

必要性があることが推測された。わが国においては、子どもの心の診療に定期的に従事できるレベルを第一段階の専門性とし、さらに、個別領域の専門性を深めるという二段階構造の専門性認証・維持の制度も一つの選択肢として検討されてよいと思われた。

2. 専門性を保証するシステムの検討

A. 研究目的

心の診療の専門性の維持・向上を保障するためには、①必要な知識と技能の整理、②必要な知識・技能を提供できるシステムの構築が必要である。このうち②の具体的な方法としてeラーニングの可能性を検討した。

B. 研究方法

インターネット上に子どもの心の診療に必要な知識に関するホームページを立ち上げることとする。内容は、子どもの心の問題の解説を中心とする。時間的余裕が少ない状況でも簡便に学習できるように、内容の量と情報の提供方法を工夫することとした。

(倫理面への配慮)

本研究は、疾患に関する知識を提供するホームページを作成するもので、患者さんに関する情報は含んでおらず、患者さんに対する倫理的配慮を必要とするものではない。

C. 研究結果

インターネット上にeラーニング用のサイトを立ち上げた。サイトにはパスワードを設定し、不特定多数の人の閲覧を

予防することとした。

コンテンツ(学習内容)としては、現在、最も関心を集めている発達障害と子ども虐待を取り上げた。学習内容の提供形態としては、スライドと解説を画面に提示する形式とし、解説はテキストでの表示の他、音声でも聴くことができるようにした。学習内容は、テーマごとにいくつかの単元に分け、1単元を15分前後で学習できるように工夫した。

最終的には、7テーマ23単元の学習内容を作成することができた。具体的には、発達障害総論2単元、広汎性発達障害6単元、ADHD4単元、学習障害4単元、子ども虐待概論5単元、子どもを代理としたミュンヒハウゼン症候群1単元、医療ネグレクトへの対応手引き1単元である。なお、医療ネグレクトへの対応手引きは、分担研究者が他の研究班で共同で検討した医療ネグレクトに関する対応手引きを、出典を明記の上転載した。

D. 考察

今回、作成したeラーニングコンテンツは、一部分を除き、学習内容を細かい単元に区切ったことでわずかな空き時間で関心のある部分を学習することを可能とし、eラーニングの情報提供形態として有用であると思われた。

ところで、正式のアンケートではないが、完成したeラーニングの内容の一部を研究班内で閲覧したところ、コンテンツ内容の質の保証する方法について危惧する意見が聞かれた。

今回は、eラーニングの可能性を検討することが主な目的であったこともあり、コンテンツは分担研究者が作成した。

コンテンツの内容をより信頼性と妥当性の高いものにするためには、複数の専門家が内容を吟味してコンテンツを作成する方法がとられるべきと思われる。また、コンテンツの最新性を維持するために、定期的更新の方法も検討される必要があると思われた。定期的更新のためには、作成者の負担が少ない更新方法を工夫することが重要と思われた。今後検討していく必要があると思われた。また、学習者のさらなる学修のために、コンテンツの引用文献および関連する文献を掲載することも行われるべきと思われた。

ところで、eラーニングは、情報の方向が一方向性という課題がある。しかし、これは、ある意味eラーニングに必然的に伴う問題とも思われ、eラーニング以外の他の方法でカバーすることを検討していくことが現実的と思われた。

E. 結論

子どもの心の診療に従事する医師の専門性を保障する方法の一つとして、eラーニングサイトを立ち上げた。コンテンツは、発達障害・子ども虐待に関して7テーマ23単元であった。一部の例外を除き、1単元15分程度で学修でき、eラーニングは、自己研修の方法として簡便で有用と思われるが、コンテンツの質の保証が最も大きな課題であることが判明した。この問題への対処としては、複数の専門家によるコンテンツの検討、内容に関する文献の提示、作成者の負担の少ない内容の定期的な更新方法の検討が必要と思われた。

インターネット上に子どもの心の診療を学ぶeラーニングサイトを立ち上げ

た。コンテンツは、現在の子どもの心の問題の代表である発達障害と子ども虐待に関するものとした。学習内容は短時間で学習できる短い単元で区切った。この形態にすることで、わずかな空き時間で関心のある部分を学習することが可能となった。今後、eラーニングの双方向性に欠ける問題点をどのようにカバーするかを検討が必要と思われた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

- 1)宮本信也：発達障害とその周辺への支援 思春期にみられる問題とその支援. 日本小児科医会会報 28：79-82, 2009.
- 2)宮本信也：不安障害、強迫性障害. 小児内科 41supl.：810-817, 2009
- 3)宮本信也：発達障害のリハビリテーション 歴史と現状. MB Med Reha 103：1-7, 2009
- 4)宮本信也：専門医の養成、市川宏伸・鈴木俊介編：日常診療で出会う発達障害のみかた、中外医学社、2009、225-236
- 5)宮本信也：特別支援教育と医療・保健、宮本信也・石塚謙二、西牧謙吾、柘植雅義、青木健監修：特別支援教育の基礎、東京書籍、2009、243-249
- 6)宮本信也：発達障害と不登校、東條吉邦・大六一志・丹野義彦編：発達障害の臨床心理学、東京大学出版会、2010、243-254
- 7)宮本信也：心身症としての心理社会的

背景、田中英高編：起立性調節障害、中山書店、2010、8-9

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

コメディカル・スタッフの専門的育成に関する研究

分担研究者 奥山 真紀子 国立成育医療研究センター
（平成 21 年度までは故庄司順一が分担研究者であった）

研究 1. 心理士、医療保育士、Child Life Specialist (CLS)の資格およびトレーニングに関する比較

研究協力者 相吉 恵（国立成育医療研究センター）
有村 大士（日本子ども家庭総合研究所）
大原 天青（上智大学大学院）
帆足 暁子（ほあし子どものクリニック）
松崎 くみ子（跡見学園女子大学）
古荘 純一（青山学院大学）

研究要旨

まとめとして、現在、小児医療において子どもと家族の心のケアを行っている心理士、医療保育士、CLSに関して、資格およびトレーニングの比較を行った。その結果、状況はそれぞれかなり異なっていた。コメディカルスタッフの資格として、同じような枠組みで資格およびトレーニングに関しての整備を行うことが必要と考えられた。

A. 研究目的

小児科領域の子どもと家族への心のケアを担う心理士、医療保育士、CLSに関して、その資格の状況および養成のトレーニングの状況に関して調査を行った。

に関して、2010年末現在での資格の状況、海外での資格、トレーニングの状況、今後の在り方等に関して検討を行い、それらを比較した。

B. 研究方法

心理士、医療保育士、CLSそれぞれ

C. 結果

その結果、心理士、医療保育士、CLSではかなりの相違が認められた。

1. 資格に関して

1) 国家資格

医療保育士は保育士という国家資格をもった職種のサブスペシャリティーとして学会資格となっている。その他は国家資格はない。特に心理士に関しては国家資格が望まれてきたが、横断的な資格を求め、医療に限った心理士という国家資格は認めないという方向性であった。CLSは国家資格が検討されてきてはいない。

2) 学会資格

上記のごとく、医療保育士はサブスペシャリティーとしての学会資格である。研修が義務付けられ、事例研究論文の提出および口頭試験が要求されている。心理士は「臨床心理士」全体が学会資格である。一定の心理教育を受けていることが条件であり、認定の為の試験に合格しなければならない。しかし、これらは全て成人も子どもも一緒であり、子どもに特化した資格はない。サブスペシャリティーとして日本小児精神神経学会としての資格を検討中である。CLSに関しては学会ではなく、

子どもの療養支援協会がCLSやHPS

(Hospital Play Specialist) に準じる資格を検討し、実施し始めているが、海外のCLSやHPSとは大きな差があり、賛否がある。

3) 海外の資格

医療保育士は日本で発展したが、心理士は海外でも資格があり、アメリカでは博士号を持っている心理士が各州の免許を取得できる。CLSおよびHPSはそれぞれアメリカ、イギリスで発達した職種でありそれぞれの資格がある(付録2)。

2. 養成トレーニングに関して

医療保育士は資格と連動して養成のためのトレーニングが定められている(付録2参照)。小児の為の心理士のトレーニングシステムは確立されていない。CLSおよびHPSに関しては海外において、年余に渡るトレーニングを受けることが条件となっている(付録3)。

	心理士	医療保育士	CLS
資格の状況	国家資格はなく、学会認定 臨床心理士 (日本心理臨床学会) 臨床発達心理士 (発達心理学会) 医療心理士 (日本心身医学会)	国家資格はなく、学会認定 医療保育専門士 (日本医療保育学会)	海外の資格認定
有資格者	21,407名(臨床心理士)	57名	25名(海外で認定)
トレーニング	認定されたトレーニングはない	日本医療保育学会の 資格認定研修(延5日)	海外でのトレーニング(別紙)

D. 考察

それぞれの職種の発達の過程においてその資格およびトレーニングの在り方は様々である。もともと現場の養成により日本で発展してきた医療保育士が、日本にあった養成課程を確立し、診療報酬にもある程度反映されるような資格として認知されてきた。心理士に関しては、小児の特殊性を把握してその知識と技能が担保された心理士としての資格（小児心理士）の確立が求められる。CLSに関してはもともと海外で発展してきたものであり、日本のシステムにどのように合わせていけるかが課題と言える。

小児科領域での子どもと家族の心のケアにコメディカルスタッフの関与は欠かせない。上記3職種に加えて、ソーシャルワーカー等についても検討し、総合的な専門的コメディカルスタッフの養成と資格の在り方を検討する必要がある。

付録1

心理士の役割、資格、トレーニング

1) 小児医療における役割・意義

子どもの抱える問題は心身を切り離して対応することが難しく、身体的なケアと心理・社会的なケアを一つの機関で受けられることは子どもとその家族の負担の軽減に役立ち、対応がより容易な、早期対応に結び付く。医学の進歩に伴って、本人やその家族の意向、希望をよく聴き、選択や決断を支援することの重要性が増しており、「話を聴く」専門家としての心理職の果たす役割は大きい。

2) 現在の資格の状況（日本・海外）

日本：心理の専門性としての国家資格はまだなく、小児医療の領域で働く心理士の多くは、学会認定の形での、臨床心理士（日本心理臨床学会）、臨床発達心理士（発達心理学会）、医療心理士（日本心身医学会）などの資格を持って働いている。心理の専門職の国家資格化にむけて心理学関連の諸学会が協議し調整中である

海外：

米国：臨床心理士：州によって異なるが、Ph.D または Psy.D が前提 ほぼ 精神科医と対等

英国：心理専門職：子どものメンタルヘルスが国家的な課題としてとらえられており、臨床心理学の実践が国家政策によって方針が定められている。子どもの領域では、地域メンタルヘルス、小児医療、保護下にある子どもたちを対象に活動している

3) 現在の日本の有資格者数（わかる範囲で）

臨床心理士（小児専門ではない） 21407名（H21年現在）

4) 資格認定の動向

小児医療の領域での資格認定については、まだ定められたものはないが日本小児精神神経学会で、小児科で働く心理の研修について「臨床研修整備委員会 心理 WG」が検討を進めている

5) トレーニングの状況（認定されたトレーニングがあるかなど）

認定されたトレーニングはないが 医療機関ごとに研修システムを設けている場合があるたとえば 東京大学医学部付属病院 「こころの発達」診療部、東京都立小児総合医療センター心理実習（大学院生むけ）など

6) 養成に関する今後の方向性

できれば 国家資格としての心理職の資格を基礎資格として

①すでに小児医療の領域で活動している心理職の認定システムと 継続研修システムを考える

②これから小児医療での心理臨床活動を目指す人材の養成として学部、大学院、卒後研修における カリキュラムの検討

③具体的には、大規模な養成を考えるのではなく、実践に役立ち、養成機関になるべく負担のかからない方法を考える。そのために全国で、いくつかのモデル施設に協力を要請。できれば 小児科医 児童精神科医 小児精神神経医 心理 が勤務している医療機関で、「その機関で働いてほしい心理士」を念頭においていくつかの機関のスタッフが協議して モデルプログラムを作成し、近隣の心理学関連の大学院とも連携して大学院のカリキュラムに関しても検討

付録 2

日本医療保育専門士の資格とトレーニング

1. 医療保育専門士の資格

「医療保育専門士」は日本医療保育学会認定資格である。この資格は、医療保育の場で働く保育士が、子どもと家族のニーズを的確に捉え、柔軟な発想で保育の実践を展開するための基礎的な知識と技術を有することを示す資格である。資格の基盤にあるのは、日本における保育士の資格を有することと、医療保育現場での常勤としての勤務が申請時に1年以上あること、そして日本医療保育学会認定資格であることから、日本医療保育学会に入会して1年以上であるという3点である。「医療保育の場」とは、現段階では外来保育の場である小児科外来、病棟保育の場である小児の入院病棟、病児保育の場である病児・病後児保育室、そして、障害児施設と多岐にわたっている。また、医療保育士は、医療を要する子どもと家族の不安やストレスを軽減し、発達を促進する専門的な資格であるが、類似した専門職に、臨床心理士や欧米におけるチャイルドライフスペシャリスト、ホスピタルプレイスペシャリスト等がある。医療保育専門士は、保育に専門性をもつ資格であることを基盤としつつ、これらの職種専門性を尊重し、互いに専門性を向上させる役割もある。この資格は、平成21年度から取得者が誕生している。

⑤ トレーニング

医療保育現場における仕事を基盤とした上で、基礎的な学習（計5日間の研修）及び、レポート・事例研究論文の提出、口頭試問に合格しなければならない。

研修科目としては、「1. 医療保育総論」で医療保育の理念や医療のシステム・倫理について学習し、「2. トータルケアとチームワーク」でトータルケアの概念及びチーム医療における保育士の位置づけや協働について学習する。また保育士養成のカリキュラムではほとんど学習しない「3. 小児の疾患と治療」として小児を対象とした解剖生理学・病体生理・薬理学等を学習する。また、保育の専門性でもある「4. 子どもの発育・発達とその支援」においては、これまでの学習を整理し直し、新しい知見をも学習する。「5. 病気の子ども・障害のある子ども・家族の心理」において病気の子ども・障害のある子ども、虐

待を受けた子ども、ターミナルにある子どもの心理や家族の心理と行動等について学習し、「6. 医療保育と支援の技術」では病棟保育、外来保育、病児保育、重症心身障害児の保育や特別なニーズをもつ子どもの保育の実践について学習し、「7. 医療保育とリスクマネジメント」においてセーフティマネジメントの概念やインシデントレポートの活用方法等についても学習する。それぞれの科目についての課題レポート、研修会終了後の研修会課題レポート、事例分析レポートを提出し、全て合格した後、事例研究論文及び口頭試問に合格することで資格が認定される。この過程においてかなりの医療保育専門士としてのトレーニングになると考えられる。また、資格は更新制度をとり、医療保育専門士として仕事に従事する傍ら、常に専門療育における研鑽が求められている。資格認定更新が5年毎に義務づけられ、日本医療保育学会や、研修会並びに関連領域の学会や研修会等への参加、各専門誌への論文掲載にて更新単位取得が課されている。

付録 3

Child Life Specialist とその関連職種の役割、資格、トレーニング

日本では、現在 25 名のチャイルド・ライフ・スペシャリスト（以下、CLS）が病院やクリニックなどの小児医療現場で活動している。いずれも北米に留学して資格を取得・帰国した者である。日本の小児医療や小児看護分野の中でも、CLS の認知度やその必要性の理解は高まりつつあり、日本での養成と雇用が課題となっている。

北米での『チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）』養成は、大学の学士課程や修士課程での養成課程であり、発達心理学（胎児～思春期がメイン）、心理学、家族学、社会学、幼児学童教育、障害児教育、医療知識などを基礎としたCLS専門科目の履修と認定CLSのスーパーバイズのもと最低 480 時間のインターンシップ（600 時間以上から 1000 時間が一般的）を行うことになっている。その後、Child Life Council が行う資格認定試験に合格すると認定資格が得られる。Child Life Council は、各教育機関が養成課程を自己審査するために Child Life Academic Program Self-Review Sheet(2003)を作成し評価できるようになっている。これによると、講義では 12 理論、31 分野を網羅する必要があるとされている。多様化する現代の子ども達の生活環境や家族環境（異文化の慣習や理念、虐待、いじめ、母子家庭、貧困など）の理解と子どもへの支援・介入も含まれている。保育園や病院でのインターンシップでは、施設側の独自のインターンシップカリキュラムを受けるだけでなく、大学とも対になる講義が設けられており理論と実践をつなげていくことが重視されている。CLS は多様な疾患や医療背景、家族社会環境におかれている、患者、きょうだい、家族を専門的に支援する職種であり、北米の大学や大学院教育では、講義とインターンシップを含め、約 2 年間の専門教育が主流。

英国には、『英国資格ホスピタルプレイスペシャリスト（HPS）』が病院で活動しており、日本でも英国で資格を取得した2名のHPSが活躍している。英国の養成課程は約1年であり、360時間（週1回の講義、集中ゼミ）の講義とHPSのスーパーバイズ下で200時間以上の病院インターンシップを受けることになっている。現在、静岡県立短期大学では英国のNational Association of Hospital Play Staff（HPS職能団体）および、Hospital Play Specialist Education Trust（HPS認定を行う英国教育省に認められた団体）の協力を得て、『ホスピタル・プレイ・スペシャリスト・ジャパン（HPSJ）』の養成を行っている。日本で行われているHPSJの養成課程は、11日間の集中講義（88時間）と80時間の病院実習（スーパーバイズなし）で終了証（資格？）が与えられる。

新たな動きとして、子ども療養支援協会が2011年4月から『子どもの療養支援士』の養成を開始することを発表した。養成課程は、13日間（140時間）の集中講義、CLSやHPSの働く病院で最低700時間以上の実習となっている。ホームページでは、HPSやCLSに準ずる専門職の養成を目指すとされているが、教育課程や専門性にはかなりの違いがある。

今後、日本の小児医療の現場ではどのような専門性をもった職種を養成していくことが求められているのか考える必要がある。庄司ら（2009）の研究によると、小児医療を担っている病院では、CLSに対して、特殊な状況下、高いストレス下における子どもや家族（きょうだい含む）へのサポートを期待していた。また、対応が難しい患者や家族へどのように関わればよいかCLSに助言を求めたり、そのような患者・家族への支援をCLSに依頼して一緒に関わっていきたいと考えていた。日本でのCLSの養成においては、医師や看護師らが診療や治療、看護を行う上で困難を感じているような子どもと家族や、様々な危機的状況にある子どもや家族に対して、一緒に多職種で検討・協働し、包括的でより専門性の高い支援・介入を行うことのできる専門職としての役割や位置付けが求められていることが分かる。これらの医療現場のニーズを満たし、子どもと家族へのより良い医療を提供するためには、専門的な養成課程と人材の育成が重要となる。

職種名	講義	臨地実習	資格
認定チャイルド・ライフ・スペシャリスト (CCLS)	大学（4年間） 大学院（2年間）	最低480時間以上 （600～1000時間以上が主流） CCLSのスーパーバイズ	Child Life Council 認定資格
英国ホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS)	360時間 週1回の講義 集中ゼミ	200時間 HPSのスーパーバイズ	英国国家資格
ホスピタル・プレイ・スペシャリスト・ジャパン (HPSJ)	11日間（88時間）	80時間 専門職スーパーバイズなし	養成講座終了証？
子ども療養支援士	13日間（140時間）	700時間 CCLS,HPSのスーパーバイズ	子ども療養支援協会認定資格？

米国 CLS カリキュラムに含まれる理論と分野

[Theoretical Foundations] 12 理論	[Applied Areas of Study] 31 分野
Human development Family systems Attachment Learning Personality Play Education Stress/coping Separation and loss Organizational systems Group dynamics Temperament	Child life practice Child Development Communication Family Relationships Diversity and cultural competence Children with special needs Research methods and statistics etc...

*詳細資料もあり

① 小児医療における役割・意義

- ・心理的ストレスを受けた、あるいは、受ける可能性のある子どものストレス軽減と効果的コーピング支援
- ・発達支援（保育士や看護師と共有する役割ではある。日常生活だけでなく、精神的ストレスを受けるリスクの高い子ども、ストレスや危機的状況下の子どもの成長発達、特に感情や社会面での発達支援）
- ・子どもと家族中心としたケアの推進

② 現在の資格状況（上記参照）

アメリカ：4年間学士（3年目から専門専攻）、2年間の修士課程

日本：なし

③ 現在の日本の有資格者数

CLS として活動しているもの：25名

有資格だが他の職種として活動しているもの（日本在住）：2名（?）

CLS としてアメリカで活動しているもの：3名（不明?）

④ 資格認定の動向

日本ではなし。

⑤ トレーニングの状況

日本での養成トレーニングはなし。

有資格者は、毎年北米で行われる学会にてワークショップや研修を受けている。

日本では、2010年より勉強会が開始された。

⑥ 養成に関する今後の方向性

【養成】

日本での養成は始まっていないが大学や大学院での養成が理想的と考える。

カリキュラムはアメリカのカリキュラムを基本とし、日本独自に必要な科目を追加する必要がある。

【資格】

資格試験や認定授与はアメリカの Child Life Council (チャイルドライフ本部) と提携し検討する必要があると考える (私見)。

【指導者】

有資格者に対しては、日本でのインターンシップ指導者研修、卒後研修を充実する必要がある。

（研究代表者 奥山真紀子）

分担総合研究報告書

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 浜松医科大学児童青年期精神医学講座

研究協力者 海野千畝子 兵庫教育大学

要旨

あいち小児保健医療総合センターにおける子ども虐待の専門外来である子育て支援外来の9年間の資料を基に、子ども虐待の臨床と、その中で展開する精神医学における新たなテーマについて概説を行った。それは、子ども虐待と発達障害、子ども虐待の後遺症と脳へのダメージ、トラウマ処理、性的虐待への対応、社会的養護、発達障害におけるトラウマの影響など多岐にわたる。それぞれが今日のエポックを形作るテーマである。

各々についてまとめ、若手の臨床家が子ども虐待への積極的な関与を実践する意義を論じた。

1. はじめに

児童相談所によせられた子ども虐待の通告件数は、2009年度には44,210件を数え、統計を取り始めた1990年の1,101件に比較したとき、実に44倍になった。さらに忘れてならないのは2005年から市町村も虐待対応の窓口として働いており、重複はあるもののこちらも4万件を超える通告を受け取っていることである。子ども虐待は翌年になれば虐待でなくなると言うことはなく積算される。従って現在の実数は、治療を必要とする数だけでも恐らく子どもの2%から3%前後であろうと推定される。つまり子ども虐待は、今日、子どものメンタルヘルスにおける最重要課題になった。子どもの心の臨床を担当する専門家が、子ども虐

待に遭遇せずに日々を送ることは今日不可能である。しかも、この虐待通告件数の中で性的虐待はわずか3%程度であり、実態からはるかに解離している。今後、児童青年期精神医学における子ども虐待の持つ重みは増すことはあっても減ることはないであろう。

2001年11月に開院した子ども病院、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）心療科に、われわれは子ども虐待の専門外来「子育て支援外来」を開設し、子どもとその親の治療に取り組んできた。爾来9年間が経過するが、医療機関における子ども虐待専門外来は、筆者の知る限りこの外来が未だに唯一である。近年のト

ラウマ臨床創始者の一人であるHerman(1992)は、名著Trauma and Recoveryの冒頭に次のように記している。「心的外傷の研究の歴史は奇妙である。時々健忘症にかかって忘れられてしまう時期がある」。われわれは忘れていたわけではない。だが、対応が後手にまわったことは確かである。この状況は変わらなくてはならない。われわれの9年間における臨床を通して学んだ様々なトピックスを紹介し、精神医学に及ぼす論議について紹介を試みたい。

2. あいち小児センターにおける虐待への対応システム

2001年、あいち小児センター心療科が開設されるに当たって、われわれは幾つかの工夫を行った。1つは曜日ごとに4つの専門外来を並べたことである。これはこうしなければ全ての新患が発達障害で占領されるという予感があった。2001年11月に開院してみると予想通り新患枠はあつという間に埋まり、その後も3週間以上の待機を作らずに踏みこたえた「子育て支援外来」を除き、全ての外来が6ヶ月以上、発達外来に至っては3年余の新患の待機を作った。この状況は啓発活動を基盤にして受診システムを変更し、自ら医療ヒエラルキーを作ることによって、現在は発達外来も4ヶ月程度の待機に短縮させることが出来ている。この問題にここでこれ以上触れることは避けるが、子ども虐待の外来において、待機がなじまないことは言うまでもないであろう。現在、児童青年期精神科領域の専門外来はどこも発達障害の長い待機患者リストを抱えている。子ども虐待に対応するためには、別枠の外来受診が可能なシステムを作ることが

その第一歩なのである。

われわれは親子の平行治療を実施し、加虐側の親にも積極的にカルテを作成した。また2003年には心療科の固有病棟が開設された。ここは閉鎖ユニットを持つ小児科病棟というユニークな病棟であり、行動障害を抱えることが多い比較的重症の被虐待児を入院治療することが可能になった。病棟の開設から今日まで、何らかの被虐待体験を有する児童は常時7割を超え、さらに性的虐待の被虐待児が2割以上という状況が続いている。容易に予想できるように、常に入院児童による問題行動が噴出しているが、看護チームの高い看護力に支えられ、これまでに生じた幾つかの危機を乗り越え、今日では優れた治療機能を維持する病棟に成長した。

あいち小児センターの子ども虐待対応において特筆すべきは、何といても院内保健センターの存在である。ここには1-2名の医師(常勤医師1名、常在ではないが非常勤およびレジデント)と6名の保健師がおり、県内の児童相談所、あるいは市町村の保健センターや自治体の児童課などの窓口となっている。また非常期医師のうち1名は県児童相談所に勤務する医師が兼務をしばらくしていた。この児童相談所に勤務する医師を通して県内の児童相談所が抱える子ども虐待の難治事例が紹介されてくると言う構造になっている。またあいち小児保健医療総合センターは、心療科が大きな柱の一つとなっており、常勤医師4名、常勤心理士5名という比較的豊富な人材が当てられている。「子育て支援外来専門外来」をはじめとする全ての初診外来は、医師と心理士がペアを組み、それぞれ独立して親子に

インタビューや心理テストを行い、それぞれを付き合わせるようにしている。また先に触れたように、親の側も積極的にカルテを作成し、親子の平行治療を実践している。この際に、保健師は、親の側の日常的な相談を受け、時には親の診察に同席し、家族と医師とのつなぎ役を果たしている。カルテを作った親の大多数もまた元被虐待児である。治療開始によって必然的に揺さぶりがかかれば一時的にせよ、より不安定になることは避けられない。外来診療の間をつなぐ、この様な保健センターと保健師によるサポート無しでは容易に深刻な事故が起きるであろう。

院内には、医師、心理士、看護師、保健師、ソーシャルワーカー他による虐待対応チームが作られ、多職種からなる院内虐待ネットワーク委員会が作られた。センター外の機関を加えたケース会議を頻回に持っている。この様なシステムを整え、あいち小児センターは、愛知県の子ども虐待治療センターとして機能するようになった。

3. 子ども虐待の臨床から学んだこと

2001年の開院以来、年間110件程度の子どもと、年間20人程度のその親のカルテを作り、治療を行ってきた。開院した2001年11月から2010年10月までの9年間に、あいち小児センターを受診し治療を行った子ども虐待の症例は1,036名であった。表1はその9年間のデータである。この表で注目をすべきは性的虐待が17%を占めることである。先に述べた様に、公的な統計では性的虐待は3%に過ぎず、恐らくわれわれのデータの方が、実態を正確に反映しているのではないかと考えられる。

これを診断によって分類したのが表2である。診断は基本的にDSM-VIに従っており、例えば広汎性発達障害と反応性愛着障害、反抗挑戦性障害と行為障害は、併存診断をしないようにしている。しかしあえて診断基準における除外診断に従わなかったものがある。それは注意欠陥多動性障害(ADHD)と解離性障害である。解離性障害の存在は、ADHDの除外診断になっているが、子ども虐待による慢性トラウマの影響があったときに、元々の基盤にADHDがあると考えられ、抗多動薬が著効をした症例においてもなお、解離性障害が認められるからである。

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(2001.11～2010.10)

虐待の種類	男性	女性	合計	%
主として身体的	323	145	468	45.17
主としてネグレクト	104	69	173	16.70
主として心理的	109	99	208	20.08
主として性的	55	125	180	17.37
代理ミュンヒハウゼン	2	5	7	0.68
合計	593	443	1036	100

表2 子ども虐待に認められた併存症(N=1036)

併存症	合計	%
広汎性発達障害	300	29.0
注意欠陥多動性障害	162	15.6
その他の発達障害	91	8.8
反応性愛着障害	438	42.3
解離性障害	512	49.4
PTSD	339	32.7
反抗挑戦性障害	202	19.5
行為障害	279	26.9

表2に示すように発達障害診断が可能な者は計53%と過半数を超える。「子そだて支援外来」を開設してみて、最初に驚いたのは発達障害診断の者が過半数を越えるという事実であった。さらに驚いたのは、こ

のことを指摘したのが洋の東西を問わずわれわれが最初であったと言うことである。恐らくこれまで、発達障害臨床に従事してきた臨床家と、子ども虐待臨床に従事してきた臨床家とが分かれていて、われわれのようにその両者のケアを担当するセンターとして働くということが無かったからではないかと考えられる。一方、反応性愛着障害と解離性障害がそれぞれ約半数、反抗挑戦性障害と行為障害を合わせるとやはり約半数になる。

愛着障害に関しては、二つの問題がある。第一は、反応性愛着障害という診断そのものの問題である。これは滅多に生じないと言われてきた。従来は他者にある程度の関心を持つようになったレベルの児童は、反応性愛着障害という診断を付していなかったのではないかと考えられる。それでは、この児童達は何と診断されていたのか。おそらくADHDである。だが、愛着障害が中心にあって、治療的枠組みが全く異なる多動性行動障害を呈する者を筆者はADHDと呼ぶことは出来ない。むしろ、従来の「滅多に起きない」反応性愛着障害とは、元々の広汎性発達障害の基盤に虐待が加わった症例ではないか。子どもが部分的な愛着（虐待的絆）を形成せずに生きることは不可能だからである。この愛着障害診断の狭さは、児童青年精神科医が世界レベルで子ども虐待の症例をきちんと診ていないという事実ではないかと筆者には思える。果たして日本の児童青年精神科医は、子ども虐待をきちんと診ているのだろうか。第二は、われわれは反応性愛着障害の診断を広汎性発達障害診断の者には付していない。しかしながら、広汎性発達障害において愛着は遅れ

るものの成立する。一方、容易に想像できるように、広汎性発達障害と子ども虐待が掛け算になった場合には、重複愛着障害と言わざるを得ない病態が出来上がるので、この国際診断上の規定も発達精神病理学的な観点に立ったとき正しいのか、疑問が残るところである。

解離性障害に関しても、同じ問題が生じる。解離の症状を持つものと、解離性障害とは分けるべきという見解がある。確かに解離という現象の幅を考えれば、解離を呈する者が全て解離性障害ではないであろう。しかしながら子ども虐待においては、現実には圧倒的な過少診断と筆者は考える。その理由は、児童は自分の体験が普遍的と考えているので、尋ねたときに初めて語るという経験を何度もしているからである。解離症状は見られないとケアワーカーが述べている被虐待児に、「お化けが見えていないか？」と尋ねると「うんあるよ」と答えるといった具合である。この解離の存在は、治療上は決定的な問題になる。普通の治療を行っても、健忘のために治療の積み上げが期待できない。数時間前の出来事を想起できない子は少なくない。さらに暴れた後に健忘を残し、事実の振り返りすら困難である。1年間治療を行った後、治療者の名前を答えることができない子どもに遭遇したときは、感動の余りこの現象に「鳥頭症候群」と思わず命名してしまった。

診断を行う目的は診断を組むためである。どれほどの愛着障害を基盤に持つ児童がADHDの診断を附されているのか。どれほど、解離に基づく病理が見逃されているか。われわれは、国際的潮流に流されず、子どものための独自の臨床的視点に立つことが必

要ではないかと考える。

発達障害診断は非常に多いものの、虐待の結果生じる反応性愛着障害の諸症状においては、発達障害に非常に類似した臨床像が含まれることも周知の通りである。症例においては、ニワトリタマゴ渾然として分からないものも多い。その詳細については、これまでも幾つかの報告を行ってきた（杉山ら2005；杉山、2007ab）。しかし筆者は次第に、違った視点から子ども虐待と発達障害の絡み合いを見るようになった。

表2を一読して明らかなように、併存症の合計は100%を遙かに超え、これらの子ども達の臨床的な重さがあらためて認識される。しかも年齢と併存症の関係を見ると、反応性愛着障害の様に幼児期早期から認められるものと、解離性障害、行為障害の様に、幼児期には非常に少なく、学童期の後半から青年期において急に増加するものとが認められる（2007a）。筆者は数百名の被虐待児の診療を続ける内に、この様な一人の子どもが沢山の診断基準を満たすこと、さらに異なるカテゴリー診断を年齢に沿って移行してゆくことこそ、子ども虐待における大きな特徴であることに気付いた。ちなみに後者の現象を、発達精神病理学において異型連続性と呼ぶ（Rutter et al., 2006）。この視点からすれば、発達障害もまた数多くの診断カテゴリーの1つに過ぎないとも言える（杉山、2009）。具体的な症例を診ればそのことがもっとはつきりと理解できる。

症例、初診時 8歳男児 反応性愛着障害、行為障害

生育歴としては、幼児期に母親が死去し養護施設で育った。一見明るく表面的な付き合いでは問題はない。ところが小学校入

学をする前から、突発的に万引きを繰り返し、発覚するたびに指導員と謝りに行く。その時は大声で泣いて謝るのであるが、翌日にまた万引きが繰り返される状態である。些細なことから喧嘩になる。これはふざけてくすぐり合っていたのが徐々に興奮が著しくなり、最終的には殴り合いまで行かずに治まらない。そうしていったん切れてしまうと、大声で怒鳴り泣きわめき、大暴れになり大人が何人かで押さえないと治まらなくなってしまう。さらに同じ施設に入所している、知的な遅れのある幼児を執拗にいじめ、ついに溝に突き落とし大怪我をさせるという事件を起こした。施設は対応に苦慮し、入院治療を行うことになった。薬物療法、精神療法を実施したが、入院させてみると、常時、解離性幻覚があり、さらに夕方から著しいハイテンションで、不眠など生理学的混乱が見られる。また気分変動が認められ、朝方はむしろ抑うつ的に不機嫌なことも多い。認知機能を調べるとIQ78と境界知能であったが、小学校1年生程度の学力に既に遅れが見られ、知的能力よりもさらに学力は落ちていた。極端な不器用もあり、身辺自立レベルで幾つかの課題を残す。

入院後も、他者の物を持ってきてしまうことや、弱い者いじめは続いた。この様な折り、心療科の病棟では全ての持ち物に名前を入れているため、容易に彼が他児のものを盗んだことが明らかになってしまう。医師や看護師が、「あなたが〇〇君のものを盗ったんだよね」と証拠を見せ直面化すると、彼は急に目の焦点が合わなくなりあくびをはじめ、朦朧となることを繰り返すのである。つまり解離反応が生じてしまう。

治療としては、生活環境の調整、薬物療法による気分変動への調整とフラッシュバックへの対応、個人精神療法の開始などを経て、行動は徐々に改善し、半年の入院を経て、情緒障害児短期治療施設への退院となった。

さて、この児童を機械的に診断基準のチェックを行うと、次の様に沢山の診断基準を満たす。ADHD、行為障害、解離性障害、双極性障害、さらに境界知能、学習障害も認められる。この様に、1人の子どもが沢山の診断カテゴリーを示すことが、子ども虐待の大きな臨床的特徴に他ならない。21世紀になって、脳画像診断の発展と共に、子ども虐待が脳に様々なダメージを生じる証拠が提出されるようになった(Tomoda, et al., 2009; Tomoda et al., 2009)。このことは、先の症例の臨床症状を見れば納得が行くことである。睡眠障害、注意力の障害は脳幹の機能に関わる。協調運動障害、認知の問題は間脳および大脳皮質の働きに関連する。衝動行為、対人関係の問題、記憶の障害は大脳辺縁系の問題である。さらに実行機能の問題や、学習の遅れは大脳皮質の機能に関わっている。つまり脳の全体である。最新の脳科学によって提示されている、子ども虐待の脳への影響は、一般的な発達障害に認められるものよりも遙かに甚大で、かつ広範である。筆者はこの事実から、子ども虐待を第4の発達障害と呼んだ(杉山, 2007a)。

臨床においては、数百例を診て初めてわかることがある。この呼称は、様々な論議を引き起こしたが、少しずつ受け入れられるようになって来ていると感じる。

4. 子ども虐待のケアとトラウマ処理

子ども虐待のケアに必要なことをはじめにまとめる。これは既にいくつかの報告を行った(杉山ら, 2005)。なによりも子どもの生活がケアの中心である。安全な生活が確保されていなくては治療が始まらないが実はこのことが非常に難しい。被虐待児は生活スキルに欠落があるものが多いので、その補いも必要である。愛着の修復のためには、愛着提供者が必要である。これが後述する社会的養護では大きな困難になる。さらに様々な問題行動が認められるため行動障害への抑制を行うことも必要になる。治療としては、第1に正しい診断である。これだけ発達障害が多く認められるのであるから、その診断も必要である。ついで、治療として心理教育の役割が大きい。さらに子ども自身への治療、親へのサポートであるが、ここでは解離の統制と、フラッシュバックへの対応が大きな課題になる。子どもへの教育も重要な課題である。先に示したように、子ども虐待の症例は境界知能が多く、さらに知的な能力よりも学力が落ちる。学力の見極めと個別教育プログラムが必要な場合が少なくない。また健康な社会行動スキルの獲得がなされなくては、これまでの悪いモデルの模倣のみに終始することになる。こうして、子ども虐待へのケアはチームが必要である。そしてそのチームの調整および役割分担を実施することが必要になる。

さて、子ども虐待の親子への治療を実施していて、筆者は従来の精神療法では歯が立たないという現実に直面することになった。

患児7歳女兒とその弟、継母である。患