

(vi) 家庭や施設での全般的な行動特徴： の群で高く、施設群に多動が多く、在宅群
家庭や施設での行動では、攻撃性はすべて に衝動性や回避が多く見られた。

表9 家庭や施設での全般的な行動特徴（複数回答）

行動特徴	全体(%)	在宅(%)	施設(%)
年齢相応	7(12.1)	4(13.3)	3(12.5)
年齢不相応	51(87.9)	26(86.7)	21(87.5)
攻撃的	24(41.4)	12(40.0)	10(41.7)
多動	19(32.8)	9(30.0)	10(41.7)
衝動的	18(31.0)	13(43.3)	5(20.8)
引っ込み思案	12(20.7)	7(23.3)	4(16.7)
回避	9(15.5)	7(23.3)	2(8.3)
その他	6(10.3)	3(10.0)	2(8.9)
該当なし	0	0	0

(vii) 友達関係の築き方：友達を適度に作れるのは7名(12.7%)、苦手としている子どもは33名(60.0%)、一定しない子どもは14名(25.5%)で、その他が1名であった。

(11) 自己感の問題

(i) 自己調整能力：生理的な自己調整能力（満腹感、食事のリズム、睡眠覚醒リズム、など）に問題があると考えられた子どもは23名(40.4%)であり、感情に関する自己調整の雨量に問題があると考えられたのは45名(78.9%)に登っている。

(ii) 自尊感情の問題：自尊感情に関しては不明という回答が、12名あり、年齢等で回答不可能なものを除いた56名中(21.4%)を占めた。回答のあった44名中、自尊感情が著明に低下していると考えられたのは10名(22.7%)、低下していると考えられたもの22名(50.0%)で、虚勢6名(13.6%)と合計し、自尊感情に問題があると考えられたのは38名(86.4%)に登り、適度の自尊感情を持っていると考えられたのは4名(9.1%)に過ぎなかった。

(iii) 自己表現能力の問題：自己表現能力に乏しいと考えられたのは32名(56.1%)、年齢相応18名(31.6%)、豊かである7名

(viii) 共感する能力：相応の能力があると考えられた子どもは22名(38.6%)、能力が乏しいと考えられた子どもは35名(61.4%)であった。

(12.3%)であった。

(iv) 自己の連続性の問題（解離症状）：年齢の問題等で判断が不可能な1例を除く57例中、確実に解離があったのは5名(8.8%)、解離があったと推定されたのが13名(22.8%)、で合計18名(31.6%)に解離症状があったと考えられており、不明は13名(22.8%)で、解離はないと考えられたのは26名(45.6%)であった。

(12) 遊びに関して

(i) 遊びの連続性に関して：遊びが断片的であった子どもは24名、固執傾向があった子ども8名で、遊びが観察できた子どものそれぞれ45.3%、15.1%で、合計32名、60.4%にのぼった。それに対し、年齢相応は20名(38.5%)であった。

(ii) テーマの構成に関して：構成が乏しいものは32名(60.4%)あり、良く構成されているおよび年齢相応であった21名(39.6%)を大きく上回っていた。

(iii) 内容：内容が未熟であると考えられ

たのは 25 名 (47.2%)、偽成熟と考えられたのは 5 名 (9.4%)、過度に性的であったのが 1 名 (1.9%) で、この 3 項目で合計 31 名 (58.5%) であった。それに対し、年齢相応と考えられたのは 18 名 (34.0%) にすぎなかった。

(iv) 遊びに他者を巻き込む能力に関して：乏しいと考えられたのは 34 名 (64.2%) で多かった。

(13) PTSD に関する所見

(i) 再体験の所見：再体験の所見が見られたのは 22 名で、なしの 28 名との合計の 44% にあたる。

(ii) 精神活動の低下、回避などの所見：あり 27 名で、なし 20 名との合計の 57.4% にあたる。

(iii) 過覚醒：興奮しやすいなどの過覚醒の所見は 34 名に見られ、なし 19 名との合計の 64.2% にあたる。

IV. 考察

1. 被虐待児の精神的問題の特徴

初年度に行われた研究から、被虐待児の精神的問題に関しては、これまで注目されてきた外傷後ストレス障害の症状以外にも、愛着の問題、対人関係の問題、自己感の問題、解離の問題、行動の問題、などが重要であると考えられた。その中で、昨年度は、被虐待児には解離症状が多く、典型的なトラウマ反応は心理的虐待に強いことを明らかにした。本年度は複数の機関での調査を行い、特に愛着や対人関係のパターンや自己感の問題に関しては詳しく調査を行った。また、遊びの特徴についても調査を行った。本調査の結果を中心に、これまでの研究を総合して、被虐待児の精神的問題の特徴と考えられるのは以下の点である。

なお、本調査は精神症状や精神的状態の

所見を取るのに専門的能力を必要とするため、本研究に係る研究者とその機関での研究に限定した。従って、専門機関もしくは専門家を受診したクリニカル・ポピュレーションを対象としている。つまり、本調査は被虐待児全体を把握しているものではなく、これらをもとに、被虐待児全体に対する精神症状の頻度などを明らかにすることは出来ないが、精神的なケアが必要と考えられた被虐待児の特徴を表わすことが出来る。これらの特徴をもとに、被虐待児の精神的危険を明らかにすることが出来、その治療と予防に関しての基礎とすることが出来ると考えられる。

1) 愛着および主たる養育者との関係に関して

ネグレクトで育った子どもに愛着の問題があることは容易に想像がつくが、その他の虐待に於いても愛着の問題が重要であることが知られるようになってきた。James (James, B, 1994) はその著書の中で愛着—トラウマ問題という視点で被虐待児の行動を分析しているし、Pearce ら (Pearce, J.W. et al, 1997) は、Maltreatment という視点から愛着の問題を捉えている。いずれも被虐待児の心理療法に役立つ概念であり、愛着の問題は被虐待児のケアを考える上で重要な問題である。

本調査でも行動の問題を主訴として受診した子どもが多かったが、臨床診断は愛着障害が最も多く、43%に登っている。また、愛着障害の症状を持っていたものは約 87% にのぼり、主たる養育者への愛着パターンは、アンビバレント—抵抗と考えられたものが最も多く、約 38%に登った。施設入所群では在宅群に比較して主たる養育者が安全基地になっている子どもが多い傾向を

認められた。虐待家族から保護されて施設に入所し、担当者との間に愛着形成が行われていることも多いものと考えられる。しかしながら、施設入所児でも約 40%がアンビバレント—抵抗を示し、回避も約 15%見られたことは重要な問題であると考えられる。施設に入所してもそれまでの環境の中で身につけてきた愛着パターンが繰り返されていることが伺われる。施設で愛着形成を計ることが非常に重要な課題であると言える。主たる養育者への行動パターンを見ても、在宅児の 90%、施設入所児の 63%が年齢不相応な行動パターンを示しており、在宅児では過度の希求、回避、恐怖が多く、施設入所児でも過度の希求と回避が多かったが、恐怖は見られなかった。在宅児の場合は虐待者が主たる養育者であることも多く、恐怖が行動パターンとしてみとめられることが多いものと考えられる。

一方、本調査での虐待の種類としては、身体的虐待が多いものの、ネグレクトや心理的虐待も 50%を超えている。また、性的虐待も 20%近くを占めている。児童相談所に相談される虐待（厚生省、2000）では身体的虐待が約 50%、ネグレクトが約 30%、心理的虐待が約 15%、性的虐待が約 5%であるが、これは主たる虐待を取っているので重複が不明である。それに対して、本調査ではネグレクト、心理的虐待、性的虐待が多い。これは、身体的虐待が最も判断しやすい為に、身体的虐待が主たる虐待として上げられることが多いが、実際に専門的な眼で見直すと、他の虐待が存在すること非常に多く、全体として著しく不適切な養育状況にあることを示していると考えられる。つまり、被虐待児が精神的問題を持つてくる原因として、暴力を受けたという恐怖体験だけで説明がつくというような単純な因

果関係ではなく、子どもを取り巻く家族環境の著しい不適切さにより、人生のごく初期の大切な時期において人間関係の発達の基礎となる愛着形成に歪みを生じていると考えられる。

本調査の対象は平均 7.9 歳であり、5 歳を中心とした山と 13 歳の多さがめだった。特に、施設入所児は幼児期に多い傾向があり、愛着関係の改善を図ることの可能な年齢層である。在宅での精神的ケアでは虐待の身体的虐待をやめさせることだけに目を向けるのではなく、愛着形成を促すことが重要である。子どもが身につけた行動パターンは逆に親を苛立たせたり、不快にさせたりすることが多く、不適切な養育の悪循環が形成される。その悪循環から脱して、親子の愛着を促進する支援が求められている。年齢に応じて、退行を促し、スキップを取り、愛着形成をやりなおすことが求められている。施設入所児でも、入所させるだけで愛着形成が改善するわけではないことは明らかである。本調査でも精神的問題の特徴として、施設入所児の 60%以上の子どもが主たる養育者への行動パターンや愛着パターンに問題を持っている。虐待者から分離された後、主たる養育者との間に愛着形成が十分に行われることが重要であると考えられる。

2) 対人関係に関して

愛着形成がうまく行かなかった結果、対人行動パターンにも問題を生じてくる。本調査では、共感する能力が乏しいと考えられた子どもは 35 名、60%以上おり、相手に共感できないことで対人関係に問題を持つてきている子どもが多いことが示された。大人に対する行動パターンは、在宅児も施設入所児も希求—回避が約 37%と最も多い。

求めてきながら些細なことで回避するパターンは対応する大人にとって苛立つ原因となるパターンである。このために虐待が繰り返されたり、施設では職員が苛立つ原因となる。この行動パターンをどのように変化させるかが社会適応に非常に重要なポイントとなると考えられる。また、在宅児に攻撃性が高く、施設入所児では退行が多く見られた。安全が確保された子ども達は信頼できる大人に対して退行することができる。施設入所児に関しては、この退行をどのように利用して子どもの精神発達を良い形に持っていけるかが大きなポイントになると考えられる。

子どもに対する行動パターンでは在宅児も施設入所児も80%あるいはそれ以上が問題を持っていた。在宅児では回避や無差別の暴力が多く、施設入所児では弱者への暴力が多かった。大人に対する行動パターンは何とか矯正できても、子どもに対する行動パターンまではなかなか変化できないことが伺われる。また、幼稚園や学校での一般的な行動特徴をみると、在宅児で90%近く、施設入所児の70%以上が年齢不相応と考えられていた。攻撃的、多動、衝動的という外在化問題がそれぞれ30%の子どもに認められていた。在宅児と施設入所児の比較では在宅児に回避が多い傾向が認められた。また、友達を作ることが適度であったのは7名15%以下であり、多くの子どもが友達づくりに問題を持っていた。行動パターンの問題に加え、遊びの観察からも、遊びが断片的であったり、固執傾向があったり、未熟であるなどの問題をもっており、遊びに他者を巻き込む能力が低い傾向が見とめられ、これらのことが友達づくりに影響していると考えられた。

つまり、人間関係の問題が社会的不適応

を引き起こし、さらに子どもの精神的問題を悪化させている可能性がある。愛着形成の促進と平行して、よい形の枠組みづくりを行い、社会適応を促進させることを行わないと、社会での不適応がより子どもの問題を大きくしていく危険性がある。

3) 自己感の問題

愛着形成の問題は自己感の問題にも繋がる。とくに、自己調節能力、自己の連続性の問題(解離)、自尊感情の問題は虐待を受けた子どもの問題として重要であることが明らかとなった。

(1) 自己調節能力の問題

感情の自己調節が困難な子どもは80%近くに登り、非常に高率であった。生理的な自己調節の問題を抱えている子どもも40%にも登っており、被虐待児の自己調節の問題は非常に深刻なものと考えられた。トラウマを受けた人が感情の自己調節に問題を持つことは知られている(van der Kolk, B.A. et al, 1996)。しかし、人生の非常に初期の段階から安全な愛着形成によって守られることがなく、トラウマを受け続けた被虐待児は、感情の自己調節だけではなく、生理的な自己調節にまで問題を持ってくる子どもが少なからずいることが明らかとなった。非常に年少の子どもは、言葉や行動の規制だけでは自己調節を可能にすることは出来ない。抱きかかえて、ゆるすなどの軽い刺激が必要な時に与えられることによって、それを取り込んだ子どもに自己調節能力が発達していくのである。つまり、非言語的な同調(attunement)があつて始めて自己調節が可能になるのである。従って、被虐待児のケアに於いては、非言語的同調が常に与えられることが欠かせないと考えられる。

(2)自己の連続性の問題

臨床診断で解離性障害と考えられた子どもが8名、約16%にのぼったことは特記すべきである。昨年度の Child Dissociation Checklist(CDC)による調査結果からも被虐待児は虐待を受けていない施設入所児と比較して解離症状が多い傾向が明らかになっている。Terr、L.C. (1991)も、虐待のように繰り返されるトラウマは典型的な PTSD 症状ではなく、否認や解離という症状に発展しやすいとしている。自己の連続性の低下は自己感の発達の中でも大きな問題である。子どもにとって被虐待体験は①自我の未熟な発達の初期に起きる、②繰り返し起きる、③トラウマを癒す機能を持つ場であるはずの家庭がトラウマの場となっている、という特徴を持っており、他者に依存していなければ生きていけない子どもにとって、適応する為には否認や解離といった防衛を使って生存していかなければならない。そのような防衛を使う必要がないような安心した環境が与えられなければ、解離症状は改善しない。

(3)自尊感情の問題

本調査で自尊感情に問題があると考えられたのは85%以上にのぼっており、被虐待児がもつ精神症状の特徴の一つであると考えられる。以前から被虐待児が自尊感情に問題を持つことは指摘されており、周囲がその子どもの存在を尊重し、子どもが生きている価値があることを伝え続けることが非常に重要である。

4)外傷後ストレス反応に関する問題

臨床診断で外傷後ストレス障害もしくはストレス反応と診断されたのは13名、約22%であった。しかし、障害とは診断されなくても問診から PTSD 症状を持つ子どもは29

名にのぼっており、精神症状態の診察からは覚醒レベルの上昇が34名に、精神活動の低下や回避は27名に、再体験は22名に存在していた。虐待は非常に強いトラウマであるが、昨年度の研究からも明らかのように、典型的なトラウマ反応を示すことは予想よりは少ない。しかし、良く観察すると、過覚醒の所見などが存在することがわかる。そのような所見を見逃すことなく、対応しないと、本来必要なケアが与えられない。その結果、十分な安心感が与えられず、多動や攻撃性といった外在化症状に発展していく可能性も高い(奥山、2000)。早期に対応が望まれる問題であり、安心できる環境を与えることはもちろん、心理的アプローチや薬物療法に関しても検討されるべきである。

5)注意欠陥および行動の問題

注意欠陥・多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害のいわゆる行動障害と診断されたのは合計17名、約30%であった。しかし、症状として行動の問題を持っていたのは38名で65%以上にのぼっており、盗みなどの問題も見られていた。これらの外在化の問題は上述のように、社会生活の不適応に繋がりが、対応を誤ると子どもの精神症状が悪化しかねない問題である。これらの問題に関する先行研究の総説は初年度に行っており、それからも、外在化問題は被虐待児の問題として重視していかなければならない。

6)抑うつ・不安

抑うつや不安といった内在化問題も頻度が高い。障害としての診断基準を満たすことは少なかったが、不安症状は70%以上に、抑うつ症状も50%以上に認められていた。子どもの場合はそれらの症状が行動の問題

として外在化しやすい為、外在化された症状に目が行き勝ちであるが、内在化問題に注目して、それに対する薬物療法を含む対応をすることで外在化問題も改善することがある。

5)その他の問題

その他の問題として、発達の問題と脳波異常に関して注意を喚起しておきたい。今回の調査で発達の問題を持っている子どもは40%以上にのぼっている。被虐待児の場合には虐待の事実が目が向きがちであるが、子どもの発達状の問題にも注意が必要である。発達の問題が虐待の結果であるのかどうかは現時点ではなかなか明らかになることは少ないが、発達の問題に適切に対応することは支援の一つとして重要である。例えば、視覚的情報処理に対して聴覚的情報処理が有意に遅れている子どもに対しては、言葉で指導するより、絵などを用いて指導する方が有効であることも多い。発達上の問題を把握して対応にいち化していく必要がある。また、虐待家族の多くは発達の問題に対して早期に対応していない。そのため、行動の問題を持ってきて始めて発達の問題が明らかになることも少なくない。出来るだけ早期の対応が望まれる。

脳波異常は検査した子どもの20%以上に見られていた。身体的虐待による脳障害も考えられるが明確ではない。今後の検討が望まれる。

3. 被虐待児の精神的問題の特徴を基礎にしたケアのあり方

1)精神的問題の評価

上記の特徴を把握した上で、子どもの発達の問題、愛着の問題、他者関係の問題、自己感の問題、PTSD 症状、外在化問題、内

在化問題、などを詳しく評価する必要がある。その為に必要と考えられたら、専門家に相談をする必要がある。その上で、出来るだけ早期にケアプランを立て、必要なら構造化した治療も開始する。

2)愛着形成の出来るケア

被虐待児の精神的問題として、愛着の問題が重要であることが明らかとなった。つまり、被虐待児の精神症状の背景には愛着の問題があることが多いと考えられるのである。従って、ケアを考えるのあたっては、まず愛着形成を目的とする必要がある。在宅のケアにあたっては、親への治療で親子関係を構築しなおすのはもちろん、低年齢児では保育園やベビーシッターなどの代替親の利用も積極的に考えていかなければならない。その際、現在障害を持った子どもになされているように、保育園における加配も検討されるべきである。

また、親と分離して施設に入所しても良い愛着関係を発達させていない子どもが目立つ。子どもと1対1の関係が持ちづらい現在の施設の環境では良い愛着形成を行うのは不可能に近い。従って、今後は愛着形成に問題があると考えられる子どもは愛着形成を目的に里親や小規模施設などの1対1の対応が可能な環境を与えることが望まれる。しかしながら、愛着に問題のある子どもとの生活は非常に困難である。子どもに振り回され、苛立たされることの連続である。愛着形成がうまく行っていないと考えられる子どもはできるだけ低年齢で発見して治療を開始しなければならない。また、里親や施設職員のサポートが非常に重要になる。愛着に問題を持っている子どものケアの困難さを理解した上で十分なサポートがなされていくべきである。

さらに、愛着に問題のある子どもは他者との係りに問題を持つ。従って、その子どもにかかわる大人達はその子どもの愛着の問題を十分に理解する必要がある。保育園、学校などに十分な理解を求めることも欠かせない。

3)自己感の形成の問題

自己感の問題はその後の精神発達に問題をきたしやすい。出来るだけ早期に対応する必要がある。自己調節に問題のある子どもに関しては、保護されている安心感の基に、他者との非言語的な同調関係を形成することが必要となる。スキンシップを取り、一緒にリズムをあわせ、眼と眼を合わせて同調した感覚を形成していく。また、日々の生活の中で、出来るだけ感情を表現する言葉を用い、自分の感情を言葉で表せるように育てる。子どもが予測できるような生活のリズムも必要である。そのような係りを通して始めて自己調節は可能になると考えられる。

解離症状を持っている子どもにたいしては、まず解離をしなくても良い安心した環境を与える必要がある。その上で、否認している自分の感情を表現させるような治療が求められることになるであろう。

自尊感情の問題は頻度の高い問題である。全ての被虐待児に対して自己感の低下を防ぐ対応が必要になる。思春期はただでも自尊感情が低下しやすい時期となるので、出来るだけそれ以前に対応する必要がある。子どもを尊重し、大切な存在であるというメッセージを常に与えつづけなければならない。普通以上にそれを分からせる必要がある。大切な存在であると思っけていても伝わらなければ意味がない。虐待を受けた子どもはそれを信じられないのであるから、

信じてもらうまで根気の良い努力が必要となるであろう。

4)枠組みづくり

年長児になるほど愛着形成や自己感の形成は困難になる。その一つとして、他者に対する行動パターンが固定化され、それが不適応だと他者から阻害されるという形で自分に跳ね返ることで、悪循環に陥ることが多いことが上げられる。愛着形成を進めると同時に、行動療法の手法などを用いて行動の変容をきたす努力も必要である。

5)トラウマへのアプローチ

①日常生活：日常生活ではまず安全であることを子どもが信じられるようにすることが最も大切である。また、日々の生活の中での注意深い観察が必要である。一見破壊的な行動と見えるものが実はトラウマ反応による回避と易興奮性から来ていることすらある。どのような刺激が子どもに反応を起こさせているのかを観察し、その刺激を少なくしたり、子どもと良く話して自覚させることが必要である。

②構造的心理療法：トラウマに直接アプローチする為には遊戯療法などの構造的心理療法が望まれる（西澤1999）

③薬物療法：薬物療法はあくまでも補助に過ぎない。しかし、睡眠障害などが強くて日々の生活に問題が生じている時などでは薬物療法により症状を改善させて楽にすることができる。ただし、PTSDによる睡眠障害などはベンゾジアゼピン系の入眠導入剤では返って悪化することもある。専門医に見せる必要がある。

6)共感性を育てる

共感性を育てる為には愛着形成や自己感

の形成が基礎になる。しかし、年齢が高い子どもや愛着は比較的育っている子どもでは、集団ロールプレーなどを行うことにより、相手の気持ちになる訓練をすることも可能である。

7) 友達との体験の共有

被虐待児同士では自分と同じ体験を話し合うことで相手に共感できるようになったり、一人ではないことを自覚できるようになることもある。しかし、同じような体験をした子どもと一緒に生活しているからといってそのような感情は育たない。ある構造の中で多外を傷つけないなどといった決まりをもって、体験を話し共有することが大切である。その為にはリーダーの役割が重要である。サバイバーでは自助グループとして発展しつつあるが、子どもの場合には適切なリーダーが求められている。

8) その他

被虐待児の精神症状の背景として発達の問題や神経学的問題が存在することもある。そのような可能性が疑われるときには、専門家に相談をして検査や必要な治療を行うべきである。また、行動の問題や不安やうつ状態に関しても、薬物療法などが役に立つ時もある。信頼できる小児精神科医を確保しておき、その可能性に関して相談できるような体制を整えておく必要がある。

V. 参考文献

Briere, J.N. (1992) Child Abuse Trauma. Newbury Park, California: SAGE publications

西沢 哲 (1999) トラウマの臨床心理学. 東京: 金剛出版

奥山 眞紀子 ら (1998) 被虐待児の精神

的問題に関する研究. 平成 10 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書 (第 5/6) 主任研究者 庄司 順一 pp311-342

奥山 眞紀子ら (1999) 被虐待児の精神的問題に関する研究. 平成 11 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書 主任研究者 庄司 順一 (被虐待児童の処遇及び対応に関する総合的研究) pp285-313

奥山 眞紀子 (2000) 不適切な養育 (虐待) と行動障害. 小児の精神と神経, 40: 279-285

James, B (1994) Handbook for Treatment of Attachment-Trauma Problems in Children. New York: The Free Press

Pearce, J.W. et al (1997) Psychotherapy of Abused and Neglected Children. New York: The Guilford Press.

斎藤 学 (2000) 虐待の記憶: 児童期性的虐待とサバイバー. 子どもの虐待とネグレクト 2: 50-59

Terr, L.C. (1991) Childhood Trauma: An Outline and Overview. American Journal of Psychiatry, 148: 10-20, 1991

van der Kolk, B.A. et al. (1996) Traumatic Stress. New York: The Guilford Press.

Wolfe, D.A et al. (1991) The Effect of Child Abuse and Neglect. New York: The Guilford Press.

付録：事例調査票質問項目

I. 事例の概略

II. 基本情報

1. 被虐待児の生年月日 ____年 ____月 ____日
2. 被虐待児の性別 男、女
3. 初診年月日 ____年 ____月 ____日
4. 初診時年齢 ____才
5. 初診までの経緯
6. 虐待の種類（明確なものには○、推定されるものには△）
 - 1) 身体的虐待、 2) ネグレクト、 3) 性的虐待、 4) 心理的虐待、具体的内容：
 7. 虐待の重症度：1)命に関わる、2)後遺症が残る、 3)後遺症が危惧される、 4)その他
8. 虐待者
主たる虐待者：
虐待を手伝ったか黙認した人：
その他の関係者：
9. 虐待開始年齢(推定)： ____才
10. 虐待期間(推定)：約 ____年
11. 虐待の経過
12. 周産期の問題
あり、なし、不明
ありの時の具体的内容：
13. 発達の問題
あり、なし、不明
ありの時の具体的内容：
14. 特記すべき身体的問題
あり、なし、不明
ありの時の具体的内容：
15. 医学的検査の異常
 - (1)脳波検査の異常
あり、なし、不明、未検査
ありの時の具体的内容：
 - (2)CT もしくはMRI の異常
あり、なし、不明、未検査
ありの時の具体的内容：

(3)その他の検査の異常

あり、なし、不明

ありの時の具体的内容：

16. 知的発達の問題
あり、なし、不明
IQ= _____ DQ= _____
検査法 _____
検査年月 _____
推定：ボーダー、軽度、中等度、重度、最重度
17. 初診時の虐待の有無
あり、なし、その他(具体的に：)
18. 初診時の居住
①家庭、②施設、③その他(具体的に：)
19. 初診時在宅の場合、初診時の虐待者との同居の有無
①同居、②別居しているがしばしば家に来る、③ほとんど接触なし、④全く接触がない、⑤その他(具体的に：)
20. 初診時施設入所の場合、初診時の虐待者との接触状況（複数回答）
①電話、②手紙、③職員立ち会いの面会、④職員抜きの面会、⑤外出、⑥外泊、⑦その他(具体的に：)
21. 虐待以外のトラウマ体験あるいは喪失体験(両親の離婚・別居、両親の頻回な激しいけんか、近親者との死別、いじめ、など)
具体的に：
22. 当該事例に対する以外の家族内の暴力
あり、なし、不明
ありの時： ____から ____へ(内容；)
____から ____へ(内容；)
____から ____へ(内容；)
23. 家族の状況一家系図を書き、必要な事項(親の生育歴など)もお書き下さい

III. 精神症状

1. 初診時の主訴（精神症状に限らない）
精神的相談時の主訴
2. その経過

3. 臨床診断 (DSM-IV の診断に準ずる)

- 1)
- 2)
- 3)

4. 心理的症状・問題

A. 初診時の症状(複数可)

基準：1) 重度…日常生活もしくは社会生活が著しく困難になる程度の問題
2) 中等度…1)と3)の間
3) 軽度…症状はあるが日常生活や社会生活には影響がない

(1) 発達の問題

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：精神遅滞、言語発達遅滞、協調運動障害、学習障害、その他、

(2) 行動の問題：

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：多動、注意転動、衝動性、暴力(家庭内、社会)、万引き、その他の盗み、火遊び、過度の反抗、その他、

(3) 身体化症状

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：身体症状()、

(4) 不登校

- 1) (30、50)日以上の継続不登校、2) 断続的不登校、3) 保健室登校、4) その他 ()、5) なし、6) 不明

(5) 排泄の問題

- 1) 毎日、2) 時々、3) 希に、4) なし、5) 不明
内容：夜尿症、遺尿症、遺糞症、その他

(6) 食行動の問題

- 1) 入院が必要、2) 治療が必要、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：拒食、過食、偏食、その他

(7) 睡眠の問題

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：入眠障害、中途覚醒、夜驚、夢中遊行、

悪夢、その他

(8) 愛着障害の症状

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：抑制型、脱抑制型

(9) 緘黙

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
内容：

(10) 吃音

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明

(11) チック

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
具体的症状：

(12) 強迫的行為・強迫観念

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
具体的症状：

(13) 抜毛

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明

(14) 不安

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
具体的症状：

(15) 抑鬱状態

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
具体的症状：

(16) PTSD 症状

- 1) 重度、2) 中等度、3) 軽度、4) なし、5) 不明
具体的症状：

(17) 希死念慮・自殺企図・自傷行為

- 1) 自殺未遂の既往、2) 自傷により入院、3) 自傷により後遺症、4) 自殺を準備、5) 自殺方法を考えている、6) 自傷による傷がある、7) 時折死にたいと思う、8) その他 9) なし、10) 不明

(18) 薬物依存・使用

- 1) 入院が必要、2) 外来治療程度、3) 軽度、4) なし、5) 不明

(19) 現実検討能力の障害

- 1) 混乱、2) 明らかな障害、3) 疑い、4) なし、

B. 初診時の心理的状态および行動パターン

(1) 身体的・神経学的・神経心理学的状態

正常、問題あり()

(2) コミュニケーション能力

1) 言語能力：年齢相応、問題あり(内容)

2) コミュニケーション能力：年齢相応、問題あり(内容)

(3) 活動性

1) 多動、2) 普通、3) 寡動

(4) 衝動性

1) 普通、2) 強い、3) その他

(5) 注意

1) 集中力：高い、年齢相応、弱い

2) 注意転動：少ない、年齢相応、多い(視覚刺激、聴覚刺激、内的刺激)

(6) 全体的気分

自然、抑うつ的、躁的、変動が激しい、その他、

(7) 感情

未分化、平坦、起伏が激しい、深みがない、刺激と感情が不適合、その他の問題()、問題は感じられない

(8) 不安

状況に適合、強すぎる、少なすぎる、長期に続く、非現実的、その他()

(9) 意欲

適度の意欲がある、意欲の低下

(10) 楽しむ能力

適度、楽しむ能力の低下

(11) 新しい環境への適応

年齢相応、適応できない、どのような環境でも区別がない

(12) 他者との関係形成能力

1) 主たる養育者(続柄：)への行動パターン(複数可)

年齢相応、過度の希求、無視、回避、暴力、恐怖、退行、その他(具体的に)

2) 主たる養育者との主たる愛着関係(1つのみ)

①回避、②安全、③アンビバレントー抵抗、④混乱、⑤その他

3) それ以外の大人(治療者を含む)に対する行動パターン(複数可)

年齢相応、回避、恐怖、暴力、言葉で攻撃、無差別な希求、希求一回避、退行、その他(具体的に：)

4) 子どもへの行動パターン(複数可)

年齢相応、回避、無差別の暴力、弱者への暴力、無差別の希求、希求一回避、過度の関心を引く行為(具体的に：)、その他(具体的に：)

5) 友達関係

適度、作ることが苦手、一定しない、その他()

6) 幼稚園や学校での全般的な行動特徴(複数可)

年齢相応、攻撃的、多動、衝動的、引込み思案、回避、その他(具体的に：)

7) 家庭や施設での全般的な行動特徴(複数可)

年齢相応、攻撃的、多動、衝動的、引込み思案、回避、その他()

8) 社会的状況認知能力(関係性の把握能力)

年齢相応、問題あり(具体的に)

9) 共感する能力

年齢相応、共感性に欠ける

(13) 自己感の発達状況

1) 自己調整能力

①生理的自己調整能力

年齢相応、問題あり(内容：)

例：食事リズムの問題…過度の空腹、食事のムラ、など

睡眠覚醒の問題…激しい夜泣き、覚醒時の著明な不機嫌、寝つきの悪さなど、

②感情調整能力

年齢相応、問題あり(内容：)

例：感情調整の問題…泣き出すと止まらない、パニックになる、など

2)自尊感情(self-esteem)

①著明な低下、②低下を疑わせる言動、
③虚勢、④適当、⑤その他()、⑥不明

3)自己表現能力

①豊か、②年齢相応、③乏しい

4)自己の連続性(解離エピソードの有無)

解離のエピソードが ①確実、②推定、
③なし、④不明

内容：

(14)遊び

1)連続性：年齢相応、一つの遊びが続かない、固執傾向

2)興味の幅：年齢相応、興味が広い、興味の幅が狭い

3)テーマの構成：よく構成されている、年齢相応、構成能力が乏しい

4)テーマの豊かさ：年齢相応、発展性が豊か、同じテーマの繰り返し

5)内容：年齢相応、未熟、偽成熟、性的、その他()

6)遊びに他者を巻き込む能力：年齢相応、乏しい、その他()

(12)PTSDに関連する心理状況

1)再体験(虐待を思わせる遊びなど)

①あり、②なし、③不明

内容：

2)精神活動の低下(集中困難、など)

①あり、②なし、③不明

内容：

3)覚醒レベルの上昇(きよろきよろする、易興奮性、など)

①あり、②なし、③不明

内容：

(13)主たる防衛規制

①適応(年齢相応)

具体的に：

②不適応

否認、逃避、抑圧、退行、理屈化、躁的、偽成熟、強迫的、その他

子どもの性的虐待の発見と初期対応のガイドライン —家族内性虐待を中心に—

奥山 眞紀子、北山 秋雄、西澤 哲、宮本 信也、
庄司 順一、内山 絢子、角田 由起子

A. 目的

子どもの虐待の発見と初期対応に関する方法論は少しずつ確立されてきている。本年度に立法化され、施行された児童虐待防止等に関する法律（以後「防止法」）でも一歩前進した。しかしながら、性的虐待に関しては、多の虐待とは異なる側面が多く、その発見と対応は未だに進んでいない。防止法でも性的虐待に関する議論は尽されているとは言えず、その定義からしても、諸外国とは異なる状況である。

一方、性的虐待を受けたサバイバーの方達のさまざまな症状が明らかになり、性的虐待の早期発見とそのケアの重要性が明らかになってきており、発見と対応の方法論を確立することは急務と考えられる。本研究に於いては、これまでの2年間の研究をもとに、子どもの性的虐待の発見と初期対応に関するガイドラインを作成した。

B. 方法

これまで、我々は、本ガイドラインの作成を目標に、初年度には①子どもの性的虐待に関する文献的検討、②性的虐待・性被害を受けた39例の子どもに関する検討、を、第2年度には③被性的虐待児への面接法法に関する研究（北米での例を中心に）、④性的虐待・性被害への対応プロセスに関する研究（②の分析けんかをもとにした検討）を行い、また、並行して行っている被虐待児の精神症状の研究に於いても、性的虐待に解離症状が多いことを明らかにした。これ

らの研究をもとに、研究者間で検討を重ね、ガイドラインとしての必要項目を作成し、それぞれの研究者が分担する形でそれぞれの項目のガイドラインを作成した。

C. 結果

ガイドラインの項目は以下の通りである。

I. 性的虐待発見と初期対応に関するガイドライン

1. 子どもの性的虐待とは
2. 発見と初期対応
 - 1) 性的虐待が疑われるサイン
 - 2) 性的虐待を疑った時の対応
 - 3) 児童相談所などの専門家の初期対応
 - 4) 関係機関の連携
3. 性的虐待に対する法的対応
4. 関係機関の連携

検討の結果、一般的なガイドラインのみでは、各現場が自分達の問題として捉えにくい傾向が生じると考えられた。そのため、ガイドラインに加えて、各現場の特徴を把握した発見と初期対応に関するメッセージを作成した。それは以下の通りである。

II. 各現場での性的虐待の発見と初期対応

1. 学校現場での性的虐待の発見と初期対応
2. 幼稚園・保育園・学童クラブでの性的虐待の発見と初期対応
3. 医療現場での性的虐待の発見と初期対応
4. 保健婦・士による性的虐待の性的虐待

の発見と初期対応

5. 施設および里親家庭における性的虐待の
発見

6. 児童委員（民生委員）、主任児童委員、
青少年補導員などにとっての性的虐待の発見

子どもの性的虐待とは

北山秋雄

子どもの性的虐待は、虐待の中でもとりわけその後の人生全般を通じてしばしば深刻な影響を及ぼす。また、早期発見と初期対応のありかたが虐待からの回復の要因のひとつとされています。それ故、子どもの性的虐待の被害児を発見したときには、安全と安心の確保を第一に考えながら迅速に対応することと被害児に二次的被害を与えないような専門的対応が求められている。

I. 子どもの性的虐待の定義

性的虐待を定義づけることは、どのような”性的”とみなされる行為が虐待であるか否かを明確にするために極めて重要である。性的行為を虐待とみなす要因として、被害児と加害者の発達/成熟年齢、被害児と加害者の関係、身体接触の有無、持続性と反復性、行為内容の性状、意図等をあげることができる。例えば、身体接触の有無に関していえば、加害者または被害児のいずれかの性器の接触—たとえば、性器いじり、膣、肛門および口腔の性交、胸(乳房)・臀部・大腿部および性的(行為としての)キス—を含むすべての身体接触のある性的行為が、通常、性的虐待の定義にあてはまる。

子どもの性的虐待の定義に、身体的非接触の性的行為も含める研究者もいる(Finkelhor, 1979)。これらの性的行為が加害者側の要求によってなされている場合には、加害者または被害児の性器の露出、子どものヌード写真撮影、性的姿勢あるいは成人の性行為を目撃させることも性的虐待に含まれる。Blume(1986)は、「性的虐待の定義には性交も身体的接触も必要ない。性的虐待は、身体(性器)接触があることもな

いこともあり、こどもが意思に反して見たり聞いたりあるいは誰かとかかわらざる得ない状況下で起きる。性的虐待とは、性的/情緒的ニーズを満たすために、大人が未成年を利用する行為である」と述べている。一方、性的虐待の中に身体的非接触を含めることに異論もある。Peters等(1986)は、「身体的非接触は長期にわたる心的外傷を必ずしも伴わないため、通常の性的虐待の定義に含めるべきではない」と主張している。しかし、身体的非接触も大人による性的搾取であり、筆者らの研究(1999)では身体的非接触でもその性状によって心的外傷(trauma)になることがあるので性的虐待に含めるべきであると考えている。但し、身体的接触の有無以外の要因によって心的外傷に質的相違がみられることから、実際の調査研究では、Russell等(1986)のように身体的接触と身体的非接触を区分して分析する必要があると考えられる。

もう一つの重要な要因として、被害児と加害者の力関係—身体的、心理的、経済的、社会的コンテクストを内包した複雑系—をあげることができる。加害者が被害児に対して、身体的暴力または脅迫を用いないで関係性を利用する場合—たとえば加害者が年長であったり権力を行使しうる立場にいたりする場合—が、家族間性虐待で一般的にみられる。年齢の近い友だちやきょうだい間の非強制的性行為は力関係の行使には当たらないという立場から、性的虐待とはみなさない研究者がいる。もっと明確な力関係の差を、被害児と加害者の年齢差に求める立場である。Peters等(1986)は、子ども同士の場合、虐待とみなすには5歳以上

離れている必要があると述べている。しかし、筆者の経験では、3歳年下の妹が兄からレイプされたり、1歳年上の姉が弟からレイプされたりする事例もあるので、年齢差で虐待か否かを判断するのは難しいと考えられる。

平成12年11月に施行された「児童虐待防止法」の第2条によれば、「児童虐待とは、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者をいう）がその監護する者（18歳に満たない者をいう）に対し次に掲げる行為をすることをいうと規定し、性的虐待に関しては「児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること」と明記されている。しかし、私塾の講師、施設職員、教師、牧師、隣人、同居人、きょうだい等による場合の加害者の範囲や「わいせつな行為」の適用範囲が必ずしも明確ではない。

従来から筆者等(1994)は子どもの性的虐待を「大人、年長者またはより影響力を行使できる立場にある者が力関係を利用して18歳未満の子どもの性的自己決定権を侵害するプロセス」と定義してきた。この定義で鍵となる概念は力関係と性的自己決定権である。性的虐待の加害者は、身体的、心理的、経済的または社会的に弱い立場にありかつ性的行為が本来どのような関係性の中で行われるものか、あるいはそのことを認識して拒否する権利やその方法について十分理解できない子どもを絶えず性欲の対象としているのである。このように、性的虐待は、構造的力関係を行って行われるだけでなく日本国憲法やWHO憲章、子どもの権利条約によって基本的人権とされている性の自己決定権を侵害するプロセスなのである。

この定義では、加害者の意図、加害者と被害児の関係性を一切考慮する必要がなく、

子どもの欲しないあらゆるタイプの性的行為を虐待とみなすことができる。すなわち、口腔/肛門/膣性交、私的部分に対する接触行為(痴漢等)だけでなく、子どもの意思に反して、性的行為や性器を見せること、性的内容を聞かせること、ポルノ写真やビデオを撮ることなども性的虐待と見なすことになる。性的虐待のほとんどすべては加害者が子どもの信頼感を利用して特別の秘密(性的)関係をつくり、次第に子どもの身体的/心理的な境界線を侵害していく。ほとんどの家庭内の性的虐待は暴力的でも突発的に発生するものでもなく、子どもが抵抗しないように徐々に「てなずけ」ながら行われている。このような一連の過程を、Christiansen等(1990)は、「てなずけのプロセス(grooming process)」と名づけている。

II. 歴史的経緯

子どもの性的虐待の問題は社会から長い間否認されてきた。Herman(1981)は、性的虐待の報告に対する社会や専門家の対応について歴史的に検討し、現代社会における性的虐待の広がりに対する3つの歴史的“発見(discoveries)”について概説している。心的外傷体験としての性的虐待は、通常近親姦の最初の発見者であるFreudまで遡る。Freudの多くの女性ヒステリー患者が、彼女らが子どもの頃に家族内の成人男性と性的関係を持っていたことを明らかにした—これが誘惑理論(seduction theory)である—ので、Freudは最初ヒステリーの原因は性的虐待であるとみなしていた。ウイーンの家父長的家族制度の中で、Freudは、性的虐待の加害者を、父親、世話役あるいは親戚に求めた。しかし、同僚から非難を浴びて、Freudは、ついに完全に誘惑理論を放棄して、かわりに患者の訴えは現実に起きた性的虐

待ではなく寧ろ患者が捏造したファンタジーであったと主張するけっかとなった。Hermanによれば、Freudが誘惑理論を放棄したあと数十年間、専門家は近親姦に関して”威厳を借りた沈黙(dignified silence)”をとおり、社会は子どもの性的虐待の事実と広がりやを否定し続けることになったのである。

1940年代になって初めて、近親姦は現在では有名なKinsey(1953)などの社会学者による性行動調査によって第二の発見がなされた。これらの調査によれば、調査に応じた女性の20%から30%が子どもの頃男性と性的関係を結び、4%から12%は親戚と、1%は実父または継父と性的関係を結んでいた。これらの研究には、男性の性的虐待が報告されていない。子どもの性的虐待の広範性は、上記の研究によって実証されたが、性的虐待の事実はなお社会から否定され続けた。たとえば、Kinsey報告で性的虐待を受けていた殆どの女性達は、その体験によって悩み苦しんでいたにもかかわらず、Kinsey等はその女性達の苦悩は性的虐待に起因するものではなく、彼らを取り巻く社会環境に由来すると考えていた。Hermanは「Kinsey等は性行動に対する知識の普及に貢献したが、無害な性的行為と不快な性的行為と売春のような明らかに搾取的・功利的行為と子どもの性的虐待を区別することができなかった」と述べている。

Herman(1981)は、1970年代の近親姦の発見を第三の発見と呼び、夫婦間暴力(wife-battering)やレイプのような社会的タブーとともに、子どもの性的虐待の問題を社会に知らしめた功績をフェミニスト運動に求めている。この運動をとおして子どもの性的虐待に対する法的・科学的調査と性的虐待を告白することを選択した近親姦サバイ

バーの社会変革運動が始まった。フェミニスト運動は、子どもの性的虐待の否認の歴史を明らかにすることに大きな功績を残した半面、サバイバーや彼らをカウンセリングする人々が現実の男性優位社会からの新たな差別と偏見に曝されることになった。米国では、1990年代初期に擬似記憶症候群(FMS:False Memory Syndrome)という子どもの性的虐待の存在を否定する活動が起きた(1992年3月FMS Foundation設立される)が、今日では子どもの性的虐待はセクシャルハラスメント、ドメスティックバイオレンスなどと同様、道徳上の問題というより人権上の問題として認識されている。今や子どもの性的虐待は人種、宗教、文化、国境、社会階層の垣根を越えて、21Cの喫緊の課題となりつつあるとあってよい。

III. 存在率

子どもの性的虐待の研究者であれば、現在の性的虐待の存在率は一般に信じられている以上に多いことに同意するであろう。しかしながら、子どもの性的虐待の存在率は研究によって様々である。北米で実施された性的虐待の発生頻度に関する調査報告では、女性の場合6%から62%、男性では3%から31%の範囲である。これらの相違は、おそらく性的虐待の定義(性的虐待のタイプなど)、調査対象者の特徴(特定集団か無作為抽出された一般人かなど)あるいは調査方法(対面調査か否か、質問のしかたなど)によるものと思われる。Badgley(1984)がカナダ全国で無作為抽出した女性1006人と男性1003人を調査した結果では、参加した女性の53.5%、男性の22.3%が18歳までに少なくとも一度、身体的非接触を含めた性的虐待を受けていた。身体的接触のみに限定した場合、女性では22.1%、男性では10.6%

であった。Russell(1983)がサンフランシスコで無作為抽出した930人の女性を調査した結果では、参加した女性の54%が18歳までに少なくとも一度、身体的非接触を含め、家族内外の男性に性的虐待を受けていた。身体的接触のみに限定した場合38%、14歳未満で28%、実父又は義父・養父が加害者の場合4.5%であった。また、Russellの別の調査(1984)では、男性の16%が18歳までに少なくとも一度性的虐待を受けていたが、そのうちの9割の加害者は成人男性であった。ちなみに、家族内の性的虐待の加害者は、実父2.3%、義父・養父17%であった。筆者らの日本における全国調査(1999)では、男性の4%が18歳までに少なくとも一度身体的接触を伴う性的虐待を受けていた。

患者集団では子どもの性的虐待の割合がもっと高くなる。たとえば、精神科の女性の外来患者や入院患者では、26%から40%が18歳までに少なくとも一度身体的接触を伴う性的虐待を受けていた。(Jacobson and Herald,1990)。好発年齢は日米とも7-8歳と13-14歳の二峰性を示している(北山他,1999;Finkelhor,1997)。PCAA(Prevent Child Abuse America)によれば、

米国では、1998年に3,154,000人の子どもが虐待の疑いで児童保護局に通報され、そのうち1,000,900人が虐待と認定されている。そのなかで性的虐待は10%を占めていた。わが国では、1999年の児童相談所における児童虐待相談処理件数は11,631件で、そのなかで性的虐待は590件(5.1%)を占めている。わが国の性的虐待の存在率は人口当たりで米国の約1/100倍であるが、このことはわが国で性的虐待が少ないというより、社会環境が整備されていないために多くの被害が潜在化しているに過ぎないと考えられる。

IV. 長期的影響

丁度子どもの性的虐待が歴史的に否定されてきたように、その長期的影響も最小に評価されてきたのである。大人による子どもの性的行為を無害とする研究者さえいたのである。Ramey(1979)は、「もし社会が否定的反応をしないならば、近親姦は有益な結果をもたらすであろう」と述べている。しかしながら、記述的調査を行っている研究者や臨床家は、子どもの性的虐待がしばしば多くの長期的影響をもたらすことを支持している。これらの長期的影響には、性的機能不全、うつ病、自殺念慮、罪悪感、孤立感、対人関係障害、外傷後ストレス障害、身体的・性的・情緒的被害観、薬物依存と自己破壊的行為および多様な心気症状がある(Gross等,1980)。

これらの多くの影響は、治療している集団や小グループの研究によって観察されるため、虐待そのものに由来する影響について報告したり、治療にやってこないサバイバーの性的虐待の影響について明らかにすることは困難である。性的虐待を受けていない人々や治療にやってこない集団を用いた対象研究がこれらの長期的影響を明らかにしつつある。子どもの性的虐待の成人サバイバーは、そうした経験のない成人に比較して、結婚上の問題や家庭内の問題、身体的、性的問題、思春期の問題行動(Herman and Hirschman,1981);性の課題に関連する不安や罪悪感、外傷的生活、性的機能不全、アルコール依存症からの回復の過程における高いストレス、若年期のアルコール問題、うつ病、低い自尊感情、自己主張の欠如、身体的/性的虐待経験、の多さがみられるのである。心理検査に用いられるロールシャッハ検査やミネソタ式多面的人格検査(MMPI)では、子どもの性的虐待を受けた男

性や女性のグループはそうでない人のグループに比べて、より多くの心理的困難を示している(Roland等,1989)。

臨床的調査同様地域における調査でも子どもの性的虐待は長期の否定的影響をもたらすことを示している。Russell(1986)の調査では、女性の23%が重度の心的外傷を、25%は何らかの心的外傷を示し、全く障害のなかった者は18%であった。Browne and Finkelhor(1986)が、子どもの性的虐待に関連する文献を総合的に検討したところ、成人サバイバーのグループは、そうでないグループより有意に多くうつ病、外傷後ストレス障害、対人関係/セックス障害、自虐行為(薬物使用)または他虐行為等の心身の障害を示していたが、重度の心的外傷をしていた人は20%以下であった。すなわち、子どもの性的虐待は、長期の否定的影響をもたらすが、その心的外傷は必ずしも重度の精神疾患をもたらすとはいえないことになる。

性的虐待の性状—暴力の使用、虐待時の加害者と被害者の年齢、加害者と被害者の関係、加害者の性、性行為の侵害性、持続期間—と長期的影響の関連性についても多様な研究がなされている。Silver等(1983)は、近親姦の終わった年齢が高ければ高いほど、虐待期間が長ければ長いほど、頻繁にその虐待の意味を探索し、ついには心理的困難に陥ると述べている。Herman等(1986)は、暴力の使用、身体的侵襲の深さ、虐待期間の長さ、被害児と加害者の関係(たとえば、実父、継父あるいは親戚)が予後の生活に深刻な影響を及ぼすと報告している。これらの研究結果からでは、どの虐待の性状が最も深刻な心的外傷をもたらすかはっきりしないが、暴力を伴った、実父や継父のような身内による、侵襲的で長期にわたる

虐待が心的外傷の程度に強く関連していることが示唆されている。

V. まとめ

Krugman(1988)によれば、子どもの虐待に対する社会の対応には6つの発展段階があり、第一段階は虐待があること自体を認めない、第二段階は身体的虐待があることを認める、第三段階は親から子どもを保護する、第四段階は加害者の治療に取り組む、第五段階は性的虐待に対応する、第六段階は虐待の発生予防に取り組む、となっている。もちろんこれらの対応は重複しながら発展するが、欧米先進国の子どもの虐待に対する取り組みでも、性的虐待は最も難しいとされている。上記の発展段階のうち、わが国はようやく第三段階に入ってきたが、特に家庭内の性的虐待に対する取り組みは、家庭内暴力や子どもの人権(性の自己決定権)に対する社会(親)の理解不足、夫婦間の力関係の非対称性、長期的影響に対する認識不足、経済的側面からみた予防やケア・治療の評価研究の遅れ、被害児や加害者が利用する資源(職員数、専門のケア・治療施設、現任教育プログラム等)の不足からカナダや米国に比べて10年以上遅れているといつてよい。

わが国で子どもの性的虐待が最も社会の関心を浴びた事件は、「昭和28年、当時14歳だった実の娘を37歳の父親が強姦し、以後25歳までに5回妊娠させ3人の子どもを出産させられた娘が29歳の時、仕事先の若者と結婚したいと父親に申し出たが聞き入れず、かえって父親が脅迫的言辞を繰り返し、性交を強要してきたので、就寝中に父親を絞殺した」事件である。この事件は、当時刑法の尊属殺人罪が違憲か否かの大論争に発展し、1973年4月4日最高裁判所大法廷が尊

属殺人罪規定を憲法第 14 条一項に違反するという判決を出したのだが、その裁判の過程で家庭内の子どもの性的虐待が人権侵害として殆ど取り上げられなかった。1990 年代に入っていじめや子どもの虐待に対する社会の関心が高まるにつれて、子どもの権利条約の批准(1994)、児童買春・児童ポルノ法の施行(1999)、児童虐待防止法の施行(2000)等子どもの人権に配慮した法制面の整備が進められてきた半面、発見・保護された後の被害児や加害者のための社会資源の不足が益々深刻化している。発見・保護されたときやその後に被害児や非虐待家族が二次的被害を受けることによって、より深刻なトラウマを体験したりケア・治療が中断したり回復が遅れたりすることも生じている。

本報告では、早期発見と初期対応のありかたが虐待からの回復の要因のひとつとされていることや多様な専門職が個別に被害児に初期対応している実態をふまえて、被害児に二次的被害を与えないような初期対応のあり方について専門職種別にまとめた。しかし、本報告で述べられている初期対応は一般的・標準的な事例を念頭に置いているので、地域の社会資源や公民のネットワークの実態、初期アセスメントの結果(保護の緊急性)等個別の事例に即して対応していただきたい。本報告が子どもの性的虐待に対する各職域の専門性を理解し、専門職間の連携を高める一助になることを期待している。

文 献

- Badgely,R.F. et al(1984).Sexual offenses against children and youth.Ottawa, Canada: Canadian Publishing Center.
- Blume,E.S.(1986). The walking wounded: post-incest syndrome. *Siecus Report*, 15, 5-7.
- Browne,A. and Finkelhor,D.(1986).Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Christiansen, J. R, Blake, R.H. (1990): The grooming process in father-daughter incest.Horton , Anne L. (Ed); Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York, Free Press.
- Finkelhor,D. et al(1997).Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21(1),1-9.
- Gross,R.J. et al.(1980). Borderline syndrome and incest in chronic pain patients, *International Journal of Psychiatry in Medicine*,10,79-96.
- Herman,J.L. and Hirschman, L. (1981). Families at risk for father-daughter incest,*American Journal of Psychiatry*, 138,967-970.
- Herman,J.L. et al.(1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296.
- Jacobson,A. and Herald,C.(1990). The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care, *Hospital and Community Psychiatry*, 41(2), 154-158.
- Johnson, Barry L . (Ed); et-al. (1990). *The incest perpetrator: A family member no one wants to treat.* (pp. 88-98). Newbury Park, CA, USA: Sage Publications, Inc.
- Kinsey,A. et al(1953). *Sexually behavior in the human female*. Philadelphia, PA: