

Program Injury Prevention  
Committee at American Academy  
of Pediatrics National  
Conference & Exhibition  
October 9-13, 2004, San  
Francisco, USA

- 3) 第23回日本思春期学会総会学術集会 シンポジスト「被虐待児のトラウマへの対応」 2004年8月9日 つくば市
- 4) 奥山 眞紀子 「小児虐待への医療における対応原則」 第15回日本小児整形外科学会学術集会ランチョンセミナー 新横浜プリンスホテル 平成16年11月26日
- 5) 奥山 眞紀子 教育講演「性虐待を疑う子どもへのインタビュー法」 日本子どもの虐待防止研究会 福岡国際会議場 平成16年12月9日～11日
- 6) 奥山 眞紀子 ワークショップ「性的虐待!? どうする?—学校での対応」 日本子どもの虐待防止研究会 福岡国際会議場 平成16年12月9日～11日

## 2005

- 1) 奥山 眞紀子 「子どもの虐待—ネグレクトおよびドメスティックバイオレンスについて—」 健康教室 第650集 東山書房 2005.1.1 発行 PP86～89
- 2) 奥山 眞紀子 「子ども虐待の現状」 薬の知識 Vol.56 No.1 ライフサイエンス出版

2005.1.25 発行 PP1～3

- 3) 奥山 眞紀子 「親子再統合の意味とその支援」 母子保健情報 50号 恩賜財団母子愛育会 2005.1.15 発行 PP147～150
- 4) 奥山 眞紀子 「思春期の性被害・性加害」—思春期におこりやすい問題とその対応— 小児科診療 Vol.68 No.6 診断と治療社 2005.6号 PP1067～1074
- 5) 奥山 眞紀子 「性的虐待の現状と支援の課題」 家族間暴力のカウンセリング 日本家族心理学会=編集 金子書房 2005.5 PP85～100
- 6) 奥山 眞紀子 「性的虐待について」 薬の知識 ライフサイエンス出版 2005.6 PP16～17
- 7) 奥山 眞紀子 「子どもの自立支援の理念について」 子ども・家族の自立を支援するために—子ども自立支援ハンドブッカー 児童自立支援対策研究会編 2005.6 PP14～32
- 8) 奥山 眞紀子 「虐待をいかに防止するか—落とさないネットワークの構築に向けて」 児童虐待—防止のためのポイント 年友企画株式会社 2005.6.30 PP156～166
- 9) 奥山 眞紀子 「Q & A 里親教育を知るための基礎知識」 庄司順一・編著 明石書店 2005.8.20. PP176～183、PP226～235
- 10) 奥山 眞紀子 「北米における子供虐待対応の流れと現在」 MM J9月号 (The Mainichi Medical Journal) 毎日新聞社

- 2005.9.15 P 527
- 11) 奥山 眞紀子 「虐待を受けた子どものPTSDとラウマケア」看護技術 10月号 (株)メジカルフレンド社 2005.10.20 PP40~43
- 12) 奥山 眞紀子 「愛着障害の治療」新精神科治療ガイドライン 精神科治療学 Vol.20 増刊号 星和書店 2005.10.15 PP294~297
- 13) 奥山 眞紀子 「児童虐待の分類と概要」小児科診療 Vol.68 No.2 診断と治療社 2005.2.1 発行 PP208~214
- 14) 奥山 眞紀子 「子ども病院におけるリエゾン精神医学」児童青年精神医学とその近接領域 Vol.46 -2 2005.4.1 PP79~89
- 15) 奥山 眞紀子 「Shaken Baby Syndrome」子ども虐待の臨床(医学的診断と対応)南山堂 編者 坂井聖二 奥山眞紀子 井上登生 2005.1 PP99~105
- 16) 奥山 眞紀子 「子供虐待」第8章 子供の心の治療の新しい流れ 先端医療シリーズ 34 小児科の新しい流れ 先端医療技術研究所 2005.6.3 PP193~197
- 17) 奥山 眞紀子 協編 “子ども・家族への支援計画を立てるために” —子どもの自立支援計画ガイドライン 児童自立支援計画研究会編 2005.6
- 18) 奥山 眞紀子 「虐待を受けた子どものトラウマと愛着」トラウマティック・ストレス 3 : 3-11 2005
- 19) 奥山 眞紀子 「被害を受けた子どもへの対応—子どもを守る社会を望む」インタビュー 季刊セクシュアリティ(No.21) 2005.4.15 PP46~53
- 学会口演
- 1) 奥山 眞紀子 シンポジウム「子どものこころの臨床における発達について再考する—虐待臨床から」第93回日本小児精神神経学会 虎ノ門ニッショーホール 平成17年6月25日
- 2) 奥山 眞紀子 座長「子ども虐待と発達障害」第94回日本小児精神神経学会名古屋市公会堂 平成17年10月15日
- 3) 泉 真由子・奥山 眞紀子 「虐待を受けた幼児の行動チェックリストの開発とその分析」第46回日本児童青年精神医学会総会 神戸国際会議場 平成17年11月11日
- 4) 奥山 眞紀子 「愛着障害を考える」指定討論 第15回日本乳幼児医学・心理学会 青山学院大学大会議室 平成17年11月19日

# 不適切な養育に関する医療における 在宅ケアの手引き

## <目次>

- I. 在宅ケアとは
  1. 不適切な養育という考え方
  2. 在宅ケアの必要性和目的
  3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）
- II. 在宅ケアのあり方
  1. 原則
  2. 協議会や地域ネットへのつなぎ方
  3. 協議会や地域ネットへの参加
  4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション
- III. 在宅ケアのプロセス
  1. 情報収集とアセスメント
  2. アセスメントの総合
  3. 支援計画と役割分担
  4. 情報の集約に関して
  5. 定期的な評価会議
  6. 家族が転居する時
  7. 在宅ケアの終了
- IV. 小児科における在宅支援
  1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が必要な時
  2. 在宅支援における診療
  3. 避けるべきこと
- V. 精神科における在宅支援
  1. 在宅支援における診療
  2. 気をつけるべきこと
- VI. 医療機関におけるケースの評価
  1. 子どもの評価
  2. 親（主たる養育者）の評価
  3. 親子関係の評価
  4. 家族の評価
  5. サポートシステムに関する評価
- VII. 医療における支援の実際
  1. 支援の目的

2. 評価から支援計画へ
3. 親の状態による支援の例

## VIII. 最後に

### <本文>

#### 1. 在宅ケアとは

##### 1. 不適切な養育という考え方

「不適切な養育（maltreatment）」とは「子ども虐待」と同意語として使われる言葉です。しかし、「子ども虐待」が積極的な行動のみを指すように受け取られがちです。また、「虐待」とは親や加害者の行為を指すと考えられがちでもあります。在宅ケアは、本来、子どもにとって適切な養育がなされるように支援するものであり、積極的虐待を減少させるのみならず、子どもにとって良いケアになっているかどうか問題となるのです。従って、在宅ケアの場合は「不適切な養育（maltreatment）」という言葉を用いたほうが誤解の少ない対応となると考えられます。

##### 2. 在宅ケアの必要性和目的

###### 1) 必要性

児童相談所に通告されたケースの80%は在宅ケアとなっています。この殆どは適切な養育を行っているわけではなく、何らかの不適切な養育はあるが、親子を分離してケアする程までの危険性はないと判断されたケースです。従って、放置してよいわけではなく、在宅で治療を含めたケアを行っていかねばなりません。

###### 2) 在宅ケアの目的

医療における在宅ケアの目的は大きく二つ有ると考えてよいでしょう。一つは子どもが危険にならないよう

な見守り、危険な状態を発見したらすぐに強い介入を行って子どもを危険から守ることで。もう一つは、家族ができるだけ適切な養育ができるような支援を行うことです。この二つは常に意識しておく必要があります。

### 3) 在宅ケアは危険と裏腹

今でも、虐待で命を落とす子どもがいるのが現実です。かといって少しでも危険があれば全てを分離ケアにするというわけにはいきません。在宅ケアでは、ケアと同時に危機を早めに察知して子どもの安全を守るという機能も果たしていかなければなりません。

## 3. 要保護児童対策地域協議会（協議会）

### 1) 在宅ケアの主体は協議会や地域ネットワーク

平成 15 年に改正された「児童虐待防止等に関する法律」および「児童福祉法」によって、虐待、つまり不適切な養育のケアの第一線は地域であり、専門的対応が必要になったときに児童相談所に支援を求めることになりました。児童相談所が専門的に評価して、在宅ケアが妥当と考えられたときにも協議会や地域ネットワークが主体となって在宅ケアを行うことになります。

医療機関もこの協議会や地域ネットワークの一員として在宅ケアに参加することになります。

### 2) 協議会と守秘義務

改正児童福祉法で位置づけられた「要保護児童対策地域協議会」（以下、協議会）とは、地域で要保護児童対策を行うためのネットワークを指します。法律的に定められた一つの意味は、協議会のメンバーの守秘義務が貸されたことにあります。つまり、外部に対する守秘義務があることで、内部での個人情報やり取りを可能にしたのです。従って、医師であっても、協議会の中で個人情報の開示をするこ

とは守秘義務違反にはならないと考えられます。

### 3) 協議会のマネジメント

協議会にはマネジメントをする人を置くことになっています。協議会に参加するときには確認をする必要があります。事務を担当する人とケースのマネジメントをする人の両方を確認しましょう。

## II. 在宅ケアのあり方

### 1. 原則

在宅ケアは一人で抱え込まないことが原則です。協議会やネットの一員としてのケアであることを認識しなければなりません。

### 2. 協議会や地域ネットワークへのつなぎ方

医療機関で抱えている子どもに関して、地域での支援が必要と考えられるときには、地域のネットワークにつなげる方法として、以下の方法があります。

#### 1) 児童相談所に虐待通告を行う

虐待が行われていると考えられ、子どもにとっての危険が高い可能性があるときには児童相談所に虐待通告を行います。児童相談所は通告には対応をします。児童相談所の判断で分離の必要はなく、在宅ケアが必要と考えられるときには、地域の協議会やネットワーク対応になります。

#### 2) 福祉事務所への虐待通告

虐待ではあるが、すぐに分離が必要のないときには地域の福祉事務所への通告を行うことでもよいのです。児童相談所に通告するか地域福祉へ通告するかは本来は問題ではなく、いずれにしても福祉で適切な対応がなされなければなりません。しかし、地域によっての特性もあります。最初は通告しやすい機関に通告を行ってみることが求められます。

3) 通告したほうが良いと考えられるが、どのようにしたら良いかわからないとき

本来、通告の場合には、通告した人の秘密は守られることになっています。しかしながら、医療機関の場合には親に告知することが求められる場合がありますし、児童相談所などの福祉関係者が親に会うことで明らかになってしまうなどの不安を持つことがあるでしょう。だからといって見逃すことは子どもの危険につながります。相談しやすいところの相談してみることが重要です。普段から連携があるのなら、まず、地域の保健センターもしくは県の保健所に連絡をして相談することも意味があります。また、民間団体の電話相談などに電話を入れて相談してみることもできます。放置しない対応が重要です。

4) 通告をするほどではない不適切な養育

虐待として通告することは躊躇する段階だが、不適切な養育ではあり、支援が必要と考えられるときには、地域の福祉や保健センターに相談をします。そこから支援が始まります。

5) 告知

虐待通告の場合も不適切な養育への支援の場合も、できれば、親に告知することが望めます。その時に伝えるのは以下の点です。

- ① 関心があるのは子どもの安全である。
- ② 親を非難しているわけではない
- ③ 子どもが安全なように子育てができるように支援をしたい
- ④ その為に、児童相談所や保健所と連携したい
- ⑤ 子どもの安全に確信が持てないときは通告するのは義務である

これらの点を念頭に、親を非難したりするのではなく、支援したいという気持ちを伝えるのが告知です。その結

果、親のほうから相談したいという気持ちになることが望めます。

子どもが理解できる年齢以上の場合には子どもにも話をすることが望めます。子どもの場合も以下の気持ちを伝えるとよいでしょう。

- ① あなたの安全に関心があり、あなたを守りたい
- ② お父さんやお母さんがあなたにとってよいお父さんやお母さんになれるようにお手伝いがしたい

3. 協議会や地域ネットへの参加

自分から地域につないだ子どもと家族はもちろんのこと、それ以外のケースに関しても、協議会や地域ネットに参加することが社会から求められています。忙しい臨床の合間に他所へ出て行くことが困難なときには、その旨を伝えて、医療機関に来てもらうことも一つの方法です。

4. 協議会や地域ネットでのコミュニケーション

協議会や地域ネットでは、医療関係者、特に医師からの意見は非常に重要な意味を持つことがあります。特に、それが介入を弱める発言の時にはそれが重視されがちです。例えば、「今のお母さんは恐らく大丈夫だろう。それより子どもを切り離すことでのダメージが大きい」と言うことで、医師が大丈夫と言ったと言うことで、強い介入が見送られがちになります。その為に子どもの命が失われたこともあります。常に自分の発言が子どもの安全を守るためのものであるかどうかを確認することが重要です。危険度がわからない時には危険性が高いほうに判断しておくことが求められます。

協議会や地域ネットは医療関係者は少なく、メディカルモデルでは話が進まないことがあります。初めての時には苛立ちを感じたり、別の国に来たような錯覚を覚えるかもしれません。しかし、それは相手も同じです。子どもの安全を守ることに立ち返って話

を進めることが重要です。

### Ⅲ．在宅ケアのプロセス

#### 1．情報収集とアセスメント

在宅ケアの最初にはそれぞれの立場から情報を収集して、それを集め、アセスメントを行うことが必要です。医療の場合には、医学的な情報（問診所見、診察所見、診察時の行動、その他の情報）と医学的判断を提供することが求められます。前述のごとく、協議会の場合や公務員のみの場合には、守秘義務に関しては心配する必要はありませんが、必要以上の情報を流す必要もありません。

他機関からの情報と多角的につき合わせることで、新たな発見をすることもあります。例えば、医師の前では従順な親を演じていても、他機関の人の前では怒りを爆発させていることがあります。つまり、自分の前に現れているだけではわからない部分が有るのです。その点でも情報の交換と共有は重要な視点です。

#### 2．アセスメントの総合

多職種で得られた情報を総合して、子どもの状況、親の状況、親子関係の状況、家族の状況、サポートシステムの状況、などに関するアセスメントが必要になります。これらを総合して、危険度を判定し、支援の方法を決定します。

#### 3．支援計画と役割分担

支援をするに当たっては、それぞれの機関の役割を明確にすることが必要です。例えば、子どもの安全確認と子育て支援のために、保健師が家庭訪問をする、週1回医療機関に通わせ、身体的診察と子育て支援を行う、など、いくつかの具体的な支援計画を立てます。

その際、医療機関としてどのような支援が求められているかを確認します。

#### 4．情報の集約に関して

在宅ケアの成否で最も重要なのは情報の集約とその判断です。支援のメンバーの情報をどこに集約するかを確認します。以下のような時には必ずケースマネージャーに情報が集約されなければなりません。どこに連絡を取るべきかを確認しましょう。以下のような時には必ず、連絡を入れることが必要です。

- ① 来院予定日もしくは期間に連絡なく来院しなかった時、あるいは連絡はあってもその理由に疑問を抱いた時や理由自体が親のストレスにつながる危険があるとき、または、来院しないことが続いた時
- ② 転居、新たな同居人、片親や祖父母の長期不在など、環境の変化に関する情報が入った時
- ③ 親の言動や子どもの言動に気になる変化があった時
- ④ その他、気になることあった時

#### 5．定期的な評価会議

在宅ケアにおける支援計画が順調に進んでいるか、どのように変化したかを判断するために、定期的な評価会議を行うことが必要です。医療としては、目標に応じて、

- ① 子どもの身体的成長
- ② 子どもの発達
- ③ 子どもの行動
- ④ 親の精神的状況
- ⑤ 親の育児状況
- ⑥ 家族の状況

等に着き、どのように変化したかを報告します。悪化していると考えられる時には、更にどのような支援が必要かを考えなければなりません。

#### 6．家族が転居する時

家族が転居する時には転居先に支援を依頼しなければなりません。子どもに特別な病気があったり、精神的な問題があるときには、転居先の地域での医療機関を紹介する必要が生じる

場合があります。そのような場合には積極的に提供しましょう。

#### 7. 在宅ケアの終了

家族が変化し、子どもが発達して、支援を終了にする場合は、変化があったらかならず、どこかの機関に連絡が入るような手立てをとることが必要です。例えば、小学校に上がることを機会に終了する場合には、地域と学校で見守りを続け、気になることがあったら支援を再開できるような方向性を地域で確認しておくことが必要です。

### IV. 小児科における在宅支援

#### 1. 在宅ケアにおいて小児科での在宅支援が必要な時

小児科における在宅支援が必要なものは以下のような場合です。

- ①基礎疾患や障害があるとき
- ②発達の遅れがあるとき
- ③非器質性成長障害
- ④外傷の既往があるとき
- ⑤低年齢で子どもに何らかの育てにくさがあるとき

しかし、これ以外でも、子どものかかりつけ医として支援ができることは多いものです。子どもを守るために、積極的に在宅ケアに参加して欲しいものです。

#### 2. 在宅支援における診療

在宅支援では通常の診療に加えて、以下のことが必要である。

##### 1) 身体計測

不適切な養育では成長障害があったり、頭部外傷によって一時期から頭囲が拡大したりすることがあります。従って、必ず身体計測を行って成長曲線に記入することが大切です。

##### 2) 頭からつま先までの診察

不適切な養育の場合には、ネグレクトと考えていても突然暴力につながる場合があります。診察の時には、必ず、裸にして寝かせて頭からつま先までの診察をすることが必要です。

#### 3) 親子関係の観察

診察時の親子関係の観察も重要なポイントです。待合室、入室時、親と話をしている時、子どもの診察時、などにどのような親子の関係が有るかを観察することも大切です。例えば、診察をする時に子どもが泣いても関心を示さないとか、自分の話に夢中になって子どもを無視しているなどの親の行動や、親が離れても子どもが関心を持たないとか、親が近づくと返って激しく子どもがなくななどの子どもの行動は、親子関係の問題を示唆します。

#### 4) 具体的な育児方法の支援

在宅支援を必要とする親は漠然とした形ではなく、具体的な育児方法を提示することが必要な場合が多いものです。ミルクの作り方一つにしても具体的に示しながら優しく教えることが必要です。

#### 5) できるだけ親の話を聞く時間をとる

在宅支援を必要とする親の中には、自分の話を聴いて欲しい親もいます。会話が通じない子どもと一日二人でいることに疲れていたり、親失格と言われるのではないかと不安に思っていたりします。子どもの身体を見てくれる小児科医や看護師は親にとっては話しやすい場合もあります。

#### 6) 家族全体に関する話に注意して聞く

そのような安心できる会話の中で、家族の話が出てくることがあります。夫との関係の話、嫁姑の話などです。最初はこんな話しをして良いのかと思いつながらしている親も、受け入れてもらえることで更に話が進んでいくこともあります。耳を傾けることが必要です。

#### 7) 看護師などとの関わりに注意

医師の前では優等生を装っている親でも、看護師やその他のコメディカルの前では様々な顔を見せることがあります。他の医療関係者とどのような対応がなされているのかを聞いてみることも役に立ちます。

### 3. 避けるべきこと

#### 1) 親を責めたり笑ったりする

在宅支援を必要とする親は自尊心が低下している親が多いものです。こちらとしては責めているつもりや馬鹿にしているつもりはなくても、些細なことで、責められていると感じたり、馬鹿にされていると感じたりすることがあります。注意が必要です。

#### 2) 上から「指導」する対応

在宅支援が必要となる親の中には、嘗て自分自身が権威的な親に育てられてきた場合があります。上からの押し付けに対して恐怖を持つこともあります。その点も注意が必要です。

#### 3) 巻き込まれる対応

人格に偏りのある親の場合、巻き込みやすそうな人を巻き込んで支援を分断するような動きをすることがあります。医師の前で他の支援者の悪口を言い出した時、必要以上に医師を褒めたり、近づいてくる時、医師一患者関係以上の関わり（医療機関以外の場所で会う、自宅に招くなど）を求めたり提供してきた時には注意することが必要です。

## V. 精神科における在宅支援

精神科では、親への治療・ケアを担うことが多い。ここではその場合を想定して診療とその注意点を述べます。

### 1. 在宅支援における診療

#### 1) 診断名のみではなく、養育能力に関する判断が必要

親の「病気」に対応するだけでなく、「病理」を見極めて、対応することが必要です。返って「病気」の重症度と養育の問題の深さとは一致しないことは少なくありません。また、養育能力に対する把握、親子関係のとり方、などに関する判断が必要です。

#### 2) 子どもに対する思いを聞く

親が子どもを「かわいい」と思うのは当然だと思いつまらずに、「かわいいと思えない」こともあることを念頭に

親の思いを聞くことが大切です。親自身も「自分はおかしい」と思っていることもあります。

#### 3) 家族全体を見る視点が必要

親個人の状態のみではなく、家族全体のかかわりを把握して対応する必要があります。

#### 4) PSWの関与が望ましい

医師は個人を診ることが役割ですが、在宅支援の場合には環境の中で親がどのように対応しているかを判断することが必要となります。できるだけPSWが関与することが望まれます。

#### 5) 地域の他の機関と一緒に支援していくことを伝える

親が医師や医療機関に転移していることは多く、他機関からの支援を受けにくくなっている場合があります。そのような場合には他の機関からの支援が必要であることを伝え、他の機関からの支援を受けるように配慮することが必要です。

#### 6) 親の過去をどう扱うか

不適切な養育となる親の中には過去に不適切な養育を受けて育った人も少なくありません。その中にはトラウマを負っている人もいます。過去のトラウマに接近すると、返って一時的に症状が悪化することがあります。それが必要な場合には、一時的に子どもを保護できる状況を作り出しておくなどの対策が必要です。十分に注意した診療が求められます。

### 2. 気をつけるべきこと

#### 1) 親の病状の安定にのみ視点を当てることの危険

精神科の医師から「今、子どもを取り上げたら、親がもっと不安定になる」と告げられ、子どもの保護が躊躇されるという事態を聞くことは多いものです。中にはそれによって子どもの命が落とされたケースもあります。弱者である子どもの安全を第一に考える必要があります。

#### 2) 個人の症状のみで判断することの危険

怒りの対象見つけて、怒りを発散す



ることで個人的な症状が改善しているように見えることもあります。個人の症状のみならず、家族からの情報を取ることも必要です。

## VI. 医療機関におけるケースの評価

### 1. 子どもの評価

以下の項目に関して評価が必要です。

#### 1) 基礎疾患・障害

基礎疾患や障害は育てにくさを増加させるリスク因子です。子どもの基礎疾患や障害が子どもや親にどのような負担となっているのかを判断する必要があります。

#### 2) 成長

身長・体重・頭囲に関して、必ず成長曲線をつけて評価することが必要です。養育が不適切な状態の時に成長障害となっていることが明らかにわかる時も有ります。

#### 3) 既往歴

明らかな基礎疾患がなくても、肺炎を繰り返すなどの既往は親子への負担であると同時に養育の問題が影響している可能性もあります。

#### 4) 発達レベル

運動発達、認知の発達、精神発達、社会性の発達などに関する評価が必要です。必要に応じて心理検査を行うことは助けになることがあります。児童相談所が関与している場合には、児童相談所での検査も可能です。協議会や地域ネットでそのような検査が行われているかどうかの情報を得ておくことも大切です。

#### 5) 愛着の問題

凍りついたような目で表情に乏しく、他者と係わりを持とうとしない乳児、誰にでもべたべたする幼児などは愛着の問題を疑わなければなりません。

また、乳幼児期の親子の愛着形成に関する評価をするには、負荷をかけることが必要です。例えば、誰かが子どもが怖がるおもちゃを子どものほうに向かわせるなどの負荷をかけた時

に、親に近づいて親の援助を受けるような行動をとるかを観察する必要があります。負荷をかけないとその判断は困難です。愛着の問題には、全く親を無視する場合、親の助けを受けようとせずに固まってしまう場合などは重度な問題です。

その他、親子の間を観察して、親を支配しようとしている場合、親からはなれずに親を振り回している場合、親の前で自分を危険に晒す行為を取る場合、なども親子関係に問題が有ると考える必要があります。

#### 6) 発達障害の鑑別

愛着の問題があるときには、発達障害との区別が困難になる時があります。長期に支援をしてみてもいかなければならない場合が多いものです。最初の段階で100%の鑑別が困難であっても、両方を視野に入れて支援を続けていく必要があります。

#### 7) 自己調節

不適切な養育を受けている子どもは、自分を一定の状態に保つことが苦手で、自己を調節することが困難になっていることが多いものです。泣き出すととめられない、かんしゃくが激しい、パニックになる、などの行動は、親にとって更に扱いづらくなり、より不適切な養育につながってしまいがちです。

睡眠リズム、食事のむら、感情の調節などに関して質問をして、評価をすることが必要です。

#### 8) 行動の問題

不適切な養育を受けた子どもは行動の問題をもつことが少なくありません。特に大きくなってくると、多動、衝動、乱暴、などの問題が生じてくることがあります。それが更なる不適切な養育に結びつくこともありますし、学校での不適応につながることもあります。

行動の問題に関しての評価が必要です。CBCL (Child Behavior Checklist) などの質問紙による評価も可能です。

## 2. 親（主たる養育者）の評価

### 1) 親の現在の機能

親の現在の機能に関しては、以下の項目を把握することで

- ① 知的レベル
- ② 共感性の問題（子どもの痛みが感じられるか？）
- ③ ボンディングの問題（子どもを可愛いと思えるか？）
- ④ 自信のなさ、自己評価の低下、虚勢
- ⑤ 衝動性の強さ、怒りのコントロール
- ⑥ 他者への不信など、他者との関係のとり方問題
- ⑦ 状況把握の問題
- ⑧ 感情の問題（うつ、躁）
- ⑨ 人格の偏り
- ⑩ 現実と非現実の混同に関する問題

### 2) 現在の機能の問題の背景

在宅支援では現在の機能の問題の背景となる要因には以下のようなものが多く見られます。しかし、育児は現在進行形で行われているものであり、現在の機能への対応が必要なことが原則です。背景に関する情報は長期間の治療関係の中で明らかになってくることが多いものですが、特に過去のトラウマに接近すると現在の機能に影響をもたらすことがあることに注意をしながら対応することが必要です。

- ① 発達障害の有無
- ② 被虐待体験
- ③ 愛着形成の問題
- ④ 喪失体験
- ⑤ トラウマ
- ⑥ その他の要因

### 3) 特に気をつけなければならない問題

以下の問題があるときには危険性が高いと考え、十分な注意を払う必要があります。治療が必要な精神障害と同様、精神科の関与が必要です。

#### ① 過去の重大な虐待の既往

過去に重大な虐待をしていた場合には、その後の子どもに対しても危険が高いと考える必要があります。

② 最近の自殺未遂、もしくは過去に自殺未遂があり、その病理が続いている場合、または現在の自殺企図

自殺を考えるとそれを行動に移すことは異なります。行動に移したということは、衝動抑制に低さを示すことでもあります。また、自己破壊の欲求が強くなるときがあることは、子どもを含めた破壊に繋がる危険もあります。更に、親の自殺は子どもにとって最も強いトラウマとなる出来事の一つです。子どもを守るためにも、自殺未遂の既往には注意が必要です。

③ 最近の他害のエピソード、もしくは過去に他害があり、その病理が続いている場合

他害ももちろん衝動性の問題に繋がります。他害の既往にも注意が必要です。

#### ④ 薬物乱用

現在、薬物乱用がある場合は在宅ケアは困難と考えなければなりません。特に覚せい剤の乱用は攻撃的な衝動が抑えられなくなることが多いので、子どもと一緒に居ること自体が危険です。

薬物乱用の既往の場合にも、気付かないうちに再び乱用が始まることがあるので十分な注意が必要です。

## 3. 親子関係の評価

親子関係の最も重要な機能は子どもを守る機能です。子どもにとっては、危険から守られた中で発達することが必要だからです。子どもの愛着形成のところで述べたように、子どもがある程度の怖さを感じて、親に近づいて守ってもらおうとする状態を作り出して、

## 4. 家族の評価

家族の評価も重要です。以下の点を中心に評価を試みる必要があります。

- ① 家族のメンバーのサポート能力
- ② 家族にかかっている負荷（失業、病気、介護、その他）
- ③ 夫婦関係（親密度、支配関係、無視、暴力と愛情の混同、ストーカー

- 一的な関係、など)
- ④ 他の同居家族との関係（嫁姑など）
  - ⑤ 子どもにとっての居場所、逃げ場

## 5. サポートシステムに関する評価

親や家族のサポートがどのようになされているかを把握しておくことは非常に重要なことです。地域からの情報を得ることも大切ですが、診療の中で親や家族がどのような人々にサポートを得ることが出来ているか、あるいは得ることが出来る可能性があるかを把握します。サポートシステムを構築することもケアの一つとです。

## VII. 医療における支援の実際

### 1. 支援の目的

支援の目標は不適切な養育の改善です。親の精神的問題の改善も重要ですが、個人の精神的問題の解決の過程と養育の改善は必ずしも一致するものではありません。親の病理の改善はなされても、その過程で子どもに取り返しのつかない心身のダメージがもたらされたとしたら、支援の目的が達成されたとはいえません。目的をしっかりと把握しておくことが必要です。

親の治療の過程で子どもの危険が高まることが予想されるときには一時的に子どもを預けることも考慮したほうが良いでしょう。

### 2. 評価から支援計画へ

子どもの問題、親の問題、親子関係の問題、家族の問題、サポートシステムに関する評価を行い、協議会や地域ネットとのコミュニケーションをとりながら、支援計画を立てる。ケースの問題と資源によってその計画は個々異なるものであるが、以下のポイントを参考にしてください。

#### 1) 危機状態に関する評価

不適切な養育に関しては、危機状態になることがもっと問題です。従って、

危機状態になる可能性のある部分に対しての支援を重視しなければなりません。

#### 2) 悪循環への対応

不適切な養育における親子関係は悪循環で悪化していく傾向があります。悪循環となっていく部分が認められたときにはその悪循環を止めることを目標とした支援を優先させるほうが良いことが多いものです。例えば、うつ傾向のある親の子どもがうまく寝てくれないために親のうつが悪化して苛立ちが著名になり、子どもとの愛着がうまく取れないために子どもの睡眠の問題が悪化しているときには、親のうつへの対応と子どもの睡眠を改善することを併用することで悪循環を抑えることが出来る場合があります。悪循環を止めるという意識が有効です。

#### 3) 基礎疾患や障害への対応

基礎疾患や障害への支援は医療が欠かせない支援です。基礎疾患の治療や発達促進の中で、親や家族の疾患や障害の受容を促進し、レスパイトケアなどの利用も行いながら、家族全体の支援を行っていくことが求められています。

#### 4) 愛着の問題

愛着に問題が考えられる時には早期から対応する必要があります。愛着の問題があると、いずれは育てづらさにつながり、悪循環の基ともなります。親に子どもの抱き方やケアの仕方を具体的に教育することが求められています。親と子どもが波長を合わせられるような体操や呼吸法などを教えることも効果が上がる場合があります。

ただ、親子関係だけでは子どもの安心感が育たないと考えられる時にはサポートシステムの中に愛着対象を求められるような対策が必要となる

こともあります。

#### 5) 発達障害・調節障害

もともと自己調節が困難であったり、発達障害があるときには、乳児期からの育てにくさに繋がります。子どもの状況を的確に判断して、親子関係を少し距離をとってみる支援を行うことで、親の安定につながることも多いものです。子どもの特徴を十分に説明して、かかわり方を支援することが求められています。

### 3. 親の状態による支援の例

#### 例1. 精神遅滞の親

精神遅滞そのものより、良い養育がなされてきたかどうかの方が影響が大きいと考えられます。良い養育がなされてきた親は、人に対する信頼感があり、支援を求めることが上手で、それを守ることが出来ます。しかしながら、精神遅滞のために傷ついて育った親御さんは人を信用できず、支援がなかなか進まないことがあります。

良い養育の基に育った親御さんには、具体的なガイダンスを行い、保健師さんの訪問が行われたり、ヘルパーさんの派遣や保育園の利用などで、十分対処できることが多いものです。

しかしながら、傷ついて育て、人を信用できない親御さんには、個人的なつながりを大切に、できるだけ褒める形での自己評価の改善をはかりながら、医療機関での定期健診などを繰り返すことが求められます。そのような親御さんも医療に関しては拒否しないことが多いからです。また、精神遅滞の方たちの傷つきについて、地域での理解の促進を行う必要もあります。

#### 例2. 家事と育児を同時にこなすことが困難な親

最近、在宅支援を行っている、一

つのことに集中できる仕事は十分にできるものの、家事と育児を並列で行うことが困難な母親と出会うことが増加しています。

朝から何をやるかの順番を決めるのですが、育児を行っている家庭では決めた順番どおり行かないことも多いものです。そうすると、対応が出来なくなるのです。例えば、子どもが寝た後でないと洗濯などの家事が出来ないばかりか、自分の食事などのケアもできない場合もあります。二つのことを一緒にできないために、同じことをやるためにも非常に多くの時間が必要となってしまいます。思ったように行かないことへの苛立ちが虐待に繋がっているのです。そのような親御さんの場合には、家事や育児の複雑性を少しでも緩和することが役に立つことがあります。保育園の利用、宅配サービスの利用、選択の外注など、できるだけ家事や育児を単純化することを考えてみると良いでしょう。

#### 例3. 怒りのコントロールが困難な親の場合

親が自分の問題を自覚できている時には、怒りのマネジメントをトレーニングするプログラムへの参加などを勧めることも役に立つでしょう。

自分の問題を意識できていない場合には、医療機関の中で、怒りを向けられた人に対するサポートも必要になります。その上で、親の怒りを聞いてサポートする人を作り、怒りを向けられている人とサポートする人が連携をとって、親に振り回されずに対応することが求められます。

このような親御さんには連携がとても重要です。

#### 例4. 子どもをかわいいと思えない親 全くかわいいと思えない時や子ど

もとの接触に拒否感を感じている場合には、以下のような対応が必要になります。

本人が自分状況を認められる時で、周囲の理解があるときには、少なくともある年齢までは主たる養育者を変更する必要があります。親戚や里親さんがその対象となります。しかし、親御さんのケアも同時に進めなければなりません。多くの親御さんは、自分がかわいがれないからと言って子どもをあきらめようと思っているわけではないのです。距離を持った中で、子どもとの程よい距離を見出すよう支援を繰り返す必要があります。

親御さんが自分の問題を認められないときには、できるだけ支持的な環境で、感情を引き出しながら、自覚を促し、できるだけの代替育児を利用するように勧めていくことが求められます。

#### 例5．共感性に問題がある親

外来で、共感性に問題があると考えられても、それが一時的なものであるのか、本来のものであるのかを判断しなければなりません。ドメスティックバイオレンス（DV）や虐待の悪循環の中で、麻痺していることもあるからで

す。後者の場合には一時的な親子分離で明らかになることもあります。DVの場合には、もちろんDV状況から逃げ出してケアを受けることが重要です。いずれにしても、親の治療が優先されます。

本質的な問題の場合には、周囲の理解とサポートで、育児をできるだけ肩代わりしてもらうことが必要となります。

#### 例6．人格の偏りがある親の場合

人格の偏りが有る場合には、連携が分断されないような注意が最も必要です。常に協議会や地域のネットと連携して、共通の意識を確認しましょう。他の支援者の悪口を言い出す時は要注意です。振り回されないように意識することが大切です。

#### VIII．最後に

虐待の在宅ケアのあり方に関してはこれまでの蓄積は多いものではありません。特に医療機関における在宅ケアはそのあり方の輪郭が提供されることも少なかったと言えるでしょう。この手引きは初期のものとして、より良いものにバージョンアップしていく必要があります。

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5 虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児への包括的治療に関する研究

分担研究者：あいち小児保健医療総合センター 杉山登志郎

その1 被虐待児への医療機関を核とした包括的治療：解離と衝動のコントロール

研究協力者：秋津佐智恵、浅井朋子、内田志保、海野千畝子、遠藤太郎、大河内修、大橋信彦、河邊眞千子、小石誠二、塩ノ谷真弓、並木典子、服部麻子、東誠

要旨

子ども虐待治療センターとして機能するあいち小児保健医療総合センターにおける、医療を核とした子ども虐待への包括的治療をまとめた。子ども虐待による臨床像は、幼児期には反応性愛着障害で始まり、学童期前後に多動性行動障害の臨床像を呈し、徐々に PTSD 症状と解離症状が出現、明確化し、青年期に至ると、解離性障害かあるいは行為障害へと展開することが示され、脳の機能的器質的変化を伴った発達障害症候群と考えられることを示した。環境調節、薬物療法、家族へのサポートの上に行われる、解離および衝動のコントロールを主眼においた精神療法に関して詳述した。

1. 子ども虐待の臨床像

子ども虐待は増加の一途を辿ってきた。この状況に対応するため、あいち小児保健医療総合センター（以下、あいち小児センターと略記）は 2001 年、11 月の開院から、子ども虐待治療センターとなるべく、様々な取り組みを行ってきた。心療科に「子育て支援外来」という専門外来の開設し、親子の平行治療を実施した。また閉鎖ユニットを持った小児科病棟での入院治療を行った。最も大きな特徴は、院内小児保健センターを中核とする虐待対応チームの存在である。医師、心理士、看護師、保健師、ソーシャルワーカーによって構成され、子ども虐待の症例を巡る児童相談所、地域保健センター、地域

学校などの、外部機関の窓口となり、また連携の核となっている（杉山, 2004）。

表1 あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例(2001.11~2005.12)

虐待の種類	男性		女性		計
	児童	親	児童	親	
身体	102	1	49	32	184
身体+その他	67	3	39	19	128
ネグレクト	36		24	13	73
ネグレクト+その他	15		9	1	25
心理	35	1	39	8	83
心理+その他	8		12		20
性的	6		19	4	29
性的+その他	8		24	4	36
小計	277	5	215	81	
合計	282		296		578

表1 はあいち小児センターで診療を行った子ども虐待の一覧である。年間 130 名から 140 名が新患として受診している。

親という項目は、親の側にカルテを作った例で、全体の 15%程度を占めている。この約 6 割が自身も被虐待の既往を持つサバイバーである。この虐待症例の統計で気になる資料がある。図 1 は年度別に虐待種別に割合を見た図であるが、H17 年度において性的虐待が急増を示している。筆者は、わが国の状況が、性的虐待の噴火が起きた 1980 年代後半のアメリカ合衆国の状況によく似ていたと思えない。数年を待たずして、わが国においても性的虐待の問題が噴火を起こすのではないだろうか。

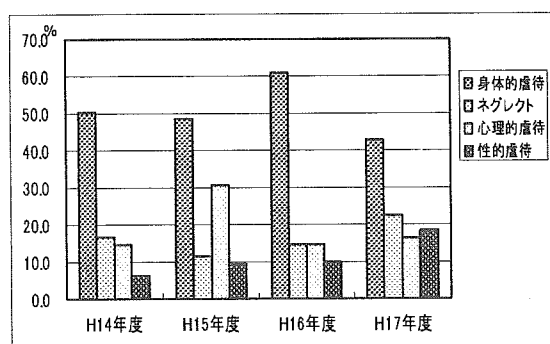


図1 虐待の種別による変化

表2 子ども虐待症例に認められた問題(n=492)

診断	人数	%
広汎性発達障害(自閉症スペクトラム)	124	25
注意欠陥多動性障害(ADHD)*	97	20
反応性愛着障害	237	48
解離性障害	241	49
心的外傷後ストレス障害(PTSD)	167	34
行為障害(非行)	140	29

\* 虐待系の多動性行動障害を含む

表 2 は、子どもの対象 492 名に関して精神医学的な診断を行った結果である。広汎性発達障害は全体の 4 分の 1 を占めているが、このうちの 85%までが知的な遅れのない高機能群である。注意欠陥多

動性障害(ADHD)もまた多く 20%を占めており、この二者で 45%に達する。何らかの発達障害の診断が可能な例は、55%と非常に多い。一方、反応性愛着障害、解離性障害は共に約 5 割である。外傷後ストレス障害(PTSD)は 3 分の 1、行為障害は約 3 割に認められる。

ところが、この同じ対象を年齢による発現という視点から見直してみると、次の結果が示される。ADHD は 2 割程度であるが、多動や衝動行為といった、多動性行動障害をしめす児童は非常に多く特に 6-11 歳においては 85%に達する。反応性愛着障害は 5 歳以下の 76%と非常に多い。一方、解離性障害についてみると 5 歳以下 25%、6 歳 ~ 11 歳 62%、12 歳以上 78%と年齢が上がるにつれて多くなる傾向が認められる。また虐待の重症度にも比例し、性的虐待は 57 名中 52 名(92%)が解離性障害を併発している。行為障害は 75% が 12 歳以上で、年齢が上がるにつれ多くなる傾向が認められる。このことから、次のような被虐待児の臨床像の推移が明らかとなる。

子ども虐待による臨床像は、幼児期には反応性愛着障害で始まり、学童期前後に多動性行動障害の臨床像を呈し(Glod et al., 1996)、徐々に PTSD 症状と解離症状が出現、明確化し、青年期に至ると、解離性障害を取るかあるいは行為障害へと展開する。そして成人期には、最終的に複雑性 PTSD の臨床像を呈するのである。

さらに被虐待児に見られる臨床的特徴を見ると、多動性行動障害が著しく多いだけでなく、境界知能や知的障害が多く、

さらにその上で、その知能にすら見合った学力を得ることが難しく、知的障害を除いた場合 63%に学習障害が認められる。さらに、スケジュール管理や次に起きることの予想、また持ち物の整理など、時間的空間的パースペクティブの困難性を持つ児童が非常に多い。上記の一連の臨床像は、前頭前野の機能不全を示唆する症状である。

## 2, 被虐待児に認められる脳機能障害

近年の脳研究の進展によって、被虐待児に脳の器質的あるいは機能的所見が認められることが明らかになった。神経生理学的研究からは、主に PTSD 児を対象にした研究において、は、被虐待児は、注意集中と刺激弁別に異常が生じ、刺激に対して検討を行わず即座に反応する傾向が生じることが示された(Ornitz et al., 1989; Piage et al., 1990; van der Kolk, 2001)。この状態は臨床サイドから見れば西澤(2004)の言う ADHD-like symptom に他ならない。さらに最近、脳の機能的画像研究の結果が示されるようになった。それらは脳梁の体積減少(De Bellis et al. 2002a; De Bellis b, 2002b; Teicher, 2004)、上側頭回の体積増大(De Bellis, 2002a)、下垂体の体積増大(Thomas, 2004)、海馬の体積減少(Bremner, 2003; Vythilingam, 2002)、眼窩前頭皮質、前側頭極の血流増加、下前頭回の血流低下(Shin, 1999)、海馬の賦活低下(Bremner, 2003)、前帯状回のN-acetylaspartateの低下(De Bellis, 2000)など、脳の広範な領域に及んでいる。因果律がどちらを向くのか最終的な

判定は未だに出来ていないものの、少なくとも後年には明確な器質的な所見が示されるようになった。またそれらは全て、症状との間に連関を見ることが出来る(図2;遠藤、2005)。広汎性発達障害や、一般的な注意欠陥多動性障害においても徐々に基盤となる器質的な所見が明らかになってきたものの、子ども虐待の後遺症の患者ほど明確な器質的な変化は認められていないことである。この点からも、一般的な発達障害よりも子ども虐待の方がより広範な障害であり、治療も困難であることが明らかである。

### 被虐待児で異常が指摘されている脳領域

※ 脳梁、(島)	➡	解離症状
※ 海馬、(扁桃体)	➡	PTSD、(BPD)
※ 前頭前野	➡	実行機能の障害
※ 前帯状回	➡	注意の障害
※ 上側頭回、 眼窩前頭皮質、 扁桃体	➡	社会性・コミュニケーションの障害

図2 被虐待児に見られる脳の異常と臨床像の比較 (遠藤,2005)

## 3, 被虐待児への包括的治療

### 1) 環境調整

Irwinら(1991)による児童青年の攻撃的行動に対する治療に関する調査では環境調整だけでその半数は減退することが示された。一見不可思議なこの結果は虐待というキーワードを挟めば容易に了解される。Schurら(2003)による青年の攻撃行動への治療に関する展望によれば、環境調節と薬物療法と個別精神療法およびその組み合わせを比較した場合、この三者を共に実施した場合がもっとも有効であり、単独あるいは、二者の組み合わせ



せでは効果は薄かった。単独で最も効果が乏しかったのものは個別精神療法であるが、ここで言う個別精神療法は認知行動療法を指しており、力動的な精神療法については、その効果は証明をされていない。

絶えず脅威にさらされる環境下では、治療は不可能であり、被虐待児を保護された安心できる場に子どもたちを置くことが治療には必要不可欠である(Herman, 1992)。言い換えると、被虐待児の治療には、状況依存的衝動行為のコントロールを行うことが必須であり、全ての問題行動を止めるという強い姿勢と、生活する場の枠組みが必要となる(亀岡, 2002)。子どもの問題行動に対して曖昧さを認めると、子ども同士の相互作用の方がスタッフと子どもとの間の関係よりも強くなり、支配、被支配といった裏の力の横行を招くことにもなる。この様に、スタッフの数を含み治療構造が被虐待児の治療では重要な意味を持つことになる。

あいち小児センター心療科病棟は 37 床の小児科病棟であるが、中に 13 床の閉鎖ユニット(レインボーと命名)を持つ。また 24 床の解放ユニット(スカイと命名)も 17 時から翌朝 7 時までは入り口に鍵をかけ、準解放病棟の形となり、子どもの保護が可能な作りとなっている。閉鎖処遇とは病棟の構造の助けを借りて子どもたちを抱きかかえることである。一人一人について、行動の枠を作り、問題行動が続く場合には、行動制限を強め、それらの行動を取り上げて意識化を促し、軽減した場合には行動制限を緩めるなど、

個々について細かな枠組みを決めてゆることが求められる。行動制限については、全て患者自身と話し合いを繰り返し、患者の了解を得た上で実施し、毎週のように見直しを行っている(海野ら, 2005)。また青年期症例では、夕方の特に興奮しやすい時間帯に、1人で安静に自室のベッドの上で過ごす「安静時間」の設定を行っている。1日30分から1時間の安静時間を設けることは、被虐待児の問題行動を軽減する上で有効であった。当然ではあるが子どもの基本的人権や自由は尊重されなくてはならない。児童の人権を損なうことなく、安全な治療環境を提供するためにわれわれは様々な工夫を行ってきた。

## 2) 薬物療法による衝動コントロール

薬物療法も多動性行動障害の軽減に不可欠である。特に夕方から夜間に掛けて、著しいハイテンションになり、相互に刺激しあいトラブルが頻発する状況となりやすい(杉山ら, 2003)。このような興奮は睡眠障害をもたらす。非定型抗精神病薬リスペリドン(0.5mg から 5mg)(Hamner, et al., 2003; Pappadopoulos et al., 2003) 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 75mg)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)(Connor et al., 1999)の組み合わせが多い。それに加えクロニジン(Kinzie et al., 1989)、βブロッカー(Piman, et al., 2002)、またカルバマゼピンなどの感情調整剤(Lipper et al., 1986; Fesker, 1991)、さらに睡眠導入剤を併用が有効である(遠藤ら, 2005)。

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た例も希ではない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。

薬物療法の効果の限界にも触れておきたい。当然ではあるが、薬物療法で愛着は提供出来ない。さらに、解離性障害に有効な薬物は未だに開発されていない。非定型抗精神病薬は有効であるが、馴化作用は明確であるもののそれ以上の効果ではない。

### 3) 子ども自身への治療

子どもの個別精神療法は必要かつ不可欠である。しかしながら、精神療法は特殊な形ではあるが対人関係の一種であり、愛着障害を抱えた被虐待児の場合、なによりも愛着の提供者抜きでは、イメージの恒常性を育てることは困難である。またこれは同一の問題の裏表と考えられるが、解離によって連続性が保てないことも希ではなく、前回の面接内容を次回にはすっかり覚えていないといったことも希ならず生じる(杉山ら,2002)。精神療法場面において、日常生活と異なった規範が与えられれば、患児には当然ながら混乱が生じ、また治療の中で外傷記憶の想起があれば、患児の状態は大荒れが引き起こされ、様々な行動化が吹き出すこととなる。つまり患児の日常生活との連続の上に行わなければ、副作用のみが露わになることが避けられない(杉山ら,2005a)。生活上の枠組みの支えの元で、被虐待児にみられる状況依存的衝動行為のコントロールを意識しながら行われる

精神療法は、独自の工夫や様々な技法を組み合わせた、通常精神科臨床や心理臨床で行われる1対1の力動的療法とは著しく異なる内容が要求される(海野,2004)。この具体的な内容はこの小論の核となるテーマであるので、改めて次に詳述する。

先に述べたように、被虐待児は学習に困難を抱えるものが多い。さらに国語力の不足が内省力の不足につながり、行動化傾向を促進するという悪循環を作るため、学習指導は重要である。通常学級の体制では困難があり、個別の学習指導が必要となる児童が多い(杉山ら,2005b)。

また様々な協調運動障害を抱えることも多いので、衝動コントロールの手助けを含めて作業療法が有効な児童は多い。われわれは、これまで被虐待児に個別、集団作業療法を実施してきており、効果をあげている。

### 4) 家族へのサポート

われわれが行ってきた家族へのケアは二つに分けられる。一つは精神科医医師による家族への治療、もう一つは院内保健センター保健師を中心とする家族相談と、地域連携である。われわれは、親の側のカルテも積極的に作り、親子平行治療を行ってきた。また院内保健センター保健師による地域との連携による、家族へのサポートを実践している。被虐待児とその家族はしばしば地域でも孤立をした存在である。特に子どもが家族とともに地域で生活を送っている場合、家族に対する地域ぐるみの支援が必要不可欠となる。保育園、学校、児童相談員、市の保健師、地域の保健センターなどからの

情報は、虐待ケア担当の保健師に集まり、心療科医師との日常的な連携によって、方針を話し合い、地域にまた返すという作業を繰り返している。地域の窓口となる保健センターが院内に存在することで、あいち小児センターは地域の子ども虐待治療センターとして機能することが可能である(山崎ら, 2003)。ソーシャルワーカーの存在も大きい。小児センターの全ての業務を負っているため、虐待対応に特定した保健師が存在することの意義は計り知れない。このようなシステムは、子ども虐待治療センターの1つのモデルとなりうるのではないかと考えられる。

加害側の家族も先に述べた様に過半数はサバイバーである。われわれは15歳以前など、ある年齢以前の記憶を完全に失っている親が少なからず存在することに驚かされた。虐待への包括的ケアは一世代前の家族へのケアを抜きにしては成立しない。

#### 5) 司法関係者との連携

子ども虐待治療センターとしての医療機関が、司法領域と連携が必要となる幾つかの場合がある。1つは、患児の親権を巡り、両親の間で家庭裁判所の調停となった時、また児童相談所と家族との間で親権を巡る対立が生じた時である。われわれは、治療という側面から積極的に関わってきた。その実践の中で、被虐待児にもまた家族にも良い働きとなったと考えられる症例も少なからず経験した(杉山ら, 2005b)。もう1つは、例えば性的虐待の被害時が加害側を刑事告発したといった状況での資料提出や場合によっ

ては裁判での証言である(杉山ら, 2004)。性的虐待は証明が非常に困難であることが多く、司法面接が普及していないわが国の状況では告発自体が成立する可能性は低い。しかしこの様な事例においても、われわれは、積極的に虐待へのケアという側面から関与を行ってきた。司法に耐えられる資料を整えるということは、今後の大きな課題になると考えられる。

#### 4, 衝動コントロールに主眼をおいた精神療法の実際

##### 1) 精神療法の目的

虐待という心的外傷を受けた子ども達への精神療法の標的となる問題は主として二つである。一つは、愛着であり、もう一つは解離である(海野, 2004)。

愛着の発達というテーマに関連する治療目標は、外傷性の絆を含む歪んだ愛着を健康な愛着へと変容を促すことである。解離の克服については、記憶の障害、自己感覚の障害、自己コントロールの障害等に代表される病的解離を、社会生活に支障が少ないレベルの通常解離に変容を促すことが目標となる。被虐待児への精神療法はこの二つのテーマの軸に沿って、虐待を受けた外傷体験を、精神療法家との共同作業により塗り替えていく作業課程であると言えよう。愛着と解離とは、相互に絡み合っている。一方の軸に関する治療過程において停滞が生じた場合には、もう片方の軸の治療状態や進捗を確認することが必要かつ不可欠である。子ども個人や虐待者である加害者、または家族に対して、健康な愛着形成を治療の目標として提示することは、理解を得ら

れ難く、家族の自尊心を傷つける可能性もあり困難が大きい。われわれは従って、解離の治療を当面は治療の目標として提示することが多い。「記憶が無くなってしまふ」、「知らないうちに暴れてしまふ」「自分を傷つけてしまふ」「性的な行動をして後で気づく」等の行動である。子どももしばしば加虐者側も自らの行動に翻弄されていることが多いため、問題の存在を意識していることはむしろ少なく、指摘によって初めて自己のこれらの傾向に気付くことが少なくない。この病的解離を当面の治療目標とすることは、子ども自らにも、加虐者を含む家族にも、治療スタッフと同一の方向をむいて治療を開始できる点において重要である。

表3 被虐待児への精神療法の手順

- 1) 丁寧なアセスメント
- 2) 環境整備(安全感の確立)
- 3) 解離概念の理解と伝達
- 4) 治療構造の確立とリミットセッティング
- 5) 介入の時期の見極め(タイミング)
- 6) 観察自我(自己モニターするメタ認知機能)の  
発見と成長への促し
- 7) 除反応への対応

多元的な治療の流れを表3に示した。最初に必要なのは、丁寧なアセスメントである。外傷に関連する一世代前からの詳細な生育歴を聴取することの他に、行動観察や、絵画を用いたアセスメント、A-D-E-S、C-D-C、ロールシャッハテスト等の心理検査を総合して、精神医学的診断、外傷のレベル、全体的な病理レベルに関する正確な評価を行うことが求められる(杉山ら,2005b)。2つめは、

環境整備である。これについてはすでに述べた。3つめは、子ども達やまたその家族に対する、解離に関する心理教育である。解離概念について、図示をしながら説明を行い、虐待体験によって様々な症状が現れている現状を直視してもらう一方で、これまで生き延びてきたことに敬意を払い、可能な限り家族全体の自尊心を高め、罪悪感の軽減はかる。4つめは、治療構造や場面設定である。治療の経過の中で生じることが予想される事態に対しても説明を加え、治療上のルールや制限に関しても説明を行っておく。5つめは、介入時期の見極めである。全体の状況を把握した上で、その時々に必要なテーマを扱うことが重要である。6つめは、観察自我の発見と成長への促しである。7つめは、除反応への対応である。衝動コントロールを子どもと共に対処方法を工夫してゆく。

次に、被虐待児に個別精神療法を行う時の、治療者の役割として次の諸点があげられる。第一は、子どもの現在に関する証人としての役割である。虐待の状況を含め、解離と共にある患児に代わり、患児の歴史と今とを観察、記憶、記録する存在としての治療者という役割である。第二には代弁者としての役割である。子どもの立場から、さらに部分な人格の意図を、家族や時には他の治療スタッフに語る作業である。第三は、つなぎ手としての役割である。子ども個人の記憶や感覚、感情をつなぐ働きだけではなく、周囲の治療スタッフや家族などにおいても繋ぎ手となることが重要である。治療に際しては、周知のように、記憶がつなが