

## 4. 検証に関する調査結果

### (1) 地方公共団体の第三者検証の実施状況

平成19年の児童虐待防止法の改正により、重大な子ども虐待事例に対する調査研究及び検証が、国及び地方公共団体責務として規定され、平成20年4月から施行された。

第6次報告で対象とした事例について、地方公共団体が検証を実施・公表し、厚生労働省に報告があったものを調査した。

第6次報告で対象とした心中以外の事例では、第三者で構成される委員会等による検証の実施率は28.1%であった。

また、主な関係機関の関与があった事例の検証の実施率については、児童相談所の関与事例が85.7%、市町村（児童福祉主管部局）の関与事例が100%であった。

第6次報告で対象とした事例（心中以外）の第三者検証の実施状況

	実施件数 (実施中を含む)	母数	実施率
全体の実施数	18	64	28.1%
児童相談所の関与事例	6	7	85.7%
市町村(児童福祉担当部局)の関与事例	3	3	100.0%

### (2) 現地ヒアリングを通じた地方公共団体の検証に対する検証

地方公共団体における重大事例の検証については、平成19年の児童虐待防止法の改正において、「国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う」（児童虐待防止法第4条第5項）こととされたことにより、平成20年4月1日から該当する地方公共団体において実施されることとなった。

前回の第5次報告を取りまとめる際、児童虐待防止法の改正法施行前の事例であったが、地方公共団体の検証方法等について実地調査を行い、厚生労働省が本委員会の提言を基に通知した「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」（平成20年3月14日雇児総発第0314002号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知。以下「検証通知」という。）に沿った方法で行われているのかどうか等について確認を行い、改善すべき点などを取りまとめた。

さらに、今回の第6次報告を取りまとめるに当たっては、事例調査とと

もに検証方法や検証内容についてもヒアリングを行った上で、次のように留意すべきポイントを取りまとめた。

検証することとなった地方公共団体においては是非参考にさせていただきたい。

#### 1) 検証に関する基本的な考え方

第5次報告においても、「地方公共団体の事務局及び検証を担う委員に対して、検証を行うに当たっては、死亡事例から謙虚に学ぶという姿勢で臨み、検証が『亡くなった子どもの視点に立って、今後同様の悲惨な事例の発生を防止するため、必要な改善に繋げる』ものである」ことを強く指摘したところであるが、今回の検証においても同様の問題を指摘する。

#### 2) 委員構成

第5次報告においても、「的確な検証を行うための委員構成となっていない」ことを指摘しているが、今回の検証においても、亡くなった子どもの年齢にかかわりのある母子保健分野の委員が任命されていないなどの偏りがある組織で検証が行われており、同様の問題を指摘する。

#### 3) 検証組織の運営及び検証の実施

第5次報告においても、「検証が事務局主導となっている」、「委員による実地のヒアリング（現地調査）が実施されていない」ことを指摘しているが、今回の検証においては、このことに加え、「委員が主体となって『問題・課題の抽出』が行えていない」、「会議開催回数も少なく、検証を深める議論がなされていない」点を指摘する。

また、起訴された事件については、裁判を傍聴することで検証委員会や事務局で掴んでいない事実等が把握できる場合もあることに留意すべきである。




#### 4) 報告書及び提言

第5次報告においても、「事実の把握、発生原因の分析等が不十分であり、再発防止のための提言について、具体的な対策の提言となっていない。」ことを指摘しているが、今回の検証においても「『問題・課題の抽出』が不十分なために、具体的な提言につながっていない。」、また、「国への要望がまとめられているが、事件経過から要望事項に帰納する論理が曖昧で、立証性に乏しい内容となっている。」ことを指摘す

る。

これらのことに加え、「取りまとめられた提言が、どの程度実現したのかを確認することも検証組織の役割であることから進捗状況を定期的に確認することを明言することも必要である。」ことも指摘する。

## 5) 検証の流れに沿った指摘事項

検証の進め方の例（一般例）		指摘された検証の問題点
		<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 検証組織が、要保護児童対策地域協議会の下に置かれており、客観的な検証が確保できていないのではないか。</li> <li>◎ 産まれたばかりの子が亡くなった事件であるが、委員に母子保健関係者が参加していない。</li> </ul>
事前準備 	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 関係機関から事例に関する情報収集、概要資料作成</li> <li>● 現行の児童相談体制等検証に必要な関係資料作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 検証するだけの情報が集められていない。検証委員からも必要な情報を集める指示を出すべき。</li> <li>◎ 離婚後、時間の経過とともに追い詰められた可能性の事件について、市内の子育て支援制度についての資料を活用していない。</li> </ul>
会議初回 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検証の目的の確認</li> <li>○ 検証の方法、ヒアリング先の検討、スケジュールの確認</li> <li>○ 事例の概要把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 検証の目的を強く意識して検証を行うことが必要。</li> </ul>
会議複数開催 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 児童相談所、市町村その他の関係機関や関係者からのヒアリング</li> <li>○ 現地調査（ヒアリングを現地で行う場合を含む）</li> <li>● ヒアリング結果資料作成（事例の概要を詳細化）</li> <li>○ 問題点・課題の抽出</li> <li>○ 問題点・課題に対する提言の検討</li> <li>● 報告書素案作成</li> <li>○ 報告書素案検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 検証期間や回数が、① 2か月（4回の会議と2回のヒアリング）、② 2回だけの開催、③ 1回だけの開催、などと少なく、いずれの検証も議論が尽されたとは思えない。</li> <li>◎ 検証委員からも必要な情報を集める指示を出すべき。</li> <li>◎ 児童相談所が長期にわたって関わりをもったケースであり、家庭復帰の判断、再度の一時保護の判断等の問題に焦点を当て、記録、資料の分析を行うべき。</li> <li>◎ 現地調査が行われていない。</li> <li>◎ 転居事例の検証においては、転居前の情報が必要な場合に、転居前の自治体のヒアリングを検証委員会として行うことが必要。</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 起訴された事件では、裁判を傍聴して事実を確認することも必要。</li> <li>◎ 保護者や親族が、児童相談所の対応に関して抗議行動を激化させていたが、このことが及ぼした影響分析と提言がなされていない。</li> <li>◎ 残されたきょうだいへの対応は、迅速に行われなければならないが、対応がなされなかったことについて検証をしていない。</li> </ul>
<p>会議最終回</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	○報告書とりまとめ	◎ いずれの検証も会議開催回数が少なく、報告の取りまとめが事務局主導になり過ぎている。
報告書とりまとめ後	<ul style="list-style-type: none"> <li>●報告書の公表</li> <li>●提言を基に再発防止策の措置を講ずる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎ 再発防止策に対する達成状況等の評価を行うべき。</li> <li>◎ 報告書は、再発防止のために多くの関係者に読んでもらうことが必要であり、そのためには、公表を前提に作成することが基本。しかし、プライバシー等の問題からそのままの公表が難しい場合は、概要版を作成して公表することも必要。</li> </ul>

(注) ●事務局作業、○会議における議事内容