

(8) 保護者に対する警察の対応 (設問 35)

- ① 逮捕され起訴された：29%
- ② 逮捕されたが不起訴になった：8%
- ③ 事情聴取で終わった：34%
- ④ 内偵で終わった：8%
- ⑤ 不明：17%
- ⑥ その他：4%

考察

1) 積極的医療拒否の頻度について

200 施設のうち、平成 15 年 1 年間で 40 施設が積極的医療拒否を経験したと報告しており、回答施設の 20%に相当していた。もちろん、全数調査ではなく、関心がある施設、あるいは、経験がある施設からの回答が多くなっていると考えられるので、この数字をそのまま 1 年間の発生率ととらえることはできない。しかし、今回同時に行われた虐待症例の経験にてらしても、性的虐待 (17%) に匹敵する頻度であり、決してまれな状態ではないと考えられる。積極的医療拒否が増えていると考える医療者は 15%にとどまったが、わからないとする回答が 44%あり、この問題の判断の難しノ一端が示されていると思われる。今回はアンケート上に「はっきり言葉に出して保護者から拒否された経験」と定義したが、医療機関を受診すべき状態なのに意図的に受診させないなどの状態は医療機関では把握できないことから、医療拒否と、医療を受けさせないという状況、ひいては、メディカルネグレクトの関連性を検討していく必要があると考えられる。

2) メディカルネグレクトについて

今回、各施設から 1 例ずつあげられた 40

症例の中で、狭義のメディカルネグレクト (子どもへの愛情はなく、医療を受けさせる気持ちがない) と回答されたものは 3 例のみであった。多くは、ある程度の愛情を子どもに対して持っていながらも、さまざまな事情により、医療を望まないというものであった。しかし、その半数は、治療によってある程度の問題が残るケースもあったものの、日常生活が可能と判断されていたことを考えると、狭義のメディカルネグレクトに相当しない医療拒否であっても、保護者の意志のみで決められてよいものかどうかは大きな問題であると思われる。一般に、保護者の意図に寄らず、保護者の子どもに対する対応が子どもの人権侵害になる場合、その行為は子ども虐待と見なされるとされる。この考え方からすれば、今回の医療拒否の事例のかなりの部分は、広義ではメディカルネグレクトに相当するといってもよいものと思われる。

3) 積極的医療拒否症例の特徴について

児の年齢は 3 歳以下が全体の 8 割をしめ、特に 0 歳の乳児が全体の半数を占めた。これは疾患が重症な中枢神経合併症をもつ奇形症候群や染色体異常などが多く含まれていることによる。低出生体重児も含まれており医療者は目の前の非常に重篤な状況の児の治療と両親への対応を同時進行で行う必要があり、他機関との連携や相談についても思うにまかせないのが現状であろう。両親の思いとしては重い障害を持つ子どもを育てる自信がない、というところも否定できない点であり、重症な新生児の治療をいかに保障するか、医療の質と患児家族の QOL をいかにすり合わせるか、さらに医療や福祉サポートなど地域システムにもか

かわるの問題も含有している。非常に個別の問題となると対応はさらに困難になる。今後周産期医学の領域で議論されている倫理的な問題を含めて議論が必要と考えられる。

一方で、川崎病やネフローゼ症候群などの慢性内科疾患も症例として挙げられており、医療サイドの視点からは、今回あげられた症例の半数以上は適切な治療により介助の有無はあれ生活できることが望める疾患であった。このことから、積極的医療拒否は、医療者の認識と患者家族の認識のずれから生じていることが少なくないことが伺われる。子どもの状況に対する理解、疾患の治療と予後に関する情報は、情報を発する側と受け取る側、さらには情報の伝わり方によっても左右されることが考えられる。セカンドオピニオンを求めることを勧める点については41%が有効であると考えていた。徐々にセカンドオピニオンを求める姿勢は広がりつつあるが、非常にまれな疾患や重篤な疾患の場合はその予後について意見が分かれる場合もあり、その際はさらに両親の意思決定を混乱させてしまうこともありうる。ケースバイケースと考える回答が38%と、有効とする回答とほぼ同数であることも了解可能である。この問題は早急に取り組む必要がある課題と思われる。まずは、日本中どここの病院に受診しても、適切なセカンドオピニオンを容易に得られるような体制の整備が望まれると思われる。さらには、医療的には治癒させることが可能な疾患の治療について、治療の内容や予後を介入研究などの疫学的方法論を用いて検討し、ガイドラインの整備と一般の人への知識の普及ということも必要と

なってくるであろう。そのためには、重篤な疾患や稀な疾患についてのマスコミ報道についても、適切な内容で報道されるような配慮を求めていくことを検討することも必要となるかもしれないと思われた。

積極的医療拒否への対応については、有効と考えられる意見の自由記述回答数は69と半数に満たず医療機関だけの対応では解決が困難であることが伺われる（巻末付記参照）。児童相談所の関与はもちろん、子どもの人権にかかわる問題でもあり、司法の関与もさけられない問題であろう。法的手続きでは現在この問題はどのような取り扱いをうけているか、また親権者の意向に反する治療をやむを得ず選択しなければならない場合の医療者の法的保護や、親権の一時停止など、法的な側面から議論する必要がある問題も多数ある。積極的医療拒否に限らず、子どもの権利をいかに守るかという視点から今後司法との連携も重視されなければならない。司法領域への啓発活動も必要である。また、いまだ児童相談所の認識不足、という意見が散見される状態であり、メディカルネグレクトは医療サイドのみで取り扱われている傾向が否定できない。ここでも医療と福祉行政の連携はさらに強化されるべきである。

#### 4) 虐待死亡例について

司法との関連で同時に行った虐待死症例についての回答では16%の施設で虐待死の経験があり、少なくとも30例以上がこの5年間で虐待にともなう要因で死亡している。7割は警察への通報が行われたが虐待者が逮捕起訴されたのは30%であり、40%は事情聴取や内偵のみで対応が終わっていることも示された。司法の取り組みも十分

ではない現状といえよう。虐待者を責めることだけでは問題の解決にはならないが、虐待が子どもの死と結びついている以上、安易に取り扱われるべきではなく、医療機関において対応に大きな違いが起らないようにしていくことが検討されなければならないであろう。

付記：積極的拒否の解決についてのアイデア（設問 27、自由記述）

「生命」を大切にす教育や環境の整備/ケースワークの充実/インターネットにて second opinion plaza なるものを開設し、様々な相談事業を行なう。/ケースワーカーの充実/ソーシャルワーカーの協力/できるだけ児と接する場をつくり、話し合いの機会をもつのが、現在出来ることと思います/ネグレクトについては、親との話し合いの機会を増やすことでコンタクトをつけられることが多い。身体的虐待は困難/ひとりの医師で抱え込まないようにできるような、コメディカルスタッフとの連携体制が必要である/ファミリーケア、心理カウンセリングなど。出生前のファミリーケア、プレネイタルビジット/マネジメントやカウンセリングの専門家の配置/医療チームに医療者以外にカウンセラー、法律家などが含まれると良い。カウンセラーや宗教家なども最初の話し合いから加わる。/医療では限界がある。法律上の解釈が必要/医療の目的が、建前では「命大切」と述べている限り、よい医療にはならない。「何もしないこと」が happiness の追求の 1 つの手段として認められる環境作りが大切/医療-司法の迅速な連携がとれる体制が必要。まず「医療ネグ

レクト」の社会的認識を高めること/医療側の質の向上/医療費の公的負担などの制度を活用する。また、制度を柔軟に適用してもらおう。/児相、警察等の理解を高めてもらい、法的に対応できるようにしてもらおう/家裁などの第三者機関/家族とのコミュニケーション/家族の心情を勘案したうえで、真摯に話し合う以外にはないと思われる/各地区医師会の弁護士をスタッフに入れた「MN 対策委員会」などのようなものがあり、相談できると良いと思います/各都道府県に拠点病院があるとよい。再診療のみでは成り立たず、診療報酬の算定が必要。/完治を望めない患者では、家族をサポートする制度や体制ができれば、変わってくるのではないか。今の日本では、結局家族が全ての重荷を背負うことになる/疑わしい例では、児相の早期介入/虐待にあたるようなケースでは、児相への通告で親権の停止など医療継続に必要な手続きが速やかに行なわれると良い/警察に連絡して直ちに児を保護できるシステムが必要/呼吸障害を伴う重度重複障害児の収容施設が県内に欲しい/公的第三者機関の介入（家裁、児相）/行政（児相、保健師）を中心とした follow up 体制を作るべき。その際、子どもを守るために法律の柔軟な運用が必要。/裁判所が介入できる体制があるとよい/児の人権を守る法廷整備/児相、保健師等の介入。院内児童虐待防止委員会の設置、対応/児相に間に入ってもらおう/児相のすばやい対応。/児相への相談/児相の体質強化/治療が行なわれるまでの親権の一時停止/主治医以外にカウンセラー、心理士や心臓を守る会等の団体への働きかけ/十分に疾患の理解が深められるような媒体の整備やセカンドオピ

ニオンを聞きやすくする体制の整備/親の治療拒否に対して、どうすれば子どもの人権が守られるのか、法律家を含めた専門チームが相談に乗ってくれる体制があるとよい/親の責任を追及を含め、多様なケースに対応できる公的機関が必要。病院内では限度がある/親の不安を減じるためにカウンセリング、ピアカウンセリング/親権剥奪、ペナルティーを厳しくする/積極的拒否の理由として、経済的理由、医療不信、ネグレクトがあるので、セカンドオピニオンを医師に求めても本紙的解決にはならない。/ソーシャルワーカー、弁護士、行政など非医療者の介入の方が望ましい/専門チーム（医師、看護師、臨床心理士、ケースワーカー、社会福祉士等からなる）/相談しやすいホームドクターや保健師をつくっていくこと/他職種とのミーティングを開く/第三者が客観的に判断を下すシステムが欲しい。治療に時間的な余裕がない場合などは、“粘り強い説得”にも限界がある/児の権利をしっかり擁護するシステムが欲しい/第三者機関の存在が必要と思います/第三者的な機関やCWがいればよいと考えます/同じ疾患の方の親の会や実際の生活をみさせてもらう/同じ疾患を乗り越えた家族からのアドバイスを受けることができるような仕組み/病院関係者ではない、地域の保健センター、見相などの人との対話も試してみる/複数の立場の人間が関与する。親族にも十分説明する/保健所、市まで自治体職員の訪問/母親に知的障害、PDDが認められるケースが多い。母親に精神科的治療が必要/法規制—法的な問題として扱えるかどうかの判断/法制化、児が治療を受ける権利の保障/法的な整備が欲しい。病院で相談できる弁

護士が欲しい。/法的な第三者による裁定があればよいが、実際拒否をしている親に無理をして手術を行なっても、その後の患児の養育がうまくいくかどうかは難しいと思われる/命を救うことが出来る医療行為の存在、その医療行為のリスクの低さ、親の児に対する否定的感情がある場合の医療拒否には、法的に介入するしかない/予後不良な場合など、疾患説明の前に、胎児に対する愛情形成が必要であり、その際には、看護婦、ケースワーカー、心理士などによる説明が必要である。/両親の考え方の問題であり、教育から改善する必要がある/倫理委員会への相談。裁判所の関与/臨床心理士の常勤体制/臨床心理士や精神科医、ソーシャルワーカー等との協力体制

## 被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究

分担研究：被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究

分担研究者 奥山真紀子

【要旨】小児および周産期専門医療機関での外来治療に受診している子ども、虐待している親、非虐待親、施設職員への治療やガイダンスに関し、診療録から項目を抽出してデータベースを作り、分析を行った。また、専門家が集まり、虐待ケースの分類を試みた。更に、一般小児病棟に虐待を受けた子どもが入院したときの問題点について明らかにした。その結果、小児および周産期専門医療機関を受診する虐待ケースは子どもの年齢が低いことが明らかとなり、虐待の予防や子どもの精神障害の予防に寄与する可能性が高いことが示唆された。また、子どもの改善度と虐待している親の改善度には相関があり、親と子の治療を併行させる必要性が明らかになった。また、虐待ケースもその子どもの置かれている状況は様々であり、分類して考える必要があることが明らかとなった。更に、現在、乳幼児の精神的治療を行える病棟は非常に限られているが、一般小児病棟で虐待を受けた子どもの治療を行うことはかなりの困難を伴い、幼児でも子どもの行動の問題にあわせた入院治療構造が必要であることが明らかとなった。

施設入所中の子どもの外来治療に関しては、行動の問題が多いこと、反応性愛着障害の診断が多いこと、年齢による問題の相違があること、知的発達の遅れが多いこと、職員との関係が希薄で、現実的な家族像をもてない子どもが多いことが明らかとなった。本人に対する評価・家族機能に対する評価・社会（幼稚園や学校）での評価を総合した多面的評価を行い、発達支援・アタッチメント作り・行動障害の改善・トラウマ反応の解決・家庭への心理的葛藤の解決といった治療目標を設定し、職員のガイダンスは全員に、その他、必要に応じて薬物療法・心理療法・作業療法などを組み合わせ、児童相談所や学校とのカンファレンスや親面接をいっており、その方法論を確立することが重要と考えられた。

### 研究協力者（五十音順）

泉真由子	国立成育医療センター
長田由貴子	養護施設 いわつき
笠原麻里	国立成育医療センター
北野陽子	埼玉県立小児医療センター
星野崇啓	埼玉県立小児医療センター
山下淳	埼玉県立小児医療センター

てきた。しかしながら、虐待を受けた子どもやその家族への治療やケアのシステムが整っておらず、そのために介入が進まないという実態すら存在する。また、本来、虐待は起きる前に予防される事が最も望ましいが、予防に関するシステムも層が薄い状態である。現在、国会において児童福祉法や児童虐待防止法の改正が論議されているが、これらの法律が有効に働く為には、治療やケアのシステムと予防のシステムが整わなければならない。虐待を受けた子どもや家族の治療や虐待へのリスクの高い家族への予防的介入は、医療の知識と技術なしには困難な面が強い。特に、虐待による生命の危険が高く、早期に介入すれば精神障害や反社会的行動などへの危険

### A. 研究目的

近年、子ども虐待は非常に大きな社会的問題になっている。日本では1990年代に、虐待を受けた子どもを守る為の介入の方法が進み、2000年には児童虐待防止等に関する法律も施行され、ある程度の形ができ

が防げると考えられる低年齢の子どもをもつハイリスクの親子の治療を行うことは社会的に求められている。しかし、一方では、虐待に対応する医療は時間と人手がかかるのにその診療報酬は少なく、なかなか進んでいないのが現状である。今回、小児と周産期を中心とした国立成育医療センターと小児期を中心とした埼玉県立小児医療センターにおいて、小児科的なコンテキストでの治療における実態をもとに、検討を行った。在宅ケースが多い国立成育医療センターでは、受診している虐待ケースの実態を明らかにし、治療効果に影響している因子を特定し、今後の調査のための虐待ケースの分類法を明らかにし、小児病棟に入院する場合の問題点を検討して必要になる医療を明らかにした。また、県立小児医療センターでは、同センター医師が派遣されている養護施設に併設されている子どもの町クリニックでの症例を分析することにより、虐待を受けて施設に分離されている子どもに必要な医療的評価、診断、治療の方法などを明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 研究 1

国立成育医療センターを受診した虐待ケース 55 例を分析し、その実態と治療効果に影響する因子を明らかにし、ケースの状況における分類を試み、幼児の入院に関する一般小児科病棟での問題点を検討して必要な医療を提言した。

### 研究 2

埼玉県立小児医療センターおよびその

医師が派遣されている養護施設子供の町クリニックにおける被虐待児で継続的に治療をしえた 37 例を分析し、多面的評価のあり方、治療の方法、を提言した。

### (倫理面への配慮)

すべて主治医が診療録にアクセスレジュマの匿名化を行って分析した。本研究では個別の記載は一切行っていない。

## C. 研究結果

### 研究 1

#### 1) 実態

- ①低年齢児とその親の受診が多かった
- ②子どもの精神的問題での受診と周産期および乳児の子どもを持った親のハイリスクケースの治療が多かった
- ③虐待の内容では、心理的虐待、性的虐待、DVの目撃が多かった
- ④DVとの合併が多かった
- ⑤子どもの精神的症状と虐待している親の精神的症状は重度が多い
- ⑥子どもの精神症状はこれまでの報告と大きな相違はなかった。
- ⑦虐待をしている親は人格障害の症状を持っていることが多かった

#### 2) 治療効果に影響する因子

まず、初診時の親の症状が軽いほど、また親の改善度が良いほど、子どもの改善度がよかった。また、虐待の複合度が明らかになっているほど親の改善度がよく、それを通して子どもの改善度にも影響していた。また、院内外の関係者が多くなる傾向は親の改善度の悪さに繋がっており、それが子どもの改善度にも影響している。

#### 3) 虐待ケースの状況に関する分類

- ①虐待ハイリスク群の親（4例）
  - ②分離まで至らない虐待（11例）
  - ③DV ケース(4例)
  - ④以前虐待があり、現在はなくなっているが、加害していた親と同居(3例)。
  - ⑤以前虐待があったが、親が別居し、非虐待親と暮らしている(8例)。
  - ⑥家族外虐待で家族は子どもを守る立場をとっている（4例）
  - ⑦施設に保護されている(3例)
- 4) 虐待を受けた幼児が一般小児病棟に入院したときの問題点
- ①衝動的行動
    - ・一般病棟では点滴や気管内送管などを行っている子どもへの衝動的な行動が周囲の不安を大きくする。
    - ・他の患児の親とのトラブルが多い
  - ②性的行動化
    - ・性的虐待を受けた子どもが他の患児に性的な行動(時には加害)を示すことがある。
    - ・性的虐待を受けた子どもに医療者が不快を感じたり、逆に触りすぎたりしてしまう傾向がある。
  - ③指示に従わない行動
    - ・入院中の規則を守らないことが多く、危険もおき易い。
  - ④プログラムの問題
    - ・一般病棟では一日の生活が安静を目的としている為、子どもに必要な定期的な活動が不足している。
  - ⑤夜間の問題
    - ・過覚醒が強く、不眠となりがちであるが、一般病棟の看護体制は夜間に手薄になり、ケアが不十分となる。
  - ⑥徘徊の問題
    - ・病棟から無断で出て行ってしまうことが

ある。

#### ⑦親の問題

・親が他の親とトラブルになったり、病棟で子どもを殴るなどの状況が生じることがある。

## 研究 2

### 1) 実態

- ①主訴全体としては暴力やその他の行動の問題が多かったが、学童期は外在化症状が多いのに対し、思春期は徐々に内在化症状も多くなり主訴が多岐に渡っていた。
- ②半数近くに知的な遅れ（境界領域を含む）が認められた。
- ③職員との関係が良い例は3割にとどまり、現実的な家族像が認められるのは半数しかなかった。
- ④診断名としては反応性愛着障害が約半数に上った。
- ⑤治療に関しては、治療目標として、発達支援、アタッチメント作り、行動傷害の改善、気分傷害の改善、トラウマ反応の解決、家庭への心理的葛藤の解決に分けることができた。年齢により、治療目標は異なっていた。
- ⑥治療の方法としては、職員ガイダンスは全員に行っており、そのほか、薬物療法、心理療法、作業療法が行われており、児童相談所とのカンファレンス、学校とのカンファレンス、親面接などが行われていた。

## D. 考察

1. 小児専門および小児・周産期専門医療機関では、低年齢の子どもとその家族、もしくは施設の職員を対象としていた。虐待の危険が高いのも低年齢であり、虐待を受

けた子どもの将来の精神障害を予防する為にも、できるだけ低年齢からの治療が必要と考えられる。これらのことから、小児専門病院での虐待ケースの治療はその有効性が期待されるものである。

2. 在宅ケースでは、DVの合併も多く、非虐待親も症状を持っていることがあり、家族全体への治療が必要と考えられた。

3. 在宅ケースでは、親の重症度が低いことが、子どもの改善度の高さと相関していた。このことから、親の症状が重症なほど、子どもに対しては強力な介入が必要であると考えられた。また、親の改善度が高いことと子どもの改善度が相関しており、親と子が同時に治療を受ける必要性が示された。

3. 虐待に関する治療は状況によって様々であり、それぞれの状況における検討が必要であると考えられた。

4. 一般小児科病棟に虐待を受けた子どもを入院させることはかなりの困難を伴うことが明らかとなった。虐待を受けた子どもの治療を行う為には病棟の構造を変える必要がある。

5. 虐待を受けて家庭から分離されている子ども達に関しては、多面的評価の基に、治療目標を選択し、治療方法を選択することが必要であると考えられた。

## E. 結論

小児および周産期の専門医療機関を受診する虐待ケースはその医療効果が期待できる低年齢の子どもが多く、そこでの治療を充実させる必要がある。しかしながら、一般小児科病棟で虐待を受けた子どもを治療することには困難があり、病棟の構造

を検討する必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 奥山 眞紀子. 攻撃性と脆弱性—不適切な養育をめぐって—日本児童青年精神医学

会機関誌. 2003: 4 PP148~152

2) 奥山 眞紀子. 虐待を受けた子どもへの精神療法. 日本サイコセラピー学会誌 2003.11: PP37~45

3) 奥山 眞紀子. 保健医療における予防・早期発見・早期支援への新しい試み JaSPCAN. 2003. 7: PP92~93

4) 奥山 眞紀子. 精神疾患 「子ども虐待」. (小児内科. 病理生態 2) 2003. (35): PP857~862

5) 奥山 眞紀子 乳幼児虐待 (実践小児診療. 日本医師会特別号. 2003.6. (129-12) PP289~295

6) 奥山 眞紀子. 小児医療における児童虐待. アークメディア. 臨床精神医学.2003

(32) 2: PP179~184

7) 奥山 眞紀子. 虐待対応の現状と課題. 小児の精神と神経. 日本児童精神神経学会機関誌. 2003.6 (43-2): PP99~105

8) 奥山 眞紀子. 成人を迎える被虐待児. 治療 別刷. 2003. 9 (85-9) PP149~153

9) 奥山 眞紀子. 子ども虐待. 東京都歯科医師会. 2003.12: PP10~17

10) 奥山 眞紀子. 小児虐待—小児虐待の種類と対応. コア・ローテーション小児科. 編者 真弓光文他: PP184~185

- 11) 奥山 眞紀子. 医療現場での対応・保護. 児童虐待と現代の家族. 信山社. 編者 中谷瑾子他: PP146~166
- 12) 奥山 眞紀子. 社会小児科学. よくわかる子どもの心身症. 永井書店. 編者 星加明德他: PP305~318
- 13) 奥山 眞紀子. 子どもを健やかに養育するために. 里親として子どもと生活をするあなたへ. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課監修. 2003.6
- 14) 奥山 眞紀子. 子どもを守るのは社会の役目. 月刊「小児歯科臨床」. 東京臨床歯科出版. 2003. 8. P5
- 15) 奥山 眞紀子. 子ども虐待の種類と主症状. 月刊「チャイルドヘルス」. 診断と治療社. 2003. (6) No.8: PP7~10
- 16) 奥山 眞紀子. 医療サイドの課題. 福祉サイドの課題. 支援のための評価 平成 14 年度厚生労働科学研究報告書 (子ども家庭総合研究事業): PP350~363

## 2. 学会発表

- 1) 奥山 眞紀子. マルトリートメントと医療ネグレクト. 第 106 回日本小児科学会学術集会. 2003 年 4 月 27 日. 福岡市
- 2) 奥山 眞紀子. 子どもの PTSD 第 99 回日本精神神経学会 研修会 ホテル日航 東京、東京
- 3) 奥山 眞紀子. 性的虐待. 第 21 回日本小児心身医学会 教育講演 エポカル, つくば市
- 4) 奥山 眞紀子. 不適切な養育と行動障害. 日本小児精神医学研究会セミナー 箱根、神奈川県
- 5) 奥山 眞紀子. 思春期—我々はいかに援助するべきか?. 日本小児科学会東京都地方会講和会. 2003 年 9 月 20 日. 東京女子医科大学病院弥生記念講堂
- 6) 奥山 眞紀子. 虐待を受けた親子へのケア 日本心身医学会中国四国地方会 教育講演 2003 年 10 月 18 日. 徳島大学医学部 徳島市
- 7) 奥山 眞紀子. 被虐待児とその家族へのケア. 第 50 回日本小児保健学会. 教育講演 2003 年 11 月 15 日. 鹿児島
- 8) 奥山 眞紀子. 性的虐待対応の現状と課題. 日本子どもの虐待防止研究会第 9 回学術集会・プレコングレス「国際シンポジウム」. 2003 年 12 月 18 日. 京都
- 9) 奥山 眞紀子. 児童虐待防止法改正の課題と展望 (シンポジウム). 日本子どもの虐待防止研究会第 9 回学術集会・京都大会. 2003 年 12 月 19-20 日. 京都
- 10) 奥山 眞紀子. 被虐待児のトラウマと愛着 (講演). 第 3 回トラウマティック・ストレス学会. 2004 年 3 月 4-5 日. 東京

## 研究1 国立成育医療センターにおける虐待ケースの治療に関する研究

奥山 眞紀子、笠原 麻里、泉 真由子

【要旨】国立成育医療センター こころの診療部 育児心理科を受診した虐待ケース54例に関して、データベースを作り、分析し検討を行った。その結果、低年齢児の子どもとその親の受診が多く、子どもの精神的な問題と同時に、ハイリスク親の治療が行われていた。生命や身体の危険を回避し、子どもの精神障害や反社会的行動を予防する為には、低年齢児とその家族への治療は不可欠であり、他の医療機関でも行えるよう費用面での検討などが必要であろう。虐待の種類は複合的であり、性的虐待、心理的虐待、DVの目撃が多かった。虐待している親（以下、親）の症状は人格障害の症状が多く、非虐待親はトラウマ症状やその他の不安症状が多かった。虐待を受けている子どもや親は、生活を営む上での障害や他者との関係に関する重症度が高く、虐待のエスカレートに影響していると考えられた。全体の50%の親と80%の子どもが直接の治療を受けていた。症状の改善度は子どもも親も55-60%と高率であり、この対象に対する医療は効果があった。子どもの改善度は親の改善度と正の親の初診時の重症度と負の相関があり、親子の治療の必要性と、重症な親の子どもへの治療の強力化が求められた。また、親のモチベーションを高める治療が必要と考えられた。全例の半数以上にソーシャルワーカーがかかわっており、虐待ケースの治療には欠かせない存在であった。一方、幼児期の子どもの入院治療ができる機関は少なく、一般小児病棟での治療が余儀なくされることがあるが、一般小児病棟で虐待を受けた子どもの治療を行うことはかなり困難であり、虐待を受けた子どもの入院治療に関しては、新しい形の入院病棟が必要であると考えられた。

### A. 研究目的

これまでの民間団体や行政の努力によって、虐待対応が少しずつ進んできているが、虐待の問題は複合的であり、まだまだ努力が必要な段階にある。これまでは主として介入に力が入れられてきたが、予防と治療やケアの未発達さが介入にも影響を及ぼすことすらみられるようになった。虐待の対応はすべてが総合的に行われなければ、子どもを、身体や命の危険、精神障害の危険、被害を繰り返す危険、加害にいたる危険、から守ることは困難である。つまり、現在は、治療と予防の方法を確立することが急務となっているのである。

虐待をしているケースや虐待にいたる危険性の高いケースの治療に関しては、子

ども、虐待をしている親、家族、など、複合的な治療を行わなければならない。また、親の多くは、育児に対する問題として治療を受けている。そして、多くは明確な精神疾患を持つのではなく、人格の問題や、解決されていない過去の虐待体験などに関する治療がなされている。そのため、親の中には、子どもと親を一緒に診てもらい、育児に対する相談に乗ってくれる医療機関を求めているが、現在の医療システムはそのようなニーズに答えられているとは言いがたい。また、虐待を受けた子どもの治療はできるだけ早く開始して、将来の精神障害の予防を行うべきであるが、虐待を受けて精神的問題を持った乳幼児の治療を行える医療機関は非常に少ない。

そのような中、2001年にオープンした国立成育医療センターのこころの診療部では、これまでの小児科と精神科の知識や技術をあわせ、小児および周産期を中心としたこころの医療を提供している。特に、育児心理科は、親子の問題を扱っており、虐待を受けた子ども、虐待をしている親や虐待をしてしまいそうな親、離婚などで虐待者から子ども達を分離したが子どもへの対応や自分の不安に困っている親、など、様々な形の虐待ケースが受診をし、開院以来、治療を続けてきた。

これまで、虐待を受けた子どもの症状などに関する調査は行われてきたが、虐待を受けた子どもや親への外来治療や小児病棟への入院治療に関しての検討は余りなかった。今回はそれを明らかにする研究の第一歩として、国立成育医療センターこころの診療部 育児心理科を受診した虐待関係ケースを分析し、問題を抽出するため、以下のことを明らかにすることを目的とした。

- ①国立成育医療センターを受診している虐待ケースの実態
- ②虐待ケースへの治療の実態
- ③子どもや親の治療に影響する因子を探る
- ④虐待ケースへのかかわり方は多様な為、どのような状況があり得て、どのような分類が有効かを明らかにする
- ④現在、乳幼児の入院施設は小児病棟が一般的であるが、その一般小児病棟に虐待を受けた子どもが入院したときの問題点を明らかにする

## B. 研究方法

### 1. 国立成育医療センターを受診した子どもの実態

対象：2002年3月から2004年2月の間に虐待に関する主訴で国立成育医療センターこころの診療部 育児心理科を受診した乳児期から思春期までの子ども54例およびその虐待をしているもしくは危険が高い親（以下、虐待をしている親）、虐待をしていない親（以下、非虐待親）である。なお、施設に入所している子どもでも、親の治療を行っているものもある。

方法：これらの子ども及びその保護者について、主治医がカルテを元に以下に示す情報を収集し、さらに諸項目の評価を行い、それらをデータとした。

収集情報と評価項目：

- (1)年代
- (2)性別
- (3)初診時の子どもの症状
- (4)初診時の子どもの症状の重症度
- (5)初診時の虐待をしている親の症状
- (6)初診時の虐待をしている親の症状の重症度
- (7)初診時の非虐待親の症状
- (8)初診時の非虐待親の症状の重症度
- (9)虐待の内容
- (10)虐待の重症度
- (11)虐待の種類の複合性の評価
- (12)治療後の子どもの症状の改善度
- (13)治療後の虐待をしている親の症状の改善度
- (14)入院の有無
- (15)治療中断の有無
- (16)治療期間
- (17)子どもの治療の有無

- (18) 虐待をしている親の治療の有無
- (19) 非虐待親の治療の有無
- (20) 院内外でケースに関わった人

## 2. 治療効果に影響する因子の検討

対象：上記のデータを使用

方法：子どもの治療効果および親の治療効果に及ぼす要因を推定する為、子どもの年代と性別を統制して偏相関係数を算出した。さらに、それに影響する因子を特定する為にパス解析を用いて解析を行った。

## 3. 虐待ケースの状況による分類の試み

対象：1. の対象のうち、分析会議までに背景情報が正確に集められた 33 例を対象とした。

方法：虐待に精通した医師および心理士で検討を加え、状況による分類を行った。

## 4. 虐待を受けた幼児の小児病棟入院時の問題点に関する検討

対象：1. の対象のうち、小児病棟に入院した幼児 5 例

方法：4 例を担当した医師および看護婦からの聞き取りを行い、問題点を明らかにした。

## C. 研究結果

### 1. 国立成育医療センターを受診した虐待ケースの実態

#### 1) 年齢・性に関して (表 1)

子どもの年齢に関しては、表 1 に示すように、就学前が 23 例 (42.6%) を占める、また、小学生も 23 例 (42.6%) であり、中学生以上の 8 例 (14.8%) に比べ、かなり低年齢が受診している。性に関しては、男

児 21 名、女児 33 名と女児の方が多かったのは、性的虐待を受けた子どもの受診が 10 例 (18.5%) と多いことが影響していると思われる。

表1 対象の背景

		N	%
性別	男	21	38.9
	女	33	61.1
年代	乳児	7	13.0
	幼児	16	29.6
	小学生	23	42.6
	中学生以上	8	14.8
所在	自宅	46	85.2
	施設	8	14.8

#### 2) 虐待の内容に関して (表 2)

虐待の内容に関しては、心理的虐待 17 例 (19.3%)、ネグレクト 16 例 (18.2%)、DV の目撃 13 例 (14.8%)、性的虐待 10 例 (11.4%) と児童相談所の受理内容などに比較して、身体的虐待以外の虐待が多いことが伺われる。また、ハイリスクも 12 例 (13.6%) あり、虐待予防としての治療が行われている。

表2-1 虐待の内容(実態)

	N	%
ネグレクト	10	18.2
身体的虐待	9	16.4
ハイリスク	8	14.5
心理的虐待	4	7.3
心理的虐待+DV目撃	4	7.3
性的虐待	4	7.3
身体的虐待+ネグレクト+DV目撃	2	3.6
身体的虐待+性的虐待+心理的虐待	2	3.6
ネグレクト+性的虐待	1	1.8
ハイリスク+DV目撃	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト+身体的虐待	1	1.8
心理的虐待+親の自傷目撃	1	1.8
身体的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
身体的虐待+性的虐待	1	1.8
身体的虐待+性的虐待+DV目撃	1	1.8
性的虐待+DV目撃	1	1.8

表2-2 虐待の内容(種類別内訳)

	N	%
身体的虐待	20	22.7
心理的虐待	17	19.3
ネグレクト	16	18.2
DV目撃	13	14.8
ハイリスク	12	13.6
性的虐待	10	11.4

表2-3 虐待の複合性

	N	%
1種類	35	63.6
2種類	12	21.8
3種類	8	14.6

3) 初診時の症状に関して(表3)

a. 子どもの症状

子どもの症状に関しては、行動の問題、トラウマ症状、何らかの情緒の問題、解離症状、愛着の問題が多いことは、これまでの報告と一致する。一方、親の問題として受診になったケースに子どもの問題として不妊治療によって産まれた子どもが3例含まれていることは特記すべきことである。望まない妊娠とは逆に、不妊治療を受けるまでに子どもを望んでいたはずの親に虐待の危険が高い例が認められるのである。不妊治療におけるカウンセリングとそこでの虐待予防の必要性が示唆されていると考えられる。

b. 虐待をしている親の初診時の症状

虐待をしている親の症状として最も多いのは人格障害の症状である。また、うつ状態や過去の被虐待体験などが多い。統合失調症や躁鬱病などの所謂精神病は見られなかった。一般の精神科を受診する人たちとは異なり、薬物での改善を望めることが少なく、これまでの成人の精神科の治療範疇には合致しない例が多い。

c. 非虐待親の初診時の症状

虐待をしていない親はトラウマ症状やその他の不安症状を示すことが多く、ついでうつ状態が多い。ドメスティックバイオレンス(以下、DV)で実際に親が恐怖体験をしている例もあるが、子どもの被害を知ることによって、不安やうつが生じていることもある。

表3 初診時の症状について(子ども/親/家族)

初診時の子どもの症状		初診時の虐待をしている親の症状		初診時の非虐待親の症状				
	N	%	N	%	N	%		
行動の問題	14	25.9	人格障害	12	23.5	不安状態	7	13.0
トラウマ症状	13	24.1	うつ状態	5	9.8	トラウマ症状	4	7.4
情緒の問題	7	13.0	被虐待	2	3.9	うつ状態	3	5.6
愛着の問題	6	11.1	強迫性障害症状	2	3.9	人格障害	1	1.9
発達遅滞	6	11.1	DID	1	2.0	無関心・回避的	1	1.9
解離症状	5	9.3	アルコール依存	1	2.0			
食行動問題	3	5.6	覚醒剤後遺症	1	2.0			
身体化症状	2	3.7	行方不明	1	2.0			
不妊治療	2	3.7	死別	1	2.0			
遺伝性疾患	1	1.9	精神遅滞	1	2.0			
強迫性障害	1	1.9	転換性障害	1	2.0			
情動調節問題	1	1.9	怒り	1	2.0			
無呼吸	1	1.9	発達障害	1	2.0			
		重複あり	暴力	1	2.0			
			不明	2	3.9			
					重複あり			

#### 4) 子どもと親の重症度 (表 4)

重症度を社会的な適応を基に以下のように分類した

<子どもの重症度>

①重度：生活を営む上で、もしくは他者とのかかわりを持つうえで、かなりの障害がある（攻撃性が激しく友達を作れない、かんしゃくが激しくて親の養育に著しい困難がある、など）

②中度：生活を営む上で、もしくは他者とのかかわりを持つ上で、軽度の障害がある（何らかの刺激があると反応して攻撃的なることもある、困難な問題があるとなかなか解決できない、など）

③軽度：偏りはあるが、生活を営んだり、他者と関係を持つ上ではそれほど大きな問題はない

<親の重症度>

①重度：生活を営む上で、もしくは養育

を行う上で、かなりの障害がある（食事を作れない、時間を守れず子どもが遅刻する、自傷行為がある、など）

②中度：生活を営む上、もしくは養育を行う上で、軽度の障害がある（普段は問題がないがストレスがかかった時に崩れ易いなど）

③軽度：自覚症状は多少あるが、生活を営んだり、養育を行うことに障害はない（睡眠障害やうつ感情などはあるが、生活や養育には問題はない）

この分類では、子どもの約半数が重度であり、重度と中度を加えると、約 80%にのぼる。また、虐待をしている親も重度が多い。40%が重度である。不明が多い為、実際には更に多い可能性が高い。それに比較して、非虐待親の重症度は中度が多く、症状をもっている人も、虐待をしている親に比べて重症度は低い。

表4 初診時の症状の重症度(子ども/親/家族)

子どもの症状の重症度			親の症状の重症度			家族の症状の重症度		
	N	%		N	%		N	%
軽度	7	12.7	軽度	1	1.8	軽度	3	5.5
中度	16	29.1	中度	9	16.4	中度	7	12.7
重度	27	49.1	重度	22	40.0	重度	6	10.9
不明	4	9.1	不明	22	41.8	不明	38	70.9

表5 治療期間

	N	%
～5ヶ月	19	34.5
6～11ヶ月	12	21.8
12～24ヶ月	17	30.9
25ヶ月～	7	12.7
治療期間平均	9.13ヶ月 (SD 6.39)	

#### 5) 治療期間 (表 4)

治療期間は平均約 9 ヶ月であるが、これは継続中のものも多い。

6) 治療の有無 (表 6)

子どもの治療は、乳児期で問題のない子どもを抜かしては行われているため、48例(87.3%)と高い割合になっている。前例の約半数で虐待をしている親の治療が行われていた。統計上の問題で、「治療なし」の中には、虐待者が家族外のものも含まれている為、虐待している親の治療参加率はさらに高いものである。また、虐待をしていない家族の治療は60%に行われていた。

なお、表にはないが、治療対象となった親の性別は、2例の非虐待親の男性(実父)を除き、すべて女性(実母)であった。

表6 治療の有無(子ども/親/家族/施設職員)

子ども		
	N	%
なし	7	12.7
あり	48	87.3
親		
	N	%
なし	29	52.7
あり	26	47.3
家族		
	N	%
なし	20	36.4
あり	33	60.0
職員		
	N	%
なし	2	25.0
あり	6	75.0

7) 治療の中断 (表 7)

治療の中断は8例(14.5%)であった。虐待の在宅群では治療の中断が多いことが指摘されていたが、今回の調査では比較的少なかった。

表7 治療の中断の有無

	N	%
なし	47(8)	85.5
あり	8(0)	14.5

( )内は施設入所の子ども人数

8) 治療後の症状の改善度 (表 8)

治療の期間が様々であるので、結果が一定しない。しかし、その中でも、子どもも虐待をしている親も55-60%に症状の改善を見ている。

9) ケースに関わった人や機関 (表 9)

ケースに関わった人や機関では院内のソーシャルワーカーの28例(50.9%)が最も多かった。児童相談所は約30%に、保健所や地域福祉は約20%に関わっていた。保育園や学校との連携も18%にのぼる。弁護士との連携も10%に認めた。

表8 治療後の症状の改善度(子ども/親)

子どもの症状の改善度			親の症状の改善度		
	N	%		N	%
変化なし	16	29.1	変化なし	12(1)	21.8
改善した	18(3)	32.7	改善した	19(3)	34.5
非常に改善した	14(5)	25.5	非常に改善した	12(2)	21.8

( )内は施設入所の子ども人数

( )内は施設入所の子どもの親の人数

表9 ケースに関わった人・機関

SW		
	N	%
なし	27	49.1
あり	28	50.9
心理士		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
児童相談所		
	N	%
なし	39	70.9
あり	16	29.1
保健所		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
地域福祉		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
その他(母子寮等)		
	N	%
なし	46	83.6
あり	9	16.4
保育園・学校		
	N	%
なし	45	81.8
あり	10	18.2
弁護士		
	N	%
なし	49	89.1
あり	6	10.9

10) 治療後の症状の改善度 (表 10)

子どもも虐待している親も「非常に改善した」と「改善した」を合わせると、いずれも対象全体の 50-60%にのぼる。変化なしの 20-30%に比べると倍にのぼり、治療を行う効果はあると考えられた。

表10 ケースに関わった人・機関の数分布

院内		
	N	%
1箇所	25	46.3
2箇所	19	35.2
3箇所	10	18.5
院外		
	N	%
1箇所	18	33.3
2箇所	19	35.2
3箇所	9	16.7
4箇所	5	9.3
5箇所	2	3.7
6箇所	1	1.9
院内・院外合計		
	N	%
1箇所	13	24.1
2箇所	17	31.5
3箇所	3	5.6
4箇所	11	20.4
5箇所	3	5.6
6箇所	6	11.1
7箇所	1	1.9

2. 治療効果に影響する因子の検討

治療により子どもの症状が改善する度合いに関わる要因は何か、上記の項目の中から検討するために、子どもの年代と性別を統制して偏相関係数を算出した。その結果、「初診時の親の症状の重症さ」が低いほど、また「治療後の親の症状の改善度」が大きいほど、「子どもの症状の改善度」も大きいという関係性がみられた。次にこれら2つの関係要因について、医療者が介入可能な要因である「治療後の親の症状の改善度」についてさらに詳しく検討をした。この「治療後の親の症状の改善度」に関わり、間接的に「子どもの症状の改善度」に寄与する要因を検討するために、パス解析を行った。(図 1)。その結果、「虐待の種類

複合性」が大きい(いくつもの種類の虐待が複合したものである)ほど、また「院内外でケースに関わった人」の総数が少

ないほど、「親の症状の改善度」が大き  
く、これにより「子どもの症状の改善度」も大きくなることが示唆された。

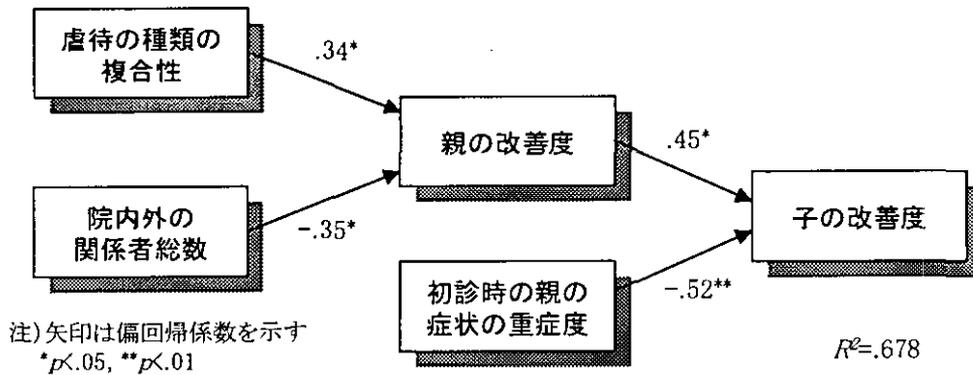


図1 子どもの症状の改善度に関連する要因のモデル

### 3. 虐待ケースの状況による分類の試み

以下のような状況による分類が妥当と考えられた

#### ①虐待ハイリスク群の親(4例)

薬物依存の既往、上の子どもへの虐待の既往、精神障害など

#### ②分離まで至らない虐待(11例)

- i) 加害者が治療に参加(10例)
- ii) 加害者は治療に不参加(1例)

#### ③DVケース(4例)

- i) 加害者と被害者が同居(1例)
- ii) 加害者と被害者が別居(3例)

④以前虐待があり、現在はなくなっているが、加害していた親と同居(3例)。

⑤以前虐待があったが、親が別居し、非虐待親と暮らしている(8例)。

i) 状態として不安定(離婚不成立、加害者におびえるなど)(7例)

ii) 安定(1例)

⑥家族外虐待で家族は子どもを守る立場をとっている(守る立場をとらない

ときは虐待と判断)(4例)

⑦施設に保護されている(3例)

### 4. 虐待を受けた幼児の小児病棟入院時の問題点に関する検討

虐待を受けた子どもで入院した5例は以下の通りである。

5歳 男児 身体的+性的+心理的虐待

4歳 女児 性的虐待

3歳 男児 身体的+性的虐待

2歳 女児 ネグレクト

これらの入院児に関しての検討を行い、病棟における問題として、以下の項目にまとめられた。

#### 1) 衝動的行動

・一般病棟では点滴や気管内挿管などを行っている子どもへの衝動的な行動が周囲の不安を大きくする。

・他の患児やその親とのトラブルが多い

#### 2) 性的行動化

・性的虐待を受けた子どもが他の患児に

性的な行動（時には加害）を示すことがある。

・性的虐待を受けた子どもに医療者が不快を感じたり、逆に触りすぎたりしてしまう傾向がある。

### 3) 指示に従わない行動

・入院中の規則を守らないことが多く、危険もおき易い。

### 4) プログラムの問題

・一般病棟では一日の生活が安静を目的としている為、子どもに必要な定期的な活動が不足している。

### 5) 夜間の問題

・過覚醒が強く、不眠となりがちであるが、一般病棟の看護体制は夜間に手薄になり、ケアが不十分となる。

### 6) 徘徊の問題

・病棟から無断で出て行ってしまうことがある。

### 7) 親の問題

・親が他の親とトラブルになったり、病棟で子どもを殴るなどの状況が生じることがある。

### 8) 虐待を受けた子ども同士の問題

・虐待を受けた子ども同士で密着した遊びをすることが多く、行動の問題がエスカレートすることがある。

## D. 考察

### 1. 国立成育医療センターを受診した虐待ケースの実態

#### 1) 小児および周産期医療機関を受診している虐待ケースに関して

このパイロットスタディーの対象の分析は、都市部における小児および周産

期の医療機関における虐待ケースの特徴が現れている。小児および周産期の医療機関における虐待ケースの特徴に関しては以下のように考えられた。

(1) 低年齢児をもつ家族の虐待ケースが多かった。虐待はできるだけ早く発見して、予防や防止が行われることが望ましい。また、子どもの治療もできるだけ早期に開始することによって、将来の精神障害の予防がなされることが望ましい。従って、子どもの年齢が低いうちに虐待ケースの治療が開始されることは重要なことである。今回、国立成育医療センターの虐待ケースは低年齢で治療に結びついており、小児および周産期専門医療機関ではこのような重要な年齢での治療開始ができる利点があると考えられた。

(2) 子どもの精神的問題での受診と周産期および乳児の子どもを持った親のハイリスクケースの治療が多くなされていた。現在、日本では残念ながら、子どもの精神的問題を取り扱える医師や医療機関が少ない。特に周産期からの医療に関しては、これまで精神科医はあまりかかわっていない分野である。更に、虐待している親の症状からも、所謂精神病は殆どなく、人格障害の症状や解離症状など、これまでの精神科が主として治療してきたケースとは異なる様相を示している。一方、小児科医では、虐待ケースのように複雑な心理背景を持った親子を治療する技術が伴わないことが多い。そのような両者の欠点を補うべく、国立成育医療センターではこれまでの小児科と精神科の知識と技術を総合し

て、乳幼児からの子どものこころの診療と親や家族を含めた関係性への支援を行っている。このような環境での診療が、低年齢の子どもの精神的問題の受診を増加させ、周産期医療を通して、超早期からの虐待ハイリスク親に対する治療が行われているものと考えられた。しかしながら、虐待ケースに関しては、時間や人手がかかり、カンファレンスなどに費やされる時間も長く、不採算であることは明らかである。今後費用面での検討も行い、何らかの対処がなされないと、このような医療を進めていくことは困難であると考えられる。

(3) 虐待の内容では、心理的虐待、性的虐待、DVの目撃が多い。性的虐待は、病理性が強く、様々な症状を持つてくることや、他の機関ではケアが難しいことがあり、医療機関を受診する虐待ケースは性的虐待が多くなるのは当然であろう。更に、国立成育医療センターの育児心理科のスタッフ（こころの診療部部長と育児心理科医長）はいずれも女性であり、このことも性的虐待が多かった理由となっている可能性がある。

心理的虐待やDVの目撃が多いのは、丁寧な問診によるものであると考えられる。一見子どもの問題と捉えられているものの背景に心理的虐待やDVがあったり、他の虐待で治療をしているケースに心理的虐待やDVがあることが多いからである。特に、DVの目撃はそれだけで存在しているわけではなく、DVの問題が子どもの問題として医療機関につながる可能性が高いことが示唆されていると考えられる。

(4) 子どもの精神的症状と虐待している親の精神的症状は重度が多い。ここでの重症度は精神症状としての重症度ではなく、社会生活や関係性の問題への影響を指している。社会生活に問題を持ったり、関係性に問題を持つことは、その人を取り巻く環境との係わり合いが障害され、結局は人間関係がうまくいかずに孤立して、更に本人への悪影響となる悪循環のもととなるものである。これは、子どもの場合も親の場合も同様である。双方に問題がある場合には更に悪循環は大きくなり、そのままでは、悪い関係性がエスカレートして虐待にいたる、もしくは虐待が悪化する恐れが強い。このようなケースを治療してエスカレートを防ぐことは非常に重要なことである。

(6) 虐待をしている親は人格障害の症状を持っていることが多い。人格障害の症状を持っている人は、治療はそれほど簡単ではない。しかし、虐待ケースでの親の治療は、親の病理に対する治療とは異なり、目的は適切な養育ができるようになることである。子どもを預けたほうがよいという判断をすることも適切な養育の一つである。このような治療目的は投薬だけで達成されるものではなく、時間と人手をかけた対応が必要となる。前述のごとく、虐待ケースへの医療的アプローチはこれまでの日本の精神科医療や小児科医療では不十分であり、新たな視点で考える必要がある。

## 2) 治療に関して

(1) 虐待を受けた子どもは90%近くが治療を受けており、非虐待親は60%

が治療を受けている。しかしながら、虐待をしている親で治療を受けているのは47.3%である。これを高いと見るか、低いと見るかは意見の分かれるところであろう。ただ、実際には治療に通っているのは殆ど女性であり、女性が虐待者もしくは虐待のハイリスクである時には虐待者への治療がなされているという結果となっていると考えられる。ただし、両親で通っていることも少なくない。両親での治療を促すことも重要であろう。

(2) ケースにかかわっている率が最も高いのは、院内のソーシャルワーカー(MSW)である。虐待ケースは診察室だけの治療で完結することは殆どなく、ソーシャルワークが必要である。虐待ケースの治療にはソーシャルワーカーは欠かせない存在である。その他の院外との連携も多く、連携にとられる時間は非常に大きな負担になっていると考えられる。

(3) 治療による改善はかなり高率であった。改善率は子どもも虐待している親も全体の約55-60%を占めていた。つまり、受診することができたケースの半数以上が改善しているのである。更に、虐待している親の直接の治療率は47.3%であることから、直接の治療を受けていない親も改善していることを示している。これは、子どもの行動が改善されることで、直接の治療は受けておらず、簡単なガイダンスだけでも、親の改善が可能であることが示されている。虐待ケースを受診させることが非常に重要である。

## 2. 治療効果に影響する因子の検討

1) 治療による改善度に関しては、虐待している親の改善度と子どもの改善度に相関があった。このことは前述した悪循環でのエスカレートと反対に、改善する時には親も子どもも改善することを示している。また、親だけの治療や子どもだけの治療より、親子の治療を行う方が改善度が良いことを示している。従って、治療を行う時には親も子どもも治療を併行させて行うことが求められる。

2) また、子どもの改善度は初診時の虐待している親の症状の重症度と相関があった。つまり、虐待している親の症状が重症であるほど、子どもの改善は困難である。親が重症な時には子どもに対しての治療を更に強力に行う必要がある。

3) 虐待の種類の種類が複合性が多いほど親の改善度が増し、それに伴って子どもの改善度も大きくなっている。このことに関しては、治療の中で、親が自分の行為を語ることができたことを意味しているのではないかと考えられる。また、複合ケースにDVケースが多く、DVを打ち明けられることができる親で、DVからの開放に向かえることで、自分の精神症状も改善し、おそらくは子どもへの虐待も減少し、それに伴い、子どもの精神症状も改善している可能性がある。しかし、この点に関しては更なる分析が必要である。

4) 院内外の関係者の総数が少ないほど、虐待している親の改善がよく、それに伴って子どもの改善もよいという結果が出ている。虐待の認識がなく、なかなか