

研究ノート

児童・家庭福祉領域における精神保健福祉士の役割に関する一考察
－児童虐待に対するかかわりを中心に－

浦田泰成

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科 助教

【要約】

近年、社会構造の変化を反映し、児童虐待など、子どもとその家庭をめぐる問題は、ますます深刻化している。また、精神保健福祉士を取り巻く環境の変化に伴い、精神保健福祉士が果たす役割は、精神障害者に対する支援だけではなく、精神障害等によって日常生活や社会生活に支援を必要とする者、精神保健の課題を抱える子どもやその家庭等への支援にも拡大してきている。これまで精神保健福祉士の支援対象として、児童・思春期の子どもたちがあがることは、特段多いことではなかった。しかし、子どもやその家庭を取り巻く環境は著しく変化しており、子どもとその保護者をめぐる問題は多様化・複雑化している。本稿では、日本の児童虐待の現況について概観するとともに、子どもやその家庭に生じる精神保健上の課題に対する精神保健福祉士の役割や適切な支援について考察する。

キーワード：精神保健福祉士、児童虐待、リスク要因、子ども家庭福祉

I. はじめに

近年、社会構造の変化を反映して、核家族化、小家族化、地域社会の人間関係の希薄化などが生じ、家庭や地域における子どもの教育力は低下してきている。このようななか、暴力行為、いじめ、不登校、自殺、虐待等、数多くの精神保健に関する問題が起きている。つまり、子どもとその保護者をめぐる課題は、ますます深刻化している。これまで精神保健福祉士の支援対象として、児童・思春期の子どもたちがあがることは、特段多いことではなかった。しかし、子どもやその家庭を取り巻く環境は著しく変化しており、子どもと保護者をめぐる問題は深刻化している。

精神保健福祉士にとっては、精神疾患や精神障害がある本人だけが実践の対象者ではなく、子どもやその家庭もまた、支援を求めている当事者である。よって、精神保健福祉士は、子どもや家庭に生じる精神保健の課題に関する正確な知識をもち、適切な支援を迅速に行うことが求められている。そこで、本稿では、日本の児童虐待の現況について概観するとともに、精神保健福祉士の役割について考察することを目的とする。

II. 日本の児童虐待の概況

児童虐待とは、児童虐待の防止等に関する法律（以下「児童虐待防止法」という。）第2条において、「保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（18歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う次に掲げる行為をいう。」と規定され、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の4つの類型が規定されている。

全国の児童相談所における児童虐待に関する相談対応件数は、一貫して増加し、令和元年（2019年）度には193,780件（速報値）となり、過去最多を更新している。特に心理的虐待に係る相談対応件数が増加しており（平成30年度：88,391件→令和元年度：109,118件（+20,727件））、この要因としては、児童が同居する家庭における配偶者等に対する暴力がある事案（面前DV）に関して、警察からの通告が増加していることがあげられる¹⁾。また、児童の生命が奪われるなど重大な児童虐待事件も続発しており、令和元年に警察が検挙した児童虐待事件の被害児童数1,991人のうち、54人が死亡に至っている。さらに、検挙された児童虐待事件のうち、45.1%が実父による虐待となっているが、児童が死亡に至った事件では、実母による虐待が最も高く65.6%となっている²⁾。

厚生労働省によると、児童虐待対策の課題として、①発生予防、②早期発見・早期対応、③子どもの保護・支援、保護者支援の3つがあげられている。児童虐待は、身体的、精神的、社会的、経済的等の要因が複雑に絡み合って起こると考えられている。「健やか親子21検討会報告書（平成12年11月）」では、児童虐待のリスク要因として、(1)多くの親は子ども時代に大人から愛情を受けていなかったこと、(2)生活にストレス（経済不安や夫婦不和や育児負担等）が積み重なって危機的状況にあること、(3)社会的に孤立化し、援助者がいないこと、(4)親にとって意に沿わない子（望まぬ妊娠・愛着形成阻害・育てにくい子など）

であること、の4つの要素をあげている³⁾。また、厚生労働省の「子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）」では、その発生要因について、①保護者側のリスク要因、②子ども側のリスク要因、③養育環境のリスク要因、④その他虐待のリスクが高いと想定される場合の4つがあげられている⁴⁾（表1）。

表1. 児童虐待のリスク要因

<p>①保護者側のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 望まない妊娠・出産や若年の妊娠・出産であり、妊娠・出産を受容することが困難な場合 ・ 妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児の受容に影響が出たり、妊娠中又は出産後の子どもの長期入院により子どもへの愛着形成が十分に行われない場合 ・ 母親が妊娠、出産を通してマタニティブルーや産後うつ病等精神的に不安定に陥っている場合 ・ 攻撃的・衝動的であることや、精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存等 ・ 保護者自身が虐待を受けて育ち、現在に至るまで適切なサポートを受けていない場合 ・ 保護者が精神的に未熟である場合 ・ 保護者の特異な育児観や強迫観念に基づく子育て、あるいは子どもの発達を無視した過度な要求 等
<p>②子ども側のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 乳児、未熟児、障害児など、養育者にとって何らかの育てにくさを持っている子ども等
<p>③養育環境のリスク要因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未婚を含むひとり親家庭 ・ 内縁者や同居人がいて安定した人間関係が保てない家庭 ・ 離婚や再婚が繰り返されて人間関係が不安定な家庭 ・ 親族などの身近なサポートを得られない家庭 ・ 転居を繰り返す家庭 ・ 生計者の失業や転職が繰り返される家庭 ・ 夫婦の不和 ・ 配偶者からの暴力（DV） 等
<p>④その他虐待のリスクが高いと想定される場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠届が遅いことや母子健康手帳の交付を受けていない、妊娠中に妊婦健康診査を受診しない等の胎児及び自分自身の健康の保持・増進に努めないこと

- ・ 飛び込み出産や医師や助産師の立ち会いがない自宅での分娩、出産後に定期的な乳幼児健康診査を受診させないこと
- ・ きょうだいに虐待がある場合
- ・ 関係機関の支援を拒否する場合

引用・参考文献4) 厚生労働省、子ども虐待対応の手引き（平成25年8月改正版）より作表

保護者側のリスク要因としては、身体的・精神的に健康ではない状態や、望まない妊娠、妊娠を受容できないなど、妊娠・出産について否定的である場合があげられる。そのため、妊娠中から心身の状態だけではなく、保護者の意思や今後の生活、出産に向けた準備などを把握しておく必要がある。

子ども側のリスク要因としては、低出生体重児や、障害があるなどの育てにくさがある子どもであることが多い。特に発達障害は、育児が難しく、保護者のストレスは甚大であるうえ、保護者の育て方やしつけが悪いなどと子育てを責められ、育児不安に陥るなど、虐待を誘発しやすいリスクファクターとの指摘もある⁵⁾。障害の受容に関しては、専門職が保護者に寄り添いながら、現実を受け入れることができるように支援をする必要がある。

また、早期に適切な医療や療育につなぐことで保護者の負担も軽減されることから、適切な社会資源を紹介していく必要もある。地域では、子育てサークルだけではなく、さまざまな育児に関するグループが存在し、活動をしている。このような活動によって、専門職からの助言、指導ではなく、同じような立場の者同士で、情報交換をし、安心した環境で思いを表出することができ、肯定的に子育てに参加することができる。

養育環境のリスク要因としては、家庭の経済的困窮と社会的な孤立が大きく影響している。孤立した家庭は育児に関する情報が不足しており、情報にアクセスできないため、適切な社会資源やサポートにつながりづらく、虐待のリスクをさらに高めると考えられる。そこで、自ら情報にアクセスすることが困難なため、家庭訪問や健康診査等の際に保健師等の専門職が情報発信をしていく必要がある。

III. 児童虐待における精神保健福祉士の役割

1. 家庭内の問題へのアプローチ

児童虐待の問題は、家庭内で抱え込んでしまい、地域社会から孤立することによって、適切な支援に結びつくまでに相当の期間が経過していることが少なくない。そして、このような問題が適切な支援につながりにくい要因には、家庭という密室性に加え、家庭内の問題を外に持ち出すべきではないといった家族の意識の問題や、問題が公になることで家族メンバーの社会的・経済的な安定が損なわれるのではないかとといった不安があることが考えられる。そのため、問題の発生予防や早期発見には、関連する問題に関して広く地域住民に啓発する機会を設け、新聞や地方公共団体の広報誌やウェブサイト、リーフレットの配布を通して、相談窓口の周知や支援の仕組みを知らせる取り組みが重要となる。また、医療機関の

職員や教師、保育士、民生委員・児童委員など、多様な関係者が家庭内の問題に気づけるように、関係者を対象にした研修会などを開催し、精神保健の視点から問題の現状や援助技術を伝えることも家庭内の問題を相談する機関に求められる活動といえる。このように精神保健福祉士には、普及啓発にかかわる活動の事務局としての役割や、関係者に対して当該問題の社会的背景や支援にかかわる制度・援助技術などを伝える役割が求められる。

さらに、当該問題に迅速に対応するためには、関係機関による対策会議を定期的で開催するなど、必要な情報の共有と関係者間のネットワークの構築が不可欠である。加えて、特定の問題だけではなく、広く地域の精神保健にかかわることを協議する場を設定することなども新たな問題の発見や早期対応に有効である。

また、児童虐待に関しては、児童相談所が調整を行うとともに、精神保健福祉士は、所属機関の連絡窓口や当該会議において精神保健福祉の視点から意見を述べるなどの役割が求められる。家庭内の問題にかかわる定期的あるいは集中的な相談窓口が、地域の状況に応じて設置されている。さらに、児童虐待の相談窓口も住民に身近な市町村に設置されるようになってきている。よって、精神保健福祉士はそのような相談窓口に対して積極的なかわりをすることが求められている。

心の健康づくり等の総合的な相談窓口では、ストレスや心の不調の訴えから、家庭内の問題にかかわる相談につながることも少なくない。保健所や精神保健福祉センター等では、乳幼児健診や保健師の訪問を通して家庭内の問題が明らかになることもある。精神保健福祉士等の対応する職員には、クライアントの訴えを家族や地域、さらには社会全体との関係性のなかでとらえると同時に、面接場面での様子や心身状態の観察も重要となる。

このように精神保健福祉士には、保健師等の多職種と協力して問題の早期発見に努め、対象となる家庭の生活相談や社会福祉制度の利用を支援するとともに、関連する機関間との連絡調整を行う機能が期待されている。

また、児童虐待防止法では、児童の福祉に業務上関係のある団体や児童の福祉に職務上関係のある者に対して、以下を規定している。

- ・ 学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。(法第5条)
- ・ 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。(法第6条)

児童虐待被害者への対応は、通報や保護のそれぞれの法律を踏まえつつ、生命の安全に細

心の注意を払うことが必要である。さらに、適切に対応するためには、相談を受けた担当者だけで判断するのではなく、組織的に被害者にかかわることが重要である。

児童虐待の被害は、医療機関では暴力による傷の治療で受診した際に、また保健所等では乳児検診や妊産婦健診の際に、その児童の状態に気づき発見されることもある。加害者である保護者が付き添ってきた場合には、被害者と思われる人が事実を話しやすい環境をつくるために、治療を必要とする本人だけを診察室に入れるなどの配慮が必要である。さらに、顔や体の傷やあざなどから暴力による被害が疑われる場合には、子どもから無理に聞き出すのではなく、答えを誘導するような質問は避けつつ、どのように傷を負ったのかをできるだけ本人の言葉で語れるようにすることが重要である。

また、相談を受けた際に、被害者への詰問、他者との比較、支援者の価値観の押しつけなどは、被害者に二次被害を与え、支援から遠ざけてしまうために避けなければならない。被害者によっては、自分が受けている行為を「しつけ」や「愛情表現」などととらえ、暴力だという自覚がない場合もあることから、相談の流れに応じて暴力に関する情報提供も必要となる。

さらに、加害者自身が暴力を振るってしまうことを後悔し、相談に訪れることもある。その際には加害者を一方的に非難するのではなく、その訴えを傾聴し、育児や生活上の困難といった暴力に至る背景を把握し、問題を解決するために、被害者の安全の確認と、家庭への支援を受け入れるように働きかけることが重要である。加えて、児童虐待について語られた際には、勇気をもって話してくれたことをねぎらい、児童相談所といった専門の相談機関へとつないでいく。

2. 保護者の精神保健に関する問題へのアプローチ

自身が精神保健の問題を抱えながら、子どもを養育している保護者等が存在している。また、虐待した親に「精神障害」ないし「心理的・精神的問題」がみられる事例が指摘されている⁶⁾⁷⁾。その際に当事者は、自身の子どものことを相談する機関や支援者がわからぬままであるとともに、子どもは保護者の困難がどこから来ているのかよくわからないことから、生活のしづらさをともに抱えていくことになってしまう。さらに、保護者の罹患がわかったとしても、その対応の仕方は日々のなかで「問題なく過ごす」ことに終始することが多く、子どもたちは誰にも悩みを言えず、そしてさまざまな形で行動化する。そして、学校教育の現場では、子どもたちの不登校などの問題に対応していく際にそれらのことを知り、教員はどのように対応したらよいのかわからぬまま時間が経過してしまうことも少なくない。つまり、子どもの問題行動に対応する際には、家庭の協力が不可欠であるが、それをどこまで求めてよいのか、あるいは、保護者の罹患の影響で問題行動が出ていると考えられる場合、どのようにすればよいのかわからないという問題が存在する。

このように、母子保健、児童福祉、教育や保育などの現場において、養育上の支援を必要とする子どもの保護者に何らかの精神保健に関する問題がみられる家庭は少なくない。た

だし、このような家庭とかかわっているのは、各領域の専門職であり、必ずしも精神保健福祉士とは限らない。しかし、これらの現場の困難感や負担感は大きく「自分がかかわってよいのか」という躊躇が伴い、さらに精神保健医療福祉との連携が乏しいこともあり、積極的な支援にはなりにくいという特徴がある⁸⁾。さらに、これらの現場では、その問題が認識されながらも、保護者が医療や福祉につながらず、また精神保健医療福祉との連携が十分でないため、児童虐待への対応機関はきわめて困難な状況に追い込まれている。そして、精神保健上の問題の多様性や多くの未受診者の存在を考えると、その子どもの数は医療機関や各種支援機関等が出会う精神保健上の問題を抱える保護者をはるかに超えると推測される。

また、精神保健福祉士には、ネグレクト等の児童虐待を予防する支援に向け、子どもがヤングケアラーとなることを踏まえて、家庭の状況をアセスメントし、ヤングケアラーの子どもを早期発見することが期待されている⁹⁾。そして、早期発見により、支援の必要な子どもと精神保健上の問題を抱える保護者を早期対応につなげることができ、子どもが権利侵害やネグレクト等の虐待の状態に置かれることを防ぐことが促進されると考えられる。

また、子どもがヤングケアラーとはいえない場合であっても、子どもがさまざまな段階で家庭のケアをしている可能性がある。精神症状は動揺性があることから、子どもは精神保健の問題を抱える保護者の体調に応じ、家庭内のケアを引き受け、自身の教育の機会や生活に影響を受けている。そこで、精神保健福祉士は、精神保健の問題を抱える保護者とかかわる際、保護者が良好な状態を保つために必要な支援を行うことが求められる。また、保護者が体調を崩して一時的に家庭内の仕事をこなせない場合には、ケアが子どもの負担となっていないか否かを保護者とともに考え、子どもの負担を軽減するために必要なことや保護者の病状を回復するために必要な医療・福祉サービスを調整する支援が期待される。さらに、子どもが教育等に関する支援を必要としている場合には、スクールソーシャルワーカー等を通じて、学校と連携していくことも考えられる。

IV. おわりに

現代の家族は、ひとり親世帯、事実婚、養子縁組、国際結婚など多様な形が広がっており、子どもや家庭が抱える精神保健にかかわる問題も多様で複雑なものとなっている。このような問題のなかには、既に公的な相談支援制度・サービスが整備されているものや全国規模で活動する自助グループや支援団体が存在する場合もあるが、地域により偏在している。

精神保健福祉士には、児童虐待という喫緊の課題や制度の狭間に落ち込んでいる人々の把握を行い、問題の発見と社会に課題を提起する役割が期待されている。また、自助グループや住民組織の取り組みを牽引し、課題への対応を行政の施策に反映させるなど、新しい社会資源を開発するといったソーシャルアクションも、子どもや家庭内の問題に対応するための重要な活動であると考えられる。

精神保健福祉士による児童虐待への支援を促進するためには、虐待問題に関する認識の共有や当該問題に対する支援技術の向上を図る必要がある。児童福祉をはじめとする関連領域との情報共有や連携の方法の模索、研修に児童虐待に関する内容を盛り込むことなどは、日常業務や職能団体等の活動を通して取り組めると考えられる。また、精神保健福祉士の養成課程を通じて、子ども家庭福祉分野において活用できるソーシャルワークの知識や技術を学べるようにすることも重要なことである。

引用・参考文献

- 1)厚生労働省．令和元年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数<速報値>． p. 1、 p. 3.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000696156.pdf>
- 2)警察庁．令和元年中における少年の補導及び保護の概況． p. 65, 69, 71, 72 .
https://www.npa.go.jp/safetylife/syonen/hodouhogo_gaikyou/R01.pdf
- 3)厚生労働省．健やか親子 21 検討会報告書－母子保健の 2010 年までの国民運動計画－.
https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html
- 4)厚生労働省．子ども虐待対応の手引き（平成 25 年 8 月改正版）． pp. 26-28.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf
- 5)門真一郎．発達障害と虐待－情緒障害児短期治療施設でのケア．世界の児童と母性． 1999, vol. 47, pp. 32-34.
- 6)吉田敬子、長尾圭造．養育者に精神疾患がみられる場合の虐待事例への支援－支援スタッフに潜む問題と周産期からの予防．子どもの虐待とネグレクト． 2008, vol. 10, no. 1, pp. 83-91.
- 7)社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会．子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第 16 次報告）． 2020. p. 48, 52.
- 8)松宮透高、八重樫牧子．メンタルヘルス問題のある親による虐待事例に対する相談援助職の認識－児童福祉と精神保健福祉における差異を焦点として－．社会福祉学． 2013, Vol. 53, no. 4, pp. 123-136.
- 9)森田久美子．ヤングケアラーの視点から考える子ども虐待にならないための支援．精神保健福祉． 2020, vol. 51, no. 4, pp. 328-332.

社会福祉学科研究紀要 編集規程・投稿規程・執筆要領

編集規程

1. (名称) 本誌を本学社会福祉学科の機関誌『名寄市立大学社会福祉学科研究紀要』と称する。
2. (目的) 本誌を原則として、本学科所属教員及び本学科非常勤講師の論文等の発表にあててる。
3. (発行) 本誌を原則として1年に1号発行するものとする。
4. (投稿) 投稿は所定の規程に従い行う。
5. (編集) 本誌の編集は、本学科長を委員長とする編集委員会が行う。
6. (掲載) 本誌への掲載の可否は編集委員会が決定する。
7. (事務局) 編集委員会事務局を本学科におく。

投稿規程

1. 投稿者は、本学科所属教員及び本学科非常勤講師であることとする。ただし、共同執筆者はその限りではない。本学科学生が投稿する場合は、卒業研究担当教員を筆頭者とする。
2. 論文、研究ノート、調査報告、実践報告、資料解題、書評等を、本学科教員及び本学科非常勤講師が自由に投稿することを原則とする。
3. 投稿する原稿は未発表のものに限る。
4. 投稿の締め切りは編集委員会が設定する。
5. 投稿論文等の掲載の可否は、編集委員会で審査の上、決定する。
6. 投稿時には印刷した原稿3部、掲載決定通知後には印刷した最終原稿1部と原稿ファイルを保存したUSB、CD-R等の媒体を編集委員会事務局に提出する。
7. 投稿された原稿及び提出媒体は返却しない。2年間保存の上、廃棄する。
8. 投稿論文等の審査結果に不満がある場合は、編集委員会に文章で申し立てすることができる。また、その他に編集委員会の対応に不服がある場合も、編集委員会に申し立てすることができる。
9. 本規程の改廃は、編集委員会で検討し本学科会議の承認を経て行う。

執筆要領

1. 本誌には、特集、論文、研究ノート、調査報告、実践報告、資料解題、書評、研究動向等の欄(区分)を設けるが、原則として投稿者が欄(区分)を自由に選択し投稿するものとする。
2. 投稿原稿の分量は、図表、注、引用・参考文献リストを含めて6頁を下限とする(縦置きA4版、1頁40字×40行、1,600字)。

3. 投稿原稿の執筆にあたっての留意事項

・原則としてパソコンで作成する(縦置きA4版用紙に横書き、40字×40行=1,600字、余白は上下左右とも3cm、本文のフォントは明朝・11または10.5)。

・投稿に際しては、印刷した原稿3部に表紙をつけ、表紙には(1)タイトル(論文の場合は英文タイトル併記)、(2)原稿の種類、(3)所属・氏名(執筆者全員)、(4)和文抄録(400字以内)、(5)キーワード(5語以内)を記載する。なお、原稿3部のうち、2部の原稿については、(3)の記載は除外するものとする。また、原稿の種類は、原則として執筆要領1に記載の欄(区分)から投稿者が選択する。

4. 掲載決定通知後の最終原稿は、次のとおり作成し提出する。

(1)表紙、本文、注、引用・参考文献リストは、ワード形式でファイルに保存する。なお、原稿には頁数を記入しない。また、ファイルは編集委員会が開けるようにしておく。

(2)図表は、原稿に貼り付けそのまま原稿ファイルに保存するか、原稿に貼り付け箇所と必要スペースを明示し、別途、図表ファイルに保存する。なお、特別な作図等が必要な場合には自己負担を求めることがある。

(3)印刷した最終原稿1部と(1)と(2)のファイルを保存した媒体を提出する。

5. 文書の形式は、口語体、常用漢字を用いた新かなづかいを原則とする。

6. 投稿原稿に利用したデータや事例が研究倫理上の配慮を必要とする場合は、必要とされる手続きを経ていることを本文または注に明記する。