

虐待事案に対する介入システムの問題点と今後の展望

—被虐待児童のトラウマケアを中心に—

濱崎由紀子

要 旨

本稿では、すべての虐待事案に対し児童相談所が主体となって機能する現行の介入システムの問題点を明らかにし、被虐待児のトラウマケアに焦点をあてながら、重大事案に特化した司法・医療主体の新しい介入システムの構築について提言する。

キーワード：児童虐待、トラウマケア、解離、介入と処遇

I. 急増する児童虐待の背景

我が国における児童虐待問題は拡大の一途をたどっている。児童相談所における虐待相談件数は平成19年度には4万件を超え、10年間で約7倍の伸びを示した。平成12年には「児童虐待の防止等に関する法律」が成立・施行されたが、それ以降も虐待件数は増え続けている。その背景としては虐待概念や対策が社会のなかに浸透し虐待が発見されやすくなったこともあるが、何よりもまず家族の構造と機能が変化してきたことがあげられる。この数十年の我が国の家族構造の変化の特徴は、第一に家族規模の縮小である。少子化と核家族化がその中心であるが、親類縁者の減少や親戚づきあいが減ったことも見逃せない。同居家族が他の家族から孤立しやすい環境にあると言える。第二の特徴は家族構造の多様化である。さまざまな婚姻形態の出現や離婚・再婚の増加により夫婦関係はかつてないほど流動的で不安定なものとなり、その結果、家族成員のあり方は多様性を増してきている。このことは各成員の精神保健にも大きな影響を与えることとなった。かつてParsonsが指摘したように、家族の大きさやかたちが変貌していく中で、現代の家族に残された最小限の機能とは子どもの社会化機能と成人の情緒安定機能である。後者は全く私的なものであり機能しなければ簡単に解消することも可能であるが、子どもの社会化機能は社会の後継者を育てるという公的で重要な側面を持っている。児童虐待は養育の対象である子どもが攻撃や欲望の対象となるものであり、家族が持つべき最も重要な機能の最終的な崩壊を示すものである。

さて、児童虐待の問題は精神科臨床においても決して稀なものではなくなっている。加害者である親の多くは幼少時に虐待を受けた経験を持ち、トラウマの後遺症として慢性的な抑うつ気分や解離性向を持っていることが少なくない。特に解離性向は所謂「キレやすさ」とし

て表面化しやすく、対人交流上の困難さを生じさせることになる。対人関係が親密であるほどその傾向は露呈しやすいため、夫婦や親子といった本来安定的な関係を破綻させる可能性も持つ。さらに虐待例では加害者の行為を制止する機能をその家族が失っているという問題がある。現代の家族は近隣や親族との交流を失いつつあり、虐待が生じやすく且つ発見されにくくなっているのである。親の未熟さやストレス耐性の低さ、過剰な母子密着、孤立した生活環境なども虐待発生の重要な要因として見逃せない。

Ⅱ. 被虐待児に対するトラウマケアの現状と問題点

上述したように児童虐待は加害者である親の心理的な問題と家庭環境の問題が複雑に絡み合って発生している。虐待の発生予防には、①被虐待体験に起因するトラウマの早期ケア、②家族の社会的孤立を防ぐことが、今後ますます重要となってくるであろう。②については、これから地域や行政に対策が期待される場所である。①については専門機関が可能な限り早期にケース介入しケアを行うことが、その後のトラウマ後遺症の発症を防ぎ、延いては虐待の世代間連鎖を阻止するために必要となってくる。治療的介入がなされぬまま長期経過した場合、被虐待児童には少なからず否認や解離などの機制が働き、このような病理が遷延し固定化することによって人格の不可逆的な変容をきたすことになるからである。勿論すべての子どもにトラウマの後遺症が生じるわけではなく、先天的な要因（海馬容積など脳科学的なファクター）やレジリエンスなどの心理的防御因子が作用して後遺症を全く示さないものもあれば、反対に多くの症状を呈する複雑型PTSDまで重症化してしまうものもある。しかし全てのケースに共通して言えることは、虐待を受けた子どもに対して、できる限り早期に何があったのかを言語化させ事実内容を客観的に整理させることは被害者である子どもの精神医学的予後をより良いものにするということである。とりあえず「忘れさせる」というような古典的な対処法では、被害者である子どもが意味のない罪悪感や自己嫌悪を持つことを助長してしまう。迅速に「語らせる」という考え方はPTSD研究の中心である欧米では既に常識となっているが、日本の福祉的援助体制の中では未だ十分に理解されているとはいいがたい。性的暴行や生命にかかわるような重大な事例で、児童虐待防止法第10条により警察が立入調査の援助を行う際も、現行法では警察の役割はあくまで児童相談所のサポートにとどまり、事情聴取の可否は最終的には児相の児童福祉司や心理判定員が判断することとなる。その際「早急な聴取によって子どもの心をさらに傷つける怖れがある」と判断されて早期トラウマケアのタイミングを逸したまま、従来の在宅指導や児童福祉施設に回されてしまうケースが稀ならず存在するのが現行の援助体制の最大の問題点といえる。

我が国における被虐待児のトラウマケアは医療、心理、福祉、行政など様々な職種が連携して取り組もうとしているが、現状では閉塞感も強く、より円滑で機能的なシステムの整備が望まれている。特に近年、子どもの生命に危険が及ぶ重大な虐待事例が増えており、児童福祉法

が創立された昭和22年とは虐待事情が一変している。明確な子どものトラウマケア制度を欠く現行システムは危殆に瀕していると言わざるを得ない。虐待件数の急増という事態をうけて、平成12年には児童虐待防止法が制定され、平成16年および平成19年には同法の改正が行われた。改正法で最も注目すべきことは、児童相談所の立入調査の実効性を高めるための警察官の援助システムが明確化されたことである。児童相談所長は子どもの安全の確認・確保に万全を期する観点から、必要に応じて警察署長に対する援助を求めることが義務づけられた（10条2項）。かかる援助を求められた警察署長は、子どもの生命または身体の安全を確認し、または確保するための必要と認めるときは、速やかに所属の警察官に警察官職務執行法などの範囲で必要な措置を講じさせる努力義務が規定された（10条3項）。ここでは刑事訴訟法210条（緊急逮捕）、同213条（現行犯逮捕）、警察法2条（警察の責務）などが想定されている。実際に警察官が行い得る援助は以下の通りである。

- ① 職務執行の現場に臨場したり、現場付近で待機したり、状況により児童相談所長等と一緒に立ち入ること
- ② 保護者が暴行、脅迫等により職務執行を妨げようとする場合や子どもへの加害行為が現に行われようとする場合等において、警察官職務執行法5条に基づき警告を発し又は行為を制止し、あるいは同法6条1項に基づき住居等に立ち入ること
- ③ 現に犯罪に当たる行為が行われている場合に、刑事訴訟法213条に基づき現行犯として逮捕するなどの検挙措置を講じること

重大事件が頻発する事態を受けて、今後さらに警察官職務執行の活用が促進されることが考えられる。児童相談所が主体である現行の介入システムでは、親との話し合いを優先し立ち入り調査を最終手段と位置づけている。このような慎重姿勢が事態を悪化させるケースが絶えない現状を考えれば、子どもの安全確保のために立入調査の積極的な活用が望まれる。さらに平成19年の法改正で立入調査の実効性を高めるために、児童相談所が裁判所の許可を得て警察官と共に開錠を含む強制力を持って立ち入ることを可能にする改正事項が追加されたことは広く周知されるべきであろう。

さて、我が国における虐待例介入システムの最大の問題点は、介入とその後の福祉的援助を児童相談所という一つの機関が担っているという制度的矛盾にあるといえる。児童相談所は本来ソーシャルワーク的対応を行うことがその職務であるが、その児童相談所が権限機関として働けば働くほど、本来の福祉的機能とは矛盾することになる。実際、児童相談所が日常的に行う業務の中心は、「虐待」を「養育問題」の枠組みに変えて、保護者および子どもに対して援助活動を行うというものである。児童福祉司をはじめとする児相職員がトレーニングを受け習熟しているのは、じっくりと時間をかけたケースワークなのである。このような福祉的性格を持つ児童相談所が権限機関として強制的な緊急立入調査を行うことには、必然さまざま無理が生じてくる。重大ケースの増加に伴う児童相談所職員の疲弊、介入の遅れ、死亡事例の頻発などの問題が表面化してきているのは、そのひとつの現れである。迅速に子どもの安全を確保

し、同時に早期トラウマケアを実施する新しい介入システムについて検討する必要性が迫っている。

Ⅲ. 介入システムに関する今後の展望

現在、児童相談所が行っている介入には、児童の安全確認、救出、調査の3段階がある。児童相談所が通告や相談を受理した後、子どもや保護者、虐待の状況、緊急性などの現状把握のため、まずは児童福祉法15条の2に基づく任意の形態で調査を行うことになる。そして児童福祉司等による調査、心理判定員や医師による診断、児童指導員や保育士による指導などを通じて、処遇方針を決定する。任意調査が困難な場合、立入調査や一時保護を行う場合もあるが、その際、必要に応じ適切に速やかに警察署長への援助要請を行う義務が児童虐待防止法10条に明文化されている。しかし現行の「適切に」「速やかに」という曖昧な規定のために、その実効性については多くの議論がある。死亡事例の急増という事態を考えると、「緊急性を判断した場合は～時間以内に」などの時間制限を設けることも今後検討されるべきであろう（法改正には至らなかったが、平成20年以降、児童相談所は48時間以内の直接目指を努力目標として掲げている）。

さて、現在、児童相談所が行っている処遇には以下のようなものがある。

- ① 在宅指導
- ② 児童福祉施設入所措置
- ③ 里親や保護受託者への指導委託
- ④ 児童自立生活援助委託
- ⑤ 福祉事務所への送致、通知
- ⑥ 都道府県知事や市町村長への通知、報告
- ⑦ 家庭裁判所への送致
- ⑧ 家庭裁判所に対する家事審判請求

児童相談所が主体となっている現行の虐待介入から処遇へ至る流れには3つの経路がある。

- a. 任意形態の調査が主体となる通常の介入→上述の①～⑧の処遇決定と実施
- b. 警察の援助を伴わない立入調査→上述の①～⑧の処遇決定と実施
- c. 警察の援助を伴う立入調査→子どもを含む当事者への事情聴取→事件立件の要否判断、
検挙措置（警察）および上述の①～⑧の処遇決定と実施

aについては従来からの業務であり、ほぼ問題なく円滑に行われていると言える。bについては、その後の処遇がaの任意調査と全く同じ流れになるところに問題があると思われる。立入が必要となる時点で、そこに重大な犯罪行為が存在している可能性があり、子どもの保護だけにとどまらず、警察と連携した刑事事件立件を視野に入れて処遇を決定する必要がある。凶

悪な虐待事件の再犯率の高さから考えても処遇選択の改善が急がれる。しかしながらこの点については未だ明確な法的根拠と円滑なシステムが存在していないのが現状である。cについては、いかに重大なケースであろうとも介入の最終的責任が児童相談所に委ねられているところに大きな問題がある。児童相談所の疲弊や対応の遅延など様々な弊害が生じていることについては既に述べた通りである。

以上の問題点の解決策としては、重大事案の処理に特化した警察・司法・医療主体の機関を設け、bおよびcの立入調査後に、トリアージュ、すなわちその後の流れを決定する機能を持たせるという方法が考えられる。そこでは、1) 児童専門家による子どもへの速やかな事情聴取を行い、事態の客観的把握に努め事件立件の要否を判断する、2) 被害児童に対する超短期的トラウマケアを実施する。事件発生から時間をおかず迅速に言語化させることによって、その後のトラウマ後遺症への発展を極力防止する、3) 児童相談所による処遇か、あるいは身体管理（外傷や性病の治療など）や精神科治療を目的とした医療機関への振り分けか等のトリアージュを行う、といった業務が想定される。重大事案の急増によって現行の児童援助活動は閉塞的な状況にはまり込み、児童相談所のみで過剰な批判が集まっている現状を考えると、このような新しいシステムを早急に構築する必要がある。ここで、フランスで機能し始めた新しい司法・医療主体の介入システムについて紹介し、今後の参考としてみたい。

IV. フランスにおける新しい介入システム構築のための取り組み

1) パリ児童司法医療・被害者支援センター設立の構想

2003年9月、パリ児童司法医療・被害者支援センターUMJ (Unité médico-judiciaire) et UAJV (Unité d'accueil pour jeunes victimes) がパリ公立病院APHP (Assistance publique hôpitaux de Paris) の一つであるArmand-Trousseau子ども病院 (パリ12区) の敷地内に設立された。センター設立の構想は1990年に遡るが、その発案が行政側からでも司法側からでもなく、日常臨床現場で司法案件の診察を要請される公立こども病院の小児科医、児童精神科医、小児外科医から生まれたのは印象的な事実である。筆者は94~96年、同病院に在籍し臨床研究に携わっていたため、虐待ケースを診療する専門機関の設立を待ちのぞむ現場の気運を身近に感じることができた。当時の児童精神科医長は、しばしばパリ控訴院から被虐待児童の鑑定を依頼されていたが、司法と医療という異質な領域の狭間で、その仕事の困難さに苦慮することが多いように見受けられた。その困難さは以下の2つに起因していた。一つは、司法と医療の間のコミュニケーション不足で、裁判資料 (警察資料を含む) が精神科医療に十分活用されることがなく、特に被害児童にかかわるソーシャルワーク面での損失は小さくなかった。もう一つは司法鑑定に携わる各科 (児童精神科、小児科、小児外科、小児神経内科など) 間の連携の悪さであった。資料保存の問題、公式文書作成の問題、診察に際してのインフォームド・コンセントの問題などが各科間で統制されぬまま個々の司法鑑定が行われているのが実情であり、児童が被る権利

や時間、心理面での損害がなおざりにされていた。このような困難な状況の中で、Armand-Trousseau子ども病院の臨床医たちが児童精神科医長を中心として児童虐待の司法案件に関する鑑定・診療体制の整備を進めていくこととなった。

2) センター設立発案への契機

先に述べたArmand-Trousseau子ども病院のみならず、パリおよび近郊の各公立子ども病院において小児科、児童精神科、小児外科などに被虐待児の司法鑑定を依頼される件数が急増し、このような状況に対応する新しい診療体制を整備する緊急性が生じていた。一方、児童虐待件数の増加という事態を受けたフランス政府は1990年、法務省内に児童虐待対策室を設置し、現状の把握に努め始めた。当時のArmand-Trousseau病院長も対策室メンバーに選任され、臨床現場と行政のパイプが形成され、情報交換がなされた。1992年、Armand-Trousseau病院では、それまで未統制であった各科間諸業務の現状調査が大々的に行われ、調査結果に基づき各科間業務の合理化が図られた。特に司法・行政書類の記載を要する虐待例の診療については各科間で綿密に検討され、最終的には各科共通の診療ガイドラインが作成された。

3) センター設立への歩み

Armand-Trousseau病院での一連の動きに触発されて、1995年、各APHP (Assistance publique hôpitaux de Paris) の間で会議がもたれ、未成年(0~18歳)虐待被害者の救急診療についてガイドラインが作成されるに至った。また、1997年にはパリ司法医療センター(パリ4区、Hôtel Dieu病院内に設置)と各APHPとの合議により、児童専門の司法・救急医療センターの設立が必要である旨の意見書が政府に提出され、行政的な手続きが進行していった。

4) センター設立—児童虐待への新しい介入システム

2000-2001年には、起訴案件に介入する児童司法医療センターUMJ (Unité médico-judiciaire)と司法を介さず診療を行う未成年被害者支援センターUAJV (Unité d'accueil pour jeunes victimes)の併設案が作成され、2001年11月政府内で議決された。諸準備段階を経て、2003年9月、UMJとUAJVの2つの部署から成るパリ児童司法医療・被害者支援センターがArmand-Trousseau病院の敷地内に設立された。同時にArmand-Trousseau病院の児童精神科においては心的外傷診療部門が立ち上がり、パリを中心に児童虐待に対応する司法—行政—医療の新しい介入システムがフランスで機能し始めた。

5) パリ児童司法医療センターUMJ

児童司法医療センターUMJは司法の要請に基づき、起訴案件の未成年被害者(0~18歳)の診察、鑑定、治療導入(関係機関への紹介)に従事する。また、未成年被害者支援センターUAJVは、司法とは関係なく様々なトラウマ状況にある未成年者被害者の診療に携わる。これはトラウマの評価と治療ガイダンスのための限られた短期間の診療であり、中・長期的診療は関

係機関に振り分けられている。この2つの部署のうち、児童司法医療センターUMJは、司法と密接にかかわる特殊な機能を持つので、以下に詳しく紹介しておく。

まずその基本的役割は以下の通りである。

- 司法医学的な診察、諸検査、検体（血液、体液など）採取を精密に行う
- 関係書類および採取検体の厳重な管理
- 未成年被害者およびその家族に、様々な心理・社会的サポートの可能性や司法システムについて情報を提供する
- 児童司法医療に携わる専門家の育成

a) UMJへの受け入れ

未成年被害者は診察の前にまず司法警察吏より事情聴取を受ける。未成年者の場合、証言の内容が複数の医療スタッフ（小児科医、精神科医、臨床心理士、看護師、ソーシャルワーカー）との接触によって変化する可能性が大きいと、とくに事情聴取を先行させる必要がある。聴取終了後、司法警察吏は個々のケースにおける司法医療の任務と緊急度を明確化し、UMJの医師にコンタクトをとり、予約日時を決める。

司法警察吏の付き添いは必ずしも必要ではなく、未成年被害者は家族や近親者によって付き添われることが多い。保育士の資格を持つ看護師が未成年者を静かで快適な待合室に案内し、ここで未成年者はおもちゃや本を自由に手にすることが出来る。採血検査のある場合、看護師は子どもの到着と同時に鎮痛のためのEMLAパッチを子どもの内肘に貼っておく等、虐待のトラウマにより心身両面で敏感になった子どもに対する細やかな配慮が随所に施されている。

b) 医学的検査

診察および検体採取に際しては、未成年者のインフォームド・コンセントが必要となる。司法医学的検査は被害者の人権が尊重されて初めて実現が可能となる。特に性的暴力被害のケースでは、親または代理人の同意が必要となる。UMJは司法要請に従い、故意の暴力事件、意図しない事故、性的暴力事件の被害者の診察、さらには身元不明児童の個人同定（年齢など）を行っている。

看護師は医師の手技を手伝いながら常に子どもの要求に細かく配慮している。性的暴力の被害者は、産婦人科内診台・子宮腔部鏡のある部屋で診察され、同じ場所で問診、医学的検査、写真撮影、検体採取、治療、その後のサポートのための助言が行われる。担当医師は子どもに何があったのかを詳述させ、事実を客観的に整理していく作業を丁寧に行う。この過程が重要なトラウマケアの端緒となっていることを各担当医師が十分認識していることは言うまでもない。

c) 補足検査

レントゲン検査は放射線科に依頼される。年齢同定の場合、医師2人による二重読影が行われる。生物学的検体採取（微生物、細菌、ウイルス、毒物および細胞診）はUMJの一室で行われ、検体は病院内の生化学検査室に送られる。検査室には鑑定用の書式が準備されており、そのフォーマットに従って検査結果が報告される。保存用検体はUMJのセキュィティー管理された冷蔵庫で厳重に保管される。

d) 所見報告書および書類の管理

所見報告書は診察の後、所定フォーマットに従って直ちに作成され、要請のあった関係機関にファクシミリで送信される。その後、オリジナルの報告書も郵送される。未成年者やその親および代理人にはいかなる報告書も渡されない。家族が情報提示を要求する場合は、関係機関の連絡先を明記した説明書が手渡され、情報開示のための手続きについて説明が行われる。一切の関係書類および写真（CD-ROMに保存）は、UMJ内に設置された二重暗証番号システムの保管庫で厳重に管理される。

e) 抗体検査

保健局の要請により、性的被害ケースではHIVおよび肝炎ウイルスの抗体検査が行われ、事件後6ヶ月にわたり追跡調査がなされる。このため、UMJに複数回の予約がとられる。2001年9月13日に発令された政令no2001-883は「性的被害によって生じた未成年者の治療費については、健康保険の自己負担金が免除される」と規定している。このため、UMJは被害者のかかりつけの健康保険医にあてて医療費免除証明書を作成する。

f) 未成年被害者へのサポート

特に重要なのは、治療が不十分で手遅れとなった場合に起こる後遺症の危険性について十分に知らせることであり、専門的治療を促すことが必要となるケースもある。重度の整形外科的外傷、内臓損傷、性器外傷等の場合は、Armand-Trousseau病院での救急対応・入院治療が行われる。

また、司法医学的確認作業と治療的介入を分ける必要から、継続的な医学・心理・社会的サポートを求める未成年者は専門諸機関へ紹介される。UMJが治療の可能性について被害者とその家族に体系的な情報を提供した上で、どういうサポートを何処で受けるかは被害者とその家族が選択することになる。子どものための心的外傷専門外来はパリおよび近郊のAPHPのうち下記の3ヶ所に設置されている。

Necker-Enfant-malades (パリ15区)

Avicenne (パリ近郊)

Armand-Trousseau (パリ12区)

V. おわりに

重大な虐待事例が急増し、児童相談所が主体となって全ての介入および処遇決定を行う現行のシステムに限界が生じていることは既に述べた。虐待死亡例の報道が跡を絶たない現実をみても、新しい実効性のある介入システム構築の必要が迫っていることが分かる。従来の慎重姿勢が虐待事実の客観的把握を妨げ、事件立件を含めた適切な処遇に結びつかないことは、より重大で致命的な虐待の再発を招くことになる。また警察とともに強制介入した場合も、「子どもの心をさらに傷つけないため」に事情聴取を躊躇する等の間違った対応がとられ続けていることにも注意を喚起すべきである。繰り返し述べるが、重大な虐待を受けた子どもに対して、専門家が子どもの精神状態に留意しながらできるだけ早期に体験を語らせ事実内容を言語的・客観的に整理させることは、トラウマの遷延化を防ぎ、延いては解離や抑うつ、自罰感情、自己評価低下などの症状発展を阻止する。このことは長期的に見れば、虐待を次の世代に伝えないことにつながるのである。

上記の問題解決のためには重大事案の処理に特化した警察・司法・医療主体の介入システムの構築を検討すべきであろう。新しい介入システムの中では、迅速で明確なトリアージと超短期的トラウマケアという機能が何よりも重要となる。このような介入システムの在り方を模索するために、本稿ではフランスでの新しい取り組みを紹介した。パリ児童司法医療・被害者支援センターUMJの設立は、虐待問題が拡大し始めた90年代に、虐待ケースの診療や司法鑑定に従事する現場の臨床医たちが、介入システム上の問題から様々な悩みや葛藤を抱き、その一つ一つの問題を政府および司法当局とともに地道に解決していったことで実現された。このことは虐待ケースに携わる現場で多くの困難を抱えている日本の臨床家達にも勇気を与える。虐待問題に関わる全ての専門家は、根気強く個々の問題解決のための糸口を探しながら自分たちの経験を集積し、より機能的で包括的な介入システムの構築に向けて議論を重ねていくことを怠ってはならない。

参考文献

- Frank W. Putnam (1997) *Dissociation in Children and Adolescents*. The Guilford Press (中井久夫訳「解離 青年期における病理と治療」みすず書房、2001年)。
- Messerschmitt P. Bohu D. Charitat J. L. (2004) “Enfants et adolescents en danger. Etude de l'unité de psychopathologie de l'enfance et de l'adolescent de l'hôpital Armand Trousseau”. *Archives de pédiatrie*, 11, pp. 269 – 275.
- Parsons T, Bales R. F. (1955) *Family, Socialization and Interaction Process*. Free Press, Illinois.
- Rey-Salmon C. Messerschmitt P. (2003) “Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile”. *La revue du praticien*, 53, pp. 1121 – 1127.
- Vaiva G. et al. (2005) : *prise en charge et traitements*. Masson.
- 岡田隆介編 (2001) 「児童虐待と児童相談所 介入的ケースワークと心のケア」金剛出版。
- 金吉晴編集 (2001) 「心的トラウマの理解とケア」じほう。
- 児童虐待防止法令編集委員会 (2009) 「児童虐待防止法令ハンドブック」中央法規出版。