

講演録

虐待する親との治療的關係 —保健師、ソーシャル・ワーカーによる 精神療法的接近—

防衛医科大学校 心理学科 教授

佐野 信也

I はじめに

はじめまして。防衛医大の佐野です。

精神科医です。

本日は、子どもを虐待する（あるいはしそうな）親は精神医学的に見てどのような人たちか、その親たちとよい関係を結ぶにはどうしたらよいかという話をしたいと思います。

皆さんも経験されているとおり、子どもを虐待する親たちが全て精神科の患者さんというわけではありません。今日お話しする方々（養育者）は、スタンダードな精神科治療—十分な休養と薬物療法と励まし—だけではなかなか回復あるいは成長の糸口が見つけ難い人々が中心になります。

日頃の支援活動のご経験の中で、精神病診断が付くかどうかはともかく、対人関係が拙劣であったり、ものの見方がひどく偏っていたりする親たちで、自らも生きづらさについて何がしかの自覚があるような親御さんに出会った際には、皆さん、言葉を尽くして精神科受診に誘導すると思います。

自分は精神病なんかじゃない、と受診動機をもてない方もたくさんいらっしゃいますが、なんとか受診にこぎつけられた方でも、

「紹介されたクリニックに行きました。最初のうちはしっかり話を聞いてくれたけど、何回か通っていくうちに『そこは保健師さんに相談して』とか、『うちは心理の先生いないから』などと言われてしまいました。結局薬の処方だけで、細かな生活のことについては相談にのってくれないので続ける意味がありません。」

などと不満を訴えて、ブーメランのように保健所や保健センターに戻ってくる人も少なくないと思います。なかには担当医と喧嘩してしまったりする人もいます。そういう方々、仮に精神症状や苦悩を自覚している人であっても、どこに紹介したらいいか悩む支援者は多いのではないかと思います。

しかし現場の支援者の方々が一定期間、そういう人々と会い続け、対話を繰り返しているありようには、実は私たち精神科医や臨床心理士が行う精神（心理）療法と共通するものがたくさん含まれています。しばしば皆さんは「治療的」にあるいは「心理療法」的立

場に関わっているのです。ことさらに「治療」という必要はありませんが、臨床医の立場から見ると、「いい治療的關係を作っているな」と思われる支援者－クライアント關係は、決して少なくありません。

虐待行為を行う親、養育スキルの乏しい養育者にはいろいろなタイプがあります。もちろん統合失調症の症状のためにうまく子育てができないという親もいます。発病するまではおだやかで相互的な対人關係をもっていたけれど、病気になってしまったためにそれが崩れていったという方もいないわけではありません。

しかし狭いながら私の経験では、神経症圏の親が多い。摂食障害、パニック障害、パーソナリティ障害、あるいはアルコール依存症などの嗜癖的病態も神経症圏に入ります。こうした人々の多くは、その人の生育過程に、放置されたままの傷を抱えている方々で、それが重要な要因となって、安定した対人關係を育みにくくなっています。親密性と自立性をほどよいバランスを保って、他者と相互的な關係性をもてないままに親になった方たちが多いように思います。そういう方々と皆さんが一定の關係をもつわけです。紆余曲折はあるでしょうが、**關係が続いていることそれ自体が治療的な効果を有しています。**

Ⅱ 子どもは一人では守れない

－多職種多機関ネットワークの要としての事例検討会－

(1)事例検討会(含要対協個別会議)の重要性

ここから10枚くらいのスライドは、院内教育用に作成した模擬事例です。

10ヵ月の男の子。つかまり立ちするようになった時期です。今朝からぐったりして元気がないということを主訴に、夜の8時頃、両親と救急外来を受診しました。若いお母さんは次のように説明しました。

「昨日の夜、ぐずってなかなか寝てくれず、ベビーベッドの中で動き回っていたんです。そのうち、ドスンと大きな音がしたので、見るとベッドから転げ落ちた様子で大泣きしていました。出血はなくどこか怪我した様子もなかったので、そのまま寝かせておきましたが、夕方になってぐったりした様子でミルクも飲まないの心配になって受診しました。」

どうでしょうか。これだけお聞きした段階でどこもおかしいと思いますか。

診察医は一般的な子どもに対する身体診察をしていきますが、どうも“もやっ”とする感覚が拭い去れない。診察の傍ら母にさらに訊いて行きます。

医師「ベッドの高さはどれくらいでした？」

母「60 cmくらいですかね。」

医師「ベッド柵はついていなかったのですか？ 床は畳ですか？ カーペット？」

虐待のことについて深く知らない医師でも、10カ月の赤ちゃんの身体は柔らかいので、60cmくらいの高さから硬くない平らな床にぽてっと落ちたからといって、そう簡単に骨折とか意識障害を起こすとか、そういったひどい症状は出ないのにと考えているわけです。

お母さんは答えます。

母「フローリングの床です。柵はあったんですが、ガタガタいじって、自分で下げちゃったんです。そのベッド、友達からのお下がりなので、ネジが弛んでいたみたいです。」

お母さんの後ろでお父さんはいらいらした態度でした。

医師「頭をうったわけですから、念のために、CT検査をしましょう」

検査しますと慢性硬膜下血腫と小規模ながら急性硬膜外血腫が並存していました。

次にするべき検査や処置については、支援者の方々もある程度は知っておいてほしいと思います。そういう子どもが自宅に帰ってきたときに、要対協等で事例検討をしますね。そこで、最低限、虐待を疑ったときの検査項目となぜそれが必要なのか知っておくと、医師に質問しやすくなるからです。

まず眼底所見です。眼科医がいなければ仕方ないですが、いれば眼科の先生にきちんと診ていただき写真に撮ってもらう。眼底所見をとるのは、「揺さぶられっ子症候群 (Shaken baby syndrome; SBS)」のときに現れやすい眼底出血の有無をチェックするためです。

それから全身骨写真。赤ちゃんというのは、小さいので1枚の写真で全身が撮れてしまいます。いっぺんに全身を撮影する方法を「ベビーグラム」といいますが、情報量が少なくなります。脂肪とか、あるいはその他の組織の影になって過去の骨折の後の癒着による微妙なラインとか、こういうものが見えないことがあるので、ちゃんと4枚か5枚かに分けて撮ってもらわなければなりません。それから、血液凝固能検査をします。たいした衝撃でなくても、血友病や白血病などで凝固能異常があると、小さな傷からの出血でも大きな血腫を作ってしまうからです。

脳CTで「慢性」硬膜下血腫と「急性」血腫の並存と診断されたということは非常に重要な所見です。つい今しがた頭を打って、そのために出血したのだったら「慢性」でなく「急性の」変化が認められるわけです。「慢性所見」ということは、過去にも、同様の事態(頭部打撲)があったということです。それが偶発的事故によるものか、暴力によるものか、その他の理由か、それは断定できませんが。

いずれにしても、ここでさすがに子どもの虐待には素人の先生も「うーん、ちょっと変だ」と思うわけです。

泣く子を黙らせようとしたり、あやそうとただけだと説明する親が多いのですが、赤ちゃんの体幹を両手で握って強く揺さぶってしまうことがあります。そうすると、赤ちゃんの血管の発育、構造というのは未熟で脆いですから、ブリッジングベイン(bridging vein)という頭の硬膜と軟膜をつなぐ静脈などが切れやすい。そういう場合には、しばしば眼底出血を伴うので、これは絶対にチェックが必要です。骨写真を撮るのは骨折の有無をチェックするためですが、先ほど言ったように、今触れて痛がらなくても過去にそういう骨折があると X 線写真にはその痕跡が写ります。SBS の場合だと側胸部を強くつかむので肋骨が折れていることもありますので、こちらも同時にチェックします。

模擬事例の所見のまとめです。身長 72 cm、体重 8.5 kg、頭位 45 cm。意識は傾眠がちですが、その他のバイタルサイン(血圧、呼吸状態など)は安定しています。背中と大腿部の 2 ヶ所に浅い擦過傷がありました。CT 所見：慢性硬膜下血腫＋小急性硬膜外血腫。眼底所見：網膜出血等なし。全身骨写真：骨折所見なし。血液凝固能他血液所見：正常範囲。

ということで、血腫以外の SBS の身体的所見はないということです。そして、10 ヶ月で 72 cm と 8.5 kg という発育は正常範囲です。つまり慢性／急性頭蓋内血腫以外には身体的虐待の徴候は見つからなかったということです。

次にどうするか、これらの検査をしている間にもいろいろ考えます。とりあえず血腫があるわけですから、当分の間は意識状態を観察する必要があるし、後になってじわっと再出血することもあるので、今すぐに手術が必要かどうかはともかく、経過観察するというのは常識的な対応(≒親も納得しやすい)と考えるわけです。

お母さんの後ろでは、父が「家で寝かしといちゃだめなのかよ」と小声でもらしています。お母さんは、目配せしてなだめる態度が見られます。この辺の親の態度や発言の内容・語調などカルテには記録しておいてほしいですね。これだけで何か決定的な判断が下せるわけではありませんが、こういうグレーゾーンにあるケースというのは、状況証拠がたくさんあれば、さらに詳しくその家庭について調査をすとか、別の切り口で介入を試みるとか、ということにつながるわけです。**決定的な一つの所見が見つかることは決して多くはないのです。**あらゆる情報を統合して評価の俎上に載せないと、誤りの少ない行動指針は立てられないとしたものです。

こういう流れで、入院して様子を見ましようということになりました。同時に脳外科医の併診を受けて保存的(内科的)治療を開始しました。2 日後に意識清明となり、ミルクを飲むようになりました。2 週目頃から血腫は縮小傾向を見せ、その後も順調に回復していきました。

親たちには「元気になってきたけど、いつまで入院しているのか」という不安とか不満が高まってくるわけです。

母 「あの、だいぶ元気になってきたんですけど、いつまで入院していただくかいいけないんですか？」

そこで、医師は悩むわけでは

医師「ええ、まだ小さいお子さんだから、慎重に診た方が・・・」

しかし、心の中では

『慢性』血腫というのが気になるな。フローリングの床に 60 cmの高さから転落して脳出血…。でも、今さら虐待の疑いなんて言いにくいし。』

などと一人悶々としています。

どのように虐待の疑いを親に伝えるかというのは、メディカルスタッフにとって最初の、そして一番大きな関門です。ですから、嫌な言い方になってしまいますが、ボキッと骨折しているとか、眼底出血と脳血腫が並存して SBS と診断しやすい状況とか、その家族に過去に虐待のエピソードがあり近隣通報が最近もあったとか、そういう事例（もちろん子どもの方は大変ですが）の方が対応は比較的わかりやすい。児童相談所（以下児相）に通報するときも、かなりクリアカットな説明ができます。

しかし、この事例のように、一旦ソフトに抱えてしまうと、後になってから大変言い難くなってしまう。それで、特にこういう 3 歳未満の子どもの頭部外傷について当院でも対応ガイドラインを作成中であります。

事例に戻って、入院も 1 ヶ月になろうかという頃には、子どもはすっかり元気で、退院可能な状態になっています。そうなるとお母さんもだんだんプリプリ不満を口にします。

母 「あの、すごく元気になってきたんですが、何で退院できないんですか？」

医師「そうですね。だいぶいいようですが・・・」

担当医の心中：

『脳外科の先生のコメントでは虐待の疑いが濃厚というわけではないし、母親は面会にも毎日のように来て可愛がっているようだし、子どもの方も母になついているから、これ以上退院を引き延ばすのは難しいかな・・・』

そこで、もう一度 CT を撮って血腫が十分縮小していれば退院の予定としますーと病棟カンファレンスで述べました。すると若い看護師さんがポロッと言いました。

「先生、そういえばこの子のお姉ちゃん、去年やけどで皮膚科から入院してきましたよね。たしか2歳くらいで。」

担当医はここに至ってようやくソーシャル・ワーカーの協力を得て、市の子ども家庭や保健センターに声をかけて普段の生活ぶりに関する情報を集める必要があると思いついたわけです。

小児科の先生は比較的、ふだんから家族背景について聴取しておくことが多いのですが、親がいつも正確なことを全て語ってくれるわけではありません。自分だけで悩んで結論を出そうとすると、重荷でもありますし、不正確なあるいは不足した情報からは正しい対応策は紡ぎ出せません。いろいろ医学的な検査を駆使したとしても、全部ひとりで評価して判断するのはとても無理があります。

(2)小児外傷の「虐待由来性」の評価

子どもの外傷や症候の虐待由来性の評価法に関する経験的知識は数多くあります。長管骨（「大腿骨」のような手足の長い骨）がねじれるように骨折しているとか、肋骨骨折が左右対称に見られるとか、通常の偶発事故ではなかなか起きないような所見が知られています。

医学的診断は、「陽性」であれば、身体的虐待評価に際して決定打になりえます。ですから、かつて児相が親からの反告発、訴訟などを恐れて虐待評価とか親子分離にとっても慎重であった時代（最近は大いぶ変わりました）にも、こういう客観的証拠となるX線写真等があると、児童福祉司にとっては大変有力なありがたい情報になりました。しかし、必ずしも典型的な虐待所見が見つからない、いわゆる「陰性」の事例は悩ましい。検査所見「陰性」が虐待を否定する十分な根拠にはならないからです。実際にはそうしたグレーゾーンのケースが多い。

一方、先ほど「状況証拠」と言いましたが、正確に言うと「家族診断」あるいは「社会的診断」にも欠点があります。その家の経済的事情とか、上の子がこれまで養育者からどのような処遇を受けていたかとか、子どもが引きこもり状態に陥っていないかとか、それから近所からの様々な情報とか、そうした生活情報は、子どもの生活ぶりを描き出すのに有用ですが、「虐待が行われているか否か」を判別する決定打にはならない。つまり、5個リスクが認められたとしても、本当にそれで虐待がこれから起こると確証できるわけではありません。

少し話が逸れますが、通常の刑事訴訟では、^{プレジュームドイノセント}推定無罪と言って、確実な証拠がなければ無罪を宣するわけです。「あいまい性を孕んだ情報」は被告人の利益に近づけて解釈するという原則です。この視点にたつと、リスクが10個あったとしても、普通の事故では決して起こらない骨折所見とかSBSの所見とかがなければ、虐待していると断定できない、

すなわち当面虐待しているという「罪」は問えません。

しかし子どもの虐待問題に関しては、それでは予防できないわけです。ですから、私たちは親の犯意を問うたり刑務所に入れたりしたいわけではなく、親の行為の質やその結果にもよりますが、原則として養育支援に道を開く態度を前提として、「推定無罪」という概念は採用しないと心に決めた方がよいのではないかと思います。グレーゾーンにある家族に対して刑罰的には介入できなくても、重大なことが起こる前に、支援者の予防的介入を可能にする見守り態勢を作らねばなりません。グレーゾーンのケースを放置（≒支援者がネグレクト）してはならないのです。

(3) 要保護児童地域対策協議会

「^{マル・トリートメント}不適切な養育」とは、あからさまな暴力的虐待行為を極として、軽度の情緒的ネグレクトまでを含むひろい概念です。虐待とは限らないけれども、ここから様々の虐待が発生しうる土壌のようなものです。私たちはそれを経験的に知っています。見守っているつもりだったのに起きてしまったという失敗も、いやというほど知っています。こうした家族に対して、どのように関与介入の切り口を見つけてゆくかということが私たちに問われています。

皆さんのほうが私よりたぶんよく知っていると思うので読みあげませんが、平成 20 年から要支援児童「等」に「特定妊婦」が含まれました。児童福祉のスタッフが、まだ虐待されているわけでもないおなかの中の子どもとその母に出産前から支援を開始すると規定されたことは、エポックメイキングな出来事です。

文言としては特定妊婦とは、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」という、たった一行の、しかし意義深い規定です。それまで児童福祉領域では、子どもが産まれていない状態では、どんなにリスクが認められていても、なかなか助産師さんや保健師さんと協働して関わる根拠がありませんでした。しかし現在は、この規定によって、児相のスタッフはハイリスク家庭、特定妊婦の方の事例検討に参加してくれます。

後にも示しますが、私どもの病院に「子どもの虐待対応委員会（現在「子どもの安全委員会」と改称）」ができて、これまで 70 例くらいの報告がありましたが、地域の方々と皆さんとのミーティングを 67 回実施したのですが、その半分くらいには児相の方に参加していただいています。これは、やはりこの規定があるために実現したことだと思います。

さて、再び事例に戻ります。保健センターとか子ども家庭相談センター（名称は自治体ごとに様々です。できれば統一してほしいと日頃から思っています）とか、児相のスタッフの方々にご参集いただき、カンファレンスをしました。

そこで、お母さんの A 子さんには離婚歴があることがわかりました。離婚の数年後、女

児を連れて現夫と再婚します。この連れ子が看護師さんの話の中で「2歳のときにやけどで入院した」というC子ちゃんです。カルテを調べてみると、2歳時に背中の中II度熱傷のため当院へ受診していました。これが看過ごされていまして。背中の火傷って、子どもはそんなにしないですね。手で触れるとか、油とか熱湯がはねて体の前面にやけどすることはそれほど珍しくありませんが、背中の火傷は稀です。そういうエピソードがありました。

お父さんのB男さんはどうかというと、現在、無職でした。この方は今回受傷したD男の妊娠発覚後にA子と結婚していることがわかりました。そして、母の母、子どもからするとおばあちゃん、まだ42歳と若いですが、B男の収入がないので、時々経済的支援をしているそうです。

保健センターからの情報では、A子さんにはかつて流産1回、中絶1回の既往があること、D男の妊娠後、妊婦健診は数回しか受けていなかったこと、精神科受診の既往があることも判りました。摂食障害、自傷行為、パニック発作の既往があって、保健所にまず相談に行って、紹介された精神科Xクリニックに受診して現在も通院しているそうです。D男の妊娠中も向精神薬を継続服用していました。医師が最初の4ヵ月はやめた方がよいのではないかとと言っても、「いや私、時々とても不安定になるから手放せないです」と言って服み続けたそうです。それ自体、ものすごく大きなリスクと捉えるわけではないのですが、総合的に見てどうかということなのです。

保健所相談の時、初対面の保健師さんの対応がよかったためか、Aさんは生い立ちについていろいろ語ってくれたようです。18歳から家出のような形でアパート暮らしを始めました。19歳でC子を出産しますが、子どもの父親は妊娠発覚後雲隠れして、孤立状況の中で妊娠、出産を迎えました。

独りになった後、市の子ども家庭が関与しており、そこで生活保護の受給を勧められたのですが、つまり赤ちゃんができて仕事ができなくなるのだから、しばらくは保護を受けた方がよいのではと勧められたのですが、「管理されたくないから」ということでこれを拒否しました。出産後ですが、保健師さんの家庭訪問も「監視されたくない」ということで拒否していました。こういう情報が地域の各機関から出てきました。

これらの情報と、病院で直接観察された夫婦関係や親子関係に関する情報を総合して、先ほど申し上げた社会的診断と言いますか、乳幼児の養育環境としての家族背景に関するアセスメントを行うわけです。結果的に、子育て上の困難が生じるリスクが高い家族と評価されました。経済的なリスク、それから精神科既往歴。もちろん精神疾患の方が皆虐待するわけでは全然ないですが、しかし精神的な不安定性とくにA子のような摂食障害、自傷行為、パニック発作、そういう症状を示す方というのは、しばしば対人関係上の問題や親密性をめぐる問題を抱えています。保健師さんにすでにA子は自分の親との葛藤関係を漏らしています。これは全て、リスク要因です。救急外来で子どもの父がいらだった態度を隠さなかったのも、いくらかマイナスの情報に含まれると思います。気になるのは、最

初保健所に相談に向いたときには相応に自己開示的な態度だったのに、最近は秘匿的ないし隠蔽的な態度が優勢なように見えることです。どこかで不信感をかきたてられる体験をしたのでしょうか。

これらのことを踏まえて、先ほどの慢性硬膜下出血、これをどんなふうに位置づけるか。これは模擬事例ですが、おそらくこのような事例では、よほどの「新証拠」が見つからなければ、即刻親子分離をすとか、施設保護することはできないでしょう。結局家に帰すことになると思います。しかし、家族の全体像を知っていれば、病院スタッフはカルテに記載しておくわけです。

次に子どもが救急外来にきたときに、この人は3ヵ月前に慢性・急性の頭蓋内出血をきたした既往があり、地域と協働してカンファレンスを行ったこと、虐待と特定はできなかったが様々な養育上の困難やリスクがある家庭だという情報を診察医や看護師は瞬時に得られます。それを踏まえて、重大な傷害でなくても極力入院させて、翌日、かつての担当医とか私たち虐待対応委員に連絡を取るということを院内で周知する努力をしています。

当然ながら、市の方でも、今後の1歳時健診とか3歳時健診とか、そういうときには普段より目を凝らして観察していただく。そういうネットワークを立ち上げて維持することは可能なわけです。D男くんの担当の先生が自分だけの判断で帰してしまったら、セーフティネットは作れない。強調したいのは、これはとくに医療側に言いたいことですが、**要対協個別会議と名称付けられなくても、気になった事例については、とにかく各機関の担当者が集まり、事例検討して、オープンに集合知を形成する方法です。**

D男くんが慢性硬膜下出血で入院したことを知ったら、地域の方からも病院に積極的に情報提供する態勢を保持してほしいと思います。「子どもが頭部外傷で入院すれば、全例保健センターに伝える」というシステムが公にはまだ存在しない中で、おそらく皆さんはすでに、病院と日頃から連携しながら1例、1例積み上げているのではないかと思います。1例の共有経験があれば、各機関間に水路ができます。2例目はもっと容易に水（情報）は流れ、水路の構造も確固としたものに近づいていくのではないのでしょうか。

Ⅲ 誰が子どもを虐待するのか－虐待する親は精神病か－

(1)精神科の病－おおまかな疾患分類－

虐待する親にはどんな精神科診断がつくのか。

一般論になりますが、精神科診療においても、現在は「操作的基準」が盛んになっています。『次の10個の項目のうち5つあった場合には〇〇病／障害／症候群』といったカテゴリー分類を操作的基準に従った診断というのですが、WHOだとICD-10、米国だとDSM-5という基準を使います。そうすると比較的客観的な診断ができるということで、30年くらい前から世界中に普及しつつあります。ICD-10やDSM-5には200も300も診断名があ

るのですが、ごくおおまかに区分すると次のA～Gのようになります。

A精神病 B神経症 Cパーソナリティ障害 D嗜癖あるいは依存症 Eストレス関連障害、それから F発達障害 G身体症状の部分症状としての精神症状群。医師としては、Gにはいつも気をつけなければなりません。例えば内分泌障害—甲状腺機能亢進症の人が多弁になったり興奮しやすかったりイライラして怒りっぽくなったり、一見、躁状態のように見えるなどの病態です。あるいは、膠原病の治療では副腎皮質ホルモンという薬を頻用しますが、これに対して敏感な方が一定割合存在して、錯乱状態を呈して幻覚・妄想状態を含む統合失調症症状と区別が難しいことがあります。しかし、身体の治療をすればきめんによくなる。

B から E までをひっくるめて「神経症圏」と言っておきます。「圏」というのは「グループ」くらいの意味です。この中には境界がややあいまいな複数の病態群が含まれていますが、身体の病気によるものではないし、統合失調症や躁うつ病（単極性うつ病と双極性障害）とはかなり明確に区別される諸病態—不安神経症、強迫神経症などから、アルコール依存症とか覚醒剤依存症の嗜癖、PTSD などのストレス反応性の病態など多数のサブカテゴリーを含みます。これらはたいていの場合強いストレス状況を契機として症状が現れ、中枢神経系の故障の程度は比較的少ない病態です。

精神病と神経症圏の区別が何か検査して明確に判別できるとよいのですが、残念ながら、血液検査で肝機能障害の程度や原因疾患がかなりの程度わかるようには、双方を明確に区別できる検査はまだありません。

したがって、まずは症状で、あるいはその経過により判断します。その際、「現実検討力」と「了解性」という2つの概念を私たちは使います。

現実検討力というのは、今、私が客観的に置かれた状況を他の人と共有できる形で、客観的に自覚しているかということです。例えば、いま私は、長野市に来ていて、午後の昼下がりに、お昼ご飯の後のちょっと眠くなる時間に、皆さんに、子どもの虐待に関するお話をさせてもらっていると。皆さんは、いろいろなところに勤務しており、研修会に自主的にかあるいは、上司に指示されて渋々おいでになったとか—そういう状況ですね。そういう状況を認識しており、これが皆さんのほとんどの方の認識と一致していれば「現実検討力あり」と評価するわけです。

また、今この会場で私がひとりでしゃべっています。しかし、仮に天井裏から私に向けた声が聞こえてきたとします。会場全体で100人いたとして、そのうち他の99人には聞こえず、私ひとりだけに聞こえるとしたら、客観的にはありなことを体験しているわけです。この場合、私の聴覚領域の現実検討力が低下ないし喪失していると評価されます。そんなに難しくない概念です。幻聴とか幻視とか妄想とか、そういう体験（症状）が現実検討力の低下ないし喪失と位置づけられます。

「了解性」というのは「感情移入」ができるかということです。

「もし私が『あなた』の立場だったら、あなたと同じように発言したり行動するだろうな」と心底感じたら、『あなた』の語ったことや行動は「了解可能」と評価します。

例えば、4年前の大地震・巨大津波の際に、5人家族で自分だけが助かってしまった、後の4人が津波で流されてしまったという過酷な体験をしたとします。その方(Xさん)は仕事を続ける気がなくなってしまった、それ以前には活気に富み、バリバリ仕事ができる人だったにもかかわらず、何ヶ月も仕事に行かないで家でぼーっとして、時々お酒を飲んでグターッと寝て、無気力で抜け殻のような人になってしまったとします。その人に脳内変化を基礎とするうつ病が発症したという可能性は否定できませんが、Xさんと同じ状況に置かれたら私だってやる気なくなっちゃうし、もうさっさと天国行きたいと考えたり、あるいは自分だけ生き残ったという罪の意識に苛まれて、「どうして俺だけ生きてなきゃいけないんだ」と漏らしたとしても、概ねわかり(共感でき)ます。これが了解性です。

今、時間、空間を共有している人々と、状況認識が共通であり、同様の感覚的体験をしており、相手の話すことが『ああそうだよ。そういう感じ方や考え方はわかります。あなたがそう言うのはそういう理由があるからなんですね』と感情的にキャッチボールができるか否かが了解性です。

いくらその人が過酷な体験をしたとしても、天井裏に火星人が潜んでいて地球をのっとろうと画策している声がする、と聞こえたとか考えているといったら、まあ100%ありえないとまではいえませんが、99.999パーセントくらいありえない。ということで「了解不能」と評価されるわけです。精神病圏の方は、すべての体験様式が故障している訳ではないですが、現実検討力は低く、了解困難／不能な発言や行動が見られやすいといえます。

(2) 精神病(圏)と神経症(圏)のちがひ

精神病の症状というのは脳の故障が基盤になって現れることが多いので、相手のとの関係で一時的に、相手が優しく接してくれる、相手が共感的に接してくれるからといって症状が消えてしまうわけではありません。ところが、神経症圏の患者さんは関係性によって変化する度合いが大きい。

一見精神病のような症状(根拠なく猜疑的であったり、被害的な発言や態度などが目立つ等)が現れたとしても、神経症圏の人では、こちらとの関係が比較的上手くいっているとか、その人がこちらに信頼感を抱いているときには、症状が軽減されることが多い。逆に、信頼していたのに何かの行き違いで、『こいつも今までの自分を裏切ってきた、自分をいじめてきた奴らと同じなんだ』などと不信感を募らせたときには様々の症状が出てきます。相手にもっと自分のことを分かってくれたいとか、もっとケアして欲しい、こういう時に(言葉でなく)症状の形で訴えられるという事態が神経症圏の人の場合にはしばしば見られます。

とくに解離性／転換性障害や、パーソナリティ障害の人では、関係性によって症状が動

くことが非常に多い。したがって、精神病圏と神経症圏を区分することは、薬物療法の射程とか、その人と相談関係を維持していく必要がある時に、相談の枠組み—「治療構造」をどのくらいきちんと設定しておかなければならないのか、という辺りを考慮するのに役立ちます。

(3) 抑うつ状態を呈する基礎疾患(病態)

全部が悪いとは言えないのですが、気持ちが滅入る、元気が出ないと訴える人をひとしなみに、「うつ病ですから、仕事を休んで休養を十分とってください。抗うつ薬を飲んで休んでください。眠れなかったら睡眠薬も飲んでください」とだけ指示する医者が今でもいます。そういう形で、本来は治療的なアプローチが異なる基礎的病態が異なる「抑うつ状態」の方に対してうつ病診断が過剰に行われてきたことが我々精神科医の反省点としてあげられています。

例えば「現代型うつ病」とか「新型うつ病」、「神経症性うつ病」とか「抑うつ人格」等々抑うつ状態というのはたくさんのタイプがあるのです。身体疾患の部分症状として抑うつ状態が現れることもあります。さらには、皆さんだって、たまにはなんとなく気が晴れず、仕事に行きたくないと思うこともあるでしょう。こういう正常範囲の抑うつ状態から、統合失調症患者が初期に示しやすい抑うつ状態というものもあります。

ここはもちろん専門的領域なので、私たちが情報提供したり、患者さんの教育に携わったりするわけですが、医者が「うつ病」と言ったときに、それは「古い言い方をすると、内因性うつ病ですか?」、「薬が効くタイプのうつ病ですか?」、「それとも性格的な問題が濃厚に関係しているうつ病ですか?」といった、実際に関わっていくために留意すべきことについて追加説明を求める聞き方をさせていただくとよいと思います。

精神科の講義を受けたことのある方は、病因論分類として—内因、心因、外因という3分類を習ったと思います。身体の中に原因があっても、例えば脳血管障害とか脳腫瘍で色々な精神症状が出るときは、それを「外因」と呼びます。内因というのは統合失調症とか、躁うつ病とか、非定形型精神病とかの病因を言います。

身体の内因に原因があって生じる病態なのに、なぜ外因と内因を区別するかというと、脳腫瘍とか内分泌障害という病は、私たちの生き方や人格そのものを揺るがせるようなものではないということで「外」という名前をつけるのです。一方、統合失調症で言えば、そこが揺らいでしまう人格の基本が傷んでしまう病、「パーソナリティ障害」とは違う意味で、人格そのものや社会性が大きく毀損する病です。例えば、統合失調症の患者さんは声が聞こえるとかテレパシーがくると言いますね。これはそんな気がする、ではなくて当事者には本当に聞こえているのです。そしてその声やイメージにその人の根幹が大きな影響を受けてしまいます。治療がうまく運ぶと、症状としての「声」と「声を聞かされる主体」との間に距離感が生まれ、この不思議な、嫌な声は病気のせいかもしれない、薬を服むとそ

ういう体験が消える、自分は脳の中の故障があつて、それに対して何らかの対応策を取らなくちゃいけない、という「病識」を獲得できる方もいないわけではないのです。しかし無治療だと非常に難しい。その人の人格そのものが揺らいでしまう、そういう病態を生む病因を「内因」と言います。

3つ目の「心因」は心理的な病因です。これには内因的な要素がないというわけではありません。例えば同じ外傷的なストレスにさらされたとしても、ある人は跳ね返してしまう、ある人は処理できない個別性があります。あるいはある人にとって、こういうストレスは得意（処理が容易）だがこれは苦手ということがあります。「心因」を考えるときには必ず、ストレスの種類や量と同時に、それを処理する個人の側の経験力、性格、知的水準とか、ものの見方とかが絡んできます。

IV 虐待死亡事例の解析結果(第10次まで)を読む

毎年、「全国児童相談所長等会議」というのが夏から秋にかけて行われます。会議のしばらくあとに、そこで配布された資料が厚労省のホームページにアップされます。それとは別に「児童虐待死亡事例の検証報告」という資料が公開されます。「11次報告」が多分出る頃だと思いますが、これらを見ると深刻な虐待事例の家族構成や虐待が生じやすい状況というものを学ぶ参考になります。

「死亡事例検証報告」データは、「心中例」と「非心中例」とに区分して表にしています。7次からは内容は同じですが「心中虐待死例」と「虐待死例」という区分に換えています。1次から10次までの期間中に把握多された虐待による死亡事例数および死亡人数は、心中以外の虐待死事例で509例、546人です。心中による虐待死事例は282例、394人と記述されています。これらの加害親（養育者）に対して、その性格傾向とか精神疾患の診断の有無とか、あるいは保健福祉領域がどれくらい関わっていたかなどが調査されています。

ここで対象とされているのは警察や公的機関が摘発できた事例ですから、少なく見積もってもその10倍くらいは暗数（表面化しなかった事例）があるとみるのが普通です。ですから、実際には500人とか600人くらいの子どもが養育担当者の虐待により殺害されていると推定されます。これが多いのかどうか。アメリカと比べると少ないです。しかし、いま日本の子どもの出生率も考慮すると、決して少なくはない—普通の市民生活の中で出会うことが十分ある—ということを念頭に置きたいと思います。

これは10次報告で初めて調べてあります。心中による虐待死の方に精神科通院歴を有する者の割合が多い傾向が見られます。「不明数」が多すぎるので、統計的に明らかな有意差を示しているとは言えませんが。

精神科診断のある加害母の診断区分では「統合失調症」の絶対数が一番多くなっていま

す。パーソナリティ障害（境界性含む）は心中以外の虐待死で1人と、心中虐待死は1人となっています。私は、これにはどうも合意できません。もっとも私は本当に子どもが亡くなってしまった事例はほとんど経験していません。しかし深刻な事例家族で、統合失調症と診断されている親でも実際に関わってみると統合失調症ではないと再診断される人の方が少なくないのです。うつ病となるともっと曖昧です。抑うつ状態を示すのは、先ほどお話したように、パーソナリティ障害とかストレス反応性の抑うつ状態とか一過性の正常範囲の抑うつ状態とか、恐らくそういう状態も含まれています。

この表は診断の付いたお父さんで、赤のところはアルコール依存とか薬物依存、衝動性、攻撃性、怒りのコントロール不全などです。怒りのコントロール不全というのはパーソナリティ障害の標識の一つですね。心中以外の虐待死の方がそのような指標の該当例が多く、心中による虐待死では少なくなっています。幻覚とか妄想、躁状態のような比較的是っきりした精神病の徴候というのは、両方とも少ないとされています。お母さんの方もそうです。不明という条件をコントロールすれば統計的有意差は出るのではないかと思います。

まとめてみると、「精神科診断無し群」では「診断あり群」より、嗜癡的、依存症的、攻撃的、衝動的で感情不安定であり、養育能力が低いということです。先ほどの表と合わせてみますと、虐待で子どもを殺害してしまった人を調べると、精神科診断なし、精神科に通ったことがないという人の方がリスクが高いということです。これだけから言えば、精神科診断がある、すでに治療に通っている人は、むしろリスクが低い。これは実感と一致します。

精神科に来て、ある期間通っている人は自分の中の問題とか辛さを他人に話すというプロセスを踏んでいるわけです。そういう方のほうが保健師さんとかワーカーさんとながりがやすい。世の中が悪いとか、夫／妻／親が悪いと訴えてやまない他罰傾向の強いパーソナリティの未熟な人は、困難が生じている理由が自分の内にある可能性を捉え損なっているので、精神科にあまり来ないのです。同様に相談者にもつながりにくい。

「精神科通院中」はむしろ好要因かもしれず、関与介入の糸口がすでにあるというようにプラスに捉えてもよいくらいです。もちろん、甘く見てはいけませんが。それなりに医療機関と連携して関わってゆく必要はあります。逆に「この人は精神科患者ではない（既往歴がない）」ということは、少なくとも安心する材料には全くなならない、そこを押さえていただきたいと思います。

こうした傾向は 10 次報告だけでなく例年共通しています。心中以外の場合は、喫煙の常習、アルコールの常習、それから望まない妊娠、若年、母子、これらは社会的な背景ですね。母子健康手帳の未発行という要因もあります。妊娠を受容していない、若年、妊娠検査にちゃんと行っていない、妊娠中に大量の喫煙や飲酒をするというような自己管理ができないこともリスク要因です。

V 周産期に好発する精神障害と子どもの虐待:再説 虐待する親は精神病か

(1)周産期精神障害に関する古典的分類とその後

昔は妊娠中のお母さんは精神的に安定していると考えられていました。しかし、産褥期はそうではないと。二つ理由があります。

一つは、妊娠中というのはエストロゲンというホルモンが大量に出ています。エストロゲンには神経保護作用があります。例えば統合失調症の患者さんは、男性の場合は思春期から青年期の前期、10歳代後半から30歳代前半くらいが好発年齢で、つまり青年期に発症ピークがあってその後発症率はだんだん下がります(一峰性)。女性では同じところにピークがありますが、もう一つ更年期にもピークがあります(二峰性)。更年期というのはエストロゲンが減ってくる時期です。エストロゲンというのは精神病を予防するといえますか、神経の傷みを保護する作用があるので、妊娠期には精神状態は安定しやすいという理由です。

もう一つは心理、社会的な問題です。妊娠した女性は、通常の家では大事にされます。とくに初妊婦さんが重いものをとろうとする、高いところのものを取ろうとすると、「ああ、やめてやめて。俺が取るから」というように、日頃ないくらい大事にされる。したがって内分泌学上エストロゲンに守られているし、家庭や社会でも周りが保護してくれる。

もっとも守られている本体は、実のところおなかの中の赤ちゃんなので、生まれてしまうと一産褥期に移行すると、赤ちゃんは母体の外に出ていますから、現代のご家庭でそんなふうと言われるかどうかはともかく、昔だったら「お産なんて病気じゃないのだから、少し寝たら普通に働いてもらわなければ困る」などと、母親の負担は一気に増えるわけです。赤ちゃんを出産して疲れきった身体で、赤ちゃんの世話をする、睡眠時間が不規則になる、しかもエストロゲンはかなり減っている。妊娠というのはやはり大変な事業で、男には絶対できません。エネルギーを消耗して疲弊しているわけです。そういう時期に、身体的にも精神的にも負担がかかるので、産褥期には精神科的な問題が生じやすい、これが古典的な理解だったのです。

ところがしっかり調べてみると、妊娠期にもうつ病はあるし、神経症なんていくらでもあるし、統合失調症が再発することもないわけではないということが知られてきました。

産褥期に限らず精神病圏の障害は一般に機能障害も大きく、重篤ですが、薬物療法や休養を中心としたスタンダードな治療があって比較的治療効果が明確です。こういう方への対応は医療機関が主に担いますが、発見にはやはり保健機関の役割が重要です。特に強調したいのは産褥期というのは既往の精神病が再発、再燃しやすい時期だということです。妊娠期には、しばしばその人にとって不可欠な薬の減量や中止が避けがたいこともあります。例えば、躁うつ病の人に使う気分安定薬(炭酸リチウム、カルバマゼピン、バルプロ酸ナトリウム等)とか、他にもいくつかありますが、少なくとも妊娠ご4か月間くらい、赤ちゃんの器官が一応完成するまでは使えません。計画妊娠の場合にも切らざるをえませ

ん。そうするとその薬物が効いていた人だと再発しやすいわけです。ですから、母子健康手帳を取りに来るときには、既往歴をちゃんと聞いていただく。既往歴がある方については、きちんと治療が継続されているかということを通常の妊婦さんよりしっかりとチェックして頂きたいと思います。

一方神経症圏の病態は軽症に見えますが、養育困難や子どもの虐待につながりやすい。先ほどから説明しているように、医師（支援者）－患者関係も安定して結びにくい方々がたくさんいらっしゃるので、保健センターや保健所、子ども家庭の養育相談などに戻ってくればラッキーです。そのため、誰かが見守る体制をなんとしても維持したいのです。

(2) 出産前後の精神科病態の好発時期

マタニティブルー、産後うつ病、産褥精神病、適応障害、パーソナリティ障害の顕在化、これらが周産期に起こりやすい精神科病態です。産後うつ病は産褥初期から起こりますが、3 か月くらいがピークです。マタニティブルーはうつ病的な症候も混じりますが、涙もろくなったり気分が動揺しやすいという状態で、これは現在では病気とは見なされていません。一過性の内分泌環境の激変の反応症候として起こります。多くは1～2週間で収束しますが、長引く場合はうつ病との鑑別が必要になります。

産褥精神病は、統合失調症のような症状を示す精神病です。これもお産の後しばらくたってなんとなく良くなるという人も結構います。しかし、長引いて統合失調症と修正診断される方も何割かいます。だいたい激しい病像が多い。

産後うつ病や産褥精神病を発症してしまうと、安定した子育ては非常に困難となるので、強力な治療的介入のために医療との連携が不可欠になります。

適応障害はいつ起こってもおかしくない、色々なストレスとか状況変化に反応して起こってきます。うつ病の方も、お産の前から、つまり「妊娠期の抑うつ状態」を呈する方もかなり多数いると報告されるようになっていきます。

(3) 虐待のリスクファクターとしての精神科疾患

先ほどから虐待をしてしまう人とか養育不全に陥りやすい親は、精神病なのか神経症圏なのかということを繰り返し言っています。斎藤学先生というアルコール依存症治療の権威で名前をお聞きになった方も多いと思いますが、この先生はその後心的外傷とか虐待の問題について20年ほど前に専門のクリニックを作って精力的に活動されています。心的外傷を被った方を多戦術的に治療しているクリニックで、一般のクリニックと少し違うと思いますが、その活動の中でスライドのようなデータを出しています。

2001年受診例で2003年に発表したものです。自らの子どもへの虐待を述べるお母さん133人の診断区分を示したものです。「うつ病圏障害」が43.6%とされています。しかしそこには、「気分変調性障害」、「適応障害」、「抑うつ性人格障害」が含まれています。これら

は脳内変化が顕著ないわゆる「内因性うつ病」ではなく、神経症圏の病態とかなり重複しています。

むしろ問題となる要因は、抑うつ状態を示している人でも、強迫傾向や解離症状などの神経症的な側面です。解離というのは、重篤な場合には多重人格—自分の中に自分の知らないもう一人（交代人格）がいて幼児的な振る舞いや攻撃的行動をとるとか—とか、そういう方々です。「解離性健忘」という症状も稀ではなく、「食べたかも知れないが、記憶から抜けてしまっています」とか、「自分の行動を覚えていない」とか訴える人々で治療上種々の困難を生じます。もっとも交代人格が現れると訴える 10 人のうち、本格的なのは 1 人か 0.5 人くらいですが、本当にこういう現象は存在します。

これは少し古いデータですが、平成 17 年、東京都による虐待者の心身の状況の調査結果としてこう書かれています。薬物依存症とか、アルコール依存症とか、神経症またはその疑い、人格障害またはその疑い、それから性格の偏り、これを足すと 45% くらいです。精神病またはその疑いというのはこの中では 10% くらいです。この割合は実感とフィットします。

VI 特定妊婦(家族)への支援—医療機関と地域保健福祉機関との連携—医療機関内子どもの虐待対応委員会(CPT)の効用と限界—

私たちが最初に連絡するのは主に市の保健センターや子ども家庭部門ですが、見込まれるリスクの重症度によって児相スタッフにも参加要請しています。あるいは、市の方で既に関わっているケースでは、児相に入ってもらいたいと市の方が判断して児相スタッフを連れてきてくれることもしばしばあります。

妊娠中に特定妊婦だと認定されたケースは外来通院中に CPT (Child protection team) に報告してもらい、なるべく母子の退院前に地域保健福祉機関と合同の事例検討会を開いて家庭状況や養育困難リスクについて評価します。リスク評価のためのチェックリストはいろいろありますが、どれを使っても良いでしょう。しかし、その通りに行うとほぼ赤に近い黄色になってしまいます。ほとんどの赤ちゃんが家に帰せなくなってしまいます。そうするのは難しいので、正直なところ妥協の連続です。

評価スタイルには種々あるでしょうが、実際的にはだいたい 3 つに分かれるのではないのでしょうか。1) とても家に帰せないケース、2) 心配 (リスクファクター) は多いが、帰さないというわけにはいかない、その場合はどうやって子どもの安全を確保するか、ということに悩むケース、3) 心配な点はあるが、例えば子どものおばあちゃんがしっかりしている人で近くに住んでおり随時手伝いに行ける態勢があるとか、だんなさんが成熟した人で育児協力が得られるなどの「保護因子」が備わっているケース。

様々の養育リスクが認められても、生まれた子どもには特段入院を続けさせる問題がな

い場合には、長くとも数週間のうちに家に帰すか否か決めざるを得ません。

1) のケース「心配材料が多すぎて返せない」というときには、親との間でそれを直面化しなければなりません。当然緊張関係が生じ、対立的関係が生まれてしまいがちです。児相スタッフにどのように介入してもらうか、親子分離の必要性に関する直面化を誰がどのように行うかということはいつも討論の対象になります。

2) のケース、つまりたくさんリスクがあっても家に帰さざるを得ないという判断をくだすときに、何が決め手になったかということカンファレンス記録から振り返ってみると、「親たちに聞く耳がある」とか「閉鎖的な家族ではない（支援を受入れられる）」とか、そういう要素が結果的に重要な判断材料になっていました。

とくに疾患のない子どもを入院させておく期間には限界があります。養育環境や親の心身の準備が整うまで施設保護してもらいたいと私たちは思いますが、親を説得する材料が十分あるかという、難しいことが多い。そういう時に、身内に相応のサポーターがいる、あるいは支援スタッフを受入れてくれるならば、安心材料になるということです。

注意しなければならないのは、母子入院中に病院で保健師や子ども相談関係のスタッフに会ってもらうことができ、親の方が「いいですよ。これから先なにかあったときは相談します」と言っておきながら、家に帰ると電話を何度しても出ないということが結構あります。家庭訪問に行っても（居）留守とか。ですから、受け入れると言っても、防衛的に「そう言わないとなんかうるさそうだから」ということで言葉だけ OK というケースもあるので、極力子どもの退院前に少なくとも一回は保健師さん等に家庭訪問していただき、養育環境を目視してもらうように努めています。

また退院直後の公的支援がどれくらい濃密に導入できるかということも重要事項です。例えば生後1ヶ月から保育所が使えるかということ、自治体にもよるでしょうが、だいたい無理です。また申し込み時期によっては1年後になってしまうこともあります。

よほど特別な理由があって、しかも空きがないと乳児の即刻の保育所利用は難しい。では保健師さんや訪問看護師さんが毎日行ける、あるいはホームヘルプとかファミリーサポートなどの支援スタッフが毎日家庭訪問できるかということ、これも難しい。世帯収入によっては有料サービスとなる自治体も多い。そういう限界の中で、なるべく訪問・接触頻度を多くする計画を練るとするのが2) のミディアムリスクの家族への対応になっているのが現状です。

このような関わり方をしていくと一リスクを見逃さず、あれこれ詮索的に家族状況を訊いて見ていくわけですから、グレーゾーンにある親たちはやはり防衛的になります。保健福祉スタッフが関与しているケースでは、病院（小児科）では何らかの医学的な理由を探して長めに、1年間くらいは健診に通って頂くように試みています。地域の保健師さんが直接お家にかがうのと、病院に来て医者から意見を聞くというのとでは、親の構えや監視されている意識の度合いが違います。もちろん患者さんにオフレコで情報交換は続けま

すが、親とのパイプを複数作っておくことは安全を担保する一方法です。

医療機関の役割・効用を列挙すると、①一時保護委託を含め、子どもを保護しやすい、②支援機関スタッフの関与導入のために、リエゾン精神科医、小児科医、産科助産師等の複数の職種スタッフがモードを変えつつ母に説明・説得できる、③養育環境の实地確認、婚姻関係の成立確認、養育支援リソースの探索及び開発等のための時間稼ぎが(ある程度)できる、④親あるいは家族病理についての理解が深まる(精神科医の効用)などです。

地域の支援スタッフが関与することに同意してもらうのに、多職種のスタッフがそれぞれの立場から説明していくのは、一致した方針のもとでは有効性が高くなります。

精神科医には言うことないけど小児科の先生には少し聞いてもらいたいとか、助産師さんには話しやすいとかいった事情があるわけです。語りかけるモードを変えながら、お母さんに説明したり説得したりすることができるのは医療機関の効用のひとつです。

一方医療機関の限界といいますか、遭遇しやすい困難としては、先ほども少し触れましたが、①保険診療の枠の中でお母さんや子どもを引き留め、入院継続させることによるスタッフの心理的負担があります。子どもを当院で言えば産科新生児室から小児科病棟に移すと入院費がかかるわけです。経済的に困難な方々は少なくないので、「絶対入院しなきゃいけないのですか？」と問われた時には、狭義の医学的説明だけでは不十分です。それは小児科医や病棟看護師さんにとって負担だと思います。いわゆる「社会的入院」ですから、意味は大きいのですが、その意義は何か親に納得のいく形で説明しきれないこともままあります。事例検討は原則的にオフレコで実施していますから、私たちが親からは聞いていないはずの家族背景について知っているわけで、それは説明材料にはならないわけです。そういう矛盾を抱えながら関わっていく負担があります。

また、当院のような医療機関では特にと言うべきかもしれませんが、次から次にこうした妊婦さんが来ます。小児科も決して空きの多い病棟というわけではないので、②病床確保が難しいことがあります。

また大変深刻な問題があり、強制分離措置が決まった後、③子どもを隔離保護するための人的資源が不足しています。あるいは親たちが「難癖」(という言い方は語弊がありますが)をつけてきたり、相手の親にとっては正当な怒りを病院スタッフに向けたり抗議してくることもあります。これに対するヒューマンパワーもありません。

④については少し理解し難いところかもしれません。神経症圏の患者さん、とりわけパーソナリティ障害の方に対する通常と異なった精神科的接近を採らざるを得ない副作用についてCPT会議の中で保健師さんとか、児相スタッフに説明するのは一苦勞です。

例えば、自傷やその切迫した恐れがあったら、精神保健福祉法の文言そのままに対応するなら強制入院させるべき事象です。しかし、実際にはしていません。統合失調症の患者さんが幻覚や妄想に影響されて飛び降りたり、自傷行為を起こしたりしたら当然強制入院になりますが、神経症圏のリストカットや大量服薬に対しては、その場で救急対応のケア

をして、命に別状がなければとりあえず家に帰します。もちろん患者さんの個別症状や事情によりますから、すべて同じ対応というわけではありませんが、自傷行動がコミュニケーションの道具の一つになっているようなケースでは、慎重な対応が必要になります。「自傷行為をすると入院できる」という非言語的關係性が成立するのは困るわけです。淡々と処置をして、きちんとした面接一言葉のやり取りは精神科の診察室で行うという、先ほど言った治療構造を守るのが原則です。

もちろん患者が本当に自殺しないかこちらはハラハラし通しです。そういう逸脱行動、精神科用語ではアクティング・アウト（行動化）と言いますが、治療関係を揺さぶる患者さんを丸抱えするように入院させることはマイナス要素が結構多いので、ハラドキしながらなんですが、あえて少し突き放したような対応を採ります。

その様な患者さんが個人で来た場合にはそういう対応を取りますが、おなかに赤ちゃんがいたら入院させざるを得ないこともしばしば生じます。パーソナリティ障害に由来する問題行動とか、胎児虐待的な行動がある方に対しては精神科入院もやむをえません。私たちの側からすると、人質を取られているという感覚を抱きつつ対応するわけです。そうした場合、赤ちゃんが安全に産まれるまでは例外的に、退行促進的に作用する副作用を考慮しつつチームでコンセンサスをもって、時に入院対応します。赤ちゃんが生まれた後、再び通常の精神科対応にシフトした後に、患者さんは「あの時はちゃんと話を聞いてくれて受け入れてくれたのに、今度はどうして？」という不満を抱くことも起こりえます。

このように、神経症圏の人に対する精神科治療と精神病の人に対する治療対応の違いというのが、胎児がいることでかなり大きな変更が余儀なくされます。このような問題は、精神科患者と長く関わった方でないとう理解し難く、「そんなこと言ったってこの人死にたいって言っているし、これなんとか入院させられないの」という話になることもあります。

そういう説明を事例ごとにするのですが、「敵前逃亡」みたいに誤解されるのはちょっと困ったことです。また、⑤事例が増加して CPT コアメンバーはかなり疲弊しています。一月に 5~6 事例続いたような週もあるので、最近は A チームと B チームが欲しいねと懇めあいながら活動しています。

VII CPT における精神科医の役割

「児童虐待」と言いますが、児童（子ども）は一方向的に虐待されているだけです。問題はもちろん親にあるわけです。ですから、ほんとうは「親の虐待」と言い換えた方がよろしいと思っています。

さらに、虐待だけではないですが、多種多様な養育上の問題、親子関係不全を加害親自身が過去に体験していることが多い。大人になっていくときのモデルを得られないと、子どもの心性を残したまま親になり、さらにその子どもは色々な形で歪みが積み重なって

きます。「世代間連鎖」という困難な問題ですね。

虐待された子どもは必ずしも虐待する親にはなりません。けれどもしばしば、様々な対人関係上の問題や精神科障害、特に神経症圏ですね、摂食障害であるとか境界パーソナリティ障害であるとか自己愛に関わる障害であるとかアルコール依存症とか、そういう病理を発展させやすいということが知られています。これは私たち、成人（親）を診る精神科医が子どもの虐待問題に僅かでも貢献できるとしたら、その後私たちが対応しなければならぬ重篤な精神病理を有する人々を減らす効果は必ずあるということを強調したいと思えます。

虐待する親に対する医療－保健－福祉連携による治療的関与は、その子どもが将来大きくなって、私たちの患者さんになってしまう可能性を少しでも減らします。この二点において、機会あるごとに、精神科医はもっと関与すべきだということを自戒をこめてお話しています。

VIII 虐待する親を理解する

(1) 虐待する親との治療的援助関係を拓く

どうしたら親たちを理解できるか。理解の方向には縦軸（個人の歴史性－生活史的理解）と横軸（状況的理解）があります。私たちは今ここに瞬間的に存在しているわけではありません。40歳の人には40年間の歴史があり、20歳の青年には20年間の生活体験があるわけです。生活史を十分に聴取する。そして、現在どのような人々とどのような関係性の中で生活しているかという生活状況を明らかにします。これを組み立てて立体的にその人の全体に近づくことができます。人間という存在のすべてはわからない、ブラックボックスであることは仕方ありませんが、本質や全体像に近づいていくことは可能です。

親が自己開示する部分や深さは、対応するわれわれ支援スタッフの立場によって異なるでしょう。児相の職員が職権をもって関わる時には、親にとってはやはり怖い存在です。児童福祉司や警察官は社会正義を体現して、だめなことはだめと言わなければいけません。

私こんなつらい過去がありましたと、患者さんは初対面のときから打ち明けない方が多い。保健師さんは柔らかく包み込みながら、加持しやすい関係を作りことが役割かもしれません。逆に保健師さんが丁寧に話を聴きながら、「いや、あなた親失格だから、子育てというものはこうなのよ」などといきなり「判決」を下すように発言したり、教育指導的に何かを伝えるのは難しいでしょう。

どんな立場からであっても、理解し共感する姿勢を基本にしながら、目前の子どもに及んでいる被害は看過してはならないという二重の役割が私たちには課されています。子どもが虐げられているとわかったときには、何よりも子どもを安全な場所に置かなければなりません。しかし、危険な行為に関するマネジメントと並行して、あるいはその後でも、

その親の「子どもをとられた」寂しさとか悔しさとか種々複雑な感情をアクセプト(受容)することは両立します。訓練によって、いっぺんに二つのことをすることができる場合があります。

虐待する親の心性や行動は複雑です。不適切な養育を指摘され子どもと離れ離れになってもすぐに次の子どもを産むのは「やり直したい」という意識からでしょうか、新しいパートナーとの関係を確認なものにしたからでしょうか。また、不思議とまではいえなくても知れませんが、虐待によって受傷させた時に、多くの親が病院には連れてきます。本当の理由はいわないかもしれませんが。大体は病院に連れてくるわけです。つまり彼らは自分がしたこと子どもが大変な状況に陥ったということ、理性的には知らないわけではないのです。それでも止められない。

またときには、精神科通院中の患者さんで、時々「私は、とても親はできない。虐待してしまうかもしれない」と言うので、「あなたは少し荷下ろしが必要です。児相には良い福祉司さんがいます。私から電話をしてあなたの現状を説明しましょうか」と提案すると、「やめて」と言ったりするのです。さらに続けて「先生はわかってくれていると思ったけれど、やっぱり私が母親の役割なんて果たせないと思っているんだ」と怒りだすことさえあります。

こうしたお母さんの心中は混沌としています。罪意識と被害者意識と、何とかしてできるはずだという意識とどうにもできないのではないかという無力感、矛盾した感情やアップダウンの激しい自己評価を、虐待する親たちは抱えています。そのどこに焦点を当てるか。その都度違うと思いますが、強く矛盾した感情を抱えている。どういう言葉がけができるか。先述の縦軸と横軸を思い出して、対応策や適切な言葉をその都度紡ぎ出さなければなりません。

虐待する親と支援者との関係だけに生じるわけではありませんが、私たちが誰かと関係をもつ時には、「転移」、「逆転移」という現象が起きます。必ず起こります。転移というのは精神分析で使われている言葉ですが、患者さんが過去に自分にとって重要だった人物、多くは親に対して持った感情を目前の治療者に対して向けるようになることです。

逆転移というのは、その反対です。私たちが支援対象に自分の過去のあるいは現在のプライベートな対人関係を投影してしまうことです。私たちは、時に熱心に支援対象者と関わりますが、自分が熱心に関わっていった結果として患者さんがよい方向に変わってくれないと、しびれをきらしてしまったり、見捨ててしまったりすることもあります。これも、逆転移という現象の延長線上にあります。私たちは相手に対して持っているネガティブな感情(そういう感情をまったく持たない、という人はかえってちょっと危ないかもしれません)をどのくらい自覚できるかが重要です。あまりにそれが強い時には、担当を変えてもらう方が良いでしょう。少ないチームメンバーで交代が難しい場合には、チーム対応を採り、仲間内でもよいから頻繁に助言を受けるのが好ましい。

虐待する親と私たちとの間には、単にその人の問題行動だけではなく、私たち自身のプライベートな生活体験とかプライベートな人間関係上の葛藤感情が誘発されて折り重なってしまうことが起こりやすいのです。それは普通に起こることですが、それを自覚していないと非常に熱心に関わったと思えば、患者さんからするといきなり見捨てられたような気になる不自然な対応となったり、慇懃無礼な（ややつめたい）対応になったりします。こうしたネガティブな感情は自覚した後は、どこかで放出しなくてはなりません。

(2) 虐待する親と関わることは、どうして難しいのか

支援者の中に生じる加害親に対する怒りや敵意、欲求不満、そして、親はしばしば否認したり抵抗したり攻撃したり操作したりして、チームワークを乱したりすることもある。私たちは自分の行動や働きかけが役に立たなかったという無力感、徒労感とか、ときには「もう仕様がなし」という絶望感に襲われることもあります。

私たちは「良い人」でいられるとは限らないとスライドに書きましたが、これには二つの意味があります。その一つは先述した逆転移という問題です。私たちのプライベートな、心の奥に眠っていた葛藤や喪失感情が、彼らと関わっていると誘発されやすく、自分の中の嫌な面が喚起されるやすいということです。もう一つは、役割として、対象の困った行動や子どもとの接し方について直面化しなければならないことがあるわけです。保健師さんは母性的な「受け止める」役割が中心ですね。それでも1年間お話をしっかり聞いて、それなりの関係性が確立した時期に、「あなたの振る舞いは、この世の中では『虐待』と呼ぶのよ」などと伝えられる瞬間が訪れる可能性があります。そこで直面化するわけです。もちろん直面化された親は、すぐに離れていくことがないにしても、そのときは『わかってくれなかった』とか、『冷たく突き放された』という感覚を持たざるを得ないわけです。そこで私は相手にとって「理解者」から「悪役（厳しい無理解者）」に変じてしまうわけです。しかし、嫌われても反発されても、そうした直面化が必要な瞬間というのがある。どういう場面かと条件を箇条書きするのは難しいですが、現任教育の中でそのタイミングをつかんでいただきたいのですが、私たちは役割的に相手から嫌われるという局面をときに引き受けなくてはならないのです。

保健福祉領域で働く人たちには、何らかの健康問題に取り組むに当たって、個人の問題と家族全体の問題の双方を理解し支援してきた歴史をもっていると思います。この両方の視点をわきまえて対応していくことが重要です。母子保健にしても精神保健にしても、縦割り行政的な、問題をどちらかといえば個人の問題に帰する態勢は、実際上効率的とはいえません。

一方、親を評価し裁く役割を免れない児相とか警察、司法領域のスタッフは、本質的には親たちを自発的治療に繋げることは難しいと思いますが、他に医師や保健師等の治療(ケア) 担当者がいるような対象に対しては「適切に叱る」ということがやりやすく、有効だ

と思います。

私たちの業界で A-T スプリットと呼ぶ分業的治療関与方法があります。A というのは administration—管理的役割を、T は therapy—治療的役割を指します。直面化や社会規範教育的な管理的役割 (A) と治療的母性的役割 (T) の双方を一人の人が同時に担えないことが起こりうるので、役割を分けて対応する方法を A-T スプリットといいます。こうした考えに基づいて、A と T を複数の機関で分担し、協調して硬軟の対応 (父—母的役割) を組み合わせつつ、一貫性のある対応が採れることが理想といえるでしょう。

(3) 虐待する親との治療的援助関係

先ほどからの話は非精神病、神経症圏、パーソナリティ障害の人を主に想定した発言です。虐待する一せざるを得ない親たちの心性は、ある意味赤ちゃんのままのようです。ただ、心理的に赤ちゃんだからといって、赤ちゃんとして対応するのは好ましくない。いくらその人の心に子ども時代の傷がくすぶっていて、あたたかいお母さん関係を体験しておらず、今子ども返りしているからといって、精神科治療担当者や支援者が膝小僧の上に乗っけて、「あなた、大丈夫だよ。元気出して」と背中をさすってやるような振る舞いは有害です。

大人として遇しながら、しかし赤ちゃん的なところを受け止めて認めて、それは仕方がないとアクセプト (受容) して、関係がこなれてきたら 5 パーセントくらい直面化を試みるということです。認められるところは認めて、その人の良いところを何とか探して、これは通常の精神保健領域の関与にも共通します。この人は、こんなにだらしなくて、すごい問題を抱えており、自覚も足りない……だけどこのところは可愛いとか、このところは頑張っていると、そういう部分を見つけながらでないと、なかなか継続的な関わりは難しい。見つけたよい点を本人にもしっかりフィードバックする。

「共感的傾聴」の態度とは、言葉で「大変だったね、かわいそうだね、頑張ったね」と伝える態度ではありません。支援者はそう自分の心の中で呟きながら、言葉にはせず、頷いて、態度で示す方が大抵安全です。

「オウム返し」も積極的傾聴の方法です。10 分くらい相手の話を聴いたら、「ちょっと待って。私の頭がついていかないから、今お話ししてくれたことはこうだよ」と言って、要約して返すのです。相手は、この人は本気で話を聴いていてくれるということがわかります。

聴きながら、こちらの方に陰性感情が生じたときには、それを把握しておきます。支援者を攻撃したり批判したりする親というのは、実は自分の方が責められ、攻撃されていると感じていることが多いのです。

そして、私たちから決して約束を破らない、これは鉄則です。予定外の事態が生じて約束を守れなくなったときには、相手に変更を伝え、後にきちんと弁明する必要があります。

基本的には、できそうもない約束はしない。いつでも電話していいなどと約束できませんね。それから私的な携帯番号を教えないことも原則です。

例外もありますが、相手に応じた治療構造（相談の枠組み）を設定しておかないと、パーソナリティ障害と診断されるような未熟な人では、当初こちらを神様のように思い慕いながら、何かをきっかけに幻滅すると、こちらをどうしようもなく不誠実な人のように貶めるということが起こりえます。私たちが「現実的な人間（あなたを支援したいという職業的動機を持っているが、同時に感情の動きもあれば、疲労もする生活者）」でありそれを知らしめることが関わりの基本になればなりません。

また、秘密保持を遵守する。しかし虐待行為については他の支援者に知らせざるを得ないということになるべく最初のうちに伝えます。もちろん最初はそのように明確に伝えられない対象もいます。そういう場合は、オフレコで情報交換します。オフレコと決めた時には、徹底しないとだめです。要対協のメンバーには法的守秘義務がありますが、経験がまだあまりない保育士さんとか学校の先生ともネットワークを組むときには、最初にこのやり取りはオフレコで行うことを明言し、当事者に接するときには細心の注意を払うように申し合わせます。

家庭訪問は重要な関与方法です。病院とか窓口で会うことと家で会うこととはいろいろな点で違います。一つ付け加えておきたいのですが、家庭訪問の際、暴言はある程度やり過ぎざるを得ないこともあります。暴力被害はなんとしても避けてください。まだ相手がどんな人かよくわからないときには、怒っている人にはあまり近づかないでください。パンチや蹴りが届かない距離を置いて話をしましょう。万一暴力を受けて、なおかつそれがその人個人の責任に帰されたりしてしまうと最悪です。DVとか虐待がある家庭では、外部に対しても暴力的な問題が析出することがあります。皆さんが家に伺うときにはだいたい望まれて訪問するわけではないですよ。何かのきっかけで事例化し、相手の都合ではなく、こちらの仕事として訪問しなくてはならないことが多い。「招かれざる客」というわけですね。したがって、こちらもそう簡単には引けないけれども、相手も「なんだよ」という思いを抱いてこちらと対峙する関係が生じます。対峙関係が対立ではなく、支援関係に育っていくことはいくらでもありますから、現場で先輩に教わりながら関係を作っていくスキルを磨くのですが、一度でも暴力被害に遭うと、「やる気」がなくなってしまいます。暴力被害には組織として対応してほしいものです。

会話においてはこちらが使いやすいチャンネルを使います。相手の変化に関わらず、同様の落ち着いた声や態度を維持するのが基本です。「

投影性同一視」という防衛機制は、自分の心中にあるマイナス感情を、本来私に対してではなく別の人に対して抱いた自分自身のネガティブな感情を、こちら側に投影して投影した感情に自ら反応します。自分の方が怒っているがそれを自覚しないまま、「あなたが怒っているから、私も（つられて／仕方なく／自分の身を守るために）怒ったのだ」と主張

するように。

「特別扱いしない」ことも必要です。「特別扱い」とだけ言ってもわかりにくいと思いますが、先述の「治療構造を設定し、それを守る」というのと同様の態度です。もっとも、治療（相談）の枠組みは、対象がある程度守れそうな枠組みから設定する必要があります。身近の混乱状況が続き、週に1回の電話相談では対応しきれそうもないときに、最初は一日おきの電話を許容するところから関係作りを試み、少しずつ落ち着いてきた頃を見きわめて、こういう場合には自分で決めましょう、とか、まずは自分で対処してみてもうまくだ行かなかったら相談を持ち込むとか、少しずつ枠組みを厳しくしてゆくのが通常のやり方です。

また、「薬に過剰な期待を込めない、込めさせない」。神経症圏の患者さんにとって薬はしばしば諸刃の刃になります。薬物への依存傾向や過量服薬等の誘引になりますから。

それから、こういう方々を一人でも抱えると疲れます。当事者が初めは例えば母親一人であっても、すぐに家族全体が関与対象になってしまうのですから。お母さんだけではなく介護を要するお祖母さんが出てきたり、怒りっぽい父親が出てきたり、近所の人が出てきたりするので、虐待問題のある家族に関わっている時というのは、普通の、例えばメタボ指導の5倍とか10倍くらいの労力や時間を要するということを認識し、チーム対応していかなければうまくいきません。うまく行かない事態を担当スタッフだけの責任にしないことも重要です。

(4) 子どもの虐待予防には何が必要か

考える力、想像する力、行動する力はとても重要です。地域社会の中で他職種の支援者を繋げるためのフットワークが必要ですが、病院スタッフには担えにくい部分です。

子どもや家族の幸せを願う情熱も不可欠です。いくら仕事だといっても、情熱なしにはこうした家族との継続的なかわりはなかなかできないことです。情熱なんてないという人はどうすればいいのか。冷たい言い方をすれば、それが本当ならば、仕事を変えた方がよいかも知れない。ただ、特別たくさん、自己犠牲的な情熱が要るわけではありません。普通の人間として、社会人として、痛みを分かち合えて、その人の重荷を少しでも軽くできたらうれしいなという程度の情熱を備えていれば、仕事を続けられると思います。

知識を増やし、関与介入技術を高めることは、私たちの情熱を枯渇させないためにも大切なことです。本日の話がその一環となれば幸いです。

大変なことばかりあげつらいましたが、関わる際には少し楽天的であってほしいと思います。何度か申し上げたように、対象の良いところを探す。どんな人でもたいていどこか一つくらいあります。そこを把握して言葉にしましょう。また、短期的な結果だけに自分の仕事の価値をおかない。5年後うまくいっているかもしれないという感じで気長に関わっていきましょう。

長々とお話させていただきましたが、良い関わりをするには、私たち自身の心身の健康保持がとても重要です。皆さんのプライベートな生活も大切にして日々のお仕事に取り組んでください。

ご清聴ありがとうございました。

[安心子育て支援者養成事業 養育支援のための家庭訪問に関するシリーズ研修会 第3回「精神疾患を抱えた親に対する支援～支援関係の構築のために～」 2015年12月2日 1330-1630 於 長野市生涯学習センター ToiGO WEST 4F 大学習室1]