

の協力を得て実施した。

3-1. 検者間信頼性

各調査地区において調査参加者を対象に LOC の概念と CASII の使用方法についての研修会を開催し、すべての参加者が CASII を適切に使用できるように指導を行った上で以下の調査を行った。

各地域で CASII 評定者研修を終了した児童精神科医とそれ以外の専門職（児童福祉司、児童心理司、児童指導員、保健師、看護師など）があらかじめ用意された7例の標準症例（standard case vignette）の CASII 評定を行い、その評定データに基づいて検者間信頼性を評価した。標準症例は Fallon ら(2006)がオリジナルの CASII の開発段階での検者間信頼性の調査で使用したものを日本の文化に適合させたものを使用した。

精神科医およびそれ以外の専門職による CASII 評定データについて、各次元のスコアと合計スコア、推奨された LOC について級内相関係数（Intraclass Correlation Coefficient: ICC）を求め、検者間信頼性を評価した。

4. 児童相談所における援助方針と LOC 判定の関連に関する調査

子ども家庭福祉分野における相談援助活動における LOC 判定の活用の可能性を検討するために、児童相談所の相談事例の CASII による LOC 判定と実際の援助方針との関連を調査した。

調査は、妥当性の調査のために CASII の評定が行われた児童相談所の事例の中から、特徴的な事例を抽出し、ケーススタディとして行った。

5. ファミリーグループ・カンファレンスにおけるレベル・オブ・ケアの判断の有用性と活用の検討

CASII 日本語版の作成およびフィールド調査に参加した児童精神科医とともに、児童虐待相談事例への家族参画型支援であるファミリーグループ・カンファレンスにおけるレベル・オブ・ケアの判断の有用性と活用について検討を行った。

C. 研究結果

1. システム・オブ・ケアに関する調査

1-1. システム・オブ・ケアの概念

システム・オブ・ケアは Stroul と Frieman(1986)によって「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」と定義され、3つの中核的価値観とサービスの提供方法に関する10の基本指針によって説明されている。このうち、以下のポイントがシステム・オブ・ケアの理念では特に重要である。

- 幅広い個別化されたサービスと支援を提供すること
- もっとも標準的でもっとも制限の少ない環境で子どもを支援すること
- 地域を基盤としたプログラムで子どもを支援し、絶対的な必要性がない限り施設入所をさせないこと
- ほとんどのケースでは、家族は子どもにとってもっとも重要で生涯にわたる資源であることから、家族を支援し子どものケアに関与するようにすること
- 支援機関とプログラムは互いに連携し数のニーズのある子どもを支援する時に相反しないようにすること
- 文化の違いを認識し適切に取り扱うこと
この定義では「幅広いサービス」と定義されているが、システム・オブ・ケアの概念は個々のサービスのネットワークを現しているのではなく、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。実際のシステム・オブ・ケアの構成要素や構成構造は州やコミュニティによってさまざまであるが、それらの中にはシステム・オブ・ケアの理念に沿ったサービス提供の特徴と質を規定する基本的価値観と運営理念が採用されている。

1-2. システム・オブ・ケアの方法論

システム・オブ・ケアの理念には、家族の参加、地域を基盤とした治療、他機関協働などの主要な方法論が含まれる。また、実際のサービスはエビデンスに基づいたものでなければならない。

① 家族の参加

家族を中心としたケアを提供することはシステム・オブ・ケアの中心概念のひとつである。家族を中心に置き、支援を受ける子どものニーズに焦点を当てたサービスを提供するためには、システム・オブ・ケアのすべての場面に家族が積極的に関わる必要がある。家族の参加は子どもの支援計画の策定と実施だけでなく、コミュニティのサービスプログラムの策定や評価に関する管理的な場面までを含んでいる。

子どもへの支援に家族が参画する方法として「子どもと家族のチーム」のモデルがある。このチームは、家族あるいは家族支援者のリーダーシップで機能し、近親者や隣人、その他必要な人たちによって構成され、子どもへの治療計画や支援の実施について専門家やサービス提供者と話し合う。家族を中心として家族が参加した支援を行うことで、子どもが地域の中でケアを受けていく可能性が高くなるだけでなく、子どもの情緒・行動の問題のために、ともすれば地域から孤立したり排除されるかもしれない家族をも支援

することになる。

② 地域を基盤とした治療

システム・オブ・ケアの理念に基づく治療は、子どもが生活している地域を基盤として行うことを重視し、子どもが入院や施設入所などにより制限的なケアのレベルに進むことを予防しつつ、適切な治療を提供することを目指している。このために、上述した家族の参加だけでなく、地域のあらゆる資源を有効に活用した支援を柔軟に行うことが求められる。その方法論はラップアラウンド wraparound サービスと呼ばれている (wraparound; 総合的、包括的の意)。

ラップアラウンドの方法は子どもと家族の独自のニーズに応えるために、通常精神保健や福祉サービスだけでなく、その地域にあるあらゆる資源を利用するものである。支援の過程で子どもと家庭のニーズが変化することもあるが、その場合には子どもと家族がサービスから排除されるのではなく、サービスが修正されなければならない。また、支援は子どもと家族のニーズがある限り続けられる必要もある。

③ 多機関協働

家族中心で、地域を基盤とし、子どもと家族のニーズに合わせた支援は、単一の機関やプログラムでは提供が困難であるため、必然的に多機関、他職種の協働が必要となる。しかし、これまでの子どもや家族に対する心理社会的サービスは縦割りの官僚的システムによって提供され、効果的な協働ができないことが多かった。システム・オブ・ケアの理念に基づいたサービスシステムでは、多彩な支援やサービスを活用するため、それぞれのケアをうまく調整することが極めて重要な要素となる。そのための中核的な方法論がケースマネジメントである。

ケースマネジメントは単一の概念では

なく、さまざまな用語や定義が存在する。システム・オブ・ケアにおけるケースマネジメントの基本的要素としては、①アセスメント、②サービス計画、③サービスの実行（つなぎ、仲介（調達）、資源の開発、障壁の解決などを含む）、④サービスの調整（多様なサービスを確実に同じ目標に向けること）、⑤モニタリングと評価、⑥支援（家族をカブけ障壁を克服することを含む）が挙げられている。

ケースマネジメントは静的なものではなく、管理的なものからサービス機能までの範囲の連続体としての一連の機能と考えられる。もっとも管理的な機能は、サービス利用の審査、利用基準の管理、サービス認可などがあり、連続体の中間には、サービスの仲介（調達、実施）、クライアントの転帰のモニタリング、機関間の関係調整がある。連続体のサービス機能の極にはより援助的で直接的な治療サービスが含まれる。ケースマネージャーは子どもと家族のニーズによって、また治療の段階に応じて、これらの連続体の中で必要な機能を果たすことで、必要な支援が効果的に行われることを確かにする役割を担っている。

④ エビデンスに基づいた支援

精神保健サービスを必要とする子どもたちを治療する臨床家の目標は、彼らの苦痛を軽減するとともに、最適な機能レベルを回復するための適切な治療を提供することである。また、地域を基盤とする介入の目標は、情緒・行動の症状を可能な限り軽減するとともに、子どもが生活する状況において適切な機能状態にすることである。これらの目標を達成するために、システム・オブ・ケアでは治療効果についてのエビデンスがある治療や介入が積極的に取り入れられる。薬物療法や心理療法などの他に、いくつかの地域を基盤とした介入（たとえば、ケースマネー

ント、デイトリートメント、マルチシステムックセラピーmultisystemic therapy、治療的里親）にもエビデンスが報告されており、システム・オブ・ケアの中で実施されている。

エビデンスのある治療や介入を取り入れることは、症状、機能状態、心理社会的状況、転帰などのアセスメントや測定を適切に行うこととも関連する。子どもと家族のニーズに応じた治療の程度を判断するために開発されたレベル・オブ・ケアの評価尺度なども、システム・オブ・ケアにおけるエビデンスに基づいたサービス提供に貢献する方法である。

1-3. 子ども家庭福祉領域におけるシステム・オブ・ケアの有用性

子ども家庭福祉が関わる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ことだけではなく、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て実施することで、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。

システム・オブ・ケアの具体的な介入方法の中核としてケースマネジメントとラップアラウンドの方法も、子ども家庭福祉領域のサービスに適した方法論と考えられる。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、子ども家庭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・ケアの概念に沿った地域における子どもの精神保健システムは子ども家庭福祉にとっても受け入れやすい枠組みである。システム・オブ・ケアを構成する一員として子ども家庭福祉は重要な役割を担うことが期待されるが、それは地域の子どもの精神保健に寄与するだけでなく、精神保健ニーズの高い子どもたちへの児童福祉サービスの向上にも大きな効果が期待できるものであり、システム・オブ・ケアの理念に沿って地域精神保健サービスが整備されていくことは非常に合理的なものと考えられる。

2. 児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度日本語版作成

子ども家庭福祉では、被虐待児などの要保護児童の支援方針の判断では、主にリスク因子（たとえば、再虐待の可能性や子どもの問題行動の可能性）に重点が置かれ、子どもの精神保健ニーズに基づいて支援方針を決定する機会は少ない傾向がある。より効果的な子ども家庭福祉サービスを提供するためには、これらの子どもたちの精神保健ニーズを適切に評価した上で、そのニーズにあった支援の程度と支援環境を判断することが必要となる。

そのような判断に有用な概念がレベル・オブ・ケア Level of Care で、本研究ではこの概念を子ども家庭福祉領域における支援に応用することを目的として、米国児童青年精神医学会が開発した児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service

Intensity Instrument (CASII)を使用することとし、日本語版の作成を行った。

2-1. 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 (Lyons & Abraham, 2001)。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。

CASII におけるレベル・オブ・ケアは資源の強度に焦点が当てられ、それは子どもと青年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。地域を基盤としたラップアラウンドの方法が積極的に活用されている地域では、より高いレベルのサービスを可能な限りもっとも制限の少ない環境で提供することができる。CASII では以下のようにレベル0からレベル6までのレベル・オブ・ケアが定義されている。

レベル0：基本的サービス

：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：回復維持および健康管理

：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：外来サービス

：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：集中的外来サービス

：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4：24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

：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：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

：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：精神医学的管理を伴う保護的で、24時間体制のサービス

：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。

2-2. 児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度の概要

児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII)は、児童青年の治療措置のレベル、入所の継続、治療転帰を判断するための共通の枠組みを求める臨床現場の要望に応じて作られた臨床評価尺度である。CASIIは成人のために開発されたレベル・オブ・ケア評価尺度 Level of Care Utilization System (LOCUS)を基に作成され、発達の視点、家族への焦点、児童青年のサービスシステムの中での総合的なサービスの観点が加えられている。CASIIは当初 CALOCUS (Child and Adolescent Level of Care

Utilization System)という名称で米国児童青年精神医学会 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)の地域を基盤としたシステム・オブ・ケア小委員会が米国地域精神科医協会 American Association of Community Psychiatrists の協力を得て共同で開発した。商標上の問題から AACAP は 2004 年にこの評価尺度の名前を CALOCUS から CASII に変更した。このような経緯を踏まえ日本語版においては CASII をそのまま訳した名称ではなく、むしろ元来の CALOCUS の意味を反映させて児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度とすることとした。

CASII は多次元評定システムを採用し、各次元は最小から最重度までの 5 段階で評定される。各次元の 5 段階の評定に対してアンカーポイントが与えられ、その評定に合うアンカーポイントがひとつだけ選ばれる。各次元においてもっとも高いアンカーポイントの評定が、その次元の評定となる。臨床家はこれらのアンカーポイントを利用して各次元の評定を判断するが、臨床家の判断で、患者と家族の文化的背景を考慮したり、臨床的状况に応じた判断をすることはできる。

6つの次元すべての評定ができれば、合計して合計スコアが算出され、CASII レベル・オブ・ケア判定表から推奨されたレベル・オブ・ケアが得られる。ただし、場合によっては、児童青年が自動的に特定のレベル・オブ・ケアに判定される独立した基準がある。この基準は他の次元のスコアに関係なく適用される。たとえば、ある青年が自殺あるいは危険な行動のスコアが非常に高く、保護的な環境の外では安全を守る能力がない場合、他の状況がどうであろうと、このスコアによって青年はレベル 6 の強度のサービス（通常は精神科閉鎖病棟で提供される）に処遇することが推奨された。

CASII の 6 つの次元は以下のとおりであ

る。

危害のリスク

：この次元は LOCUS の危害のリスクの次元に、被害に対する子どもの発達の脆弱性の観点を追加したものである。したがって、この次元は、さまざまな方法による児童青年の自傷および他害を測定し、身体的、性的虐待、ネグレクトの被害を受ける可能性を評価している。

生活機能の状態

：この次元では、児童青年の日常生活における基本的な状態を評価する。ここでは家族、友人、生徒など、子どもの年齢に応じたすべての役割を果たす能力を評価する。また、現在の問題が食事、睡眠、個人衛生などの日常生活に与えている影響についても評価する。

併存障害

：この次元では、発達障害、身体疾患、物質乱用、精神疾患の 4 つの領域での併存障害を評価する。主訴が物質乱用の問題や発達障害である場合は、すべての精神医学的な問題は併存障害として考慮されなければならない。

回復環境

：この次元は、環境的ストレスと環境的支援の 2 つのサブスケールに分けられる。この次元で正確な評定を選ぶためには、児童青年の家族の長所と弱点を理解することが不可欠である。ここでは、児童青年の状態を悪化させたり改善させたりする近隣の役割も評価される。したがって、両方のサブスケールの評定が高いことは（極度にストレスの高い環境と環境的支援の欠如）、合計スコアと実際のレベル・オブ・ケアの選択に大きな影響を与えるものである。

回復力と治療歴

：回復力 resiliency とは、児童青年の生

得的、あるいは持って生まれた情緒的な強さであり、適応が成功する能力のことを言う(Rutter, 1990)。回復力の概念は、もっとも重症の障害を持っていたり、もっとも強いトラウマに満ちた生活状況の中で生きてきているが、それでも高い機能を維持し成長している児童青年や、速やかに機能を取り戻そうと治療を受けている児童青年を治療している臨床家には馴染みがあるものである。この次元では、児童青年とその家族がどの程度過去の治療で良い反応を示したかも測定する。この次元の評定は、自閉症スペクトル障害で見られる問題に特に敏感である。

受容と関与（スケール A—児童・青年、スケール B—親・主たる養育者）

：この次元は児童または青年とその家族の受容度と関与の両方を測定できるように2つのサブスケールに分かれている。言うまでもなく、児童青年の治療は家族が前向きに積極的に関与したときに効果が認められ、その反対に、家族が治療に対して興味を持たず、邪魔したり、あからさまに敵対すれば、その効果は得られない。もっとも高いスコア（治療に対するもっとも重大な困難を示したサブスケール）だけが、合計スコアを算出するために用いられる。

2-3. CASII 日本語版の作成

CASII 日本語版を作成するために、CASII および CASII User's Manual の翻訳を行った。

実際の翻訳作業では分担研究者がオリジナルの CASII を日本語に翻訳した後に、翻訳家にバックトランスレーションを依頼し、再英訳されたものについて、オリジナルとの差異を確認し修正を施して最終的な日本語版を作成した。この最終版について 2007 年 10

月に主任研究者 (Pumariega) と検討を行い、その後 AACAP より正式な日本語版としての承認を得た。

3. 日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) の心理測定特性に関する調査研究

3-1. 検者間信頼性

2008 年 8 月から 12 月にかけて国内 5 地区の児童相談所および 2 カ所の児童精神科医療機関において児童精神科医およびその他の専門職（児童福祉司、児童心理司、児童指導員、保健師、看護師等）を対象として CASII 評定者研修を実施し、その際、児童精神科医 23 名とそれ以外の専門職 106 名が検者間信頼性を評価するための標準症例を評定した。23 名の児童精神科医は 7 例の標準症例を評定し、それ以外の専門職の参加者は 7 例からランダムに選んだ 2 症例を評定したが、より正確な検定を行うために、医師以外の参加者にも 7 例すべての評定を求めることとなり、2009 年 1 月から 3 月にかけて前回評定しなかった 5 症例の評定を依頼し、最終的に 70 名が 7 症例の評定を完了した。

検者間信頼性は、Shrout と Fleiss (1979) の方法により級内相関係数 intraclass correlation coefficients (ICC) を用いて解析した。今回の解析では ICC (2,1) [絶対一致、単一測定] を採用し、SPSS (Windows v.8 英語版) を用いて計算した。

児童精神科医による CASII の各次元の ICC は 0.57 から 0.90 の範囲で、合計スコアと推奨された LOC についての ICC はそれぞれ 0.90 と 0.88 であった。次元 II (生活機能の状態) の ICC は 0.57 ともっとも低く、発達や精神医学的問題が子どもに与えている影響についての評価にばらつきが高いことが示唆された。しかしながら、合計スコアと LOC の ICC はかなり高いことから、生活機

能の状態についての評価に差があっても最終的な CASII による LOC の判断には大きな差異は生じておらず、臨床的な使用には支障は少ないと考えられた。

精神科医以外の専門職の評定データの ICC は全般に児童精神科医のものよりも低く、検者間の評定にばらつきが大きいことが示唆されたが、もっとも低い生活機能の状態の次元の ICC でも 0.42 であり、中等度以上の信頼性があるものと考えられた。

しかし、生活機能の状態の ICC が低いことは、推奨された LOC の判定に影響する可能性があり、実際、精神科医以外の専門職の評定では、合計スコアの ICC が 0.73 であるのに対し、推奨された LOC では 0.62 となっている。次元 I、II、III についてはスコア 4 (重大)あるいはスコア 5 (極度)と判断されると、合計スコアに関係なくレベル 5 あるいはレベル 6 と判断される独立基準が適用されるため、これらの次元の評定のばらつきは、合計スコアにはあまり影響は与えなくても、最終的な LOC の判定に影響を及ぼす可能性がある。したがって、これらのサブスケールのアンカーポイントを十分に理解できるように CASII 評定者研修を改善することで、LOC の判定の信頼性を高める努力が必要であると考えられる。

精神科医以外の専門職による CASII 評定の ICC は、学歴の違いではほとんど差は認められなかったが、児童相談所での勤務経験が 10 年以下と 11 年以上の評定者での比較では、11 年以上の群で若干 ICC が高い傾向が認められ、実務経験が長い方が評定の信頼性が高いことが示唆された。しかし、10 年以下の群においても ICC は実用レベルの数値を示しており、CASII は比較的経験の少ない専門家にも十分な信頼性をもって使用できると考えられた。

今回の評定データの ICC と米国で行われた研究で示された ICC (Fallon et al., 2006)

とを比較すると、全般に米国の方が良好な検者間信頼性が認められているが、日本語版の検者間信頼性も実用的なレベルであった。

3-2. 基準関連妥当性

3 地区の児童相談所および 3 か所の児童精神科医療機関で 163 例の CASII の評定が CBCL/YSR、C-GAS、実際のレベル・オブ・ケア (LOC) と比較された。対象者の年齢は 6 歳から 17 歳 (平均 11.8 歳) で、男性 111 例、女性 52 例であった。居住状況は在宅 86 例、一時保護 15 例、施設入所 15 例、入院 47 例 (全例閉鎖病棟) で、対象者のうち 145 例にはなんらかの精神医学診断が認められた。

対象者は男性が女性の約 2 倍であったが、CASII により推奨された LOC には男女間で有意さはなかった ($\chi^2=7.204$, $df=5$)。また、12 歳以下 (89 例) と 13 歳以上 (74 例) との間の LOC にも有意差は認められなかった ($\chi^2=5.350$, $df=5$)。

CASII の評定と CBCL/YSR、C-GAS、実際の LOC と間の相関は以下のとおりであった。

①CASII の総スコア、推奨された LOC、実際の LOC と CBCL/YSR および C-GAS との相関

CBCL の外向性スコアは実際の LOC ($r=0.022$, $p<0.05$)、CASII の総スコア ($r=0.412$, $p<0.01$) および推奨された LOC ($r=0.386$, $p<0.01$) と有意な相関が認められ、CBCL の総スコアは CASII の総スコア ($r=0.322$, $p<0.01$) および推奨された LOC ($r=0.283$, $p<0.01$) と有意な相関が認められた。YSR も CBCL と同様に、外向性スコアは実際の LOC ($r=0.293$, $p<0.01$)、CASII の総スコア ($r=0.377$, $p<0.01$) および推奨された LOC ($r=0.391$, $p<0.01$) と有意な相関が認められ、YSR の総スコアは CASII の総スコア ($r=0.249$, $p<0.5$) および推奨された LOC

($r=0.271$, $p<0.05$)と有意な相関が認められた。しかし、CBCLもYSRも内向性スコアは、実際のLOC、CASIIの総スコアおよび推奨されたLOCのいずれとも有意な相関が認められなかった。

一方、C-GASは実際のLOC ($r=-0.372$, $p<0.01$)、CASIIの総スコア ($r=-0.543$, $p<0.01$)および推奨されたLOC ($r=-0.607$, $p<0.01$)と有意な相関が認められた。

以上の結果から、実際のLOCやCASIIによる評定は、一般的な問題や機能状態を良く反映していることを示している一方で、CBCL/YSRの内向性スコアとの相関が認められなかったことは、LOCは内向性の問題の強さとの関連が弱いことを示唆している。つまり、CBCL/YSRの内向性スコアと危害のリスクや機能障害などのサブスケールの評価との一貫性が低いことを示唆しており、CASII評定において内向性の問題をより適切に評価する工夫が求められる。

子ども家庭福祉だけでなく、児童精神科医療においても、より顕在的な外向性の問題に注目が集まりやすく、不安、抑うつなどの内向性の問題は他児や大人たちへの影響が少ないことからCASII評定において過小評価される可能性がある。実際、わが国の児童精神科医療においては欧米で一般的に診断されているうつ病の診断頻度が非常に低いことが知られている。今後の評定者研修において内向性の問題を適切に評価する視点を強化することでCBCL/YSRとの関連が明確になることが期待される。

また、児童相談所や児童精神科医療では、内向性の問題を主とする子どもに対するより高いLOCのサービスが少なく、そのことが実際のLOCとCBCL/YSRの内向性スコアとの相関が低かった要因のひとつと考えられた。

②CASII評定と実際のLOCとの相関

CASIIの評定結果と実際のLOCとの相関を調べたところ、CASIIの各サブスケールスコア、総スコアおよび推奨されたLOCと実際のLOCの間にはすべて有意な相関が認められた($r=0.237\sim 0.649$, $p<0.01$)。このことから、CASIIの評定は、対象者の現在のLOCをよく反映しており、良好な基準関連妥当性があるものと考えられた。

③推奨されたLOCと実際のLOCとの差

CASII評定による推奨されたLOCと実際のLOCとの差をみると、163例の対象者のうち、68例(41.7%)は差が0、すなわち、CASIIによる推奨されたLOCと実際のLOCが同じであり、139例(85.3%)は推奨されたLOCと実際のLOCとの差が±1の範囲内であった。

推奨されたLOCと実際のLOCとの差の平均は-0.1288 (SD=0.9967)であり、t検定で有意差は認められなかった ($t=-1.293$, $P=0.198$)。

以上の結果から、CASII評定によって推奨されたLOCは実際のLOCとおおむね対応していると考えられた。

4 児童相談所における援助方針とレベル・オブ・ケア判定の関連に関する調査

児童相談所の援助過程においてCASII評定を行った3事例を紹介し、事例の経過とCASII評定者研修を修了した児童相談所スタッフの意見等も踏まえて、児童相談所の援助活動でのCASIIの有用性と課題を検討した。

その結果、以下のような有用性と課題が明らかとなった。

4-1. 有用性

①子どもの臨床的ニーズについてスタッフが見解を共有できる

CASIIは、子どもの臨床的ニーズを客観的

に示すことのできる尺度である。したがって CASII 評価を行うことで、臨床的ニーズについて児童相談所スタッフが見解を共有することが容易になる。その結果、臨床的ニーズを意識してスタッフが連携し、援助を行うことが期待できる。

②処遇・援助の方針決定の指標になる

「虐待対応会議などで処遇を考える際に有効だと思う」との意見があるように、臨床的ニーズと必要な治療資源を明確化する CASII は、処遇・援助の方針決定の指標となりうる。実際の事例においても処遇・援助の方針決定に有用であった。推奨のレベルに比べ実際のレベルが低くならざるをえない場合もあるが、この場合は CASII のスコアを下げるべく、どのリスクを減らすことが特に重要なのか（子どもに対してアプローチすべきか、家庭環境を整えていくか）を理解するために、CASII を利用することが期待できる。

③過去の援助の妥当性が検証できる

マニュアルに記載されているように、CASII は治療開始時、重大な変化が起こった時、サービスの終了時に評価されるのが理想的である。子どもに対する児童相談所の援助は長期化することも少なくない。事例の CASII 評価を経時的に記録しておくことで、過去の援助の妥当性が検証できる。このような記録の蓄積は当該事例のみならず、児童相談所の援助活動全般にとっても貴重な資料になると思われる。

4-2. 課題

①実施に時間がかかる

CASII に対しては肯定的評価がスタッフの意見として多かった。その一方、問題点として「評価項目が多すぎる」「時間的に実施が困難」との意見が複数のスタッフから得られ、実施に要する時間が検討課題と考えられ

た。評価を繰り返すことで各スタッフが CASII に慣れ、実施に要する時間が短縮化することも期待されるが、業務の中で無理のない時間で実施できるような工夫（簡易版のチェックシートの作成など）が必要と思われる。

②業務の中で位置づけが必要

「他にもいろいろとアセスメントシートがあり、どれを使えばいいかわからない」「チェックリストなどが多く、消化不良になっている」との意見もみられた。特に、どのような事例に対してどのタイミングで CASII を実施すべきかを強調し、児童相談所の業務の中で CASII をはっきりと位置づける必要がある。

5. ファミリーグループ・カンファレンスにおけるレベル・オブ・ケアの判断の有用性と活用の検討

ファミリーグループ・カンファレンスなどの家族参画型実践は、フォーマルな社会資源に加えて、家族、親族、地域などのインフォーマルな資源も積極的に活用することで、家族再統合に向けた援助を目指している。ファミリーグループ・カンファレンスの過程では子どもと家族のニーズを同定し、それに対する具体的な支援が検討されるが、この方法は子どもを対象とした地域精神保健の方法と類似している。特に、本分担研究で検討しているシステム・オブ・ケアの理念に沿った地域精神保健サービスシステムでは、「子どもを中心とし家族に焦点を当てる」ことを中核的価値観の第一に掲げ、子どもの治療的援助において家族および拡大家族を重要な資源として活用するとともに、ケースマネージャーを中心とした治療計画の立案にも家族が積極的に参加することを推奨している。さらに、家族の参画にあたっては、専門家チームの中で家族が孤立したり萎縮したりすることがないように適切なアドボケート（家族

支援者)を付けることで、家族参加が形式的ではなく実質的なものになるような配慮が求められている (Pumariega & Winters, 2007 を参照)。したがって、システム・オブ・ケアの理念に沿った子どもの精神保健サービスシステムは、ファミリーグループ・カンファレンスによる子どもと家族の支援との親和性が高く、これらの方法による子どもと家族の支援は、子ども家庭福祉と精神保健の効果的な連携を約束するものと考えられる。

被虐待児には愛着の障害やトラウマ関連症状など多彩な精神症状の合併が高率に認められることが知られており、また、親の精神的な問題は子ども虐待の主要なリスク因子のひとつでもあることから、ファミリーグループ・カンファレンスにおいても子どもと親の精神保健上の問題に十分な関心を持つことは不可欠な要素である。言い換えれば、子どもと家族の精神保健の評価とそれに対する援助は被虐待児の保護と家族再統合における重要な課題であるといえる。

精神保健の評価は基本的には精神医学や心理学の専門家によって行われるが、より正確な評価には子ども自身と家族の協力が欠かせない。つまり、専門家と家族との共同作業による評価は、現実的かつ効果的な治療計画に貢献するものである。本分担研究で取り上げている CASII によるレベル・オブ・ケアの判定は、ケースマネージャーやソーシャルワーカーが子どもと家族の状況を総合的に評価して、必要な精神保健サービスの強度を判断するもので、単に精神科医によって診断を受けるだけよりも、子どもと家族の援助活動においては有用な情報を提供することができる。また、精神医学診断を中心とした議論では、どうしても専門家が優位になり、家族や地域の支援者などとの対等な話し合いが阻害されるおそれがあるが、CASII の評定項目やレベル・オブ・ケアの概念は精神医学の専門家以外にも受け入れやすいものであ

り、ファミリーグループ・カンファレンスの中でも利用しやすいものである。

また、精神保健サービスの立場からは、子どもと家族のニーズに合わせて個別かつ柔軟にサービスを計画するシステム・オブ・ケアによる地域精神保健サービスの特性は、子どもの精神保健支援の中にファミリーグループ・カンファレンスの意向を最大限に採り入れる基盤となると考えられる。その結果、子ども家庭福祉と精神保健の連携が推進され、より良好な転帰が得られることが期待される。

ファミリーグループ・カンファレンスによる家族参画型家族支援とシステム・オブ・ケアによる地域における精神保健支援とはそれぞれ別な過程であるが、子ども家庭福祉領域での援助過程で CASII を使用してレベル・オブ・ケアを評価することは子どもの援助方針の判断にも有益な情報を提供できる可能性がある。既に述べたように CASII によるレベル・オブ・ケアは家庭外措置の判断に有用であり、児童相談所の担当者の援助方針策定のための補助ツールとしても使用可能である。ファミリーグループ・カンファレンスを行う場合は、子どもの措置については参加者の話し合いが重視されるので、児童相談所の方針だけで決定されるものではない。しかし、ファミリーグループ・カンファレンスの場で CASII の各次元についての評価を話し合い、そこから得られる推奨された措置レベルは、子どものニーズを考慮した援助方針の策定に合理的な指標を示すことが期待される。ファミリーグループ・カンファレンスで結論が出た措置レベルが CASII による判定と異なった場合でも、レベル・オブ・ケアの判定は子どもに必要なケアの強度 (ケアの内容、時間、頻度など) についての情報を提供することができるので、必要に応じて精神保健システムとの連携を援助方針に組み込むことを可能にすると思われる。

以上より、ファミリーグループ・カンファレンスによる家族参画型家族支援に対して、CASII によるレベル・オブ・ケアの判定は子どもの精神保健ニーズを基盤とした援助方針の策定に寄与する可能性があり、より効果的な家族再統合と子どもの精神的健康の達成に寄与することが期待されると考えられた。

D. 結論

米国で重度の情緒的問題を持つ子どもの地域を基盤とした精神保健サービスを提供するためのシステム・オブ・ケアの基本的価値観と基本指針は、わが国の子ども家庭福祉領域で支援する子どもと家族にも有用と考えられた。子どもの地域精神保健システムの観点からは、子ども家庭福祉はシステム・オブ・ケアを構成する一員として重要な役割を担うことが期待されるが、それは地域の子どもの精神保健に寄与するだけでなく、精神保健ニーズの高い子どもたちへの児童福祉サービスの向上にも大きな効果が期待できるものであり、システム・オブ・ケアの理念に沿って地域精神保健サービスが整備されていくことは非常に合理的なものと考えられる。

システム・オブ・ケアの枠組みを採り入れた子ども家庭福祉領域における地域精神保健支援の方法として、レベル・オブ・ケアの評価を活用した援助方針の策定が有用であると考えられ、米国児童青年精神医学会が開発した評価尺度を翻訳し日本語版児童青年レベル・オブ・ケア評価尺度 (CASII) を作成し、その心理測定特性を評価した。

児童精神科医と児童相談所の専門職を対象とした検者間信頼性の調査では、おおむね良好な結果が得られた。児童精神科医の級内相関係数 (ICC) は高く、十分な検者間信頼性が認められた。また、児童精神科医以外の専門職の ICC は全体的に精神科医のそれよ

りも低かったものの、合計スコアと推奨された LOC の ICC は十分に高く、臨床的な使用には支障がないものと考えられた。

さらに、児童相談所と児童精神科医療機関からの対象児における基準関連妥当性の検討においても、CASII 評定は CBCL/YSR の外向性スコアと総スコア、C-GAS、実際の LOC と有意な相関を示し、さらに全体の 85.3% の対象者では推奨された LOC と実際の LOC との差が ± 1 の範囲内であったことから、CASII には適切な基準関連妥当性があることが認められた。

以上の結果より、日本語版 CASII は十分な信頼性と妥当性をもって子ども家庭福祉および児童青年精神科医療の場で利用が可能であると考えられた。さらに、CASII は評定者研修を修了すれば、児童精神科医以外の子ども家庭福祉に関わる専門職においても十分な信頼性をもって使用できることが示されたことから、わが国の子ども家庭福祉分野での活用が期待される。

実際の児童相談所における相談援助活動においても、CASII を用いたレベル・オブ・ケアの評定は子どもの臨床的ニーズに応じた援助計画の策定と実施に役立つことが示唆されており、合理的かつ効果的な援助を進めるために CASII を活用されることが期待される。CASII を用いた客観的なレベル・オブ・ケアの評価は、子どもと家族を支援する専門職の間での情報と認識を共有することだけでなく、子どもと家族に対しても必要な治療や環境についての情報を提供することで、家族参画型家族支援においても重要な役割を果たすことが期待される。

文献

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: CASII Use's Manual: Child and Adolescent Service Intensity Instrument. Washington, DC. Author, 2005.
- Deidelen EL: Child Status Measurement: Operating characteristics of the CALOCUS and CAFAS. <http://hawaii.gov/health/mental-health/camhd/library/pdf/rpval/mr/mr001.pdf>. 2003.
- Department of Education & Department of Health, Child and Adolescent Mental Health Division, State of Hawaii: Interagency Performance Standards and Practice Guideline. 2006.
- Fallon T, Pumariega AJ, Sowers W et al.: A level of care instrument for children's systems of care: Construction, reliability and validity. *Journal of Child and Family Studies*, 15(2):140-152, 2006.
- Hodges K: Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). Ann Arbor, MI: Functional Assessment System, 1995.
- Lyons J.S. & Abraham M.E.: Designing Level of Care criteria. In Kiser L.J., Lefkowitz P.M. & Kennedy L.L.: *The integrated behavioral health continuum: Theory and practice*. pp.123-142. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2001.
- 小野善郎: 子どもの福祉とメンタルヘルス—児童福祉領域における子どもの精神保健への取り組み. 明石書店, 東京, 2006.
- Pumariega AJ, Wade P, Millsaps U, Moster M, & Clark T: Level of care determination in child welfare: evidence from the Child Program Outcome Review Team (CPORT) review. *Proceedings of the 18th Annual Research Conference: A system of care for children's mental health: expanding the research base*. Tampa, Florida, 2006.
- Pumariega AJ & Winters NC (編)、小野善郎 (監訳): 児童青年の地域精神保健ハンドブック: 米国におけるシステム・オブ・ケアの理論と実践. 明石書店、東京、2007
- Rutter M.: Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf J., Masten A.S., Cicchetti D., Neuchterlein K.H., & Weintraub S. (eds.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. pp. 181-214, Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Shrout PE & Fleiss JL: Intra-class correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86: 420-428. 1979.
- Stroul BA & Friedman RA: *A system of care for children and youth with severe emotional disturbances (Rev. ed)*. Washington, DC.: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Child Mental Health. 1986.

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

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）

分担研究総括報告書

性的虐待を受けた子どもと家族のケア及び援助枠組みに関する研究

分担研究者 岡本正子

研究要旨：

子ども家庭福祉分野における家庭内性的虐待の家族支援のあり方と援助枠組みをめぐる課題について調査検討した。

1年目は、アメリカとイギリスにおける性的虐待事例の子どもと家族への支援および援助枠組みに関する情報収集と、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」の取り組み経過について整理した。2年目は、3府県（大阪府・静岡県・岡山県）の児童相談所が平成19年度に一定関わった性的虐待事例の実態調査と、虐待を行っていない保護者（非加害親）に対する介入初期のアセスメントに関する文献研究を行った。3年目は、児童養護施設および情緒障害児短期治療施設における性的虐待事例への取り組み状況についての実態調査と、海外における虐待事例へのFGCの適用状況、特に性的虐待事例への適用状況に関して聞き取り調査と資料調査を行い、調査結果からは、虐待事例へのFGCの適用に関しては、国や地域によって多様な状況が見られ、ことに家族内性的虐待事例への適用に関しては、除外しているところから条件つきで用いられているところまでであることが明らかになった。

これらの結果から、性的虐待を受けた子どもと家族へのケアおよび援助枠組みに関して、以下のようにまとめられた。①児童相談所における性的虐待事例への家族支援は、非虐待親を中心とした家族参画による家族支援が現実的で有効である。②児童養護施設等へ入所した性的虐待事例への家族対応・家族支援の課題は、家庭支援専門相談員の機能強化、施設と児童相談所との連携強化や機関間の役割分担、家族対応・家族支援に関する方法論の確立が必要である。③子どもへの支援は生活ケアと自立支援の更なる充実が重要であり、同時に心理療法が行われる際の条件整備と施設心理士の役割の明確化も行う必要がある。④また施設において、精神保健上の課題を有する子どもも少なくなく、児童精神科医療との連携を視野に入れた治療ネットワークの構築の推進が必要である。

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（宮城県精神保健福祉センター）
桐野 由美子（京都ノートルダム女子大学）
鵜飼 奈津子（大阪経済大学）
山本 恒雄（日本子ども家庭総合研究所）

増沢 高（子どもの虹情報研修センター）
平岡 篤武（静岡県立吉原林間学園）
薬師寺 真（岡山県福祉相談センター）
薬師寺 順子（大阪府福祉部）
渡辺 治子（大阪府子ども家庭センター）
堀 道子（大阪府子ども家庭センター）

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、全国児童相談所における性的虐待相談対応件数は増加してきている。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。研究をスタートした平成19年度の状況は、児童相談所における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先進的な取り組みが始まっていたが、家族支援についてはほとんど取り組めていない状況であった。

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り、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れ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。

B. 研究方法

1. 研究班メンバーによる検討、事例調査、アンケート調査

本研究は、研究機関・行政機関および児童家庭福祉現場で性的虐待事例への対応や研究に取り組んでいる児童福祉司・臨床心理士・児童精神科医師・大学研究者からなる研究班を組織し、日本の子ども家庭福祉領域における性的虐待への家族支援および援助枠組みに関する現状と課題に関して、各研究協力者の実践フィールドを踏まえた検討を行ない、事例調査とアンケート調査を組み合わせ実施した。

2. 海外の先進事例の収集、文献調査、聞き取り調査

分担研究者及び研究協力者による海外先進事例の収集

研究協力者による、文献調査および聞き取り調査

C. 結果及び考察

1. 平成19年度の研究

19年度は、研究班メンバーによる検討と海外の先進事例の収集を行い、以下のような結論を得た。

1-1. 子ども・家族支援に関する現状認識と検討課題

①児童相談所の性的虐待対応の現状としては、初期介入時点における虐待認定と子どもの安全確保が重要な命題で、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。従って、性的虐待の家族支援に関する現状は、「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」は認識されていても、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。また「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。

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、ほとんどの場合そこでケースが終了している。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、入所後の面会や外泊調整等の対応が主体である。

このように現状は家族対応が主体であるが、家族支援という切り口から見た場合、何が必要で現実的に可能であるのかの検討が必要な

状況と考えられる。

②家庭内性的虐待事例における家族支援を検討する際に、家族再統合をどう理解するのかについて検討した。その結果、性的虐待の家族再統合は、他のタイプの虐待とは同様には考えることは出来ないとの結論を得た。

③性的虐待を受けた子どもの中には、PTSD関連症状や、重篤な情緒行動の問題を示す子どもがおり、その子どもや家族にどの機関がどのようなサービスを提供できるのか、「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。

イギリスやアメリカにおいては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り、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。

性的虐待のような、メンタルヘルスケアへの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、どのように医療との連携をおこなっていくかの検討が必要である。その際、費用についても考えていく必要がある。

1-2. 検討課題として、上記以外に以下の2点が挙げられた。

①「非加害親が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。

②初期介入から中長期的視野に立った家族への対応および家族支援として、家族への対応

は児童相談所を中心として行われるが、家族支援については、児童相談所で行う内容や児童養護施設等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。

1-3. 大阪府での取り組み

大阪府子ども家庭センターで、平成19年度から非加害親支援事業が始まっている。取り組み状況としては、年間約100件強ある性的虐待例中で、非加害親支援チームへの相談・面接依頼があったのは7件であった。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が、一方、初期対応時点で児童相談所において、非加害親自身の課題へのアプローチを含んだ個別的な心理的支援は、親自身の準備が整っていないことが多く、難しい状況があった。

1-4. 海外の情報収集

①ポートランド（アメリカ、オレゴン州）視察では、CARES Northwest 及び児童保護局の動きを中心に、性的虐待事例への初期対応と家族支援の実際、および若年妊娠・出産事例への支援、性的問題行動への治療の実践に関して視察を行った。

CARES Northwest における *Parent Support Group* の実践からは、初期対応時点における非加害親支援は必要であり、有効であると考えられた。

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について、子どもの虹情報研修センターによるイギリス視察の報告から性的虐待の治療に関する部分を中心に研究協力

者である増沢氏から情報の提供を受けた。(以下引用)

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子どものニーズ・危機状況に応じ4段階に分かれた対応が行われている。

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的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、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こと等があげられている。

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、性的虐待への対応への共通のスキームは、「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」であり、また「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」との考えが報告されている。

その基本的なエビデンスとしては、治療的介入の研究報告から、性的虐待は一連の出来事で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

2. 平成20年度の研究

研究2年目は、児童相談所における性的虐待事例への援助枠組み（特に家族支援）の実態を把握するための事例調査と、虐待を行っていない保護者（非加害親）に対する介入初期のアセスメントに関する文献研究を行った。

実態調査は、三府県（大阪府、静岡県、岡山県）の児童相談所が平成19年度に対応した性的虐待事例（一部平成20年度前半期も含む）

のうち、担当者が一定関わった事例を対象とし、大阪府70例、静岡県11例、岡山県12例が集約された。分析は統計処理されたデータをもとに行なわれたが、その際、集約状況が異なったため、大阪府と静岡県の合計81例と岡山県事例とは別々に分析を行い、各府県における性的虐待事例への対応状況および援助枠組みの現状と課題について整理した。また援助内容については、非加害親や家族への支援状況、および虐待者への対応を中心に分析を行った。

家族支援は、大部分の事例で非加害親である母親を対象に児童相談所が中心となって場を設定する形で行われており、ケースに応じて、そこに拡大家族が参加するという支援状況であった。虐待者に関しては、児童相談所による一定の指導が行われていたが、虐待者が成人の場合と未成年のきょうだいの場合においては、対応課題の整理がまず必要と考えられた。

文献調査からは、家庭内性的虐待事例で「非加害親が子どもを守れるかどうか」に関する介入初期のアセスメントツールにはまだ万全のものはない、という結果がえられた。

以上から、介入初期における家族支援の今後の課題としては、実践分析を深めることを通して、子どもの支援者としての非加害親アセスメントツールの検討と、非加害親を中心とした家族が子どもを守れるような支援の有り方をさらに深める必要があると考えられた。

また今回の調査の対象となった児童相談所では、性的虐待事例へのFGCの適用は行われていず、欧米と法的体系や文化の異なる日本において、性的虐待事例へのFGCの適用に関しては、虐待者を除いた家族参画の方向性を探るなど、さらなる検討が必要と考えら

れた。

3. 平成21年度の研究

研究最終年度である3年目は、児童福祉領域における性的虐待事例へのFGC適用に関する動向を整理した。また日本の児童福祉領域における性的虐待事例に対する家族支援の取り組み状況と援助枠組みに関する現時点での考察を行った。

方法は、①現在までにFGCを用いている国における最近の動向の聞き取り調査および資料調査、②児童養護施設・情緒障害児短期治療施設へのアンケート調査である。

ニュージーランド、オーストラリア、イギリス、アメリカの状況に関する文献・資料調査研究や研究者へのインタビューからは、虐待事例へのFGCの適用に関しては、国や地域によって多様な状況が見られ、ことに家族内性的虐待事例への適用に関しては、除外しているところから条件つきで用いられているところまでであることが明らかになった。

全国の児童養護施設・情緒障害児短期治療施設の施設代表者へのアンケート調査からは、性的虐待事例の家族再統合に関する考え方として、「原則として加害者との同居は考えない」との回答が約40%みられ、身体的虐待・ネグレクト・心理的虐待の場合の家族再統合とは異なると考えている傾向が認められた。また、性的虐待事例の家族への対応・支援を主に担っている職種は家庭支援専門相談員であるが、児童相談所職員も重要な位置を占めていた。その内容は、面会や外泊を巡るマネジメントや施設入所後に性的虐待が新たに発覚した場合の家族対応など、より児童相談所との連携強化が必要な内容と、家族および非虐待親への心理的ケア、家族へのソーシャルワーク的

支援などであった。その際、家族支援の必要性は認識されてきているが、課題として方法論の確立が求められている状況であった。また研究協力者による施設心理士の実態に関する調査研究から、性的虐待を受けて児童養護施設に入所した子どもへの心理的ケアおよび心理療法の現状と課題がしめされた。

以上の結果および研究班会議での討議の結果、性的虐待を受けた子どもと家族へのケアおよび援助枠組みに関して、以下のようにまとめられた。①性的虐待事例では、非虐待親を中心とした家族参画による家族支援が現実的で有効である。②児童福祉施設と児童相談所との連携強化がより必要で、機関間の役割分担や家族対応・家族支援の方法論の確立も必要である。③施設に入所した子どもの場合は、生活ケアと自立支援体制の更なる充実が重要で、同時に心理療法が行われる際の条件整備と施設心理士の役割の明確化も行う必要がある。④また施設において、精神保健上の課題を有する子どもも少なくなく、児童精神科医療との連携を視野に入れた治療ネットワークの構築の推進が必要である。

D. 結論

研究が行われた3年間には、性的虐待への予防・対応・ケアに関する他の研究が始まっており、その動きを踏まえながら平成21年度3月現在の現状と課題について以下のようにまとめられた。

1. 児童家庭福祉分野における虐待事例へのFGCの適用に関して海外での取り組み状況を調査した結果、国や地域によって多様な状況が見られ、ことに家族内性的虐待事例への適用に関しては、除外しているところ

から条件つきで用いられているところまでであることが明らかになった。

また調査や実践状況の分析から、日本の児童相談所における家族支援の現状は介入初期の関わりが多く、その場合、非加害親を中心とした家族参画による家族支援が現実的で有効であるとの結論を得た。

その際、初期対応時点における「非虐待親が子どもを守れるかどうか」のアセスメントに関しては、介入初期のアセスメントツールにはまだ万全のものはないという結果がえられており、今後もアセスメントツールの検討と、非加害親を中心とした家族が子どもを守れるような支援のあり方を深める必要があると考えられた

現在、児童相談所における初期対応時点の家族支援に対する現実的なツールのひとつとして小冊子が作成され、非加害親を中心とした家族への支援の実践段階に移っているが、この活動を継続発展する必要がある。

2. 児童養護施設に入所した性的虐待事例への家族対応・家族支援の中心は、家庭支援専門相談員とケアワーカーが軸となり、児童相談所職員も一定関わっている状況が見られた。したがって今後の課題としては、家庭支援専門相談員の機能強化、施設と児童相談所との連携強化や機関間の役割分担、家族対応・家族支援の方法論の確立が喫緊の課題である。

3. 子どもと家族への援助枠組みとしては、施設に入所した子どもの場合は、生活ケアと自立支援体制の更なる充実が重要であり、同時に心理療法が行われる際の条件整備と施設心理士の役割の明確化も行う必要がある

る。性的虐待をうけて施設に入所している
子どもの場合、イギリスの報告からも示唆
されるように、精神保健上の課題を有する
子どもも少なくなく、児童精神科医療との
連携を視野に入れた治療ネットワークの
構築の推進が必要である。