

第56回日本小児保健学会 シンポジウム

子ども虐待の「予防」を考える

—発生予防・再発防止, そして世代間連鎖を断つために

虐待死亡事例検証から見える発生予防・再発予防

奥山 眞紀子 (国立成育医療センターこころの診療部)

I. 虐待死亡事例の検証に関して

1. 検証の背景と構造

虐待という痛ましい死は社会が防げる死でありそれを実行することは社会の責務でもある。同じような死を繰り返さないために何をすべきかを学ぶために亡くなった子どもから学ぶことは重要なことである。2000年, 児童虐待の防止等に関する法律 (以下, 防止法) が制定される直前に, 児童相談所が関与して死亡してしまった子どもの調査が行われ, 全国で14件が報告され, 多くの衝撃があった。しかしそれは数字だけで, どのように防ぐかを議論する土台とはならなかった。一方, 防止法が施行されて以降, それまでも急増していた通告数がさらに加速し, また2004年の防止法の改正において, 国および地方公共団体の責務として調査研究が位置づけられたこともあり, 2004年10月に厚生労働省では社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」(以下「検証委員会」)を設置した。委員の構成は, 社会福祉, 司法, 医療, 心理の専門家に加えて児童相談所の実務者が加わっていた。なお, 後に保健の専門家が加わった。

2. 検証の目的

海外で行われている Child Fatality Review は個々の子どもの死が虐待死であったのかどうかを検証する目的で開始され, それが統計を取り予防にも活かされる結果となっている。しかし, 日本の検証は最初から明らかな虐待死のみ

を対象としており, 子どもの死を無駄にせず亡くなった子どもから学んで繰り返さない手立てを考えることが目的であった。そのため, 結果を国の施策, 制度の改正, 地方公共団体の施策, および専門家の技能向上に活かすことがなされてきた。このように施策に活かすことを目的としていることは, 短時間で結果を出すという意味では望ましい面があるが, 明らかな虐待死のみを対象としているために, 暗数が多く, 実態を正確に反映しておらず, 隠されている虐待死を防ぐ手立てになっていない危険がある。とは言え, まずは明らかな虐待死を防ぐことは大きな課題であり, 本検証の意義は決して少なくなかったというべきであろう。実際, 本検証により, 幾つかの法律改正や施策への反映が行われた。例えば, 防止法と児童福祉法が改正され, 地方公共団体での虐待死亡事例等の検証の義務化, 要保護児童対策地域協議会の義務化, 48時間以内の目視確認の徹底, 医療体制整備などが盛り込まれ, 子どもが出生する前から危険がある妊婦さんは「特定妊婦」として要保護児童対策地域協議会の対象とすることができるようになった。また, 施策としては「こんにちは赤ちゃん事業」やスーパーバイザーの整備などにつながった。その他多くの手引きや指針の改正がなされた。

3. 検証の方法

検証は図1のように都道府県・政令指定市に対して, 調査票を配り, 指定の期間に把握できたすべての虐待死事例についての情報を収集し

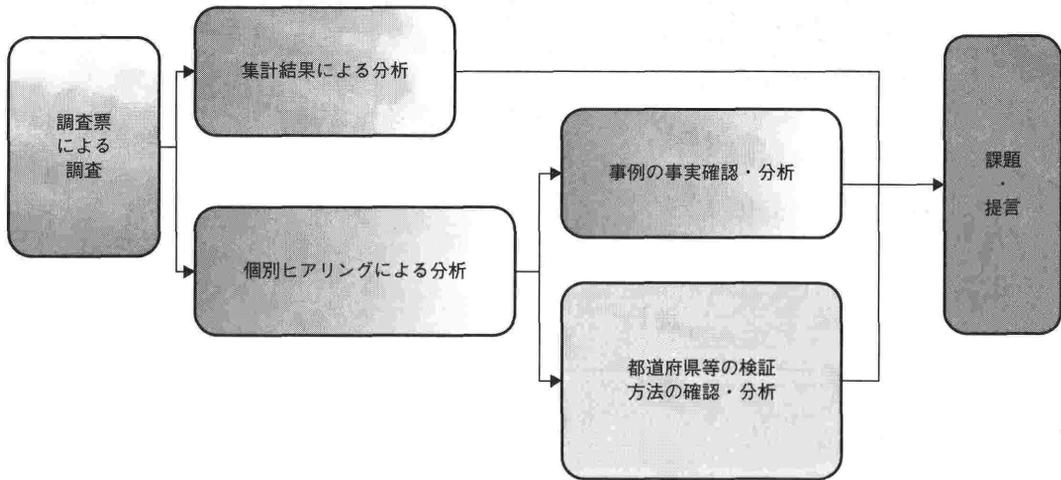


図1 検証のプロセス

た。それをもとにデータベースを構築し、その集計結果を分析すると同時に、毎年テーマを決め、それに合致する事例を選んでヒアリングを行った。防止法において都道府県での検証が義務化されてからはその検証に関しても検証を行い、課題を整理して提言を行った。なお、検証を実施していると非心中事例と心中事例ではやや様相が異なると考えられたことから、この二者を別にして集計するようにした。

II. データベースから見えてきたこと

1. 非心中事例

(1) 死亡事例数・性別・年齢

第1～5次報告（2003年7月～2008年3月の4年9か月間）全体では362事例、437人の死亡事例があったが、そのうち非心中事例は248事例、270人であった。非心中事例は年間約50例で少しずつ増加する傾向が見られた。実数が増加しているのか虐待死という認識が増加しているのかは不明である。性差は有意なものはなく、年齢は乳児が全体の約4割を占め、3歳以下が全体の3/4を占める。

(2) 虐待の内容・虐待者

主な虐待の種類は身体的虐待が60.3～86.3%と最も多い。ネグレクトは13.7～39.7%と年により増減していた。ただし、第三次報告で3歳以上と未満に分けて分析した結果、3歳以上では96%が身体的虐待であるが、3歳未満は26%

にネグレクトが存在していた。直接の死因としては頭部外傷が常に高い割合であり、18.2～33.7%であった。主たる加害者は50.9～70.4%が実母であり、8.8～20.4%が実父であった。

(3) 背景・動機

背景としては「望まない妊娠・計画していない妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」という妊娠期の問題が多かった。死亡に至る虐待となったきっかけに関しては情報が少ないが、明らかになっている中では、「泣き声に苛立った」というものが目立って多かった。第三次報告で行った分析では3歳未満では望まない妊娠が25.0%を占めていた。一方、3歳以上では「しつけのつもり」が41.2%と非常に多くなっていた。

(4) 家庭の状況

実母家庭は約半数でひとり親家庭が約1/4を占めており、子どもが幼少期から家庭が整っていない状況がうかがわれた。また、経済的に困難を抱えている家族が多く、情報が把握できたものでは、生活保護家庭と市町村住民税非課税所帯を合わせると70～80%となっていた。また、家族は地域社会との接触が乏しく、実母の心理的・精神的問題として育児不安やうつ状態がみられていることが多かった。

(5) 関与機関

虐待通告がなされていたのは17.8～20.4%である。そのうち、児童相談所への通告は13～

14%であった。児童相談所の関与は第三次報告までは減少傾向にあったが、第四次報告で再び増加していた。今後の経緯を見守る必要がある。その他の機関の関与は年々増加する傾向が続いている。なお、児童相談所が関与していた事例でも虐待の認識を持っていないものが多かった。

2. 心中事例

心中事例は非心中事例と異なる以下の特徴があった。心中事例の防止策は今後の課題である。虐待の防止としてのみではなく自殺防止としても対応が必要であろう。

- ① 亡くなった子どもの年齢の幅が広い
- ② 複数の子どもが同時に殺害される例が多い
- ③ 死因は絞扼による窒息が多いが年によっては中毒(練炭など)が多くなることもある
- ④ 主たる加害者は実母が多い
- ⑤ 事前に虐待が把握されていることがほとんどなく、関係機関の関与も少ない
- ⑥ 実父母がそろった家庭が多く、妊娠期の問題・経済問題・地域での孤立などのリスク要因が少ない

Ⅲ. ヒアリングからの浮かび上がった問題

ヒアリングでは多くの学びがあった。そのなかから今回のテーマに比較的あっているものを以下にあげる。

1. 妊娠期の問題の危険性が見逃されている

望まない妊娠、妊娠の届け出の遅れ、妊婦健診未受診などが虐待のリスクという認識が少なく、その視点での対応がなされていないことが多かった。妊娠の届け出の遅れや届け出なしでの出産などは子どもへの否認の反映でもある。幼児期の死亡事例の背景としても妊娠期の問題が認められていた。また、虐待をしてしまう親の妊娠に問題があることも少なくない。妊娠期の問題を重視する姿勢が必要である。この問題から上述のように、児童福祉法が改正され、特定妊婦として要保護児童対策地域協議会の対象とすることができるようになった。妊娠期から地域のネットワークで支援を開始する必要がある。

2. 関係機関のアセスメント能力の問題

通告があったり状況が変化していても安全確認や親への面接がなされていないケースが少なからず存在した。親からきょうだいへの虐待があることを教師に打ち明けた子どもに対して、直接の聞き取りがなされていなかったために介入の機会を逸したケースもあった。また、子どもや親に会っている事例でも虐待に至る心理的メカニズムに関するアセスメントがなされていたのはほとんどなかった。心理的メカニズムを考えることがないために、画一的に保育園に入れる、見守る、といった対応となり、適切な支援に結び付かない結果となっていた。また、児童福祉施設に入所した後に措置解除となる時に親子関係のアセスメントが適切になされていない事例が認められた。虐待関係にある親子は一緒にいることで悪循環を起し、虐待がエスカレートするが、分離することにより、落ち着くことは良くある。しかしながら、本質的問題が解決していなければ、再統合により再び危険になることは容易に想像できる。にもかかわらず、分離後の安定を基に再統合を図る傾向が認められた。特に、乳幼児では、施設職員への愛着のパターンは早期の改善が認められても親への愛着パターンは変化していないことは多い。親子関係をアセスメントすることが必要である。

3. 関係機関の危機感の問題

初期にリスクが少ないと判断されると、その後の重大な変化があってもリスクが低いケースという意識を変えることができず、危機感を持ってないことが多かった。中には、養護ケースとして考えていた児童相談所が、途中で通告がなされていてもその考えを変えて危機感を持つことができず、子どもが死亡してしまうまで介入しなかったケースもあった。地域の場合でも、DVで他の地域から逃げてきた母親の家庭はリスクが少ないと判断されていたが、ある時期に新しいパートナーができた情報と保育園であざがあるという情報があったにもかかわらず、危機感を持つに至らなかったケースもあった。また、職員の異動等で危機感が伝わらないこともあった。実際、忙しい虐待対応の中で、固定さ

れた考えを替えることはたやすいことではない。それを補うためには第三者の目が入ることが望ましい。スーパーバイザーの存在や他職種での会議でのレビューが必要である。

4. 関係機関の目が届かなくなったことへの危機感が薄い

家庭訪問をする際、さまざまな理由をつけて親が会わなかったり、子どもと会わせなかったりすることがある。また、通院をしていたケースがあるときから通院が途絶えていたこともある。そのような形で、だれもその子どもと会えない状況が続いていることは危険なサインであるが、それに気付かれないことも多い。「会えないことは危険」を覚えておく必要がある。

5. 支援ネットワーク（要保護対策地域協議会）での支援計画が明確になっていない

いわゆる「見守り」と称して支援に至っていないケースがほとんどと言ってよい。養育の問題のメカニズムを判断して、虐待をしない家庭に変化させる支援が必要である。それなしには、親の側もかわわりを望むことが少ないのは当たり前である。

6. 医療機関の問題

医療機関の意識の問題が子どもの死を防げない原因であることも少なくない。医師の言葉は重たいため、地域でリスクがあると感じている人がいても、医師が「大丈夫」ということで、介入がためらわれることもある。

7. 医学的知識の不足

骨折等に関する医学的知識が不足していることから、危険度を低く見積ったケースも複数見られていた。的確な医学的アドバイスが行われるようなシステムが必要である。

8. 情報の流れができていない

地域での支援を行っている場合、さまざまな変化に関して共有する必要があるが、それぞれが持っている情報が共有されることがなく、危機に気付かれなかったケースもある。最初に支援計画を立てる時に情報の流れを確認しておく

必要がある。

9. 児童相談所の問題

児童相談所の問題として、①良い関係を作ろうとして介入が遅れる、②先が見通せないとして一時保護を躊躇、③ベテラン福祉司に任せて周囲が口を出せない、④経験を優先させる、⑤警察が「事件性なし」としたケースの福祉的調査を怠る、⑥親の心理をアセスメントしていない、⑦一時保護所や施設が満杯でできるだけ保護を避ける、などがあつた。

10. 保健機関の問題

保健機関の問題としては都道府県保健所と市町村保健センターの連携の問題が認められたケースもあつた。また、児童相談所との連携の問題や、連携のために要保護児童対策地域協議会にあげることが遅れたケースもあつた。また、母親のうつの評価としてエジンバラうつ尺度を使っていたものの、高得点でも支援に結び付いていないケースもあつた。保健機関は乳幼児期には最も家庭に近づく機関である。連携を重視しながら重要な役割を果たしていかなければならない。

11. 市町村の問題

通告ケースが増加し、要保護児童対策地域協議会の会議が追い付いていない地域がある。ケースが多いと会議でも時間をかけて話をすることができない。進行管理をしっかりと、重要なポイントで会議を行うなど、強弱をつけた対応が必要となる。

IV. 発生予防への示唆

1. 妊娠期・周産期

(1) 妊娠届け出（母子手帳発行）時の支援

届け出の遅れ、家庭内暴力、望まぬ妊娠などの把握と相談を行い、妊娠期からの支援を開始する必要がある。

(2) 胎児虐待・胎児ネグレクトという視点を持つ

胎児に危険な行動（自己破壊的行動）や妊婦健診を怠るなどは胎児に対する虐待という視点を持ち、要保護児童対策地域協議会の対象として支援を開始する必要がある。

(3) 周産期の支援

子どもの養育能力を技術的にも心理的にも判断して対応する必要がある。特に、母子手帳もなく自宅で専門家抜きで分娩するケースはハイリスクであり、必ず地域での支援が必要となる。

2. 乳児期

(1) 乳児期早期からの予防

乳児期早期が最も死亡が多い時期である。できるだけ早い支援者との接点が必要である。こんにちは赤ちゃん事業の他、「2か月親子講習会」などの試みもなされている。2か月親子講習会参加者はその後の専門家との接触が増加し、虐待も減少傾向にあったとの報告がある¹⁾。

(2) 泣き声対策

泣きやまないことへの苛立ちが虐待の死亡のきっかけとなることが多いため、初期からの泣き声対策を行うことも効果があると考えられる²⁾。

(3) うつの母親への支援

うつの評価を行うだけではなく、その支援が重要である。産後のうつ状態に対する正確な知識を持つとともに、精神科医との連携等を含め地域での支援方法を構築しておく必要がある。

(4) 体重減少の重要性

乳児の体重減少は非常に重要なサインである。それを見逃さない対応が必要である。

(5) 要保護児童対策地域協議会にあげるタイミングを逃さない

「このぐらいは」と思うのではなく、情報収集のためにもタイミングを逃さず要保護児童対策地域協議会にあげる必要がある。

V. 再発予防への示唆

1. 再統合に関して

分離開始時からの家族支援が必要である。その際には虐待に至った心理の把握を行い、虐待を行わない心理的状况を作り出す必要がある。また、再統合の際には親子関係に関する十分な評価が必要である。

2. 在宅支援に関して

「見守り」ではなく、虐待に至らない家族を作る支援が在宅支援である。その手法が確立される必要がある。また、「子どもに会えない」は危険なサインであることを重視する必要がある。さらに、どんなに経験のある人でも危険を過小評価することは稀ではない。第三者の目としてもスーパーバイザーが必要である。常にネットワークで再発予防を行う体制を作ることが重要である。

VI. 終わりに

子どもを虐待死から守るためには、心理的・福祉的アセスメント技術を向上させ、虐待をしないメカニズムの創出が必要である。複雑な親子関係を扱うためには、マニュアルだけでは通用しない。しかし、一方で、マニュアルを横において漏れがないようなチェックも必要である。つまりマニュアルは必要条件であって十分条件ではない。十分条件は専門性である。予防にかかわる専門家がその専門性を磨くことが求められている。

文 献

- 1) 佐藤拓代. 妊娠期からの虐待予防に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)児童虐待等の子どもの被害, 及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究(主任研究者 奥山真紀子)平成17~19年度総合研究報告書, 2008.
- 2) 山田不二子. 乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)の予防プログラムに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)児童虐待等の子どもの被害, 及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究(主任研究者 奥山真紀子)平成17~19年度総合研究報告書, 2008.
- 3) 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第1~4次報告(2006~9)子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について.