

【第Ⅰ部】トラウマインフォームド・ケアを学ぶ ～トラウマのメガネでみてみよう～

はじめに

トラウマの影響を受けた子どもや家族は、その影響による行動化や症状を周囲に理解されず、しばしば叱責や非難、誤解といった不適切な対応を受けている。

例えば、暴言や暴力といった衝動的にみえる粗暴行動に対して、周囲は「またか！」と反応し、その行動が引き起こされた状況には注目することなく「いつものこと」と捉えてしまう。トラウマ反応を引き起こしているリマインダーを見過ごし、個人の特性や問題行動に起因させてしまいがちだ。

また、生活や支援場面で子どもに気持ちを聴いても、反応が得られないことも多い。支援者としては「せっかく聴いているのに」という苛立ちを感じたり、あるいは「もう気にしていないのかもしれない」と思ってしまったりするが、子どもは自分自身の気持ちがわからない状態であるかもしれない。育ちのなかでのアタッチメントの形成不全やトラウマの衝撃により、情緒発達が未熟であったり、恐怖や不安に圧倒されて感情全般が抑圧されていたりすることもある。感情を他者に伝えられるようになるには、まず自分の状態に気づき、感情を名づけ、それを表現したり調整したりするスキルの習得が求められる。

生活のなかでの大きな物音や怒鳴り声、言い争いや緊張場面などは、過去のトラウマを思い出すリマインダーになり、それらの刺激で子どもが不穏になったり、フラッシュバックを起こしたりすることがある。支援の現場では、こうした刺激に注意が払われつつあるが、リマインダーになるのは「トラウマ体験を思い出す刺激」全般であ

り、「何気ない視線」や「ほめ言葉」までもトラウマ反応を生じさせることがある。たとえほめられたとしても、子どもは「きっと裏がある」と疑心暗鬼になったり、期待が裏切られることを恐れて、支援者からの肯定的な関わりに対して不信感を募らせたり、反抗したりする。いずれも過去の傷つきや喪失への防衛反応であり、「自分はほめられるに値しない」という自己否定感に基づくものである。

こうした子どもの反応は、過去のトラウマ体験が影響しているものの、しばしば反抗的だとか素直ではないといった個人の性格であるとか、発達障害や人格障害といった特性や病態ではないかと捉えられやすい。

支援者も「怒っても、ほめてもダメ」という状況に陥り、子どもや家族との関わりに無力感や不全感、怒りやストレスを感じて、疲弊してしまう。このように児童福祉の領域で働く支援者も、トラウマの影響を強く受けているのである。

1. トラウマの「メガネ」で“見える化”する ～トラウマの“冰山”～

外からみて「問題行動」に見える言動の背景（根底）には、過去の逆境やトラウマ、喪失による慢性的な過覚醒がある。いわば、トラウマは「冰山」のようなものであり、表れている言動は氷山の一角に過ぎない。よって、なぜその行動が起きているのかを「見える化」する視点が求められる。その「メガネ」の役割を果たすのがトラウマインフォームド・ケア (Trauma Informed Care: TIC) のアプローチである。

インフォームドとは「理解している・前

提にする」という意味であり、TIC は「トラウマを理解した関わり（ケア）」を指す。

ここでいう「理解」とは、公衆衛生の知識レベルでトラウマが広く周知されている状態をいう。例えば、幼い子どもでも「風邪」や「インフルエンザ」に関する知識を持っている。基本的な予防法を学んでおり、もし、咳や鼻水、発熱といった症状が表れたら、それに気づいた大人は状態をみて、休養させたり医療機関に受診させたりする。我々は内科医でもないのに、医師の診断を待たずに基本的な手当をすることができる。このように風邪やインフルエンザの情報がインフォームドされているからこそ、子ども自身も大人も適切な初期手当ができる。

喫煙のリスクやシートベルトの有用性が周知されているのも、健康や安全に関する公衆衛生上の一般的知識である。教育や支援現場では、発達障害の識がインフォームドされつつある。それにより誤った理解や対応が減少し、役立つ見方や対応ができる。

同じように、トラウマの影響を受けた子

どもや家族を TIC の視点でみる必要がある。

「乱暴な子」は「乱暴をされてきた子」であり、不安や恐怖による過覚醒の状態だと考えられる。そうであれば、叱責よりも、落ち着かせる対応のほうが効果的である。

「気持ちを話せない子」は、感情麻痺や過剰適応の可能性がある、自分の気持ちに気づけるようになることから支援が始まる。また、ほめたりかまうとかえってふてくされる「あまのじゃく」にみえる子が抱えている他者不信感や自己否定感、喪失への恐怖を理解した関わりをすることができる。

そして、「無力感」に苛まれている支援者も、本人の適性や能力の問題ではなく、トラウマが影響している可能性があることを本人も周囲も理解し、サポート体制を作る必要がある。

2. トラウマケアの3段階

TIC は、公衆衛生的な基本的な知識に基づく関わりを指し、トラウマケア全体の基盤に位置づけられるものである（図 6-1）。

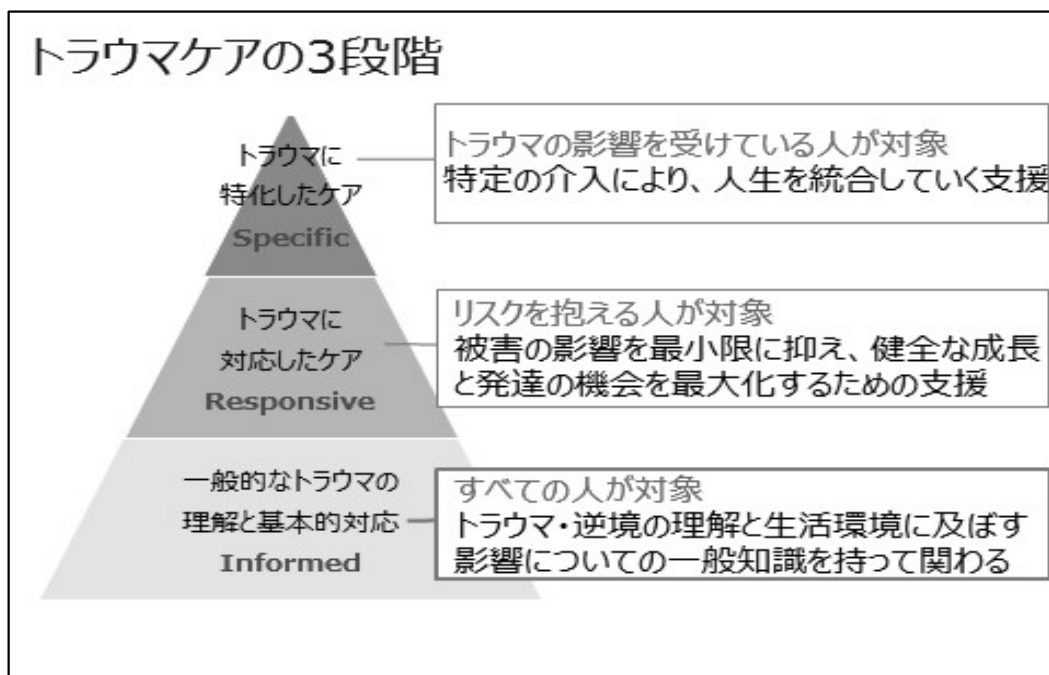


図 6-1. トラウマケアの3段階

“Informed (基本的理解)”のレベルは、トラウマの有無に関わらず、すべての人を対象とする。身体的なケガを負った人が、生活を送りやすくすることを目指す「バリアフリー」と同様に、トラウマは「こころのケガ」であり、それによる生きづらさを抱えた人が生活しやすくするために障壁をなくしていくアプローチと考えてもよい。

TIC をベースにしなが、トラウマの影響を受けた人(リスクのある人)に対しては、“Responsive (適切な対応)”な個別ケアを受けることができる。それが二段階目のトラウマケアであり、被害の影響を最小限に抑え、成長と発達の機会を最大化する。

そうした適切な対応がなされれば、さらなるトラウマ症状の予防が見込めるが、必要な人には“Specific (特化したケア)”を提供する。例えば、PTSD 症状の軽減に焦点をあてた心理療法や薬物療法などであり、被害体験を人生に統合していく働きかけをする。日本では、「トラウマケア」というと、この三段階目の「特化したケア」がイメージされやすいが、それにつながるためにも、基盤となる TIC や適切な対応が求められる。

TIC を推進する SAMHSA (米国保健福祉省薬物乱用・精神衛生サービス局) は、TIC を下記の「4つのR」で説明している¹⁾。

- ①Realize: トラウマについての知識を持ち
- ②Recognize: どんな影響を受けているか認識して
- ③Respond: 適切な対応をすることで
- ④Resist re-traumatization: 再トラウマを予防する

トラウマの知識を持つことで、トラウマの影響を見過ごすことなく認識できる。その認識に基づいて適切な対応をすれば、支援対象者を傷つけてさらなるこころのケガを負わせることなく再トラウマを防ぐこと

ができるという取り組みである。TIC は、一部の専門家に求められる関わりではなく、本人を含むあらゆる人がトラウマの「メカネ」を通して行動を理解することである。

トラウマを体験した人は、自分の身に起きた変化や影響に気づいていないことが多い。トラウマに関する心理教育を受けることなく、叱責や制限だけで対応されてきた場合、「自分のせいで(自分が悪い子だから、おかしいから、弱いから)具合が悪いのだ」と思い込んでいる。そうした自責感や自己否定感は、トラウマからの回復を妨げる。そのため、TIC では、支援者がトラウマを理解するのではなく、本人やその身近な人にもトラウマの性質や影響、適切な対処法を伝える「心理教育」が欠かせない。

3. トラウマ体験とその影響を理解する

トラウマになりうる出来事は、実際には、多くの人が体験しているが、そのすべてがトラウマ(こころのケガ)となるわけではない。前出の SAMHSA は、トラウマの概念について、次の「3つのE」で説明している

- ①Event(s): どんな出来事があったのか
- ②Experienced: どんなふうに体験したか
- ③Effect(s): どんな影響が起きているのか

トラウマの影響を考える際には、まず、どんな出来事(Events)を体験したのかを理解しなければならない。とはいえ、トラウマは本人も「たいしたことではない」「もう忘れた」と否認したり、「話したくない」「話せない」という回避が起これるため、支援者が把握できていない出来事が少なくない。そのため、支援の初期のうちに「こんな経験をする子ども(人)は少なくない」という心理教育をしながら、出来事のアセスメントができるとうい。詳細を語らせる必要はなく、「大変な経験をしてきたみたい

だね」という理解とねぎらいを示す。

同じような出来事であっても、主観的体験 (Experiences) は人によって異なる。客観的な状況よりも、そのときの子どもの年齢や状況、認知の特徴等によって「圧倒される恐怖」や「絶望や屈辱」を感じる。また、被害時の状況だけでなく、その後で周囲がどのように対応してくれたかといった体験も影響する。すぐに適切なケアがされていれば回復が見込めるが、放置されたり、責められるといった二次被害を重ねるほど、予後は悪くなる。

そうした要因によって、トラウマによる影響 (Effects) は異なる。どんな影響が生じているのかを把握するアセスメントが必要である。幼少期の性被害のように、当時は何が起きたのかわからずにいたものの、思春期以降に身に起きたことの意味を知り、衝撃を受けるといった遅延反応もある。

4. 逆境的小児期体験と発達への影響

トラウマの影響はさまざまな要因によって決まるが、幼少期の体験は人生に大きな影響をもたらすことが明らかにされている。

「児童期逆境体験 (Adverse Childhood Experiences: ACEs)」に関する研究²では、18歳までの虐待や家族の機能不全といった出来事を数多く体験するほど、成人期以降の心身の疾患や社会適応の状態を悪化させ、暴力の連鎖や寿命の縮小につながる実証された。この ACEs 研究は、幼少期の体験が長期にわたって影響をもたらすことを示すもので、現在起きている行動や症状を過去のトラウマ体験から理解する TIC のアプローチの根拠にもなっている。

安全ではない環境に置かれた子どもは、つねに危険に備えて覚醒レベルをあげて生き延びるよりほかなく、結果的に、身体的・社会的な成長に使うべきエネルギーを浪費

してしまう。脳や神経系の発達への深刻なダメージが明らかになりつつある。

こうした逆境やトラウマを体験すると、トラウマ反応や症状が生じる。解離やフラッシュバックなどが知られているが、実際には「ぼーっとしてる」ようにみえたり、肝心な話になると「あくび」をしったりするため、周囲からは「だらけている」「真剣さが足りない」と誤解されやすい。また、感情が伴わず、苦痛に対しても平然としている一方、怒りや恐怖の感情は敏感で「キレやすい」という過覚醒の状態がみられる。認知も否定的になり、「何をやってもムダ」と無力感や絶望感を抱いていたり、自他を責めたり、自傷行為に至る場合もよくある。トラウマにまつわる話は回避されるため、本人から話すことができないうえ、支援者が話を向けてもイライラしたり、ふざけて話をそらしたりする。

さらに、トラウマを体験したあと、無自覚にトラウマと類似した行動や関係性を繰り返すという「トラウマ関係の再演」が起こりやすい。自分が受けた被害を他者に対してやり直すこともあれば、被害時にできなかったことをリベンジとして他の場面でふるまおうとすることもある。「支配する-される (やる-やられる)」といったトラウマティックな関係性そのものを繰り返し、相手との対等で尊重した関係性が持てない。

こうした再演に、支援者も巻き込まれる。子どもや家族の心情に寄り添う関わりをしようと努めていたとしても、相手の度重なる“試し行動”や裏切り、攻撃といった挑発的な態度によって、支援者も思わずカッとなって威圧的な態度をとってしまったり、支援者としての境界線を踏み越えた関わりをしてしまったりする。結果、「やっぱり支援者も暴力をふるう」「からだ目当てだった」「だれも信用ならない」という子どもや家

族の非機能的な認知を強化してしまう。

支援者もまた個人的なトラウマを抱えている。それゆえに、支援対象者の言動は、支援者にとってのリマインダーにもなる。それを自覚し、再演を防ぐことが大切だ。

5. トラウマインフォームド・ケアの実践

TICは、現在の行動をトラウマの観点から理解するアプローチであり、「トラウマ記憶の掘り起こす」といった侵襲性を伴うものではない。しばしば“Specific(特化したケア)”と混在され、危険性を懸念する声を聴くが、あくまで一般的なトラウマに関する情報を提供し、対象者をトラウマの「メガネ」を用いて理解しようとするものである。当然だが、すべてトラウマと決めつけるものでもない。

施設や学校など集団生活の場では、指導とケアの立場で支援者が葛藤を感じやすい。しかし、「指導 vs. ケア」と対立的に捉えるのではなく、その子どもにとって必要なスキルや能力を身につけるために、子どもの行動を理解し、それに合わせた具体的なケアを提供することで、「適切で有効な指導」ができる。

例えば、集団生活のなかで「できない」ことがあった場合、すぐに「やらせる方法」を考えようとするのではなく、まずは「なぜ、どんなふうできないのか」を理解する。つねに「できない」わけではなく、場面によるのであれば、何か不調を生じさせるリマインダーがあるのかもしれない。そもそも職員の指示を否定的に捉えている(非機能的な認知)のであれば、子どもの認識を確認して、職員が伝えたいことを丁寧に説明する必要があるだろう。逆境やトラウマ歴のある子どもは、感情や行動の調整スキルが十分ではないため、集団生活で求められる課題ができるようになるには、そのまえに基本的なスキルの練習を重ねるべきかもしれない。

いずれの場合も、現場において子どもや家

族がうまくやれていないときには、まずは「何があったのか」を確認する。この問いかけによって、一緒に「今、起きていること」を考える関わりができる。従来の支援における共感的な関わり方と重なるが、さらにトラウマの「メガネ」を活用するイメージである。

「何があったのか」という視点でみることでトラウマの影響が考えられるときには、トラウマに関する一般的な心理教育を行う。「こころのケガを体験すると、こんなふうになることが多いんだって。あなたは？」と声をかけることで、自分の状態に意識を向けるきっかけを与えられる。そして、「そんな反応ができるのは、おかしいことではありません」とトラウマ反応の一般化を行う。「自分だけがおかしい」と感じている自責感やスティグマを軽減させるのに役立つ。

子どもや家族の怒りや不満といった感情に対して共感的に受け止めるのは大切だが、「怒っているんだね」と感情だけに焦点をあて続けるよりも、「『バカにされた』と思ったら、腹が立つのも当然だろうね」など、感情を引き起こした認知を扱いながら「それなら当然だろう」と本人の反応を妥当化するのが有効である。本人の反応を受け入れながらも、「バカにされた」といった非機能的な認知について話し合うことができる。

こうした非機能的な認知(バカにされた、私はダメだ、人は信用ならない、世の中は危険なことばかり、など)こそがトラウマの影響であり、「そんなふうを考えやすくなるよ」と心理教育をするよい機会となる。

怒りや不健康な対処法に対しては、リラクゼーションなどの基本的な対処(コーピング)を教え、支援者と一緒に練習していく。リラックスした状態に緊張感を覚えたり、感情コントロールに自信を失っていたりするので、リラクゼーションの導入は容易ではないが、だからこそ生活のなかで繰り返し練習する

ことが求められる。

5. ト라우マの影響を受ける支援者と組織

前述したように、TICは子どもや家族だけでなく、支援者を含むあらゆる人を対象とする。なかでも、トラウマの影響を受けている人と関わる支援者は、トラウマの詳細な話を聴くだけでも心理的負荷がかかる。また、勤務中に受ける暴言や暴力、緊急を要する対応の緊張感などに日々晒されている。人員不足や資金繰りに追われている組織もあれば、メディアからのバッシングや訴訟への対応を余儀なくさせられる状況もある。

こうした児童福祉現場で起こりうるストレスやトラウマは、組織全体を過覚醒状態（ピリピリした雰囲気、信頼関係が損なわれた職員関係など）にして、感情マネジメントを喪失させる（キレたり、横柄な態度をとる、不安で怯える）。それにより、今、起きている問題に誰も触れなくなり、何も感じなくなるという組織の解離状態に陥る。まさに、支援の対象者と同じようなトラウマ反応が、支援者や組織に起こることを「並行プロセス」という³。支援者が無能感や自己否定感を抱き孤立してしまうと、チーム支援はできない。不信と疑念によって断絶した組織では、トラウマという強力な影響力に立ち向かえない。

トラウマに関わる現場では、職員の二次的外傷性ストレス（Secondary Traumatic Stress: STS）は避けられない⁴。トラウマの影響に気づき、それに対する健康的な対処を身につけていくというTICのアプローチは、支援者の安全や健康を守るためにも有用である。支援者の安心や安全感なしに、対象者の回復はない。

組織が変化するのは、たとえ前向きで建設的な方向性であったとしても、「これまでのやり方」を手放す恐れや不安、責任を伴うものであり、少なからぬ困難を感じるものだ。

変化を恐れる気持ちを乗り越え、よりよい支援を行うという方向性を共有するには、よいチームづくりが欠かせない。

トラウマインフォームドな組織づくりを行うことで、子どもや家族へのTICを進めていくことが望まれる。

¹ Substance Abuse and Mental Health Services (SAMHSA) (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral health services*. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816> (Sep 1, 2015.)

² Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, **14**(4), 245-58.

³ Bloom, S. L. & Farragher, B. (2013). *Restoring sanctuary: A new operating system for trauma-informed systems of care*. Oxford University Press, USA.

⁴ Stamm, B. H. (Ed.). (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators*, 2nd ed., Sidran Press. (スタム, B. H. 小西聖子・金田ユリ子 (訳) (2003) 二次的外傷性ストレス: 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題 誠信書房)

【第Ⅱ部】トラウマ体験後の回復・成長 ～トラウマインフォームド・ケアの考え方～

1. 衝撃的経験によるトラウマ受傷と被害者の回復

個人がその人生において経験する衝撃的な出来事とその後の人生での回復、成長・成熟変化については、大きく分けて二つの場合が観察されてきた。

ひとつめは、個人の受ける衝撃が軽微で、当人が持つ衝撃吸収力の範囲内の場合で、衝撃はその直後の余韻が徐々に消えるように吸収され、それで終息する。個人は深刻なトラウマを体験することもなく、以前からの機能レベルに戻り、衝撃を受けたことによる変化をほとんど示さない。

ふたつめは、個人が受ける衝撃が強く、当人の衝撃吸収力を超えているため、当人の通常の機能レベルが大きく損傷を受けてしまう場合である。この場合、ひとつめの経験とちがって、個人には高い頻度でトラウマの発生が認められ、個人の機能には、衝撃による痕跡・変化が永続的に残る。この場合、その後の経過としては、概ね以下の3通りが考えられる。

- ① 損傷から立ち直れず、ずっと機能低下したままの状態が続く
- ② 時間はかかるが徐々に回復が進み、なんとか以前の機能レベルに戻る
- ③ 時間はかかるが、それまでとは異なる適応変化を示し、結果的には以前とは異なる適応レベルを示す成長変化を遂げる

これまでの観察・報告によると、②の経

過をとる事例は極めて少数しか認められず、大半は①か③の経過をとるといわれている。トラウマによるダメージに伴って個人の通常機能が破壊されてしまった場合、もう一度、もとの状態を復元すること自体が難しくなるのかもしれない。多くの事例では、ダメージから立ち直れなくなるか(①)、以前とは異なった形での適応レベルの回復と成長変化が認められるようである(③)¹。

この③の変化では、その多くの事例で、トラウマに起因するとみられる問題・症状が決して消失したり、解消したりしているわけではないこと、トラウマのダメージに伴う痛みや苦しみが続いていたとしても、その後の人生における成熟と生活の充実が可能であること、当事者のなかには「トラウマを生じさせた衝撃の経験がなかったら（もちろんその出来事がなかった方がずっとよかったとも思っているが）、今の自分はなかっただろう」と述べている場合があることなどに多くの専門家が注目してきた²。

こうしたトラウマ受傷を経験した人が迎える回復と成長について、多くの専門家が、トラウマ体験後の回復と成長（post traumatic growth : PTG）として注目するようになった³。

2. トラウマによって生じる非可逆的なダメージ

1990年代からの脳科学の進歩は目覚ましく、トラウマ研究においても様々な脳機能の動態を把握する技術が適用されてきた。とくに注目されているのが、子ども時代に

虐待を経験した人が成人期になっても脳損傷が続いていることを明らかにした一連の研究である^{4, 5}。これらの研究から、子ども虐待のような激しいストレスを繰り返し経験した個人はその結果、生理学的なレベルで常時、警戒興奮状態が解除できない状態に長期間置かれることになり、それが徐々に脳に破壊的なダメージを与えていることが明らかになったのである。

こうしたトラウマを生じるような強い衝撃的なストレスが脳に及ぼす影響が、当人の生活と人生にどのような影響を与えるのか、そのダメージはどのような過程を通じて回復に向かうのかは、未だ解明されていない。

3. トラウマによるとみられる過覚醒反応と不適応行動：発達性トラウマ障害

生理学的なレベルで確認されつつあるトラウマによるダメージが、現実の人の生活・行動に与える影響について、例えば、複雑性 PTSD⁶や、発達性トラウマ障害⁷といった問題・症状が提案されてきている。

とくに注目されるのは、National Child Traumatic Stress Network において van der Kolk が提案している発達性トラウマと呼ばれる診断分類の提案⁸ である。これには以下のような診断基準が示されている。

発達性トラウマ障害 (Developmental trauma disorder) の該当要件

- A: 強いストレスにさらされた経験
逆境的な出来事 (ACE) が 児童期～青年期に始まり、1年以上経験している
- B: 感情面や生理面の調節がうまくいかない
過覚醒状態を調整する通常発達的な能

力が獲得形成されておらず、障害されている

C: 注意や行動の調節がうまくいかない

注意の持続、生活・学業の学習・習得、ストレス状態に対処できる通常発達的な能力が獲得形成されておらず、障害されている

D: 自分や他人との関係性の調整がうまくいかない

自分自身のまとまり、対人関係を調整する通常発達的な能力が獲得形成されておらず、障害されている

医学診断分類としては、DSM や ICD といった国際的な診断分類において、提案段階のものだが、その内容をみると極めて特徴的な一群の子どもの状態をとらえている。いわゆるトラウマによるとみられる過覚醒反応の状態にあたる行動像に一致するとみられるのである⁹。

4. トラウマによるとみられる子どもの過覚醒反応とその対応

次に挙げる行動像は、いわゆる非行問題で児童福祉サービスの対象となる子ども、性的虐待を経験して思春期を迎え、不穏行動をとる子ども、ネグレクトをはじめとする不適切養育、何らかの家庭養育機能の不全による児童期逆境体験 (ACE) を通ってきた子どもが示す不穏行動にしばしば共通してみられる行動の一覧である。これらの行動表現は基本的に、トラウマによるとみられる過覚醒反応として理解し、対処する必要があると考えられる。

以下に、その行動像を示す。

◆過覚醒反応としての子どもの行動像

発達障害の行動像に類似（おそらく神経学的にも類似）状態にある

- 1) イライラした攻撃的言動
「死ね」「あっち行け」「殺すぞ」
- 2) 注意集中困難による言動
「え？」「なに？」「わからん」
- 3) 過敏な警戒反応としての言動
「何？」「なぜそうなるの？」
「誰が決めた？」
- 4) 驚愕反応
「え？ マジ?!」「信じられん！」
「絶対イヤ！」「ありえない！」
- 5) 自分を傷つけるような無謀で激しい行動：自己破壊性の高さ
しばしば、自身を脅かす高い緊張、不安や恐怖、怒りなどの感情の統制困難、衝動性の高まりを抑えよう、統制しようとしての過激な行動（リストカット含む）
「別に何も思わない」
「自分が OK なら別にいいんじゃない？」
「誰にも迷惑かけてない、何が悪いの」
- 6) 睡眠障害
「昼間の眠気」
俗にマイクロ・スリープと呼ばれる、短時間、瞬間的な眠気に“落ちる”状態。過覚醒による興奮状態が続くと浅眠・不眠傾向が続くために生じるとみられる。

上記のような一連の行動が、もしもトラウマによる、長期には脳損傷をもたらすような生理的な異常興奮、過覚醒反応によるものであったとしたら、これまでの指導・教育・治療場面でしばしばとられてきた、個々の行動・言動に対する、指導・叱責や追及的問責、禁止、抑止、制止・制圧とい

った対応は、いずれも的が外れているばかりか、問題行動の根底にある、過剰興奮をより助長させてしまう対応となってしまう危険性が高いことになる。

課題は行為そのものを問題にするのではなく、今の感情状態・心身状態に関心を向け、焦点化することにある。結果的に過剰な興奮・過覚醒を疑わせる状態があるとしたら、それは何らかの理由で発生した、当然と認められるある種の興奮の過程なのであり、具体的な理由は明らかでないにしても、そうした反応行動をとることには一定の当然性があると認めたとうえで その対処、鎮静化を一緒に考えようと提案することが重要となるだろう。

このようなトラウマによるダメージによって発生するような過覚醒反応による不穏行動を、当人の責任における社会適応上の誤まった行為、未熟さ、強い指導的介入を要する自己中心性の問題とは区別して対応することが必要だと考えられる。このアプローチを基本的に支える具体的な方法論のひとつが「トラウマインフォームド・ケア」と呼ばれる一連のアプローチである。

5. 性的虐待事例の緊急保護時点からの行動像

トラウマによるダメージが最も共通して認められる相談に、性的虐待相談がある。図 5-2. は児童相談所における性的虐待相談の初期からの対応手順の概要である。

性的虐待事案は、とくに初期対応における調査保護の実施とその直後からの被害調査に特徴がある。長期にわたって、誰からも守られずに親密圏内の人間関係のなかで性暴力被害にあってきた子どもは、しばし

ば、無力化と共に、被害状況の否認・矮小化を通じて自らの精神的健康を守ってきた経過を有することが多い。ところが、初期の兆候確認から初期被害調査、調査保護、被害事実の調査へと進む児童相談所の初期対応は、これらの病理的な防衛体制を一気に吹き飛ばしてしまう。この直面化のショックが、本来の性暴力被害のショックを表面化させ、不穏な状態を起こすことがある。平成 23 年度に主として家庭内性暴力被害の疑いで児童相談所に一時保護された子どもの一時保護中に示した行動像をみると、およそ 50% を超える子どもに性暴力被害によるとみられる症状群の発現が認められている。さらに、閾値を 40% 台に上げると、対人暴力・対人トラブルが顕著に認められる¹⁰。

性暴力被害そのものに起因するトラウマ症状と、その直面化を迫られた一時保護という事態に反応したトラウマ性の問題・症状がこれらの行動像の根本にあるとみられる。これらは、見方を変えれば、ストレス状況における過覚醒反応が発生している可能性がきわめて高いとみられる。

6. 性的虐待での一時保護事例における初期支援

平成 25 年に国の手引きにおいて確定した「児童相談所における性的虐待対応ガイドライン 2011 年版」¹¹の手順に従うなら、対応は下図 6-2-1 のように進む。

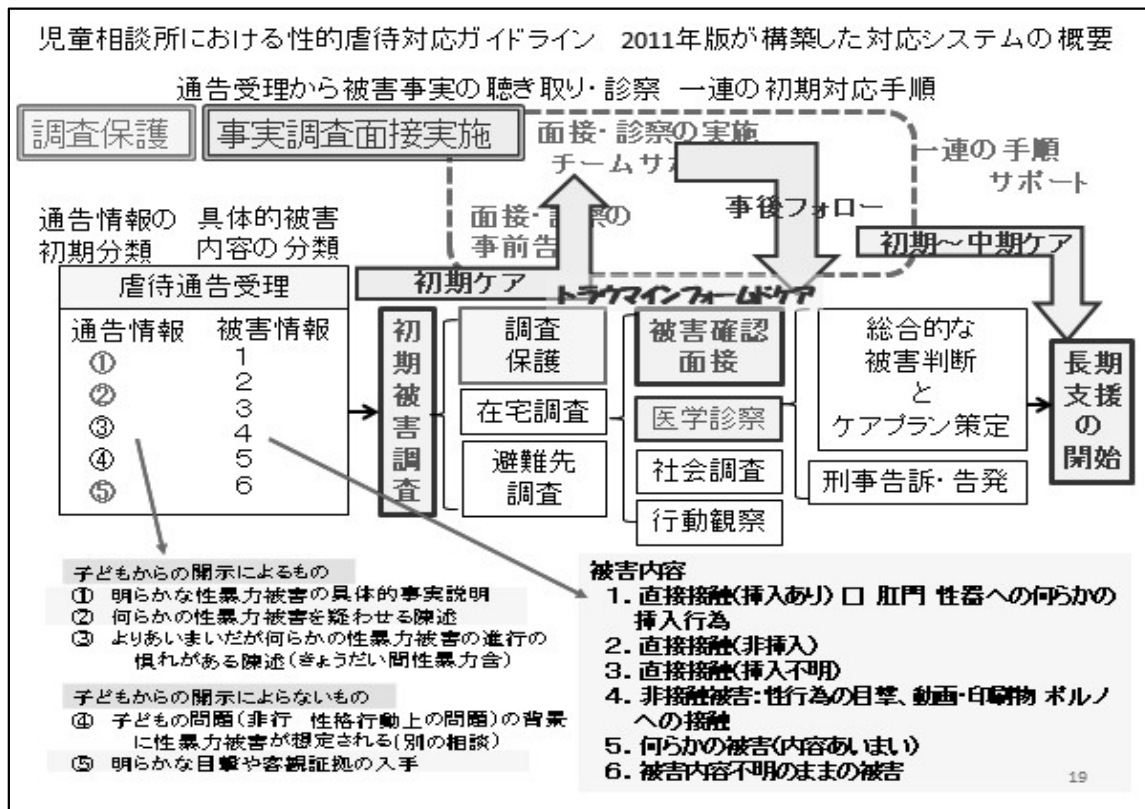


図 6-2-1. 児童相談所における性的虐待対応の流れ

児童相談所は、調査保護をとったら直ちに①子どもに何が行われようとしているか説明し、知らせる必要がある。この時点で、同時に、②本人が被害の開示を行ったことの正しさ、あるいは被害が開示されたことにより、最低限ではあるが子どもの安全が確保されたことの重要性、③調査保護となって当人が戸惑ったり、驚いたりしていることの当然さ、④長く被害について何も無いフリをしてきたことが、一気に明るみに出て、さらに関係者に開示され、問われることの衝撃と、その結果の不安・不穏を感じることの当然性を、個別にきちんと伝え、サポートを開始することがとくに重要となる。それはさまざまな状況、条件にある全国各地の一時保護所における個々の丁寧な処遇メニューへと連動していなければならぬ。

この初期からの統一的な支援が一時保護所における継続的な支援と連動していく際に、トラウマインフォームド・ケアの初期アプローチが開始されることが望ましい¹²。

7. 性暴力被害にあった子どもへの中・長期支援

家庭内性暴力被害をはじめとする、さまざまな性的搾取被害を経験した子どもは、その生涯にわたって、何らかのトラウマ性の問題・症状に繰り返し悩まされる危険性があり、長期の支援が必要と考えられる。しかし、現時点でその体制は十分ではない。

こうした性暴力被害経験者の長期支援では、支援者が常に当人の性暴力被害を意識していることや、それに伴う問題・症状の出現に常時関心を向けていることを意識さ

せないことが必要となる。そうでないと被害経験者にとって支援者からの接触自体がトラウマのリマインダーになってしまい、被害経験者は支援者からの接触を受けるたびに不安感や不穏状態を呼び起こされてしまうことになる。

こうした配慮のもとで、断続的・継続的に被害経験者に接触する支援者は、基本的に毎日の生活についての何気ない話題から、深刻なトラウマ経験からの影響、不穏な兆候を読み取ることが重要となる。

基本的には被害経験者が自ら、必要に応じて支援を求める際に自分が直面している問題を報告し、具体的な支援を求めることが望ましい。しかし、トラウマの影響による問題は常時、誰もが冷静に、かつ適切に扱えるタイプの問題ではない。しばしば意に反した否認や回避が生じるのがトラウマ性の問題の特徴である。

こうした事態の特性を理解したうえで、最も重要な質問は以下の二つである。

- ① 気持ちよく眠れているか、朝の目覚めはさわやかか
 - ② 毎日、おいしく食べられているか
- 多くの問題が、この二つの質問の答えから導かれる。

8. トラウマインフォームド・ケアの観点からみた初期課題

次頁の図 6-2-2 に一時保護から施設入所、施設退所後のアフターケアまでの経過に即したトラウマインフォームド・ケアの基本要件を示す。

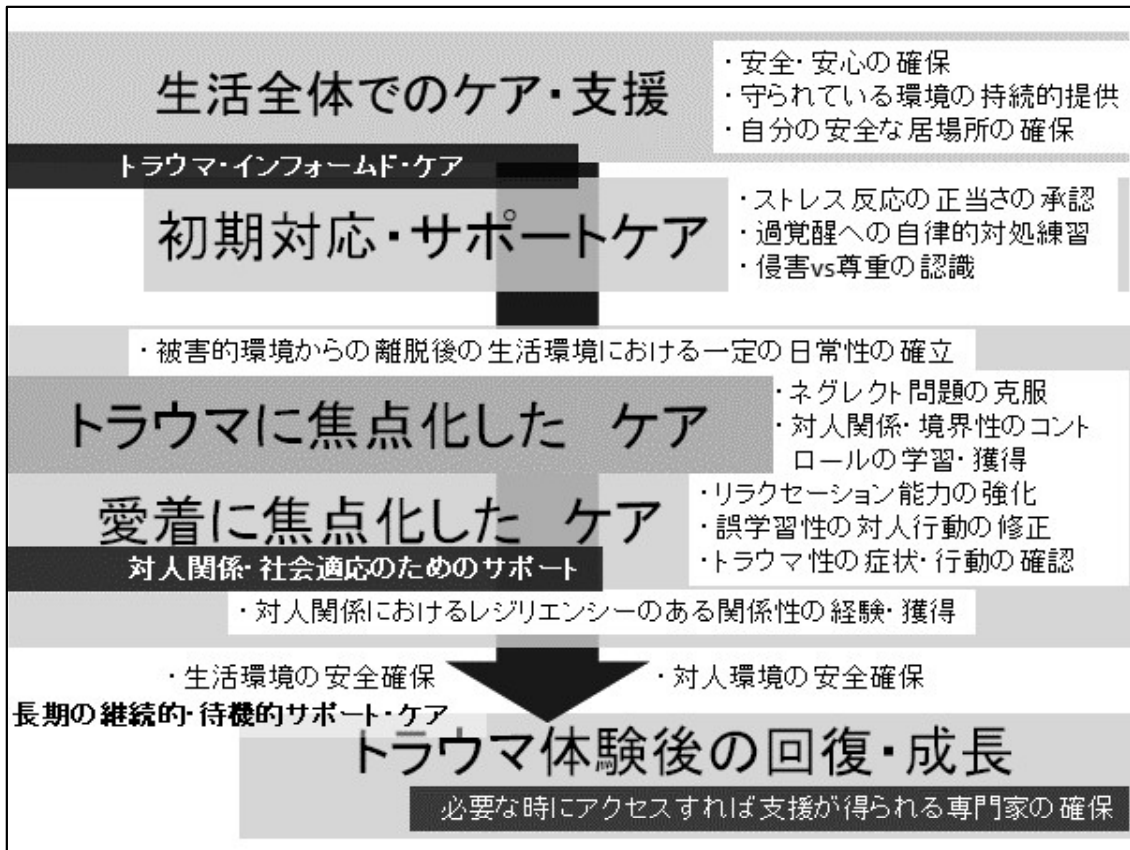


図 6-2-2. 一時保護～施設入所におけるトラウマインフォームド・ケアと支援

トラウマインフォームド・ケアは、基本的に施設処遇ではチームケアとして当事者と支援者の全員に共有される。個別の支援は対一の信頼関係の構築を軸にその展開を考えるのだが、生活全般においてはチームによる組織的な支援が基本となる。

子ども家庭福祉の領域では、一時保護から始まる初動の段階で、当事者が置かれた環境をいつ、安全・安心の場として、自分が守られ、安全な居場所が確保されていると感じられるようになるかが、最初の課題となる。

通常、緊急保護で一時保護された子どもは、一時保護所に入所してもなかなかそこを、自分の安全な居場所とは感じ取れず、なじめない状態が続く。支援者はできるだけオープンに一時保護の理由、目的、現在

進行している状況を子どもに伝え、現在の状況をフランクに話し合えるように支援する。

その間も、子どものトラウマ性のストレス反応は次々に生じていることが多く、家庭内性暴力被害などを経験してきて過剰適応しやすい子どもは、そうした不穏状態を支援者にはなかなか話さない。支援者としてはストレスフルななじめない環境で子どもが示す不穏状態に対して、そうした緊張や不安は当然のことであるとして認め、ともすれば過覚醒になりやすい子どもの心身の不穏状態に対処するリラクゼーション、ストレス反応の緩和への支援を行う必要がある。

子どもが内外の環境についてのストレス、自身の身の安全についての不安・緊張を認

めて支援者との関係を受け入れるようなら、過覚醒状態への対処や、ストレス反応の正当性を認めたいうでの支援はよりスムーズに行える。

子どもが不穏反応を示し、支援者を受け入れず、またその場の安全・安心を感じられずに、敵対的・挑発的な過覚醒反応を示したら、まさに上記4.で述べたように子どもの置かれている状況と反応の当然性を認め、子どもの状態に関心を示して対応を組み立てることが重要となる。

9. トラウマインフォームド・ケアと

トラウマ・ケア

子どもが一時保護を経由して施設入所に至ったら、まず新しい環境に慣れて、日常性を獲得できるように支援することが重要となる。生活における安全な居場所の感覚の獲得は、いわば毎日の生活リズム、朝起きてから夜までの出来事がスケジュール通りに進み、そしてまた翌朝を迎えて一日のスケジュールが始まる、その穏やかな繰り返しの感覚：日常性が感得されることと深くつながっていることが多い。

この段階でトラウマインフォームド、すなわち強いストレス経験や衝撃的な経験をしてきたことによる、こころのケガ（トラウマ）の影響を知り、そのために生じているかもしれない不穏状態や不安・緊張状態に注意を向け気づくことが重要となる。やがて不穏な緊張・興奮状態やその結果としての暴力・挑発行為、自己破壊的な行動の出現においても、支援者と当人が共同して被害経験者の心身・感情状態、PTSDやトラウマの再演に気づくことが始まる。こうして被害経験者と支援者が共にトラウマの影

響を知り、その反応についての理解が進むことで、不穏状態への対処、コントロールへの注意も明確になっていく。

こうしたプロセスを活性化させ、たとえ自分がトラウマの影響下にあっても、さまざまな不穏状態に見舞われても、そのことに受動的に振り回されるだけでなく、能動的に対処を試み、不穏状態に対して支援関係を通じて被害経験者と支援者が事態をコントロールできるようになっていくことは、トラウマインフォームド・ケアの中核的な領域である。

トラウマの後遺症を直接に扱うこと、例えばTF-CBTやEMDRといったトラウマに起因するとみられるストレス反応やPTSD症状を低減させることを目指す治療の適用については、それを専門とする医師等の判断によるが、同時に当人の生活環境におけるみたとトラウマインフォームド・ケアが協働して進められることが望ましい。

10. 自立支援とトラウマ・ケア

成育経過に過酷な経験をして、こころのケガ（トラウマ）と呼ばれるようなダメージ受け、かつ、家族から離れて、社会的養護・養育サービスを受けることになった子どもへの支援において、当面の重要な目標課題は自立支援である。個人が、適度に相互に助け合い、依存しあいながら、かつ各々が、その持てる可能性において、最善の自己実現を遂げること、が社会的養護における自立支援の目標である。それはいわば対人関係におけるレジリエンシーのある関係性の経験と獲得である。

ささいなことから仲たがいた友人関係の修復から、様々な対人トラブル、社会的

関係におけるストレス状況の対処とトラブルの対処においては PTSD やトラウマの再演問題が関連するケースが多く、支援におけるトラウマインフォームド・ケアの保障がこうした子どもの社会的自立支援においては重要となる。

11. トラウマ体験後の回復と成長のための支援

さまざまな過酷な経験から児童養護施設や児童心理治療施設、児童自立支援施設に入所し、そこから社会に出ていく子どもを支えるのは、対人関係におけるレジリエンシーのある関係性の経験とそうした関係がもてる環境の保障である。しかし、社会的養護サービスの提供によって安全・安心の確保に至った経過がある子どもが戻っていく場所にそうした安全が十分に確保されている保証はない。

比較的短期間にトラウケアが効奏して適応能力の向上が認められる事例もちろんあるが、簡単にはそうならない事例もある。そうした厳しい人生経過における必要な支援とは、長期の持続的・待機的支持体制の整備に尽きる。当事者が必要な時にアクセスすれば随時、支援が得られる専門家の確保が重要である。

我々はすでに、たとえ重いトラウマに起因する痛みを抱えながらも、続く人生において多くのことを成し遂げ、成長と成熟を遂げた人がいることも知っている¹³。たしかに安らかな生活と人生ではないかもしれない、そしていつも幸せであるかどうかはわからないが、それでもダメージから立ちあがり、自分の生活を立て直し、自身の成長可能性を人々と分かち合えるまでの成熟へ

の努力を続ける人がいることは確かである。しかし、どこでどうすればそのような生き方が生まれるのか、必ずそうなるのが最も望ましいことといえるのかどうかはまだわかっていないことが多い。

少なくとも、いかなる経過をとろうとも、社会的養護サービスを受けることになる人生経過において、こころのケガ（トラウマ体験）を負った子どもの人生において、生活適応に必要な理解と支援を継続的に確保し、それぞれの人生の選択、生き方を選ぶことを支え、助け、理解し合い、分かち合っていくために、できることはまだまだ多く、未達成の課題として残されている。

¹ O' Leary, V. E., & Ickovics, J. R., (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in woman's health, *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, **1**, 121-42.

² Joseph, S., (2011). *What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth*. Basic Books.

³ Tedeshi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence*. Philadelphia, PA: Lawrence Erlbaum Associates.

⁴ 友田明美 (2014). 新版 いやされない傷 児童虐待と傷ついていく脳 診断と治療社.

⁵ Tomoda Akemi, Navalta Carryl P., Polcari Ann, Sadato Norihiro, Teicher Martin H (2009). Childhood Sexual Abuse Is Associated with Reduced Gray Matter Volume in Visual Cortex of Young Women. *Biological Psychiatry*, **66**(7), 642-648, 2009-10-01

⁶ Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*, **5**: 10.3402/ejpt.v5.25097.

⁷ van der Kolk (2005). Developmental trauma disorder (PDF), *Psychiatric Annals*. 401-408.

Retrieved 14 November 2013.

- ⁸ van der Kolk & Pynoos RS (2009). *Proposal to include a Developmental Trauma Disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. National Child Traumatic Stress Network. http://www.traumacenter.org/announcements/D TD_NCTSN_official_submission_to_DSM_V_Final_Version.pdf, (accessed on 2019/3/16) (西澤哲 (2012) : : ト라우マを中心として. 奥山真紀子, 西澤哲, 森田展彰 (編) : 虐待を受けた子どものケア・治療 (pp. 24-52). 診断と治療社.)
- ⁹ Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. **5** (3): 377-391. doi:10.1007/BF00977235
- ¹⁰ 全国児童相談所長会 (2013). 全国児童相談所における子どもの性暴力被害事例 (平成 23 年度) 報告書, 全児相, 通巻 95 号 別冊.
- ¹¹ 柳沢正義・山本恒雄 (2011). 児童相談所における性的虐待対応ガイドライン 2011 年版, 厚生労働省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) 「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究 (研究代表者 柳沢正義)」, 児童相談所における性的虐待対応ガイドラインの策定に関する研究 (研究分担者 山本恒雄)」
- ¹² 野坂祐子・浅野恭子 (2016). *マイステップ: 性被害を受けた子どもと支援者のための心理教育*, 誠信書房.
- ¹³ Jay, M. (2017). *Supernormal: The Untold Story of Adversity and Resilience*. Hachette Book Group, Inc.

7 調査3 被害事実確認面接（司法面接）の実施状況把握と基本的技術の実装強化のための研修と評価

7-1 目的

児童福祉施設に入所した子どもが、施設に入所した後で、「実は施設に入所する前に、あるいは施設入所した後も続けて、許可外泊などの折に、元の生活場所で性暴力被害・性的搾取被害にあっていた」と開示することがある。児童福祉施設に入所する子どもについては、基本的に児童相談所が施設入所前にそうした性暴力被害を把握することになっているが、実際には施設入所の時点で、すべての性暴力被害経験が開示されているとは限らない。

もしも、施設入所後にそうした過去の性暴力被害が開示された場合（これを施設ケア途上での入所前からの性暴力被害の発覚として、ここでは「途中発覚」と呼ぶことにする）、その被害事実をどのように把握し、支援を進めるかは、施設での生活上のケアにとどまらず、そもそもの施設入所の理由・目的の見直しから、入所中の生活課題や家族・親族等との接点の設定、将来の進路や生活設計にまで、重大な影響を及ぼすことになる。

通常、児童福祉サービスの対象である子どもの性的虐待・家庭内性暴力被害をはじめとするさまざまな性暴力被害・性的搾取被害については、児童相談所がその事実内容の把握を担当する。調査においては専門的な被害(事実)確認面接・司法面接 (forensic interview) が実施される。場合によっては、警察・検察と児童相談所が協同して、専門的な調査面接を行うこともある。このタイミングが遅れて、施設入所後の途中発覚となった場合、どのような対応が行われているか、これまであまり明らかにされてこなかった。

今回、性暴力被害事実確認のための専門面接 (forensic interview) の一つである NICHD プロトコル面接の現場職員へのトレーニングを、本研究の一環として、立命館大学司法面接支援室（代表：仲 真紀子 教授）の協力を得て、児童相談所における性暴力被害事案の調査面接を担当する児童相談所職員、警察官、検察官を対象として実施し、併せて上記の対応状況について予備的な調査を行った。

7-2 方法

児童相談所職員を対象とした NICHD プロトコル面接研修は、平成 20 年度～22 年度に厚生労働省科学研究の一つとして実施された「児童相談所における性的虐待対応ガイドライン 2011 年版」¹の策定作業の中で、当時、北海道大学に置かれていた司法面接支援室（代表：仲 真紀子教授）の協力を得て実施されてきた。その後の経過の中で、現在は児童相談所職員と共に協同面接^{2,3}の実施にかかわる警察官、検察官も含めたトレーニング研修が実施されてきている。

今回は全国の児童相談所職員および児童相談所の性暴力被害事案を中心に共同面接にかかわっている警察官、検察官を対象とし、現在は立命館大学にある司法面接支援室（代表：仲 真紀子教授）の協力を得て、全国 4 カ所で、各回 36 人を上限としたトレーニング研修を実施することとした。さらにもう 1 カ所、自治体が主催する形で同じ内容の研修が計画され、計 5 回、合計 180 人を対象としたトレーニング研修が実施されることとなった。トレーニング研修の内容については 7-5 資料を参照されたい。

上記 NICHHD プロトコル面接研修を全国で実施するに際し、自記式無記名アンケートにより、参加者の経験としての途中発覚事例を含む性暴力被害児への対応についての調査を行うこととした。研修の実施状況と調査票は7-5資料の通りである。

7-3 結果と考察（中間報告）

上記 NICHHD プロトコル面接研修は平成 30 年 3 月までに計 6 回の実施予定だが、平成 31 年 2 月末現在で回収・集計されたのはそのうち 4 回分であり、参加者はオブザーバー参加を含め計 152 名であった。参加者全員から回答を回収した。

1) 調査回答者の属性・経験

調査回答者の職種別人数を図 7-1 に示す。児童相談所職員が計 126 名、警察官・検察官が計 26 名であった。児童相談所では児童福祉司が最も多く、児童心理司がそれに続いた。「その他」となった児童相談所職員は、一時保護所職員、保健師、相談員であった。

警察官、検察官は共に児童相談所との協同面接に関わるか、すでに関わりがあって、今回、改めて研修に参加したものである。

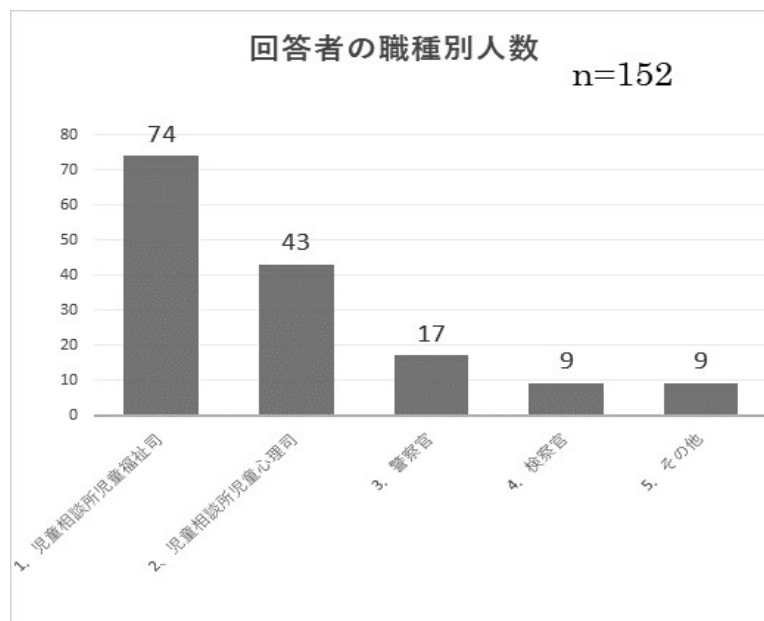


図 7-1. 司法面接研修参加者の職種別状況 平成 30 年度

今回の研修参加者のこれまでの児童相談所事例に関する経験の有無を図 7-2 に示す。参加者の 74%が、すでに児童相談所の性暴力被害事例に関わっていることが示された。

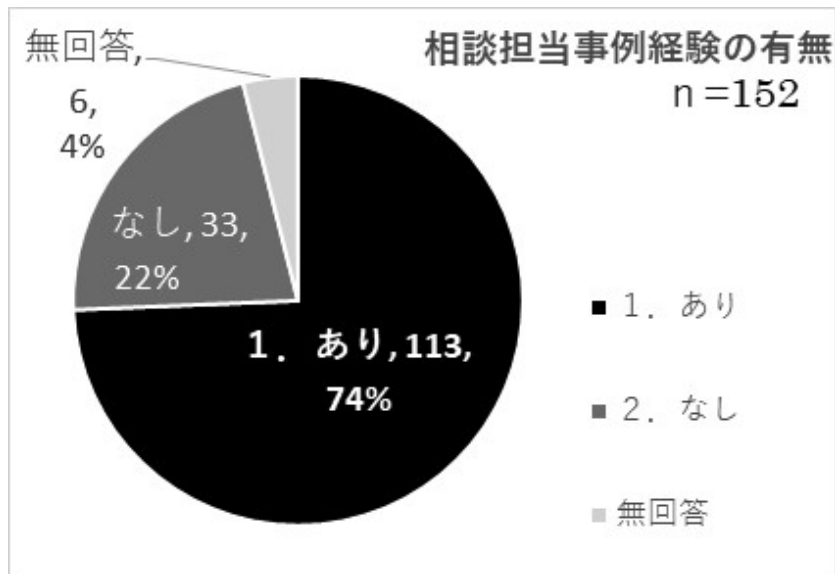


図 7-2. 司法面接研修参加者の児童相談所での事例経験の状況

回答者が今回の面接研修以前に受けた専門面接の研修履歴（重複回答あり）を図 7-3 に示す。回答数の 44.1%が過去に専門面接研修履歴があった。おそらく、それらの研修履修の経験を背景に事例を担当した経験も伴っているとみられる。欧米では一度、専門面接の研修を受講し資格取得しても、その後、実際の面接を経験しなかったり、面接技術の確認・向上に関するスーパーバイズを受けなかったり、フォローアップ研修を受講しなかったりした場合、専門的な技術の経年的低下は防ぎえず、専門性の維持には問題が生じることが指摘されている。日本でも実務に携わる担当者においては、一度、研修を受けていたとしても、先述のような理由で再度、研修を受ける必要があったものとみられる。今後の面接研修の在り方の検討の際には、こうした観点も重視される必要がある。

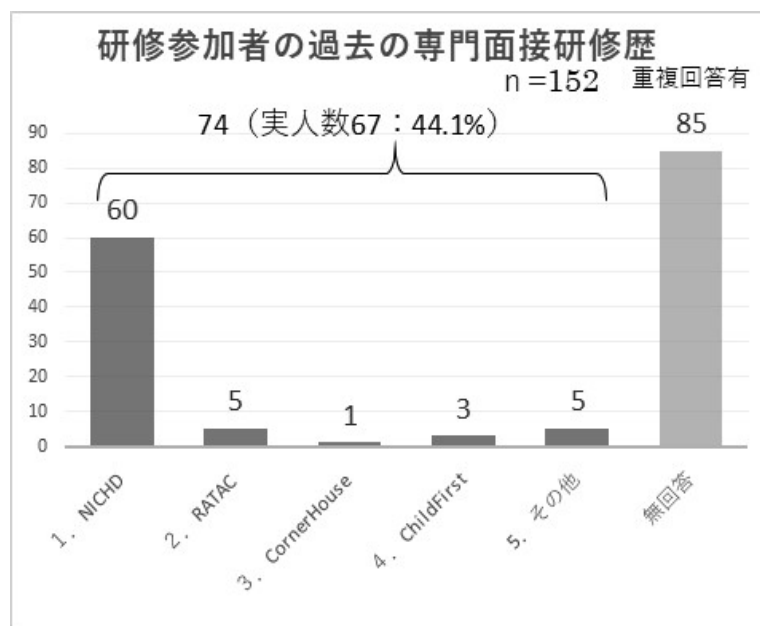


図 7-3. 研修参加者の過去の専門面接受講歴の状況

2) 研修参加者が経験してきた事例状況

今回の研修参加者がこれまでに経験してきた性暴力被害関連事例の種別経験者数を図 7-4 に、その時点での子どもの居場所を図 7-5 に示す（いずれも重複回答有）。

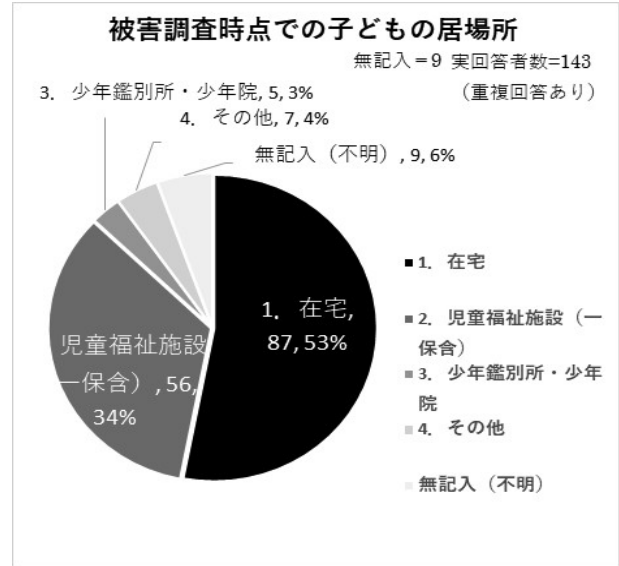
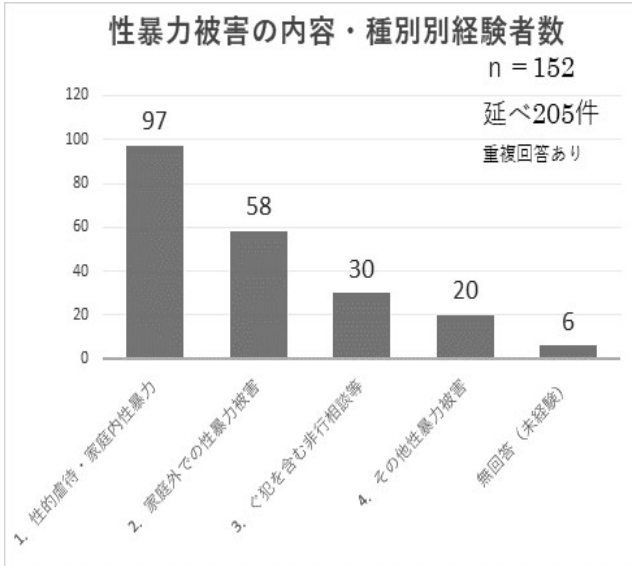


図 7-4. 回答者が担当した性暴力被害事案の種類

図 7-5. 回答者が担当した子どもの居場所

上記の図 7-4 のように、全報告数（延べ）205 件中 97 件（47.3%）は、「性的虐待・家庭内性暴力被害」事案であった。また図 7-5 のように、「在宅」での調査は事例全体の 87 件（53%）で、「児童福祉施設入所中」の事例は 56 件（34%）であった。このなかには、途中発覚事例も含まれている可能性がある。

また、これらの事例の子どもが所属している場所と、担当した職員の職種の分布は下表 7-1 の通りである。個人で複数の事例を担当した重複報告があり、実報告者数と経験率も計上した。

表 7-1. NICHD 研修参加者の経験報告における職種別の子どもの所属場所

	児童福祉司	児童心理司	警察官	検察官	その他	計
在宅	42	27	10	5	3	87
児童福祉施設	22	19	6	5	4	56
鑑別所・少年院	1	0	2	1	1	5
その他	4	1	2	0	0	7
職種別人数	74	43	17	9	9	152
報告者数	69	40	14	6	8	137
経験率	93.2%	93.0%	82.4%	66.7%	88.9%	90.1%

これをみると、「児童相談所職員」だけでなく、「警察官」と「検察官」も、在宅事例と共に、児童福祉施設入所中の事例を経験していることがわかる。

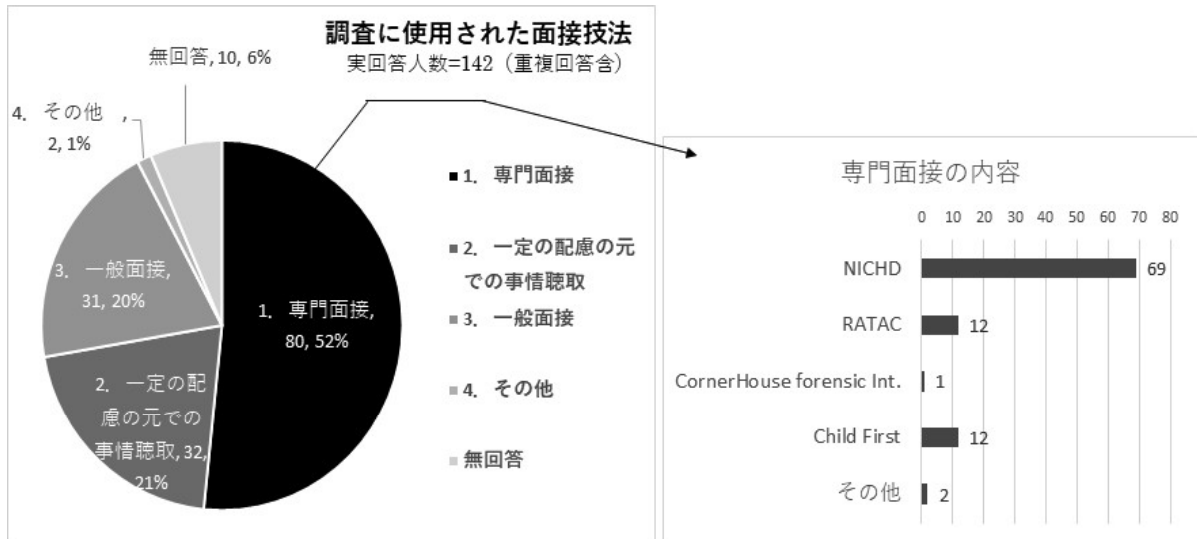


図 7-6. 研修参加者が担当した性暴力被害事案で実施された面接種別

上記の図 7-6 は、それらの事例の被害事実の確認に用いられた面接の内容を示す。およそ半数で「専門面接」(52%)が実施されているものの、残りの調査は、従来からの「一般面接」(20%)と、「ある程度配慮されてはいるが、専門面接ではない面接調査」(21%)が行われていた。平成 23 年度の全児相の調査⁴によれば、性暴力被害の被害内容確認に関して、「専門面接」と、「一定の配慮がなされた面接＋一般面接」の間には、被害の把握程度に差があり、統計的有意差が認められており、専門面接技術を実装することの重要性が指摘されている。

3) 施設入所中の事例の調査状況

今回の調査のポイントの一つは「施設入所中に性暴力被害が途中発覚した事例」についての被害事実調査の実施状況である。今回の回答は 33 自治体 60 カ所の児童相談所に所属する職員及びそれらの自治体で、児童相談所との共同面接に関係している警察官、検察官であるが、児童相談所の職員の回答 126 件における途中発覚事例対応の延べ件数分類結果を図 7-7 に示す。

これをみると、全回答のおよそ半数強では「児童相談所による直接の調査」が原則的に設定されていると回答しているが、一部、「子どもが入所している施設が原則的に調査」を担当するところも認められる。児童福祉施設が調査を担当する場合、おそらく被害確認の専門面接を装備していない施設が、子どもが開示した性暴力被害の調査を行っている。そうした場合は、専門面接ではなく、一般的な調査面接か、あるいは一定の配慮された面接が実施されているとみられ、児童相談所が調査を担当する場合とは、子どもに実施される面接技法が違っている可能性がある。

一時保護所についても若干数だが、途中開示された被害は「一時保護所が調査」を担当している場合がある。ここでも専門面接が一時保護所で実施されているかどうかは疑問である。全体で、回答数のおよそ 2~7%で「施設が原則的に調査」を担当するとされている。

また、全体の4分の1程度が「ケースバイケース」という回答で、この場合も施設が調査を担当する場合があることを示している。

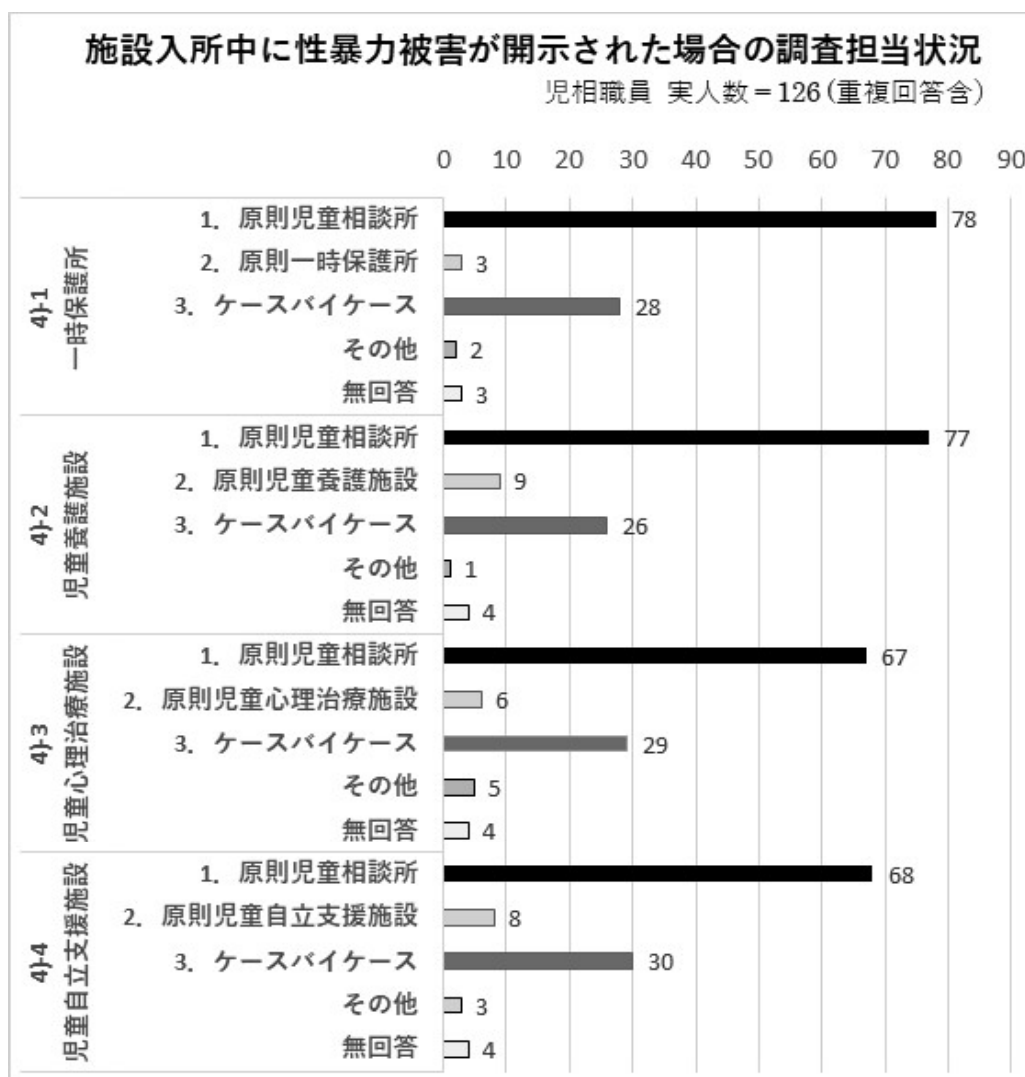


図 7-7. 施設入所中に性暴力被害が開示された場合の被害事実の調査担当状況

途中発覚事例について、その被害事実の調査を「施設が原則的に担当」する、あるいは「ケースバイケース」となっている状況では、さまざまな理由・実態による判断があるとみられるが、調査には一般的な面接、一定の配慮ある面接、専門面接の設定が混在している可能性が高い。

これらの状況は、今後、施設における途中発覚事例の対応をシステム化するうえで、その統一的な基準構築の重要なカギとなることが想定され、より正確な実態調査の必要性を示唆するものとなった。

4) 施設入所中に性暴力被害が開示された場合の支援状況

施設入所中に性暴力被害の開示があった事例についての医療診察の設定状況を図 7-8 に示す。回答は所属別の識別ができないので概況となるが、児相職員だけでなく、警察官、

検察官の回答も含めた有効回答 134 件の状況を示す。「その他（公費負担等）」は、主に警察官・検察官の回答である。

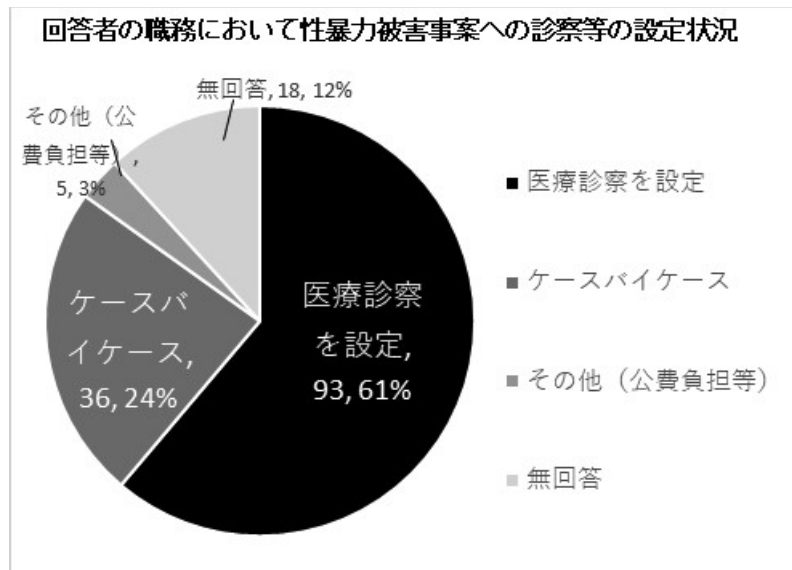


図 7-8. 施設入所中に性暴力被害が開示された場合の診察等の設定状況

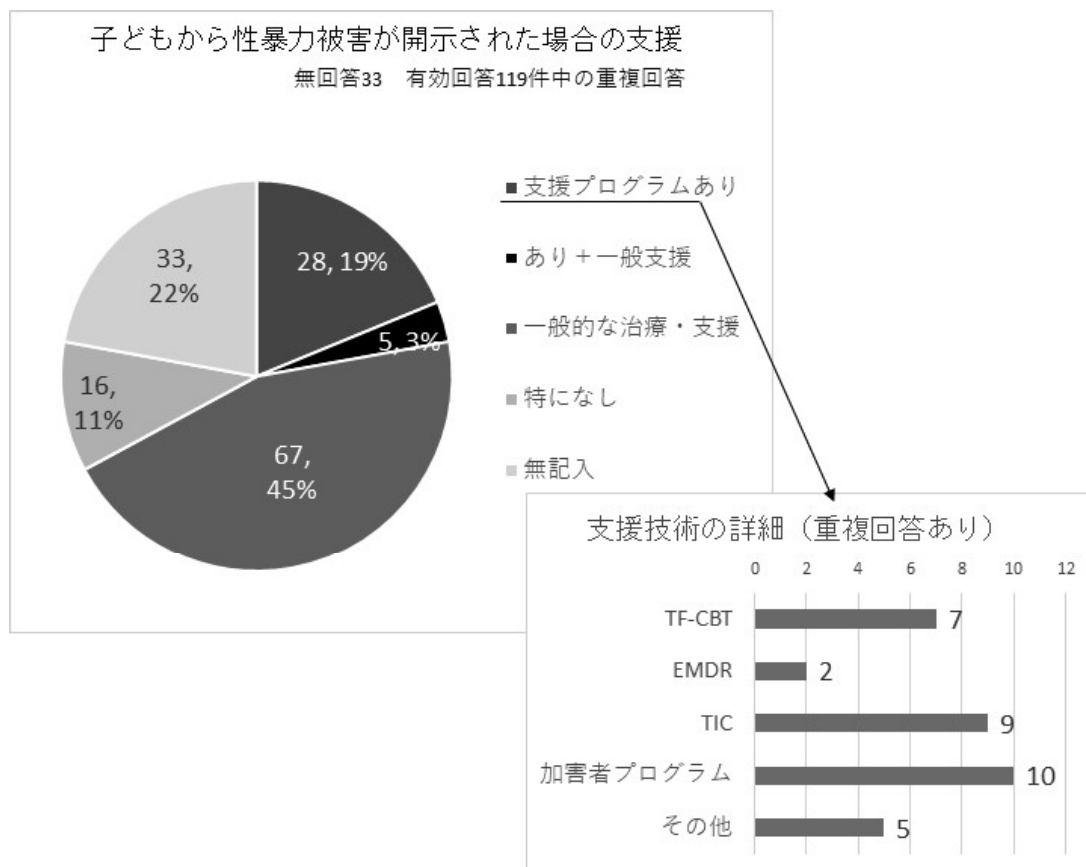


図 7-9. 施設入所中に性暴力被害の開示があった事例の支援状況

治療的な支援体制についての状況を図 7-9 に示す。これも所属箇所別の調査ではないので概況を示すことになる。図 7-9 によれば、専門的な支援が設定されているものは全回答のおよそ 19%程度、残りでは一般的な支援が多く、専門的な方策との併用（3%程度）を含め、およそ 48%程度が一般的な支援のなかで対応すると報告されている。回答全体で、施設入所中の性暴力被害開示に対して、それに対する何らかの支援の提供は、およそ 65%、残る 35%は、特定の支援提供がないか、不明という状況である。

被害児童への専門的な支援として具体的に技法が挙げられているもので最も多かったのは、生活場面での組織的な支援を前提とするトラウマインフォームド・ケア (TIC) である。次に直接的なトラウマ治療技法である TF-CBT と EMDR が計 7 件挙げられている。また性暴力加害者プログラムも挙げられており、施設入所中の子どもからの性暴力被害開示の一部は、性暴力加害事案の調査過程で明らかとなった被害事案かもしれない。もしも最初の発覚・把握が性暴力加害行為からの場合は、主な専門的な支援は加害児プログラムであると考えられる。

7-4 まとめ

1) 結果のまとめと当面の取り組み課題

調査結果は中間報告であるが、予備調査の概要から、次のような当面の課題と次年度の課題が確認された。

◆当面の課題

(1) 実態把握の必要性

予備調査からは、全国の児童相談所における専門面接の実施状況、とくに途中発覚事例に対する事実把握と面接実施の実態にはかなりのバラつきがあることが推測された。当面の課題として、まず、全国児童相談所の専門面接技術者の配置状況、面接の実施状況、面接技術の研修実績、研修ニーズ、面接者の配置ニーズ等の実態を基礎情報として把握する必要がある。

(2) 途中発覚事例の対応状況把握の必要性

児童福祉施設入所後の途中発覚事例の実態は、児童自立支援施設については別に調査が実施される予定であるが、上記の予備調査によれば、児童相談所が認知している実態には、かなりのバラつきがあることがうかがわれた。専門的な事情聴取の面接技術者の配置の必要性も含め、今後の体制整備の検討に資するため、途中発覚事案の児童相談所における対応状況について実態と課題についての調査が必要であると考えられる。

◆次年度の課題

(1) 児童相談所を対象とした実態調査

児童相談所の専門面接の実態とニーズ把握、児童福祉施設入所後の途中発覚事案の対応状況についての実態とニーズ把握のための調査を実施する必要がある。調査案については 7-5) 資料を参照されたい。

(2) 想定される選択的な対応システムの確認と体制整備ニーズの確認

児童福祉施設入所後の途中発覚事案についての対応実態調査に併せて、各地で想定される対応の選択肢、そのために必要な組織的な対応体制の整備ニーズを把握する必要がある。これに関する調査については上記(1)の調査案に統合して示す。

(3) 児童自立支援施設での取り組みとの統合

児童自立支援施設についてはこれとは別に実態調査が計画されているが、その結果の整理において、児童相談所からの情報を含めて整理統合することが効果的な組織的対応の構築に必要である。

(4) 専門面接の意義についての再確認

上記調査結果から、今一度、改めて被害（事実）確認面接・司法面接の内容と意義について、以下、確認しておきたい。

① 被害確認のための専門面接の重要性

児童福祉領域での子どもの性暴力被害の把握については、平成 23 年に厚生労働科学研究として報告され、平成 25 年の厚生労働省の「子ども虐待対応の手引き」改正通知版⁵で確定された「児童相談所における性的虐待対応ガイドライン 2011 年版」¹において規定されている被害（事実）確認面接が重要な調査技法として位置づけられている。その後、平成 27 年の最高検察庁⁶、警察庁⁷、厚生労働省³の通知により、司法と福祉の協同による作業課題としてこの面接技法があらためて確認されることになった。WHO による日本への勧告^{8,9}でも指定されているこの専門的な面接技法により、できるだけ子どもの負担が少ない形で、子どもから直接に被害内容を聴取する面接の実施が基本原則となっている。

② 専門面接：司法面接の日本における実態状況

この面接法は、児童福祉領域では「被害（事実）確認面接」と命名され、刑事・司法領域では「司法面接」と一般的に呼ばれてきた構造的な面接法である。1980 年代から欧米で開発され、長い法廷闘争を通じての実績をもって公的に認められてきた技法群である。平成 30 年の時点で、日本に導入されているものには、NICHD プロトコルをはじめとする 3 技法とその他いくつかの技法がある。これらはいずれも設定された面接技法トレーニングを受け、その専門的な技術者としての資格を確認された者だけが信頼性のある面接を実施できることになっており、また面接にはバックスタッフと呼ばれる面接を支援し、その過程をマネジメントするチームとして実施することになっており、事前準備から、面接実施と録画撮影、モニター画面やワンウェイミラーとマイクを通じての面接のライブ・モニターと、面接途中での面接者へのバックスタッフからの応援など、システム化された面接の実施方法がある。さらには面接者への技術指導者からの SV や面接終了後の被面接者へのアフターフォローまで、チームによる構造化されたアプローチが原則となっている。また、NICHD プロトコル以外では、具体的な技術情報は著作権によって守られている。

平成 30 年の時点で主としてこれらの面接技法が普及しつつある組織は、児童相談所と検察庁、警察である。主な面接対象者は家庭内性暴力を含む性犯罪被害かそれに類する被害

を経験した可能性があり、司法と福祉、医療がその子どもに何が起こったかを知り、司法機関においては刑事立件による訴追が可能かどうか、全体としては子どもの安全と健康を守り、そのダメージをケアし、健全育成の達成のための社会的な支援を要する子どもである。またこれと並行して、警察・検察では全捜査過程における子どもからの事情聴取に関して、一問一答形式での録画による面接技術の実装が検討されている。

③ 専門面接の技術維持の必要性

これらの専門的な面接を常時必要な際に実施できる人員体制が各組織に必要なものである。平成30年度の現時点では、いったい何人の専門面接技術者が各児童相談所に配置されているか、また、これまでの実態に即して実効性のある対応のためには、およそ何人程度の専門面接資格者を各所に配置する必要があるのか、よくわかっていない。少なくとも平成20年から平成23年度にかけて、厚生労働科学研究において性的虐待対応ガイドラインの策定のための研修に合わせて実施された大規模な被害確認面接の集中研修で面接技術を習得した職員は、その後の異動のため、平成30年度時点では、その半数も児童相談所には残っていないと見込まれる。

今後、継続的にこの面接技術を児童相談所の相談対応に投入できるようにするには、持続的な面接者の配置状況の把握と持続的なトレーニング、フォローアップ研修の設定が必要である。

-
- ¹ 「児童相談所における性的虐待対応ガイドライン2011年版」(2011). 厚生労働省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)「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究(研究代表者 柳澤正義)」
 - ² 最高検察庁(2015). (最高検刑第103号) 警察及び児童相談所との更なる連携強化について(通知) 警察庁刑事局・生活安全局(2015). (警察庁 丁刑企発大69号、丁生企発第642号、丁少発第254号、丁捜一発 第121号) 児童を被害者等とする事案への対応における検察及び児童相談所との更なる連携強化について.
 - ³ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課(2015). (雇児総発1028第1号) 子どもの心理的負担等に配慮した面接の取組に向けた警察・検察との更なる連携強化について.
 - ⁴ 全国児童相談所長会(2013). 全国児童相談所における子どもの性暴力被害事例(平成23年度)報告書 全児相, 通巻95号, 別冊.
 - ⁵ 厚生労働省(2013). 子ども虐待対応手引き 平成25年改正通知
 - ⁶ 最高検察庁(2015). (最高検刑第103号) 警察及び児童相談所との更なる連携強化について(通知)
 - ⁷ 警察庁刑事局・生活安全局(2015). (警察庁 丁刑企発大69号、丁生企発第642号、丁少発第254号、丁捜一発 第121号) 児童を被害者等とする事案への対応における検察及び児童相談所との更なる連携強化について.
 - ⁸ WHO(2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. p.83.
外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/index.html>
 - ⁹ 国際連合 CRC/C/OPSC/JPN/CO/1(2010). 児童の権利委員会, 第54回会期(2010年5月25日-6月11日). 児童の売買, 児童買春及び児童ポルノに関する児童の権利に関する条約の選択議定書第12条1に基づき締約国から提出された報告の審査 最終見解:日本, 2010年6月22日配布(仮訳). 外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/index.html>