

養護を必要とする児童への対応

梶原隆之

文京学院大学人間学部

1. 緒言

ここでいう養護とは、特に「社会的養護」のことを意味する。すべての児童には、養護が必要であり、家庭で養護されるのが一般的である。しかし、さまざまな事情から、それが不可能な場合、児童は里親や児童養護施設に措置され、社会的養護を受けることになる。児童養護施設とは、児童福祉法第7条に基づく児童福祉施設(第1種・入所)であり、「乳児を除いて、保護者のない児童、虐待されている児童その他環境上養護を要する児童を入所させて、養護し、自立を支援する」と規定されている。児童とは、0歳以上 18 歳未満を指す。措置延長の児童を含め、入所児童はおおむね3歳から 20 歳くらいである。児童養護施設(旧養護施設)は、生活に困る戦災孤児を入所させることをイメージして、終戦直後にできたものであるが、現在では、多くの児童には親が存在していても家庭で暮らせない子どもたちが多くいるのが実態である。さまざまな問題が、「環境上養護を要する」ことなので、児童は生活上の問題とともに、心理的な問題も抱えている。虐待による PTSD、不登校、非行、精神疾患などである。

筆者は、かつて児童養護施設の児童指導員として勤務した経験があり、児童に生活のケアをしながら、生活環境カウンセリングを行ってきた。その経験をもとに、児童への対応を検討していきたい。

2. 事例検討

児童養護施設では、青年期になると、子ども時代には問題にならなかったような問題が起こってくる。それらに対する援助の在り方を、事例を通して検討する。なぜ問題がおこるのか、またその問題の背景にある原因、ニーズを探り、そのニーズに対応した援助を考える。

(1) 発達段階から考える援助

①事例1 自立に失敗したA男

本児は、幼児期から児童養護施設に入所していた。母親は精神障害を持ち長期入院を繰り返し、離婚して父親が親権を持っていたが、仕事を転々としていた。父親には借金があり、長期にわたって行方不明になることがあった。

ものすごく強がりであり、1 日も早く施設を退所したいと言っていた。中学卒業時、工場に就職、寮に住みながら高校定時制に通学していたが、行方不明になった。後に、食料を万引きして逮捕されて発見された。幼い頃、施設内で年長児から押さえつけられて生活していた。

②事例2 虐待の事例 B男

本児は、母親からの虐待を受け続け、中学校 2 年生で入所した。母親は本児からなんらかの攻撃を受けているという被害妄想を持ち、寝ているところを起こして、暴力を振るったり、物置に鍵をかけて閉じ込めたりした。入所後、中学校 3 年4月より不登校になった。

学校に行けずに施設の中で生活する日々が続いたが、夏休みのキャンプには参加できた。海で、難しい1人乗りのカヌーを、初めてなのにうまく操った。「僕は、これからは、得意なスポーツはカヌーと書くことにしよう。」と言った。筆者は、「とてもかっこいいことだ。」と、褒めた。2 学期になり、9 月下旬に、登校刺激は一切しない中、本人の意思で再登校できた。

③事例3 愛着不全 C男

実親の養育能力不足のため乳児院へ措置された。その後、里親のもとで養育されたが、里親の家庭の事情で養育が困難になり、児童養護施設へ措置変更された。中学時代に窃盗事件を起こし、さらに児童自立支援施設に措置変更された。実親、乳児院、里親において、愛着形成を失敗したととらえられる。また、見離され感、数々の裏切られ感を無意識に持っており、自分の基礎となる根拠が持てなかったように見受けられた。

④考察

これらの事例をE. H. エリクソンの心理社会的発達段階から考えると、乳児期の危機「基本的信頼 対 不信」の段階において適切な養育がなされなかったことにより、不信が強くなり、青年期の「アイデンティティ 対 アイデンティティの拡散」の段階において、「時間的展望 対 時間的展望の拡散」で拡散が強くなり、自立を阻んでいると伺える。また、幼児期や学童期には、親に対する疑念や、施設内で個が十分に尊重されない養育を受けたことにより、青年期の段階で、否定的同一性、労働麻痺が強くなるおそれがある。これは、古くからホスピタリズムといわれているものであろう。

これらに対応するには、子どもの育ちなおしを促す援助が必要である。それは、いいかえれば、子どもの可塑性への期待と希望であり、臨界期への挑戦でもある。基本的信頼感の獲得を、臨界期を超えるとされる年齢で取り組み、学童期には、有能感や自己効力感、自己肯定感の獲得ができるような援助に取り組む必要があるということである。

(2)心の傷を癒す援助

①虐待を再現してしまういくつかの事例

父親から、小学生のときに性的虐待を受けた女子が、高校時代に援助交際を繰り返したという事例がある。またある県では、施設職員が入所児童との性的関係を持ってしまった事例が複数発覚し、再発防止に組織的対応を整えたことがある。

身体的虐待を受けた児童が、暴言をはくなどして、職員を怒らせることがよくある。施設内での体罰を引き起こす誘因となりうる。また、そういった場面で叩かれないということでパニックを起こし倒れてしまうという児童もいる。

②考察

子どもの人権を守る上では、子どもと性的関係を持ってしまう大人が悪いことは明白である。性的虐待を受けた子どもは、親密な大人との人間関係を、過去の体験から性的関係に求めてしまうおそれがある。性的関係を持つことが、愛情を持ってくれていることであるかと感じてしまうように、学習してしまっている。身体的虐待についても同様で、愛情を叩かれることと学習してしまっている。人間関係を、暴力をもって再現させようとするのである。これらは、感情転移である。表面的には叩いてほしいということを表示し、叩かれたことで安定したいように見える。しかし、それは習慣が断ち切れないだけであって、潜在的なニーズは愛されたいのであり、あたたかく抱きしめられたいのである。ただ、そのような経験を持たないので、抱きしめられると逆に不安定になってしまう。児童が本来の欲求を表示し、それを愛情で受け止めるという援助まで持っていくのが理想である。

よって、施設職員を含めた大人は、過去の児童の習慣に巻き込まれないように対応しなければならない。児童との関係を、冷静に洞察し、援助することが大切である。

これらの心の傷を積極的に癒す援助が必要であるが、近年、ようやく心理担当職員が児童養護施設に配置されるようになった。配置の遅れにつながったのは、もともと児童養護施設(旧養護施設)は、1947年に児童福祉法に基づき設置されたもので、当時は戦災孤児の保護という目的で、衣食住の保障という援助をメインにしていたという歴史があるからだ。

心理担当職員は1999年より非常勤で導入、2006年より常勤で、1施設1名という配置である。心理職の業務は施設によりさまざまであり、プレイセラピーや面接を行うほか、保育士や児童指導員とともに生活環境カウンセリングを行ったり、保育士や児童指導員のコンサルテーションを行ったりしている。児童は、かつてより心理的サポートを得られるようになったことは間違いない。しかし、施設の定員が30名であっても、100名であっても、心理担当職員は1名であり、すべての児童に十分な心理的ケアが行き渡るわけではないので、やはり日常の生活における児童指導員や、保育士による援助が重要になってくる。

(3)新しい援助方法

21世紀までは前頭葉でトラウマを理解させ、扁桃体の興奮を鎮め、新しい行動を理解させるという認知行動療法などのトップダウンアプローチが行われてきた。しかし、ストレス障害では、「考える脳」が閉鎖し、「感じる脳」の視床があらゆる刺激を通してしまう。場面によっては、扁桃体の異常興奮がおこり、緊張ホルモンの分泌を促し、自律神経をつかさどる脳幹の機能を高揚させ、心拍・血圧上昇、再体験、過覚醒がおきてしまう。あたらしいボトムアップアプローチは、脳幹の正常な機能を再生「感じる脳」の扁桃体の興奮を鎮め「考える脳」の働きを取り戻す。

EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing:眼球運動による脱感作と再処理)などがこれにあたる。トラウマの記憶に対する肉体の反応に重点を置き、トラウマの記憶を思い起こして、その出来事に対峙し、それに立ち向かう、または逃げることに成功する経験をするのである。

最近、習得するのが簡単ということで注目されているのがEFT(Emotional Freedom Techniques)である。これは、感情のためのツボ療法ともいわれ、言葉を言いながら、特定の身体の場所をタッピング

ングする方法であり、一連の流れの中で脱感作とリフレインが行われる。「出来事に伴う不快な感情を軽減し、自己を受容し、肯定的な思考へ導く」ともいえる新しい技法である。アメリカでは、エネルギー心理学の領域のものである。

この方法は、心理担当職員の面接室で用いられるだけではなく、保育士や児童指導員による日常の援助の中で用いることが十分検討できるものである。社会的養護を必要とする児童のために、心理学的観点からの新しい援助方法の研究や開発が促進されることが求められている。

EFT の流れ

- ①ターゲットに対する不安の測定
- ②セットアップ
「……(ネガティブな感情)だけれど、……(ポジティブな感情)になることを信じる。」と言いながら、タッピングをする。
- ③ネガティブタッピング
脱感作したいことを言いながら、タッピングする。
- ④ポジティブタッピング
植え付けたいことを言いながら、タッピングする。



<参考文献>

ヘネシー・澄子 2006 気になる子理解できるケアできる一脳から見た「子どもとトラウマ」 学習研究社

大熊信成・梶原隆之編 2002 児童福祉援助技術実践～ケース研究～ 久美出版

スーザン・J・ブーセン著 ブレンダ・梶原隆之訳 2009 EFT タッピングセラピー おとなが子どもにできること 春秋社 (Suzan J. Busen 2007 *Tap into Joy A Guide to Emotional Freedom Techniques for Kids and Their Parents* iUniverse)

思春期と環境－発達加速現象の視点－

日野林俊彦

大阪大学大学院人間科学研究科

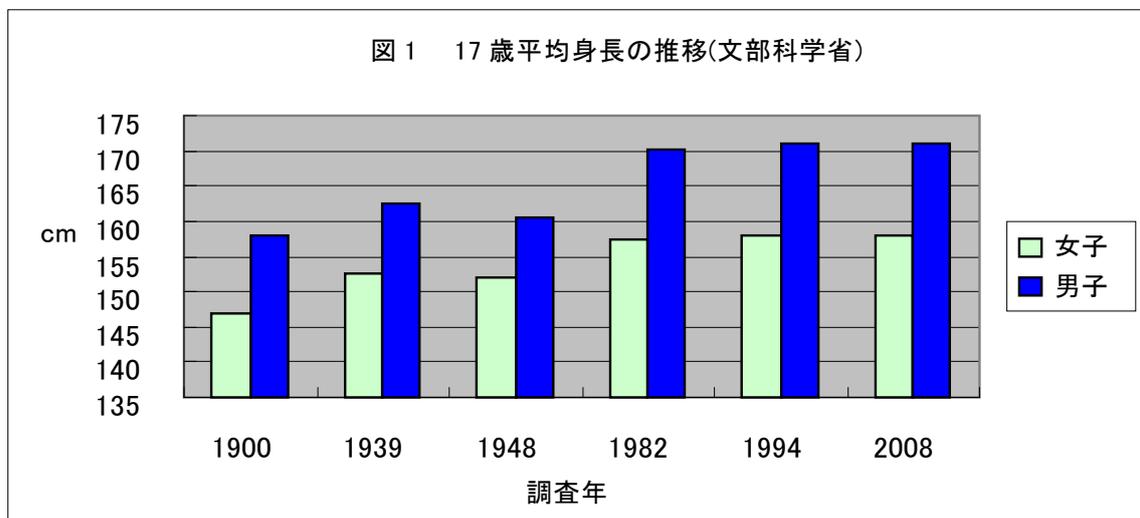
はじめに

子ども時代から青年期(adolescence)への転換期として、思春期(puberty)が存在する。第二の誕生とか、第二次反抗期と称され、心理的離乳期・心身の動揺期ともいわれる。見る自分と見られる自分が分離し、自意識過剰な発達段階でもある。形式的操作能力が発達し、理屈っぽい議論も可能になる。さらに、第二次性徴の発現にともない、性に目覚める時期にもなる。様々な心身の変化期であるといえよう。子どもとしての同一性保持が困難となる時期と考えられている。いつどのように、このような思春期変化を経験するかは、各個人の発達に大きな影響があると考えられる。あらためて、子どもたちの思春期変化の様相を確認していくことが重要と思われる。

発達加速現象

現代の思春期や青年期を考える場合、いわゆる発達加速現象(acceleration, secular trend)といわれる現象の進行のことを無視することはできない。20世紀初頭あたりには、ヨーロッパの新兵検査における身長が増大が指摘されはじめ、世界規模で現象が進行していると報告されてきている。北欧の男子身長の平均は180 cmを超えているとされるが、100年前は170 cm前後と推定されているのである。また、このような身長の変化のみならず、時代と共に人間の身体の成長・成熟、形態等が様々に変化していると考えられている。

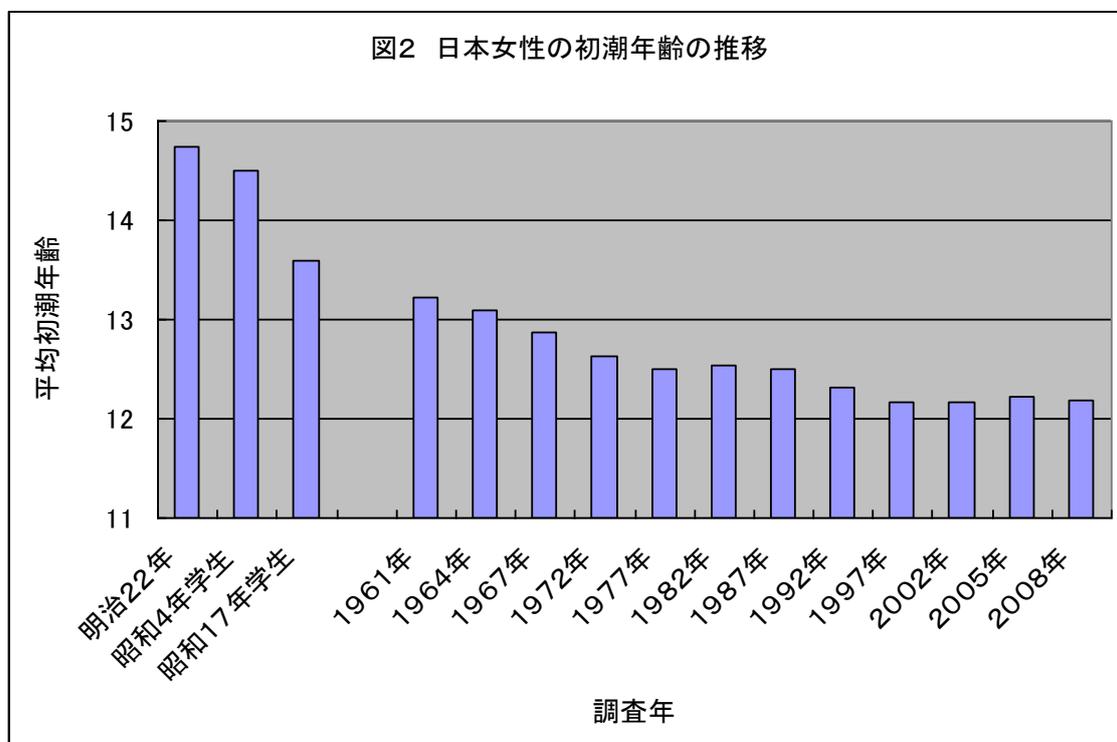
発達の面で、より大きな影響を与えていると考えられるのは成長と成熟の時期が低年齢化してきているということである。図1は日本における17歳(高校3年生)男子と女子の平均身長の推移を明治33年(1900年)から平成20年(2008年)まで、いくつかの年代に分けて示したものである。明治時代から、第2次世界大戦前後の低下を除き、大正・昭和と平均身長が10 cm以上伸び、昭和57年(1982年)には男子の平均が170 cmに到達している。しかし、それ以降はほとんど伸びが低下し、現在は171 cm弱で推移している。同様に、女子も10 cm以上高身長化し、現在158 cm前後で推移している。



他方、大阪大学で12回にわたり定期的実施してきた全国初潮調査によれば、2008年2月には**12歳2.3ヵ月**で50%が来潮しているとみられる。小学校6年生の12月末くらいで半数の女子児童が来潮している計算である。また各小学校で3年生、4年生でも来潮者がいるのが当たり前になってきている。身体的には早くに思春期変化を迎えていることになる。なお一方で、中学校3年生2月現在で、**1.2%**前後の未潮者が存在することから、中学校卒業時に全国で数千人の未潮者がいることも推定されている。原発性無月経の可能性も含め、いわゆる早熟群のみならず、このような晩熟群にも心身のサポートが必要と考えられる。

日本では、昭和30年代の高度成長期と平成デフレの時代に、低年齢化が進行し(図2参照)、平均初潮年齢は、世界でも最も早い水準にあると考えられている。男子の精通もある程度連動していると考えられる。従来は、平均身長伸びのような体格の向上と性成熟の低年齢化が連動して変化していた。近年の日本では、身長伸びの見られない状況で初潮年齢が、低年齢化するという特徴的な変化が見られた。朝食習慣や睡眠時間のような健康習慣の悪化と初潮の低年齢化とが関連していることも示唆されている。また地域の肥満傾向の出現率と平均初潮年齢が関係しているというような報告もなされている。従来、平均初潮年齢の低下は健康指標とみなされることもあったが、このような健康指標としての意味は変化して来ていると考えられる。

ヒトは系統発生の中で、性成熟の時期を遅くする方向に進化してきたと考えられている。発達加速現象の進行は、この方向性に逆行しているようにみられる。また、他の霊長類と比較してヒトが人間的存在として発達していくことができる原因の一つは、ゆっくりとした安定的な成長期である少年期・児童期の存在にあるといわれている。成長と成熟の低年齢化は、青少年が人格的・心理的に未成熟な段階で性的に成熟する発達の時差をもたらしていると考えられる。



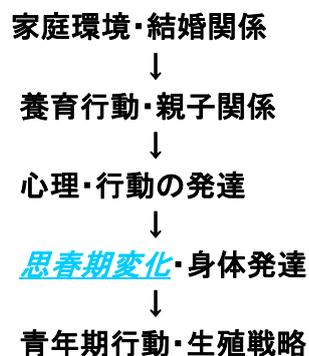
思春期の心と身体－思春期変化の時期の意味するもの－

思春期変化の時期は、その変化そのものだけではなく、近年、幼少年期の発達環境と青年期の行動を結ぶものとして注目されている。かつて母子隔離実験を経験したニホンザルが正常な性行動がとれないことが報告されたり、初潮年齢に、健康習慣や家庭環境のような非・性的な条件が影響することも指摘されたりしている。ベルスキー等(1991)は、アタッチメント理論や進化心理学をもとに、幼児期における家庭内のストレスや両親の結婚(夫婦)関係が、子どもの早期の性成熟、青年期以降の生殖戦略(異性関係、性行動、子への養育態度)に影響および可能性を指摘している(BSD理論、図3参照)。ベルスキー等は、この理論・仮説をもとに二通りの典型的な発達経路を示している。ひとつは、幼少年期がストレスの多い環境で、養育者と安定した愛着関係を形成できず、早期の思春期、早期かつ活発な性行動が発現し、大人になってからも短期的かつ不安定な人間関係を持ち、子どもの養育にも熱心ではないとする発達経路である。人間は家庭内で、情緒的欲求が満たされなかった場合、補償的に家庭外で求めようとするのではないかということである。このような文脈では、早くに身体的思春期変化を経験し、二次性徴が発現することは、家庭内で満たされなかった情緒的絆を他者との関係に求める場合に、有利に働くと考えられる。

それに対して、他方の発達経路は、援助的、応答的で良好な夫婦関係・家庭環境に育つことにより安定的な愛着関係を形成し、思春期変化や性行動も遅く、大人になってからは長期的で安定した人間関係を形成し、子どもの養育行動にも熱心な経路である。社会的には望ましいとされるが、晩熟の個々人の異性獲得には不利とも考えられる。

このような文脈では、各個人の初潮の時期は生理的な指標であるのみならず、心理・社会的な指標とも考えられる。また初潮という思春期の変化の時期に、両親の社会・経済的地位、健康習慣、また様々な環境変化と関連があることが示されている。言い換えれば、初潮は個人の発達指標であるとともに、様々な集団の平均初潮年齢は、各集団の発達環境や健康度の指標でもあることを示していると考えられる。

図3 BSD理論(仮説)



おわりに

発達加速現象の進行とともに、身体的思春期の低年齢化が進行してきたことは疑いないところである。さらに近年は、体格の向上のない性成熟のみの低年齢化も進行したと考えられる。思春期到来の時期が多様化し、同年齢でも多様な発達段階にあると考えられる。個人差が大きくなってきたとも考えられる。

日常的には、思春期の子どもたちの変化をからかったり、自分を基準に比較したりしないことが重要である。思春期は外見的には大人になりつつあるが、心は大人と子どもの間を行き戻りしていると考えられる。周囲の人間の評価に過敏に反応しやすい時期でもある。

社会全体としては、子どもたちの発達環境の見直しと、健康教育が豊かな思春期への第一歩と考えられる。また初潮や性成熟の時期の発達における意義や意味を深めるような研究が必要と考えられる。

文献

Belsky, J, Steinberg, L. Draper, P. (1991)Child experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. Child Development, 62:647-670.

日野林俊彦(2007) 青年と発達加速、南 徹弘編「発達心理学」朝倉書店

文部科学省(2009) 平成 20 年度学校保健統計調査報告書、国立印刷局

ターナー症候群と思春期の性発達

横谷 進

国立成育医療研究センター内科系専門診療部

【思春期の性発達と性腺機能低下症】

男女の思春期に起こる身体的変化は、内分泌のしくみによって支えられている。すなわち、内分泌腺と呼ばれる器官から血中に放出された微量物質(ホルモン)が標的器官に働いて、標的器官のもつ機能を調節するしくみが内分泌系である。内分泌系の中心になるのが脳下垂体で、脳下垂体から分泌される性腺刺激ホルモンは、性腺(女性の場合は卵巣、男性の場合は精巣)に働いて、性ホルモン(女性では主に女性ホルモン、男性では主に男性ホルモン)を分泌させる。思春期に増加した女性ホルモンは、女子において、乳房発達、子宮発達・月経を起こさせる。男性ホルモンは、男性において、陰茎腫大、陰嚢発達、陰毛・腋毛発生を起こさせる。思春期の骨に起こる成長促進、骨成熟、骨塩量増加は、男女とともに主に女性ホルモンによっている。思春期年齢になる前は、性腺刺激ホルモンの分泌はわずかであるが、思春期年齢に達すると、分泌が盛んになる。性腺刺激ホルモンは、脳下垂体より上部にある視床下部から分泌されるホルモンによってコントロールされており、このホルモンの増加が、性腺刺激ホルモン、性ホルモンの増加を通して思春期の身体的変化を起こさせていると言える(図1)。

思春期の男女に起こる体表の性成熟の過程は、タナー(Tanner)分類によって評価できる。思春期が始まる前を1度、完全な成熟を5度と表現する。乳房の2度は、乳輪が隆起するが乳房全体のふくらみはわずかである場合に定義される。この2度が思春期の始まりで、日本人では、平均9.5歳で起こることが報告されている。男子の外陰部の性成熟のうち、精巣の腫大が最も早く起こり、腫大の始まり(精巣容積が3.5mlないし4ml以上)は、平均11.5歳である。このように、思春期の始まりは男女で約2年の差がある。身長が最も急速に伸びる年齢も、女子11歳、男子13歳である。女子では、初経年齢の平均(50%既潮率)は、12.2歳である。

このような思春期の身体兆候の現れる年齢には個人差がある。たとえば、乳房発達の始まり(Tanner 2度)の年齢の分布を調べると、9.5歳を中心に、その前後に対称の広がりを示す正規分布にきわめて近い分布を示すが、その標準偏差(SD)は、1.1歳である。9.5歳の前後2.2年(±2SD)、すなわち7.3~11.7歳の間には約95%の女子に乳房の発達が始まっていることになる。乳房2度の年齢に限らず、初経年齢、最大成長速度の年齢など、男女の性成熟兆候の年齢はそれぞれ正規分布すると考えてよく、いずれもSDは約1年である。

このような性成熟の起こる範囲を超えて、性成熟の現れが遅れている場合を思春期遅発症と呼んでいる。思春期遅発症は、思春期が遅れて起こるだけで病気がしくないもの(狭義の思春期遅発症、いわゆる体質性思春期遅発症)と、永続的に思春期の兆候が現れないもの(性腺機能低下症)に分類される。後者の性腺機能低下症の中には、中枢性(性腺刺激ホルモンの低下)と、原発性(性腺自体の異常による性ホルモンの低下)がある。中枢性には、生まれつきの原因によるものが

あるが、脳腫瘍や小児がんの治療後の小児（小児がん経験者 Childhood Cancer Survivors）に起こるのも少なくなく、近年その重要性が増している。原発性では、女性にみられるターナー（Turner）症候群と、男性にみられるクラインフェルター（Klinefelter）の頻度が高い（それぞれ、約 2,000 人に 1 人）。ここでは、女性の性腺機能低下症の代表として、ターナー症候群についてやや詳しく述べる。

【ターナー症候群】

ターナー症候群を一言で説明すれば、①身長が低く、②卵巣がよく働かないことが多く（月経が始まらない割合は約 80%）、③詳しく診察すると身体に小さな特徴（ターナー兆候）や、時に合併症がある、しかし、④「ふつうの子」である。原因は、多くの女性では 2 本ある X 染色体のうちの 1 本の、全体か一部が欠失していることによる。通常は、遺伝によるものではなく、受精卵ができる前後の頃に、ある確率で偶然に起こるものである。

低身長に対しては、未治療の場合の成人身長が平均 142cm ほどであるのに対して、遅れずに成長ホルモンを開始すれば平均 148-149cm の身長に到達することができるようになった。

性腺機能低下（卵巣機能不全）のために、二次性徴（はじめに現れるはずなのは乳房の隆起）が始まらないことが多いので、クラスメートからあまり遅れずに 12-14 歳（最近の欧米のガイドラインではとくに理由がなければ 12 歳）で女性ホルモン（正しくは、卵胞ホルモン、または、エストロゲンと呼ぶ）を少量から開始し、2 年間ほどで成人量まで 6-12 か月ごとに段階的に増量する方法が勧められている（図 2）。この方法であれば、自然と同様の速さで二次性徴が進行する。また、増量がゆっくりであるので、エストロゲンによる骨成熟の促進のために身長が低いままで成人になる心配も、しなくてよい。

ターナー症候群は、エストロゲンの補充療法や合併症の管理が成人後にも必要であるので、小児科医や小児内分泌科医から成人診療医（内分泌科医等）にスムーズに移行（トランジション）することが大切である。

【まとめ】

1. 女子の思春期の性発達は、主に卵巣から分泌されるエストロゲンによる。
2. 卵巣機能不全では、エストロゲンが不足するので、乳房発達などの二次性徴が起こらない。
3. ターナー症候群は、「小柄なふつうの女の子」であるが、多くの場合に卵巣機能不全を伴う。
4. 思春期の卵巣機能不全の治療には、エストロゲン製剤を少量から段階的に増量する方法により、クラスメートから遅れずに、ふつうの速さで二次性徴を進め、完成することができる。
5. ターナー症候群では、成人診療科への移行と一生の健康管理も大切である。

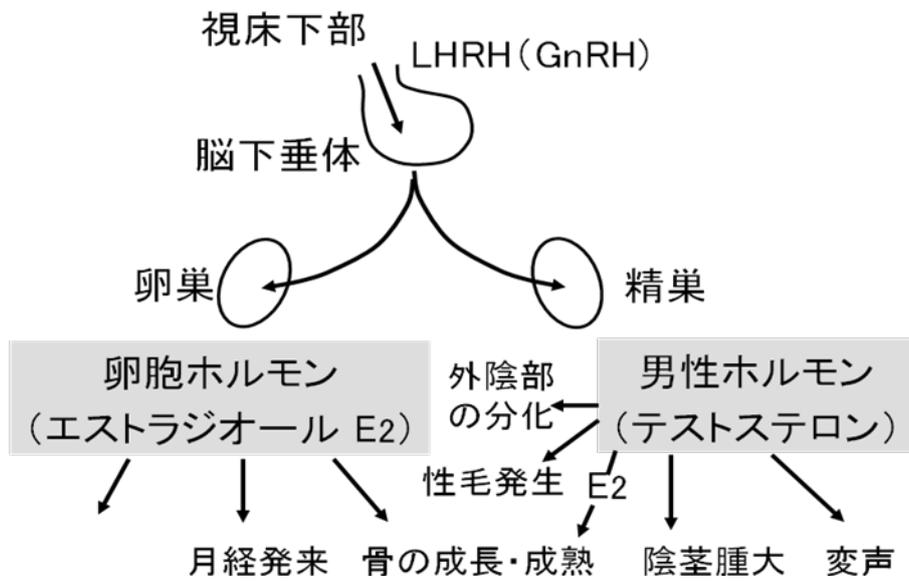
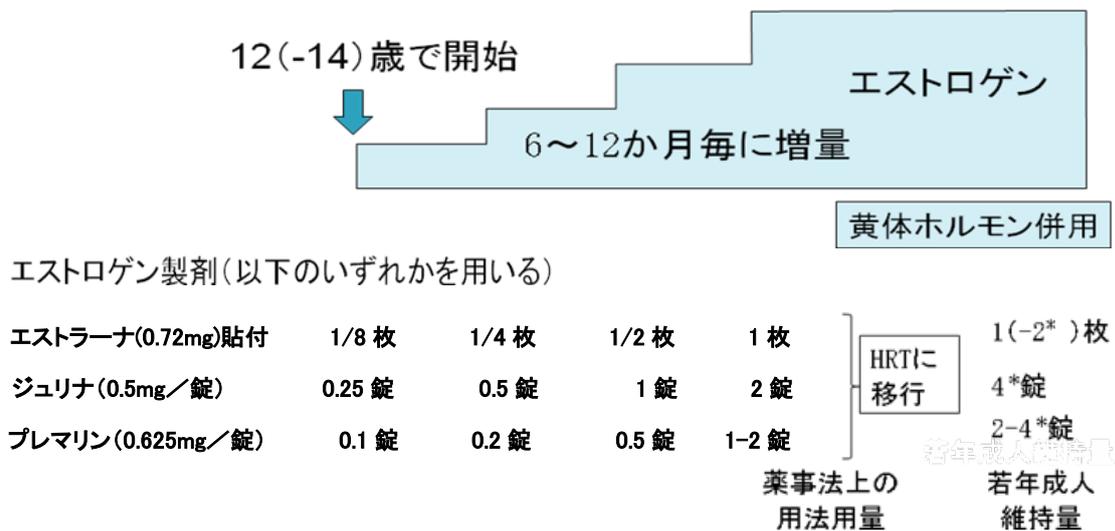


図 1. ホルモンによる性発達の調節



- 若年成人維持量は、欧米のガイドラインに基づく。
(エストラーナは、同じ製剤での記載がないため、推測による。)
- 薬事法上の用法用量を超える場合を、* 印で示した。

図 2. 少量からの段階的増量によるエストロゲン補充療法