

児童虐待とは

小林美智子[†]

IRYO Vol. 66 No. 6 (243-249) 2012

要 旨

わが国の児童虐待事情はこの20年に激変した。2000年に児童虐待防止法ができて、制度整備が急速に始まり、保護される子どもが増えた。しかし一方では、この急激な制度変化のために現場の混乱が続き、10年以上たった今は制度の歪みがもたらした課題も見えてきた。その実態を紹介するとともに、わが国の今後の課題を概観し、その中での医療のはたす役割を考えたい。

キーワード 児童虐待、制度と実態、医療の役割

定 義

わが国の現行の児童虐待防止法（平成17年度改正）は児童虐待の定義を、・児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること ・児童にわいせつな行為をすること、又は児童をしてわいせつな行為をさせること ・児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること ・児童に著しい暴言又は拒否的反応、同居する配偶者に対する暴力、その他の心理的外傷を与える言動を行うこと、としている（第2条）。これらは順に、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の定義をも意味する。そして、平成12年に公布された時と比すと、平成17年度改正では太字が付記され、外傷が生じていなくても生じる可能性がある暴行を身体的虐待とみなし、虐待から守らない親をネグレクトとみなし、Domestic Violence：DVを子どもへ

の心理的虐待とみなすようになった。児童虐待のわが国の現在の法の定義は、広がっていきおり、医療者一般が持っている概念よりも広いことに注意する必要がある。

児童虐待が欧米諸国で今のように、社会的問題として国をあげて取り組むようになったのは、1961年米国小児科学会でH. Kempeが、骨折を繰り返して最終的には頭蓋内外傷で死亡する子どもの原因が、保護者の暴力によることを明らかにして、'Battered Child Syndrome'と呼んで発表したことに始まる。この特徴として、①3歳以下が多く ②全般的な健康状態が平均以下で ③親にケアされていない証拠として不潔・栄養不良・打撲が多く ④子どもの臨床症状と親が述べる既往症や現病歴との間に矛盾が多く ⑤親と離して入院すると新しい傷は発生せず ⑥硬膜下血腫があることが多く ⑦新旧の骨折が多発する をあげた¹⁾。その後、ネグレクト（必要なケアを受けていないことをいい、養育の拒否・放

こどもの虹情報研修センター †医師

別刷請求先：小林美智子 こどもの虹情報研修センター 〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地
（平成24年1月16日受付、平成24年5月11日受理）

Child Abuse

Michiko Kobayashi, Osaka Medical Center and Research Institute for Maternal and Child Health

Key Words: child abuse, social welfare system recent statistics, role of hospital

棄・怠慢ともいう)が身体的虐待よりも数多く、死亡も多く、子どもの長期予後への影響が大きいとわかり、児童虐待の一型とみなすようになった。さらに性的虐待を受けた子どもの心の傷つきの深刻さがわかり1980年代に虐待の一型に加え、さらに心理的虐待が加わった。

どの程度を虐待とみなすかは「万国共通の基準はない」といわれ、国によって異なり、どの国でも時代によって異なる。たとえば身体的虐待は、H. Kempe が述べた先の像は、わが国の医療者が今も持っていると思われる「児童虐待」像であるが、現在では日本でも海外でも身体的虐待の最重度(死の可能性はある)といわれるものであり、今は生命を脅かすほどでなくても虐待とみなす。その程度は、たとえば英米では外傷が生じない程度の体罰は虐待とはみなされないが、北欧諸国ではすべての体罰が許されない(体罰禁止令ができています)。このような定義が変遷することや地域差があることが、医療者には理解しにくく、社会的にも様々な混乱をもたらすことにつながっている。しかし、定義が拡大している理由は、長期予後での子どもの精神的問題の深刻さがわかったからである。だが一方では、それぞれの国が子どもを守ることにどのくらい予算やマンパワーを投入するかで大きな差が生じているのが現実である。

ちなみに H. Kempe は1975年には虐待の定義を、「親や保護者や世話をする人によって引き起こされた、子どもの身体的・精神的健康に有害なあらゆる状態」といい²⁾、大人に依存しないと生きられない子どもが、保護する立場の大人から、何かをされるか、必要なケアをされないことで生じる、身体的健康障害や精神的健康障害のすべてを虐待としている。ここで重要なのは、親像や親の気持ちや主張がどうであれ、あくまでも子ども側への影響で虐待かどうかを判断するということである。親の社会的地位が安定しているからとか、子育てに熱心な親だからとか、しつけのためといっているからとか(死亡させた親の多くもしつけのためと主張する)、普通の親にみえるから等の理由は、虐待を否定する根拠にはならない。また H. Kempe は、「法的定義は地域によって異なっても、医学的定義は異なってはならない」という。医療者は、法や制度が決める社会的定義に左右されることなく、子どもの健康障害を焦点にして判断を揺るがさず、子どもを治療し予防し護るべきである。

わが国も児童虐待防止に取り組むようになり、法律で定義を定め、子どもに関わるあらゆる機関が取り組むようになったことは大きな前進であるが、そこには新たな課題も生まれている。法的定義は定まったが、現場での診断基準は必ずしも一様ではないという現実である。医療者が関係機関と連携した時の戸惑いの一部は、このことから生じている。たとえば警察の判断は立件できるだけの証拠を示せるかどうかにより、家庭裁判所の判断は過去の判例や司法論理に依拠し、児童相談所は厚生労働省が決めた対象に定めた対応をすることになっているが、実際には対応量の限界や対応策の限界や職員の専門性水準に左右されて活動している。つまり児童虐待の現実的な社会的定義は、法律のみならず、制度や機関や関係者によって異なり、しかも変化する。それであるがゆえにこそ、医療者の定義は揺らいではならないともいえる。

なお、児童虐待は法律で用いられる用語であり、医学医療では従来から被虐待児症候群・小児虐待(小児を使うのは医療に限られる)と呼ばれており、社会的には乳幼児を含むことを強調して子ども虐待ということが多くなっている。英文では定義が拡大するにつれて、Battered Child Syndrome と呼ぶことは少なくなり、Maltreatment や Child Abuse & Neglect あるいは単に Child Abuse(子どもの濫用)とも呼ばれるようになっている。

日本の現状

1. わが国のあゆみ

欧米諸国が子ども虐待に取り組みだした頃は、「わが国の育児文化では欧米のような虐待はおきない」とわが国の関係者は楽観していた。だが、1970年代の医学誌に症例報告が散見されるようになり、児童相談所に深く関与していた児童精神科医池田由子氏が新書「児童虐待(1987年)」にわが国の詳細な実態を報告し³⁾、わが国にも深刻に根深く存在することを社会に訴えた。また、1980年代から、一部の小児科・児童精神科・小児保健・児童相談所・児童養護施設が各地で各領域で実態把握を始めた。1989年大阪府の医療・保健・福祉合同調査「被虐待児のケアに関する報告書」が、すでにどの機関も児童虐待に出会っていること、乳幼児に死亡が多いこと、機関連携がないことを明らかにし、関係機関が連携し乳幼児虐待に取り組む地域ネットワークの必要性を

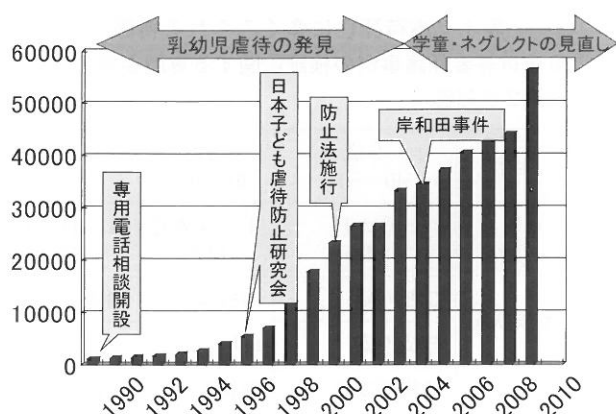


図1 全国児童相談所
児童虐待に関する相談件数 年度別

提言した⁴⁾。この結果をみて、1990-91年に大阪・東京に民間専用電話相談ができ、相談の電話が殺到し、社会的関心が喚起され、各地にネットワーク創設の動きが始まった。そして、1996年には全国的学際的「日本子ども虐待防止研究会（現学会）」に関係者が集結することになり、2000年の児童虐待防止法の制定につながった。その後、厚生労働省は、児童相談所をはじめとする関係機関の役割や具体的対応方法を次々に発布し、わが国の制度・体制整備が急速に整えられていった。すると、児童相談所への通告（相談）は急増し続け、児童相談所だけでは対応できなくなったために、2005年児童福祉法改正で市町村も通告先になり、市町村に要保護児童対策地域協議会を設置して取り組むことになった。今は、法制定から10年以上が過ぎたが、虐待を受けたための心の傷つきが回復しないまま思春期に精神的問題が表面化する子どもが多く、親子分離後に施設での精神治療的ケアが必要なこと、分離後の子どもの受け皿が少なすぎることに、これほど取り組んでも虐待死亡数が減らないこと、通告数が減らないことなどから、今までの対策の見直しの必要がいわれるようになった。それは、発生予防と再発予防のための親への支援である。

このように、わが国の虐待対応は今も発展し続けている。昨年は、親から分離する子どものケアの質と量に対応するために、厚生労働省は「児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会」を設けて「社会的養護の課題と将来像」をまとめ、小規模施設や里親を増やしていく方針を決めた（平成23年7月）。また、民法改正が決まり、必要によっては親権喪失や制限をもっと活用できるようになった（平成24年4月施行）。

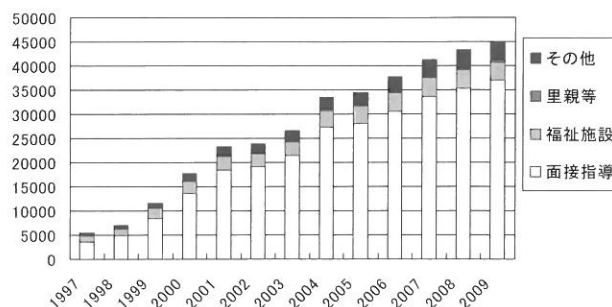


図2 児童相談所相談の処遇結果

2. 児童相談所への相談（通告）と対応の実態

児童相談所への児童虐待に関する相談件数（＝通告件数）は、1990年に公表されるようになった時の年間1,100件から毎年増加の一途^{たど}を辿り、2010年には55,152件になった（図1）。初期は、関係者が虐待に取り組むようになったことや乳幼児虐待に目が向いたことや法整備などの成果と推測される。その後、岸和田事件（2003年に大阪府岸和田市で中学生が瀕死の飢餓状態で保護された）を契機に、学童虐待やネグレクトへの関心が広がり、児童相談所への報告が増えたことが推測される。この後も、それまでの概念からは想像できなかった姿の事件が報道されると、その後に相談数が増える。つまり、死亡事例や悲惨な事例がおきることを通して、わが国の児童虐待の定義が広がっている。欧米の経験からわが国の今後を予測すると、身体的虐待から始まった対応が、今はネグレクトの深刻さに気づく時期に入っている。今後は性的虐待や心理的虐待にも関心が広がり、この相談件数はまだまだ増えるはずである。

児童相談所が行った処遇結果の年次変化を図2に示す。子どもを児童福祉施設に保護するのは最近では約9%で、面接指導のみで親元に居続ける子どもは約85%である。このグラフからも、また1989年大阪府調査では児童相談所報告の約半数が施設入所であったことから、虐待で児童相談所に相談された子どもの施設入所率は大きく減少していることがわかる。この理由は、わが国の児童養護施設が防止法直後から満杯になったことと無関係ではない（図3）。ちなみに、それでも児童養護施設に毎年新入所する被虐待児数は増加しているために（最近の3年間は減少している）、今では入所児の60%以上が被虐待児になり、短期で親元に帰すための家族再統合事業に力が注がれている（退所後の子どもの死亡はこの実態を遠因としている可能性がある）。この実態はまた、これまで全力を尽くしてきた法的介入中心の

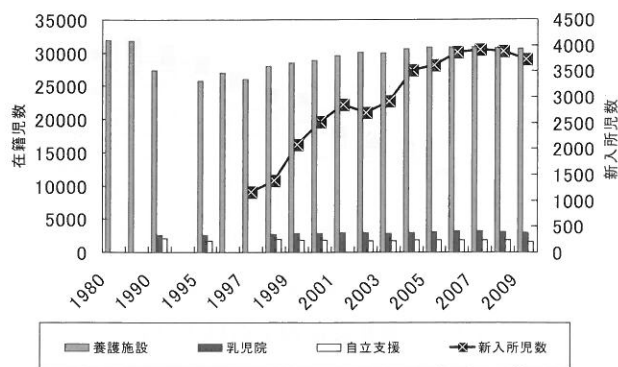


図3 児童福祉施設入所児数と新入所児数
—社会福祉施設等調査概数、毎年10月1日現在—

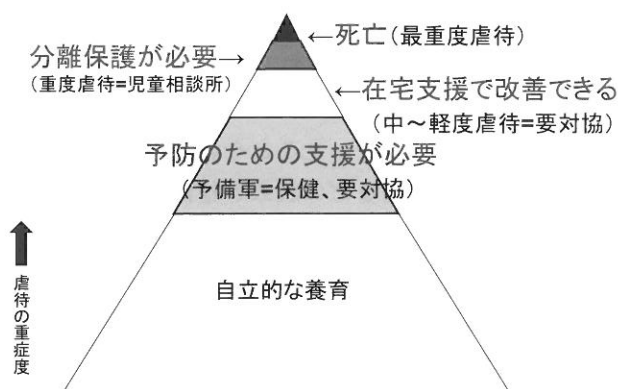


図4 子ども虐待の重症度別の対応
(要対協：要保護児童対策地域協議会)

対応を、在宅児の親と子どもへの支援体制の整備にかじを切ることを迫った。つまり、在宅処遇になるのは、虐待ではないからではなく、親子分離する対象にはならないからに過ぎず、支援が不可欠である。H. Kempe は、「虐待には自然治癒はない、誰かが支援しないと改善しない」という。そして、発見時に「分離が必要なほど重症でない」とみなされても、その後に重症化する可能性が常にある。さらに、精神医学的には、子どもを虐待する親元においたままで、子どもの精神的長期予後を守ることはきわめて難しい。在宅支援としては、地域に立脚した10年以上にわたる継続支援が必要なために、2005年に児童福祉法で決めた要保護児童対策地域協議会が当初は児童相談所と類似した活動をしていたが、今は在宅支援を担おうと努力が始まっている。要保護児童対策地域協議会の設置率は100%になり今後が期待される、その構成員は児童相談所（平成22年4月現在95%）・医療機関（47%）・医師会（62%）・警察（97%）・保健所（73%）・市町村保健機関（45%）・学校（ほぼ90%）等であり、把握している児童虐待

表1 虐待死亡に多くみられる特徴

児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第1次・第2次報告

年齢	年齢	0歳 40－50%	幼児 30－40%	
	0歳の 月齢	0カ月 14%	1－4カ月 14%	4－11カ月 14%
多くみられる背景	家族状況	ひとり親	内縁	再婚
		経済不安	転居	
	親	情緒不安定	精神疾患	DV
		母の初産が10代		
	子ども	未熟児	発育発達の遅れ	疾患・障害
		望まぬ妊娠	健診未受診	多動
		多胎		
多い関係機関		保健機関が最多	医療機関	児童相談所

は53,232件（平成21年度）にのぼる。

3. 虐待死亡の実態

平成17年度から厚生労働省の虐待死亡の検証が始まり、毎年報告書が出されている（子どもの虹情報研修センターホームページですべてを閲覧できる）。それによると、わが国では毎年50-60例が虐待によって死亡している。1次-4次報告の直接死因をみると192死亡のうち、頭蓋外傷49、絞扼などの窒息44、溺水18、低栄養12、車中放置による熱中症や脱水9、熱傷5、腹部外傷4、その他30である。それ以外の傾向を表1に示す（1-2次報告）。そこにみえるのは、子どもの年齢は乳児が約半数でしかも乳児期早期に多く、ひとり親・再婚等の家族形態の問題や、経済困窮・若年の親・精神疾患の親やDVなどの育児を困難にする生活上の問題が多く、望まれない出産・未熟児・疾病障害などの育てにくい子どもが多い。そして、妊婦健診や乳幼児健診の未受診が多く、死亡する前に関与していた機関は保健・医療機関で多く、児童相談所は低率である。

この結果は、死亡を防止するには、児童相談所への通告や法的介入による親子分離だけでは不十分であり、養育困難が予測される親への出産前後からの死亡を予防する集中的育児支援が重要であることを示す。そのため、乳児期からの発生予防対策として、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）が始まり（平成21年4月、平成22年度実施率89%）、

その後にとくに支援が必要な対象に継続訪問支援を行う要支援訪問事業を開始し（平成22年度実施率60%）、次いで若年や未受診妊婦などに妊娠中から支援する特定妊婦訪問事業を設けた（平成23年度）。乳児期早期の虐待死亡を予防するためには、産科・周産期医療での対象把握と育児を支援する保健機関や福祉機関との連携が不可欠になる。

児童虐待に関連した法律および制度

わが国の法律や制度について、定義や実態を述べる中で触れてきたが、医療と関係がありそうな他の部分について述べたい。児童虐待に取り組むために2000年に児童虐待防止法を施行し、わが国は国・地方自治体の責務を明記した。そして、児童虐待は、親から相談することは少なく、加害行為を告白するとは限らず、自ら支援を求めることは少なく、助言指導に従うとは限らないために、親権を超えてでも子どもを護るための法を整備した。子どもに関係する立場にいる医師・保健師等の専門職種は早期発見に努めて（児童虐待防止法第5条）、発見したら速やかに児童相談所又は福祉事務所に通告しなければならず、刑法の守秘義務に関する規定は通告義務の遵守を妨げるものではない（同第6条）とした。児童相談所は通告を受けると虐待の有無を判断し子どもの処遇を決めるために調査を行うが、保護者に出頭要求したり（同第8条の2）・住居に立ち入り調査したり（平成21年度148件）・臨検捜索も行うことができる（同第9条）。そして児童相談所長は、親の同意がなくても必要と判断すれば、子どもを一時保護し（児童福祉法33条、平成21年度10,682件）、家庭裁判所に申し立てることで子どもを施設保護することができる（児童福祉法28条、平成21年度請求230件承認214件）。つまり児童相談所は、誰かから通告があれば、親の同意を得なくても、その子どもの受診状況や症状を医療機関に問い合わせることができ、入院中の子どもの様子を見に来ることができ、入院中の子どもを一時保護や施設保護することができる。

また、その後2005年の児童福祉法改正で全市町村に設置することになった要保護児童対策地域協議会で、市町村も虐待に取り組むことになり、関係機関が協働するために、協議会内で情報を共有することは守秘義務違反に問われないことを明記した。

この実施モデルを重症度との関係で図示すると図

4のようになる。死亡が危惧されたり子どもの傷つきが大きい場合は重度とみなし、親からの一時的または永続的分離を行い、その判断や親指導を児童相談所が担い、親が指導に従わない場合は法的介入の一時保護や施設保護を行う。子どもの傷つきがそれほど危機的でなくて分離しなくても改善が見込まれる場合は、面接指導のみで在宅処遇になり、市町村の要保護児童対策地域協議会に引き継がれて地域の関係機関が連携して安全を確認し続け支援することになる（中～軽度）。また、虐待事例や虐待死亡の分析がされるようになって、虐待がおきやすい背景がわかってきたために、そのような背景がある場合には集中的に育児支援することで虐待を発生予防する取り組みが始まっている。それらの対象は、予備軍とかハイリスクと呼ばれる（英国ではChildren in Needと呼び、社会が支援すべき対象と明記している）。発生予防を担うのは児童相談所ではなく、要保護児童対策地域協議会であるが、その中でも保健機関への期待が大きい。児童虐待は養育問題の表れであり、養育問題の程度は問題がない自律的な養育から、死亡する最重度虐待までが連続しており、それぞれを明確に区分することや見分けることは難しく、しかも個々の事例は様々な状況で重症化したり軽症化したり変化するために、長期に支援しながらフォローすることは不可欠である。

医療機関の役割

児童虐待防止法では、医師は早期発見に努めて、発見したら児童相談所に通告する義務を明文化している。それ以外も、児童相談所や要保護児童対策地域協議会からの調査に協力することや、子どもを保護する時の協力を求めている。通告義務には米国のような罰則規定はないが、児童相談所などの虐待対応機関につなげるために履行するべきであり、通告せずに死亡した場合はマスコミや死亡検証で落ち度を批判されることは避けられない。また、調査協力や子どもの保護への協力についても同様である。そして医療の、要保護児童対策地域協議会への参加は、日本医師会も積極的であり、公立病院公的病院の参加も増えており、地域の関係機関と協働して子どもや親を積極的に支援する活動が増えている。

ただ、医療の役割は法に定められたことのみではない。医療本来の活動としては他にも、1)子どもの健康障害の精査からの虐待の診断、2)子どもの

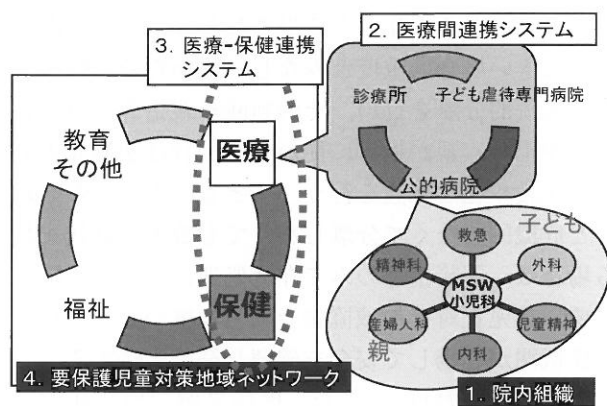


図5 子ども虐待医療の院内・医療機関内・関係機関との連携システム

身体障害や精神障害の治療、3) 周産期から乳幼児期の発生予防（再発予防）がある。

1. 診断

虐待に気づき早期発見することは容易ではない。子どもも親も話さなくても気づかなくてはならないからである。その診断方法を H. Kempe は「親がいなくても、子どもに虐待特有の症状があって、虐待特有の親の言動があって、虐待特有の心理社会的背景があれば99%の確率で診断できる。誰が加害者かわからなくても支援を始めなければならない」という。それぞれについては本特集の他項を参考にされたい。子どもの健康障害からは、虐待かどうかを判断できるだけでなく、どのような虐待がいつから続いているかも読み取れる可能性がある。それを医学的検査で詳細に調べることは、そのときの子どもの適切な治療内容を導くだけでなく、子どもの保護の必要度や長期予後予想させてくれる。それには、子どもの身体的精神的症状がどのような養育問題によって生じたものかの判断が必要で、欧米の長年の知見は虐待の専門医学書に詳しい。

2. 治療

子どもの治療は、その時の目立つ症状だけでなく、栄養状態・成長・発達・精神的側面についても行うことが、子どもの長期予後を左右する。

これらの医療を行うときに、虐待では医療中断が必至と想定すべきであり、検査や治療を外来で行うのは、親に治療意思があり、必要性を理解する知識があり、さらには受診に必要な経済的・時間的・条件的条件がある場合に限られる。中断の可能性がある場合は、入院による検査や治療や、関係機関の支援を組織化

する必要がある。そして、退院後に受診中断がおきそうだったり、親が子どもの健康を護れなさそうだったり、虐待が再発しそうな場合は、症状が改善しただけで帰宅させることはできない。退院を延ばしたり、在宅支援ネットワークをつくったり、施設への退院を準備する必要がある。つまり、虐待医療では、子どもの健康を護るにも親や家族の心理社会的側面に目を向け、その改善策を他機関と一緒に講じることが不可欠である。退院直後の死亡や再発は、子どもの身体的症状の治療のみで、背景をみずに返した場合におきる。

3. 発生予防

虐待の発生予防は、ハイリスク児について周産期から親への育児支援を行うことが最も有効だといわれている。そのためには、産院や新生児医療で虐待がおきやすい背景要因に気づき、入院中から親子関係を育てる支援を始めて、退院後は地域の保健師の家庭訪問による育児支援につなげる。

このような医療は、診断や治療でさえも医師のみで行うことは不可能であり、関係機関と協働することも医師のみではできないことではない。そのために虐待では、院内のシステムをつくることが不可欠で、わが国でも小児病院では10年前頃から始まり、今は公立・公的病院に広がっている。多くは小児科医とMSWが中心メンバーになり、院内院外に対する窓口の一本化を図るとともに、虐待特有の判断や対応を支援することが一般的である。また、看護部が組織的に取り組むことは、見落としをなくし、入院や外来での心理社会的支援を広げることが可能になり、虐待医療では不可欠である。そして、地域の関係機関の支援につなげる（図5）。

なお、虐待医療は子どもの医療者だけでなく、精神科・産婦人科・内科などは親の医療を担うことになる。親の多くは被虐待児であったために健康問題を持っていることが多く、その健康問題が養育力低下につながり、虐待を引き起こす要因にもなりうる。英国では、大人の医療が親が育児しやすくなることを視野にいれて加療することで虐待発生予防しようとしている。

おわりに

わが国の虐待対応はこの20年で目覚ましく発展した。とくにこの10年は法制度を整備した時期で、支

援よりも法的介入が重視された。その結果として今は皆が、支援こそが重要だと気づくようになった。その中で医療への期待は今後大きくなる可能性がある。われわれ医療者は、虐待が子どもの健康に及ぼす影響についての知識を持ち、子どもの健康を回復し健康な大人に育てるまでの治療を担うことがますます期待される。さらに、親への精神的身体的治療によって、虐待の発生予防を担うことが今後は求められる。

[文献]

- 1) Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The Battered Child Syndrome. JAMA 1962; 181: 17-24.
- 2) Schmitt BD, Kempe CH. The Pediatrician's Role in Child Abuse and Neglect. Curr Probl Pediatr 1975; 15: 3-47.
- 3) 池田由子. 児童虐待, 東京: 中央公論社; 1987.
- 4) 大阪児童虐待調査研究会. (大阪府委託調査研究報告書) 被虐待児のケアに関する報告書, 平成元年3月.