

性被害児の場合の担当に関する考え方を把握はできないと考えられる。

- ・ 日常的な引き継ぎの実施に関する回答のあったうち、最も多かったのは「引き継ぎの時間を決めて、職員が参加して実施している」の 812 名 (75.9%)、次いで「引き継ぎの時間は特に決めていないが、必要に応じて実施している」の 119 名 (11.1%)、「引き継ぎは記録や日誌によるもので行っている」の 101 名 (9.4%) であった。
- ・ 引き継ぎ時の参加者に関する回答のあった 931 名のうち、最も多かったのは「児童指導員」の 806 名 (86.6%)、次いで「管理職職員」の 590 名 (63.4%)、「施設長」の 549 名 (59.0%) であった。心理担当者の参加は、47.5%という結果である。
- ・ 毎回の引き継ぎに要する平均時間に関する回答のあったうち、最も多かったのは「30分」の 234 名 (25.1%)、次いで「15分」の 166 名 (17.8%)、「20分」の 134 名 (14.4%) であった。なお、回答のあった平均時間の平均は「25.5分」であった。
- ・ 児童の受け入れ前に行っていることに関する回答のあった 1060 名のうち、最も多かったのは「施設での生活面の準備」の 1005 名 (94.8%)、次いで「学校に関する手続き」の 803 名 (75.8%) であるが、「入所予定の児童との面会」は 61.6%、「児童相談所とのケース協議」は 59.5%、「在園児童に対する説明」は 50.6%と少ない状況がある。
- ・ 受け入れに関して新入所児童に行っている説明内容に関する回答のあった 1052 名のうち、最も多かったのは「施設生活のルール」の 1002 名 (95.2%)、次いで「施設設備の概要（居室等）」の 996 名 (94.7%)、「日課（衣食住に関することなど）／行事」の 990 名 (94.1%) であった。しかし、面会や通信の方法に関することは約 7 割前後、「相談の窓口」は 57.6%と、決して多い状況とはいえない。また、「入所理由に関する整理」は 41.9%との結果である。
- ・ 子どもの入所前の処遇検討会議に関する回答のあったうち、最も多かったのは「必要なケースのみ実施している」の 531 名 (49.6%)、次いで「必ず実施している」の 309 名 (28.9%)、「実施していない」の 190 名 (17.8%) であった。
- ・ 入所後の処遇検討会議に関する回答のあったうち、最も多かったのは「不定期に実施している」の 616 名 (57.6%)、次いで「必ず実施している」の 353 名 (33.0%)、「実施していない」の 65 名 (6.1%) であった。
- ・ 心理担当職員との連携協議に関する回答のあったうち、最も多かったのは「必要に応じて実施」の 707 名 (66.1%)、次いで「定期的実施」の 245 名 (22.9%)、「実施していない」の 79 名 (7.4%) であった。
- ・ 基幹的職員からの助言に関する回答のあったうち、最も多かったのは「必要に応じて実施」の 758 名 (70.8%)、次いで「実施していない」の 132 名 (12.3%)、「定期的実施」の 94 名 (8.8%) であった。
- ・ 外部専門家からのスーパーバイズに関する回答のあったうち、最も多かったのは「必要に応じて実施」の 569 名 (53.2%)、次いで「実施していない」の 288 名 (26.9%)、「定期的実施」の 148 名 (13.8%) であった。
- ・ 児童相談所との連携に関する回答のあったうち、最も多かったのは「必要に応じて実施」の 508 名 (47.5%)、次いで「実施していない」の 352 名 (32.9%)、「定期的実施」の 148 名 (13.8%) と、連携が必ずしもスムーズではない状況がある。しかしこのことは、児童相談所側の課題も含まれていると考えられる。

- ・ 新しく入所した子どものアセスメント（子どもの状態の調査・情報の収集など）に関する回答のあったうち、「行っている」が777名（72.6%）、「行っていない」が237名（22.1%）であった。
- ・ アセスメントに要する期間に関する回答のあった777名のうち、最も多かったのは「3～4週間」の314名（40.4%）、次いで「1～2週間」の247名（31.8%）、「2～3ヶ月」の123名（15.8%）であった。
- ・ 子どもに対するアセスメントの内容に関する回答のあった777名のうち、最も多かったのは「児童の性格／行動上の特徴」の718名（92.4%）、次いで「家庭環境（家族関係を含む）」の676名（87.0%）、「基本的生活習慣」の668名（86.0%）であった。
- ・ 自立支援計画を立てるに当たって、協議に参加する職種に関する回答のあった62名のうち、最も多かったのは「担当職員」の61名（98.4%）、次いで「心理担当職員」の25名（40.3%）、「家庭支援専門相談員」、「管理職員」の22名（35.5%）であった。また、自立支援計画を特に中心になって立てる職種に関する回答のあったうち、「無回答」が40名（64.5%）、「担当職員」が21名（33.9%）、「基幹的職員」が1名（1.6%）であった。
- ・ 自立支援計画の職員間での共有に関する回答のあったうち、「共有している」が58名（5.4%）、「共有していない」が3名（0.3%）であった。なお、「無回答」が1009名（94.3%）であった。
- ・ 自立支援計画の評価・見直しに関する回答のあったうち、「定期的に行っている」が49名（4.6%）、「行っているが定期的ではない」が14名（1.3%）であった。なお、「無回答」が1007名（94.1%）であった。
- ・ 施設内での暴力・性的加害／被害が生じた際の対応マニュアルの作成に関する回答のあったうち、「作成していない」が28名（2.6%）、「作成している」が25名（2.3%）、「作成中」が9名（0.8%）であった。なお、「無回答」が1008名（94.2%）であった。
- ・ 現在の取り組みや配慮に関する回答のあった平均値のうち、値が高かったのは「男女完全分離となっている就寝時の居室」（平均値：4.17）、「男女完全分離となっているトイレの配置」（平均値：4.11）であった。一方、値が低かったのは「性的虐待／性暴力被害を受けた子どもを持つ保護者に対するプログラムの導入」（平均値：1.86）、「入所児童の保護者に対して、虐待を防止するためのプログラムの導入」（平均値：2.01）であった。
- ・ 取り組みの必要度に関する回答のあった平均値のうち、値が高かったのは「児童相談所との連携」（平均値：4.59）、「自立支援計画内容の職員間の共有」（平均値：4.52）であった。一方、値が低かったのは「子どもの担当職員を同性にする」（平均値：3.17）、「男女完全分離の洗濯」（平均値：3.96）であった。

### （3）因子分析

本調査はケア・ガイドラインの根拠となるためのものである。特に直接ケア担当者が回答したもののから現場の要望・要求に見合ったケア・ガイドラインの作成が求められる。そこで、施設構造や体制、子どもへの支援、専門的プログラムに関する取り組み状況及び今後の取り組みの必要性（問26・問27）の質問項目で因子分析を行った。

本研究で作成するケアガイドラインは3つのSTEPに分類できると考えてきた。その根拠はこれまで研究協力者が施設や児童相談所の現場で培ってきた知識や経験であった。そこで、今回、本調査項目の中で因子分析を行ったところ、その根拠として十分なものを見出すことができた。その主な分析結果は以下のとおりである。

- 1) 「マニュアル・プログラム化」を実施している施設は、実施していない施設に比べて、「問題が起こったときの緊急分離の際、日常で使っていない、専門に使用できる個室が複数用意」されていることが多い。「心理職参加の入所前の処遇検討会議を必ず実施している」ことも多く、児童の受け入れに際して、新入所児童に「施設準備の概要」「施設生活のルール」「日課／行事」「面会の方法」「通信の方法」「学校に関すること」の説明に加え、「入所理由・目的に関する整理／確認」と「今後の見通し」についてもより多く説明がなされている。また、「心理担当職員との連携」が多く行われており、「基幹的職員からの助言」も多く実施されている。「マニュアル・プログラム化」を実施していない施設は、「外部専門家からのスーパーバイズ」を実施していないところが多く、児相との連携も「電話等での連絡／相談」が多かった。
- 2) 児童の受け入れ前に「施設での生活面の準備」や「学校に関する手続き」に加え、「連絡・会議」をよく実施している施設は、あまり実施していない施設に比べ、「児童相談所とのケース協議」「学校とのケース会議」「心理職員参加の施設内ケース会議」「在園児童への説明」についてもより多く行っている。受け入れに際して、新入所児童に「施設準備の概要」「施設生活のルール」「日課／行事」「面会の方法」「通信の方法」「学校に関すること」に加え、「入所理由・目的に関する整理／確認」「相談の窓口（担当者／児童相談所の担当者／心理担当職員）」「権利ノート」についてもより多く説明を行っている。新しく入所した子どものアセスメントは、「成育歴」「家族歴」のアセスメントに加え、「家庭環境（家族関係）」「子ども本人の意向」「家族の意向」「学校での様子」「児童の性格／行動上の特徴」「基本的生活習慣」についてもより多くアセスメントされている。自立支援計画を立てるにあたっては、「連絡・会議」をあまり実施していない施設は、「入所前の処遇検討会議」を実施していない事が多く、「心理職員との連携」や「外部専門家のSV」も実施していない事が多い。また、自立支援計画は担当職員のみで立てることが多いようであるが、「連絡・会議」をよく実施している施設は、基幹的職員も協議により多く参加している。「施設内での暴力・性加害／被害が生じた際の対応マニュアル」も作成、あるいは作成中の施設が多かった。
- 3) 「男女の分離」をより多く実施している施設は、実施していない施設に比べて、「就寝する居室」は、棟や階そのものが分かれており、「トイレ」「風呂」「洗濯場」も完全に別になり、位置も離れていることが多い。「男女の児童の担当職員を同性にしている」ところも多い。また、その他の項目においては、児童の受け入れ前に「児童相談所とのケース協議」「事前の施設見学」についてもより多く行っており、受け入れに際して、新入所児童に「面会の方法」「通信の方法」「学校に関すること」「入所理由・目的に関する整理／確認」「相談の窓口（担当者／児童相談所の担当者／心理担当職員）」「権利ノート」についてもより多く説明を行っている。また、新しく入所した子どもの「家庭環境（家族関係）」「家族歴」「子ども本人の意向」「家族の意向」「学校での様子」についてアセスメントしていることも多かった。
- 4) 「危機管理を実施している」という観点において、「死角」についての認識に差はみられなかった。「生活支援上問題が生じやすい時間帯」も「性的問題が生じやすい時間帯」も違いはみられなかった。「問題が起こったときの緊急分離」についての対応や「子どもの持ち物の管理」についても認識の差はみられなかった。「危機管理」がより厳しく実施されている施設は、あまり実施されていない施設に比べて、「一人ずつ独立したベッドや布団が用意され、ベッド・布団の間は相当の距離や遮断物で明確に分離されている」ことが多かった。また、児童の受け入れ前に「児童相談所との協議」「学校とのケース協議」「心理職員参加の施設内ケース協議」がより多

く行われており、受け入れに際して、新入所児童に「入所理由・目的に関する整理／確認」「今後の見通し」の説明を多く行われている。新入所児童の「学校での様子」のアセスメントも多く行われている。

これらのことから、実施度の高い施設と低い施設には、受け入れ前の「児童相談所との協議」「心理職員参加の施設内ケース協議」、入所に際しての「入所理由・目的に関する整理／確認」「今後の見通し」の説明、「本人の意向」「家族の意向」「学校での様子」のアセスメントの実施に差が表れやすく、これらの項目の重要性が示唆される。

#### 4 実態調査から見える課題

本調査結果から見えてきた課題を概観すると以下の点が挙げられる。

- (1) 回答のあった児童養護施設及び情緒障害児短期治療施設のうち、209施設(82.3%)が、調査時点までに、性的虐待(含む性暴力)被害を受けた子どもが「在籍したことがある」としており、性的虐待(性暴力を含む)被害を受けた子どもと家族への支援手法の確立が喫緊の課題であるとする。また、調査を実施した平成21年9月1日現在に施設に在籍する、性的虐待・性暴力被害を受けた(疑いを含む)子ども及び家族の実態について次年度分析する予定であり、その分析結果をケア・ガイドラインの作成に反映する必要がある。
- (2) 家庭内性的虐待を理由に入所する子どもに対して、入所前に実施していることでは、「児童相談所に、家庭内性的虐待の内容と子どもに与えた影響について確認する」であり、次いで「児童相談所に確認した家庭内性的虐待の内容や子どもに与えた影響について担当職員で情報を共有する」「児童相談所に、虐待者や家族の面会等の制限について確認する」が多く、また、入所後に、家庭内性的虐待を受けていたことが発覚した際には、「児童相談所と、保護者の面会の制限について協議する」「児童相談所が保護者に虐待事実を告知する」が多いなど、児童相談所の援助方針と密接に連動しており、本ケア・ガイドラインを、本研究班の分担研究である「児童相談所における性的虐待対応ガイドライン」の策定としっかり連動させるとともに、施設と児童相談所の連携手法についても具体的に示す必要がある。
- (3) 性的虐待・性暴力被害を受けた子どもに対して導入しているプログラム・療法で最も多かったのは「心理療法」、次いで「性教育」であったこと、また、性的問題への予防的対応として全入所児に対して導入しているプログラムで最も多かったのは「性教育」であり、性的問題行動を呈している子どもに対して導入しているプログラム・療法で最も多かったのは「心理療法」、次いで「性教育」であった。それぞれの対象、段階ごとの効果的な「心理療法」「性教育」について実践研究を積み重ね、具体的なプログラムとして示す必要がある。
- (4) 因子分析の結果からは、上記に示したように、例えば、施設における「マニュアル・プログラム化」の実施は、「問題が起こったときの緊急分離の際、日常で使っていない、専門に使用できる個室が複数用意」、「心理職参加の入所前の処遇検討会議を必ず実施している」、児童を受け入れる際の「入所理由・目的に関する整理／確認」と「今後の見通し」の説明、「基幹的職員からの助言」と連動していた。施設のケア機能を向上させ、子どもの問題行動を予防する取り組みは、組織的で、施設全体の動きにする必要がある、本ケア・ガイドライン試案では、ケア体制の見直しに活用できるよう、必要最低限の一連の動きをチェックリストにまとめており、さらに精査を行う必要がある。

### 第3章 性的虐待・性暴力被害を受けた子ども及び性的問題行動のある子どもの理解

#### 1 子どもへの性的虐待・性暴力被害

##### (1) 子どもへの性的虐待・性暴力被害の影響

###### 1) 性的虐待・性暴力被害の影響

性的虐待・性暴力被害の影響には、心理的影響のみでなく、身体面への影響もある。

心理的影響としては、トラウマ性の問題、不安、うつ、怒り、自尊感情の低下、自己や他者イメージの問題、性的な問題（愛情と性の不分離・性的かかわりを持つことの恐怖など）、情動調整の問題などが指摘されている。

臨床的に問題となる状態としては、性的虐待がトラウマ性の体験となりその影響と思われる症状や問題、すなわちASDやPTSD、解離性障害、不安、うつ、自己破壊的行動（自傷行為）、衝動統制困難、睡眠障害、外傷性性的行動化（性化行動）や性的逸脱行動など、さらに物質乱用、食事の問題、不登校、非行、学業不振などがある。

また、身体面の影響には、心理的問題を基礎とした頭痛、腹痛、遺尿、夜尿、骨盤痛などの身体症状があり、性感染症や妊娠を伴うこともある。

これらの問題は、性的虐待ではなくても起こりうる問題であるが、性を巡る問題や解離症状、心的外傷関連症状は、性的虐待・性暴力被害との関連で比較的良好に見られる症状であり、自己破壊的行動はPTSDとの関連が強いと考えられている。

###### 2) 増悪因子と保護因子

性的虐待の影響が増悪する因子として、反復した強制的な膣や肛門への挿入、虐待が長期に続き頻度が高い、虐待時に暴力を伴う、虐待者と被虐待児の親密さの度合い、妊娠や出産などが指摘されている。一方、保護因子としては、非虐待親が子どもを信頼してサポートすること、といわれている<sup>1) 4)</sup>。

###### 3) 性的虐待・性暴力被害の影響に関する考え方

上記のような臨床的に問題となるような、症状や情緒行動の問題は、性被害をうけたすべての子どもに、いつも見られるのだろうか。

実際の臨床場面では、明らかに被害を受けた事実があり虐待事実が発覚した初期対応時点では不安や睡眠の問題などが見られるが、その後はなんらの症状や問題が認められない子どもを経験する。

情緒障害児短期治療施設は治療を必要とする子どもを対象とするため、そこへ入所する性的虐待を受けた子どもは入所時点から症状や情緒的問題をもつ子どもがほとんどである<sup>2)</sup>。しかし児童養護施設へ入所する子どもの場合は、入所時点で性的虐待が明らかな子どもの場合でも、入所前から症状や情緒行動問題が見られ持続する子どもと、入所後はほとんど症状や情緒面や行動上の問題がみられない子どもがおり、そのような子どもにどのように関わるかが実際の臨床場面での課題のひとつである。以下、この点に関する先行研究からの見解を紹介する。

子どもの性的虐待・性暴力被害はひとつの体験であり、そのことが障害や症候群を意味するものではなく、虐待に対する反応に単一の形態があるのではない<sup>3)</sup>。性的虐待・性暴力被害体験の影響に関する成人を対象とした先行研究<sup>4)</sup>によると、「小児期の性的虐待の影響は変化に富むもので、長期にわたるわずかな影響から破局的な精神疾患にまで及ぶ」もので、それは性的虐待の定義が多

様であるためと述べられている。また、ケンダル・タケットらの研究<sup>1)</sup>では、横断的に見た場合、性的虐待（性暴力被害）を受けた子どものうち約30%の子どものなんらの症状や情緒面や行動上の問題が見られないと述べられている。

このように、性的虐待・性暴力被害を受けた子どもの中には、支援者が出会った時に症状や情緒面や行動上の問題が見られない子どももいるが、しかしそれらの子どもを含むほとんどの子どもが自尊感情の低下や無力感、孤立感、恥や罪の意識、性の健康発達が阻害されている、などの心理的問題を有している。ことに子どもが自分の体験の意味に気づく年齢になった時に、心理的問題が増強することが多く見られる。そして年齢が長じて恋愛や結婚などのライフイベント時に、性的なかわりを持つことへの恐怖など、何らかの問題や症状がみられることも少なくない。

これらのことから、支援者が出会った時に症状や情緒行動の問題がみられない無症候性の子どもも心理的問題は有しており、その影響は成人後も続くと考えられている。ことに思春期以降に何らかの困難を呈することが少なくないと考えられており、それまでの教育的なかわりや困ったときに相談できる資源を子どもや保護者に伝えておくことが重要であると考えられている。

## （2）性的虐待・性暴力被害による家族への影響

性的虐待・性暴力被害の影響は、被害を受けた子どものみではなく家族全員（加害者ではない親やきょうだい、拡大家族成員）へ影響する。虐待事実が発覚した当初は、家族全員が大きなストレスに曝されることになり、家族は極度に混乱しているため、被害を受けた子どものみではなく家族全員を視野に入れた支援や対応が必要になる。

## （3）被害を受けた子どものケア・支援

性的虐待・性暴力被害を受けた子ども自身への心理的ケアについて、「子ども虐待対応への手引き」<sup>5)</sup>では、①トラウマ性の問題の治療とケア、②自己イメージの低下への対処、③性的行動の再現性への対応、④健康な性的発達の促進、⑤性被害体験と関連する問題を扱うと整理されている。

（詳細は子ども虐待の手引き参照。本ガイドラインでは、第4章で心理的ケアの実際について扱っている。）

また、杉山・西澤らは「児童養護施設における性虐待対応マニュアル」<sup>6)</sup>の中で、性的虐待を受けた子どもの個別的ケアと治療、ケアの手段としてのグループワークについて、より専門的立場から述べている。

これらの心理的アプローチに加えて、性的虐待を受けた子どもへの身体医学的検査や治療（妊娠や性感染症への身体医学的検査と治療）が適切に行われることも、心理的ケアの意味を持つ。その場合、検査結果の説明等を通して、子どものボディイメージの回復につながるアプローチができる機会でもある<sup>7)</sup>。

さらに学校においては、子どものストレンクス（強み）に焦点を当てた働きかけや学習支援を通して自己評価を高め、友人関係を促進することで孤立を改善し、自分の問題を解決する力を養うアプローチが大事である。

## （4）性的虐待・性暴力被害を受けた子どものケアの留意点

### 1) 境界線（バウンダリー）

性的虐待・身体的虐待・ネグレクトなど、虐待的環境で育ってきている子どもには、身体的境界

や情緒的境界の形成に課題がある。このことは、性的問題行動との関連でも重要であり、生活の中で、境界線（バウンダリー）形成を促進する働きかけが重要である。

以下、「性的虐待を受けた子どもへのケア・ガイドライン」<sup>7)</sup>からの引用である。

#### ①性的虐待を受けた子どもの境界線（バウンダリー）

境界とは、自分の物事・領域（個人）と他人の物事・領域（公共）とを分ける目に見えない区切りであり、境界線を保つことにより、人は心や身体を安全に守ることができる。実際の生活では、身体的・心理的・性的なものの境界線として体験される。境界が存在しないと、人は互いに混ざり合っているように感じ、感情や行動に混乱が生じる。

全ての人は自分だけの空間や時間を持つことにより、安心・安全を感じて自分自身を保つことができる。境界線があることで、プライベートと公共の分別をつけることができる。そしてそのことにより、行動や他者に話すことを決定することが可能となる。

また家庭内では、家族が個々人の空間を尊重し、各メンバーが年齢や世代に応じた役割規定があることが、家族の健康を促進するために重要である。境界が明確であれば、約束事、責任、役割分担において、人と人とが機能的な関係にあると言える。大人がこの境界をしっかりと守ることで、大人と子どもの区別や成熟した大人のモデルを示すことができる。また、関係の変化に合わせて境界も変化するものであり、境界には柔軟性と順応性が求められる。

あらゆる虐待は、子どもの境界を侵害する。そして、性的虐待は最も境界を侵害する行為である。本来であれば、大人の世代で解決すべきことが、境界を飛び越えて子どもに向っているのである。身体の侵入によって境界を侵害される場合もある。その結果、虐待を受けた子どもは境界が曖昧になる。自分の身体や空間を守ることができなくなり、自分を取りまく世界についてのコントロール感を奪われ、個人的な空間を守ることが不可能であるという無力感を感じている。自分に対する他者の行動の不当性を感じられず、自分の行動の他者に対する不当性についても不確かで混乱している。何か依頼されるとたとえ筋の通らないことでも無意識にに応じてしまったり、他者から求められたり命令されたりすると拒否できないといった行動が見られることが多い。

#### ②施設での対応

境界を曖昧にされてきた子どもは、「ひとりでいる力」が弱いために、強い依存性を示し、自分と他人の境界を乗り越えて、物理的・心理的に他人の領域に入り込んでしまう。そのため、子どもに理解しやすい形で適切な境界を明示し、健康な境界についての理解を促すことが求められる。自分がどこで終わり、他者がどこから始まるのかというはっきりとした感覚を育み、明確で柔軟な境界を自分のものにできるようになることが、とても重要である。自分自身の安全を守ることを学び、自分の行動をコントロールできるようになること、そして、他の人と一緒にいるときに心地良く安全でいられる方法を学ぶことが課題である。

そのためには施設のような集団生活では、プライバシーや身体的接触に関するルールを明確にすることが大切である。例えば、私物を置くエリアが確保されることにより、自分の持ち物を安全に管理・保管できること、プライバシーを尊重されることにより入浴や排泄、睡眠が安心してできることなどが必要である。施設では設備的な制約も多いが、着替えのときに間仕切りやカーテンで個人的な空間を保障することや、入浴の順番や時間帯に配慮すること、また、睡眠時の寝る位置を固定したり、布団と布団の間に一定の距離を置いたりするなどの工夫が可能である。物理的に適切な空間や距離を提示することが、心理的な境界を守ることに繋がって行く。

意思の尊重も大切である。何を言うことができるか、何をすることができるかを自己決定できる

環境が重要である。自分の領域が不明瞭なために他者からの要求に無条件に応じてしまい、対人関係への恐怖から、意識的に他者との間でいくつもの壁を作り、自分を孤立させ防衛せざるを得ない子どもに対し、プライバシーを守る権利、嫌なことから心理的距離を取って他者と離れている権利を有していることなど、自己決定できる範囲を繰り返し伝えることが望まれる。

## 2) タッチの課題

虐待的環境で育ってきた子どもは、バウンダリーの問題と同様に、適切なタッチが学習できていないことが多い。したがって、生活ケアの中でこの課題に取り組むことが重要になる。

タッチには、①心地よく人を落ち着かせるタッチ・世話をす際のタッチ、②遊びの中で偶然おきるタッチ、③人を傷つけ混乱させるタッチ、があるが、全くタッチが無い状態で育ってきた子どももいる。

性的虐待・性暴力被害を受けた子どもは、適切なタッチはほとんど経験（学習）できていず、混乱するタッチ・人を傷つけるタッチを経験（学習）してきていることが多い。このような不適切な接し方のみをモデル学習してきた場合には、人と接する際に不適切なタッチを用いることになる。

すなわち、相手と親しい関係をもちたいが他の手段を知らないために不適切なタッチを用いる子ども、孤立感や空虚感を解消する手段として不適切なタッチで関係を持つ子ども、怒りや攻撃を伴う人を傷つけるタッチを用いる子どもなどがいる（詳細は第3章2節「性的問題行動」参照）。これらの状態を示す子どもに対しては、生活の中で子どもと関わる際に、心地よく人を落ち着かせるタッチや世話をすタッチを意識して用いることで、子どもの健康な性の発達を促すことになると考えられる。

また、性被害や身体的虐待を受けた子どもの中には、身体接触に対して過剰反応を示す子どももおり、したがって性被害を受けた子どものケアをする際には、子どもの様子をよく観察しながら子ども理解を深め、タッチや対人関係の適切なモデルを示していく必要がある。

## 3) 性教育

性的虐待を経験した子どもは、「自分のからだ汚れてしまった」「元気な赤ちゃんを産めない身体になった」「自分は価値のない人間」と感じる事が少なくない。また、「自分が喋ったためにこんなに大変な事態になった」と自責の念を感じることもある。こうした子どもの思いは、子どもの自己イメージを著しく低下させ、不適切な行動を招くおそれがある。また、その後の生活の中で被害体験を繰り返す傾向があり、性に対する過剰な関心、年齢にそぐわない性的発言、不適切な性行動や性的逸脱行動などが見られることも多い。こうした問題に対し適切に介入し修正するなどのケアが行われなければ、性的加害に発展する、あるいは二次的被害にあうなどの状態に陥る危険性があり、こうした問題への適切な対応やケアが行われる必要がある。

これらのケアは在宅あるいは施設入所に関わらず、また症状や情緒行動の問題の有無に関わらず、被害を受けた子ども全員に必要である。また他の理由で施設に入所している場合で安心できる生活が続く中、信頼できる大人に対して性被害にあった事実を初めて告白できる子どももおり、子どもが安心して生活できる環境下において、子どもの性に関する認知や言動を取り上げ検討することが重要になる<sup>7)</sup>

施設での性教育については第4章3節で詳細に述べられるが、その立脚点は、性＝生（いのち）教育であり、人権教育の視点が重要である。またその内容には、施設に入所している子ども全員を



対象とした「性の健康発達を促すための性教育」と「性被害を受けた子どもへの性教育」がある。実践にあたっては、プログラム化された形式（たとえば学習会方式）でのアプローチと、生活場面の中でのアプローチを組み合わせられて行われることが多い。

#### 4) 子どもが性的虐待・性暴力の被害体験を話す際の取り扱い

子どもが初めて被害体験を打ち明けた場合の対応については、第4章2で心理治療場面での扱いについて、また第5章ではその際の対応の実際について詳細に述べられており、ここではすでに明らかになっている虐待体験を子どもが生活場面で話す場合の取り扱いについて述べる。

生活場面では、子どもが自ら被害体験を語る時には傾聴することが重要であるが、子どもが語らない状況で職員が無理に聞き出すことは避けねばならない。また、生活場面で子どもの話を聞くことになった際は、話を聴く場所（大勢の子どもがいるところで話し始める場合は場所を変えて静かなところで聞く）や、支援者の反応（過剰な感情反応は避け、子どものいった言葉を落ち着いて繰り返す）への配慮など最低限留意すべき点がある。

また、子どもが常時誰にでも虐待の話をするような場合には、治療が必要な場合があるため、心理担当職員等との相談のもと外部機関との連携も視野に入れた対応が必要になることが多い。子どもの状態によっては、被害体験の話は治療場面に限定する対応が必要な子どももいる。

#### (5) 家族マネジメントと家族支援

子どもと家族への支援・心理的ケアは、虐待が発覚した当初（児童相談所の初期対応の時期）から必要である。その際、非加害親が子どもを信頼して守れることが子どもの回復に重要な意味を持っており、支援者は混乱した非加害親を支えながら、子どもの立場に立てるように支援することが必要である<sup>8)</sup>。対応初期の非加害親支援の内容は、被害児の親として子どもを保護する力をエンパワーするソーシャルワーク的支援が中心になるが、その際、非加害親自身も加害者に裏切られた被害者であり、非加害親自身のケアも必要であるという視点を持って関わることが重要である。また介入初期の混乱が落ち着いてきた時点で、カウンセリング的アプローチができるようになる。

このように介入期には子どもの安全を中心にすえながら家族機能のアセスメントを行うと同時に、非加害親やきょうだい・拡大家族への支援を行う必要がある。その際、家族は子どものリソースであると同時に、逆の存在にもなりうることを意識しながら支援する必要がある。

中長期的マネジメントの課題としては、まず面会と外泊の課題があり、退所をめざす際には再度家族機能の点検や受け入れ態勢の準備が必要になる。

性的虐待を受けた子どもの家庭復帰に関しては、子どもの安全が第一であるため、加害者治療がほとんど行われていない現状では、保護者である加害者との同居は原則的に考えられない。

以下、先行研究で指摘されている性的虐待事例の場合の家族支援の考え方<sup>9)</sup>の原則論と、非加害親理解<sup>10)</sup>について紹介する。(この内容を実際に臨床場面でどのように活かしていくかについては、第5章を参照)

##### 1) 性的虐待事例の家族支援

①虐待の事実を家族が認めることを促す。

②被虐待児は守る必要がある。そのためには虐待をしていない親の対応が重要で、親にはその力がある事を伝える。

- ③被害を受けた子どもが抱える葛藤や子どもの状態への理解を促進し、また性的虐待は子どもにとって重篤な精神的問題になりうることを理解を促す。
- ④一般的な子どもの性的発達についての理解を促す。
- ⑤性的虐待は家族への影響を及ぼすことへの理解を促す。
- ⑥きょうだいにも同様な被害が起こらないような対策を考えると同時に、きょうだいの気持ちにも配慮する。
- ⑦非加害親自身をケアすることの大事さを伝える。

## 2) 非加害親の望ましい態度

- ①被害者である子どもの、虐待についての説明を信じる。
- ②被害を受けた子どもを情緒面でサポートする。
- ③家族のすべての子どもを支える。
- ④加害者である配偶者から独立した意識をつくりあげる。
- ⑤加害者である親が継続して子どもに与える恐怖感を理解する力を養う。
- ⑥子どもを守るために、必要な場合は介入する力を持つ。

## 3) 子どもを守れない非加害親の心理

- ①非加害親の個人的・情緒的課題
- ②虐待が開示された後、いかに生きていくかについての恐怖
- ③虐待を防げなかったことへの罪悪感
- ④驚くべき話を信じることの困難さ
- ⑤加害者からの相次ぐごまかし

## 2 性的問題行動

### (1) 子どもの性の発達と思春期の理解

ここでは、子どもの性の発達を思春期前（12歳頃まで）と思春期以降に分けて考える。二次性徴と呼ばれる時期以降に起きてくる様々な性に関わる問題は、性衝動の問題を無視できないからである。

また、以下に述べる、子どもの性の発達や健康的な活動～治療を必要とする性的問題行動は全て平均的な家庭生活を送っている子どもを基準としている。特に思春期前の子どもたちにおいては、原則として大人が見守り、監督している環境が望まれる。施設生活においても、入浴や着替え、トイレなど性的な問題が認められやすい場面を想定し、子どもたちの言動を観察していくことが重要である。

#### 1) 子どもの性の発達（生後～思春期前まで）

##### 0-4才

・性器いじり；男女ともにマスターベーション様の行為は生後1年以内に始まる。生後1年以内であっても、男の子は勃起し、女の子は膣液を分泌する。自分をなだめる意味もあり、自分でもあまり意識していないので人前でも平気で行なう（性的な意味はない）。2-3才になると、自由に手が使えるので積極的に性器いじりをする。

・体への興味；人の体をじろじろみたり、トイレの様子を見たがったりする。「おしっこ」「うんち」「おちんちん」などの言葉を覚えて人前で平気で口にする。人の体やお尻に触りたがるが、きちんとやめるように言えば聞ける。

なお、乳首をなめる、性器をなめる、女の子の性器に触ろうとする、性器や肛門に物を突っ込もうとする、行為は正常ではない。

・ままごと；大人のしていること、テレビで見たことを再現する。自分で見て体験したことしかままごとでは表現できない。‘お医者さんごっこ’で診察の真似はするが、性器の診察をすることはない。漠然とした性的な遊びは必ずしも異常とはいえない。

#### 5-7才

・はっきりとしたマスターベーション；人目を避けて快感を味わう意図を持って性器に手を伸ばす。偶然に気持ちの良いことに気づき、話題にする。

・好奇心の発達；他の人の体への興味がゲームのような形を取る（見せ合い）。

なお、触り合いは例え遊びの形であっても行ってはならない。

・性的な言葉、品の悪いジョークにも興味を持つが、本当の意味は理解していない。

「私はどこからきたの？」と大人に質問する。体の絵やテレビのキスシーンに興味を持つ。人前において裸でいるのを恥ずかしがるようになる。

#### 7-12才

・ほとんどの子どもがこの時期の後半に思春期を迎える。性的関心や行動の個人差が非常に大きい。10-12才は同性との仲間作りが一つの重要な課題である。

・性的な事柄の探求；9-10才になると、性器やセックスに関する情報をほしがる。セックスに関連した言葉（エッチなど）を使い始める。ペニスの大きさを比べる。女の子も裸を見せ合う。

・異性との性的な行為；異性とのキス。ポルノ雑誌を隠れて見る。

（「虐待を受けた子どもの治療戦略」坂井聖二、西澤哲訳 より一部加筆）

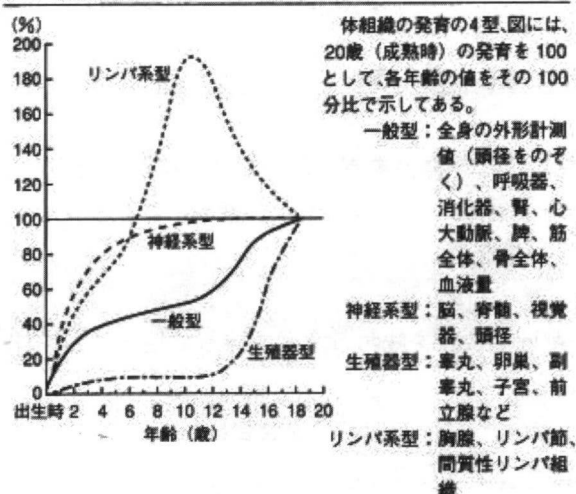
## 2) 思春期におけるからだや心の変化

### ①スキャモンの発育発達曲線

スキャモンの発育発達曲線は、ヒトの成長を一般系（骨や筋肉の発達）、神経系、リンパ系、生殖系の4つに分類し、これらはヒトが大人（20歳）になるまでの間に一様に成長するわけではない、それぞれ発達する時期が違うということを表したものである。

これによると、生殖器は一番遅れて12歳過ぎ頃から成長を開始し、一気に成熟する。この時期がいわゆる「思春期」である。

図1 臓器別発育パターン (Scammon)



(松尾 保：新版小児保健医学、松尾 保編、日本小児医事出版社、東京 第5版、p10、1996より)

## ②E. H. エリクソンの発達理論

E. H. エリクソンは、各年齢段階にその時期特有の危機があり、それをそのつど乗り越えていくことで、自己が生涯にわたって漸成的に形成されていくとした。ここでいう危機は、生物学的に規定されているだけではなく、社会との関わりの中でもたらされると考えられており、心理社会的危機と呼ばれる。E. H. エリクソンは、このような危機を乗り越えることがその時期に達成すべき発達課題であり、それに成功した状態と失敗した状態という対立図式で表現している。E. H. エリクソンはアイデンティティを達成するか、拡散するか、を思春期・青年期における心理的危機としている。アイデンティティとは、「自己の多面性を認めつつ、しかし根元的に自分はこの世でたった一人の固有な存在であり」、「現実の社会集団に所属して、自他ともに受け入れられており」、「現在・過去・未来という時間の中で自分が連続しているという自己の一貫性と時間的連続性の感覚をもっている」ことである。

## ③性的欲求とその男女差

性欲は、種族保存のために欠くことのできない重要な欲求であり、セックスに強い快感を伴うのもそのためである。こうした性欲のメカニズムをつかさどるのは視床下部で、ここにはセックスを求め第一性欲中枢と、セックスを行うための第二性欲中枢がある。

男性の場合、第一性欲中枢は女性の2倍の大きさがあり、セックスに対する欲求は女性より強い事がうかがわれる。また、第二性欲中枢は男女で場所が異なり、男性は空腹を感じる摂食中枢のそばに、女性は満腹を感じる満腹中枢とほぼ同じ場所にある。そのために、男性では空腹による生命の危機に直面すると、性欲が高まるとされ、女性では失恋によるやけ食いなど摂食障害を引き起こすなど、性欲が食欲に影響を与えやすくなっているとされる。加えて、男性の第二性欲中枢のある背内側核は怒りの感情ともつながっている。

思春期以降の性的問題行動を扱う場合も、支援者はこれらの生物学的知識も頭に置き、性欲そのもののみをコントロールさせようと考えて他の感情や衝動と切り離して扱おうという考えに陥らないようにすることが重要である。

## (2) 「問題となる性行動」を理解するために

### 1) 子どもの性的問題行動が生じる背景 (Friedrich 2003, 藤岡 2007)

性的問題行動を考える時、成人例では性欲や性衝動のコントロールの問題だと考え勝ちであるが、特に、子どもに関しては、以下の4つに示されるような多面的な視点を持って評価することが重要である。このような評価を行うことで、その子どもに対しての支援・治療プランを作っていくことが出来る。起こっている問題は“性的”な行動であるが、性の要素のみで判断することは治療的なアプローチとしては不十分である。

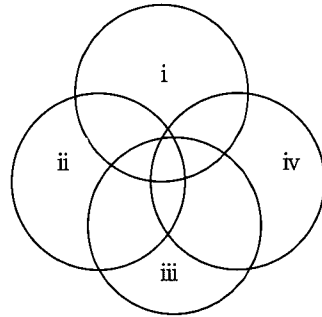


表1 子どもの性的問題行動が生じる背景

- |     |  |
|-----|--|
| i   | 子どもの脆弱性・・・発達の遅れや偏り（発達障害）、衝動統制の困難などその子どもが生まれつき持つ弱さ。 |
| ii  | 家族の負因・・・親の精神疾患、物質乱用、指導や監督の欠如                       |
| iii | 性行動のモデリング・・・性的なできごとの模倣、ポルノなど性的なものへの暴露              |
| iv  | 強制のモデリング・・・身体的虐待、DV、いじめなど強制や暴力の体験                  |

### 2) 性的問題行動の特徴

(1) - 1) に子どもの性の正常発達を示したが、それらと同じような行動をしていても以下の点が認められる行動は、性的問題行動である。

表2 性的問題行動の特徴

- |     |                                     |
|-----|-------------------------------------|
| i   | 発達的に期待されるより頻度が多い                    |
| ii  | 発達的に期待されるより持続期間が長い                  |
| iii | その結果通常の活動を妨げている                     |
| iv  | 一般的な養育者による介入方略によって行動が減少しない、         |
| vi  | 年齢や発達段階が大きく異なる子どもとの間でなされる           |
| vii | 強制力や暴力を用いて相手の子どもや他の人を傷つけ、不安や恐怖をもたらす |

例えば、就学前の子どもが自分の性器を触ることはあるが、大人がその子どもを見る場面で常にさわっている場合には頻度や持続時間の点で標準から外れていると考える。そしてその子どもの性器を触る活動がそれ以外の活動（遊ぶ、勉強するなど）ができなくなるほどになっている場合は、専門家への相談を考慮すべきである。

### 3) 性的問題行動の類型

性的問題行動を欧米の研究から、重大性の低いものから高いものへと並べると以下ようになる。ただし他者志向的な行動には、のぞき、盗撮など接触を伴わないものも含まれており、接触を伴わない行動より自己志向的な行動としての過度のマスターベーションの方が重大性において高いとされる。また、自己志向的な性的問題行動の背景には、心的外傷体験が認められることが多い。

表3 性的問題行動の類型

性的問題行動の重大性	低い	発達的に期待される性行動
	↓	性的に不適切な行動（自己志向的）
		性的に不適切な行動（他者志向的）
		侵入的な性的問題行動
		持続的な接触を伴う性的問題行動
	高い	攻撃的な性的問題行動

### 4) 性的問題行動の対人関係様式から見る整理

（「性的虐待を受けた子どもへのケア・ガイドライン」<sup>7)</sup> 参考）

施設の集団生活の中で性的問題行動が起きている場合、問題行動をおこしている子どもの対人関係様式から見た整理が、対応を考える上では有効である。以下の①⇒④にしたがって問題が深刻となり対応も困難となる。現状の大きな枠組みとしては、①～②は児童養護施設で対応可能、①～③は情緒障害児短期治療施設で対応可能、④に関しては少なくとも一定期間は医療機関でのケアが必要となると考えられる。

#### ①対人関係の手段としての性的問題行動

他に効果的な対人関係をとる手段を全く知らないためにそのような行動が生じている。社会適応上の対応力、コミュニケーション能力の充実に課題がある子どもたちであり、それらを中心に指導していくことで対応が可能である。

#### ②対人関係における支配・被支配のテーマに関連して性的問題行動が起きている

施設の生活の中で、力の強いものが弱いものを支配するという力関係の中で生じている暴力の一部として性的問題行動が生じている。問題行動が発覚した時点で支配側である加害児もまた、過去に支配される側の被害児であった経験を持つことが多く、被害体験についての介入や治療的なアプローチが適切になされなかったために現在の問題行動が生じている可能性も高い。過去にさかのぼっての調査や検討が慎重になされることが必要である。

#### ③あらゆる対人関係行動が常に性化した関係性で考えられ表現される

背景に性的な心的外傷体験による固着や反復強迫が明白に想定される状態で、クールダウンやタイムアウトの利用と並行して心的外傷体験への治療的介入が必要となる。集団生活の中でコントロールが難しい場合には、一時的に治療的な枠組みのある場への移動を検討する場合も生じてくる。

#### ④常時怒りと攻撃性・破壊性が顕著な行動を取り、性衝動に起因する興奮・暴力性が認められる

問題行動が単なる性的行動にとどまらず、常時激しい怒りと攻撃性が顕著な状態。子ども自身は自分で自分をコントロールできない状態で、怒りや激しい衝動の嵐の中で、激しい身体接触を通じてのぶつかり合いによって自身の感覚を維持している状態。激しい怒りや攻撃が自分自身に向かう場合には自傷行為や自殺企図などの危険性もある。医療的な関与と個別の管理的なケアを行える環境が必要な状態である。

### (3) 専門的な治療や治療教育的アプローチが必要な症状や行動

#### 1) 心的外傷関連症状

子どもが行っている行為が自身の外傷体験の再体験症状に基づくものであると考えられる時、あるいは評価の中でPTSD症状や解離症状が見られることが明らかとなったような場合には、まずそれらに対する精神医学・心理学的アプローチを考える必要がある。

#### 2) 発達障害関連症状

子どもの脆弱性としての発達障害や衝動統制困難が明らかになった場合には、内服治療や発達特性に応じた治療的アプローチの構築が必要となる。

#### 3) 自己や他者に対する行動の危険性が高い

現在の施設環境では生活を続けることが難しく、治療的な施設に入所しての加療が必要となる。

### 参考文献

- 1) Kendall-Tackett KA, Williams LA, Finkelhor D: Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull 1993 ;113:164-180
- 2) 岡本正子・八木修司他(2009)「性的虐待を受けた子どもへの中長期的ケアの実態とそのあり方に関する研究」p109-132 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学研究総合事業)「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究」(主任研究者柳澤正義)研究報告書
- 3) Olafson, E. & Boat, BW『性的虐待を受けた子どもの長期的管理についての考察と課題』: 郭麗月監訳「虐待された子どもへの治療」2005年、p18-52, 明石書店
- 4) Roesler TA『成人期における子ども時代の性的虐待の発見』: 郭麗月監訳「虐待された子どもへの治療」2005年、p102-121, 明石書店
- 5) 日本子ども家庭総合研究所編『子ども虐待対応の手引き』2009年、p307-308、有斐閣
- 6) 杉山登志郎編『児童養護施設における性虐待対応マニュアル』2008年
- 7) 岡本正子編『性的虐待を受けた子どもへのケア・ガイドライン<児童養護施設版>』平成19年度児童関連サービス調査研究等事業報告書、平成20年、財団法人 子ども未来財団
- 8) 大阪府子ども家庭センター『性的虐待から回復するために ~親が子どものためにできること~』平成21年、大阪府子ども家庭センター
- 9) Bentovim A. :Working with abusing families:Wilson K & Lames A. (eds):The Child Protection Handbook, Bailliere Tindall, 2002
- 10) Saunders BE& Menig MB『親子間性的虐待ケースの長期にわたる家族の問題解決に影響する当面の課題』: 郭麗月監訳「虐待された子どもへの治療」2005年、p53-84, 明石書店
- 11) 坂井聖二、西澤哲訳『虐待を受けた子どもの治療戦略』1999年、明石書店
- 12) 松尾 保編『新版小児保健医学』1996年 日本小児医事出版社
- 13) 服部 祥子『生涯人間発達論』2000年 医学書院
- 14) 福永 篤志監修『図解雑学 よくわかる脳のしくみ』2006年 ナツメ社
- 15) Friedrich WN:Sexual behavior problems in preteen children:developmental, ecological, and behavior correlates. Ann NY Acad Sci. 2003. Jun;989:95-104
- 16) 藤岡淳子『加害少年への援助』(第4回KIHS心理臨床ワークショップ) 2007
- 17) 性非行児童の治療教育に関する研究『海外調査報告書』平成19年度大阪府すこやか家族再生応援事業

## 第4章 施設ケアと支援

### 1 安全・安心して生活できる環境の整備

#### (1) 施設構造

性的虐待を受けた児童は、第3章でも述べたように、その体験からその後の性格形成や人生に深刻な影響を及ぼすケースが少なくない。児童は深刻な心的外傷から、抑うつ、不安、自傷行為、自尊心の欠如などの症状を呈し、入所後には解離した記憶や感情が蘇り、怒りや憤り、悲しみや抑うつなど不安反応や性的強迫観念などや、拒食や過食などの食行動異常や、睡眠障害などの症状を呈する可能性も考慮する必要がある。

また、集団の中で不適切な性的行動（性化行動など）を呈することにより二次被害を受けたり、あるいは同年齢以下の同性や、異性に対する性加害行動に回る可能性への配慮も必要となる。こうした子どもを受け入れる上において、安全にそして安心して子どもが生活できる施設構造を検討する必要がある。

施設構造を考える上で、性化行動など不適切な性的行動から来る二次被害を予防する居室や風呂、日常生活スペースなどのハード面の施設構造と職員配置、職員間の連携方法、児童情報の共有化、症状への理解と対応の共有化、性被害の児童に対応する職員のメンタルヘルスなどのソフト面の施設構造を整備する必要がある。

#### 1) 施設構造のハード面

被性的虐待児童に限らず被虐待児童にとって、過剰な刺激は問題行動の原因となることが多い。このような不要な刺激を減らすこと、また性化行動など不適切な性的行動からおこる二次被害を予防する事が求められる。職員の目の届きにくい場所は問題の温床になり、異性が生活空間を共にせざるを得ない構造は、子どもの自由な活動を阻害することになる。特に性的虐待を受けた子どもの中には、異性が生活空間を共有するだけで反応を引き起こし、性的問題行動の誘因になる場合があり、男女の生活空間は可能な限り分離することが望ましい。居室は勿論、お風呂やトイレ、また洗濯場等の異性の下着を目にする場所、デイルームや学習室など男女の接触が起きやすい場所などの男女分離を前提とした施設構造が必要となる。

また、同性の子ども間において、性的虐待や性被害を受けケアされていない子どもが加害行為を行う場合もあり、新たな被害者がでないよう年少児と年長児との生活分離が必要になる。

また性的虐待を受けた子どもが、何らかの症状を呈し不穏状況になった場合に他者から分離し個別に処遇でき、かつ職員の目が届き児童が安心感を持てる避難所的な部屋の確保も必要となる。

施設構造のハード面の整備は、建て直しや新たに開設する場合は、上記の施設構造を考慮した設計が考えられるが、既存の施設では難しい。情緒障害児短期治療施設においては、不登校児童を対象としていたことから、他者の目を意識させない様に目隠しとなる構造体を設置し、わざと死角を作るといった施設構造がなされていた。こうした職員の目の届かない場所、死角となる構造体を撤去すると言った工夫も今後は求められる。

実態調査においても、就寝する居室では「男女別に棟や階そのものを分けている」の451名(42.1%)、「棟や階は同じであるが男女のブロックに分けている」の235名(22.0%)、トイレでは「完全に男女別になっている」の675名(63.1%)、風呂では「男女で使用する風呂が別になっており、風呂の位置も離れている。男女別に入浴」の370名(34.6%)など、男女分離の生活空間の確保のための工夫がなされている。



すなわち以下のような工夫が必要と考えられる。

- 指導員室から全体が把握出来ること（死角がない建物構造）
- 就寝スペースの男女・小・中・高校生分離
- トイレの男女・小・中・高校生分離
- 風呂の男女・小・中・高校生分離
- 洗濯場の男女分離
- デイルームの男女・小・中・高校生分離
- 集団から分離できる部屋の確保
- 一人で入浴できる浴室の確保

## 2) 施設構造のソフト面

施設構造として、ハード面の改修・改善は既設の施設では限界がある。そのため業務内容や日課の見直しなどによる運用面での工夫が必要となる。職員配置が手薄になる夜間の時間帯や個別に活動する自由時間、児童が登校や下校などの移動する時間帯など、少数の職員では把握できない状況が生まれる。また、入浴時間など職員が一定の場所から離れられない状況や、職員会議などにより生活場面の把握する職員の少なくなる時間に児童間の問題が多発するといえる。こうした状況を職員間の共通の認識として共有し、日課と業務の流れを精査し、職員配置や業務の見直しを図る必要性がある。

職員は、施設で起こりうる問題を互いに認識し、一日の業務の中での役割分担を明確化し、常にとどの職員がどの場面を把握しているか分かるよう、互いに連携しあう処遇方法の構造化を行うことにより職員の空白の時間帯を少なく出来る。

性的問題行動は、上述したように過去に性暴力被害を受けた児童から発生する場合も少なくなく、職員は子どもの情報を共有化し、子どもの発達段階や性意識の変化、日常と違う子どもの表出する言動に意識を払うことが必要である。子どもの持ち物の管理や施設内での本やTV視聴など過剰な性情報への配慮、異性など人目のある場所での服装や着衣状況への配慮、身体的接触について児童間への配慮などの具体的な基準を、ミーティングやケース会議において検討すると共に、問題の起こりやすい場所、時間帯の共有化を図る必要がある。

子どもの対応を共有化する上において、職員の子どもの理解が必要となる。熱心さだけでは子どもの表出する問題に関して理解をすることは難しい。そのために性的虐待や性加害・性被害に関する知識や対応方法のトレーニングも欠かすことができない。子どもを処遇する上でのアセスメントやコンサルテーション、内外でのスーパーバイズなど、ケア向上のための仕組みを構築するとともに、職員の研修やトレーニングのあり方、問題行動等が発生した場合の対応のあり方について、最低限のマニュアル化が必要となる。

性的虐待児童からの性的虐待経験を曝露された職員のメンタルサポートは、子どもに安定した対応を行う上で、欠かすことができない。職員がサポートされているという安心感は、職員の孤立感やバーンアウトを防ぐことになる。それとともに、性的被害を受けた子どもは、重篤な精神的・心理的問題を抱える。また、感染症や妊娠等の問題も考慮し、具体的な医療ケアについて検討を行い、医療機関との連携するシステムが構築されていることが望まれる。

こうした児童のケアシステムを構築する上で、施設という組織を明確にする必要がある。職員が横の連携や問題点を明確化し日課の見直しや改善、スキルアップのための研修やスーパーバイズを望んだとしても、組織にその意識がなければ単なる机上の空論となる。施設長を筆頭に基幹的職員、

家庭支援専門相談員、主任、担当と、指揮・命令系統が整理され、各職員の意向が明確に反映されるシステムの構築が望まれる。

## (2) 職員体制・業務分担

### 1) 施設職員配置の現状と課題

児童養護施設も情短施設も被虐待児童が入所の大半を占めるようになり、今後も増え続ける状況が予測される。

被虐待児には、貪る愛情欲求と激しい攻撃行動のもつ破壊性への体を張った対処と、情緒発達の遅れに対するこまやかに手を掛ける育て直しのケアの持続が必要となる。このように被虐待児への支援は、子どもの深刻な情緒発達の遅れやゆがみへのメンタルケアと、養育者への支援が重要となる。

被虐待児童の入所率が増える中で、家庭支援専門相談員（ファミリー・ソーシャルワーカー）や個別対応職員の加配、心理士や看護師の配置も出来るようになり、より専門性が求められるようになったが、被虐待児童へのケアの充実のためには、直接ケア担当職員の絶対数の増加が必要であり、また各職種の専門性を生かした業務のあり方の検討が必要となる。

しかし、報告書で詳細に述べたようにそれらの現状は厳しい実態があり、その中で各施設は創意工夫しながら子どものケアを担っており、スタッフ（特にケアの主力を担う中堅スタッフ）の悩みと心身の消耗は著しい。

このような状況の改善は緊急の課題であるが、ここではその課題を示したうえで、以下職種と専門性、チームアプローチと職員へのサポート、危機管理体制の整備について述べていく。

## 2) 職種と専門性

### ①児童指導員と保育士

信頼できる大人として日常生活の当たり前の常識や習慣を習得するための手助けをしていくことや日常の生活の中で子どもへのケアが中心的な業務となる。子どもは、いずれ施設を退所し社会生活を営むことになるが、その時に、子どもが一人で生きていける力を育むことが児童指導員や保育士の役割となる。しかし、そのほかにも保護者への相談支援、子どもの問題行動の生活支援、関係機関との協力態勢等、ケースワーク的技術が求められる。経験を重ねた職員がコーディネーター的役割を担うことになる。状況により、家庭支援専門相談員として役割分担する。

### ②心理療法担当職員

心理療法担当職員は、生活場面に関わりながら心理療法を行うことにより、被虐待児童を取り巻く生活場面の情報を自分の目で確かめられ、心理療法の方針や技法の計画が、子どもに合った形で構築できる。また、心理療法による影響が生活場面にどのように表出されているかの確認も容易になると言える。

児童養護施設や情緒障害児短期治療施設では、心理療法を進めるにあたって直接ケア職員（児童指導員や保育士）と連携することにより、子どもにとって利益をもたらすような情報共有ができる。それが子どもの支援効果にも影響し、心理療法との効果的な交互作用を生み出すと考えられる。特に心理アセスメントを図る場合、情報は多ければ多いほど、多角的に心理療法の目的が構成しやすく、子どもとの目的の共有に当たっても、子どもが理解しやすい心理療法の目的を示すことができると言える。心理療法による効果は、心理療法の場面だけで得られるものではない。心理療法によ

り表出された子どもの内面を理解することによって支援方針を適切な方向へと導き、生活場面へと適用させていく過程において初めて心理療法の効果が現実場面で反映されると言えよう。

### ③看護師

児童養護施設や情緒障害児短期治療施設に入所している子どものうち被虐待児や発達障害がある子どもの割合も増加している。こうした子どもの増加に伴い児童養護施設における看護師による医療的ケアの必要性が高まっていると言える。その業務は、障がい児等継続的な医療的ケアが必要な児童の健康管理、緊急時における対応や医師との連携、与薬の管理、入所児の健康管理、緊急時における医療機関との連絡調整など多岐にわたる。しかし、保育士業務を担いながらでは、オーバーワークになることも考慮しなくてはならない。看護師は、その業務に専念できる職場の体制が必要と言える。看護師の知識と技能は児童福祉施設において大きな役割を持っている。

### ④栄養士と調理員

食事提供の基本は「温かい食べ物は温かいうちに、冷たい食べ物は冷たいうちに」子どもに提供することである。子どもの生活時間に合わせ、調理の手順を組み上げていく作業が必要となる。調理済みの料理は、時間の経過とともに味が劣化していき、雑菌混入のリスクが増していく。また、アレルギーのある子どもへの配慮も必要となる。卵、乳製品、小麦粉、大豆、そばなどの食物アレルギーを持った子どもが措置されてきた場合、対応を検討し、十分な配慮を行うことが大切となる。虐待的環境の中で、家庭では十分な食事が取れなかった子どもは、偏食のみならず異食といった問題も抱えている。栄養士と調理員の協働のもと、子どもたちへの適切な食事提供や衛生管理についての学習会など食育への意識を高める必要がある。

## 3) チームアプローチと職員へのサポート

このような、各専門職種が協働するチームアプローチが児童養護や情緒障害児短期治療施設の基本であるが、被虐待児の急増により職員のバーンアウトや、子どもからの暴言や暴力などにより職員自身の心身の傷つき体験が問題となる。疲弊した職員が多くなると、支援チーム自体にひずみを生じ、連携が崩れることとなる。子どもの支援に行き詰まるとともに、職員同士の関係にも苦悩するという二重の問題を抱える。こうした職員間のひずみは支援方法に関する対立や他の職員に相談できないことからくる孤立感等、問題を拡大することがある。

こうした状況を改善し職員をサポートしていくために、ミーティングや引き継ぎ、記録などによる情報の共有化やケースカンファレンスの定期的な実施、困ったときに相談できるスーパーバイザーや上司の存在が大切になる。客観的な視点と状況を常に共有した職員集団、その職員集団を支える主任やスーパーバイザー、最終的に意志決定し、担当個人に責任を負わせないようにする施設長の存在が職員の孤立感や派閥化などの問題から職員を救うことになる。施設全体が支え合う良好な関係を維持していくことが、子どもの支援の基本となる。

### (3) 危機管理体制の整備（情報の管理とマネジメント）

「危機管理」とは、安全・安心を脅かすようなさまざまな事態が生じないように、また、万一そのような事態が生じた場合には、その影響を最小限に抑えられるように、日頃から備えておくことを意味する。

児童福祉施設における危機管理は「児童や職員の生命の安全を脅かす事件、事故及び災害などのさまざまな事態」を「危機」として捉え、それらを排除し、万が一発生した場合においても、その

影響を最小限に食い止めることを目的とする。

児童福祉施設における危機には、施設内事故（負傷・急病時、感染症、食中毒、災害・避難時の対応）不審者進入時の対応や暴力問題（子どもによる暴力、職員による暴力）、性的問題行動（性的問題行動の予備知識、職員の対応姿勢、全体を通しての性的問題行動への対応）、その他の問題行動への対応がある。そのほか、外出・外泊、所在不明・無断外出、交通事故、誘拐（強制引き取り）などが考えられる。

こうした場合の対応として、①事故発生直後に行う児童相談所や保護者への連絡と②短期・中期・長期的取り組みへの方向性を示すことにより保護者の信頼を確保することが必要で、ついで③事故記録簿や情報の取り扱いについて明確な様式を整備し、これらの危機的状況に対するマニュアルを整備しておくことが重要となる。さらに④警察など関係機関への連絡や協力を要請できるネットワークや関係づくりも必要となる。

危機管理のためには、事故の原因や経過等を分析・精査することにより、発生の前兆等を明らかにし、その危機を予知・予測に努めることが必要となる。また、緊急時には、あらかじめ緊急時の指揮権を明確にしておき、定められた指揮者の指示のもと迅速に行動することが基本となる。各職員や関係機関、関係医療先、保護者の連絡先など事前に整理し、職員及び関係者に周知し、その内容は随時更新を行う必要がある。

#### 事故防止の手順

- ①事故報告等により、事故に発展する可能性のある問題点を把握する。
- ②問題点の重大性を把握し、対処すべき問題点を選別して背景要因を分析する。
- ③事故予防対策を検討して実行する。
- ④予防策の遵守状況を確認するとともに、予防策が不十分な場合はフィードバックして再検討する。

リスクマネジメントを進める上で、職員間のコミュニケーションが重要である。施設内で、職種を超えて情報交換や意見交換が行えるような環境を作っていく必要がある。

#### （４）日課・プログラム

広い意味での日課は「生活の営み」そのものである。あらゆる機会が子どもの健全育成を行うために活用される。すなわち、基本的な生活習慣の確立から社会化の促進まで多様な目的を達成するための機会として活用される。その中でも「安全・安心感」はすべての活動の基礎にあるものと考えてよいだろう。

「安全・安心感」を育むための日課として大切なことは、①安定性、②一貫性・連続性、③予測可能性のある日課である。入所してくる子どもの多くは、安定した日々の生活を喪失し、「生活の拠り所となる基準が分からない/日によって変わる」、「何が起きるのか分からない」、「いつまで続くのか分からない」といった生活を生き抜いてきた。このような子どもが健全に発達・発育していくためには、安定的な生活リズムがあり、それが「続いていくこと」、また続いていくことへの確信から、「予見できる」という感覚を持って毎日を過ごすことが望ましい。

このように穏やかな生活リズムを安定的に体験することが安心感・安全感の形成には不可欠である。以下にこれらの３つの観点から日課について検討し、最後に日課上のトラブルへの対応につい