

何らかの診断を満たすケースは、女子の方が、子ども面接で 82%、職員面接で 59%であり、男子のそれぞれ 60%、76%と比べて、子ども面接では高く、職員面接では低い傾向にあったが、有意な差ではなかった。

女子の方に子ども面接で不安性障害、摂食障害が多い傾向があったが、有意差は認められなかった。

(3) 年齢による違い

年齢による診断の違いを見るため、10-13歳と14-17歳の2群に分けて図5-1、図5-2に示した。

子ども面接では、低年齢群で不安性障害が高く、高年齢群で気分障害が高い傾向が有意に認められた。また、高年齢群に ADHD が多い傾向が見られた。

職員面接では、逆に低年齢群に ADHD が多い傾向が見られた。反抗挑戦性障害は低年齢群に多く、行為障害は高年齢群に多い傾向が見られた。低年齢群では 55%が何らかの診断を満たしたが、高年齢群では 76%が診断を満たした。

(4) 虐待経験による違い

虐待経験の有無による診断の違いを図6-1、図6-2に示した。

虐待経験と虐待種別は、AEI の結果より記載した。虐待体験を持つ児童は 47 名中 17 名 (36.2%) であった。

虐待経験の有無、虐待種別は、診断との相関は見られなかった。

(5) 解離傾向との関連

入所児童に対して行った質問紙 (A-DES) から解離傾向について評価を行った。

A-DES の平均は 26.0 点でかなり高値であった。35 点以上の高値が 46 名中 10 名 (21.7%) に認められた。年齢による差は見られなかった。性差では、男子 30.2 点、女子 22.0 点と男子が高い傾向にあった。虐待の有無では、虐待経験ありの群が 29.3 点で、なしの 24.0 点よりも高い傾向にあった。

解離傾向と診断との関係を図7-1、図7-2に示した。

子ども面接では、解離傾向が高い群で不安性障害、社会恐怖、強迫性障害などが多い傾向があった。

職員面接では、解離傾向が高い群で有意に ADHD の診断が多く認められた。

D. 考察

質問紙法に加えて構造化面接を用いて、入所児童本人からの聞き取りと、日常関わっている担当職員からの聞き取りとを比較した。

(1) 対象児の診断について

47 名中、構造化面接で 68% のケースで何らかの診断基準を満たした。今回の対象としたケースは、数は限られているが、ケース選択は施設側ではなく、こちらで極力機械的に選択した。したがって、この結果は施設入所児の現状をある程度反映していると考えられる。

(2) 児童からと職員からとの診断の相違について

児童と職員とでは、診断の一致するものと一致しないものがあった。

診断が一致したのは、注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害の診断のついたものである。これらは、破壊性行動障害として DSM-IV では同じ診断カテゴリーに含まれる。実際には特に注意欠陥多動性障害は、軽度発達障害の側面よりも不適切養育や愛着の問題に伴う多動性行動障害に該当するものも多いと思われるが、いずれにしても、問題が表面化しやすく、本人も周囲もそれぞれが不適応を認識することができるのであろうと思われる。

診断の一致しなかったのは、大うつ病性障害、全般性不安障害に関する診断で、児童、職員からの情報により診断を行ったが、全く一致しなかった。児童からの情報で診断されたが職員からの情報で診断に至らなかったケースの中には、行為障害や反抗挑戦性障害の診断を満たすものも見られた。これは児童期の気分障害が示す症状である焦燥感やいらいらとそれに伴う問題行動や、不安や自信のなさの裏返しである反抗を捉えている可能性があるのではないだろうか。職員からの情報で診断されたが児童からの情報で診断されなかったケースでは、過剰適応しているタイプや防衛の強いタイプで、初対面の面接者に対して語らなかったことが関係していると考えられた。

社会恐怖・強迫性障害・過食症は、児童からの情報でのみ診断された。強迫性障害は重症であれば明らかとなるであろうが、軽度の強迫観念であれば周囲に気づかれない。また社会恐怖・強迫性障害・

軽度の過食は本人が悩んでいてもそれを問題として認識せず、訴えられることが少ないと考えられる。

(3) 性差、年齢による違い

性差による有意な差は認めなかった。

年齢による診断の違いを見ると、低年齢で全般不安障害が多く、高年齢でうつが多く見られた。子どもの情緒的な問題は、年齢によって好発する症状が違う。様々な生育歴と養育環境を背景に持つ入所児童たちであるが、情緒障害を呈する場合に年齢層によりある程度症状が共通している可能性があると思われる。

また、こども面接では、年長児群に ADHD の診断を満たすものが多い傾向が見られた。本来 ADHD は発達早期からの発達障害であり、幼児期から児童期早期に症状が目立ち、成長とともに行動のコントロールが獲得され、症状は改善して行くことの方が多い。年長児群の方が多いのは、本来の ADHD ではないものを見ている可能性があると思われる。不適切養育や不安定な生育歴を持つものが多い児童養護施設入所児童が、思春期を迎えて、不安や焦燥感を抱く。それが「集中力がない」「衝動的になりやすい」という形で児童自身が自覚するのではないかと考えられる。しかしながら、ADHD 児に関しても集中力や衝動性の問題について年少時には気づかなかったものが、年長になって気づいてくることも臨床の中でよく経験することである。これについては確定的なことを言うのは難しい。

(4) 虐待歴による違い

虐待種別・虐待歴の有無によって、面接結果に大きな違いは認めなかった。これは、昨年調査における虐待歴のある児のほうが精神的問題を持つものが多いとの結果とは一致しなかった。虐待が明らかでなくても、十分な養育体験を得られていなかったり、他の外傷体験が見られたことが影響している可能性があると考えられる。これについてはもう少しケース数を増やして検討する必要がある。

(5) 解離傾向との関連

やはり解離傾向は高い傾向を認めた。虐待経験のある群の方が高い傾向が見られた。心的外傷体験と解離の関連は以前より言われていることであり、この結果もそれと矛盾しない。

解離傾向の高い群では、不安障害、社会恐怖、強迫性障害などの情緒障害が多く見られた。解離傾向の高い群は外傷体験を持っていたり、あるいはそれ自体が情緒障害を呈する心理的な要因となりうると考えられる。

解離傾向の高い群では、職員面接ではADHDの診断が有意に多く認められた。ADHDの診断の中に含まれる集中力や注意力の問題が解離傾向と関連していると考えられる。被虐待児を含めて心的外傷体験を持つものには解離を呈することが多い。しかしながら明確な解離性障害を発症し、それにより日常生活に影響が出たり、明らかな行動障害とならないとなかなか周囲のものが把握するのは困難である。本人自身も自覚していないことも多いと思われる。

E. 結論

児童養護施設に入所している児童の精神的問題を調査するため、児童および施設職員に対して質問紙調査および構造化面接を行った。

児童養護施設に入所する児童の実に3分の2には精神科診断がつけられた。研究1では職員が精神的問題を感じている割合は約3分の1であったので、単純に考えて2倍のひらきがある。しかも、このうち、実際に受診に至っているケースはごく限られている。

研究1のアンケート調査の結果と同様に、行動化を伴う問題(破壊性行動障害)についてはかなり職員も把握しているようであるが、気分障害や不安障害、強迫性障害などといった内在化する問題については十分に把握できていない場合も多かった。

今回の調査の結果から、内在化する問題について検討するためのポイントとして、下記の点を提唱することができると考える。

- ① 入所児童の3分の2に何らかの精神科的問題がある可能性に留意して児の評価に当たる。
- ② 低年齢では不安の訴えを、年長児ではうつ訴えに着目する
- ③ ADHDを疑わせるような注意集中力や衝動的行動の問題を認めたときに解離の可能性を考慮する。

<文献>

Teare M, Fristad MA, Weller EB, Weller RA, Salmon P.: Study I: development and criterion validity of the Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1998;8(4):205-11.

Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. : Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Aug;185(8):491-7.

業績目録

1, 国内

野邑健二：乳幼児健診と児童精神科・相談機関，*こころの科学*，124:35-39

金子一史、本城秀次、村瀬聡美、野邑健二：母子愛着形成 母親から子どもへの愛着形成 心理社会的検討。*小児科臨床*，2004，57：1273-1279

本城秀次、村瀬聡美、金子一史、荒井紫織、橋本大彦、野邑健二：乳幼児期からの家族支援。*精神神経学雑誌*，2004，106(5)，602-607

野邑健二，本城秀次：軽度発達障害と10歳の壁。*精神科*，2(6)；535-537，2003.

野邑健二，本城秀次：双生児・同胞研究からみた自閉症の成因。*臨床精神医学*，32(11)；1353-1356，2003.

金子一史，村瀬聡美，野邑健二，本城秀次：周産期におけるメンタルヘルス。*現代医学*，51(1)；29-33，2003.

2, 海外

Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H, Sasaki Y, Hatagaki C, Inagaki E, Usui M, Miwa K, Ishihara M, Hashimoto O, Nomura K, Itakura A, Inoko K: Antenatal Depression and Maternal-Fetal Attachment. *Psychopathology*, 36; 304-311, 2003.

Honjo S, Sasaki Y, Murase S, Kaneko H, Nomura K: Transient eating disorder in early childhood A case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Feb; 14(1): 52-4, 2005.

表1 フェイスシート

ケース番号 ()

性別	男 ・ 女
年齢	歳
生年月日	平成 年 月 日
入所時期	平成 年 月
入所理由	養護 ・ 虐待 ・ その他 ()
入所前の虐待歴	あり ・ なし ・ 不明

精神的問題	あり ・ なし
精神的問題 (具体的に)	
重症度	あまり気にならない ・ 少し気になる かなり気になる ・ 大変気になる
受診の必要性	あまりない ・ 少しある かなりある ・ 絶対必要 ・ 待機中
精神的問題での通院 歴	現在通院中 (平成 年 から) ・ 通院歴あり ・ なし
通院頻度	週1回以上 ・ 月1回 ・ 2-3ヶ月に1回
通院の理由	
病名(もしわかれば)	
治療内容	薬物療法 ・ 心理療法 ・ その他 ()

お願い：このフェイスシートと、行動観察アセスメントシートには、ケースごとに同じ通し番号をつけてください

御協力ありがとうございました

図 3

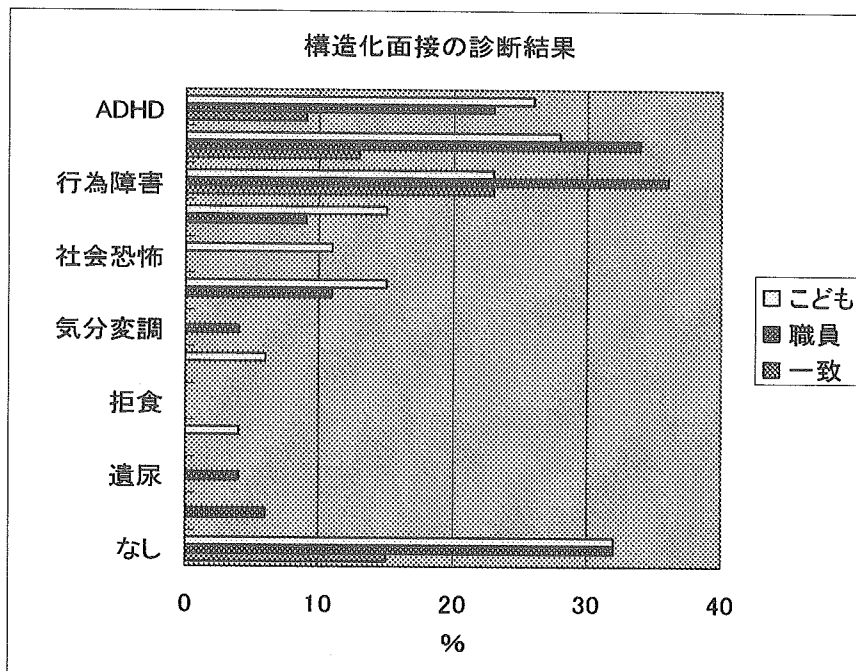


図 4-1

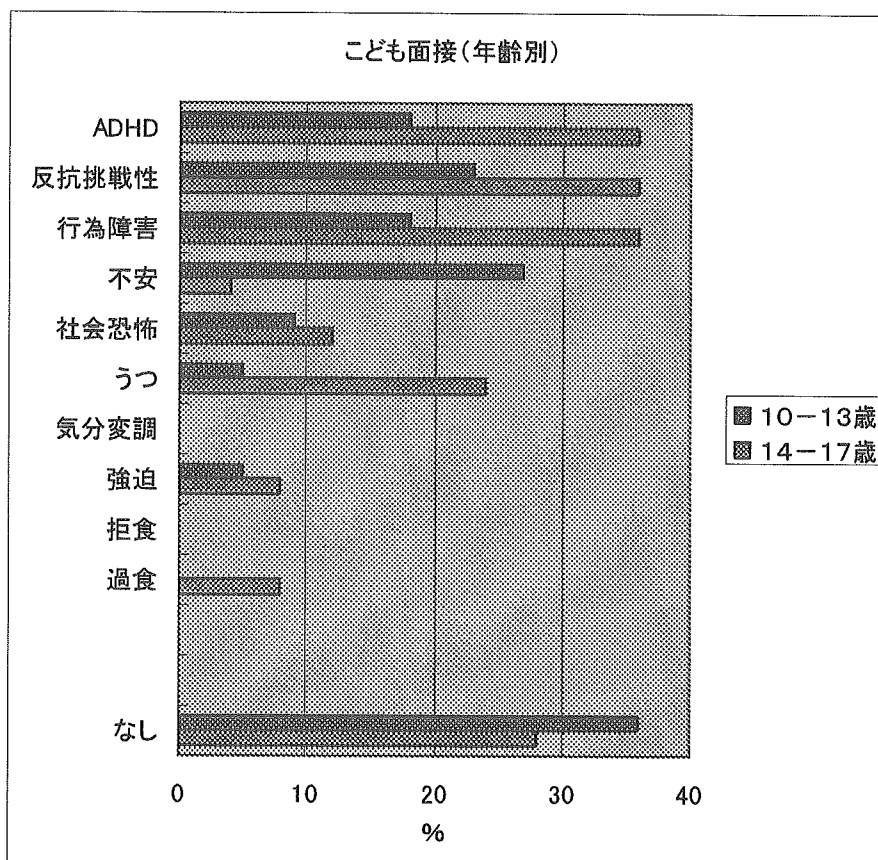


図4-2

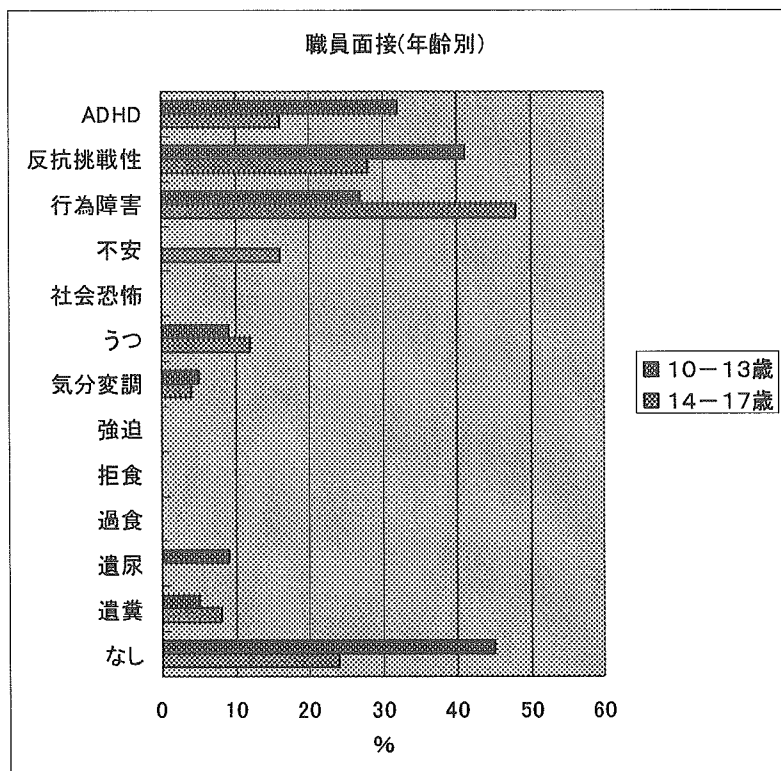


図5-1

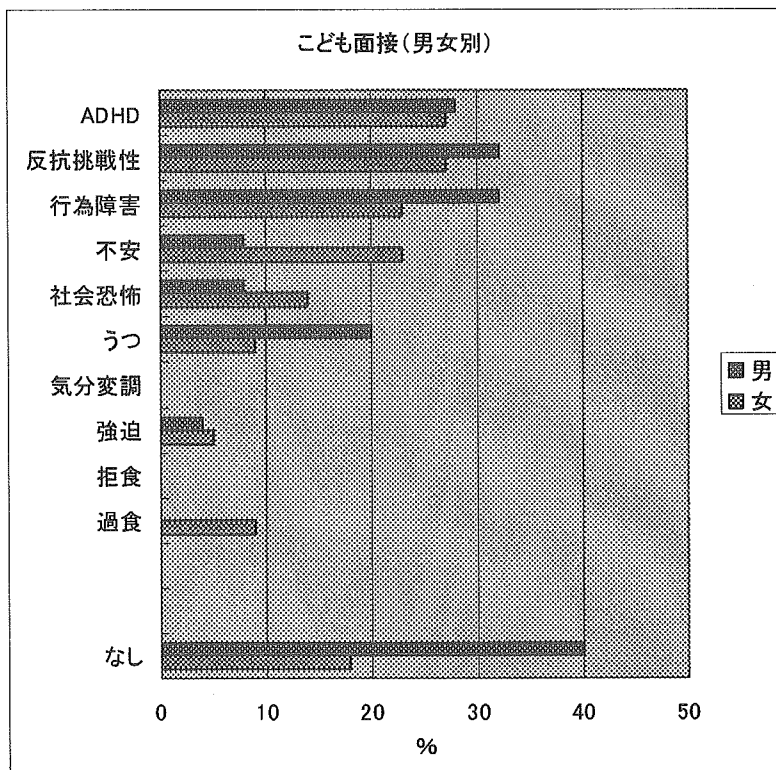


図5-2

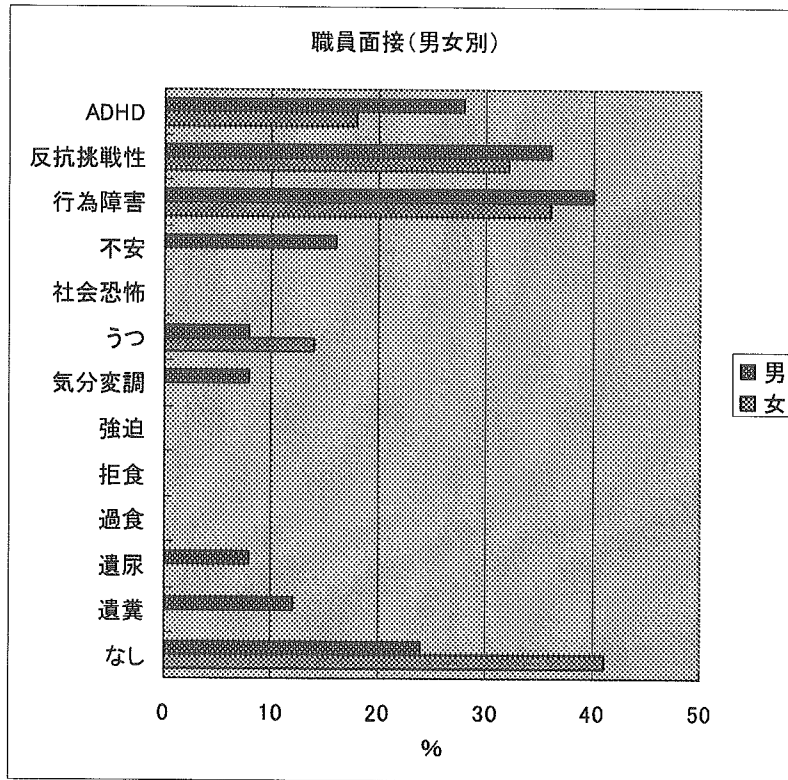


図6-1

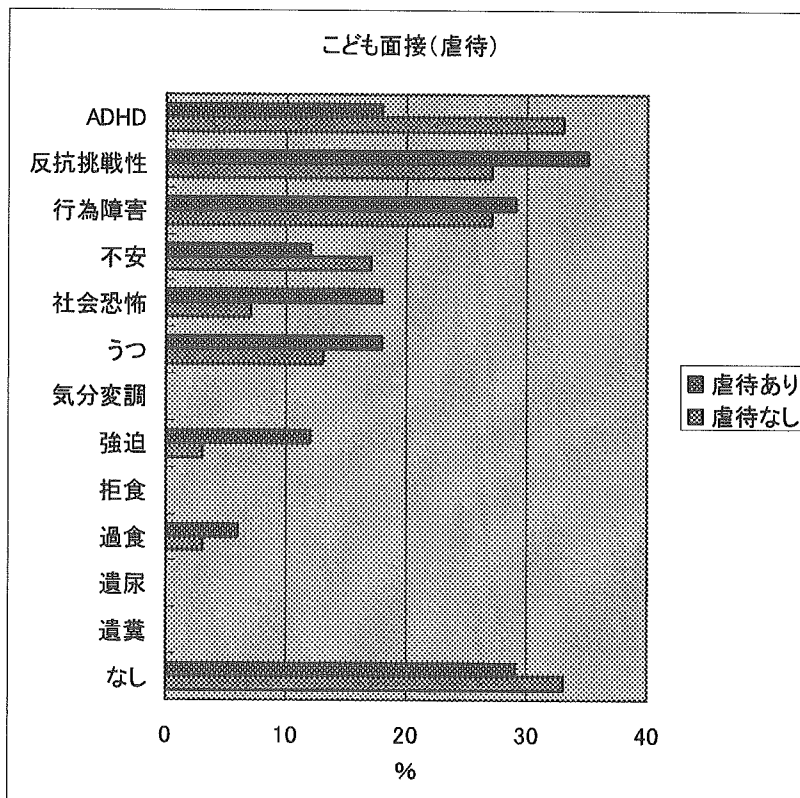


図6-2

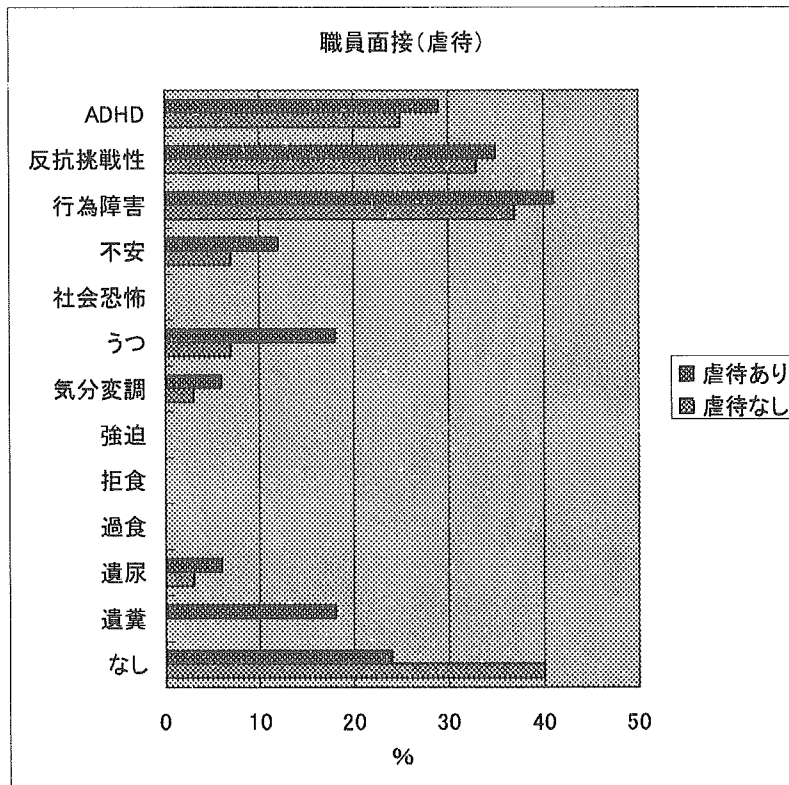


図7-1

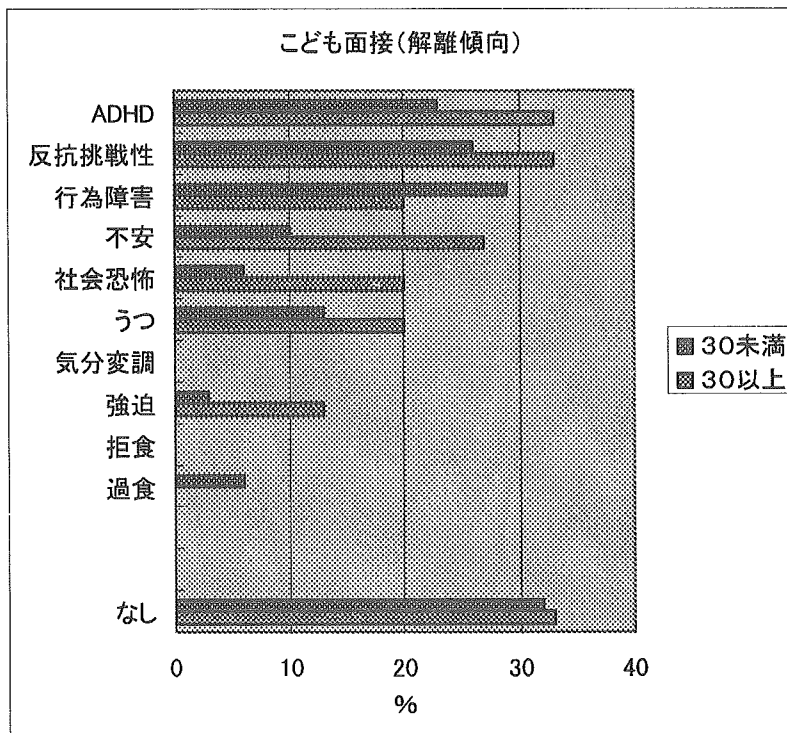
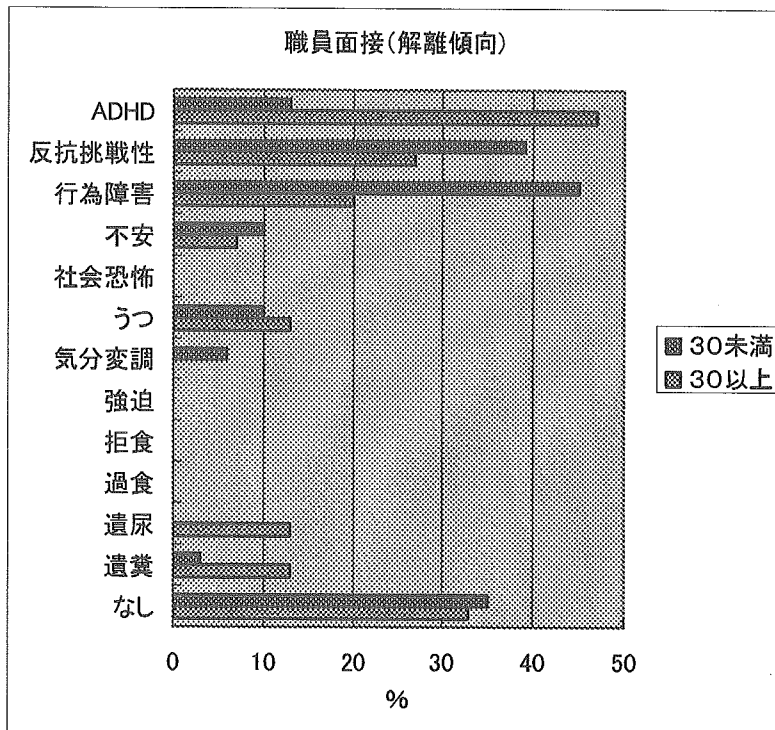


図7-2



H15-17年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究（H15-子ども-009）

分担研究4 被虐待児と家族への医療における在宅ケアに関する研究

分担研究者 奥山 眞紀子（国立成育医療センター）

【要旨】

＜研究1＞平成15年度は、小児および周産期専門医療機関での外来治療に受診している子ども、虐待している親、非虐待親、施設職員への治療やガイダンスに関し、診療録から項目を抽出してデータベースを作り、分析を行った。その結果、小児および周産期専門医療機関を受診する虐待ケースは子どもの年齢が低いことが明らかとなり、虐待の予防や子どもの精神障害の予防に寄与する可能性が高いことが示唆された。また、子どもの改善度と虐待している親の改善度には相関があり、親と子の治療を併行させる必要性が明らかになった。その結果を踏まえ、平成17年度には、在宅支援ケースの細かい検討を行い、それを基に「医療における在宅ケアの手引き」を作成した。

＜研究2＞施設入所中の子どもの外来治療に関しては、行動の問題が多いこと、反応性愛着障害の診断が多いこと、年齢による問題の相違があること、知的発達の遅れが多いこと、職員との関係が希薄で、現実的な家族像をもてない子どもが多いことが明らかとなった。本人に対する評価・家族機能に対する評価・社会（幼稚園や学校）での評価を総合した多面的評価を行い、発達支援・アタッチメント作り・行動障害の改善・トラウマ反応の解決・家庭への心理的葛藤の解決といった治療目標を設定し、職員のガイダンスは全員に、その他、必要に応じて薬物療法・心理療法・作業療法などを組み合わせ、児童相談所や学校とのカンファレンスや親面接をいっており、その方法論を確立することが重要と考えられた。

＜研究3＞特殊な虐待の例として、わが国の代理人によるミュンチハウゼン症候群の傾向と対応の実態を探るために調査を行った。21例（20家族）の症例に関して検討したところ、男女差はなく、加害者20例の90%は実母のみで、5%は実父母、5%が実父であった。海外の報告と異なるのは、加害者および家族や親戚に医療保健関係者が5%と少なかったことである。死亡は2例（10%）であり、86%に虐待通告がなされていた。また、精神的主訴で発見された5例と身体的主訴で発見された16名を比較したところ、精神群では発見が平均9.2歳と高く、症状は模倣が多く、在宅での治療が多かった。一方、身体群では、発見年齢平均2.8歳と低く、死亡12.5%、命の危険あり31.3%、ありえた43.8%と危険度が高く、症状の捏造が93.8%に見られた。通告から母子分離に至ったのが62.5%であった。在宅6例中2例が死亡したという結果であった。これらの結果からも、MSBPは日本でもかなりの数が存在する可能性があり、その死亡率の高さや生命の危険の高さ、また恐らくおきるであろう精神的危険を考えると、全ての医師に教育することが必要であり、早期発見、早期介入を行い、子どもを保護することが必要であると考えられた。なお、考察で、海外の文献的な考察も加えた。

H17年度はこれらの調査を踏まえ、医療における在宅ケアの手引きを作成した。

研究協力者 (アイウエオ順)

安部計彦	北九州市立障害福祉センター	生田 憲正	国立成育医療センター
泉 真由子	国立成育医療センター	稲垣由子	甲南女子大学
井上登生	井上小児科医院	大石聡	大阪府立精神医療センター
松心園			
長田由貴子	養護施設 いわつき	笠原麻里	国立成育医療センター
北野陽子	埼玉県立小児医療センター	小平 雅基	国立精神神経センター 国府台病院
清水 誠	国立成育医療センター	白川美也子	独立行政法人国立病院機構 天竜病院
杉山登志郎	あいち保健医療総合センター	相馬収	兵庫県立こども病院
中野 三津子	国立成育医療センター	中村 文子	国立成育医療センター
西澤哲	大阪大学大学院人間科学科	藤原 武男	国立成育医療センター
星野崇啓	埼玉県立小児医療センター	宮本信也	筑波大学大学院人間総合科学研究科
宮尾 益知	国立成育医療センター	山下淳	埼玉県立小児医療センター

<研究1>

A. 研究目的

これまで、在宅ケアに関する研究は少なく、また、医療における在宅ケアの方法論が確立していないため、在宅ケアの実態研究を行ったうえで、手引きを作成した。

B. 研究方法

1. 外来受診した子どもの実態研究

対象：2002年3月から2004年2月の間に虐待に関する主訴で国立成育医療センターこころの診療部育児心理科を受診した乳児期から思春期までの子ども54例およびその虐待をしているもしくは危険が高い親（以下、虐待をしている親）、虐待をしていない親（以下、非虐待親）である。なお、施設に入所している子どもでも、親の治療を行っているものもいる。
方法：これらの子ども及びその保護者に

ついて、主治医がカルテを元に以下に示す情報を収集し、さらに諸項目の評価を行い、それらをデータとした。

収集情報と評価項目：

- (1)年代
- (2)性別
- (3)初診時の子どもの症状
- (4)初診時の子どもの症状の重症度
- (5)初診時の虐待をしている親の症状
- (6)初診時の虐待をしている親の症状の重症度
- (7)初診時の非虐待親の症状
- (8)初診時の非虐待親の症状の重症度
- (9)虐待の内容
- (10)虐待の重症度
- (11)虐待の種類の複合性の評価
- (12)治療後の子どもの症状の改善度
- (13)治療後の虐待をしている親の症状の改善度

- (14)入院の有無
- (15)治療中断の有無
- (16)治療期間
- (17)子どもの治療の有無
- (18)虐待をしている親の治療の有無
- (19)非虐待親の治療の有無
- (20)院内外でケースに関わった人

2. 上記のうち、在宅ケアとなっている事例の詳細な検討を行い、そのポイントを抽出し、手引きの目次を作り、「医療における在宅ケアの手引き」を執筆した。

C. 研究結果

1. 国立成育医療センターを受診した虐待ケースの実態

1) 年齢・性に関して(表1)

子どもの年齢に関しては、表1に示すように、就学前が23例(42.6%)を占める、また、小学生も23例(42.6%)であり、中学生以上の8例(14.8%)に比べ、かなり低年齢が受診している。性に関しては、男児21名、女児33名と女児の方が多かったのは、性的虐待を受けた子どもの受診が10例(18.5%)と多いことが影響していると思われる。

表1 対象の背景

		N	%
性別	男	21	38.9
	女	33	61.1
年代	乳児	7	13.0
	幼児	16	29.6
	小学生	23	42.6
	中学生以上	8	14.8
所在	自宅	46	85.2
	施設	8	14.8

2) 虐待の内容に関して(表2)

虐待の内容に関しては、心理的虐待17例(19.3%)、ネグレクト16例(18.2%)、DVの目撃13例(14.8%)、性的虐待10例(11.4%)と児童相談所の受理内容などに比較して、身体的虐待以外の虐待が多いことが伺われる。また、ハイリスクも12例(13.6%)あり、虐待予防としての治療が行われている。

表2-1 虐待の内容(実態)

	N	%
ネグレクト	10	18.2
身体的虐待	9	16.4
ハイリスク	8	14.5
心理的虐待	4	7.3
心理的虐待+DV目撃	4	7.3
性的虐待	4	7.3
身体的虐待+ネグレクト+DV目撃	2	3.6
身体的虐待+性的虐待+心理的虐待	2	3.6
ネグレクト+性的虐待	1	1.8
ハイリスク+DV目撃	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト+身体的虐待	1	1.8
心理的虐待+親の自傷目撃	1	1.8
身体的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
身体的虐待+性的虐待	1	1.8
身体的虐待+性的虐待+DV目撃	1	1.8
性的虐待+DV目撃	1	1.8

表2-2 虐待の内容(種類別内訳)

	N	%
身体的虐待	20	22.7
心理的虐待	17	19.3
ネグレクト	16	18.2
DV目撃	13	14.8
ハイリスク	12	13.6
性的虐待	10	11.4

表2-3 虐待の複合性

	N	%
1種類	35	63.6
2種類	12	21.8
3種類	8	14.6

3) 初診時の症状に関して (表3)

a. 子どもの症状

子どもの症状に関しては、行動の問題、トラウマ症状、何らかの情緒の問題、解離症状、愛着の問題が多いことは、これまでの報告と一致する。一方、親の問題として受診になったケースに子どもの問題として不妊治療によって産まれた子どもが3例含まれていることは特記すべきことである。望まない妊娠とは逆に、不妊治療を受けるまでに子どもを望んでいたはずの親に虐待の危険が高い例が認められるのである。不妊治療におけるカウンセリングとそこの虐待予防の必要性が示唆されて

いると考えられる。

b. 虐待をしている親の初診時の症状

虐待をしている親の症状として最も多いのは人格障害の症状である。また、うつ状態や過去の被虐待体験などが多い。統合失調症や躁鬱病などの所謂精神病は見られなかった。一般の精神科を受診する人たちとは異なり、薬物での改善を望めることが少なく、これまでの成人の精神科の治療範疇には合致しない例が多い。

c. 非虐待親の初診時の症状

虐待をしていない親はトラウマ症状やその他の不安症状を示すことが多く、ついでうつ状態が多い。ドメスティックバイオレンス (以下、DV) で実際に親が恐怖体験をしている例もあるが、子どもの被害を知ることによって、不安やうつが生じていることもある。

表3 初診時の症状について(子ども/親/家族)

初診時の子どもの症状		初診時の虐待をしている親の症状		初診時の非虐待親の症状				
	N	%	N	%	N	%		
行動の問題	14	25.9	人格障害	12	23.5	不安状態	7	13.0
トラウマ症状	13	24.1	うつ状態	5	9.8	トラウマ症状	4	7.4
情緒の問題	7	13.0	被虐待	2	3.9	うつ状態	3	5.6
愛着の問題	6	11.1	強迫性障害症状	2	3.9	人格障害	1	1.9
発達遅滞	6	11.1	DID	1	2.0	無関心・回避的	1	1.9
解離症状	5	9.3	アルコール依存	1	2.0			
食行動問題	3	5.6	覚醒剤後遺症	1	2.0			
身体化症状	2	3.7	行方不明	1	2.0			
不妊治療	2	3.7	死別	1	2.0			
遺伝性疾患	1	1.9	精神遅滞	1	2.0			
強迫性障害	1	1.9	転換性障害	1	2.0			
情動調節問題	1	1.9	怒り	1	2.0			
無呼吸	1	1.9	発達障害	1	2.0			
		重複あり	暴力	1	2.0			
			不明	2	3.9			
					重複あり			

4) 子どもと親の重症度 (表4)

重症度を社会的な適応を基に以下のように分類した

<子どもの重症度>

①重度：生活を営む上で、もしくは他者とのかかわりを持つうえで、かなりの障害がある（攻撃性が激しく友達を作れない、かんしゃくが激しくて親の養育に著しい困難がある、など）

②中度：生活を営む上で、もしくは他者とのかかわりを持つ上で、軽度の障害がある（何らかの刺激があると反応して攻撃的なることもある、困難な問題があるとなかなか解決できない、など）

③軽度：偏りはあるが、生活を営んだり、他者と関係を持つ上ではそれほど大きな問題はない

<親の重症度>

①重度：生活を営む上で、もしくは養

育を行う上で、かなりの障害がある（食事を作れない、時間を守れず子どもが遅刻する、自傷行為がある、など）

②中度：生活を営む上、もしくは養育を行う上で、軽度の障害がある（普段は問題がないがストレスがかかった時に崩れ易いなど）

③軽度：自覚症状は多少あるが、生活を営んだり、養育を行うことに障害はない（睡眠障害やうつ感情などはあるが、生活や養育には問題はない）

この分類では、子どもの約半数が重度であり、重度と中度を加えると、約80%にのぼる。また、虐待をしている親も重度が多い。40%が重度である。不明が多い為、実際には更に多い可能性が高い。それに比較して、非虐待親の重症度は中度が多く、症状をもっている人も、虐待をしている親に比べて重症度は低い。

表4 初診時の症状の重症度(子ども/親/家族)

子どもの症状の重症度			親の症状の重症度			家族の症状の重症度		
	N	%		N	%		N	%
軽度	7	12.7	軽度	1	1.8	軽度	3	5.5
中度	16	29.1	中度	9	16.4	中度	7	12.7
重度	27	49.1	重度	22	40.0	重度	6	10.9
不明	4	9.1	不明	22	41.8	不明	38	70.9

表5 治療期間

	N	%
～5ヶ月	19	34.5
6～11ヶ月	12	21.8
12～24ヶ月	17	30.9
25ヶ月～	7	12.7
治療期間平均	9.13ヶ月 (SD 6.39)	

5) 治療期間 (表4)

治療期間は平均約9ヶ月であるが、これは継続中のものも多い。

6) 治療の有無 (表6)

子どもの治療は、乳児期で問題のない子どもを抜かしては行われているため、48例(87.3%)と高い割合になっている。前例の約半数で虐待をしている親の治療が行われていた。統計上の問題で、「治療なし」の中には、虐待者

が家族外のものも含まれている為、虐待している親の治療参加率はさらに高いものである。また、虐待をしていない家族の治療は60%に行われていた。

なお、表にはないが、治療対象となった親の性別は、2例の非虐待親の男性(実父)を除き、すべて女性(実母)であった。

表6 治療の有無(子ども/親/家族/施設職員)

子ども		
	N	%
なし	7	12.7
あり	48	87.3
親		
	N	%
なし	29	52.7
あり	26	47.3
家族		
	N	%
なし	20	36.4
あり	33	60.0
職員		
	N	%
なし	2	25.0
あり	6	75.0

表7 治療の中断の有無

	N	%
なし	47(8)	85.5
あり	8(0)	14.5

()内は施設入所の子ども人数

表8 治療後の症状の改善度(子ども/親)

子どもの症状の改善度			親の症状の改善度		
	N	%		N	%
変化なし	16	29.1	変化なし	12(1)	21.8
改善した	18(3)	32.7	改善した	19(3)	34.5
非常に改善した	14(5)	25.5	非常に改善した	12(2)	21.8

()内は施設入所の子ども人数

()内は施設入所の子どもの親の人数

7) 治療の中断(表7)

治療の中断は8例(14.5%)であった。虐待の在宅群では治療の中断が多いことが指摘されていたが、今回の調査では比較的少なかった。

8) 治療後の症状の改善度(表8)

治療の期間が様々であるので、結果が一定しない。しかし、その中でも、子どもも虐待をしている親も55-60%に症状の改善を見ている。

9) ケースに関わった人や機関(表9)

ケースに関わった人や機関では院内のソーシャルワーカーの28例(50.9%)が最も多かった。児童相談所は約30%に、保健所や地域福祉は約20%で関わっていた。保育園や学校との連携も18%にのぼる。弁護士との連携も10%に認められた。

表9 ケースに関わった人・機関

SW		
	N	%
なし	27	49.1
あり	28	50.9
心理士		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
児童相談所		
	N	%
なし	39	70.9
あり	16	29.1
保健所		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
地域福祉		
	N	%
なし	43	78.2
あり	12	21.8
その他(母子寮等)		
	N	%
なし	46	83.6
あり	9	16.4
保育園・学校		
	N	%
なし	45	81.8
あり	10	18.2
弁護士		
	N	%
なし	49	89.1
あり	6	10.9

10) 治療後の症状の改善度 (表 10)

子どもも虐待している親も「非常に改善した」と「改善した」を合わせると、いずれも対象全体の 50-60%にのぼる。変化なしの 20-30%に比べると倍にのぼり、治療を行う効果はあると考えられた。

ケースに関わった人の総数が少ないほど、「親の症状の改善度」が大きく、これにより「子どもの症状の改善度」も大きくなることが示唆された。

2. 治療効果に影響する因子の検討

治療により子どもの症状が改善する度合いに関わる要因は何か、上記の項目の中から検討するために、子どもの年代と性別を統制して偏相関係数を算出した。その結果、「初診時の親の症状の重症さ」が低いほど、また「治療後の親の症状の改善度」が大きいほど、「子どもの症状の改善度」も大きいという関係性がみられた。次にこれら2つの関係要因について、医療者が介入可能な要因である「治療後の親の症状の改善度」についてさらに詳しく検討をした。この「治療後の親の症状の改善度」に関わり、間接的に「子どもの症状の改善度」に寄与する要因を

表10 ケースに関わった人・機関の数分布

院内		
	N	%
1箇所	25	46.3
2箇所	19	35.2
3箇所	10	18.5
院外		
	N	%
1箇所	18	33.3
2箇所	19	35.2
3箇所	9	16.7
4箇所	5	9.3
5箇所	2	3.7
6箇所	1	1.9
院内・院外合計		
	N	%
1箇所	13	24.1
2箇所	17	31.5
3箇所	3	5.6
4箇所	11	20.4
5箇所	3	5.6
6箇所	6	11.1
7箇所	1	1.9

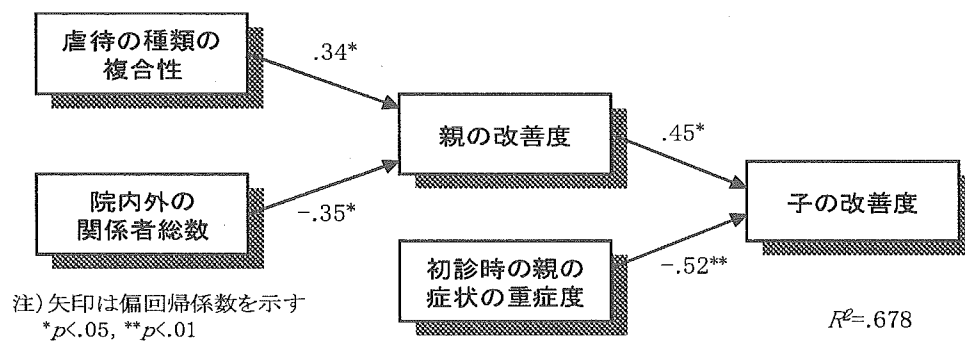


図1 子どもの症状の改善度に関連する要因のモデル

検討するために、パス解析を行った。(図1)。その結果、「虐待の種類の複合性」が大きい(いくつもの種類の虐待が複合したものである)ほど、また「院内外でケースに関わった人」の総数が少ないほど、「親の症状の改善度」が大きく、これにより「子どもの症状の改善度」も大きくなることが示唆された。

D. 考察

1. 国立成育医療センターを受診した虐待ケースの実態

1) 小児および周産期医療機関を受診している虐待ケースに関して

このパイロットスタディーの対象の分析は、都市部における小児および周産期の医療機関における虐待ケースの特徴が現れている。小児および周産期の医療機関における虐待ケースの特徴に関しては以下のように考えられた。

(1) 低年齢児をもつ家族の虐待ケースが多かった。虐待はできるだけ早く発見して、予防や防止が行われることが望ましい。また、子どもの治療もできるだけ早期に開始することによって、

将来の精神障害の予防がなされることが望ましい。従って、子どもの年齢が低いうちに虐待ケースの治療が開始されることは重要なことである。今回、国立成育医療センターの虐待ケースは低年齢で治療に結びついており、小児および周産期専門医療機関ではこのような重要な年齢での治療開始ができる利点があると考えられた。

(2) 子どもの精神的問題での受診と周産期および乳児の子どもを持った親のハイリスクケースの治療が多くなされていた。現在、日本では残念ながら、子どもの精神的問題を取り扱える医師や医療機関が少ない。特に周産期からの医療に関しては、これまで精神科医はあまりかかわっていない分野である。更に、虐待している親の症状からも、所謂精神病は殆どなく、人格障害の症状や解離症状など、これまでの精神科が主として治療してきたケースとは異なる様相を示している。一方、小児科医では、虐待ケースのように複雑な心理背景を持った親子を治療する技術が伴わないことが多い。そのような両者の欠点を補うべく、国立成育医療セン

ターではこれまでの小児科と精神科の知識と技術を総合して、乳幼児からの子どもへの診察と親や家族を含めた関係性への支援を行っている。このような環境での診察が、低年齢の子どもへの精神的問題の受診を増加させ、周産期医療を通して、超早期からの虐待ハイリスク親に対する治療が行われているものと考えられた。しかしながら、虐待ケースに関しては、時間や人手がかかり、カンファレンスなどに費やされる時間も長く、不採算であることは明らかである。今後費用面での検討も行い、何らかの対処がなされないと、このような医療を進めていくことは困難であると考えられる。

(3) 虐待の内容では、心理的虐待、性的虐待、DVの目撃が多い。性的虐待は、病理性が強く、様々な症状を持ってくることがや、他の機関ではケアが難しいことがあり、医療機関を受診する虐待ケースは性的虐待が多くなるのは当然であろう。更に、国立成育医療センターの育児心理科のスタッフ（こころの診療部部長と育児心理科医長）はいずれも女性であり、このことも性的虐待が多かった理由となっている可能性がある。

心理的虐待やDVの目撃が多いのは、丁寧な問診によるものであると考えられる。一見子どもの問題と捉えられているものの背景に心理的虐待やDVがあったり、他の虐待で治療をしているケースに心理的虐待やDVが多いからである。特に、DVの目撃はそれだけで存在しているわけではなく、

DVの問題が子どもの問題として医療機関につながる可能性が高いことが示唆されていると考えられる。

(4) 子どもの精神的症状と虐待している親の精神的症状は重度が多い。ここでの重症度は精神症状としての重症度ではなく、社会生活や関係性の問題への影響を指している。社会生活に問題を持ったり、関係性に問題を持つことは、その人を取り巻く環境との係わり合いが障害され、結局は人間関係がうまくいかずに孤立して、更に本人への悪影響となる悪循環のもととなるものである。これは、子どもの場合も親の場合も同様である。双方に問題がある場合には更に悪循環は大きくなり、そのままでは、悪い関係性がエスカレートして虐待にいたる、もしくは虐待が悪化する恐れが強い。このようなケースを治療してエスカレートを防ぐことは非常に重要なことである。

(6) 虐待をしている親は人格障害の症状を持っていることが多い。人格障害の症状を持っている人は、治療はそれほど簡単ではない。しかし、虐待ケースでの親の治療は、親の病理に対する治療とは異なり、目的は適切な養育ができるようになることである。子どもを預けたほうがよいという判断をすることも適切な養育の一つである。このような治療目的は投薬だけで達成されるものではなく、時間と人手をかけた対応が必要となる。前述のごとく、虐待ケースへの医療的アプローチはこれまでの日本の精神科医療や小児科医療では不十分であり、新たな視点で考

える必要がある。

2) 治療に関して

(1) 虐待を受けた子どもは90%近くが治療を受けており、非虐待親は60%が治療を受けている。しかしながら、虐待をしている親で治療を受けているのは47.3%である。これを高いと見るか、低いと見るかは意見の分かれるところであろう。ただ、実際には治療に通っているのは殆ど女性であり、女性が虐待者もしくは虐待のハイリスクである時には虐待者への治療がなされているという結果となっていると考えられる。ただし、両親で通っていることも少なくない。両親での治療を促すことも重要であろう。

(2) ケースにかかわっている率が最も高いのは、院内のソーシャルワーカー(MSW)である。虐待ケースは診察室だけの治療で完結することは殆どなく、ソーシャルワークが必要である。虐待ケースの治療にはソーシャルワーカーは欠かせない存在である。その他の院外との連携も多く、連携にとられる時間は非常に大きな負担になっていると考えられる。

(3) 治療による改善はかなり高率であった。改善率は子どもも虐待している親も全体の約55-60%を占めていた。つまり、受診することができたケースの半数以上が改善しているのである。更に、虐待している親の直接の治療率は47.3%であることから、直接の治療を受けていない親も改善していることを示している。これは、子どもの

行動が改善されることで、直接の治療は受けておらず、簡単なガイダンスだけでも、親の改善が可能であることが示されている。虐待ケースを受診させることが非常に重要である。

2. 治療効果に影響する因子の検討

1) 治療による改善度に関しては、虐待している親の改善度と子どもの改善度に相関があった。このことは前述した悪循環でのエスカレートと反対に、改善する時には親も子どもも改善することを示している。また、親だけの治療や子どもだけの治療より、親子の治療を行う方が改善度が良いことを示している。従って、治療を行う時には親も子どもも治療を併行させて行うことが求められる。

2) また、子どもの改善度は初診時の虐待している親の症状の重症度と相関があった。つまり、虐待している親の症状が重症であるほど、子どもの改善は困難である。親が重症な時には子どもに対しての治療を更に強力に行う必要がある。

3) 虐待の種類の高複合性が多いほど親の改善度が増し、それに伴って子どもの改善度も大きくなっている。このことに関しては、治療の中で、親が自分の行為を語ることができたことを意味しているのではないかと考えられる。また、複合ケースにDVケースが多く、DVを打ち明けることができる親で、DVからの開放に向かえることで、自分の精神症状も改善し、おそらくは子どもへの虐待も減少し、それに伴い、