

## オンラインカンファレンスを行いながら 多機関で支援した児童思春期症例の報告

佃 悠 輔<sup>1)</sup> 縄 手 球 湖<sup>1)</sup>  
 平 井 弦<sup>1)</sup> 小 野 鉄 舟<sup>1)</sup>  
 草 地 麻 実<sup>1)</sup> 上 川 康 友<sup>1)</sup>  
 中 右 麻理子<sup>2)</sup> 須 山 聡<sup>3)</sup>  
 柳 生 一 自<sup>3)</sup> 齊 藤 卓 弥<sup>3)</sup>

### 要 旨

児童思春期精神科医療では高度の専門的知識と技術とが要求され、さらに症例ごとの個別性が高いことから、地域で精神科医療にあたる医師にとってはカンファレンスなどを通じた指導を受けることが望ましい。一方で、専門医が慢性的に不足しており、直接の指導を受ける機会が少ないという現状がある。今回、自閉スペクトラム症を背景に性加害を起こした児童思春期の患者を治療するにあたり、北海道大学病院児童思春期精神医学研究部門の専門医とオンラインミーティングサービスを利用したカンファレンス(以下、オンラインカンファレンス)を行う機会を得た。症例は10歳代男児で、性加害を起こしたことを機にX年12月に市立室蘭総合病院精神科を初診した。再加害リスクが低いと判断し介入を始めたものの、3か月後に再加害を起こしたことからオンラインカンファレンスを行い、治療方針を再検討した。その後は再加害を起こすことなく良好な経過を辿った。オンラインカンファレンスは、専門医の不足する地域でも専門的医療を提供することを可能にする。

### キーワード

テレビ会議、児童精神医学、自閉症スペクトラム障害、性犯罪

### 緒 言

児童思春期精神科医療では成人の精神科医療と異なり、発達の視点を要し、親子関係や学校との関係といった環境要因を把握することや、多職種連携することが重要になる<sup>1)</sup>。このような高度の専門的知識と技術とが要求されるだけでなく、さらに症例ごとの個別性が高いことから、カンファレンスなどを通じて専門医からの指導を受けることが望ましい。

児童思春期精神科医療のニーズの高まりから、2014年2月には子どものこころの諸問題に対応する専門医として子どものこころ専門医の認定が開始となったが、2022年1月時点で599名<sup>2)</sup>とまだ少なく、さらに地域によっても偏りがある。当地域にも専門医は居らず、直接の指

導を受けることができる機会は少ない。今回、自閉スペクトラム症を背景に性加害を起こした児童思春期症例を経験したが、筆者は性加害症例の治療経験がなく、経過中に行き詰まりを感じた。北海道大学病院児童思春期精神医学研究部門(以下、北大児童精神科)とオンラインミーティングサービスを利用したカンファレンス(以下、オンラインカンファレンス)を行うことで、専門医の助言をもとに治療に臨むことができたので報告する。

### 症 例

患者：10歳代、男児。

主訴：学校に勧められたので来た。

家族歴：母親が知的能力障害と当患者治療中に診断された。

既往歴：なし。

生活歴：同胞なし。胎生期及び出生時に問題なし。幼少期はごっこ遊びをせず一人遊びを好み、友人はほとんどいなかった。就学後は普通学級に在籍している。学業

1) 市立室蘭総合病院 精神科

2) 北海道大学病院 精神科神経科

3) 同 児童思春期精神医学研究部門

成績は不良である。場の雰囲気を読むことができず他児童に避けられているが、本人は気づいていない。教員からは「他の生徒とは異なる解釈をしていることが多い」と評されている。テレビゲームが好きで、1つのゲームを何度も繰り返し行う。共働きの両親と3人暮らしをしている。

現病歴：X-4年、面識のない女兒に声掛けやハグを繰り返して、学校で問題となった。そのため、児童相談所で児童向けウェクスラー式知能検査（WISC-IV）を施行された。全検査IQ78で、下位項目は言語理解78、知覚推理78、ワーキングメモリー97、処理速度86とワーキングメモリーや処理速度に比して、言語理解や知覚推理が低かった。その後、他院の発達医療専門外来を初診し、発達の偏りを指摘された。2年ほど通院したが再加害はなく、終診した。X年8月、下級生の女兒に声掛けし、性的な内容の質問を行った。その後、教員との面談で日常的に盗撮をしていることを告白したため、病院受診を勧められた。前医では対応困難であったため、X年12月に市立室蘭総合病院精神科（以下、当科）を初診した。

精神医学的現在症：母親に連れられて受診した。「学校に勧められたので来た」と述べ、問題を自覚していなかった。性加害に関する質問には表面的にしか答えず、自分の興味のある話題では時間を気にせず好きに話した。文節の区切り方や抑揚のつけ方は独特で、感情のこもっていない話し方であると筆者は感じた。性加害については「怒られて、まずいなと思った」と述べ、被害者の心理を推測する発言はなかった。自分の行為を相手が好意的に受け入れると思っていたと述べた。性的空想は否定した。

診断：自閉スペクトラム症（DSM-5）<sup>3)</sup>。

評価：母親からの聞き取りで確認された発達歴や学校での様子からは、社会性の障害及びコミュニケーションの障害を認めた。また、興味の限局や、反復した行動を認めており、自閉スペクトラム症と診断した。窃視、窃触を数回行っているが期間は限定されておりパラフィリアの診断基準（6カ月以上持続）<sup>3)</sup>を満たさず、他に精神科的併存症は認めなかった。異性に性的な内容の質問をしてはいけないといった、性に関する暗黙のルールを正しく学習しておらず、加害行為であるという自覚の乏しいまま性加害を起こしたと判断した。その背景には、相手の気持ちを推し量ることが難しく、曖昧なルールを理解しにくいという自閉スペクトラム症の特性が関係していると考えられた。再加害リスクアセスメントとしてJuvenile Sex Offender Assessment Protocol-II（J-SOAP-II）<sup>4)</sup>を用いた。尺度1（性欲動・関心・行動偏向）は4/16点、尺度2（衝動的・反社会的行動）は0/16点、尺度3（治療的介入）は10/14点、尺度4（社会的安定

性・適応）は1/10点であった。J-SOAP-IIは尺度1と尺度2を組み合わせることで、次回に及ぶ非行の方向性や再非行の期間など、様々なリスクを査定できる可能性が示されており、尺度1の点数が上がるほど性非行を再発する可能性が高まることわかっている<sup>4)</sup>。患者は4/16点と比較的低値であったため、再加害のリスクは低いと考えた。一方、認知の歪みや共感性、動機づけなどの問題があると考えられた。治療介入が必要と考え、リラプスプリベンション・モデル<sup>5)</sup>に基づき介入を開始した。頻度は月に1回、1時間程度とした。本人単独での診察を提案したが、母親の強い希望により同席で診察することになった。薬物療法は行わなかった。

治療経過：

#### ① 再加害とその対応

被害者への共感的理解を促す目的で心理教育を行い、被害女兒の気持ちや、今回の行動がなぜ問題であったかを時間をかけて一緒に考えた。治療には真面目に取り組んでいるように見え、二度と性加害しないと発言も聞かれていたが、X+1年2月、面識のない女性に対し性加害を起こした。そのため、再加害防止を優先し、即効性のある介入をした方が良いと判断した。行動分析によりハイリスク状況を特定し、全ての女性に対して「近づかない」「1対1で会わない」などを約束し、性加害に至る可能性のある状況を徹底的に避けるよう話し合った。

一方で、学校の教員たちは再加害を起こしたことを重く受け止め、さらなる再加害を予防するために施設入所すべきだという意見が多数になった。X+1年4月、患者の処遇に関して学校と協議を行った。筆者は、施設入所することは問題解決にならず、かえって患者の社会参加の妨げになると考え、患者にはあくまで心理的支援が必要であると意見した。ただ、さらに加害を重ねると患者や周囲の人々に大きな影響を及ぼすことから、教員たちが心配するのも自然な反応と考えられた。

#### ② オンラインカンファレンス（1回目）

X+1年5月、治療方針への不安や行き詰まりを感じたため、専門医の意見を求めて、北大児童精神科の医師4名と筆者含む当科医師6名とでオンラインカンファレンスを行った。主に、「施設入所の是非」「多機関での協働について」「診察の構造について」の3点について話し合った。

施設入所については、隔離するだけでは問題行動の解決にはならず、患者を治療するうえで最良の環境ではないという結論に至った。

多機関での協働について、筆者は具体的な手段を想定していなかったが、要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）を設置することで関係各機関が一同に集まり話

し合うことができると助言された。

診察場面では、やはり主治医と患者とが1対1で面接する構造にする必要があると考えられた。母親には、患者とは別室で課題を与えることにした。また、これまでの言動から、母親も知的能力に問題があることが推測され、知的能力を評価したうえで支援する必要があると助言された。

### ③ カンファレンス後の対応

X+1年8月、要対協を設置し、各機関との話し合いをした。学校側からは施設入所の話が出たが、筆者が改めて根本的解決にならないことを説明すると、施設ではなく、本人の興味や能力に合わせた進学を検討することになった。また、各機関で役割分担し、児童相談所では性教育プログラム<sup>6)</sup>を行うことになり、学校では教員が支援と見守りを行い、スクールカウンセラーと振り返りを行うことになった。病院では再加害防止の治療を継続することにした。

診察の構造も変化させ、母親は診察中に別室で面談してもらい、患者を単独で診察するようにした。改めて性加害に至った経緯を確認すると、成人向け SNS で大人たちが性的なやりとりをしているのを見聞きして、「自分もして良いと思った」と述べた。これは性加害を起こしやすくする認知の偏りと考えられ、治療対象であることを共有した。

また、母親に対する心理検査を行ったところ、知的能力に障害があることが判明した。その結果を踏まえて、以後の診察時にも、母親には別室で性加害の心理教育や、患者への対応について指導することにした。母親も自分の不安や悩みを相談する場所ができ感謝していると述べた。

これらの介入を続けることで、再加害なく、他児童との適切な距離を保ち過ごすことができた。それまで学校側から部活動や委員会活動への参加を禁止されていたが、教員たちの態度が軟化し、修学旅行に参加することができた。

### ④ 現在まで

X+1年10月に2回目のオンラインカンファレンスを行った。経過を報告し、北大児童精神科の医師と達成感を共有することができた。一方で、父親も治療に参加させることが改善点として挙げられた。筆者から父親へ連絡することを本人と母親が拒否しているため、治療に参加してもらうことはできていないが、育児には少しずつ協力が得られるようになっていく。

X+1年12月に要対協で2回目の話し合いを行い、進学先への引継ぎに向けて準備を進めていくことを確認した。その後、現在まで月1回の外来通院を続けている。患者は通院治療について「ここで大事なことを学んだか

ら、病院に通った方が良いと思う」と述べ、今後も性加害を起こさないよう通院治療の継続を希望している。

## 考 察

児童思春期症例においてカンファレンスを通して専門医の指導を受けることは有用であり、今回のようにオンラインミーティングサービスを利用することで専門医の不足によって起こる問題を解決できる可能性がある。

本症例では、初診時に再加害のリスクは低いとアセスメントしたが、それに反して再加害が起こったことで治療方針を見直す必要があるのではないかと悩まされた。今回、治療の中核を成したりラプス・モデルは、認知的行動的枠組みに基づいて、再発（リラプス）しやすいハイリスク状況を特定し、同様の状況下での再発を予防（プリベンション）する治療法である<sup>5)</sup>。具体的には、性加害につながりやすいハイリスクな状況を患者本人が認識し、さらに、その状況に対する対処スキルを習得することで再加害の防止を目指す<sup>7)</sup>。依存症の治療においてエビデンスが確立しており<sup>8)</sup>、性犯罪再犯防止プログラムにも取り入れられ、その有効性が確認されている<sup>9,10)</sup>。当科のカンファレンスでも、治療の大枠としてリラプス・モデルにより介入することに異論は出なかった。しかし、周囲の環境への働きかけや、治療構造の見直しなど、治療経験豊かな専門医ならではの助言をもらえたことで、教育機関や児童相談所との協働により多面的に介入することができた。

今回は患者や家族から同意を得た上でオンラインカンファレンスを実施し、学校名など固有名詞の使用を避け、個人情報の保護に最大限配慮した上で、2施設間で行った。今後は多施設で実施することでオンラインカンファレンスのさらなる普及が望まれるが、その際はさらに注意して個人情報を取り扱う必要がある。

## 結 語

オンラインカンファレンスを行いながら多機関で支援した児童思春期症例を経験した。カンファレンスで出た意見を参考に、治療構造の見直しや治療方針の再検討を行うことができ、患者が再加害を起こすことなく、良好な経過を辿っている。オンラインカンファレンスは、専門医の不足する地域でも専門的医療を提供することを可能にする。

## 文 献

- 1) 飯田順三：児童青年期精神医学の人材育成. 精神医学 62：251-257, 2020.
- 2) 一般社団法人子どものこころ専門医機構：専門医一覧（都道府県別）(2021-12-07). <http://kks-kokoro>.

- 
- jp/senmoni/doctor\_list.html, (参照 2022-01-27).
- 3) 日本精神神経学会：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2014.
  - 4) 大江由香, 森田展彰, 中谷陽二：性犯罪少年の諸特性と性非行の反復傾向との関係 日本語版 J-SOAP-II の適用性の検証. 犯罪誌 73：165-173, 2007.
  - 5) 本多隆司, 伊庭千恵：性問題行動のある知的・発達障害児者の支援ガイド～性暴力被害とわたしの被害者を理解するワークブック～. 明石書店, 東京, 2016.
  - 6) 宮口幸治, 川上ちひろ：性の問題行動をもつ子どものためのワークブック～発達障害・知的障害のある児童・青年の理解と支援～. 明石書店, 東京, 2015.
  - 7) 本多隆司：「フットプリント」による性暴力加害者への実践的介入の試み. 仏教福祉学 21：69-92, 2011.
  - 8) Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC: Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 67: 563-570, 1999.
  - 9) 野村和孝, 山本哲也, 林 響子, 津村秀樹, 嶋田洋徳：性加害行為に対する認知行動療法の心理社会的要因が再犯防止効果に及ぼす影響—メタ分析を用いた検討—. 行動療研 37：143-155, 2011.
  - 10) 野村和孝：再犯防止を目的とした認知行動療法の現状と課題—健康心理学によるエンパワメントの果たす役割—. 健康心理研 29：95-102, 2017.

