

2. 地域の医療機関から児童相談所への依頼の実績

① 医療機関から児童相談所への紹介

紹介者の種別	紹介件数	うち虐待関係	うち虐待通告
精神科・心療内科			
小児科			
外科・整形外科			
救急医療			
保健所・精神保健センター			
その他			
合計			

② 紹介目的

紹介目的	紹介件数 ^{注9}	うち虐待関係
児童福祉サービスの依頼（手帳、手当、施設入所など）		
心理アセスメント、カウンセリングの依頼		
家族、学校、地域を含めた対応の依頼		
その他		
合計		

注9：主たる紹介理由で分類して件数を記入してください（重複不可）

記入漏れがないか、もう一度ご確認ください。
ご協力ありがとうございました。

なお、調査の正確性を期すため、記載内容に関連して確認やお問い合わせをさせていただくことがあります。恐れ入りますが記入担当者の方のお名前と連絡先をご記入下さい。

記入担当者	所属	氏名
連絡先	電話（ ） Eメール：	FAX（ ）

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「児童虐待に対する治療的介入と児童相談所のあり方に関する研究」

分担研究報告書

被虐待児の精神科入院治療をめぐる諸問題と課題に関する研究

主任研究者	本 間 博 彰	(宮城県子ども総合センター)
分担研究者	小 野 善 郎	(和歌山県子ども・障害者相談センター)
研究協力者	井 出 浩	(神戸市こども家庭センター)
	亀 岡 智 美	(大阪府こころの健康総合センター)
	犬 塚 峰 子	(東京都児童相談センター)
	今 井 芳 裕	(三重県立小児心療センターあすなろ学園)
	岩 田 泰 子	(前神奈川県立こども医療センター)
	岡 本 正 子	(大阪教育大学)
	中 山 浩	(川崎市保健福祉センター)
	西 田 寿 美	(三重県立小児心療センターあすなろ学園)
	牧 真 吉	(名古屋市児童福祉センター)
	村 瀬 修	(静岡県中央児童相談所)
	林 みづ穂	(宮城県子ども総合センター)
	真 下 厚 子	(大阪府精神医療センター松心園)
	三 宅 和佳子	(大阪府精神医療センター松心園)
	田 中 由 美	(大阪府健康福祉部児童家庭室)
	久保高 通 章	(大阪府寝屋川子ども家庭センター)
	樋 口 啓 司	(大阪府立修徳学園)

要旨

児童虐待の進行管理の一環として、精神科入院治療を必要とする被虐待児に対する対応を整備する必要がある。以下の3点について検討を行い、精神科入院治療における問題と課題を検討した。第一点は、入院導入をめぐるケースワークや法的な手続き、特に児童福祉法と精神保健福祉法のそれぞれの持つ効力と限界に関する事柄。第二点は、入院治療のあり方と実際。第三点は、退院後のフォローアップに関する事柄である。いずれも児童相談所がこのような被虐待児の緊急的で危機的な事態に精神科医療機関などどのように連携し協同的な取り組みを行うかについて現在の知見と経験をもとにコンセンサスを試みたものである。

I. 序文

児童虐待対策は、入口としての、虐待の早期発見と予防的および法的介入に関する体制の整備が進むものの、被虐待児のケアに関しては難問が山積している。児童養護施設や情緒障害児短期治療施設そして児童自立支援施設は、年々被虐待児の入所率が高まり、かつ

ての状況とは様変わりしている。被虐待児に対するケアや指導に当たる専門的な職員が不十分であったり、虐待児の心的外傷のケアに関わる技術的なノウハウも不十分であり、これら児童福祉施設は日常的に危機を抱えている。また被虐待児は心的外傷のために、解離症状などのさまざまな精神症状を呈する可能性が高く、実際に多くの施設では精神症状を呈して指導に行き詰まる被虐待児を抱え、施設崩壊の危機に直面している。また児童相談所の初期介入の段階や一時保護中においても、こうした児童の対応に苦慮しているのが実情である。

児童虐待の後遺症ともいべき精神障害は多彩であり、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、解離性障害、行為障害、うつ病などの精神障害が臨床場面でしばしば出会う。また、被虐待児が思春期に突入したときは、思春期特有の発達課題や困難さに遭遇してなお一層危機的状态を呈することが多くなる。こうした被虐待児の精神障害は、精神科薬物療法や入院治療を必要とすることが多い。

児童虐待は近年激しく増加しており、この被虐待児が続々と思春期を迎えることを考えると、精神科医療を必要とする被虐待児が今以上に増加することは明らかであり、精神科医療を受けられるような体制の整備に取りかからなければならない。また、児童虐待対策は児童福祉法と児童虐待防止法のもとで進められてきたが、被虐待児の精神科治療となれば、精神保健福祉法との関わりの中で進められることから、精神科治療のあり方について多くの検討が必要となる。このような問題や課題も、虐待対応の進行管理の中に含まれ、児童相談所にとって重要な課題となる。

II. 方法

被虐待児の精神科医療は、外来治療から入院治療にまで広範囲に及ぶため、今回は精神科入院医療についての検討を開始した。また、精神科入院治療については、早急に検討を必要とする状況にあり、精神科入院への導入から退院後のフォローアップまで、対処すべき課題が山積している。こうした課題について、児童相談所の医療業務に関わっている精神科医師と、実際に被虐待児の精神科入院医療に携わっている児童精神科医、および関連する専門家の協力を得て集中的な討議を行い、現在の問題点の整理と今後の課題を検討し、コンセンサスを形成に努めた。

入院導入から退院のフォローまでの段階を以下のような三部に分け、それぞれについて事前に医療機関や児童福祉施設の調査を行い、その結果をもとに検討を試みた。

1. 第一部：被虐待児の精神科入院治療への導入をめぐる問題と課題

被虐待児の精神科への入院について、児相での親への対応、医療機関の選定と紹介、受け入れ側の医療機関での諸問題、特に保護者の同意、医療費の負担などの問題点の検討。

2. 第二部：被虐待児の精神科入院治療について

被虐待児に対する入院医療の現状と問題点と求められる医療施設とスタッフ、治療プログラムなど

3. 第三部：退院後のフォローアップに関する問題と課題

入院治療の終了後のケアのあり方（退院後の受け入れ先の選定やフォローアップの体制など）。医療機関と児童相談所との連携・協力のありかたについて。

Ⅲ. 第一部 精神科医療への導入をめぐる問題

司 会：井出 浩（神戸市こども家庭センター）

発言者：真下厚子、三宅和佳子

（大阪府立精神医療センター松心園）

田中由美（大阪府健康福祉部児童家庭室）

久保高通章（大阪府寝屋川子ども家庭センター）

牧 真吉（名古屋市児童相談所）

中山 浩（川崎保健福祉センター）

1. はじめに

児童虐待への介入については、平成12年の虐待防止法の施行以後、以前に増して積極的な取り組みがなされ、充実してきた。介入後の児童、保護者への援助についても、児童福祉施設での援助形態について検討がなされ、充実しつつある。

被虐待児への援助は、単に虐待状況から引き離し、安定した生活の場を提供することで終わるものではない。それまでの虐待によってうけたトラウマから生じる心理的な問題の回復と、「育ち直し」が可能となる援助が必要である。こうした援助の過程の中で、医療的援助が必要とされることも少なくないが、特に、攻撃性を伴う衝動的な行為、自傷、解離、自殺企図などが現れると、入院形態による精神医療が必要となる。しかし、児童福祉、精神保健福祉、精神医療の現状では、被虐待児の入院治療については多くの課題が残されている。

2. 各施設からの発表

本ワークショップ第一部では精神科医療への導入をめぐる問題について、4機関からの発表があった。

久保高通章（大阪府寝屋川子ども家庭センター）、田中由美（大阪府健康福祉部児童家庭室）の両氏からは、医療機関に紹介する児童の示す兆候、治療的な選択の施設の選択の視点、対象年齢や、措置費の問題等について述べられた。

真下厚子、三宅和佳子（大阪府立精神医療センター松心園）から、被虐待児を受け入れるようになった経過、第一種自閉症児施設という同施設のもつ特殊性から来る多様な入所形態の実態とその利点など、現状が述べられた。

牧真吉氏（名古屋市総合児童センター）からは、外来診療部門を持つ児童相談所の精神科医の立場から、児童思春期の治療経験の豊富な医療機関が少ないこと、被虐待児の場合には精神保健福祉法に規定された入院手続き困難である実態、また、保護者に対する精神医療的援助の困難さについて述べられた。

中山浩氏（川崎市保健福祉センター）から、東京都立梅ヶ丘病院での聞き取りから、被虐待児の入院適応と、入院を受け入れる病院がかかえることになる困難、病院医療スタッフと児童相談所との間にある意識の差などについて述べられた。

3. 問題点と課題

ワークショップでの議論を踏まえ、幾つかの問題点と課題を整理してみる。

①入院形態、手続き上の問題

被虐待児童の精神科病院への入院が必要になるのは、自傷、衝動行為などの問題行動が激烈になった時であり、医療保護入院の形態をとる必要が多いと思われる。従って、医療保護入院のための保護者の同意が必要となるが、被虐待児の場合、とりわけ強制介入によって施設措置した事例では、保護者の同意を得ることが難しい。また、本人の同意による任意入院であっても、未成年者の入院に際しては親権者の同意を得ることが通例である。これに関しては、児童相談所長、あるいは措置されている施設の施設長の親権代行者として権限で対応が可能なのか、曖昧なままである。このように、職権による一時保護や、児童福祉法 28 条の規定による施設措置は可能であっても、精神科病院への入院に際しては、精神保健福祉法の規定に沿わなければならない現状では、精神医療的な援助を要する児童への柔軟な対応が困難である。

精神保健福祉法を遵守する中で被虐待児に適切な精神医療を提供するためには、精神保健福祉法に言う保護者の選任のあり方を見直す必要があると思われる。

②費用負担の問題

施設措置中の医療費は公費負担となる。しかし、生活を維持するためには、医療費以外の費用も必要となる。施設措置中の児童の場合、措置費の中から入院中の諸費用を負担することになる。しかし、入院が長期にわたると、措置停止、さらには措置解除の処置をとることになり、措置が解除された場合には、医療費、生活関連の費用をどこが負担するかが問題となる。事例によっては、一時保護に切り替えて医療費を公費で負担するところがあるが、生活費を支出に関する根拠が不明確である。病院への一時保護委託としても、わずかな委託費しか支出されない。このような費用負担の問題が被虐待児への医療提供の障壁になっている。

③長期の入院と施設措置

費用負担の問題でも触れたが、入院が長引くと措置停止、更に措置解除を行うことになる。したがって、退院後に改めてその児童を施設措置することになるが、このことは、その児童が入院時の施設に必ず戻れるとは限らないことを意味する。退院後に、新たな場所に適応するよう子どもに強いることは、子どもの精神保健を考える上では避けるべきであり、このような状況に陥る危険が予測されることが、医療への導入をためらわせる一因となっている。

長期にわたる入院が予測された場合の退院後の生活の場が保障されるための方策が望まれる。

④医療機関の体制の問題

被虐待児の入院治療においては、単に病的状態に対する治療だけでなく、子どもに「育ちなおす」機会を提供するという視点も重要である。したがって、長い治療期間が必要となることも多く、さらに、生活場面でのきめ細かな関わりが必要である。しかしながら、長期にわたる、多職種による被虐待児へのかかわりは、現行の精神医療体制の中では保障されておらず、個々の病院の努力に負う状況である。このことが、被虐待児の入院治療に応じ

られる医療機関の確保を困難にしていると思われる。
児童精神科領域、特に被虐待児に関する医療費についての見直しが必要と思われる。

4. まとめ

児童虐待への対応にあたって関係諸機関の連携が必要であることは当初から語られている。しかしながら、被虐待児の心的外傷からの回復と成長という介入後の課題の中で重要と思われる児童思春期精神医療との連携は、児童相談所職員と病院職員の個々の努力に負わされている部分が多いといわざるを得ない。法的、あるいは医療行政的な整備が望まれるところである。

【発表1】

被虐待児の医療機関への紹介について

大阪府健康福祉部児童家庭室

田中由美

大阪府寝屋川子ども家庭センター

久保高 通章

1. はじめに

措置機関としての児童相談所が、どのような児童を児童の精神科、大阪府では松心園という施設に措置していくのか、また精神科医療につないでいくのかといったことと、その他の施設である情緒障害児短期治療施設や児童養護施設にどのように振り分けてゆくかといった事柄についてお話しをします。

すでに知られているように、被虐待児の場合、軽度重度問わず行動面や精神面のさまざまな問題を呈してきますが、大阪府は虐待対応課が初期対応や法的な対応を担当し、虐待対応課の観点からお話しをします。

2. 措置機関としての考え方

措置機関として虐待ケースを扱う際、精神的な諸問題、行動面での問題を呈す児童に対応する場合には家庭からの分離の必要性を判断して動くのですが、どのような児童を精神科医療につなげていくか、また措置していくかといったことがらを最初に述べたいと思います。

①児童の側の問題として

虐待による影響、発達上の問題が絡んだ問題、自傷や自殺企図、他害や放火等の行動上の問題、そのほかに乖離現象やフラッシュバック等の精神症状などの問題を初期介入の時点で呈しているような児童に対しては、親の行動改善という観点のみではなくて、児童のケア、治療という観点で、精神科治療の対象として考えています。

②親の側の問題として

虐待される側の児童の問題として、発達の遅れが31%、多動が11%、障害が9%、盗み等の行動上の問題が9.5%、それから行動上の問題が15%関与しているという統計が昨年出されていました。親にとってはこのことが原因で虐待を加速してしまう、また虐待がこうした児童の問題の原因を作ってしまうというような状態が考えます。

3. 親に対する介入

我々が親に介入する場合には、「しつけ」をめぐることが前面に出てくることが多く、その中身は、言うことを聞かない、理解が悪い、言い聞かせようとしても何度も同じことを繰り返すといった「しつけ」をめぐることが虐待ケースの多くの親の主張として出されてきます。親自身が原因である場合も多々ありますが、児童自身が当初から持っている育てにくさ、扱いにくさということが原因となる場合も多くあります。こうしたケースの場合は、我々は親に対して「しつけ」であろうと児童に及ぼす影響を考慮すれば虐待であると虐待告知をします。同時に、我が子に対して抱えているいろいろな悩みや問題を解決する道筋を親に示すという意味で、親の側の問題にも対応していくことが必要であろうと考え

ています。

4. 精神科入院治療への働き掛け

子どもの側の問題や親が抱えている悩みに対応する際、親子分離が必要であると判断した場合には、大阪府の場合には児童精神科医療機関でもある松心園が措置する施設として存在することはとても大きいことだと思います。

親に対しては子どもの治療や子どもの行動上のことをもうちょっと見てもらおうというようなテーマで親自身の動機づけができるし、同時に子どもと親を安全に分離するという課題にもかかいます。しかも、松心園は他の養護施設などとは違って精神科医もいるし、心理士もいる、さまざまな職種がいて、子どもの状態に手厚く対応できると説得できる。親の中にも、こうしたニーズを持っている方も多くいます。

また、親自身が障害受容ができないために子どもの理解が遅れて、結果として対応が虐待的になってしまうという親もいるので、こういう親は子どもの行動を改善したいという思いを強く持っている場合もあります。こうした場合には、一般の児童養護施設に措置するよりも、子どもの問題の改善と親の虐待的な関わり方を同時に図ることを目的にして松心園への措置を考えていきます。

5. 医療施設の条件

松心園は閉鎖病棟という形になっていますので、飛び出しや不穏な行動を呈する子どもの場合では安全のために閉鎖施設である松心園への措置を念頭に置いているのも事実です。

こうした子どもでは松心園の措置を考えますが、状態が改善したり、入所が長期になり生活が制約され生活に治療の重点をおくような状態に至ってきた場合は、児童養護施設や情短施設への措置変更を考えていきます。

松心園の場合、15歳以上の児童については入所できないため一般の精神科入院という扱いになります。また松心園に措置しながら併設の精神科病棟に入院して治療を受ける児童もいます。しかし、こうした入院について親の同意を得られない場合、児童相談所の権限には限界があるのが事実ではないかなと考えています。

15歳以上の児童が入所できない事情は措置費の中の日用品費の扱いと関わってきます。このなかの特別育成費は、児童養護施設の場合では高校生にも設けられていますが、自閉症児施設や知的障害児施設については高校に行くという想定をしておりませんので、支払われないという制度になっています。

6. 最後に

現在の児童相談所の一時保護においても、一時保護所では対応が困難な状態を呈する児童が増加しているので、精神科領域に一時保護機能を求める場合が増えてくると考えられます。また、15歳以上の高校生年齢の児童に対する対応や、しかも28条で対応でき、精神科治療がしっかりできるような施設運営が望まれます。

親自身に精神科の治療的アプローチが必要な場合がとても多いため、児童の治療と同時に親へのアプローチ、親指導のアプローチというのをあわせて精神科医療の範疇の中で今後取り組んでいただきたい、児童相談所とともにそういうプログラムを開発していきたいと思っています。

【発表 2】

大阪府立精神医療センター松心園における被虐待児の入院治療について

大阪府立精神医療センター松心園

真下厚子

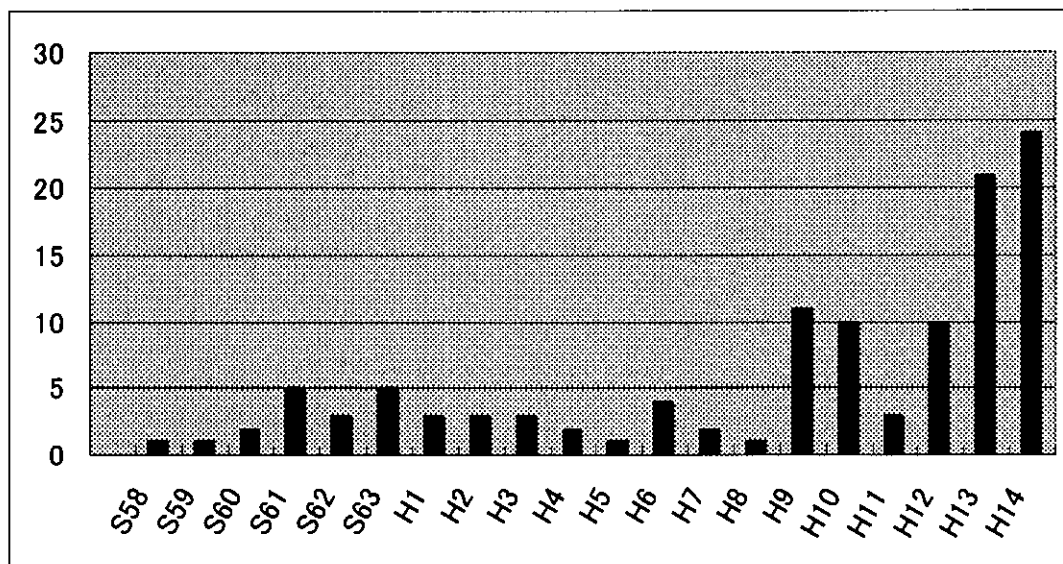
三宅和佳子

大阪府立精神医療センター松心園は、公立の単科精神病院に併設して S45 年 7 月に開設された児童精神科治療施設です。入院治療部門は、精神保健福祉法の精神科病床(閉鎖病棟)ですが、S55 年 11 月に児童福祉法による第一種自閉症児施設の認可も受けています。第一種自閉症児施設というのは、医療型の自閉症児施設です。児童福祉法に規定されている職員配置等は資料 1 を参照してください。以上のことから、松心園への入院の形態としては、児童福祉法に基づく措置入所と、精神保健福祉法に基づく医療保護入院、任意入院などがあります。

松心園の児童福祉施設部門は、本来自閉症児を精神医学領域から専門的に療育援助していくための施設ですが、両親の親機能や経済的基盤の弱い家庭においてさまざまな精神医学的問題を呈した、自閉症周辺領域の子ども達の入院治療を、児童福祉法による措置入所という形態で行なってきました。

このような経過の中で、1983 年頃から、虐待を受けた子ども達の入院治療も行なうようになりました。表 1 は、年度別の虐待ケースの入院数です。1983 年度から 2002 年度までの被虐待児の入院総数は、115 名です。初期の頃は、治療中虐待ケースであると認識されず後でカルテを見なおして虐待でケースであるという視点を持つことができた症例や、別の主訴で入院し入院後に虐待ケースであると判明したケースの割合が高かったのですが、1988 年以後は、児童相談所から虐待ケースとして入院治療を依頼されることが増えていきます。

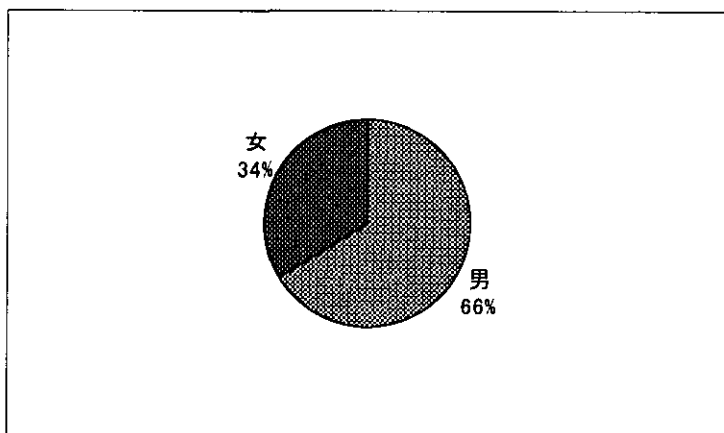
(表 1)年度別虐待ケースの入院数



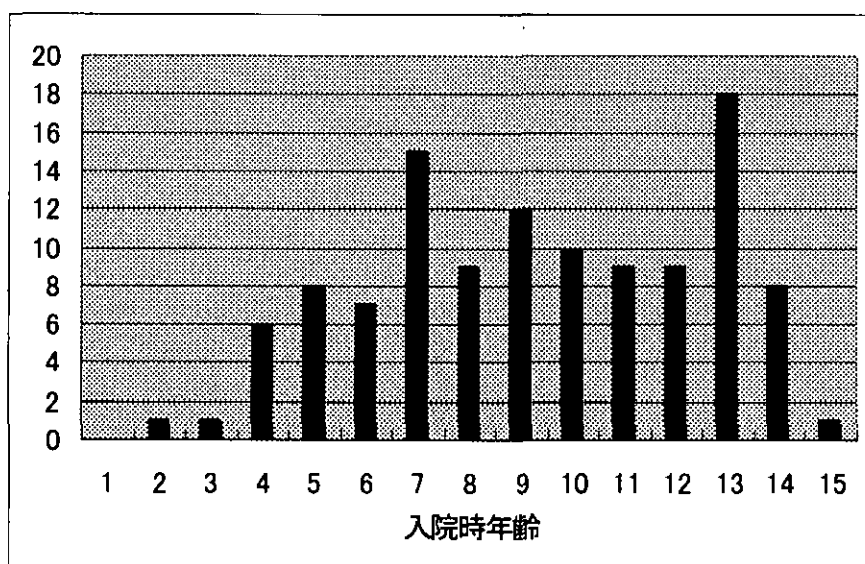
年間の入院数は、1988 年以降は毎年 5 人以内くらいで経過していますが、1998 年以降

は 10 人程度、2001 年からは、に 20 人程度になっています。最近数年の入院数の増加は、短期入院が増えているためであると思われます。睡眠障害などの精神医学的症状の治療や、保護者の負担軽減を目的とした親子分離のための短期入院などです。また中には、親子分離が必要であるが、年度途中で児童養護施設などへの入所ができない場合に、施設入所までの期間の入所治療を松心園で受け持つ場合もあります。

(表 2)男女比



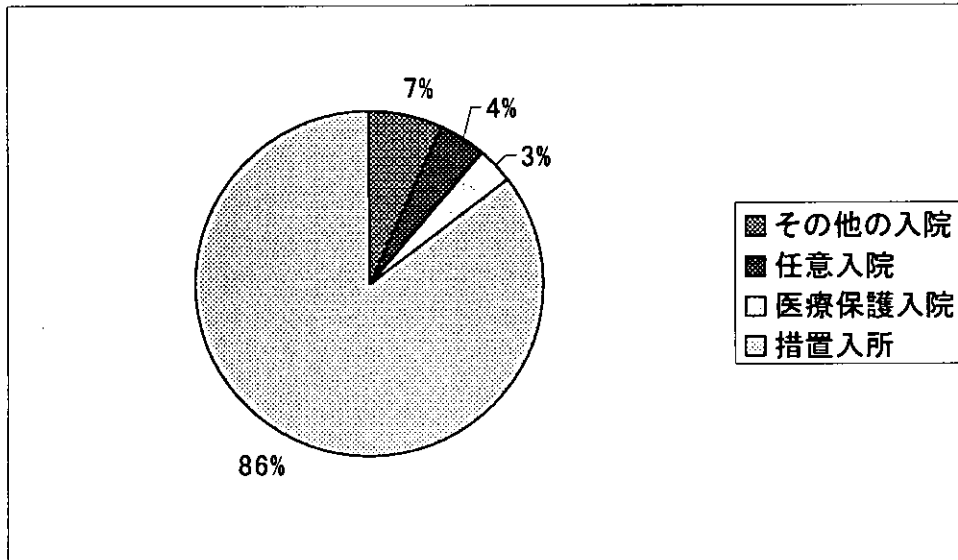
(表 3)入院児年齢



これらの被虐待児入院例の男女比は、男子が 66%、女子は 34%です(表 2)。入院時年齢は、表 3 に示すように、2 歳から 15 歳までの入院がありますが、小学校入学後と中学校入学後にピークがあります。なお、松心園の入院治療において、受け入れ可能な年齢上限は 15 才としています。

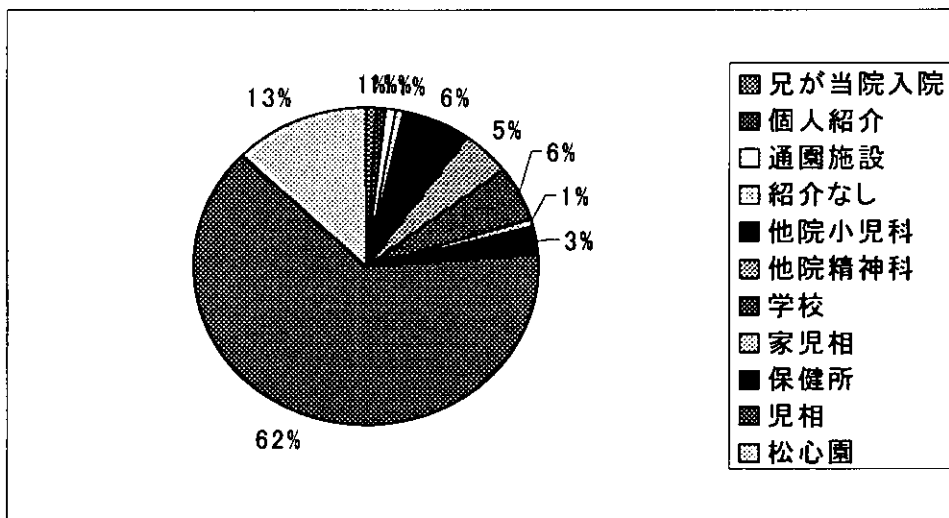
入院形態を表 4 に示しています。児童福祉法の措置入所が 86%をしめ、精神保健福祉法の医療保護入院が 3%、任意入院が 4%です。

(表4) 入院形態

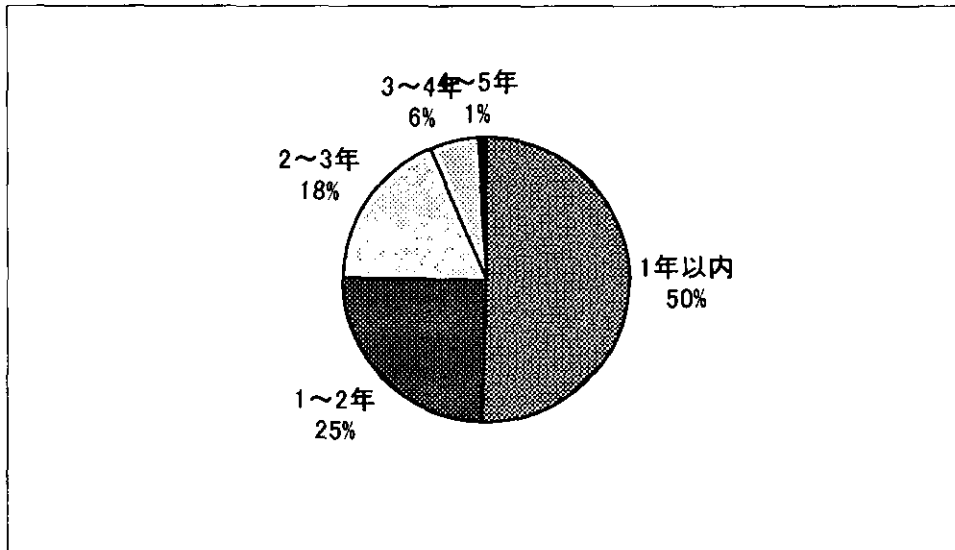


入院の際の紹介経路としては、児童相談所からのケースが62%と一番多くなっています(表5)。入院期間は、1年以内が50%、1~2年が25%、2~3年が18%、3~4年が6%、4~5年が1%です。先ほど述べましたとおり、ここ数年は、1年以内の入院が中心になってきています(表6)。表7に診断名を示しています。自閉性障害、行為障害、ADHD、適応障害、反応性愛着障害、などが主です。

(表5) 紹介経路



(表6) 入院期間



(表7) 診断名

自閉性障害	30
行為障害	16
ADD	13
適応障害	11
反応性愛着障害	10
MR	4
反抗挑戦性障害	4
PTSD	3
統合失調症	3
分離不安障害	2
転換性障害	2
心因反応	2
常同運動障害	2
境界性人格障害	2
トゥレット障害	1
吃音症	1
異食症	1
解離性障害	1
共有精神病性障害	1
睡眠障害	1
摂食障害	1
抜毛症	1

2000年度から2003年10月末までに松心園に入院した虐待ケースは54で、医療保護入院2、任意入院2、措置入所50ですが、この中からいくつかの症例をご紹介します。

医療保護入院ケース1

児童養護施設入所中で、松心園への入所措置不可のため医療保護入院になったケース

実母による身体的虐待・ネグレクトのために児童養護施設入所。小学校入学後、他害・放火その他の衝動行為のために、施設適応が困難になり松心園で入院治療を求められた。保護者と施設側がもとの施設の措置を解除することに反対したため、施設長の同意で松心園に医療保護入院。退院後はもとの児童養護施設に戻った。

医療保護入院ケース2

児童養護施設入所中で、松心園への入所措置不可のため医療保護入院になったケース

両親離婚。実母によるネグレクトのために乳児院を経て児童養護施設に入所中、睡眠障害・不穏興奮などが出現。当時実母は精神科通院中で責任能力が限定されていたため市長同意で松心園に医療保護入院した。

措置入所ケース

28条承認され措置入所したが、家族の協力が全くないため日用品費などに困ったケース

実母の精神医学的問題に起因するネグレクトのため、児童福祉法第28条に基づく申し立てが承認され、松心園に措置入所。家族の協力が全くなかったため、洋服など身の回り品や本人への小遣いなどのための費用捻出に苦慮した(資料2)。

任意入院から措置入所に変更したケース

人格障害の継父への対応が困難で、任意入院となったケース

継父からの身体的虐待ケース。児相が児童福祉法内で対応しようとしたが、人格障害で衝動的他害行為の恐れのある継父への対応が困難であったため、入所措置ができず。小学校高学年の本人と母と継父の同意で松心園に任意入院となった。入院後母と継父が同意し、措置入所に変更。

【発表3】

被虐待児の医療への紹介、親への対応

名古屋市児童相談所

牧 真吉

1. 名古屋市児相の特殊性

名古屋市は児童福祉に関わる総合センターにしたこともあり、医療機関としての診療所を設置しています。ただし、構造的にどこからが診療所かわからず、センター内に収まっています。そのために相談所だが投薬することができますという程度の変化です。特に精神科は一人の診察時間が長いこともあり、殆ど医者一人でやっている状態で自ら呼び入れて、時には自ら調剤もしています。子どもについては投薬ができませんので、医療機関に紹介するのは殆どが入院目的になります。実際に、衝動性、多動、不眠、抑うつ、不安などで投薬しています。

2. 精神科入院を依頼したケース

ここでは二つに分けて考えることになります。入院させた方が良いケースと実際に入院を依頼したケースとに。

まずは、実際に入院させたケースです。大半のケースは思春期以後で、施設で処遇することが困難になったケースです。ひとつは明らかな精神病状態になったケースです。この場合中学生以下ですとなるべく配慮をしながら病院を依頼していきませんが、なかなか入院の受け入れ先が決まらずに、民間の（中学生入院が殆どない）精神病院にお願いすることになります。現実問題、この入院の受け入れ先を探すことで多くの時間をとられてしまうことが多いです。

小学生で知的障害があり、母との関係がうまくいなくてしばしば興奮状態になってしまうケースでは、県立の単科の精神病院にお願いしました。その子は診察場面で大暴れをしたために保護室に入院させてもらうことができましたが、1週間しか入院はできないので次の入院先を探すようにいわれて手配をしなければなりません。時には家庭内暴力であまり紹介したくない夜間の救急当番の病院にお願いするしかない時もありました。

このようにまずは入院先を探すことが一番大きな困難に直面してしまいます。小中学生が入院できる地域の病院は殆どなく、大学病院に時折お願いをして何とか短期の入院をさせてもらっています。最近になってやっと大府に県立の小児保健医療総合センターができて病棟はこの5月に開設して入院のお願いができるようにはなりましたが、まだ今のところ以前から通院しているケースでその流れで病棟ができた時に入院をしたケースのみです。

このような状況では被虐待のケースがまずは入院治療をとすることは望むことができないため、多くのケースは施設入所をして、児童相談所に通ってもらうか、施設でセラピストに治療をお願いしているのが現状です。

現実的には、施設入所には同意が難しく親との関係の軟着陸をするために小児科の入院をお願いしているケースは何ケースかありますが、精神科はそのような使い方は不可能です。前述したようなわけがあり、被虐待で一時保護したケースで精神科の

入院をお願いしたケースはこれまでのところ1ケースもありません。

3. 入院させた方がよいケース

現実的な制約の中で判断されるためにどのようなケースが入院が必要といえるかわかりませんが、入院させられる病院があって、かつ入院期間も医療保険で制限された期間を無視してという条件を付けることになります。

しかし、これだと全く同じように施設の方の条件が改善できるという仮定を持ってということも出てきてしまいます。情緒障害児短期治療施設が被虐待児の入所者数を制限して、人的にも十分な数をおいて設備も個室が用意できるとすると、また、児童養護施設も人的、設備面で満足なケアができるように整えられてという仮定の上で入院はと考えることになります。

このように考えますと制限・拘束が必要なケースが入院治療を行うということになると思います。残念ながら施設の方は改善されないということになると愛着関係を含めた関係性の障害の大きなケースを入院治療するという考え方もできます。しかし、それだけの数の子どものための精神科病院が準備されるとも思いませんので、現実の病院と施設の関数の中で相対的に入院が決定されていくように思います。

思春期のいろいろな問題行動が現実的には入院にするかどうかで迷うことが多いです。施設内でリストカットを繰り返したりするような自傷行動のあるケースでは施設の方から入院治療していただけたらと考えています。なかなか入院先が見つからないのが現実ですが。

4. 親の同意の問題

さて、入院治療になった場合医療保護入院という制度面の壁があります。実際問題、統合失調症で入院をお願いした施設の中学生のケースでは、母が統合失調症のため生まれた直後に乳児院にお預かりして、その後母は行方不明になって一度も面会に現れていないのですが、戸籍を追跡して行って精神病院に入院していることが少し以前からわかっていたために、その母の入院同意書をとって医療保護入院をさせるというようなことがありました。

また、子どもの状態がおかしいと中学校から相談になったケースでは、親をいくら促しても医療への受診をさせてもらえないからと、学校の先生が母の了解を取って当所に連れてきてくれました。診察して統合失調症と診断し、治療の必要性を説明し、一度は母も同行してきて何とか服薬の同意も取り付けて学校の先生が連れてくる形で通院をしていましたが、父の反対に遭い、父母が通院させることを反対して通院がとぎれてしまいました。このときに弁護士に相談しましたが、精神保健福祉法の方が優先するからと医療拒否による被虐待での一時保護委託をあきらめざるをえませんでした。実際には入院までは必要なく、通院して服薬するだけで十分なケースですので、親の拒否を理由に入院までさせるということには無理があったかと思います。

このとき医療保護入院をつかわずに入院はできないかと厚生省に問い合わせをして病院が一時保護委託ということを了承してもらえれば、入院ではなく精神病院に一時保護委託をしているケースが全国で1ケースだけあると聞きました。病院にとっては入院医療費を請求できず、一時保護委託費と外来治療費で費用を賄ってもらわねばな

らず、病院の協力が必要と聞きました。

5. 親の治療について

わたしが児童相談所で働いていて周囲から期待されている大きな部分が親の治療です。なかなか対応が難しい親なので一度診てもらえないかという形で入ります。また、実際問題通報から始まるケースでは親自身が精神的な問題を持っていることがしばしば見られますが、精神科受診にまで至ることが難しいです。特にパーソナリティーに問題を抱えた人の治療ははじめたら終わりにすることがなかなか難しく、極力自分自身が治療を引き受けないようにしている部分もあります。

しかし、なるべくその人の近くでと交流のない精神科医院に一度受診してみてもと心理判定員に伝えて受診してもらったところ、虐待通報をされ、児相長宛に抗議の電話も入ってきたことがありました。愛知県では療育センターに受診していたケースで虐待により死に至ったケースがあり、その時に主治医が報道機関から激しく追求されたという過去もあつてのことですが、精神科医も虐待に過敏になっていて虐待してしまう親の治療をお願いするのは知っている精神科医にしか頼めないのだからと悲観的になっています。

基本的には児童相談所と医療機関がうまくつながることができればいいのですが、こうした点でもまだ不十分だと思わざるをえないのが現実です。

【発表4】

被虐待児の入院適応について

川崎保健福祉センター

中山 浩

被虐待児にみられる様々な精神・行動面の問題に対し、一般精神科病院や小児精神科病棟への入院治療が検討される場合がある。その際に入院の医学的および社会的な適応つまり入院という処遇が適当かどうかを巡って入院依頼を行う側と受ける側との間で問題が生じることがしばしばある。私自身、小児精神科病棟で主治医として治療を行っていた際、常に考えさせられた問題であった。そこでこの機会に被虐待児の入院適応という課題について考えてみたい。発表内容は、東京都立梅ヶ丘病院で被虐待児の入院治療を主に担当する常勤医師の経験を取材した部分と私の経験からまとめた部分からなる。

まず私の経歴、立場としては、過去に2年間、小児精神科病棟に常勤医として勤務したこと、その期間をはさみ現在まで、児童相談所の嘱託医として6年間働いた経験があること、現在は保健所に籍をおき、児童相談所にも嘱託医としてかかわっていることを申し添える。

I. 梅ヶ丘病院の実情

梅ヶ丘病院の常勤医師に、被虐待児の入院治療について臨床的な印象を取材した。

1. 最近入院するケースは増加しており、個々のケースもキーパーソンのいない家族が多く、時間と手間のかかる事が多い。
2. 小学生では、ADHDやアスペルガー症候群など発達障害の合併するケースが多い。思春期では、暴れる、摂食障害、行為障害、解離など多彩な精神・行動面の問題が入院のきっかけとなる。
3. 性的虐待を含めた過去の虐待の既往は入院中に本人から述べられることが多いが、過去行われた事が多く、病院で対応を求められる機会は少ない。ネグレクトや心理的虐待については、児相などから依頼され入院中に評価を行うことがある。
4. 入院の法的問題に関する経験については、両親の間で入院について意見の相違があり、両親が別居しており連絡して欲しくないといわれたケースと母子家庭で母親が統合失調症であり母親が連れ帰ろうとするが本人が入院継続を希望したケースがあったが、いずれも任意入院とした。
5. 児相、学校などとケースカンファレンスをして退院などを決めるが、本人が口では退院というが本心は帰宅を望んでないケースもあり複雑で入院継続の決定も困難な事が多い。

II. 入院治療を検討するまで（治療段階としての適応）

まず被虐待児の精神的な治療を検討する際に、入院を検討するまでに行われるべき介入の段階を考えたい。その際に考えられる選択肢としては、現在の日本においては、以下のような援助資源が考えられる。

被虐待児に対し精神面の治療が必要な場合の介入段階

- a. 第1段階：初期段階の介入

- ・ かかりつけ医 ・ 学校の担任、養護教諭
- ・ 保健所の保健婦 ・ 民生・児童委員
- b. 第2段階：個人で働く専門職
 - ・ スクールカウンセラー ・ 開業小児精神科医
 - ・ 開業臨床心理士
- c. 第3段階：多職種合同のチーム
 - ・ 児童相談所心理士 ・ 児童相談所医師
 - ・ 社会福祉士 ・ ソーシャルワーカー
- d. 第4段階：高度に専門的な治療

①入所施設など

児童養護施設、知的障害児入所施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設、養護学校や寮制の学校の寮、医療少年院、入所型フリースクール

②医療施設

一般（成人）精神科病院、小児精神科病院、一般病院小児科病棟

被虐待児の入院治療を検討する際、まず以上の4段階での治療的介入が十分なされたか、他の選択肢での治療の可能性を検討する必要がある。このような整理がなされないと、ふるいわけが行われず、数少ない入院施設にケースが集中、集積し、結果として真に必要なケースの入院を行うことができず、一方入院施設側では治療的機能の低下をきたす。一部の地域ではすでにこのような状況が生じていると思われる。まず被虐待児の精神的治療は、現在の一般的な精神科治療と同様に、原則的にはなるべく外来、もしくは在施設を基盤にして行われるべきと考える。入院施設を、介入のふるいわけの役割として利用しないようにしなければならない。

Ⅲ. 以上の様な治療段階としての入院適応の検討を終え、実際に入院を依頼する場合（臨床的、心理社会的適応）

次に以上のような選択を経た後、真に入院治療が必要と判断されたケースについて、高度に専門的な治療の行われるべき症例とは、どのようなものか考えてみたい。

入院治療の適応と考えられる状態（以下の項目が複数含まれる場合）

1. 頻回の解離状態の出現や摂食障害など、在宅生活などでは高度の外傷を受けたり、身体衰弱の危険性のある状態
2. 現在不適切な親子関係（虐待的關係）ではあるが、ある程度の親の側の問題意識はあり、親子関係への治療的介入により、少なくとも中期的には改善が期待できる場合
3. 発達面の問題を合併した場合に典型的であるが、家族との不適切な情緒的關係が持続し、人格面の偏奇が認められ、継続的に教師、臨床心理士、ケースワーカーなどが多面的にかかわりを持った介入を必要とする場合
4. その他、行為障害の基盤を検討する際に、素質的要因と環境的要因を鑑別するため

Ⅳ. 適応を満たして入院が行われると、どのような治療効果が得られる可能性があるか、以下にあげる。

被虐待児を精神科で入院治療を行うことで考えられる利点

1. 医療的（身体的）な保護的状況が、非言語的な観点から、受容されている、保護されているという心理的影響を与えられる
2. 虐待の事実を身体的検査結果や心理検査を含めた客観的情報として集められやすく、入院をきっかけに虐待状況の改善に利用しうること
3. 多職種による濃厚なかかわりによって、多彩な解決へのアイデアが出る可能性がある
4. 医療機関としての権威から、虐待状況の改善に向けた提案が、他機関にも取り入れられる可能性が高まること

V. 被虐待児の入院適応の問題がなぜ重要かに関しては、被虐待児の治療に積極的な医師やスタッフが被虐待児の入院治療における煩雑さ（治療そのものの困難さに加え、親権や精神保健福祉法をめぐる法的な問題）により治療意欲がそがれ、貴重な医療資源がさらに減ってしまうという現実があるため特に強調したい。以下に被虐待児の治療を行う中で、医療機関側で起こる困難の例をあげる。

被虐待児の入院治療における治療行為そのものにかかわる困難の例

1. ケースの精神・行動面の問題の原因となっている親などへ、親子関係の修正に向け働きかけを行おうにも、親側の問題意識のなさから糸口を見つけれない
2. 眼前のケースが虐待行為を受けていたということを知ること、医師を含め治療スタッフが受けるさまざまな情緒的反応をいかに適切に処理すべきかという問題
3. 適切に周囲に援助を求められないケースに対し、表面上の拒否や反抗のため治療者が治療意欲を維持することが困難であること
4. 薬物療法を含めた既存の定型的精神科的治療法では、症状の改善に有効でないことが多く、治療者が虚無的、絶望的になる場合があること

VI. 治療を依頼する側として児童相談所の関係者にも上記のような点を理解していただきたい。一方このような努力の中でも依頼側と受け入れ側の間で意識の差から感情的トラブルが生じることも多い。そのような点について以下に考えたい。

入院の適応をめぐる関係者の意識の差から生じるトラブル（「あの医者は子どもの治療に協力しない」「病院はあてにならない」）の原因について

1. 各病院には保護室数など施設面の問題や経営上の問題から、個人の意識や努力とは無関係に入院させられない場合がある
2. 各病院の医療スタッフの力量や過去の諸事情（過去の被虐待児の入院で嫌な体験があった）から、入院が依頼側と受け入れ側の双方にとってマイナスになる場合がある

以上の様なトラブルの防止のためには、依頼側と医療関係者双方が理解に向けた努力をしなければならないが、ここでは児童相談所側の行える努力をあげる。

児童相談所側が入院依頼に際し明確にするよう気をつける点

1. 入院の目的は何か（精神・行動面の問題の治療、ケース本人や虐待者の精神状態の評

価および治療)

2. 退院する基準は何か（入院中に何が現実に達成可能か、医療機関に何を行ってもらえれば退院させられるか）
3. 児童相談所側が医療機関に対し、入院中、退院にむけておよび退院後に協力する部分は何か
4. 特定の医療機関や医師にケースを集中させず、なるべく多方面との協力関係を築く

以上あげたような医療機関との間で気をつけるべき認識を児童相談所内の職員間で広め、医療機関との連携をよりスムーズに行うためには、児童相談所側に立った視点の医療関係者の活用は欠かせないし、他の職種では困難であろう。その際、責任を持った、継続的な医療との連携体制を作り上げるには、児童相談所の常勤精神科医でなければ、以上の様な困難な課題に対処することはできないと考える。