

激しい解離性の症状を基調とする複雑性 PTSD あるいは DESNOS (Disorder of experience of extreme stress not otherwise specified; Pelcovitz et al., 1997) であることが知られている。この集中アセスメントによって示されたのは、まだ解離性障害という形で噴出する以前に既に学童期の児童において潜在的な解離の病理が認められるという事実である。

## 2) 知的能力と学力

かねてから、被虐待児には正常知能を示す者が少ないのではないかという印象があった。今回の集中アセスメントは、比較的重症者を集めたという要素はあるものの、それにしても対象児の約6割が境界知能か知的障害という結果は衝撃的である。さらに学習について見ると、正常知能および境界知能の6割は知能の値に見合った学力に達しておらず、年齢に見合った学力を持つものは正常知能の4名と検査を実施した児童の内の12.5%に過ぎない。この問題が深刻なのは、学習の遅れが学校での不適応や自己評価の悪化につながり、さらに内省不足による行動化傾向へと向かうという具合に悪循環を作る要因となるからである。

これまで何故か、被虐待児における身体発育の障害に関しては、よく知られていたが、この様な学力の問題は余り指摘されてこなかった。この様な低学力が生じる意味は様々な背景があるのに違いない。身体発育同様、発達に必要な養育を与えられてこなかったこと自体が脳の発達に与える影響は無視できないであろう。さらに、被虐待児において学習の習慣を持つ児童が少ない。通常の家で普通に

行われている、子どもを学習に向かわせる基本的な枠組みそのものが、被虐待児は得られていないことが多い。周知のように知能は固定的なものではない。今回の対象で示された被虐待児の知能分布は、約1標準偏差分、低い方に偏っている。これは WAIS の改訂において示された black-people と white-people との差 (MacMillan et al., 1993) に正に一致する結果である。学習のかまえや枠、そして習慣の不足そのものが知的能力をさらに押し下げる結果となっているのであろう。子ども虐待は、身、知、情のいずれの発達にも負の影響を与える。

これらの諸点から、被虐待児において、基礎的な学力を補うための働きかけは非常に重要な意味を持つと考えられる。本研究において対象となった被虐待児の87.5%までが特別支援教育を必要としている。

## 2. 養護施設入所児童へのアセスメント入院とその意味

養護施設入所している被虐待児童に対してのアセスメントについては、以前より行われてきている。西澤ら(2000)は養護施設入所児を対象に虐待体験の有無と解離性障害および、トラウマ体験による心理的症状との関連を調べた。CDCの得点は虐待経験のある子どもでは有意に高く、しかし Trauma Syndrome Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1966) は、虐待体験のある子どもとない子どもの間で有意な差を認めなかった。吉田ら(2002)は、被虐待児童へのアセスメントは心理学的評価法などを多元的に行うことの重要性を指摘し、精神医学的評価と心理社

会的評価を組み合わせた多元的評価に基づくことが必要であると述べている。星野ら（2003）は、被虐待児の評価には本人の精神医学的所見のみならず、家族機能や社会生活の視点も含め多角的に分析することが必要であるとし、多機関との連携が児童の状態の改善、発達の促進に必須であると述べている。

入院による集中アセスメントは、多岐的な視点から1人の被虐待児を総合的、包括的にとらえるための試みである。その意義として次の諸点が挙げられる。

第一には、隠れた病理を明らかに出来ることである。安全に配慮された環境の中で、はじめてトラウマが外に現れることは、これまでも強調されてきた点である（Herman, 1992）。在宅児童だけでなく、残念ながら養護施設においても全国的に人手不足であり、個々の児童への十分な対応や観察が困難な状況がある（加賀美, 2001）。本来、被虐待児の治療という目的で作られたのではない養護施設的环境下において、重度のトラウマを抱える被虐待児が大集合している状況は、日々表面に現れる問題行動にスタッフが追われる毎日とならざるを得ない。子ども虐待は、対人関係における力による支配という病理がその基底に存在する。被虐待児が集まる施設において、当然のように虐待—被虐待という関係が生じやすい。是非はともかく、現在の児童養護施設において重症のトラウマを抱える児童が集まった結果、施設内虐待の危険性が極めて高い状況となっていることは否定できない事実である。われわれの病棟は、正に重症の児童の治療を目的とした構造

が作られている（杉山, 2004）。安全な環境に移されて初めて子ども達は内面を語り出すことが可能となる。

症例Bは、養護施設入所児で、入院以前から比較的強力な精神療法を行ってきた症例である。以前から、本児が、夜トイレに行くのを恐れていることは施設の指導員から聞いていた。またBは、万引きが絶えなかった。Bの暮らす施設は、児童養護施設の1つの理想とも言うべき、献身的なスタッフによって運営される小舎制の施設であるが、それでもなお、集中アセスメントによって、幽霊が見えるという解離性幻覚や、万引きを促すような声が聞こえるという解離性幻聴が存在することが初めて明らかになった。

第二に、青年期において問題行動が吹き出す以前に、長期的な治療の方向が決定できることが挙げられる。養護施設の入所児のみならず、全ての問題行動が吹き出すのは青年期である。特に、被虐待児の場合、虐待的対人関係を作り上げることは、ある種の生存の為の手段である。例えば人手が著しく不足した児童養護施設においては、年少児のうち、上の入所児の理不尽な要求や強制に従わざるを得ない。そのように蓄積したものが、青年期に至って、それまでの分までまとめて表出することになる。しかしより早い年齢において、総合的なアセスメントを実施することにより、より早い段階で、児童の抱える問題を把握し、長期的な治療の見通しを建てるのが可能となる。施設職員からは、児童を問題行動だけに目をとられるのではなくて、その行動の背景の意味に気付き、児童をより深く理

解出来るようになったという感想をしばしば聞く。

### 3. 集中アセスメントの期間に関する問題

現在、児童養護施設の籍をおいたまま入院できる期間は3ヶ月である。集中アセスメント入院に入った児童を見ると、多くの児童は2ヶ月目の中旬に入り少しずつ自らのもつ主題が表面化をすることが多い。さらに3ヶ月目の退院直前になって、初めて問題行動の噴出を見る児童も少なくない。治療スタッフに対する信頼と安心が積まれて初めて問題を噴出するという要素と同時に、養護施設に入るまでに多くの喪失体験を既にした児童にとって、施設という自分の基地に戻ることが実感されて初めて安心して表出するという要素とが共に存在するのであろう。送り出し、再び受け取る施設にとっては、問題行動が吹き出したところで子どもが帰ってくるという状況になることが多いので、迷惑を被ることとなる。集中アセスメントが問題行動そのものの治療につながって行くためには、2回目の入院を、少し間をおいて行うなど、枠組みそのものを改変する必要がある。

しかし、これまで施設側から苦情を聞いたことは無かった。入院による集中アセスメントを実施して以来これまで、施設側から依頼を受けた児童の入院が途絶えることなく継続しており、何人もの待機児童を常時抱える状態となっている。このことは、何よりもこの方法が評価されていることを示していると思う。施設サイドとしては、このアセスメント入院を通して、児童だけではなく、立場が違

う医療機関との協動作業により、異なった視点を与えられることが基調という感想を寄せられることがある。被虐待児の治療は連携なしには出来ない。その意味で、医療機関の1つの役割として、この様な方法が全国にもっと広まることを期待するものである。

### 参考文献

- Herman, J.H.(1996): Trauma and recovery, 1992. 中井久夫訳, みすず書房, 241-272.
- 星野崇弘, 山下淳, 北野陽子(2003): 施設入所児童に対する通院治療. 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業). 研究報告書; 被虐待児の医学的総合治療システムのあり方に関する研究, 258-268.
- 星野良一(2005): 猿でもわかるロールシヤッハ・テスト解釈マニュアル.
- 加賀美尤祥(2001): 児童養護施設の現状と課題. 小児の精神と神経, 41(4), 229-231.
- MacMillan, D.L. Gresham, F.M, Siperstein, G.N. (1993): Conceptual and psychometric concerns about the 1992 AAMR definition of mental retardation. AJMR, 98(3), 325-335.
- 西澤哲, 中島彩, 井上登夫, 他(1999): 被虐待児のトラウマ反応と解離症状に関する研究. 厚生省科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 研究報告書: 被虐待児の精神的問題に関する研究, 289-301.

- 野邑健二, 吉川徹, 木村宏之, 他 (2005):  
児童養護施設入所児の精神医学的問題  
について, 第 46 回日本児童青年精神医  
学会、神戸.
- 小川俊樹, 松本真理子編著 (2005): 子ども  
のロールシャツハ法, 金子書房, 3-25.
- Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S,  
Mandel F, Kaplan S, Resick  
P. (1997): Development of a criteria  
set and a structured interview for  
disorders of extreme stress  
(DESNOS). J Trauma Stress, 10, 3-16.
- Putnam, F.W. (1997) : Dissociation in  
Children and Adolescents: 付録 III. 中  
井久夫訳: 解離、若年期における病理と  
治療.
- 斉藤学 (2001): 養護施設に入所してきた  
被虐待児とその親に関する研究, 子ど  
もの虐待とネグレクト, 3, 332-360.
- Summit, R. (1983): The Child Sexual  
Abuse Accommodation Syndrome; Child  
Abuse Neglect, 17, 177-193, 1983
- 海野千畝子, 杉山登志郎 (2004) : 養護施  
設入所児に対する診療か病棟アセスメ  
ント入院の試み、第 3 回トラウマティ  
ックストレス学会、東京.
- 海野千畝子, 杉山登志郎, 加藤明美  
(2005) : 被虐待児童における自傷・怪  
我・かゆみについての臨床的見当. 小児  
の精神と神経, 45(3), 261-271.
- 吉田敬子, 武井庸郎, 山下洋 (2002): 誠心  
医学領域における児童虐待に関する多  
次元的评价の意義. 児童青年精神医学  
とその近接領域, 43(5); 498-525.

H15-17年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

被虐待児の医学的総合治療システムに関する研究（H15-子ども-009）

分担研究5 虐待によって生じる精神病理を踏まえた被虐待児への包括的治療に関する研究

その2 「あすなる学園被虐待児入院治療システム」改訂について

研究協力者 三重県立小児心療センターあすなる学園 今井芳裕 西田寿美  
<研究要旨> あすなる学園は平成12年度に「被虐待児入院治療プロジェクト」を立ち上げ、13年度にはシステムとして稼働させるに至った。この4年度にわたる対応の結果、①入退院における機関連携の体制や、②虐待事象の認識の仕方や保護者への対応のあり方、等においては一定の効果をみる事ができた。一方で③入院心理療法についての発展と、④発見・入院から退院・フォローまでのガイドライン化が検討課題として明確になってきた。そこで今年度改訂版を作成・完成させた。平成18年度より施行する計画である。本研究では改訂した「あすなる学園被虐待児入院治療システム」を報告する。

A 研究目的

当園は平成12年度に「被虐待児入院治療プロジェクト」を立ち上げ、13年度にシステムとして稼働させるに至った。詳細は15年度の分担者報告にて報告済みなので割愛するが、その趣旨は、被虐待児の入院から退院、そのフォローまでを児童福祉による児童保護の関与と不可分・一体化する方策であったと言える。

以上がこの当園の「被虐待児入院治療システム」の趣旨・根幹であったが、その結果、以下の2点において被虐待児の治療上の効果があったと考えられる。

- ① 入院から退院に至る連携体制は、一致した処遇の方向性が見出しやすくなり、親権者の反応について職種間のずれが生じるリスクを防止しやすくなった。
- ② 各職種の「虐待事象への捉え方」の感

性が向上し、対応の共有がなされやすくなり、さらに児童福祉施設との協働が進んだ。

このように虐待の認識に関する地域連携や、親権者への対応の共有化が出来上がりつつあると言える。

一方で、これから精度を高め、明確にしていかなばならない点が浮上してきた。それが以下の2点である。

- ① 事例の理解の共有と、個々の事例性の区別が不明確で、各職種間の評価の不一致を来すこと。
- ② そのため、各職種間の温度差が埋められにくく、入院児童の「巻き込みや振り回し」に治療が影響されたり、進展が妨げられたりした。そのために対応の一定の指針が必要となった。そこで17年度は、これらの問題点を

解消すべく、あすなる学園被虐待児入院治療システムの改訂を行った。

## B 方法

これまでは「子どものこころの相談室」が中心に進めてきたシステム冊子の草案提示をあらため、学園長を主宰とし、各室(看護・指導・心理・相談)および各セクション(医師・病棟)の代表を改訂作業メンバーとする方式に変更し、定期的に会議をし、各々について協議、検討、見直しを行い、「あすなる学園被虐待児入院治療システム」の改定版を作成した。

## C 結果

以下がその改訂版である。

### 1. 入院治療についての基本的な考え

#### 1) 被虐待児の入院治療の必要性

近年、虐待が子どもの心に埋めがたい傷を残し、そのパーソナリティ形成を阻害するなど精神的に深い影響を長期に及ぼすことから、心のケアの必要性が強調されるようになってきた。三重県でも虐待相談件数は1998年度の123件から2004年度には526件と急増している。その7年間に279名(11%)の子どもたちが児童福祉施設入所となっている。そのうち96名(34%)の子どもたちが当園に措置されている(同時期の当園における被虐待児延べ入院数は98名)。虐待を受けている子どもたちには種々の精神障害が認められる。反応性愛着障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害、AD/HD、反抗挑戦性障害、行為障害等、多彩である。

そういった重症のトラウマによる精神

症状を呈している子どもたちが、児童養護施設での適応に成功するとは考えにくく、そのことが更なる心的外傷となる危険が考えられる。子どもたちは保護された後も養育的、保護的立場にある大人に挑発的に関わり虐待的な人間関係を繰り返し、心の健康な発達がさらに阻害されていくことになる。

そういった悪循環を断つためには虐待的な対人関係を改善する必要がある、心の傷を癒し、将来的なパーソナリティ形成のゆがみを予防するための対人関係の基礎作りが精神科入院治療に要請される課題と考えられる。

#### 2) 入院対象となる症例

- ア. AD/HD や PDD 等医療的対応が必要な発達障害の合併
  - イ. 重度ストレス反応としての身体的・精神症状の存在
  - ウ. 解離症状や社会的機能の障害が存在するもの
- 以上の子どもたちに認められやすい精神障害
- ・反応性愛着障害：乳幼児期の早期より劣悪な養育環境の子どもたちに見られる対人行動の問題。別離や再会の時ひどく矛盾した両価的な社会的反応を示す。
  - ・AD/HD：発達障害と考えられるものも多いが、虐待環境で養育されたことで類似の症状を呈する。
  - ・反抗挑戦性障害：対人関係で拒絶的、敵意的、挑発的な行動パターンをとるが、他人の基本的権利の深刻な侵犯はしない。

- ・行為障害：他人の基本的権利や年齢相応の社会的ルールや常識を侵犯するような行為を持続的に行う。

### 3) 入院治療の現状

治療環境は環境療法的アプローチによって構造化することが必要である。

#### ア．環境療法的アプローチ

##### a. 安全感・安心感の再形成

大人から粹付けの明確な対人関係（リミットセッティング）を提供されることで自分は安心できる環境にいることを再学習する。

##### b. 保護されているという感覚（保護膜）の再形成

自分が理解されているという体験を積み上げることで子どもは心にあるさまざまな思考や感情を伝えられるようになる。表現しても拒否されたり非難されない体験を通して自分が守られているという感覚を実感できるようになる。

##### c. 人間関係の修正

無差別的愛着行動は力に支配された人間関係を基盤とする。そのため強いものへの従順さと弱いものへの抑圧・攻撃が認められる。大人との健康な依存関係を通してゆがんだパターンの修正を行う必要がある。そのため心理治療、精神療法、療育活動（集団遊び・SST・おもしろクラブ等）を行う。

##### d. 感情コントロール

起こした行動を非難するのではなく、それにいたる感情を理解し言語化して返してやることで、子どもは自らの感情を気づくようになり、そういう

大人の存在によって自らの感情をコントロールしようという意志が生まれてくる。その結果、行動化ではなく言語表現することで感情をコントロールできるようになる。

##### e. 自己イメージ・他者イメージの修正

被虐待児は愛着対象から理不尽な扱いをされるため、自分は悪い子、価値の無い存在という自己イメージをもち、他者に対しては自分を拒否しおとしめ、傷つける存在というイメージを持っている。これまでと違う評価や対応、扱いをされることでそのイメージを修正することが出来る。

##### f. 問題行動の理解と修正

問題行動を引き起こした子どもの感情を理解・共感し、より適応的な行動が取れるような具体的アドバイスが必要である。そのためには問題行動への対応を工夫する必要がある。特に暴力的衝動性や反社会的行動に対する対応が重要となる。

#### イ．心理治療の適応

全ての子どもに有効な心理治療が望まれるが、現状はその適応には慎重な検討が必要である。治療者が対応困難な退行やコントロールできない攻撃性が顕在化する危険性があるからである。さらに従来の心理治療ではその無意識の葛藤を整理することはなかなか困難であることも指摘されている。

そういう状況では、心理治療の適否を検討せざるを得ず、環境療法的な対応による子どもの変化を見ながら、その時期

を探る必要がある。

これまでは、入院後の子どもの状態を検討しながら、心理治療を行うかどうか検討してきたが、そうすると入院期間が長期になり、児童福祉施設入所が困難となる場合もあった。今後の方策の検討が課題になっている。

現状の精神科医療施設は長期間の育ちの場を保障することが困難であり、治療の継続が保障されることも課題となっている。そのためには退院後の治療継続が保障される必要がある。

#### ウ. 対応への留意点

##### a. 逆転移的対応

大人の感情を逆なでしたり怒らせることによって暴力的な対応を引き出そうとする子どもの反復的な挑発に直面して傷ついた治療者が自分の攻撃性へのコントロールを失ってしまうことがある。治療者は常に自分自身の感情の流れを意識し、感情的に対応しないようにすることが重要である。

##### b. 秘密保持

子どもは親の秘密を人に漏らすことが親への裏切りとなると感じている。子どもに「秘密」の開示を強要するようなかかわりは極めて反治療的なことである。

##### c. 無差別的愛着傾向

子どもの要求にできるだけ応じることが癒しになると勘違いすると巻き込まれることになる。

子どもは「自分を愛してくれる人は自分を攻撃する」と学習しているため、親密さは脅威となる。(健康的な愛着は、共感性や道徳性の発達の基礎となる)

##### d. 見捨てられ不安

入院した子どもは「親がついに自分を見捨てた」と感じ、抑うつ気分を刺激し、情動不安定の原因となっている。不安に共感し、丁寧に治療目標を説明する必要がある。

#### エ. 薬物治療について

\*基本的には対処療法である。

睡眠障害 → 睡眠導入剤、抗精神病薬

抑うつ気分 → 抗うつ剤、気分安定剤

衝動性や情動不安定 → 抗不安薬、抗精神病薬、気分安定剤

解離症状 → 抗うつ剤、抗精神病薬

#### オ. 入院期間について

1998年度から2004年度までの退院児の平均在院日数は285日であった。2002年度からは3～6ヶ月と1～2年に2峰性が認められるようになっている。

#### カ. 家族再統合に向けて

家族再統合は目標ではあるが危険度も高い。2001年度、18名の退院児のうち11名(61%)が自宅復帰できたのが最高で、その後は年を追うごとに減少し、2004年度は16名中2名(13%)となっている。

予後調査においても家庭復帰ケースは時間が経過するにつれ問題の再燃が認められ、長期間のフォロー体制が必要であった。

精神科入院治療の必要なケースは、最初から家族再統合困難ケースともいえる。そういう状況では、最低限の治療目標として、安全な親子の距離をお互いに受け入れ合うことを目標にすることが必要と考えられる。

家族再統合の目安として以下の2点が



重要である。

a. 親の心理的な改善

- ・ 家族の社会的孤立の改善
- ・ 虐待につながる病理の改善  
親は極端に低い自己評価を抱きながらも、子どもに対しては高水準の要求があり、これらがより適切で現実的なものになっていることが再発の危険度の指標となる。
- ・ 怒りの処理のための適切な方法
- ・ 親自身の両親との人間関係や夫婦関係の改善
- ・ 入院時に評価した尺度の改善（家族をめぐる状況と家族を支える基盤：別紙4）」

b. 親子関係の改善

- ①親が子どもを自分の所属物としてみないようになっていること
- ②子どもの「悪い行動」への耐性が形成されていること  
子どもの問題行動は子どもの問題であり、親としての「自己」を否定したり傷つけたりするものではないと認識できるようになっていること。
- ③子どもが親以外の大人と良好な関係を持つことを受け入れられること。  
親子の病理的な共生関係が解消していることになる。
  - a) 子どもとの関係を楽しめること
  - b) 子どもへの肯定的感情を直接表現できること

また、再統合については別紙1を参照のこと。

キ. 退院評価について

退院の目安として以下の点が重要と考

えられる。

a. 家族機能の改善

虐待家族の地域からの脱孤立化と虐待者の変化による親子関係の改善

b. 学校適応の改善

分校適応が達成された後、本校または地元校へのテスト通学を試み子どもの社会適応力の評価を行う必要がある。

c. 対人関係における攻撃性の改善

d. 精神症状の軽症化

e. 毎月チェックする子どものトラウマ行動チェックリスト上の改善

## II. 退院後について

長期間の見守り体制と関係機関との密な連携が不可欠である。

a. 家庭復帰 → 外来通院と地域関係機関との連携

b. 児童福祉施設・里親 → 外来通院と地域関係機関との連携

c. 児童自立支援施設 → 外来通院又は嘱託医への引継ぎ

d. 知的障害児施設 → 外来通院又は嘱託医への引継ぎ

e. 情緒障害児短期治療施設 → 引継ぎ

f. 精神科治療機関・精神障害者中間施設 → 引継ぎ

入院治療だけで治療が完結しないという認識を関係者は共有する必要がある。新しい児童福祉施設に入所後、試し行動としての症状の再燃が認められることが多い。それをきちんと受けとめられることで子どもは安心して新しい環境に適応

でき、思春期の重要なテーマである、精神的自立に立ち向かえると言えるのでは

ないだろうか。

Ⅲ. 環境療法等の目安

環境療法、SST、療育、心理テスト・治療等の目安（患児により開始時期、内容が異なる）

項目	入院当日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月
安全感・安心感						
保護されているという感覚						
人間関係の修正	観察期間					
	担当職員とのラポートをつける時間（指示的な言葉を避ける）					
感情コントロールの修正	観察期間					
	表出する感情を受け入れて（抱え込んで）やる時期					
自己イメージ 他者イメージの修正	観察期間					
	場面場面でプラスの評価を多くしマイナスの評価を避ける期間					
問題行動の理解と修正	観察期間		シール評価			
	受容的な関わりの中で問題行動への気づきをさせていく期間					
SST	自分の抱えている問題や感情を職員に表出できるようになってから （他疾患と混合グループ・個別SST・全体SST）					
療育	行動観察	個別療育	集団療育への参加	役割を与える		

		プラスの評価が得られるようなプログラム	抵抗が強い場合は、部分的な参加	子どもの状態を観察しながら。		
心理検査	検査指示箋		必要に応じ検査指示箋が出る			
	が出る					
心理治療	治療指示箋が出る					
	C,C会議で検討					

### III 治療管理システム

被虐待児の入院から退院後のフロー等についての進捗管理は（フローチャート別紙5）子どものこころ相談室（以下、相談室と略す）が主になって行うものとする。

#### 1) 発見

- 児童虐待は、①外来診察、②電話相談、③児相での来所（面接・医師による相談）④入院中において発見される。

#### 発見に際しての留意事項

\*基本的に虐待及び虐待の疑いがある場合は、全て児相（又は市町村窓口）へ通告する。

（※平成17年度から虐待の一次的な窓口は市町村となっている。「児童の虐待等に関する法律第6条」）

発見——→ 児相 or 市町村へ口頭通告（電話等でもOK）

#### ア 本人からの場合

- ・子どもの健康状態に気を配る。
- ・子どもからのサインをそのまま受け止める。
- ・虐待の内容について問い詰めないようにする。

・家での生活について聞くように心がける。

受理後⇒

\*信頼できる学校の先生に相談するよう支援⇒学校から児相（市町村窓口）へ連絡。

\*児相へ直接相談できるか確認。できなければ、受理者から直接連絡するために、名前と電話番号を聞く。

#### イ 親・保護者からの場合

・親、保護者の気持ちを傷つけないように気をつける。

・支持的、共感的に接するよう心がける。  
・子どもについての悩み、気がかりな事などを聞いて、一緒に考えるようにする。

虐待が疑われる場合はできるだけ、児相への相談を促し、こちらから児相へ連絡をとる旨、了解を得るように努力する。もしくは名前と電話番号を聞き、児相へ通告する。

了解を得られなければ、当園には、法的に通告義務があることを伝え通告する。

#### ウ 福祉、医療、保健機関からの場合

・事前に把握している情報を入手してお

く。

- ・医師からの紹介状がある場合は、あらかじめ主治医と方針を協議する。
- ・児相への通告を確認する。児相（or 市町村窓口）への通告は義務であることを伝える。

#### エ 学校等からの場合

- ・事前に把握している情報を入手しておく。
- ・児相への通告を確認する。児相（市町村窓口）への通告は義務であることを伝える。

### 2) 早期介入

#### ア. ケースマネジメント（相談室）

虐待ケース及び疑いのあるケースについてはすべて、一旦相談室で集約する。

## イ. 情報収集

できるだけ、下記項目を情報収集する。

○：必須項目 △：努力項目

項 目	本人	親・保護者	その他
①虐待の種類やレベル（虐待と断定できなくても、親子関係の様子やエピソードなど）	○	○	○
②虐待の事実と経過（日時やその時の様子など、具体的に細かく）	○	○	○
③虐待が疑われている親・保護者の年齢や職業、性格、行動パターンなど（親・保護者自身の育てられ方や価値観、家族背景等を含む）	△	○	○
④その他、家族全員の年齢や職業、性格、虐待との関わり	△	○	△
⑤保護者の結婚のいきさつから現在までの家族の歴史	△	○	△
⑥家族以外でのキーパーソンとなりうる人、援助や介入の窓口になりそうな人	△	○	△

## ウ 入院調整会議

入院調整会議にて入院日、主治医、病棟を決定する。

## エ 入院時の関係機関との連絡調整

### ○入院方法

- a. 児童福祉法第27条第1項第3号の「措置入所」とする。→住所地の児相と協議し、児相が措置決定する。
- b. 一般入院で入院中に虐待が発見された時は、児相へ通告し、児童福祉法の措置入所に切り替えてもらうよう協議する。福祉制度（母子医療、生活保護など）を利用しての入院の場合、今後の処遇・対応上の問題が懸念されるため、実施主体者（市町村、福祉事務所）も交えて協議する。

### ○親、保護者への対応

- a. 親、保護者が入院治療に同意している場合
  - ・親、保護者と同伴で入院
  - ・親、保護者と別で入院
 ⇒児は、虐待者（親、保護者）とは別の人（児相職員や親戚）と受診し、親、保護者は時間差（2時間以上）で受診

し、児とは会わさない配慮をする。

- b. 親、保護者が入院治療を拒否している場合

※ 児童福祉法第33条「委託一時保護」や同法28条1項1号「家裁承認による施設入所措置」をとるよう児相相談所に依頼する。

- c. 親、保護者からの退院要求、引き取り要求がある場合

・引き続き入院治療が必要な場合  
⇒児相は入所措置解除後、上記bの扱いと同様となる。

・入院治療が終息に近づき、通院治療・親子分離が必要な場合

⇒児相は、入所措置解除・児童福祉法第33条の規定に基づき一時保護所に「一時保護」し家庭裁判所に対して同法第28条の規定に基づき申し立て・家裁からの承認通知に基づき、児童福祉施設に「入所措置」を行う。

・入院治療が終息に近づき、通院治療は必要・親子分離の必要のない場合

⇒児相は「措置解除」し家庭復帰及び

継続しての指導を行う。

- ・福祉医療、生活保護で入院  
⇒児童福祉法の措置入院への「変更」手続きにつき、児相・福祉事務所と協議のうえ、児相に依頼する。
- ・対応窓口を一本化する。どこが対応するか明確にしておく。場合によっては児相が親、保護者に治療を勧奨するよう協議する。

#### ○学校との連携

- a. 住民票の異動、学籍異動を行う。
- b. 親、保護者が転入、転出の手続きを拒否している場合は、津市と現住所の市町村で協議し、区域外就学の手続きをとる。

○入院治療に関する医療、福祉諸制度措置入所になると母子手当の子どもの養育費、就学奨励費、特別児童扶養手当、生活保護費等がカットされる等の説明を行う。

### 3) 入院治療

#### ア) 入院治療開始

入院時、様式1（確認事項書：別紙2）、「被虐待児調べ」により申し合わせ事項を見相と確認する。

a. 入院時アセスメント（2週間目）問題および入院目的を明確にする。

①主治医による治療計画（入院治療計画表）に基づいて主治医、病棟、心理による治療の開始（各室の被虐待児入院治療参照）

②「子どものトラウマ行動チェックリスト（ACBL-R）」を月1回、病棟へ依頼し相談室でとりまとめ病棟カンファレンス、退院評価等で活用する。必要に応じて「AEI-R」、「PAAI」、「CDC」、「TSCC」等を実施する。（別紙3にACBL-Rのみ添付）

③家族をめぐる状況表チェック（様式5：別紙4）しコピーを病棟へ渡す。

#### イ) 定期的（1ヶ月～2ヶ月程度）な

### 関係機関とのケース検討会

#### a. メンバー

①児相、市町村担当職員、原籍校、福祉施設、地域虐待防止ネットワーク、その他

②あすなろ学園

（主治医、ケースマネージャー、分校、病棟担当、臨床心理室担当、相談室担当）

\*連絡調整／司会／進行：相談室

#### b. 内容：

特に入院後1ヵ月については

①子どもの様子（治療状況）…主治医、臨床心理室担当、病棟担当より報告

②親または保護者の様子…児相、その他（検討された他のメンバー）より

③地域について…児相、（検討された他のメンバー）より

\*原則的には、1回目は、児相とするが、情報収集等を考えメンバーを選定することもありうる。

\*退院後の処遇先を見相に確認しておく。

④入院経過に伴い、随時検討会を実施し、様式1・様式2（別紙2）の内容についての見直しを行なう。協議内容については、会議の前に事前に伝えておく。

\* 個人情報の保護に関する法律第16条【利用目的の制限】本人の同意を得ないで個人情報を取り扱ってはならない。

適用外…本人の同意を取る必要がない事項法令に基づく場合

・児童虐待防止法に基づく児童虐待にかかる通告

・児童虐待事例について、関係機関との情報交換

### 4) 評価

#### ア 退院・退院後に向けての処遇検討

○病棟カンファレンス

家庭復帰出来るか否か、をこれまでの治療経過から決定する。

\* 退院に向けての具体的評価

a 家庭復帰

- ・ 家族機能の改善（虐待者の変化、脱孤立化）
- ・ 虐待が再発する可能性が少ないことが原則

b 児童福祉施設

- ・ 過去の被虐待児童、親の対応実績により検討
- ・ 家庭では、難しく、種々の要因により停滞していた育ちを保証する。自己実現、存在感が確保出来るプログラム。

①児童養護施設（児童福祉法第41条）

\* 代替としての家庭機能の他に特に次のことを期待する。

- ・ 生活していく場としての「安心・安全」の期待
- ・ 子どもの特徴を（障害、知的側面のバランス、トラウマ、精神状態、気持ち）理解すること、それに応じた対応
- ・ 単なる衣食住の提供ではなく、大人（職員）に目をかけてもらっている、大事にされているという感覚を子どもに持ってもらふこと
- ・ 保護者の代替として、保護者と子どもを繋ぐ役割（子どもの状態のフィードバック、保護者への指導、関わりの援助）
- ・ 職員、子ども間で虐待の再現がなされないこと
- ・ 守られている、癒しの空間としての生活の場の提供
- ・ 心理士による、治療的な関わり
- ・ 施設で育つこと”の短所や子どもの気持ちを理解、援助すること
- ・ 退所後の子どもの処遇を考慮した援助（特に進学、就職、生活の場について）
- ・ 適切な福祉施設、福祉制度の活用を視

野に入れること

②障害児施設（児童福祉法第42条）

\* 基本的には児童養護施設と同じであるが、特に以下のことを期待する。

- ・ 子どもの特徴に合わせた、生活の援助、療育、教育のあり方を検討すること。
- ・ 虐待の影響と子どもの知的側面を総合的に判断し、適切な福祉機関の利用や生涯にわたるサポート体制を視野に入れること。

③児童自立支援施設（児童福祉法第44条）

- ・ 夫婦による職員が児童と寮生活を共にしながら、その人間的な接触を基礎に、園全体の集団生活を通して児童が成長する。一貫して継続し、徹底した指導が期待できるとともに、児童間の人間関係が深まることで、職員を中心に児童集団がまとまりやすい。
- ・ 家庭に近い生活で、衣食住を始め、物質的、精神的な安定と満足のある生活を通して、人間的なふれあいと信頼感を基に、規則正しい生活、健康的なリズムのある生活を実践し体得しやすい。
- ・ 児童の変化や成長を通して、保護者や原籍小中学校との協力関係、信頼関係が構築されやすい。

・ 1寮の入所児数10名

④精神科社会復帰施設

\* 精神障害者生活訓練施設（精神保健福祉法第55条の2第2項）

- ・ 利用者20名程度。大人の精神障害者の落着いた中で、個々にあった日常生活しながら、自立した生活ができるよう生活体験を積重ねることができる。
- ・ 精神保健福祉にかかわる専門職員から、生活技術修得のための助言・指導が受けられる。
- ・ 対象者の求めに応じて就労や家庭復帰を



図っていく支援を病院や児相、保健所、ハローワーク、地域生活支援センター等関係機関との連携を得ながら受けられる。

・入所期間は、原則として2年、延長して3年以内の制限があるが、個人と施設の契約によるため、家族や本人の意向により施設を選び、契約も解除できる。

・生活訓練施設の訓練により自活した生活ができるようになれば、住居として精神障害者福祉ホーム、グループホームと次のステップが準備できる。

#### ○児相との協議

上記、カンファレンスの結果を児相に、当園の意見として伝える。(児童福祉施設等であれば比較的早めに伝える)

#### ○関係機関との協議

##### a.メンバー：

児相、市町村虐待防止ネットワーク、関係児童福祉施設、あすなる学園(主治医、ケースマネージャー、分校、病棟担当、臨床心理室担当、相談室担当)

\*連絡調整/司会/進行：相談室

\*ケースバイケースにより、メンバー(関係機関の中から)と検討する。

##### b.内容：子どもの処遇について

###### ①子どもの様子(治療状況)

主治医、臨床心理室担当より治療状況報告

###### ②分校教諭より教育の様子

③病棟担当より治療結果、親または保護者の報告(面会、面会外出、外泊等)

④親または保護者の様子…児相、地域虐待ネットワークより

⑤地域の動きについて…児相、市町村虐待防止ネットワーク、相談室

#### ○児相による処遇の決定(a,b)

a 家庭復帰 b 児童福祉施設入所

① 退院後の関係機関の役割を協議し決める。

② 今後予想される問題につき協議する。

c 精神保健福祉法による社会復帰施設入所

#### ○退院

通常の退院手続きを取る。

#### 5) 退院後再発予防

地域関係者とともに、今後の方針を検討し支援体制を作る。

##### ア 通院

###### a.家庭の場合

・子どもの治療：

主治医、臨床心理室が中心

・親または保護者：原則的に児相に委ねる場合と主治医・相談室で受ける場合がある。

・関係機関との連携：関係機関がお互いの役割分担を決め、情報収集と場合によっては親との面接を行ない、定期的に児相と連携しながら連絡会等を持ち、再発防止に努める。家族支援や児童の心のケアに心がけること。場合によっては、家庭訪問にて支援継続。

###### b.施設の場合

・子どもの治療及びアドバイス：

主治医、臨床心理室が中心となる。

・親または保護者：原則的に児相に委ねる。

・関係機関との連携：関係機関がお互いの役割分担を決め、必要に応じ施設、学校訪問等を取り入れ、連絡会を持つ。

###### c.退院後の外来通院している児童の予後調査

・児相と協力して進める

##### イ 児童相談所に一任

児相からの相談に応じ、必要時処遇としてあすなる学園を活用。

#### 6) 社会的養護下の児童に対する支援

退院後、通院している児童養護施設入所中、里親措置中の児童の中でトラウマ反応を呈している児童の調査等。

## 7) 関係機関

関係機関（守秘義務者）とは

- ア 児童相談所（北勢・中勢・南勢志摩・伊賀・南志見相及び県外児相）
- イ 県・市福祉事務所、保健所、市町村保健センター
- ウ 市町村等（関係課、民生委員（主任児童委員））
- エ 教育委員会、幼稚園、保育所、学校
- オ 警察（生活安全課、刑事課、サポートセンター）
- カ 医療機関
- キ 児童福祉施設
- ク 家庭裁判所
- ケ 社会復帰施設、作業所等
- コ 各地域の虐待防止ネットワーク
- サ その他

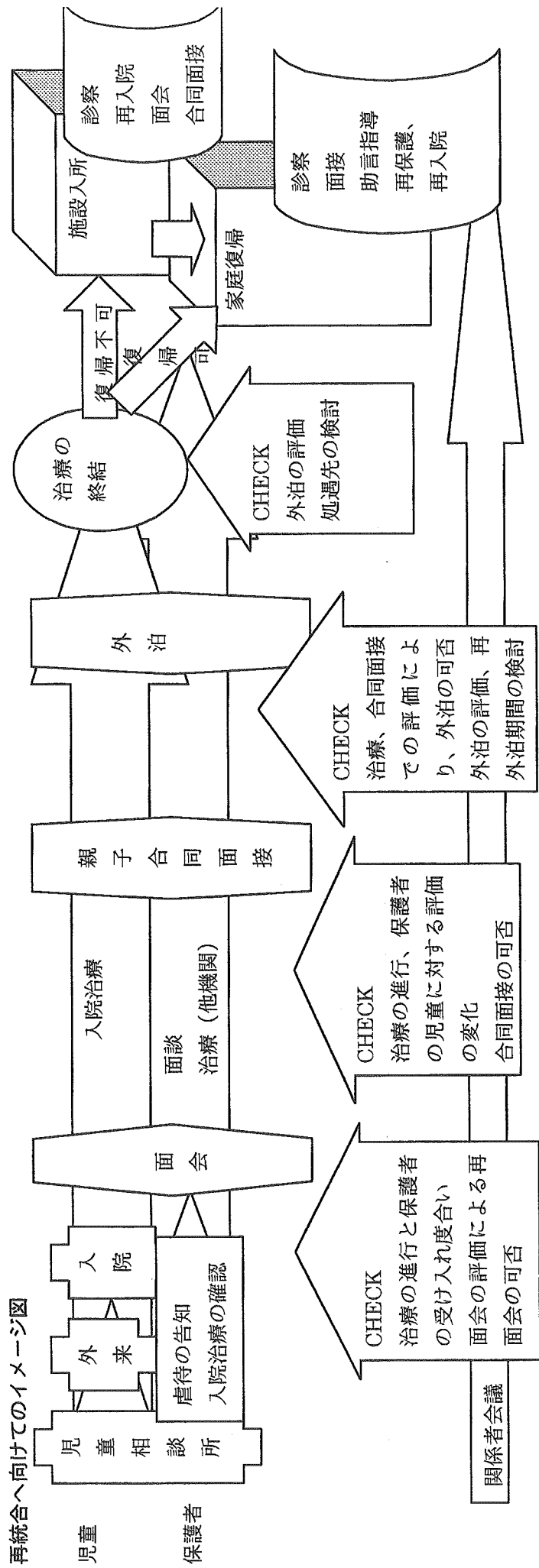
別紙 1-1  
家族再統合

学園に入所する児童は重症の被虐待児童であり、家庭復帰を志向するケースは少ないと思われる。しかし、可能性のあるケースは、再統合のプランに基づき継続的な

支援が必要であり、家庭復帰とならずとも、従来の方法よりは児童、家族の施設入所に対する「納得の度合い」は異なると思われる。

また、再統合と家庭復帰は同義ではなく、分離後、児童と保護者が良い関係を保て、その関係をお互いが納得できるならば、その家族なりの再統合になると考えられる。

再統合へ向けてのイメージ図



保護者支援の流れ図

