

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

- (1) 虐待が発生している家庭にきょうだいがいる場合には、通告や対応の対象となった子どもだけでなく、その家庭のすべての子どもについて虐待の有無を調査しなければならない。虐待の事実が認められたり、その疑いが非常に強い場合は児童記録票を作成して、適切な保護や援助を行うようにする。家庭内の特定の子どもにだけ虐待が行われている場合には、家族構成、血縁関係、親子の相互作用、愛着形成、子どもの気質などの要因について詳しく調査することが、他のきょうだいへの虐待のリスクを判断する重要な要素となる。反対に、特定の子どもだけに向けられていない暴力の場合には、1人の子どもだけを保護すると残されたきょうだいへの虐待が激しくなる可能性があるため、きょうだいを同時に保護することを検討しなければならない。
- (2) きょうだいに明らかな虐待が認められない場合でも、家庭内で起こっている虐待の影響を慎重に評価しなければならない。自分自身は虐待を受けていなくても、きょうだいが親から虐待を受けていることを目撃したり、脅されたり、日常的に暴力に怯えることなどによって強いストレスを長期的に受けている可能性が高いため、心理的なアセスメントも行って、必要な心理的ケアを行う配慮が求められる。
保護者の虐待行為が刑事事件として捜査・起訴される場合に、被害児だけでなくきょうだいも警察や検察から参考人として事情聴取を受けることがある。このような司法手続きは子どもに強い不安と戸惑いをもたらすおそれもあるので、警察や検察に対して子どもの心情に配慮した事情聴取についての働きかけを行うことも必要である。

2. 保護者がアルコール依存症の場合の対応

(1) アルコール依存症と子ども虐待

アルコール依存症とは、脳に変化をもたらす物質による依存症候群の一つで、もっとも一般的な薬物（物質）依存症である。アルコールはビールやお酒などとして一般的に飲用されるが、アルコール依存症の状態では次第に飲酒量が増加し、アルコールを入手することや飲酒に多大な時間を費やすようになり、身体的・精神的な健康にも大きなダメージが生じる。アルコール依存症の人は、飲酒状態での暴力、欠勤、失業、飲酒運転などの違法行為、家族や友人との口論などの結果、社会的・職業的な立場に深刻な問題を抱えることが多い。飲酒に伴う暴力や攻撃性は、子どもに向けられれば子ども虐待となり、配偶者に向けられればドメスティック・バイオレンス（配偶者からの暴力）となり、それを家庭内で目撃する子どもには大きな心理的ダメージが生じる。いずれの場合においても、親のアルコール依存症は子ども虐待の重要なリスク因子になるものである。近年では、女性の飲酒頻度や飲酒量が増加する傾向にあり、父親だけでなく母親の飲酒に関連する子ども虐待にも十分に注意するようにしなければならない。

(2) アルコール依存症の保護者への対応

虐待事例への対応の中で、保護者のアルコールに関連した問題はさまざまな形で認められる。たとえば、面接の際に飲酒して酩酊した状態で現れ、担当者に対して威圧的な態度を示したり暴言を吐く保護者もあれば、外見的には大人しく内向的であるが飲み始めると制止が効かず暴力的になる場合もある。いずれにしても、保護者にアルコール依存症が疑われる場合は、これまでの

飲酒歴、飲酒行動の特徴、過去の飲酒に関連する問題行動、治療歴とその効果などについての情報をできるだけ集めて、子どもに対するリスクを判断する材料にする必要がある。これまでもさまざまな飲酒に関連した問題の既往がある保護者の場合は、地域の福祉機関、警察、保健機関などが関与した可能性もあるので、要保護児童対策地域協議会での情報交換と協議が特に有用である。

虐待の調査の時点ではじめて保護者のアルコール問題が明らかになった場合は、虐待行為と保護者の飲酒との関連について詳しく調査する必要がある。このような場合、単に「酒癖が悪い」保護者であるのか、アルコール依存症の状態にあるのかを区別することは難しいが、酒に酔った状態（酩酊状態）で虐待行為が行われているとすれば、その行為は虐待者自身の理性や思考によって制御できない状態にあると考えられるので、まずは子どもの安全を確保するために保護した上で、精神保健福祉相談員、保健師などと連携して、保護者の治療の必要性と援助方針を検討するようにする。保護者のアルコール依存症への対応は児童福祉機関単独では困難であり、精神科医療機関や精神保健相談などの専門家の関与が不可欠である。したがって、保護者にアルコール依存症が疑われた場合は、積極的に関係機関の協力を求めるようにして、適切な対応を検討するようにしなければならない。また、アルコール依存症の人は、うつ病、不安障害などの精神疾患や自殺との関連が強いことが知られているので、精神保健機関と連携を持つことは、併存する精神的な問題へのケアのためにも重要である。また、失業や経済的問題を抱えている場合も多いので、就労支援、社会福祉などとの連携も効果的な支援には必要になる。

(3) 子どもへの対応

アルコール依存症に関連する子ども虐待事例では、保護者のアルコール依存症の治療とリハビリテーションが子どもの安全の重要な要因となる。アルコール依存症の治療では、本人の治療への「動機付け」、つまり飲酒問題の認識と治療への意欲がまず必要である。治療への動機付けがない場合には、子どもの安全は保障されないので、子どもの保護を継続する必要がある。保護者が自らの飲酒問題を認識して断酒した場合でも、治療の過程では再発・再燃がしばしば起こり、完全にアルコールから離脱して回復するには長期的なケアが必要となる。アルコール依存症からの回復には家族の協力が重要であることから、子どもの安全を保障しながらも家族を温存する努力を続けることが望ましい。ここでも、子どもと家族を見守り、問題飲酒が再発した場合には速やかに対応できるようにするために、地域のネットワークを活用することが合理的である。子どもを保護した場合の、保護者との面会、外出、外泊についても、児童相談所は保護者の依存症治療に関わっている専門職と治療状況についての情報を共有しながら十分に協議した上で対応しなければならない。

3. 保護者が薬物問題を抱えている場合

(1) 薬物（物質）依存症とは

薬物（物質）依存症とは、覚醒剤（アンフェタミン）、大麻、コカイン、アヘン類（モルヒネ、ヘロイン）、向精神薬、有機溶剤（シンナー）、ニコチンなどの物質を不適切に使用し、その物質を得るために異常なまでに努力する状態（行動的依存）と物質使用による身体的（生理学的）作用（身体的依存）が存在する状態と定義される。身体的依存には、その物質で期待される効果を得るために著しく増大した量の物質が必要となる耐性と、その物質を使用することを中止したときに著しい苦痛や機能障害を生じる離脱とが含まれる。これらの薬物依存症はアルコール依存症とともに依存症候群として精神障害に含まれるとともに、覚醒剤、麻薬、向精神薬、大麻

などは、覚醒剤取締法、麻薬及び向精神薬取締法、大麻取締法などの法律によって規制されており、処罰の対象となる違法行為でもある。そのため、これらの依存性物質の使用は社会や家庭の中で密かに行われて発見が難しく、また薬物の入手の過程で何らかの犯罪に巻き込まれるリスクも高く、単に薬物による精神症状だけでなく、多様な社会的問題が関連している可能性があることにも注意しなければならない。

(2) 薬物依存症と子ども虐待

保護者の薬物乱用や依存症はアルコール依存症と同様に、子ども虐待のリスク因子として知られている。薬物依存症と子ども虐待の関連としては、薬物自体の精神面への影響（中毒状態）や薬物の効果が消えたときに体験する離脱症状が重要である。前者は薬物の脳への影響であり、幻覚・妄想などの精神病状態で攻撃的になったり正常な判断ができなくなることで、興奮や神経過敏、自己抑制が低下して易刺激性になったりすることで、子どもへの暴力や性的加害の要因となる可能性がある。後者は薬物を中止あるいは減量した時に頻脈、高血圧、発汗などの自律神経症状、胃腸症状、疲れやすさなどととも、落ち着きのなさ、興奮、錯乱、せん妄などが起こる現象で、このような状態も子どもへの加害の原因となりうる。覚醒剤中毒の場合には、精神的ストレス、疲労、飲酒などによって覚醒剤を使用したときと同じような幻覚症状が生じる現象（フラッシュバック）がみられることもあるので、覚醒剤の使用を止めている場合でも注意が必要である。

(3) 保護者への対応

虐待対応事例において保護者に薬物依存症が認められたり、その疑いがある場合には、子どもの被害状況を十分に調査し、必要であれば一時保護による安全の確保を行った上で、薬物依存への対応を行う必要がある。薬物依存症はさまざまな精神症状のために社会や家庭での生活に大きな支障が生じる精神障害であり、なおかつ前述のとおり多くの場合は不法薬物の使用であるために違法行為でもある。したがって、薬物依存症の保護者への対応は児童相談所だけで行うことは不可能であるだけでなく不適切でもあり、精神保健福祉相談員や警察との密接な連携が不可欠である。保護者が逮捕・起訴された場合は、当面は子どもの安全が確保されるが、釈放あるいは服役後に薬物問題が再発することも多いので、保護者の治療意欲やリハビリテーションの努力を把握して、継続的に子どもの安全に注意を払っていく必要がある。

4. 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重要なリスク因子の1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、物質乱用・依存などが知られている。

[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一つである。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で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、保護者自身の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] 物質乱用・依存

アルコール依存症、薬物問題の項を参照。

[4] 代理ミュンヒハウゼン症候群（MSBP）

子ども虐待に関連する特殊な精神病理として、親が子どもを病気や障害に仕立てて、診察や治療を受けさせることを特徴とする代理ミュンヒハウゼン症候群がある。このような保護者は医師に虚偽の病歴を述べるだけでなく、下剤、向精神薬、インスリンなどの薬物を投与したり窒息させたりして故意に子どもに病気を作り出したりする。これらの行為は子どもに対して重大な危害となるだけでなく、虚偽の疾患に対して検査や治療をする結果として医療側も子どもへの虐待に巻き込まれる危険がある。子どもの症状は保護者から分離されると軽減することが特徴である。（本章6で詳説）

[5] 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。

[6] 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はあるが、一概に虐待のリスクが高いとは言えない面がある。特に、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

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は不適切であり、保護者や家庭の持つ要因の一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、家族内およ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。

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、保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関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、保護者の入院治療が検討される。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もよ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13-1を参照）。

しかし、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を保護することができる。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機能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。

保護者の入院は基本的には危機介入の手段であり、入院期間は最小限にとどめる必要がある。退院後の対応方針や援助計画を速やかに立案する努力を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して実行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、要保護児童支援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もあり、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。代理ミュンヒハウゼン症候群や共有精神病性障害などの場合は、分離そのものが治療的になる。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には重要な要素となる。

親子関係については、両親がいる場合では精神疾患でない保護者の役割が重要であり、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。

5. 保護者による治療拒否の事例への対応

保護者による治療拒否は、保護者の果たすべき「治療を受けさせる義務」を怠るネグレクトの一形態（医療ネグレクト）であるが、児童相談所や施設が子どもを保護するだけでなく、子どもが必要としている医療を受けられるようにすることも求められる。治療拒否の理由が保護者の信念（宗教的信念等）に基づく場合も多い。医療ネグレクトの事例は家族や地域からだけでなく、医療機関からの通告で明らかになることも多い。

医療行為は原則として事前に患者の同意を得て行われるが、低年齢の子どもの場合は有効な同意能力がないと判断されるので、保護者（親権者）が代わりに同意することになる。子どもに医学的治療が必要な疾患があり、治療を行わなければ子どもの健康が著しく損なわれたり、生命に危険が及ぶことを保護者に説明しても保護者が治療を承諾しない場合、保護者に代わって医療を承諾する対応が必要になる。合理的な理由なく子どもの治療を拒否している場合は親権の濫用に相当するので、児童福祉法第33条の7に基づいて児童相談所長が親権喪失の宣告の請求及び保全処分として親権者の職務執行停止・職務代行者選任の申請を行い、職務代行者又は未成年後見人が親に代わって承諾することができる。施設に入所している子どもの医療に保護者が同意しない場合は、児童福祉法第47条第2項において施設の長が監護については必要な措置をとることができることとされているので、親権者に代わって承諾することができる。

実際には、子どもの重症度と医療の緊急性、保護者の治療拒否の理由や背景によって、慎重かつ迅速な対応が求められる。医療機関との連携が重要であることは言うまでもないが、法的、倫理的な問題も含んでいるので、家庭裁判所や弁護士などとも緊密な連携を持ちながら対応することが大切である。

6. 代理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。例えば、乳児の呼吸を塞ぎ、SIDS（乳幼児突然死症候群）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といった形をとる。基本は子どもを病気にすることによって不必要な医療やケアを受けさせることで子どもに不利益な状態を作り出すことである。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。

MSBPの保護者は98%が実母で、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もある。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ながら、それを打ち消したり避けている場合が多い。

MSBPは不自然な検査所見や不自然な保護者の態度などから疑われることが多いが、確定するのはなかなか困難である。海外ではビデオ撮影で証明されることもあるが、日本では病室にビデオを設置することが困難であり、多くは一時保護などによって親子分離をすることで症状が消失することを確かめることで証明となることが多い。MSBPの危険性を考えると、一時保護の重要性を認識すべきである。念のため、他の医療機関への一時保護委託が必要になることもある。

虐待者は医療関係者を巻き込むことが多く、ある特定の医療関係者と家族ぐるみや個人的な付き合いをしていることも少なくない。従って、一時保護の計画などに関する情報の流れには十分な注意が必要である。MSBPに気付いた医師を重視し、子どもを守る体制をとることが望まれる。

MSBPの死亡率は約9～22%という報告がある。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くことが多い。子どもの被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。

MSBPは1977年Roy Meadowによって「子ども虐待の奥地」として発表されたものであり、その定義に関しては様々な議論がある。MSBPと限定するより、保護者もしくは養育者が何らかの理由で子どもが病気であると訴え、そのために子どもが不必要な医療を受けると言う不利益をこうむる状態全体をMedical Abuseとして総称しようとする考えもある。

7. 性的虐待への対応

性的虐待は、子どもに深刻な精神的問題や行動上の問題を生じさせる危険性が高いと考えられており、早急かつ適切な対応が必要となる。適切な対応を講ずるためには、子どもと虐待を加えていると考えられる保護者との分離が原則となる。

子どもから性的虐待の開示がなされた場合であっても、虐待者とされた保護者がその事実を認めることは少ない。また、子どもの行動や周辺的な状況で性的虐待の疑いを持たれた場合であっても、被害を受けていると考えられる子ども自身がその被害を否認することもある。このように、性的虐待はその事実の確認が非常に困難な場合が少なくなく、それだけに、対応する側に高度な専門性が要求されることになる。

対応の基本を以下に述べる。

(1) 初期対応

[1] 虐待の発見～通告

性的虐待の発覚・発見の契機は、学校や保育所等の生活場面で、子どもと接触のある関係者が、子どもから何らかの被害を打ち明けられるということ（子どもが自発的に打ち明ける、子どもの徴候に気付いた関係者が子どもに関わった結果子どもが打ち明ける、当該の子どもから相談された友人を通してなど）による場合が多い。子どもの話を最初に聞いた者は、疑いの段階でも児童相談所あるいは福祉事務所に通告することが重要である。また、子どもから話を聞く際には、子どもの安全と発言内容の正確さを損なわないために、子どもが自発的に話すことを尊重し、必要以上に確認したり質問し過ぎないこと、冷静に対応することが重要である。（子どもから性的虐待を疑わせる告白を受けた際の留意事項については（2）子どもとの面接（被害調査面接）を参照）通告を受けた児童相談所、福祉事務所は、子どもの所在確認、家族状況の把握を行ったうえで、虐待の疑いが強い場合には、児童相談所職員が速やかに子どもと直接接触し、虐待の疑いについての確認を行い、一時保護の必要性について判断を行うことが重要である。

[2] 子どもからの被害調査

通告を受理した児童相談所は、通告者や子どもの打ち明けを聞いた人からの聴きとり調査をした上で、子どもと直接接触し、虐待被害の調査を行う。この際、子どもの身柄の安全の確保に配慮し、子どもが加害者はもとより、家族からの干渉、友人からの注目に晒されることなく、落ちついて調査面接を実施できる場所を確保することが必要である。このため保育所、幼稚園、学校等の協力を得ることが重要である。

聴き取りは調査面接者と子どもの1対1でのやり取りとし、子どものサポートに関係者が同席するとしても、その人は子どもの発言について誘導や教唆となるような発言は控えて立ち会う配慮が必要である。

この段階で子どもの被害の内容がすべて明らかになることは少ない。子どもは周囲の反応にたじろいだり、戸惑ったりしており、事情を聴きにきた職員の調査に抵抗を示すことも多い。従って調査を担当する職員は、子どもの安全についての心配から事情を聴きにきたこと、子どもの身を案じていることを伝え、また、子どもの戸惑いについて理解を示し、子どもの不安を和らげることが重要である。調査面接者は、子どもが関係者に打ち明けたその事情と内容について聴き取り、子どもの安全に関して何らかの性的虐待についての疑いの兆候を確認することが重要となる。もしも、子どもが自発的に具体的な被害事実を述べるようであれば、今後の法的対応における客観性を損なわないよう、誘導や暗示を交えず、質問し過ぎることなく、子どもの自発的な話の聴き取りを心がけなければならない。この初期の調査における聴き取りは、場面設定にも時間にも制約のある条件下で行われるものであり、最低限度の性的虐待の疑いと一時保護の要否判断が行われることが目標となる。(子どもへの面接については後に詳述する。)

[3] 非虐待者である保護者との面接

子どもの身柄の安全確保を図った上で、非虐待者である保護者と接触が可能であれば、面接を行う。非虐待者である保護者は虐待事実を知っていたのか、どのような内容か、どのように対処してきたのかの確認と、これまでの家族の生活状況や問題歴を聴き取り、非虐待者である保護者に今後の対応の検討を促す。この時に、非虐待者である保護者の不安や抵抗が起こる可能性を十分に踏まえておく。また時間条件や諸般の状況で非虐待者である保護者に接触する前に子どもの保護の判断を行わざるを得ない場合には、保護決定の後に非虐待者への面接を行う。(後に詳述する。)

[4] 子どもと家族についてのアセスメントの実施

確認された被害情報、子どもの状態、家族の問題性などの評価を行い、一時保護の要否を検討する。他にきょうだいがいる場合、そのきょうだいについてもリスクの判断、対応の検討を併せて行う。

[5] 子どもの保護の実施と親権者への告知

子どもの生活の現状では子どもの安全が確保されないと判断した場合は、一時保護を実施する。子どもに一時保護の説明を行うと共に、すでに非虐待者である保護者と接触している場合には、非虐待者である保護者に説明し、承認を得る努力をすることが原則となるが、一時保護は子どもの安全確保のためになすことなので、そうした事前接触によって、子どもの安全な保護に支障をきたすおそれがある場合や、調整が難しい場合には児童相談所の職権による保護によって子どもの安全確保を優先する。

一時保護の実施により、親権者には不服申し立ての権利(行政処分に対する不服審査請求の権利)が生じるため、速やかに親権者への告知が必要となる。共同親権者の1人が虐待者と目され

る場合には、この時点で非虐待者である保護者と虐待者の両方に面接によって性的虐待の疑いによる子どもの一時保護の告知が実施されることになる。

一時保護の告知においては、児童福祉法にもとづく、性的虐待の疑いによる子どもの安全確保と慎重な調査のための保護であること、誰からの影響も一旦排除した上での調査のため、しばらく子どもの関係者と子どもの連絡は遮断する必要があること、今後引き続いて調査の進展を報告し、当事者からの調査も進める予定であること、などを伝える。

[6] 虐待者との面接（虐待事実の確認・告知）

多くの場合、虐待者はなかなか面接に応じなかったり、応じたとしても虐待を否認したり、認めたとしても一部分だけであったり、曖昧な態度を取ることが多い。児童相談所は捜査機関ではないので、加害行為について厳密に追求したり問いただすことはしないが、何があったかについて事実を明らかにしていくことは明示する。また必要なら警察に相談することもあることを告知しておく。

[1] から [6] までの過程は出来る限り同日中に行う。

[7] 一時保護後の子どもへの被害調査と援助のためのアセスメント

性的虐待、および全般的な虐待被害についての身体医学的診察、および被害確認面接（詳細は後述）、心理診断評価、精神医学的評価、行動観察を行う。

[8] 一時保護後の子どもの反応と対応

これまでの経過、家族の関係性等を確認・整理し、今後についての子ども自身の意向を確認しながら、どうすれば、子どもの安全を守れるのか話し合う。安全が確認でき、安心できる環境であることが信じられれば、さらなる被害事実が語られることも、家族への思いが明らかになる場合もある。また虐待事実を撤回する場合もある。

[9] 非虐待者（非加害者）である保護者との面接（詳細は後述する）

非虐待者である保護者が、虐待発覚の直後に虐待者と自分との関係を整理し、子どもを守るための手立てへの援助を求めてくる場合もあるが、子どもの虐待の告白に懐疑的で、子どもの分離保護を受け入れず、引取りを求めてきたり、虐待者との関係を整理できずに揺り戻されて自分たちで解決したいと、子どもの分離を渋る場合や、子どもの告白を否定して、介入に強く抵抗する場合もある。非虐待者である保護者が子どもの告白を信頼し、その後の子どもの立ち直りを支えることは、虐待を受けた子どもの回復にとって極めて重要な支援となるため、非虐待者である保護者に子どもへの支援者となってもらうための初期からの働きかけは極めて重要である。

(2) 子どもとの面接（被害調査面接）における留意点

性的虐待は身体的虐待のような外傷が認められない場合が多く、また、ネグレクトのように家族の生活状況からその事実の確認を行うことも困難である。第4章及び上記で述べたように、性的虐待が児童相談所の相談事例となるのは、子どもから開示があったり、子どもの精神的な問題や行動上の問題から性的虐待の被害が推定されて関係者が問題視するようになっていたり、あるいは別の問題で児童相談所が関わりを持ち始め、援助の経過中に子どもが性的虐待の事実を開示するなどの場合である。いずれの場合も、子どもの面接での証言内容が非常に重要な意味を持つ。以下に、初期の被害調査面接としての子どもの面接における基本的事項を述べる。（いわゆる司法面接手法を用いた被害確認面接は別記する）

[1] 子どものペースを尊重しながら丁寧に話を聞き真剣に受け止めること

性的虐待の事実を話すことは、子どもに大変な心理的負担をかける。子どもは自分の話が相手にどのように受け止めてもらえるか、話すことで自分や家族はどうなるのかといった不安を抱いて、話すことを強くためらう。時には不自然に冗談めかした言い方をしたり、あるいは「他の子の話」として話したりすることもあるが、こうした子どもの表現に対して、丁寧かつ真剣な態度で、子どものペースを尊重しながら子どもの話に耳を傾けることが大切である。子どもの抵抗感や不安感が強いにもかかわらず、面接者がそれに配慮できないで、出来事の詳細について質問を重ねたりすると、子どもが耐えられなくなって解離状態に陥ったり、一度は口にした性的虐待の事実を否認したりすること（撤回）もあるので、注意を要する。

[2] 性的虐待について話す子どもの心理的苦痛や恐怖、不安を理解し、配慮すること

子どもは、性的虐待について話すことに強い心理的苦痛を感じる。こうした苦痛感には、恥辱感（普通なら人に言えない恥ずかしいことを経験したという思い）、罪責感（被害を受けた責任の一端は自分にあるのではないか）、裏切りの気持ち（加害者から口止めされていたにもかかわらず話している、家族や保護者に秘密にしていたことが明らかになる）といった感情が関与している。子どもから話を聞く場合には、こうした苦痛や恐れに十分な理解と配慮をする必要がある。

[3] 話を聞くことが子どもにとって「二次的被害」にならないよう注意すること

性的虐待の事実を思い出したり話したりすること自体が元のトラウマ的な出来事の再体験としてトラウマを生じさせる、いわゆる「二次的被害」が生じる危険性がある。面接者は、こうした二次的被害を回避ないしは緩和するための努力を講じなければならない。例えば、加害者と同姓であったり、加害者を想起させたりする危険性のある人物が面接をしないことや、今後のケースワークや法的手続きにおいて必要になると考えられる情報を一人の面接者が集中して話を聞くようにすることで、同じ内容の話を子どもが繰り返しなくてもいいようにするといった工夫が考えられる。

[4] 秘密を守ることや問題の解決の可能性について誠実で現実的であること

一般のカウンセリングの面接などでは前提条件となっている守秘義務が、性的虐待を問題とした子どもの調査面接においては成立しない。守秘義務のある面接に慣れた面接者は、話すことへの子どもの抵抗に直面したり、子どもが「内緒にしてくれるなら話す」といったりした場合、つい「誰にも話さないから」と言いたくなるものであるが、こうした約束はできない。また、子どもの受けた被害が深刻なものであるほど、その話を聞いた面接者も精神的にショックを受け、その傷つきへの心理的防衛の影響から「もう大丈夫だよ。解決するから安心して」といった言葉を口にしてしまうこともある。しかし、そうした「言葉」が現実にならない可能性もあることを認識しておく必要がある。

[5] 子どもの年齢に応じて、話を聞く際に補助的道具（描画、人形など）を活用して正確さを期すこと

幼い子どもの場合には言語表現に限界があり、また、性器の名称等に関して独特の表現を用いる傾向もある。また、そうした体の部位や行為を言葉にすること自体に抵抗を感じる子どももあり、虐待行為を正確に聞き取るには言語表現のみでは困難な場合も少なくない。初期の調査面接では詳細な虐待行為の聴き取りは必ずしも目的とはならないが、子どもの曖昧な言語表現を補い、正確さを期すため、描画や身体図、人形を用いた補助的な方法が考案されてきた。欧米で性的虐待の司法面接（forensic interview：後述を参照のこと）のために用いられている性器や性的

特徴を備えた人形（アナトミカル・コレクト・ドル）が、近年、わが国にも紹介され、一部で使用されている。こうした人形は、子どもの説明の詳細な確認の助けになるという効果がある一方で、子どもの表現を誤誘導する危険性があることや、人形の性器が子どもに心理的ショックをもたらす危険性があると指摘されていることにも留意すべきである。こうした人形は、子どもが性的虐待について話し始めた後に、子どもの表現を援助する、あくまでも補助的な道具であると位置づけるべきである。

[6] 子どもの意向を聞きながら、予想される今後の展開を子どもに説明すること

性的虐待の加害者は、その事実を誰にも話さないように子どもに口止めをしたり、「誰かに話すともう家族は一緒に住めなくなる」などといった脅しをかけたりにしていることが多い。そのため、性的虐待の事実を開示した子どもは、これから先のことについて大きな不安を持つことが多い。こうした不安を取り扱わないで放置した場合、これから先への不安から子どもが過度に不安定になったり、被害事実の撤回に転じたりすることもある。したがって、今後、どのような展開が予想されるかを可能な限り子どもに誠実に伝える必要がある。

また、今後の展開に関して、子どもは様々な意向を持っているものであり、こうした子どもの意向を知っておくことは大切である。子どもによっては「（加害者を）刑務所に入れて一生出てこないようにしてほしい」といった思いを口にする場合もあるが、こうした場合には、その思いの意味を十分に吟味し、刑事告訴や告発の妥当性を検討する必要性が生じる。刑事事件としての告訴・告発をしながらケースワークを進めることは可能であるものの、「一生出てこない」ということは現実的ではないため、子どもがこうした希望を述べた場合には、現実的にはどういったことが予想できるかを伝え、対応策を探る必要があるだろう。また、「（加害者とは）二度と会いたくない。お母さんと妹の3人で暮らしたい」といったような、今後のケースワークの方向性に大きく関与する意向が述べられる場合もあり、ケースワークの展開を考えるためにも子どもの意向を聴取することは重要である。

[7] 司法面接技法を用いた被害確認面接の留意点

虐待者や非虐待者である保護者が「子どもが嘘をついている」等と、事実を否認し、子どもが訴える虐待被害の事実関係をめぐって対立することも少なくなく、虐待事実をできるだけ正確に、客観的に把握することは児童福祉の対応として子どもの安全のニーズを守る上で、また適切なケアをはかる上でも、大きな軸となる。

また、近年、性的虐待を理由に児童福祉法第28条による措置の承認を求める審判を家庭裁判所に申し立てる事例が増加し、また、刑事事件としての告訴や告発を行う事例も見られるようになってきている。こうした場合には、一定の法的な証拠として活用できるような方法で調査面接を行い、それに基づいた疎明資料の作成・提出が必要となる。

性的虐待が福祉と刑事司法の両方の裁判所で扱われる欧米においては、法的手続きのために用いられる面接法として、司法面接（forensic interview）と呼ばれる方法がある。

欧米の司法面接（forensic interview）は、性的虐待に関する子どもからの聞き取りが子どもに与える負担をできる限り少なくし、子どもから聞き取る話の内容が法的に誤った誘導の結果ではないか等の疑念がもたれる可能性をできるだけ排除し、かつ性的虐待が何らかの作為による虚偽の話ではなく実際にあった出来事であるかどうかを検討するための正確な情報を得るといふ、主として3つの目的を持っている。

司法面接では、福祉関係者や、警察や検察などの司法関係者が同様の話を繰り返し子どもから聞くことが子どもに過重な心理的負担を与えたとの認識から、各関係者が共同のチームとなって、それぞれの課題対応を進めるに当たって必要な情報を整理し、それを1人の面接者が、1回

の面接によって聴取するという方法がとられる。子どもへの臨床的な援助関係とは区別した、客観的で公平な聴取と情報確認をするために、この面接担当者は子どもの臨床的な援助に関与する関係者は避け、この面接だけを担当する専門的な訓練を受けた者が設定される。

わが国においては、こうした制度の整備は未確立であり、また面接技法においても、一部の児童相談所で試行的な取り組みが始められたばかりであるが、今後、性的虐待についての法的・客観的な立場からの慎重な吟味、取り扱いが要請されることを考慮に入れるなら、欧米における司法面接のあり方を参考にしながら、日本での取り組みを進めていく必要がある。

性的虐待に関して子どもから聴取した内容が面接者によって誤誘導されたものではないかとの疑念をもたれないために、司法面接では、様々な工夫がなされている。欧米では、ワンウェイミラーのついた部屋でミラーの向こうで複数のスタッフが観察するという面接設定がなされ、厳密に記録をとる方法がとられている。

具体的な面接の仕方として、アメリカでは簡単な導入の後、まず、子どもが虐待行為を正しく認識し表現できるかを確認するため、物事の真偽を判断できる力や認知の能力（人物や時間、空間把握など）をどの程度持っているか、が確認される。次に問題の焦点化を進め、子どもが自発的に虐待被害を話せるよう、技法的な工夫がなされる。こうした技法としては、一緒に住んでいる家族全員を確認の上、家族の全構成員について、その人について一番好きなことと嫌いなことを聞いていくという「好きなこと・嫌いなことリスト」といった技法や、これまでに子どもが自分ひとりの力で解決できたこと、家族の助力や家族以外の人の助けで解決できたこと等を聞いていく「問題解決フォーマット」といった技法などを用いる。また、子どものプライバシーや安全についての考えを確認し、次の問題の焦点化に入る。

最も中心的となる具体的な虐待事実の確認においては、Open-ended Question（「〇〇さんはそれからどうしたの？」「〇〇さんがさわったというのはどこをどんな風にさわったの？」といったような、予め知っている情報を確認する質問や暗示的な方向づけを避け、子どもの言葉で語ってもらう質問の進め方）を原則として聞いていくやり方がとられている。質問が行き詰った際に若干の選択的な質問（3～5択）を導入することはあるが、すぐに元のOpen-ended Questionに戻るようにすることが必要である。

子どもからの自発的な話が出始めてもなお、その事実の詳細については十分慎重に、かつ、具体的に確認していく必要がある。被害を受けた子どもしか知りえないであろう事実（例えば精液の色、匂い、虐待者特有の身体的特徴や発言、しぐさ、行動など）が虐待の事実性の検討の重要な材料となるだけに、その確認はあくまで子どもからの自発的な言葉をていねいにひろっていくことが求められる。

虐待事実の表明の有無にかかわらず、子どもの状態に合わせ、一定の限界吟味をはかり面接を終了する。終了にあたっては、子どもにとって体験告白や明細化が侵襲的であることを十分にふまえた上で、開かれてしまった心の傷口を閉じて現実の世界に戻す手順が必要となる。子どもの中には面接の中で大きなストレスを処理できず、精神症状を示してしまう子どももおり、子どもの精神的安全の確保のため、予め精神科医師等子どもをサポートするスタッフとの連携をはかっておくことが不可欠である。

(3) 調査

性的虐待の通告を受けて実施する調査には2つの条件設定がある。1つは、子どもからの訴えない疑いの段階で、虐待事実が確実かどうか、介入の必要があるかを検討するための調査である。通告者からの聞き取り情報を元に、周辺的な情報を調査する。子どもの属する集団（学校や保育所など）での子どもの被害の兆候や訴えの有無、そこでの日常生活の状況、子どもが誰とど

のように暮らしているのか、虐待者を含む家族の生活状況や特性についての情報などを速やかに集め、必要によっては、福祉事務所など関係機関を集めカンファレンスを行い、虐待の可能性が高いか、介入の必要があるかを検討する。子どもにきょうだいがいる場合（特に女兒）、同様の被害を受けている可能性もあるため、十分に調査を行う。

子どもの症状は有力な判断の材料となるが、人前での頻繁な性器いじり、年齢にそぐわない性的発言、性化行動や落ち着きのなさ、家出など、性的虐待を受けた子どもに多くみられると言われる行動特性や症状と同様な様子が見受けられたとしても、それが性的虐待によるものであるかどうかは慎重に見極めなければならない。非虐待者と子どもの関係など、家族についての情報は介入の際に特に重要なものとなる。

虐待の疑いが強い場合は、情報を元に速やかに子どもと面接を実施し、保護者との面接を実施することになるが、疑いが明確でない場合は、一定の時期を決め、慎重にモニタリングすることとなる。誰がどのように子どもの様子を観察するのか、子どもの話を聞くのか等、十分に検討し、調整をはかしておく必要がある。

情報管理については、他の虐待と同様、徹底しておく必要があるが、特にセンシティブな情報であり、慎重な対処が必要である。

2つ目は、子どもから何らかの被害確認をとり、介入した後、その虐待事実についての追加的確認と、さらに周辺からの追加情報の把握である。調査先は上記と同様、限られるが、子どものこれまでの生活・行動面の様子、更なる被害の情報があるか、虐待者や非虐待者である保護者がどのような課題を持っているか、子どもを守る人は誰であるのか等を調査・把握し、その後の対応に役立てる。

(4) 身体医学的なチェック

[1] 身体医学的な診察（虐待認定のための診察）

性的虐待は身体的所見が見られることが少ない虐待である。しかし、性的虐待が疑われた場合には、すみやかに医学的診察と検査を行う必要がある。性器や肛門およびその周辺部位の診察、また性感染症（STD）のチェック、さらに妊娠の可能性が考えられる場合には、その検査も必要となる。性器に異常な所見が見られたり、低年齢児に性感染症が確認された場合には、性的虐待が事実であったことを示す有力な材料となる。しかし、そうした所見がないことが性的虐待を否定する材料にはならないことも知っておくべきである。時間経過と共に痕跡が消失あるいは不明確となるか、身体的損傷ないしは痕跡を残すまでに至らない性的行為の場合、医学的には明確な所見が得られないことも多い。また、受診の際には、子どもの不安を取り除く必要があり、そのためには前もって子どもへ一定の説明を行うことや、担当職員等が付き添うなどの対応が望ましい。

[2] 身体医学的診察および治療の意義

医療的マネジメントの意義には、虐待認定以外に次のようなものがある。子どもは性的虐待による身体的侵襲の程度を正しく認識できていないため、自分の体について誤った認識を持っていることがある。身体についての不安や誤った認識に対して働きかけることや、性感染症等への適切な治療が行われ健康な身体をとり戻すことが可能であると学ぶ経験は身体イメージの回復にもつながり、重要な心理的ケアの意味を持つ。そのことを援助者が意識して対応することが必要である。また受診は、性的虐待によって子どもの心や体が傷ついていることを保護者（非加害親）に理解してもらうチャンスにもなる。受診の結果、性交にまで至っていることが客観的に明らかになり、虐待者との関係を整理するきっかけになる場合もある。

(5) 保護者への面接

子どもに性的虐待の疑いが持たれた場合、保護者への面接は極めて重要である。

性的虐待の加害者であろうと考えられる保護者や家族、あるいは同居人、及び加害者ではないと考えられる保護者、双方に面接する必要がある、その際にはできる限り個別面接の形態で行うべきである。さらに児童相談所が性的虐待の疑いがある、あるいは虐待があったと判断している場合は、性的虐待の告知を行う必要がある。（一時保護の告知において、性的虐待の疑いによる保護であることを説明する場合も含まれる。）

[1] 虐待者（加害者）への面接

虐待を疑われる加害者へは、性的虐待の疑いがあるという事実、及びそうした疑いを持つに至った経過をできる限り率直に伝えることが必要である。その上で、虐待行為を疑われる当事者からの話を聞いていかねばならない。こうした調査面接に直面させられた加害者の反応はさまざまであり、最も多いのが「子どもが嘘をついている」などとして事実を全面的に否認する場合であり、または家族同士の「スキンシップ」を誤解していると主張する、「性的な愛撫はあったが性器への接触はなかった」「子どもは性的行為と考えたかもしれないが自分にはそのようなつもりはなかった」「性教育のつもりだった」「子どもがそうして欲しいと求めたから応じた」など行為や意図、責任を減弱し、一部のみ認める場合も多い。

このような場合、面接者は、刑事捜査としての尋問をするのではないので、児童相談所がどういった理由で性的虐待の疑いによる対応に至ったかを説明し、また、そうした虐待行為が子どもの状態にどのような影響を及ぼし、さらに将来的に子どもにどのような精神的状態や行動上の問題が生じると危惧されるかを説明し、そうした行為の不適切さを根気よく説明し理解させる必要がある。さらに、虐待が疑われると判断した場合には、その行為は犯罪行為であること、被害児の安全を守るためには子どもとの接触は認められないことなどを毅然とした態度で告げる必要がある。

[2] 非虐待者である保護者（非加害親）への面接

非虐待者である保護者（母親が多い）への面接は重要な意味を持つ。非虐待者である保護者が性的虐待を事実として受け止め（子どもの言うことを信じ）、虐待者から子どもを守ることを最大の重要事項と考えて行動した場合には性的虐待の悪影響が最も減じると言われており、非虐待者である保護者が子どもを守れるように、いかに支援できるかが重要である。

しかし性的虐待の発覚は家族全体に大きな混乱をもたらす。特に非虐待者である親が受ける衝撃は強く、その事実をはじめから何の抵抗も無く受け止めることができる非虐待者である親は少ない。それは自分のパートナーがそうした行為をしたということに対する精神的衝撃、パートナーや子どもを失うことの恐れ（経済的不安や依存対象の喪失の不安）、虐待を防げなかったことへの罪悪感、また被害児が娘であった場合、無意識的反応であるにしろ、娘への女性としてのライバル意識とそうした感情についての親としての葛藤、さらに発覚した後に虐待を疑われたパートナーから繰り出される反論、言い訳、さらには互いの関係の信頼性や関係清算の問いなどにさらされて、なお冷静であることはきわめて難しい。そのため一旦は子どもを守ると決心したかにも見えても、翌日には子どもの言うことが信じられないなどの理由で加害者側に立つ場合も少なくない。

援助面接者は、こうした非虐待者である親の気持ちを共感的に扱いながら、一方では事実に関する客観的な判断を提示し続けるという対応が求められる。面接者が適切な対応をする中で次第に動揺が収まり、子どもを守ろうという決心を固めていく非虐待者である親がいる一方、子どもの被害事実を信じず、あるいは子どもが告白したことを否定あるいは非難する非虐待者である親

もいる。援助面接者は非虐待者である親が子どもを守れる状態にあるかどうか評価しなければならない。説得や支援的対応を一定期間続けても子どもを守れないと判断せざるを得ない非加害親に対しては、子どもの安全に関して、虐待者である親に対するのと同様な対応をせざるを得なくなることも多い。また子どもを守ろうとする非虐待者である親には、「子どもを守れる親」としてエンパワメントしていくことが望ましいが、自責の念や失望、加害者に対する複雑な思いを抱えていることも多いため、そうした理解と配慮の元で援助対応にあたる必要がある。

(6) 子どもへのケア

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と見守り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、より長期にわた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（身体イメージの修復については前述）。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必要がある。

[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。子どもを守るという原則を守るためには、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、子どもの年齢にもよるが、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、今後、性被害体験による何らかの影響（困ること）が起こる人もいるので、その時には相談できる人や場所があることを伝え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。

(7) 保護者への指導・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については前述の通りである。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、① 性的虐待とはどういうものか、② 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、③ 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、④ 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、⑤ 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（保護因子）になりうるため、そ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。

(8) 刑事事件としての取り扱い

先に述べたように、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。こうした司法的手続きが子どもに与える心理的負担の大きさ（警察官調書や検察官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、立件がかなう被害要件が揃うかどうかの事前協議を含め、立件に踏み切ってもらえることが望まれる。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、前述した適切な面接に基づく専門家の意見書が有効に働く場合が少なくない。

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。

(9) きょうだいに加害者の場合

加害者がきょうだいの事例も一定の割合である。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、事案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が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。

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つ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。

「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、内閣府の調査によると、暴力被害経験の男女比は、被害が「1、2度あった」を含めるとほぼ1：2であるが、被害を「何度も受けた」に限ると1：5となる。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。

(2) 「配偶者からの暴力」とDV

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、夫または恋人など親密な関係にある男性パートナーから、女性に向けられる暴力のことを指す。暴力は身体的なものに限らない。元夫や元恋人など過去のパートナーが含まれる。

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。

(3) 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。

(4) 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、男に許されたてきた特権である。DVは、子ども虐待と同様に、対等な人間関係で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DV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。

(5) 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。DVケースは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、自信がも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

- ① DV被害者の約2割は「夫に殺されるかもしれない」という恐怖を感じたことがあるという調査もある。死の恐怖を感じた妻は、逃げてみて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DV加害者がいる。DV殺人事件は現実にくつも発生している。
- ② DV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、自尊感情の低下、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。
- ③ DV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」という思いにすぎる被害者もいる。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。
- ④ 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、苦労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。若い恋人同士のDV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。

[4] まとめ

「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。

(6) DVと子どもの虐待

母子生活支援施設入所世帯を対象とする調査で、父と同居していた当時の「父から子どもへの虐待」は、DVのない世帯では8.5%であるのに対し、DVのある世帯ではじつに62.3%に達した。DVのある世帯では、「父から子どもへの虐待」が高い割合で存在する。そのなかには、「子どもに母親を殴らせた」など、DV特有の子ども虐待も少なくない。同調査で、父と同居当時の「母から子どもへの虐待」も、身体的虐待と心理的虐待についてはDVのある世帯で16~17%程度存在し、DVのない世帯よりは高かった。母がその虐待をしていた理由として、「自分がやらないと子どもはもっと元夫やパートナーから暴力をふるわれる」など、DV特有の理由が含まれている。そして、父と離れて生活している調査時点の「母から子どもへの虐待」は、過去にDVのあった世帯とない世帯を比較しても、発生率に有意な差はない。

このようにDV加害者は、子ども虐待にも関与する可能性が非常に高い。

(『家庭内暴力被害者の自立とその支援に関する研究平成16-18年度厚生労働科学研究総合研究報告書』(主任研究者：石井朝子)所収の「被害児童への治療・ケアのあり方に関する研究」(分担研究者：奥山真紀子)を参照。)

(7) 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くとされている。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、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、1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。)

(8) 子ども虐待への対応とDVを受けている女性への支援

DV家庭に援助を行う場合には、配偶者暴力相談支援センターとの連携は必須である。しかし、子ども虐待へのケースワークと女性へのケースワークが常に同一の方向性を持っているとは限らない。

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。

DV被害者支援の基本は「エンパワメント」である。それは、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が、DV被害者本人(母)については「職権保護」が存在しない。

当面のケースワークの方向性が異なる場合、双方の援助機関に摩擦が生じることも少なくない。双方の連携を確かなものとするためにも、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。

また、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。

9. 18歳又は19歳の子どもへの対応

児童相談所において、18歳又は19歳の子どもに関する相談があった場合には、これまで相談できずに悩んでいた結果、どうすることもできずに相談に来たなど深刻な状態になっていることも考えられるため、年齢要件を満たさないことを理由に直ちにこれを拒否するのではなく、配慮ある対応をとることが必要である。

(1) 親権喪失宣告の申立

特に、18歳又は19歳の子どもに係る親権喪失宣告については、これを請求できるのは、その親族又は検察官のみとされていたところ、18歳又は19歳の子どもの場合であっても、親権者と関わりを持ちたがらないなど親族が請求を躊躇することも多いことから、児童相談所長も親権喪失宣告を請求することができることとされている。

児童相談所において、18歳又は19歳の子どもから性的虐待等により親権喪失請求に係る相談があった場合には、18歳未満の子どもと同様に適切な相談援助活動を行い、その上で、本人の意向を確認しつつ、親権喪失請求について十分に検討し、対応することが大切である。

また、これらの手続きと併せて、生活基盤の確保も重要であるので、高校生の場合等には福祉事務所と連携して生活保護などの検討も必要となる。

(2) 児童自立生活援助事業

平成20年の児童福祉法改正により、児童自立生活援助の実施に係る対象者が、義務教育を終了した児童又は児童以外の満20歳に満たない者であって、児童福祉法第27条第1項第3号に規定する措置のうち政令で定めるものを解除された者及び都道府県知事等が当該児童のために自立のために援助及び生活指導等が必要と認めた者とされたので、当該事業を積極的に活用し、これらの子ども達の支援に役立てて頂きたい。

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に入院の必要があると認められた精神障害者であつて、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）の同意のある者	医療及び保護の依頼があつた者について、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精神障害者の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。 診察に当たつての都道府県の当該職員との立会い。 現に保護の任に当たつ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。 診察に当たつての都道府県の当該職員の立会い。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院に当たつて、精神保健指定医の診察を要件とする。 保護者（若しくは扶養義務者）の同意。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院に当たつて、精神保健指定医の診察を要件とする。
入院期間	—	—	72時間以内	扶養義務者による同意の場合、4週間以内。	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。