



Title	チャイルド・アブユース（児童虐待）の問題：「保健・福祉施策」の試金石
Author(s)	小林, 美智子
Citation	大阪公衆衛生. 1987, 52, p. 20-23
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83746
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

チャイルド・アブユース(児童虐待)の問題

—「保健・福祉施策」の試金石—

大阪府立母子保健総合医療センター

医 師 小林 美智子

被虐待児との出会い

私が初めて被虐待児に出会ったのは10年以上も前、M保健所の特別クリニックでした。1歳8ヵ月の精気のない男児で、体重は生後6ヵ月から増加せず7kgしかない。発育も遅れて、坐位をとるのがやっとです。医学検査で異常はなく、親子教室にくとガツガツと食べます。特クリに来るたびに体重はむしろ減少し、発達もみられません。親子教室も休みがちで、特クリもいやいや来ている様子です。これが本で読んだ愛情剥奪症候群かも知れないと気づき、F病院に入院させてもらうことにしました。入院すると、体重は1日100gずつ増加し、短期間に独歩が可能になりコトバも出てきました。

特クリは、発達の遅れや体重増加不良のために来るケースが多いのですが、その中で何人も虐待されている子供に出会うようになりました。

ある生後4ヵ月のダウン症児の場合、その後3ヵ月間体重が増加しないのに、母親は全く気にもしていませんでした。家庭訪問をすると人気のない部屋にポツンと置かれ、目だけキョロキョロさせています。20歳で上の子を産み、11ヵ月後にこの子を産んだという美しい母親は“未熟児だからバカになると言われた”と言う以外、この子のことは話したがありません。

相談・助言ではどうにもならない

結局このダウン症児はS病院に入院させたところ、すぐに体重が増え、退院となりました。ところが1ヵ月後に保健婦が訪問すると、なんとその日がお通夜でした。“1週間前からカゼをひいていたが、大丈夫と思って医療は受けなかった。昨日になって様子がおかしいので医者連れていったのだが、そこで死亡した”とのこと。——死亡届は「肺炎」になっていました。

あるときA通園施設に、虐待による発育遅延児が通園することになり、その診察をしたことがあります。子供だけ先に入れて大人が相手をしてやると、表情も明るく、楽しそうによく遊んでいます。ところが、母親に入室してもらった途端、子供の表情が凍りつき、動きが止まり、室内には緊張感が充満しました。母親は射のような視線で子供を見つめています。母親に話しかけると、彼女は子供に背を向けて“この子が視野に入るだけで嫌なんです！ 自分でもどうにもならない。私のこのしんどさを誰も解ってくれない……”と、すがりつくように訴えてくるのです。この子は入園して次第に活発になってきたのですが、“せっかくしつけをしていたのに、園へ行ったら悪くなった”と、1ヵ月もしないで退園し、転居してしまいました。

このような母子に出会うたびに、私はいつも大きな壁につき当たってしまいます。子供

の状態を改善するのに、相談や助言だけではどうにもなりません。私たちへの拒否や攻撃がおこり、関係を深めることが極めて困難です。1回1回の接点で判断を誤ると、二度と接触できなくなったり、場合によっては子供の死亡を招くことすらあるのです。

どこが間違っているのか？

では我々のやり方のどこが間違っているのか？ もっと有効な方法はあるのか？ そういう反省から、欧米の文献を探し、勉強を始まりました。そこでまず驚いたのは、圧倒的な文献の量でした。そして、少しずつ解ってきたのが、次のようなことです。

- ◇ 米国のケンプ Kempe が “The battered child (叩かれている子)” と名づけてこの問題を小児医療や小児保健の対象にした。
- ◇ 放置すると再発率や死亡率が高く、生存しても、発育遅延、情緒障害、非社会的・反社会的行動をおこしやすい。
- ◇ “ひどい親” とみられる虐待者のほとんどが子供時代に虐待されていることが判明し、親への援助にコペルニクスの転換が必要とされている。
- ◇ 取り組みは、単なる外傷や死の予防にとどまらず「虐待されている子供が虐待する親にならなくてすむように」を目標として “被虐待児とその家族の救済 Helping the battered child and his family” を合言葉に、組織的になされている。
- ◇ 各国で “虐待予防法” が制定され、気づいた人は届け出ることが義務づけられており、行政の保護や援助の責任が明確になっている。

シドニーの国際学会へ

以上のように文献から学んだことが、各国で実際どのように行われているか、肌で確か

めたいと思っているとき、1986年8月に第6回国際小児虐待学会がシドニーで開かれると聞いて、内田昌江さん（和泉保健所）と鈴木敦子さん（府立看護短大）を誘って出かけた次第です。

学会は、世界中から2,000人が参加し、熱気をはらんで開かれました。小児科医、児童精神科医、保健婦、看護婦、ワーカー、心理、法律家、教師、その他の人々が一堂に集まり、午前はシンポジウム、午後は1題30分の発表で、どこでも討議の連続でした。

ケンプが前年に亡くなり、その姿に接することができなかったのは残念でしたが、お会いできたルース・ケンプ（ケンプ夫人で、体重増加不良に取り組んでいる）、マーガレット・リンチ（ロンドンの小児科医で、ハイリスク母子を出産時に予測するスクリーニング基準をつくった）、ブラント・スティール（精神科医でケンプを助け、虐待する親への理解にコペルニクスの転回をもたらした）その他、いずれも行動力と使命観にあふれる人達でした。

さびしい日本からの出席

学会で学んだことを、いくつかご紹介しておきましょう。

（１） 各地域に医師・児童保護局・保健担当者等からなる “保護チーム” がつくられていて、届け出があるとこのチームが判断や方針に参与し、多面的な援助が地域システムとして展開されている。

（２） 援助はカウンセリングが中心ではなく、社会的援助が第一で、ワーカー・保健婦・ボランティア組織などが相談や生活援助を行っている。

（３） 予防と早期発見のための一般向けの活動も活発で、テレビにスポットを流したり、関係者のみならず中学生向けの虐待に関する本を作ったりしている。そしてどの場合

にも、これは社会的孤立と経済的苦境の中で育児をすれば誰にも起こり得ることで、援助により必ずよくなる、と強調している。

ところで、この素晴らしい学会に日本から出席したのは、大阪からの筆者ら3人のグループだけというさびしさで、この問題へのわが国の取り組みがまだまだであることを、改めて感じさせられました。

メルボルンの王立小児病院

学会後に訪れたメルボルン王立小児病院は州のセンターで450床ですが、スタッフ数は驚くなかれ2,400人です。被虐待児の入院は年間150～200人で、州全体から、重度の身体的虐待をうけた子供や、発達障害を起こしている子供が送られてくるそうです。医療ソーシャルワーカーが30人もいて、6人が虐待の専門です。

また救急外来は大きくて、内科系と外科系に分かれ、外来ベッドを20床ずつ持っていました。そこには保健婦がいて、家庭背景や育児状況を調べ、虐待や放置の可能性を吟味したり、指導をしたりしているとのことでした。

救急外来には被虐待児が受診することが多いため、家庭背景をつかむことが大切だと言われています。また事故や夜間発熱での受診の背景にも養育上の問題があることが多いので、欧米の小児救急外来では、単なる治療だけでなく、系統的な取り組みがなされているのです。

被虐待児のほとんどは家庭へ退院できるそうですが、そのためには、入院中にケースワークを行うとともに、退院後は地域の保健婦や児童福祉のケースワーカーが密接な援助をひき続き行うシステムになっています。しかし“被虐待児の援助は複数機関の関与が不可欠だが、その調整がたいへんで、トラブルも少なくない”とのことでした。

子供の“心の保健所”

ニュージーランドのクライストチャーチでは、《子供と家族のための相談センター》を訪ねました。ここは精神科医と心理・ケースワーカー合わせて10人のスタッフで、人口45万人の地域の小児の精神衛生問題を扱っている所です。「子供の心の保健所」という感じですか。やはり虐待が大きな問題で、精力的に取り組んでいました。

ここのやり方は、家族全員に地域の援助者（保健婦・ワーカー等）と共に来てもらい、まず相談所の担当スタッフ全員が家族と顔合わせをし、その後は直接に家族と話をするのは1～2人にして、他のスタッフはワンサイドミラーで観察をします。その後にスタッフ全員でカンファレンスを行って方針を決定するのです。約60分の面接、40分のカンファレンス、15分の説明で、すぐ援助を開始するという超スピードぶりでした。また驚いたのは、相談のほとんどが、親の方から援助を求めてきているという事実でした。

“ここで一番役にたっている人”と言われるボランティアが10人もいて、虐待家族を専門に訪問し、家事・育児の代行をし、母親の友人になっています。これはケンプが最も有効な援助方法だと言ったものです。

また、すぐそばの総合病院の小児科が全面的に協力してスタッフを派遣し、子供の入院も引き受けていました。

「保健・福祉」施策の試金石

わが国でも1960年代以降、法医学、小児科、救急医療、児童精神科、児童相談所、保健所等から、100以上の報告が出ています。しかし組織的な取り組みへの発展は少なく、どうみてもケンプが1961年から起こした革命は起きていないようです。

調べれば調べるほど、わが国にも（もちろん大阪にも）虐待の事実は潜んでいると思われるてきます。その事実に気付くためには、母子保健関係者にもっと虐待の知識をもっといただくことが必要です。

虐待というのは、親が虐待するつもりでしている例はごく一部であって、多くはこれで良いと思っているのです。しかし子供にとっての適切な保護がされていないために、健康上の問題が起こるのです。こういう基本的なことを、多くの方に知っていただかねばなりません。

欧米の取り組みを学び、この問題のバイブルと言われるケンプを学ぶことで、被虐待児に気付く目が養われ、援助の筋道が開けてきそうな気がして、私たちは最近勉強会を始めました。「Child Abuse 研究会」という名称で、毎月第3水曜日の夜、府立看護短大で開

催しています。

大阪府はかつて母子保健の先進地域といわれてきました。その場合にも、障害児の取り組みの芽を出してから、あるていど広がるまでに10年かかり、定着するまでには20年もかかっています。

虐待の問題には、障害児の問題よりさらに「保健・福祉」の緊密な連携動作が要請されます。だとすれば、これは20年以上かかるのでしょうか。それとも、いま声高に叫ばれている保健・福祉連携施策によって、一挙に解決の道が開かれるのでしょうか。この問題への取り組みは、施策の試金石とも言えるのではないのでしょうか。

問題が大きく顕在化してからでは遅すぎます。悲惨な状況にある子供や家族に目を向ける時期は今だと思います。

《ひろい読み》

ハシカ免疫のない人お断り？

（アメリカ看護協会雑誌 6月号より）

ハシカや風疹が全米の学生保健の大問題になってきた。アトランタのCDC（疾病情報センター）によれば、イリノイ州プリンシピア大のハシカ集団発生では3人の死者が出、インディアナ州のある大学では患者の隔離に22万ドルかかったという。CDC週報は、青年の5～20%がハシカか風疹、または両方に感受性を持っていると警告している。

CDCはその原因は次のように推測する——“現在の大学生が小学校に入学した頃、各州にはまだ予防接種法がなかった。また1963年～1967年の間是不活化ハシカワクチンを使っていたり、0歳児接種であったため、長期の免疫効果を獲得していないものがあるらしい。寮や教室での学生の高密度の接触や、海外旅行からの持ち帰りが感染機会を増大させている”。

4年前、全米大学保健協会は、予防接種ズミ証明書の提出を入学時に義務づけようと提案した。（従来それは看護など保健関係の学校だけで要求されていた）。1986年の調査では約半数の大学がこれを実行していた。未実施の大学の多くは、必要性は認めるが事務的に困難と考えている。だが一方、入学要件として義務づけるのは、AIDS検査の場合のような人権問題に発展しかねない、と慎重に構える大学も少なくない。