

らない。「永続性」というのも実際はファンタジーなのであるが、施設治療においては、家族的な関係性を構築することによって補われているものと考えられる。今後は、むしろ、一部医療化した施設と、我々のような病院と、さらに地域資源が非常に円滑に連携していけるようなモデルがあれば理想的であるように考えている。

7. 外部資源の有効利用

資源は多ければ多いほどよい。病院や施設を超えて自然というのは大きな資源である。当地の森林環境（県立森林公園と隣接している）を生かした森林療法²⁰⁾や、園芸療法を試みている。CBCLを用いたデータで、森林療法の施行前後で情動や衝動の安定、非社会的な行動の改善、対人関係スキルが向上したという結果がでている（上原ら：論文未発表）。園芸体験のように、わかりやすい成功体験や、被虐待の体験によりかなりのケースで冒されていることが多い未来可能性感覚を生じさせてくれる体験は貴重である。その他、非常に衝動性の高い一部症例が、牧場に敷設した施設において、改善をみやすいように感じている。

8. その他、入院治療を行っていく上での小さなヒント

複雑性 PTSD (DESNOS) に対する段階的治療として、Herman とほぼ同様に van der Kolk²¹⁾ も①症状のマネージメント（薬物療法、ストレス感受療法など）②語りを生み出す③再演など繰り返されているパターンを認識する④精神内界の状態と行動の間につながりを作る（攻撃性、性行動、食行動、ギャンブル、自傷行為など）⑤外傷性記憶の結節点を次の方法を用いて同定する（暴露療法、EMDR、身体志向的な治療など）⑥対人関係でのつながりを学ぶ、という方法論が報告されている。

こうした治療を可能にしていくヒントとし

て、安心して安全な環境を作るためのスタッフへの心理教育、スタッフ間での情報の共有と代理被害への対処、病棟構造と治療契約（ゆるやかな枠組み作り）、ルールと日常生活の構造化の様々な方法、行動化や危機状況への介入としてのトラウマ記憶へのアプローチ、再演・再被害の問題についてトラブルから学ぶこと、グループ力動を利用した心理教育および対人関係促進、養育者のケアおよび養育者との再結合の問題について、関係者間で共有し、共に考えていくことは患者が回復していくための取り組みとして必要と思われる。

F. 結語 可能性と限界一

総合病院の成育病棟をもつ精神科に心的外傷関連疾患を専門とする医師が配置され、各種機関（児童相談所、警察、学校、養護学校、乳児院等）と連携することによって、子ども、重い病理をもつ親双方への治療を行うことが可能となり、これは本来の成育医療の概念（小児医療、母性・父性医療および関連・境界領域を包括する医療）に合致し、治療効果をあげることができた。

虐待による精神病理を複雑性 PTSD (DESNOS) ととらえた精神科的治療は子どもと養育者双方に有効であり、特に子どもと養育者双方に治療が行われた良好な成果があった場合、再結合が早期に可能になる可能性が示唆された。

虐待という重度の心的外傷をもつ子ども、もしくは、被虐待が長じて成人になった患者に対しては心的外傷のみならず愛着に対する視点が不可欠である。セッションの中でも、生活の中でも、愛着形成の問題に焦点をあてることが有用であった。しかし、心的外傷に焦点をあてた治療が愛着を活性化させたり、心的内界における対象関係のなかでイメージワークのなかであっても愛着関係の回復が行われたときに、心的外傷によるとされる症状がよくなったり、回復過程は、心的外傷にお

いても愛着においても双方向的である。

しかし、特に乳幼児期からの虐待被害がある成人・子どもの病態は上記のように心を尽くしたアプローチをもってしても病的解離による暴力や遁走、自傷行為など治療における安全を脅かす様々な症状や問題行動を誘発する可能性がある。それらによる危機をチャンスに変えるためには、時を応じた働きかけとスタッフ全体の病理の理解が必須であった。

このような医療を展開しようとする、ひとりの患者にかかる手数は莫大なものとなる。また、病棟構造上や制度上、当院のような精神科指定病床ではない全開放型の一般病床では、前述のような症状や問題行動によって日常業務に多大な負担をもたらす、被害的になりやすかったり加害的な言動をとる子どもや成人に接することによる代理被害などのスタッフの疲弊の問題などの問題点も浮き彫り²²⁾になった。

フラッシュバックや行動化をとらえ、過去の心的外傷と結びつけて解消していくことは有効であるが、「その場を捉えての介入」が頻繁になってくると、場合によっては行動化すると報酬が伴う形になり、さらなる行動化を呼び起こすことになりかねない。これもバランスの問題ではあるが特に悪性の行動化の場合、点滴による鎮静、望ましくはないがベッド抑制を行うことで行動療法的な治療のほうがか有効なこともある。閉鎖処遇ができないというのが当院での治療の限界であり、それができれば、もっと安全で効率的な医療ができたであろうということが痛感される。単科精神病院などの地域精神科医療との緊密な連携が必要である。

また、虐待問題やDV問題に関係する法的な問題（法的決定に関する医療的判断を行わなければならないときの手続き）、加害親との関係により、通常精神科医療での業務を遙かに凌駕する負担がかかること、加えてそれに対する時間的な経済的な後ろだてがないこと

も、このような現場に関わるものが「大変なこと」であり、関わりたくないと思われてしまう風潮を作っている現実があり、法的な整備や、分業、報酬方法などを考えていく必要がある。

それぞれの施設がもつ資源を「可能性と限界」という観点で冷静に吟味することが必要であろう。

当院は総合病院一般病床でありながら、養護学校との連携の関係で、施設的な性質も色濃くもつ。我々の試行錯誤が、治療モデルを取り入れていく施設に役立つとよいと考えている。施設と医療機関、地域資源の緊密な連携のなかで、治療モデル—養育モデルをバランスよく活かしていくことが重要であろう。今後、地域のなかでの外傷性精神障害に対する知識やスキルがアップし、地域・共同体レベルで、虐待現象全体に対するよりよいケアが展開される時代が来ることを望ましい。

G. 文献

- (1) 白川美也子：複雑性 PTSD (DESNOS). 臨床精神医学第 31 巻, 増刊号, 2002
- (2) Shapiro, F. : Eye Movement desensitization and reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures. Guilford Press, 1995 (「EMDR 外傷記憶を処理する心理療法」市井雅哉監訳、二瓶社、2004)
- (3) 白川美也子：事例 PTSD. 吉本雄史、中野善行編「無意識を活かす現代心理療法の実践と展開—メタファー/リソース/トランス—」, 星和書店, 2004
- (4) 白川美也子：DV 被害者とそれを目撃した子の PTSD その症状と期待される支援システム、生活教育、46 (11)、29-35、2002
- (5) 白川美也子：性虐待をうけた子どもの理解とケア—家庭外性虐待を中心に—そだ

- ちの科学「子ども虐待へのケアと支援」
2004
- (6) 白川美也子：歴史とトラウマと解離、森茂起編集『埋葬と亡霊』所収、人文書院、2005
- (7) 白川美也子、田中究：「子どものトラウマ―犯罪・虐待・いじめなどを中心に―」、金吉晴編『心的トラウマの理解とケア』所収、じほう社、2001
- (8) 白川美也子：被虐待児童に対する精神的サポート、救急医療ジャーナル、2002
- (9) Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 27, 96-104.
- (10) 田辺肇：解離現象、下山晴彦、丹野義治編、「講座臨床心理学3、異常心理学1」所収、東京大学出版会、2002
- (11) Allison, R.B. : Multiple Personality Disorder, Dissociative Identity Disorder and Internalized Imaginary Companions, *Hypnos*, 25(3):125-133, 1998
- (12) chu, J.A., Bowman, E.S. : Trauma and Sexuality The Effects of Childhood Sexual, Physical, and Emotional Abuse on Sexual Identity and Behavior, Haworth Medical Press, 2002
- (13) 白川美也子「性暴力被害のセクシュアリティにおよぼす影響とその回復過程」宮地尚子編、『トラウマとジェンダー―臨床からの声』金剛出版、2004
- (14) Burgess AW, Hartman CR, Clements PT Jr. : Biology of memory and childhood trauma. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* Mar; 33(3): 6-26,
- (15) 橋本和明：虐待と非行臨床、創元社、2004
- (16) Herman, JL 著、中井久夫訳：心的外傷と回復、みすず書房、1999
- (17) Van der Kolk, BA. McFarlane, AC., Weisaeth, L.: Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. Guilford Press, New York, 1996. (西澤哲訳：トラウマティック・ストレス, 誠信書房, 東京, 2001.)
- (18) Putnam, FW. : Dissociation in Children and Adolescents ミ A developmental Perspective. Guilford Press, New York, 1997. (中井久夫訳：解離 若年期における病理と治療. みすず書房, 東京, 2001.)
- (19) Watkins, J.G., Watkins, H.H.: Ego State Therapy, W.W. Norton, 1997
- (20) 上原巖：森林療法序説、林業改良普及双書、全国林業改良普及協会、2003
- (21) van der Kolk, BA: The Assessment and Treatment of PTSD. In Rachel Yehuda: Psychological Trauma. American Psychiatric Press, 2002
- (22) 倉賀野恵理：精神科病棟における医療スタッフの Secondary Traumatic Stress(STS)に関する研究、目白大学大学院修士論文(印刷中)

平成16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）報告書
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（H15-子ども-009）
分担研究：虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児の包括的治療に関する研究

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6、「あすなる学園被虐待児入院治療システム」の取り組みと検討課題

研究協力者 志村浩二 今井芳裕 野田倫子 西田寿美
三重県立小児心療センターあすなる学園

要旨 当学園では、1998年度ごろより急増した被虐待入院児に対して、2000年度に「被虐待入院治療プロジェクト」を立ち上げ、2001年度より被虐待入院治療システムを実施してきた。この4年間にわたる検証の結果、①児相との入院から退院後までの連携体制は治療構造の安全性を高め、治療者側の虐待親への陰性感情を予防・軽減することになり、②関係機関の虐待の診断と理解が共有化され、さらに児童福祉施設との協働が進み、③定期的な児相との検討会議により治療の進捗管理と処遇検討が共有できるようになり、入院治療が行いやすくなったという効果を認めることが出来た。一方、2002年3月に行った予後調査では家庭復帰のケースは長期になるほど問題が再燃する危険性が認められた。さらに幼児期養護施設処遇を受けた子どもが思春期にさまざまな精神症状を露呈してくる現実にも直面している。児童青年精神科医療施設として子どもたちの「トラウマからの解放と回復」を援助するために、更なる虐待心理治療への取り組みの必要性と入院治療構造の強化、関係機関との連携が必要と考えている。

A. 研究の目的

近年、全国的に児童虐待に対する市民の関心が高まり、地域での取り組みが積極的に行われるようになってきている。それに伴い児童相談所の相談件数も急増し、三重県でも虐待相談件数は1999年の8件から2004年には508件と急増している。市町村における虐待予防ネットワーク作りも広がっている昨今であるが、こころに大きな傷を負った被虐待児への専門的対応についてはまだまだ不十分な現状がある。

三重県においては小児心療センターあすなる学園（以下あすなる学園と略す）がその精神科治療を引き受けてきた。しかし、一般の精神科治療と大きく異なることは虐待者である親に積極的に治療を受ける意志がほとんど無いことである。ましてや被害者である子ども自身が医療機関を受診することは皆無といってよい。さらに精神科入院治療となると

親権者である親の同意が不可欠になることも多く、医療費の問題もあり、児相がその対応に苦慮する現状がある。重症のトラウマによる精神症状を呈している子どもたちが、児童養護施設での適応に成功するとは考えにくく、そのことが更なる心的外傷となる危険が考えられる。児相の努力によって親が治療に同意しても期待されるような治療が提供できなければ、子どもたちのトラウマからの開放と回復はさらに困難になるといえる。

あすなる学園が児相からの急増する入院治療要請に対応し始めたのは1997年ごろからであったが、1999年度には入院児数は3倍（27名）となっていた。当園の入院病床は80床2看護単位で機能的には3病棟に分かれている。AD/HD や高機能広汎性発達障害で衝動性の強い子どもや、重度の知的障害を合併する広汎性発達障害児と一緒にの生活空間であるため、暴力をともなったトラブル

が急増した。さらに、入院後児相の処遇に不満を訴え、治療抵抗から職員攻撃や子どもの引取りを強く要求する親も出現、対応に苦慮することになり、被虐待児入院治療システム作りが必定となった。本研究の目的は、あすなる学園において作られた被虐待児入院治療システムについて検討し、その成果と課題を明らかにすることである。

B. あすなる学園における被虐待児入院治療システム

2000年度に被虐待児入院治療システム作りのために各職種からなるプロジェクトを立ち上げ、入院から退院までの治療システムの検討をおこない、治療の流れを園全体で共有することにした。その流れを資料1にそって説明する。

(1) 入院決定まで

虐待通告された子どもはまず児相が処遇を検討することになるが、精神科治療の必要性は嘱託医として月1回定期的に児相に出かけている当園医師や児相専従の児童精神科医が診察して検討することになる。そこで治療の必要なケースと決定されると、あすなる学園の入院調整会議で入院治療について検討されることになる。この会議は週1回定例化されており、医師と病棟・外来責任者、分校、相談室（当園での地域連携担当部門）により入院治療の適否と治療目標・計画も検討されることになっている。入院対象と決定されると、主治医とケース・マネージャーが決定され入院準備にとりかかることになる。

児相で虐待判定が確実に行われ、親の治療同意が取れている場合は入院後のトラブルも少ないが、判定や親の同意が不十分であると、入院後治療拒否や子どもの引き取り要求が生じてくるが多かった。面会・外泊要求への対応が児相と当園の間で一致していない場合もトラブルの元となった。そういったことを防ぐため、この段階で入院治療に対する準備を児相でまず十分に行うことが重要で、当

園から派遣されている嘱託医が児相と一時保護中にその手続きを進めることになる。三重県では、2001年度から児相に常勤の児童精神科医師が配属されたため、その手続きはよりシステム化されたといえる。

(2) 入院治療について

入院形態についてはほとんどが医療保護入院で、児童福祉法による措置入院となっている。医療保護入院については、精神症状の重症な例が多く入院後行動制限の必要性が予測されるためであるが、親権者の同意が不可欠となるため、児相が一番苦勞するところである。虐待行為を正当化する親権者に入院治療の同意を取り付けることは至難の業とも言える。法的な整備が行われ、子どもの治療を受ける権利が保障される制度の実現が望まれるところである。

入院時点で面会や外泊についての取り決めを児相と当園の間で行い、親の同意も必ず得ることにしている。変更に関しては当園のみの決定ではできず、必ず児相との協議で行うこととし、親へのこの通告が治療構造を安全なものとした。これは、入院後も定期的開催される（1～3ヶ月に1回）児相との症例検討会議で行われている。

被虐待児は特別のファイルをつくり、こういった取り決めを病棟スタッフも常にわかるようにした（資料2参照）。

子どもの診断・評価に関しては各種心理テストを行い、「子ども用解離チェックリスト」と「子ども用トラウマチェックリスト」（資料3）は毎月病棟でチェックし、入院中の変化を観察している。心理治療は臨床心理士によって行われ、SSTは病棟スタッフによって行われている。SSTは日常生活スキル、自己表現スキルと衝動性コントロールスキルの3グループにわかれ、それぞれの子どもの状態によって参加するグループが異なっている。病棟スタッフが行っているため、日常的にスキルを意識させる対応が行えるメリットがあ

る。

(3) 退院まで

定期的な児相との症例検討会議をへて退院に向けての処遇が検討・決定される。家庭復帰か施設入所かの決定が行われると、退院準備が進められることになる。家庭復帰の場合はより慎重な地域連携が求められ、児相を介しての地域協力体制が準備されることになる。施設入所に関しては児相の措置決定に委ねることになる。

(4) 退院後

2002年3月に当園で1994年度から2000年度までに退院した27名の予後調査を行った。12名(44%)の子どもが児童福祉施設(養護施設:9名、自立支援施設:3名)処遇となり、そのうち1名は適応できず、2名は多少問題があるものの何とか適応していた。12名(44%)の子どもが家庭復帰したが、長期化するに従い適応が悪化する傾向が認められ、2001年には良好な適応をしていた5名が2003年には3名と減少し、多少問題ありの児童が1名から4名と増加し、そのうち2名は再入院となった。

こういった状況からも、被虐待児の退院後のフォローは長期間行う必要があることがわかる。さらに、関係機関を巻き込んだきめ細かなフォロー体制が必要で、資料1のような体制をとっている。

1. 被虐待児入院治療システムの評価と今後の課題

4年間の虐待入院治療の取り組みによって改善したことは以下の3点であった。

- ① 児相との入院から退院後までの連携体制は治療構造の安全性を高め、治療者側の虐待親への陰性感情を予防・軽減することになった。
- ② 関係機関の虐待の診断と理解が共有化され、さらに児童福祉施設との協働が進んだ。

③ 定期的な児相との検討会議により治療の進捗管理と処遇検討が共有できるようになり、入院治療が行いやすくなった。

今後の課題としては、行動制限の必要な子どもの医療保護入院に関しては親権者の同意が不可欠で、親権者が虐待の加害者である場合、治療同意が困難なことが多い。子どもの治療を受ける権利を守るには法的な措置が火急の課題であろう。

治療に関しては、心理治療の困難さは周知のことであるが、入院治療という安全な治療環境の中で虐待的な対人関係の改善をはかり、「トラウマからの開放と回復」が可能となるような心理治療の検討を行っているところである。

2005年度は4年間にわたって実行・検証したシステムをさらによりよいものにするため、再度「虐待治療プロジェクト」を立ち上げた。怒りのコントロールに主眼をおいた心理治療や被虐待児を対象とした治療キャンプの実施等にも取り組む予定である。

C. まとめと考察

あすなる学園での児童青年精神科入院治療の歴史は42年になろうとしている。その最初の30年間には、虐待によるトラウマを原因とする精神症状を治療対象とする子どもは年間1,2名程度であったが、この10年間は年々増加、5年前からは年間25名前後とさらに急増している。園全体では入院児童の6割が小学生年齢という低年齢化が認められ、さらにAD/HDや高機能広汎性発達障害の対人関係における衝動性(暴力をとまなう)を問題とする子どもたちが増えている。さらに家庭機能の崩壊ともいえるほどの養育機能不全の中で育った子どもたちも増えてきており、入院治療構造をそれぞれの子どもの育ちも保障するレベルに維持することは困難な課題となってきている。

しかし、子どもたちの将来を考えると、その傷ついた自我機能を修復する場を保障し、

何とか次の時代を担える世代に育てることは
社会の責任ではないだろうか。

文献

西澤哲(1997):「子どものトラウマ」講談社
現代新書

Trieschman A.E.(1969): Other
Twenty-Three Hours: Child Care Work With
Emotionally Disturbed Children in a
Therapeutic Milieu. Aldine De Gruyter.
(西澤哲訳(1992):生活の中の治療.中央法
規出版.)

斎藤学(1999):封印された叫びー心的外傷と
記憶. 講談社.

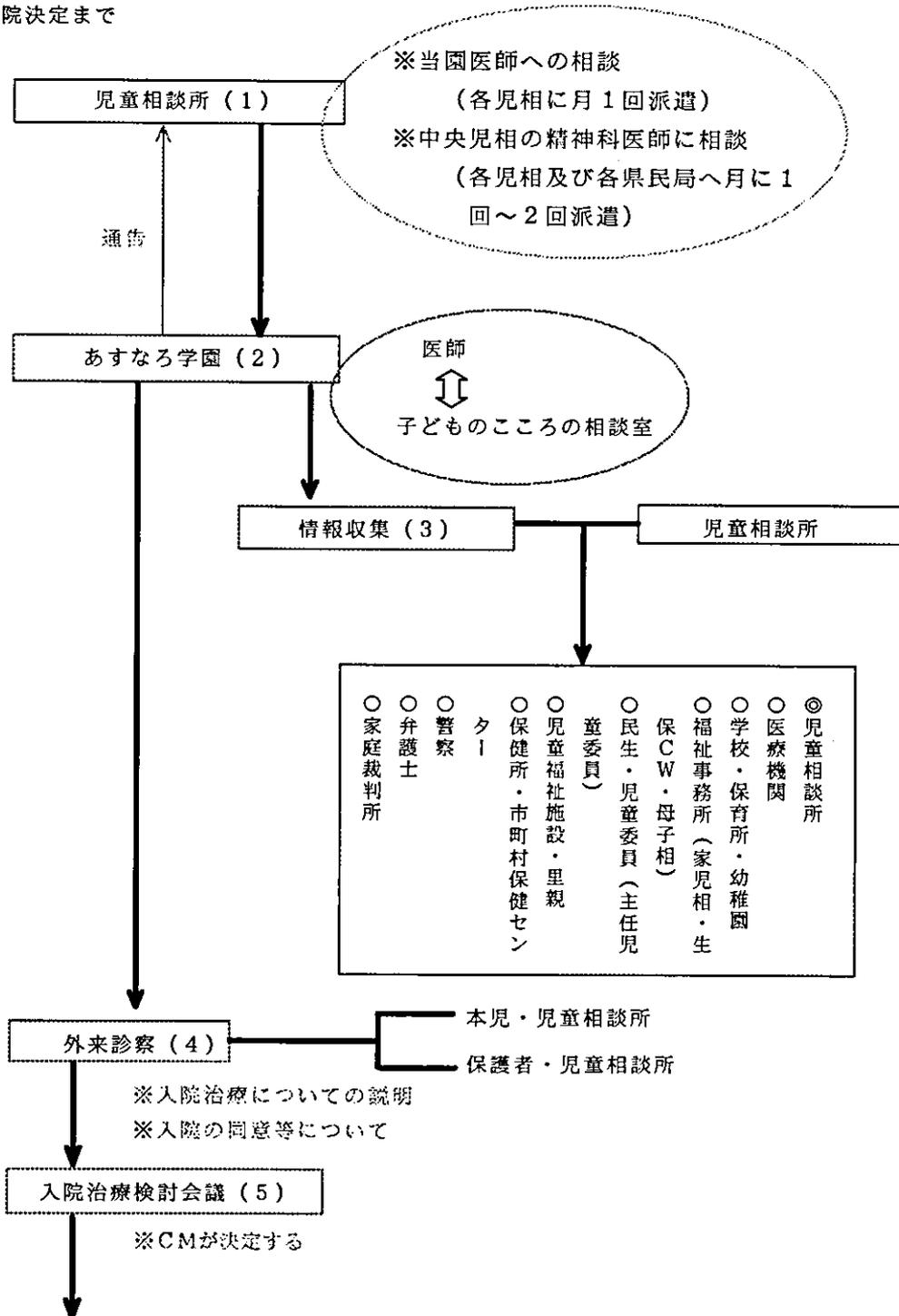
Cheryl L. Karp1,C. L., Butler, T.L.,
Bergstrom , S.C.(1996): Treatment
Strategies for Abused Adolescents: From
Victim to Survivor:Interpersonal
Violence: the Practice Series, Sage
Pubns(西澤哲訳(1999):虐待を受けた子ど
もの治療戦略. 明石書店)

van der Kolk, B.A. et al., (1996):
Traumatic Stress: The Effects of
Overwhelming Experience on Mind, Body,
and Society. (西澤哲監訳(2001):トラウマ
ティックストレス. 誠信書房)

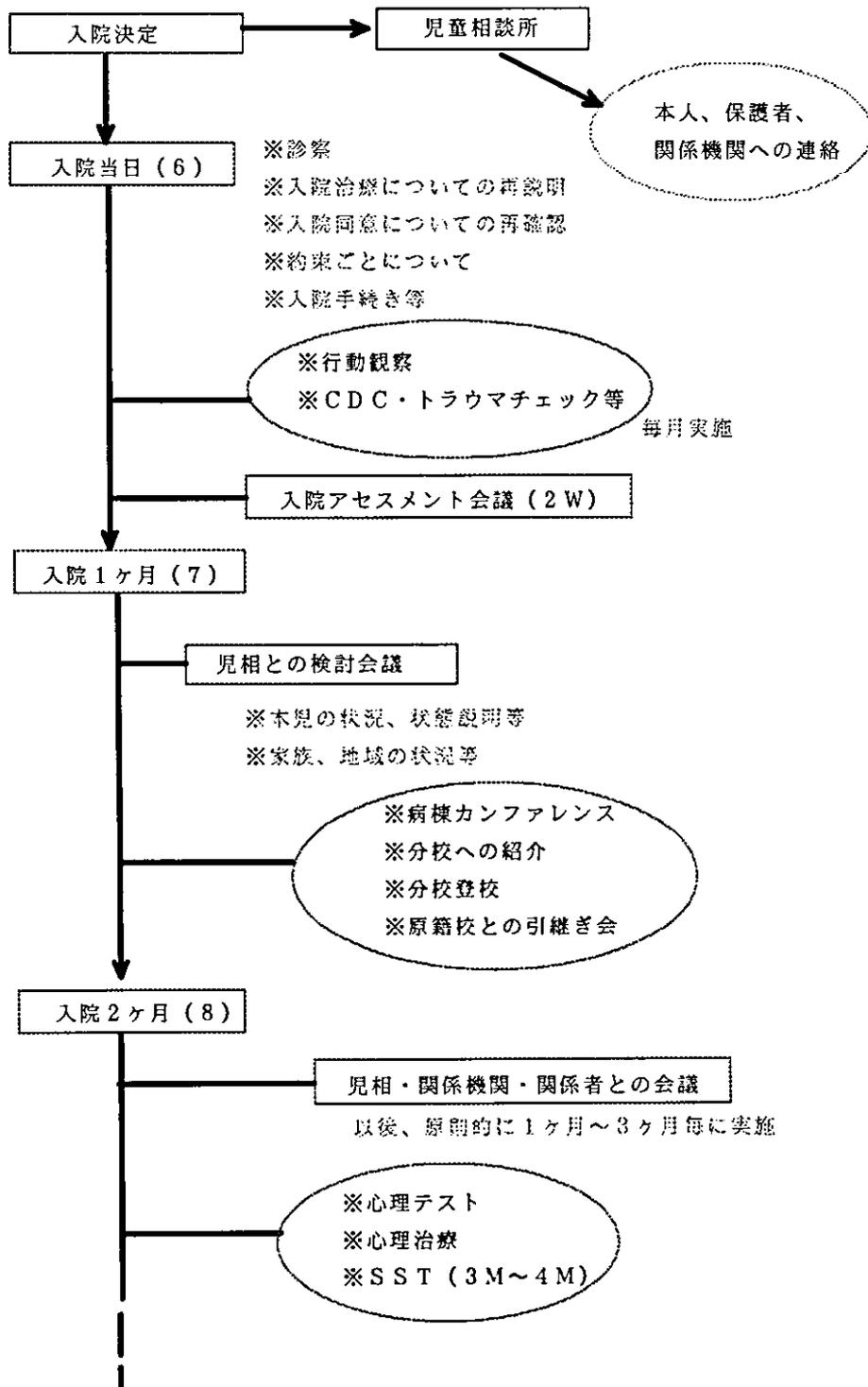
<資料1>

あすなろ学園における被虐待児童の治療の流れ

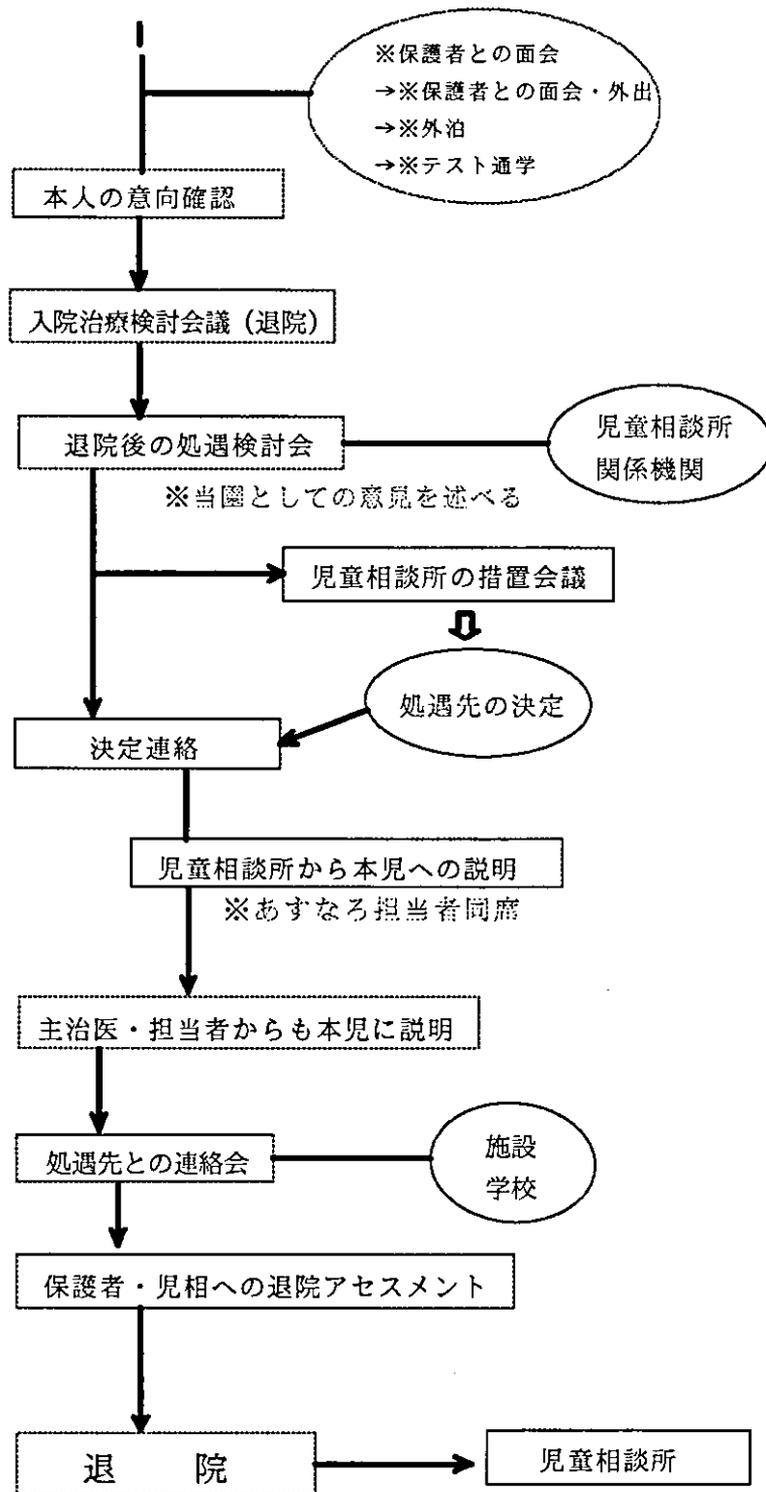
1. 入院決定まで



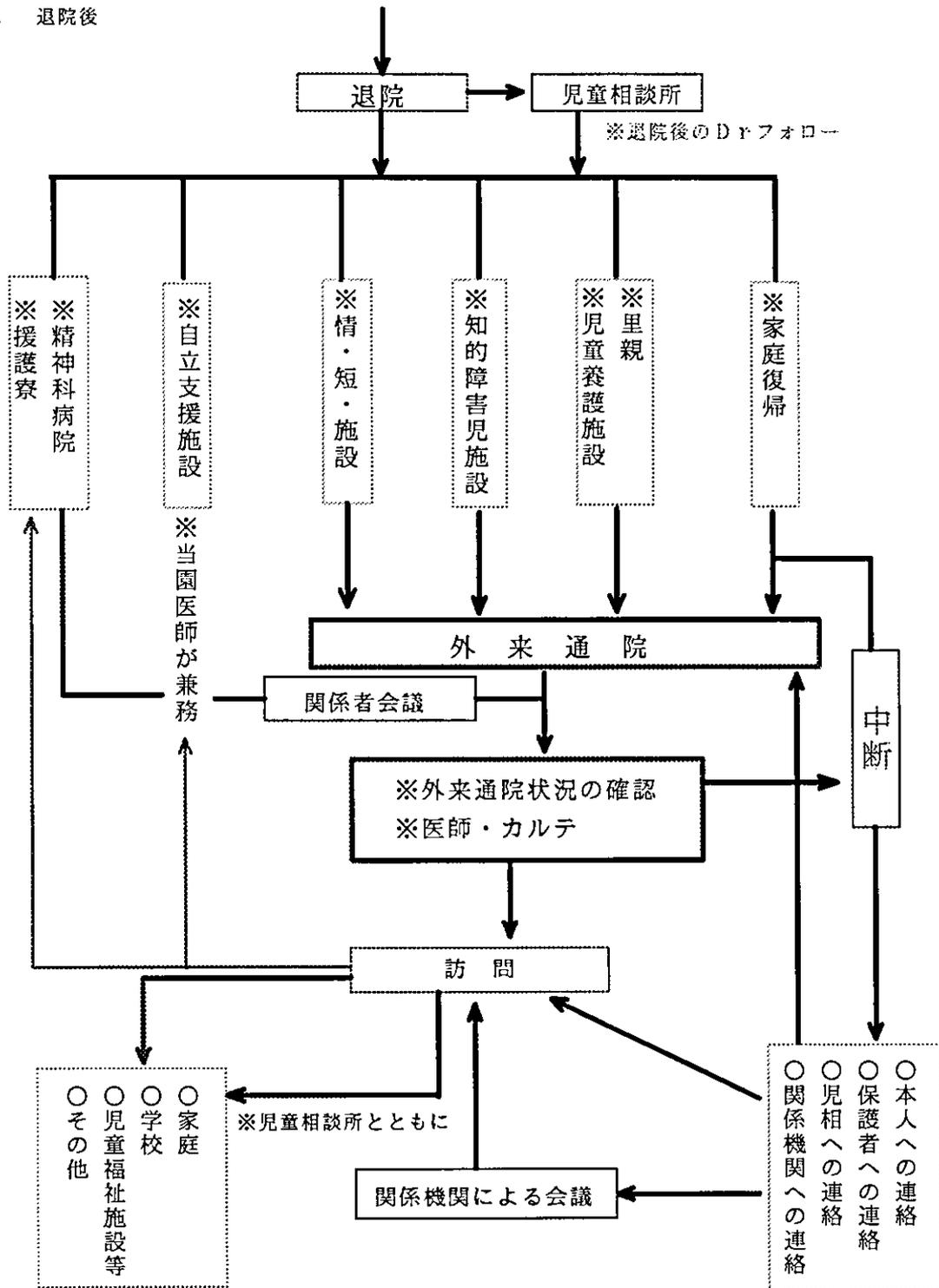
2. 入院2ヶ月まで



3. 退院まで



4. 退院後



<資料2>

入院児童についての児童相談所との確認事項書 (様式1)

よみがな _____ カルテ番号 _____
 児童名 _____ 性別 _____

見相 _____ 見相担当 _____
 D.r. _____ 相談室担当 _____ 病棟 _____ 担当 _____

措置決定日 _____ 現在の状況 _____

確認事項 主訴: 虐待 その他の疑い 虐待: あり なし 不明
 種別: 身体 性別 心理的 ネグレクト

面会・外泊・電話の制限を必要とする理由・根拠

面会 可 不可 相手: 父 母 父母以外 (_____)
 形式: 児相職員同席 あすなる職員同席 児童のみ

外出 可 不可 外出: 父 母 父母以外 (_____)
 外泊先: 自宅 その他

外泊 可 不可 外泊時の条件

電話 可 不可 相手: 父 母 父母以外 (_____)
 入金について 有 無 ひと月に可能な金額
父 母 父母以外 (_____)より _____ 円

強制的な引取り等への対応について
法28条、33条等を視野に入れる
法28条、33条等を視野に入れない
児童相談所が必ず同席する
あすなる学園のみで対応する

退院後の処遇方針について (見込み)
家庭復帰 児童福祉施設入所 親戚引取り 検討中
 その他 _____

確認年月日 _____ 児童福祉担当者名 _____
 相談室確認者名 _____
 病棟職員確認者名 _____

変更事項 (様式2)

面会変更1: 可 不可 相手変更1 父 母 父母以外 (_____)
 形式変更1 児相職員同席
あすなる職員同席
児童のみ

面会変更年月日1 _____

面会変更2: 可 不可 相手変更2 父 母 父母以外 (_____)
 形式変更2 児相職員同席
あすなる職員同席
児童のみ

面会変更年月日2 _____

外泊変更1: 可 不可 外泊先変更1 自宅 その他
 外泊の条件変更1

外泊変更年月日1 _____

外泊変更2: 可 不可 外泊先変更2 自宅 その他
 外泊の条件変更2

外泊変更年月日2 _____

電話変更1: 可 不可 電話番号変更1 父 母
父母以外 (_____)

電話変更年月日1 _____

電話変更2: 可 不可 電話番号変更2 父 母
父母以外 (_____)

電話変更年月日2 _____

