

逆境的小児期体験が子どものこころの健康に及ぼす影響に関する研究

研究分担者 山崎 知克（浜松市子どものこころの診療所）

研究協力者 野村 師三（浜松市子どものこころの診療所）

研究要旨

逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experience : ACE）とは、小児期における被虐待や機能不全家族との生活による困難な体験のことである。ACE は成人期以降の心身の健康に影響を及ぼすという疫学研究結果がフェリッティらによって報告され、現在ではACE 研究として広く知られている。

著者らはACE 研究の一端として「ひとり親家庭」および「乳児院入所児」の保護者と子どもに関する研究結果を報告した。ひとり親家庭に至るまでの逆境的境遇として子ども虐待(OR8.43)、ドメスティックバイオレンス(OR9.70)、保護者の精神科受診(OR3.15)、保護者の被虐待歴(OR3.28)などのオッズ比上昇を認め、診断名別割合の比較では小児期反応性愛着障害(OR3.87)、心的外傷後ストレス障害(OR3.06)、解離性障害(OR7.80)などのより重症疾患におけるオッズ比上昇が認められた。乳児院入所児の研究では、関わりの難しい保護者の半数以上が精神科を受診しており、うつ病(25%)、統合失調症(17%)、人格障害(17%)の診断が上位を占めた。生活歴としては被虐待歴（性的虐待）を有する保護者が多かった。入所児の75.3%には何らかの診断があり、自閉スペクトラム症が56.8%と最多であった。

子どものこころの診療における難治性精神疾患の治療ではトラウマの存在を念頭とした十分なソーシャルワーク情報の収集と、同様にACE を有する保護者にも併行した治療が必要となることがある。今後、子どものこころの診療に対応していくためには、小児科医が家族全体を診ていくとする意識改革が不可欠と考えられた。

1. 逆境的小児期体験が成人期の心身の健康に及ぼす影響について

アメリカの疾病予防管理センター（Centers for Disease Control : CDC）との共同研究者となったフェリッティ（Felitti VJ）らは、逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experience : ACE）¹⁾が成人期以降の心身の健康にどのような影響をもたらすかという疫学研究の結果を1998年に報告した。ACE とは、小児期や思春期に経験した精神的または身体的なストレス要因（親による侮辱、暴言、暴力、性的虐待、ネグ

レクトの他に、家族の誰からも大事にされていない、家族どうしの仲が悪い、誰も守ってくれないと感じた経験）と、子どもの家族における機能不全（別居や離婚による親との別離、母親に対する暴力や暴言の目撃、家族に薬物・アルコール依存やうつ病など精神疾患の罹患があること、家族に自傷行為や自殺企図をする人がいる、または服役中の人がいるなど）の逆境的境遇のことであり、今日では子ども虐待および機能不全家族により歳月の経過によって自然に癒されることができない影響をもたらすと

考えられている。

フェリッティは元々肥満治療の専門家であったが、自身が勤務するサンディエゴ健診クリニックの肥満治療プログラム参加者の中で減量を成功できない 286 名に対して原因究明のための面談をした際に、驚くほどの数の患者から子ども時代のトラウマ(その多くは性的虐待)が語られ、その辛さを解決する方法が食べることになっていることを突き止めた。一部の公衆衛生的問題には、ある種の過去の経験に対する恥ずかしさ、口を閉ざすこと、社会的タブーにより隠されている根本的原因がある²⁾と考えた同氏は、試作を経て表 1 に示す ACE スコア(心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、物質中毒、精神疾患、母親の DV 被害、家庭内に犯罪者がいること)を作成した。同氏が勤務するクリニックを受診した 13,494 人を対象として、CDC との共同研究により ACE スコアと健康状態との関係について調査を実施したところ 9,508 人から回答を得られ、このスコアが高い人ほど健康上のリスクが高くなることが明らかとなった。

表 1 ACE スコア (Felitti VJ, et al. Am J Prev Med 1998;14 より意識・引用)

① 心理的虐待	あなたの親または成人した家族が、あなたを罵る、非難する、嫌がらせをいうことが頻繁にありましたか。
② 身体的虐待	あなたの親または成人した家族が、あなたを押す、掴む、突きとばす、叩くことが頻繁にありましたか。
③ 性的虐待	あなたよりも 5 歳以上年上または大人が、性的にあなたに触れる、性交渉を試みる、または実際にされてしまうことがありましたか。
④ 物質中毒	家族にアルコールまたは薬物中毒の人はいましたか。
⑤ 精神疾患	家族にうつ病または精神疾患の人はいましたか。
⑥ 母親(または義母)への暴力	あなたの母親または義母は、押されたり、掴まれたり、叩かれたり、物を投げつけられるなどの行為を頻繁に受けていましたか。
⑦ 家庭内での犯罪行為	家族に刑務所に収監された人はいましたか。

※ 各カテゴリーは 1~4 項目から構成されているが、そのうち一つでも「はい」と回答があれば、そのカテゴリーは「1」となり、一つもなければ「0」となる。

表 2 に ACE スコアと生活習慣・嗜好・疾病罹患リスクとの関連について示す。高い ACE スコアは高度な肥満・喫煙などの生活習慣や、心筋梗塞・何らかの癌・脳卒中などの疾病罹患リスクなどにおいてオッズ比上昇を認めたが、特に薬物注射や自殺企図においては 10 倍以上と顕著であった。

表 2 ACE スコアと生活習慣・嗜好・疾病罹患リスクとの関連
(Felitti VJ, et al. Am J Prev Med 1998 ; 14 より訳)

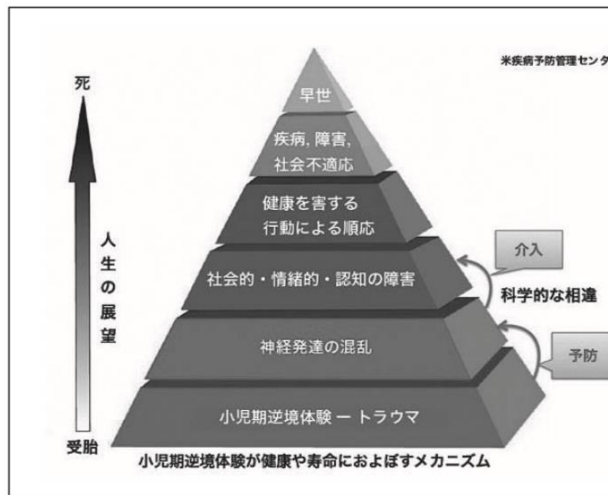
高度な肥満 (BMI $\geq$ 35)	1.6 倍
喫煙	2.2 倍
休日に体を動かさない	1.3 倍
年に 2 週間以上うつ気分あり	4.6 倍
自殺企図	12.2 倍
自分がアルコール依存だと思う	7.4 倍
薬物使用	4.7 倍
薬物注射	10.3 倍
性感染症	2.5 倍
50 人以上と性交渉あり	3.2 倍
心筋梗塞	2.2 倍
何らかの癌	1.9 倍
脳卒中	2.4 倍
慢性気管支炎または肺気腫	3.9 倍
糖尿病	1.6 倍

※ ACE スコア 0 と 4 以上の比較による

小児期に逆境の体験が多いほど、人は社会的、情動的、認知的な問題を抱える可能性が高まり、その結果として喫煙、暴飲暴食の生活習慣の乱れや、薬物依存などの危険行動が増加し、疾病罹患や事故、犯罪による社会不適応をきたして早世(early death)の可能性を高めてしまうことについて、フェリッティらは逆境的小児期体験が健康や寿命に及ぼすメカニズム(図 1)として提唱した。

これら一連の研究は ACE Study と呼ばれて世界的に受け入れられ、フェリッティの後継者や各国の研究者により現在も取組みが継続されている。

図1 逆境的小児期体験が健康や寿命に及ぼすメカニズム（子どもの虹紀要 2017;13³⁾ より引用）



メッツラーら¹⁵⁾は小児期の逆境的体験と教育・就労・収入など社会的機会に関する調査を行い、ACE スコアが‘0’と‘4 以上’との比較で、高校中退（2.34 倍）、失業（2.31 倍）、貧困の程度（1.56 倍）が増悪することについて 2017 年に報告した。ACE 研究の多くは、逆境的小児期体験を有する成人期以降の調査であり、生活習慣⁵⁾¹⁴⁾、疾病罹患⁷⁾⁸⁾⁹⁾、就労・収入⁴⁾¹²⁾¹³⁾、セクシャルマイノリティ⁶⁾、ACE スケールの改良¹⁰⁾など非常に多岐に亘っている。一方で ACE が子どもの心身の健康にどのように影響するのかについては、フラハティ¹¹⁾が実施した縦断的研究において、ACE を有する子ども 933 人のうち 90%以上の子どものが 14 歳までに ACE を有し、27.2%の子どものが診療を要する病気または心身に問題を有することなどが 2013 年に報告されたが、成人期以降の報告と比較して限定的と思われる。

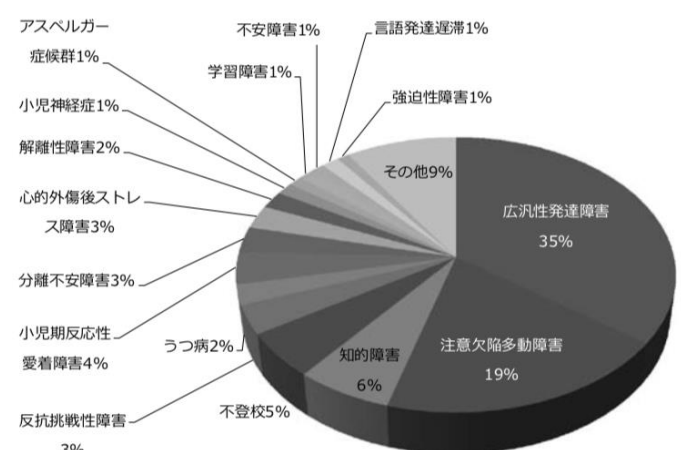
2. 逆境的小児期体験を有する「ひとり親家庭」の子どもたち

わが国において ACE 研究はまだあまり実施されていない。ACE スコアによる分類はなさ

れていないが、2018 年に著者らが報告した ACE による子どものこころの健康への影響に関する研究¹⁵⁾について述べさせていただきたい。

著者の勤務する浜松市子どものこころの診療所は、平成 19 年より政令市となった浜松市により平成 23 年 9 月に設置された児童精神科クリニックである。平成 26・27 年度初診患者 1,451 名の診断別分類（図 2）では広汎性発達障害 35%，注意欠陥多動性障害 19%，知的障害 6%，不登校 5%などとなっている。当院は浜松市における行政的医療を担っているため、子ども虐待により生じる小児期反応性愛着障害 4%，心的外傷後ストレス障害 3%，解離性障害 2%など重度の精神疾患も診療対象としている。初診患者の年齢構成は就学前幼児 31%，小学生 48.4%，中学生 19.8%であった。これとは別に、初診患者の約 15%に相当する 210 名の保護者において診療カルテを作成して親子並行治療を実施した。

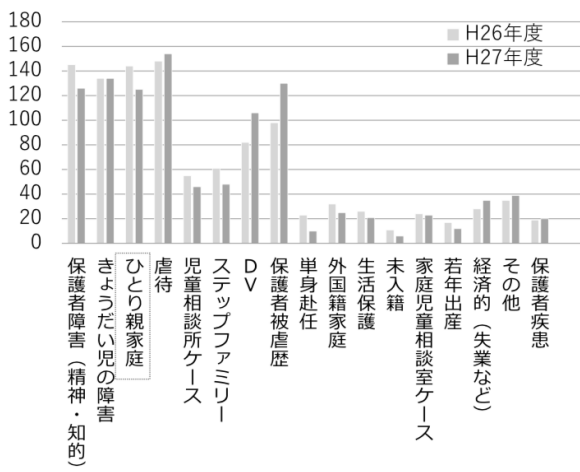
図2 浜松市子どものこころの診療所 平成 26・27 年度初診患者の診断別分類（DSM-IV, 1,451 名）



当院ではソーシャルワーカーにより初診時インタビュー面接を実施しているが、その際に初診患者の 59.8%において何らかの家庭基盤の

脆弱さがみとめられた。重複を含む内訳(図3)では、虐待 20.9%，保護者の精神・知的障害 18.7%，ひとり親家庭 18.6%，保護者の被虐待歴 15.8%，ドメスティックバイオレンス(DV) 13.0%などであった。本研究では「ひとり親家庭」に焦点を当てて検討を実施した。

図3 初診患者における家庭基盤の脆弱さ



当院の平成 26・27 年度初診患者において、きょうだいケースを除く 1,388 世帯中「ひとり親家庭」は 246 世帯と全体の 17.7% (図 1, 母子家庭 211 世帯・15.2%, 父子家庭 35 世帯・2.5%) を占めており、ひとり親家庭の全国的割合 7.6% (母子家庭 6.8%, 父子家庭 0.8% : 厚労省, 2012) ⁶⁾ の割合を上回った。ひとり親家庭となった理由では離婚が 90.6% と最多で、未入籍 5.6%, 死別 3.6% などであった。

ひとり親家庭とその他の家庭における診断名別割合の比較(表3)において、ひとり親家庭では反抗挑戦性障害におけるオッズ比 (Odds ratio, 以下 OR) が 2.02(1.20-3.39, 95%信頼区間, 以下 95%CI), つまり発症リスクが 2 倍であった。以下、小児期反応性愛着障害では OR 3.87 (2.43-6.16, 95%CI), 心的外傷後ストレス障害では OR 3.06 (1.78-5.28, 95%CI), 解離性障害では OR 7.80 (4.12-14.8, 95%CI) であった。

図4 ひとり親家庭の割合 (平成 26・27 年度 1,388 世帯中、246 世帯)

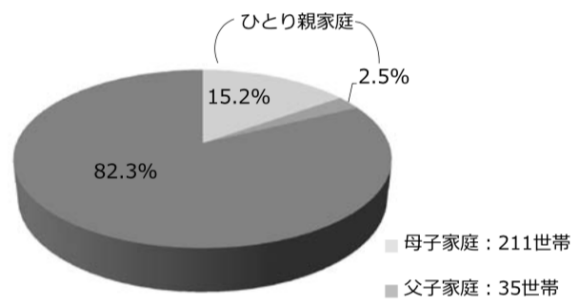


表3 ひとり親家庭とその他家庭における診断名別割合

診断名	全体 (%) N = 1451	ひとり親 (%) N = 269	その他家庭 (%) N = 1182	オッズ比
広汎性発達障害	50.1	36.4	54.7	
注意欠陥多動症	27.7	30.1	27.2	
知的障害	9.0	10.7	8.8	
反抗挑戦性障害	4.9	8.2	4.2	2.02
小児期反応性愛着障害	5.4	13.0	3.7	3.87
心的外傷後ストレス障害	3.9	8.6	3.0	3.06
解離性障害	2.9	9.7	1.4	7.80
うつ病	3.3	3.3	3.3	
不登校	7.6	6.0	8.2	

表4 ひとり親家庭とその他家庭における家族背景の比較 (重複あり)

	ひとり親家庭 N = 269		その他家庭 N = 1182		オッズ比
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	
虐待	159	59.1	173	14.6	8.43
DV	112	41.6	81	6.9	9.70
保護者精神科受診	94	35.0	172	14.6	3.15
保護者被虐待歴	93	34.6	164	13.7	3.28
要保護歴	75	27.9	73	6.2	5.87
施設入所歴	32	11.9	23	1.9	8.69

保護者の学歴では、ひとり親家庭では中卒者 (高校中退を含む) の占める割合が 27.2% と多く、母子家庭の 27.5%, 父子家庭の 25.7% を占めていた。全国平均は 13.8% (厚労省, 2015) ⁶⁾ であり、当院のひとり親家庭における中卒者は約 2 倍と高かった。保護者の就労状況 (表5) では、母子家庭における就業状況ではパート 47.4%, 無職 27.5%, 正規職員 22.3% であり、全国比較でも母子家庭の就業率は低く、非正規就労率が高い結果であった。

表5 ひとり親家庭における就労状況の比較

就業状況	母子家庭 N = 211		父子家庭 N = 35	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
正規職員	47	22.3	20	57.1
自営	6	2.9	7	20.0
パートなど	100	47.4	7	20.0
無職	58	27.5	1	2.9

		当院	全国 **
就業率 (%)	母子家庭	72.5	80.6
	父子家庭	97.1	91.3
非正規就労率 (%)	母子家庭	65.4	57.0
	父子家庭	20.6	12.9

* 非正規就労率：雇用者のうち非正規である割合
 ** 厚生労働省、平成23年度全国母子世帯等調査より

ひとり親家庭では表3に示すように小児期反応性愛着障害、心的外傷後ストレス障害、解離性障害など、子どものこころの診療においてより重篤な疾患のオッズ比上昇が認められた。ひとり親家庭の中では母子家庭が多いが、母子家庭であることが重症疾患を呈する原因ということではなく、母子家庭に至るまでの経緯が子どもと母親にとって逆境的体験になっているという点が結果を理解する上で重要である。家族背景の比較(表4)として、虐待、DV、保護者の精神科受診歴・被虐待体験、子どもの要保護歴・施設入所歴などのオッズ比が上昇しており、ひとり親家庭に至るまでの過程における逆境的体験の存在が明らかにされた。

子どものこころの診療における諸問題の解決を困難にする大きな要因の一つは保護者におけるキーパーソン機能の低下であるが、この原因として母子関係の希薄があり、問題解決以前に子どもの病状をより一層進行させることにつながるため、看過できない大問題である。ひとり親家庭の家族背景の中で最もオッズ比の高いDVについて、バンクロフト¹⁶⁾は「母親の権威をおとしめること」「子どもが頼るべき母子関係を希薄にさせ、子どもの安全感を剥奪すること」など母子への影響として述べている。母親自身が離婚することはできたもののDVによって傷つき、精神的回復が十分でない段階で子どものこころの問題を改善するためにキ

ーパーソンとして取り組むことは非常に困難となる。

ひとり親家庭への支援策として、その保護者は高校中退を含む中卒者が27.2%であり、パートなどの非正規就労率が高いことから、経済的問題を抱えていることが示唆された。貧困により家庭でのコミュニケーションが少なくなり、余暇時間を家族で過ごすにくくなることなどに関しての報告^{17)・19)}は既に多数あるが、貧困は母子関係の希薄さにもつながる大きな問題の一つである。非正規就労の場合には母親が子どもの診療のために時間を捻出できないことが多く、子どものこころの診療の継続性において問題となっている。助成制度等の利用についても支障をきたしている。例えば、母子家庭等医療費助成制度を用いた際に当座の支払いが発生し、DVから逃げているために居場所の特定を恐れて保険証が使えない際には医療費の全額実費負担が必要になることが例としてあげられる。

ひとり親家庭は、世代間連鎖、DV被害、子どもの障害など、自己責任論ではまとめられない様々な要因が重なり合って多くの困難を抱えており、有効な支援がなければ次世代に問題が連鎖することが容易に想像される。その支援の方向性としては、子どものこころの問題をきっかけとして、ソーシャルワーカーによる家族介入によって親子を精神科受診させることが、高いオッズ比を示した精神障害(小児期反応性愛着障害、心的外傷後ストレス障害、解離性障害)の治療と、その背景要因(虐待、DV、保護者のトラウマ)への支援につながる一助となるであろう。しかしそれだけでは不十分で、教育的配慮や経済的負担の軽減など、生活を改善するための包括的かつ重層的な支援が必要となる。わが国が方針としている幼稚園・保育園や公立高校と大学の教育無償化だけではなく、市

役所など公共機関の土日開庁、母子手当の引き上げなど、さらなる制度改革が必要ではないだろうか。6人に1人が貧困家庭の子どもであることを念頭として、その多くの割合を占めるひとり親家庭への支援として何が有効なのか、今後多方面の検討がなされていくことが望まれる。

3. 逆境的小児期体験を有する保護者と乳児院入所児の状況

著者らは2001～2002年に乳幼児虐待事例の研究²⁰⁻²³⁾、2006～2009年に乳児院入所児の保護者に関する研究²⁴⁻²⁷⁾、2013～2015年には乳児院入所児の精神障害に関する研究²⁸⁾について報告した。これらの報告についてもACEスコア分類はなされていないが、乳幼児期に親子分離せざるを得ない保護者とその子どもの状況がどのようなものなのか、ACE研究の一端として述べさせていただきたい。

乳児院は児童福祉法第37条(昭和22年制定)に規定された児童福祉施設である。乳幼児の入所による養育と退所後の相談支援を目的として、全国に131施設が設置され、3,137人の子どもが入所している²⁹⁾。最も多い入所理由は母親の病気などによる養育困難であるが、近年では子ども虐待における親子分離(委託一時保護を含む)が増加している。児童相談所の一時保護所では乳幼児の養育やそのアセスメントが困難であるため、乳幼児の一時保護機能も実質的には乳児院が担っている。児童虐待の防止等に関する法律(平成12年制定)が制定され、児童福祉法制定当時のいわゆる単純養護から子ども虐待の対応へと役割が変わる中で、乳児院に入所する子どもたちの行動やあらわれにも様々な変化が感じられている。

入所理由³²⁾としては母親の病気(精神障害、身体的疾患など)28.3%、虐待またはネグレク

ト23.9%、経済的困窮6.7%、シングルマザー5.5%、両親が行方不明・家出による養育者不在4.8%などとなっている。乳児院の在所期間では、1か月未満25.5%、1～3か月未満13.6%、3か月～1年未満20.2%、1～2年未満19.1%、2～3年未満16.5%、3年以上5.1%となっており、1年未満が59%である一方で、2年以上の子どもが約22%在籍しているため、長期処遇による子どもの影響は十分に考慮されなければならない。乳児院退所後の子どもの行き先³²⁾では、両親・親戚56.6%、里親委託7.3%、養子縁組1.8%、児童養護施設29.2%、母子生活支援施設0.5%などであり、約3割の子どもが児童養護施設に措置変更されている。

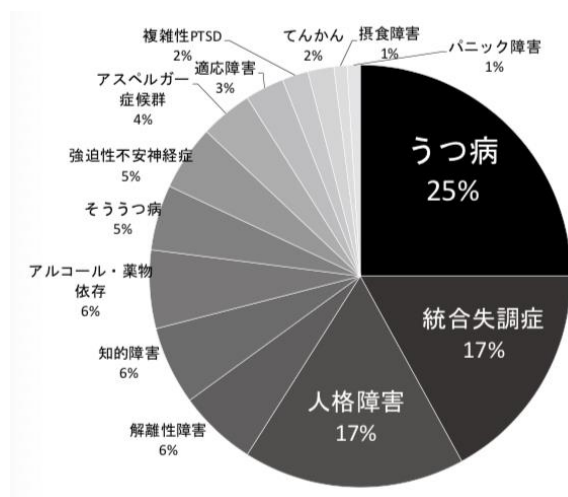
乳児院入所児における関わりの難しい保護者²⁴⁾について「子どもの視点に立てず、非言語的な子どもの気持ちや考えを理解できない」「子どもよりも親自身の立場や考えを優先する」「子どもへの支援や環境調整に必要な関係機関の担当者とのよい関係を築けない」と定義して全国調査を実施し、81施設(回答率67%)より201事例の回答を得た。そのうち12施設28事例についてはヒアリング調査により詳細に検討した。

201事例のうち55%は実母であった。生活保護受給率は68%であり、医療機関受診率67%のうち精神科通院は81%(つまり関わりの難しい保護者の精神科通院は54.3%)であった。親の精神障害(図5)ではうつ病25%、統合失調症17%、人格障害17%、解離性障害6%、知的障害6%などであった。また、親の人格的・精神的な問題について行動分析の結果を列記する(重複を含む)と、親自身の話を聞いてほしい(37%)、被害者意識が強い(36%)、傷つきやすい(30%)、攻撃的行動(27%)、職員への暴言(27%)、気分により子どもへの態度が変わる(27%)、子どもへの愛情表現かが乏しい(27%)、

嘘・ごまかしが多い(25%), 面談中に話の脈絡が合わない (21%), 時間外または突然の面会 (21%), 面会する日によって人格が変わう(16%) などであった. 以上から関わりの難しい保護者のなかには相当数の人格障害が含まれていると想定された.

乳児院におけるヒアリング調査(12 施設, 28 事例)にて詳細な検討がなされた事例では, 重複を含む精神科診断にて人格障害 25 例, 精神遅滞 5 例, 解離性障害 4 例, 統合失調症 3 例, うつ病 2 名であった. 被虐待体験を有する母親は 18 例であり, うち 16 例は幼少期に性的虐待を受けていた. 人格障害は母性的養育の欠如により生じる病態であることが知られており, ネグレクト以上の不適切な養育状況を生き延びて母親となった女性が, 出産後の乳幼児の子育てができずに乳児院入所に至ったという, いわゆる虐待の世代間連鎖が示唆された.

図5 乳児院入所児の「関わりの難しい保護者」における精神障害の内訳(134 名)

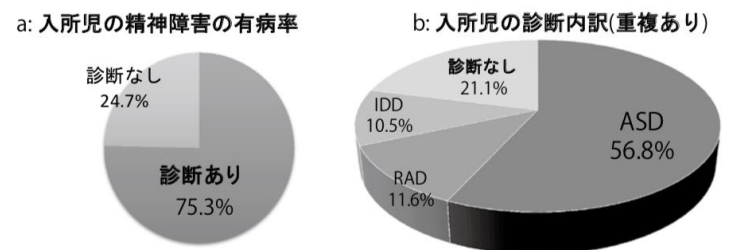


著者らが 2016 年に報告した乳児院入所児の精神障害の有病率に関する研究²⁸⁾では, 2013~2014 年度にある県の乳児院 4 施設に在籍していた生後 6 か月~3 歳 3 か月の全入所児 81 名(乳児 26 名, 幼児 55 名, 調査開始年齢は

6 か月~3 歳 3 か月, そのうち 2 年間調査継続できたのは 23 名)を対象とし, 著者が年 3 回の

診察および調査を実施した. 何らかの精神障害を有するのは 61 名(図 6 ; 乳児 21 名, 幼児 40 名)であり, 有病率は全乳幼児の 75.3%であった. 重複を含む診断内訳にて, 最多は ASD の 56.8%であった.

図6 乳児院入所児の精神障害有病率と診断内訳



発達障害における遺伝率の高さは周知に通りであるが, 乳児院入所児の半数以上が ASD であるとすれば, その保護者の多くも ASD 特性を有する可能性が推察される. 近年は発達障害の診断と治療が普及してきているが, かつて保護者が子どもであった時には発達障害の概念は周知されていなかったため, 周囲の無理解と大人からの過度の叱責などにより ACE を有することになった可能性が想定された. 長期的にみた親子再統合(家庭復帰)を考えていくとすれば, 乳幼児期から親子分離せざるを得ない程の重大な問題を呈している親子双方に治療的関わりを行うことが必須と考えられた. しかし, 乳児院を含めた児童福祉施設で保護者治療が行われていることは稀であり, 子ども虐待における加害者治療を行うためのインフラ整備や法整備はなされていない. 2017 年に発表された新しい社会的養育ビジョン³³⁾においても, 加害者となってしまった保護者の治療については言及されていない. 子どもの幸せを取り戻

していくことができるように、ACE を有する子どもと大人のための治療環境を整備していくことが、まず我が国にとって必要な方針ではないだろうか。

4. 逆境的小児期体験をもつ子どもへのこころの診療における現状と課題

アメリカにおいて、児童保護サービス (Child Protective Service, CPS, わが国の児童相談所に相当) で把握されているよりも遥かに多くの子どもたちが虐待され、それが公衆衛生上の多くの問題に直結する原因となっていることを明らかにしたフェリッティらによる ACE 研究の功績は大きいと言える。児童虐待への対応にかかる費用は、癌・心臓疾患対策への費用より甚大であり、もし児童虐待を根絶できればうつ病を 1/2 以下、アルコール依存を 1/3 以下、自殺を 1/4 以下に減少させることができるとの試算³⁰⁾もある。そのためには ACE を有する人が成人期を迎える前、つまり子どものうちに治療することが必要となるが、そうした子どもの臨床像としてヴァンデアコーク (van der Kolk B)³¹⁾は発達性トラウマ障害 (Developmental Trauma Disorder) という概念を提唱し、その特徴としてトラウマ暴露、調節不全の普遍的パターン、自分や他者と仲良くなっていくことの困難などがあることを報告した。従来そうした子どもたちの多くは、トラウマという観点からの診察が不十分であるために双極性障害、反応性愛着障害、注意欠如多動症 (ADHD)、反抗挑発症、重症気分調節症、間欠爆発症、物質依存症など、発達性トラウマ障害と類似する症状について診断がなされていたが、そうした見立てによる治療は奏功せずに困難症例となっていることが多かった。

発達性トラウマ障害はエビデンスが不十分であることを理由として、残念ながら DSM-5

の診断名として採用されなかったが、その臨床像としてはほぼ等しい複雑性外傷後ストレス障害 (complex PTSD) が ICD-11 に収載されることが決定した。診断基準は従来の PTSD における再体験症状 (フラッシュバック)、過覚醒、回避・麻痺に加えて、気分変動、他者との関係の障害、自己価値観の障害が含まれており、あとの3つは前述の発達性トラウマ障害の特徴でもあるため、診断名が定まることで今後の研究が進展していくことと期待されている。

ここで、警鐘の意味を込めて述べたいことが二つある。

一つは、前述した発達性トラウマ障害の症状を呈する際に誤診されやすい疾患 (双極性障害、反抗挑発症、重症気分調節症、間欠爆発症など) はいずれも ADHD に併存しやすい精神疾患として知られているが、著者ら¹⁵⁾も報告したようにこれらの疾患では何らかの ACE が関与している可能性があることに留意すべきである。逆にいうと、治療困難な ADHD 症例には発達性トラウマ障害や複雑性 PTSD が潜んでいるかも知れないのだが、詳細なソーシャルワーク情報を十分収集できなければ、こうした疾患を有する可能性やこころの診療における疾患の重症度は判断できず、改善できない親子の問題はさらに深刻なものになってしまう。全てのこころの診療において十分に問診聴取されることが望ましいが、少なくとも予想されうる改善を認めない症例では、子ども虐待や何らかの原因によるトラウマの存在を前提として、十分な生活状況の確認を含めたソーシャルワーク情報の収集を行うべきであろう。

二つ目は、脳神経の可塑性³⁾³⁰⁾³⁴⁾についてである。トラウマを特定でき、その治療を適切に行うことができることによって、ACE を通じて他者を脅威と感じ、自分を無力な存在として経験するように自身の人生そのものによって

プログラムされてしまった人々の脳を配線し直し、心を再編成することができる可能性は多くの専門家によって期待されているものである。PTSD によるフラッシュバックや過覚醒状態は漢方を含む薬物療法により症状軽減を図ることができ、患者は日中および睡眠中の安静を確保して生活の質を回復させることができる。トラウマの根治治療のための心理療法として、眼球運動による脱感作と再処理法 (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) やトラウマフォーカスト認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy, TF-CBT) などの手法が確立されており、著者の勤務する診療所ではトラウマに対する薬物療法と心理療法により臨床上の成果を上げている。こうした治療者がわが国にはまだ少ないが、子どもの複雑トラウマには虐待の世代間連鎖が関与していることが多く、ACE を持つ子どもを治療するためには、同様に ACE を有することが多い保護者の治療が必要となる。杉山登志郎氏は「親子併行治療」の必要性³⁵⁾を提唱しているが、これを実施できる治療体制の整備が全国的になされていくことを願っている。

5. 終わりに

わが国の社会問題として述べておかなければならない大きな問題の一つは「自殺」である。自殺件数³⁶⁾は平成 15 年の 34,427 人をピークとして減少傾向であり、平成 29 年では 21,321 人となっているが、平成 28 年度の自殺死亡率は 19.5 (人口 10 万人あたり) は世界ワースト 6 位に相当し、国際比較においても依然として高い水準である。わが国の総人口はすでに減少しつつあるが、その中でも 19 歳未満の若年者の自殺率は増加傾向であり、自殺対策が奏功しているとは言い難い。若年者の自殺防止策として、小児期から安定した親子関係を維持するこ

とができ、子どもが生活上のストレスに遭遇しても長期的な不調に陥らないように適切な方法論と治療を提案できる子どものこころの診療を整備することが不可欠ではないだろうか。こうした状況を踏まえた子どものこころの診療における今後の方向性について、以下の三点を提言したい。

一つ目は、子どものこころの診療をすべての小児科医における基本的な診療範囲として考えるという意識改革である。注意欠如多動症や自閉スペクトラム症など発達障害の有病率は約 10%³⁶⁾であり、不登校 (有病率約 2%)³⁸⁾や子ども虐待 (同 2%)³⁹⁾を含めた当該診療範囲における有病率の合算では 14%に及ぶ。これは喘息 (同 5%)、アトピー性皮膚炎 (同 12%)、食物アレルギー (同 2%) など小児のアレルギー性疾患⁴⁰⁾と比較しても遜色ない程の有病率であり、卒前卒後の小児医学教育における基本領域として位置づけがなされるべきではないだろうか。

二つ目は、小児科医が子どもだけを診療対象とせずに家庭の問題すべてを守備範囲にするという意識改革である。従来から小児科医には **another side of Pediatrics** という考え方があり、保護者や子どもを取り巻く環境や生活そのものへの対応を大切にしていこうという信念がある。子どもだけではなく、親自身の生活、保育園・幼稚園や学校環境を考える視点を重視し、家庭生活全般を見ていく視点はこころの診療だけではなく全ての診療領域で求められるものであろう。さらに、子どもと同様の精神的問題を抱える保護者に対して、子どもと並行した治療を行うことで改善し、キーパーソン機能を再構築できるようにできれば良いが、同一施設で親子並行治療が難しい場合には大人の治療機関との連携により保護者の診療が円滑になされていくことが望ましい。

三つ目は、前述の視点を持って生活そのものを改善するためにコメディカル職員(ソーシャルワーカー、臨床心理士等)を積極的に配置することである。十分な情報収集をしたうえで多角的評価を行い、親子双方への専門的な関わりを効果的に実施することができる。今後は家庭や園・学校に出向いて、家族や教諭などの協力で生活場面での環境調整を直接実施できる精神科訪問看護、保育所等訪問事業など個別支援が求められる時代へと推移するのではないだろうか。

子どものこころの診療では、特に市町など行政との緊密な連携構築がとても重要である。近年では保険診療点数や制度改正などにより改善傾向ではあるが、前述したソーシャルワークや療育的関わりは不採算な場合が多い。また子どものこころの診療には地域の保健所や保健センター、社会福祉課、児童相談所、教育委員会、園・学校と緊密な連携が必要となるため、行政が連携の要として一義的に関わり、必要に応じた予算措置を講じることができるかどうかは地域の問題解決の成否に関わる最重要事項である。行政の一義的参画のためには公設の大学や治療機関が地域の子どものこころの診療に注目し、積極的にその役割を担うことがまず必要となるため、関係各位におけるさらなる尽力を期待したい。本稿が親子の幸せを日々考えて臨床に従事されておられる方々の一助になることができれば幸甚である。

【引用文献】

- 1) Felitti VJ, Robert FA, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med* 1998; 14:4:245-258.
- 2) Nakagawa DJ(著), 清水由貴子(訳). 小児期トラウマがもたらす病—ACEの実態と対策. バンローリング株式会社. 東京. 2018;31-38.
- 3) 友田明美. 公開講座「子ども虐待と脳科学」. 子どもの虹紀要 2017;13
- 4) Anda RF, Fleisher VI, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *The Permanente Journal* 2004; 8:1:30–38.
- 5) Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatry Services* 2002; 53:8:1001–1009.
- 6) Andersen JP, Blosnich J. Disparities in adverse childhood experiences among sexual minority and heterosexual adults: Results from a multi-state probability-based sample. *PloS One* 2013; 8:1: e54691.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>.
- 7) Brown DW, Anda RF, Tiemeier H. et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 37:5: 389–396.
- 8) Centers for Disease Control and Prevention. Adverse childhood experiences reported by adults in 5 states. *Morbidity & Mortality Weekly Report* 2010; 59:49: 1609–1613.
- 9) Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood.

- Journal of Affective Disorders 2004; 82:2: 217–225.
- 10) Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. Improving the adverse childhood experiences study scale. JAMA Pediatrics 2013; 167:1: 70–75.
- 11) Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, Harvey EM, et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. JAMA Pediatrics 2013; 167:7:622–629.
- 12) Liu Y, Croft JB, Chapman DP, et al. Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five U.S. states. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013; 48:3: 357–369.
- 13) Metzler M, Merrick MT, Kleven J, et al. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. Children and Youth Services Review 2017; 72: 141–149.
- 14) Ye D, Reyes-Salvail F. Adverse childhood experiences among Hawai'i adults: Findings from the 2010 Behavioral Risk Factor Survey. Hawai'i Journal of Medicine & Public Health 2014; 73:6: 181–190.
- 15) 山崎知克, 青田奈津紀, 野村師三, 他. 子どものこころの診療における「ひとり親家庭」の現状と課題. 子の心とからだ 2018; 27:3:332-339.
- 16) Bancroft L, Silverman JG. The Batterer as Parent. Addressing the impact of Domestic Violence on family dynamics. (邦題 DV にさらされる子どもたち) pp.18-30. 金剛出版. 2004.
- 17) 水無田気流. シングルマザーの貧困. pp.15-52, 131-174. 光文社新書. 2014.
- 18) 阿部彩. 子どもの貧困—日本の不公平を考える. pp.39-72. 岩波新書. 2008.
- 19) 子どもの貧困白書編集委員会. 子どもの貧困白書. pp.10-65. 明石書店. 2009.
- 20) 山崎知克, 帆足英一. 乳幼児虐待事例への初期介入における課題. 児精経誌 2001; 41:4:383-92.
- 21) 山崎知克, 帆足英一: 乳幼児虐待事例への“介入と援助”に必要なリスク評価. 児精経誌 2002; 42:1:5-14.
- 22) 山崎知克, 帆足英一. 乳幼児虐待事例における再統合の現状と課題. 児精経誌 2002; 42:3:321-31.
- 23) 齊藤和恵, 山崎知克, 庄司順一, 他. 乳児院入所児における気質調査-愛着形成成功群・困難群における児の気質の経年的変化と背景因子としての生育環境による気質の1考察. 小児の精神と神経 2011; 51:4: 365-375.
- 24) 財団法人こども未来財団助成研究 平成18年度「乳児院における関わりの難しい保護者への対応マニュアル作成に関する調査研究」報告書(主任研究者 山崎知克)
- 25) 財団法人こども未来財団助成研究 平成19年度「愛着形成において個別対応に必要な乳幼児に関する調査研究」報告書(主任研究者 山崎知克)
- 26) 財団法人こども未来財団助成研究 平成20年度「乳幼児における愛着状態の評価と愛着形成に関する調査研究」報告書(主任研究者 山崎知克)
- 27) 社会福祉法人社会福祉事業研究開発基金 特別助成 平成22年度「乳幼児愛着評価

尺度の策定に関する調査研究」報告書
(主任研究者 山崎知克)

- 28) 山崎知克, 齊藤和恵. 乳児院入所児における精神障害の有病率調査と診断スクリーニングの検討. 子の心とからだ 2016; 25:1:2-8.
- 29) 山崎知克(編著): 健康および安全の実施体制. 子どもの保健 I. 建帛社. 2011;146-150.
- 30) van der Kolk B(著), 柴田裕之(訳). 身体はトラウマを記録する. 紀伊國屋書店. 2016;247-248.
- 31) van der Kolk B. Developmental Trauma Disorder. Psychiatric Annals 2005;401-408.
- 32) 社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国乳児福祉協議会:平成 26 年度全国乳児院入所状況実態調査・全国乳児院充足状況調査報告書 2016;13,24-25.
- 33) 厚生労働省ホームページ.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000173888.pdf>
<H30.10.31 閲覧>
- 34) 友田明美. 虐待が脳を変える-脳科学者からのメッセージ. 新曜社. 2017.
- 35) 杉山登志郎. 子育てで一番大切なこと-愛着形成と発達障害. 講談社現在新書. 2018.
- 36) 警視庁ホームページ.
<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html>
<H30.10.31 閲覧>
- 37) 文部科学省ホームページ (通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について)

http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (H30.10.30 閲覧)

- 38) 文部科学省ホームページ (不登校児童生徒への支援)
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2016/08/01/1374856_2.pdf (H30.10.30 閲覧)
- 39) 杉山登志郎. 子ども虐待という第四の発達障害. 学研のヒューマンケアブックス. 2007; 20.
- 40) 厚労省ホームページ (アレルギー疾患の現状等)
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10905100-Kenkoukyoku-Ganshippeitaisakuka/0000111693.pdf> (H30.10.30 閲覧)

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・岩崎美奈子, 山崎知克: 母親のアタッチメント・スタイルを考慮した心理社会的支援の有用性—治療継続に支障をきたした発達障害児 6 症例における検討—. 小児の精と神 56(4). pp.353-360. 2017. 1.
- ・淵野俊二, 伴侑里亜, 山崎知克: 配偶者暴力(DV)にさらされた幼児の安定化と絵本によるトラウマナラティブおよび眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)を用いた治療の有効性. 子の心とからだ 26(3). pp.261-269. 2017. 11.
- ・山崎知克, 齊藤和恵, 他: 子どものこころの診療におけるひとり親家庭の現状と課題. 子の心とからだ 2018, 27(3): 332-339.
- ・山崎知克: 子どものこころの診療における時代変遷とパラダイムシフト. 小児心身の広場. 子の心とからだ 2018;27(1): 84-87.

- ・山崎知克：逆境的小児期体験が子どものころの健康に及ぼす影響。日児誌 123(5): 824-833, 2019
- ・山崎知克：アタッチメント理論に基づく発達性トラウマ障害における親子並行治療の必要性。日小医会報 58: 76-80, 2019
- ・山崎知克：ADHD（小児期）。XIV発達障害と児童・思春期精神疾患。精神科 35 特別増刊号：516-523。科学評論社。
- ・山崎知克：発達性トラウマ障害。第2章 各分野における 2018 年度の動向。発達障害白書 2020 年版：50-51。明石書店。
- ・山崎知克：変換症（転換性障害）。初学者のための心身医学テキスト。南山堂
- ・山崎知克：解離症（解離性障害）。初学者のための心身医学テキスト。南山堂
- ・山崎知克：身体症状症。初学者のための心身医学テキスト。南山堂
- ・山崎知克：変換症／転換性障害（機能的神経症状症），過換気症候群。小児内科増刊号 2018;50。東京医学社。

2. 学会発表

- ・山崎知克：子どものころの診療における現状と課題。モーニングセミナー 1。第 64 回日本小児保健協会学術集会。大阪府。2017。6。
- ・山崎知克，岩城貴美枝，杉山登志郎：小児精神診療における「ひとり親家庭」の現状と課題。一般口演。第 113 回日本精神神経学会学術集会，名古屋。2017。6。
- ・山崎知克：ひとり親家庭と乳児院研究から見えてきた親子の実情。教育セミナー 1。第 35 回日本小児心身医学会学術集会。金沢市。2017。9。
- ・淵野俊二，山崎知克：安定化と EMDR を用いた DV 被害母子の一症例。一般口演。第 35 回日本小児心身医学会学術集会。金沢市。2017。

9.

- ・重野桂，山崎知克：育児負担を抱える親に対するペアレントトレーニングの有効性。一般口演。第 29 回日本発達心理学会。仙台市。2018。

3.

- ・山崎知克：ADHD の薬物療法における新たな可能性—グアンファシンの臨床経験から見えてきたこと—。ランチョンセミナー。第 19 回日本サイコセラピー学会。札幌市。2018。5。
- ・山崎晃子，山崎知克：言語理解と発話開始タイミングに解離のある症例の検討。一般口演。第 119 回日本小児精神神経学会学術集会。東京。2018。6。
- ・山崎知克，中泉享子，他：注意欠如多動症の薬物療法におけるグアンファシン塩酸塩の治療成績。一般口演。第 36 回日本小児心身医学会学術集会。さいたま市。2018。9。
- ・重野桂，山崎知克，他：医療機関におけるペアレントトレーニングの有効性。一般口演。第 36 回日本小児心身医学会学術集会。さいたま市。2018。9。
- ・永光信一郎，山崎知克，他：ライフステージからみた親子の心の診療のための多職種連携に関する研究。一般口演。第 36 回日本小児心身医学会学術集会。さいたま市。2018。9。
- ・村上佳津美，山崎知克，他：小児科視点からみた親子の心の診療に関する課題整理と対策—親子の心の診療アンケート調査結果から—。一般口演。第 36 回日本小児心身医学会学術集会。さいたま市。2018。9。
- ・山崎知克，他：Guanfacine による ADHD 薬物療法の臨床経験。一般口演。第 59 回日本児童青年精神医学会総会。東京。2018。10。
- ・山崎知克，他：虐待された子どもへの支援とトラウマ治療における現状と課題。シンポジウム。第 24 回日本子ども虐待防止学会学術集会。岡山市。2018。12。

・井上恵里, 山崎知克, 他: ことばの遅れを有する子どもの初回 K 式下位検査と言語機能促進との関連について. 一般口演. 第 120 回日本小児精神神経学会学術集会. 東京. 2018. 12.

・山崎知克: 逆境的小児期体験が子どもに与える影響. 浜松市子どものこころの診療所における子ども虐待の介入と治療—精神科訪問看護システムとトラウマ治療の現状と課題. シンポジウム. 日本小児心身医学会 第 18 回東海北陸地方会 (会頭: 山崎知克). 浜松市. 2019. 3.

・井上恵里, 山崎知克, 他: ことばの遅れを有する子どもの初回 K 式と認知・言語機能促進の関連性について. 一般口演. 日本小児心身医学会 第 18 回東海北陸地方会 (会頭: 山崎知克). 浜松市. 2019. 3.

・山崎知克: 「多動」を主訴とする症例の診断と鑑別および注意欠如多動症児への支援について. 発達障害診療 update 2019. シンポジウム. 第 61 回日本小児神経学会. 名古屋市. 2019. 6.

・山崎知克: アタッチメント (愛着) の機能とその状態. 子育ての精神保健～子育てに悩む親とともに～. シンポジウム. 第 30 回日本小児科医会総会フォーラム in 京都. 2019. 6.

・山崎知克, 他: ADHD に対して Guanfacine を用いた薬物療法の臨床経験. 一般口演. 第 115 回日本精神神経学会学術総会. 新潟市. 2019. 6.

・山崎知克, 奥山真紀子, 他: 子どものトラウマおよび子ども虐待に関する日本小児精神神経学会の取り組み. ポスターセッション. 第 115 回日本精神神経学会学術総会. 新潟市. 2019. 6.

・永光信一郎, 山崎知克, 他: 親子の心の診療マップ (女性版・子ども版・親版) の作成—「気づき」と「つなぐ」. 一般口演. 第 37 回日本小児心身医学会学術集会. 広島市. 2019. 9.

・永光信一郎, 山崎知克, 他: 小児特定疾患カウンセリング料の適応拡大に向けた実態調査 (秋のアンケート). 一般口演. 第 37 回日本小児心身医学会学術集会. 広島市. 2019. 9.

・岩崎美奈子, 山崎知克, 他: 養育者の心理的特徴が ADHD 児の治療経過に及ぼす影響についての検討. ポスターセッション. 第 122 回日本小児精神神経学会. 福井市. 2019. 11.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし