

3. 中程度あるいは曖昧な回復力および治療への反応

4. 乏しい回復力および治療への反応

5. ごくわずかな回復力および治療への反応

次元VI. 治療、受容と関与

受容と関与の次元は、児童青年の、および／または親および主たる養育者の治療に対する受容度と関与の度合いを測定する。この評価においては、治療とは、子ども、青年、親および／または主たる養育者のニーズに対応する幅広い治療的介入の事を指している。サブスケールは、治療の受理面接（インテーク）、計画、実行、維持の各段階に、親および主たる養育者が積極的に参加することに関するやる気と能力の重要性を反映したものである。また、親および主たる養育者の文化的背景が問題の理解や受容に影響するだけでなく、それを解決するためのケアの選択にも影響することに注意することが重要である。若者と親との間、および／または主たる養育者と臨床家との間の文化的な違いに起因する、適切な評価と治療に対する障壁にも注意しなければならない。必要であれば、同じ文化背景を持つスタッフと相談したり、そのスタッフの治療への参加を求めることで、効果的な評価と治療への文化的な障壁を取り除くことができる。

ふたつのサブスケール（児童青年と親および主たる養育者）のうち、高いスコアだけが合計スコアに加えられる。さらに、児童青年の親および主たる養育者の親権が喪失している場合は、親および主たる養育者のサブスケールは集計されない。

児童青年の受容と関与

児童青年サブスケールは、児童青年が発達レベルの範囲で、治療を提供するシステムに係わる人々と良好な治療関係を形成し、現在の問題を明確にし、主たる問題が発生して持続している中での自身の役割を理解し、治療計画と治療過程における役割を理解し、治療に積極的に協力する能力を測定する。

1. 最適

2. 建設的

3. 妨害的
4. 敵対的
5. 接触不可能

親および主たる養育者の受容と関与

親および主たる養育者のサブスケールは、親および主たる養育者が良好な治療関係を築き、現在呈している問題を明確にするために臨床家とかかわりを持ち、その問題に対する自分たちの役割を検討し、治療計画の立案とその過程に積極的な役割を果たす能力を測定する。

1. 最適
2. 建設的
3. 妨害的
4. 敵対的
5. 接触不可能

注意：

実際の CASII では各次元の 5 段階のアンカーポイントには具体的な説明が付けられているが、ここでは説明は省略されている。

CASII の著作権は米国児童青年精神医学会 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry(AACAP)に帰属しており、本研究で作成した日本語版は AACAP より正式な許諾を得て作成されたものであり、現時点では本研究以外では使用することができない。

平成19年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
子ども家庭福祉分野における家族支援のあり方に関する総合的研究
（主任研究者：日本子ども家庭総合研究所 高橋重宏）

分担研究報告書

分担研究者 岡本正子 大阪教育大学

性的虐待をうけた子どもと家族へのケア及び援助枠組みに関する研究

岡本正子（大阪教育大学）

研究要旨

児童虐待に対する取り組みが進む中、性的虐待事例も顕在化し始め、全国児童相談所における平成18年度の性的虐待相談対応件数は、1,180件と増加してきている。性的虐待はその特性から、発見・通告、介入、保護、支援の過程において、他の虐待とは異なる配慮や対応を必要とされる問題である。児童相談所の性的虐待への対応は、初期対応時点での虐待認定や介入に関して一部の先進的地域で取り組まれているが、しかし家族支援についてはほとんど取り組めていない現状にある。

そのような状況の中、虐待対応の先進国である欧米諸国とは法的背景や虐待の定義が異なる日本において、家庭内性的虐待への援助枠組みを整理し、子どもと家族への支援体制を確立することは喫緊の課題である。本研究は、子ども家庭福祉分野における家庭内性的虐待の援助枠組みとその中の家族支援のあり方を検討することを目的として行なわれた。

本年度は、性的虐待への援助枠組みと子ども・家族支援について海外の先進事例から学ぶことを目的にアメリカとイギリスの情報収集を行なった。また、研究班メンバーによる討論を通じて児童相談所における家族支援の現状を分析し、日本での先進事例である大阪府子ども家庭センターにおける「性的虐待の非加害親支援事業」に関する取り組み経過について整理した。

研究協力者

本間 博彰	宮城県子ども総合センター
小野 善郎	和歌山県子ども・障害者相談センター
桐野 由美子	京都ノートルダム女子大学
増沢 高	子どもの虹情報研修センター
薬師寺 真	岡山県保健福祉部子育て支援課
引野 明子	大阪樟蔭女子大学
山本 恒雄	大阪府子ども家庭センター
渡辺 治子	大阪府子ども家庭センター
薬師寺 順子	大阪府子ども家庭センター
小杉 恵	大阪府子ども家庭センター
鵜飼 奈津子	ロンドン医療センターおよび Refugee Therapy Center

キーワード：家庭内性的虐待、児童相談所、家族（非加害親）支援、援助枠組み
アメリカ・イギリスにおける取り組み

A 研究目的

児童虐待に対する取り組みが進む中、性的虐待事例も顕在化し始めている。全国児童相談所における性的虐待相談対応の状況を件数で見ると、全虐待件数に閉める割合は平成14年度3.5%、平成18年度3.1%とあまり変化はみられないが、しかしその件数は平成14年度820件、平成18年度1,180件と増加してきている。性的虐待は、被害を受けた子どもの心身に長期的な影響を及ぼす重篤な虐待であるにも関わらず、家庭内性的虐待は家族の秘密に関わることであることから、発見・通告、介入、保護、支援やケアの過程において、他の虐待とは異なる配慮や対応を必要とされる問題である。しかし、日本においてはその取り組みは始まったばかりで、現場では対応・支援について模索が続いている状況にある。その中でも、家族支援についてはほとんど取り組めていない現状にある。

虐待対応の先進国である欧米諸国とは法的背景や虐待の定義が異なる日本において、家庭内

性的虐待事例への援助枠組みを整理し、子どもと家族への支援体制の確立は喫緊の課題である。本研究は、性的虐待事例の家族支援および援助枠組みのあり方を検討することを目的とする。

B 研究方法

1 研究班会議における検討

日本における性的虐待事例への援助枠組みと家族支援に関する現状分析と課題に関して、各研究協力者の実践フィールドを踏まえた検討を行なう。

1年目は、特に児童相談所における性的虐待への対応、および家族支援の現状と課題を整理する。

2 海外の先進事例の収集

- 1) 分担研究者及び研究協力者による海外先進事例の収集
- 2) ロンドン在住研究協力者による情報収集

C 結果

1 研究協力者による検討

1 子ども・家族支援についての現状認識

1) 家族支援に関わる児童相談所の現状

児童相談所においては、初期介入時点では虐待認定と子どもの安全確保が重要な命題であり、そのことにほとんどの時間とエネルギーが注がれている。特に虐待認定に関わる被害調査面接の技術の習得が大きい問題である。

性的虐待に関する児童相談所職員の意識に関しては、萩原・岡本らの平成14年度調査⁴⁾⁶⁾があるが、その中で家族支援に関しては、非加害親ときょうだい、加害者への支援の状況と支援をする際に心がけていることに関して質問を行なった。その結果、子どもを守る姿勢のある非加害親への対応に関しては、親自身のケアも支援目標として考えている状況があったが、子どもを守る姿勢のない非加害親や加害者への対応は、子どもを守るための対応が主体となっていた。またきょうだいへは、ほとんど関与していない状況であった。

調査を行った平成13年度の全国の児童相談所が対応した全虐待件数は23,274件（性的虐待778件）であったが、平成18年度は全虐待件数は37,323件（性的虐待1,180件）となっている。このように児童虐待件数の増加や児童虐待防止法の改正等児童相談所を取り巻く状況が変わってきている中で、虐待事例を直接担当するCWの性的虐待事例の家族対応に関する意識としては「子どもを守れるように非加害親を支援することの重要性」は認識していても、実際の動きとしては「子どもを守れるかどうかの評価と福祉的支援まで」が多く、それ以上の家族支援に関しては、他職種や他機関との連携を模索している状況である。一方、職員の意識として、「非加害親支援」までを業務内容と考えていない状況もある。

また実際の動きとして、家族が子どもを守れると判断された時には子どもの保護は必要ではないが、その場合は児童相談所と家族（非加害親）の間には心理的距離があることが多く、ほとんどの場合そこでケースが終了している。性的虐待がもたらす子どもと家族への否定的影響⁷⁾⁸⁾を考える際に、その時点での子どもと家族への何らかの心理的ケアが必要になると考えられる⁵⁾が、取り組めていない現状である。一方、子どもを守る家族がいないと判断された場合は施設等への保護になるが、その場合でもまずその処遇に子どもと保護者が納得するのに時間がかかり、入所後も担当者はその対応に時間をとられるという現状もある。

このように機関側保護者側双方の要因から、いわゆる家族支援には取り組みにくい現状があるが、性的虐待事例への家族支援に関しては、児童相談所においてはその内容の分析検討から始めることが必要な状況と考えられる。

2) 加害者に対する考えの現状

テーマとして「加害親と子どもが一緒に住む場合があるのか」について討論が行なわれた。アメリカでは一応精神科医がフォローしながら等の場合で一緒に住むことはあり得るが、原則論として一緒に住むことはない。再発の問題や加害者治療がほとんど行なわれていない事を考えた時に、性的虐待の「家族再構築」とはどういうことかということを考える必要がある。

3) 関連する支援機関

性的被虐待児の中には、重篤で複雑な情緒・行動の問題を呈する子どもがおり、その子どもや家族に対して、どの機関がどのようにサービスを提供できるのかという内容について制

度・費用・スタッフの専門性との関連で、欧米と比較する形で議論が行なわれた。以下、議論の内容について、一定の現状分析と課題提起という形でまとめていく。

イギリスもアメリカも、メンタルヘルスと福祉は遠い関係であるが、日本の場合は、それが近い関係にある。それは、日本の福祉に治療的な部分が含まれているからである。イギリスやアメリカはメンタルヘルスと福祉をどう統合していくのかがこれからの課題といわれている。

またイギリスやアメリカと日本のシステムでは、長所と短所があると思われる。日本のシステムの長所は、児童相談所に心理職がいるから治療がわかっていないという点で良く、一方短所として、抱えこみすぎるといふ指摘がある。

アメリカにおけるメンタルヘルスのかなりの部分は、日本は福祉でカバーしている。しかし、その場合、日本は福祉でやっていることによる限界がある。

性的虐待を受けた子どもはケアが必要であるし、その家族も含めたケアが必要である。そのためケアの対象が非常に多くなり、しかも、インテンシティの高い治療的アプローチが必要になることもある。そうすると医療の関与が必要で、当然費用がかかり、それに見合う費用が入ってこないと実現は難しい。

性的虐待のような非常にニーズの高いケースへのサービスを、今の児童相談所の枠組みの中のみでやっていくと仮定すれば、限界がくると考えられる。したがって、医療との連携が必要になってくる。

2 検討課題

1) 家庭内性的虐待事例における家族支援とは？

性的虐待の場合の家族再構築は、他のタイプの虐待とは同様には考えることは出来ない。まず児童相談所職員の「性虐待」に関する意識をふまえながら、加害者との同居をどのように考えるかについて、コンセンサスを形成する必要があると考えられる。海外の情報を収集する中で検討を深めていく必要がある。

2) 初期介入時点における家族支援とは？

まず「子どもを守れるかどうか」のアセスメントが必要であるが、現時点では、共通のアセスメントツールはない。今後、海外の情報を参考にしながら検討する必要がある。このアセスメントに基づいた介入そのものが、家族支援の始まりになる。

また、子どもを守る姿勢を見せている家族への児童相談所で行える支援、児童養護施設や里親へ委託されたケースへの施設と協働する中での支援枠組み、さらに治療機関との連携を視野に入れた支援枠組みの検討が必要と考えられる。

3) 中長期的視野に立った時の家族支援とは？

施設入所や里親委託などの場合、非加害親や加害者との面会や外泊に関するマネジメント⁹⁾の実際に関する検討、および子どもの自立⁷⁾にむけた支援内容を検討する必要がある。

4) 以上の現状を踏まえる中で、家庭内性的虐待事例において、ファミリーグループカンファレンスがどのように適用になるかについて検討していく必要がある。

3 大阪府における非加害親支援の状況

虐待による子どもへの否定的な影響^{7) 8)}からの保護因子として、非加害親を中心とした家族が子どもを保護することが重要であることは先行研究で明らかになっており、欧米では支援から治療まで取り組まれている^{1) 2) 9)}。日本では、医療機関での治療は行なわれているが、児童相談所現場における家族支援については前述したようにほとんど取り組まれていない現状がある。

一方、初期対応時点で担当者が家族とのやり取りに時間をとられるケースの中には、親や家族病理をより深く理解することなしに適切な支援計画や中長期的マネジメントが難しい、以下のようなケースが見られる。

すなわち、非加害親の中には自分自身も性的虐待を含む被虐待歴を抱えていたり、DV被害歴等があるケースが少なくなく、その場合、子どもの被害が発覚した時の非加害親（主として母親）の反応として以下のような反応がみられる。

○ 加害男性の告発・告訴：追及する行動へ（自分自身の被害と娘の被害）

自分自身の解決されていない被害体験との混乱から、あるいは娘も同様な被害にあったことへの怒りから。

○ 娘の被害を軽く見る傾向：自分自身も同様の経験の中で生き抜いてきた。自分の被害に比べたら、まだ軽い。我慢して、そこから抜け出なさいとのメッセージ。

子どもの支援のためには、まず子どもを守れるように家族をエンパワーすること、ついで

非加害親と家族について、支援の視点をいれたアセスメントを行う中でさらに親や家族の理解が深まり、子どもの中長期的支援計画を立案するさいに有効になるとの考えから、大阪府においては平成19年度から非加害親支援事業が始まっている。

この非加害親支援には、分担研究者と研究協力者が参加しており、平成19年度の取り組み経過について整理をおこなった。

大阪府の性的虐待事例は年間約100件強あるが、その中で、非加害親支援チームへの相談・面接依頼があったのは87件であった。そのうち、担当者が継続面接が必要と判断した事例は3件であったが、実際に継続したのは1件であった。残り2件のうち1件は、非加害親の初期の混乱が強く、現実的な対応に精一杯であり、まだ自分の内面を見る作業は出来ないとの母親の言葉があり、担当ワーカーが福祉的支援を行っている。また他の1件は、DVが絡んでいた為、早急に転居する必要があるため、他府県へ転居したため継続とはならなかった。

以上、少ない事例数であるが、家族支援に焦点をあてた事例検討は、家族病理がより深く把握でき、中長期的マネジメント計画を作成する際に有効であることは明らかである。一方、初期対応時点での非加害親への個別的な心理的支援は、相談・カウンセリングという響きをもった時に、親自身の準備が整っていないと難しいことがある。しかし、初期対応時点における子どもと保護者への心理教育的なアプローチは必要性があり、有効であると考えられる。

児童福祉領域でこのことを実践するには、どのような整備が必要なのか、ソフト面およびハード面も含んだ検討が必要である。

II 海外の先進事例の収集と把握

性的虐待の援助枠組みと家族支援の実践について、情報をうるためにアメリカへの視察を行った。また研究協力者である増沢氏からイギリスの状況について情報を得た。さらにイギリスの情報については、平成18年に分担研究者及び研究協力者が行ったイギリス視察から得た情報があるが、今回は、それを補完する目的でロンドン在住の研究協力者による調査協力者への聞き取りと情報収集を行った。

1) ポートランド（アメリカ、オレゴン州）視察

下記の日程で、ポートランドにおける性的虐待事例への対応の実践（発見・対応、虐待認定の流れ、家族支援と治療）と、虐待全般の予防的取り組みに関しての視察を行なった。以下、全体の流れと、3箇所の聞き取り調査の概要を報告する。

<全行程のスケジュール>

期間：2007年8月19日～8月27日

視察者：岡本正子、渡辺治子、薬師寺順子、小杉 恵、

通訳：丸山恭子

8月20日（月）；

午前：Insight Teen Parent Program

10代の親への支援プログラムを提供しているNPOを訪問。

施設見学及びスタッフとのミーティング

午後：White Shield Teen Maternal-Residential Program（対応者：Greg Culver）

10代の母親と母子への施設処遇プログラム

施設見学および提供している子育て支援プログラムの概要説明

8月21日（火）（対応者：Mr John W. Richmond: Community Manager）

午前：①Child Abuse Hotline and Multi-disciplinary Team

Police Child Abuse Detectives と Child Abuse Hotline Staff

虐待ホットラインのスタッフによるホットラインの概要に関する説明と

虐待専門警察官チームとの連携の実践についての説明

（同一の建物の2階・1階に入居）

②Child Receiving Center -Residential Shelter Program

一時保護所の見学（ホットライン・警察の入居している建物と同じ敷地）

午後：Oregon DHS（Department of human services）Multnomah District Attorney

Presentation on how a child Welfare Case proceeds from opening to closing

（児童保護局の流れ）

8月22日（水） CARES Northwest（対応者：Dr C. Bays）

- 午前：①Dr Bays による CARES Northwest の説明と案内
②子ども病院（NICU と産婦人科病棟の見学）
- 午後 ①マクドナルドハウスの見学
②性的虐待ケースの親支援プログラムの実際
（対応者：GOLDBERG Ellen,LCSW）
- 8月23日（木） CARES Northwest
- 午前：①Dr Keltner による Shaken Baby Syndrome の講義と教育場面のモデル提示
予防プログラム（KPCA）のパンフレット
②CARES Northwest と病院との連携についての説明（CSW）
虐待専門の SW の必要性について
- 午後：病院における Shaken Baby Syndrome 予防プログラムの実際について
予防プログラムマネージャーによる講義
- 8月24日（金）
- 午前：①Counterpoint Outpatient（Morrison Child and Family services,）
（対応者：Rhonda Strother :LCSW , clinical supervisor）
Counterpoint Treatment Program for Sexualized Children
NPO 組織。性加害児とその家族に対する治療プログラムの説明
- 午後：①少年法廷の見学
②Residential Juvenile Sex Offender Program
Secure Residential Treatment program
（対応者 A.Caesar, MSW, LCSW, MDiv）
③Residential Juvenile Drug Treatment Program
Juvenile Sex Offender 入所施設の見学とプログラムマネージャーによる説明
ドラッグ乱用者の入所施設（少年院内）の見学と説明
- <CARES Northwest における Parent Support Group >
（対応者：GOLDBERG Ellen,LCSW）

① 概要

活動内容は、親のサポートであって治療ではない。心理教育的働きかけと保護者の孤立感の軽減（自分1人ではないと感じてもらおう）が目的。
チームスタッフは、郡に所属している7人のパートタイマーがいる。

②参加者

家庭内性的虐待、及び家庭外性的虐待被害ケースで、CARES に虐待被害確認診察を受けに来た子どもの非加害親（母親の参加が多い）。ただし、法廷からグループへ参加するように命令されている親の場合は、郡の児童福祉機関のグループへ送る。それ以外のケースは除外しない。
家族としてサポートをうけるように提案しても、提案をうけるのは50%くらい。

③参加呼びかけ

通常、CARES NW において、既に電話受けつけをしていて受診予定のケースについて毎朝事前にファイルをチェックし、メンタルヘルスサービスの必要性について判断する。子ども担当が子どもをインタビューしている間、あるいは子どもが身体チェックを受けている時に、親担当者が待合室の親にアプローチをはじめめる。必要な人全員に会うようにするが（例えばその日受診した4家族のうちで優先順位を決める）、時々Drに呼ばれて会うこともある（母親が泣き出した時など）

④親支援グループの構造

週1回、8～10回で終了をめぐ。1回90分。
参加人数は、2～7人ほど。
子どもは別のスタッフと別の部屋で遊んでいる。
参加する子どもの年齢はさまざま。
子どもが参加を喜ぶと、親の参加率が良くなる。
夕方（親は仕事をおえてから参加）にスタート。軽い食事を用意。

⑤家族へのアプローチの実際

CARES から発行している親向けのリーフレット（資料篇参照）があり、原則はそこにのべられているが、実際の聞き取りの中で語られたことを以下記載する。

グループに参加するまでは、その出来事を人に話すことが心地よくないので話していない。グループでは安心して話せるように努めている。

<話題>

① 子どものケアをする

子どもの症状に早く気付いて、子どもが虐待以前の普通の生活をできるようにしましょう

② 加害者について話す

加害者が母子をどのようにその状況にもっていったかを話す（再びその男性のもとに戻らないように）

③ 罪悪感と責任感について

④ 法的観点から見るケースについて

⑤ 家族関係について

性的虐待は他の家族へも影響を与えるので、そのことを話題にする。

また性的虐待が子どもにもたらす否定的な影響について（子どもは大人を信じない、うつ病的になり成績も下がる、また子どもが挑発的な格好をしはじめるなど）を話す。

知ることで、親はもっと子どもに共感できるようになれる。このことを親同士で共有する。また親の子どもに対する態度も教えていく。子どもが落ち着いてきていると、初期で混乱している家族も希望が持てる。

すでに法廷にいった親はその経験を他の親に伝えることができる。

★ 思春期の母一人娘にみられることが多いといわれている、子どもに対する怒りやジエラシーなどの感情はどのように扱うのかと質問したところ、

このグループでは、そのような感情が語られることは今まで見られなかったとの回答であった。

<具体的なやりとりの例>

最初に親にあった時は、まず自己紹介して何ができるか伝え、ここにいる時のみでなく、フォローアップでも手助けできるとグループ参加を勧める。例えば、「この時間はあなた達の時間です。子どもが傷つけられた時、親も大変な思いをすることがあります。」「子どもに何がおこったのかについての理解は、子ども達より親のほうがより理解できるので、親が受ける打撃は大きいでしょう。」「子どもを助けるために、あなたを助けさせてください。それを通して子どもが助かるでしょう。」と呼びかける。

親がサポートされていると、子どもが良くなると文献で指摘されており、SAをうけた子どもが早く回復する為には、親が子どもを信じて子どもを守ることが必要。

多くの親は子どもにそのようなことはおこらないと思っているので事実を認めることができず、どうして子どもを守れなかったのかと罪悪感がある。その時は「子どもを受診に連れてきたことについて」や「責任感を感じるのは、あなたが良い親だから。」と評価する。

また、おこっている出来事について親がどう感じているかを聞く。その際、同調し質問も必要。彼らの人生、生活全般。どんなサポートシステムがそろっているかなどを尋ねる。

<家庭内性的虐待の場合>

・ 家族内のファミリーダイナミクスを良く見るべき。コンフリクトとか

・ 大家族の場合、誰に話して、誰に話してないか

・ 通常の生活を送れるように（起こったことが家族の生活を止めるので）

・ どのように子どもを助けることができるか

・ 親にどのように自分達をケアしているかを聞く。大きな出来事は子どもにも親にもトラウマを生じるのでトラウマの影響について話す。また、「大事故にあったようなもの。いきなり大事故にあつたら、1回や2回では良くならない。皆混乱するので、そのように動いても良い。」と声をかけることもある。

親自身の食事や睡眠についての様子を聞き、アドバイスする。話す。散歩するなどを勧める。

・ 親たち家族のリソース（保険など）を聞く。

◆ 家族は虐待以外の問題（DV、アルコール、ドラッグ）をしばしば持っている。

⑥ 更なる治療が必要と判断した場合

親子にセラピーを勧めるが、経済的要因などで他機関へいけないケースの場合は、直接コンサルテーションを行なうこともある。

その場合、一定のレベルの低所得の場合はオレゴンのお金で治療を受けられるシステムがあ

る。虐待は犯罪なので、被害者の場合は、犯罪のために出るお金から治療を受けることが出来る。

⑦スタッフの二次被害のケアをする。

★全体の印象として、実際のアプローチ内容を聞いていると、家庭外性的虐待事例の親が多く参加している印象を受けたため、後ほど質問をしたが、両方の事例があるとの回答を得た。

<CARES Northwestにおけるケースの流れ男子の性被害について>

対応者：Dr Bays

① 虐待ケースの流れ

まず電話で予約を取りその時点で一定の経過をきく。受診後、虐待認定の為の医師の診察へ。その後、Forensic interviews となり、その間家族へのアプローチがある。

<性的虐待認定診察場面の実際>

子どものポジションと医師・インタビュアーとの位置関係及び関係性についてのロールプレイを伴った説明

子どもへの説明の実際、および子どもをリラックスさせながら、子どもの能力の評価なども含む導入。子どもへの付き添い者（母親あるいは、Forensic interviewer の場合もある）とその役割。次へのつなぎについて。

実際の Forensic interviews 場面を One-Way Mirror から観察（警察官同席）

<ビデオによるケース提示：子どもから教育のために使うと許可をもらっている>

3例の説明を受ける。

そのうち1例は男児例（被害児；8歳男児、加害者バスケットのコーチ）

男児が被害児の場合について以下のような講義を受けた。

男の子の場合は、女の子の場合より告白が難しい。特に年長男児の場合はその傾向が強い。その理由として

- ① 男の子は被害者になりたくない
- ② 虐待行為が気持ちよいと感じるので、罪悪感と恥ずかしさを感じている。
- ③ 自分は同性愛かと心配する。
- ④ 加害者は自分がゲイとわかったから自分のところに来たと思う
- ⑤ 5歳～10歳ではアプローチによって良い結果が出るが、そのあとの年齢は男の子も女の子も難しい。例えば犯人からの自白があるのに男の子は何もなかったと否認することもある。

600人の性被害男児の研究で、

1%以下が身体のエビデンスがあった（肛門の傷痕）が、99%はエビデンスなく正常であった。

⑥多くの被害男児は父親がいない。父親像がないと子どもは父親モデルを探す。

<COUNTERPOINT OUTPATIENT>

① 概要

Morrison Child and family services (20 くらいプログラムを行っている) の運営。プログラム開始から 27, 8 年。セラピストは常勤、非常勤合わせて 6-7 人。常勤は 20 人の子どもを受け持っている。主担当とグループ担当がある。マスターレベルのクリニシャン。

(LCSW や LT) 多くのセラピストが、性的虐待と加害行為を扱っている。現在 120 人程度の家族一子が来ている。

在宅の性加害児童と家族に対する治療プログラムの概要について、クリニカルディレクター（性加害児童治療に 18 年）からうかがう。

②プログラムの対象

- ・ 不適切な性化行動が見られる子どものための治療プログラムを開発、実施。
- ・ 年齢幅は、5, 6 歳から 19 歳だが、特にティーンエイジャーは性加害行動を持っている子どもであり、小さい子は他の子どもたちに不適切な性化行動を示している子どもが多い。
- ・ 郡の虐待対応・評価を行う専門機関である CARES, NW もしくは少年裁判所の紹介で通う在宅の子どもが多い。裁判所が閉鎖施設に移す前の子どもや、保護観察にする条件として命令で来ている子もいる。保護観察に際して、子どもはポリグラフテスト（うそ発見機）を受ける。性犯罪者として登録されている者は 18 歳以下でも DNA テストを受ける。
- ・ 性化行動を起こす子どもは、以前被害者であったり、性的な行動を目撃している場合が多

い。

- ・ 子どもたちのプログラムには、子どもの親や後見人が参加する。

③プログラムの目的と内容

- ・ ゴールは、不適切な性化行動を減らし、なくすこと。
- ・ 2000 年からオレゴン州は、性加害者に対する厳しい対応を開始した。ここのプログラムは、大人の性加害行動に対する治療プログラム（認知行動療法）を元に、自分の行った行動の責任を認識する、自分の加害行為を言語化するなどのプログラムを開発。
- ・ まず、子どもに SEX HISTORY をきき、周りの関係者からも裏をとる。その情報から発見的にどんな性体験が今の問題に至っているかをみていく。
- ・ 多くの子どもたちは 2 回以上（平均 3～5 回）の加害行為をしており、18 年間の勤務体験の中で、1 回のみの子どもの数は数人だった。もし 1 回に出とめることが出来たら、それ以上をとめることが出来る。また多くの子どもは自分の行為を言語化していない。秘密にしている。その、ずっと中に閉まっていたものを出してもらおう。
- ・ 誰に、いつ、どこで、どのように、何をしたのか、ポリグラフテストをするとわかる。ポリグラフテストはプログラム開始の 6 ヶ月以内に行う。自分のしたことの告白が子どもに責任をもたせる。ポリグラフテストは、その過程を助けるツールとなる。
- ・ 加害行為の前に、どういう考えがあったのかを見ていくが、まちがった考え、ゆがんだ考えをもっていることがあるので、それを調べて正しい考えに変えていく。加害行為をしても、「被害者を傷つけない、やってほしいと思っているだろう。」と考える子どもが多い。
- ・ 感情をどのように扱っていいかわからない子どもが多い。子どものバックグラウンドには、トラウマとなる DV、身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待、親の薬物使用など成長期にいろいろな困難がある。
- ・ 自分の行為に責任をとらせ、行為の前にゆがんだ考えを見抜けるようにし、自分の行為の重大性に気づかせる。
- ・ 多くの子どもが性的虐待の被害者であったり、いろんな思いを持っているのに、被害を受けて感じたものをしまいこみ、自分たちが被害者に行ったことや被害者の気持ちとは、ずれてしまう。
- ・ 被害者としての課題、重大性にフォーカスし、短期と長期の被害の影響をみる。子どもたちに、性的虐待を受け他のセンターでカウンセリングを受けている大人のサバイバー（男性、女性どちらも）に話をしてもらおうこともある。そして、その人たちから生きていくスキルを学んでもらう。
- ・ ここに来る子どもは、自分の怒りをどう扱っていいのかわからないために行動化してしまう。親への怒りを言語化できない、むずかしい状況にどう自分が対処しているのか、性的なこと以外にも困難な状況にどう対処し表現するのかを学ぶ。
- ・ また、抑うつや不安障害、AD/HD、反応性愛着障害、ODD など、性化行動以外のさまざまな症状への対処方法を考える。
- ・ しかし、一番の治療対象は「性化行動」である。

④セラピスト

- ・ 他の機関、CPS、法廷、学校と関わる。
- ・ 法廷での証言をする。

⑤精神科医の関与

- ・ 120 ケースのうち 30 ケースが投薬を受けている。AD/HD やうつなどですでに主治医がいる人もある。

⑥プログラムの形態

- ・ プログラムは毎週行い、1 年半から 2 年かける。一人の加害児への治療に対して、郡から一月あたり 462\$ が 24 ヶ月間支払われる（しかしこれだけでは十分経営していけない）。
- ・ いろいろな方法をとるが、子どもの個別治療とグループ、家族療法、親のグループ、親子のグループ（Multi Family Group）を実施。
- ・ 一人の子どもには、一人の担当者を決める。

⑦子どものグループについて

- ・ 6～9 歳のキッズグループ、9～12 歳のグループ、13～18 歳のグループに分けている。
- ・ セラピストが 2 人つく。
- ・ キッズグループは男女混合で行っているが、他の年齢は男女別のグループ。
- ・ セラピストに話す、ファシリテーターの支援を受けて話すというトーキングセラピーを主

に行うが、小さい子どもは、Experience セラピーとして、アクティビティを使う。小さい子は言語化できないし、集中力がないので、ゴールを達成するためのアクティビティをセラピストが作り出す。例えば、川を見立てて、渡る、渡らないという動きを使って学ばせる、など。

⑧親グループについて

- ・親業を学ぶことを中心にする。問題行動を起こしている子の親業。
- ・再犯を恐れて子どもを見張ってしまう親も多いが、その辺りのテーマを扱っていく。
- ・やっていいこと／いけないことを書き出して教える。親、子に対してその課題を行い、最終は子ども親も同意してプリントアウトし、親、子、セラピストがサインする。
- ・親は次の加害行動のリスクの症状・サインを見逃さないよう学ぶ。

⑨親子グループ (Multi Family Group) について

- ・この場合の親とは、実親も里親も含まれる (在宅の子どもが多い)
- ・1グループは6～10家族で構成
- ・毎週1回、16週間
- ・親のプログラム理解を促す。我が子が性加害したことを受け入れにくい親が多い。親として罪悪感や恥を感じている。
- ・あるいは、性加害をたいしたことないと考えたり、受け入れない親。問題行動を最小化して否認する。
- ・ゴールの一つは親が子のやったことを受け入れること。受け入れて親はサポータータイプになっていく。

⑩家族療法について

- ・被害児、加害児以外のきょうだいにも来てもらう。秘密をオープンにすることが大切。そのことへの抵抗について教育的情報を与える。家族として受ける継続的に続く影響について説明する。性加害が起きるとこれが家族の中の秘密となる。家族に秘密があることは、性加害が起きる土壌を作る。性被害が起きる家族には、家族のコミュニケーションに問題がある。両親間でしつけの同意がなかったり、親子の境界線がなかったり、ストレス要因があったり。家族の中の困難性の表面に出ている症状が性加害と考える。不機能なやり方に目を向けさせて、教え、見つめさせ、違えて行きましょうという希望を与える。ゴールを示すとき、混乱の中にある家族に変化の説明と教育を行う。そしてセイフティプランを作成する。親に子どもを直接的に監督してほしいと期待する。虐待的な行為に関わるどのような機会も減らしたいと考えていく。思春期の子どもを直接見張ることに親は抵抗を示すが、そうしないと行動はとまらない、継続すると理解させる。子どもはつかまった行動以上の加害をしており、親が「これはたった一回きりのことだ」と言うのは意味をなさない。親が子を信じたいという気持ちは普通のことであると伝えるが、この状態は治療的ではない。子どものセラピーで、子ども自身がこれまでしてきた加害行為について話すことで、親は否認できなくなる。

⑪プログラムの中で新たに出てきた性加害の事実の扱い

- ・通常の虐待通告を行い、子どもは加害者としてのルートに乗っていく。
- ・子どもには、「私たちには過去の加害行為についてレポートする義務がある。」と伝える。
- ・「自傷行為」「他害行為」「児童虐待」については守秘義務がはずされることが法律で規定されている。

⑫プログラム終了後について

- ・子どもの担当者は、それぞれの子どものプログラムへの取り組み状況や評価について裁判所で証言する。子どもの処遇については裁判所が決定する。

⑬プログラムの改善率

- ・プログラム修了1年後に、性的加害を起こしていない率は98%。
(同じプログラムを実施している少年院の修了者は3年後も98%である)

それ以上長期の経過は見えていない (見つからないと数に挙がってこない)

全米的には、67～80%は再犯していない。

また、文献的には、思春期の治療は大人になってからより効果があるといわれている。

< S R T P (Secure Residential Treatment Program) >

INCARE PROGRAM である SPTP を行っている、Multnomah County Department of Community Justice Juvenile Services Division を訪問。このプログラムも Morrison Child and family services が運営している。スーパーバイザーに施設内を案内してもらい、実際

のプログラムや生活の流れについてはセラピストから話をうかがった。

Sexually aggressive behavior youth のプログラムとしては、前述の COUNTERPOINT OUTPATIENT (家庭から通う、学校は地域)、DAY TREATMENT PROGRAM (フォスターホームから通う、学校も special school)、S R T P と 3 段階ある。どの治療を行うかは、犯行の状況、家族の受け入れ・サポート、子どもの反応 (psychosexual evaluation) などによって決定する。

現在施設には 14 名在籍 (15 名の定員) している。治療期間は平均 6 ヶ月。

① 一日の流れ

7:15 起床
エクセサイズ
掃除
学校 (取得した単位はカウントされる)
ジム
昼食
学校 ~15:00
15:00~17:00 グループワーク
夕食
掃除

グループは土曜日以外毎日ある。他に個人療法 (EMDR, バイオフィードバックなども行う)、家族療法 (だいたい週 1 回程度) も行っている。75% が投薬を受けている (抗うつ薬、SSRI、抗不安薬、睡眠薬)。暴れる子もいるができるだけ入院させなくてすむようにケアしている。

② スタッフ

2 フロアスタッフ、2 セラピストで運営、セラピストは 18 時以降はいない。学習は学校の先生が教える。スタッフは子どもとの関係性をアクティビティや学校のこと、ポリグラフのことなどを通して築いていく。

③ プログラムの内容

グループは曜日ごとにテーマを決めて行っている。

- ・ 日曜日；アルコール・ドラッグのグループ
本人、親、家族がアルコールやドラッグを使っていることが多い。そのことによる影響、家族の歴史などを話す。性的な加害行為の際にアルコールやドラッグを使っていることもある。
- ・ 月曜日；ヒストリーのグループ
性行為、虐待などのヒストリーを見ていく。身体的、情緒的なバウンダリー、認知のバウンダリーについて。自分のことを他人のせいにする発想。ヒストリーを振り返ることによって、自分たちのやったことを振り返る。行動の影響について見つめられるようにしていく。彼らは彼らの行動がゆえにサバイバルしてきたわけであるが、多くが虐待を受けていたり、DV を目撃していたり、ドラッグ・アルコール依存の問題を持っている。振り返って見据える。
- ・ 火曜日；パターンのグループ
行動のパターン、思考、違う刺激への反応のパターン、何があなたを怒らせるかのパターン、ポルノへの反応のパターン、加害行為をする時にポルノを使ったり、脅しを使うなどのパターン。行為のパターン探しをしていく。感情、思考から行動へのパターンを探し、そのパターンを壊していく作業を行う。同じ刺激に対して別の反応が出来るように考えていく。ポジティブパターンへ変化させていく。
- ・ 水曜日；共感のグループ
被害者がどんな感情かを考えさせる。ロールプレイを行ったり、被害者が何を見ているかを想像させて絵を描いたりする。加害行為と同じ状況を考え、行動、思考、に自分が責任を持っているかを考える。自分のした行為に責任を持たせる。
- ・ 木曜日；再発防止のグループ
ポジティブスキルの獲得。今までのグループを使いながら再発を防ぐ。

④ プログラム終了後

出て行く先や時期はチームで考えて決定する。最終的には S V が決定。どのくらいの自由を子どもに与えることが可能かを判断し、里親や施設、家庭復帰などを決定する。保護観察期間は 3 年あるが、その中で 98% は再犯なし。この 2 年間で 84% は治療が行えたが、16% は州

の施設へ移送となった。

高い治療効果の理由として、脳の発達と両親とのアタッチメントの2点が考えられる。成人と違い思春期は脳の可塑性、発達が期待できる。衝動性が高い子どももそれをコントロールできる発達が期待できる。家庭から離れて静かな環境に入ること、不安や抑うつ症状が高まる。一方で攻撃性も高まる。それらをケアするフロアスタッフとの関係性構築の治療効果が大きい。

<INSIGHTS—Teen Parent Program>

①概要

1979年にスタートした、10代の親の子育てと生活を支援するNPO機関
若年の母親のサポートグループやユースカウンセリング、DV防止プログラム、生活支援（住居設定等）など、いくつかのプログラムをもって支援している。

対応者：Belle Bennett (Development Director)
Diane Cohen-Alpert (Director)
Tiffany Tucker (Housing Program Director)
Erizabeth Oates (Program Manager)

②対象

妊娠・出産した10代の女性とその家族（子ども、パートナー、家族）
妊娠して自分で生むと決めた女性が自ら相談に来る場合や、学校や病院からの紹介などが契機。CPS（州の保護局）から送られてくる場合もあるが、最近は少ない。
最年少は12歳。

オレゴン州では、高校の授業の中で Teens の育児が取り入れられているが、学校からドロップアウトし、生活にも困難を抱える子どもへの支援が必要であった。

女子の非行はそれほどなく、むしろ相手の男子の方に非行がある。

また、女子の親の方に問題がある（機能不全家族）。

以前は Teen Parents の子どもの9%が養子縁組であったが、今は、1.5%になり、Teenage の47%は結婚するようになった。

DVや被虐待体験なども見方が変わり、オープンになった。

③プログラムの内容

以下のようなプログラムを柱に、1対1で、またグループワークで支援

- Prenatal Health & Nutrition（妊娠期の健康と栄養摂取）
- Housing（住宅供給）
- Parenting Education（親としての教育）
- Violence Prevention（暴力防止）
- Networking and Peer Support（ネットワークと相互サポート）
- School Advocacy（学校での弁護）
- Support for Young Fathers（若い父親へのサポート）
- Emergency Assistance with Food, Diapers & Personal Supplies
（食料、オムツ、生活必需品などの緊急援助）
- Mental Health Counseling（精神保健カウンセリング）
- Drug and Alcohol Risk assessment
（ドラッグとアルコールのリスクアセスメント）
- Development of Life Skills that Leads to Self-Sufficiency
（自己充実に向かうための生活スキルの発達）
- Developmental Screenings for Children
（子どものための発達スクリーニング）

◆ハウジング プログラム

妊娠すると多くの子どもは家から放り出される。あるいは親やパートナーと不仲になり出て行くため、ホームレス状態になる。

3つのプログラムを提供・実施

・住まいの確保

本当のホームレスには14年前から、連邦予算で普通のアパートを借り上げできるようになった。

生活は生活保護。家賃が高いため、保護費は月460ドル、子ども2人目からは500ド

ル

ホームレスシェルターに住む人もおり、モーターに泊まるためのチケットを渡したりもする。

- ・職業訓練などのプロダクティブ
- ・学校への通学

週1回、ケースマネージャーが家庭訪問して子どもに会うのが一番のポイント。周産期の教育を受けるようにもする。

◆学校教育

多くの子は妊娠時（あるいは妊娠前）から学校に行っておらず 復学は難しい。LD、被虐待歴（何最で受けたかで、認知や発達への影響が違うが）などもあり、登校がしんどい状況。ヘレンスキーハイスクールと4～5年前から連携。妊娠中学校に空きがあれば行く。

◆緊急援助

食料やミルク、オムツ、衣服などをストックしてあり、緊急時に提供する。

◆ペアレントプログラム

- コミュニティナースとの家庭訪問（ナースはメディカル面）や、1対1でのサポートで心身のケアと教育を行う。

- ・食物、子どもの発達、社会制度などを学び、ポジティブな親になれるよう、支援
- ・母乳について、専門に教えるスタッフもいる。
- ・家族との関係、彼との関係の整理

- 菜園での野菜作り（癒し・・・スーピングにもなる）と、それを用いてのクッキング（栄養士も参加）

- グループカウンセリング（5～8人）（7週間－2週間の休み－7週間のサイクル）

- 3時～5時のグループは、Evening Breeze（風）という名前をつけていた
- ・コラージュを作りながらの話し合い（目を見て話さなくていい）
- ・子どものための学び・・・歌を歌う、動物園や公園に行く

- DVプログラム

◆これらのプログラムが目指すのは、守れる環境と要因を作ること

- ・レジリエンス（弾力性）の獲得
- ・怒りのマネジメント
- ・孤立を防ぐこと：他の若い母にも会え、孤立を防ぐ。ポジティブな友人関係、ソーシャルスキルを学ぶ
- ・愛着の形成
- ・虐待の予防
- ・家族や彼との関係性の整理

個人やグループへの参加は強制ではない。

複数のプログラムに参加する人もいれば、1つのグループだけの人もいる。

虐待して子どもをCPSに保護されてしまう場合、ここでプログラムを受けて返してもらうようにすることもある。

1年間の猶予で監護権を失う

家裁での証言をすることもある。

スペイン語しか話せない人もいるので、そのグループもある。

被虐待をフォーカスすることは余りない。

◆家族へのかかわり

家庭訪問してティーンエイジャーの原家族（両親やきょうだい）との話をする。

原家族とどんなプログラムがいいか、話をする。

女のきょうだいがいる場合、サービスを必要としているか、みる。（リスクは4倍）

両親にも援助が必要なこともある。

④運営・スタッフ

NPOとしての運営は、州、郡、市からの基金（補助金）と企業や市民などからの寄付でまかなっている。そのため、補助金をとるための専任スタッフがいる。

ディレクター、プログラムマネージャー、ハウジングスタッフなど、スタッフは、計35名

（非常勤も多い）。このうち、男性は2人（父親とのかかわり）

スペイン語のスタッフもいる。

一人のクライアントに、運転、面会、記録も含め、週3日費やす。
訪問プログラムはすべて無料。

2、イギリスにおける性的虐待治療に関する研究と実践の動向

—子どもの虹情報研修センター報告書³⁾から— 増沢 高

当研究班の研究協力者である、子どもの虹情報研修センターの増沢氏から、同センターによるイギリス視察（平成19年4月）で得た情報の中で、当研究に関連が深い性的虐待への治療に関する部分についての情報の提供を受けた。以下は、その報告書から本研究の趣旨に沿って簡潔に引用・抜粋したものである。

1) 児童虐待対応のシステム：子どものニーズ・危機状況に応じたレベル区分

イギリスにおける児童虐待対応のシステムは、子どものおかれたリスク状況によって以下の4段階に分かれ対応がなされている。児童虐待の通報を受け、介入の中心となるのは CSC (Children Social Care) で、日本の児童相談所にあたる。分離保護の権限は警察と裁判所にあり、警察は72時間のみ分離する権限が与えられており、72時間を超える保護については裁判所の判断が必要となる。

報告書では、ロンドン大学児童福祉分野の David Gough 氏 (Gough, 2007) の分析として、「イギリスでは、SSD を中心にレベル2と3に力が注がれている実情であるとした上で、アメリカではずっとレベル4に力が注がれてきた状況があり、日本では長くレベル1に力が注がれてきたが、近年（児童虐待防止法以降）はレベル4に力が注がれるようになってきている」との考えを紹介している。(注1)

表1 子どものリスク状況

レベル1：支援を必要とする多くのケース (Child in need)：非行児や障害を持つ子どもまで、支援を必要とする多くのケースが含まれる。

レベル2：児童虐待の状況について調査を行う段階のケース：児童虐待が疑われ、SSD を中心に児童虐待の有無や状況について調査が行われるケースである。サービスが必要かどうかを判断する初期アセスメントが7日間で実施され、さらに複雑なニーズを持っている場合や、保護の検討が必要となる場合、35日以内でコアアセスメントが実施される。

レベル3：児童保護登録ケース (Child Protection Register Case)：調査の結果、児童虐待の状況が明らかで、緊急性や問題の深刻さが認められるケースである。リストに登録され援助プランが義務付けられる。SSD を中心に、関係諸機関が集まり、ケースのアセスメントをし、具体的な援助プランが立てられる。本来援助プランが立てられることに主目的があったが、登録されているケースのみが児童虐待ケースとみなす傾向が強まってしまった。そのため本来の目的に沿うように児童保護計画 (Child Protection Plan：CPP) と名称を変更し、2007年9月に公表された政府の統計ではこの名称に変更されている。

レベル4：裁判所の判断を要するケース：分離か在宅かの判断が必要となるケースで、重篤なケースである。

2) イギリスの児童虐待件数

表2に児童保護登録計画ケース数を示している。これから見ると、イギリスにおける性的虐待単独のレベル3の件数は、2007年では2,500件となっている。

表2 2002年から2007年までの年度間の児童保護計画（登録）ケース数と虐待種別

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
総数	27,700	30,200	31,200	30,700	31,500	33,300
ネグレクト	10,800	11,700	12,600	13,200	13,700	14,800
身体的	5,300	5,700	5,800	5,500	5,100	5,100
性的	2,800	3,000	2,800	2,700	2,600	2,500
情緒的	4,700	5,400	5,700	5,700	6,700	7,800
混合／不特定	4,100	4,400	4,300	3,700	3,300	3,200

(Department for children, school and families, 2007)

3) イギリスにおける性的虐待への治療的介入

報告では、イギリスでは児童思春期の子どもたちへの精神保健サービス（Child and Adolescent Mental Health Service 以下 CAMHS）が適正に供給されることを目指して、子どものニーズのレベルとそれに対応するサービスを階層化する方向性が提案されており、この中で性的虐待へのケアに相当するサービスの例として、性的虐待のための専門家チームが挙げられていると整理している。

またこのサービスは複雑なニーズと高度の脆弱性を持つ子ども、すなわち最上位のレベル4のニーズを持つ子どもへのサービスの区分に位置づけられており、このレベルのサービスの多くは、専門性をもった多職種チームによって提供されているとのことである。その理由として、「性的虐待には事実を発見し同定し介入されるまでに様々な困難なプロセスがある。さらにその後のケアの段階においても治療チームは性虐待を受けた被害者がおかれる複雑な状況を理解し、子どもに安全を保障する地域福祉機関や、生活の場とケアや教育を提供する里親や施設と連携しながら専門的治療サービスを組織立てていく必要がある」ことをあげている。また「虐待やネグレクトの問題をもつ家族の中でも性的虐待を受けた子ども」においては、個人・家族・地域とさまざまなレベルで、もっとも慢性的で複雑に絡み合う心理社会的不利や重篤な脆弱性を抱えていることは想像に難くないために専門的サービスが必要としているとの理由もあげられている。

また今回視察した多くの虐待対応の専門機関でのヒアリング調査において性的虐待への対応に関する設問を行い、共通した回答は、「この複雑に絡まり合った臨床的難問に対しても多領域が連携して、土台となる基本的な生活の安全の保障から必要なケアそして専門的治療を考えていく」という対応のスキームであったと述べている。またそこでは「性的虐待の影響という1点に特化してケアを考えるのではなく、心理社会的ニーズをもつ子どもとしての共通のフレームワークによる現状の評価からスタートすることになる」との考えも紹介している。（注2）

その基本的なエビデンスとして、治療的介入の研究報告から、性的虐待は一連の出来事であり一つの障害や症候群ではないとの理解が一般的であることを上げ、「性的虐待の否定的影響は目に見えるかたちの精神保健の問題や症状の主要な危険因子となるが、愛着形成の乏しさやケアの破綻、親のストレスなどの脆弱性については、多くの場合性的虐待が起こる以前から存在しており、介入後は多くの場合、家族の外のケアシステムで生活し、あるいは十分な収入を得にくい単親との同居生活になる。そうした脆弱な社会経済的基盤自体がさまざまな子どもの精神保健の問題の危険因子であるという共通認識の上に立って保護プランが作成される。」ことを報告している

<Lister primary care center の CAMHS チームによる性的虐待への治療サービスの現状>

Southwark 行政区で、地域福祉機関と連携した性的虐待を受けた子どもへの治療サービスを開始した Lister Primary Care Center の CAMHS チームは、8年前からこのとり組み（タピストック・モズレー CSA 治療研究）を開始し、現在は男児例や性的加害行動も含むより多様な状況に対応している。

Southwark 行政区の 2006 年度末の統計では児童保護プランにある子ども 234 ケースのうち 23 ケース（10%）の保護理由が小児期の性的虐待（以下 CSA）であった。2006 年度のロンドン市および英国の保護プランケースについての調査では、性的虐待を受けた子どもはそれぞれ 6% および 9% である。また同年度の CAMHS チームによる CSA 治療サービスへ紹介された児童思春期の性的虐待被害者は 33 例、性的加害（虐待）行動を示した子どもは 17 例と計

50例にのぼった。

①治療サービスの背景 現在は個別のケースに対してコンサルテーション、アセスメント、治療、家族・学校とのジョイントワーク、訓練などの内容のサービスを提供している。CAMHS チームは、治療プログラムはより広範囲の子どもの保護プランの一部分に過ぎず、日常の子どもへのケアや教育、娯楽を十分に提供できる治療環境を抜きに魔法のような解決はあり得ないと考えている。その一方で児童保護プランに載っていないケースでは効果的な多機関の協働が困難である。研究ベースでは大多数が治療プログラムを終了したのに対して、臨床ベースでは紹介ケースの20%しか治療終結に至っていない。

担当スタッフはプライマリーケアセンターのCAMHS チームである。このチームは10名近い多職種チームで、児童精神科医もレジデントを含め5名いる。各スタッフは専従ではなく一般の児童精神科臨床にも携わっているが、この治療サービスに参加している延べ時間に換算すると2.4人の常勤スタッフが、新患50ケースに対応していることになる。

②治療サービスの概要 現在の治療サービスの枠組みは心的外傷に焦点づけた認知行動療法の有効性のエビデンス（NICE guideline に呈示されている）に基づいている。

ステップ1 治療的に配慮された包括的な評価

互いに併存しやすいPTSD、不安障害（全般性不安障害、分離不安障害）、うつ病などを包括的に評価（スクリーニング）を行う。また性的虐待を受けた子どもは、過去一年間にその他の多種類の被害体験（地域での暴力被害、DVの目撃、いじめなど）を重ねていることが多いので慎重に確認し、それらがもたらした影響も併せて評価する。また治療的配慮として、虐待の事実のみでなく事実の打ち明け（ディスクロージャー）や打ち明けた結果起こったことから受けるダメージも大きいことを考慮し、家族が性的虐待の事実によつてどのように反応したかを把握する。

もう一つ家族や地域との関係の評価で配慮するのは、Finkelhor⁸⁾が“トラウマを生むダイナミクス Traumagenic dynamics”と名付けた状況である。評価の場でも子どもが体験してきた恐怖や無力感と再び直面することを意識し、遊びや描画などを用いて、それらの軽減を図りながら面接を進める。子どもへの直接の面接に加え自己質問票も用い、さらに可能な限り、親や家族、学校を複数の情報源にもとづく多面的な評価をすすめる。

ステップ2 初期介入における心理教育

心理教育的介入は評価の結果の症状の有無にかかわらず、全てのケースに行う。Young Minds が作成した性的虐待と理解と対処を説明したリーフレット（資料編参照）は子ども向けにとってもやさしく書かれており、このような体験をしたのが自分だけではなく、自分の責任でもなく、共感とサポートが得られ、回復の希望があることを伝えている。このような情報に接することは、子ども自身がStigmatizationやPowerlessnessからの脱却する最初の手がかりとなる。また親向けにも診断評価の結果やこれから得られる支援を説明する。性的虐待の理解と対応のリーフレットもRoyal college of Psychiatristがwebsiteを通じて提供している。

子どもへの心理教育セッションでは、過度に身体的接触をするなど、身体的親密性について混乱している子どもが多いため、子ども自身の体について、どこを触ることはOKで、どこはいけないのか。性的な嫌がらせを受けたとき具体的な誰にそれを言えばいいのかを繰り返し確認する。症状のないケースではここまでで終結し、フォローアップとする。

ステップ3 多面的な治療セッション

性的虐待の与える影響は深刻で1-2年間の治療は必要と考えている。性的虐待自体は障害ではなく、ある心理社会的なストレスや不利をもたらす状況、心身の健康に否定的な影響を与える重大なリスク要因と考える。このような状況におかれたハイリスク・グループとしての被害者の子どもに対して、最初に行う予防的および早期介入の方法としてCBTは有効な治療法だと言われている。そこでPTSDなど内在化症状が中心となる子どもに対しては、期間を限定し構造化した認知行動療法的アプローチを行っている。並行して親や養育者（虐待を行っていない）に対しては、性的虐待によって生じている行動上の問題への理解と適切な対処を教示していく。養育者自身にも被虐待歴や家庭内暴力（DV）などの危険因子が多く存在するため、それらへの具体的な対処法も親と共に考えていく。家族への系統的な働きかけがないと、治療の脱落率は高くなる。

行動化や自傷行動などが生じたときその危機的状況を管理し安全を確保するために治療施設を利用する場合も稀にある。8年間の取り組みのなかで性的虐待を受けた思春期のケースが2名、小児のケースが1名入院治療を受けた。

ステップ4 地域とのリエゾンワーク

教育的支援の必要なケースは多く、心的外傷後のストレス症状や、不安、または集中力低下などのために、学業パフォーマンスの達成度の低下が問題となる。学校側では学業不振につながる心理的要因を把握していないことがあり性的虐待について担任などが理解していることは重要である。また無防備な性的虐待のディスクロージャーの後、そのことで学校でいじめに遭うケースもあるため、学校とのやりとりや家族も交えた3者面談などのリエゾンワークは重要である。

治療チームは数多くの否定的感情を経験するため、スタッフのバーンアウトのリスクも高い。そこでスタッフへの個別や集団でのスーパーヴィジョンのスキルも重要となる。

③性的加害行動を示した子どもへの治療サービス

現在、性的被害による受診ケースが年間延べ約80例に加え、性的加害行動による受診ケースが約20例となっている。3年前にスタートしたプロジェクト(Youth Abuser Project)のデータベースから現在までの加害行動での受診例の傾向をみると、予想に反して女兒例の比率が高く、かつ低年齢のケースも多いということが指摘された。成人の性的加害行動の調査をみても回顧的に情報を聴取すると、その50%では他の問題行動とともに性的加害行為が小児期に始まっていることが報告されており、加害行動への介入は将来の性的虐待に対する予防活動でもある。

これらの子どもにも犠牲者の側面があり、それらへの治療的介入とのバランスや優先順位が重要となる。すなわち被害者としての内在化障害と、加害者となりうる外在化障害の双方の側面が治療の対象となる。

④まとめ

報告書では最後に、「性的虐待を受けた子どもへの治療的対応は社会的養護システムの中にいる子どもたちと同様な課題を抱えている。すなわち里親ケアの破綻の多さや施設ケアを受けた子どもたちの社会的自立の困難さなど子どもの育ちとライフサイクルを支える生活基盤の安定性や連続性の問題である。この課題に対し社会的ケアと保健分野、教育分野の協働の向上と共に家庭外の施設で生活する子どもや里親措置後の子どもへのCAMHSを提供するシステムの確立が強調されている。」と述べ、イギリスではこれに応えた取り組みが開始されていると述べている。

<上記内容に関する分担研究者の見解>

注1：David Gough氏による子供のリスク状況に関する見解

日本の児童相談所が対応している性的虐待事例についてこのリスク状況によって分類すると、レベル4にエネルギーを注いでいる状況ではあるが、レベル2～4まで含まれている。

注2：治療に関するこの認識は日本でも共通理解としてあるが、ケアを始めるスタート地点が、現時点ではイギリスやアメリカとは異なっているという点を押さえておく必要がある。それ故、基本的な理解やケアシステムに関する考え方は共有できるが、家族への介入や支援においては、日本の現状にみあった課題の整理と、力動の理解が必要になる。

3 イギリスにおける性的虐待への取り組み

—NSPCC ソーシャルワーカーへのインタビューを通して—

渡辺治子、鶴飼奈津子、岡本正子

2006年8月のNPO法人NSPCC(The National Society for Prevention of Cruelty to Children)と Parkside Clinic (CNWL NHS Mental Health NHS Trust) の共同プロジェクトチームである「アセスメントプロジェクト (Assessment Project)」のソーシャルワーカー Lindsey Calpin 氏への訪問に続き、今回、通訳を依頼したチャイルドサイコセラピスト 鶴飼奈津子氏に委託した Lindsey 氏への追加インタビュー、情報収集により、イギリスでの性的虐待への取り組みや課題について調査を行った。

調査協力者

Lindsey Calpin 氏：ロンドンの北ケンジントン区にある「Parkside Clinic」に拠点を置く、NSPCC と NHS メンタルヘルスクリニックとの共同アセスメントプロジェクトの SW 鶴飼奈津子氏：2008年2月までロンドン医療センターおよび Refugee Therapy Center 所属 児童思春期専門のサイコセラピスト 2000年から2004年まで「Parkside Clinic」でアセスメント・心理療法を担当 Lindsey 氏への通訳・インタビュー、情報収集を依頼

1) NSPCC の活動概要

「NSPCC」はイギリスの児童保護（児童虐待ケースの調査・介入）の専門機関として永く活動してきた NPO 団体である。現在、児童保護が政府の責任下に移った中、司法警察、行政（地方ソーシャルサービス局）等と連携して児童虐待の防止活動（広報啓発）、臨床サービス（調査アセスメント、治療的介入）を主に行なっている。活動は児童虐待防止の法律「Children's Act」に基づき、各地方で事業展開がなされている。

訪問した「Parkside Clinic」は、NHS のメンタルヘルスクリニックで、「NSPCC」と共同でアセスメントプロジェクトを展開している。このように、NHS のクリニックと NSPCC が共同でプロジェクトを行うのは、英国国内でも数少ない試みの一つである。Parkside Clinic は、成人部門と児童家庭部門に分かれており、それぞれの部門が、精神科医・サイコセラピスト・臨床心理士・家族療法士・グループセラピストやアートセラピストなどの多職種チームにより構成されている。NSPCC と共同で行うアセスメントプロジェクトには、この2部門から多職種の専門家が参加し、NSPCC 所属のソーシャルワーカーと共にチームを組んで取り組んでいる。

2) イギリスでの性的虐待の状況

イギリスでは性的虐待は1980年代から性的虐待の状況について研究がなされるようになった。当時（25年前）、性的虐待は異例なこととされたが、大人になった女性たちが語り出し、起こり得ること、起こっていること、と認識され出した。（但し、日本の定義と違い、家族外の第三者によるものも含まれている。）

①2001年11月のNSPCCのレポートでは、ランダムに選んだ18歳から24歳までの若者2689人を対象にした虐待の被害経験を統計的にみると、これまで神話のように思われていたことが実際には違うことが明らかになったと報告されている。

○家庭内で親からなされる虐待の最も一般的なタイプは性的虐待と考えられていた。

しかし実際は、性的虐待の数倍も親から殴打されている。

○性的虐待は殆どの場合、父親と娘の近親姦とみなされてきた。

しかし実際には兄弟や義理の兄弟による性的虐待に比べてそれは稀で、1000人のうち4人より少ない。

○大人は家族外の性的暴力から子どもや若者を守る責任があると考えられてきたが、実際には、ボーイフレンドのような人物から望まない性的行為を強いられ続けている。若者の1000人のうち3人かそれ以下の人が、子供と働いているプロフェッショナルな人との意思に反する性的行為を報告している。

○見知らぬ人からの性的暴行が一般的と思われてきたが、実際にはそれは非常に稀である。公然わいせつでも、若者のわずか7%が見せられたと述べており、そのうち3分の1は見知らぬ人だったと述べている。