

## 総 説

## 精神障害を持つ親とその子どもに対する理解

山 下 浩

## I. はじめに

筆者は、小児科医として5年+ $\alpha$ 、その後精神科医として20数年、主に小児精神医学に携わってきた。現在は常勤の小児精神科医として児童相談所に勤務している。前職の子育て支援と療育のセンターでの小児精神科外来では、子どものみならず親の精神障害に関して関係機関から相談を受けることが多くなっていた。現職の児童相談所では、虐待している親が精神科に通院していたり精神障害を疑われていたりするケースがかなりの頻度であり、ケースワーカーなどからたびたび相談を受ける。そういう親の「精神障害」と言われるものとはどういうものがあり、どういう捉え方をし、関係を築いていったらよいか、支援していったらよいか、またその子どもたちをどう理解するか、などを単に教科書的でなく、いくつかの文献などを交えながら、臨床現場で感じることを述べてみたい。

本題に入る前に、精神医学に関することで必要であると考えていることに触れておく。

## 1. 医学について—特に精神医学について

学生時代に「医学はあいまいな学問である」と教わったことがある。確かにそうであると今でも思っている。医学、特に精神医学では、複数の医療機関で診断したものが全く違う結果になるということもしばしばある。それでも、どの診断が正しいか間違っているかと一概には言えないことも多く、どれも見方によ

ては間違いとは言えないということになる。身体科の疾患とは違って、例えば脳の病理組織を採ってきて顕微鏡で確認するというように、本質的なところを客観的に捉えることが難しいからである。近年、脳の画像診断技術などが進んでかなりいろいろなことがわかるようになってきたとはいえ、まだまだごく一部であると言える。

## 2. 診断名について

精神障害というものに関しても、どう定義してどこまできちんと診断できるか、まだまだあいまいである。診断名にあっても、本当に診断できているわけではなく、よく解らないから一時的に分類して名を付けているだけである。診断分類が改訂されるごとに診断名(分類名・病名)が変化しないものは、ある程度診断ができるほど確定した疾患・障害と言えるが、たびたび改訂されるものは、確定したものとは言えない。例えば、本年5月に改訂になったDSM-5<sup>1)</sup>(米国精神医学会による分類)では、小児で言えば、広汎性発達障害もその名称がなくなり、一部を除き自閉症スペクトラム障害として、神経発達障害という枠の中でチックなどと共に扱われることになった。もはや、自閉症かアスペルガー障害かというような考え方はなくなっている。

## 3. 「障害」について

精神的な病態を表す言葉として国際的には disorder

Understanding of Parents with Mental Disorders and of Their Children

Hiroshi YAMASHITA

さいたま市児童相談所

別刷請求先：山下 浩 さいたま市児童相談所 〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区下落合5丁目6-11

Tel : 048-840-6107 Fax : 048-840-6110

という語が用いられているが、その「～障害」という訳語が disorder の訳として相応しくないという意見が以前から多々あり、今、改訂されようとしている。現在「～症」にしてはどうかという案が複数の学会から出ており、検討されているところである。

## II. 親の精神障害の子どもへの影響について

子どもに対する影響は、親の遺伝的問題と環境的な問題とが関係する<sup>2)</sup>。精神障害になりやすい遺伝的な素因をその子どもも持つ場合が多いが、しかし、それで子どもも精神障害を発症するわけではない。例えば、両親が統合失調症を持つ場合、その子どもが統合失調症を発症する確率は50%弱、片親だけが統合失調症を持つ場合は、子どものそれは約17%というデータがある。このことは、片親が統合失調症であっても、子どもは83%の確率で統合失調症を持つことにはならないということでもある。

環境要因は、さまざまである。まず胎児期に関しては、例えば、母親の依存症におけるアルコール（胎児性アルコール症候群）、タバコ、薬物などの影響や、父親のドメスティック・バイオレンス（以下、DV）などにおける物理的な暴力（お腹を蹴られるなど）・暴言—母体でのストレスホルモンなどの上昇による胎児への影響があり得る—などによる影響がある。出生後に関しては、親の病状やネグレクト状態などによる情緒的・行動面の問題、愛着形成がうまくなされないこと、認知機能や社会性・対人関係の発達の問題などや、二次的な家庭不和などによる影響がある。

なお、近年エピジェネティクス（遺伝子と周辺環境との相互作用の研究分野）の研究から遺伝と環境の関係が少しずつ解明されている。ごく簡単に言うと、環境要因が加わることによって遺伝子のスイッチがオンやオフとなってそれが発症に関与するというのである。

## III. 具体的な精神障害について

まずは、一般的な精神障害とそれに罹患した親について述べてみたい。

### 1. 発達上の障害：知的障害、自閉症スペクトラム障害

全般的に養育能力が不十分であったり、子どもの気持ちを考えることが苦手で偏った考えやこだわりもあつたりして、子どもが影響される場合である。自閉

症スペクトラム障害を持つ場合、子どもに愛着形成不全をもたらすことがある。また、子ども自身も発達障害を持つ場合もあり、発達障害のそれぞれの特性を十分理解した接し方が必要である。

### 2. 統合失調症

陽性症状（妄想や幻聴、興奮など）が強い場合は、関係者が被害妄想に巻き込まれるとその妄想の対象になってしまう危険性がある。例えば、「自分を狙っているのはその関係者であるに違いない」など。したがって、こちらから非難したり攻撃的なことを言ったりしないこと、妄想（的な話）に対しては否定も肯定もしないこと、あいまいな言い方をしないこと、などが必要である。

陰性症状（ひきこもりや感情が鈍くなることなど）が強い場合は、適切な養育がなされていないことが多く、子どもに対して親としての関わりが少なくなっている。そのため、子どもの心身発達上の問題が生じることになる。周囲（関係機関や近隣）がその家族に積極的に関わる必要がある。

### 3. 気分障害（うつ病、双極性障害）

うつ病は、多くはネグレクト的になることが多い。一日中ごろごろ寝てばかりいる親の様子を見て育つ子どもは、子ども自体も無気力であったり、親を否定的に捉えてイライラしたり、それで自己否定的にもなっていったりすることも多い。親のうつの症状としてイライラが激しい場合もあり、身体的なあるいは心理的な虐待になる場合もある。また、自殺企図や既遂を子どもが目撃することも多く、トラウマティックな症状を呈したり強い罪悪感を抱えたりする子どももいる。DVにより母親がうつになっている場合は、父親から直接子どもへの身体的・心理的虐待があることも多く、かつ母親が暴力で屈服させられている場面を繰り返し見せられることで、心の発達上に単なる身体虐待よりもより複雑な影響をもたらす。また、DVの場合、母親が児を守ろうとしたかどうか、子どもの心のダメージの予後に強く影響すると言われるため、DVの発見と母親への積極的な支援が重要である。

双極性障害は、躁とうつとを繰り返すものであるが、激しい躁状態で家族は翻弄させられることが多い。気が大きくなって高価な買い物をし続け、うつ病相になったときには多額の借金だけが残るということもある。

母親の自殺念慮・自殺や親子心中は、子育て中のどの時期にもあり得るが、特に産後うつ病が重要であろう。産後うつ病は、産後数週してから発症し、10～20%にみられる。EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）の高得点と虐待とに関連がある。産前産後、乳幼児健診など、保健師が早期から長期にわたって十分に関わられるシステムが必要であり、「特定妊婦」の一つとして、「要保護児童」、「要支援児童」とともに各市町村に設置されている要保護児童対策地域協議会（別名「子どもを守る地域ネットワーク」、以下、要対協）において扱われるべきものである。

#### 4. 不安障害（パニック障害、社交不安障害）、強迫性障害

不安が非常に強いと、支援者が関わりを持とうと思っても消極的になり、拒否されることもある。どの不安障害でも外出が困難になることが多い。また、パニック障害の親の子どもに分離不安障害がみられることが多い。心理療法（認知行動療法など）と薬物療法が行われるが、後者では選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）のみで改善し、治療終了できるケースは多くなった。以前よく使用されていた抗不安薬（身体的・精神的依存になりやすい）を常用している人はなかなか薬が切れなくなり治療が終了できなくなることもある。

強迫性障害に関しては、不安のために手洗い、確認などのこだわりがある。それを子どもにも要求することがある。外出はもちろん訪問の受け入れも他の不安障害よりもより困難な場合も多い。物が捨てられないという症状も多く、家の中がゴミだらけになる原因になることもある。子どもの世話が滞ることが多くみられる。

#### 5. 心的外傷後ストレス障害（以下、PTSD）など

PTSDは、トラウマティックなストレスにより、長期に後遺症を残す病態と言えるが、その原因により単回性PTSDと複雑性PTSDとに分けるという考え方がある<sup>3)</sup>。前者は災害・事故・事件遭遇などの単回のエピソードによるもの、後者はDV・小児期における被虐待（特に性的虐待経験）・監禁など長期にわたる持続したエピソードによるものである。症状としては、フラッシュバック・悪夢などの再体験症状、回避・麻痺症状、落ち着きがなく過敏でイライラしたりする過覚醒状態、抑うつ、など。特に複雑性PTSDは、解離、

身体化症状、感情コントロール困難、攻撃性・衝動性、人格変化、意味体系の変化、などさらに重篤な症状がみられる。

トラウマティックな出来事の直後は、家族も含めた周囲の人々は同情し支援しようとするが、うつ、不安障害、自己評価が低い、感情のコントロールができない、怒りを他者につけてしまう、などなどさまざまな症状を併せ持ち、しかも長期化するため、次第に人間関係が壊れてしまうことがしばしば起こる。そのことを周知しておく必要がある。また、安易に境界性パーソナリティ障害などと診断され、もともとのパーソナリティの問題として片づけられることなく、PTSDの症状に十分注意して診断されることが重要である。安心・安全感を供給し、「あなたには自分で自分をコントロールする力が本当はある」ということを根気よく伝えながら支えていく必要がある。なお、虐待している親の15～43%にPTSDが存在するという研究もあるようだが、実感としてはもっと多い印象である。

#### 6. 身体表現性障害

心の中の葛藤や不安などが、心気症（体のことを過剰に心配する）やさまざまな身体症状として出るものである。解離性障害、トラウマとの関連も強い。物事にうまく対処できないことへの怖さ、自信のなさが根底にある。「身体症状には振り回されないように」という言い方があるが、むしろこの障害をよく理解したうえで、症状に真摯に向き合いながら信頼関係を築いていき、それからその症状の裏にある気持ちに触れていくという冷静な対応が大事である。

#### 7. 解離性障害

部分的あるいは全体的な記憶や感覚などが一時的あるいは長期に失われる状態。強いトラウマティックな体験があり、特に対人トラウマが主たる原因と言われる。解離性障害のもっとも重症型といえる解離性同一性障害の場合は、特に性的暴力や性的虐待を受けた場合、DVなどで激しい暴力に曝された場合などに多い。この場合も“人格が変わる”ではなく、“いろいろな体験に基づくいろいろな思考や感情があって、時として別人のように見える”と考えて対処するとよいと考えている。

## 8. 摂食障害

大きく分けると、神経性無食欲症、いわゆる“拒食症”と、神経性大食症、いわゆる“過食症”とがある。どちらも対人関係障害が根底にあると考えられ、自己評価が低く自分に自信が持てない。食べ物をきっちりと制限するか、食べずにはいられない衝動が強いか、食べたとしても食べたものを排出させようと強迫的に激しい努力をするか、など食に対する極端な症状がみられる。盗食、万引きなど、物を盗むということもしばしばみられることである。子どもの摂食に関して影響がみられる場合があり、子どもに無理やり食べさせる、食事制限を強いる、などのほか、愛着形成にも影響を与える。拒食症では衰弱死、過食症では自殺の危険性が高く、注意が必要である。

## 9. 情緒不安定性パーソナリティ障害（境界型）

いわゆる境界性パーソナリティ障害（personality disorder は、現在は“人格障害”ではなく“パーソナリティ障害”と訳すことになっている）である。感情のコントロールができない、衝動的に行動する（自傷行為、性的逸脱、過食など）、突然暴力的になる、絶えず空虚感がある、対人関係を築くことの大きな障害、などの多くの問題を抱えている。家族全体の日常生活にも大きな影響を与えるし、また、支援者にも混乱を与え、支援者自体に感情をコントロールできなくなるという体験を生じさせることもある。過去に大きなトラウマ体験のあることが多いが、そういう場合、“それでも生き抜いてきた敬意を払うべきサイバパーである”という見方をし、支援者はどっしり構えて、気持ちを“動かさない”ことが重要である。それは通常難しいことではあるが、しかし、できないことではない。

## 10. アルコールや薬物への依存・濫用など

不安の解消、投げやり、自己評価が低い、などに関連し、経済的な貧困が原因にも結果にもなり得る。依存に陥るとなかなか抜け出すことが困難であり、不適切な養育環境となるため、子どもはかなりの影響を受けるが、しかし、それでも何とか子どもと一緒に生き延びてきたことも事実である。そのことを踏まえながら、精神科医療と十分に協力しながら、強力な支援が必要である。また、重篤な肝障害などを伴う場合は、身体的なケアや治療を優先させるべき時もある。

## 11. 自傷行為・反社会的行動など

自尊感情の低下と自責・罪悪感が同居する場合に、イライラした感情や惨めな感情をコントロールするために自傷行為へと駆り立てられることが多い。

反社会的行動は、親や社会（学校や職場など）への不信感や不満が根底にあるが、強い恐怖感が生じている場合もある。また同時に自尊感情が低く、自傷行為を伴うこともある。全体的に抑うつを伴うことも多いことが知られている。

## 12. 虐待に関連したもの

虐待に関連したものとしては、この後で詳しく述べるが、少し特殊な形として、代理ミュンヒハウゼン症候群がある。自分自身が病気を装うミュンヒハウゼン症候群と異なり、自分の代わりに子どもを病氣だと偽り、故意に症状を出させて医療機関と関わりを持つとする。例えば、下剤を飲ませて「下痢が続いて治らない」と偽ったりする。他人の注意を引きたい、献身的な親だと認められたいという願望があり、パーソナリティの障害があると言われる。原因不明の難治な病状を呈する子どもが通院や入退院を頻回に繰り返しているような場合には、残念ながら本症候群を疑うことが必要になる。精神科医療にどうつなぐかが重要であるが、まずは、親との信頼関係をいかに作れるかがカギである。

## IV. 虐待する親の精神障害とは

近年、虐待をしてしまう親には精神障害の診断を付けられるものが多くある。一方で、小児期の不適切な養育環境が成人になってからの精神障害の発症に大きな影響を与えることもわかってきた。また、虐待そのものが世代間の連鎖を起こしやすい、あるいは養育困難感を持ちやすくするものであるということも周知の事実である。

### 1. 精神科を受診した虐待をしてしまう親

ある精神科クリニックを自発的に受診した“虐待をしてしまう親”の4割強がうつ病圏障害であり、そのうち被虐待体験を持つものが、7割近くを占めていたという報告や、別の医療機関で治療を行った加害親の60%が被虐待体験を有し、うつ病、PTSD、広汎性発達障害、境界性パーソナリティ障害、解離性障害などと診断されていたという報告、また、加害症例の43%

が被虐待体験を有し、同様にさまざまな診断名が付けられているという報告などを亀岡がまとめて述べている<sup>4)</sup>。

## 2. 虐待と脳の変化

近年注目されているいわゆる脳科学の進歩により、虐待がヒトの脳に与える影響がわかってきた。ラットの実験で、養育不足のラットで育てられたラットは、ステロイドホルモン（糖質コルチコイド）が上昇し、記憶や情動の処理に関係する脳の部位（海馬）の神経毒性変化を生じる。そのことで、ストレスの制御に重要な視床下部—下垂体—副腎系のネガティブ・フィードバックが障害され、系の過剰な亢進を生み出し、悪循環が生じる。ヒトでも同様の変化が生じていると考えられている。虐待によってダメージを受けている脳の領域として、海馬の他に扁桃体、前頭前野、脳梁などさまざまな部位が確認されている。その結果それぞれの担当する部位の機能の障害から、解離症状やPTSD、境界性パーソナリティ障害、不注意や多動・衝動性、社会的コミュニケーションの障害などをもたらすことも示されている<sup>5)</sup>。

幼少時期の虐待・ネグレクトは生涯にわたり機能領域に影響を与える。神経学的なあるいは医学的な問題としては、軽度ないし重度の脳の損傷により知的障害や言語障害などの問題が生じ、さらには身体的な後遺症が生じたり、場合によっては死に至ったりすることもある。また、知性や認知の問題としては、児童期から成人期に向けてIQ値の低下、不注意、学習障害、学業不振、中途退学などがみられるようになっていく。社会性や行動の問題としては、攻撃性や怠学から、家出、非行、性的逸脱、若年の妊娠、飲酒や薬物依存、犯罪や暴力、そしてパートナーへの暴力や子どもへの虐待など、虐待の連鎖に発展する。また、心理ないし情緒的な問題としては、幼少時期の不安や抑うつから、自尊感情の低下、敵意、自殺企図、さらに、PTSDや解離症状、境界性パーソナリティ障害、身体化障害、多重人格障害（解離性同一性障害）などの障害名が付けられていく<sup>6)</sup>。

友田<sup>7)</sup>の研究によると、性的虐待やDVでは視覚野への影響が強く、将来はうつ病や解離性障害、PTSD、境界性パーソナリティ障害などになりやすいとし、一方、暴言虐待では聴覚野や脳梁への影響を生むとし、厳格体罰・身体的虐待では前頭前野など

を中心とした報酬系への影響があり、将来うつ病やPTSD、不安障害、薬物依存になりやすいとしている。特にDVへの暴露と暴言虐待との両方がある場合では他の虐待よりも海馬や扁桃体への影響が大きく解離性障害も重症であると述べている。また、てんかんにおいて注目すべきことは、被虐待体験で海馬や扁桃体がダメージを受けることに関連して複雑部分発作が多くみられる、ということ。また、性的虐待ではいわゆる偽発作がみられることがしばしばあると言われるが、成人になった人の77%に脳波異常がみられ、36%にけいれんの既往があるということである。現在、偽発作は暫定的に心因性非てんかん性発作（Psychogenic Non-Epileptic Seizure: PNES）という名称で扱われているが、今後虐待に関する知見が集積されれば、そのすべてに「心因性」や「非てんかん性」という用語を使用することが適切であるかどうか、検討がなされるものと思われる。

このように、幼少期の虐待やネグレクト、そしてその他の持続的なトラウマティックな出来事がさまざまな脳へのダメージを生み、小児の発達に大きな影響を与える。そして成人期になるにつれ、さまざまな精神障害やてんかん性の病態を作り出すことがわかってきた。そのことをvan der Kolk（米）は、小児期から青年期の病態に対して「発達性トラウマ障害」、成人期の病態に対して「他に特定されない極度のストレス障害（DESNOS）」という概念をまとめている。その中で共通して中心となるものは、情動や注意、意識、行動などの制御の困難、対人関係に対する制御困難、自分に対する否定的感情、世界観の歪みや変化などである。ちなみに、後者のDESNOSは前出の「複雑性PTSD」と同じ概念である。

## 3. 大人の精神障害から被虐待を疑う

これまで、虐待やネグレクトが成人期の精神障害にどう影響するかについて述べてきたが、精神科臨床においては、成人の精神障害から被虐待体験を疑うことも重要であると筆者は考えている。

例えば、パニック障害と診断される人は、治療が進んでくると「発作が起きるのはいつも決まって10時頃である」とか「いつも雨の日である」というような話が出て、よく聴いてみるとかなりの頻度で過去にそれに関連したトラウマ体験が存在する。パニック障害とは「トラウマ体験の感情のみのフラッシュバック」で

あるのかもしれない。また、気分変調症は長期の虐待やネグレクト体験による無気力を主とする病態ではないかとも考えられる。もしかしたら、ADHDの不意優勢なタイプと診断されている人に、不適切な生育環境に由来する気分変調症や適応障害と言える場合もあるのではないと思われる。統合失調症と診断されている中に、複雑性PTSDやDESNOSなどで解離性の幻聴などを誤診されていないか検討が必要な場合もあるように思われる。感情のコントロールの不安定さから境界性パーソナリティ障害と診断されている複雑性PTSDやDESNOSの場合、基本的にその人のもともとの性質や人格の問題として捉えられてしまうため、被虐待体験の影響によるトラウマの治療的な関わりがなされないままである場合もある。素行障害や非行から反社会的パーソナリティ障害へと進展した人に関しては、ADHDからの“DBD マーチ”ではなく、虐待が何もケアされなくて、虐待→ADHD様症状→反抗挑戦性障害→素行障害→反社会的パーソナリティ障害へ進展してしまうマーチ、という方がじっくり当てはまると考えている。身体表現性障害や解離性障害は、今は使われなくなったヒステリーという言葉で以前表現されていたものであるが、ヒステリー研究の当初の症例自体が実は性的な虐待によるものであったことから、被虐待体験と関連が深いことを知っておくべきである。

以上のように、さまざまな精神障害は、明らかな発達障害である自閉症スペクトラム障害や統合失調症など一部を除いて、幼少時期の被虐待体験に起因する場合が多く存在することを知る必要がある。また、統合失調症や自閉症スペクトラム障害でさえ誤診の問題もあり、慎重に診断しトラウマに関するものに対しては治療できるものはきちんと治療していくことが重要である。

## V. 子どもに対するケア・支援

### 1. 直接的な被害から守る

#### i. まず虐待を疑う

どのような診療や健診、訪問などでも、虐待の存在を常に強く意識しておくことが必要な世の中である。そうでなければ隠れた虐待には気付けない。また、特に精神保健・医療の分野では、治療されている大人に子どもがいる場合、意図的に行っていないなくても結果的に子どもにとって不適切な養育環境となっていること

がある。亀岡も、一般的な精神科臨床の今後に関して、「精神科通院患者に子どもがいた場合、子どもを含む家族全体を精神保健の視点から評価し、必要であれば地域の支援機関との連携を働きかける姿勢が、精神科医療の側にも求められるだろう」と述べている<sup>4)</sup>。したがって、子どもの親が精神障害を有するような場合は、精神科医に、子どもの被虐待にも目を向けながら親の診療をしてもらうように、小児保健の方から働きかける必要がある。

#### ii. 必要に応じて、市区町村の通告機関や児童相談所に相談ないし通告

虐待と言えるかどうかははっきりしなくても、その疑いがあれば通告する。各市区町村には要対協が設置されていて、通告を受けた市区町村の要対協調整機関がコーディネートして必要な関係機関を招集し“個別ケース検討会議”を開く。そこでは各機関が情報提供し、子どもの危険度や虐待者へのアプローチなどを検討し、今後の方針を決め役割分担を確認する。子どもを保護する必要があるのではないと思われる場合は児童相談所に通告ないしは情報提供し、共に子どもにとっての利益・不利益を考慮しながら検討する。

#### iii. 子どもの心情に“思いを馳せる”

子どもは、生まれてから（胎児期からと言ってもよい）、その年齢なりにいろいろなことを感じ、考えている。精神障害を持つ親の子どもは親のことで不安であったりイライラしたり混乱していることが多いのに、誰にも相談できずにいることも多い。大人はその子どもの気持ちや思いを感じていく必要があり、「あなたの気持ちをわかっている」あるいは「わかりたいと思っている」、「一人ではない。私たちがいる」ということを子どもに伝えていきたい。

## 2. 子どもに親の精神疾患を理解してもらう

子どもに親の精神障害のことをきちんと話す必要がある。子どもは、障害のために関心を持ってくれない親に対して「自分のことが好きではないんだ」と誤解をしていることが多い。また、「自分がお飯をこぼしたから、お母さんは寝込んでしまった」、「宿題をしなかったからお母さんは病気になった」、などの自責感・罪悪感を持ちやすい。こういう場合、「あなたのせいではないよ」と話し、年齢相応にわかるように精神障害の説明をして理解ができれば、将来の見通しがつき子どもは安心する。

### 3. 家族にも子どものことを理解してもらおう

親の精神障害が大変な場合、そのことにばかり目が行きがちで、子どものことがおろそかになっていることも多い。精神障害のない親や祖父母などの養育者に何でも相談でき、前述の自責感・罪悪感の理解を他の家族ができることは、子どもの精神的な安定に欠かせない。また、子どもは不安が強ければ、親が具合悪いのにはしゃぎまわるなど、むしろ元気に振る舞い（躁的な防衛）、ひどく叱られることもあり、注意が必要である。

なお、精神科医と看護師が子どもと読む絵本を作成し、それを通して子どもに親の精神障害の理解を深めさせる、あるいは子どもの気持ちを親に知らせる試みをしていて評価を得ている<sup>8)</sup>。

### 4. 地域に理解をしてもらう

保育園、幼稚園、学校、放課後児童クラブ、などによく理解をしてもらうことも重要である。また、民生委員、主任児童員など日常的に家族に接してもらえる支援者にも理解と協力をお願いしたい。そのためには、先にも話した各市区町村にある要対協を活用することが重要である。

## VI. 親に対するケア・支援

### 1. 精神科疾患の医学的治療へ

時に「保健師は、さまざまな人たちと接してきて、対応困難なケースにも鍛えられている。なので、虐待や精神障害対応に関しては、私たちが大いに活用してほしい」という保健師の言葉に励まされることもある。精神障害や虐待の対応において、保健師の重要性は明らかである。震災被災者でも虐待被害者・加害者でもそうであるが、トラウマを受けた人はさまざまな理由から自ら相談機関を訪れることはそう多くはない。したがって保健師の特権であるといってもいいアウトリーチが重要である。それには日頃から地域に根差した活動で地域との良い関係を築いておくことが必要である。子どもの発達や大人も含めた疾病に関しては保健師でなければ対応できないことは多い。精神的に不安定で問題の大きい親には、根気強く精神科受診を勧める必要がある。

### 2. 要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）を活用する

医療機関に受診後は、できるだけ関係機関と情報交換をするため、要対協の個別ケース検討会議を開き、情報交換した後、方針を決め、必ず役割分担を行って終了する。

このとき、医療だけでなく教育や警察など公的機関の守秘義務の問題が浮上するが、要対協は各会議（個別ケース検討会議、実務担当者会議、代表者会議）で守秘義務が課してあり、また、“子どもの安全の優先”が各機関の守秘義務を上回るため、守秘義務違反にはならない。精神科医は親の治療をしているため、同意がないと情報提供できない、と思いがちであるが、生命の危険にさらされている子どもを守ることに以上で大事なことはないということを理解してもらう必要がある。児童福祉法25条の3に基づく協力要請に応じる場合は、個人情報保護法に違反することにはならないとされている。

加藤は、要対協の実務者会議として報告された会議の参加割合では、病院・医療機関が全体で21.9%、精神保健が20.1%で他の機関と比べると低いことを報告している<sup>9)</sup>。代表者会議や実務者会議にも精神科医が参加しているところはまだまだ少ないと考えられ、要対協に精神医療・保健を巻き込むことも小児保健で行うべきことではないだろうか。

### 3. 虐待を受けた親の心情にも“思いを馳せる”

昨年（2012年）の日本子ども虐待防止学会の高知大会では、地元の小児科医である澤田<sup>10)</sup>は、乳幼児精神医学を基礎に、虐待してしまう親の治療経過を含めた講演を行った。要約すれば、虐待してしまうその母親の“おふくろ的な”存在となり、自分の子どものように“holding”し、“間主観的な関わり”（演者は「心の響き合い」と呼んでいる）の中で、優しさ、誠実さ、熱意を持って傾聴し、幼少時期から現在までの“表象”（同じく「心の中の物語」）を語れるようにしていくことで、母親を救い、現在の子どもを虐待からも救うということである。十分な理解とその気があれば、小児科医でも子どもだけでなく親をも救うことができるということを証明したものである。

小児保健分野で虐待に関した親と接する場合、「子どもを虐待してしまうひどい親」という見方ではなく、そうした親は、そうはいつてもこれまで自分自身

が虐待を受けたりその親がアルコールや薬物依存、犯罪歴があったりするなど、不遇な養育環境に育ちながら必死に生きてきて、自分の子育てに不安や困難感を抱えながらもなんとか子どもをこれまで育ててきた、“サバイバー”である、という見方をするのである。この“サバイバー”に敬意を払い、そして、親の“子どもだった過去”と“親になって子育てをしている現在”の心のありように“思いを馳せながら”接することが、虐待の連鎖を予防するうえで重要であると考えている。

## VII. おわりに

虐待をしてしまう親は、何らかの精神障害という診断を受けることがしばしばある。そのかなりの部分が、自分も被虐待者をしてきた人たちであると考えて。そういう人たちは、「精神障害があるから虐待をする」というよりも、「虐待を受けて育ったがために、虐待をしてしまう大人になってしまったし、精神障害を持つことにもなってしまった」と考えるべきではないだろうか。

精神障害を持つ人は、好んで虐待をしている人は誰もいない。むしろ多くが虐待や何らかのトラウマティックな出来事の体験を経てきた結果であるとするれば、“サバイバー”として敬意を払い、「あなたには虐待をしてしまう状況を克服する力がある」ということをしっかり伝え、一緒に歩いていくことである。そうすることで、トラウマに対するレジリエンス（しなやかな回復力）を高め、精神障害とされる状態は癒され、虐待の連鎖もなくなっていくものと考えている。小児保健の重要性は増すばかりである。活躍を期待したい。

本稿の要旨は、埼玉県小児保健協会平成24年度埼玉小児保健セミナー講演にて発表した。

## 文 献

- 1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition ; DSM-5™.
- 2) 小野善郎. 子ども家庭相談に役立つ児童青年精神医学の基礎知識. 東京：明石書店, 2009 : 149-170.
- 3) Judith Lewis Herman. Trauma and Recovery. 中井久夫訳. 東京：みすず書房, 1996 : 181-201.
- 4) 亀岡智美. 虐待加害親／養育者と精神科臨床. 本間博彰, 小野善郎編. 子どもの心の診療シリーズ5 子ども虐待と関連する精神障害. 東京：中山書店, 2008 : 227-232.
- 5) 遠藤太郎, 田村 立, 染矢俊幸. 愛着とところのはぐくみ 脳科学の視点から. 滝川一廣, 杉山登志郎, 他編. そだちの科学7. 東京：日本評論社, 2006 : 24-29.
- 6) ロバート・M・リース編／郭 麗月監訳, 虐待された子どもへの治療—精神保健, 医療, 法的対応から支援まで. 東京：明石書店, 2005.
- 7) 友田明美. 新版いやされない傷—児童虐待と傷ついていく脳—. 東京：診断と治療社, 2012.
- 8) 北野陽子, 細尾ちあき. ①ボクのせいかも…—お母さんがうつ病になったの—, ②お母さんどうしちゃったの…—統合失調症になったの—前編—, ③お母さんは静養中—統合失調症になったの—後編—. 埼玉：プルスアルハ pulusualuha +, 2013.
- 9) 加藤曜子. 「要保護児童対策地域協議会 全国市区町村悉皆調査—調整機関, 実務者会議, 研修の在り方」分担研究『地域における虐待事例の重症度化予防介入モデル研究』平成25年6月.
- 10) 澤田 敬. 虐待予防を目指しての親子支援—間主観的（心の響き合い）援助—（ライフステージシンポジウム講演）. 日本子ども虐待防止学会 in 高知, 2012.