シンポジウム4

子ども虐待予防のための保健・医療の連携強化

子ども虐待予防のための保健・医療の連携：子ども虐待にどう向き合うか

杉山　登志郎（あいち小児保健医療総合センター）
浦野　葉子（あいち小児保健医療総合センター）

Ⅰ．子ども虐待対応の6段階

全国児童相談所への子ども虐待通告件数は2006年には3万7千件を超え，増加が続いている。さらに2005年から市町村自治体も虐待通告の窓口となっており，そこでも3万件を超える通告があったことが報告されている。重複があるので単純な合計はできないが，大幅な増加が続いている状況にあることは変わりなく，子ども虐待へどのように対応を行うのかという問題は，わが国における精神保健の最重要課題の一つとなっている。小林[1]は英国虐待防止協会会長Krugmanによる虐待対応に関する次の6段階を紹介している（表1）。小林（Krugman）によればどの国においても子ども虐待への対応は，この6段階を経るのであるという。

最初は虐待の否認である。かつてKempeが被殴打児症候群を報告した60年代のアメリカにおいても，80年代までのわが国においても最初は，そのような問題は例外的な家庭に生じる希な問題に過ぎないと当初は見なされていた。しかし子ども虐待がかなり普遍的な問題であることが明らかになる。するとここでネグレクトが身体的虐待に勝るとも劣らない重大な虐待であることの発見がなされる。第3段階は，虐待への対応が開始される時期である。子どもを守るため虐待をめぐる法整備がなされ，積極的に親子分離をするようになる。ちなみにわが国はごく最近までこの第3段階にあった。しかしこのような対応によって，社会的養護の場が埋まり，対応が追いつかないことが明らかになると，第4段階には親への子育て支援を行い，家族への積極的なケースワークを行い，再統合が模索される。第5段階は，性的虐待が公になる状況である。これまで潜んでいた性的虐待の開示が相次ぎ，さらにその後遺症が生涯にわたる発見がなされる。性的虐待には異なった対応が必要であり，学校教育を通して，性的虐待の予防と早期発見のための対応が試みられるようになる。そして第6段階が予防の重要さに関する再認識によって推進される段階である。さまざまな取り組みにもかかわらず，親子関係の改善も虐待を受けた子どもの回復も困難であることが改めて示される。すると，最大の治療はやはり予防であり，生後3歳までの愛着形成の課程は，子どもにとってだけではなく，加虐側の親にとっても失われた愛着を取り戻す大きなチャンスの時期であり，ここに介入を行って，虐待の発生予防を行おうという取り組みがなされる。事実，現在において，西欧のいわゆる子ども虐待先進国において，さまざまな乳幼児母子への取り組みがなされている状態である。

わが国は，世界に冠たる乳幼児健診システムを構築してきた。従って，最後の段階の取り組みを行うための基盤はすでに存在するのであるが，周知のようにこの0歳こそ，最も虐待死が多く，リスクが高い段階でもある。まずわれわ

表1　子ども虐待対応の6段階[1]

1	虐待の否認
2	虐待の存在に気づく
3	虐待への対応開始
4	親への援助の開始
5	性的虐待が生涯にわたる傷となることの発見
6	虐待の発生予防

あいち小児保健医療総合センター　〒474-8710 愛知県大府市森岡町尾坂田1-2
Tel：0562-43-0500　Fax：0562-43-0513

Presented by Medical*Online

れは，子ども虐待の現状について，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）心療科の臨床データを用いて見ておきたい。

Ⅱ．子ども虐待の現状

あいち小児センターは2001年に開院した子ども病院である。開院の当初から，子ども虐待治療センターとしての機能を想定し，さまざまなシステムが作られた。まず心療科に子ども虐待専門外来である「子育て支援外来」を設置した。この外来では，加虐側の親にも積極的にカルテを作り親子の並行治療を行ってきた。また心療系の病棟は小児科病棟であるが，中に閉鎖ユニットをもち，さまざまな問題行動を多発させる被虐待児への対応を可能にした。病弱養護学校が小児センターに隣接しており，入院した児童への教育が保障されている。あいち小児センターの何よりもの大きな特徴は，院内に小児保健センターが併設されており，医師2名，保健師5名，ソーシャルワーカー2名が常勤していることである。ここが窓口になって，児童相談所，地域の保健センター，市町村など外部の機関との連携と連絡を行っている。5名の保健師のうち2名は虐待対応となっている。特筆すべきは，この保健師が，カルテを作った加虐側の親の相談やサポートも行っていることである。心療科は医師と心理士がチームを組んでおり，5名の臨床心理士のうち1名は，子ども虐待への心理療法の経験豊かな虐待対応心理士となっており，医師と連携のうえで，被虐待児の治療の指導を行っている。これら医師，心理士，保健師，ソーシャルワーカー，心療系病棟看護師等によってチームが作られている。

表2は，開院以来6年間にあいち小児センター心療科において，治療を行った被虐待児である計700名の男女が受診をした症例である。これを精神医学的に診断をし直したのが**表3**である。この外来を開いてみて最初に驚いたのは，被虐待児の中に発達障害の診断が可能な者が非常に多いことであった。全体の53%に何らかの発達障害の診断が可能であったが，そのうち知的障害は15%以下であった。つまり軽度発達障害が虐待の高リスクになるのであるが，ここには複雑な問題が絡む。虐待の後遺症として生じる反応性愛着障害と，これらの発達障害とはよく類似した臨床像を示すのである。広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）は24%を占めていた。このうち9割までが高機能（知的障害を伴わない）群であった。これを同じ時期にあいち小児センターを受診した高機能広汎性発達障害の母数で割ると，実に約1割が子ども虐待を受けているという数字になる。一方ADHDは19%であった。しかし多動，衝動，不注意を示す児童は非常に多く，全体の8割に達するのである。被虐待児が多動を示すことは，臨床的にはよく知られた事実であり，西澤は虐待系の多動性行動障害をADHDから区別するため，ADHD様症状と呼んでいる。

表2　あいち小児センターで診療を行った子ども虐待の症例（2001.11～2007.10）

虐待の種類	男性	女性	合計
主として身体的虐待	218	95	313
主としてネグレクト	73	45	118
主として心理的虐待	71	76	147
性的虐待	33	83	116
Munchausen 症候群	1	5	6
合　　計	396	304	700

表3　子ども虐待の症例に認められた併存症

併存症	人数 N＝700	%
広汎性発達障害	171	24
注意欠陥多動性障害	136	19
その他の発達障害	68	10
反応性愛着障害	345	49
解離性障害	391	56
心的外傷後ストレス障害	244	35
行為障害（非行）	212	30

われわれの検討の結論を簡略に述べる（この問題に，関心のある方は杉山による最近の報告を参照して欲しい[3,4]）。まず広汎性発達障害，特に高機能群は虐待の高リスクになる。あいち小児センターを受診した高機能広汎性発達障害の実に1割が虐待を受けていたのである。次に，

Presented by Medical*Online

一般のADHDと虐待系のADHD様症状の鑑別は非常に困難であるが，後者は解離性障害があるところが異なっている。つまり困難に直面したときや，しかられたときにフリーズするなど解離性の意識変容が認められた時には，虐待を背後にもつADHD様症状の多動ではないか，疑ってみる必要がある。

しかしそれ以外の児童においても，先に述べたように多動は非常に普遍的に認められた。われわれは比較的短期間に，数多くの重症な被虐待児の治療を行うという機会を得た。その中で，被虐待児はあたかもきょうだいのように似ていることに驚かされたのである。年齢による併存症の変化を見ると，5歳以下で反応性愛着障害を呈する者の割合は70%に達する。つまり子ども虐待に見られる幼児期の最も一般的な問題であることがわかる。一方，解離性障害は，5歳以下の年齢でその割合は28%であるが，6歳から11歳では61%，12歳以上では81%と年齢が高くなるほど多くなる。非行も3割に認められたが，5歳以下で0.4%，6歳から11歳で32%，12歳以上で50%と，解離性障害と同じく，年齢が上がるにつれて割合が高くなることが示された。つまり年齢による症状の推移があり，子ども虐待の影響は，幼児期にはまず反応性愛着障害として現れ，次いで小学生になると多動性の行動障害が目立つようになり，徐々に思春期に向けて解離や外傷後ストレス障害が明確になり，その一部は非行に推移して行くのである。さらに治療がなされない場合には，その終着駅は複雑性PTSDとして知られる病態であることは広く知られている[4]。それ以外にも注目すべき臨床的な特徴がある。被虐待児は，知的には境界線知能を示す者が多い。それだけではなく，知的なハンディキャップを勘案してもなお知能に見合った学力を得ることが難しく，学習に大きな困難を抱えるものが過半数を占める。多動性行動障害を呈するものが多いため，衝動コントロールが不良で，些細なことから相互に刺激をし合い，時にはフラッシュバックを起こし，大喧嘩になるかフリーズを生じるかといった状況を毎日のように繰り返す傾向がある。また整理整頓が著しく苦手であり，さらにスケジュールを立てることや，これからの予想を立てて行動を行うことが非常に不得手である。これらはすべて，前頭前野の機能不全として説明が可能な所見である。

最近になって，脳の機能的画像研究の結果が示されるようになった。それらは脳梁の体積減少，上側頭回の体積増大，下垂体の体積増大，海馬の体積減少，脳梁の体積減少，眼窩前頭皮質，前側頭極の血流増加，下前頭回の血流低下，海馬の賦活低下，前帯状回のN-acetylaspartateの低下など，脳の広範な領域に及んでいる[6]。またそれらはすべて例えば脳梁の機能不全が解離症状と関連するなど，被虐待児の示す症状との間に連関を見ることができる。

われわれは徐々に，被虐待児は臨床的輪郭が比較的明確な，一つの発達障害症候群として捉えられるべきではないかと考えるようになった。近年，子ども虐待の長期にわたる影響について研究を重ねてきた研究者によって発達性トラウマ症候群という概念が提唱された。これはわれわれの見い出したものと同じ現象を捉えているものと考えられる[8]。

Ⅲ．子ども虐待へのケアの現状

児童精神科領域の問題で，被虐待児への治療は最も困難なものの一つになっている。その理由として次の諸要素をあげることができる[5]。第1に，問題行動の噴出である。その背後には解離がある。子ども虐待の治療は解離性障害の治療と言っても良いほど，両者は密接に絡み合っている。記憶の断裂や意識状態の変容，解離性の幻覚，別人格へのスイッチングなどが日常的に認められ，攻撃的行動が頻発する。さらに何よりも被虐待児は，暴力による虐待的な支配，被支配といった対人関係を反復する傾向を持つ。些細なきっかけから衝動的な暴力を繰り返し，大暴れをするが，その後，その行動の記憶が飛んでいて同じ問題行動を繰り返す。このような子どもたちのケアを行うとなると，このような衝動行為を完全にコントロールしなくては治療的な進展は得られない。第2に，治療関係の不安定さが上げられる。精神科治療は非常に特殊な形ではあるが対人関係の一種である。子ども虐待の子どもとその親は，基本的な対人関係に傷を抱えているため，安定した関係を初

Presented by Medical*Online

めから持つことが著しく困難である。親の側は，時として子どもの側も，基本的には治療を望んでいない。そもそも医療はサービス業である。ニードのないところに成立させることはきわめて困難であるが，多くの親そして時には子どもにしても，治療や介入を望んでいないことが多い。第3に，家族全体に対応する必要があることである。子ども虐待は家族の病理であり，家族という閉鎖システムに穴を開ける作業が必要となる。精神科臨床や心理臨床の基本型である治療者と患者という1対1対応には決してならない。さらに治療経過の中で著しい進展があっても，家族システムの相互作用によって，お互いに悪影響を与え合い，結果としては軽快を見せた後の増悪を繰り返すという展開をとることが生じる。時として把握していなかった家族外の人の介入で状況が一変する。その代表は，母子家庭における母親の新たな恋人の登場によって家族が振り回される状況である。治療に当たっては家族全体の力動を見る必要がある。第4に，家族の中でケアを要するものの数が増えていくという問題がある。治療を行っていけば，親とその親の関係，すなわち一世代前の親子関係に必ず辿り着く。また最初の事例にきょうだいが存在した場合には，必ずその治療も必要となる。このように末広がりの螺旋状の経過をたどることになるのである。何故か虐待家族は多産で，不安定な対人関係に基づく離婚，再婚を繰り返す間に，子どもの数だけ増えていく。医療と福祉との隙間作業になるので，地域のさまざまな職種との連携が必要不可欠であるが，しばしば機能しない公的立場の人が連携の足を引っ張る。ここで如何にして敵対的にならないようにするか，地域との対等かつ密接な連携が必要となってくるのである。

虐待児のケアのためには，何よりも子どもが安心できる安全な環境に置かれるのでなくては始まらないが，実はこの最も基本的な対応でわが国はすでに失格である。現在，保護をされた被虐待児の約8割が家庭に復帰している。家庭に返すことが好ましいからなされているのではなく，虐待によって保護される子どもの数が予想以上の伸びを見せるなかで，社会的養護の場はすでに満杯状態にあり，保護をする場所がないから否応なしに家庭に返しているのである。さらにわが国は先進国で唯一，被虐待児のケアの場は主として，大人数の児童が一緒に暮らす大舎制の児童養護施設によって担われており，心の傷を抱えた者同士が集まったときには，攻撃な行動噴出をはじめとするさまざまな問題行動が繰り返され，さらに子ども―子ども間においても，子ども―スタッフ間においても，虐待的対人関係の反復が容易に生じ，子どもの安全の確保自体に大きな困難を抱えている。社会的養護を巡るこのような厳しい状況は，被虐待児へのケアの基本的な問題であると思われる。さらに愛着の形成には，当然であるが，愛着を提供できる対象が存在することが不可欠である。しかし現在は多くの児童が大舎制の児童養護施設という慢性的人手不足の中で生活をしており，この課題にも大きな困難を抱える。さらに被虐待児は，一般的な生活の練習が不十分であることが少なくない。これは身辺の課題，規則的な食事，清潔習慣，整理整頓，学習の習慣まで広範に及ぶ。さらに被虐待児は学習の遅れが非常に多い。注意の障害などの脳の働きの問題もあり，それに加えて学習の習慣がないことが要因となっていると考えられる。この問題が深刻なのは，特に国語力の不足が内省の不足をもたらし，多動や行動化傾向に拍車を掛けるという悪循環を作るからである。低学力は自立の足を引っ張り，次の世代への悪影響にもなりやすい。被虐待児にきちんと勉強を教えることは重要な課題である[4]。

さらに，わが国においては性的虐待の受け皿がない。詳細を語るには紙数が足りないが，子ども虐待の中でも性的虐待への対応は最も困難であることが知られており，わが国においてはまだ未整備の状態にある。それどころか，虐待を受けた子どもが保護された児童養護施設において，現在，至る所で性的虐待の蔓延とも言うべき状況が認められるという極めて深刻な状態にある[2,7]。経済大国日本における社会的養護のこのようなわが国の現状は，虐待の予防が焦眉の急として要請される状況を作り出しているのである。それにしても，親や家族に恵まれない，しかしわが国の未来を担うこの子どもたちへの仕打ちは一体どうしたことだろう。この粗

Presented by Medical*Online

末な状況は，まさに国家レベルのネグレクトとしかいいようがない。わが国は，障害者や子ども，さらに老人など社会的弱者を巡る社会的なインフラに関しては常に貧しい状況である。対応をし尽くして予防が要請されるのではなく，対応が後手になって追い着かない現状のまま，予防の要請がなされるのである。

Ⅳ．ケアの見直しと子ども虐待の予防

予防というキーワードが，机上の空論にならないために，子ども虐待全体の戦略の中で予防を考えてみる必要がある。

第1に，乳幼児健診を活用した子育てサポートおよび発生予防は非常に重要であり，また効果も期待できるであろう。しかし，このような介入によってサポートが可能であるのは，虐待高リスクのいわばグレーゾーン家族であり，多問題家族や，世代を超えた被虐待の歴史を持つ病理性の高い家族の場合には，危険性がかえって増す可能性すらあるだろう。第2に，保育園や学校における被虐待児の早期発見と早期介入が必要であろう。保育園を含めた公教育の場は，今や子育て支援の最前線となりつつある。だがここで発見をされても，その後のケアシステムが速やかに整えられるのでなくては，予防はおろか早期介入すらままならないことになる。第3は，学校教育における性的虐待の予防と早期介入である。性的虐待は公的統計の率の低さと悉皆調査における率の高さの間には解離があり，今後大きな問題として吹き出す可能性が高い[2)]。学校において性教育と性被害介入プログラムによる予防や早期介入のための教育が必要かつ有効である。ところが今日，性教育は現状に余りに無知な政治家によって著しく歪められており，予防どころではない状況にある。また性的虐待が発見されたとしても，保護やケアのための場が圧倒的に不足している現状である。

こうなると子ども虐待の予防は果たして可能なのであろうか。つまり第6段階における地域での予防は確かに有効だが，その実現のためには，実は専門的なケアシステムがすでに整えられていることが必要であることに気付かざるを得ない。被虐待児の過半数に発達障害が絡むとなると，発達障害の診断とケアができることも対応に当たっての重要な要件となる。われわれの小児センターのような，子ども虐待に対応できるセンターが一体日本にいくつ存在するであろうか。

子ども虐待の治療センターは子ども病院が担うことが理想であるが，全国的な展開となると困難であろう。すると児童相談所と一時保護所では明らかに役不足であり，外来があり，ソーシャルワーカーと保健師が常在できる情緒障害児短期治療施設が最低条件となろう。さらに，性的虐待治療センターが今後のわが国が向う道州制の中で，道州に一つは必要である。これを既成の施設に作るとなると，恐らく地域の中核となる児童自立支援施設に，道州立の性的虐待治療センターを併設することが最も現実的ではないだろうか。

さらに，社会的養護も見直しが必要であり，現在の性的虐待が蔓延している状況を見る限り，社会的養護を担わせることは構造的にすでに無理があり，現行の児童養護施設は解体せざるを得ないと考える。ではどうしたら良いのか。筆者は日本型の社会的養護は，日本が従来持っている優れたシステムを活用するほかにないと考える。一つは乳幼児健診である。二つ目は教育システムである。筆者が提案したいのは，保育園および学校の一部に寄宿舎を設けることである。従来の児童養護施設のケアワーカーは，その寄宿舎にケアワーカーとして勤務すれば良い。もともと地域の学校や保育園は，地域に開かれた公的な存在であった。また一部の養護学校はすでに寄宿舎を持っており，その運営の問題に関してはそれほど大きな困難はないのではないかと思う。学校に寄宿ができることで，現在の余りにも閉ざされた児童養護施設は地域に開かれたものとなることができる。また学年による構成がなされるために，幼児から思春期までが一堂に集まることがなくなる。このようなシステムが構築されることで，里親のなり手も増えるのではないだろうか。

子ども虐待への予防とは，こういったシステム全体の再構築の上になされるのでなくては，絵に描いた餅に過ぎないであろう。さらにケアの経済学的な検討が行われなくてはならない。今，ここに予算を用いることで，5年後，10年後，

Presented by Medical*Online

15年後の社会的予算をどれだけ減らすことができるのかという経済学的な試算や検討が求められている。くり返すが，予防は重要だがケアシステムの上にはじめて成り立つものである。

子どもへの投資は未来への投資である。そして子どもという弱者を守るのは文化である。里親を増やすこと，里親への支援を整えること，性的虐待への対応システムを作ること，社会的養護のシステムを見直すこと，さらに，子どもの心の専門家を増やすこと。これらはすべて，弱者保護のための文化装置の創造に他ならない。子ども虐待への予防は，われわれが生きるこの21世紀という時代において，人間を支える，新たな文化装置を生み出す作業に他ならない。

文　献

1) 小林美智子：わが国の経過と教育現場への期待．教育と医学　2004；616：2-15.
2) 奥山眞紀子：性的虐待とその所見．坂井聖二，奥山眞紀子，井上登生編：子ども虐待の臨床．南山堂，東京　2005.
3) 杉山登志郎：高機能広汎性発達障害と子ども虐待．日本小児科学会雑誌　2007a；111（7）：839-846.
4) 杉山登志郎：子ども虐待という第四の発達障害．学研　2007b.
5) 杉山登志郎，海野千畝子，河邊真千子：子ども虐待への包括的治療：3つの側面からのケアとサポート．児童青年精神医学とその近接領域 2005；46（3）：296-306.
6) 田村　立，遠藤太郎他：虐待が脳に及ぼす影響．精神医学　2006；48：724-732.
7) 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内性的虐待への対応．小児の精神と神経（in press）.
8) Van der Kolk：Developmental trauma disorder. Psychiatric Annals 2005；35：401-408.

Presented by Medical*Online