

#### ・入院時の様子

病棟では独り言が多く、発語は奇妙なイントネーションが目立った。他児との交流はほとんど認めず、図書室で百科事典を読んで過ごすことが多かった。衝動的な行動が多く、他の子どもが驚く場面もしばしば認めた。洗顔、入浴、洗濯といった身辺自立はできておらず、悪臭を漂わせても、自身の身だしなみに対して一切恥ずかしがる様子はなかった。入院の時点での診断は広汎性発達障害と診断し、治療開始となった。

#### ・入院後経過

導入期：X年10月～11月

病棟において、独り言が目立ち、他児との交流はほとんど認めなかった。行動も非常に衝動的であり、廊下を足音をたてて走ったり、周囲が驚く勢いでドアを閉めたりといった行動をししばしば認めた。プラモデルや百科事典に興味を示し、いつも同じダッフルコートを着て過ごしていた。小学生がAをからかったりすると、興奮し「ぶっ殺す」「あいつらが俺を攻撃しようとする」といった発言をし、追い回す場面もたびたび認めた。非常に被害的な認知であり、病棟がAにとって刺激が多すぎる場と思われた。

面接は毎週1回木曜日に行っていくことを繰り返し伝え、面接でのテーマは「入院の目標」について話合った。Aに対して考えるよう向けたが、会話が広がらないため、主治医から「対人関係上の緊張を軽減する事」「ADLを改善すること」を提示した。そのたびに何とか納得は得るも、次週には継続しなかった。治療者としては実際の興奮場面や極端な行動に対してはその都度介入し、何が行き過

ぎた行動であったかを確認していった。また繰り返しの生活指導も行っていった。

展開期：X年12月～X+1年5月

X年12月より集団精神療法として男子グループを導入した。男子グループは、メンバーは中学生以上の男子のみで、2週に1度のペースで行われた。場所は外来の一室であり、病棟に比べるとより構造化された場所であった。

男子グループでは、グループ全体ではゲームや調理などgang的な要素がグループのテーマであった。Aはそれを通し、早くに集団に一体化していった。また病棟ではAに対して話しかけない児童がグループ場面ではAの衝動的な行為に介入する場面を認めた。それに対してAは多少当惑するようではあったが、繰り返されて行く中で次第に、興奮するでもなく、黙って受け入れることが出来るようになった。X+1年4月に新メンバーが入ってくると、男子グループが何をやる場かを説明することもあり、Aなりにグループへのイメージがはっきりしてきたものと思われた。

病棟では、グループを後追する形で、少しずつホールにて他児と関わる場面も認めるようになり、「何故か皆に臭いと言われる」「どうすればいいのか言ってくれ」と自身の周囲との違和感を訴えるようになった。

面接場面で実際的な対応策を伝え、興奮場面では自室へ帰るなどの方法を提示したところ、身辺自立に関しても少しずつ、看護師の指示に耳を貸すようになり、1月終わりには、ほぼ指示に従うようになった。

その後、病棟でプラモデルを通し、一方的な物言いではあったが、他児と楽しそうに話

す場面が増えていった。他児とのトラブルは時折認めるものの、一方的な発言ではなく、主治医の言葉に耳を貸す場面も出て来た。このころになると面接において興奮場面を経時的に振り返ることが多少出来るようになってきた。

2月になると他児とのトラブルはかなり減少し、面接にて「悔しい思いをしたくなかったので部屋に帰った」と話すようになった。

そうした中、病棟において、夜間他の男児、女児に混じって話す場面を認めるようになる。会話は自分の興味あることを一方的に話す程度も表情は笑顔で、楽しそうな様子が伺えた。その後面接において院内学級利用にも同意し、顔見せ程度であったが、登校するようになった。

#### 行動化・抑うつ期：X+1年5月～11月

男子グループでは、ゲームなどのgang的な要素に加え、chum的な要素（例えば、女子への不満を皆で確認し合うような場面）が現れてきた。Aは大分グループに慣れてきて、他児の話の輪に入ることもできるようになっていたが、中核的なメンバーとは言えなかった。陰性的な感情をグループが扱うと、Aは容易に攻撃的なファンタジーをふくらませ、「ぶっ殺せばいい」といった発言をするようになった。そういった発言に対して他児はあまり触れようとせず、孤立する傾向が目立った。そのためそれに対してスタッフがAの極端さを指摘した。

病棟では、かなり他児との距離が近づき、他児のベッドにAが無頓着に入ってしまうようになってきた。そうした中、5月中頃他児のものをAが盗んでしまうことがあった。そ

の後Aは「皆が俺をはめようとする」と被害的な発言をするようになった。6月中頃になると「今のままじゃまずい」「死ぬしかない」と興奮する場面を認めるようになり、一方で「周りのやつが高価なものを持っていてうらやましい」「金がなければ死ぬしかない」「うちは貧乏だ」との発言もするようになった。ホールでの他児との交流は少なくなり、自室で過ごすことが増えた。7月に入り病棟にて盗難事件が多発するようになる。そのうちのいくつかは状況的にAの関与が疑われた。そのたび毎に、「病棟では犯人探しはしないこと」「大人になると今回の状況で有罪になること」の2点を強調した。

そうした状況下でも男子グループにはほぼ欠かさずに参加し、Aなりに仲間関係に対して積極的な姿勢が伺えた。話題が分からなくなると「今の話のテーマは何？」と周囲に聞くようになる。そのような状況が続いたところ、次第に他児もAのファンタジーに驚くことは減り、「それは言い過ぎでしょ」と介入するようになっていった。男子グループにおいてはそういった他児の発言にAは興奮するでもなく、聞く姿勢をみせた。

面接では一貫して周囲の家庭とAの家庭の差についてAが言語化することを整理していき、Aの抑うつ感を支持した。一方で盗難に関して2人で評価をしていき、Aが「記憶がない。」という場面でも社会的には許されるかどうかを話し合った。それを繰り返していく中で、退院後の目標として、「社会に出て自分の力で収入を得ていくこと」を提示すると、Aはうれしそうに「それしかないでしょ」と同意した。しかし「コンビニでバイトする」など現実感希薄であったため、児の周りに

働いている大人がおらずイメージがつきにくいことを2人で確認した。その上で養護学校への進学を提案したところ次第に「俺にとっていい話」「一旗揚げたいと思うのは当然」と意気揚々と話すようになった。そうしたところ、盗難は減少し、それに合わせ笑顔で他児に交わる場面が増えていった。このころになると小学生が騒いでいる場面では奇妙な行動をとるものの、あまり関わりを持たず、距離をとるようになっていった。

#### 自己洞察期：X+1年12月～

男子グループでは、お互いの感情を共有しながらも、「最後にメンバー全員で何かを成し遂げたい」といった意見が出され、peer的な要素が芽生えてきた時期と考えられる。そのころのAはやや浮いた存在ではあったが、特に興奮する事はなく、周囲の意見を聞いた上で、「自分としては～と思う」といった発言をするようになった。

病棟でも特に興奮する事はなく、他児と程良い距離を保つようになってきた。また主治医に対しても、それまでは名前を呼ぶことはなかったが、「～ちゃん」と呼びかけるようになった。

面接においては、児童相談所から提示された養護施設、ワークホームについて現実的に相談していく一方で、Aが小学校時代のいじめ体験に対して「死にたいとも思った」「信用したらだまされる」「助けてくれる奴なんていない」などと話すようにもなった。それに対し主治医が福祉や医療のスタッフは少なくともAをだますつもりはないことを強調したところ、Aもそれに納得した。最終的にAは「自分の問題は感情欠落」と言うようになり、病

棟の小学生に対しても「ああいう奴の気持ちは分からない、でもいちいち気にしていたら身体がもたない」と話すようになった。

#### 2) 症例2

B 初診時 13歳 (中学2年生)

##### ・生活史・現病歴

妊娠7ヶ月の時母親の弟が自殺し、母親は精神的にストレスを受けた。出生時とその後精神運動発達に遅れはなかった。小学校に入り、かなりのいじめを経験したが、Bは必死に耐えていた。母親が学校に働きかけたものの、教師と衝突し、理解は得られなかった。教師のBへの評価は「とても頭もよく、いい子」と極めて高い評価だった。

X-3年(小学3年)の頃からBは母親に対して攻撃的な態度を見せるようになった。母親は「素直になるまで叩くと最後はいい子になった」と振り返った。母親はパニック障害との診断で投薬を受けていたが、かなり人格的にも問題が多く、興奮しやすい人物であった。しかしBのことは極めて一生懸命ではあった。X-2年(小学4年)の時に父親の会社が倒産、経済的にかなり困窮し、生活環境が一転した。X年(小学6年)4月、食中毒などをきっかけに不登校となり、ほぼ同時期より左腕の痛みや無気力な様子も出現した。小児科に入院し諸検査をするが身体的には異常を認めず、かえって入院以降左腕が脱力し、動かない状態となった。そのためX年6月当院を受診した。

##### ・初診時の様子

母親がBの問題を話し続ける横で、Bは不機嫌そうに座っていた。主治医としては母子

分離面接のほうが望ましいと考え、提示すると母子ともに了承した。Bは一人になると過剰な笑顔で、敬語を用いて話したが、Bの内面に少しでも触れようとすると、睨みつけるような表情となり「学校つまんない。仲いい子いるけど、友達とは言えないじゃん。」「精神科の医者嫌い。先生に話したこと全部母親に言われたから。」等と攻撃的な口調で答えた。初診時診断は転換性障害と診断し、治療開始となった。

#### ・ 治療経過

##### 治療導入期：X年6月～X+1年4月

外来治療であったこの時期は、少しでも気に入らないことがあると、Bは退室し、母親は延々と文句をいうという構図が続き、B、母親ともに主治医の様子を見ているような時期であったと考える。転換症状に関してはかなり早期に消失したが、途中より解離症状を訴えるようになり、全体としては症状動揺的であった。面接場面では主治医に対して攻撃性を向けつつ、行き過ぎた場合は突然過剰な笑顔を浮かべるような状態であった。主治医としてはBの両価的な思いを受け止めることが最優先と考え、一貫して支持的に接した。そうしたところ「所詮先生だって他人。信用できない。」と拒否的ではありながらも、徐々に内面を語る場面が増え、「私のことは私のいないところでいつも決まってる」「学校では明るく強いB、家では頭のいいB、一人であると分からない。」などと話すようになった。X+1年4月に「一人が楽なのに、人がいっぱいいて辛いのに、無理にここに来ちゃう」と泣きながら話した。その際に家から離れて入

院することを勧めると、Bが受け入れたため任意入院となった。

##### 入院における関係確立期：X+1年5月～X+1年12月

治療経過の中で最も症状が華々しかった時期であり、またBが同年代の集団に再会し、混乱した時期と考える。また自立しようとし始めたBに対して母親が両価的な感情を膨らませた時期とも言える。

5月の様子は他児とはほとんど交流せず、「気持ち悪い」と言って食事摂らず、食事を巡って点滴をしたり、経口栄養を本人に飲むよう説得したりといったことに終始した。「先生がむかつく時とそうでない時とある」と話しながらも少しずつ主治医へ頼ることが増えていった。6月頃からは他児との交流が見られるようになる一方で自傷行為が増えた。主治医としてはあまり症状には注目せず、内面を言語化するよう伝え続けた。そうしたところ「イライラすると切っちゃう」とスタッフへの訴えるようになり、他児への不満、文句も多く語られた。主治医に対しては「結局先生が一番嫌いなのに一番話してる。嫌いだから話せる？好きな人には嫌われたくないもんね。」と話すようになった。

7月になると他児との交流盛んになるが、過剰適応気味であり、解離、転換症状と自傷行為を繰り返した。入院中母親は一貫して攻撃的であり、少しでも気に入らないことがあると主治医に延々と文句を言っていた。この時期に面接において「ずっと怒られてきた。金槌で叩かれたこともある。最近抵抗出来るようになったら、気に入らないらしく私の部屋とかを壊す。だから戦ったのに警察呼ばれ

た。全部私が悪くなる。みんな『お母さんは病気だから』って。でも私だってもう限界。」と泣きながら言語化した。8月に母親が海外へ行かなければならないとの理由とBが「入院してたくない」と訴えたことで退院となった。退院後11月まで海外に行っていた。帰国後、解離することが増えた。入院を勧めると「入院なんてしたくない」と初めは話したが、しばらくして泣きながら入院したい」と訴えた。12月に第二回目の入院となった。

#### 展開期：X+1年12月～X+2年4月

この時期は前の時期と同様なやり取りが行われた時期であるが、Bが主治医に対してより素直に甘えられるようになった時期と考えている。また同年代集団との付き合いも落ち着いて関われるようになった時期であった。

12月から2月は入院当初から他児との交流も盛んであり、スタッフへの甘えも認めた。過剰適応は相変わらずであったが、辛くなると早めにスタッフへ訴えてきた。症状的には解離、自傷行為など認めたが、第一回目入院に比べると軽度であった。

3月から4月は他児が悪口を言って盛り上がっていても、あまり参加せず、仲のいい女児と二人で過ごすことが大半となった。主治医に対しては「むかつく」と言いながらも素直に甘えて、「頑張ってるでしょ？ 誉めてよ」と話すようになった。主治医としてはそれに対して同意し、賞賛を繰り返した。

母親は2月までは相変わらず攻撃的であった。主治医は面接で繰り返しBが母親から自立することの重要性を伝え続けた。そうしたところ3月からはBに対してのあきらめの感情を多少認めるようになり、母親の気に入ら

ないことをBがした際は「先生と相談しなさい」と言うようになった。経済的な理由で4月に退院となった。

#### 受容期：X+2年4月～

この時期はBが家庭の問題を解決は出来ないものの、受け止めていくしかないと決心した時期と考える。様々な理由をつけては予約面接をキャンセルしがちも、外来に月に一度のペースで来院するようになった。キャンセルをした時はBが主治医に電話をしてきて、その時の愚痴を話し、安心するようであった。「家では子どもらしさが許されないんだよ」と穏やかに話した。母親は「困った親子だけど、これからもよろしく。Bのことは先生に全部任せることにした。」と話すようにもなった。X+2年11月からは不登校児のための教室に通うことを受け入れた。

## VI まとめ

国府台病院児童精神科における入院治療は、子どものさまざまな精神症状への対応と同時に、精神的に問題を持った子どものこころの発達を支えることを重要視している。特に、院内学級の活動や病棟行事は単に学習やレクを目的としているのではなく、あくまでも精神科治療の一貫として構成されている。小児期あるいは思春期にさしかかった時に、何らかの精神的問題を持った子どもたちは、精神症状が軽減したあとにもいかに社会への適応力を回復していくかが大きな問題として残るが、そのいわばリハビリを行うこと、あるいは発達途上にある子どもにとっては新しい発達課題の乗り越えを行うことが重要である。

このような治療の観点においても、精神症

状がある程度安定した段階で、力量のある家族のいる子どもたちは自宅へ戻り、外来治療や院内学級への通級利用などに切り替えることも可能である。しかし、被虐待児たちに与えられている家庭環境は、きわめて不適切な状況であることはいうまでもない。今回提示した2症例も、精神症状の回復のみであれば、症例1では展開期くらいまで、症例2では関係確立期くらいまでの入院で目的は達するのかもしれない。しかし、彼らはその段階で家庭に戻っても、おそらく社会的には不適応を持続させたであろう。我々は、その後の治療の中で、不適切な養育を受けた子どもたちが抱える対人関係技能の未熟さや、衝動統制の困難さについても治療的に扱った。これは、特に思春期年代や被虐待児など、本人からも家族からも外来面接だけでは十分に問題が表現されにくいケースの治療では、入院治療におけるいわゆる生活療法がきわめて有用であると考えている。それは、彼らが苦手な仲間関係や、親との葛藤が投影されやすい治療スタッフとの関係を実際に扱うことができるからである。なお、本来であればこの段階の治療的介入は、情緒障害児短期入所施設などで行われるべきであるのかもしれないが、わが国の実情では、施設の数不足から適切な時期にタイミングよく利用できるような状況にはない。また、特に被虐待児においては、愛着関係や大人との信頼関係に傷つきが大きいので、できることであれば同一の治療環境の中で、ある程度の長期にこころを回復することが、その後の社会適応を良好に維持するために必要なことであると考えている。

表1 児童精神科外来新患統計（障害別）

	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年
登校拒否	115	81	101	84	76
摂食障害	27	31	13	13	23
その他の神経症	106	124	144	186	217
精神分裂病	13	10	13	22	12
心因反応	10	13	17	30	9
躁うつ病・うつ病	4	14	15	9	20
てんかん	2	7	3	3	3
精神遅滞・学習障害	35	40	51	49	42
小児自閉症	41	64	91	157	248
行為障害・家庭内暴力	19	17	17	4	10
A D H D	54	54	87	97	87
その他・療育相談	21	16	24	21	5
計	447	471	576	675	753

表2 児童精神科外来新患統計（年齢別）

	～6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳～	計
男	95	48	41	43	31	40	58	47	57	12	12	484
女	29	12	11	21	19	18	22	52	61	16	8	269
計	124	60	52	64	50	58	80	99	118	28	20	753

表3 児童精神科外来新患統計（居住地域別）

地 域	受診者数
市 川	121
浦安/船橋/習志野/鎌ヶ谷/八千代	139
松 戸	81
その他 千葉県	207
東 京 都	156
そ の 他	49
計	753

表 4 児童病棟週間予定

	午前	午後
月	ブリーフ C.C (ケース検討) ./院内学級授業	院内学級授業
火	ブリーフ C.C./院内学級授業 病棟レク	院内学級授業 集団精神療法 (中学生入院児男女別、各隔週)
水	外来新患カンファレンス/院内学級授業 拡大ミーティング (第1・第3、医療・院内学級スタッフ会議) 症例検討会 (第4)	院内学級授業 活動集団療法「水曜企画」 入院患者親の会「水曜会」(第1) 摂食障害家族集団療法「ふきのとう」(第2) 精神科特殊学級連絡会 (第3)
木	ブリーフ C.C./院内学級行事	児童ミーティング 病棟レクリエーション
金	ブリーフ C.C./院内学級授業 病棟行事 (外来新患受付日)	院内学級フリータイム
土	院内学級休み	

表 5 児童病棟新入院統計 (障害別)

(人)

	平成 10 年	平成 11 年	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年
登 校 拒 否	16	15	18	13	9
摂 食 障 害	11	13	10	11	12
強 迫 性 障 害	5	6	4	14	8
ヒ ス テ リ ー	6	4	8	4	5
そ の 他 の 神 経 症	6	6	6	4	4
統 合 失 調 症	8	3	12	11	3
心 因 反 応	2	0	2	2	8
躁うつ病・うつ病	1	4	4	6	1
行為障害・家庭内暴力	0	0	4	2	2
注意欠陥/多動性障害	2	4	7	1	2
広汎性発達障害	3	3	6	3	9
そ の 他	5	3	4	1	2
計	65	61	85	72	65

表 6 平成 14 年児童病棟新入院統計（年齢別）

(人)

	8歳以下	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳以上	計
男	2	3	2	3	3	2	6	2	0	23
女	0	1	0	2	9	7	17	6	0	42
計	2	4	2	5	12	9	23	8	0	65

表 7 平成 14 年初診時虐待関連統計（年齢別）

(人)

	~6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳~	計
男	2	4	2	1	0	1	1	2	2	0	0	15
女	1	1	3	4	1	0	2	1	3	1	0	17
計	3	5	5	5	1	1	3	3	5	1	0	32

表 8 平成 14 年度在院者（89 名）入院時年齢統計

(人)

	8歳以下	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳以上	計
男	2	5	2	2	4	6	11	2	0	34
女	1	1	1	1	14	11	21	5	0	55
計	3	6	3	3	18	17	32	7	0	89

表 9 平成 14 年度在院者の虐待分類統計

(人)

	8歳以下	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳以上	計
A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3
C	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
D	0	1	1	0	3	1	2	1	0	9
E	0	5	0	2	5	5	1	0	0	18
計	1	6	2	2	10	7	3	1	0	32

表 10 虐待関連児障害別統計

(人)

	A	B	C	D	E	計
登校拒否	0	0	0	2	2	4
摂食障害	0	0	0	0	3	3
強迫性障害	0	0	0	0	2	2
ヒステリー	0	1	0	1	4	6
その他の神経症	0	1	0	0	1	2
統合失調症	0	0	0	1	0	1
心因反応	0	0	0	0	0	0
躁うつ病・うつ病	0	0	0	0	1	1
行為障害・家庭内暴力	0	0	1	1	2	4
注意欠陥/多動性障害	0	0	1	3	0	4
広汎性発達障害	0	0	0	0	1	1
その他	0	1	0	1	2	4
計	0	3	2	9	18	32

（研究協力者）今井芳裕 三重県立小児心療センターあすなろ学園

研究要旨 あすなろ学園に2001年4月から2004年2月末までの間、児童虐待で入院してきた児童は、53名である。3年間に入院してきた被虐待児53名を分析し、精神科治療の役割について検討した。

### A. 研究目的

児童虐待の発見、治療、予防に関して医療の果たすべき役割は大きいにも関わらず、わが国において未だに不十分であると言わざるを得ない。被虐待児に対応する総合的医療システムの構築が本研究の目的である。今年度は、医療機関における入院治療と問題点を評価すると共に親への治療システムに関するモデルを提案する。

徐々に増えてきており、対応の検討をする必要がある。

表1-1 被虐待児の年度別入院児数

年度	13年度	14年度	15年度
男	10(4)	15(12)	15(9)
女	15(8)	9(6)	6(1)
計	25(12)	24(18)	21(10)

※（ ）は新規入院児数

※ 年度をまたいで入院している児もいる

### B. 方法

2001年度から現在までの3年間、あすなろに入院した児童虐待事例について、下記の項目について分析を行った。

- ①性別、年齢別特徴
- ②虐待種類別による分析（ICD-10：国際疾病分類第10改定版）
- ③在院日数
- ④他機関の関わり
- ⑤入院治療の問題点

表1-2 学年別実人数

学年	男	女	計
幼児	3		3
小学1～3年	10	2	12
小学4～6年	11	10	21
中学生	7	5	12
高校生	1	4	5
合計	32	21	53

### C. 結果

3年間で入院治療をうけた被虐待児は、男子32名、女子21名で計53名である。学年別では、5歳の幼児が3名（6%）、小学生が33名（62%）、中学生12名（23%）、高校生5名（9%）であった（表1-1,1-2）。2001年度までは、幼児1名であったが幼児の入院が

ICD-10による診断名は、F43（重度ストレス反応および適応障害）が17人（32%）F90（多動性障害）が11人（21%）F91（行為障害）が10人（19%）でこれらで72%を占めている。

診断名別・全体平均在院月数は11.2ヶ月であった。F92（行為および情緒の混合性障害）が15.5ヶ月と長く、次いでF43（14.3ヶ月）、F95（チック障害）（13ヶ月）、F91（10.2ヶ月）である。F63（習慣および衝動の障害）の

41.3 ヶ月は、入退院の繰り返しと処遇先の問題で例外的に長期化した例である。年齢による在院日数の比較については、各年齢毎の入院児数にばらつきがあり、特徴といえる傾向は見られなかった。

ICD-10による分類で、Z61(小児期に起こった否定的体験に関する問題:身体的虐待、性的虐待、家庭からの離別)が30例(57%)で最も多く、次いでZ62(その他の養育に関連する問題:養育における無視、親の不適切な監督及び管理)の21例(40%)である。障害別では、F43、F90、F91の順で重度ストレス反応及び適応障害と行為障害がもっとも多く17例である(表2)。

	人数	Z61	Z62	Z63	平均在院月数
F43	17	7	8	2	14.3
F44	1		1		6.3
F45	1	1			4.9
F63	1	1			41.3
F72	1		1		6.3
F90	11	8	3		8.7
F91	10	6	4		10.2
F92	4	2	2		15.5
F93	1		1		4.8
F94	2	2			4.2
F95	2	1	1		13.0
F98	2	2			4.6

※ ICD-10(国際疾病分類 第10改訂版)

F44: 解離性(転換性)障害

F45: 身体表現性障害

F72: 重度精神遅滞

F93: 小児期に特異的に発症する情緒障害

F94: 小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害

F98: 通常小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害

Z63: 家族に関連する他の問題、家庭環境を含む(家族や家庭に影響するその他のストレスの多い生活体験)

他機関との関わりを見ると、児童相談所が53人(100%)、教育関係50人(94%)、地域保健福祉関係21人(40%)等々の連携が多く、特に、児童相談所とは、入院前、入院中、入院後を通し地域連携が定着している。関係機関の相違は、児・親の状態、家庭の状況等々によるものと考えられる。

加害者に精神疾患、または、その疑いのあるケースが21人あり、知的障害のある人を含めると30人になり全体の51%を占めている。その内、精神科病院で治療を受けているケースは7人、治療が中断しているケースが4人、精神疾患の疑いがあるが全く医療機関にかかっていないケースが10人であった。人格障害を疑わせるケースについては、医療機関に通院していないケースが殆どで、治療が中断しているケースも含め未治療となっている場合が多い。子どもの精神科治療は家族一体が基本と考え加害者及び家族への治療を行う必要があるが、限界もある。

#### D. 症例

11歳(小学5年生)、女兒、被虐待児(身体的心理的)

※ 知能検査 WISC-III 全IQ=91,

言語性IQ=89, 動作性IQ=96(平成X年10月)

【家族構成】両親・兄・本児・弟の5人家族

・ 父親: 新聞配達のため朝3時から夜7時までの変則勤務。住居は父母別々で100m位離れている。これらのため、日常的に養育に関わることが難しい。

- ・ 母親：両親から身体的心理的虐待を受けて育った。学生時代は友人関係もうまくいかず孤立していた。現在も虐待されたことに対して強い憤りを感じている。本児の入院を契機に精神科病院への通院を開始。（統合失調症と診断され、投薬治療を受けている）
- ・ 兄：養護学校中等部2年生。重度知的障害児で知的障害児施設入所中。毎週末外泊。
- ・ 弟：養護学校小学部3年生。重度自閉症。在宅。

#### 【生育歴・現病歴】

本児出生後、母方祖父母の近くに住むことになったものの、母親は精神的に不安定となり、本児との愛着関係は形成されにくかった。母親は歩み寄り子どもたちを払いのけたり怒鳴りつけたりなどするため、結果的に本児は幼児期から障害を持つ兄弟の世話をせざるを得なかった。兄の問題行動（自傷・他害・過食）が激しくなると母親も更に不安定となり昼夜かまわず子どもをつれて徘徊するなど奇異な行動が目立ち、地域から孤立していった。本児が小学3年生になると、早朝に弁当を買いに行ったり兄弟の入浴をさせたりするのが登校前の本児の仕事となり、遅刻する日々が続いた。しかし、母親はこうした頑張りを評価するどころか協力するのは当然と言いき、本児が失敗するときつく叱りつける状況が続いた。また、母親は小学校を頻繁に訪れ、本児を友達の前で怒鳴りつけたり、無理やり連れて帰り手伝いをさせたりした。同時期に母親の育児負担の軽減を期待して兄を入所させたが、母親は空いた時間をレストランを転々したり、勤務中の父親に頻回に電話をかけたりして時間をつぶしていた。本児に強制的な習い事をさせることが多くなり、特に

合気道に関しては母親の思いが優先し練習は日毎過酷になっていった。学校では友人関係が上手くいかず、家族のことで冷やかされたりすることが多く孤立し、友達とのトラブルが生じると言語化できずに泣くばかりであった。母子二人になると叩かれたり怒鳴られたりすることが増えていった。ある日家出をしたことで母親の虐待がエスカレートし、本児が父親に助けを求めたことをきっかけに、児童相談所（以下児相）で一時保護された。その際、首を絞められた跡が確認されている。本児は一時保護中、絶えず母親が自分に会いに来るのではないかと怯えていた。まず両親だけ（児相職員同伴）で当院を受診してもらい、本児は自尊心が深く傷ついているし、パニックになりやすい、対人関係も上手くとれない等から治療上入院は必要であることを説明したところ、母親は、はじめは強く拒否したが最終的には同意した。また、母親自身が両親より虐待を受けて育ったことを話したため、PTSD（外傷後ストレス障害）に対して治療を勧めたところ、母親も希望したため精神科病院を紹介した。X年11月、児相職員も同伴して本児が当院を受診し、医療保護入院となった。

#### 【入院治療経過】

X年11月～12月

本児は、X年11月入院当初は母親が連れ戻しに来ることを心配していたが、その時の対応策を主治医と決めたことで安心した様子だった。病棟では、職員の前で他児の世話をしたり片づけをする等偽成熟的言動がよくみられた。他児との関係では、弱い子に対しては支配的・独占的で、強い子には巻き込まれるなどの対人関係の特徴がみられた。

12月上旬より心理療法、分校登校を開始。

下旬に主治医から両親に対して治療経過を説明した。今後も1ヶ月に1回、主治医からの治療経過の説明をすることを決めた。

X+1年1月～3月

本児の自尊心と母親像のイメージ修正を目的に「母親が心の病気で治療中」であることを説明すると母親への恐怖感が徐々に軽減していった。1月下旬より主治医同伴で母親との面会を開始したが、母親は3ヶ月振りに会う本児の顔を見て気分が高揚し、一方的、支配的な言動が目立った。しかし、回を重ねる事で本児の両親に対する思いは徐々に変化し、「母親＝怖い」が「自分のことを理解してくれる人」、「父親＝優しい」が「操作性が強く、自分の気持ちを汲んでくれない人」と表現するようになった。

2月下旬、父親が主治医変更を希望し、その旨を本児に話したところ、本児は「父親とはしばらく話したくない」と言うようになった。

3月、両親、主治医、相談室職員、児相職員で話し合いの場を設け、主治医と児相から治療上期限付きで電話・面会の制限を行うことを提案し、両親もそれに同意した。このことを知り本児は安堵した。

X+1年3月～5月

本児は両親の威圧感から解放され、病棟・分校生活に専念でき、のびのびと過ごすことができた。この頃は、他者の評価が常に気になり嫉妬・競争心が目立った。5月は修学旅行に参加するため、1ヶ月間ひとりで本校に通学し、修学旅行にも参加できたことで達成感を得た様子だった。

母親の同意を得て、母親の主治医を含めた児相等関係者との会議を今後2ヶ月半毎に実施していくことになった。

X+1年6月～9月

母子に課題設定した上で面会外出を開始し

た。当初は本児の緊張と不安が強かったが、面会外出を重ねる毎にそれは緩和されていった。それとともに、それまで拒否していた外泊にチャレンジしたいという思いが本児の中に強く湧き、現実検討を目的に10月より外泊を開始した。

X+1年10月～12月

誕生日を家で過ごしたいという本児の強い希望もあり、誕生日に初回の外泊を行なった。親子とも互いに探りあいながらもイベント的な外泊に満足していた。11月より本格的な現実検討を視野に入れて、毎週末の外泊を実施した。しかし、外泊の回数を重ねるにつれ、本児は疲れを見せ始めた。この頃本児は、母親のことを「他人の悪口を言う、被害的になりやすい、家事をしない、幻覚・幻聴が多い、支配的・威圧的な言動をとる」などと不満を述べるようになった。病棟では、子どもの中ではリーダーになり、皆をまとめることがうまい反面、エスカレートして支配的になることもあり、他児が自分の思うように行動しないとパニック状態になることもあった。入院期間が長期となっているにもかかわらず、主治医以外の職員との関係はとりにくかった。

X+1年12月～X+2年1月

年末年始は他児らが2週間の外泊をするため、本児も年末年始の外泊を希望した。児相との相談のうえ、年末年始の外泊を実施した。帰院後、本児は、主治医・病棟責任者に退院要求をするよう母親に約束させられて途方にくれていた。

外泊を重ねる事で、本児が兄弟の世話をせざるを得ない状況、母親の支配的言動及び精神疾患の重度さを父親も理解し、現実検討ができたようだ。父親は、本児にとって母親の傍にいるよりは施設処遇がよいと理解しているようで、

「母子にとって今の状態(適当な距離をおき週末外泊という形)が一番良い気がする」と関係者会議の中でも述べている。しかし現実には、兄弟の世話、母親をなだめる役という2点をあげ、本児が自宅復帰することは「正直に言って助かる」と話し、「施設処遇には反対である」と訴えた。

### 【症例の考察】

#### # 1 安全だと感じられる

本児にとって当園は兄弟が通う病院であって、自分には関係のないところという認識が強かった。そのため、当園を本児が居て良い場所と思えるようになるには時間がかかり、家族の侵入がないという事実、また主治医、職員が自分を守ってくれるという事実によってようやく安全と感じられるようになった。

面会等については、治療の進展状況によって面接方法(時間、場所、内容)を細かく設定して実施した。また、兄弟の外来受診時に主治医や担当職員に面談の要求をすることが再三あったが、設定していない面談には応じない等の一貫した対応が特に重要であった。

#### # 2 長期にわたる母親からの身体的・心理的虐待による心的外傷

家庭から分離した状況での自己評価は向上したが、家族の一員としての評価は低いままである。同年代の集団の中では、入院時に比べ適切に自己表現をしたり集団をまとめたり等、対人形成・社会スキルが向上した。これらのことより一般的な集団・社会適応は可能と考えられる。しかし、内面的な課題として、改善はみられるものの、他者との関係性の中での自己の評価値が揺れやすく、場合によっては他者の言動を被害的に受け取ってしまうこともある。

これらのことから入院治療としては終了しても、外来治療は継続する必要がある。

#### # 3 退院後について

母親は精神疾患を有しており、治療を継続しているが、現段階では適切な状況判断が難しく自己コントロール力に乏しい。入院中の外泊においても、母親が本児を威圧し支配的に振り回すといった心理的虐待が度々みられた。

父親の介入に関しては、入院前と同様に期待できないことが再確認された。住居や、父親の勤務の関係で『平日は(父母が)顔を合わせられるのは1日1時間以内である』ことを考えると、現実問題として母親と本児への介入は期待できない。本児の今後を考えると当面は家庭分離し、適当な距離をおいた状況が望ましいと考えられる。

### E. 考察

#### 1) 構造上の問題点について

病院の入院児構成として、ADHD(注意欠陥多動性障害)やPDD(広汎性発達障害)、その他の疾患児の集団の中で治療と生活指導をしていくとすれば、スタッフ間の細心の注意が必要とされる。それは他児への注意や指導の仕方によって、トラウマの再燃になり、被虐待児の被害念慮を増強させ、職員への信頼関係が形成され難いからである。

入院初期は、保護者との面会を制限する必要がある、そのためには閉鎖空間が必要である。

子どもの不穏時に落ち着くための部屋として有効な個室を十分確保することが必要である。現時点では、個室がないため静養室などの空き部屋を使用しているが、他の子どもが使用していることも多く、常に使用することができない状況も増えてきており個室は是非とも必要と考える。

## 2) スタッフについて

人事異動等もあり、各病棟間で必ずしも系統的・継続的に同質の治療効果を維持することが出来にくい状況もあるため、病棟でのカンファレンス以外にも学園としての職員研修体制を組む必要があり、積極的に取り組んでいる。

職種によって子どもへの関わり方に特性があるが、多職種が治療状況を共有しやすいように、職員研修を実施しスタッフの質の向上・維持に努め、治療場面で活かせることが必要である。ケースマネージャーをおいていることにより、治療全体の進捗状況の把握、各種のアセスメント、関係機関との調整等がスムーズになり、入院治療を有効なものにしている。

## 3) 治療について

### 1, 入院に至るまで

医療機関であるため、加害者である保護者（以下、保護者）の同意がないと入院治療ができない。そのために、入院に先立って、児童相談所での医師による診察や当園の外来受診を何回か重ねた上で、保護者に入院治療の必要性を説明し、入院についての同意をとるという形態をとっている。これにより加害者とのトラブルの軽減に役立っている。

### 2, 入院中の留意点

面会については、制限を曖昧にしたままで治療を始めると子どもを安全に保護できないため、治療の進展状況によって時間・場所・面接方法を細かく設定していく必要がある。また、家族が子どもを振り回すことによって、子どもが不安を抱き、逆に子どもが家族を振り回すという悪循環に陥りやすいことから、家族に対して治療経過を説明する際には、慎重を要する。

病棟での療育活動は、入院治療のきわめて重要な位置を占めている。主治医や心理職員による個人治療は当然必要であるが、入院治療にお

いては集団療法の占める割合が大きくなる。

対象児の年齢・疾患・症状等別に多様なプログラムを用意し、治療進展状況により小集団又は大集団での活動を行うことが必要であり、それに多職種が関わることが重要である。また、集団療育や SST（ソーシャル・スキル・トレーニング）で得たスキルを病棟での日常生活に汎化できるように取り組んでいる。

短期間では、心的外傷の評価を含め対人関係の基盤を形成することは困難である。被虐待児の入院治療は、他の疾患の入院児に比べると長期入院とならざるを得ないが、他児の多くは短期入院であり対人関係が安定しにくいいため、担当職員との良好な対人関係が治療には不可欠となる。

### 3, 退院に向けて

退院の評価としては主に、精神症状の軽症化、感情表出・コントロールの改善、学校適応の改善、家族機能の改善等を元にして判断している。医療機関であるため症状改善後の長期入院は困難である。しかし、退院後児童福祉施設へ処遇される場合、処遇先が満床のためやむを得ず入院期間を延長するケースもある。

## F. 結論

幼児の入院が徐々にではあるが増えており、今後、幼児用の入院治療システムの構築が必要である。治療については、個人対応入院治療システムと集団療育がリンクする設定が必要であり、療育の質と量におけるマネジメントとマンパワーの配分が大きな課題である。

また、保護者の治療も子どもと並行して行うべきであるが、保護者自身の精神疾患、人格障害が重篤である場合は、成人の精神科医療機関と連携することが有効である。

入院初期、不穏時に個室利用が有効であり、数室の個室設置が必要。面会についても治療の

進展状況によって制限することは必要と考える。被虐待児の入院治療は、入院前・入院中・退院後のフローを含め一貫性が必要である。そのためには、児童相談所や他関係機関との連携を密にし役割分担を行うことが大切である。

被虐待児の治療においては、短期間では心的外傷の評価を含め対人関係の基盤を形成することが困難であるため、入院治療は他の疾患の入院児と比べて長期入院とならざるを得ない。また、子どもの入院治療と並行して保護者の治療も行うべきであるが、保護者自身の精神疾患、人格障害が重篤である場合は、成人の精神科医療機関と連携していくことが有効である。

さらに、被虐待児の入院治療は、入院前・入院中・退院後のフォローを含め、一貫性が必要である。そのためには、児相や他関係機関との連携を密にし、役割分担を行うことが大切である。

※ 参考

年度別入院及び外来患者数（人）

年度	患者数	総外来患者数	新規入院患者数	被虐待児新規入院児数(再掲)
H13		22,046	168	12
H14		23,043	173	18
H15		22,034	151	10

E. 参考文献

弁護実務研究会：児童虐待ものがたり＝法的アプローチ（1997）

ビヴァリー・ジェームズ：心的外傷を受けた子どもの治療・愛着を巡って。2003

エリアナ・ギル/西澤哲：虐待を受けた子どものプレイセラピー（1997）

小林美智子、佐藤拓代、他：保健医療機関における子どもの虐待の予後と評価。厚生科学研究。虐待の予防・早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究。平成12年度研究報告書。2001

厚生省子ども虐待対応の手引き（平成12年11月）母子愛育会。日本子ども家庭総合研究所。2001

清水将之：被虐待児の治療の場に関する研究（児童精神科入院治療の分析）。厚生科学研究、虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究。平成12年度研究報告書。2001

夏刈康男、宮本和彦：児童虐待・DV（ドメスティック・バイオレンス）その事例と対応。2003

西澤哲：子どもの虐待 子どもと家族への治療的アプローチ（1994）

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）  
国立病院機構天竜病院における被虐待児童の入院治療

研究協力者 独立行政法人国立病院機構天竜病院精神科 白川美也子

研究要旨： 天竜病院精神科における被虐待児童の精神科入院の例数及び、代表症例をあげた。入院治療は、ハード、ソフト面でのさまざまな困難を伴うが、スタッフの心理教育やグループの形成をし、PTSD治療をベースにして、愛着の問題にも留意し適切なステップを踏みながら外傷性記憶の処理を行う入院治療は、治療後の良好な適応につながった。児童期、思春期、母児同時治療の3例をあげ、その特色を表した。なお、このような治療を行うベースには、成育医療概念と、医療のみならず保健・教育・福祉などそれぞれの専門家の協力が必要かつ有効であった。

#### A. 研究目的

被虐待児の総合病院一般病床における精神科臨床の可能性を探るため現状を把握する。

天竜病院精神科においては、医長である白川が静岡県警の被害者対策に携わったり、児童相談所の囑託医をしており、平成12年度より心的外傷による精神障害に特化した病棟を構築してきた。その結果を入院数は増え、さらに成人病棟と児童病棟双方を有するという状況からくる特色のある医療を展開することができたため、報告する。

#### B. 研究方法

国立天竜病院精神科に入院した被虐待児1 平成15年に入院をしていた18歳以下の患者の検討を行い、傾向と代表ケースについて報告する。

#### C. 研究結果

##### 1 入院数について

平成15年に入院をしていた18歳以下の患者数は55症例（複数回入院も1症例と数えて）うちわけとして、前年度よりの継続が24症例、平成15年に新規入院をしたのは31症例であった。

##### 2 入院治療について

当科における入院治療の特色をまとめる。

- ・看護スタッフに対する被虐待児童の精神症状や対人関係、問題行動などに対する心理教育

- ・児童相談所との連携（週に1度、2人の医師が交互に児童相談所で面接）

- ・認知行動療法的な生活のなかでの関与を中心として他職種のスタッフや養護学校の教師も含めた多面的な関わりのなかで、適切な時期や、危機状況に外傷性記憶の処理を行う。方法としてはEMDRや、自我状態療法を使用する。

- ・親面接およびの親自身の治療（場合によっては同室および別病棟入院）も重視し、

基本的に再結合をめざす。

代表症例1：児童期、初診時9歳女児（児童期のDV目撃、父母からの精神的情緒的虐待）

【症例の特徴】重度の攻撃性を持ち、統合失調症との診断が前医からくだされていた患児であるが、攻撃的な行動の背後にPTSD的な再体験症状があることが確認され、愛着の問題に留意しながら、退行促進状況を作り出し、さらに外傷性記憶を標的にした治療を行ったところ改善がみられた症例である。

【入院時診断】反応性愛着障害

【入院期間】第1回入院平成14年12月26日 27日、第2回入院平成15年2月17日  
現在

【主訴】拒否、拒絶、粗暴行為

【生育歴・病歴】母親は17歳のときに、父親と出会い、19歳で妊娠したため20歳で結婚。入籍後から父親から母親へ暴力があった。妊娠時つわりは軽く、妊娠中毒症などの身体的な異常は認められなかったが、父親と喧嘩が絶えなかった。39W2日にて、3200gの正常分娩。アプガースコア9点。出生時より眼瞼周囲に太田母斑が認められた。生後2ヶ月まで母乳栄養。その後、乳はでていたが、1歳半まで人工栄養を継続した。夜泣きはあったが、それほど苦ではなかった。父は、Ptが泣くと、火のついたタバコをPtにむかって投げたり、「うるさい、うちの子ではない」と怒鳴ったりした。予定4ヶ月。人見知り、初語「ママ」

が1歳で現れる。1歳から父の強い意向で母斑に対するドライアイスによる冷却療法を2歳頃まで施行。そのことをPtは、「注射」「痛い」と言っていた。人に会っても「注射、痛い」、白衣の人をみると「だめ、いや」と言った。療法後に泣きわめき、夜間覚醒が見られるようになり、1歳8ヶ月頃がピークだった。2歳児、母親が父親からの暴力がひどく入院する。Ptは、父親から母親の殴る、蹴るという暴力を目撃していた。母親の入院以来、Ptは、母の実家に戻ったが、1年間の別居後、「子どもに父親がいないのはかわいそうだ」と母親が考えたことで再同居。その後も父親から母親への暴力は続いた。3歳児幼稚園に入園。知らない子どもをみると隠れてしまった。しかし友達は多く、外遊びを好み、活発だった。小学校入学後、2学期の初めから登校しぶりがみられるようになる。1週間不登校、小児科クリニックを受診するが数回で脱落。小学校3年生までは、良い友達もでき、元気に登校しているように見えた。成績は普通。小学校4年生の時、上履きに画鋲が入っていた事件を契機に、「うつっぽくなった」（母親）。全般的な不安、「また入ってない？先生にいつて」などの強迫的な確認をする言動がみられた。10月、友人のお金を盗んだこと後に、担任から「ほかの子と違うので、病院に行って欲しい」（詳細不明）といわれ、小4の終わりの春休みに精神科クリニックを受診。「統合失調症」の診断で、デイケアにいき、輸液をする毎日となった。5年生からは、1週間登校後、デイケアに

通うようになり、この頃から家で暴れるようになった。さらに、くるくると人格が交替するようになった。「し〇〇、ゆ〇、16歳の男子、赤ちゃん、幼児、12歳の女子、『ああしなさい、こうしなさい』と母のよいうにいう人格」であり、そのときそのときで、書く文字が異なった。9月、母親に「寝なさい」といわれたことを契機に逆上し、母親の悪口を玄関先で大声で叫んだため、近所の人々が警察に通報し、児童相談所を紹介され、囑託医である現主治医を紹介される。医療に対する不信について聴取し、子どもの評価と心理教育を行った。家では「鍵がかかっているか」などを確認する強迫症状が続いた。夫婦仲は相変わらず悪く、子どものことでもめ、父親は、パチンコに没頭し、生活費を入れない状態が続いていた。10月には、患児が学校を休んで母親も仕事を休んでいる日にいきづまって「一緒に死のう」と母親が言ったところ、患児は拒否したという。平成14年12月17日当院当科初診。その後、Ptは「お試し」で年末一泊入院を楽しむことができたが、夜になると激しく泣き、『ママがいない』と泣くだけの状態となった。何を聞いても『いやいや』としかいわないので、『暴力をふるわない、いやなことは口で言う』という約束のもとに、母をよび、付き添いをお願いして、翌日退院となった。その後、父親の声で「てめえ、おめえ、殴ってやる」と怒鳴ったりするようになった。母親が決断し、平成15年1月、離婚。外来通院を続けていたが、解離性同一性障害の治療を目的の長期入院

をご家族が決意され、平成14年2月17日、当科に再入院となった。

【経過】入院直後より落ち着かないため、17時から朝の8時まで、母親の付き添いとし、ドアにブザーをつけた。しかし、不穏になり大声をあげる、約束であったトイレ時のナースコールができない、他の病棟に飛び出していってしまうなどの行動がみられたため、2月20日より、セレネース1Aの持続点滴を開始、不穏時もセレネースで対応した。スタッフに「遊んで」と誘う一方で、蹴る、殴る、暴言、奇声のみとめられた。自室安静が守れず、点滴をひっぱってでていくことが続き、訪室しても、「あっちいけ、あんたうるさい、あんた嫌い」という発言がでてきた。また母親がせっかく来ても、父親の人格状態がでてきて母親を罵倒するため、母親はフラッシュバックが起きてしまう。そのため、薬剤（デジレル、セレネース、ヒルナミン）を増量して鎮静した。2月末からはロヒプノールを眠前に注射した。内服薬を増やしてからは暴言・暴力は止んでいたが、母親が来棟する夕方になると、不穏となることは続いた。3月になると、看護師への暴力は減ってきた。3月末、回診時に、<どういうふうに母親に暴力をふるってしまうのか>という問いかけに「母親をみるとお父さんが、お母さんを殴っていた場面が思い出すから」ということが言語化された。看護スタッフとの関係がついてきたこともあり、面会をいったん禁止する方向にもっていこうとしたが、余計に不穏が強まり、点滴も中止できな