

の右端と左端の角を交互に見る（要するに眼球の左右交互運動をしてもらうわけです）。それでも駄目なら水を飲む。アメをしゃぶる。さらには頓服を服用するなど。

これら一連の心理教育に成果が現れると、それは自己の感情への気付きが進む過程になって行きます。われわれは子どもと親に、自己の感情に絶えず注意するよう促し、対象化が可能となるよう努めています。感情の把握が非常に困難な児童やその親には、一枚に幾つもの多彩な感情表出が絵で描かれた感情カードを用いて、自分にぴったりする気持ちの絵に指さしをすることで感情の把握が可能になるようにはかっています。

心理教育の最後のテーマは、自尊感情の獲得です。最初の段階ではただ単に「自分を常に大切にするという気持ちを持つ」といったメッセージを繰り返すだけとなることが多いのですが、徐々に、「自分などいない存在だ」という気持ちが湧き上がるとき、それが過去のトラウマに結びついたフラッシュバックであることが明らかになって来ます。過去に繋がれた自己意識から離れ、自分を大切な存在として新たに捉え直す作業は、養育者との間の愛着修復の作業にほぼ重なるテーマとなってきます。つまりこの過程は、他の心理教育同様、養育者の側にも平行した作業が必要です。

3) トラウマへ処理

トラウマ処理とは、フラッシュバックによる解離反応を引き起こさずに、過去のトラウマ場面を想起することが出来るようになるための面接技法です。このトラウマ処理の技法として、エビデンスが確認されているものは実は2つしかありません。1つは認知行動療法による遷延暴露療法で、もう1つが EMDR (Eye

Movement Decensitization and Reprocessing : 眼球運動による脱感作と再処理治療 : Shapiro, 2001) です。子ども虐待の臨床に従事するものは、このいずれかの技法を身につけていることが絶対に必要です。力動的精神療法のトレーニングだけでは、深刻なトラウマに対して無力であるのみならず、有害なことすらあります。

ただし EMDR にしろ、子どもの場合にはドラミング、タッピング、パルサーなど眼球運動以外の交互刺激を用いるなど、幾らか変法や治療手技上の工夫が必要になってきます。

フラッシュバックによって解離に陥ってしまい、過去の世界に飛んで行き意識が今にとどまらなくなってしまうという除反応と呼ばれる現象への対応としてクッションテクニックと呼ばれる方法があります。意識が飛んでいってしまったと治療者が判断したときに、患者と治療者との間で、安全なもの（これがクッションですが、筆者はハンドタオルを用いています）を交互に投げ合って、意識を「今、ここ」に戻すという方法です。絶えず、解離のレベルと意識状態を表現させながら、治療を進める必要があります。

解離性同一性障害を伴う場合には多重人格への心理治療技法である自我状態療法を併用することが必要になります。これは一言で言えば、1人の人間に行う集団精神療法です。多重人格の場合に、沢山の人格が1人の人の中に存在するので、この様な技法が必要になるのです。

4) 薬物療法

易興奮、過覚醒に対して薬物療法が有効です。またフラッシュバックに対しても薬物療法は有効です。易興奮、いらいら、不眠などに抗精神病薬が有効ですが、子どもということもあり、全体とし

ては、非常な少量で十分に有効です。リスペリドン(リスパダール) 0.3mg～1.5mg、アリピプラゾール(エビリファイ) 1mg～2mg などです。塩酸クロニジン(カタプレス) 0.075mg～0.15mg、レボメプロマジン(ヒルナミン) 2.5mg～10mg などが有効です。この様に、最低容量錠の半分以下の使用が初回量の原則です。易興奮の背後に、mood swing(気分の変動)が存在することは希ではありません。気分調整薬が有効ですが、てんかん発作に用いるより遙かに少量で十分に効果が認められます。カルバマゼピン 10mg～50mg、クロナゼパン 0.25mg～0.5mg などです。解離性幻覚には抗精神病薬は余り効かないことを記憶しておいてください。特に性的虐待の子どもに抗精神病薬のみで解離性の幻覚を押さえようとするよりもリスペリドン 5mg 以上を必要とすることがあります。むしろ、フラッシュバックに対する特効薬である漢方薬が有効です。神田橋処方として知られる桂枝加芍薬湯(または小建中湯、または桂枝加竜骨牡蛎湯)と四物湯(または十全大補湯)をそれぞれ2包(5g)分2の服用が解離性幻覚をはじめとするフラッシュバックの特効薬です。漢方薬の服用が著しく苦手な場合には、クラシエから桂枝加芍薬湯と四物湯の錠剤がでています。フラッシュバックに対して、比較的少量の選択的セロトニン再取り込み抑制剤(SSRI)の服用は有効ですが、長期的には気分変動の薬剤誘発を引き起こす可能性があるため、慎重に少量を処方することが求められます。

全員ではありませんが、オメガ3の服用が有効な症例があります。イコサペント酸エチル(エパデール) 1.8g を分3で服用します。

5) 入院での治療

ここでは入院による治療について述べますが、実は治療的な要素が非常に強い重症例を扱うことが多い、情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設においても共通する内容ではないかと考えます。情短、児童自立支援など、福祉の施設においても、現実には「治療」が必要であるからです。

入院に際しては、当然ではありますが治療目標を明確にし、子ども(親と)の契約を行うことが必要です。問題なのは、親ではなく、児童相談所などの依頼で子ども虐待の入院治療を行う場合で、入院の際に、出口をどうする予定なのか、きちんと確認をしておく必要があります。行き場が限られている家族状況が不良かつ、重症の症例の場合において、治療を行った後に、いつごろにどうするのかということは非常に重要なのです。そうしないと、貴重な治療の場が社会的入院で占められるといったことも起きてきます。特に児童相談所の福祉士が非常勤だった場合や、転勤になった場合など、入院(入所)の時の予定が保護にされることは、困ったことに珍しくないため、入院の際の契約が非常に重要なのです。

入院治療において、最優先となるのは何よりも自他共に安全な生活が過ごせることです。このためには、行動の枠組みをきちんと決めることに尽きます。また事細かに、生活と行動のチェックを行って行くことが求められます。この行動の枠組みは、行動療法を基盤にして、生活を組み立てて行きます。被虐待児は驚くほど、普通の生活習慣が身に付いていませんし、ルールへの遵守という習慣もありません。生活を支える職種との間の情緒的な結びつきも愛着の形成のレベルに比例し、乏しいのが一般的です。表に、あいち小児センター心療科病棟で用いて

いる生活チェックの一例を掲げます。また図に、患者に提示した苛々時のフローチャートを示します。ここでほめるチェックポイントとあるのは、例えば苛々すると看護師などに言った時に「暴れないでよく言えたね」とほめるなど、評価できる行動に絶えずプラスのフィードバックを行うポイントを示しています。

表1 シールチェック(トークンエコノミー)例

項目	日付	○/○	○/○	
おふろに入った		○		実際にできている項目もいれ、ほめる機会を増やす
へやのかたづけをした		○		さらに強化する
暴言を言わなかった	残念			改善させたい行動(欲強らず、本人が達成できるようスモールステップで設定)
暴力をしなかった		○		
○の数		3個		目標を数値化したり、ご褒美を決め、モチベーションを高める。 達成感をもたせたり、成功体験を増やす

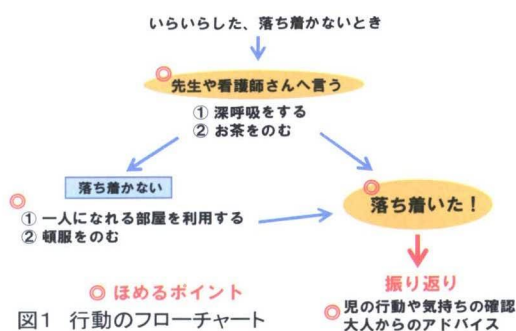


図1 行動のフローチャート

心理治療を実施している子どもの場合には、心理治療での展開と生活での治療をつなげることが必要で、心理治療のやりっ放しでは、何をしているのか分かりません。心理治療で展開したことを必ず生活の場にフィードバックして、情報交換と治療目標の確認を行うことが重要です。

被虐待児は学習に困難を抱えるものが大半を占めます。基本的には、特別支援教育の対象と考えるべきです。そこで、

入院中に学習の補いを行うことが重要になってきます。この点、児童自立支援施設は大丈夫なのですが、問題は情緒障害児短期治療施設で、単純に地元の学校の分校であったり、地元の学校に通っていたりということが多いため、学校で教師から普通の生徒の様に学習することを求められるといったこともしばしば生じてきます。すると何割かの児童は、入所中であるにも関わらず、学校での不適応がより拮がってしまいます。自立に必要な計算力すら得ていない子どもは全く珍しくないのですが、問題は特に国語力です。つまり、国語力の不足が内省力の不足に直結し、衝動的行動を助長させるという悪循環の要因になるのです。子どもが授業に参加できないのは、単に、カリキュラムが不適切であるからに過ぎません。

子どもを入院治療で預かっている間は、親の側の治療を行うチャンスでもあります。精神療法は、揺さぶりがかかるため、一般的に状態の悪化をもたらします。子どもに被害が及ばずに集中的な治療を行えるとなると、入院している間はまたとない機会です。また養育者との間の愛着の促進を計る上でも、重要な機会になります。養育者と離れた生活、そして面会、外泊による再会は、愛着形成のための介入という側面においても、チャンスです。

入院の集結に当たっては、退院の前に関係者のネットワーク会議を持ち、継続的な支援体制と役割分担を決めることが必要です。難治例に関しては、再入院の条件についても、話し合っておくことが必要です。

ポイント

- ・医療が担当するものは、愛着形成の援助、フラッシュバックや解離への治療である

- ・子どもを治療するものが親の治療も行う
- ・心理教育が非常に重要かつ有効である
- ・トラウマ治療のための独特な精神療法と薬物療法がある

（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

研究2 心療科病棟における暴力的噴出の予測に関する研究

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
研究協力者	森本 武志	あいち小児保健医療総合センター
	河邊 真千子	あいち小児保健医療総合センター
	中嶋 真由美	あいち小児保健医療総合センター
	奥村 梢	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
	土屋 志保	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

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。病棟運営や病棟方針の決定にあたり暴力の発生動向をとらえることは極めて重要である。本研究では、入院3カ月目に暴力の発生件数が増加することを昨年と同様に確認した。また、新たな試みとして、子どもの問題行動チェックリスト（以下CBCL）を用いて、子どもの暴力的噴出を予測するためのパイロットスタディを開始し、入院時に各主治医が実施したCBCL（教師用）の各尺度と患者の暴力行動の関連を調べた。その結果、下位項目中5つの項目に正の相関がみられ、2つの項目に負の相関がみられた。また、下位項目によって構成される尺度のうち、攻撃性尺度、外向尺度と暴力行動が出るか否かの間に、正の相関が認められた。

A. 研究目的

被虐待児の治療において、暴力的な攻撃性の噴出は避けて通れない問題である。このような児童を病棟で治療するためには、暴力的行動がどのような時期に、どんな要因と関連して起きてくるのか、をアセスメントする必要がある。平成20年度「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的育成に関する研究」分担研究報告書において我々は、入院2カ月目から3カ月目の期間に子どもの暴力的な噴出の頻度が高くなり4カ月目には激減することを見出した（森本ら2009）そして調査を継続する中で、このような攻撃的行動の噴出を何らかの方

法で予測できないかと考えた。そこで本研究では、前年度の調査を継続すると同時に、暴力的噴出を予測するための試みとしてCBCLを用いてパイロットスタディを開始した。

本研究では①入院3カ月目に暴力的な攻撃性の噴出が見られるという傾向が前年度と同様に今年度も見られるかどうか②病床稼働率と暴力の間には関連性が認められるのか③CBCLの各下位項目及び評価尺度の得点と、3カ月目の暴力的行動との関連があるのかの3点を中心に調査を行った。

B. 研究方法

本研究では暴力を、威嚇行為から相手に怪我をさせるような破壊的な行動まで広い範囲のものと定義して調査した（ただし、暴力行為を伴わない暴言は含めない）。暴力の対象は病棟に入院している他の患児、病棟スタッフ、入院中に通学する学校の職員とした。暴力の内容及び程度を問わず看護師が独自の様式で報告をした。前回調査と同様に今回の調査でも、入院の主たる目的となった障害の種類を問わなかった。

調査①平成 20 年 4 月から平成 22 年 1 月までの 2 年足らずの期間に、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に、入院後の経過月数別に暴力の発生傾向を調査した。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）。この場合退院期間中の暴力は対象外とした。さらに、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（頻回病力患児 3 例と、1 年を超す入院児）超長期入院児 1 例を例外として除外した。

調査②

平成 20 年 4 月から 1 月、21 年 4 月から 22 年 1 月までのそれぞれ 10 カ月の期間について、病床稼働率と暴力延べ件数との関連を調べた。また、暴力延べ件数が前年度と差があるかどうかについても比較した。

調査③

平成 21 年 9 月から平成 21 年 12 月の期間にあらたに入院を開始した児童 28 名の各主治医に対し、入院時の患児の状態について、CBCL（教師用）の記入を依頼した。そのうち回収が可能であった 24 名（男児 10 名、女児 14 名）を今回の調査対象とした。ただし、この調査機関に入院した患児の中で、3 カ月の入院を継続した児童が 10 名、3 カ月目に一度でも暴力行動を示した児童が対象児の中に 2 名しか存在しなかった。そのため、対象児全員に対し、入院してから一度でも暴力行為を行ったか否か

（暴力の有無）と、子どもの行動チェックリストとの相関を調べることにした。

C. 結果と考察

調査①について

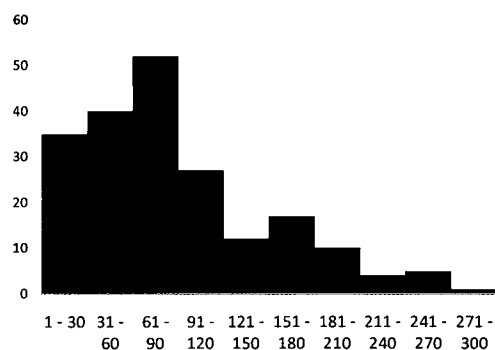


図1 H21年度における暴力件数と入院日数

今年度の調査においても、前年度ほど顕著ではないが、入院 3 か月目に入って暴力行為の増加がみられ、4 カ月目に入ると減少する傾向が認められた（図 1）また、昨年度と同様に患者が 4 カ月目に退院してしまうわけではなく、患者の在院日数が短いわけではないことも示されている（図 2）。今後も調査を継続していく必要はあるが、この傾向は継続してみられるものとして捉えて良いと言えるだろう。

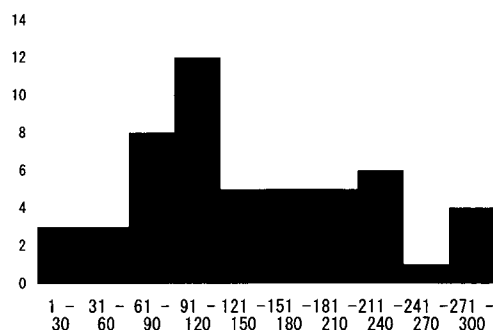


図2 H21年度の患者入院日数

調査②について

病棟稼働率と暴力件数の間に有意な相関は認められなかった ($N=10, r=-.47, p=.855$) このことから、病床稼働率が増えたからといって暴力が増加するとは限らないことが再度示された。また、前年度と今年度の暴力の件数について大きな変化は認められな

かった(図3)。昨年度の暴力の件数は、7月から8月にピークを迎えていた。その後、多少の増減はみられるものの減少する傾向にある。これは4月から5月の新学期に入院した子どもたちの入院日数が2カ月めに突入することで説明できる。しかし、今年度については11月から1月にかけて、暴力件数が減少傾向ではなく増減を繰り返している(図4)。この理由として、11月、12月、1月にかけて隣接する学校での教師に対する暴力が増加している事があげられる(図5)。この背景には、ある学年に衝動をコントロールする力の弱い患児が集中してしまったことによって、それぞれがそれぞれに影響を及ぼし合い通常なら環境に慣れて少しずつ落ち着いていくはずが、適応に至るまでに時間がかかってしまっていることがあげられる。学校側も教諭の配置や授業によってクラスを2分するなど、ありとあらゆる手厚い対応を取った。病棟では、ベットコントロールによって、年齢の高低にかかわらず衝動性の高い患者が同じ部屋にならないように、ある程度相互交流を調整することが可能であるが、学校では学年という決められた枠があるので、ひとたびこのような状況になってしまうと、難しい状況になってしまうことが暴力件数に表れたと言えよう。

調査③について

入院中の暴力の有無とCBCLとの相関について調べたところ、以下の結果が得られた。まず、113にわたる各質問項目のうち、暴力の有無と正の相関が見られた項目が41。衝動的、あるいはじっくり考えないで行動する(N=24, $r=.43$, $p=.033<.05$)、57. 人に暴力をふるう(N=24, $r=.58$, $p=.003<.01$)、74. 目立ちたがり屋でおどけたりする(N=24, $r=.59$, $p=.011<.05$)、90. ののしったり卑わいな言葉を使う(N=24, $r=.43$, $p=.033<.05$)、97. 人を脅す(N=24, $r=.42$, $p=.04<.05$)であった。このうち、57、97については病棟という暴力と同様の内容を含むため、当然の結果といえる。

一方、負の相関がみられたのが、103. 楽

しくなく悲しく落ち込んでいる(N=24, $r=-.51$, $p=.01<.05$)、112. 心配する、(N=24, $r=.53$, $p=.007<.01$)であった。112. 心配するで負の相関(1%水準)がみられたことは注目に値する。心配するという事は、問題を外部に出す前に考えとして自分自身の中に保ちうる力として捉えられるのかもしれない。

さらに、これらの項目によって構成される8の尺度(Iひきこもり尺度、II身体的訴え尺度、III不安/抑うつ尺度、IV社会性の問題尺度、V思考の問題尺度、VI注意の問題尺度、VII非行的行動尺度、VIII攻撃的行動尺度)および、3つの総合尺度(内向尺度、外向尺度、総得点)と暴力の有無との関連について調べたところ、攻撃性尺度(N=24, $r=-.45$, $p=.0026<.05$)と外向尺度(N=24, $r=-.48$, $p=.0016<.05$)との間に正の相関がみられた。

現在の分析状況では、暴力の有無との関連が見られたからといって、暴力発生の予測因子であるとはいえない。また、このような質問紙を用いて、ある項目の得点の高低によって、暴力行為を行う子どもであると決めてかかることは避けなければならない。しかし、子どもやスタッフの安全を考える上で、このようなリスクファクターを少しでも特定しておくことには一定の意味があると考えられる。今後の課題としてサンプル数を増加し、どの項目が、どの程度暴力を予測できるのかを細かく分析する予定である。

D. 結語

この研究により、あいち小児保健医療総合センター心療科病棟における暴力的噴出の傾向がより明確になった。また、学校における課題も明らかになった。今後は、暴力の噴出を予防あるいは安全に取り扱うために、予測因子を見つけ出すことが、医療機関における病棟運営や治療に対し、有益な情報をもたらすと考えられる。

文献

森本 武志ら：「心療科病棟における暴力的噴出の要因に関する研究」厚生科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業 子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究 p245-p249 (2009)

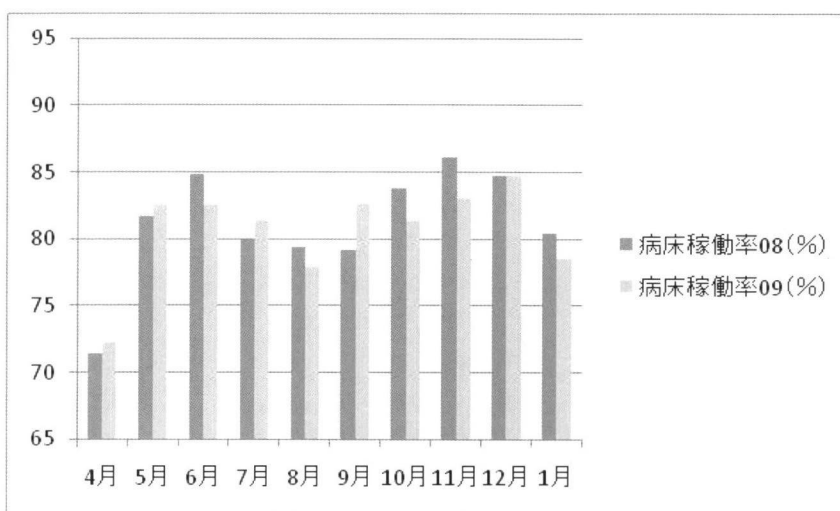


図 1 H20 年度 H21 年度の病棟稼働率の変化

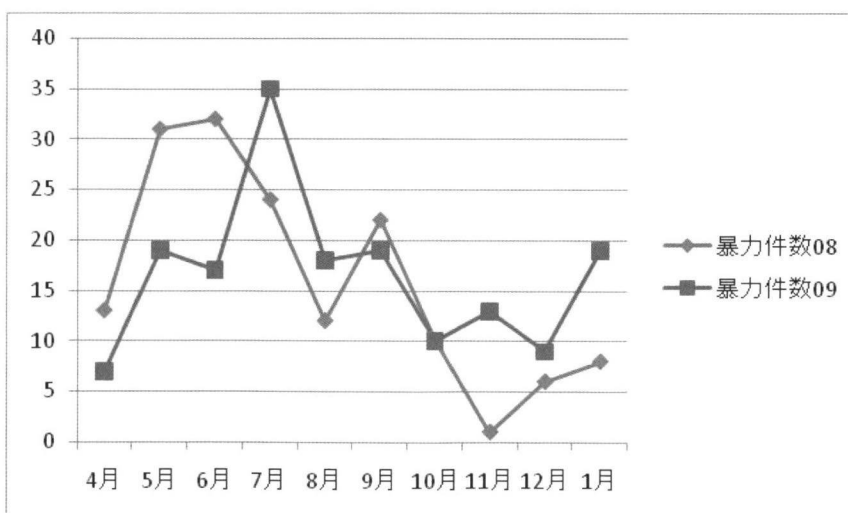


図 2 H20 年度 H21 年度の暴力件数の推移図

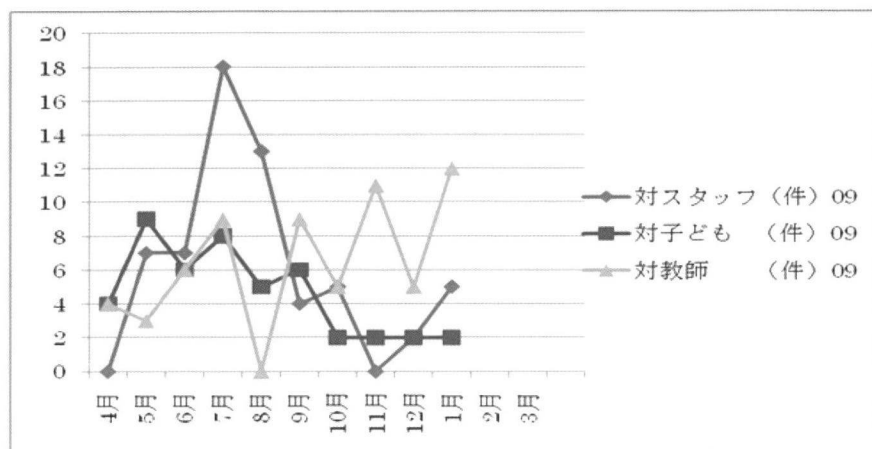


図5 H21年度の種別暴力件

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

研究3 心療科病棟における性的安全の確立への対応と支援
あいち小児センター保育士による集団性的安全教育（ケアキットプログラム）の実施

分担研究者	海野 千畝子	あいち小児保健医療総合センター
	棚瀬 佳見	あいち小児保健医療総合センター
	田中 久美子	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
	吉岡 亜矢子	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
	向野 美紀	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
	奥村 梢	あいち小児保健医療総合センター
	林 義久	あいち小児保健医療総合センター

要旨

あいち小児保健医療総合センター（以下小児センターと略記）心療科病棟において、性的安全な文化を創造していく目的で小児センター保育士により集団性的安全教育（ケアキットプログラム：（The Challenge Abuse through Respect Education Kit Program; The C. A. R, E, kit））を実施した。入院中の小学生 15 名を対象に実施したが、実施後 9 割以上の児童が理解出来たと回答し、また性的な接触に「嫌」と言えると述べた。プログラムの実施はスタッフにも好評であった。病棟内により性的安全な文化が構築する上で、有用な活動であると考えられる。

1. はじめに

あいち小児センター心療科病棟は平成 15 年月に開凍した小児科病棟である。全 35 床であり、被虐待児童の割合は 7-8 割を占めている。われわれは、性的虐待の連鎖を止め、性的安全な文化を創造するために、心療科病棟にコントロールルームを設立し、性的虐待対応看護師（SAR : sexual abuse response nurse

term）の活動を行うなど、個人の性的安全プログラム実践してきた（海野ら, 2009）。本年度、保育士による集団性的安全教育（ケアキットプログラム（The Challenge Abuse through Respect Education Kit Program; The C. A. R, E, kit））を実施した。

2. ケアキットプログラムの準備

今回、集団性的安全教育（ケアキットプロ

グラム(The Challenge Abuse through Respect Education Kit Program; The C. A. R, E, kit))の実施にあたり、保育士による実施を選んだ理由としては、1. ケアキットを作成したカナダにおいて保育士によって実施されていたこと、2. 日頃から心療科病棟の子どもに対して集団で様々な催しや活動を実施し、集団を扱い馴染んでいたこと、3. 小児センター保育士が手術前のプリパレーション(事前講習)等、子どもの心に繊細に関わる技能を日頃から身に付けていたことである。

学習会として、虐待対応臨床心理士(海野)が小児センター保育士、医師、及び性的虐待対応看護師に、ケアキットプログラムを模擬で実施し、意見や感想を話しあった。こどもが現在までの性的傷つきのフラッシュバックやパニックを起こすことへの対応と配慮をする必要性について、また実際のプログラム内で子どもが開示した時の対応方法について等、活発な意見交換が行われた。

また、小児センター保育士は、通常の学校現場での性教育の現状を知るための学習会を企画した。養護教諭により命の教育の模擬授業について伝達され、参加したスタッフらで話し合いをした。養護教諭らは、文部科学省からの通達で、性的用語表現の制限がある中で本質を伝達する困難さを訴えた。われわれは、小児センター保育士らと月例会を持ち話し合いを重ねた。留意点として、個人が性的問題に向き合う心構えや配慮事項、セルフケア等を話し合い、保育士らの意向に沿いながら集団性的安全教育を実施する要望をきき、その構えを作るための準備・養成に入る流れをとった。保育士らの躊躇の中心は、集団性的安教育(ケアキットプログラム)の目的が、治療的側面からの保育活動となることであり、現在の遊びを通しての保育活動から一歩踏み出す挑戦を意味したという。

昨年から活動をしていた性的虐待対応看護師(2009, 海野ら)と同様に、虐待対応臨床

心理士による性的虐待児童への対応のためのボディワーク実習や子どもの過去の性的虐待歴に関する聞き取り調査の実習を行った。

われわれは性的虐待対応看護師(SAR)の定例会にて、あいち小児センター保育士を中心としたケアキットプログラム開催に際して、保育士と看護師の連携強化を確認した。その後、病棟運営委員会において、集団性的安全教育(ケアキットプログラム)を開催することを報告した。

3. ケアキットプログラムの実際

ケアキットプログラム(The Challenge Abuse through Respect Education Kit Program; The C. A. R, E, kit)は、1982年カナダにおいて実施されていた性虐待予防のプログラムである。このパッケージの中には、20枚程度の紙芝居と指導案と指導書、ペリカンに似たキャラクターパペット一体(メープル君)、小冊子、音楽テープ、が入っている。紙芝居は改定を重ねているが、今回の実施では、10数年前の感情の学習が盛り込まれている紙芝居を選択した。その理由としては、対象の子どもが病的解離等で十分な感情表出が苦手であり、感情の教育を丁寧に行うことが不可欠と考えたからである。

また、このケアキットプログラムを選択した理由としては、先行研究として、われわれが児童養護施設児童にこのプログラムを実施した結果、性的虐待の負の連鎖を断つという効果が認められたからである(海野ら, 2007)。

このプログラムを活用する治療的目的としては、子どもが性的虐待についての適切な情報に触れて、安全にフラッシュバックを起こすことで、過去の性的傷つき体験を塗り替えること、そして、子どもが適切な自己防衛の為の行動がとれることが目的である。

われわれは、全プログラムを3回に分け、次週の同時間に実施した。心療科病棟内の食堂を活用し、小学生延べ16名(男児9名、女児7名)を対象に行われた。子どもらは、保

育士らから、「心とからだの安全教育（ケアキットプログラム）」という予告カードが渡されている。

場面設定としては、対象の子どもが席にいたところで、保育士Aである授業者は、紙芝居を子どもにみせながら、質疑応答形式でプログラムを進行する。周囲には主治医や学校教師、看護師らが取り囲み、授業参観のような形態をつくった。キャラクターパペット役の保育士Bは、保育士Aの補佐的な役割をしながら、子どもと授業者の間を繋ぐ。キャラクターパペットの存在は、パペットが児童の友人として、プログラムへの導き手として、さらに、中立的な観察自我として働き、子どもが自己を振り返る上で役立つ意味をもつ。また、ケアキット担当看護師（SAR 看護師）と虐待対応心理士は、子どもらの前後に子ども側を向いて座し、子どもらの様子観察アセスメントを行った。座席表つきのチェックシートに記録し、プログラム最中や事後に不穏な事態が起きた場合に供えた（表1・2参照）。また、ケアキットプログラムの進行と平行して、子どもらは2枚の塗り絵作業を実施した。これは子どもにとり、創造的な活動であると同時にフラッシュバックへの対応的側面を持つ。塗り絵の中の一枚は、毎回、5つの感情が描かれた顔の絵に、自分で色や表現を付け加えることができるものを含めた。子どもが性的刺激に触れ、過去のフラッシュバックで怒りや悲しみの感情を体験しながら、手を左右上下に動かしつつ心をなだめ、プログラム参加が継続できると考えたからである（2007、海野ら）。

4. ケアキットプログラムの実施

このケアキットプログラムの内容については、1回目のテーマは、子どもが体と心を持ち、それらに対して責任があることを学ぶ目的で展開される。4つの紙芝居（以下メッセージカードと表記）にそって学んでいくものである〈図1〉。

1) 誰もが気持ちをもっている

2) 誰もが身体をもっている

3) あなたの身体のある部分はプライベートなものだ

4) あなたの身体と気持ちはあなたのものだ、というものである。

2回目のテーマはタッチ（接触）についての学習である。適切なタッチと不適切なタッチを学び、性的虐待の起きやすい状況や加害者像を察知する能力を養い、加害者像、危険な状況の対処スキルを学ぶ目的で展開される。〈メッセージカードのテーマ〉

5) いろいろなタッチはいろいろな気持ちがある。

6) あるタッチで混乱することがある。

7) 誰かが間違ったタッチをしようとすることがある、というものである。

3回目のテーマは、性的虐待に対しての自己防衛や自己表現の仕方を習得し、信頼して通報することの重要性を学ぶ目的で展開される。

〈メッセージカード〉

8) タッチのことを「秘密にして」ということがある、というものである。

9) 自分の気持ちを信頼しよう

10) あなたは「嫌」ということができる。

11) あなたは、だれかに間違ったタッチについて話すことができる

12) あなたを助けることができる人がいる、というものである。

保育士らは、各回のケアキットプログラム終了後に、歌や遊び、修了賞を渡す等、子どもにとり、馴染みの保育活動を行った。子どもに声を出すことや身体を動かすことを促し、プログラムにまつわる感情的な停滞からの発散につなげるように試みた。

5. ケアキットの評価

1) 実施後の子どもの理解度

われわれは、子どもがケアキットプログラムをどう理解したのか診察の中で子ども達に

聞き取り調査を実施した。

「プライベートパーツ（性的部位：口、胸、お股、お尻）とはどこですか」、の問いには、回を重ねるごとに理解度は増大し、3 回終了時には回答したすべての子どもがプライベートパーツを正確に理解していた。「あなたが、間違っただタッチをされたらどうしますか」、という問いに対しては、2 回目終了時においては回答したすべての子どもが嫌ということができた。「あなたは間違っただタッチをされたことを信頼する誰かに話せますか」、という問いには、3 回終了時において 89%の子どもが話せると答えている。しかし、わからない、話せないかもしれない、と答えた子どもが少数であるが存在した。

2) スタッフへのアンケート

ケアキットプログラムを参観した、スタッフを対象にアンケート調査を実施した。対象の内訳は医師 6 人 (30%)、看護師 4 人 (20%)、養護学校教師 7 人 (35%) である。アンケート内容は、質問に答えながら意見を自由記述で伝える形式である。1. ケアキットプログラムの内容については、大変よかった 35%、良かった 53%、と 8 割以上のスタッフが、内容が良い、と認めていた。

自由記述の意見としては、心のデリケートな部分に触れる内容を丁寧に心配されながら進めていて良かった、事前に内容のオリエンテーションができていて共通理解しながらプログラムに臨めて良かった、性被害防止に役立つとおもう、子どもが興味を持ってきていた、子どもが興味をもって聞いていた、ふざけたままの子どもがいなかった、真剣にうけとめてくれた、自分は悪くないということを知ることの意味は大きい、等であった。2. ケアキットプログラムを受けている子どもの様子から、今後の治療や支援に退院後の生活に役立つと思うか、という問いに対しては、大変役立つ 18%、役立つ 63%、どちらでもない 13%と回答していた。自由記述の意見としては、

大切な言葉を復唱させていたのが印象的、すぐに意味がわからなくとも今後に対応できるのではないかと、困った時に近くの信頼できる大人に伝える大切さがわかったと思う、子どもは大なり小なり動揺しているように思えた、事後の観察や支援が大切だと思う、子どもは作業しながらも話を聴いている姿があった、等であった。3. 次回のケアキットプログラムの開催についてどう思うか、については、94%のスタッフが開催した方がよい、と答え、未回答が 6%であった。自由記述としては、こうした教育を定期的に行うことは大切だと思う、次を開催することで比較し、課題事項もよくわかるのではないかと、いろいろ大変だと思うがやることに意味がある、なかなか診療では話題にあげにくいテーマであるので助かる、等であった。

3) 受講後の性的問題行動について

性的ボディタッチが頻発した昨年と比べて、ケアキットプログラム実施後、性的問題行動は減少し軽症化した、という感触を持っている。性的虐待対応看護師 (SAR) からも早期に気づき先手で対応をしている。質的な性的ボディタッチは皆無である。性的安全感を共有し、性的安全な文化が創造できていると思われる。

6. 考察

1) 個別教育と集団教育のコンバイン

われわれは、このケアキットプログラム実施前に、個別の性的対応看護師 (SAR) チームによる性的安全教育をスタートした。その理由としては、個別での性的安全の意識の基盤があってこそ、集団での教育が共有できると思われたからである。子どもは、個別の安全教育において、SAR 看護師から性的外傷に関する聞き取りを受け、プライベートパーツの教育を受ける。同時に、あなたの心と身体を大切にしたい、というメッセージを受け取り、セルフケアの方法も学ぶ。個人の内的境界線を重視した個室における取り組みである。次の段階で、保育士による集団によるケアキ

ットプログラムを受ける。それには、大勢のスタッフが係わり周囲を支えている。個別で学習したことの根拠として、大勢の大人が関与していることを知り、子どもは性的安全感を強化できると考えられる。

2) プログラム実施後のスタッフアフターセッション

性的虐待体験までではなくとも、何らかの性的傷つき体験を持っている者は実は日本人においても少なくない。性的刺激は、個人の内面に深く入り込み、時に脅威や興奮をあたえるものである(藤岡, 2006)。子ども自身もそうであるが、このプログラムを主導する保育士や子どもを見守りつつ様子観察をする看護師らも例外ではない。性的外傷に関する刺激を扱った時、しばしば観察される情緒的混乱は、孤立無援感や裏切られ感、不信感など性的傷つき体験特有の感情であり、また身体的疲労感、倦怠感もある。

われわれは、ケアキットプログラム終了後に、プログラム内での観察した子どもの表れを共有すると同時に、われわれ参加したスタッフ自身の分かち合いを目的にしたアフターセッションを実施した。その中で、対象の子どもとの状態や理解を深め、その後の病棟生活の支援や治療に繋げる見直しを確認し、また、スタッフ同志の努力をねぎらい、課題や反省点を話し合った。プログラム実施と共に、スタッフのアフターケアを含めて包括的に行うことで次回のケアキットプログラムへ繋ぐ体制づくりや文化として発展すると思われる。

3) 性的暴力と暴力

先行研究では児童養護施設において、ケアキットプログラム実施後に、性的行動は収束したが暴力的噴出が出現したことを経験した(2007, 海野ら)。現在のところ、心療科内に発生した暴力が、ケアキットプログラムの実施との因果関係によるものかどうかは不明である。担当の看護師の実感では昨年と比較して暴力の質が軽症化した、という印象を持つ、

ときく。児童が生活する全体を見通す包括的なシステムの構築等、今後の課題として検討していきたい。

文献

Family Service Prevention division, Health Canada (1994): A Guide For Young Girls, Guide For Young Boys: 訳グループ・ウィズネス

(2004): 性虐待を生きる力に変えて2. 小さな女の子・男の子のためのガイド pp44-52pp82-95.

藤岡淳子著 (2006): 性暴力の理解と治療教育, pp177-194

杉山登志郎編 (2008): 厚生労働科学研究: 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究: 児童養護施設における性虐待対応マニュアル、スタッフの精神衛生, pp417-418

杉山登志郎, 海野千畝子: 性的虐待の治療に関する研究 その1: 男児の性的虐待の臨床的特徴に関する研究「小児の精神と神経」第47巻第4号, pp263-272. 2007. 12

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, pp273-279. 2007. 12

海野千畝子, 大館庸子, 藤田美樹他 (2008): 性的虐待のケアと介入に関する研究, その3 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, 厚生労働科学研究, 児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究, 性的虐待のケアと介入に関する研究, pp387-394

海野千畝子, 垣内真次, 小山内文他 (2009): 虐待ケースの診療の標準化に関する研究, その3, 心療科病棟における性的安全の確立への対応と支援: 性的虐待対応看護士チーム(SAR)による性的安全な文化の創造, pp233-244

表1 チェックシート保育の様子観察の視点




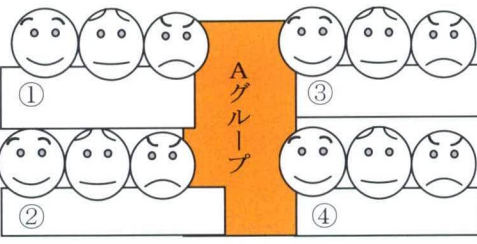
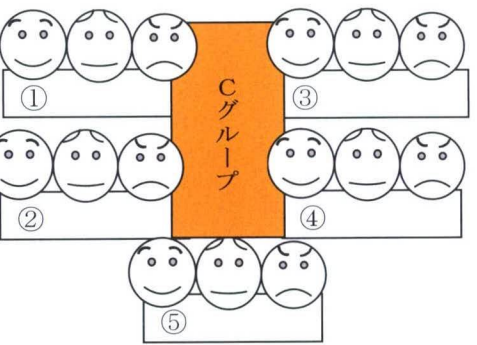
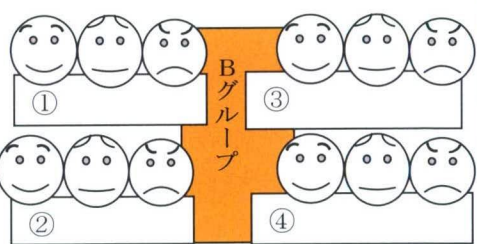
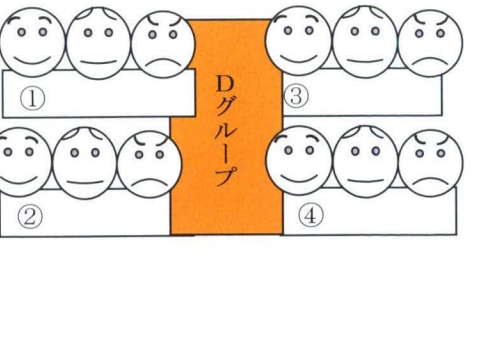
観察表	態度や言動	
<p>配置図</p> <p>子どもの様子</p> <p>1</p>  <p>2</p>  <p>3</p> 	<p style="text-align: center;">ホワイトボード</p> <p>A グループ</p> <p>① ② ③ ④</p>  <p>C グループ</p> <p>① ② ③ ④</p> 	<p>B グループ</p> <p>① ② ③ ④</p>  <p>D グループ</p> <p>① ② ③ ④</p> 

表2 実施時の書き込み例



観察表		態度や言動					
1		普通の顔イラスト	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話しをよく聞ける ・ 集中できている ・ 穏やかな表情 ・ 視線が合う ・ 言葉や話しに興味や感心を持つ ・ 親しみを持って聞く ・ わからないことを質問できる ・ イメージや言葉が豊かにできる ・ スムーズに作業ができる ・ 友達と会話ができる ・ その場に落ち着いていられる 				
観察表		(チェック項目の数で分ける)					
2		困った顔イラスト	<table border="1"> <thead> <tr> <th>表情</th> <th>身体的変化</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ 表情に変化見られない ・ 視線を合わさない ・ 泣いている ・ 涙ぐむ ・ 険しい表情 ・ 暗い表情 ・ 過度にしゃべる ・ 活気がない ・ 落ち着かない ・ イライラしている ・ 怒る ・ ぼーっとしている </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・ その場から離れる ・ 違う方向を向いている ・ 作業に没頭する ・ 話しをそらす ・ ふざけておもしろがる ・ 作業がはかどらない ・ ヲツツして落ち着かない ・ 話しを聞いていない ・ 気が散りやすい ・ 寝てしまう ・ 物を破る、投げる ・ 顔を覆う </td> </tr> </tbody> </table>	表情	身体的変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表情に変化見られない ・ 視線を合わさない ・ 泣いている ・ 涙ぐむ ・ 険しい表情 ・ 暗い表情 ・ 過度にしゃべる ・ 活気がない ・ 落ち着かない ・ イライラしている ・ 怒る ・ ぼーっとしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ その場から離れる ・ 違う方向を向いている ・ 作業に没頭する ・ 話しをそらす ・ ふざけておもしろがる ・ 作業がはかどらない ・ ヲツツして落ち着かない ・ 話しを聞いていない ・ 気が散りやすい ・ 寝てしまう ・ 物を破る、投げる ・ 顔を覆う
表情	身体的変化						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 表情に変化見られない ・ 視線を合わさない ・ 泣いている ・ 涙ぐむ ・ 険しい表情 ・ 暗い表情 ・ 過度にしゃべる ・ 活気がない ・ 落ち着かない ・ イライラしている ・ 怒る ・ ぼーっとしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ その場から離れる ・ 違う方向を向いている ・ 作業に没頭する ・ 話しをそらす ・ ふざけておもしろがる ・ 作業がはかどらない ・ ヲツツして落ち着かない ・ 話しを聞いていない ・ 気が散りやすい ・ 寝てしまう ・ 物を破る、投げる ・ 顔を覆う 						
3		怒り顔イラスト					



図1 ケアキットプログラムで用いられたカード

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

子どものトラウマへの標準的診療に関する研究

分担研究者	亀岡智美	大阪府こころの健康総合センター 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
研究協力者	元村直靖	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	瀧野揚三	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	岩切昌宏	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	野坂祐子	大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター
	平山照美	大阪府こころの健康総合センター
	栗木紀子	大阪府こころの健康総合センター
	兼平高子	大阪府こころの健康総合センター
	住田佑子	大阪府こころの健康総合センター
	安部 紫	大阪府こころの健康総合センター
	加藤 寛	兵庫県こころのケアセンター

【目的】 一般の精神科医や小児科医が実践可能なトラウマ診療についてのガイドラインを作成する。

【方法】 (Ⅰ) 米国児童青年精神医学会「児童青年期の PTSD に関する評価と治療のための基準」、国際トラウマティック・ストレス学会「PTSD に対する有効な治療法」第 2 版、英国・国立医療技術評価機構「プライマリケア、セカンダリケアにおける成人ならびに子どもの PTSD のマネジメント」をレビューした。(Ⅱ) 子どものこころの診療医を目指す小児科医と精神科医 65 名を対象に、子どものトラウマ診療について、より質的にニーズを調査した。

【結果】 昨年度と今年度の研究によって、子どものトラウマ診療に関して、現段階で効果が実証されている治療法と、わが国における診療実態のおおよそが明らかになった。欧米で効果が実証され、子どものトラウマ治療の第一選択とされている認知行動療法のいくつかの要素のうち、心理教育とリラクゼーション技法は、一般の診療においても実践可能な要素であると考えられた。また、子どもがトラウマ体験後に示す複雑な病態や、子どもとの面接法、評価方法などが、子どものこころの診療に携わる医師の間で共有されているとは言い難い状況であることが判明した。よって、ガイドライン作成に当たっては、これらの要素を含むことが必要であると考えられた。

A. 研究目的

子どものトラウマへの治療に関して、欧米ではこの約10年間に、かなりの研究が集積されてきており、有効性が実証されている治療技法がいくつか紹介されている。しかし、わが国のこの領域での臨床実践は、未だ緒に就いたばかりの段階である。昨年度の日本児童青年精神医学会の医師会員を対象にした調査においても、トラウマ診療経験のある医師が、従来の伝統的な精神科診療の枠組みの範囲内で、子どものトラウマへの診療を実践していることが明らかになった。

そこで、今年度は次の2つの研究を行った。

(I) 欧米のいくつかのPTSD治療ガイドラインのうち、児童青年期に関する領域のレビュー。

(II) 子どものこころの診療医を目指す精神科医・小児科医を対象とした「子どものトラウマ診療」に関するニーズ調査。

注) 本研究で「子ども」とは、おおよそ就学前後から18歳未満までを指している。

B. 研究方法

(B-I) PTSDガイドラインのレビュー

これまでに発表されているPTSDの治療ガイドラインのうち、児童青年期領域に詳しいのは以下の3つである。これらを概観し、トラウマ症状の評価法、有効性が実証されている治療技法、薬物療法について、現段階で明らかになっている知見をまとめた。

① 米国児童青年精神医学会「児童青年期のPTSDに関する評価と治療のための基準」(2009)¹⁾

② 国際トラウマティック・ストレス学会「PTSDに対する有効な治療法」第2版(2009)⁷⁾

③ 英国・国立医療技術評価機構「プライマリケア、セカンダリケアにおける成人ならびに子どものPTSDのマネジメント」(2005)¹⁴⁾

(B-II) 「子どものトラウマ診療」に関するニーズ調査。

子どものトラウマ診療についてのガイドライン作成に当たり、昨年度実施した調査よりも、さらに質的なニーズを抽出するために、子どものこころの診療医を目指す小児科医と精神科医65名を対象に調査を実施した。対象者は、H21年10月20日に実施された「子どもの心の診療医養成研修」(斎藤班)の「子どものトラウマ」に関する講義の受講者である。講義時間は30分で、内容は①子どものトラウマ診療の必要性 ②子どものトラウマとは ③子どものトラウマ反応と関連病態 ④評価と診断 ⑤治療とケア ⑥治療者のセルフケアなどの項目で構成されたものである。

終了後質問紙により、「子どものトラウマ診療」に関するニーズ調査を実施した。質問項目は、講義の各項目についての理解度を4段階で問うとともに、「もっと詳しく聞きたかった点」「理解できなかった点」などについての自由記述、子どものトラウマ診療についてのガイドラインの利用希望について、などで構成されている。

(倫理面への配慮)

調査はすべて無記名で、統計的処理を行って個人が特定されないようにした。

C. 研究結果

(C-I) PTSD ガイドラインレビュー結果

(1) はじめに

PTSD の診断基準が初めて登場した 1980 年には、子どもの PTSD については明らかになっていないことが多かった。1994 年に発行された DSM-IV の PTSD 診断基準作成のためのフィールド・トライアルの対象に、子どもは含まれておらず、子どもの PTSD 治療に関する実証的データは限定されていた¹⁴⁾。しかし、この約 10 年の間に多くの成果が得られている。このことは、今回対象としたガイドラインが最近大幅に改訂され、子どもの領域についての記述が大きく拡大されていることから明らかである。

一方、わが国でもこれまですでに、米 国 児 童 青 年 精 神 医 学 会 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry、AACAP) による「児童青年期の PTSD に関する評価と治療のための基準」1998 年度版は、清水らによって一部翻訳されている¹⁶⁾。また、子どもの PTSD の歴史と概念の変遷や評価・診断・薬物療法についての廣常らによるいくつかの優れた文献的考察⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹⁵⁾や、「心に傷を受けた子どもの心理・行動障害」についての元村による論文¹²⁾が報告されている。

ここでは、これら既存の国内の論文を参考にしながら、AACAP の 2009 年版¹⁾、国際トラウマティック・ストレス学会 (The International Society for Traumatic Stress Studies、ISTSS) の第 2 版 (2008)⁷⁾、英国・国立医療技術評価機構 (National Institute for Clinical Excellence、NICE) の 2005 年版¹⁴⁾ の各ガイドラインを概観し、子どもの PTSD の評

価法・有効性が実証されている治療技法・薬物療法についてまとめる。

(2) 子どもの PTSD の評価と診断

子どもの PTSD の診断に、成人の診断基準をそのまま使用してよいのかどうかについて、現段階では結論が出ていない。特に前思春期の子どもの基準に、回避麻痺症状を含むことの妥当性が議論されている。一方、子どもの PTSD は、発達段階によって表出形態が異なることが知られているが、概ね 7、8 歳以上の子どもは成人とほぼ同様の PTSD 症状を示すことが知られており、成人の基準で診断可能であるとされている。これらの現状を踏まえた上で、AACAP・ISTSS・NICE のすべてのガイドラインでは、当然のことながら、適切な評価と診断の重要性が強調されている。

3 つのガイドラインは、適切な評価のために、子ども自身から直接トラウマ体験や PTSD 症状について聴取することが重要であるとしている。一般に、養育者や教師などは、子どもの内的体験や感情については、過小評価する傾向がある一方、子どもは、適切に聴取されれば、予想以上に正確に回答できることがわかっている。また、従来の一般的な臨床評価では、PTSD 症状の大部分が明らかにならないという報告もある。このため、面接時には、子どもの自主的な訴えを聴取するだけではなく、個々の子どもの体験に即して、具体的に、PTSD 症状の有無や程度について聴取するべきであるとされている。AACAP では、臨床家が正式な評価をする前に、すべての子どもを対象に、トラウマ体験の有無と PTSD 症状についてスクリーニングするように推奨している。