

# ベビー P 虐待死亡事件とラミング報告書

——繰り返される第二のクリンビエ事件——

田 邊 泰 美

## 目次

- [1] ベビー P 虐待死亡事件とは
- [2] ベビー P 虐待死亡事件の概要
  - (1) 2006年12月12日の戦略会議まで
  - (2) 2006年12月12日の戦略会議から22日の初期児童虐待防止会議まで
  - (3) 第1回児童虐待防止会議
  - (4) 2006年12月23日から2007年3月16日の児童虐待防止検討会議まで
  - (5) 児童虐待防止検討会から2007年7月18日まで
  - (6) 7月18日から8月3日まで
- [3] SCRs の見解
  - (1) 権威的な対応の必要性
    - (1) 初期対応の失敗
    - (2) 初期対応以降の失敗
  - (2) いくつかのソーシャルワーク的課題
    - (1) 協働コミュニケーションの改善
    - (2) 医療や司法証拠への過剰な信頼
    - (3) 警察とソーシャルワーカーの合同調査
- [4] ラミング報告書：児童保護／虐待防止の進捗状況に関する評価
  - (1) 本報告書の主要なメッセージ
  - (2) 進捗状況
  - (3) リーダーシップと説明責任
  - (4) 子どもへの支援
  - (5) 協働
  - (6) 児童関連サービス従事者
  - (7) 改善と挑戦
- [5] 考 察

## [1] ベビー P 虐待死亡事件とは

2007年8月3日、12時10分、北ミドルサセックス大学病院に運び込まれたベビー P (法的な理由で名前が伏せられていた。現在は Peter と表記) の死亡が確認された。享年17ヶ月。ベビー P の全身は外傷だらけで、肋骨(8ヶ所)の骨折、脊椎骨損傷(骨折)、歯の欠損(1本は本児の結腸から発見)、指爪(2本)と足爪(1本)の剥離、耳部裂傷は犬の歯で引きちぎられたような傷痕であった。ベビー P は自治体関係者と78回も接触をもち入退院を繰り返し、さらに母親が虐待の疑いで2度も逮捕されたにも拘わらず保護(強制介入)されなかった。本件は、母親、ボーイフレンド(パートナー、32歳)、1人の男性(J. Owen、36歳)と家出少女(15歳)という複雑な家族構成の中で生じた事件である。2008年11月11日、2人の男性の有罪(母親も本件への関与が確認)が確定し報道されると、クリンビエ虐待死事件(2000年)と同地区(ロンドン北部ハリンゲー地区)であったことから、社会の関心は頂点に達した。

本事件は国会答弁でも取り上げられ、児童大臣 Ball は、2004年児童法の権限を行使し(初めての権限行使)、ハリンゲー地区における児童安全保障(虐待防止)に関する緊急の合同査察調

査を命じるとともに、地区児童安全保障委員会（LSCB）委員長の S. Shoermith を更迭した。さらにラミング卿（クリンピエ虐待死亡事件の調査委員長）に、クリンピエ事件以降、児童社会サービス改革の進捗状況に関する全国調査を依頼した。3月に提出された報告書では、ソーシャルワーク（ソーシャルワーカー、保健訪問員、虐待担当警察官）の質（専門性の確保）と量（人材供給）およびそれを裏付ける財源の確保に焦点が合わされた点が興味深い。ベビー P 事件の概要およびラミング報告書の勧告を整理し、なぜラミング報告書がソーシャルワーク改革に言及したのか、政府の諸政策との関連と影響を明らかにする。

※本論では扱えない、本件に関連するいくつかの問題について、先に簡単に触れておく。

①調査の種類：本件に対する社会の関心度およびは政府の姿勢は、4つの調査が実施されたことから明らかである。①深刻なケースの調査（Serious Case Review）虐待死などが判明したとき LSCB が実施する調査。児童大臣 Ball は最初の調査報告書のやり直しを命じ、前ケント児童サービス部長 G. Badman をハリンゲー LSCB 委員長に任命し、調査報告書の作成にあたらせた（5月公表）。②ラミング報告書（Laming Report）クリンピエ事件調査報告書の勧告および政府の児童社会サービス改革（Every Child Matters : ECM）の進捗状況に関する全国調査報告書（ベビー P 虐待事件調査報告書ではない）。③地区合同児童社会サービス査察委員会調査報告書（Joint Area Review of Safeguarding : JAR）政府（Ball）は2004年児童法の権限を行使し、ハリンゲー地区の児童安全保障（児童関連社会サービス）に関する緊急調査を命じた。Ofsted、保健医療ケア監査委員会、警察からの査察官と、ハンプシャー児童サービス部長 J. Coughlan の協力の下で実施された（2008年12月に公表）。④地区児童安全保障委員会の現状調査（Local Safeguarding Children Boards Stocktake）：LSCB の活動内容の調査報告（政府の要請）。S. Shoemith がハリンゲーの児童サービス部長と LSCB の委員長を兼務していたことより、LSCB の独立性が守られていたのかという疑問への対応<sup>(1)</sup>。

②ケア命令申請の増加：2008年11月、2人の男性にベビー P の殺害に対する有罪判決が下されてから、ケア命令の申請数が顕著に増加した。同年6月には400件を下回っていたが、同年12月には716件に達した。それは児童大臣 Balls がハリンゲー児童サービス部長（S. Shoemith）を更迭し、虐待防止の失敗は許容できないことを自治体／議会に明確にしたことによる。さらに2009年3月には739件に達した。これはラミング報告書の出版とそのメッセージ、すなわち「上級専門／管理職の評価は最も脆弱な子どもたちに提供されるサービスの質とその成果によって査定されるべきである」（2.10）と強調されたことによる<sup>(2)</sup>。

③被虐待児の証言：ベビー P の継父すなわち母親のボーイフレンド（32歳）は、かつて2歳の幼女をレイプしたことで2度めの有罪判決を受けた。法廷では、幼女が3歳の時の（警察での）証言が撮影されたビデオが30分間流され、続いて幼女（現在4歳）がビデオ・スクリーンを通じて法廷の前に現れた。その幼女は、英国裁判所で証言をした最年少の子どもである。検察局は、幼女にビデオ・スクリーンを通じて弁護士と質疑応答をさせたことで批判を受けた。しかし、NSPCC の児童サービス部長（W. Cuell）は、「この環境は理想的ではないが検察局と警察は自信を失ってはならない」と支援した。2007年に5歳未満の性的虐待1339件が警察に報告されたが、司法証拠が存在しないためほとんど起訴できなかった。「子どもがきちんとケアされるのであれば、有力な証人になるはずである」と彼は言う<sup>(3)</sup>。

④監査／査察の信頼性：Ofsted による2006年のハリンゲー地区の児童虐待防止施策は「全般的に満足のゆく水準」と評価されており、JAR（2008年12月）の評価とは著しく異なる。また2007年11月にハリンゲー地区の児童若者サービスに関する年次アセスメントが実施された。Ofsted による総合評価は3ツ

星で（1ツ星から4ツ星まであり、1が不十分（inadequate）4が非常に良い（outstanding））、児童若者の安全保障については「優れている」（good）評価している。また、児童社会ケアの定員未充足率も改善に向かいつつある、と評価していた(4)。

## [2] ベビー P 虐待死亡事件の概要<sup>(5)</sup>

※本件の概要は、ベビー P（ピーター）虐待死亡事件に関する調査報告書（Baby Peter Serious Case Reviews：SCR）と‘Timeline：The short life of Baby P’ in guardian. co. uk, Tuesday 11 November 2008. を情報源として整理した。G. Badman（12月にハリンゲール LSCB に就任）を委員長とする SCR は 2009 年 2 月には完成されていたが、一般公開までには少し時間がかかった。調査報告書の要約が 2009 年 5 月 22 日に一般公表された。本文ではベビー P（Baby Peter）、Ms A（母親）、Mr A（父親）、Mrs AA（母方祖母）、Ms M（母親の友達で P のインフォーマルなケアラー）、Mr H（母親のボーイフレンド）、Mr L と彼の女友達 F（ベビー P 死亡時の居住人）。ベビー P のきょうだいに関しては、これらの子どもの利益を守るために、詳細な情報は公開されていない（1. 2）。

※事件の概要を説明する前に、当家族の生い立ちと背景について簡単に説明を加えておく。

Ms. A は 1981 年レスターで生まれる。実母と継父が離婚する 1984 年までその土地で居住していた。両親は暴力（DV）が絶えなかった。Ms A は実母と一緒にロンドンで暮らすようになった。兄はレスターで父親と暮らしていた。1988 年 3 月、継父が突然死亡したため、兄はロンドンで暮らしている母子のもとに引取られる。彼は攻撃的な性格で落ち着きがなく、学校でそして自宅では妹に暴力をふるっていた。1990 年 5 月、彼は母親による身体的虐待でイズリントンの児童虐待防止登録に登録される。1991 年、10 歳の Ms A はネグレクトにより児童虐待防止登録に登録される。彼女の身だしなみと衛生状況に問題があった。彼女の受けた養育環境は暴力と虐待が絶えなかった。1992 年 6 月、児童虐待防止登録から削除された。彼女は児童精神医療センターに送致され、特別な教育ニーズへの対応が必要と判断された。彼女は 1993 年に、イズリントン社会福祉部が運営する（居住制）特別教育支援施設に通っていた。1997 年、彼女が 16 歳のとき、将来の夫となる Mr A と出会う。彼の話によれば、Ms A と出会う前に公的サービスの世話になったことは一度もない、という。確かにそのような記録は残っていなかった（2. 1-2. 4）。

### (1) 2006 年 12 月 12 日の戦略会議まで（第 1 期）

3/1	ベビー P 誕生。ハリンゲール地区（ロンドン北部）に両親と同居。
5/2	ベビー P、食べたものを吐くため GP の診察を受ける（初回）。26 日も同じ理由で通院。
7/17	ベビー P の父親、ハリンゲール地区の自宅を出る（別居）。
10/13	ベビー P（8 ヶ月）、頭部と胸部の打撲傷により GP の診察を受ける。母親はその原因を「階段から転げ落ちた」と説明する。
11 月～12 月	母親は 32 歳のボーイフレンドと自宅で同居を始める。
12/11	ベビー P は、頭部の傷害、鼻柱、胸骨、右肩、臀部の打撲傷により GP の診察を受ける。母親は興奮しその原因を説明できない。ベビー P は精密検査を受けるためにホイットティングトン病院の小児科へ送致された。母親はその原因を「長椅子から転げ落ちたり犬に噛まれたりしたから」と説明する。ベビー P はハリンゲール児童若者サービス部に送致される。

2006年3月1日、北ミドルサセックス大学病院でベビー P を出産後、保健訪問員による新生児訪問が始まった。保健訪問員はベビー P の状態を健康良好と判断したが、家族歴を考慮して「懸念」を示す「ブルーホルダー」に分類していた(3.9)。9月18日、Ms A はベビー P (咳とおむつ被れ)を連れて GP (一般家庭医)の診察を受けた。GP の記録によれば、Ms A は「ベビー P が脆弱な体質(傷つきやすい体質)であるにもかかわらず注意が怠っている」と非難されることに不満をこぼしていた(3.11)。10月13日、ベビー P は GP の診察を受けた。左胸部と左頭部に打撲傷が確認される(3.12)。Ms A の説明によれば、前日「階段から転げ落ちた」ことが原因らしい。12月11日、Ms A は GP に電話をかけ、ベビー P の頭部にできた腫れ物への対応を尋ねてきた。GP はベビー P を診察し、症状の重さから判断して病院に送致する必要があることを Ms A に話した(3.13)。ホイットティングトン病院での診察では、多くの打撲傷が発見され身体図が作成された。Ms A はベビー P の前頭部の腫れ物について「誰もが納得できる」説明をすることはできなかった(3.14)。身体図には臀部にできたひどい打撲傷、それ以外にも額や胸部に打撲傷があった(3.15)。検査の結果、「傷つきやすい体質」という理由では説明のつかない傷害である、という結論である。調査終了するまで、ベビー P は入院することになった(3.16)。

## (2) 2006年12月12日の戦略会議から22日の初期児童虐待防止会議まで(第2期)

12/12	ハリンゲール児童若者サービス部はベビー P の対応に関して戦略会議(strategy meeting)を開く。
12/15	ベビー P は病院から退院し母親の友人に預けられた(ケア委託)。警察の調査が実施される(13日より実施)。
12/19	ベビー P の母親とその祖母がベビー P に対する暴行容疑(assault)で逮捕。2007年1月11日に保釈され自宅に戻る(祖母は起訴されず)。
12/22	第1回児童虐待防止会議。ネグレクトと身体的虐待を根拠に、ベビー P の名前が児童虐待防止登録に登録される。

戦略会議にはソーシャルワーカーと警察官が出席した。ベビー P には被虐待の疑いがあり、47条調査および警察調査が終了するまで自宅に帰さない、という結論で一致した(3.18)。12月13日、警察官とソーシャルワーカーは学校を訪問し(合同調査)2人の年上のきょうだいと個別に面接した(3.19)。12月14日付の詳細な所見(ホイットティングトン病院)では、顧問小児科医は「いくつかの打撲傷は故意による傷害である疑いがきわめて強い(very suggestive)」と述べている(3.20)。ベビー P は15日に退院し Ms A の友人 Ms M のケアに委ねられた(3.21)。

病院を訪問している間に、警察官は Ms A と面接した。Ms A はベビー P の打撲傷の原因について繰り返し説明するが納得できる説明には至らず、ただ自分と母親の責任ではないことは明確に述べた(3.22)。19日、警察は Ms A と Ms AA を逮捕した。取調べにおいても明確な説明は得られず以前と同じ説明を繰り返した。警察は自宅には Ms A とその子どもだけで、時々 Ms AA が滞在することを確認した。しかし、ほかの誰かが居住もしくは滞在することはないのか、とい

う疑問については、彼女らのいずれにも直接尋ねることはしなかった (3. 23)。

### (3) 第 1 回児童虐待防止会議 (第 3 期)

第 1 回児童虐待防止会議が 12 月 22 日に開かれた。GP は召集されなかったので出席せず、小児科医は召集されたが外来診察のため出席できず詳細な報告書を提出したが、彼女の見解を代弁する医師の派遣はなかった。児童精神発達センターの医師は召集されたが欠席した。ソーシャルワーカーは Ms A の生い立ちや家族背景に関する詳細な情報を含めた報告書を提出した (3. 25)。地方自治体の法律関係者は出席した。Ms A も法律関係者を同伴して出席した。警察は虐待調査官が出席した。警察によるベビー P の傷害に関する調査が進行中であった (3. 26)。Ms A はベビー P の傷害について納得のできる説明はできなかった (3. 27)。小児科医の見解は「傷害は故意によるものである」という結論である。しかし、傷害ができたいきさつやそのときの状況を正確に説明できるものは誰もいなかった。ただ、9 カ月の男児には被虐待の大きな懸念があった。ベビー P は身体的虐待とネグレクトの両方で登録された (3. 29)。2 人の年上のきょうだいの内、一人はネグレクトで登録され、もう一人は登録されなかった (3. 30)。

### (4) 2006 年 12 月 23 日から 2007 年 3 月 16 日の児童虐待防止検討会議まで (第 4 期)

1/26	ベビー P は保釈中である母親のケアに戻される。
2/19	母親、パートナー (32 歳のボーイフレンド)、ベビー P は、ロンドン北部の公営住宅に移る。ソーシャルワーカーの交代。
2/22	ベビー P の担当ソーシャルワーカーであるワード (M. Ward) が新居へ初めての家庭訪問を実施する。母親は児童虐待防止登録に登録されたことに不満をもらす。打撲の原因は自分ではないことを主張する。
3/02	ワードは保健訪問員のトーマス (P. Thomas) と一緒に、ベビー P の誕生日の翌日に家庭訪問する。ワードはベビー P が床に頭部を押し付けたりぶついたりしている光景を見、児童精神発達センターで診察が受けられるよう連絡交渉する。
3/05	Ms A がベビー P のきょうだいの一人を平手打ちしたところが目撃される。
3/08	ワードによる家庭訪問。ベビー P がソファに頭部を押し付けたりぶついたりしている様子が見られる。

初期児童虐待防止会議以後、ベビー P ともう一人の子どもはソーシャルワーカーより定期的に、また保健訪問員、家族支援ワーカー、GP より頻繁に面接を受けた (3. 31)。ソーシャルワーカーは 12 月の 24、27、29 日と立て続けに家庭訪問した (3. 33)。児童虐待防止会議の総合的なアセスメントすなわち司法的見解は、「ベビー P の傷害はケア手続きの基準を満たしているが、児童若者サービス部にベビー P に関してケア手続きを開始するよう促すことはできない」(3. 34) という結論であった。2007 年 1 月 10 日に最初のコア・グループ (core group) 会議が開かれ、Ms A とベビー P が出席した。24 日に戦略検討会議が開かれ、傷害が故意によるものであったとしても、誰が加害者なのか分からないという点で一致した。警察はひとまずベビー P

を自宅に戻すことに同意した (3. 35)。2007年1月26日、ベビー P は自宅に戻った。そして家族は2月19日に新居に移った。この時点でソーシャルワーカーが交代した (3. 36)。3月5日、養護教諭がソーシャルワーカーに「Ms A が大声で怒鳴りつけ学校の外でベビー P のきょうだいの一人の頬を平手打ちした」ことを電話で伝えてきた。その子は一人で面接を受け暴行 (assault) が確認された。Ms A はすでに親業支援プログラムに参加していたので、それ以上のアクションは取られなかった (3. 38)。3月13日、ソーシャルワーカーは Mr A と面接した。Mr A は子どもと頻繁に交流を持ちたい様子で、法的な助言を得るようアドヴァイスされた (3. 40)。3月16日の児童虐待防止検討会で、ソーシャルワーカーは通常の家門訪問に加え、事前通告なしの家門訪問をふやすことにした (3. 41)。

#### (5) 児童虐待防止検討会から2007年7月18日まで (第5期)

- |      |  |
|------|--|
| 4/09 | 母親は北ミドルサセックス大学病院にベビー P を連れてゆく。ベビー P の頭部左側に大きな腫れと打撲傷、右頬に小さな打撲傷がみられた。母親はその傷害について、4月5日の木曜日に「18カ月の子どもに押されて暖炉に頭部をぶつけたことによるもの」と説明する。またベビー P は耳の周辺に打撲傷が顔面と耳朶にそして引っかき傷があり、頭部にはしらみが寄生していた。精密検査 (CT スキャン) の結果、問題はなかった。   |
| 4/11 | ベビー P は退院する。   |
| 6/01 | ベビー P は15カ月になり、ワードは事前通告なしの家門訪問を行う。ベビー P は毛布に包まってソファの上に横たわっていた。彼の顔は赤く顎の下には打撲傷の痕があり目の下には赤い線痕があった。母親は「18カ月の子どもと喧嘩してできたもの」と説明する。ソーシャルワーカーは警察に連絡し、そして母親に GP の診察を受けるよう言い聞かせた。ベビー P は北ミドルサセックス大学病院で診察を受けた。その結果、12箇所の打撲傷が見つかった。母親は親子分離されるのではないかと心配したが、児童若者サービス部はベビー P のケアを家族の友人に委ねることにした (ベビー P の子育てを指導監督する役割を家族の友人に委ねることにした)。 |
| 6/04 | 戦略会議の実施  |
| 6/05 | 母親は2度目の逮捕をされ、警察より取調べを受ける。  |
| 6/08 | 児童虐待防止検討会の実施。警察の児童虐待防止チームが家門訪問し、ベビー P の写真が取られた。背骨の真中に打撲傷がみられた。   |
| 6/27 | 別の男性 (J. Owen) が15歳の家出少女と一緒に自宅に移住し、ベビー P、母親、そのパートナー (32歳のボーイフレンド) との同居生活が始まる。ワードは母親と連絡を取ろうとするが失敗に終る。   |
| 7/02 | ワードは母親と連絡がとれ、ロンドン北西部クリックルウッドの伯父宅 (重い病気を患っている伯父の看病のため) にいることが告げられる。後の裁判所審理で判明したことであるが、ベビー P は虐待により黒ずんだ目をしていたのでそれを隠すための行為であった。   |
| 7/09 | ベビー P は耳部と頭皮の感染症予防のための治療薬 (抗生物質) をもらいに北ミドルサセックス病院に行く。母親は保健訪問員との約束をキャンセルする。   |
| 7/10 | 警察は、2006年12月のベビー P の傷害について、「故意による疑いが強いが断定はできない」という結論を出す。   |

4月9日、午後4時40分、Ms A がベビー P を北ミドルサセックス大学病院につれてきた。頭部左側に大きな（打撲による）腫れがみられた。母親の説明によれば「4日前に同い年くらいの子どもに押されて大理石の硬い暖炉にぶつめた」ことが原因らしい。受傷後4日もたっていたので傷もある程度治癒しており、彼は元気そうに見えた。しかし今朝になって頭痛を發し頭部は左側に傾けたままとなった。さらに、右頬に小さな打撲傷、腕の後ろに発疹、頭部にはしらみが湧いていた。身体図が作成された（3.44）。ベビー P は、診察のために48時間入院した（3.45）。しかし看護師はベビー P の大きな傷害については母親の説明を信用しており、それ以外の傷害に関しては「アレルギー体質」によるものと考えていたようである。この時点では、受傷時での傷害の痕跡はなくなっていた。ソーシャルワーカーは退院に合意し警察には送致しなかった（3.46）。4月11日、退院する。

6月1日、ソーシャルワーカーは事前通告なしの家庭訪問をし、ベビー P の顎に打撲傷を發見した。Ms A によれば、友達の子どもと喧嘩したことが原因らしい。ベビー P は北ミドルサセックス大学病院で診察を受けた（3.51）。まず事実経過が確認された。Ms A の説明によれば「5月25日から28日まで友達が滞在しており、その時に22カ月（18ヶ月？）の子どもと喧嘩してできた傷」ということである。しかし身体にできた多くの打撲傷と搔傷は時期が異なっており、説明の合理性がある傷はわずかであった。また左足首には「掴み傷」の痕を残した打撲傷がみられ、それは医師が特に関心を寄せた傷である。Ms A の説明によれば、「ソファから転げ落ちるのを止めるために足を掴んだ」ことによる（3.52）。警察には通報されたが合同調査は実施されなかった。しかしソーシャルワーカーがベビー P をチェックし合同調査が必要であると判断されれば、直ちに連絡することが確認された（3.53）。

警察はこれらの傷害は「故意によるもの」と判断した。戦略会議の実施が要請され、6月4日に開催された。合意内容は次のとおりである。47条調査の実施、ケア手続きを検討するための緊急会議の召集、小児科医のアセスメントの確認、友達の Ms M（家族の友達でインフォーマルなケアラー）より家庭でベビー P が養育保護されるための取り決め、Ms A とベビー P の交流に関する取り決め、育児を支援するチャイルドマインダーの選任、警察と児童青年サービス部の合同調査の継続、などである。Ms A は面接を受けたが、傷害に関する納得のできる説明はできなかった（3.55）。警察は、調査が継続しているあいだ、ベビー P と Ms A は引き離しておくべきであると考えていた（3.57）。

6月8日、児童虐待防止検討会が開催された。ソーシャルワーカーは6月1日の傷害を会議で取り上げ、Ms A の説明では不十分であることを主張した。身体／医療検査による結論は「その傷害は故意による疑いが強い」というものである。検討会では次週に裁判所命令検討会議（ケア手続きの有無）が開かれることが伝えられた。検討会の議長は、①最初の児童虐待防止プランを立てたときと同じような傷害を経験していること、②母親が言うようにベビー P 自身の行為が原因であれば、継続して起こるはずなのに、断続的で甚大な傷害であること、この2点に懸念を示した（3.58）。29日、ソーシャルワーカーはチャイルドマインダーより、Ms A がベビー P を

「連れて行った」（交流取り決めに反する行為）という連絡が届いた。ソーシャルワーカーはその日3度 Ms A と連絡を取ろうとしたが失敗に終わる。7月2日、ソーシャルワーカーは Ms A と連絡がとれた。しかし彼女は伯父の世話をするためにクリックルウッドにいとげられる。彼女は伯父の健康次第で、4日か9日に戻る予定だという（3. 61）。学校に出席状況を問い合わせると、6月29日から7月5日までの間、2人の年上の子どもは欠席していることが明らかになった（3. 62）。7月9日、ソーシャルワーカーはハリンゲーに戻ってきた Ms A と連絡を取った。彼女は北ミドルサセックス病院にいた（3. 63）。

#### (6) 7月18日から8月3日まで（第6期）

7/18	ベビー P はトーマスより身体検査を受け、再び体重の低下がみられた。ベビー P はまだ頭皮の感染症が完治していない。耳部の周辺に打撲傷も見られた。母親の説明によると「耳部を清潔にしようとして関わったときにできた」ものらしい。
7/19	ベビー P は北ミドルサセックス病院へ連れて行かれた。彼は耳部の感染症と腫れ、さらに右手の爪にも感染症がみられ、抗生物質が投与された。
7/24	チャイルドマインダーは、ベビー P の頭皮感染症により彼を預かることはできないとワードに伝えてきた。ワードは母親に連絡し GP に連れて行くよう言い聞かせた。母親は保健訪問員との接見の約束を守らなかった。彼女の話では「忘れていた」らしい。
7/30	ワードはベビー P と面接した最後の家庭訪問となる。ベビー P は乳母車の中におり顔と手はチョコレート（を食べたあとの？）の汚れが付着しており、頭皮には抗菌性のクリームが塗られていた。オウインによると、これらはベビー P の傷害（虐待の痕跡）を隠すための方策であった。
7/31	検察サービス局は、母親と祖母のベビー P に対する傷害（虐待）は「証拠不十分」という結論を出す。
8/01	ベビー P は聖アンネ病院の児童精神発達センターで診察を受ける（以前に2度の予約キャンセルがあった）。この時点でベビー P は肋骨と背骨が骨折していた疑いがあり、下半身に麻痺と痺れがあったと思われる。小児科医（Sabah al-Zayyat）は身体と顔に打撲傷を確認するが、精密検査は行わなかった。
8/02	母親は GP にベビー P を連れていかないことにした。ワードも前日に小児科医の診察を受けているので同意した。警察はベビー P に対する暴行（assault）の件でこれ以上アクションをとらないことが、母親に伝えられた。

7月18日、Ms A とベビー P は診療所で保健訪問員より身体検査を受けた。ベビー P の体重は減っていたが食欲は旺盛であった。7月16日（実際は9日）にベビー P は診察（北ミドルサセックス大学病院）を受け、頭部疥癬の治療を受けたことを Ms A は報告した。また耳部の感染症治療として抗生物質が投与された。彼の左耳は外側が赤く、耳たぶは感染症に罹っているように見えた。Ms A によるとその傷は「耳部を清潔にしようと処置したときに、耳部周辺の打撲傷になった」らしい。Ms A はベビー P を再度病院へ連れて行くよう助言された。保健訪問員はソーシャルワーカーに連絡し、ソーシャルワーカーはその件で Ms A と話そうと連絡したが、うまくいかなかった（3. 64）。7月19日、Ms A はベビー P 北ミドルサセックス大学病院に連れて行った。ベビー P の頭皮には、血色に染まった「かさぶた」があり（感染症）、しらみが湧き、彼

が引っかいた左耳のあたりは血がついていた。彼は汚く不衛生に見え、右手の中指も感染症を患っていた。Ms A の話によれば「赤レスターチーズで（を食して頭部に）蕁麻疹を発症し、それを掻き筆って感染症に罹った」らしい（3. 65）。7月23日（24日？）、チャイルドマインダーがソーシャルワーカーに電話で「頭皮感染症としらみを発症したため、ベビー P ともう一人の子どもを預かることはできない」と連絡してきた。ソーシャルワーカーは Ms A に連絡し、①感染症の完治に時間がかかりすぎていること、②直ちに GP のところへ連れて行くこと、など懸念を伝えた。26日、ソーシャルワーカーは、ベビー P が GP の診察を受けた結果を、Ms A に尋ねた。Ms A によると、GP はベビー P が投薬／治療にアレルギー反応を示していると考え、抗生物質をさらに投与することはしなかった。もっとも GP は症状から判断して何らかの治療を必要と考えていたが、別の病院で治療を受けている（誰かが治療している）と判断し、処置はしなかったようである（3. 66）。7月25日、裁判所命令検討会議（ケア手続きの有無）が開催された。その決定は、現在当ケースはケア手続きの水準を満たしていないが、この判断は今後の報告に応じて再検討されるべきである（3. 67）、という結論であった。7月30日、すべての子どもがソーシャルワーカーによる通告家庭訪問により面接を受けた。ベビー P の耳は爛れ少し炎症していた。彼は頭のとっぺんに白いクリームをつけていた。Ms A は感染症が良くなったと考えていた。ベビー P の顔はチョコレートを塗られており、ソーシャルワーカーはそれを落とすように求めた。家族の友達がそうするよう彼を連れ去ったが、ソーシャルワーカーが帰るまでに現れなかった（3. 68）。8月1日、Ms A はベビー P を聖アンネ病院の児童精神発達センターへ連れて行った。今回の受診にあたっては、Ms A の友人でベビー P の里親ケアをしている Ms M も同伴した。送致（病院での診察）の目的は、（ベビー P は児童虐待防止登録に登録されているが）傷害に関する調査ではない。医師の診断は、ベビー P の行動や症状から判断して、ウイルス性感染症の疑いがある、という結論である。8月2日、Ms A は社会サービス部のオフィスで警察と接見し、傷害の件で訴追されないことが伝えられた（3. 72）。

### [3] SCRs の見解<sup>6)</sup>

SCRs の見解では「権威的」という言葉が使われている。かつてジャスミン・ベクフォード事件報告書（委員長ブロム・クーパー）でも使われた。「権威的」というのは、「抑圧」「強制」という意味ではなく、子の安全を最優先するにあたって、親に（親業の）達成目標や課題を明示し、その成果や姿勢をアセスメントすること、すなわち親業向上の支援を意味する。当然、親業支援プログラムへの参加が求められ、親業向上への努力が見られない場合、親子分離も起こりうる。子が虐待のリスクにあるとき、親に対する専門家のコントロールがある程度必要であり、このような意味において「権威的」という言葉が使われている。

## (1) 権威的な対応の必要性

(1)初期対応の失敗：子どもが虐待されている疑いはあるが加害者を特定できない場合、虐待アセスメントの判断基準は、子の養育に対する親／養育者の「責任感」(sense of responsibility)と「動機／意欲」(motivation)である。47条調査、警察調査、児童虐待防止会議は、親／養育者のわが子に対するこのような姿勢をアセスメントする貴重な機会／プロセスである(4.1.1)。しかし、意識的ではないと思われるが、Ms Aは専門家の対応を慎重に探り、真実(事実経過)を明らかにしなくても親子分離されることはない、と考えていたように思われる(4.1.2)。その原因は関係機関が余りにもMs Aの説明を信用しすぎたことにある(4.1.3)。「健全な懐疑」という視点がなかった。

まずは2006年12月の児童虐待防止会議である。初期対応を決定づける重要な会議である。ベビーPの傷害に関する診断は「故意によるもの」であり、ケア手続きの基準を充足していたはずである。しかし、ケア手続きの申請には慎重であった。傷害は「重大な危害」の水準には達していない、と判断されたのであろう。Ms Aの生い立ち(幼少期での被虐待体験)なども含めて慎重にアセスメントすべきであった(4.1.3)。このような結果になったのは、小児科医や病院関係者(スペシャリスト)が児童虐待防止会議に参加していないことにも一因がある。誰もが責任を負う姿勢が見られない(責任所在の不明)。初期機関協働の失敗である。その結果、「深刻な傷害」(多分大人による故意のもの)が発見されその経緯／事実関係が明らかになっていない段階でベビーPをMs Aに戻すという理解し難い対応になった(4.1.5)。また会議に出席するメンバーにMs Aとその事務弁護士を出席させたことで、アセスメントを難しくさせたことも事実である(4.1.7)。これらは議長の責任である(4.1.6)。

また、児童虐待防止プランがすべての子ども(2人の年上のきょうだい)に作成されていないこと※も問題である。Ms AがベビーPに何が起こったのか、その真実を語ることを拒むのであれば、すべての子どもは「重大な危害」のリスクにあると考えプランを作成するのが合理的である(4.1.8)。このような子ども間の選別的対応は「あなたの親業のすべてが問題なのではない」(特定の子に対する養育だけが問題)という間違ったメッセージを親に与えてしまうことになる(4.1.9)。同様の間違ったメッセージは、ベビーPのケアを家族の友達に委託したことである※。それはMs Aに対して「この程度の傷害なら親子分離はしない」「親子の養育を優先させている」というメッセージを送ることになる(4.1.11)。

ここで必要とされるのは、家族に対する権威的アプローチ(authoritative approach)である。Ms Aは不十分な親業や家庭でのネグレクトに対して、自ら向き合い改善する必要がある。「明確なターゲット」(目標)が短期的に設定される必要がある。重要なのは、目標それ自体ではなく、彼女に課せられた要求に対する彼女の対応(責任ある親であろうとする彼女の意志と姿勢)である。「明確なターゲット」はMs Aの「親業達成度」を判断する目安になるはずである(4.1.12)。とりわけ、家族への初期介入における重大な失敗は、Mr Hの身分を明確し、彼と面接し、その背景をチェックしなかったことである。Ms Aによれば、彼は友人であって家族の主要メン

バーではなく、子どもとの関与もないことになっている。Ms A の説明をあまりにも素朴に受け入れてしまった。とくに警察と児童若者サービス部の責任は大きい (4. 1. 13)。

※家族委託や家族のストレングスを尊重する手法が取られた背景については、次の2点を指摘しておく必要がある。

1つは家族委託という考え方である。このような委託は指針に従ったからであり、自治体の里親委託を行う前に、家族やその友人に子どもの委託をするよう努力をすべきである、と指示されている。しかし、虐待のリスクにある子どもの対応指針としては不適切である (4. 6. 1)。家族の友達はベビー P の一時的な居住場所提供者として選ばれた。それは、まずベビー P の父親を検討した際、Ms A が彼は以前にベビー P を平手打ちにしたことがあると訴えたことによる。この件について、彼の意見を聞き、Ms A と確認され、彼女の見方が正しいのかどうか明確にされていない。彼は休暇をとり準備をしていた。過去において彼の養育に懸念はなかったし、親責任を有しわが子を養育する権利を有する。一時的なケアの申し出を断るのであれば明確な根拠が存在すべきであり、彼のもつ権利を彼に説明すべきであった (4. 6. 2)。

もう1つは SFBT (Solution Focussed Brief Therapy) という考え方である。それは、家族の持つ力に焦点を合わせ、親業を改善する試み (介入) である。児童若者サービス部は SFBT を児童保護チームに導入しており、家族支援のスタッフは習得するための教育研修も提供されている (家族支援を行う際の共通エートスとなっている)。上級マネジャーの中にも児童虐待防止対応 (47 条調査や児童虐待防止会議へのアプローチにおいて) にも適用できると考えるものもある。しかしすべてのスタッフが採用しているわけではなく、全般的な合意には達していない (4. 1. 21-23)。このようなソーシャルワーク手法の哲学が何らかの影響を与えたと考えられる。SFBT は、親がスタッフと真剣かつ真面目に協力関係を築こうとしていると確信できる場合に適切である。但し、「この前提が間違いかもしれない」という認識は常に把持しておくことが重要である (4. 1. 24)。

(2)初期対応以降の失敗：Ms A が些細なことで公衆の前で一人の子どもの顔を叩いた3月の事件は、もっと真剣に受け止め強制的な措置 (親子分離) も考慮すべきであった。これは「平手打ち」(smacking) とか「親のしつけ」というレベルではなく、「暴行」(assault) である。警察に伝えられ戦略会議が召集されるべきであった (4. 1. 14)。ソーシャルワーカーによる事前通告なしの訪問は、「6月1日、ベビー P の傷害の発見」に結びついた。ソーシャルワーカーは Ms A の説明を額面どおりに受け入れず、傷害に関して医師の診察を求めた。診断は、傷害は「故意によるもの」という断定には至らなかったが、「偶然の結果ではない」という結論であった (4. 1. 15)。事前通告なし訪問はこのような「予防対応」としての成果をもたらしたが継続されなかった。

6月1日の事件のあと直ちに児童虐待防止検討会議 (6月8日) が開催された。前回 (3月16日に実施) 以降、ベビー P には2度に及んで深刻な傷害が発見されているにもかかわらず、専門家の出席状況は極めて悪い。ハリンゲーでは児童虐待防止に優先順位が与えられているとにわかには信じがたい。虐待対応の中心的役割を担うはずのソーシャルワーカー、医師、法律家、警察 (報告書は提出) の内、出席したのはソーシャルワーカーだけである (4. 1. 16)。傷害の程度とその経緯、家族背景、MsA の対応などを相互に検討し、当ケースをさらに深く理解できたはずである。本来なら、児童虐待防止計画のなかで役割と責務を与えられたものは (特に家族支援ワ

ーカー。しかし 2007 年 5 月以降連絡なし) 召集され出席すべきである。

「権威的な対応」の失敗を象徴する出来事は、ベビー P に対するケア手続きの必要性を考慮する裁判所命令検討会議のアレンジ(会議の召集)に 7 週間もかかったことである。これは法サービスの管理運営上の失敗というよりも、司法関係者やソーシャルワーカーそしてマネジャーが当ケースの「緊急性」「重大さ」を理解できていないことの証である(4. 1. 18)。親に対する要請や目標の提示は、それらが達成できない場合、親子分離もやむをえないという示唆(権威的な対応)となる。すなわち、家族支援がうまくいく方法は唯一、児童虐待防止機関が介入という権威的な対応を取り、親が家族支援は親業を改善する機会であると理解した場合である(4. 1. 20)。Ms A は専門家とくにソーシャルワーカーと協調的な関係を築いていないのは、こういうところに一因があるはずである。家族支援ワーカーに至っては、家族支援を提供できる基盤がなかった(4. 1. 19)。

確かに、明確な根拠がない場合に親子分離することは、専門家に大きな責任/負担を負わせることになる。このような判断が間違いであることが証明されるかもしれないという覚悟のもとで、進んで困難と向き合わねばならないことがあるかもしれない。代わりに子どもが虐待を受けるよりは、そのほうが良いのではないだろうか(4. 8. 3)。そうすると、クリックルウッドの件に関する対応は大きな問題である。彼女の子には児童虐待防止プランの対象となる子がおり、Ms は最近のベビー P の傷害で逮捕され警察の調査が実施されている。彼女は通告もせず、許可なくすべての子どもと一緒に逃亡している。専門家は Ms A が責任ある親として行動しているのかを常時確認しておらず、許可なく居住地を変更した場合、どのような結果になるのか(対応がされるのか)ということも警告していない(4. 8. 4)。彼女が戻ったとき、ベビー P の耳には爛れ、腫れによる疾患がみられた。感染症の疑いがあったが医師によるチェックはなかった。原因の究明もされていない。Ms A の話はすべて、その信憑性をチェックすべきであった(4. 8. 5)。

## (2) いくつかのソーシャルワーク的課題

(1)協働コミュニケーションの改善：親業支援プログラムへの Ms A の参加にあたって、関係機関における重大なコミュニケーションの失敗があった。プログラムをコーディネートしたソーシャルワーカーは、ベビー P (児童虐待防止登録に登録) と他の子どもを保護するため(児童虐待防止)の最も重要なアレンジメントと理解しており(最優先事項)、長期的には Ms A の親業改善を支援するためのもの(付随事項)と考えていた。ところがその意図がしっかりと伝わっていなかった。Ms A は 13 セッションの内、9 つに出席したが、ベビー P と同伴出席は 4 つだけである。ベビー P を同伴しないとき、誰が彼を世話しているのか、誰も知らなかった。欠席やわが子を同伴していない場合、ソーシャルワーカーと連絡する取り決めがなかった(4. 2. 1)。

児童精神発達センターと早い段階で診察予約ができなかったのは、予約を入れる者がベビー P の虐待のリスクをしっかりと伝達することができなかったことにも一因がある。センターには、ベビー P は児童虐待防止登録に登録され、児童虐待防止保護計画の対象であることは伝えられた

が、さらに現在最近の傷害で47条調査の対象であることも伝えられるべきであった。センターによれば、これらが明確にされておれば、チームマネジャーは早期の診察予約を入れたであろうし、48時間以内に診察されたはずである、と述べている。センターへの送致は「器質的な理由」（頭を振ったりぶついたりする行為）によるものであった（4.2.2）。センターに送致されるべき本当の理由は、ネグレクトの深刻さ、それが彼の成長に与える影響、養育にあたって彼が経験する苦痛やフラストレーション以外に、頭を振ったりぶついたりする行為の理由は考えられるのかどうか、という点にある（4.2.3）。

(2)医療や司法証拠への過剰な信頼：親を起訴するかどうか、ケア手続きを開始すべきかどうかは、子どもが虐待を受けるリスクの程度にかかっている。警察は司法証拠に関心をもち、医師の診断による傷害の程度やその重大性に焦点をおいて判断する。他のサービスも同様に傷害に関する医学的診断や、その診断に関する警察や検察局の対応に重点をおく。これらの機関が起訴しない場合、傷害は「曖昧（立証されず：uncertain）」で「故意ではない（偶然：accidental）」という結論に落ち着いてしまう傾向がみられる（4.4.1）。

(3)警察とソーシャルワーカーの合同調査：6月1日（2007年）の訪問で傷害が発見され警察に伝えられたが、合同調査に関しては、ソーシャルワーカーが状況をアセスメントしその必要があると判断すれば連絡するように要請された。このような取り決めは、警察の関与について、他のサービスの裁量に委ねられるといった誤った認識をもたらす危険がある（4.5.1）。12月11日（2006年）の件で、警察とソーシャルワーカーは合同で年長の子ども（きょうだい）と学校で面接をしたが、ビデオ記録撮影は実施されなかった。この時点で彼らに対する暴行／暴力は連絡されていなかったが、マルトリートメントの子どもの場合、子どもの保護という観点から必要な措置であり、指針でも要請されていたはずである（4.5.2）。

#### [4] ラミング報告書：児童保護／虐待防止の進捗状況に関する評価<sup>(7)</sup>

##### (1) 本報告書の主要なメッセージ

過去5年間、政府はECM（Every Child Matters：ECM）やWT（Working Together：WT）など、児童保護／虐待防止に関する政策および指針要綱を立案／遂行し、相当の成果を達成してきた。拡大学校やシュア・スタート（児童センター）に象徴される早期予防介入の新しいモデルは全国的に発展・実施され、子どもや家族のニーズ柔軟かつ創造的に対応してきた。しかし、虐待やネグレクトから子どもを予防保護する施策に関しては、さらに改良の余地がある。もっとも重要な取り組みは、地方サービスのリーダー（議員／専門家）が、政策、法律、ガイダンスを、現場での日々の実践に活かされるよう保証／支援することである（pp.3-4）。

児童保護／虐待防止を担うスタッフを支援するために、政府および地方は直ちに次のアクションを起こさなければならない（pp.4-6）。

(1)保健医療、司法、内務、児童学校家族の各省庁は、協働／協調という脈絡の下で児童保護／

虐待防止に対する優先順位を明確にし、それが実現可能となるように十分な資源を確保／保証しなくてはならない。中央政府内で協働協調がきちんと実施されてこそ、地方での統合／合同（integration/joined up）は可能となる。

(2)これらの改革を推進するにあたり、内閣府に全国児童保護／虐待防止対策部（National Safeguarding Delivery Unit：NSDU）が設置される。当対策部は家族児童若者専門委員会を通じて直接内閣と交渉し、議会に対しては年次報告を行う。メンバーには、直接現場に携わり経験を有するスタッフ（警察、保健医療、児童サービス）も含まれる。当対策部は一定期間の時限とする。最初の任務は本報告書の勧告の推進でありタイムスケジュールの発表である。

(3)DCSF 大臣、保健大臣、内務大臣は、それぞれソーシャルワーカー、保健訪問員、警察官（児童虐待防止担当）の、地位／身分、教育研修／専門性、職員数／欠員補填が不十分であることを明確にし、直ちに対策を講じなくてはならない。専門的知識と技術なくしてソーシャルワーカーは児童虐待防止実践に携わることを認めてはならない。司法大臣は、子どものケアに関する裁判所手続きに要する時間を短縮するよう緊急対策を講じる必要がある。2008/09 には平均 45 週間も要しており長すぎる。またケア命令の申請／取得にあたっての費用負担はなくすべきである。ケア命令申請にかかる裁判費用の増大は望ましくなく、地方自治体の一般財源に移されたことで事態を悪化させている。

## (2) 進捗状況（Chapter 1）

過去の虐待死亡事件を振りかえると、究極的には子どもの安全は、スタッフが子ども及び子どもを取り巻く環境を理解するための時間、知識、技術をどれほど有しているかにかかっている（1.5）。児童保護／虐待防止の成果が芳しくないのは、社会ケア、保健医療、警察の現場スタッフに提供される教育研修および適切な労働環境への支援の「不十分さ」にある。ソーシャルワーカーのケース担当量は極めて多く、保健訪問員の 60% 以上は勧告基準を上回っている。粗末な教育研修により専門性が確保されず、さらには過重なケース担当量の負荷がかかると、益々ソーシャルワーカーは追い詰められて行く。警察においても過去 3 年間、児童保護／虐待防止に関する予算は削減されており、欠員未補充率が余りにも多いことに懸念を表明するものもある。児童虐待防止に関連するスタッフに対する専門的教育研修の欠如は、彼（女）らのモチベーション（子どもためにできる最善のことはする）を削ぐことになる（1.7）。このような事実は、過去 5 年間に児童保護／虐待防止優先順位が与えられなかったことを物語っている。児童保護／虐待防止に関する査察では、教育においてそうであるような水準に到達していない。児童社会ケアの査察を管轄していた社会ケア査察委員会（CSCI）の機能は、失われ代替もされていない（1.8）。

## (3) リーダーシップと説明責任（Chapter 2）

内務省、児童学校家族省、保健省、司法省の各大臣は、協働／協調という脈絡の下、児童保護／虐待防止に関する優先順位を明確にし、その優先順位は現場で提供されるサービスに反映され

るよう保証しなければならない。これらの具体化／実施運営に関しては、家族児童若者を管轄する内閣専門委員会（Cabinet Sub-Committee）が責任を負う（2. 1、2. 2、勧告）。

中央政府各省庁、とくに DCSF、保健省、内務省、司法省は、目標達成のための管理運営システムを見直す必要がある。その手がかりは指標（Performance Indicator : PI）の見直し／改定である。現在の PI は、「管理運営プロセス」と「目標達成期限」に焦点があわされ、関係機関（公的パートナー）と優先順位を共有することが難しく（協働への障害）、またサービスがどの程度改善向上し、子どもに良い結果をもたらしたのか、という判断も曖昧なままである。その結果、地方政策協定（LAA）において地方による NI（全国指標）の採用は低調で、児童保護／虐待防止の指標として利用している自治体は 10% 未満である（2. 3）。したがって、政府は DCSF 達成目標（target）を見直し、児童保護／虐待防止に関する達成目標を含めるべきである。同様に NI も、LAA において積極的に活用され、サービスの改善と子どもの利益に繋がるように改定されなければならない（2. 4、勧告）。

すべての自治体は、当該地域の児童の安全／福祉の促進に責任をもち、児童サービス専門委員（Lead Member for Children's Member）として行動する「議員」（a designated councillor）を直ちに任命しなければならない。議会のリーダーと児童サービス専門委員による継続的な関与こそが、自治体および児童トラストに「子の安全と福祉」の意識を徹底させるためには重要である（2. 7）。専門委員がそのイニシアティブを発揮するためには、自治体の児童保護／虐待防止に関する最新の詳細な情報にアクセスする必要がある。彼らは児童サービス部長からサービスの提供とその結果に関する報告を定期的に受け、他のパートナーの上級マネジャーと定期的にコンタクトをもつ必要がある。そして重要なマネジメント情報（アセスメントと査察報告も含める）を定期的に精査し、サービスの保証システム（quality assurance systems）の適切な運営を保証しなければならない（2. 8）。

説明責任という重大な職責を末端の従事者に担わせるという歴史が長く続いた。（最）上級マネジャー（most senior）の業績成果は、もっとも脆弱な子どもたちに提供されるサービスの質とその成果によって査定されるべきである（2. 10）。現場で提供されるサービスを管轄する上級マネジャーにとって、送致が受諾され害のリスクがアセスメントされる段階での専門性の確保が最優先事項となる。害のリスク・アセスメントがきちんと実施され、送致及びアセスメント過程が WT に従っているか、確認／保証しなくてはならない（2. 12）。

児童サービス部長は児童保護／虐待防止の中心であるが、その責任範囲はひろく教育、児童社会ケア、幼年期サービスなどまで含まれる。児童サービス部の創設は、現場でのソーシャルワーカー経験（実務経験）をもたない多くの児童サービス部長を生み出すことになった。児童保護／虐待防止の実務経験及び背景を直接もたない児童サービス部長は、チーム内に相当の専門性と経験を有する上級マネジャーを指名すべきである（2. 13、勧告）。

#### (4) 子どもへの支援 (Chapter 3)

ECM は、子どもの健全な成長／発達および安全を改善／保証するために、様々な取り組みを実施してきた。しかし現状（とくに児童ソーシャルワーカーと保健訪問員の過重なケース負担によるプレッシャー）では、スタッフは子どもらの目線に立って家族全体（環境／背景）をアセスメントする時間的余裕はない。現場のスタッフには、このような現状（管理運営／労働環境）を克服し、専門性を習得する（教育研修）ための支援を必要とする。すべての年齢の子どもたちの抑制された思いや感情を、とくに声を上げることのできない乳幼児について、見抜く力を習得する必要がある（3.1）。2005～2007年に出版されたSCRを振り返ってみると、専門家は、出来事を客観的に検討したり調査するよりも、「すべてが問題なく順調である」ことを正当化したり再確認したりする傾向にある。このような親に対する共感的態度は「親への要請」（親業の達成目標）を低く設定してしまうことになる。子どもが何らかの援助を必要としている場合、「何もなされない」という対応は認められない。介入は子どもの保護と福祉の促進のために実施される（3.2）。

早期予防介入は、虐待やネグレクトから子どもを予防／保護するだけでなく、子どものもつ潜在能力の開花を支援するという意味でも重要である（3.3）。とくに学校や幼年児を対象とする施設は、虐待の疑いのある子どもや追加的ニーズを必要とする子どもの、早期発見／介入／支援において重要や役割を果たす。DCSFによれば、虐待で死亡したかもしくはひどい虐待を経験した4歳以上の子どもの68%は学校の出席状況が悪い。最近の『21世紀学校戦略』（21st Century Schools strategy）では、早期予防介入を目的とし全国フレームワークが明確にされた。学校（や幼年児を対象とする施設）は、改革プランの作成に際して児童保護／虐待防止に最優先順位を与えるよう努力する必要がある（3.5）。したがって、Ofstedは、学校を対象とした査察システムを改正し、学校の児童保護／虐待防止に対する取り組みの成果を評価できる内容にすべきである（勧告、p.25）。

早期予防介入の窓口として、自治体の一般相談窓口（Call Centre）に連絡が入った場合、児童虐待に関する連絡であれば、直ちにソーシャルワーカーと連絡が取れる人物に回線をつなげられるように整備しておく必要がある（3.6）。また病院の救急部のスタッフは、最近その子どもはどこかの救急部へ送致されたことはあるのか、また児童虐待防止プランの対象になっているのか、という疑問を調査するための手続き／方法に精通していなければならない。親は繰り返してきた傷害を隠すために異なる医療機関を慎重に使い分けることも認識しておくべきであり、「救急部にきたのは初めてである」という仮定や親の主張や説明に対する信頼を前提に対応してはならない（3.7、勧告、p.28）。もし虐待の懸念があるのなら、それに応じた対応が必要であり、子の安全と福祉に対して懸念のある状態で退院させてはならない」（3.8、勧告、p.28）。

近年、Threshold（敷居、入口）という言葉が児童サービスの専門家の間でよく使われているが、財源的制約あるいはスタッフの不足という事情があったにせよ、サービスへのアクセスを制限する試みである。Thresholdは法的な裏づけはなく『フレームワーク』でも使用されていない。

それにもかかわらず、あまりにも高い水準に設定されアクセス（サービスの供給）を制限している。このようなことは 1989 年児童法 17 条の理念を踏みにじることになる（3. 11）。1989 年児童法では、子どものニーズを充足するにあたって、ニーズの分類区別という手法は取られていない。「ニードを持つ子」（in need）と定義されたなら、「重大な害のリスク」へと悪化しないように、モニターが保証されるべきである（3. 12）。

ソーシャルワーク実践は、プロセス（マニュアル／手続き）やターゲット（達成目標）が過剰に強調されるため、ソーシャルワーカーに「自信の喪失」（自らの専門性に対する懷疑）をもたらすおそれがある。ソーシャルワーカーの専門性向上は、支援的な学習環境（専門的判断や技術の継続的発展）で実践されることが重要である。したがって、規則的で、高い質を備えた、組織化されたスーパーヴィジョンが重要となる。現状ではこれらに割かれる時間は十分でなく、個人は自己責任で対応しており、児童虐待防止に関与するスタッフが度々直面する精神的ストレスの解消になっていない。スーパーヴィジョンは、ターゲットの充足よりも、意思決定、リスク分析、子どもの結果の改善に焦点を合わせた開放的かつ支援的なものでなければいけない（3. 15）。

ところで現在のデータシステム、とりわけ ICS（Integrated Children's System）のベースとなる地方 IT システムは、煩雑なプロセスになっている。非常に複雑で、しかも長くて数の多い、チェック式アセスメント／記録システムになっており、必ずしも専門的な判断や実践に役立っていない（実用的でない）、と証言するものが多い。チェック式アセスメントの完成や情報入力に時間がとられ、子どもや家族と直接交流する時間がもてないことを懸念するものもある（3. 17）。現在、ICS のベースとなる全国単一の IT システムは存在しない。ICS へ情報入力するのに要する時間は地域によってまちまちである。単一の全国統合児童システムの導入が必要である。

#### (5) 協働（Chapter 4）

DCSF は WT をさらに徹底／強化させ、児童トラストは①～③の課題を実現／保証するために、適切なアクションを起こす必要がある。①他の専門家から児童サービスへの送致はすべて初期アセスメント（児童および家族との直接関与を含める）まで実施し、送致した専門家と直接関与（連絡）しフィードバックすること。②コアグループ会議、再検討（見直し）会議、ケースワーク決定には、児童に関与したすべての専門家、とくに警察、保健医療、若者サービス、教育関係者は含まれること。記録がきちんと取られること。欠席者の文書による意見も含まれる。③児童の安全に関する（異なるサービスの）専門家間の意見の食い違いを調整／解決するための（公式）手続きを作成すること。

さらに、④警察、保護観察、精神医療（成人）、薬物アルコール治療のサービス関係者はすべて、子どもの虐待防止を最優先した送致プロセスを熟知しなければならない。DV、薬物アルコール乱用が子どもを虐待やネグレクトの危険にさらす場合、自動的に送致されること。そして、⑤NSDU は、DV、成人精神医療問題、薬物アルコール乱用により子どもが何らかのリスクにさらされる場合、その子どもに関する送致／アセスメントに関する指針要綱（ガイダンス）を緊急

に開発する必要がある。

児童保護／虐待防止にとって、成人サービスと子どもサービスの協働が重要となる。現在、少なくとも 20 万人の子どもは DV や暴力などハイリスクが確認されている自宅で生活している。約 45 万人の親は精神疾患を抱えていると言われている。25 万から 30 万の子どもが問題となる薬物使用の親をもち、130 万人の子どもはアルコール依存症と思われる親と同居している。こうした現状を確認したとき、成人に対応する専門職スタッフは児童／若者のニーズや（虐待の）リスクを確認しアセスメントできるよう教育研修を受けることが重要である。しかし余りにも多くの送致／アセスメントが子どもに対する害のリスクをきちんと確認／アセスメントできず、適切なアクションを起こせずにいる（4.4）。ここには複雑な問題がある。DV の犠牲者や精神疾患を持つ親が援助を求めることを躊躇わすような送致システム、すなわち援助の声を上げることが自動的に子を養育する権利が危険にさらされるという不安を持たせるようなシステムであってはならないことが重要である（4.5）。

#### （6）児童関連サービス従事者（児童労働力：Chapter 5）

スタッフは子どもたちの「安全の確保」と「福祉の向上」に大きな貢献をしている。しかし、その貢献や専門性が社会から正当に評価も理解もされず、危機的な状況にあると感じている。とくに児童ソーシャルワーカーの士気は低い。多くの保健訪問員は膨大なニーズに対応しており、小児科医や警察官も児童虐待防止施策はその任務の大変さ、責任の重大さと比較して地位／評価が低すぎると報告している。その結果、子どもは重大な害のリスクにさらされることになる（5.1）。

自治体児童ソーシャルワーカーの定員不足は 2006 年で 9.5%（教員 0.7%）で、転職率も 9.6% と非常に高い。自治体の 64% が児童ソーシャルワーカーの欠員補填に苦勞しており（2008 年）、39% はその維持に困難をきたしている。いくつかの自治体では、ソーシャルワーカーの半数以上は 1 年未満の経験しかない新任スタッフである。ある調査では、児童ソーシャルワーカーの 4 分の 3 近くは、平均ケース担当が 2003 年以来増えていると報告している。さらに悪いことに、保健訪問員の数が過去 14 年間で最低である。また警察でも児童虐待防止チームに所属することは、下級職階（低い地位）とみなされるようである（5.2）。これらの対応として、2008 年 12 月、DCSF は『2020 児童若者労働力戦略』を出版し、児童関連サービス従事者すべてに対する政府のビジョンを明確にした。さらに DCSF は『ソーシャルワーク改革支援委員会』（Social Work Task Force：SWTF）を設置し、児童や若者を対象とする（現場の）ソーシャルワークサービス従事者の役割と責務に焦点を当てた。これらは歓迎すべきことであるが、対象は普遍サービスとりわけ教育に焦点がおかれ、ソーシャルワーカーにまで及んでいない（5.3）。

現場（Frontline）のソーシャルワーカーとソーシャルワーク・マネジャーは相当なプレッシャーの下におかれている。スタッフの低い士気、粗末なスーパーヴィジョン、過剰なケース担当量、資源の不足、不十分な教育研修などは、スタッフに高い水準のストレスをもたらし、定足数

の補填／維持を困難にさせている。とくに児童虐待防止ソーシャルワークは厳しい状況にあり「シンデレラ・サービス」(Cinderella service)と思われている。一方、教育は過去10年間に相当な投資を受けたことは記憶に新しい。ソーシャルワーカーに対する公的な中傷は、スタッフのあらゆる面に否定的な結果をもたらす。またソーシャルワーカーに対するメディアの対応(否定的／非難的報道)にも問題がある。高いモチベーションと自信を喪失したソーシャルワーカーの存在は、さらに多くの子どもを危害にさらすことになる(5.4)。

児童保護／虐待防止に要請される専門性を習得した有資格ソーシャルワーカーは全国／地方において不足している。専任ソーシャルワーカーの高い転職率とその欠員を外国のソーシャルワーカーで埋め合わせるやり方は、一人のソーシャルワーカーが長期的な信頼関係(継続性)を築くことができない(5.5)。DCSFはSWTFの支援を受けて、ソーシャルワークの活動内容を明らかにし、ソーシャルワーカーの「子どもの安全保障」という重大な社会貢献に対するメディアや市民の誤解を解くための戦略を検討／開発すべきである(5.6)。

このような状況におかれたソーシャルワークに、かつてのような輝きを取り戻そうとする試み、すなわちソーシャルワーク再モデル化計画(再構築計画)が進められている。例えば、児童ソーシャルワークの再モデル化計画(プログラム)とは、専門職協働(混成)チーム(multi-skilled)を導入し、(管理運営および協働の支援を受けながら)当チームにケースのマネジメント責任を委ねるという方法である。この方法の利点は、チームメンバーすべての専門性を活用し、利用者のニーズにあった柔軟かつ効果的なケースマネジメントができることである。たとえば、子どもに対するサービスの連続性が確保され、ソーシャルワーカーは子や家族との接触から疎外されることはない。また懸念をもったとき相談できる相手も居合わせ、共同で決定を下したり合同訪問したりすることができる。また管理運営上の支援を受けることで、ソーシャルワーカーが専門領域に集中することができる。当プログラムでは、経験を積み専門性を有するスタッフは、児童関連サービスの他の領域で同様の技術と経験を有するものと同等の待遇が保証されることになり、課せられた役割と責務の重要性を理解し士気を高めることにも繋がるであろう。当チームは(メンバー個人もそうであるが)、「リスクをもつ子ども」(虐待ケース)と「ニーズをもつ子ども」の両方を受け持つことになる。ソーシャルワーカーは虐待ケースだけを担当するのではない(5.8)。

事例を出して検討してみよう。再モデル化計画のポイントは、余りにも官僚的(手続き／指針依存)、アセスメント中心になりすぎたソーシャルワークを、もっと子どもや家族との直接的な関わり(介入)を大切にするソーシャルワークへ引き戻そうとする点にある。この目的を実現するためのモデルが、ソーシャルワーク・ユニット(Social Work Unit: SWU)である。顧問ソーシャルワーカー(consultant social worker: CSW)のリーダーシップの下、SWUは、ソーシャルワーカー、子育て(家族)支援員、家族療法家、ユニット・コーディネーターで構成される。当ユニットは、子どもや家族と長期に亘る継続的な関係を結び、ニーズの変化に柔軟に対応する。したがって、CSWはSWUに配属されたすべてのケースに対してすべての責任をもつ(p.48)。

家族の構成員すべては SWU のメンバーに知らされる。SWU は毎週会合をもち、今週に必要なとされる業務／課業を確認する。当家族（のニーズ）について話し合われ、メンバーの専門性や家族との関係を勘案して、SWU のメンバーに課業が割り振られる。直接的な対応が CSW を含めた当チームの（家族のニーズに最も対応できる）誰かから提供される。SWU には高い水準での自立性が与えられ、意思決定やアクションに関する責任／権限が付与されている。また SWU のすべての実践家には「限られた範囲での財源支出」に関する権限も委譲されている。管理運営は全体として行われる。すなわち、ソーシャルワーカーと子育て（家族）支援員は CSW から、家族療法家は家族支援部の顧問臨床医から、コーディネーターは各サービス地域内の管理運営マネジャーから、それぞれマネジメントとスーパーヴィジョンを受ける。これはソーシャルワークの新しいパラダイムであり、SWU は官僚的重荷を軽減し CSW とマネジャーの間で新しい関係を構築することができる（p.49）。

※本報告書では次のような勧告がされている。SWTF は、①（DCSF によって推進される）全国児童ソーシャルワーカー雇用（供給）戦略を作成すること。その際、児童虐待防止ソーシャルワーカーにとりわけ重点をおくこと。②児童労働力開発協会（CWDC）と他のパートナーは協力して、国家ベースで児童ソーシャルワーカーの昇進ルート（待遇／専門性）を明確にすること。③「ニードをもつ子ども」と「児童虐待防止」のケース担当量の上限を定めた全国指針を開発すること。④児童ソーシャルワーク再構築戦略の開発すること。

ソーシャルワーク教育研修は 2003 年に改正され（degree course in socialwork）、専門性向上に取り組んだ。しかし十分な水準に達していない。新規有資格ソーシャルワーカーの 3 分の 2 は、教育研修を実用的で専門性向上に資しているとは考えていない（5. 9）。学生はある特定のクライアント（範疇）を支援する（実践的な）技術や知識を学ぶことなく、余りにも多くの課題に対応している。現在、児童虐待防止の経験がなくても、自治体内で働いたことがなくても、（有資格）ソーシャルワーカーとして認定されることが可能であり、任命されると直ちに児童虐待防止のケースが他の経験を積んだスタッフと同量を担当させられる。現在の教育研修は、特殊専門性を習得することなく卒業生は児童ソーシャルワークの現場に配属されてはならず、1 年後に（児童ソーシャルワークチームへの現場配置も含めて）特殊専門性（スペシャリズム）の資格を認可するよう改正すべきである（5. 10）。実際に、新規卒業生は直ちに有資格ソーシャルワーカーとなりスーパーヴァイズされることなく、実務に就いている。他の専門職では、1 年あるいは 2 年間、スーパーヴィジョンを受けながら実践対応能力を身につけ経験を積んでゆく。そしてこのような教育研修を受けたあとと登録に記載される。

※本報告書では次のような勧告が行われている。GSCC（総合社会ケア協議会：General Social Care Council）は関連政府省庁とともに、①高等教育機関および雇用者と協力してソーシャルワーク研修教育の専門性を高め、児童ソーシャルワークに高い質の実践的技術が提供できるようカリキュラムを強化／改正すること。②高等教育機関と協力して、1 年後に（児童ソーシャルワークへの配属も含めて）児童ソーシャルワークの特殊専門性の資格を認可するように現行プログラムを改正すること。③これらの目的を達成させるために包括的な査察システムを設置／実施すること（p.52）

新任ソーシャルワーカーは最初の1年間は、処遇困難ケースを抱えながらも、相対的に落ち着いた学習ができる環境の中で専門家として技術を習得し自信を深められるよう支援／スーパーバイジョンを保証されなければならない(5.12)。さらにソーシャルワーカーは専門性向上のために継続的な学習機会が必要になる。したがって、優れた質の卒後資格訓練研修が必要であり、とくに児童虐待防止ソーシャルワークではそうである。しかし、卒後資格教育研修が不足しているばかりか、雇用者は(教育研修を受けることによる)スタッフ削減や費用負担を嫌がる傾向にある(5.14-15)。政府は、実務経験を有する児童ソーシャルワーカーを対象とした(財源的支援を行い実践に焦点を合わせた)「児童ソーシャルワーク卒後資格」を導入すべきである(5.15、勧告)。

保健訪問員は児童虐待防止において重要な役割を果たす。とくに声を上げることができない乳幼児の場合はそうである。161に及ぶSCRの評価によれば、(虐待死したかあるいはひどい虐待を受けた)児童の47%は1歳未満であるが、わずか12%だけしか児童虐待防止プランの対象になっていない。さらに早期予防発見という観点から、普遍サービスにおける保健訪問員の役割は重要である(5.21)。にもかかわらず、保健訪問員の数は過去3年間に10%も落ち込んでおり、ケース担当量は勧告された300家族あるいは400人の子どもを遥かに上回り、500人の子どもを担当する保健訪問員は40%以上、1000人以上は20%になっている。保健訪問員の69.2%は、最も脆弱な子どものニーズに対応できる資源をもっていない、ことを指摘している(5.22)。さらにいくつかの職務上の混乱もある。保健訪問員は普遍サービスの提供を担うが、複雑なニーズをもつ家族への支援も要請される。ソーシャルワーカーのケース担当が増加すると、保健訪問員は児童サービスに送致された児童虐待ケースを担当するようなことが起こりうる(5.23)。

※本報告書では次のような勧告が行われている。このような状況を鑑み、本報告書は次の勧告を行う。

①保健省は保健訪問員の定員充足と専門性向上に優先順位を与え対策を講じること。②保健省は0～5歳までの『健康児童プログラム』(Healthy lives, brighter futures)を再検討し、児童保護／虐待防止における保健訪問員の役割に優先順位を与え、5～19歳を対象とするプログラムにも同様に対応すること(p.58)。

児童虐待防止チームの資源に関する懸念は、多くの警察でも同様である。全般的ではないにしても、児童虐待防止という職務は「低い地位」(下級職階)にあるとみなされ、優秀で経験を積んだ警察官を引きつけることができない。いくつかの警察では、児童虐待防止チームの高い定員不足率がめだち、クリンビエ事件の直後からここ数年の間に大幅なポストの減少がみられた(5.26)。内務省は、警察児童虐待防止チームに十分な資源を用意し、特殊専門性の習得を目的とした教育研修を受ける機会を保証するよう対策を講じなくてはならない(勧告、p.60)。

## (7) 改善と挑戦 (Chapter 6)

2007年以来 Ofsted はすべての自治体児童サービスの査察を行うことになった。この責任は以前には社会ケア査察委員会(Commission for Social Care Inspection: CSCI)の所轄であった。2005～2008年まで(2006年まではCSCIと協働)Ofstedは自治体児童サービス年次業績達成評価

(ほとんどが文書報告による児童安全に関する業績格付け)を実施した。しかし自治体は査察の精度と専門性に関して度々不満を漏らしている。さらに Ofsted は保健医療ケア委員会(Healthcare Commission)、監査委員会、HMI 保護観察委員会と合同で、3年単位の児童サービス合同査察評価(Joint Area Reviews: JAR)を実施している。JAR は児童保護/虐待防止に関するすべてのパートナーの業績を評価する。これらはフィールドワークの現地視察訪問も行うが、同じく査察の精度と専門性に関する批判が出ている(6.2)。

2009年2月10日、Ofsted は4月より児童保護/虐待防止の査察の変更を申し出た。今後、児童保護/虐待防止に関する交流、送致、アセスメントの取り決めについて、事前通告なしの現地訪問による(年次)査察を行う予定にある、と言う。事前報告による査察は3年毎に実施し、自治体、パートナー、LSCB など児童の安全保障に関わるすべての機関が対象となる。3年毎の査察は、Ofsted と新設されたケアの質評価委員会(Care Quality Commission: 2009年4月1日より保健医療ケア委員会の責任を継承)の査察官によって実施される。この査察は、①「ニーズ調査/審査とサービス提供との関連」に関する分析から、②「実践、ケース担当量、教育研修、スタッフ支援、管理運営、LSCB と児童トラストの機能効果、児童や若者そして利害当事者の意見」の現地訪問による精査にまで及ぶ(6.3)。

これまでの査察の欠点は査察団体とりわけ Ofsted が児童虐待防止の専門性を把持していないことにある。そもそも Ofsted の専門は教育分野であり、何人かの児童保護/虐待の専門的査察官は CSCI から Ofsted に移ったが、多くのもはその職から去った(6.5)。したがって、Ofsted、ケアの質評価委員会などの査察局は直ちにアクションを起こし、スタッフが現場で提供される児童保護/虐待防止サービスを査察できる専門性を習得できるよう保証しなくてはならない。とくに児童虐待防止関連サービスの査察責任をもつ Ofsted の査察官は、児童虐待防止の直接経験を持つべきである(p.63、勧告)。

深刻なケースの検討/評価(Serious Case Reviews: SCRs)は協働の改善を目的とするが、協働を妨げる諸要因は個々の機関内にも多く存在する。協働の効果的な運営のために個々の機関が学ぶべき教訓を明確にする必要がある(6.7、勧告)。ところで SCRs のメンバーは機関の文書資料にアクセスする権限をもっておらず、関係者の主体的な協力にほとんど依存しており、必要とするすべての情報を収集するのは困難な状況にある(6.9)。したがって、DCSF は SCRs の手続き/フレームワークを改正し、SCRs の委員長は文書資料やスタッフすべてにアクセスできるよう保証すべきである(p.64、勧告)。さらに懸念がある。SRRs 委員によるケースの検討/評価は、LSCB が作成した、焦点が曖昧でしかも長くて分かりにくい文書に頼り過ぎていることである。2007年春から2008年3月までに Ofsted アセスメントした45の SCRs の内、1年以内に完成したのはさ31%だけである(6.10)。DCSF は SCRs の目的を、事件や重大なケースから教訓/学び、勧告の推進、児童虐待防止システムの即時の改正、というように限定すべきである(p.65、勧告)。

ところで、SCRs に対する Ofsted の評価方法に不安を感じるもの、すなわち Ofsted は SCRs

の評価基準をその「内容」(システム改善/専門性向上のためのケース検討と勧告)ではなく、「報告文章の質」に重点を置きすぎていることに懸念がもたれている(6.11)。OfstedはSCRsの評価を内容すなわちシステム改善/専門性向上のためのケース検討と勧告の質に焦点をあわせるべきである(p.66、勧告)。SCRsでは「守秘義務」の徹底が重要となる。1つは検討/評価の対象となるケースの当事者および関係者への配慮、もう1つは情報提供者(証人)への配慮である。SCRsの質は情報提供者(証人)の協力に負うところが多い。すなわち、内部通告/告発者(情報提供者)の身分保障がなければ協力を嫌がるであろう。完全な報告書の公開はその必要があるとされる人物および関係機関以外にはされてはならない(6.12)。したがって、質の高い要約報告の公開が極めて重要になる(6.13)。優れた報告書を作成するためには、SCRsの委員長は当ケースに何らかの関与・影響のあるすべての機関から独立していなければならないし(6.15)、報告書を執筆できる能力と技術を有する人物が必要となる。もちろん執筆者はSCRsの委員長と同一人物であっても違っていてもかまわない(6.16)。但し、SCRsの委員長及び報告書執筆者はLSCBや当ケースと何らかの関与をもつサービスから独立していなければならない(勧告、p.69)。

「改善と挑戦」でもっとも野心的な取り組みは、全国児童保護/虐待防止対策室(National Safeguarding Delivery Unit: NSDU)の設置である。NSDUとは、児童若者を対象とする地方サービスの改革/改善のために、関係省庁/機関と協議/調整してアクションを起こすための部署であり、永続的設置ではなく3年を時限とする(6.20)。地方自治体のサービス改革を推進するために、NSDUは改革の進捗状況を3カ月毎に内閣家族児童若者専門委員会(Cabinet Sub-Committee on Families, Children and Young People)に報告し、議会には年次報告書を提出する(6.21)。NSDUの主な具体的任務は、①内閣家族児童若者専門委員会と協力して勧告推進のタイムスケジュールを明確にする、②タイムスケジュールに沿って改革が進むようすべての児童トラストを支援する、③児童サービス、保健医療、警察の児童保護/虐待防止に関する理解と認識の向上を目指す、④すべての地方(現場)サービスにおいて児童保護/虐待防止を優先施策とし、これらの優先施策が実行される地方行政管理システムの開発を支援する、⑤現場サービスがより効果的に児童保護/虐待防止が遂行できるよう、現場サービスの文化(エートス)を変革する、⑥政府官僚やOfstedと協力してSCRsの勧告推進を支援する、などである(勧告、pp.71-72)。

## (8) 組織と財源 (Chapter 7)

地方の多様性は尊重されつつも、LSCBと児童トラストとの間で役割と責任の明確な区別が必要である。児童サービス部長(DCS)がLSCBの委員長を務める場合、児童トラストの委員長を兼ねてはならない(7.3)。また児童トラストとLSCBも同一人物が委員長を兼ねてはならない。LSCBの委員長は機関協働パートナーの同意で選任されるべきである。しかしながら、LSCBと児童トラストの間で強力な関係は重要である。児童トラストはECMの5つの目的を達成し子どもの安寧を改善/向上させる責任をもつ。LSCBの責任は児童トラストによって行使される責

任の基本部分となる。LSCB は児童トラストに児童保護／虐待防止の取り組みと進捗状況を報告し、その成果を年次報告書にして公開すべきである（7.4、勧告）。

財源に関しては、児童ソーシャルケアの支出は近年大幅に上昇しており、2001/01 の 29 億ポンドから 2007/08 の 55 億ポンドに、約 2 倍に上昇している。これらの増加は予防介入対策、児童センター、拡大学校、若者支援、家族／親業支援など、政府が積極的に力を入れている分野である。このような取り組みは評価できるが、一方で児童虐待防止への積極的な資源投資というイニシアティブが弱められることにもなりかねない（7.5）。国家及び地方レベルにおける児童保護／虐待防止に関する予算決定は、過去の支出および児童虐待防止プランの対象となっている子どもの数よりも、実際のニーズやリスクへの必要な対応を基準にすべきである。したがって、十分な資源が児童虐待防止と普遍的予防サービス（早期介入／予防サービス）に適正に配分される必要がある。児童トラストは、他の機関の財源が児童保護／虐待防止にどの程度貢献／支援しているのか、またプールされた財源は有効利用による最大限効果をもたらしているのかどうかを理解しておく責任がある（7.6）。もっとも、地方自治体の（財源取り決めの結果として）児童保護／虐待防止に関する予算確保は厳しい状況にある。学校予算の 82% は、使い道が特定された予算枠（特定財源：**Dedicated School Grant : a ring-fence grant**）から支給されているが、児童保護／虐待防止に関してはこのような財源保証はない。「児童虐待防止」に特定された政府予算はなく、「子どもの福祉／安寧の向上」に配分された予算から捻出される。「2004 年公的セクター効率性の見直し」（**Gershon Review of Public Sector Efficiency**）の下で、自治体は効率的な財源活用（財源削減）を要請されており、特定財源の欠落は児童保護／虐待防止関連予算の削減というリスクにさらされることになる。政府は児童保護／虐待防止に関する財源保証を明確にし、普遍的予防サービスと児童虐待防止サービスの両方に適切な水準の財源投資が行われるよう断固とした行動をとるべきである（7.7）。

## [5] 考 察

2008 年 11 月 11 日、2 人の男性の有罪（母親も本件への関与が確認）が確定し報道され、その凄惨な事件内容が明らかにされると社会の関心は頂点に達した。しかも、記憶に新しいヴィクトリア・クリンビエ虐待死事件（2000 年）と同地区（ロンドン北部ハリンゲー地区）であったことから、市民の受けた衝撃は計り知れないことは容易に想像がつく。本事件は国会答弁でも取り上げられ、児童大臣 Ball は、2004 年児童法の権限を行使し（初めての権限行使）、ハリンゲー地区における児童安全保障（虐待防止）に関する緊急の合同査察調査を命じるとともに、地区児童安全保障委員会（LSCB）委員長の S. Shoermitth を更迭した。さらにラミング卿（クリンビエ虐待死亡事件の調査委員長）に、クリンビエ事件以降、児童社会サービス改革の進捗状況に関する全国調査を依頼することになった。

本事件の虐待調査報告書にあたるのが、LSCB が作成した『ベビー P（ピーター）虐待死亡事

件に関する調査報告書』(Baby Peter Serious Case Review: SCR)である。児童大臣 Ball は最初の調査報告書のやり直しを命じ、前ケント児童サービス部長 G. Badman をハリンゲール LSCB 委員長に任命し、調査報告書の作成にあたらせた。個人情報保護の観点から完全な報告書は公開されず、要約報告書(全文 28 頁)が 2009 年 5 月(2 月には完成されていた)に漸く公開されることになった。

要約報告書では「権威的な対応」の重要性が強調されている。かつてプロムクーパー委員長が執筆した『ジャスミン・ベクフォード虐待死亡事件調査報告書』でも使われた言葉(権威的な対応)である。ベビー P は傷害による理由で入退院を繰り返し、母親は 2 度も逮捕されている。47 条調査も警察調査も実施されていた。なぜケア命令の申請まで検討されていたのに親子分離されなかったのか、という疑問である。確かに専門家(とくにソーシャルワーカー)は親をコントロールできていなかった。子の安全を最優先するにあたって、親に(親業の)達成目標や課題を明示し、その成果や姿勢を継続的にアセスメントすること、そして親業向上への努力が見られない場合、親子分離もあり得ることを明示し、専門家は親をある程度コントロールしておく必要がある。そうすれば、法関係者や専門医が明確な司法証拠の存在を確認できずケア命令申請が延期・先送りされる場合、それに反論する状況証拠を提示できたはずである。虐待防止ソーシャルワークの専門性が習得されていなかったことを指摘することはできる。

しかし、「権威的な対応」に慎重な姿勢を示す専門家の背景にも考慮しておく必要がある。1 つは、児童大臣 Balls がハリンゲール児童サービス部長(S. Shoemsmith)を更迭し、虐待防止の失敗は許容できないことを自治体/議会に明確にした途端、ケア命令の申請が激増したことである。ここ数年ケア命令の申請が極端に少ない。それは申請費用および委託費の抑制のため、ケア命令の申請が控えられた可能性が高い。もう 1 つは「家族の共同性」の復権である。例えば、虐待調査(警察調査)が実施されているとき、家族(MsA)の友人宅にベビー P のケアが委託(公的里親よりも家族委託を優先するよう自治体指針に明記)されたことや、児童若者サービス部が家族支援を行う際に SFBT(家族の持つ力に焦点を合わせ、親業を改善する試み)が共通理解となっていることなどである。財源的抑制と家族の共同性は、親和的な関係にあったのかもしれない。

ラミング報告書は、クリンビエ事件調査報告書の勧告および政府の児童社会サービス改革(ECM)の進捗状況に関する全国調査報告書ではあるが、その内容を精査するとベビー P 虐待死亡事件への配慮がみられる。避けて通れない問題であったはずである。ラミング報告書の主張は明快で、①政府各省庁は協力して、児童保護/虐待防止に対する優先順位を明確にし、それが実現可能となるように十分な資源を確保/保証すること、②その達成評価は地方(現場)で提供されるサービスの質/量で評価されること、③これらの改革を実施するために、内閣府に全国児童保護/虐待防止対策部(NSDU)を設置すること、である。そして、ソーシャルワーカー、保健訪問員、警察官(虐待防止担当)の地位/身分、教育研修/専門性、職員数/欠員補填が不十分であることが明確にされ、その対策を早急に講じるよう要請している。さらにこれらの改革を裏

付ける財源については、児童保護／虐待防止に関する特定財源（Dedicated School Grant：a ring-fence grant）の明確化が主張された。

児童大臣 Ball はラミング報告書の勧告すべて受け入れる用意があることを発表した。実際にソーシャルワーカー教育研修や人材補填に関して緊急予算を組んだ。しかし児童保護／虐待防止に関する特定財源化は受け入れなかった。児童サービス部長協会の会長 Kim Bromley-Derry<sup>(8)</sup> は、「政府は地方（現場）サービス（児童虐待防止）に十分な財源投資を行うようラミングは勧告したが、そのようなサービスの基本財源の増加には結びつかなかったことに失望している。公的サービスは予算削減の圧力下であり、児童虐待防止予算を守るような手立ては何ら講じられていない。・・・指針や構造改革という中途半端は言葉に惑わされてはならない。現場で提供されるサービスの改革こそが本当の変化である」という厳しい評価を下している。

最後に、ソーシャルワークの脈絡からベビー P 事件を検討しておきたい<sup>(9)</sup>。

ブラウン首相は 2007 年 6 月、児童・学校・家族省（DCSF）を新設し初代大臣に Ball を任命した。早速彼は 12 月に『児童プラン：明るい未来を創造するために』（The Children's Plan：Building Brighter Futures）を発表し、2020 年までの政府の姿勢を明らかにした。『児童プラン』は基礎学力（読み書き）の向上、反社会的行為の予防、児童貧困の克服を目的とする。親子が最もアクセスしやすい学校を拠点にして様々プロジェクトをコーディネートする。つまり、最も脆弱な子どもを早期に発見予防すると同時に、子どもの教育格差をもたらないよう親業支援を行い、子どもの潜在能力を開花させる、という戦略である。

ブラウン政権では「子ども中心（child centred）」という考え方を尊重しつつも、時として家族を個々のパーツに分解／単元化させ「家族の共同性」を弱体化させる傾向があるとし、「家族」という概念をもう一度復活させてきた。それが『家族を考える』（Think Family：Cabinet Office, Social Exclusion Task Force 2008）である。『家族を考える』では、児童サービスと成人サービスの統合が提起され、成人サービスは「家族全体」のニーズへの対応だけでなく、クライアントの親業支援も児童サービスを協力して行うことが要請された。早期予防介入と家族（親業）支援は、まさしくシーボーム改革理念の復活とも言える。いやむしろ、シーボーム改革の理念が骨抜きにされたとき、つまりジェネリック・ソーシャルワークを基盤とする社会福祉部が解体され 2004 年以降児童サービス部に取り替えられたとき、「家族」という概念が復活した、というほうが正解なのかもしれない。というのもソーシャルワーカーはかつての輝きを取り戻したのかというと、そうではないからである。

政府は ECM 以降、子どもの潜在能力の開花は、早期予防介入による親業支援を行い、教育格差をなくすこと、それが社会的排除（児童貧困）の解消に繋がるという考え方を堅持している。このような教育と福祉の接近は、自治体の教育部と社会福祉部（児童社会ケア）を統合した児童サービス部（Department of Children's Services）の新設をもたらした。しかし、児童サービス部長の 75% が教育関係者であるように、児童社会サービスの財源配分は学校を中心とする教育関連サービスに重点がおかれている。児童ソーシャルワークは、育成される子（looked after：ハイ

リスクをもつ子ども)に限定／選別されている。家族(親業)支援の強調はシーボーム改革を思い起こさせるが、普遍的な予防介入を担う専門職は教育や保健医療関係者(保健訪問員や助産師など)に移っている。児童ソーシャルワークは、①ハイリスクの子ども(児童虐待防止)を担当するため、マニュアル遵守、詳細なアセスメント、ITへの情報入力に集中し、子ども(家族)と接触する時間を失い士気の低下をもたらす。さらに②普遍的な早期予防介入は教育と保健医療が中心となり、ソーシャルワークへの財源投資が縮小される。このような「士気の低下」「資源の不足」がベビー P 事件の背景にあった。ラミング報告書で児童虐待防止ソーシャルワークが「シンデレラ・サービス」と呼ばれたのは、このような理由からである。

#### 註

- (1) Joint working : Laming lays dawn his judgment on child protection, in *Children & Young People Now*, 19/03/09
- (2) Children going into care : the Baby P effect in numbers, [www.guardian.co.uk/news/datablog/2009/may/08/baby-p-childprotection](http://www.guardian.co.uk/news/datablog/2009/may/08/baby-p-childprotection).
- (3) Baby P killer found guilty of raping two-year-old girl, [www.guardian.co.uk/society/2009/may/01/babyp-step-father-guilty-rape](http://www.guardian.co.uk/society/2009/may/01/babyp-step-father-guilty-rape).
- (4) Ofsted must learn from Baby P say charities, in *Children & Young People Now*, 02/12/08
- (5) ①Haringey LSCB (2009) Serious Case Review : Baby Peter, Executive Summary, February.  
②Timeline : The short life of Baby P'in [guardian.co.uk](http://guardian.co.uk), Tuesday 11 November 2008.
- (6) Haringey LSCB (2009) Serious Case Review : Baby Peter, Executive Summary, February.
- (7) Lord Laming (2009) The Protection of Children in England : A Progress Report, The Stationery Office.
- (8) Ed Balls fails to commit on child protection funding, [www.gusrdian.co.uk/society/2009/may/07/baby-p-child-protection-funding](http://www.gusrdian.co.uk/society/2009/may/07/baby-p-child-protection-funding).
- (9) From Seeborn to Thinking Family : reflections on 40 years of policy charge of statutory childrens social work in England, in *Child and Family Social Work 2009*, 14, pp.68-78.

---

[たなべ やすみ 児童福祉学]