

第13章 特別な視点が必要な事例への対応

1. きょうだい事例への対応

子ども虐待は、多様な問題が複合的・連鎖的に作用し、構造的な問題となって発生している。したがって、きょうだいの一人に虐待が発見された場合、他のきょうだいへの虐待の可能性についても十分留意しなければならない。また、きょうだいが直接的に虐待を受けていなかった場合でも、家庭内で虐待が発生したことにより、きょうだいが心理的外傷を受けている可能性が高いことにも留意が必要である。こうした点については、死亡事例等の検証結果報告で再三注意が喚起されているが、未だに対応が十分であるとはいえない。

そのため、虐待通告等（虐待相談及び他の相談の中で虐待を認知した場合を含む。以下この項同じ。）を受けた子どもの家庭にきょうだいがいる場合には、以下の対応を行う必要がある。

(1) きょうだいの安全確認について

虐待通告等を受けた子どもの家庭にきょうだいがいる場合には、虐待を疑われる子どもの安全確認と併行して、きょうだいについても速やかな安全確認を実施することが必要である。きょうだいの安全確認の時期や方法については、虐待通告を受けて対応する場合と同様の時間ルールに基づき、子どもを直接目視しての安全確認やアセスメントを行うこと。

(2) きょうだい受理の要否判断

虐待通告等を受けた子どもやきょうだいについて安全確認とアセスメントを行った結果、いずれの子どもにも虐待が確認できなかった場合には、きょうだいについては個別に受理する必要はなく、虐待通告等を受けた子どもの児童記録票にきょうだいのアセスメントシート等を綴じこんでおくこと。但し、安全確認を行った時点で虐待が確認できなかった場合も、その後虐待が起こる可能性はあり、虐待のリスクについて、慎重なアセスメントを行い一定期間動静を把握し、必要に応じて虐待予防のための支援を行い、定期的な安全確認と再アセスメントを行う必要がある。

安全確認やアセスメントの結果、きょうだいにも虐待が行われている場合には、きょうだいについても速やかに受理を行い（個別の児童記録票を作成）、調査・援助を継続していくこと。

安全確認やアセスメントの結果、家庭内の特定の子どものみに虐待が行われているが、きょうだいについては直接虐待が行われていることが確認できなかった場合にも、虐待の場面に直接又は間接的に遭遇しており、きょうだいに心理的外傷を与えられている可能性が高いことに着目し、児童虐待防止法第2条第1項第4号に定義された心理的虐待として対応すべきである。心理的な虐待については、平成16年の法改正で配偶者に対する暴力も心理的虐待に該当することが例示されたが、子どもに著しい心理的外傷を与えるという意味では、家庭内でおきている子どもへの虐待も同様であり、きょうだいについて直接虐待が及んでいなくとも、心理的な外傷へのケア等の適切な対応を行うことが不可欠である。

(3) 一時保護等で親子分離した場合、家庭に残ったきょうだいに対する援助

虐待による一時保護や施設入所等（里親委託や児童自立生活援助の実施、指定医療機関への委託を含む。）で親子分離した場合で、家庭にきょうだいが残っている場合には、きょうだいに対する心理的外傷に対するケアを検討するのはもちろんのこと、家庭内の子どもが分離されたことにより、家庭内力動に変化が生じ、きょうだいへの虐待が新たに発生したり、虐待がエスカレートする可能性があることに留意し、定期的な安全確認とアセスメントを行い、家庭に残ったきょうだいに虐待が行われないための指導措置を講じる必要がある。

また、援助方針検討の際には、要保護児童対策地域協議会を活用し、きょうだいについても要保護児童として進行管理台帳に登録するなど柔軟に対応し、学校及び保育所に在籍する児童については、定期的に学校等から当該児童の出席状況等の情報提供を受け、その情報を組織的に評価し、必要に応じて家庭全体に関わる関係諸機関が一堂に会して個別ケース検討会議を開催し、アセスメントを行って状況把握及び各機関の役割分担の検討を行うことが有用である。

(4) 虐待により重大な被害を受けた子どものきょうだいに対する援助

虐待によって亡くなった子どもや重大な被害を受けた子どものきょうだいについては、きょうだいが直接虐待を受けているか否かに関わらず、重大な虐待の場面に直接又は間接的に遭遇しており、著しい心理的な被害を受けている可能性が極めて高いことや、残されたきょうだいに虐待が行われたり、虐待が激しくなる可能性に留意し、きょうだい一人ひとりについて必ず受理を行い（児童記録票を作成）、速やかに安全確認とアセスメントを実施し、施設入所等の必要性を検討する。

なお、施設入所措置等がとられない場合であっても、必ず児童福祉司指導等の措置を採り、その後も長期間にわたり動静を把握するなど定期的に安全確認と再アセスメントを実施し、継続的な援助を行うこと。

2. アルコール依存・薬物依存等の保護者への対応

(1) 物質依存の態様

① 物質（薬物）乱用

物質乱用とはアルコールや薬物を本来の目的や用い方から逸脱した形で使用することである。例えば、睡眠薬を入眠困難としての治療の目的以上にアルコールと併用して気分を良くするために用いるなどといった使用の仕方をいう。シンナーなどの有機溶剤を本来の目的から逸脱して吸引したり、違法な薬物を使用することも含まれる。アルコールも適量であれば問題はないが、大量に飲むのは乱用である。このような使用を1度でもすることは乱用に当たる。

② 物質（薬物）依存

依存とはそのような物質を求める強い衝動があり、やめられない状態を言う。例えば、家にアルコールがないのに飲みたくなくて、嵐の中でも遠くまで歩いて買いに行く、覚せい剤欲しさに金銭目的で犯罪を犯すなどの行動は依存によっておこる。依存になると、やめようと思っても簡単にはやめられない状態となる。依存を引き起こしやすい薬物には、アンフェタミンなどのいわゆる覚せい剤、モルヒネ、コカインなどの麻薬およびニコチンなどの興奮系薬物、アルコールや睡眠・鎮静薬や有機溶剤などの抑制系薬物、LSDなどの幻覚剤などに分類される。このような薬物は自然状態での生理的な快に比べて非常に効果が強く持続も長い為、希求に駆り立てられる。また、効果が切れた後に不快な離脱状態になり苛立ちが強くなるため、そこから逃れようと、更に渴望が強くなる。覚せい剤では抑うつ状態となり苛立ちが強くなるし、アルコールではいわゆる二日酔い状態に加えて、長期使用があると動悸・頻脈、大量発汗、吐き気などがあり、その後幻覚・妄想に至ることもある。薬物によっては繰り返す使用によって耐性ができ、効果が下がるためより多くの薬物使用に繋がることもある。更に、近年、鎮痛剤、脱法ハーブへの依存も問題となっている。

③ 神経毒性

依存性薬物では、通常以上の神経伝達物質の放出が続くため、繰り返し物質（薬物）使用がなされると、精神毒性つまり不可逆的な脳の変化に至り幻覚・妄想・異常行動などが生じる結果となる。例えば、アルコール精神病は振戦せん妄（意識混濁した混乱や手・指が震える）、アルコール幻覚と呼ばれる幻聴や小動物幻視、アルコール嫉妬妄想状態となる。また、離脱時の苦痛症状も著明になるため中止することができず、更に脳の荒廃が進む。また、脳の不可逆な変化により脳の脆弱性が生じるため、薬物の使用を中止して、一時はその症状がなくなっても、同じような薬物を一度だけ使用したり、あるいはストレスがかかっただけでも精神症状が再発する。そのために、この状態に至ると社会復帰は非常に困難となる。

(2) 物質依存と子ども虐待

① 親が物質乱用・依存がある場合、子どもに起きる危険は以下のとおりである。

ア. 子どもにとって危険な物質が家庭内に存在する。

イ. 親の依存物質への渴望が大きく、子どものケアが後回しになり、ネグレクト状態

となる。

- ウ. 子どもが存在することが依存物質へのアクセスの妨げになるために攻撃が向く。
- エ. 薬物使用時には薬物の影響によって子どものケアを行えない状態になり、ネグレクト状態となったり、子どもがその効果を妨げる時には攻撃的になって身体的虐待に結びつく。
- オ. 離脱状態の苛立ちが虐待に結びつく。特に覚せい剤では離脱状態での苛立ちが著明である。
- カ. 神経毒性に至っている場合には、幻覚・妄想・行動異常が生じ、それに子どもが巻き込まれることで深刻な虐待になる危険がある。
- キ. 神経毒性に至っているときの離脱症状は著明であり、子どもが巻き込まれる危険がある。
- ク. 依存に至る心理的状态が子どもの虐待にも繋がる。この場合、保護者と子どもの関係が独特の関係性に至り、保護者も子どももそれに依存する傾向が認められる。

② 物質乱用・依存のパートナーを持つ親

物質依存が一方の親のみである時、そうでない親が子どもを守れるかどうかのアセスメントが重要である。しかし、多くの場合、共依存の状況にあることが多く、子どもを守る行動をとれないことが少なくない。そのような親へ過度の期待をすることは危険である。

③ 物質依存の発見

物質依存者は自分からそれを申告することは殆どない。したがって、その可能性は常に念頭に置かなければならない。特に近年では依存性薬物が手に入りやすくなっており、決して稀な問題ではない。アルコール依存や薬物問題が疑われる場合には、面接で、アルコールをどの程度飲んでいるか、シンナー、依存性薬物を使ったことはないか、などについて質問する必要がある。

それでも嘘をつく親は多い。物質依存の親はモラルも低下するし、そのパートナーも秘密を守ることが多い。中にはDVによる恐怖から正直に答えられないこともある。

強い衝動性、粘着性などに加えて、面接中に繰り返し唇を舐める唾を吐くなど口渇に基づく行動が多い、眼を見開いたように見える（瞳孔が散大する）などの状態がある場合は覚せい剤依存が疑われる。面接場面で腕の注射痕によって明らかになることもある。更に、神経毒性に至っている場合は幻覚・妄想があるため、不可解な言動が生じる。また、覚せい剤を使用しているときの高揚感を持った状態と、離脱時の苛立ちの状態の差が覚せい剤依存の発見に繋がることもある。

④ 物質依存の親がいる家族への介入

- ア. 覚せい剤・ヘロイン・LSD等への依存があるときには分離を検討する。一見殊勝な言動があっても、治療を継続して覚せい剤依存からの回復が確認されるまでは分離後の再統合は避けるべきである。
- イ. アルコールや睡眠薬や鎮痛剤への依存があるときには、分離は虐待の程度とパートナーや周囲の大人の養育力によるが、少なくとも介入は続けなければならない。この場合も治療を受けることが原則である。治療を受けて一旦はよくなっても再発

は多い。継続した支援が必要である。

- ウ. 神経毒性に至っている可能性がある場合は、どのような物質依存でも分離を優先して検討しなければならない。
- エ. パートナーが依存者と別居して子どもを守ることができる場合には分離が必要ない場合もあるが、薬物依存の人の渴望の強さや共依存を考えると、パートナーへの支援が必要であると同時に、常に依存者と再び一緒になる可能性を視野に入れて支援をしなければならない。
- オ. 保健機関、医療機関、警察、福祉事務所などと相談しながら、連携協働した対応をする必要がある。

(3) 物質以外への依存

物質（薬物）ではなく、強い快の状態をもたらす行為に依存することもある。例えば、ギャンブルやパチンコ依存、買い物依存、ネット依存、性的な依存などである。食行動異常も依存の一つという考え方もある。依存があるときにはそれによって子どものケアがなおざりにされたり、歪んだケアになる可能性が高いため、虐待に至る危険は高いと考えるべきである。

3. 精神疾患が疑われる事例への介入と対応

(1) 保護者の精神障害と子ども虐待

保護者の精神疾患は子ども虐待の大きなリスク因子のひとつとして認識されている。子ども虐待と関連する保護者の精神疾患としては、気分障害、不安障害、統合失調症などが知られている。物質依存によるものについては前節参照。

① 気分障害

気分障害（いわゆる躁うつ病）は、抑うつ気分や高揚した気分のエピソードからなる精神疾患で、抑うつ気分を示すうつ病はもっとも一般的な精神疾患のひとつである。母親のうつ病は子ども虐待の強力な予測因子であることが知られている。気分障害は出産との関連が強く、産後早期に見られるマタニティーブルーや産後数週間して発現する産後うつ病があり、子ども虐待の予防活動として早期に発見して援助する取り組みが広がってきている。また、うつ病と関連する自殺念慮や自殺企図のある母親も子ども虐待のリスクが高いため、特に注意して支援する必要がある。

② 不安障害

不安障害は著しい不安や恐怖に苦しんだり社会生活や対人関係に困難が生じる状態で、以前は神経症やノイローゼなどと呼ばれていた状態が含まれる。また、ストレスに関連する精神疾患も不安障害に含まれ、著しい恐怖や脅威を体験した後に発症する心的外傷後ストレス障害（PTSD）も不安障害の一型であり、保護者の PTSD は子ども虐待と強い関連がある。保護者の PTSD の原因としては配偶者からの暴力、小児期の被虐待経験、特に性的虐待の経験が多く、保護者自身が暴力を受けてきた経験は子ども虐待と関連が深い。PTSD の保護者

は回避的になったり情緒的反応性が悪くなったりするために、子どもの養育機能が低下してネグレクトの要因になる可能性がある。また、感情のコントロールがうまくできずに、攻撃的、衝動的な行動が現れることがあり、子どもへの暴力につながる場合がある。

③ パーソナリティ障害

パーソナリティ障害とは、著しく偏り柔軟性に欠けるパーソナリティ（人格）傾向があるために、社会的、対人的適応が困難で、本人も苦痛を感じている状態である。パーソナリティ障害にはさまざまな病型があるが、奇妙で風変わりなタイプ、劇的・感情的・気まぐれなタイプ、不安や怯えの強いタイプに大別される。反社会性パーソナリティ障害や境界性パーソナリティ障害には反社会的行動、攻撃性、衝動性、自殺企図、自傷行為などのために不適切な養育に関連する可能性があるだけでなく、介入や支援のための対応にも困難が多い。

④ その他の精神疾患

統合失調症による幻覚や妄想、生活機能の障害が子ども虐待に関連する可能性があることに留意する。なお、既に診断されて治療を受けており、十分な病識がある場合は、それほど虐待のリスクは高くない。反面、地域社会の中で孤立し、排他的な生活をしている場合には、保護者の妄想が子どもに大きな影響を及ぼし、なかには親と同様の妄想を示す場合もある（共有精神病性障害）。また、必ずしも精神疾患ではないが、独特な宗教・思想を持つ保護者が、子どもを学校に行かせなかったり、必要な医療を拒否するなどの虐待行為に発展することもある。

(2) 精神疾患事例への対応方法

① 情報の収集

保護者に精神疾患が認められたり、その疑いがある場合は、診断名、治療歴と現在の治療（医療機関や主治医）、社会的支援の有無、そして現在の精神状態や社会生活の状況（仕事や家事ができていないか、通院や服薬の状況、家族外の対人関係など）についての情報を収集し、必要な関係機関との連携を含めた対応を検討する必要がある。

一部の精神疾患の人は、自分自身の精神症状を否定したり、病気であるという認識（病識）を持っていないことがあるため、本人との面接だけでは判断できないこともある。そのため、できるだけ複数の人たちからの情報を集める必要がある。ただし、保護者の精神疾患を安易に虐待の原因や不十分な養育能力と結びつけるのではなく、保護者や家庭の持つ要因のひとつとして検討するように心がけなければならない。診断名だけで判断するのではなく、実際の生活や育児における機能障害の程度や、家族内及び家族外からの支援の状況も含めて、精神疾患の影響を評価することが重要である。

② 医療機関との連携

精神疾患が関連する虐待事例への介入にあたっては、精神医学や精神保健の専門的な知識や技術が必要になるため、対応チーム内に精神科医が不可欠である。児童相談所の精神科医や要保護児童対策地域協議会のメンバーの精神科医などにその役割が期待される。保護者の主治医との連携においても精神科医の関与は効果的である。もちろん、市区町村保健センター、保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関、福祉事務所などとの連携も不可欠で

あり、精神保健福祉相談員、精神科ソーシャルワーカー、保健師などの専門職とともに保護者の精神疾患への対応を行う必要がある。

介入にあたっては子どもの安全の確保が優先されなければならない。保護者の精神状態が非常に不安定で子どもの安全が脅かされている場合は、保護者の入院治療を検討する。保護者自身が入院治療に同意できれば「任意入院」による入院治療が行われるが、保護者が入院に同意しない場合は精神保健指定医の診察を経て、「医療保護入院」や「措置入院」によって入院治療が行われることになる。自分自身あるいは他者を傷つけるおそれ（自傷他害のおそれ）が高く、すみやかに危機介入をする必要がある場合は、精神保健福祉法第 23 条に基づいて誰でも指定医の診察及び必要な保護を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に申請することができる（精神保健福祉法に基づく入院形態の概要については表 13-2 を参照）。

③ 子どもの保護とその後の支援

精神保健福祉法に基づく対応で保護者の入院が認められない場合もある。その場合には、子どもの安全を確保するために、子どもを保護者から分離して保護することが必要である。その際に、子どもの一時保護に対して保護者が同意しないこともあるが、児童福祉法第 33 条に基づいて子どもの保護を実施する。子どもの安全を確保した上で、保護者に対しては引き続き治療へ向けた支援を行う。保護者の治療への取り組みと状態の改善に応じて、子どもとの面会や外泊を設定することが、保護者の治療意欲の向上や動機付けになることもある。

家庭での養育の適否を検討する際には、保護者の精神状態が子どもの養育に適するかどうかを、保護者の主治医から十分に聴取する必要がある。そのため、主治医や保護者の担当医療機関が保護者の養育上のリスクを適切に評価できるように情報を伝え、個別ケース検討会議等を通じて連携を密にする必要がある。

保護者の入院中には、退院後の対応方針や援助計画を立案しなければならない。保護者の治療やリハビリテーションは精神保健機関が中心となるが、児童相談所は子どもの安全の観点から家庭外あるいは在宅での支援計画を立案する役割が中心となる。このような事例への介入と援助では地域において多くの機関や関係者が関わることになるので、要保護児童対策地域協議会を活用することが望ましい。

(3) 子どもへの対応

保護者に精神疾患が疑われる虐待事例での子どもへの対応では、虐待による直接的な影響だけでなく、保護者の精神症状からの影響も慎重に評価されなければならない。特に、親子が排他的で地域社会から孤立しているような場合には、子どもは保護者の独特な信念や行動に支配されていることがあり、親の影響から子どもを守るためにも分離保護が必要になる。子どもが虐待から保護されて安心感を持てるようにすることと、「ふつうの生活」を保障することが対応の基本となる。いずれにしても、保護者だけでなく子どもについても精神科医によるアセスメントが、介入やその後の対応のための重要な要素となる。

保護者に精神疾患のないパートナーがいる場合ではその保護者を通じて、単親の場合は親族やその他の大人との関係を構築することで、精神疾患の保護者の育児負担を軽減するとともに、子どもへの直接的な影響を軽減することも重要である。

表 1 3 - 2 精神保健法に基づく入院制度の概要

精神保健福祉法に基づく入院制度の概要

入院形態	任意入院	措置入院	緊急措置入院	医療保護入院	応急入院
対象者	自らの入院について同意する精神障害者	医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある者	措置入院の要件に該当すると認められる者について、急速を要し、措置入院に係る手続きを採ることができない場合において、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれがある者	医療及び保護のため入院の必要がある者であって、保護者（保護者について家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がなされていない場合は、扶養義務者。また、平成26年4月1日以降は家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人を指し、扶養義務者は家庭裁判所の選任が必要。）の同意のある者	医療及び保護の依頼があった者について、急速を要し、保護者の同意を得ることができない場合において、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められた精神障害者
入院時における手続き等	本人の同意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2名以上の精神保健指定医の診察結果の一致により入院。 ・ 指定医は厚生労働大臣の定める基準に従い判定。 ・ 診察に当たっての都道府県の当該職員の立会い。 ・ 現に保護の任に当たっている者への診察の通知。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健指定医の診察必要。 ・ 診察に当たっての都道府県の当該職員との立会い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院に当たって、精神保健指定医の診断を要件とする。 ・ 保護者（若しくは扶養義務者。平成26年4月1日以降は家族等）の同意。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院に当たって、精神保健指定医の診断を要件とする。
入院期間	—	—	72時間以内	—	72時間以内
退院時における手続き等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院は本人の意思による ・ 患者の症状により72時間を超えて退院制限を行うことができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 措置症状の消失により、措置解除 ・ 精神保健指定医の診察必要。 ・ 措置症状が消失した際には、届出。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県知事から入院措置をとらない旨の通知を受けたとき、又は72時間以内に入院措置をとる旨の通知がないときには直ちに退院。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の入院形態への移行、入院の必要性の消失等により退院 ・ 退院後10日以内の届出 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の入院形態への移行、又は上記入院の必要性の消失により終了。

4. 特定妊婦や飛び込み出産への対応

虐待による死亡事例では、0歳児の乳児が4割以上を占めており（「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」平成24年7月）、その背景には、母親が一人で悩みを抱えている場合、若年出産や望まない妊娠、母親自身の疾患のためにサポートが必要な場合など家庭環境に問題があった事例が多くみられる。

また、市区町村保健センター等の機関が関わっていた場合も見られるが、要保護児童対策地域協議会での取り扱いがなく、リスクアセスメントなど関係者での情報の共有がなかった事例も多い。したがって虐待予防のためには、出産前から関係機関が早期に関わる必要がある。

(1) 特定妊婦への関わり

① 特定妊婦とは

児童福祉法第6条の3では、特定妊婦は、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」とされ、平成20年の同法改正により、要保護児童対策地域協議会の対象とされている。（第2章の3.（2）参照）

② 特定妊婦への妊娠期からの相談の重要性

特定妊婦の場合、子どもはまだ出生していないので、従来の虐待リスクアセスメントは活用できず、緊急度の判断が難しい面もある。妊婦健康診査未受診など、妊娠中から子どもの健全な発育を保障できていなかったり、出産後の育児用具やミルクの準備ができていない、育児スキルがない、適切なサポート体制が得られないなどの事態は乳児にとってはたちまち重篤な結果につながりかねず、出産後の子ども虐待のリスクが非常に高くなるため、未然の予防が不可欠である。

そのため、少しでも養育に不安が予想される場合には、確実に要保護児童対策地域協議会につなげ、情報の共有や連絡調整を行い、必要な支援を行うことが求められる。

(2) 関係機関の役割と連携

妊娠や出産について、妊婦自身が気軽に相談できる相談窓口の周知が重要である。同時に産院などの医療機関と市区町村保健センター、保健所、福祉事務所(生活保護課など)、児童家庭相談担当課、児童相談所など、医療、保健、福祉の関係機関が連携した支援のセイフティネットを築く必要がある。

① 医療機関(産科)の役割

医療機関が早期に養育支援を行う必要があると判断した場合には、市区町村に情報提供を行う。妊婦健康診査をきちんと受診しておらず、分娩時が初診、あるいは受診が少ない妊婦については特に留意が必要である。情報提供の際、情報提供の必要性とその内容や市区町村の支援について妊婦に対して説明を行い、同意を得ることが望ましいが、同意を得られない場合であっても居住する地域の母子保健サービスや育児相談窓口等に必要な情報提供を行っておく。

なお、医療機関は、要保護児童対策地域協議会から資料または情報の提供の求めがあった

場合、本人の同意がなくても必要な情報を提供することは守秘義務や個人情報保護に係る規定違反とはならない場合がほとんどであるが、詳しくは「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」(平成24年11月30日付雇児総発1130第2号、雇児母発1130第2号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知)を参照のこと。

② 市区町村保健センターの役割

妊娠届や母子健康手帳の交付は、市区町村役場や市区町村保健センター等が窓口になっている。届出票等をもとに妊婦が妊娠・出産への迷いや悩み、健診未受診、経済的困窮などの問題を抱えていないかどうか、保健師等が面接を行って早期に把握し、助産制度の活用など必要な支援を開始する。

市区町村保健センターや保健所は、医療機関等から情報提供を受け、または福祉事務所や女性相談所等の機関から相談を受けて、出産後の準備や養育指導等を行う。同時に関係機関の支援に拒否的ではないか、適切な養育環境は確保できているか、妊婦に必要な育児スキルがあるかなど客観的にアセスメントし、特定妊婦と判断した場合には要保護児童対策地域協議会に連絡する。

③ 生活保護担当課の役割

生活保護担当課が妊婦からの相談を受けた場合、経済的な支援についての相談に対応するだけでなく、出産から子どもの養育に向けて適切な環境を整えることができているかなど生活実態を調査し、保健、医療、福祉機関と密接な連携をとり、母子保健窓口など必要な関係機関につなげるなど必要な支援を行う。

④ 市区町村児童福祉主管課の役割

市区町村児童福祉主管課は、報告を受けた特定妊婦について、要保護児童対策地域協議会において支援方法について協議し、養育に関する問題を明らかにするとともに関係機関が連携して養育支援訪問事業などを活用した支援を検討する。

支援の過程において必要に応じて、児童相談所とも出産後の見守りのあり方や一時保護の利用などの対応を検討しておく。

⑤ 児童相談所の役割

医療機関は関わりのある妊産婦について特に出産後の虐待リスクが高いと判断した場合は直接児童相談所に連絡する。児童相談所が医療機関から連絡を受けた場合は、虐待のリスクが高いことが多いことから当該医療機関に直接出向き、主治医など病院スタッフから内容を確認すると同時に、家族の状況などできる限り詳細な情報を得ることが必要である。対応結果やその後の経過については医療機関と情報を共有するとともに、保護者等への面接を行い、要保護児童対策地域協議会にケースを提出する。

なお、すでにきょうだいへの虐待(疑い含む)についてかかわりのある事例で、新たに次子の妊娠が判明した場合も、医療機関(産科)等と連携して対応する必要がある。

児童相談所は必要な場合、妊娠中から受理して関係機関と共に連携した支援を行い、出産後の対応を準備する。その場合、児童記録票は出産後に児童の氏名に変更する。

(3) 特定妊婦への支援の留意点

- ① 特定妊婦については、要保護児童対策地域協議会において家族構成や支援者の有無、これまでの妊娠回数（中絶や流産などの情報を含む）、出産予定日、妊婦自身の問題（若年、未婚、妊婦健診未受診、疾患）、望まない妊娠であるかどうかや関係している機関など必要な情報を収集し、共有する。
- ② 次に想定されるリスクを関係機関で共有し、主担当機関を決め、支援の役割分担を行う。母親が何らかの疾患を抱えている場合、その主治医に協力を求め、診断名だけでなく具体的な病状などを聞き取る。虐待につながりかねない情報については特に注意して収集し、適切にアセスメントできるようにする。
- ③ その際、重要なことは、ケースの進行管理にあたってアセスメントを厳密に行うことである。経済的な問題やDVの有無、母親の心身の状態や望まない出産かどうか、出産後のフォロー体制の状況などを再度確認しておく。

例えば、DVの再発や離婚、家族関係の変化など少しの状況の変化でも乳児にとっては重大な事象につながりかねない。関わっている機関が情報の共有を密にし、危険なサインを見逃さないようにする必要がある。出産後の養育状況が不適切となる可能性がある判断されれば退院前に児童相談所が介入的に関わりを持つ体制を取っておくことも必要である。

出産まで時間的余裕があるような特定妊婦への支援では、妊娠中からの家庭訪問が必須である生活スキルの把握や妊娠の受容など子どもの養育についてのアセスメントを行いつつ、妊婦と一緒に子どもを迎える環境を整える。また、早期に育児支援者の調整を行い、きょうだいがいるときには出産で入院中の養育者についても調整を行う。胎児に愛着が持てない妊婦の場合は、胎動の自覚が愛着形成を促す報告（Amy S. : 2003、Mady S.M. : 1991）があり、具体的に胎動を自覚するよう指導を行う。

妊娠中からの支援を行っても養育の危惧がある場合、出産の為の入院中に医療機関と連携して、育児のスキルや養育力のアセスメントを行うことが重要である。出産後の養育意思がない場合、養育条件が整わない場合、育児能力に問題があり支援者がいない場合などは施設入所等を考える必要があり、児童相談所とのより緊密な連携を図る。

特定妊婦は、市区町村の児童相談担当部門、保健担当部門、児童相談所が連携して支援することが必要であり、日ごろから妊娠出産に関する情報を共有して支援体制を整備しておくことが重要である。

(4) 飛び込み出産への対応の留意点

妊婦健診は、妊娠初期には妊娠を確定するために毎週受診が必要な場合があるが、概ね妊娠 23 週の妊娠中期までは 4 週間に 1 回、24 週から 35 週の妊娠後期までは 2 週間に 1 回、36 週から分娩までは 1 週間に 1 回のペースで、出産までに 14 回の受診が望ましいとされている。

大阪府産婦人科医会の「未受診や飛び込みによる出産等実績調査」報告書（2012 年 3 月）における出産等実態調査（大阪産婦人科医会、2012 年 3 月）では、対象者を妊婦健診を 3 回以下しか受診していない、または最終受診日から 3 か月以上の受診がない妊婦とし、飛び込み出産も当然含まれるとしている。

飛び込み出産は、感染症などの検査データがなく、妊娠経過や出産予定日がわからないリスクの高い出産であり、妊婦健診を受けていたら治療や予防ができた、または早めに出産することで回避することができた疾患や状態などに陥る可能性が高い出産である。実際に、飛び込み出産では死産が全国平均の3倍以上、低出生体重児が同様に2倍以上と報告されている（前記大阪産婦人科医会報告書）。この調査では妊婦健康診査未受診や飛び込み等出産の背景では未成年や未婚、無職等が多く、未受診等の理由は経済的問題が33%ともっとも多かった。妊婦健康診査への補助や助産制度の情報を周知することが必要である。

特定妊婦や飛び込み出産への支援では、医療機関との連携による情報把握と養育能力・養育環境・養育支援者等のアセスメントを行い、家庭での養育の可否について判断する必要がある。また、これらの対象者は母子保健事業の対象者でもあることから、直接児童福祉部門が連携を行うよりは、母子保健部門を介しての連携の方がより効果的である。

飛び込み出産でも、子どもに問題がない場合は出産後4、5日で退院となるので、早急に医療機関訪問を行う必要がある。母親から状況を把握するとともに、医療機関からは分娩に至るまでの状況や面会者、家族の状況等を把握しアセスメントを行う。産後健診である1か月健診を受診しない場合もあることから対面できる出産後の入院期間は貴重であり、退院後の家庭訪問の約束をとるなど必ず支援につなげておくことが重要である。

前記の報告書によると、大阪府内(政令・中核市を含む)で把握された未受診妊婦は年間約150例であった。これは市町村レベルで考えれば、年間数件の事例であり、それらについては市町村の要保護児童対策地域協議会で関係機関が支援の方法等を検討するには十分可能な件数であると考えられる。また同報告書では、妊婦の生活歴（例えば自身の被虐待歴・DV歴・きょうだいの不審死など）や妊娠にまつわること（健診未受診・望まない妊娠など）、妊婦の心身の健康（何らかの疾患・薬物依存など）、社会経済要因（失業・借金など）等の情報をもとに客観的にリスクアセスメントを行い、要保護児童対策地域協議会にケースを提出する際の基準を設けている。同様に各自自治体においても様々な取組強化が望まれる。

【文献】

- ・ 未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書.大阪産婦人科医会.2012.3月
- ・ Salisbury Amy, et al: Maternal-Fetal Attachment.JAMA.289:1701-1701. 2003.
- ・ Mady S.Mikhail, et al:The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus.Am J Obstet Gynecol.165(4 Pt 1):988-991.1991.

5. 虐待による乳幼児頭部外傷（Abusive Head Trauma in Infants and Children＝AHT）が疑われる場合の対応

- (1) 虐待による乳幼児頭部外傷（Abusive Head Trauma in Infants and Children＝AHT）とは乳幼児の身体的虐待の中でも、頭部への暴行は、直接死に至らしめたり、重大な後遺障害を引き起こしたりする可能性のある深刻な虐待である。嘔吐、意識混濁、けいれん、呼吸困難・呼吸

停止などの症状を呈し、重症の場合は死に至る。重症の場合には短時間で症状が出ることが多いが、中には半日以上経過して症状が出現することもある。

従来は揺さぶられるという特定の受傷機転に限定されていたため、シェイクン・ベビー・シンドローム (Shaken Baby Syndrome=SBS)^{注1} という用語が用いられていたが、激しい揺さぶりだけに限らずこどもの頭部への鈍的外力や、またはその両方が意図的に加えられたことで頭蓋骨や頭蓋内に生じる頭部損傷も含めた用語として、虐待による乳幼児頭部外傷 (Abusive Head Trauma in Infants and Children=AHT (以下、AHT という)) という用語が用いられるようになった。

一方で、AHT が疑われた場合の対応が難しい理由として、こども自身が幼く、被害状況を説明することができないことなどがあるため、保護者の説明や医師による診断を踏まえて総合的な判断が求められる。

たとえ、こどもに生じた受傷原因が事故の可能性がある場合や保護者の安全配慮の怠りである場合等でも、こどもの生命に係わる危険性や後遺障害を残す可能性等に考慮し、児童相談所は、こどもの最善の利益を守るため「こどもの安全」を最優先に対応を判断することが必要である。

(2) 通告受理時の対応

① 通告元の医療機関への対応

医療機関からの通告受理時には、こどもの安全が確保されていることを確認した上で、速やかに通告元の医療機関に赴き、以下の内容を聴取する。

- ・ 通告に至った経過、及びその理由
- ・ こどもの状況 (病状やけがの程度、検査結果と今後の検査予定、病状の推移、治療方針、入院期間の見込み等)
- ・ 現時点でのこどもの居場所 (入院/在宅)
- ・ 施設内の状況 (付き添いの有無/面会の状況等)
- ・ 受診や救急搬送時の状況
- ・ こどもの状況 (発育・発達の程度、基礎疾患の有無、アレルギーの有無、受傷機転に関するこどもの説明内容、医療機関受診時の保護者への反応等)
- ・ 受傷機転の推定 (こどもや保護者が述べる受傷機転とけがや病状の程度と整合性)
- ・ 診療した医師、院内虐待対応組織の診断結果や見立て^{注2}
- ・ 医療機関から保護者への診療所見の説明内容
- ・ 保護者の状況 (保護者 (父母) や親族の関係性や様子、受傷機転や受診に至る時間経過に関する説明内容、医療機関受診時の様子・態度やこどもへの接し方、医師の説明に対する反応や看護師、医療関係者への態度等)

注1) シェイクン・ベビー・シンドローム (Shaken Baby Syndrome=SBS) とは、こどもの頭部が暴力的に揺さぶられることによって、回転性の著しい加速と減速が繰り返されることにより生じる頭部外傷を指す用語として用いられてきた。

注2) 各診療科における最新の診断基準等については様々なものがあるが、最新の知見については関係学会のホームページ等で確認できる。

こどもはけがの回復が早く、時間経過によって状態が変わりやすいことから、けがの状態によらず通告受理後は速やかに診察を依頼する必要がある。こどもの体表の外傷の有無、頭部や頭部以外のけがの状態、脳内の出血傾向等を把握するため、医療機関に病状やあざ、傷の画像撮影、検査結果等の提供を依頼する。^{注3}

医療機関からの聞き取りの際は、医療情報の理解を深めるため、可能であれば保健師などの医療スタッフと児童福祉司との組み合わせで聞き取ることが望ましい。

また、基礎情報として、家族構成、乳幼児健康診査の情報、保育所などの福祉サービスの利用情報、要保護児童対策地域協議会における援助過程や医療機関の受診歴などの情報を市区町村等から収集し、虐待のリスク因子を総合的に判断する。

さらに、今後行うべき事項を検討するため、児童相談所と医療機関がとる次の対応について認識をすり合わせる。例えば、児童相談所に通告したことについて保護者への説明は既に行われているか、児童相談所が一時保護をした場合に告知をいつ、どこで、どのように保護者に行うのか（こどもが入院中であれば医療機関において実施可能かどうか）、警察に通報しているか等を確認して、児童相談所と医療機関の役割分担を検討する。

② 保護者を中心とした家族への対応

保護者に受傷機転を尋ねると、様々な状況での説明がなされることが多い。^{注4} 頭蓋内の頭部損傷では、体表的には受傷の程度が分かりづらく虐待による受傷か否か判断が難しいため、まずは保護者からの聞き取りを優先して行う。こどもが受傷した直後の保護者は気が動転し、明確かつ整合性のある受傷状況を説明できないこともあるため、受傷に至る様々な可能性を考慮した上で、こどもの受傷に直面している保護者に寄り添いつつ丁寧な聞き取りを行うことが重要である。その際、保護者を一方的に非難し、加害の有無についてのみ追及すると、保護者との対立関係を深めることとなり、関係性の構築や家族の背景を知ることが難しくなる可能性がある。保護者にはこどもの受傷を機に、こどもの再受傷を防ぎ、安全確保策を講ずる第一義的責任があり、児童相談所は保護者と共にこどもの安全を守る責任があることを伝え、保護者との協働体制を構築することが重要である。

家族に対する聞き取り内容としては、家族内の認識の違いや各々の思いも聴取できるよう、個別に以下の内容を確認する。

- ・ 受傷したときの状況や受傷するまでにこどもと家族がどのように過ごしていたか
- ・ こどもの異変にいつ気が付いたか、また、その後の行動等について（経過と家族内の位置関係の情報）

^{注3} どのような検査が行われるかは診察を行った医師の判断によるが、依頼によりMRI、CT、全身骨撮影を含めた画像検査、眼底所見、血液検査、全身体表の写真等の検査結果の情報提供を受けられる可能性がある。このうち、体表の全身撮影については、児童相談所から医療機関に対して、出来る限り所見のない部分も含めた全身撮影と局所写真の両方について、また、必要に応じて治療前後での画像撮影など主治医の医学的判断に基づいて可能な範囲でのデータ提供を依頼することも検討する。

^{注4} 受傷機転の説明として、「見ていなかったのだからわからない」、「ソファやベッドから落ちた」、「つかまり立ち（座って）して後向きに倒れた」などの家庭内での転倒、低い場所からの転落や「年上のきょうだいが落とした、踏んだ、押した」などがある。

- ・ 過去の乳幼児健康診査の受診歴
- ・ こどもの発育・発達や子育て、生活全般における困りごと
- ・ 育児の協力者（祖父母等の親族等）の有無 等

個別の聴取と併せて家庭訪問によって受傷の現場を確認するとともに、聴取した内容に基づいて人形を使用して受傷機転の再現を試みることで家族の認識の整合性をとることも対応のひとつである。

また、保護者の説明を詳細に聞いていくと、時間の経過や状況の説明等で受傷機転の説明が変わることがある。説明内容の変化や家族それぞれの説明に異なる点があった場合には、説明が異なる点を具体的に押さえつつ、事実が語られているか慎重に判断することが重要である。

虐待を示唆する参考所見としては、

- ・ 家族それぞれの説明が異なる
- ・ 身体能力などの発達レベルと合わないことを述べる
- ・ 説明が途中で変化する
- ・ きょうだいのせいにする
- ・ 傷の態様が受傷機転の説明では起きる可能性が少ない
- ・ 医師の説明や内容の重篤さに無関心な態度をとる

などがあるため、それらを念頭に置きながら聞き取っていく必要がある。

③ セカンドオピニオンについて

児童相談所が受傷機転に応じた再発防止策を検討するにあたり、AHT の場合は医師による診断が重要であるが、特に受傷機転が不明な場合に加えて、保護者が説明する受傷機転と医師が見立てた受傷機転に相違がある場合や、保護者が説明する受傷内容について児童相談所が調査を行い、受傷機転の再現等を行ったところ疑義が生じた場合などには、多角的な意見をを得るために児童相談所が自ら主体的に複数の診療科等のセカンドオピニオンを受けることも重要である。

児童相談所がセカンドオピニオンを依頼するにあたっては、通告元である医療機関に相談し、必要な検査結果や診断内容の提供を依頼しつつ、セカンドオピニオン先で確認してほしい事項等について、児童相談所が明確に伝える必要がある。セカンドオピニオン先となる医療機関や通告元の医療機関との調整に時間を要すると、結果が出るまでケースワークを進められない場合もあるため、児童相談所内においてセカンドオピニオンを依頼する先を予め検討や提携しておくなどして、可能な限り迅速に依頼すると良い。また、児童相談所の社会調査等を踏まえ、通告元の医療機関、セカンドオピニオン先、サードオピニオン先が一堂に会し、再度の議論と判断をお願いする等、援助方針の検討に協力を得ることも有効である。

一方、地域にセカンドオピニオン先がない、または少ないことが課題のひとつとされている。令和4年度より、児童相談所が虐待による乳幼児頭部外傷事案（疑いを含む。）の通告を受けて、受傷機転等に関し医学的な助言やセカンドオピニオン等の意見を求める場合や、そのような事案の対応に向けて事前に医師との関係構築を希望する場合、関係学会において近隣等の医師を児童相談所に紹介する取組（「虐待による乳幼児頭部外傷事案の診断等に協力可能な医師の確保に向けた取組

の積極的な活用について」令和4年3月31日 子家発 0331 第5号)^{注5}を開始しているもので、必要に応じて積極的に活用していただきたい。

セカンドオピニオンの依頼には、CT画像の追加の処理（3D処理や別の断面や厚みでの画像再構築など）が必要となる場合があるので、通告元の医療機関や依頼先の医師などと相談して、必要な処理や全ての画像の保全を行っておくことが望ましい。

（3） 援助方針の検討

児童相談所がケースワークを進めるのに当たっては、こどもの治療を最優先することを前提とし、医療機関による医学診断だけでなく、児童相談所による社会診断等や心理診断、行動診断とを併せて総合的に援助方針を検討していくことが重要である。AHTでは、特に受傷に至るまでの過程が明らかになるまでに時間を要することが多い。

こどもの安全策の確保を最優先した援助方針を検討し、その上で一時保護が必要と判断した場合には、保護者に一時保護について告知する際にこどもの安全が明確になるまで一時保護や調査が必要であることを説明するとともに、今後の一定の見通しについても児童相談所内で協議し、判断した根拠を逐次記録するなど明確化したうえで、丁寧に説明することが重要である。なお、一時保護を決定した根拠や保護者に説明した内容については、保護者の反応や同意を含めて詳細に記録を残すことも継続的な関わりの中で必要になる。児童相談所が行う一時保護は、緊急保護とアセスメントの機能を有し、また、児童虐待対応においては、対応が後手に回ることでこどもの生命に危険が及ぶ可能性があることから、こどもや保護者の同意が得られなくとも、こどもの安全確保のために一時保護は躊躇なく行う。一方、乳幼児期は特に保護者との愛着形成の過程において大きく影響する時期であり、親子分離が長期化することで親子関係の再構築に当たって課題を残す可能性もある。可能な限り援助方針の決定を慎重かつ速やかに行うなど愛着形成への影響が最小限となるよう十分に配慮する必要がある。

一時保護先としては、医療的なケアが必要な段階では医療機関への委託一時保護となるが、保護者が面会時にこどもに再危害を加えるおそれ大きいなど、保護者の状況によってこどもの安全が守れないと判断される時には、面会の制限について保護者に協力を求めること等も考えられる。一方、面会は親子関係のアセスメントを行う重要な機会であるだけでなく、乳幼児期の愛着形成にも影響することから、保護者との面会を実施する場合には児童相談所の職員や必要に応じて地域の保健師が立ち会うなど、こどもの安全が図れる体制を整えたいうで可能な限り面会できるよう検討することが求められる。

また、医療機関から警察に通報している場合は、児童相談所の調査が警察の捜査と重複する場合もあるため、保護者と接触するタイミングや調査の内容、こどもの一時保護の時期などについて警

注5) 「虐待による乳幼児頭部外傷事案の診断等に協力可能な医師の確保に向けた取組の積極的な活用について」（令和4年3月31日 子家発 0331 第5号）では、児童相談所が虐待による乳幼児頭部外傷事案（疑いを含む。）の通告を受けて、受傷機転等に関し医学的な助言やセカンドオピニオン等の意見を得ることを求める場合や、そのような事案の対応に向けて事前に医師との関係構築を希望する場合に、近隣等の医師の児童相談所への紹介など、各学会の対応可能な協力内容を示している。

察と情報を共有する必要がある。なお、警察による事件化の有無と児童相談所による一時保護の実施の有無は、目的や判断基準が異なるため、必ずしも同様にはならない。児童相談所は、警察による事件化の有無に関わらず、こどもの安全の確保を最優先とした調査と介入を継続して協議することが必要である。

(4) こどもと保護者への支援と家族の再統合

保護者への支援として、育児環境が影響している場合は環境改善の支援、危険な遊びを放置するなど育児技術が乏しい場合は育児指導を行うなど、虐待のリスク要因への対応が必要になる。一時保護等により、こどもが分離された後の家族の再統合において、リスク要因が軽減されない場合は、より慎重を期す必要がある。

また、保護者が施設入所に同意する場合や同意せず児童福祉法 28 条の申立てによる場合も、リスク要因の軽減を図りながら、再統合の過程を進めていくことになる。その際、再統合のステップを保護者に図示など視覚化して説明すると、比較的理解されやすい。

再統合の第一段階として面会を設定するが、児童相談所、施設職員などが同席して、こどもへのかかわり方を慎重に観察、評価し支援していく。特に、受傷機転が特定できていない場合は、家族それぞれとこどものかかわり方を別々に観察する。その後、外出、短期・長期の外泊を経て家庭復帰となるが、特に外出や外泊を試みる際には、市区町村のこども家庭センターと必要な連携を行いつつ、こどもや保護者等との面接の実施、外出や外泊後のこどもや保護者等の様子の変化を観察するとともに、外泊中には適宜家庭訪問を実施し、親子関係やこどもの生活の様子を丁寧に確認する必要がある。その際には、祖父母等の親族に加え、児童相談所や市区町村のこども家庭センターをはじめ、地域の関係機関等も関わりながら、ステップが進むごとに保護者も参加した会議等で多角的な評価を行い、次のステップへ進む。

こどもの引き取りに際しては、要保護児童対策地域協議会等で地域の支援体制を十分に議論したうえで、保護者も交えて親族の協力を得たり、病院への定期受診、保育所等の利用、保健師の訪問や各種在宅援助等の様々な支援を組み合わせたりし、複数の機関による支援体制を構築することでリスク要因を軽減する必要がある。

AHT（疑いを含む。）による一時保護等により、こどもが分離された後の家族の再統合の際には、今後の重篤な虐待の可能性を低減するため、こどもの安全を確保できる環境や養育体制（加害した疑いのある大人と二人きりにならない体制、保育所等の利用など地域の関係機関の支援体制の確保等）の方策を検討する。

また、保護者や親族との関係性には、こどもとの生活がされた後に見えてくる課題もある。家庭に復帰してから、改めてこどもの養育環境や保護者に負荷がかかった状態の調査を行うなどの方策についても検討し、こどもの養育環境が安定するような予防策を実践しなければならない。

さらに、児童相談所は、こどもが家庭復帰した後も、居住している市区町村のこども家庭センターや保育所などによる関わりを引き続き持ちながら、安定的なこどもの養育を保護者が行っているか、継続的に確認するとともに、家庭側から困りごとの相談をしてもらう関係性の構築を行うことで、リスクサインを逃すことなく、早期に捉えて支援していくことが重要である。家庭復帰後の生

活の中では、家族関係や養育環境の変化により状況の悪化が起りやすくなることもある。そのため、特に家庭復帰から6か月間程度など一定の期間はとりわけリスクが高まる期間として市区町村のこども家庭センターが頻回に家庭を訪問するなど、当該家庭への支援やこどもの安全確認を行うなど状況を注意深く確認していくことも重要である。^{注6}

以上のように AHT の対応には固有の難しさがあり、医療関係者との緊密な連携と再統合過程における総合的かつ慎重な判断が児童相談所には求められる。

6. 代理によるミュンヒハウゼン症候群 (Munchausen Syndrome by Proxy, 以下 MSBP) への対応

MSBP とは「両親または養育者によって、子どもに病的な状態が持続的に作られ、医師がその子どもにはさまざまな検査や治療が必要であると誤診するような、巧妙な虚偽や症状の捏造によって作られる子ども虐待の特異な形」である (Parnell, 2002)。Asher は 1951 年に、自分の病気について虚偽の申告をして医師を渡り歩き過剰な検査や不必要な手術を受け続ける一群の特異な患者を発表し、18 世紀に大げさな話をすることで有名になった Munchausen 男爵にちなんで Munchausen Syndrome と名づけた。そして、1977 年に Roy Meadow が Muchausen Syndrome の亜系として、2 人の入院した子どもを報告した。この 2 例は Muchausen Syndrome と異なり、保護者が子どもの病気を捏造し、子どもを病気にして医師に治療を受けさせるようにしたものであり、Meadow はこれを Muchausen Syndrome by Proxy (MSBP) と呼んだ。その論文の中で、Meadow は MSBP を “the hinterland of child abuse (子ども虐待の奥地)” と表現している。

つまり、Meadow 自身は、最初に発表した時から子ども虐待の特異な形と考えていたのである。しかしながら、もともとの Munchausen Syndrome が精神障害の一部であることから、MSBP も加害者に付けられる精神障害の診断名として考えられるようになった。現在、アメリカ精神医学会の診断基準である DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual IV) では、Muchausen Syndrome は Factitious Disorder (虚偽性障害) と名前を変えて存在しており、下位分類として心理的症状のもの、身体症状のもの、その両方を訴えるものの 3 群に分けている。そして、今後の検討課題として、Factitious Disorder by Proxy が挙げられている。つまり、MSBP (=FDBP) は加害をする保護者に付けられる病名という立場が存在する。

本来、虐待とは子どもの側からみるものであり、加害者の精神状態によって分類されるものではない。例えば、保護者が解離状態になって身体的虐待をしていますが、精神障害がなく身体的虐待をしていますが、「身体的虐待」であることに変わりはない。従って、MSBP のみの特異な形の分類になっていると言えるのである。そこで、Jenny ら (2012) は Medical Child Abuse という考え方

注6) 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による「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」(201頁)において、入所措置解除時に保護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をした後に虐待が発生した事例の検証、分析を行っているので適宜参考にすること。

を提唱し、医療を利用した虐待と言う考え方を提示している。ただし、**Medical Child Abuse** は広い概念であり、**MSBP** のみならず、不安によるドクターショッピングや医療ネグレクトも含まれる概念である。

MSBP でみられる子どもの症状に関しては、日本の 21 例を集めた報告（奥山 2005）で、消化器症状が 47.6%と最も多いが、多彩であり、一人の子どもに多くの症状を作り出すことも少なくない。乳児の呼吸を塞いで **ALTE**（乳幼児突発性危機事態）として受診を繰り返したり、子どもに下剤を飲ませ続けて難治性下痢として入院を繰り返す、てんかんを装って医療機関受診を繰り返すといった報告は多い。**MSBP** は医療関係者から情報を得ながらエスカレートしていきことが多い。従って、子どもの害を最小限に食い止めるためには、できるだけ早期に発見して介入することが求められる。

実際に何らかの薬を飲ませるなどして病気を捏造することもあれば、痙攣が起きていないにもかかわらず虚偽の報告をしたり、子どもの尿に血液などを混入させて血尿として受診するなどの模倣の形をとることがある。捏造の場合はそれ自体が子どもにとって危険であることは明らかであるが、模倣のかたちでも、不必要な診察・検査・治療を受けることによる苦痛を与えることになる。日本の 21 例の報告では不必要な外科手術を受けていたのは 23.8%にのぼっている。

また、**MSBP** は致死率の高い虐待の形である。死亡率は 9%（Rosenberg 1987）、17%（Ayoub 2002）などの報告がある。日本の 21 例の報告（奥山 2005）では死亡率は 9.5%で、実際に生命の危険がある状態になっていたのは 23.8%にのぼっていた。この報告では精神症状によるものも含まれており、身体症状群 16 例でみると死亡が 12.5%、生命の危険があった 31.3%となる。

MSBP の保護者は 98%が実母である。自分自身や家族に看護師などの医療関係で働く人がいることが多いとの報告もあるが、日本で 21 例を集めた報告では医療関係者は存在していなかった。従って、必ずしも重要な特徴ではない。心理的なメカニズムとしては子どもや医療システムを支配する満足を得ることと同時に、大変な子どもを育てている献身的な保護者像を作り上げながら、医療的なケアを受けることが目的であると考えられている。虐待者は自分自身が **Munchausen** 症候群であるなどの虚偽性障害をもっていることもある。また、父親など自らは虐待をしていない保護者についても、配偶者が虐待をしているという問題がある程度わかっているが、それを打ち消したり避けている場合が多い（Meadow 1977, Ayoub, 2002）。従って、虐待者ではない保護者をキーパーソンとすることには困難を伴うことがあり、注意を要する。また、長年かかわっている主治医も加害者側に立つことがあったり、加害者と看護師等との間で個人的に情報交換が行われていることも少なくない。**MSBP** を疑って対応する時には情報統制が重要である。

MSBP は、比較的良い全身状態にもかかわらず重篤な検査所見があったり、保護者の報告との解離、あるいは不自然な検査所見の組み合わせや推移、一般の医学では考えにくい症状、子どもと離れない不自然な保護者の態度などから疑われるが、医療者が疑いを持つまでに長期間を要することも少なくない。更に、確定するには困難を伴う。ビデオ撮影はプライバシー侵害の可能性を伴うと同時に、細かい状況が映し出されるような撮影は困難であり、ビデオ撮影で確定的になることは少ない。それ以上に、できるだけ医学的な状況証拠を整えることが重要である。

例えば、特殊な方法で便中のマグネシウムを測定することにより下剤投与の可能性を明らかにし

たり、尿や血液の薬物濃度から投与の有無や投与の時間を明らかにしたり、尿中の蛋白を特殊な方法でヒト由来の蛋白かどうかを明らかにするなど、特殊な検査で可能性を高めていくことができる。ただし、このような検査は一般の病院では難しいこともあり、病院間の連携が必要となる。

最終的に子どもを守ることができて確証を得られるのは保護者と子どもを分離して、症状の消失を確かめることによる。日本での 21 例に関する報告でも、分離によってある程度の確証が得られたのが 73.3%であり、ビデオ撮影によって確証を得られたものはなかった。病院内で親子分離を促すことはもちろん必要である。しかし、保護者が抵抗することが多く、一時保護が必要になることが多い。多くの場合は医療的な処置の継続が必要であったり、実際の身体疾患を 100%否定できないこともあり、医療機関への委託一時保護として、加害者と思われる保護者には居場所を隠すことが必要になる場合が多い。

分離に際しては保護者との距離が近かった子どもへの配慮が必要となる。子どもには年齢に応じてしっかりと説明をすることが肝要である。子どもの分離不安によって親子分離が困難になることはほとんど見られない。しかし、一方で、保護者が子どもの健康を害していたという事実を認めない子どもは多い。子どもに対して、子どもを守る姿勢と丁寧な説明が必要になる。できれば、初期から心理的な治療を受けることが望まれる。

一方加害者も、加害の事実を認めない場合が多い。自身が行った行為を認めて自己の変革を求めることがない加害者は、再統合によって MSBP の行為を続ける危険性が高い。にもかかわらず、MSBP の加害者は上手なストーリーを作って支援者を味方につけていく傾向が見られることが多い。加えて、前述のごとく加害者でない保護者も、加害者の行為を否認したり無視したりして、加害を止める力を持たないことが多い。したがって、人事異動により担当者が変わる時には十分な申し送りがないと、安易な再統合で再発の危険をはらむことになる。危険性を認識し続けるためには、介入初期に MSBP を認識した医師や MSBP を十分に経験している専門性の高い医療関係者のアドバイスを継続して受けることが望まれる。

【文献】

- Meadow R (1977) : Munchausen Syndrome by Proxy: The hinterland of child abuse. *Lancet* 2: 343-345
- Rosenberg, D.A. (1987) : Web of deceit: A literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 11:547-563
- Ayoub C. et al (2002) : Munchausen by Proxy. Definitions, Assessment & Integrative Treatment. Presented at 13th ISPCAN Meeting at Denver, CO
- 奥山 眞紀子 (2005) : 「被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究」(平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究 (主任研究者 杉山登志郎) 報告書 pp84~94)

7. 転居を繰り返す事例への対応

虐待に至るおそれのある家庭の特徴として、転居を繰り返す家庭があることが、様々な実態調査や事例検証を通じて明らかになっている。

こうした転居を繰り返す家庭については、以下の点に留意しながら、調査や援助を行うことが必要である。

なお、市区町村や児童相談所における転居事例への対応手順については、第1章の7参

(1) 転居事例での留意点

転居には様々な事情や理由がある。代表的な場合は、転勤、家の新築・購入などであろう。特別な場合としては、父母の別居や離婚、DVのための避難、交際相手との同居、家賃の未払い、まれには児童相談所など関係機関の関与を避けるためという場合もある。

これらの事情の中で、虐待とかかわって着目すべき点は以下の点である。

① 転居の時期

保護者の転勤などの際には、子どものことを考えて学年や学期の区切りで転居を行うことが多い。そうした区切りの時期と異なる転居については、どのような事情があったのかに着目すべきである。

② 転出入手続きの実施の有無

転居が行われて速やかに転出入手続きが行われているかどうか注目する必要がある。手続きがなかなかされない場合には、転居を繰り返す、住所地を明かせない事情がある、保護者が子どもの就学等に無関心である、などの背景があることが考えられる。

③ 転居の回数

転居の頻度や間隔といった情報にも着目する。

④ 家族構成の変化

離婚や別居、あるいは交際相手との同居、再婚、実家への転居など、転居に伴って家族構成が変化することはまれではない。家庭状況をアセスメントする際には、こうした変化を的確に把握することが不可欠である。

なお、交際相手との同居のような場合、交際相手が転入してきたのか、子どもと保護者が交際相手宅に移動したのかといった点にも注意を払う必要がある。

転居事例については、以上のような着目点を調査把握することが大切である。

(2) 初期調査

住民基本台帳登録所在地が確認できた場合には、住民票や戸籍（戸籍を確認する際には、必要に応じて改製原戸籍*1で確認したほうが家族史の詳細について把握できる場合がある）、戸籍附票を確認し住所の異動歴や家族関係歴を確認することができる。

その上で、住民基本台帳の登録がある市区町村に保育所や学校の所属歴を確認し、所属していた当時の子どもの状況や保護者の状況について調査することが必要である。学校への所属が確認できた場合は、指導要録の写しをもとにした情報提供を受けることで、子どもの入学前の経歴や転入学

の記録、保護者の記録等の情報を得ることができる。また、過去の居住地を所管する児童相談所や市区町村の児童相談対応窓口にかかわりがあったかどうか照会することが必要であり、子どもが乳幼児である場合には市区町村保健センターや保健所に健康診査やフォロー状況での関わりについても照会する。こうした地方公共団体の機関への情報提供依頼や照会は、児童虐待防止法第13条の3により、児童虐待防止のために情報提供できる旨規定されているので、同条文を根拠として照会することで提供を受けやすくなる。

なお、現居住地での住民基本台帳登録がない場合には、子どもや家庭への援助を行うために、いつ、どこで住民基本台帳の登録がなされているかを、保護者等から聴取する。DVやヤミ金等の被害から逃れるために住民基本台帳の異動をしないまま転居している家庭もあることから、被害を怖れて調査に応じないこともあるが、子育てサービス・福祉サービスの提供や子どもの就学に必要なために聴取していることを丁寧に説明し、保護者の理解を求め聞き取ることが必要である。

中には、子どものきょうだい施設入所、里親委託していることもある。入所措置を行った場合には住民票は基本的に施設所在地又は里親宅に異動させる。但し、子どもの住民票の異動に保護者の強い拒否があった場合、施設所在地や里親宅を保護者に伝えることで再び児童虐待がおきるおそれがある場合には住民票を移していない場合もある。なお、住民票を子どもの居住地に移しても、「住民基本台帳の一部の写しの閲覧及び住民票の写し等の交付並びに戸籍の附票の写しの交付における児童虐待の被害者等の保護のための措置」（平成24年9月26日雇児総発第0926第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）により、加害者からの被害者にかかわる住民基本台帳の閲覧等を拒否するために、施設入所措置をとった児童相談所が支援することができることに留意が必要である。

(3) 個別ケース検討会議の開催

他の虐待ケースと同様に、要保護児童対策地域協議会を活用し、その家庭に関わる機関や個人により個別ケース検討会議を開催し、主担当機関や主たる援助者の確認、情報の共有と援助の枠組みを確認する。その際に、再び転居してしまうことを想定して、居住確認を誰がどのような方法でどのような頻度で行っていくのかを確認しておくことが必要である。児童委員への協力要請や不動産会社への協力依頼なども検討することで、行政機関だけでは確認しにくい夜間や休日の状況を把握することや日常の様子を把握することができるようになる。ただし、具体的にどのような方法で何を確認するか、内容と限度を事前に打ち合わせておくことが大切である。個人の判断で必要以上の関わりをもった結果関係が遮断され、又は必要な連絡がなされないことを避けるためには、具体的な役割を確認したうえで依頼することが必要となる。

個別ケース検討会議を開催する際に、警察官に参加してもらい、警察に照会したところ既に親族から子どもや保護者の行方不明者届が出されており、それまで把握できていなかった親族の状況や援助の可能性が見出せた事例もある。

(4) 居所不明となったときの対応

居所不明となった場合には以下の対応を速やかに行う。転居先が明らかな場合には、児童相談所間での移管ルールに基づく情報提供やケース移管、市区町村間での確実な引継ぎが必要となる。また、児童相談所が虐待で援助中又は継続調査中のケースで転居先が不明なケースについては、全国児童相談所長会申し合せによる CA(Child Abuse) 情報連絡システムを活用するとともに、定期的に住民基本台帳で異動の確認を行うことが考えられる。CA 情報連絡システムは、各自自治体において中央児童相談所が送受信の窓口となっていることから、中央児童相談所が主体となって、蓄積された CA 情報連絡票の事例に関しても定期的に市区町村の協力を得つつ住民登録の有無、市区町村の各種サービスの利用申請を確認することも必要な対応である。

居所不明となり転居したと思われるときに、担当者としては心配と同時に所管内にいないためこれ以上の対応は困難という気持ちになりやすい。しかし、転居した後に確認が取れないまま重篤な児童虐待事案となった事例が数多くあることを十分に認識し、自治体内の子ども関係部署や転居先と考えられる住所地の関係部署と連携して情報を共有しながら所在確認に努め、次の援助に結びつくようにする必要がある。また、所在確認に努めてもなお確認に至らない場合で虐待の恐れがある場合には、児童相談所から所在不明の児童の行方不明者届を提出することについて警察に相談すること。

なお、文部科学省においては、教育委員会が居所不明児童生徒を把握した場合に児童福祉関係機関と連携した対応をとるように通知を発出していることに留意する。(「義務教育諸学校における居所不明の児童生徒の把握等のための対応について(通知)」平成 25 年 3 月 1 日付 2 4 初初企第 68 号文部科学省初等中等教育局初等中等教育企画課長通知)

(5) 知人、親族等の連絡先の確認

保護者と面接ができたときには、親族等の氏名や住所、連絡先を聴取しておくことが、行方不明等になった時の大きな情報源となる。保護者は「親戚とは数年間連絡を取っていない」などと語ることも多いが、親族の居住地を聞き取ったうえで住民基本台帳等の確認をとっておくことが有益である。また、親族等がいない場合には、知人や友人の連絡先を聞いておくもよい。連絡先の電話番号だけ聞いた場合には、保護者と連絡がとれる間に、保護者の了解のもとに友人や知人の連絡先にも連絡が取れることを確認しておくもよい。

特に、転居を繰り返す家庭から子どもの一時保護や施設入所を行った場合には、必ず複数の親族の氏名や住所、連絡先を確認しておくことが重要である。子どもを預けたまま保護者が行方不明となる可能性が高く、その場合には子どもが長期にわたって施設入所等になることがあり、そのような場合には親族による「親族里親」や「養育里親」の選択肢も検討できるようにしておくこと。なお、扶養義務のない親族については、養育里親を適用することができ、扶養義務者及びその配偶者である親族は親族里親の対象となることができる。親族里親については、両親等子どもを監護する者の死亡、行方不明、拘禁、疾病による入院等の状態となった場合に適用する。

なお、「親族里親」「扶養義務のない親族による養育里親」については、いずれも「経済的に困窮していないこと」という要件は適用されないことに留意すること。

* 1 改製原戸籍

戸籍制度の変更に伴って、改製される前の戸籍。平成6年の戸籍のコンピューター化によって、作製される以前に作られた戸籍。住所や親族関係の異動等の経過が長期にわたって確認できる利点がある。

8. 配偶者からの暴力のある家庭への支援のあり方

(1) 配偶者からの暴力とは

「配偶者からの暴力」は、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」第1条の定義によれば、「配偶者からの身体に対する暴力（身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの）又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動」である。「配偶者」には法律婚のほか事実婚も含まれる。「暴力」は身体的なものに限らないほか、離婚等のあとに継続する暴力を含む。なお、平成25年改正により、「配偶者かたの暴力」に準じて「生活の本拠を共にする交際をする関係にある相手からの暴力」も法の適用対象となった。

「配偶者からの暴力」は、男性から女性への暴力だけではなく、女性から男性への暴力も含む。しかし、「男女間における暴力に関する調査」（平成24年4月内閣府 有効回答数 3,293人）によると、配偶者からの被害経験があったと回答したのは、女性が32.9%、男性が18.3%となっているが、何度もあったと回答したのは女性が10.6%、男性が3.3%となっている。さらに、警察庁の統計では、配偶者間の傷害・暴行事件の被害者は9割以上が女性である。深刻な暴力ほど女性が被害者となる割合が高いことに注意を要する。

ドメスティック・バイオレンス（Domestic Violence）、略してDVという用語はすでに普及している。DVは一般に、夫婦または恋人など親密な関係にあるパートナーからの暴力のことを指す。元夫や元恋人など過去のパートナーが含まれる。暴力は身体的なものに限らない。

このように、「配偶者からの暴力」とDVには相違はあるが、DVという用語が普及していること、また、深刻な暴力ほど女性が被害者となっている現状から、以下、本節では「配偶者からの暴力」をDVと称し、夫を加害者、妻を被害者と想定して記述する。

(2) さまざまな形態の暴力

DVは、身体的暴力だけではなく、脅迫や人格否定の暴言など「精神的暴力」、性行為の強要、避妊に協力しないなど「性的暴力」のほか、親族や友人との交友関係を制限する、行動を監視する、妻が外国人の場合は在留資格の手續に協力しないなど、さまざまな形態があり、それらが重複しながら、長期にわたり継続することが特徴である。さらに、DVは家庭など密室のなかで行われることが多く、表面化しにくいことも特徴である。

(3) なぜ加害者は暴力をふるうのか

暴力は感情の爆発と思われがちである。しかし、悪感情を抱いても、会社の上司を殴る者は少ない。殴ったあとの不都合を考えるからである。

多くの暴力の加害者は、時と場所と相手を選び、暴力の程度も計算しながら、暴力をふるう。

DVや子ども虐待の加害者は、自宅に戻ってから、口実を見つけて妻子に暴力をふるう。それが日常化しているのである。

ほとんどの暴力は相手を「支配」する目的で行使される。妻子を服従させることは、男尊女卑の古い価値観では、男に許されてきた特権である。DVは、子ども虐待と同様に、対等な人間関係においては生じ得ないもので、自己への服従を強いるために、相手の苦しみや屈辱感を無視して行使される。加害者の自覚の有無に関わらず、DVの本質は、夫が妻の行動や考え方を「支配」するために、さまざまな形態の暴力を行使するものである。

なお、多くの加害者は、社会生活の場面では、一見して暴力をふるうようには見えない。精神的に混乱して上手に話せない妻よりも、夫のほうが落ち着いて理路整然と話し、主張が本当らしく聞こえることがあるので、注意が必要である。

(4) なぜ逃げない被害者がいるのか

DVによって深刻な傷害を負っても妻が夫のもとに留まったり、いったん逃げ出した妻が、短期間の後に再び夫のもとに戻ってしまうことは珍しくない。しかし、DVを「我慢」し、自分を「順応」させてしまう事情は、当事者の身になって考えてみれば、かなり理解できるはずである。

① 経済的要因

経済的に夫に頼っている妻は、逃げたあとの生活費に大きな不安を持つ。妻が働いている場合でも、逃げたときには夫が職場に押しかけて来たり、待ち伏せされることが予想され、退職を覚悟せざるを得ないときがある。実家に戻ることも危険であり、見知らぬ町に逃げるしかない。見知らぬ町で就職先を見つけて自活できるだけの賃金を得るのは、女性の就職事情を考えれば高い壁があり、自信が持てなくて当然であろう。

② 社会的要因

夫から逃げて結婚生活の破綻が世間に知れることは、「世間体」が悪いとされ、実家に反対される例もある。さらに、「家庭を円満にするのは妻の役目」「子どもには父親が必要」という通念は根強い。これらが被害者に恥辱感や自責の念を負わせ、DV被害を我慢させてしまう。

③ 心理的要因

ア. 夫に殺されるかもしれないという恐怖を感じることもあり、死の恐怖を感じた妻は、逃げてでも必ず見つけ出されて殺されると思い込む場合も少なくない。「逃げたら殺すぞ」と脅迫する加害者もいる。DVによる殺人事件は現実にもいくつも発生している。

イ. 被害者は、継続的な暴力・暴言にさらされることで、体力・気力が減退し、自尊心の低下、無力感、鬱状態に追い込まれる。これらに加えて、親族・友人との交友関係を禁止され、誰にも相談できないまま、夫の顔色だけを気にして生きる状況に追い込まれることがある。

ウ. 加害者のなかには、ときに優しく振る舞う者が少なくない。「暴力がないときが本当の夫だ」「いつか暴力をやめてくれるのではないか」という思いにすがる被害者も

いる。孤立した関係のなかで、DV加害者から「お前が悪いから殴る」「愛しているからこそ殴る」と言われ続け、「夫は不器用なかわいそうなひと」と考えて自分を納得させる場合もある。

- エ. 暴力をふるわれること以上に、「もっと嫌なこと」がある場合もある。経済的・社会的要因のほか、結婚生活が失敗に終わること、苦勞しながら続けてきた夫との関係を終えることが、自分のこれまでの努力を無にするように思えること、ひとり身になる寂しさ、などである。

若い恋人の間で暴力のように、経済的・社会的要因は薄いと思われても、心理的要因が強く作用する例がある。

「本当に暴力がいやなら逃げるはずだ」という考え方は、被害者の現実を理解していない。「DVから逃げられない」要因は相互に補強し合いながら、逃げないという「選択」を被害者に迫る。逃げることにより失うもの、ふりかかる生活の困難の大きさを想像してたじろぎ、加害者のもとに留まり、どうにか自分を納得させながら、暴力に耐えていく道を選ぶ被害者は少なくない。まず最初に、そのような被害者の思いを理解することは対人援助の基本である。

(5) DV と子どもの虐待

児童虐待防止法第2条第4項では、「児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届けをしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。」を虐待として定義している。子どもが目撃するか否かにかかわらず、DVの問題がある家庭で子どもが育つことは心理的虐待として対応する必要がある。また、DVにともなって、子ども自身が直接暴力などの虐待を受けている場合もあることに留意が必要である。

(6) DVが子どもに与える心理的影響

国内外の研究では、DV家庭で育った子どもには、幼児期には行動の問題が多くみられ、学童期には発達の問題、自尊感情の低下、学校での問題、対人関係の問題などが多いとされている。また、繰り返す悪夢、過度の驚愕反応、注意の問題、記憶の侵入など、何らかの臨床レベルのトラウマ関連ストレスを持つことが指摘されている。こうした問題につながる心理的影響として、以下のような点が指摘されている。

① 生活のなかで繰り返されるトラウマの影響

子どもにとってDVは、本来は安全・安心に過ごせて発達を保証されるべき家庭で、一方的な暴力が繰り返される状況である。生活のなかで繰り返されるトラウマは、一回の大きなトラウマと比べて、発達への影響も強いものになると考えられている。空想の世界への心理的逃避、何ごともなかったようなふるまい、激しい怒りの噴出、などの反応が多く、これらがその後の発達・生活に大きく影響する。

② 安全感の喪失

DV家庭では、つねに緊張を強いられ、身構えた中で生きることを要求されるため、子どもに安全感・安心感が育たない。また、子どもは安全な中で育つことで、周囲の他者を信頼するようになるが、それが得られない。

③ いつ崩れるか分からない不安

DV家庭では、穏やかな時間のなかで突然、父の暴力が始まるのが少なくない。このため、子どもは、楽しいときがいつ崩れるかわからない不安を持ち、楽しいことも楽しめない。

④ 罪悪感・無力感

子ども時代は自分を中心に周囲を認識するため、自分がDVの原因だと思ったり、母を守れない自分を責め、無力感を感じる。このような罪悪感・無力感が自己評価の低下につながり、自信がもてなくなりがちである。

⑤ 暴力での解決モデル

家庭内で、最終的な決着が強者から弱者への暴力でもたらされることをつねに目撃している子どもが、問題解決は暴力でなされると認識するのは不思議ではない。

⑥ 権力支配のモデルと保身

DV家庭では強者が弱者を支配する構図が続くため、それが自然なことだと子どもは認識する。子どもは自分の身を守るために父の側に立つこともある。「弱いこと」を「悪いこと」と同一視し、弱い存在である母に怒りを向けることもある。(『DV被害者の支援に関するガイドライン作成に関する研究 平成19年度厚生労働科学研究報告書(主任研究者:石井朝子)』を参照。)

(7) 子ども虐待への対応とDVを受けている女性への支援

DV被害者支援の基本は、DVによって奪われてしまった女性自身の「力」(自分の生活を自分で切り拓いていく力)を回復することにほかならない。夫のもとにいるDV被害者に対しても、本人の主体的な力量を回復する支援こそが重要なのであり、DV関係にとどまろうとする女性を、強引に引き離そうとしたり、援助者に依存させてすべてお膳立てすることは、支援として適切ではない場合も多い。暴力で支配される関係から、いつ、どのように脱却するか、その過程を、本人に寄り添って支援するのである。もちろん、危険が急迫している場合には、警察への通報を含め、専門的な危機介入が行われる。

一方、子ども虐待への対応において最優先するのは、言うまでもなく子どもの安全の確保であり、一刻の猶予もなく子どもを親から分離・保護しなくてはならない場合も存在する。そのために、たとえ子ども本人や保護者の同意がなくても、必要であれば児童相談所長の職権で一時保護を行う。

このように、DV被害者への支援は、子ども虐待の対応とは異なるところがあるため、支援する家庭にDVの問題が認められる場合には、配偶者暴力相談支援センターや女性相談員等に協力を求め、緊密な連携を図ることが必要である。また、子ども虐待とDVの双方の援助機関は、要保護児童対策地域協議会などを活用し、母と子について積極的な情報共有を進めなければならない

い。

なお、DVのある家庭から子どもだけを保護する場合、DVが激しくなる可能性がある。他方、子どもを連れてDV加害者のもとを離れた女性が、再び夫のもとに戻る場合、DVや虐待が以前にも増してひどくなる可能性がある。子どもの援助者は、こうした可能性に留意して、DV被害者援助機関と緊密な連携を保ってケースワークを行うことが大切である。

DV被害者はDV被害を支援者に打ち明けないこともあるため、子ども虐待の対応に当たる者は、面接時や家庭訪問時に、保護者の外傷の有無を確認すると共に、会話や相談内容等からDVを受けていないかどうかに注意して状況を把握する必要がある。

9. ステップファミリーの事例への対応

(1) ステップファミリーについて

「ステップファミリー」について、ここでは「男女のどちらか或いは両方に子どもがいる状態で、男女が結婚（事実婚含む）してできた家族」と定義する。

最近の傾向としては、夫婦のいずれかあるいは両方が再婚の場合が、結婚の全体数の約4分の1を占める（厚生労働省平成23年人口動態統計）ようになってきており、それに伴ってステップファミリーの事例への対応も増加傾向にある。

ステップファミリーにおける親子関係は、実子関係、養子関係、継子関係（夫婦は婚姻しているが養子縁組していない）の3種類の組合せになるが、血縁関係のない親子関係が存することが共通点として挙げられる。

しかし、血縁関係のない親子関係が存することで、単純に「家族関係が複雑なので問題が起こりやすい」「暴力がエスカレートしやすい」といった見方をすることは適切ではない。そうした偏見が、“自分たちもそうなのだろうか”と少しの失敗をただけで当事者達を追い詰めてしまうこともある。逆に血縁関係がないからこそ、親子や夫婦間で話し合うことを大切にし、問題を一つずつ解決しながら固い絆で結ばれている家族もたくさん存在する。重要なことは、ステップファミリーが家族全体としてどんな問題を抱えやすい傾向にあるのか、あるいは個々の家族構成員がどんな思いや問題を抱えやすい傾向にあるのか、的確な知識を持ち、各事例への適切なアセスメントと必要な対応策、支援策について検討していくことである。

(2) ステップファミリーが抱えやすい問題について

初婚同士の夫婦であっても、お互い違う生活歴を持つ2人が一緒に生活することで生じる問題はたくさんある。家族の安定は、こうした問題を一つずつ克服し、子育てに当たっては互いに協力しながら保護者として成長し、子どもとの関係を築いていくという長い過程があってようやく成し遂げられるものと言えよう。ところが、ステップファミリーの場合はこうした経過をたどることなく、いきなり保護者となり子どもとなる上、別れた実親及び実親の祖父母と子どもとの関係や面会の調整等の問題もあり、困難を抱えた状態での出発となる。そのため下記に列挙するよ

うな問題が生じやすいが、それらは誰かを責めれば解決するというのではなく、ステップファミリーが当然抱えやすい問題として捉える必要がある。

① 家族全体が抱えやすい問題

ア. 「子どもが思春期になる前に、新しいパートナーに慣れてほしい」「子どもの入学、進学等を機に名前を変えたい／転居・転校させたい」といった子どもへの配慮から再婚等を早めに進めたものの、子どもの心の準備ができておらず、家族間の葛藤が絶えない（ステップファミリーの場合、交際開始から結婚までの期間は初婚同士の場合と比べて短い傾向にある）。

イ. 再婚、同居等の前にひとり親家庭の期間があり、その間に実親と子どもの関係がかなり濃密になっており、養(継)親は、その関係に入り込めない壁を感じたり、逆に養(継)子は、実親をとられたような気持ちになり、養(継)親子関係の間で、嫉妬心やライバル心が生まれ、関係づくりに支障をきたす。

ウ. 実子、養(継)子は、それぞれしつけの方針や経済的状況等様々な面が異なる別の環境で育ってきている。そのため親が分け隔てなく接しようと努力しても、子どもの反応が大きく違うなどして、バランスを保てないことが多く、親が接し方に悩む一方で、子どもは扱い方が違うと親に不平・不満を抱いたり、実子、養(継)子間の葛藤が生じる。

② 養(継)親が抱えやすい思い、問題

ア. 日本社会の現状では、実質的に母親が子どもの養育・しつけの中心となることが多く、子どもと過ごす時間も長い。そんな中、養(継)母は「母親には血縁関係がなくとも母性本能があるので、すぐに子どもは慣れる、大丈夫」といった過剰な期待を夫とその家族など周囲から受け、新妻であるにも関わらず、ベテランの妻としての役割をいきなり期待される。しかし、実際には複雑な家族関係の中、思うようにいかず、周囲の期待をストレスと感じ、夫にも相談できず、追いつめられることもある。

イ. 養(継)父は男親として厳しいしつけを期待されていると感じ、関係性ができていない初期の段階から、厳しく子どもに接し、反発した子どもに対し、さらに強く出て、悪循環を起こす。

③ 実親が抱えやすい思い、問題

ア. 新しいパートナーに気をつけて、子どもと別れた親との面会の継続を躊躇してしまう。

イ. 養(継)母は、初婚で新妻なのに、いきなり子どもの世話をさせてしまって申し訳ない。

ウ. 養(継)父に自分の子どもを養ってもらって申し訳ないという思いから、養(継)父の嗜好や趣味を尊重できるように必要以上に経済的に切り詰めて、子どもが不満をもつ。

エ. 子どもと新しいパートナーとの間に葛藤が生じて、子どもと培ってきた絆と新し

いパートナーとの間に新たに築いた絆の間に挟まれ、バランスがとれなくなり、どちらかを選択しなければならないような感覚に陥る。

④ 子どもが抱えやすい思い、問題

- ア. 子どもは両親が離婚した原因は自分の責任であると考えている場合がある。
- イ. 実の両親が仲直りするという期待をしていて、新たなパートナーの出現に裏切られたという感情を抱くことがある。
- ウ. 別れた実親や実親方の祖父母ともう会えなくなるのではないかという不安を抱く。もしくは会わない方がいいのかと思い、会うことを我慢し、ストレスを抱える。
- エ. 養(継)親と仲良くすることは、別れた実親に悪いと思ってしまう。
- オ. 実親が現在のパートナーとの間に生まれた子の世話に手をとられると、実子は現在のパートナーとその子が実親をとったという気持ちを抱き、拒否感、敵対心をもつ。

(3) 保護者が内縁関係にある事例が抱えやすい問題

事実婚でステップファミリーを形成している事例もみられるが、それ以前の段階で、今後ステップファミリーを目指すかどうか分からない、同居まもない、あるいは頻繁に出入りする内縁関係のパートナーがいる場合については、以下のような問題を抱えている場合があり、第一印象や表面的な家族の体裁に捉われず、慎重なアセスメントを行い、虐待事実が確認された場合は、直ちに介入が必要である。

- ① 内縁者は、子どもをパートナーとの間を邪魔する者としかみておらず、攻撃の対象とする。逆に子どもは内縁者を侵入者としかみておらず、内縁者だけでなく実親に対しても、反発的な態度をとるため、内縁者による攻撃がエスカレートする。
- ② 内縁男性が同居したことにより、それまで実母のことを聞かなかった子どもがおとなしくなり問題が解決したかのように見えるため、実母が内縁男性を頼りにするようになる。しかし、問題は根本的に解決していないため、すぐに問題が再発し、内縁男性は実母の期待に応えようとさらなる力で子どもの問題行動を抑えこもうとする。
- ③ 実親が異性の内縁者に夢中で、父親、母親役割を忘れ一人の男性、女性としての行動に終始することで、子どもが放置されたり(ネグレクト)、子どもの前で性行為を行う(性的虐待につながる)。
- ④ 実親が内縁者を家に招き入れたことを端緒として、内縁者が暴力的に親子を支配し、親子が必要なSOSを出せない状態が生じる。
- ⑤ 内縁者が子どもを性の対象ととらえ、性的暴行を行い、事実を親や友達にばらす等の脅しを使い、さらに暴行を継続する。

(4) ステップファミリーの事例への対応

以上、ステップファミリーが抱えやすい様々な問題についてみてきた。虐待対応に当たっては、

これらをふまえて適切なアセスメントをしていくことが重要であることはすでに述べた。例えば、養(継)父もしくは養(継)母による身体的虐待があった場合、それが(2)で述べた問題が生じている中で焦りなのか、あるいは(3)で述べた内縁者の単なる攻撃性によるものなのか、適切にアセスメントをした上で、アプローチの方法や指導する内容を慎重に検討しなければならない。対応の仕方によっては、必要以上に養(継)父を追い詰めてしまったり、そのような状態になったことに実母が責任を感じて、実子と養(継)父の間に板挟みになり、悩みを抱え、家族全体のバランスが崩れることも考えられる。

しかしアプローチの方法や指導する内容を慎重に検討することにより、必要な介入のタイミングを遅らせてはならない。家庭の中で保護者が様々な問題を解決するために、極端なやり方やルールを決めて一気に解決しようとしていたり、ストレスがたまり自己コントロールを失い、DVや身体的虐待など攻撃性を持つに至っている場合もある。またそうした大きな問題が生じていても、初婚でした失敗を繰り返すまいと決意した上での再婚なので、なんとか家族の中で解決したいと問題を抱え込んでいる場合や、周囲の反対を押し切って結婚し、親兄弟にも相談できないと追い詰められている場合もある。

必要な介入により子どもが一時保護や施設入所、里親委託となった場合の家庭引取り、再統合のプロセスにも注意が必要である。複雑な家族関係のために様々な問題が生じた結果、子どもが家庭から分離されることにより、残された家族形態がシンプルになって、家族がその状態に慣れ家族の葛藤も少ない状態となってしまうと、子どもへの思いとは裏腹に、親が長期の分離を希望するといった事態も生じ得る。

したがって、分離によって家族に生じる問題や葛藤、家族関係の力動を正確に捉えた上で、家族再統合に向けた取組みを、家族、子どもと一緒に考えながら進める必要がある。例えば、祖父母による支援や保育所の利用等社会資源の活用につなげる、また親の了解を得て学校に子どもの特徴等を伝え、子どもの問題について親と一緒に考えてもらうよう依頼していく。そして、既存の家族形態、父親役割、母親役割といった概念に捉われない、その家族による新しい家族形態、新しい親の役割を創出していくことが重要であることに気付いてもらうことが必要である。

新しい家族形態が安定するには、一時保護解除や施設退所、里親委託解除までのプロセスだけでは不十分であり、実際に家庭の生活を再開させてからのフォローも大切である。市区町村の相談員による日常的な相談支援につなげていく等の支援策が必要である。

また養(継)親と子どもとの関係に葛藤が生じている場合は、養(継)親の踏ん張りに期待するのではなく、まずは実親が前面に出て、新しい家族の中での新ルールを伝えたり、養(継)親との関係を調整していくことがポイントとなるため、例えば実親が父親で仕事が忙しい場合であっても、なんとか時間をとって関わっていくよう粘り強く働きかけていくことが必要である。

(5) 子どもの施設入所もしくは里親委託中に家族形態が変化した事例への対応について

最後に、特段の配慮を要する標記事例への対応について取り上げる。具体的には、子どもの施設入所もしくは里親委託中に保護者が再婚したり、畏父弟妹や異母弟妹が生まれたような場合であり、子どもは下記のような思いを抱えやすい。

- ① 私がいない間に、親を継親にとられた。私は邪魔だったのかもしれない。
- ② 母子家庭で、僕が一家の男子として、家を守っていこうと思っていたのに、母は再婚し継父と暮らし、僕はもう必要ないのかもしれない。
- ③ 面会にきたのに、父、継母は連れてきた赤ちゃんに夢中で、私の話をちゃんと聞いてくれない。赤ちゃんが生まれてきたせいで、私はずっと施設で暮らすことになりそう。

しかし、面会・外出や外泊の段階では、これらの思いが表出されることは少ない。むしろ再婚によって家庭の受け皿がしっかりとしたと捉え取りを進めたところ、引取り後に子どもの思いが露呈してトラブルが続出し、再度施設入所を余儀なくされる例も少なくない。

これは「とにかく家に帰りたい」「家庭、家族の中で自分の居場所を早く確保したい」という思いが、上記の思いに勝り、無難に外泊期間を過ごす等で内面の葛藤が引取り前に表面化していなかったことが一因として考えられる。

このため引取り前の時期においては、長期休暇を利用した長期外泊を多く取り入れることや、外泊前後の子どもの気持ちの聞取りを丁寧に行う等により、事前に子どもの葛藤を受け止め、可能な限り解決しておくことが望ましい。

とはいえ、いかに準備を尽くしたとしても、引取り後の生活が始まれば、思いがけないような問題が起きることも当然ある。重要なのは問題が起きることを全て未然に防ぐのではなく、起こった問題に対して、家族が様々な支援を受けながらも、自らの力で少しずつ解決していけるかどうかであり、引取りに際しては、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等して、各方面からの情報を集約し、的確なアセスメントをしていく等の取組みが必要である。また引取り方向が決定した場合は、同協議会におけるモニタリング体制、支援体制を整えていくことも重要である。

【文献】

- ・野沢慎司他編著『Q&A ステップファミリーの基礎知識』明石書店、2006年
- ・『これからの人生にホップ・ステップ・ジャンプ～ステップファミリーの幸せのために～【おとな編】』大阪市子ども青少年子育て支援部子ども家庭課、2012年
- ・『泣いて 笑って 怒って～ステップファミリーの幸せのために～【子ども編】』大阪市子ども青少年子育て支援部子ども家庭課、2012年

10. 18歳又は19歳の子どもへの対応

市区町村の福祉事務所や児童家庭相談窓口にも、18、19歳の子どもの相談が持ち込まれるようになってきている。児童福祉法の改正、民法等の改正などがあり、これらの子どもへの柔軟な対応をとることが必要である。

(1) 18歳又は19歳の子どもの特徴

これらの子どもは、過去に被虐待児として、児童相談所の係属歴や児童福祉施設等の入所歴が

ある事例が多くみられる。発達障害や精神的な問題、非行問題等を抱え、保護者のもとに引き取られた後も親子関係不調となり、行き場を失った子どももいる。また、児童福祉施設等から就労自立をしたものの、失敗を繰り返し、中にはホームレスの状態に陥っている事例も少なからず見られる。

共通するのは、基本的な安心感が十分に育っていないことであり、そのため大人（援助者を含む）を信用できない対象として見ていることが多い。また、「相談機関に相談に行ったけど相手にされなかった」と不信感を抱いている子どもも少なくない。

こういった特徴を理解した上で、相談担当職員は粘り強い関わり、信頼関係の形成、関係する社会資源との連携、地域のネットワーク作りでこれらの子どもを支援していく姿勢が求められる。なお、都道府県は、義務教育を終了した児童又は児童以外の満二十歳に満たない者から申し込みがあった場合には、児童自立生活援助事業その他の適切な援助を実施するとされている（児童福祉法第33条の6）。

（2） 相談の受付と、使える社会資源等

相談の受け付けは、原則として保護者住所地だが、子どもの居住地や状況に応じて柔軟に検討する必要がある。相談の経路としては、子ども本人、子どもを支えてきた知人や児童福祉施設関係者、司法関係者（少年院や保護観察所など）などに分けることができる。

使える緊急避難先としての社会資源では、男子であれば生活保護関係のシェルターや生活保護法に基づく宿所提供施設や宿泊所、女子であれば婦人相談所やシェルターなどがある。これらの期間を活用する場合には、福祉事務所や婦人相談所等に協力を求めて十分に情報を共有し、連携して対応する必要がある。

児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）は、20歳未満まで利用できる社会資源である。また、全国的には数は少ないが、大都市を中心に「子どもシェルター（自立援助ホームの制度を適用）」が開設され、これらの子どもの受け皿となってきた。

しかし、これらの施設等は緊急避難や中間施設としての役割であるため、さらに長期の支援が必要な子どもには、婦人保護施設や障害福祉関係施設あるいは生活保護制度の活用などが考えられる。そのため、福祉事務所と連携して対応し、それらの制度につなげるための取組を行う必要がある。また、地域によってはこういった社会資源が少ないところも多いため、地域福祉計画策定の中にこういった施設の設置を盛り込むなどして、社会資源の充実を図ることが必要である。

（3） 児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）について

平成20年の児童福祉法改正で、児童自立生活援助事業の対象年齢が20歳未満までに拡大された。

① 措置の主体と市区町村の関係

児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）は児童福祉法上の事業であり、児童相談所が実施の決定を行う。市区町村が自立援助ホームの利用が適当と判断をした場合、都道府県知事への報告が必要となる。相談を受けた児童相談所は子どもの面接、調査を行い、自立援助ホ

ームとの調整を踏まえて援助方針会議で実施の決定を行い、子どもの入所手続きを進めていく。市区町村は、入所後は児童相談所、自立援助ホームと連携をしながら、子どもの地域での生活支援を側面的に支えていく役割を持つ。

② 保護者との関係

児童相談所は、児童自立生活援助の実施又は解除の決定をした場合には、その旨を保護者に連絡する。ただし児童相談所運営指針では、「子どもが保護者による虐待を理由として保護者への連絡を拒む場合など保護者へ連絡することにより子どもの保護に支障を来すおそれがあると認める場合は、子どもの年齢等を考慮しつつ、保護者への連絡を見合わせるなど柔軟に対応することも考えられる」とされており、柔軟な対応を検討すること。

③ 子どもの自立支援計画

児童養護施設等では、入所児童の自立支援計画が求められ、短期、中期、長期的計画に基づく具体的な支援や役割分担などを定めている一方で、自立援助ホームでは、自立支援計画が「努力義務」とされている。しかし自立援助ホームでは、短期間での自立を目指さなければならないことを考えると、子どものアセスメント、プランニング、役割分担とゴールの方向性などを明確にすることが必要である。そのために、それぞれの自立援助ホームの特徴を活かした、自立支援計画作りが課題となる。

④ 病気や障害等を抱えた子ども

自立援助ホームには、病気や障害を抱えて入所する子どもが少なくない。男子では事故や非行を起こす子ども等の割合が高い。保護観察付きで入所する事例も多くみられ、その場合は保護観察所との連携が重要である。女子では性感染症を含む婦人科系の病気や精神疾患を抱えた子どもの割合が高く、医療機関との連携が重要である。

⑤ 子どもの国民健康保険等について

自立援助ホームでは、委託一時保護を除いて「受診券（医療券）」が発行されない。子どもは基本的に国民健康保険等に加入することになる。保護者による虐待が背景にある場合は、自立援助ホームの所在地である市区町村の国民健康保険係に相談すれば、住民票がなくても加入を認めるなどの柔軟な対応がなされている。子どもが就労などしていない場合、「最初の賃金を得るまでの間（賃金の基準は自治体の裁量にゆだねられている）」は自己負担分を措置費として請求することができる。また、「国民健康保険等の加入手続き中の場合や国民健康保険等に加入できない特段の事情がある場合」も同様の扱いを認めている。

⑥ 子どもからの徴収金及び自己負担金等について

自立援助ホームは、他の児童福祉施設と違い子どもからの徴収金や自己負担金等が生じる場合がある。

徴収金は、子どもの前年度所得に基づき地方自治体によって決定される。所得が少ない場合であれば徴収金が生じることはない。また、自己負担金等はそれぞれの自立援助ホームで定めており、食費や水道光熱費等の一部負担金である。概ね3万円くらいの自己負担金等がかかることを理解しておく必要がある。「子どもシェルター」や「ステップハウス」といったタイプの自立援助ホームでは、自己負担金等がかからない場合もある。

相談担当職員としては、これらの実情を十分把握し、入所前に子どもに説明しておく責任がある。

⑦ 高校生の受け入れの課題

児童養護施設や里親等への措置の場合、高校生等で18歳を超えても措置延長ができる。しかし、18歳を過ぎた高校生等が要保護児童となった場合、児童養護施設や里親等への新たな措置は制度上認められていない。18歳を過ぎた高校生等が利用できる資源としては、生活保護関係の施設や自立援助ホームなどが考えられる。しかし、自立援助ホームはもともと高校生の入所を想定していなかったこともあり、18歳を超える高校生等の入所をどう支援するのかについては、費用面を含めて関係機関と連携して対応を検討する必要がある。

(4) 民法等改正と子どもとの関係

「児童虐待防止に向けた親権制度の見直し」を目的に、平成23年に民法等の改正が行われ親権停止制度が新設された。18歳若しくは19歳の子ども自身又は児童相談所長が行うことができる親権喪失・親権停止の審判等の請求について説明する。

① 「親権喪失の審判」か「親権停止の審判」について

18、19歳の子どもが、父又は母による虐待等により「親権の行使が困難又は不適當であることにより子の利益を害するとき」は「親権喪失の審判」よりも、「親権停止の審判」を選択する方が現実的である。それは、親権の行使が20歳未満であるため、親権停止中に20歳を超えてしまうからである。

② どのような事例が「親権停止の審判」に該当するのか

児童養護施設や自立援助ホームから退所後、親権者から自立して生活するためにアパートを契約しようとした場合、親権者が合理的な理由もなくアパートの賃貸契約に同意せず、子どもの生活に支障が生じるような場合が考えられる。また、子どもの就職に際して、雇用契約書に親権者が合理的な理由なく同意せず、子どもの自立に支障が生じるような場合も考えられる。

③ 子どもによる請求か児童相談所長による請求か

18歳、19歳の子どもで「親権停止の審判」が適当であるような状態に至っている場合には、親族からの請求が難しい事例も多く、平成23年の民法等の改正で、子どもからの請求が認められるようになり、請求権の幅が広がった。

しかし、子どもからの請求により子ども自身がより傷つく場合や、身体的精神的状態のために子ども自身が判断することができない場合などは、児童相談所長からの請求が期待される。

いずれの場合も、弁護士が代理人として関わるができるため、これらの選択に当たっては、児童相談所と契約をした弁護士との協議を経て行うことが適当である。

1 1. 性的虐待を受けた子どもとその保護者への支援

(1) 子どもへのケア

性的虐待を受けた子どもに対するケアとしてもっとも重要なのは、子どもが安心できる環境を整えることであり、そのためには加害者と子どもを分離し、さらに加害者ではない保護者が子どもを守れるようにその後の生活を組み立てることである。その上で、子どもに適切な心理的ケアや精神的な治療を提供していくことが必要となる。また、その際には家族や施設における性規範やプライバシーに関する環境も整える必要がある。

① ト라우マ性の問題と治療・ケア

性的虐待がトラウマ性の体験となり、その後遺症と思われる症状や行動（PTSD、抑うつ症状、解離性障害、衝動性のコントロール不全、性化行動、性的逸脱行動など）が認められたり、告白・発覚の衝撃がトラウマ性の反応を引き起こしたりしている場合には、精神科の診立てや治療、心理的ケアが必要となる。急性反応への対応や、より長期に渡る性的虐待の影響を考慮したカウンセリングやプレイセラピー、あるいは必要に応じて薬物療法を行う。

② 自己イメージの低下への対処

性的虐待を経験した子どもが、自分が逃げなかったからこうした被害を受けてしまったのだとの考えや自分が加害者を性的行為に導いたのではないかという思い（加害者や加害者側に立つ親がそのように子どもに言っていることもある）からくる罪悪感、虐待者が子どもを孤立した共犯関係に引きずり込むために使うメッセージ（お前は悪い子だ、性的にふしだらな子だ等）の影響、自分さえしゃべらなかつたら家族がこんなに大変なことにはなっていなかったのではないかという自責の念等から強い影響を受けることは避けられない。また、性的体験の結果、自分の身体が汚れてしまった、もう普通の体・普通の子どもには戻れないと感じている子どもも少なくない。

さらに、自分には性的な存在としての価値しかないと考える子どももいる。こうした子どもの思いは、子どもの自己イメージを著しく低下させており、不適切な行動や症状を導く可能性があり、適切な対応が必要となる。こうした子どもの考えや認知を丁寧に取り扱うことで、適応的な修正を目指すことが必要である。

③ 性的行動の再現性への対応

性的被害を受けた子どもは、その後の生活で被害体験を反復する傾向がある。その再現には、過剰な性器いじりや年齢にふさわしくない性的発言、性化行動、子どもの通常の性的発達から逸脱した性的遊びや、加害者となって自分の被害体験を他の子どもとの間で再現させる傾向、あるいは思春期以降に顕著になりやすい強迫的、あるいは冒険的な性的行動（性的非行に発展する場合を含む）など、さまざまなタイプがある。こうした再現性に対しては適切な制限（決して罰するのではなく冷静に行為を制限する）を行いつつ、そうした行動が過去の性的被害体験に由来している可能性があることを子どもに理解させ、更なる性的被害等に結びつかないよう関わりを行う必要がある。

④ 正常な性的発達を促進する

性的虐待を受けた子どもは、愛情と性を混同したり、人と親密な関係を持つためには必ず性を媒介にする必要があると考えたりする場合がある。また、被害を受けた少女は、自分が女性であったために被害を受けたのだと考え、自分の性を否定しようとする場合もある。このように、性的被害体験は正常な性発達を不当に阻害してしまう危険性がある。子どものこうした認知や考えを取り上げ検討することで、子ども本来の自然な性的発達を促進する必要がある。また、そのような関わりを通して、新たな被害に遭わないための心理教育的な関わりも必要になる。

⑤ 性被害体験と関連する問題

性的虐待という被害体験は子どもにさまざまな精神的問題や行動上の問題をもたらすものであり、こうした問題への適切な対応やケアが行われなければ、子どもがさまざまな症状を示したり、あるいは性的加害や性的被害を繰り返したりするなどの危険性が高い。わが国の福祉の現状では、性的虐待を受けて加害者からの分離を図らねばならない子どもが児童養護施設などの施設で生活する場合が少なくないが、そうした施設で、上述のようなケアが行われなかったり、必要な精神科の治療を受けられなかったりするような場合、子どもが施設生活への不適応を生じ、二次的な問題を抱えてしまう危険性が高くなる。子どもを守るといふ原則を貫くためには、子どもへの適切なケアや治療が必要である。

また性被害体験があり児童相談所が対応する子どもの中には、対応している時点で何らかの症状や問題を示していない子どももいる。その子ども達への関わりとしては、年齢に応じて子ども向けのパンフレット等を用いながら、一般的な話として性被害体験による何らかの影響（困ること）が起こる人もいることを伝え、その時には相談できる人や場所があると話しておくことも有効である。またそのことについて、保護者や施設職員等と共有しながら見守っていくことが望ましい。

(2) 保護者の指導・ケア

① 加害者への指導

加害者が性的虐待を行った背景には、その人の生育歴や現在の生活環境に由来するさまざまな心理的要因が存在する。過去の被害的な性的体験や、自分の人生に肯定感が持てていない様々な要因、現在の生活状況に関する無力感など、自己コントロール感の喪失を伴う反応としての支配欲求が子どもへの性的虐待を導く場合が多いといった知見がある。こうした理解においては、性的虐待者は何らかの治療的な矯正教育無しには、性的に不適切な行動を修正しにくいということが指摘されている。したがって、児童相談所が担当できるかどうかは別に考えるとしても、加害者に対する治療教育的な心理的ケアの提供は再発防止上、重要な課題である。

加害者への指導・ケアにとってもっとも重要かつ困難なのは、性的虐待という事実への直面化である。こうした直面化は、性的虐待があったという事実を認めるだけではなく、それが子どもにどのような影響をもたらしたのか（結果への直面）や、どうしてそうした行為に及んだのか（原因への直面）が含まれる。こうした直面化の作業は、多大なエネルギーを要す

る。

一方で、数は少ないながら、援助者が性的虐待の存在を指摘した直後にそれを受け入れ、自分がそのような行為に及んでしまった心理的な背景についても自己分析的に述べる性的虐待者も存在する。こうした虐待者の行動の多くは『偽りの洞察』と呼ばれるものであり、真の洞察への防衛であったり、子どもをとり戻すための方略であったりすると考えられるので注意を要する。

② 非虐待者(非加害)である親のケア

非虐待者である保護者の心理的衝撃や揺れは大きい。こうした保護者が子どもの被害の事実を受け入れ、子どもを守ろうと決心する過程を支えることがケアにつながる。

初期の非虐待者である保護者支援の内容としては、ア) 性的虐待とはどういうものか、イ) 子どもを守るという選択は子どもの人生にとって非常にプラスの意味があり親にはその力がある、ウ) 性的虐待による子どもへの一般的な影響とそれから派生する問題への対処方法、エ) 性的虐待は家族へも影響するので他の子どもへの配慮も必要になる、オ) 親の力を発揮するには親自身のケアも必要である等である。

一般的に、子どもの安全が確保され在宅援助となる場合には、児童相談所との関わりはその時点で終了することが多く、子どもと非虐待者である保護者への支援の意味からも、上記のような働きかけをすることが望ましい。また非虐待者である保護者が子どもを守れない場合でも、叔(伯)母や祖母・きょうだいが必要な支援者になりうるため、それらの人への働きかけも必要である。その際、きょうだいの年齢によっては、起こっている出来事について理解できる範囲で説明する配慮が必要である。さらに再発を防ぐ意味からも虐待が発生した家族力動への働きかけも重要である。

(3) 刑事事件としての取り扱い

わが国においても性的虐待を刑事事件として告訴したり告発したりする事例が見られるようになった。こうした司法手続きが子どもに与える心理的負担の大きさ(警察や検察における調書作成のための繰り返しの事情聴取や、法廷への出廷が求められる可能性など)を考えた場合には、どのようなことが今後予想されるかを子どもに十分理解してもらった上で子どもの意思を十分に考慮し、その後の対応を慎重に決定する必要がある。子どもによってはその心理的負担に耐え切れずに精神的に変調をきたしたり、被害の訴えを撤回したり、場合によっては自殺に及ぶ危険性すらある。

刑事事件として取り扱われることが、自分が悪いのではない・虐待者が間違っただけをしたのだという子どもの理解を促進し、子どものエンパワメントにつながると考えられる場合には、「子どもの最善の利益」という子どもの福祉の原則において、警察官や検察官に対応の必要性を説明し、立件が可能かどうかの事前協議を含め、立件に踏み切ってもらいたいことが望まれる。警察などに積極的に動いてもらうためには、虐待問題に詳しい弁護士の協力を得ることや、司法面接(被害事実確認面接)に基づく子どもからの正確な被害確認を検討する。

刑事事件となった場合、日本では警察や検察官による詳細な事情聴取や実況見分、さらには裁判

所での陳述など、子どもは辛く重い心理的負担を強いられ、結果が出るまでの長い期間を、耐えなければならないことになる。司法関係者により、書類提出やビデオリンクによる別室での裁判陳述など、様々な工夫で子どもの負担を軽減する取り組みも行われているが、子どもには事前に、どのような過程を経ることになるのか十分説明し、虐待者や場合によっては家族と対決する苦しみを支えていくことが必要である。非虐待者である保護者が子どもを支えている場合は、子どもにとって大きな支えであり、両者へのサポート体制をしっかりととっていくことが必要である。

(4) きょうだい加害者の場合

加害者がきょうだいの事例も一定の割合で存在する。この場合、厚生労働省の虐待統計上は親のネグレクトとして計上されるが、実際には性的虐待事例への対応として扱う必要がある。一方、相談対応上は、加害者であるきょうだい未成年者の場合には、加害者についても、本人の非行問題として対応していく必要があり、非加害親（この場合は両親でありうる）への対応およびケアの原則は、性的虐待事例に準じながら、個別事例の特性をふまえて対応する必要がある。

12. ネグレクト事例への対応

(1) 子どもの虐待とネグレクト

日本では子ども虐待として4つの種類の虐待を総称しているが、英語では Abuse and Neglect と、直接的な加害行為である Abuse と、不十分な養育の Neglect を別のものと捉えている。実際、Abuse の典型である身体的虐待とネグレクトとは、子どもの状態や家族背景に大きな差がある（注1）。

しかし、今までの日本での児童虐待対策や研究においては両者を一括して扱っていることが多い。そのためアセスメントシートや対応マニュアルは、子どもの安全確保を中心とした内容になっており、ネグレクトについてはあまり重視されてこなかった。そのためこの節では、ネグレクトの概要を紹介し、ネグレクト事例への対応方法について検討する。

(2) ネグレクトの範囲

ネグレクトの場合は、その捉え方や範囲に個人差や時代的、社会的な影響が大きい。例えば「親の仕事のため小学生の子どもが夜間家に一人である」状態をネグレクトと捉えることに抵抗感を感じる人もいる。しかし火事などが発生すれば生命の危険に直結するし、そうでなくても子どもが抱く不安や寂しさを放置はできない。したがって、子どもの状態が心配であればネグレクトと捉えて支援を検討する必要がある。また、ネグレクトには死亡してしまうような事例から、衣服の着替えなどの不十分なまま登校してくるような事例まであり、その範囲は広い。

このように考えると、ネグレクトは、生命にかかわり分離が必要な程度の範囲と、直ちには生命の危険はないが将来にわたって悪影響を残すことが想定されるために支援が必要な程度の範囲の二つの基準を考える必要がある。

(3) 子どもの状況

ネグレクトには、例えば、不潔や食事が十分でない、夜間に保護者がいない、病気になっても医療を受けさせない、車に子どもを放置するなど、直接子どもに被害をもたらすものがある一方で、保護者のネグレクトの影響により心身の発達が遅れていたり、落ち着きがない、乱暴、無気力、不登校、非行など、二次被害というべき情緒面や行動面で示される問題もある。そのため、心身の発達の遅れや情緒的な影響、思春期以降の不登校や引きこもりなど、将来に及ぼす危険性についても考慮して対応を考えるべきである。

(4) ネグレクトをする保護者

ネグレクトの状態像が多様なように、ネグレクトをする保護者の持つ特徴や課題も多様である。保護者の一つの要因が一つのネグレクト状態を生んでいるわけではなく、ネグレクトは保護者の多様な課題が重なって生じる。

いくつかの研究によればネグレクトをする保護者の特徴として、①ひとり親、②貧困、③不潔、④世代間連鎖、⑤能力の不足や病気、⑥援助拒否、などが挙げられる。そして実際には、これらが重複することにより子どもに多様な被害を及ぼしている。そのため対応方法は、保護者の抱える課題を軽減するような家族支援策や長期に多機関での支援ネットワークが必要になる。

(5) ネグレクトと愛着障害

ネグレクトの被害は第一義的には不潔や低栄養、病院に連れて行かないなど直接に身体へのダメージを与えることにあり、最悪の場合には死亡することもある。一方で、ネグレクトの結果は、子どもが保護者との間に安定した愛着関係を形成できないという問題につながる。夜間保護者不在など直接的なかわりの欠如だけでなく、うつ病や精神障害等で子どもの相手が十分できない場合も、子どもとの間で安定した情緒的な交流や子どもに安心感を与えることが困難になる。また保護者自身の精神的なストレスや不安定さからくる暴言もネグレクト家庭ではよくみられるが、このことで子どもの自尊感情形成が大きく阻害されることになる。つまり、ネグレクトが子どもの将来に大きな影響を与える最大の要因は、この保護者との愛着関係の欠如や希薄であるとも考えられる。

(6) 自覚の伴わない虐待

ネグレクトは毎日の生活の中で起こることなので、例えば不潔や夜間に保護者がいないことなど周囲が心配するような状態であっても、保護者も子どももその生活が「当たり前」だと思っている。そのため保護者は、自分の生活スタイルを変える必要性を感じていないだけでなく、自分の行為が虐待に該当するとは思っていないし、そのように見られることに対して、強く反発することも多い。つまり保護者に虐待の自覚がない。

したがって、ネグレクトは、周囲の人や機関が見守るだけでは事態の改善は困難であり、時間の経過とともに事態はどんどん悪化する。この様相は「生活習慣病」に共通するともいえる。つ

まり単なる「見守り」は放置となり、状況の改善は望めない。

そのため対応策も生活習慣病と同様で、まず本人の自覚が不可欠であり、同時に周囲からの継続的な支援や働きかけが必須である。しかし特効薬はなく、長期にわたる継続的なかかわりが必要となる。

このようにネグレクトは長期的な支援が必要であり、緊急対応と介入を中核とする身体的虐待対応モデルとは分けて考える必要がある。

(7) 引きこもりや援助拒否になる事例

ネグレクトをする保護者の中には、家に引きこもったり周囲の人たちとのかかわりを拒否する人が多い。そのため子どもの状況を心配した関係者がかかわろうとしても、つながりを見つけることが難しくなる。また、引きこもりの状態となった家族には不登園・不登校となる場合が多く、「親子引きこもり状態」になりやすい。さらに援助拒否の保護者は、人との安定した関係を保つのが困難なため、支援機関との友好的な関係を作れないだけでなく、自分の子どもに対しても暴言や不適切な対応が多くみられる。その結果、子どもに非行などのさまざまな症状が出てくることもある（注2）。

これらの保護者へのかかわりは困難であるが、原則として根気強くかかわり続け、保護者と話ができる関係作りを続けることが大切である。ただし、子どもの安否確認ができない場合や、子どもに深刻な危険が想定される場合には、立入調査や出頭要求、臨検・捜索などの手段が必要となる。そのため児童相談所との連携を要する。

(8) いわゆる「ゴミ屋敷」

ネグレクトでは子ども自身の不潔が目立ちやすい。続けて同じ服を着てきたり異臭がするなどのため、保育所や学校での発見が容易である。また、家庭訪問をすれば家庭内の散乱状況を目にすることも多く、家の外にまでゴミがあふれ出している「ゴミ屋敷」状態の中で子どもが生活している場合もみられる。このように子どもの不潔は発見が容易であるが、一方、子ども達は学校等で「臭い」などと言われて仲間外れになったり、保護者に改善を働きかけても容易に変化はないなど、対応に困ることが多い。

このような家庭に対しては、①家庭訪問を続けて保護者に片づけを働きかける、②養育支援訪問事業などを利用してヘルパーを派遣し少しずつ片づけを行う、③保護者の同意のもと大掃除を行う、などの対応法が考えられる。しかし母親が自分でできるように促す方法では、訪問を拒否される可能性が高い。また、大掃除を実施したとしても数か月で元の状態に戻ることが多い。そのため、家事を援助しながら家族への働きかけを継続したり、あるいは家事は援助しても家族への働きかけは避けるなど、家族と話し合ったり関係者で協議しながら効果的な進め方を決めていくことが必要である。大掃除をしたあとには定期的なヘルパーの派遣を継続的に行い、清潔な状態を維持することが大切である。このような取り組みによって、子どもにとって気持ちの良い生活環境を味わうことができ、子どもへの支援につながることもある。

(9) ネットワークでの支援

ネグレクトは家庭内に多くの課題を抱え、その課題も解決困難なことがほとんどである。離婚初期や産後うつ病など例外的に早期に改善する場合もあるが、ネグレクト支援は当然に長期になるとの認識をすべきである。したがって、ネグレクトを一つの機関やひとりの担当者で対応することは困難である。

ネグレクト支援を複数で行うためには、要保護児童対策地域協議会の個別ケース検討会議などを利用し、守秘義務を守りながら一つひとつの事例ごとに援助チームを構築することが必要である。

(10) 再検討時期の明確化

長期のネグレクトになると、簡単には状態が改善しない。その結果、保護者への怒りの気持ちが出てきたり、終わりの見えない支援に疲れて支援する機関が抜けていく事態がみられることがある。このような結果にならないためにも、定期的な個別ケース検討会議を開催する必要がある。

個別ケース検討会議では、家族ができていることにも着目しながら、達成可能なレベルでのスモールステップの目標を設定する。また、ネグレクトは慢性的なものであるだけに、それぞれの支援の状況とその効果を定期的に確認することが重要である。そのため、個別ケース検討会議で援助方針を決めたら、それをいつまでに実施するかを確認し、必ず再検討時期（次回の個別ケース検討会議の日程）を確認する。その後は目標の達成状況を加味しながら、次の目標を設定し、見直し時期を定めながら支援していくことが大切である。

(11) 世代間連鎖

ネグレクトにおいても世代間連鎖が見られる。不潔や朝食を食べないことなど生活習慣に関することは、親から教えられたり家庭内で自然に身につけるためである。ネグレクト家庭の中で育つ子どもは、不十分な養育が「当たり前」として育つため、自分が親になった時にも、自分の子どもに適切な養育を行えなくなる可能性がある。

このような事態を防ぐには、子ども自身に「清潔」という感覚を経験させたり、食事を作ったり片づけたり、一緒に洗濯を行いながら、自分で身辺処理を行えるように援助することが大切となる。そのため実際に子どもに接している学校や保育所が、毎日子どもの服を洗濯したり朝食を準備している事例もある。

ネグレクト支援のゴールは、ネグレクトの世代間連鎖を断ち、子どもをネグレクトする保護者にしないことである。そのために、個別ケース検討会議を開催し、関係機関で情報を共有しながら支援を継続することが必要である。

(12) 餓死に至るようなネグレクトの特徴とその対応

ネグレクトの中には、餓死するような深刻な事例が現在も発生している。これらの事例は、ここまで述べてきたネグレクトとはその様相を異にしているので、注意が必要である。以下では10件の事例を分析した文献(注3)をもとにその特徴を示す。

その第一は、(4)「ネグレクトをする保護者」で最初に取り上げられた一人親と異なり、多くの事例で、加害者が複数存在しており、実父、養父、同居人など続柄はさまざまであっても、いずれも母と二人で子どもが死に至る状況を目前にしなが、衰弱死、餓死等に至るまで放置していた点である。

第二に、多くの事例でかなり激烈な身体的虐待が出現していることである。中には身体的虐待の延長上にネグレクトがあり、むしろ「身体的虐待としてのネグレクト」と称し得る様な事例もあった。

第三に、いくつかの事例では、被害児童が他の家族から居住空間を分離され、居宅内の別の場所に隔離されている状態があった。こうしたことと関係して、被害児だけを残して他の家族が外出するという行動も見られた。きょうだいがいる場合は極端なきょうだい間差別として、これらはネグレクトであると同時に重篤な心理的虐待でもあると考えられる。

第四に、他のきょうだいへの虐待について見ると、きょうだい同時にネグレクトされていた事例、被害児がネグレクトによって死亡した後で生まれた児童が、再びネグレクトされて死亡した事例、きょうだい身体的な虐待を受けていた事例などがある一方で、きょうだいへの虐待は確認されず、むしろきょうだい間差別が際立っているような事例もあり、きょうだい一人ひとりについて個別的に見ていくことが必要なことが示されている。

第五に、多くの場合、加害者は関係機関だけでなく、身内などに対しても子どもとの面会を拒絶し、虐待を隠蔽していた。ネグレクト死では子どもが極度に衰弱することから、暴行による怪我などのように事故と見せかけたり、怪我が治癒する一時期だけ姿を隠すといった対応では間に合わず、必然的に長期に渡ってひた隠しにすることとなる。この点はネグレクトによる死亡事例の大きな特徴の一つであり、関係機関は、援助活動が膠着し子どもの姿を確認できない場合には、立入調査等も駆使して安否確認を行う決断をしなければならない。

(13) 短期間にネグレクトで死亡する事例について

パチンコや買い物などの間、車内に放置された子どもが熱中症で死亡したり、保護者が留守中の火災で乳幼児が死亡するような事例も、ネグレクトによる死亡である。こうした事例は、一部の人には「虐待死」と受けとめられない可能性もあるが、毎年必ずといっていいほどこうした事件で命を落とす子どもがおり、予防と啓発の活動が強く求められている。

(注1) 安部計彦 (2012a) 「市区町村が対応するネグレクト事例の実態」子どもと福祉 5 131-136 明石書店

(注2) 安部計彦 (2012b) 「ネグレクト事例における引きこもりと援助拒否の背景と子どもへの影響」西南学院大学人間科学論集 7(2)、13-24

(注3) 川崎二三彦 (2012) 「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

1.3. 心中事例に対する考え方

(1) 重篤な虐待死としての「親子心中」

「親子心中（親子無理心中）」は、過去の歴史において、その呼称などとも関係して同情的な見方が支配的な時代があった。そのため現在でも、社会全体としては、「親子心中」を児童虐待であると認識しているとは言い切れない。しかしながら、心中による虐待死は、何よりも、保護者によって何らの罪もない子どもが殺害されるものであり、深刻な児童虐待の一つであることを忘れてはならない。現に「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」が行っている「子ども虐待による死亡事例等の検証」においても、「心中」は虐待死の一類型として検証の対象となっている。

ただし、地方自治体における検証は、加害者である保護者が死亡している場合が多い上、他の虐待死事例と比べ、総じて関係機関の関与が少ないなどの事情から、これまで決して十分に行われていたとは言い難い。とはいえ、心中による虐待死の人数は、心中以外の虐待死と比べても、同数もしくはそれに近い状況であり、決して軽視することはできず、防止のための取り組みが強く要請されている。

(2) 心中による虐待死の特徴

「心中による虐待死」は、「心中以外の虐待死」と比べて、何よりもまず保護者に明らかな殺意があること、逆に被害児童は、通常そうした保護者の意図など思いもよらないことが大きな特徴である。また、被害を受ける児童は、「心中以外の虐待死」の大多数が乳幼児であるのと異なり、各年齢層にまたがって出現している。さらに、事例数の割に死亡人数が多いこと、すなわち一事例で複数の子どもが殺害されてしまう場合が多いことも、「心中による虐待死」の特徴の一つである。

なお、心中による虐待死には加害者が生存している「未遂」事例が含まれる。ただし、いずれにせよ被害児童が死亡していることに変わりはない。これを逆に言えば、心中では、まず先に子どもを殺害し、その後に自殺を試みる（試みて未遂に終わる）ものがあるということである。

心中事例の場合、その全てではないにしても、企図してから実行するまでの期間がきわめて短

いということも特徴としてあげられる。中には思い立ったその日のうちに衝動的に実行してしまう場合もあり、1～2週間で実行したような事例もある。こうしたことも関係してか、心中による虐待死が発生するまで、家族や周囲の者が気づきにくいということも、特徴として挙げられる。その典型的なものとして、夫（父）が帰宅して初めて、妻（母）が子どもを殺害し、リストカットしているのを発見したとか、夫（父）が在宅しているにもかかわらず、母子で飛び降り自殺したなどの事例がある。中には、周囲に悟られないよう注意深く秘匿している例もあって、家族も直接的な防止策を取ることが難しい。一方、「死にたい」「死んでやる」など、周囲に心中を仄めかしながら、援助の手を待つことなく（援助の必要性や緊急性が認識されないまま）実行に移している事例もある点は、注意を要する。

加害の手段としては、「頸部絞扼による窒息」や「中毒（火災によるものを除く）」などが目立つが、先に述べた飛び降りや溺水、刺殺などもある。中には殺害行為と併せて放火するなどの事例もある。

（3） 加害者について

「心中以外の虐待死」と大きく異なる点は、加害者に非血縁の者、たとえば内縁男性や交際男性などがほとんど見られないことである。基本的には被害児童と血縁関係にある者による単独または複数の加害行為として事件が発生する。ただし、複数の保護者が死亡するような場合、それら保護者が合意の上で行ったのか、一人の保護者が他の保護者をも殺害して心中を実行したのか、必ずしも明確にはならないことがある。

加害者の中では、実母によるものが最も多く、背景要因として「精神疾患」を持っている場合がかなりの割合で存在する。加害の動機としては、そうした精神疾患や精神不安に加えて、育児不安や育児の負担感などがある。実父による心中では、一家心中となっている事例も多く、その背景には、借金など経済問題が重荷となっていたり、離婚、別居など夫婦間のストレスが引き金になっていると考えられる場合がある。

（4） 子ども側の要因について

加害の動機として、上記で「育児不安や育児の負担感」があると指摘したが、子ども側の要因として、発達の問題や何らかの疾患を抱えている場合が一定の割合である。ただし、保護者が自らの判断だけで、勝手に「子どもに障害がある」と思い込んでいるような事例もあり、子どもには何らの問題もなく元気に過ごしていることもある。このような場合には、子ども本人を見ているだけでは心中の可能性に思い至らないので、援助する側は、日頃から家族や保護者の状況を多角的に把握するよう努めることが重要である。

（5） 心中事例の発生を防止するために

今まで見てきたように、親子心中は、企図してから実行までの期間が総じて短く、周囲も気づきにくい上、子どもも特段の問題もなく過ごしているような例も珍しくないため、未然に防止するのは決してたやすいことではない。

とはいえ、心中に至るには、保護者の精神疾患であるとか、経済的な問題や夫婦間のストレス、さらには子どもの障害や疾患などの問題が重なっていることも多く、関係機関は、こうした家族の問題を適切に把握し、援助を行うよう心がける必要がある。同時に、「死にたい」などの訴えを聞きながら、「死ぬ、死ぬとって本当に死ぬ人は滅多にいない」などと軽視して死亡を防げなかった例もあり、援助者の適切な対応があれば事件の発生を防ぎ得る事例があることも自覚する必要がある。

なお、今まで述べてきた特徴から考えると、心中を企図してから対策を立てるのではなく、保護者がそのような思いにとらわれる前に、適切な援助を行うことがより重要であると考えられる。保護者が心中を企図する前に援助を受け入れて養育を続けることができているような場合、明確に何件と数えられなくとも、それが実は心中の未然防止となっていたとも言えるので、援助機関は、日頃からより丁寧な援助を心がけねばならない。

心中による虐待死については、現在もまだ未解明のことが多いので、仮に死亡事例が発生した場合は、可能な限り当該自治体で検証を実施し、結果を公表することで事例を共有し、今後に生かすことが求められている。

【文献】

- ・「「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 平成22年度
- ・「「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 平成23年度