



児童虐待防止全国ネットワーク 第25回シンポジウム

「メンタルヘルス問題のある親による子ども養育世帯への支援を考える」

報告書

主催：児童虐待防止全国ネットワーク（子ども虐待防止オレンジリボン運動総合窓口）

後援：内閣府、厚生労働省、文部科学省、一般社団法人日本子ども虐待防止学会、
公益財団法人SBI子ども希望財団、読売新聞社、他

日時：2017年1月22日（日）13時00分～16時40分

会場：星稜会館（東京都千代田区永田町2-16-2）

1. 開会あいさつ

吉田恒雄（特定非営利活動法人 児童虐待防止全国ネットワーク 理事長）

今回のシンポジウムでは、メンタルヘルスに関する問題を取り上げる。実際のケース対応の中で、メンタルヘルスに課題を持った親に対する対応が難しいという声がある。親子分離をするほどではないが、どう入っていくべきか分からない。親の方もなかなか指導に応じてくれないという状況が続くことで、子どもが少しずつ問題を起こしていく姿を見つつも、手の打ちようがない現状にある。

児童虐待で言えば、圧倒的に在宅指導が多い。そんな中で、メンタルヘルスに問題を抱えた家庭をどう支援したらよいかということで、今日はこの問題を深く研究されている、県立広島大学の松宮先生に基調講演をしていただく。シンポジウムでは精神科の金井先生。そしてメンタルヘルス問題を抱えた家庭にある「子ども」をどう支援したらいいか、研究と子ども支援の活動をしている土田先生。そして児童福祉施設の立場から、土橋先生にお話しいただく。また、在宅支援で中核的役割を果たす市町村での虐待防止の経験豊富な笹井先生にもご登壇いただく。この方面で第一人者の方々ばかりをお迎えしてシンポジウムを開催する。

この問題はまだまだ緒に就いたばかり。こうした問題があることを世の中に広く認知してもらう必要がある。これをもとにして、今後どう対応していくのか、制度改善の必要性などについて議論することが次のステップとなる。今日はそのスタート、キックオフということでこのシンポジウムを位置づけている。皆さまのご協力により実りのあるシンポジウムにしたいと思う。

2. 基調講演

松宮透高（県立広島大学保健福祉学部准教授）

「メンタルヘルス問題のある親による子ども虐待 ―その実態と支援課題」

私はもともと精神科のソーシャルワーカーをしていて、現場時代には子どもの問題をそれほどメインで見てきた訳ではなかった。子どもを育てている患者さんは多くいたが、そこに対する支援をきちんとしてきたかという点、不全感が残るといふか、たくさん問題を感じている。例えばアルコール依存症患者の家族に対して、その子どもは家庭のガタガタの状態を見ているはずなのだが、子どもがそれをどう見て感じてきたのか、その後どういふ印象を残すのかなど、心の中ではチクチクとしたものを感じていた。病院としては、入院の時には家族はワッと来るが、その後は縁は切れる。そういう状況の中で、子どもたちの内心の葛藤に、気づいていながらも手が出せなかった自分というものをずっと思っていた。

10年ほど前からこの問題を追いかけているが、今日登壇する4人の方は私の調査で大変お世話になった方たちである。今日はその各論という点で語っていただく。私は前段として、メンタルヘルス問題のある親をどう支援していかななくてはいけないかを、特に「虐待」といふ現象をもとに、今まで調査してきたことを紹介したい。

●先行研究

虐待をしている親に様々な心の問題があるという指摘をする先行研究はたくさんある。

例えば有名な、「第10次報告」がある。「子ども虐待による死亡事例検証」を毎年厚生労働省が報告するのだが、2014年に出された第10次報告では、「精神疾患のある養育者事例」が特に強調して書かれており、随分参考にした。

山野良一先生は、同じ死亡事例検証でも、「生活問題」にも着目している。例えば生活保護が21%、非課税世帯が37%と、子どもが死亡した家庭のおよそ6割が生活困窮家庭であり、約4分の3(73%)のケースで、地域からも孤立していることが指摘されている。

北海道大学の松本伊智朗先生はこのようにも言っている。「児童虐待の発生要因には、貧困を基底として、子どもの障害や不登校、養育者の精神疾患や障害、家族関係の変動やDV、社会的孤立など、諸要因が複合して形成された家族の生活困難がある。そのため予防に際しては、家族の生活基盤の強化、障害や精神疾患などへの対応、諸要因の複合と連鎖を断ち切るためのソーシャルワーク、機関連携の実質化が重要となる」。この「実質化」といふのがみそで、もう何十年も前から「連携」は言われており、実際に行政が入って色々な福祉の人を呼んでおり、連携がない訳ではない。しかし形骸化したものではなく、皆が主体的に身を寄せ合っていくような実質化でないとダメだ、と指摘しているのである。

つまり、確かに現象を見れば、メンタルヘルス問題を持っている親が虐待しているという事実は多く見られる。だが、メンタルヘルス問題は生活問題とセットであり、どちらが卵でどちらが鶏かは分からない。そのため、今日は病気が治れば虐待をしなくなることを前提とした話ではなく、4人の先生方も基本的にはその前提でお話しをするだろう。けれど、メンタルヘルス問題は欠くこと

のできないひとつの要因であり、これをどう捉えていけばよいか。これが今日のメインテーマである。

●精神障害の概念のバラつき

これまでの先行研究では、虐待とメンタルヘルス問題に関係があることはたくさん指摘されているが、論文や立場によっても、概念にかなりバラつきがある。

例えば、「精神障害」の概念も、ソーシャルワークの世界の人、福祉系の人からすると、障害者年金をもらう人、障害者手帳を持っている人、というイメージがある。ところが精神・医学の世界では、例えば呼吸器障害というのは疾患のことを指す訳で、「障害」という概念の訳し方は、業界によって随分違う。

「統合失調症」という言葉を作った、京都の精神科医、高木しゅんすけ先生が、「もう一度『疾患』に戻さなければだめだ」とおっしゃっていたがその通りかもしれない。「障害」というと、グローバルで、皆が関わっていけるようなイメージがあるが、実は領域によって少しずつ用法が違うので混乱を招いている。文献によっても、「精神障害」の概念には、障害、疾患、性格傾向など混在しており、数字にもかなりバラつきがある。今日の私の発表の中では、あえて「メンタルヘルス問題」と大括りをする。知的障害も、アルコール依存症も、発達障害も、ここに入れさせていただき、「心の苦悩を抱えている人たち」という括りのイメージで進めたい。

特に福祉の領域では、「心の問題」に関わると、医学との接点が出てきて、「よく分からないもの」と思われることも多い。「分からないから近づかない」人が多く、そのことで起こる悲劇もたくさんあるため、今日は、福祉（児童福祉）と医学（精神保健医療福祉）と手を携えることで、「生活支援」で一緒にやっていけることがあるということを伝えたい。

●調査研究の紹介

全国の施設でアンケートによる実態調査を実施。エリアを区切り、すべての入所児童全員の、家族構成、親の精神疾患、経済状態など項目ごとに記入してもらった。それにより約 1000 人のこどものデータを取った。

その他、児童相談所、児童家庭支援センター、児童福祉施設（養護、乳児、情短、自立など）の FSW（ファミリーソーシャルワーカー）、日本精神保健福祉士協会（病院勤務の精神福祉士）を対象にした全国調査も実施し、この問題に対する認識の比較を試みた。

当事者（通院経験者、入院経験者で、かつ子どもの養育上の問題が生じた親）へのインタビューも実施。なかなか業界にいないと難しいところを無理を言ってお願いし、すでに回復した方たちに協力を仰いだ。

これにより、全国的には非常にお寒い状況ではあるが、進んでいるところはかなり進んでいることも分かった。先駆的な支援活動をしているところを全国訪問し調査を進めた。

特に、要保護児童対策協議会（要対協）の調査、また、ACT（アクト）という、訪問看護ステーションなど、医者、ソーシャルワーカー、作業療法士、看護師、保健師など多職種での家庭訪問を通して、入院しないでも重度精神障害者のサポートができる試みがあり、全国で 20 件以上とその活動が増えている。ここにも調査に行った。

その結果、要対協との連携がうまくいっており、かつ家庭訪問型で、精神科にびっくりしないスタッフが日常的なサポートをすると、かなり上手くいくことを実感した。そのことを全般的にはどう捉えるか分からないため、要対協スタッフの研修としてお話しする代わりにアンケートを実施。これが現在実施中の、「全国要対協メンタルヘルスリテラシーの調査」で、今、回答が戻ってきている最中である。

私の立場でできることは、研修プログラムを作って、まずは「認識を共有する」ことである。一緒にテーブルにつくために、同じ言葉で理解できるものを作る。これが大事。さらにその妥当性を検証して、いい形のものを作りたい。例えばテキストを作ったり、全国の要対協スタッフは必ずこの研修を受けなければいけないなどの位置づけをしていただくなど。

このようなことをやって分かってきたことを大急ぎで伝える。

●知見1「メンタルヘルス問題はやはり子ども虐待とつながっている」

中国地方の5県すべての児童養護施設、約1000人全員のデータの比較より。

「親に精神的な問題があるかないか」で括った時、「明瞭にある」「ない」「分からない」で回答してもらった。その結果、施設種別によっても異なるが、平均的に、45.6%、つまり子どもが100人いたら45～46人が「親に何らかのメンタルヘルス問題がある」という結果になった。うち約7割が医療情報として正確な情報で、残り3割が未受診で病名もついていないが、どう考えても何かあるとFSWや児相が捉えている数字である。そのため完全な医学的判断を受けていないので、施設から見た印象でしかないことを付け加えておくと、2人に1人に近い数字で、メンタルヘルス問題があることが伺える。特に被虐待児という括りでデータを取ると、約7割となった。

親のメンタルヘルス問題の内訳については、施設の職員が医療情報に基づかず答えているものも含まれるのでバイアスがかかっており信頼性は低い。ただ、これについてはきちんとしたデータがどこにもないのが実情で、確実なデータを出すには虐待ケースの親全員に確定診断が出るまで精神科に通ってもらわなければならない。それは未来永劫無理である。そのためこれは絶対に独り歩きさせてほしくないデータではあるが、ただし、他の研究者が行ったどの調査でも似ていることが言える。「うつ」が一番多いのである。（「うつ状態」も含んでいるため必ずしもうつ病とは言えない）。また、「統合失調症」は他のデータでも1割ほどである。福祉関係者が「精神障害」と言う時の双壁としては「統合失調症」と「感情障害」が一番多いが、実際には虐待親のメンタルヘルス問題には未受診や暗数が多いと考えると、実はこれも怪しいと言える。「精神障害がある親が虐待をしている」という言葉の流布は、「統合失調症の親が虐待をしている」というずれたイメージになり危険である。そのためできるだけ「精神障害のある親」という言い方については、他の表現を考えたいと思っている。

●知見2「子ども虐待の対応機関にメンタルヘルス問題のある親への支援機能は乏しく、困難感やストレスが高い」

以上、親のメンタルヘルス問題の内訳には暗数がたっぷりあり、現場でも困っている。何があるのか分からないけれど、何かがあると思って付き合っているため、大変難しい。

児童相談所では緊急介入する時に親の病名まで分からないことがある。入所してしばらく付き合

ってから何かがあることが分かったり、虐待の事実さえ入所後に発覚することがかなりある。

ということで、実は非常に手探りの状態で福祉現場はこういう子どもたちと付き合っており、面会や外泊を通して親と付き合っていく。職員の人数はたいして増えない中で、国からは家庭復帰やアフターケアまで児童福祉施設に求められるため、今後はさらに親との接点が増えていくと思うが、どういう親か把握できず、付き合い方が分からないまま対応することになるので、支援者にとってはストレス、負荷が高い。支援者の7割が困難やストレスを感じながらやっている状態で、支援に積極的になれるだろうか。やらねばならぬことはやるかもしれないが、「気になるから」と対応までするかと言えば、非常に難しいだろう。

●知見 3 「児童福祉機関・施設と精神保健医療福祉機関との連携が乏しい背景の一つに、認識の差異がある」

精神科のソーシャルワーカーと児童福祉施設のソーシャルワーカーでは、同じ領域にいるにも関わらず、かなり認識が違うことがはっきりした。連携するには認識を共有した方が上手くいくと思うが、これができていないことも分かった。

例えば、児童福祉系のワーカーは虐待に関する研修を多く受けているが、メンタルヘルスに関する研修を受けていない。逆に精神科のワーカーは、メンタルヘルスに関することは得意だが、子どもの虐待の研修を受けていない。現場でそういうケースに出会って、テーマだと思っている人は積極的にやるけれど、そうでない人はそんなでもない。

また、特に老舗の病院には長期入院の患者がいて、子育てどころか産んでいない人が多く、「精神科の患者が子どもを虐待するなんてことあるか」という風に認識されている。一方、クリニックのワーカーだと「多いですね」という認識である。やはり医者も精神保健福祉士も、研修のチャンスが少ないと、自分の職場で見えているものがすべてとなってしまう。

*支援者の関心・経験と認識

「うつ状態でセルフネグレクトにある親が、子どもの世話ができていない。これはネグレクトであるか」という4段階評価の問いを5つ並べた結果、全問題に有意差が見られた。

平たく言うと、精神保健福祉士は有意に「虐待ではない」とする傾向があった。精神保健福祉士はそういった親たちを、「世間で差別や偏見にさらされてきた精神障害者たち」として、頑張りを評価し、可能性を信じ、人権の観点からも必死に支援している。そのため外部から子どもを虐待していると言われれば、さらにレッテルを貼るのかと反発したくなるのである。しかし実態を見れば大変なことで、自分の認識だけでやっていたら事故が起きる。

一方、児童福祉の世界ではクライアントは子どもであり、「理由の如何を問わず子どもが不利益を被っていれば虐待である」という研修を受けている。精神疾患者の支援をするソーシャルワーカーたちは、「病気のせいにせよ、障害のせいにせよ、育てやすい暮らしを信じて支えていくのが仕事である」と思っている。どちらも熱心に支援しているワーカーであり、代理戦争をやっているも事故は防げず、お互いが不幸になる。だからこそきちんと認識を一つにして、やるべきことはやる。日本の精神保健医療の人たちには、認知症でベッドを埋める方向ではなく、子どもの問題に手をかけてほしい。それについては医療費の点数化とされたらかなり流れが変わるのではないかと思っている。

*精神保健福祉士との連携および認識

最近発表した研究で、要対協の幹部級のスタッフ、実務者委員のスタッフ、個別ケースで呼んでもらうという方たちの3段階に分けて、それぞれ、「親にメンタルヘルス問題がある家庭の支援をしたことがありますか？」と質問をした。すると、「経験がある」と答えた人は、5点満点中、幹部級で2.0、実務者委員で3.0、個別ケースでは恐らく現場の人が多いため3.7となった。つまりマネジメントする立場の人が一番遠くにいることが分かる。プロが一番上のリーダーをやってくれないと下の人は動きづらいが、要対協は行政にとって割と新しく始まった業務なので、どうしても旗振り役にこの世界から一番遠い人が座らざるを得ない。一方「精神保健福祉士は不可欠」との回答は4.1と高く、精神保健福祉士が関与してほしいという意識は皆持っているにもかかわらず実際の連携経験は2.5と低い。なおかつ立場によってきれいにグラデーションがつくほど認識に差が出ることを紹介しておく。

●知見4「見通しと支えを欠いたままの家庭復帰支援促進」

「家庭復帰支援」については、「家庭支援専門相談員（ファミリーソーシャルワーカー）」が児童福祉施設には配置されているが、実はその多くが保育士である。施設の中で一番よくものが分かっていて子どもの世帯を知っているのは、長くいる保育士だ。実際にはソーシャルワーカーの基礎教育を受けた人がファミリーソーシャルワーカーをやっておらず、なかなか名が体を表わしていないということがあるのだが、このファミリーソーシャルワーカーが家庭復帰をするかどうか、働きかけの大きな役割を担っている。ここに児童相談所の担当の司さんが加わり、施設と一緒に考えて、家庭復帰支援の対象を絞り込んでいくのだと思うが、実は、家庭復帰支援の対象になるかどうかで言うと、かなり明確な有意差で、メンタルヘルス問題のある親がいる世帯は「家庭復帰は困難」と認識されている。加えて、「そのための特別な対応はしていない」という率も高い。つまり、無理だと思ってたいしてプッシュもしていないのである。しかし私の調査では、入所総月数を比較すると、メンタルヘルス問題がある群とない群とでは有意差がなかった。どうしても納得いかなかったので現場に聞きに行ったところ、結局、新規のケースを取るためには出していけないといけないのだが、その時「今、落ち着いている人」から考える。おまけに強制的な分離でなければ、理由が立たなくなってきた時、親元へ返すしかないということがあるという。

これについては西澤哲先生が「未熟な再統合」という言葉を使っている。返すまでは落ち着いている親も、子どもが返ってきて子育てをするのは大変なストレスである。メンタルヘルス問題においてストレスが新規にかかるというのは大変なこと。最初は親子で過ごせるということでHappyだと思うが、段々親の負担感が増していき、不調になっていく。もし子どもを返すのであればサポートも一緒についてこなければダメであろう。実際に再統合ケースでたくさん子どもが亡くなっているが、恐らく、返したから亡くなったのではなく、返したことで親の負担が増したから亡くなったのだと思う。だから家庭復帰を本気でやるためには、長期的な支援システムが必要なのである。

また、親と住めることは子どもにとってもよいことかもしれないが、子どもがヤングケアラーになる可能性がある。ヤングケアラーとは、若くして親の世話をせざるを得ない立場に置かれた子どもたちのことである。現場では、子どもが親の世話やSOSを出す力を期待して親の元に返すことも起こる。子どもは当然、親が好きで大事にしたいと助けるが、一方で、子どもが自分の発達を果たす

べき大事な時期に、親の世話で心的エネルギーを相当に取られてしまうという、よい面と悪い面とがあることを考えなければならない。

子どもの話を聞く、子育て支援が入るなど、子どもが親と一緒に暮らすために、何らかの外部からのサポートが当たり前のように入るシステムを作らないと、子どもも苦しいことになる。子どもだけに任せて終わってはいけない。一緒に生きていくためにはやはりサポートもついでこなければならぬ。

●知見 5 「先駆的支援活動にみる、メンタルヘルス問題への対応機能とチームマネジメントの重要性」

活発に活動する要対協には共通点がある。まず、NPO や施設、私立の病院など、民間の、いわゆる行政職員ではない人たちが積極的に参加している。かつ、ソーシャルワーカーがいる。やはり「生活」から入っていくスタッフがいるのは大事である。「病理」から入るとどうしても慎重になる。「生活」を整えることに心を砕くスタッフがいるといたないとではチームの活力が違う印象がある。

例えば沖縄県糸満市は、市を上げて応援し、退職保健師や退職保育士で NPO が作られたり、保育所へスクールソーシャルワーカー派遣されたりしている。さらにそれが発展し、家庭訪問も委託している。NPO の人たちは精神科のプロではないので、背後にスーパーバイザーとして精神保健福祉士を抱える。また、地元の要対協の実務者会議の委員長に民間の精神科病院のソーシャルワーカーを据えている。このように医療を巻き込むことで医者が地域貢献として協力してくれるようになるのは大きい。

また、要対協をコアに、地域の子ども関連の組織をすべて要対協の外郭機関にしてしまったのが大牟田市である。要対協は「まちづくり」の機関であるとして、要保護児童は児童相談所が担当し、要支援家庭の支援を中心にする。「孤独な母親を産まないことが一番の予防」と、色んな子ども・子育て関係の民間団体を要対協に組み込んで、広がりある支援を実施している。ここも児童養護施設のソーシャルワーカーを要対協の委員長に任命している。

そして北海道浦河町の「べてるの家」。当事者研究や応援ミーティングの名目で、当事者の力の発揮を非常に重視してきた町。ここも病院のソーシャルワーカーが要対協の後援をしている。要対協ができる前から地域で同様のことをやってきており、まさしく精神疾患の親だけである。全国から統合失調症のある人が集まってきて、皆で講演して、本を書いて、喫茶店を運営し、昆布の通信販売をして年間売り上げ 1 億円という事業をやっている。

そして横浜市。フロア全員が何らかの資格を持つ専門職の集団で、かつ児童精神科医が 4 つの児童相談所すべてに配置されていて、民間のクリニックでグレーゾーンの親が 10 回の無料診察が受けられるようカウンセリングを委託している。

これらの要対協には前述したように、医者や精神保健福祉士、心理司など、メンタルヘルスの専門職が必ず参画しているのが特徴である。

またもうひとつ、うまくいくところはチームマネジメントを大事にしていることが言える。チームワーク、あるいはひとりひとりのスタッフのケアをすごく大切にしている。カンファレンスでも深刻な話を本当に楽しそうに「笑って」やっていると言う。クライアントのことを笑うという意味ではなく、「笑って、しんどさを語れる」こと、自分が今何に困っているのかを率直に語れるチーム

を作ることが大切だということを教えてもらった。

●なぜ、精神保健福祉と児童福祉の連携はうまくいかないのか？

基本的に上手くいかないようにできているというか、構造的な原因がある。つまり舞台が悪いのである。舞台を整えなければ全国一律での底上げなど起きない。

山野則子先生が、なぜ要対協は上手くいかないのか、形骸化するのかという論文を書かれた。それによると、世間が行政や民間を責任追及し「針のむしろ」状態となった時、そのような圧力の中でチームがどちらの方向に行くか。押し付け合いや責任転嫁、やるべきことしかやらないなどの「閉鎖の連鎖」の状況になるか、皆が気になるから動いてみる、自分の考えについて他のメンバーに意見を求めるなど、皆が寄り合う「内発の連鎖」になるか。この要対協の差はどこで出るかというとは実は「マネジメント」にかかっていた。リーダー格の人がメンバーとどんな関係にいるか、きちんとものが言えるポジションをもらっているか、そして「虐待者」に対してどんな価値観を持っているか。それらがマネジメントに影響すると言う。リーダーがひとり、どんな旗を振るかで相当チームの空気は変わってくる。

本日冒頭で述べた、メンタルヘルス問題のある親がいけないのだ、病気があるから子育ては無理だ、そういう価値観を持っていたら、当然暗い方向に行く。もちろん子どもの命があるので危険をおしてまで無理をすることはないが、要対協や支援者も、絶対無理、やったって無駄、という意識では動きが止まってしまう。そこで、チームを活性化させるノウハウを各要対協で本気で考えていけないといけない。もう要対協はほとんどの市町村にできたのだから、次にはマネージャーやスタッフ養成に取り組み、最低基準などの水準アップも進めていかなければならない。

*「関係の中で支える」とエンパワメント

精神障害のある人は全般的に、サービスは使うが、主体的に使っているとは言えない傾向にある、と言われていて。つまり実質化していないということ。例えば「デイには行っているが誰も自分を助けてくれない」「訪問看護の人は来るが助けてもらった感じがしない」という感覚がある。本当に自分がサービスを使っていると感じるためには、ダメな自分を丸ごと理解されたという実感が必要で、これが「関係の中で支えられる」ということである。

一方で、ヒルソンは虐待発生のプロセスについてこう述べている。例えば「赤ちゃんが夜中の二時に泣き続けている」（出来事）と、「嫌だなと思う」（一次評価）の次に、「私に何とかできるかな」プラス「誰かが何とかしてくれるかな」という判断（二次評価）の段階が来る。この時、自分に自信がある人はパニックにならずに落ち着いてあやせる、あるいは起こせば何とかしてくれる夫という心強い人的資源があればパニックになる前に夫を起こせる（行動選択）。しかしお前が何とかしろというような夫だと、無理だと感じ、自分も自信がなくなり、夜中の二時にどんどん追い詰められて、もうダメとなる、というモデルである。

この時、先ほどのように「関係の中で支えられた」経験をしていないと、支援者の顔を思い出してくれない。そこでまとめたのが、「ストレングス視点」の図である。

*「ストレングス視点」に基づくチームでの支援

まずスタッフは、ストレングス視点、つまりスタッフも、支援を受ければやれる可能性があるということをお大事にする。スタッフも色々だが、その力や可能性を大切にして、自分たちの職員集団

を助け合いの場にすることによって、主体的、積極的に動けるチームを作る。

要対協は、精神科の医者やスタッフと連携はするけれど、基本的には生活問題にしか関われない。しかしその生活問題支援は、実はメンタルヘルス問題に対して有効である。早く電話一本で繋がる精神科の医療機関を掴んで、理解できるスタッフを仲間に引き込み、自分たちができる生活支援を徹底的にやろうではないか。生活問題やメンタルヘルス問題などで不安定な人たちに対し、具体的な生活問題支援をやっていく中で、彼らの弱い部分を含めて付き合い支えていく。そうして、上手くいかない時に、支援者たちの支えがあることを思い出してもらえると、そこでヒルソンの言う行動選択が分かれるのではないかと思う。

「虐待」の反対は、「虐待をしない」ではなく、「援助を求める」だ。虐待を止めることを考える時に、自分たち支援者を思い出してもらえるようなアプローチが大事なのである。

これまでに色々な調査を実施し、納得できるようなこともたくさんあった。本日のシンポジウムで、各先生方から違う視点で、違う切り口で話を伺うのを楽しみにしている。

3. シンポジウム

●金井剛（三重県立小児診療センターあすなろ学園）

「子どもと親の精神科 児童精神科医から見た子ども虐待の背景と課題」

去年3月まで横浜市の中央児童相談所にいた。僕は精神科医なので面接が主な業務で、半分が親、半分が子どもとの面接だった。初期対応のチームができた時にはまだ中央児相に係長1人と係員1人だったので、その当時は僕も突撃隊として何度も行った。家族再統合については、家族再統合のチームを作る提案して、翌年には通ったことがある。

僕が児相にいた時のテーマは「なぜ虐待が起こるのか？」だった。次には「再統合」がテーマで、最後には「里親の支援」を一生懸命考えたりしていた時期もあった。

今日は「虐待の背景」についてお話するが、環境的な要因と、虐待者の要因、そして子どもの要因、これを必ず区別しなくてはならない。問題を整理する時にはこのように分類することが大事で、そのことで漏れがなくなると考えている。

この「虐待者の要因」の中に精神疾患も含まれる。背景は様々だが、虐待に必ずあるのは「余裕のなさ」と「孤立」である。また加害者である虐待者の「ヒストリー」を聞くと、虐待者もまた被害者であることが見えてくる。そう考えると虐待をする人の背景には、必ずその人の人生や生活が存在していることが分かる。大事なのは、そういう視点を持ってケースに関わることである。弱者は敏感である。弱い立場にあればあるほど敏感なアンテナを持っているため、こちらがどのような目でその人を見ているかが問われる。また、こういったアセスメントは、支援すべき点を見つけるヒントになるため、必ず最初に話をしている。

虐待者の精神障害については、松宮先生からもあったが正確な資料がない。しかし僕も臨床をやっていて感じるのは、気分障害、「うつ」が多いこと。朝起きられなければ子どもの世話ができないため、結果としてネグレクトになる。症状としてイライラすれば、子どもを攻撃するかもしれない。

「躁うつ病」では、気分の変動が子どもの養育に影響する。「統合失調症」はネグレクトになりがちで、子どもが妄想に巻き込まれ、攻撃性に結びつくこともある。「人格障害」は子どもが人格変化に合わせる事が大事になるし、ネグレクトや心理的虐待にも繋がる。「強迫性障害」では、子どもが帰宅すると全部服を脱がせて風呂にいれなくてはならない、風呂が壊れると子どもを外や学校に出せないという親もいた。あるいは「不安障害」や「パニック障害」などで外出が難しい人も子どもを巻き込む。薬物やアルコールなど「依存症」では、子どもが間接的にそれを吸う受動摂取や、交差点で座りこんでバギーが放置されるなど危険な事例もあった。「発達障害」や「知的障害」で子どもとの感情のやり取りが十分でない場合、結果的に心理的虐待やネグレクトになることもある。

***虐待を受けた子どもへの影響**

親の精神疾患は虐待に起因するという研究結果もある。薬物依存症の50%、あるいはうつ病の54%の方が、児童虐待を経験している。(小児科の雑誌『ペディアトリックス』より)。アメリカの統計なので少し大げさかもしれないが、実際にはこういうことも多々あると思う。

また、「愛着障害」の有病率は、一般の子ども1.4~2.4%のところ、社会的養護下の子どもでは2~4割と高い。平均寿命も短くなり、自殺も非常に多い。性虐待の子どもの自殺企図は一般の子どもの20倍とも言われる。精神障害を有する親も場合によっては被虐待の経験があり得ることに配慮していかななくてはならない。また、子どもの時にこれを治療していかなければ、虐待を受けた子どもたちは大人になって苦しむことになる。

僕が今いるのは児童精神科単科の精神病院で、表面的な診断名は、7~8割の子が発達障害である。この病院でつくづく思うのが、やはり早期療育の大切さ。児童相談所にいた時に、療育センターなど外部で発達障害の診断を受けて保護されてきた幼児(2歳から就学前)が、入所1~2ヶ月すると、どんどんその症状を改善していくのを見た。虐待により脳まで損傷することもある。しかしこれらは回復することが少しずつ分かっている。

また、「機能不全の家庭」で虐待は起きるが、家庭の機能不全の大きさと子どもへの影響について触れたい。ひとつには、機能不全が大きいほど、その家庭で育つ子どもが担う役割が大きいということ。家事をほとんどやっていて部活も遊ぶこともできない子もいる。このような「家事負担」と、もうひとつは「情緒的仲介、発散の対象」といった役割がある。夫婦間、嫁姑間の不仲などに巻き込まれる、あるいは精神障害では特にそうだが、そういった関係性の悪さや病気があると、親が子どもを八つ当たりなど発散の対象にして情緒的に安定しようとする。そんな親の感情などに巻き込まれていくと、子どもは親の表情を見たり親の人間関係にそった決定をするなど、「自己決定」の機会が非常に少なくなる。子たちは思春期になり自己決定を迫られた時に大きな不安を抱えるというケースも多々経験する。

また、親の背中を見て育つとよく言われるが、親の問題解決パターンの乏しさ、貧しさは、それしか見てこなかった子どもにとって、問題が起きた時の解決パターンの狭さに繋がる。

このような子どもたちが家庭を支えているのだが、例えば親に恋人ができて虐待され保護されると、子どもは何の感謝も評価もされず一時保護所に来る訳で、いわば「捨てられ体験」による大きな傷つきを経験する。入所時の健診で「頑張り屋さんの顔をしているね。あなたは随分家庭を支えてきたんでしょ」「ありがとうと言われたことはあるの?」と声かけをすると、子どもが涙を流すようなことを何度も経験した。そうやって、たくさんの役割を子どもなりに担っている。子どもとい

うのは納得すると非常に強いと僕は思っていて、「あなたのおかげでこの家庭は、お母さんは助かっている」という言葉を聞ければ救われることが多々ある。それでまた拘束されることもある訳だけれども。しかしそれもなく捨てられるということ、かなりの子どもが経験しており、この傷の大きさはいかばかりかと思う。

*虐待者と付き合う基本

こういう虐待者と付き合う時、ひとつには、成育歴、生活歴を大事にしてほしいと思う。先ほど話したようにそれが虐待の背景にはあるので。それに、成育歴、生活歴というのは過去のことだが、それは「今」と「これから」を予測するものでもある。パーソナリティや問題解決のパターンは慣れ親しんだものから変わりにくい。そのため、今までのパターンはこれからも繰り返されるという前提があるとすれば、成育歴や生活歴は非常に大事になる。

また、相手の気持ちに共感したり理解する、そのベースにあるのは自分自身の心理である。例えば子どもを奪われた時、そのエピソードに対する人の感情は、怒り、悲しみ、落ち込みなど、そう変わらないと思う。だが人によって、それに対する表現の仕方が違うのだ。相手が精神障害であろうが誰であろうが、喜怒哀楽の感情は基本的には同じだが、その表現に、弱さ、不器用さ、対人関係の下手さが反映された出方になるのだと理解するようにしている。

あとは、相手の評価できる部分をいつも探す。成育歴を辿るとその人の大変さがよく分かる。ひとつひとつの背景を知っていくと、相手のことをなんだこいつと思わないで済む。

それでも苦手な人、相性が悪い人もいる。僕も自分ができること、絶対に苦手なタイプというのが自分の中で明確にあるので、それは別の人に依頼し、できるだけ近づかない。それこそチームでやるべきことで、重層的にそこに人がいることが重要である。今まで施設にはそれが薄く、15年前には「とにかく施設は孤立している」と言われ、確かに本当にフォローがなかった。そこに最近では心理職も就き、外部との連携も出てきたり、児相と対立しながらも児相がフォローする部分も増えた。

また、僕にとっては健診も非常に意味があった。例えば赤ちゃんを診てお尻がきれいだったりすると、虐待している母親もそこは一生懸命やっていたことが分かる。ネグレクトと言われながらコロコロ太った子もいて、一生懸命おっぱいはあげて命はつないでいたのだろう。そんなことが見えてくるので、相手が「できていた部分」も見てほしい。もし相手が何もできていなければ、その人も多分何も受けてこなかった人で、そういう人は人のことを一切受け入れられない。できていた部分がある人は多分、自分も受けていた部分がある人で、そういう人はある程度人を受け入れる余地があるんじゃないかと考えられる。

そして相手の生活の有様を知ること。これは家庭訪問すると本当に多くのことが分かる。僕が最初に手掛けた再統合は見事に3ヶ月後に両大腿骨骨折という形で失敗したのだが、その家庭に入った時、三男の写真だけが一切飾っていなかった。僕はお母さんとい関係ができたと思って三男を返したが、返すまでに何度言っても三男の写真が貼られることはなかった。あるいは、生活保護を受けながら派手な生活をしているとか、現実を検討できない人もいた。家庭訪問しなければそういうことも分からなかった。僕はとにかく、感情と行動には背景が必ずあって、それを知ろうとすることが、相手を嫌いにならないことだと思っている。

それからここであえて「精神障害者」との付き合いについて、まずは「精神科の診断の曖昧さ」

について述べる。精神科の診断は、こういう症状があったらこうしようという操作的診断基準であって、生物学的な根拠がない。そうすると実は、医師の専門性に偏りがちになる。うつが専門ならほとんどの患者を「うつ」とし、発達障害が専門ならほとんどが「発達障害」になる。医師が聞くヒストリーが子どもの発達のことばかりなら、診断が発達障害になるのは当たり前。背景にある親の状況などが聞けなければ、そこは抜け落ちてしまう。

では僕たちは福祉の現場で何を大事にするか。それは「差しさわり」である。精神疾患の症状は派手なので目が向きがちで、例えば妄想に支配された言動のある人はいかにも病人である。だけどもきちんと朝起きて自分で何かを作って食べたりするし、会話をすればまともに返ってくることもある。どこから見るかによって病気に見えたり、結構健康に見えたりということも、患者を診る時のひとつの基本だと思っている。また、薬の処方を見れば、どういう症状があるのか、医者が本当はどういう診断を考えているかが分かる。だから僕たちは、病名も大事だがその人の生活や症状を見て、生活のどこに差しさわりがあるかを根拠にする。そしてそこを支援、治療する方向に持っていく。その部分をきちんと掴んでいけば、「あなたは眠れなくて、朝起きれなくて子どもを保育園に連れて行けないのだから、眠るために病院に行きましょう」と誘導できる。そもそも薬が対処療法的なものである限り、あなたほうつ病だからそれを治しに精神科へ行きなさい、というものではない。うつ状態があるから、薬を飲んでうつ状態を改善しましょうというのが精神科の治療である。

当然精神科医にも理解を示さない人もたくさんいる。立場も言うことも本当に違う。だから僕は最初に「精神科医にはいろんな人がいる」と伝え、ドクターショッピングを勧める。どうしても相性が合わなかったり、嫌だったら必ず次の人を紹介するので言ってくれれば良いと言う。そうやって相性のいい人に出会うための橋渡しを福祉はしなくてはいけない。

「親グループ」も最初の頃に取り組んでいた。最後にアンケートをすると、必ず書かれたのが「聞いてくれる人がいる」ことへの喜びだった。そこで関わりを持つと、3回目ぐらいから大体皆家族の悪口を言い出すのだが、それを聞いてくれた人には当然 SOS を出しやすいので、彼らが電話をかけてきてくれることが多くなった。また、精神障害を持っている人はより長期の支援が必要なことも分かった。

「再統合」については随分力を入れてきたので言いたいことはたくさんあるが、精神障害が再統合できない要因にはならないと思う。ただ、再統合チームを作る時に県内の全施設にアンケート調査をした結果、横浜市の場合は家庭復帰まで平均700日前後だったが、精神障害を持つ片親は約2000日、両親だともっと長くて3000日ぐらいかかっていた。このことから言えるのは、「返せるが、時間がかかるし、丁寧に見なければならぬ」ということ。リスク評価はもちろん優先するが、その中でも精神科医の主治医がいてきちんと治療している人は、家庭復帰までの期間が短くなった。このように治療と症状の安定は必須である。また、子どもの自立度も、SOSを出せるかの判断となり非常に大事だ。親族の協力など、親族機能の有効性も評価される。

とにかく精神科医と連携をする際には、顔見知りの精神科医を作ってほしいと思う。講演会には僕を呼ぶのではなく、地元の精神科医に話をさせるべき。顔が見えることが大事だし、福祉に理解のある精神科医を作っていかななくてはならない。

日頃から虐待についての理解を促すためにも、医療系の学会でシンポジウムや広報活動も必要だ。横浜市では神奈川県精神科診療所協会のラインの中に児相の情報を流せるような形を作ったり、

児童精神科の医療機関や小児科とのネットワークも作ってきた。そんな風にしていくと、患者の虐待者としての情報の入手も可能になる。色々制約はあるが、医者同士のネットワーク、ルートを活用する手もあると思っている。

●土田幸子（鈴鹿医療科学大学 看護学部 親&子どものサポートを考える会）

「精神に障がいのある親に育てられた子どもたち

～子どもの語りと調査から浮かび上がってきた支援～

精神障がいを持つ親と暮らす子どもの支援に取り組んでいる。職種は看護師。児童精神科に約15年勤務し、子どもの精神的なケアに取り組んできた。現行の制度は障がいを持つ親が対象で、その家族や子どもは支援対象になっていないと思っている。しかし子どもの健全な育ちには大人の養育や保護が必要である。どうすれば親子の支援が行き届くか考え、「親&子どものサポートを考える会」を立ち上げ活動をしている。活動当初は子ども支援が目的だったが、子どもと親は連動していることが分かってきた。親支援と子ども支援は両輪のように機能することで安定した支援になると考えている。

*支援とはなんだろう

子ども支援をやっていた当初、私たちが子どもの思いを伝えると、親の支援者から「あなたたちがそれを大声で言うと、当事者は安心して子どもを育てられない」と言われ、子ども支援者と親支援者の溝を感じた。また、支援者と対象者の上下関係による分断もある。

8月にスイスで国際学会に参加してきたが、そこで多く語られていたのは、親子を切り離すのではなく、「家族」という視点で捉えることの大切さだった。また、祖父母も教師も私たち支援者も含めて、親子を取りまく「環境」として考えることが大事だと言われていた。親のできているところ、育児力をサポートすることで親をエンパワメントしていくことが、子どもの安定にも繋がるということがその場で語られていた。

*私たちの会の基本的な考え方

“子どもの気持ちは経験していない私たちには分からない”ということで、子どもの話をしっかり聞く。そしてそこから必要な支援に取り組んでいくスタンスでやってきた。それが発展して「子どもの集い」という語りの場や、HPの開設、子どもの気持ちを代弁して皆に知ってもらおう支援者研修になっていった。

これから話すことの大部分は、成人した子ども34名へのインタビュー調査の分析結果である。子どもの声をまとめたものなので子どもの主観、子ども寄りになっており、少しデータに偏りがあると思ってもらいたいと思う。親の診断名の内訳は、統合失調症が22名、その他の気分障害やアルコール障害、分からない、未受診という方が12名である。

*生きづらさを感じる子どもたち

子どもは誰でも、知識も情報もお金も、生きていく術を持たない状態で生まれてくる。育ちの過程では適切な養育や保護、安全が提供される家が必要だが、精神疾患の親がいる家庭では、寝てばかりで家事ができない、独り言や、学校にのぞきに行くなど、親が何をするか分からない混乱を抱えていた。それが毎日続く訳ではなく、調子のよい日はご飯が作れたり会話が成立する。悪い日と

のギャップの大きさが、より混乱を強めていたのかと思う。

子どもに障がいの説明はほとんどなく、家族も隠そうとするため、子どもは「何かおかしいけれど、言うてはいけない、隠さなければいけない」というセルフスティグマを強める。それにより家の壁は厚くなり、家庭そのものが地域から孤立する状況があった。近所から「あなたの家はおかしい」と非難されても、家族それぞれが困っている状況で、本来なら助けてもらう場面で助けを求められない。子どもは親に好かれたいと、親の顔色を見て、心配かけない「いい子」として生活していた。それに対して親戚などが「頑張ってるね、あなたのおかげよ」と励ましの声をかけるが、それが「私が頑張らないと」と家族のケアを背負い込むことになっていたようだ。

ちなみに親の障害の説明を受けていたかについては、統合失調症の場合は75%が説明を受けておらず、その他の群では43%の割合だった。

***自分らしさを保っていた子どもとは**

一方、自分らしさを保っていた子どもとは、訪問看護など、親が治療を受ける姿を子どもに見せ、障がいについてありのままを語っていることで、自然にこれは病気であると、「親」と「病気」を切り離して考えることができていた。また、近所にもありのままを見せることで応援や見守りを受けられていた。親自身も子どもにありのままの姿を見せることで、子どもや他の家族と感情的なやり取りができており、子ども自身も「ありのまま」でいていいと思えていた。「自分らしさ」という点では、自分の話を聞いてくれる、モデルになってくれる大人の存在もあった。他にもクラブ活動や、小さな兄弟の世話をしていたことも、親の症状から距離を置くという面ではいい要素として働いたようである。

***両者の違い**

生きづらさを感じる子どもは、障がいの説明がなく、大人が隠そうとしたため、何が起きているか分からない混乱と、「隠さなければならない家の子」という自尊心の傷つきが起きていた。そのことで家の外と中を使い分けたり、孤立が生まれたのではないかと。悲観的な感情を抱える子が多かったが、そこには単発や継続的でない支援による「期待外れの単発の関わり」があり、頼っても守ってもらえなかったことが傷つきになっていたように思う。

自分らしさを保てた子どもは、支援を受ける様子などを通して、親が懸命に生きる姿を見ていたので、親と病気を切り離して考えたり、ありのままでもいいという理解につながった。親が「懸命に生きていればいいんだ」というモデルになったのかと思う。親が子どもに病気のことをきちんと伝え、その親自身が医療機関や支援者に子どもを繋いでいた子は、「何とかなる」という認知を持っていた。

生きづらさを抱える子どもの方には、子どもに愛情や関心を向ける余裕が家族になく、受け止めてもらった経験や感覚が乏しいため、自信が持てず、人の顔色をうかがったり人の行動に合わせた生活になり、社会適応の難しさに繋がったのだと思う。家と外を使い分け、他者の顔色を見て生活するという二面性は、自分や家を守るために身に着けたひとつの方法である。しかしそれが継続すると、思春期や成人して自分の人生を選択する場面になった時に、自分自身が分からないといったアイデンティティの混乱に繋がる。

このことはマズローの欲求段階説からも説明できる。食事や身なりの清潔、安全な睡眠、周囲の非難から守られる、自分を認めてもらう、家という所属感など、親の障がいによって下位の欲求段

階が満たされずうまく育っていかないと、当然、自己実現といった上位段階には向きにくくなるし、自分らしさを持つことは難しくなるのではないか。

また、一番伝えたいのは、「精神疾患への偏見・社会通念」である。「親が子を育てるのは当たり前」「家族のことは家族で面倒を見るべき」という風潮があって、結局それが支援の求めにくさに繋がっている。子どもの集いで、子どもが、「私たちは症状に巻き込まれたんじゃない。社会に巻き込まれたんだ。社会の偏見で生きづらかったんだ」と言っていた。また子どもは親を助けたくても、未成年では親の承諾がないと何もできない状況もある。

***子どもの欲する支援**

全国版「子どもの集い」の第1回には50人ほどが参加し、アンケートで「子どもの支援としてあればよいものは何ですか？」と10段階評価を取った結果、「話を聞いてくれる大人の存在」が9.31で最も高く、2番目が「病気の親を医療に繋げられる人やシステム」で9.21だった。このことからやはり子どもは親を何とかしたい気持ちがあるのを感じた。

***こうした子どもへの支援**

受け止められた経験が乏しい子なので、「辛かったね、怖かったね、悔しかったね、腹が立ったね」という風に、子どもが感じているであろう感情を言葉で伝えて、受け止めて、どんな感情も大切であることを伝えてもらうとよいと思う。カナダの心理教育プログラムを見学して、やはり一番初めに大事にするのが「どんな感情も大事」ということを伝えていくことだった。それが言葉に出せるようにならないと、次の段階には入っていけないと言う。

先ほど親戚の声として、「あなたは偉いわね」という例を出したが、子どもの頑張りはずいぶんほめてほしい。一方で、負の感情を出せなくなっているのも、「こんなこと言われて辛かったね」と、負の感情も出していいことを一緒に伝えてもらえるといい。子どもが欲しいのは、「“私の”話を聞いて欲しい」だった。いつも「お母さんどうしてるの？」と聞かれ、「あなたはどうしたい？」とはあまり聞かれなかったと言っていたので、子どもを主語にして気持ちを聞いてもらえるといいと思う。また、おはよう、元気？ どうしたの？ 困ってない？ という何気ない問いかけをたくさんして、子どものことを気にかけている大人がいることを伝えておくことが、何かあった時に相談しようと思う関係に繋がっていくと思う。

***子どもが求める親の障がいに関する説明を把握する調査**

子どもが欲していたことの中に「病気の説明」というのがあった。それについては別の調査で「障がいについてどんな説明をしてほしかったか」と聞いた結果、子どもが障がいを説明してほしかった時期は、小学生年代、中学生年代を合わせて58.7%になるが、実際に子ども時代に聞いていたのは32.8%であった。また約9割の人が説明を聞きたかったと言っているが、聞いていない人が40.6%おり、子どもの希望と実際の違いがあることが分かる。

障がいの説明を知りたいと思わなかったと言う人も7.8%いて、その理由として「言い訳の手段としか思えなかった」「知ったところで誰も守ってくれない」というのがあった。

また「説明されてよかったことは何ですか」というのをまとめたものでは、「障がいの説明を受けることで、行動が病気によるということが納得できた」「自分と親を分けて考えられるようになった」「聞いたことで支援者につながった」「親のことを思いほっとした」という回答がある一方で、「今までの生活はなんだったのだろう」と虚しさに繋がっていたり、「希望が持ちずつらかった」という

結果も出ていた。

このことから、病気の説明は子どもの不安や混乱の軽減には役立つが、伝え方によっては傷つきにもなるため、時期やタイミング、子どもの理解状況も見ながら、見通しを持てるような伝え方や、伝えた後の受け止め方によってはフォローする体制も必要である。

繰り返しになるが、子どもが混乱しなかった要因のひとつに、親自身が隠さずありのままの姿を見せていたことがある。このことから、障がいを持つ親自身や家族に対しても、疾患教育や子どもの感じ方を伝えていくことが大切だと思っている。病気は治療すれば日常生活もできるとか、それは病気のせいで起こっているということを伝えたりする。子どもは教えてもらわないことが不安で色々な感情に表れるということも伝えられるといい。同時に、親を支える体制作りも必要である。また、柔軟性のある大人の対応や、障がいを持つ親自身に丁寧に対応する姿勢が、子どもの親に対する感情にも影響してくるので、モデルとなる大人の存在も必要であると思う。

***子どもの立場で考える子どもへの影響**

全国版の調査でもうひとつ、「障がいを持つ親との生活があなたに与えた影響」について○か×かで答えてもらった結果、「自分や自分の人生を大切にしようと思うようになった」と「人生を切り開く力がついた」と答えた人が約半数いた。この体験がまったくよくないことという訳ではなく、ポジティブに感じることもできるのだということを中心に、可能性を信じて支援をしてもらえるとうれしい。

***精神障がいを持つ親と暮らす子どもへの支援**

最後に、私たち親&子どものサポートを考える会で提案する子どもの支援について説明する。私たちは年代によって3つに分けて考えている。

小さい子どもや子育て中の親子の場合は、親の子育ての困難感にアプローチしながら、訪問看護師など、関われる人と関係を構築し、将来相談できるようになるために、「安心できる人との関わり」をこの時期に経験しておくことがよいと思っている。

学童期、思春期の子どもは、知ってほしいけれど不用意に踏み込んでほしくないという年代。突然私のような知らない人が話を聞かせてと行ったら身構えてしまう。そのため地域の人や学校の先生に支援者研修などで子どもの感じ方などを伝え、理解してもらって、何かあった時に支援できる距離感でいてもらうことが大事だと思う。

「子どもの集い」は成人した人たちが語りに来ている。大人になっても処理できない気持ちがあるので、大人になった子どもたちにはトラウマケアが必要だと思っている。

将来的には、子どもの知りたい気持ちにこたえられるような心理教育プログラムを準備していきたい。

●笹井康治（沼津市市民福祉部福祉事務所こども家庭課）

「要保護児童対策地域協議会におけるメンタルヘルス問題を抱える

保護者対応の実態と課題」

虐待防止法施行当時から、市の家児相のワーカーとして虐待に関わってきた。今日は要対協におけるメンタルヘルス問題を抱える保護者対応の実態と課題という難しいテーマであるが、沼津市で

の事例をもとに話を進めたい。

まず要対協について簡単に説明した後に、要対協の対応する子どもがネグレクト世帯中心であること、この世帯のメンタルヘルス問題をどう医療に繋げていくか、最後に援助拒否により医療につながりにくいケースについて話していく。

***要対協について**

平成16年の児童福祉法の改正によって、市町村も児童家庭相談を担うとされ、要保護児童の通告窓口を担う形になった。児童福祉法に規定されたことで、地方自治体が設置をするとされており、一般的には市町村の要対協を指す。現在はほぼ100%の市町村に設置されている。設置の目的は、要保護児童等について要対協への情報提供や、協議を促進する仕組みを作ること。厳しい守秘義務を課すことで、安心して皆でこの情報を使って子どもと保護者を支援していこうという形である。

支援する子どもについて、要対協では現在3つに分類している。「要保護児童」は、保護者がいない児童、または監護することが難しい児童。「要支援児童」は、保護者の養育を特に支援することが必要と認められる児童。また「特定妊婦」は、出産前からすでに支援をしなければいけない子ども。重篤なケースは「保護」という形で児童相談所が一時保護や社会的養護の措置など対応するが、実際には虐待ケースの9割は在宅であるため、社会的養護以外の要保護児童と、ハイリスクの人、またすべての子どもの支援ということで育児不安も含めて要対協で支援していくことになっている。

要対協の組織について沼津市を例に説明する。要対協は1000人未満の村から370万人の横浜市まで1700の自治体で様々であるが、ある程度の規模の自治体は大体このような形になっていると思う。沼津は国や市町村、民間含めて34の機関で組織している。各機関の代表者が集まる代表者会議があり、その下にそれぞれ児童虐待に関わる機関の実務者が集まるネットワーク（実務者ネット）がある。沼津市はここをさらに3つの分科会に分けて支援から要保護まで幅広くやっている。もう一つは個別ケース会議（個別ネット）で、学校や保育所や病院に行き、具体的な子どもについて個別に協議する形。このすべてが要対協なので、先ほど言った守秘義務をかけて情報交換をしやすくしている。沼津市の人口は20万人だが、300ケースぐらいが常に動いているというイメージで、ケース数は非常に増えている。

***ネグレクト世帯が中心**

では具体的にどんなケースが多いのか。沼津市が受けた虐待通告の過去5年分を分析すると、4〜5割がネグレクト。他の虐待もネグレクトを内包していることが多いので、かなりの部分がネグレクト中心になっている。性的虐待や身体的虐待のひどいのは保護等されるので、地域で暮らす虐待ケースの大部分がネグレクトだと理解している。

日本の法律では虐待を4つに分類し、総称して虐待と言っているが、英語ではAbuse and Neglectと分けている。直接の加害行為のAbuseと不十分な養育のNeglectとしていて、両者は少し違いがあると理解しておいた方がよい。ネグレクトは、親から子どもへのベクトルが違う。現場の実感として、保護者の子どもへの関わり方が不適切であるのが「ネグレクト以外の虐待」。子どもは求めているが保護者が子どもの方向に向かないのが「ネグレクト」。支援するにはまずこのベクトルを子ども側に持っていき、その後でそれを適切に援助していくという2段階が必要で、なかなか手間がかかる。

ネグレクトの要因として、先ほどから先生方が指摘しているが、ひとり親であったり貧困であっ

たり、世代間連鎖、そして能力の不足や病気、それに援助拒否がある。今回はひとつの要因として、「能力の不足や病気」というメンタルの部分を見ていく。

メンタルヘルス問題を抱える保護者の養育が、「愛着障がい」につながる問題がある。子どもが保護者との関係の中で、なかなか安定した状態を作れないので、情緒的交流や安心感を与えることが困難になったり、自尊感情が形成されずに、それが引き継がれていく。これが課題だとはずっと言われていて、現場で対応していても強く感じる場所である。

***メンタルヘルス問題のある保護者を医療につなげるために**

問題はメンタルヘルス問題のある保護者を医療にどう繋げるかということ。基本的にネグレクトを中心とする在宅ケースは要対協が支援し、色々な機関が関わっていく。ただ、在宅ケースなので、やはり保護者を支援しないと養育の状態は改善できない。貧困や経済的問題もあるが、メンタルヘルスも重要な要素になってくる。

安部計彦先生の統計でも、「うつ（疑）」とあるぐらい、なかなかうつ病の「疑い」レベルでは医療受診を勧められないので、分からない。本当は医療受診を勧めて保護者と共有していきたいが、うまくやらないと今度は自分の子どもへの関わりが拒否されているということで、子どもへの援助が届かないことにもなってしまう。援助者側は、メンタルに問題を抱えているのではないかと思いつながりながらも次につなげられないジレンマがある。

***過去の精神科受診時のエピソード**

12、3年前の事例で、児童相談所が養育困難と思った母親について、医者判断を仰ぐと精神科受診に繋がった。母親の養育力について医師の見解を求めたところ、「病状緩和や改善が仕事で、子育てについては判断できない。病状改善のため患者の負担が少ない方がよいとは考える」との回答だった。誠実な対応で、こちらの思いが不純だったこともよく分かったが、母親に対する社会的役割を果たす評価や支援方法について医者とは共有できなかった思いが残る。

この後、要対協ができたことや、病院にワーカーが配置されるようになってきて、医学的な診断・治療と社会的な支援策がつながり始めた。ワーカーを介して、医師にこちらからの情報を入れてもらい、病院の中で社会的支援についての検討をしてもらい、診断や治療だけではなく、社会的にこの人をどう支えていったらいいかのやり取りが要対協の枠組みの中でできるようになり、児童福祉と精神保健が連携した支援が可能になった。

***支援につながらないケース事例**

精神科に繋がった人は昔より支援がしやすくなったと感じるが、支援に繋がらなかったケースを紹介する。プライバシーに配慮して実際のケースを少し改変している。

事例は、小中高と3人の子どもがいる母子世帯。母親は30代半ばで若年出産。DVで他市町から転居してきて、母方の祖母は近隣居住だが不仲、母親は就労するも低賃金。母の感情の起伏が激しく攻撃的だったり温和だったり。子どもの衣服の汚れや異臭、忘れ物があり、ゆくゆくはゴミ屋敷であった。要対協で関わって2年半ほどの経過があったが、最初は学校から、下の子どもについて衣服の汚れで養育不十分と連絡。市では保護児童として、学校と連携して「子どもの清潔保持」の支援名目で月に2回程度、世帯訪問した。母親とはなかなか会えなかったが、手紙を置いていたりゴミについて話をしたりして、若干の改善が見られた。2年後の後半、ゴミが増え、子どもの欠席が増えてきたため、個別支援会議をしていた時に、真ん中の子どもが家出騒ぎを起こし警察が保

護。警察が家庭訪問し身柄つき通告を児相にした。児相が入り姉含め 3 人保護を検討したが、姉は高校もあり、「母親が心配」と保護には応じず、下の子 2 人だけ保護、施設に措置した。その後、母娘は転居して児相との関わりも拒否的になり、下の子については児相もなかなか話ができない状態にある。

子どもが施設に入ったことで児相のケースとなり、姉ももうすぐ 18 歳になる。母親を精神科治療に繋げるにも、まったく手が届かない。市町村の要対協としてこの母親に関わる術をなくしてしまった。また、姉が弟たちの面倒を見ていたり、母が暴力的なことがあったなど、援助の時には分からず保護した後に分かったことも多数ある。姉に支援が届かなくなってしまうこと、保護された下の子たちの家庭復帰が上手くいくのかなど危惧している。

***まとめ**

虐待件数は全国的に増加傾向にあり、要因のひとつとされる貧困問題も社会問題になっている。このような中で国が児童福祉法改正をして取り組もうとしているが、困難な社会状況の中、メンタルヘルスに課題を抱える親も今後増加すると思う。要対協が制度化され、保護者支援に対する福祉と教育、医療などの連携体制は少しずつ進んできたが、医療に繋がらない親のネグレクト支援は非常に困難で、なかなか支援的なスタンスでいけないジレンマがある。しかし枠組みを作った上で、やはり保護者の支援をしていかないと、子どもに支援が届かない。メンタルヘルスに問題を抱えての子育ては保護者の負担が非常に大きく、子どもへの影響も大きい。

急に子どもが亡くなる事例もあるが、大方のネグレクトはそこまではいかないまま、長い時間が過ぎてしまうというのが現場としての感覚。そこにメンタル問題が大きく関わっているだろうと思う。今後は市町村に要保護児童の支援拠点も作っていく話も出ている。この先の 10 年を見越して、支援に繋がらないメンタルヘルス問題を抱える保護者を、どんな形で医療や支援に繋ぐか、要対協として取り組んでいかなければならないと思う。

●土橋俊彦（神奈川県立中里学園）

「子どもの支援現場から考える児童相談所、児童福祉施設、 精神科医療機関の連携の実際と課題」

私は児童相談所で長らく児童福祉司や課長をやってきて、現在は児童養護施設と乳児院の施設長として、今度は児相の反対側、子どもを受ける側から子どもに関わるソーシャルワークをしている。これまでの議論を児童相談所の立場、ないし施設の立場から考えていきたい。

***児童相談所の機能**

児童相談所は虐待の中核機関で様々な相談に乗る。実際には市町村で相談を受けるようになったので、専門相談が主である。児童相談所の機能で非常に重要なのは、職権で一時保護できる、施設入所の措置権などの「権限機能」と、「市町村への支援機能（スーパーバイズ）」である。2004 年の児童福祉法改正で市町村に相談が義務化され、要対協が整備されてきたが、スーパーバイズ機能は必ずしも十分にできていないと感じる。児相も人手不足ということで今回の法改正で大幅に増員されるが、このスーパーバイズ機能が市町村にとっても課題で、児童相談所に期待されている点ではないかと思っている。

*** 児童相談所の相談の特徴**

医学的、心理的、社会的、色んな調査により見立て、家族システムを明らかにし、家族内外の問題との関係性を捉えて問題解決アプローチを行うのが児童相談所のオーソドックスな支援。ただ問題解決のためには当然保護者の取り組みが必要で、そこが一番難しい。

*** メンタルヘルス問題のある保護者の養育**

ネグレクトと心理的虐待が主なものだと思う。ネグレクトは発見しやすい虐待だと私は思っている。ただ、常時そこにあるものなので、深刻化するまで時間がかかるため周囲もそのままにやすく、気づいた時には深刻な状況になっている。また、自分からサービスを求めず、周囲からのアプローチにも拒否的であったりするので難しい。

子どもの視点に立ってみるとどうか。先ほど金井先生が言っていたが、子どもと保護者の密着性が高まり、健全な環境から遠ざかり、親子の相互依存化が出現する。保護者の方が子どもを求めていき、それに子どもが応えていく関係が深まっていく。

また相談・支援機関にとっては、医療相談情報が不足する。医療機関にかかっているケースや、医療機関にかかっている保護者の情報をもらえないことがあるので、適切な判断ができない可能性がある。

児童相談所が関与する時点ではすでに在宅での有効な支援がなくなって、一時保護した後は施設入所しか選択肢がなくなるのが現状である。先ほど言った児童相談所が市町村に対してスーパーバイズ機能という形で日頃からしっかり市町村の事例にも関わっていればこうならないのだが、現状は必ずしもそうっていない。

*** 施設入所期間の長期化の現実**

本来、施設は家庭の代替機能であり、目的にそって必要な期間だけ預かるものである。しかし残念ながら家庭の養育機能が回復していかないのが現状。長期化する理由に、メンタルヘルスに問題を抱える親の場合、就労、疾病、対人関係など社会生活自体の改善が進まない点がある。保護者の面会も、施設と約束した日に来ないので継続性や安定性が維持できない。養育改善ができなければ養育リスクは少なくならないので、帰れる見通しがつかず、その結果、実は保護者自身の「やっぱり無理だな」という諦め感が醸成される。またこれが一番切ないが、子ども自身が諦めてしまう。親に迎えに来てほしい、会いたいとほとんど言わない。そもそも施設入所自体も子どもたちに明確な拒否はなく、自分は施設に行きたくなくても、文句を言える状況ではないと分かっているので、現実を受け入れているのが実態である。

*** これまで児相がやってきた保護者支援の限界**

これら保護者のモチベーションが高まっていかない状況や、保護者を支える人たちが存在しない、精神医療機関との連携不足などを考えると、これまでの児童相談所の問題解決アプローチや、養育リスク中心の保護者支援のやり方には限界が来ていると思う。そもそも児童相談所は子どもがずっと施設入所でよいとは思っておらず、施設入所が長期化することでソーシャルワーカーの価値ジレンマが起きてくる。本来の目的が長期入所ではないのに、結局保護者が変われないことでの諦めの境地から、取りあえず施設に入れておけば安心だという心境になり、あっという間に5年、10年と経ってしまうことがあるのだと思う。

***子どもにとって望ましい支援とは**

子どもの施設入所が長期化すると、結果として、高卒等で社会的自立を迫られる。当然、頼る人がいないので不安定な状態でひとり放り出される。施設にはアフターフォローという役割があるが必ずしも十分ではない中で、結局安易に身近な人で頼り合って結婚して子どもを産み、また養育できずにその子が施設に入るという再生産の構図ができてくる。

では、子どもが施設に入所せず済む方法はないのか。そのための在宅支援の充実である。また養育リスクを高めない方法を考える時、「リスク」ではなく「ニーズ」を支援していったらどうだろうか。実は児童相談所は在宅支援の術を持っていない。在宅支援は市町村にやってもらうことで成立しているので、市町村のソーシャルワーカーの確保が重要だ。しかしそれぞれの自治体で、専門職としてソーシャルワーカーが何人置かれているだろうか。

また、地域全体で子どもを守り、虐待、養育リスクに早期に気づき、予防・支援していく仕組みの構築が必要だ。学校や保育所は気づきの最先端現場である。子どもの貧困問題で、学校のスクールソーシャルワーカーを1万人にすると貧困大綱の中で言われているが、実態はほとんどが非常勤で、スーパーバイザーもいない中で皆頑張っている。本当に1万人に増えるのか、その1万人の質はどう保たれるのか、不安が残る。

***身近な支援機関である市町村の仕組み作り**

まさしく市町村の得意分野を生かした仕組みを作ること。予防、未然防止、早期発見、そういうものを、寄り添いながらやっていく。虐待対応についてはあくまで市町村は相談モードで、介入する場合は児童相談所が動く。在宅ケースでは、初動期の段階から児相が何らかの形で関与し、市町村のバックアップをしていくなど、お互いが補完し合うことが必要だろう。その上で児童相談所に引き継ぐ時には「のりしろ型連携」、要するに重なり合ってやっていくのがよいと思う。そもそもそういうことを市町村が児童相談所に期待しているにも関わらず、なかなか児童相談所と意見がかみ合わないのがこの10年の現実である。

市町村における関係機関連携のネットワーク構造として考えていた形は、まず「母子保健センター」、「子育て支援担当課」、「児童相談所」というコア機関が、根幹を担う部分で並列関係にある。それを取りまくように市町村の基本的な関係機関、さらに周りには、子育て支援策や民間の支援団体などが必要だろうと思う。最近地域にできているこども食堂などは、子どもの直接支援であり、虐待の発見機関でもある。そういうものが充実してくると、市町村の子どもを守るネットワークが強くなり大きくなっていくと思う。

そのための取り組みを考えた時、やはり専門ソーシャルワーカーの配置、定着が必要だ。支援やサービスの必要性を感じても、保護者は動かない。繋がったことのないことには、拒否感や不安感が大きいのだろうと思う。また、家族のニーズを重視した支援により、身近な地域資源と家族を結びつける。要するに、その家族にカスタマイズされた支援を作り上げ、ネットワークの中でどう構成していくか。まさしくそれは要対協が個別支援の中で取り組んでいく役割でもある。

虐待やネグレクトのリスクはどんなにやってもゼロにはならない。アプローチしすぎると引越してしまうので、リスクはリスクとして受けながら子どもの安全を確保しつつも、しっかり家族のニーズ支援をして支えていくことが必要である。

***保護者とのパートナーシップ形成による親子関係の再構築支援**

児童相談所の支援の限界から、最近ではパートナーシップの形成による親子関係の再構築支援に力を注ぐようになっていく。

ここでは、家族の持つ「ストレングス」に着目。ストレングスとはよく「強み」とも訳されるが、性格、能力、取り組み環境、望み・願望など、過去から現在、未来に至る可能性に着目していくのがストレングスの基本的な定義である。特に「望み・願望」そういうものがあるからこそ人は強みとしてその力を発揮していく。

また、「当事者参加」であるが、保護者を援助の受け手として見るだけでなく、一緒に作り上げていく相手とする。今児童相談所で有効だと思われるのは、保護者が色んな希望メニューを出しながら、一緒に作っていく「サインズ・オブ・セイフティ・アプローチ」や、親族も巻き込んでいく中で、皆で子どもを育てていく「ファミリー・グループ・カンファレンス」で、このような取り組みを神奈川県では積極的にやっけていこうとしている。

やはり受け身ではなく、保護者や子どもたちが主体性を持って再統合に関わっていくことが重要だと思う。自分たちの意欲や希望を受け入れてもらい一生懸命やりながら、十分でないところは周りに補ってもらって経験の中で、力に変えていく。再統合の過程におけるプログラムの中では、カウンセリングはあまり効果がなく、「一緒に」プログラムをやる、例えば一緒に遊ぶとか、そんな体で感じる体験を通して少しずつ親子関係を改善していく。そのことで繋がることのメリットや、安心感、そして人に委ねる心地よさを感じていく。子どもにとっても守られている感覚ができる。このような保護者はもともと健全な環境と繋がってこなかったということがあり、関係性の貧困とも言えるため、健全な環境としっかりした繋がりを再構築できることが大事だと思う。

***改正児童福祉法による市町村の強化**

5月に成立した改正児童福祉法について。これは母子保健法だが、「母子健康包括支援センター」の設置の努力義務という形で改正がされている。要するに妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援をやっていくこと。これはすでに実施している市町村もある。また、支援拠点の整備として、児童等に対する必要な支援を行うための拠点整備の努力義務が定められた。つまり単なる相談機関ではなく、支援を行うための拠点を整備するという。そして要対協の機能強化では、専門職員を配置することが言われている。

市町村における要対協が、これにより本当にできるのだろうかという、やはり色んな機関が関わらないとできないだろうと思っている。

***改正虐待防止法による医療機関の関与および支援の変化期待**

そこで、虐待防止法の改正条項 13 条の 4 に「医療機関の関与」がある。これは、医療機関や学校が、被虐待児の医療情報を見相に提出できるものとする。親や患者本人の同意がなくても「できるものとする」と今回盛り込まれているので、これを医療機関が前向きに捉えてくれることが重要である。医療機関の要対協への参加については、松宮さんからもあったように、医療機関が積極的に関わるためのモチベーションをどう引き出すかが問われてくると思う。医療機関が子どもの相談機関と歩調を合わせることで、親子共に効果的な支援が期待できる。まさしくチームとして一緒にやることができると思う。見相は子どもの支援機関なので、保護者の側に立った支援には限界がある。再統合の際にも、児童相談所の中には親側につく職員もいるが、それだけでは不十分で、主治医や PSW など医療者がしっかり親側を支える仕組みが必要だと思う。そういう連携が医療機関と

一緒に組めるといい。

***大切な視点として**

「子どものニーズ」と「親のニーズ」両方を満たす支援で、ソーシャルワークの価値を優先すること。虐待の場合、これが相反関係にあると思いがちだが、ストレングスを見ていくと実は親子共に一緒に暮らしたいというのは願望としてある訳で、それを両立する接点は必ずあるはず。まず親は養育できないと決めつけるのではなく、ストレングス視点で考え接点を見つけ、そこから支援方法を見つける。その時、「一緒に作っていく」という観点が大切であるし、児童相談所は大変になってから引き受ける、針のむしろの中でババを引く感覚ではなくて、在宅の時から一緒に関わっていくことが重要であると思っている。

今回の児童福祉法の改正で、児童相談所の職員配置が今までの人口比から、相談ケース数によるプラス配置ができるようになり、神奈川県は大幅な児童福祉司の増員となる。ただ児童相談所に人を増やすだけではダメで、市町村や地域のネットワークの人たちとの協働がどうやって担保できるかが、今後の児童相談所の課題であり、メンタルヘルスに問題を抱える保護者にとってはそれが一番象徴的なアプローチになるのではないかと思っている。

4. パネルディスカッション

コーディネーター：松宮透高

パネラー：金井剛 土田幸子 笹井康治 土橋俊彦

(松宮) この最後の時間には、皆さんの中から質問や意見をいただき演者が答えたい。まず前座で、私が今思っていることをお話させていただく。

今日の登壇者に共通していたのは「エンパワメント」。サービスがあっても使わない、相談に来ない、チャンスを生かさない親がいる。その背景には世間から子どもの育て方ができていないと責められているように感じ、一生懸命支援のアプローチをされても叱られたり、比べられたりするかもしれないと思って、親が社会から引き籠り、子どもも参加できなくなる事態が起こるといことが今日は何度も出てきた。エンパワメントは機会を作ること。パワレスな状態でこの指とまれとやっても決してやってこない。

仕組みづくりプラス、自我が発揮できない人の横に実際に寄り添いその人が力を発揮するチャンスを作る。それをやっていくのが私たちの仕事である。あの人はこういう病気があるからと利用者の責任にして終わっているうちは、私たちはまだプロになれないと感じた。

Q 日本全体の問題だと思っていて、一つのチームニッポンとして考えた時に、縦割りの支援ではなく総合的な支援のあり方が必要だが、その辺の、日本の未来を支える子どもという意識が見えてこない。

(土橋) 私がすごく感じるのは、子どものソーシャルワークの対象者は誰かということ。長い間、子どもは単に「保護」される対象として、主体者ではなかった。本来は子どもの意思に寄り添うべきところ、その発想が不十分だったため、皆が「よかれと思って」やることが本当の意味で子どものためになっていなかった。子どもが家に帰りたいたいと言うのであれば、それに沿って家族を巻き込んで家で暮らす方法を考えるのが本来の筋で、まさしく、児童相談所や児童養護施設が代弁者になっていないことを感じる。子どもを援助の主体者にしっかり据えることで物事が変わる力になる。ストレングスを考えた時に、親だって、子どもと一緒に暮らしたいと考えているなら何とかできないか考える。自分で何とかできないなら人の力を借りる、医者力を借りる、サービスの力を借りるというアプローチを皆で作っていくといい。せつかく児童福祉法の基本のところ子ども主体性が少し盛り込まれたので、私を含め皆で実践していくことが求められると思う。

(金井) 日本は子どもにかかる予算が世界でも最低レベルで子どもにお金をかけない国だ。ただ生まれてから一貫した養育支援には人口単位が多すぎてもダメで、2~3万ぐらいの、ある程度近所の顔が見えるぐらいの規模がいいと思う。要対協も大きすぎると役に立たないので、分科会的になるか、下部のところ中学校区ぐらいの単位がたくさんできて広がるか、どちらかだろうと思う。上手くやれているところはやっぱりある程度の小さな組織。大きいところではなかなかそれができない。これからはそういう単位で考えていくべきだと思う。

(笹井) 今、地域には要支援的な、ネグレクト的な親御さんがあふれていて、どんなに専門家を増

やして支援していこうとしてもなかなか難しい。老人や障害、子育てと縦割りのサービスだけれど、例えばショートステイとか母親への声かけなど、ある程度色んなものを「地域」という中で考えていかないと、お金と人の問題もありやっていけなくなる。例えば、子どもの少ない地方で支援の量をどう確保するかというと、子どもをちょっと預かってもらうのに車で2時間かけて迎えにいくとか馬鹿な話になってしまう。それならこれだけ高齢者が増えているのだし、高齢者施設には食べ物も寝泊まりするところもあるのだから、そういったところを有効活用して、お年寄りと子どもの関係、地域の特色が見えるような取り組みがあってもいい。専門家に頼って分業化するところと、もう少し総合化しなければいけないところとがあるように思う。

(松宮) パターナリズムとよく言うが、よかれと思って結局主体を周囲の人が奪ってってしまう。もしかするとその構造に日本全体が陥っているかもしれない。国民によかれと思ってと言いつつ、自治体規模が大きくなり、サービスが遠く画一化して、身近さから離れていく。そういう意味で私たちみんなが国そのものからネグレクトされている気分になっているかもしれない。しかし一番弱い立場の人たちを放置していくと、結局最後は自分のところに降りかかってくることは間違いない。子どもや高齢者を見捨てれば、いずれ私たちも同じことになる。また、今大きすぎるユニットについても言われたが、私たちは身近なところで実感できるサービスなり包まれ感がないと、結局、国に対する安心感や帰属感も急激に失われていくのだらうと思う。

質問にあった「子ども中心のまなざし」については、基本は子どものニーズを中心に据えてそこを工夫しながら必死に支援することだらうと。子どものニーズを忘れてシステムのことだけやっても、「緻密だけどかゆいところに手が届かない」という、お金だけ浪費し誰も喜ばない、負担感ばかりあるものになってしまう恐れがある。だから単なるきれいごとではなくて、理念論ではなく実践論で子どもを中心に置く、実態にしていくことが必要だという問いかけとして受け止めた。

Q 地域福祉の課題について。子ども自身の発達もしくは知的課題を抱えて引きこもるような子や、話にあったような、学校にも出させない、引き込む事例がある中で、どうやって、地域に住む者として支援していったらよいかを教えてください。

(金井) はじめにお伝えすべきこととして、どういう形で引きこもっているのかアセスメントが絶対に必要だと思う。例えば引きこもりの家庭訪問の仕事を最初から地域の人が担うのは難しいし、専門家が関与せざるを得ない時期というものがあると思う。ある程度専門家が関わった時期を経て、そこから少し出てきたところで地域の人たち、という流れがいいかと思う。そのためには最初のアセスメントの時に各々の役割が議論されるべき。ただ僕は、「声かけ」を重要視していて、地域の人が、あいさつや声かけをとにかくするべきだと思っている。声かけをしてると本当にSOSが出しやすいということは僕もこれまで沢山経験してきた。それが予防としても、専門家の介入が済んだ後に地域に役割が戻ってきた時にも非常に大事だと思う。

(松宮) 専門家ができるレベルと地域の方が有効に機能する部分、これは全体の中の一つの振り分け。逆に言うと、専門家が最初から最後まで、見守りまで全力で握らない方がいい。声をかけてくれる町はSOSを出してもよい町という認識を共有するチャンスで、地域の中でできること。特にメンタルヘルス問題があったり、子どもの泣き声がしょっちゅう聞こえて来たりする家庭は遠ざけた

くなるが、しかし逆に突っ込みすぎても警戒されて扉ががっちり閉められてしまうこともあり、さりげない自然なつき合いというのをどれだけ維持していけるかがとても大事だと思う。

Q 市町村で要対協の事務局をやっている保健師。精神疾患があるお母さんで、子どもを妄想に巻き込み学校に出さない人がいるが、本当に手ごわくてどうにもできない。子どもが子どもでいる期間は大変短いので、お母さんや家族に寄り添っていく間にも子どもは成長してしまう。それを考えると、スピード感というところはどうしたらいいのか。警察が入るなどない限り、精神疾患を抱える家族や周辺が問題に気づかない現実もあり、そこまでしないと子どもを守れないのか。

(松宮) 実際の支援事例で同じく学校は危険だから行かせないというのがあった。中学校はほぼ行かず高校年齢までずっと家において、本人も父親の言う通り学校は危険なんだと思い込んでいた。結局話してみたら、「なーんだ」となり、分離したら就労したけれど。おっしやる通り、子どもには臨界期がたくさんあるので、この瞬間待ってはもらえないということがある。極論では子どもの命に関わる。しかし失敗するとよりこじれてしまうのでつい慎重になってしまう面もある。土田先生は、どのようにお考えか？

(土田) HP の掲示板にたまにそういう子どもからの相談がある。遠方で離れていると何もできないし、医療機関と直接繋がっている訳ではないので、相談には乗れても支援はできないのだけど。やっぱりそういう時には、児童相談所に相談するよう伝える。

一方で、日本では精神疾患の授業がないため、子どもも家庭で起こっていることがおかしいという認識を持ちにくい。精神疾患という病気が風邪と同じレベルで伝わっているといい。子どもが親の妄想などで命を落としてしまうひどい事例も今まであったけど、そんな風に親の精神症状の悪化に気づいていても、親を守るために言っちゃいけない、最後の最後まで親のケアをして頑張っていた子どももいる。そうではなくて、「親を助けて」と言うことはお母さんを売ることではなくて、助けることになるし、自分を守ることにもなるという視点を子どもには伝えてあげないといけない。

(笹井) 例えばその話を警察が知ると、警察はすぐにお母さんのところに行って介入する。一旦子どもは安全なところに行くのかもしれないが、その後、その家がどうなるか、母子関係がどうなるかという問題がある。まずは要対協として、個別会議で皆でしっかり話し合う。リスクとメリットを考えどこかで踏み切らないといけないが、判断を誰か特定の人が担うのではなくて、場合によっては精神科医のアドバイスをいただくこともして、子どもが本当にそれでいいのか、家族が、お母さんが本当にそれで大丈夫なのかというところで検討する。それがやっぱり情報をきちんと出して皆でやれる要対協ならではないかと思う。

(金井) 客観的になることが絶対に必要で、子どもへの影響がどれだけ大きいかをまず説明できなければいけない。法的な根拠もどのくらいあるか見る必要がある。そういうことを決めるためにはある種リーダーが必要で、例えば、要対協にするのか児相にするのか、それによってスピード感が随分変わる。児童相談所を説得するだけの客観性を持たせて欲しい。中長期的な影響を考えながらやるためにはそういった客観性、法的な根拠が大事になる。

(松宮) 議論すべき事項はまだたくさんあると思うが、時間がきてしまった。冒頭に吉田先生からこれはキックオフだとあったが、珍しい会だったと思う。今後またチャンスをいただけることがあ

れば、皆さんと一緒にもっと多面的な議論をしたい。今日はこういうテーマでシンポジウムができたということは私の中で歴史的な一日であった。

本日はこれで終わりにします。

皆さん、ご参加いただき、本当にありがとうございました。