



Title	児童虐待死事例の検証に関する研究
Author(s)	近藤, 純子; KONDO, JUNKO
Citation	教育福祉研究, 26, 13-25
Issue Date	2022-10-25
Doc URL	<a href="https://hdl.handle.net/2115/87044">https://hdl.handle.net/2115/87044</a>
Type	departmental bulletin paper
File Information	020-0919-6226-26.pdf



# 児童虐待死事例の検証に関する研究

近藤 純子

## 1. はじめに

2000年に児童虐待防止法が制定され、児童虐待の予防及び早期発見と支援、虐待死を防ぐことが国と地方自治体の責務とされた。人員の配置、専門職公的機関を中心とした対応を強化する動きは強化されつつあるが、認知される虐待件数は増加しており、死亡数も減少させられてはいない。この問題に効果的に対応するための議論を進める必要がある。

児童虐待の対応や支援、特に予防的な対応を行うためには、虐待の発生したメカニズムを解明する必要がある(川崎 2014: 445)。筆者は妊娠・出産・子育ての生活と困難を捉える研究において、2013～2021年度の地方自治体による虐待重大死亡事例の検証報告から資源の編成から生活と主体性について読み取ることを試みようとした。その結果、検証報告書において当事者の生活における資源について得られる情報は大変限られたものであること、さらに生活状況だけではなく、確認できる当事者の情報、事実に関する情報、なぜ虐待状態に追い込まれたかを理解できる各情報の濃淡、検証の視点もさまざまであることが見えてきた。

そこで本稿では、イギリスと日本の「虐待死亡事例公的検証制度」の仕組みについて整理し、死から学ぶために捉えられる必要があると考えられる情報や分析の視点について虐待死亡検証事例の二次分析から検討を加え、虐待とそれによる死を実質的に減少させるための公的検証の論点や課題について整理することを目的とする。

## 2. 虐待死の公的検証の仕組み

子どもの死や重大(重症)事例<sup>1)</sup>を検討する公的な制度は、大別すると「チャイルド・デス・レビュー(CDR)<sup>2)</sup>」と「事例の概要と支援等を検証する行政報告書」の2種類に分類される。前者は医学的に死因を特定することを主とするものであるのに対し、後者は事件の詳細や経過、当事者の情報、関係機関の対応などを総合的に検証し、どうしたら救えたのか、この事例から学ぶことは何かなどについて検証し、その学びを反映させた提言を行うこと、さらに提言がどのように実行されているのかを確認することなどを目的としたものである。

本節では、後者の行政を中心とした児童虐待死または重大事例の公的検証について、日本とイギリスの制度を整理する。

### (1) 日本の公的検証制度

日本の公的検証制度は、特に社会に衝撃を与えた次の事件をきっかけに整備されることとなった。ひとつは2001年に児童養護施設からの一時帰宅中の小学一年生が両親の暴行により死亡し遺体を遺棄された「尼崎男児運河遺棄事件」、もう一つは2003年に中学三年生の男児が長期ネグレクトにより意識不明の重体となった「岸和田事件」である。これらの事件では児童相談所や児童養護施設、学校等が関わっており、虐待を疑う情報を得ていたにもかかわらず事件を防ぐことが出来なかったことが特に問題視され、児童虐待防止法第1次改正の議論にも影響を与えることとなった。その結果、同法に第4条「国及び地方公共団体の責務等」に5項が新設され、「児童虐待の防止についての必要な事項についての調査研究及び検証を

行う」ことが国と地方自治体の責務として定められることとなった(川崎 2019:27)。本節では、この日本の公的検証制度について国の検証、地方自治体の検証の仕組みとその内容を整理する。

### 1) 国による検証

先に述べた児童虐待防止法改正を受け、本格的に国による虐待死亡事例検証が行われることとなった。そのため、厚生労働省社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(以下専門委員会)」が設置された。この専門委員会は様々な専門分野の有識者で構成され、全国の児童虐待による死亡事例等を分析・検証し、関係機関が認識すべき課題などを取りまとめ、制度の運用の改善などを促す役割を担っている。2005(平成17)年4月に第1次報告書が出されて以来、近年では毎年発行されて最新ものは2021(令和3)年8月発行の17次報告となっている。

検証の方法は、専門委員会により作成された調査票(個別表)に、事例が発生した自治体が一例ごとすべての項目をチェックする方式で回答し、全国から集まったものを集計することで全国の虐待事例の実数と概要の把握がなされる仕組みとなっている。主な個別表による項目は①虐待による死亡の状況 ②死亡した子どもの特性 ③虐待類型と加害の状況 ④死亡した子どもの成育歴 ⑤養育環境 ⑥きょうだい ⑦関係機関の関与・対応 ⑧要保護児童対策地域協議会(子どもを護る地域ネットワーク) ⑨子どもの死亡後の対応状況 ⑩児童相談所の組織体制など ⑪市町村における事業実施状況を把握し、全国的な状況の把握がなされている。調査票の項目は、その後起きた事件から得られた把握すべきと判断された内容を追加する形がとられており、年々増えている(川崎 2019:33)。

こうしたデータの蓄積により、子どもが死に至る傾向として次のことが把握された。まず、0歳児の死亡割合がそれ以外の年齢の中で最も多いこと(総数の約50%)、その中でも0日、0カ月の死亡数が最も多いこと、0歳児の加害は特に実母が

多いこと、次いで1歳2歳と低年齢の幼児にリスクが大きいこと、また親の自死企図に巻き込まれる心中は広い年齢層で起こっていること、産後鬱を含む親のメンタルヘルスの問題(精神疾患を含む)が多くみられることなど、全国として見た時の死に至る深刻な虐待の傾向が把握された。また、このような総数の把握とは別に、個別の事例を部分的にヒアリング調査も行われているが、詳細を検討するようなものとはなっていない。

最新の17次報告では、事件以前に児相の関与があったのは全体の20%であり、市町村等その他の関係機関が虐待の可能性を認識していたが児相は関わっていなかったのは約26%など、虐待のリスクが事前に認知されていなかったものも多いことがわかっている。こうした統計から、死亡事例を防ぐため留意すべき点を親の側面、子どもの側面、生活環境の側面、援助の側面から示されている<sup>3)</sup>。

それを受けて国、地方自治体それぞれに対し提言が行われている。国への提言は、虐待発生予防と発生時の的確な対応の仕組みに関することが中心で、妊娠期から産後までの切れ目ない支援体制、精神疾患のある養育者への支援体制の強化、関係機関の連携、児童相談所の人員体制の強化、地域をまたがる事例の適切な対応、再発防止、子どもの意見を適切に表明できる仕組みの検討等があげられ、地方自治体に対しては国への提言をより具体的な項目として示し体制・対応の強化を促しているが、具体的なアプローチには踏み込んだ内容は議論されていない(厚生労働省17次報告)。

### 2) 地方自治体による検証

最初の地方自治体における虐待死の検証は、児童虐待防止法に検証制度が正式に定められる前の2001年に、「尼崎男児運河遺棄事件」を受けて兵庫県から出されたものである(川崎、2019)。この事件の他、児童相談所等の機関が関わり虐待を疑う情報を得ていたにもかかわらず救えなかった複数の事件を受け、2007(平成19)年に児童虐待防止法第2次改正で地方自治体による児童虐待死の検証が義務化され、2008(平成20)年4月より施

行された。実施主体は、都道府県（政令市・児童相談所が設置されている市を含む）で、検証組織は客観性を担保するため都道府県児童福祉審議会の下に部会を設置すること（常設が望ましいが地域の実情に合わせる）、事務局は当該事例に直接関与した、また関与すべきであった組織以外の部局におくものとなっている。

検証の目的は再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではないことを確認の上、討議することとなっている。検証方法は、まず都道府県、市町村、関係機関から当該事例に関する情報の提供と関係者からのヒアリングなど調査を行い、その調査に基づき組織の体制面での課題、対応・支援の在り方など運営面での課題、地域の児童福祉供給体制及び当該事例家族の要因を明らかにし、再発防止に必要な施策の見直しを検討すること、転居を繰り返す複数の地方自治体が関与していた事例は、関係した自治体が相互に協力して、引継ぎ状況など当該家庭に関わる過程を検証することとなっている。会議はプライバシーの観点から非公開とすることが出来るが、審議の概要及び提言を含む報告書は公開することとなっている。

報告書の作成は国からの通知（平成 20 年 3 月 14 日雇児発第 0314001 号）により、そのひな形が示されており、ほとんどの地方自治体はこの形式に則って検証報告書が作成されている。しかし、具体的にどのような情報を収集するのか、どういった視点で検証するのかという具体的なものは示されておらず、各自治体の検証委員会がそれぞれ検討することとなっている。

実際の検証報告書では、行政が把握している情報を中心に時系列で整理し、各機関の動き、特にアセスメントとそれに対する対応、異なる機関や部署の連携・協働が適切だったかなどが検証されている。危険が事前に予測されていなかった、また対応が不十分だった事例がある一方、危機感を持った対応も及ばず重大な結果を避けることが出来なかったものも見受けられる。報告書の情報は関係機関の連携が問われており、その点はしっか

りと検証されていることが多い。しかし、医療機関、捜査機関など各関係機関に情報提供の義務は課せられていないため、必ずしも十分な情報が得られているわけではない。また、ジェノグラムや家族歴、親の心身の状況、親の成育歴、子どもの状況、住居、世帯の収入や生活状況など、検証するために必要と思われる情報、内容や質もまちまちであり、毎回手探りで行われていることが伺える。そのため、結果として集められた情報は何があったのかを捉えることはできるが、「なぜ起きたのか」を捉えられるものは少ない。その背景として考えられることは、十分な情報を得られていなかったということだけではなく、プライバシーに配慮して検証委員会は非公開で行われる場合が多く、検証報告書は其中で公開可能な情報と非公開の情報が判断されたのちにまとめられている。その背景には詳細な情報と個人が特定されない配慮の両立があると考えられる。

検証の実施状況は、17 次報告では 70 公共団体（都道府県と政令市）のうち 2018（平成 30）年度に地方公共団体が把握した虐待による死亡事例が把握された 35 か所のうち、その事例を「検証した」、「複数事例の一部を検証した」が（48.0%）、「検証していない」と答えた地方公共団体は 17 か所（48.6%）であった。「検証していない」理由としては、「行政機関が関わった事例ではない」が約 4 割を占めており、「死因が特定できないため」「市町村が検証を行った」などがあげられている。検証にかかった時間は半数以上が 12 カ月を超えている。また検証に支障があったとの回答には、「関係機関の関与がない」「関係機関（例えば警察）から情報が得られない」などがあげられている。また、地方公共団体の検証報告の提言に対する取り組み状況についての公表については、「公表した」との回答は 4 か所 16%にとどまっている。前章でふれたように、重大事例のうち事件前から児童相談所などの関わりがなかったものも多く、特に全死亡数の中で最も割合の高い日齢 0 日死亡の場合は、関わっている機関が全くないことがほとんどであるため、検証されることの方がまれであり、

行われてもごく簡単な概要とのみという内容になっている。

最後に、提言についてふれる。死亡事例を振り返るなかでの児童相談所や市町村の体制強化の課題、在宅支援強化のための資源の不足と整備を求める等の指摘のなど、不十分な制度や、体制、仕組みの充実などに関するもの、専門性の向上のための人材育成、連携の課題といった支援機関や支援業務に関わる指摘、発生予防や早期発見のための活動の充実、相談窓口の充実、切れ目ない支援の体制などの強化などといったニーズを持つ人がどう支援につなげるのかということに関する指摘が多くあげられている。どれも国の提言と共通したものが多く重要な指摘である一方、類似の事例を具体的にどう対応し重大な結果を防ぐのかをより具体的に踏み込んだ内容とはなっていないことが多い。このことが、深刻な事例を実数を減少につなげられない要因の一つと考えられる。

## (2) イギリスのワーキング・トゥギャザーと虐待死の公的検証制度

イギリスでは、基本法である児童法において虐待からの子ども保護を規定した上で、虐待対応の統一的な政府のガイドライン（ワーキング・トゥギャザー：以下 WT）が定められており、そのガイドラインに沿った支援体制がとられている。このガイドラインは、支援を必要とする子どもと家族に対し関わる機関がどうアセスメントし支援するのか、各機関の専門家がどのように連携し協働するのが望ましいかについて、具体的な手立てに関する国としての枠組みが示されており、虐待防止と子ども保護実践にとって重要な位置づけとなっている（イギリス政府 1999：訳書 2002）。

この中に子どもの命を救えなかった失敗から学ぶことを制度化した見直し調査が定められている。見直し調査は日本における地方自治体による検証制度に近い位置づけと捉えることが出来る。イギリスの児童福祉や子どもの保護については多くの研究により我が国に紹介されており（峯本 2001、松本 2002、田邊 2006）、日本の虐待防止の仕組み並びに公的検証のモデルとなっていると考

えられる。

### 1) WT の変遷と見直し調査

WT の初版は 1991 年に出され、1999 年、2006 年、2010 年、2013 年、2015 年、2018 年にとこの 30 年余りで 7 回に及ぶ改定が行われてきた（UK HM 2018、西岡 2021：111）。

初版は、多くの専門家が熱心に関わっていたにも関わらず救うことが出来なかったマリアコウルウェル事件<sup>4)</sup>をきっかけに作成された経緯がある。当時各機関の専門家の連携を裏付ける制度がなかったことの反省から、危険度の高いケースをどう特定し区別するか、リスクが高いと判断されたら親からいかに分離して保護するかというアセスメントと、各機関の有機的連携を模索が議論の中心となっていた。1999 年の改定では、子ども保護から広く子どもの福祉と支援の中に子ども保護を位置づけなおし、分離のための介入から支援により比重を置くようになる。支援のプロセスにおいては、ケース会議に当事者である親や家族の参加を検討することとなる。虐待死が起こった時の公的な見直し調査もこうした流れの中で、各機関の連携やアセスメントといったソーシャルワークの専門性に関わる見直しを中心としながらも、当事者を参加させるかどうかを検討し、可能であれば参加を促すことが調査のプロセスに加えられた。調査の主たる目的は死の原因を突き止めたり支援の責任者を追及するものではなく、子どもを護る責任をもつ機関がそれぞれ見直し調査によって何が教訓であるかを明らかにすることで、できる限り生きた教材として最大限に学び、最大限にその効果を結実させるための勧告と具体的にその実現に努めることが求められている。最終的にその事例から学んだことを明らかにし、次の事例に活かすための行動勧告が検討された「マネジメント調査報告書」が作成され、保健省にも提出することとなっていた。

このように、初版 WT による見直し調査の中心はアセスメントの妥当性や各機関の連携であり、有機的な連携の仕組みを創り、子どもを護るかという点が重要視されていた一方、「なぜ虐待

が起こったのか」を十分に明らかにできるものではなかった。

## 2) ムンローレビュー<sup>5)</sup>とWTの見直し調査

2000年に多くの機関が関与し、保護の機会があったにもかかわらず介入が行われることなく8歳の子どもが死亡するヴィクトリア・クリンビー事件などで、子どもを支援する機関とソーシャルワーカーに批判が集中することとなった。これによりリスクマネジメントと予防的介入の強化と各機関の手続き強化が行われた結果官僚化が起こった。介入の強化が図られた結果、保護以外の支援が難しくなるという状況と合わせ、手続きに追われソーシャルワーカーの疲弊を招くこととなった。その問題を改善するべくまとめられたムンローレビューを受け、2013年改定されたWTではソーシャルワークをより実質的なものとするためのガイダンスの簡素化と、子ども中心のシステムとアプローチを志向することとなった。特に、改定後は子どもの保護をこども・家族政策の支援の中に位置づけ連動させるということ、そうした位置づけの中で、親の養育に対する公的介入へのバランスを取るべく、「親との協働（パートナーシップ）」を志向し、自身の支援のためのケース会議に当事者としての親や子どもの参加が勧められた（松本2007:92）。こうした動きの中で、見直し調査においても「当事者の参加」が模索された。

ムンローレビューをきっかけに見直し調査の視点も変化が見られるため、WT1999とWT2018の見直し調査の分析の視点について整理する。WT1999の見直し調査では、連携とリスクアセスメントに焦点が置かれていた。家族構成や世帯の状況、子どもや親の状況、事実が整理され、関係したあらゆる機関とその専門家と家族との関わりを、漏らさず時系列で組み立て把握する。子どもの意見表明されていた時は特記する。その上で、どのようにして様々な出来事が起こったのか、決断はなぜされたのか、実際にとられた決断とは異なる決断がなされたら結果が変わっていたか否か分析される。特に支援を必要とする家族とその子どものため多くの機関が関わっていたにもか

かわらず、さらには一旦保護されたにもかかわらず帰宅直後に死亡するなど、子どもの命を結果的に護ることが出来なかった事件は社会的に注目され批判的的となった。こうしたことから失敗が起こった時、その失敗を繰り返さないため、どのような実践があったらその子どもを護れたのかという観点、特に連携について振り返りを中心に調査が行われ、失敗はもちろんだが、優れた実践にも光が当たるよう意識されるべきことが指摘されていることは興味深い。

一方WT2018では、第5章の「CDRチャイルド・デス・レビュー」と別に第4章「子ども保護とセーフガード（安全を護る）の実践の改善」のための調査が規定された。まず異なる役割を持つ各機関と全体がどれだけうまく機能したのかを振り返ることとなっている。さらに子どもの死など重大な状況が起こった時は、何が起きたかということだけではなく、「なぜ起こったのか」を理解しようとするのが将来の対応に役立つとの認識が特に指摘されている。さらに注目すべきは「当事者として加害となった親、そのほかの兄弟、家族など関係者をレビューに招待すること」とが明記されていることである。調査のプロセスでも事実の整理と各機関の動きなども見直されるが、それと同時に重視されるのは当事者の文脈でなぜ子どもが亡くなったのかを専門職と当事者が協働で振り返り理解しようとすることである。その振り返りは、起きてしまった事件への反省と対応の改善だけでなく、加害者を含む残された家族への継続ケアと事件からの回復を意図するものである。専門職の実践のための調査を超え、支援が当事者にどのような影響を与えたかも当事者と共に振り返ることが、公的調査に位置づけられていることは大変興味深く示唆的である。

## (3) 公的検証の課題

このように、イギリス、日本共に虐待事例を把握するための検証することが制度化されたことにより、児童虐待対応における社会的責任が醸成され、対応の改善につながる取り組みの検討に繋がってきた。ニーズを持つ家族への対応、特に他

機関との連携と協働についての基本的ノウハウの蓄積と社会的体制の構築と実践の発展に大きく貢献しているといえる。

その一方、課題として考えられる点を次の5つにまとめ述べる。

1点目は検証の漏れである。虐待死数より個別検証数は少なくイギリス、日本共に検証の漏れが指摘されている。その背景には死因の特定が虐待やネグレクトが死亡の直接の原因となったと結論付けることがむずかしい事例があること、個別の見直し調査をするかどうかの判断基準にあいまいな部分があり、実際に検証するか否はその地域の自治体の判断にゆだねられていることが考えられる。また本稿の整理から、現在の日本の仕組みはイギリスの初版 WT に近い状況であると考えられ、関係機関の連携に関する検証が重視されており、関係機関が関わっていない事例は検証から漏れやすくなっているといえる。しかし、本来はニーズを持つが未だ支援に繋がっていない家族をどうアウトリーチし、支援につなげるかが、虐待予防には重要な課題であり、そうした事例こそ本来検証が重ねられることが必要であるだろう。また乳児突然死症候群 (SIDS) の診断を受けた死亡例には見逃された事例が多く含まれている可能性も指摘されおり、イギリスでは CDR と並行した調査が行われている。日本でも CDR が正式に導入されることが望ましい。

2点目は、検証体制の課題である。ここでは実際の検証報告書を入手できている我が国に限定して論じたい。日本の場合、地方自治体が検証委員会を立ち上げ、検討内容の検討から検証が始まる。しかし、地方自治体の担当者や検証委員会は必ずしも虐待の詳細な分析と解明ができる専門家というわけではない。それはある意味必然であり、各地に専門家がそろっている状況にはないのが現状である。むしろそれを前提とするならば、国が踏み込んだ検証の視点や方法をより具体的に示すことも必要なのではないだろうか。その点、イギリスは定期的な WT の改定に合わせ、具体的な視点や方法論が提示されている。日本も、その点に

ついてより具体的に示すための議論と仕組みの改定が必要といえる。

3点目は、2点目と関連した分析される情報と内容である。WT 1999 と日本の現在の制度では、事実を時系列で整理して、支援として何かできていて何ができなかったのかという特に連携に関する課題を導きだすことに力点が置かれている。連携とアセスメントの観点からの検証はそのこと自体大変重要であり評価できる一方、虐待がなぜ起こったのかという事件が起きた当事者・家族の理解とそのメカニズムを検討するのに必要な情報が読み取れない報告が多く見受けられ、今後の検証にどう盛り込んでいくか、2点目の内容と合わせさらに議論を進める必要がある。

4つ目は3と関連して、検証の当事者参加である。イギリスでは検証の検討に加害者を含めた当該家族を積極的に招待し、可能な限り協働で出来事を振り返るよう努められているが日本においてはそうした動きは全く見られていない。因らざる加害者となった人、そのほかの残された家族にとって、検証に参加することは、より当事者の視点から事件を明らかにでき、そこから効果的な関わりや支援を検討できるメリットがある。さらに、共に振り返るなかで事件の経験と傷つき、今後の生活へ長期的継続的ケアにつなげようとしてされている。日本の場合司法による対応に移った時点で、当事者の継続ケアという観点での社会的対応は現段階では皆無に等しい。この点が今後の日本の大きな課題といえる。

最後に事件の「情報開示」と「守秘」の問題、つまり詳細な検証とその公表することとの両立の問題である。地方自治体が事例を詳細に検討することで解明されることが多い一方、事件後も当事者が社会生活を安心して送れるようプライバシー保護の観点から配慮も必要である。地方自治体が行うからこそ、明らかにできることは多いが、個人の特定期にもつながりやすく、この点の折り合わせ方について検討を続ける必要がある。

### 3. 虐待死の検証の二次分析研究の分析視点

日英共に公的検証を二次分析した研究がある。本節ではそれらを取り上げ、どのような視点と方法で分析されているかなどについて整理する。

#### (1) 日本における公的検証の二次分析研究とその分析の内容と視点

子どもの虹情報センターでは、地方公共団体による公的検証報告を収集し二次分析した結果を平成22(2010)年から25(2013)年にかけて3つの報告書としてまとめたほか、社会への影響が大きかった重大事件、親子心中や0歳児の殺害について分析を行ったものが書籍としてまとめられている(川崎ら2014、2018、2020)。

それらの研究により、虐待への新たな認識として両親が同居しているにもかかわらずネグレクトによる衰弱死が幼児のみならず思春期の年齢でも起こること、親の宗教観から適切な医療を受けさせないことから結果的に死亡につながった医療ネグレクト、子どもを故意に病気の状態にする代理ミュンヒハウゼン症候群、乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)など、様々な虐待のありようが再認識されるきっかけとなった事件などを整理している。また、あまり大きく報道されることが少なく関係機関との関わりが少ないことが多いが、虐待死の半数を占める0歳児殺害、同じく毎年高い割合を占める親子心中についても新聞報道などから情報収集し分析を行っている(増沢2015、川崎2018)。以下1)分析の視点 2)親子心中 3)0歳児の虐待死について整理する。

#### 1) 分析の視点

虹センターの報告書では2000年～2007年までの虐待重大事件の中で特に重要と考えられる事例について取り上げ、①事件の概要(事例の経過、公判の経過)、②加害者及び被害者に関すること、③事件に関する専門家などのコメント、④事件がもたらした影響 ⑤その他について分析を行っている。川崎(2014)は地方自治体の検証報告書について、虐待事件を解明していくための貴重な情報源としながらも、報告書の情報だけでは対象と

なる保護者と子どもの人格、行動や心理面での特徴、それを理解するための成育歴、家族の状況が十分に捉えられていないため、これらを踏まえた虐待に至るメカニズムを解明することは困難だったと指摘している。そのため地方自治体による検証報告書の他、新聞などの報道からの情報、裁判の傍聴による情報、裁判記録、ルポルタージュなど検証報告書以外の情報を補って分析を試みている。また、報道から対応すべき機関に向けて、また現行の虐待防止システムに対しての批判や、その後の制度対応として、例えば通告の48時間以内の安否確認や、教育機関での30日以内の本人確認など新たに取り入れられた対応などについても整理している。

小林(2004)川崎(2014)は虐待が起こるメカニズムを理解するには、「子どもの身体的要因」、「生活状況」、「親側の要因」、「援助のあり方」についての検証が必要だとしている。検証制度が始まってこの約20年間での検証報告の蓄積で、「子どもの身体的要因」「援助の在り方」の援助の在り方や子どもの状態、起こったことの実態は把握されるようになってきた一方、「生活状況」「親の要因」の理解に基づいたメカニズムの解明の必要性和難しさを指摘している。重大事件の資料から、加害者となった親の生活状況、転居の有無や地域との関わり、加害者の成育歴や被害体験などについて分析している。これにより、親の子ども期における家族の変動や葛藤、被害体験や経済的困窮などの生活の困難、度重なる転居など、人とのポジティブな関係から孤立し居場所を持たない中の子育てであることなどが散見される。また、もともとは子どもを一生懸命育てようとしていたこと、それが困難な状況になっていく中でどこにも誰にも助けをもとめられないまま、状況が悪化していく様子などが分析されている。多くの加害者の子ども期に家族関係に問題を抱えており、さらに学校や家庭内で被害体験(被虐待やいじめ被害)が認められ、愛着形成の課題や逆境的体験から来る反応や二次障害と思われる心身の症状を持ち、不安定な人間関係の中で転居を繰り返すなど地域

や人とのつながりも乏しく、親にとっても子どもにとっても安定した居場所のなさが見られることが指摘されている。

## 2) 親子心中について

親の自死に子どもが巻き込まれる形で子どもが殺害される親子心中では、事前に関わっている機関が少なく、加害者も死亡することで把握が難しく公的調査の対象になりにくいことが多い。しかし、毎年虐待で亡くなる子どもの半数近くはこの心中によってであることを踏まえると、その解明と予防は大変重要である。本調査では、報道による情報収集と結果的に生き残った親の裁判の傍聴の記録などをもとにしている。母親加害の特徴としては、メンタルヘルスの不調、成育歴・家族歴の厳しさと、そうした経験に起因するだろうリストカットなど自傷の症状を長く抱え、自身の身体的状態への関心の乏しさなどが見られ、そうした生き延びてきた過程を丹念にたどる必要性を指摘している。一方父親が加害となった場合は、心中ではない自死で多い「健康問題」はほとんどみられず、「経済・生活問題」「家族関係」を要因とすることが多い。特に夫婦間問題が生じてから短期間の間に起こっているのが特徴的である。また、精神鑑定で心神耗弱心神喪失などの判断がなされる例は母親に多く、父親加害の場合は精神鑑定にかかる例も少なく、量刑も重い傾向などが指摘されている(川崎 2018)

## 3) 0歳児の虐待死

川崎(2020:12)は0歳児の虐待死について、生後24時間以内(日齢0日)の虐待死は背景に未婚や若年によるものと、貧困や多子での妊娠の秘匿に大別することができる。また生後1日以上の場合には産後鬱など精神疾患がある実母、養育力不足の男性による突発的暴力による事例などに整理できるとしている。日齢0日の場合は地方自治体死亡検証されることはまれで、行われたとしても大変限られた情報しか得られるものはなく、今後のこうした事例をどう理解し対応していくかが大きな課題といえる。

## (2) イギリスにおける二次分析研究での分析視点

ここでは2節で取り上げた見直し調査をもとに、いかにその悲劇から学ぶかという観点での研究書籍『Lost Innocents A Follow-up Study of Fatal Child Abuse』<sup>6)</sup>(Reder1999:訳書)を中心に取り上げる。この研究はWT 1991による見直し調査(パート8調査<sup>7)</sup>)を二次分析したものである。この研究はWT 1999以降のWT改定にも影響を与えた分析の視点や手法が取り入れられている。

本書によれば、虐待死は「虐待スペクトラム」において最も極端な状況に至った事例を取り扱うので、かなり偏ったものである可能性があるとしつつも、突発的暴行ではあるが死に至らないものと、致命的な障害に至るかどうかは偶然の要因によるところが大きく、ゆえに子どもが死亡に至った事例を推論することが死に至っていない事例にも適応可能であるし、子どもへの深刻な危険性の軽減に役立つとして、公の見直し調査の検証の二次分析を行っている。本節では、本書において虐待理解のために採用された1)分析の方法 2)当事者の文脈で理解する視点 3)養育者の精神保健の問題について整理する。

### 1) 分析の方法

見直し調査の記録から、子どもの死亡時点で構成されている家族の詳細なジェノグラムを描き、その後得られた時系列の詳細な情報、家族の属性、親の成育歴、親の精神保健上の問題、支援者の関わりなど特記事項を加えていくことで、それぞれの事例に何が起こっていたのかを理解しようとするものであった。ジェノグラムは単一の家族のものではなく、ステップファミリー、里親、親族など関わった家族すべてを把握するよう努められていた。

### 2) 「当事者の文脈理解」のための分析の視点

分析の中心的視点は「なぜ起こったのか」を「当事者の文脈で理解する」というものである。そのため、見直し調査では各機関の関わりやアセスメントを中心に分析しているのに対し、この二次分

析ではシステミック家族療法、システミック心理学といった、心理面の理解を前提として、事件の起こった家族の日常的な行動を理解しようとしている。つまり当事者の相互作用や過去の体験とコミュニケーションの分析を基本的枠組みとすることで、関係性の理解、行動理解のための文脈を理解してこそ、なぜ起こったのかという意味が明確になるという考え方に立っている。それゆえ、虐待に至った行動自体を詳細に記述しても意味をなさないが、その行動が起こった文脈が明らかとなればその意味を理解することが可能となるという捉え方からの分析が行われている。

「当事者の文脈」理解のため特に重視されているフレームが「子ども虐待の相互作用モデル」(Reder 1999: 訳書: 22)であり、このモデルをもとに「個人の葛藤と人間関係の葛藤」「人間関係のパターン」をそれぞれひも解きながら、家族のライフサイクルとの関係も含め捉えようとしている。このモデルは親の側、子どもの側という問題としてではなく、「社会的ストレス⇔未解決の葛藤を抱える両親⇔脆弱な子ども」がどのように相互作用として働いたのかという観点で捉えようとするものである。特に、個人内の「未解決の葛藤」「社会的ストレス」と「未解決のケア/コントロール葛藤を抱える親」と「脆弱な子ども」がどのような相互作用にあったのか、そうした相互作用を持つ個人が他者との関係においてどのように機能したのか、そこにどのようなコミュニケーションがあったのかという文脈を捉えようとする視点で分析が行われている。

この葛藤とは、心理的不協和や不安のことで、背景には過去の不快な経験や現在の重要な人間関係に緊張状態が存在する。また特に乳幼児期の未解決の葛藤はその後の人生において他者との相互作用の側面に具体的な行動として立ち現れ、人間関係の中で何度も繰り返すパターンがあることが、脆弱な子どもとの関わりや子どもの反応から過去の経験からの葛藤が引き出されてしまうことから来る相互作用となって、様々な事象につながる背景となっているという指摘である。これは、

愛着形成の課題や逆境体験からのトラウマといった背景がある可能性を示すものと捉えられる。

この二次分析の対象となった事例多くはその成育歴に関する情報に不足があったにも関わらず、多くの親の子ども期に虐待や不適切な環境下での経験があったことが指摘されている。葛藤を背景とした子どもたちは、成長と共に自立性や独立の獲得に困難を経験するようになり、実家からの分離と再帰を繰り返す。「未解決のケア葛藤」という概念は、特に10代で第1子を産む人を理解するのに役に立つ。若年で第1子を出産した母親が再びケアを受けたいという思いを意識化する契機となり実家に戻るも、失意のうちに再び実家から離れるということなどの事例が多く見られる。度重なる転居にはこのような背景がある可能性がある。また親やパートナー関係の中に、暴力などによる支配とコントロールがある場合、ケア葛藤とコントロール葛藤の共存も見られる。さらにライフサイクルの移行期には特に関係性の調整が必要から生じる様々な影響が指摘されている。そうした視点で家族のダイナミクスを捉えることは当事者の文脈で理解する上で欠かせない視点であるとされている。

### 3) 養育者の精神保健の問題

これまでの先行研究においても、子どもを殺害した親に抑うつや依存症、自殺企図の既往など、親の精神保健上の問題があると考えられる親の一定数ふくまれているとされている。しかし、そうした、うつ症状や依存症、妄想性障害(統合失調症に近い可能性)などの病そのものではなく、むしろ何らかの心理的機能不全の状態にあることやその問題の本質と原因を理解することこそが生産的であるとされている。そうした状態が子どもの脆弱性とどうかかわっているか家族全体を捉える視点を持つこと、支援者の関わりでは、守秘義務から支援においては親の側と子どもの側と連携を思いとどまらせてしまう連携のむずかしさなどが指摘されている。一方こうした傾向の例外として、新生児を殺害した若年の母親の多くは、感情的混乱を生じ、妊娠自体を否認しているとい

う特徴は認められたものの、精神障害は認められなかったことが報告されている。

#### 4. 虐待と虐待による死の予防に貢献する 公的検証のために

本研究では、イギリスと日本における虐待死の検証制度について整理し検討してきた。両国とも、児童虐待の予防や支援を考える上で、また虐待による死亡などの重大な事案を減少させるために、死亡事例や重大事例を検証することは欠かせないと位置づけられており、国と地方自治体のいずれにも、義務として検証に取り組むよう制度化されてきたことを確認した。それによりイギリスでは約30年、日本は約20年にわたって検証が蓄積されてきている。しかし、岸和田事件の検証チームの座長を務めた山縣（2021:36）は、日本の検証について「現在の検証は重要な取り組みではあるが予防には結びついておらず、有効に機能していない」と指摘している。本稿の検討でも、子どもの死や重大な被害の検証の結果を、予防に有効につながられていないことが見えてきた。このことから今後の課題として、地方自治体の検証を有効に機能させるため、検証内容、具体的検証方法、さらに検証の結果を個々の支援に必要な家族へ具体的に反映されていく仕組みの改定と見直しの仕組みの構築が必要と考えられる。今後我が国の虐待死を実質的に減少させていくためには、検証を具体的にどう機能させていくかが鍵のひとつであるといえる。

最後に本稿での検討を踏まえ、虐待死の公的検証の成果を虐待予防やケアに具体的につなげ有効に機能させるために、日本の制度の検討に必要と考えられる論点と課題として次の3点を述べまとめたい。

まず1点目は、定期的に検証を反映させる虐待対応の仕組みの改定の必要性である。日本はこの20年、子どもの福祉と虐待防止の枠組みや体制について大きな改定が行われることなく経過している。イギリスはそれとは対照的で、公的調査を土台とした研究と議論が政府と研究者の協力によっ

て定期的、あるいは必要に応じて行われ、議論の結果が公的検証の具体的方法の改定、支援の体制や具体的支援内容に反映される形で行われている。その頻度は数年に一度と頻繁であり、政府への提言をもとに確実に制度の改善につながられている（イギリス保健省1999:11、Reder1999:訳書:9、松本2007:91）。改善や変更がどのような変化をもたらしているかという研究もまた定期的に行われ、その成果や勧告はそのたびに政策に反映され、こども福祉と保護の改善へ直結するよう検討がなされ、WTの改定に繋がるという発展的循環が見られる。結果的にこの30年間でWTは何度も改定され、子どもの福祉と虐待支援の見直しが何度も繰り返されている。こうした循環を日本においても創造していく議論が必要であろう。

2点目は公的検証における「当事者理解」の観点をより明確に盛り込むことである。イギリスと日本、いずれの研究も二次分析では公的検証で確認できる事実からだけでなく、当事者の社会生活、成育歴などのヒストリーを含む「当事者の文脈からの理解」の必要性が指摘されていた。親の生活歴、逆境体験や愛着形成と、そうした背景を含む心理的理解、今現在の経済的社会的状況の情報や当事者の主体性を理解することが、起こってしまった悲劇から学ぶことの中に据えられる必要がある。さらに、どのように資源を持っていたか、あるいは制約があったのかという、資源の編成とそれらをどのように調整して生活しようとしていたのかという主体性を捉える点もその理解を助ける視点になる可能性があるだろう（岩田2000、保田2015）。特にイギリスでは当事者に寄り添った視点での検討がWTの改定に直結している。そのことがより踏み込んだ対応を可能とする仕組みの整備に繋がっていることいえる。日本も公的検証において、当事者の文脈理解を取り入れていく必要があるのではないだろうか。

3点目は当事者に寄り添った検証の結果を、その後の当事者の支援へ、速やかにつなげていく仕組みの整備である。イギリスでは当事者の視点からの「当事者理解」を土台とした支援のため、公

的見直し調査にも当事者参加を進め、親子の分離といった権限に基づく行政的強制的介入をより限定的にして、支援の強化へシフトしてきている。専門家と当事者のパートナーシップに基づき、子どものみならず親を含む家族全体のケアを重視した現在の在り方へ変化してきた意味は大きい。虐待死の検証も当事者と共に行うことで、メカニズムの解明と支援方法の検討を超え、継続した当事者のケアを確立させていくことこそが最大の予防となっていくと考えられるのではないだろうか。このように、イギリスは強制的介入と保護、支援のどこに軸を置くかという政策の揺れを経験しながらも（松本 2007）、ムンローレビュー以降、より早期支援（Early Help）を強化し、虐待の状態が深刻になる前の早い段階で、指導ではなく自分たちで答えを見つけていけるよう寄り添い型の支援に取り組まれていることは大変示唆的である（増沢 2018）。

虐待の問題は、貧困など社会的に脆弱で不利な状況におかれている人や家庭に社会の問題の反映として起こりやすい社会的課題である。ある一定の不利な条件がそろってしまったときに誰でもそのリスクを持つ可能性がある。子どもの権利を護り健やかに育つ主体として支えるためにも、その点に真摯に学び、定期的に仕組みや支援の枠組みを改善させていく姿勢と取り組むスピードは、イギリスから学ぶべきことは多いと考える。日本もこの 20 年の積み重ねを経て、より予防的な支援のための検証の議論と仕組みの具体的改善のための議論を早急に次に進める必要があるといえる。

## 注

- 1) 重大な事例とは、虐待防止法第 4 条 5 項に定められた、「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」を指す。2007 年に新たに追加された。
- 2) CDR（チャイルド・デス・レビュー「和名：予防のための子どもの死亡検証」）は子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家（医療機関・警察、消防その他

の関係機関）が死亡した子どもの既往歴、家族背景、当該死亡に至った直接の原因に関する情報をもとにした死亡に関する検証をいう。アメリカ、イギリスなどではすでに制度化されており、成果を上げている。説明のつかない子どもの死因を医学的に明らかにすることにより、例えば乳幼児突然死症候群とみなされていたものが実は窒息であった、あるいは脳に損傷があったなどが判明するようになったことで、見過ごされてきた虐待死が明らかとなるようになった。日本は都道府県のモデル事業として手引しが策定され、2021 年度から予算化されたものの、正式な制度化には至っていない（厚生労働省子ども家庭局母子保健課、2021）。

- 3) 第 17 次報告概要版「子ども虐待による死亡事例等を防ぐためのリスクとして留意すべきポイント」参照のこと
- 4) 1975 年に起きた 5 年間の里親委託の後実母のもとに家庭復帰となった 6 歳女児マリア・コーウェルが、8 カ月後にそれぞれの専門家が熱心に対応していたにもかかわらず継父によって殺害された事件のことで、公的調査が行われた結果児童保護サービスに携わる関係機関の連携に問題があったとされ、ソーシャルワークの問題点として、子どもの意向の把握、アセスメントに不十分さ、家庭復帰後のモニターの欠如などが指摘され、WT の策定のきっかけとなった。その後、社会的に大きな影響を与えるような事件が起こるたびに、その問題点の是正を意図とした改定を重ねている（松本 2007、増沢 2018、西岡 2021）。なおこの見直し調査は最新の WT 2018 では第 4 章の子どもの安全のための支援を向上させるための調査の一部に位置づけられている。
- 5) ムンローレビューは、2010 年英国政府がソーシャルワークの信頼回復と資質向上を目的に「児童保護の見直し」を命じまとめられたもので、政府に対し 15 の勧告を行った。WT の見直しの他、死亡事例や重大事例についての見直し調査をする際は、有資格の経験豊富な独立した調査担当者を配置するなど資質の向上を図ること、見直し調査を反映させた早期支援の提供を確保することなどが盛り込まれ、そのほとんどが受け入れられている（増沢 2018、

2021)

- 6) 『Lost Innocents A Follow-up Study of Fatal Child Abuse』(Reder 1999: 訳書)は、『Beyond Blame (非難を超えて)』のフォローアップ研究である。いずれも Reder Peter、Duncan Sylvia らによって政府の協力のもと、公的見直し調査(パート8調査)の二次分析をまとめた研究書である。この成果は、当事者参加と専門家と当事者のパートナーシップを志向したWTの改定に影響を与えるとともに、これらの書籍はソーシャルワーカーの養成課程の主要な教科書として採用されている(Reder 1999: 訳書: 10、207)。
- 7) パート8調査はWT 1999の改定で第8章に定められた失敗の見直し調査のことで、当時関係者から「パート8調査」と呼ばれていた。WT 2006、WT 2010では同じく第8章で「シリアスケースレビュー」として見直し調査が定められていたが、2013年の改定より第4章「Improving children protection and safeguarding practice (子ども保護と安全保障の実践の改善)」の一部となっている(松本 2002: 21、西岡 2021: 111~112)。

## 文献

- 岩田美香(2000)『現代社会の育児不安』家政教育社
- 川崎二三彦(2006)『児童虐待—現場からの提言』岩波新書
- 川崎二三彦(2014)『日本の児童虐待重大事件 2000—2010』
- 川崎二三彦(2015)『平成 24・25 年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究 自治体による児童虐待死亡事例等検証報告書の分析』子どもの虹情報研修センター
- 川崎二三彦(2018)『虐待「親子心中」事例から考える子ども虐待死』福村出版
- 川崎二三彦(2019)『虐待死 なぜ起きるのか どう防ぐか』岩波新書
- 川崎二三彦(2020)『虐待「嬰兒殺」事例と歴史的考察から考える子ども虐待死』福村出版
- 厚生労働省 社会保障審議会児童部会児童虐待など要保護事例の検討の検証に関する専門委員会第(2020)『子ども虐待による死亡事例等の検証結果などについて 第17次報告』
- 厚生労働省「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03140002号)」
- 厚生労働省(2021)厚生労働省子ども家庭局母子保健課『都道府県 child Death Review モデル事業の手引き(第2版)』
- 小林美智子(2005)「岸和田事件から見える課題」『子どもの虐待とネグレクト』第6巻第3号 2004年
- 小林美智子 松本伊智朗(2007)『子ども虐待 介入の支援のはざままで「ケアする社会」の構築に向けて』明石書店
- 増沢 高(2010)『平成 22 年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究 自治体による児童虐待死亡事例等検証報告書の分析(第1報)』子どもの虹情報研修センター
- 増沢 高(2011)『平成 23 年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究 自治体による児童虐待死亡事例等検証報告書の分析(第2報)』子どもの虹情報研修センター
- 増沢 高(2018)『イギリスの児童福祉制度視察報告』子どもの虹情報センター
- 松本伊智朗(2007)『子ども虐待 介入と支援のはざままで「ケアする社会」の構築に向けて』明石書店
- 松本伊智朗(2010)『子ども虐待と貧困「忘れられた子ども」のいない社会をめざして』明石書店
- Munro Eileen(2020)『EFFETIVE CHILD PROTECTION THIRD EDITION』(増沢 高監訳(2021)『子ども虐待 保護から早期支援への転換—児童家庭ソーシャルワーカーの資質向上を目指して』明石書店)
- 西岡咲季(2021)「子ども虐待対応イギリス政府ガイドライン“Working Together”に関する研究—子どもの意見尊重の側面に着目して—」『教育福祉研究』No.25
- Reder Peter and Duncan Sylvia(1999)『Lost Innocents A Follow-up Study Fatal Child Abuse』(小林美智子 西澤 哲監訳(2005)『子どもが虐待で死ぬとき—虐待死亡事例の分析』明石書店)

UK Department of Health Home Office Department  
for Education and Education and Employment  
(1999) 『Working Together to Safeguard Children  
A guide to inter-agency working to safeguard and  
promote the welfare of children』 (訳書：松本伊智  
朗・屋代通子訳 (2002) 『子ども保護のためのワー  
キング・トゥギャザー 児童虐待対応のイギリス政府  
ガイドライン』 医学書院)

UK HM Government (2018) 『Working Together to

Safeguard Children A Guide to inter-agency  
working to safeguard and promote the welfare of  
children』

保田真希 (2015) 「地方都市における子育てと資源」  
『教育福祉研究』 第 20 号

山縣文治 (2021) 「子ども虐待と予防：虐待死亡事例検  
証報告を踏まえ」『人間健康学研究』 14 卷

(北海道大学大学院教育学院・博士課程)

