

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4 心療科病棟における暴力的噴出の要因に関する研究

森本武志 あいち小児保健医療総合センター

河邊千畝子 あいち小児保健医療総合センター

中島真由美 あいち小児保健医療総合センター

研究要旨

被虐待児や問題行動を伴う発達障害児の治療を行う病棟において、患児による暴力の発生は避けて通れない問題である。病棟運営や治療方針の決定にあたり暴力の発生动向をとらえることは極めて重要であるが、医療機関における患児の暴力の実態に関する調査はこれまで数少ないのが現状である。今回我々は被虐待児および発達障害児の入院治療を行うあいち小児保健医療総合センターにおける1年間にわたる病棟および教育機関での暴力の動向を調査した。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することも明らかになった。

A. 研究目的

小児科病棟で被虐待児や発達障害児の入院治療を行う際には、子どもたちによる暴力は避けて通れない課題である。あいち小児保健医療総合センターに入院中の児童は、併設される愛知県立大府養護学校で教育を受けているため、病棟生活のみならず学校でも教師や学童に対し、あるいは備品などに損害を与えるような暴力を行うことがまれでない。学習上の困難さや集団生活のストレスなど患児を取り巻く入院治療環境で通常みられやすい原因だけでなく、青年版解離体験尺度（A-DES）、眼球運動による脱感作と再処理法

（EMDR）など、性的虐待やトラウマに関する心理学的検査や治療的介入を行うことにより患児の病理に切り込むと、患児の焦燥が賦活され情緒が不安定になることで暴力が誘発されやすくなることは日常臨床でよく経験するところである。暴力行動の修正そのものが入院目的である患児も多い。病棟スタッフや教育関係者の安全確保、業務に携わる意欲の維持にとって、入院患児の暴力行為は大きなマイナス要素となる。また、病棟での暴力に他の患児が遭遇すると、過去の虐待体験のフラッシュバックや暴力への同調など、個人が持つ病態に対して悪影響を与え

ることが懸念されるところであり、入院患児による暴力を抑制していくことは医療機関にとって急務である。

これまで児童養護施設や情緒障害児短期治療施設での児童による暴力の実態報告は見られるが（滝川ら 2001, 2003; 海野ら、2007）、特に被虐待児をふくむ児童の治療を行う児童精神科病棟・小児科病棟における児童による暴力実態に関する報告はまだない。

あいち小児保健医療総合センター心療科病棟では入院患児中の被虐待児の割合が8割を越す。2001年の開棟以来、入院中の児童による対人・対物の暴力に対応する方策を模索してきた。今回分担研究者らはいちち小児保健医療総合センター心療科病棟に入院中の児童による病棟・学校での暴力事例件数の動向を総括し検討したので報告する。

あいち小児保健医療総合センター心療科病棟入院患児が起こす暴力件数の時間的推移を概観し、入退院の時期調整、病棟スタッフの注意すべき点、暴力多発についての要因を探り、被虐待児を含む行動障害をもつ患児の小児科病棟における病棟運営の指針決定の課題を明らかにすることを目的とした。したがって今回は入院患児のもつ精神障害・疾患の種別や重症度、被虐待既往の有無、精神遅滞の有無、衝動性の高さなど患児側の要因よりも、病棟運営の立場から暴力件数について検討した。

B. 研究方法

2008年2月から2009年1月の間にあいち小児保健医療総合センター心療科32病棟で入院治療を行った6歳から15歳までの全児童による暴力事例を対象とした。看護師や教員が遭遇し介入

指導を行った暴力について、暴力の内容および程度を問わず看護師が所定の様式に基づいて文書で報告した。今回の調査では、入院の主たる目的となった障害の種類を問わなかった。また入院前にみられた暴力の頻度と程度も問わなかった。なお期間中複数回入院した患児については、退院後1ヶ月以内の再入院を行った患児は、退院しなかったものとして継続して入院日数を算定した（該当者2名）。この場合退院中の暴力は対象外とした。

また、今回行ったのは全体的な動向を把握するための調査であるため、一人で全体の暴力数に大きな影響を与える月10回以上暴力行為を行った患児（頻回暴力患児）3例と、1年を越す入院児（超長期入院児）1例を例外として除外した。時系列の暴力件数と病床稼働率の関係については、順位相関を統計計算ソフトウェアであるSPSSパッケージを用いて検定した。

C. 結果と考察

図1に、頻回暴力患児と超長期入院患児を除く児童の、入院後日数別の暴力発生件数を示す。入院後3ヶ月までで1年間全体の暴力発生件数111件のうち72%を占めた。入院当初2ヶ月までは一定の暴力件数があったが、3ヶ月めに入ると暴力件数は2倍以上に急増した。一方4ヶ月以降は、暴力件数はきわめて少なくなることが示された。

成人の精神科病棟については病床稼働率と暴力発生件数の間に正の相関がみられることは以前より報告されている。

行動上の問題をもつ発達障害児や被虐待児の入院治療では、3ヶ月めに患

児による暴力発生件数が多くなる(図1)。これは、当初病棟生活や新しい学校環境におかれると暴力は影を潜め、病棟と学校に慣れてはじめて元々患児が持っている衝動性・多動性が顕在化し始めることから逸脱行動が見られ始めるという、日常臨床で経験される事象を裏付ける結果となっている。通常、入院後1ヶ月までは患児の行動アセスメントの側面が強く、その後に本格的な治療的介入がなされることが多い。また問題行動を伴う発達障害児の場合は、入院当初は集団生活のルールを徹底する時期でもあり、患児本人の意思とは逆に集団生活を行ううえでの規則遵守を強いられる時期にあたる。いわゆる「枠入れ」の導入時期にあたる。更に当施設では、問題行動をもつ虐待児の行動評価と心理学的検査を短い入院期間中に集中して行う、いわゆる「集中アセスメント入院」という形態の入院も行っている。こうした入院の適応となる患児は児童相談所一時保護中の児童や児童養護施設・情緒障害児短期治療施設に入所中の児童が多く、2、3ヶ月の短期入院になることが多い。その間に虐待既往の詳細に関する聴取や、ロールシャッハテスト、A-DESなど患児に対する侵襲制の高い心理学的検査項目も行われる。この入院後3ヶ月目までの時期は、彼らが見せる攻撃性や衝動コントロールの未熟さが病棟・学校での暴力となって現れやすい時期にあたり、それを客観的に裏付けるものとなった。

なお、今回の調査は病棟側からみた暴力の推移を全体として俯瞰し検討することを目的としており、集中アセスメント入院の適応となった患児を特別に分類せず分析したが、一般的に彼ら

の病理はしばしば重く、暴力も含めて問題行動を発生しやすいことはしばしば経験することである。精神病理や知的障害の程度による暴力発生状況の差異を明らかにすることは今回の研究の目的ではないためあえて提示しない。

本研究では、月10回以上暴力行為を行った患児(頻回暴力患児)3例と、1年を越す長期入院児(超長期入院児)1例を例外的な症例として除外して集計したが、飛びぬけて頻回に暴力を行う患児が一人でも病棟に居ると、同時期に入院している他の患児たちに悪影響を与える可能性は否定できない。ひとつの暴力が他の患児全体に与える影響を検討することは今後の研究課題であろう。

暴力件数のピークは入院後2ヶ月を過ぎ3ヶ月までの期間である。この期間は治療が本格化し、退院に向けての道筋がつく時期に相当する。具体的には薬物調整が一段落し行動療法的アプローチにも乗り、退院後の生活に向けて児童相談所や児童養護施設など社会的養護機関・学校・保護者・関係各機関との調整を開始し、外泊期間の延長や元籍校への試験登校を設定し始める時期である。当然ながら患児には退院に向けて不安が惹起される。見捨てられ不安や変化に対する不安が否応なく大きくなる。被害的になる児もあれば高まるテンションを抑えきれない児もある。病棟や学校でのルールを逸脱しやすくなり指導を受けるなどして暴力行為に及ぶことも増えてしかるべきであろう。病棟スタッフはこの時期特有の患児の心性を理解し、適切に対応することで退院後の生活につなげようとする。

ここでは病棟からみて総数としての

暴力件数は確かに急激に増加している。しかし、特定の患児の暴力件数が増加しているわけではない。退院を控えた患児の暴力だけが突出し、暴力数を押し上げているわけではない。月に10件以上の暴力を行った患児はもともと今回の調査では除外されており、除外された頻回暴力児の数は3例のみで、しかもこうした患児が月10例以上の暴力を起こしたのは退院を控えた3ヶ月めというわけではなかった。

調査期間の入院患児の在院期間は4ヶ月までが圧倒的に多いが、なかでも4ヶ月めに退院する児が最多である(図2)。3ヶ月以降に病棟・学校での暴力件数が激減するのはこうした暴力行為を起こす患児たちが3ヶ月で退院するためではないか、という反論もあるかもしれない。仮にそれが正しければ、暴力行為という観点だけをみると入院治療の効果そのものに疑問が残ることになる。しかし4ヶ月目まで入院している患児は決して少なくないにも関わらず入院後4ヶ月の暴力件数は激減している(図1)。平均3ヶ月半ばで退院する患児が多いとしても、暴力件数は前月の13%にまで低下しており説明できない。また、1度でも暴力行為を行った患児についての暴力件数推移を見れば、決して3ヶ月めに飛びぬけて多いわけではない。各個人あたりの暴力件数は少なく、3ヶ月で暴力行為を起こす患児の絶対数が増えている結果であることから、治療効果がないまま退院しているわけではないことは明らかである。また、常識的に入院治療計画を考えれば、治療により改善が認められない患児を早々に退院させることはまれであることからすると、3ヶ月めまで暴力行為がみられた患児が4ヶ

月めで落ち着いたところで退院していると見るべきであろう。

5ヶ月を超えて入院を継続する患児は比較的少ないが、こうした患児の月別暴力件数は決して多くないことも明らかになった。これは入院治療により衝動性・攻撃性が低下したことと、病棟スタッフが当該患児に関して十分理解を深めていったこともあると推測される。もちろんそうした分析をするには患児ごとの詳細な検討を要する。ただ、入院が長期化する原因には患児自身の問題行動が遷延化することのみならず、家庭環境の不備、社会的養護の不足など外的要因である退院後の環境整備に時間を要する場合もあることは考慮する必要がある。いずれにせよケースごとの検討を含めた更なる研究が必要である。

成人精神科病棟では、病床稼働率が高ければ暴力発生件数が高くなることはよく知られた事実である。一般に精神科病棟における暴力発生リスク因子としては、統合失調症など疾患による患者側の因子、病棟スタッフの経験年数や性別といった治療側の因子、病床稼働率など環境因子が知られている。

一方、児童期病棟における暴力を増加させる環境因子はあまり知られていないのが現状である。当施設の病床稼働率と暴力発生件数を経時的に追った結果を図3に示す。これによると2008年8月までは直感的に正の相関があるように見える。実際にこの期間については暴力件数と病床過度率は有意に相関する(順位相関： $p < 0.01$)。

しかしながら、それ以後は病床稼働率が高いにもかかわらず暴力発生件数は低く抑えられることが見て取れる。

その理由としては病棟スタッフのスキルが向上したことがまずあげられるだろう。当施設では看護スタッフを中心に包括的暴力防止プログラム (CVPPP) の講習会を通して、患児に対して暴力にいたる前段階からの介入の取り組みが行われており、年度がかわって身体性となった病棟において、病棟全体でのチームワークが構築される時期に一致して次第に暴力発生件数が減少しているとみることできる。

本研究では、暴力の質や程度については考慮せず、看護スタッフや医師、学校教諭などから指導が行われたものを全て集計した。ふざけて同室者の頭を軽く叩いたものから、学校の窓ガラスを割ったもの、看護師の腕に噛みついて外傷を負わせたものまで幅広い。暴力の程度を分類することは恣意的になりがちであり、厳密な分類が困難であったためである。ただし当センターのような小児医療機関における精神科病棟では、「軽い」暴力も見逃しておくくと重大な暴力に発展する可能性があるため、いかなる暴力も看過しないというルールに基づいて運営されている。暴力行為があれば必ず当事者と病棟スタッフで振り返りを行い、相手に謝罪をするところまでを行動療法の一環として行っている。そのため他の患児に対する暴力をはじめ、看護師・保育士・看護助手・心理士・医師を含めた病棟スタッフに対する暴力、教諭など学校関係者に対する暴力、備品や設備に対する器物損壊をすべて暴力として扱った。今回の調査は他施設での被虐待児治療のスタンダード構築に向けての指針となることをめざした。

D. 結論

研究により、小児医療機関での精神科病棟運営時に病棟スタッフ、学校関係者にとって大きな問題となる入院患児による暴力の実態が明らかになった。今後も継続し症例数を集め、より詳細な検討を行うことは、病棟運営の標準化にとって大きな障害となっている、患児による暴力の問題を軽減していくためにきわめて重要である。今回の調査は、あいち小児保健医療総合センターという小児医療機関の被虐待児治療をはじめとする小児精神疾患の治療施設内における、入院患児による暴力事例数の現状を概観・把握することを目的とした。新規に一般的な治療施設を開設した場合にも参考にできる資料を提供するためである。

病棟運営・入院治療スタンダードを早急に策定していく必要がある。今回の病力発生動向をうけて、暴力発生のリスク因子を同定することや暴力の予防方法について検討することは、国内の他の医療機関での病棟運営や治療に対し有益な情報をもたらすことが推定される。

参考文献

- 滝川一廣ら「児童虐待に対する情緒障害児短期治療施設の有効利用に関する調査報告」恩賜財団母子愛育会平成12年度児童環境作り等の総合調査研究事業報告書(2001)。
- 滝川一廣ら「児童虐待に対する情緒障害児短期治療施設の有効活用に関する調査報告書」(中間報告)子供の虹情報研修センター平成14年度研究報告書及び紀要No. 1(2001)。

海野千畝子、杉山登志郎：性的虐待の
治療に関する研究 その2：児童
養護施設の施設性的虐待への対応
「小児の精神と神経」第47巻第4
号, 273-279。(2007)。

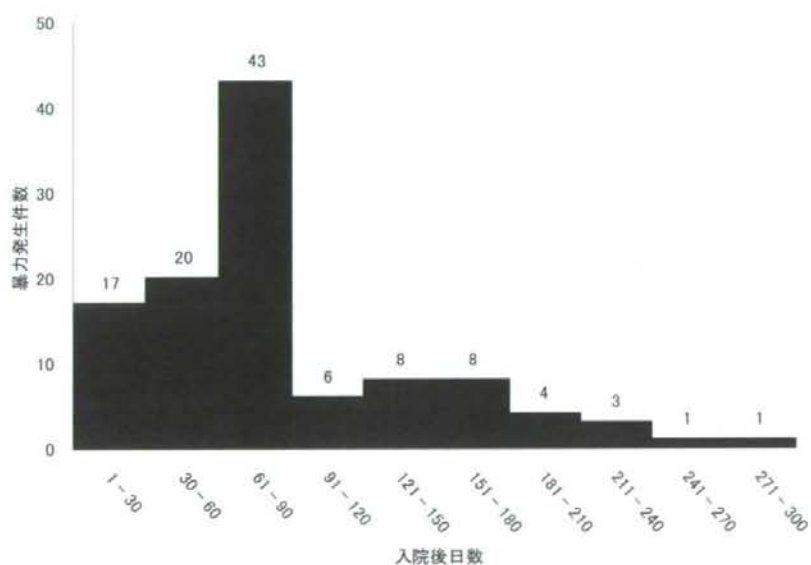
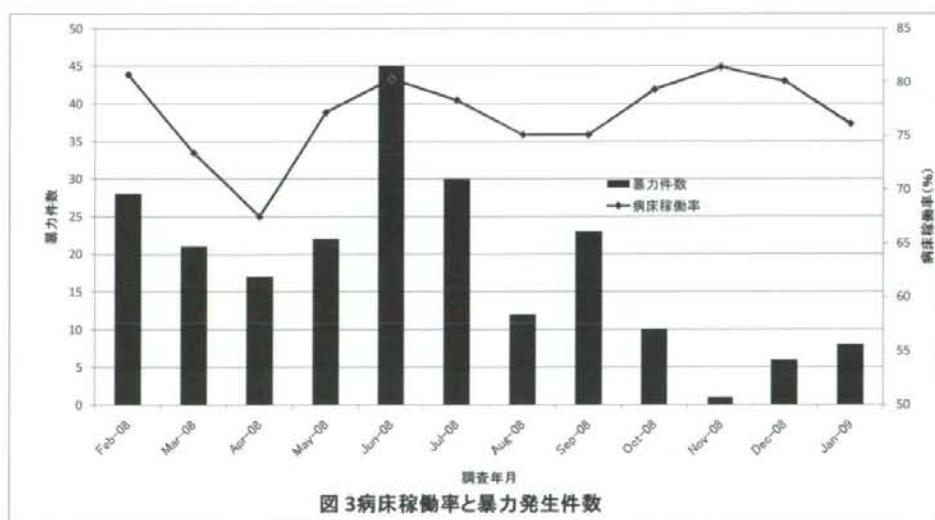
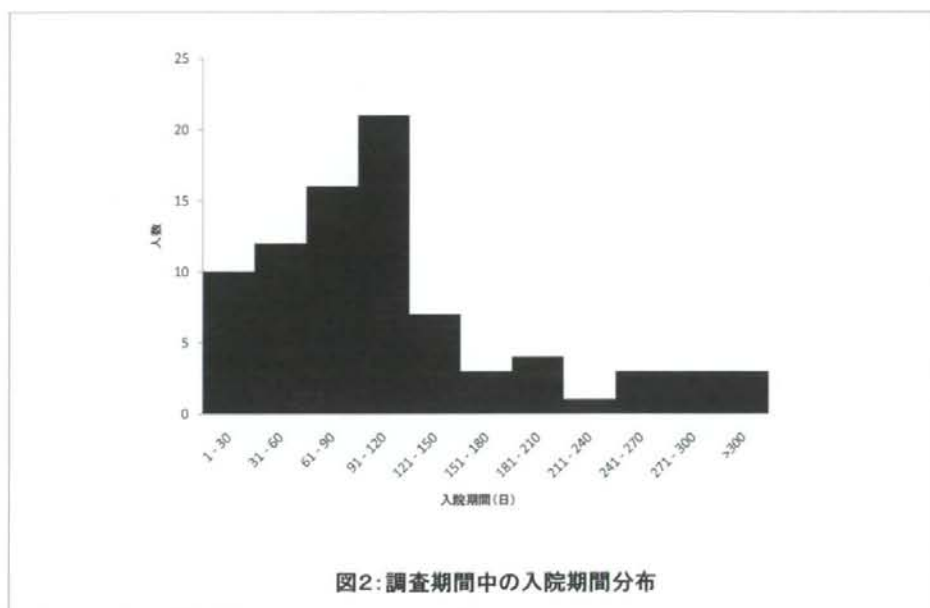


図1：月10回未満の入院後日数別暴力件数推移



（主任研究者 奥山眞紀子）

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5 第一種自閉症施設に於ける被虐待児入所治療の分析

一被虐待児入所治療のパターン抽出—

| | |
|-------|--------------|
| 大石 聡 | 大阪府立精神医療センター |
| 柴田真理子 | 大阪府立精神医療センター |
| 山口日名子 | 大阪府立精神医療センター |
| 岩城 大 | 大阪府立精神医療センター |
| 宮口幸治 | 大阪府立精神医療センター |
| 花房昌美 | 大阪府立精神医療センター |

研究要旨：松心園は第一種自閉症施設であると同時に、大阪府の基幹精神病院である大阪府立精神医療センターの児童病棟でもある。大阪府子ども家庭センター（児童相談所）と密に連携しており、主に広汎性発達障害を中心とした発達障害児と、虐待によって心理的影響を受けた児を中心として入所治療を展開している。この両者は「愛着形成の遅延・障害」という観点からみると、その発生因に於いて対称的であるが、その呈する症状や行動特性では共通性が高く、自閉症の入所治療において松心園が蓄積してきたノウハウが、被虐待児治療にも生きると感じられる。今回、平成13年度から平成20年度の間に、主に虐待を受けたことによる子どもの心のケアを目的として松心園に入所になった症例114ケースを抽出し、その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、S型、A型、B型、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を示した。また、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、どのような期間でそれを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、先に述べた4タイプの入所治療が、それぞれどのような経過を辿り、どのような予後を示すかについても例示した。

松心園における被虐待児入所治療のこうした分析が、わが国の児童精神科医療機関において今後、被虐待児の入所治療が行われてゆく際の「手がかり」になるよう配慮して、各種のデータを提示した。このことによって、被虐待児の精神科入院治療の標準化に対して寄与することを目指した。

I. はじめに／研究目的

松心園の入所病棟は、大阪府立精神医療センターの児童部門を担う精神科病棟であると同時に、第1種自閉症施設として児童福祉法による指定を受けていることが特徴である。入所患者層は、広汎性発達障害が55%と多いのが特色であり、入所児の75%と、ほぼ4分の3の子どもには虐待既往があるのも大きな特徴である。大阪府の児童相談所である子ども家庭センターと密に連携しており、一時保護された子どものうち情緒的な混乱が強く、児童福祉施設での集団生活に困難が予想される子どもに対して、その医学的アセスメントと長期的な療育プランニングを行うと同時に、彼らの初期治療を請け負う「医療型延長一時保護所＋特殊医療機関」としての機能を期待されている。

当院での被虐待児への精神科治療は、第一種自閉症施設としてのノウハウを被虐待児にも生かしているところに特色があり、これまでに広汎性発達障害の児と被虐待児の臨床所見には多くの類似点が見られ、それらへの対処に関しても共通性が高いことについて、報告を行ってきた。

今回は、そうした松心園での被虐待児への入所治療について、その特色の分析を行ってパターン抽出を行い、いくつかの「類型」がみられることを明らかにすることを目的として研究を行った。そこで明らかにした各类型的治療が、それぞれどのような経過をたどるかを「図式化」することができれば、被虐待児に対する精神科入所治療の標準化に寄与することができるのではないかと考えた。

II. 研究対象・方法

対象は、平成13年4月1日から平成20年10月31日にかけて松心園病棟へ入所した、のべ281ケースである。対象の調査は、入所カルテと看護記録、ケースカンファレンスの記録などを回顧的に医師が調査する形で行った。症例の症候の微妙な点については、担当主治医の意見を参考にした。

まず、これらの対象ケースについて、その入所までの経過を概観し、主に「虐待を受けたことによる子どもの心の診断や治療ケア」を目的として入所に至ったケース、計114例を抽出した。これらについて、性別、入所時年齢、入所形態、入所目的、入所期間、入所に至った経緯、入所前の家族や通学の状況、集団での不適応状態、受けていた虐待の種類、虐待を行った者、通告の有無、精神科主診断、精神科併存診断、知的能力、隔離身体的拘束などの強い行動制限の有無とその期間・頻度、入所下での教育機関利用の有無とその利用開始までに要した期間、登校制限や登校停止などの措置の有無、個別心理療法の実施とその種類、養育者やその他の家族との接触の有無及び親治療の併用の有無、退所後の行方、退所後の機関連携状況、といった各項目について調査集計し、分析を行った。

また、これらの結果から、当院における被虐待児入所治療の代表的なパターンを考察し、その治療経過の図式化を試みた。

Ⅲ. 結果

抽出された対象 114 例のおおよその性状は以下のようであった。

| | |
|---------|------------------|
| 男女比 | 1.92 (男 75 女 39) |
| 平均入所時年齢 | 9 歳 (4~15 才) |
| 平均入所期間 | 190.64 日 |

次に各調査項目の結果について、分析したものを示す。

1. まず「入所に至った経緯」についてグラフ 1 にまとめた。当院が関与せずに児童相談所が主体となって企図した入所が 59%と全体の過半を占めており、当院が積極的に関与したケースでも、虐待通告を通じて連携するケースが全体の 16%を占めること、また他施設で不適応を起こした結果「措置変更」の形で入所にいたるケースでも、実質的に児童相談所が主体となることから、当院での被虐待児入所治療の 8 割以上は、児童相談所が主体となつての入所ケースであることがわかる。

2. 次に「入所の目的別分布」についてグラフ 2 にまとめた。当院が大阪府における医療型延長一時保護所の機能を果たしていることを反映して、入所目的でもっとも多いのは「診断・アセスメント」であり、次いで施設での集団生活の前提となる「基本的生活習慣付け」が続く。さらに院内分教室を用いた「学校不適応の改善」があがっており、「他害行動の制御」「多動・衝動性の制御」「睡眠障害の改善」などがそれに次いで多くなつてい

ることがわかる。

3. 被虐待児入所例の「虐待通告の有無の状況」については、男女差が見られた。グラフ 3 にそれを示す。男児における虐待通告の割合が 72%に及ぶのに対し、女児では 56%に留まっている。

4. 被虐待児入所例が「入所以前に受けていた虐待の種類」について、グラフ 4 にまとめて示した。男女とも暴力が最も多く、次いでネグレクト、心理的虐待の順となり、性的虐待や DV への暴露は少数例に留まっていることがわかる。

5. 被虐待児入所例の「主診断」についても、男女差が認められた。グラフ 5 にそれを示す。男児では F8 の 42%が最も多く、F9 の 41%がそれに続くのに対し、女児では F8 の 39%が最も多い点では変わらないものの、F9 は 30%に留まっており、F5 が 20%を占めているのが特徴となっている。男児での F5 は 9%に過ぎない。

6. また、被虐待児入所例の「知能」についても、男女差が認められた。グラフ 6 にそれを示す。女児では重度知的障害が 18%と比較的多いものに対して、男児では 11%に留まっていること、男児では境界域知能と中度知的障害が、それぞれ女児より相対的に多いことが特色となっている。

7. 次に、入所後の被虐待児例に必要な行動制限の状況について順番に検討してみる。まず、所持品制限の状況に

ついて男女別にグラフ7・8に示す。男女とも4割弱ほどに所持品制限が必要となっているが、男児では危険行為防止のために刃物やライター類などの管理が必要になるケースが多いのに対して、女児では性的逸脱行為を防止するために書籍や手紙類の管理が必要になるケースが多いことがわかる。

8. 入所中の隔離行動制限については、男女別にグラフ9・10に示した。隔離制限は男児で36%と女児の26%より明らかに多く、その内訳では頻回のクールダウンが中心であるものの、長時間の継続隔離も3%で必要となっていた。

9. さらに重い行動制限である身体的拘束についてはグラフ11に示した。男児で5%、女児の3%に入所中必要となっていたことがわかる。

10. 次に被虐待児入所例の登校・学校適応の状況についての分析を示す。まず、入所以前の学校（就学前集団を含む）登校状況についてグラフ12に示す。完全不登校ケースが19%に上っており、1/3以上休んでいるケースまでを含めると34%に上ることがわかる。

11. 入所後の登校状況については、グラフ13に示す。院内にある病弱児特別支援学校の院内分教室への登校が52%と半数を占めており、病院前までバス送迎がある知的障害児特別支援学校への通学も11%に上るが、短期入所を中心として36%のケースでは登校が行われていない。

12. 入所してから登校が開始されるまでの日数は、入所後に子どもが落ち着いた生活ができるようになるまでに要した時間を、大まかに反映していると考えられる。それをグラフ14に示す。59%のケースは2週間以内に登校が可能となっているが、19%のケースでは一ヶ月以上を要しており、そのうち6%は二ヶ月以上を要していることがわかる。

13. 登校を開始した後に、学校で問題行動が発生して、早退や短時間登校などの対処を必要としたケースや、一時的な登校停止が必要となったケースについて、グラフ15に示す。男女差があり、男児では登校停止措置が必要になったケースが6%存在するのに対して、女児には存在せず、途中下校や短時間登校の措置が必要となったケースについても、男児で24%にのぼったのに対して、女児ではわずかに4%に留まった。

14. 次に、被虐待児入所例の家族への関与についての各種データを示す。まず、入所中の面会・外出・外泊についてグラフ16に示す。家族との連携があり、外泊が可能なケースが53%と半数を占めているが、その一方で面会すらもてないケースも28%に及んでいることがわかる。

15. 主治医と家族との面接状況についてグラフ17に示したのを見ると、定期的に面接が持てているケースは43%に留まり、31%のケースでは主治医も家族とまったく接触を持っていないことがわかる。

16. 当院では虐待を行った当事者である養育者と定期的に面談が可能であるケースについては、場合によって養育者に対する治療的関与（養育者治療）を行うことがある。その割合について、グラフ18に示す。かなり困難な状況の中で、当院では被虐待児入所治療全ケースのうち21%で、養育者に何らかの治療的関与を行っていることがわかる。

17. 次に、入所中の被虐待児への投薬治療の状況について分析する。投薬の有無について、グラフ19に示した。全体の72%で何らかの薬物が投与されていることがわかる。

18. 投薬の内訳について、グラフ20にその詳細を示した。頓用薬を除く定期処方では、睡眠薬・抗精神病薬の使用が多数を占め、次いで抗多動薬、抗てんかん薬、気分安定薬、抗不安薬の順となった。

19. 最後に、退所後の行く先についてグラフ21にその分類を示した。自宅への退所が60%を占めているが、40%は自宅への退所が実現できず、施設への退所では情緒障害児短期治療施設、自立支援施設、児童養護施設、知的障害児施設の順であった。同じ病院にある思春期病棟への移行（より強い枠組みへの移行）が必要となったケースも2%存在した。

20. 退所後の関与についてはグラフ22に示した。何らかの関与を退所後も行ったケースが6割近くに達しており、その内訳では本人の通院継続、養育者の治療

継続、移行先施設とのケースカンファレンス、地域や学校とのケースカンファレンスの順で多かった。

以上、当院における被虐待児入所治療の状況について、入所に至った経緯、入所の目的、虐待通告の有無や、受けていた虐待の種類、主診断、知能指数分布、入所中の行動制限状況、入所前と入所後の登校・集団適応状況、家族との接触・協調や治療的関与の状況、薬物療法の状況、退所先や退所後のフォローアップの状況などについて、分析の結果を示した。

IV. 考察

(1) 松心園における被虐待児入所治療のパターン

当院における被虐待児入所治療は、その目的と治療期間によって、次のような4つのパターンに分類することができる。

S型：ショートステイ・緊急避難型入所

もともと脆弱であった家庭での養育が、学期休み、養育者の疲弊、学校行事を巡る子どもの疲弊、トラブルの発生などの各種の要因によって急激に危機に瀕しているときに、緊急避難的に一ヶ月に満たない程度の短い入所を組んで、虐待的養育が激化してしまうことを防止するもの。当院の被虐待児入所の16%は30日以内の短期入所となっており、そのほとんどがこのタイプの入所にあたる。

A型：アセスメント・投薬調整目的入所

RAD（反応性愛着障害）とPDD（広汎性発達障害／ADHD（注意欠陥多動

性障害)の鑑別は、短時間での横断的診断では困難を極める。虐待環境から引き離したものの、一時保護下において明らかに健常児と異なる行動パターンを示し、発達障害との鑑別が必要になるケースについて、当院は「医療型延長一時保護所」として、そのアセスメント機能を期待されている。また、これらの子どもたちの多くは、集団適応のために投薬の必要性を検討し、そのトライアルと調整を行うことが必要でもある。

こうしたタイプの入所治療は、入所当初から退所までの期間・道筋を明確化しやすく、比較的短期間(3ヶ月程度)で一定の検査・経過観察・薬物のトライアルを終えることができる。実際には、当院における入所治療が終了した後、退所調整に手間取ることが多いため、このタイプの入所は30日から180日程度にわたって、当院の入所治療全体の39%程度を占めている。

B型：病的問題行動対処型入所

家庭や児童福祉関連施設では対処が不可能な病的逸脱行動がみられ、精神科閉鎖病棟における高度の行動管理と治療的関与が要求されるケースに対して行われるタイプの入所治療がこれにあたる。大きく分けて次の2系統が存在するが、いずれも治療は単年度一杯から、それを超える長期間となることが多い。次のC型と併せて、当院における被虐待児入所治療全体の45%程度を占めている。

B-1/ODD&CDタイプ；著しい多動や衝動的な破壊行動、大人への挑発と挑戦的態度、自傷他害、脱走や盗癖、嗜

癖や乱用、性的逸脱行動といった制御の難しい行動を厳しく管理しなければ、対人関係を再構築してゆくことも困難であるケース。反応性愛着障害だけでなく、虐待を受けた広汎性発達障害児にも、時折このようなタイプが認められる。隔離や身体的拘束といった強い行動制限を長期間必要とし、治療的関与のために要するマンパワーも膨大なものにならざるを得ないため、受け入れは一定に制限せざるを得ない。

B-2/引きこもり&緘黙タイプ；極端な意志感情表出の乏しさを主たる病像とし、コミュニケーションの困難が目立つケース。極端なネグレクトに長期間晒された子どもによく見られるケースである。初期には焦らず、適応には慎重に様子を見守る必要があるが、関係が取れるようになってくると、次第にB-1タイプに移行してくることが多い。

C型：環境調整型入所

虐待を受けた児そのものへの関与よりも、むしろ虐待する親への関与や、親子を取り巻く周囲の環境との軋轢を解決してゆくために、医療機関の積極的関与が期待されているケース。医療機関が主体となったケース会議を繰り返すなど、医療が外へ出て、周囲に働きかけて、子どもにとっての環境を整えてゆくための機能とノウハウが必要となる。

B型同様、治療は年余にわたる長期的なものになることが多いが、養育者治療が進展して、自宅退所(家族再統合)までを視野に入れて行うものであるため、

被虐待児治療としてはもっとも包括的な治療であるといえる。

虐待のタイプでは、「暴力」をふるう養育者は子どもに対する愛情と怒りのアンビバレントを持っていることが多く、比較的養育者治療にも乗りやすい特色があるため、このC型入所の対象となりやすい。子どもの発達障害について知らず、子どもを受容できなかった養育者についても同様であり、こうしたケースでは医療機関が主体的に養育者に関与して、養育方針を示してサポートすることが、被虐待児治療そのものの中核を為す。

(2) 松心園における被虐待児入所治療の標準的な流れ

1. 入所設定と導入

当院における被虐待児入所治療の形態をみると、児童福祉法27条による入所措置が全体の82%を占めており、次いで自立支援法契約入所が14%となっている。精神保健福祉法における医療保護入所を適用しているものはわずかに1.7%にすぎない。つまり、そのほとんど全てが児童相談所との連携による入所であることがわかる。

当院での入所設定は、大きく分けて児童相談所から入所の依頼を受けて動くもの(全体の66%を占める)と、当院自身が虐待ケースとして児童相談所に働きかけて行うもの(28%を占める)の2系統に分かれる。

児童相談所からの入所依頼ケースでは、まず当院の外来診察に導入して入所へ結びつけるのが原則となっているが、場合によっては児童相談所や一時保護所に当

院の医師が出向いて診察し、入所を決定することもある。入所の決定は、病棟入所治療に携わっている医師全員による合議により、その具体的な段取りは病棟の状態(保護室にあたる機能を有する個室が2床しかなく、その使用状況が大きく影響する)によって調整される。

2. 初期適応期間(2週間)

入所後の最初期は、とにかく生活基盤の安定化、つまり安定した就眠・規則正しく十分な量の摂食・入浴など清潔保持の徹底、といったことを目指して行われる。感染防止のための最小限の検査と処置(採血、尿便検査、胸部X線、頭髮しらみ検査とスミスリンシャンプーのルーティン施行)は優先的に行われるが、それ以外の検査負担はなるべく避け、子どもが環境になじめることを優先して配慮する。

先に述べたS型の入所の場合には、この段階までが適用され、そのまま退所になるのが基本である。

3. 第一次アセスメント;(2週間~3か月)

子どもの病棟への適応状態を観察しつつ、順次アセスメントのための検査に導入してゆく。

アセスメントのためのデータには、知的能力検査、性格・社会性に関する心理検査所見、発達障害(PDDないしはADHD)に関する基本的特性の評価、解離の有無についての評価、大人および同年代の他児とのコミュニケーション能力

やトラブル解決能力の評価、逸脱行動や挑発的・挑戦的行動の有無と、それに対する行動制限の必要性の検討、といったものが含まれる。

これらの評価と並行して、逸脱の大きい児には行動制限とプラスのインセンティブを与えるための行動療法的枠組みが用意されることになる。また、睡眠自体が不安定であったり、多動・衝動性が強くイライラのコントロールが必要な子どもには、いち早く薬物療法のトライアルが開始されることもある。

また、健康度の高い子どもの場合には、できるだけ早い時期に院内分教室の登校が開始できるよう段取りし、病棟外での集団への参加を早めるよう、特に配慮している。

先に述べたA型の入所の場合には、この段階までが適用され、取り纏めたアセスメントを添えて、その多くは長期的な処遇が可能な施設へ移行となる。

4. 第一次総括と長期治療への導入（3ヶ月目及びそれ以降）

3ヶ月程度で、ひとまずの診断・アセスメントをまとめた上で、別の施設への移行や家庭復帰が早急にはなく、その後の入所治療の継続が必要なケースには、長期治療に向けてのプランニングがこの時点で行われる。プランニングは病棟内部・教育機関・個別心理療法の3系統に分けて作成される。

病棟内目標では、職員・他児とのコミュニケーションのとり方や、病棟内での

生活自立度を高めてゆくための目標の設定、また病的な逸脱・問題行動を有する場合には、その修正や対処のための方針作りと、モチベーションを維持するための工夫が併せて検討されることになる。

ここで重要なことは、被虐待児たちが虐待環境を離れて、病棟で呈している行動というものは、それが病棟にとっては「問題行動」であり「逸脱行動」とみなされるものであったとしても、彼らには彼らなりの必然性がある行動だ、ということについて目を逸らさず、認めることである。

彼らのそうした行動は、ある意味では「正当な怒り」の表出であり、安全な環境において始めて為し得た「自己主張」の表れでもある。だから、それらはただ鎮圧され、制御されればよい、というものではない。そうせざるを得ない彼らは、まず「受容されている」という感じをもてなければならぬ。病棟スタッフは「何故そのような表出になってしまうのか」について、子どもと視線を同じくして考え、感情を共感しつつ味わおうとしなければならない。その配慮を欠いた問題行動への制圧は、治療機関による子どもたちへの「治療に名を借りた再虐待」にさえなりかねない、そういう危険性を孕んだものなのである。

精神科病棟が持つ堅牢な構造と、隔離身体的拘束や注射による薬物治療を含めた強力な限界設定は、虐待を受けた子どもたち同士が傷つけあい、環境丸ごとを虐待状況の再現現場と化してしまいかねない破壊的な言動に対する、強力な武器といえる。しかし、その使用方法を間違

えれば、たちまちそこは「治療現場」ではなく、不幸な子どもたちをただトラブルなく収監しておく「監獄」と化してしまいかねないものである。我々はそのことを肝に銘じて、被虐待児の病棟でのプランニングを行わなければならない。

院内分教室への通学は、子どもたちの社会化と、病棟から外の世界に適応を広げてゆくための、欠かせないツールである。「学校」という子どもたちの社会では、病棟とはまた違ったルールが支配していることが当然であり、だからこそ、その段差や格差が治療的に作用すると考えられる。そのため、院内分教室における目標設定は、病棟におけるそれとはまったく独立して考案されることが望ましく、しかし最低限の病棟との連続性を保つために、お互いの治療プランを常に交換し合い、その進展具合をチェックしあう関係作りが重要となる。

さらに、それらとも独立して、心理士による個別心理療法への導入とその目標設定がケースにより行われることがある。個別心理療法の最大の特性は、病棟とも学校とも切り離された「密室性」にあり、そこでは外では許容されない、さまざまな種類のファンタジーを取り扱うことが可能となる。子どもがこれまでに蒙ってきた被虐待状況については、直接言語的に取り扱うことができることは、ごくまれである。しかし、箱庭や描画、遊戯療法の中で、それはしばしばファンタジックに再現され、心理士との関係の中で見つめられることによって処理され、消

化されることが少なくない。

また、発達障害を有する子どもたちにとっては、個別心理療法の場は「定型発達者の不思議とその理不尽さ」について、忌憚なく話題にできる貴重な場にもなりうる。虐待を受けてきた子どもたちにとって、健康な環境で育ってきた子どもたちは、しばしば「発達障害者から見た定型発達者」のようなものとして、映じているものでもある。治療教育的にそれについて学び、具体的な対処をソーシャルスキル・トレーニング的に実践する場としても、それは有効に機能し得るものでもある。

このようなさまざまな観点から、中長期的な治療プランが検討され、実施に移されることになる。

5. 第二次アセスメント;(3ヶ月～一年)

プランニングされた様々な治療計画の進展の度合いを継続的に観察・評価し、必要に応じて修正を加えてゆく。また、3ヶ月程度の短期のアセスメントでは判断が難しかった要素について、さらに理解を深めるための働きかけを行い、最終的な診断・アセスメントへと繋げてゆく。

具体的には、表面的な知的能力だけではなく、それが実際の学習場面でどの程度の学力として発揮されているのかについての評価、長期的な観察を経ないと鑑別の困難な発達障害に関する確定診断(抑制型愛着障害と広汎性発達障害の鑑別は、しばしば半年を越える経過観察が必要となる)、感情障害や各種の神経症などの精神科併存診断や、それに対する薬

物的治療の効果判定などもそうだし、社会性・精神年齢についての総合的評価もこの時期にゆっくりと確定してゆく。反応性愛着障害の児については、愛着のタイプの評価、ゆっくりと顕在化してくることの多い性的虐待に関する被害評価、かなりの期間を置いてから出現してくるフラッシュバックへの対応、といった事柄もこの時期の仕事となる。

(3) パターン別にみた、長期的な治療経過とその予後

1. B-1型/ODD&CDタイプ;

このタイプの多くの子どもは、入所当初は緊張が強く、初期適応期間中はむしろ過適応的に見える。

初期プランへ導入されて入所生活の全容が見えてくると、安心感が強まってくると同時に、次第に行動逸脱や多動・衝動性が顕在化してきて、対人関係の破綻が明瞭化してくる。

これに対しては、じわじわと行動制限を強化してゆく。第一次総括(3ヶ月目)の時点では完全個別対応となり、極めて多くのマンパワーを必要とする状態に陥っていることも多い。

その後、個別対応してゆく中で再愛着・再適応化がゆっくりと進行し、6~12ヶ月でようやく、通常の入所治療における初期プランの段階へ戻ってやり直しになるのが基本的なパターンである。

2. B-2型/ひきこもり&緘黙タイプ

入所当初から孤立しがちであり、大人とも、子どもとも、スムーズなコミュニ

ケーションが持てないため、本人の危機感が増してしまい、一時的に激しい混乱状態に陥ることもある。泣いて帰宅を訴えるが、諦めとともに落ち着きを取り戻してくるのが通例である。

初期からあまり無理して集団適応を進めようとせず、特定のメンバーで個別に、辛抱強く、ややインテンシブな関与を継続することで、6~12ヶ月の長いスパンの中で、ゆっくり関係性が樹立されてくる。

比較的早くに態度が変わり、大人との関係性につき、べたべた甘えや無差別愛着を示すようになるタイプの子どもも存在するが、このタイプの子どもは次第にB-1型と同様の状態を呈するようになり、その多くは彼らと同様の困難な入所経過を辿る。

3. C型/環境調整型入所

入所の当初から、本人の病棟適応は比較的良好である。その後も問題行動には進展しない。養育者についての言語化が早くから進みやすく、分離されたことにかえって、養育者についての過剰な理想化を行って、ファンタジーの中で養育者像の修復を行おうとする傾向がみられる。

一方で彼らの養育者は、しばしば自分から治療を望むことが多く、主治医と養育者との関係がとれるようになると、むしろ養育者や、養育者を取り巻く祖父母やその他の親族への働きかけが治療の中心を占めるようになる。根の深い家族病理や、その地域固有の問題が明瞭になってくることも多く、様々な地域機関と連携してゆくその基盤作りに、かなりの時間と手間を要する。

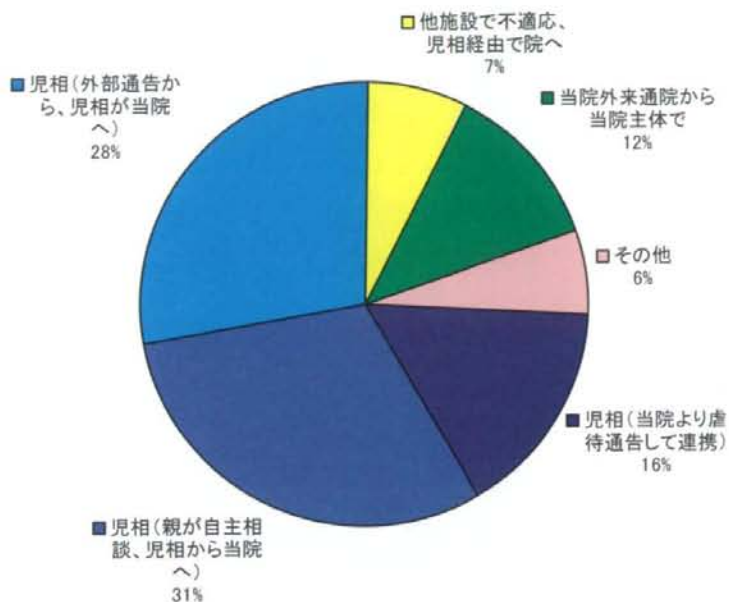
一般に暴力型の虐待では養育者自身が親治療を望むことが多く、逆に心理的虐待やネグレクトを呈する養育者は、治療的に関与することが困難である。性的虐待では養育者とは距離をおかざるを得ないことが一般的であり、関与は非常に難しい。

治療が進展してくる中で、養育者を病棟に入れて子どもとの再統合を図るケースもある。子どもの有する発達障害に直面できず、子どもが受容できないようなケースでは、病棟でのスタッフが子どもに関与する様子を直接みせることが、きわめて治療的に働く。

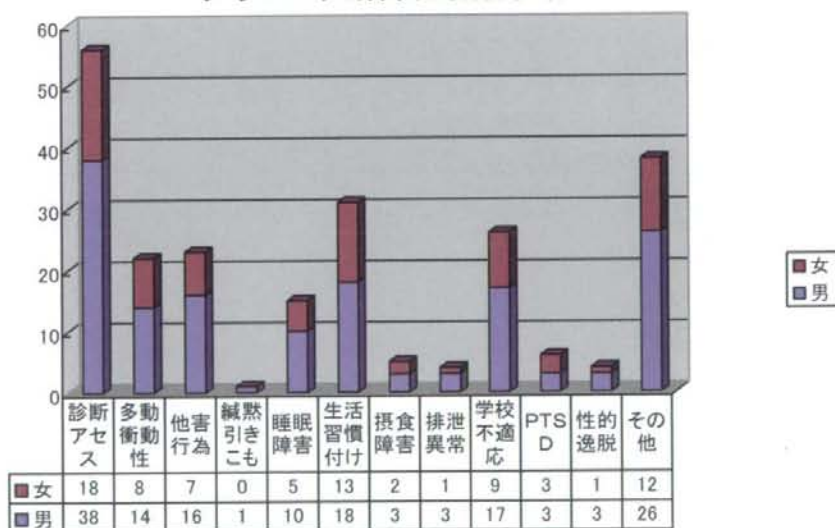
V. まとめ

平成 13 年度から平成 20 年度にかけて松心園病棟へ入所した、主に「虐待を受けたことによる子どもの心の診断や治療ケア」を目的として入所に至った 114 ケースについて、回顧的に集計して分析を行い、その結果を報告した。また、そのデータから当院における「被虐待児入所治療」について、そのパターンを抽出して考察を加えるとともに、児童精神科医療機関における被虐待児治療に寄与できるよう、その標準化を試みた。

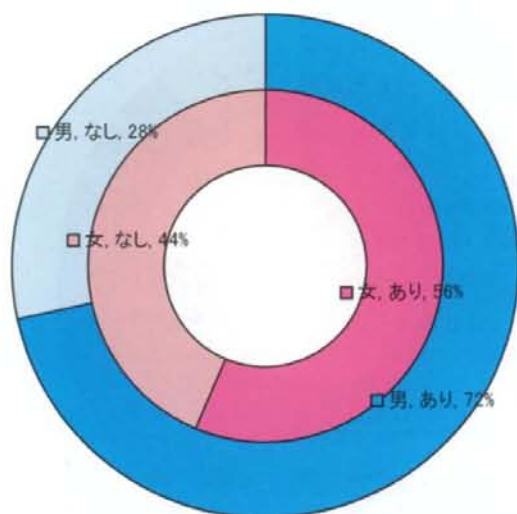
グラフ1:入所に至った経緯



グラフ2:入所目的別分布



グラフ3:虐待通告の有無



グラフ4:虐待種別分類

