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）

令和5～7年度　総合・分担研究報告書

研究代表者　増沢　高

2026（令和 8）年　5 月

目　次

Ⅰ. 総合研究報告
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 ・・・

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)

総合研究報告書

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　(23DA1501)

研究代表者	増沢　高	子どもの虹情報研修センター　センター長
研究分担者	鈴木　浩之	立正大学　社会福祉学部　社会福祉学科　教授
	伊藤　嘉余子	大阪公立大学　現代システム科学研究科　教授
	井出　智博	北海道大学　大学院教育学研究院　准教授
	白井　祐浩	九州産業大学　人間科学部　准教授
	満下　健太	静岡大学　学術院グローバル共創科学領域　助教

研究要旨

本研究は、児童虐待による死亡事例の検証報告書および実務者の知見を基に、課題の構造と改善の方向性を明らかにすることを目的として、三段階の研究により実施された。

第 1 段階では、自治体および国の検証報告書、国内外の研究を分析し、アセスメントの不備や機関連携の不足などが繰り返し指摘されていることを確認した。また、死亡に至る過程は「孤立と孤独の深化」と「途切れない支援」の拮抗として捉えられ、それを左右する基盤として「組織の修正力」が重要であることが示された。

第 2 段階のエキスパートインタビューからは、現場において手続き重視の対応や指導に偏るパターナリズム的対応が強まり、支援関係の構築やアセスメントの質が低下している実態が明らかとなった。その背景には、業務過多、人材育成の不足、心理的安全性の低い組織文化、自治体間連携や役割分担の不明確さなど、多層的な課題が存在していた。

第 3 段階の全国調査では、これらの課題が広く共有されていることが確認され、「業務負担感」「防衛的・形骸化対応」「ケース理解の不十分さ」「コミュニケーション不足」などの因子が抽出された。さらに、これらの因子が相互に関連し、支援の質の低下をもたらす構造的悪循環が示唆された。

以上より、児童虐待対応の課題は個々の支援者の問題ではなく、組織文化や制度運用を含む構造的問題として理解する必要がある。今後は、パターナリズムから脱却し、関係性に基づく支援への転換を図るとともに、心理的安全性の確保、人材育成体制の強化、機関連携の再構築など、組織レベルでの改革が求められる。また、検証報告の在り方についても、通告前の背景や未関与事例を含めた包括的分析へと拡張し、実務への活用を一層促進することが重要である。

以上を踏まえ以下の５点を提言した。

１．形式的対応やパターナリズムから脱却し、支援関係構築を基盤とした継続的支援の強化

２．「組織の修正力」を高める組織マネジメントの確立

３．業務負担の適正化と専門性形成の再構築

４．機関連携と役割分担の再設計（特に市区町村機能の明確化）

５．検証の在り方の転換と実務への還元の強化

以上の提言は相互に関連し合い、統合的に推進されることで初めて効果を持つ。そのためには、支援者個人のレベルから組織、地域社会といったミクロ、マクロ、メゾの構造的問題を理解し、組織及び地域の改革に臨める専門的かつ支持的リーダーシップが求められる。

Ⅰ．はじめに

本研究は、以下の目的で行われてきたものである。

① 地方公共団体による検証報告書の内容について、児童虐待死事例の特徴、対応の経過と課題、今後に向けた提言等を精査、分析すること。

② 共通して見出された課題や提言等が、児童相談所（以下、児相）や市区町村の取り組みに活かされ、実効性のあるものとなるために、その障壁となる要因等も含めて実態をより深く分析し、明らかにすること。

③ 検証報告書の分析や実態調査から得られた結果を踏まえて、障壁要因等を明らかにし、支援者レベル、組織レベル、社会レベルで必要な視点や改善策を分析、整理し、提言として提示すること。

以上の目的を達成するために、次の3段階で研究を進めてきた。

第1段階：地方公共団体の虐待による死亡事例等に関する検証報告書、国の検証報告書を含む死亡事例に関する国内の研究、英米の死亡事例に関する研究等の分析を通して、虐待死に至る状況と、それを防げなかった課題等を整理する。

第2段階：児相と市区町村で児童虐待の対応に当たっている（当たっていた）エキスパート実務経験者（10年以上）に半構造化面接を行い、現状の課題とその改善が進まない背景要因等を探索的に分析し、解決策等について考察する。

第3段階：第2段階の結果を踏まえ、課題解決の背景にある障壁等に関する質問項目を作成し、全国の児相と市（特別区や政令市の区を含む）に質問調査を行い、エキスパートらが指摘している障壁要因が、多くの現場で認められる内容なのか、その妥当性を確かめ、解決策を検討し、提示する。

本報告書において、第1段階に当たる研究論点は、論点1から論点3までで、地方自治体の検証報告書について、内容コーディング化とテキストマイニングを用いての課題や提言の詳細な分析（論点1）、国の検証報告や死亡事例に関する国内研究で示された提言等の分析（論点2）、英米における児童虐待による死亡に関する研究の分析（論点3）である。

第2段階は、先行研究等の分析を踏まえ、児童虐待にかかわってきたエキスパートに半構造化面接を行い、支援現場の課題を分析したもの（論点4と論点5）である。

第3段階は、第2段階を踏まえて質問項目を作成し、全国の児相と市に調査を行い、結果を分析したもの（論点6から論点9まで）である。

ここでは、各段階での結果と考察の概要を呈示したうえで、総合的な考察を行うとともに、児童虐待にかかわる支援者、児相や市区町村等の組織、さらには地域社会に求められる視点や改善策等について提言を呈示する。

Ⅱ. 第1段階:自治体の検証報告、および国の検証報告を含む国内外の先行研究等の分析(論点1から論点3)

2007 年の児童福祉法の改正で、各自治体は虐待で死亡したなど重大事例について検証することが責務となり、それらは報告書としてまとめられ、その多くが公開されている。井出ら(2024)は 2008 年度から2022 年度までに公開された総計 226 の報告書(事例数 231 事例)について、虐待種別、被害児の年齢、性別、成育疾患の有無、加害者の属性、年代、既往歴、障害の有無、関与した機関、保護歴等をコーディングし、記述統計から全体像を把握した(論点1)。コーディングによりデータベース化したことで、例えばネグレクトに焦点を当てた分析ができるなど、特定の論点にもとづく分析を可能にした。例えば、0歳児の死亡事例に焦点を当て、対象となる報告書を抽出すると全226 報告書の内 14 報告書があがってくる。しかし、0歳児は、毎年心中以外の虐待死の半数近くを占めていることが国の検証報告書では明らかにされている。にもかかわらず、全報告書のわずか6%にとどまっているのは、虐待による死亡事例のすべてが検証の対象となっていないことを表している。検証の対象となるのは児相や市区町村の虐待対応部署が関わっていたケースが主であり、そうでないケースは対象外となりやすい。特に0歳児はこうした機関が関わる以前に死亡していることで、検証対象から外れやすい。

公開されている検証内容の多くは、児相や市区町村対応部署の通告後からの事例の経過と、その時々の対応上の課題点等の検討が主なものとなっている。ほとんどの報告書はそれらの課題を整理した上で、報告書の最後に、それらの解決のための当該自治体と国への提言という形で構成されている。つまり提示されている課題と提言は、主に市区町村と児相を中心とした対応上の課題とその改善策に限定されていることに留意が必要である。

井出らは、報告書の中で示されている課題や提言について、該当する 176 事例についてテキストマイニングを通してその内容を分析したところ、課題の分析については「関係機関の情報共有」「検討会議」「児相の対応」「アセスメントの必要性」「支援の必要性」「一時保護解除」「本児の状況把握」の7つが典型的な課題として存在することが示唆された。また、提言の分析からは「関係機関の連携」「会議開催」「児相の対応」「子ども・家庭支援」「児童福祉司の配置」「職員の専門性向上」「役割分担の明確化」「体制構築」の8つが典型的な提言として存在することが示された。

鈴木ら(2024)は、国が毎年公開している検証報告書(こども虐待による死亡事例等の検証結果等について)と虐待による死亡事例を扱った国内研究を収集分析した(論点2)。まず、国の報告書についてでは、虐待対応に関する課題を分析、対応策を呈示しており、第 19 次報告では過去から示されている対応策をまとめて提示している(表 1)。これらをみると、リスクアセスメント、総合的なアセスメント、引継ぎや会議、関係機関との連携、支援の強化、育成の強化体制など、地方自治体の報告書から見いだされる課題や提言の内容と共通するところが多く、アセスメントの問題、関係機関との連携、支援の充実、強化などは、古くから指摘され続けているものである。

表 1　問題点を踏まえた対応策のまとめ

1．状況の変化に応じたリスクアセスメントの実施
2．　一時保護や措置の開始
・解除時の総合的なアセスメント、丁寧な調整、 継続支援の実施、その他
3．　家族全体の生活実態の把握と家族機能の構造的なアセスメントの実施
・現時点で表出している家族の状態像だけではなく、その状態に至った背景や置かれている状況を理解する。 その他
4．母子保健部署の特性を活かした支援の強化
・乳幼児健診等の機会を活用し、生活実態を把握することを重視する。
5．　複数の自治体が関与する移管時の丁寧な引き継ぎと協議の場の設置
6．　児相と市区町村虐待対応担当部署間におけるリスク評価の共有と支援方針の統一
・協働機関として互いの判断を尊重し合い、危機感に乖離が生じた場合は、より危機感を強く抱いている機関の意見を基に再度アセスメントする。
7．　高年齢児への支援
8．　支援機関の体制の強化
・SVが指導、教育に専念できるような体制等、重症度の高い事例以外も丁寧にアセスメントできるような体制とする。その他
9．　関係する地域資源と連携した見守り体制の構築
・医療機関、学校医、スクールソーシャルワーカー等の関係する地域資源と、平時から相談や情報共有ができる体制を整える。
10．　家庭内、パートナーシップ間のパワーバランスを考慮した支援
・家庭内のパワーバランスも含めた多面的なアセスメントと支援を行う。
11．　虐待やDVに繋がり得るエピソードや表出されない援助希求への気づき
12．育児のこだわりを踏まえたリスクアセスメント
・育児のこだわりの背景にある保護者の偏った考えやそれに伴うリスクをアセスメントし、こどもの安全や安心を常に最優先に考える。
13．　重症事案発生後の家族への支援
・パワーバランスの崩れなど虐待に至った構造を祖父母を含めた家族全体で理解し、問題を認識して再発防止に取り組めるよう支援する。その他

鈴木ら（2024）は、国の検証報告書だけでなく、死亡事例を扱った国内の先行研究を収集し分析を行った。収集された研究論文等は、計 72 本であった。先行研究のほとんどは、事例が抱える困難状況、対応上の課題、それを踏まえての提言等が考察されている。これらを「意味のまとまり」ごとにテキストとして抽出した結果、221 の「意味のまとまり」となり、さらにこれらを関連付けて、最終的に 18 の表札にまとめられた。これはさらに大きく 3 つのカテゴリー（①「孤立と孤独を深めていくプロセス」，②「途切れない支援が進んでいくプロセス」、③「組織の修正力」）にまとめられた（表 2）。

表 2 国内の研究等に示された事例の困難状況、課題、提言等の分析結果

①「孤独と孤立を深めていくプロセス」を構成する表札 「若年妊娠者の孤立」「社会的孤立と転居」、「DV 構造の中での養育者の孤立」、「障害を持つ子の養育の複合的困難」、「メンタルヘルスの課題と養育の困難」、「学齢期にある子どもの理解」、「ネグレクトに対する危機感の薄れ」、「パートナーが家族システムに与える影響を理解する」、「施設退所時に生じる新たなリスク」
②「途切れない支援が進んでいくプロセス」を構成する表札 「子ども・家族からのサインを受け止める」、「家族を構造的・力動的・システムとして捉えていく視点を持つ」、「関係機関とつながっていく」、「漏れのない情報共有を進めていく」、「社会資源の不足を解消していく」、「子どもの声を聴く」、「妊娠期からの途切れない支援を進めていく」
③「組織の修正力」を構成する表札 「支援方針の固定化・形骸化」、「支援方針の変更を進めていく」

鈴木らによれば、①と②は拮抗関係にあり、孤独と孤立のプロセスが進めば問題は重篤化し、最悪の結果、子どもの死亡につながるリスクを上げていく。このプロセスに対して保護的に作用し、重篤化を防ぐのが、途切れない支援である。子どもと保護者との支援関係が切れることなくあることで、子どもと家族の変化にも気づきやすく、迅速かつ効果的な対応につながるものである。そして、この両者に基盤として作用するのが、組織の修正力である。子どもと家族の深刻化が進んでも、方針が変更されない、硬直化、形骸化した組織であれば、問題の深刻化を止められないだろう。その逆に、変化に応じた支援方針の変更を柔軟に行うことができる組織であれば、②の支援の質は向上し、支援関係の維持にもプラスの影響をもたらすことになる。

②のプロセスである「途切れない支援が進んでいくプロセス」については、国の報告書の提言の中でも「切れ目のない支援の強化」(第 11、12、13、14 次報告)といった言葉で繰り返され続けてきたことである。しかしアセスメントの不備、関係機関との連携の不十分さ、支援の断ち切れといった課題は、なかなか改善されない問題として今日に至っている。今回、3つ目のプロセスでとして「組織の修正力」を明示したことで、改善が進まない背景の重要な一つに組織の問題があること、およびそこに目を向けた改善策を検討する必要性を提示した。組織の問題について、国や自治体のこれまでの検証報告で言及されることはほとんどなく、検証の対象から外れている現状がある。「組織の修正力」に関わる組織の問題として目を向けるべき項目としては、アセスメントを行う会議等の在り方、機関連携における組織同士の関係の在り方、職員の専門性の獲得およびそれが発揮できる組織的土壌などがあげられよう。繰り返される課題を解決していくためには、こうした組織の問題に踏み込んだ検討を行う必要があるといえよう。

伊藤ら(2024)は、英米の死亡事例に関する研究の分析において(論点3)、米国では審査や評価のプロセスの在り方に関する文献が多く、英国では支援や介入の在り方に関する文献が多い特徴があるものの、両者とも今後の対応策等に関する提案や提言が日本に比べて豊富であることが分かった。海外の取り組みから見ても、日本における死亡事例に関するより踏み込んだ分析の必要性を認識する必要がある。

Ⅲ. 第2段階:児童虐待対応実務経験者エキスパートを対象としたインタビュー調査の分析(論点4と論点5)

(1)目的と方法

第 1 段階の研究において、「孤立と孤独を深めてい

くプロセス」が重症化と死亡に至る経過にあり、それを防止し、改善に向かう展開が「途切れない支援が進んでいくプロセス」であることが示された。しかしこれらの拮抗関係にあるプロセスのどちらが強化されるかについては組織の問題が関係しており、それを「組織の修正力」として示した。ケースの力動、変化に応じて、アセスメントや支援方針を柔軟に適正化できる組織であるか、その逆に硬直化、形骸化するなどしてミスリードしていく組織であるかが問われるということである。後者である場合、組織自体が重症化を防げない大きな障壁のひとつとなろう。

そこで、増沢ら(2025)は、アセスメント等の課題が解決されず改善が進まない背景要因と解決の方向性について、児相や市区町村に従事してきた経験のある16 名のエキスパートへの面接調査を行い、組織的な課題を含めて、掘り下げて見解を聴取し、障壁となっている背景要因とその解決に向けた検討を行った(論点4と論点5)。

対象者の内訳は、児相実務経験 10 年以上の現役児相長(退職後1年までも含む)4名、児相実務経験 10 年以上の児相長経験者4名、市区町村児童福祉分野の実務経験10年以上の専門職(母子保健以外)4名、市区町村母子保健分野の実務経験 10 年以上及び研究機関等でこの分野に精通した保健師4名の計 16 名である。

面接は、地方自治体や国の検証報告書で、繰り返し指摘され続けている課題等があるが、課題等を解決する上で特に困難に感じていることや、解決できない障壁等について、支援者個人、組織、制度や社会といったミクロ、メゾ、マクロの側面から見解を聴いた。繰り返し指摘されている課題や組織の課題(アセスメントの不備 ・子どもおよび保護者との関係構築とその維持のできなさ ・会議等での課題 ・人事異動等による引継ぎや自治体間移管での課題 ・要保護児童対策地域協議会等関係機関との連携、協働の課題 ・専門性や人材育成の課題 ・その他)をテーマに面接を展開した。

(2)インタビュー結果、考察のまとめ

聴取された見解は、以下の①から④の観点で整理できた。ここではこの観点ごとに考察した内容の概要を述べる。

①支援者が置かれている現場の状況と実務上の課題や障壁

②虐待対応を行う組織の運営上の課題や障壁

③市区町村に特化した課題や障壁

④国と地方自治体の検証報告書に求められる課題

①の支援者の状況と実務上の課題として、第 1 に指摘されていたのは、当事者への対応が、安全確認と注意喚起を中心とするパターナリズム的対応に傾斜し、支援や必要な時の保護的対応が後退している現状が指摘された点である。虐待死亡事例は社会的関心が高く、関係機関への厳しい批判が制度改革を促してきた。その結果、48 時間以内の安全確認や立入調査などの手続きが厳格化されたが、通告件数の増加と相まって、現場では最低限の安全確認、リスクアセスメントシートへの記入、虐待的行為が認められた際の指導的注意喚起に留まるといったルーティーン化とパターナリズムに業務が偏重している点である。加えて、指導中心の関わりは支援関係の構築を困難にすると同時に、傾聴や共感、アセスメント、支援計画立案といったソーシャルワークの基盤的専門性の低下をもたらしているという指摘である。またこうした状況は支援者の萎縮や疲弊を招き、やりがいの喪失にもつながり、ひいては支援者の雇用と定着にも悪影響となっているようだ。こうした傾向が、児相だけでなく、市区町村にも及び、地域全体の支援力の低下という悪循環を生みつつある懸念も述べられていた。

次に、アセスメントに関しても、業務過多とルーティーン化により十分な検討が困難となっている現状が指摘された。そのため、DV における支配関係やステップファミリーの関係性、ネグレクトが子どもの発達に及ぼす影響など、ソーシャルワーク上重要な親子の関係性や子どもの発達を評価する力が弱まっているという。また、人事異動に伴う引き継ぎの不十分さにより、蓄積されたアセスメントが寸断、喪失される問題もある。

この点については、これまでほとんど議論されたことはなく、②の組織の運営上の課題にも関係するところである。さらに、人材育成の面では、職員の増員により経験の浅い職員の割合が増加する一方、育成が追いついていない。ここに安全確認中心の業務に偏ることで、基礎的な面接技術やアセスメント力の習得機会を損なわせているとの指摘があった。

②の組織運営上の課題としては、第 1 に援助方針会議の機能の不十分さである。本来、子どもの処遇を左右する重要な意思決定の場であるが、多忙化により十分な情報共有や多職種による検討が行われていない組織が垣間見られるという。その結果、適切なアセスメントや方針決定につながらない状況を招くことになる。また、その背景には心理的安全性の欠如という組織文化の問題もある。職員が自由に意見を述べられず、失敗や異論を共有しにくい環境では、忖度や沈黙が生じがちで、組織的判断の質が低下することになる。心理的安全性を確保するためには、リーダーの姿勢が重要であり、支持的で開かれたコミュニケーションが求められるだろう。

さらに、自治体間の連携・協働にも課題がある。ケース移管時には丁寧な情報共有が必須であるが、時間的制約や距離の問題から十分な引き継ぎが行われない現状がある。また、リスクを過小に伝える、移管を目的化するなどの不適切な対応や、自治体間の力関係に左右される事態も指摘されており、全国的な実態把握と問題の改善が必要である。

③の市区町村に特有の課題としては、制度改革に伴う混乱が一番に指摘されている。2022 年の児童福祉法改正により「こども家庭センター」の設置が進められ、母子保健と児童福祉の一体的支援が求められているが、現場では三つの課題が浮かび上がっている。第一に、児相との役割分担の不明確さから、市区町村が児相のような指導的対応に偏る懸念が指摘されてた。本来、市区町村は生活支援を中心とすべきであり、パターナリズムの拡大は地域の支援文化を損なう恐れがある。第二に、サポートプランが形式化・目的化する懸念である。本来は当事者と協働して支援を構築するための手段であるが、作成自体が業務化すると本質を失う。第三に、母子保健と児童福祉の連携不足である。現状ではバトンタッチ型の連携が多く、一体的支援が実現していない。その結果、引き継ぎ時に支援が途切れる、部門間の対立が生じるなどの問題が発生しており、相互理解と協働体制の構築が求められる。

④は、検証報告書の在り方に関する課題への指摘である。第一に、支援機関が関与していないケースでは検証が行われない傾向がある点で、予防の観点からも、なぜかかわりが持てなかったのかも含めて検証が不可欠であるとの指摘が、特に母子保健のエキスパートからあった。第二に、検証内容が通告後の児相や市区町村の対応に限定されている点である。本来は、通告前の生育歴や親子関係、加害親の背景、子どもの状態、さらには組織文化の問題まで含めた包括的分析が必要であるとの指摘である。第三に、検証報告書が実務に十分活用されていない点である。報告書は研修や日常実践に活かされるべきであり、支援者および組織全体が学び続ける姿勢を共有する必要があるとの指摘である。

以上のように、アセスメントの不備等の課題が繰り返される背景は、個々の支援者の問題にとどまらず、組織文化、制度運用、そして社会的文脈が相互に影響し合いながら、児童虐待対応の質に影響を及ぼしているということである。今後は、エキスパートの指摘がどれだけ現場で共有されるものかを検証した上で、支援者の意識改革、組織改革の総合的改革が必要だろう。進行しつつある形骸的対応やパターナリズムから脱却し、関係性に基づく支援実践への転換を目指すとともに、その基盤となる組織の在り方や制度運用を含めた総合的な検証が求められるといえよう。

Ⅳ. 第3段階:児童虐待対応現役実務経験者への全国調査(論点6から論点9)

(1)目的と方法

第2段階で行ったエキスパートらへの面接を通して得られた指摘から質問項目を作成し、全国の児相と

市（区を含む）に全国調査を行って、エキスパートが指摘していた課題や障壁を実証的に明らかにし、それを解決するために必要な要件を呈示することを目的とした（論点6から論点9）。

エキスパートの指摘を踏まえ、質問項目は、大きく次の4つの枠組みで作成した。

① 児相と市区で児童虐待に対応する支援者の専門性、やりがい、業務負担感などの支援者の勤務状況についての項目（全9項目）

② 支援者が実務を行う上で障壁となっている職場を中心とした業務上の課題についての項目（全 34 項目）

③ こども家庭センターの設置やサポートプランの作成など近年機能強化が進められている市区町村に特化した課題についての質問（全 12 項目）

④ 検証の在り方や検証報告書の活用に関する質問（全 10 項目）。

以上の質問を、全国の児相（263 箇所）、及び全国の市と区（特別区および政令市の区）の全 986 箇所の施設長宛に研究協力の依頼文を送付した。その上で、施設長（所属長）より、自身も含めた管理者、新人職員、中堅職員、ベテラン職員に研究依頼書を渡してもらい、研究協力に同意が得られた職員にオンラインで匿名にて回答を求めた。回答者には、所属（児相、市、特別区、政令市の区）、所属所在地の規模（大都市圏かそれ以外）、職種、経験年数、管理職かそれ以外かの属性を回答した上で、各質問項目への回答を求めた。回答者の総数は 1,780 件であった（計算上の有効回答率は 28.5%）。

（2）結果と考察1：支援者の勤務状況および業務上の課題に関する因子の抽出

ア）支援者の勤務状況に関する因子の抽出

支援者の勤務状況に関する質問項目の回答結果について、児相と市区の因子構造を確認するために、固有値1以上を基準とした探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目は含まれなかったため、結果として3因子（以下、勤務状況の因子）が抽出された。各因子を構成する質問項目を表3に示す。

第一因子：「業務負担感」因子

「私は業務を行う上で、疲れ切っている」など3項目で構成され、業務に関する負担やストレスに関する因子である

第二因子：「やりがいのなさ」因子

「私は仕事にやりがいを感じる（逆転項目）」など3項目で構成され、業務に関する専門性ややりがいに関する因子である

第三因子：「職場での孤立」因子

「私は職場で孤立することはない（逆転項目）」など3項目で構成され、職場での相談相手の有無などに関する因子である。

表３　勤務状況に関する因子構造

		F1	F2	F3
F1：業務負担感因子（α＝.798）				
7.私は業務を行う上で、疲れ切っている		.84	.09	-.03
8.私は業務上やるべきことが多すぎる		.76	-.20	-.01
1.私は業務においてストレスを感じることは多い		.71	.04	.03
F2：やりがいのなさ因子（α＝.707）				
3.私は仕事にやりがいを感じる*		.03	.85	.01
9.私は子どもと家庭を支援する仕事をこれからも続けたいと思う*		.08	.74	.00
2.私は業務を行う上で必要な専門的な知識技術を有している		.19	-.50	.02
F3：職場での孤立因子（α＝.743）				
5.私は業務を行う上で相談できる同僚がいる*		-.04	.01	.74
6.私は職場で孤立することはない*		.08	.00	.74
4.私は業務を行う上で相談できる上司がいる*		-.04	-.02	.64
因子関相関	**F1**		.29	.19
	F2			.42

*は逆転項目

イ）職場を中心とした業務上の課題についての因子の抽出

業務上の課題に関する項目について因子構造を検討するために、固有値1以上を基準とした探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。項目の選定は多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目があった場合はその項目を削除したうえで因子分析を行うことを繰り返し、構造が安定した状態で因子を確定した（以下、課題の因子）。児相と市区とに分け、それぞれのデータについて因子分析を行った上で、互いの因子構造を比較することとした。

①児相の業務上の課題についての因子

児相の業務上の課題についての因子分析の結果、次の4因子が抽出された（表4）。

第一因子：「防衛的・表層的・形骸化対応」因子

「安全確認と注意喚起という指導的対応になりがち」「社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち」など、防衛的な対応やルーティーンのような表面的な対応に関する因子である。

第二因子：「ケース理解の不十分さ」因子

「家族力動は十分に把握できている（逆転項目）」など、アセスメントや理解度に関する内容に関する因子である。

第三因子：「意見の言えなさ」因子

「上司からの批判や評価が気になり、委縮した対応になりがち」「職員間の日常的なコミュニケーションが活発である（逆転項目）」など、コミュニケーションのなさや組織内での意見の言いにくさに関する因子である。

第四因子：「面接力、説明力等に関する養成の不十分さ」因子

「面接する力、聴く力について養う機会がない」など、面接の力や伝える力を養う機会のなさに関する因子である。

表４　課題に関する項目（児相）

		F1	F2	F3	F4
F1：防衛的・表層的・形骸化対応因子（α＝.810）					
2.分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである		.73	-.05	-.09	-.02
5.安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち		.69	.05	-.07	-.02
10.どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである		.64	.15	.04	.02
1.社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち		.60	-.04	.02	-.04
9.対応がルーティン化しており、アセスメントが活かされていない		.60	.06	.12	.00
4.他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない		.47	-.11	-.06	.09
8.業務が多忙で、十分なアセスメントができない		.46	.08	.01	.14
F2：ケース理解の不十分さ因子（α＝.759）					
13.ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*		.04	.81	-.06	-.04
12.DVのケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*		.02	.80	-.08	-.02
11.家族力動は十分に把握できている*		.07	.55	.18	-.03
14.ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*		-.05	.50	.07	.04
F3：意見の言えなさ因子（α＝.660）					
30.上司からの批判や評価が気になり、萎縮した対応になりがち		.16	-.12	.68	-.11
27.組織内で周りと異なった意見を発言しにくい		.14	-.11	.66	.01
29.上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*		-.24	.18	.53	.09
28.職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*		-.18	.17	.43	.07
F4：面接力・説明力等に関する養成の不十分さ因子（α＝.794）					
20.面接する力、聴く力について養う機会がない		.02	-.07	.03	.85
21.ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない		.09	.05	-.02	.73
因子間相関	**F1**		.33	.44	.49
	F2			.34	.35
	F3				.47

*は逆転項目

②市区の業務上の課題についての因子

市区の因子分析の結果、次の4因子が抽出された（表5）。

第一因子：「ケース理解の不十分さ」因子

「家族力動は十分に把握できている（逆転項目）」など、アセスメントや理解度に関する内容に関する因子で、児相と同じ項目で構成された。

第二因子：「防衛的・表層的・形骸化対応」因子

「安全確認と注意喚起という指導的対応になりがち」「社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち」など、防衛的な対応やルーティーンのような表面的な対応に関する因子である。この因子は児相の第一因子に含まれる項目で構成されており、それに対応する因子と言える。

第三因子：「面接力、説明力等に関する養成の不十分さ」因子

「面接する力、聴く力について養う機会がない」など、面接の力や伝える力を養う機会のなさに関する因子である。この因子は児相の第四因子の項目を含んでおり、対応する因子といえる。

第四因子：「コミュニケーション不足」因子

「職員間の日常的なコミュニケーションが活発である（逆転項目）」など、コミュニケーションのなさに関する因子。

表５　課題に関する項目（市区）　因子分析結果

		F1	F2	F3	F4
F1：ケース理解の不十分さ因子（α=.803）					
13.ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*		.84	-.02	.00	-.05
12.DVのケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*		.80	-.06	.00	-.04
11.家族力動は十分に把握できている*		.68	-.02	-.02	.06
14.ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*		.56	.03	-.03	.05
F2：防衛的・表面的・形骸化対応因子（α=.072）					
5.安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち		-.03	.72	-.03	-.02
2.分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである		-.03	.64	-.02	.01
4.他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない		-.04	.57	-.05	.00
1.社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち		-.04	.50	.05	.00
10.どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである		.24	.45	.15	.01
F3：面接力・説明力等に関する養成の不十分さ（α=.726）					
21.ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない		.00	-.01	.89	-.03
20.面接する力、聴く力について養う機会がない		-.04	-.02	.85	-.02
17.経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない		-.01	.03	.40	.13
F4：コミュニケーション不足因子（α=.691）					
28.職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*		.03	-.01	.00	.84
29.上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*		-.02	.00	.04	.63
因子間相関	**F1**		.20	.26	.25
	F2			.48	.21
	F3				.15

*は逆転項目

児相と市区の課題に関する因子の構造については、構成内容にいくつかの差異があるものの、ほぼ同じ因子構造であった。特に「ケース理解の不十分さ」は双方に共通し、家族力動やDV関係の把握などアセスメントの困難さが重要課題として確認された。また、「面接力・説明力の養成不足」もほぼ同様の項目で構成されている。若手増加が顕著な近年、スーパービジョン体制が追いつかない現状が背景にあろう。ただ、「ケース理解の不十分さ」と「面接力、説明力等に関する養成の不十分さ」は、アセスメントの不備やアセスメント力を含む支援者の専門性の不十分さに通じ、死亡事例の検証が始まった初期の段階から繰り返し指摘されてきた問題であると同時に、重篤化防止に不可欠な「組織の修正力」（鈴木ら、2024）が十分に機能していない状況がずっと続いていることを意味しよう。

「防衛的・表面的・形骸化」因子は、エキスパートが児童虐待対応における近年傾向を指摘したものである。児童虐待防止法制定が制定された際に、継続的な支援と必要な時の介入的保護という対応を基本とした。しかし現状起きていることは、そのどちらでもなく、すべてのケースの安全確認、リスクアセスメントシートへの記載の徹底、認定された虐待行為への注意喚起など、個別的対応ではなく、一様な手続き的対応に終始する傾向である。この背景には、死亡事例が発生するたびに、対応機関の手続き上のミスへの厳しい批判が繰り返されてきたことに対する、組織及び支援者の防衛的な構えがある。この因子が児相だけでなく早期支援がより期待されている市区においても抽出されたことに留意が必要である。この傾向が強まれば支援は後退し、早期支援の展開を阻害させかねない。

児相の「意見の言えなさ」因子と市区の「コミュニケーション不足」因子は、組織内のコミュニケーションや心理的安全性に関する因子である。様々な課題が解決していかない構造的な問題の一つとしてエキスパートらが指摘していた重要な要因の一つが、こうした組織文化の問題である。組織文化は、援助方針会議等、ケースを見立て、支援方針を決定する場面の適切性を左右する。しかし、これまでの死亡事例の検証報告で、この点を検証して記述されたものはほとんどない。今後は、心理的安全性を含めた適切な組織マネジメントのあり方を検討するとともに、死亡事例の検証においても、会議がどのように行われていたか等、組織の状況についての検証が必要といえよう。

ウ）市区独自の職場を中心とした環境上の課題の因子の抽出

市区独自のデータを対象として因子分析を行い、多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目を削除した結果、以下の3因子が抽出された（表6）。

第一因子：「機関協働の困難さ」因子

「母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている（逆転項目）」、「要保護児童対策地域協議会の会議では、参加者が互いの約エ割を認め合って、協働できている」など、部門間や役割間の協働の難しさに関する因子である

第二因子：「市区町村の役割の不明確さ」因子

「虐待対応における児相と市区町村の役割区分が明確でない」「統括支援員の役割が明確でない」などで、児相との間や部署内での役割の不明確さに関する因子である。

第三因子：「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」因子

「虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい」母子保健部門と協働して動くことの難しさに関する因子である。

表６　課題に関する項目（市区独自項目）　因子分析結果

	F1	F2	F3
F1：機関協働の困難さ因子（α=.711）			
5.母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている*	.89	-.16	.12
9.母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性に則った役割を果たすようにしている*	.71	.06	-.04
12.要保護児童対策地域協議会の会議では、参加者が互いの役割を認め合って、協働できている*	.46	.35	-.31
F2：市区町村の役割の不明確さ因子（α=.643）			
10. 複数の機関で協働する際、ケースの押し付け合いになりがちである	.04	.55	.16
1. 虐待対応における児童相談所と市区町村の役割区分が明確でない	-.06	.51	.02
8.統括支援員の役割が明確でない	.01	.50	.13
11.周産期の早期支援について精神保健との協働を行える体制が構築されていない	.02	.45	.11
F3：母子保健と児童福祉との共同の困難さ因子（α=.586）			
7. 母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すという流れが一般的である	-.13	.14	.63
6. 虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい	.33	.05	.50
因子間相関　F1		.53	.50
F2			.47

*は逆転項目

2022 年(令和 4 年)の児童福祉法の改正で、市区町村にこども家庭センターの設置が努力義務となった。虐待の重症化を防ぐため、周産期からあるいは小さなリスクが発生した段階からの早期支援の必要性から、そこでは、母子保健と児童福祉の一体化した運営、当事者との協働のよるサポートプラン作成の上での支援の展開が求められている。しかし、こうした要請を実現することの戸惑いや困難さが、そのまま因子として抽出されており、全国の市区町村で共通する課題認識であることが明らかとなった。

(3)結果と考察2:因子ごとの記述統計から示唆されること

すべての回答者の回答についての記述統計を算出した(表7)。

表 7　因子ごとの記述統計

項目	*N*	*M*	*SD*
勤務状況に関する項目			
業務負担感因子	1780	3.65	0.83
やりがいのなさ因子	1780	2.32	0.63
職場での孤立因子	1780	1.99	0.70
課題に関する項目（共通）			
《児童相談所》			
防衛的・表層的・形骸化対応因子	570	2.92	0.65
ケース理解の不十分さ因子	571	2.84	0.59
意見の言えなさ因子	571	2.44	0.64
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	571	3.17	0.94
《市区》			
ケース理解の不十分さ因子	1209	2.79	0.60
防衛的・表層的・形骸化対応因子	1209	2.64	0.60
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	1209	3.08	0.83
コミュニケーション不足因子	1209	2.06	0.73
課題に関する項目（市区独自）			
機関協働の困難さ因子	1149	2.40	0.68
市区町村の役割の不明確さ因子	1149	3.04	0.72
母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	1149	2.86	0.87

勤務状況に関する因子の記述統計では「業務負担感」が最も高かった。

実務上の課題に関する記述統計では、児相においては、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が最も高く、次いで「防御的・表層的・形式化対応」や「ケース理解の不十分さ」が続いていた。これらは主として、個々の実践や支援技術の向上が充分でなく、防衛的で表面的な対応に終始する傾向が強いことを示している。

一方、市区では、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が比較的高い点は共通しているものの、市区町村独自の課題として「市区町村の役割の不明確さ」が最も高い値を示していた。さらに「母子保健と児童福祉の協働の困難さ」など、機関間の役割分担や連携に関わる課題も認識されていた。市区においては、個々の実践能力というよりも、制度上の役割や関係機関との協働のあり方といった、支援体制の構造に関わる課題が意識されている可能性を示している。

（4）結果と考察3：児相における因子間相関から示唆されること（論点7）

児相における「勤務状況」3因子と「課題」の4因子について、職種・経験年数・職位・所在地を踏まえて分析し、さらに各因子間の関係を検討するために各因子間相関に関する分析を実施した。表中に示したPearson の相関係数を見ると、ほとんどの因子間で有意な相関関係がみられた（表8）。

表８　各因子の相関

		勤務状況		児童相談所の課題			
		②やりがいのなさ因子	③職場での孤立因子	④防衛的・表層的・形骸化対応因子	⑤ケース理解の不十分さ因子	⑥意見の言えなさ因子	⑦面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子
勤務状況	① 業務負担感因子	.202 **	.071	.335 **	.097 *	.215 **	.275 **
	② やりがいのなさ因子		.575 **	.075	.271 **	.314 **	.158 **
	③ 職場での孤立因子			.148 **	.226 **	.461 **	.221 **
児童相談所の課題	④ 防衛的・表層的・形骸化対応因子				.312 **	.336 **	.459 **
	⑤ ケース理解の不十分さ因子					.299 **	.279 **
	⑥ 意見の言えなさ因子						.370 **
	⑦ 面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子						―

第一に、「業務負担感」は、あらゆる職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地において高い得点を得ており、個人に帰属する課題ではなく、すべての児相における課題であることが分かった。

また「業務負担感」は、「防衛的・表層的・形骸化対応」と中程度の相関を示しており、業務の負担となる業務量が丁寧かつ継続的な支援を行う時間と余裕を奪い、表面的・形骸的な対応にならざるを得ない状況が考えられる。

第二に、「職場での孤立」は「やりがいのなさ」と強い相関を示し、孤立が職務意欲を大きく低下させる要因であることが示唆された。特に中堅職員や管理職で孤立が高い傾向がみられ、責任の増大に対して支援が不足している実態が示唆された。これは、管理職層の孤立が組織全体の実践の質低下につながる可能性を示している。外部・ピアによるスーパービジョン等、職員の孤立を防ぎ、職員が支えられる体制の整備が求められる。

第三に、「意見の言えなさ」は「職場での孤立」および「防衛的・表層的・形骸化対応」と中程度の相関を示している。意見が言えない組織というのは、多様な視点からケースを見立てることができず、小さな意見が排除され、ある特定の権威ある人の意見が採用される傾向を生み出していく。担当者が自らアセスメントし、支援方針を考えたとしても、組織の権威ある判断にゆだねる、あるいは従う傾向は、上からの指示に応じる傾向や「防衛的・表層的・形骸化対応」の傾向を強め、同時に支援者を孤立させていく。権威勾配は、発言しにくい組織では多様な視点が失われ、権威者への依存が強まり、結果として実践の形骸化が進んでしまう。また発言困難な環境は職員の孤立を促進し、組織的問題をさらに悪化させてしまうという構造的悪循環が生じることが示唆された。

第四に、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ」は「防衛的・表層的・形骸化対応」と比較的強い相関を示しており、「意見の言えなさ」とも相関している。組織における意見の言えなさは、防衛的・表層的・形骸化を進め、マニュアル重視、コンプライアンス重視の実践を強化させると同時に、形骸化した対応に終始することで、個々のケース理解を深く掘り下げて検討し、実践する道を閉ざし、面接力や説明力といった専門性獲得を阻害させる。またこうした専門性の不十

分さは、意見の言えなさにもなり、それがさらに防衛的で表層的な対応を促進させるといった構造の悪循環が示唆された。

以上より、児相における課題は、業務負担、孤立、組織文化、専門性不足が相互に関連しながら、防衛的で形骸化した実践を生み出す構造として理解できる。

(5)結果と考察4:市区における因子間相関から示唆されること(論点8)

市区における「勤務状況」の3因子、および及び、「課題」の4因子について、職種、経験年数、職位、所在地について分析し、さらに、「勤務状況」の3因子と「課題」の4因子についての相関関係を検討するために、相関分析を行った。

各因子間の関係を検討するために各因子間相関に関する分析を実施した。表中に示したPearsonの相関係数を見ると、ほとんどの因子間で有意な相関関係がみられた。その中でも、特に有意な相関関係がみられたこととして、以下の3点が挙げられた(表9)。

表9　各因子間の相関

		勤務状況		市区の課題				市区独自の課題		
		2	3	4	5	6	7	8	9	10
勤務状況	1.業務負担感因子	.135*	.151*	.032	.220*	.293*	.153*	.111*	.307*	.219*
	2.やりがいのなさ因子		.595*	.258*	.208*	.168*	.359*	.277*	.166*	.038
	3.職場での孤立因子			.151*	.137*	.229*	.585*	.285*	.185*	.080*
市区の課題	4.ケース理解の不十分さ因子				.165*	.170*	.198*	.30*	.161*	.081*
	5.防衛的・表面的・形骸化対応因子					.388*	.161*	.177*	.430*	.342*
	6.面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子						.161*	.259*	.473*	.250*
	7.コミュニケーション不足							.338*	.183*	.116*
市区独自	8.機関協働の困難さ因子								.423*	.418*
	9.市区町村の役割の不明確さ因子									.467*
	10.母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子									–

*) $p < .001$

第一に、職場での孤立因子とやりがいのなさ因子、コミュニケーション不足因子との強い相関関係である。職場で孤立を感じている人ほどやりがいを感じておらず、またコミュニケーション不足だと感じていることが明らかになった。

第二に、防衛的・表面的・形骸化対応因子、面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子、および市区町村の役割の不明確さ因子との間には、強い相関関係である。面接力等の養成が不十分と感じる人ほど、市区町村の役割が不明確だと感じており、さらに防衛的・表面的・形骸化した対応になりやすいことが示唆された。またこうした対応に終始することは、面接力等の専門性の獲得の機会を奪い、その養成を阻害する可能性や、市区町村の役割も不明確になることが示唆された。

第三に、母子保健と児童福祉との協働の困難さ因

子と機関協働の困難さ因子と市区町村の役割の不明確さ因子との強い相関関係である。この3つについて困難だと感じていることが負の連鎖につながっている可能性が示唆された。

全体を通じて、市区町村における児童虐待対応の課題は、個別の問題ではなく複数の要因が相互に関連する構造的問題であり、母子封建と児童福祉との協働等制度的要請に対応することの戸惑い困難さを示している。相関結果の職種や地域による差異が限定的であったことから、これらの課題は広く共有された構造的問題であるといえる。

(6)結果と考察5:検証の在り方や検証報告書の活用に関する質問への回答の分析(論点9)

まず国や地方公共団体が公表している検証報告書を読んだことがあるか否かを尋ね、「ある」の回答者には、国や地方公共団体が公表している検証報告書の活用の程度への回答を求めた結果、回答者の8割以上が閲読経験を有していた。特に児相職員で割合が高く、経験年数や職位が上がるほど閲読経験も増加していた。一方、市区でも約 8 割が閲読していたが、保健師で高く事務職で低いなど職種差がみられた。

検証報告書の活用については、「部分的に活用」が最多であり、児相の方が活用度は高い傾向にあった。市区では活用が限定的で、特に大都市圏以外で低い傾向がみられた。また、経験年数や管理職で活用度が高まる一方、一部のベテラン層でも活用できていない実態があり、個人または組織上の課題が示唆された。

検証の在り方や検証報告書の活用に関して望まれることの8項目について、「全くそう思わない、そう思わない、どちらでもない、そう思う、とてもそう思う」の5件法で回答を求めることとした。いずれに項目も「そう思う」以上が半数を超えており、項目7を除いては7割を超えている(表 10)

表 10 検証の在り方と検証報告書の活用についての質問項目(そう思う以上の回答数と割合)

	回答数	%
項目1. 検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい	1,279	89.0
項目2. 予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報(出生体重等の母子保健情報等)をもっと把握して、検証した方がいい	1,149	79.9
項目3. 保護者等の言動だけでなく、子どもの状態(障害等を含む)やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい	1,291	89.9
項目4. 加害者に関する司法関係の情報(心理鑑定等)も把握して検証した方がいい	1,102	76.7
項目5. 個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題(底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など)も検証した方がいい	1,090	75.8
項目6. 支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい	1,150	80.0
項目7. 子ども(きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がい。	768	53.5
項目8. 児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい	1,133	78.9

このように検証の在り方に関しては、多くの項目で高い支持が得られ、特に子どもの成育歴や状態、関係機関の関与を含めた包括的把握の必要性が強く認識されていた。これは従来の通告後中心・保護者中心の検証への問題意識を反映しており、子どもを中心とした包括的理解や地域全体での検証の必要性を示している。また、支援機関が関与していなかった事例の検証についても支持が高く、早期発見・予防の観点から重要視されていた。

児相と市区とでの比較では、児相は子どもの状態把握や多面的ヒアリングの必要性を重視し、市区は周産期情報への関心が高いなど、役割の違いが反映されていた。

職種別では、職種別では、心理職は包括的アセスメントに必要な多様な情報への問題意識が高く、保健師は周産期や未関与事例への関心が高かった。事務職は全体的に、多職種と比べて改善の必要性性への認識が低い傾向にあった。

回答を得た管理職の約4割が事務職であり、専門職の管理職と比べて情報把握や組織課題への問題意識が低い傾向がみられた。この差異は組織運営に影響しうるものであり、心理的安全性の高い組織づくりには、管理職の意識改革と職種間の共通理解の形成が重要である。

以上より、検証の質の向上と報告書の活用については、対応機関の取り組みを振り返るでは足りず、子どものニーズや状態像の把握、周産期からの生育歴や経過、取り組みの背景にある組織的な課題にまで広げて、重層的に検討すべきであることが、現場の声として高いことが明らかとなった。さらには児相や市区町村が関与しなかった死亡事例についても検証すべきである。こうした検証のあり方を見直すためには、こうした意識をもった専門職がリーダーシップをとって検証することが有効であろう。

Ⅴ. まとめ

以上の研究成果は、以下のようにまとめられる。

・虐待死に至る背景には、子どもと家族が孤立を深め、支援が途切れていくプロセスがあり、それに対抗するためには、途切れない支援を可能にする組織の修正力を高める必要性が示唆された。

・近年の児童虐待対応では、社会的批判、業務過多、手続き遵守への圧力を背景に、求められる最低限の安全確認、手続き重視、単回のみの注意喚起といった指導的・防衛的・形骸的対応が常態化しつつある。

・こうした対応は、子どもと家族との支援関係の形成を困難にし、支援の断絶を促進するとともに、面接力、説明力、アセスメント力など専門性形成の機会を後退させている。

・業務負担感、職場での孤立、やりがいの低下、意見の言えなさは相互に関連し、支援者個人の問題ではなく、組織的・構造的課題として関係が明らかとなった。

・アセスメントと援助方針を柔軟に見直すためには、会議の質、心理的安全性、多職種による検討、支持的なリーダーシップが不可欠な要件であることが示唆された。

・市区町村においては、児相との役割分担の不明確さ、母子保健と児童福祉の協働の困難さ、こども家庭センターやサポートプランの運用上の課題があり、生活支援を基盤とした早期支援機能を再確認する必要性が明らかとなった。

・組織間連携やケース移管においては、情報共有の徹底だけでなく、機関間の力関係を排し、対等な協働関係構築の重要さが示唆された。

・死亡事例の検証では、通告後の対応に限定せず、子どもの成育歴、状態像、家族関係、周産期情報、

加害者・非加害者の背景、組織文化を含めて包括的に分析する必要性を現場の支援者の多くが求めている。

・支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ支援につながらなかったのかを検証し、早期発見・予防の視点から学ぶ必要性を、現場の支援者の多くが認識している。

・検証報告書は、責任追及の資料ではなく、事例から学習し続ける組織づくりと人材育成に活用されるべきものである。

Ⅵ. 提言

本研究の分析から明らかとなったのは、児童虐待対応の課題が、個々の支援者の力量の問題ではなく、支援者・組織・制度が相互に影響し合う構造的問題として存在しているという点である。したがって、改善に向けた提言も、これら複数の水準において統合的に講じられる必要がある。以下に、特に改善が必要と考えられる点を提言として示す。

（1）パターナリズムから支援関係構築を基盤とした継続的支援へ

現場では、手続き的対応や指導的対応に偏重するパターナリズム的実践が強まり、支援関係の構築や維持が困難になっている。今後は、子どもと家族との関係性を基盤とした継続的支援へと実践の軸を転換する必要がある。そのためには、単なる手続きの履行ではなく、アセスメントと関係形成を重視した実践を評価する仕組みへの見直しが求められる。

（2）「組織の修正力」を高める組織マネジメントの確立

アセスメントの不備や支援の形骸化の背景には、組織の硬直化や心理的安全性の低さが存在している。したがって、援助方針を柔軟に見直すことができる「組織の修正力」を高めることが不可欠である。具体的には、意見の表明が保障される心理的安全性の確保、多職種による十分な検討を可能とする会議運営、リーダー層による支持的リーダーシップの強化が求められる。

（3）業務負担の適正化と専門性形成の再構築

業務負担の過重は、防衛的・表層的対応を生み出し、専門性の向上を阻害している。したがって、業務量の適正化とともに、面接技術やアセスメント力を体系的に育成する研修及びスーパービジョン体制と質（職員を支え、子どもを中心においた検討ができるなど）の整備が必要である。特に、経験の浅い職員が増加している現状を踏まえ、実践を通じた学習機会の確保と継続的な支援体制の構築が求められる。

（4）機関連携と役割分担の再設計（特に市区町村機能の明確化）

児相と市区町村、さらには児童福祉部門と母子保健部門との連携において、役割の不明確さや協働の困難さが構造的課題となっている。今後は、各機関の役割を明確化するとともに、対等な協働関係の構築を前提とした連携モデルの再設計が必要である。特に市区町村においては、生活支援を基盤とした早期支援機能を強化し、形式的対応やパターナリズムの拡大を防ぐ視点が重要である。

（5）検証の在り方の転換と実務への還元の強化

現行の死亡事例の検証は通告後の児相や市区町村の対応に焦点が絞られている。児相や市区町村が未関与だった事例、子どもの状態像や生育歴、家族関係など事例の総合的理解、対応の背景にある組織文化の問題などに目を向けた検証が充分になされていない。今後は、そうした観点も含めた包括的な検証へと転換する必要がある。また、検証報告書を研修や日常実践に積極的に活用し、学習する組織としての機能を強化することが求められる。

以上の提言は相互に関連し合い、統合的に推進されることで初めて効果を持つ。そのためには、支援者個人のレベルから組織、地域社会といったミクロ、メゾ、

マクロの構造的問題を理解し、組織及び地域の改革に臨める専門的リーダーシップが求められる。

Ⅶ. 知的所有権の取得状況

特になし

マクロの構造的問題を理解し、組織及び地域の改革に臨める専門的リーダーシップが求められる。

Ⅶ. 知的所有権の取得状況

特になし

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)

分担研究報告書

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　(23DA1501)

地方公共団体の検証報告書の分析

研究分担者　白井　祐浩　九州産業大学
満下　健太　静岡大学
井出　智博　北海道大学

研究要旨

この研究の目的は、児童虐待に関連する死亡事例について、重大事例検証報告書（以下、検証報告書）から得られた課題や提言を分析し、再発防止に向けた知見を得ることである。まず、全体像を見るために分析可能な全ての検証報告書のデータを用いて事例概要に関するコーディングを基にした量的分析及び課題・提言の質的分析を行った。加えて、「新生児死亡事例」及び「保護歴のある事例」について質的分析も行った。

分析対象として、全体の分析では児童虐待に関連する 231 の事例の中で、電子テキスト化が可能だった 182 事例(79.22%)が選定され、その中でも課題の記述が含まれていた 176 事例(76.19%)を対象により詳細な分析を行った。また、その中で新生児死亡事例（14 事例）及び保護歴のある事例（49 事例）を抜き出し、質的分析を行った。

全体の分析では、量的研究において検証報告書のコーディング・集計・分析を行うことで事例のパターンや傾向に関して一定の傾向を見出すことができ、質的研究では「関係機関の情報共有」「検討会議」「児童相談所の対応」など７つの典型的な課題と、「関係機関の連携」「会議開催」「児童相談所の対応」など８つの典型的な提言が示された。

新生児死亡事例の分析では、「児童相談所におけるリスクの認識」「医療機関における妊産婦健診受診状況の把握とそれに基づいた連携」「妊娠に関する窓口の強化」など 11 の課題が示され、「保護者との関係構築」「支援体制の構築」「保健、福祉、医療の連携強化」など 9 つの提言が示された。

保護歴のある事例の分析では、「児童相談所におけるアセスメントと必要な支援に関する情報の共有に関する課題」「世帯の状況把握と虐待可能性のアセスメントに関する課題」「家族状況の包括的把握によるリスクアセスメントに関する課題」など 13 の課題と「子どもと保護者に焦点を当てた虐待事例への地域支援体制の改善に関する提言」「情報共有と自治体・関係機関との連携協力の強化に関する提言」「児童相談所児童福祉司の専門性向上、及びスーパーバイズ体制整備」など 14 の提言が示された。

Ⅰ. はじめに

厚生労働省は児童虐待の防止等に関する法律(以下、児童虐待防止法)の施行を機に、新聞報道や都道府県・指定都市の報告により厚生労働省が把握している虐待死亡事例についての調査を実施し、再発防止に向けた取り組みを整理して示した(厚生労働省、2004)[1]。その後、平成 19 年(2007 年)に児童虐待防止法が改正され、子どもの心身に重大な影響を与えた児童虐待事例について、国や地方公共団体は事例の分析を行い、児童虐待防止のために必要な調査研究、検証を行うことが定められ、厚生労働省はこれに基づき、「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」(雇児総発第 0314002 号平成 20 年 3 月 14 日)において、検証の基本的な考え方や進め方を周知した。こうした状況を踏まえ、厚生労働省は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委員会」(以下、検証委員会)を設置した。検証委員会は 2005 年に第 1 次報告書を公表して以降、現在(2024 年 2 月)までに第 19 次報告までを取りまとめ公表している。一連の報告書では各報告の対象期間に発生、あるいは表面化した重大事例、及び地方自治体で行われた検証を分析することを通して具体的な改善策が提言されてきた。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「地方公共団体が行う子ども虐待事例の効果的な検証に関する研究(研究代表者:奥山眞紀子)」においてまとめられた『子ども虐待重大事例検証の手引き』も公表されており、指導事例を中心に各地で発生した重大事例についての検証が重ねられるようになっている。

こうした動きの中で、国内で発生した重大事例に関する複数の検証報告を分析することから共通する課題や教訓を見出そうとすることに取り組んだものも見られる(表 1-1)。しかし、いずれも一定の期間に報告されたものを対象にしていたり、特定のテーマに沿った報告書を抽出したりするなど、網羅的な分析には至っていない。

そこで本研究ではまず、児童福祉法の改正により地方自治体での検証が責務となった 2008 年～2022 年の地方公共団体による検証報告書(都道府県、政令指定都市によるもの)を分析対象にして、①事例概要に関するコーディングを基に量的に分析をするとともに、②検証報告書の課題・提言の部分をテキストマイニングを用いて質的に分析することで、検証報告書に記載されている情報について全体的・統合的な視点を得ることを目的とする。

その上で、各論として「③新生児死亡事例」及び「④保護歴のある事例」について質的分析を行うことで、これらの事例の特徴について明らかにすることを目的とする。

---

[1] 児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について(平成 16 年 2 月 27 日)http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-01.html

表 1-1 国内で発生した重大事例に関する検証の一覧

No	発行年	著者	書名・論題	概要	分析対象期間	分析対象事例数	書誌情報
1	2010	亀田徹	児童虐待事例の検証結果を再発防止に生かすには	地方公共団体による重大事例等検証報告（2008～2010：53事例）の内容，及びその報告書をまとめた自治体へのヒアリングを通して，重大事例等の防止に向けた改善策について検討した。	2008 ～ 2010	地方公共団体の検証報告：53	PHP Policy Review Vol.4-No.37，1-11
2	2011	増沢高他	平成22年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究児童虐待に関する文献研究 児童虐待重大事例の分析（第１報）	2000 年から2006 年までの間で、虐待によって死亡した事例の中で、数日、あるいは数週間にわたって継続的に報道されるような重大事件を取り上げ、事件に関連した文献や論説、事例の検証報告書等を収集し分析した。No.3，9と関連した報告。	2000 ～ 2006	地方公共団体の検証報告他：11	https://www.crc-japan.net/research/
3	2012	増沢高他	平成23年度研究報告書 児童虐待に関する文献研究児童虐待に関する文献研究 児童虐待重大事例の分析（第２報）	2007 年から2010 年までの間で、虐待によって死亡した事例の中で、数日、あるいは数週間にわたって継続的に報道されるような重大事件を取り上げ、事件に関連した文献や論説、事例の検証報告書等を収集し分析した。No.2，9と関連した報告。	2007 ～ 2010	地方公共団体の検証報告他：13	https://www.crc-japan.net/research/
4	2012	羽間京子他	学齢期児童虐待事例検証の再検討－死亡事例について一	地方公共団体による検証報告のうち，学齢期児童虐待死亡事例の分析を行い共通点を見出し，学校の対応についての検討を行った。	2009 ～ 2011	地方公共団体の検証報告：4	千葉大学教育学部研究紀要 60，133-142.
5	2015	川崎二三彦	平成24・25年度研究報告書　児童虐待に関する文献研究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自治体による児童虐待死亡事例等検証報告書の分析	地方公共団体による死亡事例の検証報告を基に，地方公共団体でどのような虐待死亡事例に対してどのような検証が行われているかといった自治体検証の実態を明らかにし，より適切な検証方法や虐待死wをなくしていくための効果的な方策を検討した。	2001 ～ 2011	地方公共団体の検証報告：142	https://www.crc-japan.net/research/
6	2019	PwC ｺﾝｻﾙﾃｨﾝｸﾞ合同会社	平成30 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等に関する調査研究 事業報告書	検証委員会による第5～14次報告を基に0日死亡，無理心中等の事例を分析したことに加え，地方公共団体による重大事例検証報告（2013年度以降87冊）を基に事例の特徴，及び課題，提言の内容を分析した。	2007 ～ 2017	検証委員会による報告：946 地方公共団体の検証報告：87	https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000592946.pdf
7	2021	後藤翼他	子ども虐待による死亡事例の検証における児童相談所のケースワーク機能の再検証	検証委員会による第1～12次報告，及び平成20年度から28年度の地方公共団体による検証報告書のうち，心中以外の死亡事例を基にして，児童相談所のケースワーク機能に焦点化した分析，検証を行った。	2008 ～ 2016	検証委員会による報告：第1～12次 地方公共団体の検証報告：56（心中以外）	新潟医療福祉会誌 17（2），31-42
8	2021	宮里慶子	児童虐待予防教育の必要－死亡事例等検証報告書にみる言説－	2009年～2021年の地方公共団体の検証報告221件のうち，児童虐待予防教育に関する言説が認められた46件を対象として分析し，虐待予防教育の対象，内容を分析，考察した。	2009 ～ 2021	地方公共団体の検証報告：46	千里金蘭大学紀要 18，1-12.
9	2023	増沢高他	2021年（令和3年）度研究報告書 子ども虐待に関する文献研究 児童虐待重大事例の分析 2010年～2020年（第1報）	2010 年から2020 年までの間で、虐待によって死亡した事例の中で、数日、あるいは数週間にわたって継続的に報道されるような重大事件を取り上げ、事件に関連した文献や論説、事例の検証報告書等を収集し分析した。No.2，3と関連した報告。	2010 ～ 2020	地方公共団体の検証報告他：15	https://www.crc-japan.net/research/

Ⅱ. 検証報告書の量的分析

2-1.目的

本研究では、地方公共団体による検証報告書について、そこからコード化可能な情報を抽出すると共に重大事例に共通して現れる特徴や傾向などを探索的に明らかにすることを目的としている。具体的には、報告書に記載された内容のコーディングを行うことに加えて、主に記述統計から全体的な様相を把握することと、コード間の関連を探索的に分析することで、事例に潜在するパターンの検討を行なった。

2-2.方法

1)事例選定

分析時点での公開範囲であった 2008～2022 年度の全検証報告について、コーディングに先立ち、(1)概要や簡潔な記述のみである(2)非公開箇所が多いなど情報の欠落が大きいものの2つを除外基準として、いずれかに該当する場合は除外した。結果として、対象となったのは 231 事例であった。

2)コード作成

コーディングを行う情報として、著者らが事前に分担して下読みと協議を行った結果、多くの報告書で基本情報として記載されていると考えられたもの、および先行研究(e.g.、 川﨑ら、 2015)[2]から虐待の様相を把握する上での鍵となるものを選定し、結果として以下の情報についてコーディングを行うこととした。

基本情報:報告書年度・発生年度・合冊・自治体
虐待内容:虐待種別(新生児遺棄/ネグレクト/無理心中/身体的虐待/被害児童自殺)・死亡事例か(死亡/非死亡)・性的虐待の有無
被害児童情報:被害児童人数・被害児童の性別・被害児童の年齢・被害児童の疾患障害の有無・一時保護の有無・被害児童所属(保育所・幼稚園・子ども園/小学校/中学校/高校/特別支援学校/その他/なし/不明)
加害者情報:加害者人数・加害者属性(実母/実父/継母・養母/継父・養父/祖母/祖父/それ以外の男(自由記述)/それ以外の女(自由記述))・加害者既往歴(あり/なし)・身体障害の有無・知的障害の有無・発達障害の有無・精神障害の有無
関与機関情報:自治体移動の有無・死亡以前の虐待通告の有無・児童相談所(以下、児相)の関与(あり/なし、以下同様)・市区町村の関与・市区町村の保健センターの関与・都道府県の精神保健センターの関与・保育所/幼稚園/子ども園の関与・学校(小中高)の関与・特別支援学校の関与・医療機関の関与・警察の関与・裁判所の関与
※加害者・被害児童については人数分(ともに最大3人)
※「なし」には「明記されていない」を含む

3) 手続き

前節で述べた項目に関して、北海道大学・志學館大学の大学院生および研究者自身によって対象の 231 事例に対してコーディングがなされた。コーディングにあたっては、事前に説明を受けた後、それぞれの協力者がコーディングフォームを用いて作業を行った。コーディング時に生じた疑問については、研究者に照会を行なった上でコードを決定した。

4) 分析

記述統計から全体の様相を把握した後、コード間の関連を検討した。具体的には、いくつかの観点からクロス集計表を作成して分析を行なった。なお、本研究では事例別の分析とした。このことから、1事例において加害者または被害児童が複数いる場合がある。たとえば、加害者属性について「実母」「実父」の両方がコードとして付されている事例がある。このことから、

[2] 川﨑二三彦・相澤林太郎・長尾真理子・山邊沙欧里 (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. 横浜博萌会 子どもの虹情報研修センター.

分析の便利のため、対象コードが事例に含まれているかを示した変数(e.g.、 加害者が実母のみである→実母:含む、実父:含まない)を作成し、それらを分析の対象とした。

分析について、記述統計による様相の把握に加えて、コード間の関連を検討するために虐待種別および加害者・被害児童の属性についてのクロス集計と虐待種別とその他コードの対応分析を行なった。なお、虐待種別において「被害児童自殺」である事例については、度数が少数であることと事例の性質が他の虐待種別と大きく異なることから、各分析から除外した。加えて、加害者属性についてはある程度の度数があった「実母」「実父」「継父」のみ扱った。

2-3.結果

1) 記述統計(事例毎の分析)

事例・加害者・被害児童のそれぞれに関するコーディング結果について、記述統計を表 2-1 に示す。なお、事例単位での集計のため、加害者・被害児童に関連するコードは重複が含まれている。たとえば、加害者について「実母」の度数は 165 であるが、これは 165 事例の加害者に実母が含まれていたということを意味している。

事例について、最も多い種別は「身体的虐待」であり、61%程度あった。0.9%程度に性的虐待があった。主たる加害者および被害者数は共に「1 人」が最多であった。自治体移動は 33%程度あった。死亡以前の虐待通告は 46%程度であった。

加害者について、事例に含まれている属性として最も多いのは「実母」であり、71%程度あった。また、16%程度に既往歴があった。障害では、「精神障害」が最も多く見られた。

被害児童について、性別は同程度であった。13%程度の事例で疾患・障害のある児童が含まれていた。23%程度で一時保護歴があった。

表 2-1 コードの度数分布

事例			加害者			被害児童		
コード	度数	%	コード	度数	%	コード	度数	%
虐待種別			**属性**			**性別**		
新生児遺棄	20	8.7%	実母	165	71.4%	男児	108	46.8%
ネグレクト	40	17.3%	実父	66	28.6%	女児	91	39.4%
無理心中	28	12.1%	継母/養母	2	0.9%	不明	38	16.5%
身体的虐待	140	60.6%	継父/養父	32	13.9%	**成育疾患**		
被害児童自殺	3	1.3%	祖母	2	0.9%	あり	30	13.0%
性的虐待			祖父	2	0.9%	なし・非明記	201	87.0%
あり	2	0.9%	その他男	10	4.3%	**一時保護歴(発生以前)**		
なし・非明記	229	99.1%	その他女	2	0.9%	あり	54	23.4%
加害者人数			**年齢代**			なし・非明記	177	76.6%
1	216	93.5%	10代	9	3.9%			
2	12	5.2%	20代	106	45.9%			
3	3	1.3%	30代	64	27.7%			
被害児童人数			40代	24	10.4%			
1	180	77.9%	50代	5	2.2%			
2	50	21.6%	60代	1	0.4%			
3	1	0.4%	未記載	39	16.9%			
自治体移動			**既往歴**					
あり	76	32.9%	あり	36	15.6%			
なし・非明記	155	67.1%	なし・非明記	195	84.4%			
虐待通告			**障害(事例発生前認定)**					
あり	107	46.3%	身体障害	4	1.7%			
なし・非明記	124	53.7%	知的障害	8	3.5%			
機関の関与			発達障害	4	1.7%			
児童相談所	129	55.8%	精神障害	33	14.3%			
市区町村	156	67.5%	なし・非明記	182	78.8%			
市区町村の保健センター	138	59.7%						
都道府県の精神保健センター	5	2.2%						
保育所・幼稚園・こども園	56	24.2%						
小学校・中学校・高等学校	35	15.2%						
特別支援学校	5	2.2%						
医療機関	135	58.4%						
警察	89	38.5%						
裁判所	32	13.9%						

Note: 機関の関与および加害者・被害児童のコードについては、1 事例に複数のコードがあるため合計が 231 とならない。そのため、当該箇所では構成比率ではなく全 231 事例に対する割合を示している。

2) コード間の関連(クロス集計)

事例同士や各コード間の関連を調べるために、いくつかの観点からクロス集計と χ^2 検定(度数5未満のセルがある場合は Fisher の直接確率検定)を行なった。その結果有意な関連があった場合には残差分析を行なった。以下、結果を項別に示す。

3) 虐待種別と加害者属性の関連

虐待種別と加害者属性の関連について、クロス集計表を表 2-2 に示す。まず、虐待種別と実母には有意な関連があった($p < .001$)。残差分析の結果、「新生児遺棄」「無理心中」「ネグレクト」では実母が含まれている事例が有意に多く、「身体的虐待」では有意に少なかった。また、実父でも有意な関連が見られた($p < .01$)。残差分析の結果は「新生児遺棄」「無理心中」の二つについて有意に少なかった。最後に継父でも有意な関連が見られた($p < .01$)。残差分析の結果、「身体的虐待」において継父が含まれている事例が有意に多く、「無理心中」では有意に少なかった。

表 2-2 加害者属性と虐待種別のクロス集計

加害者の属性		実母		実父		継父	
		含まず	含む	含まず	含む	含まず	含む
虐待種別	新生児遺棄	0	20	19	1	20	0
	ネグレクト	6	34	25	15	35	5
	無理心中	3	25	25	3	28	0
	身体的虐待	55	85	94	46	114	26
検定		$p < .001$		$p < .01$		$p < .01$	
Cramer's V		0.33		0.24		0.22	

Note: 残差分析の結果として有意に多いセルは赤色、少ないセルは青色で示している。効果量は正確確率検定を行った場合でも便宜的に算出して示した。以下の表も同様。

4) 加害者属性と被害児童性別の関連

虐待種別と加害者属性の関連について、クロス集計表を表 2-3 に示す。加害者の属性と被害児童性別については、「男児」については「実母」「実父」と有意な関連があった($p < .01$)。残差分析の結果、「実母」では男児を含まない事例が有意に多く、実父ではその反対であった。「女児」においては、「実父」とのみ有意な関連があり($p < .05$)、実父を含まない事例が有意に多かった。

表 2-3　加害者属性と被害児童性別のクロス集計

加害者の属性		実母		実父		継父	
		含まず	含む	含まず	含む	含まず	含む
男児	含まず	26	97	98	25	104	19
	含む	40	68	67	41	95	13
検定		$p < .01$		$p < .01$		ns	
Cramer's V		0.18		0.20		0.05	

加害者の属性		実母		実父		継父	
		含まず	含む	含まず	含む	含まず	含む
女児	含まず	46	95	92	48	124	16
	含む	20	76	73	18	75	16
検定		*ns*		$p < .05$		ns	
Cramer's V		0.12		0.16		0.09	

5) 既往歴と加害者属性/虐待種別の関連

既往歴と加害者属性および虐待種別の関連について、クロス集計表をそれぞれ表 2-4、2-5 に示す。まず既往歴と加害者の属性について、「実母」「実父」のそれぞれで有意な関連があった(それぞれ p<.001、 p <.01)。残差分析の結果、実母においては既往歴がある事例が有意に多く、実父ではその反対であった。一方、「継父」では有意な関連は見られなかった。次に既往歴と虐待種別にも有意な関連があった(p <.001)。残差分析の結果、「無理心中」では既往歴がある事例が有意に多く、「身体的虐待」では有意に少なかった。

表 2-4 既往歴と加害者属性のクロス集計

加害者の属性		実母		実父		継父	
		含まず	含む	含まず	含む	含まず	含む
既往歴	含まず	64	131	133	62	165	30
	含む	2	34	32	4	34	2
検定		p < .001		p < .01		ns	
Cramer's V		0.22		0.17		0.10	

表 2-5 既往歴と虐待種別のクロス集計

虐待種別		新生児遺棄	ネグレクト	無理心中	身体的虐待
既往歴	含まず	19	36	13	124
	含む	1	4	15	16
検定		p < .001			
Cramer's V		0.39			

6) 虐待種別とその他コードの関連(対応分析)

虐待種別とその他のコードの関連を明らかにするために、虐待種別と各種コードの多重クロス表を作成し、対応分析を行なった。結果を図 2-1 に示す。対応分析の結果、第2軸までででの説明率は87.91%であった。各象限での虐待種別とコードの布置を見ると、第 1 象限には虐待種別として「新生児遺棄」が付置され、コードについては「知的障害」「関与・特別支援学校」「性的虐待有」などが特徴的に付置された。第 2 象限には「ネグレクト」が付置され、「加害者・10 代」「加害者・20 代」などが特徴的であった。第 3 象限では、「身体的虐待」が「ネグレクト」に比較的近い位置に付置され、「加害者・継父」「虐待通告有」「主加害・祖父」「主加害・実父」「主加害・継母」「主加害・その他男」「一時保護歴有」などが付置された。第4象限では、「無理心中」が付置され、「関与・小学校・中学校・高等学校」「加害者・既往歴有」「加害者・精神障害」「加害者・身体障害」などが付置された。

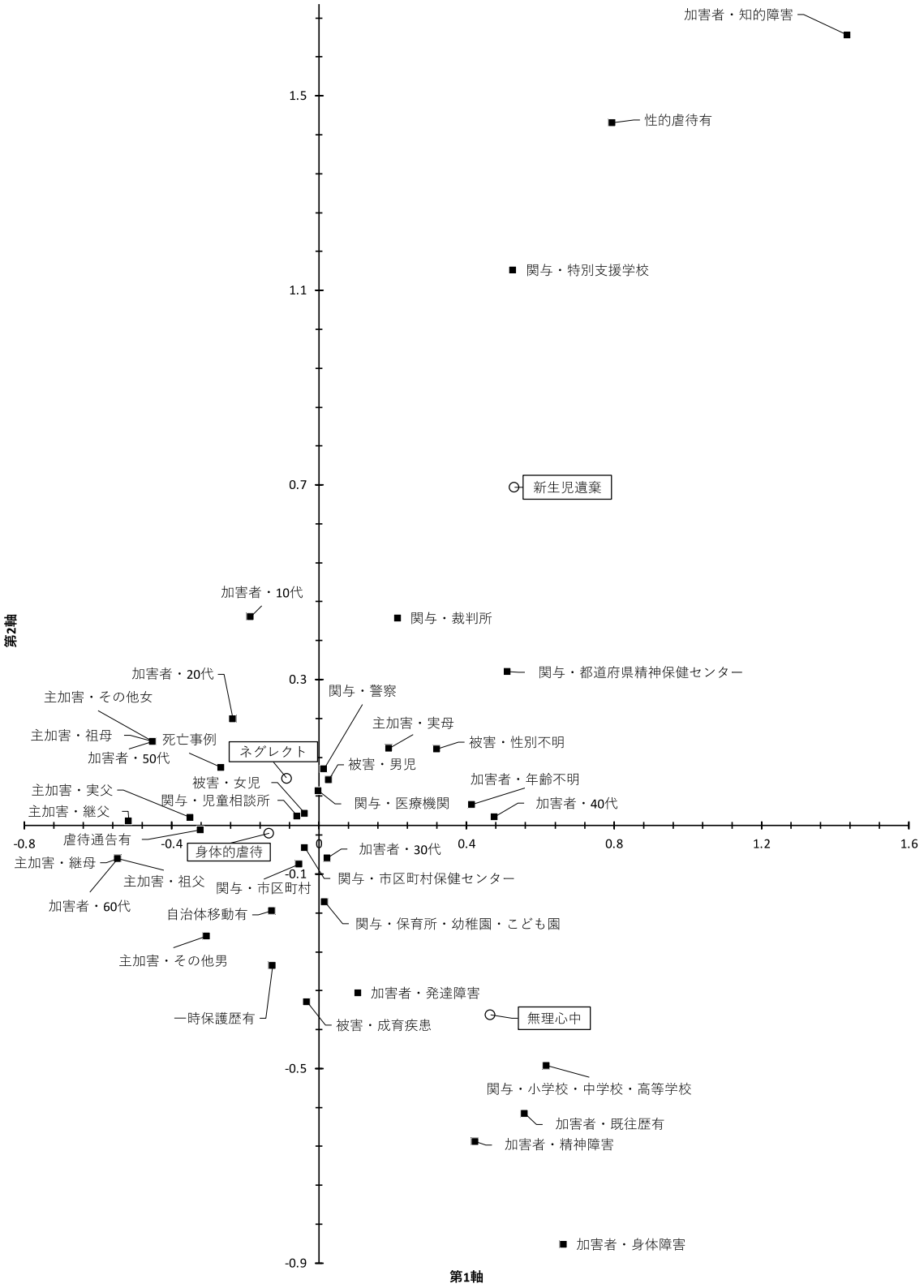

加害者・知的障害
性的虐待有
関与・特別支援学校
新生児遺棄
加害者・10代
関与・裁判所
加害者・20代
関与・都道府県精神保健センター
主加害・その他女
関与・警察
主加害・実母
主加害・祖母
死亡事例
被害・性別不明
ネグレクト
加害者・50代
被害・男児
加害者・年齢不明
被害・女児
主加害・実父
関与・医療機関
加害者・40代
関与・児童相談所
主加害・継父
虐待通告有
身体的虐待
加害者・30代
主加害・継母
主加害・祖父
関与・市区町村保健センター
関与・市区町村
加害者・60代
自治体移動有
関与・保育所・幼稚園・こども園
主加害・その他男
加害者・発達障害
一時保護歴有
無理心中
被害・成育疾患
関与・小学校・中学校・高等学校
加害者・既往歴有
加害者・精神障害
加害者・身体障害
1.5
1.1
0.7
0.3
-0.1
-0.5
-0.9
-0.8
-0.4
0
0.4
0.8
1.2
1.6
第2軸
第1軸

図 2-1 対応分析

2-4.考察

本章では報告書のコーディングを通して、記述統計から全体的な様相を把握すると共に、虐待種別および加害者・被害児童属性の観点からコード間の関連について分析を行なった。

コーディングの結果、虐待種別の分布傾向としては、「身体的虐待」が最も多く、分析対象事例全体の 60%程度という結果であった。2001 年から 2011 年までの検証報告書を分析した川崎ら(2015)では、身体的虐待に相当する事例は全体の 62%程度(新生児遺棄含む)であり、加えて、心中は 17%程度、ネグレクトは 14%程度、残りは不明となっている。本研究が対象とした報告書の期間は 2008～2022 年度であることから、本研究で行ったコーディングにおいて虐待種別の構成比率は先行研究と整合していると共に、近年でもその比率はおおむね変化していないと考えられる。更に、加害者属性では「実母」が最も多く、全体の 71%程度であった。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)の報告では、2003～2022 年度の死亡事例の検証結果について、主たる加害者の属性として最も多いのは「実母」であり、心中以外の事例では 40～75%程度、心中は 46～85%程度であることが示されている。本研究での結果も同報告とおおむね一致した構成比率であると言える。クロス集計において「実母」では「無理心中」「新生児遺棄」「ネグレクト」が有意に多く「実父」でそれらは少なかったという結果を踏まえると、その2種類は比較的実母が関与した事例の特徴的なものであることから、全体として「実母」の事例数が増えているものと考えられる。

虐待種別および加害者・被害児童属性の観点からクロス集計を行なった結果、コード間にはいくつかの関連が見られることから、事例にはある程度典型的なパターンが存在する可能性がある。加害者属性と虐待種別の関連(表 2-2)を見ると、事例の加害者に「実母」が含まれている場合、「新生児遺棄」「無理心中」および「ネグレクト」が多く、「身体的虐待」は少なかった。また、「実父」では「新生児遺棄」「無理心中」が少なかった。この結果から、虐待種別の分布には加害者の性差があることがわかる。更に、既往歴と加害者属性(表 2-4)および虐待種別(表 2-5)との関連では、「実母」が含まれている場合や「無理心中」は「既往歴」を含む事例が多いことがわかる。これらの結果や「継父」での結果を統合して考えると、たとえば、既往歴のある実母が無理心中を行う場合や、実父や継父が身体的虐待を行うパターンなどが典型的に存在する可能性を指摘できる。また、効果量から判断すると強い関連ではないものの、加害者属性と被害児童の性別には関連があり、「実母」では「女児」が、「実父」では「男児」が多い傾向にあることがわかった。この結果は重大事例には主たる加害者と被害児童の性別が一致している場合が比率として多いことを示している。加えて、「男児」では「実父」が多い傾向にあるため、特に「男児」において性別の一致が関係している可能性が示唆される。

クロス集計に加えて対応分析の結果から、虐待種別とその他コードの関連が明らかになった。まず虐待種別の布置関係については、「身体的虐待」「ネグレクト」は比較的近い箇所に付置された一方で、「新生児遺棄」「無理心中」は遠い箇所に付置された。このことから、「ネグレクト」「身体的虐待」は本章で扱ったコードの観点から見た時に類似的な関係にあり、「新生児遺棄」「無理心中」はそれぞれでの特徴があると言える。特に、障害の種別および精神疾患については対照的な結果となった。具体的には、「新生児遺棄」の付置される第1象限には「加害者・知的障害」が布置されている。一方で、「無理心中」の付置される第4象限には「加害者・既往歴有」「加害者・発達障害」「加害者・精神障害」「加害者・身体障害」と、その他の障害および精神疾患に関連したコードが布置されていた。このことから、障害および精神疾患の多くは「無理心中」に関連する一方で、「知的障害」については「新生児遺棄」と関連する傾向にあると言える。加えて、第1象限には「性的虐待有」が特徴的に布置されていた。性的虐待は対象事例中には2例であったが、このうち「新生児遺棄」のものは母親に知的障害があり特

別支援学校に通っていた上で、性被害を受けていた事例である。そのため、「知的障害」および「関与・特別支援学校」の付近に布置されたものと考えられる。

これらの結果に示されるように、コード間の関連を検討することは、事例の中に存在する典型的なパターンを特定することにつながる。ただし、本章で行なった分析は探索的な性格が強く、また、見られた関連は限定的であり、仮説の段階にあると言える。したがって、後続する章で取り扱うテキストマイニングとの関連や、次年度以降の研究の中で結果の妥当性を検証していく必要がある。

以上のように、検証報告書のコーディングを行い、その集計と分析を行なった結果、事例のパターンや傾向に関して一定の知見を得たと考えられる。このように事例にパターンや傾向が見出せるとすれば、複雑なプロセスの中で生じていると考えられる重大事例の中にもある程度共通する特徴がある可能性がある。そうした特徴が特定できれば事例を問わない、あるいは虐待種別など特定のカテゴリに依拠した発生予防上の重要なポイントが明らかにできるかもしれない。本章で行なった分析は主に虐待種別および加害者・被害児童属性に焦点を絞ったものであるが、研究を通して得られたコードは多様にある。そのため、分析の視点や方法は多様に考えられる。それらによっては、更に注目すべき重要な知見が潜在している可能性がある。そのため、そうした視点や方法も考慮して次年度以降も継続して検討を行なっていくべきであろう。

ただし、本章で得た結果には二つの留意点がある。まず、コード間の関連はあくまで傾向である。たとえば実母が無理心中を起こす場合が相対的に多くても、実父やその他の属性の者が起こす場合もあり得る。そのため、こうしたコード間の関連がどの程度一般的であるのかや、現場での感覚に沿ったものであるのかは更に検討が必要である。次に、これらの分析は死亡等の重大事例のみを対象としている制約があることから、特定のコードが死亡リスク増加につながるなど、そうしたリスクの変動要因を明らかにしたものではない。具体的に言えば、加害者属性と被害児童属性の関連(表 2-3)では加害者と被害児童は同性である場合が多いことが示されているが、この結果は重大事例にはそのようなパターンがあることを示すのみに留まり、「親子が同性であるならば虐待死のリスクが高まる」ことを含意しない。このようなリスクの変動を明らかにするためには、重大事例だけでなく、軽微・解決した事例や、虐待の生じていない一般的な家庭形態等においても検討が求められる。

本章の結びに分析方法の課題について述べる。本章で行なった量的分析は、報告書に記載されている内容を研究者および協力者が読み取って付したコードに基づいている。報告書はそれぞれが独自の様式で個別に作成されているため、コードの元となる情報はそれぞれで揺らぎのある表現となっている。それらを手作業で読み取ったため、誤読や適切にコードが付与されていない場合が考えられることから、本章での分析においてはデータの信頼性に若干の課題があると言える。これは本研究の課題であると共に、報告書の在り方についても示唆があるものと考えられる。重大事例等の検証報告書は、厚生労働省(2008)[3]「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」において構成内容の指針が示され、多くの報告書はその枠組みに準拠して作成されている。一方で、構成や記述方法、表現にはばらつきがあり、それらの統合や集約が考慮されてはいなかったと言える。本章冒頭で述べたように重大事例は個別性が高いと推察されるため、報告書も事例によって多様となることはやむを得ないものの、将来的な集約を見越した時に、部分的に構造化して作成するという形式もあり得るかもしれない。たとえば、本章で取り扱ったコードの中では、虐待種別、主たる加害者の属性や年齢・性別・既往歴、被害児童の属性・性別などについ

[3] 厚生労働省 (2008) 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. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv28/index.html (アクセス日 2024 年 3 月 27 日)

ては事例の基本情報として統一・構造化して作成するなどの可能性もあり得るだろう。

Ⅲ.検証報告書の質的分析

3-1.目的

本研究では、検証報告書の記述に対してテキストマイニングを用いることで、質的な視点から検証報告書の全体像を明らかにすることを目的としている。なお、本研究では分析の焦点として課題・提言に関する記述に着目した。これらの記述は各検証報告書に基本的に記載されており、検証対象となる事例にはどのような課題があるのか、また、そうした課題に対してどのような提言が指摘されているのかを一般的に広く把握するための手がかりとなる可能性がある。

3-2.課題の分析

3-2-1.方法

1) 分析対象事例

第2章で対象とした 231 事例(除外基準に基づきコード化可能であった事例)のうち、電子テキスト化が可能であった182事例(79.22%)をテキストマイニングの対象とし、このうち事例に対して課題の記述が対応していた176事例(76.19%)を後続する分析の対象とした。

2) 分析

まず、記述のテキストマイニングを通して、記述内容の要約を行った。具体的には、共起ネットワークの作成とサブグラフの解釈からコーディングルールを作成し、要約された課題のコードに関して各報告書での出現度数を調べた。そして、そうした課題のコードの出現が虐待種別や年次によって傾向があるのかを明らかにした。テキストマイニングには樋口(2020)[4]のKH coder 3.0 を使用した。

3) 単語の前処理

複合語検出によって検出された語のうち、出現回数が10回以上である全329語を強制抽出語として設定した。

4) 分析語の選定

本分析の事前に、KH coder を使用して単語の出現状況を明らかにした。デフォルトで分析対象となる語のうち、累積度数の割合が 50%を超える語、すなわち、出現回数が 79 回以上である 191 語のうち、月日を表す語(「平成」「年」「月」)を除いた合計 188 語を分析対象とした。表 3-1 に分析対象語を示す。

[4] 樋口耕一 (2020) 社会調査のための計量テキスト分析 ―内容分析の継承と発展を目指して― 第 2 版. ナカニシヤ出版

表 3-1 課題の分析対象語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
母	1679	適切	219	求める	123	役割分担	91
本児	1260	児童虐待	214	状態	123	情報収集	90
支援	1011	実施	202	担当者	123	組織	90
児童相談所	997	問題	199	援助	122	組織的	89
必要	973	情報共有	198	高い	122	捉える	89
行う	862	結果	194	得る	122	方針	89
情報	685	体制	194	困難	121	DV	88
対応	669	出産	187	決定	119	至る(否定)	88
状況	620	妊娠	187	重要	119	解除	86
虐待	561	情報提供	183	内容	119	死亡	86
子ども	521	会議	182	発生	118	多い	86
関係機関	509	養育	181	評価	116	伝える	86
相談	506	共有	179	検証	115	発達	86
家庭	477	指導	177	協議	114	理解	86
市	420	診る	177	報告	112	援助方針	85
医療機関	419	児相	174	実務者会議	109	保護	85
判断	418	変化	171	本事案	109	本家庭	85
要保護児童対策地域協議会	414	持つ	170	問題点	109	直接	84
アセスメント	394	開催	162	きょう	108	方法	84
ケース	393	具体的	158	家庭復帰	108	意見	83
確認	393	育児	154	市町村	108	活用	83
父	388	区	153	特に	108	子育て	82
把握	379	関わる	150	抱える	104	不足	82
課題	376	思う	147	事案	103	虐待対応	81
考える	366	保健師	147	時期	103	見る	81
一時保護	356	母子	147	学校	102	得る(否定)	81
本事例	336	時点	146	虐待通告	102	複数	81
担当	330	生活	146	依頼	101	保健福祉センター	81
リスク	329	不十分	146	電話	101	機会	80
家庭訪問	327	転居	145	暴力	101	記録	80
検討	311	事実	143	安全	100	業務	80
場合	311	個別ケース検討会議	141	関わり	100	県	80
家族	302	視点	141	障害	100	対象	80
十分	300	その後	140	受理	98	疑う	79
可能性	291	面接	140	進行管理	98	継続	79
機関	285	前	138	支援方針	97	姉	79
事例	276	福祉	136	施設	97	親	79
連携	275	母子保健	135	積極的	97	明らか	79
児童	264	地域	134	入所	97		
認識	264	含める	132	部署	96		
受ける	263	見守る	131	様子	96		
保護者	263	安全確認	128	児童福祉	93		
職員	259	経過	128	親族	93		
訪問	258	保健センター	128	それぞれ	92		
関係	236	受診	127	応じる	92		
保育所	235	子ども家庭センター	126	警察	92		
通告	231	踏まえる	126	事件	92		
連絡	228	父母	126	世帯	92		
行う(否定)	225	リスクアセスメント	125	説明	92		
調査	225	役割	125	介入	91		

3-2-2.結果

1)コーディングによる分析

コーディングルール作成のため、最低出現数 79 回、最小文書数1回とし、上位 60 語について Jaccard 係数を用いた共起ネットワーク分析を通して共起ネットワークを作成した。結果を図 3-1 に示す。結果として 15 のサブグラフが得られた。そこから実質的意味を持ち解釈可能な単語間の関連として、「関係機関の情報共有」「検討会議」「児童相談所の対応」「アセスメントの必要性」「支援の必要性」「一時保護解除」「本児の状況把握」の7つのコードが得られた(以降、これらの7つのコードを課題コードと呼ぶ)。つまり、重大事例検証報告書における課題の記述について、特に頻出する記述のまとまりが7つ得られたことを意味する。この

結果に基づき、表 3-2 の通りコーディングルールを作成した。また、これらのコードの虐待種別の出現状況について表 3-3 に示した。

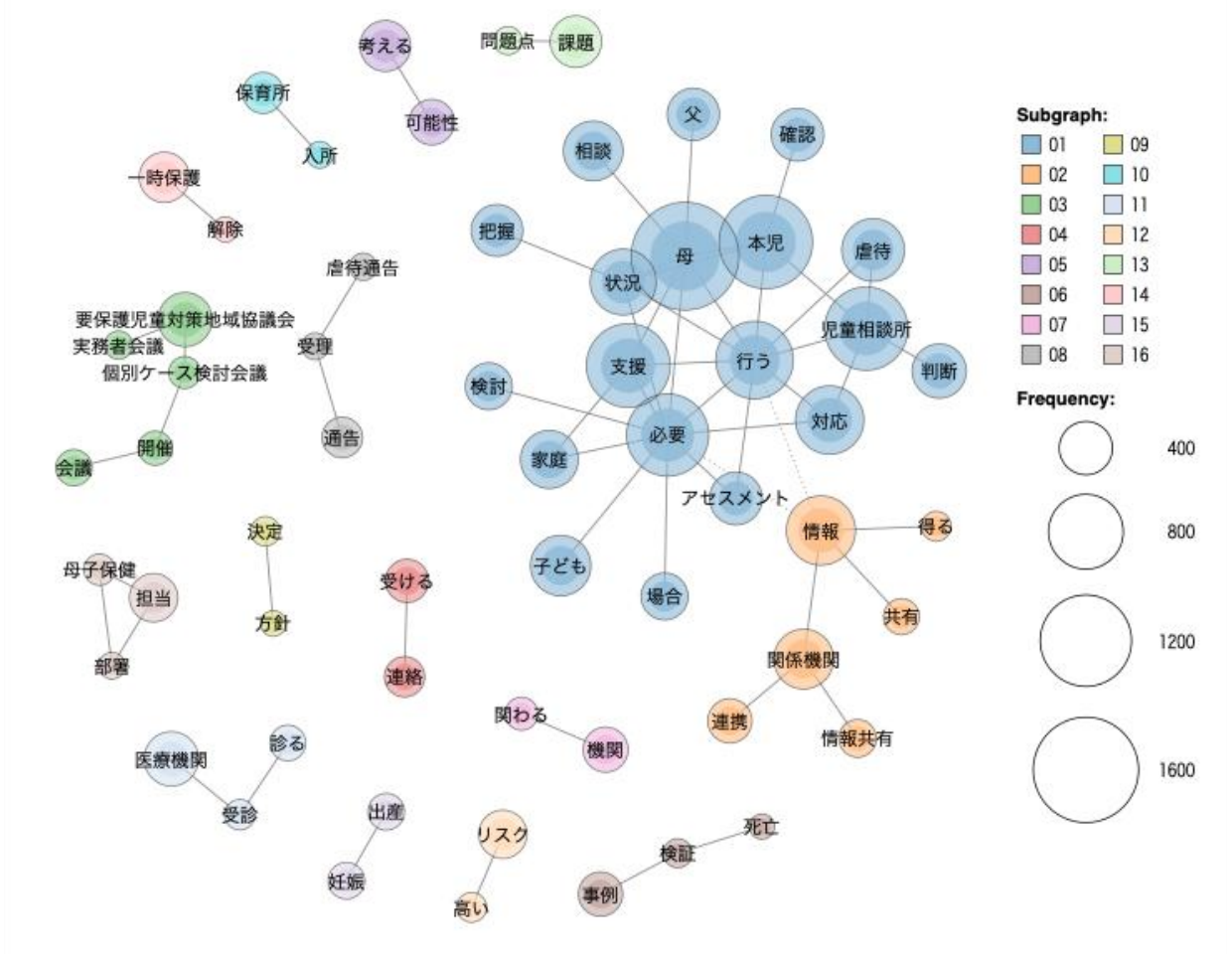


図 3-1 課題の記述における共起ネットワーク

表 3-2 課題のコーディングルール

コード名	コーディングルール
関係機関の情報共有	関係機関 and 情報共有 or 関係機関 and 情報 and 共有
検討会議	個別ケース検討会議 or 会議 or 要保護児童対策地域協議会 or 実務者会議
児童相談所の対応	児童相談所 and 対応 or 児童相談所 and 判断
アセスメントの必要性	アセスメント and 必要
支援の必要性	支援 and 必要
一時保護解除	一時保護 and 解除
本児の状況把握	本児 and 状況 and 把握 or 本児 and 状況 and 確認

表 3-3 虐待種別での各課題コードの出現度数

虐待種別	関係機関の情報共有	検討会議	児童相談所の対応	アセスメントの必要性	支援の必要性	一時保護解除	本児の状況把握
身体的虐待	35 (29.66)	78 (66.1)	50 (42.37)	42 (35.59)	62 (52.54)	15 (12.71)	22 (18.64)
新生児遺棄	3 (21.43)	8 (57.14)	3 (21.43)	3 (21.43)	4 (28.57)	1 (7.14)	1 (7.14)
無理心中	9 (36.00)	13 (52.00)	8 (32.00)	2 (8.00)	10 (40.00)	2 (8.00)	3 (12.00)
ネグレクト	7 (43.75)	8 (50.00)	7 (43.75)	5 (31.25)	8 (50.00)	1 (6.25)	7 (43.75)

Note カッコ内は行パーセントを示す。

2）課題コード出現の年次的推移

前節で得られた 7 つの課題コードについて、その出現数と年次の関係を示したのが図 3-2 である。年次と出現数との相関係数を算出した結果、「関係機関の情報共有(r = .50)」「アセスメントの必要性(r = .49)」が特に高く、出現数が増加傾向にあることがわかった。

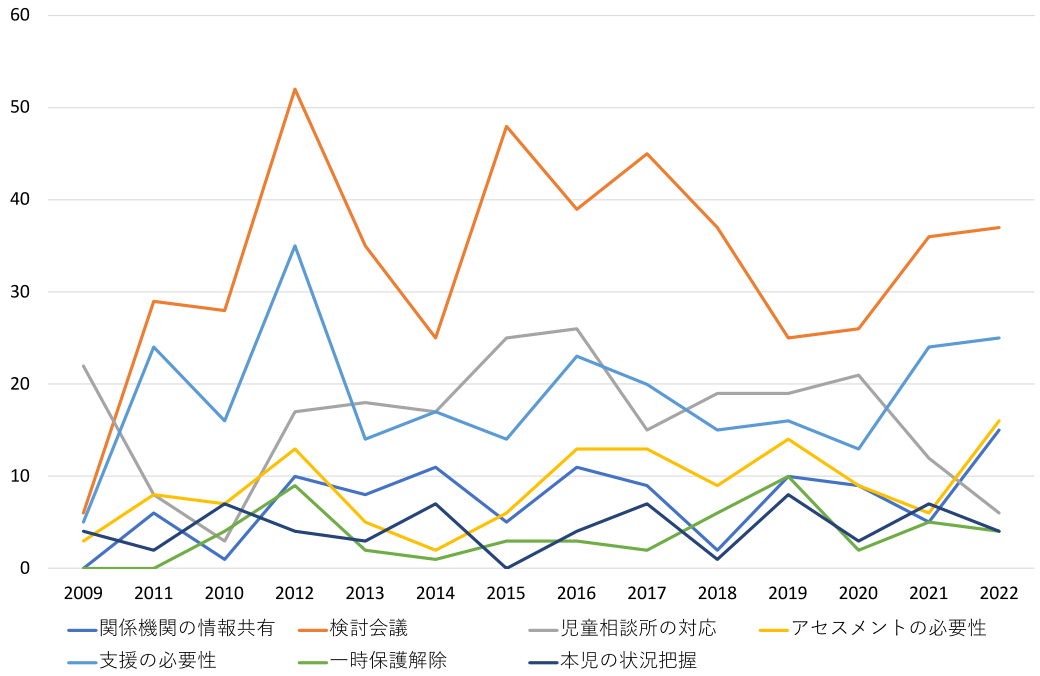


図 3-2 課題コード出現数の年次的推移

3-2-3.考察

課題の分析では、共起ネットワーク分析を通して、「関係機関の情報共有」「検討会議」「児童相談所の対応」「アセスメントの必要性」「支援の必要性」「一時保護解除」「本児の状況把握」の 7 つの課題コードが得られた。このことは、虐待重大事例検証報告書には典型的に 7 つの課題がしばしば出現する可能性があることを示唆している。まず、各課題コードが示す内容について、報告書の本文を引用して考察する。なおここで挙げるものは全て公開されている報告書の記述である。

「関係機関の情報共有」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「事例では、母子保健業務における「若年妊婦」として妊娠・出産のリスクを念頭に父母への支援を行っていた。関係者は、父母の出産への関心や児への愛着が徐々にうかがえるようになったこと、発育状況が順調であったことなどから、父によ

る今回の事件を予測できなかった。そのため、児童虐待防止の視点から市児童虐待防止対策協議会(要保護児童対策地域協議会)への連絡は行われず、組織での事例検討や関係機関との連携が不十分で、情報共有や役割分担ができなかった。」
「本事案では、子ども家庭センター、保健所、市保護課がそれぞれ医療機関から連絡を受けているものの、関係機関が一堂に顔を合わせて情報共有や対応について協議する機会がなかった。」

これらの記述から分かるように、「関係機関の情報共有」は事例に関わる関係機関での連携・情報共有・役割分担といった側面においての課題に言及するものであることがわかる。
「検討会議」が出現する記述の例として、次のようなものがあった。

「こども家庭センターから、要保護児童対策地域協議会の調整機関である市支援課に対し、個別ケース検討会議を開催するよう助言や働きかけをより積極的に行う必要があった。」
「本ケースへの支援は、要保護児童対策地域協議会のケースとして「見守り」とをしていくと判断されたが、その「見守り」体制が不十分だったと言わざるを得ない。」

「検討会議」については、要保護児童対策地域協議会や個別ケース検討会議など会議を開催すべきであったという課題と、会議が開催されていたとしてもその方針や決定に課題があったという 2 側面において課題が言及されていた。

「児童相談所の対応」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「本児は、2 回にわたり施設内で怪我を負ったが、特に初回の怪我について保護者は、施設職員の対応および言動に対し不信感を募らせ、児相に対し早期の家庭引き取りを強く要望した。このことが措置解除の時期や判断に、少なからず影響を及ぼしたものと思われる。」
「ケース移管ではなく情報提供であっても、これまでの他県の支援経過や本県での支援者の有無等、あらゆる情報からケースの全体像を把握し、児相としての対応を検討する必要があった。」

児相は虐待対応における専門機関という位置付けから、特に重大化するリスクのある事例などにおいて、対応におけるコミットメントの割合が他機関よりも比較的高いと考えられる。このことは、重大事例に至った時に、その判断や対応内容について課題が言及されやすくなる可能性を意味しており、その結果として「児童相談所の対応」がサブグラフとして出現したものと考えられる。

「アセスメントの必要性」が出現する記述の例として、次のようなものがあった。

「きょうだいについての心配な情報を含めて、さらに情報収集を行い、家庭の状況についてアセスメントを行うことが必要だった。心配な情報をキャッチした時、逆に情報が全く入って来ない時には随時調査が行える体制が必要だった。」
「母は、育児をしながら5時前に出勤する父の弁当を毎日作るなど、負担の大きい生活をしていても父に対する不満を述べていなかった。父母間の力関係なども踏まえた家族全体のアセスメントが必要だったのではないか。」

これらの記述から、「アセスメントの必要性」は情報収集の不足などを背景としてリスクアセスメントが不正確であったことに言及するものであることがわかる。

「支援の必要性」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「…転居が繰り返される状況に着目し、子ども家庭センターによる対応にとどまらず、要保護児童対策地域協議会において情報共有し、共同でアセスメントし、支援プランを検討する必要があった。」
「…家庭全体をアセスメントしたうえで、実母の発達段階に応じて関係機関が切れ目なく連携し、適切な支援につなげる必要があったと考えられる。」

これらの記述から、「支援の必要性」は、アセスメントや会議の結果としての支援内容が不十分であったことに言及するものであることがわかる。

「一時保護解除」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「第2回目の一時保護解除の判断は適切であったのか。判断の際、総合的に判定する会議の場は機能していたのか。」
「児相、市母子保健担当課、医療機関など複数の機関が継続支援していたが、一時保護解除後、関係機関で情報が集約、共有されていなかった。」

本研究が対象としている虐待重大事例では、一時保護の措置がなされた後、解除後に重篤化した事例が見られる。このことから、一時保護の解除が適切であったのか、または解除後の対応が適切であったのかについての言及がサブグラフとして出現したと考え

られる。

「子ども家庭センターは、家庭引取りを進めるにあたって、アセスメントに必要な父母の生育歴、家族関係、生活状況等を調査すべきであった。本児のいとこの事件や、本児の出生時期に夫婦関係が不安定な状況にあったことなどを考えると、父母の生育歴や家族関係、生活状況等家族全体の状況を把握し、アセスメントを行った上で、本児らの家庭引取り時期を検討すべきではなかったか。」

「学校から児相に本児の傷、アザに関する複数回の情報提供があったが、その後、家庭訪問等による本児の確認を行っていなかったり、相当の期間をおいて家庭訪問を行っていた状況が記録されている。」

これらの記述からわかるように、サブグラフとして解釈されたのは本児に関する状況の把握に関する課題であるが、本児に限らず、家庭や周囲の出来事なども含めて状況の確認・把握について不足があったことに主に言及するものである。

前提として上記の考察はサブグラフの構成と典型的な記述から解釈がなされたものであり、課題コードが必ずしも考察された内容を指したり、報告書に記載されている課題を網羅したりするものではない、しかし、共起ネットワーク分析を通してこのような結果が得られたことは、多種多様にある虐待重大事例であっても共通に出現する傾向のある課題がおよそ 7 つある可能性を示している。

虐待種別毎の課題コードの出現状況を調べた結果、身体的虐待・新生児遺棄・ネグレクト・無理心中のいずれにおいても半数以上程度の事例で「検討会議」が出現していた。つまり、事例の種別を問わずしばしば課題として指摘される傾向がある可能性がある。他方、「関係機関の情報共有」「支援の必要」などは、ネグレクトにおいて多く出現する傾向があった。これらの結果に鑑みれば、「検討会議」に表される会議に関連する課題などはどの虐待種別においても共通に出現し、他方、いくつかの課題は虐待種別によって相対的に多く出現する傾向があることがわかる。

また、課題コードの出現状況には年次的に変化している傾向が見られる。報告書の年度と各課題コードの出現数の相関係数を見たところ、「関係機関の情報共有」「アセスメントの必要性」は正の相関が高めの傾向にあり、強い傾向ではないものの、近年増加傾向にある課題であると言える。虐待の相談件数は年々増加傾向にあることから、関係機関での業務量が増加したことにより、個別の事例についての十分なアセスメントが難しくなっていることや、関係機関の緊密な連携にまで至らないといったことが背景にあるかもしれない。

3-3.提言の分析

3-3-1.方法

1) 分析対象事例

231 事例のうち、電子テキスト化が可能であった 181 事例(78.35%)をテキストマイニングの対象とし、このうち事例に対して課題の記述が対応していた 175 事例(75.75%)を後続する分析の対象とした。

2) 分析

課題の分析と同様の手続きによって行った。

3) 単語の前処理

複合語検出によって検出された語のうち、出現回数が 10 回以上である全 370 語を強制抽出語として設定した。

4) 分析語の選定

課題の分析と同様に、デフォルトで分析対象となる語のうち、累積度数の割合が 50%を超える語、すなわち、出現回数が 91 回以上である 181 語のうち、日付を表す語(「平成」「年」)を除いた合計 179 語を分析対象とした。表 3-4 に分析対象語を示す。

表 3-4 提言の分析対象語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
必要	2130	一時保護	226	役割分担	144	出産	105
行う	1425	考える	224	理解	143	進める	104
支援	1422	努める	221	高い	142	調整機関	104
対応	946	関係	220	保育所	142	保護	104
児童相談所	933	応じる	219	啓発	141	安全	103
子ども	908	持つ	218	今後	141	家庭訪問	103

場合	875	調査	216	学校	140	対策	103
情報	728	通告	215	抱える	139	設置	102
関係機関	725	母子保健	215	基づく	138	対象	101
家庭	649	視点	214	協議	138	確保	100
ケース	635	構築	209	保健師	138	協力	100
保護者	605	妊娠	206	リスクアセスメント	137	児童委員	99
市町村	576	役割	205	親	137	複数	99
状況	574	指導	200	問題	136	運営	98
職員	545	十分	198	等	135	実務者会議	98
虐待	543	生活	198	方法	135	それぞれ	97
検討	541	福祉	188	機能	134	自治体	96
連携	518	変化	186	業務	133	定期的	96
アセスメント	506	会議	185	安全確認	130	結果	95
児童虐待	506	個別ケース検討会議	184	市	130	様々	95
相談	502	本事例	184	事案	130	検証	94
把握	482	援助	182	進行管理	128	担う	94
児童	451	困難	182	防止	125	及ぶ	93
実施	410	児童福祉司	181	連絡	124	作成	93
リスク	384	認識	180	知識	122	助言	93
重要	382	充実	178	得る	121	支援方針	92
判断	380	情報提供	178	機会	120	速やか	92
図る	372	母	177	可能	118	介入	91
活用	371	可能性	176	事業	118	確実	91
要保護児童対策地域協議会	340	開催	176	多い	118	児童福祉	91
医療機関	337	専門性	176	診る	117	発生	91
研修	333	配置	176	継続	116	部署	91
地域	329	向上	174	決定	116		
適切	326	県	172	見守る	116		
機関	324	提言	172	子育て支援	116		
事例	322	課題	165	養育者	116		
家族	319	転居	165	警察	115		
求める	314	関わる	163	整備	115		
確認	302	向ける	163	組織的	115		
担当	302	内容	163	組織	114		
体制	288	評価	163	社会	112		
積極的	279	踏まえる	162	世帯	111		
共有	266	周知	161	センター	110		
要対協	265	訪問	161	育児	110		
市町	251	含める	160	虐待対応	106		
情報共有	241	徹底	158	仕組み	106		
強化	240	担当者	156	子育て	106		
具体的	233	養育	151	明確	106		
特に	232	受ける	147	要保護児童	106		

3-3-2.結果

1)コーディングによる分析

コーディングルール作成のため、最低出現数 91 回、最小文書数 1 回とし、上位 60 語について Jaccard 係数を用いた共起ネットワーク分析を通して共起ネットワークを作成した。結果を図 3-3 に示す。結果として 13 のサブグラフが得られた。そこから実質的意味を持ち解釈可能な単語間の関連として、「関係機関の連携」「会議開催」「児童相談所の対応」「子ども・家庭支援」「児童福祉司の配置」「職員の専門性向上」「職員の専門性向上」「役割分担の明確化」「体制構築」の 9 つのコードが得られた(以降、これらを提言コードと呼ぶ)。つまり、重大事例検証報告書における課題の記述について、特に頻出する記述のまとまりが 7 つ得られたことを意味する。この結果に基づき、表 3-5 の通りコーディングルールを作成した。また、これら提言コードの虐待種別毎の出現状況について表 3-6 に示した。

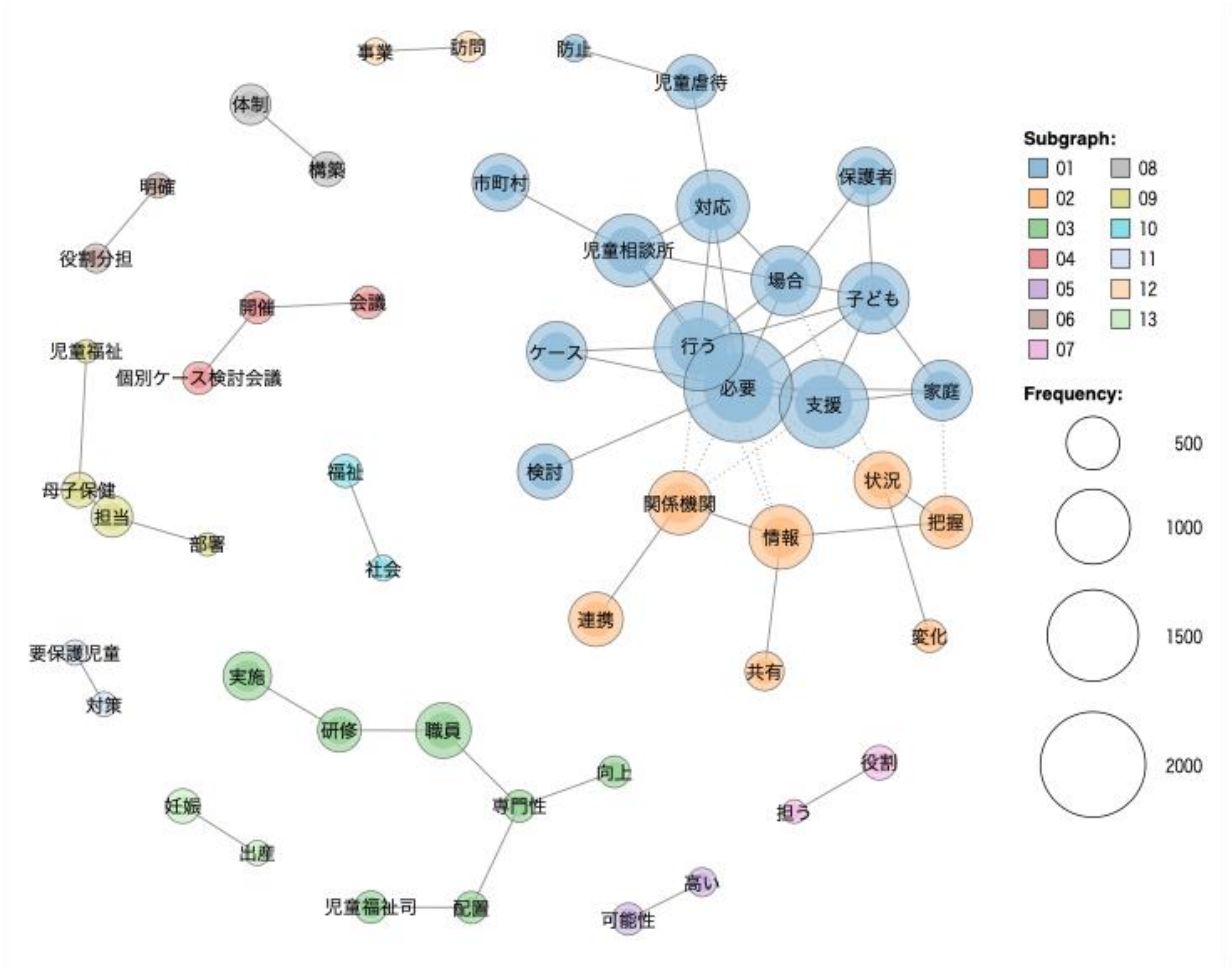


図 3-3 提言の記述における共起ネットワーク

表 3-5 提言のコーディングルール

コード名	コーディングルール
関係機関の連携	関係機関 and 連携 or 関係機関 and 情報 and 共有
会議開催	個別ケース検討会議 and 開催 or 会議 and 開催
児童相談所の対応	児童相談所 and 対応
子ども・家庭支援	支援 and 家庭 or 支援 and 子ども
児童福祉司の配置	児童福祉司 and 配置
一時保護解除	一時保護 and 解除
職員の専門性向上	職員 and 研修 and 実施 or 職員 and 専門性 and 向上
役割分担の明確化	役割分担 and 明確
体制構築	体制 and 構築

表 3-6 虐待種別での各提言コードの出現度数

虐待種別	関係機関の連携	会議開催	児童相談所の対応	子ども・家庭支援	児童福祉司の配置	職員の専門性向上	役割分担の明確化	体制構築
身体的虐待	123 (19.31)	77 (12.09)	110 (17.27)	192 (30.14)	23 (3.61)	53 (8.32)	21 (3.3)	38 (5.97)
新生児遺棄	16 (20.00)	4 (5.00)	3 (3.75)	48 (60.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (3.75)	6 (7.50)
無理心中	32 (25.81)	9 (7.26)	8 (6.45)	64 (51.61)	0 (0.00)	4 (3.23)	3 (2.42)	4 (3.23)
ネグレクト	28 (17.83)	7 (4.46)	41 (26.11)	52 (33.12)	7 (4.46)	9 (5.73)	2 (1.27)	11 (7.01)

Note カッコ内は行パーセントを示す。

2) 提言コード出現の年次的推移

前節で得られた9つの提言コードについて、その出現数と年次の関係を示したのが図 3-4 である。年次と出現数との相関係数を算出した結果、「関係機関の連携(r = .48)」「体制構築(r = .49)」が特に高く、すなわち出現数が増加傾向にあることがわかった。他のコードについての相関係数は.16～.38 の範囲であった。

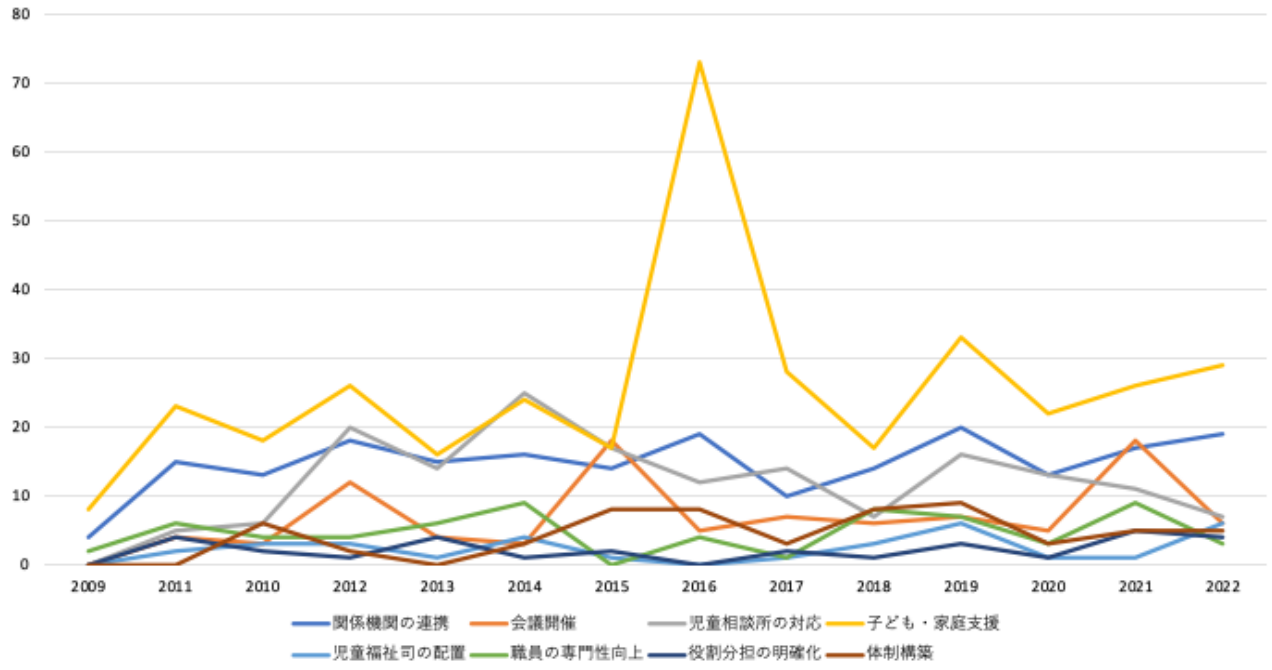


図 3-4 課題コード出現数の年次的推移

3-3-3.考察

提言の分析では、共起ネットワーク分析を通して、「関係機関の連携」「会議開催」「児童相談所の対応」「子ども・家庭支援」「児童福祉司の配置」「職員の専門性向上」「要保護児童対策」「役割分担の明確化」「体制構築」の 9 つの提言コードが得られた。課題の分析と同様に、各提言コードが示す内容について、報告書の本文を引用して考察する。本章においても、ここで挙げるものは全て公開されている報告書の記述である。

「関係機関の連携」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「市町、県、児相においては、関係機関の間で、相互理解と信頼関係に基づく連携が各地域で構築できるよう、特に職員の関係作りに取り組む必要がある。」
「虐待死を防止するためには、事例に関わるすべての関係機関が、その児童、家族についての情報を共有し、自らの機関に何ができるかを切れ目なく考えていくことが必要である。」

課題コードにおいても「関係機関の情報共有」のコードが得られたことからもわかるように、関係機関が情報共有等に基づく切れ目のない連携を行うことが重要視されていることがわかる。

「会議開催」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「支援が必要なケースに適切に対応していくためには、個別ケース検討会議を開催するなどして十分な情報共有を行ったうえで、それぞれの関係機関の役割分担、支援する際の児童や家庭を見る視点とその方法、緊急時の対応等について、具体的に確認しておくことが必要である。」
「具体的には、ケース会議等を開催した際、それぞれの機関が議事録を作成するのではなく、一つの機関が作成した議事録を、全ての関係機関が確認・共有するといった取組も、正確な情報の共有には有効と考える。」

これらの記述からわかるように、「会議開催」についても課題コードの「検討会議」に対応して、個別ケース検討会議等の開催そのものと、会議のあり方の両面から提言が行われていることがわかる。

「児童相談所の対応」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「児相は、虐待事例に対して、専門的な対応を行う機関であり、案件によっては、一時保護等、親との対立も辞さない判断が求められる。」
「児相が児童虐待対応の要の機関であることには違いないが、年々増え続ける児童虐待事案に、児相一機関のみで発生予防も含めた幅広い対応を行うことは困難であり、地域の関係機関の協力連携が不可欠である。

これらの記述を参照すると、「児童相談所の対応」は単に児相が虐待の専門機関であることから適切な対応が求められるというだけでなく、事案数の増加などを背景に幅広い対応の困難さがあることから、関係機関との連携の必要性提言など、広い意味での対応の強化を提言する内容であることがわかる。

「子ども・家庭支援」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「県及び市区町村においては、各種施策やサービスを駆使し、生活困窮状態にある家庭への支援体制について検討整備していく必要がある。なお、生活保護を担当する職員については、数多くのケースを抱えながらも、きめ細かな支援を行っていくためには、職員体制の充実が望まれるところである。」
「ひとり親家庭は、稼働に精一杯で、家庭内の問題に十分に対応することが難しい傾向にある。また、悩み事の相談相手が少なく、孤立しがちである。行政機関は児童扶養手当の給付等の経済的支援とともに、相談窓口の周知やひとり親同士のピアサポート等の相談支援体制の整備に取り組む必要がある。」

これらの記述から、「子ども・家庭支援」においては、支援強化のために職員体制や相談支援体制など、組織的な強化が求められていることがわかる。

「児童福祉司の配置」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「子育て世代包括支援センターを担う保健福祉センターにおいては、養育者のエピソードからある程度の知的能力の判断が可能な、例えば児相において児童福祉司や児童心理司の経験が5年以上の職員をスーパーバイザーとして配置することを検討されたい。加えて、アセスメント力向上のための職員研修も強化されたい。」
「児童福祉司をはじめとする職員が過重な負担を強いられ、丁寧な対応が困難な現状があることを踏まえ、児相の人員体制を抜本的に強化すること。なお、国は、平成 30 年 12 月「児童虐待防止対策体制総合強化プラン(新プラン)」を定めて、児童福祉司、児童福祉司スーパーバイザー、児童心理司、保健師等の増員や、弁護士の配置等も求めている。また、令和元年改正法においても児相の体制強化策が盛り込まれている。県は、国の新プランや令和元年改正法を踏まえ、上記職種に限らず、早急に県としての人員体制強化の具体策を示して実現を図ること。」

これらの記述を参照すると、「児童福祉司の配置」は、主に人員体制強化について言及するものであることがわかる。また、その内容としては、人手不足を背景に現職員の多忙を問題点として、人員の増員を提言するものであった。

「職員の専門性向上」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「県においては、リスクアセスメントや家族関係のアセスメントなど児相や市区町村職員のアセスメント能力を向上させるため、専門性確保と資質向上のための研修の実施など引き続き人材育成に努めることが重要である。」
「市区町村の相談対応力強化には、研修の継続が不可欠であり、各市区町村が実施する研修に加え、市区町村支援の役割を担う府が研修を実施する必要がある。現在、府は、義務研修である要保護児童対策調整機関の調整担当者研修を市区町村職員スキルアップ研修と兼ねて実施しており、調整担当者以外の市区町村職員含め、多くの市区町村担当者が受講している。さらに、令和元年度より指導者としての役割を担う職員を対象に、市区町村スーパーバイザー研修を実施し、実践的な知識や援助技術の習得を支援している。」

「職員の専門性向上」では、職員の専門性向上が虐待防止において重要であることが改めて確認されると共に、その方法として継続的な研修や研修機会の増加が必要であることが提言されていた。

「役割分担の明確化」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「関係機関の役割分担を明確にし、適切な家庭支援指導を行うため、個別ケース検討会議を定期又は随時に開催する必要がある。」
「個別ケース検討会議の中で、全体の進行管理、運営の中核となって関係機関相互の連携や役割分担の調整を行う主担当機関を決定すること。主担当機関を決定することで責任の所在が明確となり、ケース把握にぶれがなく支援していくことができる。」

提言コードの示す通り、関係機関の役割分担を明確にすることが提言として述べられていることがわかる。また、「役割分担の明確化」は「会議開催」の提言コードとも関連があり、個別ケース検討会議等の役割分担の明確化における重要性が言及されていることがわかる。

「体制構築」が出現する記述としては、次のようなものがあった。

「特に、特定妊婦や要支援家庭については、早期に要保護児童対策地域協議会を活用して見守り体制を構築し、継続したきめ細かな支援を行う必要がある。」
「児童虐待に対しては、児相が実効性ある組織として機動的に動かなければその防止は図れない。名古屋市では、平成22年度に児相を2か所とし、さらに平成24年度から、中央・西部の各児相に緊急介入班を設置して、危険度・緊急度が高く緊急一時保護が必要なケースを中心に初期対応を行う体制を強化する努力をしている。このような取組みについては一定の評価ができるものの、児童虐待を防止するには児相としてどんな体制が必要なのかを継続的に検討し、改善を積み重ね、構築していく必要がある。特に、援助方針会議以降の担当児童福祉司の判断のフォローアップ体制を形骸化させないことが重要である。」

これらの記述から、「体制構築」は見守り体制や支援体制、対応の体制など、組織としての体制と素組織感の連携体制との両面において言及されているものであることがわかる。

以上、分析の結果、9 つの提言の内容が提言コードから解釈された。課題コードと比較して提言コードが特徴的であったのは、「関係機関の連携」「会議開催」「役割分担の明確化」など、多くが機関間連携に関係するものであった点である。このことは、虐待重大事例検証報告書においての検証結果として、関係機関の連携強化がしばしば提言なされ、すなわち、再発防止に向けた主要な課題である可能性を示している。また、具体的な内容としては「関係機関の連携」や「役割分担の明確化」において個別ケース検討会議の重要性が述べられていたことから、そうした連携において会議のあり方が鍵となっていることがわかる。

虐待種別毎に提言コードの出現数を見た結果、課題コードと比較して出現比率の異なりは見られなかった。具体的には、どの種別においても「関係機関の連携」「子ども・家庭支援」の比率が相対的に高い傾向があった。このことは、虐待種別によって課題として指摘される事項はある程度異なっていても提言はそうではなく、提言において指摘される側面は比較的共通である可能性が示される。

また、年次との相関係数の算出の結果、「関係機関の連携」「体制構築」の二つの提言コードは、課題コードの結果と同様に強い関係ではないものの年々増加傾向にあると言える。課題の分析でも述べたように、虐待相談件数は年々増加傾向にあることが背景にある可能性がある。しかしながら、こうした組織強化の観点がなぜ増加しているのかを明らかにするためには、更なる検討が必要であろう。

3-4.質的研究の総合考察

最後に、課題に関する結果と提言に関する全体的な結果に関して考察を行う。虐待死重大事例検証報告書の課題・提言に関する記述のテキスト化に基づく分析の結果、課題の記述では「関係機関の情報共有」「検討会議」「児童相談所の対応」「アセスメントの必要性」「支援の必要性」「一時保護解除」「本児の状況把握」の 7 つの課題コードが得られた。加えて提言の記述では「関係機関の連携」「会議開催」「児童相談所の対応」「子ども・家庭支援」「児童福祉司の配置」「職員の専門性向上」「要保護児童対策」「役割分担の明確化」「体制構築」の 9 つの提言コードが得られた。これらを総合してみると、「関係機関の情報共有(課題)」に対する「関係機関の連携(提言)」、「児童相談所の対応(課題)」に対する「児童相談所の対応(提言)」のように、多くは課題と提言の内容が対応する傾向にあることがわかる。つまり、課題として指摘される内容に対して、提言として指摘される内容はその課題を反映していると言えるだろう。しかし出現比率を見ると、課題コードは虐待種別によって出現傾向がやや異なる傾向が見られたが、提言コードはどの種別でも共通する傾向があり、「関係機関の連携」「子ども・家庭支援」が比較的多く出現していた。このことに鑑みれば、課題の指摘に対して対策が必要な側面は虐待種別によらずより焦点化されている可能性がある。

分析から得られた総合的な結果として、関係機関が情報共有等を通した連携の重要性が課題・提言の両面において多く述べられていることがわかった。具体的には、課題コードについてはどの種別においても「検討会議」の出現率が高く、また、提言コードについては「関係機関の連携」の出現率が高かった。更に、各コードの出現についての年次的推移においては課題コードにおいて「関係機関の情報共有」、提言コードにおいては「関係機関の連携」の出現が増加傾向にあることが見出された。これらの結果を総合的に見ると、虐待相談件数が増加し関係機関の多忙化が進む中で、連携の重要性認識は益々高まっていることがわかる。

以上のように、虐待死重大事例検証報告書の課題・提言の記述に対するテキストマイニングと量的分析の結果から、課題と提言のそれぞれはいくつかの内容に集約され、その出現状況には一定の傾向がある可能性が示された。このことは、虐待重大事例は低頻度で個別性が極めて高いと思われるものの、その事例のあり方には構造的な特徴があることを示している。例えば、会議のあり方に関する課題や適切な支援や相談の体制を構築する必要性はどの事例においても比較的共通に出現することから、そうした点において対策を強化することは虐待の種別を問わず有効であるかもしれない。こうした課題・提言はそれぞれの検証報告書内において個別に認識されてきたことだが、可能な限り多くの報告書を横断的に分析することによって、その全体的な傾向について把握できたといえる。しかし、こうした課題・提言の出現がどのような要因によって規定されるのか、分析の視点は多様にある。したがって、これらの知見を基盤として、分析・検討を更に進めていく必要があるだろう。

ただし、本研究は結果の解釈においていくつかの留意点および制約がある。まず、各課題・提言コードは単語のつながりと出現する記述の大凡を解釈したものであるため、必ずしも解釈された内容があることを示すものではない。他の文脈において出現している可能性もあり得る。加えて、課題コードでは 7 つ、提言コードでは 9 つの内容が特定されたものの、これらは高頻度で出現する可能性があることのみを示し、全ての課題・提言の内容を網羅したものではない。分析の視点によっては、より重要で注目すべき課題・提言の内容が潜在する可能性がある。更に、電子テキスト化の技術的制約から分析対象とした事例は限られている。これらの制約にしたがって、本研究で行った分析は検証報告書に書かれた内容の全容を把握したものではないことに留意されたい。総じて、虐待重大事例の様相を精緻に把握するためには、引き続き多様な視点と方法による報告書分析が求められる。

Ⅳ. 新生児死亡事例の分析

4-1.目的

第 2 章と第 3 章では、検証報告書について全体的、統合的に分析し、その全体像について考察を行ってきた。一方で、第2章で行った量的分析におけるコード化は、検証報告書に付されたコードに基づいた特定の検証報告を抽出し、分析することを可能にした。例えば、「ネグレクト」による「死亡事例」のうち、保護者に何らかの「障害がある」事例を抽出したり、子どもが「乳幼児」だった場合に起きている「死亡事例」においてどのようなことが課題・提言として挙げられたのかというような分析である。すなわち、今回対象にした 2008 年度から 2022 年度の間に報告された検証報告を付したコードによってデータベース化されたことで、特定のテーマに基づいて事例発生の流れや課題、提言を分析することが可能になった。このことは、多くの検証報告の中から該当する事例を抽出する際の客観性を担保したり、複数の要因を基に事例を抽出ことを可能にする他、例えば「ネグレクト」による死亡事例と「身体的暴力」による死亡事例を比較し、課題や対策を検討することを可能にするといったように、従来の検証報告に基づいた一連の研究に比べ、系統的、かつ重層的な分析が可能になった。

そこで、本章では試行的に「新生児死亡事例」の「課題」、「提言」の内容についてテキストマイニングを用いた分析を行い、検証報告を基に得られる教訓についてまとめる。

4-2.方法

第3章でも述べたように、各検証報告書はおおむね「事例の経過」とそれに基づく「課題」の整理、さらに課題を基にした「提言」という 3 つの内容から構成されている。そこで第3章と同様に、検証報告書の内容のうち、特に「課題」と「提言」の内容についてテキストマイニングを用いた分析を行った。ただし、pdfファイルとして公開された検証報告書の中にはその文書の中からテキストデータとして抽出することが困難なものや、そもそも「事例の経過」「課題」「提言」という体裁をとっていないものもあるため、そうしたものを除外して分析対象とした。抽出されたテキストデータは余分な空白や改行などを削除したのち、文脈ごとにエクセルのセルに入力し、テキストマイニングによる分析を行った。テキストマイニングとはコンピュータを利用し、テキストデータから新しい知識を掘り起こす(mining) 手法であり(サトウら、2019)[5] 、 自然言語処理とデータマイニングの手法を用いることで質的研究に数量化と視覚化を取り込んだ手法(藤井ら、2005)[6]である。本研究では、様々な領域でテキストマイニングによる研究に用いられる分析ソフトウェアである KH Coder3.0(樋口、2020)[7]を用いて分析を行った。

分析を行うにあたり、「課題」「提言」それぞれについて複合語の検出を行い、子ども家庭センターや児相などの固有名詞、リスクアセスメントや一時保護などの専門用語を強制抽出語に、和暦や月などを使用しない用語に設定した。また、母と母親と実母、児相と児相などの同一のものを表す語(同義語、表記揺れ)についてKH Coder のプラグインである文錦®表記ゆれ＆同義語エディター for KH Coder の機能を用いて該当語を統一する作業を「課題」「提言」についてそれぞれ行った。

4-3.結果

テキストマイニングの結果と考察について、「課題」の分析と「提言」の分析に分けて記載する。

4-3-1.「課題」の分析

1) 基礎統計量

分析の対象となった検証報告書は 14 件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 14、434 語、異なり語数は1、458語、分析対象となった語(使用語)は1、156

[5] サトウタツヤ, 春日秀朗, 神崎真実(2019) ワードマップ質的研究法マッピング特徴をつかみ, 活用するために.新曜社.
[6] 藤井美和, 李政元, 小杉考司(2005) 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門中央法規出版.
[7] 樋口耕一(2020)社会調査のための計量テキスト分析―内容分析の継承と発展を目指して【第 2 版】KH Coder オフィシャルブック, ナカニシヤ出版

語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「母親」が 134 回、「支援」が 111 回、「妊娠」が 110 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった(表4-1)。この時、例えば「支援」という語は「支援計画」「支援制度」というような複合語としても用いられているが、先に示した強制抽出語等の処理において、「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含まれていない。

表 4-1 「課題」頻出語(上位)50 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
母親	134	妊産婦	23
支援	111	望まない妊娠	23
妊娠	110	繰り返す	22
相談	82	困難	22
出産	80	受診	22
必要	80	問題	22
家庭	68	アセスメント	21
子ども	63	課題	21
医療機関	57	子ども家庭センター	21
関係機関	57	自宅出産	21
把握	47	情報	20
状況	44	保護者	20
対応	44	相談窓口	19
市	35	担当部署	19
関係	32	連携	19
機関	32	親	18
体制	27	抱える	18
本児	27	経過	17
リスク	26	高い	17
確認	26	状態	17
要保護児童対策地域協議会	26	父親	17
可能性	24	検討	16
市町村	23	産婦人科	16
児童相談所	23	事例	16
受ける	23	関わり	15

2) 共起ネットワーク分析

それぞれの語がどのような語との関連で出現しているかというパターン、文脈を明らかにするために抽出語の最小出現数を 10、最小文書数を 3、Jaccard 係数上位 90 と設定した共起ネットワーク分析を行った。

分析の結果を図 4-1 に示した。描写されている抽出語を示すノード(node)の数は 63、線(edge)で描写されている共起関係の数は 91、密度(density)は 0.047 であった。

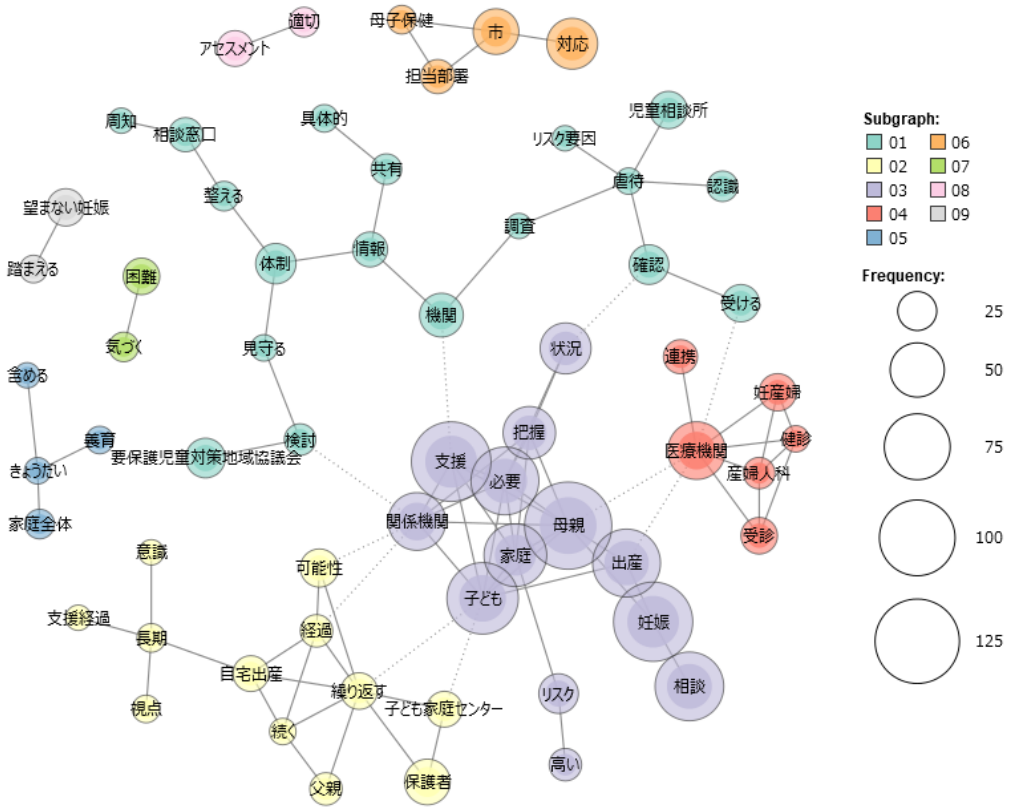


図 4-1　共起ネットワーク

最も大きなネットワークを構成したサブグラフ 01 では「虐待」を中心にして「児童相談所」「リスク要因」「確認」、あるいは「体制」「情報」を中心にして「機関」「共有」「見守る」「整える」といった語が共起している。「虐待」の「リスク要因」を「児童相談所」が「認識」、安全を「確認」したりする「調査」を行う必要性や、「要保護児童対策地域協議会」が「関係機関」と連携しながら「支援」を検討したり、「見守る」「体制」、あるいは「相談窓口」を「整える」必要性、さらには「情報」を「共有」する「体制」を「整える」必要性についての課題が示されている。虐待のリスク要因や虐待の発生を児相などが認識、確認し、要保護児童対策地域協議会などで様々な機関が連携したり、情報を共有したりすることで見守ったり、相談窓口を設けたり周知したりするようなことが課題として示されていることがわかる。

次に大きなネットワークを形成したサブグラフ 02 では「自宅出産」「経過」「繰り返す」「長期」「支援経過」といった語が共起している。妊娠、「自宅出産」を「繰り返す」事例、あるいは「父親」からの DV が「続く」事例について「子(こ)ども家庭センター」が「関係機関」とも連携しながら支援や見守りを続けるという課題を示すネットワークである。特に「自宅出産」を「繰り返す」事例では「長期」にわたる「支援経過」の中でリスクや危機に対する正しい評価ができなくなっていたのではないかという課題に関する言及が見られる。

サブグラフ 03 では使用頻度が高い「母親」「子ども」「家庭」「妊娠」「支援」「必要」「相談」「関係機関」といった語が共起している。「母親」や「家庭」「必要」といったような語がつながりの中心にあり、「母親」の「妊娠」「出産」に関する「相談」機会の重要性や「家庭」「状況」を「把握」し、「必要」な「支援」を「関係機関」で共有したり、提供したりするといった課題が示されている。

サブグラフ 04 では「産婦人科」「医療機関」を中心に「妊産婦」「健診」「受診」という語が共起している。「医

療機関」が「妊産婦」の「健診」「受診」状況を「確認」するなど、「受診」状況に応じて連携することに関する課題が示されている。

サブグラフ 05 では「きょうだい」「家族全体」「含める」といった語が共起しており、新生児死亡事例ではあるが、「家族全体」、あるいは「きょうだい」を「含める(た)」「養育」環境、「養育」状況の把握に関する課題が示されている。

サブグラフ 06 では「市」「母子保健」「担当部署」「対応」といった語が共起しており、「市」の「母子保健」や生活保護、児童福祉の「担当部署」の「対応」上の課題が示されている。具体的な記載内容を見ると、具体的には虐待の認識を持つことや対応力を向上させることなどに関する課題への言及が見られる。

サブグラフ 07 では「気づく」「困難」という語が共起しており、「気づく」ことの「困難」さという課題を示すネットワークである。周囲が妊娠に「気づく」ことが「困難」であることや、妊婦としてのリスクに「気づく」ことが「困難」であるという課題などが含まれている。

サブグラフ 08 では「アセスメント」と「適切」という語が共起している。「アセスメント」の「適切」な実施という課題である。そしてそうした「アセスメント」の結果を基に支援方針が定められるべきであったという課題が示されている。

サブグラフ 09 では「望まない妊娠」「踏まえる」という語が共起しており、「望まない妊娠」であることを踏まえて、関係機関で情報を共有することや実母の支援ニーズに注意深く目を向けることなどが課題として示されている。

4-3-2.「提言」の分析

1) 基礎統計量

分析の対象となった検証報告書は 14 件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 16、141 語、異なり語数は1、543 語、分析対象となった語(使用語)は1、253 語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「支援」が 200 回、「必要」が 152 回、「家庭」が 99 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった(表 4-2)。この時、例えば「支援」という語は「支援計画」「支援制度」というような複合語としても用いられているが、先に示した強制抽出語等の処理において、「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含まれていない。

表 4-2 「提言」頻出語(上位)50 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
支援	200	指導	31
必要	152	周知	31
家庭	104	リスク	30
相談	99	関係	30
妊娠	90	検討	30
子ども	65	視点	30
医療機関	56	保護者	30
関係機関	54	虐待	29
連携	52	構築	29
対応	45	地域	29
把握	45	要保護児童対策地域協議会	29
相談窓口	43	情報提供	26
出産	40	福祉	26
状況	39	啓発	25
機関	37	特定妊婦	25
市町村	37	妊婦	25
望まない妊娠	37	学校	24
市町	35	広報	24
情報	35	子ども家庭センター	23
体制	35	実施	23
事例	33	適切	23
アセスメント	32	教育	22
児童	32	母子保健	22
児童相談所	32	家族	21
強化	31	確認	21

2) 共起ネットワーク分析

それぞれの語がどのような語との関連で出現しているかというパターン、文脈を明らかにするために抽出語の最小出現数を 10、最小文書数を 3、Jaccard 係数上位 110 と設定した共起ネットワーク分析を行った。

分析の結果を図 4-2 に示した。描写されている抽出語を示すノード(node)の数は 86、線(edge)で描写されている共起関係の数は 121、密度(density)は 0.033 であった。

最も大きなネットワークを構成したサブグラフ 01 では使用頻度が高い「支援」「必要」「家庭」「子ども」「市町村」「相談」を中心に「妊娠」「関係機関」「医療機関」「要保護児童対策地域協議会」などの語が共起している。「産婦人科」を中心とする「医療機関」では「妊産婦」への支援を行う中で「児童相談所」や「市町村」に対して「特定妊婦」に関する「情報提供」に努める必要性についての提言見られる他、「医療機関」と「関係機関」が「連携」を「強化」し、「子ども」や「家庭」「保護者」の「状況」を「確認」したり、「把握」したりする「支援」の必要性についても提言されている。また、そうした中で「保護者」と「関係」を「構築」したり、「支援」「体制」を「構築」したりする必要性についても言及されている。そしてそうした「支援」を「要保護児童対策地域協議会」において「検討」する必要性についての言及もみられる。このように「妊娠」「出産」期の「保護者」「家庭」に対する「相談」「支援」体制を「医療機関」「児童相談所」「市町村」「関係機関」「要保護児童対策地域協議会」という場で構築していくことに関する提言が示されている。

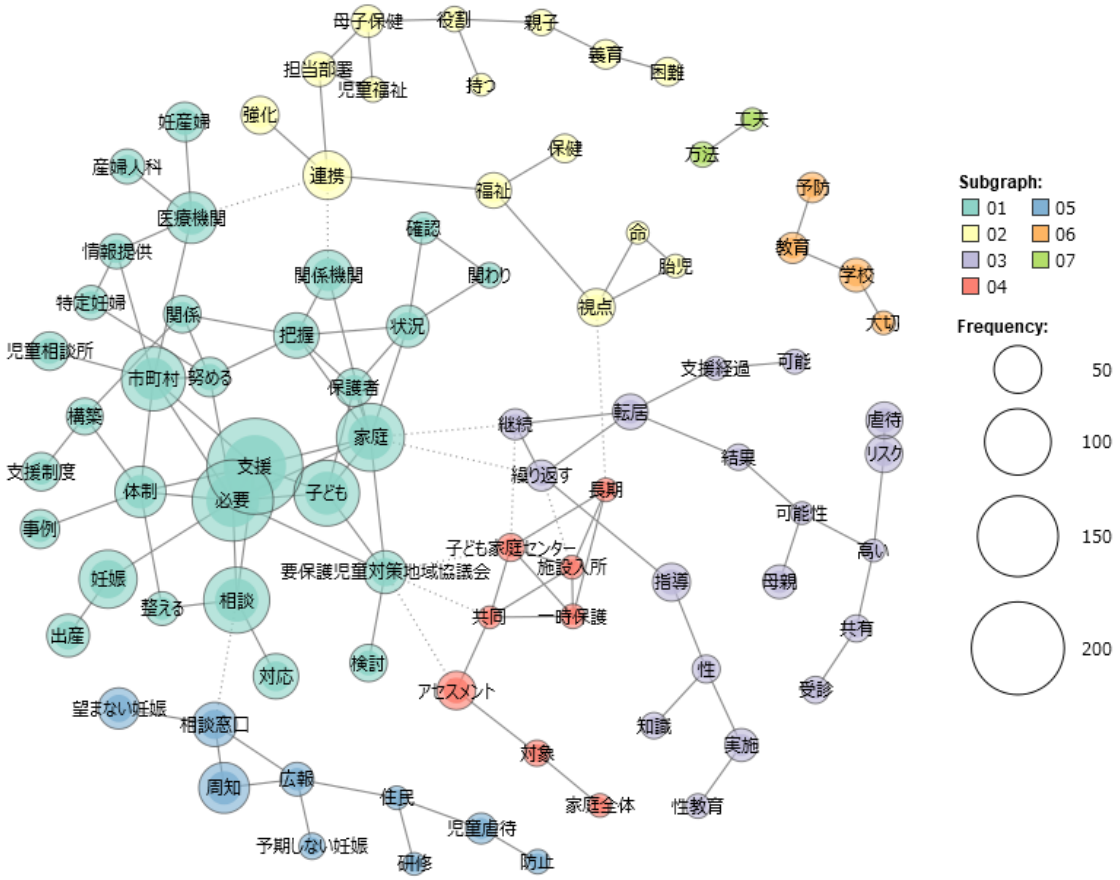


図 4-2　共起ネットワーク

次に大きなネットワークを構成したサブグラフ 02 では「連携」「福祉」「担当部署」「児童福祉」「母子保健」「強化」といった語が共起している。「養育」に「困難」さを抱えている「親子」に対して「母子保健」「児童福祉」の「担当部署」が「連携」を「強化」しながら支援していくこと、「胎児」の「命」を守るという観点から「保健」「福祉」、及び「医療機関」が「連携」することに関する提言が示されている。

続くサブグラフ 03 では「虐待」「リスク」「転居」「指導」「繰り返す」といった語が共起している。「虐待」の「リスク」が高い「母親」の「受診」に関する情報を「共有」することや、「転居」を「繰り返す」「家庭」に対して「一時保護」や「施設入所」も視野に入れながら「継続」した「性教育」などの「指導」を行うことに関する提言を示すネットワークである。またサブグラフ 04 では「アセスメント」「子(こ)ども家庭センター」「一時保護」「施設入所」「共同」といった語が共起している。「要保護児童対策地域協議会」や「子(こ)ども家庭センター」が「家庭全体」を「対象」として「共同」で「アセスメント」を実施することや、「転居」を「繰り返す」「家庭」に対して「一時保護」や「施設入所」を含めた「長期」的な支援を行うことについての提言が示されている。サブグラフ 03 と 04 の二つのネットワークは「妊産婦」に限らず、ハイリスクな家庭、母親については「長期」的、「継続」的な支援の必要性についての提言がなされていることを示している。

サブグラフ 05 では「周知」「相談窓口」「望まない妊娠」「予期しない妊娠」「広報」といった語が共起している。「望まない妊娠」「予期しない妊娠」に関する「相談窓口」の「周知」「広報」、あるいは「住民」に対して「児童虐待」「防止」を「周知」「広報」することについての提言が示されている。新生児死亡事例においては「望まない妊娠」「予期しない妊娠」に関する「相談窓口」を広く「周知」する必要があることについての提言

がなされていることが示されている。

サブグラフ 06 では「学校」「教育」「予防」「大切」という語が共起している。「学校」における「予防」「教育」の「大切」さに関する提言が示されている。若年妊娠とも関係する「望まない妊娠」「予期しない妊娠」を防ぐためには、多くの若者にアクセス可能な「学校」「教育」という機会を活用するということについての提言であろう。

サブグラフ 07 で「工夫」と「方法」が共起している。内容としては「相談」「方法」や「周知」「方法」に関する「工夫」を求める提言を示している。ただし、その「工夫」について具体的な内容についての提言は少なく、多くが「工夫」する必要性に言及するものである点に留意すべきだろう。

4-4.考察

4-4-1.「課題」と「提言」の内容の比較

テキストマイニングの結果から、新生児死亡事例に関する検証報告の中で「課題」とされていたことは、以下の点に整理される。

- 児相におけるリスクの認識
- 要保護児童対策地域協議会を中心とした関係機関が連携した支援体制の整備
- 医療機関における妊産婦健診受診状況の把握とそれに基づいた連携
- 母子保健を中心に、生活保護、児童福祉などの担当部署の連携協働や対応力
- 妊娠に関する相談窓口の周知
- ハイリスク事例(繰り返される自宅出産、DV)に対する子ども家庭センターを中心とした継続的な支援や見守りの実施
- 妊産婦の家庭状況の把握と関係機関での情報共有
- きょうだい児を含めた家族全体の養育状況の把握
- 気付きにくい事例への対応
- 適切なアセスメントの実施
- 臨まない妊娠であることを踏まえた対応

では、こうした事例の検証を通して得られた「課題」に対して、どのような「提言」が行われたのだろうか。新生児死亡事例に関する検証報告の中で「提言」とされていたことは、以下の点に整理されるだろう。

- 医療機関と児相、市区町村、関係機関との間で妊産婦に関する情報が共有され、適切な支援が提供されるような連携協働
- 保護者との関係構築
- 支援体制の構築
- 保健、福祉、医療の連携強化
- ハイリスクな(転居、妊娠出産を繰り返す)母親の受診状況の共有や一時保護、施設入所等を視野に入れた継続的支援
- 家庭全体を対象としたアセスメントの実施
- 望まない妊娠、予期しない妊娠に関する相談窓口の周知
- 学校における予防教育の実施
- 相談体制や啓発に関する工夫

これらテキストマイニングの結果をもとに「課題」と「提言」に示された内容を比較してみると、医療機関や児相をはじめとする関係機関間の情報共有や連携、協働については「課題」に対応する形で多く「提言」の中にも含められている。また、ハイリスク事例についての支援において「課題」とされた継続的な支援、見守りの実施ということについて、一時保護や施設入所なども活用することでそれを実現するような「提言」が示されている。アセスメントについては、これも「課題」を踏襲するような形で家族全体に目を向けたアセスメントの実施が提言されている。また、「提言」では相談窓口の周知や学校における予防教育に関する言及が見られるが、これは発見が難しい事例への対応、予防的取り組みを意識した提言と言えるだろう。このように「課題」と「提言」を照らし合わせてみてみると、おおむね「課題」とされた内容に対応するように「提言」が行われていることがわかるが、児相におけるリスクの認識

という課題については今回の分析結果を見る限りは「提言」の中に顕著にその内容を見ることはできない。

4-4-2. テキストマイニングの限界

テキストマイニングは一定の使用頻度がある語同士のつながりを分析するものである。しかし、今回分析の対象とした検証報告書は、個々の検証報告書に目を通すとわかる通り、児童虐待事例の中でも極端、あるいは特異的と表現できるような事例を対象にした検証報告である。したがってそれぞれが非常に個別性が高いものであり、そこから共通要因を見出しながら分析、検証をしようとするテキストマイニングの手法ではその個別性や特異性が十分に拾い切れていない可能性が否定できない。また、データ化の段階で様々な工夫を施したとはいえ、検証報告の中で用いられた語の多様さ(例えば地域によって機関の名称が異なること、あるいは機関間の役割分担が異なることなど)を十分に担保する形で分析を行うことには限界がある。したがって、本報告の内容はあくまでも「新生児死亡事例」に関する検証報告の全般的傾向の一部を捉えたに過ぎないということには十分留意する必要がある。こうした限界、課題に対して個々の検証報告の詳細を事例研究的に検証したり、当該検証報告の舞台となった自治体に対してインタビュー調査を実施するなどして、より個別的な理解に努める必要があるだろう。個々の検証報告を検証する、あるいはインタビュー調査を実施する際、本分析結果がひとつの指標としての役割を果たせると考える。

Ⅴ. 保護歴のある事例の分析

5-1.目的

死亡事例の中には死亡に至るより前に一時保護所や施設、里親家庭に保護された経験を持つ子どもに関する事例もある。児相や児童養護施設、里親家庭など、児童虐待防止に関する支援ネットワークが関わる機会を持ったにもかかわらず、虐待死を防ぐことができなかった事例である。換言すれば、そうした支援ネットワークが関わる機会なく死に至った事例に比べると防ぎ得た虐待死事例といえるかもしれない。ところが、先述のような検証報告を基にした検討において、当該児童が児童福祉施設や里親家庭、あるいは一時保護所に保護された経験があるかどうかという観点からの検証は行われていない。そこで本章では、一時保護所や施設、里親家庭に保護された経験を持つ子どもの虐待死事例の特徴となどのようなものなのか、あるいはそうした事例に特徴的な課題があると認識されているのか、またそれに対する提言が行われているのかを分析し、保護歴がある子どもの虐待死を未然に防ぐ方策について検討する。

5-2.量的分析

まずは、保護歴のある事例に関する量的分析の結果を示す。分析対象とした 2008 年～2022 年の間に報告された検証報告は 236 件であったが、そのうち、事例の対象児が里親家庭や施設への措置、もしくは一時保護をされたことが把握できたものを「保護歴有」事例としたが、その事例数は59例(25.0%)であった。年次推移をみると、多い年にはその年の検証報告の4割以上を占めることもあったが、逆に1件も「保護歴有」事例が報告されていない年も見られた。全体的な傾向としては微減傾向にある(図 5-1)。

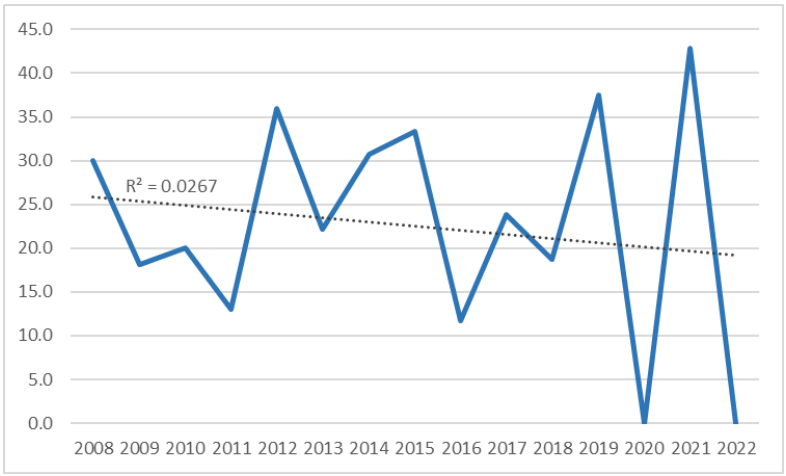


図 5-1.保護歴のある事例の年次推移

「保護歴有」事例とそうでない事例それぞれの虐待種別に目を向けると、「保護歴有」事例では新生児死亡や無理心中、被害児童自殺が0件である他、ネグレクトもそうでない事例に比べて少ない傾向が示された一方で、無理心中や身体的虐待が多く、特に、身体的虐待についてはそうでない事例が 57.0%であるのに対して、75.9%と特に高い値を示し、「保護歴有」事例ではそうでない事例に比べると身体的虐待による死亡が多い傾向にあることが明らかになった(図 5-2)。また、「保護歴有」事例では保護者(加害者)に精神疾患がある場合には特に無理心中に至っているケースが多いことがわかる。また「保護歴有」事例では性虐待があったケースがそうでない事例に比べて顕著に多いことにも留意する必要があるだろう。加害者の属性としては「保護歴有」事例ではそうでない事例に比べ、実父や継母・養母の割合が高い傾向が見られた。

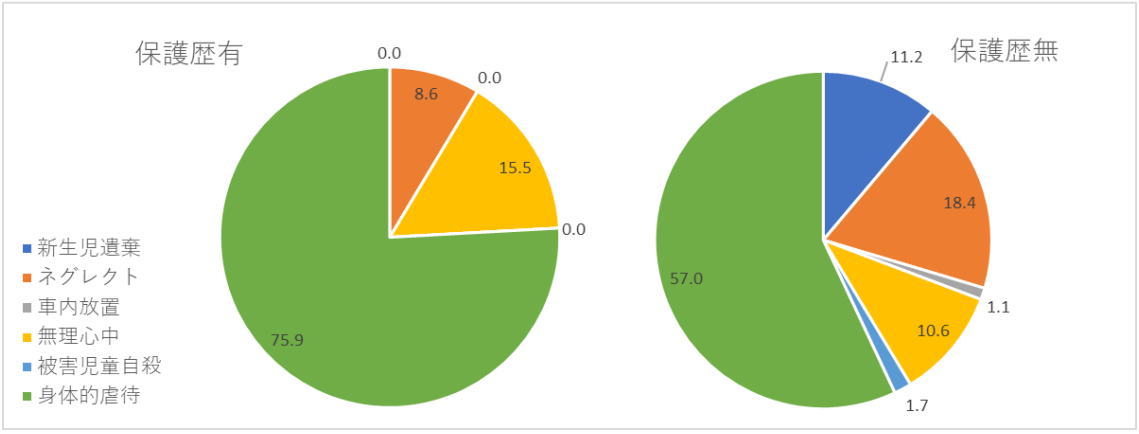


図 5-2.保護歴のある事例と保護歴のない事例の比較

被害児の死亡時の年齢については「保護歴有」事例ではそうでない事例に比べて年齢が高いことが示された(t=4.37、 p<.001、 d=.661)が、これは「保護歴有」事例には新生児死亡事例が含まれないことの影響が大きいものと考えられる。その他、被害児の性別や障害・疾患の有無については「保護歴有」事例とそうでない事例間で統計的な有意差は認められなかった。

また事例経過の中で自治体をまたぐ移動（自治体間移動）が見られたケースは統計的な有意差は見られないものの、やや多い傾向にあることが示された。さらに事例経過の中で虐待通告がなされていたケースは「保護歴有」事例では全ケースのうち 67.2%が虐待通告がなされていたのに対して、そうでないケースでは40.8%に留まっていた他、関与した機関数についても「保護歴有」事例ではそうでない事例に比べて統計的に有意に多いことが示され（t=5.52、 p <.001、d=.837）、「保護歴有」事例は死亡に至るまでの間に虐待のリスクが周囲に認知されており、何らかの支援ネットワークの中に位置づけられ、複数の支援機関がかかわっていたにもかかわらず、子どもの死という最悪の結果を招くに至ったケースであることがわかる。

こうした特徴を持つ「保護歴有」事例において、検証報告ではどのようなことが課題と位置付けられ、改善に向けてどのような提言がなされたのだろうか。

5-3.質的分析の方法

本章でも、第 3 章及び第 4 章と同様、検証報告書の内容を「事例の経過」「課題」「提言」の 3 つに分け、「課題」と「提言」の内容についてテキストマイニングを用いた分析を行った。ただし、pdf ファイルとして公開された検証報告書の中にはその文書の中からテキストデータとして抽出することが困難なものや、そもそも「事例の経過」「課題」「提言」という体裁をとっていないものもあるため、そうしたものを除外して分析対象とした。抽出されたテキストデータは余分な空白や改行などを削除したのち、文脈ごとにエクセルのセルに入力し、テキストマイニングによる分析を行った。テキストマイニングとはコンピュータを利用し、テキストデータから新しい知識を掘り起こす(mining) 手法であり(サトウら、2019)[8] 、 自然言語処理とデータマイニングの手法を用いることで質的研究に数量化と視覚化を取り込んだ手法(藤井ら、2005)[9]である。本研究では、様々な領域でテキストマイニングによる研究に用いられる分析ソフトウェアである KH Coder3.0(樋口、2020)[10]を用いて分析を行った。

分析を行うにあたり、「課題」「提言」それぞれについて複合語の検出を行い、子ども家庭センターや児相などの固有名詞、リスクアセスメントや一時保護などの専門用語を強制抽出語に、和暦や月などを使用しない用語に設定した。また、母と母親と実母、児相と児相などの同一のものを表す語(同義語、表記揺れ)についてKH Coder のプラグインである文錦®表記ゆれ＆同義語エディター for KH Coder の機能を用いて該当語を統一する作業を「課題」「提言」についてそれぞれ行った。

5-4.結果

テキストマイニングの結果と考察について、「課題」の分析と「提言」の分析に分けて記載する。

5-4-1.「課題」の分析

1）基礎統計量

分析の対象となった検証報告書は 49 件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 84、172 語、異なり語数は3、628語、分析対象となった語(使用語)は3、055語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「子ども」が 896 回、「児童相談所」が 578 回、「母親」が 543 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった。この時、例えば「子ども」という語は「本児」「児童」と表記されている場合もあるがそれらは同義語と見なし「子ども」に包含されるように設定した一方で、「支援計画」「支援制度」というように「支援」を含む複合語としても用いられている場合には「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含ま

[8] サトウタツヤ, 春日秀朗, 神崎真実(2019) ワードマップ質的研究法マッピング特徴をつかみ, 活用するために.新曜社.
[9] 藤井美和, 李政元, 小杉考司(2005) 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門中央法規出版.
[10] 樋口耕一（2020）社会調査のための計量テキスト分析―内容分析の継承と発展を目指して【第 2 版】KH Coder オフィシャルブック, ナカニシヤ出版

れていない。

2)階層的クラスター分析

階層的クラスター分析では出現パターンの近似性からクラスターが作成され、デンドログラムが表示される。各クラスターを1つの概念と見なし、デンドログラムを参照しながら各クラスターに属する頻出語の内容を検討することによって、「課題」の概要を捉えることを試みた。集計単位を文、最小出現数を 30 回、最小文書数を 5、方法は Ward 法とし、距離は Jaccard 係数を用いた。最終的なクラスター数は併合水準を参照し 13 とした。

クラスター1 は「子ども」「母親」「児童相談所」「支援」といった語から構成されるクラスターで、児相におけるアセスメントと必要な支援に関する情報の共有に関する課題が含まれている。

クラスター2 は「保護者」「虐待」「アセスメント」「状況」「一時保護」といった語から構成されるクラスターで、世帯の状況把握と虐待可能性のアセスメントに関する課題が含まれている。

クラスター3 は「家庭」「状況」「把握」「兄弟(きょうだい)」といった語から構成されるクラスターで、家族状況の包括的把握によるリスクアセスメントに関する課題が含まれている。

クラスター4 は「父親」「問題」「認識」「養育」といった語から構成されるクラスターで、家庭内暴力を含めた父親の理解や養育の困難さの理解を踏まえた介入に関する課題が含まれている。

クラスター5 は「保育所」「家庭復帰」「施設」「入所」「措置解除」といった語から構成されるクラスターで、措置の適切な管理と移行プロセスに関する課題が含まれている。

クラスター6 は「児童福祉司」「指導」「措置」から構成されるクラスターで、児童福祉司による指導や措置に関する課題への言及を表している。

クラスター7 は「対応」「相談」「体制」「児童虐待」といった語から構成されるクラスターで、継続的な相談対応、組織的対応に関する進行管理に関する課題が含まれている。

クラスター8 は「医療機関」、「妊娠」、「出産」といった語から構成されるクラスターで、妊娠期の健康管理と適切な医療機関の利用に関する課題が含まれている。

クラスター9 は「開催」「個別ケース検討会議」から構成されるクラスターで、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議を開催するという課題への言及を表している。

クラスター10 は「会議」「決定」「方針」といった語から構成されるクラスターで、各種会議における明確な役割分担と援助方針の策定に関する課題が含まれている。

クラスター11 は「要保護児童対策地域協議会」「連携」「情報共有」「地域」といった語から構成されるクラスターで、要保護児童対策地域協議会の活用など地域における連携、情報共有に関する課題が含まれている。

クラスター12 は「確認」「家庭訪問」「連絡」「受ける」「転居」といった語から構成されるクラスターで、家庭との連絡と安全確認に関する課題が含まれている。

クラスター13 は「適切」「課題」「検討」「役割」「記録」といった語から構成されるクラスターで、支援方針の検討と調整プロセスに関する課題が含まれている。

5-4-2.「提言」の分析

1)基礎統計量

分析の対象となった検証報告書は 49 件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 83、828 語、異なり語数は3、543語、分析対象となった語(使用語)は3、046語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「必要」が 793 回、「行う」が 718 回、「子ども」が 614 回、「児童相談所」が 596 回、「支援」が 561 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった。「課題」の分析と同様に、この時、例えば「子ども」という語は「本児」「児童」と表記されている場合もあるがそれらは同義語と見なし「子ども」に包含されるように設定した一方で、「支援計画」「支援制度」というように「支援」

を含む複合語としても用いられている場合には「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含まれていない。

2)階層的クラスター分析

階層的クラスター分析では出現パターンの近似性からクラスターが作成され、デンドログラムが表示される。各クラスターを1つの概念と見なし、デンドログラムを参照しながら各クラスターに属する頻出語の内容を検討することによって、「課題」の概要を捉えることを試みた。集計単位を文、最小出現数を 30 回、最小文書数を 5、方法は Ward 法とし、距離は Jaccard 係数を用いた。最終的なクラスター数は併合水準を参照し 14 とした。

クラスター1 は「必要」「行う」「児童相談所」「子ども」「対応」といった語から構成されるクラスターで、子どもと保護者に焦点を当てた虐待事例への地域支援体制の改善に関する提言が含まれている。

クラスター2 は「対応」「自治体」「関係機関」「情報」「連携」「要保護児童対策地域協議会」といった語から構成されるクラスターで、情報共有と自治体・関係機関との連携協力の強化に関する提言が含まれている。

クラスター3 は「児童福祉司」「担当」「業務」「スーパーバイザー」といった語から構成されるクラスターで、児相児童福祉司の専門性向上、及びスーパーバイズ体制整備に関する提言が含まれている。

クラスター4 は「職員」「研修」「図る」「強化」「専門性」「向上」といった語から構成されるクラスターで、専門職の専門性の向上と虐待対応に関する取り組みの充実に関する提言への言及を表している。

クラスター5 は「地域」「学校」「見守る」「保育所」といった語から構成されるクラスターで、学校・保育所を含めた地域連携強化に関する提言が含まれている。

クラスター6 は「確認」「内容」「具体的」「個別ケース検討会議」「開催」といった語から構成されるクラスターで、要保護児童対策地域協議会における定期的な個別ケース検討会議の実施と進行管理に関する提言が含まれている。

クラスター7 は「十分」「役割」「機能」「認識」「担当者」といった語から構成されるクラスターで、関係機関担当者の役割調整と共通認識の確立に関する提言が含まれている。

クラスター8 は「調査」「安全確認」「家庭訪問」「虐待通告」といった語から構成されるクラスターで、虐待通告の受理から速やかな安全確認と調査への展開に関する提言が含まれている。

クラスター9 は「努める」「児童福祉」「福祉」「乳幼児」「母子保健」といった語から構成されるクラスターで、児童福祉と母子保健の連携に関する提言が含まれている。

クラスター10 は「検討」「医療機関」「転居」「情報提供」「踏まえる」といった語から構成されるクラスターで、医療機関・警察からの情報や転居情報を踏まえた対応に関する提言が含まれている。

クラスター11 は「一時保護」「リスク」「視点」「安全」といった語から構成されるクラスターで、専門性に基づいたリスクアセスメントによる迅速かつ的確な安全確保に関する提言が含まれている。

クラスター12 は「指導」「家庭復帰」「生活」「施設」といった語から構成されるクラスターで、家庭復帰後の継続的指導に関する提言が含まれている。

クラスター13 は「子育て」「母」「本児」といった語から構成されるクラスターで、父の存在を考慮した母子支援に関する提言が含まれている。

クラスター14 は「アセスメント」「家族」「可能性」「養育」といった語から構成されるクラスターで、家族環境の変化に関するアセスメントと緊急事態を想定した対応に関する提言が含まれている。

5-5.考察

「保護歴有」の死亡事例とは、過去に一時保護や施設等への措置経験がある子どもの虐待死亡事例であり、すべてのケースは児相をはじめとする児童虐待防止に関係する期間等と過去に何らかのかかわりがあった事例である。そうした観点から「保護歴有」事例はそこに何らかのリスクがあることが顕在化した事例であ

ると表現することもできるであろうし、子ども家庭福祉にかかわる支援者、専門家としては防ぎ得た虐待死亡事例であると感じられることも多いかもしれない。しかし実際には保護された子どもたちのうち、こうして死亡事例として検証されるに至るケースはごく一部であり、その他のケースでは様々な困難もありながら支援が継続していたり、無事に終結を迎えることができている。では、そうした事例と死亡に至ってしまった事例との間にはどのような差異があり、それを防ぐために何ができたのだろうか。

まず「保護歴有」事例の特徴として子どもの年齢はそうでない事例に比べて高く、虐待の加害者は実父母である場合が全体の 85%以上を占め、特に保護歴がない死亡事例に比べると実父が加害者となっているケースの割合が高いという特徴がある。そして死亡に至るまでの経緯の中で何らかの形で虐待通告がなされている事例が保護歴がない死亡事例に比べると非常に多く、事例に関与している機関数も多い。そして死亡に至った理由としてはおよそ 75%が身体的虐待、15%が無理心中であるという特徴がある。

こうした「保護歴有」事例について検証報告では 13 のクラスターに分類される「課題」が抽出されたが、その内容をさらに整理してみると、例えば「世帯の状況把握と虐待可能性のアセスメントに関する課題（CL2）」「家族状況の包括的把握によるリスクアセスメントに関する課題（CL3）」「家庭内暴力を含めた父親の理解や養育の困難さの理解を踏まえた介入に関する課題（CL4）」「家庭との連絡と安全確認に関する課題（CL12）」は家庭・家族に対するアセスメントや継続的な支援に関係する課題であり、父親の暴力性を含めて家族に内在するリスク要因、虐待の可能性などを包括的に把握することや時間的推移の中で家庭と連絡を取り続け、安全確認を行っていくという課題であると整理できるだろう。また「児相におけるアセスメントと必要な支援に関する情報の共有に関する課題（CL1）」「措置の適切な管理と移行プロセスに関する課題（CL5）」「児童福祉司による指導や措置に関する課題（CL6」「支援方針の検討と調整プロセスに関する課題（CL13）」は先の家族に対するアセスメントを基にした適切な措置、指導・支援の継続に関する判断やその進捗を管理すること、あるいはそうした業務を遂行するための児童福祉司の専門的力量に関する課題であると整理できるだろう。さらに「要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議を開催するという課題（CL9）」「要保護児童対策地域協議会の活用など地域における連携、情報共有に関する課題（CL11）」は、要対協の機能的運営を中心に、地域での連携協働、情報共有に関する課題であり、「妊娠期の健康管理と適切な医療機関の利用に関する課題（CL8）」は医療保健分野の課題、あるいは医療保健分野と福祉領域の連携に関する課題であると言えるだろう。そして「継続的な相談対応、組織的対応に関する進行管理に関する課題（CL7）」「各種会議における明確な役割分担と援助方針の策定に関する課題（CL10）」は児相や要対協など児童虐待防止や介入において中心的な役割を担う機関において、組織内、組織間で有効な役割分担、情報共有を行っていく際の会議の持ち方に関する課題、進行管理を行う組織運営上の課題であると整理できるだろう。このように、過去に一時保護や施設等措置の経緯がある「保護歴有」事例であるため、家族に関するアセスメント、そしてその内容に基づいて一時保護や措置解除の判断を大なうなどの児相の動きの他、地域における見守り体制の整備についても大きな課題があることが示唆されている。

一方、「提言」の内容に目を向けると、「専門性に基づいたリスクアセスメントによる迅速かつ的確な安全確保に関する提言（CL11）」「家庭復帰後の継続的指導に関する提言（CL12）「父の存在を考慮した母子支援に関する提言（CL13）」「家族環境の変化に関するアセスメントと緊急事態を想定した対応に関する提言（CL14）」は家庭・家族に対するアセスメントや継続的な支援に関係する課題に対応する提言だと言えるだろう。「児相児童福祉司の専門性向上、及びスーパーバイズ体制整備に関する課題（CL3）」「虐待通告の受理から速やかな安全確認と調査への展開に関する提言（CL8）」は適切な措置、指導・支援の継続に関する

判断やその進捗を管理すること、あるいはそうした業務を遂行するための児童福祉司の専門的力量に関する課題に対応する提言だと言えるだろう。また、「子どもと保護者に焦点を当てた虐待事例への地域支援体制の改善に関する提言（CL1）」「情報共有と自治体・関係機関との連携協力の強化に関する提言（CL2）」「専門職の専門性の向上と虐待対応に関する取り組みの充実に関する提言（CL4）」「学校・保育所を含めた地域連携強化に関する提言（CL5）」「要保護児童対策地域協議会における定期的な個別ケース検討会議の実施と進行管理に関する提言（CL6）」「関係機関担当者の役割調整と共通認識の確立に関する提言（CL7）」「児童福祉と母子保健の連携に関する提言（CL9）」「医療機関・警察からの情報や転居情報を踏まえた対応に関する提言（CL10）」は要対協の機能的運営を中心に、地域での連携協働、情報共有に関する課題、医療保健分野の課題、あるいは医療保健分野と福祉領域の連携に関する課題、そして組織内、組織間で有効な役割分担、情報共有を行っていく際の会議の持ち方に関する課題、進行管理を行う組織運営上の課題への横断的な対応を示した提言と言えるだろう、すなわち、要対協を中心とした地域関係機関の連携協働、あるいは医療保健分野と福祉領域の連携を包含した地域連携に関する提言、あるいは児相を含む関係機関職員の専門性向上に関する提言とまとめることができるだろう。

先述したように「保護歴有」事例においては実父母、特に実父が加害者になるケースが高い特徴があるため、家庭・家族に対するアセスメントや継続的な支援は重要な意味を持つ。また虐待通告の割合も高く、多くの機関がすでに関与している場合も少なくないため、関係機関が連携協働することはもちろん、ケースの推移を見ながらリスクアセスメントを重ね、どのようなタイミングで支援したり、介入したりするかという見極め、ケースの進行管理が重要な意味を持つ。課題や提言でもこうしたことに関する言及がみられる点は保護歴があるという特徴を反映していると推察される。また、課題に示された内容は児相、要対協を中心とした地域、医療保健分野といったように、個々の領域の課題に言及するものが多かったのに対して、提言では個々の領域に対する提言も含みつつ、領域横断的な提言が多いように思える。このように保護歴がある死亡事例の検証報告からは、虐待発生の背景要因である家族、特に父親の暴力性や母親の育児負担に関するリスクアセスメントと、すでにかかわりがある関係機関が役割分担をしながら関わり続ける支援の進行管理、そして地域の関係機関が領域横断的に情報共有をしつつ連携協働の促進が虐待死の未然防止に向けた重要な方策となることが示唆された。

一方で、量的分析からは「保護歴有」事例は身体的虐待による死亡事例と無理心中による死亡事例に大別されることが示唆されており、テキストマイニングについてもこの 2 つに分けた分析を行うと、より詳細な課題と提言が抽出できたかもしれない。無理心中に関しては分析対象となる事例数が少なくなるという課題はあるが、より詳細な分類に基づいた分析に基づいた検討を今後の課題としたい。

VI. 知的所有権の取得状況

特になし

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）

分担研究報告書

地方公共団体の児童虐待死事件の検証結果における
再発防止策等の検討のための研究　（23DA1501）

児童虐待による死亡事例に関する国の検証報告書および国内の先行研究の分析

研究分担者　　鈴木　浩之　立正大学
研究代表者　　増沢　高　子どもの虹情報研修センター

研究要旨

児童虐待防止法が制定された 2000 年以降、児童虐待に関する研究が、福祉、保健、医療、司法等様々な領域で行われるようになり、各分野の学術雑誌で児童虐待が特集として組まれる機会も増加した。その中には、児童虐待で死亡した子どもを対象とした研究も含まれている。

ここでは、2000 年以降の国の検証委員会の報告書、および児童相談所虐待による死亡に関する研究等を収集、分析する。とりわけ、これらの報告、研究の中では子ども虐待を防止するための課題や提言等がなされているが、これらに焦点を当てて分析した。

子ども虐待死を予防するための提言や意見の中には、何度も繰り返し指摘されているものがある。リスクアセスメントの不十分さ、リスクアセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などである。そこで、これらの課題のつながりや関係性などの構造、そして、それらの構造がどのように子どもの安全を守ることにつながっていくのかのプロセスを明らかにするために「質的統合法」を用いて分析した。分析過程として、全体を総合的に分析したうえで、心中に特化した分析、及び他の年齢に比べて死亡率の高い0歳児に特化した分析を行った。

その結果、これらが繰り返される背景やメカニズムとして、死亡に至るケースの展開として「孤立と孤独を深めていくプロセス」が明らかになり、このプロセスを断ち切る保護要件として作用すべきが「途切れない支援が進んでいくプロセス」を展開させることである。しかし。このプロセスが十分に機能せずにいる現状が明らかとなった。これを解決するためには「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」が必要で、具体的には各支援機関が「支援方針の固定化・形骸化」を防ぎ、「支援方針の変更を進めていく」修正的アセスメントとそれにもとづく方針変更の柔軟さを組織が兼ね備えることであることが推察された。

Ⅰ. 問題と目的

日本が児童虐待を国家的問題と捉え、本格的に法制度改革に取り組み始めたのは1990年代からである。それ以前も、児童虐待問題が社会的問題となり、一部の専門家の間では、研究が行われていた歴史がある。戦後、世界が家庭内の児童虐待の存在を認識するようになったのは、1961年にヘンリー・ケンプ(Kempe,C.H.)が米国小児科学会総会でThe Battered Child Syndromeを報告したことから始まる。日本では、70年代初めに「被虐待症候群」そして「被虐待児症候群」と訳され紹介された(新田,1973、橘本,1974,1977、諏訪,1974,1975、長畑,1974、高屋,1974)。

児童虐待の最悪の結果は子どもの死亡であるが、保坂ら(2011)は、1970年代の「子殺し」に関する著書・論文を収集したところ、「幼児殺傷・遺棄」(中谷,1973)」、「子どもの養育に関する社会病理学的考察:嬰児殺および児童の域・虐待などをめぐって」(栗栖,1974)、「嬰児殺に関する研究」(土屋・佐藤,1974)、「東京における子殺しの実態 戦後2年間の動向(ケース研究、160)」(来栖・大森,1977)など複数の研究があることが分かった。池田(1977)は、この時代の動向について「子殺し、子捨ての社会病理として、親子心中、嬰児殺、児童虐待、遺棄などが、近年にわかに世人の関心を集めるようになった」ととらえ、自身も児童虐待に関する研究論文を次々に発表され、「児童虐待の病理と臨床」としてまとめ、発刊している。

70年代前半はコインロッカーベビー事件[注1]が相次いだこともあって、子どもの遺棄や虐待による子どもの死亡は国民の注目を集めた。厚生省(現、厚生労働省)も、1974年に「児童の虐待、遺棄、殺人事件調査」を行っている。この調査は3歳未満児に限定したものであったが、結果は虐待24件、遺棄126件で、死亡事例については殺害遺棄135件、殺害51件、心中65件で合計251件であったことを報告している。

しかしこの時代、家庭の子育てへの支援や児童虐待防止に関する法律の整備や施策はほとんど打ち出されなかった。日本全体としては、70年代後半以降の児童虐待に対する認識は、不登校、校内暴力、いじめなどの新たに浮上してきた子どもの問題の陰に隠れ、池田をはじめとした一部の研究者や児相等の実践家を除き、家庭内虐待への社会的関心は薄れていったことを、保坂ら(2011)は指摘している。

厚生省は、1949年から毎年、全国の児相が扱った事例(十数例)を集めて「児童のケースワーク事例集」を編纂し、1969年からは「児相事例集」と名前を変えて、事例を収集、分析を行ってきた。秋山(2011)は、掲載された事例を見てみると、多くの事例に今日的な意味での児童虐待が含められていることを指摘している。

川﨑(2019)は、児相の児童虐待に対するこれまでのかかわりについて以下の様に述べている。「社会的関心の有無とは別に、子どもや家庭からの様々な相談に応じている児相にあっては、しばしば深刻な虐待事例に直面し、苦慮していた。そうした状況の一端を明らかにしたのは、大阪市中央児相(当時)が1989年6月に発刊した『紀要―特集児童虐待の処遇について』である。当時は児童虐待の統計すらなかったが、過去20年間に、虐待その他により児童の福祉を著しく害することから児童養護施設への入所等が必要であるにもかかわらず、保護者が反対するために家庭裁判所に入所等の承認を求めて申し立てた13件の事例に加え、援助の課程で死亡した3事例を取り上げ、『このようなケースを勇気をもって提示し、個々の事例の背景や具体的対処の実情、あるいはその問題点等』を振り返り『児童虐待ケース処遇における検討課題』を提示した。」

1990年代から児童虐待防止に本格的に取り組み始めた背景のひとつに、1989年に国連の「子どもの権利に関する条約」の採択がある。日本は1994年批准に至るが、この条約を契機に、翌年には全国の児相の虐待対応件数の統計把握と公開が始まり、児童

虐待防止活動に取り組む民間団体が相次いで設立（1990 年の大阪児童虐待防止協会設立、1991 年の東京虐待防止センター設立など）され、電話相談事業や虐待防止啓発活動が活発化していく。また条約を受けて児相が児童虐待に対して家庭内に介入する度合いを強めるようになる。児童虐待による死亡事件の報道も増え、深刻な虐待ケースが想像以上に存在することを社会が認識するようになる。

さらに、大阪児童虐待防止協会や東京虐待防止センターを中心に、1994 年に日本で初めて子ども虐待に関する国際シンポジウムが開催され、子ども虐待防止協議会（JaSPCAN、現、子ども虐待防止学会）が設立された。1999 年からは学術雑誌「子ども虐待とネグレクト」が刊行されるようになり、児童虐待に関する論考や研究報告等が掲載されるようになる。

1990 年から統計を取り始めた児童虐待対応相談件数は増加し続け、児童虐待問題が社会問題となり、国家的な問題として政府が動き、2000 年に「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、児童虐待防止法）が制定されるに至る。

虐待によって死亡する事件報道も増加し、繰り返される虐待死事件等を受け、2004 年 2 月に厚生労働省は、児童虐待防止法施行から 2003 年6月末日までに、新聞報道や都道府県・指定都市の報告によって厚生労働省が把握した 125 件（127 人死亡）の虐待死亡事例について、各都道府県・指定都市の児童福祉主管課に対して調査を行い、報告書（「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」を公開した。

そして、2004 年に改正された児童虐待の防止等に関する法律において、国及び地方公共団体の責務として、「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」こととした。これを受け、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、検証委員会）が設置され、様々な専門分野で構成される有識者が、継続的・定期的に全国の児童虐待による死亡事例等を分析・ 検証し、全国の児童福祉関係者が認識すべき共通の課題とその対応を取りまとめるとともに、制度やその運用についての改善を提言するもので、2005 年4月に第1次検証報告書が公開され、以降毎年検証され、現在は第 19 次検証報告書が公開されている。この検証では、心中による虐待死と心中以外の虐待死に分けて分析しており、また年ごとに虐待種別や子どもや加害者の年齢等の特徴に焦点を当てた特集が組まれ、特集テーマに沿った踏み込んだ分析が行われている。

2000 年以降、児童虐待に関する研究が、福祉、保健、医療、司法等様々な領域で行われるようになり、各分野の学術雑誌で児童虐待が特集として組まれる機会も増加した。その中には、児童虐待で死亡した子どもを対象とした研究も含まれている。

ここでは、2000 年以降の国の検証委員会の報告書、及び児相虐待による死亡に関する研究等を収集、分析する。とりわけ、これらの報告、研究の中では子ども虐待を防止するための提言がなされているが、これらに焦点を当てて分析する。

ところで、子ども虐待死を予防するための提言や意見の中には、何度も繰り返し指摘されているものがある。リスクアセスメントの不十分さ、リスクアセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などである。同じことが繰り返し提言されているにもかかわらず、また、現場では子どもの安全と命を守るための不断の努力を重ねているはずにもかかわらず、これらの課題が改善されていかないのはなぜか。

その背景を明らかにするため、繰り返し指摘されている課題のつながりや関係性などの構造、そして、それらの構造がどのように子どもの安全を守ることにつながっていくのかのプロセスを明らかにすることを試みてみたい。

なお、分析にあたっては、全体を総合的に分析したうえで、心中に特化した分析、及び他の年齢に比べて死亡率の高い0歳児に特化した分析を行い、考察する。

注1：1970 年に2月に東京渋谷のコインロッカーで嬰児の死体が発見された。同様の事件が全国で増え

始め、この年に2件、翌年に3件、72年8件、73年には46 件と増えていった。これらの事件は「コインロッカーベビー事件」として当時のマスコミを騒がせた。

Ⅱ. 方法

1. 研究報告等の収集選定基準

国の検証報告「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第 1 次報告から第 19 次報告、および 2000 年以降の国内の研究報告等を分析対象とする。

研究報告等については、以下の基準で選定した。

福祉・法医学・法学分野で児童虐待の死亡事例・重篤事例に関連するもののうち、

・国及び児童虐待死亡事例検証報告書を使用して分析・考察を行っているもの。

・検証報告書に限らず、死亡事例や重篤事例について、事例の詳細な報告(医学的所見など)だけでなく、関係機関の対応や対応システム等について分析・考察を行っているもの。

なお、検証報告書を引用しているのみで、事例を用いて分析や考察を行っていないもの、及び死亡事例・重篤事例の詳細な報告(医学的所見など)のみの言及にとどまるものは除外した。

2. 検索方法と選定結果

以下6つの方法で対象を選定した。

①J-Stage を用いて、検索キーワードを「児童虐待死亡事例」、「児童虐待死亡事例検証報告書」、「児童虐待死亡事例検証」、「子ども虐待による死亡事例等の検証」で検索(2023 年6月 22 日)し、ヒットした研究等の内容確認をした結果、3件が抽出された。

②CORE(https://core.ac.uk/)を用いて、検索キーワードを「児童虐待死亡事例」「子ども虐待による死亡事例」で検索(2023 年6月 28 日)し、ヒットした研究等の内容確認をした結果、12 件が選定された。

③JaSPCAN 各術雑誌「子どもの虐待とネグレクト」を第1巻から目視で確認し、児童虐待による死亡に関連したタイトルが Abstract に含まれる論文、特定の死亡事例を分析している論文、厚生労働省の検証報告書が引用されている論文を抽出した結果、19 件が選定された。

④JaSPCAN 学術集会の抄録

第 1 回大会から紙媒体資料を目視で確認し、「児童虐待死亡」・「死亡事例」がタイトルや Abstract に含まれる研究、特定の死亡事例に関する研究、厚生労働省の検証報告書が引用されている研究として 45 件が抽出され、その内、課題や提言等の記載のあるものに絞った結果 16 件が選定された。

⑤児童虐待に特化して研修や研究事業を行っている子どもの虹情報研修センター研究報告書について、「児童虐待死亡」・「死亡事例」がタイトルや Abstract に含まれる論文、特定の死亡事例に関する論文、厚生労働省の検証報告書が引用されている論文を目視により抽出した結果、12 件が選定された。

⑥以上の研究等の中で引用・参考文献として挙げられている研究等について、児童虐待死亡に関連した内容がタイトルとなっている論文等の内容を確認し、課題や提言等の記載のあるものが 11 件選定された。

①まで⑥までの研究報告等、総計 73 件を分析対象とした。これらに関しては個票を作成し、一覧表にしてまとめ、報告書の末尾に資料として掲載した。

Ⅲ. 結果と考察

Ⅲ－A. 総合的な分析

1. 国による検証報告における課題と提言

(1)検証報告における課題と提言の要旨

検証報告では、冒頭に「課題と提言」が示され、地方公共団体への提言と国への提言がなされている。これらは、我が国の子ども虐待死の予防に係るこれまでの提言の集積がなされているものであり、これまでの虐待死の予防に係る事務的課題の到達点を示しているものと思われるため、まずは、これらを概観することから始める。

以下は、地方公共団体への提言である。国への提言は地方公共団体が、これらの課題を実現するための政策等への提言が中心になっている。

①虐待の発生予防及び早期発見

ア 妊娠期から支援を必要とする保護者への支援の強化

「妊娠していることを誰にも相談できず、 妊娠したこと自体が他者に気づかれていないため妊娠期に適切な支援を受けることなく出産した結果、こどもが死亡に至った事例」が多く「孤独の中で出産する」という心理的側面を指摘し、その背景には「妊娠したことを身近な家族やパートナーにも相談できない不安定な関係性という問題、妊娠に気が付いたとしても経済的負担を理由に初回の受診をためらい、必要な支援につながらないという経済的な問題等」を指摘している。とりわけ、外国籍の者、若年妊婦など支援が届きにくく、これらに対してはインターネットやSNSの活用、アウトリーチ型の支援等の展開、「粘り強く連絡や訪問等を行い、対象者が支援を求めやすいような信頼関係の構築を図ること」を提言している。さらに、父親が何らかの課題を有し、虐待に至った事例もあることから、こんにちは赤ちゃん事業などでは、母親に会うだけでなく父親とも会い、「父親が積極的にSOSを表出できる相談支援の充実」を求めている。

イ 乳幼児健康診査未受診など状況を確認できない家庭に対する虐待予防の視点をもった支援の実施

死亡事例の中には「乳幼児健康診査の未受診者への対応や転居先の市区町村による乳児家庭全戸訪問事業を拒否した保護者」の存在が繰り返し指摘されている。「未受診や保護者の拒否によってこどもに会えないことは非常に大きなリスクである」ことを指摘したうえで、市区町村母子保健担当部署の対応、関係組織、機関との連携を提言している。

ウ きょうだいへの虐待がみられた家庭への支援

きょうだいがいるケースの場合、当該児童だけでなくきょうだいに対しても同様のあるいは異なる虐待が生じる可能性が高いとして、「きょうだいがいる家庭で虐待が発生した場合には、養育上の価値観や問題意識の希薄化など、問題が発生する家族の構造的問題が解決されていない限り、きょうだいにも同様のことが起こる危険性を考慮して対応しなければならない。」と提言している。

エ 精神疾患等により養育支援が必要と判断される保護者への対応

精神疾患を有する保護者が虐待死を惹起する事例が一定数あることから、「精神疾患等への理解を深めて適切なアセスメント及び支援を行うため、主治医を含む医療機関との連携に加え、精神保健福祉や母子保健担当部署等の保健師、精神保健福祉士など専門職の活用が求められる。特に、特定妊婦の場合は要保護児童対策地域協議会で管理及び支援が進められることになるが、妊娠期から精神保健福祉担当部署の担当者を含めた子育て支援と精神保健の視点で出産・育児期まで継続した支援を行うこと、対応を終結した場合でも乳幼児健診等の母子保健事業による関与の際に、支援歴の有無等が把握できるよう検討することが必要」としている。また、「保護者に精神疾患等が疑われる場合については、精神疾患の診断の有無やその診断名だけではなく、生活や育児における実態や周囲からの状況を含めて、子育てやこどもへの影響を評価し、必要な支援策を検討すべき」としている。

オ こどもと法律上の親子関係がない者が主な加害者となっている場合の対応

血縁関係や親同士の婚姻関係がないなど法律上の

親子関係がない者、例えば母親のパートナーなどが、加害者になっている事例があることから「こどもと日常的な関わりのあるすべての人物について直接会うこと」を提言している。

カ　保護者及び関係機関を対象とした虐待の予防につながる知識の普及・啓発

近年の特徴として、「車中に放置したことによる熱中症や、保護者が見ていないときの浴室での溺水、窓やベランダ等からの転落によって死亡した事例」が散見されることから、「こどもの安全を図り、保護者に虐待の予防につながる知識の普及・啓発」が提言されている。また、「しつけのつもり」として虐待死に至らしめた事例もあることから、法に基づく体罰の徹底的な禁止について普及啓発することが提言されている。

キ　児童虐待の早期発見、安全確保等を担うこどもの所属機関としての役割の強化

「学齢期のこどもの不登校や保護者の支援拒否により家族構成の変化を含めた家族の生活実態を適切に把握することが出来なかった事例」があることから「保育所では、こどもの心身の状態や家庭での生活、養育の状態等の把握に加え、送迎の機会等を通じて保護者の状況などの把握ができる。一方、虐待等の早期発見に関しては、こどもの身体、情緒面や行動、家庭における養育等の状態について、普段からきめ細かに観察するとともに、保護者や家族の日常の生活や言動等の状態を見守ること」を提言し、学校においては通知に基づき「休業日を除き連続して7日以上欠席した場合には定期的な情報提供の期日を待つことなく、速やかに市区町村又は児相に情報提供すること」の徹底を提言している。

②関係機関の連携及び役割分担による切れ目のない支援

ア　複数の関係機関が関与する事例における連携の強化

依然「関係機関間の情報共有やお互いの役割分担の確認などの連携が不足し、こどもが死亡に至った事例」が多い(19 次報告では 76.6%が関係機関あり)ことから、関係機関の連携においては「いつ、誰が、 何を、どのように支援するのかを明確にして、注意が必要な状況の変化があった際には各関係機関の役割分担や共有方法など具体的な方針を再確認し、認識の統一を徹底」が提言されている。そのための「要保護児童対策地域協議会において、各関係機関が把握している情報を確実に共有し、こどもの安全確保に十分活用するとともに、関係機関間のネットワークを密にしておくこと」の重要性、「配偶者暴力相談支援センターなど配偶者の暴力について対応する部署や家庭内の暴力を把握する機会のある警察等との連携を強化」が指摘されている。

イ　一時保護実施・解除時、施設入所・退所時、里親委託・解除時の適切なアセスメントの実施と確実な継続支援の実施

施設を措置解除したり、一時保護と解除を繰り返し実施された経験がある児童の中で虐待死に至る事例がある。「一時保護の開始・解除の決定は児相長等の権限行使であることから、その判断に当たっては、児相長等はこどもの最善の利益を考慮しつつ、こどもの意見や意向を勘案してアセスメントし、援助の必要性や支援方針等について総合的かつ適切に判断」されることは言うまでもないが、「児童の最善の利益を考慮するとともに、こどもの意見や意向を勘案して措置を行うため、こどもへの意見聴取等を行わなければならないとされており、都道府県等は一時保護ガイドライン等の内容を踏まえた上で、意見聴取等が着実に実施されるよう、必要な措置の実施に努めなければならない」としている。また、「家庭復帰後、一定の期間（少なくとも6か月間程度）は児童福祉司指導措置等を受けるなどの条件を保護者が履行しない場合等には、改めて施設入所等の措置を検討する必要があるほか、要保護児童対策地域協議会の関係機関で情報共有する必要がある。特に、家庭復帰後に保護者が児相職員等とこどもとの面会を拒否する場合は虐待を疑わせる非常に大きなリスク要因であることを踏まえ、面会拒否には毅然とした対応が必要である」と提言している。

③要保護児童対策地域協議会対象ケース等の転

居・転園（校）情報を関係機関

転居を繰り返す家族におけるリスクは繰り返し指摘されている。「転居は家庭を取り巻く環境の変化や家庭の実態を理解していた支援者による社会的支援が途絶えるため、潜在化していた虐待のリスクが高まる一因となる。そのため、転居する際には、転居先の地方公共団体の初動に活かされるよう、リスクアセスメントやその根拠となる情報、転居直前の情報だけではなく、こどもの乳幼児期の養育状況や保護者の生育歴も含めた家族の経過や児相をはじめ関係機関の支援の経過等、さらには転居により見込まれる変化やその変化により必要となる支援等も含めて、具体的かつ適切なタイミングで転居先の地方公共団体に引き継ぐことが必須である。」としている。

④児相及び市区町村職員による多角的・客観的なリスクアセスメントの実施と進行管理

ア　多角的・客観的なアセスメントの実施

「家族間の非対等な関係性により、加害者による虐待を他の家族が制御できず、事態の深刻化につながった事例」を指摘し、「家族全体の生活実態の把握と家族機能の構造的なアセスメント」「多角的かつ客観的な視点で家族全体を捉えること」の重要性の指摘、さらに「加害者のみに注目するのではなく、こどもを守る立場の人が家庭や周囲にいるか、こどもを守る行動をとれているかという点についても十分にアセスメントする必要」を指摘している。そして、「DV・児童虐待の包括的なスクリーニングや連携に向けた方法」も関係機関間で共有し、統一した方針に基づき支援していくことを提言している。

イ　関係機関からの情報を活かした組織的な進行管理の実施

いったん受理したケースのリスクアセスメントの見直しがなされず、死亡に至った事例は多い。「また、虐待相談以外の種別で相談を受けたことにより虐待に対するリスクアセスメントが実施されず、その後も判断が固定化された事例や要保護児童対策地域協議会が形骸化し、支援方針の見直しや具体的な検討に至らなかった事例もあった。継続事例においては、関係機関等から収集した情報をもとに、常にそれが児童虐待へのリスクにつながっていないかを慎重に判断すべき」としている。

⑤児相及び市区町村の相談体制の強化と職員の資質向上

ア　専門職の配置も含めた相談体制の充実と強化

第19次報告において「死亡事例（心中以外）が発生した地域における児相の当該事例担当職員の１年間（令和3年度）の受け持ち事例数を調査したところ、1人当たり平均約 264 件であり、そのうち虐待事例として担当している事例数は平均約 127 件と依然として多く、自らの受け持ち事例の中から潜在化するリスクのアセスメント、的確な判断をすることが困難な状況が見受けられた」ことから体制の強化が提言されている。

イ　適切な支援につなげるための相談技術の向上

「家庭の状況を正しく把握及びアセスメントができておらず死亡に至るなど、『家族の構造的問題の把握』や『十分な情報収集と正確なアセスメント』『多機関連携による支援』といった児童虐待への基本的な対応が不十分と思われる事例や支援を必要とする状況があるにも関わらず、支援を受けることに拒否的な高年齢児との間で相談支援体制を構築することができず、適切な対応ができなかった事例」を指摘し、適切なアセスメントのために「養育能力の低さや経済状態、保護者（保護者間の関係も含む）やその他の家族との関係性といった虐待の発生に影響しうる要因など、児童虐待対応で留意すべき点を念頭において正しく家族全体の状況を把握し、こどもの安全を守るための正確な周辺情報を収集する必要がある。また、援助希求行動がない家庭の場合、保護者から問題や困りごとの相談がない場合でも、それを表明しづらい何らかの事情などが潜んでいる可能性について慎重に見極める必要」性を指摘している。

⑥虐待防止を目的とした検証の積極的な実施と検証結果の活用

ア　検証の積極的な実施

「児童虐待による死亡事例が発生していたが検証し

ていないと答えた地方公共団体は 35.7％」であり、「こどもに虐待を行った者の思いを聴くことは、事例の背景を知り、虐待に至った経緯を紐解くことで支援のあり方を見直すきっかけや、有用な対応策の検討につながると考えられる。地方公共団体による検証においては、こどもに虐待を行った者からの聴取も含め、幅広く情報を集めるよう努めるべき」ことを提言している。

イ 検証結果の虐待対応への活用

検証結果の活用が地方自治体において限定的であることから「検証を実施した地方公共団体に関わらず、すべての地方公共団体が検証の結果を虐待により亡くなったこどもたちからのメッセージとして真摯に受け止め、虐待防止の対応に活かすべきである。」と提言している。

(2) 検証報告における概要版に示された対応策のまとめ

最新の 19 次報告概要版では、これまでの提言の集積として「問題点を踏まえた対応策のまとめ(死亡事例)」が示されている。概要版は、検証報告本編に示されたこども虐待による死亡事例の対応策における陥りがちな課題を端的に示したものであり、実務家にとっての必携となるべくまとめられたものである。(表 1)

ていないと答えた地方公共団体は 35.7％」であり、「こどもに虐待を行った者の思いを聴くことは、事例の背景を知り、虐待に至った経緯を紐解くことで支援のあり方を見直すきっかけや、有用な対応策の検討につながると考えられる。地方公共団体による検証においては、こどもに虐待を行った者からの聴取も含め、幅広く情報を集めるよう努めるべき」ことを提言している。

イ 検証結果の虐待対応への活用

検証結果の活用が地方自治体において限定的であることから「検証を実施した地方公共団体に関わらず、すべての地方公共団体が検証の結果を虐待により亡くなったこどもたちからのメッセージとして真摯に受け止め、虐待防止の対応に活かすべきである。」と提言している。

(2) 検証報告における概要版に示された対応策のまとめ

最新の 19 次報告概要版では、これまでの提言の集積として「問題点を踏まえた対応策のまとめ(死亡事例)」が示されている。概要版は、検証報告本編に示されたこども虐待による死亡事例の対応策における陥りがちな課題を端的に示したものであり、実務家にとっての必携となるべくまとめられたものである。(表 1)

表 1 問題点を踏まえた対応策のまとめ

1. 状況の変化に応じたリスクアセスメントの実施

・リスク判断を固定化せず、状況に応じて見直しができるよう他職種や外部専門家の複数の視点による多面的な検討を行う。

・現在及びこれまでの親子関係等から、最重度のリスクを想定した上で、 積極的かつ継続的な生活状況の把握、状況の変化に応じたリスクアセスメントの実施、相談種別の見直し、支援方針の再検討を行う。

2. 一時保護や措置の開始

・解除時の総合的なアセスメント、丁寧な調整、 継続支援の実施。

・家庭環境の十分な調査と要保護児童対策地域協議会個別ケース検討会議などを踏まえた総合的なアセスメントの実施。

・一時点における表面的なこどもや家族の状態像だけでなく、過去の経過と現在の家族構成を踏まえたリスクについて検討する。

・こどもにとって安心で安全な生活をすることが困難になっている場合は、 措置停止の継続を検討の上、家庭復帰の仕切り直しや中止も厭わない。

・措置解除時はこども本人の相談先を明確にして確実に認識してもらう。

3. 家族全体の生活実態の把握と家族機能の構造的なアセスメントの実施

・現時点で表出している家族の状態像だけではなく、その状態に至った背景や置かれている状況を理解する。

・加害者の攻撃性だけを評価するのではなく、こどもを守る立場の人がこどもを守ろうとしているか否かについてもアセスメントする。

・転居の際は、前居住地から引継ぎや情報提供が無い場合においても、必要に応じて積極的に前居住地での状況の把握のため情報収集をする。

4. 母子保健部署の特性を活かした支援の強化

・乳幼児健診等の機会を活用し、生活実態を把握することを重視する。

5. 複数の自治体が関与する移管時の丁寧な引き継ぎと協議の場の設置

・移管先と移管元が揃った十分な協議、これまでの保護者の生育歴等の家族の背景等も含めた丁寧な引き継ぎを行う。

・担当間のやり取りの膠着化、一方通行とならないよう、SVや所長間での調整をするなどの工夫を行う。

6. 児相と市区町村虐待対応担当部署間におけるリスク評価の共有と支援方針の統一

・協働機関として互いの判断を尊重し合い、危機感に乖離が生じた場合は、より危機感を強く抱いている機関の意見を基に再度アセスメントする。

7. 高年齢児への支援 ・高年齢児であっても安心・安全な生活ができるような支援の対象として認識し、確実な相談先の確保や丁寧な支援方針を検討する。

・こどもと日々の接点をもつ所属機関の役割や組織内の情報共有を強化する。

8. 支援機関の体制の強化

・SVが指導、教育に専念できるような体制等、重症度の高い事例以外も丁寧にアセスメントできるような体制とする。

・家族の状況等に応じて社会資源を活用した支援体制を整えられるよう、 関係機関が協働した家庭や生活状況の把握、連携体制を構築する。

9. 関係する地域資源と連携した見守り体制の構築

・医療機関、学校医、スクールソーシャルワーカー等の関係する地域資源と、平時から相談や情報共有ができる体制を整える。

また「多くの事例に潜んでいるリスクとその背景にある要因、対応策／重大事案発生後の家族への支援のまとめ（重症事例）」として

10. 家庭内、パートナーシップ間のパワーバランスを考慮した支援

・家庭内のパワーバランスも含めた多面的なアセスメントと支援を行う。

11. 虐待やDVに繋がり得るエピソードや表出されない援助希求への気づき

・日頃の関わりの中で把握した気づきを見逃さず、組織的な対応に繋げる。

12. 育児のこだわりを踏まえたリスクアセスメント

・育児のこだわりの背景にある保護者の偏った考えやそれに伴うリスクをアセスメントし、こどもの安全や安心を常に最優先に考える。

13. 重症事案発生後の家族への支援

・パワーバランスの崩れなど虐待に至った構造を祖父母を含めた家族全体で理解し、問題を認識して再発防止に取り組めるよう支援する。

・支援の過程を含めて家族を包括的にアセスメントし、こども本人と家族の意向も踏まえた上で家族の再統合に向けて慎重に判断する。

さらに、第 1 次から第19 次報告を踏まえたこども虐待による死亡事例等を防ぐために留意すべきリスクとして次の点を挙げている。（表 2）

表 2 こども虐待による死亡事例等を防ぐために留意すべきリスク

養育者の側面

- ○ 妊娠の届出がなされておらず、母子健康手帳が未発行である。
- ○ 妊婦健康診査が未受診である又は受診回数が極端に少ない。
- ○ 関係機関からの連絡を拒否している（途中から関係が変化した場合も含む）。
- ○ 予期しない妊娠／計画していない妊娠
- ○ 医師、助産師の立会いなく自宅等で出産
- ○ 乳幼児健康診査や就学時の健康診断が未受診である又は予防接種が未接種である（途中から受診しなくなった場合も含む）。
- ○ 精神疾患や抑うつ状態（産後うつ、マタニティブルーズ等）知的障害などにより自ら適切な支

援を求められない。

○ 過去に自殺企図がある。

○ 養育者が DV の問題を抱えている。

○ こどもの発達等に関する強い不安や悩みを抱えている。

○ 家庭として養育能力の不足等がある若年（10 代）の妊娠

○ こどもを保護してほしい等、養育者が自ら相談してくる。

○ 虐待が疑われるにもかかわらず養育者が虐待を否定

○ 訪問等をしてもこどもに会わせない。

○ 多胎児を含む複数人のこどもがいるなど、養育に負担がある。

○ 安全でない環境にこどもだけを置いている。

○ きょうだいなどによる不適切な養育・監護を放置している。

生活環境等の側面

○ 児童委員、近隣住民等から「こどもの様子が気にかかる」等の情報提供がある。

○ 生活上に何らかの困難を抱えている。

○ 転居を繰り返している。

○ 社会的な支援、親族等から孤立している（させられている）。

○ 家族関係や家族構造、家族の健康状態に変化があった。

こどもの側面

○ こどもの身体、特に、顔や首、頭等に外傷が認められる。

○ 一定期間の体重増加不良や低栄養状態が認められる。

○ こどもが学校・保育所等を不明確・不自然な理由で休む。

○ 施設等への入退所を繰り返している。

○ 一時保護等の措置を解除し家庭復帰後6か月以内の死亡事案が多い。

○ きょうだいに対する虐待があった。

○ こどもが保護を求めている、または養育が適切に行われていないことを示す発言がある。

援助過程の側面

○ 保護者の交際相手や同居等の生活上の関わりが強く、こどもの養育に一定の関与がある者も含めた家族全体を捉えたリスクアセスメントが不足している。

○ こどもの発言等をアセスメントや支援方針に活かせていない。

○ 関係機関や関係部署が把握している情報を共有できず、得られた情報を統合し、虐待発生のリスクを認識することができていない。

○ リスク評価や対応方針について組織としての判断ができていない。

○ 継続的に支援している事例について、定期的及び状況の変化に応じたアセスメントが適切に行われていない。

○ 転居時に関係機関が一堂に会した十分な引継ぎが行えていない。

○ 転居など、生活環境や家族関係の変化に応じた迅速なリスクアセスメントと支援方針の見直し、検討ができていない。

○ 関係機関間で同一の支援方針による対応ができておらず、見守り支援における具体的内容

も共有されていない。
○ 虐待されている状態の継続が事態の悪化だと捉えられていない。

2. 国内研究の概観

(1)過去の研究の抽出

本論では、J-STAGE CORE「子どもの虐待とネグレクト」 日本虐待防止学会大会抄録 子どもの虹情報研修センターデータにより検索した 2000 年以降に発表された研究をレビューの対象とした。

これらの中から抽出された研究のうち、①死亡事例に係る検証報告の分析がなされたもの ②検証報告以外でも死亡事例、重篤事例の分析がなされたものを抽出した。なお、検証報告は引用しているが、その分析がないもの、死亡事例、重篤事例の詳細報告のみに終わっているものについては除外した。なお、口頭発表、自主シンポジウム等であっても、結果、提言を示しているものは含めた。

その結果、**72 本**の論文等を先行研究として分析の対象とした。

(2)先行研究の特徴

①研究のテーマ

全般 32、0歳児7、法医学7、親子心中5、岸和田事件5、精神障害を持つ保護者3、重大事例2、体罰2、医療機関関与した事例2、学齢期1、歯科1、代理によるミュンヒハウゼン症候群1、頭部外傷1、特定妊婦1、ネグレクト1、未検証事例1

②分析の内容

自治体による検証9、国死亡事例検証7、新聞報道・自治体検証5、新聞報道6、裁判記録のみ5、司法解剖5、文研研究5、入院児童3、行政報告・裁判記録2、裁判記録・傍聴2、児童虐待全国実態調査(2001)2、児童虐待全国実態調査(2013)1、事例研究1、診療記録等1、その他 18

③分析方法

アンケート調査1、記述統計 12、症例検討7、事例検討 10、メタ分析4

特定分析手法(検定・回帰分析・ABC一X 理論・パーソン・インコンテクスト理論・コンボイモデル・mvQCA=多値比較分析・エスノメソドロジー)

※採用されなかった論文の中には GT によるコーディングを行いベイジングネットワークによる分析を行ったものがあったが、この時点では口頭発表で論文としては完成していなかった。

(3)結果

子どもの虐待死に係る研究を過去 20 年遡ってレビューした。これらを大きく、10 年単位で見てみると、その特徴は比較的はっきりと表れている。

2000 年から 2009 年の間に取り上げた報告、調査研究は法医学に係る調査研究が1件、新聞報道を手掛かりに分析したもの3件、裁判を傍聴ないし、裁判記録を閲覧したもの4件、国による検証報告2件、独自調査を実施したもの1件、全児相調査によるもの1件、自治体の報告書を取り上げたもの1件、国による検証報告を対象としたもの1件、その他であった(重複ケースあり)。

国による検証報告は、第一次報告は 2005 年に発行され、その期間は 2003 年7月1日から同 12 月 31 日までの6か月間を扱ったものであった。2009 年までには、第5次報告までの発行であるため検証できるデータが不足していたと言える。また、地方自治体による死亡事例の検証が義務付けられたのは 2007 年の児童虐待防止法の改正以降であったことから、地方自治体が公表するデータも十分なものではなかった。前期と言えるこの時期は、いわゆる「岸和田事件」が繰り返し取り上げられ、事例の分析が行われたことも特徴と言える。

2010 年からの 10 年は、新聞報道を手掛かりに分析したもの4件、裁判を傍聴ないし、裁判記録を閲覧したもの 10 件、国による検証報告 12 件、独自調査を実

施したもの1件、全児相調査によるもの1件、自治体の報告書を取り上げたもの 14 件、国による検証報告を対象としたもの 12 件、その他であった(重複ケースあり)。この期間になると、国による検証報告、自治体の報告書などをデータにした分析が盛んにおこなわれるようになっていく。さらに、分析の方法も、前の 10 年が事象の報告や、記述統計、類型化等であったものが、前述したような様々な分析手法が試みられるようになっていった。

一方で、国による検証報告、自治体の報告書が、支援機関が行った(あるいは行わなかった)出来事の検証に多くが割かれ、当該家族が虐待に至った力動や家族システムについての言及が不足していることへの指摘が散見されるようになっていく。また、これらから指摘されるものは、リスクアセスメントの不十分さ、リスクアセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性など繰り返し同じテーマが指摘されることとなっていく。

これらのことを踏まえると、これからの調査研究においては①家族の力動・システムにおいて虐待死に至るプロセスの考察 ②そのためには、当事者(子ども・家族・親族)等の変容のプロセス ③これに関わる支援者の力動・システムの考察 ④繰り返し指摘されながらも実現されない組織の課題、ピットホール、組織の力動、などに切り込んでいく調査が必要であろう。また、こどもの死亡事例においては、それと同等のリスクが想定される事例が相当数あることは間違いない。また、死亡に至るのか、守られるのかの分岐点がどこにあるのかはわからない、予想しがたいものであるのかもしれない。しかし、死亡事例の検証からだけでは見えてこないものを、守られた命から検証すること、グッドプラクティスから検証することは死亡事例の一方の課題でもある。

3.虐待死の背景を包括的に取り上げた研究とそこにある提言 ～11 本の調査研究の要旨～

この 20 年間に行われたこども虐待死に係る研究のうち、特に包括的な提言がなされている 11 本の調査研究の概要を紹介する。

(1)調査研究の要旨

①小林登(2002)による児童虐待の全国実態調査

本報告は、虐待死に特化した調査ではないが、2000 年の虐待防止法の成立を受けて、これから本格的に始まる子ども虐待研究、虐待死研究においてランドマークとなる重要な調査であるため、まず、本論を紹介したい。

小林等は「児童虐待全国実態調査(平成 13 年度厚生科学研究費補助金[子ども家庭総合研究事業]児童虐待および対策の実態把握に関する研究)」により、日本の児童虐待の発生と対策の実態把担を目的として、福祉、保健、医療、教育、司法、警察、民間の関連領域の協力のもとに、複数地域の関係機関約 40 種 19,900 機関の悉皆的調査と主な機関 27 種 90,000 機関の全国調査を統一方法で郵送法にて行った。

その結果として、平成 12 年度に把握された家庭内虐待とその疑い、並びに類する行為の事例が 4%の重複例を含めて 24,744 例を報告した。さらに、社会的介入を要する児童虐待の年間発生数は 35,000 人、0-17 歳 1,000 人中 1.54 人と推定され、子どもに関わる多くの機関が各機関の機能特性を活かして虐待の発見から処遇、治療・ケアを行なっている実態を明らかにした。虐待を受けた児童の6割が乳幼児であり、8割は治療やケアを要し、1割は両親、6割は実母によるものであるが、全体7割が虐待者のもとでの在宅養育の継続、2割が施設養育となっていた、とした。

これらを踏まえ、課題及び提言等として次の点を指摘した。(表3)

表 3　2002　児童虐待の全国実態調査における課題と提言
①親の治療や親子関係の修復は限られた機関で行われているに過ぎない実態が判明した。 この発生実態に対応できる体制が必要である。 ②日常的に子ども・家庭と接し一般集団の中から虐待を発見する学校、保育所、幼稚園、保健機関、 民生児童委員に対して、早期発見・初期対応のガイドラインによる周知と事例に遭遇した時の助言体制が 必要である。 ③児相との連携率は 58 %で、確信のない場合や軽症の場合の連携率が低かった。この段階の虐待 への対応方法のあり方は今後の課題である。 ④発見後の専門的対応の経験を積んでいる機関が示され、各機関の機能特性を活用したネットワーク構築を 図る資料が得られた。 ⑤年間変動では児相事例の増加と機関間の連携率の上昇がみられ、防止法による児相への 通告制の普及効果と推察された。

さらに、相模等(2003)は本調査(児童虐待の全国実態調査 2002)の中で、死亡事例を抽出し分析している。

その結果、「児童虐待による死亡の実態把握のため、平成12年度児童虐待全国実態調査資料 24,744 例中の死亡例 144 例を解析した。重複照合の結果、死亡は 106 例で、報道事例と併せて年間の虐待死は約 180 名と推定された。全虐待事例に比べ3歳以下(74.3%) 、特に0歳児 (40.0%) が多く、0歳児では月齢 2カ月まで (53.8%) と第2子以降 (67.5%) が多かった。事件まで機関関与がなかった事例は 62.3 %を占め、親子心中を除くと実母による身体的虐待 (48 1 %)と父親による身体的虐待(37.0%) が多く、機関関与事例には実母によるネグレクトが多かった(40.0%)。)とし、その対策として下記を提言している。(表4)

表 4　 相模等(2003)による死亡事例防止のための提言
・新生児訪問は多くの自治体で主に第1子のみを対象として行われているが、本調査によると対象となった乳児の7割は第2子以降の児であり、新生児訪問を全出生児に、少なくとも全ハイリスク家庭に広げるべき。 ・ハイリスク家庭の把握には、児の低出生体重や多胎、合併疾患、家庭の経済状態や孤立などの客観的指標に加えて、母親の精神状態や妊娠・出産への感情や対児感情を適切に評価する技術の確立が必要。また夫婦関係や父子関係も視野に入れた包括的な家庭環境評価方法を開発することも重要。 ・援助のための他機関への情報提供に関する法的保障が必要 ・1歳半健診から3歳健診までの1年半の途中に母親が相談しやすい機会を作る工夫が必要である。 ・乳幼児ネグレクト事例に対する評価・援助システムの整備:ネグレクト例の児の安全確保、危険性の評価、母親の休養と心身の安定、育児指導と援助、親子関係の育成、社会資源の紹介などを目的とした、短期の親子入所やデイケアの整備を提言する。 ・実態に応じた虐待死対策を策定し、その効果を評価するために、虐待死の動向を監視する必要がある。 ・「子どもの基本的人権を侵害する」という観点から見れば親子心中も児童虐待であり、発生防止のた

めには関係機関を含む一般社会の認識の啓発が必要である。

②厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室(2004)による「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」

本論は、厚生労働省が虐待防止法成立後、3年を経て虐待死の再発防止に向けた提言を行っているものである。これらの提言はこの後、2004 年(平成 16 年)に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」が設置されることで引き継がれていくことになる。

厚生労働省は児童虐待防止法施行から平成 15 年6月末日までに、新聞報道や都道府県・指定都市の報告により、厚生労働省が把握している125件(127人死亡)の虐待死亡事例について、各都道府県・指定都市の児童福祉主管課に対して調査を行った。その結果として次の課題、提言をまとめている。(表5)

表 5 厚生労働省による初めての死亡事例の検証

① 児相をはじめとする児童相談体制の強化

人員の配置、多様な人材の確保、児相内の組織的対応、関係機関との日頃からの意志疎通と児相を支える幅広い機関の参画、関係機関も含めた危機管理意識の醸成、

② 連携強化について

要保護児童対策地域協議会(市区町村虐待防止ネットワーク)の構築と機能強化、継続支援の確保、従来、虐待と関わりの薄かった機関からの要支援家庭の把握の拡充、

③ 養育力不足への支援

養育支援が必要となりやすい要素のうち、養育環境の要素は 53.6%、養育者の要素は 38.9%、子どもの要素は 7.5%、となっており、虐待防止には養育者への支援や養育環境の改善に向けた取り組みを強化することが重要であると考えられる。

また、本調査において、転居後に死亡事件に至った事例が 27 事例、地域からの孤立が 25 事例みられたことからも、市区町村においては、子育て家庭が困ったり、悩んだりした時に相談できる機関を明確にして周知するとともに、転居直後は地域から孤立し、社会的な支援が得られにくい状況であることを認識し、積極的な関わりを行うことが重要

④ 虐待予防への取り組み

・保育所、幼稚園、小中高等学校は、子どもが毎日通う機関であるため、子どもの状態やその変化を察知しやすい。

・市区町村、特に母子保健の予防的支援が必要。死亡事例においては乳児の割合が 38%と高く、うち4ヶ月未満児が5割であったことから、特に乳児期における虐待予防対策の充実が求められている。

・都道府県の取り組みとして、保健所においては、未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾患治療研究事業等の事業を担っている。本調査においても、未熟児が9事例、子どもの疾患・障害が8事例あったことからも、保健所においては、一層、養育力の不足等が複雑に絡みあい虐待に至ることがあるとの認識を深めた上で事業を行っていくことが必要である。また、養育者の精神疾患も 12 事例見られたが、この事例の中には事件後に虐待者の精神疾患が明らかになった事例もあり、支援者に精神疾患に対する適切な認識・対応があれば、虐待を防ぐことができた可能性もあったと考えられる。保健所は精神保健の専門的支援機関として、精神保健相談事業において精神疾患のコントロールがうまくできていない場合は、養育力が不足しやすい状況に至ることもあるという認識をもった上で、支援に取り組むことが重要である。精神保健福祉センター等専門機関は、子育て支援に係る関係者に対し、産後うつ病やマタニティ・ブルーズ等の子育て期にある養育者が罹患しやすい精神疾患の対応に関する啓発・支援を行うことも重要である。

・医療機関における取組としては、医療機関は、虐待を受けた子どもを早期に発見しやすいことはもとより、出産や子どもの疾患、養育者の疾患等を理由に、養育力の不足している家庭状況を早期に把握可能な機関であり、積極的に地域の関係機関へ情報提供を行うことは重要。

・児童虐待への正しい理解の促進のために、広報紙やリーフレット、回覧板等によって児童虐待に関する周知を図り、継続的に啓発を行っていくことが必要。

以上である。

③久保真一(2007).「日本法医学会の子どもの虐待への取り組みについて」

本論は日本法医学会が行った実態調査であり、医療分野からの提言となる。

日本法医学会は継続的に「被虐待児の司法部検例に関する調査」を実施しているが、本論では 1991 年からの 10 年間における被虐待児について実施した第2回調査を中心に報告されている。調査概要として、子どもの年齢は、4歳までが 80 %余を占め、1歳未満が増加。死因は、各年齢とも頭部外傷が1位であり、2歳未満では鼻口閉塞が多く2歳以上では腹部外傷や頚部圧迫が多数を占めた。加害者は実母、実父、継父の順で、継母は大きく減少していた。虐待の手段としては、暴行は半減し、炎天下に放置、頸部絞扼が増えていた。外傷所見では、鈍器損傷が多く、火傷単独は減少していた。損傷が認められない場合約 20%が、頭蓋内損傷がない症例が約 50%、骨折がない症例と内臓損傷がない症例がそれぞれ約 80%、臓器所見がない症例が 60 %であった。発育障害を認めた症例は約 30%であった。これらの調査結果を考慮して、虐待の可能性を検討することが必要と考えられる、と報告された。

以上を踏まえ、本調査では「過去2回の調査の変化は、この間の社会、家族、隣人の意識の変化を反映しているものと考えられた。たとえば、虐待の被害者では、乳児が対象となる例が増えており、虐待そのものも放置するなどして衰弱死させる消極的虐待から、積極的に暴行をくわえる虐待行為が増えてきていた。加害者では、継父が虐待するケースが増えており、その原因・動機も 20 年前には、貧困が原因になっている事例が多かったが、第2回調査では無責任や被害者の泣き声が原因になる割合が増加していた。」とした。

さらに、医学の立場として、考えるべき子どもの虐待の問題点(表6)として

表 6 法医学から見た考えるべき子どもの虐待の問題点
① 乳幼児の突然死、特に SIDS の診断の問題、
② 窒息死、特に鼻口部閉塞の事故死との鑑別診断の問題、
③ 発育障害を伴う病死症例の評価の問題、
④ 成人との違いを踏まえた上での、小児の頭部外傷の診断の問題、
⑤ さらには、これら相互の鑑別診断が重要であると考える。

を上げている。

④日本法医学会課題調査委員会(2008)「被虐待児の法医解剖剖検例に関する調査 平成 12 年(2000)～平成 18 年(2006)」

本論は前述された久保(2007)の報告の続編に位置する調査報告となる。

「日本法医学会では 1968～1977 年ならびに 1990～1999 年までのそれぞれ 10 年間における被虐待児の剖検事例の調査を行ってきた。その後、現在に至るまで、小児虐待の問題はわが国の大きな社会問題となり続けている。そこで、調査の継続性並びに早急な報告という意味から、7年という短い期間であるが、その間の法医剖検事例の調査を行ったもの。」として公

表されている。

それらの調査は、7年間で 387 例が報告され、うち狭義の虐待が 113 例(30%)、嬰児殺/ 嬰児死体遺棄 54 例(14%)、無理心中 73 例(19%)、その他の殺人 86 例(22%)、その他 61 例(16%)としている。全事例の年別発生数をみると多少の変動はあるものの、特に増加傾向にはない、とされた。

提言としては、「虐待が年々深刻化する中、家庭裁判所が子どもの施設入所を認めた件数は昨年度過去最多にのぼった。しかし、客観的証拠を求める家庭裁判所から入所許可を得るのはなお困難なため、創傷鑑定の専門家たる法医学者が作成する意見書が有効な証拠となる。これからの法医学者は、所属する機関はもとより地域における虐待防止活動に積極的に参加し、解剖鑑定だけでなく生きたこどもに対しても自らの持つ創傷鑑定能力を最大限に活かし、社会における虐待事例の早期発見、防止に貢献されることを願う。」と結ばれた。

⑤川崎二三彦ほか(2010).「平成 22 年度　児童の虐待死に関する文献研究」

子どもの虹情報研修センターにより行われた調査である。

本調査では「『国立国会図書館蔵書検察システム』、『MAGAZINE PLUS』および『医中誌 web』を用いて、キーワード『子殺し』『虐待死』『ネグレクト』『嬰児殺』『新生児殺』で、2009 年までの文献を収集した。また、それらの文献に引用されたものや、参考文献 として紹介されたものなどから、関連のある文献を追加、補足した。 以上の方法で収集した文献を、以下の6項目に分類して論ずることとした。」とされる。

① 実態調査および統計的研究について(当該研究は、1980 年代まで)
② 母親による実子殺について(今回は、児童虐待防止法制定前まで)
③ 医学・法医学分野について
④ 嬰児殺(新生児殺)について
⑤ 近年新たに課題とされているテーマについて
⑥ 関係諸機関をめぐる論考について

なお、今回は、親子心中およびネグレクトに関する検討は除いている。1891 年から 2010 年まで 250 点を収集分析した。その結果として次の考察が示された。(表7)

表 7　児童虐待重大事例の分析(第 1 報)　2010

①1970 年代に「子殺し」という言葉がメディアの関心を読んだものの、一時的な風潮に止まっており、90 年代の後半から虐待への社会的関心が高まり、虐待死への関心も高まっていった。
②新生児殺に関しては、古くから間引きがあったとされ、表立って取り上げられないまま、死産として葬られることが多かった。それが戦後になると、刑法学者が量刑に関する関心から新生児殺を取り上げ、その後は精神科医等が加害者の特徴を吟味し、防止策を提起するなどの動きがみられた。現在は社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」などで、虐待死を防ぐ上での課題としての検討が進められている。
③近年は、虐待による死亡として「脳死」「乳幼児突然死症候群」「シェイクンベビーシンドローム」「代理ミュンヒハウゼン症候群」など、それまで見過ごされてきた虐待死が発見され、対応が進められている
④関係機関がいかにして虐待や虐待死が防ぐのかという研究は過去にあまり見られず、児童虐待防止法制定以降のこととなる。そのためか論考の多くは、実践の報告等に限られていた。今後本格的な研究や求められよう。
⑤今回検討を行えなかったネグレクトや心中事例にも文献研究を続ける必要がある。

⑥増沢高ほか(2010)「児童虐待重大事例の分析(第1報)」

本論では、これまでの虐待死事例の分析が「関係した機関のあり方や連携の問題が中心で、事件そのものの経過や家族背景などについて十分に分析されているとは言い難い」という点を課題として取り上げ、児童虐待重大事例の経過や家族背景を分析している。

「児童虐待防止法の制定(2000 年)以降、児童虐待に関する事件報道は増加し、今日に至っている。国の社会保障審議会児童部会に置かれた専門委員会は、2003 年後半からの児童虐待による死亡事例の検証を行っているが、2007 年の児童虐待防止法改正では、自治体においても死亡事例の検証が義務付けられた。しかし、それらの報告書で扱う内容をみると、関係した機関のあり方や連携の問題が中心で、事件そのものの経過や家族背景などについて十分に分析されているとは言い難い。そこで本研究では、2000 年以後の児童虐待重大事例について、文献や検証報告書、新聞記事などを中心に整理、概観し、事件に至った経過、子どもの特徴や家族背景、社会に与えた影響などについて分析することとした。このような詳細な事例分析を積み重ねることにより、虐待予防の視点を見出すことに寄与すると考えたからである。なお、今年度は2006年までの重大事例を対象とし、2007年以降の事例は次年度研究とした。」とされた。

分析されたのは 11 事例である。①愛知県武富町の事例(2000 年)、②兵庫県尼崎市の事例(2001 年)、③山形県村山市の事例(2003 年)、④愛知県名古屋市の事例(2003年)、⑤大阪府岸和田市の事例(2004年)、⑥栃木県小山市の事例(2004 年)、⑦福岡県福岡市の事例(2005年)、⑧群馬県渋川市の事例(2006年)、⑨秋田県の藤里町の事例(2006 年)、⑩福島県泉崎村の事例(2006 年)、⑪京都府長岡京市の事例(2006年)。

研究では、これら重大事件をきっかけに、子ども虐待対応の制度改正、体制強化、加害者の重罰化進んだことが示された。

「本研究で取り上げたような重大事件は、国や行政の虐待防止施策などに影響を与えてきた。たとえば、2003年の愛知県名古屋市の事例は、同居人による暴行ゆえに、同居人による行為を、それを放置した保護者のネグレクトとみなすよう改めるきかっけとなった。2006年の福島県泉崎村の事例では、児相をはじめ関わる機関が虐待の事実を承知していながら、窓に自動シャッターを設置するなどして警戒する保護者を前に、度重なる立入調査が不成功に終わっていた。2007 年の児童虐待防止法第 2 次改正において、家裁の許可を得ることを前提に強制力を行使できる「臨検・捜索」の制度ができた。

また、同じ 2006 年に起こった京都府長岡京市の事例では、近隣住民が 複数回通報していたにもかかわらず、聞き取り調査もしていなかったとして批判された。これを受け、児相運営指針の見直しが図られ、48 時間以内の目視による安全確認のルールが設けられた。

また、児童虐待では加害者に対する市民の処罰感情も強く、そのせいか、加害者に対する重罰化の傾向も見て取れる。2003 年の山形県村山市の事例では、実母に懲役 11 年、継父には懲役 13 年の刑が言い渡され、児童虐待事件で初めて 10 年を超える刑となったが、以後、現在に至るまで 重罰化の傾向はやまず、今や 10 年を超える判決は決して珍しくない。2010 年には、大阪府寝屋川市で 1 歳の女児に暴行を加え死亡させた事件が発生したが、裁判員裁判では、懲役 10 年の求刑に対して、その 1.5 倍となる懲役 15 年の刑が言い渡された。現行の裁判員制度は、重罰化の傾向をさらに強めたように思われる。2004 年に発覚した「岸和田事件」は不登校によってマスキングされた児童虐待事件であった。当時中学 3 年の男児は、 食事も与えられず、登校もできず、継母や実父らから暴行を受け続けていた。しかし学校や児相は、この児童を不登校とみなし、ゆえに家庭に介入することなく虐待を深刻化させ、衰弱死寸前にまで至らせてしまった事件である。」

さらに、それまでの検証報告を概括して、その共通する特徴として「2004 年から始まった死亡事例の検証

報告においては、関係した機関の対応については厳しい視点で振り返られ、あるべき姿勢が打ち出されている。それを読むとおおよそ共通したテーマが浮かび上がる。それは、虐待状況が深刻であるにもかかわらず対応する機関の危機感が薄いこと、児相や市区町村、学校等の関係機関の連携が不十分なことの2点である。しかし、これらは今なお解決しているとは言い難い。」としている。

⑦川﨑他児童の虐待死に関する文献研究(2011)「児童の虐待死に関する文献研究」

本論は本研究の先駆けともいうべきもので、児童の虐待死に関する、2009 年度までの文献をレビューしたものとなっている。

「対象は、チャイルド・デスの中の『児童の虐待死』に関連する先行研究に限定して文献を収集、分析した。文献検索システムとして、主に『国立国会図書館蔵書検察システム』『MAGAZINE PLUS』『医中誌 web』を用い、『子殺し』『虐待死』『ネグレクト』『嬰児殺』『新生児殺』をキーワードとして検索し、2009 年までの文献を収集した。それら文献の引用・参考文献欄から、関連のある文献を補足した。」とされる。

1. 全国調査および統計的研究について(1990 年代以降)
2. 母親による実子殺について、精神疾患の問題
3. ネグレクトによる死亡について
4.「親子心中」について
5. “虐待死”に関連するアメリカとイギリスの文献について

これらの分析の結果、次の課題と提言がなされている。

「1990 年代以降は『子どもの虐待死』という視点で捉えた調査・研究がなされ始めたことが特徴であろう。1970 年代にみられた『子殺し』という視点は影を潜めている。また、調査の範囲も、多少の年齢幅はあるものの、18 歳未満の児童を対象とした研究が多くを占めていた。ただし、それぞれの調査や研究により把握される子どもの虐待死の事例数には相違があり、把握方法やデータ収集方法などにより、調査対象に偏りが生じていることが示唆された。たとえば、『虐待死』の捉え方として『身体的虐待』や『ネグレクト』に注目が集まる反面、調査によっては『心中』や『嬰児殺』の事例が対象から外れており、『虐待死』の概念や定義については必ずしも合意できているとは言い難い。しかし、1970 年代には一過性と言えるような全国的な調査・研究が、1990 年後半から 2000 年代に入ると、継続的に行われるようになっていた。さらに、行政や市民団体、医師など多分野の専門家がそれぞれ連携を取りつつ、『子ども虐待防止』という視点をもって取り組んでおり、この点も 1970 年代にはあまりみられなかったことであろう。 今後は、『子どもの虐待死』の概念や定義を明確化した上で、相模他(2003)の研究のような収集方法の異なる他調査との照合、あるいは子どもの死亡全体を対象としたチャイルド・デス・レビューを行うことなどにより、『子どもの虐待死』の実態を正確に把握することが必要であろう。」※ 相模他(2003)の研究は前述

⑧増沢高ほか(2011)「平成 23 年度 児童虐待重大事例の分析(第2報)」

本論は増沢他「児童虐待重大事例の分析(第1報)」(2010)に続く第2報となる。2007 年以降の(一部 2006 年度の事例を含む)13 事例が取り上げられている。

その結果、「この第2報には、第1報で扱った 2006 年以前の事例には見られなかったものとして、『代理によるミュンヒハウゼン症候群』が問題になった事例、『乳幼児ゆさぶり症候群』(Shaken Baby Syndrome)が疑われた事例、医療ネグレクトが問題になった事例、『親子心中』事例、虐待によって子どもが追い詰められ重大事件を起こした事例などがある。

本研究では、こうした児童虐待における新たな事例についての検討に加え、『自治体における検証について』、『援助機関及び機関連携に関する問題』、『児童虐待施策への影響』、『重罰化と裁判員制度』について総括を行った。」とされる。

分析の対象となったのは、次の 13 事例である。①

奈良県田原本町の事例(2006 年)、②北海道苫小牧市の事例(2007 年発覚)、③高知県南国市の事例(2008 年)、④埼玉県蕨市の事例(2008 年)、⑤奈良県奈良市の事例(2008 年)、⑥福岡市西区の事例(2008 年)、⑦岐阜県関市の事例(2008 年)、⑧東京都練馬区の事例(2008 年)、⑨大阪市西淀川区の事例(2009 年)、⑩静岡市葵区の事例(2009 年)、⑪福岡市東区の事例(2009 年)、⑫東京都江戸川区の事例(2010 年)、⑬奈良県桜井市の事例(2010 年)。

これらの分析を通じて、下記の5点が指摘されている。(表8)

表 8 児童虐待重大事例の分析(第 2 報) 2011

1. 第2報で取り上げた事件を見ると、第1報と比べていくつかの新たな特徴を持つ事件がある。その一つは、岐阜県関市の事例で、「代理によるミュンヒハウゼン症候群」(以下、MSBP)が問題になった事例である。二つ目が奈良県奈良市の事例で、「乳幼児ゆさぶり症候群」(Shaken Baby Syndrome、 以下、SBS)が疑われた事例である。SBS が問題になった虐待事件は、2006 年に神奈川県でも起きているが、SBS にかかる事件報道が増え始めたのは 2008 年以降で、この年には本事例以外にも滋賀県、東京都、兵庫県などで、2009 年には神戸市、2010 年には、神奈川県、大阪府、札幌市、滋賀県などで報道がみられた。SBS に関する社会的関心の高まりがうかがえると同時に、これらの事例は、特に母子保健分野において、妊婦や新生児を持つ母親に SBS 防止の啓発や教育を行うことの必要性を喚起する契機になったといえよう。 三つ目は福岡市東区の事例で、医療ネグレクトが問題となった事例である。親の価値観や宗教などによって、必要な医療を受けさせずにいる事例は、関係者の間では以前から困難事例の一つとして扱われていたが、その背景にある大きな要因の一つが親権の問題である。本事例も、生命が危ぶまれる状態であったにもかかわらず、両親が適切な医療を受けさせなかったことから結果的に死亡したものであった。医療行為のためだけに親権喪失を求める手法の是非なども議論されるなか、医療ネグレクトに対する法的手立ての見直しの必要性について社会の認識が高まった。最後は静岡市葵区の事例で、「親子心中」による虐待死事件である。子どもが犠牲となる心中事件は以前から数多く存在し、毎年行われている国の死亡事例の検証報告でも、半数近くが「心中」によるとされている。しかしその発生率の高さにもかかわらず、 個々の事例が報道で大きく取り上げられることは少ない。また、地方自治体においても、こうした「親子心中」事例が検討の対象として俎上にのぼることは少なかった。自治体の検証委員会で報告書が提出されたものとして我々が確認できた最も古い事例は、東京都福祉保健局少子社会対策部(2007)「近年の東京都内における児童死亡事例検証のまとめ」の中で示された母子心中(未遂)事例であり、死亡した7事例のうちの一つとして取り上げられていた。なお、本事例については静岡市が検証を行っているが、そこには重要な視点が提示されている。一つは、「心中」 による虐待死は、他の虐待によるものと違って子どもの様子などから未然にキャッチすることが困難な場合が多いこと。手引きには虐待に気づくためのサインとして身体的特徴や情緒面での特徴などがまとめられているが、「心中」による虐待死の場合、 そうしたサインがほとんど当てはまらない。したがって、虐待死の約半数近くに及ぶ 「心中」による虐待死を防止するためには、新たな視点が見いだされる必要がある。もう一つは、静岡市児童虐待事例検証委員会(2011)が「無理心中は、子ども自身の人権を無視した行為であり、親子の関係を従属関係として捉えた結果である

が、このことはこの事例に限った話ではなく日本の社会ではありがちな話である。このため子どもの権利条約等人権尊重のために啓発を推進する必要がある」と指摘した点である。社会一般の感覚は、まだまだ「親子心中」を児童虐待とは考えていないようにも思われるが、子どもの人権を尊重し、「親子心中」事例をなくしていくことは、虐待防止の観点からも今後の大きな課題と言えよう。

2. 自治体における検証について

2007 年の児童虐待防止法改正は、虐待による重大事例についての検証を義務付けた。

報告書の多くが、援助機関がどのような対応を行ったのかといった点に重きを置き、家族歴や家族の力動に踏み込み、虐待発生のメカニズムまで突っ込んで検討した報告はあまり見られなかった。2006 年に発生した群馬県渋川市の事例では、検証に際して早くも公判を傍聴するなど、先駆的とも言える取り組みがなされている。2004 年の岸和田事件を踏まえて、小林(2004)は、「虐待死の原因には 4 側面がある。子どもが死に至った、①子どもの身体的原因、②生活状況、③親側の要因、 ④援助、である。わが国で今までに多少とも取り上げられたのは、①の身体医学的死因と、今回の事件でもマスコミや対策検討会議が取り上げた④である。しかし、②や③の分析は少なく、なぜ死に至る虐待が起きるのかについてはほとんどわかっていない。厚生労働省は、2011 年には「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」を一部改正し、関係機関の援助のあり方や運営面の課題だけでなく、「当該事例の家族の要因等を明らかに」することを求め、そのために「死亡時点における家族関係及び家族の歴史、経済状況等(特に乳幼児の事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報)」 などの情報を収集し、「保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録を閲覧請求することも必要である」とした。また、「転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象とする」ということも新たに付け加えている。

3. 援助機関及び機関連携に関する問題

多くの検証報告書では、関係した機関の対応についての指摘は次の 2 点に集約されよう。 ① 虐待状況が深刻であるにもかかわらず、その点が十分把握できず、対応する機関が危機感を持ち得なかったこと ②上記の背景に、児相や市区町村、学校等関係機関の連携に不十分さがあったこと。しかし、これらの課題は今なお解決しているとは言い難い。今回の報告で取り上げた 2008 年の高知県南国市の事例、埼玉県蕨市の事例や 2010 年の東京都江戸川区の事例などは、児相、学校その他関係機関等の連携不足や、その結果としての情報共有の不十分さが今なお重要な課題であることを示している。それはおそらく、「危機感を持つべし」あるいは「連携すべき」といっただけの提言ではなく、 ①対応する機関が危機感を持って踏み込んだ対応ができないのはなぜか ②機関同士が連携できないのはなぜか、機関協働を妨げているものは何かといった点について、一歩踏み込んだ検討をすることであろう。

4. 児童虐待施策への影響

第 1 報でも述べたが、重大事件は、自治体や関係諸機関にとどまらず、国の虐待防止施策などにも少なからず影響を与えてきた。第2報で取り上げた事例を見ても、奈良県の SBS の事例を含め、虐待死が0歳児だけで約4割を占める現状を踏まえ、周産期母子に対する予防策を強化する観点から、乳児家庭全戸訪問事業や養育支援家庭訪問事業が法定化され、市区町村はその実施に努めることとされた(2008 年児童福祉法改正)。また福岡市の医療ネグレクトの事例のように、親権が児童虐待における子どもの安全確保や支援の妨げになる事例が少なくないことなどから 民法の親権制度の見直しが図

られ、新たに親権の一時停止制度が設けられた(2011 年民法等の一部を改正する法律)。

5. 重罰化と裁判員制度

刑事司法の領域では、凶悪犯罪に対する法定刑が被害者や国民感覚に合わないことなどを理由として、2004 年 12 月に犯罪の刑の引き上げなどを盛り込んだ改正刑法・刑事訴訟法が可決・成立したが、児童虐待にかかる犯罪も重罰化の傾向にあると考えられる。

⑨川﨑他(2013).「平成 24・25 年度 地方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

本研究は地方自治体が行った死亡事例検証等の報告書を分析したものであり、これも本研究の先駆的研究として位置づけられる。

「本研究では、地方自治体でどのような虐待死亡事例に対してどのような検証が行われているのかといった自治体検証の実態を明らかにし、検証のあり方について分析することで、より適切な検証方法や、虐待死をなくしていくための効果的な方策を検討することを目的とした。

児童虐待防止法の施行日(2000 年 11 月 20 日)から2012年3月末までの10年あまりの間に作成された、児童虐待による死亡事例等重大事例についての検証報告書を分析対象としたが、収集できたのは111報告書で、事例数は 142、被害児童は 153 人であった。

分析の方法としては、虐待の態様別に、これらをまず『心中事例』と『心中以外の事例』の2つに分類し、ついで『心中以外の事例』を『身体的虐待』と『ネグレクト』に再分類した。その上で、事例数の多かった『身体的虐待』については、児童福祉法が定義する『乳児(満1歳に満たない者)』『幼児(満1歳から、小学校就学の始期に達するまでの者)』『少年(小学校就学の始期から、満 18 歳に達するまでの者)』に分け、年齢別、年代別にそれぞれの特徴や、関係機関の関わり方、提言内容などを吟味・検討し、分析した。」という。

そして、これらの分析を踏まえ、いかに示す 19 の提言がなされている。(表9)

表 9 川﨑による 19 の提言 2013

1. 死亡事例における盲点の一つに、そうした支援を受ける母親ではない者による虐待死が多いという点があった。男性養育者を含む家族関係、家族の日常生活の様子などに着目し、家族全体の具体的な状況を把握するよう心がけることが重要。
2. 非血縁男性が母子と同居を開始してからごく短期間の間で事件が発生している例が多い。援助機関は、こうした家族関係の変化に追いつけず、パートナーの存在そのものを見逃すなどして虐待死を招いた事例もあった。こうした結果が導く教訓は、『家族の変化は想像以上に早い」ということを自覚することだ。
3. 内縁男性等についての調査・把握の必要性。加害男性については、その背景や虐待の態様、動機などについて具体的に言及されていない場合が多かった。加害者の問題 をもう少し重視して分析、検討することに留意。
4. 公判などで指摘されていることの一つに、加害者の過酷な生育歴があった。アセスメントや援助方針を考える上で、児童自身の生育史に加えて、保護者やパートナーなどの生育歴に注意を払い、可能な限り家族全体の歴史 をたどることが重要。
5. 度重なる転居が虐待のリスク要因となるという理解は援助関係者に浸透してきているが、個々の事例を

みていくと、転居の理由は、家賃滞納だとか近隣とのトラブル、離婚や別居、あるいは新しいパートナーの出現によるものなどさまざまであり、転居の有無や転居回数だけを見るのでなく、その事情を推し量ること。

6. 母親が妊娠中であった事例が珍しくなかった。中には、妊娠が契機となって事件につながったと思われる事例もあった。援助に当たっては、胎児や母体へ関心を払うだけでなく、それが家族関係に与える影響について、もっと注意すべき。
7. 健診の受診という事実によって、かえって母親などに養育の実績がないことが隠されることも考えられるので、注意すべき。
8. 祖父母に(過剰に)期待したことで関係機関の援助が手薄になり、死亡に至る遠因となったような事例もあった。当該家族とその祖父母との関係性を、具体的に見立てることが必要。
9. 家族は固定的なものではないこと、むしろ変化して当然であることを自覚し、アセスメントについても固定的なものとせず、常に見直しを図る姿勢が重要。
10. 加害者の過半数で精神疾患が疑われる。国の検証では『心中以外の虐待死』の中にも、加害者が精神疾患を有する事例が一定数ある。こうした事例との比較検討なども行いながら理解を深め、防止策を検討することが有用。
11. 事例の中には、保護者の対応の良さが虐待の発見を見失わせる、いわばマスキングの役割を果たしているかに見える事例があった。虐待加害者は、援助機関を正面から拒否するだけでなく、虐待を隠すためにかえって親和的に振る舞う、いわばカモフラージュすることもあるので、注意を要する。
12. 保護者に言い含められるなどして児童本人が保護者と口裏を合わせたり、虐待行為の拡大を恐れて口をつぐんでしまうことは珍しいことではない。「親子の説明に矛盾がなかった」ことを虐待か否かの判断基準とすることには、 慎重を要する。
13. ネグレクト事例による虐待死は、18 事例、20 人が該当し、21 本の報告書が出されていた。虐待対応の職員の中にも、虐待イコール身体的虐待という意識が強く、またネグレクトが死亡につながるという危機意識が不十分であると思われる事例があった。
14. 児童福祉施設入所の理由が経済的な問題など「養育困難」によるものであったため、入所理由が消滅したことで措置を解除したら、その後に事件が発生したという事例がいくつかある。そのため、児相は措置解除を検討する時点で、主訴(入所の主な理由)にとらわれず、適切かつ正確なアセスメントをするよう提言されている。家庭引き取り時点で当初の予想に反する事態が生じ、子どもの安全を確保する点で不安が残るようであれば、仮に引き取りを約束していたとしても、保護者と真剣に向き合い、保護の継続などについて理解を求める必要がある。
15. 中には支援プログラムをすべて実行して家庭引き取りとなったにもかかわらず、死亡に至った事例があった。その中には虐待を否認する保護者が、子どもを返してもらうために形ばかりプログラムを受け入れていたような事例などがあった。プログラムの実施によって家族関係が改善されているか、十分吟味した上で、その後の援助方針を決めていくことが必要。
16. 児童間トラブルで暴力の被害を受けた児童を保護者が強引に連れ帰り、その後虐待によって死亡したという事例が、1件だけではあるが検証されていた。被害を受けた側の児童の保護者に虐待等のリスクがある場合、事象への対応とは別に、保護者の課題が何であるかの視点を見失わないことが必要。
17. 逮捕されても釈放されたり起訴猶予となって服役などせず、保護者がそれをもって虐待事実はなかっ

たと主張することは、検証された事例にとどまらずいくつか散見されるが、不起訴や起訴猶予が直ちに虐待の事実を否定するものではないこと、刑事罰の要件を満たさなければ福祉的措置がとれないわけでもないことなどを踏まえることが必要。

18. 多くの検証報告で情報共有の必要性が指摘されると同時に、それが十分なされなかった理由として、情報共有の手段が、『ほとんど電話でなされ、情報が正しく共有されていなかった」といった指摘がされることがあった。関係機関間の情報伝達を文書で行うのか、対面して伝えるのか、電話なのかといった伝達手段については、明確な指針が示されているとは言えないが、少なくとも伝達手段が情報共有の質に無視し得ない影響を与えることは自覚しておくことが必要。

19. 統計処理を検討の対象として分析、検討することも、今後の検証の一つのあり方として取り組まれてもよいのではないか。

⑩山縣文治 (2019)「子ども虐待と予防: 子ども虐待死亡検証報告を踏まえ」

山縣はこれまでの国の死亡事例検証第 15 次検証報告書までの検証結果を分析し、死亡に到る 7つの問題を明らかにした。すなわち、①基本の手続きの非実施、②子どもの多様な声の軽視、③アセスメントの不十分さ、④介入的支援への消極性、⑤連携不足、⑥要保護児童対策地域協議会での協議が不十分、⑦ 0日・0か月児死亡への対応策の不十分さ、である。

そのうえで「児童福祉と精神医療の連携。単に連絡を取り合うにとどめず、地域保健や福祉が連携し、産後うつ病などの精神疾患の発生予防することや、すでに精神疾患のある養育者の場合は、早期に精神医療による精神症状など精神的なサポートと子育て支援を並行した包括的な体制を組む必要がある。」とし、さらに「7項目への対応を強化することが、虐待死に限らず、予防的支援については必要である。とりわけ、第 1 項目で指摘した基本が守られていないという点については、今後児童福祉司の増員により、経験の浅い人が多くなることを意識しなければならない。したがって、これをカバーするためのスーパービジョン体制の強化が併行して図られなければならない。これがなければ、 改革あるいは強化が、かえって質の低下を招くという事態を生じさせる可能性さえある。想定外の状況で発生する虐待死は必ずしも多くない。極論すれば、課題は0日児死亡等、子どもあるいは妊婦の存在が確認しづらい状況から生ずるものと、関係者が基本を踏まえていないことによるもの、がほとんどを占めており、これへの対応が迅速かつ有効におこなわれると、死亡数は減るということである。」としている。(下線筆者)

⑪増沢高(2021).2021 年度 児童虐待重大事例の分析 2010 年～2020 年(第 1 報)」

増沢は「2021 年度の文献研究は、2011 年から2020 年までに起こった児童虐待による死亡事例をはじめとした重大事件をピックアップし、それらについての文献、資料等を収集、分析を行う。2021 年度には 2011 年から 2015 年までの事件、2021 年度には 2016 年から 2020 年までの事件を対象とする。なおこの研究は、2000 年から 2010 年までの事例を取り上げた『児童虐待重大事例の分析』(平成 22 年度、平成 23 年度報告書)に続くものである。繰り返し報道されるなどして、社会が注目し、児童虐待の防止制度や対応の在り方に影響を与えた事件を数十例抽出し、事例の内容、発覚後の経過、検証報告書などによる事例への評価、事件の影響などをまとめ、各事例に共通する事柄や重症化を予防する視点などを分析、考察することを目的とする。」とした。

考察に記載された課題や提言等

取り上げた事例は以下の通りで、それぞれに対して課題等を整理している。

杉並区3歳里子虐待死事件 (東京都 2010 年)

岡山市 16 歳女子監禁致死事件(岡山県 2011 年)
柏市2歳男児餓死事件(千葉県 2011 年)
朝霞市5歳男児暴行死事件(埼玉県 2012 年)
府中町 11 歳女児暴行死事件(広島県 2012 年)
横浜市6歳女児殺害遺棄事件(神奈川県 2013 年)
尼崎市母親による実の娘3人に対する性的虐待事件(兵庫県 2013 年)
葛飾区2歳女児虐待死事件(東京都 2014 年)
富士見市2歳男児ベビーシッター虐待死事件 (埼玉県 2014 年)
厚木市5歳男児放置死遺棄事件(神奈川県 2014 年)
足立区4歳男児遺棄事件(東京都 2014 年)
川口市 17 歳男児祖父母殺害事件(埼玉県 2014 年)
西東京市 14 歳男子自殺事件(東京都 2014 年)
糸魚川市嬰児殺害遺棄事件(新潟県 2016 年)
相模原市 14 歳男児保護見送り自殺事件 (神奈川県 2016 年)

4. テーマ別の検討

これまで、国による検証報告書には、子ども虐待による死亡に至る重要なテーマを特集として報告している。第 10 次報告では「精神疾患のある養育者の事例」、第 12 次報告では「施設入所等の経験のある子どもの死亡事例」、第 14 次報告では「若年(10 代)妊娠」、第 15 次報告では「転居」、第 16 次報告では「実母が DV を受けている事例」、第 17 次報告では「ネグレクト」、第 18 次報告では「虐待死に至ってしまった事例の関与状況」、第 19 次報告は、「子どもの死亡時に実父母双方と同居している事例とそれ以外の事例の比較」が報告されている。これらを手掛かりに、これら虐待死に至る重大なテーマについて、これまでの研究を加えて考察する。

(1)メンタルヘルスに課題のある保護者

①国の第 10 次検証報告書特集

国の第 10 次検証報告書において特集として「精神疾患のある養育者における事例について」が特集されている。

それまでの検証報告において、「虐待による死亡事例の中で、精神疾患のある養育者によって虐待がなされ死亡に至った事例が一定数(心中以外の虐待死事例 1 割程度、心中による虐待死事例が2割程度)あった。」とされる。これを踏まえ「精神疾患のある養育者は、少なくとも一度は医療につながって、主治医による診察があり、公私にわたる支援者との関わりがあると推察されるが、こうした精神疾患のある養育者の子ども虐待による死亡事例が少なからず発生していることに鑑みれば、養育者の主治医である精神科医を含めた関係者が、患者が子どもを養育中であるという観点に立ち、精神疾患のある養育者(患者)の病状変化が、育児困難や子どもに対する虐待へつながることも予測しながら(常に虐待の発生予防を意識し)、行政機関における保健師や家庭相談員などの職員へ適切につなぎ、養育者とその子どもに対して、日頃から多職種連携による切れ目のない支援を行う必要がある。」と、主治医を中心とした医療者と行政機関などとの連携を指摘している。

本特集では第 5 次検証報告から第 10 次報告までを調査対象としているが、精神疾患のある実母における事例について累計では 73 例(79 人)を報告している。そのうち、心中以外の虐待死事例は 31 例(32 人)、心中による虐待死事例は 42 例(47 人)、一方、精神疾患のない養育者の中で実母が加害者であった事例数と死亡した子どもの人数は、126 例、141 人(全体数 392 例中 32.1%) であり、そのうち、心中以外の虐待死事例は 90 例(93 人)、心中による虐待死事例は 36 例(48 人)とされた。

精神疾患のある実母の診断名については、心中以外の虐待死事例では、「統合失調症」が 15 人、次いで「うつ病」が 12 人であり、一方、心中による虐待死事例では、「うつ病」が 20 人と最も多く、次いで「統合失調症」が7人であった。確定した診断名がない場合も少なくない。

「統合失調症」「うつ病」については、「精神疾患の中でも、治療的介入が適切に行われなければ重症化す

る可能性が高い疾患であるが、治療法は一般に確立されており、 適切な介入が行われれば症状の悪化を防ぐことができる可能性が十分にある。」という視点から、精神疾患のある養育者に対しての取り組みの視点を示している。

母親の年齢は「若年者は少なく 35 歳以上にほぼ均等に分布している」特徴から、「比較的高齢の母親に精神疾患がみられた場合には、より実効性のある育児支援の必要性について検討する意義が高まる。」と指摘している。

死因については、頸部絞扼による死亡が顕著に多いことを指摘している。

子どもの死亡時の年齢については、子どもの死亡時の年齢が比較的高い年齢（9歳、11 歳、12 歳、14 歳、17 歳）にもみられるという特徴をしつつ、「一般に、子どもの年齢が上がるにつれ、自我が芽生えて 虐待状況そのものに抵抗が生じるため、加害者は子どもを巻き込みにくくなっていく状況が想定されるが、精神疾患のある養育者では、子どもの抵抗を意に介さないほどの現実検討力の喪失や興奮あるいは極端な思いこみなどが生じている可能性などが考えられる。つまり、子どもの年齢が高くても虐待状況がおさまらず、死亡に至るリスクが比較的高い場合があり得ると認識しなくてはならない。」と指摘している。

さらに、「子どもに情緒あるいは行動上の問題がみられることが多いが、精神疾患のある実母の事例では心中による虐待死事例にも同等の割合でみられた」ことから、「精神疾患のある養育者においては、低下したエネルギー状態で対応の難しい子どもに対峙しなくてはならず、養育者自身の精神状態の悪化から病的認知が進行し、養育不安が高まることが考え」られることから「精神疾患のある養育者が育てている子どもに情緒・行動上の問題がみられた場合には、保育所や家事援助など育児を支えるサービスの積極的な利用を検討し、養育負担を軽減するための支援が重要」である点を指摘している。

精神疾患のある実母は、支援者・行政機関の関与が比較的なされているが「『患者の育児を支える』という視点は、まだ十分に浸透していない」とし、「各精神疾患の特性についてよく理解しておく必要があり、患者が育児を行う場合にストレスになりやすい状況などについて、個別性を重視しながら把握し、直接的な関与を好まない場合などへの有効な関与の方法など専門的アプローチに通じる必要がある」と指摘している。さらに、「希死念慮（自殺企図）を抱く養育者は、実際の行動へ結びつく可能性も十分に高いという危機意識を常に持ちながら、それらの養育者への支援を行う場合、養育者自身の病状はもとより、子どもに対する養育状況、家族や周囲のサポート状況、親子心中に至る危険性等、様々な情報を総合的に判断し、家庭における養育の限界を丁寧に見極めた上で、適切かつ迅速な対応が必要」と提言している。

②長尾等による研究

長尾(2015)は『精神障害をもつ保護者による虐待」をテーマに、4つの視点から文献研究を行なっている。1つ目は、先行研究の全体的な概観を行う中で、親の精神障害は虐待のリスク因子の1つであること、児相が扱った児童虐待事例を対象とした調査では約3～6割の保護者が心身に何かしらの問題を抱えていることなど、これまでに明らかになっている知見についてまとめている。2つ目は、妊娠中のアルコールや覚醒剤等の摂取が子どもの認知的・行動的問題に及ぼす影響について、海外の文献を中心に概観している。そして、これまでの研究において、妊娠中のアルコールや薬物の摂取が、子どもの認知機能低下を引き起こすこと、行動や適応の問題に関連があることが明らかにされていることを示した。3つ目は、児相の事例集である「児童相談事例集」を対象に、精神障害を抱える養育者の虐待事例 137 例について分析している。最も多かったのは「アルコール使用障害」であり、次いで「パーソナリティの異常」、「統合失調症」などの事例が続いている。最後 4 つ目は、平成 24・25 年度に発表された自治体による死亡事例検証報告書のうち、加害者である保護者に精神障害があった事例 19 例について検討している。それにより、支援機関が関わっ

ているものの、タイミング良く変化を捉えることが難しいこと、アセスメントの精密度を上げる必要性があることなどを明らかにした。

なお本研究においては、多くの文献や事例を対象とするため、明確な診断名がついていなくても精神障害の疑いがあるとされている事例等も含んでいるとしている。

長尾の研究に基づく、課題、提言は以下のとおりである。(表 10)

表 10　長尾による『精神障害をもつ保護者による虐待」に対する予防のための提言

① 症状の悪化や虐待の進行が早く、支援機関から見れば唐突に事件が起こるケースがあり、タイミングよく変化をとらえることが難しい事例がある。

② 十分に情報を得ていれば、あるいは関係機関の間でその情報が共有できていれば防げていたとされた事例もあった。断片的な情報を関係機関が意識的に共有し、事例を総体的に理解し、対応していく必要性があると思われる。

③ 精神疾患を抱える保護者の養育がどのようなものになるのかについての理解が足りない。

④ その家族が精神疾患について理解することの重要性が指摘されていた。精神疾患に関する啓発が求められているようであった。

⑤ 保護者の主治医と児童福祉の連携がなかなかできていないことが課題としてあげられている検証報告書も少なくなかった。精神疾患の症状と、生活レベルの事象とがどのような関係にあり、どのような相互関係にあるかといった視点でのアセスメントと対応を検討していく必要があろう。

⑥ 保護者の病状の変化に伴うアセスメントの見なおしが行われていない事例も多かった。

⑦ 精神疾患を抱える保護者について、一般的な虐待リスクの視点でのみ見ることで、精神疾患の症状がもたらす虐待のリスクを見なくなっている事例もあった。

⑧ 障害を抱える子どもが被害児となる心中事例が少なくなかった。中でも、障害を抱える子どもを育てる母親が精神疾患を抱えている事例が目立った。保護者が「障害受容」の程度を把握しながら対応を行っていく必要があると指摘されている報告書が少なくなかった。

⑨ 精神疾患を抱える保護者の虐待の場合、途中から支援を求めなくなってしまい、支援関係が切れてしまった事例があった。

⑩ 関わっていた援助機関が、その保護者が医療機関につながったことで安心し援助が薄れてしまっていた事例、あるいは親族が同居している事例について、「支援者がいる」と判断し、 楽観視してしまった事例もあった。

⑪ 産後うつ病の事例があったが、産後うつのアセスメントについて課題が示され、かつ一般的なレベルでも啓発が足りないという指摘がされていた。

さらに、田中、・森. (2020)は平成 25 年度全児相全国児相データの2次使用によるデータ分析を行い、精神疾患のある養育者の特徴を明らかにし、その親と子どもへの支援方法を検討している。

分析対象は 6397 例であり、精神疾患アリ群 1290 件、なし群 5107 件。精神疾患アリ群の特徴は虐待種別では心理的虐待、育児に嫌悪感、拒否感情、経済的困難、親族・近隣・友人からの孤立、虐待の重症度が高いなどの結果が出た。精神科医療機関につながっていたのは 13%であった。

そして、児童福祉と精神医療の連携。たんに連絡を取り合うにとどめず、地域保健や福祉が連携し、産後うつ病などの精神疾患の発生予防をすることや、すでに精神疾患のある養育者の場合は、早期に精神医療

による精神症状など精神的なサポートと子育て支援を並行した包括的な体制を組む必要があることを提言している。

(2)「施設入所等の経験のある子どもの死亡事例」国の第 10 次検証報告書特集

特集では「子ども虐待による死亡事例の中で、入所措置解除時に養育者や養育環境などについて、十分なアセスメントがなされぬまま家庭復帰した後、虐待が発生した事例」について「第 10 次報告から第 12 次報告までの心中以外の虐待死事例の中で、施設入所等の経験のある事例」14 例(14 人)を検証している(そのうち、複数回にわたり施設入所等の経験のある事例は4例(4人)であった)。施設種別としては、一時保護所も含んでいる。

これらの特集の中で、子どもの年齢について、「心中以外の虐待死事例全体の傾向と同様、3歳以下が高い割合を占めている」とし、「乳幼児期は愛着関係や基本的な信頼関係が形成される重要な時期である。この時期に入所することにより、家族、特に母親との愛着形成の遅れがみられ、母親、家族の育児技術の習得の遅れや育児不安等もみられる。これらを踏まえ、乳幼児期、特に3歳以下の子どもの家庭復帰については、慎重に検討するとともに、家庭復帰する際は、分離により阻害されていた愛着形成を図る支援を時間をかけて行うことが重要であり、市区町村の虐待対応担当部署や母子保健担当部署等と連携を図り、家族からの相談に応じる体制を整備することも必要である。」と指摘している。

入所期間については「施設においては『1年～3年未満』が6人と最も多く、一時保護所では、『1か月～2か月未満』が5人と最も多かった。最も短い入所期間は1日間、最も長い入所期間は5年 11 か月間であった」とされ、特記すべき特徴は認められないことから「入所期間にかかわらず、家庭復帰後に起こり得る虐待発生のリスクについて、慎重かつ丁寧なアセスメントを行うことが必要」としている。

退所の判断基準として「児相等の公的機関等による支援体制が確保されているが6人であり」その中で、「児相の家庭訪問や面接を拒否している事例」があることから、「家庭復帰後に児相への来所が滞ったり、家庭訪問を拒んだり、不在が続くなど支援機関との関係が疎遠になる場合は、子どもにとっての危機のサインであると考え、再度の入所措置について速やかに検討すべきである」としている。

退所時における児相と関係機関との情報共有については、「退所前または退所後に個別ケース検討会議を開催し、情報共有した事例は5人であった。また、情報共有をしていない事例は4人」であったことから、「入所措置解除の決定に際しては、要保護児童対策地域協議会における個別ケース検討会議を必ず開催し、関係する諸機関に周知し、家庭復帰後の支援のあり方を検討しておくことが必要である」ことを指摘している。

「家庭復帰後の関係機関の関与状況」では、「児相が家庭訪問等を実施して支援していた事例は9人」であったのに対し「家庭訪問等を予定していたが拒否等で実施できなかった事例や市区町村等からの情報提供のみで対応していた事例、関与していなかった事例等、児相が直接関わっていない事例が5人であった」ことから「家庭復帰した事例に関しては、特に、一定の期間は、きめ細かに当該家庭への支援や子どもの安全確認を行うとともに、関係機関が当該家庭への援助方針や互いの役割について共通認識を持ち、緊密に連携することが重要である」ことを指摘している。

「家庭復帰から死亡事例発生までの期間」については、「家庭復帰から死亡事例発生までの期間について、『1か月～3か月未満』が4人と最も多く、家庭復帰から半年未満に死亡している事例は9人と6割を超えていた。最も短い期間は外泊中に発生した事例である4日後、最も長い期間は2年後であった。」ことから「家庭復帰後の生活の中では、それまでの施設内プログラムの中で顕在化していなかった課題が新たに現れる可能性を想定しておかなければならない。家族関係の変化や養育環境の変化は虐待の再発につながりやすい要因となるため、特に留意して把握する

必要がある。そのため児相は、家庭復帰から少なくとも6か月間程度はとりわけリスクが高まる期間として、養育状況を把握するとともに、必要な援助を実施しなければならない。」と提言している。

要保護児童対策地域協議会における検討状況では、「施設入所等の経験のある事例の中で、要保護児童対策地域協議会において検討されていた事例は6人のみであった」、また、「子どもが施設入所すると、地域では子どもの存在への意識が希薄になりやすい。しかしながら、子どもが一時帰宅することもあり、また家庭引き取りとなって再び地域で暮らすことも考えられる」ことから、「児相は、施設入所中にも、子どもと家族の状況を要保護児童対策地域協議会に報告し、外泊を実施する前には地域の関係機関に連絡し、必要に応じて協力を得られるようにしておく必要がある」ことを指摘している。

(3)若年(10 代)妊娠

① 国の第 14 次検証報告書特集

本特集では、虐待死事例における若年(10 代)妊娠の割合について「我が国における全出生数のうち母親の年齢が若年(10 代)の割合は約 1.3%前後で推移)している一方で、心中以外の虐待死事例における『若年(10 代)妊娠』の平均割合は 17.0%である。」ことを指摘し、若年(10 代)妊娠者への支援について言及している。

若年妊娠の場合、「養育能力が不足していることが多くあるため」特段の配慮が求められる。「若年(10 代)妊娠では、未婚であったり、実父の状況が不明、祖父母と同居ではなく、地域社会との接触もほとんど無い等、周囲の協力が得られにくい場合もある」、さらに「周囲に相談できず、出産直後に子どもを遺棄した事例もみられた」ことから「市区町村(母子保健担当部署)や医療機関等の支援等を通じて孤立しないよう注意していくことが必要である。なお、要保護児童対策地域協議会において、特定妊婦として登録されている者は少数であったため、これらの活用も考慮する必要がある。」としている。また、若年妊娠に伴う困難について「若年(10 代)妊娠をしている事例のうち、心中による虐待死事例で特徴的であったのは実母の年齢が 24 歳以下に比べ、若年妊娠から数年が経過した 25 歳以上が多く、40 歳以上という者も複数みられた。心中以外の虐待死事例にも、実母の年齢が 40 歳以上という者がみられることから、心中事例をはじめとして長期にわたる継続した支援が重要である。」ことを指摘している。さらに、日齢0日児事例と日齢1日以上の死亡事例との相違をとりあげ「日齢0日児事例では妊娠中から、まず相談機関へつなげること、日齢1日以上の死亡事例ではつながった相談を適切に継続的な支援へ移行させることが重要であり、両者で支援のアプローチ方法が異なると考えられた。」と指摘している。

②近藤(2008)による「女子少年による嬰児殺の研究」

本論は嬰児殺の先行研究とも重なるが、まさに若年妊娠の事例であり、実際に少年院に入所中の少年の鑑別記録等から分析していることから、虐待死に至った当事者の心理により近い情報を得ることができる。

近藤(2008)は、「最近5年間に嬰児殺を犯した女子少年について、資質的特徴に基づいて、抑制型、不安定型、未熟型の3つのタイプに分け、それぞれのタイプごとに異性関係の持ち方、家族関係の特徴などから嬰児殺に至る背景要因を分析」している。対象は 18 人であり、少年鑑別所にある資料を基に、資質特徴、家族関係、犯行内容等について分析している。

そして、それぞれのタイプを

抑制型:親に過剰な気遣いをするなど、自らの率直な感情表現を抑えがちであったタイプ

不安型:家庭的な問題を背景に靖諸面での安定が図られてきていないタイプ

未熟型:困難場面における問題解決能力に劣り、状況に依存した受動的な生き方を選択してきたタイプ

の3つに分類している。

そして、嬰児殺の予防のための対策として、Oberman(1996)を引用し「嬰児殺しの背後にはコミュニケーションの欠如と人間関係の欠如という問題があ

り、単なる個人の問題ではないとする。嬰児殺しを根絶するためには、まず女性が妊娠するような事態に至る前から、彼女たちの弱い立場を認め、周囲との信頼関係を強化するように、対策を立てていかなければいけない」こと、本研究の中で取り上げられた少年たちが「避妊や出産に対して驚くほど無知であること、親や友人に対しても本心で援助を求めることができない程に人間関係において孤立していることが分かった」としている。(下線筆者)

そのうえで、一次予防として、「性教育の是非に関する抽象的な議論に陥ることなく、どのようなプログラムが効果的なのか、もっと効果的なプログラムにするためにはどのように内容を、洗練させていけばいいのかなど、最長の方法を見いだすための努力を続けていく必要がある。」としている。

さらに、二次予防として、「妊娠を自覚したときには必ず健診を受け、彼女たちが採り得る選択肢を理解させ、そのための支援を充実させていくことが重要である」とし、「10 代の妊婦向けの意思決定スキルや生活態度の向上を目指したプログラムの提供など行政的なサービスの拡充が望まれる」と提言した。

そして、もっとも重要なことは、「嬰児殺にまで至りかねないリスクを多かれ少なかれそれぞれの女子少年が背負っていることについて、親を始めとした身近な大人たち一人ひとりが理解を深め、彼女たちに対する気遣い、配慮をきめ細かく行っていくこと」であるとしている。

(4)転居、居所不明児童の情報把握の問題

国の第 15 次検証報告書特集

今回の特集は平成 30 年3月に東京都目黒区で発生した5歳(当時)女児が虐待を受けて亡くなった事案の検証の中で、転居に伴う問題点・課題が指摘されたことから特集が組まれたものである。本件については、「児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策について」(平成 30 年7月 20 日付け子発 0720 第2号厚生労働省子ども家庭局通知)においても、子どもを守るためのルールとして、転居した場合の児相間における情報共有の徹底等が図られることとなった。本件は野田市で起きた虐待事案とともに、子ども虐待対応の歴史を創る重大事案のひとつとなっている。

転居が、子ども虐待死の背景にあるのは「第5次報告から第 14 次報告までの虐待死事例の中で、心中以外の虐待死事例のうち0か月児以外の事例 381 人の転居経験を確認したところ、『転居あり』が 150 人(39.4%)、『転居経験なし(以下「転居なし」という)』が 155 人 (40.7%)で、「転居あり」が約4割を占めていた。」ことからもわかる。

虐待死に至る事例の中で、転居を伴ったケースの特徴としては「心中以外の虐待により死亡した子ども(0か月児を除く)のうち『転居あり』の傾向をみると、死亡時の年齢は1歳児が最も多く、同居していた家族は『一人親(離婚)』『内縁関係』『再婚』が多い。また、主たる虐待者について『実母』『実父』に次いで、『母の交際相手』『養父』が多いことが特徴としてみられた。また、10 代で妊娠・出産を経験している実母が多く、地域社会との接触は『ほとんどない』又は『乏しい』、親族との接触についても『乏しい』ことが多い」とされた。このことから「離婚や新しいパートナーとの生活等、保護者に何らかの人生のイベントが生じ、転居している可能性が伺える。転居が、新しい生活へのスタートである一方で、今までの社会的支援が途切れ、社会的な支援の希薄さや社会的な孤立が深まったり、新しい家族関係を構築したりと、家族に大きなストレスがかかることは想像に難くない。また、『しつけのつもり』での虐待が多くなっていることからも、家族のストレスが伺える。このことは、転居そのものがリスクを高める要因となりうるといえる。」また、転居の理由として、生活上の問題だけでなく「児相の関与が占める割合が多いことから、この中には、児相等からの関与を避けるために転居している事例も可能性として考えられる」と指摘している。

これらを踏まえ「保護者の中には、自ら相談、発信する力が弱い場合もあり、転居先からの情報がない場合には、保護者の相談によってその支援を開始することが難しい場合もある。転出・転入の自治体間での

情報共有はもちろんのこと、市区町村における母子保健担当窓口等では、虐待予防の視点をもったポピュレーションアプローチとして、子育て世代の転入者に対し、 確実に相談先や支援策を周知徹底する等、細やかな支援が望まれる。」と指摘している。

(5)「実母が DV を受けている事例」

国の第 16 次検証報告書特集

ドメスティック・バイオレンス(DV)と子ども虐待との密接な関係が指摘されていることから、特集が組まれている。特集では、「第5次報告から第 15 次報告までの虐待死事例のうち、心中以外の虐待死事例 587 人については、『DVあり』51 人、『実母がDVを受けている』経験がない 219 人、『不明』298 人、『未記入』19 人であった。」ことから「『DVあり』『DVなし』が判明している事例(270 人)を比較し『DVあり』の傾向」を比較検討している。

比較検討の結果、まず「都道府県等に対する調査により把握した内容をみると『実母がDVを受けている』経験が『不明』である事例が半数を超えていた。」ことを指摘し、「子ども虐待に対応している関係機関がDVの情報を、十分に把握できていない可能性」を示唆している。DVの可能性に気づくためにも「DVの被害者の中は、支援者に被害を訴えることがない場合もあり、その気づきのためには、子ども虐待に対応する関係機関がDVについて理解を持ち、DVの可能性を念頭に状況を把握することが必要」であることを指摘し、だからこそ、抽象的な質問ではなく、具体的な行為を質問することを提案している。「どのような行為があったのかを聞かなければ、被害者はDVを受けたことがあったかどうか認識できず、DVの被害を否認する場合もありえる。」のである。「関係機関がDVについて十分に把握できていない状況は、家族全体のアセスメントに影響を及ぼし、適切な支援方針を阻害する可能性がある。まずは、子ども虐待にかかわる関係者がDVを理解し、配偶者暴力相談支援センターなどDV対応の知識や経験がある機関との連携を深める取組を進めていく必要がある」ことを指摘している。

さらに、「DVあり」のケースの特徴として、次の点を指摘している。

「家庭の側面としては、10 代での妊娠・出産の経験のある実母が多く、未婚の一人親や内縁関係であるといった、子育てへの支援が必要と考えられる家庭が多いが、地域社会や親族との接触は乏しい傾向にある。主たる加害者は、実父母を除くと実母の交際相手が多い。」という点である。

さらに、「実母がDVを受けている家庭において、子ども虐待が深刻な結果になる場合、実母自身の社会経験の少なさや、パートナーとの関係性等が相まって、安定した家族関係を築くことに難しさを抱えている状況が考えられる。また、DVのある家庭では、DVの加害者により被害者が社会や親族から孤立させられてしまうことがあり、実母がDVを受けている家庭においても、実母を含む家族が社会的に孤立しがちであることの影響も考えられる」一方で児相や市区町村の虐待対応担当部署のかかわりがある構成割合や虐待の期間が6か月以上の構成割合は、「DVなし」の事例よりも多いことから、「関係機関が家庭とのかかわりの中でDVの情報を得ることができていること、その情報を活かした対応が十分でない可能性があること」を指摘している。

そして、「DVが子どもに与える影響も念頭に、児童福祉の関与においても、家族の社会的な孤立や、実母の 10 代での妊娠・出産、内縁関係の要因が複合している場合には、DVの存在が不明な状況でもDVを疑って対応する等、DVの把握に努めるとともに、必要に応じて配偶者暴力相談支援センター等と連携した、家族関係を包括したアセスメントや支援の実施を心がけていただきたい。その際、これまでの報告でも取り上げているとおり、DV被害者の『暴力はなくなったから』などの発言を根拠に『現在は暴力がなくなったので問題ない』といったアセスメントではなく、DVがある家庭における『支配者』と『被支配者』という関係性を念頭に対応することが求められる」と踏み込んだ提言をしている。

⑹ネグレクト

国の第 17 次検証報告書特集

検証報告の中で子どもの虐待死に至る事例の内訳として最も多いのは身体的虐待であり、次に多いのはネグレクトになる。「第5次報告から第 16 次報告までの虐待死事例のうち、心中以外の虐待死事例 641 人については、『ネグレクト』200 人、『身体的虐待』378 人、『心理的虐待』1人、『不明』48 人、『空白』14 人であった。」ことから、ネグレクト事例 200 人の分析が行われた。

ネグレクト事例の特徴として、「ネグレクト事例については、母が若年である割合が高いものの、若年に限らず幅広い年齢において発生していた。また、母に養育能力の低さや育児不安がある場合、母に 10 代での妊娠・出産の経験やひとり親家庭であったという成育歴がある場合、妊娠期に妊婦健診が未受診である場合の割合が高かった。」とされ「子どもの状況を見ると、『特になし』の事例が多いことから、ネグレクトは子どもの状況ではなく、母側の要因により発生していることが多いと考えられ、そのことを踏まえた母に対する支援策が必要となる。」と指摘している。

子どもの死亡年齢が0日の場合について「ネグレクト事例のうち約3割を占める子どもの死亡時点の年齢が0日の場合については、子どもの状況によるものはなく、出産に至るまでの母側の要因による影響が特に大きいと考えられるため、その対策を別途検討する必要がある。」一方で、「一定程度の期間を経て死に至るネグレクト事例は、様々な端緒によって適切な対処を開始する契機を得られれば、防ぎ得る虐待死である。」と強調している。

しかし、「子どもの死亡時点に児相や市区町村の虐待対応担当部署の関与事例が少ないという実態があり、このことは、ネグレクト事例における家庭の詳細な状況把握及びその適切なアセスメントが難しく、関与開始の端緒となる事象の把握が最大の課題となっていることが推察される。」と指摘している。これらの状況を踏まえ、「ネグレクト事例では、 母に育児不安が認められないケースも多く、『困りごと』を入口にしにくいという傾向もある。こうしたことから、その課題の解決に向けては、市区町村や児相等が一定程度のリスクを有する母や妊婦の情報を把握した場合には、現にネグレクトの兆候を認めていない場合であってもネグレクトが生じる可能性のある事例として関係者間で共有するなどし、その家庭を見守り、慎重に対応していくことが重要である」ことを指摘している。

ネグレクト事例のアセスメントの困難さについて「ネグレクト事例は、身体的虐待のように事案の発生時期が明確でなく、その判断に一定期間のアセスメントを必要とすることが特徴といえる。しかし、ネグレクトが長期にわたることで家庭に常態化している場合や一時的なネグレクトを繰り返す場合など、多様な現れ方が考えられるため、虐待か否かの判断及び家庭全体のアセスメントや、疑義がある場合のリスクの程度に関する判断が非常に難しい」とされる。「アセスメントすることは支援の第一歩として重要」であるからこそ、「ネグレクトが継続している場合については、現状を維持できていると判断するのでなく、ネグレクトの継続が子どもの発達・発育に悪影響を及ぼしており、状態は悪化していると判断すべきであるといったことが挙げられる。」また、「ネグレクト事例では、リスクアセスメントの見直しが行われた場合でも、リスクを過小評価する傾向が見られることにも留意すべきである。家庭や各家族員に関する情報共有・連携先となり得る虐待対応担当部署以外の担当者のネグレクト事例のリスクや兆候などの理解の促進を図るため、ネグレクトに関する正しい知識を提供するなどの取組みも必要」であることを指摘している。

さらに近年マスコミ等により報道されることが多くなっている「車中放置による熱中症・脱水や火災による熱傷・一酸化中毒が直接の死因となっている事例や、子どもの健康・安全への配慮を怠ったネグレクトである事例の割合が高く認められたため、乳幼児だけでの放置は、短時間であっても子どもの生命に直結する危険性のある行為であることについて、一層の周知・啓発が必要」であることを指摘している。

特集の終わりには、「妊娠期・周産期の母体側の問

題として「母子健康手帳の未発行」や「予期しない妊娠／計画しない妊娠」事例、「妊婦健診未受診」事例、加害の動機として『子どもの存在の拒否・否定』事例、『ひとり親（未婚）』事例や『自宅（助産師などの立ち会いなし）』における分娩事例が、ネグレクト全体における割合よりも高いという違いがあった。さらに、『祖父母の同居』事例の割合がネグレクト全体よりも高いにもかかわらず、子どもが死亡した時点での母への支援者が『なし』『不明』である事例の割合も高いという結果が認められた。これらのことから、0日児死亡事例の母は、社会的孤立が顕著であり、同居中の祖父母を含めて、周囲に予期しない妊娠を告げたり、公的機関や医療機関に妊娠を把握されることなく助産師などの立ち会いなしに自宅等で出産した事例が多いと考えられる。したがって、このような0日児の死亡を防ぐためには、まず、様々な関係者から得られた情報を基に、速やかに妊娠期の支援の開始に努めるとともに、社会的に孤立している本人や家族に寄り添った支援を粘り強く継続する必要がある。加えて、母本人への早期のアプローチも必要であると考えられる。」ことを提言している。（下線筆者）

(7)パートナーが家族力動に与える影響

国の第 19 次検証報告書特集

第 19 次検証報告の特集は「こどもの死亡時に実父母双方と同居している事例とそれ以外の事例の比較」というテーマである。同居している家族構成が、虐待死にどのような影響を与えたのかに係る考察となっている。

家族構成の内訳は「第5次から第 18 次報告までの虐待事例の集計では、心中以外、心中とも約半数が『実父母』と同居する家族構成となっている。次いで、『ひとり親（同居者なし）』が心中以外で約 10%、心中で約 14%、『ひとり親（同居者あり）』が 心中以外で約 16%、心中で約9%、「内縁関係」が心中以外では約9%、心中で約3%、『再婚等』が心中以外で約5%、心中が約2%という結果であった。」とされる。

「心中以外の『実父母』と同居している家庭では死亡時のこどもの年齢は『0歳以下』が 52.3%と多く、加害のきっかけとなったこどもの状況では『泣きやまない』が 20.8%と他と比較すると多かった。」その一方で「加害のきっかけとなったこどもの状況が『特になし』という事例も多くあり、こどもの状況に関係なく死亡に至っている実態も併せて把握できた。『実父母』と同居している家庭においても、『泣き止まない』といった乳児特有の状況がリスクにつながっている可能性が示唆された。」としている。

さらに、ひとり親世帯、とりわけ母子世帯の生活の困難さが、虐待に至ることを想定すれば、「支援に当たっては、ひとり親支援担当部署と連携し、アウトリーチ型の支援を行うなど必要な支援が受けられるよう対応することが重要である」ことを指摘している。

また、「心中以外の事例における主たる虐待者・加害者について、いずれの家族構成でも『実母』が最も多い。一方で、『内縁関係』では『母の交際相手』『再婚等』では『養父』『継父』が半数を超えている。また、『再婚等』の家庭では、死亡時のこどもの年齢は『3歳』以上が約半数以上を占め、比較的に高年齢のこどもであったことに加え、加害の動機は『しつけのつもり』が半数以上であり、『再婚等』の家庭において養父や継父による高年齢のこどもの養育には困難さが生じる可能性が考えられる。」ことを指摘している。そのうえで、「死亡時の虐待以前に確認された虐待があったとする割合が、心中以外 の『内縁関係』や『再婚等』の事例が高く、死亡時以前から児相や市区町村（虐待対応担当部署）が関与していた割合も他の家族構成に比べて高い傾向にあった。つまり、虐待の認識があり、児相や市区町村が関与して虐待予防や虐待の早期発見の観点から支援・介入していた割合も他に比べて高いにもかかわらず、虐待による死亡に至ってしまったといえる」ことを示唆している。

これらを踏まえ、「支援・介入のための適切なリスク判断を行うためには家族員や同居者に加えて父母の交際相手等、こどもと日常的な関わりのある全ての人物について直接会うことを基本とし、関係機関の協力のもと丁寧な情報収集を行うことが重要である。さらに、

それぞれの情報から家族内の相互の親密性、信頼性などの関係性や養育環境等についてアセスメントを行うことが必要である」ことを指摘している。

さらに、内縁や再婚等の事例では「転居を繰り返す傾向があり、地域社会や親族とのつながりが薄く、それにより子育て支援事業サービスにもつながっていないといった複合的な状況があり、外部からの日常的な見守りや支援が届きにくい環境にあったことが虐待の早期発見ができない要因として考えられる。加えて、『1～2歳』『3～5歳』の年齢のこどもが多いにもかかわらず、他の家族構成の家庭に比べて所属機関がないこどもの割合が高かった」ことを指摘したうえで、「こどもにとって一番身近な見守り機関となりえる関係機関が存在しないことが、こどもの変化やこどもの安全が確保できていない危険性のサインが見過ごされることにつながっている」ことに言及し、「地域の中で孤立しないよう、地域の特性に合わせて支援機関側から積極的につながるための体制づくりを構築することが必要である」ことを提言している。

また、「妊娠自体を家族に話していなかったと思われる事例が少なくないなど、同居者が支援者というより葛藤のもとになっている可能性があることが考えられ、結果として予期しない妊娠に至ってしまった後に家族にも相談できないまま医療機関や相談窓口につながることなく出産した事例が含まれている可能性」を指摘し、「妊娠前から妊娠時の相談窓口の幅広い周知とともに、妊娠や出産、避妊に関する正しい情報を届けられるような周知の方法や周知媒体の検討など、現代の対象者に合わせた取組が必要である。特に、心中以外の「ひとり親（同居者あり）」の事例は、若年の妊娠の場合も多いことから、男女ともに妊娠・出産に関する知識や情報が持てるよう、発達段階に応じて性に関する指導や啓発を行うことにより理解を促進すること」を提言している。

⑻障害児の虐待死

障害児の虐待死については川﨑等(2023)による「2019 ～ 2022 年度障害児の虐待死に関する研究」が注目される。

川﨑等は、第一研究として先行研究、文献等の検討及び、社会において注目された事例を通して障害児の虐待死について、「『戦前、戦後の長い歴史のなかで』、次第に『障害の原因、特質及び程度にかかわらず、まずは障害児を権利の主体者として位置づけることを共通認識とすべきという観点』が確立され、『どのような事情があっても障害児を殺害する、虐待することが許されない』ことはもちろん、『障害児に対する施策も、養育者や支援機関、支援者の都合ではなく、あくまでも当事者である障害児の（声なき声を含む）声を尊重する姿勢が求められる』ことを浮き彫りにした。一方で、『保護者は、障害児の養育等においていずれも並大抵ではない苦労を強いられ、その挙げ句に事件を起こしていた』ことも見えてきた。」としている。

さらに、第 2 研究として、公表された地方自治体による虐待死亡事例等検証報告書(2000 年 11 月 20 日から 2020 年 3 月末まで) 266 件のうち、児童がいずれかの障害(「身体疾患」「精神疾患」「知的障害」「発達障害」)を有することが認められた検証報告書 43 報告書（41 事例、41 人の被害児童）を抽出し、分析し、次の課題いくつかの提言をしている。(表 11)

表 11　川崎による障害児の虐待死に係る提言　2023

1. 自治体が公表している虐待死亡事例検証においては、障害児の定義をふまえて被害児童が該当するか否かを明確にしているものはほとんど見られなかった。そのため、本研究においては、対象児の選定段階から大きな困難があったと言わざるを得ない。

2. 自治体の報告書は、個別の事例の検証という点もあり、障害というセンシティブな問題であること、一般的にも個人情報へ配慮していることなどから、障害児と明記して報告することが難しいことは理解できないわけではない。ただし、【研究①】でも述べたように、過去の事例は、保護者が「障害児の養育等においていずれも並大抵ではない苦労を強いられ、その挙げ句に事件を起こしていた」ことを示していた。したがって、障害児を育てていく上での困難や支援の課題を明らかにしていく上でも、自治体検証においては、障害の問題が死亡事例にどのような影響を及ぼしていたのか、可能な限りを明らかにしていくことが望まれる。

3. なお、国の専門委員会による検証報告書においては、子どもの疾患、障害等の有無については把握しているが、今後、加害の動機としての障害の存在という観点での調査を工夫するなどの取り組みについて検討するよう望みたい。

4. 本研究では、上記のような事情も踏まえ、対象児童を児童福祉法における障害児の規定の範囲にとどめず、なるべく広範な事例を含めることとした。具体的には、自治体検証報告において、「身体疾患」「精神疾患」「知的障害」「発達障害」といった用語が見られる事例、及びそれらを表すような他の言葉、さらにその疑いがある事例を抽出した。

5. 児童虐待防止法が施行された 2000 年 11 月 20 日から 2020 年3月末までの間に自治体が公表した 266 の検証報告書を調査した結果、16.2%に当たる 43 報告書において、障害児等が被害に遭って死亡した事例（41 事例 41 人）を確認した。なお、報告書数と事例数、被害人数が一致しないのは、1つの事例につき県と市の両方で検証報告書が出されている例があったことによる。

6. 被害児が抱えていた障害等の内訳は、多い順に発達障害 41.5%、身体障害 29.3%、知的障害 19.5%となっており、複合型はそれぞれ 4.9%であった（複合型とは、身体障害と発達障害の併存、 身体障害と知的障害の併存）。そのなかで、乳幼児の事例では、身体障害とされる児童の被害の割合が最も高く、学齢児では発達障害とされる児童が最も高い割合で出現した。また、心中と心中以外を比較すると、心中以外では身体障害が最も高く、心中では発達障害が最も高い割合で出現した。

7. これらの事例における加害の動機が、全て被害児童の障害等に起因するとは言えないにしても、【研究①】でも述べたように、保護者が養育等において並大抵ではない苦労をかかえ、疲弊していることが背景要因となっている可能性は否定できず、障害児等をかかえる保護者への支援の重要性が浮かび上がったものと言えよう。

8. 本研究における注目すべき点の一つは、被害児童の年齢である。すでに明らかなように、専門委員会報告によると、「心中以外」では乳幼児、わけても 0歳児の被害が多く、「心中」では年齢にバラツキがあって比較的高年齢児も被害に遭っていた。一方、本研究による障害児等は、「心中」「心中以外」ともに比較的高年齢児にまで被害が及んでおり、専門委員会の結果とは異なっていた。背景はまだわからない点が多いが、高年齢の児童の場合、「心中」「心中以外」いずれも、保護者が障害を受容できず追い詰めら

れる、あるいは障害があると認識するまでに時間を要するといった可能性も考えられ、今後の検討課題の一つと言えよう。
9. こうした結果を踏まえると、障害児の虐待死に関する検討、分析はまだ途上にあり、今後は、全体的な傾向の把握から一歩進め、個々の事例についてより深く検討することが求められているように思われる。

第 3 研究では、それまでの研究を踏まえ「具体的な事例を検討することで障害児の虐待死の実情と課題、また解決策を展望することを目的」としているとした。

対象事例は、自治体が公表した検証報告書の中から 38 事例である。事例の検討は、「心中以外の虐待死」「心中による虐待死」の2つに分けて行われ、それぞれ 19 事例となった。さらに、「事例の分析においては、被害児の年齢や生育歴、障害等の状況、虐待の態様や加害者に関する事項 や家族状況、また関係機関の関与状況などに注目した」メタ分析がなされた。以下は川﨑がまとめた「まとめと考察」の要点である。(表12)

表 12 川﨑による障害児の虐待死亡事例のまとめと考察 2023

① 心中以外事例に関するまとめと考察

1) 被害児の障害等の状況

今回の対象児は、年齢的には 0歳から 16 歳まで幅広く分布していた。これは、障害もしくはそれに類似する状態像が多様であることと関係するのではないかと考えられる。虐待の態様や加害の動機、さらには被害を受ける年齢等が影響を受けている様子がうかがわれ、「障害児に対する虐待、虐待死」と一概に括るのではなく、それぞれの特徴を踏まえた分析、検討をし、改善策を考えることが必要。

2) 複雑、多様な家族関係

実父母と被害児が同居している事例が 10 例と過半数を超えていたが、実母と非血縁男性という関係の中で事件が発生している事例も5例あった。母子家庭は2例、父子家庭が1例、さらに、内縁関係の男女の住居に母子が同居する稀な形態もあった。なお、全 19 例のなかで養母や継母などがいる家庭は1例もなく、離婚後に父が養育していた事例が1例あったが、残る 18 事例は、すべて実母が被害児と同居しており、そのうち 12 事例で母が加害者となっていた。

母の状況を見ると、若年出産や 20 代前半までの出産が大変多く、過酷な生育歴があったり、母自身が精神遅滞(知的障害)や精神的な不調を抱えている例も見られた。加えて、被害児にきょうだいもいて、複数の児童を養育している場合も見られた。また、実父母が同居している場合も、父が多忙で不在がちであったり、子育てに協力していないとされる事例が目立った点も特徴の一つと考えられる。すなわち、障害等がある児童の存在を別にしても、すでに主たる養育を担わされた母は過重な負担を強いられており、 そこへ被害児の障害等の状況が負荷されることで、危機的状況を招いた例が多かったように思われる。虐待死の遠因に、こうした家族関係、母の状況が影響していることは大いに考えられる。

養父や交際相手が加害者となった事例では、いずれもステップファミリーもしくはその前段階の家族と考えられるが、母に対する DV が認められる事例や、若年の母の子育てを「しつけが甘い」などと批判して被害児に暴力をふるうようになった事例が見られた。また、被害児の下に異父きょうだいが生まれた事例もいくつか見られた。

実父が加害者となった事例を見ると、件数は少ないものの、しつけと考えて繰り返しプラスチックケース

に閉じ込めたり、入院中の児童の水分制限を守らないといった事例が見られ、子どもの発達に関する知識不足や養育力不足が感じられた。父のこうした状況は障害の有無に関わらず多くの虐待死事例に共通すると考えられる。

3) 虐待の態様、加害の動機など

若年出産や精神的不調、父親の非協力などの困難な条件に加えて、障害等がある児童の育児というストレスが加わり、養育の負担が限界を超えてしまったのではないかと思われる。

養父や交際相手の例を見ると、思い通りにならないことに腹を立てたなど、子どもの発達について理解できていないと思われる例が見られた。

4) 障害の受容について

中田(1995)を手掛かりに障害受容の問題を検討した。障害をダウン症や小頭症など病理型の精神遅滞(病理群)、精神遅滞を伴う広汎性発達障害(自閉群)、それ以外の精神遅滞(精神遅滞群)の3つに分けた上で、それぞれの特徴をふまえ、「障害受容を段階としてとらえないこと」「慢性的な悲哀やジレンマが異常な反応ではなく通常の反応である」と述べ、「螺旋系モデル」を提唱した。 そして、障害受容は「すべてが適応の過程である」と結論づけた。

中田(1995)によれば病理群では、親はわが子の異常に気づかないうちに、これらが出生直後に連続して生じることが多く、「ほとんどの親は障害を告知されたときに極度の精神的混乱を経験し、その後、段階説で述べられているような悲しみや否認や怒りなどの感情を報告している」と述べている。それを踏まえて今回の事例をみると、3歳までに事件が発生した 10 事例のうち4例で、各種の疾患等が明らかになっていた。こうした事例の保護者は、中田(1995)が指摘するように、現実の事態に直面して極度の精神的混乱や否認、怒りなどの感情に襲われ、ストレスを強めていた可能性があろう。

自閉群や精神遅滞群に関して、中田(1995)は「障害を認識するには(中略)通常の生活への期待を裏切られる出来事がきっかけとなっている」などと述べ、「診断の確定が困難で状態が理解しにくい疾患の場合、わが子の状態が一時的なものではなく将来にも及ぶことを認めるために、親は子どもの発達がいつか正常に追いつくのではないか、あるいは自閉が『治る』のではないかという期待を捨てることが必要となる」としている。本研究の対象事例の中にも、3歳児健診後に通院した医療機関で「知的障害を伴う広汎性発達障害」の診断が出され、4歳で死亡した事例があった。

5) 関係機関の関与と今後の対策

今回の対象事例に関しては、総じて早い段階から関係機関が関与して支援を行っていた。

要保護児童対策地域協議会(要対協)の登録の有無を検討した。その結、登録の有無はほぼ半数ずつであった。

被害児の障害等に対する支援を中心に考えていたため、虐待のリスクを見逃していたと思われる事例が見られた。こうした点を踏まえ、多くの検証報告書が要対協を基本に据えた支援を強調し、アセスメントについても、冷静な見立てを求めていた。

要対協に登録されながら事件を防げなかった事例を見ると、個別ケース検討会議を開催したものの機関間で意見の一致が見られなかった事例や、登録はしていても、個別ケース検討会議が適切に開かれなかった事例などがあった。

6) 障害児施策の充実の必要性

障害児に対する施策の不十分さが浮かび上がってくる。すなわち、 実施体制の未整備等から障害・健

康面における当該児の特徴に対応するケアの困難さを危惧して一時保護できなかったり、入所できる一時保護施設が限られている事例があり、待ち時間が待てないことで乳幼児健診が未受診になった事例もあった。歴史的に見れば、何らの支援もないまま追い詰められて事件を起こす状況があったが、今日においても、施策が不十分ななかで事件が発生したと言わざるを得ない事例があった。こうした事例を見ると、虐待死の責任を本当に加害行為を行った保護者に帰すだけでよいのか、それが問われているとも感じられ、障害児とその家族の立場に立った細やかな配慮がある施策の充実が強く求められていると考える。

まとめ

家族、特に母親が主たる養育者として追い詰められ、事件に至った事例が目立っていた。

現在の我が国の児童虐待対応における基本的なシステムとしての要対協をいかに適切に活用できるかが、こうした虐待死を未然に防ぐ上で、ポイントの一つになるものと思われる。

その際には、被害児に障害等の特性があることが、偏ったアセスメントを生み出す場合もあったことも教訓にして、支援機関の専門性を高め、適切な支援方針を確立することが重要であろう。 また、支援機関、関係機関の努力だけでなく、障害児とその家族が暮らしやすい環境整備、施策の充実こそが、こうした事件を防ぐ最大のポイントではないかと考える。

② 心中事例に関するまとめと考察

1) 事例数及び人数

心中事例は合計 19 例で、そのうち加害者である保護者が死亡した「心中既遂事例」は 10 例、子どもを殺害した後、自殺が完遂せず保護者だけが生存した「心中未遂事例」は9例であった。19 例のうち加害者は 19 人であった。すなわち、全ての事例が父や母などによる単独行為(犯行)であった。

2) 被害児の障害等の状況

被害児の年齢は0歳から 15 歳までバラツキがあった。障害の内容に関しては、発達障害及びその近接領域にあると思われる例が目立った。

3) 家族関係、加害者について

実父母がいる家族が 11 例、母子家庭が8例で、養父や継父、継母などがいる事例はなく、この点は「心中以外事例」とは異なる特徴。加害者は、19 事例中、実母が 15 例と最も多かった。次いで実父が3例、残り1例 が母方祖父であった。「心中事例」では、「心中以外事例」で見られた非血縁の養父や母の交際男性が加害者になった例が皆無であり、その違いは明らかであった。また、加害者となった父母等が精神疾患のために通院していたり、既往歴がある、もしくは精神疾患が疑われる事例が多数見られたことも、「心中事例」の特徴と考えられる。

4) 虐待の態様及び自殺の方法

全事例で殺害するための方法が選択されて、絞殺で8例、次いで練炭を用いた一酸化中毒によるものと刃物を用いての殺害がそれぞれ3例あった。

5) 加害の動機、背景など

直接的な動機か否かは不明だが、子育ての不安や負担の大きさを挙げている例が多かった。「他の子どもと比べてしまい、つらい」「伸びていかないので不安」「子育てから逃れたかった。自分も死のうと思った」「育児、介護に疲れ果て、本児を殺して自殺するつもりでいた」などと話していたが、 そのなかには、「子どもの将来を悲観して」「(将来)いじめられるかもしれない、楽しく生活しているうちに死んだ方がい

い」などと考える者もいた。これらは、育児不安や育児の負担感の背景に、 障害等がある子どもの育児という面が影響しているように思われ、なおかつ、現在の苦労だけでなく、将来の見通しが持てないつらさなども加わっているように感じられる。

川﨑他(2014)は、一般的な「心中による虐待死」事例における父親の加害の動機として、離婚問題など夫婦間のトラブル、ストレスがあることを指摘しているが、本件もそのような事例の一つと考えられる。

今回対象とした事例の加害者のほとんどが何らかの精神症状を示していたことから、被害児の障害等による負担感に保護者の精神的な不調が重なり、事件の発生に至った可能性が高いと感じられる。

6) 関係機関の関与と今後の対策

関係機関の関与が比較的少ない。そのこともあり事例の理解に当たっては、家族全体をアセスメントすること、家族全体の健康度や障害受容の状況を意識した関わり方をするよう求めるものが多かった。

7) 障害児施策の充実の必要性

保護者の多くが精神疾患を抱えるなど、子育ての負担感は、心中以外事例よりも過重だった可能性が考えられる。その点を踏まえると、心中以外事例で述べた点、すなわち、「障害児とその家族の立場に立った細やかな配慮がある施策の充実」は、心中事例においてさらに重要なポイントとなるのではないだろうか。

まとめ

心中以外事例におけるまとめで、「支援機関、関係機関の努力だけでなく、障害児とその家族が暮らしやすい環境整備、施策の充実こそが、こうした事件を防ぐ最大のポイントではないか」 と指摘したことを、ここでも繰り返し、まとめとしたい。

(9)学齢期児童の虐待死

虐待死に占める所属機関の内訳は、国の 19 次検証報告によれば「こどもの養育機関・教育機関の所属について、心中以外の虐待死事例では、所属「なし」が 33 人(有効割合 71.7%)、所属「あり」が 13 人(同 28.3%)であった。「あり」の内訳は、「認可保育所」が7人(同 15.2%) と最も多く、次いで「認可外保育所」「小学校」がそれぞれ2人(同 4.3%) であった。 また、心中による虐待死事例では、所属「あり」が 15 人(同 62.5%) であった。「あり」の内訳は、「小学校」が8人(同 33.3%)と最も多く、 次いで「幼稚園」が3人(同 12.5%)であった。」中学校については、心中以外の虐待死事例で1人(2%)、心中による虐待死事例では0人、高校生は心中以外の虐待死事例で0人、心中による虐待死事例では1人(4.2%)、特別支援学校は心中以外の虐待死事例で1人、(2%)心中による虐待死事例では0人であった。

学齢期にあるこどもの虐待死については羽間等(2012)による研究がある。羽間等は平成 21 年5月から 23 年5月までで、地方公共団体の虐待による死亡の検証報告書の内、学齢児の事例、4例について学校教育の観点から再検討している。その結果、全例で転入・転校又はそのどちらかがあった3事例については長期欠席があり、学校教員の家庭訪問に対して家族が拒否するなど接触困難であった、ことを指摘した。そのことを踏まえ、「学校は転入・転校の前あるいはその間の情報を得る必要がある」こと、「接触困難な長期欠席事例については、緊急介入が必要とされものが多いとの認識が改めて求められる。」と指摘している。さらに、これらを実現していくためには、「学校間で引き継がれるべき個人情報保護の問題など慎重な議論の

必要性、学校として対応できなかった理由や事情を個々の事例ごとに分析するためにその背景となる学校規模や教育構成等の学校に関する情報が示されることが極めて重要」と言及している。

5. 子どもの虐待死に係る検証・研究等における提言等の全体像をとらえる試み

(1)目的

本節では、この 20 年間の子ども虐待事例の研究について、国の専門委員会の報告、自治体による検証報告、これらの報告書等を分析した報告、そのほかの子ども虐待に係る研究等について概観してきた。特に、子ども虐待を防止するための様々な分析、意見、様々な提言があることから、これらに焦点を合わせて子ども虐待死を予防するための研究の全体像を見てきた。その結果、非常に多くの子ども虐待を防止するための様々な分析、意見、様々な提言が存在することを改めて知る機会となった。

一方では、提言や意見は、同じことが繰り返されているものの、それが実現されていないという指摘もあるのも事実である。しかし、ここでいう「同じこと」とは何であるのか必ずしも共有されているとはいい難い。そこで、ここでは、「同じこと」とは何を指しているのかを明らかにすることとしたい。また、「同じこと」の何かがわかれば、次にその構造やプロセスを明らかにすることを試みてみたい。これらが、明らかになることによって「同じこと」が繰り返され指摘されているのにもかかわらず、それが実現していないことはそこにどのような課題があるのかを明らかにすることにつながり、次の研究あるいは実践テーマの探求につなげていくことができると考えたからである。

(2)方法

方法としては、「質的統合法」に基づき実施する。「質的統合法」とは、異質のもの同士の関連性を明らかにし、そこから新たな発想を得ようとする異質のデータをまとめる方法のことである。本論で得られたデータは、きわめて多岐にわたり、あらゆる分野、方法からのまさに異質のデータである。ここでは、その異質としてあるものの、異質とするそれぞれの分析、意見、様々な提言がどのようにつながり、まとまっていくのかを見ていきたい。

川喜田はここでのキーワードとなるまとめることについて、「『まとめる』ことには、単に同質的なものの要約と分析と言う手続きだけでは不十分な場合がある。それはなんであろうか。すなわち、全然性質の違う、比べることのできない資料同士を集め、それらの組み合わせからどういう意味が見いだせるのかという意味での『まとめる』過程である。あるいは、異質のデータの組み合わせから何が発見されるかということである。この意味でのまとめに対しては、そもそも分類と言う手続きだけでは、はなはだ不十分だということになる」(1967 川喜田 : 53)としている。「質的統合法」は山浦(2012)が発展させたものであるが、川喜田のこのような発想が前提にある。

(3) 結果・考察

まず、本論でここまで紹介してきた研究の中で、分析、意見、提言等について、意味のまとまりごとにテキストとして抽出した。「意味のまとまり」としてのテキストは 221 になった、その 221 の「意味のまとまり」を、さらに大きな「意味のまとまり」を作っていくことを切り返し、最終的には、18(の表札)にまとめられた。

18 の表札はまず、「①若年妊娠者の孤立」「②社会的孤立と転居」「③DV 構造の中での養育者の孤立」「④障害を持つ子の養育の複合的困難」「⑤メンタルヘルスの課題と養育の困難」「⑥学齢期にある子どもの理解」「⑦ネグレクトに対する危機感の薄れ」「⑧パートナーが家族システムに与える影響を理解する」「⑨施設退所時に生じる新たなリスク」があり、これらをまとめて「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」の島とした。

さらに、「①子ども・家族からのサインを受け止める」「②家族を構造的・力動的・システムとして捉えていく視点を持つ」「③関係機関とつながっていく」「④漏れのない情報共有を進めていく」「⑤社会資源の不足を

解消していく」「⑥子どもの声を聴く」「⑦妊娠期からの途切れない支援を進めていく」の表札については「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」の島としてまとめた。

そして、「①支援方針の固定化・形骸化」「②支援方針の変更を進めていく」については「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」の島としてまとめた。以上で表札は、合計 18 になる。

「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」としてまとめられた表札は、子どもが死亡に至る様々なリスクが複合的に絡み合っている状態を示している。孤独、孤立という言葉はここに紹介した様々な研究の中で繰り返し指摘されてきた言葉であり、子どもの虐待死の背景を紐解くときの in vivo code(そこにある事象を言い当て、その意味を探求することで、そこにある意味世界を理解できる当事者の言葉) と言えるものである。

一方で、「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」、つまり、子どもや家族が孤独と孤立に至らないために行う「危機介入」「支援」としての「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」は、子どもの安全を守っていくためのまとまりである。子どもの安全が守られないとき、そこに必要な危機介入や、支援が行われなかったり、行ったものが途絶えていてしまったり、そこにある危機に、関係機関が情報を共有し得なかったり、統一した対応が出来なかったりなどの、「途切れ」が存在する。繰り返し、研究の中で出現した「途切れ(ない)」「つながり」などが、ここでの in vivo code として存在しているように思う。

言わば、子ども虐待死を防ぐためには「孤独」「孤立」に対して「途切れない」「つながっていく」支援をやり続けることなのかもしれない。

これらに対して、「①支援方針の固定化・形骸化」「②支援方針の変更を進めていく」の表札については「3.組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」にまとめた。

「①支援方針の固定化・形骸化」というのは、ケースを受理した時の初期認識であり、アセスメントが固定化されていくことである。その後、新たな情報や、家族に直接会うことなどで、「ケースの再定義」が行われていくはずなのだが、いくつかの理由でディスカウントされたリスクアセスメントが固定化され支援が形骸化され、虐待死に至ってしまうという事象が指摘されている。「②支援方針の変更を進めていく」のは、「①支援方針の固定化・形骸化」に陥らないようにするための取り組みがまとめられた表札となる。

これらを図解化したものが図 1「孤独・孤立に対しての途切れない・つながる支援と組織の修正力」である。「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」は相互の矢印で示されているように、ケースが子どもの養育の困難さを増し、孤独・孤立と言った子ども虐待を進めていくようにベクトルが進んでいこうとするときに、途切れない支援とそのための連携の中で、そのベクトルに贖(あがな)おうとする力になっていく。

児相や市区長村の子ども虐待対応は常にこのように動いているが、子ども虐待が深刻になったり、死亡事例に至るような状況に至るときには「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」のせめぎあいに対して、「3 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」という言わばデバイス(装置)が、それまでの支援方針を協力に変えたりする判断が即時、協力に求められる。「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」のせめぎあいの渦中にいる当事者、組織は、そのさなかにいると、ときにその判断が難しい場合がある。または、その判断のデバイスすら持ってないことがある。

大きな三つの島は、相互に影響しあいながら、子どもの安全に対峙しているが「3 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」というこのデバイスが大切な役割を担ってくる。

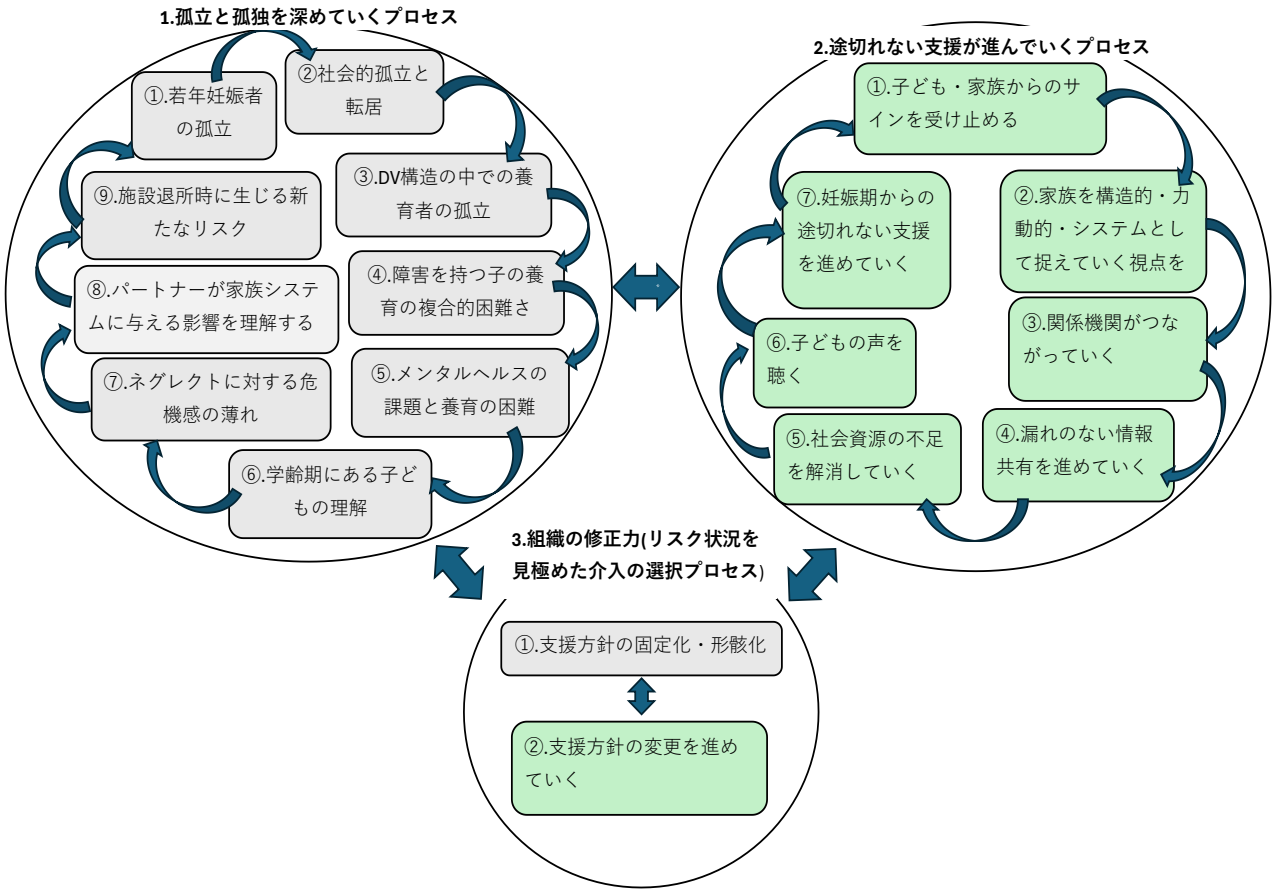


図 1「孤独・孤立に対しての途切れない・つながる支援と組織の修正力」

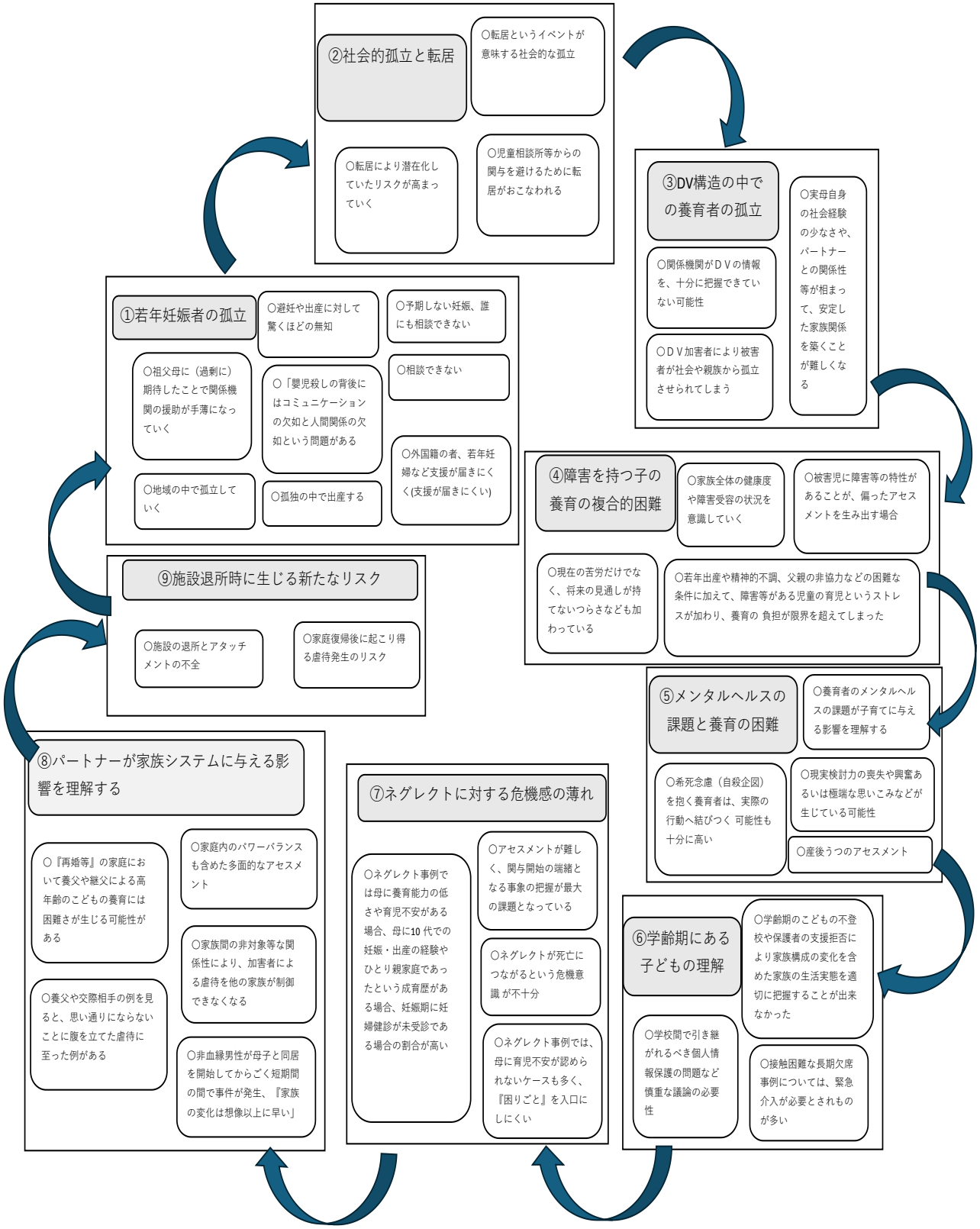


図2「孤立と孤独を深めていくプロセス」

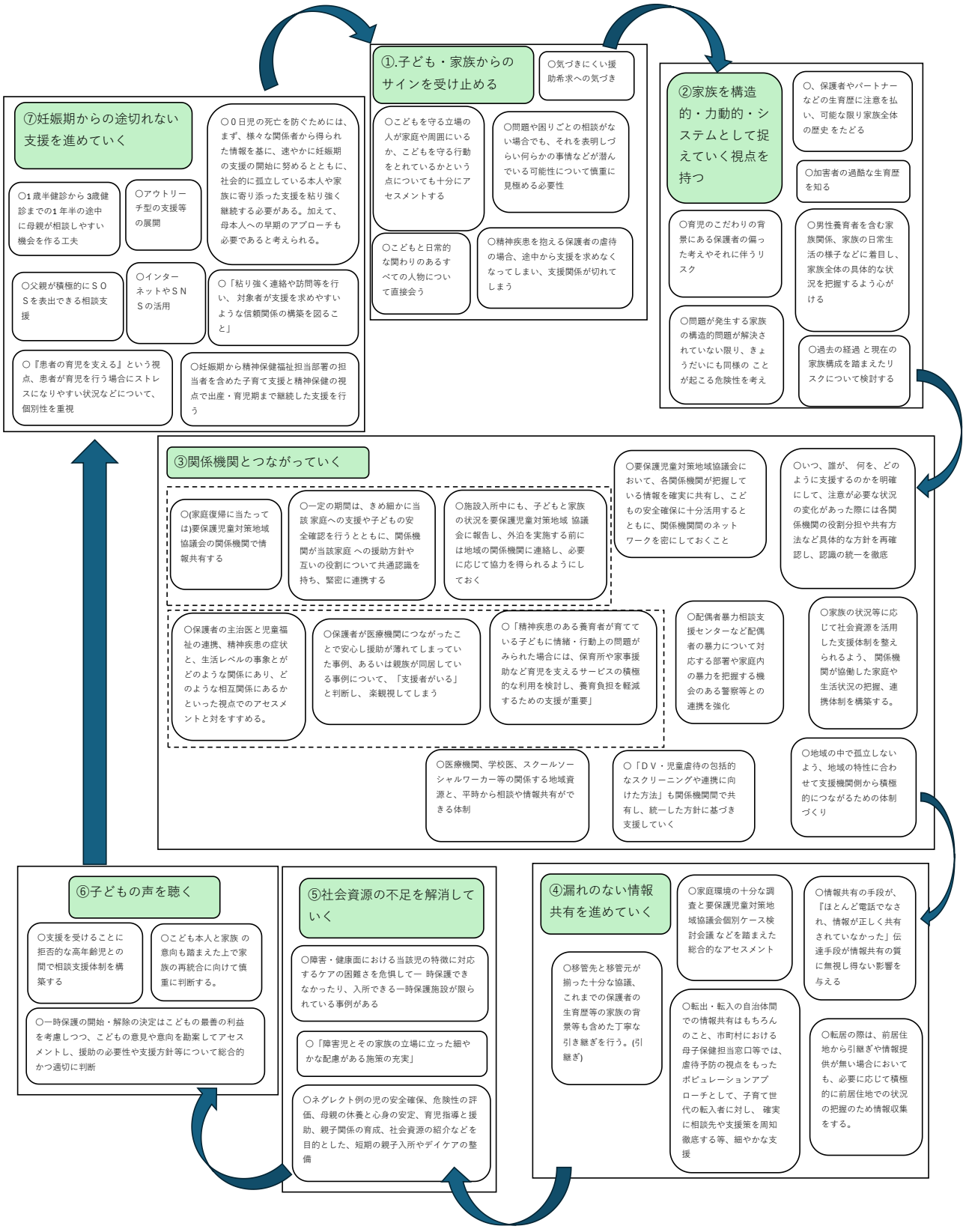


図3「途切れない支援が進んでいくプロセス」

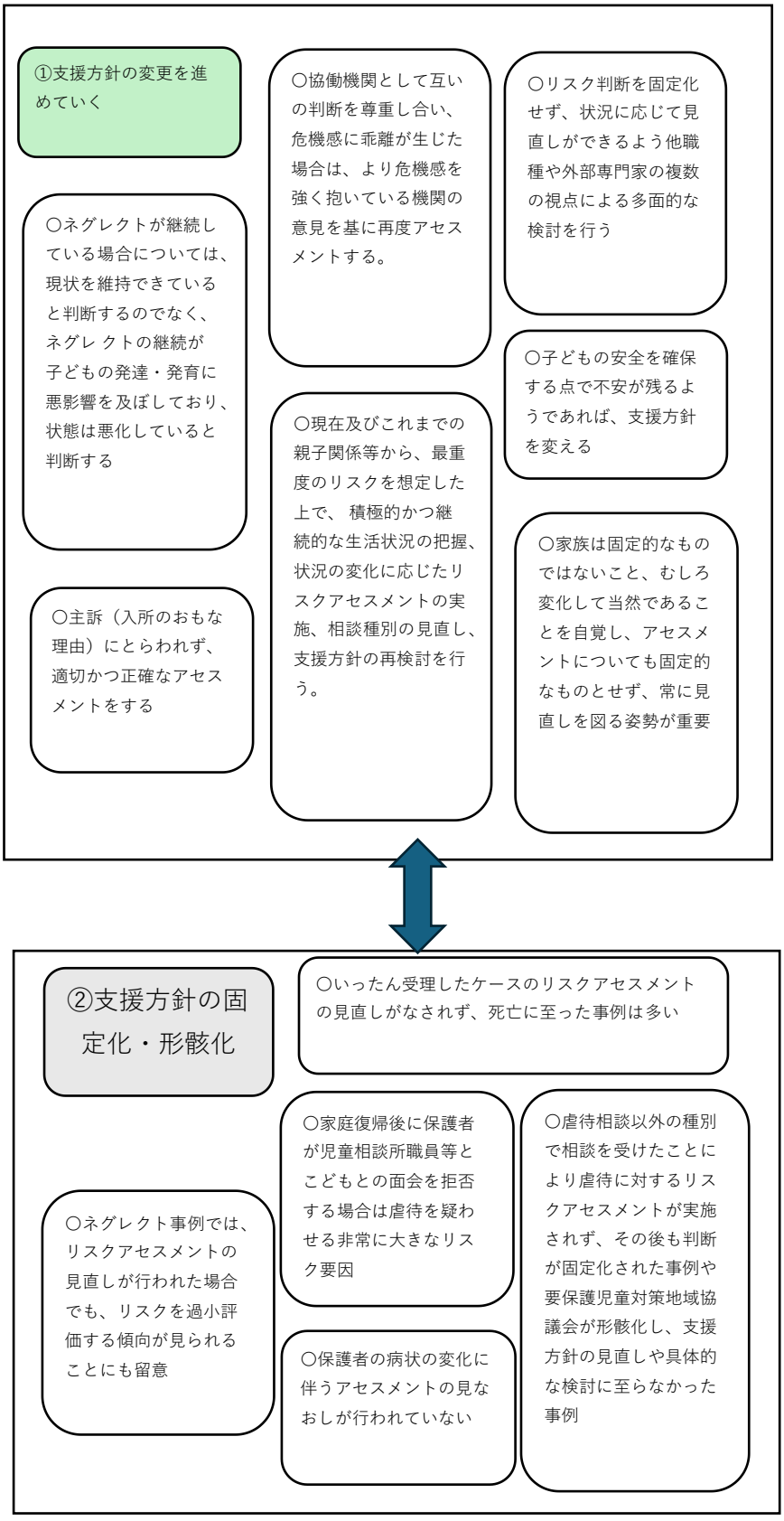


図4「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」

ここでは、全体図、図 1「孤独・孤立に対しての途切れない・つながる支援と組織の修正力」に示した「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」(図2)「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」(図3)「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」(図 4)の大きな三つの島を構成する 18 の表札について説明する。

1孤立と孤独を深めていくプロセス

「孤立と孤独を深めていくプロセス」については図2によって詳細が示されている。四角で示されている言葉は、その表札を構成する小さな表札であったり、国による多くの検証報告、自治体による検証報告、そして、それらを素材とした研究、それによらない研究において指摘されたインシデントであったりする(以下同じ)。

①若年妊娠者の孤立

近藤(2008)は少年院に入所中の嬰児殺に至った少年について「避妊や出産に対して驚くほどの無知」を指摘している。このことは、少年院に入所せざるを得ない過酷なヒストリーを持つ少年にだけ言えることではない。社会の縮図が少年院の中にあると言ってもよい。

そんな無防備な中での「予期しない妊娠」は、フォーマル、インフォーマルにおいても希薄な人間関係の中で、「誰にも相談できない」状態に追いやられる。とりわけ、外国籍の者、若年妊婦などには支援が届きにくい。そして、地域の中で孤立し、孤独の中で出産していくことになる。Oberman の次の言葉に「若年妊娠者の孤立」というテーマが集約されている。「嬰児殺しの背後にはコミュニケーションの欠如と人間関係の欠如という問題があり、単なる個人の問題ではないとする。嬰児殺しを根絶するためには、まず女性が妊娠するような事態に至る前ら、彼女たちの弱い立場を認め、周囲との信頼関係を強化するように、対策を立てていかなければいけない」(Oberman 1996)

②社会的孤立と転居

転居については、繰り返し虐待死のリスクとして指摘されている。「転居というイベントが意味する社会的な孤立」が指摘されているが、子ども虐待死に至るような事例においては、何らかの理由で、その地域で生活することができなかったということである。ここでも、フォーマル、インフォーマルにおいても希薄な人間関係の中で、「誰にも相談できない」状態があったことが想像される。転居せざるを得なかった背景には、やはりそこに「社会的孤立」があるのではないだろうか。また、「児相等からの関与を避けるために転居がおこなわれる」こともある。転居に伴う機関連携や、情報共有のための引継ぎがうまくできなかったことで、言わば情報がリセットされてしまうようなことが起きている。また、転居前の市区町村での危機介入を経験していない場合は転居の度に、支援機関の危機感は薄まり、関与が少なくなっていく。改めて「転居により潜在化していたリスクが高まっていく」ことを認識しなければならない。

③DV 構造の中での養育者の孤立

DV 構造を念頭に置いたリスクアセスメントと介入についても、繰り返し指摘されているテーマである。

DV 構造がある場合については「実母自身の社会経験の少なさや、パートナーとの関係性等が相まって、安定した家族関係を築くことが難しくなる」ことは言うまでもない。暴力によって無力化されてしまうことが生じ、暴力に抵抗ができなくなってくるなど、暴力に依り服従させられていくプロセスがある。多くの母親が、子どもを守りたい、父親の暴力に巻き込みたくないという思いはあるが、DV 構造がある場合は、その思いだけでは、暴力に依る服従の中で、子どもを守ることができなくなっていくのは、いくつも死亡事例が私たちに教えている。さらに、加害者は、母親の人間関係をコントロールすることでその関係を支配していく、ここでも、孤立、孤独というテーマが認められる。「DV加害者により被害者が社会や親族から孤立させられてしまう」のである。

関係機関がDVの情報を得ることは言うまでもないが、DV を受けている母親が被害を受けているという認識がなかったり、乏しかったりすれば自ら訴えることはし

ない。一歩、踏み込んで、DV に該当する行為はないか問いかけていくことが求められる。

④障害を持つ子の養育の複合的困難

川﨑(2023)は障害を有する子どもの虐待死を分析する中で「障害等がある児童の存在を別にしても、すでに主たる養育を担わされた母は過重な負担を強いられており、そこへ被害児の障害等の状況が付加されることで、危機的状況を招いた例が多かったように思われる。虐待死の原因に、こうした家族関係、母の状況が影響していることは大いに考えられる。」さらに、「若年出産や精神的不調、父親の非協力などの困難な条件に加えて、障害等がある児童の育児というストレスが加わり、養育の負担が限界を超えてしまった」としている。

障害を持つ子どもの養育においては、障害があったことで将来の我が子を心配したり、親亡き後を心配するなど障害を有するがゆえの困難などがある。障害を有するがゆえの困難が虐待死にどのような影響を与えたのかと言った点での理由はケースによって異なるが、障害を持つ子の養育における複合的困難を捉える視点が大切である。

そのためには、障害を有する子どもの家族の支援を考える時には「家族全体の健康度や障害受容の状況を意識していく」こと、また、「被害児に障害等の特性があることが、偏ったアセスメントを生み出す場合」があり留意が必要であることを指摘している。

⑤メンタルヘルスの課題と養育の困難

メンタルヘルスの課題も繰り返し指摘されているテーマである。直近の国検証 19 次報告でも虐待死の事例の中でメンタルヘルスの課題があったものの割合を16.3%としている。但し、これらは医師の診断によるものであるので、実際はさらに割合は高いことが推定される。

メンタルヘルスの課題と養育の困難を理解するためには、「養育者のメンタルヘルスの課題が子育てに与える影響を理解する」ことが必要になる。症状が「現実検討力の喪失や興奮あるいは極端な思いこみなどが生じている可能性」があったり「希死念慮（自殺企図）を抱く養育者は、実際の行動へ結びつく可能性も十分に高い(国検証 19 次報告)」ことを念頭に関係機関との連携の中で、危機介入が検討されなければならない。

「産後うつ」のアセスメントもメンタルヘルスの課題においては、重要なテーマであり、アルコール依存、薬物依存などとともに子ども虐待との関連が指摘されている。

⑥学齢期にある子どもの理解

学齢期の子どもについては、学校とのかかわりの中で虐待のサインが見えてくる。

羽間等(2012)の研究では「学齢期のこどもの不登校や保護者の支援拒否により家族構成の変化を含めた家族の生活実態を適切に把握することが出来なかった」事例を紹介している。その事例を踏まえて、不登校、引きこもりについては子どもに直接会ったり、安否を確認することが難しい場合も少なくない、ことを指摘している。しかし「接触困難な長期欠席事例については、緊急介入が必要とされものが多い」ことも指摘しており、子どもや家族が置かれている独自の理由はあったとしても、安否の確認が必須となる、としている。

⑦ネグレクトに対する危機感の薄れ

ここでは、ネグレクト事例が他の虐待種別に比較して、「ずっとその状態が続いている」という認識から重大な事態には発展しないであろうという、危機感の薄れが指摘されている。

ネグレクト事例は「アセスメントが難しく、関与開始の端緒となる事象の把握が最大の課題となっている」、つまり、「ずっとその状態が続いている」「それなりの生活がある」という認識から、「ネグレクトが死亡につながるという危機意識が不十分」になることに警鐘が鳴らされている。

また、関わろうとしても、ネグレクト事例では、「母に育児不安が認められないケースも多く、『困りごと』を

入口にしにくい」ことも指摘されている。

⑧パートナーが家族システムに与える影響を理解する

ここは、「DV 構造の中での養育者の孤立」で説明したことと重なるが、必ずしも DV のような暴力がなかったとしても、パートナーが家族システムに与える影響は少なくなく、そのことが子どもの安全に強く影響を与える場合がある。

そのためにも、「家庭内のパワーバランスも含めた多面的なアセスメント」は必須であり「家族間の非対称等な関係性により、加害者による虐待を他の家族が制御できなくなる」ことの理解、「非血縁男性が母子と同居を開始してからごく短期間の間で事件が発生、『家族の変化は想像以上に早い」ことを認識しなければならない、としている。

さらに、「養父や交際相手の例を見ると、思い通りにならないことに腹を立てた虐待に至った例がある」ことからも「再婚等」の家庭において養父や継父による高年齢のこどもの養育には困難さが生じる可能性があることが指摘されている。

⑨施設退所時に生じる新たなリスク

ここでは、施設退所時に生じる、新たなリスクについてまとめられている。

施設の措置解除に当たっては、施設入所に至った理由や、問題、課題がどのように解消されていたかを慎重に見極める必要がある。さらに、それだけでなく、家庭復帰後に起こり得る虐待発生のリスクについても、慎重に見極めていく必要がある。子どもの年齢が変われば、その成長に応じた課題がある。家族構成が変われば、家族の力動、システムも変わってくる。暴力がなくなることは必須であるが、一方で、これまで暴力で抑えつけられていたものがなくなることで新たな課題も生じる。例えば DV で抑圧されていた母子が、父親がいなくなることでそれまで顕在化していなかった母子の関係に直面すると言うことがある。また、暴力が、なくなったことで、自分の意見を言えるようになった子どもに、養育者が苛立ちを覚えるというようなことも生じよう。

「施設の退所とアタッチメントの不全」は、例えば、乳児院で生活した子どもが在宅に戻るときのフォスタリングチェンジの課題である。

2途切れない支援が進んでいくプロセス

ここで示された「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」の島は、「3.孤立と孤独を深めていくプロセス」の島とそれを構成する 9 つの表札に対して、双方の矢印が示されており、途切れない支援が、家族の孤立と、孤独にいかに対峙するのかが示されている。

①子ども・家族からのサインを受け止める

ここでは、子ども・家族からのサインをどのように受け止めていくのかがまとめられている。

子どもの声は小さい。子どもたちは、虐待されている環境の中で生き延びていくために声を出さないことで、ひっそりと生きている。自分が声を上げた時、そこに暴力があることを経験すれば、子どもは声を上げないことで自分を守ろうとする。暴力に支配されている家族(母)もそうである。ネグレクトケースのように、自ら声を上げることもない場合も少なくない。

それでも、「気づきにくい援助希求への気づき」が支援者には求められる。「問題や困りごとの相談がない場合でも、それを表明しづらい何らかの事情などが潜んでいる可能性について慎重に見極める必要性」があり、そのために、アウトリーチによる出向いていく支援、おせっかいが必要になる。

「精神疾患を抱える保護者による虐待の場合、途中から支援を求めなくなってしまい、支援関係が切れてしまう」ことがあることを念頭に、つながる支援をしていくことが求められる。

子ども虐待対応では、「こどもと日常的な関わりのあるすべての人物について直接会う」ことが必要である。そして、「こどもを守る立場の人が家庭や周囲にいるか、こどもを守る行動をとれているかという点についても十分にアセスメントする」ことが求められる。

②家族を構造的・力動的・システムとして捉えていく視点を持つ

ここでは、ここまで繰り返し何度も指摘されている家族を構造的・力動的・システムとして捉えていく視点についてまとめられている。

「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」の島で取り上げられたのは、「①若年妊娠者の孤立」「②社会的孤立と転居」「③DV 構造の中での養育者の孤立」「④障害を持つ子の養育の複合的困難」「⑤メンタルヘルスの課題と養育の困難」「⑥学齢期にある子どもの理解」「⑦ネグレクトに対する危機感の薄れ」「⑧パートナーが家族システムに与える影響を理解する」「⑨施設退所時に生じる新たなリスク」であったが、これらの環境に置かれた家族を構造的・力動的・システムとして捉えていくことの視点、アセスメントの専門性が求められる。

そのためには「保護者やパートナーなどの生育歴に注意を払い、可能な限り家族全体の歴史をたどる」「加害者の過酷な生育歴を知る」「男性養育者を含む家族関係、家族の日常生活の様子などに着目し、家族全体の具体的な状況を把握するよう心がける」「過去の経過と現在の家族構成を踏まえたリスクについて検討する」などが求められる。

さらに、「問題が発生する家族の構造的問題が解決されていない限り、きょうだいにも同様のことが起こる危険性を考える」ことが必須であり、その時点で仮に直接の被害を受けていなかったとしても、きょうだいに起きた同じ虐待が起きることを想定した支援が必要となる。直接被害を受けていた子どもが家庭から離れることで、家族の力動、システムが変わり、新たなスケープゴートが生じることはこれまでも何度も経験している。

「育児のこだわりの背景にある保護者の偏った考えやそれに伴うリスク」は、虐待のリスク要因として指摘されている。これらのこだわりの背景にあるもの、コアビリーフがどのように構成されてきたのかを見立てていく力が必要である。

③関係機関とつながっていく

関係機関との連携の不備が、子ども虐待死を引き起こした背景にあることの指摘は、多くの検証で、繰り返し指摘されている。ここでは、関係機関がいかにつながっていくべきかの連携のテーマをまとめている。

関係機関連携についてはその要となる「要保護児童対策地域協議会において、各関係機関が把握している情報を確実に共有し、こどもの安全確保に十分活用するとともに、関係機関間のネットワークを密にしておくこと、いつ、誰が、 何を、どのように支援するのかを明確にして、注意が必要な状況の変化があった際には各関係機関の役割分担や共有方法など具体的な方針を再確認し、認識の統一を徹底」すること、「家族の状況等に応じて社会資源を活用した支援体制を整えられるよう、 関係機関が協働した家庭や生活状況の把握、連携体制を構築する。」ことが指摘されている(国検証 19 次報告など)。

また、DV が子ども虐待の背景にあるケースにおいては「配偶者暴力相談支援センターなど配偶者の暴力について対応する部署や家庭内の暴力を把握する機会のある警察等との連携を強化」さらに、「地域の中で孤立しないよう、地域の特性に合わせて支援機関側から積極的につながるための体制づくり」そして、「DV・児童虐待の包括的なスクリーニングや連携に向けた方法」も関係機関間で共有し、統一した方針に基づき支援していくが提言されている。

メンタルヘルスに課題のあるケースにおいては、「精神疾患のある養育者が育てている子どもに情緒・行動上の問題がみられた場合には、保育所や家事援助など育児を支えるサービスの積極的な利用を検討し、養育負担を軽減するための支援が重要」とし、さらに「保護者が医療機関につながったことで安心し援助が薄れてしまっていた事例、あるいは親族が同居している事例について、『支援者がいる』と判断し、楽観視してしまう」ことのないような関与が提言されている。加えて、「保護者の主治医と児童福祉の連携、精神疾患の症状と、生活レベルの事象とがどのような関係にあり、どのような相互関係にあるかといった視点でのアセスメントとをすすめる」ことを指摘し、「医療機関、学

校医、スクールソーシャルワーカー等の関係する地域資源と、平時から相談や情報共有ができる体制」づくりなどが提言されている(国検証 19 次報告など)。

一時保護や、社会的養護施設等から家庭復帰するケースについては、子どもが、一時保護、措置等されている時から「要保護児童対策地域協議会の関係機関で情報共有する」ことが提言されている。さらに、家庭復帰が実施されたのちも「一定の期間は、きめ細かに当該家庭への支援や子どもの安全確認を行うとともに、関係機関が当該家庭への援助方針や互いの役割について共通認識を持ち、緊密に連携する」が提言されている。

④漏れのない情報共有を進めていく

機関連携と対になるが、情報共有についても繰り返し指摘されている課題である。

機関連携の要となる要保護児童対策地域協議会がやはり情報共有の要となっていく。「家庭環境の十分な調査と要保護児童対策地域協議会個別ケース検討会議などを踏まえた総合的なアセスメント」がなされなければならないことは言うまでもない。その際、川﨑(2013)は「情報共有の手段が、『ほとんど電話でなされ、情報が正しく共有されていなかった」伝達手段が情報共有の質に無視し得ない影響を与える』ことを指摘している。顔の見える機関連携、情報共有がリアルにその現実を伝えていくことになるだろう。

情報共有の課題がとりわけ課題とされるのは、転居の際である。「転居の際は、前居住地から引継ぎや情報提供が無い場合においても、必要に応じて積極的に前居住地での状況の把握のため情報収集をする。」さらに、「転出・転入の自治体間での情報共有はもちろんのこと、市区町村における母子保健担当窓口等では、虐待予防の視点をもったポピュレーションアプローチとして、子育て世代の転入者に対し、確実に相談先や支援策を周知徹底する等、細やかな支援」が求められるとされる(国検証 19 次報告など)。さらに、「移管先と移管元が揃った十分な協議、これまでの保護者の生育歴等の家族の背景等も含めた丁寧な引き継ぎを行う。(引継ぎ)」ことが求められている。転居は家族の代表的なリスクファクターであるが、支援機関においても、情報が途絶える、切れ目を作ってしまうリスクファクターなのである。

⑤社会資源の不足を解消していく

児相、市区町村の体制、人的な配置は、大きな課題である。「新たな総合強化プラン」により、体制の強化が図られているが、十分な体制が確保されているとは、おおよそ言い難い。

ここでは、特に子どもを一時保護する際の社会資源の不足について言及されている。一時保護所は地方によってその入所割合が異なるが、都市部では、いずれも定員を超過して保護されている状況が続いている。定員超過による子どもの生活の質も懸念される。深刻なのは、子ども虐待対応において必要な一時保護が実施されているかの懸念である。児相は、子どもが置かれているリスクを適正に判断し、必要に応じて一時保護を実施していると思われるが、実際は、一時保護所に空きが少なければ、よりリスクの高い子どもが優先される。子どもや、家族にとっては一時保護が在宅生活を維持するために必要な時間であったりすることもあるが、それらのケースの優先順位は高くない。ましてや、虐待の主訴以外の子どもは一時保護の機会はほとんどないのが現状である。

更に川﨑(2023)は、「障害・健康面における当該児の特徴に対応するケアの困難さを危惧して一時保護できなかったり、入所できる一時保護施設が限られている事例」があり「障害児とその家族の立場に立った細やかな配慮がある施策の充実」を指摘している。障害児を一時保護することができる社会資源の不足は極めて深刻である。

相模(2003)は当時、「ネグレクト例の児の安全確保、危険性の評価、母親の休養と心身の安定、育児指導と援助、親子関係の育成、社会資源の紹介などを目的とした、短期の親子入所やデイケアの整備」を提言している。20 年以上前の提言であるが、今この提言はどこまで実現しているであろうか。

⑥子どもの声を聴く

山形(2019)は虐待死に至る7つの問題を指摘している。すなわち、①基本の手続きの非実施、②子どもの多様な声の軽視、③アセスメントの不十分さ、④介入的支援への消極性、⑤連携不足、⑥要保護児童対策地域協議会での協議が不十分、⑦ 0日・0か月児死亡への対応策の不十分さ、である。これらは、本調査で繰り返し述べられたことを集約しているともいえる。その中で、特に「子どもの多様な声の軽視」という切り口は、様々な虐待対応の不備の累積の中での最終的な帰結と言える事象である。子どもの声を聴かなかったり、聞こえてこないときにはすでにリスクが進行しているともいえるのではないだろうか。

先にも述べたが、子ども虐待の渦中に置かれている子どもは自らの気持ちや意思、意見を表明しないことで、その環境に順応し、生き延びようとしている。声は、かすかにしか聞こえないかもしれない。しかし、その声を聴こうとしなかったり、聴こうとする努力を怠れば、そこにリスクが生まれるのである。「こども本人と家族の意向も踏まえた上で家族の再統合に向けて慎重に判断する」「一時保護の開始・解除の決定はこどもの最善の利益を考慮しつつ、こどもの意見や意向を勘案してアセスメントし、援助の必要性や支援方針等について総合的かつ適切に判断」することが大切である。(5 つの)アドボケイトの大切さは言うまでもないが、意見表明等措置を超えて、子どもの声に耳を澄ませることの姿勢が、ここではまとめられている。

更に「支援を受けることに拒否的な高年齢児との間で相談支援体制を構築する」というテーマについては、必ずしも高年齢児に限らないが、相談機関への信頼を得ていく努力を継続していくことが必要である。子どもの置かれている状況を理解しながら、あなたが大切であるというメッセージを常に伝えながら、関係を構築していくことが求められる。

⑦妊娠期からの途切れない支援を進めていく

国検証 16 次報告特集「ネグレクト」では「0日児の死亡を防ぐためには、まず、様々な関係者から得られた情報を基に、速やかに妊娠期の支援の開始に努めるとともに、社会的に孤立している本人や家族に寄り添った支援を粘り強く継続する必要がある。加えて、母本人への早期のアプローチも必要であると考えられる。」としている。さらに、「粘り強く連絡や訪問等を行い、対象者が支援を求めやすいような信頼関係の構築を図ること」は、たやすいことではないが、「アウトリーチ型の支援等の展開」「インターネットやSNSの活用」などの家族にメッセージを届ける努力をし続けなければならない、としている。

メンタルヘルスに課題がある養育者については「妊娠期から精神保健福祉担当部署の担当者を含めた子育て支援と精神保健の視点で出産・育児期まで継続した支援を行う」ことが課題となる。さらに、「『患者の育児を支える』という視点、患者が育児を行う場合にストレスになりやすい状況などについて、個別性を重視」していくことが指摘されている(国検証 16 次報告特集「ネグレクト」)。

そして、「1 歳半健診から 3 歳健診までの 1 年半の途中に母親が相談しやすい機会を作る工夫」とともに、そこでは養育の主体として母親への関与だけでなく、見落としがちになりやすい「父親が積極的にSOSを表出できる相談支援」の構築にも努めることが提言されている。

3組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)

ここの島は、「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」という大きな二つの島の相互作用の中で、子どもが危機的な状況に置かれていることに気づき(アセスメント)、「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」において判断し、子どもの安全を守っていくデバイスを担う重要な島である。

①支援方針の固定化・形骸化

「支援方針の固定化・形骸化」については「いったん

受理したケースのリスクアセスメントの見直しがなされず、死亡に至った事例は多い」ことの指摘、さらに「虐待相談以外の種別で相談を受けたことにより虐待に対するリスクアセスメントが実施されず、その後も判断が固定化された事例や要保護児童対策地域協議会が形骸化し、支援方針の見直しや具体的な検討に至らなかった事例」など、数多くの指摘が繰り返しなされている。それは、ケースを受理した時点でのアセスメントの不十分さであったりする。しかし、情報共有の課題はその後、新たな情報が加わったとしてもリスクアセスメントの変更がなされなかったり、支援、介入方針が変わらなかったりする。あるいは、相談関係を超えて、危機介入しなければならない場面の切り替えがなされず、死亡に至った事例が数多く指摘されている。

また、「家庭復帰後に保護者が児相職員等とこどもとの面会を拒否する場合は虐待を疑わせる非常に大きなリスク要因」とされるように、保護者が家庭復帰までは児相の指導に従っていたものの、在宅に戻ってから、児相とのかかわりに消極的になったり、拒否するような場面である。そのような時に、ここにある「3.組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」デバイスが働くか否かが問われてくる。

メンタルヘルスに課題があるケースにおいても「保護者の病状の変化に伴うアセスメントの見直しが行われていない」ことが指摘されている。

「ネグレクト事例では、リスクアセスメントの見直しが行われた場合でも、リスクを過小評価する傾向が見られることにも留意」することも指摘されている。ネグレクト事例は、介入の起点が見つけづらく、「何とか生活ができている」という、根拠のない支援者側の安心感が生まれやすい、とされる。

②支援方針の変更を進めていく

「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」のデバイスの中で的確に「支援方針の変更を進めていく」ために必要なことは「協働機関として互いの判断を尊重し合い、危機感に乖離が生じた場合は、より危機感を強く抱いている機関の意見を基に再度アセスメントする」こと、さらに「リスク判断を固定化せず、状況に応じて見直しができるよう他職種や外部専門家の複数の視点による多面的な検討を行う」「家族は固定的なものではないこと、むしろ変化して当然であることを自覚し、アセスメントについても固定的なものとせず、常に見直しを図る姿勢が重要」であること、「現在及びこれまでの親子関係等から、最重度のリスクを想定した上で、積極的かつ継続的な生活状況の把握、状況の変化に応じたリスクアセスメントの実施、相談種別の見直し、支援方針の再検討を行う。」などが、繰り返し指摘されている。

さらに、「主訴(入所のおもな理由)にとらわれず、適切かつ正確なアセスメントをする」など、児相がかかわった主訴に限らず、「子どもの安全を確保する点で不安が残るようであれば、支援方針を変える」ことが、指摘されている。

ネグレクト事例においては「ネグレクトが継続している場合については、現状を維持できていると判断するのでなく、ネグレクトの継続が子どもの発達・発育に悪影響を及ぼしており、状態は悪化していると判断する」ことを提言している。

(4)結論

提言は繰り返し同じものが出され続けていると言われるが、改めて、言われ続けていることは何なのかを、まとめ直す機会を得た。そして、国による多くの検証報告、自治体による検証報告、そして、それらを素材とした研究、それによらない研究、資料の言わばメタ分析(調査研究の数量的データ等の比較検討はない)をすることで、これまでの研究の到達点と、そこからの新たな知見を得ることができた。

これまでの研究成果については、本論の中で多数引用してきた。筆者なりに要点をまとめたつもりであるが、膨大な研究であるので、詳細は原著をあたってほしい。

そして、ここから示されている様々な分析、知見、意見、提言はまさに、様々なものであり、異質なものである。これらをまとめていくための方法として、今回は「質

的統合法」を採用した。

質的統合法による結果は、図 1 の通りであり、この図解化の説明が結論である。

タイトルは、「孤独・孤立に対しての途切れない・つながる支援と組織の修正力」である。

「『1.孤立と孤独を深めていくプロセス』『2.途切れない支援が進んでいくプロセス』は相互の矢印で示されているように、ケースが子どもの養育の困難さを増し、孤独・孤立と言った子ども虐待を深刻化させるようにベクトルが進んでいこうとするときに、途切れない支援とそのための連携の中で、そのベクトルに贖(あがな)おうとする力になっていく。

児相や市区長村の子ども虐待対応は常にこのように動いているが、子ども虐待が深刻になったり、死亡事例に至るような状況に至るときには『1.孤立と孤独を深めていくプロセス』『2.途切れない支援が進んでいくプロセス』のせめぎあいに対して、『3 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)』というデバイスが、それまでの支援方針を即時にそして強力に変えたりする判断が求められる。『1.孤立と孤独を深めていくプロセス』『2.途切れない支援が進んでいくプロセス』のせめぎあいの渦中にいる当事者、組織は、そのさなかにいると、その判断が難しい場合がある。または、その判断のデバイスすら持ってないことがある。

大きな三つの島は、相互に影響しあいながら、子どもの安全に対峙しているが『組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)』というこのデバイスが大切な役割を担ってくることを指摘した。

筆者の仮説は「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」というこのデバイスが組織の中で実際にどのように機能することができるか否かということになる。そして、このデバイスは時間が経過する中で、硬直化していくことも指摘した。結果として硬直化した判断は子どもの安全と命をおびやかしていくことになる。

要は、実際の組織の中でこのデバイスが働かないのは、どのようなファクターがあるのかという点が明らかになっていない。あるいは、それらの阻害要因があるのであれば、それらを防ぐためにどのように組織の中でそのデバイスを構築していくのかということが問われてくる。

今回、過去 20 年間の子どもの虐待死に関わる国による多くの検証報告、自治体による検証報告、そして、それらを素材とした研究、それによらない研究、資料をレビューしてきたが、児相や市区町村の組織の在り方に言及するものはあまり見られなかった。改めて「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」が問われているのではないか。

ところで、いずれの現場も、十分な人員が配置されず、極めて厳しい状況の中でその職員の努力によって実践が支えられている。組織によっては、膨大な事例をいまだ抱えながら、その中で一粒の、重大事案に発展するかもしれないリスクを探し出すように業務を推進している。実際、児相に通告されるケースの中で死亡事例に至るのは、おおよそ 1 万人に一人とも言われている。おそらく、死亡事例に至った事例と同程度のリスクと判断していた事例は組織の中ではその何百、何千と存在するに違いない。現実の組織の中で、これらのリスクを見つけ出すことが求められているという現実を踏まえて、組織の在り方、「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」議論が進められなければならない。

「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」というデバイスを現実の、組織の中でいかに構築していくのかが次の研究テーマである。虐待死に到る家族力動(システムの変化)に対して、組織がどのように対峙していくのかの組織力動、システムの在り方、さらに、その組織に生じるバイアス、ピットホールなどを明らかにすることがテーマとなる。

また、研究を概観してくることで明らかになったことは、研究の対象として当事者(子ども・家族・親族など)の言葉を取り上げた分析はほとんどないこと、実際に事例に関わった現場の声を取り上げた分析もほとんどないことである。裁判の傍聴は、当事者の声を直接聞く機会ではあるが、法的争点の中での言葉として理解しなければならないものでもある。

さらに、実際に死亡に至った事例と死亡に至らなかった事例の差はわずかであり、そこにある分岐点を正確に見つけることは困難であることの認識に至った。おそらく、死亡に至らなかった事例の検証をしたとしても、そこで死亡事例の検証で明らかになったような様々な課題は抽出されるように思う。その点でいえば、何が、死亡に至らしめたのかという研究とともに「守られた命」の検証が一方で求められるように思う。

（表13）

表 13　まとめ

1. 国による多くの検証報告、自治体による検証報告、そして、それらを素材とした研究、それによらない研究、資料等を質的統合法でまとめると、「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」「3 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」の大きなまとまり(島)が形成された。

2.「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」と「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」はせめぎあいながら、実践が展開された。そして、このせめぎあいに対して、「3 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」が言わば、組織のデバイスとして機能するか否かが、子どもの安全を守るために欠かせないものであることを指摘した。

3.「1.孤立と孤独を深めていくプロセス」の下位項目としての表札には「①若年妊娠者の孤立」「②社会的孤立と転居」「③DV 構造の中での養育者の孤立」「④障害を持つ子の養育の複合的困難」「⑤メンタルヘルスの課題と養育の困難」「⑥学齢期にある子どもの理解」「⑦ネグレクトに対する危機感の薄れ」「⑧パートナーが家族システムに与える影響を理解する」「⑨施設退所時に生じる新たなリスク」がある。

4.「2.途切れない支援が進んでいくプロセス」の下位項目としての表札には「①子ども・家族からのサインを受け止める」「②家族を構造的・力動的・システムとして捉えていく視点を持つ」「③関係機関とつながっていく」「④漏れのない情報共有を進めていく」「⑤社会資源の不足を解消していく」「⑥子どもの声を聴く」「⑦妊娠期からの途切れない支援を進めていく」の表札がある。

5.「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」の下位項目としての表札には「①支援方針の固定化・形骸化」「②支援方針の変更を進めていく」がある。

6.「組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」というこのデバイスが組織の中で実際にどのように機能することができるかということが子どもの安全を守るためのポイントのひとつとなる。

7.「3. 組織の修正力(リスク状況を見極めた介入の選択プロセス)」については、膨大なケースを抱え、十分な組織体制が確保できておらず、その中でリスクを見極めなければならないという実際の現場の現実の中で検討されなければならない。

8. 組織がどのように子ども虐待に対峙していくのかの組織の在り方、組織力動、システム、さらに、その組織に生じるバイアス、ピットホールなどを明らかにすることが組織を理解するときのポイントのひとつとなるのではないか。

9. 研究を概観すると当事者(子ども・家族・親族など)の言葉を取り上げた分析はほとんどないこと、実際に事例に関わった現場の声を取り上げた分析はほとんどないことが明らかになった

10. 死亡に至った事例と死亡に至らなかった事例の差、あるいは分岐点を見つけることは困難である。今後は何が、死亡に至らしめたのかという研究とともに「守られた命」の検証が一方で求められる(補償因子の探求)。

Ⅲ－B. 0歳児の死亡に関する研究の分析

心中以外で児童虐待によって死亡する子どもは0歳児が多いことを踏まえて、ここでは、0歳児の死亡に焦点を絞って分析する。分析対象は主に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」報告書と0歳児死亡に焦点を当てた研究報告である。

ここでは、検証が開始された 2004 年(平成 16 年)から今日に至るまでの時系列に沿って、0歳児死亡事例の特徴理解の経過、支援機関等の対応上の展開と課題等を分析、整理し、総合的分析で見出された「孤立と孤独を深めていくプロセス」「途切れない支援が進んでいくプロセス」「組織の修正力」の 3 つの視点から分析を行い、現在の到達点と課題等について考察する。

1. 内容の分析結果

(1)0歳児死亡の多さと周産期支援の重要さ

2005 年から始まった国の「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」報告書(以下、検証報告書)は、これまでに第 19 次までの検証報告書が発刊されているが、検証開始時から0歳児の虐待による死亡が多いことが明らかにされており、検証報告書・第 2 次報告(2006)では、「妊娠期からの虐待予防の重要性」が指摘され、翌年の第3次報告(2007)では、「発生予防に関するもの」として、0歳児死亡の防止に関するいくつかの提言がなされている。表 1 に第 3 次報告の提言の内容を示す。第 4 次報告では、第 3 次報告を踏まえた考察がされているので、その内容も表 1 に示す。

表 14　0歳児死亡の防止に関する第 3 次報告の提言と第 4 次報告の考察

第3次報告「発生予防に関するもの」の提言

1.　関係機関の連携

・要支援家庭や虐待の疑いのある家庭を早期に把握し支援するために、地域の実情に応じ、医療機関から市区町村保健センター等保健機関や児相への情報提供や相互の連携を強化するための地域保健医療連携システムの構築を図る。

・現行制度では、子どもの出生前の段階で要保護児童としての支援の必要が見込まれるケースについて、児童福祉法や児童虐待防止法上の取扱が不明確であるが、このようなケースについても、市区町村及び児相における記録票の作成などの取扱を明確にすべきである。

・出生前後を問わず、ハイリスクであって特に支援が必要なケースについては、要保護児童対策地域協議会の場等において、個別ケース検討会議を開催し、対応を検討することとする。

・対象ケースが生活保護世帯等であって必要な場合には、要保護児童対策地域協議会の調整機関においてケース検討会議等の場を活用し、福祉事務所と児童福祉の関係機関等との間の密接な情報交換・共有を行うこととする。

2. 妊娠、出産期の相談支援

・妊娠・出産について悩みを抱える女性に対する相談支援の取組の周知、また育児に関する深刻な悩みを抱える保護者に対する養護相談を実施している児相、市区町村の児童家庭相談窓口について広く周知を行う。

・相談に当たっては、本人の悩みを受け止め、どのような支援ができるのか、また、適切なのかをともに考え、個々の状況に応じて訪問、一時預かり等の養育のサポートから、乳児院への入所、里親委託等まで適切な選択肢を検討する。

・また、出産後においては、平成 19 年度からスタートした「生後4か月までの全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」により、ハイリスクのケースを早期に把握するとともに、必要に応じ、「育児支援家庭訪問事業」に結びつけ、適切な支援を行う。

3. 精神障害・産後うつへの対応

・産後うつ等のハイリスクの者を早期に把握するため、「生後4か月までの全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」が すべての市区町村で実施されるよう普及を図る。また、その後のフォロ

ーを適切に実施するため、育児支援家庭訪問事業との一本化を図り、ハイリスクのケースを継続支援につなげるシステムを構築する。 ・出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等の可能性に関するアセスメント能力を向上するため、スクリーニング方法やその後の対応等について先進的な取組例の普及を図る。 ・精神疾患のある保護者等への対応を適切に実施するため、地域の実情に応じ、児相に保健師を配置したり、保健所等における児童虐待対応に向けた体制強化を検討する。 ・「地域保健医療連携システム」においては、精神的問題を抱えるケースも対応できる体制となるよう検討する。
第 4 次報告の0歳児死亡の防止に関する考察 第 3 次報告でも提言したとおり、これらに該当する妊産婦を把握した場合には、要支援家庭として妊娠中から早期に支援を開始するとともに、出産後の養育困難が予測される場合には妊娠中から要保護児童対策地域協議会等において対応を検討する必要があることに加え、関係機関がこのような妊婦をいかに把握するかが今後の課題。

国の検証委員会は、2008 年に第 1 次報告から第 4 次報告までの総括的な検証を行っている。その考察では、死亡が生じるリスク要因として、「こどもの側面」、「保護者の側面」、「生活環境等の側面」、「援助過程の側面」の 4 側面で要因を挙げている。この中で保護者の側面については 12 のリスク要因を示しているが、この内8項目は周産期に関するもので、以下の通りである。

① 保護者等に精神疾患がある、あるいは強い抑うつ状態である

② 妊娠の届出がされていない

③ 母子健康手帳が未発行

④ 特別の事情がないにもかかわらず中絶を希望している

⑤ 医師、助産師が立ち会わないで自宅等で出産をした

⑥ 妊婦健診が未受診である（途中から受診しなくなった場合も含む）

⑦ 妊産婦等と連絡が取れない（途中から関係が変化した場合も含む）

⑧ 乳幼児にかかる健診が未受診である（途中から受診しなくなった場合も含む）

さらに総括報告書では、各年次で数ケースの死亡事例を取り上げて個別に検討している。この中には0歳児の死亡例が2件検討されているので、その概要を表 2 に示す。

表 15　第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による死亡事例等の検証結果総括報告で検討された0歳児の事例

事例 1（報告書では事例3－Ⅱ） 【概要】 母親（20 代後半）と第二子（生後 2 か月）の母子世帯。母親の交際相手と見られる同居男性あり。別に第一子がいるが、約2年前に小学校からの虐待通告があり、当時から現在に至るまで児童養護施設に入所中である。母親は第一子の父親と離婚後、別の複数の男性との同居、離別を繰り返し、第二子を妊娠したが母子健康手帳未交付のまま自室にて出産。産後、栄養を十分に与えず衰弱。生後 2 か月頃、その子どもの父親ではない同居男性が母を伴って子どもを医療機関に受診させたが、すでに死亡していた。なお、母親は、第一子が児童養護施設に入所した後、児相に促されて一度施設に面会に訪れたのみで、ある時期から児相及び児童養護施設が家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。一方、この母親に対しては、福祉事務所が生活保護費の支給等を実施していたが、同時期から保護費の受け取りのために来所しなくなり、家庭訪問や電話連絡を試みても連絡がとれなくなっていた。また、母親自身が過去に虐待を受けた体験があり、10 代後半に家出した後、仕事を転々としてきており、医療機関に継続的に通院する身体疾患も抱えていた。

【問題点】
○ 母親は、妊娠について誰にも相談できないまま同居男性宅で男性が不在の間に出産し、産後も「友達から預かった」と偽っていた。
○ 児相は、母親との面接により生育歴等を把握する中で、母親への支援の必要性を感じていたが、地域の関係機関や児童委員などによる家庭訪問や、精神科の受診勧奨を実施しなかった。また、カウンセリングは実施したものの十分ではなかった。
○ 第一子の施設入所後、母親の容姿が急激に変貌したことが確認され、その後所在不明になっているが、子どもを施設に入所させた後の母親の生活や心理面についてのアセスメントが十分に行われていなかった。
○ それぞれ関与していた児相及び児童養護施設と福祉事務所の間において、家庭訪問や電話連絡により母親の所在を確認しようと試み、連絡がつかない状況が続いているとの情報が交換されていたが、情報共有や母親への対応について、関係者による個別ケース検討会議を含めた協議が不十分であった。
【本事例により明らかになった課題】
○ 妊娠・出産について誰にも相談せず、援助を求めない場合、医療機関や市区町村等関係機関による適切な支援に繋げる体制となっていない。そのため本事例では、母親が妊娠の相談をはじめ適切な支援を受けられていない。
○ 子どもを児童養護施設に入所させ、母子分離した後の保護者の生活や心理状態についてのアセスメントや支援計画のあり方が明確でない。特に、施設入所後は、次に子どもが生まれる可能性や家庭の変化等が想定されるが、こうしたことを把握する仕組みになっていない。
○ 生活保護世帯など福祉事務所が関与するケースの場合、児相と福祉事務所との間で情報交換及び共有するための仕組みが確立していない。そのため本事例では、福祉事務所の情報が児相に伝わっていない。
○ 虐待をした親は次の子どもを出産した時にも虐待をする危険性が高いことが関係者の間で意識されておらず、妊娠の事実の早期把握やその後のフォローが適切に行われていない。

事例 2（報告書では事例3－Ⅲ ）
【事例の概要】
父親（20 代後半）、母親（20 代前半）、双子の第二子・第三子（0歳 1 か月）、他に里親委託されている 2 才の第一子の 5 人家族。父親の暴行により第二子が脳挫傷で死亡。父母ともに幼少時より自身も虐待を受けた体験があり児童養護施設で育った。事件当時、父母ともに無職、生活保護世帯であり、父母より児相に 2 才の第一子について保護を希望する相談があったことから、一時保護を実施。第一子には発育の問題があった。その後、第一子は里親委託されていたが、父親の希望による一時帰宅中に事件が発生した。第三子についても脳挫傷で障害が残っており、現在乳児院に入所中。児相は主に第一子の保護について関与。母親の妊娠については、妊娠中期から児相や、市保健福祉センター保健師が把握し受診勧奨、妊婦指導等を実施したが、妊娠後期まで妊婦健診を受けていなかった。また、双子を出産した際の医療機関のケースワーカー及び保健師も育児指導等を実施し、福祉事務所においても生活保護受給のために関与していた。出産後は、医療機関の保健師が 2 回家庭訪問を行い、児相も 1 度訪問し、第一子を一時帰宅させていたが、保健福祉センターはこれらの状況を知らないままに、家庭訪問の日程調整のため電話連絡をしていたが連絡がとれていなかった。
【問題点】
○ 保健福祉センターの保健師が妊婦健診の受診勧奨をしていたにもかかわらず、母親は受診しないなど、胎児に対する適切なケアを行っておらず、ネグレクトとも言える状況にあった。
○ 多くの重篤なリスク要因を抱えたいわゆるハイリスク家庭であり、児相、保健福祉センター、医療機関、福祉事務所がそれぞれ家庭訪問や電話連絡等により相談・支援を実施していたが、それぞれの機関同士及び、市区町村内部の保健部門と福祉部門との連携が十分とれていなかったため、合同のケース検討会議の開催や情報交換・共有が実施されず、中心となる機関も決まらないままに、事件に至った。
○ 医療機関では、児相の関与ケースであることやハイリスク家庭であることを把握しておりながら、①医療ソーシャルワーカーが市生活保護担当ケースワーカーに医療機関保健師が保健福祉センター保健師にそれぞれ情報提供を行ったが、児相には連絡していなかった。
②出産後において医療機関が実施した2回目の家庭訪問の結果を関係機関に情報提供していなかった、など情報の共有が徹底していなかった。

○ 医療機関を退院する前に関係機関が合同でケース検討会議を持つことがなく、生まれた子どもを自宅に退院させることのリスクに関しての議論がなされていなかった。
○ 児相は、母親の妊娠について育児支援が必要と判断して保健福祉センターに情報提供し、「子ども家庭支援員」の家庭訪問が予定されたが、実施できないまま事件にいたった。
○ 児相は、双子の新生児が生まれて間もない時期であったが、医療機関の保健師が家庭訪問した際、母親が「夜泣きがひどい、自分も眠れない、近所に迷惑をかけている」などと訴えていたことを知らずに、事件発生2日前に父親の希望により里親委託している第一子を一時帰宅させた。
○ 母の出産後、保健福祉センターに対しては、第一子の帰宅についてや、医療機関・児相の家庭訪問について詳細な連絡がなく、センターは、家庭訪問の再調整のために電話連絡をしていたが連絡が取れなかった。
【本事例により明らかとなった課題】
○ 妊娠中に健診を受けていないなどの適切なケアが行われていないことがリスク因子であるという関係者の意識が徹底されていない。
○ 周産期の段階でハイリスクのケースであることが判明している場合に、医療機関、保健 福祉センター、福祉事務所、児相等の関係機関が情報やリスク判断を共有したり、主機関を決めて援助方針を統一し、各機関の役割を明確にするためのケース検討会議を行うこととなっていない。
○ 妊娠・出産・育児に問題を抱えるケースに関して医療機関で把握した情報を市区町村や児相に伝えて連携する仕組みがない。そのため本事例では、医療機関が把握した母親の負担に関する情報が他機関につながらず、一時帰宅などの判断に影響している。

0歳児死亡においては、保護者のリスク要因については、早くから明確に示されており、報告された事例からは、このことが対応機関の中で十分認識されておらず、具体的な支援につながっていない現状があると同時に、関係した機関がリスクの有無にかかわらず、基本的な対応ができていない現状が浮き彫りになっていることが分かる。

国は、平成 20 年(2008)の児童福祉法の改正で、乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業が法定化し、リスクを抱えた周産期母子の早期把握と早期支援の開始を促した。しかし、その後も、0歳児の虐待による死亡の防止は大きな課題となり続けた。第 5 次報告では、提言を、地方公共団体と国とに分けて示している。第5次報告と第6次報告の0歳児死亡の防止に関わる考察や提言を表3に示す。

表 16 0歳児死亡の防止に関わる考察等

第5次報告(2009)
1)地方公共団体への提言
(1)発生予防に関するもの
○妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭の早期発見と必要な支援を適切に行う方策の確立
乳児期での発生が多いことから、妊娠・出産・育児期に養育支援を必要とする家庭を発見し、必要な支援を行うことが虐待発生の予防、ひいては死亡事例の抑止において重要であり、このため市区町村においては、
① 妊娠届の受理及び母子健康手帳の交付に際して保健師等の専門職が直接対応
② 産科医療機関における健診や分娩、小児科医療機関における診察等において把握したハイリスク要因の情報を適切に把握する体制の整備
③ 乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業を併せて実施することが効果的であることから両事業の実施
④ 養育支援訪問事業の対象である特定妊婦等の取組を進めるべきであり、これらの取組により把握された養育支援を必要とする者については、必要に応じて子どもを守る地域ネットワーク(要保護

児童対策地域協議会）において、対応を検討するなど、必要な支援が適切な時期に提供されるようにするべきである。また、子どもを守る地域ネットワーク（要保護児童対策地域協議会）において乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業を適切にコーディネートできるようにするために、調整機関の職員の資質の向上に取り組む必要がある。

○望まない妊娠について悩む者への相談体制の充実

乳児期において亡くなった子どものうち心中以外の事例において 43.2%が生後間もなくに亡くなっており、これらの親には望まない妊娠であったという者も少なからずいることから、妊娠に気づいた段階で悩みを相談できる体制の充実を行うべきである。このため、

① 都道府県等において、民間の医療機関を活用した医療ソーシャルワーカーや保健師による望まない妊娠に関する相談をしやすい体制の整備

② このような活動等により把握した出生後に要保護児童として支援の必要が見込まれる事例は、児相がケースマネジメント

③ 市区町村は、児相と連携して出産まで子どもを守る地域ネットワーク（要保護児童対策地域協議会）の対象事例として養育支援訪問事業や市区町村保健師等による継続した支援を行い、出産時点で児相につなぐよう徹底する等を、母子保健担当部署と児童福祉担当部署と連携を図りながら進めるべきである。なお、望まない妊娠等に関する相談は、思春期保健相談等事業や社団法人家庭養護促進協会が実施する思春期妊娠危機相談センター事業が参考となる。

2）国への提言

（1）発生予防に関するもの

○妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭の早期発見と必要な支援を適切に行う方策の確立

国は、平成 20 年の改正児童福祉法において事業の普及・促進を図るために法定化、実施の努力義務化を行った乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業に関して、効果的に実施している市区町村の取組を収集・提供を行い、事業のさらなる普及を図るべきである。特に、事例の収集においては、事業の適切な実施のみならずこれらの事業を行う機関が子どもを守る地域ネットワーク（要保護児童対策地域協議会）の構成機関として積極的に活動し、関係機関と情報の共有が行われ協議会としてケースの適切な進行管理が 行われているような好事例を収集・分析すべきである。

○望まない妊娠について悩む者への相談体制の充実

国は、各地域で望まない妊娠等の相談を行う取組を収集・提供を行うべきである。

第6次報告（2010）

検証結果として以下の内容を記載

「（11）生後間もない子どもの死亡について

虐待による生後間もない子どもの死亡を予防するためには、妊娠期からの支援を必要とする家庭の早期発見のための方策や望まない妊娠について悩む者への相談体制の充実に加えて、下記の取組についても検討すべきである。

① 望まない妊娠や計画しない妊娠を予防するための方策：若年者に向けては、学校教育と連携して性教育のより一層の充実を図るべきである。また、生後間もなく死亡している事例の実母では、年齢層の高い者も多いことから、性についての正しい知識の普及を図る機会を設けることも考えられる。

② 相談をしやすい体制づくりの整備、相談先の周知徹底：望まない妊娠ではないけれども、妊娠してからあるいは子どもを出産してからどうしたらよいのかわからない人も少なからず存在する。また、望まない妊娠や計画しない妊娠について相談したいと考えていても、市区町村等の公的機関や医療機関等への相談を躊躇している人もいる。相談をしやすい体制づくりとして、例えば、相談先として市区町村等の公的機関以外の相談体制の構築等が考えられる。また、相談体制の構築に加え、相談先の広報や相談することについての啓発を徹底することが重要である。

1）地方公共団体への提言

（1）発生予防に関するもの

○望まない妊娠や計画しない妊娠を予防するための方策と、望まない妊娠について悩む者への相談体

制の更なる充実

心中事例を除く虐待による死亡事例においては、0歳児が半数を占め、0歳児の多くは生後間もなく死亡していた。これらの中には望まない妊娠や計画しない妊娠であった者も少なからずいることから、妊娠に気付いた段階で悩みを相談できる体制の充実を行うべきである。また、望まない妊娠や計画しない妊娠の発生予防の観点からの対策も望まれる。このため、

・都道府県等において、医療機関やNPO法人等と連携することにより、医師、保健師、助産師、医療ソーシャルワーカーといった専門家等に相談しやすい体制を整備すること。

・これらの相談しやすい体制整備に加え、効果的な広報活動による妊娠・出産や子育てについて相談できる場所についての周知徹底を図ること。

・市区町村は、児相と連携して子どもを守る地域ネットワーク(要保護児童対策地域協議会)の対象事例として、養育支援訪問事業や市区町村の保健師等による継続した支援を行うこと。要保護児童として対応が見込まれる事例については、市区町村と連携の上、児相が関与してケースマネジメントを行うこと等を母子保健担当部署と児童福祉担当部署とが連携を図りながら進めるべきである。

2)国への提言

(1)発生予防に関するもの:望まない妊娠を予防するための方策と望まない妊娠について悩む者への相談体制の更なる充実

望まない妊娠の発生予防については、母子保健を推進する国民運動である「健やか親子21」の中でも、取り組むべき課題として推進されていることから、関係機関と一体となって「健やか親子21」で示された取組を引き続き推進するべきである。

国は、平成 21 年(2009)の児童福祉法改正で、特に支援が必要な妊婦を「特定妊婦」と定め、要保護児童等に含まれるものとして位置付けた。

また民間レベルで妊娠に悩む妊婦の匿名での電話等による相談の取り組みが始まり、自治体としては大阪府が「妊娠 SOS」を 2012 年から大阪母子医療センターに事業委託として開始し、全国の自治体に広まり、現在は民間も含め 57 カ所で実施されている。

(2)親の精神疾患、養育能力等への対応について

① 第 3 次検証報告での提言

国が死亡事例の検証を始めた当初から、0歳児の虐待による死亡が多い中で、加害者となった母親に精神疾患等の課題を抱えている場合が多いことが分かり、0歳児の虐待死の予防に関しては、早くから産後うつ等の精神疾患への対応の必要性について指摘されていた。

「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第 3 次報告(2007)では、表 1 に示したように「精神障害・産後うつへの対応」として、出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等のスクリーニング方法等の先進的な取り組みの普及、児相への保健師の配置などの提言がなされている。第4次報告では、「複数の機関が精神障害のある保護者にかかわる場合、これらの関係機関の間において保護者に関する情報を共有する必要がある。また、精神障害のある母親が特に母子世帯で乳幼児を養育する場合、医療的対応と合わせて、市区町村が養育の支援を行う必要がある」と述べている。

② 子どもを殺害した女性の公判での判決謄本からの分析

田口(2007)は、平成 1～16(1989～2004)年に起こった女性による殺人事件(未遂を含む)の一審確定判決謄本を収集し、そのうち 0～18 歳の子を殺害した maternal filicide 事例は 93 例に、著者が平成 14～16(2002～2004)年に鑑定人あるいは鑑定助手として公判精神鑑定を行い一審判決の確定した maternal filicide 事例 3 例を加え、計 96 例の判決謄本(一部の事例に関しては精神鑑定書も参照)を対象に分析した。

死亡した子どもを①新生児群、②乳児群、③未就学児群、④学童・Teenager 群に分類し、比較を行ったところ、「新生児群では、他の 3 群に比べて、母親には

「未婚者が多い」「専業主婦が少ない」「経済問題がある」「精神障害がほとんどなく、責任能力に問題のあった者はない」、被害児には「婚外子が多い」、犯行については「出産を望まなかったことが理由である」「窒息死（鼻や口を手で塞ぐ）によるものが多い」「母親に自殺の意図・企図はない」「死体遺棄率が高い」「犯情の悪質性が高い」といった因子の割合が有意に高かった」。

乳児群では、「犯行因子として「母親の精神障害が主因」が 4 群の中で最も高率で、反対に、状況因子の「対人問題」「経済問題」「家族の健康問題」が、いずれも 4 群の中で最も低率であった」。

結果を踏まえて、Maternal filicide の防止対策について以下を指摘した。

まず、望まない妊娠の予防と妊娠中絶の困難な女性に対する「現実的援助（中絶費用の負担を含めた経済的支援、医療機関の紹介、養子縁組や里親の紹介など産まれてくる子の養育に関する援助など）」が必要である。ただし、母親の生育歴に起因する人格的な問題等によって自ら援助を求めないことが多い。ゆえに、母親の自己評価を高め、他者との強い関係性の意識を養うことによって、人生の重要な問題において適切な自己決定ができるという自信を母親が持てるよう働きかけることが重要であると述べている。

次に、精神保健・精神医療における取り組みを強化することが必要として、以下の 3 点を指摘した。

①産後の精神障害に対する周産期精神保健システムの構築

②精神障害を有する母親のリスク評価

③児童・思春期の精神保健・医療体制の整備

最後に、母親に対する子育て支援の充実をあげ、特に「経済的な困難、母子家庭、子の障害や慢性疾患、母親の精神障害など、育児ストレスの高まることが予測される因子のある母親に対して、医療、福祉、地域保健など、あらゆる方面の関係者が継続的かつ有効な子育て支援を行うためのネットワーク作り」を行い、母親が孤立状態にならないよう支援することが重要と指摘した。

③ 嬰児殺の女子少年に関する少年鑑別所の資料を基にした分析

近藤（2008）は、改正少年法施行後 5 年間の重大事犯少年のうち嬰児殺の女子少年（嬰児の保護責任者遺棄致死 1 人を含み、年齢切迫で検察官送致となった 1 人を除く）18 人に対して、少年鑑別所にある資料を基に、資質特徴にもとづいて、抑制型、不安型、未熟型に分けて、それぞれのタイプごとに異性関係の持ち方、家族関係の特徴などから嬰児殺に至る背景要因を分析した。各タイプは以下の通りである。

「抑制型：親に過剰な気遣いをするなど、自らの率直な感情表現を抑えがちであったタイプ

不安型：家庭的な問題を背景に情緒面での安定が図られてきていないタイプ

未熟型：困難場面における問題解決能力に状況に依存した受動的な生き方を選択してきたタイプ」

知的能力との関連では、未熟型には、軽度知的障害と診断された者が 1 人含まれており、他の類型と比較して知能の低い者が多い。問題行動との関連では、不登校歴、家出歴及びいじめ被害歴のいずれでも不安定型において該当する比率が高かった。家庭内問題との関連は、抑制型では病人・要介護者がいる比率が高く、不安定型においては、経済的貧困及び虐待被害歴のある者の比率が高い。未熟型は、家庭内問題の各項目の該当率が低かった。

また、妊娠について、保護者に相談した者は一人もいなかった。抑制型では、目頃からの親に対する遠慮や情緒的な交流不足が目立ち、これ以上保護者を心配させたくない、相談できる雰囲気ではないなどという理由が多かった。不安定型では、以前から親子間の葛藤などが存在し、保護者からの叱責や見捨てられることをおそれて相談できなかったという理由が多くを占めていた。未熟型では、親と密着し過ぎていただけに見捨てられたくない、心配をかけたくないという気持ちが強すぎたり、怒られることをただ過度におそれるばかりで、親の援助を求めることができていないというものだった。

「18 人すべてが、生後 24 時間以内の新生児殺であり、生後 24 時間以後の乳児殺のものはいなかった」。

避妊や出産に関して無知である場合が多いため、一次予防として、「性教育の是非に関する抽象的な議論に陥ることなく、どのようなプログラムが効果的なのか、もっと効果的なプログラムにするためにはどのように内容を洗練させていけばいいのかなど、最良の方法を見いだすための努力を続けていく必要がある」とした。

また、二次予防として、「妊娠を自覚したときには必ず健診を受け、彼女たちが採り得る選択肢を理解させ、そのための支援を充実させていくことが重要である」とし、「10 代の妊婦向けの意思決定スキルや生活態度の向上を目指したプログラムの提供など行政的なサービスの拡充が望まれる」ことを指摘した。

そしてもっとも重要なことは、嬰児殺にまで至りかねないリスクを多かれ少なかれそれぞれの女子少年が背負っていることについて、親を始めとした身近な大人たち一人ひとりが理解を深め、彼女たちに対する気遣い、配慮をきめ細かく行っていくことと述べた。

④ 産後うつ病等のハイリスク者に対する虐待予防の取り組み

本間(2009)は、宮城県で 2001 年に産後うつ病関連の状態の母親による乳幼児に死亡事件が発生したことを契機に、2002 年に母子保健による児童虐待早期予防と対応を事業化したことを報告している。この事業は3つからなり、一つは妊産婦訪問時等にエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を用いて、産後うつ病ハイリスク者を把握し支援を行う。第 2 は県の保健所で事例検討や研修を行い、市区町村の後方支援を行う。第 3 は子ども総合センターで、県の母子保健課を協働して研修を行うものである。平成 18 年度の市区町村母子保健活動により、宮城県における産後うつ病ハイリスク者の実態については、仙台市を除くおよそ 30 市区町村における出生数は 10,313 名で、このうち新生児訪問数は 7,274 名であった。EPDS などによりハイリスク者として支援をした母親の数は 1,116 名で、出現率は 17 %であった。これらハイリスク者 307 名について後方視的に精査したところ、ハイリスク者の約 26 % が帝王切開により分娩していた。新生児にも問題があり、ハイリスク群の約 21 % が premature baby を出産していた。また NICU を必要とする新生児が多かった。また、ハイリスク者の 11 %に妊娠・出産以前に精神医学的既往歴が認められ、出産後の訪問によりハイリスク者の 29 %が精神的に安定していないと判断された。対応策として以下の 5 点を指摘した。

①保健師などの専門職の訪問援助活動が必要となる

②母親自身の愛着欲求が賦活されているのだということを援助に当たる者は心に刻んでおく必要があること

③母親自身が援助者から抱きかかえられるような関係が必要で、その方法の一つは母親の話をしっかりと聴き、関係を構築すること

④適切な育児ガイダンスができること

⑤支援の困難な事例については精神科との連携を図ることが重要

高橋(2017)は、大津市における新生児訪問時でのスクリーニングの状況を報告している。大津市では、育児支援チェック、産後うつのスクリーニング、赤ちゃんへの気持ちの質問票を用いたボンディング障害のスクリーニングの 3 つを行っている。産後うつのスクリーニングについては2010年からEPDSを用いている。大津市の出生数は 3,000 人弱で推移している。スクリーニング開始直後は約半数の褥婦しかスクリーニングに同意してくれなかったが、その後、年々徐々に増加を示し、70% 強のスクリーニング率となった。EPDSが9点以上の high risk 婦人は約 11%と一定水準で推移している。EPDS が 9 点以上の high risk の女性で、要支援項目の割合が多かったのが母体精神疾患 51.6%で、続いて育児不安 39.9%、経済的問題 38.9%の順であったという。

一方この取り組みの中で、10 項目の質問からなる EPDS の記入自体を苦痛に感じた者が少なくなくスク

リーニングテストの同意率も 70%で頭打ちとなったため、うつ病に対する簡単な包括的質問 NICE 2007（two questions 法[注]）を 2013 年度から活用し、EPDS と併用することとした。その結果、EPDS を拒否されても、two questions には答えてくれるので、ある程度のリスクケースの割り出しには有用で、2 回目の訪問や電話での様子確認時にも、two questions を活用することで、よりきめの細かい産後うつへの対策が可能となったと報告している。

高橋は、産後うつの早期発見が重要であることに加えて、親となるための思春期からの切れ目のない教育支援が父親、母親はもとより養護教員、学校教員、助産師、産科医、行政によってもたらされることが必須と指摘した。

注）Two questions 法：2 つの質問（①過去 1 カ月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくて、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？②過去 1 カ月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？）で評価を行う方法

(3)母子保健機関の体制の充実

① 「0日・0か月児」に焦点を当てた分析（第 7 次報告・2011）

国の検証報告では、第 1 次報告以来0歳児の死亡が全体の約半数であり、さらに0か月児はその中で半数以上を占めている状況があり、第 7 次報告（2011）では「0日・0か月児」に焦点を当てて特集を組んだ。ここでは第 1 次報告から第 7 次報告の対象期間内に発生・発覚した0日・0か月児の死亡 77 人（69 事例）について分析している。その結果、0日が 67 人（87.0%）で、月齢0か月が 10 人（13.0%）であり、月齢0か月の平均日齢は 14.3 日であった。実母の婚姻関係は、日齢0日では配偶者・パートナー「あり」が 39.0%と約4割であり、月齢0か月では「あり」が 87.5%であった。日齢0日では、望まない妊娠は 54 人（80.6%）であった。

精神的問題がある経産婦は4人で、うち3人は知的障害、1人は心療内科通院中であった。また、過去に遺棄した経験ありが 13 人（19.4%）であった。月齢0か月では、望まない妊娠が3人（30.0%）、精神的問題ありが3人（30.0%）であった。精神的問題の内訳は、うつ傾向2人、育児不安1人となっていた。日齢0日では、45 人（67.2%）が同居家族ありで、夫や祖父母（実母の親）と生活していた。しかし、同居していても妊娠に気づいていたのは6人（13.3%）のみであった。

第 7 次報告での0歳児死亡の防止に関わる箇所の提言を抜粋すると以下の通りである。

「1. 妊娠・出産期を含めた早期からの相談・支援体制

・望まない妊娠について相談できる体制の充実と経済的支援制度、里親・養子縁組制度の更なる周知、各機関の連携体制の整備

・妊娠期からの養育支援を必要とする家庭に対する連携体制の整備の促進

2. 発生及び虐待の深刻化を予防するための子育て支援体制の充実

・養育支援を必要とする家庭の把握、早期からの充実した支援を可能とするための保健機関（母子保健担当部署等）の質の向上と体制整備

・養育支援訪問事業等の活用による妊娠・出産早期からの支援体制の整備」

② 母子保健機関の体制整備について

0歳児の死亡を防ぐための早期支援において、国に検証報告・第3次報告（2007）で地域保健医療連携システムの構築を図ることを提言し、第7次報告（2011）では、「妊娠・出産期を含めた早期からの相談・支援体制」として、「養育支援を必要とする家庭の把握、早期からの充実した支援を可能とするための保健機関（母子保健担当部署等）の質の向上と体制整備」を提言し、第9次報告（2013）では、「養育支援に関する妊娠期からの相談及び支援体制の充実」として、「養育支援を必要とする家庭の妊娠期からの把握及び支援のための保健機関（母子保健担当部署）の質の向上

と体制整備」を提言した。

第 8 次報告と第 9 次報告の提言を表 4 に示す。

表 17　0歳児の虐待による死亡の防止に関する提言
第 8 次報告(2012) 1. 養育支援を必要とする家庭への早期からの支援 ・望まない妊娠について相談できる体制の充実及び周知、経済的支援制度、里親・養子縁組制度等の周知、各機関の連携の強化 ・妊娠期・出産後早期から養育支援を必要とする家庭への医療機関等の関係機関と連携・協働した支援の充実 ・児童虐待や母子保健、精神保健など幅広い知識・技術を基に養育支援を必要とする家庭を把握し、必要に応じ、児童福祉担当部署等の関係部署につなぎ、連携して支援する体制整備 ・乳幼児健康診査や予防接種等を受けていない家庭等への対応 2.　若年者などへの虐待予防のための広報・啓発 ・近い将来に親になりうる 10～20 代の若年者などに向けた虐待予防のための広報・啓発
第 9 次報告(2013) 1. 養育支援に関する妊娠期からの相談及び支援体制の充実 ・望まない妊娠について相談体制の充実及び周知、経済的支援制度、里親・養子縁組制度等の周知と関係機関の連携の強化 ・妊娠期・出産後早期から養育支援を必要とする家庭への医療機関等の関係機関と連携・協働した支援の充実 ・養育支援を必要とする家庭の妊娠期からの把握及び支援のための保健機関(母子保健担当部署)の質の向上と体制整備 ・乳幼児健康診査や予防接種等を受けていない家庭等への対応

③ 切れ目のない支援体制整備の強化

上野ら(2013)は、平成 20 から 22 年度に公開された地方公共団体の死亡事例の検証報告書の中から、0歳児 24 事例を抽出し、虐待状況、子ども・母親・家族の状況、保健機関の関わりについて、データ収集し分析を行った。その結果、妊娠中の関わりの「記録なし」が約半数を占めており、妊娠期からの母子保健機関をはじめとした関係機関との体制整備の充実が必要と指摘した。

国の検証報告・第 10 次報告(2014)では、「妊娠期からの包括的な支援、および支援体制の充実」、第11次報告(2015)では、「特定妊婦等妊娠期から支援を必要とする養育者の早期把握と切れ目ない支援の強化」を提言した。こうした「包括的で切れ目のない支援の強化」は第 12 次報告(2016)以降も繰り返し提言(表 5)されており、母子保健機関のみならず、医療機関や児童福祉分野等とも連携した包括的、かつ途切れない体制や取り組みの必要性を求めるようになっていった。なお、第 11 次報告では、それまでの「望まない妊娠」という表現が「望まない妊娠/計画していない妊娠」に変更され、第 13 次報告から「予期しない妊娠／計画していない妊娠」に変更されている。

国においては、「包括的かつ切れ目のない支援」のための体制を構築することを目的に、平成28年(2016年)の児童福祉法の改正で、市区町村の母子保健領域で、児童福祉部門と連携した「子育て世代包括支援センター(母子保健法の母子健康包括支援センター)」の設置が、さらに児童福祉部門でも、母子保健分野と連携した「子ども家庭総合支援拠点」の設置を努力義務化した。

表 18　第 10 次報告(2014)から第 13 次報告(2017)での提言
第 10 次報告(2014) 1．虐待の発生及び深刻化の予防 1)養育支援に関する妊娠期からの包括的な支援及び支援体制の充実 2)精神疾患のある養育者等の支援を必要とする家庭に対する相談及び支援体制の強化 3)虐待の発生予防のための広報・啓発 (筆者注2)、3)については、0歳児に限定されない。)
第 11 次報告(2015) 1．虐待の発生及び重篤化の予防 1)特定妊婦等妊娠期から支援を必要とする養育者の早期把握と切れ目ない支援の強化 2)乳幼児揺さぶられ症候群の予防に係る周知啓発の着実な実施 3)体重増加不良や低栄養状態等、身体的に重篤な症状を呈するネグレクト事例への対応 4)精神疾患のある養育者等の支援を必要とする家庭に対する支援 5)虐待の発生予防につながる子育て支援サービス等の着実な実施
第 12 次報告(2016) 1．虐待の発生予防及び発生時の迅速・的確な対応 1)妊娠期から支援を必要とする養育者の早期把握と切れ目ない支援の強化 2)養育者等に精神疾患のある家庭に対する支援 3)医療機関からの情報提供の促進と支援・連携のための体制づくり 4)学齢期以降の子どもへの支援のための学校等との連携
第 13 次報告(2017) 1．虐待の発生予防及び発生時の的確な対応 1)妊娠期から支援を必要とする養育者の早期把握と切れ目のない支援の強化 2)保護者の養育能力が低いと判断される事例への対応 3)精神科医との連携 4)虐待者の配偶者及びパートナーへの対応
第 14 次報告(2018) 1．虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする養育者の早期把握と切れ目のない支援の強化 2)乳幼児健診未受診等の家庭の把握と対応 3)精神疾患、身体疾患等により養育支援が必要と判断される養育者への対応 4)居住実態が把握できない児童・家庭に対するフォロー体制の整備 5)事故予防をはじめとした育児に関する知識の啓発

④ 周産期医療機関との連携

光田(2016)は、平成 21 年から平成 26 年までの大阪府における未受診妊娠の悉皆調査の結果、「未受診妊娠の総数 1,408 件／約 44 万分娩であり、未受診妊娠における若年妊娠は 241／1,408 (17.1%)で、日本全体の若年妊婦(1.3 万人／100 万分娩:1.3 %)からみれば高率である」ことを示した。特徴として、望まない妊娠、周囲から孤立、母体も成年ではない(時に要保護児童)、NICU 入院が多い、出生当日死亡事例になりやすいなどの特徴があり、対策として、未受診妊娠には直接的に医学的危険が顕在化するため、「妊娠出産の安全神話」に基づく自己判断の危険性を広報・教育すべきである」こと、「分娩前に医療機関がかかわると新生児予後は格段に良くなる」ことから、妊娠期から乳児期・幼児期へと向かう成育過程の母児に対しては、より望ましい環境になるよう、周産期医療関係者の支援が重要になるとした。

(4)嬰児殺に関する総合的な分析

① 川﨑(2018)による分析

川﨑(2018)は、嬰児殺(0歳児の虐待死)の公判事例 12 事例を傍聴し、詳細な報告を提示した上で、精神科医療、産科医療、母子保健、司法(弁護士)の異分野の専門家によって総合的な検討を行い、防止策等について考察している。

児童精神医として児相勤務医の経験がある金井(2016)は、予防という観点から、①「児相や市区町村が訪問し面接や調査を行った後、それをアセスメントし具体的に介入するまでに長い時間を要している」現状を報告し、通告受理から調査までの時間、その情報の裁判所提出までの期限等、法律で定められている海外諸国があるように期限を設けるべきとしている。②「当面子どもにリスクがないと判断されると、親の環境や精神症状やリスクファクターのアセスメントが十分でない場合が見受けられる。諸外国には家庭環境や親の生育歴を加味したチェックリストは存在しており、参考にすべきである」。③「家庭訪問した保健師や児相職員などが「要注意」「要経過観察」などとすることがあるが、これらには具体的介入方法や緊急度の判断が全くなく、意味をなさない。複数による訪問と判断、児相などとの役割をもって早期に具体的に介入する必要がある」。④「ネグレクトや心理的虐待の重大性への着目が希薄で、身体的虐待がないと一時保護もされず、公的機関の支援が希薄になる傾向が未だにある」。⑤「夫がいて祖父母も同居しているなど形式的な養育環境が整っていると児相や市区町村が介入する余地がなく、または介入の必要性を認めない傾向にあるが、祖父母の援助は安定しない場合も多く、リスク回避の主たる条件とは考えるべきではない」。⑥「産婦人科医の虐待への関心や理解は低い場合が多く、それゆえそこからの通告は緊急度が高いと考え重視すべきである」と指摘し、また「重度の虐待や嬰児殺の事例には精神障害が絡むことも多く、事例の中には繰り返された自殺企図を重要な情報とくみ取られなかったものもあり、医師、特に精神科医の各児相への配置は改めて検討されるべきである」と指摘した。

産婦人科医の水主川(2018)は、「性に関する教育や予期しない妊娠をした場合の相談体制の整備の強化が必要」であること、明らかな精神症状だけでなく、「不安や不眠などの症状が遷延している場合は精神科医による診察が重要」で、「特に希死念慮がある場合は緊急性が高いため、医師、ソーシャルワーカー、保健師などが連携した早急な対応が必要」と述べた。また、父親に対して育児が思い通りにいかないような機会での適切な対応に関する啓発の強化が必要とした。

弁護士の藤田(2018)は、経済的に困窮しているケースが多く、生活保護その他の生活困窮者への各種支援について周知し、積極的に援助することを必要とし、「中絶に経済的支援を行なうことについては賛否あろうが、出生後に殺害するのであれば、適切な時期に人工妊娠中絶を行なうことを検討すべき」と指摘した。また妊娠・出産を隠匿したケースが多いことから、「匿名で乳児の保護を求めることができる仕組みが必要である」とし、「フランスのように、匿名で出産[注]できる制度ができれば、自分が生んだことを知られたくないがために子どもを殺害するケースは防げるであろう」と指摘した。

脚注)日本には匿名出産の制度はないが、2017 年 12 月に熊本の慈恵病院が「内密出産」を導入すると発表し、議論となっている。

母子保健の上野(2018)は、「妊娠 SOS 相談」などを利用することで飛び込み出産や0日死亡が予防できた事例も数多くあることが報告されており、「相談窓口の周知や妊娠・出産の正しい知識の普及は継続していく必要がある。しかし、どうしても秘匿しなければならない妊娠・分娩を抱えた女性も多くいる」と述べ、「秘匿の背景に、妊娠の経緯として、不特定の男性との関係のなかでの妊娠で親や周囲の人に絶対に知られたくないという強い思い、また出産に伴い、経済的な困窮が強まるおそれがある」とし、それらのことは、「妊娠葛藤相談、妊娠 SOS 相談等に相談することで家族に知られる」恐れとなり、「自分の命をかけて一人で分娩し、産まれた子どもを殺害せざるをえない状況に追い込んでしまっている。このような母親や子どもを

助けることは、今の制度や妊娠 SOS や妊娠葛藤相談だけでは難しいのではないだろうか」と述べている。こうした現実を踏まえ、母親と子どもの命を守るための「秘密出産」のための法的整備について検討が必要になってきていると指摘した。

田口(2016)は、司法精神医学の立場から、新生児殺については、「家庭内で被虐待体験のある者が多く、妊娠中に精神病水準の妊娠否認があり、その影響で身体的な妊娠兆候に乏しく周囲に発覚しにくい、出産時にさまざまな解離症状がみられる、など、新生児殺の母親にもメンタルヘルス上の問題を認められる」と指摘した。また 10 代の加害者が多いことから、「学校保健の一環として性に関する正しい知識や性行動に責任を持つことの大切さを伝える教育、妊娠した時の対応に関する情報提供などが不可欠」と指摘した。

また産後うつ病が影響している嬰児殺について、「メンタルヘルス従事者が直接予防に関与できるため、講じるべき対策は多い」と述べ、海外の有効な取り組みとして、軽症から中等症の産後うつ病にもピアカウンセリングや対人関係療法、認知行動療法などの心理療法の実施や、母子分離の期間が長くなって愛着形成に支障を来さないよう、入院治療が必要な産後の母親が乳児と一緒に入院できる精神科母子ユニットを紹介し、産後の母親が利用しやすい周産期精神医療・精神保健システムや治療法の構築を検討する必要性を唱えた。

以上を踏まえた「結語」として、川﨑は嬰児殺の防止策として、嬰児殺の防止を検討するためには、まず0日児の死亡(新生児殺)と 1 日以上生存した乳児を分けて考えることが有効であると述べ、その上で次のように述べている。

0日児死亡については、経済的問題を抱え、「妊娠の秘匿」(その結果として妊婦健診未受診や母子健康手帳の未発行がある)があることが特徴で、匿名出産(内密出産)制度の創設なども視野に入れる必要があるとした。1 日以上の乳児の虐待死では、精神疾患、特に産後うつ病等の症状を有する母親への適切な支援が大きな課題であることが改めて確認されたと述べた。また男性が加害者となった事例は、「養育知識、技術などを含む養育力が不十分であることからストレスを高め、生まれた子どもとの適切な距離感を取ることができず、事件に至った状況が浮かび上がった」とし、男性の養育に対する支援の在り方を検討することの重要性を指摘した。さらに嬰児殺を防止していくためには、当該自治体において公判を傍聴するなど積極的に情報を収集して検証を行うことと、乳幼児の死亡全数を検討するCDR(チャイルドデスレビュー)を導入することも必要と述べている。

② 第14次報告(2018)の特集「若年(10代)妊娠」について

第 14 次報告(2018)では、特集として「若年(10 代)妊娠」を取り上げ、第 5 次報告から 14 次報告までの間で「若年」とされた事例 111 人(心中が 12 人、心中以外が 99 人)について分析した。

その結果、子どもの年齢は、0歳が 50 人(45.0%)で最も多く、0歳のうち0日が 25 人(50.0%)で最も多かった。主たる加害者で最も多いのは実母で 54 人(48.6%)、子どもの死亡時の実母の年齢は「20～24 歳」が 53 人(有効割合 48.2%)、次いで「19 歳以下」が 45 人(同 40.9%)だった。妊娠期・周産期における問題では「予期しない妊娠／計画していない妊娠」が 51 人(同 78.5%)、「母子健康手帳の未交付」が 31 人(同 32.6%)、「妊婦健診未受診」が 42 人(同 53.2%)だった。子どもの死亡時の実母の心理・精神的問題等では「養育能力の低さ」が 44 人(同 67.7%)、次いで「精神疾患(医師の診断によるもの)」が9人(有効割合 13.0%)だった。

養育者の世帯の状況は「一人親(未婚)」が 33 人(29.7%)であり、次いで「実父母」30 人(27.0%)だった。実父がいる場合の実父の年齢は「20～24 歳」が 17 人(有効割合 27.4%)で、「19 歳以下」が 11 人(同 17.7%)だった。家庭の経済状況では「市区町村民税非課税世帯(所得割、均等割ともに非課税)」が 28 人(有効割合 45.9%)で最も多かった。

関係機関の関与では、市区町村(母子保健担当部

署）の関与が 60 人（54.0％）で最も多く、児相の関与が 34 人（30.6％）、市区町村（虐待対応担当部署）の関与が 33 人（29.7％）だった。死亡事例発生地域の要保護児童対策地域協議会での検討状況については、検討があったのは 18 人（16.2％）だった。

0日児事例（全 25 人）に絞って、さらに検討を進めたところ、妊娠期・周産期の問題では「不明」を除く全ての事例において「予期しない妊娠／計画していない妊娠」、「妊婦健診 未受診」があった。また子どもの死亡時の実母の心理・精神的問題等では「養育能力の低さ」で「不明」が 17 人（68.0％）、「あり」が8人（32.0％）で、これについては、日齢1日以上の死亡事例では「あり」が 36 人（41.9％）で最も多かった。0日児事例における養育者の世帯の状況では「一人親（未婚）」が 19 人（76.0％）で最も多かった。また全てのケースが要保護児童対策地域協議会での検討が行われていなかった。

以上の結果から、「虐待により死亡した子どもの母親が、若年（10 代）妊娠の場合は、養育能力が不足している可能性が高く、支援者は、母親及び家族の養育能力についてアセスメントし、不足している部分を補うような支援を行っていく必要がある」と指摘した。「若年（10 代）妊娠では、未婚であったり、実父の状況が不明、地域社会との接触もほとんど無い等、周囲の協力が得られにくい場合もあるため、市区町村（母子保健担当部署）や医療機関等の支援等を通じて孤立しないよう注意していくことが必要」とした。また、若年（10 代）妊娠の中には、「妊娠・出産について、周囲に相談できず、出産直後に子どもを遺棄した事例もみられた。このことから、妊娠に関する相談ができる体制を身近な場所に整備し、相談窓口を若年層にも周知することが重要である」と指摘した。

「なお、相談対応については、子育てに関することをはじめ、社会的な養育についての相談等、出来るだけ多くの選択肢を提示し、母親とその家族が今後について意思決定できるよう気持ちに寄り添いながら支援していく必要がある。また、その後、適切な支援が継続して受けられるよう関係機関につなぐことも重要である」と述べた。

その他、若年（10 代）妊娠の場合、「家庭の経済状況についても適切にアセスメントした上で、その家庭が受けられる各種手当てや子育て支援事業等の行政サービスを適時に案内することが重要である」とした。

また「妊婦自身が妊娠に関する相談ができる体制を整備するだけではなく、家族をはじめ周囲や関係機関が気付き、相談機関へつなげることの必要性を広く周知することが重要である」とした。一方、日齢1日以上の死亡事例では「実父母や内縁関係、再婚などが見られるが、多くは祖父母等との同居はなく、養育能力が不足している家庭が孤立し、支援が得られにくい可能性がある。しかし、4割弱は児相や市区町村（虐待対応担当部署）の関与があり、7割弱に市区町村（母子保健担当部署）の関与があった。また、要保護児童対策地域協議会での検討があった者もみられたことから、相談機関は適切にアセスメントを行い、継続した支援を行うことが重要である」と指摘した。

③ 男性パートナーを含む家族力動の理解の必要性について

足立ら（2016）は、平成 20 から 26 年に公開された地方公共団体の死亡事例の検証報告書の中から、0歳児 29 事例について分析した。月齢 1 か月から 11 カ月においては、父親が加害者であった事例が約半数を占めていた。周産期におけるこれまでの支援は母親対象が多く、父親やパートナーに対しても具体的な支援が必要であること、また妊娠届以降、様々な場面で医療・保健機関との接点があった。支援体制を構築できる関係作りに努めることが重要と指摘した。

国の検証報告・第 13 次報告（2017）では虐待者の配偶者及びパートナーへの対応が提言として掲げられているが、その重要性と具体的な支援策を検討することの認識が高まってきたことの表れと言えよう。

根岸（2019）は、川﨑（2018）が行った「嬰児殺に関する研究」の5事例と、2008 年度から 2017 年3月までの間に発表された地方自治体による死亡事例検証報告書から確認できた4事例の計9事例を対象に、死亡

に至るまでの過程について、どのような社会的・経済的条件のもとで発生するかを分析した。その結果、「新生児殺に至る2つのパス(道筋)」を見いだした。2つのパスとは以下の通りである。

①家族生活に経済的な困窮があり、加害者(母親)が家族やパートナー(父親)に対して葛藤を抱え新生児殺がおきるというパス(7事例)

②経済的な困窮やプレッシャーはないが、加害者がパートナーや同居家族に対し葛藤を抱え新生児殺がおきるパス(2事例)

経済的問題は非常に大きな要因ではあるが、パートナー(父親)の在り方と、母親との関係性を視野に入れることの重要性を示した。

(5)近年の状況

① 国の報告書・第 15 次以降の0歳児の虐待による死亡の防止に関する提言

国の検証報告書第 15 次報告(2019)から最新の第19 次報告(2023)までは、虐待の発生予防及び早期発見として、「妊娠期から支援を必要とする養育者の確実な把握と支援の強化」「乳幼児健診未受診等の家庭の把握と支援」「精神疾患等があり養育支援が必要な養育者への対応」「虐待の予防に視点をおいた保護者や関係機関への知識の啓発」など、同様の提言が繰り返されて今日に至っている(表 6)。

その中で、第 18 次報告(2022)では、第 5 次報告から第 17 次報告まで全死亡事例における関係機関の関与状況を調べている(以下、関係機関関与調査)。児相と市区町村虐待担当部署のかかわりについては、いずれも関与なしが0日死亡総数 119 人の内 114 人(95.8%)で、0歳児死亡では総数 219 人の内 137 人(62.6%)で、市区町村のみ関与は 31 人(22.6%)であった。しかし、母子保健の関わりの契機としてある母子健康手帳発行については、児相と市区町村虐待対応部署の関わりがないケースの内 47.7%が発行、未発行は 30.2%で、約半数は母子保健部署との関係の契機があったことが分かった。このことは、母子手帳が未発行のケースに対して関係機関がいかにつながるかという検討と共に、発行されていてケースについても、母子保健担当部署から他の機関等につながっていない状況があり、母子保健部門における支援継続上の課題、および母子保健部門と児童福祉部門(虐待対応部署)との連携上の課題を浮き彫りにしたといえよう。

表 19 第 15 次報告(2019)から第 19 次報告(2023)の提言

第 15 次報告の提言(2019) 1. 虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする養育者の確実な把握と支援の強化 2)乳幼児健診未受診等の家庭の把握と支援の調整 3)居住の実態が把握できない子ども・家庭に対するフォロー体制の整備 4)精神疾患、身体疾患等があり養育支援が必要と判断される養育者への対応 5)虐待の予防に視点をおいた保護者及び関係機関への知識の啓発
第 16 次報告の提言(2020) 1. 虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする養育者への支援の強化 2)乳幼児健康診査未受診等や居所の実態が把握できない子ども・家庭に対する虐待予防の視点をもった支援の実施 3)きょうだいへの虐待がみられた家庭への支援 4)精神疾患等により養育支援が必要と判断される養育者への対応 5)保護者及び関係機関を対象とした虐待の予防につながる知識の普及・啓発
第 17 次報告の提言(2021) 1. 虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする養育者への支援の強化 2)乳幼児健康診査未受診等や居所の実態が把握できない子ども・家庭に対する虐待予防の視点をもった

支援の実施 3)きょうだいへの虐待がみられた家庭への支援 4)精神疾患等により養育支援が必要と判断される養育者への対応 5)保護者及び関係機関を対象とした虐待の予防につながる知識の普及・啓発
第18 次報告(2022) 1. 虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする保護者への支援の強化 2)乳幼児健康診査未受診等や居所の実態が把握できない子ども・家庭に対する虐待予防の視点をもった支援の実施 3)きょうだいへの虐待がみられた家庭への支援 4)精神疾患等により養育支援が必要と判断される保護者への対応 5)保護者及び関係機関を対象とした虐待の予防につながる知識の普及・啓発
第 19 次報告(2023) 1. 虐待の発生予防及び早期発見 1)妊娠期から支援を必要とする保護者への支援の強化 2)乳幼児健康診査未受診等や状況を確認できないこども・家庭に対する虐待予防の視点をもった支援の実施 3)きょうだいへの虐待がみられた家庭への支援 4)精神疾患等により養育支援が必要と判断される保護者への対応 5)こどもと法律上の親子関係がない者が主な加害者となっている場合の対応 6)保護者及び関係機関を対象とした虐待の予防につながる知識の普及・啓発 7)児童虐待の早期発見、安全確保等を担うこどもの所属機関としての役割強化

② 2019 年から今日までの国の施策の動向

近年の国家的な動向としては、2022 年にこども基本法とこども家庭庁設置法が制定され、翌年こども家庭庁が誕生した。またこども施策の基本となる「こども大綱」を策定することとなった。

同年に児童福祉法が改正され、0歳児の虐待死亡の防止に関わる制度改革としては、全ての妊産婦・子育て世帯・こどもの包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」を市区町村に設置し、支援を要する子どもや妊産婦等への支援計画(サポートプラン)を作成して支援にあたることとなった。また児相だけでなく、市区町村や児童家庭支援センター等の子ども家庭福祉に携わるソーシャルワーカーの専門性を担保するために、国の認定資格(こども家庭ソーシャルワーカー)が創設された。

2. 0歳児の死亡に関する考察

(1)保護者の精神的問題

0歳児死亡の背景にある産後うつ等の精神疾患の問題とその対応の必要性については、早い段階から指摘されていた。

国の検証報告の第 3 次報告(平成 19 年・2007)では、「精神疾患・産後うつへの対応」として、出産後の母親の育児ストレスや産後うつ等のスクリーニング方法等の先進的な取り組みの普及、児相への保健師の配置などの提言がなされている。第4次報告では、「複数の機関が精神障害のある保護者にかかわる場合、これらの関係機関の間において保護者に関する情報を共有する必要がある。また、精神障害のある母親が特に母子世帯で乳幼児を養育する場合、医療的対応と合わせて、市区町村が養育の支援を行う必要がある」と述べ、「生後4か月までの全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」の普及を提言している。

翌年(2008)の児童福祉法の改正で、乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業が法定化され、リスクを抱えた周産期母子の早期把握と早期支援の開始を促した。さらに平成 21 年(2009)の児童福祉法改正

で、特に支援が必要な妊婦を「特定妊婦」と定め、要保護児童等に含まれるものとして位置付けた。

精神科医である田口(2007)も、早くから精神保健・精神医療における取り組みを強化することが必要と述べており、ただし「母親の生育歴に起因する人格的な問題等によって自ら援助を求めないことが多い。母親の自己評価を高め、他者との強い関係性の意識を養うことによって、人生の重要な問題において適切な自己決定ができるという自信を母親が持てるよう働きかけることが重要」と指摘した。

近藤(2008)も、嬰児を殺害した女子少年の人格的な傾向に注目し、自らの率直な感情表現を抑えがち(抑制型)、情緒面での不安定さ(不安型)、状況に依存した受動性(未熟型)などの特徴を述べている。

(2)母子保健機関の役割

精神的問題については、妊産婦訪問時等にエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を用いて、産後うつ病ハイリスク者を把握し支援を行う(本間,2009)など、把握に努める自治体の報告がみられるようになる。

田口(2018)は、産後うつ病が影響している嬰児殺について、「メンタルヘルス従事者が直接予防に関与できるため、講じるべき対策は多い」と述べ、海外の有効な取り組みとして、軽症から中等症の産後うつ病にもピアカウンセリングや対人関係療法、認知行動療法などの心理療法の実施や、母子分離の期間が長くなって愛着形成に支障を来さないよう、入院治療が必要な産後の母親が乳児と一緒に入院できる精神科母子ユニットを紹介し、産後の母親が利用しやすい周産期精神医療・精神保健システムや治療法の構築を検討する必要性を唱えている。

2014 年の日本精神神経学会では、児童虐待に関する2つのシンポジウムが行われている。ひとつが「児童虐待と精神科医!」で、もう一つが「児童虐待に関して精神科医が知っておくべきこと・考えるべきこと」である。児童虐待加害親の精神的問題がリスクとして注目され、中には精神科受診している親もいる中で、児童精神科医が中心となって企画をし、精神科医全体に発信したことの意義は大きい。児童虐待関連のシンポジウム等はこれ以降数年間継続して企画されている。

しかし、日本において、田口が指摘しているような精神的課題を抱えた産後の母を支える精神医療や精神保健システムは未整備のままである。

ただ、周産期の支援に大きくかかわっている母子保健機関に関しては、0歳児死亡の予防を見据えた期待が早い段階から向けられていた。国に検証報告・第3次報告(2007)で地域保健医療連携システムの構築を図ることを提言し、第 7 次報告(2011)では、「妊娠・出産期を含めた早期からの相談・支援体制」として、「養育支援を必要とする家庭の把握、早期からの充実した支援を可能とするための保健機関(母子保健担当部署等)の質の向上と体制整備」を提言し、第 9 次報告(2013)では、「養育支援に関する妊娠期からの相談及び支援体制の充実」として、「養育支援を必要とする家庭の妊娠期からの把握及び支援のための保健機関(母子保健担当部署)の質の向上と体制整備」を提言した。

とはいえ、実践現場での課題は大きいようで、上野ら(2013)は、平成 20 度から 22 年度に公開された地方公共団体の死亡事例の検証報告書の中から、0歳児 24 事例を抽出し、虐待状況、子ども・母親・家族の状況、保健機関の関わりについての分析では、妊娠中の関わりの「記録なし」が約半数を占めていたことを報告している。

また、第5次報告(2009)から第17次報告(2021)まで全死亡事例における関係機関関与調査では、母子保健の関わりの契機としてある母子健康手帳発行については、児相と市区町村虐待対応部署の関わりがないケースの半数近くは、母子保健部署が母子手帳を発行する際に関わりがあったことが分かり、支援関係の継続や市区町村の児童福祉部門や児相へのケースの引継ぎに関する問題が示唆されている。

(3)機関連携の課題

国は、市区町村の母子保健部門と児童福祉部門

（虐待対応部署）との連携・協働によって、妊娠期からの支援が切れ目なく展開する目的で、平成 28 年（2016 年）に母子保健部門で「子育て世代包括支援センター（母子保健法の母子健康包括支援センター）」の設置を、さらに児童福祉部門でも「子ども家庭総合支援拠点」の設置を努力義務化して、両者が協働して展開する体制整備を促した。

さらに 2022 年の児童福祉法の改正では、一体的総合的な支援体制の実現に向けて、上記の両センターを統合し、保健と福祉が協働して周産期からの切れ目のない支援を行う「こども家庭センター」の設置を市区町村の努力義務とし、母子保健と児童福祉部署とをつなぐ「統括支援員」を配置し、両者の連携・協働の推進を図ろうとしている。

また、母親の精神疾患の問題を踏まえれば、こども家庭センターと精神保健福祉センターや加害者が通院する医療機関との連携・協働が必要となるが、現状は充分ではない。母子保健分野と児童福祉分野との連携に止まらず、精神保健福祉や精神科医療施設が連携した周産期支援システムの構築に向けた展開が期待されるところである。

(4)0日死亡

国の検証報告では、第 1 次報告以来0歳児の死亡が全体の約半数を占め、0歳児に焦点を当てた分析がなされてきたが、0歳児の内、0か月はその中で半数以上を占めている状況が明らかになる中で、第7次報告（2011）では「0日・0か月児」に焦点を当て分析している。その結果、0日死亡とそうでない事例とで異なる特徴があり、それは、0日以外の0歳児の死亡においては母親の精神的問題が主要なテーマの一つになるのに対して、0日死亡ではその割合が低く、望まない妊娠が 8 割を超え、パートナーとの同居ケースが少ないことである。

川﨑（2018）は、嬰児殺の防止を検討するためには、まず0日児の死亡（新生児殺）と 1 日以上生存した乳児を分けて考えることが有効であると述べ、0日児死亡については、経済的問題を抱え、「妊娠の秘匿」（その結果として妊婦健診未受診や母子健康手帳の未発行がある）があることが特徴であると指摘した。つまり、妊娠を望まぬまま、周囲に相談できずに出産に至っている状況が見て取れるのである。

国は、2009 年に「特定妊婦」を要保護児童等に含まれるものとして位置付け、2010 年代に入ってからは、妊娠に悩む妊婦を何とか相談機関につなげようと、民間レベルで妊娠に悩む妊婦の匿名での電話等による相談の取り組み（「妊娠 SOS 相談」など）が始まり、自治体も関与して全国的に展開している。

しかし、上野（2018）は、「妊娠 SOS 相談」などを利用することで飛び込み出産や0日死亡が予防できた事例がある一方で、「どうしても秘匿しなければならない妊娠・分娩を抱えた女性も多くいる」と述べ、こうした女性は妊娠 SOS 相談等に相談することさえも躊躇してしまい、今の制度や妊娠 SOS や妊娠葛藤相談だけで対応することの困難さを指摘している。

藤田（2018）は、妊娠を隠匿したケースについては、「匿名で乳児の保護を求めることができる仕組みが必要である」と述べ、上野も「秘密出産」のための法的整備について検討が必要になってきていると指摘した。経済的問題を抱え、「妊娠の秘匿」（その結果として妊婦健診未受診や母子健康手帳の未発行がある）があることが特徴で、匿名出産（内密出産）制度の創設なども視野に入れる必要性を述べている。

(5)パートナーの問題

足立ら（2016）は、0日死亡以外の0歳児死亡においては、父親が加害者であった事例が増加することを踏まえ、周産期におけるこれまでの支援は母親対象が多く、父親やパートナーに対しても具体的な支援が必要であることを強調した。水主川（2018）も、父親に対して、育児が思い通りにいかないような機会での適切な対応に関する啓発の強化が必要と述べている。0歳児死亡においては、母親への支援のみならず、男性の養育に対する支援の在り方を検討することが重要で、この点については充分な取り組みができていない現状は否めない。

0日死亡においても、死亡時での同居の割合は低いものの、そもそも妊娠に至る過程でのパートナー（生物学的父親）の存在は無視できない。根岸（2019）は、母親の新生児殺の背景にパートナーとの葛藤があることを指摘し、妊娠後のパートナーの在り方と、母親との関係性を視野に入れて対応することの必要性を説いている。

さらに、予防的な対応として、近藤（2008）は、性教育の是非に関する抽象的な議論に陥ることなく、プログラムの内容も含めて検討することの必要性を述べている。教育の必要性については、産婦人科医である水主川（2018）も、その必要性を指摘し、髙橋（2017）も親となるための思春期からの切れ目のない教育支援が養護教員、学校教員、助産師、産科医、行政によってもたらされることが必須と述べるなど、子ども時代からの教育の必要性を唱える声は少なくない。

しかし、国の検証報告を概観したときに、虐待死を予防する視点での、教育に関する提言がほとんどない。児童虐待死の予防は、児童福祉、母子保健、医療だけでなく、教育分野でも重点課題として取り組むべきであろう。

(6)総合的分析を踏まえての0歳児死亡の考察

Ⅲ-A の総合的分析で死亡等につながるプロセス要因として見いだされた「孤立と孤独を深めていくプロセス」「途切れない支援が進んでいくプロセス」「組織の修正力」にそって、0歳児死亡を分析すると、まず0歳児死亡においては「孤立と孤独を深めていくプロセス」が顕著である点である。特に0日死亡においては、パートナーが不在で、妊娠を望まぬまま、周囲に相談できずに出産に至り、支援機関との接触がないまま嬰児が死亡に至っているケースがほとんどである。また0日以上の死亡においても、精神疾患をり患している場合が多いことが特徴で、対人関係に課題を抱え、支援関係を構築することに困難を抱えている。産後うつ等の精神的問題を把握する努力は EPDS を活用するなどの対応がなされているが、支援関係の構築やその継続に問題がある実態が浮かび上がっている。

総合的分析では、「孤立と孤独を深めていくプロセス」に対して、「途切れない支援が進んでいくプロセス」が保護的要件となることを指摘した。一方、児童虐待への対応には、「途切れない支援」を展開する上で、大きな問題を抱えているのも事実である。現行の対応システムでは、児童虐待対応は、虐待発生のリスクを評価しリスクが高ければ子どもの保護等の介入が検討され、実行される。しかしこうした一方的な介入には抵抗や拒否が伴いやすく、特に精神的問題を抱え、不安や恐怖心が強く対人関係の課題を抱えた保護者にはより強いものとなろう。支援者には、精神的問題を抱えた保護者の心の状態に関する深い理解が必要で、それを踏まえた支援関係の構築、および継続的支援のあり方を検討でき、実践できる専門性が問われることになる。

また児童虐待の対応には、様々な専門領域の連携・協働が必要となる。特に0日以上死亡においては母子保健部門と児童福祉部門との連携・協働は必須となることは、死亡事例の検証を始めた当初から指摘され、そのための体制整備が進められてきた。しかし、母子手帳の配布の際に母子保健部門が関わりの契機を持ちながら、そこで支援関係が構築できなかったか、あるいは、それができたとしても、その後の児童福祉部門や児相への支援につながっていない実態はなかなか改善されていない。

また、精神疾患をり患している場合は医療機関や精神保健部門との連携・協働が不可欠で、早くから精神医療や精神保健システムの構築が謳われていながら、ほとんど実現できていない。

各部門の間で支援が分断されてしまう背景に何があるのかの検討を急ぐ必要がある。それは支援者個人の問題にとどまらずに、共通認識やアセスメント等の共有の障壁となる各専門性に備わっている特性、各部門における組織内および組織間の問題（組織内の意思決定に関わる問題、リーダーシップの問題、リーダー同士の関係性など）、さらには人事等を含めたより上位の組織的問題など、総合的に検討する必要がある。

総合的分析において抽出された「組織の修正力」については、支援方針の固定化・形骸化を防ぎ、ケースのニーズ理解やニーズの変化等に応じて支援方針を柔軟に修正していく力として説明されるものである。つまり、官僚的でマニュアル化された対応方法ではない、ケースへの理解と方針について、反省的な振り返りと修正を繰り返し、適切な理解と方針へと歩を進められる柔軟かつ有機的な組織づくりに向けた検討を行う必要があるといえよう。

(7)まとめ

0歳児死亡の予防に関する現状と課題、必要な対応策について以下にまとめる。

・0歳児死亡の加害者は母親が多く、その多くに母親の精神疾患の問題が認められることについては、早い段階から指摘されていた。

・周産期の支援に大きくかかわっている母子保健部門に関しては、0歳児死亡の予防を見据えた期待が早くから向けられ、国はその体制整備の強化に取り組んできた。

・母子保健部門では、産後うつ病のスクリーニングをはじめ、その把握に努めてきた。

・しかし母子保健部門が母子健康手帳等の交付時など関わりの契機を持ったとしても、支援関係が継続されないことや、市区町村の児童福祉部門や児相へケースが引継がれないなど、連携上の課題が浮き彫りとなった。

・母子保健部門と児童福祉部門との連携に関しては、母子保健分野における「子育て世代包括支援センター(母子保健法の母子健康包括支援センター)」、および児童福祉部門でも「子ども家庭総合支援拠点」の設置を推進し、現在は、両者が一体的な支援を行うための「こども家庭センター」の設置を市区町村の努力義務として、「切れ目のない支援」の実現化に向けて市区町村に働きかけている。

・母親の精神疾患の問題を踏まえれば、母子保健部門と児童福祉部門との一体化したこども家庭センターだけでなく、そこに精神保健福祉センターや加害者が通院する医療機関とが加わった周産期支援システムの構築が必要である。

・0日児死亡については、経済的問題を抱えると共に、「妊娠の秘匿」があることが特徴である。

・妊娠を秘匿したい妊婦は、妊娠 SOS 相談等に相談することさえも躊躇してしまうため、今の制度や妊娠 SOS や妊娠葛藤相談だけで対応することは困難である。

・「妊娠の秘匿」の実態を踏まえれば、匿名出産(内密出産)制度の創設なども視野に入れた検討が必要である。

・0歳児死亡においては、母親への支援のみならず、男性の養育に対する支援の在り方を検討することが重要で、この点については充分な取り組みができていない。

・特に0日死亡においては、パートナーとの葛藤があるケースが少なくなく、妊娠後のパートナーの在り方と、母親との関係性を視野に入れて対応することが必要である。

・0歳児死亡の防止においては、母親および父親となることを視野に入れた教育支援が重要となる。この点についての現状は全く不十分で、養護教員、学校教員、助産師、産科医等と連携した教育支援の強化を図る必要がある。

・支援が中断される、あるいは部門間で引継がれずに途切れてしまう背景の検討を急ぐ必要がある。

・支援者個人の問題にとどまらずに、支援者が属している組織内の問題、さらには人事等と含めたより上位の組織的問題など、総合的に検討し、この問題に対応できる組織作りについて検討する必要がある。

Ⅲ—C. 心中による死亡に関する研究等の分析

虐待による子どもの死亡事例の約半数は心中によるものである。ここでは、心中による虐待死に焦点を当てて分析する。分析の対象は、まず国の検証報告書について、時系列に沿って、心中事例に対する認識の変化、心中事例の背景、対応上の課題について分析、整理する。次に心中に焦点を当てた国内の研究(2000 年以降)について、心中の背景要因、心中による虐待死を防ぐための視点や支援システム等について整理分析する。その上で、総合的分析で見出された「孤立と孤独を深めていくプロセス」「途切れない支援が進んでいくプロセス」「組織の修正力」の 3 つの視点から分析を行い、現在の到達点と課題等について考察する。

1. 内容の分析結果

(1)国の検証報告の分析

ア)心中による虐待死の推移

国が検証を始めた当初は、地方自治体において心中による死亡が虐待による死亡に含まれるという認識が乏しく、第 1 次報告、第 2 次報告においては心中事例が地方自治体からほとんど報告されていなかった。第 3 次報告(2007)から「心中を含む」ことを明記して地方自治体に対して事例の収集を求めた経緯がある。このため、第 3 次報告から数値が増えているが、これに関して、報告書の中でも「それまでは心中を児童虐待と捉える見方が一般的ではなかったことが背景と思われる」と述べられている。(表1)

表 20　心中による虐待死の推移

区分	第 1 次(2005)	第 2 次(2006)	第 3 次(2007)	第 4 次(2008)	第 5 次(2009)	第 6 次(2010)	第 7 次(2011)	第 8 次(2012)	第 9 次(2013)	第 10 次(2014)
例数	−	5	19	48	42	43	30	37	29	29
人数	−	8	30	65	64	61	39	47	41	39

区分	第 11 次(2015)	第 12 次(2016)	第 13 次(2017)	第 14 次(2018)	第 15 次(2019)	第 16 次(2020)	第 17 次(2021)	第 18 次(2022)	第 19 次(2023)	総数
例数	27	21	24(0)	18(2)	8(0)	13(2)	16(3)	19(0)	18(0)	446
人数	33	27	32(0)	28(3)	13(0)	19(3)	21(6)	28(0)	24(0)	619

イ)心中事例に関する初期の認識(第 3 次報告、第 4 次報告)

第 3 次報告において、心中事例は、心中以外の事例の特徴とは以下のように異なる点が多いことを明らかにしている。

①必ずしも乳児に多いわけではない。

②複数の子どもを同時に殺害する例が多い。

③事前に虐待が把握されていることは少なく、関係

機関の関与も少ない。

④虐待のリスク要因と考えられている一人親や継父母、妊娠期の問題、経済的問題、地域での孤立などは、必ずしも心中事例には当てはまらない。

また、本報告では、「昨年、自殺対策基本法が制定され、本格的な自殺予防対策がスタートしたが、子ども虐待の観点から心中事例に関する検討はほとんどなされていないのが現状である。したがって、まずは、子どもを巻き込んだ形で行われる心中に関し、事例の収集・把握を徹底し、その分析を行うとともに、特に、子どもの安全確保の観点から講じられるべき対策についての検討を進める必要がある」と述べている。

第 4 次報告(2008)では、心中事例は 48 例(65 人)と前年度より大幅に増加した。ただし、「これは実際の事例数そのものが増加しているとは言い切れず、地方公共団体において検証対象事例として国に報告すべきものとの認識が徐々に高まり、国に報告されるようになったためとも考えられる」と述べている。また心中事例では、「年齢にばらつきがあり、かつ複数の子どもが犠牲になる場合が多く、こうした傾向は平成 17 年(第 3 次報告)と同様であった。また、平成 17 年においては児相が関与していた事例はなかったが、今回は8例(16.7%)あり、うち5例は施設退所後2ヶ月以内、あるいは一時帰宅中に心中に至っていた。これら5例は、一人親家庭、加害者のうつなど精神障害や身体疾患、DV、子どもの障害等のハイリスク因子を抱えた事例であり、児相がこれらの家庭のリスク要因を適切にアセスメントし、指導及び援助が実施できていなかったと考えられるため、児相が関与している事例のうち少なくとも施設入所しているケースは、措置解除の判断の方法と措置解除後の支援体制について検討する必要がある。さらに、心中事例に対する関係機関の関与については、『関係機関が虐待やその疑いを認識していたが、児相が関わっていなかった事例』と『関係機関との接点はあったが、家庭への支援の必要性はないと判断していた事例』を合わせると 35 例(72.9%)であった」と述べている。

検証委員会(2008)は第1次報告から第4次報告までの死亡事例等全件の総括報告を行っている。さらに、特に重大とみられた個別事例 16 事例について、より詳細な分析をするために当該自治体にヒアリングを行っている。この 16 事例の中にひとつだけ心中事例(第 3 次報告の事例)があった。表 2 にその概要と問題点を示す。この事例は多くの負担を抱え、産後うつ傾向が生じている中で心中に至ったもので、リスクの一端(産後うつ傾向)を把握していながら必要な支援につながらなかったものである。保護者の精神的な問題に関しては、心中以外の虐待死にもリスク要因の一つとして認識されており、特に周産期における精神状態の把握と対応の必要性については、この時期から警鐘を鳴らしていた。

表 21　第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による死亡事例等の検証結果総括報告でヒアリング対象となった心中事例の概要と問題点

母親(30 代前半)が、子ども 3 人と無理心中を図り、全員が死亡した事例。死亡の数年前に他県から父母の郷里である町に父親、第一子とともに転入。父方祖父母と同居を開始。母親は 2 人の子どもを妊娠・出産。その後、家族が次々と病気や障害を負ったり、第三子妊娠中に父親の妹とその長女が同居を開始する。第三子を出産後間もなくから、母親はアルバイトに復帰し、家事、育児、介護全てが母親の肩にかかる状況となっていた。 保健センターでは、母親が第三子の妊娠時に中絶を希望していたことを把握しており、出産後には EPDS(エジンバラ産後うつスケール)を実施し産後うつ傾向があることを把握していたが、対応がなされていなかった。子どもたちが入所していた保育所園長も母親とコミュニケーションをとっていた。また、母親は、第一子の発達の遅れを気にしており、子育ての不安を訴えていた。一方で、子育てグループのリーダーをしており、周囲は母親に対して明るく活発で頑張り屋という印象を持っていた。

〈問題点〉

○ 転入時から、母親は、保健センターの保健師、保育所の園長等に子どもの発達や自らの身体的・心理的負担に関して不安を訴えており、その度にアドバイスはしており、第三子も保育所に入所していたが、レスパイトケアやヘルパー派遣などの事業が実施されておらず、母親の問題解決にはつながらなかった。

○ 保健センターの保健師は直近の健診時、母親が笑顔で育児を楽しんでいた様子を見て安心したが、その後、母親とは会う機会がなく情報がなかったため、度重なる家族の病気や事故等による母親の身体的・心理的負担の変化を知らなかった。
○ 第三子の妊娠中に中絶を希望していたことを保健師が把握しており、出産後は、EPDS(エジンバラ産後うつスケール)が実施され産後うつ傾向がみられたが、専門医の紹介や育児支援などの具体的対応はなされなかった。
○ 当該地域管轄の保健所において MCG(Mother and Child Group)を実施しており、管轄内市区町村に対して対象ケースを募っていた。しかし、対象については一定の基準が示されていたものの、具体的な対象を示していなかったため保健センターの保健師は当該ケースの母親が対象になるとイメージできなかった。
○ 当該地域には要保護児童対策地域協議会が設置されておらず、このケースについて複数の関係機関が定期的に協議を行う場がなかった。
○ 中絶の希望が表出された時の支援の方法が明確になっていない。
○ 妊娠・出産・育児及び家族に問題を抱えるケースに関して関係機関同士の情報提供・共有システムがない。そのため、周産期の対応が遅れる結果となっている。
○ エジンバラ産後うつスケールなどが開発されて、産後うつの傾向が把握されるようになったが、その後の対応が確立されていない。そのため本事例では、実際の支援が行われていない。

ウ)第 5 次報告から第 8 次報告の検証報告の内容

第5次報告以降現在に至るまで、心中による虐待死については、心中以外の虐待死の分析に比べれば比重が軽く、心中に特化した特集が組まれたことはこれまでにない。また第5次報告以降は複数の個別事例に対して自治体にヒアリングを行っているが、心中事例が取り上げられたことはほとんどない。取り上げられたのは第 8 次報告、第 17 次報告および第 19 次報告においてのみである。これらの内容については後述する。

第4次報告以降、心中による虐待死について何らかの見解がなされた個所を取り上げると以下のようなものがある。

第6次報告(2010)では、心中事例について、「心中事例では、子どもを殺害することに加え、加害者が自殺をしなければならない状況に追い込まれているとも考えられ、育児をはじめとする様々な悩みや不安等について保護者が相談しやすい体制を整備するとともに、地域の母子保健対策や自殺予防対策と連携して取り組むことが必要である。」と述べられている。

第 7 次報告(2011)では、加害者が母親である場合と父親である場合とで異なる特徴があるとして次のように述べている。実母の特徴としては、子どもが3歳未満の場合は産後うつ病の疑いも含めて、精神疾患を抱える母親が多く、子どもの年齢を問わず、子どもの先天性疾患や発達の遅れがあること、ひとり親であること、借金を抱えているなどがあり、「実母の精神疾患や子どもの病気など複数のリスク要因が重なる場合は、心中のリスクが高まることを関係者は認識する必要がある。実母の健康状態に目を向け、育児が可能な状態なのか、支援者がいるのかなどについて、実父や他の家族とも連絡を取り情報収集しながら、リスクアセスメントを行うことが重要である」とし、加えて「精神科では、診察した患者に子どもがいる場合、育児上の問題の有無を確認し、育児支援が必要であると予測される場合には、地域の母子保健担当部署につなげることが重要である」「ひとり親であるという要因に育児疲れや経済困窮など他のリスク要因が加わることにより、心中のリスクが高まったと考えられる。―中略―ひとり親への積極的な介入とニーズに合わせた支援が必要である」と述べている。

実父が加害者の場合、「「実母」が加害者である事例との大きな違いは、実母と同居していた8事例のうち、5事例が実母と子どもを殺害して自殺を図る一家無理心中(未遂を含む。)であることである。また、背景には子どもの年齢に関わらず、失業や離婚、借金、実父の精神疾患等がみられた。実父の場合、子育て

に関することが直接の要因ではなく、失業、離婚などのストレスイベントが引き金となっていることが予測され、自殺予防対策と連動して取り組むことが重要である」と述べている。

第 8 次報告(2012)では、特に重大とみて自治体にヒアリングを行った個別事例を 4 事例取り上げているが、その中の一つに心中事例がある。主に加害した母親の精神疾患への対応の不備と心中事例についての検証そのものが充分されていないことを問題視している。表 3 に事例の概要と対応上の問題点について、報告書の内容を示す。

表 22 第 8 次報告で取り上げた心中事例の概要と対応上の課題

【概要】
実母が、子ども(1歳)の首を絞め、自らもビルの屋上から飛び降り、死亡した事例。子どもには発達上の課題があり、市区町村が支援をしていた。実母自身は、精神科を受診していた。

【課題】
・市区町村は、実母が精神疾患のため精神科医療機関を受診していることは把握していたものの、支援に当たって精神科医療機関と情報共有するなどの連携はしていなかった。実母の就労の開始や子どもの発達に関する診断など実母の病状に影響し得る出来事が起きていたにもかかわらず、市区町村では実母の精神面への影響に関する再評価を行わなかった。
・心中による虐待死事例について、市区町村では検証が行われたが、都道府県等では検証が行われなかった。
・心中事例の検証では、市区町村が直接関与していなかった事例について、心中直前の状況に関する調査が十分になされておらず、心中のきっかけとなる出来事や背景がつかめていなかった。

この事例に対する解説として、「精神疾患を抱える養育者の場合には、病状の変化によって養育者の養育能力が低下したり、また、子どもの養育自体が負担となり、病状に影響することも想定される。市区町村は、養育者が医療機関を受診していることを把握するだけにとどまらず、養育者の病状を評価できる保健機関、養育者が受診する医療機関と連携・協力し、実際の養育状況を踏まえ、養育者の負担軽減のための支援を検討することが必要である」と述べると共に、「心中による虐待死事例については、特に心中が完遂された場合には、親子に関する情報が得られない場合が多く、検証することも難しいと考えられる。しかしながら、心中による虐待死事例は、子ども虐待による死亡事例総数の半分程度を占めており、検証の必要性は心中以外の虐待死事例の場合と変わらない。今後、地域における心中の防止策を検討するためにも都道府県等において積極的に検証を行うことが必要である」と指摘した。

心中事例の全体的傾向としても、個別事例にあったような「保護者自身の精神疾患、精神不安」が最も多く、次いで「育児不安や育児負担感」、「夫婦間のトラブルなどの家庭の不和」であったことを踏まえ、「関係機関は、養育者が精神的に変調をきたしていると考えられるような場合には、養育者が医療機関に受診しているか、受診していたとしても服薬などの治療が受けられているかなどを把握し、病状のアセスメントが可能な精神保健福祉担当部署や保健師等と連携し、養育者が子どもを適切に養育できる環境を整えていくことが必要である」と述べている。

エ)実母の精神疾患に焦点化した分析(第 10 次報告、第11次報告、第 14 次報告、第 17 次報告を中心に)

第 10 次報告(2014)では第 5 次報告から第 10 次報告までの、精神疾患のある実母における事例の発生状況を調べたところ、不明を除く 199 例の内、精神疾患のある実母は 73 例(79 人)であり、そのうち、心中以外の虐待死事例は 31 例(32 人)、心中による虐待死事例は 42 例(47 人)であったことが分かった。その時点で分かっている診断名は「うつ病」が 20 人と最も多く、次いで「統合失調症」が7人であった。

第 11 次報告(2015)では、関係機関の関与・対応状況として、通告の有無を調べているが、心中事例に関しては、通告「なし」が 26 例(96.3%)、「あり」が1例(3.7%)のみであったことを明らかにしている。心中事例については、その予兆等周囲が気付きにくいことが推察される。

第 14 次報告(2018)では、第3次報告から第 14 次報告までの心中による虐待死の加害者は母親が 70.2%(総数 361)と多くを占め、「育児不安」「精神疾患(医師の診断によるもの)」「うつ状態」 などが継続して多い傾向にあると指摘している。また、第 14 次報告では、若年妊娠が特集として組まれており、「若年(10 代)妊娠をしている事例のうち、心中による虐待死事例で特徴的であったのは実母の年齢が 24 歳以下に比べ、若年妊娠から数年が経過した 25 歳以上が多く、40歳以上という者も複数みられた。心中以外の虐待死事例にも、実母の年齢が 40歳以上という者がみられることから、心中事例をはじめとして長期にわたる継続した支援が重要である」と述べている。

第 17 次報告(2021)では、特に重大とみて自治体にヒアリングを行った個別事例が3事例取り上げられており、その中の一つに心中事例がある。その概要と対応上の課題を表 4 に示す。

表 23　第 17 次報告で取り上げた心中事例の概要と対応上の課題

【概要】家族に複合的な問題がある中で、精神疾患を持つ実母が本児を殺害して自殺を図り、自身も死亡した事例
・母は精神疾患の既往があり、本児の妊娠時は特定妊婦に登録されており、出産後も市区町村の支援を受けていた。
・母の精神疾患の既往に加え、本児は発達障害があったことなどから、養育環境の不安定さを理由に、本児は要保護児童対策地域協議会に登録されていた。
・本家庭のキーパーソンは実父であったが、脳疾患により介護が必要な状態となった。母は父の自宅退院を強く希望していた。
・父の入院する病院より、母が本児を叩いたとの情報提供があったため、市区町村が家庭訪問等を行っていた。家庭訪問時に母が興奮状態となったことから、心理的虐待および身体的虐待の疑いにより、本児は職権保護された。
・児相は、母が本児の前で「死にたい」と発言することを重く受け止め、心理的虐待を主とした。
・母は自殺企図について発言することはあったが、実行したことはなかった。
・一時保護されていた本児は、家庭支援サービスの導入を条件に家庭復帰となった。
・本事案は、本児が家庭復帰した1週間後に発生
【事実と課題】
ア.　家族全体の生活実態の把握とアセスメント
(ア)事実
・ 母には統合失調症で 20 代に 2 度の入院歴があり、特定妊婦として本児を出産していた。母自身が精神的不調を抱えていた。
・本児は発達障害による育てにくさがあった。
・父は脳疾患により入院治療を継続していた。
・母は、自身の療養の継続、入院中の父の世話や療養方針の検討・決定、本児の発達を考慮した養育、家事などの課題に一人で対応している中で、父の自宅退院を希望し、退院が可能か調整中であった。
・本児は学校の欠席が続き、身体的・心理的虐待疑いにより一時保護となったが、「家庭復帰の適否を判断するためのチェックリスト」によるアセスメントの結果、一時保護解除となった。
(イ)問題点
・ 父の健康問題の発生により、母の身体的・心理的負担は増大しており家族全体の養育機能の低下は予測できたはずだが、家族機能の変化に伴う再アセスメントを十分にしていなかった。
・ 一時保護解除の判断に使用されたチェックリストに父の病気に関する項目は含まれておらず、父の病気に関する状況を考慮せずに家庭復帰となっていた。
・本児の家庭復帰により、精神疾患をもつ母が深刻な状態になる可能性について危機感を持たなかった。

・家族は複合的な課題を有していたが、各家族員に関わる支援機関は、家族全体の家族機能へのアセスメントに基づく支援計画の検討を十分に行っていなかった。
イ. 家族全体を切れ目なく支援するための関係機関の連携や支援ネットワークの構築
(ア)事実
・本児の発達支援、母の療養支援、父の療養支援、家族の養育機能支援などの問題に、これまで各関係機関の支援者が関わっており、保育所、学校、市区町村障がい福祉部署、児童福祉部署、児相などの本児に関わる支援機関が個別ケース検討会議に参加していたが、両親の通院・入院医療機関に対しては、児相が個別に連絡・調整を行っていた。
・妊娠期から乳幼児期には、保育園長、学校の担任、市の障がい福祉部の保健師、母子保健部署、児童福祉部署が子育て支援の観点から関与していたが、それら支援者の関与や家族史等は学童期における支援チーム内に共有されていなかった。
(イ)問題点
・両親の健康課題については支援ネットワークが構築されていなかった。しかし、父の健康問題や療養及び看取りの方針は、母やその他家族員にとっても非常に大きな問題であった。
・関係機関の連携や方針が統一性を欠いていた。
・市の母子保健部署が妊娠期から支援を継続していたが、本児が保育所に入所したことにより、母の主な相談相手が保育所の園長となり、市の母子保健部署との関わりが薄れた。
ウ. 障がいのある保護者や障がい者のいる家庭への専門職を活用した支援(報告書ではエと誤植)
(ア)事実
・母は精神疾患のため入院歴があり、本児の妊娠時は特定妊婦として取り扱われていた。
・母の精神科の主治医は、父の退院と本児の家庭復帰が重なるとキャパシティーオーバーになると予測していたが、母の自殺企図については実行に移す懸念は小さいとの所見を示していた。
・児相は、母の精神科の主治医とは情報共有などの連絡をしており、また、地域の支援チーム内には市区町村の精神保健担当の保健師はいたが、精神保健の視点から必要な支援を十分に検討できていなかった。
(イ)問題点
・児相は、母の本児を引き取ることへの強い希望やそれら前向きな発言を重視し、精神疾患の特性を十分配慮せずに本児の家庭復帰を決定した。
・児相は、本児の家庭復帰による母への影響として、母の精神状態が再び不安定になることによって心理的虐待とネグレクトが生じる可能性については懸念していたが、自殺のリスクまでは想定していなかった。
・事案発生前、母は「死にたい」と発言しても、これまで実際に自殺を企図する行動をとったことがなかったため、児相は母が行動に移すかという危険性について過小評価していた。
・精神保健上の課題を持つ母にとって、発達の課題をもつ本児の養育は心理的負担の要因となる可能性があり、リスクアセスメントにおいては、母の精神保健上の課題の評価が必要であった。

この事例を踏まえての対応策は、「家族全体の生活実態の把握とアセスメント」として「長期にわたる関与においては、各家族員に生じた出来事や状況の変化により、家族全体の機能にも変化が生じる場合があることに留意し、その都度、家族全体を再アセスメントすることが重要となる。再アセスメントをするにあたっては、現状に対する認識や家族の課題、課題解決のための取り組みの方向性について家族と共有することが必要である。また、長期にわたり養育困難家庭として関与している場合であっても、死亡等の重大事案が生じる可能性についての予測は困難であるが、関係機関は、各家族員に生じた出来事や状況の変化等から些細な兆候を見落とすことなく、その都度リスクアセスメントを行うことで重大事案につながるリスクを回避していかなければならない。さらに、関係機関には、現状のリスクアセスメントだけでなく、今後の家族の将来像を計画的に見据えて、予測される事態を踏まえた課題抽出とリスクアセスメントの実施が求められる」。次に「関係機関の連携や支援ネットワークの構築」として「家族全体や家族員の状況変化に応じて、支援機関や中心となる機関が変化することは当然だが、その場合は、関係機関間で適切に情報共有を図ることが必

須である。―中略―児童関連部局・機関のみでなく、地域で家族全体を支援するネットワークを構築し、各家族員を支援する関係機関の連携及び協働が求められる。したがって、市区町村の児童関連部局は、家族全体と家族員の状況に応じ、既存の枠組みに留まらず、支援ネットワークの拡大を意識することが必要である。また、関係機関間のネットワークを有効に機能させるためには、家族全体を俯瞰し、コーディネーターの役割を担える存在が重要になると考えられる。特に、多重課題等により解決が容易でないと想定される場合、複数の関係機関が集まって情報共有を図るとともに、関係機関がそれぞれの役割分担を明確にし、客観的な視点を踏まえて問題を対処していくことが重要となる。なお、その際、中心となる支援者を明確にし、どのような事態にどのように対応すべきか等、具体的な対応方針を検討しておくことが必要である」。さらに「専門職を活用した支援」として「精神保健上の課題を持つ家族員を含む家族への支援にあたっては、子育て支援の視点のみならず、精神保健の視点においてもアセスメントし、精神保健の特徴を踏まえた支援方法等の検討を行うことが重要である。そのためには、例えば保健所の精神保健福祉担当の保健師や精神保健福祉士のような精神保健領域の担当者に支援チームに参画してもらうことなど、専門職に協力を得ることは有効であると考える」と述べている。

オ）母子保健部署の役割と機関連携（第 18 次報告、第 19 次報告）

第 18 次報告（2022）では、特集として第 5 次報告から第 17 次報告まで全死亡事例における関係機関の関与状況を調べ、報告している。それによると、心中事例（未遂も含む全 464）では、母子健康手帳未発行が 1.7％で、ほとんどの母親が母子保健担当部署との関わりの契機があった。また乳幼児健康診査でも、心中事例は 1 歳 6 か月健診で受診済みが 205（52.8%）、未受診 20（5.2%）、不明 163（42.0%）で、多くが母子保健担当部署と関係を持っていた。しかし、児相・市区町村（虐待対応担当部署）の関与状況について、心中事例は、どちらも関与が 36（7.8%）、児相のみ関与が 28（6.0%）、市区町村のみで関与が 26（5.6%）、いずれも関与なしが 298（64.2%）と、母子保健担当部署から他の機関等につながっていない現状が推察された。

第 19 次報告（2023）では、特に重大とみて自治体にヒアリングを行った個別事例3事例のうちの一つが心中事例であった。「16 歳の長女が実母とその再婚相手の暴行等により死亡、同日、4歳の次女と実母が無理心中により死亡した事例」である。この事例の課題や対応策についての言及は、16 歳の長女に対する内容に関するものが数ページにわたって紙幅を割かれているのに対し、母親と次女の無理心中については、「母子保健の特性を生かした支援の強化」として、次の数行に止まっている。「乳児家庭全戸訪問は広く一般の母子を対象とし、ポピュレーションアプローチとして行われる子育て支援事業であり、リスクや家族のニーズが顕在化していない家庭においても家庭の養育状況等を丁寧に把握できる貴重な機会となる。養育状況におけるリスクの程度は、子育ての経過とともに揺れ動くため、虐待予防及びリスクの早期発見の観点から保護者が必要性を感じていない場合においても、乳児家庭全戸訪問事業の趣旨や内容が保護者に理解されるよう働きかけを行い、ポピュレーションアプローチとしての全戸訪問の機会を確実に活用し、乳児のいる家庭の生活実態を把握することを重視すべき」の指摘に止まっている。

（2）心中に関する国内研究の分析

この 20 年間で、心中に関する研究は数えるほどしかない。主に川崎らが、戦前戦後の心中に関する研究を収集、分析し、かつ 2000 年以降の心中事例について、新聞報道、地方自治体の検証報告、裁判傍聴記録等の情報をもとに分析し、事例の特徴や心中による虐待死の防止に向けた考察を行っている。

ア）川崎らによる戦前戦後の心中に関する先行研究の分析

川崎ら（2012）は、親子心中に関する先行研究や実

態調査等を戦前戦後に分けて収集、分析している。その結果、戦前では大正末期から昭和にかけて心中が急増し、社会的関心を呼ぶなかで、心中に関するいくつかの研究が行われていた。また戦後においても多くの論者が「親子心中」を論じていることを報告している。しかし、「それらの立場はさまざまで、『親子心中』そのものに関心を示したものも多いが、『心中死』全般の中で『親子心中』に言及しているものや、『子殺し』という観点での調査・研究の中に『親子心中』を見いだすものまで多岐に及ぶ」と述べている。特に本研究のテーマである「児童虐待という観点から『親子心中』を分析した論文は、『児童虐待の防止等に関する法律』が制定、施行された2000年以降になってようやく登場してきたように思われる」と述べている。

さらに「わが国において、その公式的な統計は現在までほとんど見られず、わずかに、警察庁が、1956 年(昭和 31 年)から1964 年(昭和 39 年)まで、『犯罪統計書』において『集団自殺件数』を計上し、集団自殺を家族・家族以外に分類、家族をさらに夫婦、父と子、母と子、父母と子、その他に分類して数値を示している程度である」ことを明らかにしている。

また、「親子心中」の定義についても触れていて、「親子心中」には手をとって高所から同時に飛び降りるようなものと、親が子を殺して自殺するものがあり、その場合親が虚脱状態になり生き残った場合は子の殺人なのか心中未遂なのかなど、「定義がかならずしも明確であるとは言いがたい」と述べている。

そして、「公式統計がないことや「親子心中」定義が明確ではないことなどから、「各研究者が行った調査は、その多くが新聞報道に頼ることとなっている。(中略)また、調査の範囲や対象も研究者の関心の向け方によってまちまちであった。児童虐待の一つの形、すなわち 18 歳未満の児童に対する保護者の加害行為としての「親子心中」に焦点を当てたものはまだ少なく、成人親子心中を対象に加えているものもあれば、15 歳未満を対象にしたものなどがあった。あるいは家族内の心中だけでなく広く男女間の心中なども含めて検討しているもの、さらには、嬰児殺など種々の子ども殺害の中の一つの形態として「親子心中」を扱っているものもあった。こうした事情から、それぞれの論文のデータを比較検討することは極めて困難であった」としている。

とはいえ、以上を踏まえた上で、改めて諸文献を俯瞰すると、各論文に共通して示される傾向はみられ、以下の3点を挙げている。

①ほぼすべての論文において「母子心中」が最も多く、約8割とする論文も複数あった。これは戦前、戦後を通じても変わらぬ傾向である。なお、「父子心中」や「一家心中」のいずれが多いのかは、必ずしも明確にならなかった。

②加害者の年齢を見ると、男(父親)は、女(母親)に比べて年齢が少し高くなっている。これも戦前、戦後を通じてほぼ共通する傾向であった。また被害者についてみると、全体として乳幼児が多く、年齢が高くなるに従い漸減する。ただし、児童期を通じて(さらには子どもが成人期に達した後も含めて)どの年齢層にも現れることが示された。

③非血縁の関係の親子による心中事例は稀であった。この点についても、戦前、戦後とも同様の傾向が示されていた。

また、「親子心中」の原因・動機については、「時代とともに変化する」と述べ、以下の 6 点を指摘している。

①戦前においては、「貧困を背景にしたものが多い」

②とはいえ、単純に貧困とのみ考えていたわけではなく、「親子心中」、特に「母子心中」の原因として精神的な問題が背景にあると指摘した研究もある。

③戦後直後は、戦前と同様もしくはより先鋭に貧困問題が原因となっていたとも考えられるが、その約 20 年後は、「家庭不和」、その約 10 年を経た時代では、「病苦が最も多い」としつつ、「出産・育児にともなう身体的・精神的異状」を原因としたものが目立つなど、「家族の変化、社会環境の変化が、「親子心中」の背景要因を変化させている」ことが示唆された。

④「親子心中」の原因・動機については、「母子心中」と「父子心中」「一家心中」で相違している。まず、「母子心中」についてみると、「精神疾患、精神不安定

を理由とするものが多いことが指摘されている」

⑤「父子心中」「一家心中」については、「生活苦、経済的破綻が主要な原因としてあげられること、次に家庭不和などの内容は、『妻の家出』など夫婦問題があることが指摘されていた」

⑥「子ども側の要因として、子どもの障害などが見られることがいくつかの論文で取り上 げられていた」

イ）2000 年代に新聞報道された親子心中事例の分析

川﨑ら（2013）は、2000 年から 2009 年までに新聞報道された 18 歳未満の子どもが被害者となって死亡した「親子心中」事例を分析した。その結果、件数は395件、被害児童数は 552 人であった。既遂・未遂の割合は、既遂が 65.3%、未遂が 34.3%であった。以下が明らかになった点である。

①「親子心中」のうち、「母子心中」が半数以上を占めており、最も多かった。この傾向は、従来の研究と同様の結果であった。

②被害児童の年齢は0歳が最も多く、5歳以下で半数以上を占めている一方、各年齢に幅広く分散していた。また、「母子心中」では0歳が多く、5歳以下が半数以上を占める一方、「父子心中」 では3歳が最も多く、「母子心中」の被害児童の年齢よりも高い傾向があった。この傾向は、従来の研究と同様の結果であった。

③一事件で複数の児童が被害にあった事例は、4割以上を占めていた（被害にあったが生存した児童も含む）。また、「母子心中」よりも「父子心中」の方が一事件における被害児童数が多かった。

④児童の殺害手段は、「絞首」が最も多く、次いで「ガス」、「刃物」が多かった。

⑤加害者の自殺手段は、「ガス」、「刃物」、「縊死」の順に多かった。

⑥加害者の年齢は、実父・実母共に「30～34 歳」が最も多かったが、実父では 30歳から 49 歳までは 横並びに多くなっていた。一方、実母の年齢は、25 歳から増え始め「30～34 歳」をピークにして 39 歳までが圧倒的に多くなっていた。

⑦実母が単独加害者の事例では9割以上が「母子心中」の形態であったが、実父が単独加害者の事例での「父子心中」は約半数で、「父母子心中」の占める割合が約4割と多くなっていた。

⑧配偶者の状況について把握できた事例をみると、「母子心中」「父子心中」共に半数以上が配偶者と同居しており、同居している配偶者を残して「母子心中」あるいは「父子心中」に至っている事例が少なくなかった。一方、実父が単独加害者である「父母子心中」の中には、離婚や別居等で同居していない実母を殺害して心中に至った事例もあった点が特徴的であった。

⑨実母が単独加害者となった事例では、精神科等に通院・入院歴があった事例が 13%となっており、その他にも心神喪失で不起訴になった事例や、裁判で心神耗弱が認定された事例も多々みられた。一方、実父が単独加害者の場合は、精神科等に通院・入院歴のあった事例はほとんどなかったが、借金等があった事例、事件当時に無職もしくは失業中だった事例がそれぞれ1割以上を占めていた。

ウ）地方自治体による検証報告を対象とした心中事例の分析

石川（2013）は、国の第 8 次報告にある、資料Ⅱの「第 1 次報告から第 8 次報告の集計結果と推移」の心中による虐待死に焦点を当てて整理し、考察している。以下が考察のポイントである。

①心中による虐待死では一件につき複数の子どもが犠牲になるという特徴がある。

②心中による虐待死の場合は、男子と女子の人数がほぼ同じ割合になると推察された。

③家族の経済状況では心中による虐待死の場合、心中以外の虐待死と比べて課税世帯の割合が 3 割程度含まれ、一概に貧困が心中の主要因ではない。

④地域社会との接触については、平均的な接触をもつ家庭が 3 割以上を占め、地域社会から隔絶された家族が心中に至るのではないことがわかった。

⑤心中による虐待死の場合、多くの子どもが小学校、

保育園を始めとする養育機関に所属していた。
⑥養育機関・教育機関が関与していたか否かについては、心中による虐待死の場合、心中以外の虐待死に比べ、関与の割合が圧倒的に高いにも関わらず、その殆どが、心中への認識はなかったことが明らかになった。それは虐待の対応の中核機関である児相および市区町村の保健所等も同様の結果であった。

結果を踏まえ、子ども虐待（心中事件）の防止および子ども虐待の未然防止と支援方法を次のように指摘した。
①母親の精神保健の対応は、心中事件および虐待の発生を防止するためには欠くことができない最重要点である。
②児相等の対応の限界は、わが国の家族福祉の問題への対応のあり方そのものを根本から見直す必要を求めている。
③保健所と精神科病院・児相等の連携は今後必須の課題となってくる。

さらに防止策として、次のことを提案している。
①相談業務を担う保健師等と連携できるファミリーソーシャルワーカーの採用。ファミリーソーシャルワーカーは保健師等と異なる視点で家族の機能の向上に働きかけることができる。
②ファミリーソーシャルワーカーの役割は、機能不全に陥っている家族の救助信号をうけとり、支援システムを構築し家族を立て直すことにもある。MDT（multidisciplinary team：多職種専門家チーム）を、地域の保健所ないし児相を起点に形成することが必要。

エ）裁判傍聴記録による事例分析

川﨑ら（2014）は、2010 年から 2013 年までに発生した「親子心中」事件のうち、加害者が生存して起訴され、公判が行われた 12 事例（母親加害者6事例、父親加害者6事例）を取り上げ、新聞記事の収集および、公判の傍聴・記録、および自治体による死亡事例検証報告書が提出されている事例については、当該報告書も収集し、それらを資料として、研究メンバーにより事例検討を行っている。事例検討には、研究者（児童福祉）に加え、保健師、精神科医、弁護士が加わって検討している。

検討結果を踏まえ、保健師、精神科医、弁護士の立場からそれぞれ考察がされている。

保健師の立場から上野（2014）は、地域の関係機関・保健機関の専門職の役割として以下のことを述べている。

「父子心中事例に比べ、母子心中事例の母親は、これまでの人生での対人関係面での問題が大きく、身体的、精神的傷つきの深さがあり、容易に SOS をもとめることができない状況にある。まさに自ら支援をもとめてこない親たちである。地域の関係機関がこれらの支援が必要な親を見いだしていくためには、以下の情報を意識的に把握することが必要であると考える。

①リストカットなどの自傷行為
②身体的虐待歴、性的虐待歴
③自らの身体的状態への関心の乏しさ

これらの観点はこれまでの保健機関の支援のなかでは把握できていなかったあるいは把握できていてもその後の行動を予測することが難しかった情報である。地域の関係機関・保健機関の専門職がより精神的問題への知識を深め、その背景を理解できるようになることが心中事例の予防のために必要なことである」

精神科医の立場から松本（2014）は、多くの事例で慢性的な関係破綻が認められ、こうした関係性の破綻は「事件の根本的な要因が生育歴にまで遡りうる、根深い問題を意味する一方で、予防的介入を行う時間的余地が存在する可能性を示唆する。一方、加害者が父親である場合には、配偶関係における出来事から犯行までの時間は短く、いわば「急性」の特徴を呈していた」と述べ、その防止策として以下のように考察している。

「親子心中の加害者を処罰することに異を唱えるつもりはない。ただ、今回の検討において、多くの母子心中加害者が精神鑑定の対象となっていたという事実、そして、精神鑑定の対象となった者は少なかったものの、父子心中加害者では、母子心中加害者以上に深刻な精神病理の存在が推測されたという事実は

無視できない。これらは、単に処罰による威嚇効果だけでは親子心中が予防できないことを示すものといえるであろう。親子心中には『拡大自殺』としての側面もある。実際、今回検討した事例のなかには、早くからリストカットや過量服薬のような非致死的自傷などの、従来、自殺の危険因子とされてきたものを早くから呈していた事例や、犯行前に、平生の本人らしくない行動・態度のような、よく知られている『自殺のサイン』が認められた事例は少なくなかった。その意味では、親の自殺を予防することが親子心中を予防することにつながる可能性がある。今回検討した事例でも、親が抱える困難が周囲に早くキャッチされ、速やかに何らかの介入・支援を提供されることで、彼らに自殺の計画を断念させることができたとすれば、親子心中を防ぎ得たかもしれない。 特に母子心中事例では、困難な状況を呈してから犯行までの経過は慢性であり、すでに精神科医療につながっていた事例も少なくなかった。このことは、そのような事例では精神科医療による介入で事件を未然に防ぎ得た可能性を示唆する。もちろん、診察室だけの治療で防止し得たとは考えにくいが、地域保健機関や児童福祉機関との連携、訪問看護を活用したアウトリーチによって緊張を抱えながら孤立する家族に、ある種の「風穴」を開けることができた可能性は否定できない。以上より、次のことがいえるであろう。すなわち、子どもを抱える成人患者の治療に携わる精神科医療関係者は、つねに子どもの危険を考慮して治療に臨む必要があり、通常診療において、患者の自殺リスク評価を怠らないことは、単にその患者の自殺を防ぐだけでなく、拡大自殺である親子心中を防ぐうえでも有効であることを忘れるべきではない、ということである」

弁護士の立場から高橋（2014）は、子どもの被害を防ぐためにとして次のことを指摘している。

「実際の場面で親子心中を防ぐためには、①親に自殺を決意させない、②親が自殺しようと思っても、子どもを道連れにしようとしない、③親が子どもを道連れにしようとしても社会がそれを許さない（親子分離をする）、といった段階が考えられる。

①については、自殺予防の一般的な活動に重なるものである。

②については、上記のような取組で親の意識を変えていくと同時に、裁判の量刑にあたっても一般予防の観点から、何の責任も無く無抵抗な子どもが最も信頼していた親から殺されることについて、違法性および責任の観点から厳しく判断していくことが求められる。

③については、今回検討した事例のほとんどは、関係機関が事前に関与することが難しかったと思われるが、中には、関係機関が積極的に関与していれば、子どもの死亡という結果は防げたのではないかと思われる事例もあった。

『親子心中』の場合は、日常の監護養育はある程度きちんとしているのみならず、愛情をもってしっかりと育てている事例が多い。しかし、『自殺』という特殊な状況に至った場合には、むしろ日頃の親子間の結びつきが強いほど、道連れにされる可能性が高いことを、支援する機関の関係者はしっかり理解しておく必要があると思われる。」

以上の考察を踏まえて、川﨑は、「親子心中」の具体的な予防策として、以下のように考察している。

「男性加害者と女性加害者とでは、「親子心中」 に至る経過や態様が異なっていると思われる点に、留意する必要がある。加害者が実母の場合、本報告で検討した6事例すべてが精神的な問題を抱えていたが、母を診察、治療していた医療機関と児童福祉関係機関との連携などは、全くないか若しくはあっても十分であったとは言い難い。この点を改善していくことが「親子心中」、特に「母子心中」を予防していく上での課題ではないか」と述べている。

一方、男性加害者の場合、「精神的な問題が隠されている可能性はあるものの、実際に家族や本人から医療機関へ相談している事例はなく、（中略）短期間で事件が発生していた。これらの特徴は、予防的介入がより困難である可能性を示唆しつつも、中には実母と別居し、児相に相談していたり、再三自殺を仄めかす言動をしていた事例もあり、援助機関がこうした

情報を得たり、何らかの関係を持ち得た場合に、その時点の夫婦関係、経済状況などを把握して、何らかの対応ができた可能性を指摘している。さらに検討した12事例の中で、自治体が児童虐待死亡事例として検証を行っていたのは2事例のみであり、検証実施予定とされているものを含めても3事例にとどまっていた点に触れ、「関係機関、特に児童福祉機関の関与がない場合、検証自体に困難を伴うことは想像に難くないが、関与し得なかった事情も含めて検証を行い、今後の対策について検討することは、「親子心中」を予防する上でも必要なことだと考える」と指摘した。

オ）心中に至った「母親」の喪失体験から分析した研究

西岡（2019）は、自治体検証報告書にまとめられ2009年1月から2014年4月においてWEB上で公開された「心中による虐待死」11事例のうち、子どもの殺害に母親が関与したとみなされる9事例を対象に、「喪失体験」の側面から分析した。

「加害者となった母親たちは、度重なる『喪失体験』によって、悲哀の病理に陥り『心中』を企図したことが明らかになった。母親たちが経験した第1の喪失は、母親としての自己を支えた家族内の役割および社会的な地位の喪失である。第2の喪失は、近しい家族成員の存在や関係性の喪失、あるいは日常生活の安全感の喪失である。そして、第3の喪失は、社会関係の喪失である。家族機能に支障をきたし子育て生活の破綻を予期した母親たちは、関係機関に支援を求めるが、家族の生活困難や母親の精神的危機は、既存の虐待の定義では捉えきれず、母親の救助信号は支援者側に危機感をもって認識されず、見過ごされた可能性が高い。その後に母親たちは、社会的資源へのコミットを避け『心中』企図によって家族生活に終止符を打ったことが示唆された」と述べている。

2. 心中による虐待死に関する考察

（1）心中事例による虐待死防止に関する認識

虐待による死亡事例のなかで、心中による虐待死の占める割合は、毎年約半数にのぼるものの、心中によらない虐待死と比較して、心中事例に焦点を当てて、検討を深めていく傾向は乏しいように思われる。そもそも、国が検証を開始した当初は、心中による死亡を虐待死と捉えて国に報告する自治体はほとんどなく、第3次報告（2007）で、国が「心中を含む」ことを明記して地方自治体に対して事例の収集を求めた経緯がある。また第5次報告以降は複数（4例以上）の個別事例に対して自治体にヒアリングを行っているが、心中事例が取り上げられることは少なく、第8次報告、第17次報告および第19次報告において取り上げたのみである。第8次報告（2012）で取り上げた個別事例でも、当該自治体へのヒアリングから判明したのは、市区町村での検証はあったものの、都道府県等では検証が行われていなかった事実である。

川﨑ら（2014）は、2010年から2013年までに発生した「親子心中」事件のうち、加害者が生存して起訴され、公判が行われた12事例（母親加害者6事例、父親加害者6事例）を取り上げ、分析を行っているが、自治体が児童虐待死亡事例として検証を行っていたのは2事例のみであり、検証実施予定とされているものを含めても3事例にとどまっていた。川﨑はこの点に触れ、「関係機関、特に児童福祉機関の関与がない場合、検証自体に困難を伴うことは想像に難くないが、関与し得なかった事情も含めて検証を行い、今後の対策について検討することは、「親子心中」を予防する上でも必要なことだ」と指摘した。

（2）加害に至った母親の精神疾患の問題

心中事例の全体的な傾向から言えることは、加害者には母親が多く、精神的な問題を抱えている場合が多いことである。第6次報告では、「心中事例では、子どもを殺害することに加え、加害者が自殺をしなければならない状況に追い込まれているとも考えられ、育児をはじめとする様々な悩みや不安等について保護者が相談しやすい体制を整備するとともに、地域の母子保健対策や自殺予防対策と連携して取り組むことが必要である」と述べている。

第 7 次報告(2011)でも、実母の特徴としては、子どもが3歳未満の場合は産後うつ病の疑いも含めて、精神疾患を抱える母親が多く、「実母の精神疾患や子どもの病気など複数のリスク要因が重なる場合は、心中のリスクが高まることを関係者は認識する必要がある」とし、加えて「精神科では、診察した患者に子どもがいる場合、育児上の問題の有無を確認し、育児支援が必要であると予測される場合には、地域の母子保健担当部署につなげることが重要である」と指摘している。

石川(2013)は第 1 次報告から第 8 次報告までの集計結果の分析から、心中事例の保健所と精神科病院・児相等の連携は今後必須の課題となってくると指摘している。

さらに第 14 次報告(2018)では、第3次報告から第 14 次報告までの心中による虐待死について総括しており、それによると加害者は母親が 70.2%(総数 361)と多くを占め、「育児不安」「精神疾患(医師の診断によるもの)」「うつ状態」 などが継続して多い傾向にあると指摘し、妊娠早期からの精神疾患の把握と支援の必要性を指摘した。

このように、心中による虐待死の背景に、母親の精神的問題が大きなリスクとして存在することが認められる。一方、うつや統合失調症等の精神疾患をり患している人は全国で 300 万人ともいわれ、妊娠・出産を経た母親の産後うつだけ取り上げても、そのり患率は 10%(産婦人科学会が公表している推定値)なので、年間出生数約 80 万の内 8 万人がり患していることになる。心中による虐待死は年間約 30 人から 40 人で推移していることを踏まえれば、産後うつをり患しているほとんどの母親は心中には至っていないことになる。

つまり、親の精神的問題は大きなリスクのひとつとして認識しておく必要はあるが、それは一部の親に限定される問題であり、精神的問題が、心中による虐待死を予測する要件などと断定してはならない。こうした断定は、スティグマにもなり得、害とさえなり得るので留意が必要だろう。このことは0歳児死亡においても同様のことが当てはまる。

とはいえ、精神疾患が子育ての負担を大きくすることは明らかで、そこで暮らす子どもへの影響を考慮する必要がある。このことは ACEs の研究等でも精神疾患のある家族の中にいる子どもの長期的影響の大きさが指摘されているところでもある。よって早期の把握と子育ての支援は極めて重要であることには変わらない。

ところが、現状の支援においては大きな課題がある。例えば、第 8 次報告にあるように、実母が精神疾患のため精神科医療機関を受診していることを市区町村が把握したにもかかわらず、精神科医療機関と情報共有するなどの連携も含めて支援が充分でない状況が浮き彫りになっているのである。

(3)支援における多機関協働の課題

第 8 次報告(2012)では「精神疾患を抱える養育者の場合には、病状の変化によって養育者の養育能力が低下したり、また、子どもの養育自体が負担となり、病状に影響することも想定される」とし、養育者の病状を評価できる保健機関(精神保健センター)、養育者が受診する医療機関と連携・協力しての継続的支援の必要性を指摘している。また第 14 次報告(2018)では、若年(10 代)妊娠をしている事例のうち、心中による虐待死事例では実母の年齢が 24 歳以下に比べ、若年妊娠から数年が経過した 25 歳以上が多く、40 歳以上という者もいるなど、長期にわたる継続した支援の重要性をも指摘している。

継続した支援のためには、周産期に関わる母子保健部署に止まらず、市区町村虐待対応部署や児相との協働が必要となる。しかし、母子保健部署と市区町村虐待対応部署や児相との連携による支援の継続性については充分とは言えない状況が見て取れる。

第 18 次報告(2022)では、第 5 次報告から第 17 次報告まで全死亡事例における関係機関の関与状況を調べた(以下、関係機関関与調査)ところ、心中事例(未遂も含む全 464)では、母子健康手帳未発行が 1.7%で、ほとんどの母親が母子保健担当部署との関わりの契機があったにもかかわらず、その後の市区町

村虐待対応部署や児相が関与したケースはわずかで、いずれも関与なしが 6 割以上を占めていて、母子保健担当部署から他の機関等につながっていない状況が浮き彫りになったのである。

2016 年の母子保健法の改正で、「子育て世代包括支援センター」（法律上の名称は「母子健康包括支援センター」）を市区町村に設置することとなったのは、従来の母子保健サービスを拡大し、児童福祉的サービスも組み込んで、妊娠期から子育て期までの継続的支援を目指したもので、同年の児童福祉法の改正でも、市区町村の児童福祉部署において「市区町村子ども家庭総合支援拠点」の設置を進め、一般の子育てに関する相談から要保護ケース、及び妊産婦の相談に幅広く応じる拠点を整備することとした。つまり市区町村は、母子保健分野の「子育て世代包括支援センター」と児童福祉分野の「市区町村子ども家庭総合支援拠点」の両者を一体的、総合的に展開して、児童福祉と母子保健との協働を図り、早期の予防的支援からハイリスク・ケースの支援までを連続、一貫して行えることを目指したのである。

しかし、第 18 次報告（2022）の関係機関関与調査の結果は、この協働が充分でない実態を示しており、母子保健と児童福祉の協働は重点課題かつ難しさを抱えているといえよう。

2022 年の児童福祉法の改正では、一体的総合的な支援体制の実現に向けて、上記の両センターを統合し、保健と福祉が協働して周産期からの切れ目のない支援を行う「こども家庭センター」の設置を市区町村の努力義務とし、母子保健と児童福祉部署とをつなぐ「統括支援員」を配置し、両者の連携・協働の推進を図ろうとしている。この展開への期待は大きい。さらに、心中事例の特徴（加害に至った母親の精神疾患の問題）を踏まえれば、子ども家庭センターと精神保健福祉センターや加害者が通院する医療機関との連携・協働も必須であり、これについての体制作りにも力を入れる必要がある。

（4）自殺総合対策と連動した心中による虐待死の防止

川﨑ら（2014）が行った裁判傍聴記録による事例分析で、精神科医である松本（2014）は、親子心中には「拡大自殺」としての側面があり、リストカットや過量服薬などの「自殺のサイン」を読み取り、親の自殺を予防することが親子心中を予防することにつながると指摘し、精神科医療関係者が自殺リスク評価を怠らないことの重要性を指摘した。

母子保健の専門である上野（2014）は、この観点から地域の関係機関がこれらの支援が必要な親を見いだしていくためには、以下の情報を意識的に把握することが必要であると述べている。

①リストカットなどの自傷行為
②身体的虐待歴、性的虐待歴
③自らの身体的状態への関心の乏しさ

これらの視点はこれまでの保健機関の支援のなかでは把握できていなかった、あるいは把握できていてもその後の行動を予測することが難しかった情報である。地域の関係機関・保健機関の専門職がより精神的問題と自殺の兆候への知識を深め、その背景を理解できるようになることが心中事例の予防のために必要と指摘した。

今日の日本において、自殺は大きな社会的問題となっている。国は自殺総合対策大綱を 2007 年に策定し、その後に何回かの見直しを経て、2022 年に新たに「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」を策定した。この大綱では、これまでの取り組みに加えて、「子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化」、「女性に対する支援の強化」、「地域自殺対策の取組強化」、「新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進」などを掲げ、総合的な自殺対策の更なる推進・強化を目指している。

心中による虐待死を「拡大自殺」とらえて、その防止を強化するためには、こうした自殺対策施策に連動させて、検討していくことが重要といえよう。そのためには、児童虐待対応機関と地域の自殺対策機関との連携・協働が重要となろう。具体的には、こども家庭セン

ター、児相、精神科医療機関、精神保健福祉センター、地域自殺対策推進センターなどとの連携・協働を視野に入れ、推進する必要があろう。

(5)父親が加害者の場合

父親が加害者の場合には、以下のような特徴が示されている。

ひとつは、無理心中となりやすいことである。背景に、子育てに関することが直接の要因ではなく、失業、離婚などのストレスイベントが引き金となっていることが予測され、自殺予防対策と連動して取り組むことが重要(第 7 次報告)となる。

また、加害者が父親である場合には、配偶関係における出来事から犯行までの時間は短く、いわば「急性」の特徴を呈する(松本,2014)可能性があり、リストカットや過量服薬のような非致死的自傷などの危険因子や、平生の本人らしくない行動・態度のような、よく知られている「自殺のサイン」を読み取り、自殺予防を視野に入れた支援を行うことは、母親と同様に重要となる。

さらに、この点は母親が加害者の場合も同様であるが、「親が自殺しようと思っても、子どもを道連れにしようとしない」「親が子どもを道連れにしようとしても社会がそれを許さない(親子分離をする)」と言った段階があることを高橋(2014)は指摘し、前者については、何の責任も無く無抵抗な子どもが最も信頼していた親から殺されることについて、違法性および責任の観点から厳しく対応することの必要性を述べている。

(6)総合的分析を踏まえての心中事例の考察

総合的分析で死亡等につながるプロセス要因として見いだされた「孤立と孤独を深めていくプロセス」「途切れない支援が進んでいくプロセス」「組織の修正力」にそって、0歳児死亡を分析すると、0歳児死亡同様に「孤独と孤独を深めていくプロセス」が顕著である点である。心中の背景に母親の精神的問題が大きなリスクとしてあり、かつ自殺に追い込まれ、「拡大自殺」として子どもが犠牲となる展開の基底に「孤立と孤独を深めていくプロセス」が認められることである。多くの親は自ら相談に行かないか、相談(受診)しても、日々の暮らしの中での支援体制は厚くはならず、孤立の状態が続いてしまう。

そのため親の精神的な状態の把握はもちろんのこと、関係機関等がリストカットなどの自殺のサインを把握し、支援関係を構築、継続することが必要となるが、現状は充分にできてはいない。つまり、孤立と孤独に対する保証要件である「途切れない支援が進んでいくプロセス」が作用せず、精神的状態の変化や自殺のサインの発生に対しての把握、対応のないまま最悪の事態に至っている現状があることを認識する必要がある。

「組織」の問題に関しては、まずは心中のリスクを視野に入れたアセスメントと支援方針の必要性について認識を持つことである。その上で、保護者の精神的状態や行動上の変化に伴うアセスメントと支援方針の修正が必要となる。よって「支援方針の固定化・形骸化」は心中の防止に関しては、命取りにもなりかねず、継続した支援関係を基盤に、変化に応じた支援方針の変更を柔軟に進める組織力がより必要となる。

(7)まとめ

以下に、心中による死亡の防止に関する現状と課題、必要な防止策についてまとめる。

・心中による虐待死の占める割合は、全ての虐待死の中で約半数に上るが、国の検証報告や国内の虐待死の関する研究においては、心中に焦点を当てた分析や考察は乏しい。

・心中事例の全体的な傾向として、加害者には母親が多く、精神的な課題を抱えている場合が多い。

・ただし、精神的な課題があるからと言って、すぐに虐待や心中につながるわけではなく、子どもの病気など、複数のリスク要因が重なることで心中のリスクも高まるという認識が必要である。

・親子心中には、拡大自殺という側面があり、自殺予防の観点が重要で、児童虐待防止と自殺対策とが連動した施策の検討が必要である。

・支援者は、リストカットや多量服薬等の自殺のサイン

を把握し、精神医療関係者がそれを見逃さず、支援につなげることが重要である。

・精神疾患や自殺のリスクを抱えた者の多くは、家庭内や地域で孤立と孤独の問題を抱えている。そのため「途切れない支援関係」が重要となるが、支援関係が継続せずに切れてしまう現状が多い。

・周産期に産後うつなどの精神的な課題について母子保健部門が把握、支援したとしても、児童福祉部門等に引き継がれていないことも多い。

・母子保健部門と児童福祉部門の連携協働は必須であるが、精神的な課題への対応や自殺予防を視野に入れたときには、それだけでは不十分で、精神科医療や地域自殺対策機関とが連携した支援システムの構築が必要である。

Ⅳ. 知的所有権の取得状況

特になし

【参考・引用文献】

足立 安正・上野 昌江・中原 洋子・伊勢 新吾(2016). 0歳児の死亡事例検証報告書の分析――妊娠期からの予防的支援に向けて―― 日本子ども虐待防止学会 第 22 回学術集会おおさか大会プログラム・抄録集, 252.

後藤 翼・平野 新二・丸田 秋男(2017). 子ども虐待による死亡事例の検証における児相のケースワーク機能の再検証 新潟医療福祉学会誌, 17(2), 31-42.

橋本 清(1974). 非虐待児症候群 小児科, 15(10), 831-837.

橋本 清(1977). 非虐待児症候群 小児科, 18(12), 1553-1557.

羽間 京子・保坂 亨・小木曽 宏・小野寺 芳真(2012). 学齢期児童虐待事例検証の再検討 千葉大学教育学部研究紀要, 60, 133-142.

本間 博彰(2009). 母親のメンタルヘルスと赤ちゃんの虐待 子どもの虐待とネグレクト, 11(1), 19-25.

保坂 亨・増沢 高・秋山 邦久・大川 浩明・佐々木 宏二・渡邉 智子・石倉 陽子(2005). 児童虐待の援助法に関する文献研究(第 2 報:1980 年代)――戦後日本社会の「子ども危機的状況」という視点からの心理社会的分析―― 子どもの虹情報研修センター

保坂 亨・増沢 高・秋山 邦久・柴橋 祐子・大川 浩明・佐々木 宏二・渡邉 智子・石倉 陽子(2006). 児童虐待の援助法に関する文献研究(第 3 報:1990 年代)――戦後日本社会の「子ども危機的状況」という視点からの心理社会的分析―― 子どもの虹情報研修センター

保坂 亨・増沢 高・秋山 邦久・柴橋 祐子・中澤 潤・大川 浩明・佐々木 宏二・長尾 真理子・中道 圭人・泉井 みずき(2007). 児童虐待の援助法に関する文献研究(第 4 報:2000～2006 年まで)――戦後日本社会の「子ども危機的状況」という視点からの心理社会的分析―― 子どもの虹情報研修センター

保坂 亨(編) 秋山 邦久・石倉 陽子・大川 浩明・櫻庭 智子・佐々木 宏二・柴橋 祐子・田中 千穂・中道 圭人・長尾 真理子・増沢 高・四方 燿子(2011). 日本の子ども虐待 第 2 版――戦後日本の「子どもの危機的状況」に関する心理社会的分析―― 福村出版

池田 由子(1979). 児童虐待の病理と臨床 金剛出版

石川 瞭子・西岡 弥生(2013). 子ども虐待(心中事件)に関する家族社会福祉学的視点における一考察――社会保障審議会第 1 次報告～第 8 次報告の分析より―― 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要, 11, 15-32.

川喜田 二郎(1967). 発想法 中公新書

川﨑 二三彦・平山 哲・田附 あえか・大塚 斉・相澤 林太郎・長尾 真理子・山邊 沙欧里(2011). 研修資料 平成 22 年度 児童の虐待死に関する文献研究 子どもの虹情報研修センター

川﨑 二三彦・相澤 林太郎・長尾 真理子・山邊 沙欧里(2012). 研修資料 平成 23 年度 児童の虐待死に関する文献研究 子どもの虹情報研修センター

川﨑 二三彦・松本 俊彦・高橋 温・上野 昌江・長尾 真理子(2012). 「親子心中」に関する研究(1)――先行研究の検討―― 子どもの虹情報研修センター

川﨑 二三彦・松本 俊彦・高橋 温・上野 昌江・長尾 真理子(2013).「親子心中」に関する研究(2)――2000 年代に新聞報道された事例の分析―― 子どもの虹情報研修センター
川﨑 二三彦・松本 俊彦・高橋 温・上野 昌江・長尾 真理子(2014).「親子心中」に関する研究(3)――裁判傍聴記録による事例分析―― 子どもの虹情報研修センター
川﨑 二三彦・相澤 林太郎・長尾 真理子・山邊 沙欧里(2015). 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
川﨑 二三彦・上野 昌江・水主川 純・金井 剛・田口 寿子・藤田 香織・相澤 林太郎・根岸 弓・山邊 沙欧里・川松 亮(2018). 嬰児殺に関する研究 子どもの虹情報研修センター
川﨑 二三彦(2019). 虐待死――なぜ起きるのか、どう防ぐか―― 岩波新書
川﨑 二三彦・秋元 光陽・西岡 弥生・根岸 弓(2019). 嬰児殺が起きた「家族」に関する実証的研究 子どもの虹情報研修センター
川﨑 二三彦・相澤 林太郎(2023). 研修資料 2019～2022 年度 障害児の虐待死に関する研究 子どもの虹情報研修センター
Kempe,C.H., Bowles,C., Meiklejohn,G., Berge,T.O., ST Vincent,L., Babu,B.V., Govindarajan,S., Ratnakannan,N.R., Downie,A.W., & Murthy,V.R. (1961). The use of vaccinia hyperimmune gamma-globulin in the prophylaxis of smallpox. *Bulletin of the World Health Organization*, *25* (1), 41-48.
小林 登(2002). 虐待発生と対応の実態(特集 児童虐待防止法見直しに向けて:児童虐待全国実態調査(平成 13 年度厚生科学研究費補助金「子ども家庭総合研究事業」児童虐待および対策の実態把握に関する研究)) 子どもの虐待とネグレクト, 4(2), 276-289.
近藤 日出夫(2008). 女子少年による嬰児殺の研究 犯罪社会学研究, 33, 157-176.
厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 総務課 虐待防止対策室(2004). 児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について 厚生労働省
厚生省(1949-1968). 児童のケースワーク事例集 第 1 集～第 20 集
厚生省(1969-1980). 児童相談事例集 第 1 集～第 12 集
厚生省児童家庭局育成課(1974). 児童の虐待、遺棄、殺人事件に関する調査結果 厚生, 29.
高屋 豪瑩(1974). 長期にわたって生存した Battered Child Syndrome の 1 剖検例 小児外科・内科, 6(8), 74-79.
栗栖 瑛子(1974). 子どもの養育に関する社会病理学的考察――嬰児殺および児童の遺棄・虐待などをめぐって―― ジュリスト, 577, 121-127.
栗栖 瑛子・大森 晶夫(1977). 東京における子殺しの実態――戦後 2 年間の動向―― ケース研究, 160, 2-28.
久保 真一(2007). 日本法医学会の子どもの虐待への取り組みについて 子ども虐待とネグレクト, 9(3), 279-288.
増沢 高・川﨑 二三彦・中垣 真通・鶴岡 裕晃・南山 今日子・佐藤 葵・村木 良孝・平田 悠里・竹下 由茉・富樫 健太郎(2012). 子ども虐待に関する文献研究――児童虐待重大事例の分析(第 1 報)―― 子どもの虹情報研修センター
増沢 高・川﨑 二三彦・小出 太美夫・楢原 真也・南山 今日子・相澤 林太郎・長尾 真理子・山邊 沙欧里(2013). 児童虐待に関する文献研究――児童虐待重大事例の分析(第 2 報)―― 子どもの虹情報研修センター
増沢 高・川﨑 二三彦・中垣 真通・鶴岡 裕晃・南山 今日子・佐藤 葵・村木 良孝・平田 悠里・竹下 由茉・富樫 健太郎(2023). 子ども虐待に関する文献研究――児童虐待重大事例の分析 2010 年～2020 年(第 1 報)―― 子どもの虹情報研修センター
光田 信明(2016)特定妊婦って何? 女性心身医学, 20(3), 289-293.
長畑 正道(1974)被虐待児症候群 Battered Child

Syndrome 日本小児科学会雑誌, 78(6), 309-312.
長尾 真理子・高橋 芳雄・山邊 沙欧里・相澤 林太郎(2015). 児童虐待に関する文献研究――精神障害をもつ保護者による虐待―― 子どもの虹情報研修センター
中田 洋二郎(1995). 親の障害の認識と受容に関する考察――受容の段階説と慢性的悲哀―― 早稲田心理学年報, 27, 83-92.
中田 洋二郎(2002). 子どもの障害をどう受容するか――家族支援と援助者の役割―― 大月書店
中谷 瑾子(1973). 幼児殺傷・遺棄――いわゆる「親不知子不知時代」の背景と分析ならびに対応―― ジュリスト, 540, 54-64.
日本法医学会課題調査委員会(2008). 日本法医学会課題調査報告 被虐待児の法医解剖剖検例に関する調査 平成 12 年(2000)～平成 18 年(2006) 日本法医学雑誌, 62(1), 222-228.
西岡 弥生(2019). 母親が加害者となった「心中による虐待死」事例の家族危機形成プロセスの検討――母親が経験した「喪失体験」に注目して―― 社会福祉学, 60(1), 17-32.
新田 康郎(1973). 被虐待児症候群 小児科, 15(10).
Oberman, M.(1996). Mothers who kill : coming to terms with modern American infanticide. American Criminal law and Review, 34(1), 1-110.
相模 あゆみ・小林 登・谷村 雅子(2003). 児童虐待死亡の実態――平成 12 年度児童虐待全国実態調査より―― 子どもの虐待とネグレクト, 5(1), 141-150.
諏訪 城三(1974). 被虐待児症候群 小児科, 16(4).
諏訪 城三(1975). 被虐待児症候群 8 例の臨床的観察 第 77 回日本小児科学学会総会
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2006). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第2次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2007). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第3次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2008). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第4次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2009). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第5次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2010). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第6次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2011). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第7次報告 特集「0日・0か月児」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2012). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第8次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2013). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第9次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2014). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 10 次報告 特集「精神疾患のある養育者の事例」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2015). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 11 次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2016). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 12 次報告 特集「施設入所等の経験のある子どもの死亡事例」 厚生労働省

社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2017). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 13 次報告 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2018). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 14 次報告 特集「若年(10 代)妊娠」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2019). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 15 次報告 特集「転居」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2020). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 16 次報告 特集「実母が DV を受けている事例」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2021). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 17 次報告 特集「ネグレクト」 厚生労働省
社会保障審議会 児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2022). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第 18 次報告 特集「虐待死に至ってしまった事例の関与状況」 厚生労働省
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). 子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 厚生労働省
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). 子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 特集「子どもの死亡時に実父母双方と同居している事例とそれ以外の事例の比較」 厚生労働省
田口 寿子(2007). わが国における Maternal Filicide の現状と防止対策――96 例の分析から―― 精神神経学雑誌, 109(2), 110-127.
髙橋 健太郎(2017). 妊娠とうつ 女性心身医学, 21(3), 264-269.
田中 裕子・森田 展彰・大谷 保和・斎藤 環・山口 玲子・大橋 洋綱・丹羽 健太郎・櫻山 豊夫(2020). 精神疾患がある養育者による児童虐待事例の特徴―― 全国児相通告事例の調査データ―― 子どもの虐待とネグレクト, 22(2), 204-213.
土屋 真一・佐藤 典子(1974). 嬰児殺に関する研究 法務総合研究所研究紀要, 17, 78-90.
上野 昌江・山田 和子・小林 美智子(2013). 0歳児の虐待による死亡または重症事例の検討 日本子ども虐待防止学会第 19 回学術集会信州大会, 239.
山縣 文治(2021). 子ども虐待と予防―― 子ども虐待死亡検証報告を踏まえ―― 人間健康学研究, 14, 27-37.
山下 浩(2014). 児童虐待と精神科医！――その深い関係性について多面的な方向から見つめる―― 第 110 回 日本精神神経学会学術集会シンポジウム
山下 浩(2014). 児童虐待に関して精神科医が知っておくべきこと・考えるべきこと――精神科医と地域連携 システムと法など―― 第 110 回 日本精神神経学会学術集会シンポジウム
山浦 晴男(2012). 質的統合法入門 医学書院

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）

分担研究報告書

地方公共団体の児童虐待死事件の検証結果における
再発防止策等の検討のための研究　（23DA1501）

アメリカ・イギリスにおける児童虐待死亡事例検証報告書のレビュー

分担研究者　伊藤　嘉余子　　大阪公立大学
研究協力者　李　　瀟瑩　　大阪公立大学大学院博士後期課程

研究要旨

本研究は、イギリスおよびアメリカの児童虐待死亡事例を検証した文献レビューを通して、死亡事例を検証する際の分析の視点や枠組みを整理することである。その結果、英米の児童虐待死亡事例の検証では、子どもの特性（障害や疾病の有無等）よりも、保護者（加害親）の特性について詳細に分析していることが明らかになった。また、児童虐待とDVとの強い相関が明らかになるとともに、アルコールや薬物依存などの問題を抱える養育者による虐待死亡事例の多さから、多機関連携の重要性が明らかになった。

さらに、日本よりもネグレクトや身体的虐待の分類が細分化されており、日本における児童虐待の見直しの必要性も示唆された。

Ⅰ．研究目的

本稿の目的は、イギリスおよびアメリカの児童虐待死亡事例を検証した文献レビューを通して、死亡事例を検証する際の分析の視点や枠組みを整理することである。このレビューを通して、英米各国の児童虐待死亡事例の背景や特徴を把握するとともに、共通して、あるいは繰り返し指摘されている内容を明確にすることを目指す。

Ⅱ．研究方法

1）分析対象となる文献の抽出

上述の目的を踏まえ、本研究では、大木(2013)やCooper(1998)を参考に、系統的な方法による文献研究を行った。2023 年 10 月 19 日に、文献検索データベース Scopus を用いてアメリカの児童虐待死亡事例に関連する文献を、2024 年 1 月 19 日にイギリスの児童虐待死亡事例に関連する文献を検索した。

Scopus は、全分野（科学・技術・医学・社会科学・人文科学）の文献情報を検索できるとともに、抄録・引用文献を網羅したデータベースであり、社会福祉学分野の関連文献だけにとどまらず、児童虐待死亡に関連する医学報告書や法医学の事例検討報告等も含めて、より広範にわたる文献の収集が可能である。そのため、本研究においても妥当なデータベースと判断した。

アメリカとイギリスの児童虐待死亡事例関連文献を抽出した手順は以下の通りである。

2）アメリカの文献抽出プロセス

検索キーワードは、「child AND abuse AND death AND case」である。文献の限定条件として、「(1)国:アメリカ、(2)公開時期:2003 年～2023 年、(3)出版段階:Final、(4)論文言語:Engilsh、(5)種類:Article (6)出版物:Journal」の 6 つの基準を設けた。その結果、350 件の文献がヒットした。次に、内容を確認して、医学/法医学/解剖学の文献のうち、児童虐待死と関連

していない文献 272 件と文献情報が不十分だった 1 件を除外した。残された 77 件の文献について、内容を精査し、最終的に 18 件の文献を分析対象とした。文献の抽出プロセスについては図 1 に示した。

3)イギリスの文献抽出プロセス

検索キーワードは、「child AND abuse AND death AND case」である。文献の限定条件として、「(1)国:イギリス、(2)公開時期:2003 年~2023 年、(3)出版段階:Final、(4)論文言語:Engilsh、(5)種類:Article (6)出版物:Journal」の 6 つの基準を設けた。その結果、108 件の文献がヒットした。次に、内容を確認して、医学/法医学/解剖学の文献のうち、児童虐待死と関連していない文献 47 件を除外した。残された 61 件の文献について、内容を精査し、最終的に 9 件の文献を分析対象とした。文献の抽出プロセスについては図 2 に示した。

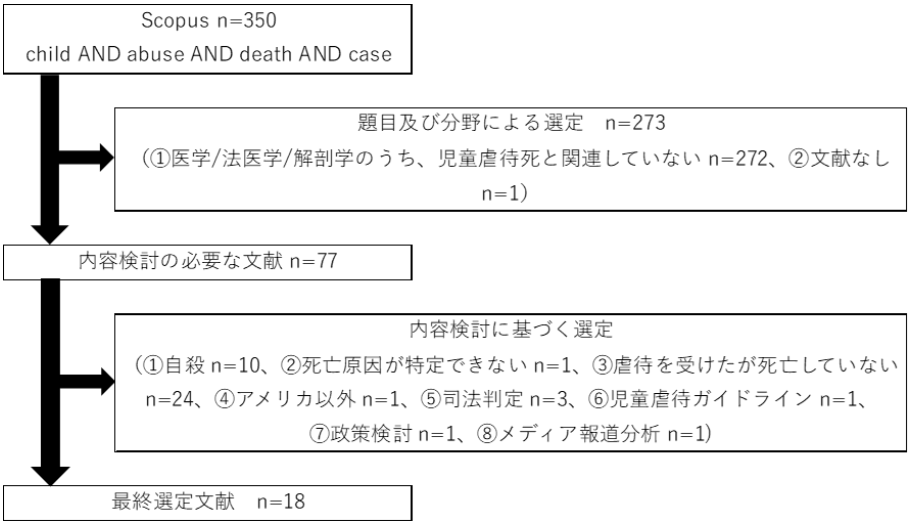


図 1 アメリカ文献抽出過程

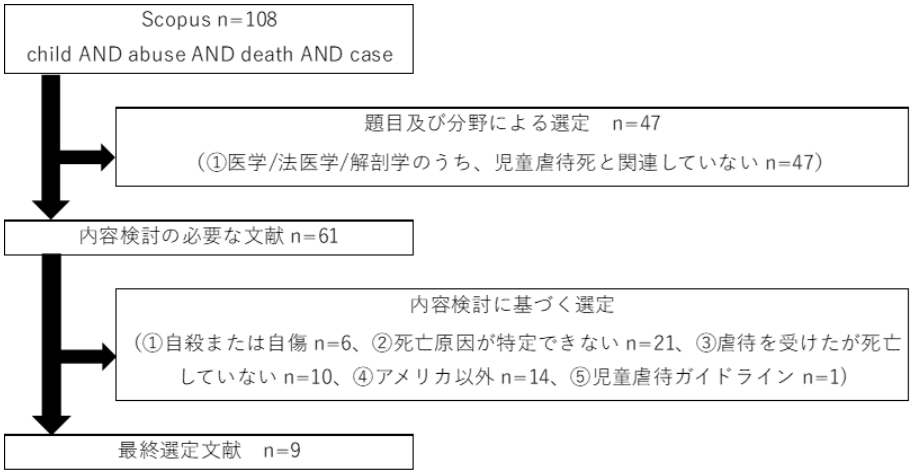


図2 イギリス文献抽出過程

4)分析対象とした文献

上述のプロセスを経て、最終的にアメリカの文献を 18 本、イギリスの文献を 9 本、合計 27 本の文献を抽出し、分析対象とした。分析対象とした文献一覧を表 1 に示す。

表 1:分析対象とした文献一覧表(UK＝イギリス、US＝アメリカ)

番号	出版年	著者	タイトル(英文)
UK1	2024	Jolly, A.:Gupta, A.	Children and families with no recourse to public funds: Learning from case reviews
UK2	2022	Shackshaft,T.;Junaid,.; Badrinath, P.	Making every contact count: Can healthcare professionals do more to avoid preventable child deaths?
UK3	2019	Sidebotham,P.;Retzer, A.	Maternal filicide in a cohort of English Serious Case Reviews
UK4	2019	Garstang,Joanna.J;Sidebotham, P.	Qualitative analysis of serious case reviews into unexpected infant deaths
UK5	2014	Brandon,M.,B.,S.,Belderson, P., Larsson, B.	The role of neglect in child fatality and serious injury
UK6	2011	Sidebotham,P.,Bailey,S.,Belderson,P.,Brandon,M	Fatal child maltreatment in England, 2005-2009
UK7	2009	Brandon, M.	Child fatality or serious injury through maltreatment: Making sense of outcomes
UK8	2007	Cavanagh,K.,Dobash,R.E., Dobash, R.P.	The murder of children by fathers in the context of child abuse
UK9	2003	Stanton, A.N.	Sudden unexpected death in infancy associated with maltreatment: Evidence from long term follow up of siblings
US1	2023	Palusci,Vincent.J.;Schnitzer,Patricia.G.;Collier,Abigael	Social and demographic characteristics of child maltreatment fatalities among children ages 5-17 years
US2	2022	Batra,ErichK.;Palusci,Vincent J.;Berg, Arthur	Factors Associated with Child Maltreatment Fatality among Young Children with an Open Child Protective Services Case at Death
US3	2021	Michaels,Nichole L.;Letson,Megan.M.	Child maltreatment fatalities among children and adolescents 5-17 years old
US4	2017	Pierce,MaryClyde;Kaczor,Kim;Acker, Deborah;Webb,Tina;Brenzel,Allen;Lorenz,DouglasJ.;Young, Audrey;Thompson, Richard	History, injury, and psychosocial risk factor commonalities among cases of fatal and near-fatal physical child abuse
US5	2017	Thurston, H., Bell, J., Joseph, J.G.	The temporal-spatial distribution of seriously maltreated children
US6	2017	McCarroll,J.E.,Fisher,J.E.,Cozza,S.J., Robichaux,R.J.,Fullerton, C.S.	Characteristics, classification, and prevention of child maltreatment fatalities
US7	2017	Serinelli,S.,Arunkumar,P.,Filkins, J.A., Gitto, L.	Deaths Due to Child Abuse: A 6-Year Review of Cases in The Cook County Medical Examiner's Office
US8	2016	Douglas, E.M.	Testing if Social Services Prevent Fatal Child Maltreatment Among a Sample of Children Previously Known to Child Protective Services
US9	2014	Damashek,A.,Drass, S.,Bonner,B.L,	Child maltreatment fatalities related to inadequate caregiver supervision
US10	2014	Douglas, E.M.	A Comparison of Child Fatalities by Physical Abuse Versus Neglect: Child, Family, Service, and Worker Characteristics
US11	2014	Palusci,V.J.,Covington, T.M.	Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System
US12	2013	Putnam-Hornstein, E.,Wood,J.N.,Fluke,J.,Yoshioka-Maxwell,A., Berger, R.P.	Preventing severe and fatal child maltreatment: Making the case for the expanded use and integration of data
US13	2013	Welch,G.L.,Bonner,B.L.	Fatal child neglect: Characteristics, causation, and strategies for prevention
US14	2013	Damashek, A., Nelson, M.M.,Bonner, B.L	Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect
US15	2011	Kajese, T.M., Nguyen, L.T.,Pham,G.Q., ...Melhorn, K., Kallail, K.J.	Characteristics of child abuse homicides in the state of Kansas from 1994 to 2007
US16	2010	Klevens, J., Leeb, R.T.	Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System
US17	2009	Ross,A.H., Abel, S.M., Radisch, D.	Pattern of injury in child fatalities resulting from child abuse
US18	2008	Schnitzer,P.G.,Covington, T.M., Wirtz, S.J., Verhoek-Oftedahl, W., Palusci, V.J.	Public health surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 state programs

表 2-1:分析対象とした文献において検証された児童虐待死亡事例の概要(アメリカ)

文献No.	年分	件数	児の年齢	虐待様態	件数	%
US1	2009-2018	1478	5-17歳	身体的虐待	623	42.2
				ネグレクト	855	57.8
US2	2004-2016	1370	1歳未満	身体的虐待及びネグレクト	827	60.4
			1歳-4歳		543	39.6
US3	2006-2015	285	5-10歳	身体的虐待	161	84.7
				ネグレクト	18	9.5
				身体的虐待及びネグレクト	11	5.8
			11-17歳	身体的虐待	72	75.8
				ネグレクト	14	14.7
				身体的虐待及びネグレクト	9	9.5
US6	1987-2008	372	18歳未満	監督ネグレクト	---	61.0
				医療ネグレクト※	---	9.7
				生存ニーズの無視(Physical neglect)	---	7.8
US9	2000-2003	48	18歳未満	身体的虐待	4	8.3
				ネグレクト	43	89.6
				身体的虐待及びネグレクト	1	2.1
US10	1970-2011	104	1-15歳	身体的虐待	---	57.7
				生存ニーズの無視(Physical neglect)	---	28.8
				医療ネグレクト	---	15.4
US11	2005-2009	2285	2.5歳(μ)	身体的虐待	1178	51.0
				性的虐待	30	1.3
				心理的虐待	38	1.6
				ネグレクト	1130	49.0
US13	1987-2008	372	18歳未満	環境的ネグレクト/放置	308	23.9
				ニーズの無視(自殺を含む)	28	4.3
				医療ネグレクト	36	9.7
US14	1985-2006	668	0-17歳	身体的虐待	---	51.0
				ネグレクト	---	44.0
				身体的虐待及びネグレクト	---	5.0
US15	1994-2007	170	0-15歳	身体的虐待	108	63.5
				0歳死亡	12	7.0
				その他の殺人事件	36	21.2
				虐待の傍観による死亡	10	5.9
				死因不明	4	2.4
US16	2003-2006	600	0-4歳	虐待性頭部外傷(AHT)	375	62.5
				その他の身体的虐待	165	27.5
				ネグレクト	60	10.0

表 2-2:分析対象とした文献において検証された児童虐待死亡事例の概要(イギリス)

文献No.	年分	件数	児の年齢	虐待様態		件数	%
UK2	2018-2021	42	1歳未満(21件:50.0%)	外傷	意図的(8件) その他(3件)	11	26.2
				子どもの突然死(SUDIC)		8	19.0
				医療		1	2.4
				アクシデント/自殺		---	---
				不明		1	2.4
			1-12歳(11件:26.2%)	外傷	意図的(5件) その他(1件)	6	14.3
				子どもの突然死		---	---
				医療		3	7.1
				アクシデント/自殺		---	---
				不明		2	4.8
			13-18歳(10件:23.8%)	外傷	意図的(2件) その他(1件)	3	7.1
				子どもの突然死		---	---
				医療		2	4.8
				アクシデント		1	2.4
				自殺		4	9.5
				不明		---	---
UK6	2005/4-2009/3	276	0-17歳	0歳死亡/隠蔽殺人		13	4.7
				重度な身体的虐待		60	21.7
				致死的なネグレクト		4	1.4
				意図的な殺人/隠蔽殺人		31	11.2
				虐待に関連する死亡	乳幼児の突然死(8件/17.4%) 自殺(41件/14.9%) その他(49件/17.8%)	138	50.0
				死因または分類不明		30	10.9
UK7	−	161	0-17歳	揺さぶられ症候群		25	16.0
				突然死		<6	
				複数の原因		6	4.0
				ネグレクト(家庭火災、事故、病気を含む)		33	21.0
				中毒/薬物乱用		7	4.0
				自殺		14	9.0
				性的虐待		6	4.0
				行方不明		6	4.0
				その他		<6	

Ⅲ. 研究結果

1)分析対象となった子どもの性別(表 3)

まず、性別についてである。アメリカとイギリス、どちらの文献においても、女児よりも男児の方が多い(または比率が高い)と指摘しているものが多かった(表3)。

表 3:児童虐待死亡事例にみる子どもの性別

文献No.	概要
US2	虐待によって死亡した時点ですでにCPSの未解決事件の登録されている子どものうち、男児の比率が高かった。
US3	虐待及びネグレクトに関連する死亡事故のうち、54.4%が男児であった。
US16	分析対象の600件の児童虐待死亡事例のうち、男児が59%を占めている。
UK2	死亡した子どものうち、1歳未満の男児が23.8%を占めている。

2）分析対象となった子どもの年齢と死因となった虐待との関連（表 4、表 5）

次に、年齢についてである。アメリカ・イギリスともに、0歳から就学前の乳幼児の児童虐待死亡事例に関する報告書が多く、11 歳以上の teenager の事例検証は少なかった。

まず、乳幼児の死亡事例に関する報告からみていく。6歳未満の子どもの死亡・重篤事例の検証を行った文献 US7 では、高月齢群（12 ヶ月～36 ヶ月）の 25 件と低月齢群（12 ヶ月未満）の 26 件を比較した結果、低月齢群の方が死亡事例 17 件と有意に多かった。さらに、1-2 歳児において身体的虐待による死亡が多いとともに、傷害パターンにも有意差がみられ、低月齢だと「頭蓋外損傷」よりも「頭蓋内損傷」の方が多い結果となった。

同じような結果を示した文献として文献US15とUS16がある。文献 US15 では、170 件の虐待死亡事例を検証した結果、1-2 歳の事例が最も多く（33.5%）、死因は「虐待性頭部外傷」が最も多いと指摘した。

文献 US16 では、600 件の虐待死亡事例の半数以上が 1 歳未満児のケースであり、そのうち最も多かった死因は「虐待性頭部外傷」となっており、分析対象となった事例の 3 分の 2 を占めたとされている。さらに文献 US17 では、分析対象とした 162 名の虐待死亡事例のうち、生後 9 か月未満の事例が 50%を占め、致死率が最も高かった外傷は、頭蓋顔面への外傷であったと示されている。

次にネグレクトによる死亡事例と年齢との関連について述べられた文献についてみていく。ちなみに、アメリカでもイギリスでも「子どもの自殺＝ネグレクト」と位置付けている。

まず、アメリカの文献についてである。文献 US1 では、11-17 歳の年長児の死亡事例は 35%と 10 歳以下の事例よりも少ないが、年長児の事例の 68%がネグレクトで、さらにその 8 割が自殺であることを指摘している。同じく文献 US13 では、検証した 754 件の虐待死亡事例のうち、幼児の死亡事例が半数以上を占めており、その多くがネグレクトであると示されている。

また文献 US3 では、ネグレクトに関連する死亡事例 285 件を検証した結果、平均死亡年齢は 9.2 歳で、5-10 歳の事例では、11-17 歳と比して「銃器による死亡」の割合が有意に高いという結果を示した。銃社会であるアメリカならではの事情が背景にある虐待死亡事例の問題を示している。

イギリスの文献は、アメリカと比して低年齢の子どもに焦点を当てた検証が多い。

42 件の虐待関連ケース（死亡事例と重篤事例）をレビューした文献 UK2 では、死亡事例においては 1 歳未満の事例が最も多く、その死因は「ネグレクトの鑑別失敗」と「身体的虐待の鑑別失敗」に二分された。

また、突然死亡事例のみ（27 件）を分析した文献 UK4 では、突然死亡事例の年齢中央値は生後 2 か月であることと、15 件がネグレクト状況にあったと鑑別されていることを明らかにした。また、突然死亡事例のほとんどは睡眠中に発生していた。

表 4：児童虐待死亡事例における子どもの年齢と死因となった虐待との関連

概要	文献番号
【身体的虐待と子どもの年齢】 低年齢（月齢）児と「頭蓋内損傷」「頭部外傷」 0-2 歳未満の死亡事例と身体的虐待	 US7、US15、US16、 US7
【ネグレクトと子どもの年齢】 11-17 歳とネグレクト（子どもの自殺）の高さ 乳幼児とネグレクト	 US1、US3 US13、UK2、UK4

表 5:児童虐待死亡事例における子どもの年齢について言及されていた文献とその概要

文献No.	概要
US1	11-17歳の年長児の死亡率が35%、そのうちネグレクトによる死亡は68%で、さらに80%が自殺であった。
US2	虐待によって子どもが死亡した時点で、すでに全米死亡事例レビュー及び予防ケースレビューシステム(National Center for Fatality Review and Prevention - Case Review System :CPS)に未解決事件の登録があった子ども、および虐待歴があった子どもの方が、そうではない子どもと比して死亡時の年齢は高かった。
US3	ネグレクトに関連する死亡事故285件を調査した結果、平均死亡年齢は9.2歳で、5-10歳は11-17歳と比べて、銃器による死亡の割合が有意に高かった。年長児や青年の多くが児童虐待の研究から除外されている。年長児は年少児より虐待による死亡事例が少なかった。
US4	致命的な身体的虐待10例と致命的に近い身体的虐待10例をレビューした結果、対象児童の年齢の中央値は、7.5カ月だった。
US7	深刻な虐待事案に占める死亡ケースについて、高月齢群(12カ月-36カ月)の25件と低月齢群(12カ月未満)の26件を比較した結果、低月齢群の死亡ケースが17件あり、高月弱群よりも多かった。さらに、月齢群間の傷害パターンにも有意差が見られ、特に低月齢群における死因の第一位は頭蓋内損傷であったのに対して、頭蓋外損傷による死亡は有意に少なかった。
US13	分析対象とした754件死亡事例のうち、幼児の死亡事例は半数以上を占め、死亡原因の多くは監督(supervise)ネグレクトであった。
US14	685件の虐待死亡事例のうち、5歳未満の子どもが最も多く、また、ほとんどの児童は要養護児童として登録されていなかった。
US15	170件の虐待死亡ケースのうち、1-2歳の幼児が最も多く(33.5%)、死因については虐待性頭部外傷が最も多かった。
US16	600件の虐待死亡事例のうち、被害児童の半分以上が1歳未満であった。死因として最も多かったのは虐待性頭部外傷であり、全体の2/3を占めている。
UK2	42件の虐待関連ケースをレビューした結果、1歳未満の子どもが最も多く、死亡につながった要因として、ネグレクトの鑑別失敗と身体的虐待の鑑別失敗が多く挙げられていた。
UK4	27件の子どもの突然死亡事例の対象児童の年齢の中央値は2カ月であり、15件のケースがネグレクトと判定された。ほとんどの突然死は睡眠環境中に発生した。
UK6	0-17歳の子ども・若者に占める、児童虐待によって死亡した子どもの比率はおおよそ0.63/10万(人)と推定された。

3)死因となった虐待種別による影響や特性(表 6、表 7)

死因となった虐待種別に着目した文献が 13 本あった。

死因となる虐待には「身体的虐待」と「ネグレクト」があるが、この 2 つの判別の難しさを指摘した文献が 2 本あり、文献 UK2 で取り上げた事例の 19%が身体的虐待の鑑別の失敗、21.4%がネグレクトの鑑別の失敗が原因で子どもの死亡につながったと結論づけている。

文献 UK6 では、死亡に至った要因が身体的虐待と認定されている事例が最も多いことを示した上で、ネグレクトについては「死亡に関連する要因」と認定されている事例が多いものの、ネグレクトを子どもの死因として判定している事例が少ないことを問題として指摘している。また、文献 US6 では、ネグレクトそのものの判定の難しさとして、親子の民族や背景によって文化や慣習が異なり定義がしづらいため、子どもの死因としてネグレクトだと判定することが難しいと指摘している。

一方、文献 US10 では、身体的虐待による死亡事例とネグレクトによる死亡事例を比較した結果、ネグレクトケースの方が、愛着、子どもの行動上の問題に関するリスクが低く、より多くのサービスとつながっていたこ

とを明らかにしている。

そうした中、児童虐待死亡事例に占めるネグレクトケースの多さとそのリスクを指摘する文献もあった。文献US1とUK4では、年長児にしめる自殺の多さを指摘している。また、文献 UK1 では、児童虐待死亡事例の多くが、ホームレスや飢餓の経験をさせられていると示している。

ネグレクトによるリスクの高さを示した文献とほぼ同数、身体的虐待のリスクを指摘する文献があった。全体的な傾向として身体的虐待が子どもの死亡につながるリスクが高いと示した文献は、US15 と US16 である。

年齢に着目した文献はUS3とUS7である。文献US3は、5-10 歳における「鈍器による外傷」が致命傷となったケースの多さを指摘するとともに、11-17 歳においても身体的虐待が占める割合が多いことを示している。

文献US7は、身体的虐待で子どもが死亡したケースに占める「1-2 歳児」の割合の高さに触れ(17/26 ケース)、年齢の小さい子どもの方が身体的虐待によって命を落とすリスクが高いことを指摘している。

表 6:死因となった虐待種別の影響や特性

概要	文献番号
【身体的虐待とネグレクトの違い】	
・身体的虐待の鑑別失敗とネグレクトの鑑別失敗	UK2、UK6
・ネグレクト比した時の身体的虐待のリスクの高さ	US10
【ネグレクトの判別の難しさ】	
・定義の不明確さ、文化や慣習の違いへの配慮	US6
【死亡事例に占めるネグレクトケースの多さとリスク】	
・年長児における自殺(ネグレクト)の多さ	US1、UK4
・ホームレスや飢餓の経験との関連	UK1
【身体的虐待のリスク】	US15、US16
・5-10 歳における「鈍器による外傷」の多さ	US3
・外傷性脳損傷、あざの多さ	US4
・乳幼児の身体的虐待による死亡リスクの高さ	US7、US11

表 7:死因となった虐待種別による影響や特性について言及のあった文献とその概要

文献No.	概要
US1	虐待死の43%が殺人、10%が自殺であった。全体ではネグレクトによる死亡が58%であったが、年長児ではネグレクトによる死亡が68%を占め、そのうちの80%が自殺であった。
US3	傷害で用いられたものとして最も多かったのは銃器(20.7%)であった。5-10歳の幼児では、鈍器による外傷が最も多かった(22.6%)。
US4	子どものケガの種類として、外傷性脳損傷(95%)及びあざ(90%)が最も多かった。
US6	ネグレクトに関する定義の不明確さに加えて、社会的文化や慣習の問題も重なるため、ネグレクトを死因として特定することは容易ではない。
US7	身体的虐待による児童虐待死亡事例は、生後12−24か月のケースが多く、26件中17件がそれに該当した。
US10	身体的虐待による死亡事例61件と身体的ネグレクト・医療ネグレクトによる死亡事例の43件を比較して分析した結果、身体的・医療ネグレクトケースの方が、愛着関係、子どもの行動問題、世帯構成等の変化に関するリスクが低くて、より多くのサービスを受けていることが明らかとなった。
US11	分析対象とした2285件の児童虐待死亡ケースの半数以上はネグレクトであった。さらに、子どもと加害者の特性と虐待の種類は相関していることが分かった。
US13	ネグレクトによる死亡事例は1)監督ネグレクト、2)ニーズの剥奪、3)医療ネグレクトの3つのカテゴリーに分けることができる。さらに、この中で最も多かったのが1)監督ネグレクトであった。
US15	分析対象とした170ケースのうち、63.5%は身体的虐待であった。
US16	分析対象とした600ケースのうち、虐待性頭部外傷と判定されたケースは全体の3分の2を占め、他の身体的虐待が27.5%を占めていることが分かった。残りの10%はネグレクトであり、ネグレクトによる死亡事件にあたる加害者の多くが実母であった。
UK1	分析対象となった事例の児童の多くがホームレスや飢餓等の経験にさらされていた。
UK2	子どもの死亡に影響した関連要因のうち、虐待が含まれるものとして、身体的虐待の鑑別失敗が8件（19%)、ネグレクトの鑑別失敗が9件（21.4%）であった。
UK4	分析対象とした27件のうち、15件のケースでネグレクト状況にあったと判定された。
UK5	「破壊的ネグレクト」に該当する46ケースを分析した結果、(1)剥奪的なネグレクト、(2)医療ネグレクト、(3)予防できる事故、(4)乳児の突然死、(5)身体的虐待とネグレクトのミックス、(6)若年者の自殺、の6つのカテゴリーが抽出された。
UK6	重度の身体的傷害によって死亡した子どもが最も多かった。子どもの死亡に直接関連する要因としてネグレクトが最も多かった。ところが、ネグレクトを子どもの死因として判定されてはいなかった。
UK7	161ケースを分析した結果、(1)幼児への深刻な攻撃行為、(2)ネグレクト、(3)ヘルプレスの状況にある若者たち、のカテゴリーを抽出した。

4)虐待の加害者を含む養育者の状況(表 8、表 9)

まず、子どもからみた虐待加害親との関係性についてである。父親が有意に多いという結果を示した文献が 4 本あり、そのうち 2 本(UK8、US16)は継父の多さを指摘した。しかし、それ以外の文献では実親が有意に多いとの報告であった。また、ICS（The Institute for Child Success）が関与しているケースでは、継父母よりも実父母による虐待死亡事例の方が多いことが文献 US9 では示された。

加害親が精神疾患、物質濫用、DV 等の問題を抱えていたか否かとの関連について指摘した文献は 6 本あった。その中で、加害親の年齢に言及した文献は 1 本(US6)のみで、若年出産であることを死亡事例につながるハイリスク要因の一つであると指摘している。

母親が加害者である場合に、その母親が DV 被害者であることが多いことを指摘した文献は、イギリスの文献のみであった(UK3、UK4、UK8)。

次に、家庭の生活状況に関する言及のあった文献は 4 本で、いずれも、部屋数の少なさとそれに対する家族構成員の多さ、子どものきょうだい数の多さが指摘されていた。また、文献 UK4 は、部屋数の少なさと子ども多さに加えて、アルコールや薬物の問題を抱える親と子どもが同じ部屋で寝ている夜間に死亡に直結する事案が発生する率が高いことを指摘している(13/27 ケース)。

人種について触れられていた文献は 4 件で、いずれも移民やヒスパニック系、アフリカ系の家族が占める割合の高さ(数ではなく割合)に言及している。

表 8:虐待の加害者を含む養育者の状況

概要	文献番号
【虐待加害者と子どもとの関係】	
父親(継父)の多さを指摘	US3、US15、US16、UK8
ICS が関与しているケースは実親のケースが多い	US9
実母(DV 被害者)によるケースの多さを指摘	UK3
【精神疾患/物質濫用/DV の有無との関連】	
養育者の非行・犯罪、薬物乱用、暴力、被虐待歴	US2、US6、UK2、UK4、UK8
母が DV 被害者でかつメンタルヘルスの問題がある ケースの多さを指摘	UK3、UK8
部屋/家屋の過密度や子どもの多さ	US1、US14、UK4、UK9
人種に関する考察 (数は白人が多いが、比率に着目すると非白人が多い)	US1、US13、US15、UK1

表 9:虐待の加害者を含む養育者の状況について言及のあった文献とその概要

(表9－1)養育者と子どもとの関係性

文献No.	概要
US3	加害者は父親であるパターンが26.3%占めている。
US9	児童虐待死亡事例のうち、ICSと関わっているケースの方が加害者は実親である可能性が高かった。
US14	児童虐待の加害者の多くが実親であった。
US15	実父が加害者であったケースが最も多く、26.6%を占めている、次いで実母24.9%、実母のパートナー(恋人)19.8%であった。
US16	加害者については、実父または代替養育者の方が、実母より有意に多かった。
UK3	分析対象とした80件のうち、母親による虐待ケースが20件あった。このうち、12名の母親がDVの被害者だった。
UK8	致命的な児童虐待ケースの加害者については、62%が継父であった。

（表9－2）精神疾患/物質濫用/DV の有無との関連

文献No.	概要
US2	虐待で死亡した子どもたちはの養育者の中には、犯罪非行、薬物濫用、対人暴力、子ども時代の被虐待経験のある者がいた。
US6	児童虐待のリスク分析では、メンタルヘルス、DV、薬物濫用が最も一般的な因子として抽出された。
UK2	児童虐待によって子どもが死亡するに至った背景には、親のメンタルの悪化や親への支援や関与の不足もあることが明らかとなった。
UK3	母親が虐待容疑者である20ケースを分析した結果、(1)家庭内暴力、(2)母親の精神疾患のカテゴリーが抽出され、さらに、家庭内暴力と母のメンタルヘルスの間には強い相関があることも明らかとなった。
UK4	分析対象とした27件のうち、18件はアルコールまたは薬物依存の問題見られ、14件に母親の精神疾患、9件にDV、13件に犯罪歴のある親による養育の問題が見られた。さらに、27件のうちの16件が、子どもと加害親との共同就寝の時間に虐待が発生し、その中の13件はアルコール中毒、薬物中毒の親と共に死亡したことも分かった。
UK8	加害者となる男性の共通特性として「著しい犯罪歴」があった。それに加えて、ほとんどの加害者は、以前暴力を受けた経験があり、さらに3分の1は、子どもの実母(パートナー)への暴力行為も見られた。

（表9－3）部屋/家屋の過密度や子どもの多さ

文献No.	概要
US1	分析対象としたケース全体を通して、子どもは、年齢が高く、男児、過密状態の親の家に住んでいる傾向が強かった。
US9	年齢層が上の子ども、複数名の子どもを扶養している家庭で暮らしている子どもの死亡がICSと関連している可能性が高かった。
US10	T検定の結果、ネグレクトによって死亡した子どもの家庭の方が、他の虐待によって死亡した子どもの家庭よりも、家庭構成等の変化（メンバー増加等Z)に関するリスクが低いことが明らかになった。
US14	「家庭内の子どもの増加」という特徴があるケースは、ネグレクトによる死亡リスクを増大させる可能性が見られた。
US15	死亡した子どもの81.8%が虐待者と同居していることが分かった。虐待死亡事件の加害者の多くが、被害児童の実親であった（別居親からの加害ケースは少ない）。
UK4	27件の死亡事例のうち、16件が子どもと養育者が同じ部屋に寝ていた。
UK9	分析対象とした60家庭のうち52家庭では、虐待の疑いの客観的エビデンスが検証されないまま、継続して複数の子どもを養育している（1家庭で約1.78人の子どもを養育している)ことが明らかになった。

（表9－4）国籍、人種など

文献No.	概要
US1	年長児で非ヒスパニック系白人の割合が高い。
US13	全州人口に比例してみる場合、死亡した子どものうち、アフリカアメリカ人及びネイティブアメリカンの子どもが多く抽出された。
US15	致命的な身体虐待が見られたケースの被害者の多くが白人で78.8%を占め、次いでに黒人の17.1%であった。
US16	分析対象とした600件の児童死亡事例で死亡した児童のうち、ラテンアメリカではない白人児童が42%で、ラテンアメリカではない黒人が38%を占めている。

5）関係機関等による支援や介入歴（表 10、表 11）

死亡に至る前に、当該家族に支援機関による介入や支援があったかどうか、またその内容に問題はなかったのかについて検証された文献が 8 本あった。そのうち、文献US5は、分析対象とした児童虐待死亡事例を「行政の児童福祉部門による調査を受けたことのある群」と「ない群」に分け、空間的分布の比較検証を行った。その結果、両群の間に有意差はなく、児童虐待死亡を予防するための取り組みはすべての親・家庭を対象に行うべきだと結論づけた。

一方、いくつかの特徴や差を見出した文献もあった。文献 US2 では、CPS による介入の結果「未解決」と分類された後に子どもが死亡した事案においては、女児よりも男児が有意に多く、過密な住居で暮らしていた家族が多いと指摘している。また、文献 US9 は、ICS の関与がありながら死亡を防ぐことができなかった事例では、高齢児が乳幼児よりも有意に多いこと、継親よりも実親による加害が多いこと等を指摘した。

ネグレクトと身体的虐待に比較においては、文献 US10 では、身体的虐待のある家庭よりも、ネグレクト家庭の方がより多くの社会資源とつながっていることが多い、死亡事例を回避できるチャンスが多いと指摘されている一方で、文献 US14 では、身体的虐待よりもネグレクトケースの方が、死亡リスクが高いことを示された。

また、UK1、UK2 では、たとえ関係機関が関与していても、同居家族の増減や親の離婚・再婚など家族構造や状況の変化を把握できていないと、死亡事例につながるリスクが高まることを指摘している。

表 10：関係機関等による支援や介入歴

概要	文献 No.
支援・介入歴の有無と死亡事例の発生には相関はない	US5
【支援・介入歴と死亡事例との有意な相関】	
CPS の未解決事件から死亡に至った事例では、男児、過密な住居	
であったケースが有意に多い	US2
サービス利用歴がある方が死亡事例につながるリスクは低い	US8
ICS の関与があり死亡に至った事例は高齢児/	US9
多きょうだい、実親による加害事例が有意に多い	
死亡事例では多機関連携が不足していたケースが多い	UK1
家族構造への理解不足が死亡事例につながる	UK1、UK2
身体的虐待よりもネグレクト家庭の方が、事前にサービスにつながっていることが多い	US10
支援機関とつながっているケースのうち、身体的虐待よりもネグレクトケースの方が、死亡リスクが高い	US14

表 11:関係機関等による支援や介入歴について言及のあった文献とその概要

文献No.	概要
US2	虐待の結果死亡した時点ですでにCPSの未解決事件として登録されていた子どもは、年齢が高く、男児で、過密状態の親の家に住んでいる傾向が強かった。
US5	児童保護部門による調査を受けたことのある群とない群の空間的分布を比較した結果、明らかな差はなかったため、児童虐待による死亡を予防するための取組は、すべての親を対象に行うべきと結論づけた。
US8	全米児童虐待・ネグレクト・データ・システムで「優先事案」と分類された子どもをサンプリングして多変量解析を行った。その結果、1)ケースマネジメント・サービス、2)家族支援ｻｰﾋﾞｽ、3)家族保護ｻｰﾋﾞｽは里親委託と同じく致死的な児童虐待を予防する効果はあると指摘した。
US9	児童虐待死亡事例の約半数はICSと関わっている。年齢層が上の子ども、複数名の子どもを扶養している家庭で暮らしている子どもの死亡がICSと関連している可能性が高かった。さらに、同じ児童虐待死亡事例でも、ICSと関わっている加害者は、関わっていない加害者より、実親である可能性も高かった。
US10	身体的虐待よりネグレクト家庭の方が、愛着関係、子どもの行動問題、世帯構成等の変化に関するリスクが低く、子どもが死亡する前から、より多くのサービスを受けていることが明らかとなった。
US14	児童保護サービスとの関わりがあったケースは、身体的虐待よりもネグレクトによる死亡リスクを増大させる可能性が大きいことが示唆された。
UK2	子どもの死亡に影響した関連要因のうち、多機関との連携の不足(20件、58.8%)、家族構造への理解の不足(25件、59.5%)、不十分な多職種連携(26件、61.9%)が見られた。
UK3	児童の死亡を招く要因として、専門家間の交流不足(34件、81%)、多機関との連携の不足(20件、58.8%)、家族構造への理解の不足(25件、59.5%)、多職種連携の不十分(26件、61.9%)等も見られた。また、多くの医療専門職においてに、専門職間の連携や医療から児童保護・福祉へのアクセスの不足の問題が多くみられた。さらに、親のメンタルの悪化や親への支援や関与も不足していることも明らかとなった。今後子どもの虐待死も含めて、児童死亡件数を減らしていくために、ワーカーの持続的な研修や資源とシステムの向上さらに児童の一時保護に関する対応手続きの改善の必要性が示唆された。
UK8	虐待者となる父は、母ほど支援の対象者として注目されていないことが分かった。また、父に対して支援者による過度な期待を示した場合、子どもとそのパートナーにとって、暴力にさらされるリスクを増加させる可能性もあると強調した。
UK9	分析対象とした69家庭のうち、被害児童を含む複数のきょうだいを要保護児童として登録していた家庭はわずか3つであり、家族アセスメントの難しさが示唆された。また、いずれの家庭も子どもの突然死（死因不明も含む）は児童虐待と関係していると判定された。

6）今後の児童虐待や死亡事例の予防に向けた支援、施策等のあり方（表 12）

児童虐待死亡事例の検証や分析結果を踏まえ、今後の児童虐待や児童虐待死亡事案の予防に向けた支援や施策の改善点や方向性については、多くの文献で言及されていた。

アメリカの文献では 18 本中 10 本の文献で、今後の支援や対策のあり方について言及されていた。イギリス文献と比較して特徴的だったのは、審査や評価のプロセスのあり方、調査や研究の蓄積の必要性について指摘する文献（US2、US3、US6、US7、US12、US18）が、支援やアプローチのあり方について触れられた文献（US5、US9、US10、US15）よりも多い点にある。

イギリス文献では、要保護児童とその家族に対する支援や介入のあり方について触れられている文献がほとんどである。特に「社会資源に（適切に）つなぐことの重要性」（UK1、UK3、UK4、UK5、UK9）について強調された文献が多かった。また、アメリカ文献ではみられなかった「保護者と支援者との関係構築のあり方」について指摘する文献が数本あった点もイギリス文献の特徴の一つといえよう。

表 12:今後の児童虐待死の予防に向けた支援等のあり方について言及のあった文献とその概要

文献No.	概要
US2	CPSでケースをオープンする際、ケースワーカーは潜在的なリスク要因を考慮し、将来的な虐待による致死率を下げるために追加的なサービスを提供できるかどうかを検討すべきである。
US3	年長児や青年は、児童虐待の研究から除外されることが多い。児童虐待による死亡は年少児に比べ年長児では少ないが、これらの死亡事故には予防戦略を開発する際に考慮すべき独特の特徴がある。
US5	児童福祉部門による調査を受けたことのある群とない群の空間的分布を比較した結果、明らかな差はなかったため、児童虐待死亡の予防に関する取組は、すべての親を対象に行うべきである。
US6	児童虐待を予防するためには、早期介入もできる支援者による支援の提供が重要である。以上を踏まえて、1)死亡審査プロセスの改善、2)心理的分析の活用、3)児童虐待を対応するための多機関連携の向上、4)深刻事案へのレビュー、5)研究の蓄積の必要性が示唆された。
US7	子どもに見られる複数の傷害歴が、児童虐待の可能性を強く示唆していることが明らかになった。さらに、児童虐待の疑いがある場合、子どもの死後検査では、調査報告書と病歴を合せた評価を行うべきである。
US9	養育者のレベルに合わせたスーパーバイザーによる介入支援が、児童虐待による死亡のリスクの低減には重要である。
US10	子ども保護のための支援の実際については、子どもが死亡前から、ケースごとに対応上における違いはなく、どのケースにおいても一貫した対応であったことも示唆された。
US12	情報源に開示されている資料を横断的に分析した結果、虐待死のリスク要因は驚くほど一致していることがわかったが、この結果は過去の研究結果に左右されている可能性もあると考えられる。そのため、子どもの虐待死のリスク要因に関する検証はまだまだ未熟で、新しい知見が極めて不足している状況が続いていることが明らかとなった。今後は児童虐待死に関わるリスク要因の理解、初期対応の意思決定の改善、さらにサービス提供の正確性(妥当性)の向上が重要である。
US15	幼児の泣き声によって生じやすい揺さぶりを含む虐待の予防につながる、養育者を対象とした教育の展開が重要である。
US18	単一のデータベースにおける児童虐待死亡事案へのモニタリングは不十分であることが明らかとなった。さらに、複数のデータベースを活用すれば、特定されるケースが大幅に向上したことが分かった。さらに、児童虐待死亡事案の報告から、児童死亡審査委員会によるモニタリング方法は最も適切であると考えられる。
UK1	イギリス現行の児童保護政策は、親の行動またはネグレクトを中心としているが、社会的な要素によって発生する児童虐待に対してあまり注意が払われていない。そのため、移民を含む子どもの福祉に関する研究は極めて不足している。NRPFの対象となる家族の多くが重層的な課題を抱えており、社会的に排除されているケースも少なくないため、このような家族に社会資源をリンクできるようなサポートの提供が重要である。
UK3	児童の死亡を招く要因として、専門家間の交流不足(34件、81%)、多機関との連携の不足(20件、58.8%)、家族構造への理解の不足(25件、59.5%)、多職種連携の不十分(26件、61.9%)等も見られた。また、多くの医療専門職においてに、専門職間の連携や医療から児童保護・福祉へのアクセスの不足の問題が多くみられた。さらに、親のメンタルの悪化や親への支援や関与も不足していることも明らかとなった。今後子どもの虐待死も含めて、児童死亡件数を減らしていくために、ワーカーの持続的な研修や資源とシステムの向上さらに児童の一時保護に関する対応手続きの改善の必要性が示唆された。
UK4	精神疾患等メンタルの問題を抱えている母親を対象に、専門家によるサポートを提供することを重視し、母のストレッサーとなる要因やメンタル状況の悪化について深く注意を払いながら、家族全体への支援、家族と社会資源と繋げていくような支援を提供することが重要と結論づけた。
UK5	これらの問題を引き起こす原因として、子どもと親、または養育者との関係性、親または養育者と専門家との関係性が共通するものとして強調された。そのため、家族を支援する専門家は家庭環境を整えることに加え、親と子どもに思いやりをもって関係構築することが重要であると示唆された。
UK5	ケースへの介入は、(1)一般的なサービスの提供、(2)既存の虐待リスクの把握(3)後期介入、の3つの介入レベルが見られ、より安全性の高い実践と虐待への認知の向上に資する学習が提供されていることがわかった。今後より良いアプローチを提供していくために、パフォーマンス指標への過度な注目を回避し、検証された理論に基づき提供される専門家の意見と判断を重視すべきである。
UK8	児童保護の専門家は、身体的虐待が子どもの死亡を引き起こすリスクを常に警戒し、子どもと家族を対象に支援を提供することが必要である。さらに、虐待者となる父側は、母側ほど支援の対象者として注目されていないことも明らかとなり、改善が必要である。
UK9	69家庭中64家庭では、子どもの突然死が発生した時点で、児童保護に関連する何が問題だったのか特定されていなかった。家庭内における子どもの突然死と虐待の関連性は3-10%であり、児童保護の介入の必要性は高くないといえる。しかし突然死が発生した家庭に2人目の子どもが生まれ報告された場合、もしくは突然死の再発が報告された家庭に対して、虐待に関する調査と介入、追跡が必要である。

Ⅳ. 考察

1）子どもの特性よりも保護者（加害親）の特性に注目することの意味

今回、分析対象とした文献のうち、子どもの慢性疾患や障害等の既往歴について特に焦点をあてて言及されていたのは、1 本（US1）のみであった。一方で、保護者の状況や養育状況については、複数の文献が、子どもの死亡につながるリスクや相関について検証していた。虐待や虐待による子どもの死亡の背景にある、親が感じる育てづらさや子どもと保護者が抱える支援ニーズについて検証するには、子どもの特性についてもより精緻な検証が必要ではないだろうか。

2）DV と児童虐待との強い相関

日本の児童虐待死亡事例と比して、父親による加害事例が多い点は特筆すべき点として挙げられる。また、虐待加害親である父親（継父・実父）は、DV 加害者でもり、加害親である母親は DV 被害者でもあるというケースの多さが指摘されていた。子育て家族への支援において、虐待予防と同時に DV の予防や介入の視点や専門性をもつ必要性が示唆されているといえよう。

また、DV 被害者である母親が子どもに対する虐待の加害親である場合、メンタルヘルスの問題を抱えていることが多いことも複数の文献が指摘しており、メンタルヘルス機関との連携の重要性が示されている。あわせて、アルコールや薬物依存、物質濫用の問題を抱える養育者による虐待死亡事例が多いことも多機関連携の重要性を示しているといえよう。

3）家族構成の変化のキャッチアップの重要性

過密な居住状況で児童虐待死亡事例が発生するリスクが高いことを複数の文献が示していたが、あわせて、同居家族の増減、父母の離婚・再婚などの家族構成員の変化を支援機関が把握していなかったケースの多さも指摘されていた。児童虐待死亡事案が発生した家族は、経済支援や医療サービス等、何らかの支援機関とつながっていたケースが多い一方で、どの機関も家族状況の変化を把握できていなかったことが死亡事案につながるリスクを高めているのではないかという問題提起がなされた文献が複数みられた。支援機関による家族状況の適切な把握と情報共有の重要性が示唆されたといえる。

4）日本と英米におけるネグレクトの定義の違い

日本では「ネグレクト」の中に医療ネグレクトも心理的ネグレクト、放置等、あらゆる形態のネグレクトが含まれるが、英米の文献では、ネグレクトをさらに細分化して検証が行われていた。また、子どもの自殺が「ネグレクト」に含まれている点も日本にはない分類であり検証の視点であった。

身体的虐待とネグレクトは、子どもの死に直結する虐待である。身体的虐待も英米の文献では「鈍器等を用いないもの（手や足による暴力）」「鈍器によるもの」「銃によるもの」など細分化して、年齢とかけあわせた検証が行われ、予防策について考察されていた。

Ⅴ. 結論

英米の文献レビューから、今後の支援策のあり方に関する提案や提言の豊富さがうかがえた。日本においても、児童虐待死亡事例検証報告書から、より精緻に今後の児童虐待対応や早期発見、予防などのあり方について検証する必要があるだろう。

また、ネグレクトの分類など、日本の児童虐待の定義を再考する余地があることが示唆されたといえよう。

Ⅵ. 知的所有権の取得状況

特になし

【参考文献】

大木秀一（2013）『看護研究・看護実践の質を高める文献レビューの基本』医歯薬出版

Cooper.,H. (1998) “Synthesizing research: A guide for literature reviews, 3rd ed.” Sage Publications, Inc.

Batra, Erich K. & Palusci, Vincent J. & Berg, Arthur (2022) “Factors Associated with Child Maltreatment

Fatality among Young Children with an Open Child Protective Services Case at Death", Child Abuse Review,31(2), CAR2734.

Brandon, M. & Bailey, S. & Belderson, P. & Larsson, B. (2014) "The role of neglect in child fatality and serious injury", Child Abuse Review,23(4), P.235-245.

Brandon, M. (2009) "Child fatality or serious injury through maltreatment: Making sense of outcomes", Children and Youth Services Review,31(10), P.1107-1112.

Cavanagh, K. & Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (2007) "The murder of children by fathers in the context of child abuse", Child Abuse and Neglect,31(7), P.731-746.

Damashek, A. & Nelson, M.M. & Bonner, B.L (2013) "Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect", Child Abuse and Neglect, 37(10), P.735-744.

Damashek,A. & Drass, S. & Bonner,B.L. (2014) "Child maltreatment fatalities related to inadequate caregiver supervision" Journal of Interpersonal Violence,29(11), P.1987-2001.

Douglas, E.M. (2014) "A Comparison of Child Fatalities by Physical Abuse Versus Neglect: Child, Family, Service, and Worker Characteristics", Journal of Social Service Research, 40(3), P.259-273.

Douglas, E.M. (2016) "Testing if Social Services Prevent Fatal Child Maltreatment Among a Sample of Children Previously Known to Child Protective Services", Child Maltreatment, 21(3), P.239-249.

Garstang, Joanna J & Sidebotham, Peter. (2019) "Qualitative analysis of serious case reviews into unexpected infant deaths", Archives of Disease in Childhood, London,104(1), P.30-36.

Jolly, Andrew & Gupta, Anna. (2024) "Children and families with no recourse to public funds: Learning from case reviews", Children and Society,38(1), P.16-31.

Kajese, T.M. & Nguyen, L.T. & Pham, G.Q. & ...Melhorn, K. & Kallail, K.J. (2011) "Characteristics of child abuse homicides in the state of Kansas from 1994 to 2007", Child Abuse and Neglect, 35(2), P.147-154.

Klevens, J. & Leeb, R.T. (2010) "Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System", Child Abuse and Neglect, 34(4), P.262-266.

McCarroll, J.E. & Fisher, J.E. & Cozza, S.J. & Robichaux, R.J. & Fullerton, C.S. (2017) "Characteristics, classification, and prevention of child maltreatment fatalities", Military Medicine, 182(1), p.e1551-e1557.

Michaels, Nichole L.&Letson, Megan M.(2021) "Child maltreatment fatalities among children and adolescents 5-17 years old", Child Abuse and Neglect,117,105032.

Palusci, V.J. & Covington, T.M. (2014) "Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System", Child Abuse and Neglect, 38(1), P.25-36.

Palusci, Vincent J. & Schnitzer, Patricia G. & Collier, Abigael (2023) "Social and demographic characteristics of child maltreatment fatalities among children ages 5-17 years", Child Abuse and Neglect,136,106002.

Pierce, Mary Clyde& Kaczor, Kim &Acker, Deborah & Webb, Tina & Brenzel, Allen & Lorenz, Douglas J. & Young, Audrey & Thompson, Richard (2017) "History, injury, and psychosocial risk factor commonalities among cases of fatal and near-fatal physical child abuse", Child Abuse and Neglect,69, p.263-277.

Putnam-Hornstein, E. & Wood, J.N.& Fluke, J. & Yoshioka-Maxwell, A. & Berger, R.P. (2013)

"Preventing severe and fatal child maltreatment: Making the case for the expanded use and integration of data", Child Welfare, 92(2), P.59-75.
Ross, A.H. & Abel, S.M. & Radisch, D. (2009) "Pattern of injury in child fatalities resulting from child abuse", Forensic Science International, 188(1-3), P.99-102.
Schnitzer, P.G. & Covington, T.M. & Wirtz, S.J. & Verhoek-Oftedahl, W. & Palusci, V.J. (2008) "Public health surveillance of fatal child maltreatment: Analysis of 3 state programs", American Journal of Public Health, 98(2), P.296-303.
Serinelli,S. & Arunkumar, P. & Filkins, J.A. & Gitto, L. (2017) "Deaths Due to Child Abuse: A 6-Year Review of Cases in The Cook County Medical Examiner's Office", Journal of Forensic Sciences, 62(1), p.107-118.
Shackshaft, Thomas & Junaid, Fatima & Badrinath, Padmanabhan. (2022) "Making every contact count: Can healthcare professionals do more to avoid preventable child deaths?", Child Abuse and Neglect,132.
Sidebotham, P. & Bailey, S. & Belderson, P. & Brandon, M. (2011) "Fatal child maltreatment in England, 2005-2009", Child Abuse and Neglect,35(4), P.299-306.
Sidebotham, Peter & Retzer, Ameeta. (2019) "Maternal filicide in a cohort of English Serious Case Reviews", Archives of Women's Mental Health,22(1), P.139-149.
Stanton, A.N. (2003) "Sudden unexpected death in infancy associated with maltreatment: Evidence from long term follow up of siblings", Archives of Disease in Childhood,88(8), P.699-701.
Thurston, H.& Bell, J.& Joseph, J.G. (2017) "The temporal-spatial distribution of seriously maltreated children" , Spatial and Spatio-temporal Epidemiology,20, p.1-8.
Welch, G.L. & Bonner, B.L. (2013) "Fatal child neglect: Characteristics, causation, and strategies for prevention", Child Abuse and Neglect, 37(10), P.745-752.

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）

分担研究報告書

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　（23DA1501）

児童相談所と市区町村の現状及び改善が進まない背景要因の検討
―エキスパート16人のインタビュー調査の分析―

研究代表者	増沢　高	子どもの虹情報研修センター
研究分担者	鈴木　浩之	立正大学
研究分担者	伊藤　嘉余子	大阪公立大学

研究要旨

自治体で行われている虐待死亡事例の検証報告等で課題として指摘されるのは、リスクアセスメントの不十分さ、アセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などである。本研究は、こうした課題が克服されない障壁に何があるのかについて、児童相談所と市区町村（児童福祉及び母子保健）に長年に渡って従事されてきた複数のリーダー的エキスパート（全16名）に半構造化面接を行い、明らかにしようと試みたものである。

面接から得られた問題や障壁として、次の点が浮き彫りになった。1つ目は検証報告書そのものの問題である。それは検証報告の情報が、子どもや加害親の成育歴など十分でなく、虐待発生のメカニズム等の全体像がわからないこと、及び検証がその後の専門性向上等に活かされていないこと、自治体他の研修等で十分に活用されていないことである。2つ目は、対応機関が優先すべき安全確認や注意喚起などに終始し、当事者との関係構築や当事者の受援動機に悪影響となって支援の後退を招いていること、3つ目は、アセスメントが十分でない背景に関する組織上の問題である。それは、関係機関との連携不足による情報入手機能の弱さ、支援者の情報が会議に上がりにくい組織文化やリーダーの姿勢の問題、援助方針会議がルーティーン化して重層的検討の場になっていない、スーパーバイザーの不足による人材育成の困難さ、支援者の異動時期等にアセスメントが充分に引き継がれないこと、市と県、自治体間などの力関係が情報共有に支障をもたらしていることなどである。4つ目は市区町村の問題であるが、上記の点は市区町村にも当てはまり、本来支援を中心にすべき市区町村で注意喚起等の指導的対応が進んでいる懸念である。児童福祉と母子保健との一体的運営が求められているが、両者の役割認識に隔たりがある現状をいかに打開していくかが重要で、ここでも組織文化やリーダーの姿勢が問われている。

Ⅰ．課題と目的

2000 年に制定された「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、児童虐待防止法）は、2004 年の改正で、全国の児童虐待による死亡事例等を分析・検証し、全国の児童福祉関係者が認識すべき共通の課題とその対応を取りまとめ、制度やその運用についての改善等の提言を行うことが義務付けられ、2005 年４月に第１次報告が公開され、以降毎年報告されて、現在は第 20 次報告が公開されている。また、2007 年の児童虐待防止法改正では、虐待による重大事例についての検証を地方公共団体の責務とした。以降、地方公共団体では、虐待による死亡事例で把握可能なものは全て検証の調査対象とし、特に重大事例が発生した場合、当該地方公共団体が検証し、その結果を報告書としてまとめ、その一部は公表され、子どもの虹情報研修センターで閲覧可能となっている。

報告書を概観すると、多くの事例で共通した課題と、特異な事例ゆえに生じている課題がある。また報告書では、課題の改善策が提言として示されているが、検証報告が責務となって約 20 年が過ぎた現在までの間、繰り返し示される提言内容も認められる。死亡事例の防止においては、同様の課題や提言が繰り返し、示され続けられている背景理由や解決できない障壁等を明らかにする必要がある。その上で、背景理由や障壁等を解決し、地域の適切な児童虐待防止対応を展開するためのより本質的かつ有効な改善策を見出さねばならない。

以上を踏まえて、以下の３段階で研究を進めることとした。

第１段階：地方公共団体による死亡事例に関する検証報告書や死亡事例に関する研究等、既存データ等の分析を通して、虐待死を防げなかった背景、対応上の課題等を整理する。

第２段階：児童相談所（以下、児相）と市区町村のエキスパート（10 年以上）に半構造化面接を行い、現状課題と改善が進まない背景要因とその解決に向けた視点について考察する。

第３段階：第２段階を踏まえて児相と市区町村に質問紙調査を行い、課題解決に向けた対応策を分析し提示する。

本年度は、３年計画で実施される研究の第２段階にあたる。

第１段階では二つの研究を行っている。一つは、地方公共団体による死亡事例に関する検証報告書を分析するものである。2008 年度から 2022 年度までに報告された地方公共団体による児童虐待死亡事例検討報告書について、虐待種別や関与した機関、加害者の年齢や立場、被害児童の年齢や性別等をコード化した。その上で、新生児死亡と保護歴のあった事例についてテキストマイニングによる分析を行い、その分類に特徴的な課題や提言を抽出、整理することを試みた。

二つ目の研究は、2000 年以降の国の検証委員会の報告書、及び児童虐待による死亡に関する研究等を収集し、これらの報告、研究の中で子ども虐待を防止するための課題や提言等に焦点を当てて分析したものである。

これまでの研究や検証報告書の提言等の多くで指摘されているのは、リスクアセスメントの不十分さ、アセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などである。

しかし死亡に至るケースの展開を見ていくと共通して認められるのは当事者の「孤立と孤独を深めていくプロセス」である。これに対する保護要件が「途切れない支援が進んでいくプロセス」である。しかしこのプロセスが十分に機能せずにいる現状が推察されるのである。これを解決するためには支援者個人の問題にとどまらず「組織の修正力（リスク状況を見極めた介入の選択プロセス）」が必要で、具体的には各支援機関が「支援方針の固定化・

形骸化」を防ぎ、「支援方針の変更を進めていく」修正的アセスメントとそれに基づく方針変更の柔軟さを組織が兼ね備えることと考察した。

本研究は、検証報告等で繰り返し指摘されている課題について、以上の考察した内容も含めてさらに検討を深めるため、児相と市区町村の業務へ、長年に渡って従事されてきた複数のリーダー的エキスパート（10 年以上）に、半構造化面接を行うこととした。面接では、死亡事例の検証の在り方や検証報告の活用の在り方も含め、上記の状況が改善されない背景要因について、支援者個人から組織文化に至る構造的な問題まで、踏み込んで検討し、考察することを目的とした。

Ⅱ．方法

１．面接対象者

児相実務経験 10 年以上の現役児相所長（退職後１年までも含む）４名

児相実務経験 10 年以上の児相長経験者４名

市区町村児童福祉分野の実務経験 10 年以上の専門職（母子保健以外）４名

市区町村母子保健分野の実務経験 10 年以上及び研究機関等でこの分野に精通した保健師４名

以上、16 名

２．面接方法

３.に示す半構造化面接をメイン面接者とサブ面接者の２名（いずれも研究者）にてオンラインで行う。

３．半構造化面接の構成

２段階で話を伺う。

まず、以下の２点について、支援者個人、組織（会議のあり方やリーダーのあり方も含む）、制度や社会の３つの側面で見解を聴取する。

（１）地方公共団体において死亡事例等の検証報告書に掲載された課題や提言等について特に重視している（すべき）ことについて

（２）報告書を概観すると、繰り返し指摘され続けている課題等があるが、課題等を解決する上で特に困難に感じていることや、解決できない障壁等について

（３）上記の話の中で、以下の点について触れられていなければ、改めて質問し、見解を聴取する。

① リスクアセスメント・支援のためのアセスメント、アセスメントが修正できない問題
② 当事者（子どもおよび保護者）との関係構築とその維持における問題（引継ぎの問題を含む）
③ 会議等組織の問題
④ 引継ぎや移管の問題
⑤ 多機関との連携・協働の問題
⑥ 要保護児童対策地域協議会等関係機関との連携、協働について
⑦ 専門性、人材育成の問題
⑧ その他

４．面接対象者との同意確認

面接内容は逐語にして面接対象者に確認、修正を求め、確認後の内容を面接記録とした。

次に、面接記録を面接対象者ごとに結果としてまとめ、再度面接対象者に確認と修正を求めた。なお、面接記録はこれとは別の研究（テーマ６「児童虐待対応エキスパートへのインタビュー調査のテキストマイニングによる分析」）において、テキストマイニングを用いて分析を行うこととした。

Ⅲ．結果の整理

１．面接対象者について

各面接対象者の一覧を表１に示す。

表１　各面接者の一覧表

	所属	専門
A 氏	児相経験者	児童福祉
B 氏	児相経験者	児童福祉
C 氏	現児相長	児童福祉
D 氏	児相経験者	医師
E 氏	現児相長	児童心理
F 氏	現児相長	児童福祉
G 氏	現児相長	児童心理
H 氏	児相経験者	児童福祉
I 氏	市区町村児童福祉	児童心理
J 氏	市区町村児童福祉	児童福祉
K 氏	市区町村児童福祉	児童福祉
L 氏	市区町村児童福祉	児童福祉
M 氏	母子保健学識者	保健師
N 氏	母子保健学識者	保健師
O 氏	市区町村母子保健	保健師
P 氏	市区町村母子保健経験者	保健師

２．内容の整理

半構造化面接では、死亡事例等の検証報告書に掲載された課題や提言等について特に重視している（すべき）ことについて、および繰り返し指摘され続けている課題等等を解決する上での困難や、解決できない障壁等について、特に以下の点に焦点を当てて、その見解や意見等を尋ねた。

面接対象者の見解や意見等を、以下の７つの視点から、各面接対象者の言及を引用する形で整理する。

① 検証報告について
② 児相等対応機関への批判的言及による負の影響
③ アセスメントの課題
④ 組織としての問題
⑤ 人材育成について
⑥ ケースの引き継ぎにおける問題
⑦ 市区町村に特化された課題

（１）検証報告について

ア　検証報告に記載される視点や情報の限界

地方自治体での検証報告に対して被面接者の多くが指摘するのは、記載される視点や情報が不十分ということである。

死亡事例等の重大事例の検証は2004年の児童福祉法の改正で、国及び地方公共団体の責務とし、さらに2007年の同法改正で、検証を地方公共団体の責務とした。

当時、自身の自治体で起きた死亡事例の検証に関与したE氏は「通告に対して児相の対応はどうであったかという、例えば市区町村の児童福祉や母子保健の担当部門とか、警察や家庭裁判所とか、そうした関係機関の対応でなく、あくまで児相の対応が、或いは県の対応がどうであったか、通告を軸に切って検証していくやり方」が検証の一般的なスタイルとなったと、自戒を含めて指摘した。

確かに、2007年以降のほとんどの検証報告には虐待発生の機序、家族背景や子どもの生育歴といった、この家族でなぜこのような虐待が起こったのかという視点での踏み込んだ分析は、総じて十分とは言い難く、そうした問題点を踏まえて、2011年の通知では、地方自治体の検証については、関係機関の援助のあり方や運営面の課題だけでなく「当該事例の家族の要因等を明らかに」することを求め、そのために「死亡時点における家族関係及び家族の歴史、経済状況等（特に乳幼児の事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報）」などの情報を収集し「保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録を閲覧請求することも必要である」こと、また「転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象とする」ということが新たに付け加えられた。

その後、事例の背景等について、徐々に内容は厚くはなっているものの、今回の面接では、いまだ十分ではないとの指摘が多かった。

B 氏は「司法関係の情報は、なぜ虐待や虐待死が起こったのかを知る上でも大変貴重なのですが開示されません。そのため検証報告書は、内容的にも限界がある」と述べ、その上で B 氏は「公判を傍聴するという取り組みも一部で行われており、得られた情報が検証内容や以後の改善策に生かされています。ただ、公判はあくまでも有罪か無罪か、有罪ならばどのような刑罰とするのかを決めるのが目的です。そのため、被告が事実を否認すると、事実関係の争いに終始するため背景事情などは語られず、参考にならない場合もあります。」と述べ、「警察・検察等も含めて、全ての情報を明らかにしていくという仕組み、法的な根拠が必要ではないかと感じます。」と指摘した。この点について、D 氏は精神鑑定や心理鑑定等「加害者側の供述とかヒアリングが行われると、虐待死亡事例検証の質がかなり高くなるなっていう印象を持っていまして」と、心理鑑定そのものと心理鑑定の実施に基づいた知見が共有、そして研究されることが重要と指摘した。

E 氏は、児相の組織文化の視点が不足していると指摘した。「地域の児相の歴史や、相談支援の実践活動の基盤となっている価値観および人材育成の状況、スーパービジョンの方法や上司と部下の人間関係、同僚との支え合いの体制等が、事故の発生時点でどのように作用していたかという、組織の文化や構造の視点が不足していると思います。組織体制や、児童福祉司の担当ケース数等には、触れられていますが、事故の発生時点で担当の児童福祉司やその上司が、決められた手順に従わない対応や判断をしたり、必要なタスクを追及していなかったりした背景、その背景にある組織の文化や構造等には触れられていない場合が大半」で、「検証の作業は、相談支援の実践活動の内容は基より、それを支える機関の歴史や相談支援の基盤となっている価値観や組織の文化と構造、政策や施策、社会的価値観等を含めてそれを児童ソーシャルワークのミクロ・メゾ・マクロの、3 つの視点から行い、そこから導き出された提言を具体的に示す必要がある」と述べた。

また、子どもを中心に検証を行うことが必要という。「日本の検証では、亡くなった子どもが何を話していたか、どのようなことを思っていたかということに焦点が当たっていません。そのため、子どもの視点から見えていた実際の暮らしの様子や、その子どもの育ちのニーズがどう満たされていたかが、まったく見えないのです。（中略）被害にあった子どもの日常の暮らしや、そこでの経験はどうであったか、子どもはどのような想いや考えを持っていたか、子どもの視点に立って、子どもの身に何が起きていたかが書かれた検証報告書を私は見たことがありません」と述べた。その上で「検証には、市区町村や児相の担当職員や管理職だけでなく、亡くなっていないのならば子ども自身、直接加害してしまった親、直接加害していない親、地域で子どもの暮らしを支えていた支援者等の全員が参加して、一緒に取組むべき」と提唱した。

一方、母子保健の領域からみても情報の不十分さの指摘が多かった。0 氏は「全国の死亡事例の報告書を見ると、都道府県や市区町村によって格差がある。自分は最後のまとめを重視して読む。読後感がすっきりしているのは、根拠に導かれて報告書を書いているもの。しかし実際の報告書はもやっとするものが多い。もやっとする理由は、死亡事例の検証報告書は、児童福祉の専門家がメインで作っていることに起因する。再発防止・予防と書かれているが、母子保健の予防は起こりえることを広く予測し、それが全く起こらないことを目的にして関わる。児童福祉では、深掘りして対策を考えたり、広げて考えたりするのではなく、一度エピソードがあったことに対して食い止めるという考え方。児童福祉の予防と母子保健の予防は食い違っている。母子保健の立場は予防なので、経過を読む

ときに、自分が担当ならどのような対策や関わり方をするかと考えながら読む。その考えを導くアセスメントや情報が書かれていない報告書が多い。母子保健では、０歳児死亡は、子どもの妊娠・分娩の経過、どんな病院で何週目に何グラムで生まれたのか、入院期間はどれくらいかという情報は、母子保健では当たり前に必要だが、その情報が書かれていない。母子保健の問題もあるかもしれないが、検証報告委員がアセスメントを重視せず、与えられた資料だけでまとめた可能性も推測する」と述べた。

M氏も「母子保健の立場からいくと、例えば生まれた時の身長・体重が大体の場合は書かれていますが、亡くなるまでの経過の中での、身長・体重の変化とか、成長・発達の変化というものを詳細にしっかり書いている報告書って（ほとんどない)」と述べ「３歳までで７割ぐらいの子が亡くなっているとしたら、母子保健はかなり重要な情報だと思うのですが、(中略）母子保健としては課題をその報告書から具体的に見出だすということが、難しいですよね。」と指摘した。

N氏も同様に「出生体重とか在胎週数とかその後に会ったときの体重増加とかは欲しいな、と思うんですが、それはほぼないですし、病院との連携情報もない」と、周産期の情報がほとんど皆無であることや、精神科等医療機関の情報が得られていないことを指摘した。

検証するにおいて、個人情報をどのように扱うかという問題もあり、それを指摘する意見もあった。B氏は「個人情報保護にかかる問題」として例えば「自治体による個別事例の検証報告書をみると、被害を受けた児童に障害があるか否かが、必ずしも明らかでないものが多かった」と述べ、「障害の程度やその状況が具体的に明らかにされて初めて、養育する者の負担やストレスも理解できるはずです。その点で、報告書には限界がある」とする。さらに「死亡事例の中には家庭の事情だけでなく、支援者の対応がかえって家族を追い詰めることもある」としながら、そのときの、支援者の対応の在り方について「仮に検証委員会の中で議論がされていたとしても、検証報告書では支援者の対応をリアルに指摘しにくい、ある程度オブラートに包むような表現に、ならざるを得ない。したがって、この点が曖昧になってしまう。」とも指摘していた。

イ　関係機関が関与していない事例の検証の必要性

次の問題として挙げられたのは、地方自治体が当該自治体で起きたすべての死亡事例を検証しているわけではないという点である。特に関係機関が関与していなければ、検証対象から外されてしまう傾向がある。

B氏は、「(検証されない）背景に、関係機関が関与していないといった事情などがあります。このような場合、検証委員会を開いても、情報が少ないために改善策を打ち出すことも難しい。そのため、関係機関が関与してない死亡事例は検証されず、克服する対策も示されないままとなりますが、なぜ関与されなかったのか、支援が行われなかったのかも重要なポイントの一つです。」と述べ、本来であれば検証すべきと提唱する。

例えば０歳０日死亡は大きなテーマの一つであるにも関わらず、機関が関与していないケースが多いため検証の対象に上がらない場合がほとんどである。実際０歳児死亡についての自治体の検証報告は非常に少ない。E氏は「望まない妊娠や育児に困った際の相談窓口を積極的に普及啓発します、などの提言が出されることが多い印象ですが、大事なことは、なぜ地域の人たちも含めて、親子が相談支援につながるような関与がなかったか、それを丁寧に調べることを通じて行政機関や関係機関が学習し、具体的な改善に繋げることではないでしょうか」と述べた。

ウ　検証報告で示された課題や提言について

検証報告が実務現場で役立つ提言となっているかについても課題があるようだ。E 氏は「国の検証結果の提言は、どうしても予防に軸足が行きがちです。特に亡くなる子どもに０歳児が多い現状では、そこを手厚くする内容になるのは当然だと思います。そこで気になるのが、妊娠の対策や妊婦への支援に提言が偏っていることです。妊娠期も含めて、子どもへ焦点を当てた児童ソーシャルワークの視点での検証と、それを踏まえた母子保健サイドへの提言という、両方の内容が必要」と述べたうえで、「検証と提言は、児童ソーシャルワークの視点で行われる前提」で、「現状の公衆衛生モデルや治療モデルの検証方法から導き出される『点』の視点の提言では、早期発見や早期保護等に向けた実務的なチェックリスト的な内容だけが強調され、予防や早期支援の人員体制や子育て支援等のサービスを手厚くするための予算の重点配分には繋がらない」と指摘した。

母子保健の立場の M 氏も「予防的視点がとられていたのか、どの部分で予防的にかかわれば、この事件は防げたのか、という論点が乏しい。検証においては、議論されている可能性が高いが、そこが記載されていることは少ない。いろいろと総論的には書かれるが、具体的な部分というのが報告書には書かれず、それにより母子保健の方も自分たちごとになりにくい」と述べていた。

また同じく母子保健の立場の N 氏も「公開されているものを見た中では、死亡事例検証から、次の施策やどのように対応したらいいかというのが、なかなか見えないものになっています。」「結局このお母さんが、一体誰から支援を受けたのかというところが見えません。支援してないということなのかもしれないんですが。だから家族をアセスメントしようにも、出されている検証報告からは、なかなかデータが出てこない」と述べる。

０歳児死亡の多さから、国の検証報告では周産期支援の重要性が、繰り返し提示されているものの、自治体の検証報告書を見ても死亡した子どもの周産期の情報はほとんどない。同じく母子保健の立場の M 氏は「３歳までは絶対、母子保健が絡んでいて、母子保健のところでどこかで何かができたはずです。それを具体的に、１例１例をひも解くというのが、この死亡事例の検証だと思うけれども、十把一絡げみたいな感じになって、じゃあこの事例の個別性というのは一体なんだったのかというのが、丁寧に書かれてる報告書は少ない」ために母子保健として何が必要だったかが検討しにくいと述べていた。

D 氏はより根本的な問題として、提言で言われていることは、安全確認をしたのかなど虐待ケースの基本的な手順の言及に留まっているとした上で、手順が不十分だったから死亡にいたったのか、それとも死亡事例に特化された何かがあるのかを丁寧に分析する必要があるとし、「虐待死亡事例検証を行うためには、虐待死亡に特徴的なところを見いだして、それに対して児相とか市区町村とか各関係機関はどうだったのかっていう、より丁寧な検証が必要じゃないか」と述べる。そのためには加害者側の供述やヒアリングがより必要となると指摘していた。

エ　検証報告からの学び

B 氏は「検証報告書における３つの課題」として「第一に検証が行われていない事例が相当数あること、第二に検証報告書の内容が必ずしも十分でないという課題があること、第三にその検証報告書が浸透してないという問題があります」と整理している。第三の問題については、「せめて、自分の自治体で出されている検証報告書ぐらいは関係機関の職員として一度は読み、できれば、それをもとにした研修を毎年実施して欲しい」と述べた。

これについて今回面接の対象となった方々の自治体では、検証報告書を研修に取り入れているところの報告もあった。例えば、H 氏の県では、「当県では、子どもたちが亡くなられたそれぞれの命日に『振り返りの日』として、所長講話と検証報告

書をみんなで読み返すような取り組みを継続していると聞きました。約 10 年続いている」という。

また J 氏は、県内の他市で起きた死亡事例について、県で検討、作成した検証報告書を自分の市において参考にすべく「まずうちのスタッフで勉強会を開いて、その後、要対協の委員の先生１人に来ていただいて、もし自分の市でこういうことが起きたら何ができただろうみたいな話をしていただいたんです。（中略）そこの報告書の内容を真摯に受け止めて、自分の市に当てはめたら何ができるだろうなっていう勉強の体制は重要かと思います。」と述べていた。

E 氏は「国や地方自治体、児相等の関係機関の職員や子どもの支援者は、子どもの死から学びを得るために、膨大な時間と労力、コストを投じて作成された検証報告書をきちんと読み返しているでしょうか。そうでなければ問題だと思います。 国や地方自治体の児童福祉や母子保健の部門、児相等の関係機関が実施する人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修を実施すべきです。本県では、新人や新任の児童福祉司と児童心理司、児相に配属された保健師や警察職員等を対象とした人材育成研修では、検証報告書を教材にした研修を必ず行い、その内容を共有するようにしています」と述べていた。

E 氏の県では、2007 年に自分の県で起きた死亡事件の検証報告書が発表された後に、本庁の部長主導でワーキンググループを設置し、本庁職員、病院、学識者でチームを構成し、検証で提言された内容に責任をもって、児相の体制改善へ数年にわたって取り組み、そのことが今日の財産としてあることを述べている。

（２）児相等対応機関への批判的言及による負の影響

ア　児相の権限強化

児相の立場から、B 氏は「今の検証報告書はともすれば児相や市区町村の関与の仕方が問題だということを中心に記載し家族の状況や虐待発生のメカニズムなどにあまり注目していないのではないかということです。なぜ虐待が起きたのかという分析なしに、関与状況だけを問題にするのであれば、結論は死亡する前に権限を使ってでも一時保護すべきだった、というところに集約され、介入を強化すべきという提言になります。」と述べた。

実際、2000 年の児童虐待防止法制定以降、24 時間以内の子どもの安全確認の努力義務化、臨検・捜索等の立ち入り調査など、児相の権限を強化する施策を打ち出してきた。2018 年に目黒で起きた死亡事件の後にも国は緊急総合対策として、「虐待通告受理後、原則 48 時間以内に児相や関係機関において、直接子どもの様子を確認するなど安全確認を実施する」ことと「子どもとの面会ができず、安全確認が出来ない場合には、立入調査を実施すること」を全国ルールとして示した。

E 氏は、「日本の検証は、現場で相談支援に関与した機関への、コンプライアンスチェックによる責任追及のスタイルであり、かつ結果論を踏まえた後知恵で行われている（中略）その結果、児相であれば、これまで展開してきた相談支援の実践活動の全部がコンプライアンスに課題があるのではないか、という印象を与える評価となります。とりわけ、児相が持つ一時保護等の権限行使を求めることに焦点化した提言は、イデオロギー的なものを形成し、厳しい環境下に置かれている子どもとその家族に対する社会資源やサービスの充実ではなく、そうした子どもと家族に対してスティグマを押し、子どもを分離し、親を罰するといった権力構造の強化に向かわせます。これまでの検証の中で、そうしたメッセージが何度も繰り返し提言され続けています」と指摘した。

イ　支援児童保護に向けた介入的アプローチか支援的アプローチか

立ち入り調査を含めた保護的介入について、国はそれを強化する施策を打ち出して、必要時に躊

躊なく行うことを推奨してきた。しかし、現状は、国の方針とは異なる状況が語られた。

A 氏は「必要なケースは介入型のソーシャルワークでもって、子どもの保護を優先し、保護者とも場合によっては裁判所の枠組みを活用して対応していくというやり方が必要。（中略）国のシステムもそうなっていますが、これが、一部の児相は介入型に対しての抵抗感が極めて強くありまして、一部のまた著明な方々が介入型は良くないという、そのような情報発信も相当にされていて、全てを従来の枠組みで対処しようとしているところもあります。」と、保護的介入の抵抗感がなくならない現状を述べた。

B 氏は「年間の立入調査件数は全国で 100 件に満たない程度でしょう。」と述べた上で、「これを、48 時間以内の安全確認ができなかった事例の全てに実施するとなるとどうなるか。20 万件を超える虐待通告の中で、48 時間以内に安全確認できない事例数は桁違いにあるでしょうから、児相の現体制では、正直なところ不可能な提案です。」と、現実的にも保護的介入に限界があることを指摘した。

一方、保護的介入の対極にあるのが「子どもや家族に寄り添っての支援」で、A 氏が「従来型」と呼ぶものであるが、こうした支援についても、現状は十分でなく、むしろ危機的ともいえる状況が語られた。

F 氏は、通告件数の増加も相まって「一回のみ指導する、指導して終わるというケースもどんどん増えています。警察からの身柄付き通告、一時保護の増加も対応にすごくマンパワーが割かれるので１ケースにかける時間が、やっぱり短くなってしまいます。」と現状を語る。また、L 氏は「虐待に対しての組織対応はまず通告があり、次に緊急受理会議をして安全確認をし、注意喚起をして見守りで終わる」という、パターン化した対応が進行していると語り、この現状に危機感を語った。

つまり、児童保護に向けた介入的アプローチと、従来あった支援的アプローチの両方において機能低下が生じており、それに代わって進行しているのが、安全確認と注意喚起といった表面的でパターン化された対応の慢性化である。

こうした慢性化によって生じているのがソーシャルワーカーの面接技術の低下である。面接はソーシャルワークにおいて極めて重要となるものだが、その技術が低下しているという声が少なくなかった。

L 氏は「当事者への支援においては、面接を重視する必要がある。間とか距離感とか、面接と面接の間隔とか頻度とか意識的に行うべきことは数えきれない。先に述べた情報共有の在り方も、内容に踏み込んで見直すべきである。」と、本来の支援の在り方を回復させることが必要と指摘した。

ウ　パターン化された対応に縛られることによる現場の萎縮

安全確認と注意喚起に縛られている現状は、マスメディアの批判的論調の影響を、複数の面接対象者が指摘した。B 氏は「メディアの中には、こうした事情を全く理解しないまま、国がルールとして明確にしているのに、それに従わず実施していない、などと批判する例もあったように思います。」と振り返る。

L 氏は「現場に深く浸透してしまっているものは、事件が発生したときに、繰り返し報じられてきた『識者のコメント』や『マスコミの指摘』であり、それが色濃く反映され」現場を委縮させ当事者のニーズの把握や支援よりも「安全確認とか注意喚起をやったかどうかが優先」されていくと指摘する。「毅然とした対応、速やかに躊躇なく対応する、虐待であることを明らかにして指導する、それをやらないとやるべきことをしなかったと批判」になるため「虐待に対しての組織対応はまず通告があり、次に緊急受理会議をして安全確認をし、注意喚起をして見守り」という表面的な対応に縛られ「虐待を見て人を見ない」など、支援の質をかえって低下させている現状を述べている。

L 氏はさらに「これでは能力のある人の力が全然、発揮されない。これらは全体として、みんなが萎縮してる状態だと考える。こう考えると、今の児童相談の現場で発揮できない構造こそが問題であって、そっちをなんとかしないで、失敗を責めることばかりをしているとどんどん力が奪われてしまう。」と警鐘を鳴らす。

J 氏も「マスコミとか世論というのは、どうしてもこういう事例が起きると児相があかんとか、市区町村があかんとか、犯人捜しをするようなところもまだまだある。（中略）犯人捜しをするというよりは、児相や市区町村だけでなく、地域も含めて何ができたのかということを、みんなで一緒に考えることが重要なのではないかと思います。ただ『何かすれば必ず子どもが救えるはずだ』とやっていくと、おそらく児相や市区町村の職員は、疲弊するばかりだろう」と述べた。

エ　関わらない、知らないことにする風潮

またこの問題は、別の重大な問題にも波及している。それは、「関わらないほうが責任を問われずに済む」という風潮である。

児相の立場から、E 氏は「2007 年以降の全国の児相で、当時よく言われていたのが『結局、関わらないほうが責任を問われずに済むのではないか。』ということです。つまり、一生懸命に関わって支援していたにもかかわらず、通告の判断を受けた対応はコンプライアンスに課題があったとして責任を追及され、世間から非難されるならば、積極的に通告として受理したり虐待として対応したりするなど、法的な虐待対応の流れに乗せない方が、非難を受けずに済むのではないかという議論もありました。実際に『関与していませんでした』『知りませんでした』という答弁が、全国的に広がったように当時は感じていました。（中略）児相以外の関係機関では、現在もその風潮が続いている印象を持っています。」と述べた。

市区町村の立場の J 氏も「行政って、死亡事例が起きたらすごいダメージ受けるじゃないですか、それを児相もわれわれもすごく恐れているところは正直あって、いったん起きたら、てんやわんやの騒ぎになって、そっちに意識が行き過ぎていて、そういうのを避けることがファーストに来てしまうのだと思います。そこで（中略）（市区町村であれば）『児相がしてたから知らないですよ』って言ったら逃れられるので。そういう意味では楽なんですが、でも、そこはやっぱり本質じゃない。僕らの目的は、子どもの命を守ることだけじゃなく、子どもが幸せに地域で暮らしてくれることが僕らの目的ということは忘れちゃならない」と強調した。

オ　虐待認定と注意喚起による当事者の受援力の阻害

現在、市区町村はこども家庭センターを設置して、児童福祉と母子保健とが一体化して早期支援の充実強化に取り組もうとしている。しかしここで問題となるのは虐待認定と注意喚起の負の影響であるとの指摘があった。

I 氏は「『市区町村が指導的になってきた』という話を聞くことが増えたように思います。家庭訪問をして『叩くのはやめるように』と指導して終わりとなっていたり『気を付けてね』とだけ伝えて帰ったりということになってしまっているようです。指導されても虐待が止まることにはならず、なぜそうなってしまうのかを家族から聴いていく、教えてもらう姿勢が大事だと思います。指導してくる人に、困っていることやそうなってしまう苦しさを伝えよう、とはならないと思うんです。学校や保育所に対しても、保護者へ『それは虐待だと指導するように』と言っている市区町村がある、と聞きます。学校や保育所も指導的になると、家族も子どももますます SOS を出せなくなってしまうのではないか」と危惧する。

また、児童虐待は人々の感情を大きく揺さぶる問題でもあり、社会は虐待の加害者を、自分たちの

対極にある間違った人や悪人などとみてしまう傾向の指摘もあった。

K 氏はこの点について「『誰が悪いか』ではなく『誰が傷ついたのか』が重要であると考えます。子どもが守られるためには、子どもを養育する保護者への支援も必須であり、『誰が傷つき、誰をケアするのか』という視点がケースワークにつながることもあります。（中略）時には拒否的な家庭もありますが、何度も子どもの安心安全のためであること、注意や指導のためだけでなく、家族全体の支援のためであることを伝え続けることで、関係改善を目指します」また、「『児童虐待』や『通告』という言葉はマイナスなイメージが強く、レッテルを張られたような思いをさせてしまうことがあります。本来の家族の姿を見えなくさせる要因にもなると考えます。突然の行政機関の訪問に、保護者は子育てができないと思われていると感じてしまうこともあります」と実際に起きている問題点を述べている。

L 氏は「注意喚起をして終わるということが、通常の相談支援レベルでも起きている。下手すると、LINE 相談でも『いらいらしてたたいちゃった』と当事者が打ち明けると、『安全確認しなきゃ』となって家に出向いて注意をすることになる。当事者にしてみれば『せっかく LINE 相談したのに、もう二度とするか』となる。こうなれば、リスクが高まり、問題を抱えたまま閉じられ隠されることになる。そうした中で死亡事例が起こることだってありうる。」と警鐘を鳴らす。

I 氏は「虐待をやめるように指導的役割ばかりでかかわることで、子どもや家族からの SOS を引き出せず、むしろ隠してしまうようになることは、結果的に虐待の重症化や死亡事例を生むことにつながると思います」と指摘する。B 氏も「死亡事例の中には家庭の事情だけでなく、支援者の対応がかえって家族を追い詰めることもあるということです」と述べた。

（3）アセスメントの課題

検証報告において繰り返し指摘されていることの一つがケースに関するアセスメントが不十分、あるいは家族等の状況変化に応じたアセスメントの修正がされていかないという点である。ここではその背景として述べられた見解をまとめる。

ア　支援者のアセスメント力が低下、あるいは機能しない構造的問題

実務においてアセスメント十分なアセスメントがなされない背景の一つとして、安全確認と注意喚起などといった、パターナリズムに支配され、思考停止になっている状況が、アセスメントの展開を阻害しているという問題への指摘があった。

L 氏は「（支援者が）アセスメントをする力は、実務から離れて研修という安全な場で、演習や事例検討などするとできる。日々の実践になると『通告がありました、そして注意喚起しました』になってしまい、持っている力が発揮されない。（中略）今の児童相談の現場で（アセスメント力を）発揮できない構造こそが問題であって、そっちをなんとかしないで、失敗を責めることばかりをしているとどんどん力が奪われてしまう。（中略）私は、児童虐待の最大の特徴は非常に多様であるという点だと考えている。それを前提としなければならない。話題として大きく取り上げられた事件の検証も大事ではあるものの、多様性やそれぞれ違うことを前提として、目の前のこの子、この保護者、この家族のことを見て、聞いて、考える必要がある。それをしないので、日常的に出会うケースのことがわからなかった、大切なことが認識できなかったということになるのではないか。実際に、死亡に至る事例では、初期段階で見誤ったケースが圧倒的に多い。」と述べる。

また業務の多忙さが、適切なアセスメントに向けた過程の妨げになっている側面も大きい。F 氏は児相の現状として「警察からの身柄付き通告、一時保護の増加も対応にすごくマンパワーが割かれる

ので、1 ケースにかける時間が、やっぱり短くなってしまいます」と述べた。

母子保健の領域でも、M 氏は「支援者の慢性的疲弊は、ケースの終結が見えにくい・支援の成功事例を表面化できていない、などで助長される。慢性的疲弊が積み重なると、正常バイアスや現状維持バイアスが働きやすくなり、主体的かつ積極的なケース対応が困難になる。『忙しい』『マンパワー不足』という言葉で片づけられてしまうことも多いが、原因はそれだけではなく疲弊が大きな背景になるように思う。それが、個別ケース会議や要対協などでの積極的発言の抑止になってしまうことや、過小評価につながってしまう。子どもの命に直結するので支援者の支援は重要」と指摘した。

イ　家族の特性を踏まえた家族の力動的理解の必要性

A 氏は「虐待の発生のメカニズム、どういう家族のダイナミズムの中で起こり、それがしっかりと見立てられた次に、どうなっていくかって予測がつく」が、若手の児相職員が増えたことで、表面的なシグナルでの判断にとどまっているのではないかと指摘する。その上で個別のテーマとして、ステップファミリーに注目することの重要性を指摘する。「中途から養育するというのは極めて難しい（中略）赤ちゃんの時から育てるのとはかなり違った子どもの反応、プロセスがあるということを理解しないと、うまくいかない」のに、「ステップファミリーに類似した家庭を含めると、４組に１組どころじゃなくて、もっと多い。そうすると、そこで子どもの退行とかなつかないとか、お母さんが男性に依存すると、そのお母さんは子どもを守れないとか、いろいろそういう同じような事象が起きているんです。それに対して、行政は何の支援もしていません。そこに大きな課題があり、意識や知識が援助者のほうにも備わってない。」と指摘そた。

F 氏は「特に注意しないといけないのが（中略）DV 関係です。支配構造や家族力動への理解を深めていかないと、ほんとに潜在的なリスクっていうのは見逃してしまう。支配とかDV 関係にあるのか、対等な突発的なけんかなのかっていう、われわれも事実を確認してアセスメントしないといけない」と指摘する。

H 氏も同様に、家族の特性を踏まえたアセスメントが必要と述べている。特に DV やステップファミリーについては母親に与える影響等の研修を積んでおくことが重要と述べた。

ウ　ネグレクトケースにおけるアセスメントの重要性

E 氏はネグレクトケースこそアセスメントが重要であることを強調した。「ネグレクトの場合、相談が開始される初期の段階では、適切なアセスメントに基づく支援の導入がなされにくい傾向にあります。（中略）子どもの育ちのニーズを満たすために大切なのは、親の養育力やその他の家族や環境が提供している養育の質の部分です。養育の質こそが、子どもの健康のニーズは基より、教育や衛生面、情緒行動面の発達、友人関係等を通じた自尊感情を育むことなどに大きな影響を及ぼし、長期的には貧困の世代間連鎖にも繋がってしまうのです。虐待の分類の中では、ネグレクトこそ、児童福祉が対応すべき本質的な児童問題ですが、現実はそうなっていません。その証拠に相談が開始される初期の段階では、適切な支援の導入がなされておらず、児相が関与した時点では、事態がかなり深刻化しているネグレクト事例が多くみられています。だから質問項目が多くても、子どもや親と一緒に活用できる、子どもの暮らしの実態と育ちのニーズの満たされ方を捉える包括的なコアアセスメントが必要なのです。」と述べた。

エ　アセスメントが硬直化し修正できない背景

ア）児相における問題

援助方針会議等、アセスメントを行い適切な方針を見出すべき会議の場が十分に機能していない点への指摘である。

F氏は変化する潜在的リスクは「常に関わっていないと見えないところですので、関わり続けるっていうところが児相とすると難しい状況にはなっています。」と述べ、また「組織的な判断としての援助方針会議というものをどう機能させていくかというところが課題になっています。そこがうまく機能しないと担当者とかSVだけの判断になって、リスクアセスメントの網の目っていうのが引っかからなくなりますので、中堅職員とかSVとか課長、次長、所長の援助方針会議とか決裁とかも含めて、それぞれ経験を重ねています」と現状を語られた。

C氏は、アセスメントの修正が進まないのは、「一つに児相における判断場面（会議）に正確な情報が、リアルタイムで挙がってこないこと、があると思います。（中略）気になる事があっても、たいしたことではないと自分で判断して上に報告しないとか。報告すると上司から怒られるかもしれないとか、いろいろあります。こうした理由で、児相としての判断に必要な担当の把握している最新の情報、特に気づきとか不安が出てこないことが、しばしばあります。その不安こそ、実はとても大事な情報といえます。また、その不安は会議や協議の場で話し合ったら解決することはわりと多い（中略）死亡事例の報道を見聞きすると、重要な情報が果たして挙がっていたのか、組織として判断したのかなというのは、正直思います。児相長なり、メタSVや心理職も含めてしっかり協議していたら、こんな結果にはならなかったのではと思うことはあります」と述べた。

いくつかの児相で第三者委員会として関わったH氏は、「援助方針会議の基本的な運営の仕方は、多角的・重層的に検討されるべきなのですが、せっかく違う管理職の人がいるのに、重層的に発言する場面があまり見られない。（中略）一時保護解除とか継続指導解除などの場面でもそうです。所長に最終的に判断を求める前に、部長はどうなの、課長はどうなのと発言を振る場面がほとんど行われていない印象を持ちました。（中略）せっかく出てるんだから、専門職には多角的な視点で必ず意見を言ってもらう。それから中間管理職については、重層的な立場で、所長の判断の前に「ちょっとここが心配だ」というのを事前に書類読み込んだうえで、遠慮なく発言すべきだと思うわけです」と意見が活発に考案されない現状があることを憂う。

H氏が勤務した県の児相では、援助方針会議とは別に、心理職を中心とした「カンファレンス」を、児相名を冠して不定期に行っているという。「ケース対応で行き詰まったときに、ホワイトボードを使って経過、ジェノグラム、エコマップなど、ジェネラリストソーシャルワークの技法なども総動員のうえ参加者で共有して話し合い、答えは出ないけれども、『次の一手』は必ず決めて、担当に返す。児相内部でも、こうした実務的な検討の場があると担当は救われるようです。」と紹介された。

イ）市区町村の立場から

市区町村はより身近な支援者として寄り添えるというところに大きな利点がある。

そのための支援者の姿勢について、K氏は「以前参加した研修で、支援者の車に乗せるのではなく当事者の車に乗りなさいと講義を受けたことがあり印象に残っています。相手の車に乗り身をゆだねることは不安も大きいと思いますが、我々が支援する保護者が自分の行きたい場所へ自分の力で行けるよう、後ろからそっと助言し、応援し、歩んでいくことが支援者の役割であると思います」、「何かがあってかかわる人ではなく、何がなくても会いに来る人でありたいと思います。保護者や子どもたちにとって我々が脅威や恐怖でなく、安心できる人であれば、扉を開けてくれる、と思います」と述べている。また「相談者とのやり取りにおいて、時には我々の発した言葉が助言や励ましであっても相談者を傷つける言葉になってしまうことがあります。相談者から『傷ついた』と聞き取っ

たとき、われわれはつい『そんなつもりはなかった』と伝えたくなりますが、それは相談者の気持ちの受け取りが間違っていると指摘し、寄り添った言葉になっていません。『そんなつもりはなかった』は我々が自分を守るために発した言葉であることを自覚し、相手の傷つきを受け止め、傷つけたことに謝罪できる、そんな支援者でありたいと思います」と述べた。

J氏は、「家庭力動が動いたときにチャンスがある場合も見られます」と、家族力動が動いたときに家庭の中で心配が生じて、そこにアクセスできたことで家庭との関係ができた事例もあり、そのためには情報をキャッチできる仕組みが必要、と述べる。「うちの市では保育園からは月に1回、要保護・要支援ケースは保育所と学校から、ペーパーで状況を報告してもらうようにしています。加えて『何かあったら言うてね』とは口酸っぱく言っています。それは、子どもがあざをつくったとか、そういうことではなくて『お父さん仕事辞めたみたいよ』とか、そんな情報もちょうだいねって言っています。」と述べ、それを支える体制として「ワーカーが大体、中学校区に1人ずつぐらい、貼り付けられるような仕組みになってきたので、この中学校の校区の小中学校や保育園の人は、このワーカーに言ったらいいんだと。ワーカーも、よく外へ出ててくれているのでそこの情報は入るようになっています。情報を集めて、例えば『お父さんが仕事を辞めるということは経済的に困窮して電気が止まらないかな』とか、そういう想像もアセスメントの一つ」と述べた。また「うちの市は毎朝のミーティングが長いんです。(中略) それで『もっとコンパクトにできないか』って言ってたんですが、ベテランの職員が言うには『あれがセンター長、いいんです。』と。結局、あの場でみんなが気持ちを分かち合って情報の空気感もできるだけ言語化して伝えて、共有する」場になっているという。

I氏の市では「学校・園が、最も日々の親子の情報をキャッチしやすいと思っています。出席日数や最近変わったこと・気になることなどを定期的に提出してもらう『モニタリングシート』を配布・回収するのですが、(中略)体重の増えに気をつけてほしいとか、何が心配だからこういうことに気をつけてほしいと、ポイントを伝えておく必要があって、そこで適切な情報が把握できることになると思います。ケースごとに重要な情報は異なり、それらを適切に得ることが、アセスメントに欠かせないのです。そのためにも、モニタリングの意味やケースの状況によってのポイントを理解してもらうように、市区町村と学校・園とで『顔の見える関係作り』をする工夫が、日頃から大切だと思います。」と語った。

K氏は「日々変わる家族状況や環境の変化は、個人の中で把握され、判断されるものも多くあると思われます。本来は組織として判断すべきですが、かかわりが深くて長くなるほど、アセスメントは硬直化しやくすくなるのではと考えます。」と述べた。

しかし、F氏が報告しているように、対応ケースが増加している中で、すべてのケースに十分な時間がかけられない現状の指摘が多かった。

（4）組織としての問題

ア　援助方針会議の在り方

援助方針会議は子どもの保護や措置委託も含め、対象となる子どもの人生を左右するほど重要な会議である。そこでは適切なアセスメントがあって可能となる。

しかしH氏が述べたように、会議では方針を見出すために多角的・重層的に検討されるべきなのに、複数で検討するというよりも、「お墨付きをもらうような感じで、担当のワーカーと心理が報告をして、所長が『はい』って言っておしまい」というところがあることを問題視している。H氏は、こども未来財団が作成した要対協のケース検討会議の運営のビデオ(CD)が参考になったと述べている。ビデオは「全員参加や一部参加、効率優先や検討重

視など幾つかのパターンで、コンセプトによってこういうやり方がある、と提示し、これだけは省略しないといったモデル会議の映像」で、「児相の援助方針会議運営の在り方を問い直す機会」となると述べている。

F氏も「組織的な判断としての援助方針会議というものをどう機能させていくかというところが課題になっています。そこがうまく機能しないと担当者とかSVだけの判断になって、リスクアセスメントの網の目っていうのが引っかからなくなりますので、中堅職員とかSVとか課長、次長、所長の援助方針会議とか決裁とかも含めて、それぞれ経験を重ねて」検討することが必要で、それを意識した運営を心掛けていると述べる。

C氏は発言を交わし合える組織、会議となるための視点として次のように語る。「異なった意見でも言いやすい組織、今、話題になっているトラウマ・インフォームド・アプローチですかね。やっぱり安心・安全で、風通しの良い組織づくりと関わってくると思うんです。死亡事例の報道を見聞きすると、重要な情報が果たして挙がっていたのか、組織として判断したのかなというのは正直思います。児相長なり、メタSVや心理職も含めてしっかり協議をしていたら、こんな結果にはならなかったのではと思うことはあります。対応するときに、どこかでバイアスがかかることはあると思います。なので悪い情報ほど早く（上に）挙げよう、共有して対応しようと考えることが大切です。でも、これを実践するには、トラウマインフォームドな組織でないと難しいと思います。異なった意見でも発言できる風土づくりは必要です」と指摘した。

イ　組織に影響をもたらすリーダーやスーパーバイザーの資質

C氏の指摘からもうかがえるように、意見が活発に交し合える組織であるか否かは、児相長等のリーダーの在り方が深く関係している。

この点ついて、C氏は「児相という職場の特殊性、対人援助を担う職場の中でも、職員の傷つき体験とか二次受傷も多い職場だということを、監理・監督者が理解することが重要です。特に児相長には、児童福祉に係る専門性とは別に、組織運営の特殊性についても理解してもらう必要があると考えます。ケースの良くない情報こそ、担当者が組織の中で安全に共有できる職場でないと、死亡等の重大事例は起きやすくなる。こうした内容を、児相長研修で取り扱ってもいいのではないか、と個人的には思います。児相長が職員に『言ってもいい。言っても大丈夫。安全な職場だから。個人責任にしないから。』っていうことを繰り返し言い続けるということは必要だと思います」と述べ、さらに「児相には、まじめな雑談が必要だと考えています。おしゃべりではなく、雑談です。このまじめな雑談で、ストレスが軽減してアイデアをもらうことはたくさんあります」とコミュニケーションが豊かな組織つくりも必要であると述べた。

何でも話すことができる風土づくりは、職員の心理的安全性をいかに担保するかという重要なテーマであるが、この点について、現役の児相長であるG氏は「どうやったら報告をためらわずに言えるかという話ですが、それは上司が怒らないことだって思っています（中略）言えるっていうことはすごく大事なことだって私は思っていて。だから、要するに、言ってこいって上司は言いますけど、それって、言えるか言えないかって部下の責任じゃなくて、言える雰囲気を醸せるかっていう上司の責任だと私は思っています。」と述べる。

L氏は「所長やリーダーに必要なことは、やっぱり公平性と安定性だと思う。トップとして、公平に物を見てるということがすごく大切だと思う。所長等のリーダーはすごく孤独で、つらいと思う。それでも、リーダーたちがイライラして当たり、ピリピリした雰囲気をつくると、他が頑張っても、その所の職員は癒やされる体験とか励まされる体験を得られないだろう。そこで、まずは所属する組織が

公平な場であり、リーダーの機嫌が悪いか否かで左右されない組織にすることがベースとして必要だと考える。」と述べ、さらに「現場に必要なことは、正しさを押し付けて相手を黙らせることではない。やっぱり、対話が必要である。最も大事なことは話し合うこと。正しいと思っても、思い込みで一方的な見方だったりするものだ。対話があることが、当事者と支援者の間でも、支援者と管理者との間でも大事なことだ」と指摘した。

児相組織に関する以上の指摘は市区町村の面接対象者の中にもあった。

I 氏は「リスクを心配するがあまりに、上司が管理的だとしんどいです。『なんで確認してないんだ』『抑えはしたのか』と言われると、上司に報告できなくなってきます。『それ何で？教えて』とか『あ、なるほど、どうやってんの？』って聴けると、担当者も『これはね』と話したくなり、その中で『そういえば』と気づいていくこともできます。結果的に起こっている事実がちゃんと管理職に届くことになり、良いソーシャルワークも生まれると思うのです」と述べ、「市区町村のスーパーバイズのあり方について考えていく必要があると思います。（中略）管理職として私は、担当者が訪問から帰ってきたら、まず話を聞くっていうことを大切にしていました。それは『チェック』ではなくて、まず帰ってきていっぱいいっぱいになった腹立ちやむかつくみたいな話を『それで？』と尋ねていくと『そういえばお母さんなんか今日ちょっとこうだった気がする』とか担当者自身の中から気づきが湧いてきて、振り返って反省したり、新たな視点を持てたりします。そうした気付きから多角的なアセスメントにつながっていきます」と述べる。

K 氏は「班長という立場で、現場に出る班員が持ち帰る情報を聞き取り、把握し必要な指示をすることや、相談員からの相談に助言を行うことで、私個人が行う支援の何倍も多くの人へ、より高い支援を提供することができると考えます。班長が班全体のケースを把握することで、定例会議において整理された情報を伝えることができ、管理職においても迅速で適切な判断につながると考えます」とリーダーの重要性を指摘した。

リーダーの問題は市区町村の母子保健においても同様の指摘があった。

P 氏は「やはりリーダーの存在は大事です。（中略）児相だから、市区町村だからというような、壁があるリーダーはちょっと難しいなと思っていました。私は保健師なので、児童福祉のことはわからないことも多く、児相から教えられることも多く、一方こちらから伝えられることも多く、お互いに尊重し合いながら感じ取れる関係性を築き上げるためには、リーダーの存在は大事だと感じました」と述べ、M 氏は「保健師の集団のトップが事務職のことは少なくはない。こども家庭センターにおいても、福祉と保健という専門性を持った職種が、子どもの最善の利益保障のために活動する際に、役所の縦割り常套という弊害をもたらしやすい事務職の上司であることは避けたい。その意味で、センター長が事務職の場合、統括支援員は専門性をもった福祉や保健の資格者が望ましい」と述べた。

その上で、スーパーバイザー等のリーダーの専門性について、M 氏は「SV は事例を見てないのに、いきなり適切に助言ができることはあり得なくて、ケースを見ている人たちが一番よく状況を理解しているわけだから、まずは支援者の見立てを確認して、今後の予測を確認したりするのが基本。時代的にも SV は指導ではなくサポート。良いところを伸ばし、弱いところを指摘するのではなく、『良いところがある』と自覚できると、ゆとりを持てて、弱点からも目を背けなくてもいい自身の環境が整う。SV は SV の対象となる支援者のアセスメント力が問われる。SV には、広い器のような資質が必要」と述べる。

B 氏は、児相のスーパーバイザーについて、「スーパーバイザーは現在の児相運営指針だけを見ているのでは駄目なんです。どうしてこのように書かれているのかに関心を持ち、それが書かれたそ

もそもの成り立ちを理解して初めて、記載内容はストンと胸に落ちるんです。（中略）スーパーバイザーがそういう歴史、背景を踏まえて理解し、それをスーパーバイジーの児童福祉司に伝える必要があります」と述べ、その上で「それらは今現在の到達点ではあるけれども、まだ完結しているわけではありません。今後もさまざまな事例が現れ、想定外の出来事も発生するでしょうから、今の法律を守っていたら、それで大丈夫というわけにはいかないんです。（中略）本当の専門家は、自身がそれまでに経験し、得た知識を生かして、未知の問題に対処できる能力を持った人だと私は思っています。スーパーバイザーは、そうした力を身につけるよう不断の努力を求められているのではないでしょうか。」と述べた。

（５）人材育成について

ア　若手の増加とスーパーバイザーの不足

スーパーバイザーの資質や専門性の如何は、組織の力量を左右する極めて重要な要件となることは明らかである。しかし、児相の現状は、スーパーバイザーの質と量に深刻な問題を抱えている現状への指摘があった。

A 氏は「児相の数を増やそうとか、職員の数も増やそうという動きがあるんですが、（中略）せいぜい２年から３年ぐらいの職員が中心になってやっておられる（中略）。それを養成するベテランの職員が極めて少ないですから、いわゆる経験の浅い職員さんが見様見真似でケースを運営されているんではないかと思います。」と述べ、実際に現役の児相所長である F 氏は「育成する側の負担も大きくなっていますし、スーパーバイザーがスーパーバイズするスーパーバイジーの数も多く、（中略）１人のスーパーバイザーが、国の教育指導担当児童福祉司の基準でいうと５人の１年目、２年目、３年目とかに SV するっていうことがあります。その時に経験を伝達するというのが、それぞれの担当ケースではやりますが、じっくり育てるということが、なかなか難しい状況」であることを憂いている。

イ　パターン化された対応に終始することでの専門性構築の停滞

また、安全確認と注意喚起といったパターン化された対応が進行することは、ソーシャルワーカーに必要なアセスメント力や判断力を発揮する機会を奪い、この重要な専門性の向上を阻んでしまう危険性への指摘もあった。

Ｌ氏は、安全確認と注意喚起といったパターン化された対応に縛られることで能力が発揮できない状況を指摘する。「児相や市の職員となろうとする人の多くは、学んでいるし知識を持っている。しかし、それが活かされていない。アセスメントをする力は、実務から離れて研修という安全な場で、演習や事例検討などするとできる。日々の実践になると『通告がありました、そして注意喚起しました』になってしまい、持っている力が発揮されない」と述べ、「私は、ソーシャルワーカーという仕事は、10 年程度の経験は積まないと本物にはならないと思っている。しかし一方で、５年でもセンスがある人は相当のことができる。（中略）そのような有望な方が力を伸ばすという環境が十分ではない」という構造的な問題が大きいと述べた。

さらにＬ氏は、パターン化された対応が蔓延していくことで、「打たれ強く、表面的に仕事を回せる人。深く考えないで自分は出来ていると思える人。そうしなければ回らないのだと割り切れる人が残る」組織になっていくことを警戒した。

ウ　傾聴、共感、承認を基盤とした面接スキル習得の必要性

基本的な支援の在り方として、傾聴、共感、承認といった当事者を中心に置いた面接や対応を支援の基本姿勢として位置付け、そのための知見や技術を習得する必要性を指摘する声は多かった。

H 氏は「『面接スキル研修』は、特にクライアント体験、あるいは面接者体験も重要なんですけども、そういった家族の特性に応じた面接技術研修が必要じゃないかと思います。」と述べた。

母子保健の立場である M 氏も「これは、社福も保健もみんなそうだと思うんですけど、聞く力っていう援助力を付ける必要はあるんですよね。話す力…おのずと、指導力や説得力になりがち。多職種で、精神科の医療的判断を要することが共有されると、関与する支援者みんなで精神科受診が目的となり、支援内容が精神科受診勧奨になってしまう…例えばですが。精神科に行きたくない理由や、そうではない悩みごとを話す空間を奪ってしまって、結果的に、対象者がシャッターを下ろす（支援を拒絶する）しかなくなるようなことはないだろうかと支援者同士で内省が必要」と述べた。さらに、「成育歴をどのように聞くのか。問題の原因探しではなく、その人の人生を理解しようとする姿勢で聞かないと、やっぱり共感っていうか。・・・事情聴取的なヒアリングになって、聞くのではなくて、その人の人生観をある意味で理解しようと思って必死になって聞くっていう、耳を傾けるっていう、そういう姿勢っていうのが本来の共感だと思います」と述べた。

エ　アセスメント力の向上

C 氏の児相ではケースを俯瞰し、ケース概要をまとめることを推奨していて、これをすることで「ケースの見通し、リスクのアセスメントが出来ます。あと重大なエピソードとかも見落とさない」と述べ、さらに、死亡には至らない重大事例等を用いた研修が有益だったことを語った。

オ　専門職としての昇格ルートの必要性

A 氏は「福祉分野の昇格あるいは異動ルールを行政職とは違う形で作る必要がある。その意識が自治体の首長さんレベルではまだ低いので、そういうことが実現しているところは少ない。これが、出ていったまま帰ってこないとか、結局は育たないとか、そういうこととともリンクしているように思います。（中略）少なくとも今、行政職と同じ昇格ルートとか異動サイクルに、こういう福祉系を一緒にすることはやめて、福祉サイドで独自の異動とか昇格ルールを各自治体が作る必要があると、そういう認識を植え付ける働き掛けがいるんではないかと思います。」と述べた。

（6）ケースの引き継ぎにおける問題

ア　職員の異動による弊害：アセスメントが引き継がれないこと

ほとんどの死亡事例の検証報告で課題や提言の中に言及されていないが、「所内でのケースの引き継ぎがどうであるか」についての指摘があった。

C 氏は県内で起きた死亡事例の検証を通して行き着いた結論は、児相の中での引き継ぎの問題だったと述べる。「特に長いケースになればなるほど、初期の頃のリスクアセスメントとか読み飛ばされていて、ケースにその時起こっている状況ばかり見て」判断してしまうことになってしまいがちという。「引き継ぎの問題として、児相は必ず人事異動があります。その人事異動のときに、ケースの持っている問題の本質とか、過去にどのようなエピソードがあって、どれだけの支援をやってきたのかっていうことは引き継がれないことが多い」と語った。ただ引き継ぎの現状として「実際、引継ぎとなれば人事異動内示が出たあとの 10 日間ぐらいで、一覧表を利用して、引き継ぎます。引き継ぐ時も、時間に余裕もないため、そこまで丁寧に引き継ぐことは出来ない。」と述べ、「児相の中でのケースの引き継ぎのあり方というのは、検証したほうがいい」と指摘した。この改善策の一つとして、ケースを俯瞰し、ケースのサマリーを作るなどして重要な点をまとめて引き継ぐことが必要で、こうしたサマリーを作る能力は

アセスメント力の向上にもつながると述べている。

E氏も「職員間の引継ぎでは、サマリーの作成が重要だと考えています」と述べ、子どもがどうであり、どういう経過をたどってきたかの子どものヒストリーをサマリーとしてまとめて引き継ぐことが大切とする。また児童心理司による児童心理臨床のアセスメントだけが引継がれがちであることを指摘した。「『この子どもはトラウマ反応がある』とか、『発達的な課題、特性を抱えている』と表記されたアセスメントだけが引き継がれ、子どもの暮らしの実状と育ちのニーズの満たされ方や親の養育力の状況、家族が置かれている環境や社会的背景等の児童ソーシャルワークのアセスメントの引継ぎが充分なされていない場合が多く、引き継いだ職員は子ども自身に問題や原因があるという印象を強く受ける結果を招いています」と述べ、「本来であれば、児童ソーシャルワークと児童心理臨床の視点に立ったアセスメントが交差することで、子どもの暮らしと育ちの実状を立体的に捉える支援方針となり、その後の具体的な支援のための計画が策定されていくはず」と述べ、そうしたサマリーを基に前任者と対面できちんと引継ぎを行うことが重要と指摘した。

イ　ケース移管に関する問題

目黒の事件で大きなテーマとなったのが自治体間のケース移管の問題であった。

これについて、E氏は、「ケース移管にあたっては、国レベルで情報共有システムを構築すれば、きちんとした情報が伝わるので、国にはそれを考えてほしいというのが、各自治体から国に対して出された提言だったように記憶しています。しかし、現在のような一方的な情報入力だけするようなシステムでは、現場の職員の事務負担が増加しただけで、子どもの相談支援の実践活動に活かすためには全く不十分です。」と指摘した。

C氏は「(児相のケースは)、移管先には必ず児相職員が訪問していました。現地の市区町村、もしくは児相を訪問して、こちらの温度感をそのまま伝えるということです。会わなければ、ケースの温度感は伝わりません。他の自治体から移管されるケースは、ほんとに自治体でさまざまでした。こちらまで訪問してくれる自治体はほんとにごくわずかです。(中略) 難しいとは思いますが、児相が主担当のケースだったら、現地に出向くとか、新たなルール決めも必要かもしれません。少なくとも全児相ルールでは、県外児童は、保護した児相が、管轄児相に直接移送するルールが出来ているのですから。対面で顔を合わせて引き継ぐのと書類だけで引き継ぐのは全然違います」と述たる。

またE氏は「県をまたぐ他自治体の児相とは上手くいきにくい印象です。リスクが高い事例を一刻も早く移管するために、意図的に指導を解除したり、リスクに関する情報の記載を少なくしたりしているのではないかと勘繰らざるを得ない事例も少なくありません。(中略) そうした自治体は、移管を受けてもらいたいときには、『リスクはそう高くないので移管させてください』などと平身低頭な姿勢で依頼してくるか、『すでにそっちへ転居しているので移管でいいですよね』などと一方的な姿勢で依頼してきますが、こちらから移管を依頼すると、『そんなリスクの高いケースは、そちらできちんと対応方針を出して、一定期間定着が確認されないと移管は受けられません』などと高圧的な態度をとって、なかなか移管を受けようとしません」と語った。

G氏は、「移管で問題になるのは、居丈高に押し付けようとする場合だって私は思っていて、移管のエチケットは土下座外交であるということを全国の自治体職員がお互い身に染みて知る、身に着けること。それで、土下座外交ではあるが、プレゼン上、なぜこれを移管するかというデータと論拠を上手に示すこと」と述べた。

またH氏は、かつて関東ブロックで、引き継ぎに関する「移管の申し合わせ」を何度も検討を重ねて作成し、国の児相運営指針にも抜粋されたが、それが他県に全く渡らないどころか、自身の地域ブロックでも引き継がれていない現状があった。それが目黒事件の後に、それを求める要望が殺到したという。引き継がれない理由として「長が変わることによって、そこでいったんリセットされる部分が大きい」と指摘し、「後任の所長に、前の人の価値観がどのくらい影響を及ぼせるか」が重要な点と指摘した。

市区町村においても移管問題は同様な課題がある。K氏は「頻繁な転居はリスクが高い、と言われていますが、転出によるケース移管や転入によるケース受理の際には、互いにケースへの思いや温度感も一緒に伝えられ、受け止められるとよいと考えます。（中略）ケース移管は、書面を基本にし、必要に応じて同行訪問もするなど、丁寧なつなぎを心掛けています。転出により他市へケース移管をする際には、受け取る側の立場を考えて、どのような情報が必要か、どのようなつなぎがその後の支援をしやすいか等を考えて行うようにしています」と述べた。

（7）市区町村に特化された課題

ア　市区町村の役割について

2022年の児童福祉法の改正で、市区町村における児童福祉と母子保健部門との一体的運営を図るため、市区町村は上記の「子ども家庭総合支援拠点」と「子育て世代包括支援センター」を統合し、すべての妊産婦、子育て世代、子どもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う機関として、「こども家庭センター」の設置を努力義務とした（児童福祉法第10条の二）。ここでは新たに、支援対象者の課題の解決のために、当事者ニーズに沿った支援方針を当事者と作成し、共同・共有する「サポートプラン」を作成することが示され、子ども・当事者中心の支援が展開されることとなった。

ただ、こども家庭センターをどのように運営し、サポートプランをどう作成するかについて戸惑う現状への指摘が多かった。

市区町村で長年従事されてきたI氏は、現在多くの市区町村で自分たちの役割が分からなくなっているのではないかと懸念を述べた上で、次のように説明する。「法改正による市区町村のこども家庭センターでは、サポートプランの作成と手交をすることになります。それは、子どもや家族の意見や意向を丁寧に聴きとり、子どもの最善の利益の実現という同じ目標に向かう協働関係を形成する者と示されています。一方的に子どもや家族に指導するのではなく、ましてやサポートプランを作ることだけが目的になるのではなく、子どもや家族の声を聴くとか、一緒に考えようというところが大事で、その中で支援者側の手伝えることも一緒に決めていくというものです。当事者性とか子どもと保護者の考えを聴くとか、本当に改めてそういう意味での市区町村の支援についてパラダイムシフトだと思います。」と述べた。

L氏は、「市区町村にこども家庭センターを置き、包括的な支援へ持っていこうとなった。これは画期的で、改正法の施行までに払われた努力もその後に続けられている努力にも敬服する。サポートプランは、ここまでに述べてきたパターナリスティックな対応を、なんとか変えていこうとすることを目標とするものとして捉えている。」と述べた。その一方、「最悪の場合は、児童福祉が警察モデルとなり、市区町村の児童福祉がミニ児相化したように、母子保健の丁寧な支援がなくなって、警察モデルが児童福祉を超えて、母子保健にまで広がってしまうことが起こるのはなんとしても避けなければならない」と懸念を述べる。

I氏は、「児相に法的権限があるとしたら、市区町村にあるのは、相談やサービスの提供などの在宅支援です。だからこそ、権限のある児相には言

えないことを受け止め、寄り添って支援を継続する役割を担えるのだと考えてきました。児相も市区町村も権限を持ち指導になると、虐待者や子どもは逃げ場がなくなり、問題を隠してしまうようになってしまいます。ちょっと本音を言える立場や、ときには一時保護した児相の方針を違う視点から家族に説明する役割が必要だと思うのです。児相と同じことをするのではなく、異なる立場で支援することが多面的な支援になるのです。また、児童福祉部署だけでなくて、基礎自治体として役所の仕事は住民サービスです。現時点で緊急性があるかどうかということだけでなく、子どもがこのままだと心身に影響があるから支援をしていくという役割が重要です。」と述べた。

イ　早期支援に関する認識をもつこと

心理職として市区町村のリーダーとして従事してきたＩ氏は「こんなに母子保健の人たちが児童福祉へ不信感を募らせていたのか、と感じることがあります。保健師の言ってきた心配なケースに対して、児童福祉は要保護児童の大変なケースで動いているのに『それくらいのことで言ってきたの』という空気を感じてきたということをいくつかの自治体で聴くのです」と述べた。

児童福祉領域でも従事した経験のある保健師のＯ氏は、「どうしても児童福祉はハイリスクのサインがあったケースをどうするかというところから始まる。母子保健は、支援のためのアセスメントを行うが時間がかかる。何度も会う中でその人を知り、アセスメントを深める。（中略）当市の児童福祉は、特定妊婦の支援は母子保健で、生まれてからの児のリスクは児童福祉での流れになっている。特定妊婦は、一緒に支援することが大事なケースがあるが、それは難しいのが現状。」と憂う。

市の児童福祉の立場からＫ氏は「保健師の感じる違和感や直感は非常に重要ですが、言語化や共有においては難しさがあり、ときにはその温度が伝わらないことがあります」が、「（その違和感を）児相に共有してもらうことで、次の訪問や電話などコンタクトを取ったときには話題のきっかけになり、より精度をあげた情報にしていくことができます」と述べ、さらに保健師への期待として「保健師はポピュレーションアプローチと、保健指導だけでなく、多くの支援的なかかわりの手法を持ち合わせています。疲労や精神的不調からエネルギーが低下している保護者においては指導ではなく、支援に切り替えていく必要があります」と述べた。

Ｍ氏は「（母子保健と児童福祉には）引き継ぐ役割分担から、まずは一緒に考え、支援方針の中で、保健と福祉の関わりの濃淡をつけていくという、支援の過程が変わることに期待したい。機関連携はずっとテーマになっているが、今回こそ、今後の大きなトレンドとなって変化していくとよい。まずは一緒に見立てるからスタートする。母子保健が最初に関わり、大変になると（虐待）福祉に渡すという流れは、そもそも不自然であったし理解しがたい状況であった」と述べた。

ウ　児童福祉と母子保健との協働の障壁

新たな「こども家庭センター」は、早期の予防的支援を中心に児童福祉と母子保健部門との一体的運営を目指すものである。しかし、児童福祉と母子保健との協働においては様々な課題があるとの指摘があった。

母子保健の立場からＯ氏は、協働する上での課題のひとつとして、「児童福祉の『予防』と、母子保健の『予防』のとらえ方には相違がある」という点で、Ｏ氏は「母子保健の言う『予防』は起こりえることを広く予測し、それが全く起こらないことを目的に関わる。児童福祉では、深掘りして対策を考えたり、広げて考えたりするのではなく、一度エピソードがあったことに対して食い止めるという考え方が主流」と述べる。そのため児童福祉は、ハイリスクのサインがあったケースを

どうするかというところから始まり、その前の段階には関わろうとしない傾向があるという。そこで「母子保健は、事実はないがリスクが推測されるケースはアセスメントや動くべき根拠を伝える。福祉の側は（母子保健の）根拠を解釈し、考えるのが苦手のように思うから。（中略）児童福祉においては、専門性のベースがない行政職も多い。行政的には、リスクという事実を伝えると動けるが、予測から動ける力を持つ人はあまりいないように思う。児童福祉においても、ハイリスク対象だけでなく、健康に子育てする層を増やす考え方が必要」と述べる。「一緒に動けばもっといい支援ができるのに、それはそちらで、これはこちらでという役割分担が頻繁に起きる」とも述べ、「複数の機関で重複して支援している場合に、互いに気兼ねや他方任せにしてしまい、（中略）責任を明確にしないと動きにくい側面もある。（中略）どちらかの責任になれば、担当となった者はきちんとやるが、重い責任になると押し付けあう」と述べた。

次に、サービス対象に対する相違の指摘もあった。J氏は「市区町村の福祉のほうは居住地主義で、そのケースが居住地の市区町村が支援していますが、母子のほうは住民票がないとサービスを受けられない。法律もそうなのか、市の要綱なんかがそうなっている。（中略）この、住民票が無いと支援できないというところを変えていく必要がある」と指摘した。

L氏は「母子保健には長い蓄積がある。そこで、児童福祉は良くも悪くも母子保健に頼りがちになる。母子保健が行う出産のための準備状況、育児手技、産後うつのスクリーニング検査の確認や結果を受け、母子保健がそれをみて大丈夫だって言うと、児童福祉のほうはそれを引き取って、危険度が低いと判断して終えてしまうことがある。大切なのは、ここに児童福祉の見方をプラスすること。社会的な面や日常の暮らしと生活史を見て、それらを加えた見立ての総合力を上げることが重要なのではないか。そして、力をあわせて適切な意思決定やニーズ把握、必要な支援を行っていくことが求められているのではないか」と述べた。

エ　児童福祉も母子保健も多様な支援者の集まりである

児童福祉分野に福祉専門職と行政職がいて、かつK氏、J氏、L氏のように児相、民間の知的障害、高齢者施設など様々な場を経験してきているように、母子保健分野も様々な立場の保健師が存在する。

N氏は、「子ども虐待専門の保健師というのが、本当に難しいというか。市区町村保健師は、いろいろな部署を担当する（中略）生活習慣病予防とか、高齢者は包括支援センターに行くこともあるし、障害福祉とかも担当します」また「保健所の保健師さんの母子保健というのは小児特定疾患だから、重度の心身障害の子どもたちを担当しています。でも一般の子どもたちというか、乳幼児とか妊娠期というのは担当していない。だから、正常な発育・発達がわからない、人事交流すればいいのにとか思いますができていないのが現状です。」と述べ、子ども虐待防止に特化した保健師が限られている現状を指摘した。

こうした状況を踏まえれば、協働を図る前から、児童福祉側が母子保健はどうであるとか、母子保健側が児童福祉はこうであるなどといったステレオタイプな決めつけは意味がなく、むしろ協働する上での阻害要因とさえなろう。児童福祉の多様な人材と、母子保健の多様な人材とが一体となって有意義な協働を図るためにどうするかといった基本的なところから検討する必要があろう。まずは、児童福祉、母子保健という前に、実務レベルで、支援者の動きを見て、理解し、支援者個人を理解することが重要で、この点を指摘する声は多かった。

Ｊ氏は「今回のこども家庭センターの設立で、やっぱり児童と母子がまだまだうまくいってない市区町村の話をよく聞くんです。うちの市長が素晴らしかったんですけど、早くから同室、横並びでやっていて、お互いの仕事が見えるようにしている。そうすると『こんなにやってくれている』と分かってきて、うまくいったところがあった。相手がどれだけやってくれているかを、見るっていうのはすごく大事」と述べた。

保健師として児童福祉部門に所属していたＰ氏は「児童福祉部門なのに沐浴に行ったケースもありました。本当は、母子保健が中心に動いてほしかったのですが、児童福祉が中心に動くという形になってしまいました。しかし、結局その時のメンバー等で、児童福祉が強い時もあれば母子保健が強い時もあり、動ける方が動けばいいという考え方に落ち着きました。両者ののりしろが、児童福祉の方が大きい時もあれば、母子保健の方が大きい時もある、持ちつ持たれつっていうのが大事だと思っています。」と述べた。

また心理職であるＩ氏は、「基礎自治体では、専門職としての視点も大事だけれど、政策づくりの視点と他部署への理解といった視点を知ることも大切だと思います。ジェネラリストまでいかなくても、今後、企画や事業を進めていくときにも、財政のことを知っておく必要があります。それらを進めていくには、その組織の理解が欠かせません」と述べ、児童福祉、母子保健という枠組みを超えた子ども虐待に対応する支援者としての在り方への指摘であった。

Ｉ氏は「母子保健のハイリスクとかアセスメントと、児童福祉は違う視点で、それぞれの専門性や役割が異なること、そういったことをこども家庭センターの一体化の中で合同ケース会議において話し合うチャンスができたと思います。協働と連携のため、統括支援員の役割は大きいと思います」と前向きに述べられた。

オ　保健師の専門性の向上

市区町村において児童福祉職も保健師もさらなる専門性の向上が求められている。この点についてＭ氏は「(子ども虐待対応を保健師の共通課題としていくためには）保健師の教科書には、虐待に関する項目は母子保健や精神保健に少し関連項目として入っている程度。せめて、教科書とは言わなくても、準教科書ぐらいのものがあるといいのだが。実務的に学ぶとすると、専門性を活かして虐待予防に意識的にかかわるようになるためのプログラムが必要」と指摘した。

カ　精神保健福祉との協働の課題

０歳児死亡や心中事例においては、加害親に精神的な問題を抱えたケースが多く、死亡事例の検証を始めた初期の段階から精神保健との協働による周産期支援システムの必要性を求める提言が示されてきたが、未だ十分な支援システムが構築できているとは言い難い。

Ｎ氏は「精神保健は保健所が中心におこなっていて、市区町村は障害福祉部署が精神を担当しているので、そこがすごい弱いです。母子保健部署は直接担当していない。母親等のアルコール依存とか、依存症は本当に難しいなと思ってるから。そういうケースこそ、保健所の精神保健に相談してほしいなって思っています」と述べた。ただ「市区町村と保健所のハードルが高い」と指摘し、「保健所の、精神保健の洗い直しも要るかもしれない」と述べる。

Ｐ氏は「保護者が精神障がいや知的障がいを持っている場合、あるいは子どもが、発達障がいや知的障がい、あるいは何らかの育てにくさを持っている場合が多いと思います。(中略）では、その方々の対応について、障がい福祉課としてどこまで把握しているかというのは、私自身が障がい福祉課に異動してきて感じたのは、事務をこなしていくのが精一杯の現状という事実です。(中略）市役所内に社会福祉士や精神保健福祉士はい

ますが、現場を知らない人が多いです。でも、市は関係機関にできない、虐待予防につながる予算の確保や体制づくりを担っていかないといけないとも思っており、それができるのが、障がい福祉課でもあると感じています。」と述べた。

J氏は「(2024年に）精神保健福祉法の改正がありまして、これまでの法律では、市区町村は精神保健福祉手帳を持っている人だけ担当する、とも読めるような法律でした。でも精神の方の支援って、手帳持っていなくても、しんどい方はやっぱりいらっしゃって、そういう部分から関与しないといけないところはありまして、それがようやく市区町村の仕事にこの４月からなったんです。（中略）最初は退院促進で、精神科の病院に長期入院している人らを地域に帰しましょう、というところから始まった部分はありますが（中略）うちの市の話で、依存症対策をやろうっていう話が市長からトップで下りてきましたが、依存症はどこがやるかの議論がまだあって、障害福祉課でしょうってだいぶ言ったのですが、依存症はまた違うみたいな議論も出てくる。そこら辺の理解が追い付いていなくて、他の市区町村さんも含めてまだまだ時間はかかりそうな気はします」と述べた。

0氏は「周産期の０歳児死亡や虐待を受けたことによる思春期・青年期の自殺など精神的な問題と関連がある。それを手前のところから支援するには、周産期の精神科医療とのネットを作ることは大切。（中略）精神的な問題は、産むときにも問題が生じやすい。現在は、総合病院などで合併ケースとして対応せざるを得ない状況だが、出産後に精神科治療が継続して受けられる機関の確保が地域には必要という声が、当市の産科医師からも出ている」と述べ、産科医との連携も重要となることを指摘した。

キ　要保護児童対策地域協議会（要対協）での課題

E氏は「要対協が法定化されて以降、その仕組みとして目指していたはずなのに未だに達成されていない課題があります。それは、子どもや親の参加のもとで、子どもの暮らしに身近な学校や保育園の先生をはじめ、子どもの友人の親や学童保育の職員、スポーツクラブや塾の指導者等、子どもと親が子どもの暮らしを直接支えている地域の身近な大人や支援者の協力をもらうことです」と述べた。

要対協にどの機関がどのように参画し、どのような役割を担うかについては、市の規模やケース数などによって、会議の在り方はさまざまな現状がある。

J氏は「要対協ってたぶんまちまちだと思います。（中略）自分の市では、個別のケース会議や個別の進行管理会議は、要対協の中の関係する人だけでやっています。（中略）うちの市では、全部で400ケースぐらいあるので、それを全部やっては日が足りないということで実務者会議は研修会にしたんです。（中略）本当に正しいのかどうか、よく分からないのですが、要対協の一番のメリットは、関係機関で個人情報関係なくやりとりができる機能を活かすことと、関係機関同士でいろいろと学び合って、地域全体の支援する力を押し上げよう、ということができるという、その2つだと割り切ってるところがあります。ただ、その点でおそらく手法が全国的に統一できていないし、ひょっとしたら目的自体もおそらくみんなばらばらで、場合によっては会議を開催することが目的になってしまっている」ところもあると述べる。

I氏は「ケース会議は、関係機関のそれぞれの思いが強いだけに、互いを責めたり、重苦しい雰囲気に包まれたりすることが時にあります。だからこそ『ケース会議をやって良かった』、『先生からこんな話を聞かせてもらって、今日のこの場がなかったらこれを知ることができなかったから、本当に良かったです』、『忙しいのにありがとうご

ざいます』って言って帰れるかどうか、というところがとても大切だと思っています。そのためにも、日頃関わっている教員や保育士等の思いを丁寧に聴いて労い、その中で重要な点を整理し、先の見通しを示しながら要対協としての方向性を伝えていきます。子どもを中心に、互いの機関を尊重する姿勢を要対協調整機関として持つことが重要です」と述べた。

G氏は、要対協の代表者会議の活性化は、「少しでも言いやすいとか、言ったらよかった、助かったっていう体験を提供できるかどうかっていうのが勝負になるのかなっていうふうには思っているところであります」と述べ、特に児相と市区町村との役割については「児相がやんなきゃしょうがないよね、っていうのが来た時に、やっぱり受付担当職員も“うっ”て思うでしょうから、多分そこで醜い押し付け合いが起こるリスクがあると思うんです。だけど、これ、児相がやんなきゃしょうがないっていうのは、私はもうそれは腹をくくってやるしかないって思っています。（中略）別に児相がマストじゃないよね。例えば、神経症的な不登校のケースとか、それはちょっと選択と集中っていうことを考えると、何かできるかもしれないけど、うーん、必ずしもうちじゃなくてもいいんじゃないかなっていうのはあると思います。そして、児相で特にできることはない、やれることが少ないケース。これは生保とか子育て短期支援事業を使って市区町村の方がむしろできるでしょうっていうのは、お願いする。その辺の切り分けを職員がみんなしてる必要があるかなと思います。もうひとつは、（中略）地域（＝学校）で見ることができるケースと、福祉で見るべきケースと、医療で見るべきケースと、司法で見るべきケース。医療と福祉の間に大きな隔たりがあって、医療や司法は場合によって強制力を持つことができますけど、福祉と地域（＝学校）はそうしたことはできませんから、そこのアセスメントの話になるんですけど、このケースの重篤度がどれかなっていうのは見極める必要がある。このマトリクスみたいなのを児相と市区町村が共有することで、押し付け合いも、もうちょっとエレガントになると思うんです。っていうのは、プレゼンテーションですので、不安だからやってくださいっていうのはすごく多いと思うんです。（中略）そうじゃなくて、こういう理由で市区町村レベルではなく児相にお願いしたいっていう、そのプレゼンがうまくなるといいのではないか。逆も同じで、児相から市区町村にやっていただきたいっていう時もそうなんですけど、要するに、データと論拠をもって主張を構成する。要するに、みんながディベートすればいいんじゃないですかねっていうのが私の結論です」と述べた。

（8）市区町村と児相との連携

ア　協働の障壁となる自治体間の力関係の問題

P氏は「児相は、どうしても、市区町村より上じゃないですか。上下じゃないんですが、やっぱり、市区町村からしてみれば上になってしまう、ぐっとこらえないといけない時も正直あるなと感じました。（中略）児相とは、いろいろな押し問答が度々あります。しかし市区町村は一時保護できない、一時保護してほしくても、その判断もできなければその施設もない。そのため、これは危険と思ったらもう児相に頼むしかなくて、その現状を児相にも理解していただきたい思いはあります」と述べる。

上下の関係性に関して、G氏は「入れ子構造になっていて、フラクタルなんです。それ、国が無理筋な要求を出したのを都道府県が市区町村へ、市区町村はそのまま現場へ押し付けて、現場の長が頭を抱えるって、全部入れ子構造じゃないですかっていう話をすると大体、講演で笑いが取れるんですけど、同じことがどこでも起こっている。虐待家庭の中でも起こっているし、組織間でも起こっているっていう気はします」と述べていた。

イ　児相が関与した後の合同会議の重要性

C 氏は「私が勤務していた児相では、一時保護した子どもの家庭復帰時には、必ず地域で要対協の個別ケース検討会議を開催しています。市区町村と児相の情報共有、一時保護解除後の子どもの支援の方向性をしっかり話し合います。この会議を行うと、市区町村との関係が良くなると思います。ワーカーはもちろん、心理職や可能であれば保護所職員も参加します。個別ケース検討会議開催と併せて児童福祉司指導を行います。個別ケース検討会議の開催はワーカーにとって負担という意見が以前ありました。しかし、子どもの支援のためには必要な会議です」と述べた。

市区町村の在宅ケースが児相のケースとなると、在宅支援の対象でなくなり、その後のケースの流れが見えなくなりやすい。そして今度は一時保護や施設から家庭引き取りとなって地域に戻るのだが、それまでの経過が見えずに、どのような支援を行うべきかが分からないということはしばしば生じており、このことが市区町村から児相等への不信となっている場合も散見されている。

このときに、児童家庭支援センターが両者をつなぐ上で重要な役割を担っていることを C 氏は指摘している。C 氏は「現在、児童養護施設は、地域支援のためのサービス展開に力を入れています。特に、児童家庭支援センターは、地域に根ざした地域課題解決のための柔軟なサービス展開ができると思います。これからは、児福法改正により市区町村がいろいろな在宅支援サービスメニューを展開することになると思いますが、社会的養護の施設はこうした市区町村事業の受け皿になると思います。ショートステイも、社会的養護の施設なら、比較的容易に実施できます。市区町村に、社会的養護の施設を身近な社会資源として活用してもらいたいです」と述べていた。

Ⅳ．まとめの考察

ここでは、エキスパートに行ったインタビュー結果からの考察の概要を整理し、まとめとして提示する。

Ⅲの２「内容の整理」は大きく以下の４つの視点に整理されよう。

１）支援者が置かれている状況と実務上の課題
２）虐待対応を行う組織の運営上の課題
３）市区町村に特化した課題
４）国と地方自治体の検証報告書に求められる課題

以下にこれらの４つの視点から考察をまとめる。

１．支援者が置かれている状況と実務上の課題

（１）安全確認と注意喚起のパターナリズム

虐待による死亡事例は国民の感情を大きく揺さぶる問題であり、加害者に対する非難と、そのケースに関わっていた児相や市区町村が批判の的となりやすい。特に対応機関に対しては死亡を防げなかったことへの責任の追及が行われがちである。マスコミや識者も含んだ社会的批判は制度改革へとつながり、例えばすべての通告ケースへの 48 時間以内の安全確認、安全確認が出来ない場合のすみやかな立入調査の実施などのルール化を後押しした。児相等の対応機関は、批判や責任追及を回避したい気持ちも作用して、安全確認等の手続き上のルールの順守と、虐待する親への指導を徹底する方向へと進ませた。一方児相等への通告件数は増加し、すべてのケースに十分な時間を割けない状況に達していて、最低限にすべき安全確認と、保護者に対する指導的注意喚起に終始し、改善に向けた支援を行う時間的余裕を失わせていった。

痛烈な社会的批判は組織と支援者を緊張、委縮させていき、かつ安全確認と注意喚起にルーティーン化した実務は、支援に力を入れたい支援者のやりがいを失わせた。同時にソーシャルワークに必須となる傾聴や共感といった面接力、ケースの力動を踏まえたアセスメント力、それを踏まえた支援計画の立案等の支援力を低下させている。またパターナリズムによる指導的な注意喚起は支援関係の構築の妨げにもなっている。これらのこと

が重なって当該地域の支援力を後退させていくという危機的状況が生じている。この傾向は通告件数の増加が著しい都市部で顕著のようである。

（2）アセスメントの問題

対応件数の増加による業務の多忙化と注意喚起などのルーティーン化は、ケースに十分なアセスメントを行う余裕とそれを行う支援者の専門性の低下を招いている。それは、DV ケースなどでの支配的人間関係やステップファミリー等での新たな関係構築の困難さ等、関係性のアセスメント、ネグレクトや心理的虐待等がもたらす心的発達への影響など、先を見通したケース理解力の低下を招いている。このことは特に新任のアセスメント力の育成においては深刻といえよう。また、児相や市区町村では人事異動が不可避であるが、人事異動によるケースの引継ぎに充分な時間がとれず、ケースに関して積み上げられたアセスメントがこの機に失われる事態となりやすい。にもかかわらずこのことが自治体内で問題として充分に認識されていない。自治体はケースアセスメントの引き継ぎの在り方に改善策を講ずる必要がある。

（3）人材育成の問題

人材育成における近年の最も大きな問題は、児童福祉司等の増員が図られている一方で、若手等の経験が乏しい職員の占める割合が大きくなって、育成が追い付かない状況が生じていることである。また新任職員の育成は、優先事項としての安全確認と注意喚起などをまずもって学び、それに終始してしまうことは、それ以上の専門性の獲得を阻害させてしまう。身に着けるべきは傾聴、共感、承認といった面接の基本姿勢、アセスメント力、ケースを俯瞰して伝える力など、ソーシャルワーカーにとって基本かつ根幹的な専門性であるが、それらが十分に獲得できていかない現状を憂うエキスパートは多い。

２．虐待対応を行う組織の運営上の課題

（1）援助方針会議の機能低下

児相は、子どもの保護や施設入所措置や里親委託など、子どもの人生を左右するほどの重要な方針を検討する機関であり、その場の中心が援助方針会議である。そこではアセスメントから方針決定に至る適切な過程が保障されていなければならない。しかし近年の対応件数の増加など多忙を極める状況において、その援助方針会議が十分に機能していない児相が散見されるという。 十分に機能できていないとは、会議の場に正確な情報が提示されない、会議が一部の職員の発言に左右され様々な立場の職員で話し合う場となっていない、関係機関との連携が十分でなく、関係機関からの情報が入りづらい、などである。このことはアセスメントの展開を妨げ、適切な方針の設定を適わなくさせてしまう。

（2）心理的安全性が保障された組織文化の欠如

援助方針会議が機能しない背景には、職員が自分の気づきや見解を述べにくい組織的問題が潜在している場合もある。それは会議の場のみならず日常的なやりとりにも広がる問題である。職員間の日常的なコミュニケーションが活発でない、自分の失敗を他の職員に話せない、周囲の意見と異なる意見を発言しにくいなど、職員の心理的安全性が守られていないという組織文化の問題である。心理的安全性が保障された組織とは、失敗や懸念も含めてなんでも話せる組織文化が醸成されていることである。この問題は児相のみならず、市区町村を含めて多くの組織で共通するテーマでもある。

心理的安全性が保障された組織文化の醸成には、スーパーバイザーや管理職等のリーダーの在り方が大きく問われる。上司（リーダー）が話を聴いてくれない、支持的でなく一方的な指導が多い、怒りなどの感情を表に出しやすいなどの下では、職員の心理的安全性が脅かされ、緊張と委縮から自分の考えを発言することを躊躇し、傍観的あるいは

忖度的な態度を促進させてしまう。

心理的安全性が保障された職場では、活発な意見交換が促進され、組織的判断はより適切なものとなる。このことは近年の組織心理学等の知見が教えていることであり、重要なテーマとして認識すべきだろう。

（3）自治体間の連携・協働

自治体間の連携や協働の問題は、時にケース移管の際に浮き彫りになりやすい。ケース移管時には、ケースの情報やアセスメントを丁寧に伝える必要がある。国の情報共有システムや文書伝達だけでは不十分で、対面での情報交換を通して行うことが望ましいことは共有されている認識である。しかし時間的余裕のなさや、遠方であるなどの事情で叶わない状況がある。また移管先に対して必要なデータや根拠をもとにケースを説明できていない場合もあり、組織のアセスメント力が問われる問題でもある。ただ、これ以上に問題なのは、移管そのものが目的化して、ケースのリスクをあえて低く伝えたり、伏せたりする場合や、組織間の力関係を踏まえて、移管する際には一方的で、受けるときはなかなか応じないなどの組織の姿勢が問われる自治体が散見されるということである。移管時の問題については、起きている問題を全国レベルで精査し、改善策を講じる必要があろう。

3．市区町村に特化した課題

2022 年の児童福祉法の改正で、市区町村における児童福祉と母子保健部門との一体的運営を図るため、市区町村は上記の「子ども家庭総合支援拠点」と「子育て世代包括支援センター」を統合し、すべての妊産婦、子育て世代、子どもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う機関として、「こども家庭センター」の設置を努力義務とした（児童福祉法第 10 条の二）。ここでは新たに、支援対象者の課題の解決のために、当事者ニーズに沿った支援方針を当事者と作成し、共同・共有する「サポートプラン」を作成することが示され、子ども・当事者中心の支援が展開されることとなった。

しかし、多くの市区町村でこの展開に戸惑いを抱えている。それらは以下の３点に集約される。

1）虐待対応における市区町村の役割が混乱していること

2）サポートプランが目的化する懸念

3）母子保健部門と児童福祉部門との連携・協働の問題

（1）虐待対応における市区町村の役割が混乱していること

これは児相と市区町村との役割境界の不明瞭さにある。児相には市区町村援助が主要な役割の一つとして位置づけられているが、児相の指導等を受ける過程で、安全確認や注意喚起などのパターナリズム的指導が市区町村にも及んでいることである。それは「市区町村がミニ児相化している」といった声に象徴されている。

市区町村は支援を中心に展開すべきである。要支援・要保護ケースの多くは注意喚起や指導では事態は改善されない。重要なのは、その背景にある生活や子育て等の困難さを理解し、少しでも解消できるような具体的な支援を届けることである。パターナリズムや指導的対応が市区町村に広まることは、地域の支援文化や支援環境を壊すことにつながりかねない。

（2）サポートプランが目的化する懸念

サポートプランは支援の必要な子どもと保護者に適切な支援を届ける手立てとして必要なものであり、作成自体が目的化してはならない。サポートプランは、子どもや家族の声を聴き、ニーズを理解し、一緒に支援を考えていくためのものである。こうした過程をとばして機械的にサポートプランの作成だけが業務化するのは本末転倒である。サポートプランは安全確認や注意喚起といった一方的

な指導的パターナリズムから脱却し、真に当事者のための支援を展開するためのものだという認識を全市区町村で共有する必要がある。

（3）母子保健部門と児童福祉部門との連携・協働の問題

周産期からの早期支援の重要性が認識されてから児童虐待期待対応における母子保健分野の予防的対応が重要視されてきた。ただ、そこに児童福祉部門がどうかかわり協働するかに課題が生じている。周産期支援においては、母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すというバトンタッチ的連携が一般的で、周産期から一体的に動く市区町村は少ない。このため、両部門間の引き継ぎの段階で、予防に関する考え方の違いや、リスク判断の違いなどから、児童福祉部門に引き継がれずに、ケースへの支援が途切れてしまうことなどが起きている。また互いの部門が対立することで、一方がケースを抱え込んでしまったり、ケースを押し付け合ったりする事態が生じて、さらに関係が悪化してしまう悪循環が生じている自治体もある。母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性を理解し、相互補完的に役割を担い合うという流れを築いていく必要がある。統括支援員にはこうした役割が期待されており、そのためのリーダーシップが問われよう。

４．国と地方自治体の検証報告書に求められる課題

国と自治体の検証の在り方に関して、課題としては以下の３点が主なテーマとなる。

１）　検証が行われていない事例が相当数あること

２）　検証報告書の検討が通告後の対応に限られていること

３）　検証報告書の内容が実務に活用されていないこと

１）については、支援機関が関わっていないままに死亡に至ったケースに顕著である。出生後間もなくに亡くなったケースでは、支援機関の関わりがほとんどないケースが多く、検証がなされない傾向にある。しかし虐待による死亡事例の中には０歳児で死亡したケースの割合は高く、そのために周産期からの予防的支援の重要性がうたわれてきている。であれば０歳児の死亡事例はより検証を必要とすべきで、関係機関の関わりがなかったとすれば、なぜなかったのか、少しでも接点があれば、どうして支援につながらなかったのかを検証すべきである。このことは児童福祉部門と母子保健部門との連携・協働を検討、強化するうえでも必要であろう。

２）については、検証内容が、通告を受理した後の死亡に至るまでの児相等の対応経過にとどまっていることが多いという点である。検討すべき内容として加えられるべきと指摘されたものは以下の点である。

・通告以前の子どもの周産期からの成育歴や虐待に至るまでの親子関係の推移等の検討。

なぜ死亡に至ったのかだけでなく、なぜ虐待が生じたのかを含めた分析が必要で、予防的手立てを検討するうえでも重要である。

・加害親の特徴や成育歴等の検討。

司法では加害親に対する踏み込んだ情報が扱われているが、鑑別診断等も含めてそれらの情報が反映されていない。国レベルで活用できる仕組みを構築することが必要である。

・子どもの障害の有無など子どもの状態やその時々の子どもの気持ちや言動に焦点を当てた検討。

ほとんどの報告書で加害親等の情報と比べて子どもに関する情報が圧倒的に少ない。子どもを中心に置いた検証が必要である。

・対応上の問題点の背景にある組織文化の問題の検討。

支援内容に落ち度があったとすれば、その背景に何らかの組織的問題が潜んでいる場合が少なく

ない。検証報告書のほとんどがそこに目が向けられていない。底流する組織の価値観、支援者間のコミュニケーション、心理的安全性、支援者支援、リーダーシップ等の検討である。

3）については、国と自治体の検証報告書が、対応機関や支援者が目を通し、研修等で扱われるなどして、充分に活用されていない現状が窺われる点である。すべての対応機関と支援者は、検証報告書の内容に目を通し、日々の実践に活かすべく努めることを基本的な姿勢として認識すべきである。

Ⅴ．知的所有権の取得状況

特になし

【引用・参考文献】

Eileen Mumro（2020）Effective Child Protection Third Edition. 増沢高監訳、小川紫保子訳（2021）こども虐待・保護から早期支援への転換. 明石書店.

井出智博・白井祐浩・満下健太（2023）地方公共団体が行った児童虐待による死亡事例等の検証報告書の分析. 子ども家庭研究.

伊藤嘉余子（2023）アメリカ・イギリスにおける児童虐待死亡事例検証報告書のレビュー. 子ども家庭研究.

小林美智子（2015）過去から学び、未来に向けて行動しよう―虐待された子どもと親をケアする社会に向けて―. 子ども虐待とネグレクト vol.17.No.2.pp142-152.

Krugman, R.D.（1997）Child protection policy. Helfer, M.E., Kempe, R.S & Krugman, R.D.（sds）The Buttered Child/Fifth edition. pp.627-641. The University of Chicago Press, Chicago & London. 坂井聖二監訳（2003）虐待された子ども. pp.1160-1182.

増沢高他（2024）周産期からの早期支援における市区町村の母子（親子）保健と児童家庭福祉の連携・協働. 子どもの虹情報研修センター2022年度研究報告書.

増沢高・鈴木浩之（2023）児童虐待による死亡事例に関する国の検証報告書及び死亡事例に関する先行研究の分析. 子ども家庭研究.

増沢高・田中恵子（2019）イギリスの児童福祉制度視察報告書. 子どもの虹情報研修センター平成30年度研究報告書.

増沢高・田中恵子（2019）児相と市区町村における児童相談担当職員の人材育成に関する研究：第2部. 子どもの虹情報研修センター平成30年度研究報告書.

田澤あけみ（2017）イギリス福祉政策にみる「児童保護」制度の軌跡と課題. 社会保障研究.vol.2 No2・3. pp.202-214.

鷲山拓男（2020）虐待の世代間伝達の理解. 子どもの虹情報研修センター紀要No.17. pp.34-53.

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)

分担研究報告書

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　(23DA1501)

児童虐待対応エキスパートへのインタビュー調査の
テキストマイニングによる分析

研究分担者　井出 智博 北海道大学
白井 祐浩 九州産業大学
満下 健太 静岡大学

研究要旨

この研究では、児童相談所、市区町村児童福祉課、母子保健の領域で児童虐待問題にかかわってこられたエキスパートに対するインタビュー調査の記録を基にして、そうしたエキスパートがどのような実践知を得てきたのかについて、テキストマイニングの手法を用いて全体像を理解することを試みた。

分析の結果、児童相談所、市区町村児童福祉課、母子保健のエキスパートは、それぞれ異なる立場から児童虐待死亡事例の防止に取り組んでいるが、共通する課題として関係機関の連携強化、リスク判断の向上、検証報告書の活用を重視しているという点が示された。児童虐待の深刻化を防ぐためには、各機関が緊密に連携し、適切な情報共有を行うことが不可欠であり、リスクアセスメントの精度向上や、検証報告を支援の質向上につなげる取り組みが求められている。

一方、児童相談所は職員の専門性向上や判断力強化を、市区町村児童福祉課は検証報告書を基に課題を整理し適切な対策を講じることを、母子保健では虐待の予防と早期発見を重視して福祉や精神科医療との連携強化を課題とするなど、それぞれの立場によって重きを置く点が異なることも示唆された。

Ⅰ．問題と目的

児童虐待死亡事例検証報告書（以下、検証報告書）は事例の経過について分析し、課題を洗い出し、それに基づいた提言を示している。ここでいう提言は、次に児童虐待死亡事例を生み出さないための教訓と換言することもできるだろう。厚生労働省による通知『地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について』(雇児総発 0727 第 7 号)によると、死亡事例を検証する組織は、都道府県児童福祉審議会の下に部会等を設置する形で組織され、検証委員は外部の者で構成することとされている。これは、通知の「1 目的」にも示されているように、

「事実の把握を行い、死亡した児童の視点に立って発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するために行う」ために、第三者的観点から検証を行うことを念頭に置いたものである。一方、当然のことながら、現場レベルで、死亡事例を含め、児童虐待対応に当たる方たちもいるわけだが、彼らは、児童虐待死亡事例やそれについての検証報告書から、何を学んでいるのだろうか、あるいは、どのような教訓を得てきたのだろうか。

「叡智（wisdom)」という概念がある。楠見（2018；p251）は「叡智（wisdom）は人生経験に基づく深く広い知識と理解に支えられた知性であり、生涯にわたる発達を通して形成されるものである」とし、その形成過程について「職場や家庭などにおいて獲得した実践知を土台にして、人生の様々な経験を積み重ねて、さらに、叡智を獲得する」と説明している。楠見が想定する叡智は、個人の中に形成されることを想定したものであるが、死亡事例を含む児童虐待対応を考えた時、そうした叡智が個人を超えて組織や専門家集団の中で形成され、共有される必要がある。すなわち、児童虐待対応の現場は、児童虐待死亡事例への対応を通じて、様々な実践知が蓄積され、それらを持ち寄り、大切な子どもたちを失わないための叡智を形成しようとする営みである。

ところで、ある分野に内在する実践知や叡智を顕在化、言語化させようと試みる時、その分野の熟達者、あるいはエキスパートとされる方（以下、エキスパート）を対象にした調査を実施することがある。例えば学校教育の分野では、豊富な現場経験を持つ教師をエキスパートとして調査したもの（例えば保森、2017）や、児童養護施設や乳児院での経験豊富な心理職を、エキスパートとして調査したもの（例えば井出・辻、2014）などである。本年度（2024 年度）、本研究班では児童相談所（以下、児相）、市区町村児童福祉課（以下、市区町村）、母子保健、いずれかの現場を経験した方の中でも、特に豊富な経験を持つ方をエキスパートとして、インタビュー調査を実施してきた。本報告書では、児相、市区町村、母子保健の３つの領域について、それぞれのエキスパートがどのような実践知を得てきたのかについて、テキストマイニングの手法を用いて、全体像を理解することを試みた。

Ⅱ．方法

児相（８名）、市区町村（４名）、母子保健（４名）のいずれかの現場を経験した方へのインタビュー調査（詳細は別報告書参照）の逐語記録を児相、市区町村、母子保健の３群にわけて、テキストマイニングによる分析を行った（KH Coder3.0 を使用）。

分析を行うにあたり、複合語の検出を行い、固有名詞、専門用語を強制抽出語に、和暦や月、特定の地域名などを使用しない用語に設定した。また、母と母親と実母、児相と児相などの同一のものを表す語(同義語、表記揺れ)について KH Coder のプラグインである文錦®表記ゆれ＆同義語エディター for KH Coder の機能を用いて該当語を統一する作業を行った。

Ⅲ．児相エキスパートの実践知

１．結果

（１）基礎統計量

分析の対象となったインタビュー調査の記録は８件であり、形態素解析の結果、総抽出語は113,359語、異なり語数は5,598語、分析対象となった語(使用語)は 4,889 語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「児童相談所」が 483 回、「ケース」が 462 回、「子ども」が 318 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった(表 1)。この時、例えば「子ども」という語は「本児」「児童」と表記されている場合もあるがそれらは同義語と見なし「子ども」に包含されるように設定した一方で、「支援計画」「支援制度」というように「支援」を含む複合語として用いられている場合には「支援」という語の出現回数には、そうした複合語としての出現は含まれていない。

表１　頻出語（上位 150）：児童相談所エキスパート

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
児童相談所	483	知る	81	全部	47	ソーシャルワーク	35
ケース	462	国	78	通告	47	一緒	35
子ども	318	一時保護	76	理解	47	機関	35
人	271	場合	72	一番	46	取り組む	35
必要	209	関わる	71	背景	46	お話	34
自治体	196	組織	69	変わる	46	基本的	34
支援	171	担当	69	意見	45	行政	34
検証	162	自分	68	含める	45	時間	34
問題	155	入る	68	結局	45	絶対	34
虐待死	149	意味	66	データ	44	付ける	34
見る	141	形	65	提言	44	会う	33
虐待	135	受ける	65	強い	43	教育	33
聞く	130	来る	62	少ない	43	検討	33
大事	117	前	61	日本	43	現在	33
出る	114	状況	60	SV	42	高い	33
アセスメント	113	研修	59	仕事	42	心理鑑定	33
情報	113	父親	58	体制	42	評価	33
職員	112	親	57	読む	42	結果	32
関係	110	研究	56	違う	41	指導	32
分かる	109	現場	56	結構	41	専門性	32
視点	106	施設	56	伝える	41	多く	32
対応	106	相談	54	見える	40	入れる	32
検証報告書	102	レベル	53	内容	40	話す	32
行く	102	起こる	53	DV	39	スーパーバイザー	31
考える	101	検証報告	52	連携	39	引き継ぐ	31
事件	99	作る	52	当時	38	援助方針会議	31
家庭	96	責任	52	保護	38	学ぶ	31
起きる	96	大きい	52	お願い	37	言える	31
児童福祉司	96	地域	51	その後	37	実際	31
リスク	95	福祉	51	死亡	37	実践活動	31
持つ	93	移管	50	次	37	全国	31
行う	89	出す	50	全体	37	確か	30
経験	88	所長	49	部分	37	感じ	30
多い	87	学校	48	会議	36	少し	30
課題	86	子	48	説明	36	大変	30
母親	86	判断	48	保健師	36	中心	30
難しい	83	分析	48	アプローチ	35	認識	30
						それぞれ	29

（2）共起ネットワーク分析

集計単位を文、最小出現数を 25 回、最小文書数を４、方法は Ward 法とし、名詞、サ変名詞、固有名詞、組織名、人名、未知語、タグを対象に上位 70 語について Jaccard 係数を用いた共起ネットワーク分析を実施した。その結果、解釈可能なものとして９つのサブグラフが抽出された（図 1）。KWIC コンコーダンスを確認の上、各サブグラフは下記の通り解釈された。

１つ目のサブグラフは、虐待死、検証、検証報告書、自治体など 13 の語からなるものであり、**自治体が虐待死亡事例の検証をどのように分析したり、研修につなげたりするかという課題について**言及するものである。

２つ目のサブグラフは、 組織、担当、職員、所長、一時保護など９つの語からなるものであり、**児相の機能や職員の役割、（特に解除を含めた）一時保護の判断について**言及するものである。

３つ目のサブグラフは、 児相、子ども、ケース、市区町村、リスクなど８つの語からなるものであり、**児相と市区町村の連携・役割分担やその中でのケースの持ち方、リスク判断の仕方について**言及するものである。

４つ目のサブグラフは、支援、視点、経験、実践活動など８つの語からなるものであり、検証という語とも関連が見られたものである。**検証や現場での経験どのように実践活動につなげるかについて言及するもの**である。

５つ目のサブグラフは、児童福祉司、心理職、学校など６つの語からなるものであり、**児相の児童福祉司や各所の心理職の役割、あるいは学校との連携について**言及するものである。

６つ目のサブグラフは、母親、父親、裁判所、アプローチなど５つの語からなるものであり、**父母へのアプローチの困難さとそうした問題に裁判所を活用することなどについて**言及するものである。

７つ目のサブグラフは DV、関係という２つの語からなるものであり、**子ども虐待の問題と DV との関係について**言及するものである。

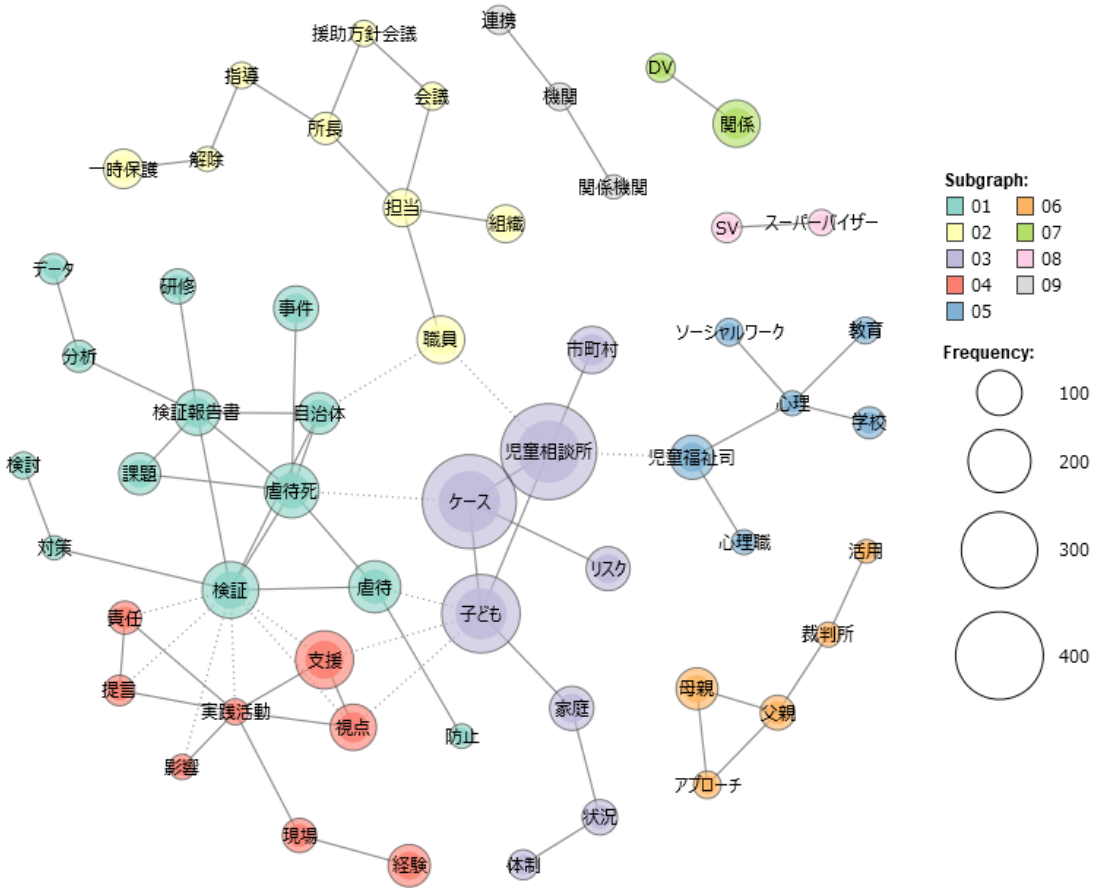


図１　共起ネットワーク：児相エキスパート

８つ目のサブグラフは、(人としての) スーパーバイザー、(行為としての) SV という２つの語からなるものであり、**SV やそのための研修機会の重要性、スーパーバイザーの在り方、不足する現状などについて**言及するものである。

９つ目のサブグラフは、関係機関、連携など３つの語からなるものであり、**関係機関間の連携について**言及するものである。

２．考察

共起ネットワーク分析の結果を概観すると、まず、サブグラフ２、５、８に表されているように、児相の児童福祉司、児童心理司など職員の役割や SV 機能、一時保護の判断のように、児相の機能に関する課題への言及が見られる。すなわち、児相エキスパートは、児童虐待死亡事例を減らすためには児相職員の技量、専門性の向上や児相の判断力を含む機能の向上が必要だと考えていると、推察される。

次にサブグラフ３、５、９に表されているように市区町村や学校、関係機関との連携や役割分担に関する言及が見られる。すなわち、児相エキスパートはこうした連携の構築や役割分担の明確化が、児童虐待が深刻化することを防ぐ手立てとなると考えていると推察されるが、サブグラフ３には他機関との連携の中で児相がリスクをどう判断するかということへの言及も見られるよ

うに、連携の構築、役割分担の明確化と、その中でのリスク判断の在り方が重要であると捉えられていることが示唆されている。

さらに、サブグラフ１、４では検証報告をどのように生かすかということへの言及が見られる。児童虐待死亡事例、あるいは日々の実践を分析し、研修や次の実践に活用することで、次なる児童虐待死亡事例を防ぐということの示唆であろう。児童虐待死亡事例が発生した当初は、その事例を検証したりするなど、自治体の中での意識が高まるが、年月が経過し、職員の異動もあるなかで、どのように児童虐待死亡事例から得た教訓を実践につなげていくかということへの言及である。

この他、サブグラフ６ではアプローチが困難なケースにおいて裁判所を活用すること、サブグラフ７では児童虐待と DV の関係に目を向けることについて言及されている。児童虐待が発生している、あるいは発生していると考えられる家庭に介入したり、支援を提供したりする児相であるからこそ、児相エキスパートは家族への理解やアプローチについての手立ての重要性を感じていることが示唆されている。

以上の点をまとめると、児相エキスパートは、児童虐待死亡事例を防ぐために ①児相の機能強化、②関係機関との連携とリスク判断、③検証報告の継続的な活用を重視していることが示された。特に、職員の専門性向上や判断力の強化、連携の明確化、事例から得た教訓の実践への反映が課題として挙げられる。さらに、支援が困難なケースにおける裁判所の活用や、児童虐待と DV の関係にも、注目が必要であることが示唆された。これらを踏まえ、児童虐待防止に向けた実践の充実と制度の整備が、求められる。

Ⅳ．市区町村児童福祉課エキスパートの実践知

１．結果

（１）基礎統計量

分析の対象となったインタビュー調査の記録は４件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 57,364 語、異なり語数は 4,476 語、分析対象となった語(使用語)は 4,055 語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「児童相談所（「児相」含む)」が 189 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった(表２)。この時、例えば「子ども」という語は「本児」「児童」と表記されている場合もあるがそれらは同義語と見なし「子ども」に包含されるように設定した一方で、「支援計画」「支援制度」というように「支援」を含む複合語として用いられている場合には「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含まれていない。

（２）共起ネットワーク分析

１つ目のサブグラフには２つの内容が含まれており、１つ目は子ども、家族、虐待、支援など８語からなるものであり、<u>当事者への支援</u>に言及するものである。２つ目は死亡事例、課題の２語からなるものであり、<u>行政の死亡事例における課題</u>に関連するものである。

２つ目のサブグラフは、当事者、学校、保育園、通告の４語からなるものであり、<u>被支援家庭など当事者の学校や保育園での支援</u>

に関連するものと考えられる。

３つ目のサブグラフは、 ケース、自分、関係機関、お母さん、情報、アセスメントなど８語からなるものであり、**支援を受ける当事者を含めた関係機関の情報およびアセスメント**に言及するものであると考えられる。

４つ目のサブグラフは、私たち、心配、親、関係の４語からなるものであり、**主に心配を中心とした行政担当者と保護者との関係**について言及するものであると考えられる。

５つ目のサブグラフは、会議、スーパーバイザー、研修、在り方の 4 語からなるものであり、**研修や会議の在り方**に言及するものであると考えられる。

６つ目のサブグラフは、現場、人たち、問題の３語からなるものであり、**現場の職員に関連した問題**に言及するものである。特に虐待が社会的な問題ではなく現場の問題として扱われていることについての言及であった。

７つ目のサブグラフは、一緒、役割、子の語からなるものであり、**関係機関の各々の連携や役割分担**などに言及するものであると考えられる。

表２　頻出語（上位 150）：市区町村児童福祉課エキスパート

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
児童相談所	189	私たち	33	意味	21	本当は	16
市町村	124	力	33	作る	21	その後	15
大事	102	一緒	32	終わる	21	スーパーバイズ	15
子ども	101	部分	32	役割	21	今回	15
支援	93	現場	31	あと	20	出る(否定)	15
ケース	91	在り方	30	全部	20	場	15
聞く	82	対応	30	当事者	20	責める	15
行く	68	地域	30	福祉	20	大切	15
問題	62	関わる	29	保育園	20	1人	14
見る	61	人たち	29	1回	19	お願い	14
情報	61	伝える	29	意識	19	ケース会議	14
持つ	58	要対協	29	異動	19	演習	14
分かる	57	通告	28	言葉	19	学ぶ	14
来る	50	関係機関	27	自治体	19	管理職	14
アセスメント	47	困る	27	情報共有	19	逆	14
起きる	47	受ける	27	状況	19	姿勢	14
入る	47	出す	27	増える	19	児童虐待	14
自分	46	市	26	良い	19	時間	14
多い	46	組織	26	家庭	18	少し	14
虐待	45	大変	26	会う	18	声	14
出る	45	動く	26	機関	18	大丈夫	14
違う	44	難しい	26	言う(否定)	18	担当	14
母子保健	44	形	25	視点	18	保健師	14
前	42	行政	25	一時保護	17	保護者	14
お母さん	41	今日	25	教える	17	サービス	13
起こる	39	全然	25	県	17	伊藤	13
死亡事例	39	分かる(否定)	25	仕事	17	危ない	13
児童福祉	39	スーパーバイザー	24	思い	17	帰る	13
必要	39	職員	24	事例	17	気付く	13
学校	38	大きい	24	取る	17	最初	13
会議	37	お話	23	一番	16	振り返る	13
結構	37	課題	23	経験	16	専門性	13
研修	37	支援者	23	今度	16	全体	13
心配	37	確か	22	指導	16	対人援助	13
感じ	34	子	22	支える	16	知る	13
関係	34	親	22	相手	16	道	13
家族	33	絶対	22	日々	16		
施設	33	理解	22	保育所	16		

２．考察

サブグラフ３はケースに関わる関係者・関係機関でのアセスメント・情報に関連するもの、サブグラフ５は会議のあり方に関連するもの、関係機関での情報共有、各機関の役割など、主として連携に関する話題である。このことは市区町村児童福祉課のインフォーマントにおいて関係機関の情報共有や連携のあり方に関して一定の課題意識があることを示唆している。更に、サブグラフ２は、学校や保育園と当事者の関わり方に関連するものであること、サブグラフ４も、保護者との関係の取り方に関連するものであることを考えると、全体として、当事者を含めた関係者・関係機関間での関係の在り方についての課題の言及が多いと言える。

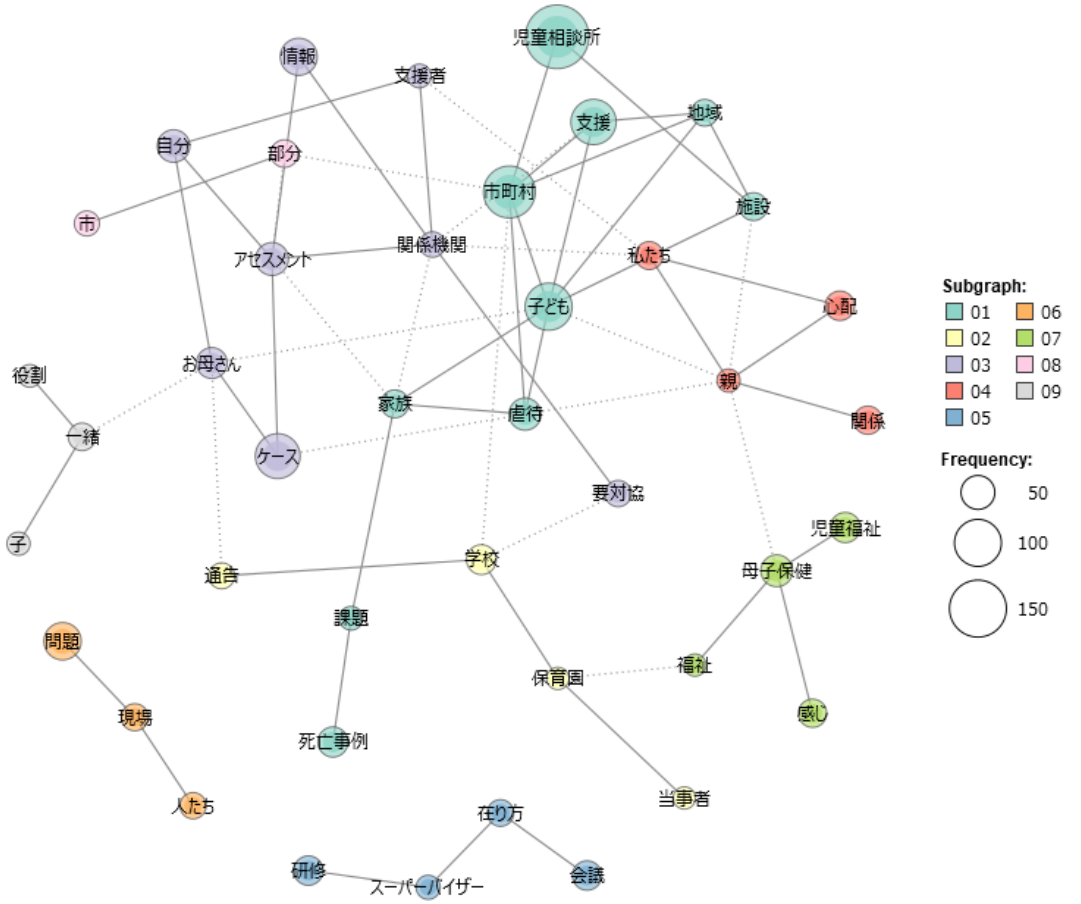


図２　共起ネットワーク：市区町村児童福祉課エキスパート

他方で、他のサブグラフとのノードを持たないサブグラフ６は「現場」「人たち」「問題」の３語から構成され、現場の人たちの問題に言及するものであった。これらの語が出現する発話については、「死亡する、これにはさまざまな事情があったとしても、それは現場の問題ということになるということに注意も払う必要がある。」「…そういう構造の中で児童福祉が変質していったものに気付かずに現場の問題、当事者の問題として扱われ続けてきたことに根本原因があるんじゃないか。（下線部は筆者による、以下同様）」などが見受けられた。このサブグラフは、死亡事例に示される行政の課題が、少なくともインフォーマントにとって実際には構造的な問題と解釈されているにも関わらず、社会的には現場の人たちの問題として捉えられているというズレが生じている状況があることを表していると考えられる。更に、サブグラフ１に含まれていた２つ目の内容は「死亡事例」「課題」の２語から構成されるものであり、死亡事例の課題について言及するものであった。これらの語が出現する発話については、「…死亡事例の報告書だから出るんじゃなく、日々、ケースワークをしてる中でもこの話は、しょっちゅう課題感として出てるもので、行政サイドとか、機関からすると、家族と関係が取れな

いですっていうのは、われわれの困り感としてよくよく上がってくる話。」などが見受けられた。このサブグラフでは、死亡事例検証報告書に示されているケースの課題が死亡事例特有のものではなく日常的に生じる課題であることを示している。

以上の観点をまとめると、特に関係者・関係機関の連携や情報共有・アセスメントのあり方のこと、死亡事例検証報告書において示される課題が、社会的課題なのか現場の課題なのか、そして事例特有の課題なのかといった点について論点があることの主に２点が主要な課題として言及されている可能性が示された。

Ⅴ．母子保健エキスパートの実践知

１．結果

（1）基礎統計量

分析の対象となったインタビュー調査の記録は４件であり、形態素解析の結果、総抽出語は 44,148 語、異なり語数は 3,098 語、分析対象となった語(使用語)は 6,455 語であった。

品詞の種類に関係なく、出現頻度を見てみると「母子保健」が 146 回、「保健師」が 138 回、「児童相談所」が 93 回といったような頻度で用いられていることが明らかになった(表３)。この時、例えば「子ども」という語は「本児」「児童」と表記されている場合もあるがそれらは同義語と見なし「子ども」に包含されるように設定した一方で、「支援計画」「支援制度」というように「支援」を含む複合語として用いられている場合には「支援」という語の出現回数にはそうした複合語としての出現は含まれていない。

（2）共起ネットワーク分析

集計単位を文、最小出現数を 25 回、最小文書数を４、方法は Ward 法とし、名詞、サ変名詞、固有名詞、組織名、人名、未知語、タグを対象に上位 70 語について Jaccard 係数を用いた共起ネットワーク分析を実施した。その結果、解釈可能なものとして７つのサブグラフが抽出された（図３）。KWIC コンコーダンスを確認の上、各サブグラフは下記の通り解釈された。

１つ目のサブグラフは、 精神科、問題、ケース、支援、一緒、お母さんなど７語からなるものであり、母親の精神疾患との関連と精神科医を含めた支援について言及するものである。

２つ目のサブグラフは、職員、リーダー、児童相談所という３語からなるものであり、児相を含むリーダーの考え方の重要性と職員とリーダーとの関係の重要性について言及するものである。

３つ目のサブグラフは、 子ども、自分、人たちなど３語からなるものであり、他機関との連携などについて言及するものである。

４つ目のサブグラフは、 母子保健、児童福祉、福祉、研修の４語からなるものであり、母子保健と児童福祉の乖離、母子保健と児童福祉の連携や共同対応と共同での研修の必要性について言及するものである。

５つ目のサブグラフは、 保健師、市区町村、保健所の３語からなるものであり、市区町村と保健所の保健師の差異や市区町村と保健所の連携について言及するものである。

６つ目のサブグラフは、 専門性、対応、必要の３語からなるものであり、保健師の虐待への専門的対応の難しさと必要性につ

いて言及するものである。

７つ目のサブグラフは、死亡事例、検証、報告書、課題の４語からなるものであり、死亡事例検証報告書に関する課題（検証で責任を負わされることへの不安からの萎縮や、検証における母子保健の軽視、検証結果の実践の難しさなど）について言及するものである。

表３　頻出語（上位 150）：母子保健エキスパート

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
母子保健	146	関係	23	対人援助	15	部長	11
保健師	138	事例	23	統括支援員	15	部門	11
児童相談所	93	精神	23	いろいろ	14	保護	11
一緒	79	行政	21	お願い	14	方向	11
子ども	75	精神保健	21	リスク	14	こども家庭センター	10
市町村	66	教育	20	看護	14	プログラム	10
ケース	64	国	20	関係機関	14	業務	10
支援	63	組織	20	検証報告	14	具体的	10
研修	62	部分	20	最初	14	健康	10
自分	56	保健	20	資格	14	研究	10
福祉	54	母子	20	生活	14	姿勢	10
問題	49	要対協	20	医療機関	13	死亡	10
大事	48	情報	19	課長	13	次	10
児童福祉	47	専門	19	仕事	13	社会	10
検証	39	都道府県	19	事業	13	場	10
精神科	37	妊娠	19	親	13	職種	10
虐待	34	連携	19	体重	13	中心	10
対応	34	意見	18	大変	13	電話	10
お母さん	32	意識	18	壁	13	当事者	10
意味	32	施設	18	訪問	13	乳幼児	10
人たち	32	地域	18	児童	12	無理	10
乳児院	32	部署	18	自分たち	12	立場	10
課題	31	形	17	上	12	領域	10
死亡事例	31	健診	17	専門職	12	1人	9
職員	31	現場	17	担当	12	マイノリティー	9
専門性	31	事務	17	理解	12	援助	9
市	30	自治体	17	連絡	12	機能	9
保健所	30	責任	17	お金	11	議論	9
リーダー	28	保育園	17	モデル	11	最後	9
必要	28	力	17	リスクアセスメント	11	社会福祉士	9
アセスメント	26	家族	16	医療	11	場所	9
報告書	26	周産期	16	引き継	11	大人	9
お話	24	相談	16	課	11	大切	9
異動	24	特定妊婦	16	格差	11	入院	9
県	24	分野	16	逆	11	認定	9
予防	24	家庭	15	検証報告書	11	発想	9
お互い	23	経験	15	子育て	11		
レベル	23	児童虐待	15	赤ちゃん	11		

２．考察

サブグラフ６では、保健師だけでは虐待に対する専門的対応を行うことの難しさが語られており、それに関連するものとして、サブグラフ３やサブグラフ４、サブフラフ５では、市区町村と保健所の間や、母子保健と児童福祉の間のギャップや乖離と、機関間の連携の必要性について述べられている。さらに、母子保健と児童福祉が連携し、共同での研修を行うなど母子保健と児童福祉の

両方の視点から虐待の予防を考えることの必要性が示唆されている。虐待が生じる前に予防をするためには、母子保健における情報やアセスメントが重要となると考えられる。しかしながら、現状では母子保健を担う保健師が虐待について専門的な関わりができるとは言いづらく、また母子保健と児童福祉、精神科医療の間には乖離が見られ、しっかりと連携が取れているとは言い難い。この母子保健、児童福祉、精神科医療をつなぐ体制の構築が重要であり、また保健師が虐待について学ぶ機会として、母子保健と児童福祉が共同して研修を行う場を提供することが一つの方策として考えられる。

加えて、サブグラフ１では、母親の精神疾患と虐待の関連について言及されており、精神科医療との連携の重要性について述べられている。母親の精神疾患について精神科医医療と連携し、情報共有が行われることで、虐待死が生じる手前での予防的対応の一助になると考えられる。

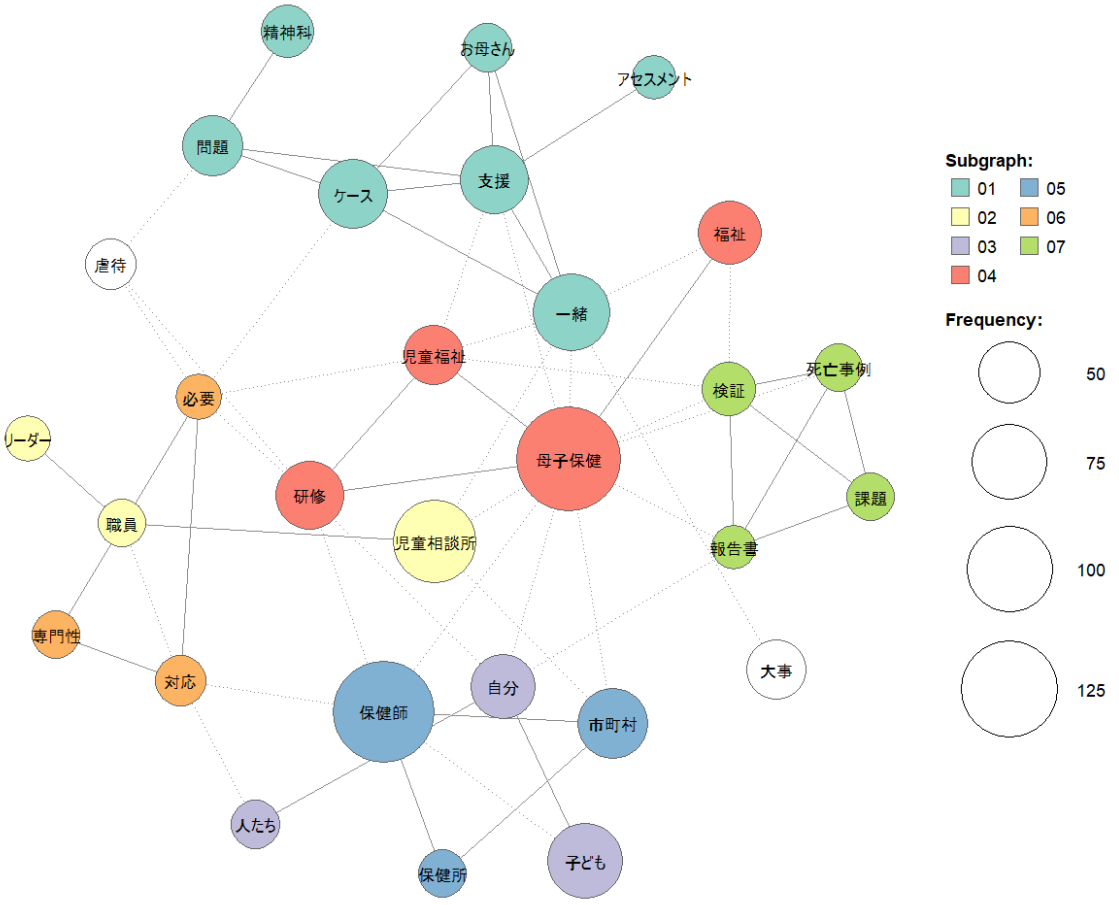


図３　共起ネットワーク：母子保健エキスパート

サブグラフ２では、リーダーの影響と職員とリーダーの関係性の影響について言及されており、現場におけるリーダーの影響の大きさが、示唆された。リーダーの考え方

や、価値観が職員の動き方に影響する部分は大きい。リーダーが、一方向的に指示をするのではなく、きちんと現場の職員とコミュニケーションが取れていることが、現場が動きやすく、有効な対応を取りやすい職場を作ることが示唆された。

最後に、サブグラフ５では死亡事例検証報告における課題について言及されている。検証報告書は、虐待の予防に参考になるものもある一方、検証の結果が関連機関の責任を指摘する形になっているものが多く、検証報告を活用する方向性よりも、検証報告に縛られ、外部から責められないような委縮した対応が多くなってしまい、要支援者を中心とした自由な対応が、しにくくなる現状が示唆された。また、検証報告書には母子保健からの視点が少なく、出生前後の状況などの、母子保健におけるアセスメントで必要な情報などが、記載されていないことが指摘されている。しかしながら、虐待の予防を考える上では、母子保健の視点は有用であり、その視点を生かすためにも母子保健に関連する情報や、母子保健での対応などを、検証報告に反映する必要があると考えられる。加えて、検証報告では対策が述べられているが、具体性に欠けていたり現実と乖離しているものも多く、その提案の実現が難しい場合も多いことが、言及されている。検証報告書が、単に問題を指摘するに終始するのではなく、現場の状況を反映した建設的な提言ができるように、検証報告書の形式や内容を、整えていく必要があることが示唆された。

以上の点をまとめると、1.母子保健、児童福祉、精神科医療の連携と共同研修の場を設定することの重要性と、2.検証報告書やリーダーの在り方において、問題を指摘するだけでは職員を委縮させるだけであり、現場の状況を反映し、職員が自分の力を発揮できるような状況を作ることの重要性が示唆されたと言える。

Ⅵ. 総合考察

児相、市区町村児童福祉課、母子保健のエキスパートの語りを整理すると、三者はそれぞれ異なる立場から、児童虐待死亡事例の防止に向けた重要な視点を持ちながらも、共通する課題意識を有していることが示された。

三者に共通していたのは、関係機関との連携の重要性、リスク判断の精度向上、検証報告書の活用という視点である。

児童虐待の深刻化を防ぐためには、児相、市区町村児童福祉課、母子保健、精神科医療などの関係機関が緊密に連携し、適切な情報共有を行うことが、不可欠であると認識されていた。また、リスク判断の在り方については、児童虐待のリスクアセスメントの精度を高め、適切な介入を実施することが重要視されていた。市区町村児童福祉課では、アセスメントの枠組みの明確化が課題として挙げられ、児相ではリスク判断力の向上が重視されていた。さらに、検証報告書の活用については、児童虐待死亡事例の検証を単なる事後分析にとどめず、今後の支援の質の向上につなげる必要があると三者とも認識していた。ただし、母子保健エキスパートの分析では、検証報告が職員を委縮させるのではなく、現場の実情を反映した改善策へ結びつくべきであるとの指摘が含まれていた点にも、留意する必要がある。

一方、それぞれの立場や役割の違いから、

以下のような重点の違いが見られた。

児相エキスパートは、児相の機能強化を重要視しており、職員の専門性向上や判断力の強化、一時保護の判断、裁判所の活用など、実務的な対応能力の向上を課題としている。対して、市区町村児童福祉課エキスパートは、検証報告書の課題整理に着目し、報告書に示される課題が社会的な問題なのか、現場特有の問題なのか、あるいは事例固有の問題なのかを整理し、対策を講じることを重視していた。また、母子保健エキスパートは、虐待の予防と早期発見に主眼を置き、特に母子保健・福祉・精神科医療の連携や、職員が委縮せずに対応できる環境整備の重要性を指摘している。

このように三者はそれぞれ異なる立場から児童虐待死亡事例の防止に取り組んでいるが、効果的な支援のためには、関係機関の連携強化、リスク判断の向上、検証報告書の活用という共通の視点を統合することが求められる。児相の実践力強化、市区町村の課題整理能力向上、母子保健の予防的アプローチの強化をバランスよく組み合わせることで、より実効性のある児童虐待防止策を構築できると考えられる。

Ⅶ. 知的所有権の取得状況

特になし

【引用・参考文献】

井出智博・辻佳奈子（2014）機能していると評価される乳児院心理職の活動内容と活動展開過程、福祉心理学研究、11（1）、48-58.

楠見孝（2018）熟達化としての叡智－叡智知識尺度の開発と適用、心理学評論、第61巻、 第3号、 251-271.

保森智彦（2017）算数の授業観察時の発話プロトコル分析をとおした教師のPCKの検討、日本教科教育学会誌、40（1）、1-14

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)

分担研究報告書

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　　(23DA1501)

児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と業務上の課題認識の構造
―児童相談所と市区町村の比較―

研究分担者　井出　智博　北海道大学
白井　祐浩　九州産業大学
満下　健太　静岡大学
増沢　高　子どもの虹情報研修センター
鈴木　浩之　立正大学
伊藤　嘉余子　大阪公立大学

研究要旨

本調査は、児童虐待対応に携わる職員の勤務状況、および課題認識の構造を明らかにすることを目的として、全国の児童相談所と市区の職員を対象に調査を実施したものである。先行するエキスパートインタビュー研究で指摘された現場の課題を踏まえ、勤務状況、職場環境等業務上の共通課題、および市区町村に特有の課題に関する質問項目を作成し、1,780 名から回答を得た。探索的因子分析の結果、勤務状況については「業務負担感」「やりがいのなさ」「職場での孤立」の 3 因子が抽出され、これらは児童相談所と市区で共通していた。一方、課題認識については両者で異なる構造が確認された。共通課題に関しては、「ケース理解の不十分さ」「防衛的・表層的・形骸化対応」「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」などの因子が抽出されたが、児童相談所では実務負担や対応の定型化と結びついた課題として認識される傾向があるのに対し、市区では人材育成体制や組織内コミュニケーションの問題として認識される傾向が示された。さらに市区町村に特有の課題として、「市区町村の役割の不明確さ」「母子保健と児童福祉の協働の困難さ」「機関協働の困難さ」が抽出された。記述統計の結果からは、両者に共通して業務負担の高さと専門的実践能力の養成機会の不足が強く認識されていることが明らかとなった。また、児童相談所では業務負担感が市区より有意に高かった。加えて、児童相談所ではケース対応の実践過程に関わる課題が強く意識される一方、市区では制度上の役割分担や機関連携に関わる課題がより強く認識されていた。

以上より、児童虐待対応の現場における課題は、所属機関によりその構造や背景が異なることが示唆され、各機関の特性を踏まえた人材育成および組織・制度設計の検討の必要性が明らかになった。

Ⅰ．問題と目的

2000 年に制定された「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、児童虐待防止法）は、2004 年の改正で全国の児童虐待による死亡事例等を分析・検証し、全国の児童福祉関係者が認識すべき共通の課題とその対応を取りまとめ、制度やその運用についての改善等の提言を行うことを義務付けた。その後、2005 年４月に第１次報告が公開され、以降毎年報告がなされ、令和８年３月現在では第 21 次報告が公開されている。また、2007 年の児童虐待防止法改正では、虐待による重大事例についての検証を地方公共団体の責務と定められた。以降、地方公共団体では、虐待による死亡事例で把握可能なものは全て検証の調査対象とし、特に重大事例が発生した場合、当該地方公共団体が検証し、その結果が報告書としてまとめられ、その一部は公表されている（子どもの虹情報研修センターの web サイトで閲覧可能）。

地方公共団体で行われている虐待死亡事例の検証報告等で課題として指摘されるのは、リスクアセスメントの不十分さ、アセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などであるが、こうした課題は、検証が行われるようになった初期の段階から繰り返し指摘されている。なぜこのように指摘が繰り返され、課題が克服されないのか、その背景に何があるのかについてより深く検討するため、増沢ら（2025）は、児童相談所（以下、児相）と市区町村（児童福祉及び母子保健）に長年に渡って従事されてきた複数のリーダー的エキスパート 16 名（以下、エキスパート）に半構造化面接を行い、明らかにしようと試みた。この研究は、３年計画３段階で進められている「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」の第２段階に当たるものである。

それによると、エキスパートが問題や障壁として指摘していた内容は、以下の４つの視点に整理された。

①支援者が置かれている現場の状況と実務上の課題や障壁

②虐待対応を行う組織の運営上の課題や障壁

③市区町村に特化した課題や障壁

④国と地方自治体の検証報告書に求められる課題

本研究は、これらの中で①から③の点に焦点を当てる。各視点でエキスパートが指摘していた内容は次のようなものである。

まず①の支援者が置かれている現場の状況と実務上の課題や障壁については、近年の児童虐待対応が、通告があったケースに対して、安全確認と保護者に対する指導的注意喚起に終始し、改善に向けた支援を行う時間的余裕を失わせていること、注意喚起などのルーティン化は、ケースに十分なアセスメントを行う余裕とそれを行う支援者の専門性の低下を招いていること、児童福祉司等の増員が図られている一方で若手等の経験が乏しい職員の占める割合が大きくなり育成が追い付かない状況が生じていることなどが挙げられる。さらに、これらのことが支援者自身の業務量への負担感、緊張やストレス、余裕のなさ、疲弊、やりがいの喪失などにつながってしまう懸念がある。

②の虐待対応を行う組織の運営上の課題や障壁については、増加する虐待ケースに対して、ケースをアセスメントして方針を設定していくための重要な会議である援助方針会議が十分に機能していないこと、その背景に職員が自分の気づきや見解を述べにくい組織的問題が潜在している可能性があること、そこにはスーパーバイザーや管理職のあり方が大きく関与していることなどが挙げられる。またケースの引継ぎの際にケースに対する情報やアセスメントが適切に伝えられないという課題もあり、特に組織内の人事異動や自治体間のケース移管時にこの問題が大きくなっている。こ

うした組織の問題は、支援の質の低下はもちろんのこと、支援者個人の側にも、意見の言えなさ、孤立感、コミュニケーションの取れなさなど、マイナスの影響をもたらす懸念がある。

③の市区町村に特化した課題や障壁と関連して、2022 年の児童福祉法の改正で、市区町村における児童福祉と母子保健部門との一体的運営を図るため、市区町村は上記の「子ども家庭総合支援拠点」と「子育て世代包括支援センター」を統合し、すべての妊産婦、子育て世代、子どもに対し母子保健・児童福祉の両機能が、一体的に相談支援を行う機関として「こども家庭センター」の設置を努力義務とした（児童福祉法第 10 条の二）。ここでは新たに支援対象者の課題の解決のために、当事者ニーズに沿った支援方針を当事者と作成し、共同・共有する「サポートプラン」を作成することが示され、子ども・当事者中心の支援が、展開されることとなった。しかし、多くの市区町村でこの展開に戸惑いを抱えている。まずこうした近年の目まぐるしい展開によって、虐待対応における市区町村の役割が混乱していること、次に「サポートプラン」の目的が充分に認識されずに、作成だけが目的化され形骸化してしまう懸念、母子保健部門と児童福祉部門との一体的運営が求められながらも、連携・協働については問題を抱えていることなどが課題、障壁となっている。

そこで、エキスパートが指摘した以上の点が、児相と市区町村の子ども虐待問題に携わる現場の支援者の現状にどれだけ該当するかを検討することが本研究の目的である。そのために、エキスパートの指摘を踏まえて質問項目を作成し、全国の児相と市区の新任から管理職まで幅広く対象に回答をも求め、エキスパートの指摘の妥当性を確認するとともに、実情を把握、分析する。市区町村の対象を市区に限定したのは、町村よりも市区の方が児童虐待に対応する機会が多いことを踏まえての判断である。

Ⅱ．方法

1．質問項目の作成

質問項目は、大きく３つの枠組みで作成した。１つは児相と市区で児童虐待に対応する支援者の専門性、やりがい、業務負担感などの支援者自身の状況である。２つ目は、支援者が実務を行う上で障壁となっている職場を中心とした環境上の問題である。３つ目は家庭センターの設置やサポートプランの作成など近年機能強化が進められている市区に特化した課題である。

(1) 勤務状況に関する項目

まず、1 つ目の児相と市区で児童虐待に対応する支援者の状況についての質問項目を作成した（表１）。支援者の状況について、エキスパートが語っていたのは、大きく３つの視点に整理される。1 つ目は、育成が追い付かず専門的な知識や技術が充分でない点で、これに該当する項目は２である。２つ目が虐待対応を中心とした日々の業務に、支援者が業務量への負担感を高め、ミスをしてはいけない緊張やストレス、余裕のなさ、疲弊、やりがいの喪失などを生んでいる懸念である。これに該当する質問は、１、３、７、８である。３つ目は、組織の問題として、なかなか相談できる環境になく、孤立して、援助方針やスーパーバイズの場面で意見を述べることに抵抗感を抱かせている懸念である。この点に該当する質問項目は４、５、６、９である。以上、８項目を勤務状況に関する項目として作成した。

各項目について、「全くそう思わない」「そう思わない」「どちらでもない」「そう思う」「とてもそう思う」の５件法で回答を求めた。そう思う程度が高いほど、支援者が抱えている問題が大きいことを意味する。なお ＊ のついた項目は逆転項目である。

表１　勤務状況に関する項目

1. 私は業務においてストレスを感じることは多い
2. 私は業務を行う上で必要な専門的な知識技術を有している*
3. 私は仕事にやりがいを感じる*
4. 私は業務を行う上で相談できる上司がいる*
5. 私は業務を行う上で相談できる同僚がいる*
6. 私は職場で孤立することはない*
7. 私は業務を行う上で、疲れ切っている
8. 私は業務上やるべきことが多すぎる
9. 私は子どもと家庭を支援する仕事をこれからも続けたいと思う*

(2) 業務上の課題に関する項目（共通の課題）

次に、支援者が実務を行う上で課題、障壁となっている職場を中心とした現場の問題等についての質問項目を作成した（表２）。職場等の現場の問題等について、エキスパートが語っていたのは、大きく５つの視点に整理される。1 つ目は、近年の虐待対応が、安全確認と注意喚起といった、表面的あるいは指導的な対応に終始しがちで、立ち入り調査も子どもや家族との関係構築による支援も充分でない懸念があるというものであり、これに関する質問が２、３、５、６、７、10 である。この背景には社会やマスコミからの批判が防衛的な姿勢を強化させている可能性があり、それに関する質問が１、４である。２つ目としてケースの増加による多忙さや表面的な対応がケースに対応する上で重要なアセスメントを不十分にさせているという問題であり、それらに関する質問として８、９、11、12、13、14 を設けた。３つ目として児童虐待対応を手厚くするために若手人材が増加する中でその育成が追い付いていないという問題であり、それに対応する質問として 17、18、19、20、21 を設けた。４つ目として、方針を決定する上で重要な援助方針会議が話し合いの場として十分機能していない点の指摘もあり、これに関する質問として 22、23、24、25、26 を設けた。さらにこれに関連して、組織内のコミュニケーションや意見を言いにくい職場の雰囲気などの指摘もあり、これに関する質問として 27、28 を設けた。加えてこうした職場の風土は、管理職やスーパーバイザーの姿勢も関係しているという指摘があり、それに関する質問として 16、29、30 を設けた。５つ目として人事異動やケース移管の際に情報やアセスメントが十分に伝わっていないという問題が指摘されており、それに対応する質問として 15、31、32、33、34 を設けた。以上、34 項目を課題に関する項目（共通の課題）として作成した。

各項目について「全くそう思わない」「そう思わない」「どちらでもない」「そう思う」「とてもそう思う」の５件法で回答を求めた。なお ＊ のついた項目は逆転項目である。

表２　課題に関する項目（共通の課題）

1. 社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち
2. 分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである
3. 立ち入り調査を積極的に行うことに躊躇がある
4. 他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない
5. 安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち
6. 指導的な注意喚起を行うことで、当事者が相談に来にくくなる
7. 子どもたちや家族が、困ったことなどを自分の所属する機関や支援者に相談しやすい*
8. 業務が多忙で、十分なアセスメントができない
9. 対応がルーティン化しており、アセスメントが活かされていない
10. どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである
11. 家族力動は十分に把握できている*
12. DV のケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*
13. ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*
14. ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*
15. 人事異動によるケースの引継ぎは充分な時間がとれず、ケースに関するアセスメントが引き継がれない
16. スーパーバイズが支持的ではない
17. 経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない
18. 安全確認と注意喚起などのパターン化された対応に終始していて、専門性が育たない
19. 傾聴、共感、承認といった支援者の基本姿勢は身についている*
20. 面接する力、聴く力について養う機会がない
21. ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない
22. 援助方針会議が、アセスメントを行う上で十分に機能していない
23. 援助方針会議の場で、正確な情報がリアルタイムで共有できている*
24. 援助方針会議が様々な立場の職員で話し合う場となっていない
25. 関係機関との連携が十分でなく、関係機関からの情報が入りづらい
26. ケースに対する気づきや不安を会議の場に上げにくい
27. 組織内で周りと異なった意見を発言しにくい
28. 職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*
29. 上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*
30. 上司からの批判や評価が気になり、萎縮した対応になりがち
31. 自治体間のケース移管がある際に、国の情報共有システムだけでは情報共有は不十分である
32. 自治体間のケース移管がある際には、情報共有を文章送付だけで行っており、対面では行われていない
33. 自治体間のケース移管がある際に、ケースのリスクは正しく伝えられてくる*
34. 自治体間のケース移管の際に、移管先に対して必要なデータや根拠をもとにケースの説明ができていない

(3) 市区に特化した業務上の課題に関する項目

最後に、市区に特化した課題を作成した(表３)。虐待等の対応に関する市区の役割、統括支援員、サポートプランの作成など、近年求められている事柄とそれに付随する問題に関する課題としての質問が、１、２、３、４、８である。また設置が努力義務となった子ども家庭センターでの母子保健と児童福祉との一体的運営に関する課題の質問が、５、６、７、９である。要保護児童対策協議会など関係機関との連携・協働の関する課題の質問が、10、11、12 である。以上、計 12 項目を課題に関する項目（市区独自項目）として作成した。

各項目について、「全くそう思わない、そう思わない、どちらでもない、そう思う、とてもそう思う」の５件法で回答を求めた。なお ＊ のついた項目は逆転項目である。

表３　課題に関する項目（市区独自項目）

1. 虐待対応における児童相談所と市区町村の役割区分が明確でない
2. サポートプランを作成することだけが目的化し、活用されていない
3. 虐待行為に対して注意喚起などの指導をしっかりやるよう上部から求められている
4. サポートプランは、子どもや家族の声を聴き、一緒に支援を考え作成するようにしている*
5. 母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている*
6. 虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい
7. 母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すという流れが一般的である
8. 統括支援員の役割が明確でない
9. 母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性に則った役割を果たすようにしている*
10. 複数の機関で協働する際、ケースの押し付け合いになりがちである
11. 周産期の早期支援について精神保健との協働を行える体制が構築されていない
12. 要保護児童対策地域協議会の会議では、参加者が互いの役割を認め合って、協働できている*

2. 調査実施方法

上記の質問項目をもとに Google フォームおよび Microsoft Forms を用いて回答フォームを作成した。回答フォームは研究協力依頼書に記載の QR コードまたは URL から回答フォームにログインをした上で回答を求める形を取った。なお、回答フォームは個人が特定できないよう、無記名での回答とした。

全国の児相 (263 箇所)、及び全国の市と区 (特別区および政令市の区) の全 986 箇所の施設長宛に研究協力の依頼文を送付した。その上で、施設長より、自身も含めた管理者、新人職員 (子ども虐待対応関連業務の実務経験が通算２年以下程度)、中堅職員 (同通算３～５年未満程度)、ベテラン職員 (同通算５年以上) に研究依頼書を渡してもらい、研究協力に同意が得られた職員に匿名にて回答を求めた。調査期間は 2025 年 10 月～11 月である。

Ⅲ. 結果

1. 回答者の内訳

回答者の総数は 1,780 件であった(計算上の有効回答率は 28.5%)。その内訳を表 4 に示す。回答者の所属について、児相の所属が 570 件 (32.0%)、市区の所属が 1,210 件 (68.0%) であった。さらに市区の所属者についてさらにその部署に目を向けると政令市の虐待対応部署が 95 件 (5.3%)、政令市を除く市の虐待対応部署が 969 件 (54.4%)、東京都の特別区の虐待対応部署が 17 件 (1.0%)、政令市の行政区の虐待対応部署が 129 件 (7.2%) であった。また、所在地を大都市圏、大都市圏以外

に区分したとき、大都市圏は 451 件（25.3%）、大都市圏以外が 1,329 件（74.7%）であった。また職種については福祉職が 885 件（49.7%）、保健師が 290 件（16.3%）、事務職が 435 件（24.4%）、心理職が 112 件（6.3%）、保育士が 39 件（2.2%）、その他が 19 件（1.1%）であった。役職としては管理職であるが 530 件（29.8%）、管理職ではないが 1,250 件（70.2%）であった。経験年数については、2 年以下のものが 541 件（30.4%）、3 年～5 年未満のものが 349 件（19.6%）、5 年以上のものが 890 件（50.0%）であった。

表４　回答者の内訳

項目	全体		児童相談所		市区	
所属	**1780**					
児童相談所	570	*32.0%*				
市区	1210	*68.0%*				
政令市の虐待対応部署	95	*5.3%*				
政令市を除く市の虐待対応部署	969	*54.4%*				
東京都の特別区の虐待対応部署	17	*1.0%*				
政令市の行政区の虐待対応部署	129	*7.2%*				
所在地	**1780**		**570**		**1210**	
大都市圏	451	*25.3%*	163	*28.6%*	288	*23.8%*
大都市圏以外	1329	*74.7%*	407	*71.4%*	922	*76.2%*
職種	**1780**		**570**		**1210**	
福祉職	885	*49.7%*	388	*68.1%*	497	*41.1%*
保健師	290	*16.3%*	12	*2.1%*	278	*23.0%*
事務職	435	*24.4%*	108	*18.9%*	327	*27.0%*
心理職	112	*6.3%*	57	*10.0%*	55	*4.5%*
保育士	39	*2.2%*	4	*0.7%*	35	*2.9%*
その他	19	*1.1%*	1	*0.2%*	18	*1.5%*
役職	**1780**		**570**		**1210**	
管理職である	530	*29.8%*	179	*31.4%*	351	*29.0%*
管理職ではない	1250	*70.2%*	391	*68.6%*	859	*71.0%*
経験年数	**1780**		**388**		**497**	
2年以下	541	*30.4%*	87	*22.4%*	162	*32.6%*
3から5年未満	349	*19.6%*	59	*15.2%*	108	*21.7%*
5年以上	890	*50.0%*	242	*62.4%*	227	*45.7%*

2. 記述統計（項目得点）

各項目の記述統計を表５、６、７に示した。勤務状況に関する項目については、児相・市区共に「１．　私は業務においてストレスを感じることは多い」が最も高かった（児相 = 4.11、 市区 = 3.84)。課題に関する項目(共通の課題)について、児相は「17.　経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない」が高く（M = 4.03)、市区は「31.　自治体間のケース移管がある際に、国の情報共有システムだけでは情報共有は不十分である」が高かった(M = 3.70)。市区独自の課題に関する項目では、「２．　サポートプランを作成することだけが目的化し、活用されていない」が高かった(M = 3.25)。

表５　記述統計(勤務状況に関する項目)

勤務状況に関する項目	児童相談所			市区			全体		
	N	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
1. 私は業務においてストレスを感じることは多い	570	4.11	.86	1210	3.84	.94	1780	3.93	.92
2. 私は業務を行う上で必要な専門的な知識技術を有している*	570	2.50	.85	1210	2.64	.96	1780	2.60	.93
3. 私は仕事にやりがいを感じる*	570	2.31	.87	1210	2.31	.83	1780	2.31	.84
4. 私は業務を行う上で相談できる上司がいる*	570	2.06	.94	1210	2.02	.90	1780	2.04	.91
5. 私は業務を行う上で相談できる同僚がいる*	570	1.95	.78	1210	1.88	.81	1780	1.90	.80
6. 私は職場で孤立することはない*	570	2.11	.87	1210	2.01	.86	1780	2.04	.87
7. 私は業務を行う上で、疲れ切っている	570	3.37	1.10	1210	3.19	1.02	1780	3.25	1.05
8. 私は業務上やるべきことが多すぎる	570	3.93	.94	1210	3.70	.97	1780	3.77	.97
9. 私は子どもと家庭を支援する仕事をこれからも続けたいと思う*	570	2.44	.95	1210	2.51	.97	1780	2.49	.97

*は逆転項目

表６　記述統計（課題に関する項目（共通の課題））

課題に関する項目（共通の課題）	児童相談所			市区			全体		
	N	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
1. 社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち	570	3.01	.99	1210	2.97	.93	1780	2.99	.95
2. 分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである	570	2.68	.96	1210	2.42	.80	1780	2.51	.86
3. 立ち入り調査を積極的に行うことに躊躇がある	570	3.01	.99	1210	2.93	.89	1780	2.95	.92
4. 他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない	570	2.47	.82	1210	2.44	.81	1780	2.45	.82
5. 安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち	570	3.06	1.01	1210	2.73	.93	1780	2.84	.97
6. 指導的な注意喚起を行うことで、当事者が相談に来にくくなる	570	3.36	.91	1210	3.40	.91	1780	3.39	.91
7. 子どもたちや家族が、困ったことなどを自分の所属する機関や支援者に相談しやすい*	570	2.96	.77	1210	2.64	.76	1780	2.74	.78
8. 業務が多忙で、十分なアセスメントができない	570	3.44	.98	1210	3.33	.98	1780	3.36	.98
9. 対応がルーティン化しており、アセスメントが活かされていない	570	3.04	.93	1210	2.84	.90	1780	2.90	.91
10. どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである	570	2.76	.95	1210	2.61	.88	1780	2.65	.91
11. 家族力動は十分に把握できている*	570	2.98	.74	1210	2.95	.72	1780	2.96	.72
12. DVのケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*	570	2.83	.78	1210	2.85	.76	1780	2.85	.76
13. ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*	570	2.96	.75	1210	2.94	.75	1780	2.95	.75
14. ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*	570	2.60	.85	1210	2.43	.81	1780	2.49	.82
15. 人事異動によるケースの引継ぎは充分な時間がとれず、ケースに関するアセスメントが引き継がれない	570	3.76	.89	1210	3.41	.99	1780	3.53	.97
16. スーパーバイズが支持的ではない	570	2.75	.97	1210	2.79	.93	1780	2.77	.94
17. 経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない	570	4.03	.99	1210	3.34	1.12	1780	3.56	1.13
18. 安全確認と注意喚起などのパターン化された対応に終始していて、専門性が育たない	570	3.27	1.04	1210	2.90	.96	1780	3.02	1.00
19. 傾聴、共感、承認といった支援者の基本姿勢は身についている*	570	2.16	.77	1210	2.05	.69	1780	2.09	.72
20. 直接する力、聴く力について養う機会がない	570	3.11	1.04	1210	2.89	1.00	1780	2.96	1.02
21. ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない	570	3.23	1.03	1210	3.01	.98	1780	3.08	1.00
22. 援助方針会議が、アセスメントを行う上で十分に機能していない	570	2.86	1.01	1210	2.78	.96	1780	2.81	.97
23. 援助方針会議の場で、正確な情報をリアルタイムで共有できている*	570	2.67	.88	1210	2.44	.82	1780	2.51	.84
24. 援助方針会議が様々な立場の職員で話し合う場となっていない	570	3.10	1.11	1210	2.79	1.00	1780	2.89	1.05
25. 関係機関との連携が十分でなく、関係機関からの情報が入りづらい	570	2.68	.88	1210	2.49	.87	1780	2.55	.88
26. ケースに対する気づきや不安を会議の場に上げにくい	570	2.77	1.03	1210	2.39	.89	1780	2.51	.95
27. 組織内で周りと異なった意見を発言しにくい	570	2.85	.98	1210	2.52	.96	1780	2.63	.98
28. 職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*	570	2.19	.80	1210	2.02	.78	1780	2.08	.79
29. 上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*	570	2.20	.88	1210	2.09	.89	1780	2.13	.89
30. 上司からの批判や評価が気になり、萎縮した対応になりがち	570	2.52	.97	1210	2.30	.94	1780	2.37	.95
31. 自治体間のケース移管がある際に、国の情報共有システムだけでは情報共有は不十分である	570	3.61	.90	1210	3.70	.93	1780	3.67	.92
32. 自治体間のケース移管がある際には、情報共有を文章送付だけで行っており、対面では行われていない	570	2.38	.93	1210	3.36	1.07	1780	3.05	1.12
33. 自治体間のケース移管がある際に、ケースのリスクは正しく伝えられてくる*	570	2.64	.76	1210	2.57	.78	1780	2.59	.77
34. 自治体間のケース移管の際に、移管先に対して必要なデータや根拠をもとにケースの説明ができていない	570	2.58	.80	1210	2.60	.82	1780	2.60	.82

表７　記述統計（課題に関する項目（市区独自項目））

課題に関する項目（市区独自項目）	*N*	*M*	*SD*
1. 虐待対応における児童相談所と市区町村の役割区分が明確でない	1149	3.04	1.05
2. サポートプランを作成することだけが目的化し、活用されていない	1149	3.23	1.00
3. 虐待行為に対して注意喚起などの指導をしっかりやるよう上部から求められている	1149	3.14	.96
4. サポートプランは、子どもや家族の声を聴き、一緒に支援を考え作成するようにしている*	1149	2.54	.90
5. 母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている*	1149	2.39	.92
6. 虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい	1149	2.78	1.03
7. 母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すという流れが一般的である	1149	2.98	1.05
8. 統括支援員の役割が明確でない	1149	3.03	1.08
9. 母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性に則った役割を果たすようにしている*	1149	2.32	.81
10. 複数の機関で協働する際、ケースの押し付け合いになりがちである	1149	2.94	.99
11. 周産期の早期支援について精神保健との協働を行える体制が構築されていない	1149	3.20	1.03
12. 要保護児童対策地域協議会の会議では、参加者が互いの役割を認め合って、協働できている*	1149	2.61	.84

*は逆転項目

3．因子構造の確認

(1) 勤務状況に関する因子構造の検討

勤務状況に関する項目の因子構造を確認するために、固有値１以上を基準とした探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目は含まれなかったため、結果として３因子が抽出された（表８）。

表８　勤務状況に関する因子構造

		F1	F2	F3
F1：業務負担感因子（α＝.798）				
7.私は業務を行う上で、疲れ切っている		.84	.09	-.03
8.私は業務上やるべきことが多すぎる		.76	-.20	-.01
1.私は業務においてストレスを感じることは多い		.71	.04	.03
F2：やりがいのなさ因子（α＝.707）				
3.私は仕事にやりがいを感じる*		.03	.85	.01
9.私は子どもと家庭を支援する仕事をこれからも続けたいと思う*		.08	.74	.00
2.私は業務を行う上で必要な専門的な知識技術を有している		.19	-.50	.02
F3：職場での孤立因子（α＝.743）				
5.私は業務を行う上で相談できる同僚がいる*		-.04	.01	.74
6.私は職場で孤立することはない*		.08	.00	.74
4.私は業務を行う上で相談できる上司がいる*		-.04	-.02	.64
	因子関相関　F1		.29	.19
	F2			.42

*は逆転項目

第一因子は「私は業務を行う上で、疲れ切っている」など３項目で構成され、業務に関する負担やストレスに関する内容であったため、「業務負担感」因子と命名した。第二因子は「私は仕事にやりがいを感じる（逆転項目）」など３項目で構成され、業務に関する専門性ややりがいに関する内容であったため、「やりがいのなさ」因子と命名した。第三因子は「私は業務を行う上で相談できる同僚がいる（逆転項目）」など３項目で構成され、職場での相談相手などに関する内容であったため、「職場での孤立」因子と命名した。

(2) 課題に関する因子構造の検討

課題に関する項目について因子構造を検討するために、固有値１以上を基準とした探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。項目の選定は多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目があった場合はその項目を削除したうえで因子分析を行うことを繰り返し、構造が安定した状態で因子を確定した。

はじめ、児相と市区を合わせて因子分析を行ったが、因子のまとまりが悪く所属により異なる因子構造が想定されたため、児相と市区のデータを分けて因子分析を行った上で、それぞれの因子構造を比較することとした。また、市区に関しては、児相と共通の課題に関する項目と、市区独自の課題に関する項目があるため、共通する課題に関する項目と市区独自の課題に関する項目を分けて因子構造を検討した。

1) 共通の課題に関する因子構造の検討

①児相

児相のデータを対象として因子分析を行い、多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目を削除した結果、４因子が抽出された（表９）。

表９　共通の課題に関する項目（児童相談所）

		F1	F2	F3	F4
F1：防衛的・表層的・形骸化対応因子（α＝.810）					
2.分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである		.73	-.05	-.09	-.02
5.安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち		.69	.05	-.07	-.02
10.どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである		.64	.15	.04	.02
1.社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち		.60	-.04	.02	-.04
9.対応がルーティン化しており、アセスメントが活かされていない		.60	.06	.12	.00
4.他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない		.47	-.11	-.06	.09
8.業務が多忙で、十分なアセスメントができない		.46	.08	.01	.14
F2：ケース理解の不十分さ因子（α＝.759）					
13.ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*		.04	.81	-.06	-.04
12.DVのケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*		.02	.80	-.08	-.02
11.家族力動は十分に把握できている*		.07	.55	.18	-.03
14.ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*		-.05	.50	.07	.04
F3：意見の言えなさ因子（α＝.660）					
30.上司からの批判や評価が気になり、萎縮した対応になりがち		.16	-.12	.68	-.11
27.組織内で周りと異なった意見を発言しにくい		.14	-.11	.66	.01
29.上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*		-.24	.18	.53	.09
28.職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*		-.18	.17	.43	.07
F4：面接力・説明力等に関する養成の不十分さ因子（α＝.794）					
20.面接する力、聴く力について養う機会がない		.02	-.07	.03	.85
21.ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない		.09	.05	-.02	.73
	因子間相関	**F1**	.33	.44	.49
		F2		.34	.35
		F3			.47

*は逆転項目

第一因子は「分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである」「安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち」など７項目で構成される。防衛的な対応やルーティンのような表面的な対応を示す内容であったため、「防衛的・表層的・形骸化対応」因子と命名した。第二因子は「家族力動は十分に把握できている（逆転項目）」「DV のケースで、支配－服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている（逆転項目）」など４項目で構成される。アセスメントや理解度に関する内容であったため、「ケース理解の不十分さ」因子と命名した。第三因子は「組織内で周りと異なった意見を発言しにくい」「上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる（逆転項目）」など３項目で構成される。組織や上司に対する意見の言いにくさに関する内容であったため、「意見の言えなさ」因子と命名した。第四因子は「面接する力、聴く力について養う機会がない」「ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない」の２項目で構成される。面接の力や伝える力を養う機会のなさに関する内容であったため、「面接力、説明力等に関する養成の不十分さ」因子と命名した。

②市区

市区のデータを対象として因子分析を行い、多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目を削除した結果、４因子が抽出された（表 10）。

表 10　共通の課題に関する項目（市区）　因子分析結果

		F1	F2	F3	F4
F1：ケース理解の不十分さ因子（α=.803）					
13.ステップファミリーにおける新たな親子関係のアセスメントが十分にできている*		.84	-.02	.00	-.05
12.DVのケースで、支配-服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている*		.80	-.06	.00	-.04
11.家族力動は十分に把握できている*		.68	-.02	-.02	.06
14.ネグレクトのケースの深刻さの理解は十分である*		.56	.03	-.03	.05
F2：防衛的・表面的・形骸化対応因子（α=.072）					
5.安全確認と注意喚起という指導的な対応になりがち		-.03	.72	-.03	-.02
2.分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである		-.03	.64	-.02	.01
4.他の機関がケースに対応をしている場合は、できるだけ関わらない		-.04	.57	-.05	.00
1.社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち		-.04	.50	.05	.00
10.どうして虐待が発生しているのか分からず、表面的な対応にとどまりがちである		.24	.45	.15	.01
F3：面接力・説明力等に関する養成の不十分さ（α=.726）					
21.ケースを俯瞰し、伝える力を養う機会がない		.00	-.01	.89	-.03
20.面接する力、聴く力について養う機会がない		-.04	-.02	.85	-.02
17.経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない		-.01	.03	.40	.13
F4：コミュニケーション不足因子（α=.691）					
28.職員間の日常的なコミュニケーションが活発である*		.03	-.01	.00	.84
29.上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる*		-.02	.00	.04	.63
	因子間相関	**F1**	.20	.26	.25
		F2		.48	.21
		F3			.15

*は逆転項目

第一因子は「家族力動は十分に把握できている（逆転項目）」「DV のケースで、支配−服従関係などの関係性のアセスメントが十分にできている」など４項目で構成される。アセスメントや理解度に関する内容であったため、「ケース理解の不十分さ」因子と命名した。この因子は児相の第二因子と同じ項目で構成されており、対応する因子と言える。第二因子は「社会やマスコミ等からの批判を避けるために強く防衛的な対応になりがち」「分離保護の観点が優先していて、支援の観点が抜けがちである」など５項目で構成される。防衛的な対応や表面的な対応を示す内容であったため、「防衛的・表層的・形骸化対応」因子と命名した。この因子は児相の第一因子に含まれる項目で構成されており、対応する因子と言える。第三因子は「経験の浅い職員が多く、スーパーバイザーが足りていない」「面接する力、聴く力について養う機会がない」など３項目で構成される。面接の力や伝える力を養う機会のなさに関する内容であったため、「面接力、説明力等に関する養成の不十分さ」因子と命名した。この因子は児相の第四因子の項目を含んでおり、対応する因子と言える。第四因子は「職員間の日常的なコミュニケーションが活発である（逆転項目）」「上司（管理職等）はよく話を聴いてくれる（逆転項目）」の２項目で構成される。職場でのコミュニケーションに関する内容であったため、「コミュニケーション不足」因子と命名した。

2）共通の課題に関する児相と市区の因子構造の違い

児相と市区の因子分析の結果、大まかには共通する因子が抽出されたが、因子ごとに含まれる項目が異なる部分が見られたため、その異同について

考察をする。

①防衛的・表層的・形骸化対応因子

この因子は児相と市区で共通の因子名であるが、含まれる項目に違いが見られた。児相と市区に共通する項目は項目１、項目２、項目４、項目５、項目 10 であり、注意喚起に終始して指導的な関わりが抜け落ちる点や、批判や競合を避けるために防衛的、表面的な関わりに留まる点を示す内容は共通して見られた。一方で、児相のみに見られた項目は項目８と項目９であり、アセスメントの不十分さに関する内容が見られた。

②ケース理解の不十分さ因子

この因子は、児相と市区で共通の因子であり、項目内容も同じであった。ケース理解の不十分さに関しては、児相も市区も同じような考えを持っていると言える。

③面接力・説明力等に関する養成の不十分さ因子

この因子は児相と市区で共通の因子名であるが、含まれる項目に違いが見られた。児相と市区に共通する項目は項目 20、項目 21 であり、面接力や説明力を養う機会の無さに関しては共通して見られる内容であった。一方で、市区のみに見られた項目は項目 17 であり、職員の経験の浅さとスーパービジョン体制の不十分さに関する内容が見られた。

④意見の言えなさ因子／コミュニケーション不足因子

これらの因子はいずれも組織内の雰囲気やコミュニケーションの取りにくさに関する内容であるが、含まれる項目が異なり、因子名も異なっている。児相では、項目 27、項目 29、項目 30 が含まれており、組織内で意見を言う際に萎縮したり周りと異なる意見を言いづらいなど、周りを見ながら意見を言う必要性を感じていることが示される内容である。一方で、市区では、項目 28、項目 29 が含まれており、コミュニケーションの希薄さが伺える内容となっている。このように、児相では意見を言う機会自体はあるが、その際に自分の考えを率直に伝えられない雰囲気があるのに対し、市区ではそもそもコミュニケーション自体が希薄であるという違いが示唆された。

3）市区独自の課題に関する因子構造の検討

市区のデータを対象として因子分析を行い、多重負荷のある項目や因子負荷量が.40 未満の項目を削除した結果、３因子が抽出された（表 11）。

表 11　課題に関する項目（市区独自項目）　因子分析結果

		F1	F2	F3
F1：機関協働の困難さ因子（α=.711）				
5.母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている*		.89	-.16	.12
9.母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性に則った役割を果たすようにしている*		.71	.06	-.04
12.要保護児童対策地域協議会の会議では、参加者が互いの役割を認め合って、協働できている*		.46	.35	-.31
F2：市区町村の役割の不明確さ因子（α=.643）				
10. 複数の機関で協働する際、ケースの押し付け合いになりがちである		.04	.55	.16
1. 虐待対応における児童相談所と市区町村の役割区分が明確でない		-.06	.51	.02
8.統括支援員の役割が明確でない		.01	.50	.13
11.周産期の早期支援について精神保健との協働を行える体制が構築されていない		.02	.45	.11
F3：母子保健と児童福祉との共同の困難さ因子（α=.586）				
7. 母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すという流れが一般的である		-.13	.14	.63
6. 虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい		.33	.05	.50
	因子間相関 F1		.53	.50
	F2			.47

*は逆転項目

第一因子は「母子保健部門と児童福祉部門は信頼し合っている（逆転項目）」「母子保健部門と児童福祉部門が一体的に協働した上で、互いの専門性に則った役割を果たすようにしている（逆転項目）」など３項目で構成される。部門間や役割間の協働の難しさに関する内容であったため、「機関協働の困難さ」因子と命名した。第二因子は「虐待対応における児相と市区町村の役割区分が明確でない」「統括支援員の役割が明確でない」など４項目で構成される。児相との間や部署内での役割の不明確さに関する内容であったため、「市区町村の役割の不明確さ」因子と命名した。第三因子は「虐待予防の考え方が母子保健部門と児童福祉部門とで異なり、理解し合うことが難しい」「母子保健部門が初めに関わり、大変になると児童福祉部門に渡すという流れが一般的である」の２項目で構成される。母子保健部門と協働して動くことの難しさに関する内容であったため、「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」因子と命名した。

(3) 各因子（下位尺度）得点について

以後の分析では、逆転項目の得点を修正したうえで、各因子に含まれる項目の得点の平均点を因子の得点として分析を行った。

4. 因子ごとの記述統計

すべての回答者の回答についての記述統計を算出した（表 12）。

勤務状況に関する項目について、業務負担因子の平均値が最も高く、やりがいのなさ、職場での孤立よりも高い水準にあった。これは、本調査対象者において、心理的な孤立感ややりがいのなさよりも業務量の多さが主な負担として認識されている可能性を示唆する。

児相における課題に関する項目について平均値を比較すると、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が最も高く、次いで「防御的・表層的・形式化対応」、「ケース理解の不十分さ」が続いた。一方、「意見の言えなさ」は相対的に低い値を示した。これらの結果から、児相においては組織内の発言環境よりも、専門的面接技術や説明能力の養成といった実践的コンピテンシーの不足が主要な

課題として認識されている可能性が示唆される。また、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」は標準偏差が比較的大きく、組織や地域によるばらつきが存在する可能性も考えられる。

市区における課題認識について平均値を比較すると、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が最も高く、次いで「ケース理解の不十分さ」、「防御的・表層的・形式化対応」が続いた。一方、「コミュニケーション不足」は相対的に低い値を示した。また市区町村独自の課題としては、「市区町村の役割の不明確さ」が最も高く、次いで「母子保健と児童福祉の協働の困難さ」、「機関連携の困難さ」が続いた。

こうした結果から、児相と市区では、課題として認識されている内容の構造に一定の違いがあることが推測できる。児相においては、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が最も高く、次いで「防御的・表層的・形式化対応」や「ケース理解の不十分さ」が続いていた。これらは主として、これらは主として、個々の実践や支援技術の向上が充分でなく、防衛的で表面的な対応に終始する傾向が強いことを示している。すなわち、児相では、専門的な対人援助技術の養成や実践の質に関わる課題が意識されているものの、表面的で形式的な対応に追われ、専門性の向上が図られない構造的問題が示唆される。一方、市区では、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が比較的高い点は共通しているものの、市区町村独自の課題として「市区町村の役割の不明確さ」が最も高い値を示していた。さらに「母子保健と児童福祉の協働の困難さ」など、機関間の役割分担や連携に関わる課題も認識されていた。これらの結果は、市区においては、個々の実践能力というよりも、制度上の役割や関係機関との協働のあり方といった、支援体制の構造に関わる課題が意識されている可能性を示している。

このように、本調査の結果からは、児相では実践技術や支援文化に関わる課題が、市区町村では制度的役割や機関連携に関わる課題が相対的に強く認識されている可能性が示唆された。

表 12　因子ごとの記述統計

項目	*N*	*M*	*SD*
勤務状況に関する項目			
業務負担感因子	1780	3.65	0.83
やりがいのなさ因子	1780	2.32	0.63
職場での孤立因子	1780	1.99	0.70
課題に関する項目（共通）			
《児童相談所》			
防衛的・表層的・形骸化対応因子	570	2.92	0.65
ケース理解の不十分さ因子	571	2.84	0.59
意見の言えなさ因子	571	2.44	0.64
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	571	3.17	0.94
《市区》			
ケース理解の不十分さ因子	1209	2.79	0.60
防衛的・表層的・形骸化対応因子	1209	2.64	0.60
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	1209	3.08	0.83
コミュニケーション不足因子	1209	2.06	0.73
課題に関する項目（市区独自）			
機関協働の困難さ因子	1149	2.40	0.68
市区町村の役割の不明確さ因子	1149	3.04	0.72
母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	1149	2.86	0.87

5. 勤務状況に関する項目の児相と市区の比較

本研究は、勤務状況や児童虐待対応に係る業務上の課題を整理し、理解することを目的に行われたが、因子分析の結果から勤務状況に関しては共通の因子構造（配置不変）が確認されたのに対して、課題に関する項目では児相と市区で因子構造が異なっていることが確認された。したがって、課題に関する項目については本研究ではどのように因子構造が異なるかについて整理するにとどめ、より深い検討は児相、市区のそれぞれの分析に委ねることにし、ここでは勤務状況に関する項目について、児相と市区による比較を行った。

具体的には勤務状況に関する項目の各因子について所属（児相/市区）による差を検討するために *Welch* の t 検定を行った（表 13）。その結果、「業務負担感因子」において有意差が認められ、児相職員は市区職員よりも業務負担感が高かった。一方、「やりがいのなさ因子」、および「職場での孤立因子」では有意差は認められなかった。

表 13　勤務状況に関する項目の児童相談所と市区の比較

項目	所属	*N*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
業務負担感因子	児童相談所	570	3.80	.83	5.39	1092.16	<.001
	市区	1210	3.58	.82			
やりがいのなさ因子	児童相談所	570	2.31	.62	-.44	1128.18	.661
	市区	1210	2.32	.63			
職場での孤立因子	児童相談所	570	2.04	.71	1.85	1102.32	.065
	市区	1210	1.97	.70			

Ⅳ．考察

1．勤務状況の因子構造について

児相および市区の児童虐待対応職員の勤務状況に関する項目について探索的因子分析を行った結果、「業務負担感」「やりがいのなさ」「職場での孤立」の３因子が抽出された。また、これらの因子構造は児相と市区双方で共通して確認された。

この結果は、児童虐待対応という業務が、所属機関の違いを超えて類似した勤務経験の構造を生み出している可能性を示唆している。児相と市区町村では制度上の役割や担当業務には一定の違いがあるものの、いずれの機関においても児童虐待という重大な問題に対応する業務の中で、業務量やストレス、仕事の意味づけ、職場内の支援関係といった側面が共通した形で経験されていると考えられる。

本研究によって抽出された「業務負担感」因子は、業務上のストレスや疲労、業務量の多さといった項目によって構成されており、児童虐待対応の業務が心理的・実務的に大きな負担を伴うものであることを示している。また、「やりがいのなさ」因子は、仕事へのやりがいや専門職としての意味づけに関わる認識を示すものであり、「職場での孤立」因子は、相談相手の存在や職場内の関係性といった、業務を支える対人環境に関わる側面を反映している。これらの結果から、児童虐待にかかわる職員の勤務状況は、①業務量やストレスといった業務負担の側面、②仕事の意義や専門職としての満足に関わる職務の意味づけの側面、③職場における相談関係やつながりに関わる職場関係の側面という、複数の次元によって構成されていることが示された。これらの側面は、児童虐待対応の実践を支える基盤となるものであり、職員の実践の質や専門性の形成に影響を及ぼす可能性がある。

2．共通の課題の因子構造について

共通の課題に関する項目について因子分析を行った結果、児相と市区では大枠として共通する課題領域が抽出されたものの、因子を構成する項目や因子構造のまとまりには一定の違いが見られた。すなわち、児童虐待対応の実践過程に関わる課題について共通する認識が存在する一方で、その課題がどのような文脈で認識されているかには、所属する組織の役割、職員構成、業務環境等の違いが反映されている可能性が示唆された。

まず、「ケース理解の不十分さ」に関する因子は、児相と市区の双方において同一の項目によって構成されていた。具体的には、家族力動の把握やDVにおける支配関係の理解など、家庭内の関係性や背景要因の理解に関わる項目が含まれていた。この結果は、家庭の関係性や心理社会的背景を含めたケース理解の難しさが、児相と市区町村の双方において共通して認識されている課題であることを示している。

ケース理解といったアセスメントの問題は死亡事例の検証が始まった当初から課題として繰り返し指摘されてきたものである。本研究に至る第１段階の研究として、鈴木ら（2024）は国の検証報告と国内の虐待死を取り上げている先行研究を分析した結果、虐待による重症化や死亡にいたる背景に「孤立と孤独を深めていくプロセス」があり、「途切れない支援が進んでいくプロセス」がそれに拮抗するものとして位置付けられ、「途切れない支援が進んでいくプロセス」を展開するためには「組織の修正力」であると整理した。この「組織の修正力」とは、適切なアセスメントや状況変化等に対応したアセスメントの修正力が主なるもので、「ケース理解の不十分さ」に関する因子は、重症化や死亡を防止する上では大きな障壁となりうる因子ということができよう。

「防衛的・表層的・形骸化対応」に関する因子は児相と市区の両者に共通して抽出されたが、因子を構成する項目には若干の違いが見られた。児相と市区の双方に共通して含まれていたのは、社会やマスコミからの批判を避けるために防衛的な対

応になりやすいことや、安全確認や注意喚起といった指導的対応に偏りがちであることなど、対応が表層的になりやすい状況を示す項目であった。

この点は、本研究に至る第２段階の研究で増沢ら（2025）が行ったエキスパートへの半構造化面接を実施した研究（以下、エキスパート研究）の考察の中で、以下のように述べた点と重なるものである。「児相等の対応機関は、批判や責任追及を回避したい気持ちも作用して、手続き上のルールの順守と、虐待する親への指導を徹底する方向へと進ませた。一方、児相等への通告件数は増加し、すべてのケースに十分な時間を割けない状況に達していて、最低限にすべき安全確認と、保護者に対する指導的注意喚起に終始し、改善に向けた支援を行う時間的余裕を失わせていった。」このようなエキスパートの指摘が、本研究では一つの因子として抽出され、エキスパートだけでなく多くの現場が障壁として認識していてることが分かった。

しかし児相では、業務の多忙さや対応のルーティン化によって十分なアセスメントが行えないといった項目も同一因子に含まれており、防衛的対応が業務負担や実務の定型化と結びついた形で認識されている可能性が示唆された。これについてもエキスパート研究の考察の中で、「対応件数の増加による業務の多忙化と、注意喚起などのルーティン化は、ケースに十分なアセスメントを行う余裕と、それを行う支援者の専門性の低下を招いている。それは、DV ケースなどでの支配的人間関係や、ステップファミリー等での新たな関係構築の困難さ等、関係性のアセスメント、ネグレクトや心理的虐待等がもたらす心的発達への影響など、先を見通したケース理解力の低下を招いている」述べていることに重なるもので、特に児相においてこの問題が大きいことが示唆された。

また、「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」に関する因子についても児相と市区の両者に共通して抽出されたが、ここでも構成項目には差異が見られた。児相と市区の双方に共通して含まれていたのは、面接する力やケースを俯瞰して説明する力を養う機会の不足に関する項目であった。一方で市区では、経験の浅い職員が多くスーパーバイザーが不足しているといった項目も同一因子に含まれており、人材育成体制の不足と実践能力の養成機会の不足がより直接的に結びついた形で認識されている可能性が示された。

さらに、組織内の関係性に関する因子については、児相と市区で異なる形で抽出された。児相では「意見の言えなさ」に関する因子が抽出され、組織内で周囲と異なる意見を述べにくいことや、上司からの評価を意識して萎縮した対応になりやすいことなどが含まれていた。一方で市区では、「コミュニケーション不足」に関する因子が抽出され、職員間の日常的なコミュニケーションや情報共有の不足に関する項目によって構成されていた。これらはいずれも組織内の関係性に関わる課題であるが、児相では意思決定の場における発言のしにくさが、市区町村では日常的なコミュニケーションの不足が課題として認識されている可能性が示された。

この点については、エキスパート研究の考察の中で、「職員間の日常的なコミュニケーションが、活発でない、自分の失敗を他の職員に話せない、周囲の意見と異なる意見を発言しにくいなど、職員の心理的安全性が守られていないという組織文化の問題である。心理的安全性が保障された組織とは、失敗や懸念も含めて、なんでも話せる組織文化が醸成されていることである。この問題は、児相のみならず、市区町村を含めて多くの組織で共通するテーマでもある」と述べているが、児相における「意見の言えなさ」因子も市区町村の「コミュニケーション不足」因子も、組織の心理的安全性にかかわる重要な障壁因子であるが、児相はより権威的な関係性が強くある障害因子として認識されているといえよう。

3. 市区町村に特有の課題について

市区町村独自の課題に関する項目の因子分析では、「機関協働の困難さ」「市区町村の役割の不明確さ」「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」の３因子が抽出された。これらは主として制度上の役割分担や機関連携に関わる課題を示している。

エキスパート研究の考察の中で、子ども家庭センターの設置が努力義務となるなどの近年の動向を踏まえた課題として次の３つが主な課題となっていることを指摘した。

「１)虐待対応における市区町村の役割が混乱していること、２）サポートプランが目的化する懸念、３）母子保健部門と児童福祉部門との連携・協働の問題」である。

今回の研究では、１）と３）が因子として抽出され、現場での障壁として認識されていることが分かった。

市区町村には、虐待予防や早期支援が、大きな役割として求められるようになっており、そのために、児童福祉部門と母子保健部門とを統合し、すべての妊産婦、子育て世代、子どもに対し母子保健・児童福祉の両機能が、一体的に相談支援を行う機関として「こども家庭センター」の設置を努力義務とした。しかし、それを展開していくための要となる、市区町村「こども家庭センター」の役割認識、児童福祉部門と母子保健部門との協働をはじめとした多職種、多部門、多機関協働そのものが課題として認識されていることが分かった。

4. 記述統計から見える現場の状況

(1) 勤務状況に関する記述統計と所属による差異

勤務状況に関する因子について記述統計を確認すると、「業務負担感」の平均値が最も高く、「やりがいのなさ」や「職場での孤立」よりも高い水準にあった。この結果は、本調査対象者において、職場内の人間関係や仕事の意味づけに関する問題よりも、まず業務量や業務上のストレスが主要な負担として認識されている可能性を示している。

また、勤務状況に関する因子構造は児相と市区の双方で共通して確認されたため、各因子について所属による差を検討した。その結果、「業務負担感」において有意差が認められ、児相職員は市区職員よりも業務負担感が高かった。一方、「やりがいのなさ」および「職場での孤立」については有意差は認められなかった。この結果から、児童虐待対応に携わる職員の勤務状況は大枠として共通しているものの、業務負担感については児相においてより強く認識されている可能性が示唆された。児相は通告対応や保護判断など法的責任を伴う業務を担う機関であり、こうした業務の特性が業務負担感の高さと関連している可能性が考えられる。一方で、仕事のやりがいや職場関係に関する認識には所属による大きな違いは見られず、これらの側面については児相と市区町村の双方で共通した状況が存在している可能性が示された。

(2) 課題に関する記述統計から見える特徴

課題に関する因子について記述統計を確認すると、児相と市区の双方において「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」が比較的高い値を示していた。この結果は、児童虐待対応において重要とされる対人援助技術やケースを俯瞰して説明する力などの実践能力について、養成機会の不足が広く認識されている可能性を示唆している。

人材育成における近年の最も大きな問題は、児童福祉司等の増員が図られている一方で、若手等の経験が乏しい職員の占める割合の拡大に対して、スーパーバイザーが不足しているなど、育成が追い付かない状況が生じていることである。新任がまず身に着けていくべきは傾聴、共感、承認といった面接の基本姿勢、アセスメント力、ケースを俯瞰して伝える力などソーシャルワーカーにとって、基本かつ根幹的な専門性であるが、それらが十分に獲得できていかない現状が示唆された。

一方で、児相と市区では課題として認識されている内容の特徴に一定の違いも見られた。児相では、「防衛的・表層的・形骸化対応」や「ケース理解の不十分さ」といった、ケース対応の実践過程に関

わる課題が比較的高い水準にあった。

防衛的で表層的、形骸化し、最低限の安全確認と注意喚起に終始してしまう問題は、児相でより強く認識されている。同時に「ケース理解の不十分さ」というアセスメントの問題もより強く認識されている。エキスパート研究の考察の中で、この両者の関係性について触れている。「安全確認と注意喚起にルーティーン化した実務は、支援に力を入れたい支援者のやりがいを失わせた。同時に、ソーシャルワークに必須となる傾聴や共感といった面接力、ケースの力動を踏まえたアセスメント力、それを踏まえた支援計画の立案等の支援力を低下させている」と述べている。形骸化した対応は、アセスメント力を低下させ、アセスメントの低下は、形骸化した対応をより進めていくといった悪循環があるとすれば、その放置は、障壁をより大きなものとし、その結果、鈴木ら（2024）が指摘した組織の修正力は低下し、ひいてはケースの重篤化へと進ませるだろう。

市区では、「市区町村の役割の不明確さ」や「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」といった制度的・組織的な課題が比較的高い値を示していた。これらの結果は、市区町村においては個々の実践能力の問題だけでなく、児相との役割分担や母子保健部門との連携など、支援体制の構造に関わる課題が強く認識されていることを示唆している。

市区町村には、予防的早期支援を柱とした役割、そのための母子保健部門と児童福祉部門の一体的運営によるこども家庭センターの設置が求められているが、先述したように、その基盤となる役割認識、必須となる母子保健部門と児童福祉部門の連携そのものに大きな課題を抱えている現状があり、また、多機関連携における役割分担の曖昧さも、現場における課題として児相以上に認識されていることが明らかになった。

以上のように、記述統計の結果からは、児相と市区町村の双方において人材育成に関する課題が共通して認識されている一方で、児相ではケース対応の実践過程に関わる課題が、市区町村では制度や機関連携に関わる課題が相対的に強く認識されている可能性が示された。

5．研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本調査は施設長を通じて回答者の選定を依頼する方法を採用しており、回答者の選定に一定の偏りが生じている可能性がある点である。第二に、本研究は質問紙による自己報告データに基づくものであり、回答はあくまで職員の主観的認識を反映したものである。そのため、本研究の結果は児童虐待対応の実務状況そのものを直接示すものではなく、現場職員がどのように業務状況や課題を認識しているかを示すものであることに留意する必要がある。

一方で、本研究は全国の児相および市区の児童虐待対応職員を対象として広くデータを収集し、現場における勤務状況や課題認識の構造を整理した点に意義があると考えられる。本研究で整理された因子構造や課題認識の特徴は、児童虐待対応の現場においてどのような問題が共有されているのかを理解する上での基礎的な知見となるものである。また、本研究では児相と市区町村の課題構造に一定の違いが見られることも確認された。これらの結果は、児童虐待対応の課題を検討する際には、制度上の役割や組織環境の違いを踏まえた分析が必要である可能性を示している。今後は、本研究で整理された因子構造を踏まえ、児相および市区町村それぞれの状況について、より詳細な分析を行うことが求められる。

Ⅴ．知的所有権の取得状況

特になし

【引用・参考文献】

増沢高・鈴木浩之（2024）児童虐待による死亡事例に関する国の検証報告書および国内の先行研究の

分析 - . 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.
井出智博・白井祐浩・満下健太 (2025) 各分野のエキスパートを対象としたインタビュー調査の量的分析. こども家庭庁科学研究補助金　成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.
増沢高・鈴木浩之・伊藤嘉余子 (2025) 児童相談所と市区町村の現状及び改善が進まない背景要因の検討 - エキスパート 16 人のインタビュー調査の分析 - . 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.
分析 - . 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.
井出智博・白井祐浩・満下健太 (2025) 各分野のエキスパートを対象としたインタビュー調査の量的分析. こども家庭庁科学研究補助金　成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.
増沢高・鈴木浩之・伊藤嘉余子 (2025) 児童相談所と市区町村の現状及び改善が進まない背景要因の検討 - エキスパート 16 人のインタビュー調査の分析 - . 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.

分担研究報告書

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　(23DA1501)

児童相談所における「勤務状況に関する課題」と「業務上の課題」についての考察及び各因子間の相関の考察

研究分担者　鈴木　浩之　立正大学
井出　智博　北海道大学
増沢　高　子どもの虹情報研修センター
伊藤　嘉余子　大阪公立大学
白井　祐浩　九州産業大学
満下　健太　静岡大学

研究要旨

本研究は「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造　―児相と市区町村の比較―」における記述統計の結果及び、児相・市区における「勤務状況」に示された因子分析によって示された因子について、さらに、「児相の課題」として示された子ども虐待対応を行う中での児相における組織上の課題や運営について、職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地を変数として一要因分散分析等の結果を示し、分析を進めた。さらに、「勤務状況」に係る３因子、「児相の課題」に係る４因子合計７因子の相関分析をすることで、とりわけ、児相が子ども虐待対応において「防衛的・表層的・形骸化対応」に至ってしまう構造的な５つの課題を明らかにした。

1．多忙による業務負担感の常態化は「防衛的・表層的・形骸化対応」につながる可能性がある。
2．「防衛的・表層的・形骸化対応」、面接力やアセスメント力の専門性獲得の阻害を生じさせる可能性があり、その逆も生じうる。
3．面接力やアセスメント力等専門性の不備と、会議等での「意見の言えなさ」は相互的関係にある。
4．「意見の言えなさ」は「職場での孤立」と強く関係し、「防衛的・表層的・形骸化対応」にもつながっている。
5．「職場での孤立」は「やりがいのなさ」を生じさせ、職員の雇用や定着にも関わる重要な阻害因子となる可能性がある。

本研究は、各因子が相互に影響を与えあい悪循環に至る構造的な問題が、健全な組織運営を妨げる障壁となること明らかにした。一方で、各因子の解決に向けた取り組みが、互いに好影響を与えて良循環を形成する可能性も示唆するものである。

Ⅰ．問題と目的

ここでは前章の「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造　―児童相談所と市区町村の比較―」における記述統計の結果及び、児童相談所（以下、児相）・市区における「勤務状況」に示された因子分析によって示された因子について、さらに、「児相の課題」として示された子ども虐待対応を行う中での児相における組織上の課題や運営について、いくつかの変数との関係を考察する。さらに、それぞれの因子間のつながり、相関について考察する。

本研究の全体像から本研究（論点７）の目的を示す。全体を貫く大きな研究テーマは「死亡事例検証等においてその再発を防ぐため繰り返し提言がなされているが虐待死が減少しないのはなぜか」というリサーチ・クエスチョンからである。

１年目の研究においては先行研究、及び、自治体及び国の死亡事例検証をつぶさに分析し、自治体、国によって、あるいは有識者から繰り返し提言されているものは何かということを改めて明らかにした。そこでは、多岐にわたる、きわめて多くの課題が指摘され、それは年を追うごとに増えていることが示された。主たる項目を示せば、「①リスクアセスメントの不十分さ」「②リスクアセスメントの固定化」「③家族機能のアセスメントの不足」「④関係機関の連携不足」「⑤引継ぎの不備」「⑥専門性の欠如」「⑦体制の脆弱性」などとして分類された。これらを主題として、この下に主題を構成する多くの課題、提言が並んでいる。しかし、これだけの課題が示され、提言がなされているにもかかわらず、毎年、おおよそ一定数の子ども達が死亡している事実がある。この中には、いまだ、児相や市区町村の瑕疵とされる事例も存在する。この点からは、指摘されたこと（子ども虐待対応の原則）の確実な実施が求められる。一方で、予見が困難で、提言に示されていない事実が死亡に至らしめたと考えられる事例や、提言に示されたことを履行しても　防ぐことができなかった事例もある。さらには、提言等によって指摘はされていても、実際の児相の実務の中では対応が困難であると感じさせるものも少なくない。実際、児相が受理する虐待対応相談件数の中で、虐待死に至る事例は統計的にはおおよそ 1 万件に 1 件と言われることもあり、どうやって死亡に至るリスクを見つけ出すのか現場の苦悩は少なくない。そして、必ずしもリスクが高いとされなかった事例にも死亡事例が発生している例もある。（おおよそ、児相には毎年 22 万件程度の虐待対応相談が寄せられ、それらが係属ケースとして累積されていく。心中事例を除く虐待死事例が 50 件発生し、そのうち、児相が関与している事例が 20 件強としても、１万件に１件という説明のされ方は必ずしも誇大な表現でもない）

それでも、児相の現場は虐待死を減らす不断の努力が求められる。そこで、次に行った研究が、児相と市区町村（児童福祉及び母子保健）におけるエキスパートとされる 16 名に対して「死亡事例検証等において繰り返し提言がなされているがそのことが解消されていかないのはなぜか」というリサーチ・クエッスチョンによって問いかけることであった。エキスパートの実践知、臨床知から今日の児相、市区町村の現状に対するブレイクスルーを求めたのであった。データについては探索的な質的分析を行い、児

相、市区町村の今日的でリアルなテーマを得ることができた。これらのインタビューは、これまでの提言とは質の異なる極めて示唆のあるものであった。ぜひ、調査報告にある臨床、実践に裏打ちされたエキスパートの言葉を参照されたい。分類された項目は「①支援者が置かれている現場の状況と実務上の課題や障壁」「②虐待対応を行う組織の運営上の課題や障壁」「③市区町村に特化した課題や障壁」「④国と地方自治体の検証報告書に求められる課題」などとされた。

そして、これらの一連の研究を踏まえた今回の研究では、エキスパートが示したテーマが、実際の市区町村、児相の現場でどのように実務の中で取り組まれているのか、そして、その課題が実際の現場の実務の中で実現していくためには、何が必要となり、そこにどんな障壁があるのかを質問紙調査を実施し、明らかにすることであった。

探索的な質的分析によって得られたエキスパートの言葉を大きくは４つに分類し、アンケートの質問紙にした。つまり、「①子ども虐待対応における対応上の内外の批判を回避するための防衛的な姿勢が支援の後退を招いている視点」「②アセスメントを十分に行うことができない背景にある組織的な問題に係る視点」「③市区(町村)が抱えている固有の問題に係る視点」「④検証の在り方そのものについての問題に係る視点」である。特に本研究については、「①子ども虐待対応における対応上の内外の批判を回避するための防衛的な姿勢が支援の後退を招いている視点」「②アセスメントを十分に行うことができない背景にある組織的な問題に係る視点」についての因子分析結果に対して、いくつかの変数との関係の考察、因子間のつながり、相関から統計的な課題を導いた。

本研究では、まず、「勤務状況に関する課題」に関する各因子の分散分析を行い、続いて「児相における課題」に関する各因子の比較、相関を分析し、最後に「勤務状況に関する課題」及び「児相における課題」の因子間の相関を分析し，その結果を踏まえて論述する。

Ⅱ．方法

本研究では、前章で示されたアンケート調査についての記述分析、因子分析の結果に基づき各因子について、職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地についての関係を見ることとした。

まず、児相における「勤務状況に関する課題」としての３因子、「業務負担感因子」「やりがいのなさ因子」「職場での孤立因子」に対し、主な職種（福祉職・事務職・心理職）による分散分析を実施した。また、同様に経験年数(「２年以下」「３年から５年」「５年以上」)についての分散分析（一要因分散分析）を実施した。さらに、上記３因子に対し、管理職・非管理職について、所在地(大都市圏・大都市圏以外)について t 検定を実施した。

次に、子ども虐待対応における「児相に係る課題」としての４因子、「防衛的・表層的・形骸化対応因子」「ケース理解の不十分さ因子」「意見の言えなさ因子」「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」について同様の分析を行った。

さらに、「勤務状況に関する課題」としての３因子、「業務負担感因子」「やりがいのなさ因子」「職場での孤立因子」及び、子ども

虐待対応における「児相に係る課題」としての４因子、「防衛的・表層的・形骸化対応因子」「ケース理解の不十分さ因子」「意見の言えなさ因子」「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」合計７因子についての相関関係を検討するために、相関分析を行った。

※ 因子構造の詳細については前章の「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造」を参照のこと。

Ⅲ．結果

1.「勤務状況に関する課題」に関する分散分析等の結果

前章の考察でも指摘されている通り児相と市区において「勤務状況に関しては共通の因子構造(配置不変)が確認」された。但し、因子構造は同じでも児相と市区においては、*t* 検定において業務負担感についてのみ、児童相談職員が市区職員より優位に高いことが認められた。「やりがいのなさ」「職場での孤立」については、有意差はなかった。(表１)

表1　職種別で見た各因子の比較

項目・因子	主な職種	N	M	SD
業務負担感因子	福祉職	388	3.85	0.82
	事務職	108	3.63	0.87
	心理職	57	3.79	0.76
	合計	553	3.80	0.83
やりがいのなさ因子	福祉職	388	2.30	0.62
	事務職	108	2.40	0.70
	心理職	57	2.08	0.44
	合計	553	2.30	0.62
職場での孤立因子	福祉職	388	1.96	0.69
	事務職	108	2.19	0.72
	心理職	57	2.22	0.67
	合計	553	2.03	0.70

(1)　職種別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

主な職種（福祉職・事務職・心理職）による各因子得点（1 点～5 点）の差を検討するため、等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた。(表１)

1）業務負担感因子

各職種の平均値は、福祉職（$M = 3.85$, $SD = 0.82$)、事務職（$M = 3.63$, $SD = 0.87$)、心理職（$M = 3.79$, $SD = 0.76$）であり、他因子と比較して相対的に高い傾向がみられた。福祉職が最も高い傾向を示したものの、

一要因分散分析の結果、業務負担感に係る職種の主効果は統計的に有意ではなかった（F（2, 130.80）= 2.72, p = .070, ω^2 = .007)。効果量も小さく、職種による説明分散は限定的であり職種による差はほとんどないと言える。

2）やりがいのなさ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 2.30, SD = 0.62)、事務職（M = 2.40, SD = 0.70)、心理職（M = 2.08, SD = 0.44）であった。一要因分散分析の結果、やりがいのなさに係る職種の主効果は有意であった（F（2, 141.50）= 7.77, p < .001, ω^2 = .014)。多重比較の結果、事務職および福祉職は心理職よりも有意に高い得点を示した。一方、福祉職と事務職の間には有意差は認められなかった。効果量は小さい値であり、職種の影響は大きいものではないが、心理職は他の職種と比べて「やりがいのなさ」を相対的に低く感じている、つまりやりがいを他職種に比べて相対的に感じていることが示された。

3） 職場での孤立因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 1.96, SD = 0.69)、事務職（M = 2.19 , SD = 0.72)、心理職（M = 2.22 , SD = 0.67）であった。一要因分散分析の結果、職場での孤立に係る職種の主効果は有意であった（F(2,129.5) = 6.55 , p = .002 , ω^2 =.020)。職種差は有意であり、事務職、心理職に比べ福祉職は相対的に孤立感が少ないことが認められた。効果量は小からやや小（ω^2=.020）である。

以上のことから、「やりがいのなさ」「職場での孤立」について職種差が認められたがいずれも効果量は少なく、職種による影響は限定的なものであることが言える。但し、心理職は「やりがいのなさ」について、多職種に比べて相対的に低い傾向(やりがいを多職種よりも感じている)がうかがえる。心理職固有の専門性を児相の実践において、相対的に一定程度発揮できていることがうかがえる結果である。

「業務負担感」については、職種差は認められず、職種を超えて組織全体の課題であることが示唆された。注目すべきは「業務負担感」について平均点自体が非常に高い値を示しており、児相全体の課題であることが強く指摘できる。

(2) 経験年数別で見た各因子の比較(1 要因分散分析)

経験年数について「２年以下」「３年から５年」「５年以上」とし、各因子得点の差を検討するため、等分散を仮定しない *Welch* の分散分析(一要因分散分析)を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた。(表２)

表2　経験年数別の各因子の比較

	経験年数	N	M	SD
業務負担感因子	2年以下	114	3.70	0.87
	3から5年未満	83	4.04	0.71
	5年以上	373	3.78	0.84
	合計	570	3.80	0.83
やりがいのなさ因子	2年以下	114	2.53	0.62
	3から5年未満	83	2.36	0.77
	5年以上	373	2.23	0.57
	合計	570	2.31	0.62
職場での孤立因子	2年以下	114	1.87	0.68
	3から5年未満	83	1.92	0.68
	5年以上	373	2.12	0.71
	合計	570	2.04	0.71

1）業務負担感因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M = 3.70 ， SD = 0.87）、３～５年未満（M= 4.04 ，SD = 0.71 ）、５年以上（M= 3.78 ，SD = 0.84）であった。一要因分散分析の結果、業務負担感に係る経験年数の主効果は有意であった（F (2,187.0) = 5.64 ，p = 004 ，ω^2 = .012)。３～５年未満の経験年数の職員の業務負担感がやや高いことが分かった。ただし、効果量は小である。

業務負担感については、いずれの経験年数でも平均値が特に高いことが特筆される。

2）やりがいのなさ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M=2.53，SD=0.62)、３～５年未満（M=2.36，SD=0.77)、５年以上（M=2.23，SD=0.57)であった。一要因分散分析の結果、やりがいのなさに係る経験年数の主効果は有意であった（$Welch$　F(2,164.5)=11.31，　p<.001，ω^2=.035）２年以下の経験値の職員は５年以上の経験値の職員に比べてやりがいのなさの因子得点が高く、やりがいを感じにくくなっていることが分かった。効果量は小から中の下限と言ったところなので、小さいとは言えない。

3）　職場での孤立因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M=1.87，SD=0.68)、３～５年未満（M=1.92，SD=0.68)、５年以上（M=2.12，SD=0.71)であった。一要因分散分析の結果、職場での孤立因子に係る経験年数の主効果は有意であった（$Welch$　F(2,182.4)=7.14，　p=.001，ω^2=.021)。５年以上の経験年数の職員は、２年以下の経験年数の職員に比べて孤立感が有意に高いことが分かった。但し、効果量は小さい。

以上のことから、経験年数から見た因子の比較において「業務負担感」「やりがいのなさ」「職場での孤立」の各因子について、統計的な有意差が認められた。但し、効果量

は小さく、経験年数による影響は限定的であると言える。業務負担感は、やはり、経験年数群のすべてにおいて、非常に高い平均点を示している。

「やりがいのなさ」については、経験年数が２年以下の職員において相対的に得点が高く、経験を重ねていくに従いやりがいを感じていく傾向が示された。一方で、「職場での孤立」は経験年数５年以上の職員でやや高い傾向が示されており、経験を重ねていく中で職場組織内での指導的役割が期待されることによって責任感と共に、孤立感を感じていることが示唆された。５年というのは、現状の児相では中堅職員として期待され、スーパーバイザーとしての職責を担うこともあり、そのことが孤立感を感じさせているならば、スーパーバイザーに対する職員支援、サポートが喫緊の課題として求められていると言える。

(3)　管理職・非管理職で見た各因子の比較（*t* 検定）

管理職・非管理職による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した。（表３）

表3　管理職・非管理職別の各因子の比較

	管理職か否か	N	M	SD
業務負担感因子	管理職である	179	3.67	0.85
	管理職ではない	391	3.86	0.82
やりがいのなさ因子	管理職である	179	2.31	0.64
	管理職ではない	391	2.31	0.62
職場での孤立因子	管理職である	179	2.35	0.77
	管理職ではない	391	1.90	0.63

1）業務負担感因子

管理職・非管理職の平均値は管理職（M=3.67,　SD=0.85）、非管理職（M=3.86, SD=0.82）、であった。*t* 検定の結果、業務負担感に係る管理職・非管理職の主効果は有意であり（$t(337.06) = -2.62$, $p = .009$）、非管理職の方が、負担感が高いことが示された。但し、効果量は小さく（$g = -0.238$）大きな差とは言えない。

2）やりがいのなさ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職（M=2.31,　SD=0.64），非管理職（M=2.31, SD=0.62）、であった。*t* 検定の結果、やりがいに係る管理職・非管理職の主効果は有意ではなかった（$t(334.72) = 0.05$, $p = .957$）。効果量もほぼなく（$g = 0.005$）、やりがいのなさについては、管理職か否かは実質的には存在しないことが示された。

3）職場での孤立因子

管理職・非管理職の平均値は管理職（M=2.35,　SD=0.77）、非管理職（M=1.90, SD=0.63）、であった。*t* 検定の結果、職場での孤立に係る管理職・非管理職の主効果は有意であり（$t(291.19) = 6.87$, $p < .001$）、非管理職に比べて管理職の方が、孤立感が高いことが明確に示された。（$g = 0.666$）。

以上のことから、管理職と非管理職につ

いて各因子得点の比較を行った結果、「業務負担感」および「職場での孤立」について統計的な優位差が認められた。「業務負担感」については、管理職に比べ、非管理職の方が相対的に高い傾向は認められたが、効果量は小さく、大きな差はないことがわかる。一方で、「職場での孤立」については管理職が非管理職に比べて優位に高く、さらに、効果量も中程度の高さを示していることから、管理職の児相組織内での孤立感の存在が、ある程度明確に示されたと言える。管理職は、児相における子ども虐待対応において、ときに子どもの命に係わる最終的な意思決定を担い、また、多職種が存在する組織の運営を担い、その重責とともに、孤立感を抱いている実態が明らかとなった。記述した、スーパーバイザーの孤立感の課題の延長線上にある課題と言える。

「やりがいのなさ」については、管理職、非管理職の差は認められなかった。

(4) 所在地で見た各因子の比較(*t* 検定)

児相の所在地(大都市圏・大都市圏以外)による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した。(表４)

表4 所在地による各因子の比較

	所在地	N	M	SD
業務負担感因子	大都市圏	163	3.81	0.87
	大都市圏以外	407	3.80	0.82
やりがいのなさ因子	大都市圏	163	2.30	0.65
	大都市圏以外	407	2.31	0.61
職場での孤立因子	大都市圏	163	2.04	0.72
	大都市圏以外	407	2.04	0.70

1) 業務負担感因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏(M = 3.81, SD = 0.87)、大都市圏以外(M = 3.80, SD = 0.82)、であった。*t* 検定の結果、業務負担感に関する所在地による主効果は有意ではなかった(t(282.57) = 0.17, p = .867)。効果量も非常に小さかった(g = 0.016)。平均値の高さもほぼ同一であり、差は認められない。

2) やりがいのなさ因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏(M = 2.30, SD = 0.65)、大都市圏以外(M = 2.31, SD = 0.61)、であった。*t* 検定の結果、やりがいのなさに関する所在地による主効果は有意ではなかった(t(285.04) = −0.25, p = .803)。効果量も非常に小さかった(g = −0.024)。

3) 職場での孤立因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏(M = 2.04, SD = 0.72)、大都市圏以外(M = 2.04, SD = 0.70)、であった。*t* 検定の結果、職場での孤立に関する所在地による主効果は有意ではなかった(t(291.15) = −0.01, p = .990)。効果量もほぼなかった(g = −0.001)。

以上、大都市圏、大都市圏以外についての因子得点の比較では、いずれの因子においても統計的な優位差は認められなかった、このことから、ここに示された各因子については、地域的な条件よりも、組織内の構造、それぞれの階層、職種に応じた支援体制、専門職のキャリア養成、やりがいを感じる職場風土など複合的な要因が影響を与えていることが示唆された。

業務負担感に関する因子は平均値自体が比較的高いことから、地域差を超えた共通する課題であることがわかる。

2.「児相の課題」に関する分散分析等の結果

ここでは、主な職種（福祉職・事務職・心理職）による各因子得点の差を検討するため、等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた。（表５）

表5　職種別で見た各因子の比較

項目・因子	主な職種	N	M	SD
防衛的・表層的・形骸化対応因子	福祉職	388	2.87	0.63
	事務職	108	3.02	0.63
	心理職	57	3.13	0.74
	合計	553	2.93	0.65
ケース理解の不十分さ因子	福祉職	388	2.82	0.59
	事務職	109	2.89	0.58
	心理職	57	2.88	0.64
	合計	554	2.84	0.59
意見の言えなさ因子	福祉職	388	2.41	0.66
	事務職	109	2.40	0.54
	心理職	57	2.57	0.62
	合計	554	2.43	0.64
面接力・説明力に関する養成の不十分さ因子	福祉職	388	3.10	0.92
	事務職	109	3.21	0.90
	心理職	57	3.46	1.10
	合計	554	3.16	0.94

(1)　職種別で見た各因子の比較(1 要因分散分析)

1)　防衛的・表層的・形骸化対応因子

各職種の平均値は、福祉職 （M =2.87 ， SD = 0.63)、事務職（M= 3.02 ， SD =0.63 ）、心理職（M=3.13 ， SD =0.74 ） であった。一要因分散分析の結果、防衛的・表層的・形骸化対応に係る職種の主効果は有意であった（F (2,124.5) =4.69 ， p =.011 ， ω^2 =.015)。心理職は福祉職に比べて防衛的・形骸化傾向がやや高いことが分かった。ただし、効果量は小（ω^2=.015）である。

2)　ケース理解の不十分さ因子

各職種の平均値は、福祉職 （M =2.82 ， SD =0.59)、事務職（M =2.89 ， SD =0.58)、心理職（M =2.88 ， SD =0.64 ） であった。一要因分散分析の結果、ケース理解の不十分さに係る職種の主効果は有意ではなかった。(F (2,127.2) = 0.67, p =.512 ， ω^2 =-.001)。ケース理解の不十分さという点においては、全職種に共通した課題と言える。

3)　意見の言えなさ因子

各職種の平均値は、福祉職 （M =2.41 ， SD = 0.66)、事務職（M =2.40, SD =0.54)、心理職（M =2.57 ， SD =0.62 ） であった。一要因分散分析の結果、意見の言えなさに係る職種の主効果は有意ではなかった。(F (2,135.0) =1.64 ， p=.198 ， ω^2 =.002)。これも、職種差において有意差は認められなかった。心理職がやや高い傾向を示したが、統計的には有意差とは言えない。意見が言えないということは、職種に関係なく、組織風土の課題として存在しているものと理解される。

4)　面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子

各職種の平均値は、福祉職 （M =3.10 ， SD =0.92)、事務職（M =3.21 ， SD = 0.90)、心理職（M =3.46 ， SD =1.10 ） であった。他因子と比較して相対的に平均点の高さは認められる。一要因分散分析の結果、面接力、説明力に関する養成の不十分さに係る職種の主効果は有意であり （F (2,124.9) = 3.28, p <.041 ， ω^2 = .011)、心理職において面接力・説明力に関する養成の不十分さを感じていることが示唆された。ただし、効果量は小（ω^2=.011）である。

以上のことから、「防衛的・表層的・形骸化対応」「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」因子において、職種差が認められたがいずれも効果量は少なく、職種による影響は限定的なものであることが言える。但し、心理職は、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ」については現在の児相における専門的スキルの養成不足をより感じていることがうかがえる。

「ケース理解の不十分さ」「意見の言えなさ」については、職種差は認められず、職種を超えて組織全体の課題であることが示唆された。

(2)　経験年数別で見た各因子の比較(1 要因分散分析)

経験年数については「２年以下」「３年から５年」「５年以上」とし、各因子得点の差を検討するため、等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた。（表６）

表6　経験年数別の各因子の比較

	経験年数	N	M	SD
防衛的・表層的・形骸化対応因子	2年以下	114	2.85	0.55
	3から5年未満	83	2.82	0.65
	5年以上	373	2.97	0.67
	合計	570	2.92	0.65
ケース理解の不十分さ因子	2年以下	115	2.84	0.57
	3から5年未満	83	2.83	0.65
	5年以上	373	2.84	0.59
	合計	571	2.84	0.59
意見の言えなさ因子	2年以下	115	2.47	0.73
	3から5年未満	83	2.50	0.73
	5年以上	373	2.42	0.59
	合計	571	2.44	0.64
面接力・説明力に関する養成の不十分さ因子	2年以下	115	3.02	0.93
	3から5年未満	83	3.04	0.99
	5年以上	373	3.24	0.93
	合計	571	3.17	0.94

1)　防衛的・表層的・形骸化対応因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（*M*=2.85, *SD*=0.55）、３～５年未満（*M*=2.82, *SD*=0.65）、５年以上（*M*=2.97, *SD*=0.67）であった。一要因分散分析の結果、統計的には経験年数の主効果は有意であった（*Welch* $F(2, 188.7)=3.13$, $p=.046$, $\omega^2=.007$）。しかし、効果量はごく小さく、明確な特徴も見つけられなかった。

2)　ケース理解の不十分さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（*M*=2.84, *SD*=0.57）、３～５年未満（*M*=2.83, *SD*=0.65）、５年以上（*M*=2.84, *SD*=0.59）であった。一要因分散分析の結果、ケース理解の不十分さにおける経験年数の主効果は有意ではなかった（*Welch* $F(2, 175.7)=0.01$, $p=.988$, $\omega^2=-.003$）。ケース理解の不十分さについては、経験年数による差は全く見られなかった。経験年数に限らず、すべての経験年数の共通の課題と言える。

3)　意見の言えなさ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（*M*=2.47, *SD*=0.73）、３～５年未満（*M*=2.50, *SD*=0.73）、５年以上（*M*=2.42, *SD*=0.59）であった。一要因分散分析の結果、意見の言えなさにおける経験年数の主効果は有意ではなかった（*Welch* $F(2, 163.7)=0.65$, $p=.522$, $\omega^2=-.001$）。意見の言えなさは、経験年数に関わりなく、組織の風土の問題であることが示唆された。

4)　面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（*M*=3.02, *SD*=0.93）、３～５年未満（*M*=3.04,

SD=0.99)、５年以上(*M*=3.24, *SD*=0.93)であった。一要因分散分析の結果、面接力、説明力に関する養成の不十分さにかかる経験年数の主効果は有意であった(*Welch* $F(2, 176.4)=3.15$, $p=.045$, $\omega^2=.008$)。しかし、効果量は小さく、明確で有意な特徴もなかったが、ベテランにおいてやや高い傾向は認められた。

以上のことから、経験年数から見た因子の比較において「防衛的・表層的・形骸化対応」「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」の各因子について、統計的な優位差が認められた。但し、効果量は小さく、経験年数による影響は限定的であると言える。

「ケース理解の不十分さ」および「意見の言えなさ」については経験年数による差は認められなかったことから、組織全体の課題であることが理解される。

(3) 管理職・非管理職で見た各因子の比較(*t* 検定)

管理職・非管理職による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した。(表７)

表7 管理職・非管理職別の各因子の比較

	管理職か否か	N	M	SD
防衛的・表層的・形骸化対応因子	管理職である	179	2.95	0.66
	管理職ではない	391	2.91	0.65
ケース理解の不十分さ因子	管理職である	179	2.90	0.61
	管理職ではない	391	2.82	0.58
意見の言えなさ因子	管理職である	179	2.42	0.53
	管理職ではない	391	2.45	0.68
面接力・説明力に関する養成の不十分さ因子	管理職である	179	3.22	0.93
	管理職ではない	391	3.15	0.95

1) 防衛的・表層的・形骸化対応因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=2.95, *SD*=0.66)、非管理職(*M*=2.91, *SD*=0.65)、であった。*t* 検定の結果、防衛的・表層的・形骸化対応に係る職位による主効果は有意ではなかった($t(338.37) = 0.64$, $p = .524$)。効果量も非常に小さかった($g = 0.058$)。

2) ケース理解の不十分さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=2.90, *SD*=0.61)、非管理職(*M*=2.82, *SD*=0.58)、であった。*t* 検定の結果、ケース理解の不十分さに係る管理職・非管理職の主効果は有意ではなく($t(332.50) = 1.51$, $p = .131$)。効果量も小さかった($g = 0.138$)。

3) 意見の言えなさ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=2.42, *SD*=0.53)，非管理職(*M*=2.45, *SD*=0.68)、であった。*t* 検定の結果、意見の言えなさに係る職位による主効果は有意ではなかった($t(435.49) = -0.39$, $p = .699$)。効果量も非常に小さかった($g = -0.032$)。

4)　面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職（*M*=3.22,　*SD*=0.93），非管理職（*M*=3.15, *SD*=0.95）、であった。*t* 検定の結果、面接力、説明力に関する養成の不十分さに係る職位による主効果は有意ではなかった（*t*(350.51) = 0.839, *p* = .402）。効果量も非常に小さかった（*g* = 0.075）。

以上のことから、管理職と非管理職について各因子得点の比較を行った結果、「やりがいのなさ」「防衛的・表層的・形骸化対応」「ケース理解の不十分さ」「意見の言えなさ」「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」については、管理職、非管理職の差は認められなかった。

(4)　所在地で見た各因子の比較（*t* 検定）

児相の所在地（大都市圏・大都市圏以外）による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した。（表８）

表8　所在地による各因子の比較

	所在地	N	M	SD
防衛的・表層的・形骸化対応因子	大都市圏	163	2.93	0.62
	大都市圏以外	407	2.92	0.66
ケース理解の不十分さ因子	大都市圏	163	2.79	0.60
	大都市圏以外	407	2.86	0.59
意見の言えなさ因子	大都市圏	163	2.47	0.62
	大都市圏以外	407	2.43	0.65
面接力・説明力に関する養成の不十分さ因子	大都市圏	163	3.14	0.95
	大都市圏以外	407	3.18	0.94

1)　防衛的・表層的・形骸化対応因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏（*M* = 2.93, *SD* = 0.62）、大都市圏以外（*M* = 2.92, *SD* = 0.66）、であった。*t* 検定の結果、　防衛的・表層的・形骸化対応に関する地域による主効果は有意ではなかった（*t*(319.23) = 0.06, *p* = .953）。効果量も非常に小さかった（*g* = 0.005）。

2)　ケース理解の不十分さ因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏（*M* = 2.79, *SD* = 0.60）、大都市圏以外（*M* = 2.86, *SD* = 0.59）、であった。*t* 検定の結果、ケース理解の不十分さに関する地域による主効果は有意ではなかった（*t*(297.47) = -1.20, *p* = .231）。効果量も小さかった（*g* = -0.111）。わずかに大都市圏以外においてケース理解の不十分さが高い傾向はあるが、統計的な差とは言えない。

3)　意見の言えなさ因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏（*M* = 2.47, *SD* = 0.62），大都市圏以外（*M* = 2.43, *SD* = 0.65）、であ

った。t 検定の結果、意見の言えなさに関する地域による主効果は有意ではなかった（$t(310.96) = 0.81$, $p = .417$）。効果量も非常に小さかった（$g = 0.074$（極小））。

4) 面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子

大都市圏・大都市圏以外の所在地による平均値は大都市圏（$M = 3.14$, $SD = 0.95$）、大都市圏以外（$M = 3.18$, $SD = 0.94$）、であった。t 検定の結果、面接力、説明力に関する地域による主効果は有意ではなかった（$t(294.72) = -0.55$, $p = .584$）。効果量も非常に小さかった（$g = -0.051$）。

因子得点の比較では、いずれの因子においても統計的な優位差は認められなかった、このことから、ここに示された各因子については、地域的な条件よりも、組織内の構造、それぞれの階層、職種に応じた支援体制、専門職のキャリア養成、やりがいを感じる職場風土など複合的な要因が影響を与えていることが示唆された。

3. 因子間の相関分析

各因子間の関係を検討するために各因子間相関に関する分析を実施した。表中に示した Pearson の相関係数を見ると、ほとんどの因子間で有意な相関関係がみられた。

表9 各因子間の相関

		勤務状況		児童相談所の課題			
		②やりがいのなさ因子	③職場での孤立因子	④防衛的・表層的・形骸化対応因子	⑤ケース理解の不十分さ因子	⑥意見の言えなさ因子	⑦面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子
勤務状況	① 業務負担感因子	.202 **	.071	.335 **	.097 *	.215 **	.275 **
	② やりがいのなさ因子		.575 **	.075	.271 **	.314 **	.158 **
	③ 職場での孤立因子			.148 **	.226 **	.461 **	.221 **
児童相談所の課題	④ 防衛的・表層的・形骸化対応因子				.312 **	.336 **	.459 **
	⑤ ケース理解の不十分さ因子					.299 **	.279 **
	⑥ 意見の言えなさ因子						.370 **
	⑦ 面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子						—

*$p < .05$, **$p < .01$

以上、大都市圏、大都市圏以外についての（表９）

(1)勤務状況に関する因子間の相関

1) 「業務負担感因子」と他因子との相関

「業務負担感因子」と「やりがいのなさ因子」とは弱い正の相関（$r = .202$）がある。業務負担が高いほどやりがいがないという傾向はあるが、その関係は大きなものではない。また、「業務負担感因子」と「職場での孤立因子」とは、ほぼ相関はなく、業務負担の大きさは孤立感とは統計的には、ほとんど関係がないことが示唆された。

2) 「やりがいのなさ因子」と他因子との相関

「やりがいのなさ因子」と「職場での孤立因子」は比較的高い相関を示しており（$r = .575$）、職場で孤立していると感じるほどやりがいを感じることができないということが示唆された。

以上のことから、やりがいの低下は、仕事量の多さなどによる業務負担よりも、職場での人間関係などの影響がもたらす孤立感が大きな影響を与える可能性が示唆された。（相関は関係を示しており、因果関係を示し

ているものではないことに注意)

(2)児相の課題に関する因子間の相関

1) 「防衛的・表層的・形骸化対応因子」と他因子との相関

「ケース理解の不十分さ因子」とは有意な相関(r = .312)、さらに「意見の言えなさ因子」とも有意な相関がある(r = .336)。そして、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」については、最も強い相関が認められた(r = .459)。

2) 「ケース理解の不十分さ因子」と他因子との相関

「意見の言えなさ因子」とは中程度の有意な相関(r = .299)、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」とも中程度の相関(r = .279)認められる。

3) 「意見の言えなさ因子」

「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」とは比較的強い相関(r = .370)が認められる。

以上、4因子はすべての因子間で中程度以上の相関が認められた。このことは、 子ども、家族との面接力を備え、ケースを的確に見立て、組織に対してプレゼン―ションを行い、介入方針を立てていく実践者としての力の不足、あるいはそれらの実践能力の養成の不足が、組織の中で意見の言えなさや、防衛的・表層的・形骸化対応につながっていくこと、またその逆に、防衛的・表面的な対応は、面接力等の養成の機会を失い、ケース理解を不十分にし、それが意見の言えなさにもつながろう。このように4因子は、相互に影響を与えながら循環的な関係にあることが示唆された。

(3) 勤務状況に関する３因子 ・児相の課題４因子合計７つの因子の相関

ここでは、「勤務状況」に関する３因子 、「児相の課題」４因子合わせて７つの因子の相関を改めてみていく。

1) 業務負担感因子

有意な相関が認められたのは先述したとおり「やりがいのなさ因子(r = .202)」は小さな相関、「防衛的・表層的・形骸化対応因子(r = .335)」は中くらいの相関、「ケース理解の不十分さ因子(r = .097)」はごく小さな相関、「意見の言えなさ因子(r = .215)」は小さな相関、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(r = .275)」は、小から中程度の相関を示した。「職場での孤立因子(r = .071 (ns))」は有意な相関は認められなかった。

業務負担感は防衛的・形骸化対応と中程度に関連している。業務の忙しさ、負担が児相組織における防衛的・形骸化対応を促進させていることが示唆される内容である。一方で、「職場での孤立因子」との相関はほとんど認められなかった。

2) やりがいのなさ因子

これも先述した通り有意な相関が認められたのは「職場での孤立(r = .575)」とは大きな相関が認められた。「ケース理解の不十分さ因子(r = .271)」は小から中程度の相関、「意見の言えなさ因子(r = .314)」は中くらいの相関、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(r = .158)」は小さな相関を示した。「防衛的・表層的・形骸化対応因子(r = .075 (ns))」は有意な相関は認められなかった。

職場での孤立は、やりがいのなさに強く影響していることが明確に示されている。また、やりがいのなさは、防衛的・表層的・

形骸化に直接つながるものではないことが示唆された。

3）職場での孤立因子

「防衛的・表層的・形骸化対応因子(*r* =. 148　)」は小さな相関、「ケース理解の不十分さ因子(*r* = . 226)」は小さな相関、「意見の言えなさ因子(*r* = . 461)」は中くらいから大きな相関、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(. 221)」は小さな相関を示した。

孤立していると当然意見を言えない、意見を言えないからますます孤立していくという悪循環が認められる。

4）防衛的・表層的・形骸化対応因子

「ケース理解の不十分さ因子(*r* = . 312)」は中くらいの相関、「意見の言えなさ因子(*r* = . 336　)」は中くらいの相関、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(*r* = . 459)」は中から大きな相関が認められた。

子ども虐待対応における能力が不足していれば、表層的な対応に終始し、対応が形骸化し、組織防衛、合理化に組織が固定化されていくことが示唆される。一方では、形骸化し、組織防衛、合理化に組織が固定化されていくことで、子ども虐待対応の最前線に立つ職員が日々の実践を振り返ったり、そこにある課題を探求したり、よりよい実践者となるための研鑽、学びを放棄することにもなっていく。

5）ケース理解の不十分さ因子

「意見の言えなさ因子(*r* = . 299)」小から中くらいの相関、「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(*r* = . 279)」も小から中くらいの相関を示している。

ケースのアセスメント力の不足が、組織の中で意見を言えないことにつながっている。意見を言えなければ、自分の主体的判断から、組織に判断を委ねたり、より大きな声、もっと言えば権威ある発言に従う傾向が生まれてしまう。

6）意見の言えなさ因子

「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子(*r* = . 370)」は中くらいの相関を示している。

意見が言えないのは、専門職としての養成が十分になされていないことと相関している。学ぶことと意見を言えることはパラレルの関係にある。学ぶことに重きを置いていない、置けない組織は、子ども虐待対応において必要とされる高度な能力を有する実践者を養成することができず、コンプライアンス重視の創造性を失ったソーシャルワークを実践する傾向にある。マニュアルに準じればよく、そこに自分の意見をはさむ余地は少なく、したがって意見を言う必要もなくなっていく。

以上、各因子間については多くの因子で相関関係を読み取ることができた。

特筆すべきは、「やりがいのなさ」と「職場での孤立」との間には比較的大きな相関が認められたことから、職場における孤立と、仕事のやりがいを失っていくことについては重大な関係があることが示唆された。さらに、職場の中での「意見の言えなさ」は「職場での孤立」および「防衛的・表層的・形骸化対応」と中程度の相関を示していることから、職場の中で意見を言えないことが、組織における孤立化を進め、そのことによって児相における子ども虐待対応において、「防衛的、表層的・形骸化対応」に陥っていくことのひとつのストーリーが示唆さ

れた。

また、「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」は「防衛的・表層的・形骸化対応」と比較的強い相関を示している。「意見の言えなさ」は「職場での孤立」および「防衛的・表層的・形骸化対応」はおそらく、直線的な原因、結果というよりも、この循環の中で、組織における「防衛的・表層的・形骸化対応」が強化、固定化されていくと考えられ。意見の言えなさについては、もちろん組織の影響もあるが、専門職としての意見形成の不十分さ、自身のなさなどが影響し、意見が言えないという側面も考えられる。「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」への対応が課題として浮かんでいく。

一方で、「業務負担感」はいくつかの因子と、少なくない相関を示しているが、「職場での孤立」とは統計的には相関しておらず、業務の負担が、必ずしも孤立を生み出しているのではないことが示された。

Ⅳ　考察

本研究は、大きくは児相における「勤務状況に関する課題」３因子と「児相の課題」４因子に関して、主な職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地を変数としてその特徴を分析し、さらにそれらの９つの因子間の相関を分析することを通して、児相における実務における構造上の課題を統計的に明らかにすることを目的としたものであった。16 人のエキスパートへの面接をおこなった研究の考察（論点４）を結びつけて結果を分析すると、以下の通りいくつかの重要な課題が示唆された。

1.　業務負担感の常態化が「防衛的・表層的・形骸化対応」につながっていく

「業務負担感」はすべての分析においてあらゆる職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地において高い得点を得ており、個人に帰属する課題ではなく、すべての児相における課題であることが明らかとなる調査結果であった。さらに、「業務負担感」は、「防衛的・表層的・形骸化対応」と中程度の相関を示していることから、業務の負担となる業務量が仕事の時間と余裕を奪い、丁寧かつ継続的な支援を行う時間と余裕を奪い、表面的・形骸的な対応にならざるを得ない状況になっていることが考えられる。

多忙さは、研修等の参加も難しくさせ、子ども虐待対応における新しい知見やスキルを磨いていく機会を奪ってしまう。

また「防衛的・表層的・形骸化対応」は、「ケース理解の不十分さ」と「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」と関係している。支援者は目の前に起きる事象だけに目が向き、手続き的な対応に終始することで、子どもや家族の背景にある真のニーズを見ることができなくなってしまうことが考えられる。その結果、創造的なソーシャルワークを後退させるだろう。そしてそのことがさらにマニュアル重視、コンプライアンス重視の実践をより強化してしまうという悪循環を形成するだろう。

２.「面接力、説明力に関する養成の不十分さ」は「防衛的・表層的・形骸化対応」を進行させ、「ケース理解の不十分さ」や「意見の言えなさ」と関連した悪循環を生じさせる

「面接力、説明力に関する養成の不十分さ」は「防衛的・表層的・形骸化対応」と比較的強い相関を示しており、「ケース理解の

不十分さ」や「意見の言えなさ」とも関係している。

面接力や説明力といった専門性の不備は、防衛的・表層的・形骸化が進めさせる。また、専門性の不十分さは、意見の言えなさにもつながり、このことが防衛的・表層的・形骸化対応を進行させる要因ともなりえる。

つまり、これら４つの因子の間には互いに悪影響を及ぼしあって悪循環を進行させる可能性が示唆されるのである。

３． 職場での孤立が児相業務のやりがいをなくしていく

「業務負担感」と「職場での孤立」との間には相関が認められなかったことに注目したい。仕事が忙しく業務が負担であるから、職場で孤立していくのではない。

「職場での孤立」と相関が認められたのは、「意見言えなさ」因子と「やりがいのなさ」因子である。これらの３つの因子間には中以上の相関が認められた。

意見の言えなさは孤立した状況を生む可能性がある。またその逆も考えられる。そして意見の言えなさや孤立した状況が、やりがいのなさに通じてしまうということである。孤立とやりがいのなさの相関は非常に高く、この可能性が大きいことが示唆される。

また、「職場での孤立」は経験年数５年以上の職員および管理職において高い傾向が認められた。これは、中堅になっていくことでの、組織における役割、責任感の増大が起きるのに比して、周りからのサポートがなくなっていく現実を示している。責任職、管理職の「職場での孤立」は顕著な結果であったことから、外部からのスーパービジョンを受ける体制や、ピアスーパービジョンの機会を構造的に作っていくことが求められる。

４．「意見の言えなさ」の背景にある組織の課題

「意見の言えなさ」は職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地とは関係が認められなかった。

意見が言えない組織というのは、多様な視点からケースを見立てることができず、小さな意見が排除され、ある特定の権威ある人の意見が採用されたりする傾向を生み出していく。担当者が自らアセスメントし、支援方針を考えたとしても、組織の権威ある判断にゆだねる、あるいは従う傾向は、上からの指示に応じる傾向を強めるだろう。発言しにくい組織では多様な視点が失われ、権威的判断への依存が強まり、結果として実践の形骸化が進むことが示唆され、発言困難な環境は職員の孤立を促進し、組織的問題をさらに悪化させてしまうという構造的悪循環が生まれる可能性をはらんでいる。

意見の言えなさや孤立感を醸成してしまう背景には、他の要因もあり得るだろう。例えば、自分を認め支えてくれる仲間の存在、自分の職場の中での存在価値、そして、これらを常に感じるためのコミュニケーション、組織文化、組織の中での心理的安全性など、組織のありようが色濃く反映する問題でもある。

権威的な組織であれば、組織の決定に依存する傾向を強めてしまう。意見を言いにくさは、それをより強めるだろう。

前年度の研究でエキスパートが指摘していたのは、死亡事例の際に対応機関が厳し

く批判されることが、組織の防衛的な姿勢を強め、手続き重視の「防衛的・表層的・形骸化対応」を強めている近年の状況であった。

エキスパートの指摘のように、組織が「防衛的・表層的・形骸化対応」を重視すれば、権威的な組織であるほどに、それに従うようになるだろう。そして発言困難な環境は職員を孤立させ、やりがいを失わせてしまう。

５．まとめ

勤務状況の３因子と職場の課題因子の７因子間のほとんどで一定以上の相関が認められた。考察では中程度以上の相関があった関係性を中心に言及した。図１は、それをもとに因子間が作用しあう関係性を図として示したものである。児相が「防衛的・表層的・形骸化対応」に至ってしまう、一つのモデルを示している。

本研究の結果は、こうした組織における構造的悪循環が、組織が十分な機能を果たせない障壁としてあること示唆している。しかし同時に、いずれかの因子の得点が低い場合、それが他の因子にも波及して、良循環を形成していく可能性も示唆するものである。

おそらく児相によって、良循環にある組織から、悪循環にある組織まであり、各児相はこの両軸のどこかに位置付けられよう。その意味で、自らの組織の状況を振り返り、改善点を検討する際に、これらの因子は重要な視点となりえるものと考える。

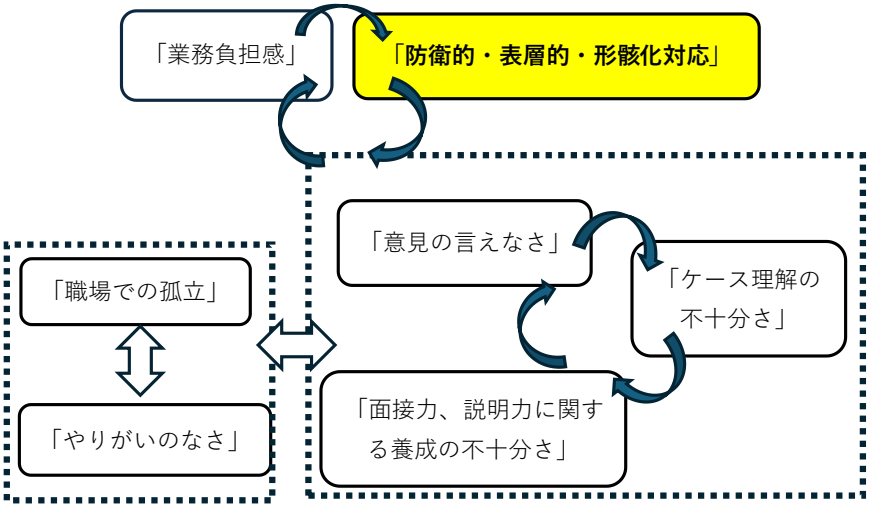


図1　児童相談所が虐待対応において防衛的・表層的・形骸化していく構造

６．　研究の限界

前章の「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造　―児相と市区町村の比較―」において研究の限界として、回答者が機関の長による選定のため一定の偏在が生じている可能性、また調査方法が質問紙による自己報告であることによる主観的認識を反映している点を指摘している。

本研究では、「勤務状況」に関する課題及び「児相の課題」について「主な職種」「経験年数」「管理職・非管理職」「所在地」の４つの変数との関係を検討したが、研究の限界としては４つの変数に限っての考察にとどまることである。さらに、「勤務状況」に関する課題及び「児相の課題」についての因子間の相関について考察したが、相関については関係があるということを示しているものであって、どのように相関しているかの論述については筆者の実務経験が影響していることは排除できない。

今後の研究としては、「防衛的・表層的・形骸化対応」に至るか否かを構成する、本研究のキーワードでもある「やりがい」「孤立」「業務負担」「意見が言えない」「ケース理解」「専門職養成」が、それぞれの現場でどのように構築されていくのかのさらなる探究が期待される。

Ⅵ. 知的所有権の取得状況

特になし

【引用・参考文献】

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ための研究」2024 年５月

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ための研究」2025 年５月

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)

分担研究報告書

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　(23DA1501)

市区町村における「勤務状況に関する課題」及び「業務上の課題」についての考察及び各因子間の相関の考察

研究分担者　伊藤　嘉余子　大阪公立大学
満下　健太　静岡大学
増沢　高　子どもの虹情報研修センター
鈴木　浩之　立正大学
井出　智博　北海道大学
白井　祐浩　九州産業大学

研究要旨

本研究は、児童虐待対応に携わる市区町村職員の勤務状況および課題認識の構造を明らかにし、子ども虐待対応における実務上の困難がどのような構造によって生じているのかを検討することを目的とした。とりわけ、死亡事例検証等において繰り返し提言がなされているにもかかわらず虐待死が減少しないという問題意識を背景に、市区町村における一次対応機関としての実務の実態に着目した。

分析には、「勤務状況」に関する３因子（業務負担感、やりがいのなさ、職場での孤立）および「市区町村における課題」に関する４因子（防衛的・表層的・形骸化対応、ケース理解の不十分さ、意見の言えなさ、面接力・説明力に関する養成の不十分さ）を用い、職種、経験年数、職位、所在地との関係について分散分析等を行うとともに、因子間の相関分析を実施した。

その結果、市区町村における子ども虐待対応は、個別の要因ではなく、複数の因子が相互に関連しながら影響を及ぼす構造的問題として把握されることが示された。特に、業務負担感や職場での孤立といった勤務状況に関する要因が、やりがいの低下を通じて、防衛的・表層的・形骸化した対応を強化する可能性が示唆された。また、面接力・説明力に関する養成の不十分さや市区町村の役割の不明確さは、防衛的対応と強く関連しており、専門性の不足および制度的曖昧さが実務の質に影響を及ぼしていることが明らかとなった。

さらに、職種や地域による差異は限定的であり、これらの課題が特定の条件に依存するものではなく、市区町村に共通する構造的問題として広く存在している可能性が示唆された。

以上より、市区町村における子ども虐待対応の課題は、支援者の業務負担、組織内外の関係性、専門性の確保、制度的役割の明確化といった複数の要因が相互に作用することによって生じる循環的構造として理解される必要がある。今後は、個別の技術的改善にとどまらず、組織および制度レベルでの包括的な対応が求められる。

Ⅰ．問題と目的

本章では、前章において示された「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造―児童相談所と市区町村の比較―」の結果を踏まえ、とりわけ市区町村における子ども虐待対応の実務に焦点を当て、その勤務状況および組織的課題の構造を明らかにすることを目的とする。さらに、市区町村における課題認識の各因子間の関連性について検討することで、実務の中で生じている構造的問題を明らかにする。

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)

分担研究報告書

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　(23DA1501)

市区町村における「勤務状況に関する課題」及び「業務上の課題」についての考察及び各因子間の相関の考察

研究分担者　伊藤　嘉余子　大阪公立大学
満下　健太　静岡大学
増沢　高　子どもの虹情報研修センター
鈴木　浩之　立正大学
井出　智博　北海道大学
白井　祐浩　九州産業大学

研究要旨

本研究は、児童虐待対応に携わる市区町村職員の勤務状況および課題認識の構造を明らかにし、子ども虐待対応における実務上の困難がどのような構造によって生じているのかを検討することを目的とした。とりわけ、死亡事例検証等において繰り返し提言がなされているにもかかわらず虐待死が減少しないという問題意識を背景に、市区町村における一次対応機関としての実務の実態に着目した。

分析には、「勤務状況」に関する３因子（業務負担感、やりがいのなさ、職場での孤立）および「市区町村における課題」に関する４因子（防衛的・表層的・形骸化対応、ケース理解の不十分さ、意見の言えなさ、面接力・説明力に関する養成の不十分さ）を用い、職種、経験年数、職位、所在地との関係について分散分析等を行うとともに、因子間の相関分析を実施した。

その結果、市区町村における子ども虐待対応は、個別の要因ではなく、複数の因子が相互に関連しながら影響を及ぼす構造的問題として把握されることが示された。特に、業務負担感や職場での孤立といった勤務状況に関する要因が、やりがいの低下を通じて、防衛的・表層的・形骸化した対応を強化する可能性が示唆された。また、面接力・説明力に関する養成の不十分さや市区町村の役割の不明確さは、防衛的対応と強く関連しており、専門性の不足および制度的曖昧さが実務の質に影響を及ぼしていることが明らかとなった。

さらに、職種や地域による差異は限定的であり、これらの課題が特定の条件に依存するものではなく、市区町村に共通する構造的問題として広く存在している可能性が示唆された。

以上より、市区町村における子ども虐待対応の課題は、支援者の業務負担、組織内外の関係性、専門性の確保、制度的役割の明確化といった複数の要因が相互に作用することによって生じる循環的構造として理解される必要がある。今後は、個別の技術的改善にとどまらず、組織および制度レベルでの包括的な対応が求められる。

Ⅰ．問題と目的

本章では、前章において示された「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造―児童相談所と市区町村の比較―」の結果を踏まえ、とりわけ市区町村における子ども虐待対応の実務に焦点を当て、その勤務状況および組織的課題の構造を明らかにすることを目的とする。さらに、市区町村における課題認識の各因子間の関連性について検討することで、実務の中で生じている構造的問題を明らかにする。

本研究の出発点となる問題意識は、「死亡事例検証等において繰り返し提言がなされているにもかかわらず、なぜ子ども虐待による死亡事例が減少しないのか」という問いである。これまでの検証においては、リスクアセスメントの不十分さや関係機関間の連携不足、専門性の課題など、多岐にわたる課題が繰り返し指摘されてきた。しかし、それらの提言が蓄積されているにもかかわらず、虐待死は一定数発生し続けているという現実がある。

この問題を考える際に重要なのは、子ども虐待対応が児相のみで完結するものではなく、地域における一次的な支援機関としての市区町村の役割が極めて大きいという点である。実際には、市区町村は通告前後の相談対応、母子保健との連携、継続的な見守り支援など、子どもと家庭に最も近い位置で支援を担っている。しかしながら、その実務は制度上の位置づけの曖昧さ、組織体制の脆弱さ、専門性の確保の困難さなど、固有の課題を抱えている。

また、死亡事例の中には、児相による介入以前の段階、あるいは市区町村が関与していた段階でのリスク把握や支援の在り方が問われるものも少なくない。このことは、提言の実装の問題を、単に児相の課題としてではなく、地域全体の支援体制、特に市区町村の実務の在り方の問題として捉える必要性を示している。

そこで本研究では、まずエキスパートへのインタビュー調査により、市区町村の現場において認識されている課題を抽出した。これらは、「①支援者が置かれている現場の状況と実務上の課題」「②組織運営上の課題」「③市区町村に特有の課題」「④検証の在り方に関する課題」として整理された。

これらの知見を踏まえ、本研究では質問紙調査を実施し、市区町村の現場においてこれらの課題がどのように認識され、どのような構造で現れているのかを明らかにすることを目的とする。特に本章では、「勤務状況に関する課題」と「市区町村における組織的課題」に関する因子に着目し、職種、経験年数、職位、所在地との関係を分析するとともに、各因子間の関連性を検討することで、市区町村における子ども虐待対応の構造的課題を明らかにする。

Ⅱ．方法

本章では、前章で示されたアンケート調査についての記述分析、因子分析の結果に基づき各因子について、職種、経験年数、管理職・非管理職、所在地についての関係を見ることとした。

まず、市区町村における「勤務状況に関する課題」としての３因子、「業務負担感因子」「やりがいのなさ因子」「職場での孤立因子」に対し、主な職種（福祉職・事務職・心理職）、経験年数（「２年以下」「３年から５年」「５年以上」）についての分散分析（一要因分散分析）を実施した。さらに、上記３因子に対し、管理職・非管理職について、所在地（大都市圏・大都市圏以外）について t 検定を実施した。

次に、子ども虐待対応における「市区町村に係る課題」としての４因子、「防衛的・表層的・形骸化対応因子」「ケース理解の不十分さ因子」「意見の言えなさ因子」「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」について同様の分析を行った。

さらに、「勤務状況に関する課題」としての３因子、「業務負担感因子」「やりがいのなさ因子」「職場での孤立因子」及び、子ども虐待対応における「市区町村に係る課題」としての４因子、「防衛的・表層的・形骸化対応因子」「ケース理解の不十分さ因子」「意見の言えなさ因子」「面接力、説明力に関する養成の不十分さ因子」合計７因子についての相関関係を検討するために、相関分析を行った。

※因子構造の詳細については前章の「児童虐待対応に携わる職員の勤務状況と課題認識の構造」を参照のこと。

Ⅲ．結果

各因子得点について，職種(福祉職・保健師・事務職・心理職・保育士)による差異，経験年数(２年以下・３年から５年・５年以上)による差異，職階(管理職・非管理職)による差異，所在地(大都市圏・大都市圏以外)による差異について分析を行った。職種・経験年数による差異については，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた。職階・所在地による差異については，*Welch* の t 検定を実施した。

1.「勤務状況に関する課題」に関する分散分析等の結果

職種(福祉職・保健師・事務職・心理職・保育士)による差異を検討するため，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた（表１）。

表１　職種別で見た各因子の比較(市区)

項目・因子	職種	N	M	SD
業務負担感因子	福祉職	497	3.53	0.83
	保健師	278	3.67	0.83
	事務職	327	3.55	0.79
	心理職	55	3.60	0.81
	保育士	35	3.55	0.81
	合計	1192	3.57	0.82
やりがいのなさ因子	福祉職	497	2.24	0.58
	保健師	278	2.20	0.58
	事務職	327	2.60	0.67
	心理職	55	2.15	0.57
	保育士	35	2.24	0.64
	合計	1192	2.32	0.63
職場での孤立因子	福祉職	497	1.93	0.65
	保健師	278	2.00	0.74
	事務職	327	2.07	0.70
	心理職	55	1.95	0.70
	保育士	35	1.66	0.85
	合計	1192	1.98	0.70

(1)　職種別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

1) 業務負担感因子

各職種の平均値は、福祉職 (M = 3.53, SD = 0.83)、保健師(M = 3.67, SD = 0.83)、事務職 (M = 3.55, SD = 0.79)、心理職 (M = 3.60, SD = 0.81)、保育士(M = 3.55, SD = 0.81) であった。一要因分散分析の結果、業務負担感に係る職種の主効果は統計的に有意ではなかった（*Welch* F (4, 163.43) = 1.42, p = .229, ω^2 = .002)。

2) やりがいのなさ因子

各職種の平均値は、福祉職 (M = 2.24, SD = 0.58)、保健師(M = 2.20, SD = 0.58)、事務職 (M = 2.60, SD = 0.67)、心理職 (M = 2.15, SD = 0.57)、保育士(M = 2.24, SD = 0.64) であった。一要因分散分析の結果、やりがいのなさに係る職種の主効果は有意であった（*Welch* F (4, 163.16) = 20.502, p < .001, ω^2 = .07)。多重比較の結果、事務職は他四職と比較して有意に高かった。効果量は中程度であった。

3) 職場での孤立因子

各職種の平均値は、福祉職 (M = 1.93, SD = 0.65)、保健師(M = 2.00, SD = 0.74)、事務職 (M = 2.07, SD = 0.70)、心理職 (M = 1.95, SD =

0.70)、保育士(*M* = 1.66, *SD* = 0.85) であった。一要因分散分析の結果、職場での孤立に係る職種の主効果は有意であった (*Welch F* (4, 163.158) = 3.63 , p = .007 , ω^2 =.01)。多重比較の結果、事務職が福祉職と比較して有意に高かった。

(2) 経験年数別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

経験年数(２年以下・３年から５年・５年以上)による差異を検討するため，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析 (一要因分散分析) を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた (表２)。

表２　経験年数別で見た各因子の比較(市区)

項目・因子	経験年数	N	M	SD
業務負担感因子	2 年以下	427	3.51	0.84
	3-5 年未満	266	3.69	0.79
	5 年以上	517	3.57	0.80
	合計	1210	3.58	0.82
やりがいのなさ因子	2 年以下	427	2.57	0.66
	3-5 年未満	266	2.35	0.64
	5 年以上	517	2.10	0.51
	合計	1210	2.32	0.63
職場での孤立因子	2 年以下	427	1.97	0.73
	3-5 年未満	266	1.95	0.68
	5 年以上	517	1.98	0.68
	合計	1210	1.97	0.70

1) 業務負担感因子

各経験年数別の平均値は、２年以下 (*M* = 3.51 , *SD* = 0.84)、 ３～５年未満(*M*= 3.69, *SD* = 0.79)、５年以上 (*M*= 3.57 , *SD* = 0.80) であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は有意であった (*Welch F* (2, 684.18) = 4.15 , p = .016 , ω^2 = .01)。多重比較の結果、３～５年未満の経験年数の職員が２年以下よりも有意に高かった。ただし、効果量は小であった。

2) やりがいのなさ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下 (*M* = 2.57 , *SD* = 0.66)、 ３～５年未満(*M*= 2.35, *SD* = 0.64)、５年以上 (*M*= 2.10 , *SD* = 0.51)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は有意であった(*Welch F* (2, 638.95) = 74.71 , p < .001 , ω^2 = .11)。多重比較の結果、すべてのペアで有意差が認められ、経験年数が高くなるほどにやりがいのなさは低下する傾向があった。また、効果量は中程度であった。

3) 職場での孤立因子

各経験年数別の平均値は、２年以下(*M*=1.97, *SD*=0.73)、３～５年未満(*M*=1.95, *SD*=0.68)、５以上(*M*=1.98, *SD*=0.68)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は有意でなかった(*Welch F*(2, 684.19)=0.12, p = .887, ω^2= -.001)。

(3) 管理職・非管理職で見た各因子の比較(*t* 検定)

管理職・非管理職による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した。(表３)。

表３　管理職・非管理職別の各因子の比較(市区)

項目・因子	職位	N	M	SD
業務負担感因子	管理職	351	3.52	0.79
	非管理職	859	3.60	0.83
やりがいのなさ因子	管理職	351	2.37	0.63
	非管理職	859	2.30	0.63
職場での孤立因子	管理職	351	2.15	0.67
	非管理職	859	1.90	0.69

1) 業務負担感因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=3.52, *SD*=0.79)、非管理職(*M*=3.60, *SD*=0.83)、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった(*Welch* $t(677.75) = -1.49$, $p = .138$, *Hedge's g* = −0.09)。

2) やりがいのなさ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=2.37, *SD*=0.63),非管理職(*M*=2.30, *SD*=0.63)、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった(*Welch* $t(648.62) = 1.81$, $p = .070$, *Hedge's g* = .12)。

3) 職場での孤立因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(*M*=2.15, *SD*=0.67)、非管理職(*M*=1.90, *SD*=0.69)、であった。*t* 検定の結果、職場での孤立に係る管理職・非管理職の主効果は有意であった(*Welch* $t(673.01) = 6.00$, $p < .001$, *Hedge's g* = .37)。効果量は小～中程度であった。

(4) 所在地で見た各因子の比較(*t* 検定)

組織の所在地(大都市圏・大都市圏以外)による各因子得点の差を検討するため、*Welch* の *t* 検定を実施した(表４)。

表４　所在地による各因子の比較(市区)

項目・因子	所在地	N	M	SD
業務負担感因子	大都市圏	288	3.57	0.80
	大都市圏以外	922	3.58	0.82
やりがいのなさ因子	大都市圏	288	2.29	0.62
	大都市圏以外	922	2.33	0.63
職場での孤立因子	大都市圏	288	1.99	0.69
	大都市圏以外	922	1.96	0.70

1) 業務負担感因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏(*M*=3.57, *SD*=0.80)、大都市圏以外(*M*=3.58, *SD*=0.82)、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった(*Welch* $t(491.76) = -0.24$, $p = .813$, *Hedge's g* = −0.02)。

2) やりがいのなさ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏(*M*=2.29, *SD*=0.62)、大都市圏以外(*M*=2.33, *SD*=0.63)、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった(*Welch* $t(486.96) = -0.91$, $p = .362$, *Hedge's g* = −0.06)。

3) 職場での孤立因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏(*M*=1.99, *SD*=0.69)、大都市圏以外(*M*=1.96, *SD*=0.70)、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった($t(484.66) = 0.64$, $p = .522$, *Hedge's g* = 0.04)。

2.「市区町村の課題」に関する分散分析等の結果

職種(福祉職・保健師・事務職・心理職・保育士)による差異を検討するため，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた（表５）。

表５　職種別で見た各因子の比較(市区)

項目・因子	職種	N	M	SD
ケース理解の不十分さ因子	福祉職	497	2.79	0.59
	保健師	277	2.72	0.61
	事務職	326	2.82	0.57
	心理職	55	3.01	0.80
	保育士	35	2.87	0.64
	合計	1190	2.79	0.60
防衛的・表面的・形骸化対応因子	福祉職	497	2.63	0.58
	保健師	277	2.52	0.60
	事務職	326	2.74	0.59
	心理職	55	2.67	0.73
	保育士	35	2.63	0.61
	合計	1190	2.64	0.60
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	福祉職	497	3.08	0.85
	保健師	277	2.89	0.79
	事務職	326	3.17	0.81
	心理職	55	3.45	0.91
	保育士	35	3.11	0.74
	合計	1190	3.08	0.83
コミュニケーション不足因子	福祉職	497	2.06	0.74
	保健師	277	2.04	0.72
	事務職	326	2.10	0.70
	心理職	55	2.08	0.79
	保育士	35	1.83	0.88
	合計	1190	2.06	0.73

(1)　職種別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

1) ケース理解の不十分さ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 2.79, SD = 0.59)、保健師(M = 2.72, SD = 0.61)、事務職（M = 2.82, SD = 0.57)、心理職（M = 3.01, SD = 0.80)、保育士(M = 2.87, SD = 0.64）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意ではなかった（*Welch* F (4, 160.29) = 2.32, p = .059, ω^2 = .01)。

2) 防衛的・表面的・形骸化対応因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 2.63, SD = 0.58)、保健師(M = 2.52, SD = 0.60)、事務職（M = 2.74, SD = 0.59)、心理職（M = 2.67, SD = 0.73)、保育士(M = 2.63, SD = 0.61）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意であった（*Welch* F (4, 161.26) = 4.88, p < .001, ω^2 = .01)。多重比較の結果、事務職が保健師よりも有意に高かった。

3) 面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 3.08, SD = 0.85)、保健師(M = 2.89, SD = 0.79)、事務職（M = 3.17, SD = 0.81)、心理職（M = 3.45, SD = 0.91)、保育士(M = 3.11, SD = 0.74）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意であった（*Welch* F (4, 163.91) = 7.25, p < .001, ω^2 = .02)。多重比較の結果、福祉職・

事務職・心理職が保健師よりも、心理職が福祉職よりも有意に高かった。

4) コミュニケーション不足因子

各職種の平均値は、福祉職 (M = 2.06, SD = 0.74)、保健師(M = 2.04, SD = 0.72)、事務職 (M = 2.10, SD = 0.70)、心理職 (M = 2.08, SD = 0.79)、保育士(M = 1.83, SD = 0.88) であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意ではなかった ($Welch\ F$ (4, 161.16) = 0.97, p = .426, ω^2 = .001)。

(2) 経験年数別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

経験年数(2 年以下・3 年から 5 年・5 年以上)による差異を検討するため，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析 (一要因分散分析) を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた (表６)。

表６　経験年数別で見た各因子の比較(市区)

項目・因子	経験年数	N	M	SD
ケース理解の不十分さ因子	2 年以下	426	2.89	0.59
	3-5 年未満	266	2.83	0.61
	5 年以上	516	2.69	0.59
	合計	1208	2.79	0.60
防衛的・表面的・形骸化対応因子	2 年以下	426	2.73	0.61
	3-5 年未満	266	2.65	0.56
	5 年以上	516	2.55	0.60
	合計	1208	2.63	0.60
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	2 年以下	426	3.05	0.84
	3-5 年未満	266	3.22	0.84
	5 年以上	516	3.03	0.81
	合計	1208	3.08	0.83
コミュニケーション不足因子	2 年以下	426	2.03	0.74
	3-5 年未満	266	2.04	0.69
	5 年以上	516	2.10	0.75
	合計	1208	2.06	0.73

1) ケース理解の不十分さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下 (M = 2.89, SD = 0.59)、３～５年未満(M = 2.83, SD = 0.61)、５年以上 (M = 2.69, SD = 0.59)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意であった ($Welch\ F$ (2, 673.58) = 14.12, p < .001, ω^2 = .02)。多重比較の結果、２年以下・３～５年未満のそれぞれが５年以上よりも有意に高かった。

2) 防衛的・表面的・形骸化対応因子

各経験年数別の平均値は、２年以下 (M = 2.73, SD = 0.61)、３～５年未満(M = 2.65, SD = 0.56)、５年以上 (M = 2.55, SD = 0.60)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意であった ($Welch\ F$ (2, 693.43) = 11.42, p < .001, ω^2 = .02)。多重比較の結果、２年以下・３～５年未満のそれぞれが５年以上よりも有意に高かった。なお、効果量は小程度であった。

3) 面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下 (M = 3.05, SD = 0.84)、３～５年未満(M = 3.22, SD = 0.84)、

５年以上（M = 3.03, SD = 0.81)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意であった（$Welch\ F$ (2, 673.63) = 4.92, p = .008, ω^2 = .02)。多重比較の結果、３～５年未満が２年以下・５年以上よりも有意に高かった。なお、効果量は小程度であった。

4）コミュニケーション不足因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M = 2.03, SD = 0.74)、３～５年未満(M = 2.04, SD = 0.69)、５年以上（M = 2.10, SD = 0.75)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意ではなかった（$Welch\ F$ (2, 697.05) = 1.13, p = .323, ω^2 = .00)。

(3) 管理職・非管理職で見た各因子の比較（t 検定）

管理職・非管理職による各因子得点の差を検討するため、$Welch$の t検定を実施した(表７)。

表７　管理職・非管理職別の各因子の比較(市区)

項目・因子	管理職か否か	N	M	SD
ケース理解の不十分さ因子	管理職	350	2.73	0.59
	非管理職	858	2.82	0.60
防衛的・表面的・形骸化対応因子	管理職	350	2.61	0.59
	非管理職	858	2.64	0.60
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	管理職	350	3.07	0.77
	非管理職	858	3.08	0.86
コミュニケーション不足因子	管理職	350	2.10	0.66
	非管理職	858	2.04	0.76

1）ケース理解の不十分さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=2.73, SD=0.59)、非管理職(M=2.82, SD=0.60)、であった。t検定の結果は有意であった($Welch$ t(654.70) = -2.50, p = .013, $Hedge's\ g$ = -.16)。

2）防衛的・表面的・形骸化対応因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=2.61, SD=0.59)、非管理職(M=2.64, SD=0.60)、であった。t 検定の結果は有意でなかった($Welch$ t(663.95) = -0.80, p = .421, $Hedge's\ g$ =.05)。

3）面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=3.07, SD=0.77)、非管理職(M=3.08, SD=0.86)、であった。t 検定の結果は有意でなかった($Welch$ t(716.40) = -0.16, p = .873, $Hedge's\ g$ = -.01)。

4）コミュニケーション不足因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=2.10, SD=0.66)、非管理職(M=2.04, SD=0.76)、であった。t 検定の結果は有意でなかった($Welch$ t(742.51) = 1.30, p = .195, $Hedge's\ g$ = .08)。

(4) 所在地で見た各因子の比較（t 検定）

組織の所在地(大都市圏・大都市圏以外)による各因子得点の差を検討するため、$Welch$ の t 検定を実施した(表８)。

表８　所在地による各因子の比較(市区)

項目・因子	所在地	N	M	SD
ケース理解の不十分さ因子	大都市圏	288	2.76	0.59
	大都市圏以外	920	2.80	0.60
防衛的・表面的・形骸化対応因子	大都市圏	288	2.64	0.55
	大都市圏以外	920	2.63	0.61
面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子	大都市圏	288	3.12	0.81

	大都市圏以外	920	3.06	0.84
コミュニケーション不足因子	大都市圏	288	2.06	0.72
	大都市圏以外	920	2.06	0.74

1）ケース理解の不十分さ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=2.76, *SD*=0.59）、大都市圏以外（*M*=2.80, *SD*=0.60）、であった。*t*検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(493.23) = -1.12, *p* = .262, *Hedge's g* = -0.08）。

2）防衛的・表面的・形骸化対応因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=2.64, *SD*=0.55）、大都市圏以外（*M*=2.63, *SD*=0.61）、であった。*t*検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(530.78) = 0.05, *p* = .959, *Hedge's g* = .00）。

3）面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=3.12, *SD*=0.81）、大都市圏以外（*M*=3.06, *SD*=0.84）、であった。*t*検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(493.16) = 1.09, *p* = .277, *Hedge's g* = .07）。

4）コミュニケーション不足因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（M=2.06, SD=0.72）、大都市圏以外（M=2.06, SD=0.74）、であった。*t*検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(489.46) = 0.11, *p* = .911, *Hedge's g* = .01）。

3.「市区町村独自の課題」に関する分散分析等の結果

(1) 職種で見た各因子の比較（一要因分散分析）

職種（福祉職・保健師・事務職・心理職・保育士）による差異を検討するため，等分散を仮定しない*Welch*の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた（表９）。

表９　職種別で見た各因子の比較（市区）

項目・因子	職種	N	M	SD
機関協働の困難さ因子	福祉職	476	2.44	0.70
	保健師	261	2.31	0.62
	事務職	311	2.40	0.67
	心理職	51	2.66	0.87
	保育士	32	2.29	0.71
	合計	1131	2.40	0.68
市区町村の役割の不明確さ因子	福祉職	476	3.07	0.72
	保健師	261	2.93	0.69
	事務職	311	3.07	0.73
	心理職	51	3.19	0.79
	保育士	32	2.85	0.78
	合計	1131	3.04	0.72
母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	福祉職	476	2.88	0.90
	保健師	261	2.77	0.86
	事務職	311	2.88	0.83
	心理職	51	3.03	1.00
	保育士	32	2.80	0.82

	合計	1131	2.86	0.87

1）機関協働の困難さ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 2.44, SD = 0.70)、保健師(M = 2.31, SD = 0.62)、事務職（M = 2.40, SD = 0.67)、心理職（M = 2.66, SD = 0.87)、保育士(M = 2.29, SD = 0.71）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意であった（*Welch* F (4, 148.11) = 3.14, p = .016, ω^2 = .01)。多重比較の結果、いずれのペアでも有意差は見られなかった。

2）市区町村の役割の不明確さ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 3.07, SD = 0.72)、保健師(M = 2.93, SD = 0.69)、事務職（M = 3.07, SD = 0.73)、心理職（M = 3.19, SD = 0.79)、保育士(M = 2.85, SD = 0.78）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意であった（*Welch* F (4, 148.50) = 2.74, p = .031, ω^2 = .01)。多重比較の結果、いずれのペアでも有意差は見られなかった。

3） 母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子

各職種の平均値は、福祉職（M = 2.88, SD = 0.90)、保健師(M = 2.77, SD = 0.86)、事務職（M = 2.88, SD = 0.83)、心理職（M = 3.03, SD = 1.00)、保育士(M = 2.80, SD = 0.82）であった。一要因分散分析の結果、職種の主効果は統計的に有意ではなかった（*Welch* F (4, 149.56) = 1.24, p = .298, ω^2 = .001)。

(2) 経験年数別で見た各因子の比較(一要因分散分析)

経験年数(２年以下・３年から５年・５年以上)による差異を検討するため，等分散を仮定しない *Welch* の分散分析（一要因分散分析）を実施した。なお多重比較には *Games-Howell* 法を用いた（表10)。

表 10　経験年数別で見た各因子の比較(市区)

項目・因子	経験年数	N	M	SD
機関協働の困難さ因子	2 年以下	406	2.40	0.65
	3-5 年未満	252	2.46	0.71
	5 年以上	490	2.37	0.70
	合計	1148	2.40	0.68
市区町村の役割の不明確さ因子	2 年以下	406	3.05	0.72
	3-5 年未満	252	3.07	0.71
	5 年以上	490	3.01	0.73
	合計	1148	3.04	0.72
母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	2 年以下	406	2.76	0.86
	3-5 年未満	252	2.94	0.89
	5 年以上	490	2.90	0.88
	合計	1148	2.86	0.87

1）機関協働の困難さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M = 2.40, SD = 0.65)、３～５年未満(M = 2.46, SD = 0.71)、５年以上（M = 2.37, SD = 0.70)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意ではなかった（*Welch* F (2, 637.74) = 1.35, p = .260, ω^2 = .001)。

2）市区町村の役割の不明確さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M = 3.05, SD = 0.72)、３～５年未満(M = 3.07, SD = 0.71)、５年以上（M = 3.01, SD = 0.73)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意ではなかった（$Welch\ F$ (2, 649.90) = 0.66, p = .516, ω^2 = -.001)。

3) 母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子

各経験年数別の平均値は、２年以下（M = 2.76, SD = 0.86)、３～５年未満(M = 2.94, SD = 0.89)、５年以上（M = 2.90, SD = 0.88)であった。一要因分散分析の結果、経験年数の主効果は統計的に有意であった（$Welch\ F$ (2, 641.36) = 4.63, p = .010, ω^2 = .01)。多重比較の結果、３～５年未満が２年以下・５年以上のそれぞれよりも有意に高かった。

(3) 管理職・非管理職で見た各因子の比較（t 検定）

管理職・非管理職による各因子得点の差を検討するため、$Welch$の t 検定を実施した(表 11)。

表 11 管理職・非管理職別の各因子の比較(市区)

項目・因子	管理職か否か	N	M	SD
機関協働の困難さ因子	管理職	336	2.31	0.60
	非管理職	812	2.44	0.71
市区町村の役割の不明確さ因子	管理職	336	3.00	0.68
	非管理職	812	3.05	0.74
母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	管理職	336	2.71	0.82
	非管理職	812	2.92	0.89

1) 機関協働の困難さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=2.31, SD=0.60)、非管理職(M=2.44, SD=0.71)、であった。t 検定の結果は有意であった($Welch\ t$(742.69) = -3.26, p = .001, $Hedge's\ g$ = -.20)。効果量は小程度であった。

2) 市区町村の役割の不明確さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=3.00, SD=0.68)、非管理職(M=3.05, SD=0.74)、であった。t 検定の結果は有意でなかった($Welch\ t$(679.61) = -1.16, p = .248, $Hedge's\ g$ = -.07)。

3) 母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子

管理職・非管理職の平均値は管理職(M=2.71, SD=0.82)、非管理職(M=2.92, SD=0.89)、であった。t 検定の結果は有意であった($Welch\ t$(678.44) = -3.80, p < .001, $Hedge's\ g$ = -.24)。効果量は小程度であった。

(4) 所在地で見た各因子の比較（t 検定）

組織の所在地(大都市圏・大都市圏以外)による各因子得点の差を検討するため、$Welch$の t 検定を実施した(表 12)。

表 12 所在地による各因子の比較(市区)

項目・因子	所在地	N	M	SD
機関協働の困難さ因子	大都市圏	278	2.48	0.68
	大都市圏以外	870	2.38	0.68
市区町村の役割の不明確さ因子	大都市圏	278	3.09	0.66
	大都市圏以外	870	3.02	0.74

母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子	大都市圏	278	2.92	0.84
	大都市圏以外	870	2.84	0.88

1）機関協働の困難さ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=2.48, *SD*=0.68）、大都市圏以外（*M*=2.38, *SD*=0.68）、であった。*t* 検定の結果は有意であった（*Welch t*(467.1) = 2.16, *p* = .031, *Hedge's g* = .15）。効果量は小程度であった。

2）市区町村の役割の不明確さ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=3.09, *SD*=0.66）、大都市圏以外（M=3.02, SD=0.74）、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(514.25) = 1.35, *p* = .179, *Hedge's g* = .09）。

3） 母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子

大都市圏・大都市圏以外の平均値は大都市圏（*M*=2.92, *SD*=0.84）、大都市圏以外（*M*=2.84, *SD*=0.88）、であった。*t* 検定の結果は有意でなかった（*Welch t*(486.1) = 1.38, *p* = .169, *Hedge's g* = .09）。

4. 因子間の相関分析

各因子間の関係を検討するために各因子間相関に関する分析を実施した。表中に示した Pearson の相関係数を見ると、ほとんどの因子間で有意な相関関係がみられた。

その中でも、特に有意な相関関係がみられたこととして、以下の３点が挙げられる。

第一に、職場での孤立因子とやりがいのなさ因子、コミュニケーション不足因子との強い相関関係である。職場で孤立を感じている人ほどやりがいを感じておらず、またコミュニケーション不足だと感じていることが明らかになった。

第二に、防衛的・表面的・形骸化対応因子と面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子と市区町村の役割の不明確さ因子との強い相関関係である。養成の不十分さや市区町村の役割が不明確だと感じている人ほど、防衛的・表面的・形骸化した対応になりやすいことが示唆された。

第三に、母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子と機関協働の困難さ因子と市区町村の役割の不明確さ因子との強い相関関係である。この３つについて困難だと感じていることが負の連鎖につながっている可能性が示唆された。（表 13）

表 13　各因子間の相関

		勤務状況		市区の課題				市区独自の課題		
		2	3	4	5	6	7	8	9	10
勤務状況	1.業務負担感因子	.135*	.151*	.032	.220*	.293*	.153*	.111*	.307*	.219*
	2.やりがいのなさ因子		.595*	.258*	.208*	.168*	.359*	.277*	.166*	.038
	3.職場での孤立因子			.151*	.137*	.229*	.585*	.285*	.185*	.080*
市区の課題	4.ケース理解の不十分さ因子				.165*	.170*	.198*	.30*	.161*	.081*
	5.防衛的・表面的・形骸化対応因子					.388*	.161*	.177*	.430*	.342*
	6.面接力、説明力等に関する養成の不十分さ因子						.161*	.259*	.473*	.250*
	7.コミュニケーション不足因子							.338*	.183*	.116*

市区独自の課題	8. 機関協働の困難さ因子			.423* .418*
	9. 市区町村の役割の不明確さ因子			.467*
	10. 母子保健と児童福祉との協働の困難さ因子			–

*) $p < .001$

Ⅳ. 考察

本研究の結果は、市区町村における子ども虐待対応が、個別の課題の集合ではなく、複数の要因が相互に関連しながら循環的に影響を及ぼす構造的問題であることを示している。すなわち、業務負担や職場での孤立がやりがいの低下を招き、それが防衛的・表層的・形骸化した対応を強化する一方で、専門性の不足や役割の不明確さがこれをさらに助長するという循環的構造が存在していると考えられる。

(1) 職種・職位による差異

職種・職位による顕著な格差立場や専門性によって、抱えている悩みや「やりがい」の感じ方に大きな違いが出ていることが明らかになった。

例えば、事務職は、他の職種に比べ、「やりがい感」が低く「孤立感」が強い傾向にあった。また、対応が「防衛的・表面的・形骸化」しやすいという傾向もみられた。この結果から、事務職へのフォロー体制の整備の必要性が示唆されたといえる。

また「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」については、福祉職・事務職・心理職が保健師よりも高く、心理職が福祉職よりも有意に高い結果となった。ここから、保健師が感じている面接力・説明力の自己評価と実態に関する検証の必要性や、どの職種についても面接力・説明力の向上に資する研修の充実の必要性が示唆されたといえる。

職位による差異については、非管理職よりも管理職の方が「職場での孤立」を強く感じていることが示された一方で、非管理職は「ケース理解の不十分さ」「機関協働の困難さ」「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」といった、実践上の課題を強く感じていることが明らかになった。管理職の孤立感の解消、管理職と非管理職のコミュニケーションのあり方について再考する必要性が示唆された。

(2) 経験年数による差異

経験年数による差異について「５年以上」「３－５年未満」「２年以下」で分析した結果、「３－５年未満」の業務負担感の強さが明らかになった一方、経験年数があがるほど、やりがいのなさは低下する傾向にあることが示された。つまり、強い負担を感じつつも働き続けることができる職場環境、職員支援体制の充実の必要性が示唆されたといえる。

また「３－５年未満」が有意に高かった項目として「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」があった。現場で経験を積んだベテラン職員を養成し、持続可能な職場体制を整備していくにあたって「母子保健と児童福祉のより良い協働体制の確立」が喫緊の課題であることが改めて確認できた。

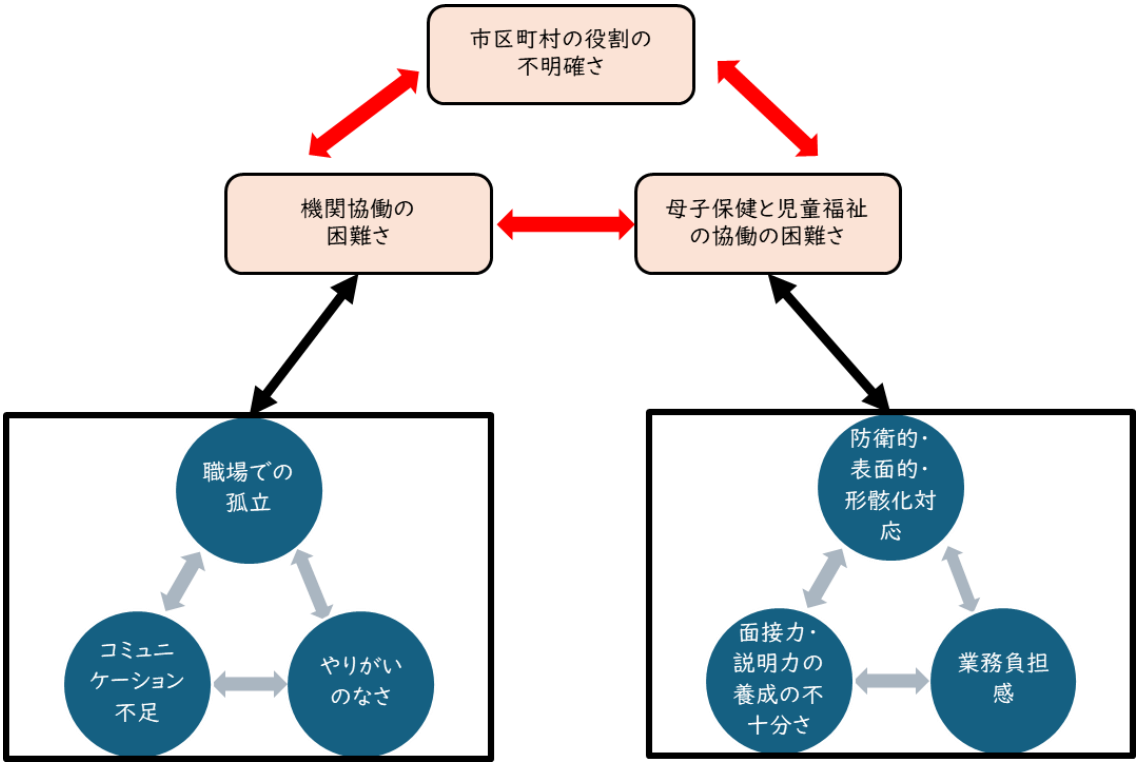
さらに「ケース理解の不十分さ」「防衛的・表面的・形骸化対応」「面接力・説明力等に関する養成の不十分さ」については、「５年以上」と比して「２年以下」「３－５年未満」が有意に高かった。ここからも、先述した「スキルアップにつながる研修の充実の必要性」が示唆されたといえる。

(3) 現場が抱える「負の連鎖」

また、各因子項目間の強い相関関係から、問題が連鎖している構造が読み取れた。

例えば、職場で孤立を感じるほど、コミュニケーション不足を実感し、結果として仕事の「やりがい」を失うという悪循環がある。また、面接や説明

スキルの養成が不十分だと感じている人ほど、市民や相談者に対して「防衛的・表面的」な、いわゆる「お役所仕事（形骸化した対応）」に陥りやすいといった「スキルの不安と対応の硬直化」という連鎖が生じていることがうかがえた。さらに、市区町村の役割が曖昧だと感じている人は、スキルの不安を感じやすく、対応も消極的（防衛的）になりがちである傾向が示唆された（図 1）。



（図 1）市区町村における虐待対応において生じている「負の連鎖」の構造

（4）協働と組織の壁

「組織間の連携」については、特に現場レベル（非管理職）や都市部で困難さが際立っていた。

まず、現場の負担については、ケース理解や機関協働、母子保健と児童福祉の連携といった実務レベルの困難さは、管理職よりも非管理職の方が強く実感していることがわかった。また、「機関協働の困難さ」は、大都市圏以外よりも大都市圏の方が強く感じる傾向にあった。

以上から、単に「個人のスキルアップ」を目指すだけでなく、事務職の孤立を防ぎ、業務の意味（やりがい）を再定義するといった事務職へのフォローやアプローチの必要性や、管理職が感じている孤立感への対策を軸としたメンタルケア、さらには「防衛的な対応」を防ぐための、実践的な面接・説明スキルの研修等の教育機会の整備の必要性が示唆された。

さらに、非管理職が感じている「協働のしにくさ」を解消するための体制構築も喫緊の課題といえよう。

（5）地域差や職種の違いによる有意差が出なかった項目について

大都市圏・大都市圏以外の比較では、多くの項目で差異が認められなかった。このことから、これらの課題は特定の自治体の問題ではなく、制度的・構造的に広く共有された全国的課題であると考えられる。したがって、個別自治体への対応に

とどまらず、国レベルでの制度設計や支援体制の見直しが求められる。

また、職種間で有意差が認められなかった項目については、特定の専門職に固有の問題ではなく、職種横断的に共有されている課題であることを示唆している。

経験年数による差異が認められなかった項目についても、これらの課題は経験の蓄積によって自然に解消される性質のものではない可能性が示唆される。すなわち、これらの課題は個人の熟達によって克服されるものではなく、組織的支援や制度的改善を要する構造的問題であると考えられる。

有意差が認められなかった項目は、特定の職種・経験年数・地域に限定されない「横断的課題」として位置づけることができる。これは、個人属性による差異というよりも、制度設計や組織運営のあり方に起因する構造的問題として捉える必要があることを示唆している。

V．結語

本研究の結果から、市区町村における子ども虐待対応は、個別の課題の集合ではなく、複数の要因が相互に関連しながら循環的に影響を及ぼす「構造的問題」として捉える必要があることが明らかとなった。

まず、「勤務状況に関する課題」として示された業務負担感、やりがいのなさ、職場での孤立は、それぞれ独立した問題ではなく、相互に関連しながら支援の質に影響を及ぼしている。特に、職場での孤立とやりがいのなさとの強い関連は、支援者の心理的基盤の脆弱さが実務の質に影響している可能性を示している。

さらに、「市区町村における課題」として抽出された「防衛的・表層的・形骸化対応」は、単なる個人の対応の問題ではなく、組織的・構造的要因によって強化されていることが示唆された。特に、「面接力・説明力に関する養成の不十分さ」および「市区町村の役割の不明確さ」との強い関連は、専門性の不足と制度的曖昧さが、防衛的な対応を生み出す重要な要因であることを示している。

また、「機関協働の困難さ」「母子保健と児童福祉との協働の困難さ」「市区町村の役割の不明確さ」の三者が相互に関連している点は、市区町村における支援が個別機関の努力だけでは解決できない構造的制約のもとにあることを示している。

さらに注目すべき点は、職種や地域による差異が限定的であったことである。これは、これらの課題が特定の条件に依存するものではなく、市区町村に共通する構造的問題として広く存在している可能性を示唆するものである。

以上の結果から、市区町村における子ども虐待対応の課題は、①支援者の心理的・業務的負担、②専門性の不足、③組織内外のコミュニケーションの不足、④制度的役割の不明確さ、という複数の要因が相互に作用することによって、「防衛的・表層的・形骸化対応」を生み出す構造として理解することができる。

この構造は一方向ではなく循環的であり、例えば業務負担や孤立がやりがいの低下を招き、それがさらに防衛的対応を強化し、結果として支援の質の低下につながるという悪循環を形成している可能性がある。

したがって、個別のスキル向上や人員配置のみではなく、組織構造および制度設計の見直しを含めた包括的な対応が求められる。

VI．知的所有権の取得状況

特になし

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)

分担研究報告書

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　(23DA1501)

子ども虐待による死亡事例等の検証の在り方と検証報告書の活用に関する研究

研究代表者	増沢　高	子どもの虹情報研修センター
研究分担者	白井　祐浩	九州産業大学
	鈴木　浩之	立正大学
	伊藤　嘉余子	大阪公立大学
	井出　智博	北海道大学
	満下　健太	静岡大学

研究要旨

第２段階の研究で、エキスパートが指摘した問題や障壁の一つに検証の在り方そのものに問題があった。本研究は、ここに焦点を当て、指摘内容から質問項目を作成し、児相と市区で児童虐待に携わっている現場の実務者を対象にその必要性について回答を求めた。これによりエキスパートの指摘が実践現場においてどれだけ妥当性のあるものかを検証し、併せて回答者の所属（児相と市区)、職種、経験年数、管理職か否等によって、検証の在り方や検証報告書の活用に関する認識の違いを分析した。

質問は、国や地方公共団体の検証報告書を読んだことがあるか、どの程度活用されているかの回答を求めたうえで、読んだことのある回答者に対して、検証の在り方や検証報告書の活用に関する８つの質問項目に対して、どれだけ同意できるかの回答を求めた。

読んだ経験のある回答者は８割以上で、市区より児相が高く、経験年数が上がるほど高くなる傾向が見られた。

「検証のあり方と報告書の活用について」の質問の以下の８項目については、項目７を除いて、すべての項目で「そう思う」「とてもそう思う」が７割を超えていた。特に項目１、項目３、項目６については８割以上を占めていた。

項目 1.　検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい

項目 2.　予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい

項目 3.　保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい
項目 4.　加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい
項目 5.　個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい
項目 6.　支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい
項目 7.　子ども（きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい
項目 8.　児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい

Ⅰ．問題と目的

国や地方公共団体で行われている虐待死亡事例の検証報告書等で課題として指摘されるのは、リスクアセスメントの不十分さ、アセスメントの固定化、家族機能のアセスメントの不足、関係機関の連携不足、引継ぎの不備、専門性の欠如、体制の脆弱性などである。こうした課題は、検証が行われるようになった初期の段階から繰り返し指摘されているものである。

課題が克服されない背景に何があるのかについて、より深く検討するため、増沢ら（2025 年）は、児童相談所（以下、児相）と市区町村（児童福祉及び母子保健）に長年に渡って従事されてきた複数のリーダー的エキスパート（全 16 名）に半構造化面接を行い、明らかにしようと試みた。この研究は、３年計画３段階で進められている「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」の第２段階に当たるものである（以下、第２研究)。

エキスパートが指摘した問題や障壁として、次の点が浮き彫りになった。

１つ目は検証の在り方そのもの問題である。２つ目は、対応上の批判を回避するための防衛的な姿勢が支援の後退を招いている問題、３つ目は、アセスメントが十分でない背景にある組織的な問題、そして４つ目は市区が抱えた問題である。

本研究は、これらの中で１つ目の検証の在り方そのものの問題に焦点を当てる。これについてエキスパートらが指摘していた課題は以下の３つに集約される。1 つは死亡事例の中には０歳児死亡を中心に検証が行われていない事例が相当数ある点である。２つ目は検討内容が部分的で重要な情報が把握されていないため検証内容が限定的である点である。具体的には、事例の経緯が通告後の保護者への対応に限定され、それ以前の経緯の把握がほとんど無い点、保護者の情報に比べて子どもの状態や対応に関する情報が少ない点、さらには一番重要であるはずの組織内での方針決定過程に関する検証が充分でない点である。どのような子どもと家族がどのような経緯で虐待が発生し、重症化し、死亡に至ったのか、そのときどきでどのような会議が持たれ、どのような方針決定が出されたのかなど、事例の全体像の検討に至っていない点である。そして３つ目は、検証報告書が研修等で活用されるなどして、実務に活かしていく展開が充分でないことである。

本研究は、以上の指摘を含めた質問項目を作成し、児相と市区で児童虐待に携わっている現場の

実務者を対象にその必要性について回答を求めることで、エキスパートの指摘が実践現場においてどれだけ妥当性のあるものかを明らかにすることが第１の目的である。その上で、回答者の所属（児相か市区)、所属機関設置地域の規模（大規模かそれ以外か)、回答者の職種（事務職、福祉職、保健師、心理職、保育士、その他)、経験年数（２年以下、３年から５年未満、５年以上)、管理職か否かによって必要性の認識が同じなのか、あるいはどのように異なるのかを分析することが第２の目的である。

Ⅱ．方法

１．調査項目について

まず国や地方公共団体が公表している検証報告書を読んだことがあるか否かを尋ね（表１の１)、「ある」と答えた回答者のみ分析対象とした。その上で「ある」の回答者には、国や地方公共団体が公表している検証報告書の活用の程度(活かしている・部分的には活かしている・どちらともいえない・活かしていない・わからない)に関する質問への回答を求めた（表１の２)。

表１　検証報告書を読んだ経験
１．国や地方公共団体が公表している検証報告書について読んだことがありますか ある　・　ない ２．国や地方公共団体の検証報告書の提言等を業務にいかしていますか 活かしている・部分的には活かしている・どちらともいえない・活かしていない・わからない

第２研究で、エキスパートらへの面接で語られた指摘をもとに質問項目を作成した。第２研究で、検証の在り方等に関してエキスパートらが指摘していた課題は以下の３つである。

1)　検証が行われていない事例が相当数あること

2)　検証報告書の検討が通告後の対応に限られていること

3)　検証報告書の内容が実務に活用されていないこと

１）については、虐待による死亡事例は生後間もなくに亡くなった事例が大きな割合を占めており、周産期からの予防的支援の重要性がうたわれている中で、関係機関の関わりがなかった理由やどうして支援につながらなかったのかを検証すべきという指摘である。

２）については、検証内容が、主に通告を受理した後の死亡に至るまでの児相等の対応経過にとどまっている点である。以下の点を加えるべきと指摘している。

・子どもの周産期からの成育歴や虐待に至るまでの親子関係の推移等の検討。

・鑑別診断等も含めた加害親の特徴や成育歴等の検討。

・子どもの障害の有無など子どもの状態やその時々の子どもの気持ちや言動に焦点を当てた検討。

・対応上の問題点の背景にある組織文化の問題の検討。

３）については、国や地方公共団体の検証報告書が、研修等で扱われるなどして、充分に活用されていない現状が窺われる点である。

以上の指摘をもとに８つの質問項目を作成した（表２)。各項目について、その必要性について、「全くそう思わない、そう思わない、どちらでもない、そう思う、とてもそう思う」の５件法で回答を求めることとした。

表２　検証の在り方と検証報告書の活用についての質問項目
項目１．　検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい
項目２．　予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい
項目３．　保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい
項目４．　加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい
項目５．　個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい
項目６．　支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい
項目７．　子ども（きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい
項目８．　児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい

２．調査方法

上記の質問項目を基に Google フォームおよび Microsoft Forms を用いて回答フォームを作成した。回答フォームは研究協力依頼書に記載の QR コードまたは URL から回答フォームにログインをした上で回答を求める形を取った。なお、回答フォームは個人が特定できないよう、無記名での回答とした。

全国の児相（263 箇所）及び全国の市と区（特別区および政令市の区）の全 986 箇所の施設長宛に研究協力の依頼文を送付した。その上で、施設長より、自身も含めた管理者、新人職員（子ども虐待対応関連業務の実務経験が通算２年以下程度)、中堅職員（同通算３～５年未満程度)、ベテラン職員（同通算５年以上）に研究依頼書を渡してもらい、研究協力に同意が得られた職員に回答を求めた。その結果、1,780 の有効回答（回答率 28.5%）が得られたため、このデータを基に分析を行った。

３．分析方法

得られたデータを基に、地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の有無、国や地方公共団体の検証報告書の活用程度および各項目の度数とパーセントを算出した。

加えて、属性（所属、組織の所在地、職種、経験年数、管理職か否か）と検証報告書を読んだ経験の有無、所属と国や地方公共団体の検証報告書の活用程度および、所属と各項目のクロス集計表を作成し、χ^2検定を行った。

Ⅲ．結果

１−１．国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の有無について

国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の有無に関する度数分布表を表３に示す。この結果、回答者の約８割が検証報告書を読んだ経験があった。

表3 国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験

	度数	パーセント
読んだことがある	1437	80.7
読んだことはない	343	19.3
合計	1780	100

次に、属性（所属、組織の所在地、職種、経験年数、管理職か否か）と検証報告書を読んだ経験の有無を独立変数として

χ^2検定を行った結果、所属、職種、経験年数、管理職か否かにおいて有意差が見られた。以下に、有意差が見られた項目の結果について示す。

属性と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(1)= 10.234, p<.01$）。残差分析の結果、児相で「読んだことがある」が有意に多く、市区で「読んだことはない」が有意に多かった（表４）。

表4 国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験における児相職員と市区職員との比較

		児童相談所	市区町村	合計
読んだことがある	度数	485	952	1437
	調整済み残差	3.2**	-3.2**	
読んだことはない	度数	85	258	343
	調整済み残差	-3.2**	3.2**	
合計	度数	570	1210	1780

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

職種と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(5)= 15.148, p<.01$）。残差分析の結果、保健士、心理職で「読んだことがある」が有意に多く、事務職で「読んだことはない」が有意に多かった（表５）。

表5 国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の職種間の比較

		福祉職	保健師	事務職	心理職	保育士	その他	合計
読んだことがある	度数	704	247	337	100	31	18	1437
	調整済み残差	-1.3	2.1*	-2*	2.4*	-0.2	1.6	
読んだことはない	度数	181	43	98	12	8	1	343
	調整済み残差	1.3	-2.1*	2*	-2.4*	0.2	-1.6	
合計	度数	885	290	435	112	39	19	1780

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

経験年数と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(2)= 219.581, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上が「読んだことがある」が有意に多く、２年以下では「読んだことはない」が有意に多かった（表６）。

表６　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の経験年数別の比較

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
読んだことがある	度数	326	293	818	1437
	調整済み残差	-14.5**	1.7	12**	
読んだことはない	度数	215	56	72	343
	調整済み残差	14.5**	-1.7	-12**	
合計	度数	541	349	890	1780

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(1)= 27.813, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「読んだことがある」が有意に多く、管理職でない回答者は「読んだことはない」が有意に多かった（表７）。

表７　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の管理職か否かでの比較

		管理職である	管理職ではない	合計
読んだことがある	度数	468	969	1437
	調整済み残差	5.3**	-5.3**	
読んだことはない	度数	62	281	343
	調整済み残差	-5.3**	5.3**	
合計	度数	530	1250	1780

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

１−２.所属別の地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の有無について

次に、児相と市区によって検証報告書を読んだ経験の有無に違いが見られたため、児相と市区別に検討を行った。以下に、有意差が見られた項目の結果について示す。

（１）児相

経験年数と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(2)= 74.667, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上が「読んだことがある」が有意に多く、２年以下では「読んだことはない」が有意に多かった（表８）。

表８　国や公共団体の検証報告書を読んだ経験の経験年数別の比較（児相）

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
読んだことがある	度数	69	68	348	485
	調整済み残差	-8.2**	-0.9	7.6**	
読んだことはない	度数	45	15	25	85
	調整済み残差	8.2**	0.9	-7.6**	
合計	度数	114	83	373	570

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(1)= 30.205, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「読んだことがある」が有意に多く、管理職でない回答者は「読んだことはない」が有意に多かった（表９）。

表9　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の管理職か否かでの比較(児相)

		管理職である	管理職ではない	合計
読んだことがある	度数	174	311	485
	調整済み残差	5.5**	-5.5**	
読んだことはない	度数	5	80	85
	調整済み残差	-5.5**	5.5**	
合計	度数	179	391	570

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

（２）市区

職種と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(5)= 22.838, p<.01$）。残差分析の結果、保健師で「読んだことがある」が有意に多く、事務職で「読んだことはない」が有意に多かった（表 10）。

表 10　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の職種間の比較(市区)

		福祉職	保健師	事務職	心理職	保育士	その他	合計
読んだことがある	度数	382	239	238	49	27	17	952
	調整済み残差	-1.3	3.4**	-3**	1.9	-0.2	1.6	
読んだことはない	度数	115	39	89	6	8	1	258
	調整済み残差	1.3	-3.4**	3**	-1.9	0.2	-1.6	
合計	度数	497	278	327	55	35	18	1210

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

経験年数と検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(2)= 138.664, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上が「読んだことがある」が有意に多く、２年以下では「読んだことはない」が有意に多かった（表 11）。

表 11　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の経験年数別の比較（市区）

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
読んだことがある	度数	257	225	470	952
	調整済み残差	-11.6**	2.7**	9**	
読んだことはない	度数	170	41	47	258
	調整済み残差	11.6**	-2.7**	-9**	
合計	度数	427	266	517	1210

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書を読んだ経験の有無の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(1)= 7.615, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「読んだことがある」が有意に多く、管理職でない回答者は「読んだことはない」が有意に多かった（表 12）。

表 12　国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験の管理職か否かでの比較（市区）

		管理職である	管理職ではない	合計
読んだことがある	度数	294	658	952
	調整済み残差	2.8**	-2.8**	
読んだことはない	度数	57	201	258
	調整済み残差	-2.8**	2.8**	
合計	度数	351	859	1210

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

２−１．国や地方公共団体の検証報告書を活かしているか

国や地方公共団体の検証報告書を読んだ経験のある回答者を対象にそれらの活用の程度を調べた度数分布表を表 13 に示す。この結果、「部分的には活かしている」が 52.9%で最も多く、次いで「どちらともいえない」が 25.2%、「活かしている」が 14.1%であった。

表 13　国や地方公共団体の検証報告書の活用程度

	度数	パーセント
わからない	32	2.2
活かしていない	80	5.6
どちらともいえない	362	25.2
部分的には活かしている	760	52.9
活かしている	203	14.1
合計	1437	100

属性と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 13.745, p<.01$）。残差分析の結果、児相は「部分的には活かしている」が有意に多く、市区は「どちらともいえない」が有意に多かった（表14）。

表14　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における児相と市区との比較

		児童相談所	市区町村	合計
わからない	度数	13	19	32
	調整済み残差	0.8	-0.8	
活かしていない	度数	20	60	80
	調整済み残差	-1.7	1.7	
どちらともいえない	度数	99	263	362
	調整済み残差	-3**	3**	
部分的には活かしている	度数	280	480	760
	調整済み残差	2.6**	-2.6**	
活かしている	度数	73	130	203
	調整済み残差	0.7	-0.7	
合計	度数	485	952	1437

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

組織の所在地と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、５%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 10.587, p<.05$）。残差分析の結果、大都市圏以外で「活かしていない」が有意に多かった（表15）。

表15　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における大都市圏と大都市圏以外とでの比較

		大都市圏	大都市圏以外	合計
わからない	度数	10	22	32
	調整済み残差	0.7	-0.7	
活かしていない	度数	9	71	80
	調整済み残差	-3**	3**	
どちらともいえない	度数	90	272	362
	調整済み残差	-0.4	0.4	
部分的には活かしている	度数	202	558	760
	調整済み残差	0.8	-0.8	
活かしている	度数	58	145	203
	調整済み残差	1	-1	
合計	度数	369	1068	1437

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

職種と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られ

た（$\chi^2(20)= 39.215, p<.01$）。残差分析の結果、事務職は「どちらともいえない」が有意に多く、保育士は「どちらともいえない」が有意に多く、「部分的には活かしている」が有意に少なかった（表 16）。

表 16　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における職種間の比較

		福祉職	保健師	事務職	心理職	保育士	その他	合計
わからない	度数	20	1	6	3	1	1	32
	調整済み残差	1.5	-2.1*	-0.6	0.5	0.4	1	
活かしていない	度数	38	9	23	6	2	2	80
	調整済み残差	-0.3	-1.4	1.2	0.2	0.2	1	
どちらともいえない	度数	167	53	99	20	17	6	362
	調整済み残差	-1.3	-1.5	2*	-1.2	3.8**	0.8	
部分的には活かしている	度数	385	139	163	57	10	6	760
	調整済み残差	1.3	1.2	-1.9	0.9	-2.3*	-1.7	
活かしている	度数	94	45	46	14	1	3	203
	調整済み残差	-0.8	2*	-0.3	0	-1.8	0.3	
合計	度数	704	247	337	100	31	18	1437

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

経験年数と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(8)= 61.307, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上は「部分的に生かしている」「活かしている」が有意に多く、２年以下は「どちらともいえない」が、３～５年未満は「わからない」が有意に多かった（表 17）。

表 17　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における実務経験年数での比較

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
わからない	度数	10	11	11	32
	調整済み残差	1.2	2*	-2.6**	
活かしていない	度数	23	22	35	80
	調整済み残差	1.3	1.6	-2.4*	
どちらともいえない	度数	124	71	167	362
	調整済み残差	6.1**	-0.4	-4.8**	
部分的には活かしている	度数	132	157	471	760
	調整済み残差	-5.1**	0.3	4.1**	
活かしている	度数	37	32	134	203
	調整済み残差	-1.6	-1.8	2.8**	
合計	度数	326	293	818	1437

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 29.279, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「部分的に活かしている」「活かしている」が有意に多く、管理職ではない人は「どちらともいえない」「わからない」が有意に多かった（表 18）。

表 18　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における管理職と管理職以外との比較

		管理職である	管理職ではない	合計
わからない	度数	0	32	32
	調整済み残差	-4**	4**	
活かしていない	度数	20	60	80
	調整済み残差	-1.5	1.5	
どちらともいえない	度数	100	262	362
	調整済み残差	-2.3	2.3	
部分的には活かしている	度数	266	494	760
	調整済み残差	2.1*	-2.1*	
活かしている	度数	82	121	203
	調整済み残差	2.6**	-2.6**	
合計	度数	468	969	1437

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

２−２.所属別の地方公共団体の検証報告書の活用の程度について

次に、児相と市区によって検証報告書の活用の程度に違いが見られたため、児相と市区別に検討を行った。

（１）児相

経験年数と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、１%水準で有意差が見られた（$\chi^2(8)= 28.705, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上は「活かしている」が有意に多く「どちらともいえない」「わからない」が有意に少なかった一方、２年以下は「どちらともいえない」「わからない」が有意に多く「活かしている」が有意に少なかった（表 19）。

表 19　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における実務経験年数での比較

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
わからない	度数	6	3	4	13
	調整済み残差	3.3**	1	-3.3**	
活かしていない	度数	2	5	13	20
	調整済み残差	-0.6	1.4	-0.7	
どちらともいえない	度数	23	15	61	99
	調整済み残差	2.9**	0.4	-2.5*	
部分的には活かしている	度数	31	39	210	280
	調整済み残差	-2.3*	-0.1	1.9	
活かしている	度数	7	6	60	73
	調整済み残差	-1.2	-1.5	2.1*	
合計	度数	69	68	348	485

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、5%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 11.612, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「わからない」が有意に少なく、管理職ではない人は「わからない」が有意に多かった（表 20）。

表 20　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における管理職と管理職以外との比較

		管理職である	管理職ではない	合計
わからない	度数	0	13	13
	調整済み残差	-2.7**	2.7**	
活かしていない	度数	4	16	20
	調整済み残差	-1.5	1.5	
どちらともいえない	度数	32	67	99
	調整済み残差	-0.8	0.8	
部分的には活かしている	度数	109	171	280
	調整済み残差	1.6	-1.6	
活かしている	度数	29	44	73
	調整済み残差	0.7	-0.7	
合計	度数	174	311	485

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

（2）市区

組織の所在地と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、5%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 10.090, p<.05$）。残差分析の結果、大都市圏では「活かしていない」が有意に少なく、大都市圏以外で「活かしていない」が有意に多かった（表 21）。

表 21　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における大都市圏と大都市圏以外とでの比較

		大都市圏	大都市圏以外	合計
わからない	度数	6	13	19
	調整済み残差	0.7	-0.7	
活かしていない	度数	5	55	60
	調整済み残差	-3**	3**	
どちらともいえない	度数	69	194	263
	調整済み残差	0.7	-0.7	
部分的には活かしている	度数	119	361	480
	調整済み残差	0.1	-0.1	
活かしている	度数	36	94	130
	調整済み残差	0.9	-0.9	
合計	度数	235	717	952

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

職種と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、5%水準で有意差が見られた（$\chi^2(20)= 36.936, p<.05$）。残差分析の結果、保健師は「活かしている」が有意に多く、「わからない」「どちらともいえない」が有意に少ない。保育士は「どちらともいえない」が有意に多く、「部分的には活かしている」が有意に少なかった（表 22）。

表 22　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における職種間の比較

		福祉職	保健師	事務職	心理職	保育士	その他	合計
わからない	度数	9	1	5	2	1	1	19
	調整済み残差	0.7	-2*	0.1	1.1	0.6	1.2	
活かしていない	度数	23	9	21	3	2	2	60
	調整済み残差	-0.3	-1.9	1.8	-0.1	0.2	0.9	
どちらともいえない	度数	103	53	75	11	15	6	263
	調整済み残差	-0.4	-2.2*	1.5	-0.8	3.3**	0.7	
部分的には活かしている	度数	198	133	109	27	8	5	480
	調整済み残差	0.7	1.9	-1.6	0.7	-2.2*	-1.7	
活かしている	度数	49	43	28	6	1	3	130
	調整済み残差	-0.6	2.3*	-1	-0.3	-1.5	0.5	
合計	度数	382	239	238	49	27	17	952

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

経験年数と検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(8)= 37.097, p<.01$）。残差分析の結果、５年以上は「部分的に生かしている」が有意に多く「どちらともいえない」「活かしていない」が有意に少なかった。２年以下は「どちらともいえない」が有意に多く、「部分的に活かしている」が有意に少なかった（表 23）。

表 23　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における実務経験年数での比較

		2年以下	3から5年未満	5年以上	合計
わからない	度数	4	8	7	19
	調整済み残差	-0.6	1.9	-1.1	
活かしていない	度数	21	17	22	60
	調整済み残差	1.4	0.9	-2*	
どちらともいえない	度数	101	56	106	263
	調整済み残差	4.9**	-1.1	-3.5**	
部分的には活かしている	度数	101	118	261	480
	調整済み残差	-4.2**	0.7	3.1**	
活かしている	度数	30	26	74	130
	調整済み残差	-1.1	-1	1.9	
合計	度数	257	225	470	952

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

管理職か否かと検証報告書の活用の程度の関連を見るためにχ^2検定を行った結果、1%水準で有意差が見られた（$\chi^2(4)= 18.806, p<.01$）。残差分析の結果、管理職は「活かしている」が有意に多く「どちらともいえない」「わからない」が有意に少なかった。管理職ではない人は「どちらともいえない」「わからない」が有意に多く「活かしている」が有意に少なかった（表 24）。

表 24　国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度における管理職と管理職以外との比較

		管理職である	管理職ではない	合計
わからない	度数	0	19	19
	調整済み残差	-2.9**	2.9**	
活かしていない	度数	16	44	60
	調整済み残差	-0.7	0.7	
どちらともいえない	度数	68	195	263
	調整済み残差	-2.1*	2.1*	
部分的には活かしている	度数	157	323	480
	調整済み残差	1.2	-1.2	
活かしている	度数	53	77	130
	調整済み残差	2.6**	-2.6**	
合計	度数	294	658	952

*は５%水準、**は１%水準で有意差あり

３．検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果

（１）各項目に対する必要性の意識

「検証の在り方と検証報告書の活用について」の質問の全８項目に関する度数分布表を、表 25 - 1 から表 25 - 8 に示す。項目７（「子ども（きょうだい等）、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい」）を除いて、すべての項目で「そう思う」「とてもそう思う」が６割以上を占めている。特に項目１（「検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい」）、項目３（保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい」）は７割以上を占めていた。

表 25- 1　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目１：検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	2	0.1
そう思わない	9	0.6
どちらともいえない	147	10.2
そう思う	867	60.3
とてもそう思う	412	28.7
合計	1437	100

表 25- 2　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目２：予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい]

	度数	パーセント
全くそう思わない	3	0.2
そう思わない	18	1.3
どちらともいえない	267	18.6
そう思う	824	57.3
とてもそう思う	325	22.6
合計	1437	100

表 25-3　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目３： 保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	4	0.3
そう思わない	6	0.4
どちらともいえない	136	9.5
そう思う	886	61.7
とてもそう思う	405	28.2
合計	1437	100

表 25-4　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目４：加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	7	0.5
そう思わない	25	1.7
どちらともいえない	303	21.1
そう思う	802	55.8
とてもそう思う	300	20.9
合計	1437	100

表 25-5　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目５：個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	6	0.4
そう思わない	24	1.7
どちらともいえない	317	22.1
そう思う	811	56.4
とてもそう思う	279	19.4
合計	1437	100

表 25-6　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目６：支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	7	0.5
そう思わない	41	2.9
どちらともいえない	239	16.6
そう思う	809	56.3
とてもそう思う	341	23.7
合計	1437	100

表 25-7　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目７：子ども（きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	20	1.4
そう思わない	91	6.3
どちらともいえない	558	38.8
そう思う	599	41.7
とてもそう思う	169	11.8
合計	1437	100

表 25-8　検証の在り方と検証報告書の活用について
項目８：児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい

	度数	パーセント
全くそう思わない	7	0.5
そう思わない	17	1.2
どちらともいえない	279	19.4
そう思う	786	54.7
とてもそう思う	347	24.2
合計	1436	100

（2）児相と市区とでの必要性の意識に差異があった項目について

全８項目の必要性と所属の関連を見るためにχ^2検定の結果で差異が見られた項目は、項目２（$\chi^2(4)= 15.866, p<.01$）、
項目４（$\chi^2(4)= 13.639, p<.01$）、
項目７（$\chi^2(4)= 10.854, p<.05$）であった。項目２については、「そう思わない」が、児相の方が市区より有意に多かった。項目４については、児相の方が、「そう思う」が有意に多く、市区は「そう思わない」が有意に多かった。項目７については、市区では「そう思う」が多く、児相では「とてもそう思う」が多かった（表 26）。なお、残差分析はいずれも*が５%水準、**が１%水準で有意差があることを示す。

表 26-1　児相と市区で差異があった項目の結果
項目２：予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
児童相談所	度数	2	11	69	290	113	485
	調整済み残差	1.2	2.5**	-3	1.3	0.4	
市区町村	度数	1	7	198	534	212	952
	調整済み残差	-1.2	-2.5**	3	-1.3	-0.4	
合計	度数	3	18	267	824	325	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 26-2　児相と市区で差異があった項目の結果
項目４：加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
児童相談所	度数	2	2	95	266	120	485
	調整済み残差	-0.3	-2.7**	-1	-0.5	2.6**	
市区町村	度数	5	23	208	536	180	952
	調整済み残差	0.3	2.7**	1	0.5	-2.6**	
合計	度数	7	25	303	802	300	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 26-3　児相と市区で差異があった項目の結果
項目７：子ども（きょうだい等）、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
児童相談所	度数	7	33	201	175	69	485
	調整済み残差	0.1	0.5	1.5	-3.1**	2.1*	
市区町村	度数	13	58	357	424	100	952
	調整済み残差	-0.1	-0.5	-1.5	3.1**	-2.1*	
合計	度数	20	91	558	599	169	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

（３）組織の所在地の違いで必要性の意識に差異があった項目について

全８項目の必要性と組織の所在地の関連を見るためにχ^2検定の結果で差異が見られた項目は、項目６（$\chi^2(4)= 13.866, p<.01$）であった。大都市圏は「とてもそう思う」が有意に多く、大都市圏以外は「そう思う」が有意に多く、大都市圏の方が深刻に考えていると言える（表 27)。なお、残差分析はいずれも*が５%水準、**が１%水準で有意差があることを示す。

表 27　組織の所在地（大都市圏とそれ以外）で差異があった項目の結果
項目６：支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
大都市圏	度数	2	9	73	179	106	369
	調整済み残差	0.2	-0.6	1.9	-3.5**	2.6**	
大都市圏以外	度数	5	32	166	630	235	1068
	調整済み残差	-0.2	0.6	-1.9	3.5**	-2.6**	
合計	度数	7	41	239	809	341	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

（４）職種の違いで必要性の意識に差異があった項目について

全８項目の必要性と職種の関連を見るためにχ^2検定を行った。その結果差異が見られた項目は、
項目１（$\chi^2(20)= 50.074, p<.01$）、
項目２（$\chi^2(20)= 47.538, p<.01$）、
項目３（$\chi^2(20)= 44.535, p<.01$）、
項目４（$\chi^2(20)= 47.985, p<.01$）、
項目５（$\chi^2(20)= 42.251, p<.01$）、
項目６（$\chi^2(20)= 32.759, p<.05$）、
項目８（$\chi^2(20)= 32.402, p<.05$）であった（表 28)。

項目１については、心理職、その他が「とてもそう思う」が有意に多かった。一方で心理職は「全くそう思わない」が多いが、回答しているのは１名でありこれは他の職種が全くこのような回答がなかったため相対的に高くなった可能性がある。事務職は「とてもそう思う」の割合が有意に少なく、「どちらともいえない」「そう思う」の割合が有意に多かった。保育士は「そう思う」が少なく「どちらともいえない」が多く、必要かどうかわからないと考える人が多かった。

項目２については、事務職は「とてもそう思う」が少なく、「どちらともいえない」「そう思わない」が多いためそのような意識を持っている人は少ないことが推察される。保健師は「どちらともいえない」が少なく、そのような意識がある程度みられるようだ。

項目３については、心理職は強くそのような意識を持っている割合が多い。一方、事務職は「そう思う」と「そう思わない」と答えている割合が多く、意見が二分している。保育士は「全くそう思わない」人の割合が多く、あまり必要はないと考えている人の割合が多い。福祉職は「そう思わない」人の割合が少なくある程度重視していることが推察される。

項目４については、心理職は強くそのような意識を持っている一方、事務職はそのような意識を強く持っている人の割合は少なく「どちらともいえない」と考えている人の割合が多い。また、保育士はそうは思わないという人の割合が多い。

項目５については、福祉職、心理職は強く必要性を感じており、保健師はある程度必要性を感じている人の割合が多い。一方で、事務職はそのような意識を持っている人は少ないことが推察される。

項目６については、保健師は「そう思わない」「どちらともいえない」が少なく、事務職は「とてもそう思う」が少ない。心理職は「とてもそう思う」が多く「そう思う」が少ない。保健師はある程度このような意識を持っており、心理職は強くこのような意識を持っている割合が高いことが推察された。一方、事務職はそのような意識を強く持っている割合は少ないように思われる。

項目８については、事務職員がほかの職種に比べて「とてもそう思う」が少なく、「どちらともいえない」が多い。事務職員はこのような意識をしている人の割合は少ない。

表 28-1　職種別で差異があった項目の結果

項目１：検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	0	6	69	421	208	704
	調整済み残差	-1.4	1.1	-0.5	-0.4	0.7	
保健師	度数	1	0	18	151	77	247
	調整済み残差	1.2	-1.4	-1.7	0.3	1	
事務職	度数	0	3	46	222	66	337
	調整済み残差	-0.8	0.7	2.4*	2.4*	-4.2**	
心理職	度数	1	0	6	53	40	100
	調整済み残差	2.4*	-0.8	-1.4	-1.6	2.6**	
保育士	度数	0	0	7	13	11	31
	調整済み残差	-0.2	-0.4	2.3*	-2.1*	0.8	
その他	度数	0	0	1	7	10	18
	調整済み残差	-0.2	-0.3	-0.7	-1.9	2.5*	
合計	度数	2	9	147	867	412	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-2　職種別で差異があった項目の結果

項目２：予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	2	8	121	400	173	704
	調整済み残差	0.6	-0.4	-1.3	-0.4	1.7	
保健師	度数	1	0	35	149	62	247
	調整済み残差	0.7	-1.9	-2*	1	1	
事務職	度数	0	10	82	200	45	337
	調整済み残差	-1	3.2**	3.1**	0.9	-4.6**	
心理職	度数	0	0	17	53	30	100
	調整済み残差	-0.5	-1.2	-0.4	-0.9	1.8	
保育士	度数	0	0	9	14	8	31
	調整済み残差	-0.3	-0.6	1.5	-1.4	0.4	
その他	度数	0	0	3	8	7	18
	調整済み残差	-0.2	-0.5	-0.2	-1.1	1.7	
合計	度数	3	18	267	824	325	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-3　職種別で差異があった項目の結果

項目３：保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	0	2	60	436	206	704
	調整済み残差	-2*	-0.8	-1.2	0.2	0.9	
保健師	度数	1	0	22	151	73	247
	調整済み残差	0.4	-1.1	-0.3	-0.2	0.5	
事務職	度数	1	4	41	224	67	337
	調整済み残差	0.1	2.5*	1.9	2.1*	-3.9**	
心理職	度数	1	0	9	52	38	100
	調整済み残差	1.4	-0.7	-0.2	-2.1*	2.3*	
保育士	度数	1	0	3	14	13	31
	調整済み残差	3.1**	-0.4	0	-1.9	1.7	
その他	度数	0	0	1	9	8	18
	調整済み残差	-0.2	-0.3	-0.6	-1	1.5	
合計	度数	4	6	136	886	405	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-4　職種別で差異があった項目の結果

項目４：加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	1	10	137	397	159	704
	調整済み残差	-1.8	-0.9	-1.5	0.4	1.6	
保健師	度数	2	2	45	151	47	247
	調整済み残差	0.8	-1.2	-1.2	1.9	-0.8	
事務職	度数	3	8	95	183	48	337
	調整済み残差	1.2	1	3.7**	-0.6	-3.4**	
心理職	度数	0	4	17	46	33	100
	調整済み残差	-0.7	1.8	-1	-2*	3.1**	
保育士	度数	1	0	7	16	7	31
	調整済み残差	2.2*	-0.7	0.2	-0.5	0.2	
その他	度数	0	1	2	9	6	18
	調整済み残差	-0.3	1.2	-1	-0.5	1.3	
合計	度数	7	25	303	802	300	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-5　職種別で差異があった項目の結果

項目５：個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	4	10	148	389	153	704
	調整済み残差	0.9	-0.7	-0.9	-0.9	2.2*	
保健師	度数	1	2	49	155	40	247
	調整済み残差	0	-1.2	-0.9	2.2*	-1.4	
事務職	度数	1	10	82	201	43	337
	調整済み残差	-0.4	2.1*	1.1	1.4	-3.5**	
心理職	度数	0	2	20	44	34	100
	調整済み残差	-0.7	0.3	-0.5	-2.6**	3.8**	
保育士	度数	0	0	11	15	5	31
	調整済み残差	-0.4	-0.7	1.8	-0.9	-0.5	
その他	度数	0	0	7	7	4	18
	調整済み残差	-0.3	-0.6	1.7	-1.5	0.3	
合計	度数	6	24	317	811	279	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-6　職種別で差異があった項目の結果

項目６：支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	3	22	117	387	175	704
	調整済み残差	-0.3	0.6	0	-1	1	
保健師	度数	1	1	28	150	67	247
	調整済み残差	-0.2	-2.5*	-2.5*	1.5	1.4	
事務職	度数	2	13	66	200	56	337
	調整済み残差	0.3	1.3	1.7	1.3	-3.5**	
心理職	度数	1	4	19	43	33	100
	調整済み残差	0.8	0.7	0.7	-2.8**	2.3*	
保育士	度数	0	1	5	18	7	31
	調整済み残差	-0.4	0.1	-0.1	0.2	-0.2	
その他	度数	0	0	4	11	3	18
	調整済み残差	-0.3	-0.7	0.6	0.4	-0.7	
合計	度数	7	41	239	809	341	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 28-7　職種別で差異があった項目の結果

項目８：児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
福祉職	度数	6	9	123	386	179	703
	調整済み残差	2	0.3	-1.8	0.1	1.1	
保健師	度数	1	1	41	143	61	247
	調整済み残差	-0.2	-1.2	-1.2	1.1	0.2	
事務職	度数	0	3	87	181	66	337
	調整済み残差	-1.5	-0.6	3.4**	-0.4	-2.2*	
心理職	度数	0	3	14	55	28	100
	調整済み残差	-0.7	1.7	-1.4	0.1	0.9	
保育士	度数	0	0	9	12	10	31
	調整済み残差	-0.4	-0.6	1.4	-1.8	1.1	
その他	度数	0	1	5	9	3	18
	調整済み残差	-0.3	1.7	0.9	-0.4	-0.7	
合計	度数	7	17	279	786	347	1436

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

（５）経験年数によってその必要性の意識に差異があった項目について

全８項目の必要性と経験年数の関連を見るためにχ^2検定を行った。その結果差異が見られた項目は、項目２（$\chi^2(8)= 22.654, p<.01$）であった（表29）。２年以下が「そう思う」の割合が低く、「どちらともいえない」、「そう思わない」の割合が多く、必要性の意識が強くはない。一方、５年以上は「どちらともいえない」が低く、このような意識を持っている人の割合が多かった。

表 29　経験年数によって必要性の意識に差異があった項目

項目２：予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
2年以下	度数	1	10	76	179	60	326
	調整済み残差	0.4	3.4**	2.5*	-1	-2.1*	
3から5年未満	度数	1	1	57	169	65	293
	調整済み残差	0.6	-1.6	0.4	0.1	-0.2	
5年以上	度数	1	7	134	476	200	818
	調整済み残差	-0.8	-1.6	-2.5*	0.7	1.9	
合計	度数	3	18	267	824	325	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

（６）管理職と管理職以外でその必要性に差異のあった項目について

全８項目の必要性と管理職かどうかの関連を見るためにχ^2検定を行った。その結果差異が見られた項目は、

項目１（$\chi^2(4)= 15.444, p<.01$）、

項目２（$\chi^2(4)= 11.916, p<.05$）、

項目３（$\chi^2(4)= 15.593, p<.01$）、

項目４（$\chi^2(4)= 17.191, p<.01$）、

項目５（$\chi^2(4)= 9.588p<.05$）、

項目６（$\chi^2(4)= 23.601, p<.01$）、

項目８（$\chi^2(4)= 27.074, p<.01$）であった（表

30)。これらのすべての項目で、管理職でない人は管理職の人よりも、その必要性をとてもそう思っているが有意に多かった。項目３、項目４、項目５で、管理職は「どちらともいえない」が有意に多かった。

表 30-1　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目１：検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	1	1	56	304	106	468
	調整済み残差	0.5	-1.4	1.5	2.5*	-3.5**	
管理職ではない	度数	1	8	91	563	306	969
	調整済み残差	-0.5	1.4	-1.5	-2.5*	3.5**	
合計	度数	2	9	147	867	412	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-2　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目２：予防的支援を検討する上で子どもの周産期の情報（出生体重等の母子保健情報等）をもっと把握して、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	0	8	91	286	83	468
	調整済み残差	-1.2	1.1	0.6	2*	-3.1**	
管理職ではない	度数	3	10	176	538	242	969
	調整済み残差	1.2	-1.1	-0.6	-2*	3.1**	
合計	度数	3	18	267	824	325	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-3　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目３：保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	3	3	55	300	107	468
	調整済み残差	1.8	0.9	2.1*	1.3	-3.1**	
管理職ではない	度数	1	3	81	586	298	969
	調整済み残差	-1.8	-0.9	-2.1*	-1.3	3.1**	
合計	度数	4	6	136	886	405	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-4　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目４：加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	4	8	117	267	72	468
	調整済み残差	1.4	-0.1	2.5*	0.7	-3.6**	
管理職ではない	度数	3	17	186	535	228	969
	調整済み残差	-1.4	0.1	-2.5*	-0.7	3.6**	
合計	度数	7	25	303	802	300	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-5　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目５：個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	2	7	119	268	72	468
	調整済み残差	0	-0.4	2.1*	0.4	-2.7**	
管理職ではない	度数	4	17	198	543	207	969
	調整済み残差	0	0.4	-2.1*	-0.4	2.7**	
合計	度数	6	24	317	811	279	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-6　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目６：支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	4	15	90	283	76	468
	調整済み残差	1.4	0.6	1.8	2.2*	-4.6**	
管理職ではない	度数	3	26	149	526	265	969
	調整済み残差	-1.4	-0.6	-1.8	-2.2*	4.6**	
合計	度数	7	41	239	809	341	1437

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 30-7　管理職かどうかでその必要性に差異があった項目

項目８：児童虐待に関わる分野の人材育成研修等では、検証報告書を活用した研修をもっと実施した方がいい

		全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
管理職である	度数	1	8	93	289	76	467
	調整済み残差	-1	1.3	0.3	3.8**	-4.8**	
管理職ではない	度数	6	9	186	497	271	969
	調整済み残差	1	-1.3	-0.3	-3.8**	4.8**	
合計	度数	7	17	279	786	347	1436

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

４．管理職と職種をクロスさせた集計結果の分析

全体的に、事務職や管理職の、検証の在り方や活用についての問題意識が、他と比べて低い傾向が認められたため、管理職か否かと職種をクロスさせて、各項目の集計を比較した。

（１）管理職を担っている職種の割合

管理職を担っている職種としては事務職が４割強を占め、他の職種と比べて多かった（表 31）。

表 31　管理職か否かと職種とのクロス表

			職種						合計
			福祉職	保健師	事務職	心理職	保育士	その他	
	管理職である	度数	128	133	226	32	6	5	530
		%	24.20%	25.10%	42.60%	6.00%	1.10%	0.90%	100.00%
	管理職ではない	度数	757	157	209	80	33	14	1250
		%	60.60%	12.60%	16.70%	6.40%	2.60%	1.10%	100.00%
合計		度数	885	290	435	112	39	19	1780
		%	49.70%	16.30%	24.40%	6.30%	2.20%	1.10%	100.00%

児相と市区別での管理職を担っている事務職の割合を表 32 に示す。市区に若干多いものの両者間で大きな差はなかった。

表 32　管理職を事務職が担う割合

			児相	市区
	管理職である	度数	71	155
		%	39.70%	44.20%
	管理職ではない	度数	37	172
		%	9.50%	20.00%

（２）管理職の職種別での検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果の比較

管理職の職種別で有意差のあった項目は、項目１、項目４、項目５、項目７であった（表 33）。

項目１（検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい）では、1%水準で有意さがあった。事務職は「とてもそう思う」が少なく、ほかの職種に比べ低かった。

項目４（加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい）で有意差があった。保健師は「どちらともいえない」が少なく、事務職は「どちらともいえない」が多く、判断がつかないという意見が多かった。保育士はそもそもの度数が低いという条件だが、「全くそう思わない」が多かった。

項目５（個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も

検証した方がいい）では、５%水準で有意さがあった。事務職は「とてもそう思う」が少なく、問題意識が他の職種よりは低かった。心理師は「とてもそう思う」が多く、「そう思う」が少ないため、項目５については他の職種よりも問題意識が高いといえよう。

項目７（子ども（きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい）では、１%水準で有意さがあり、福祉職は「とてもそう思う」が少なく「そう思わない」が多かった。

表 33-1　管理職の職種別での検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果の比較

項目１:検証においては通告からの児童相談所等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい

			全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
職種	福祉職	度数	0	0	21	74	27	122
		調整済み残差	-0.6	-0.6	2.1 *	-1.2	-0.2	
	保健師	度数	0	0	10	79	34	123
		調整済み残差	-0.6	-0.6	-1.5	-0.2	1.5	
	事務職	度数	0	1	22	131	28	182
		調整済み残差	-0.8	1.3	0.1	2.5 *	-3**	
	心理職	度数	1	0	2	15	14	32
		調整済み残差	3.7 **	-0.3	-1	-2.2 *	3	
	保育士	度数	0	0	1	3	1	5
		調整済み残差	-0.1	-0.1	0.6	-0.2	-0.1	
	その他	度数	0	0	0	2	2	4
		調整済み残差	-0.1	-0.1	-0.7	-0.6	1.3	
合計		度数	1	1	56	304	106	468

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 33-2　管理職の職種別での検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果の比較

項目４：加害者に関する司法関係の情報（心理鑑定等）も把握して検証した方がいい

			全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
職種	福祉職	度数	0	1	32	70	19	122
		調整済み残差	-1.2	-0.9	0.4	0.1	0.1	
	保健師	度数	0	1	20	79	23	123
		調整済み残差	-1.2	-0.9	-2.6**	1.9	1.2	
	事務職	度数	3	5	56	97	21	182
		調整済み残差	1.5	1.4	2.3*	-1.3	-1.8	
	心理職	度数	0	0	8	17	7	32
		調整済み残差	-0.5	-0.8	0	-0.5	1.1	
	保育士	度数	1	0	1	2	1	5
		調整済み残差	4.7**	-0.3	-0.3	-0.8	0.3	
	その他	度数	0	1	0	2	1	4
		調整済み残差	-0.2	3.6**	-1.2	-0.3	0.5	
合計		度数	4	8	117	267	72	468

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 33-3　管理職の職種別での検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果の比較

項目５：個々の支援者の実践の背景にある組織文化の問題（底流する組織の価値観、支援間のコミュニケーション、支援者支援の在り方など）も検証した方がいい

			全くそう思わない	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
職種	福祉職	度数	1	1	35	63	22	122
		調整済み残差	0.8	-0.7	1	-1.5	0.9	
	保健師	度数	0	2	27	77	17	123
		調整済み残差	-0.8	0.1	-1	1.4	-0.6	
	事務職	度数	1	4	47	112	18	182
		調整済み残差	0.3	1	0.2	1.5	-2.6**	
	心理職	度数	0	0	7	11	14	32
		調整済み残差	-0.4	-0.7	-0.5	-2.7**	4.6**	
	保育士	度数	0	0	1	3	1	5
		調整済み残差	-0.1	-0.3	-0.3	0.1	0.3	
	その他	度数	0	0	2	2	0	4
		調整済み残差	-0.1	-0.2	1.1	-0.3	-0.9	
合計		度数	2	7	119	268	72	468

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

表 33-4　管理職の職種別での検証の在り方と検証報告書の活用についての質問の回答結果の比較

項目７：子ども（きょうだい等)、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい

			4	そう思わない	どちらともいえない	そう思う	とてもそう思う	合計
職種	福祉職	度数	1	13	59	41	8	122
		調整済み残差	-0.7	2.4*	1.5	-2	-0.8	
	保健師	度数	0	3	52	53	15	123
		調整済み残差	-1.6	-2	-0.1	0.4	1.8	
	事務職	度数	4	10	74	84	10	182
		調整済み残差	1	-0.5	-0.6	1.6	-1.8	
	心理職	度数	1	2	13	10	6	32
		調整済み残差	0.8	0	-0.2	-1.2	2.2*	
	保育士	度数	1	0	1	3	0	5
		調整済み残差	3.4**	-0.6	-1	0.8	-0.7	
	その他	度数	0	1	0	3	0	4
		調整済み残差	-0.2	1.6	-1.7	1.4	-0.6	

*は5%水準、**は1%水準で有意差あり

Ⅳ．考察

１．地方公共団体の検証報告書を読んだ経験について

地方公共団体の検証報告書は、この調査を行った 2024 年 10 月の段階では、258 報告書が公開されている（子どもの虹情報研修センターHP で閲覧可能)。これらの検証報告書について読んだ経験のある回答者は８割以上であり、かなりは周知されおり、一部であっても読まれていることが分かった。特に児相と市区とで比較すれば児相の回答者に多かった。

その背景には、都道府県政令市（一部中核市）に設置されている児相と市区とでは、管轄の人口規模が違い、死亡事例に関わる機会にも差があること、死亡事例の検証が通告後の中心的な対応機関となっていることが多い児相の対応の在り方が主に分析されていることが多いことが、児相の方がより関心を持って読む背景にあると思われる。ただ大都市圏とそうでない地域とで差がないことから、死亡事例に関わる機会の多少は大きな要因ではないのかもしれない。

児相の中でも経験年数の高い回答者や管理職が読んだ経験が多い傾向が認められたが、管理職の13%、５年以上の７%は「読んだことがない」と回答している。こうしたベテラン層が読んだことがない背景に何があるのかさらに検討が必要だろう。

市区は児相よりも読んだことのある回答者が低いものの 78.7%が「読んだことがある」と回答している。また児相と同様に、経験年数の高い回答者や管理職が読んだことのある経験者が多い傾向にある。児相と違うのは、市区では３～５年未満では読んだことがある人の方が多かったこと、および職種間で違いが認められ、保健師が読んでいる割合が高く、事務職は低かったことである。死亡事例は０歳児が多く、保健師は周産期にかかわる重要な職種として、関心をもっていることが窺われる。３～５年未満では読んだことがある人の方が多かったことは、検証報告書を読む機会が児相に比べて早いことを意味し、市区で児童虐待に携わった職員は、０歳児死亡の予防も含め、関心を持って取り組むようになるのが早いことが窺われる。

２．国や地方公共団体の検証報告書の活用の程度について

読んだ経験のある回答者が、検証報告書をどれだけ活用しているかについては、「部分的に活かしている」との回答が半数を超え、市区に比べて児相の回答者に多かった。「どちらともいえない」の回答者が４分の１を占め、それは児相よりも市区の回答者に多かった。活用度については全体として部分的活用が多いものの、市区においては活用度が低い傾向があることが分かった。

また児相では所在地が大都市圏かそれ以外かによって検証報告書の活用の程度に違いが見られなかったのに対し、市区では大都市圏以外では検証報告書を活かせていない傾向が見られた。活用度に関しては、管轄エリアの人口規模が小さいほど死亡事例にかかわる可能性は低い。大都市圏かそれ以外かでは、読んだことの経験による差はないものの、読んだことのある回答者にとっては、死亡事例にかかわる可能性の程度が活用度に反映されているように思われる。

また経験年数による活用度の結果から、児相では５年以上の人は検証報告書を活かしていると回答している割合が多く、市区では５年以上の人は部分的に活かしていると回答している人の割合が多かった。経験年数が上がるほど、児相ではよりしっかりと活用していると考えている人の割合が増していくことが窺える。また管理職か否かでは、児相と市区両方とも管理職以外は「わからない」の回答が多く、市区は管理職が「活用している」と回答している割合が多かった。このように経験年数が長い、あるいは管理職といったベテラン層ほど活用度が上がる傾向にあることが分かる。しかし児相の５年以上の経験者の 17 人（５％）と管理職の４人（２％）、市区の５年以上の経験者の 16 人（５％）と管理職の 29 人（６％）は「活かしていない」、「わからない」と答えており。その背景に、活かしきれない個人や組織内の課題があるのかもしれない。あるいは検証報告書が活かすには十分でない内容と見ているとも考えられる。

職種による活用度の程度には、児相では違いが見られなかったのに対し、市区では保健師が検証報告書を活用している割合が多く、保育士は活用している割合があまり多くない傾向が見られた。これも検証報告書を読んだ経験の有無と同様に、周産期に多いとされる虐待死の予防に保健師は重要な役割を担っており、そのことが反映されていると思われる。

３．検証報告の在り方に関する全体的な意見

検証の在り方や検証報告書の活用に関して望まれることをエキスパートのコメントをもとに作成された８つの質問項目については、いずれに項目も「そう思う」以上が半数を超えており、項目７の「子ども（きょうだい等）、加害親、非加害親、子どもと家族の支援者のすべてにヒアリング等を通じて検証を行った方がいい」を除いては７割を超えている。特に多かったのは項目１の「検証においては通告からの児相等の対応以前の子どもの成育歴や関係機関がどのように関わってきたのかの情報を把握して検証した方がいい」（「そう思う」以上が 89.2%）、項目３の「保護者等の言動だけでなく、子どもの状態（障害等を含む）やその時々の子どもの言動など子どもの情報をもっと把握し、検証した方がいい」（同 89.9%）、そして項目６の「支援機関が関与していなかった死亡事例についても、なぜ関与できなかったか等、検証した方がいい」（同 80.0%）で８割を超えている。

特に項目１と項目３の支持が多いことの理由に、事例の検証が、通告を受理した後に限定され、対象となる家族については保護者（母親）を中心となっていて子どもに対する言及が少ないことへの問題視と考える。検証は子どもを中心におき、どのようか家族の経過の中で、子どもがどう育ち、どのような力動の中で虐待が発生したのか、その時々の子どものニーズはどうであったのか、それ

に対してどのような機関がどのようなかかわりを持ってきたのか、など子どもを中心に置いた包括的な把握による事例理解が必要で、かつ対応機関だけでなく地域全体の問題としての検証とすべきという意見の反映だろう。

死亡事例の検証が地方公共団体の責務となったのは、2007 年の児童福祉法の改正からで、国は法改正後に「地方公共団体における児童虐待による死亡事例等の検証について」（雇用均等・児童家庭局総務課長通知）を発出している。その後、2011 年の通知では、2007 年度通知を改正し、関係機関の援助の在り方や運営面の課題だけでなく、「当該事例の家族の要因等を明らかに」することを求め、そのために「死亡時点における家族関係及び家族の歴史、経済状況等（特に乳幼児の事例については、妊娠期からの情報やきょうだいの妊娠期の情報）」などの情報を収集し、「保護者が起訴された事件については、裁判の傍聴や訴訟の記録を閲覧請求することも必要である」こと、また、「転居している事例の場合は、転居前の住所地の関係者も対象とする」ということが新たに付け加えられている。

今回の調査で、項目６と８を除いたすべての項目は、検証する視点の拡大を求めるものであるが、2011 年に発出された通知は、その方向性を推奨しており、少なくとも項目１、２、３、４は通知で示されていた内容に該当する。今回の結果は、通知から 10 年以上経過した現在でも、充分とは言えない状況があり、児相や市区町村でこの問題に取り組んでいる支援者の多くがその改善を求めていることが明らかとなった。

項目６は、支援機関が関与していなかった死亡事例についても検証すべきという意見である。虐待死に至るまでには、何らかのリスク要因があり、そこになぜ気づけなかったのか、あるいはなぜアプローチできなかったのかなどを検証することが、早期の予防的支援を展開する上で重要な検証となるはずである。項目６を支持する支援者はこの点が反映されていると思われる。

また、児相や市区町村の虐待担当部署以外の支援機関が、本当に関わっていなかったのかについて、国の検証報告の第 18 次報告（2022 年）では、特集として『「虐待死に至ってしまった事例の関係機関の関与状況」にかかる集計のまとめ』として分析結果を公開している。そこでは第５次報告から第 17 次報告までの虐待死事例のうち、心中以外 98 人および心中事例 464 人について、児相と市区町村（虐待対応担当部署）の関与状況を調べ「いずれも関与なし」が心中以外では 66.0%、心中事例では 64.2%と多いが、どちらも関与していない場合であっても、保健センター等母子保健や医療機関の他、きょうだいや子どもの養育・教育機関との関りは一定数あるとの結果を報告している。本報告書の考察では「虐待による死亡事例の効果的な再発予防策の検討に向けては、児相や市区町村の虐待対応部署を中心に、検証の際には必要な情報を関係機関から適切に把握することが重要であり、その重要性についての理解が求められる」と述べている。項目６を支持する意見が多いのも同様の認識も反映されていると思われる。

児童虐待の防止は、児相や市区町村の対応に限定されるものではない。虐待で死亡に至るには突発的な要因もあるものの、地方公共団体の検証報告書で取り上げられている多くは小さな要因も含めて複合的な要因が重なって虐待が発生し、その経過の中であるべき支援の遅れや不備も重なって重症化し、保護的手立ても含めた介入も十分でなかった結果死亡に至っている。児相や地区町村に問われている課題や提言の多くは、一連の経過の中でも重症化した後の対応の検討が中心で、それ以前に地域の機関が、早期のリスクに気づき、それにどう対応してきたか検討に至っていない。責任の所在を最終の関係機関のみに限定するのではなく、ケースに関与した機関のすべてを含んだ地域社会全体の問題と捉え、関係機関がその時々で何ができたのか、さらには地域社会がどうあるべ

きなのかを検討することが重要といえよう。

４．回答者の属性に関する意見の違い

児相と市区の違いについては、項目２は市区の方が児相よりも問題意識が少なく、項目３と項目７は児相の方が市区よりも問題意識が高い。児相では、周産期の情報の必要性をあまり感じていない一方、子どもの状態に関する情報や全ての支援者からのヒアリングの必要性を強く感じている。市区が周産期の早期支援をより進めていく役割が求められるのに対して、児相は重症化したケースへの保護も含めた対応を求められている。こうした役割意識が、項目２ではなく項目３や項目７を支持する背景にあり、さらに児相は検証の機会が市区より多く、検証の現状に対して子どもを中心とした包括的なものにすべきとの改善を求めている傾向が強いことの反映と思われる。

所在地の規模による違いについては、項目６について大都市の方が問題意識が高かった。大都市ほど、子どもや家族に地域の機関がどのように関わってきたのかの実態が見えにくく、関与の有無大も含めて明らかにしたいという意向が強いことの表れと言えよう。

職種別での違いについては、心理師は項目１、項目３、項目４、項目５について問題意識が高く、保健師は項目２、項目５、項目６についての問題意識が高かった。また、福祉は項目５に関する問題意識が高かった。一方、保育士は項目１、項目３、項目４の問題意識が低い。事務は項目１、項目２、項目４、項目５、項目６、項目８と全般的に問題意識が低いが、項目３に関しては二分されていた。

心理職は対応以前の成育歴や関係機関の情報、子どもの状態に関する情報、加害者に関する司法関係の情報、支援者の実践の背景にある組織文化の問題など、多様な情報の必要性を感じている。心理職の主な役割は、ケースのアセスメント、それを踏まえた心理支援や家族や地域の支援者（保育園や学校等）へのコンサルテーションである。特に心理支援やコンサルテーションでは多角的視点からの包括的なアセスメントが必要で、生育歴や関係機関のかかわりの経過（項目１）、障害を含んだ子どもの状態像（項目３）、加害者の状態像（項目４）はそのための必須情報と言えるものである。また包括的アセスメントを行う上ではカンファレンスが重要な位置を占める。組織文化の問題（項目５）はカンファレンスの質を左右する基盤的要件と言ってよい。こうした心理職の専門的意識が、回答に反映されていると思われる。現在の検証報告の内容では、ケースの全体像が見えず、包括的なアセスメントを行うには情報が不十分ということである。

ただ、組織文化の問題（項目５）は心理職の問題意識にとどまらない。心理職以外でも、福祉職、保健師で共通する問題意識となっている。死亡事例の検証報告で、繰り返し課題としてして指摘されるのが、アセスメントの不十分さや硬直化、アセスメントが共有できない連携、協働の問題である。アセスメントの問題は心理職に限定されるものではない。このような問題が解決されず繰り返される背景として、第２段階に行ったエキスパートへの面接調査で浮き彫りになったのが、職員間の日常的なコミュニケーションが活発でない、自分の失敗を他の職員に話せない、周囲の意見と異なる意見を発言しにくいなど、職員の心理的安全性が守られていないという組織文化の問題であった。心理的安全性が保障された組織とは、失敗や懸念も含めて、なんでも話せる組織文化が醸成されていることである。この問題は、児相のみならず、市区町村を含め、心理職、福祉職、保健師で共通する問題意識であるといえよう。特に市区町村の保健師は、福祉部門と母子保健部門との一体的運営が求められており、その中で心理的安全性を高い組織文化を以下醸成させるかは喫緊の課題と言えよう。

さらに保健師は、周産期の情報（項目２）、支援

機関が関与していなかった死亡事例に関する検討の必要性（項目６）について考える必要を感じている。市区町村の保健師は、周産期からの予防的支援が強く求められており、かつ母子手帳の配布や乳幼児健診等でリスクを抱えた子どもと家族にかかわる可能性が一番高い職種の一つである。また先述したように、国が発刊した第 18 次報告の特集において、児相と市区町村（虐待対応担当部署）のいずれも関与なしとされたケースでも、保健センターとの関りは一定数あることを指摘している。こうしたことが、保健師の問題意識に反映されているといえよう。

一方、事務職は他の専門職と比べて、子どもの状態に関する情報（項目３）に関しては問題意識が二分されているものの、全般的に問題意識が低い。専門職と事務職との意識の違いは、実際に重大事案が発生したとき、誰（どの職種）がリーダーシップをとるかによって、検証委員会のマネジメントや調査等にやり方が異なる可能性を示唆している。そこに組織の硬直さなど心理的安全性が担保されていない組織の問題が重なれば、適切な検証もままならないだろう。

年数の違いについては、２年以下の場合、周産期の情報に関する必要性をあまり感じていない。これは経験が浅いと、周産期の状態と虐待死亡とのつながりをイメージしにくいのかもしれない。また、管理職か否かに関しては、加害者の司法関係の情報を除く全ての項目について管理職でない人の方が問題意識が高く、考える必要性を強く感じているという結果であった。検証報告書を読んでいる割合としては管理職の方が高いにもかかわらず、問題意識は管理職以外の人の方が高いという結果である。

５．管理職が事務職であるか専門職であるかによる差異

検証の在り方や検証報告書の活用については、全体的に事務職の問題意識が低い傾向があることが示唆された。そこで管理職と事務職が重なっている場合の現状を調べたところ、回答者の４割強が、管理職を事務職が担っており、児相と市区との間ではこの状況に差はなかった。管理職が事務職の場合と他の職種の場合とでは、検証の在り方への問題意識に差があり、他の職種である場合と比較して、事務職は子どもの成育歴やこれまでの支援経過、加害者の情報などの情報把握の必要性については問題意識が低いことが示唆された。

また事務職は支援者の対応の背景にある組織的な問題に関する問題意識も低く、逆にこの問題への意識が高いのは心理職の管理職であった。児相や市区は、子どもと家族のリスク状況の把握や子どもの保護の是非など、極めて重要な判断が求められる場である。そこでは、多角的な視野からの情報把握と多職種による協議を踏まえた検討が必要で、そのためには皆が意見を言いやすい心理的安全性等が担保された組織づくりが必要となる。心理職はこうした組織心理学的知見を備えている可能性が高く、そうしたことが問題意識の差に表れたのかもしれない。

心理的安全性等が担保された組織つくりにはリーダーシップが重要となるが、現状では意識が他職種に比べて低い事務職が管理職になる場合が多く、他職種から見れば管理職との問題意識の齟齬が業務上の軋轢や不満となっている可能性がある。事務職の意識改革も含め、問題意識について共通理解を図っていくことが課題の一つと言えよう。

Ｖ．知的所有権の取得状況

特になし

【引用・参考文献】

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局（2004）「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」

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)「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第 18 次報告特集

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課(2007)「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」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課(2011)「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」

井出智博・白井祐浩・満下健太 (2025) 各分野のエキスパートを対象としたインタビュー調査の量的分析. こども家庭庁科学研究補助金　成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.

増沢高・鈴木浩之・伊藤嘉余子 (2025) 児童相談所と市区町村の現状及び改善が進まない背景要因の検討 - エキスパート 16 人のインタビュー調査の分析 - . 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業. 子どもの虹情報研修センター.

研究成果の刊行に関する一覧表

研究発表

発表者氏名	発表タイトル名	発表学会	発表日
満下　健太 井出　智博 白井　祐浩	虐待重大事例における発生傾向と特徴の探索的検討検証報告書のコーディングに基づく量的分析	日本心理学会 第 88 大会	令和 6 年 9 月 6 日
井出　智博	「保護歴のある子どもの虐待死の未然防止に向けた方策に関する検討～検証報告書の分析を通して」	日本子ども虐待防止学会 第 30 回学術集会かがわ大会	令和 6 年 12 月 1 日
満下　健太	「自治体間移動を伴う児童虐待重大事例の特徴～検証報告書の量的分析を通して」	日本子ども虐待防止学会 第 30 回学術集会かがわ大会	令和 6 年 12 月 1 日
白井　祐浩	「新生児死亡事例の検証報告における課題と提言の検討～テキストマイニングの分析を通して」	日本子ども虐待防止学会 第 30 回学術集会かがわ大会	令和 6 年 12 月 1 日
満下　健太 白井　祐浩 井出　智博 増沢　高	「計量テキスト分析による虐待死亡事例等検証報告書における課題・提言の集約と分析」	日本子ども虐待防止学会 第 31 回学術集会ほっかいどう大会	令和 7 年 11 月 16 日

論文･雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					