

表 11 最近 5 年間の精神症状 (%)

うつ状態	21	4	9
無為無気力	18	4	2
そう状態	10	2	3
妄想	9	2	1
幻覚	5	0	2
その他	2	0	5

表 12 最近 5 年間の行動上の問題 (%)

興奮 パニック	113	26	3
頑固・こたわり	96	↓22	
多動 落ち着かず	66		4
他傷	50	15	4
排泄の問題	47	↑11	
自傷	40		7
奇声	40	11	0
徘徊・放浪	22	9	3
過食	20	9	3
怠惰	15	↑5	1
強迫行為	13	↓4	7
盗癖	13	3	5
過眠	7	↓3	0
異食	6	3	0
性的行動異常	6	↓1	6
		1	4
		1	4

表 13 医療機関受診時の問題 (%)

本人が非協力	115	↑26	9
本人が拒否	94	↑22	0
待ち時間が長い	86	20	1
問題行動	56	13	1
付き添えない	51	11	9
まわりの理解のなさ	45	10	5
熟練医療スタッフ不足	40	9	3
医療費が高い	35	8	2
近くに医療機関がない	20	4	7
継続してみてもらえない	15	3	5
設備が整っていない	6	1	4

表 14 最近 10 年間の入院

入院歴	(%)		
ある	120	28	0

入院目的	(%)		
治療	85	70	1
検査	4	3	3
緊急保護	1	0	8

入院期間	(%)		
2 日以内	4	3	3
3~6 日	15	12	5
1 週間~1 ヶ月	59	49	2
1~3 ヶ月	13	10	8
3 ヶ月以上	8	6	7
不明	4	3	3

厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「知的障害のある人への適正な医療の提供に関する研究」報告書

知的障害児・者入所施設でのインフルエンザワクチン集団接種の検討

分担研究者：平山義人 東京都立東大和療育センター副院長

研究協力者：鈴木文晴 東京都立東大和療育センター小児神経科 医長

研究要旨

知的障害児・者入所施設におけるインフルエンザワクチン接種の適応・方法・効果について、過去数年間の経験から検討した。集団生活を基本とする知的障害児・者入所施設では、インフルエンザの流行を阻止するため、入所児・者と職員とに対しインフルエンザワクチン接種の適応があると考えられる。接種の方法に工夫をすることによって、多人数に対して短時間で円滑な接種が可能であり、インフルエンザの施設内流行阻止のためにインフルエンザワクチンは一定の効果があると結論する。

A. 研究目的

インフルエンザワクチンがインフルエンザの発症予防と軽症化とにどれだけの効果があるかという点、現行の SP ワクチンでは、接種を受けた者がウィルスに暴露されると、発症予防がおおよそ 1/3、発症するが軽症化がおおよそ 1/3、残りの 1/3 は発症してしまう、というのが一般的な評価である。

いっぽうでタミフルなどのインフルエンザ治療薬が開発され、臨床的に著効を

呈している。

以上のような状況であるため、社会一般の健常者でどれだけインフルエンザワクチンを接種するべきかは、まだ明確な結論が出ていない問題である。

集団生活の場である知的障害児・者入所施設は、社会一般とは異なる状況に置かれている。欧米にかつて見られたような定員 500 - 1000 名というような大規模入所施設は日本では少ないが、定員 40 - 60 人程度の中規模入所施設は

本邦では多数にのぼり、現在でも開設が進められている。このような集団生活の場では、インフルエンザウィルスがひとたび持ちこまれると、短時間のうちに感染が広がり、入所者に大きな健康被害を生じる。同時に勤務する職員にもインフルエンザ流行が広がるため、生活支援に当たる職員の人手不足が生じ、結果的に入所者の健康と日常生活との両者に大幅な支障をきたす。このため、知的障害児・者入所施設でのインフルエンザワクチン接種は、老人福祉施設などと同様に、社会一般の判断基準とは別個であるべきであると筆者は考えている。

数年前某知的障害児入所施設でインフルエンザの流行があり、入所児・者と職員とに多大な健康被害を生じた経験から、筆者は翌年からその施設でのインフルエンザワクチン集団接種を依頼された。さらにその後他の施設でもインフルエンザの流行が繰り返されたため、インフルエンザワクチンの集団接種を希望する知的障害児・者入所施設が増加し、筆者はその依頼を受けて接種を行ってきた。

今回この方法のメリット・デメリット、ワクチンの効果などを検討する。

B. 対象と方法

2003年11-12月の期間に筆者が集団接種を行ったのは、知的障害児施設1ヵ所、知的障害者施設6ヵ所、合計7ヵ所である。合計の入所定員は約420名（短期入所があるので、実数は多少

変動する）あった。

接種対象は原則として入所児・者、職員とも全員である。事前に十分な説明や説明文の配布を行い、本人あるいは保護者から接種に同意を得た。費用負担がある場合はこの点にも同意を得た。同意を得られなかった場合は接種を行わなかった。

接種は1回として、2003年11-12月の間に実施した。当日は筆者がインフルエンザワクチンや注射器などを施設に持参した。筆者が作成した問診票+接種記録用紙（ワクチンメーカーが作成したものを筆者が改訂し、基礎疾患や内服中の薬剤を記入する欄を作った）に事前に記入しておいてもらい、筆者が診察と問診票のチェックの後、ワクチン接種を実施した。ワクチン接種量は原則年齢によって決定したが、年齢に比して体格が小さい場合は適宜減量した。介助には施設のナースが当たった。

使用したワクチンや注射器は筆者の知己の医院に依頼して入手し、筆者がこの医院に臨時に雇用されるという形式をとり、週末や平日の夕方などの勤務の空き時間を利用して筆者が接種を行った。接種の料金は一般の医療機関より安価に設定した。

C. 結果

全体を平均した入所児・者の接種率は約90%、職員は約70%、接種人数は合計550名であった。今期はインフル

エンザワクチンの確保が心配されたが、なんとか確保できた。

費用負担の方法は施設によって異なり、入所者は施設負担、職員は個人負担というところが多かったが、逆に入所者は個人負担、職員は施設負担、という施設もあった。

実施手技にさして支障はなく、比較的短時間で実施ができた。接種に不安をおぼえ、拒否的な行動をとる例は、事前の予想より少数であった。

現在までのところ、インフルエンザワクチンによると考えられる大きな副作用はなく経過している。

効果のほどは今期に関してはまだ不明である。今まで実施してきた施設では、以前見られたインフルエンザの流行は阻止できている。ただし散発的な発生例は見られている。

D. 考察

表1に米国 CDC のインフルエンザワクチン接種推奨条件を示す。知的障害児・者入所施設入所者は、この条件の A-4 と A-6 とに該当し、また施設職員は条件の B に該当する。したがって、この CDC の条件に従うと、知的障害児・者入所施設の入所児・者と職員とは、全員がインフルエンザワクチンの接種対象であると言える。

さてインフルエンザ感染拡大の阻止という見地からみて、入所児・者の接種率が90%、職員は70%、という今回の

結果は、ほぼ満足できる数字であると言える。施設が接種に理解を得るようにつとめた、集団で短時間のうちに接種する、料金を安価に設定した、などの点がこの高率の原因であろうと考える。またこれまで毎年繰り返し接種をしてきた施設では、インフルエンザワクチンの効果と安全性とが理解され、接種率が年ごとに上昇する傾向が見られており、今後も可能な限りこの方法で接種を続けたいと、筆者は考えている。接種を行っても散発的なインフルエンザの発生は見られているが、これは先述のように現行の SP ワクチンの有効性の限界である。

円滑な実施のためには、施設職員が記入しやすい問診票を作成し、事前にその問診票に記載してもらっておくことが重要であると考え。この方法をとれば、実施者である筆者も接種対象者の基礎疾患や内服中の薬剤などに関して短時間で知ることができ、接種をより安全に行える。

また接種に拒否的な行動が予想される入所児・者の場合は、職員や協力的な入所児・者が接種を受ける様子を見せることが理解のために効果的であった。このため接種を職員や協力的な入所児・者から始め、非協力的な方に進めるという形に、事前に順番を考えておいて頂くとよいと考える。

このインフルエンザワクチン接種の方法には、次のようなメリットがある。

1) 施設から病院へ多数の入所児・者通

院を行うことは時間がかかり、施設職員にとって業務上負担が大きい。職員が自分の接種のため通院する場合も同様である。往診の形式であれば、時間的負担が大幅に減る。

2) 一般の医療機関では料金が高く、施設・保護者・職員の支出が高額になる。筆者の設定した料金は安価である。

3) 一般の医療機関では知的障害児・者の受け入れが必ずしも良くないので、職員や家族の心理的負担を減少できる。

4) 筆者の勤務する療育センターでは、予算の関係で購入するワクチンの本数に限界があり、仮に施設から多数のインフルエンザワクチン接種の希望があっても、希望に応えられない。今回の方法であれば当センターのインフルエンザワクチンを、当センターの入所者や職員、また外来にみえる在宅の方に優先的に使用でき、結果的に全体としての接種率が向上する。

逆にこの方法のデメリットとして、次のような点がある。

1) 筆者の休みの時間が減る。

2) 一般医療機関ではインフルエンザワクチン接種による収入が重要な収入源のひとつであるので、将来は施設の地元の医療機関から横槍が入る危険性がある。

3) ワクチンや注射器の入手を筆者の個人的知己に頼っているので、この方法が今後とも継続できるかどうか、保障はできない。

E. 結論

知的障害児・者入所施設での集団インフルエンザワクチン接種は、インフルエンザ流行の阻止に有効である。また今回提示した筆者の方法は、多人数の知的障害児・者に対して短時間で安全に接種が可能であり、費用の面からも安価である。知的障害児・者入所施設では、入所児・者と職員とに対して積極的にインフルエンザワクチン接種を行うべきである。

表 1

米国 Department of Health and Human Service、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) の推奨するインフルエンザワクチン接種の条件 (CDC の刊行物やホームページから筆者が整理作成した、時により内容に多少変動があるので、今後も変更される可能性がある)

A. インフルエンザ感染ハイリスクの人

- 1 年齢 6 - 23 カ月の乳幼児
この場合は可能であれば 2 回接種
- 2 年齢 65 歳以上の成人
50 歳以上とする場合もある
- 3 インフルエンザ流行期に妊娠する可能性のある女性
- 4 何らかの慢性の病気のある 2 歳以上の年齢の人
- 5 長期のアスピリン治療を行っている小児
インフルエンザ脳症やライ症候群の予防
- 6 年齢に関係なく慢性疾患患者を収容している施設

B. 上記のハイリスクの人にインフルエンザを感染させる危険のある人
具体的には家族や施設職員をさすものとする

厚生労働省科学研究費補助金（障害保険福祉総合研究事業）
「知的障害のある人への適正な医療の提供に関する研究」報告書

知的障害児・者の泌尿器科および皮膚科医療のニードに関する研究（その2）
—外来受診者について—

分担研究者 平山義人 東京都立東大和療育センター副院長
研究協力者 曾根 翠、鴻巣 道雄、林 暁、有馬正高
(東京都立東大和療育センター)

研究要旨 知的障害児・者の皮膚科・泌尿器科の医療ニードを知るため、当センターの皮膚科・泌尿器科外来を過去1年間に受診した患者についてその医療のニードを検討した。受診者数は皮膚科58例、泌尿器科14例であった。性別は皮膚科が男17例、女12例で、泌尿器科が男17例、女4例であった。皮膚科診断名では湿疹が最も多く、次に真菌感染症、細菌感染症が多かった。泌尿器科診断名では、男性は頻尿、停留睾丸、尿路結石が多く、この分布は健常者とは異なっており、その原因を検討する必要があると思われた。この2つの診療科は多数の需要はないか、長期間にわたる専門医の診療を要する場合が多く、やはりニードが高い診療科であると思われた。

A 研究目的

当センターでは知的障害児・者を対象に、週1回の皮膚科外来と月1回の泌尿器科外来を設けている。

我々は、泌尿器科及び皮膚科医療のニードを知るために、昨年度措置入所中の重症心身障害児（者）を対象とした皮膚科・泌尿器科受診の状況を調査し、障害者に特徴的な疾患があること、これらの専門科医療が障害者に必須のものであることが明らかとなった。

今年度は外来(通院)患者について皮膚科・泌尿器科の受診状況を調査し、知的障害児・者を中心とした両科の医療ニードについて検討した。

B 対象

対象は平成15年1月1日より平成15年12月31日の間に、当センター

皮膚科または泌尿器科を受診した外来患者とした。

今年度も昨年度の研究と同様、集団を対象とした後方視的研究であるので、研究対象者個人の医療について何ら影響を及ぼすものではない。また、この研究のために検査や治療を行うこともなく、個人情報をおにすることもないので倫理面の問題は無いと考えた。

C 方法

皮膚科、泌尿器科それぞれについて受診時の年齢、性別、独歩の可否、受診病名または主訴、基礎疾患、転帰をカルテより調査した。複数回の受診がある例では、対象期間中に初めて受診した日を受診年齢とした。

診断名は、調査期間中につけられた全ての診断名をピックアップしたため、

複数の診断名がついた者もあった。診断名がつかないときには主訴を使用した。

知的障害児・者を、独歩可能な群と不可能な群に分けて比較検討した。なお、独歩不能群は全例定義上の重症心身障害児（者）と言い換えられた。

D 結果

(1) 皮膚科

皮膚科受診者は 58 例で、独歩可能群 38 例、独歩不可能群 20 例であった。年齢別、性別受診者数を、各群について表 1 に示した。

受診年齢は独歩可能群が 9-57 歳（平均年齢 26.3 歳）、独歩不可能群が 2-40 歳（平均年齢 26.3 歳）であった。性別は独歩可能群が男 24 例、女 14 例で、独歩不可能群は男女ともそれぞれ 10 例であった。

表 1 皮膚科受診者数

年齢（歳）	独歩可能群		独歩不能群	
	男	女	男	女
0-9	1			1
10-19	7	5	1	2
20-29	8	3	3	4
30-39	5	5	5	3
40-49	2		1	
50-59	1	1		
60-69				
合計	24	14	10	10

皮膚科受診者の基礎疾患を表 2 に示した。基礎疾患は、独歩可能群では知的障害にてんかんまたは自閉症を合併している例が最も多く、次いで知的障害・脳性麻痺・てんかん、ダウン症候群が多かった。独歩不能群では、知的障害+脳性麻痺+てんかんの例が最も

多く、次いで 知的障害+脳性麻痺が多かった。

表 2 皮膚科受診者基礎疾患

基礎疾患	独歩可能群		独歩不能群	
	男	女	男	女
ID*				1
ID*自閉症	7	2		
ID*てんかん	7	3		2
ダウン症候群	4	3		
ID*CP**てんかん	4	4	5	2
ID*CP**	2		3	1
結節性硬化症		1		1
レット症候群		1		1
ヘルペス脳炎				
後遺症				1
亜急性硬化性全脳炎				1
神経セロイトリ				
ポフスチン症			1	
もやもや病			1	
合計	24	14	10	10

* ID 知的障害

** CP 脳性麻痺

図 1 に皮膚科疾患名を示した。

一人て複数の疾患をもつ例もあったため、件数で表示した。疾患で最も多かったのは両群ともにアトピー性皮膚炎を含む湿疹で、次いで白癬を含む真菌感染症、毛嚢炎などの細菌感染症、尋常性座瘡、尋常性疣贅であった。独歩可能群では、胼胝、爪周囲炎も多数見られ、接触性皮膚炎や乾燥性皮膚炎は独歩不能群に多かった。1 例は悪性黒色腫を疑われて受診した。

表3 皮膚科診断名

	独歩可能群	独歩不能群
湿疹	18	8
真菌感染症	17	3
細菌感染症	5	4
尋常性座瘡	4	2
尋常性疣贅	4	1
胼胝	4	0
陥入爪	3	1
自傷	2	1
脂漏性湿疹	1	1
接触性皮膚炎	1	3
乾燥性皮膚炎	0	3
皮膚掻痒症	0	2
悪性黒色腫	1	0
その他	9	2
合計	69	31

転帰は、独歩可能群では継続が 33 件 (47%)、治癒が 28 件 (41%)、中止が 8 件 (12%) で、独歩不可能群では治癒が 17 件 (55%)、継続が 13 件 (42%)、中止が 1 件 (3%) であった。悪性黒色腫疑いは否定され中止となった。

(2) 泌尿器科

泌尿器科受診者は独歩可能群 14 例、独歩不可能群 7 例であった。年齢は独歩可能群が 10 から 52 歳 (平均 30.8 歳)、独歩不可能群が 1 から 66 歳 (平均 32.4 歳) で、性別は独歩可能群が男 11 例、女 3 例で、独歩不可能群が男 6 例、女 1 例とどちらの群でも男の受診者が女をはるかに上回った。図 6、7 に独歩可能群、独歩不可能群の受診者の年齢別、性別分布を示した。

表4 泌尿器科受診者数

年齢 (歳)	独歩可能群		独歩不能群	
	男	女	M	F
0-9	0		0	1
10-19	2	1	0	0
20-29	2	1	1	
30-39	4	1	4	
40-49	2	0		0
50-59	1	0		0
60-69			1	
合計	11	3	6	1

独歩可能群受診者の基礎疾患では、知的障害と、これに自閉症またはてんかんを合併するものが多かった。ダウン症候群は少なかった。独歩不能群では知的障害に脳性麻痺、てんかんを合併する物が多かった。表 5 に各群の基礎疾患別人数を示す。

表5 泌尿器科受診者基礎疾患

	独歩可能群		独歩不能群	
	男	女	男	女
自閉症、MR	4	1		
MR	2	1	1	
MR、てんかん	3			
ダウン症候群	1			
CP、MR	1		5	
結節性硬化症		1		
二分脊椎	0			1
合計	11	3	6	1

表 6 に男性泌尿器科受診者の主訴または診断名を示した。泌尿器科の主訴または診断名のうち、排尿に関する主訴では、独歩可能群で、頻尿・尿失禁が多く、独歩不可能群では排尿困難のみが見られた。神経因性膀胱と診断された例は独歩不可能群にしか見られな

かったが、膀胱瘻造設術を受けている例は両群に見られた。停留辜丸は両群に見られた。腫瘍を疑われた例も少数あった。

表6 泌尿器科主訴または診断名
(男性)

	独歩可能群	独歩不能群
神経因性膀胱	0	1
膀胱瘻造設術後	1	1
頻尿	4	
尿失禁	2	
排尿困難		2
尿路結石	2	
血尿	0	1
真性包茎	1	
停留辜丸	2	1
膀胱腫瘍	1	
辜丸腫瘍		1
前立腺肥大	1	0
合計	17	8

女性は4例のみであったので、その主訴または診断名を表7に示した。男性とは異なる診断名も見られたが、数が少なく、一定の傾向をつかむことは出来なかった。

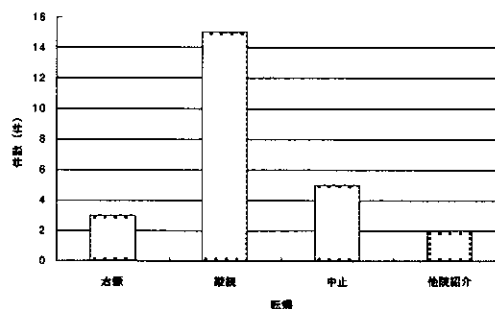
表7 泌尿器科主訴または診断名
(女性)

主訴	独歩の可否
夜尿	可
尿路結石	可
腎機能障害	可
神経因性膀胱	不可

転帰は、治癒が3件(12%)と少なく、継続が15件(60%)と最も多かった。中止は5件(20%)、他院紹介は2件(8%)であった。他院紹介になったのは真性包茎の手術以来と二分脊椎患者の神経因性膀胱疑い例であった。腫

瘍を疑われた例では1例は経過観察中で、1例は否定され中止となった。

図6 泌尿器科受診者の転帰



D 考察

皮膚科、泌尿器科ともに外来受診していた患者数はそれぞれ58例、21例と少なかった。月1回の頻度で開設している婦人科受診者数が年平均345例¹⁾、月2回の頻度で開設している耳鼻科受診者数が年平均945例²⁾、週1回の頻度で開設している眼科が年平均1484例³⁾であったことと比較するとかなり少ない。しかし、昨年の研究結果では、入所者の受診率は高かったため、他の医療機関に通って受診するほどの必要性は低いが、手近にあれば受診させたい診療科であると思われた。当センターに短期入所している重症心身障害児(者)が高頻度に皮膚科受診している⁴⁾こともこのことを裏付けている。

皮膚科疾患の疫学については多数の研究がある。Tombらは、健常者を対象とした4年間の皮膚科受診者6822例の性別・年齢・診断名を調査している⁵⁾。この報告によると、最も多かったのは真菌感染症で14.6%、次いで尋常性挫瘡(14.1%)、湿疹(8.56%)、ウイルス感染症(7.9%)、皮膚腫瘍(7.28%)が多かったとしている。この報告と今回の結果を比較すると、湿疹の患者が非常に多いこと、細菌感染症が多いことが知的障害児・者の皮膚疾患の特徴であることが想像された。

泌尿器科疾患については丹田らか健

常者を対象とした

5年間に泌尿器科を受診した患者42677例について診断名を調査し報告している⁶⁾。この報告によると、男性では上部尿路結石が最も多く(年23-27%)、良性前立腺肥大(19-26%)・前立腺炎(15-24%)が続いた。女性では膀胱炎が最も多く(57-59%)、上部尿路結石(17-18%)、神経因性膀胱(3-4%)が続いた。我々の検討では神経因性膀胱を伴わない頻尿、停留睪丸、尿路結石、神経因性膀胱、排尿困難、尿失禁が多く、健常者の結果とはかなり異なった様相を呈していた。停留睪丸が重症心身障害児・者に多いことは以前より知られていたが、独歩可能群にも見られるのは、家族が知っていながら放置していることが理由と思われた。

転帰については、皮膚科は治癒と継続がそれぞれ約半数を、泌尿器科は継続診療が60%を占めていた。このことから両科とも次第に患者数が増加し、現在の診療回数では将来不足する恐れがあることが予測された。

E 結語

どちらの診療科も受診者数が少なく、医療ニーズを詳しく調査するには至らなかった。両科とも継続診療が多く、長期に専門医の診療が必要な患者が多いと思われる。一方で健常者とはかなり異なった疾患を持つことが想像され、さらに詳細な実態と原因について調査する必要性を感じた。

F 引用文献

- 1) 曾根 翠、平山義人、中野睦子、倉石公路 婦人科外来診療 平山義人、有馬正高、編 知的障害者医療の進歩～地域医療の現状と将来展望 東京 日本知的障害福祉連盟、2003 165-8
- 2) 曾根 翠、平山義人、加賀君孝、菊地 茂、田山二郎 耳鼻科外来診療 平山義人、有馬正高、編 知的障害者医療の進歩～地域医療の現状と将来展望 東京 日本知的障害福祉連盟、2003 173-6
- 3) 武市一彦 眼科科外来診療 平山義人、有馬正高、編 知的障害者医療の進歩～地域医療の現状と将来展望 東京 日本知的障害福祉連盟、2003 169-72
- 4) 曾根 翠、和泉美奈、西條晴美、ら 知的障害児・者の泌尿器科及び皮膚科医療のニーズに関する研究 その1—重症心身障害者について— 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業 知的障害のある人への適正な医療の提供に関する研究 平成14年度総括・分担研究報告書 2003 34-36
- 5) Tomb RR, Nassar JS Profile of skin diseases observed in a department of dermatology(1995-2000) [French] *J Med Liban* 2000,48 302-9
- 6) 丹田 均、加藤修爾、大西茂樹、ら 三樹会病院泌尿器科外来にける臨床状況—最近5年間の外来新患患者の状況 泌尿器科紀要, 1999 863-72

厚生労働科学研究費補助金「障害保健福祉総合研究事業」

分担研究報告書

知的障害のある人への適正な医療の提供に関する研究
「性的虐待を受けた知的障害児（者）の心のケアについて」

分担研究者 大野貴子¹⁾²⁾、岡 明¹⁾、大野耕策¹⁾、汐田まどか³⁾、

1) 鳥取大学医学部脳神経小児科、2) 西部島根心身障害医療福祉センター

3) 鳥取県立皆生小児療育センター

研究要旨 性的虐待は被害者に多大なストレスをもたらす。知的障害児者は一般に比べ、ストレス対処が未熟なため、心理的なストレスを言語化できないまま、身体症状や精神症状で表現することが多く、症状の表出までに時間がかかる場合が多い。また、基礎疾患がある場合には、既存の症状の急な悪化として表出されることもあり、ストレスとの関連に気付かれにくい。十分な表現が出来ないために、受けたストレスが過小評価され、適切なケアを受けられないている場合があると考えられる。我々が経験した症例を通し、知的障害児者が性的虐待を受けた際の反応や、その後のケアを行う際に留意すべき点を中心に検討したい。

A.研究目的

性的虐待を受けた知的障害児（者）への心身医学的治療を通じ、知的障害児（者）の性的虐待の際の反応や周囲の対応の特徴と、それらに対する適切なケアや心理面へのアプローチの方法を検討する。

B.はじめに

障害児は被虐待児のハイリスクとして認知されている。2001年の障害白書

では障害児における被虐待児の割り合いは1000人中54人から7人程度と報告されている。このことから、障害児は健常児の4倍から10倍の頻度で虐待を受けやすいと推定される。但し障害統計にないADHD児等の発達障害児の存在を考慮すると実際にはもっと多いものと推察される。全国の児童相談所が2000年度に受けた児童虐待の相談中、障害児の被害は1008人と全体の72%をしめていた¹⁾ このなかで知的障害児は788人と最

多である。性的虐待はそのうち 32%と
もっとも頻度の低いものであったが、性的
虐待は発見されにくく、発見された場
合にも隠され、表面化しにくい性質を持
つため実際にはもっと多いものと推測さ
れる。

虐待については本邦でも 2000 年 11 月
に児童虐待防止法が制定されている²⁾。
虐待防止法によると性的虐待は保護者に
よるものに限定されているが、国際的に
は虐待者を保護者と規定しているものは
少なく、第三者からのものについても虐
待と考えるのが一般的である。

イギリスでは、性的虐待を「同意でき
る年齢以下の子どもに対して、性的に成
熟した大人が子どもとの関係における通
常の社会的責任を無視して、大人の性的
満足に至る行為を持つこと、もしくは他
者が持つことを許可する場合を性的虐待
とし、性的行為が強制的な方法で行なわ
れたかどうか、また行為が性器及び身体
の接触を伴ったかどうかは問わない」も
のとしており（イギリス『性的虐待を受
けた子どもに関する常任委員会』（1984
年「子どもの虐待」西澤哲より引用）、
我々もこの定義に準じて保護者からのも
のだけでなく、第三者からの身体接触を
伴わないものまでを性的虐待のなかに含
めて検討した。

知的障害児（者）については、認知、
理解能力から小児の虐待に準じて扱って
矛盾はないものとする。更に身体的な

成熟と理解力のギャップがあることから、
より深刻な性的な虐待を受けやすいと考
えている。児童の性的虐待に関する研究
は進んできているが、知的障害児者に対
する性的虐待の研究・報告は一般のもの
とくらべて、欧米においても多くはない
^{3) 4)}。

C. 研究対象と方法

過去 5 年間に我々が経験した性的虐待
の被害が明らかになった知的障害児
（者）数名を対象とし、虐待後に生じた
身体及び精神症状の経過と治療経過を、
小児の虐待と照らし合わせ、その特徴や
ケアの際に配慮すべきことを検討した。

症例提示はプライバシーに配慮し、個
人の特定が出来ぬよう修正を加えた。

心身医学的治療は特殊外来である心療
外来を担当し、小児・思春期の心身症を
専門としている小児科医が行った。

D. 症例

症例 1 20 歳女性、軽度知的障害。

主訴 拒食・ふらつき

基礎疾患 てんかん。

現病歴 外出先で性的虐待をうけ、妊
娠・中絶手術を受ける。その後本人がい
つも通りにすごしており、両親は本人は
気にしていないと思っていた。1 年後、
特に誘因なく拒食・ふらつきが出現。て
んかん発作の増悪や胃腸炎・摂食障害な
どを疑われて入退院を繰り返すも、寛

解・再発を繰り返した。神経性食思不振症としての入院中（診断基準は満たさず）、身体管理と同時に、心身医学的治療を行なった。心理面接は難しく、絵画療法や finger painting などの遊戯療法を中心とした。遊戯療法中に本人により性的虐待とその後の経過について開示あり。虐待と症状との関連に気付き、支持的な心理面接と遊戯療法を続けながら、保護者への説明と指導を行なった。両親が理解を示し、本人に非がないことを伝え、本人及び両親が自己評価を高め、安心感がえられた後、症状は約 2 ヶ月で徐々に改善・消失した。

症例 2 中学生女兒、軽度知的障害。

主訴 不登校・パニック発作増加

基礎疾患 適応障害・パニック発作のため薬物治療中。

現病歴 通学中に、見知らぬ男性からスカートの中を盗撮された。話を聞いた母親がひどく心配した。次第に不登校になる。虐待について本人は全く話題にしなかった。パニック発作が悪化したため外来受診をした際に、それまで基礎疾患を担当していた外来担当医には虐待の開示はなかったが、家族内の葛藤が発作の増強因子ではないかと考え、心療外来に紹介となった。心療外来受診時、母から虐待の開示があったが、本人からの開示はない。自由画やスクイブルなどの遊戯療法中、虐待に関連するような絵を数度

にわたり書く。発作が本人にとっても負担となっていたため、薬物の調整を行い、外来では心理面接と遊戯療法を中心とした治療を行った。同時に母親の不安感が患者の不安を増幅させていると考え、母親への心理面接を併行した。次第に母子ともに落ちつき、登校もスムーズになり、パニック発作は減少した。

症例 3 10 歳女性。中等度知的障害。

主訴 不登校・意識消失発作

基礎疾患 てんかん（薬物療法中）

病歴 見知らぬ男性に車に乗せられ体を触られる。すぐに母親に開示するが、普段通りに過ごしていた。半年後に駅で中年男性に声をかけられた後から、意識消失発作が頻発。てんかん発作の悪化と考えられ、精査入院を受けたが、発作は偽発作のみと診断。入院中に本人の不安が強く、心身医学的な治療の必要性を感じた主治医より心療外来に紹介となった。

心療外来受診時に本人から性的虐待についてすぐに開示。心理面接と遊戯療法を行なう。併行して、両親、学校との話し合いを数度にわたって行ない、対応を検討して、それを本人に伝えることで学校や家庭での安全を保証し、再登校を促した。次第に発作は減少、登校もスムーズになったが、性的なものへの興味の増大を認め、必要以上に異性の眼を意識する傾向が出現した。

症例に共通する臨床的傾向

例として述べた症例および、今回提示していないものも含めて（表1）、虐待から何らかの症状が発現し、周囲に認識されるまでに、数カ月から1年以上の時間がかかっていた。

保護者は性的虐待があったことは知っていても、症状との関連性は認識しておらず、「本人が普段通りに過ごしており、気にしていないと思った」、「（虐待の）意味を理解していないと思った」「あえて話題にしなかった」と、被害児者の心的ストレスの程度を低く認識する傾向が見られた。身体症状や精神症状が出現して、生活に支障をきたすようになり始めた後に、通院中の病院の受診の際に、担当医に虐待のことには触れずに症状の悪化を訴えていた。（表2）

外来担当医は性的虐待の事実は知らされていなかったが、身体所見や検査所見と症状が合致しないことや、精神症状が強く出現していることから、家族内の葛藤など何らかの心因が関与しているであろうと考え、心療外来に紹介している。

E 心身医学的治療

症例は虐待から数ヶ月以上経過してから心療外来を受診しており、心療外来では性器の診察や検査等は行っていない。症例1と3-Ⅲについては、虐待直後に近医婦人科を受診し、警察への届け出もしている。全例でSTDは認めなかった。

虐待の開示の有無に関わらず、言葉での理解や表現は難しいため、全例で心療外来初診時より遊戯療法を併用した。

心理的なストレスが加わった後に身体及び精神症状を呈する点で、子どものPTSD⁵⁾（post traumatic stress disorder）〈心的外傷後ストレス障害〉に準じて扱って矛盾はないと考えられた。本人が心的外傷に気付いていない場合が多く、心身相関への気づきを促したり、そのことを積極的に話題として取り上げたり、明らかにするようなことはしていない。

本人はもとより、周囲も症状が苦痛になり、家庭や学校生活で支障をきたしており、症状の悪化を主訴に外来に受診するが多い。症状の軽減は心理的な安定の為にも必要であり、抗不安薬などの投薬も必要と判断した。

本人の安定のためには周囲の理解と支援が必要であると判断し、保護者へのガイダンスを行ない、不安が強い場合には（特に母親）心理面接を併行した。また、家族や学校の教職員との数回のカンファレンスをくり返して対応を検討し環境調整を行った。

精神症状が強い場合には、入院加療も含めて精神科との連携を必要とした。

F 考察

I 虐待の事実をつかむまで

虐待の事実を掴む為に、まず、知的障害児者は虐待を受けやすく、ストレスを

受けているにも関わらず、表現が不十分なため、周囲に軽く認識されていることを理解する必要がある⁴⁾。

また知的障害児者ではストレス対処行動が未熟なため、心理的ストレスが加わった際に身体症状や精神症状を主体とした反応を呈することが多い。そのことを踏まえて不定愁訴や所見と合致しない症状が出現する場合や、従来の症状の増悪がみられた際には、基礎疾患の評価と同時に、虐待を中心とした心理社会的ストレスが背景にないかということにも注意を払い、早期発見が出来るように心掛けることが重要である。心理的な要因を疑った場合に、児童精神科や小児の心身症を専門とする医師や心理士と連携をとって心理面へのアプローチを行うことが望ましい。

虐待から何らかの身体・精神症状の発現までに数ヶ月から1年以上もの時間がかかっており、症状の発現時期に何か変わったことがあったかと聞いても虐待の事実は語られない。相手が信頼している小児科の主治医であっても（特に男性の医師の場合）本人はもとより母親も性的虐待は恥ずかしいことだと感じており、虐待の開示にはかなりの抵抗がある。性的虐待を疑った場合に可能であれば同性の治療者がチームに参加する方が、聞き取りや関係づくりがスムーズになる。

知的障害児はもちろんであるが、思春期以降の年齢であっても、知的障害者の

場合に、認知・理解力の点から、小児（幼児期）のPTSDと似た反応がみられる⁵⁾。

（抑うつ状態、不安感の増大、親からの分離不安、睡眠障害、接触障害など）

Ⅱ 心理治療

心身医学的治療については、非言語的なアプローチが有効であったが、PTSDの症状が重い症例には薬物療法や精神科との連携が必要となった。

心理面接に遊戯療法を併用することで、リラックスでき、楽しい時間を共有することで治療者との関係が早い段階で作りやすく、安心感が得られたことが、虐待の開示や症状の改善につながったと考えられる。

小児の場合、開示後に更に症状が悪化することがある⁷⁾。我々も開示後に精神症状が悪化し幻覚や自傷行為が出現した症例を経験している。安易に開示を促し、虐待の事実を掘り下げるとは、被害児（者）にフラッシュバックを起こさせたり、こだわりを悪化させ、症状を強化する危険性があるため、控えるべきである。本人が話したがるときには、安心感が得られるような声かけをしながら、話をさせるが、次々と話を引き出そうとしない方がよい。誘導的な質問をすると、話の変換を生じさせ、事実を歪めて認識してしまったり、実際には起きていないことまで起きたと感じてしまうことがあり、慎重な対応が必要である^{5) 8)}

Ⅲ 保護者や周囲への対応

被害者と同様、その家族も心理的なストレスを受けている。保護者の理解と精神的な安定は被害児者の精神状態の安定や症状の改善、自己評価の回復につながる^{7) 9)}。

家族内に問題がない場合には、虐待とその後の PTSD 症状を保護者がしっかりと受け止める事が出来るように、保護者への説明や、(不安が強い場合には)心理面接を行なった。

安全を保証した上で障害に応じた性教育を行ったり、可能な防衛の方法を教えることも有用だが^{10) ~13)}、自身で危険の回避が難しい場合は家族だけでなく、学校・児童相談所などと連携をとり、虐待が繰り返さないよう環境調整を行う必要がある。

性的虐待の事実があっても、症状発現までに時間がかかっていることや、証言能力が低いと認識されるため、事実確認や立件は難しいことが多く、周囲の対応が本人に対する侵襲となる危険性があることも認識する必要がある。逆に誘導されると実際に起きていないことでも安易に認める危険性もある。

G 結語

性的虐待を受けた知的障害児者の症状やその対応について、症例を通して検討を行った。知的障害児者は虐待を受けや

すく、その反応に乏しいために受けたストレスが過小評価されがちなことを認識した上で、臨床場面で所見に合わない身体・精神症状の出現や従来症状の悪化が見られた場合には虐待も考慮に入れた対応が必要である。すなわち、何かが起こった(起きている)のではないかと状態の変化の不自然さに気づき、虐待をも疑うことが、その後の治療・ケアが行われるための絶対条件になる。症状は睡眠障害や摂食不良、急な不安感の増加やパニック発作など多様であるが、PTSDと考えると矛盾はない。

認知・理解力から小児の性的虐待、PTSD と似た対応が必要になる。症状の程度が重い場合には薬物療法を行い、心理治療は、支持的な心理面接と遊戯療法を中心に、被害児(者)がリラックスして安心感が持てるように配慮した。虐待の事実を掘り下げることとはしなかった。いずれにせよ慎重な対応が必要であり、疑った場合や開示があった場合には、児童精神科やPTSDの治療経験のある医師、心理士が治療に加わることが望ましいが、難しい場合には治療可能な他施設への紹介が必要であると考えられる。

虐待を未然に防いだり、繰り返さないようにする為に、知的レベルに応じた性教育や、被害にあった際の対応の仕方などの教育も必要である。知的レベルに応じて、絵本や冊子を用いると抵抗が少ない。しかし、本人だけでは難しいことが

多く、通常の生活を不安なく送るためには、保護者や周囲の理解と支えが必要となる。家族に問題が少ない場合には保護者への説明と指導を行ない、虐待とその後症状の受け入れを促し、不安感が強い場合には必要に応じて両親（特に母親）への心理面接を行った。また、家族・学校とのカンファレンスを繰り返して環境調整を図り、被害児者に安全を保障することも必要となった。児童相談所や警察等の司法機関との連携が必要なケースもある。

患者の状態（全体像）を把握しているコーディネーターとして、関係者の間に入り、調整を行なうことは小児科医の重要な役割であると考えられる。

H 研究発表

「性的虐待を受けた知的障害の4例」
第46回日本小児神経学会総会
(抄録提出済み)

文献

- 1) 平成13年度厚生科学研究「乳幼児期の虐待防止および育児不安の母親の支援を目的とした母子保健に関する研究」、「児童虐待及び対策の実態把握に関する研究」
- 2) 児童虐待の防止等に関する法律
(児童虐待防止法)
平成12年法律第82号
- 3) Balogh R et al Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability J Intellect Disabil Res 45(Pt3) 194-201,2001
- 4) Firth H et al Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability J Intellect Disabil Res 45 (Pt 3) 244-252, 2001
- 5) 富田和巳(編) 小児心身医学の臨床診断と治療社 p175、2003
- 6) 野村和弘 児童虐待と知的障害 手をつなぐ【号外】虐待は いま・・・知的障害児虐待防止研究事業 全日本手をつなぐ育成会 2002
- 7) 奥山真紀子 家族外性的虐待を受けた低年齢児の症状とその経過 小児の精神と神経 42(4) 283-291,2002
- 8) Wendy Bourgeois et al(著)藤川洋子、小澤真嗣(訳) 子どもの面接ガイドブックー虐待を聞く技術 日本評論社 2003
- 9) Roesler TA, Savin D, Grosz C Family therapy of extrafamilial sexual abuse J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32(3) 967-970,1993

10) パトリシア・キーホー（著）田上時子（訳）ライオンさんにはなそう、「ライオンさんにはなそう」教則本 木犀社 1991

11) ロリー・F,ジェニー・H（著）田上時子（訳）わたしのからだよ！、「わたしのからだよ！」教則本。木犀社 1990

12) 生活支援ハンドブック「いや」 全日本手をつなぐ育成会刊行 1997

13) ベティー・ボガホールド（作）安藤由紀（訳）とにかくさけんでにげるんだ～わるい人から身をまもる本～、岩崎書店〈いのちのえほん6〉, 1999