

職員) が虐待を起こさないようにする援助を考える。

① 体が不自由な子ども (重度の肢体不自由と知的障害を併せ持つ重症心身障害児も含む)。

a. 虐待を受ける以前から肢体不自由があった場合

先天性の障害, 周産期の原因などによる脳性麻痺, 生後の髄膜炎・脳症などの脳障害により, 肢体不自由となる。

b. 虐待のために肢体不自由となった場合

乳児揺さぶられっ子症候群など, 身体的虐待を受けたために頭蓋内出血などを起こし後遺症を残した場合や, 養育の怠慢のために交通事故や階段からの転落などで骨折したり, 風呂や池に落ち溺水のために低酸素性脳症を起こし後遺症を残す場合などがある。

② 知的能力が低い子ども。

③ 高機能広汎性発達障害, 注意欠陥・多動性障害, 学習障害などの軽度発達障害の子ども。

発達障害の頻度は, 注意欠陥・多動性障害 (ADHD) が全小学生の 3~5%, 自閉症を含む広汎性発達障害 (PDD) 全体としては 1% (その内の半数が知的に遅れのない高機能群), また学習障害は 1~2% と報告されている²⁾。

2 障害児への虐待の早期診断と留意点

1) 肢体不自由児への虐待を疑う症状

① やせ

ネグレクトのために栄養が与えられていないことを疑う。しかし, 重度の障害児では, 摂食嚥下機能障害があり十分な食事が食べられなかったり, 胃食道逆流のために嘔吐が頻繁にあり, 体重増加が得られないことも多い。

② 身体のおざ

危害を加えられたときに抵抗することができないために, つねられたり, たたかれたりした跡を残す。しかし, 歩行が不安定のために転倒したり, 腹ばいで移動するために手足に傷ができる場合もある。

③ 骨折

歩行や座位姿勢が不安定のために転倒し骨折すること多いが, 骨折が起こった状況, 骨折の部位, X線写真の所見から, 虐待によるものかどうか鑑別できる。骨形成不全症のような, 容易に骨折を起こしやすい疾患の有無も考慮する。

④ 身体の衛生状態が悪い

身体の衛生状態が悪く栄養不良があり、寝かされたままのときには臀部などに褥瘡ができやすい。う歯が多いなど口腔内の衛生状態が悪いときも、ネグレクトを疑う。

⑤ 筋緊張亢進

重度の障害児で寝かされたままになると、全身の筋緊張が亢進し、全身を反り返えさせることが多くなる。もちろん、不随意運動型脳性麻痺やレッシュ・ナイハン症候群などでは、薬物療法、理学療法を行っても、全身の筋緊張が高く、筋緊張亢進の抑制に難渋する。

2) 知的障害児・発達障害児への虐待を疑う症状

① 自傷、他児への暴力の増加

重い知的障害を持つ自閉症児の場合、自分の思いが通らないときに、あるいは、相手の反応がおもしろいために他の子どもに暴力を振るうことがある。家庭で、家族から身体的虐待を受けている場合に、保育所や小学校で自分より弱い他の子どもに対して、暴力を振るうことが目立つようになる。

② パニックの増加

学校や家庭で厳しく注意されることが増えるとパニックが多くなる。

③ 反応性愛着障害との鑑別

両親との愛着の問題があり、広汎性発達障害のような行動を示す場合があるので、生育環境をよく確かめる必要がある。

3 保護者の育児負担と虐待

障害児は保護者にとって育児負担が大きいため、虐待のハイリスク児となる。肢体不自由児、知的障害児、発達障害児などの障害の種別は問わず、また障害の重症度によらず、保護者の育児負担は大きい。育児負担を左右する要因としては、以下のようなものがあげられる。

① 子どもの障害の種類、程度

合併する身体疾患の有無。遺伝性の疾病や、同様の障害を持つ家族の有無。

② 主たる介護者（多くは母親）の心身の健康状態はどうか

母親自身が糖尿病などの疾病を持つ場合に、きちんと治療を受けているか。明らかな身体疾患や知的障害、統合失調症がなくても、うつなどの双極性障害、人格障害がある場合、育児負担は大きくなる。軽度発達障害を持つ子ど

ど困難であり、乳幼児健診でも、病院でも「様子を見ましょう」と言われ、保護者は子どもの状態を自分のしつけの問題ととらえてしまうことになる。

保護者の悲しみ、苦しみをそのまま受け止めた上で、子どもの発達障害への理解を促すためには、現在の発達の状態、子どもの将来への見通しを説明すること、観念的ではなく、また理想的にでもなく、具体的な家庭での養育姿勢、養育技術を伝えること、より早期から子どもの障害のレベルに応じた適切な療育機関での療育を勧めること、保護者の負担が過剰にならないように福祉制度を上手に利用することで、子どもを育てていく勇気を与えることである。それらを通して、医療機関は障害児を持つ保護者に力を与える存在でありたい。

2) 支援の方法

障害のある子ども、その家族への具体的な支援方法は、以下のようになる(表1)。

① 定期的外来診察

医療機関での定期的な 外来診察 では、具体的な生活面の相談、薬物療法、

表 1 障害児を持つ親への具体的な支援

養育技術の援助	<ul style="list-style-type: none"> ・発達段階に応じた具体的な育児技術の指導。 ・障害内容、年齢に応じた療育施設の紹介。 ・将来を見通した医療的援助。
精神的援助	<ul style="list-style-type: none"> ・親の身近な相談相手（保健師、家庭相談員などの家庭訪問が有効）。 ・地域の親の会や、障害別の親の会、障害児・者の会（インターネットのホームページでさまざまな会を知ることができる）の紹介。
経済的援助	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費の公的援助（重度心身障害児医療費公費負担制度、育成医療給付、小児慢性特定疾患治療研究事業、精神障害者通院医療費公費負担制度など）。 ・手当の支給（特別児童扶養手当、障害児福祉手当など）。
介護負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所への入所（可能なら障害児保育の制度を利用する）。 ・障害児のデイサービス、短期入所の利用：支援費制度により、知的障害児施設、重症心身障害児施設、肢体不自由児施設などで、日中（デイサービス）、泊まり（短期入所）で障害児を預かる制度がある。 ・訪問医療、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルパーの利用。 ・補装具の給付制度による、車椅子や座位保持装置などの補装具の作成。 ・在宅で養育するのが困難な場合は、児童福祉施設への入所（児童相談所に相談し措置を受ける）。

できるだけ育児負担を軽減できる具体的な治療を行う。

保護者の行っている育児の様子が不適當と思われても、少なくとも定期的に外来受診をしている場合、その保護者なりに一生懸命育児を行っている姿を認め、その苦勞に報いなければいけない。また、たまたま受診した場合でも、その苦勞を理解してあげることで、その医療機関への信頼感ができ、定期的に通院することになる。外来は、予約制の外来、あるいは時間に余裕のある外来がよい。

② 医療費の負担の軽減を図る

医療費の負担が大きくなることが多いので、該当する 公的医療費助成制度 を利用できるように意見書などを書く。障害が該当すれば療育手帳、障害者手帳の取得を勧め、手当の支給を受けられるようにする。院内に医療ソーシャルワーカー（MSW）がいる場合は紹介し、相談するように勧める。

③ 地域の教育、福祉、医療、保健などの機関との連携。

子どもの年齢、障害の状態に応じて、必要な 保健、福祉サービス が受けられるようにする。家族を支援する地域のシステム作りを市町村の保健師に依頼する。保健師、家庭相談員、主任児童委員などの家庭訪問による相談、具体的な援助が受けられるようにする。

重度の身体障害の場合は、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルパーの利用を勧める。

地域で障害児を受け入れている幼稚園、保育所の紹介（虐待が疑われる場合は、保育所に入所できるように市町村役場へ積極的に働きかける。また、障害児保育として受け入れ、より丁寧な指導を受けることが可能な場合は、障害児保育が必要であることを示す診断書 を作製する）。

④ 幼稚園、保育所、学校との協力

障害児が通園、通学している幼稚園、保育所、学校の担任と、園や学校での生活に関する相談をする（なるべく具体的な相談がよい）。

障害があるためできないことが多く、子育てが難しい子どもであることを先生方に理解してもらい、子どもの発達の促進ばかりに目を奪われることなく、保護者の思いを受け止めながら、保護者が楽に、かつ適切に育児ができるように指導してもらうことが重要である。

⑤ 福祉サービスの利用

保護者が障害を持つ子どもの養育を続けていくためには、保護者の息抜きが必要である。支援費の利用による障害児・者施設や NPO 法人によるデイサービス、短期入所の利用を勧める。施設の医療関係者は、障害が重度で

あっても、利用の理由が何であれ、積極的に受け入れてほしい。

⑥ 保護者の会、地域の同じ障害のある子のサークルを紹介

⑦ カウンセリングとリハビリテーションの利用

臨床心理士による保護者および子どもへのカウンセリング、子どもへの遊戯療法、子どもへの理学療法、作業療法、言語聴覚療法による発達支援。それぞれの医療機関で利用可能な資源は、十分に利用する。

⑧ 家庭教師の紹介

軽度の発達障害児の場合、子どもの遊び相手にもなる家庭教師を紹介することもよい。その場合、障害児を理解でき、ゆっくりとした対応ができる人を選び、子どもの特徴を事前に教えておくことが必要である。

⑨ 施設入所の勧め

家庭での養育が困難な場合、子どもの障害の状態に応じて施設に入所を勧める。施設入所の手続きは、児童相談所へ家族が相談に行き、児童相談所が判定を行い措置決定する。肢体不自由児の場合は肢体不自由児施設、肢体不自由に重度の知的障害も合併している場合は重症心身障害児施設に、知的障害児の場合は知的障害児施設に入所となる。ただし国の障害児者福祉政策は、現在、施設入所から在宅やグループホームなどでの地域での生活へと転換している。また数年後に、障害児施設の体系が大きく変わる予定である。

軽度の発達障害児の場合、児童養護施設に入所するケースが多いが、被虐待体験に加え発達障害があるため、他の入所児との共同生活に問題が生じる。

⑩ 施設内虐待への注意

知的障害児施設や児童養護施設における、発達障害児に対する施設内虐待の問題もある。施設に関係している医療関係者は、施設内において処遇の名のもとに虐待が行われていないかどうか注意する。また被虐待児は人間関係の持ち方が虐待、被虐待の関係になりやすく、虐待を誘発してしまうことに、施設の職員は留意する。

⑪ 性的虐待への注意

家族内あるいは施設内で、性的虐待が行われていることがある。障害児は虐待を受けていることを声に出して言うことができない場合が多いので、虐待を疑った場合は児童相談所へ通告する。

3) 軽度発達障害児を持つ家族への支援

① 軽度発達障害児への虐待

多動や他の児童とトラブルが多い、先生の指示に従えないなどの症状を示

す軽度発達障害児は、その障害が軽度のために、周囲の人は障害があると理解することが難しく、保育所の保育士や学校教師からは、「わがまま」、「甘やかし過ぎ」などと考えられ、家庭でのしつけができていないと非難されることがある。保護者も障害があるとは理解できないので、子どもに対して厳しい叱責や体罰を行ってしまう。保護者（特に母親）によっては、子どものために、自分が学校や他の家族（父親や祖父母）から非難されたととらえ、子どもに対してその思いをぶつけてしまう場合もある。子どもは家庭で虐待を受けることで、保育所、学校では、さらに行動が落ち着かなくなり、乱暴な言葉を使ったり、ちょっとしたことで他の子どもに暴力を振るったり、先生に反抗したりするようになる。

② 広汎性発達障害児への虐待

広汎性発達障害の子どもの場合、子どもが保護者の言うことを聞かないために、激しく叱責をしたり、身体的虐待を加えたりしてしまう場合があるが、子どもは保護者の意図を理解することができず、むしろ、強く叱責されたこと、たたかれたことがトラウマとして残り、その後、同様の叱責を受けたときにフラッシュバックとして出現し、より激しいパニックになることが多い。

③ 注意欠陥・多動性障害児への虐待

注意欠陥・多動性障害（ADHD）の子どもの場合、落ち着きがなく、保護者に反抗するため、保護者は子どもに対して「おまえなんか生まなければよかった」などの暴言を吐き、子どもと激しく言い争ったり、激しい身体的虐待を加える。生物学的要因ばかりでなく、一部の例は被虐待経験が障害の成立に関係し、またその症状の予後に大きな影響を与えている。

ADHDは、症状が年齢により、反抗・挑戦性障害（ADHDの約半数）、行為障害、反社会的人格障害、アルコール・薬物乱用へと展開する場合（外在化障害）と、ADHDの攻撃性が内在化し非社会的な方向に向かって悪循環していく展開を示し、不安障害、気分障害（大うつ病、双極性障害など）、反抗・挑戦性障害、不安や抑うつ症状を伴って家庭に引きこもったり、不登校を生じ、その後人格障害をきたす場合（内在化障害）があるといわれている³⁾が、その症状の変遷には不適當な生育環境、教育環境も原因となる。

症状の変遷を予防するためには、子ども自身の自己評価を高める努力が必要である。「子どもをほめてあげてください」と話しても、「この子どもには、ほめるところなんかありません」という返事が返ってくることもある。その場合、保護者の苦しい状況への理解を示し、子どものことばかりでなく、

家庭生活全般の困難なことまでよく話を聞くことで、保護者の子どもへの見方が変わる。

5 保護者の育児負担を少なくするために、医療ができること

1) 体が不自由な場合

① 歩くことができない、立つことができない

リハビリテーション科と相談し、補装具給付制度を利用して、屋外での移動のために車椅子（年少児の場合はバギー）や座位保持装置を作成する。車から母親が一人で子どもと車椅子を出し入れすることが多いので、なるべく軽量のものを作成する。屋内でも、入浴させる、移動させるなど、介助が多い。経済的余裕があれば、家の中にリフトをつけるなど公的補助を受けて住宅改造を行う。介護のために保護者が腰痛に悩むことも多いので、楽に介護ができる方法を教えることも大切。

② 体の変形がある

筋緊張が強いために側彎症、肘関節が屈曲したままで伸びない、股関節脱臼など、体の変形が生じる。特に思春期に症状が強くなる。そのため、さらに介助が難しくなってくる。適当な筋弛緩薬の投与、定期的に理学療法、作業療法などのリハビリテーションを行うことが必要である。リハビリテーションの職員が、保護者の気持ち（愚痴）を聞いてあげることも、保護者にとってとてもよいことである。通院でリハビリテーションを受けることが難しい場合は、理学療法士、作業療法士が家庭を訪問する、訪問リハビリテーションの制度もある。

③ 食事、更衣、排泄など日常生活動作ができない

基本的な生活に介助を必要とするので、保護者は悩みが大きい。食事も、障害が重いと普通食を食べることができないために、刻み食、ペースト食など嚥下しやすい形態にする必要がある。むせが多く、誤嚥しているときは、水分にとろみを加えたり、場合によっては、経管栄養が必要となる。とろみを加える商品は薬局で処方箋を必要とせずに購入できる。排泄におむつが必要な場合は、医師の意見書により、市町村からおむつが現物支給される制度がある。

④ 食べた物を嘔吐する

乳児や全身の筋緊張が強い場合に胃食道逆流が生じることがある。症状がひどい場合は、逆流性食道炎のために血液が混入したコーヒー様の吐物を嘔

吐する。食事中や食後に上体を上げる、右側臥位にするなど体位の工夫を行ったり（その子どもによって適当な体位があるので工夫が必要である）、胃粘膜保護剤、H₂ブロッカー、プロトンポンプインヒビターを投与する。症状が激しい場合は、経鼻から十二指腸チューブを挿入する、噴門形成術＋胃瘻造設術や腸瘻造設術を行う必要が生じることもある。

⑤ 気管切開が行われていたり、在宅呼吸器療法を行っている場合

このような子どもの保護者の場合、周囲の援助体制が整えられている場合が多いので、虐待の心配は少ないが、頻回の吸引など24時間の育児負担が生じる。育児負担がなるべく少なくなるように、地域の関係者が支援システムを作り、訪問看護、ホームヘルパーの訪問など在宅サービスの利用を紹介したり、健康状態の評価も行う目的で定期的に入院を勧めたり、重症心身障害児施設などへの短期入所を勧める。病院を退院する前に、市町村の保健師、地域の開業医師（往診を行ってくれる医師がよい）、訪問看護ステーションなどと相談して、システムを作ってから退院とする。

2) 知的障害、発達障害の場合

① 睡眠覚醒リズムが整っていない

なかなか就寝しない、夜中に覚醒し騒ぐなどで、保護者が睡眠不足になり困っていることがある。昼間の屋外活動を含め、適切な活動を促すことが正しい対応であるが、実際にはなかなかできないことが多い。抗ヒスタミン剤、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬、抗精神病薬の就寝前の処方を行う。知的障害が重い場合は、少量では効果がない場合もある。また、定期的に知的障害児施設、重症心身障害児施設などの短期入所を利用することを勧める。また、てんかんの治療のための抗けいれん剤が過量になっていることもあるので、抗けいれん剤の内容、量の見直しを行う。

② パニックを頻繁に起こす

家、保育園、幼稚園、学校などで、ちょっとしたことでパニックを起こし、自分の頭を手でたたき、壁や床に打ちつける、親や他の子どもを殴る、ける、物を投げて壊すなどが、特に知的障害を合併した自閉症児の場合、よく見られる。その場合、大きな声で注意しても治まることはない。むしろ、静かな場所で一人置いておいたほうがよい場合が多い。本人への注意も、「ばか」、「だめ」など否定的なことを言うのではなく、子どもが落ち着いてから、どのようにすればよいかを、その子どもの言語理解レベルに合わせて静かに話す。症状が激しい場合は、抗精神病薬が必要である。

③ 多動が著しい

知的障害が重く、家を飛び出してしまう、園から学校から飛び出してしまう、家族や先生方と追いかけてこをしてしまう場合がある。可能ならば家から出られないようにカギをかけておく、園や学校でも出入り口にカギをかけておく。当然であるが、出られないように子どもをどこかに縛りつけておくことは虐待である。注意欠陥・多動性障害や広汎性発達障害で知的障害を合併していない場合は、メチルフェニデートの服用が有効な場合が多い（保険診療上は適応は認められていない）が、知的障害が重度の場合は無効であったり、むしろ悪化してしまう場合がある。カルバマゼピンや抗精神病薬も有効であるが、知的障害が重い場合、抗精神病薬は少量では無効なことが多い。

◎引用文献

- 1) 細川 徹, 本間博彰: わが国における障害児虐待の実態とその特徴. 平成 13 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 報告書 (第 6/7): 382-390, 2002.
- 2) 小枝達也: ADHD, LD, 高機能自閉症児の保健指導手引き書. 2002. [平成 13 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 「ADHA, LD, 高機能自閉症児の保健指導手引きに関する研究」 (主任研究者 小枝達也)].
- 3) 斎藤万比古: 注意欠陥・多動性障害 (ADHD) とその併存障害—人格発達のリスク・ファクターとしての ADHD—. 小児の精神と神経 40: 243-254, 2000.

(下泉 秀夫)

とがある（燃え尽き症候群）。援助する人達のこのようなメンタルヘルス不全は、虐待を受けている子どもの示す様々なサインの見落としや、事例の病理性の過小評価につながることもある。また、長期にわたることの多い虐待事例の援助を、突然中断してしまうことにもなりかねないため、あらかじめ十分な注意と予防のための手立てが必要である。

まず、虐待事例への援助という業務が、「メンタルヘルスの危険業務」であることを認識しておくことが重要である。身体面の有害業務に携わる際に、あらかじめ防護服を身にまとうのと同様に、虐待援助に携わる人達は、「こころの防護服」をまっとうしておかなければならない。具体的には、安全の確保とモニタリングという、虐待を受けた子どもへの関わりの基本がそのまま当てはまる。①援助者自身の身体の状態に危険や無理はないか、②自分の感情に気付くことができているか、自分自身で制御しかねるような不安・恐怖・怒りなどの感情が潜んでいないか、③自分の感情を自由に表出する場は確保されているか、などの点に常に気を配っておくことは、虐待を受けた子ども達の安全を守ることにもつながる。その上で、個々の援助者が日頃行っているストレス・マネジメントのためのセルフケアを、多忙で大変な時にも、大変な時だからこそ、忘れずに実践することである。

（西澤 哲、亀岡 智美）

注) レジリエンス（回復力）

レジリエンスとは、日本語の「回復力」または「弾性力」などに対応することばで、逆境や悲劇的なできごとなど、著しいストレスに直面した時に、何とか適応していこうとするプロセスであると考えられている。

4 発達障害と子ども虐待

1 発達障害の有病率

ここでは、発達障害を、知的障害、自閉症を中核とする広汎性発達障害（アスペルガー症候群も含む）、学習障害、注意欠陥・多動性障害（ADHD）のような障害とする。脳性麻痺などのような肢体不自由児への虐待も重要な問題ではあるが、それは別の論文¹⁾に譲りたい。

授業中に席を立ち他の子どもが勉強しているのを邪魔する、教室から出て行ってしまふ、自分の思いが通らないなど周囲から見ると些細なことで切れて同級生や教師へ暴力を振るう、といった子どもが急増し、学校現場では大きな問題になっている。これらの中には、注意欠陥・多動性障害や自閉性障害などの発達障害の診断を受ける子どもも多い。また、重大な犯罪を起こした少年に対する精神鑑定で、広汎性発達障害と診断される子どもが報道されることから、自閉性障害、特にアスペルガー障害と触法行為の関係に関心が向けられている²⁾。

日本での発達障害の有病率は、ほぼ表1のとおりである³⁾⁴⁾。

表1 発達障害の有病率

注意欠陥・多動性障害	3—5% (小学生)
学習障害	1—2%?
広汎性発達障害	1% (半数は高機能群)
精神遅滞	1% (IQ70以下)

※上記の2つ以上の障害の重複もありうる。

(出典：小枝達也他「ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引きに関する研究」『ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引き書』2002年、宮本信也『(改訂)乳幼児から学童前期のこころのクリニック—臨床小児精神医学入門—』7p、財団法人安田生命社会事業団、1995年)

広汎性発達障害については、地域を対象としたいくつかの調査が行われている。広汎性発達障害の中核である小児自閉症については、従来の有病率の報告は、4～5人/10,000であったが、1980年以降もっと高い有病率を報告するものがある。本田、清水らは横浜市で精密な調査を行い、1994年に、1988年生まれの人口における自閉症の有病率が21.1/10,000 (男29.5、女12.1)で、そのうちIQ70以上の高機能自閉症 (知的障害を伴わない自閉症) は53.3%であったと報告している⁵⁾。われわれが、1998年に栃木県那須地区の2市4町1村 (人口214,323人)で行った自閉症有病率調査では、6歳、7歳の人口1万人対37.5 (男56.8、女17.8)であった⁶⁾。さらに、英国自閉症協会会報1997年春号の自閉症圏障害の有病率についての記事によれば、英国全土で大人と子どもを合わせて、広汎性発達障害全体では総計518,500人ということになり、推定有病率は人口1万人につき91人、このうち71人は高機能群であり、その半数がアスペルガー症候群であるという。このように近年、広汎性発達障害の有病率が増加している理由は、国際疾病分類 (ICD)、米国精神医学会の精神疾患の分類と診断の手

引き（DSM）などの国際的な診断基準の変更、幅広いスペクトル概念の導入、乳幼児健診など地域におけるケース抽出の精度の向上、研究方法の違いによって言われている。広汎性発達障害の発生率が真に増加しているのかどうかは明らかになっていない。MMRワクチンに含まれる水銀などの環境因子が増加に関係しているとの仮説は、科学的には否定されている⁷⁾。

一方、教育の分野では、文部科学省の「通常学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」は、全国5地域の公立小学校（1～6年）および公立中学校（1～3年）の通常の学級に在籍する学童・生徒41,579名を対象に、学習面、行動面（「不注意」、「多動性—衝動性」）、行動面（「対人関係やこだわり」）に関する調査を行った。結果は、「学習面か行動面で著しい困難を示す」6.3%、「学習面で著しい困難を示す」4.5%、「行動面で著しい困難を示す」2.9%、「学習面と行動面ともに著しい困難を示す」1.2%であった。行動面の内容を詳しく見ると、「不注意」または「多動性—衝動性」の問題を著しく示す（注意欠陥・多動性障害?）2.5%、「対人関係やこだわり等」の問題を著しく示す（広汎性発達障害?）0.8%と報告している⁸⁾。

2 発達障害と子ども虐待

医療的問題、看護介護上の問題など、障害児の様々な問題を研究している学会で虐待に関する演題が発表されることや、障害児の通所および入所施設で、親などの養育者による子ども虐待について議論になることは不思議に思えるほど少なく、また、日本子どもの虐待防止研究会など、虐待問題を研究している学会等での障害児への関心はいまだ少ない。最近になり障害児施設側からの調査がいくつか公表されるようになってきた⁹⁾¹⁰⁾。また、障害児への虐待の全国調査はなされていなかったが、平成13年に細川らが厚生科学研究で行った調査結果を報告した。その調査で、平成12年に全国の児童相談所が児童虐待として受理した13,983件中、被虐待児が障害児だったのは1,008件（7.2%、男児588件、女児420件）であったことを明らかにし、虐待を受ける障害児は健常児の4～10倍と推計されると指摘している。障害別では、知的障害児788人、身体障害児159人（肢体不自由児87人、聴覚障害児31人、内部障害児22人、視覚障害児19人）、注意欠陥・多動性障害91人などであった¹¹⁾。しかし、知的障害があるため虐待について訴えることができないままになっていることが多いこと、知的障害の女児が性的虐待を受ける例が多いことも知っておく必要がある。細川らの報告では、性的虐待の虐待

者は内縁者（母親の内縁の夫や交際相手あるいは同居人など）、知人（隣人など）、親戚、里親などの男性が大半を占めていた¹¹⁾。

3 発達障害が子ども虐待のハイリスクになるか？

発達障害児は子ども虐待のハイリスクになるかどうかが重要である。筆者が行った子ども虐待の実態調査では、被虐待児が「行動・情緒の問題がある」、あるいは「精神発達の遅れを示している」のは表2のように高い割合を占めていた。

表2 被虐待児の状態

	行動・情緒の問題がある(%)	精神発達の遅れ(%)
4府県保育園調査 平成9—10年 ¹²⁾	57.9	21.0
栃木県小児虐待実態調査 平成11年 ¹³⁾	27.7	11.6

大阪府、栃木県、群馬県、和歌山県の4府県の全認可保育所の園児（対象児数131,742名）を対象に行った虐待調査では、虐待ハイリスク児（虐待予備）383名を含めた被虐待児640名のうち58%に行動・情緒の問題を認め、21%に精神発達の遅れを認めた¹²⁾。栃木県のほぼすべての児童福祉機関、医療保健機関、教育機関を対象に行った栃木県小児虐待実態調査では、28%に「行動・情緒の問題」を認め、12%に「精神発達の遅れ」を認めた¹³⁾。さらに保育所調査で「行動・情緒の問題がある」子どもの内容を自由記述からまとめると、表3のようになった。

表3 行動・情緒の問題の具体的内容（4府県保育園実態調査から）

内容	診断名？	人数
極端に甘えたり、つっぱったりする。大人に対して、べたべたと甘える。おどおどしている。	反応性愛着障害	30
大人から小さなことでも指摘されるとひどく反抗的になる。やりたいことをおさえられると怒る。	反抗・挑戦性障害	28
他児へケガをさせる。ガラスを割る、ものを投げる、万引き。	行為障害	25
落ち着きがない、とっさの行動が多い。多動で集団での行動がとれない。	注意欠陥・多動性障害	15
自分の世界に入りきり周囲のことは何も目に入らない。言葉の発達が遅れている。	広汎性発達障害、精神遅滞	20

（出典：下泉秀夫「児童虐待における保育所（園）の役割と関係機関のネットワーク」『子どもの虐待とネグレクト』3巻：282-293p、2001年）

診断名は、あくまで可能性のある診断名であり正確ではない。また、虐待を受けていることで行動・情緒の問題が生じることは容易に考えられることであり、

発達障害が原因であると断定はできない。杉山は、『あいち小児保健医療総合センターで診療を行った子ども虐待症例231例のうち、53%に何らかの発達障害（広汎性発達障害54名、ADHD49名、ほか）が認められ、その中で知的障害を伴うものは7名に過ぎず、軽度発達障害の存在が虐待の高リスク要因となることがうかがえる』と述べている¹⁴⁾。上記より、発達障害児は虐待を受けやすいハイリスクグループと考えられる。

発達障害児は幼児期早期から、落ち着きがない、大人の指示に従えず集団行動ができないなどの症状が見られる。保護者は、他児と比べて、落ち着きがない、排尿の自立など身辺自立が遅れることなどに困惑し、周囲からしつけが悪いからと責められ、より厳しいしつけをするようになる。また、学校で離席が目立つ、騒がしい、同級生に暴力を振るうなどのために、学校などからしつけが悪いと親が注意を受けると、家庭において虐待がより厳しくなってしまうことが多い。また、発達障害を持つ児童・生徒の保護者は、児童・生徒と同じような衝動的な性格と感ずることも多く、先の細川らの調査によると、身体的虐待とADHD、広汎性発達障害に有意な関係があると指摘されている¹⁵⁾。

4 子ども虐待が発達障害の原因になるか？

発達障害の原因は脳の機能障害であり、微細な脳損傷や遺伝によると考えられている。ダウン症候群などの染色体異常により知的障害が生じること、脆弱X症候群、結節性硬化症などの病気により知的障害、自閉性障害が生じること、また自閉性障害を持つ子どもに脳波異常やてんかん発作を合併することが多いこと、低出生体重児、特に1500g以下の極小低出生体重児の予後調査から、脳性麻痺などの重い後遺症を残さなくても、学齢期になり自閉性障害や注意欠陥・多動性障害のような発達障害が顕在化する子どもが見られることなどが、脳の障害によるとされる理由である。カナーによる「自閉症は親の育て方の誤りによる」との説は、その後の症例の積み重ね、心理学的研究などから完全に否定された。しかし、虐待環境で育ったことが、注意欠陥・多動性障害や広汎性発達障害の症状や予後に影響を与える可能性や、注意欠陥・多動性障害の成立に関係する可能性については、議論の途中である。

ADHDの場合、生物学的要因ばかりでなく、一部の例は被虐待経験が障害の成立に関係し、また、その症状の予後に大きな影響を与えていると考えられる。斎藤によると『ADHDは、症状が年齢により、反抗・挑戦性障害（ODD）

(ADHDの約半数の例)、行為障害(CD)、反社会的人格障害、アルコール・薬物乱用へと展開する場合(外在化障害)と、ADHDの攻撃性が内在化し非社会的な方向に向かって悪循環していく展開を示す場合と、不安障害、気分障害(大うつ病、双極性障害など)、ODD、不安や抑うつ症状を伴って家庭に引きこもる、不登校を生じ、その後、人格障害をきたす場合(内在化障害)がある』といわれているが¹⁵⁾、その症状の変遷には、生育環境、教育環境における不適当な環境も原因となる。以前、筆者が自験例のADHDをCDまたはODDを合併したものと、合併していないものの有無で2群にわけ、その背景を比較したものが表4である。初診時年齢、知能指数には差はなく、CD、ODDを合併した群は心理社会的要因を持つ者が多かった。心理社会的要因の内容は、離婚による母子家庭、継母、継父、被虐待体験があった、などが含まれていた¹⁶⁾。

表4 注意欠陥・多動性障害と併発障害

	行為障害、反抗・挑戦性障害を併発していない注意欠陥・多動性障害	行為障害、反抗・挑戦性障害を併発した注意欠陥・多動性障害
例数	19	8
初診時年齢(歳)	7.42	7.63
合併症	学習障害7名、てんかん2名、脳性麻痺1名	—
知能指数(IQ)	84.2±10.6	87.8±15.9
心理社会的要因	2(11%)	6(75%)
当科へ紹介した機関	教育機関10、保健所等2、病院2、児童相談所1、保育所1、その他1	児童相談所4、教育機関3、病院1

〔子ども虐待三〕

また、表3で考えられる診断名として最も多かった反応性愛着障害は、発達障害ではないが忘れてはならない。広汎性発達障害と診断された子どもの生育環境をよく聞き直すと、両親との愛着の問題があり、広汎性発達障害と診断してよいかどうか診断に迷うことがある。また杉山は、平成15年の日本子どもの虐待防止研究会学術集会の分科会において、ネグレクトによる反応性愛着障害は、高機能広汎性発達障害と最も鑑別が困難であること、多動—衝動優勢型のADHDの相当部分は、子ども虐待の過覚醒か、暴力的な噴出を繰り返す高機能広汎性発達障害の誤診ではないかと考えるようになった、と述べている¹⁷⁾。国際疾病分類第10版(ICD-10)、米国精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引き第4版(DSM-IV)では、反応性愛着障害と診断する場合には、広汎性発達障害を除外する必要があるとされ、注意欠陥・多動性障害と診断する場合には解離性障害を

除外することとなっている。広汎性発達障害や注意欠陥・多動性障害などの、社会性の障害を伴う発達障害と診断される子どもが急増していることと、日本において児童相談所における子ども虐待の取扱い件数が、統計を取り始めた平成2年以降平成15年までに20倍以上急増していることとの関係を考えることは、両者の発生要因を考察する上で重要であると思う。

5 発達障害児、保護者への援助（面接上の留意点）

障害児を持つ親（保護者）への面接上の留意点は、子どもの障害に対する受容、親の性格、家庭状況を考えながら、親の気持ちを受け入れることである。その上で、子どもの発達障害への理解を促すこと、子どもの将来への見通しを説明すること、観念的ではなく、また理想的でもなく、具体的な家庭での養育姿勢、養育技術を伝えること、より早期から子どもの障害のレベルに応じた適切な療育機関での療育を勧めるなどにより、子どもを育てていく勇気を与えることである。また、親の育児負担を軽くする方法をともに考えていくことも忘れてはならない。

発達障害のある子ども、家族への具体的な支援方法には、次のようなものがある。

- ① 定期的な医療機関の外来での診察、具体的な生活面での相談、薬物療法
- ② 臨床心理士による親および子どもへのカウンセリング、子どもへの遊戯療法
- ③ 子どもへの言語聴覚療法、作業療法による発達支援
- ④ 地域の教育・福祉・医療・保健等の機関の連携
- ⑤ 保健師、家庭相談員、主任児童委員などの家庭訪問による相談、具体的な援助
- ⑥ 障害が該当する場合の療育手帳、障害者手帳の取得の勧誘、医療費の公的援助、手当の受給支援
- ⑦ 地域で障害児を受け入れている幼稚園、保育所の紹介（虐待が疑われる場合は保育所に入所できるように関係する行政機関へ働きかける。また障害児保育として受け入れ、より丁寧な指導が可能な場合は、医師は積極的に診断書を記入すべきである。）
- ⑧ 関係機関と障害児の通園、通学している幼稚園、保育所、学校の担任と園や学校での生活に関する相談（なるべく具体的な相談が良い）
- ⑨ 支援費の利用による障害児・者施設やNPO法人によるデイサービス、短

期入所の利用の勧誘

- ⑩ 親の会、地域の同じ障害のある子のサークルの紹介
- ⑪ 子どもの遊び相手にもなる家庭教師の紹介（筆者は、勤務している国際医療福祉大学のボランティアセンターに登録してある学生のうちで適当な学生に、事前に子どもの特徴を説明して家庭教師をお願いしている。もちろんボランティアではない。）
- ⑫ 家庭での養育が困難な場合、子どもの障害の程度に応じた施設入所の勧誘

児童養護施設に入所した場合、被虐待体験に加え発達障害があるため、他の入所児との共同生活に問題が生じることがある。発達障害に加え、非行等の問題がある場合は、児童自立支援施設に入所となる。また、知的障害児施設や児童養護施設における、発達障害児に対する施設内虐待の問題もある。被虐待児は人間関係の持ち方が虐待、被虐待の関係になりやすく、虐待を誘発してしまうのである。

障害児およびその家族への援助の公的システムには地域差があるが、被虐待児への援助システムに比べると、はるかに充実しているので、公的援助システムを十分に知り、利用していくことが大切である。相談の窓口は、児童相談所、福祉事務所（市町村福祉課）、保健所、保健センターがなっているので、保護者には相談に行くことを勧め、援助者は制度等の利用が不明な場合は、積極的に専門機関に問い合わせることが肝要である。より早期に、発達段階に応じた適切な療育施設への通園を行うこと、親の状態、家族の状態に応じて、適当な時期に入所施設を利用することが重要である。措置制度が適応されている児童福祉施設の利用は通所、入所とも児童相談所が窓口である。また、施設側の職員は、子どもの発達の促進ばかりに目を奪われることなく、親の思いを受け止めながら、親が楽に、かつ適切に育児ができるように指導していくことが重要である。

平成16年12月には、発達障害児を早期に発見し、発達支援を行うことに関する国および地方公共団体の責務を明らかにするとともに、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等について定めることにより、発達障害者の自立及び社会参加に資するようその生活全般にわたる支援を図り、もってその福祉の増進に寄与することを目的とする、「発達障害者支援法」が制定された¹⁸⁾。

6 まとめ

発達障害は、近年、教育、医学、福祉の分野で非常に関心を集めている分野で

あり、発達障害児は子ども虐待のハイリスクグループである。発達障害の原因、診断、対応を考える上で、子ども虐待との関係を忘れてはならない。発達障害のある子どもの保護者へは、より具体的な子育て支援を行う必要がある。

(下泉 秀夫)

〔参考・引用文献〕

- 1) 下泉秀夫「障害児と虐待」『小児科診療』診断と治療社、2005年
- 2) 杉山登志郎「高機能自広汎性発達障害にみられる行為障害と犯罪」『そだちの科学』第1巻：42-46 p、日本評論社、2003年
- 3) 小枝達也他、平成13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）「ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引きに関する研究」（主任研究者 小枝達也）、『ADHD、LD、高機能自閉症児の保健指導手引き書』平成14年3月、2002年
- 4) 宮本信也『（改訂）乳幼児から学童前期のこころのクリニック—臨床小児精神医学入門—』7 p、財団法人安田生命社会事業団、1995年
- 5) Honda H, Shimizu Y, Misumi K, Niimi M, and Ohashi Y.: Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British Journal of Psychiatry* 169:228-235, 1996.
- 6) 下泉秀夫、飯塚直美、斎藤茂子、桃井真里子「栃木県那須地区における自閉症有病率調査」『脳と発達』31：s147、診断と治療社、1999年
- 7) Wing L, Potter D: The epidemiology of autism spectrum disorders: is the prevalence rising?, *MRDD Research Reviews* 8:151-161, 2002.
- 8) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議『今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）』2003年3月
- 9) 下山田洋三、岡安勤「肢体不自由児施設における被虐待児の検討」『子どもの虐待とネグレクト』3巻：172-179 p、I F F 出版部ヘルスワーク協会、2001年
- 10) 下山田洋三、岡安勤、武田麻里「肢体不自由児施設における被虐待児の実態調査」『子どもの虐待とネグレクト』5巻：342-351 p、I F F 出版部ヘルスワーク協会、2003年
- 11) 細川徹、本間博彰「わが国における障害児虐待の実態とその特徴」『平成13年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書』（第6/7）：382-390 p、2002年
- 12) 下泉秀夫「児童虐待における保育所（園）の役割と関係機関のネットワーク」『子どもの虐待とネグレクト』3巻：282-293 p、I F F 出版部ヘルスワーク協会、2001年
- 13) 下泉秀夫「平成11年度栃木県小児虐待実態調査」『子どもの虐待とネグレクト』5巻：130-140 p、I F F 出版部ヘルスワーク協会、2003年
- 14) 杉山登志郎「子ども虐待は、いま」『そだちの科学』2巻：2-9 p、日本評論社、2004年

第1章 虐待の基礎知識

- 15) 斎藤万比古「注意欠陥/多動性障害(ADHD)とその併存障害—人格発達のリスク・ファクターとしてのADHD—」『小児の精神と神経』40巻：243-254p、アークメディア、2000年
- 16) 下泉秀夫：未発表データ
- 17) 杉山登志郎「虐待とさまざまな子ども像」『日本子どもの虐待防止研究会第9回学術集会・京都大会 プログラム・抄録集』66-67p、日本子どもの虐待防止研究会第9回学術集会・京都大会実行委員会、2003年
- 18) 発達障害者支援法：<http://www.autism.or.jp/hs-siennhou/houann20040607.pdf>

5 児童相談所における虐待相談の実態

(1) 厚生労働省報告例 (社会福祉行政業務報告)

厚生労働省は、平成2年度から全国の児童相談所における虐待相談の取扱状況等に関して調査(社会福祉行政業務報告)を行っているが、表4～表5-2はその概要である。

表4 経路別虐待相談件数

	総数	家族	親戚	近隣人	児童本人	福祉事務所	児童委員	保健所	医療機関	児童福祉施設	警察等	学校等	その他
11年度	(100%) 11,631	(23%) 2,611	(3%) 370	(15%) 1,678	(2%) 228	(13%) 1,543	(3%) 323	(4%) 473	(5%) 573	(5%) 580	(5%) 617	(12%) 1,431	(10%) 1,204
12年度	(100%) 17,725	(21%) 3,692	(3%) 544	(14%) 2,449	(2%) 294	(13%) 2,306	(3%) 467	(5%) 829	(5%) 799	(5%) 858	(6%) 1,109	(13%) 2,382	(11%) 1,996
13年度	(100%) 23,274	(18%) 4,077	(3%) 666	(14%) 3,312	(1%) 263	(14%) 3,266	(3%) 637	(5%) 1,223	(4%) 971	(6%) 1,290	(6%) 1,508	(13%) 3,025	(13%) 3,036
14年度	(100%) 23,738	(17%) 4,145	(3%) 742	(13%) 3,101	(1%) 325	(15%) 3,567	(3%) 619	(6%) 1,411	(5%) 1,152	(6%) 1,349	(6%) 1,401	(12%) 2,882	(13%) 3,044
15年度	(100%) 26,569	(16%) 4,390	(3%) 823	(13%) 3,435	(1%) 351	(14%) 3,725	(2%) 639	(3%) 879	(5%) 1,235	(6%) 1,488	(6%) 1,478	(15%) 3,918	(16%) 4,208

(厚生労働省社会福祉行政業務報告より作成)

「子ども虐待三」

発達障害と虐待

下 泉 秀 夫*

はじめに

「授業中に席を立ち他の児童が勉強しているのを邪魔する、教室から出ていってしまう」、「周囲からみると些細なことでも自分の思いが通らないと、切れて同級生や教師へ暴力を振るう」といった児童生徒が急増し、学校現場では大きな問題になっている。このような問題の背景に、その子どもが注意欠陥・多動性障害(ADHD)や自閉性障害などの発達障害をもつ可能性があること、家庭で虐待を受けている可能性があることを考える必要がある。

発達障害、特に軽度発達障害と児童虐待は、ここ数年、その数が急激に増加しているといわれ、社会的に大きく注目されている。国としても、平成12年に児童虐待防止法、平成16年に発達障害者支援法を制定し支援の取り組みを始めた。しかし、発達障害と児童虐待の関係については、研究が少なく、まだ明らかにすべきことが多く残されている。ここでは、その中でも、以下の2点を中心に議論を進めたい。①子どもが発達障害をもっていると親などの保護者から虐待を受けやすいこと、②子どもは保護者から虐待を受けると発達障害と類似の症状(?)を示すようになることである。

発達障害が増加している

昨年成立した発達障害者支援法は、「『発達障害』とは、自閉症、Asperger症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義している。ここではそれに従って、発達障害を知的障害、自閉症を中核とする広汎性発達障害(Asperger症候群も含む)、学習障害、ADHDに限定し議論を進める。もちろん、脳性麻痺などのような肢体不自由児への虐待も重要な問題ではあるが、ここでは扱わない。

日本での発達障害の有病率は、ほぼ表1のようである¹⁾²⁾。広汎性発達障害の中核概念である小児自閉症については、従来の有病率の報告は、4～5人/10,000人であったが、1980年以降、高い有病率の報告が多い。本田、清水らは横浜市を対象に精密な調査を行い、1994年に1988年生まれの人口における自閉症の有

表1 発達障害の有病率

注意欠陥・多動性障害	3～5%(小学生)
学習障害	1～2%?
広汎性発達障害	1%(半数は高機能群)
精神遅滞	1%(IQ 70以下)

(上記の2つ以上の障害の重複もありうる)

*国際医療福祉リハビリテーションセンターなす療養園