

IV・第二部 被虐待児の精神科入院治療について

司 会：亀岡智美（大阪府こころの健康総合センター）

発言者：西田寿美（三重県立小児心療センターあすなろ学園）

岩田泰子（元神奈川県立子ども病院精神科）

樋口啓司（大阪府立修徳学院）

1. はじめに

児童虐待ケースにおいて、子どもの安全確保のために家庭からの分離・保護が必要になった場合、従来は児童養護施設や情緒障害児短期治療施設などに入所措置がとられ、そしてそこで子どもの生活の保障のみならず、治療的ケアまでもが求められる方向にあった。しかし、子どもの精神医学的症状のために、または虐待者である保護者に対する精神医学的アプローチが必要なために、児童精神科治療施設での入院治療が求められるケースも多数存在すると推測される。このような現状において、現在の法的体制や治療の枠組みでは、さまざまな問題を伴うと考えられる。一方、非行の問題と虐待との関連は従来から指摘されているところであるが、現在児童自立支援施設には多くの被虐待児が措置されていると推測される。このような現状を踏まえ、児童自立支援施設においても虐待の視点からの援助プログラムを再検討する必要があると考えられる。

第二部では、被虐待児の精神科入院治療について、各施設から現状が発表され、求められる医療施設とスタッフ、治療プログラムなどについて討論され、さまざまな問題点が提起された。また、児童自立支援施設から現状と問題点、今後の課題などが報告された。

2. 各施設からの発表

三重県立小児心療センターあすなろ学園の西田寿美氏は、第一種自閉症児施設や自閉症・発達障害支援センターも併設・附置している同園での保育士・生活指導員・看護師・作業療法士・心理職・ケースワーカー・医師などからなる多職種チームによる医療の現状を報告した。医療機関での被虐待児の治療では、児相のバックアップは不可欠であり、あすなろ学園では退院後の処遇検討も含めて、定期的な児相とのケース検討会議を開き、医療と児童福祉との連携に努力している取り組みが紹介された。

子ども病院の精神科の立場から、元神奈川県立子ども医療センター精神科の岩田泰子氏は、被虐待児の入院治療に際しては、治療に膨大な時間がかかること・子ども達の生活費の保障・多職種での関わり必要性・他科（小児科、整形外科、脳外科、皮膚科、眼科、婦人科など）受診の必要なケースが多いことなどの問題があることを指摘した。また、虐待を受けた子どものみならず、治療に関わる人達の安全を保障するための法的整備や児相・裁判所の機能強化などが必要であり、退院後のアフターケアのためには、特に中学卒業年齢以後の子ども達が生活できる場の確保や支援機関の充実が必要であることを提言した。

最後に児童自立支援施設から樋口啓司氏が、児童自立支援施設における被虐待児童の動向について報告した。児童自立支援施設は、平成10年の法改正に伴い被虐待経験を有する子どもの入所も増加しているが、これらの子ども達に対応していくためには、従来の非行児に対するプログラムでは困難な面があり、今後は施設職員が被虐待児についての理解を

深めるための研修や具体的な援助プログラムが必要であると提言した。また、現在の小舎制1ヶ寮の定員は12名であるが、対応困難な被虐待児を適切にケアするためには、定員の見なおしが必要であることにも言及した。

3. 討論とまとめ

3氏の発表をもとに、被虐待児の精神科入院治療についてさまざまな論議がなされたが、主要な論点は以下のように集約された。

①入院治療中に問題となる法的制度

虐待者である親が、強硬に退院を要求した場合、精神保健福祉法下の入院形態（医療保護入院、任意入院）では応じざるをえない。このような場合、治療者側は、子どもの人権と親からの強硬な攻撃との板ばさみになることもある。そして、法的枠組みのないところで、親の元に帰りたくないという子どものために、自らの身を危険に曝しながらできる限り説得を試みるなど、医療の枠組みぎりぎりのところで踏ん張っているケースも報告され、精神医療の側からは児童相談所（児相）の強力なサポートを望む声が強かった。一方、児相の側からは、児相はあくまでも児童福祉法28条や33条の申し立てをするのみで判断は家裁でなされるため、精神医療・福祉領域と司法がより有機的に機能するシステムが必要であることや、現状ではネグレクトのケースで司法的対処が困難なケースもあるため、ネグレクトに関する法的整備が望まれるとの意見が出された。入院中の親の強硬な退院要求に対処するための一つの方策として、神戸市こども家庭センターでは、一時的に親の同意が不要な一時保護委託への切り替えを行なっているとのことである。しかしこれはあくまで一時的な対応策でしかない。また、一時保護中の措置費はわずかに1日1500円であり、医療費や生活費をどのようにまかなうかという問題点も挙げられた。

また別の問題として、医療ネグレクトをカバーする法的枠組みの問題も提起された。たとえば、虐待された子どもがICUで入院治療を受けている時に、虐待者である親が退院を要求した場合、あるいは治療を拒否した場合に、ICU入院を一時保護委託にできるのかどうかという問題である。責任能力が限定されていると考えられる子どもに対する高度医療の同意の問題は、これまでも親の宗教的信念との関連で論議されることがあったが、児童虐待症例の場合においても、法的枠組みを明確にすることが望まれる。一方で、保護者が医療機関の提案した医療行為に従わない場合に、医療機関が安易に「医療ネグレクト」として児相に通告してくることもあるという。このような問題に対して、医療ネグレクトの定義を法的にも明確にすることが必要であるとの意見も出された。

②精神科入院治療構造におけるハード面の問題

虐待された子ども達の中でも、精神科医療が必要となる子ども達は、人格発達上の重篤な問題を抱えている場合が多い。愛着の障害・自己調節の障害・解離障害などと、これらの問題から派生する対人関係や行動上の問題などである。このため、児童青年期の精神科医療の中においてさえも、虐待された子ども達は治療が困難なグループに属すると考えられ、治療構造のハード面においても特別の配慮が必要であるという意見が多く出された。

まず、虐待された子ども達への治療の第1歩は安全と安心感の保障であるが、そのための病棟構造として、個室がたくさんが必要であるという意見が、あすなろ学園や神奈川県立子ども病院の治療経験を踏まえて出された。近年精神科入院治療においても、プライバシー保護の観点などから病室が個室化される方向にあるが、虐待された子ども達は感情や

行動の自己制御が困難なことが多く、症状や行動の沈静化のために他の入院児との物理的距離を一時的に保つことが治療上望ましいことが多いと考えられる。

また、子どもの安全確保のためには、生活の保障がなされていることが不可欠である。虐待された子どもの精神医学的症状は、子どものおかれた状況や発達年齢と関連して増悪と消退を繰り返すこともあるため、ある程度長期間の精神医学的ケアが保証されていることが治療上望ましいと考えられる。これらのことから、生活の場を確保しながら精神科医療を継続的に受けられるようなシステムの構築が必要になると思われる。今回のワークショップでは、児童精神科医療機関として神奈川県立子ども病院のモデルが、児童福祉施設と児童精神科医療機関の両方の性質を持つ施設としてあすなる学園のモデルが示された。

子ども病院での入院治療は、より厳密に子どもの精神医学的な治療を目的としており、症状が改善すればできるだけ早く退院させる方向にあるとのことだった。児童養護施設との連携が比較的うまく機能しており、児童養護施設に入所中の被虐待児の精神医学的症状が増悪した時に短期的に入院治療を導入し、改善されればもとの児童養護施設に返すという方法が有効であった事例も紹介された。しかしこのような場合は、精神医学的ケアの継続のために、退院後も児童養護施設を定期的に訪問するなど緊密な連携が必要とのことだった。そして、このような場合にかかる経費と時間は、現状ではどこからも保障されず、個人的努力によってなされており、この点について早急に何らかの対応が必要であると思われる。

一方あすなる学園からは、生活の場で同時に精神科医療を実践することの利点を挙げられた。ある程度長期間の入院期間が保証され子ども達の育ちの場と時間を提供することの重要性や、精神医学的問題が重篤になる以前の初期段階で入院治療による濃密な関わりをもつことが予後を改善するのではないかとの意見も出された。しかし、現在のわが国においては、児童福祉施設と精神医療機関の両方の性質を兼ね備え、しかも児童虐待症例をケアの対象とするように規定されている施設は皆無であり、第1種自閉症児施設が、必要に迫られて児童虐待症例を児童福祉法内で入所させているに過ぎない。今後は、児童虐待症例を児童福祉法内で措置入所させることができ、なおかつ専門的な精神科医療を受けることができるような場の確保、または児童福祉施設と精神科入院治療機関との連携システムを充実させることが緊急の課題であると思われる。

③精神科入院治療構造におけるソフト面の問題

ソフト面の問題としては、虐待された子ども達を対象とした心理治療プログラムの開発と人材育成の必要性が討論された。虐待環境において健全な発達のために必要な環境を剥奪されて育ったこれらの子ども達に対して、精神医学的症状のコントロールの他に、自分のおかれた状況を適切に理解するための心理教育、社会生活能力訓練 (Social Skills Training)、さまざまなストレスに適切に対応できるためのストレスマネジメント教育などが必要であると考えられる。現在わが国では、さまざまな取り組みが試行的に行なわれている段階であり、今後適切な治療モデルの確立が望まれる。また、このような心理治療プログラムはさまざまな次元でなされる必要があり、そのためには多職種での治療が不可欠であるという意見も出された。第1種自閉症児施設の機能を併せ持つあすなる学園では、保育師・児童指導員・ケースワーカー・心理士などのコメディカルスタッフとのチーム医療が実践されているが、精神科医療機関で同様の人材を配属することは困難であり、この点においても特別の配慮を要すると考えられた。

そしてこの多職種による治療チームが有機的に機能するためには、それぞれの職種における人材育成が重要であると思われる。「いい大人がたくさん必要」という西田氏のことは、虐待された子ども達の心理治療の本質を言い当てていると思う。

④入院中の機関連携の問題

虐待された子どもを入院治療に導入した場合、教育機関をはじめ、児相、児童養護施設、司法、地域保健機関、他の医療機関など、関連するさまざまな機関と定期的に連絡を取り合い、お互いの情報の共有と役割分担を確認しておくことが、治療方針や子どもの処遇を決定する際に非常に重要である。

児相の側からは、虐待された子どもが入院した場合、当然その間も関わりを続けるわけだが、日頃の膨大な業務のなかでどうしても医療機関にまかせてしまう傾向にあるとの意見が出された。また、医療機関の側からは、これらの外部機関との連携のための時間と報酬の問題が出された。多くの機関が関わる場合、連絡会議や事例検討会議を開催することが有効であるということは従来から言われているが、会議の設定と連絡・時間調整などのための労力もかなりなものであり、ケースワーカーなどがいなければ、とても主治医が多忙な業務の片手間にできることではない。また、会議のために割く時間を作ることも困難で、あすなろ学園では時間外に機関会議を設定することが常態化しているとのことであった。その上、これらの会議は保険診療に算定することができない。このように、機関連携の点においても、治療システムにおける位置付けは全くなく、それぞれの個人的努力や自己犠牲の上に成り立っている実態が明らかになった。早急に何らかの改善が必要であると思われる。

また、成人の精神科との連携についても議論された。あすなろ学園からは、児童精神科病棟よりもむしろ成人の精神科病棟において子どもの安全が確保され、精神医学的症状の改善に有効であった症例がモデルとして出された。この症例は、退院後援護寮で生活の場を確保しながら、引き続き成人の精神科医療機関のバックアップを受けており、精神的な安定も得られているとのことだった。しかし討論では、児童精神科病棟では対応が困難な行動化が著しい症例や青年期症例の入院治療に際して、よりハードな治療構造を求めて成人の精神科に連携を求めても、治療の対象外とされることも多々あり、子どもから成人に至るまで連続した治療的ケアを提供することが困難であるという意見が多く出された。保護者の精神医学的な治療も含めて、子どもの虐待問題に関して、一般の精神科医療機関を対象としたより広い啓発活動や連携システムの構築が必要であると考えられる。

⑤入退院の判断と処遇決定の問題

精神科医療機関への入退院に際しては、入院治療の適否について主治医が判断し、保護者または本人が同意するのが通常の形態であるが、児童虐待症例の場合は、純粹に医療だけで判断ができない場合も多い。あすなろ学園では、主治医が一人で決定するのではなく病院全体の会議で決定がなされていること、ケースマネージャーが各ケースの治療の流れを一貫して把握しており他機関との連絡調整の役割も担っていることなどが報告された。神奈川県立子ども病院の場合は、児相・児童養護施設と病院との間であらかじめ会議が持たれ、治療目標などを決定しておくということだった。このように、入退院や処遇の決定に際して、現状では精神医療と福祉領域などの連携はある程度もたれており、地域や医療機関の特性に合わせてそれぞれに工夫されていることが明らかになった。しかし、このようなプロセスに司法が関与するということはほとんどないと思われる。今後は、特に処遇困難ケースに対する精

神科医療の連続性を保障するためにも、司法領域の判断が適切に関与できるようなシステム作りが望まれる。

【発表1】

被虐待児の入院治療について

三重県立小児心療センターあすなろ学園
西田寿美

1. あすなろ学園の状況

あすなろ学園は児童精神科の単科の病院で、第1種自閉症児施設が併設され、この1月からは自閉症・発達障害支援センターも附置されており、入院病床は80床である。

スタッフは第一種自閉症児施設ということで保育士、生活指導員もおり、看護師、作業療法士、心理職、ケースワーカー、医師と多職種によるチーム医療が行われている。

病棟構造は機能的には3個病棟で、2個病棟54床の閉鎖病棟は発達障害児と小学生、女子の病棟であり、26床の開放病棟は思春期男子病棟となっている。入院児童の割合は被虐待児と広汎性発達障害児がそれぞれ約20%、多動性行為障害児が約40%で、全体の60%が小学生以下の子どもたちである。子どもたちの多くは対人関係において強い衝動性を問題として持っているため、病棟生活において暴力を伴ったトラブルや盗みは日常茶飯事である。しかも愛着障害を合併している子どもたちも多く、職員にかまって欲しいがうまく甘えられず、職員が常にそばについている重度の発達障害児にやきもちを焼くという状況が認められる。それぞれの子どもが職員を独占して自分だけをかまって欲しいと思っており、そういう子どもたちの要求に答え、しかるだけでなくいかにほめるかが大切な治療テーマになっている。

1999年度に被虐待児の入院が急増した時、病棟は一時パニックになった。トラブル時のしかり方によってかえってパニックを誘発させ、ためし行動によって職員はふりまわされ、虐待対人関係の理解と職員間の情報共有や対応の一貫性がそれまでにもまして必要となった。そのため「虐待プロジェクト」を立ち上げ入院治療構造の再構築と均質化を図らねばならなかった。

2. 症例

典型的な4症例をあげてみる。

(1) 治療中断例

小学校4年で入院となったつばさは、母親の再婚で生まれた弟の世話のため学校にも行かせてもらえず、継父の身体的虐待から児童相談所通告となったケースであった。一時保護中継父の姿を見ると自傷・他害行動を伴ったパニックになり、対人緊張も強く養護施設での適応が危ぶまれ入院治療の対象となった。入院にあたっては継父との面会禁止が条件であり、つばさも継父のところには二度と帰りたくないとはっきり意思表示していた。しかし、母親の面会を許可していたため継父は隠れてつばさと会うようになり、徐々に継父に精神的に支配されるようになり「家に帰りたい」というようになった。そういう状況で父母から強い引き取り要求が出されるようになり、児相が28条適応を躊躇したことから退院となってしまった。その後は短期間に入院前の状況となり、反社会的な行動化が生じてあらためて一時保護され医療少年院送致となったという。

医療だけの限界と児相の役割の重要性が痛感されたケースであった。

(2) 治療困難例

めぐみは1000gの未熟児として生まれた。被虐待体験を持つ19歳の母親は4ヶ月後のめぐみの退院時「他人の子みたい」と感じたという。当時の未熟児医療は早期の母子関係に着目していなかったため母親への援助がされなかったようである。

3年後妹が生まれめぐみへの虐待がはげしくなった。小児科医や小学校担任から児相への虐待通告が行われたこともあったが有効な介入にはならず、中学1年生で一時保護された時は頭部全体に及ぶ抜毛が認められていた。

入院後同年齢集団に入れず、極端な学習不振、自傷・他害行動を伴ったパニックが頻回に起こった。大人との信頼関係がやっと形成されても友達ができず、分校登校もできなくなり保護室隔離が長期間必要な状態が続いた。ボーダーラインIQだったため養護学校高等部へ進学したが適応できなかった。入院3年目になっていた。大人との関係は安定してきていたため、成人精神科病院への短期間の転院を試みたところ安定して過ごせ、その間は抜毛も無くなった。しかし、もどってくるとすぐ症状は再燃した。結局治療を引き受けてくれる成人精神科病院へ転院となり、退院後精神障害者援護寮へ入所した。1年経った現在抜毛も無くなり、ボーイフレンドもできたと報告してくれるようになっている。

このケースは4年間という長期の児童精神科入院治療後も成人精神科医療機関への転院が必要で、現在も精神障害者施設に入所し、今後も長期のフォローが不可欠なケースである。

(3) 他機関との連携が有効だった例

実父からの性的虐待で入院した高校生1年生のさちこは、家庭復帰が可能となったが、そのためには地域関係機関との密接な連携が必要であった。父親の治療者（精神科開業医）と地域青少年サポートセンター（警察）、児相、両親も参加する定期的な連携会議を1年間継続する中で、本人の親からの精神的自立と父親の内省、夫婦関係の改善も達成でき、18歳となった退院時には関係者の記念撮影を父親がしたようなケースであった。

しかし、退院後は手のひらを返したように父親は自身の治療に通わなくなり本人へも治療に行くなど言うようになった。そのころ妹が性的非行に走るようになり、困った母親が青少年サポートセンターの担当には相談するようになり、両親と関係機関との関わりがなんとか継続していた。

本人は自分の意思で外来通院を継続していたが、父親の精神的支配に抑うつ的な状態になり「死にたい」と訴えるようになった。弁護士の「本人が家出して保護を求め、医者診断書があれば一時的には親から保護できるかもしれない」という（心細い）言葉を伝えたところ、何か吹っ切れたようで「もう少し何とか頑張ってみる」ということになった。その後も何度か家出の決心をしかかったがその都度切り抜けた。高校は中退したが通信制高校に編入し看護学校への入学を果たし、家を出ることが可能となった。

性的虐待の治療の困難性は関係者が強調しているところであるが、関係の糸を切らないで長期的なフォローが不可欠と痛感している。さらにいろいろな機関が関わることでそういった糸も繋げるのではないかと考えている。

(4) 医療有効例

かずきはADHDで幼少期より育てにくい子どもであった。ネグレクト状態の養育環境で育った母親は、かずきの養育にとまどい暴力的なしつけをエスカレートしていき、

近所の人から児相への通告をされる。児相が親への指導を行い一時状態が改善するが、小学校 5 年になったかずきは反抗挑戦性障害的な状態となり母親からの希望で入院治療が可能となった。

このケースは子どもの障害を母親が理解することで積極的に治療に取り組むようになり父親も協力的となり家族関係が改善し、家庭復帰が可能となり、外来治療も継続している。

家族機能の改善が期待できると家庭復帰はより安全なものになっていく。

3. 児童相談所との連携

被虐待児の治療を行う医療機関にとって、児相のバックアップは不可欠なものである。いったん保護した子どもは 28 条を適応しても保護するという姿勢がないと、医療機関は子どもを守りきれない。「つばさ」のように治療半ばで親のもとに強制的に引き取られていくと無力感にとらわれてしまう。

児童精神科施設では子どもの長期間の健康な育ちを保障できないため、退院後の処遇についても児相の役割は重要である。そのため、あすなろ学園では定期的な児相とのケース検討会議を開いて、治療経過を共有することになっている。治療の進捗状況により適切な施設処遇を準備してもらうことが医療にとっては強力なサポートとなるのである。

4. 治療環境について

子どもの治療を考えると、「健康な育ちを保障する」ことが大切である。特に年齢が低ければ低いほど子どものこころの可塑性は強い。子どもの自我の発達に必要な大人の関わりと社会体験を保障することで健康な自我の力を育てることができるが、そのためには多くの専門職種が必要となる。子どもを育てるにはたくさんの大人が必要なのである。

しかし、他職種間の連携は簡単ではなく頻回のケース検討会議が必要となる。具体的な対応を職種間で共有し協力体制が機能するとき治療はうまくすすむともいえる。

治療的な枠付けを明確にすることは虐待の治療にとっては不可欠である。退行させすぎるとは全体の治療構造を破壊させることにもなる。子どもたちは大人をいろいろ試し、それまでとは違う対応をされて始めて大人に心を開くのであるが、試されて壊れない治療構造が必要である。特に心理治療は重要であるが、神経症の治療と比べると非常に困難でありいろいろな工夫が必要となる。

日常生活を病棟での環境療法でしっかり支えられてはじめて心理治療は子どもの心の傷にタッチできるのであろう。重いものは大勢で支えあうという体制が必要である。

5. アフターケア

医療機関を退院するとき、完全に治療が終結しているということはない。対人関係のゆがみがある程度修復され、長期にわたるその後のこどもの育ちを保障できる環境での適応が望めるようになっていくという程度であらう。退院後新しい生活の場に早く適応できるように、後ろから見守る役割が必要である。医療機関と児童福祉機関の連携は、子どもが大人になって精神的・社会的自立が達成されるまで継続できることが理想的なのであろう。

【発表2】

被虐待児の入院治療について—現状と今後への提言

元神奈川県立子ども医療センター精神科
岩田泰子

1. 入院治療について

神奈川県立子ども医療センター精神療育部病棟は子どもの総合病院と重症心身障害児施設、肢体不自由児施設、後に周産期母子医療施設を包含する子ども医療センター内に1977年5月に開設され、開放病棟として運営されている。病棟は20床が2病棟で計40床、医師常勤5名、非常勤当直医師数名、看護師各病棟17名ずつ、臨床心理士(センター全体のケアをする)9名作業療法士(精神科担当)2名、ケースワーカーはセンターの母子相談室に数名いる。その他に県立南養護学校(病弱児用で教員約60名)がセンター内に併設されている。年間40~60の入退院があり占床率は年間96%以上である。病棟は男女混合病棟で保護室1、観察室1、個室および個室として使用している部屋は6~8室であるが個室が足りない状況である。病名は統合失調症、拒食症、行動障害、強迫性障害、身体表現性障害、不安障害、適応障害、癲癇性精神障害、身体疾患治療中に併発した精神的疾患等である。その内で児童相談所が養護に問題ありとしてかかわっているケースは25~30%を占め、内容は中等度から重度の虐待をうけているまたはうけていたものである。

- (1) 入院の適応としては外来では対応困難な身体症状・精神症状の高度または集中的な治療や、状態・症状・病状の観察、精密検査、診断確定、薬物調整の必要なもので通常の生活から離れる必要がある場合や、強い枠の必要な場合、濃厚なかかわりの必要な場合もある。
- (2) 入院に際しては、子ども本人・親・関係者への説明が必要でその上で治療契約を結ぶ。基本的に医療保護入院としている。子ども本人のはっきりした希望がある場合や虐待で居所を告知していないケース等では(この場合は保護者に入院や経過についての説明を児童相談所を通して報告して了承を得る)任意入院とすることもある。
- (3) 入院に対しての社会福祉的対応としては入院費、日用品費、外出費用などの経済的援助、退院後を見越しての養護施設との関係作りや関係継続をお願いしている。
- (4) 入院治療の実際から学んだ事柄を以下にまとめた。
 - ① 期待される内容としては、対人関係のあり方を観察すること、心地よさを実感してもらうこと、1対1の基本的信頼関係作り、がある。
次の段階では生活の中の治療として、豊かな体験をさせて、遊ぶ能力を開発し、友達作りや生きていく技術・ルールが身につくことがある。自己肯定感を育むことや、心理治療への導入もある。
 - ② 予想される問題としては、いじめや嫌がらせ、暴力・暴言、器物を壊す、盗み、人を独占したがる、過食その他の問題行動がある。また不定の身体症状、不眠、不登校、排泄障害、パニック、乖離症状、など多彩な症状の出現。家族や他の関係者との間に、連絡の行き違い、足並みや方向・考え方の不調和や不一致がおこることがある。
 - ③ 必要とされる対応として次のようなものがある。
 - ・ ケースの理解・把握および見立てを早期に関係機関が集まって行う。

- ・家族や他機関との連絡・窓口となる人を設定しておく。
- ・適切な枠と同時に柔軟性に対応する。
- ・ありのままを受け入れることと教育やしつけとの間を考える。
- ・タイムリーなカンファレンスを開く。
- ・スタッフ間での支えあいとスタッフの心のケア。
- ・関係機関の間での生の情報交換と忌憚のない意見交換。

(5)入院生活の基本の構造を次のような事柄について保障できるようにする

お小遣い、洗濯、買い物、勉強、学校、面会、外出、外泊

(6)退院に向けては、子どもや家族の状態を再評価し、適切な退院先への段階的な社会復帰訓練を

2. 入院治療を行うために必要なハードとソフトを次にあげる

(1)治療の場と時間と費用と生活雑費の保証・保障

(2)児童精神科病棟 状態により、または短期であれば成人の病棟を利用可能

(3)治療に必要なスタッフ

①病棟と連携できる学校・教師

②看護師数 (例) 子ども 20 名に対して看護師 16 名、夜勤体制として看護師 2~2.5 名

③精神科医師 毎日当直できる人員を・・・夕方から落ち着かない傾向があり、夜間の対応や病状・行動観察を要するため

④その他、小児科、整形外科、脳外科、皮膚科、眼科、産婦人科、神経科の受診を必要とすることが多い

⑤臨床心理士、作業療法士、理学療法士、P.S.W.など多くの職種

(4)入院中の子どもへの配慮として次のような点がある

①子どもはもちろん治療機関や関係者の安全の保障のための法的整備および児童相談所や裁判所の機能強化 ケースによっては入所先や入院先を知らせない等も必要

②親子・兄弟の適切な面会の機会や場所の確保

③逆に子どもが親に会わない権利も保証

④外出や外泊のためのマンパワーと費用と場所

(5)入院治療の効果をより高め、退院後の生活を治療の仕上げとして有効にできるためにはその後のケアや生活が重要であり、以下の整備が必要と考える

ア. 住む場所

15 歳から 22、23 歳くらいまでの時期に、お金や行く学校や作業所や仕事がなくとも暮らせる施設、ファミリーグループホーム、自立支援ホーム、精神科援護寮の若年版など

イ. 行ける場所

思春期精神科デイケア、生活教室、授産施設、作業所、フリースクール、学習塾、習い事、職業訓練、アルバイト、学校

ウ. 制度およびその運用面

子どもを含むケース全体を、継続して把握し援助できる制度・機構。

現在ある施設等の見直しと充実強化

子どもの状況や状態に適合した、制度や施設を選択できるように

その弾力的な運用と連携の充実
養護施設等で自宅療養期を過せる制度
里親制度の援助強化
民間の力が発揮できたり活用できるシステム作り

3. おわりに

様々な負因やそのすさまじい生育歴を考えると、被虐待児の精神科領域の有病率は高いと予想され、その健全な発達や人格形成にとって精神科治療や入院治療は必要度が高く効果も大きいといえる。しかしその子どもの一生においてそれはごく一時期である。入院治療の目的には前記のようなものがあるが、つきつめていうと自己肯定感と人とかかわる力、つまり人間として成長するための土台作りであり、その後の一貫したケアが欠かせないと思う。

参考文献 展望 児童虐待 精神医学 第43巻8号 P818-830

【発表3】

児童自立支援施設における被虐待児童の動向

大阪府立修徳学院

樋口啓司

1) 児童自立支援施設と修徳学院について

児童自立支援施設は、平成10年の法改正に伴い、旧「教護院」から対象や機能の拡大が定義づけられた。対象児童については、それまでの「不良行為をなす、またはそのおそれのある」児童（＝狭義の非行児童）のみにとどまらず、「環境上の理由により生活指導を要する」児童となっている。全国の施設それぞれによって違いがあるだろうが、修徳学院の場合でいえば、現在でも反社会的な逸脱行動のある児童が入所児童の大半を占めているというのが実情である。

しかし、「反社会的行為」という言葉が示す範疇が変化してきているのも事実であり、従来の「非行児童」と呼ばれたような事例だけでなく、様々な逸脱行動が主訴としてとりあげられている。例えば、最近では、逸脱行動の背景にADHDやアスペルガー症候群といった発達障害の問題や、神経症的傾向などが目立ち、当然、職員側の対応にも変化が求められている。

逸脱行動そのものをみると、属していた地域や集団、家庭における「反抗による不適応」とでも呼べるものが目立つ。それまで属していた集団におさまりきらず、とにかく居場所の確保が必要とされる場合である。児童養護施設や情短施設からの措置変更もこれにあたるだろう。

他の施設と比較した場合の特徴は、「小舎夫婦制」と呼ばれる運営形態や、生活の枠組みの明確さがあげられる。「夫婦制」による細やかな関わりや枠組みの明確さは、反抗的な不適応をおこし、自身も不安定になっている児童にとって、安心感をもちやすいものと思われる。

2) 修徳学院における被虐待児童の現状について

修徳学院には、何らかの形で逸脱行動をもつ児童が入所しているわけであり、（現在のところ）「被虐待」のみが入所理由とはなっていない。だが、入所児の被虐待経験を有する割合は多く、施設の指導においても大きな課題となっている。

今年度について調べたところ、学院における被虐待児の割合は、児童相談所による生育歴調査で判明しているだけで、入所児童の約半数になり、さらにDVといった暴力的環境を含めると6割にも及ぶことがわかった。

入所時点で明らかになっているだけでも、それだけ多くの子どもが暴力的な環境のなかで育ってきていることになるわけで、そんななかで、ストレスに対して暴力的な方法での対処を自らも身につけてしまい、“非行”化していった子どもも多いように感じる。

女子のなかには、性的暴力の被害体験がきっかけで、何度も被害に遭う傾向が強まってしまう子どももいる。入所している女子児童の約8割は、性的虐待、レイプ被害、児童売買春などの性暴力の被害を受けている。また、感情抑圧の結果と思われるが、頭痛、腹痛、不眠といった様々な身体的不調を抱える子どもも多い。

さらに、歯科、眼科、耳鼻咽喉科などの受診が、ほとんどなされずにきた子どもが多く、いかに保護者によってケアされてこなかったかがうかがわれる。

3) 指導システム

教護院時代から続く「小舎夫婦制」のシステムは、いわゆる「環境療法」としてのよい作用を入所児童に与えている場合が多いように感じている。常に同じ職員と家族的な環境で生活すること、衣食住の安心があること、作業やスポーツ、学習、その他の行事を通じた自己表現の機会が充実していることなど、「日常生活の充実と安心感」を感じやすく、「傷ついた自己イメージを回復する」ためには効果的ではないだろうか。

ただし、それのみでは全ての児童の抱える問題に十分対処しきれていないことも事実であり、特に情緒的に大きな課題を抱えている児童に対しては、そういった従来の基本的な方法に、新たな知識や技術を加えていく必要があるだろう。被虐待児へのケアについても同じで、まだまだ虐待に関する知識を増やし、関わり方について学んでいく余地を残している。

修徳学院で常勤心理職員が配置され、施設職員に対する助言が、児童への個別の対応と並んで重要な業務の一つとして位置づけられているのも、そのためであろう。

4) 施設の課題

もともと、従来の関わり方に変化をもたせることは、実際には容易ではない。

法改正以後も、施設に対する非行問題へのニーズは変わらず高い。たとえ、虐待の被害児でも、修徳学院に入所する場合は反社会的行動を主訴とし、その解決を課題として抱えている。そのためか、職員の「自分たちが関わるのは“非行”である」という教護院時代の意識は（理屈では十分わかっている）なかなか変化しにくい。

そうすると、「被虐待経験のある非行児」が入所した場合でも、職員がアプローチするのは“非行”の部分であって“被虐待”の部分には関心が向きにくい、ということがおこる。そして、どうしても従来の方法論でしかアプローチしにくくなる。

実際には、被虐待の問題が深刻な児童の場合、施設内でひとたび不適応行動をおこせば、従来の方法論では効果が得られず、職員側が困惑してしまうことも多いのだが、そんな場合も、「被虐待経験への配慮が必要な」非行児であると理解される前に、「わかりにくい」非行児、「扱いにくい」非行児としてのみ捉えられ、職員の無力感とともに処遇の外に置かれてしまう危険性さえでてくるのである。

以前、入所当初から様々な身体的不調の訴え（目が見えにくい、嘔吐、下痢、頭痛、不眠等）の続いた中3女子がいた。他児とうまくやれない、施設内の学校に行きたくない、といった訴えも出始め、精神科を受診。「死にたい」と言っていたが、リストカットを試みて医療保護入院となり、一ヶ月後に在宅治療となった。また、同じくリストカットのため緊急入院し、情緒障害児短期入所施設に措置変更となった事例もある。いずれも、被虐待経験を背景としていた。

詳細は省くが、これらは、入所したものの施設として十分な対応ができず、医療機関に委ねることになった例であり、それも一時的な医療機関の利用にとどまらずに、措置解除、措置変更を余儀なくされた例である。実際に施設としての限界があったにせよ、はたして被虐待を踏まえた理解や対応が十分できていたのかどうかは考えないといけない。

これらの事例は、さらに「小舎夫婦制」のもつ課題も示している。二例の行動化がリストカットであったことは偶然ではない。組織の構造上、どうしても寮担当者の負担が大き

くなる小舎夫婦制では、行動化についても寮担当者が全てを引き受けてしまうことになりかねない。リストカットのように関わる側に負担を強いる行動化を、寮担当者だけに受けとめさせずにいかに分散するか、というシステムなり発想なりも構築していかないとけない。

5) 今後に向けて

現在、児童の入所中には被虐待そのものをテーマとしては扱わずにきているが、今後は、具体的な治療プログラムを施設処遇の中にどのように位置付けていくのかを真剣に検討すべき時期にきているのかもしれない。

だが、その前にまず、児童自立支援施設の職員に対して、十分な研修機会が必要であるように思われる。児童をより深く理解することが大切だという、自明の論を繰り返すつもりはないが、専門職にとって、それまでの経験が先入観となって視野を狭めることが時にありうるように思うからである。

児童自立支援施設の職員の場合、これまでの非行児指導のノウハウが被虐待児の指導に有効に生かされるためにも、被虐待について、今一度、しっかりと研修していくことが大切ではないだろうか。

このことは多分、修徳学院だけのことではなく、法改正から数年が経とうとしている児童自立支援施設全体にいえることであろう。

そしてもうひとつ、非行児童が抱える被虐待の問題に施設が十分に配慮して関われるようになるために考えねばならない課題がある。

夫婦2名の職員が担当し、ともに寮舎で居住する児童数(1ヶ寮の定員)は、現状では12名定員という大所帯である。この人数では実際、細やかな対応をこころがけたとしても限界を感じるし、被虐待児童への理解を今より深めたとしても、それを日々の処遇の向上につなげていくのがかなり困難であることは、グループワークの経験がある人ならば理解できるであろう。

先に「小舎夫婦制」が環境療法として効果的なシステムであると述べたが、その良さを生かすためにも、定員については再考の余地があるのではないだろうか。

“適正”人数については、児童自立支援施設における小舎制での環境療法の実践報告のなかで、「2名程度の」職員で「おおむね7.8人程度の児童が望まし」と論じているものがあるが、被虐待児へのケアという観点からも納得できる数である。

非行問題は深刻化しており、入所児童のニーズの高さからすれば、定員を下げることなど論外となるかもしれないが、指導が人間によっておこなわれている以上、その質の向上は、ある程度は物理的要因に左右されてしまうことを忘れてはならないだろう。“量をとるのか質をとるのか”などという問題でないのはわかっているが、それでも“量も質も”と要求するのは現実的でないように思われる。

<参考文献>

大迫秀樹：ネグレクトを背景に非行傾向を示すようになった児童に対する入所施設での環境療法。心理臨床学研究, Vol21, No.2(2003)。

V. 第三部 退院後のフォローアップに関する問題

司 会：小野善郎（和歌山県子ども・障害者相談センター）

発言者：犬塚峰子（東京都児童相談センター）

村瀬 修（静岡県中央児童相談所）

今井芳裕（あすなろ学園）

1. はじめに

児童虐待に関連する子どもの精神症状や情緒・行動面での問題に対する治療にはさまざまな困難があるが、通院・通所による治療にせよ、入院治療にせよ、短期的な介入で回復することは難しく、長期にわたるケアが必要となることがほとんどである。したがって、通常数週間から数ヶ月の入院治療の後に退院することが、治療の終結を意味するのではなく、むしろ退院後のケアにこそ、被虐待児が再適応して成長していくためにきわめて重要な要因が存在している。通常の医療においては、退院後のフォローアップとしては、通院治療などの継続的な治療や、健康状態を維持し症状が再発したりしないようにするための生活指導などが中心となるが、被虐待児の治療においては、それらのケアの以前に、安全であり、なおかつその子どもが成育するのに適切な生活の場を確保することが最も重要な問題である点に特徴がある。そのため、虐待が発見された当初の介入と同じように、福祉、保健、教育などのさまざまな関係者の努力と協力が改めて必要となる。

2. 各施設からの発表

このような被虐待児の退院後のフォローアップに関する現状と課題について検討した第三部では、被虐待児の治療や処遇について深い経験を有する3名の方から現状を踏まえた提言を発表が行われた。

東京都児童相談センターの治療指導課で児童精神科医として被虐待児の治療に当たっている犬塚峰子氏は、東京都の児童養護施設と児童自立支援施設における被虐待児の処遇・ケアに関する調査結果を提示し、施設で生活している被虐待児には精神症状が認められることが少なくないにもかかわらず、精神科医療を受けることが極めて困難な状況にあることを報告した。また、退院後の被虐待児を受け入れる施設側からの視点として、医療機関側の退院可能な状態と施設での集団生活が可能状態との間のずれが大きいという現状を指摘し、被虐待児の退院後の生活の場の確保の難しさを改めて示した。このような現状に対し、被虐待児の治療は退院で終結するものではなく長期的な視点が必要であるため、被虐待児のケア全体の中に入院治療を位置づける必要を強調し、さらに抜本的な対策でないにしても今すぐに対応できる現実的な工夫がいくつか提案された。

次に、児童相談所のケースワーカーとして被虐待児の処遇に関わってきた村瀬修氏は、入院治療を受けた被虐待児の事例から、退院後の施設ケアの難しさを語った。退院後の生活の場の確保の困難さ、施設への適応や継続的な医療を受けることの困難さなどについて、具体的な事例をとおして提示された。児童福祉施設の現状では、被虐待児の通院医療や個別的な処遇を十分に提供するのが困難であり、施設の職員配置や処遇基準の見直しなどが急務であると指摘した。被虐待児の入院治療から退院後の施設ケアへの移行には、児童相談所のケースワーカーは多大なエネルギーを費やしているが、被虐待児の治療を巡る子ども

も、保護者、施設、医療機関の調整をより有効に図るためには、児童相談所に専任・常駐の児童精神科医の配置が是非とも必要であることを提言した。

最後に児童精神科を専門とする医療機関であるあすなろ学園の相談室で、被虐待児の入院治療のコーディネートに関わっている今井芳裕氏より、あすなろ学園で行っている入院の受け入れから退院後のフォローアップまでの流れについて詳しい説明が行われた。ここでの特徴として、入院した子どもの治療進行をチェックするケースマネージャーが付き、入院中から定期的に児相や地域の関係機関と会議を持つことによって、退院後のフォローアップまで一貫したケアの提供に努力していることが挙げられた。入院治療と退院後のケアがうまく連携しているシステムであるが、「時間と費用がかかる」という現実的な問題もあり、関係者の熱意と努力に支えられている面が大きいのが実状であると思われた。

3. 討論とまとめ

これらの発言と参加者との討議から、退院後のフォローアップについて次のような課題が認識された。

1. 退院後の生活の場の整備

被虐待児の入院治療では、多くの場合、退院後にも家庭に復帰することが困難（あるいは不適切）であるため、退院後も何らかの形で家庭外での生活が必要になることが多い。また、入院治療が行われる被虐待児は、家庭から保護されて施設で生活している中で不適応行動や精神症状が顕著になって入院に至るケースが多いため、入院治療の後も児童福祉施設に退院することが多いことになる。そのため、児童福祉施設は退院後の被虐待児の生活の場として重要であるばかりでなく、退院後のフォローアップにおいても重要な役割を担うことになる。

治療的な環境である医療機関と、集団生活の場である児童福祉施設には、施設構造、人員配置、処遇に大きな隔たりが存在し、そのギャップが病院から施設への移行の障壁となる。医療側からみれば、施設に医療的な環境が求められるし、施設側からみれば退院の判断が施設生活可能な状態とは言えないことから受け入れへの抵抗となる。この問題の根本には、そもそも児童福祉施設は、精神科医療を必要とする子どもを入所させることが想定されていないことがある。たとえば児童養護施設は適切な家庭環境に恵まれない子どもたちに健全な生育の場を提供するものであって、医療と密接に関連したケアを提供する機能は有していない。しかしながら、児童養護施設の入所児に占める被虐待児の割合がますます多くなっている現在では、医療的なケアが必要な入所児の割合も当然増えることになるが、そのような現状に施設の体制が対応していない。児相の調整によって、何とか受け入れ先を探すということではなく、退院後の被虐待児を十分に受け入れられる施設を整備することを真剣に考えなければならない。

村瀬氏の発表にもあるように、児童養護施設から入院した児童が退院する際に、元の施設への退院が困難なため児童自立支援施設などの施設に入所することとなるケースも少なくないが、第二部の樋口氏の発表にもあるように、児童自立支援施設での被虐待児への対応にも多くの課題があり、児童福祉施設全体として被虐待児への指導・ケアの方策を検討しなければならないと考えられた。

2. 医療機関と児童福祉施設との連携の強化

被虐待児の入院治療においては、児童福祉施設から入院し、児童福祉施設に退院する場

合が多いため、医療機関と児童福祉施設との緊密な連携が重要である。退院後の施設への円滑な移行や効果的なフォローアップのためには、入院中からの施設職員の関与が求められる。入院した子どもの症状や治療について施設側が理解を深めることは、退院後のケアに有効である。また、医療機関側も、施設と十分なコミュニケーションを持つことによって、施設に退院していくことを前提とした治療計画やフォローアップの見通しを立てることができ、より効果的な入院治療を実現することに寄与すると考えられる。このような一貫したケアを実施するためには、入院前に入所していた施設に退院していくことが前提条件となり、被虐待児の全体的なケアの中に医療を位置づけていく制度の確立が求められる。

医療をめぐる親権の問題は、退院後のフォローアップにおいても存在する。通院、服薬などの継続的な医療的ケアを行うためには、親権者の同意が必要になる。入院医療に対して協力的でなかった親権者では、退院後の医療に対する理解や同意にはさらなる困難があり、通院医療の継続は施設や児童相談所の努力に負うところが大きいのが現状である。親権者の同意も含めて、施設入所児童の円滑な医療ケアを行うためには、やはり入院時、入院中からの関係機関の連携が基盤となると考えられる。あすなろ学園で実践しているケースマネージャーのシステムは、退院後のケアも視野に入れた機関連携のモデルであり、その普及が望まれる。

【発表1】

施設で暮らしている被虐待児の精神科医療の現状と 精神科退院後のフォローアップに関する問題

東京都児童相談センター
犬塚峰子

1. はじめに

平成14年度には全国の児童相談所が扱った被虐待事例23,857件のうち11.3%にあたる2,698人が、家族と別れて児童養護施設や乳児院等で暮らし始めている。この数は年々増加し続け、東京都では被虐待歴をもつ子どもが児童養護施設の子どもの半分以上を占めるに至っている¹⁾。子どもたちは安全な生活の場を得て、虐待の影響からの回復への道を歩み始めるが、その過程で様々な行動上の問題や精神医学的症状を呈する¹⁾。その中でも激しい衝動的暴力、頻回のフラッシュバック、興奮を伴う解離症状、自傷行為、自殺念慮を伴う、うつ状態など外からの強力な保護が必要な症状が示された時、精神科病棟入院による治療が検討される。しかし施設から病院、病院から施設への移行は決して円滑であるとはいえない現状がある。

東京都における児童養護施設入所中の子どもの精神科医療についての現状を示し、そこから導き出されるさまざまな問題点のうち、ここでは退院とその後のフォローアップをめぐる問題について述べ、施設での子どもの心の回復と成長を支える精神科医療のあり方を検討したい。

2. 児童養護施設・児童自立支援施設等で暮らしている子どもの精神科医療についての現状 —東京都の施設調査より—

1) 調査対象と方法

平成13年7月、東京都の全児童養護施設59施設と児童自立支援施設2施設と自立援助ホーム1施設、合わせて62施設を対象として、施設長に対して被虐待児の処遇・ケアに関するアンケート調査を行い、57施設(回収率:91.9%)から解答を得た。

2) 精神科医療についての調査結果

①利用精神科医療機関

精神科嘱託医の配置は5施設(8.8%)で行われており、8割近くの施設が嘱託医配置を希望していた。平成12年度の1年間に91%の施設が精神科を利用し、その内訳は児童相談所の精神科医が53%、近隣の精神医療機関が46%、都立の児童精神科病院(梅が丘病院)が40%という結果であった。それらの医療機関との連携については、46%の施設がとれていると答えていた。

②精神科受診数・受診内容

平成12年度に精神科医師の診察を受けた子どもの数は111人(3.8%)で、その半分以上が多動・衝動行為、暴力・暴言など行動上の問題を有していた。それに対する診断は、ADHD、精神遅滞、てんかん、行為障害などであったが、診断名が不明と記載されたものが半分近くを占めていたため、正確な診断把握を目的に、児童相談所の精神科医が診察した50名に

ついて詳しく調べてみた。主訴が行動上の問題であっても、診断をみると ADHD に続いて PTSD、解離性障害など外傷体験由来の状態が高率にみられた（グラフ 1）。このような症状は外からは医療が必要な状態とはわかりにくいいため見過ごされている可能性があり、今後囁託医の配置など積極的に医療ケアを提供していく必要が示唆された。

③精神科病棟への入院

平成 12 年度精神科に入院した子どもの数は 23 人（0.8%）であり、外来受診数とともにきわめて少ない値であった（グラフ 2）。同時期に行った調査¹¹⁾で示された被虐待児の情緒・行動上の問題の高い出現率を考えると、外来や入院治療の必要な子どもはもっと多く存在しているはずであり、精神科医療につながりにくい現状を示していると思われた。その要因として、前述した精神医学の知識の不足に加えて、児童精神科医療機関の絶対的不足、保護者の同意を得ることの困難さや子どもの受診への動機づけの困難さ、職員の通院への付き添いの負担などが、アンケートの自由記述に挙げられていた。

3. 退院後のフォローアップに関する問題

1) 退院をめぐる問題

養育の連続性の維持という観点から入院前の施設に戻ることを第一に考えるべきであるが、それが困難となる場合がある。

医療機関が退院可能と判断する子どもの状態の基準と、児童養護施設が集団生活可能と判断する基準との間にずれがあり、施設の方により高い適応水準が求められる。そのギャップが子どもの退院後の適応を困難にし、症状を悪化させることがある。またギャップが大きい場合は児童養護施設での受け入れが困難と判断され、医療と福祉の狭間で適切な生活の場が見出せないという事態となる。施設変更は多くの子どもにとって施設入所前の養育の不連続さを再現させることとなり、回復に逆行する。

児童思春期病棟では子どもの心の状態に沿って個別のサポートができるような人員配置（子ども 2 人に看護師 1 人）となっているため、子どもの弱体化している自我機能を補い、子どもを受容して安心感を与えることが可能で、その保護的な雰囲気の中で医学的治療が行われている。一方児童養護施設では、子ども 6 人に職員 1 人という体制で子どもを育てているため、精神医学的な脆弱性をもった子どもを個別的に配慮して支えるには限界がある。そしてその支えがないと子ども集団の中で適応的に過ごすことが難しい。そのギャップを埋めるためには職員の配置基準の改善と施設の小規模化が必要というのはいままでもないが、その実現には時間がかかると予想される。とりあえずは、施設側では、退院してきた子どものために臨時の職員を配置することや職員へ丁寧な心理教育を実施するなどの対策、病院側では、児童養護施設の特長性を考慮して退院の準備に時間をかけ十分な回復を図ってから退院とするなどの対策を講じて、病院から入院前の施設への移行を円滑にする必要がある。

2) 退院後のフォローアップの問題：症状悪化時の緊急入院ベッドの確保

虐待に由来する精神医学的症状は形を変えながら長期続くことが、被虐待児の一時保護後の追跡調査から明らかになっている（グラフ 3）¹¹⁾。そのため長期的な治療プランを立て、症状が治まって退院した後も外来でフォローしていくことが重要である。その際の問題点として、前述の調査では、付き添う職員の負担、精神科医の児童養護施設の特長な状況への無理解（適切なアドバイスが受けられない）、症状悪化時の緊急入院の困難さなどが挙げ

られていた。

経過中によく起こることとして PTSD 症状の再燃がある。何らかの刺激を契機に外傷記憶が蘇ってフラッシュバックがおり、パニック発作、リストカット、解離症状、暴力などが出現あるいは悪化し、職員の手薄な養護施設では他の子どもたちを巻き込んで混乱した状態となる。危険性が高まれば緊急入院が必要となるが、東京都の場合児童精神科病棟は満床であることが多いため、子どもは危険な状態で施設に留まることとなり、最終的に大人の精神病院への入院を余儀なくされることもある。さらに思春期になるにつれて自傷行為、自殺念慮を伴ううつ状態、摂食障害などの問題を有する子どもが増加していくため、入院の必要性がますます高まっていく。それらへの対策として児童福祉施設が緊急時に利用できるベッドを児童精神科病院に常に確保しておくことができれば、早期対応が可能となり危険を回避することができる。さらに虐待を受けた子どもを育てている職員が、そういったバックアップを受けることで安定して子どもと関れることになれば、その資するところは大きい。

3) 医療機関、児童相談所、児童養護施設、保護者の4者の定期的な情報の共有化

施設で生活しながら、通院や入院により精神科医療を受けていく上で重要なことに、医療機関、児童相談所、児童養護施設、保護者との4者の協力と情報の共有化がある。虐待ケースの対応においては、児童相談所と保護者とは勿論のこと様々な組み合わせで対立関係を生じ易く、事実が歪曲されやすい傾向がある。そのため、関係者が一堂に会して事実の確認に基づいた情報の共有化を定期的に図り、協同で援助方針をたて、役割分担と中心になる機関を決めておくことが重要である。また保護者に対しては、虐待者であっても子どもの保護義務者であり子どもの回復の援助者であるという面を尊重しつつ関り、不適切な対応が起こった時には児童相談所からの強力な指導が必要となる。保護者が精神科医療に同意しない場合には、現在有効な手立てがないため、今後法律的な検討を要とする。

4. おわりに

虐待された子どもが施設で回復していくためには、毎日の平凡な日常生活の繰り返しの中で、職員などの身近の大人とやり取りを重ね、安心できる人と人との関係を作っていくことが重要であり、そういった環境を用意するというのが回復への支援の大きな柱である。その回復過程で表出される激しい怒りや暴力、侵入してくる不安と恐怖と悲しみに満ちた過去の外傷記憶、そのつらさから身を守るための解離、自傷行為などの対応には、精神科医療の手助けが必要となる。職員への心理教育から子どもの入院治療に至るまでの様々な形の精神科医療が、施設での被虐待児の回復と成長を、タイミングよく長期的に支援することが可能な仕組みづくりが、今求められている。そのための工夫をいくつか提案した。

参考文献

- 1) 犬塚峰子：児童相談所からみた児童虐待。臨床精神医学 32(2)：129-137, 2003.
- 2) 犬塚峰子, 伊東ゆたか, 柴崎喜久代：児童相談所で保護された被虐待児の追跡調査—精神医学的観点から—。安田生命社会事業団研究助成論文集 36:57-66, 2000.
- 3) 東京都児童相談センター：虐待を受けた子どもの精神医学的影響—治療指導課の追跡調査から—, 2002.