

野田市児童虐待死亡例に関するレポート

安谷屋 亮太

江戸川病院 M.D., Ph.D.

抄録

本事例における一時保護後の対応における一連の問題点に関しては、筆者の専門外のため触れない。本レポートでは初期対応に関して意見を述べたいと思う。本事例において初期対応での情報収集不足のため、その影響は本事例の見立てを誤らせるものとなった。そのため父が悪の性質を持つという見立てができず、まとまりを欠く対応は父に付け込まれることになった。結果として一時保護やその後のトラブルを通して情報が豊富となり見立てやリスク評価が正しく行われるようになったが、父と本児を同居させてしまうなど対応が不適切となった。また、父の母に対するDVの存在が確認されていたにもかかわらず、主治医に伝えられていなかった。母を■■■■■医に紹介する際に母に被DV歴があることを伝えておくべきだった。悪の性質を持つ保護者に対しては関連部署との情報共有を密にし、統一した対応をとる必要がある。

はじめに

本事例では情報の不足が見立てを誤らせ、統一した対応をとることができなかったことが最初の失敗であった。援助に必要な要因を考え、それぞれの必要にあった情報を集める必要がある。これらの要因に対処し、さらにその症例に独自の個別要因を検討するには情報収集が何よりも大事である。必要な情報の不足に関しては多忙や慣れの問題があり、上司らのチェック機能の不全など管理体制の問題があることが合同委員会検証ヒアリングにて示されている。今一度初心に戻り、一からの検証が必要である。

虐待の危険因子、保護的要因から情報を聴取する

虐待の危険因子には、①子どものニーズや発達、子育てのスキルに対する親の理解不足、②虐待行為を支持または正当化する傾向がある親の考え方および感情、③家庭内の非生物学的で一時的な介護者（例：母親の男性パートナー）、④親の年齢の若さ、⑤ひとり親家庭、⑥多数の扶養児童、⑦親の低収入、⑧親の薬物乱用、⑨メンタルヘルスの問題、⑩親の虐待またはネグレクト歴、⑪社会的孤

立、⑫育児ストレス、⑬パートナーからの暴力、⑭貧弱な親子関係、⑮社会的な不利益（例：近隣の貧困および住宅の不安定性、高い失業率）などが知られている⁽¹⁾。子供の虐待の発生のリスクについて厚生労働省は虐待の発生に関するリスク要因について保護者、子供、養育環境の3つの要因に分類しており、これらの情報を可能な限り聴取していく必要が説かれている。

虐待やネグレクトから守る、もしくは緩和する要因は、保護的要因として知られており、概ね共通している。保護要因として常に挙げられるのが家族を支える環境および社会的ネットワークである。親の雇用状況、どのような教育を受けてきたか、適切な住居が得られているか、保健医療や社会福祉サービスへのアクセスなどにアクセスできているかなどは虐待に関連する要因である^(1,2)。虐待家庭において不足した保護要因を知ることが必要である。

関係機関の対応経過 [] によると父母の生育歴、生活歴、職歴、経済状態、収入、被虐待もしくは被ネグレクト歴などの情報は記されていない。これらについて直接聞き取りを行うとともに、情報が得られなかった場合は以前の居住地から情報を得なければならなかった。

必要な情報の聴取を行うことは、それ自体が大事であるのは、拒否されたとしても拒否されたこと自体が情報となり、次のアプローチへの糸口となるからである。拒否や否認はそれだけで有力な情報である。 [] からの情報では“県の観光部門に勤めていた”、平成29年9/7保健師による診察では“父は休職中”と記されているが、どのような職種に何年間勤め、現在はどのような役職におり、どのような理由で休職中なのかは不明であり、転職しているならばこれまでの職歴、転職の理由、給料はいくらで現在の金銭的なやりくりはどうしているのかなどが不明である。その後の10/11の児童家庭課のケースワーカーによる世帯訪問からも必要な情報は得られていない。“ [] ではサポートしてくれる人がいないため野田市へ転居した”とのことであるが、母の実家との関係について尋ねておくべきだった。関係が悪いのであればその理由を明確にしなければならない。休職中にもかかわらず転居した理由が不明である。職務上から生じる転居であれば転勤であり、休職中の異動は考えづらく、休職中ではなく、 [] での仕事は辞職したと考える方が妥当であり、当時は求職中であったと考えられる。9/7保健師の訪問時には“母退院の目途立たず”であるにもかかわらず、9/27の3カ月健診では母はすでに野田に転居しており、父母ともに来所している。10/4の保健センターに [] さんからの電話があり、

母の児の養育への不安、**■**との関係が悪いことへの不安が示されており、これほど母にとって負の要素が強い転居が、性急に行われた理由を明確にする努力がはらわれるべきであった。

母の被 DV 歴を主治医に伝える必要性

母の**■**疾患についての情報も不足している。“メールの全消去”、“服薬させない”といった父の母に対する DV は、**■**から連絡を受けていた。母を**■**病院へ紹介する際、DV の事実を担当医に伝えるべきであった。母の症状が父の行動の影響を強く受けているならば、介入の口実にもなるはずであり、DV の存在を主治医が把握していれば協力が得られやすい。少なくとも患者の情報保護を理由に木で鼻をくくったような対応をされることはなかったはずである。

また、母の**■**疾患の診断に関して、**■**担当医が DV の事実を知らなければ、正確な診断は行えない。担当医に DV の事実を伝え、母が父の支配下にある可能性を示すことで、担当医の聴取や見立ては変化し、診断自体が変わる可能性もある。本患者の診断は**■**であり、この診断名からは疾患が生物学的な問題が大きいことを想起させる。一時的なホルモンの変化やストレス、特に環境因に支配されることの大きい**■**や**■**ではないことは注目に値する。**■**が**■**なのか**■**なのかは示されていない。**■**であれば、**■**には母は自己肯定感の低下やエネルギーの低下などから、本児への虐待に対する抑止にならないことが予想され、**■**には虐待に加担してしまう可能性すらある。本児への虐待が明白となった一時保護後は、母の主治医と密接に情報交換する必要がある。**■**であれば**■**のエピソードの激しさや期間は長くはないかもしれないが、常に不安定で依存の可能性があり、父からの支配の受けやすさにもつながる。

併存病名として DV 被害による**■**が記されていないことから現在も DV が続いている可能性（もしくは DV の影響が小さかった可能性）が考えられる。**■**が生じないほど、現在では DV の影響が小さいならば、父との関係は対等でなかったとしても、被支配的とまで言えない関係が推測されるが、これらは事実と異なる。**■**が否定されていることから、母は安定時には父からの独立性が高い傾向にあることが示唆される。**■**は依存との関連が大きく、患者の依存性は被支配性へと容易に変化する。DV の有無の情報で**■**の併存の可能性が出てくる。**■**の併存は、母の長期にわたる隷属関係を疑う要

素となり、支配を受けている場合、本人の訴えが真実でない可能性を常に念頭において訴えを吟味する必要があるため重要である。

母が[]が原因で同じパートナーと離婚、再婚を繰り返しているならば、一般に[]医が夫に対して抱くイメージは、サポータイプである。このことは現実とは乖離しており、DVについて[]担当医が知らなかった可能性がある。主治医とすれば被DVの情報は治療に役立つし、児童家庭課としても主治医から父の情報を得ることができ、母の被支配からの脱却をサポートできる。[]での診察の際も父が同伴したようであるが、DVや虐待の危険が想定される場合、主治医は父を面接室から退出するよう要求できる。母の治療上の観点からも、DV虐待抑止の観点からもDVの事実は伝えておくべきであった。

担当医との接触は平成29年11/24、平成30年4/26の2回で、1回目の電話で“母の状態は安定している”との情報を得ている。2回目の電話では、個人情報保護の観点から情報提供を拒否されたと記されている。主治医への母へのDVに関する連絡は初回の診察時に伝えるべきであった。DVが存在し、虐待が疑われたのだから、これらの情報を主治医へ伝えるよう、報告書でも言及されるべきであった。少なくとも一時保護後には実子への虐待、夫に悪の性質があることがはっきりしているのだから、2回目の電話ではこれらの情報の伝達が必要であったし、伝達の有無に上司は注意をはらう必要がある。要保護児童対策地域協議会は守秘義務が課されているが、主治医への情報提供はこれに該当しない。主治医へのこれらの情報の伝達は、主治医からの情報のフィードバックが期待できる。ほとんどの[]医は刑事事件、医療上の緊急性などがある場合、個人情報保護を理由に情報共有を拒むことはない。その旨を告げても情報提供や協力を拒否されたのであれば、情報照会を文書で求めるべきであった。

集められた情報からの援助の見立て

厚生労働省の子供虐待対応の手引きにも“リスクを適切にアセスメントするためには指標に頼ることなく必要な総合的調査により家族を構造的に把握しなければならない”とあり個々の事例についての見立ての必要性が説かれている。

本事例において見立ての問題で重要になるのは保護者の問題だろう。厚生労働省のホームページにおいて保護者自身の問題として、保護者の性格、産後うつ病、医療につながっていない精神疾患、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存が指摘されている。この中で医療機関でのサポートが得られにくい、も

しくは得られない要因は保護者の性格であり、精神疾患でも医療にのらない反社会性人格障害や自己愛性人格障害である。

在宅支援アセスメントや虐待のリスクチェックシートでは養育者の“性格的問題”は 20 項目以上ある中の 1 項目でしかない。問題なのは、性格的問題が他の部署や社会資源の協力が得られにくく、さらに改善が困難なことである。アセスメントシートでの評価としての危険度は低くとも、これらの問題がある場合危険度と援助の困難さは大きいと見立てなければならない。チェックシートの点数が高くとも不足している環境資源の補填や充てただけならば改善は比較的容易である可能性が高く、見立て上の危険度もそれほど高くない。本事例では関係部署間の連絡や統一した対応の検討もされないまま父と相対し、虐待および DV に対する援助に支障をきたした。さらに

市当局と家族が疎遠となり援助を行うことが困難な状況に陥ってしまっていた。

暴力行為に対するマネジメント

下表は反復的な暴力を示す患者の ICD 分類である。精神科疾患が多いが、それ以外の患者も多数含まれており、一部の精神科疾患を除けば、治療は可能であり疾患の有無を検討し、詳細に追及することに意義があるだろう。

反復的な暴力を示す患者の ICD 分類⁽⁴⁾

1. 精神（統合失調症、躁病、人格障害）	70.3%
2. 呼吸器（上気道感染など）	4.5%
3. 神経系（脳梗塞、脳内出血）	3.9%
4. 循環器（うっ血性心不全）	3.8%
5. 外傷および中毒	3.1%
6. 消化器	3.0%

本事例では一時保護となるまで父の本児に対する虐待が明らかではなく、虐待が明らかとなってからも否認を続け、医療に乗る可能性は低かったが、暴力の原因に疾患があるかどうかの検討はなされるべきだろう。これからの攻撃行動

を最もよく予見するのは、攻撃的な行動の既往であるという。患者の既往や生活歴を知ることが大事であり、少なくとも過去にこのような行動があれば、今回も同じ危険が予想される。攻撃性の包括的評価としてはの HCR-20⁽³⁾ が有名であり、リスクマネジメントとして挙げられているものを下記した。

攻撃性に対する包括的評価

H1 過去の暴力	C1 病識の欠如
H2 最初の暴力事件が若年	C2 否定的態度
H3 人間関係の不安定性	C3 主要精神病の活発な症状
H4 就労問題	C4 衝動性
H5 物質乱用	C5 治療に対する反応の弱さ
H6 主要精神病の診断	R1 実行可能性のない計画
H7 サイコパス	R2 不安定要因に暴露されること
H8 早期の不適應	R3 個人的サポートの欠如
H9 人格障害の診断	R4 治療の試みに対する協調性のなさ
H10 保護観察の失敗	R5 ストレス

HCR-20 (ヒストリカル/クリニカル/リスク・マネージメント - 20) より

HCR-20 は医療機関用のものであるが治療や診断を除けば医療機関でなくともモニターできるものばかりであり、適切な情報入手は虐待の抑止に役立つ。

悪の性質について

暴力などが関係する処遇困難例の中心的問題、保護者自身の問題について援助を行う際に最も重要な問題は、漠然とした言い回しに聞こえるかもしれないが“悪の性質”といえるものだ。保護者に“悪の性質”があれば、ほとんどの場合、事例は困難を極めることになる。“悪の性質”とは反社会性人格障害に代表される、他人の権利を考慮しないことから生じ、さまざまな無責任な社会的行動に特徴づけられる犯罪行為、詐欺行為、暴力行為であり、倫理的、道徳的規範からの逸脱に対する忌避感の低さであり、他者の利己的利用、良心の呵責の欠如などである。その他にも、反社会性人格障害の特徴として

遵法心の欠如：逮捕の原因となる行為を繰り返し行う

欺瞞性：自分の利益や快樂のために嘘をつく、人をだますことを繰り返す

衝動性：または将来の計画を立てられない

無責任性：仕事を安定して続けたり、経済的義務を果たすことに何度も失敗する、役割遂行の怠慢

悔悟心の欠如：他人を傷つけたり、いじめたり、盗んだりしたことを気にしない、正当化する

易怒性、攻撃性、無思慮、無鉄砲

などがあげられる。

悪の性質の改善については医療機関をはじめ、他のどの部署からもサポートを得ることが難しい。悪の性質を持つ保護者のサポートを行うことは難しく、この性質の改善はさらに困難である。結果的には明らかに父には悪の性質が多分に存在し、改善は全く困難であった。本事例において、

悪の性質自体が明確にされていないので、アセスメントでのリスク評価ではこれらは性格や人格の問題の一部とされ、その他の危険を示す環境要因の中の一因子であることが原因であろう。これまでの研究から反社会性人格障害者には前頭葉機能の低下、脳の形態学的異常、テストステロンの異常に代表されるホルモンの異常、伝達物質の異常、遺伝子、環境因など様々な異常が指摘されているが、器質的な異常による鑑別はできず、これらの性質はスペクトラムを示し、環境因による修飾を受け、暴力や攻撃行動へと発展する。負の環境因子は悪の性質をもつ者の攻撃行動を増悪させる。

その他の事例を困難化する人格障害には自己愛性人格障害がある。自己愛性人格障害患者は傲慢、優越性、権力を求め、共感能力を欠く。自分は正しく、相手が悪いのだから、自分には相手を攻撃する資格があるという論理で、暴力などの違反、逸脱行為が自身の中で正当化される。児に対する暴力的対処は、しつけという概念では正当化されないが、虐待を行う自己愛性人格障害の中ではしばしば正当化される。自己愛性人格障害は治療にのりにくく、反社会性人格障害にいたっては逮捕以前に治療にのることはほとんどない。自己愛性人格障害は、生物学的病因の研究が最も遅れた領域である。暴力行為は、その他の人格障害、うつ病（躁うつ病を含む）、発達障害、精神障害、精神遅滞、認知症などにも認められるが悪の性質を有さなければ治療は可能である。

まとめ

本症例における独自の個別要因は、父が悪の性質を有することである。通常、社会援助や精神医療は、援助による環境調整が、被援助者の善意を引き出すことを期待する。しかし、悪の性質を持つものに、この理屈は成り立たない。悪の性質を持つものに善意を期待することは理論上矛盾しており、彼（彼女）らは利己的な目的を達するため、倫理的、道徳的規範からの逸脱を意に介さず、良心による規制もない。そのため自分に不利な事実を否認し、相手の些細なミスや矛盾を強く責めることができる。虐待死後知らされた[]での振る舞いが最初の時点でわかっていれば、ケースワーカーが父と会った際に感じた違和感と合わせて、父に悪の性質があることを見抜くことができたはずである。

悪の性質を対象に認めれば、対処に細心の注意が必要であると認識される。例えば、告訴の可能性を考えてマニュアル通りの行動が促されるなどである。悪の性質のある親に対し、児童相談所が一時保護の移送や告知を強引に児童家庭課に押しつけてくることはなかっただろうし、児童家庭課としても断る流れになったはずだ。一時保護後、市当局と父および本児家族らとの関係は険悪でとても援助を行う関係ではなくなっており、市当局者にとって父は恐怖、もしくは面倒な存在であり、感情的な面からと思われるが接触や援助が疎となり、忌避されるようになった。しかし、本児や母らには援助が必要であり、結果として児童の虐待死を招いた。初期対応での情報収集の不備および、それらにともない父の悪の性質の見立てがなされなかったことが問題のひとつであろう。

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Child maltreatment: Risk and protective factors. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/riskprotective factors.html>.
2. Development Services Group. (2015). Develop a protective factors framework for ACYF. Retrieved from <http://www.dsgonline.com/ACYF>.
3. Christopher D. Webster, Kevin S. Douglas, D. Eaves, S.D. Hart (2007) HCR - 20(ヒストリカル/クリニカル/リスク・マネージメント - 20)ー暴力のリスク・アセスメント
- 4 Blow F C, Barry K L, Copeland L A, McCormick R A, Lehmann L S (1999) Repeated Assaults by Patients in VA Hospital and Clinic Settings UllmanPsychiatr Serv, 50 (3), 390-4