

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）

（分担）研究報告書

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

学校における危機とその対応モデル

分担研究者 元村直靖¹⁾

1) 大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター

研究要旨

本邦とアメリカにおける学校危機対応モデルについて検討を加えた。その結果、学校危機に対応する組織としては、行政モデルと学校に基盤を置く危機対応組織に分けられる。アメリカでは大規模な災害の際に危機介入が可能な組織が整備されており、さらに、学校に基盤を置く危機対応組織も訓練が施されている。しかしながら、本邦では、最近になって学校危機対応の組織が模索されているが、なお、危機組織としては十分なものとは言い難く、今後、日本の制度に適した学校危機対応組織が整備されることが望まれる。

A. 学校における危機対応

1. 学校における危機とは

近年、犯罪や災害により、日本の学校の安全が脅かされる傾向にある。特に最近は犯罪が増加傾向にある。学校における犯罪とは、殺人、傷害、暴行、恐喝など刑事訴訟の対象となるような事件を指し、警視庁の統計によると、平成13年度には、学校内

で4万件以上の犯罪があり、これは6年前に比べるとほぼ2倍になっている¹⁾。このような犯罪や災害は学校を危機に陥れる。危機は、不意に襲いかかってくるのである。Caplan(1986)は、危機(Crisis)を次のように定義している²⁾。すなわち、「危機状態とは、人生上の重要目標が達成されるのを妨げられる事態に直面した時、習慣的な課題解決方法をまず初め

に用いて、その事態を解決しようとするが、それでも克服できない結果発生する状態である。危機状態になると混乱と動揺の時期がしばらく続き、その間、打開するためのさまざまな試みがなされる。しかし結果的にある順応が、その人や周りの人にとって最もよい結果をもたらすか、またはそうでないかもしれない結果で形成される。」

では、学校における危機とはどのようなものであろうか。Yule & Gold (1993) は、学校で起こりうる危機として、次のようなものがあるとしている³⁾。すなわち、生徒や教師の死亡、学校内での暴力や襲撃事件、学校の一部の倒壊(無差別破壊)、財産の破壊(意図的破壊)、児童生徒や教師の入質事件、児童生徒を巻き込む、交通事故、海難事故、航空事故、地域社会における自然災害、修学旅行での死亡やけがおよび市民の暴動やテロ行為をあげている。一方、兵庫県立心の教育総合センターが作成した『心の危機対応実践ハンドブック』(2001)によると、教師が経験する学校危機としては、児童生徒の病死、児童生徒の自殺、児童生徒の自殺未遂、児童生徒の事故死、児童生徒の犯罪事件による死、児童

生徒の災害による死、児童生徒の暴力行為、いじめを受けている児童生徒、アルコール・薬物乱用の児童生徒、学級崩壊、虐待を受けている児童生徒 および教職員の死が示されている⁴⁾。Marcy(2003)はこのような学校危機を2つのグループに分けている⁵⁾。すなわち、第1のグループは頻度は低いがインパクトの高い危機であり、地震や津波などの自然災害、外部からの侵入者による校内殺傷事件やテロ行為などである。これに対して、第2のグループは頻度は高いが比較的インパクトの低い危機であり、交通事故、身近な人の死、いじめ等がこれにあたる。

2. 学校における危機管理の現状

危機は突発的に起こりやすく、危機が起こってから、それにどのように対処したらよいか分からないといった問題が生じる。最近の学校犯罪例では、1999年12月21日に京都市伏見区の京都市立日野小学校校庭で児童殺人事件がおきた。その後に、文部科学省は、各学校に学校の安全に関する通達を出して、学校における安全に関して、改めて

注意を喚起したが、2001年6月8日には、大阪教育大学附属池田小学校において、外部からの侵入者により、23名の死傷者がでるといふ大惨事がおきてしまった⁶⁾。この後、文部科学省は再び2001年8月31日づけで、幼児生徒の安全の確保および学校安全に関する点検項目(例)改訂についての通達を出し、改めて、学校安全を強調するにいたっている。しかしながら、平成15年12月18日にまたもや、京都府宇治市の宇治小学校に外部から男が侵入し、刃物で小学校一年生の男児2名を負傷させる事件が起こってしまった。1998年に、大田らは、学校危機管理マニュアルの整備状況について300校以上の実態調査をした結果、自然災害83%、学校事故83%、伝染病・食中毒53%の記載がみられたが、学校外からの侵入者に対するマニュアル記載は、わずかに0.3%にみられたのみであると報告している。さらに、佐藤

7)も、実際の学校安全管理は十分ではなく、学校危機時には、個別に学校で対応する事例が多いとしている。池田小学校事件以降、教育委員会や学校において学校危機管理マニュアルが整備され、実践的な防犯訓練が行われつつある。平成15年1月の文部科学省の調査では学校の51%で防犯訓練が行われており、危機管理マニュアル80%の学校で作成されている。また、登下校時以外はすべての門を閉めている学校は池田小事件前は16.4%であったものが、事件後64%の学校で閉めている。また、不審者進入を想定した避難訓練も事件前は1.1%であったものが、33.3%の学校で実施している⁸⁾。このように、事件後、学校の危機管理意識は概ね向上しているといえるが、2003年におこった宇治小学校では校門が占められていなかったなど、学校によってまだ温度差があるといわざるを得ない。

以上のように、わが国の学校の実情は、学校危機への組織的対応の面で、十分な対策が講じられているとは言えない。特に、危機を体験した児童生徒、およびその保護者への心のケアに対する専門的な対応については、米国との比較において大きな遅れが認められる。

3. 学校における危機対応

学校危機への対応で、最も優先すべきことは、言うまでもなく「人命を守る」ことであるが、同時に「心身の苦痛を癒し、回復をはかる」ことが重視されなくてはならない。そのためには、危機対応に関わる教師を中心とした関係者の日頃からの危機対応への備えが不可欠である⁹⁾。学校における危機は、その危機が天災的であれ、人災的であれ、自然的要因(校区の自然条件)や社会的要因(校区の父母や住民の特性)といった、その学校に特有な(校区の)外的条件の影響を受ける。また、その学校の規模・教職員構成といった内的条件により、その危機に対する対応も異なることが予想される。その意味では、学校の危機管理の方法は、個別な学校の特性に応じて経営構想される必要がある。このときの第一の課題は、校

長のリーダーシップによる危機管理の計画化によって、教職員集団の「危機意識」を形成することである。第二に、危機管理のための協働化(学校外との連携)を方法としなければならない。第三に、子どものための危機管理でなければならない。危機に対して子どもの生命と安全を最大限に保障する実質的な事前予防措置と、危機に対してしまった子どもの恐れや不安による精神的不安定をいかにケアするかという事後予防措置の二つが重要となる¹⁰⁾。

a. 米国の学校における危機対応モデル

Pitcher & Poland⁹⁾は、すでに学校の「安全神話」は崩れ、学校が安全で、情緒的で健康的であるためには、危機管理スキルの導入がますます必要であるとして、学校の危機管理の概念モデルを提示している。

それは、危機とそれに対する反応を長期的に3段階(衝撃の段階/退却の段階/解決・調整の段階)に分けて設定し、それぞれの段階の危機管理の単純モデルを以下のように提示している。まず、「衝撃の段階」では、①即時に危機を抑制するための行動を開始する。②いったん危機が抑制された段階で、状況をすばやくアセスメントす

る時間をとる。③プランの立案・決定をする。
④照会・予後調査をする。対応システムを再検討し、将来、そのような状況が起こった場合に、どのように対応するかに関して現実的なプランを立てる。

次に、退却(後戻り)の段階、すなわち拒絶や怒りそして悲しみといった情緒的・身体的な後退の時期、個人(特に教師)が自分たちの反応について話し合い、その後退が本来「正常な」反応であり、時間と共に適応することを当事者が気づくプランをもつ。そして、解決・調整の段階、「後退」を長期的に克服していく段階において、危機管理プランの修正を協働的に行っていく。そして、最後にある種自然に危機以前の機能に回復していく段階を迎える。

以上の危機管理モデルの特徴として、第一に危機の事前予防ではなく、事後予防に中心が置かれている点がある。すなわち、いったん生じてしまった危機に対して、いかに対応するかが重視されているのである。また第二に、直接的な学校組織の管理モデルではなく、教師個人および生徒個人の危機に対応した心理療法的な治療モデルをベースにしている点がある。

一方、こうした個人対応の事後モデル的な危機管理モデルの他に、米国では事前モデル的な危機管理モデルとして、各学校ごとに危機対応チームを組織することが望まれている。

たとえばKlineら¹¹⁾は、組織全体に及んで働く危機介入プログラムに関する次の3つのレベルの組織を推奨している。

1) 地域資源グループ: 地域レベルで認められるグループは、校区の個人に対して専門的なコンサルテーションと訓練を提供する役割を担う。また、このグループは地域のための資源必要性を監視し、トレーニングやコミュニティサービスの点でさまざまな校区間でのコミュニケーションを調整する。

2) 校区の危機チーム: それぞれの校区では、地域レベルでの危機介入を管理し調整するために、生徒指導やあるいはその人に指名された者など、少なくとも一人の個人を選ぶべきでしょう。大きな校区では地域の危機介入チームを設定

することを考慮すべきです。この個人あるいはチームは、地域資源グループと学校基盤の危機チームの者との連絡を提供し、関連する校区内での方針を、危機介入や適応プログラムモデル、そして地域資源グループによる提案などの点から確立し、人々が一貫した校区の方針や要請を持てるようにする。

3) 学校基盤の危機チーム：

それぞれの学校では、校区の危機チームによって確立されたガイドラインにしたがって、それぞれの学校基盤危機チームにふさわしいメンバーを特定することが必要である。学校チームの組み立てはさまざまであるが、それぞれの学校では潜在的チームメンバーとして次のようなスタッフを考慮すべきである。すなわち、(a) チーム長あるいはチーム長補佐、(b) 学校保健婦あるいは校医、(c) 学校ソーシャルワーカー、(d) 学校心理士、(e) カウンセラー、(f) 事務員、(g) 学

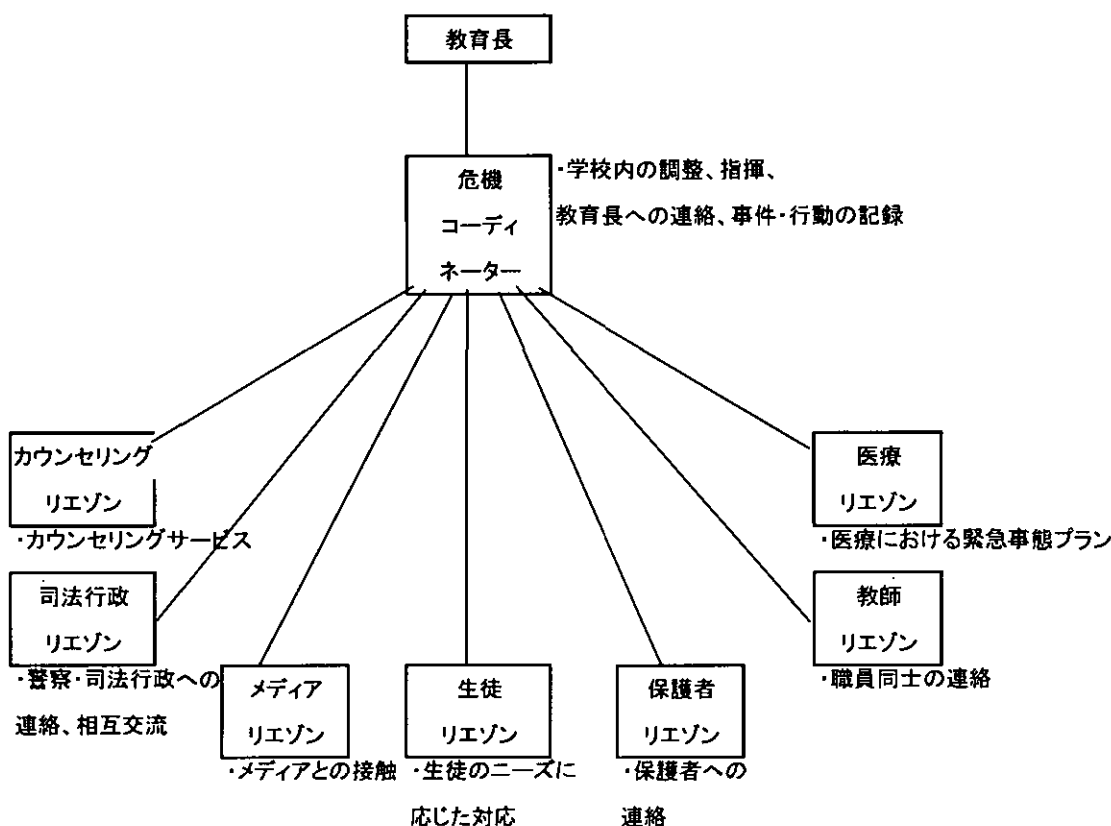
校警備員、(h) そして少なくとも一人の教師。さらに学校の PTA は、チームが適切だと判断した場合には親との連絡役として特定されるべきである。また、Pitcher & Poland⁹ も、学校内のチームとして、管理職(校長・教頭)を中心に、スクールカウンセラーおよび教師を含めた4名から8名程度のメンバーで構成し、さらに、この学校の危機チームの「後方支援チーム」として州あるいは学区単位の危機チームが設置され、学校の危機チームは学校内と外の関係機関との連携が重要であると述べている。

ところで、米国の学校における危機チームのリエゾン(連絡・連携)は、図1に示すとおり、危機コーディネーターを中心に、教師、生徒、保護者、カウンセリング、医療、司法行政、メディアによって構成されている。危機コーディネーターとは、危機時に危機チームを組織し、方針を決定する権力を持つ領域であり、学区の行政的役割に精通している者、従って校長・副校長のような管理職がこの役割にふさわしい。またカウンセリング・リエゾンとは、危機事態におけるカウンセリングおよび心理臨床的支援を担当す

る領域であり、生徒の情緒的なニーズに精
 通し、危機や災害の基本的なカウンセリング
 グ技法に熟達していなければならない。各
 リエゾンの役割の特徴と予防活動の内容は、
 第 1 次予防活動(危機の発生を事前に予
 防する取組)、第 2 次予防活動(危機が増
 大するのを阻止する取組)、第 3 次予防活

動(危機発生による被害からの回復を目指
 す取組)に分けられている。それらは、明確
 かつ具体的でなければならず、任務の手順
 や対応時に必要な資料は文書にし、代替
 者がその役割に就いた場合においても活
 用できるように工夫する必要があるという。

図 1 米国の学校における危機チームの構成と連携



b. わが国の学校における危機対応プラン

では、わが国の学校においては、どのよう
 な学校危機への対応のための実践活動プ

ランを考案していく必要があるのだろうか。

兵庫県立心の教育総合センター(図 2)は、
 前述の米国の学校における危機チームの

組織とその活動の内容を参考にし、以下の
ようなわが国の学校の現状に沿った危機対
応実践プランを提案している。学校の危機
チームは、管理職(校長・教頭)、総務・教
務主任、生徒指導主事、学年主任・学級
担任、養護教諭・保健主事・教育相談係
(スクールカウンセラー等)によって構成され、
後方支援チームとして、教育委員会やPTA
および後援会(同窓会)の関与が求められる。
危機チームメンバーの各教師が果たす
べき任務は、[事前の準備]と[危機対応]
に分けられる。

1) 管理職

- ① 学校内の統制と指揮、教育委員会へ
の連絡および報告、事件・事故の
記録
- ② 警察・地域行政機関への連絡と協力
要請
- ③ メディア(報道機関)への報告と対応
- ④ 教職員間の綿密な連絡と会議

2) 総務・教務主任

保護者への連絡と協力要請

3) 生徒指導主事

全校児童生徒への連絡、指導および支
援

4) 学年主任・学級担任

学年・学級の個々の児童生徒への連絡、
指導および支援

5) 教育相談係・養護教諭・保健主事・(スク ールカウンセラー)

- ① 心のケアと専門機関への連絡と支援の
要請(教育相談係・養護教諭・スクールカウ
ンセラー)

[事前の準備]

・児童生徒対象に危機予防の教育的プロ
グラムを計画する。

・緊急事態時に利用できる地域の精神保
健の専門機関をリストアップする。

・教師に基本的な心理学的応急手当、危
機カウンセリング等の危機対応に関する研
修・訓練を計画し、実施する。

[危機対応]

・児童生徒のニーズに注意を払い、対応
方法を検討する。

・危機から強い影響を受けた児童生徒に
対して配慮し、小グループでの対応、専門
機関への照会等を検討する。

・教師が感情をコントロールし、児童生徒
に冷静に適切な対応ができるように援助す
る。

・影響を受けた児童生徒のカウンセリング
や注視を引き続いて行う。

② 救急処置と医療機関への連絡と支援
の要請(養護教諭・保健主事)

概ね、学校危機対応モデルは、行政に
基盤を置く組織と学校に基盤を置く危機対
応組織に分けられる。さらに、地方行政で
は、教育組織が中心となる教育委員会モ
デルと保健モデルがある。後者のモデルは
山口県で行われており、前者は、福岡県や
兵庫県で採用されている。なお、池田小学
校事件ではどちらかという当初は保健モ
デルの危機介入が行われたが、中長期的
には学校資源を生かしている点で、教育モ
デルに近いと思われる。このように、本邦で
は、最近になって学校危機対応の組織が
模索されているが、なお、危機組織として
十分なものとは言い難く、今後、日本の制
度に適した学校危機対応組織が整備され
ることが望まれる。

文献

- 1) 犯罪統計白書 警察庁 2003
- 2) Caplan G: Support systems and
community mental health. Behavioral

Publications, 1974.

3) Yule W, Gold A: Wise before the event:
coping with crisis in schools. 1993

4) 心の危機対応実践ハンドブック. 兵庫
県立心の教育総合センター 2001

5) Marcy RD: Community-based trauma
response for youth. New Dir Youth Dev
Summer: 98:29-49, 2003.

6) 元村直靖ほか: 大阪教育大学附
属池田小学校事件における精神的
支援活動の一年. 心療内科
6, 360-365, 2002

7) 佐藤春雄 統計・資料に見る学校
安全管理対策と危機意識 学校経
営 46, 33-43, 2001

8) 国立大学附属学校における安全
管理のあり方に関する調査研究会
報告書 2003

9) Pitcher GD, Poland S: Crisis
intervention in the schools. 1992

10) 篠原清昭: 求められる危機意識形成・
学校の経営的課題 季刊教育法 131,
16-21, 2001

11) Kline M, Schonfeld DJ, Lichtenstein R:

Benefits and challenges of school based
crisis response teams. J Sch Health 65, 7,
245-249, 1995.

危機対応チーム

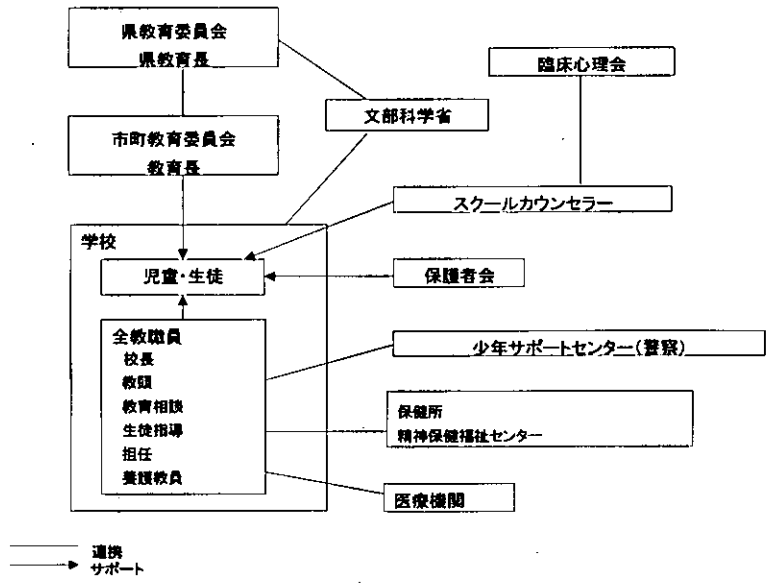


図2

（分担）研究報告書

児童精神科臨床における Domestic Violence の実態と家族の病理

分担研究者 笠原麻里¹⁾

研究協力者 細金奈奈¹⁾、奥山真紀子¹⁾、渡辺京太²⁾、小平雅基²⁾

1) 国立成育医療センター こころの診療部

2) 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

研究要旨

1. 児童精神科領域にみられる子どものみに向けられる児童虐待以外のDVの実態について調査し、DV家庭に育った子どもの心理的障害や精神発達への影響、および、DVの背景にある発達障害の問題の関連性等について検討を行った。
2. DVに曝されたあるいは目撃した子どもと、DV以外の児童虐待を受けた子どもの実態と精神医学的問題について比較検討を行った。

I. はじめに

家庭内で起こるドメスティック・バイオレンス（domestic violence：以下DV）は、多くの場合女性が、パートナーである男性から暴力的被害を受けるものであるが、その家庭内に子どもがいる場合、その出来事や家庭状況は多かれ少なかれ子どもへの心理社会的影響を与える。特に、子どもに安全と保護を与えるべき家庭が混乱し不安定であること、信頼すべき対象である親のどちらかが加害者であり、一方が被害者であるという状況、保護されるべき年齢においても場合によっては自らが被害者となりうることなどか

ら、心身の危険のみな

らず常に不安にさらされながら生活せねばならない。これは、身体的成長にも精神発達にも大きく影響を与えることが予測される重大な問題である。

また、DVという出来事が子どもに与える影響として心的外傷ないしは虐待という側面からも検討すべきである。平成16年改正予定の児童虐待防止法では、DVの目撃は児童虐待にあたると明確に定義される場所であり、子どもの側から考えるとDVは目撃だけでも心理的虐待に相当するのであり、この問題への対

応は重要性を高めている。

II. 目的

昨年度の本研究において、我々は、DVに曝された子どもの精神症状には不安、うつ、パニックなど多彩な問題が生じること、軽度な発達障害圏の子ども（アスペルガー症候群、ADHD、軽度精神発達遅滞など）がDVに関与する可能性が高い傾向がみられることを示した。

今回、家庭内の暴力的出来事に曝された子どもの児童精神科治療を求めて受診した子どもと家族について、昨年の症例群に加えてその精神医学的問題を検討し、症状の重症度、DVを行った親と被害を受けた親の精神医学的問題と重症度、行われたDVの程度などを調査し、DVに曝された子どもの精神医学的問題が生じる背景を検討する。また、同様の項目についてDV以外の虐待を受けた子どもの群についても若干の症例について所見が得られたので、これら不適切な養育を受けて育った子どもと、DV家庭に育った子どもについて比較検討を行い、子どもの精神発達に与える影響について検討する。

III. 対象と方法

対象は、1999年4月～2004年3月の間に、国立精神・神経センター国府台病院児童精神科あるいは国立成育医療センターこころの診療部を初診した患者のうち、分担研究者が主治医として子どもの治療に関わった症例である。

DV群；家庭内の暴力的の出来事が、被害を受けた親の身体的負傷の診断や他機関の介入あるいはDVを行った者自身の明言によって明らかである家庭の子ど

も16例（男子6例、女子10例、初診時年齢4歳～13歳、平均8.1歳）。ただし、うち5例は3人きょうだいと2人きょうだいの例にて、家族数は13家族である。なお、この群には、DV目撃およびその出来事に巻き込まれた者が含まれるが、さらに身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトに曝されている子どもも含まれている。

Abuse群；DV以外の子どもだけに向けられる身体的暴力や心理的虐待および性的虐待あるいはネグレクトなどの不適切な養育環境におかれて育った子ども7例（男子4例、女子3例、初診時年齢0歳～15歳、平均9.1歳）。この群は、DV家庭ではないことが、親の面接から明らかなケースのみを含んでいる。

方法は、対象となる子どものカルテ情報より得られる内容について、2004年3月の状態について、住所・氏名は伏せ、性別、初診時年齢とともに以下の項目について主治医が記入する形で調査した。

- ① 初診時の子どもの精神状態と重症度
 - 1：軽症、その症状による日常生活への支障があっても軽度なもの。
 - 2：中等症、その症状による日常生活への支障が中等度なもの。たとえば幼児期であれば日常生活動作はそれなりにできているがそれまで出来ていた母子分離がしにくい、学齢期であれば学校生活などある場面への適応に問題が生じているなど。
 - 3：重症、その症状によって日常生活への支障が明らかなもの。たとえば幼児期では情動調節の障害が顕著に認められる、学齢期・思春期であれば持続する不登校やひきこもりなど。）

ただし、その子どもに発達障害が併存している場合は、その症状は単にその発達障害の一般的な症状を示すものではなく、その発達障害の一般的な症状を修飾している程度を加味して評価する。

- ② DV あるいは虐待をしている親の初診時の精神症状と重症度（1：軽症、その症状による日常生活への支障は、DVを除けば軽微である。2：中等症、その症状によって親自身の生活にもやや支障が生じている。3：重症、その症状により大人としての社会生活上の問題が明らかに生じている。）
- ③ DV あるいは虐待をしている親以外の保護者の初診時の精神症状と重症度（前述に同様）
- ④ 初診時の安全性（SECURE 群：DV あるいは虐待の状況がその時点では回避あるいは解消できており、子どもは実際の暴力や不適切な養育環境に曝されずに生活することが出来ている状態。INSECURE 群：DV あるいは虐待の状況が、初診時時点では継続されており、子どもは暴力的できごとや不適切な養育に曝されているあるいは曝される危険が現実的にある状況で生活している状態。）
- ⑤ DV あるいは虐待の重さ（1：頻度が少なくこれまでに数回のみのできごとであり、程度も身体的外傷を誰かがこうむるほどではないもの。2：頻度あるいは程度のどちらかが1を超え、3にはあたらないもの。3：DV や虐待は日常的にしばしばあるいは恒常的に繰返されているか、一回のできごとの程度が顕著に心身

に外傷的問題を引き起こしているもの。）

- ⑥ 子どもの症状の改善度（1：初診時と比較して不変。2：改善傾向。3 非常によくなった）
- ⑦ DV あるいは虐待の改善度（1：不変。2：改善傾向。3：非常によくなった、あるいは分離によって DV あるいは虐待の状況になくなった）
- ⑧ DV への曝露の内容（子どもへの直接の暴力あるいは暴言の有無、DV 目撃の有無、DV 以外の虐待の有無）
- ⑨ 虐待の内容（身体的、心理的、性的、ネグレクト）

以上について、分担研究者は研究用 ID のみを使用して集計を行った。

IV. 結果

1) DV 群と Abuse 群の症状の重症度に関連する要因

表1、表2に示すように、症状の重症度(重症=3点)はDV群では平均で2.4、Abuse群では2.7であった。初診時年齢群による違いは表3に示した。DV群、Abuse群ともに学童期例で症状の重症度が高まる傾向が伺えた。

2) 症状の特徴

初診時にみられた症状別に性別、年齢、重症度について、表4にはDV群を、表5にはAbuse群を示した。いずれも行動の問題を前景に表わす子どもが多いが、この行動の問題にはDV群では落ち着きのなさ、多動、隠れ喰い、行為障害が含まれ、Abuse群では多動、親を困らせる異常行動、摂食の問題が含まれていた。また、DV群ではトラウマ反応(PTSDを含む)、Abuse群では解離症状といったいずれも心的外傷の結果生じる症状がみ

られた。さらに、抑うつ、不登校、強迫といったいわば内向性の症状が比較的高年齢にみられている点は両者に共通している。

3) 発達障害と重症度

表6に発達障害の有無と症状の重症度の関係について示した。今回、DV群で発達障害を併存していた症例はAsperger症候群2例、軽度精神発達遅滞2例、ADHD1例であり、Abuse群では広汎性発達障害1例であったが、これらはいずれも主たる精神症状の重症度が重く、3点と評価されていた。

4) 親の精神症状について

今回、DVあるいは虐待を行った親の精神症状については、直接本人と会うかあるいは配偶者（元配偶者を含む）からのその本人の受診歴などから診断や状態が明らかになった者のみ結果を得た。DV群（N=13）ではアルコール関連障害（依存症、酒乱）4例、器質性精神障害1例、人格障害の疑い1例、不明7例であり、虐待群（N=7）ではうつ状態3例、強迫性障害1例、発達障害圏1例、不明2例であった。親自身の面接や精神医学的評価を行えた症例は少なかったため、今回重症度に関する結果は十分に得られなかった。

また、DV群におけるDV被害を受けた親の症状は、全例精神科医が面接を行っており不安状態3例、うつ状態2例、PTSD2例、境界型人格障害2例、異常なし2例であった。

5) 初診時の安全性と症状

初診時に子どもの置かれている環境が安全であるか否かによる症状の重症度について表7、表8に示した。今回、Abuse

群は症例数が少なく、比較にはあたいしないが、DV群ではSECURE群の方で年齢相が高く、症状の重症度が軽い傾向がみられた。

6) DVに伴う虐待の種類

表9には、虐待の種類を示した。今回はDV目撃があればすべてDV群とし、Abuse群には家庭内にはDVのないことが確かめられたケースのみを対象としたので、身体的虐待にはDVに巻き込まれて受けた暴力以外の身体的被害、心理的虐待にはDVの目撃以外の心理的被害を数えた。

DV群では全体の62.5%に他の何らかの虐待が重複していた。内訳は身体的虐待、心理的虐待がそれぞれ4分の1に、性的虐待とネグレクトの重複は1例づつみられた。一方、DVのないAbuse群ではネグレクトが半数以上に見られた。

表10には、DV群に伴う虐待別に症状との関連を示した。DVの目撃のみでは症状は比較的軽症であるが、DV目撃に身体的虐待あるいは心理的虐待あるいはネグレクトが加わると、症状が重症化する可能性が示唆された。また、これらDVに重複する虐待を受ける子どもには発達障害の併存がみられる傾向があった。

V. 考察

今回の結果は、症例数が少なく統計処理の行える数ではないために、パイロット的なデータにとどまっていることを認識した上で、得られた所見について若干の考察を行いたい。

まず、症状の重症度には、年齢と発達障害の有無が関与する可能性が示されたことについて検討する。今回、年齢群別では学童期の症例において、他の乳幼児

期群あるいは思春期群と比べて症状の重症度評価が、DV 群 Abuse 群ともにやや高かった。これは、今回設定した精神症状重症度が生活への支障の程度を基準にしているために、乳幼児期では親のケアの元にあること、思春期群では内向的症状が多いことから、両群では顕在化しにくかった可能性がある。しかし、精神発達の段階を考えると、意味のある時期に精神症状が明らかになりやすいとも考えられる。本来、学童期はそれまで親をすべてのよりどころとした年代から、他者の視点を知り自分の尺度を持ち始める時期であり、その後のアイデンティティの形成にいたる準備段階として表面的には潜伏する時期である。それ以前の乳幼児期は明らかに親の価値観のもとに生き、自己主張は生じても親子間の心理的葛藤を子どもの側からは表現されにくい時期であるし、その後の思春期は自己の内面により向かい合うために長年の家族内の葛藤に関する表現は複雑になり内向する可能性がある。DV や Abuse といった家庭内で生じ、本来安心と価値観を授かるはずの親と不安・恐怖や不信を強調される関係を結ばざるをえない状況では、子どもにとって学童期というのは、より葛藤が少なく表現してしまうことができるという意味で、適当な時期であるのかもしれない。

症状と重症度をみると、確かに行動の問題など外向性の所見は比較的低年齢で見られ、うつ、不登校、強迫など内向性の症状が高年齢で見られた。このことも、前述の発達段階との関連を示す所見と考えることができる。つまり、思春期より前の年代では、家庭内の問題ではあるが

自分にとっては葛藤的な出来事であることを、比較的ストレートに外在化して表現することができるが、思春期以降になると親の問題は自己像に関連するために単純な外在化ではなくより複雑な内面的葛藤へと移行する可能性があるのではないだろうか。一例ではあるが、Abuse ケースのうちの強迫症状を呈していた初診時 15 歳の男児は、学童期のエピソードに多動があったことが、親と本人の話から明らかになっている。

次に、発達障害と DV について検討する。DV のみならず虐待被害を受ける子どもに発達障害が多くみられることはしばしば指摘される場所であるが、発達障害を持つ子どもの育児の大変さや、親の罪責感などの結果生じる可能性があると考えられる。また、特に虐待の場合、心身の発達の遅れがその不適切な養育そのものでも生じるために、どちらが原因であるとはいきれない面がある。とはいえ、今回 DV 群では発達障害を伴う子どもたちにおいて、症状がより重篤である可能性が示された。発達障害のある者は初診時の精神症状はすべて重度と評価され、DV 目撃に加え何らかの虐待を重複して受けていた。一例はきょうだい例で、発達障害のない同胞の症状は中等度で、DV 目撃以外の虐待の重複はなかった。この点について、本調査の現段階では、DV 家庭においては軽度の発達障害を持つ子どもがより重篤な被害を受けやすい可能性があると考えられるが、他の要因として年齢、性別、同胞順などが関与する問題であるので、今後検討を要する事項である。

最後に、DV および虐待が子どもの精神状態に及ぼす影響については、その養育

環境のいかなる要因が子どもの精神発達や病理に影響するのかを考える点で興味深いのであるが、本調査の段階では分類するとさらに例数が少なくなるので、本検討は印象のみにとどまるものである。今回の少ない対象群に置いて、DV群の6割強に他の虐待が重複していた。これまでのところ、DVの目撃のみの症例では精神症状の重症度は比較的軽いこと、他の虐待はないがDVに巻き込まれる症例は低年齢であること、トラウマ反応が出現する傾向があることが特徴として挙げられる。また、DVのないAbuse群の方が、DV群に比べて症状が重い傾向が示唆され、その中にはネグレクトが多く、トラウマ症状を前景に出す子どもは少ない可能性が示唆された。以上から述べられることは推論的考察に過ぎないが、まず、子どもにとって自分だけが被害者になる場合精神状態は重篤になり、ある程度理解と受容が保障された状況ではトラウマ反応が出るが、その保障されない場合にはトラウマ反応としての症状は表出しにくい傾向があると思われる。これは安全性の状況からも推察できる。DV群ではSECUREな状況では症状はより軽度な可能性があるが、Abuse群では状況の安全性と症状の重症度には関連がないかもしれない。つまり、DV被害における子どもの精神症状の出現は、ある程度安全な環境を確保していることと関連しているが、精神的には安全感の保障がなされにくいAbuseの場合には状況の安全が確保されただけでは症状は変化しにくい可能性が示唆される。これらは、子どもの愛着がいかに形成されているかという点にも関連するかもしれない。DV群では、仮に子どもが

DVの被害とともに加害者である親からの虐待を受けていても、もう一方の親（たいていは母親。今回は全例母親）との関係は多くの場合ある程度の信頼関係のもとに築かれていると考えられる。その中では、DV群の子どもの精神発達は、親から自分だけが被害を受けるAbuse群の子どものと比較してある程度健全な愛着の基盤の上に成り立つ可能性があるのではないだろうか。ここで、DV群に一例だけ認められたネグレクトを重複した症例では初診時の主たる症状は行為障害であったが、のちの診察でPTSDと軽度精神遅滞があることが判明、症状は重症であった。また、ともにDVの被害者であった母親が人格障害圏で、子どもにとっては情緒的交流の安定性や安全感が保たれにくいケースが二例あったが、これらでは子どもはいずれも幼児期であるにもかかわらず希死念慮と情動調節障害といった激しい情緒的問題を呈していた。以上から、子どもにとっての愛着対象の安定性が保たれているか否かは、心理的な被害を受けた時に生じる症状やその後の精神発達に大きく影響するものであると考えられる。さらに、この点は治療的なアプローチを検討する上においても重要な要素であると思われ、評価しつつ治療戦略を講じる必要があると考えられる。

VI. まとめ

DV家庭に育ち精神的治療を求めて受診に至った子どもの精神医学的症状について検討した。DV家庭においては、発達障害圏の子どもの精神症状がより重篤になる可能性が示唆された。DV被害に重複して、約6割の症例にその他の虐待がみられたが、DV以外の虐待例やDV

例のうちでもネグレクトの重複、あるいはともに被害を受けた母親の人格障害による精神不安定がある場合などは、子どもの精神面への影響がより大きくなる可能性が示唆された。

【文献】

・ Rossman, B.B. Robbie, and Joyce Ho. (2000): Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Children exposed to domestic violence. Edited by Geffner R.A., Jaffe P.G., Sudermann M., Haweoth press, p85-106.*

・ Rossman, B.B. Robbie, (2001): Longer term effects of children's exposure to domestic violence. *Edited by Graham-Bermann S.A. and Edleson J.L., Domestic violence in the lives of children. American Psychological Association. Pp35-65.*

【図表】

表 1. DVケースの内訳

症例	人数 (人)	平均年齢 (歳)	症状重症度 (平均)
男子	6	8.2	2.6
女子	10	8.1	2.2
全体	16	8.1	2.4

表 2. Abuseケースの内訳

症例	人数 (人)	平均年齢 (歳)	症状重症度 (平均)
男子	4	7.8	2.5
女子	3	11.0	3.0
全体	7	9.1	2.7

表 3. 初診時年齢群と重症度

	乳幼児期 (就学前)	学童期 (小学生)	思春期 (中学生以上)
DV群重症度	2.0	2.7	2.0
Abuse群重症度	2.5	3.0	2.7

表 4. DVケースの症状と重症度

主たる症状	人数 (人)	男子 (人)	女子 (人)	年齢 (平均) 歳	症状重症度 (平均)
行動の問題	5	3	2	8.8	2.4
トラウマ反応	3	0	3	6.3	2.3
抑うつ状態	3	3	0	9.3	2.7
不登校	2	1	1	9.5	3
情動調節障害	1	0	1	4	2
希死念慮	1	0	1	4	2
強迫症状	1	0	1	12	1

表5. Abuseケースの症状と重症度

主たる症状	人数 (人)	男子 (人)	女子 (人)	年齢(平均) 歳	症状重症度 (平均)
行動の問題	4	2	2	6.0	2.8
解離症状	1	0	1	12	3
不登校・ひきこもり	1	1	0	13	3
強迫症状	1	1	0	15	2

表6. 発達障害の有無と重症度

	男子 (人)	女子 (人)	年齢(平均) 歳	症状重症度 (平均)
DV群発達障害あり	4	1	10.0	3
DV群発達障害なし	2	9	7.2	2.1
Abuse群発達障害あり	1	0	3	3
Abuse群発達障害なし	3	3	10.2	2.7

表7. DVケースの初診時の安全性と症状

	男子 (人)	女子 (人)	年齢(平均) 歳	症状重症度 (平均)	加害親の 重症度 (平均)
SECURE群	4	7	8.7	2.2	2.0
INSECURE群	2	3	6.8	2.8	2.2

表8. Abuseケースの初診時の安全性と症状

	男子 (人)	女子 (人)	年齢(平均) 歳	症状重症度 (平均)	加害親の 重症度 (平均)
SECURE群	0	1	12	3	死別
INSECURE群	4	2	8.7	2.7	2.0