

は、独自の対応を必要としており性的虐待治療センターの創設が必要である。またわが国の社会的養護は危機に瀕しており、全体的な見直しが求められている。このようなわが国の状況において医療機関が担うべき役割は大きい。

A. 研究目的

子ども虐待への対応には、何らかの医療機関の関与が必要である例が多い。しかし医療サイドで子ども虐待への積極的な対応を行っている所はまだ非常に少ない。医療を核とした子ども虐待への対応について、その実践を通して子ども虐待への治療の標準化を図ることが本研究の目的である。

B. 研究方法

子ども虐待に積極的に取り組んでいる2つの医療機関の子ども虐待に関連する統計を取り、また子ども虐待へのケアを巡る問題への実践についてまとめた。

(倫理面への配慮)

取り上げた症例に関しては記載の許諾を得た。個人情報に関わる部分に変更を加えた。また研究に関し倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

研究1では、あいち小児センターを受診した被虐待児818名とその親136名の検討から、発達障害および学習障害へのケアが必要であること、愛着の修復が必要であること、解離への対応が必要であること、破壊的行動障害や非行への対処が必要であること、また親もまた被虐待の既往を持つものが多く、対応には高度の専門性を必要とする例があることを指摘した。

研究2では、あいち小児保健医療総合センター32病棟(心療科病棟)におけるコントロールルームの使用について検討を行った。コントロールルームは使用した子どもの9割以上が役に立ったと回答した。コントロールルームの設立は、新たな文化として、心療科病棟における子どもと看護スタッフを支援する治療的安全装置の1つである。

研究3では、あいち小児センター心療科病棟において、性的虐待対応看護師

(SAR)により、性的安全プログラムを実施し、児童への聞き取り調査と、対人距離のワークを行った。このプログラム後の性的トラブルに類する総数は減少した。それらの事例に対して、SAR看護師を中心に謝罪、トラブル後の対人距離のワーク、性的興奮を鎮めるワーク等を実施した。性的行動化は軽症の段階で早期に発見されるようになり、丁寧な対応がなされた結果、その後の子どもの治療にこの情報は活かされた。また性的な問題を看護師に相談する児童が増えた。

研究4では、被虐待児をはじめとする患児による暴力について、1年間にわたる病棟および隣接する学校における児童の暴力的噴出の動向を調査した。その結果、入院3か月めに患児による暴力は最多となり、4ヶ月めには大幅に減少することが判明した。また病床稼働率と患児による暴力は正の相関をもつが、病棟スタッフのスキル向上とともに暴力件数は

減少し、病棟稼働率と関連しなくなることとも明らかになった。

研究5では、松心園に入所した児童症例114名について入所治療パターンの分析を行った。その結果、松心園における被虐待児入所治療は、ショートステイ・緊急避難型入所(S型)、アセスメント・投薬調整目的入所(A型)、病的問題行動対処型入所(B型)、環境調整型入所(C型)の4タイプに分類でき、それぞれに固有の経過があることが示された。被虐待児の入所治療において、概ねどのような時期に、どのような検査や治療の計画を立て、実施してゆくことが有用であるかについて論じ、その流れに沿って入所治療が特有の経過を迎えるのかについて例示した。

D. 考察

医療機関を核とした子ども虐待への対応のためには、外部期間との間に窓口が必要であり、医療と福祉との共同作業とならざるを得ない。また被虐待児の示す様々な問題行動に対しては、そのための病棟の構造だけでなく、対応する看護スタッフの専門的な学習や対応が極めて有効である。

性的虐待は、独自の対応を必要としておりわが国に追いついても今後は、医療と福祉の協働による性的虐待治療センターが必要である。さらにわが国の社会的養護は危機に瀕しており、根本的かつ全体的な見直しが求められている。

E. 結論

医療機関を核とする子ども虐待への対応が円滑に働くためには、病棟の構造、ス

タッフの構成を含む、子ども虐待への対応を意識した取り組みが必要である。医療が子ども虐待に関わるべき領域は大きい。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究業績

杉山登志郎

書籍

杉山登志郎、服部麻子(2008):子ども虐待. 森 則夫 中村 和彦編:子どもの精神医学. 金芳堂, 212-230.

杉山登志郎:発達障害の診断. 宮本 信也、田中 康雄、齊藤 万比古編:発達障害とその周辺の問題. 中山書店、144-154.

杉山登志郎:発達段階からみた児童精神疾患. 牛島 定信、村瀬 嘉代子、中根 晃:子どもと思春期の精神医学, 金剛出版、624-630.

浦野葉子、杉山登志郎(2008):破壊的行動障害. 本間 博彰、小野 善郎、齊藤 万比古編:子ども虐待と関連する精神障害. 中山書店、138-154.

論文

杉山登志郎(2008):子どものトラウマと発達障害. 発達障害研究, 30(2), 111-120.

杉山登志郎(2008):高機能広汎性発達障害の歴史と展望. 小児の精神と神経, 48(4), 327-336.

杉山登志郎(2008):アスペルガー症候群の周辺. 児童青年精神医学とその近接

- 領域, 49(3), 243-259.
- 杉山登志郎 (2008) : 成人期のアスペルガー一症候群. 精神医学, 50(7), 653-659.
- 杉山登志郎 (2008) こどもの現在とこれから. そだちの科学, 10, 2-8.
- 杉山登志郎 (2008) : こども虐待への EMDR による治療 2 - 親への治療 -. ころのりんしょう, 27(2), 289-292.
- 杉山登志郎 (2008) 広汎性発達障害とトラウマ. そだちの科学, 11, 21-26.
- Tsuchiya K., Matsumoto K., Miyachi T., Tsuji M., Nakamura K., Takagi S., Kawai M., Yagi A., Iwaki K., Suda S., Sugihara G., Iwata Y., Matsuzaki H., Sekine Y., Suzuki K., Sugiyama T., Mori N. (2008) : Paternal age at birth and high-functioning autistic-spectrum disorder in offspring. *British Journal of Psychiatry*, 193(4), 316-321.
- Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Miyachi T, Tsujii M, Nakamura K, Takagai S, Kawai M, Yagi A, Iwaki K, Suda S, Sugihara G, Iwata Y, Matsuzaki H, Sekine Y, Suzuki K, Sugiyama T, Mori N, Takei N. (2008) : Paternal age at birth and high-functioning autistic-spectrum disorder in offspring. *British Journal of Psychiatry*, 193(4), 338-339.
- Marui T, Funatogawa I, Koishi S, Yamamoto K, Matsumoto H, Hashimoto O, Nanba E, Nishida H, Sugiyama T, Kasai K, Watanabe K, Kano Y, Kato N. (2009) : Association of the neuronal cell adhesion molecule (NRCAM) gene variants with autism. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12(1), 1-10.
- Nakamura K, Anitha A, Yamada K, Tsujii M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Suda S, Takei N, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya KJ, Sugihara G, Ouchi Y, Sugiyama T, Yoshikawa T, Mori N. (2008) : Genetic and expression analyses reveal elevated expression of syntaxin 1A (STX1A) in high functioning autism. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(8), 1073-1084.
- Anitha A, Nakamura K, Yamada K, Suda S, Thanseem I, Tsujii M, Iwayama Y, Hattori E, Toyota T, Miyachi T, Iwata Y, Suzuki K, Matsuzaki H, Kawai M, Sekine Y, Tsuchiya K, Sugihara G, Ouchi Y, Sugiyama T, Koizumi K, Higashida H, Takei N, Yoshikawa T, Mori, N. (2008) : Genetic analyses of roundabout (ROBO) axon guidance receptors in autism. *American Journal of Medical Genetics. Parts B Neuropsychiatric Genetics*, 147B(7)1019-1027.

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

虐待ケースの診療の標準化に関する研究

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1 子ども虐待への包括的ケア：医療機関を核とした子どもと親への治療

研究協力者 海野千畝子 あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

あいち小児センターを受診した被虐待児 818 名とその親 136 名の検討から、発達障害および学習障害へのケアが必要であること、愛着の修復が必要であること、解離への対応が必要であること、破壊的行動障害や非行への対処が必要であること、また親もまた被虐待の既往を持つものが多く、対応には高度の専門性を必要とする例があることを指摘した。性的虐待は、独自の対応を必要としており性的虐待治療センターが必要である。わが国の社会的養護は危機に瀕しており、全体的な見直しが求められている。

1. はじめに

われわれは、2001年11月に開院した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）において、医療機関を核とした子ども虐待のケアを実践してきた。子ども虐待は、その為の対応システムを必要とする（杉山、2005）。幸運であったのは、筆者がこの新しい子ども病院の設計から関わったことである。開院の時に既に子ども虐待治療センターとして機能することを筆者は構想しており、その為の予備的な会議を定期的に行っていた。あいち小児センターの最も特徴的な点は、中に小児保健センターを持つことである。筆者の地位は、この院内小児保健センターの長と心療科（児童精神科）

の部長を兼務しており、この立場は、子ども虐待への対応に大きなプラスとなった。またこの小児センターでは心療科が柱の一つとなっていることも特筆すべきである。しばしば児童精神科はその非採算性の為に、ニードが高いわりに子ども病院といえども開設されていない所が少なくない。あいち小児センターでは、心療科に最初から複数のスタッフ（常勤4名および複数のレジデント）が与えられた。さらに臨床心理チームが独立セクションとなっており、臨床心理部門は医師の定員よりも多い常勤5名というスタッフが与えられている。心理士は、それぞれ専門性が極めて高い者を選任し、その為に他に置き換えられない専門家として県職

員心理士のローテーションから外れ、医師と共に心療科の臨床を担っている。

2001年11月の開院に際して専門外来を曜日ごとに並べ、それぞれに対応するというシステムを作った。現在は火曜日心身症、水曜日不登校、木曜日子育て支援および思春期、金曜日発達障害、土曜日一般再来である。それはこうしなければ、全ての新患が発達障害の患者で占領されるという予感があった。開院後、発達障害外来は最長で3年余の待機を作ったが、子ども虐待の専門外来である子育て支援外来は、開院以来最長でも1ヶ月、ほぼ2週間程度の待機で収めることが出来た。今日、多くの児童青年精神科の専門医療機関が、殺到する発達障害患者への対応に追われ、しばしば長期間の新患待機リストを作っている。子ども虐待の臨床が待機になじまないことは言うまでもないであろう。医療機関を核とする子ども虐待への対応は、虐待に絡む新患への迅速な対応が出来る外来を作るところから始まるのである。

あいち小児センターの子ども虐待への対応システムを簡略に紹介する。どの専門外来も初診において1症例1時間半という十分な時間的余裕を作り、医師と心理士のペアによる初診というシステムにした。子ども虐待に関しては、虐待臨床の経験豊富な虐待対応心理士(海野千敏子)が担当し、同時に海野は、入院治療を含む子ども虐待への対応全体の指導を筆者と共にやっている(海野ら, 2005)。子育て支援外来において、親と子を医師と心理士が別々にインテークを行い、その後それぞれの所見を付き合わせて臨床的な判断を行うという形を取るようにした。これ

は例えば発達障害外来においては、心理士がWISC-IIIを初診で取って診断に役立てるなど、専門外来に応じて柔軟な役割分担を行っているのである。また外来診療においてわれわれは、親の側にも積極的にカルテを作り、親子の平行治療に取り組んできた。このシステムが有効に働く大きな要因は、あいち小児センターにおける保健センターの存在である。ここには常勤の医師と、保健師、ソーシャルワーカーがいて、保健師5名中2名は虐待対応保健師として、ソーシャルワーカーと共に、児童相談所など外部機関との窓口になり、また同時に親のサポートを担当する。加虐側の親もその大半がもと被虐待児である。彼らは治療が必要であるが、治療が開始されれば、それは揺さぶりをかけることになるため一時的にせよ不安定になる(神田橋, 1989)。虐待対応保健師による日常的なあるいは危機状況時の相談というバックアップがなければ、親子並行治療により逆に容易に事故が起きるのである。院内保健センターは虐待ネットワーク会議をはじめ、児童相談所や地域の学校、自治体の福祉担当者、児童委員など、地域との連携の為の窓口としても働いている。

あいち小児センター心療科病棟は、閉鎖ユニットを持つ小児科病棟というユニークな構造を持っている。被虐待児において、しばしば虐待的対人関係を反復する傾向が認められることは以前から指摘されてきた(西澤, 1994)。全ての対人関係が、支配・被支配という形を取りやすい。また後述するように反抗挑戦性障害は極めて一般的で、挑発を繰り返し、周囲を故意に苛立たせている様に見えることも多い。何よ

りも虐待児は多動で、ハイテンションを示す者が非常に多い。虐待体験という、警戒警報が出続ける生活の中にあつて、過覚醒状態が常在化している為である。この過覚醒は解離性の意識変容を伴い、スイッチングが見られる。容易に切れて激しい攻撃行動の噴出が生じ、しかも後には解離による健忘を残す。体験が繋がらず、同じ問題行動が何度も繰り返されることになる。つまりこの子ども達を治療するとなると、亀岡（2001）が指摘するように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になるのである。暴力や時としては性化行動など、問題行動が繰り返し生じ、子どもたちが絶えず脅威にさらされる環境下では、治療は不可能であることは言をまたない。虐待児の入院治療においては、スタッフの数を含めた治療構造そのものに大きな治療的な意味が存在するのである。われわれの病棟は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っている。レインボーの中の一室は、何も置かれていないタイムアウト部屋である。われわれは極力その部屋を施錠しないで用いるようにして来た。もう一室はムーンと命名された特別な部屋である。そこでは子どもがそこに用意された様々なもの、ぬいぐるみやボディソックスなどを用いて、自分の感情を表出し、その統制を練習する。研究2に示すように、このムーンの開設後、子どもたちの暴力的噴出は減少したことが確かめられている。当然ながら、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。われわれは子どもの人権を極力損なうことなく治療を推進するために、精神保健法を基盤とした病棟の運営規定を作り、センター内倫理委員会の承認を得た。また子ども達には入院の都度、病棟生活の説明を細かにを行い、子ども自身の同意を得るようにしている。

これだけの用意をしてもなお、虐待臨床は困難の連続である。われわれの施設は重症例を中心にケアを行っているとはいえ、一般的な児童養護施設において処遇をされている虐待児の持つ困難に質的な変わりはない。児童養護施設のケアの困難さが逆に実感されるが、この問題はわが国の子ども虐待への対応の根幹に関わっており、後にあらためて取り上げる。

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（2001.11～2008.10）

虐待の種類	男性	女性	合計	%
身体的虐待	256	114	370	45.2
ネグレクト	80	50	130	15.9
心理的虐待	88	87	175	21.4
性的虐待	39	98	137	16.7
ミュンヒハウゼン	1	5	6	0.7
合計	464	354	818	100.0

2. 子育て支援外来の統計から

表1は開院後、7年間の子育て支援外来の統計である。筆者の予定通り、あいち小児センターは子ども虐待治療センターとして数多くの子ども虐待の子どもとその親のケアを実践して来た。子ども虐待臨床の特徴についてこれまでも幾つかの報告を行った（杉山、2004；杉山ら、2005）。まとめると、子ども虐待は家族の病理であり、家族という閉鎖システムに介入を行う作業に他ならない。精神科医療や心理臨床

における基本的な1対1の治療には決してならない。しかも時として、ニードの無いところにサービスを行うという矛盾をはらむ仕事となる。子どものケアのため、親にカルテを作って治療を行えば、その親のそだちが必ずや問題になる。またきょうだいがいる場合に、1人だけがケアの対象とすることはあり得ず、きょうだい全てに治療が必要とされる。しかも子ども虐待の家族はしばしば多産で、また複雑家族が多い。こうして家族の中で治療を必要とする者の数が増えて行き、末広りの経過をたどるのである。医療と福祉との隙間作業となることが多く、地域とのチームワーク、それも対等かつ密接な連携が必要不可欠である。そのために、先に触れた虐待ネットワーク会議は頻回に行われており、しばしばダブルヘッダーになったりする。院内小児保健センター保健師が、地域の児相、保健センター、市町村の担当者、学校教師などの日程調整をはじめとする、地域との窓口を一手に引き受けてくれているのであるが、保健センターが無い病院はどうしているのだろうと思う。子ども虐待へのケアは院内の医療だけでは決して終わらないのである。

もう一つ非常に深刻な問題として、子どもの治療をしても出口（退院させる場所）が無いということがしばしば生じるが、この問題については社会的養護のところで後に取り上げたい。

表2 子ども虐待の症例に認められた併存症(N=818)

診断	男子	女子	合計	%
広汎性発達障害	155	56	211	25.8
ADHD	125	23	148	18.1
その他の発達障害	36	39	75	9.2
反応性愛着障害	216	171	387	47.3
解離性障害	224	211	435	53.2
PTSD	107	162	269	32.9
反抗挑戦性障害	83	50	133	16.3
行為障害(非行)	144	98	242	29.6

表2は、計802名の併存症の一覧である。一般的にはDSM-IVに従って診断し、例えば反抗挑戦性障害と行為障害、反応性愛着障害と広汎性発達障害の様に除外診断となるものは、規定にそってそれぞれ後者の診断のみを取り上げているが、例えばADHDと解離の併存など、除外診断を敢えて無視をして、両方にカウントしているものもある。これまでに何度か報告をしていることであるが、子育て支援外来を初めて最初に驚いたのは、その中に発達障害診断が可能なが多数存在することであった。発達障害の診断可能な児童は全体の過半数(52%)をしめる。そのうち知的障害を伴う者は15%以下であった。発達障害の中では広汎性発達障害が25%前後を常に示しており、そのうちの9割までが知的な遅れのない高機能群であった。注意欠陥多動性障害(ADHD)は2割前後であるが、先に少し触れたように、被虐待児は多動や不注意は非常に一般的で、多動や衝動性を示す児童は実に全体の85%を占めていた。

発達障害以外の問題を見ると、最も多い併存症は愛着障害と解離性障害でそれぞれ5割前後となる。さらに、反抗挑戦性障害と行為障害が合計7割に達するのである。年齢の推移を見ると、反抗挑戦性障害は年長になるに従って

有意に減り、逆に行為障害が有意に増える。この両者は相互に除外診断になるので、破壊的行動障害が反抗挑戦性障害のレベルから非行に転じることが分かる。特に小学校年齢において多動は普遍的で、ADHD と、反応性愛着障害と解離性障害を基盤とする虐待系の多動（西澤の言う ADHD 様症状、西澤、2004）との鑑別は非常に困難で、両者のかけ算と考えざるを得ない症例も認められる。この臨床的な鑑別が十分に出来ないことが、ADHD と解離性障害を相互に除外診断と規定できない理由である。これらの被虐待児は、知的には境界知能が最も多く、さらに知的な能力以上に学力の問題を抱える児童が多い（杉山、2007a）。

この資料から分かることは、第1に因果律がどちらを向くのかは別として、発達障害および学習障害へのケアが必要であること、第2に愛着の修復が必要であること、第3に解離への対応が必要であること、第4に、破壊的行動障害や非行への対処が必要であることである。野邑（2005）原田（2005）の施設調査からも浮かび上がるように、被虐待児の6-8割が医学的治療を必要とする何らかの問題を抱えている。医療のみでのケアは最も大事な愛着の修復の課題が出来ず、当然ながら無理であるが、医療的なケアもまた、愛着の修復の基盤とも言える子どもたちの安心な生活のために必要である。しかしそれにしても、これまで多くの児童養護施設は、医療抜きでどうやってケアを成立させてきたのであろう。

カルテを作った親 136 名のプライマリ診断の一覧を表3に示す。この表では初診時の最も問題となった診断名だけを拾っている。うつ病が最も多いこ

とは頷けるとして、意外なのは第2位が高機能広汎性発達障害となることである。何らかの発達障害を持つ者は、136名中36名（26%）におよぶ。母子共に高機能広汎性発達障害という組み合わせがしばしば子ども虐待を生じやすいことについてこれまでに報告を行った（浅井ら、2005；杉山2007b）。この親の統計と親へのケアに関しては、後に再度取り上げる。

表3 カルテを作った親136名(2001.11~2008.10)のプライマリ診断

主たる診断名	男性	女性	合計	主たる診断名	男性	女性	合計
うつ病	3	49	52	アルコール依存・薬物依存	0	4	4
高機能広汎性発達障害	3	22	25	精神遅滞	0	3	3
PTSD	1	16	17	身体表現性障害	0	2	2
解離性障害	1	10	11	摂食障害	0	2	2
境界性人格障害	0	9	9	統合失調症	0	1	1
不安障害・パニック障害	0	6	6	アダルトADHD	0	1	1
変型型人格障害	0	3	3	合計	8	128	138

3. 発達精神病理学からみた子ども虐待

この様に、子ども虐待と発達障害の絡み合いは非常に複雑である（杉山、2007）。いわゆる軽度発達障害が虐待の高リスクになるが、同時に、被虐待児の大多数は発達障害によく似たそだちの障害を呈するのである。もう一つ重要なことは、1人の子どもが（表3に示される大人も）、DSM-IVを機械的に当てはめると、数多くの診断基準を満たすことである。これは表2が100%を軽く越えることを見れば一目瞭然であろう。筆者は子ども虐待の臨床に従事する中で、一人に沢山の診断が可能ということ自体が、子ども虐待の大きな臨床的特徴であることに気付いた（杉山、2008b）。一人の子どもが、注意欠陥多動性障害、反抗挑戦性障害、外傷後ストレス障害、うつ病、さらに

は双極 II 型、解離性障害などの診断基準を満たすのである。これは次の様な例えが分かりやすいかもしれない。一般的な疾患は、車のタイヤがパンクをした、ラジエーターが故障をしたといった部分のトラブルである。しかし子ども虐待の場合は、車が水没をした様なもので、タイヤも、エンジンも、どこもかしこも様々な問題が一度に生じるのである。この様な考え方を取れば、発達障害も多くの問題の 1 つに過ぎないとも言える。近年の脳科学の成果によって、子ども虐待の子どもや、元子ども虐待の成人の脳に、様々な器質的、機能的異常が認められることが明らかになった(杉山, 2006)。少なくとも重症例において、虐待が脳の器質的なレベルのダメージになることは疑いない。

既に報告をしていることであるが、被虐待児にみられる併存症の年齢による推移を見ると、次の様な変化が認められる。幼児期において、発達障害の有無に関わらず普遍的に反応性愛着障害をまず呈し、ついで学童期前後には ADHD 様の多動と破壊的行動障害が前面にあらわれ、次いで PTSD の症状の出現と解離症状の明確化によって青年期には解離性障害および行為障害へ展開し、このまま未治療に経過すればその一部は成人期には DESNOS (Disorders of extreme stress ; Ford et al., 1998) として知られる複雑性 PTSD の臨床像に至る。これは発達精神病理学で言う子ども虐待に見られる異型連続性に他ならず、後に van der Kolk (2005) が developmental trauma disorder という概念を提唱していることを知った。これはわれわれが見いだしたものと同一現象を述べている。

発達精神病理学から見た子ども虐待を見ると、中核にあるものは愛着障害と慢性のトラウマである。愛着障害の存在は、自己の核となるものの不安定さ、および自律的情動コントロール機能の脆弱さを引き起こし、その結果、個体における resilience 機能の不全が生じる。その結果、容易にトラウマが自我の中核に届く構造が作られる。その結果、解離反応は生じ易くなり、スイッチングや自我の分裂が引き起こされ、易衝動性がさらに強まるという病理的な進展を見ることが出来る(杉山, 2008b)。この状態はさらなるトラウマに対して、記憶を担う部分を切り離すことで防衛が計られるので、記憶の断裂、その場反応などの実行機能の障害、さらにはトラウマ記憶によるフラッシュバックの頻発、さらなる体験の分断と悪循環を形成するのである。

4. 子ども虐待へのケア

被虐待児へのケアは、第 1 に安心して生活できる場の確保、第 2 に愛着の形成とその援助、第 3 に子どもの生活・学習支援、第 4 に初めて精神療法が登場するが、ここで重要なのはフラッシュバックへの対応とコントロール、および解離に対する治療である。この様なケアを通して他の人への信頼と健康な人との絆を取り戻し、さらには自分が他の人を援助出来ることを学んで行けば理想的なケアとなる。さらに親の側も支援を必要としている。第 5 に可能であれば親子を一緒にサポートし、親子が共により幸福な道に歩みを進めることが出来ればそれに勝るものはない(杉山他, 2006)。

医療が担当するのは正確な病理のアセスメントと、ケアの中では第 4 の部分である。筆者はユング派の分析家か

ら教育分析を受け、これまで重症の症例に関しては大人子ども問わず、夢をはじめとするイメージを用いた精神療法を行ってきた。ところが、特に解離性障害を背後に持つ被虐待の既往を持つ症例において、通常精神療法的な治療では困難であることにすぐに直面した。

患児7歳女兒とその弟、継母である。患児の実母は不安定な家族に育ち、父親から虐待を受け養護施設で暮らしたこともあるという。患児が生まれたすぐ後から、実母は可愛くないと感じ、泣いていてもベッドに放置したままネグレクト状態であったようである。幼児期から逆上した実母に首を絞められたことが何度もあるという。その後、弟が生まれたが、患児4歳の時に主に子どもへの虐待を巡って両親が対立し、離婚となった。父親は7歳にて再婚した。新しく母親となった継母も、元被虐待児であった。父親は酒乱で勝ち気な娘（継母）に対して子どもの頃から激しい暴力をふるうことがあり、娘をかばう母親に対しても暴力をふるった。小学校高学年から中学まで、些細なことで父に激しく殴られることが続いた。継母は中学から家出を何度も行った。最初の夫は酒が入ると暴力的になる人で、その夫に見切りをつけ離婚となった。父親と継母は患児7歳にて再婚した。再婚後、今度は継母から患児らへの虐待が生じるようになり、治療が始められた。

この症例において、子どもの精神療法は海野が担当し、筆者は継母の精神療法を担当した。患児は3回の入院治療を含む継続的な治療を行った。現在も若干の関係念慮が残るが、日常生活の不応はなく、解離性障害も改

善している。弟もまた3回の入院治療を行い、現在も外来治療が継続している。弟は非常に重度の解離性障害が見られ、一時期は刻一刻と意識状態が変容する状況であった。しかし長い治療を経て、解離性障害の主症状である、「忘れる、止まる、暴れる」（これは弟にわれわれが治療の目的として呈示していた）は改善し、現在は本当に子どもらしくなった。さて継母の治療である。抑うつは軽快、治療には進展が見られたが、子どもへの虐待止まらなかった。治療者が、治療が深まったと感じられた瞬間に、過去のフラッシュバックが生じ、それまでの治療経過を吹き飛ばすということが何度も起き、治療は堂々巡りの様相を呈したのである。結局、父親と継母は再離婚し、父親は祖父母の援助を受けながら必死の子育てを続けている。この父親の努力によってようやく家族は安定したが、継母の治療は離婚によって中断となった。

この症例は、筆者には深い衝撃となった。トラウマを核に抱える症例の場合、フラッシュバックによる堂々巡りが起きる。フロイトが「快原則の彼岸」において反復強迫と述べていたのはこの現象を指していたと思いがたつた。長い長い時間を掛ければそれなりに進展が得られることは疑いないが、その間に子どもの側は完成された被虐待児になってしまう。トラウマそのものに焦点を当てた治療を行う事が必要なのだ。トラウマへの治療としてその有効性に関するエビデンスを持つ治療法としては、認知行動療法(CBT)とEMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing: 眼球運動による脱感作と再処理治療)(shapiro, 2001)があ

る。筆者はEMDRを導入した。その理由は海野が既にEMDRのトレーニングを受けていたこと、またCBTの暴露法を行うとなると、トラウマの想起が必須になるが、子どもの場合トラウマの想起そのものが非常に困難な場合が多いこと、またEMDRの柔軟で拡張性の高さ強く惹かれたことである。

しかし、そもそも辛いからこそ、記憶を切り離すのである。安心できる環境であったとしても、トラウマの処理はエネルギーを要する作業である。EMDRを用いたトラウマ処理を導入してからの症例を紹介する(杉山他,2007)。

初診時9歳 女児である。父親は事業に失敗し、借金の返済に追われ、しばらく母親が仕事をして家を空けている間に、患児に激しい身体的虐待を加えた。怪我やあざが残る状態で登校し、学校からの通報で、患児は家庭から分離され、1年間児童養護施設に生活を送った。その後、両親が離婚をし加虐者が居なくなったということで患児は母親の元に帰った。しかしその後患児は、遺尿、夜尿、また学校での激しい退行、担任教師へのしがみつき、またスイッチングによる大暴れを繰り返し、当センターに受診し入院治療を行った。1回目の入院は治療半ばで患児と母親の希望によって退院になった。しかしその後、学校で以前にも増して大暴れを繰り返し、ほどなく再入院になった。筆者は、退行したいのに出来ないことが中心と考え、薬物退行を試みた。多めの抗精神病薬を処方し、それを服用している間は遺尿も消え、学校での不応も無かったが、減薬すると直ちに再び遺尿、夜尿、学校での大暴れが生じるようになった。ここで虐待ネットワーク会議が開かれ、学校の

教師の側から、この子には幾つかの人格があるようだと指摘された。筆者はここで初めて、患児が単なる退行というレベルではなく、限りなく多重人格に近い重度の解離性障害を持つことに気付かされた。多重人格障害の為の精神療法である自我状態療法とトラウマに対するEMDRを開始し、父親からの虐待の直面化を行った。また母親に治療への参加を促した。トラウマ想起への抵抗は強く、しばしば患児の大泣きの中でセッションが進行したが、これにより遺尿、夜尿の劇的な減少、学校生活での不応の消失が見られた。その後、自分を守ってくれなかった母親への対決というセッションを経て、患児の中の暴力人格の消失と退行人格の成長が得られ、試験登校の後退院した。その後、外来治療を継続したが、約1年のフォローアップで服薬は漸減し、治療集結となった。

この症例も、薬物退行によって葛藤状況が押さえられているときは一見寛解を示したのであるが、減薬によってまたもとの症状に戻った。トラウマに対する治療を正面から行って初めて、治療的な進展が得られたのである。

表4 性的虐待とその他の虐待との比較

	N	男性	女性	年齢幅	平均年齢(SD)	
その他の虐待	666	414	252	1-18歳	8.4歳(14.7)	t=5.4 p<.01
性的虐待	136	40	97	3-18歳	10.3歳(10.9)	

併存症	その他の虐待 N=666	%	性的虐待 N=137	%	
広汎性発達障害	181	27.2	14	10.3	**
注意欠陥多動性障害	131	19.7	17	12.5	**
その他の発達障害	83	9.5	14	10.3	
反応性愛着障害	302	45.3	78	57.4	*
解離性障害	218	47.7	117	85.3	**
心的外傷後ストレス障害	195	29.3	74	54.4	**
反抗挑戦性障害	243	36.5	40	29.4	
行動障害(非行)	168	25.2	78	55.9	**

5. 性的虐待を巡って

わが国の公的な統計では、性的虐待は虐待通報のわずかに3%程度であり、明らかに実態から解離している。表4に性的虐待を分け、その他の虐待との比較を行った。この表で気付くのは、性的虐待において発達障害は有意に少ないが、それ以外のほぼ全ての問題の頻度は性的虐待において有意に高く、なかんずく解離性障害は85%に陽性となるのである。正に性的虐待は侵入性が高く、この解離性障害の重度さが、治療を困難にしていることは疑いない。最重度の解離性障害において、意識状態が刻一刻と変化する状況をしばしば認める。またトラウマを扱うと容易に解離反応が生じ、もうろうとしてその後スイッチングが生じ暴れ出すあるいはフリーズするということが生じる。さらに著しい健忘が希ではなく、筆者はあまりに極端な解離性健忘に対して、余り良い命名ではないが鳥頭症候群と思わず呼んだ。午後に面接を行って、朝の授業の内容ではなく、時間割を覚えていないのである。食事の内容も忘れる。さらには食事をしたのかしないのかも忘れてしまう。さらに解離性の幻覚が常在化しており、お化けの声が聞こえ、お化けの姿がいつも見えている。これらの症例は時として統合失調症レベルかそれ以上の量の抗精神病薬の服薬でやっと幻覚が軽減し、コミュニケーションが良くなることを経験する。

表5 カルテを作った親のまとめ (N=136)

症状	人数 N=136	%	性的虐待・被害 の既往 N=54	%
被虐待の既往	88	64.7	54	100.0 **
DVの被害者	72	52.9	34	63.0 *
被虐待もしくはDV	105	77.2	-	
PTSD	87	64	42	77.8 *
うつ病	120	88.2	43	79.6 n.s.
解離性障害	52	38.2	38	70.4 **
非行の既往	30	22.1	28	51.9 **
発達障害	35	25.7	11	20.4 n.s.

われわれは親子並行治療を行ってきた。その過程の中で、カルテを作るに至った親の側に、すくなくならぬ数の性的虐待あるいは性被害の既往があることに気付いた。ここでいう性被害とは、小学校年齢かそれ以前の複数回のレイプなど、重度のもののみをカウントしており、電車の痴漢レベルの被害は取り上げていない。表5はカルテを作った親を虐待という視点からまとめ直したものである。実に約4割の親が性的虐待もしくは性被害を受けており、子どもの場合と同様にその既往のある親は、ほぼ全ての問題で重症である。つまり性的虐待は、きちんとした治療的介入を行わない限り、次の世代に様々な連鎖を作るのである。男児の性的虐待に関して、われわれの資料では性的加害や行為障害が極めて高く、治療の重要性があらためて浮かび上がる。

性的虐待の治療上で問題もこれまでに報告してきたが、ここにまとめておきたい(2008a)。まず急性期には婦人科の診療が必要となる事例がある。また司法面接が必要となることも少なくないのであるが、司法面接のトレーニングを受け、実践が可能な者は、まだわが国では極めて少ない。性的虐待は冬眠効果(Sleeper effect)と呼ばれる無症状にしばらく経過する群が4割程度

存在することが知られている。もちろん後になって問題が吹き出すのである。さらに重症の解離性障害、また破壊的行動障害への治療が必要である。愛情と性化行動の混同という問題は、思春期になると極めて区別が困難になる。さらに男児の場合には激しい性的加害行動を生じることもある。こうして、次のライフステージへ、さらには次の世代へと被害が影響を及ぼすのである。これらのことを総合的にケアするとすると、性的虐待への対応とケアは独自の要素を多く持っており、その為の対応が必要であることは疑いない。わが国の状況は、性的虐待の問題が顕在化した1980年代後半のアメリカ合衆国に極似している。遅からず、わが国においても性的虐待を巡る問題は噴火するに違いない。今日の、身体的虐待とネグレクトのみで既に対応が後手に回っている今の状況を考えて、性的虐待の顕在化に対応出来るとは考えられない。もし将来にわが国が道州制に移行するのであれば、少なくとも道州に1ヶ所の性的虐待対応センターを作り、様々な情報や支援を独自に組み立てることが必要である。

性的虐待の治療を行った症例を紹介する。初診時6歳女兒(M)とその姉(S)11歳、母親(T)35歳である。母親は9歳年長の男性と結婚しSを出産、その後離婚し、その後、20歳以上年長の男性と結婚し、Mを出産した。生まれてから父から母へのDV、SやMへの身体的、性的虐待が生じた。Mは幼児期から喘息があり、3歳で保育園に入園したが、友人とのトラブルが絶えなかった。4歳の時、父親が薬物を用いた中で包丁を振り回し、Mに当たり大出血となった。血が噴き出すの

を見て母親は失神し目が覚めると血の海の中でMが泣いていたという。母親はMと姉を連れて家出したが、このときしばらくの間、Mは失語状態になり、夜の悪夢やおびえが続いた。その後、5歳にて離婚が成立した。Mは6歳にて当科を受診した。その後、母親、Sも受診し継続的な治療を行った。治療経過を簡単に記す。MもSもそれぞれ2回の入院治療を行った。Mは自身の性的虐待の想起に伴い大暴れの状態が続き、最悪の状況では刻一刻と意識状態が変化し、記憶の断裂も著しかった。Sは病棟で恋愛事件を起こし、退院か治療かを迫られたが、治療を選び自身の性的虐待の想起がある程度可能となり、失われていた記憶を取り戻した。MとSはその後も、外来での治療が続けられている。

さて、母親のTである。治療開始1年目は、主として夢を用いた治療を行った。その中で、患者がファンタジーの世界に青年期以後生きており、患者は華やかな芸能人というそのファンタジーが現実で、現実の世界が架空の世界のように感じられていることが語られた。治療開始2年目になって、患者の自己史記憶の欠落と、部分人格の存在が明らかになった。特に幼い女兒の人格が折に触れて現れ、その前後に記憶の断裂と体験の分断があることが明らかになった。自我状態療法とEMDRを開始した。Tにおいてもトラウマへの直面化は極めて苦しい作業で、EMDRの最中に頻々と解離に入るのを、クッションテクニックをもちいて、解離に向かう意識を現実に戻しながら継続した。これは柔らかい物(筆者はハンドタオルを用いている)を治療者と患者とが投げ合って、解離に入りかけ

た意識を今、ここに引き戻すという EMDR 上の技法である。治療開始 3 年目、性的被害の記憶想起が徐々になされる様になった。そして予想通り、幼い人格の年齢に相当する 8 歳の時の性的虐待を想起した。この想起に伴って、患者の幼児人格は一挙に成長し、T の現在の年齢相応の主人格と統合した。その後、問題は継続しているとはいえ、T は社会的適応の著しい改善が見られるようになった。初めて仕事が続くようになり、職場での役職をこなすことが可能となった。また日常生活で頻々と生じていた解離性の失神や、身体症状はほぼ消失し、子どもの症例と同様に、大人となった女性においても、トラウマへの直面化が必要であることが示された。

この症例のように、家族への治療は時として高度の専門性を要する。特に、性的虐待の既往をもつ未治療の解離性障害の症例は、筆者が精神科医療においてこれまでに経験した症例の中でも最難度の対象であり、片手間の親カウンセリングのレベルで対応出来るものではない。

6. 子ども虐待を巡る我が国の状況

児童相談所への通報件数は 1990 年約 1100 件から 2007 年には約 40,600 件と 37 倍の増加を示した。しかも先に指摘したように性的虐待は膨大な陰数を抱え、今後大きく増加すると予想される。これまで子ども虐待への対応は、児童相談所と福祉機関での対応が中心で医療体制は遅れている。しかし、現実には被虐待児の 6 割から 8 割までが何らかの医療的ケアが必要であることは既に述べた。何よりも大きな問題は、わが国における社会的養護が既に破綻

しているということである。子ども虐待の増加に応じた受け入れ枠の増加はない。里親も漸くわずかに増えてきたが、この虐待の増加に追いつくはずもない。実に保護をされた児童の 8 割以上が、行くところがないために家庭に戻されている。さらには、一時保護所がこれまた満員で、処遇が出来ないため、一時保護所に 1 年も在籍する児童まで都市部では珍しくない状況にある。

もともと児童養護施設は被虐待児のケアの為に作られた施設ではない。被虐待児という重い心の傷を負う児童が既に述べたごとく、様々な問題行動を頻発させるのに、児童養護施設の大半は未だに大舎制で、6 歳以上の子ども 6 人について職員 1 名という、昭和 24 年から基本的な変化のない慢性的な人手不足の中でこの重症児へのケアがなされている(加賀美, 2001)。この結果、施設内虐待の問題が蔓延しており、特に子ども間の性的加害被害という性的虐待の問題をどの養護施設も抱えるという状況にある。

社会的養護を児童養護施設で過ごすことの是非に関しては、既に科学的な検証では非という答えが出ており、児童養護施設に暮らす児童の特徴として次の様な問題が、有意に高率に認められることが示されている。多動、集中困難、学力の障害、他者との協調困難、非行行為、衝動的刺激探索行動、大人への選択的対人関係の障害、さらには後年になって人格障害との関連が示されている(Vorria et al., 1998; Roy et al., 2000; Yang et al., 2007)。特に 2 歳以前の時期を施設で過ごす、後年の後遺症が深刻であることは、ずっと以前から指摘されてきた。この

事実によって、日本を除く他の先進国では既に乳児院・児童養護施設による社会的養護は一時的な保護を除き、ほぼ消失したのである。家庭に恵まれなかったわが国の子どもたちへのこの様な仕打ちは、いったい日本は先進国と言えるのか。1人がいくつもの精神医学的問題を生じる被虐待児を、この人手不足の中で処遇すること自体が誤っており、わが国の状況は国を挙げてのネグレクトとしか言いようがない。このツケは社会に回る。精神科疾患あるいは非行の増加、犯罪の増加として。あるいは虐待の連鎖として。今、これらの児童に十分なケアを行わなければ、近い未来に膨大な社会的予算の発動が必要になるだけなのだ。さらに問題であるのは、この様な社会的養護の破綻について、直接関わる者以外に、知られていないということである。これはわが国のマスコミの水準の低さを示すものに他ならない。わが国のあり方は、子どもに無関心であったと言う他はない。児童精神科医の不足は言うに及ばず、小児科医の不足も、産科医の不足も既に1980年代にはこのままでは大変なことになると言われていて、その通りになったというお粗末である。子どもの貧困率は、どうやらわが国はアメリカ合衆国に次いで第2位であるようだ。わが国は、会社および経済活動に一切のエネルギーが吸い取られて、その為に労働者の再生産に不全が生じた状態と見ることが出来る。ちょうど、戦前のわが国が、軍隊に全ての才能とエネルギーが吸い取られ、本来の国のあり方が歪み破綻を来したと共通するところがある。子どもに関わる問題を国家施策として経済原則から外すことが必要なのだ。

わが国の社会的養護は、現在の枠組みの修正では現状を改善できない。発想の転換が明らかに日本型の社会的養護を作るためには必要である。発想を変えなくては駄目なのだ。既に存在する日本の優れたシステムを活用することが、最も効率の良い方法であることを考えてみると、学校の利用という可能性に辿り着く。筆者の提案は、地域の中核となる小学校に、10人程度のグループホーム寄宿を作るというものである。現在の児童養護施設の職員は、ケアワーカーとしてその寄宿の職員を務めるのである。元々小学校は、地域の中心となる公的な存在であった。このシステムの最大のメリットは子どもの存在が、地域の目に触れるということである。それによって、期間里親などを受け入れやすくなると考えられ、また地域のワーキングマザーにも使いやすい施設となる。既に小学校は、放課後の学校開放など実施しているところも多い。この様な学校の子育て参加から施設創設まではほんの一步である。乳児院は廃止するしかない。世界レベルで、わが国の乳児院の存在は既に奇異なものとなっている。この点だけは、里親に頼る他はないであろう。また中学生以上は別枠が必要になるが、小学生年代の子どもたちが小学校寄宿でケアが可能であれば、グループホームを情緒障害児短期治療施設によって運営するといったアイデアが可能となる。一方、性的虐待に対しても別枠の対応が必要となる。一つは性的虐待ケアセンターである。将来道州制になるのだとすれば、道州に少なくとも1ヶ所のセンターが必要である。児童自立支援施設との連携が最も現実的ではないだろうか。

7. おわりに

子ども虐待の予防は可能か。わが国のもう一つの優れたシステムである乳幼児健診を用いて早期介入を行うことはもちろんのこと最も有効な介入となるであろう。しかし介入によって効果がある群と、その一方で専門的なケアを必要とする群が存在し、その両者を分け、後者に対しては子どもの分離や医療を含むきちんとした治療的介入が不可欠である。つまり地域での予防は有効だが、予防的介入が有効となるためには、子ども虐待ケアのセンターがやはり必要なのである。このセンターは児童相談所では荷が重い。福祉と医療との複合的な機能が求められ、理想はいち小児センターのような保健センターを持つ子ども病院だが、全ての地域に望めないとなると、外来があり、児童精神科医とソーシャルワーカー、保健師がいる情緒障害児短期治療施設を子ども虐待センターとすることが最も現実的ではないかと思う。この様に、予防は重要だがケアシステムの上にはじめて成り立つものである。

最後にあいち小児センター開院後、わずか1週間に受診した症例を紹介したい。われわれは早々とこんな重症児が来院したことに驚いたのであった。

初診時9歳と7歳の女兒姉妹である。両親は姉が3歳で離婚し、5歳で再婚した。姉が小学校4年生の時点で、義父からの姉妹への性的虐待が判明し、母親は子どもを連れて母子寮へ出た。姉妹が受診し、姉妹と弟、母親への治療を開始した。姉妹共に、継続的な治療を行ったが、姉は解離性の様々な症状と、性的挑発、性への関心、万引き、喧嘩、お金への固執、退行など、妹もまた解離を伴う喧嘩、乱暴行為、

お金への固執、盗みなどを繰り返し、母親は一方、重症のうつ病からその治療の過程で行動化傾向が出現し、浪費や摂食障害、大量服薬、退行などが生じた。詳細は全て省く。姉は2回の入院治療と2回の親族里親療育を経て、現在は元気の良い普通の非行少女になった。妹は計7回に渡る入院治療と3回の里親療育を経て、現在は不登校気味ではあるが、解離は見られなくなっている。母親は重度のうつ病やパチンコ依存症に一時期陥ったが、事件後7年を経てうつ病からほぼ回復し、ようやく仕事が可能になった。弟は入院治療と、精神療法実施し、元気な小学生生活を送っている。姉妹への性的虐待は刑事事件となり、子どもたちも証言し、また筆者も法廷に立った。審判は最高裁まで行ったが、加虐を行った義父に11年の実刑判決が確定し、収監された。子ども虐待へのケアは、エネルギーと時間を要する作業である。

子ども虐待へのケアシステムとは、弱者保護のための文化装置の創造に他ならない。社会のひずみは最も弱者に集中するのである。われわれの国は、21世紀型の弱者保護のための文化装置を創る模索のただ中にあることを実感する。世界全体が、大きな変革期に差し掛かっている。今、世界を覆う不況は、冷戦終結後に世界を覆った、金が金を生む新自由主義の破綻を示すものに他ならない。社会主義の崩壊から20年、新たな社会的枠組みを模索する時期にわれわれは生きている。

子ども虐待へのケアを草の根で広げよう。里親を増やそう、里親への支援を整えよう。そして日本型の社会的養護を作ろう。虐待への拠点となるケアセンターを作ろう。さらに性的虐待へ

の対応システムを作ろう。子どもへの投資は未来への投資である。

文献

- 浅井朋子、杉山登志郎、小石誠二、東誠、遠藤太郎、大河内修、海野千畝子、並木典子、河邊真千子、服部麻子(2005)：高機能広汎性発達障害の母子例への対応。小児の精神と神経, 45(4), 353-362.
- 原田 謙(2005)：反抗挑戦性障害と行為障害。児童青年精神医学とその近接領域, 46(3), 285-295.
- Ford JD, Kidd P.(1998)： Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Stress*, 11(4)：743-61
- 加賀美尤祥(2001)：児童養護施設の現状と課題。小児の精神と神経, 41(4), 229-231.
- 亀岡智美(2002)：性的虐待とそのケア。児童青年精神医学とその近接領域, 43(4), 395-404.
- 神田橋條治(1989)：精神療法：神経症。異常心理学講座 治療論 みすず書房、東京、PP69-118.
- 西澤哲(1994)：こどもの虐待、誠信書房。
- 西澤哲 (2004)：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
- 野呂健二(2005)：養護施設における医療的ニーズに関する研究。平成16年度厚生労働科学研究費補助金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(主任研究者 杉山登志郎 H15-子ども-009)研究報告書。
- Roy P, Rutter M, Pickles A. (2000)： Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Psychiatry*, 41(2), 139-49.
- Shapiro, F. (2001)： Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures 2nd ed. (市井雅哉監訳(2004)：EMDR:外傷記憶を処理する心理療法。二瓶社。)
- 杉山登志郎(2004)：子ども虐待とそだち；子ども虐待は、いま。そだちの科学, 2:2-9.
- 杉山登志郎(2006)：発達障害としての子ども虐待。子どもの虐待とネグレクト, 8(2), 202-212.
- 杉山登志郎(2007a)：子ども虐待という第四の発達障害。学研, 2007.
- 杉山登志郎(2007b)：高機能広汎性発達障害と子ども虐待。日本小児科学会雑誌, 111(7), 839-846.
- 杉山登志郎(2008a)：性的虐待のトラウマの特徴：トラウマティック・ストレス, 6(1), 5-14.
- 杉山登志郎(2008b)：子どものトラウマと発達障害。日本発達障害学会, 20(2), 111-120.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2006)：精神療法によって愛着の修復は可能か？。そだちの科学, (7), 113-119.
- 杉山登志郎、海野千畝子(2007)：子ども虐待による解離性障害への治療。精神療法 33(2)、157-163.
- 杉山登志郎、海野千畝子、河邊真千子(2005)：子ども虐待への包括的治療

:3つの側面からのケアとサポート.
児童青年精神医学とその近接領域,
46(3), 296-306.

海野千畝子、杉山登志郎、加藤明美
(2005): 被虐待児童における自傷
・怪我・かゆみについての臨床的
検討. 小児の精神と神経, 45(3),
261-271.

Von der Kolk(2005): Developmental
trauma disorder. *Psychiatric
Annals*, 401-408.

Vorria P, Rutter M, Pickles A,
Wolkind S, Hobsbaum A(1998): A
comparative study of Greek
children in long-term
residential group care and in
two-parent families: I. Social,
emotional, and behavioural
differences. *Journal of Child
Psychology and
Psychiatry*, 39(2):225-36.

Yang M, Ullrich S, Roberts A, Coid
J. (2007) : Childhood
institutional care and
personality disorder traits in
adulthood: findings from the
British national surveys of
psychiatric morbidity. *American
Journal of Orthopsychiatry*,
77(1):67-75.

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

虐待ケースの診療の標準化に関する研究

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2 心療科病棟における性的安全の確立への対応と支援：

コントロールルーム（ムーン）設立とその結果

海野千畝子	あいち小児保健医療総合センター
大館庸子	あいち小児保健医療総合センター
藤田三樹	あいち小児保健医療総合センター
垣内真次	あいち小児保健医療総合センター
小山内文	あいち小児保健医療総合センター
虫賀智子	あいち小児保健医療総合センター
伊藤 環	あいち小児保健医療総合センター
林 義晃	あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

あいち小児保健医療総合センター32 病棟（心療科病棟）において、性的安全な文化を作るためにコントロールルーム（ムーン）を設立した。被虐待児、特に性的虐待を受けた子どもは、その虐待の開示のあとフラッシュバックが生じ、怒りや泣き等の感情表出や暴力的パニック、身体違和感・不快感が起きてくることが常である。その感情を安全に表出する場所として作られたのがコントロールルームである。コントロールルームの有効性について、子どもの回答は役に立った（91.5%）役にたたなかった（8.5%）であった。また、看護師の側からみた結果は、必要（72.2%）不必要（0%）無回答（21.8%）であった。コントロールルームの設立は、新たな文化として、心療科病棟における子どもと看護スタッフを支援する治療的安全な装置となった。

1. はじめに

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）心療科病棟は、平成15年4月に開棟して以来5年を経過した。

入院する子どもの特徴は、身体的虐待やネグレクト、性的虐待などの被虐待児童が全体の8割である。また、高機能広汎性発達障害などの暴力的パニックをもっている

子どもや心身症や摂食障害の子どももいる。これらの多くの子どもは、家族との関係において、多くの問題が絡み合った複雑さや困難さを持っている児童である。

われわれ虐待対応チームは、治療スタッフ、看護スタッフらとともに、心療科病棟における被虐待児への治療を継続してきた。その過程は試行錯誤の連続であった。中には十分な支援がままならず強制退院せざるを得ない子どもや、治療が失敗して子どもや家族との関係が崩れたまま中断してしまった症例もあった。さらに、虐待をうけた子どもの特徴である支配-被支配の関係を背景とした問題行動も数多く勃発した。子ども間の暴力行動やスタッフへの暴力、また性的暴力（性的虐待）行動も起こった。

今回、性的暴力行動に注目してみると、女児から女児、女児から男児、男児から女児、男児から男児とすべての性別の対応が存在し、児童養護施設同様に、性的虐待被害の連鎖が認められていた。その明るみに表明されたものは数件以上が挙げられ、また隠蔽されたもの、影にひそんでいるものがあることも予測された。われわれは、その対応を考慮する活動を開始するべく、病棟システムに働きかけを始動した。

2. 性的に安全な文化環境の思索

1) 心療科病棟における性的虐待

われわれが経験した苦い思い出を報告する。6歳の被虐待女児が病棟に半年間入院した。その間に、1歳年上の同じく被虐待児童の男児がトイレに女児を誘い、女児性器への接触があった。その事実を、女児が退院して外来通院の中で、男児に好意を

持っていることが語られ、聞き取りをした中で上記のことが明確になったという経過である。女児には性的虐待をうけた女児に対しての支援を開始した。しかし、発覚の時には、支援すべき男児はすでに養護施設に移籍していた。その後、該当男児の関係者があつまる虐待ネットワーク委員会において、該当男児が他児童に性的接触を多数している事実をきいて愕然とした次第であった。このように、子ども間の性的虐待が、時期を遅らせて発覚する症例が他にも数件あった。

一方、日々の病棟の主役である看護師の疲弊も考慮すべき時期にきていた。性的被害や性的虐待をうけた子どもは、通常、信頼関係ができ該当の性的虐待の事実を開示した直後から、過去の性暴力への怒りの噴出や攻撃性の噴出がフラッシュバックとなって現れる。そのため、看護スタッフは、数年間をかけて虐待を受けた子どもに生活環境臨床として、建設的に働きかける病棟文化を創造してきた。しかし、三交代勤務の上に、日常的な子どもからの再三の暴言や暴力を浴びて傷つき、療養休暇に入るスタッフ、看護職を辞していくスタッフがいたことも事実である。

そこで、われわれは、性的虐待を受けた子どもとスタッフが共に安全になる病棟の文化システムを作る必要性を感じはじめた。

2) 治療的文化づくり

一昨年、われわれは、ある該当養護施設の性的虐待の実態調査を行い、その事実や性的虐待の連鎖の問題をとりあげ、施設の児童に性的な安全教育を行うという取り組みをした（海野ら2008）。その中で、対応