

そのことを前提にしながら、司法面接について定義をすると、「専門家がクライアントに質問することで法的に必要な情報を得るための面接」となる。どのような面接であれ、面接自体は人の話を聞くことが多いのであるが、司法面接での「聞く」は、“asking”の方の「訊く」が当てはまる。一方、臨床面接では、「専門家がクライアントの語りに積極的に耳を傾けることにより、主体的な語りを新たに生み出すための面接」である。そして、ここでの「聞く」は“listening”の「聴く」を当てはめることができる。そして、司法面接と臨床面接の大きな違いは、下山^{文献2)}が指摘するように、司法面接の場合は主体が専門家に置かれているのに対し、臨床面接の場合では主体がクライアントにある点である。

現在の心理臨床系の大学での面接技法演習の授業で取り上げられるのは、司法面接ではなく、ほとんどが臨床面接が中心である。その背景には、ロジャースのクライアント中心療法などの流れがあるためで、そこでは大学(院)生は受容や共感についての技法を学ぶ。このように臨床面接の技法を身につけてきた学生が家裁調査官になって戸惑うことは、受容や共感が大切であると教えられてきたばかりに、少年や当事者から必要な情報が得られないという事態にしばしば直面する。逆に、社会学や法学などを専門にしてきた学生の方が、家裁調査官になってスムーズに質問できたりできる。ただ、調査官補時代は手厚い研修

が用意されていることもあり、少し経験が積んでくると、その差はほとんどなくなるし、大学時代に学んだ受容や共感の技法が今度は役に立ってくる。なぜなら、家裁調査官の面接というのは、司法面接だけ、あるいは臨床面接だけで進んでいくものではなく、両者がうまくバランスが取られていくことが望まれるからである。

司法面接と臨床面接のことを、医師の例を挙げて説明したい。腹痛で来られた患者に対して、その医師は臨床面接ばかりを心掛け、患者の「お腹が痛いんですよ」という訴えに、「痛いですよ」と応答し、患者の「治りますかね?」という質問に、「治りたいですよ」と応えたとしたらどうだろうか?患者の立場に立った場合、この医師は果たして信用できるだろうか?この例では、やはり医師が腹痛の原因を突き止めるために、「いつから痛みだしたのか?」、「どのような痛みなのか?」、「何を食べたのか?」、「下痢や嘔吐、発熱など別の症状はないか?」ということをしつかり聞き出してくれることを患者は求める。司法面接もこれと同じなのである。その上で、医師は患者の苦しみや不安の気持ちに共感し、「痛いですね」と言ってくると患者としては救われた気分になる。要するに、司法面接と臨床面接、「訊く」と「聴く」の両方をうまく使い分け、バランスをとって面接をしていくのが専門家なのである。

ここでもう一つの例として、ケースカ

ンファレンスをしているときのことを取り上げたい。そのクライアントは成人男性で、職場不適応を主訴にカウンセリングを希望され来談された。カウンセラーの話によると、そのクライアントは会社で働いているが、同期入社をした同僚と比べて自分は昇進が遅れ、しばらく後に鬱的になったとのことであった。しかし、このカウンセラーはクライアントがどのような会社に勤めているか、その規模や社員の数、あるいは仕事内容などまったく聞くこともなく、カウンセリングを続けていた。いくらクライアントが主体である臨床面接であるとしても、カウンセラーとしては治療をするからにはしっかりとした仮説や治療目標がなくはないはずで、このような少ない情報量だけで適切な仮説や治療目標が立てられるのか疑問に思った。カウンセリングであったとしても、インテーク時に司法面接の技法を使って、必要な情報や事実関係を押さえておくことが大切である。

勿論、職務内容によって、面接のあり方はどちらかにウエイトが置かれていることは言うまでもないことである。また、臨床面接であるからすべてをクライアント任せにするわけでもないし、逆に司法面接であるからクライアントの主体性を損なってもよいというわけではまったくない。両者をバランスよく使いこなせることが面接では非常に大切なのである。

B. 家裁調査官の面接技法

家裁調査官は人間諸科学の専門家として、家裁の少年事件や家事事件の調査を担当するが、家裁調査官の面接とはどのようなものであろうか。ここでは、私自身が経験した中で考えられるそれらの特徴をいくつか挙げてみたい。

まず最初の大きな特徴は、家裁調査官は法的な調査をするわけではなく、社会調査が中心であることである。社会調査とは、少年や当事者の性格であったり、家庭環境であったり、学校や職場などの状況を調べていくことで、少年や当事者は勿論、保護者や家族、教員など複数の関係者と面接することもある。

二番目の特徴としては、家裁調査官の面接は仮説検証型、もしくは仮説生成型のスタイルをとることが多い点である。つまり、家裁調査官は面接前にそのケースについての調査仮説を立てて、面接計画を頭に描く。それに基づいて面接を行っているといった仮説検証型の調査面接となる。また、調査を進めていく中で、新たな情報が得られ、当初立てた仮説を組み直したり、新たな仮説を生み出したりしながら面接を進めていく仮説生成型でもある。この点については後に再度取り上げたい。

三番目の特徴としては、事実の調査を重要な面接の目的としていることである。事実には主観的事実と客観的事実があるが、家裁調査官はその区別を明確につけながら面接をする手法をとっている。この点は、司法面接にも臨床面接に

も言えることであるが、クライアントの主観性に重点を置くことが大切とされる臨床面接においても、診断や評価といったアセスメントには客観性がなくてはならない。発達障害で著名な京都大学の十一元三教授が言われたことを引き出すと、家裁調査官の報告書は主観的事実と客観的事実が明確になされているために発達障害の診断をしやすい。一方、臨床心理士が報告するケース記録は、主観的事実と客観的事実の区別が曖昧であるだけに、それをもとに診断をすることが難しいとのことであった。例えば、子どもの幼少期のエピソードを聴取する際、単に「育て方に苦労しました」という主観的なことだけでなく、どの部分にどれほど苦労をされたのかといった具体的なエピソードを聞き取っていくことが家裁調査官の報告には求められる。そのエピソードの聞き方についても、「よく迷子になりました」、「探し出すのに苦労しました」というだけではなく、発見された時の子どもはどのような様子であったのか、ケロッとしたのか泣き叫んだのかといった事実までも押さえていくことが診断には重要になる。同教授が診断に有益とされる家裁調査官の報告はこのような視点に立って書かれるからであるとのことらしい。

C. 仮説と検証の面接技法

仮説を立て、それを検証するような手法で面接を進めていくやり方、あるいは面接中にも新たな仮説を生成して、それ

を検証する手法をとる面接は、家裁調査官になったばかりの若い頃は相当に訓練を受ける。そして経験を経てこの技法を身につけると、短時間でいろいろな仮説を浮かばせたり、それを検証するためにどのようなことを面接で具体的に聞いていけばよいのかが自然に想起される。これは私見であるが、この仮説の立て方やそれを検証するための技法が身に付いていない人は、面接もなかなか上達しないように感じられる。

仮説の立て方について、少年事件について言えば、最終的なゴールは「この少年がどうして非行をしたのか?」ということであり、それをさまざまな角度から考えていくことになる。その際、「家庭に問題があったから」、「社会に不適応感を抱いたから」といったあまりにも漠然とした仮説を立てたのでは、それはほとんどのケースに当てはまることなので、わざわざ仮説を立てる意味はない。

ここで、仮説と検証の面接技法を山登りにたとえてみるとどうだろうか。ある人は数少ない中継地点（下位な仮説）を想定し、麓から頂上までできるだけ直線的に駆け登ろうとする。別の人は、頂上に行くまでにはときには険しいルートもあるにはあるが、それが無理ならば柔軟に予定を変更して着実に山頂を目指そうとする。そのためには多くの中継地点（下位な仮説）を想定する。言うまでもなく、山登りには後者の方が適しており、前者はどこかで挫折を強いられる危険がある。

具体的な仮説—検証の例示を挙げてみよう。ここに一つの情報として、「深夜盗んだバイクを頻繁に乗り回して補導された高校生」というものがあつたとする。仮にこういうふうな情報であっても、いろいろなことが推測される。一つの仮説としては、「学校や家庭で何か不満があるのではないか。それをバイクで紛らわしているのではないか」と。そのような仮説を立てたとすると、それを検証するためには、面接で家庭や学校での状況を聞いていきながら、果たしてそこに不満があるのかを明らかにしていく。あるいは、少年のバイクへの興味や関心、バイクに乗ってる時の気分などを聞いていく中で、法律を破ってまでそのような行動を取ろうとする背景を理解しようとする。もう一つ別な仮説としては、「少年は善悪の判断が出来ないほどに自分の欲求を満たそうとする性格である」ということを考えたとしよう。その場合には、検証するためには、初発非行がいつだったか、これまでの非行の反復性はどうか、本件以外にも同種の問題行動はあつたか、罪障感を抱いているのか、被害弁償についてはどうしたか等と、非行への抵抗感や反省の様子を明らかにすることで、立てた仮説を検証していく。当初は少ない情報であつたが、その途中で仮に、「少年の両親は最近になって不仲となり離婚した。少年は父親に引き取られたが、その父親というのはこれまで何度も少年に体罰を加えており、少年は父親を嫌っていた」といった別の情報が

入ってきたとすると、これまで立てた仮説を修正し、新たな仮説を生成して、それを検証する面接を行いながら山頂を目指すことになる。この例で言うと、「両親の離婚により、少年は情緒不安定になった。寂しさや孤立感が背景には大きく存在し、特に虐待を加えてきた父親との関係の不安定さが非行の引き金になった」といった仮説が生成されるかもしれない。そして、それを検証するためには、両親の離婚等を少年はどのように受け止めていたのか、父親や母親への認知はどうだったかを明らかにしていくことが必要となる。

ところで、仮説をわざわざ立てないで情報を収集しても、「少年がどうして非行をしたのか？」というゴールにたどり着くのではないかと思う人も中にはいるかもしれない。確かに、家庭での様子、学校での様子を聞いていくと、非行と関連するような情報が収集されるかもしれないが、そのような報告書を吟味すると、いいとこ取りばかりをしており、こじつけのような非行理解となっている場合が多い。また、その人が書いた数多くのケースの報告書を見比べてみると、いつも同じ視点での記載やワンパターンなケース理解しかされておらず、ケースが生き生きとしたものとして浮かび上がってこない。要するに、仮説をしつかり立て、それを検証できる情報収集のスタイルの面接をしているかどうかによって、報告書の信憑性が変わってくるのである。単に情報だけを集めて、後は

それを自分勝手に作文をするということでは、司法臨床とは言いにくいのではなかろうか。

D. 司法面接のコツ

ここでは、仮説—検証の司法面接のコツを取り上げたい。まず最初は、先入観にとらわれずに、豊富なイメージから多くの仮説を引き出すことである。言いかえると、柔軟性のある仮説を生成していくことである。逆に、仮説に縛られて柔軟性をなくしてしまうと、面接も高圧的になり、相手の言い分が受け入れられないという事態に発展しかねる。

次に、二番目のコツとしては、仮説を検証する質問に対して、相手からの回答を少なくとも三つ以上は用意し、それぞれの回答に更に次の質問を用意しておくことである。ある仮説に対して質問を投げかけ、それが妥当かどうかの二者択一式の返答を予想することは実に簡単である。しかし、イエスカノーだけでなく、もう一つの回答をこちらがあらかじめ用意し、その返ってきた回答へのさらなる質問を事前に用意しておくことは面接のスキルアップとなる。また、より正確な仮説を生成し、精度の高い事実につながりやすい。

ここでは簡単な日常の会話を例を挙げたい。ある人が同僚に「そろそろ食事にしましょうか？」と質問してみる場面であったとする。同僚はどのように返答するかわからないが、「そうしましょう」と仮に言ったとすると、こちらは「では

何を食べますか？」と次の質問をあらかじめ用意しておく。もし、相手が「今は食べたくないんです」と言ったら、こちらは「体調でも悪いんですか？」と投げかけてみる。そして、この二つの予想できる返答とこちらの質問だけでなく、もう一つの返答を考えておき、それに対する質問を想定しておくわけである。例えば、同僚が「どうしようかな？お腹減ってるようで、減ってない気分」と言ったとしたら、「軽いものなら食べられますか？」と次の質問を投げかけてみようという具合に。

このように一つの仮説に対しての質問に、三通りの回答とそれぞれのさらなる質問を用意しておくことは、面接での情報量が豊富になるばかりでなく、柔軟な仮説—検証スタイルを遂行していくためには大切なことである。

このような面接技法はさまざまところで応用できる。例えば、虐待の否認に対する対応もその一つである。仮に子どもの顔にある痣について保護者に質問する際、「階段からこけたものだ」と否認したり、「叩いたのは確かだが、これは虐待ではなくしつけだ」と否認したとするならば、次にいかなる質問を投げかけるのかを頭に入れて面接をしないと否認を打ち破ることはなかなか難しい。ここに臨床面接と大きく違う司法面接の特徴、つまり面接者の主体性が大きく問われることになる。

E. 刑事コロンの面接技法

これまで家裁調査官の司法面接について、臨床面接との違いを中心に述べてきた。そのため、通常言われている司法面接 (Forensic Interview) , つまり性的被害等の状況をうまく伝えることができない子どもなどに行う専門家の面接とかなりかけ離れたものになったかもしれない。

それを専門にする菱川^{文献3)} は司法面接の専門家をレントゲン技師に例え、「司法面接は、子どもに起きたことを、何も足さず、何も引かず、起きた通りに話してもらうことを特化した技法である。変化を起こさない、ただ思い出して話すことができるように、適切な言語的キューを出すことに尽きる。例えるならばレントゲン技師に近く、臨床家でもない。ちょうど医師が、レントゲン技師にレントゲン写真の依頼を出す時のことを想像して頂きたい。技師は、目的、部位、基本的な患者の情報を得、患部がきれいに写し出されることに専念する。レントゲン技師が診断をしないように、司法面接を実施した者が、子どもが本当のことを言っているのか、嘘を言っているのか結論は出さない」と述べている。家裁調査官の場合は、少年事件の調査にしても家事事件の調査にしても、評価や意見を出さざるを得ない点での違いは見られるが、“見えないものを見えるようにすること”はいずれの司法面接にも共通する点である。そして、目に見えないものを、目に見えるようにするという工

夫や技術が司法面接の根幹にある部分であるとも言える。

ここで、臨床とは少し赴きが違う話となるが、『刑事コロンの面接技法』を引き合いに出したい。なぜなら、コロンの面接技法は司法面接にとって非常に参考になるのではないかと思われるからである。

まず一つ目として、コロンの高い推理力と直感力に裏付けられた物事の本質を捉えようとする思考を挙げることができる。それは勿論、豊かな経験にも裏打ちされたものであることは容易に想像できる。

二つ目として、自分の立てた仮説をあくまでも検証しようとする主体性と行動力である。コロンは被疑者のところへ行って質問をする。そして、さまざまな質問をして帰ろうとするが、パッと振り向いて、また質問をする。被疑者はこんなコロンの態度にうんざりするものであるが、その一方で真実を暴かれるのではないかと不安も高くする。このような主体性や行動力は特に家裁調査官の調査技法にはなくてはならない。

三つ目として、コロンの共感力が挙げられる。彼は刑事と被疑者という関係を超えた人間関係を常に編み出しており、そこには相手の立場にスッと立てる共感力を備えている。刑事と被疑者という関係はどうしても真つ向から対立的となりがちであるが、コロンの場合はそうではない。コロンが質問して被疑者が応えると、相手の横にスッと立り領いてる。共感力がなければとてもそんな

ようにできない。以上の三点のコロンボの面接技術は、司法面接にも通じる。

おわりに

最後に述べなければならないことは、われわれはさまざまな事態に対応できる面接技術を今後も身につけていかねばならないことである。そうすることが人間を相手とする専門家の使命でもあるように思われる。

<文献>

- 1) 廣井亮一 2007 『司法臨床の方法』 金剛出版
- 2) 下山晴彦 2002 「カウンセリング的法律相談の可能性」 『現代のエスプリ415 21世紀の法律相談』 菅原郁夫・下山晴彦編 至文堂
- 3) 菱川愛 2007 「司法面接」 『小児科臨床』 Vol.60, No.4. pp831-837

厚生労働科学研究費補助金

子ども家庭総合研究事業

児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の
予防・介入・ケアに関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書 2/2

主任研究者 奥山 真紀子

平成20（2008）年3月

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究

主任研究者 奥山真紀子 国立成育医療センター

目次

1 / 2

I. 総括研究報告

児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究

(奥山真紀子) 1

II. 分担研究報告

1. 虐待予防に関する研究

1) 児童虐待予防に関する研究

乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)の予防プログラムに関する研究

(山田不二子・田中真一郎) 15

2) 妊娠期からの虐待予防に関する研究 (佐藤拓代) 31

3) 児童虐待の発生予防・進行防止を目指す在宅養育支援のあり方に関する研究

(中板育美) 123

・ 出産前後に発現する精神障害に関する最近の知見

—子どもの虐待問題との関連性に焦点をあてて— (中板育美) 133

・ 精神科・神経科診療所と地域保健機関とのパートナーシップについて

(中板育美) 141

2. 在宅支援ネットワークに関する研究

1) 市町村における虐待対応ネットワーク(要保護児童対策地域協議会)実態と課題

(加藤曜子) 145

2) 虐待防止民間団体ネットワークの実態について (加藤曜子・吉田恒雄) 183

3) 個別ケース検討会議を実施している関係機関における連携度分析

(加藤曜子) 201

4) 児童相談所を中心とした在宅支援に関する研究報告書 (前橋信和) 225

・ 児童相談所が行う在宅支援に関するガイドライン (前橋信和) 238

5) 虐待に関する医療機関と他機関との連携 (multidisciplinary team)

に関する研究 (松田博雄) 247

6) 児童虐待予防における在宅養育支援のあり方に関する研究 (渡辺好恵) 269

3. 医療機関の虐待対応向上に関する研究

・ 医療機関の虐待対応向上に関する研究

(市川光太郎 山崎嘉久 小林美智子) 279

・ 診療所医師の子ども虐待問題に関する意識調査 (柳川敏彦) 285

・ 園医・校医における児童虐待診断機能の向上、及び医師会(園医・校医)と

教育機関との連携強化体制の構築に関する検討 (市川光太郎) 293

・脳神経外科医の日常診療の中での児童虐待への対応に関する研究 （山崎嘉久・柳川敏彦）	301
・小児病院におけるメディカルソーシャルワーカーや保健師の役割 （小林美智子）	321
・小児総合医療機関における虐待対応（予防を含む）に向けての MSW、保健師、心理士の役割（木村和代・藤江のどか・小林美智子）	327
・周産期・小児三次医療センター院内CAPS活動にみえるMSW・保健師の役割 小児病院における保健師の役割（木村和代・藤江のどか・小林美智子）	335
4. 総合的視点に関する研究 医療機関における子ども虐待データベースの構築に関する研究 （藤原武男・奥山真紀子）	347
5. 特殊な虐待に関する研究	
1) 母親に不快な情動を生じさせる乳児の音声特徴に関する検討 （金ヨンジョン・宮本信也）	357
2) 性的虐待のケアと介入に関する研究（杉山登志郎）	367
・その1 性的虐待のトラウマの特徴（杉山登志郎・海野千畝子）	371
・その2 園、学校で可能な虐待への取り組み（杉山登志郎・海野千畝子）	381
・その3 心療科病棟における性的安全の確立への対応と支援 ーコントロールルーム（ムーン）設立 （海野千畝子 大舘庸子 藤田三樹 垣内真次 小山内文 田中解子 杉山登志郎）	387
3) 性的虐待を受けた子どもからの聞き取り面接に関する研究（西澤 哲）	397
・児童相談所における性的虐待への調査面接の実践 ー「司法面接」のスキルを活用して（鈴木浩之）	403
・子どもの目撃者、被害者、被疑者からどのように話を聞けばよいか ーMOGP/ABE/PACE 司法面接（仲真紀子）	415
・臨床面接と司法面接（橋本和明）	429

2 / 2

6. 分離ケアに関する研究	
1) 虐待を受けた子どもと親への支援・治療に関する研究（小野善郎）	437
2) 要保護児童の一時保護に関する研究（総括報告）（安部計彦）	457
・児童相談所及び児童相談所一時保護所の現状と課題（安部計彦）	475
・一時保護所における暴力・暴言に関する現状と改善に向けての提言 ー3年間の調査を通してー（井出智博）	489
・少年法改正にともなう一時保護の課題（野田正人）	505
・児童相談所に勤務する小学校・中学校・高等学校教員（圓入智仁）	509
・児童相談所一時保護所の心理職のかかわりに関する調査（3） ー一時保護所に関する心理的業務への提言ー（大島 剛）	523

・一時保護所心理職業務に関する研究：横浜市西部児童相談所の実践から （大谷洋子）	529
・一時保護所でのケア（山下紀美子）	539
・委託一時保護制度の活用と課題Ⅲ（松崎佳子）	549
・アイルランドにおける児童福祉サービス（河原畑 優子）	569
・一時保護所で生活している子どもたちの声(その2)（山屋 春恵）	581
3) 施設内虐待の予防と介入及び子どものケアに関する研究（加賀美 尤祥）	623
7. 治療法に関する研究	
1) 被虐待乳幼児に対する愛着に方向付けられた治療についての研究 一被虐待乳幼児の発達一特に愛着の形成に関する研究（青木 豊）	647
2) 被虐待児の愛着・トラウマと感覚統合障害との関連性に関する研究 （星野崇啓）	665
・被虐待児の愛着・トラウマと感覚統合障害との関連性に関する研究 （岡田洋一・大久保貴子）	681
3) 虐待を受けた子どものトラウマとその治療に関する研究 児童養護施設における心理療法について(田中 究)	705
8. 非行・加害・問題行動に関する研究	
1) 発達障害・被虐待体験・非行（加害行為）の関係に関する研究（3） （田中康雄）	755
2) 児童自立支援施設におけるアセスメントとケア（富田 拓）	773
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	781

厚生労働科学研究費補助金（子ども総合研究事業）

児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

分担研究者 小野善郎 和歌山県子ども・障害者相談センター

虐待を受けた子どもと親への支援・治療に関する研究

研究要旨

児童虐待のために分離保護された子どもと親への支援においては、単に子どもの安全を保証するだけでなく、必要な治療やケアを行うことの重要性がますます認識されるようになってきている。本研究では分離保護後の効果的な支援・治療のあり方を検討するために、治療的な観点から現在の児童福祉システムを再評価し、求められる支援のモデルを検討した。

情緒・行動上の問題のために精神保健ニーズが高い被虐待児などに地域において必要な治療・支援を提供する枠組みとして知られている米国のシステム・オブ・ケアの概念とハワイ州における実践を調査した結果、これらはわが国における被虐待児と親に対する治療・支援にも有用な方法論であると考えられた。システム・オブ・ケアの実践で利用されているレベル・オブ・ケアの評価は、治療強度だけでなく、必要とされる治療環境を判断することができるので、子どもの治療的ニーズに基づいた施設入所などの支援計画に有用であると考えられた。また、わが国の児童福祉サービスをレベル・オブ・ケアの観点から再分類すると、精神保健サービスに相当するものも多く含まれており、精神医学的指向性を加えることによって、より効果的な治療サービスを提供できる可能性も示唆された。

これらの研究結果を踏まえ、昨年度の本研究で提唱した分離保護後のアセスメントと支援・治療の枠組みを修正し、レベル・オブ・ケアの評価に基づく支援計画の立案とシステム・オブ・ケアの中で子どものニーズに基づく治療・支援の提供を強調した新たなモデルを提唱した。

研究協力者(五十音順)

衣斐哲臣（和歌山県子ども・障害者相談センター）

小杉 恵（大阪府中央子ども家庭センター）

八代一司（和歌山県子ども・障害者相談センター）

山本 朗（三重県立小児心療センターあすなる学園）

吉田弘和（宮城県子ども総合センター）

A. 研究目的

児童虐待は子ども家庭福祉の重大な問題であると同時に、虐待を受けた子どもには深刻な身体的・心理的影響が認められることから、公衆衛生・精神保健の問題としての重要性も併せ持ち、適切な介入・治療・予防の努力が求められている。児童虐待相談事例に対しては、市町村と児童相談所は通告を受理し、調査・介入を行うが、被虐待児および親への支援には、さまざまな機関の協力が必要となる。

家庭での子どもの安全の確保が困難であったり、家庭での生活が不適切な事例では、子どもは家庭から離れて児童福祉施設入所や里親委託などの家庭外でのケアを受けることになる。これらの家庭外措置が行われた事例においては、被虐待児へのケアだけでなく、家族への支援も行うことにより、家族再統合に向けた支援も重要であり、これらの支援が効果的に行われることによって子どもが家庭から分離されている期間を最小限に留めることができる。

しかしながら、昨年度までの本分担研究における分離保護後の経過についての調査からは、分離保護された子どもや家族への支援は非常に乏しく、その結果として子どもたちが施設や里親で生活する期間が長期化していることが明らかとなった。これは児童虐待事例への調査・介入・支援のすべてにわたって責任を持っている児童相談所の活動が、通告の受理、調査、支援の決定にほとんどの労力を費やし、分離保護後のケア・支援を十分に行えない現状を反映し

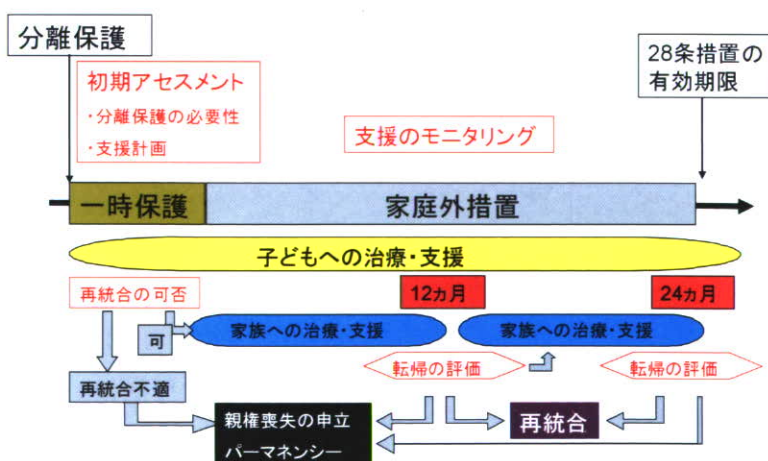
ているものと思われた。

このような児童虐待相談事例への支援の現状に対して、本研究では分離保護後のアセスメントと子どもと家族への治療・支援を提供するシステムの枠組みを示してきたが(図1)、これらの治療・支援を児童相談所や児童福祉施設だけで提供していくことは不可能であり、地域の子どもと家庭に関わるさまざまな機関との連携・協働が不可欠である。しかしながら、地域の関連機関との協働には、制度や考え方の違いからくる障壁や、地域に必要な専門機関や専門家がいなかったり不足していることなどによって、個々の事例に必要な支援が提供できないことも少なくない。

そこで、平成19年度の分担研究においては、昨年度までの研究で示された被虐待児の保護後の治療・支援のあり方を総合的に検討し、標準的な援助の時間的枠組みを策定することを目的として実施した。特に、被虐待児に対して効果的な治療・ケアを行うためには、家族再統合を目指した家族支

援の視点だけでなく被虐待児へのケアの視点からの家庭外措置のあり方を検討する必要があることから、子どもの地域精神保健システムと児童福祉との連携について、システム・オブ・ケアの理念と米国でのモデルを利用して、地域における被虐待児の支援・治療に必要な施設やサービスを明らかにし、効果的な支援体制を確立するための方向性について

図1. 分離保護後のアセスメントと支援・治療の枠組み



も検討した。

B. 研究方法

本研究を実施するために、児童相談所において児童虐待対応に従事している児童精神科医、児童福祉司、心理判定員を研究協力者とした研究班を組織し、以下の研究を実施した。

1. システム・オブ・ケアに関する調査

被虐待児にはさまざまな情緒・行動上の問題や精神症状が認められることが多く、精神保健サービスのニーズが高いことが知られている。児童虐待を受けて何らかの治療・支援が必要な子どもたちに適切な治療を提供するための枠組みとして米国で発展してきたシステム・オブ・ケアの概念について文献調査およびハワイ州における実践の現地調査を行い、被虐待児とその家族に対する治療・支援への応用の可能性について検討した。

2. レベル・オブ・ケアに基づく支援・治療に関する調査

システム・オブ・ケアの概念による地域精神保健サービスでは、子どもの持つ精神保健ニーズを把握し、必要とする治療強度に基づいて提供するサービスを判断するレベル・オブ・ケアの概念がある。このレベル・オブ・ケアの概念を利用して、地域における治療・支援のための資源を調査し、被虐待児とその家族の治療・支援に必要な社会システムの課題を検討した。

レベル・オブ・ケアを定義する方法として、米国のシステム・オブ・ケアにおいて治療強度の判定に使用されている児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)で採用されている7段階のレベ

ル・オブ・ケアを用い、日本における精神科医療、児童福祉、教育、少年司法の各領域における子どもの治療・支援サービスの配置 Array of Services を調査した。それぞれのプログラムがどのレベル・オブ・ケアに相当するかについては、代表的な施設やプログラムの実地調査も行い、最終的には分担研究者と研究協力者との検討により決定した。

さらに、米国でのサービスの配置について、ハワイ州精神保健部のシステム・オブ・ケアについても調査を行い、わが国のサービス提供システムの特徴とサービス配置の過不足について検討を加えた。

3. 被虐待児の分離保護後の治療・支援の枠組みのモデルの検討

平成17年度および18年度の分担研究の結果に、本年度の研究成果を加え、児童虐待のために分離保護を受けた子どもの治療・支援について、保護後2年間の時間的枠組みにおけるアセスメント、治療・支援、転帰の評価のあり方を検討し、最終的なモデルを提案した。

C. 研究結果

1. 被虐待児とその家族への支援・治療におけるシステム・オブ・ケアの有用性

1) システム・オブ・ケアの概要

子どもの精神保健に関するシステム・オブ・ケアの概念は1960年代から始まった米国の子どもの精神保健システムの改良の努力の中から生まれたもので、1980年代以降の子どもの精神保健政策の基盤になっている中心的概念である。

被虐待児やその他の要保護児童にはさまざまな情緒・行動上の問題が認められるこ

とが多く、児童福祉や少年司法だけでなく精神保健からの支援・治療が必要であることが認識されてきたが、従来の精神保健システムにおいては、ニーズのある子どものほとんどが実際にはサービスを受けられず、サービスを受ける場合も行動が制限された施設でのケアが中心で、地域における支援・治療の機会が少ないことや、関係機関の連携不足、家族の排除、文化的差異への配慮の不足などの問題があった。

これらの構造的な問題に対して提案された解決案は、包括的で、よく調整された、地域を基盤としたサービスと支援のシステムであり、1984年に国立精神保健研究所によって始められた連邦児童青年サービスシステムプログラム Child and Adolescent Service System Program によって具体的なプログラムとして構築され、1986年に Stroul と Friedman (1986) がシステム・オブ・ケアを「重大な情緒障害を持つ児童青年とその家族の多様で変化するニーズを満たすために、調和のとれたネットワークとして組織された、包括的で幅広い範囲の精神保健とその他の関連サービス」と定義した。彼らが提唱したシステム・オブ・ケアの概念には3つの中核的価値観とサービスの提供方法に関する10の基本方針がある(表1)。

しかしながら、システム・オブ・ケアの概念は具体的なサービスプログラムを表す概念ではなく、子どもと家族に対してどのようにサービスが提供されるべきかについての理念を表すものであるため、実際のネットワークの構成要素や組織構造は地域によって多様性がある。米国の場合では、システム・オブ・ケアを構築する社会資源と

しては、精神保健、社会福祉、教育、保健、
表1. システム・オブ・ケアの中核的価値観と基本指針

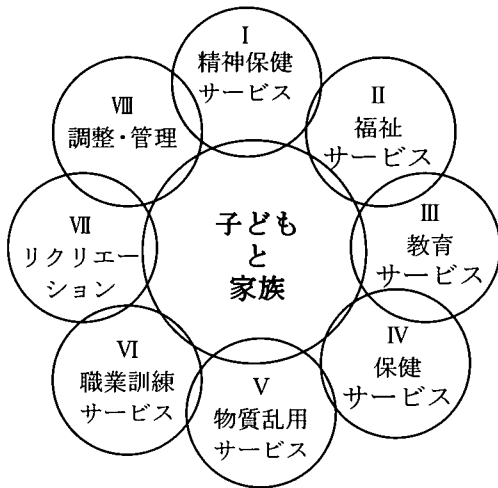
中核的価値観	
1.	システム・オブ・ケアは子どもを中心とし家族に焦点を当てたもので、子どもと家族のニーズによって提供されるサービスの種類と組み合わせが決定される。
2.	システム・オブ・ケアは地域を基盤としたもので、管理と意志決定の責任だけでなくサービスの中心はコミュニティのレベルにある。
3.	システム・オブ・ケアは文化適合的なもので、サービス機関、プログラム、サービスはサービスを提供する集団の文化的、人種的、民族的な違いに対応しなければならない。
基本指針	
1.	情緒障害を持つ子どもたちは、その身体的、情緒的、社会的、教育的ニーズに対応した包括的なサービスが利用できなければならない
2.	情緒障害を持つ子どもたちは、個別的サービス計画に沿って、それぞれの子どもの独自のニーズと潜在能力に応じた個別化されたサービスを受けられなければならない。
3.	情緒障害を持つ子どもたちは、臨床的に適切な、もっとも制約が少なく、もっとも標準的な環境でサービスを受けられなければならない。
4.	情緒障害を持つ子どもの家族または代理家族は、サービスの立案と提供のすべての側面に参加しなければならない。
5.	情緒障害を持つ子どもたちは、サービス機関、プログラム、サービスの立案、整備、調整の機構との良好な連携の下に、よく統合されたサービスを受けられなければならない。
6.	情緒障害を持つ子どもたちには、複数のサービスがうまく調整され治療的な形で提供され、子どものニーズの変化に応じてシステム・オブ・ケアの中で柔軟な対応ができるようにするケースマネジメントやそれに類する機構が提供されなければならない。
7.	情緒障害を持つ子どもたちの早期発見と介入は、良好な結果の可能性を高めるために、システム・オブ・ケアの中で積極的に取り組まなければならない。
8.	情緒障害を持つ子どもたちは、成長と共に成人のサービスに円滑に移行できるようにされなければならない。
9.	情緒障害を持つ子どもたちの権利は保護され、情緒障害を持つ児童青年の権利擁護を推進しなければならない。
10.	情緒障害を持つ子どもたちは、人種、宗教、国籍、性別、身体障害、その他の特性に関係なくサービスを受けられ、そのサービスは文化的差異や特別なニーズに感受性を持ち、それらに対応したものでな

ればならない。

Stroul & Friedman (1986)

物質乱用防止活動、職業訓練、リクリエーションプログラムと調整・管理（ケースマネジメント）の機関が含まれているのが一般的である（図2）。

図2. システム・オブ・ケアの枠組み



2) ハワイ州におけるシステム・オブ・ケアの実践

平成19年4月17日より4月22日までの日程で、ハワイ州における子どもの精神保健システムについて調査を行った。

ハワイ州の子どもの精神保健システムは、ハワイ州保健局児童青年精神保健部 Child and Adolescent Mental Health Division (CAMHD) によって運営されているが、1993年に精神障害を持った子どもたちが教育制度の中で必要な精神保健サービスを受けられていないことに対して州知事、教育長、保健局長を相手取った集団訴訟が起こされたことをきっかけに、改革の努力が行われてきた。その結果、ハワイ州の子どもの精神保健システムはシステム・オブ・ケアの概念を取り入れ、さまざまなサービ

ス制度やプログラムを創設し、今日ではもっとも優れたシステム・オブ・ケアの実践のひとつとして全米で広く知られるようになってきている。

ハワイ州のシステム・オブ・ケアは教育と公的精神保健サービスとが共同で幅広い精神保健サービスを提供している。基本的な精神保健サービスは、すべての児童生徒を対象としたもので、学校全体での予防、早期発見から、重大な情緒および行動上のニーズのある生徒に対する集中的なサービスまでが、教育省のプログラムである学校行動保健サービス School-Based Behavioral Health Services として提供されている。より集中的、専門的なニーズがある場合には CAMHD の支援として以下の3種のサービスが提供される。

・教育支援精神保健サービス Educationally Supportive Mental Health Services

・情緒行動発達支援プログラム Support for Emotional and Behavioral Development Program

・精神保健単独 Mental Health Only Category

これらのサービスの分類は主として予算の出所の違いによるもので（教育予算、Medicaid などの公的保険）、3つのカテゴリーのサービス全体で、幅広いサービス配置 Array of Services が構成されている。

精神保健ニーズのある子どもたちは、家族、学校、その他の地域機関などから学校区に対応して設置されている家庭相談センター Family Guidance Center (FGC) に紹介され、アセスメントに基づいてサービス提供者（民間）から必要なサービスを受ける。アセスメントは精神医学診断だけでな

く、機能状態の評価とレベル・オブ・ケア（治療強度）の評価が含まれる。

FGC は精神保健サービスの提供の中核的な公的機関であり、多くの専門職が関与している。各 FGC には児童精神科医の医務部長 Medical Director がおり、すべての臨床サービスの責任を持っている。また、10 - 12 人の精神保健ケアコーディネータが配置され、サービス提供者との連携を行っている。

具体的なサービスプログラムについては、レベル・オブ・ケアによるサービス分類のところで説明する。

3) システム・オブ・ケアの有用性

児童福祉が関わる被虐待児などの精神保健ニーズの高い子どもたちに対して必要なケアを提供していくためには、このシステム・オブ・ケアの概念はとりわけ有用な枠組みである。重篤な情緒・行動上の問題を持つ子どものケアでは、一機関がすべてを担って問題を解決するのは非常に困難で、たとえば単に入所施設に措置したり専門的な児童精神科医療機関に子どもを紹介するだけではなく、親を含めた家庭への支援、教育からの支援なども含めてさまざまな地域におけるサービスプログラムを効果的に組み合わせることで、より高い効果を期待することができる。

また、システム・オブ・ケアの概念では、ケアの中心は子どもと親であることから、たとえば被虐待児のケアの中で親へのケアも必要な場合でも、両者を一体的にケアすることを可能にするシステムでもある。さらに地域におけるシステムの中には成人の精神保健サービスの機関も含まれるため、青年期から成人期への移行を円滑にし、成

人期にも継続的なケアを必要とする発達障害を持つ人たちなどへのサービスを向上させることも期待できる。

このような方法論はもともとソーシャルワークに起源を持つものであり、児童福祉の方法論とも共通するものである。その意味において、システム・オブ・ケアの概念に基づく子どもの支援・治療は児童福祉にとっては受け入れやすい枠組みである。実際に、ハワイ州におけるシステム・オブ・ケアでは、サービス提供の中心的な役割を地域の FGC が担当し、そこでは専門的な精神保健ケアコーディネータが、子ども・家族と学校やサービス提供者との調整を行っており、子どもと家族の支援・治療においてはソーシャルワークの方法論は重要な役割を持っている。

ハワイ州の FGC は地域において子どもと家族の支援を担っている点で、わが国の児童相談所と類似した機能も持っていると思われるが、FGC は明確に公衆衛生・精神保健の機関であり、児童福祉とは別な機関である。児童虐待への対応は児童保護局が担当していて、精神保健ニーズのある被虐待児は FGC に紹介され、そこで必要な治療・支援が提供されるシステムになっている。わが国では児童相談所が虐待通告への対応から被虐待児の治療・ケア、家族再統合までのすべてに関与していることから、児童相談所には FGC の機能も期待されているものと考えられる。

被虐待児だけでなく、情緒・行動上の問題に対して治療・支援を必要としている子どもたちに対しては、地域のあらゆる社会資源が協働することが求められ、システム・オブ・ケアはそのための有用な理論的

枠組みであると考えられている。システム・オブ・ケアは基本的に精神保健サービスを提供する理論的枠組みであるが、多彩な情緒・行動上の問題を示す被虐待児の支援を行う児童福祉の領域においてもシステム・オブ・ケアの中で活動することは、支援の質的向上に寄与するものと思われる。

以上より、被虐待児と親への支援・治療にシステム・オブ・ケアの概念を取り入れ、より効果的なケアや治療を提供するモデルを検討することが有用であると考えられた。そこで、本研究では、被虐待児の分離保護後の支援をシステム・オブ・ケアの観点から再考する方法として、レベル・オブ・ケアの概念を利用して、子どものニーズに基づいた支援のあり方について検討を行った。

2. レベル・オブ・ケアに基づく支援・治療レベルの判断

1) レベル・オブ・ケアの概念

レベル・オブ・ケア Level of Care とは精神保健サービスの強度の連続体 continuum of intensity と定義され、治療環境 therapeutic milieu とサービス強度 service intensity の少なくとも2つの次元で規定される。それぞれの精神保健サービスはこれら2つの次元の強度によって特徴付ける

ことができる(表2)。

児童青年期の精神保健サービスにおけるレベル・オブ・ケアの概念は資源の強度に焦点が当てられ、子どものニーズに対応するためにより柔軟に定義されている。より伝統的なサービスを持つ地域では、より高いレベル・オブ・ケアは必然的に入所あるいは入院によって提供されるであろう。システム・オブ・ケアの概念に基づく地域を基盤としたサービスシステムが整備された地域では、より高いレベルのサービスを可能な限りもつとも制限の少ない環境で提供することができる。

レベル・オブ・ケアを理解するひとつの方法としては、ひとつの小児科クリニック(もつとも低いレベル・オブ・ケア)で利用できるサービスと、大きな病院(高いレベル・オブ・ケア)との違いを比較してみると分かりやすい。乳幼児検診やふつうの病気については、子どもや青年は小児科クリニックで治療を受けることができる。より複雑な問題に対しては、特に障害や生命に関わるような問題には、より多くの治療ができ専門医もいることから大きな病院での治療が適切であろう。

2) レベル・オブ・ケアの定義

表2. 治療環境とサービス強度によるレベル・オブ・ケアの概念化と具体的なサービスの例

治療環境の強度	サービスの強度	サービスの例
高	高	精神病院の入院治療
高	中	入所施設での治療
高	低	Board and Care (泊まり込みのケア)
中	高	部分入院、assertive outreach (積極的訪問)
中	中	ラップアラウンドサービス、スキルトレーニング
中	低	グループホーム
低	高	デイトリートメント、心理社会的リハビリテーション
低	中	集中的外来サービス
低	低	伝統的外来治療、プライマリーケア

Lyons & Abraham (2001)

レベル・オブ・ケアにはさまざまな定義があるが、本研究では児童青年期の治療・支援に焦点を当てる必要性から、児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument

(CASII) の定義を用いた。CASII におけるレベル・オブ・ケアはレベル 0 からレベル 6 までの 7 段階で定義されており、それぞれの定義は表 3 のとおりである。

表 3. CASII における 7 つのレベル・オブ・ケア

レベル 0	： <u>基本的サービス</u> ：これは予防および健康維持のための基本的なサービスで、精神保健ケアの必要性の有無に関わらず、その地域のすべての人が利用できるものである。
レベル 1	： <u>回復維持および健康管理</u> ：このレベルのサービスはより高いレベル・オブ・ケアから下がり、現在の機能レベルを維持するためにシステムの最小限の関与を必要とする人や、以前の機能レベルに戻るために短期間の介入を必要とする人たちのためのものである。このレベルのサービスの例としては、慢性的な状態に対して継続的な薬物療法や短期的な危機カウンセリングだけが必要である児童青年などである。
レベル 2	： <u>外来サービス</u> ：このレベル・オブ・ケアは、従来からのクリニックでの診療に相当するもので、地域を基盤としたサービスの利用に限定される。
レベル 3	： <u>集中的外来サービス</u> ：サービスがより複雑で調整を必要とするものになるとこのレベルとなる。ケースマネジメントの利用はこのレベルからとなる。個別的サービス（ラップアラウンド）計画を作成するために子どもと家族のチームも利用され、教会、自助グループ、ビッグブラザー／シスターなど、もっぱら非公式な地域サポートも利用される。このレベルでは、症状の重症度が高くなるほど、ケア提供者と若者や家族との接触回数を増やす必要がある。
レベル 4	： <u>24 時間体制の精神医学的監視を伴わない集中的・統合的サービス</u> ：このレベル・オブ・ケアは、より多くの提供者と機関の強力な協働が求められる「多システム、多問題」の児童青年に対する、さらに集中的なサービスを示している。多くの公式なサポートも利用したより複雑なラップアラウンド計画も必要となる。追加的なサポートとしては、レスパイト、家事サービス、有料のメンターが含まれる。より伝統的なシステムでは、このレベルのサービスは、デイトリートメントや部分入院の形で提供される。このレベル・オブ・ケアでは積極的なケースマネジメントが不可欠である。
レベル 5	： <u>精神医学的監視を伴う、保護的でない 24 時間体制のサービス</u> ：従来から、このレベル・オブ・ケアはグループホーム、その他の施設しない入所施設で提供されているが、地域のラップアラウンドサービスのレベルが特に高いところでは里親ケアや家庭でも提供されることがある。どちらの場合でも、多様なサービスが子どもに対して提供され、子どもの多数のニーズに対応するために高いレベルのケアの調整が必要である。
レベル 6	： <u>精神医学的管理を伴う保護的で、24 時間体制のサービス</u> ：たいていの場合、これらのサービスは精神科入院病棟または高度にプログラムされた入所施設で提供される。ラップアラウンドによるサービスで保護のニーズが満たされる場合は、このレベルの強度のサービスは地域の中でも提供される。子どもがこのレベル・オブ・ケアにいる期間がもっとも適切なケアを提供するために必要最低限になるようにし、速やかに低いレベル・オブ・ケアに移行できるようにするためには、ここでもケースマネジメントが不可欠である。

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005)

2) レベル・オブ・ケアによる精神保健サービス配置の現状

被虐待児と親への支援は児童相談所や児童福祉施設だけでなく、精神科医療、教育、少年司法など、子どもに関わるさまざまな領域で提供されている。しかしながら、それぞれの支援における子どものニーズの評価や支援の目標などに差異があり、必ずしも有効に活用されていないこともある。どの地域においても全般的に不足している子どもと親への支援を効果的に行うためには、それぞれの地域の社会資源を有効に活用する必要がある。地域内での連携がなく、ひとつの領域（たとえば児童福祉）の中だけで支援を行うとすれば、最適なサービスがその領域の中になく場合には、必要以上に高いレベルのサービスを受けたり、逆に低すぎるサービスのために良い結果が得られないことが起こりうる。しかし、他の領域（たとえば精神科医療）に適切なレベルのサービスがあれば、子どものニーズに適合したサービスを提供することが可能になる。システム・オブ・ケアは領域間の連携・協働を重視するモデルであり、地域の社会資源を最大限に活用するためにも有用なものと考えられる。

そこで、本研究ではレベル・オブ・ケアの概念を利用して、地域における子どもと親への支援に関わる社会資源を合理的に分類・整理することで、それぞれの支援の持つ治療的意味を検討するとともに、現在の社会システムにおける支援の過不足の状況を明らかにし、将来に向けた整備の方向性を示すこととした。

わが国の現在の子どもの情緒・行動上の問題を対象とした主要な社会サービスは、

精神科医療、児童福祉、教育、少年司法の領域で提供されている。それぞれの領域の目的と方法論には違いがあるが、いずれも子どもの問題に対して何らかの支援を提供することで子どもの問題を修正し、より適応的な成長を目指す点において共通している。したがって、これらのサービスはいずれも、精神保健サービスと部分的であったとしても関連があり、システム・オブ・ケアを構成する社会資源である可能性を持っていると考えられる。

これらの各領域におけるプログラムを、CASII の定義によるレベル・オブ・ケアに基づいて分類することを試みた。分類にあたっては、研究班での討議をベースに、必要に応じて各領域の専門家との討議と実際のプログラムの実地調査を行って、それぞれのプログラムのレベル・オブ・ケアを判断した。

わが国の子どもの情緒・行動上の問題への支援をレベル・オブ・ケアごとに分類すると表4のようになった。それぞれの領域における支援の特徴は以下のとおりである。

a) 精神科医療

精神科医療は、子どもの情緒・行動上の問題の診断・治療を専門的に行う領域であることから、予防、プライマリーケアから閉鎖病棟での入院治療まで、すべてのレベル・オブ・ケアをカバーしている。しかしながら、児童青年期の子どもの精神科医療については、専門医療機関や専門医が非常に少なく、実際のニーズに対して十分にサービスが提供できるまでの体制にはない。児童青年精神科医療の資源については、地域格差も大きく、必ずしもすべての地域ですべてのレベル・オブ・ケアのサービスが