
特集：要保護児童支援の現状と課題：国際比較からの示唆

児童虐待防止対策の課題 ——子どもが一時保護になった親の経験から——

上野 加代子*

抄 録

本稿では、虐待問題への対応を検討するうえで、FreymondとCameronらが国際比較研究で提示した虐待対応システムの3類型—虐待する養育者から子どもを守ることを主眼におく「児童保護システム」、先住民のコミュニティで認められる子どもの福祉が親族を含めたコミュニティの関心事として位置づけられている「コミュニティ・ケアリングシステム」、子どもの保護は児童福祉のなかのひとつを占めるにすぎない、普遍主義の「家族サービスシステム」—を紹介する。次に、児童虐待に関連している日本の法律や政策を検討することで、日本の制度が、通告と調査と家族へのモニターを主眼におく「児童保護システム」に分類されうることを示す。そして本稿の後半では、虐待と判定された3名の親へのインタビューなどから、児童保護システムに組み込まれている「子どもを守れない親」という見方にもとづく実践が生じさせる諸問題を浮き上がらせ、ほかの二つのシステムを参照することで改善への方向性を探る。

キーワード：児童虐待， 通告， 児童保護

社会保障研究 2017, vol.2, no.2・3, pp.263-278.

I はじめに

日本で、児童虐待の件数が、毎年集計されはじめたのは1990年度からである。統計をとりはじめてから、毎年、連続で増加している。児童虐待問題への対応は、国際的にみると、国や地域によって違いが認められる。日本は、米国などと同様の、通告と調査に重きを置いた対策を取り入れており、日本での虐待件数の増加も、そのことと関連がある。

米国では、Kempらによる「バタード・チャイル

ド・シンドローム」〔Kempe *et al.* (1962)〕の論文が引き金になり、1960年代から児童虐待に大きな社会的関心が集まった。各州で通告法が整備され、強化されていった。Kempらの論文は英国やカナダなどにも影響を与え、これらの国でも児童虐待の防止対策が整えられるようになった〔上野(1996)〕。

虐待する親から子どもを守るという主張は、「良いこと」のように見える。しかし、この主張にもとづいた政策や実践に対しては、児童虐待の防止対策を最も先駆的に推し進めていた米国で、すでに1970年代～80年代から批判的な議論が相次い

* 徳島大学総合科学部 教授

だ。例えば、1970年代半ば、児童虐待防止対策法の連邦議会の通過後、通告法のモデル法案の改訂についての公聴会で意見をもとめられたSussmanとCohenは、食物・住居・医療の基本的に必要なものを適切に提供することなしには、強制的な通告の効果はあがらないだろうと警告した〔Sussman and Cohen (1975)〕。広範な専門家たちと市民からの通告の奨励によって虐待を未然に防ぐ方法が有効であるには、まずなによりも社会保障の整備による、保育や医療保険などの基本的なサービス提供が前提とされなければならない、ということである〔Lindsey (2004), Gil (1985), Pelton (1989)〕。

日本でも児童虐待相談の対応件数が2015年度に10万件を突破し、さらなる増加の勢いを見せようとしている一方、生活保護基準の引き下げなど社会保障の削減が進められるなか、通告と調査を中心とする現行の児童虐待防止対策の方向性について、改めて検討する必要があるのではないだろうか。

その一助として、本稿ではFreymondとCameronら(2008)が虐待問題への対応についての国際比較研究で提示した3つの類型－(a)児童保護システム、(b)コミュニティ・ケアリングシステム、(c)家族サービスシステム－を紹介する。そして、児童虐待に関連した法律や通知等を検討し、日本が「児童保護システム」に分類されることを示す。本稿の後半では、児童相談所で虐待と判定された母親へのインタビューなどから、児童保護システムに組み込まれている「子どもを守れない親」という見方にもとづく実践がどのような問題を抱えていくかを検討し、ほかの二つのシステムを参照することで改善の方向性を考える。

Ⅱ 児童虐待問題の位置づけ－3つのシステム

社会福祉における児童虐待問題の扱いは、国やコミュニティによって異なる。FreymondとCameronらが編んだ国際比較研究では、(a)虐待の通告、家族の調査、必要な場合の代替ケアやスーパービジョンなどを軸にした、子どもの養育者からの保護を主眼におく米国・カナダ・英国・オーストラリア・ニュージーランドの児童保護システム、(b)子どもの福祉が親族を含めたコミュニティの関心事として位置づけられている、カナダの先住民やアオテアロア／ニュージーランドのマオリなどの先住民のコミュニティで認められるコミュニティ・ケアリングシステム、(c)子どもの保護は児童福祉のなかのひとつを占めるにすぎないスウェーデン、オランダ、フランス・ベルギー、フィンランド、ドイツなどの家族サービスシステム、に大別されている〔Freymond and Cameron eds. (2008)〕¹⁾。

1 児童保護システム

このシステムでは、子どものケアの責任主体は親であり、そのケアが最低限の基準を満たしていない疑いがあったときに、公的機関が介入する。子育てに関して家族は援助なしでやっていけることが前提されており、子どもに適切なケアをするのを妨げているのは、親の性格特性であると見なされがちである。したがって、介入は、その親が暮らす社会的環境を整えることよりも、個々の親(通常は母親)を変えることが目的となる。

虐待の通告があった場合には強制的な調査が行われる。その際に、標準化されたリスクアセスメントや公式な記録用紙が用いられ、その様式は、裁判所で証拠として使用できるように構造化され

¹⁾ 児童虐待問題への対応を国別に比較した研究として、Gilbert編(1997)における著書が有名である。それは、児童保護志向(米国、カナダ、イギリス)と家族サービス志向(スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ベルギー、ドイツ、オランダ)に大別し、さらに家族サービス志向を強制的な通告法の有無で二分している。本稿で使用してきたFreymondとCameron(2008)の分類は、Gilbert編(1997)のそれとオーバーラップしているが、先住民族への児童保護システムからの破壊的介入についての批判を踏まえて、国レベルに加えて、コミュニティレベルを加えた点でより斬新であるように思う。

ている。なぜなら、このシステムを採用している国では、家族のプライバシーと個人の権利が至高の価値になっているので、家族に介入するには、法権力と適正手続きが重要になるからである。言い換えれば、ソーシャルワーカーが独自の考えにもとづき、家族と関わるができる自由裁量の部分が少ない。近年このシステムを取る諸国では、ハイリスクの親の行動をモニターし、親子分離をした場合は、再統合プログラムなどで、親の行動をコントロールすることに焦点が当てられてきている。そして、そのような親に対しては、強い社会的スティグマが付与されることになる。

2 コミュニティ・ケアリングシステム

いくつかの先住民社会では、拡大家族、コミュニティ、場所や歴史、そして精神的なものへのつながりが重視され、人は個人として析出されるというよりも、拡大家族の一部と見なされる。それゆえ、子どもの保護とケアは、親、拡大家族、そしてコミュニティとの調整事項になる。子どもや親や家族の苦境は、通常、植民地主義、民族差別、さらにはコミュニティの解体などから理解される。援助方法としては、親と拡大家族、コミュニティの成員とが協同して、アクション計画を立て、コミュニティ内で家族にとって資源となるものを突き止める。このプロセスでは、伝統的な先住民の価値と手続きに沿うことが重要になる。子どもを家族とコミュニティ内にとどめることに強い価値が置かれ、専門職でないひとたちの関与が非常に大きい。家族は、コミュニティから援助されるという期待のもとで、子どもの世話に責任をもつが、理想的には、子どもと家族の安寧は、コミュニティの集合的な責任だと受け止められている。

3 家族サービスシステム

子どもの発達は社会でシェアされるべき責任だという考えは、先住民のコミュニティ・ケアリングシステムほどではないが、ヨーロッパの家族サービスシステムにおいても共有されている。このシステムは、親子関係のためのサポートと子

もへのケアの提供を最重要の課題に掲げている。家族をサポートする際に、虐待リスクの存在は前提とされていない。子育ての問題は、貧困や環境的なストレス、適切な援助の不足によって悪化すると受け止められている。そして、適切な援助があれば、家族は機能するという考えにもとづいて、家族という単位を機能させるためのサポート提供の方法を見つけることに焦点が当てられる。

こうしたシステムを取る諸国では、困難に直面した親は自発的に援助を求めようという前提があり、援助を求める家族は異常だという発想はない。家族への社会福祉制度が充実しているため、通常の行動の連続線上において、人生のある局面で、ほとんどの家族が社会福祉から援助を受けることになるからである。米国ならば「児童虐待」と認識されるような状況は、特異な性格特性を持った親に起因する特異事例だとは考えられず、多くの家族の子育てに共通したパターンの連続線上にあるという見方がなされるため、児童虐待が特別な問題として取り上げられるというより、通常の子どもの健康と福祉サービスの一環として、児童虐待問題への対応も位置づけられている。子どもは家族のなかに留め置かれ、スティグマを付与されず、サポートが提供される。支援サービスを提供するチームが独立性をもち、司法システムに通告せずにサービスの提供を行う。子どもの家庭からの強制的な分離は、虐待が深刻であるといった例外的なケースにおいてのみであり、それも通常は短期間で、親の合意のもとになされる。これらがうまく行かない場合には、最後の手段として司法手続きにより介入がなされる。

4 理念型としての3類型

これらの3類型は、あくまで理念的に構築されたものであることから、同じシステムに分類された諸国の制度の間にも、大きな幅や類型からの逸脱がある。例えば、「家族サービスシステム」に分類された国の中にも、通告の法律があり、ソーシャルワーカーが児童虐待の証拠を集め、司法に提出するという流れになっている国がある一方で、「児童保護システム」に分類された国の中に

も、通告法をもたない国がある。「コミュニティ・ケアシステム」も、「児童保護システム」の国に当該コミュニティが含まれている場合、その国のシステムから影響を受けることになる。また、すべてのシステムが、最終的には子どもを養育者から分離する仕組みを持ち、子育て中の親を援助する方策を持っている。しかし、類型としてみた場合、その理念、援助の方法や量の違いは極めて大きいのである。

この国際比較研究は、「どのシステムが優れているかは一概には言えない」と強調する一方で、「児童保護システム」を長らく先導してきた米国で、虐待死と判定される子どもの割合が「家族サービスシステム」の国よりはるかに高いという事実も指摘する。つまり、通告と調査と親のモニターを中心とする制度の効果は実証されておらず、むしろこのシステムは危機に瀕していると考えざるを得ないのである。

では、その危機にどう対応すればよいのか。ほかの二つのシステムを参照することが、それを考えるための手掛かりとなる。この国際比較研究からの提案は、(a) 親子に歓迎される様式で援助を提供する。(b) 子どもの安全は最重要であるが、それを当事者本位のサービス提供と矛盾させない。(c) サービス提供者が自分たちの日々の仕事の価値を実感できるようにする、などである〔Freymond and Cameron eds. (2008)〕。

Ⅲ 日本の児童虐待防止政策

FreymondとCameron (2008) の分類からすると、日本の現行の政策は「児童保護システム」に分類される。以下に見るように、リスクのアセスメントにもとづく、危険な養育者の発見と通告ならびに調査、必要な場合の代替ケア、そして子どものモニターや危険な養育者のスーパービジョ

ンなどが制度化されてきたからである。

日本での児童虐待問題への公的対応は、「児童虐待の防止等に関する法律」(以下、児童虐待防止法と略)が2000年に制定されたのを機に、一気に進んだ。児童虐待防止法の施行直後に策定された、『厚生省 子ども虐待対応の手引き—平成12年11月改訂版』〔日本子ども家庭総合研究所編(2001)〕では、一時保護所への緊急保護に、リスクアセスメントによる判断基準と判断方法が採用されている。虐待の法的な定義も広がった。2004年の児童虐待防止法の改正では、養育者以外の同居人の虐待を放置することも、子どもの目の前でDVが行われた場合も、養育者の虐待にあたることが示された。そして通告の対象が「児童虐待を受けた児童」から「児童虐待を受けたと思われる児童」に拡大され、児童虐待の予防及び早期発見に関する国及び地方公共団体の責務を組み込んだ改正がなされた。つまり、虐待のリスクだけで通告が可能になり、各市町村で児童相談所を中心として子どもに関係する機関や団体で情報を共有する虐待防止体制の構築が大きく進められたことである。さらに、2012年の同法の改正には、立ち入り調査等の強化、ならびに養育者の指導に従わない場合の措置の明確化などが含まれた。養育者が児童相談所の訪問や指導を拒否し、子どもの生命に危険が及んでいると判断されるときに、一時保護を容易にすべく法整備を行ったのである。このようなことから、児童虐待を理由とした一時保護の件数も増加してきた²⁾。

児童虐待の「早期発見」のために大いに力を発揮したのは、「リスク」という概念である。つまり、現時点では具体的な虐待行為を行っていない親についても、「ハイリスク」と評価された場合には、介入することが正当化されるのである。この「リスク」概念の現場での浸透に重要な役割を果たしてきたのが母子保健である。

²⁾ 児童虐待により一時保護件数については、平成12年度が6,168件であったのが増加し、平成25年度には15,487件である(『子ども家庭福祉の動向と課題』2015年4月21日 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 <http://www.crc-japan.net/contents/situation/pdf/201505.pdf> 2017年9月30日最終確認)。なお、平成26年度は16,816件、27年度は17,871件と最近でも増加傾向にある(『福祉行政報告例』e-Stat政府統計の総合窓口より <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do> 2017年9月30日最終確認)。

厚生労働省は2001年、母子保健分野において関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画である『健やか親子21』を開始し、その一環として地域保健・地域医療の現場と保健所等で、ハイリスク親子の早期発見を児童虐待対策として示した。また、2002年「地域保健における児童虐待防止対策の取り組みの推進について」の通知で、児童虐待の発生予防に向けたハイリスクの親子の把握に努めるように通達している。

なおこの通知と共に、厚生労働省は、保健所などの関係機関に対して、母子地域保健のリスク研究の総まとめともいえる「子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル」〔佐藤（2002）〕を送付した。そこには、周産期医療機関、市町村での乳幼児健診、家庭訪問など場面ごとに参照されるべき虐待リスク項目が記載されている。

その後も、出産前と出産後、母子保健の分野を中心として、母親への問診の機会が制度化され、増やされていった。例えば、2007年からは、乳児のいるすべての家庭を対象に市町村が実施主体となり「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」が実施され、乳児の状態、室内の様子、経済状態、住環境などにくわえて、母親の精神衛生状態（エジンバラ鬱尺度）がチェックされるようになった。従来から、産科での妊婦健診や、保健センターでの母子手帳の取得、1歳半児健診と3歳児健診の際には、母親の様子がアセスメントシートでチェックされていたが、2015年度より始まった『健やか親子21（第2次プラン）』では、それに加えて、母子手帳交付の際には「マタニティ質問票」が、3・4カ月健診、1歳6か月児健診ならびに3歳児健診では「健やか親子21問診票」が、それぞれ別シートで設けられ、飲酒や喫煙、乳幼児揺さぶられ症候群についての母親の知識や行動パターンを聴く質問項目が増えた³⁾。

こうしたリスクアセスメントの利用拡大は、母子保健行政に限ったことではない。産科での妊婦健診や小児科などの医療現場、そして保育所、幼稚園や小学校などの福祉・学校現場でも、各々の

リスクアセスメントのシートが開発され、虐待のリスクの有無という観点から親子関係をチェックし、通告することが奨励されてきた。

このように、日本の児童虐待防止対策は、危険な親を探知し、モニターするという枠組にそって設計されている。児童相談所であれ、保健・医療機関であれ、近年のアセスメントは、具体的な子どものケガに関連した項目から、リスクのある養育者を発見する項目へと範囲が広がり、その調査が徹底してきた。しかも、「虐待リスク」としてチェックされている項目には、養育者からの子どもへの暴力行為だけではなく、「不自然な転居歴がある」、「子どもの状況をモニタリングするネットワークが構築できない」、「訪問ができない」、「援助の拒否」、「支援望まず」など、児童相談所や保健所からみた養育者の暮らしぶりの見えにくさ、指導への不従順なども含まれている。つまり、経済的に困窮した家庭環境や保育所未入所といった社会保障の問題に起因する要因、引越など対象家族の把握が困難になるという児童相談所側の事情も、日本の「児童保護システム」では、「虐待のリスク要因」として個々の養育者が引き受けなければならなくなったのである。

こうしたシステムに絡めとられた親たちは、「虐待ハイリスクグループ」に分類されるという事態を、どのように経験しているのだろうか。「虐待者」の語りを取り上げた研究として、辻（2015）は、虐待あるいは虐待の疑いで、一時保護には至らなかったものの児童相談所が介入した母子家庭の6人の母親に、保育所や幼稚園、児童相談所とのやり取りや地域における人間関係の変化を中心に聞き取った。母親たちは、母子家庭や生活保護受給ゆえに近所や保育所・幼稚園から虐待を通告されたと認識している。児童福祉司から勧められた相談やカウンセリングを拒んだことで、さらに監視されていると感じたり、近隣や児童相談所とこれ以上のトラブルにならないように引越したり、上手にコミュニケーションをとったり、と苦心している様子が描き出されていた〔辻

³⁾「乳幼児健診情報システムの活用について」事務連絡、厚生労働省雇用均等・児童家庭母子保健課 平成27年9月14日。

(2015)〕。リスクアセスメントシステムが作動することで、いわば、親はさらなる「ハイリスク」行動をとるように追い立てられるのである。

Ⅳ 子どもの一時保護を経験した親へのインタビュー

本稿では、児童保護システムにおける具体的な問題を引き続き考えるために、虐待判定による子どもとの分離を実際に経験した母親3名に対してインタビューを実施した。これらの母親の子どもはすべて児童福祉法第33条にもとづく「児童相談所の長による児童の一時保護」を経験している(Aさん2年9カ月、Bさん6カ月、Cさん1年半)。うち2家族が裁判で保護解除を求め(Aさん、Cさん)、3家族とも家族再統合プログラムを経て、子どもが家庭に戻ってきている。母親には、児童相談所による児童の一時保護、施設の入所、そして再統合に至った経緯などを中心に質問した。

インタビューは、2017年8月と9月に複数回にわたり実施し、不明な点はその後メールで確認した。必要に応じてインタビュー対象者に関係資料を提示してもらい説明を受けたが、詳細な記述は本人が特定されてしまうことから、要約形式でまとめた。事例の本稿への掲載にあたっては、インタビュー対象者からは、内容の確認と掲載承諾を得ている。

<Aさん>

二人娘の次女が生後2カ月のとき、熱がでて、体調が悪いので、病院につれていった。入院して様子見になり、検査で硬膜下血腫と診断された。眼底出血もあった。専門医がいないということで、別の病院に転院した。そこで、眼底出血はない、硬膜下出血はあると言われた。そうしている間、児童相談所の職員から「揺さぶられ症候群の疑いがあるから保護します」と言われた。最初の病院が通告したことが後でわかった。病院での緊急の一時保護のあと、乳児院と児童養護施設へ一時保護で措置された。

一時保護の解除をもとめて、裁判を起こした。

自分たちが虐待をしていない証拠を出さなければならぬので、硬膜下血腫が自宅ではなく、最初の病院での入院中の出血であるという鑑定を別の病院から取るなど、できることはすべてやった。

専門家からみたら、自分たちの子どもの接し方で、間違っているところや良くないところがあるのかもしれない。児童相談所には専門家がいるはずで、もし自分たちに改善点があれば、専門の見地から教えて欲しいと申し出た。しかし、そういうことに対する助言もなかった。児童相談所は、単に親と子どもを離したら、それで仕事は終わり、という感じにしか私たち夫婦にはみえなかった。

裁判では、弁護士と相談して児相を批判せずに、「裁判官に親の思いを伝える」というやり方を取った。「上の娘はこれだけきちんと成長している。次女に会えなくて寂しがっている。親はここまで強く子どもを思っている」、目的は子どもを返してもらうことだから、児相叩きは自分たちの本意ではないということ明確にしたうえで、でも自分は虐待をしていたとは認めないというスタンスを取った。

私たちの場合は、子どもが措置されてから予防接種があり、こちらにまだ親権があったので出向いて子どもに会うこともできた。そのとき体にいくつかの痣があったので、ビデオで撮影し、証拠として裁判所に提出した。高等裁判所の裁判官が、施設での怪我を調査させる、と私たちと児童相談所の双方の弁護士に伝えてくれた。そのあとで児童相談所から再統合します、と急に連絡があった。再統合は3カ月で、はじめは職員も同席し、次は母子だけで、最後は夫も長女も参加して家族で面談する、といった流れだった。家族再統合のプランは予定よりずいぶん早く2カ月で終了した。家族再統合の期間が当初の説明より短かったのは、硬膜下血腫が家庭ではなく、はじめの病院で起こったと認められたからだ。私たち夫婦は思っている。保護の解除に2年9カ月要した。親による虐待とは何か、児童相談所には、はっきりした定義を示して欲しい。脳の出血ということで、大事をとって一時保護になるというのは仕方ない

のかもしれないが、親が加害者でないのなら、すぐに戻して欲しかった。

次女が家に戻ってきてすぐは、2歳違いの姉に暴言を吐いたり、暴れたりしたが、いまは落ち着いている。児童養護施設では、たとえ担当者が熱心に子どもにかかわってくれて子どもがなついたとしても、退職などで担当が変わってしまう。児童相談所の担当者は「長く引き離して申し訳なかった」と個人的に謝罪してくれたが、私たち夫婦はすべての職員に次女の今の姿を見てほしい。

<Bさん>

ネグレクトの疑いで一時保護（入院2カ月、乳児院4カ月）を経て、妻の実家での経過観察（6カ月）が続いたケースである。

子ども（男児）を生後10カ月で夫の実家に連れていったとき、つかまり立ちをしていたさいに、手を放して、直立したまま仰向きになり後頭部から床に倒れた。大泣きをしたので大丈夫だと思ったら、痙攣を起こし、あわてて救急車を呼んだ。救急車を待つ間、救急車の車内、病院についても嘔吐があった。CTをとって、硬膜下血腫といわれ入院になった。翌日に、脳外科の医師に、3日前も仰向きに倒れたことを相談すると、脳外科医からは、「出血が減ってきているし、よくあること、すぐに退院できる」と言われた。その後、眼科を受診したところ、眼底出血があった。その翌日、小児科の主治医から、児相に通告したと言われた。「私たちは、脳出血と眼底出血があれば児相に通告しなければならない」と説明された。

救急車を呼んでから5日後、児相から「親の安全保護義務違反」であり、「子どもは自宅へは帰せない、乳児院への入所になるだろう」と通達された。「自分たちは虐待だとは思っていないが、揺さぶられ症候群の可能性が否定できない」ということであった。あとで、そのCTの画像を借り出して、「揺さぶられ症候群ではなく、典型的な硬膜下血腫の中村Ⅰ型」という鑑定を小児脳外科の専門医から出してもらい、児童相談所に提出したが、その見解については何も変わらなかった。病院での一時保護が2カ月続いた後、乳児院を勧められた。

乳児院で3カ月入所しながら家族再統合プログラムを開始するので、と説明を受けた。児相の担当者の言葉を信じるしかなく、再統合プログラムに同意した。しかし、このプログラムのロードマップは、虐待（ネグレクト）をしたことを最初に認めなければならない内容になっていた。本当に悔しいことだが、弁護士もまじえて相談し、夫が子どもが一番早く帰ってくる方法を選ぶべきだと言い、自分も同意した。

それから、息子は結局、約4カ月乳児院にいた。面会は可能であったが、自分の両親どちらかの同伴が必要ということで、自分の両親が交代で一緒に面会にいった。この乳児院では、とても良くしてもらい、息子の様子を他児との中でみることができた。不妊治療をしてやっと生まれてきてくれた子どもで、自分も育児に前のめりになり力が入りすぎていたのかと、いろいろと考えさせられることもあった。

本当に大変だったのは乳児院を退所してからだった。24時間、第三者の監視がある生活すること、自分の両親と同居すること、自分たち親子3人での時間をつくらないこと、認可保育所に預け、送迎も第三者に依頼すること、などの条件付き退所だったからである。自分たち夫婦は夫の実家を希望したが、「事件が起こった場所なので」と却下された。自分の実家に引っ越し、自分の両親どちらかが保育所の送迎に付き添えないときは、人を雇わなければならなかった。ベビーシッターは2時間からで、保育所が家から遠いため、一日4時間と、費用もかかった。保育所の担当者も、自分や夫だけで送迎ができるのではないかと、児相にかけあってくれたが、許可されなかった。スーパーに自分たち3人でいくこともできない。児童相談所は、私の実家を事前に調査に来たが形式的なものであった。自分の母は積極的に孫の面倒を見るタイプではない。もともと難しい人であり急な同居により軋轢が生じていることを児相に相談したが聞き入れなかった。児相の職員、保健師、子ども福祉課の職員による家庭訪問など毎週何かしらある状態であった。夫は同居開始3カ月目で実家を追い出されてしまい、この状

態が3カ月続いた。児相とのかかわりは、一時保護開始から1年1カ月後に終わった。最後の訪問で児相から保健師が来たときに、育児について公的機関に相談していたことが、育児不安と見なされ、今回の判定に影響していた、と言われて複雑な心境になった。自分は一人っ子で、はじめての子育てなので、子育て支援センターや保健センターに何度も行き、なんでも相談していた。特に4カ月健診では母乳の量が足りていないのではと心配だったからである。「こんには赤ちゃん事業」の間診票にも正直に答え、エジンバラ鬱尺度の点数が9点とすでに高かった。こんなことも関係したのか、と思った。

現在の欧米の小児医学の基準では、硬膜下出血と眼底出血の二つでは、乳幼児揺さぶられ症候群と判定できない、という脳小児医学の専門医の所見についてどう考えるかを一時保護で入院していた病院の小児科医に質問したところ、今後も、虐待の可能性があれば自分たちは同じことをするとされた。児相にも同じ質問を投げかけたが、「子どもが怪我をした事実は変わらない」という回答であった。

夫はこの1件は忘れてこれからの生活を考えることが賢明だという。自分と実家との関係は、この件で最悪になった。自分は、子どもが2度と頭を打たないように、子どもから目を離さないようにしている。

<Cさん>

夫婦喧嘩がひどく、自分も疲れており、子ども(男児、当時1〜2歳にかけて)がそれを見て泣くので、児童相談所に相談した。安定剤を数回服用していたことを正直に、転居後の児相で話していたにもかかわらず、児童相談所が前の児童相談所から情報を取ったことが裁判所に提出した書類に記載されていたことにショックを受けている。2012年に離婚して、心機一転、東京に来た。その際に保育所の空きがなかったため、子どもを実家の両親に6カ月預かってもらった。保育所が決まり、子どもを迎えに行った。朝7時から夕方5時まで介護施設での仕事で、終わったら保育園に迎えにい

き、休日は友人に子どもを預かってもらい、介護の専門学校で勉強した。離婚して自分なりに精一杯頑張ったつもりである。一年が過ぎて、休日に子どもを預かってもらえなくなり、介護専門学校をやめた。毎日、疲れて、しんどくて仕方なかった。子どもに食事を作ったりするのも、おっくうになり、バナナやヨーグルトなどを食べさせていた。食事が満足につくれない、自分もお風呂に入れない。ある日、自宅で倒れこんで、動けなくなった。子どもに不憫な思いをさせたくなかったので、児童相談所に電話したら、係のひとがきて「食事をきちんと食べさせていないのは、育児放棄にあたる」と言われた。

児相から一時保護を提案された。「一時保護の書類」を渡され、「お母さんゆっくり休んでください」と言われた。助けられたと思った。1週間ぐらいして元気になってきたので、「迎えに行きたいので、どこに行けばいいのですか」と連絡したら、「子どもは返せません」と言われた。息子と面会遮断になっていた。何が起きているのかわからずパニックになった。息子は、児童相談所には1週間いたあと、児童養護施設に入所になった。息子が3歳のときだった。育児放棄というが、息子は虫歯もなく、体重もあるのに息子を返してもらえない。子どもが戻ってきてほしいのなら、児童相談所の指示に従うように促されたが、虐待をしていないので、児童福祉法33条の一時保護解除を求めて裁判を起こした。児童相談所が家庭裁判所に出した書類を見せてもらったら、引っ越し前に相談した児相でのことも記載されており、それは事実と違うことが多かった。また、アルコール依存が主たる問題になっていたことがはじめて分かった。子どもが一時保護される前、児童相談所が家に来てくれたとき、台所のシンクにお酒の紙パックがあったのをぱっと見て、アルコール依存と判断したのだと思う。

日本でいちばん有名なアルコール治療の専門病院に行くようにという弁護士の助言で、その専門病院で「適応障害(アルコール依存症とは言えない)」という診断書を出してもらった。陳述書も自分で作成し、弁護士が添削してくれた。弁護士

は費用がかかるので、最低限のことだけ依頼した。家庭裁判所にて、一時保護が解除された。しかし、すぐに子どもが家に帰ってきたわけではなかった。児童相談所からルールだから、8カ月の家族再統合プログラムをこなすように言われた。この同意書には、診断書で否定されたはずの飲酒のことや「虐待カウンセリング」などの記載があった。弁護士から、不満はあるのだろうけれど、子どもが戻ってくるのだから、妥協できるところは歩み寄らなければならないと促され、同意書に署名した。児童相談所の指導、精神科医による虐待カウンセリング、母子面接、コミュニケーションスキルの心理教育プログラムへの参加、子どもの外泊などを含むプログラムを経て、保護が解除になって息子が家に戻ってきたのは、3歳になる直前であった。プログラムの最中、なぜこんなに時間がかかるのかを虐待カウンセリングの担当医に尋ねると、あなたはシングルマザーでどの親族とも同居してないから、不安要素が多いのではないか、夫がいたら見相に子どもを迎えに行ったときに返してもらえたかもしれない、と言われた。シングルマザーがリスクになっているんだと思った。

児童相談所だから、相談に対して助言してくれたり、子育てを援助してくれるところだと思っていた。心労がたまり、「ちょっと弱音を吐いただけなのに」、まさか1年半も引き離され、裁判をすることになるとは思ってもみなかった。児童相談所からは身に覚えのないことを言われ続けたので、信頼関係はなく、謝罪を求めたが叶わなかった。裁判が終わってからも問いただしたが、突然連絡が来なくなった。

そのあとで家庭支援相談センターを訪ねることがあった。一時保護の経緯を話すと、「こっちに先に相談してくれたら、おにぎりでも持っていってあげたのに」と言われた。

いまでも毎食の食事を写真に撮っている。食事をさせている証拠になる。証拠がなければ親はとても弱いと思った。子どもは小学校1年生になったが、どこかに連れていかれると思うのか、いまでも電車には乗りたがらない。

V 日本の「児童保護システム」の問題点

この3人の母親からの説明内容は、インタビュー時点での「母親から見た事実」である。児童相談所や病院をはじめとする関係機関においては、別バージョンの時系列にもとづく「事実」があるのだろう。しかし、3名の母親の説明は、現行の「児童保護システム」の問題点を考えるうえで示唆的である。

まず、AさんとBさんの事例にあった、乳幼児の脳出血の取扱いに典型的に認められるような、可能性レベルでの虐待判定の問題である。児童虐待防止法で通告義務が課せられている病院は、「虐待の可能性」があれば通告することになる。児童相談所では、脳出血の診断が出ていると、加害者の有無、さらに加害者が親であるか否にかかわらず、子どもの生命に危険が及んでいると見なされる。AさんとBさんに関しては、子どもに脳出血があったので、親が安全保護を怠ったとして、一時保護しなければならないと判断したのだろう。

これらはすべて、「児童虐待を受けたと思われる児童」を通告できるとする児童虐待防止法と、「児童の安全を迅速に確保し適切な保護を図るため、又は児童の心身の状況、その置かれている環境その他の状況を把握するため、児童の一時保護を行う」ことができるという児童福祉法33条に則ったものである。児童虐待防止法もまた、「児童の安全の確認、児童相談所への送致又は一時保護を行う者は、速やかにこれを行うよう努めなければならない」と迅速な対応を強調している。すべてが順法行為なのである。

くわえて、児童相談所や児童養護施設などの児童虐待に係る機関が、子どもを家庭に戻した結果、子どもが犠牲になったケースで、これまでマスメディアの強烈的なバッシングを受けてきた〔上野・野村(2003)〕。したがって、子どもの安全保持と組織の防衛のため、可能性レベルで一時保護の継続に傾くとしたら、それも無理からぬことかもしれない。しかし、その後の養育者や子どもの生活を考えると、この「可能性レベル」での一時

保護判定の影響は甚大である。

特に問題なのは、児相など行政の側による「虐待の可能性」という曖昧な判断を根拠として一連の措置が作動してしまい、それを解除させるためには、「無罪」の立証責任が、「加害者」とされる養育者側に課される点である。通常の刑事手続きでは、「疑わしきは罰せず」の原則にもとづき、検察が「有罪」の立証責任を負うのと対照的である。養育者は、児童福祉法による一時保護や施設措置の解除のために、虐待がないこと、虐待の可能性もないこと、そして子どもの健全な養育が家庭でできることを、裁判で証明しなければならない。そのための情報収集や医学鑑定を取得、さらには弁護士への依頼に割く費用と労力はかなりのものである。

そして、多大なコストを払ったとしても、行政の側による組織的な判定を覆すことは容易ではない。例えば、Bさんの事例では、「揺さぶられ症候群ではない」という専門医の診断書をもってしても児相の見解を変えることはできなかつたし、再統合プログラムの冒頭で「ネグレクトをした」ことを認めさせられている。Cさんの事例でも、「アルコール依存症とは言えない」という診断書があるにもかかわらず、同意書には飲酒の件が書かれていた。弁護士からも、「妥協」を勧められている。本人たちにしてみれば、身に覚えのない虐待を認めるよう、公権力から圧力を受けたとしか思えないだろう。

ここで、現行の制度のもう一つの問題点が見えてくる。それは、「虐待の事実と真摯に向き合」うことを前提とする家族再統合プログラムの設計である。子どもが家庭に戻る際には、このプログラムを経なければならない。そして、そのプログラムの冒頭で、自らの「虐待」を認めなければならない設計になっているのである。身に覚えがないことを無理に認めさせられた親たちが、言いようのない屈辱感や、行政に対する怒り・不信の念を抱くことは必然である。これは、かれらと行政との関係をさらに悪化させ、悪循環を生じさせることになるだろう。

もちろん、刑事裁判でも冤罪は発生しうるか

ら、ここで取り上げたような事例は「不幸な例外」だと思われるかもしれない。本当に虐待を受けている子どもたちにとっては、一時保護や施設入所措置は助けとなるのではないか。病院も児相も、基本的に「善意」で動いていることは言うまでもない。しかし、一時保護や施設入所措置などの経験は、親だけでなく、子どもたち自身にとってもスティグマとなりうるのである。なぜなら、現状の「虐待リスクアセスメント」では、「トラウマの再演仮説」にもとづいて、「虐待を受けた経験」、「施設入所経験」が虐待リスクとして数え上げられることが多いからである。つまり、措置された子どもたちが将来、親になったときには、すでにリスクポイントを付与されている。かれらが軽微な「子育て上の問題」を起こしただけでも、児童保護機関は「虐待ハイリスク群」として対応するだろう〔Appell (1998)〕。「非虐待歴」がリスクとして制度的に引き継がれるのである。

最後にもう一つ、本稿での事例から、現行の制度の問題点を指摘しておこう。それは、今回取り上げた3名の養育者の全員が、「児童相談所が、相談所という名前から連想されるような相談に対するアドバイスや具体的な支援を提供してくれるところではなかった」と認識していた点である。特に、「児相に相談したところ、相談に乗ってくれるどころか、子どもを取り上げられた」というCさんの事例が象徴的であろう。つまり、現在の日本では、子育てについての相談に乗ってくれる公的機関が存在しないのではないかと、という問題である。

相談に乗ってくれる場所は児相以外にもある、と思われるかもしれない。実際、Cさんは、家庭支援相談センターで「こっちに先に相談してくれたら、おにぎりでも持って行ってあげたのに」と言われたとのことだった。しかし、実は同センターにも児相への通告義務が課されているのである。

AさんとBさんは、自ら子どもを病院に連れて行ったが、今日の病院は児相と緊密な連携関係にあり、特に脳出血となれば、病院受診自体が、児相による一時保護の可能性を極めて高くする。

Bさんの場合は、子育てに際して、行政の支援をできるだけ受けようと考え、任意の健診も受け、保健センター等にも相談に行っており、「こんにちは赤ちゃん事業」で事前に送られてきた問診票もすべて正直に答えた。しかし、それが「虐待」という判定の一助になったかもしれないと言われたときのショックは計り知れないだろう。

つまるところ、日本では、子どもに関連するおよそすべての専門職に、「虐待の可能性」の通告義務が課せられている。親が、通告のリスクを気にせずに子育ての相談をできる場所は、もはや存在しないのである。

そもそも、リスクアセスメント偏重の「児童保護システム」には、親の話をまともに聞こうという発想がない、とさえ言えるかもしれない。Cさんは、「児相の職員は酒の紙パックをぱっと見て判断したと思う」と述べていた。アセスメントの担当者はリスク項目を熟知しており、家庭を訪問すると、親の話よりも何よりも、リスク項目に関連するものが目に入ってくるのである。

また、「虐待する親は嘘をつく」というイメージが、児童虐待防止の現場に浸透している。そのもととなったのは、米国で児童虐待問題の啓発と対策を牽引してきたKempeらによる「バタード・チャイルド・シンドローム」という論文（1962）である。これは、レントゲン映像と親の説明との齟齬に焦点をあてたものである。明確に骨折を示すレントゲン映像と、「叩いてなどいない」という親の説明と、どちらを信用するか。言うまでもなく、隠された真実を可視化するのはレントゲン映像だ、というわけである。この論文は、日本でも医学を中心に広く紹介されてきた。そして、この論文を一読して読み取れる主要メッセージは、「虐待する親は嘘をつく」なのである。嘘をついているはずの者から相談を受けたときには、真摯に相談に乗るよりは、その背後に隠されている真実を暴き出そうという態度で接するほかないだろう。

もちろんこれは、現場の人たちの不誠実に起因する問題ではない。専門機関に対して、サービスの提供と児童虐待のリスクアセスメントという矛盾する機能が付託されていることから生じる制度上の問題である⁴⁾。厚労省は「相談してくれてありがとう」というパンフレットで親に啓発活動を行ってきた。市町村も、子育て相談の窓口を拡張してきた。しかし実際に相談したり、弱音を吐いたりすると、「見守り対象」や「虐待ハイリスク」としてピックアップされてしまうのである。福祉や保健機関の専門家が情報収集を目的として利用者に友好的に接し、相手の了解を得ず、事細かに調査し、他機関と情報交換しながら虐待のアセスメントを実施する。現行の『子ども虐待対応の手引き』（厚生労働省2007）では、児童相談所の「ソーシャルワークの対応」や「信頼関係」について記載されているが、相手に明かせない「隠された目的」をもち、同時に相手から「信頼」を得ようとする試みは、たとえ成功したかに見えても、専門家自身に自己欺瞞をしいるか、さもなければ「信頼関係」という言葉を裏切ってしまう（Margolin（1997=2003））。

まとめると、虐待予防に焦点化した「子育て支援」の体制整備は、子育てをするために非常に高度なスキルを要求するものとなっている。まず、養育者には、離婚などせず、近隣や保育所・幼稚園、小学校、医療機関とトラブルを起こさず、うまくやっていくソーシャルスキルが必要である。特に子どもが脳出血を起こしたときの対応には細心の注意を払わなくてはならない。いったん通告されると、児童相談所が48時間以内に目視での調査に入るからである。

児相が調査に入った場合には、養育者は児相の方針やアドバイスと対立しないように振舞わなければならない。「明確に拒否を示す家庭の中には、虐待のリスクの高い家庭が含まれる可能性が高い」という見方が浸透しているからである。まかり間違っても、養育者が児童相談所の訪問や指導を

⁴⁾ 米国では、「ソーシャルワークとは何か」の本質論やソーシャルワーカーの燃え尽き症候群と転職率の高さの議論のなかで、児童保護機関が、家庭への援助と警察的な調査という矛盾する役割を担わされていることを問題視する指摘が相次いだ〔Pelton（1989）〕。

拒否したりすれば、児童虐待防止法（2012年改正）にもとづいて、さらなる介入が行われる。

こうした細心の注意にもかかわらず、不幸にして、身に覚えのない虐待の疑いから児相の監督下に置かれてしまった際には、今後、どうすべきかを的確に判断するための情報収集ができ、医師から鑑定をとり、弁護士費用の捻出ができ、時間を割くことができなければならない。子どもを取り返すためには、再統合プログラムの冒頭で、身に覚えのない虐待を認め、児相が勧める「親のスキルプログラム」に積極的に参加する「能動的態度」も必要になってくるだろう。

こうしたスキルを持たない養育者は、「虐待ハイリスク」とされ、それを否定しようとする努力はリスクポイントを高める効果を発揮するのである。

VI 結論

本稿では、日本における「児童保護システム」の問題点を事例から検討してきた。FreymondとCameronが編んだ児童虐待対策の国際比較研究（2008）の眼目は、アメリカを中心に広く採用されている「児童保護システム」が、児童虐待防止対策として不可避なものでも普遍的なものでもないということであった。かれらの研究を参照して、日本の児童虐待防止対策は、「家族サービスシステム」と「コミュニティ・ケアシステム」から何を学ぶことができるかについて考察することで結論としたい。

まず、「家族サービスシステム」から学ぶべきは、養育者が援助を求めるという行為自体を病理化したり、問題視したりしないということ、そして何より、ケアの脱家族化を軸とした社会保障を整備することであろう。現行のシステムでは、養育者が相談に行くこと自体がリスク要因と見なされ、相談に真摯に対応するよりは「子どもの保護」のための仕組みが作動させられがちとなる。これでは、身に覚えのない虐待を理由として子どもを

公権力に「拉致」されたと思う親が頻出するおそれがある。

「児童保護システム」の前提となっているのは、「子どものケアの責任主体は親」という発想である。それゆえ、介入の対象となるのも、子育てに不都合な社会制度や社会福祉の不足などではなく、親個人ということになる。そうした発想そのものが、親を追い詰め、子育ての高度のスキルを要求するものになっている。事例に見るように、児童相談所や乳児院での一時保護措置そのものは、親のレスパイトケアになったり、親が自分の子育てを相対化できたりと、悪くはなかったのである。問題は虐待者として強いスティグマが貼られ、そのように制度的に処遇され続けたことである。

高齢者の介護については、1951年の社会福祉事業法制定以来の大改革であった2000年の社会福祉基礎構造改革で介護保険制度が施行されている。つまり、介護の脱家族化が（ある程度）実現されている。しかし、子育てについては、家族が一貫してあてにされてきた。つまり、家族主義の「最大の福祉義務を家族に割り当てる」〔Esping-Andersen（1999=2000）78〕やり方が、子育てにおいて今なお顕著である〔藤間（2017）〕。

たしかに、2015年から子育て家庭を対象に、幼児教育、保育、地域の子ども・子育て支援の質・量の拡充を図ることを目的に「子ども・子育て新支援制度」が施行された⁵⁾。ただし、この制度は、基本的には働く女性や親族の介護をする場合の子育てを支援するものである。「介護保険制度の保育版」と形容されることもあるが、介護保険制度では介護認定が利用者の状態での判定であるのに対し、保育認定は、大筋としては、「保育を必要とする事由」がポイント化され、保護者の状況による認定に留まった点が大きく異なる。

また、「保育を必要とする事由」に「虐待やDVのおそれがあること」も明記されているが、これは児童虐待問題への対応の文脈でみると、虐待判定ゆえに認可保育所の入所が優先されるという現

⁵⁾ 内閣府『子ども・子育て支援新制度』（<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/sukusuku.html> 2017年9月30日最終確認）。

行の日本の児童保護システムを引き継いでいる。養育者側の事情や、子どもへの虐待の有無にかかわらず、すべての養育者が利用できるよう、保育士の労働条件の向上、生活給の保障がなされたうえで、普遍主義にもとづいた低価格で良質な保育の選択肢を増やすことが推し進められるべきである。

保育に欠く、経済的に困窮している、劣悪な住宅に住んでいる、等々、現在では児童虐待のリスクとして養育者に帰属させられているもののなかには社会政策で改善できるものが多い。個々の養育者に「理想の親像」を押し付けるのではなく、かれらが直面する困難のひとつひとつを社会政策で対応していくことが、子どもの養育環境を確実に改善する方策であろう。

保育所の選択肢が広がり、それが良質で安価であれば、子育ての負担は軽減される。単親家庭の場合、親が夜間に就労する場合でも、保育所に預けさえすれば「ネグレクト」には該当しない。非常にシンプルな解決の図式である。

前節で見たように、現行システムの最大の問題点は、それが児童虐待の通告と連結されている点である。この点を改め、「家族サービス」という理念を中心に立てて改善を図れば、『健やか親子21』で行われている「こんにちは赤ちゃん事業」も、各種の健診の母子サービスも、子どもの成長を助けるための重要なサービス提供になりうる。『健やか親子21（第2次プラン）』の「子育てに寄り添う支援」や「子育て世代の親を孤立させない」地域づくりもまた、現行の「児童保護システム」の枠外で、普遍主義的な「家族サービス」として実施されれば、日本は他国に例を見ないような包括的で、利用者に喜ばれる、家族サービスの実施国になるのではないだろうか。

次に、「コミュニティ・ケアシステム」から学ぶべき点であるが、実は社会福祉の実践（ソーシャルワーク）の歴史上、重要なのは、そもそもこのシステムが類型として提示されているということなのである。ソーシャルワークにおいては、自分たちのあるべき家族や子育ての価値観にもとづき、先住民コミュニティから子どもを簡単に引

き離してきた、という痛烈な自己批判がなされてきたからである。そのような経緯のなかで、このシステムは、子育ての多様性を認める、コミュニティの当事者本位のサービス提供の類型として着目され、提示されることになった〔Freymond and Cameron eds. (2008)〕。

日本のリスクアセスメントによる虐待予防と判定も、単親家庭がリスクであるとされている点、あるべき母親像が強く押し出されている点において、特定の家族像にもとづくものである〔上野(2016)〕。「児童虐待のハイリスクの親」という考えの対極には、子育てを安心して任せておくことができ、関係機関の助言や指導に従う、経済的にも精神的にも自立している親が想定されている。しかし、これは児童虐待防止政策が作り上げた理想の親像にすぎない。

米国の事例を検討したAppell (1998)によると、児童福祉機関は個々の母親や子どもたちの視点からではなく、非常に狭いレンズで母親たちの生活をみている。裁判所と福祉機関の指導は、常に、母親を別の女性—指導に従い、より一貫して安定し、ドラッグを全く使用しないが、もはや情熱的ではなく精彩を欠くような別の誰か—に変身してもらおうとする。しかし、母親に薬物使用があるような場合も、薬物が子どもたちに危害を及ぼしていることを示す一般的な証拠はないのである。他方、「理想像」から見れば不十分ではあっても、薬物を使用する親が子どもを愛しケアをしているという証拠はある。福祉機関の指導は、かれらの作り上げた「理想像」にもとづくものであって、客観的な証拠にもとづくものではないのである。

また、米国で児童虐待を疑われた家庭の調査に際して、ソーシャルワーカーに同行したRiech (2004)も、母親の子どもへの接し方を観察するなかで、人間の行動パターンはそもそも複雑で、一貫せずに矛盾しているものであることへ強く注意を促している。

こうして、米国の社会福祉研究においては、現行の「理想像の押し付け」というやり方に代えて、子育ての多様性をも認める、当事者本位のサービスが求められるようになってきているのである。

もちろん、近年は日本でも、「多様性を認めること」がキャッチフレーズのように使用されるようになってきている。『健やか親子21（第2次プラン）』⁶⁾では、「疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスを展開すること」と記されている。これだけ読むと、「多様性を認めること」は、日本の児童福祉行政においてもすでに導入されているかのように見える。しかし、行政の発想としては、どうやら多様性を「認識する」ことと多様性を「認める（承認する）」ことは別物のようである。同事業では、妊娠期からの児童虐待防止対策が重要課題のひとつになっており、関係機関との連携強化が強調されていることから見て、多様性を認めるという方向ではない。そして、虐待リスクアセスメントにおいて、子どもの障害や単親家庭、経済困窮状況が相変わらず「虐待リスク」に数えられているままなのである。結局のところ、多様性を認識したうえで、不都合な多様性は矯正することが重要だと考えられているようだ。こうした現状に対して、子育ての基準について多様性を認めていくという「コミュニティ・ケアシステム」から学ぶべきことは大きい。

こうした示唆を、現行の「児童保護システム」の改善にどのように生かしていくことができるだろうか。児童虐待のイシューを過度に焦点化しない、地域での子育ての参考になる取り組みとして、筆者がインタビューを実施した、ある認可保育園の事例を紹介しよう。その保育園は、さる地方都市の市街地に位置しており、延長夜間保育（深夜2時まで）や休日保育、一時預かりを併設している。園児の定員は200名を超える。筆者は、経営者である理事長と園長から話を伺った。以下にその概要を記す。

この保育園には、外国人のお母さんもいて、子育ての慣習も違うが、国によってさまざまなだろう、という感じで見守っている。この保育園は、虐待防止ネットワークに入っているので、県の児童相談所や市の子ども女性相談室から「虐待

ケース」として紹介されてきた子どもも在園している。子どもの体に痣がある場合などには、子どもが寝ている間に写真を撮っておくが、すぐに児相に通告するのではなく、まず親にどうしたのかを尋ねることにしている。そのこと自体が虐待のストッパーになると考え、子どもの言動や体の痣の有無に気をつけながら観察している。2〜3年前に一度、自分たちでは対応が難しいことがあり、職員の間で何度も話し合ってから通告したことがあるが、地域で子育てしている親をサポートするのがこの保育園の趣旨なので、よほどのことがない限り通告はしない。

特にひとり親で子どもが数人いる場合など、日々の暮らしに追われているので、年長の子どもには、自立させる方向で支援する。例えば、フリースの服を初夏に着ている子どもには、「この生地って暑いよね」と伝え、薄い生地がどのようなかを手で触らせて、家にある薄い生地の服を探して持ってこさせる。母親に、取り入れた洗濯物がある場所を子どもに教えるように依頼しておくこともある。「何でもお母さんに頼ったらだめ、自分のことは自分できるように」という方向にもっていく。子どもが自立できるように知恵をつけることで、母親の子育て負担を軽減するようにしている。

夜間保育の延長は多くて20名まで。繁華街に隣接していることから、夜の接客業関係者、店舗経営者などが利用しており、母子家庭が有意に多い。休日保育は、高齢の保育経験者を専任して雇い、昼間の保育者の負担を軽減する工夫しているが、保育士が足りていない。

この保育園を紹介してくれた地元商店街の理事長は、「夜間の保育がなければ、子育てに困難が生じる親がでてくる。無認可の託児所は、実際、預けてみなければ内容がわからない。この認可保育園があるので、この地域の親が子どもと一緒に安心して暮らしていける」と述べている。

こうした現場での手間のかかる取り組みを手本にすることは困難だという現実もあるだろう。し

⁶⁾ 参考資料1 乳幼児健診に関連した「健やか親子21（第2次プラン）」の指標（http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/file/screening_manual_h27/file05.pdf 2017年9月30日最終確認）。

かし、子育ての多様性を認めると同時に、現場の取り組みの多様性も認めることが、よりよい取り組みの創造に大きな力を与えることになる。もちろんそれに加えて、現場の創造的な取り組みを援助するための手厚い人的・財政的支援が必要であることは言うまでもない。

まとめておこう。「家族サービスシステム」の理念にもとづく普遍的で手厚い支援と、「コミュニティ・ケアシステム」の理念にもとづく多様性の承認。日本の児童虐待防止政策がまず学ぶべきは、この二つである。

参考文献

- Appell, Annette R. (1998) "On Fixing "Bad" Mothers and Saving Their Children", Molly Ladd-Taylor and Lauri Umansky (eds.) *Bad Mothers: The Politics of Blame in Twentieth-Century America*, New York University Press, pp.356-380.
- Esping-Andersen, Gosta (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press. (渡辺雅男・渡辺景子共訳 (2000) 『ポスト工業経済の社会的基礎—市場・福祉国家・家族の政治経済学』, 桜井書店)。
- Kempe, C. Henry, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver (1962) "The Battered-Child Syndrome", *Journal of the American Medical Association*, 181 (1): 17-24.
- 厚生労働省 (2007) 『子ども虐待対応の手引き』 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html> (2017年9月20日最終確認)。
- Gil, David G. (1985) "The United States Versus Child Abuse" in Leroy H. Pelton ed., *The Social Context of Child Abuse and Neglect*, Human Sciences Press, Inc., pp.291-324.
- Gilbert, Eeil ed., (1997) *Combating Child Abuse: International Perspectives and Trends*, Oxford University Press.
- Freymond, Nancy and Gary Cameron eds., (2006) *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare: International Comparisons of Child Protection, Family Service, and Community Caring Systems*, University of Toronto Press, Kindle version.
- Lindsey, Duncan (2004) *The Welfare of Children*, Oxford University Press.
- 日本子ども家庭総合研究所編 (2001) 『厚生省 子ども虐待対応の手引き—平成12年11月改訂版』 有斐閣。
- Pelton, Leroy H. (1989) *For Reasons of Poverty: A Critical Analysis of the Public Child Welfare System in the United States*, Pareger.
- Reich, Jennifer A. (2004) "Spotlight on Methods: Investigating Child Abuse Investigations", in Vern Bengtson, Alan Acock, Katherine Allen, Peggye Dilworth-Anderson, and David Klein eds., *Sourcebook of Family Theories and Methods: An Interactive Approach*, Sage Publications, pp.552-555.
- 佐藤拓代 (2002) 『子ども虐待防止のための保健師活動マニュアル—子どもに関わるすべての活動を虐待予防の視点に』 平成13年度厚生科学研究補助金「子ども家庭総合研究事業 地域保健における子ども虐待の予防・早期発見・援助に係る研究報告書」。
- Sussman, Alan and Stephan J. Cohen (1975) *Reporting Child Abuse and Neglect: Guidelines for Legislation*, HarperCollins Distribution Services.
- 藤間公太 (2017) 『代替養育の社会学—施設養護からく脱家族化>を問う』 晃洋書房。
- 辻京子 (2015) 「児童虐待リスクとしての母子家庭—社会的排除とジェンダーの視点」『地域科学研究』 45 (1) : 61-71。
- 上野加代子 (1996) 『児童虐待の社会学』 世界思想社。
- 上野加代子・野村知二 (2003) 『児童虐待の構築』 世界思想社。

(うえの・かよこ)

Narratives of Alleged Child Abusers Showing Problems in Japan's Approach to Child Protection

Kayoko UENO*

Abstract

Based on comparative studies of conditions in wealthy countries, Freymond and Cameron identify three different systems for dealing with child abuse: child protection, community care, and family service. This paper builds on Freymond and Cameron's classification to consider Japan's child abuse prevention policy. Examination of laws, legislation and policy guidelines shows that child protection in Japan relies primarily on mandatory reporting as well as on the investigation and surveillance of risky parents that characterizes the child protection system. Interviews with six mothers who experienced child removal due to alleged abuse show difficulties associated with child protection in Japan because child abuse is too broadly defined and because parents may admit abuse in order to have children returned to their care. The interviews show that parents may avoid seeking professional help and advice because all case details are supposed to be recorded and reported to authorities. This paper recommends urgent change to the Japanese child protection system through adopting the merits of community care system and family service system, narrowing the definition of child abuse and tailoring non-stigmatizing child care for individual families. It is suggested that, instead of attempting to alter individual behavior to make better parents, welfare services should encourage alternative child care and reduce risk factors for child abuse such as poverty, unemployment and inappropriate housing.

Keywords : Child Abuse, Reporting, Child Protection System, Japan

* Professor, Tokushima University