もあることから、検証委員の検討には母子保健に精通する者の採用が肝要である。

③検証に必要な情報収集

本調査では、特に虐待リスクのキャッチにもつながる母子保健関連情報の収集状況について問いを立てた。この情報は、いわゆる法的に要請されている一連の事業とその実施結果であり、一次情報としては多分野にも知られているところで、情報提供を求めている割合も高かった。一方で、保健は、各事業の結果情報をもとにそ

の情報を統合して、こどもの成長発達過程の時期別に訪れやすい育児困難や育児負担、その時期に適切な支援の手が差し伸べられない場合にもたらしやすい親の精神的混乱や不調、夫婦関係の歪み(DVなども含む)なども判断したり予測したりしている。把握時期は全員を対象としたポピュレーションアプローチに基づき、個別性はないが、情報を組み合わせて統合させて判断する時期は、対象者の親との未解決な葛藤内容が見え隠れする時期であるなど人によって異なる。生育歴に起因する親のケア葛藤やコントロール葛藤の有無を妊娠期からキャッチしてフォローしている場合もある。児が1歳6か月ごろのイヤイヤ期に合わせて親の原家族との間にある「未解決の葛藤」(「ケア葛藤」や「コントロール葛藤」のいずれかまたは両方)を自覚することもあり、その時期から濃厚にフォローが始まる場合もある。こどもと一緒に生活になり経験する社会的なストレスに押しつぶされそうになり、育児困難や虐待リスクが高まることも理解して、慎重に重層的なポピュレーションアプローチを駆使している。それらについては、他分野から情報を求められたときに、あるいは健診受診の有無やその結果を求められた時も、その結果のみを伝えるのではなく、主体的かつ積極的に把握した事実に基づき、保健師が知り得た情報を統合した見立てとその後のフォロー状況なども伝えて、母子保健情報が福祉的見立てに活かされるよう関心を持つ姿勢が問われている。既存の「手引き」の改定には、母子保健情報から得られる予防的見立てについても整理して伝えることの重要性を記す必要がある。

検証に耐える情報が不十分であることから状況の詳細がわからない、あるいは関与していた機関がないことを理由に、検証は不可能と判断する自治体があった。事案発覚後の後付け情報からも検証を行い、どの機関が、或いは誰が主たる支援者になり得たのか、どのように関与の糸口を探り当てられたのかを考えることも次の事例にとっては重要な学びとなる。すでに先行して関与機関がない事案も検証している自治

体も参照しながら、「手引き」には、その重要性も加えていくことで、より深い実践の学びに繋がるのではないかと考える

④ 検証結果の活用

検証目的を達成させるために、検証の報告書作成と報告書の公表が重要になる。しかし、国や他の基礎自治体の検証結果や自組織の検証結果については、自治体によって差があった。検証結果の共有とプライバシーの保護などとの兼ね合いについて、「手引き」等でより丁寧な記載が求められる。

研修や会議の場での共有の機会に福祉分野を中心に保健分野も参加はしていたが、多いとは言えない状況であった。最悪の事態を繰り返さないために死亡事例からのメッセージを受け取り、万全を期すための学びを活かすのは、児童相談所や児童福祉分野に限定されるものではなくより広範囲に示される必要がある。特に、自組織または自分が所属する都道府県の報告書を活用した共有については、事例を担当した当事者への配慮や事例に対するプライバシー配慮が壁になることも想定されていることから、あらためて、事例担当者への支援も共有することの意義と並行して考えていく必要がある。

(中板育美)

(3) 児童福祉の立場から(その1)

本研究での自治体調査からは、重大事例検証の定着とともに、報告書の活用が進まないことなど、従来から指摘されてきた課題を改めて確認することができた。今回の調査を踏まえ、以下の点で今後に向けた検討を行う必要があると考える。

○自治体による相違：検証事例が多い自治体と少ない自治体では、検証の進め方や検証体制に相違が生じていると思われる。検証事例が毎年複数に及ぶ自治体では、全件を検証することが実務的に困難である。そのためピックアップした事例での検証となるが、その際には行政機関が関与した事例に限定される傾向がある。一方で、検証事例が単数または数年に1回といった自治体では、全件の検証をしやすい反面、検証

に慣れないためにその都度検証の進め方や体制構築に混乱が生じる可能性がある。事務局体制など検証体制の充実とともに、検証の手引きが使いやすいものとして用意されていることが求められるだろう。

○検証対象事例について：今回調査において疑義事例を検証対象として挙げた自治体は約3割という結果であった。虐待によるかどうかが不明な事例であってもこどもに重大な事態が生じたことは事実であり、そこには何らかの養育上の課題があるはずである。その点を解明することで、これからの虐待予防に活かせる情報が得られると思われる。したがって検証対象を幅広くとらえる必要があると考える。先述のように毎年検証事例数が複数に及ぶ自治体では検証対象が限定されざるを得ないのが現実であるが、その場合もピックアップ事例の中に疑義事例を含めることも考えられる。なお、公判が行われる事例の取り扱いであるが、公判結果を待って検証を行うと、事例発生からの時間が経過してしまうこととなる。いったん公判前に検証報告書をまとめざるを得ない場合があるが、公判後にあらためて検証内容について照らし合わせを行うことが求められると考える。

○家族歴情報の収集：重大事例検証では、重大事態が発生する直前の行政機関対応に焦点が当てられることが一般的である。しかし、そうした事態に至るまでの養育環境やそれを生じさせた家族歴が詳しく把握できなければ、重大事態に至る過程から予防に活かす情報を得ることはできない。このような情報を得るために、保護者の生育歴や養育状況の経過をたどっていくことが必要となる。そうした視点で今回調査結果を見ると、転居による転入前の自治体における養育状況について情報収集が十分行われていなかったり、市区町村が主体となった検証が行われていなかったりしている。縦の時間軸での情報を幅広く収集すること、またその情報は市区町村が有している場合が多いため、市区町村が検証に主体的に参加できるように働きかけることが求められると考える。ここで従来から指摘

されてきた情報収集の壁が課題となる。重大事態に至る前に子どもを守るという認識を関係機関と共有して事例検証への協力を得られるように、関係機関への働きかけの論拠を手引きに示すことが必要であろう。また、情報収集においてはヒアリングによる方法が豊かな情報を得る上で有効だが、参加への理解や事前準備、あるいは検証委員との日程合わせなどの実務的な課題も存する。この点でも事務局体制の充実が前提として求められるだろう。

○検証結果の活用について：今回調査結果からは検証結果の自治体における活用が活発であるとは言えない。検証事例を基に、関係機関合同によるグループワーク演習を行うなどによって、支援のあり方を考え合えるような研修を実施することが理想的であると言える。しかし、直接担当者への配慮など、自治体内での研修に活用することには抵抗がある場合も考えられる。そこで他の自治体の事例を基に研修を行うなどの工夫が求められる。また、検証報告書の公表は家族やきょうだいへの配慮等から難しい場合でも、自治体職員内部の研修であればある程度の情報を共有して検討する機会を設けることは可能であろう。公表版と詳細版を分けることも考えられる。検証報告書は出して終わりではなく、活用されることに意味があり、活用のための工夫を持ち寄って手引きに示していくことが今後は必要であると考えます。（川松亮）

（５）児童福祉の立場から（その２）

①「検証体制（事務局体制や検証委員会）」について

大都市圏においては、毎年重大事例（死亡例を含む）が発生し、各分野の専門家・専門職を委員とした常設の検証委員会が設置され、検証している。しかしながら、地方自治体の中には、子ども虐待に関する専門家・専門職（特に児童精神科、司法関係者）の人材が不足しており、検証する上で課題となっている。また、毎年検証事例が発生しないこともあり、常設の委員会を設置していない自治体もある。そのため、発生した時に臨時的に委員会を設置し、委員が選

定され検証されている。そのため、検証に必要な知識や視点の積み上げが十分になされていないことがある。このようなことから、常設の委員会設置及び委員を選定し、検証事例が発生しない年度においては、自治体の虐待対応における現状報告や他の自治体で発生し、検証した報告書などを参考に、研修会など開催することが求められる。

②「検証に必要な情報収集ができない」について

検証する上で、基本的な情報は事務局において収集することが求められ、その上で、各自治体の事例において必要と思われる情報については委員である専門家・専門職の視点から、調査項目を上げ、資料収集を行うことが求められる。このようなことから、まず事務局において、先進自治体への取り組み（情報収集や委員会の進め方など）に関するヒアリング調査など実施し、事務局として取り組むべき事項や内容を学ぶことが必要である。また、関係機関（個人も含む）への情報収集においては、個人の責任追及ではなく再発防止の観点からであることを周知徹底することと合わせて、当事者である職員への心理的な負担については十分に配慮することも、改めて求められる。

また、検証におけるヒアリングでは、関係者が一堂に集まり検証する場合と個別に行う場合があるが、自治体の地域性・文化性や事例の特性によって、メリット、デメリットを検討した上で、実施することが求められる。

③「検証結果の具体的な共有（研修等）が進まないこと」について

検証報告書の大きな目的は再発防止である。このことを踏まえると、検証時にヒアリング対象となった機関において、研修の一つとして検証委員会から検証のフィードバック（振り返り）をする機会を設けることが、報告書が有効に活用され、また当事者の納得が得られるものと思われる。（大竹智）

（５）司法の立場から

①調査結果

今回の調査結果から見えてきたことを暫定的に成立すると、概ね次のとおりである。

まず、事務局体制について、常設しているのは7割に上るが、体制としては2名～4名程度であり、多くは一般行政職で、福祉職（保育士を含む）の参加は少ない。そのなかで、特に情報収集、資料や報告書の作成に困り感が強い。背景には、7割近くにおいて事務局が報告書原案を作成していることがあるようである。

検証委員については、福祉分野の研究者、医師、弁護士が参加している例は多いが、その他の専門職は少ない。検証会議の回数は4～6回程度で、7割くらいの自治体では2年以内に終了している。

情報収集に関しては、福祉、教育、医療関係からは比較的得やすいが、警察からは得にくいようである。収集する情報としては、父母の生育歴を求める例はそれほど多くなく、成長曲線や母子手帳記載情報なども求めないところが多いようである。裁判情報は、傍聴や記録の閲覧等をしていることが多い。国からの通知等でも注意喚起されている転居ケースにおいて、転居前の情報を求めたケースは半数未満であった。

検証結果の活用に関しては、検証結果を共有する会議等の開催がないところが多い。また、事例担当者への心理的ケアについては、全体的に意識が薄いように思われる。

②考察

事案の分析にはなるべく詳細な事実が必要であると思われる。また、抽象的な結論だけが記載されている報告書では、研修等に使用しても、自分自身が問題に直面する具体的イメージがわからず、実務で活かされにくい。一方、詳細な情報を記載するとプライバシーとの兼ね合いが問題になる。死亡した児童についてはともかく、父母、さらにはきょうだいや親族、周囲の関係者等のプライバシーには配慮せざるを得ない。

具体性の確保とプライバシーの保護とのバランスを図るため、いくつか工夫の余地があり得る。ひとつは、第一次的な事案の検証には、なるべく詳細な事実を調べ上げ、守秘義務を負

う公務員と専門職がクローズドの会議で検討する。報告書には、検証結果を裏付けるために必要な範囲で事実関係を掲載する。この報告書は関係行政機関内でのみ保存し、原則として研修等には使用しない。

一方、研修教材としては、国またはその委託を受けた専門機関が、報告書に基づきつつ、固有名詞はもちろん、地域を特定できる情報をデフォルトとして、記載する。プライバシーの観点から公表に耐えうる内容とするが（また、実際のケースをモデルにしてはいるが、実際のケースとは異なる旨も付記）、万人が容易に閲覧できるようなかたちにはしない（特定の機関がパスワードで保護されたサイトに掲載するなど）。このようなあり方も考えられるのではないだろうか。

なお、事例担当者など当該事例に関わった援助者たちへの心理的ケアについては、より注意を向けられるべきであろう。（磯谷文明）

3. 総合考察

（1）検証の目的再考

本研究では、検証及び検証結果の活用の双方につき、都道府県・指定都市・児童相談所設置自治体を対象とする質問紙調査を実施し、その実態を把握するものであった。検証にあたっては、検証のための情報収集の難しさ、検証の実施体制の脆弱さなどの複数の要因が考えられる。すなわち、複数要因の相互作用の中で検証が進まない実態が生み出されているのであり、その解消には多角的なアプローチが求められる。手引き改訂に象徴される検証方法の見直しだけではなく、検証制度に関係する法制度改革が進められることが期待されるものであり、その道程は決して平坦なものでない。

そもそも検証は、こどもの生命等が奪われるという事態に契機をもつものであるため、名実ともに事例にかかわったどこか／誰かを責めるようなことが起きなくとも、どうしてもどこか／誰かに自責感を生じさせてしまいやすい。すなわち、もしも自分が何か違うことができたなら、あるいは関係機関が違うことをしてくれていた

ら、このようなことは起きなかったのではないかという情動（ストレス反応）と強く結びつきやすい。いわば過去への囚われを必然的に伴うものであり、それを乗り越えて再発防止へと歩みを進めることは頭で考えるほど簡単なものではない。

そうした事例担当機関・者が乗り越えるために必要な時間的猶予とは関係なく開始される検証は、必ずしも歓迎されるものとはいえない。だからこそ、利害関係のない外部委員が集められ、そこで専門的な立場から事例と向き合い直し、虐待事例の支援で何が起こりうるのか、どうすれば望ましい支援に近づけるのかを議論する意義があるのだが、そこで明らかにされたことを受容していくだけの態勢になれば、検証の意義は小さなものとなってしまふ。そうになると、支援者・機関自身が成長をしていく契機にはなりにくいものとなってしまふ。

この他にもさまざまな理由があげられようが、検証を要するような事例に対して死亡事例等の再発防止を担う支援者・機関の間で自己効力感が高まっていく方向性が見いだせなければ、検証は「起こってしまったことの後始末」的な心証が強くなり、何かに生かされるものとして認知されにくくなる。そうして検証の目的があいまいになる。

本研究班では、検証が期待するほど行われないうのは、本調査結果でも把握できたように決して単一の理由によるものではないという前提に立ちつつも、こうした検証を積極的に行おうとする機運のようなものと関連しているのではないかと考えた。「検証を行うことが支援の役に立つ」というプラグマティックな認識を形成することが、検証をさらに広く行うことにつながるのではないかということである。

このような仮説を立てて考えてみると、日々支援を行っている人たちが自らふりかえりを行う機会となりうる、内部検証及び検証結果の活用があまり行われていないことが注目される。

現状では、内部検証、検証結果の活用いずれについても行っているとの回答は限定的で、検

証組織から求められた情報を提供するという形の「協力」、そして検証結果の「伝達」を行っているに過ぎないのが、少なくない自治体にとっての現状である。また、内部検証や検証結果の活用を行うにあたっては、事例当事者はもちろん、事例担当者に及ぼす影響などを勘案しなければならないことから、検証結果だけが報告書等の形でまとめられ、事例や支援経過を含めた詳細な情報を伴った共有は必ずしも行われるわけではない。さらには、実際に検証された結果が、児童相談所や市区町村の虐待対応部署に限られる傾向があり、事例に難からの形で関与している可能性が高い母子保健担当部署や要保護児童対策地域協議会にフィードバックされていないことも珍しくない。

こうした検証のあり方が恒常化してくると、検証が何のために、そして誰のために行われているのか、検証に直接関与しない支援者にとっては意義が実感しにくくなる恐れがある。質問紙調査ではあまり明示的には出てこない、こうした潜在的なプロセスが、実は自治体内部で進行している可能性がある。

もっともこれは本調査結果から明らかになったことを手掛かりとした仮説にすぎない。ただ、内部検証や検証結果の活用という支援者自身が参加するインターフェイスに焦点を当て、そこに影響力を及ぼしうるような検証のあり方を検討していくことは一考に値するのではなかろうか。そこで検証が支援者にとって役立つものであるという実感が得られるようになれば、検証の目的意識に変化がみられるようになるかもしれない。

（２）事例情報の価値再考

検証目的を支援者の専門性向上と結びつけることは、実は、本研究において重視した積極的な情報収集とも深く関連していると考えている。

死亡事例等の検証を梃子に施策・制度・実践改革に臨んだ例として英国があることはよく知られているが、その過程にはレイダーらの手による一連の研究が影響している（Reder,P. and

Duncan,S.1999 ; Reder,P., Duncan,S, and Gray, M.1993)。

レイダーらが虐待死事例を対象とした研究プロジェクトに着手したきっかけは、1980年代までに英国で行われてきた事例調査をふりかえったときに、「誰に責任があるか」「その責任をどの程度問うべきか」に関心が集まりすぎて、実践上の問題点が十分に明らかにされていなかったことにある。そこで、1973～1989年までに出された死亡事例等の公式調査報告書のうち35事例を検討して、その成果を“Beyond Blame”とのタイトルで研究報告をとりまとめるに至った。

本研究として注目するのは、この研究プロジェクトが目的通りに実践的な教訓を導き出した理由である。“Beyond Blame”は、対応上のミス等があったことを指摘するだけ——言い換えると、どの支援者や支援機関に死亡事例等を惹起させた責任があるのかを問うだけ——の批判めいた調査報告から距離をとるため、事例に立ち返り、最終的に子どもを死亡等に至らした事例において何が起きたのか、なぜそれが起きたのかを丁寧に分析したものである。このようなプロジェクトが成立したのは、元になる公式調査報告書の中に事例そのものについて再検証が可能になるだけの情報が含まれていたということである。その情報から、家族や専門家ネットワークの中で発生した感情的な何かがワーカーの客観性を阻害した可能性を吟味し得たのである。

死亡事例等に向き合うことは、検証を行う者にとっても感情的に揺さぶられる体験である。だからこそ、事例にかかわった誰かを非難をしたくなる気持ちを統制し、しかし支援者が事例に対して責任を持つべきとの考えを保持しつつ、何が起こったのか、何が起こるべきだったのかを探究することが求められる。そこでは事例を体系的に分析する方法が必要であり、その方法を適用するためには、事例に関する情報がどうしても不可欠である。支援者が見ていた風景をふたたび検証という場で歩きなおし、そのとき

に見落としていたものを見出し、それを知見としてまとめていくためには、かかわったすべての機関が見ていたものをもう一度見直すことが求められる。できることなら、保護者自身がどういう人生を歩んできたのか、子どもがいつどのような状況で生を受け、あるいは死亡し、またはさまざまなトラウマ体験が生じたのかをたどり、それが家族にどのようなインパクトをもたらしたかを見直すことである。そうすることで、レイダーらがケア葛藤、コントロール葛藤を抱えた親を捉え、それが専門家との関係形成にも影響を及ぼしていることを具体的に示すことができたのであることは、あらためて認識し直す必要がある。

そう考えると、すでにここまで述べてきたように、事例に関与した行政機関だけでなく、家族の成り立ちが捉えられるよう、実にさまざまな情報をつなぎあわせること、その過程では転居元からの情報提供も求めていくことを検討しなければならない。子ども虐待防止を担当する都道府県及び市区町村の関係部署が関係機関とともに手を取り合うようになるとき、検証における「子どもまんなか」が初めて実質化されていく。そう考えると、実際に多機関連携のもとで事例と向き合う場である、要保護児童対策地域協議会の機能状況が検証のやりやすさと大きく関与してくる可能性も考慮に入れなければならないだろう。

(3) 検証活性化に向けた論点

ここでは、支援者の成長につながるよう、検証結果の活用がよりよく図られるようになることを検証の目的に位置づけ、そのために事例性がよく把握できる報告書を作成することが重要であることを論じてきた。このため、今後は検証結果の活用をよく図っている自治体、検証の過程で情報収集を広く行っている自治体の経験から学び、それを手引き改訂に反映していくことが研究課題となる。

しかし、これまでも述べてきた通り、自治体がこのような検証を必ずしもできていないのは、構造的な問題もある。検証のあり方や方法

について提言を行っても、それを実施する環境が整わなければ、検証がさらに行われるようにはならない。本年度研究の成果の最後として、今後、研究成果を具体的に形にしていく際に十分に考慮すべき事項をあげておく。

①論点1 検証事務局の現状をどう捉えるか

検証は事務局において多くの業務を担うことで進行している。しかし、検証事務局はそのほかのこども虐待防止にかかわる業務などと兼務していることが一般的であり、検証業務に専従する職員が配置されているわけではない。しかも、その人数は、自治体による違いがあるとはいえ、若干名であることが一般的である。その人員配置体制は、約10年前の調査結果（奥山2016）を見ても、大きく変わったわけではない。

しかも、本調査で明らかにしたように、検証事務局に配属される職員は、いわゆる専門職とは限らない。ところが、検証を行うためには保健・福祉・医療・司法等々の学際的なアプローチが求められる。専門家同士がひとつの事例をめぐって議論するときに現れる用語や考え方になじみがなければ、検証事務局として何が進行しているのか正確に把握することは困難だろう。しかも都道府県だけでなく市町村の各部署及び要保護児童対策地域協議会で何が進行しているのか、関係機関にはどのようなところがあって、それぞれこども虐待防止にあたってどのような役割を果たしているのかなど、虐待防止の全体像を把握していなければ、どこからどのような情報を収集すればいいのか、そのうちどの情報を検証委員会の資料に組み込めばいいのかも見通しが効きにくいはずである。

しかも、死亡事例等が毎年のように発生するところでは、1年間にわたってどのような業務が発生するか予見し、その引継などをしながら人事異動にも対応できるが、散発的にしか発生しないところでは、その都度、検証事務局経験のない職員が日々の業務に追加して検証にかかる業務を請け負わなければならなくなる。その負担感はさらに大きなものとなる。

このような実情がある中で、さらに検証を行

うことを推奨しても、検証対象事例を絞り込むことを行わざるをえない。また、国や他自治体で検証報告書がまとめられたとしても、それをどのように活用すればいいのかを主体的に検討することはできないこともあり得るだろう。本研究班の成果が生かされていくためには、現実的な条件を加味しなければならないが、そのときに現在の検証事務局の機能状況を十分に踏まえることが求められる。

②論点2 検証委員会の現状をどう捉えるか

検証事務局の体制整備が簡単ではなかったら、検証委員が検証のための情報収集やその整理、報告書作成・公表に至るまでの一連のプロセスを担うことも考えられなくはない。実際、いじめ重大事案の報告書でも弁護士が専門的立場からとりまとめを行っているとの話はしばしば耳にするところである。

しかし、検証委員の確保は、ほかの事務局業務に比して困難度が低いものとはいえ、すべての自治体で困難ではないと認識されているのではない。もしも検証にかかる多くの業務を引き受けられる委員しか現実的に委嘱ができないとなれば、この困難度はさらに高まることが予想される。

さらに、実際に検証委員として委嘱されている者は、検証に必要なあらゆる専門分野を代表しているわけではなく、大学の教育研究者（とくに児童福祉分野）、医師（小児科医ないし精神科医）、弁護士という3職種に限られている。保健や教育などの分野からの確に情報を収集し、その分析を行うことができるかといえ、少なくとも本調査結果からは可能とは言い難い。まずは、事例性に即して検証委員の専門分野のバランスがとれているかを十分に検討する必要があるだろう。

③論点3 情報収集に実行可能性はあるか

検証事務局及び検証会議の体制にかかる現実的な制約を勘案しつつ、事例性に即した情報収集ができるのかについても考えなければならない。情報収集をどのくらいの範囲で行うのか、またどのような方法で行うのかを巡って、理想

と現実にギャップが生じうるからである。

仮に本来は各支援機関等に出向いて記録を閲覧し、当時の担当者やその上司から話を聴くのが理想だとしても、それを検証事例にかかわった機関すべてに対してできる体制にあるとはいえない。検証事例ごとに必要となる検証事務局職員と検証委員を見立てて確保し、検証に必要な業務を共同で担っていきけるとの前提条件がなければ、理想的な情報収集は実行可能なものとして受け止められないだろう。

また、検証する側の体制が仮に組めたとして、情報を求められる側の体制が整えないことも勘案しなければならない。たとえば、個人情報の収集期間は自治体ごとに異なっており、その期間を超えた情報は自ずと収集ができなくなる。あるいは、実際に子どもと家族に接点を持っていた時期と検証を開始する時期が離れていればいるほど、実際にかかわりを持った担当者が退職等により連絡がとりにくい状態になっていたり、記憶があいまいになっていたりすることは十分にあり得る。そもそも検証という公益性のある活動のためとはいえ、個人情報の求めに応諾することが適当かを判断するのか、各自治体や各機関であり、そのことに関するコンセンサスが全国同じように図れるのか、現時点ではその可能性を推し量ることも難しい。

現に、検証を行う際はこのようなことから構成される情報収集の壁に直面していると思われ、この壁の乗り越え方が具体的に示されるかどうか、本来あるべき情報収集を可能にするかどうかの分岐点となってくる。

④論点4 情報共有に実行可能性はあるか

情報収集とも深く関連することであるが、検証のための収集した情報をどこまで詳しく共有するかについて、コンセンサスが図られているわけではない。

検証結果を広く会議や研修の機会を利用して関係者と共有するには、基本的に報告書が必要であり、その作成は広く行われている。その報告書を誰に対して公表するのかにも拠るが、検証を行った都道府県等の関係者に広く事例の

詳細を共有することは、果たして個人情報保護の観点から認められるのであろうか。また、資料で分厚い報告書となったときに、それを限られた時間で共有するための方策が練られているのだろうか。前者については法的な観点から標準となる考え方について示しておく必要がある。後者については会議や研修で活用するための有効な方法がセットで提示されなければ、おそらく事例をたどり直しながら学びを深めるワークは進まないであろう。

さらに、自自治体で発生した事例の検証結果を共有すると、その事例を担当した者や機関が会議・研修等に出席することが考えられる。検証が責任追及のために行われるものではないとはいえ、実際に事例担当者等へのケアの観点から、研修等で検証結果を素材として使うことを控える例もある。事例担当者等へのケア自体は必要なことであるが、その考え方や対応方法についての標準化を並行して進めない限り、検証結果の活用には制約がかかり続けるであろう。

こうした議論を行いながら、検証結果を広く共有することを行い、検証が支援者にとって役立つものだという方策を実質化することが欠かせない。要支援事例などから死亡等の重大な結果が生じることもあることを考えれば、母子保健担当部署や虐待対応を除く児童福祉担当部署、あるいは要保護児童対策地域協議会で検証結果を詳細に共有し、死亡事例等の発生可能性を早期に予見し、対応を講じることも重要である。とくに近年は虐待の予防をいかに市町村で展開するかに関心がもたれるようになってきているところであり、検証結果の活用を虐待の未然防止と結び付けていくことを意識的に取り組んでいくことが必要ではないだろうか。

⑤論点5 検証実施率の指標化をどう考えるか

ここまで述べてきたように、検証事務局及び検証委員会の現実的条件を視野に入れながら、理想と考えられる情報収集・共有の促進が図られていく上での壁をどう乗り越えるかが論点となることを示してきた。ただし、この議論は「検

証がより広く行われることが望ましい」との前提に立ったものである。

ところが、そもそも検証の活性化を何で測るのかについてコンセンサスが図られているわけではない。検証すべき事例とそうではない事例があるとしたら、その見極めが必要になる。現在はその見極めの基準が、情報があるか、関係機関の関与があったかに依拠しがちであるが、情報収集の望ましさの観点からいえば、それはあまり適当とは言えない。

とはいえ、検証対象と考えられる事例が多くなればなるほど、実際には検証率は低下していくのが現実であり、実際には優先順位をつけて検証対象の絞り込みを行わなければならない自治体もある。このような現状があることに鑑みず、「全事例検証すべき」で議論を進めてしまえば、検証とその結果を受けた施策見直しに迫われ、支援者へのフィードバックという重要課題への取り組みがおろそかになることも懸念される。そうなると、検証は行われても、その結果の活用まで手が回らないということにもつながりかねない。

現在の検証実施率を十分ということはできないが、もしも検証実施率を指標とするなら、検証目的に鑑み、検証をすべき事例を明確化することが欠かせないといえないだろうか。

(澁谷昌史)

E. 結論

本調査では、検証のための情報収集が進まないと検証が行われにくくなる実態があらためて確認される一方で、実際に事例票で回答のあった検証例を見ると、事例発生前・時において行政機関による関与があった事例ばかりではないことが注目された。情報がない中でも検証を行っている自治体の経験から学び、それを拡張していける可能性は十分にある。

そして、事例性がよく把握された検証は、検証結果を活用した会議・研修の効果的な実施にもつながりやすく、虐待予防・対応に係る職種の実践力形成にも結びつく可能性が高い。

このように「現場の実践力形成」を出発点として検証制度を位置づけ直す試みは有用であると思われ、その意味で、検証結果を活用した研修のあり方と密接に関連付けて手引き改訂を進める意義は大きい。

ただし、これを実行していくためには複数の論点につきさらに具体的な議論を深めていくことが必要である。次年度以降、本研究班で望ましいと考える情報収集あるいは検証結果の活用を行った自治体へのヒアリングを行い、実行性の高い検証及び検証結果の活用が可能となる具体的な要件を明確にすることが必要である。

(文献)

- ・ こども家庭審議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2024)「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第20次報告)」。
- ・ こども家庭審議会児童虐待防止対策部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2023)「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第19次報告)」。
- ・ 増沢高(研究代表者)(2024)令和5年度こども家庭科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「地方公共団体の児童虐待死事例の検証結果における再発防止策等の検討のための研究(課題番号:23DA1501)」。
- ・ 奥山眞紀子(研究代表者)(2018)平成29年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」。
- ・ 奥山眞紀子(研究代表者)(2016)平成27年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究」。
- ・ PwC コンサルティング合同会社(2021)令和2年度「子ども虐待による死亡事例検証結

果を用いた研修に関する調査研究」.

- Reder,P. and Duncan,S.(1999)Lost Innocents: A Follow-Up Study of Fatal Child Abuse, Routledge. (=2005,小林美智子・西澤哲監訳『子どもが虐待で死ぬとき 虐待死亡事例の分析』明石書店.)
- Reder,P., Duncan,S, and Gray, M.(1993)Beyond Blame, Routledge.
- 有限責任監査法人トーマツ(2024)令和5年度子ども子育て支援等推進調査研究事業「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係る情報収集に関する調査研究」.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし