

林²は、AD/HDと鑑別すべき障害の具体例として児童虐待の影響を指摘し、診断のための評価は単に行動の評価にとどまらず、包括的に行うべきと述べている。我々の事例も十分な問診を行い、彼らの被虐待の体験を確認することは最も重要であるのはいうまでもない。生活歴や学校での生活状況など十分な情報の収集も同時に必要である。

1980年代以前は、微細脳機能障害 (minimal brain dysfunction) という概念があったが、その概念の不明確さから、行動面の症状を示すものにはAD/HD、認知学習面の症状を示すものは特異的発達障害という用語が使用され、学習障害は特異的発達障害の中に分類されている¹⁴⁾。AD/HDは、遺伝・前頭前野の機能低下・周産期の脳の発育異常もしくは損傷、などの所見から、自己抑制の発達障害⁹⁾の起因したものと考えられる。一方、虐待のように劣悪な環境要因でも同じ行動特徴があることから、AD/HDが遺伝素因と環境要因の相互作用により完成するという考え方もある⁹⁾。

虐待による行動異常とAD/HDの行動異常は鑑別する必要がある。しかし、もともとのAD/HDがあり、家族の歪んだ対応として虐待を受けている症例や、虐待を行っている保護者自身がAD/HDであり被虐待児自身もAD/HDの遺伝的素因を持っている症例など、両者が合併することも一部には存在するであろう (図)。

今回3例のうち2例にMPHが投与されていた (表)。MPHはアメリカでは大規模な調査でAD/HDにその有用性が証明されており⁹⁾、広く使用されているが、本邦では保険適応外である。その理由は、我が国で大規模な子どもや成人AD/HD患者を対象とした臨床試験が行われていないため、またその臨床試験も、中枢神経系の興奮作用による成人における乱用や、副作用を危惧され行われにくいのが現状である⁷⁾。いずれにせよ、診断、使用基準が曖昧なまま使用され、副作用のみが取り上げられることが、保険適応を困難

にする要因ともいえよう。自験例では、治療薬剤として、リスベリドンとカルバマゼピンを投与した。リスベリドンは副作用の少ない非定型抗精神病薬として、統合失調症のみならず、攻撃的行動に対して少量投与で有効であることが報告⁹⁾されている。我々も、本人の攻撃性を抑えるためにリスベリドンを少量 (1mg) 投与し、有効であると考えた。またカルバマゼピンは気分安定薬として衝動性の軽減を期待して併用した。

全症例とも家族および学校への十分な心理カウンセリングを行った。そして症例3のみみられるように投薬なしに改善する例も見られた。症例3では、小児科医は学習障害という診断名を告げ、MPHを投与しており、実際はAD/HDを念頭に置いていると考えられたが、診断根拠などは示されていない。しかし、我々はその多動性はAD/HDの症状とは考えず家庭・学校の葛藤によるものであると断定し対応した。

今回の自験例の特徴をまとめると、多動・逸脱行動が出現するまでの背景として、①幼児期に虐待があっ

AD/HD児の多動・衝動性と被虐待児など劣悪な環境でおこる多動・衝動性

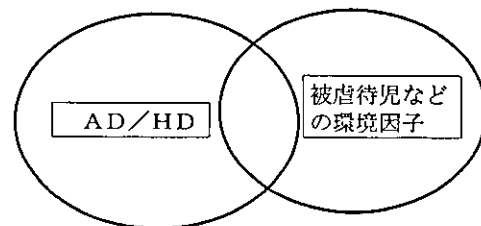


図 注意欠陥/多動性障害児の多動・衝動性と被虐待児など環境因子でおこる多動・衝動性
それぞれ異質のものと考えられ、区別して考える必要がある。しかし両者が合併することもあるのも事実である。

表 3 症例の比較

	症例1	症例2	症例3
虐待者、時期	祖父、幼児期	父、幼児期	父、幼児期
父母間の葛藤	あり (離婚)	あり	あり
母の問題点	愛情剝奪	育児不安	育児不安
学校での問題	厳格な指導	いじめ	厳格な指導
衝動性増悪時期	小学3年生	小学4年生	小学4年生
MPH量/効果	未使用	20mg/無効	10mg/無効?
Risperidon量/効果	1mg/有効	1mg/有効	未使用

症例3のMPHの効果判定は、1日10mgであり増量により効果があった可能性も否定できないため「無効?」と記載した

た。②両親間の葛藤があった。③母親の育児不安。④子ども達は幼児期から劣等感を持っていた。⑤そのために子どもらしさが喪失していた。⑥小学校特に3~4年生ころに問題行動が目立って来た。⑦小学校の担任が過去の子どもの負の体験を考慮せず対応したために逸脱的行動や多動性障害に至った、などである。不適切な養育を受けた児童の攻撃性について、奥山⁹⁾は愛着障害とトラウマの観点から、不適切な養育→愛着障害→易トラウマ性という脆弱性→自己を守るための攻撃性→さらに不適切な養育を受ける、という悪循環を推測し、環境を調節し悪循環を断つことが必要であると指摘している。我々の3症例の多動も自己を守るために常に臨戦態勢にあり、些細な環境要因で他児への攻撃性が強くなり、それが家族や保育士・教師から理解されず不適切もしくは厳格な対応をされて増悪したと推測される。しかし一方で、診察室の中で極めて冷静に、虐待の事実を語り、自分の衝動的な行動も治療したいと認識を持ち、子どもらしくない大人びた言動が印象的であった。

虐待に限らず、学校内のイジメや体罰などによる心的外傷体験¹⁰⁾や不安障害、視覚・聴覚障害、内分泌障害など²⁾多彩な疾患や状況で、多動・衝動性を来すことがあり、多動を主訴に受診した小児を診察する際は注意を要する。我々臨床家は、AD/HDの診断に際して多動の出現の背景に細心の注意を持って包括的に行う必要があり、そのためには、生育歴や、学校での様子を十分に問診することが重要と思われる。

稿を終えるに当たり、貴重なご意見をいただきました、河合クリニック院長河合洋先生、新東京病院内科山川春重先生に深謝申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 78-85.
- 2) 上林靖子. 注意欠陥/多動性障害の診断と評価. 児童青年精神誌 2002; 43: 139-144.
- 3) Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactive disorder in children. Brain Dev 2003; 25: 77-83.
- 4) 宮本信也. 注意欠陥多動性障害. 小児の精神と神経 2003; 40: 255-264.
- 5) Barkley RA. Attention-deficit/hyperactive disorder; a handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford, 1998.
- 6) The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1073-1078.
- 7) 加我牧子, 宮本信也. 注意欠陥/多動性障害(AD/HD)とmethylphenidate. 脳と発達 2003; 35: 143-146.
- 8) Schreier HA. Risperidone for young children with mood disorders and aggressive behavior. J Child Adolesc Psychopharmacol 1998; 8: 49-59.
- 9) 奥山真紀子. 攻撃性と脆弱性→不適切な養育をめぐって. 児童青年精神誌 2003; 44: 148-152.
- 10) 古荘純一, 松崎くみ子, 根本芳子, 柴田玲子. 教師から受けた体罰で外傷後ストレス障害を呈した1男児例. 児童青年精神誌 2004 受理.

Three Cases of Maltreated Children who Previously were Diagnosed as Having Attention Deficit/Hyperactive Disorder

Junichi Furusho¹⁾, Tetsuji Kubagawa²⁾ and Hiroshi Maruyama³⁾

¹⁾College of Literature, Department of Education, Aoyamagakuin University

²⁾Division of Psychiatry, Kawasaki municipal Hospital

³⁾Matsudo Clinic

Three maltreated children who were originally thought to have attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) by their teachers, school counselors and pediatricians, because of their aggressive behaviors in various environments such as schools, kindergartens and nurseries school, are described. All individuals were victims of violent acts in their early childhood.

They underwent counseling and in 2 of 3 cases methylphenidate was administered without improvement in their aggressive behavior. Recent studies suggested AD/HD as a developmental disorder of self-regulation which originated from underdevelopment of orbito-frontal cortex, genetic determinations or some perinatal brain injuries of various causes.

As a rule we tend to make a diagnosis of AD/HD only from their behaviors such as inability to concentrate and hyperactivity.

We conclude that we have to distinguish AD/HD from secondary hyperactivity, especially originated from bitter experience of maltreatment. We ought to take their family history and past history and diagnose carefully in order to obtain adequate treatment.

小児科診療〔第68巻・第2号〕別刷

2005年2月1日発行

発行所 株式会社 診断と治療社

II. 虐待発見のきっかけ

学校生活と虐待

ふるしゅう じゅんいち 古 荘 純 一 青山学院大学文学部教育学科

要 旨

虐待は、たとえ過去の体験であっても適切な対応がなければ精神発達に深刻な影響を及ぼす。また学童期に性的虐待やネグレクトを新たに受けることもある。児童が自らの虐待体験を話すのは例外的であるが、多動・逸脱行動や学業の不振などの精神行動面のさまざまな問題を呈する。しかし、これらの症状は、虐待の可能性を念頭におかないと発見することは困難である。小児科医は、学童期においても虐待の早期発見・支援・治療連携に努めるべきである。

Key Words

子ども虐待
学校
性的虐待
連携
QOL 尺度

はじめに

わが国では、ここ数年間子ども虐待の通告件数が急増しており、また、さまざまな事例を見ると、虐待は決して一部の特殊な環境下でのみおこるものではないといえよう。杉山¹⁾は、近年の虐待調査をもとに被虐待児の割合を推定している。わが国の児童虐待の頻度は0.154%²⁾であるが、それが毎年積算される、すなわち虐待を受けた児童が翌年になれば被虐待児ではなくなるということではない、と考えると、少なくともその児童の割合は2%前後と推定し、これは、文部科学省が発表する不登校児童の割合に匹敵する、と述べている。虐待体験は、子どもの成長のみならず、発達にもネガティブな影響を及ぼす。さらに知的発達のみならず、精神的な発達にも深刻な影響を及ぼす。また一度だけであっても虐待の経験があると、発達にもネガティブな影響を及ぼし、精神面の影響は小児期全般、さらに成人期にも持続することも少なくない。

Jennifer³⁾は、ランダムに抽出された地域住民の子どものうち、11.8%が幼稚園入園前に虐待を受けており、その後の前向き調査で、虐待を受けなかった子どもに比べて、思春期に欠席日数が多く、大学の進学希望が少なく、攻撃性、不安・抑うつ、分裂、PTSD、社会的孤立、悩

み事が有意に多かったと報告している。

ネグレクトや心理的虐待のような行為は、虐待者は積極的な意図をもたないことも少なくない。しかし子どもの立場では、心身の健康を害する影響があることから、大人と子どもの関係性の問題としてとらえ⁹⁾、介入し援助する必要がある。虐待による死亡は乳幼児期が多いが⁹⁾、学童期の虐待は生命の危機は比較的低いとしても、精神発達や人格形成に重大な問題を残すため、乳幼児と同様に早期発見と適切な支援は不可欠である。

本稿では、学童期の被虐待児をどのようにして発見するかを中心に述べてみた。

学童期の被虐待児のみられる症状、や行動の問題と影響について

学童期の被虐待児のみられる具体的な症状や行動面の問題を表1^{9)~7)}に示した。これらは、被虐待児に特有な症状ではないが、これらの問題のある児童に対しては注意深い観察や家族背景の理解が必要である。学童期にみられる虐待の精神神経学的影響を表2⁹⁾に示した。虐待のトラウマは子どもに生じるトラウマの中でも、日常的に繰り返される、本来守って欲されるべき大人が加害者であり、人間の基本的信頼を損なう、など複雑である。

Terr⁹⁾によれば、子どものトラウマで一度の重大な体験によるトラウマ（I型）は、典型的なPTSDの症状がおきやすいが、虐待や戦争のように引き続きおこるトラウマ（II型）は否認や解離がおきやすいと報告している。またDe Bellisら¹⁰⁾は、早期に虐待があったほうがより脳の容積が小さく重症度が高いと報告している。このように虐待のトラウマはより影響が大きいと思われる。

対人関係の問題としては、愛着の問題と虐待的人間関係の再現性などがあげられる。虐待的

表1 学童期の被虐待児にみられる具体的な症状や行動面の問題（文献5）6）7）より引用、改変）

- | |
|--|
| 1) 不衛生、不適切な衣類 |
| 2) 医療・歯科治療を受けていない |
| 3) 大人に近づくことを尻込みする、異常な警戒感、表情をうかがう |
| 4) 他の要因では説明できない学業不振、緘黙 |
| 5) 家に帰りがたらない、家出、放浪、徘徊 |
| 6) 万引き、窃盗、金品の持ち出し、放火 |
| 7) 盗み食いなど食行動の異常 |
| 8) いじめ（被害者、加害者の両方） |
| 9) 異常に素直、頑張りすぎ、大人びた行動、一方で、攻撃的であったり年齢不相応の子どもっぽい行動 |
| 10) 多動、過度の乱暴、注意を引く行動 |
| 11) 自傷行為や自殺企図 |
| 12) アルコールやその他の薬物への依存 |
| 13) 性的行動化 |

表2 学童期にみられる虐待の影響（文献8）より引用、改変

- | |
|-----------------------------------|
| 1) 学業：読解力、文章表現、計算力の低下など |
| 2) トラウマ：典型的なPTSDの症状は少なく否認や解離が多い |
| 3) 対人関係の問題：虐待的人間関係の再現性 |
| 4) 感情や感覚の調節障害：パニック、見捨てられ体験や自傷行為 |
| 5) 自己および他者イメージの問題：悪い自己と他者への基本的不信感 |
| 6) さまざまな逸脱行動 |
| 7) 人格形成の歪み：将来、解離性同一症障害の危険性 |

な環境で育つことで子どもは虐待的な人間関係を身につけてしまい、周囲の大人を無意識のうちに引きずり込んでしまう。大人に対して挑戦的な言動を示す傾向があり、新たに虐待を受ける危険性がある。感情や感覚の調節障害としては、虐待を受けた子どもは、ほんの些細なきっかけで非常に強い怒りなど激しい感情をもち、その感情を言葉ではなく行動で表現する傾向がある。いわゆるパニックと称される状態である。また、親からの「見捨てられ体験」により感情爆発をおこす。しかし、軽度発達障害の児童も学校内でパニックをおこすことが少なくない。

これらを症状だけでは鑑別することは困難で、被虐待児が軽度発達障害と誤って診断されることもある⁸⁾¹¹⁾ので注意が必要である。自己および他者イメージの問題としては、自己イメージや自己評価に非常な影響がある。子どもは親が自分を虐待するのは「自分が悪い子どもだから」と自己否定的に理解する。そのため親の虐待の原因は自分にあると理解し、「悪い自己」というイメージを固定化していく。また他人との基本的な信頼関係を身につけることができず、他人に対し「基本的不信感」をもつようになる。そして初めて出会った人に対しても「自分を傷つける」「信用できない」などの否定的予測をもってかかわる傾向があり、人間関係の形成にも大きな歪みをもたらし、挑戦的な言動を示すことになる。

さまざまな逸脱行動としては、小学校低学年までの児童は家出や徘徊や万引き、乱暴、破壊、中～高学年では、年齢に見合わない性的言動、放火、金品の持ち出し、窃盗など、思春期には自傷行為や薬物依存、性的逸脱行動が現れる。

性的虐待は日本では、きわめて例外的な出来事と考えられてあまり注目されていなかった。しかし性的虐待による問題で専門外来を受診する事例が増加している。奥山が、小学6年生までを対象にした調査¹²⁾では、女兒の6.4人に1人が性的虐待の被害にあっており、電車の中での痴漢が多いが、痴漢も非常に強い外傷体験になる可能性が示唆されている。性的虐待の実態はまだまだ把握できていないが、家庭内外で性的虐待を受けた子どもたちがさまざまな負担をもちながら、通学していることは事実である。性的虐待を受けた子どもの症状を表3¹³⁾に記した。虐待を受けると自己評価の低下をきたすが、とくに性的虐待は「自分を汚い存在」と感じていることが多い。低年齢から性的虐待を受けていると、愛情と性の混同を生じることがあり、無意識のうちに性的なかかわりを求めてしまう。

解離症状は、虐待を受けた子どもが自分の精神を守るための自己防衛反応の一つである。解離症状をもったままで人格が形成されていくと、解離性同一障害となる危険がある。解離性同一障害は、虐待体験をもつものがほとんどと考えられるが、中でも性的虐待は非常に多いと報告¹⁴⁾されている。転換症状やファンタジー症状も性的虐待を受けている現実を回避しようとすることから生じる。性的虐待を受けた子どもは、自分を汚い存在と考えていたり、口止めなどで秘密を守らなければならない負担があり、友だちに打ち解けられなかったり、孤立したりする傾向がある。

虐待をしている、親の様子を表4⁵⁾¹⁵⁾に示し

表3 性的虐待を受けた子どもの症状

文献13)より引用、改変

- | |
|-------------------------|
| 1) 年齢不相応な性的言動・行動化 |
| 2) 自尊感情の低下「自分を汚いと感じる」 |
| 3) 回避症状：とくに裸になることに抵抗を示す |
| 4) 愛着と性の混同 |
| 5) 解離症状 |
| 6) 転換症状 |
| 7) ファンタジー傾向 |
| 8) 友達関係の問題、孤立、寡黙 |
| 9) 過覚醒 |
| 10) その他の逸脱行為など(表1) |

表4 虐待を示唆する親の様子

文献5)15)より引用、改変

- | |
|--|
| 1) 子どもへの関心が薄く、問い合せや家庭訪問に応じない |
| 2) 子どもの問題を否認したり子どものせいにする |
| 3) 体罰を肯定・要求する |
| 4) 子どもを拒絶、非難する言動 |
| 5) 子どもに完全性や年齢不相応なことを要求する |
| 6) 抑うつ的、無気力、奇妙な行動や考え |
| 7) アルコールやその他の薬物に依存している |
| ● 以下はとくに性的虐待を示唆する |
| 8) 過度に保護的で、子どもが他の子どもと接触するのを制限する(電話を取り次がない、つねに監視するなど) |
| 9) 家庭のことを話さない、秘密主義で孤立的 |
| 10) 夫婦関係の問題を抱えている、そのことを話す |

た。学校や医療機関の問い合わせにも応じないことが少なくない。また、親との面接においても、親自身が否認をしたり、「しつけ」などの独自の理由で子どものせいにするのがほとんどである。さらに子どもに口止めをしていて、事実の確認は困難である。一方で親自身も、さまざまな精神面の負因を抱えて支援を必要としていることも少なくない。親の話をできるだけ受容的に聞くようにし、その中で矛盾点や親自身の問題に気づくことが必要である。

発見した場合の対応

虐待の対応は、他稿で述べられているので、本稿では、学校生活で発見された虐待についての対応を簡単に述べる。乳幼児に比べて、生命の危機に瀕することは少ない、親と主治医・親子の関係が悪化するなどの理由で、ともすれば通告を躊躇する傾向にあるが、虐待防止法に基づく通告は必要である。また、2004年10月に法律が改正されたことにより、虐待と思われる疑い事例も通告する義務があることは周知すべきである。

小児科医としては、子どもの身体・精神の所見から、これらを説明するのは虐待を受けていると判断せざるをえないと意見を述べ、判断は関係機関に委ねる。通告は、対応のはじまりにすぎない。とくに性的虐待の場合は、警察に通報し加害者を即座に法的に隔離するなどの対応を要する¹³⁾。場合によっては、親権の停止を含めた対応も検討される。関係諸機関での早急な連携が必要である。

子どもに対しては、①虐待の被害を認めること。性的虐待でファンタジー傾向が強い場合は、子どもが嘘をついているように思えることも少なくない。また話題を極端に避ける場合も注意が必要である。②子どもの感情への共感。子どもは被害者であり、悪いのは子どもではないと

いうことを保証する。③子どもの安全の確保。治療が始まって、家庭で新たに虐待を受け続けているには効果が期待できない。④子どもとの信頼関係の構築。前述したように、被虐待児はとくに大人に対して基本的不信感をもち、自身の感情が理解されないとさまざまな問題行動を呈しやすい。医療のみならず、学校、福祉など子どもにかかわるスタッフも子どもと信頼関係の構築は重要である。⑤家族を含めたケア、⑥精神医学的治療、⑦関係機関と連携し一貫した対応と支援。学校が中心であれば、担任やカウンセラーの交代や本人の卒業を契機に支援が途切れることが少なくない。健全な発達が確認できるまでの一貫した長期の支援を要する。

症例呈示

この症例は、われわれがすでに報告した¹⁴⁾。学校での衝動行為を注意欠陥多動障害と診断されて治療されていた児童である。このテーマに基づき、若干加筆修正し考察を加えて呈示する。

症例は11歳、小学5年生男児。主訴は、近所の小児科医にて注意欠陥多動障害と診断され、内服薬を処方されていたが改善しないこと。家族歴に特記すべきことはない。父親は、会社員、母親は事務員、長男12歳、3男6歳で、本例の5人暮らし。

既往歴は特記すべきことなし。現病歴は、幼稚園頃より、落ち着きのなさ、他児への攻撃的行動を指摘されていたが、小学1～2年は、担任と折り合いよく、学校での問題はなかった。3年時より、担任変更。担任は神経質で本例の言動に厳しく注意をしていた。3年の1学期後半頃から、授業を抜け出す、他生徒への攻撃、授業への集中が困難であり、スクールカウンセラーから注意欠陥多動障害を疑われて小児科医を受診し、メチルフェニデート5～10mg/日を投与された。しかし、学校での多動は改善せず、

10歳、小学校4年生時に、家族の判断でわれわれを受診した。本例および家族から過去の生育歴、および学校での生活状況を問診した。その際判明したことは、①2～3歳頃から6歳ころまで、父親が仕事のストレスのためアルコール依存で、帰宅後酩酊して本例および長男に自身の感情で殴る・蹴るなどの身体的虐待があったこと、②父母間の仲が悪く、母親は本例の幼稚園や学校での多動性および逸脱行為を、教師に指摘されたことに対して強い不安を持ち一人で悩んでいたこと、③本例の言で、学校内で絶えず邪魔者扱いを受けていたこと、④幼稚園で指摘されていた多動は、父親の暴力が始まる前までは指摘されておらず、暴力や叱責に対する反応であったと思われること、などであった。

以後、父母と本例を同時に受診させ、心理相談を中心に加療した。臨床場面では、本例は冷静で落ち着いて、知的水準の低下や多動を感じることはなかった。本例は、担任が自分を認めてくれない、家庭内で父親が自分に対して物心ついてから厳しいしつけをしてきたと、自身の感情を抑えて客観的にはっきりと語った。現在は父親の暴力はないものの、父母間の喧嘩が絶えず、自分の気持ちをわかってくれないと述べた。主治医は、両親および教師へ、本例が述べた意見をふまえて、本例は善悪の判断は十分可能であり、よい行動は認めて褒め、注意するときは最小限簡潔に指摘するだけで十分であり、その他の特別な対応は必要ないことを説明した。家族への指導として、本人を自身の感情で叱らないこと、育児の困難性はあっても、本例の将来については、明るい展望をもつように助言した。また本人の希望を聞き、熱帯魚を飼いたいと希望したため、魚を飼育し日記を書かせた。その後本例は治療継続中であるが、家庭・学校でも問題なく、一時期登校を渋っていたが、現在問題ないため、約1年間の通院で治療は中止した。

この事例からわかることは、本例の行動面の問題としては、①幼児期からの多動。しかしこれらの多動は、環境により大きく変化し、虐待が始まる前は指摘されていなかったこと、一度改善した多動が再び増悪したことなど、注意欠陥多動障害児の臨床経過とは異なると考えられる。②他児への攻撃・いじめ、③面接の時にみられた、冷静で大人びた言動。などである。一方家族の問題としては、①父親のアルコール依存、②母親の抑うつ、③父母の葛藤、などがあげられる。

以上より、本例の多動は、中枢神経の機能的な障害に基づく注意欠陥多動障害とは異質のものであり、父の身体的虐待および学校での必ずしも適正とはいえなかった対応によって起こったといえよう。本例の症状が、家族、学校の協力が得られて比較的短期間に改善したのは幸いなことである。このように、学童の問題行動は、虐待の可能性も念頭におき、慎重に問診、診察する必要があるといえよう。

われわれの新しい取り組み

前述のように、被虐待児から学校でその事実を確認することは簡単ではない。われわれは、「健やか親子21推進のための学校における思春期の心の問題に関する相談システムモデルの構築」の一環として、小学生版QOL尺度¹⁷⁾を用いた、子どもや学校への支援を研究している¹⁸⁾。小学生版QOL尺度は、身体的健康、情動的Well-being、自尊感情、家族、友だち、学校生活の6領域について、各4項目ずつ合計24項目で構成される。各項目について、この1週間の自分の状態にあてはまるかどうかを5段階評定で答えさせる。より高い得点の者がよりよいQOLを示すよう配点されている。家庭での虐待があれば、家族領域のQOL得点は低いと考えられる。自尊感情などその他の領域も低下する

表5 小学生版 QOL 尺度, 下位領域, 家族についての質問事項 (文献 17) より引用)

虐待が疑われる児童を発見する手がかりになりうると思われる

この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください

- ①両親 (お父さんやお母さん) となかよくしていた
- ②家で気持ちよくすごしていた
- ③家で家族とけんかした
- ④両親にしたいこと (やりたいこと) をさせてもらえなかった

ことも予想される。QOL 総得点が低く、とくに家族の領域が低得点である児童の親子関係をどのように判断し、必要な支援につなげるかは重要な検討課題である。虐待が疑われる児童に、表5に示したQOLの家族領域の質問項目を行ってみることは、早期発見に有用であると思われる。

まとめ

- ①学童期の児童において、学校での問題行動で、虐待に気づくことが可能である。
- ②そのためには前述した問題行動のある児童に対しては虐待を疑うこと。
- ③性的虐待の把握と防止。近親者の密室での行為はもとより、電車内や公園などの通学路すべてに注意は必要である。また性的なものを見せる、性的な言葉を投げかけるなどの身体的接触を伴わない行為も性的虐待と認識すべきである。家庭外での性的虐待は十分に把握できておらず、今後の課題であろう。
- ④虐待は一機関のみで援助するのは困難である。関係機関と連携し援助すること。
- ⑤現在虐待が行われていなくても、過去に虐待の経験がある児童は、上述のさまざまな発達上の問題を抱えることが多い。安全を確保すること、子どもを理解することは支援の始まりである。

⑥すべての子どもにとって虐待への知識を与え、虐待への偏見をなくし防止するように教育することが重要である。

⑦小児科医は虐待を探し当てる、判断をするということは本来の立場ではない。その子どもに応じて保護者や大人との関係が適切であるかどうか、子どもの側から見た視点に立ち子どもを支援することが必要である。

●文献

- 1) 杉山登志郎：子ども虐待は、いま。そだちの科学 2:2-9, 2004
- 2) 小林 登：虐待児童全国調査。子どもの虐待とネグレクト 4:276-302, 2002
- 3) Jennifer E et al.: A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. Arch Pediatr Adolesc Med 156:824-830, 2002
- 4) Chicchetti D et al.: A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc psychiatry 34:541-565, 1995
- 5) 小林美智子：児童虐待の理解と対応。日医会誌 110:556-563, 1993
- 6) 古荘純一・他：育児困難と虐待。小児科 42:319-324, 2001
- 7) 井上登生：子ども虐待—診断と初期対応、外来フォローアップの注意点。小児内科 34:1413-1415, 2002
- 8) 西澤 哲：子ども虐待がそだちにもたらすもの。そだちの科学 2:10-16, 2004
- 9) Terr LC: Childhood traumas; an outline and overview. Am J Psychiatr 148:10-20, 1991
- 10) De Bellis et al.: Developmental traumatology part II; Brain development. Biol Psychiat 45:1271-1284, 1999
- 11) 古荘純一・他：注意欠陥/多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例。日児誌 108:870-873, 2004
- 12) 奥山真紀子：年少者への性的虐待と心理的影響：子どもと家族の心の健康調査報告書。77-86, 1999
- 13) 奥山真紀子：性的虐待・性的被害を受けた39例

の子どもに関する検討. 平成10年度厚生科学研究・子ども家庭総合研究事業報告書, 333-341, 1999

- 14) Saxe GN et al.: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. Am J Psychiatr 150:1037-1042, 1993
- 15) 古荘純一: 虐待, ネグレクトをする親のアプローチ. 小児内科 34:1377-1379, 2002
- 16) 塩川宏郷・他: 警察と連携をとった性的虐待症例の検討. 小児精神神経誌 41:367-372, 2002
- 17) 柴田玲子・他: 日本における Kid-KINDL

Questionnaire (小学生版 QOL 尺度) の検討. 日
児誌 107:1514-1520, 2003

- 18) 古荘純一: 小学校 QOL 尺度低得点児童の評価
平成15年度厚生科学研究補助金(子ども家庭研
究事業) 分担研究報告書. 66-67, 2004

著者連絡先

〒150-8366 東京都渋谷区渋谷4-4-25
青山学院大学文学部教育学科
古荘純一

第2回日本小児放射線学会教育セミナーのお知らせ

- 会 期 2005年2月12日(土曜)10時~15時30分
会 場 東京商工会議所ビル7階 国際会議場
テ ー マ 小児救急疾患の画像診断: 明日からの診療に役立つ画像診断検査の実際
企 画 野坂俊介(国立成育医療センター放射線診療部)
プログラム 1) 中枢神経系および頭頸部: 堤 義之(国立成育医療センター放射線診療部)
2) 胸部: 野澤久美子(埼玉県立小児医療センター放射線科)
3) 消化器系: 赤坂好宣(兵庫県立こども病院放射線科)
4) 泌尿生殖器系: 宮坂実木子(国立成育医療センター放射線診療部)
5) 骨軟部: 宮寄 治(国立成育医療センター放射線診療部)
参 加 費 日本小児放射線学会会員1,000円・非会員6,000円
連 絡 先 〒355-0055 埼玉県東松山市松風台4-62
日本小児放射線学会事務局
TEL 0493-35-3305 FAX 0493-35-4587
e-mail: ky2s-mtmsm@asahi-net.or.jp

小学生版 QOL 尺度スクリーニングと医師面接で虐待が判明した 1 例

青山学院大学文学部教育学科¹⁾, 渡辺こどもクリニック²⁾, 昭和大学医学部小児科³⁾

古荘 純一¹⁾ 渡辺修一郎²⁾ 佐藤 弘之³⁾

松崎くみ子³⁾ 根本 芳子³⁾ 柴田 玲子³⁾

短 報

小学生版 QOL 尺度スクリーニングと医師面接で虐待が判明した1例

青山学院大学文学部教育学科¹⁾ 渡辺こどもクリニック²⁾, 昭和大学医学部小児科³⁾

古荘 純一¹⁾ 渡辺修一郎²⁾ 佐藤 弘之³⁾

松寄くみ子³⁾ 根本 芳子³⁾ 柴田 玲子³⁾

要 旨

小学生版 QOL 尺度 (QOL) が低得点, 特に家族領域が 0 点であった児童に, 小児科医が学校で面接し虐待の事実が判明した. 事例は 10 歳女兒. 母は本例を殴打し, 仕事が多忙であるという理由で, 休日も本例に無関心で, 暴力を振るったことを他に公言することがないよう本例に強要していた. 面接を契機に, 本例が担任に母親が暴力をふるうと相談した. スクールカウンセラー, 担任と連携し支援を開始した. QOL は, 心身の健康度のスクリーニングに有用であると思われ, QOL 低得点である児童は精神面の様々な問題を抱えていることが推測される. 我々は, QOL を用いて早期にそれらの問題に気づき支援につなげる方法を確立したい.

キーワード: 小学生版 QOL 尺度, 子ども虐待, 連携, スクリーニング

はじめに

我々は, Kid-KINDL[®] (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children)¹⁾を翻訳し, 「小学生版 QOL 尺度(以下 QOL)」と名づけ, 東京都内の 1 公立小学校の児童を対象に質問紙調査を集団実施し, わが国の小学生の QOL 尺度として, 信頼性と妥当性があることを報告した²⁾. QOL 尺度は, 下位 6 領域に分かれ (図) それぞれの問題点が推測しやすい. 今回は, ある小学校において実施した調査で, QOL が低得点で特に下位領域の家族の得点が最低 (0 点) であった児童が, 小児科医の面接の結果, 母親から身体的虐待を受けていることが判明した. QOL 得点が低い児童は, 様々な精神面の問題を抱えていると推測されるが, QOL は, そのスクリーニングにも有用で, 早期発見や支援につなぐことが可能と考えられるため, 事例を呈示し報告する.

事 例

プライバシー保護のため, 論旨に影響を与えない範囲で修正を加えた. 症例は 10 歳女兒 (小学 4 年生). QOL 総得点は 33.3 点で, 下位領域では, 家族が 0 点であった (表). 面接は, 家族の承諾を得て, 昼休みに, プール開始前の臨時健康診断を受ける数名の児童の日程に併せて, 最後に筆者が保健室で施行した. 家族は祖父母, 父母, 姉, 妹の 7 人暮らし. 父親は自営業,

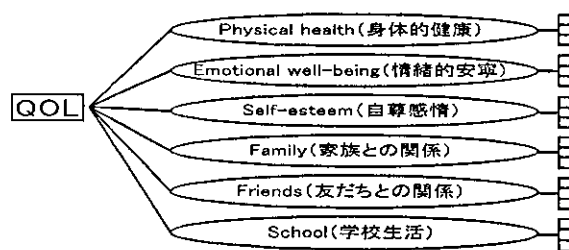


図 小学生版 QOL 尺度

総得点・下位領域ともに 100 点満点に換算して評価. それぞれの領域で 4 つの質問を 5 段階評定で答えさせる.

母親は会社員. 家族歴および既往歴に特記すべき事はない. 本例は順に以下のことを語った. ①家庭よりも学校の方が楽しい. ②家庭は楽しくない. ③母は本例へ, 妹の面倒を見ないなどの理由で叱責し暴力 (殴打) をふるい, 時に父や姉も母と同じく暴力的な対応をとっている. ④母は仕事を理由に家事に就かず, 休日も本例へ関心を向けず, 暴力を振るったことを他の家族に公言することがないよう本例に強要した. ⑤母への希望として, 暴力を振るわないでほしい. 本例は, 面接結果を担任に伝えることを承諾し, 同時に, 自発的に担任に母親に殴られていると訴えた. 担任からの依頼で, スクールカウンセラー (臨床心理士) が, 支援を開始した. 本例は, 自分自身も反省することがあり, 仕事で忙しい母親の手伝いを, 出来ることから始めることを約束した. また, 担任が母親に連絡帳を用いて, 本例の学校での努力を報告して賞賛し, 母親からの返事を求めた. 担任は母親にも面接を受けるように促したが, 母親は応じなかった. しかし, 担任への

(平成 16 年 9 月 10 日受付) (平成 17 年 1 月 18 日受理)

別刷請求先: (〒150-8366) 渋谷区渋谷 4-4-25

青山学院大学文学部教育学科 古荘 純一

表 本例のQOL得点

総得点33.3 (100点満点換算) であり, 下位領域は, 身体的健康; 31.3, 情動的well-being; 43.8, 自尊感情; 31.1, 家族; 0, 友達; 62.5, 学校生活; 31.1であった。家族領域は以下の質問の評価がすべて最低であった。(3, 4は逆転項目)
この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください。
1. 両親 (お父さんやお母さん) となかよくしていた。
2. 家で, 気持ちよくすごしていた。
3. 家で, 家族とけんかした。
4. 両親にしたいこと (やりたいこと) をさせてもらえなかった。

本人の言で, 母親が自身の感情で暴力をふるうことは激減し, 本例も母親の態度が最近少し変わってきたと述べた。一方本例は, 学校では, 攻撃的な同級生に恐怖感を持ち, これらの学童を避ける傾向にあったが, 少しずつ改善した。現在も, 担任とスクールカウンセラーが連携し支援を継続している。

考 察

QOLは, 小学生の生活の質を測定する測定具で, 小学生の日常生活場面である家庭と学校における心身の健康度と適応状態を考慮に入れた包括的な且つ簡便な尺度である。QOL調査で, 気分障害や不安障害など精神面の個別の問題を抽出することは不可能であるが, 二次調査の必要性をスクリーニングする方法として用いることは有用と考えられる³⁾。

本例は, 下位領域で家族の項目の得点が0と極めて特徴的であった。その他の下位領域も低得点だが, 友達のみ62.5と比較的高得点であった。以上より面接に際し, 家庭内の問題について慎重に聴取した。

虐待を受けている児童が, 自らその内容を語る機会は少なくかつ困難である。それらの児童は, 学校内で多動や衝動行為, 逸脱行為などの問題行動を呈することがあるが, 関係者がその疑いを持たなければ発見は困難である⁴⁾。今回は, 我々のQOLでスクリーニング

し, その後小児科医が面接することによって初めてその事実が語られた。また, それを契機に担任に相談することが可能となった。このような事例は, 児童相談所に通告し連携することも考慮すべきだが, 本例は学校での支援で改善し, 通告は行わず観察中である。

QOLが低得点で, 特に下位領域の家族・友人・学校いずれかが特に低い児童は, 家族や学校内での対人葛藤がある可能性が高いと思われる。QOLは, スクリーニングとして使用することで, 子どもの様々な精神面や生活面の問題に早期に気づく端緒となりうると思われる。そして子どもの支援に向けて, 医師と臨床心理士, スクールカウンセラー, 教員が連携し検討をする支援体制の確立が急務であろう。

文 献

- 1) Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research* 1998; 7: 399-407.
- 2) 柴田玲子, 松壽くみ子, 根本芳子, 他. 日本におけるKid-KINDL Questionnaire (小学生版QOL尺度)の検討. *日児誌* 2003; 107: 1514-1520.
- 3) 古荘純一. 小学校QOL尺度低得点児童の評価. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭研究事業)分担研究報告書. 2004: 66-67.
- 4) 古荘純一, 久場川哲二, 丸山 博. 注意欠陥/多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例. *日児誌* 2004; 108: 870-873.

A Case of Child Maltreatment which Became Apparent by Using Questionnaire for Measuring Quality of Life in Japanese Elementary School Children and by Pediatrician Interview

Junichi Furusho¹⁾, Shuichiro Watanabe²⁾, Hiroyuki Satoh³⁾,
Kumiko Matsuzaki³⁾, Yoshiko Nemoto³⁾ and Reiko Shibata³⁾

¹⁾College of Literature, Department of Education, Aoyamagakuin University

²⁾Watanabe Children's Clinic

³⁾Department of Pediatrics, School of Medicine, Showa University

We described a 10 years old girl whose score of the Kid-Kindle Questionnaire for Measuring Quality of Life in Japanese Elementary School Children (QOL score) was low point, especially the score of family domain was 0 point. We thought she had had severe family conflicts, so one of us (pediatrician) decided to have an interview with her at her school. In this interview, she told that she was getting violence from her mother. Her mother seldom took care of her and forced her not to say this fact to anyone. We collaborated with school teacher and clinical counselor. We conclude that children whose QOL scores are low may have some psychological problems, therefore QOL score would be useful screening questionnaire to measure child mental health.

少年犯罪の背景と病理
——小児科医としての見解と取り組むべき課題——

古 莊 純 一

金 原 出 版 株 式 会 社



少年犯罪の背景と病理

——小児科医としての見解と取り組むべき課題——

古 莊 純 一*

要 旨

最近の少年事件の背景と病理に関し、小児精神医学的に4つの観点で考察した。① 発達障害：とくに高機能広汎性発達障害における基本症状と2次的に発生する医学的問題、② 不適切な対応：子ども虐待（不適切な養育）および発達障害の見落としなどで起こる家族・学校・地域での懲罰的な対応、③ 情報の氾濫：利用マナーの問題、さまざまな情報を容易に入手し、それが非行の模範・手本となる可能性、④ QOLの低下：抑うつ状態の見逃し、自己評価の低下、ストレスに対する脆弱性など、である。小児科医の課題として、① 子どもの発達段階それぞれにおいて子どもの精神面の問題に対応するシステム構築、② 教育・司法・行政・心理・精神科との連携、③ 発達障害や子ども虐待に関して正しい知識を持ち啓蒙すること、④ 緊急課題でありできるところから取り組むこと、などがあげられる。

はじめに

最近子どもが加害者となった社会的重大事件が報道されて、大きな関心をもたれている。一部はその不可解で反社会的な行動が、「こころの闇」という表現で必ずしも正しくない解釈が加えられている。しかし、小児科医においても正確な情報は提供されず、一般の報道に翻弄されるのが現実であろう。もともと少年犯罪に関する書物や文献は決して少なくはないが、そのなかで小児科医療領域に関係したものはまれであると思われる。一方、近年の事例を検討すると、小児科医が取り組むべき課題は少なくないと考えられる。

本稿では、最近の子どもが関係した社会的重大事件について、各分野からの報告をふまえて、

小児医学的に検討を加え、今後小児医療が果たす役割について意見を述べてみた。

I. 最近の各領域からの報告のトピックス

1. 児童精神科領域からの報告

十一¹⁾は、1999～2002年までの一般少年保護事件における鑑定、検証数を示し(表1)その割合は0.01%前後と極端に少なく、また社会的注目にもかかわらずその数は増えていないと報告した。そして、鑑定は重大事件に限られ、実情および事件の正しい認識は普及していないと指摘した。

十一はさらに、広汎性発達障害の司法事例を

* Jun-ichi FURUSHO 青山学院大学文学部教育学科
[連絡先] ☎ 150-8366 東京都渋谷区渋谷 4-4-25 青山学院大学文学部教育学科

表1 一般少年保護事件における鑑定・鑑別の状況

	1999	2000	2001	2002
総件数	210,854	204,367	197,223	201,872
鑑定・検証数	25	20	9	12

(十一元三, 2004¹⁾)

分析し考察を加えている。広汎性発達障害の医療的問題を、①1次障害、すなわち基本症状と関連する「コミュニケーションを含む対人関係の障害」と「強迫的で限局化された精神活動や行動様式」の2症状、②早期関連症状として、多動、自傷感覚過敏、紋切り型の行動の反復など、③2次災害すなわち成育途中で発生した問題として、衝動行為、回避行動、不穏、パニックなど、④後期合併症(青年期以降に出現する症状)、⑤高機能型を指摘して考察している。

さらに十一は司法医学的な観点から、①従来型、②性衝動型、③理科実験型、④高次対人過負荷型に分類し検討している。高次対人過負荷型とは、積極的に人に接近する傾向があり、そこで遭遇した人々の行動が彼らにとって謎めいており、それらに強く引かれ、結果として、社会規範を逸脱したやり方で興味・疑問・関心を探求したり、短絡的に希望を実現したり人に接近しようとするものである。

定本²⁾は、少年事件に関して、少年鑑別所に勤務する精神科医として必須で固有の仕事として、①処遇困難なケースの治療と処遇上の指針の作成、②精神障害の診断、③鑑別作業の経過でのそれぞれの心理技官の相談にのることを指摘している。

山崎³⁾は、子どものところの問題が、多様化、複雑化、低年齢化している事実をあげて以下のように考察している。現代の青少年は自身も気づいていない根元的な不安を抱いており、このためにまわりの世界にひどく敏感であり、一見優しそうに見えるが、自身のイメージのなかで外傷体験をもち、妄想的ともいえる被害者的意

識を抱いている。その発達過程において虐待またはネグレクトは認められないが、心理学的にそれに類似した傾向を共有していると考察している。そしてそのところの問題の背景には、①激変する社会構造と不確実性、②一段と進む少子化現象、③家族形態の変化と家庭教育力の低下、④早期教育にみる育児不安、⑤映像文化・低俗な性情報による影響、⑥おとな社会への不満と反抗などである。

2. 警察の立場からの報告

少年犯罪が多発し、凶悪化しているごとき報道がされているが、最近の件数は増えていない(図1)。ただし、検挙率の低下や絶対的な子どもの減少を考えると、必ずしも減少しているとはいえないかもしれないが、少なくとも増加・凶悪化は根拠がない。

石橋⁴⁾は、近年の非行が多層、多軸的になっていると述べ、その傾向を、①幼児性の持続と耐性の低さ、②共感性と自尊感情の乏しさ、③対人関係の希薄さ、④行動のわかりにくさ、などを指摘して考察している。幼児性の持続と耐性の低さに関しては、先に欲しいものが与えられ続ける受け身の体験から生じた点、「知」を優先した家庭教育の弊害、子育ての外注化の観点から論じている。小児医療の現場でも同様のことを実感する。実際家庭で行う「しつけ」までも保育園や学校で行う、つまりしつけの外注化を考えている親すらも存在するのではないだろうか。対人関係の希薄さは、少子化・核家族化の一方でゲームなど一人での遊びの普及を考察している。

3. 家庭裁判所の立場からの報告

藤川⁵⁾は、家庭裁判所調査官の立場で、最近の少年事件のトピックスを考察している。①非行少年の高齢化：2002年度の犯罪白書のグラフをみると最近10年間の間に非行年齢のピークが14歳から16歳とピークが2歳も移動している。その要因を、社会性に関し未熟化していると推測している。②「凶悪化」ではなく「特異

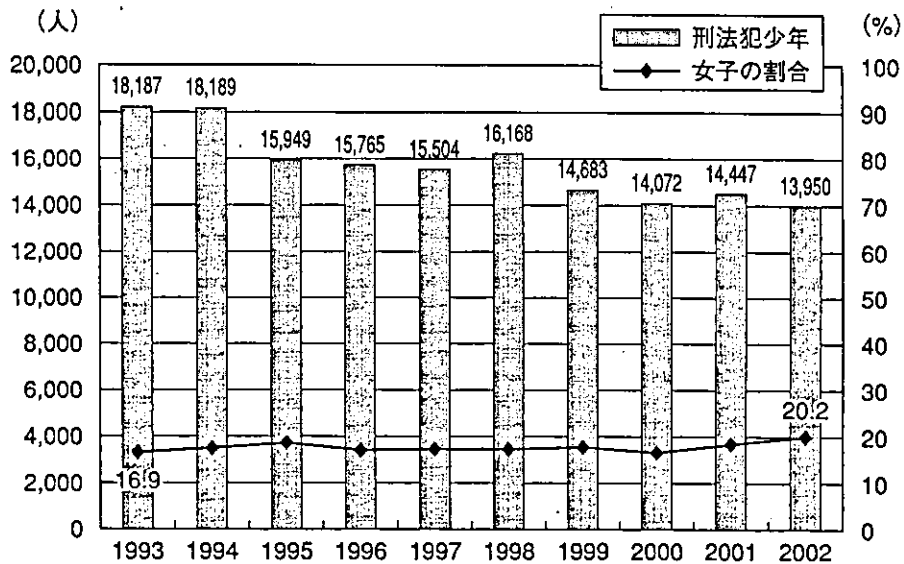


図1 東京都内で検挙された14歳以上20歳未満の人数の年次推移(石橋昭良, 2004⁴⁾)

化」：結果として凶悪な事件を起こした当時者を面接すると、凶悪な人間像というよりは、意外な人格をもった人物があり、その人格的な特性を背景とした非行であると述べている。③ 非行のボーダーレス化：最近少年鑑別所に入る少年たちは、学歴、経済状況、親の社会的地位などに関係なく存在するという。昨年報告された、大学生が引き起こした性的犯罪のいくつもの事例をみると、実例として実感できよう。

4. 教育の現場からの報告

佐々木⁵⁾は著書のなかで、子どもたちの立場でみると3つの不安があると述べている。第1は将来不安で、社会で大人になって生活していけるかどうかの不安である。第2は能力不安で、能力が自分にあるかどうかの不安である。第3は存在不安である。自分の居場所がこの世にあるかどうかである。将来不安は社会の構造的なもので、解消することは困難であるが、後の2者は大人の意識を変えるだけでその不安を軽減しその場を切り抜けることができる。逆に家庭と学校が能力にこだわっている場合は、家庭も学校も居場所がなくなる。この3つの不安が重なると、子どもは自暴自棄になってしまい、さま

ざまな逸脱行動を起こすことが危惧される。

学校でみられる子どもの攻撃性に関して筆者⁷⁾は、① 学校で受けたトラウマ体験、いじめ、体罰、無視など、② 加害児童の多くは、以前に家庭のなかでの虐待行為やいじめの被害者であったこと、③ 不用意な対応で自尊感情を傷つけられていること、④ 邪魔者扱いや懲罰的対応で学校での居場所がなくなること、などをあげた。

II. 2001年小児精神神経学会からの提言⁸⁾

日本小児精神神経学会は2001年に、少年非行・犯罪を検討し有効な対応方法を考えるために、現状のシステムの不足や不備の多くを具体的に説明し、以下の提言を行った。しかしながらその後、新たに重大事件がいくつか発生し、現在改訂作業中であるが、今回は2001年度の提言の骨子を紹介する。詳細な内容は文献8を参照されたい。

—小児科—

1. 連携・学際システムの構築

a) 連携の場の設置

b) 小児精神保健の相談システムの設置

保健活動における小児精神保健の充実と児童福祉における小児精神保健の充実

c) 学際的研究体制の早期推進

2. 小児精神保健のインフラストラクチャーの充実

a) 医療・医学領域

医学教育、医師の卒後教育、専門家の育成、看護師・保健師の教育カリキュラム、適切な報酬の検討実施、小児精神保健医療の専門施設の充実

b) 小児精神保健の関連領域

児童福祉・教育領域に専門性の高いスタッフの育成と適切な配属

III. 小児科医からみた着目点

最近の事件の少年犯罪の背景と病理について、4つの観点で小児科学的に考察を加えた。4つの観点とは、発達障害、不適切な対応、情報の氾濫、QOL (quality of life) の低下である。

1. 発達障害

最初に、発達障害そのものが非行と結びつくものではないことを明記しておく。ここでは知的にはさほど問題がない軽度発達障害(学習障害やアスペルガー障害などの発達障害の高機能群と注意欠陥多動性障害が該当する)のなかで、最近注目されている高機能広汎性発達障害について述べる。その基本症状は、「コミュニケーションを含む対人関係の障害」と「強迫的で限局化された精神活動や行動様式」である。知識がないとその障害は気づかれにくい。

広汎性発達障害は、多くの脳研究が脳を基盤とした障害を示唆しており、最近はその責任部位についての報告⁹⁾¹⁰⁾も行われている。対人関係の障害も、外界を認知することの障害であり、

その把握様式の障害であると理解すべきであろう。つまり日常的に使用する対人関係の障害ではなく、より基本的なレベルの「対人反応性」の先天的な障害である。そのため、結果として第三者からみると他疾患にはないユニークな事態であり、「自閉」ということになる。基本的なレベルの対人関係は年齢とともに発達するが、広汎性発達障害では発達段階を通じてさまざまなハンディキャップが存在する障害である。

十一¹¹⁾は、思春期・青年期のアスペルガー障害の司法事例を分析し、性的関心を通じた対人性の障害が大きくかかわってくると指摘している。広汎性発達障害児は、性的な認識にも障害があり、プライバシーの問題や羞恥心が理解しにくく、一方で興味をもつと徹底的に追及することがある。それが結果として非行行為になってしまうこともありうる。

もう一つの基本症状である「強迫的な精神活動、行動」も対人関係の障害であり「非対人的」である。一般に広汎性発達障害の子どもは、自分との関係が一定で変化しない、「非生命体」に関心を抱く。数字や漢字、図形、メカニカルな規則などである。動物に関心をもった場合も、その動物のかわいい仕草などではなく、身体の一部とか毛並みなど非生命体的な関心であることが多い。また、高機能群における高次対人過負荷型に関しても、前述の十一が述べている内容に関して、人物としての好意や興味というよりは、非対人的、非生命体的興味と考えれば理解しやすい。結果として当人にそのつもりはなくてもストーカー行為となってしまう。人に対して非対人的興味、生物に対して非生命体的興味をもち、それが行動化すると、たとえば動物を解剖したり、人前で爆発実験を起こしたり、ストーカー的に他人の行動や身体の一部を追求する可能性がある。青年期における研究で、Tantam¹²⁾はアスペルガー障害の暴力への発展について、主要症状が引き金となり2次的に生じた問題として報告している。

注意欠陥多動性障害 (attention deficit hyperactivity syndrome: ADHD) では、齋藤¹³⁾が、行動障害が年齢とともに外在化し破壊的に進行することを報告している。ただし ADHD 児のほとんどは自身の行動を抑制できるようになり、非行に移行するのは一部の例外的な事例と理解する必要がある。

2. 不適切な対応

ここで指摘した不適切な対応とは、以下の2つを包括した概念である。一つは不適切な養育 (こども虐待, maltreatment), もう一つは、発達障害を中心とした子どもの精神障害に気づかれない (小児科医の見落としなど) ことで、乳幼児期から厳しすぎる対応を受けること、である。西澤¹⁴⁾は、虐待を受けた子どもは周囲の刺激に反応しやすく、非常に落ち着きのない状態になることがあり、場合によっては ADHD の症状を呈することもあるが、その原因が PTSD の過覚醒状態にあることを指摘し、この状態を ADHD like syndrome とよび本来の ADHD とは区別して理解するように指摘している。

また、知的に問題のない発達障害児が、その障害に気づかれず、家庭で不適切な養育を受けたり、保育園や学校で集団からはずれる、規則が守れない問題児として扱われることが少なくない。被虐待児や発達障害児が不適切に対応されることで、2次的に精神面の合併症状をきたし¹⁵⁾¹⁶⁾、ストレスが契機となって行動化することが懸念される。

3. 情報の氾濫

アメリカ小児科学会は、映像メディアが子どもの健康被害を引き起こす危険性を指摘している¹⁷⁾。暴力番組の視聴が子どもの暴力を助長させる¹⁸⁾、などのメディアに関するさまざまな報告を検討し、2歳以下の子どもはメディアのない環境で育て、それ以降についても、大人や小児科医に対して注意すべき点について勧告している。わが国においても、2004年小児科学会が同様に提言¹⁹⁾を行った。直接、非行との関連は指

摘していないが、2004年で子どもが加害者であった事件は、映画やテレビの殺人場面を意識し、それを模倣していた可能性が報道されている。

メディアから得た情報が性非行や暴力行為が一部ではあるが、子どもたちの手本となったり、あるいは模倣され行動化することが危惧される。テレビ、ビデオなどの情報に加えて最近ではインターネットから収集する情報量が増えている。低俗な情報だけではなく、犯罪に直結する情報や、相手を誹謗中傷する情報も氾濫しているが、その実態を把握することは容易ではなく、また子どもたちの影響を科学的に分析する研究は遅れている。専門家による分析が急がれよう。

4. QOLの低下

前述の山崎や佐々木の報告にも関連するが、最近の子どもたちは大きな不安を抱えていると思われる。しかし大人がその不安に気づき、対応するのは容易ではない。われわれは、「小学生版 QOL 尺度」を用いた調査を施行した。子どもの抱える不安を QOL 低得点という方法で評価することは有効であると思われるので提示する。

「小学生版 QOL 尺度」は、①身体的健康、②情動的 well-being、③自尊感情、④家族、⑤友だち、⑥学校生活、の6つの領域から構成されている。各領域4項目ずつ合計24項目の質問について、この1週間自分の状態がどうであったかを5段階評定で答え、6領域の合計点を QOL 得点 (0~100 点に換算) としている。

図2に小学校通常クラスに在籍する約3,300人を対象とした調査結果を示した²⁰⁾。一部ではあるが小学生においても QOL 得点がきわめて低い子どもが存在する。さらに、親からみた子どもの QOL および担任が気になる子についても合わせて1校で調査を行った。親も担任も子どもの QOL の低下にほとんど気づいていない結果が得られたことは注目すべきである。親は子どもの身体症状は気づきやすく、担任は生徒

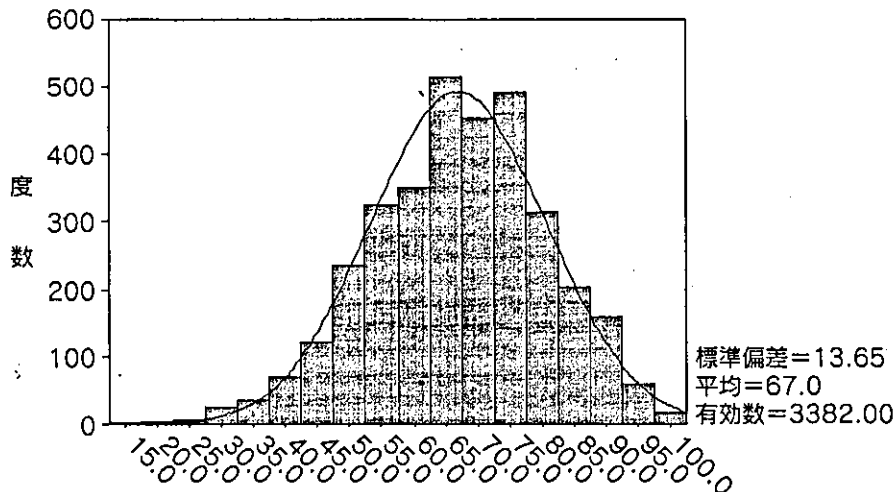


図2 2003年調査7校全体のQOL得点の度数分布

の行動化する症状は気づきやすい。しかし内面的な問題は両者とも気づきにくい²¹⁾。

QOL尺度は、不安や抑うつ、生活習慣の問題を包括的に知る尺度、すなわち子どもの内面的な問題を評価するのに有用な尺度と思われる。QOLの低下が非行と直接結びつくものではないが、内面的な問題を抱えた児童の支援と前方視的な観察が必要であろう。QOL得点の低下は抑うつ、不安、疲労感、対人葛藤など種々の要因が考えられるが、この調査をもとに2次調査を行い個々の支援を検討することは重要である。いずれにせよQOLが低下している状態ではストレスに対する脆弱性が危惧され、ストレスが加わると極端な衝動行為を起こす可能性が否定できない。筆者は、非行を起こす子どものQOLは一般に低く、支援を受けていないと推測している。

以上の4点に着目し、非行に至る経緯について考察した(図3)。小児科医としては、乳幼児期における発達障害の見落とし、および子ども虐待の発見の遅れに注意すべきであろう。さらに、学童期における子どものQOL低下を察知する努力が必要であろう。

もう一点留意すべきことは、最近の子どもたちの一般的な傾向として、前述の山崎が指摘した問題すなわちその発達過程において心理学的

に虐待に類似した傾向を共有していること、および石橋が指摘した問題すなわち子どもの共感性と自尊感情の乏しさ・対人関係の希薄さ・行動のわかりにくさなどである。極言すれば、最近の子どもたちは、心理的な虐待体験をもち、発達障害高機能群類似の行動様式をとっているということである。周囲の大人が、従来通りの一律の対応を行っていることが、ときとして子どもたちには不適切な対応と受け止められ、ストレスを感じているのではないだろうか。

IV. 生物学的な要因の検討の必要性

非行のメカニズムを1つの要因で説明するのは困難である。3つの視点、①生物学的、②心理学的、③社会・教育的、でそれぞれ検討する必要がある。今までは②、③に偏った検討が行われていたと思うが、小児科医は、とくに専門性から、生物学的視点から検討する必要がある。

少年犯罪を考えるうえで念頭に置くべき精神障害を表2に示した。なお、てんかん発作そのものは精神障害ではないが、局在関連てんかんの発作症状もしくはその後のもうろう状態で精神症状が出現することがあるため取り上げた。