

(子ども家庭総合研究事業)報告書(第3/6).
p.63-107, 1999

庄司順一ほか:乳児院における被虐待児の実態および乳児院退院後の問題.平成10年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書(第5/6). p.302-307, 1999

全国乳児福祉協議会:第43回全国乳児院協議会資料, 1999

謝辞:

なお、本研究を実施するにあたり、全国乳児福祉協議会調査研究委員会をはじめとする以下の方々のご協力、ご助言を得た。

才村 純

小山 修

大坂多恵子

平田ルリ子

呉 太善

水谷暢子

恒次欽也

松原康雄

表1 対象児の分類（乳児院入所理由） 人数と（％）

虐待	97(25.5)
遺棄（父母不明）	34(8.9)
蒸発（父・母家出）	91(23.9)
養育拒否	89(23.4)
その他	69(18.2)
合 計	380(99.9)

表2 入所理由が「虐待」および「その他」の場合の虐待のタイプ

	虐 待	そ の 他	計
身体的虐待	77(79.4)	12(19.4)	89(56.0)
心理的虐待	17(17.5)	43(69.4)	60(37.7)
ネグレクト	3(3.1)	4(6.5)	7(4.4)
虐待のおそれ	—	3(4.8)	3(1.9)
合 計	97(100.0)	62(100.1)	159(100.0)

表3 入所時月齢および退所時月齢

月 齢	入所時	退所時
6 カ月未満	167(43.9)	23(6.1)
6 カ月～1 歳0 カ月未満	89(23.4)	26(6.8)
1 歳0 カ月～1 歳6 カ月未満	63(16.6)	44(11.6)
1 歳6 カ月～2 歳0 カ月未満	42(11.1)	57(15.0)
2 歳0 カ月～2 歳6 カ月未満	19(5.0)	90(23.7)
2 歳6 カ月～3 歳0 カ月未満		74(19.5)
3 歳以上		66(17.4)
合 計	380(100.0)	380(100.1)

表4 入所後にみられた身体的、心理行動的問題

1) 身体的発育(MA)

N=380

	問題なし	低身長	やせ	肥満	N.A.
人	261	35	71	11	26
%	68.7%	9.2%	18.7%	2.9%	6.8%

2) 精神運動発達(MA)

N=380

	問題なし	一般的な発達遅滞	運動発達遅滞	言語発達遅滞	N.A.
人	210	96	14	23	42
%	55.3%	25.3%	3.7%	6.1%	11.1%

3) 摂食(MA)

N=380

	問題なし	過食	小食	偏食	異食	咀嚼しやうがうまくできない	N.A.
人	260	13	26	21	1	30	40
%	68.4%	3.4%	6.8%	5.5%	0.3%	7.9%	10.5%

4) 排泄(MA)

N=380

	問題なし	夜尿	遺尿	頻尿	遺糞	N.A.
人	314	10	13	2	10	43
%	82.6%	2.6%	3.4%	0.5%	2.6%	11.3%

5) 睡眠(MA)

N=380

	問題なし	夜泣き	夜驚	悪夢	断続的な眠り	N.A.
人	274	54	5	2	11	40
%	72.1%	14.2%	1.3%	0.5%	2.9%	10.5%

6)① 感情(MA)

N=380

	問題なし	おびえ	無表情	凍りついたような凝視	立ちつくす	突然に気分が変わる	N.A.
人	220	21	67	12	2	37	51
%	57.9%	5.5%	17.6%	3.2%	0.5%	9.7%	13.4%

6)② 突然に気分が変わる(MA)

N=37

	眠ってしまう	泣き出す	笑い出す	ボーっとする	その他	N.A.
人	0	24	6	6	9	3
%	0.0%	64.9%	16.2%	16.2%	24.3%	8.1%

7) 行動問題(MA)

N=380

	問題なし	乱暴	かみつぎ	落ち着きのなさ・多動	自傷行為	その他	N.A.
人	239	18	16	33	6	26	58
%	62.9%	4.7%	4.2%	8.7%	1.6%	6.8%	15.3%

8) 習癖(MA)

N=380

	なし	指しゃぶり	自慰	頭を打ちつける	こだわり	その他	N.A.
人	230	67	2	15	10	16	52
%	60.5%	17.6%	0.5%	3.9%	2.6%	4.2%	13.7%

9) 保育者との関係(MA)

N=380

	安定	絶えず後を追う	だれにでも絶えず抱かれたがる	接触を避ける	関係がもちにくい	その他	N.A.
人	184	30	56	9	41	15	59
%	48.4%	7.9%	14.7%	2.4%	10.8%	3.9%	15.5%

10) 他の子ともとの関係

	総数	年齢に応じた関わりができていた	不安定であった	N.A.
人	380	204	83	93
%	100.0%	53.7%	21.8%	24.5%

表5 退所時にみられた身体的、心理行動的問題

	総数	もともと問題なかった	問題がみられたが改善した	問題が退院時まで継続した	入所直後にはみられなかった問題が現れた	NA
身体発育	380 100.0%	240 63.2%	65 17.1%	42 11.1%	12 3.2%	21 5.5%
精神運動発達	380 100.0%	201 52.9%	80 21.1%	56 14.7%	19 5.0%	24 6.3%
摂食・排泄・睡眠	380 100.0%	235 61.8%	76 20.0%	30 7.9%	15 3.9%	24 6.3%
感情	380 100.0%	214 56.3%	92 24.2%	32 8.4%	17 4.5%	25 6.6%
行動問題	380 100.0%	243 63.9%	40 10.5%	41 10.8%	25 6.6%	31 8.2%
習癖・こだわり	380 100.0%	246 64.7%	30 7.9%	46 12.1%	22 5.8%	36 9.5%
保育者との関係	380 100.0%	231 60.8%	102 26.8%	14 3.7%	14 3.7%	19 5.0%
他の子どもとの関係	380 100.0%	248 65.3%	69 18.2%	19 5.0%	13 3.4%	31 8.2%

カリフォルニア州子ども虐待・ネグレクト通告法の紹介

庄司順一・阿部優美子

わが国においては国会における「児童虐待防止法」の制定への動きに関連して、虐待への通告制度のあり方について、関心が高まっている。アメリカ合衆国は子ども虐待に対する通告制度の整った国として知られているが、中でもカリフォルニア州ではすでに 1963 年に「子ども虐待通告法」が制定されている。最近、カリフォルニア州の子ども虐待・ネグレクト通告法に関する小冊子が配布されたが、これは通告法のあり方を考えるうえで示唆に富むものと考えられるので、その一部を翻訳、紹介したい。

ここで紹介するのは、カリフォルニア州社会サービス局子ども虐待予防室で作成した「カリフォルニア州子ども虐待・ネグレクト通告法－保健関係者のための論点と回答－」(1997)である(The California Child Abuse & Neglect Reporting Law: Issues and Answers for Health Practitioners, State Department of Social Services, Office of Child Abuse Prevention, 1997)。

その内容は次ページの目次に示されているが、全体で 28 ページの小冊子である。保健関係者とは、医師、看護婦、心理士、ソーシャルワーカーなどをさしている。

以下に訳出したのは、本冊子のうち、目次に示した「はじめに」と「通告法」の部分である。これを訳出した目的は、カリフォルニア州の「通告法」の概要を紹介することである。アメリカの法制度はわが国のそれとは大きく異なっているので、この「通告法」も翻訳すること自体かなりむずかしいし、ましてそのまま「輸入」できるものではない。とはいえ、この小冊子には「通告」の具体的あり方や意味などが詳細に記述されているので、「通告制度」について考えるうえで参考になる点も少なくないと考えられる。ここに記述されたことの中で、通告義務を負う人の職種が非常に具体的に記されていること、免責の規定、必要とされている通告を怠ったときの罰則、通告義務のある人が通告しようとするとき上司はそれを妨げてはならないこと、通告にもとづいて調査した結果を通告者にフィードバックすることなどは、とくに興味深い論点といえよう。

カリフォルニア州子ども虐待・ネグレクト通告法*
－保健関係者のための論点と回答－

目次

はじめに

通告法

なぜ

何を

誰が

いつ

誰に対して

免責

その他の保護

信頼性

フィードバック

判定

環境

親の手がかり

身体的徴候

行動的徴候

アセスメントのガイドライン

言葉が話せる子どものアセスメント

言葉が話せない子どものアセスメント

家族のアセスメント

間違った申し立てのアセスメント

治療の主要な課題

秘密保持

虐待に対処するセラピストの反応

役に立つ介入

役に立つ介入

よく聞かれる質問

虐待であることを話す私は誰か？

ミスをしたらどうなるのか？

虐待としつけの線引きは何か？

過去に起きた虐待はどうなるのか？

裁判所で何を証言するのか？

何歳の子どもが最も高いリスクにある
のか？

性的行為をする未成年者に関する通告の
責任は何か？

聖職者は通告する義務があるのか？

アルコール中毒のプログラムは通告を免除
されるのか？

匿名で通告できるか？

通告の後には何が起こるのか？

まとめと提言

付録

A 州内で報告された虐待件数

B 司法省の通告の書式のサンプル

C 虐待通告法－通告者の責任と雇用にあ
たっての文書のサンプル－

D 秘密保持に関する文書のサンプル

E コミュニティの社会資源のサンプル

F 州内そして全国の虐待防止関連機関

参考文献

* The California Child Abuse & Neglect Reporting Law: Issues and Answers for Health Practitioners, State Department of Social Services, Office of Child Abuse Prevention, 1997

はじめに

このハンドブックは、本来、メンタルヘルスの専門家に子ども虐待通告法(The Child Abuse Reporting Law)について理解してもらい、そして子ども虐待を通告する責任を意識してもらうために書かれたものである。しかしながら、その専門ゆえに子どもと接触を持つ保健関係者にとってもこの情報は有益であろう。法律によって、虐待を受けていることが疑われる子どもと、通告することが義務づけられている保健関係者やその他の関係者たちは「誰が通告するのか？」というタイトルの章で知ることができる。

虐待が疑われる子どもを通告することには困難がある。どのように親が反応するか、どんな結果になるか、その通告が子どもをより大きなリスクに陥れることになるか否かについて、絶えず不信の声が上がる。

通告することの困難さを最小限にする最も良い方法は、通告するという経験に対して十分に心構えをし、通告の要請と、通告することがひきおこすプロセスをほどほどに苦痛ではないものと感じられるようにすることである。

子ども虐待を通告する義務がある保健関係者はしばしば彼らの通告の責任を子どもと家族の最善の利益のために活用することができる。例えば、子どもを虐待する人たちはしばしば自制することができない。様々な理由から、彼らの内的なコントロールは有効ではない。それゆえ、彼らは、自分自身の抑制によりよく頼ることができるようになるまでは、できる限り多くの外部からのコントロールを必要とする。この通告法は、「(虐待的な)行動は受け入れられるものではなく、止めなくてはならない」と明確に表明することで、外部からのコントロールを設定しているのである。

メンタルヘルス分野の専門家にとって、通告することに関して最も頻繁に尋ねられる質問の一つは、「通告することが治療において形成されなければならないクライアントの信頼を断ち切ることにならないか？」ということであ

る。通告をしないことの方がクライアントとの信頼を断ち切る可能性が大きい。なぜなら、子どもを虐待しているクライアントは、行為や言葉で、助けが必要なことを表わしているのであるから。クライアントのニーズを認識できない、そして彼らを助けることを避けるセラピストを、クライアントはどのように信頼することができるだろうか？

虐待をするクライアントと共に活動することは大変な労力を要する。セラピストはしばしば決定をするのを助けるために「この子は家で安全に暮らせるか？」「家族は子どもを家に戻す準備ができているか？」「虐待が再発する可能性はどの程度か？」といったことを考える。責任を共有した様々の専門職によるアプローチは、家族と継続したコンタクトを持っている他の専門家と協働してこれらのクライアントに対して活動するために、最も有効な方法であることがわかる。

通告法

カリフォルニア州で最初の子どもの虐待通告法が制定されたのは1963年であった。それらの初期の法律は医者だけに身体的虐待を通告するよう義務づけていた。

何年もの間に、非常に多くの改正がなされ、虐待の定義と通告することが求められる人達を拡大した。子ども虐待の通告のカテゴリーのための手続きも明確になってきている。

カリフォルニアでは、一定の専門家は、子ども虐待が生じているのを知ったり、虐待を受けている疑いのある子どもを通告するよう要求されている。法律では要求されていないが、他の市民も通告してよい。

保健関係者や通告が義務づけられているその他の者は、法律の改正の最新版を知っておくことが重要である。あなたの地元の子ども虐待防止委員会または子ども保護機関(資料を参照)に最新の通告法に関する情報がある。

1. なぜあなたは通告しなければならないか？

通告法の第一の目的は子どもを保護することである。虐待が確認された子どもを保護することは、その家にいるほかの子どもたちを保護する機会をもたらすことにもなる。親に援助を提供することも同じように重要である。親は直接援助を求めることができないかもしれないが、子ども虐待は家族の諸問題への注意を喚起しているのかもしれない。虐待の通告は、家庭内の環境の変化をもたらすための触媒となるかもしれないし、家庭内での虐待のリスクを低めることを助けるかもしれない。

2. 子ども虐待とは何か？

刑法(PC)では、子どもの虐待は、「他の人間によって子どもに加えられた、単なる偶然によるものではない身体的損傷」と定義されている。それはまた情緒的虐待、性的虐待、ネグレクト、あるいは家庭外のケアにおける虐待も含まれる。子ども虐待には、「未成年者同士のけんか」、限定された環境下での「警察官による合理的かつ必要な力の行使」、または子どもを深刻な傷害にあわせない、合理的で年齢相応のスパンキング(お尻たたき)は含まれない(P.C.11165.6、Welfare and Institutions Code[W&IC]Section 300)。

カリフォルニア州の子ども虐待通告法は刑法の 11165-11174.5 にもとづく。以下は法律の部分的な記述である。義務づけられている通告者は、刑法に記述されている詳しい要請に精通しておかなくてはならない。

この法律では、被害者が子ども(18歳以下)であり、加害者が誰であっても(子どもを含む)、以下のタイプの虐待に関して法律上義務づけられている通告者は通告しなくてはならない。

- a. 子どもに加えられた偶然ではない**身体的損傷**(P.C.11165.6)。
- b. 性的暴力と性的搾取の両者を含んだ性的虐待。性的暴力は、子どもとの性的行為、子どもの前での意図的な自慰行為、子どもへの乱暴を含む。性的搾取は、子どもが関係したポルノグラフィを準備したり、販売したり、配布したりすることや、わいせつな性的行為、子ども売買春を含む(P.C.11165.6)。
- c. **故意の残酷な行為または不当な罰**

(P.C.11165.3)で、不当な身体的苦痛や精神的苦しみを加えたり、黙認すること、または子どもの人格や健康を危険にさらすことを含む。「精神的苦しみ」には通告する義務はない。しかし通告することが望まれる(P.C.11166[b])。

- d. **違法な体罰や傷**。故意に加えられ、結果としてトラウマの状態をもたらした場合。
- e. **ネグレクト**は、「重度の」であろうと「中程度の」であろうと、加害者が子どもの福祉に責任を持つ人であるならば、通告されなくてはならない。それは、子どもの健康や福祉を害したり、害すると脅かしたりする行為や、怠慢を含める(P.C.11165.2)。
- f. 以上のタイプの虐待やネグレクトが家庭外のケアにおいて起こった場合(P.C.11165.5)。

3. 誰が通告するのか？

通告が法律的に義務づけられている人には「子どものケアの専門家」「保健関係者」「子ども保護機関の職員」そして「商業フィルム及び写真印刷業者」が含まれる。それらは以下の通り定義されている。

- a. 「子どものケアの専門家」は、教師、指導をする助手、教師の助手、または公立私立を問わず教師の補助員として採用されたもの、または刑法によって義務を課されたトレーニングを受けている公立の学校の格付けされた職員。行政官、子どもの福祉・サービスのスーパーバイザー、または公立私立にかかわらず、学校で資格を持って生徒に関わる仕事をしている人。公的または民間のデイ・キャンプの責任者、この条文によってトレーニングを受けることが義務づけられている公的または民間の青少年センター、青少年のためのレクリエーションプログラムそして青少年組織の責任者や職員。子どものケアの認可を得たコミュニティ・ケア施設や子どものデイケア施設の認可を得た人、責任者や職員。ヘッドスタートプログラムの教師。資格を持つ職員、あるいは資格を持つ評価者。公的扶助

ワーカー。里親、グループホームや居住者施設の全職員、子どものケア施設の職員、公立や私立の学校における虐待防止プログラムのソーシャルワーカー、子ども保護官、あるいは責任者やカウンセラーなどの人たちを含むが、これだけに限定されるのではない(P.C.11165.7)。

- b. 「保健関係者」とは、内科医や外科医、精神科医、心理学者、歯科医、レジデント、インターン、足の治療士、カイロプラクティックの治療士、資格を持った看護婦、歯科衛生士、検眼士、結婚・家族・子どものカウンセラー、資格を持った臨床ソーシャルワーカーあるいは Business and Professions 法の第 2 節 セクション 500 から始まる最近資格を与えられたその他の人たち、救急救命の技術者 I または II、医療補助者、Health and Safety 法の第 2 節 5 セクション 1797 に準じた資格のある個人、Business and Professions 法のセクション 2913 に準じて登録されている心理学の助手、Business and Professions 法のセクション 4980.03 のサブセクションにおいて定義されている結婚・家族・子どものカウンセラーの訓練生、Business and Professions 法のセクション 4980.44 において登録されている資格をもたない結婚・家族・子どものカウンセラーのインターン、未成年の性病や他の状態を扱っている州または郡の公衆衛生の職員、検死官、または子どもを診察し、検査し、治療する宗教的な実践者(P.C.11165.8)。
- c. 「子ども保護機関」は警察や郡保安官の部門、郡保護観察部門、郡福祉部局のことを意味する。学校区の警察や安全対策部門は子ども保護機関ではない(P.C.11165.9)。
- d. 「商業フィルムと写真印刷業者」は報酬を得て、写真のフィルムを現像し、ネガやスライド、プリントにした人を意味する。この用語は、そのような人の従業員も含む。公的機関のためにフィルムを現像し

たり、プリントにした人は含まない(P.C.11165.10)。

「商業フィルムと写真印刷業者」は 14 歳以下の子どもの性的な行為の描写は通告しなくてはならない。

4. いつ通告するか？

子ども虐待は「専門家としての能力から、あるいは職務上の視野から、ある子どもが虐待の被害者であることを知ったとき、あるいはその合理的な疑いを持ったとき」、法的に義務づけられた通告者は通告しなくてはならない(P.C.11166[a])**。

「合理的な疑い」というのは、「常識的な人間が同様な立場に置かれたときに、これまでのトレーニング、経験からして、子ども虐待を疑うことが妥当であるという諸事実にもとづいて、そのような疑いが生じることに對して、それが客観的な判断として理に叶っている」という時にもたらされるのである(P.C.11166[a])。言葉は長いが、この定義の意図は明確である。すなわち疑いをもったら通告せよ。

あなたはすぐに(實際上可能な限りはやく)電話によって通告しなくてはならない。文書による通告は、事件に関する情報を受けて 36 時間以内に提出されなければならない(P.C.11166[a])。文書は司法省の形式で提出されなくてはならない。それは、地域の子ども保護機関(警察または保安官部局、郡保護観察局、または郡の福祉部局)で請求できる(P.C.11168)。付録の B を参照。

5. 誰に対して通告するのか

その通告は「子ども保護機関」になされなくてはならない。子ども保護機関とは、郡福祉部局、または保護観察局、警察または保安部門のことである(P.C.11165.9, P.C.11166[a])。例外は、商業フィルムと写真印刷業者で、彼らの通告先は司法権を持つ法執行機関に対して、となっている。

6. 免責

子ども虐待が疑われるケースを通告することを法的に義務づけられている人は、必要とされている通告をすることに対して刑事上または民事上の責任から免責される(P.C.11172[a])。

虐待を通告することを法律によって義務づ

けられていない人は、その通告が間違っているのを知っているながら通告したり、またはそのできごとの真偽を気かけずに無視して通告したのでない限りは免責される(P.C.11172[a])。

7. 通告義務を有する人の保護

スーパーバイザーや管理者は、通告を妨げたり、禁止したりしてはならないし、通告する人にはどんな制約も課してはならない(P.C.11166[f])。

通告をするとき、通告を法的に義務づけられている人以外は、名前を名乗る必要はない(P.C.11167[e])。

通告は守秘され、特定の人や機関にしか開示されない(P.C.11167.5)。

通告義務を持つ人と彼らの下で活動する人たちは、被害者を写真に取り、それを通告書に添付することについて民事上、刑事上の責任は問われない(P.C.11172[a])。

8. 必要とされている通告を怠った時の責任

必要とされる通告を怠った人は、6ヶ月以内の収監そして/または1000ドル以下の罰金による軽罪として罰せられる(P.C.11172[e])。特に、もし子どもの被害者または他の子どもが、通告の怠慢によってさらなる被害を受けた場合、その被害に対して民事上の責任を負う(Landeros vs. Flood[1976] 17C.3d 399)。

9. 通告義務のある人を雇用する機関の責任

通告義務のある人として雇用されている人は誰でも、通告法についての知識を持ち、かつその規定に従うという趣旨の、雇用者が作成し、保管する契約書にサインしなければならない。書式の例として付録Cを参照。

虐待が起こっているのを知っていて通告を怠った人は、郡刑務所への6ヶ月以内の収監または1000ドル以下の罰金、またはその両者の罰を受ける(P.C.11172[e])。

子ども保護機関によって支援スタッフまたは保安スタッフとして雇われて、公務の一部として子どもを仕事の対象としているわけではなく、子どもを監視せず、また子どもの知識を持っていない商業フィルムと写真印刷の業

者は契約書へのサインは必要とされていない(P.C.11166.5[a])。

10. ライセンス要求

子ども虐待を通告することが要請されている人にライセンスを認可する州機関は、ライセンス取得者に、通告の要請と通告怠慢に対する罰則について言及した文書を送付することか、1986年1月1日以降に印刷された認可取得のための全ての申込書や資格証明書に、その情報を印刷するかをしなければならぬ(P.C.11166.5[b][c])。

11. 通告者へのフィードバック

調査が完了した後、またはその通告事案に最終的な決定が下された後には、調査機関は通告義務があつて通告した人に調査の結果と機関がとる行動について報告しなければならない(P.C.11170[b][2])。

** 子どもの虐待通告法に加えて、メンタルヘルスの専門家はまた65歳以上の人の虐待のケースや(W&IC15610[a]) また18歳から64歳の自分の権利を守るための身体的精神的制限がある人の虐待ケースの通告をしなくてはならない。(W&IC15616[b][1]) それらのケースは郡成人保護サービス機関または地域の法執行機関のどちらかに通告される。(W&IC15630) もしケア施設での虐待発生に疑いがある場合、この問題についての詳細な情報は高齢者のための地域機関、郡福祉局の成人サービスプログラムまたは州認可機関に連絡をとること。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
（分担）研究報告書

被虐待児の精神的問題に関する研究

（分担）研究者 奥山 眞紀子 埼玉県立小児医療センター 精神科 医長

研究要旨

虐待の精神症状出現のメカニズムとして、昨年度の研究から重要と考えられた問題の内、トラウマ反応と解離の症状に関して、質問紙法による調査を行った。その結果、解離症状はすべての種類の虐待で得点が有意に高く、トラウマ反応は心理的虐待で得点が有意に高かった。また、性的虐待・性被害調査のプロセス分析から、早期発見に役立つサインを明確にし、アセスメントの方法を明らかにすることが重要であることが判明した。それに加え、北米でのアセスメントの研究から、評価面接に関しては、実地のトレーニングが必要であることが明らかになった。

研究協力者（アイウエオ順）

井上登生 井上小児科医院 院長
内山絢子 科学警察研究所
防犯少年部補導研究室長
北山秋雄 長野県看護大学
健康保健学 助教授
庄司順一 青山学院大学文学部
教育学科 教授
中島 彩 埼玉県立小児医療センター
心理士
西澤 哲 日本社会事業大学
社会福祉学部 助教授
宮本信也 筑波大学心身障害学系
教授

被虐待児の精神的問題とそのメカニズムを検討し、早期介入および治療によって現在及び将来の精神障害を治療・予防する方法を探ることが目的である。

昨年度の文献的研究より、被虐待体験と注意欠陥および破壊的行動障害（注意欠陥／多動性障害、反抗挑戦性障害、行為障害）は密接な関係があることが明らかになった。また、精神保健外来を受診した被虐待児の検討から、被虐待児の精神的問題のメカニズムを明らかにするためには、①愛着の問題、②トラウマ反応、③自己制御能力の問題、④解離の状態、に関して更なる検討が必要であることが明らかになった。さらに、トラウマの問題およびそれによると考えられる解離の問題に関しては、既存の質問紙があり、その使用が十分可能であることが示唆された。

その様な前年度の研究結果を受けて、今年度は、被虐待児のトラウマ反応と解離症状について明らかにすることを目的として施設入所児に対する質問紙

A. 研究目的

研究1：被虐待児のトラウマ反応と解離症状に関する研究

被虐待児は行動障害、人格障害、気分障害などの精神的問題を持ってくる危険性が高いことが欧米で指摘されている。本研究は、実際に日本における

法による調査を行った。

研究 2：性的虐待・性被害への対応プロセスに関する研究

虐待への対応は少しずつ確立されてきているが、子どもの性的虐待や性被害に対しての対応方法に関してはほとんど手がつけられていないのが現実であり、その方法の確立が本研究の最終目的である。昨年度の研究では文献研究より性的虐待に関してどのような知見があるのかを把握し、さらに、専門家が関与した 39 事例に関しての実情を把握する調査を行って、統計的結果につき考察した。

本年度は、性的虐待対応プロセスにおける問題点とそれを改善する方法について明らかにすることを目的に、昨年度行った調査の各事例を細かく検討し、その問題点を研究した。

研究 3：被性的虐待児への面接方法に関する研究(北米での例を中心に)

昨年度の研究結果から、性的虐待対応のプロセスに於いて非常に重要なポイントになると考えられた面接の方法を探ることを目的に、性的虐待対応先進国であるアメリカおよびカナダの例を研究した。

B. 研究方法

研究 1：被虐待児のトラウマ反応と解離症状に関する研究

前年度の研究で子どもの心理的問題を明らかにするために、いくつかの質問紙法があることが明らかとなった。その内、子どものトラウマ症状チェックリスト Trauma Syndrome Checklist

for Children (TSCC)、および子どもの解離症状に関するチェックリスト (CDC) を使用した。CDC に関しては日本語訳が存在しなかったため、質問紙作成者である Putnam に翻訳をして研究を行う許可を得て西澤が翻訳し、研究協力者全員で検討を行った。これに虐待体験の有無に関する調査票を加え、3 種類の調査を行った。

対象は、研究協力者が関係しており、調査によって明らかになった子どもの精神的問題に対処できる児童養護施設 6 施設 (栃木県、埼玉県、東京都、大分県) とし、虐待体験の有無に関する調査票と CDC を担当者に記入してもらい、その内 8 才以上の子どもに関しては子どもに TSCC を直接記載してもらった。ただし、8 歳以上であっても精神遅滞などで TSCC が記入できなかった例は除いた。

以上の 3 質問紙を統計学的に検討した。

研究 2：性的虐待・性被害への対応プロセスに関する研究

昨年度、専門家が関与した性的虐待に関する調査を行い、39 例に関して統計的な検討を行った。その結果、様々な示唆が得られたが、それだけでは対応プロセス上に関しての問題点の把握が不十分であった。従って、今年度はその 39 例に関して、1 例ずつ事例を検討し、対応プロセス上の問題点を浮かび上がらせる作業を行った。

プライバシーの問題から、事例を報告書に挙げることは出来ないが、検討結果につき報告し、それを改善する方法につき考察した。

研究 3：被性的虐待児への面接方法に関する研究(北米での例を中心に)

性的虐待対応に関する先進国である北米での面接法について文献的に研究した。特に米国ロサンゼルスとカナダ ブリティッシュコロンビア州における性的虐待を受けた子どもへの面接法につき細かく検討し、考察を加えた。

C. 研究結果および考察

研究 1：被虐待児のトラウマ反応と解離症状に関する研究

調査した 179 人中何らかの虐待を受けていた児は 79.3%いた。CDC の得点は虐待群で有意に高かった。解離性障害を疑わせるカットオフポイントとされている 12 ポイントを上回った児は前調査対象の 7.3%に当たっていた。TSCC の得点に関しては心理的虐待のみ被虐待群に比較して有意に高い得点となっていた。

これらのことから、どのような虐待でも解離性障害をひきおこす可能性が高いことが示唆され、解離性障害に至っている子どもも少なからずいることが明らかになった。被虐待児の精神症状とその治療を考える時には解離症状は重要なポイントとなることが示唆された。

また、トラウマ反応に関しては、心理的虐待とトラウマ反応の相関が高いことが明らかとなった。心理的虐待は発見が困難な虐待であるが、そのトラウマ反応は大きいと考えられ、早期の介入と治療が必要であることが明らかとなった。

研究 2：性的虐待・性被害への対応

プロセスに関する研究

性的虐待・性被害に関する対応プロセス研究からは、現時点では早期発見に繋がる子どものサインを明らかにし、アセスメントの方法を確立することが最も大切なことであると考えられた。その後の対応においては、精神症状が強いにもかかわらず、治療に繋がっていないケースが多いことから、治療の重要性が認識されていく必要がある。また、施設内の子ども同士の性的被害に関しても対応マニュアルが必要であると考えられた。

研究 3：被性的虐待児への面接方法に関する研究(北米での例を中心に)

北米での研究からは、子どもへの面接が大切であり、その技法の習得が非常に重要なポイントになることが明らかとなった。被害児の安心感を高めて表現を促進し、保護するかが示されていた。また、被虐待児への面接は非常に繊細に行う必要があり、いたずらに繰り返すことはデメリットが多いため、面接結果を必要とする機関が合同で行うことも実際に行われている。

研究 2 の結果からガイドラインの必要性とアウトラインは明らかになったが、アセスメントに関しては実地のトレーニングが必要であることが明確となった。

D. 結論

昨年度の研究から、虐待が精神症状を引き起こすメカニズムとして、1. 愛着の問題、2. 自己制御の問題、3. トラウマの問題、4. 解離の問題、が重要であることが示唆されていた。そ

の内、やはり昨年度の研究から、質問紙調査が可能と考えられたトラウマの問題と解離の問題に関して施設入所児を対象に調査を行い、虐待との関連が裏付けられた。今後、愛着の問題、自己抑制の問題についても詳細を明らかにし、早期介入による将来の精神障害や人格障害の予防に繋がる治療法を確立する基礎とすることが必要である。

性的虐待に関してはその介入プロセスの中で、ガイドラインのポイントとなる点を明らかにした。今後、それに添ってガイドラインを作成することが必要であるが、それに加えて、評価面接に関しては実地のトレーニングが不可欠と考えられた。

研究1：被虐待児のトラウマ反応と解離症状に関する研究

西澤 哲・中島 彩・井上 登生・宮本 信也・庄司 順一・奥山 眞紀子

A. 目的

近年、子どもの虐待という現象に対する社会的な意識の高まりにともない、親からの虐待を理由に児童養護施設に入所してくる子どもの数が増加している。児童養護施設に入所中の子どもの半数以上が、施設にやってくる以前に何らかの虐待を受けているとの調査報告もあり(西澤ら, 1996), 彼らに対する心理療法を含めた心理的ケアの必要性が指摘されている。そうしたニーズに対応するため、厚生省児童家庭局は、1999年度より、全国の児童養護施設のうち約100カ所を対象に、非常勤ながらも臨床心理の専門家の配置を行っている。

このように、児童養護施設に入所中の子ども、とりわけ虐待を受けて施設にやってくる子どもへの心理的ケアの必要性に対する意識が高まりを見せるなか、一方では、心理療法を含めてどのような心理的ケアを行えばいいのかという点については、残念ながら暗中模索とも言えるような混乱状況にある。

こうした混乱の要因の一つとして、アセスメントの問題があるように思われる。虐待を受け施設に入所した子どもたちは、それらの体験に由来する心的外傷(トラウマ)を抱えているとの指摘(西澤, 1995)はあるものの、そのトラウマを、彼らはどのような心理的困難性として経験しているのかについては、明らかになっていない。

本研究は、こうした問題意識に基づき、児童養護施設に入所している子どもたちの虐待体験と、その後の心理的困難性の関係

を明らかにすることを目的とした。

B. 方法

1. 対象

今回は、本研究班の研究者が何らかの形で関係している児童養護施設6カ所に入所中の子どもを対象とした。今回の調査は、対象となった子どもたちについて、個別的なケアを含めたアフターケアを必要とするようなかなり深刻な心理的問題の存在を浮き彫りにする可能性があり、そうした場合にそなえるために研究者が関わりを持つ施設を選択した。そのため、調査対象の選択が恣意的なものとなり、データに偏りが生じている可能性は否定できない。

2. 調査方法

(1) 虐待体験の有無

施設に入所する以前の子どもの虐待体験の有無については、東京の養護施設を対象とした西澤らの調査(1996)に用いられた調査票の一部を使用し、それぞれの子どもを担当しているケアワーカーに回答してもらった。

(2) トラウマ反応のアセスメント

子どもたちのトラウマ反応の評価のために、CDC(Child Dissociation Checklist: 子どもの解離症状に関するチェックリスト)とTSCC(Trauma Syndrome Checklist for Children: 子どものトラウマ症状チェックリスト)とを実施した。

i) CDC

CDCはPutnam(1985)の開発による、20項

目からなる質問紙であり、親や親に代わる保護者など、過去1年以上にわたってその子どもに養育者として関わりを持っている成人が質問項目に答えるという形式をとっている。CDCは子どもの示す解離症状の評価に関して信頼性・妥当性が高いとされている(Putnam et al., 1993)。今回の調査では、虐待を受け養護施設で生活している子どもにどのようなトラウマ反応が見られるかを評価する必要がある。従来の研究でトラウマと解離の関係が指摘されており(Ross, 1991)、また、虐待を受けた子どもが頻繁に示す感情コントロールの欠如(施設現場では子どものパニック、あるいは感情爆発として認識されている。また、この状態が、近年指摘されるようになった『切れる』という現象と関連している可能性もある)が解離現象の一つの現れである可能性もあり、本調査ではトラウマ反応の評価のツールとしてCDCを採用した。

ii) TSCC

TSCCはBriere(1996)の開発によるもので、虐待などによるトラウマ体験による心理的影響を評価するためのセルフレポート形式の質問紙である。TSCCは54項目からなり、6つの臨床尺度(不安尺度、抑うつ尺度、外傷後反応尺度、怒り尺度、解離尺度、性的関心尺度)から構成されているため、子どものトラウマ反応を広い範囲にわたって評価できるとされている。これまで、TSCCは虐待やその他の暴力被害を受けた子どもの症状の程度を評価する目的で使われており(Singer et al., 1995)、今回の調査目的から考えて適切であると判断し、採用した。ただし、今回は養護施設に入所

中の子ども全般を対象とした調査であることを考慮し、性的関心尺度を含まない44項目からなるTSCC-Aを実施した。また、TSCCの邦訳、および今回の調査のための使用にあたっては、出版元であるPsychological Assessment Resources社の特別許可を得ている。

C. 結果

1. 子どもの属性

子どもの性別と、現在の年齢、入所時年齢、および入所期間の平均、入所理由を図1-1～1-3に示す。

男の子と女の子はほぼ半々であった。

調査時点での年齢の平均は10.9歳(標準偏差4.3)、入所年齢の平均は6.5歳(標準偏差4.0)、平均入所期間は4.5年(標準偏差3.7)であった。Tableには示さなかったが、入所時の年齢に性差が見られ、男の子の平均が5.8歳(標準偏差3.7)、女の子の平均が7.2歳(標準偏差4.2)であった。

Table 1-3に示したのは、子どもが入所する時点で児童相談所が把握した入所理由の分類である。もっとも多いのは、養育困難というカテゴリーで、全体の32.4%を占めている(この養育困難の中に実は虐待が含まれているなど、分類上の問題点があると指摘されている)。本調査の主たる対象となる虐待に関しては、身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待をあわせて全体の14.5%であった。この数字は、児童相談所が公表している全国のデータとほぼ一致している。また、今回の調査の対象となった子どもに関して、児童相談所の把握では、性的虐待は含まれていなかった。

Table 1-1 性別

Sex	Frequency (%)
Male	90 (50.3)
Female	89 (49.7)

Table 1-2 年齢, 入所期間, 入所時年齢

	Mean	S. D.
Age	10.9	4.3
Duration of placement	4.5	3.7
Age of placement	6.5	4.0

Table 1-3 入所理由(児童相談所記録)

Reason of Placement	Frequency	Percentage
Physical abuse	16	8.9
Psychological abuse	1	0.6
Neglect	9	5.0
Family difficulties	58	32.4
Runaway of parents	18	10.1
Divorce	7	3.9
Behavioral problems of child	4	2.2
Prisonment of parents	8	4.5
Death of parents	2	1.1
Hospitalization of parents	5	2.8
Change of placement	8	4.5
Unknown	43	24.0
Total	179	100.0

2. 入所以前の虐待体験

施設に入所する以前の子どもたちの虐待体験の有無については、前述のように、以前の調査(1996)で用いた調査票の一部を使用した。この調査票は、虐待の4つのサブタイプそれぞれについて、典型的と考えられる保護者の行動を具体的に記述した4項目、合計16項目から構成されており、それぞれの子どもを担当しているケアワーカー

一にチェックしてもらうという形式となっている。

その結果、16項目のうち、少なくとも一つについてチェックされた子ども、すなわち、何らかの虐待を経験したと考えられる子どもは、179人中142人(79.3%)であった。

サブカテゴリーごとのチェック項目の数をTable 2に示す。

Table 2 入所以前の虐待体験

	Physical abuse	Neglect	Emotional abuse	Sexual abuse
0	103 (57.5%)	67 (37.4%)	108 (60.4%)	175 (97.8%)
1	44 (24.6%)	40 (22.4%)	35 (19.6%)	2 (1.1%)
2	24 (13.4%)	29 (16.2%)	25 (14.0%)	2 (1.1%)
3	7 (3.9%)	29 (16.2%)	8 (4.5%)	0 (0.0%)
4	1 (0.6%)	14 (7.8%)	3 (1.7%)	0 (0.0%)
Total	179 (100.0%)	179 (100.0%)	179 (100.0%)	179 (100.0%)

何らかの身体的虐待を経験していた子どもは179人中76人で42.5%であった。4

つのタイプの虐待のうちでネグレクトを経験した子どもの割合がもっとも多く、179

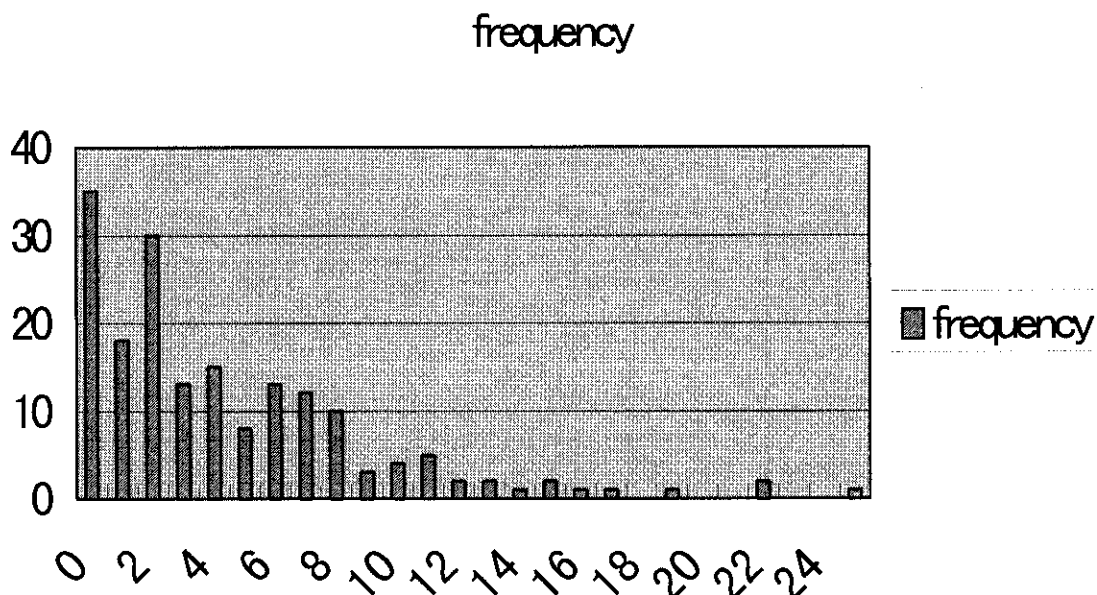
人中 112 人(62.6%)であった。心理的虐待は 71 人(39.7%)、性的虐待は 4 人(2.2%)であった。

3. CDC の結果

(1) CDC 得点

179 人の子どもの CDC の得点分布を Fig. 3 に示す。

Fig. 3 CDC の得点分布



何らかの虐待体験がある子ども 142 人の CDC 得点の平均が 4.99(標準偏差 4.94)であったのに対し、虐待体験のない子ども 37 人の CDC スコアの得点の平均は 2.38(標準偏差 2.51)であり、統計的に有意な差が見られた($F(1, 178)=9.02, p=0.002$).

虐待体験のある群とない群とで CDC 得点に違いがあるかを、虐待の 4 つのサブタイプごとに検定した(Table 3 参照). その結果、4 つのサブタイプすべてについて、虐待体験のある子どもの CDC 得点の平均は、体験のない子どものスコアの平均よりも有意に高いことがわかった。

Table 3 虐待のタイプごとの CDC 得点

	Mean (S. D.)	F-ratio
Physically abused (53)	6.38 (5.70)	6.7**
Non (62)	3.02 (3.03)	
Neglected (80)	5.13 (5.15)	32.0***
Non (35)	3.30 (3.44)	
Emotionally abused (48)	6.69 (5.99)	25.9***
Non (67)	2.97 (2.68)	
Sexually abused (4)	10.25 (5.74)	6.5**
Non (111)	4.31 (4.57)	

*** $P < 0.01$ ** $0.01 < P < 0.05$ * $0.05 < P < 0.1$

(2) CDC 得点による解離性障害の評価

先述のように、CDC は子どもの行動を身近に観察している者が記入するという方式をとっており、そのために記入された内容の妥当性が問題になる可能性があると考えられている。したがって、CDC のスコアをもとに解離性障害の診断を下すことは危険である。しかし、従来の研究 (Putnam et al., 1993, Putnam & Peterson, 1994) が示しているように、CDC のスコアの高さが、性的虐待による心理的後遺症の存在や解離性精神病理の存在を示唆する可能性があることも事実である。解離性障害を疑うための CDC スコアのカットオフ・ポイントとしては、従来の研究 (Putnam & Peterson, 1994) では 12 ポイントが提案されている。今回の研究で CDC スコアが 12 ポイント以上であったのは 179 人中、13 人 (7.3%) であった。

4. TSCC の結果

(1) TSCC 得点の分析結果

TSCC は 8 歳以上を対象としているため、今回の調査で TSCC のスコアが得られたのは、調査全対象 179 人中 115 人であった。ここでは、この 115 人について結果を示す。

TSCC のスコアの平均は 42.05 (標準偏差 28.07) であった。115 人中、何らかの虐待体験のある子どもが 95 人、ない子どもが 20 人であった。虐待体験の有無による TSCC スコアの違いを見ると、虐待経験のない子どもの TSCC スコアの平均は 33.40 (標準偏差 21.71) であったのに対し、虐待体験のある子どもの平均は 43.87 (標準偏差 29.00) となっており、虐待体験のある子どものほうが高かったが、有意な差は見られなかった。

虐待のタイプごとに TSCC 得点の平均を table 4-1 に示す。心理的虐待を除く 3 つのタイプについて、そのタイプの虐待を経験した子どもと、経験のない子どもでは、その TSCC 得点に有意差は認められなかった。これは、それぞれのタイプの虐待について、そのタイプの虐待を受けていない子どもの中には、他のタイプの虐待を受けた子どもも含まれているためであると考えられる。

サンプル数が少ないために確定的なことは言えないものの、性的虐待を体験した子どもの TSCC の平均得点は 57.25 と、非常に高い値となっている点は注目に値する。

Table 4-1 虐待のタイプごとの TSCC 得点

	Physical	Neglect	Emotional	Sexual
Abused	46.13 (29.51)	43.66 (27.17)	48.75 (32.63)	57.25 (26.95)
Non	38.56 (26.53)	38.37 (30.10)	37.25 (23.39)	41.50 (30.00)
F-ratio			4.85**	

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

次に、TSCC の各臨床尺度得点の平均を、虐待体験のある群とない群とに分けて比較した (table 4-2 参照)。臨床尺度すべてに

ついて、虐待体験のある群の平均は、体験のない群の平均よりも高かったが、有意差はなかった。

Table 4-2 虐待体験の有無による TSCC 臨床尺度得点

	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS	DISO	DISF
Abused (95)	8.26 (6.36)	7.84 (6.14)	9.89 (6.64)	10.67 (6.9)	7.32 (5.84)	5.40 (4.25)	1.92 (1.91)
Non (20)	6.15 (5.07)	6.15 (4.61)	7.60 (4.62)	7.90 (6.0)	5.65 (3.86)	4.25 (2.73)	1.40 (1.57)

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

次に、虐待のタイプごとに、その体験の有無によって TSCC の各臨床尺度得点に違

いがあるかどうかを見た (Table 4-3~4-6 参照)。

Table 4-3 身体的虐待体験の有無による TSCC 臨床尺度得点

	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS	DISO	DISF
Abused (53)	8.60(6.42)	8.91(6.44)	10.25(6.9)	10.74(6.4)	7.72(6.00)	5.68(4.41)	2.04(2.02)
Non (62)	7.29(5.97)	6.39(5.21)	5.33(6.30)	9.73(7.1)	6.44(5.14)	4.79(3.68)	1.65(1.70)
F-ratio		5.37**					

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

Table 4-4 ネグレクト体験の有無による TSCC 臨床尺度得点

	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS	DISO	DISF
Abused (80)	8.25(6.12)	7.61(5.51)	9.98(6.30)	10.64(6.9)	7.29(5.36)	5.43(4.02)	1.86(1.70)
Non (35)	7.09(6.34)	7.40(6.84)	8.40(6.50)	9.17(6.41)	6.43(6.04)	4.69(4.11)	1.74(2.20)
F-ratio							

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

Table 4-5 心理的虐待体験の有無による TSCC 臨床尺度得点

	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS	DISO	DISF
Abused (48)	9.21(6.98)	8.90(6.93)	11.02(7.42)	11.69(7.12)	8.00(6.60)	5.92(4.76)	2.08(2.16)
Non (67)	6.96(5.41)	6.58(4.90)	8.40(5.31)	9.12(6.39)	6.33(4.62)	4.69(3.38)	1.64(1.59)
F-ratio	3.80*	4.40**	4.87**	4.30**			

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

Table 4-6 性的虐待体験の有無による TSCC 臨床尺度得点

	ANX	DEP	ANG	PTS	DIS	DISO	DISF
Abused (4)	12.75(7.76)	12.50(6.45)	12.25(7.50)	14.50(4.65)	6.25(4.03)	4.25(2.06)	2.00(2.16)
Non (114)	7.72(6.09)	7.37(5.86)	9.40(6.35)	10.04(6.8)	7.05(5.62)	5.23(4.10)	1.82(1.85)
F-ratio		2.95*					04

*** P<0.01 ** 0.01<P<0.05 * 0.05<P<0.1

身体的虐待の体験のある子どもは、身体的虐待の体験のない子どもに比べて、抑うつ尺度の得点が有意に高かった。心理的虐待の体験のある子どもは、心理的虐待の体験のない子どもに比べて、抑うつ尺度、怒り尺度、PTS 尺度の得点が有意に高く、また不安尺度については、有意傾向が認められた。また、性的虐待の体験のある子どもは、性的虐待の体験のない子どもに比べて、抑うつ尺度の得点が有意傾向ではあるが高かった。

(2) TSCC によるトラウマ反応の評価

今回の調査で得られた TSCC の各臨床尺度の得点を、一般家庭の子どもたち約 1,700 人を対象とした調査(西澤, 三浦, 未発表)から得られた T 得点を用いて比較し、70 ポイント以上のものが、その尺度によって示される臨床的な症状がある可能性が高いものと判断した。その結果、115 人中 31 人(27.0%)に不安症状が、32 人(27.8%)に抑うつ症状、30 人(26.1%)に怒りの症状、25 人(21.7%)に PTS 症状、22 人(19.1%)に解離性症状が認められる可能性があることが示唆された。