

*** 学術集会記録 ****

平成24年度 子どもの心の診療ネットワーク事業 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科セミナー

共催：こども医療センター児童虐待対策会議

- 日 時 平成24年8月25日（土） 15時～18時15分
場 所 ウイング横浜（ゆめおおおかオフィスタワー5階）
主 題 神奈川県立こども医療センターにおける児童虐待の対応
司 会 児童思春期精神科 新 井 卓
演 者 ①当院における児童虐待対策の現状
児童思春期精神科部長 兼 児童虐待症例検討部会座長 新 井 卓
②虐待症例検討部会を通して保護に至った代理ミュンヒハウゼン症候群の一例
児童思春期精神科 豊 原 公 司
③虐待は起こるべくして起こるのか？虐待のカテゴリー別リスク因子の検討
総合診療科 田 上 幸 治
④母の前で虐待通告を行ったダウン症の一例
児童思春期精神科 南 達 哉
⑤精神科的支援により状況改善をみた注意欠陥多動性障害（ADHD）の被虐待例
児童思春期精神科 藤 田 純 一
⑥こころの診療病棟における被虐待症例の入院治療
児童思春期精神科 庄 紀 子
②④⑤は症例提示のため要約のみ

はじめに（新井卓）

平成20年度に厚生労働省のモデル事業として3年間の期間限定で始まった子どもの心の診療拠点病院機構推進事業において、当センターが診療拠点病院に指定された。平成23年度には子どもの心の診療ネットワーク事業と名称が変更された。この事業の一環として本セミナーを始めてから早4回目を迎える。本セミナーは、①小児科の先生方に児童精神科の診断および治療技法を紹介し小児科診療の一助にさせていただくこと、②小児科の先生方に児童精神科診療の実際を知っていただきお互いの実情に合わせた適切な連携が出来るようになることを目的に始め、過去3回は3人の児童思春期精神科医師がそれぞれのテーマに沿った講義を行う形式で実施した。

今回は当院における児童虐待への対応が他施設の専門職の方々の参考になるのではないかと考え企画した。児童思春期精神科における児童虐待症例の治療に加え、児童虐待症例検討部会の現状や、当院総合診療科の田上幸治先生のご協力を得て当科では通常診療する機会が少ない乳幼児揺さぶられ症候群の特徴などに関する講義も盛り込み、虐待に関する包括的な内容になるように構成した。参加申し込みをお断りせざるを得ないほどの盛況でありこの分野への関心の高さが伺われた。神奈川県内のみならず県外からの参加もあり、当日は25名の医師と76名の医師以外の専門職の方に参加していただいた。質疑応答が活発になされ、アンケート調査においても内容が包括的かつ具体的で分かりやすかったと好評であった。

こども医療センター児童虐待対策会議の活動 (新井卓)

1) こども医療センター虐待対策事業の沿革と組織の概要

当センターではそれまで、症例ごとに各診療科や関連部署がその都度対応してきた児童虐待対応を、平成9年度より同年2月19日に施行された「こども医療センター児童虐待対策会議設置要綱」に基づいて保健福祉相談室が中心となって行う方針となり、児童虐待対策会議およびその下部組織として児童虐待症例検討部会が開催されることになった。その理念はいうまでもなく「院内における児童虐待の早期発見、適切な対応および再発予防」である。

児童虐待対策会議は、当センターにおける児童虐待対策事業の運営や活動全般に関する確認および決定の場となっている。病院長を座長として年2回の定例会議に加え、必要時に話し合いが行われる。年2回の定例会議のうち、1回は神奈川県・横浜市・川崎市・横須賀市および相模原市の児童相談所の虐待対策の担当者を招いての連携会議の形式をとっている。各地域および当センターでの児童虐待の現況・対応あるいは課題に関する情報交換および当センターからの話題提供などが行われる。

2) こども医療センター虐待対策事業の主な活動内容

主な事業内容は、児童虐待の早期発見と症例検討・関係機関への通告、院外虐待事例に関する医学的支援、地域虐待関連会議等への参加、広報普及活動の4つである。児童虐待の早期発見と症例検討・関係機関への通告については、児童虐待症例検討部会の活動の実際として後述する。院外虐待事例に関する医学的支援とは、主として児童相談所などの地域福祉機関からの客観的な医学診断などの依頼に応ずるもので、具体的には院外での事例の頭部CTやMRIを中心とする画像診断に関するコンサルテーションであり、平成23年度は5件の依頼に応じている。さらに、主として保健福祉相談室の児童虐待対策担当者が、国や地域で開催される児童虐待関連の会議やセミナーに参加し、児童虐待対策にアップデートの情報収集や相互の情報交換を行っている。また、院内職員向けに当センターの児童虐待対策事業に関する普及啓

虐待事例発生時の対応の実際

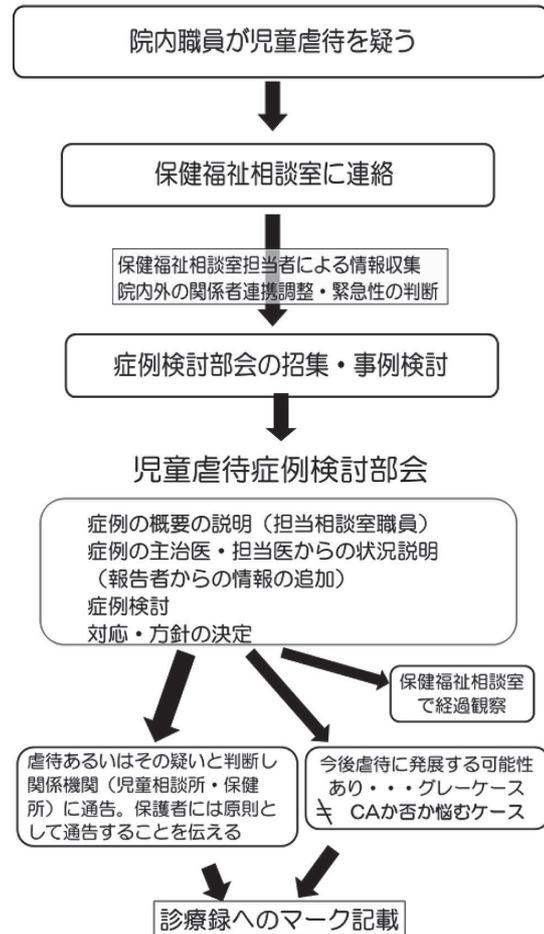


図1 児童虐待症例の対応の流れ

発活動として、院内外の講師によるセミナーを複数回開催している。

3) 児童虐待症例検討部会の活動の実際

①緊急児童虐待症例検討部会 (以下、緊急症例検討部会)

児童虐待事例が発生した際の具体的な対応の流れを図1に示す。院内職員が「これは児童虐待ではないか」といった疑いや迷いをもった際には、まず保健福祉相談室に連絡をするよう周知している。その後、保健福祉相談室の担当者は当該事例に関する情報をできる限り収集する。場合により、地域福祉機関への情報の照会も行う。同時にその緊急性を勘案して、座長 (児童思春期精神科部長) が緊急症例検討部会を招集する。緊急症例検討部会は、児童相談所の緊急介入の必要性などに応じ

て早ければ事例発生の当日に招集される。同部会では、保健福祉相談室担当者からの事例の概要の説明、当該患者主治医あるいは担当医および関係者からの情報提供の後、症例検討を行う。検討の結果、その症例が虐待あるいはその疑いと判断された場合は、地域の児童相談所あるいは保健所などの関係機関への通告を行う。その通告に関しては、原則として保護者にその旨を伝えることとしている。一方、検討の結果、現時点で児童虐待とは判断できないにしても、社会経済的背景・社会心理的背景あるいは養育全般の状況などから、今後虐待に発展する可能性があると考えられる症例については、グレーケースとして、児童虐待を視野に入れた見守りおよび子育て支援の対象とする。また、上記のいずれにも当てはまらない症例についても、保健福祉相談室が経過観察していくこととする。さらに、上述の通告を行った症例とグレーケースと判断された症例の診療録には、外来担当医および看護師などが判別可能なマークをいれ、児童虐待の再発の防止および早期発見に努めることも緊急症例検討部会の業務となっている。

緊急症例検討部会で話し合われた特殊なものとして、通常の治療を行えば救命可能な先天性疾患などに対する治療に対して、保護者がその治療を拒んだ症例がある。治療スタッフによる保護者への繰り返しの説得などに保護者が応じないために、医療ネグレクトとして保護者の親権の一時停止などの措置を視野に入れ、地域の児童相談所に虐待通告を行った。

また、この緊急症例検討部会が招集される特別な業務として、脳死下臓器提供における、「当該症例の児童虐待の否定」というものがある。脳死判定および脳死下臓器提供については、その関連法律が平成21年7月に一部改正が行われ、平成22年7月から15歳未満の小児からの脳死下臓器提供が可能となった。臓器提供施設として当センターも該当するため、その対応の整備が進められた。その詳細は脳死判定・脳死下臓器提供マニュアルにまとめられているが、その中で、主治医あるいは診療科長が患者の臨床的状態を踏まえたうえで家族に対して「脳死判定の提示」を考慮した場合、脳機能の評価がきちんとなされていること、病前に知的障害がないこと、原疾患に関して確実な診

断や治療がなされていること、さらに現在の状態になった原因のみならず、その子どもの養育の背景にも児童虐待の可能性がないことを確認することが求められている。この「児童虐待の否定」は、脳死下臓器提供を進める上で第1段階に位置付けられており、その後複数回行われる「脳死判定に関する委員会」「脳死判定臓器提供実施本部会議」「脳死判定臓器提供倫理委員会」あるいは実際の脳死判定に先立って、緊急症例検討部会において検討される。その際、厚生労働省の推奨する19のチェック項目からなる「脳死下臓器提供者から被虐待児を除外するマニュアル」に沿って、脳死に至った原疾患が虐待（ネグレクトを含む）によるものではないことに加え、原疾患との関連がなくても現在および過去にあらゆる虐待がないことを確認する。

②定例児童虐待症例検討部会

児童虐待症例検討部会の実際の活動には、上述した緊急症例検討部会とは別に、定例児童虐待症例検討部会（以下、定例症例検討部会）があり、毎月第1月曜日の17時30分から行われている。その検討内容は、主として当センターに受診している患者がすでに地域関係機関で児童虐待事例として取り扱われていることが判明した症例についてのいわゆる追認業務で、症例の情報の確認と整理および担当職員への周知のために診療録へのマークを入れるための報告である。また、妊娠末期まで定期健診などをせず、出産医療機関が未定のまま当センター周産期医療部に緊急搬送された、いわゆる飛び込み出産など明らかに今後の児童虐待リスクが高いと思われる症例については、“母性グレーケース”とする取り決めをしており、これらの症例報告もこの定例症例検討部会で行われる。

平成23年度に緊急症例検討部会は11回、定例症例検討部会は13回開かれ、49症例について検討された。検討された症例のうち25症例が虐待あるいはその疑い、7例がグレーケースとなった。また、児童相談所などの関係機関に通告したのは11例で、その他14例はすでに児童相談所で児童虐待として対応されていた症例の追認症例である。

③症例検討部会での検討課題

これまで、多くの検討会が開かれてきたが、時に課題としてあげられることとして「実際の虐待

者であることが多い保護者に対して関係機関への通告を説明することの是非」がある。通告後介入する関係機関としては、「病院からの通告がありましたので」という前提があった方がよりスムーズな介入や支援につながると言われている。しかし、日頃診療をしている主治医や担当医にしてみれば、そう簡単なことではない。その際に、病院の専門部署での話し合いの結果、そう判断されたという説明の仕方が担当医の負担を軽減することもある。また、児童虐待の通告の説明をすることで、通院という行為そのものの中断につながる危険をはらんでいる場合もある。

また、頭部外傷などの生命にもかかわる問題が児童虐待による疑いが濃厚である場合などに、虐待の通告ではなく、傷害事件としての警察通報を行うことについて、時に話し合われることがある。子どもが死亡した際には異常死としての警察通報は通常行われているが、それ以外の場合については、関係機関により実際の対応にばらつきがあると言ってよい。児童相談所に通告することを保護者に説明すること、あるいは警察への通報については今後ある程度のガイドラインがあってもよいだろう。

④児童虐待症例検討部会の要点

緊急および定例の児童虐待症例検討部会を通して、症例それぞれの抱える問題は複雑で、その判断に迷うことはしばしばである。筆者はこの症例検討部会の座長となって4年目であるが、先にあげた検討課題への筆者なりの考えも含め、この症例検討部会の要点として、以下の点が挙げられると考えている。それは「この検討部会は子どもの安全の確保が最優先であり、現時点では虐待者の告発を決定する場ではない」ということである。また、この症例検討部会で検討することにより、虐待の疑いがあるかないか、関係機関への通告をするか否かなどの判断について、センター内の医師、看護師その他の職員が個人として責を負わないようにすることも大切な点である。児童虐待については、それを発見した者が関係機関への通告をすることは、法律（児童虐待の防止等に関する法律）により定められてはいるが、その行為は容易なことではない。症例検討部会を通して話し合い、保健福祉相談室担当者が関係機関に通告するという組織としてのシステムを取ることで、

通告へのためらいや遅れを防ぐことができる。また、逆にこのシステムがあるために、特に緊急の通告が遅れることもあってはならない。そのために、当センターの児童虐待対策マニュアルにも「児童虐待症例検討部会での検討は、院内職員が児童虐待の関係機関への通告を妨げるものではない」ことを明記している。つまり、症例検討部会の判断を待たずに院内職員が関係機関に通告することがあってよい訳である。こうした意味からも、症例検討部会での話し合いの際に、たとえ出席者多数が児童虐待に否定的であったとしても、1人でも虐待の疑いを持っている場合は、虐待の可能性ありと判断する方針を取っている。さらに、これらの通告はあくまで児童虐待の疑いで行われてよい、ということである。症例検討部会での決定事項は児童虐待か否かではなく、その疑いがあるか否かである。症例検討部会の最大の目的は見逃しの防止であることを再確認しておきたい。最後に、症例検討部会の役割は関係機関に通告するというだけではない。その症例に関して十分な情報交換や検討がされることにより、症例への関係者の理解を深めよりよい子育て支援につなげていくことである。その際に常に念頭に置きたいことは、児童虐待か否かのみならず、その症例に関して、最も防がなければならない問題は何であるか、とうことである。例えば、生命的問題がその症例の最優先課題であるのか、それともネグレクトの防止など長期的支援が求められる症例なのかなどの詳細な検討がその症例の今後の支援に役立つことになる。

4) おわりに

こども医療センターには日々多くの子どもたちが受診する。その中には残念ながら児童虐待を受けていたり、その危険にさらされている子どもも少なからずいるのが現実である。こうした子どもをいち早く発見し、子どもの健全な育成につなげていくことが児童虐待対策会議の目的である。その中で、児童虐待の第一報を受け、担当者あるいは関係機関からの情報収集と整理、検討部会の招集のコーディネーター、保護者への説明の際の同席、そして関係機関への通告、さらには児童虐待あるいはその疑いやグレーケースとなった症例のみならず、保健福祉相談室での見守り症例となった対象すべてに関して、その後の経過観察を行い、そ

の他多くの児童虐待対策事業の企画運営を行っている保健福祉相談室児童虐待対策担当者の物理的・心理的負担は甚大であることを慰労と感謝をこめて、最後に付け加えておきたい。

虐待症例検討部会を通して保護に至った代理ミュンヒハウゼン症候群の一例（豊原公司）

代理ミュンヒハウゼン症候群が疑われ、院内外多職種が関与した結果、身体的虐待が明らかになり、児童相談所への通告に至った1例を報告した。症例の概略・考察は以下の通りである。

家族が子どもの多彩な身体的症状や問題行動を訴え続け、病児を抱える家族の困り感に共感した主治医である筆者は、家族の言葉を鵜呑みにして薬物療法を行い続けた。しかし、経過や症状が客観的事実に矛盾していることに主治医が気付くようになり、家族の同意を得た上で地域関連機関と情報交換を行ったところ、代理ミュンヒハウゼン症候群が疑われた。保健福祉相談室担当者が子どもの定期受診の際の様子をみたところ、子どもの身体に不自然な傷が発見されたため、すぐさま主治医や身体科医師に情報を伝え、子どもは同日緊急入院となった。その後、緊急児童虐待症例検討部会により身体的虐待の疑いがあると判断され、保険福祉相談室担当者が児童相談所に通告し、児童相談所が子どもを一時保護するに至った。その後、母親が訴えていた子どもの諸症状はほとんどみられていない。

精神科の主治医が養育の大変さに共感して欲し

いという家族の思いを汲もうとすることは治療関係を形成するために重要であるが、その一方で患者である子どもの保護という視点を持つ必要があり、また虐待が少しでも疑われた場合には保健福祉相談室や児童虐待症例検討部会など第三者の視点を求めることが有用であると思われた。

虐待は起こるべくして起こるのか？虐待のカテゴリー別リスク因子の検討（田上幸治）

児童虐待に関してさまざまな取り組みにも関わらず、親子関係の改善や虐待を受けた子どもの回復に困難が示される。このため最大の治療は予防であり虐待の発生を予防する取り組みがなされている。今回の講演では当院で実施した虐待の種類別のリスクに関する調査結果を報告したうえで、乳幼児揺さぶられ症候群 shaken baby syndrome (SBS) の予防についての啓発DVDを供覧した。

平成12年から平成21年の10年間に当センターで虐待とみなした174症例を対象とし、年齢・性別・虐待の種類（SBS・他の身体的虐待・ネグレクト・ネグレクト+身体的虐待・性的虐待を含むもの・心理的虐待を含むもの）・リスク因子（児の因子・親の因子・家庭の因子・核家族）（表1）を後方視的に調査し、カテゴリー別のリスク因子を検討した。SBSは他の虐待と異なり、児の因子・親の因子・家庭の因子とも低く、親の因子では精神疾患は少なく若年親や性格的問題として未熟さが目立ち、子育てに不慣れな第一子の割合が高かった。ネグレクトでは、児の因子・親の因子・家庭の因

表1 虐待のリスク因子

児の因子		多胎・先天異常・低出生体重児・発達遅延・精神遅滞 長い家庭外養育から戻った児・育児負担多い
親の因子	精神状態 性格的問題 薬物 育児能力	うつ・その他の精神疾患・通院できにくい・服薬できない・通院なし 衝動的・未熟・攻撃的・偏り・共感性欠如・人とのかかわり嫌い・被害的・その場逃れ・嘘が多い アルコール依存・薬物依存症 育児知識・育児姿勢・知的障害・若年
家庭の因子	家族問題 経済問題 生活環境	夫婦不和・家庭内暴力・別居・家出・未婚・離婚・内縁・反社会的・国際結婚 借金・生活苦・失業・転職・計画性欠如 劣悪・安全確保なし・事故防止不足・孤立家庭・育児負担多い
サポート	社会的サポート 協力態度なし 援助効果なし	孤立的・親族の対立・親族過干渉・保育なし・転居 機関介入拒否・接触困難 調整改善が期待できない

子とも高く、親の因子ではうつ病や他の精神疾患をみとめる症例・育児姿勢に問題のある症例が目立った。ネグレクト+身体的虐待でもネグレクトと同様の結果であった(図2)。今回の検討では虐待のカテゴリー別のリスク要因を分析し、差異を認めた。リスク因子が異なれば介入方法も変える必要があり、また因子が少なければ突発的に虐待が起こるわけで高リスク群を早期発見し予防する方法では予防は難しい。虐待の発生予防は保健や医療がともに役割を果たさなければならないのは当然だが、今回の結果に基づき、虐待予防を視野にいれた支援方法を検討していく必要がある。

なお、今回講演した内容は原著論文：田上幸治，他．当センターで経験した被虐待症例のカテゴリー別リスク因子の検討．日本小児科学会誌2012; 116: 1219-1222の一部である。

母の前で虐待通告を行ったダウン症の一例 (南 達哉)

多動・衝動性と他者への攻撃が続くダウン症の1例について症例提示した。家庭に大きな問題はなく、子ども自身の問題が大きかった。母は自分の養育のせいと考えて自責的になりやすく、自分で解決しようとするため支援機関につながりにくかった。母と信頼関係を築いたのち、母の了承をもとに虐待通告を行い、児童相談所の支援に結びつけた。子どもの状態が悪くなると同様の反応が予想されるため、普段から障害支援の利用を働きかけていく必要があると考えられた。

精神科的支援により状況改善をみた注意欠陥多動性障害(ADHD)の被虐待例(藤田純一)

不注意優勢型注意欠如多動性障害を背景にした中学生の被虐待例を提示した。症例は以前から当院小児科に通院をしていたが学校から児童相談

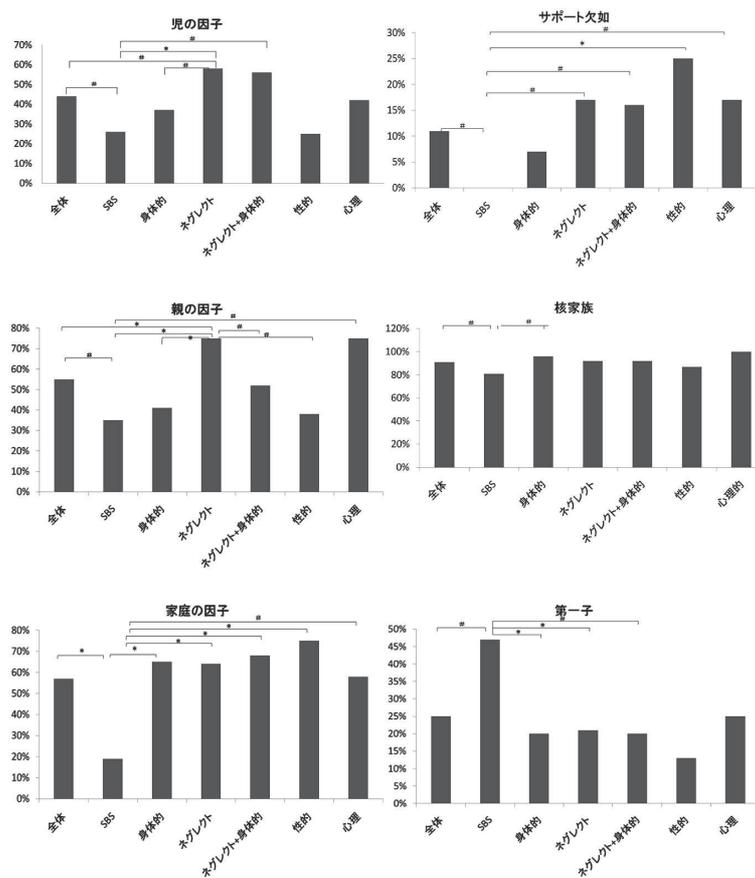


図2 虐待のカテゴリー別リスク因子

所への通告があり、児童虐待症例検討部会で事実を踏まえて追認がなされた。その後、児童思春期精神科が関わり母子の治療支援継続を行った。筆者は主治医として注意欠如多動性障害の特性に起因する数々の生活上の失敗が子どもの自己評価を低下させており、障害特性に関する家族の理解不足が虐待に発展するほどの過剰な躰の仕方につながっていると考えた。さらに、本人と家族への心理教育を十分に行い、抑うつ状態を呈していた子どもには薬物療法に加えて、自己評価が向上するように子どもの自己認知の修正と家族関係の調整を試みた。これが奏功して患者と家族を安定した状況に導くことができた。当日会場からは家族支援のあり方についてのご意見を数件いただいた。子どもだけでなく家族支援が重要であることを強調できた1例であった。

こころの診療病棟における被虐待症例の入院治療 (庄 紀子)

こころの診療病棟は40床の開放病棟であり、常勤医師6名・専門研修医1名・看護師24名・臨床心理士2名・精神保健福祉士1名・作業療法士2名が主に治療を行っている。入院患者は小学生高学年から中学生が中心で、平均在院日数は200日前後である。平成23年度に当科で入院治療を行った76症例のうち虐待(児童相談所が関与し支援を行っているなど明らかな虐待)を受けたことがある子どもは21名(28%)で、その内容は心理的虐待16名・身体的虐待14名・ネグレクト7名・性的虐待1名(重複あり)であった。つまり我々は日常的に被虐待歴を持つ子どもに対応しているという訳である。今回、こころの診療病棟における被虐待症例の入院治療について講演し、その要旨を本稿にまとめた。

最初に被虐待児が抱える諸問題について概説する。被虐待児は表2に示したような心理・精神的問題を持つ傾向があることが知られている。これらの多くは愛着形成の問題と絡む。愛着は子どもと養育者との相互交流(子どもが養育者にしがみつく・微笑むなどの行動をし、それに応えるように養育者が食事や排泄の世話をしたり微笑み返すなどの行動をすることの繰り返し)により形成される。愛着が形成されると基本的信頼感が獲得され、「世の中は安全だ。自分は生きている価値が

表2 被虐待児が抱える心理・精神的問題

基本的信頼感の形成不全
「支配-被支配」という対人関係の学習
慢性的な不安・恐怖・怒り・抑うつ
過覚醒症状・不注意・衝動性亢進
感情調節の困難
低い自尊感情・自責感
共感・情愛・尊敬・責任感など情緒の発達不全
外傷体験のフラッシュバック・悪夢
健忘などの解離症状・感情の麻痺・回避
自己や他者への破壊衝動
無気力・絶望

ある」と感じられるようになる。そして子どもにとって養育者は不安や恐怖・孤独を癒してくれる安全基地となり、子どもは安心して行動範囲を広げ、情緒を発達させることができる。虐待を受けて育つと、常に何が起こるか分からない不安定な感覚や支配-被支配という対人関係のあり方が優勢となり、不安・恐怖・怒り・抑うつなどの感情を抱え、脳の緊張状態が続いたり、刺激に容易に反応する一方、集中力が続かず、自身の感情調節が困難となる。自分に対する適度な自信が備わりにくく、情緒が健全に育ちにくい。また、暴力を受けたことや見たことが外傷体験となり、フラッシュバックや悪夢に苛まれることや、健忘や感情麻痺などの解離症状を呈することもある。さまざまに怒りや苦しみが自己・他者への破壊衝動となったり、無気力や絶望感を抱え続けることもある。

心理・精神的問題に加え、被虐待児は知的問題や発達の問題を持つ傾向があることも知られている。社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会施設部会児童福祉施設協議会による「かながわの児童福祉施設で生活する発達障がい疑われる子どもたちの調査」によると、平成21年度に神奈川県内の児童養護施設に入所中の小中学生の中で特別支援級に在籍している児童・生徒数割合は13.5%と、全国の一般児童生徒の平均1.3%と比較して顕著に多かった。また、通常学級に通う児童・生徒864名中、職員からみて多動性障害が疑われる子どもが20.4%、広汎性発達障害が疑われる子どもが13.3%、学習障害(聞く・話す・読む・書く・推論するに著しい困難を示す)が疑われる子どもが26.4%と、それぞれ一般児童生徒より5-15倍程

度多いことが示されている。なお、一般的に児童養護施設の入所児童・生徒の5-7割程度の子どもが虐待を受けているといわれており、本調査も被虐待児の傾向を反映していると考えてよいと思われる。

さらに、被虐待歴を持つ成人の後方視研究を中心に、小児期に虐待を受けることにより多数の脳領域の形態および機能の発達に問題が生じるといふ知見が集約されつつある。今まで臨床的に指摘されていた精神症状や発達の問題すなわち解離症状、心的外傷後ストレス障害、境界性人格障害、実行機能の障害・注意の障害（多動性障害の徴候）、社会性・コミュニケーションの障害（広汎性発達障害の徴候）などの症状と関連した脳領域（脳梁・海馬・扁桃体・前帯状回・前頭前野・上側頭回・眼窩前頭皮質）の異常が指摘されている。

このように被虐待歴を持つ者は多動性障害の徴候や広汎性発達障害の徴候を持つ者が多いとされているが、この点に注意が必要である。図3に示したように、愛着形成に問題がある子どもは発達障害の徴候を呈することがあると同時に、生来的に発達障害をもつ子どもは虐待を受けるリスクが高い。よって、発達障害の徴候が虐待の原因でも結果でもあり得、その評価は極めて困難である。また、虐待を受けた子どもが全て一律に前述したような心理的・精神的問題、発達の問題、脳器質的問題を有するわけではないことにも注意が必要である。その要因については、虐待された年齢、期間、虐待者の属性などの検討が活発になされているが、多要因であり個別性が大きいためまだ十分には解明されていない。

被虐待児に対しては、(1) 安心できる秩序ある環境を提供すること、(2) 気持ちに沿った声掛けをする、年齢を考慮した上で甘えを受け入れる、

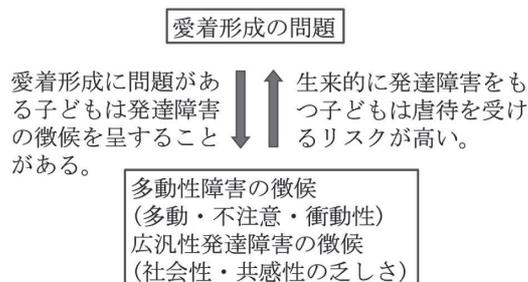


図3 愛着形成の問題と発達の問題との複雑な関係

叱るべきところは叱るなど可能な限り一貫した態度で関わること、(3) 学習や運動などの教育的対応を行うことなどが重要とされる。これらは通常の養育においても大切なことであるが、とりわけ被虐待児への対応において強調されるのは、被虐待児の特性故にこの対応が容易には行えないことが多いからだと思われる。つまり、被虐待児への対応は専門的知識と技能を要し、被虐待児が抱えている愛着・情動・発達・脳器質的な諸問題を理解した上で基本的対応を行う必要がある。

当科では被虐待児の入院治療を行っているが、被虐待歴があることそのものが入院治療の理由となるわけではなく、顕著な多動・衝動性・社会的相互性の問題などによる集団不適応、自傷行為や自殺企図、暴力などの他害行為、抑うつ・情緒不安定・解離・幻聴・強迫症状・食思不振などの精神症状を認め、外来で薬物療法や精神療法を行っても施設や家庭で対応困難となった子どもに対して入院治療を行っている。つまり、精神保健福祉法で規定されている隔離や拘束などの行動制限を要する可能性が高い子どもや集中的な薬物療法や医療行為を要する子どもが入院治療の対象になる。また、入院を要する被虐待症例は、生来の脆弱性や精神疾患の遺伝負因など複合した問題を抱えた子どもが多い。そして実際に入院に至った子どもは将来に希望を持たず自暴自棄になっていることも少なくない。入院治療において、まず主治医は子どもとの約束事を明確にし、激しい興奮や衝動行為があれば隔離や拘束を行うことがありえることも明示するなど、いわゆる“限界設定”をすることにより、治療スタッフが安定して子どもに関わり続けられる揺れにくい治療構造を設定する。そして、主治医を含む治療スタッフが、子どもが自分自身と自分の将来を大切に思える気持ちを育てることを目指す。つまり子どもの基本的信頼感を形成し、健全な情緒発達を促す意識をもって丁寧に対応することが肝要となる。このような認識を持ったうえで、図4に示したような多職種専門性を生かした評価と治療を行うことが有用である。

本講演では、1年以上の入院治療を行ったA男・B子の2症例を紹介した。詳細は省略するが、A男は父からの身体的虐待、母からの心理的虐待とネグレクトを受けて育ち、さまざまな身体症状

限界設定を明確にした場面設定の中で、各治療スタッフが子どもの基本的信頼感を形成し、健全な情緒発達を促す意識を持って対応することを大原則とした多職種の専門性を生かした関わり

安心できる秩序ある環境と衣食住の提供
看護師を中心とした様々な生活体験の提供
薬物療法、行動療法、集団精神療法などの治療
臨床心理士による知的・心理的評価と治療
作業療法士による微細・粗大運動の評価と治療
各自の能力に応じた学校教育
精神保健福祉士を中心とした関連機関との連携

図4 被虐待症例の入院治療における多職種の評価と治療

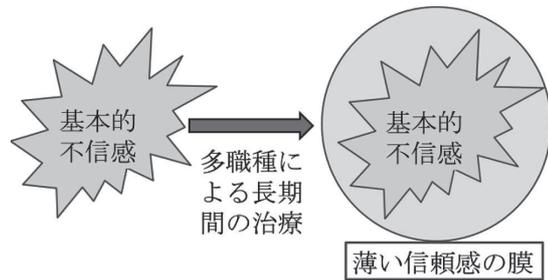


図5 被虐待症例の治療による信頼感の獲得（筆者イメージ）

を呈したために入院治療を行った男児である。B子は実父・継父から母への暴力を見て育ち、継父からの身体的虐待・性的虐待が外傷体験となりフラッシュバックや健忘など顕著な解離症状を呈したために入院治療を行った女児である。A男は不安や猜疑心が強く、スタッフを不快にする言動を繰り返し、B子はスタッフへの依存や自己破壊的行動を繰り返したが、スタッフが1対1で話し、作業し、遊び、学ぶ時間を大切にすることで、徐々に治療スタッフを頼りに思うようになり、自身の将来に希望を持つようになり、家庭で生活できる程度に症状が改善した。2症例ともに被虐待児の心理・精神的な問題の多くを抱えており、長期的支援が必要であることは治療当初から明らかで、主治医は児童養護施設への入所を勧めた。しかし、A男・B子ともに秩序ある生活に抵抗感が大きく、施設入所を拒否したため結果的に病院が中心となり関わり続けた。2症例とも退院後も数年にわたり通院を継続し、「病院のみんなは信頼できる」と話す、社会適応や対人関係に多くの課題を残している。筆者は被虐待症例の入院治療の経験を通して、虐待による顕著な心理的問題を持つ子どもは、〈基本的信頼感の形成不全〉というよりもむしろ〈基本的不信感〉を獲得しているように考えている（図5）。すなわち、「世界は何が起こるか分からず危険である。自分には生きる価値がない」という感覚を基礎に有しているということである。長期にわたる多職種の治療的関わりにより、その基本的不信感には薄い信頼感の膜が張り、一見信頼感を獲得したかのように見えるが、子どもの不信感が増大するような負荷がかかるとその膜は容易に破れ不信感が露呈する。基本的不信感を信頼感に変えてゆくことが理想であるが、

筆者としてはまず信頼感の膜を作り、不信感の増大によってその膜が破られたとしても修復を繰り返しながら徐々にその膜を厚くしてゆくイメージの方が現実的ではないかと考えている。

実際に被虐待症例の入院治療を経験し、虐待は子どもの人格を壊す犯罪的行為であり、改善することが容易でない後遺症を残すことを実感した時、治療者はその親に強い怒りを感じる。しかし、虐待を受けていても（むしろ虐待を受けたからこそ）子どもは親を求め続けること、親が安定して子どもに関わることで子どもの情動が安定すること、親も同様の体験をしていることが多いことを知るにより、治療者は子どもの安定のためにも親を支えることが大切であることを知るようになる。そして、子どもが思春期になり親を客観視できるようになればその過程を支えていく。ただし、治療過程は困難を極めることも多く、虐待に関しては常々言われているとおり、早期発見と早期支援が何より大切であることは当然である。

被虐待症例には真摯な態度で接することが常に求められる。そして子どもが出すさまざまな態度や症状に、怒りすぎず、自分を責めすぎず、諦めず、長期的に関わり続ける姿勢が必要である。また、治療スタッフが「きっとあなたは幸せになれる。この困難を乗り越える力がある」と念じ続けることが助けになる。子どもは大人の表情や態度を鏡にし、映る自分を確認しながら育っていくと言われており、大人が子どもに健全な自己像を映し続けることが子どもの成長に役立つからである。それでもやはり、基本的信頼感が獲得できておらず、支配-被支配の関係性を基本とする被虐待症例への対応は困難の連続であり、治療スタッフが必死になりすぎるとスタッフが燃え尽き、必死さがな

いと子どもに伝わらないというジレンマを抱えることが多い。よって、子どもの特性を理解し、関係者が支え合えないながら子どもに継続して関わる意識を共有する必要がある。一方で、入院はあくまで一時的な居場所であり、またスタッフの異動が多く、関係を形成しようとしても別れを経験させて失望させるだけではないか、関係を継続することが重要であるとするのであれば入院治療は被虐待症例にとってマイナスなのではないかという不安がよぎる。しかし、筆者は今までの経験を通し、入院せざるを得ないほどの症状を抱えた彼

らが、入院中に信頼できる大人がいるかもしれないと感じる経験をするると退院後に信頼できる大人を見つけられるようになること、病棟という場所に対して「あの場所では大切にされ、自分の居場所があった」というような安心感や信頼感が持てればそれはその後の生きる支えになり得ること、を知るようになり、入院治療の可能性も感じている。そして、子どもに安心できる環境を提供し続ける人でありこころの診療病棟でありたいと考えている。