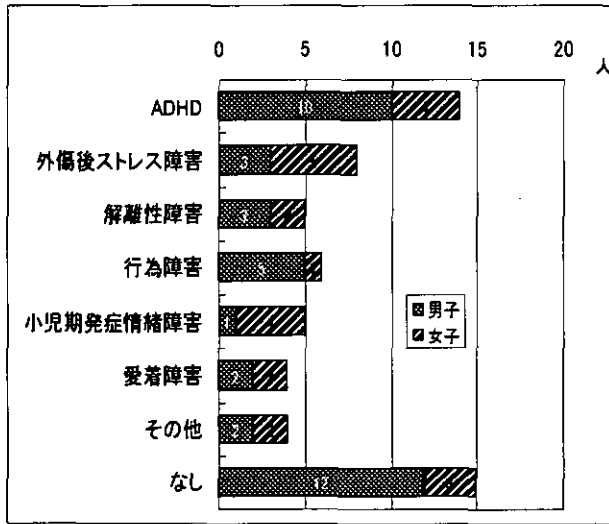
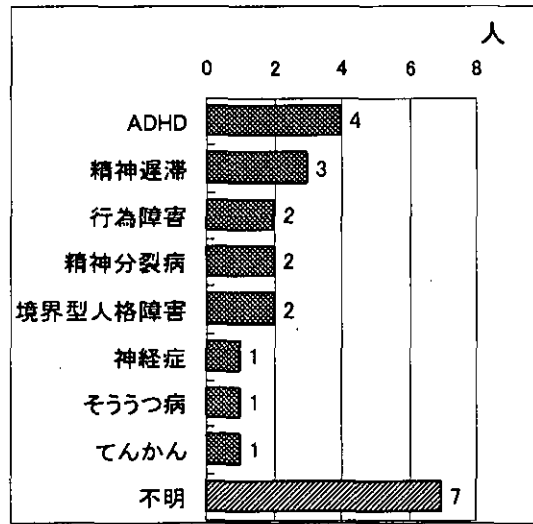


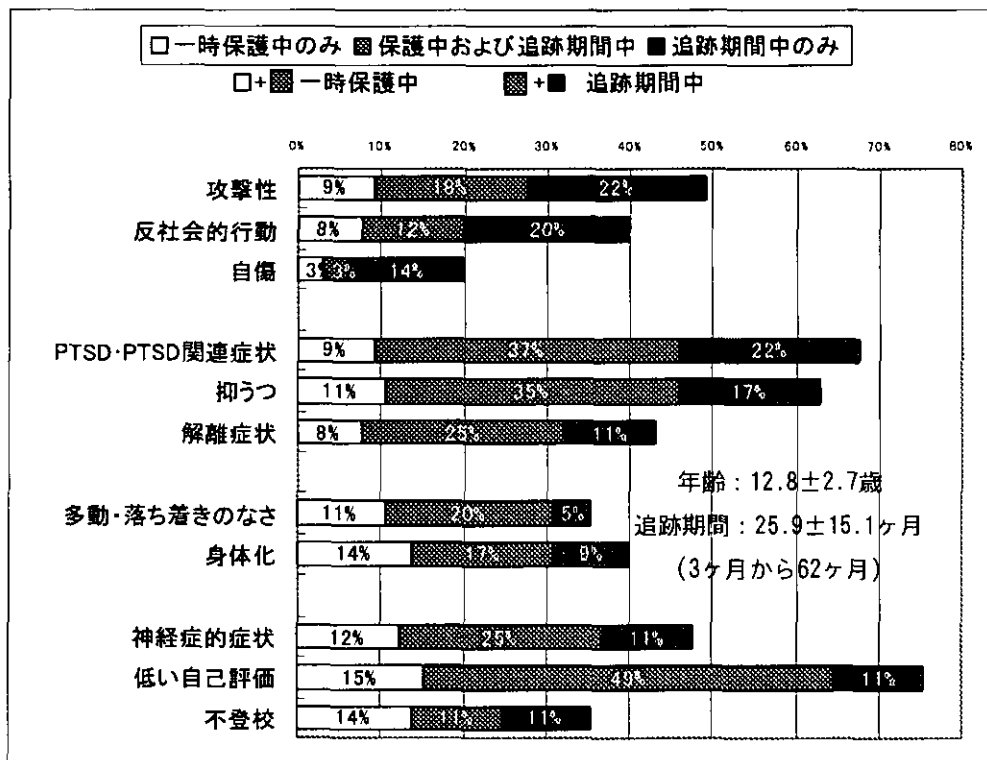
グラフ1 平成12年度医療相談時診断
受診児童数：50人



グラフ2 平成12年度精神科入院時診断
入院児童数：23人



グラフ3 被虐待児の追跡期間中の精神医学的症状の変化



児童相談所で保護した被虐待児の追跡調査より

(平成9年6月から平成14年3月までに一時保護した子ども113人のうち面接が可能であった65人)

【発表2】

入院治療終了とその後のケアのあり方 ～児童相談所の関わりから～

静岡県中央児童相談所
村瀬 修（児童福祉司）

1 はじめに

児童相談所（以下、児相）が扱う被虐待児が入院する場合、措置している児童が施設から入院するということがほとんどである。施設や学校において集団不適応や自傷行為、外傷後ストレス障害等の悪化という経過をたどり入院するのである。本セッションのテーマである退院後の問題も大きいのだが、入院時や入院中にも多くの問題があり、それらの解決を児相には求められる。

そのような問題の第一は、子どもの状態が悪化しても、子どもを専門に見てくれる精神科が少ないことである。さらに、子どもの精神科病棟をもつ医療機関となると、本県（静岡県）でも2つの医療機関しかないという厳しい状況がある。

第二は、入院に対する保護者の不同意・反対である。ほとんどの被虐待ケースは、入所までに児相と保護者との対立的関係の期間があり、やっと施設入所にこぎつけたという経過を背景としている。そのために、入院を提案すれば「入院などもっての外」という意識が先立ち、それが自宅引き取りの新たな理由に発展することが少なくない。「だから施設入所には反対だった。入れてもうまくいかないだから、引き取る」というぐあいである。

第三はやっと入院にこぎつけても、入院期間が長引けば措置の停止や解除の問題が浮上してくる。また、入院中の付き添いや医療費以外の費用の問題もある。さらに、入院が長期になると施設への負担も大きくなっていく。

退院後のフォローアップを考える場合には、その前提として、入院治療を開始・継続する際に生じているこのような問題を予め認識しておく必要がある。

2 退院をめぐる問題

多くの児童虐待ケースに見られる保護者との緊張的関係は、処遇の転換点で表面化する。入院時と同様に退院時にも、今後の処遇やケアの問題で保護者と意見の相違がしばしば生じる。

特に、退院後も自宅へ帰すことができないケースがほとんどであるため、困難に拍車がかかる。退院前施設へ帰っていくことが当然のように思われるかもしれないが、実際は簡単なことではない。平成13、14年度の2年間の静岡県における入所被虐待児の精神科への入院状況は、表のとおりであるが、児童養護施設から入所した児童で、退院後も同じ児童養護施設へ帰って行けた事例はなかった。養護施設で退院後の受け入れが困難である背景には、養護施設では被虐待児の入所割合が急増しており、法定の人員配置では施設の運営が難しくなっているという状況があるためと思われる。

次の受け入れ先としては、児童自立支援施設、自立援助ホーム、女性保護施設などごく限られて施設しかないのが現状であり、退院先を選定するには、理解と調整のために多くのエネルギーを必要とした。実感でいえば、保護者との交渉以上のエネルギーが必要な場

合もあった。

退院後の受け入れ先との調整にエネルギーを取られる背景には、「入院治療の終了」という医学的診断がそのまま「施設での集団生活が可能である」ということとは受け止められない、という施設側の判断が働いている。それは退院後のケア問題と密接に関係がある。

13・14 年度において静岡県の子童福祉施設から精神科へ入院した事例の調査

| | 年齢等 | 主な虐待 | 入院先等 | 経過 |
|------|------------|---------------|-------------|-----------------|
| 事例 1 | 男子 10 歳 | 身体 ネグレクト | 単科精神病院 | 情短→入院→情短 |
| 事例 2 | 女子 14 歳 | 身体 ネグレクト | 単科精神病院 | 児童養護→入院→児童自立支援 |
| 事例 3 | 女児 16 歳 | ネグレクト | 単科精神病院 | 児童養護→入院→自立援助ホーム |
| 事例 4 | 女子 13 歳 | 身体 性 | 総合病院精神科児童病棟 | 児童養護→入院→児童自立支援 |
| 事例 5 | 女子 15 歳 | 身体、性 ネグレクト | 総合病院精神科 | 児童養護→入院→自立援助ホーム |
| 事例 6 | 男子 12 歳 | 身体 ネグレクト | 精神病院児童病棟 | 情短→入院→情短 |

3 退院後のケアをめぐる問題

はじめにあげられるのは、通院のための施設側の負担である。本県児童自立支援施設では、47 人の入所児童の内、23%にあたる 11 名が精神科に通院している（'03.11 現在）。これほどではないにせよ、本県内の児童養護施設でも 3%内外の子どもが精神科に通院している。通常業務に付け加わる通院は、職員への物理的負担を増加させている。こうした通院の中には、片道 150Km の通院を月 2 回・半年続けたという事例も出てきている。

次は、施設の様々な問題が退院後のケアに影響を与えている、ということである。一つは職員と児童の配置が 1：6 では、個別対応までは配慮できないということがある。また、厚生労働省は施設の小集団化を進めるという方針といわれているが、急性期の子どもを安定させるための個室を用意できる養護施設は、非常に少ない現状にある。そもそも施設の生活は、集団生活を基調としている。集団生活は「一斉行動」をそのスタイルとしている。そのような中で、個別性を尊重するには限界がある。職員からは皆と同じように行動できない児童を過度に特別扱いできない、という悩みが聴かれる。特別扱いされる児童は、他児から羨みや妬みの対象となる。また不公平感にことさら敏感な子どもが多く入所している、ということも災いしている。被虐待児にはますます施設内で生きにくい状況が作り上げられる、というのである。

集団生活を基調とする施設の環境では、職員が生活指導の中でできることは限られてくる。医療が求めたい水準とは相当の開きがあるように思える。こう考えてくると、医療的入院と児童福祉施設との間に、成長促進的側面あるいは福祉的側面をもつ医療的施設というものが考案されてもよいのではないだろうか。

最後に、子どもの処遇にあたる職員の教育の問題がある。治療を受けている児童のアセスメントと生活指導上の留意点を、職員に理解・徹底させることが難しい。そのため生活の具体的な場面でそれが徹底できないのである。また、子どもの現れを十分に観察できないで、施設運営上の観点から単に「反抗して困る」という具合にしかとらえられないことも少なくない。その結果、医師が治療を受けている児童の状況を的確に捉えて、治療に生かしていくための情報を、手に入れられないということが起きるのである。

4 おわりに

以上、児童福祉施設に入所している被虐待児の精神科への入退院をめぐる問題をスケッチしてきた。

ここまで見てきて、改めて職員配置基準など施設における処遇の基準の根本的見直しが急務であると感じた。特に児童養護施設は既に限界を超えており、そこでの改善は焦眉の課題となっている。

また、子ども、保護者、施設、病院の調整の要として児相が果たす役割の重要性が改めて浮き彫りになった。児相は、厳しい現実の中でも最大限に治療が進むように、施設でのカンファレンス、関係機関のケース会議などを今まで以上に適切に展開する必要がある。その際、児相に専任・常駐の児童精神科医がいればこの調整は一層進むはずだ。すべての児相に児童精神科医を2010年までに配置する、という「すこやか親子21」が掲げる目標の重要で実践的意義が改めて浮かび上がったといえよう。

【発言3】

退院後のフォローアップに関する問題

三重県立小児心療センターあすなろ学園
子どものこころの相談室 今井 芳裕

あすなろ学園が考える退園、退園後の処遇先、フォローアップ体制について
(実際には児童相談所との協議をふまえながら)

A. 退園を考える

1. トラウマの治療。人間関係における攻撃性の改善等。
2. 精神症状の軽症化
3. 学校適応の改善
4. 家族機能の改善（虐待者の変化、脱孤立化）

1. 家庭復帰

- *虐待が再発する可能性が少ない
保護者が再発しない根拠がある
- *親子関係の修復・改善がなされ、養育上、特に問題がない
- *退院後の積極的な通院。児相、地域のネットワークとの関係を拒否しない

(1) 児童

- ア. 治療によって、本人の症状、生活態度、性格行動がどのように変化したか
 - ・自己イメージ（攻撃をうけ、傷つけられたことによる、自己評価や自尊心の改善
 - ・ある程度、自分の感情（特に、怒り）や考えを自己コントロールできる
 - ・生活場面で、困った時に大人に「SOS」が出せる
 - ・環境療法の効果（安全感・安心感がえられる、保護膜、自己イメージ・他者イメージの改善、感情コントロール、問題行動の解決等）
- イ. 虐待者に対する態度や、気持ちが、どのように変化したか
- ウ. 本人が、家庭復帰についてどう考えているか（希望しているかも含め、条件は何か等）

(2) 保護者

- *家族機能の改善（虐待者の変化、脱孤立化）
- ア. 子どもに対する理解ができているかどうか（子どもの気持ちとか心的外傷等が）
- イ. 虐待が再現されないような努力がなされているか（例えば、精神科通院とか）
- ウ. 面会、面会外出、外泊等を通じて、子どもに対する態度、気持ちがどのように変化したか
- エ. 家庭引き取りを望んでいるか
- オ. 家族関係の調整がなされているか

<地域関係機関>

家庭復帰についての受け入れ準備（関係機関、関係者の理解と協力による支援）

2. 児童養護施設

家庭では、難しく、種々の要因により停滞していた育ちを保証する。自己実現が出来る

プログラムがなされるか。

* 要保護児童で保護者と共に子どもの自立支援が出来、且つ、他施設以外

* 環境療法的な特徴をそなえているかどうか、いじめや体罰がないか（施設内虐待）

* 過去の被虐待児童、親の対応等の実績、全施設職員が虐待について共通理解、実行性があるか否か

3. 児童自立支援施設

・ 虞犯性、衝動性、攻撃性が強い児童（自己コントロールが弱い）で、特にしっかりした枠決めが必要な児童

・ 小舎性であり比較的細やかな（個別的）対応がなされる（1寮10名まで）・・親密な人間関係、生活プログラム

・ 親指導もしっかりできる

4. 精神（援護寮）→デイケアへ通う

・ 高校生年齢児

・ 入寮者は大人であり騒がしくなく、プログラムもゆったりしている。入寮者に年下の扱いを受け可愛がれることが多い

・ 精神症状により、精神科医師への関わりがなされる

・ 退寮後のフローがなされる

5. フォローアップ体制について

* 退園時に考えるのではなく、入院前、入院中、退園後を一貫して関係機関・関係者と連携しながら行うことを原則としている。（図）

例えば

・ 入院前は、本人の診察。入院治療の必要性を説明し承諾を得る努力。虐待者（保護者）へは、入院治療の必要性を説明し同意を得る。（いずれも児童相談所職員同席）

・ 入院中は、入院1ヶ月後に児童相談所と、2ヶ月後は、児童相談所と関係機関・関係者と、その後は、1ヶ月～3ヶ月に1回の検討会議を実施。その際に役割分担も行います。

・ 退院前には、当園としての処遇先についての意見を述べます（県内は勿論、県外の心身障害児者医療・福祉・教育・施設団体等について情報を日頃から詳細に把握している事が大切）

・ 退院後は、本人、保護者等は、外来通院で、又は訪問でフォロー。（通院が途切れてないかのチェックを行う）

・ 関係機関、関係者には、ケース検討会議等でフォロー。

B. まとめ

基本的に、子ども、特に被虐待児童の治療は、「専門性が必要」・「時間と費用がかかる」・「多くの人の協力を得ながら行う（園内では、チーム医療）」「育ちを保障していく」等が必要であることは、当然であるという考えに立っている。

1. 入院治療のケアのあり方についての考え

入院治療の主眼は安定した侵襲的でない空間の中での「対人関係の再学習」や「リ・トラウマ現象からの離断」「好ましい行動パターンの獲得」を模式的に行うことであり、退院後は、その治療空間で得たエッセンスを受け入れ先に理解してもらうこと、が重用です。

そして、段階的に本来の現実生活に向けていく「準備性」が不可欠で、そのことを継続的に査定し、その都度、地域機関と調整する意味でも通院は必要でしょう。

2. 退院後の受け入れ先の選定やフォローアップ体制について

本人の治療状況（障害や症状の残遺の程度）によって「準備性」や「移動的配慮（つまり、少しずつ現実性に向けられる余裕があるか否か）」の能力を個別に図るべきでしょう。例えば、養護施設なら、どの程度、心理ケアを採ってくれるのか、或いは、許容性を生み出せる安定性や人員配置があるのか。在宅なら、保護者の回復の度合いや余裕度、そして、地域にどれくらい支えてくれる資源があるか、と言う事になります。この事は、退院準備としてカンファレンスしておくこと、そして、退院後定期的に検討をし合うシステムについても構築しておくことも大切と思われます。

3. 医療機関と児童相談所との連携・協力のあり方について

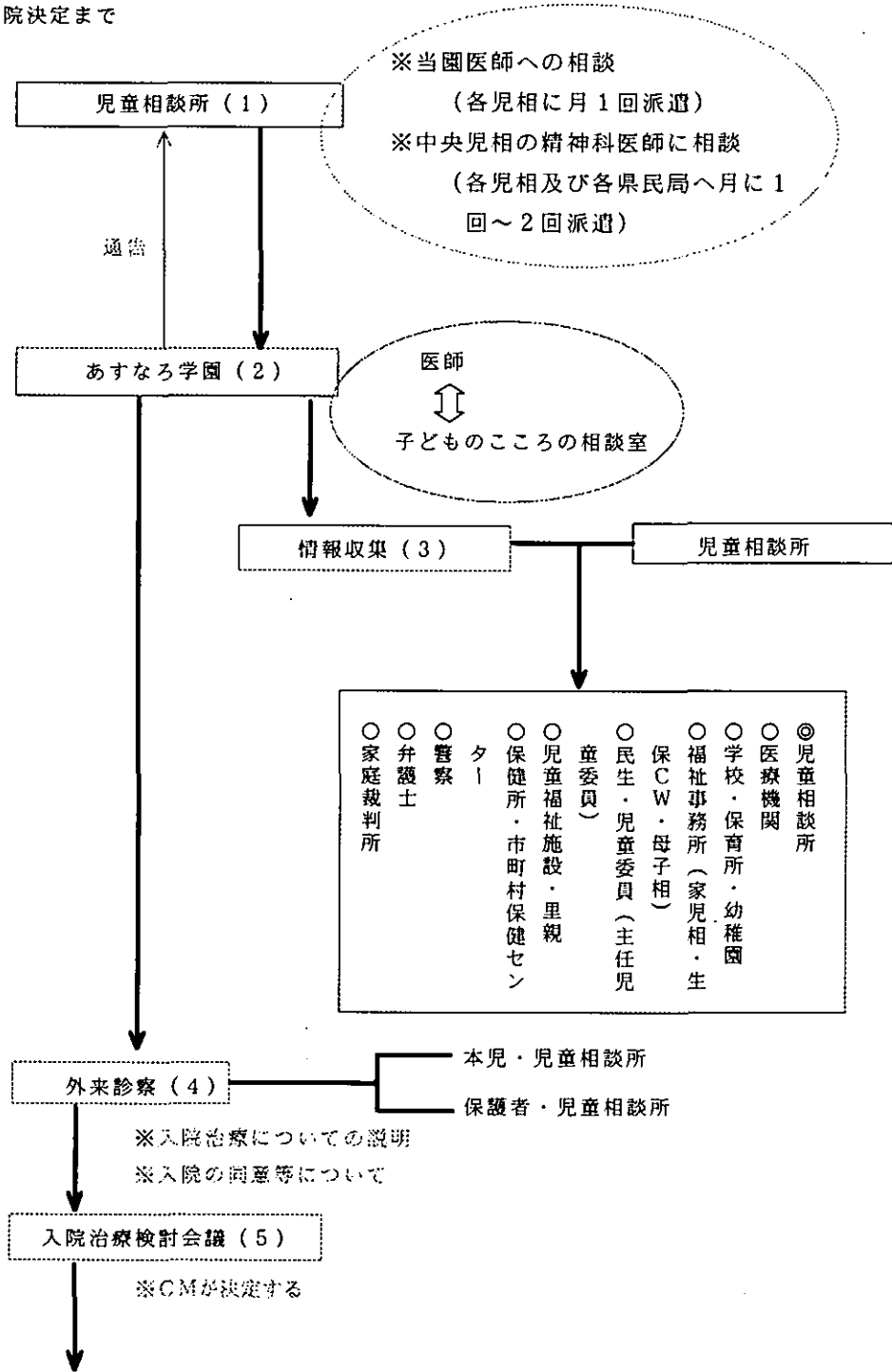
入退院だけではなく、治療進捗状況と何のために何を治療しているのかを児童相談所にもわかるように伝えていく継続性は大事でしょう。同時に本人の治療状況に対応して保護者や地域の変化を促すケースワークを児童相談所に対して依頼したり、又は、一緒に訪問するなどしてお互いに協議する機会を設けた方がよいと思います。

4. 課題等

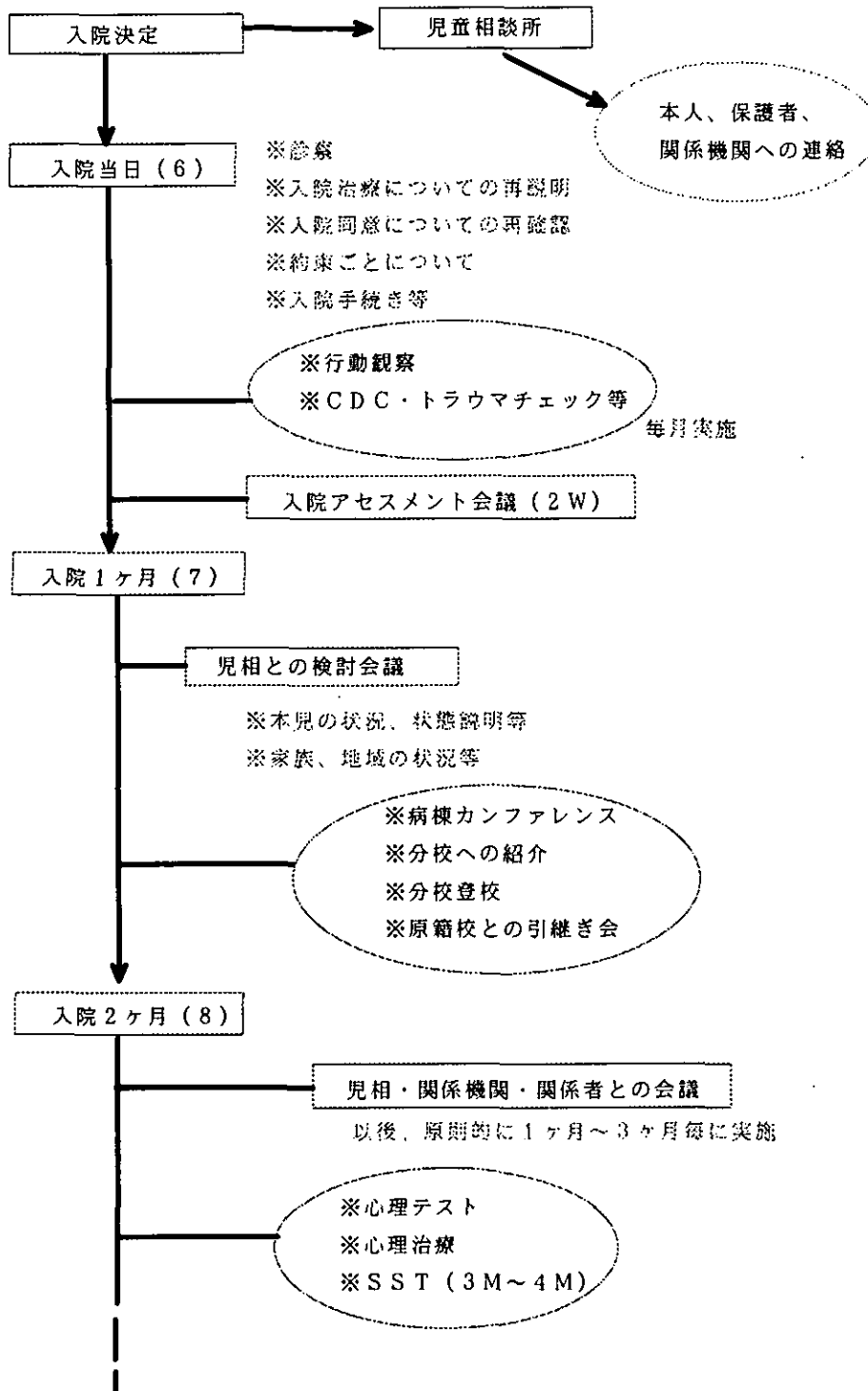
- ・ 大前提になる問題として、「入院治療」は、その当人のどこに働きかけて何を治療することでそのような生活環境に適応できるようにするか等を明確にしていくべきでしょう。
- ・ チェック機能は必要で、当園では、主に、「主治医」「こころの相談室」で行っている。

あすなろ学園における被虐待児童の治療の流れ

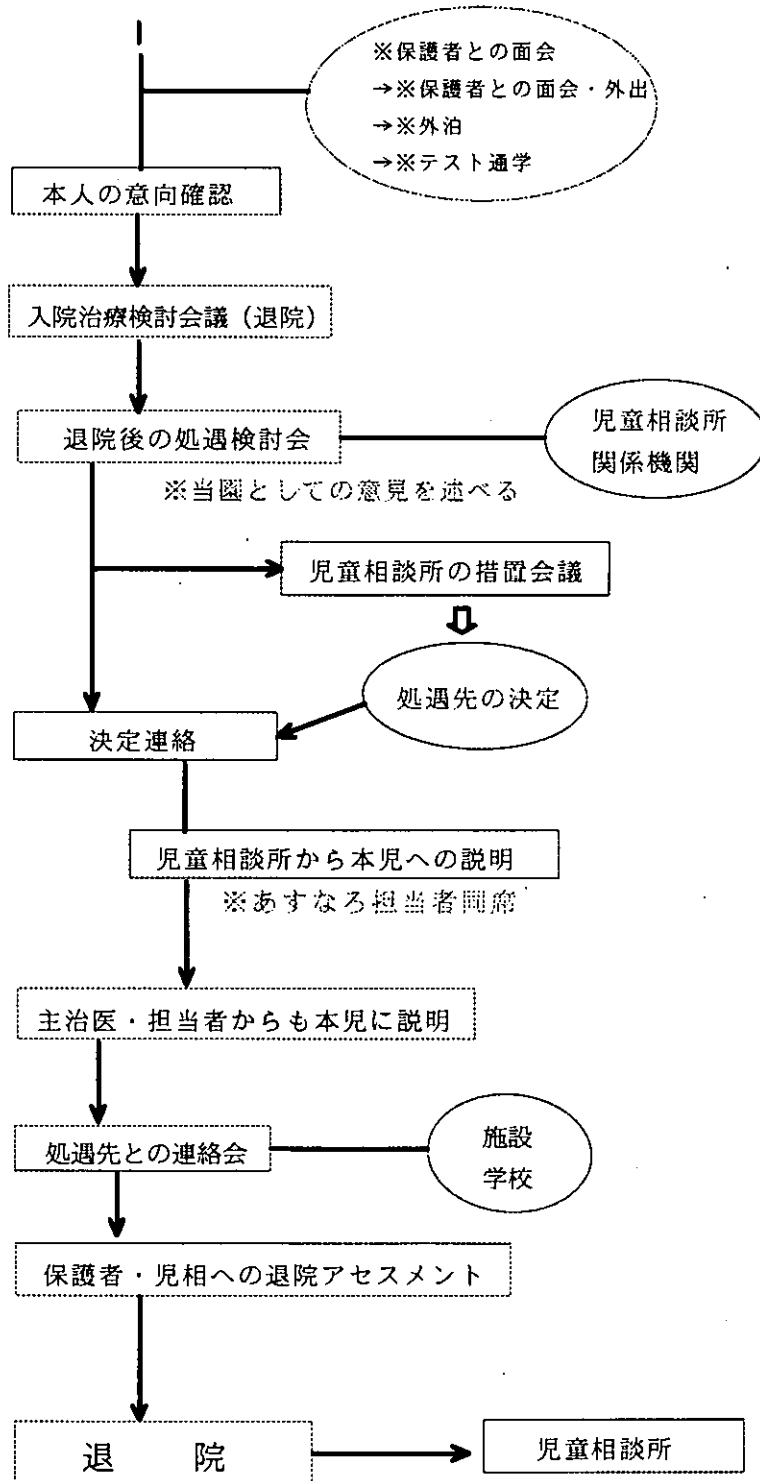
1. 入院決定まで



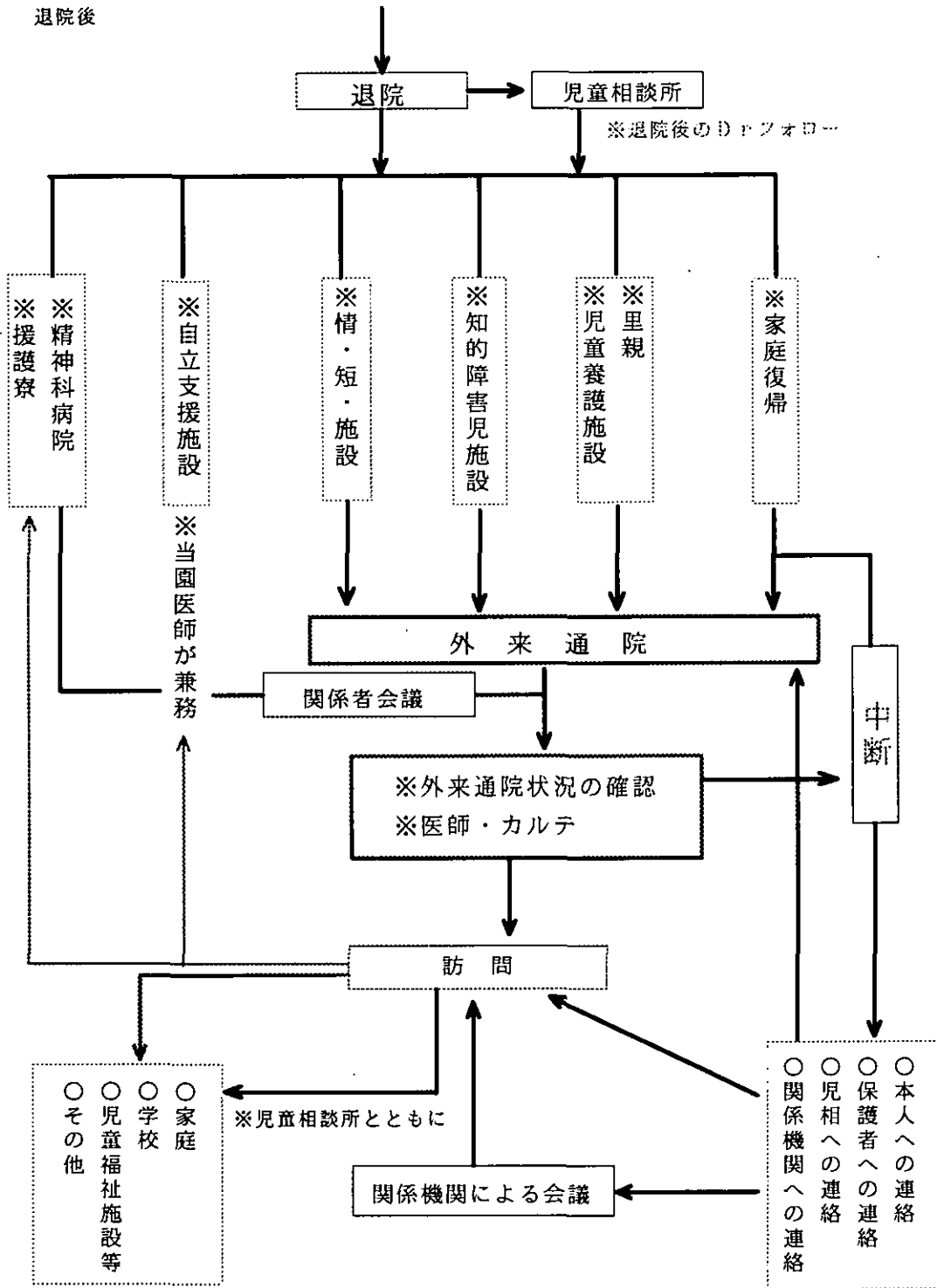
2. 入院2ヶ月まで



3. 退院まで



4. 退院後



被虐待児童退院後調べ（個人用）

（H ）年度

| | | | | | |
|--|--|------------|--------|----|--------|
| カルテ番号 | | ワガナ 児童名 | | 性別 | 男 女 |
| 入院期間 1. H 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | |
| 診断名（ICD-10） | | | 主治医（ ） | | |
| 虐待の種類等：（ ）による（身体的・ネグレクト・心理的・性的） | | | | | |
| 関係機関等（該当項目○印） 1.（ ）児相／担当（ ） 2.（ ）保育所・幼稚園／担当者（ ） 3.（ ）小・中・高等学校・担任（ ） 4.（ ）福祉事務所 生保・母子・民生児童委員（主任児童委員）／担当者（ ） 5. 児童福祉施設（ ）／担当者（ ），里親（ ） 6.（ ）保健所・（ ）市町村保健センター／担当者（ ）（ ） 7.（ ）警察／担当者（ ）、サポートセンター（ ） 8. 弁護士（ ）／担当者（ ） 9.（ ）家庭裁判所／担当者（ ） 10. 医療機関（ ）／担当者：主治医（ ） 11：その他（ ） | | | | | |
| 役割分担内容等（具体的に） | | | | | |
| ・（あすなろ学園）： | | | | | |
| ・（児相）： | | | | | |
| ・ | | | | | |
| ・ | | | | | |
| ・ | | | | | |
| ・ | | | | | |
| チェック日 | 内 容 | | | | |
| H 年 月 日 | ＊外来診察 ＊対処（連絡等）： 記録者（ ） | | | | |
| （次回チェック日） | （H 年 月 日） | | | | |

三重県立小児心療センターあすなろ学園

| | |
|-------|-----|
| チェック日 | 内 容 |
|-------|-----|

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| H 年 月 日 記録者 () | *外来診察 (Dr) *対処 : |
| (次回チェック日) | (H 年 月 日) |
| H 年 月 日 記録者 () | 対処 : |
| (次回チェック日) | (H 年 月 日) |
| H 年 月 日 記録者 () | 対処 : |
| (次回チェック日) | (H 年 月 日) |
| H 年 月 日 記録者 () | |
| (次回チェック日) | (H 年 月 日) |
| H 年 月 日 記録者 () | |
| (次回チェック日) | (H 年 月 日) |

VI. 考察

1. 第一部：被虐待児の精神科入院治療の導入をめぐる問題と課題

被虐待児の入院治療を適切に導入するための条件作り、児童相談所が果たす役割と課題については以下のことが必要になる。

(1) 受け皿である医療機関が必要とする連携

被虐待児の入院治療においては、担当する病院が被虐待児に対して十分な安心と安全を確保できるような条件を整えることが必要である。また被虐待児の入院治療には、人間関係の再構築という課題があることから比較的長期に及ぶため長期の入院期間を確保することも安全と安心の保証ということになる。さらには、治療に当たる職員の安全と安心の確保、そして被虐待児と治療スタッフとの間に情緒的な交流が保証されることである。そのためには入院に向けて、①児童相談所は、入院治療を妨げかねない親に対しては親権を停止するくらいの姿勢を示し、②かつ長期の入院の保証を可能とするように取り組むべきであろう。児童相談所のこうした姿勢の程度によって、病院は児童の安全のみならず適切な治療を提供できる。被虐待児の入院治療には普通の児童の場合よりも多くの時間を必要とすることをお互いに確認して、この条件を可能にすべく児童相談所はケースワークをする必要があろう。

(2) 法に関連した課題

①入院の段階での児童福祉法と精神保健法

被虐待児の入院治療においては児童福祉法はその一部しかカバーできない。精神科病床を有する医療機関に一時保護委託をした場合でも、閉鎖病棟に入院させる場合は精神保健福祉法の規定に従い、法に定める精神障害の診断が必要であり、また親の同意を必要とする。虐待した親に同意能力があるかどうかの検討が必要であるが、ましてや入院治療を拒否する親の場合については一刻も早く検討しなければならない。必要な医療を受けさせなければ、ネグレクトというもう一つの虐待が加わることになるからである。

②入院に至るまでの法的手続きの課題

精神科入院治療を必要とする場合は、親の理解と同意のもとで治療を行う努力が必要になる。親の問題意識が十分でない場合でも、なんとしても親の理解と承諾を得る努力をしなければならない。親がどうしても理解しないか、あるいは拒否する場合は、一時保護委託のもとに、必要な薬物療法を行うべく緊急的に外来診療を行なうなどの取り組みによって急場をしのぐといった方法も検討の余地があろう。いずれにせよ、困難な、人手を多く要する入院治療を、医療機関に頼らざるを得ない。

被虐待児の適切な入院治療を行うためには、事例によっては治療が終了するまでは親権の一時停止が可能となるような法の整備の検討が必要と考えられる。被虐待児の治療を裁判所が命令するなどの法的権限を設け、治療が親権に優先するような法律上の検討が必要になる。また、児童相談所以外の機関に治療に関する保護義務者的な権限を委託し、その機関の同意のもとで治療を行える制度を設けるといったことも考えられるのである。

(3) 治療を引き受ける医療機関と児童相談所の関係作り

精神科入院治療を必要とする被虐待児が時々発生することは、児童相談所の誰もが認めるところである。また、虐待の著しい増加と、被虐待児が受傷したトラウマのため行為障

害や解離障害をはじめとしてさまざまな精神障害を呈しやすいこと、そしてこれから思春期を迎える被虐待児が続々と出現してくることを考えると、児童相談所は精神科入院治療の対策をしておかないと、虐待対策の進行管理はおろか児童を守れないのである。

児童相談所の準備すべきこととして、①児童相談所の医師に求められる役割の一つに、地域の医療機関との橋渡しがある。②成人を対象とする精神科医療機関に対して被虐待児の治療に対する理解を図ることが必要である。事案が発生したときに慌てて要請をするのではなく、日常的に連携を図ってゆく工夫が必要である。

2. 第二部：被虐待児の精神科入院治療における問題と課題

(1) 激しい攻撃的な言動や破壊的攻撃的言動に対する対応

被虐待児は精神症状を有していても、激しい問題行動あるいは破壊的な問題行動を伴うことが多く、このことにスタッフの関心が向くことになる。また、精神症状をじっくり聴取できるほどの関係を築くまでには時間を要する。このため問題行動が前面に出すぎて、この問題行動を理由に医療機関に入院治療を引き受けてもらうことはなかなか難しいのが現状であろう。精神症状が明らかで、その治療のためであれば、成人を対象とした医療機関は治療を担当してくれるであろう。しかしながら被虐待児の入院治療の課題の一つは、まさに被虐待児特有の問題行動の理解とその対応にある。

児童精神科の入院治療を行う医療機関が全国児童青年精神科医療施設協議会を構成しているが、これによると全国に23箇所程度あり、多くの県の児童相談所は成人を対象にした精神科医療機関に期待せざるを得ないのが実情である。

成人の医療機関での入院治療を行う場合でも深刻な議論がある。大人と入院生活をするのが児童に悪影響を与えかねないという心配の声も多い。であればこのような状態にある児童は一体どこで入院治療が提供されるのか、まさに重要な問題となる。一方、攻撃的な問題行動は大人の入院機関が持つ堅固な枠組のもとで落ち着くことも少なくないという指摘もある。

成人の入院施設の側からは、こうした児童の治療としての手だてがなかなか見つからないという意見があることから、児童相談所が協働して取り組むことで入院治療が可能になるのであろう。また、児童の問題に関して何を医療に求めるのかを明確にしてゆくことも重要な点となる。入院治療の目的のもう一つには、「育ちを保障する」ということがある。医療機関と児童相談所の連携の必要性が如何に高いか、改めて強調したい。

(2) 入院中の生活費などの経費について

入院中の児童は、生活のために何かと金銭を必要とする。おやつや小物の購入が必要になる。外出の際の交通費も必要であるが、児童福祉施設に入所中の児童には、措置費の中にこうした生活費が盛り込まれている。入院の児童の場合には、生活に関わる費用は親が用意をしなければならないが、理解や承諾の得られない親の場合には得られないことが多く、そのため児童の生活にさまざまな支障が出る。例えば、もともとの愛情飢餓と物の不足が重なり合って問題行動が発現することもある。よって入院中の被虐待児の生活にかかる経費の工面を検討する必要がある。

(3) 青年期に達した児童について

児童相談所の関わりは、児童の年齢が18歳あるいは高校卒業までとされているが、入院治療に導入した場合、児童相談所がその年齢をもって、関わりを終了するというようなことが無いようにしなければならない。また、18歳を超えた児童には、自立援助ホームがこうした狭間を埋めることが可能な施設であるが、青年期に達した児童に対する支援の場や機会が著しく不足しており、こうした施設や取り組みを整える必要がある。また、自立援助ホームの利用には自己負担が1ヶ月に3万円になることから、青年期に達した被虐待児に対しての経済的な支援を考える必要がある。

(5)医療機関の著しい負担に対する対応

被虐待児の精神科入院治療は、他の問題と比較して著しく多くの人手を必要とするばかりでなく、高度の治療技法やケアを必要とすることから受け入れる医療機関の負担は深刻である。例えば、①激しい問題行動に対応するスタッフや技術が必要になるため、入院治療を担当する職員の充当とスタッフの研修が必要になる。②児童相談所や学校などの関係機関との調整やさまざまな打ち合わせに要する時間が膨大になる。③家族調整や家族療法などが必要になるが、これに要する時間や担当職員をあてがうことの負担が大きい。

よって、被虐待児の治療を適切に実施するための条件は、このような多くの課題に対応しなければならず、従来の医療費に加え「虐待加算」のような制度を創設することが必要であろう。

3. 第三部：退院後のフォローアップに関する問題と課題

(1)児童相談所の精神科医師に求められる役割が大きい

被虐待児の治療を含んだシステムを構築する必要がある。その一環として退院後のフォローアップ体制を設けておかななくてはならない。

①精神科外来治療

退院した児童に対して児童青年精神科診療によるフォローアップが必要であるが、一般の診療と比べると、被虐待児の場合は児童自身の病理や家族病理が複雑かつ深刻であることが多く、家族療法の施行や長期的な治療体制を整えることが必要となる。また退院後に児童養護施設に戻ることが多く、このため児童養護施設での医療的なフォローアップも必要となろう。この課題を含めて、児童相談所の精神科医師の常勤化を押し進める必要がある。

②被虐待児が早期に精神科医師の診察を受ける体制を作ること

ほとんどの被虐待児は心的外傷、しかも複雑型のトラウマを有している可能性が高いので早期の精神科診察を受け、入院についてはできるだけ早期の入院でしっかりと治療を行うことが必要である。この体制により、児童本人の予後の改善を図れることや児童に関わるスタッフの疲弊を軽減することが可能となる。

③ハイリスク児童に対する早期介入体制の整備

できるだけ早期、例えば三歳すぎには精神科医療が介入できる体制を整備する。乳幼児健診や精神発達精密健康診査そして産科領域を含んだ医療の参画を図ることが必要である。予防的対応を含んだ医療保健福祉の協力体制を構築すること。

Ⅶ. まとめ

- (1)児童虐待対策の進行管理上、被虐待児の精神科入院治療のあり方とその体制を整えておく必要がある。
- (2)精神医学的問題を呈する被虐待児のケアについては、児童福祉法と精神保健福祉法を有機的に活用して取り組む事態が発生することが少なくない。児童相談所の職員は精神保健福祉法にもある程度精通しておく必要がある。
- (3)問題行動が前面に出ている被虐待児の精神科入院治療では、成人の精神科医療機関の治療につなげる上で、種々の工夫や努力が必要である。多くの都道府県では、児童精神科入院施設が無いことから、成人の入院施設を利用せざるを得ない。その際には、問題行動を前面に出す被虐待児の精神病理を理解してもらう努力や工夫が不可欠となる。
- (4)被虐待児の入院治療には、他の児童の場合と比して人的にも時間的にも多大な負担を要するため、被虐待児の治療を受け入れる医療機関にはこの負担を補うための経済的な支援が必要である。また、入院中に被虐待児が必要とする生活費についても考慮し、被虐待児の入院治療を引き受ける医療機関に対して、従来医療費に「虐待加算」などの制度を創設して支援する必要がある。
- (5)被虐待児は多少に関わらず、心的外傷を被っている可能性が高いため、児童相談所は児童精神科医の診察を受けられるような体制を整えておく必要がある。児童相談所の精神科医師に求められる役割が大きいため、常勤化を推し進める必要がある。