

の不足が、内省力の不足に直結し、行動化傾向をいっそう加速させるという悪循環が被虐待児においても認められることに気付いた。入院治療において学習の補いは重要な課題の一つと考えられる。

d, 過覚醒に対する薬物療法

過覚醒の治療には薬物療法が不可欠である。特に夕方から夜間に掛けて、気分が高揚し易怒的で興奮状態になって、家庭でも施設でも互いを刺激しあいトラブルが頻発する状況となりやすい。このような興奮は当然ながら睡眠障害をもたらす。われわれの経験では非定型抗精神病薬リスペリドン

(0.5mg から10mg!) および強力な精神安定作用を持つレボメプロマジン(10mgから100mg)とフラッシュバックを押さえるための選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)フルボキサミン(12mgから50mg)の組み合わせが多かった。それに加えβブロッカーなどの強い抑制系の薬物、またカルバマゼピンなどの感情調整剤、さらに睡眠導入剤を併用することが必要な症例が多く、特に性的虐待においては、本格的な精神病圏と同等量の薬物療法によって、やっと苛々の軽減を得ることが出来る例も希ではない。特に性的虐待は精神病圏の病態を示す例が多く、虐待は脳の代謝を変えてしまうとは虐待臨床に取り組んで実感させられることである。

入院治療では、患児の行動を把握した上で精神療法を実施することが出来るために、自ずから解離性の症状や行動について焦点が当たることになる。精神療法における原則は、外来の場合と大きな違いはないが、病棟の生活から切り離して精神療法を行うのではせっかくの入院治療の意味は乏しく、生活に密着し、包括的に患児を抱える中で、行動上の問題を一つ一つ取り上げながら行われた治療では着実な進展がみられる。しかしなおそれでも、治療的な成果

を得るためには被虐待児の場合、6ヶ月間程度の入院治療が必要であろう。精神療法は、症状による安定に対して、揺さぶりをかける介入である。従って、精神療法の進展によって、解離の壁が崩れ、心身がつながり始めたときには、攻撃的行動や問題行動の増悪が生じるのが一般的である。この点からも、生活と精神療法とが切り離されては何もならないであろう。精神療法の中で積極的に生活や行動を取り込むことが求められる所以である。

e, 入院治療を行った症例

症例2 14歳女性 B 解離性障害、性的虐待

養父母との3人暮らしである。2歳にて養子となったが、小学校高学年からお金の持ち出しがあり、その後中学生になると、不登校、家庭内で暴れる、家出などの問題行動が頻発し、4月児童相談所を介して一時保護所に入所し、その間にわれわれの小児センター心療科を初診した。この際に、悪夢を繰り返し見るという訴えがあり、当初は養父母と患児との関係調整のために5月入院治療となった。

Bは入院直後からハイテンションが続く、大声を上げ、特に他の男児や同じ時期に入院していた性的虐待の被害児と一緒に小児センター内で走り回り、怪我を繰り返す状況であった。学校は登校したりしなかったり、めまいやふらつきといった不定愁訴、また露出の多い服装、下着をわざと男児に見せるなどの挑発行動が見られ、また記憶の不連続が認められることも分かった。6月になって、臨床心理士の精神療法の中で、養父からの性的虐待が判明し、悪夢との関連が明らかとなった。児童相談所に通告を行い、養父母に虐待通告をし、Bの入院は一時保護委託による入院へ切り替わった。その後、Bは気分の高揚や怪我、性的挑発行動、他児への威嚇や暴言、また

意識の不連続などの解離症状が著しくなった。これらの衝動的な行動が抑制できないため、Bは6月中旬全面的に閉鎖ユニットに転室し、閉鎖処遇となった。また入院当初はパロキセチン 10mg、プロペリシアジン 5mgの処方であったが、この時点で、リスベリドン 3mg、レボメプロマジン

50mg、塩酸クロニジン 0.15mg パロキセチン 20mg まで増量してやっと苛々の軽減を得ることが出来た。また就眠剤としてプロペリシアジン 5mgに加え、フルニトラゼパム 2mgを処方した。7月、Bが性的なモードになったとき声が大きくなることが精神療法の過程で明らかになり、臨床心理士の指示を受けて大声が出たときに、自室で10分間の深呼吸を行うようにしたところ、悪夢の減少し夜間の睡眠が確保されるようになった。児童相談所との当初の取り決めでは1学期末までの入院治療であったが、年齢が高くまた問題行動を頻発させている患児の受け入れ先を見つけることが出来ず、2学期になっても入院治療が継続された。これは後から振り返ると、Bに対してきちんとした治療が出来たという点で良かったと考えられる。

Bは7月の終わりに一度解放ユニットに転室したが、その直後同年齢の男性入院患者が売店で万引きをしたのを目撃したときに言われた「黙っているよ」という言葉に、養父から受けた同じ「黙っているよ」という言葉に対するフラッシュバックが生じ、安全感が消失してしまい、おびえが著しくなった。同時に、悪夢が再び始まりふらつきや倒れることも頻発し、8月にはB自身の希望によって再び閉鎖ユニットに転室した。2学期になって、自分を抑えることが出来るようになったと訴え、再び解放ユニットに転室して新学期を迎えたが、隣接する養護学校には継続的に通うことは困難であった。この頃から就寝前の夜8時

頃、看護師と1対1で、手のマッサージをしながら日課表に沿って1日の振り返りを行い、逸脱行為の確認を取り、記憶が曖昧な場合には、客観的な情報を伝えて振り返るようにした。10月早々、自分の耳に安全ピンで穴を開ける自傷があり、再び閉鎖ユニットへ転室した。この頃からBはやっと安全感を取り戻したようで、徐々に落ち着く時間が持てるようになり、気分の高揚は治まってきた。また意識の不連続がなくなり、自分の行動を振り返ることが出来るようになってきたので、この時点でレボメプロマジンを処方から抜き、リスベリドンを2mgに減量した。11月中旬から夜間の時間の解放ユニットへ行くことを許可した。この時点で12月に情緒障害児短期治療施設に空きが出来ることが明らかとなり、11月末日退院となった。

その後、2週間毎に1回の外来通院が続けられており、臨床心理士による精神療法と、精神科医による薬物療法が続いている。新しい施設では落ち着いて過ごし、本人も生活が楽しいと述べており、問題行動も今のところ見られていない。

治療としては、第一段階である安全感の確立(Herman,1992)までやっと辿り着いたに過ぎず、解離の克服や他者との関係の再構築など、治療の中核は全て今後の課題である。またすぐに高校生年齢を迎えるため、次の処遇の場所を用意しなくてはならず、児童相談所とともに対応に苦慮している。

症例3 12歳 女性 C 解離性障害、複雑性PTSD、性的虐待

両親はCが5歳の時に離婚し母親が引き取った。7歳にて母親は再婚し、新しい家族となったが、Cが10歳の時に、Cと妹への義父による虐待が判明し、母親は患児らをつれて別居し、離婚となった。義父によ

る虐待はCに対しては性交や口腔性交を含む最重度の性的虐待、妹へは殴る蹴る以外にカッターで背中を切るといった激しい身体的虐待を行っていた。

受診後、外来にて、薬物療法、精神療法を実施した。Cと妹は同一の臨床心理士が隔週で治療を行い、同一の医師が薬物療法を行った。母親も強い抑うつ状態を呈するようになり、同一の医師による精神療法と薬物療法を、子どもたちの治療に平行して行った。しかしCの問題行動は徐々に激しさを増し、お金への執着、万引き、暴力行為、恐喝未遂、虚言を繰り返すなどの問題が頻発し、さらに援助交際へ関心を示し、男性に対して肌を露出し、下着を見せるなどの誘惑するような行為を無意識にしてしまうなど性的行動化が頻発するようになった。1回目の入院治療は、心療科病棟が開設されていないため、一般的な小児科病棟を用いて行ったが、患児の激しい行動化に病棟が振り回される結果となった。2回目の入院治療は、Cの起こす行動に母親が疲労困憊し、うつ病が危険な状態まで悪化してしまったため、C自身の治療と母親の休養を兼ねて5月末に入院となった。

Cに対する治療構造としては、毎日の生活の上での枠組の決定は基本的に、週1回の精神療法の後にC、主治医、臨床心理士、担当看護師の4者での診察と話し合いを行い、Cの状況を振り返り、その後1週間の病棟での枠組みを決め、また薬物の調整を行った。

入院開始から、万引き、虚言がはじまった。取り決めによって病棟を閉鎖ユニットの個室に移した。Cは心理士に、女の人が「それとっちゃえ」という声が聞こえる、さらにとらなかつたらとなぐると言われると訴えた。また誰かに見られている気がすると、被注察感を訴え、一人部屋が怖いと述べた。臨床心理士はCに、精神療法の中

で、怯えずに幻聴に声を出して「私は従わない」と言うことを促し、抗精神病薬の増量を行った。さらに閉鎖ユニット内の大部屋に部屋を移動させた。6月半ばには徐々に万引きがなくなるが、この頃より、抑うつが出現しどんよりした気分や身体のだるさを訴えた。

この頃から心理士による精神療法の中では、病棟で生じる生活上の問題やテーマと過去の外傷体験とを結びつけ捉えなおして行く作業が中心となった。そこで生活のスケジュールを作り、Cの豊かな資源を伸ばす試みをCと考案した。具体的には、スケッチブックに毎日絵を描く時間、日記をつける時間、一人で心を安静に保つ時間、コンテイン（深呼吸とイメージ療法によって自分の中の自己治癒力を高めるための作業）の時間、マッサージを看護師から受ける時間等を病棟の協力を得て実施した。

7月後半、Cは他児に対する暴力や暴言が一時的にひどくなった。医師と心理士が協力をして、Cの部分的暴力人格が暴れていても、その責任はCが取らなければならないことを伝え、再び閉鎖ユニットの個室に部屋を移し、Cが自己統制力を高めることができるように、病棟全体で支援を行った。また心理士は、精神療法実施の後には、看護師とのコンサルテーションを継続的に行い、解離性障害の病理やCの行動の意味するもの、今後おこってくる予測事項について詳細な説明を重ねた。看護スタッフは就寝前に足裏マッサージを取り入れ、また暴言暴力がない時にシールを貼るという評価表を作成してCの肯定的な行動に対する振り返りの作業を行った。やがて治療スタッフ全体に、過覚醒状態の気分高揚や性的部分人格が前面に出た時の状態が読めるようになり、ハイテンションに対し自室でカーテンを締めて10分間深呼吸を行い、露出的な服装をしていたら服装を変え

るように促すなど、速やかな対応を取ることができるようになった。Cは行動を注意され制限されるという捉え方から、気付きを与えられ自己統制や自己調節の練習をするという捉え方に転換することが徐々に可能となった。入院前半は、学校への通学は困難で、「レインボースクール」という閉鎖ユニット内に生活する児童のためのプログラムへの参加が中心となった。

2学期になると、学校へ通学が可能となり、学校に通う生活の中で生じたテーマに向き合うことが治療の中心となった。生活が拮がり始めると、そこでは友人関係、特に対人距離が問題となった。また異性との関係も再びテーマとして登場してきた。その様な中で、しばしば暴力的な噴出が再び出現した。また途中に、性器の痒みを訴え、婦人科受診をした。この例に示されるように、凍りついていた身体感覚が徐々に蘇って来た。解離症状に対する自己統制が可能となって来たことを確認し、2学期末にて退院となった。

Cの入院治療で力点としては、Cの中に内在する加虐者からの影響に自ら気付き、その様な過去からのマイナスの被影響体験を積極的に取り上げて行ったことである。また医師、心理士、看護師、さらに保育士や理学療法士作業療法士による治療チームが一貫してチームワークを崩すことなく、Cの中の成長する力への信頼をCに伝え続けた。Cはまだ多くの危うさを持っているが、人への信頼を再び得ることは少なくとも可能となったのではないかと感じる。

おわりに：虐待のケアに関わる為の留意点
虐待へのケアで、気付かれにくい重要な問題を最後に幾つか指摘しておきたい。

第一の問題は、治療者と被治療者との間の力関係の問題である。

虐待は、力関係の病理といわれる。虐待

は、家族という閉鎖空間の中で、加虐者が被虐待児に不適切に力を行って支配をすることによって生じる。

しかしその様な力関係の病理は、実は虐待支援をする側の人間とその対象者である家族との間にも生じる問題であることにわれわれは注意する必要がある。虐待防止法という権力の元に、支援者側が支配力を持ち、子どもの保護を行うのである。ある母親は、児童を保護した席で次のように述べた。「わたしは、父親から暴力を受けて育った。そして、子どもを引き離されて、今は社会から虐待を受けている。どうして私の時は誰も助けてくれなかったのですか？」もちろんのこと、子どもを虐待して良い理由になるはずはないが、この母親の歩いてきた人生の痛ましが痛切に現れた言葉である。加虐側も社会における弱者であり、当然ではあるがこれまでの人生の歩みに、深い畏敬の念をもって関わる姿勢が必要とされる。

つまり、虐待のケアを担当する対応をする人間は、加害者、被害者、救済者のいずれの役割も経験することになる。ケアを行うものは、虐待をうけている子どもにとっては救済者であるが、家族には加害者となり、そして支援に際して、家族からの攻撃を孤立の中で一手に受ける立場となれば無力感と疲労感の中に立ちすくむ被害者ともなりうる。この矛盾をはらんだ立場こそ、虐待ケアの中核である。そして虐待ケアの支援者とは、同じ位置にとどまり続けてはならず、少しずつ立場を移動することが求められている。虐待へのケアは、親子分離のように家族からその力と支配を極端に奪うことから開始せざるをえない。しかし、支援の経過の中で、一度奪った力を統制力のあるものとして適切に返して行くことで、被虐待児とその親が、本来自分のものとして持つべき歪みのない力と統制を獲得

することが目標となる。いつまでも支援者側が救済者や加害者の役割を取りつづけることは、家族の側は被害者で有り続けることになってしまう。支援する家族と、支援者との関係が対等の関係となることが目標である。家族と支援者との関係が被害者にも加害者にも救済者にもならない関係となるべく調整を行う努力が求められている。この実現のためにも支援者自身が、自我の強さや自他境界の概念、対人距離の概念についての認識をもつことが望ましい。往々にして、無意識のうちに力関係の中で子どもや家族からの怒りのエネルギーに巻き込まれ、救済者の役割でいたつものが虐待者の役割を取らされ、被害者の役割に停滞し、自己のエネルギーを奪われてしまうことが少なくない。支援者は、自覚的に対等性に向けて自己調整の努力をすることが、力関係の呪縛から解放される道であると思われる。

第二に、虐待に向き合う業務にあることの危険性について触れておきたい。虐待のケアの担当者は、一人でいくつもの事例を抱えることを余儀なくされているために、まじめに事例を取り扱うものほど疲労は大きくなる。また、組織に働くものは、下位組織のものほど、虐待の力関係に絡まり、自主的性の部分が少ないため自己の精神保健に重大な障害を来しやすい。虐待の対応を行う人間は、緊張や緊迫感を伴いながら技能を発揮することが求められている。関係者や対象者との対決場面や予想外の出来事が、通常の一般業務に比べて多くの割合をしめているからである。自己のために体を休養させ、精神保健を維持するための対応が必要となる。睡眠時間の確保、や健康的な栄養や入浴などなど基本的な生活習慣をはじめ、支援者自身の自我機能の回復につとめることが必要である。またケアを担当するものに対する、サポートが必要とな

る。

文献

- 原田謙：注意欠陥多動性障害と反抗挑戦性障害が合併した病態に関する研究．児童青年精神医学とその近接領域、40(4)、358-368, 1999.
- Herman, J.L.: Trauma and recovery. Basic Books, Harper Collins, Publishers, Inc., New York, 1992. (中井久夫訳：心的外傷と回復．みすず書房，1998.)
- 加賀美尤祥：児童養護施設の現状と課題．小児の精神と神経，41(4), 229-231, 2001.
- 亀岡智美(2002)：性的虐待とそのケア．児童青年精神医学とその近接領域43(4), 395-404.
- 小林登他：虐待児童全国実態調査．子どもの虐待とネグレクト, 4(2), 276-302, 2002.
- 西澤哲：こどもの虐待、誠信書房、1994.
- 奥山真紀子：性的虐待．児童青年精神医学とその近接領域，41(5), 76-82, 2000.
- 庄司純一：里親養育の現状と課題．小児の精神と神経，41(4), 211-219, 2001.
- 杉山登志郎：注意欠陥多動性障害と非行．小児の精神と神経，40(4), 265-277, 2000.
- 杉山登志郎、海野千畝子：解離性障害の病理と治療．小児の精神と神経, 42, 169-179, 2002.
- 杉山登志郎、海野千畝子、並木典子：児童虐待．最新精神医学，7, 329-337, 2002.
- Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.F. et al.(2003): Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42(2), 132-144.

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、森茂紀、阿部計彦、星野崇啓 宮本信也、笠原真理、菱田理、海野千畝子、杉山登志郎）

要旨

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にも関わらず、実際に受診している者は 11.1%に過ぎなかった。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とって把握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。

A. 研究目的

家族の養育に困難があって入所を余儀なくされている児童養護施設の入所児には精神的な問題を持つものが多い。その中には児童精神医学的な治療が必要とされる重篤なケースもまれではない。しかしながらスタッフのマンパワーや専門職の不在により、メンタルヘルスに十分に対応できているとは言いがたい。この問題に対する今後の体制作りを進めるにあたり、精神医学的治療の必要性を明らかにするため、施設入所児の精神的問題と医療ニーズに関する調査を行った。

B. 研究方法

児童養護施設に入所する児の精神的健康と医療へのニーズを明らかにするため、施設スタッフに対して、質問紙を用いた調査を行った。

児童養護施設に入所する 3 才以上の各々の児に関して、下記の 2 つの質問紙の記入を施設担当スタッフに依頼した。

1、フェイスシート

対象児の基本的情報（性別・年齢・入所理由・虐待歴など）と精神的問題の有無とその内容や治療などから構成される。

2、行動観察アセスメントシート

児童の精神状態について評価することを目的に我々が作成した行動観察のための質問紙である。10 領域 31 項目よりなり、主として心的外傷に関連した精神症状・問題行動につ

いての質問項目により構成される（表 1）。

C. 結果

9 施設 469 名（男 261 名、女 208 名）の回答が得られた。年齢は 3 才から 20 才までで平均 10.5 才、入所期間は 0 年から 15 年、平均 3.8 年であった。

入所時の入所理由は、養護 67.6%、虐待が 23.0%と養護が約 3 分の 2 を占めるが、一方虐待歴があったとされたのは 37.1%であった。

精神的問題があると考えられる児は 37.1%であった。施設によって 13.8%から 97.9%とかなりの開きが見られた。受診の必要性があると考えられるのは 19.2%であった。一方、実際に通院歴があるのは 11.1%であった。

虐待の有無は、精神的問題や受診の必要性と強い相関を示した。虐待歴のない児では精神的問題は 24.5%に見られたが、虐待歴のある児では 52.3%に見られた。受診の必要性は、虐待歴なしでは 11.8%であるのに対して、虐待歴ありでは 29.8%に認められた。

アセスメントシートにおいて、31 項目中、排泄の問題の 3 項目（夜尿・遺尿・遺糞）を除いたすべての項目で受診の必要性と有意に相関が見られた（5%水準）。

アセスメントシートにて 20%以上の児に見られた項目は、ハイテンション、ハイテンションモード、暴れモード、行動的挑発、夜

表1 解離に焦点を当てた行動観察チェックリスト

(それぞれについて有無を判定し、具体的な症状を記載する)

- A 覚醒水準の変動: 1)ぼんやり・うつろ、2)ハイテンション、3)不眠・悪夢、4)昼間のいねむり
- B スwitchング・部分人格の交代現象: 1)従順モード、2)暴れモード、3)性的モード、4)ハイテンションモード、5)退行(幼児)モード
- C 解離性幻覚・幻聴・被注察感: 1)幽霊をみた、2)声が聞こえる、3)誰かに見られている
- D フラッシュバック・外傷体験絡みパニック: 1)感情爆発・怒り・泣き、2)呼吸困難(過呼吸)、3)失立発作・立てない
- E 記憶の障害: 1)断片化、2)忘却
- F 身体への関与: 1)皮膚のかゆみ、2)怪我の多発、3)自傷行為
- G 無意識の挑発的行動: 1)行動的挑発、2)性的挑発
- H 非行的行動: 1)盗み・万引き、2)器物損壊、3)その他
- I 排泄障害: 1)遺尿、2)夜尿、3)遺糞
- J 通学における問題: 1)不登校、2)意欲減退、3)身体症状が出現

尿、退行モード、感情爆発怒り泣き、意欲減退、ぼんやり・うつろであり、夜尿以外は1%水準で精神的問題や受診の必要性の有無と相関が見られた。夜尿は、1%水準で年齢との相関が見られた。

D. 考察

今回の調査において約3分の1の児に精神的な問題があり、その半数は受診の必要があると考えられているにもかかわらず、実際には必要とされている児の約半数程度しか受診に至っていないことが明らかとなった。その理由としてあげられるのは、養護施設スタッフが子どもを医療機関を受診させる余裕が無いということである。医療機関への受診、特にそこで精神療法を受けるとなる、その職員は一人の児童のために半日がその受診だけで費やさせることとなる。児童6人に1名という基準が中心となる児童養護施設においては、必要性を感じつつも、定期的な医療機関への受診に連れて行く余裕がないということが実態であるようだ。さらに、積極的に受診をさせていた施設においては、指導員の休みの日を用いて受診させている例も少なくないようである。このような状況が、医療的ニードと実態の差になっているものと考えられる。

今回利用したアセスメントシートは、施設スタッフの感じる医療ニードと密接に関連した。児の精神的問題の指標とするのに有用性があると考えられた。特に、解離の問題は、児童養護施設の職員に十分に把握されていないため、調査の過程でこのような行動を解離性障害の症状ととらえるという視点が、新たに生まれた施設も存在した。児の問題として分かりやすいものは暴力や反抗、パニックといった外向的な問題であり、施設スタッフから見た対処困難が反映していると考えられた。

今回の調査では、内向的な問題についてははっきりとした傾向を認めなかった。周囲からの行動観察では内面の把握には限界があり、これについては面接を行って直接児より聞き取りを行うことが必要であろう。

E. 結論

養護施設入所児には精神的問題が見られる児が多いが、必要性を感じながらも受診に至らないケースが多い。特に被虐待児では精神的問題のある児が多い。