

治療に乗れない親ほど、院外の連携が必要となる為、このような結果が出ているものと考えられる。つまり、モチベーションが少ない親に対して、院外の機関連携で治療に結びついた時には効果が少ないことを反映しているのかもしれない。今後は、このようなモチベーションの少ないケースへの治療が求められていることから、詳細な検討と、モチベーションを高める方法を健闘する必要がある。

3. 虐待ケースの状況による分類の試み

虐待のケースはその子どもが置かれている状況によって様々である。したがって、本来は分類して、検討する必要があると考えられる。しかしながら、分類は多様になり、今回はそれぞれの項目内での検討は困難であった。今後、これらの状況と治療の方法についても検討していく必要がある。

4. 虐待を受けた幼児の一般小児病棟入院時の問題点に関する検討

一般小児病棟に虐待を受けた子どもが入院した場合、非常に困難な問題が生じていることが明らかとなった。このような問題点を解決する方法として、虐待を受けた幼児の入院治療に関しては以下の点が必要という意見が出された。

1) 治療構造について

- ・幼児でも専門の治療構造が必要である。
- ・身体的問題での入院とは分けることが望ましい。ただし、身体的症状が合併することも多く、身体的治療も行えることが求められる。

- ・一日の生活プログラムを持っていることが必要である。
 - ・看護婦の他に生活を支える保育士が必要である。
 - ・生活内の心理的状況に対応する病棟心理士が必要である。
 - ・運動を行える治療者が必要である（分析対象児の一部には作業療法士が当たった）。
 - ・加害者および家族の面会などへの制限が出来ることが必要である。
 - ・状況に応じて施設できる体制が必要である。
 - ・個室対応が行える必要がある。
 - ・興奮した時に自分を安定化するタイムアウトのできる部屋が必要である。
- 2) 保護者（加害者および家族）への治療を併行して行うことが必要である。
- ・退院後に虐待が再発しないように治療が必要となる。

今後、これらの状況を更に詳しく検討し、入院の適応と病棟のあり方を提言していくことが必要であると考えられた。

E. 結論

国立成育医療センターの育児心理科で行っている虐待ケースの治療では、治療が最も必要な対象である低年齢の子どもとその親が受診しており、半数以上が改善していた。このような対象に医療を行うことは非常に有効であり、他の医療機関でも行えるようにしていく必要がある。

その治療を効果的に行うには、親と子どもを同時にもしくは平行して治療を

進めることが有効であり、更に、親のモチベーションを高める治療の確立が望まれた。

また、幼児期の虐待を受けた子どもの治療においては、現在の一般小児病棟では困難であり、新しいタイプの病棟が必要である。

研究 2 施設入所児童に対する通院治療

星野 崇啓、山下 淳、北野 陽子

【要旨】 近年、被虐待児特有の問題行動が施設内で顕在化し、解決のため小児精神科医療に対する需要が高まっている。当院もしくは子どもの町クリニックを受診した施設入所中の被虐待児につき検討を行い、児のアセスメント内容と治療方法の提示を試みた。対象は平成12年4月から平成15年12月までに筆者の元を受診し、継続的に治療し得た被虐待児37例(男子17例、女子20例)で、主訴・評価内容・治療方法等につき検討した。主訴としては行動上の問題が6割であった。全症例の半数が境界域～軽度精神発達遅滞であった。職員との関係が希薄なものが約4割、家族像に関して母親的な役割をとってくれば誰でもよいと考えている症例は約3割存在した。治療目標として発達支援・アタッチメント作り・トラウマ反応の解決・家庭に対する心理的葛藤の解決等があげられた。被虐待児の評価には本人の精神医学的所見のみならず、家庭機能や社会生活の視点も含め多角的に分析することが必要である。また治療においても多方面からのアプローチが必要で、児童相談所を中心とする多機関との連携が児の状態の改善・発達の促進に必須であると考えられた。

A. 研究目的

近年、被虐待児の施設入所が増加する中、被虐待児特有の問題行動が施設内で顕在化し、その解決のため小児精神科医療に対するニーズが高まっている。

被虐待児の精神症状は複雑・多彩であり、評価が難しく治療的にも難渋するケースが多い。当院を受診した、あるいは、子どもの町クリニックを受診した施設入所中の被虐待児37例につき検討を行い、課題を抽出することで、児のアセスメント内容と治療方法の提示を試みた。

B. 研究方法

平成12年4月から平成15年12月までに当院を受診し、継続的に治療し得た被虐待児37例について、主訴・評価内容・治療方法およびその効果等につき検討した。

初診時年齢は4歳～14歳(平均8.0歳)で、男子17例、女子20例であった。虐待内容の内訳として、身体的虐待14例、ネグレクト

33例、性的虐待4例、心理的虐待15例(重複あり)であった。

C. 研究結果

1. 来院時主訴

来院時の主訴の内訳(図1)および年齢ごとの主訴の相違(図2)を示す。もっとも多いのが職員・他児に対する暴力で33%、発達評価、多動と続く。主に行動上の問題を主訴にくるものが6割に及んでいる。

発達評価を主訴とするものは年少児に多く、児童相談所の心理判定以上に詳細な診断を求めるケースや、今後の対応の仕方を求めるものが多かった。多動・暴力等を主訴とするものは幼児期～小学校低学年に多く認められていた。小学校高学年から中学生の主訴は、対人関係を中心としたものが多く、問題点が外在化されたものから、徐々に内在化されたものに推移してゆく方向にあった。また中学生以上の年長児の主訴は多岐にわたっていた。

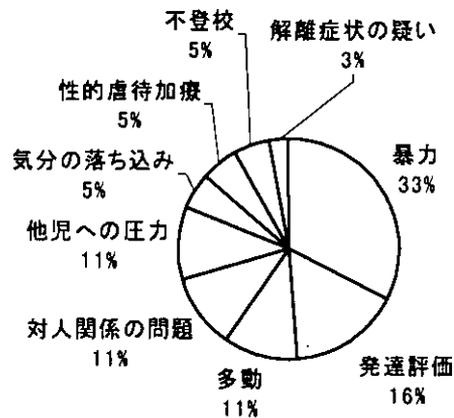


図1 主訴

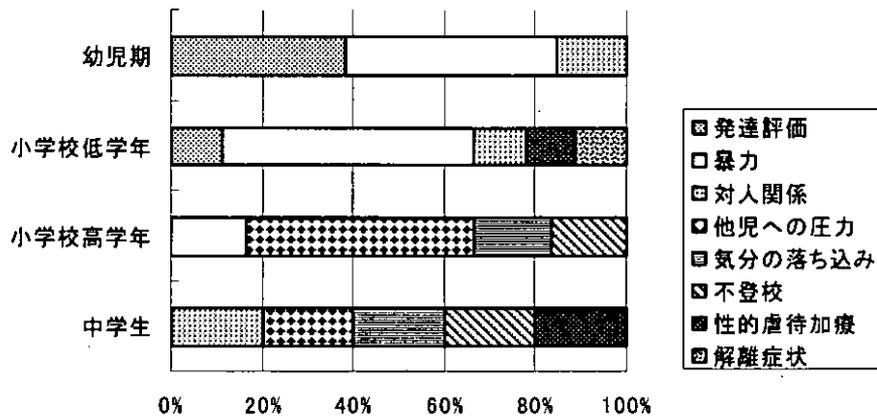


図2 年齢ごとの主訴の相違

2. 評価 (アセスメント)

受診後診断・治療を決定する上で、発達評価・愛着行動の様子・社会性・外傷後ストレス障害の症状および解離障害の症状の有無、気分障害の有無、児の中での家族像の位置づけ等を評価している。

発達評価として、知的発達・認知障害・自閉傾向の有無・学習の程度・協調運動の様子等があげられるが、今回の症例において知能検査の結果から推測される

知的発達の分布(図3)を示す。受診となった症例の中で、正常知能(IQ80以上)は約半数ほどであり、残り半数は境界域～軽度精神発達遅滞であるものが多い。また正常

知能群でも、認知障害を合併していると思われる症例が多かった。

愛着行動の様子および家族像の評価は本人との面接および職員に対するガイダンスの中で出てきた所見より判断した。

職員との関係(図4)および家族像の様子(図5)を示す。職員との関係が希薄で、明確でないものが約4割存在し、また良好な関係をとっているものは3割程度にとどまる結果となった。職員との関係が希薄なもの、両面的で関係性が難しいケースが約7割存在し、実際の家庭との関係を見つつ、関係調整をしてゆく必要があると考えられた。家族像に関しては、母親的な役割をと

ってくれば誰でもよいと考えている症例は約3割存在した。実際の母親に対して、母親役割を期待していると思われる児は約半数程度であった。また、理想的な母親像

が先行し、それを実際の母親に重ねていると考えられる症例も一部存在した。解離症状等について、明らかなものは37例中2例にとどまった。

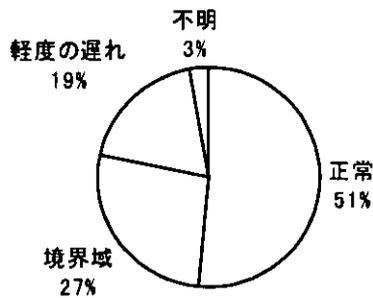


図3 精神発達遅滞の有無

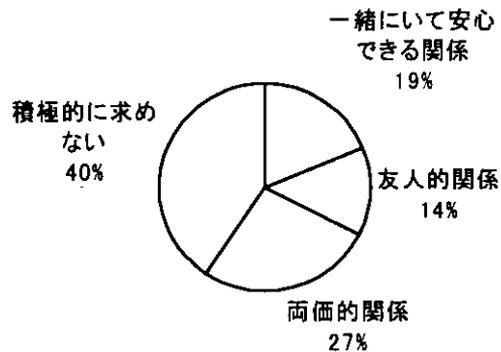


図4 職員との関係

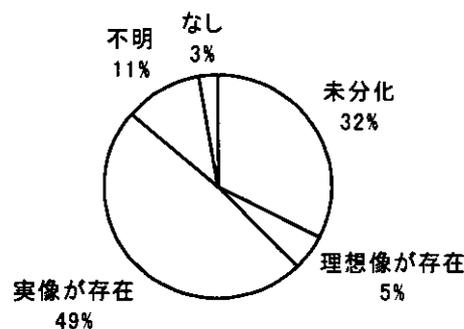


図5 家族像の有無

3. 診断

主たる診断名の内訳(図6)を以下に示す。被虐待児の問題点は多く、1人の患児に多くの診断名が当たるケースが多いが、もっとも主要なものを選び評価した。

反応性愛着障害が多く、約半数に及んだ。

注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害も認められたが、DSMIV診断の中でかなり鑑別が困難であった。

典型的な外傷性ストレス障害・解離性障害は少ないものの、年長児を中心に気分障害も少なからず存在した。

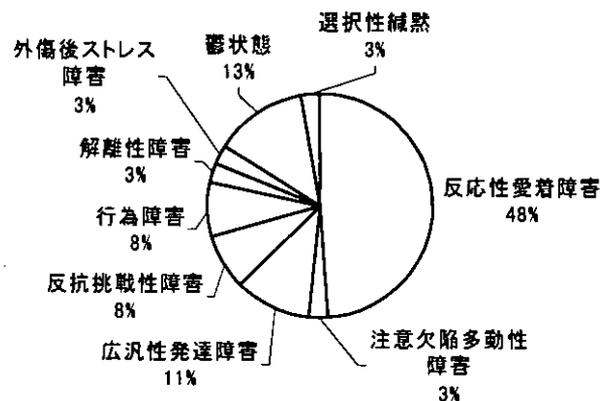


図6 主な診断名

4. 治療

発達の問題、愛着の問題、トラウマの問題等を重複して持っているケースが多いが、主たる治療目標を定め、段階的に解決してゆくことを試みた。発達支援・アタッチメント作り・行動障害の改善・気分障害の改善・トラウマ反応の解決・家庭（・社会）に対する本人の心理的葛藤の解決等があげられた。年齢による治療目標の相違(図7)に示す。幼児期は、発達支援・アタッチメント作りに焦点がおかれる症例が多いが、小学校高学年から中学生になると、家族との関係に悩み、その結果として情緒的な問題を起こしているケースが多く、家庭に対する心理的葛藤をテーマに治療が展開されるケースが多かった。

選択された治療について(図8)に示す。実際行った治療として、職員ガイダンスは個別において、または在住する寮ごとにお

いて、全例に対して行っている。ほか薬物治療・心理療法・作業療法・見相とのカンファレンス・学校とのカンファレンス・親面接等をケースごとに設定した。

いずれの治療目標を設定しても、多岐にわたる治療を同時並行に行う必要があったが、とくにアタッチメント形成を促すこと、家庭に対する心理的葛藤の解決を目指すことを治療目標とした場合は、見相を中心とした多機関の連携が必要と考えられるケースが多い。

発達支援を行うものに関しては作業療法を積極的に導入した。ほか療育的指導が有用と考えられる例が多かった。

トラウマ解決に対しては、全例に心理療法を設定した。学校との連携が必要と考えられるケースも多く存在したが、実際に連携をとることは少なく、今後の課題の一つと考えられた。

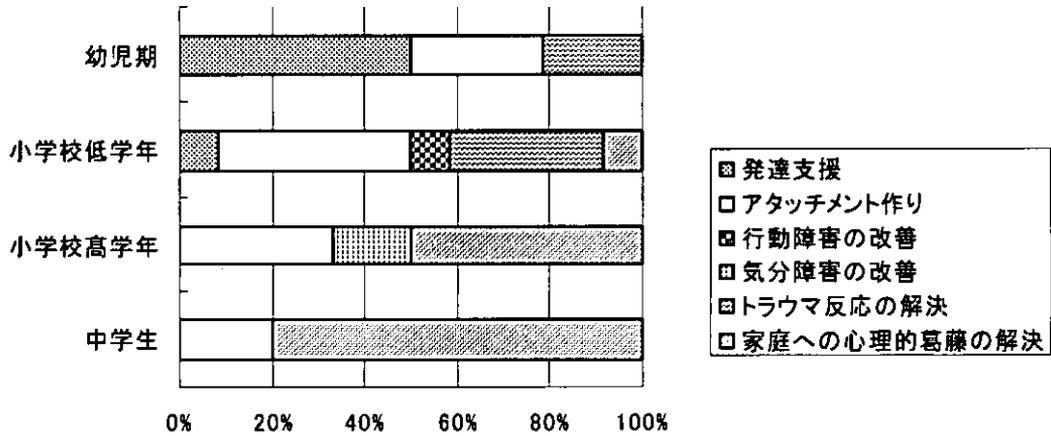


図7 年齢による治療目標の相違点

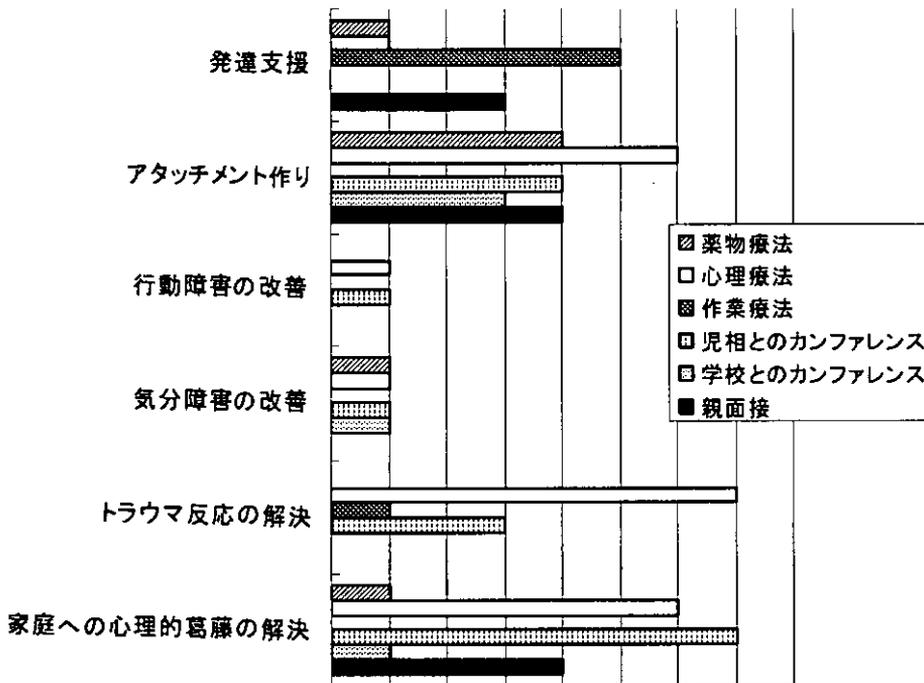


図8 選択された治療方法

5. 転帰

上記症例の転帰(図9)に示す。上記結果は主観的なものであり、客観的尺度が必要と考えるが、臨床上おおむね改善したと考

えられるケースは約半数であった。

治療において、各機関(医療・施設・児相・教育等)の連携が重要であるが、方針の行き違いがあると、改善は難しい。

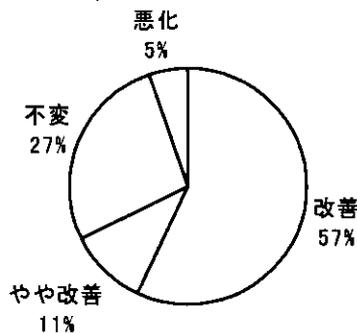


図9 転帰

D. 考察

施設入所となる被虐待児は問題点も多彩であり、単一診断名では対応仕切れないケースが多い。ゆえに、詳細な精神医学的所見を多角的に分析することが必要であると考えられる。また、本人に対する評価だけでなく、家庭に対する評価や治療の進捗具合も考慮する必要がある。被虐待児への対応にあたって評価すべき点を、本人に対する評価(表1)・家庭機能の評価(表2)・社会(幼稚園・学校等)での評価(表3)の3点にわけて示した。本人への評価点として、発達評価は重要であると考えられる。境界域～軽度の精神発達遅滞を伴ったケースはかなり多く、また正常知能においても軽度発達障害と同様の問題点を持つものが多い。また対人関係の基礎となる愛着行動の様子は、家庭機能を十分評価し、面会・外泊時の生活を把握しながら評価してゆく必要があると思われる。職員とどのような関係か、また家族とどんな関係をとっているかを把握し、児がどの大人との信頼関係を深めてゆくのが適当か、判断評価しなくてはならない。今回の研究でも、大人と有効な信頼関係をとることが難しい一群が存在

した。再統合を考える上で、家族像をどうとらえているかも大切な点であり、施設職員の役割の置き方の指針を決める上でも重要な因子であると考えられる。

PTSD症状・解離症状が明確にとらえられた症例は少なかったが、それは評価の難しさも影響している可能性が考えられる。気分障害の評価も困難な点の一つであり、特に年少児の評価を適切に行うことが、今後の課題にあげられる。

表1 本人に対する評価

発達…知的発達・認知障害・自閉傾向の有無	母親像の有無
学習の程度・協調運動の様子	理想化された母親像の存在
愛着行動の様子	
子ども同士の対人関係	
PTSD症状・解離症状の有無	
気分障害の評価	
母親(家族)像の評価	
	情緒発達の評価

再統合を考える上で、家庭機能が入所前に比べどれくらい改善したか、保護者の意識の変化が認められるかが重要な点としてあげられる。両親に対する精神的な治療、地域サポートの受け入れ具合、福祉制度の活用、経済状況の改善の有無等があげられる。多くの症例で家庭機能改善に向けた努力は人的資源の不足・児童相談所の過重負担を理由に行われておらず、虐待的環境にそのまま帰省させられていたり、措置解除される例もまれではない。

虐待的環境に戻すことで本人の情緒的な安定が崩れ再び施設での問題行動が悪化するという悪循環をたどることも多い。

児の家族像を尊重しながら、家庭・社会に対する不信感を軽減するような面会計画

が必要であり、家族支援を行うことが大切である。もちろん、家庭機能改善の見込みがない家庭も現実的には存在しており、その判断に基づいた対応も重要と考えられる。

表2 家庭機能に対する評価

面会・外出・外泊の様子
頻度
内容
帰寮後の様子
児相の家族への対応
地域サポートの効果の評価
児相の本人への対応
施設生活に対する本人への説明
内容と本人の納得の度合い

現状の社会環境の中で、本児がどのように過ごしているかも把握する必要がある。そのためには、学校のきめ細かい連携が欠かせない。施設職員では補いきれない大人との関係作りが大切である。

表3 社会(幼稚園・学校)での評価

学習態度
集中力・多動傾向の有無
学習の進行状況
何が得意で何が不得意か
他児との関わり
休み時間の過ごし方

上記のことを評価した上で、診断し治療が行われる。しかし、問題点にあわせ治療目標も多彩であり、どの治療目標を優先させるか判断する必要がある。

主な治療目標および治療方法を表4・表5に示す。幼少時期には、発達支援が治療目標に設定される例が多い。通常の家庭なら保健センターでの親子教室の利用、療育施設が利用可能のはずだが、現実的にはあ

まり利用されていない現状がある。発達障害を視野にいった多角的な視点が今後必要と考える。

表4 設定される治療目標

発達支援
アタッチメント作り
行動障害の改善
気分障害の改善
トラウマ反応の解決
ソーシャルスキルの獲得
学習面でのサポート
(アカデミックスキルの獲得)
再統合のための準備
家庭(・社会)に対する本人の心理的葛藤の解決
家庭機能向上の努力
…福祉・心理的サポート

表5 治療方法

施設職員に対するガイダンス
薬物治療
心理療法
作業療法
グループ活動
(ソーシャルスキルトレーニング)
児相とのカンファレンス
学校とのカンファレンス
親面接

アタッチメント作り、トラウマ反応の解決、家庭への心理的葛藤の解決がテーマとされるときには、多機関との密な連携が必要となる。

とくにアタッチメント作りを目標とする場合、主軸となる大人の許容量を考え、他の職員、学校、児相との役割分担を明確にする必要がある。1人の職員に過重な負担がかかりすぎ、燃え尽き症候群に陥ってし

もう例も珍しくない。いずれの治療においても多角的な視点と多機関の連携が必要と考える。

E. 結論

筆者が経験した施設入所児童の通院治療について振り返り、若干の考察を加えた。

現在はまだ試行錯誤的な段階であり、児の状態を客観的に評価する尺度と、正確な治療判定が必要である。また、単一の治療法では改善が難しく、多方面からのアプローチが必要となり、児童相談所を中心とする多機関との連携が児の状態の改善・発達の促進に必須であるが、現状では人的にも時間的にも資源が不足しており、今後の課題が多く存在するものと思われる。

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（H15-子ども-009）

被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究

分担研究報告書：被虐待児の外来・入院治療によるケアに関する研究および被虐待児の医療的ニーズに関する研究

分担研究者 杉山登志郎 あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

被虐待児への治療を積極的に行ってきた専門医療機関における外来治療（国立精神・神経センター国府台病院、あいち小児保健医療総合センター）、入院治療（国府台病院、独立行政法人国立病院機構天竜病院精神科、三重県立あすなろ学園、あいち小児保健医療総合センター）における被虐待児への医療的ケアについて調査を行った。外来を受診した被虐待児の約半数が軽度発達障害の診断が可能であった。また幼児期においては反応性愛着障害、後年においては解離性障害と行為障害が高率に生じることが明らかとなった。

入院治療においては、児童、青年を問わず、被虐待児は解離を基盤とする問題行動や攻撃的行動を多発させるために、衝動的に繰り返される問題行動を抑え、子どもを保護するため、人的な配置や閉鎖処遇などの建物の構造を含めた枠組みの設定が大きな治療的意味を持ち、重症の情緒的障害の治療を想定した治療構造が必要不可欠であることが一致して示された。2施設（天竜病院、あいち小児保健医療総合センター）においては被虐待児の治療に平行して、親の治療を積極的に行っており優れた効果をあげていた。

養護施設入所児童469名の精神的問題と医療ニーズについて、アンケートを用いて調査した。調査児童の37.1%に精神的問題が見られ、19.2%については専門医療機関への受診が必要であると回答された。しかし実際に受診している者は全体の11.1%に過ぎなかった。施設でケアを受ける被虐待児への医療的ニーズは高いが、大半の児童は医療機関に受診していないことが示された。

研究協力者（アイウエオ順）

阿部計彦（北九州児童相談所）

浅井朋子（あいち小児保健医療総合センター）

今井芳裕（三重県立あすなろ学園）

海野千畝子（あいち小児保健医療総合センター）

大橋信彦（あいち小児保健医療総合センター）

河邊真千子（あいち小児保健医療総合センター）

笠原真理（国立成育医療センター）

小石誠二（あいち小児保健医療総合センター）

小平雅基（国立精神・神経センター国府台病院）

塩之谷真弓（あいち小児保健医療総合センター）

白川美也子（国立病院機構天竜病院）

田中究（神戸大学医学部）

並木典子（あいち小児保健医療総合センター）

野邑健二（名古屋大学医学部）

東誠（あいち小児保健医療総合センター）

菱田理（暁学園）

星野崇啓（埼玉県立小児医療センター）

宮本信也（筑波大学心身障害系）

森茂紀（甲南大学）

山崎嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

A. 研究目的

児童虐待へのケアは今日、社会的な要請となった。児童虐待防止法の施行によって、児童の保護を中心とする体制については大きな進展が見られたが、しばしば指摘されるように、保護された児童およびその家族へのケアに関しては極めて不十分な状況にある。もとより児童精神科領域の治療が可能な医療機関が乏しく、さらに被虐待児の入院治療が可能な医療機関となると全国に数えるほどしかない。一方、わが国においては保護をされた被虐待児の多くが、養護施設に措置され、そこでケアが行われているのが大きな特徴である。本来、被虐待児のケアのために作られたのではない職員配置と施設構造を持つ児童養護施設において、虐待による心の傷を持つ児童へのケアには限界があることもしばしば指摘されてきた。

被虐待児への外来・入院治療による包括的なケアは、これまでわが国においては試行的に行われてきた。今日、児童虐待の増加によって、医療機関を核とした被虐待児へのケアに対するニーズは高くなって来ているが、子どもと家族への包括的なケアを可能とするための条件や方法論はこれまで十分に検討されてこなかった。

本研究の第一の目的は、医療機関における被虐待児とその家族への包括的ケアに必要なシステムを検討することである。第二の目的は、養護施設入所児の医療的ニーズの実態を明らかにすることである。

B. 研究方法

被虐待児とその家族への外来・入院治療に積極的に取り組んできた4医療機関において、被虐待児の治療に関する実態を調査し、また包括的な治療を行った事例の検討によって、被虐待児の治療システムに関する調査を行った。

さらに被虐待児のケアに積極的に取り組ん

でいる9施設の調査を行い、被虐待児の割合、精神医学的問題の有無、医療機関への受診のニーズに関して調査を行った。

(倫理面への配慮)

研究協力の医療機関に関しては、各々の倫理委員会での検討を行い受諾された。また症例は、全て患児および家族に症例報告に関するインフォームドコンセントを得た上で、匿名性を守るための配慮を行った。

C. 結果および考察

研究1 国立精神・神経センター国府台病院における被虐待児への対応

(小平雅基、笠原真理)

国立精神・神経センター国府台病院では平成14年の1年間に、32名の虐待が明らかであったか虐待が疑われた症例が見られた。これは全新患の4%であった。入院に関しては、虐待関連の入院患者は32名で、入院患者全体の36%であった。診断としては解離性障害が19%と最も多かったが、注意欠陥多動性障害(ADHD)や高機能広汎性発達障害など軽度発達障害も16%と多かった。

国府台病院児童病棟は、開放病棟であるが、19時から翌朝6時までには入り口の施錠を行っている。入院した児童青年には、医師、心理士による個人精神療法および集団療法、看護スタッフによる環境生活療法、病院内学級による治療教育という三つの治療的アプローチが行われている。また集団精神療法の中に、週一回の親を対象としたグループが作られている。また虐待からの保護のための入院は少なく、それによって引き起こされた精神科的症状の治療のための入院が大半であった。

青年期症例の入院治療の検討からは、入院治療の中で不適切な養育の中で育った子どもたちの抱える対人関係技能の未熟さや衝動統制の困難さに関する主として生活療法によるケアの重要性が示された。また受け入れる家族側の病理性から、入院期間の短縮が困難で

あることの指摘がなされた。

研究2 被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究 (今井芳裕)

三重県立あすなろ学園における被虐待児の入院治療に関する研究を行った。平成13年度から15年度の3年間に入院治療を行った被虐待児は53名(男子32名、女子21名)であった。診断としてはストレス反応および適応障害が32%と最も多く、多動性障害が21%、さらに行為障害が19%で、この三者で七割を占めていた。これらの児童においては身体的あるいは性的虐待が約6割、ネグレクトが4割であった。加害側の状況を見ると、精神疾患やその疑いおよび知的障害を含めると全体の5割を越えており、子どもへの治療のみならず、加害者および家族への治療の必要性が示された。

被虐待児の入院治療では閉鎖処遇が必要とされる症例が少なくない。また精神科病棟であるため、加害者である保護者の同意が入院には必要となり、入院治療に先立って児童相談所の協力のもとに保護者に対して入院の必要性に関する説得が行われている。病棟での治療の中で、個人精神療法のみでは不十分で、療育活動は重要であり、生活環境療法のはたす役割は大きい。また入院期間は他の病態に比べ長くなることが多い。被虐待児の入院治療は、一貫性が必要であるため、児童相談所や他の関係機関との連携をはかり、役割分担を行うことが必要とされる。

研究3 国立病院機構天竜病院における被虐待児童の入院治療 (白川美也子)

独立行政法人国立病院機構天竜病院精神科では心的外傷による精神障害に特異化した病棟を構築してきた。また成人病棟と児童病棟の療法を持つため、特色のある治療の展開が

可能となっている。平成15年度に入院治療を行った18歳以下の患者は55名であった。

天竜病院精神科は、地域の児童相談所と連携を持ち、被虐待児の治療を行っている。また認知行動療法や環境生活療法、また隣接する養護学校での教育など多面的な治療の展開が可能となっている。また個人精神療法としては、認知行動療法に加えてEMDRや自我状態療法を使用している。親の面接や親自身への治療も積極的に行っており、成人病棟と、児童病棟を使い分けた親子平行入院治療を実施した症例も見られ、家族への再統合への包括的ケアが行われている。

代表症例の検討からは、重度の解離性障害に基づく攻撃的行動を頻発させる児童、青年に対して、親子に平行して治療を行った事例が紹介され、EMDRやイメージを駆使した自我状態療法による治療と、治療スタッフへの心理教育や治療チームの形成が有効であることが示された。

研究4 あいち小児保健医療総合センターにおける子ども虐待への包括的ケア

(杉山登志郎、海野千畝子、塩之谷真弓、小石誠二、河邊真千子、大橋信彦、浅井朋子、並木典子、東誠、山崎嘉久)

あいち小児保健医療総合センターは院内に小児保健センターを持ち、心療科の診療と協力しながら、子ども虐待への包括的ケアが可能なシステムを構築している。2001年11月の開院から2003年12月までの25ヶ月間に受診した虐待症例は277例であった。このうち46例は親の側のカルテを作り、親子で平行して治療を行った症例である。子ども231例中、何らかの発達障害の診断が可能な症例は122例(53%)であり大半は知的な障害の無い軽度発達障害のであった。反応性愛着障害は幼児の過半に認められ、年齢が上がるに連れて解離性障害と行為障害の併発が増えた。入院治療に関しては、閉鎖ユニットを持つ心療系の

病棟が2003年5月に開設され、12月までの8ヶ月間に66名の虐待児に入院治療を行った。過覚醒に伴う多動、衝動的攻撃行動、挑発行動への対応については、閉鎖ユニットによる保護や、強力な薬物療法と、解離に焦点を当てた精神療法を組み合わせた治療が必要であり、虐待治療にした治療システムが不可欠であった。

あいち小児保健医療総合センターは虐待センターとしての機能を備えており、今後、小児センターを中核とする児童虐待への包括的ケアのモデルになるのではないかと考えられる。

研究5 養護施設における医療ニーズに関する研究

(野呂健二、田中究、星野崇 宮本信也、笠原真理、菱田理、海野千畝子、杉山登志郎)

養護施設入所児童469名の精神的問題と医療ニーズについて、アンケートを用いて調査した。調査児童の37.1%に精神的問題が見られ、19.2%については専門医療機関への受診が必要であると回答された。精神科的問題については施設間のばらつきが多く、施設によって13.8%から97.9%とかなりの開きが見られた。しかし実際に受診している者は全体の11.1%に過ぎなかった。このように高いニーズが存在するにもかかわらず、十分に医療機関への受診が行われていないことが明らかとなった。

被虐待の既往と、精神的問題は高い相関を示した。養護施設スタッフによって把握されることが可能な問題は行動上の問題が多く、内向的な問題については十分に把握できない傾向があることが示された。

D, 結論

被虐待児には発達障害の基盤を持つ者が少なくなく、きちんとした診断が可能な児童を専門とする医療機関での診断とアセスメント

が必要である。被虐待児の治療だけではなく、平行して親の治療を行うという包括的ケアが、医療機関を核とする虐待へのケアのモデルになるものと考えられる。被虐待児のケアに関しては、一般的な小児科病棟では著しく困難で、人的配置、病院の構造を含む、重症の情緒障害児へのケアを行うために特化された施設が必要である。

養護施設に暮らす被虐待児に対して、高いニーズに対して主として施設側のスタッフが薄いため医療に受診できない。養護施設の児童が積極的に医療的なケアが可能となるシステム作りが必要である。

F、研究業績

杉山登志郎：私の精神療法：児童精神科医の立場から．小児の精神と神経，2003，43,193-201

杉山登志郎、海野千畝子、浅井朋子：高機能広汎性発達障害にみられる解離性障害の臨床的検討．小児の精神と神経，2003,43,113-120.

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）

国立精神・神経センター国府台病院における被虐待児への対応

研究協力者

小平雅基 国立精神・神経センター国府台病院 児童精神科

笠原麻里 国立成育医療センターこころの診療部 育児心理科

I はじめに

国府台病院において、明らかな被虐待ケースに関しては、まず児童相談所へ連絡することを原則としている。当院の医師が地域の児童相談所において嘱託医師として連携をしていることを別とすれば、病院自体に非虐待児のための特化したプログラムは存在していない。虐待関連のケースに対して継続的な治療が行われていく流れとしては、1. 本人もしくは家族が治療を希望している場合、2. 養護施設などへ送致された後に医療介入が必要と判断され、担当機関が診察を依頼する場合、の2つのみである。2. の場合ですら、最低限本人の同意をもって病院に登場するため、「本人もしくは家族が治療を受け入れている」ということが当院における治療の最低条件と言える。可能性だけを言えば、措置入院といった介入方法がないわけではないが、現実的には当院児童精神科において児童に対して措置入院がされたことはない。

これらは、当たり前のことではあるが、当院の児童精神科が精神保健福祉法に基づいて運営されていることを示している。虐待自体へは児童福祉法に則った対応が優先されるべきであると考えており、「虐待がある」という条件だけでは治療を開始する条件を満たさないと考えている。

今回の報告では、まず平成14年のデータ

を中心に当院児童精神科の運営状況を述べ、その上で虐待関連の資料を提供し、最後に当院での治療例を付け加えてまとめたい。

II 外来構造

1) 外来体制

当院には成人を対象とした一般精神科部門（成人部門）と児童精神科の2部門が存在する。児童精神科外来は毎金曜日に、臨床心理スタッフによる初診時の予備面接（種々の必要な検査およびインベントリーの記入などを含む）と、常勤および非常勤の精神科医師10名ほど（レジデント医師の人数により変動）が初診時診察を行うという形をとっている。再来診療は、月曜から金曜まで1日3～5名の医師が行っており、予約診療が原則となっている。

対象年齢に関しては、初診は原則的に中学終了の3月31日までとしており、それを越えたケースは成人部門へ相談に行ってもらうことにしている。ただし治療経過中のケースに関しては、仮に高校年代などになっても児童精神科的介入が必要な限り、当科にて対応している。しかし実際には問題が成人部門よりも当科の方が対応として望ましいケースも少なくなく、その場合は臨機応変に対応しているのが実状である。

児童精神科の特徴的な外来診療としては、

1 セッション 50 分の遊戯療法を中心とした特殊外来を行っている。平成 14 年度で遊戯療法の対象となった患児は 57 名であり、医師と臨床心理スタッフ計 20 名の治療者が延べ 1399 セッションの遊戯療法を実施した。当科で行っている遊戯療法は力動精神医学的なオリエンテーションで行われるものを中心としているが、注意欠陥／多動障害および軽症自閉症の子どもに対するソーシャルスキル・トレーニングや行動修正法の観点を加味した遊戯療法も行っている。また摂食障害児の親の心理教育を目的とした集団療法も行っており、14 年は計 10 回行った。さらにその卒業者を対象とする摂食障害 OB・OG 会と称する集団療法も 3 回開催した。

児童精神科の外来診療は精神障害を児童期、思春期、青年期、成人期、老年期と続いていくライフサイクルの流れの中でとらえて、各年代に最適の治療法を確立するための臨床的実践を児童思春期精神医学の立場から担当することを目指しており、成人部門との連携を常に念頭に置いた診療につとめている。

2) 外来患児の動向

平成 14 年に受診した初診患児は表 1 のように前年より 78 名増の 753 名であり、平成 13 年 8 月から導入した初診診療の予約制にもかかわらず、平成 10 年代に入って以来、初診者数は大幅増加を続けている。年間 753 名という数字は児童精神科の現有スタッフ数と外来スペースに比較するとき、限界を超えた不釣り合いな大きさといわざるを得ない。長期的に治療を継続しなければならないケースへ提供する医療の質を落とさないためには、緊急対応機能が落ちることのないよう細心の

注意を払いつつも、予約新患制の原則をより厳密に適用せざるを得ないと現在のところ考えている。

新患統計の動向を疾患別(表 1)に見ると、登校拒否 76 名、その他の神経症 217 名、摂食障害 23 名からなる「神経症水準及び境界水準の障害群」316 名は、これまで一貫して当科を受診する最大の疾患群という位置を保持し続けてきたが、14 年にはじめて「発達障害群」にその地位を譲るという結果であった。その「発達障害群」は精神遅滞及び学習障害が 42 名、小児自閉症 248 名、注意欠陥／多動性障害(ADHD) 87 名の計 377 名であり、初診者数全体の 50%に当たる。これに対して「神経症水準及び境界水準の障害群」は 42%であり、比率的には 13 年とまったく同じであった。次に、統合失調症 12 名、心因反応 9 名、躁うつ病及びうつ病 20 名からなる「精神病水準の障害群」が計 41 名となっている。これは初診者数全体の 5%にあたり、13 年の比率と比べるとほぼ半減している。この他、家庭内暴力や非行を含む行為障害と診断されたもの 10 名、てんかん 4 名、その他が 5 名からなる「その他の障害群」が計 19 名で全体の 3%を占めている。

初診時年齢分布(表 2)の特徴は、12 歳(80 名) 13 歳(99 名) 14 歳(118 名)の 3 年間に 297 名、すなわち全体の 39%が集中する大きなピークが存在していること、6 歳以下が 124 名(全体の 16%)と 13 年より減少したこと、7 歳から 11 歳までの 5 年間で切れ目なく 50~60 名で推移していることなどが挙げられる。すなわち小学校年代に平坦期、中学生年代に大きなピークを持つ一峰性の分布を示している。

初診患児の性別(表2)を見ると男子は484名(64%)、女子は269名(36%)と13年よりさらに男子が多くなっている。しかし年代別に見ると13歳から15歳の3年間は男女ほぼ同数という分布の特徴を持っているのに対して、12歳以下は幼児期まで各年齢とも一貫して男子が多くなっており、その12年間の受診者数の男女比は男子73%女子27%となっている。

初診患児の住所(表3)は、市川市121名(16%)、他の二次医療圏(浦安市・船橋市・習志野市・鎌ヶ谷市・八千代市)139名(18%)、松戸市81名(11%)と、これら千葉県内近接地域が341名(45%)であった。さらに「その他の千葉県内」が207名(27%)、東京都が156名(21%)、その他の地域が49名(7%)であった。

Ⅲ 入院構造

1) 入院体制

児童精神科の専用病棟(以下、児童病棟)は、病院内学級と連携した精神科開放病棟として機能している。常勤および非常勤の精神科医師10名ほどが主治医として関わっている。看護スタッフは看護士長を含め16名、看護助手2名である。その他、常勤および非常勤の臨床心理スタッフ5名、作業療法士1名が成人部門と兼任で児童病棟の入院治療に関与している。児童病棟の隣には市川市立国府台小学校と同市川第一中学校の情緒障害児学級が病院内学級として併設されており、在籍生徒児童数に応じて、14年度は小学校2名、中学校5名の専任教師が配置されており、病院スタッフと共に児童病棟入院中の児童の治療教育に関わっている。

病床は全41床であり、その内訳は個室9床、4人部屋8室32床となっている。個室使用に関しては各児の病態を評価した上で、その必要性が高い順に使用している。隔離・拘束などの行動制限が必要と判断されるケースも常時数名おり、そういった患児への個別対応を図る場としてのニーズも高い。また基本的には開放病棟ではあるが、児童思春期の患児を安全に育てていく必要性から19時から翌日の6時までの間は児童病棟の入口を施錠することとしている。

児童思春期の精神科の入院治療は、個人療法的および集団療法的な諸治療と、主として看護スタッフの活動によって展開する環境療法的な入院生活と、病院内学級による治療教育という3本の柱によって支えられており、その全てがうまく統合されることによって「子どもの心を癒しかつ育むため」というこの年代の入院治療の目標が達成できると思われる。児童病棟では週間予定(表4)に示したような多様な活動を計画してこうした目標に貢献するよう努めている。具体的には「個人精神療法(遊戯療法を含む)」、集団活動療法としての作業療法である「水曜企画(毎水曜日)」、「集団精神療法(毎火曜日に男女隔週)」、「水曜会」と称する親の集団療法(月1回)、集団活動療法としてアレンジされている遠足や球技大会など毎金曜日の「レクリエーション活動(病棟と病院内学級が交互に主催者となる)」、さらには夏期に1泊2日で行なわれる宿泊キャンプなどが病院および病院内学級のあらゆる職種のスタッフの協力の下に行われている。治療スタッフはこうした諸活動が、できるだけ個々の入院児の気持ちや病状に合わせた内容となるよう心がけ、レクリ

ーション活動のような大きな活動ばかりでなく、一人から数人の規模の活動も企画し、細やかに支援するよう努めている。

2) 入院患児の動向

表5は児童病棟の最近5年間の年間新入院患児数を障害別に示したものである。平成14年1月1日から12月31日間の新入院患児数は延べ65名であった。疾患別の内訳では、「摂食障害」が12名であり、18.4%を占めていた。続いて、「登校拒否」が9名、13年に最も多かった「強迫性障害」は8名であった。これら以外の神経症圏の障害としては、「ヒステリー」が5名であり、これに「その他の神経症」4名を加えると、入院を要する中等度以上の重症度を有する神経症圏の患児が全体の58.4%を占めていた。

一方、精神病圏の障害としては「統合失調症」が3名であった。「統合失調症」を疑われる「心因反応」8名、躁うつ病・うつ病1名を加えた内因性精神障害圏は全体の18.5%であった。そのほか「注意欠陥・多動性障害(AD/HD)」が2名、そして「広汎性発達障害」が9名と著明に増加しており、これらの発達障害圏の新入院は全体の16.9%であった。「広汎性発達障害」には、アスペルガー障害を中心とした高機能かつ軽症の「広汎性発達障害」が多く含まれており、近年児童精神科医療のニードが急速に高まっている領域である。

入院の子ども達の年齢は表6に示すとおりである。14歳が23名(35.4%)、次いで12歳12名(18.5%)、13歳9名(13.8%)、15歳(12.3%)で、14歳をピークに中学生年代の新入院が全体の80%を占める。今年は、平

成10年頃より増加傾向にあった年少者の入院は少なく、10歳以下の患者は延べ8名(12.3%)であった。

IV 虐待関連ケースについて

II、IIIにおいて当科で扱っている患児の障害分類に触れたが、これらはいくまでも患児が表現している症状もしくは問題の形から分類されたものである。即ちDSM-IVで言うならば、第1軸もしくは2軸の分類と言える。虐待そのものはそれらとは異なる断面で評価されるものであり、症状へ影響を及ぼす1つの因子と考えられ、DSM-IVで言えば第4軸に相当する。よって上述した障害のいずれにも虐待的要素が含まれる可能性はあると思われる。

今回当科で扱っている虐待関連ケースのイメージを明確にするために、以下のように分類を試みた。

- A) 現在明らかな虐待が行われており、それを主訴としているケース
- B) 虐待に対して既に介入はされているが、治療が必要な精神症状を呈してきたケース
- C) 以前に虐待を認めたと、来院時には認めておらず、何らかの精神症状を呈したため病院に登場したケース
- D) 潜在的な虐待が続いており、何らかの精神症状を呈したため病院に登場したケース
- E) 明らかな虐待とは判断できないが、養育がかなり不適切と考えられるケース

A に関してはいわゆる虐待通告を直ちに行

わなければならないケースであり、病院であれば小児科や救急部よりコンサルトを受けるような一群と言える。BはAに対して児童相談所が介入した後、情緒的混乱が続いている場合や、施設へ送致された後一定期間を経て医療介入が必要な症状を呈してきた場合などである。Cに関しては例えば父親から幼少期に虐待受け、その際には何の心理的介入もなされなかった子どもが、両親が離婚し母親と暮らすようになった後に何らかの精神症状を呈するようになった場合などである。DはAとEの中間群と言え、虐待ではあるが周囲の認識が異なっている場合や、心理的虐待やネグレクトを中心とした虐待ではあるのだが十分な介入を行えない場合などをイメージしている。Eに関してはおそらく治療者によってかなり判断にばらつきが出る群と思われるが、今回は「養育者が長期に渡る精神障害を呈している、もしくは何らかの人格の偏りや知的な問題を有している場合で、養育者に何とか養育しようという意志はあるものの、患児の関係が不良になりがちであり、その関係性が患児の症状形成の一因となっているもの」と定義をした。DとEは明確な境界線を引きにくく、今回の調査でも各主治医に任せる部分が多かった。今後客観的な指標をもって区分していくことが重要であると考えている。

当科では前述したような枠組みであるため、Aに属する相談は少なく、B～Eの相談が虐待に関連したケースの中核と言える。それらのケースに対して診断・アセスメントをし、外来にて精神療法的面接と状況に応じた薬物療法を実施することが、当科の治療の基本である。それにより改善が認められない場合や、当初からintensiveな治療が必要であると判

断された場合は、1セッション50分の遊戯療法を中心とした特殊外来の併用や入院治療を実施している。

DとEに関しては、治療初期から判断されることは少なく、治療の経過中に明らかになってくることが多い。そのため対応は個々のケース毎に異なってくるが、一般的にはなかなか児童相談所へ繋げていくことが困難であることが多い。身体的、性的虐待である場合は児童相談所へ直ちに連絡をしているが、その大半は心理的虐待やネグレクトであり、明確に虐待とするには困難を伴うケースが大半であるように思う。虐待として児童相談所へ連絡するよりも、なんとか開始された治療関係の継続を図った方が望ましいと思われることが多い一群とも言える。

1) 外来

今回の調査では当科が関与した全てのケースに対して上記分類を評価することは出来なかった。そのため平成14年1月1日から12月31日間の初診患児の中で、初診時に虐待が明らかであったものと虐待が疑われたものを調査した。結果は「虐待が明らかであったもの」が27名、「虐待が疑われたもの」が5名、合計32名であった。これは全753ケースの内の4%にあたる。年齢と性別は表7のようになっており、各年代に平均して存在していることが分かる。ただしこれはあくまでも初診時に判断された人数であるため、必ずしも当科における虐待関連の患児の割合を反映してはいないと思われる。

2) 入院

入院患児に関しては平成14年4月1日か

ら平成15年3月31日までの1年間に児童病棟に存在したのべ107名の調査を実施した。そのうちレクリエーションのための短期入院者と同一患児の複数回目入院を除いた89名を対象とした。この人数は14年に新規に入院した患児の数ではなく、治療のために1日でも児童病棟に入院していた患児の数であるため、ある程度一年を通しての当院児童病棟の傾向を示す集団であると考えている。全89名の入院時年齢は表8に示すようになっており、11歳までに児童病棟に入院してくる患児は男児が多く、12歳以降の入院は女児が優勢となっていることが分かる。

虐待関連の患児は32名であり、全体の36%となっている。その32名の患児を上記AからEに分類すると表9のような分布になっており、主診断で分類をすると表10のようになっている。DとEに分類される患児が27名(84%)と大半であることが分かる。診断としては、解離性障害を中心としたヒステリー群(6名、19%)が最も多いが、その一方でADHDや広汎性発達障害といった軽度発達障害群(5名、16%)も見逃せない一群と思われる。

外来のデータと簡単に比較することは出来ないが、全データからあえて当科における虐待関連への対応の傾向について言及するならば、治療の経過中に虐待が明らかになってくるケースや不適切療育ケースの情緒的問題を扱うことを主としていると言えるかもしれない。

V 症例

当科における治療例として症例Aと症例Bの2例を提示し今回の報告のまとめとしたい。

症例Aは上記分類によるDに、症例BはEに分類されると各主治医は考えている。何れも虐待として児童相談所へ通告するには至っていない。しかし両ケースとも治療関係の中で何とか症状を改善させ、細々ながらも社会参加に至ったケースである。当院児童精神科における治療のある程度中核を成す症例と考えている。

1) 症例1

A 初診時13歳(中学2年生)

・生活史・現病歴

乳幼児期の情報はない。母親が一時期同棲していた男性との間にAをもうけた。Aが出生後、母親が養育を拒否したため、母親の実家が本児を引き取る事となり、母方祖父母とXが養子縁組をした。祖父はAが小学校入学前に亡くなり、祖母(母)、叔母(姉)との3人暮らしとなった。祖父からAへの身体的虐待を認めた。小学校3年の夏休み頃から学校を休みがちとなった。Aによると「いつも嫌がらせをうけていた。泣いたりしたら集中攻撃だった。自殺も考えた。」と振り返っている。中学に入学してからは完全に不登校となった。家での生活は家族各人が自由気ままな生活を送り、社会的にはかなり劣悪な環境が想像された。友人関係については「小学校の頃から今まで一切いなかった。」とAは話した。詳細な情報を求めて面接を重ねたが、A、叔母(姉)共に奇妙なイントネーションで話し、内容はほとんど広がらなかった。Aの「人前で緊張しなくなりたい。」との理由で平成X年6月児童精神科受診となり、同年10月に任意入院となった。