

平成19年度研究報告書

イギリスにおける児童虐待の対応 視察報告書

研究代表者 川崎二三彦 (子どもの虹情報研修センター)
共同研究者 四方 燿子 (子どもの虹情報研修センター)
山下 洋 (九州大学)
増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)
田附あえか (子どもの虹情報研修センター)

社会福祉法人 横浜博萌会

子どもの虹情報研修センター

(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

平成19年度研究報告書

イギリスにおける児童虐待の対応
視察報告書

子どもの虹情報研修センター

はじめに

我が国では2000年の「児童虐待の防止等に関する法律」（以下、児童虐待防止法）成立を受け、児童虐待に対するさまざまな取り組みが行われてきた。同時に、そうした取り組みを通じて多くの課題も浮かび上がり、児童虐待防止法は第一次の改正後、すでに第二次改正も可決され、本年4月に施行されることとなっている。

さて、我が国の児童虐待問題を解決するためには、日本の現状を深く見つめるとともに、広く諸外国の動向にも目を向け、先進的な取り組みから学ぶことも重要なことである。

子どもの虹情報研修センターでは、そうした観点から、すでに2003年にはドイツ・フランス、そして2004年にはアメリカを訪問して、多くの知見を得てきた。

今回、それらの諸国に続き、イギリスの児童虐待対策の実情を視察することにしたのは、児童虐待に対して、イギリスが19世紀からの長い取り組みの歴史を持つと同時に、近年、その制度や施策を大きく変化させており、おそらくはイギリスの現在の児童虐待対応を深く学ぶことができれば、我が国の今後の児童虐待対策の発展にも大きく寄与すると考えたからである。そこで、以下の4点を調査課題としてイギリス視察を行うこととした。すなわち、

- (1) 児童虐待対応の施策とシステム
- (2) 児童および家族への支援の実情－特に治療的ケアの状況
- (3) 児童虐待対応の専門職への研修のあり方
- (4) 児童虐待対応に関する教育と福祉の連携

以上である。

また、これらの調査課題を達成するために、以下の12機関、施設等を訪問することとした。

Intensive Parenting Project (IPP) インテンシブ・ペアレンティング・プロジェクト (ロンドン Guy's病院内)

K&C Social Services ケンジントン&チェルシー地区ソーシャルサービス

Sure Start シュアスタート

Tavistock Clinic タビストッククリニック

David Gough教授 (ロンドン大学 Executive Director)

Jonathan Picken教授 (BASPCAN (英国虐待防止学会) 会長・ロンドン大学)

The Caldecott Foundation (Kent) カルデコット・ファンデーション (ケント)

NSPCC (Parkside Clinic) 英国児童虐待防止協会 (パークサイドクリニック内)

The Lister Primary Health Centre リスタープライマリーヘルスセンター

The Mulberry Bush School (Oxford) マルベリーブッシュスクール (オックスフォード)

Department for Education and Skills 教育技術省児童保護局

National Children's Home (NCH) ナショナル・チルドレンズホーム

なお、視察した期間は以下のとおりである。

2007年4月15日（日）～4月29日（日）

さいわいにも、内外の多くの方々のご援助と視察先の機関や施設等のご協力を得て、大変充実した時間を過ごし、多くの学びを得ることができた。ここに、あらためて深く感謝を述べる次第である。

なお、以下の報告は視察先でのインタビューやいただいた資料などを整理すると同時に、帰国後も可能な限り関連する資料等の収集を行ってまとめたものである。とはいえ短期間での取り組みであり、まだ不十分な点や誤解などもないとはいえない。お気づきの場合は率直にご指摘していただければさいわいである。

川崎二三彦（子どもの虹情報研修センター研究部長）

四方 燿子（子どもの虹情報研修センター顧問）

山下 洋（九州大学病院精神科神経科助手）

増沢 高（子どもの虹情報研修センター研修・研究課長）

田附あえか（子どもの虹情報研修センター研究部研究員）

目 次

はじめに..... i

第 I 部 イギリスにおける児童虐待の概況

——日本との比較検討も含めて——

第 1 章 イギリスの児童虐待における児童虐待	増沢 高	2
(1) イギリスの概況		2
(2) 児童虐待対応のシステム 1：地域区分		3
(3) 児童虐待対応の基盤となる法律やガイドライン		3
(4) 児童虐待対応のシステム 2：子どものニーズ・危機状況に応じたレベル区分		3
(5) イギリスの児童虐待の現状		4
第 2 章 児童虐待施策の歴史と死亡事例	増沢 高	8
(1) NSPCC (National Society for Prevention of Cruelty to Children) の誕生から 「マリア・コーエル事件」を経て「ジャスミン・ベクフォード事件」まで		8
(2) 「クリーブランド事件」と「1989年児童法」成立		9
(3) 「ビクトリア・クリンビエ事件」と求められる多分野横断連携		10
第 3 章 児童虐待対策における新しい取り組み	増沢 高	11
(1) LSCB (Local Safeguarding Children Board：地方児童保護委員会)		11
(2) シュアスタート (Sure Start)		12
(3) アセスメント		13
第 4 章 被虐待児の援助と治療		15
(1) 里親による支援	田附あえか	15
(2) 被虐待児の治療	山下 洋	20
(3) 入所型治療機関 (Therapeutic community)	増沢 高	23
(4) 英国における性的虐待への治療的介入	山下 洋	25

第Ⅱ部 視察先報告書

——イギリスにおける児童虐待対応の実態——

第5章 児童虐待の予防活動	川崎二三彦	36
5-1. Sure Start—「すべての子どもに確かな始まり (Sure Start) を」—		36
第6章 介入と保護	川崎二三彦	43
6-1. Kensington and Chelsea (K&C) Social Services ケンジントン&チェルシー地区ソーシャルサービス局		43
第7章 親と子どもへの治療的接近	山下 洋	58
7-1. Intensive Parenting Program; IPP インテンシブ・ペアレンティング・プログラム —虐待を受けた子どもと家族への地域での包括的ケアの試み—		58
7-2. 英国子ども虐待防止協会 (NSPCC) の活動とParental Mental Health Service —公的機関による子ども虐待対応サービスを補完し牽引するNGO活動—		65
7-3. The Lister Primary Health Centre—地域での性的虐待対応のフロントライン—		74
第8章 里親家庭の現状とその支援		85
8-1. National Children's Home (NCH) —民間による里親支援—	川崎二三彦	85
8-2. The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust- Fostering, Adoption and Kinship Care Team —タビストック・ポートマン国民保健サービス・ファンデーション 里親・ 養子縁組・近親者ケアチーム—	田附あえか	98
第9章 治療施設における実践	増沢 高	112
9-1. The Caldecott Foundation (治療施設：カルデコット)		112
9-2. The Mulberry Bush School (治療施設：マルベリーブッシュスクール)		124
第10章 イギリスにおける児童虐待の今日的動向と多分野協働の実践： 各専門家のインタビューより		132
10-1. 視察先概要 児童保護局	川崎二三彦	132
10-2. ロンドン大学教授 David Gough氏に伺う	増沢 高	139
10-3. 英国児童虐待防止学会会長 Jonathan Picken氏に伺う —LSCBを中心に—	増沢 高	144
10-4. Alasdair Smith氏に伺う —Southwark区ソーシャルサービスの虐待対応—	山下 洋	150

資料編

- 資料 1 1989年児童法（邦訳）
- 資料 2 Common Assessment Framework for Children and Young People（CAF）
- 資料 3 General Social Care Council ソーシャルケアワーカーのための行動規範
及びソーシャルケアワーカーの雇用主のための行動規範（邦訳）
- 資料 4 Keep Safe Project（性的虐待のパンフレット）（邦訳及び原文）
- 資料 5 Mulberry Bush School Integrated Treatment plan（邦訳及び原文）
- 資料 6 Every Child Matters: Change for Childrenより OUTCOMES FRAMEWORK

引用・参考文献

収集資料一覧

視察先入手資料

帰国後入手資料

付 録

視察日程一覧

第 I 部

イギリスにおける児童虐待の概況

—日本との比較検討も含めて—

第1章 イギリスにおける児童虐待

増沢 高

(1) イギリスの概況

立憲君主国であるイギリスの正式国名は、グレートブリテン・北アイルランド連合王国で、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドからなる。人口は約6000万で、うち児童数は1260万人である。

合計特殊出生率は1.79（2005年）で、1960年～65年をピークに減少傾向にあったが、2003年以降増加に転じ、1.79は欧州の中では高位である。この背景に海外からの移民の増加があり、全人口の約1割を占めるアジア系、黒人系の移民グループの出生率の高さが後押ししている。特にロンドンのような都市部での移民の増加傾向は著しく、ロンドン市内で190カ国語以上の言葉が使用されている現状であるという（10-2参照）。実際視察中にロンドン市内を歩くと、すれ違う人々の人種の幅の広さとその多さに驚く。同じ人種は同じ地区に集まりやすく、地区ごとの特徴は大きく異なることとなる。イギリスはこの10年間以上好景気が続いており、失業率は約5%で、EU諸国の中では低い水準となっている。しかし、アジア系、黒人系移民グループの失業率は高く、貧困が重大な問題となっており、こうしたグループの集まる地区では、薬物売買や不法就労などさまざまな問題を抱え、その中には児童虐待問題も含まれている。日本のような戸籍はなく、誰がどこに住んでいるかの把握は簡単ではない。税金を払った上で公的医療を受けるための医療登録がなされていたり、学校に通っているなどであれば把握可能だが、こうした地区ではそれをしていない家族も少なくない。このことが児童虐待の防止や早期発見を難しくさせる一因となっている（10-2参照）。

その他、児童虐待発生のリスク要因としては、離婚率の上昇、一人親家庭の増加、10代の妊娠の増加、婚姻外出産の増加などがあり、子どもの養育にとってのリスク状況は進行しているといえよう。これらは現在の日本でも同様の課題でもある。しかし日本の子育て支援が、少子化対策を軸にして展開しているのに対して、イギリスの子育て支援は貧困対策を中心に展開しているのが大きな違いである。これについては第3章（3-2）で扱うシュアスタートの説明の中で改めて触れる。

(2) 児童虐待対応のシステム1：地域区分

児童虐待の対応システムは、国の施策に基づき地域行政が民間（例えばNSPCCや大学など）とのパートナーシップによって展開している。地域行政の区分であるが、州（county）とロンドンおよびロンドン以外の大都市（metropolitan county）に分かれ、さらにロンドンとその他の大都市は日本の渋谷区のような区（borough）に分かれる。また、州の中にも規模の大きい自治体の単位（unitary）

が存在する場合がある。こうした単位ごとに、例えば後述するLSCB (Local Safeguarding Children Board: 地方児童保護委員会) が設置され、地域ごとの施策が展開されている。具体的なプログラム (例えば後述するシュアスタートなど) の実施になるとさらに細かい地区に分けて予算が組まれ実施されている。従って民間団体や大学等の資源の多い地域とそうでない地域とでは、おのずとサービスの内容が異なることになる。このことは現在の日本でも同様といえよう。

(3) 児童虐待対応の基盤となる法律やガイドライン

国の施策は1989年に制定され2004年に改正された児童法¹ (資料1) が基盤となっており、日本のような「児童虐待防止法」のような虐待に特化された法律はない。しかし1989年児童法を受け、児童虐待対応のガイドラインとして「子ども保護のためのワーキングトゥギャザー *Working Together to Safeguard Children*」 (Department of Health, Home Office, Department for Education and Employment, 1999, 松本ら, 2002) が刊行されている。「ワーキングトゥギャザー」はその後改定を続け、現在は2006年版 (HM Government, 2006) が出されている。また後述する2000年に起きた「ビクトリア・クリンビエ事件」を受け、2003年に「虐待が疑われる場合の対応 (What to do if you're worried a child is being abused)」が政府から出され、現在は2006年版 (Department for Education and Skills, 2006b; Department for Education and Skillsは以下DfESと略記) となっている。これらが地域で虐待対応を行う援助者達の手引書となっているが、2006年に教育と福祉が「児童サービス局」として統合されたのを機に、教育者の雇用を行う自治体や学校向けのガイドラインとして「教育における児童権利擁護と安全な雇用 (*Safeguard Children and Safer Recruitment in Education*)」 (DfES, 2007a) が出されている (10-1参照)。

(4) 児童虐待対応のシステム2: 子どものニーズ・危機状況に応じたレベル区分

イギリスにおける児童虐待対応のシステムであるが、子どものおかれたリスク状況によって表1-1に示す4段階に分かれ対応がなされている。児童虐待の通報を受け、介入の中心となるのはCSC (Children Social Care) で、日本の児童相談所にあたる。2005年までソーシャルサービス局² (ソーシャルサービス: Social Services Department) と呼ばれていた機関である。分離保護の権限は警察と裁判所にあり、警察は72時間のみ分離する権限が与えられており、72時間を超える保護については裁判所の判断が必要となる。

ロンドン大学児童福祉分野の教授であり、日本子ども虐待防止学会 (JaSPCAN) の理事でもあるDavid Gough氏 (Gough, 2007) によれば、イギリスでは、ソーシャルサービスを中心にレベル2と3に力が注がれている実情であるとした上で、アメリカではずっとレベル4に力が注がれてきた状況があり、日本では長くレベル1に力が注がれてきたが、近年 (児童虐待防止法施行以降) はレベル4

1 1989年児童法: その後3年に1度の改正が行われ今日に至っている。

2 ソーシャルサービス (Social services Department) は2006年の構造改革で、成人の部門も扱うことになり、その下部組織としてCSC (Children Social Care) に名称を変更した。しかしすべての視察先で児童保護の部門を慣習的にソーシャルサービスと呼んでいたため、本論文ではソーシャルサービスという従来の呼称を用いることにする。

に力が注がれるようになっており、非常に興味深いコメントである。

表1-1 子どものリスク状況

-
- レベル1：支援を必要とする多くのケース（Child in need）：非行児や障害を持つ子どもまで、支援を必要とする多くのケースが含まれる。
- レベル2：児童虐待の状況について調査を行う段階のケース：児童虐待が疑われ、ソーシャルサービスを中心に児童虐待の有無や状況について調査が行われるケースである。サービスが必要かどうかを判断する初期アセスメントが7日間で実施され、さらに複雑なニーズを持っている場合や、保護の検討が必要となる場合、35日以内でコアアセスメントが実施される。
- レベル3：児童保護計画（登録）ケース（Child Protection Plan (Register) Case）：調査の結果、児童虐待の状況が明らかで、緊急性や問題の深刻さが認められるケースである。リストに登録され援助プランが義務付けられる。ソーシャルサービスを中心に、関係諸機関が集まり、ケースのアセスメントをし、具体的な援助プランが立てられる。本来援助プランが立てられることに主目的があったが、登録されているケースのみが児童虐待ケースとみなす傾向が強まってしまった。そのため本来の目的に沿うように児童保護計画（Child Protection Plan：CPP）と名称を変更し、2007年9月に公表された政府の統計ではこの名称に変更されている。
- レベル4：裁判所の判断を要するケース：分離か在宅かの判断が必要となるケースで、重篤なケースである。
-

(5) イギリスの児童虐待の現状

ソーシャルサービスに通報された件数は、2006年4月から2007年の3月末までの1年間で545,500件であった。この内305,000件に対して、サービスが必要かどうかの初期アセスメントが行われ、93,400件に対してさらに詳細なアセスメントを検討するコアアセスメントが行われた（6-1, フローチャート参照）。過去5年間で通報数は55万～57万件で推移しているが、初期アセスメントとコアアセスメントの件数は増加傾向にある。

表1-2 2002年から2007年までの通報数、初期アセスメント数、コアアセスメント数

	2003	2004	2005	2006	2007
通報数	570,200	572,700	552,000	569,300	545,000
初期アセスメント	263,900	290,800	290,300	300,200	305,000
コアアセスメント	55,700	39,400	49,700	63,100	73,300

(Department for children, school and families, 2007b)

※ 各年数は前年4月からその年の3末日までをさす。以下同。

2007年の児童保護計画ケース数は33,300件であった。2002年から2007年までの年間の児童保護計画（登録）ケース数を表1-2に示す。年間約3万件前後で推移している状況である。

イギリスでは、児童保護計画（登録）ケース数が児童虐待の実情を把握するときの重要な指標とな

っているが、児童保護計画（登録）ケースはソーシャルサービスに通報されたケースの内、危機的状況と判断されたケースであり、日本で指標として用いられている児童相談所処理件数とは比較できない。あえて比較を試みれば、日本の児童相談所の2006年度の処理件数3万7千件は、初期アセスメント数に相当するとみなし、これに人口比を考慮すると、日本の15倍以上の現状となる。日本と違うのはネグレクトの多さである。ここには先述した貧困の問題がある（Emery & Laumann, 2007）。

児童保護計画（登録）ケース数は地域ごとに公開されており、この数を減らすことを目的に各地域の児童虐待防止施策の充実が図られている。しかし英国子ども虐待防止学会（BaSPCAN）の会長であるJonathan Pichen氏は、こうした考えには疑問を持っている。児童虐待防止施策の充実と計画が立てられるケース数の減少は必ずしも一致するものではなく、むしろ充実化は虐待ケースの発見と援助プランの必要性を促すため、結果として児童保護計画（登録）ケース数の増加につながり得ることを指摘する（10-3参照）。日本の取り組みの現状を鑑みたとき、都道府県や市町村が児童虐待防止施策の充実を図る程に、ケース数の掘り起こしが、結果として児童虐待ケース数の増加となっている傾向は日本にもあり、氏の指摘は頷ける。しかし、実際は年間3万件で推移しており、この6年間を見ても大きな増減はない。

表1-3 2002年から2007年までの年度間の児童保護計画（登録）ケース数と虐待種別

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

(Department for children, school and families, 2007)

むしろ問題は、児童虐待計画（登録）ケースとして扱われるケースとそうでないケースとで対応のあり方（サービスの質・量）に格差が生じていないかという点である。Gough氏によると、以前は虐待の疑いのある子どもも含めて幅広く把握していたが、援助プランが必要と児童保護計画（登録）された子どもだけが児童虐待とみなされるようになり、全体の把握が狭められた状況を指摘する。実際、視察中のいくつかの機関でケースカンファレンスに参加したが、かなりの重篤な虐待事例でも登録に乗っていない場合があり、こうしたケースでは多分野協働による事例の把握や援助プランが立ちにくい実情もうかがえた。こうした状況を改善することも含めて、幅広いケースの把握を促すため、「登録」から本欄の意味である「計画」に名称を変更し、2006年からは、登録（Register）から計画（Plan）という用語を用いるようになった。しかし名称の変更で直ちに改善されるとは思えない。Pichen氏は、ワーカー数は限られており、すべてを対応しようとするれば限界があり、児童保護計画

(登録) ケースに集中せざるを得ない状況を指摘している (Picken, 2007)。このことによって、児童虐待対応の地域間格差も生じることになる。児童虐待発生頻度の高い地域 (多くは貧困地域) とそうでない地域とでは、同様のケースであっても、児童虐待計画 (登録) に乗る場合と他の重篤な事例が優先され、児童虐待計画 (登録) に乗りにくい場合が生まれることになる。われわれが視察したケンジントン・チェルシー地区ソーシャルサービスのチーフワーカーであるFriedlander氏によれば、貧困地域のソーシャルサービスのワーカーは極めて多忙で、本来であれば援助すべきケースになかなか手が回らない状況であると同時に、そうした地域のワーカーは避けられがちで雇用が進まない状況にもあるという (6-1参照)。

次に家族から離れて、里親や施設で暮らす子どもたちChildren Looked Afterの状況であるが、2003年から2007年までの各年総数の推移を表1-4に示す。

表 1 - 4 2003年度から2006年度までのChildren Looked Afterの状況

	2003	2004	2005	2006	2007
新規児童数	24,900	25,000	24,900	24,600	23,700
児童総数	61,200	61,200	61,000	60,300	60,000
男	33,800	33,900	33,700	33,400	33,400
女	27,400	27,200	27,200	26,900	26,600
ケア命令による児童数	40,500	39,700	39,800	39,500	38,600

(Department for children, school and families, 2007a)

年間で約2万3千～5千人の子どもたちが新規で家族分離となり、総数で約6万人の子どもたちが分離による生活を送っている。内、裁判所のケア命令 (care order) で強制的に保護している児童は約4万人である。約7割が里親で暮らしており、施設措置の多い日本の現状とは大きく異なる。家族に近い形の生活が重視されており、少なくとも就学前までは里親宅で暮らすことが当然となっている。しかし里親を転々とする子どもも多く、中には十数回里親が替わったケースもあり、里親家庭への定着率の低さは大きな問題となっている。この背景には、人生早期の被虐待体験の影響からくる暴力や関係の築けにくさなどによって里親との関係が不調になりやすいことがあげられる (第4章参照)。

ここでChildren Looked After、支援が必要なケース、児童保護計画 (登録) ケースの関係を整理すると、図1-1のようになる。図を見て明らかなように、児童保護計画 (登録) は、支援を必要とする子どもChild in needと家族から離れて生活しているケースChildren Looked Afterをまたがるものであることに留意が必要である。分離されれば必ずしも安全と健やかな生活が保障されるわけではなく、里親や施設においても危機状況が生じる場合があることは言うまでもない。そうしたケースもまた児童保護計画 (登録) ケースとして、集中的に支援を行うことになる。

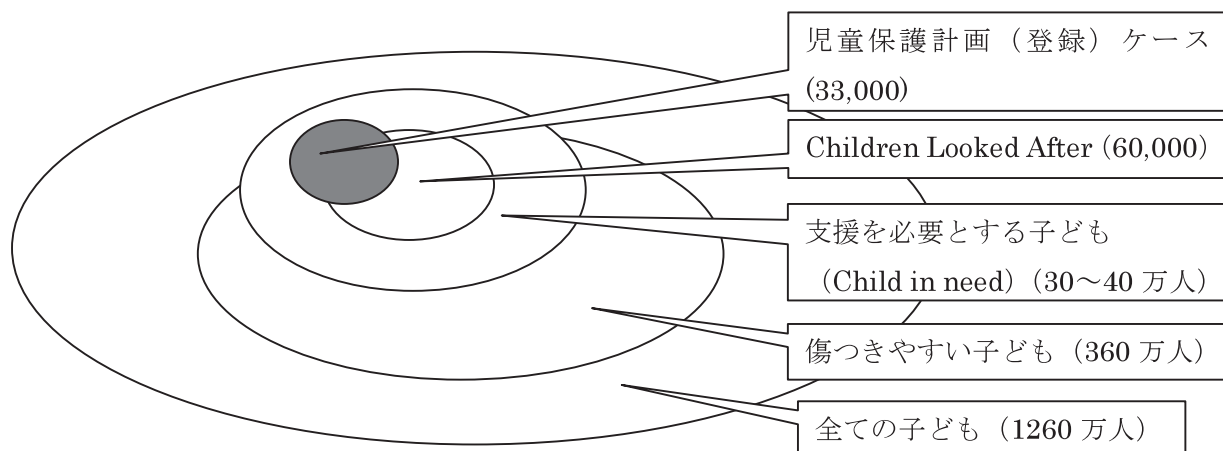


図1-1 児童保護計画（登録）の位置づけ

(Pichen, 2007およびDepartment of Health, Department for Education and Employment, and Home Office (2000)より作成。実数は2007年のもの)

最後に子どもの虐待死であるが、政府の公的な推測数は年間80人 (Department of Health, 2006) となっている。しかし非政府機関の発表の一つは年間198人 (Creighton and Gallagher)、もう一つはイギリスとウェールズで308人 (Wilczynski, 1994, 1997) という数値が報告されている。これについてもっと正確な数値を出す必要があり、子どもの死亡事例で、背景に虐待の可能性が疑われるものは再調査を依頼するシステムが構築されようとしている (Picken, 2007, 10-1)。日本でも平成16年度から死亡事例の検証が公的に行われるようになった。しかし死亡事例の検証については、その方法論も含めまだ緒に就いたばかりといえよう。

第2章 児童虐待施策の歴史と死亡事例

増沢 高

(1) NSPCC (National Society for Prevention of Cruelty to Children) の誕生から「マリア・コーエル事件」を経て「ジャスミン・ベクフォード事件」まで

イギリスの児童虐待に対する取り組みは古く、1883年に民間団体である児童虐待防止協会(SPCC : Society for Prevention of Cruelty to Children) が設立され、1989年に(NSPCC : National Society for Prevention of Cruelty to Children) として組織されたときまでさかのぼる。その後児童虐待に対しては民間主導³で進み、死亡事例について公表するなど、その活動は活発であった。しかし1920年以降、こうした活動が停滞し、死亡事例なども公にされなくなる。終戦を迎え、1960年代のケンプによる被虐待児症候群の発見と1973年の「マリア・コーエル事件⁴」を契機に児童虐待防止に向けた新たな法的整備がなされ、1975年児童法が成立する。この法によって児童虐待に対しては、子どもの分離や保護が積極的に行われるようになった。しかしその後、なるべく分離はせず予防的な対応を優先する流れが生じ、1980年の児童ケア法では、そうした理念が打ち出された。しかし1984年に「ジャスミン・ベクフォード事件」が生じ、社会に衝撃を与え、公的調査が行われるに至る。この事

3 NSPCC (National Society for Prevention of Cruelty to Children) は民間の機関であるが、政府からの委託事業や権限が与えられた活動を展開してきており、現在のソーシャルサービスのような家庭への介入等も担ってきた機関である。

4 マリア・コーエル事件 マリアの生家は多問題家族としてすでに社会福祉部が関わっている家族であった。実父が死亡し、5人の子どもを抱えての生活は困難であるとして、生後4か月から亡父方叔母宅で生活することになる。その後母親は何度か自宅に戻すよう試みるが、NSPCCはケア命令を申請し、再び亡父方叔母宅で暮らすようになる。4歳まで順調に育った後、NSPCCの担当ソーシャルワーカーが、家庭復帰の方針を立てる。少年裁判所にケア命令の変更申請に向け、関係者の検討が繰り返された結果、試験外泊に向けた準備がなされるようになる。しかし準備に向けた外泊は思わしくなく、外泊中に家から逃亡したり、帰省を強く拒むこともあった。手形の傷を残して帰ってくることもあった。このような状況にもかかわらず、少年裁判所に申請が出され、裁判所も試験的家庭復帰を支持し、わずか1カ月の試験期間を経てケア命令(家族から分離してのケアを受ける命令)を解除し、指導監督命令(いわゆる在宅指導)に切り替えてしまう。家庭復帰させれば虐待を受けるという明確な根拠がなかったというのが理由である。しかし家庭復帰後しばらくしてから、暴力などの不適切な対応にさらされるようになる。痣を見つけた近隣住民が、NSPCCや社会福祉部に通報するが、家庭訪問はするものの保護には至らなかった。その後8カ月にわたり、適切な対応が取れぬまま過ぎる。この間、学校の担任、保険訪問員、警察などが動くが、この家族が過去ケア命令を受けていたことや、現在指導監督命令がでている家族であるということがこうした関係機関に全く伝わっていなかった。マリアは登校しなくなり、NSPCCのソーシャルワーカーが家庭訪問するも、マリアに会うことはできず、登校をしなくなった半月後、マリアは死亡する。前身と頭部の傷、内臓にも損傷があった。

この事件は調査委員会によって検証された。そこには虐待対応におけるシステムの問題、特に連絡の欠落などの機関連携上の問題が指摘されている。また、ソーシャルワークの問題点として、アセスメントの不足、家庭復帰後の十分なモニターの欠如、家庭復帰後しばらくしてからの危機的状況に対して適切な対応がとられなかったこと、家庭復帰後の指導監督が不十分だったことがあげられている。

件も「マリア・コーエル事件」同様、ケア命令が発令され、家族との分離がなされていた女兒を、家庭に戻して事件に至ったものである。調査の報告で強調されたのは、ソーシャルワーカーのリスクアセスメント能力が不十分であったこと、親の利益よりも子の利益が優先されるべきであったこと、子どもを守るために法的権限が行使されるべきであったこと、そのためにソーシャルワーカーには児童虐待に対する知識と法的知識の向上が必要であること、などであった。これを受け1988年には「児童虐待防止：ソーシャルワークによる包括的アセスメントの実施の手引き」が作成された。こうした流れを振り返ると、子どもの分離・保護と予防的援助の両極で揺れ動いてきた経緯があることが分かる。その背景に死亡事件報道を含む児童虐待に対するメディアの報道あり方とそれに連動した世論の揺れ動きが施策や現場のソーシャルワークに影響を与えてきた点は無視できない。

日本では2000年に児童虐待防止法が施行され、その後、児童虐待事件に対してはメディアが大きく取り上げて報じる傾向が強まった。特に岸和田事件報道の衝撃は大きく、2004年の防止法改正を機に児童虐待重大事件に関しては検証が義務付けられるようになり、その検証内容が施策に反映されるようになる（保坂，2007）。しかし、死亡事件は後を絶たず、この中には「マリア・コーエル事件」や「ジャスミン・ベクフォード事件」のように、施設入所していた児童が家庭に戻って死亡に至った事件も少なくない。2000年の法律制定以降から現在に至る日本の経過は、70年代後半から80年代の英国の流れによく似ている感想を抱く。もしそれが的外れでなければ、日本の児童虐待対応は英国の20-30年ほど後を追っている状況といえよう。「ジャスミン・ベクフォード事件」で課題となった家庭に介入する際の法的権限やソーシャルワーカーのリスクアセスメント力の問題などは、今、日本で盛んに論じられている課題でもある。

（2）「クリーブランド事件」と「1989年児童法」成立

その後英国では、1986年に「クリーブランド事件」を体験することになる。これはそれまでとは異質の衝撃的な事件であった。先進的な地域であるクリーブランドで、2人の小児科医とソーシャルワーカーが数週間間に約100人の子どもに性的虐待の診断をし、家庭から保護したが、その後メディアと議員によって性的虐待の診断が不確かであるとされ、市民の専門家に対する不信が高じた事件である。「システム虐待（専門家による虐待）」という用語が使われる契機となった事件でもある。この事件の調査報告書で強調された点は、専門家同士の誤解と連携不足、そして虐待の事実を法的枠組みに沿った「証拠」を持って同定する必要があることであった。Parton（2001）は、この事件後から1980年代の終わりまでの変化について、次のような内容の見解を述べている。弱者を守るための介入と同時に、正当化できない介入からも守られる必要があり、介入の際に法的に認められるような説明責任が必要であるとの認識が広がったこと、その結果、児童虐待対応におけるそれまでの「社会—医学」的立場から「社会—法律」的立場へと変化したと指摘する。

1989年児童法（The Children Act 1989）はこうした流れの中で制定された。この法律の中心原理として注目されるのは、専門家が家族や子どもとの十分な交渉を行ったうえで、親と子どもから同意を得て援助計画を作成するよう推奨され、緊急介入による分離や保護は最小限にすることが強調され

た点である。この法律は現在のイギリスの児童虐待対応システムの基盤となっている。児童虐待防止ソーシャルワークにおける詳細なマニュアルとフローチャートも作成され、家族も含めた多職種連携である「ワーキングトゥギャザー」がここに始まったのである。また介入における説明責任を司法的な証拠を根拠とするようになったが、子どもへの尋問がさらなる虐待とならないよう、1991年の刑事裁判法では、警察とソーシャルワーカーによる面接ビデオが法廷で使用できるようにもなった(Home Office and Department of Health, 1992; 仲, 2007)。

専門家による誤診や謝ったアセスメントから不当に家庭に介入されるという事件は、イギリスだけでなく、例えば「マクマーティン・プレスクール事件⁵」(1983年)のようにアメリカでも起きている。日本ではこの様な事件が発生し、メディアによって大きく報道されるということは未だないが、例えば過敏なカウンセラーが面接場面での子どもの表現から性的虐待を断定したことで、家庭に不当に介入してしまうことが生じないとは断言できない。なぜなら児童虐待は子どもに関わるあらゆる職種が関係しているものの、全ての職種や機関が、児童虐待について十分な研修を受け、正しい認識を持ちえているとは到底いえない状況だからである。

1989年の児童法はイギリスの虐待対応の方向性を大きく転換するものであったが、残念なことに、その後も、「ソフィー・メリー事件」(1992年)や、「チェルシー・ピッカリング事件」(1999年)など児童虐待死亡事件の悲劇はなくなることはなく、実践現場におけるソーシャルワークの実効性やアセスメント力の課題は繰り返し議論し続けられることになる。

(3) 「ビクトリア・クリンビエ事件」と求められる多分野横断連携

2000年に起きた「ビクトリア・クリンビエ事件」は現在の政策に直結する大きな事件であった。この事件は、10ほどの組織が関わっていたにもかかわらず、誰も適切な介入をしなかったため、9歳の女兒が虐待死した事件である。大規模な公的検証が行われ、「ビクトリア・クリンビエ調査報告書(The Victoria Climbié Inquiry, 通称レーミング報告書 The Laming Report)」(2003)としてまとめられている。そこには法律、制度、システムの欠陥ではなく、不適切な実践方法、機関連携の不備が厳しく指摘されている。機関連携の不備は、「マリア・コーエル事件」以来、事件のたびに繰り返し指摘されてきたが、なかなか解決できない大きな課題であった。そしてこの事件を契機に、それまで別々であった教育と福祉が「児童サービス局」として統合されるという構造改革にいたったのである。児童サービス局と子ども大臣の誕生という構造改革と次章で述べるLSBCの誕生は、数々の虐待死亡事例の検証の度に繰り返された連携の問題克服を含んだ近年の大きな改革といえよう。

5 マクマーティン・プレスクール事件：1982年におきた事件で、マクマーティン幼稚園に通う幼児たちが教師たちから性的虐待を受けたとして、幼稚園の教師たちが複数逮捕されたが、審判の過程で、カウンセラーによる誘導的な質問から、不当に性的虐待が判断されたとして、教師たちは無罪になった事件である。ファレンジックインタビュー開発の契機となった事件である。

第3章 児童虐待対策における新しい取り組み

増沢 高

(1) LSCB (Local Safeguarding Children Board : 地方児童保護委員会)

機関連携に向けた取り組みは、それまでもACPC (Area Child Protection Committee : 地域児童保護委員会) といった民間組織が中心に行われてきた。NGOのシニアオフィサーが事務局となって、警察、保護監察局、ソーシャルサービス、教育機関、保健機関等の代表で協議会を構成している。2003年にはイングランドとウェールズに約130の委員会が存在するに至るが、民間組織でもあり、地域によって取り組みにはばらつきが見られた。「ビクトリア・クリンビエ事件」を契機に、2004年児童法には協働を確立するための法的義務が付加され、それまでのACPCをLSCB (Local Safeguarding Children Board : 地方児童保護委員会) として再編することとなり、各地域での再編、設置が始まった。ソーシャルサービスのディレクターが委員長に任命され、行政が中心となって、機関連携が担われることになり、そのためのガイドラインも示されている (HM Government, 2006)。ACPCに比べ強い権限が与えられた組織が誕生したといえよう。

LSCBの役割は、子どもの福祉を守り、促進するために地域の力をコーディネートすることで、そのために、機関連携がスムーズにいくように各機関との密な連携、関係する職種の専門性向上に向けた研修の企画と実施 (職種ごとの研修と合同研修)、地域の子どもへのサービス事業の立案、死亡事例に対する調査と評価等である。各機関との連携については、3層から成り立ち、第1層は、議会、警察署長、NHSトラスト (National Health Service Trust)、CAFCASS (Children and Family Court Advisory and Support Service ; 家裁における子どもの福祉を守る機関) などからなり、これらは協働する義務が課せられている。第2層は、子どもの安全に関する事柄を担うためのパートナー機関で成り立ち、ここには、子どもセンター (Sure Start)、家庭医 (GP)⁶、NSPCC、学校、移民局、施設などである。第3層はニーズに合わせて組むパートナー機関等であり、麻薬・アルコール乱用に関する部所、住宅・文化・レジャーサービス局、裁判所、DVフォーラム、セクシャルヘルスサービスなどである。

機能的な機関協働のためには、児童虐待の諸事項に関しての共通認識が必要で、研修が不可欠となる。特に異種機関の合同研修 (Inter Agency Training) が極めて有効とされている。合同研修を重要視する動きは、1980年代の後半から始まり、1991年には政府が公にその重要性を認めるようになり、

⁶ GP (general practitioner) : イギリスの家庭医 (指定医) のこと。住民はその地区のいくつかの家庭医の中から1箇所に登録し、医療を受ける場合まずはGPに受診する。より専門的な医療が必要な場合は家庭医からの紹介状が必要になる。これを超えて別に医療機関を受診することはできない。なおイギリスでは医療費は無料である。

地域でも徐々にその認識がもたれていく (Glennie, 2007)。現在、例えばウイスターシャー州では、ソーシャルワーカー (SW)、医者、警察、看護師等が全て同じコースを受けることとなっており、4, 5段階のトレーニングコースを共同で受講するようになってきている (10-3参照)。なおイギリス政府はLSCBの活動状況について、2006年9月から12月にかけて調査を行った。その報告書が2007年に「LSCB実施概況 (LSCB: A Review of Progress)」として発表されている。

日本でも機関連携については大きな問題となっている。「岸和田事件」における学校と児童相談所との連携の不備、「長岡京市事件」における市町村と児童相談所との不備などが指摘されたのは記憶に新しい。アメリカでも多機関による分野横断的共同 (Multi Disciplinary Team) は、児童虐待対応の基本であるとの認識が持たれ、多機関共同によるカンファレンスや多分野横断による研修の充実など、積極的に取り組まれている (四方他, 2004)。しかしそれでもなお機関連携の難しさがあり、日英両国の共通課題である。日本では、2004年の児童福祉法改正で、要保護児童対策地域協議会の設置が可能になり、機関連携に向けたシステム作りがようやく始まったが、協議会を担う職員の専門性の問題、福祉・教育・医療機関との連携のとりにくさ、多分野横断的協働が不可欠であるとのそもそもの認識不足等、抱えた課題は極めて初歩の段階で、機能的で実効性のある機関連携には程遠い状況といえよう。イギリスのように学校、福祉、医療の合同研修が公的研修システムとして位置づけられているなどは、現在の日本では考えられないことである。

(2) シュアスタート (Sure Start)

1997年、それまでの保守党政権に替わって労働党が政権を握り、児童虐待を含む児童福祉問題の背景に根深くある貧困問題を重視し、「シュアスタートプログラム」を設置した。これは貧困地区に焦点を当て、胎児から就学までの子どもと家族に継続したサービスを行うものである。2007年度にはイギリス全土で600箇所が選ばれ実施されている。設置されたシュアスタートを中心に様々な機関が連携して、サービスを提供するが、内容は、妊婦宅への全戸訪問、出生前の母親クラス、出生2ヶ月後の訪問、ティーンエイジの母親のグループ、禁煙指導など様々である。貧困地域では孤立した家庭も多く、よりどころとなる場所があることで、多くの子どもと家族が助けられているようである。シュアスタートはもともと10年計画でスタートし、評価が検討されることとされていた。当初は年間予算もかなりの額があてられた。しかし10年を待たずに、この数年は予算が削られつつある。今回視察したケンジントン・チェルシー地区の場合、年間予算が人件費を含めて年100万ポンドだが、前年度は130万ポンドであった。ただこうした施策の変更は良くあることで、シュアスタートの効果が否定されたわけではない。ケンジントン・チェルシー地区で働くソーシャルワーカーであるCurry女史によれば、彼女の33年間の児童福祉キャリアの中で、この施策が一番良い取り組みであると語っている (5-1参照)。実際、政府はシュアスタートをチルドレンセンター (Children's Centre) の名称に改め、2010年までにイギリス全土で実施することを決めたのである。家庭の孤立や虐待の問題は、貧困地域以外にも存在するのが理由である。しかし実施地区が増えることで、その分膨大な予算が必要となり、結果それまで実施されていた地区の予算削減は必至である。また富裕層にも虐待は確かに存在するも

の、貧困地区に比してその割合は低く、やはり貧困地区を優先に実施すべきという意見が現場では根強い。

(3) コモンアセスメントフレームワーク (Common Assessment Framework)

子どもの危機状況に対するアセスメントの不備、機関や職種によるケースの理解や方針の違いなど、アセスメントに関する課題も古くて新しい問題である。「マリア・コーエル事件」から「ジャスミン・ベクフォード事件」まで、在宅におけるリスク判定の甘さや機関同士の情報の共有の不備が指摘され続けた。特に「ジャスミン・ベクフォード事件」の検証報告書では、「死は予測可能であり、未然に防げたはずの殺人」とされ、早急にリスクアセスメントを開発し研修を実施する必要性が唱えられた。これを受け1988年に「ソーシャルワーカーによる包括的アセスメントのためのガイド」が作成された。また報告書では、親よりも子の利益を優先し、法的権限の行使をためらってはならないことも述べられており、この事件を契機に家族に対しての積極的介入が促進されていく。しかし同時期の1987年「クリーブランド事件」を経験することで、状況が変わってくる。ソーシャルワークのあり方として、法的な証拠を重要視し、明確な証拠がない場合、介入を慎重にする流れである。1989年児童法は、こうした流れの中で成立する。法の理念は、裁判所が子の福祉を優先して諸命令を発すること、ソーシャルサービスを中心とした自治体はニーズを持つ子の福祉を促進するため、家族がその義務に反しない限りは、可能な限り子がその家族のもとで支援を受けられるようにすること、そのために親とのパートナーシップのもとで支援が提供されることである。つまり分離の最終結論は裁判所のみとし、自治体は、裁判所に強制命令を求める必要があるかどうかの調査を充分に行い、そうでない場合可能な限り在宅による予防的支援を行う方向性である。これによりアセスメントのあり方として、リスクアセスメントのみならず、子と家族のニーズアセスメントの重要性が認識されるにいたる。カンファレンスに家族も参加するFGC (Family Group Conference) はこうした流れの中から生まれている。

「ビクトリア・クリンビエ事件」では、機関連携の不備が強調されたが、アセスメントにおいても、機関ごと異なり、かつ共有できていない現状があった。そこでより適切なケース理解とその共有を図ることを目的に、共通のアセスメントの枠組みにそって評価を行うこととした(資料2 Common Assessment Framework)。また各機関のアセスメントについては、家族も含め関係機関がパソコンを通じて閲覧可能となっている。これにより、各機関がどのような役割を担って動いているかが相互に理解し、責任の所在の明確化が図られるようになった。アセスメントは、子どもの発達上のニーズ、親としての能力、家族・環境要因の3軸についての評価によってなされる(図3-1)。子どもの発達上のニーズを評価する下位項目としては、健康状況、教育状況、情緒・行動の発達状況、同一性の維持、家族・社会とのかかわり、社会参加、基本的生活習慣について評価される。親としての能力としては、基本的ケアの状況、安全性の保障の程度、情緒的な暖かさがあるかどうか、適切な刺激を与えているかどうか、良いか悪いかの適切な判断のもとしつけがなされているか、安定しているかどうかの評価項目となっている。家族・環境要因としては、地域の社会的資源、家族の社会的統合度、収入状況、

就労状況、住居環境、拡大家族の状況、家族歴と家族機能の状況などについて評価する。

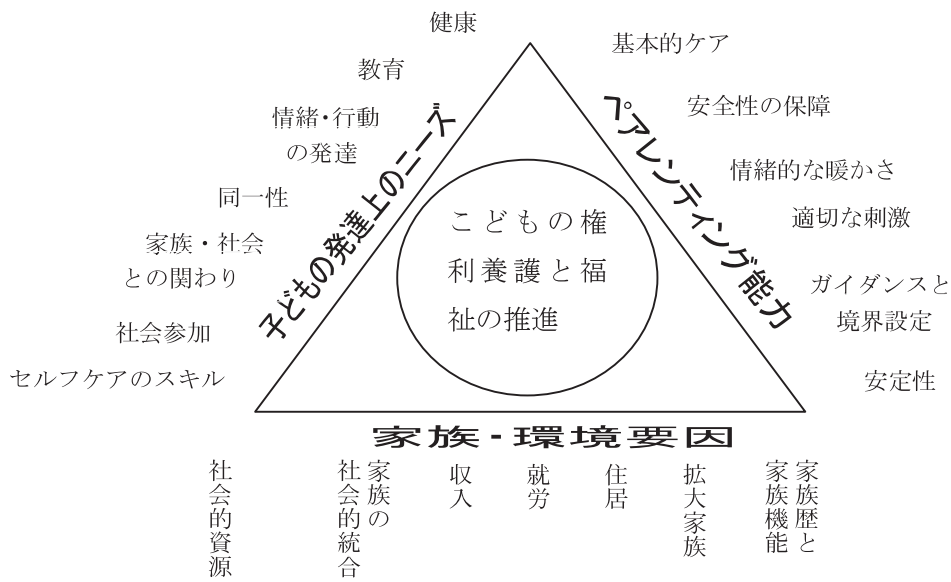


図 3-1 アセスメントフレームワーク

(Department of Health, Department for Education and Employment, and Home Office, 2000)

先述のように、2006年にアセスメントの記入表「コモン・アセスメント・フレームワーク (Common Assessment Framework; CAF)」が政府から提示され (資料 2)、それに基づいて記入し、各機関で情報を共有することとなった (DfES, 2006c)。

第4章 被虐待児の援助と治療

山下 洋・増沢 高・田附あえか

(1) 里親による支援

第1章で述べたように、イギリスでは、looked after の子ども60,000人のうち、71%にあたる42,300人が里親家庭で暮らしている (Department for Children, Schools, and Families, 2007a)。前年からは2%の伸び率であり、イギリスにおいて保護された子どもの養育は里親が中心である。日本では里親に措置された子どもは3,293人で要保護児童全体36,151人の9.1%にすぎない (厚生労働省, 2007)。また、英国で2006年4月から2007年3月までの1年間に養子縁組された子どもは3,300人 (5.5%) であり、その69%が4歳以下である⁷ (1歳未満が150人、1～4歳までが2,100人) (Department for Children, Schools, and Families, 2007a)。子どもの保護先の改革に関する政府方針としては「施設処遇はある子どもにとっては適切であろうが、多くの子どもたちにとっては家庭的環境がもっとも適している」「里親の数と質を改善することが重要で、児童養護施設への措置は高水準のケアを提供すると認められた場合に限る」「年少児には多機関によって支援されているインテンシブな里親の利用を優先する」とされている (DfES, 2006a)。特に子どもが幼児期にある場合には、施設に措置されることはないとのことである。

イギリスの里親はソーシャルサービスに登録されている里親とNCH (National Children Home) のような民間機関に登録されている里親に分かれる。ソーシャルサービスより民間に登録されている方が評判は良いようで (8-1参照)、主要な理由としてサポート体制の差がある。例えばNCHでは、24時間体制の相談、治療や教育資源などのサポートサービスはもちろんのこと、大きな備品の購入の際などには支援スタッフも交えて話し合うなど、日々の養育に関する丁寧な支援を行っている。

しかしこうした支援体制にも関わらず、視察中、里親家庭・養育家庭の変更が頻繁に繰り返されるケースが少なくないとの話を聞くことが多くあった。中には数十回にも及ぶ居所の変更が起こっている事例もある。2005年度にケアシステムを離れた子どもについての統計によれば、約10人に1人は9ヶ所以上の居所変更を経験しており、2年半以上保護下にいた子どものうちの65%は2年以上継続して同じ居所に住めなかったとされている。

この頻回の措置先変更は子どもの成長にとって深刻なダメージを与える。学業に対するダメージは

⁷ 養子縁組された家庭状況については、両親がいる家庭に養子縁組している子どもが3,000人 (91%)、片親家庭が残りの9%であるとされる。両親がいる家庭の中でも、結婚している家庭は84%、結婚していない異性カップルの家庭は4%、同性カップルが2%、法的に認められている同性カップル (シビルパートナーと呼ばれる) が1%である (Department for Children, Schools, and Families, 2007a)。多様な家庭環境のもとで養子縁組されていることがわかるだろう。

特に深刻で、10～11学年（中等教育）で5ヶ所以上措置先が変更されている子どものうち7割以上が、英国の一般中等教育修了証（GCSE; General Certificate of Secondary Education）⁸も一般的な職業認定資格（GNVQ; General National Vocational Qualification）も有していない（図4-1）（DfES, 2006d）。

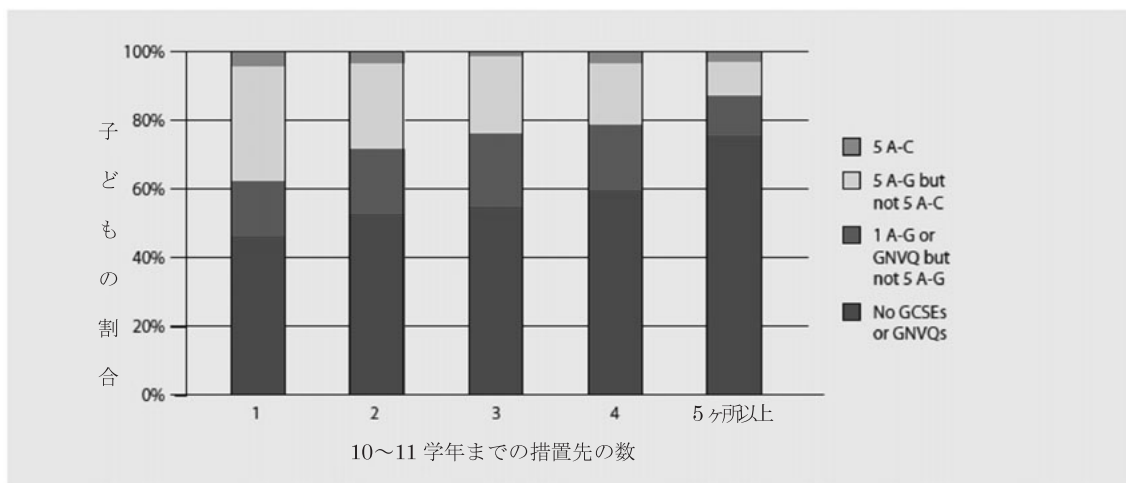


図4-1 10～11学年の子どもの措置先数と学業成績

(DfES, 2006d)

また、ケアシステムから自立した19歳以上の子どものうち、30%がニート（教育機関にも所属しておらず、就労もせず、職業訓練も受けていない人）であるとされる（Department for education and skills, 2007a）。

このような事態を憂慮した英国政府は、実の両親と一緒に住めない子どもたちに安全で健康的で一貫した養育環境を提供して、教育の保障をするための方針を記した（green paper, 議会提案書；青書）である *Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care*（ケアに関する問題—ケアシステムにいる青少年の人生を変えよう）を作成した（2006d）⁹。この青書に対する意見を関係諸機関や子どもたち本人から広く募って議論を重ね（各意見をまとめたものも公開されている（*Care Matters: Consultation Responses*））、2007年には *Care Matters: Time for Change*（ケアに

8 GCSE（一般中等教育修了証：the General Certificate of Secondary Education）とは、英国においてセカンダリースクール（中等教育）の5年目、義務教育最終年にあたる16歳前後の子どもたちが受ける試験である。7段階で評価され、グレードA*（Aスター；最優等）からグレードGは及第（5 A-Gは5科目及第を示す）、グレードFは落第。グレードA*からグレードCまでの成績を5科目以上とること（5 A-C）が、高等教育及び職業研修に進級するための資格となる。

9 青書 *Care Matters*では、多彩な研究データに基づき、チルドレンセンターの拡充を含む予防の問題（第2章）、一貫した養育環境を保障するために「共同養育者（corporate parent）」という考え方の提案（第3章）、よりよい保護先、特に里親制度の整備（第4章）、学校制度の整備（第5章）、学外での生活の充実（第6章）、自立支援（第7章）などに関する施策の提案を行っている。*Care Matters*はDepartment for education and skills のウェブサイト（<http://www.dfes.gov.uk/>）からダウンロードできるのでご参照されたい。

関する問題—今、変化のとき）を政府白書として発行、ケアシステムにいる子どもがすべての子どもと同様のクオリティの人生を送れるように政府や地方自治体が協力してサポートに当たる重要性を指摘した。

以上のように、養育環境の不安定さは学業を初めとして子どもの育ちに著しいダメージを与えることがわかっている。にもかかわらず、英国において被虐待の子どもたちの居所が何度も変更されるのはなぜだろうか。各視察先での回答をまとめて以下に列記することにしよう。

①子どもの問題行動や精神保健の問題

虐待を受けた子どもの中には、深刻な心的ダメージを受けており、様々な問題行動を呈するものがある。英国では子ども虐待をはじめとして、社会的養護のもとにある子ども（Children looked after）において深刻な精神保健の問題をもつ子どもの比率が高くなることが、大規模な地域調査にもとづく多くのエビデンスとして示され重視されている（Glaser et al., 2002；Meltzer et al., 2003）。精神保健の問題は身体的健康の管理や教育面の達成などにも否定的影響を与え、また頻回の里親など処遇先変更の理由ともなっている。このことは一貫性を欠いた生活環境と分離・喪失体験の累積という不利な状況につながり、また慢性疾患を持つ子どもでは継続的な治療が困難になり、身体的な訴えの背景にある心理的ストレスや精神科治療歴が把握できず専門的な対応が遅れ、問題が深刻化するなどの悪循環にもつながっている（Hill & Thompson, 2003）。処遇先ごとの子どもの精神保健の問題も検討されている。里親など家庭的環境に処遇された子どもより施設でケアされている子どもにおいて明らかに精神障害の有病率が高いという結果から、里親中心の児童保護施策への方向転換の妥当性を確認する報告も為されている（Ford et al., 2007）。

里親による養育環境においても情緒・行動面の発達に困難さを示す子どもたちは多い。里親にインタビューしたところ、里子の姉妹が裸体で性的な接触をしているところを里親の実子が見てしまった事例や、里親の車を壊され、金銭を盗まれた事例などが話され（8-1参照）、虐待的環境で育て子どもを家庭的環境で養育する困難さが伺える。また、里親の側にも「まるで普通の子を受け入れるかのように」考え、里子が起こすであろう「問題行動」の予測ができなかったり、子どもの行動に適切な対処をする準備がなかったりする場合もある。ADHDとHIV感染の治療という重複する医療のニーズをもつケースの里親への実質的・心理的支援も話し合われている（8-2参照）。これらの事実を踏まえて虐待を受けた子どもや社会的養護のもとにある子どもへの児童思春期精神保健サービス（CAMHS）の充実が改めて求められている。

②緊急保護先としての里親利用

英国では一時保護所がなく、緊急保護された子どもも里親の元で暮らすことになる。緊急の場合に必ずしも適切な措置先を見つけられるとは限らず、いたしかたなくその日に預けられるところに預けることになってしまう場合もある。また、短期的な保護であると想定して、短期里親に預けたものの、結果的に保護期間が延び、長期的に預かることが出来る里親に移行せざるを得ないこともある。

③養子縁組は学齢期に達してからが望ましいという政府方針

子どもの養育環境に関する政府の方針は、「できるだけ分離をせずにケアシステムに入らないように予防をし、実親の元で暮らせるようにすることが子どもにとってもっともよい選択である」とされているため、「可能な限り実親の元で暮らすように支援する」(DfES, 2006d)。しかし逆説的に、学齢期以前の子どもが保護される場合、実親の元に戻すことを視野に入れるために、より安定した家庭的養育環境を提供できる養子縁組よりも移動の可能性が高い里親へ措置されることが多い。しかし結果的に里親の変更が何度も行われ、養子縁組をする年齢に達する頃には子どもの状態が悪化しており、養子縁組もうまくいかずに里親に戻され、居所を転々と変わるケースもある。

④被虐待児が多く、里親の絶対数が少ない

イギリスでは、なお約8,000軒の里親が不足しているとされている (DfES, 2006d)。青書 *Care Matters* へのコメントとして、里親の採用にさらにもっと力を入れるべきだという意見が多い。国全体をカバーする登録制度を作れば、里親が転居した場合も継続して仕事ができるという意見もあった (DfES, 2007a)。

⑤ロンドンの多人種性

ロンドンでケアシステムにいる子どもの半分以上が黒人や少数民族である (DfES, 2006d)。子どものアイデンティティを確立するために、子どもと里親の人種や民族、文化的背景はなるべく一致させようという方針があるが、黒人や少数民族はロンドンへの所属意識が少なく、頻繁に居所を変える傾向にある。このために子どもの移動も多くなることもある。

⑥里親制度の問題

措置先の選択が家庭的環境中心のため、被虐待児など深刻な問題を抱える子どもも里親等で預かることになり、里親には専門的な技能が求められる。しかしイギリスにおいて、里親がNVQ 3 (National Vocational Qualification (国家職業資格)におけるレベル3で主任クラス)を有している割合はたった5%であり、たとえ世話 (care) に関しては素晴らしいとしても、学校や教育に関するサポートの力は低いと言わざるを得ない (DfES, 2006d)。

以上の点を改善するための取り組みとして、以下の取り組みが検討されている。

更なる支援体制の充実に向け、例えばウイスターシャー州では、困難事例を委託された里親に対して、臨床心理士、教育心理学者、SW、看護師等、幅広いサポート体制で支援するシステムを構築中である。セラピストのアドバイスを受けながら里親が治療的な環境を提供するというもので、資金として年間2000万円以上を予定しているという。(Picken, 2007)。

また里親の資格体制の見直しとして、青書 *Care Matters* では、里親 (と施設職員) を国家資格によってランク別にわけ、階層的な措置先を作るという「イングランド多面的治療的里親ケア (Multi-

Dimensional Treatment Foster Care England)」を提案、実施されている。以下のように、預かる子どものニーズによって、養育者が必要とされる能力と養育者に提供されるサポートが3つに分けられており、研修や報酬も異なる。それぞれのレベルに対応する国家資格が付与されることになる。報酬基準は地方自治体によって変わるようで、白書 *Care Matters* では「地方自治体は里親の報酬体系を明示すること。報酬は仕事の性質と必要とされる訓練のレベルによって異なるだろう」と書かれている。

表4-1 「イングランド多面的治療的里親ケア」のレベル一覧

レベル1：特に配慮を要さない子ども

養育者に要求される能力：子どもの発達、アタッチメント、分離と喪失；健康と福祉；子どもと会話し、子どもとともに物事を決定する能力；レジリエンスと関連して、リスク要因と防御要因；学校と学業の重要性；養育スキルと行動管理；コンタクト（連絡、関係作り）を支援；文化的活動、スポーツに触れ、参加することを支援；異なる民族性・信条・文化・セクシャリティをもつ子どもと暮らすこと；基本的な生活習慣を教えるスキル

養育者への支援：他の養育者との自助グループ；他の養育者と一緒に研修を受ける機会；養育サービスや一般的なサービスの情報提供

レベル2：配慮を要する子ども

養育者に要求される能力：さらに複雑なニーズを持つ子どもとともに暮らすためのスキルの知識。例えば治療的里親養育、障害児との生活、UASC（unaccompanied asylum seeking children、大人を伴わずに亡命を希望する18歳以下の子ども）の子どもとの生活、物質乱用を扱うこと

養育者への支援：養育者のスキル、能力、「スタイル」を専門家によって記録される。すなわち、子どもの生活の様子と行動をモニターする、追加の支払いが生じる仕事（例えば実の親と一緒に暮らすために子どもと遠方に出向く）をすることが出来る。

レベル3：深刻で複雑なニーズをもち、専門的ケアが必要な子ども

養育者に要求される能力：ソーシャルワーカーや他機関とともにインテンシブで構造化された支援プログラムを提供する；傷つきやすい子どもを支援するスキルに専門性がある；他の里親・施設職員を支援し、指導、研修する

養育者への支援：問題行動を毎週、もしくは毎日報告する、他のレベル3の養育者との自助グループ；小休暇を利用するための特別な計画；特定のニーズに合致した多職種チームが子どもと里親家庭を支援する

(DfES, 2006dより)

このシステムに対する意見は、里親を3つのレベルにわけるといふ制度への賛成は61%、不明が30%、資格制度を作ることについては65%が賛成、反対は9%であった。しかし視察先であるタビストックは、この案に対してさらなる里親変更への傾斜を懸念する意見を政府に提出した（8-2参照）。

白書 *Care Matters* では、「イングランド多面的治療的里親ケア」がテスト実施され、良好な結果を納めていることが記されている。また、今後は「専門的里親」の支援モデルが他のレベルの里親に対する支援にも広がることが重要であるとされている。また里親が破綻する予測因子に関する研究が紹介されており、「一日に5つ以上、養育者がストレスだと感じる出来事がある場合は措置変更になる可

能性がある」とされる。そこで、里親支援の一環として、週1回里親ミーティングを開き、週1回の里親レポートを提出してもらうことによって、措置変更の可能性を予測し、適切な介入を行うとのことだった。

白書では“Corporate parenting”という考え方がケアシステムにいる子どもの予後を改善するための鍵概念の一つとなっている。「子どもには様々なレベルで複雑な役割をもつ“親”がいる。毎日の生活に関することを決める人や、もらえる情緒的ケアの質を左右する人、それから自分が住む場所や通う学校——将来の夢や大志を形作る場所を決める人がいる。多くの子どもたちにとってこれら様々なレベルの決定は同じ人によってなされるが、ケアシステムにいる子どもにとっては事が複雑になる」。Corporate parentingは「共同養育」という意味である。子どものことに関わるすべての機関が一丸となって子どもへの説明責任をもち、日々のケアは里親や施設職員が、重大な決定はソーシャルワーカーが提供しながら、他の子どもたちと同じように“良い養育”を受けられるように保障する。子どもたちの「安心・安定が欲しい」というニーズに応える仕組みが「共同養育」なのである。

さて、日本の里親制度を見た場合、そのサポート体制は児童相談所が中心になって行っているが、イギリスに比較して極めて脆弱という他ない。かなりの支援体制をとっているイギリスでさえ、未だ上記のような多くの課題を抱え、その解決に向け積極的な取組が講じられようとしているのに比べ、日本の現状は何をかいわんや、であろう。里親制度がなかなか推進しない背景に、こうしたサポート体制の課題解決がまず必要であることを深く認識すべきと考える。

(2) 被虐待児の治療

虐待を受けた子どもたちは治療や治療的教育を必要とする子どもたちが多く、地域のさまざまな治療機関を中心としたサービスを受けることになる。このためには福祉、教育、医療との連携と協働が不可欠であり、LSCBの充実も治療においても重要なポイントとなっている。学校には必ず児童虐待専任の教師が置かれている。児童虐待に積極的に携わる医師は少ないが、各地域に必ず一人の児童虐待に精通した医師をおくことを政府はLSCBに要求している。構造改革として教育と福祉は統合されたが、治療機関を束ねる精神保健局（MHS：Mental Health Services）はそうではない。精神保健も子どもの部門の中に統合されたらもっと変わってくる可能性がある。この点について、Picken氏によれば、イギリスでは子どもへの治療的対応について批判されるところであり、発見や保護に力が注がれ、その後の治療が十分でなかったという反省から、近年は児童の精神保健部門の予算が増額されるようになったという（10-3参照）。

子ども虐待の保護システムと児童思春期精神保健サービスの連携の実際

現在とられている具体的な対策としてはlooked after childrenのウェルビーイングについてのホリスティックな評価の必要性がガイドラインとして示されている（Meltzer et al, 2003）。また子どもの処遇の各段階での精神保健サービスへのアクセスのしやすさを高めることも、求められている。そこ

では子どもの健診を行うプライマリーケアサービスの医師にも基本的な精神保健の問題の評価スキルが必要であり、健康面のチェックも含め定期的に（例えば6カ月に一回）実施されるべきことが明示されている。さらに直接子どもをケアしている人にも子どもの情緒的問題への質問紙の記入などスクリーニング作業に参加することが推奨されている。そして最終的に専門的な治療が提供できる多職種チームによるCAMHSとのリンクを有効なものとするためにも、紹介すべきケースのクライテリアのなかでlooked after childrenの優先順位を上げることが提唱されている（Hill & Thompson, 2003）。

国内調査によるエビデンスや明確なガイドラインは提示されているものの、地域（児童）福祉とCAMHSの実践とはシステムとして緊密に協働しているとはいえない。英国では児童思春期精神保健サービス（CAMHS）を階層化し、問題の重症度や緊急度に応じて効率的に対応できるシステムが目指されている（表4-2）。しかしながら実際には専門的な治療が提供できるCAMHSの設置状況は地域ごとでpatchy（つぎはぎの多い）なものに留まっており、多くの予約待機患者を抱えている。プライマリーケアスタッフと2次・3次医療スタッフとの連携も十分ではない（Bradley et al, 2003）。加えて深刻な虐待の状況におかれた子どもが緊急に保護された場合、日本のような一時保護所の存在しない英国では、即座に里親に措置される。児童相談所が診断評価や場合によっては治療的機能をも有し、外傷的ストレスへの反応や問題行動など急性期の症状に対応したり、一時保護中に医療スーパーヴァイザーの助言のもとに専門医療機関を受診させるなどの対応はできない。これらの事情から、英国では情緒障害（不安・うつ、PTSD）や行動障害（行為障害、ADHD）などの問題を示している子どもをケアしている里親や施設ワーカーのためのコンサルテーションや治療サービスを提供する専門家チームの設置を推進している。

虐待を受けた子どもの精神保健のニーズへの地域での対応は、まず国民医療保険（NHS）による診療を提供するPCT（Primary Care Trust）において行われる。これらは地域の福祉局と連携したサービスが多い。今回の視察先の中で虐待やネグレクトを受けていると判断され児童保護計画（登録）下にある8歳以下の幼児とその親へのペアレンティングプログラムを提供しているIntensive Parenting Programや、プライマリーケアセンターのCAMHSチームが性的虐待の被害（加害）児とその家族に提供している治療プログラムもその例である。予算は地域のNHSトラストからそのプログラムに対して支払われる。両者とも1999年のワーキング・トゥギャザー以後の事業であるが、いずれも年度ごとに予算は流動的でありスタッフ配置もそれに依って変わるとのことであった。子ども虐待に関する主要なNGO団体の1つであるNSPCCのサービス提供機関の一つであるParental Mental Health Clinicは地域から委託され、精神疾患をもつ親とその子どものニーズに対して、精神医療機関と連携したサービスを提供している点でユニークな試みである。これらの治療プログラムのいずれでも、親にうつ病や物質依存など精神障害があり、ペアレンティングや家族機能にダメージを与えているケースの割合も高いことに注目し、親・家族への治療・支援と子どもの治療の協働を図っている。このような取り組みは多職種の専門領域での実践を横断する取り組みとなるが、今回訪問したサービス提供機関のいずれにも浸透していた。また地域ごとの子どもの安全保障に関する多分野のスタッフによる協議会（LSCB）も実践的に機能しており、視察した各サービスのスタッフからも福祉領域と医療保健領域が

子どものニーズについて共通の枠組みと言葉をもって議論することが述べられていた。このためソーシャルサービスと医療保健サービス間のケースの依頼・受理のプロセスにおいても、サービスをうける子どもと家族の立場からみて良い意味での緊張関係のもとにやりとりが為されている。英国でも日本と同じく医療や福祉、教育の各制度は、Looked after childrenのニーズに対してまだ十分に機能していない点も多いが、2004年のワーキング・トゥギャザーで新たに示された方向性は、この多分野協働という点においては、ケアの現場で確実に実現しつつあると思われた。

表 4-2 英国の児童思春期精神保健サービス (CAMHS) の階層化

ニーズのレベル	サービスの階層
基本レベル	全てに共通する予防的サービス
レベル1 脆弱性をもつ可能性のある子ども 発達の問題の予防段階や軽度の情緒・行動上の問題で自然によくなる可能性も高い	第1層 プライマリーケアサービス 早期発見と予防 GP、保健師、学校看護師、社会福祉士、ボランティア、教師、施設ソーシャルワーカー、少年司法関係者
レベル2 脆弱性がありニーズの評価が必要な子ども レベル3 早急に短期の対応が必要な子ども 頻度の高い障害で軽度の1, 2の危険因子	第2層 個人の専門家、単一の専門的ケア 診断・治療・アウトリーチ、コンサルテーション 臨床心理士、地域の小児科医、教育心理士、児童精神科医、地域の児童専門看護師、児童精神療法士
レベル4 複雑なニーズと高度の脆弱性をもつ子ども 頻度は低く持続的な問題をもち小児科、成人精神医療、地域の福祉や教育分野との連携を要する	第3層 地域の児童精神科クリニック、児童精神科外来サービス 多職種による診断治療、第1, 2層へのコンサルテーション、プログラムの研究・開発 児童思春期精神科医、社会福祉士、臨床心理士、地域小児看護師、児童精神療法士、作業療法士、芸術療法士、精神分析療法、家族療法家
レベル4 複雑なニーズと高度の脆弱性をもつ子ども 重症例、自殺の危険のある年長の子どもなど、地域を越えたサービスの提供	第4層 デイセンターなどの3次医療、高度の専門外来、入院病棟 サービスの種類； 思春期入院病棟、触法少年のためのSecure unit、摂食障害病棟、性虐待のための専門家チーム、精神神経疾患のための専門家チーム サービスの内容； 評価・治療・マネジメント 高いスキルを要する介入の実施、稀な状態像の経験、他の層のスタッフのサポート

Picken氏によれば、重度の被虐待児の子どもの心的回復に向けた理論としてベースになるのは愛着理論であり、最近の傾向としては、週1回45分というような治療よりも、一日中生活を通してコンスタントな治療的関わりが必要であるというように変わってきていると語る(10-3参照)。日常生活を中心に、治療的技術が提供されると同時に、治療機関が日常生活にどのようにアプローチしていくかが重要な課題となっているといえよう。このため、例えば、里親に委託された子どもで、手厚い治療が必要な子どもに対して、子どもへの治療、里親へのコンサルテーション、里親のカウンセリングなど、里親を中心に治療機関等の資源が援助体制を組み、そこに年間300万ほどの予算が投じられる構

想があるという（10-3参照のこと）。

（3）入所型治療機関（Therapeutic community）

イギリスのケアシステムは里親が中心であるが、被虐待児に特徴的な暴力の問題や性化行動が激しく、里親に対するケア体制をとってもなお里親では難しい場合が少ずる。その場合は治療施設を利用し、それでも難しい場合はセキアユニットを利用することとなる（Picken, 2008）。

セキアユニットは、反社会的あるいは破壊的行動や自傷行為など自他を危険に曝す状態にある子どもを閉鎖環境で行動管理を行うことで安全を確保し、治療、矯正、訓練的プログラムを提供する施設である。13歳から18歳の思春期の子どもが対象となり、72時間に限っては本人の同意や司法からの許可なしでの強制的入所も可能である。16歳以上では基本的に本人の同意のもとでの入院となる。72時間以上の入所が必要と福祉機関が判断した場合には、法廷の拘留命令を得なければならない。法廷が命令できる入院期間は3ヵ月ごとで延長して6ヵ月まで拘留継続の命令が下せる。入所児の数はほぼ一定しており、イングランドとウェールズで合わせて31のユニットに450名が入所でき、2004年の入所率は8-9割である。入所者の3分の2が男児で3分の1が女児である。28%が6ヵ月以上の入所で、3-6ヵ月入所したのは27%であった（DfES, 2004）。ユニットは教育や保健、社会福祉領域の経験をもつ多職種スタッフで運営され、精神科医や心理士など精神保健の専門家もスタッフの中に含まれている。子どもは社会福祉システムや司法システムからの経路で入所し、半数近くはCAMHSがそれまでに関わっている。Yatesら（2006）によるあるユニットの入所者への調査では、精神保健の問題の頻度はADHDなどをはじめとして、思春期精神科入院ユニットの患者と同程度に高かった。ここでは思春期の子どもを対象としたセキアユニットや精神科入院病棟以外の治療施設について述べることにする。

治療施設は、治療的生活、心理治療、学校教育からなる総合的治療環境を子どもに提供する施設である。入所型治療機関（Therapeutic community）の歴史は長く、戦後の孤児対策から始まる。単に衣食住を提供するだけでは不十分として、当時から精神分析を中心とする治療理論をベースに展開、発展してきた民間治療教育機関である。イギリス全土で14か所ほどあり、小学校年齢から思春期の子どもたちが全国から集まり入所している。もともと被虐待児の治療機関として誕生したわけではないが、被虐待児の入所が多くを占める状況になっている。この背景に、Picken氏の指摘する被虐待児の日常的な治療的かかわりの必要性が求められるようになったことがある。環境療法を主軸とした治療理念や現代の課題としてある多職種間協働が古くから展開されてきた点など共通項の多い、日本の情緒障害児短期治療施設がこれに相当しよう。中心となる問題は暴力と性化行動であり、こうした問題行動ゆえに里親不調になって入所する子どもたちも少なくない。中には10回以上も里親を転々としてきた子どももいる。暴力や性化行動も含めた問題行動の修正と獲得できなかつた発達上の課題を再獲得することが治療のねらいとなる。治療期間は概ね3年で、最初の1年間は治療的生活に慣れること、2年目が本格的な治療、3年目が地域社会に参加し、地域に復帰するための準備をする段階である。資金は子どもが居住していた地域の福祉、教育、精神保健の3部門から一人につき年間約123,000ポンド

(約3千万)が支払われる(平均的な金額で、施設により異なる)。あくまでも治療施設であり、自分の住むべき家は外にある。それは実家である場合や里親、あるいは寄宿施設(日本における「児童養護施設」)である場合もあり、入所期間中の週末や長期休業時はそこに帰省する。以下に視察を行った「マルベリーブッシュスクール(The Mulberry Bush School)」と「カルデコット・ファンデーション(The Caldecott Foundation)」の概略を述べる。両施設はセラピューティックコミュニティの実践団体である、チャーターハウスグループ(Charterhouse Group)に属する機関である。

○「マルベリーブッシュスクール(The Mulberry Bush School)」の例(詳細は9-2参照のこと)

定員36名で、5歳～13歳の子どもたちが4ホームに分かれて、9名ずつで生活する。すべて個室であるが、個室にする背景にはプライバシーの保護のみならず、同室児同士の性的加害―被害など、子どもの性化行動を止めることにある。入浴も当然1人である。スタッフは総勢108名で、ケアチーム39名、教員17名、セラピーチーム4名、ファミリーチーム3名、緊急対応チーム8名などで構成される。この施設の特徴として特記されるのが、多職種合同の様々な形のカンファレンスを行った上で、非常に具体的で詳細なアセスメントと援助プラン(資料5)を共有し、一貫した個別的対応を行っている点である。資料5に和訳も添付したので参考にされたい。さらに緊急対応チームの存在も特筆すべき機能のひとつである。あまりに衝動的で破壊的な行動が収まらないときには、このチームのスタッフが即時に介入し、子どもを別室にタイムアウトさせ、気持ちを落ち着けるよう対応する。緊急時以外は、子どもが楽しめる行事を企画するなどの役割を担い、子どもの中では人気者のスタッフとして認知されている。このことは非常に重要なところで、介入されることが、嫌な体験や失敗体験となってその子どもの自己評価を下げない工夫なのである。マルベリーブッシュスクールの治療効果は高く、暴力によるトラブルが減少した子どもは95%、反社会的行動が改善した子どもは60%、ケアや治療を好意的に受け止めるようになった子どもは95%以上、地域の学校で授業を受けることが可能になった子どもは100%、里親宅に適応し長期に住み続けられるようになった子どもは84%以上にのぼる(The Mulberry Bush School, 2006)。

○「カルデコット・ファンデーション(The Caldecott Foundation)」の例(詳細は9-1参照のこと)

定員50名で5歳から16歳の子どもたちが入所し、7ホームに4名から9名に分かれて生活する。個室であることなど性化行動や衝動性の問題に対応し、子ども同士が安全に暮らせるような構造となっている点はマルベリーブッシュスクールと同様である。スタッフは総勢250名(ケアワーカー、セラピスト、教員、調理員など)である。1ホームに4つのスタッフチームが編成されており、各チームは主任ケアワーカーと3名のケアワーカーで構成される。1チームで子ども1人～3人を担当する。スタッフは交代勤務であるが、このような手厚いケア体制であるため、個々の子どもの担当スタッフは常時存在することになる。資金はマルベリーブッシュ同様、子どもの所属する自治体の負担となるが、子ども1人につき週3,500ポンド(約80万、年間約4,000万)である。手厚いケア体制と同時に特筆すべきこととして、学校の取り組みの中で、「移行クラスTransition Class」の発想があげられる(9-1,図9-1-4)。

学校への適応につなげるため、教室を、学習エリア (Learning Area)、社会性エリア (Social Area)、プレイエリア (Play Area)、ナーチャリングエリア (Nurturing Area) の4領域に分け、時間内では教室内であればどこで過ごすことも許される。最初の移行クラスでは、プレイエリアやナーチャリングエリアの空間が多くを占める。子どももその2領域で過ごすことを好み、学校のスタッフに受容される体験を積む。徐々に学習への取り組み意欲が上がり、学習エリアや社会性エリアで過ごす時間が増えると、次の移行クラスに移る。そこは学習エリアと社会性エリアの空間が大きく占められた教室である。こうして最終的には通常の教室で、通常の授業を受けることが可能になっていく。さらにカルデコットではアセスメントセンターを併設している。イギリスでは一時保護所はなく、一時保護を担える里親先で保護する体制をとっている。アセスメントはソーシャルサービスから委託を受けた専門機関が行うことになるが、このアセスメントセンターもその一つである。アセスメントを目的に最大6ヶ月ほど入所し、治療的なケアも行っている。テストバッテリーや面接場面のみでなく、専門職による日常の行動観察が行えることが最大のメリットで、これによりアセスメントの精度は格段に向上することになる。なおアセスメントセンターには、子ども一人につき週に3,900ポンド（日本円換算約975,000円）が支払われる。

以上2か所の治療施設の概要を述べたが、日本の児童福祉施設職員であれば、誰もがため息をつくスタッフ体制がとられている。しかしスタッフが皆口をそろえて言うのが、多くの子どもが里親等複数の居所で不調となり、「最終的にここしかない」といった状態にある子どもたちの治療は困難であり、これだけの体制は必要不可欠とのことである。確かに施設内を見学中、子どもの混乱状態に何度も立ち会ったが、重要と思われたのは、スタッフが個々の子どもに即時に対応しているため、日本の施設で見られがちな一人の子どもの動揺が他の児童に伝搬するということがなく、スタッフも落ち着いて対処し、全体の落ち着きが維持されている点であった。子どももスタッフも十分に守られ、余裕を持って支援をしていたのが両者に共通することである。このことが子どもの安定につながり、治療が進んでいく大きな要素であろうと思われた。被虐待児の入所が急増し、施設崩壊に至る施設もある日本の施設状況を振り返ったとき、こうした治療施設を参考にしたスタッフ体制の見直しと整備は、喫緊の課題といえよう。

(4) 英国における性的虐待への治療的介入

1. 英国の性的虐待への対応の特徴

英国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、ニード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いる (The Interface between front-line staff and specialist CAMHS services, 2004; Bradley et al., 2003)。この中で性的虐待へのケアに相当するサービスの例として、性的虐待のための専門家チームが挙げられている。このサービスは複雑なニード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のニード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る（表4-2）。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。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では、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。

今回視察した多くの虐待対応の専門機関でのヒアリング調査において性的虐待への対応に関する設問を行ったが、その回答で共通していたのは、この複雑に絡まり合った臨床的難問に対しても多領域が連携して土台となる基本的な生活の安全の保障から必要なケアそして専門的治療を考えていくという対応のスキームである。そこでは性的虐待の一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（第3章参照）による現状の評価からスタートすることになる（Department of Health, Department for Education and Employment, and Home Office, 2000）。治療的介入の研究報告でも性的虐待は一連の出来事であり、一つの診断や疾患としては定義できないという立場に立っている。もちろん性行為やそこで用いられる暴力、心理的脅威、親子（世代）間の境界の侵犯の体験が与える影響は、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いる。そして介入後は、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ことが多い。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。

2. ケアを受ける子どもたちの現状

性的虐待を受けた子どもに対応する第3次医療機関である、タビストック・クリニック、王立フリー病院、カンバーウェル子ども相談クリニック、ガイズ病院、モズレー病院が協力して心理療法の必要性和有効性についての調査（タビストック・モズレーCSA治療研究）を行った（Trowell et al, 1999）。この調査の前提には有効なケアの方法を検討するにあたって、性的虐待という身体的、心理社会的ダメージを受けた子どもたちに、特異的な症状や症候群や経過があるかを明確にする必要性があるという認識である。この調査では、まず小児期に性的虐待を受けた8~14歳の女兒（Child Sexual Abuse; CSA群）を対象に、年齢・性別をマッチさせた虐待を受けていない外来受診児の対照群との診断の比較を行った。人口統計学的特徴として、CSA群の約半数はケアシステムでの生活か親族と同居し、実母は3割のみが収入のある職業もっていた。精神医学的診断については心的外傷後ストレス障害とうつ病がそれぞれ約70%と対照群より明らかに多く、ついで反応性愛着障害と注意欠陥多動性障害がそれぞれ約30%と比較的多い傾向がみられた。またCSA群では76%が3つ以上の併存診断をもつ複雑な病態を示し著しい生活機能障害を生じていた。臨床診断レベルの不安や抑うつ症状も多く認

められたが、見過ごされていることも多く、包括的な診断評価が必要であるとしている。

今回の訪問先の一つであるサザーク（Southwark）行政区で、地域福祉機関と連携した性的虐待を受けた子どもへの治療サービスを開始したLister Primary Care CenterのCAMHSチームは、8年前からこの取り組みを開始し、現在は男児例や性的加害行動も含むより多様な状況に対応している。このチームは先述の調査研究にも協力している。

この地域の総人口は約25万人であり（ロンドン中心部のカンバーウエル、ペッカムなどの英国の最貧地区にあたる地域を含む）、そのうち18歳以下の青少年の人口は6万人を占める。この治療サービスは地域住民に向けてオープンな紹介システムをとっているが、性的虐待を受けた子どものケースのほとんどはこの行政区のソーシャルサービス（社会福祉局）からの紹介である。サザーク行政区の2006年度末の統計では児童保護計画（登録）にある子ども234ケースのうち23ケース（10%）の保護理由が小児期の性的虐待（以下CSA）であった。2006年度のロンドン市および英国の保護計画（登録）についての調査では、性的虐待を受けた子どもはそれぞれ6%および9%である。また同年度のCAMHSチームによるCSA治療サービスへ紹介された児童思春期の性的虐待被害者は33例、性的加害（虐待）行動を示した子どもは17例の計50例にのぼった。

3. 性的虐待への対応における治療的介入のあり方 —研究から地域での実践へ—

本節ではタピストック・クリニックとモズレー病院が行ったCSAへの治療的介入の臨床研究（Trowell et al, 2002）および、この研究チームの一員であるWeeramanthri氏らが行った、CSAの治療的介入についてのコストと有効性についての研究（McCrone et al, 2005）の要旨を示す。同時に実践的モデルの呈示を目的としたこれらの一連の臨床研究の研究協力者であり著者の一人であるWeeramanthri氏に、今回の訪問で聞き取り調査が実施できたので、チームからの臨床への提言を報告する。さらに調査協力地域でのその後の取り組みの枠組みを紹介する。

i) 性的虐待を受けた子どもへの治療的介入の研究

先述のロンドンの子どもの精神保健における第3次医療機関と地域のクリニックが協働して行われた調査から、まず6～14歳の性的虐待を受けた女児81名について精神医学的評価が行われた。その結果では、心的外傷後ストレス障害とうつ病や不安障害などが6～7割と高率に認められ、しばしば複数の診断が併存していることがわかった。不安や抑うつなど内在化する障害は見過ごされやすいことから包括的評価の必要性が示唆された。加えて虐待を行っていない養育者についても、その多くが小児期に身体的虐待や性的虐待を経験し、家庭内暴力（DV）を経験し、現在も精神保健の問題をもっていた。

81名中71名が治療プログラムに参加し、心理教育的および精神分析的なグループ治療かトラウマに焦点づけた精神分析的な個人治療が無作為に割り当てられた。養育者にはニーズに応じた個別サポートか親のグループワークが実施された。グループ治療は18セッション（5人1グループに男女1名ずつのリーダーとコセラピストが付き、ノートと課題シートを持参して毎週決められたトピックについて

のワークに参加する。養育者はグループセッションに並行してワーカーと共にセッションを行う)、個人治療は30セッション(1セッション50分で1週間に1回、養育者サポートは2週間に1回)を実施し、いずれの群も1年後と2年後にフォローアップ調査を行った。全般的な機能障害、PTSD症状の中の過覚醒については、いずれのタイプの治療でも、終結時に大幅に改善しフォローアップ時にも改善は継続していた。全般性不安障害、分離不安障害、うつ病の診断ケースの7~8割はフォローアップ時には診断に該当しなくなった。一方PTSD症状の中の再体験、回避については、終結時には両方の治療で大幅に改善していたものの、フォローアップの3時点での症状スコアではグループ治療の方がより改善が持続していた。個人治療かグループ治療かに関わらず、セッション数と期間を限定した介入の有効性が示されたが、多くの子どもにはさらなるフォローアップやCAMHSからの支援、学校での支援などが必要と考えられた。一方個人と集団の2種類の治療プログラムのコストを検討すると、コストの点では結果が示すようにグループ治療の方が個人セラピーより経済的である。またグループ治療の方が治療期間は短かった。因みにこの研究では初期評価も含めて、個人治療のコストが1人あたり3,195ポンド(65万円)、集団治療のコストが1,949ポンド(40万円)と試算している。

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

タビストック・クリニックとモズレー病院の共同研究ではどの方法を用いても同じように効果があったが、PTSD症状の改善度は構造的なグループ治療の方が良好であった。しかし現在の臨床ベースの実践ではグループ治療の時間と場所をコーディネートする調整の難しさやコーディネート作業の実際の資金がないという問題のために継続していない。

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

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

治療サービスの概要 現在の治療サービスの枠組みは心的外傷に焦点づけた認知行動療法の有効性のエビデンス(NICE guideline(National Institute for Health and Clinical Excellence,2005))に呈示されている)に基づいている。

ステップ1 治療的に配慮された包括的な評価 互いに併存しやすいPTSD、不安障害(全般性不安障害、分離不安障害)、うつ病などを包括的に評価(スクリーニング)を行う。また性的虐待を受

けた子どもは、過去一年間にその他の多種類の被害体験（地域での暴力被害、DVの目撃、いじめなど）を重ねていることが多いので慎重に確認し、それらがもたらした影響も併せて評価する。また治療的配慮として、虐待の事実のみでなく事実の打ち明け（ディスクロージャー）や打ち明けた結果起こったことから受けるダメージも大きいことを考慮し、家族が性的虐待の事実にとどのように反応したかを把握する。

もう一つ家族や地域との関係の評価で配慮するのは、Finkelhorら（1985）が“トラウマを生むダイナミクス Traumagenic dynamics”と名付けた状況である。性的虐待では不適切な性行為に、保護、養育やケアを行う虐待者が強力な社会的強化を与える。自己や他者、世界を理解する認知的枠組みが未熟な小児では自己概念や世界観、感情の持ち方自体が歪曲され、自己の安全感と他者を満足させるために性的行動をとるようになる（Traumatic Sexualisation）。同時に性的行動は悪であり、恥ずべき、罪深いことで、子どもの方に責任があるというメッセージが与えられるために秘匿すべきこととして信じ込まされる。ディスクロージャーの時期の家族や周囲の道徳的判断にもとづく反応がそうした虐待者の刻印付けをさらに強化することになる（Stigmatization）。これらに愛情深く親密なはずの養育者との関係が、苦痛を与えるものに転ずる体験（Betrayal）や、虐待が繰り返される際に与えられた脅しや暴力による無力感（Powerlessness）が加わる。このスキーマは性的虐待におけるPTSDや関連する症状の形成過程の評価と理解に有用である。評価の場でも子どもが体験してきた恐怖や無力感と再び直面することを意識し、遊びや描画などを用いて、それらの軽減を図りながら面接を進める。子どもへの直接の面接に加え自己質問票も用い、さらに可能な限り、親や家族、学校を複数の情報源にもとづく多面的な評価をすすめる。

ステップ2 初期介入における心理教育 心理教育的介入は評価の結果の症状の有無にかかわらず、全てのケースに行う。Young Minds for Children’s mental health（2003）が作成した性的虐待と理解と対処を説明したリーフレットは子ども向けにとってもやさしく書かれており（資料4、和訳も添付する）、このような体験をしたのが自分だけではなく、自分の責任でもなく、共感とサポートが得られ、回復の希望があることを伝えている。このような情報に接することは、子ども自身がStigmatizationやPowerlessnessからの脱却する最初の手がかりとなる。また親向けにも診断評価の結果やこれから得られる支援を説明する。性的虐待の理解と対応のリーフレットもRoyal college of Psychiatristがwebsiteを通じて提供している（Jones & Ramchandani, 1999）。

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

ステップ3 多面的な治療セッション 性的虐待の与える影響は深刻で1～2年間の治療は必要と考えている。性的虐待自体は障害ではなく、ある心理社会的なストレスや不利をもたらす状況、心身の健康に否定的な影響を与える重大なリスク要因と考える。このような状況におかれたハイリスク・グループとしての被害者の子どもに対して、最初に行う予防的および早期介入の治療法として認知行動療

法（CBT）は有効だと言われている。そこでPTSDなど内在化症状が中心となる子どもに対しては、期間を限定し構造化した認知行動療法的アプローチを行っている。並行して親や養育者（虐待を行っていない）に対しては、性的虐待によって生じている行動上の問題への理解と適切な対処を教示していく。養育者自身にも被虐待歴や家庭内暴力（DV）などの危険因子が多く存在するため、それらへの具体的な対処法も親と共に考えていく。家族への系統的な働きかけがないと、治療の脱落率は高くなる。

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

ステップ4 地域とのリエゾンワーク 教育的支援の必要なケースは多く、心的外傷後のストレス症状や、不安、または集中力低下などのために、学業パフォーマンスの達成度の低下が問題となる。学校側では学業不振につながる心理的要因を把握していないことがあり、性的虐待について担任などが理解していることは重要である。また無防備な性的虐待のディスクロージャーの後、そのことで学校でいじめに遭うケースもあるため、学校とのやりとりや家族も交えた3者面談などのリエゾンワークは重要である。治療チームは数多くの否定的感情を経験するため、スタッフのバーンアウトのリスクも高い。そこでスタッフへの個別や集団でのスーパーヴィジョンのスキルも重要となる。

iii) 性的加害行動を示した子どもへの治療サービス

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

性的加害行動には外在化障害が併存する場合が多いため、外的な行動制御の枠組み作りが重要となる。加害行動についても心理教育的アプローチは重要であり、年齢不相応な性的な会話や身体接触が多いことに対し、社会一般の親密性についてのルールの学習を目指す。子どもに対して適切な身体的接触や会話について教示し、それができれば何度も社会的な強化を与える。

当チームが行っている性的加害行為への介入方法は、その行為障害としての側面に注目している。すなわち米国でのMulti-systemic Approach（Multi-Systemic Therapy）の研究で示された、行為障害の危険因子と保護因子への多次元的な介入モデル（Henggeler S. W, 1999）に基づいている。このモデルでは、子どもたちがなぜ性的に攻撃的な行動をとるようになったのかについて、子ども自身の要因だけではなく家族や地域の文脈からも見ていく。このようなアプローチには、子どもの生活に関わるすべての人、すなわちセンターでの専門的支援、ソーシャルサービスの福祉的支援、教育部門

からの支援がそれぞれ協力連携することが重要である。外在化障害に対しては、ADHDと診断されれば、投薬と行動療法的アプローチを組み合わせ、本人には社会ルールを、親にペアレンティングを教えて、身体的な罰ではなく子どもに適切な社会的強化を与える方法を具体的に教示する。これらの子どもにも犠牲者の側面があり、それらへの治療的介入とのバランスや優先順位が重要となる。すなわち被害者としての内在化障害と、加害者となりうる外在化障害の双方の側面が治療の対象となる。

4. おわりに

英国での性的虐待を受けた子どもへの治療的対応について、一地域での専門的でコンパクトな多職種治療チームによる取り組みを中心に紹介した。性的虐待を受けた子どもへの治療的対応は社会的養護システムの中にいる子どもたちと同様な課題を抱えている。すなわち里親ケアの破綻の多さや施設ケアを受けた子どもたちの社会的自立の困難さなど、子どもの育ちとライフサイクルを支える生活基盤の安定性や連続性の問題である。この課題に対し社会的ケアと保健分野、教育分野の協働の向上と共に家庭外の施設で生活する子どもや里親措置後の子どもへのCAMHSを提供するシステムの確立が強調されている。これに応じて多次元治療モデルによる里親ケアやマルチシステムック・セラピーのモデルを取り入れた、CAMHSイノベーションプロジェクトなどが開始されている。他項で紹介されるタビストック・クリニックの里親・養子・親族里親への多職種チームによる治療サービスも、新たな取り組みの一例である。英国の大胆で実験的な意志決定と慎重で保守的な実証主義や折衷主義が組み合わせられたこれらの取り組みがどのようなエビデンスを呈示するのか見守りたい。

<引用・参考文献>

- Bradley, S., Kramer, T., Garralda, ME. et al. (2003) Child and adolescent mental health services: A survey of NHS Provider Trusts. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (4) , 170-176.
- Bradley S et al (2003) Child and adolescent mental health interface with primary services: A survey of NHS Provider Trusts. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (4) , 170-176.
- Department for Children, Schools and Families (2007a) *Children Looked After in England (including adoption and care leavers) year ending 31 March 2007.*
- Department for Children, Schools and Families (2007b) *Referrals, Assessments and Children and Young People who are the subject of a Child Protection Plan or are on Child Protection Register, England- Year ending 31 March 2007.*
- Department for Education and Skills (2004) *Children accommodated in secure children's homes (formally secure units), Year ending 31 March 2004: England and Wales.*
- Department for Education and Skills (2006a) *Safeguarding Children and Safer Recruitment in Education.*
- Department for Education and Skills (2006b) *What to Do if you're worried a child is being abused.*
- Department for Education and Skills. (2006c). *Common Assessment Framework for Children and Young People (CAF)* .

- Department of Education and Skills. (2006d). *Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care*.
- Department of Education and Skills. (2007a). *Care Matters: Time for Change*.
- Department for Education and Skills (2007b). *Local Safeguarding Children Boards: A Review of Progress*.
- Department for Education and Skills (2007c) *Safeguarding Children and Safer Recruitment in Education*.
- Department of Health, Home Office, Department for Education and Employment (1999) *Working together to Safeguard children*. The Stationary Office. (松本伊智朗・屋代通子 (訳) (2002) 『子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー—児童虐待対応のイギリス政府ガイドライン』, 医学書院)
- Department of Health, Department for Education and Employment, and Home Office (2000) *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. The Stationary Office.
- Emery, R.E. & Laumann Billings, L. (2007) Child Abuse. In Rutter, M. & Taylor, E. (eds) (2007) *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science. Chapter 20. (エマリー, R. E. ・ローマン・ピリング, L. (2007) 児童虐待. In日本小児青年精神医学研究会 (編) (2007) 『児童青年精神医学』, 明石書店. 第20章.)
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985) *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*. American Journal of Orthopsychiatry, 55 (4) , 530-541.
- Ford et al. (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households British Journal of Psychiatry 190, 319-325
- Glaser, D et al. (2001) Emotional abuse and emotional neglect: Antecedents, operational definitions and consequences. York, British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Glennie, S. (2007) Developing interprofessional relationships: tapping the potential of inter-agency training. Child Abuse Review. Volume 16, Issue 3 , 171-183.
- Gough, D. (2007) インタビュー中のGough氏の発言 (10-2参照のこと).
- Henggeler SW (1999) Multisystemic therapy: An overview fo clinical procedures, outcomes and policy implications. Child Psychology and Psychiatry Review 4 (1) : 2-10.
- Hill & Thompson (2003) Mental and Physical Health Co-morbidity in Looked After Children Clinical Child Psychology and Psychiatry 8 (3) 315-321
- HM Government (2006) *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. The Stationary Office.
- Home Office and Department of Health (1992) *Memorandum of Good Practice: on Video Recorded Interviews on Child Witnesses for Criminal Proceedings*. (仲真紀子・田中周子 (訳) (2007) 『子どもの司法面接：ビデオ録画のためのガイドライン』, 誠信書房.)
- 保坂亨 (編) (2007) 『日本の子ども虐待—戦後日本の「子どもの危機的状況」に関する心理社会的分析』 福村出版.
- 伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革』 ミネルヴァ書房.
- Jones, D. & Ramchandani, P. (1999) '*Child Sexual Abuse - Informing Practice from Research*'. Factsheet 19: Child abuse and neglect—the emotional effects: for parents and teachers Royal college of Psychiatrist www.rcpsych.ac.uk
- 桐野由美子・石川洋明 (2005) 『子どもの虐待防止とNGO』 明石書店.
- 厚生労働省 (2007) 平成18年度社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例).
- Lord Laming (2003) *The Victoria Climbié Inquiry Report*.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M. et al., (2005) Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. Child and adolescent mental health 10 (1) : 26-31

- Meltzer H, Corbin T, Gatward R, Goodman, R. and Ford, T. (2003) The mental health of young people looked after by local authorities in England Summary report. National Statistics Department of Health HMSO. Office for National Statistics. The Stationary Office.
<http://www.statistics.gov.uk>
- National Institute for Health and Clinical Excellence., (2005) Post traumatic stress disorder. NICE guideline
<http://www.nice.org.uk>.
- Parton, N. (2001) Protecting children's socio-historical analysis. In Kate Wilson, Adrian James (2001) *The Child Protection Handbook*. Bailliere-Tindale.
- Picken, J. (2007) 子どもの虹情報研修センター「児童虐待防止推進月間」公開講座 イギリスから学ぶ児童虐待対応における発言.
- 田邊泰美 (2006) 『イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク』 明石書店
- The Interface between front-line staff and specialist CAMHS services (2004) A stream of the Child and Adolescent Mental Health Training and Development Project.
<http://www.camhs.org>.
- The Mulberry Bush School (2006) Annual Review 2006.
- Trowell, J., Ugarte, B., Kolvin, I, Berelowitz, M et al. (1999) Behavioral psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: A North London study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8: 107-116
- Trowell, J., Kolvin, I, Weeramanthri, T et al., (2002) Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry* 180: 234-247
- 鵜飼奈津子 (2007) 「児童虐待対応：多分野協働と心理臨床—話題提供—」第26回日本心理臨床学会、子育て支援ワーキンググループ企画シンポジウム
- Yates, P., Kramer, T., Garralda, M (2006) Use of a routine mental health measure in an adolescent unit. *British Journal of Psychiatry* 188: 583-584.
- 四方耀子、増沢高、大川浩明 (2004) 「アメリカにおける児童虐待の対応」子どもの虹情報研修センター平成15年度報告書.
- Young Minds for Children's mental health (2003) *Sexually abused? A YoungMinds booklet*
<http://www.youngminds.org.uk>.

第Ⅱ部

視察先報告書

—イギリスにおける児童虐待対応の実態—

第5章 児童虐待の予防活動

5-1.Sure Start

— 「すべての子どもに確かな始まり（Sure Start）を」 —

訪問日 2007年4月17日 14：00～16：00

訪問先 Golborne Children's Centre（Kensington & Chelsea地区のシュアスタート）
2a Bevington Road
LONDON W10 5YU

対応者 Susan CURRY氏（家庭訪問（ホームビジティング）マネージャー）
Nanda Sirker氏（シュアスタート・ディレクター）

シュアスタートプログラムは、1997年に労働党政権発足直後に検討が開始され、実施された中央政府のプログラムであり、貧困地域に焦点をあて、胎児から就学前までの子どもとその家族へ継続したサービスを提供することとされている。地域内のさまざまな機関が連携して家庭への支援や保健サービス、保育サービスなどを行うもので、今回は、



(写真1) スーザンさん（左）とナンダさん（右）

K & C 地区のシュアスタートを行っている Golborne

Children's Centre（ゴルボーンチルドレンズセンター）のスタッフにお話を伺うことができた。以下

がその概要である。¹



(写真2) シュアスタートプログラムが実施されている
ゴルボーンチルドレンズセンター前

(1) スタッフ（チーム構成）について

ゴルボーンチルドレンズセンターのシュアスタートチームには2人のソーシャルワーカー、2人の保健師、保育士資格を持っている5人のホームビジター（家庭訪問員）などがある。経験多い人が5人そろってラッキーだ。ソーシャルワーカーは

¹ この地区は“センター・オブ・エクセレンス”の評価を得ており、ブレア首相も訪問し、感激して帰ったという。「日本の首相はこのような機関にきたことがないが」と話すと、「彼の公約の一つがそうだったからね。ラッキーだったのよ」との返事が返ってきた。

常勤だが、3日はチルドレンズセンターで、残り2日はソーシャルサービスで勤務する。シュアスタートでの様子をソーシャルサービスに伝えることができるのでとてもよい。チームの保健師も週5日勤務しているが、別途地区の保健師のチームに入っていて情報交換をしている。

(2) 対象児

チルドレンズセンターには5歳以下の子どもをもつこの地区の住人なら誰でも来ることができる。5歳になってもサービスをとめることはないが、5歳以上の子どもは対象ではない。仮に里親でのケアを受けている10代の女性が妊娠、出産すれば、生まれた子どもは当然ケアの対象となるが……。

ここは住宅事情の問題があり、10年～15年前なら10代で子どもができたなら家をもらえていたが、今ではそういうわけにいかない。チルドレンズセンターのあるゴルボーンはイギリスの中で5番目に貧しい地区だが、管轄域であるK&C地区はロンドンでもっとも豊かな地区でもある。

したがってスタッフはお金持ちの家にも行くし、貧しい家にも行くが、どちらにもニーズがある。お金持ちでも貧乏でも抑うつつになれば一緒だから、お金のあるなしで援助に違いはない。

(3) 出生前の取り組み

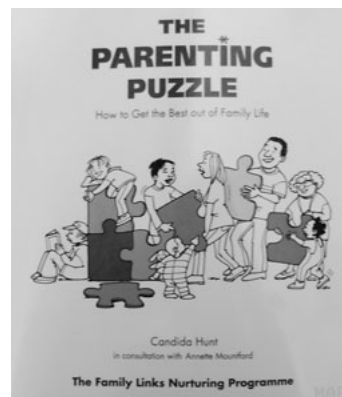
出産前クラス（母親学級）でも全戸訪問しているのかを尋ねたところ、「助産師さんチームが全戸訪問している」との答えであった。毎月30軒～40軒は訪問しているとのこと、特にソーシャルサービスの対象になっている場合は生まれる前からケアできるのが利点だという。10週間のペアレンティングプログラムがあり、多くの親は「子どもを持つ前にこのようなことを知っていたからよかった」と言う。プログラムへの勧誘・案内は、ソーシャルサービスからということもあるし、自分で来たいという人もあれば、保健師さんからまわってくる人もある。プログラムの内容として、親に Parenting Puzzle という本（写真3）を渡す。

禁煙指導も大切。例えば喫煙するにしても家の外で吸うよう薦めたりする。イギリスでは喫煙は減ってきているが、貧しい家庭ほど喫煙率が高い。タバコは高いし、子どもにもよくないから減ってきているのですが、とのことだった。

(4) 出生後の取り組み

赤ちゃんが生まれた後、生後2ヶ月、18ヶ月のときに全戸訪問する。2ヶ月では産後うつチェックもする。そのほかは育児環境や児童虐待の問題がないかをチェックする。

シュアスタートは、当然親をサポートをするの



(写真3) ペアレンティング・パズル



(写真4) 全戸訪問で配布されるキット “Book Start +” (ブックスタート+)

だが、どのようなサービスがあるのかをお知らせするという機能もある。シュアスタートは出生前から出生後にわたって、ずっと関われるように機能を一括することを目的としている「ユニバーサルサービス」（全家庭を対象としたサービス）である。多くの地域では1カ所で行っているが、ロンドンでは場所がないので、学校と当チルドレンズセンターの二つに分けて行っている。

例えばチルドレンズセンターには「ベビーカフェ」があって、赤ちゃんと一緒に来れば、授乳などの相談をすることができる。また助産師がいるので助けてくれる。他にも“ブレイク・フォー・ユー（Break For You；休憩しようよ）”という名前のティーンエイジの母親グループがある。10代の母親はこのグループが好きなようで、出やすいし、仲間作りもしやすいようだ。10代の母親は心配性なのか、託児所があるのに赤ちゃんを離さずに抱えているのが印象的だ。10代同士の夫婦も多く、ティーンエイジのお父さんたちも一緒に来るように誘っている。

子どもの行動に問題があるときは、Parenting Puzzleを使って、こういうことだよと示して見せる。ベビーマッサージもしている。ベビーマッサージは、一般的にはお金持ちのためのものだが、ここでは無料なので、訪問してやってあげると親子の関係がよくなる。

最初に家庭訪問を始めたときは母親に「あなたはソーシャルワーカーか」とよく聞かれた。ソーシャルサービスには来てほしくないという気持ちもあるようだが、マッサージをしてあげると母親は話しやすくなる。さまざまな方法を用いて、なんとかして家族に近づく方法を考えている。ソーシャルワーカーが拒否されても保健師ならば受け入れてくれるとか…。

（5）さまざまなサービス

子どもにどのように話しかけるかわからない親も多いから、少し早いけど9ヶ月くらいの赤ちゃんから図書館に招いたりしている（図5-1-1参照）。チルドレンズセンターがあるというのはよいことで、今週はDVを受けた妻が子ども3人を連れてきた。それで警察を呼んで、いろいろとサポートしてあげた。

例えば、ある父親が他地区の里親に自分の子どもを預けていたが、子どもを引き取りたいと希望したところ、その地区の担当者から、「あなたの住んでいる地区ではどのようなサポートがあるのか」と尋ねられた。彼はここで10週間のプログラムを受け、それが認められて子どもを引き取ることができた。彼は事前の約束もなく、飛び込みでここにふらりとやって来た人だった。

土曜日に父親グループを始めた。5人の父親に15人の子どもがいる。必ずしも父子家庭ではないが、ひとり親の父親には特に来るように呼びかけている。ユニバーサルサービス（全家庭向けのサービス）もあれば、ターゲットを絞ったサービスもやっている。肥満の問題がある場合に料理教室・ヘルシーイーティング（健康志向の食事）などを行う教室を行うなどしている。

家の中で安全を保つために、キッチンに入らないようにするための柵とか、アラームとかを安価で売っている。本当に危なさそうなときは無料であげてしまう。

(6) 就労に対するサポート

以前には就労を専門にするワーカーがいたが現在はいない。就労の問題は全国的な大きな問題だとのことで、働いたほうが良いということはどうやってわかってもらうかが大きな問題とのこと²。

現在は、福祉のお金を減らす代わりに、働いている人が子どもを預けるお金を支給する方向になってはいる。保育所等のお金が高いため（ナンダさんご自身も、子どもが5歳までは月15.6万円は支出したとお話であった）、働いている人に預けるお金を出したり、税の面で優遇する方向だとのこと。

(7) 多民族へのサポート

この地区だけで98もの言語が使われている。大多数はアラビア語、ソマリア語らしい。学校もアラビア語を使うところがある。

そのため、アラビア語を話せるチームや家庭訪問スタッフもおいている。アラブ語を話す人のためのカルチャーセッションも行っているし、図書館も作っているとのこと。また、ソマリア語を話すワーカーも2人いるとのことであった。できるだけ母国語でサポートするようにしているとのこと。

(8) シュアスタートの意味、課題など

シュアスタートができるまでは、ともすれば「私の仕事には関係ない」ということでもさせていたが、家庭訪問して「おかしいな」と思えば、精神保健のスタッフに相談したり、臨床心理のチームに相談するなど、仕事の幅ができて豊かになった。また長期間にわたって関わっていると家族のことをよく知ることとなり、他機関にリファーしやすくなる。この国では「精神保健（メンタルヘルス）」は差別用語だし³、ソーシャルサービスに関わられるのは恐怖だと思う人もいる。そもそも、そういうスティグマのない文化はないと思うが、そういう意味でも長くかかっていると行きやすくなる。

家族が混乱し問題が大きくなればなるほど、関わる機関も増えてくるが、逆に家族にしてみれば、「あんたたちいったい何者？」という気持ちにもなる。たとえば障害がある場合、障害のことだけを相談したいのに20人も来てどうするの？というようなことが起こる。「ワンポイントコンタクト one point contact」、すなわち家族の視点からみて、関わる人数を絞ることも必要である。それをどうしても忘れてしまいがちになるから自戒しなければならない。

全家庭訪問をしてもチルドレンズセンターに来ない人もいる。入れ替わりが激しい。それから難民の人たちへの援助も難しい。彼らはそれまでの経験もあって、問題がものすごく大きくなるまで隠れていることが多い。

サービスを拒否する人が多いというわけではないが、網の目から漏れてしまう人は必ずいる。イギリスには戸籍がないから、出生なども含めて確実に把握することが難しい。生まれた子どもについて

² もちろん働く気がある人は働くのだが、小さい子どもがいる家庭はお金を稼ぐよりも福祉からもらう方が良く、中には子どもをたくさん作ってお金を稼ぐという人もいるらしい。極端な場合は、シングルペアレントのサービスを受けるために、父母がいずれもシングルだとごまかして手当を二重にもらうようなこともある。

³ 通訳の鶴飼さんによると、彼女が関わっていた事例でも、手紙の差出人名にメンタルヘルスサービスと書いただけで、「ぼくはメンタルか！」とショックを受けるようなことがあったとのこと。

は保健局が把握しているので、情報はそこからもらうこともある。

「地域に根づいた活動を行う上で、職員の交代などがあれば困難になると思うが、その点はどうだろうか」と尋ねたところ、すぐに「大きな問題だ」との返答が返ってきた。ただしゴルボーンチームは、その点では恵まれているとのこと。専門的職業としての給料だけでロンドンで家を買うのは無理らしく、外国人スタッフだと地域の事情もよく知らないし、若くて経験もないということでやめていくらしい。

(9) シュアスタートの今後

シュアスタートは今後、全国的にチルドレンズセンターという名前に変わり、ファミリーセンターと一緒にっていく方向だという。スーザンさんは33年間この分野で働いているが、自分のキャリアの中で、この取り組みは一番の成功例だと感じているとのこと。多職種でやっていること、ワーキングtogetherが一番よいとの思いがある。

シュアスタートは国全体では600カ所、政府がもっとも貧しい地域を選んで実施されている。これは労働党の政策だけれども、保守党のカウンシルであるこの地域でも、実施してもらった。エリアごとに、その地域にあうよう「自分たちの地域ではこうします」という計画を政府に提出することになっている。

チルドレンズセンターへの衣替えの理由は、600のシュアスタートを、2010年までにすべての地区に置くという政府方針による。そのために一つ一つ見れば予算は減額されることになってしまう。たとえばK&C地区をみると、10地区あるから、理論的には10個のチルドレンセンターを作らないといけない。ところが10地区を見ると、南ケンジントンなどはお金持ちの地区であり、訪問して親に会っても「うちでは子守の人に見てもらっているからいいの」ということになる。公的医療も使わないし、学校も私立だし、そういうところにチルドレンズセンターはいらないだろう。10個の機能しにくいセンターを持つより、必要な地域に6個設置する方がよいとスーザンさんは思っているとのことだった。

もちろん、性的虐待、情緒的虐待、学習障害などはお金持ちの家でもあるし、乳母が見ているために、発達の遅れなどに気づかないということもある。私の娘は小1だが、クラスに知的障害児が3人いる。しかしどこの援助ももらってない。また薬物摂取や摂食障害はお金持ちの家で多いということもわかっている。

もともとシュアスタートは10年の計画でスタートした (HM Treasury, Department for Education and Skills, Department for Work and Pensions, and Department of Trade and Industry, 2004)。ア



(写真5) ゴルボーンチルドレンズセンターの中庭

アメリカでは10年間してからでないと地域に変化が訪れないという研究結果が出ているのだが、なぜか英国政府はこの方針を変えたため、10年続かなかった。今までは何かアイデアがあれば、小さい地区で試してみて、そこで成功すればヘルスやローカルオーソリティにも広げようと考えられていたのだが、そうはいかなくなっている。「公的機関は、大抵がこういうものだ。与えられたものでやるしかない」と、スーザンさんはやや残念そうであった。

寄付などを募って予算を確保するということができないのかと尋ねてみたが、公的機関が企業からお金をもらうといった文化がないので、いいことかもしれないけれども無理だとのことであった。

現在の年間予算は約100万ポンド（約2億5000万円）。去年は130万ポンドだったので減額されている。しかし他の分野に比べたら多い。他機関の人から「シュアスタートばかりお金をもらっている」と言われることもある。

なお、衣替えするチルドレンズセンターは、親に仕事するよう働きかけ、保育所機能に特化する方向らしい。現在は移行期であり、2008年までは財源がどうなるのかはわかるが、その後はわからない。この状況では計画を立てるのが難しい。

変化はあるがほとんどのサービスは続けていくし、なくなるわけではない。最初にかなりの予算をつけてもらっているので、とのお話であった。

ただし、人を雇うときに長期間の保証ができないのが問題だとのこと。それでも喜んでやってくれている熱心な人がいるし、最初、働きに来てくれたら続けてくれる。ただし1年契約のため、最初の契約が難しいことがある。

以上、シュアスタートの具体的な内容だけでなく、現在の課題や予算、今後の動きなども含めて、率直にお話をさせていただきました。

(川崎二三彦)

引用文献

HM Treasury, Department for Education and Skills, Department for Work and Pensions, and Department of Trade and Industry (2004) Choice for parents, the best start for children: a ten year strategy for childcare

図 5 - 1 - 1 シュアスタートプログラムの週間予定表や活動内容



WHAT'S ON January 2007

Welcome to the North Kensington Sure Start Guide
This page lists all free North West Kensington Sure Start services. Look out for new services and those that you can now access in the North Kensington area. Inside you will find a pull-out timetable of our weekly activities, classes and crèches/drop-ins.

Antenatal and Baby Services
For information please contact Denise Mallan, Sure Start Midwife on 020 7243 8310

One Day Antenatal Class
Antenatal clinic for Queens Charlotte's Hospital and St Mary's Hospital
First Saturday of every month
Walmer Road Clinic, 10.30am - 3pm
Contact Denise Mallan to book on 020 7243 8310

Free Baby Massage Courses
See timetable for information

Free Yoga Courses
We provide both pregnancy yoga courses and mother and baby yoga courses. For more information please contact Denise Mallan at North West Kensington on 020 7243 8310, or Avril Levi at Golborne on 07976 060 264.

Get Back in Shape Classes
For information please contact Denise Mallan on 020 7243 8276

Toddler Services

Sure Start Speech and Language Therapy
For times and venues please contact: Blair Thorburn at North West Kensington on 020 7243 8334, or Megan Dumuje at Golborne on 020 7938 8422

Bookstart
Free book packs for babies at 9 months, toddlers between 18 and 30 months and children between 3 and 4 years. For further information please contact Nadine on 07973 124 104

KIDS Specialised Equipment Loan Service
For children with special educational needs.
Contact Kim Ready at KIDS on 020 7243 8511

Family Services

Home Visiting
Home visiting service for families when a child reaches 2 months and 18 months old. Also offers support to families in the Sure Start North West Kensington area.
Contact Sue Curry on 020 7938 8426

Parent Nurturing Programme
The nurturing programme is relevant to anyone involved in bringing up children. If you would like more information about this course please contact Sue Curry on 020 7938 8426

KIDS Family Support Worker
Are you concerned about your child's behaviour? A Family Support Worker can provide practical support, information and advice.
Contact Jane Bank at KIDS on 020 7243 8511

Home Safety Initiative
Home safety advice and low cost safety equipment available. Contact Latymer Family Centre on 020 8969 9327 or St Quintin Family Centre on 020 8969 0826

ESOL Classes
English classes for speakers of other languages. Creche available.
Contact Filsan Ali at North West Kensington, Thursdays and Fridays on 07976 060 260, or Mayda Mohammed at Golborne, Mondays to Wednesdays on 07976 060 259

Welcome to Sure Start North Kensington, JANUARY 2007

Mondays
Dalgarno Creche See Friday for details.

The Playhut Drop-in
Little Wormwood Scrubs , Dalgarno Gns
10am - 1pm Term time only.
Contact Pauline Burnett 020 8969 7779

D-Cup Cafe for mums and babies
Walmer Road Clinic
10.30am - 12pm
Breast feeding counsellors and short baby massage sessions.
Contact Denise Mallan 020 7243 8310

Baby Rhyme Time
North Kensington Children's Library
11am - 11.30am
Songs and Stories for babies and toddlers.

St. Mark's Stay and Play
Kensington Memorial Park, St Marks Road
12.30pm - 4pm
Contact Fay Brookes 020 8968 4339

Under 5's drop in
Meanwhile gardens
1.30pm - 5.30pm

Antenatal Clinic
Walmer Road Clinic
2pm - 4pm
Pregnancy testing and advice on choices available for maternity care.
Contact Denise Mallan 020 7243 8310

Tuesdays
Dalgarno Creche See Friday for details.

The Playhut Drop-in See Mon for details

Rugby Portobello Trust Drop-in
221 Walmer Road
9.30am-12pm & 1pm-3pm Term time only
Contact Souad Noureddine 020 7727 0854

Home Safety Equipment
Clare Gardens
9.30am - 3pm
Low cost safety equipment available.
Contact Clare Oliver 020 7727 2725

Tots and Toddler Fun Under 3's
Clare Gardens
10am - 12pm Term time only
Contact Megan Dumuje 07875 878 735

Advice Surgery at KIDS
240 Lancaster Road
11am - 12pm
Working for children with special needs
Contact Jane Bank on 020 7243 8511

Baby Cafe and Baby Massage
Golborne Children's Centre, 4-6 Golborne Rd
11am - 1pm
Friendly support for you and your baby, plus breast feeding advice, weighing facilities and baby massage.
Contact Avril Levi 07976 060 264

Pilates Classes (booking required)
Walmer Road Clinic
10 - 11 beginners classes
11-12 advanced classes
Contact Denise Mallan 020 7243 8276

Mother and Baby Yoga
Walmer Road Clinic
12.30 - 2pm
Contact Denise Mallan 020 243 8310

St. Mark's Stay and Play See Mon

Under 5's drop in
Meanwhile gardens
1.30pm - 5.30pm

Hakoua
Kensal Library , Golborne Road
1.30pm - 2pm Term time only
Songs and stories in Arabic.
Contact Lamiae Zaghali on 020 7938 8423

Wednesdays
The Playhut Drop-in
Egrot classes with English classes for speakers of other languages.
Golborne Children's Centre
Contact Mon to Wed Golborne 07976 060 264
Friday Filsan Ali, North West Kensington 07976 060 262

Pregnancy Yoga
Equal People Centre
6.30pm - 7.30pm
For further information Denise Mallan on 020 7243 8310

Cultural Sessions
Golborne Children's Centre
4-6 Golborne Road W
12.00pm - 3.00pm
Term time only
For more information 020 7938 8419

St. Mark's Stay and Play See Friday for details

Saturdays
Under 5's Drop-in
Meanwhile Gardens
12pm - 5.30pm

ESOL classes for non-English speakers
11am - 1.00pm
Creche available
Please contact Magda 020 7938 8419

Antenatal clinic
11.00am - 3pm
First Saturday of each month
Advice and information available.
Must be booked part
Contact Denise Mallan on 020 7243 8310

Birthday parties

St Marks Stay and Play,
Kensington Memorial Gardens
1-2pm,
Jan 30th , Feb 27th , March 27th

Kensal Library
10-11:30, 25th Jan, 22nd Feb, 29th March

All 2 year olds in the Sure Start area will get a birthday card and an invitation to a Sure Start birthday party in the month they are 2 years old. All 2 year olds will also get a FREE bag of books. Even if you cant make one of the parties please give us a ring for more information on how to collect your free bookbag.

Please contact Blair Thorburn on 020 7243 8334



第6章 介入と保護

6-1. Kensington and Chelsea (K&C) Social Services —ケンジントン&チェルシー地区ソーシャル・サービス局—

訪問日 2007年4月17日 11:00~13:00

訪問先 Kensington & Chelsea (K&C) Social Service
Westway Information Centre,
140 Ladbroke Grove, London, W10 5ND

対応者 Isabel Friedlander氏 (Family Support Child Protection Advisor)
Francis氏 (Social Worker)

(1) ソーシャルサービス局の組織について

最初に組織図の説明を受けた(図6-1-1)。ロンドンには33の地区があり、各区の区長 (Town clerk & Chief Executive) が統括している。イザベルさんたちの長は、家庭・子どもサービス・エグ



(写真1) フランシスさん(左)とイザベルさん(右)

ゼクティブ・ディレクター (Executive director, family & children Service) であり、学校なども管轄に含まれる。その下にあるのが家族子どもサービスの長で、担当地区が北ケンジントンと南ケンジントンの2つに分かれている。家庭子どもサービスにはチームが5つあり、それぞれにチームマネージャーがいる。イザベルさんはその一人である。

各チームにはフランシスさんのようなソーシャルワーカー (以下SWと略記) が6人ずつ配置されている。チームにはファミリーサポートワーカーも1人ずついる (ファミリーサポートワーカーはSWの資格を持っていない)。チームの中の一つは病院に所属している。地区によっては、リファーだけ、アセスメントだけ、など仕事別にチームがわかれているところもある。

1. ソーシャルワーカーになるために

最初にソーシャルワーカーの任用や研修の状況についてお尋ねしてみた。それによると、3年前に資格制度が変わったようである。概ね以下のようなお話であった。

登録制度ができて、2年前に「GSCC (general social care counsel) が登録団体として認められ

た（資料4参照）。この団体は、学部卒業生か、（他学部で学び、1年間のソーシャルケア関連の仕事について上で）修士を終えた人が対象となる。その間に200時間の実習を受けることが条件となっている（以前は160日でよかったが日数が増えたとのこと）。学部生は3年間で受ければよいが、修士課程の院生だと2年間でこなさねばならず、なかなか大変だ。実習先に関しては、さまざまな分野から最低2カ所選ばなければならない。行き先によって人気・不人気があり、例えば被害者支援などはあまり人気がない。ソーシャルワークに関して言えば、（この方たちが業務に就いた）15年前には、大学に入るのも順番待ちという状況だったが、今は（業務内容が大変だというイメージが強くなったせいか）空きがあって、学生を集めるために宣伝もしている。

GSCCは毎年資格の更新が必要で、その際には何日間かのトレーニングを受けないといけないという決まりがある。イザベルさんはトレーニングする人だとのこと。マネージャーであっても、受ける側としても同じだけの日数を要求されるので大変だという。

2. 訓練の実際

フランシスさんに就職後のトレーニングに関してお尋ねした。

初任者研修はチャイルドプロテクション（児童保護）をテーマに行われる。最初の2日間は、これからともに仕事をするであろう多職種の人々（看護師、警察、学校長、教員、保健師、チャイルドマインダー、NPOなど）と一緒にいる。各地区において多職種の集まるフォーラムを持たねばならないということが法律で決められている。そこで他機関の人たちと顔見知りにもなることができる。

「チャイルドプロテクショントレーニング」の中身は、Looked after childrenについて、児童の発達心理学について、アセスメントについてTVで見ることなど。それとは別に、「フロントラインフォーラム」というものがあり、2カ月おきにメンタルヘルスの人たちと一緒に勉強会を開いている。毎回異なるテーマ（アルコール問題、親の精神障害問題、DVなど）を決めて行っている。

これらはすべてこの地区内で行っているものだが、それ以外のところで学ぶための予算もついている。

地区によって業務の状況がずいぶん違うらしい。K&Cでは、最初の6ヶ月間はチャイルドプロテクションケースは持たないことになっているが、サザーク地区では最初の日から8ケース持たねばならなかったりする。実はフランシスさんは、K&Cで実習を受け、様子がわかっていたのでこの地区を選んだとのことであった。

（2）児童の保護について

全体の流れについては、本章末尾に添付した「フローチャート」を参照されたい。

1. Children in need（援助を必要とする子ども）

1989年10月に児童法（Children Act 1989）ができた。地区の行政は子どもの一般的な福祉に責任を持たなければならないが、そこには（a）援助を必要とする子どもの福祉を促進すること、（b）家族

の中で子どもが育つことを促進することの2つが記されている。

援助を必要とする子ども（Children in need）についての具体的な解釈は地区によって変わるが、「保護登録（計画）まではいかないが、地区のサービスなしには普通のレベルに達する健康・発達が維持されないとされる子ども」と考えればよいだろう。障害がある子どももその範疇に含まれる。(a) (b) に含まれる子どもについてはアセスメントが必要となる。K&C地区では親が働いているために保育所などを利用しなければならない子どもも、Children in need として考えて対応しており、手厚いサポートをしているつもりだ。なお、保護者がサービスを拒否することもできる。

2. チャイルドプロテクション（児童の保護）（児童法第47条）

たとえばあざを作ってきた生徒などがいて虐待が疑われる場合、事実をはっきりさせる義務があり、児童法47条が発動され、調査が求められる。人権問題などの法律もあるが、47条に該当すると判断されれば親の許可は不要で、調査が可能となる。

第47条 地方自治体の調査義務

(1) 地方自治体が、

- (a) その管轄区域に居住するか、またはそこで発見された児童が、
 - (i) 緊急保護命令の対象になる旨の通知を受けるか、もしくは
 - (ii) 警察の保護下にある旨の通知を受けるか

または

- (b) その管轄区域に居住するか、またはそこで発見された児童が深刻な虐待を受けていること、またはその可能性があることを疑う合理的な理由がある場合は、当該自治体は、当該児童の福祉の保護または増進のため何らかの行動を採るべきか否かを決定する上で必要と考えられる調査を実行するか、実行させるものとする。

(Children's Act 1989より抜粋)

状況に応じて裁判所の命令や警察による保護があるが、家庭内に入るには保護者の同意が必要であり、拒否されたら入ることはできない。ただし深刻な事例だと判断されれば、警察と一緒に調査に入ることができる。いずれにしても子どもを親から分離するには警察や裁判所の判断が必要である。

判断の基準は子どもにとって「Significant harm（重大な害）」（児童法第43条1項に規定される）があるか否かによる。「重大な害」とは、その家庭にいと身体的、情緒的、発達的に害される場合を言う。DVは情緒的発達が害されると定義できる。

3. 裁判所の許可による保護

裁判所の許可による緊急保護命令も児童法第44条で定められている。

第44条 児童の緊急保護命令

- (1) 何人か（以下「申請者」と称する）が管轄裁判所に対して、児童に関して本条に規定する命令を申請した場合は、当該裁判所は、以下の条件が満たされたとき、かつ、そのときに限り当該命令を発することができる。
- (a) 以下の措置が講じられない場合には、当該児童が深刻な虐待を受ける可能性があると感じる合理的な理由があるとき。
- (i) 当該児童を、当該申請者もしくはその代理者の供する施設に移動させる、または、
 - (ii) 当該児童を、その時点で収容されている施設に留め置く
- (b) 地方自治体が申請をなした場合で
- (i) 当該児童に関し、第47条第1項第b号に規定する調査が実施されている場合
 - (ii) 面接請求権者が、当該児童への面接を合理的な理由なく拒否されることにより上記調査が実施できず、かつ、申請者が、当該児童への面接が緊急に求められると感じる合理的な理由がある場合、または
- (c) 権限者が申請をなした場合で
- (i) 申請者が、児童が深刻な虐待を受けていること、またはその可能性があることを疑う合理的な理由があるとき
 - (ii) 申請者が、当該児童の福祉に関する調査を実施しており、かつ
 - (iii) 面接の請求権限者が、当該児童への面接を合理的な理由なく拒否されることにより上記調査が実施できず、かつ、申請者が、当該児童への面接が緊急に求められると感じる合理的な理由があるとき

(Children's Act 1989より抜粋)

裁判所の許可 (court order) を得るには時間がかかるのかを尋ねてみた。通常は6日間を要すること。たとえばこんな例があった。5歳の女の子で、母が学校に連れて行かない。いろいろと一緒に取り組んできたけれど、うまくいかず、母は夜いなくなったり、親がいても子どもがひとりでふらふらし、母が居場所をつかめないということもあった。ソーシャルワーカーが訪問して、「今なら自主的にこちらに預けてもらうことも可能だけれど、ノーというのであれば、6日以内に裁判所に行って、裁判所に決めてもらいますよ」と話した。これが通常の流れである。

子どもに怪我があることがわかれば、まずは医者診断を行い、親に会いに行く。保護の許可を受けるために、裁判所には午後2時までに行かないといけないことになっている。親が面接や調査を拒否した場合は、警察による保護 (police emergency) ができるが、朝9時頃に警察保護を依頼しても、警察は「2時まで時間あるだろう、親を説得しなさい」と言ったりする（自ら行動するのを避ける）。すると親を説得して裁判所にいかないといけない。しかし裁判所は普通は「6日前に言ってくれ」と言う。

4. 警察保護

警察が行う緊急時の保護についてもお話しを伺った。

警察保護は、例えば子どもが怪我して病院に運ばれた場合などに行われる。親が診察を拒否しても、警察保護下にあると子どもを病院に留めておける。警察保護には限度があり、「72時間を超えてはならない」と法律（児童法第46条）で定められている。

しかし、たった72時間の内にソーシャルサービスは裁判所に行って（その後の保護を可能とする）命令をもらってこないといけない。「日本では保護までは児童相談所が独自に判断して実行できるのだが」との質問には「昔はできたんだけどね」との回答があった。

「では、子どもの命の危険が差し迫っているような場合はどうなるのか」と尋ねたところ、「その場合は、警察が家のドアを破ってでも入れるし、警察の権限で72時間とめ置ける」との回答であった。

第46条 緊急時の警察官による児童の移動と収容

- (1) 警察官が、児童が深刻な虐待を被りかねないと信じる合理的な理由のある場合、同人は、
 - (a) 当該児童を適切な施設に移動させ、その場所に収容するか、または、
 - (b) 当該児童をその時点で収容されている病院その他の場所から移動できなくするために、合理的な措置を講じることができる。
- (2) 本法において、警察官が本条に規定する権限を行使する児童のことを、警察の保護下にあると称する。
- (3) 関係警察官は、児童を警察の保護下に置いた後合理的に可能な限り速やかに以下の措置を講じるものとする。
 - (a) 当該児童が発見された地域を管轄する自治体に対して、当該児童に対して本条の規定に従いこれまでに講じた措置および講じるべく提議されている措置ならびにその採択理由を通知する。
 - (b) 当該児童が日常居住している地域の自治体（以下「関係自治体」と称する）に対して、当該児童が収容されている場所の明細を通知する。
 - (c)（当該児童に理解可能とみなされる場合は）本人に以下を通知する。
 - (i) 本条の規定によりこれまでに本人に対して講じた措置とその理由、および
 - (ii) 本条の規定により今後本人に対して講じられる可能性のある措置
 - (d) 当該児童の希望と考えを見出すべく、合理的に実行可能な措置を講じる。
 - (e) 本事例の調査は、管轄警察署長が本条の目的のため任命した警察官が担当するよう手配する。かつ、
 - (f) 警察の保護の下に置かれた当該児童の収容された施設が、
 - (i) 地方自治体またはその代理者が供したものの、または
 - (ii) 第51条の条件を満たす避難所でない場合、そのような施設に確実に移動させる。
- (4) 関係警察官は、児童を警察の保護下に置いた後、合理的に可能な限り速やかに、以下のものに対して、
 - (a) 児童の両親
 - (b) 両親以外の当該児童のすべての保護者
 - (c) 当該児童が警察の保護下に置かれる直前に同居していた者
同人が、当該児童に対して本条の規定によりこれまでに講じた措置、その理由および本条の規定により今後講じられる可能性のある措置について通知するため、合理的に可能な措置を講じるものとする。
- (6) 児童の警察による保護は、72時間を超えてはならない。

(Children's Act 1989より抜粋)

5. 子どもが保護される場所について

里親について 大丈夫だという確信があれば、祖母、おじ、おばなどの親族に預ける場合もあるが、多くは里親での保護となる。行政が認めてライセンスを出している里親である。急な要請に応えられる里親がいるのかどうかを尋ねたところ、「今夜からという場合にもやってくれる里親はいる」との

ことであった。なお、法律では黒人の子は黒人の家にというように、民族・宗教について配慮するよ
うにという規定がある。もちろん緊急の場合はとりあえず頼めるところにお願いし、翌日になってか
らより適切な里親を考えるということになる。行政ライセンスの里親だけでなく、民間で認められて
やっける里親もあるが、その場合にもSSDがお金を払わなくてはいけないとのこと（8-1参照）。

母子共同の入所施設 親に精神障害がある場合などは母子で入所できる施設もある。母が子どもを育
てていけるようにするメンタルヘルスユニットで、母が子どもを育てられるかどうかのアセスメント
もするし、母の治療もする。なおその期間中は母とソーシャルサービスが共同で親責任を果たす形と
なるとのこと。

たとえば6日間様子を見て、母親による養育は困難だと判断されたら、その時点でソーシャルサー
ビスに電話がかかってきて「赤ちゃんを保護してほしい」と言われる。もちろん母親の精神障害の状
況をアセスメントし、赤ちゃんを育てるには何が必要かなども検討する。実は今自分が担当している
ケースが、来月ファイナルヒアリング（最終聞き取り）することになっている。この事例では、最終
聞き取りまでに8ヶ月かかったが、できるだけ「母親が子どもの面倒を見られるように」というのが
理念である。

このユニットはいくつかあるがメンタルヘルスオーソリティが作っている。コミュニティメンタル
ヘルスの分野で、親の料金はコミュニティメンタルヘルスが払い、赤ちゃんはソーシャルサービスが
払う、というように分担しているとのこと。

6. アセスメントについて

ソーシャルワーカーの一番の仕事はアセスメントである。第47条に該当するかどうかをチームで決
めていく。コンピューターに入れてアセスメントするとのことであった（HM Government, 2006b,
資料2 Common Assessment Framework for Children and Young People参照）。

アセスメントの3本柱は、家族環境・子どもの発達・親の養育能力だ（第I部第3章 図3-1参照）。
なるべく多くの人から可能な限りの情報を集めるようにしている。生みの親からの意見も聞くし、子
どもの視点も重要だ。子どもが小さくても、子どもの気持ちは重視している。裁判所も子どもの希望
や気持を重視する。教師、ヘルス、警察、ボランティアなど、たくさんの人から意見を聞き、CAFの
表を埋めていく。“working together”（協働）ということがたいへん強調されている。また「ワーキ
ング・トゥギャザー」（HM Government, 2006a）で公的機関が情報を提供することは義務づけられ
ているし、児童保護に関する研修に何年かおきに行くと意識が高まる。この研修も参加が義務づけら
れている。

7. 会議への親の参加

気になる子どもがいるとチャイルドプロテクション会議が開かれる。イザベルさんはその議長を務
めているとのこと。

その会議には親も招かれるし、関係機関からも参加がある。もちろん、来ない親もあるし、実は来てもらっては困ることもある。夫が妻に暴力をふるっているような場合には、妻だけが参加するといった場合もある。親が参加しないミーティング、専門家会議もある。

しかし、チャイルドプロテクション会議には親を招くことが奨励されており、アセスメント書類はミーティングの前にすべて整えておくようにしている。学校、ヘルスなどの機関も、それぞれがレポートを準備しておくことが奨励されている。また、会議の場になって親が驚くことがないように、事前にソーシャルワーカーが親と一緒に資料に目を通しておく。

記録に関していくつか質問をしてみた。最初に「親が見るということを書きにくいことはないか」と尋ねたところ、即座に「Yes」と返答され、思わず笑いが出たが、とにかく言葉を選ぶということであった。専門家が読むものと家族が読むものとを分けることはできないし、子ども本人が成長したときに、自らの記録を読みたいと言ってくる場合もある。したがって、誰が読むだろうかということに常に意識しながら記録を書いているとのことであった。

8. 調査について

調査をするときに、たとえば子どもが「お父さんにそのドアにかかったベルトで叩かれた」と言った場合、親にその証言を直接伝えることはしない。後に警察が調べて、子どもの証言どおりベルトがあれば、証拠として採用する。ソーシャルサービスは証拠が失われるような対応は避ける。警察とはよく話し合いをしていて、犯罪性が高い時には、その証拠が保全されるように配慮する。「アーチービング・ベスト・エビデンス (ABE)」という方法があり、聴取の仕方が決まっている (Home Office, Lord Chancellor, Crown Prosecution Services, Department of Health, and The National Assembly for Wales, 2002)。警察における子どもとの面接の様子をビデオで録画しておいて、法廷で証拠として放映する仕組みが出来ており、子どもが法廷で同じ話をしないですむようにしている。子どもとの面接は専門的訓練を受けた警察やソーシャルワーカーが行う。

性的虐待ケースは調査が難しいかとの問いには「yes」との返答があった。性的虐待の場合、親に隠れて調査を始めることが多いとのことであった。

9. チャイルド・プロテクション・レジスター (児童保護登録) について

児童保護会議 (child protection conference) は必要に応じて開かれる。多職種が集まり、子どもを守るために必要なプランを考える。関係機関すべてが情報を出すことになっていて、警察はその事例にかかわっていなくても呼ばれる (警察が大人の情報を持っているかもしれないからとの理由である)。

児童保護登録 (child protection register) という制度 (言い方) は2008年3月で変更される予定だとのこと。これまでは (身体的、ネグレクト、情緒的、性的に) 「重大な害」があると判断されれば児童保護登録されていたが、子どもの名前が登録されることに対して親の抵抗があることもあった。「登録される」のではなく、その子どもに対しての援助計画が必要であり、親にはあなたの子どもは

援助計画の対象ですよ、と説明するとのことで、2008年4月から「児童保護計画 child protection plan」というように名前が変わるはず。

もし「重大な害」があれば、その後の手続きは「ワーキング・トゥギャザー」に示されている。まず、児童保護計画を作った3ヵ月後にレビューをして、ケースを終結するかどうかを検討する。その後は6ヵ月ごとにレビューする。15ヶ月たって同じ状態なら、裁判所に行って保護命令を受ける必要があるかどうかを検討することになる。2年以上登録されている子どもがいてはならない（子どもが放置されてはいけない）という政府方針があり、定期的な検討が義務づけられているということであった。

10. ファミリーグループカンファレンス (Family Group Conference;FGC)

家族への援助の方法として、最近ではニュージーランドの、特にマオリ族の家族に対して試みられたファミリーグループカンファレンス (Family Group Conference; FGC) という方法を取り入れている。ポイントは、家族が話し合っただけで自ら進む方向性を決定すること、すなわち家族の主体性を尊重し、家族を力づけることにある。

たとえば肥満の子どもに対して、ヘルスや栄養士、小児科医などがアドバイスをしても改善しないなら、家族は自分たちで何ができるのか、専門家は手を引いて家族に自分たちで考えてもらう。それで「言語療法士が要る」とか「子どもの世話してもらう人が要る」という結論が出れば、そのための費用はソーシャルサービスが出すという形である。15歳の子どもが家出している事例では、「これはあなたたちのミーティングだから」と説明したところ、親が連れ戻そうと努力をした。自分たちで考えた計画ならば自分たちで実行できるだろうという考え方が基本にある。予想が外れて、うまくできるだろうと思っている家族がうまくいかまったり、その逆もある。

このような取り組みをするところが段々と増えている。裁判所もFGCをやりましたか、と訊いてくるようになった。裁判所にはあらゆることをしたという証明を持って行かないといけない。

FGCには、家族に参加を呼びかける専門家（一般的にはソーシャルワーカー。あるいはファミリーカンファレンスコーディネーター）もいるとのことで、趣旨をきちんと説明し、家族を力づけて取り組んでもらうのだという。

11. シュアスタートの設置について

この地区には保育所が4箇所あり、シュアスタートもある。シュアスタートはロンドンの貧困地区から始められた。予算は、最初の2年間は政府が出すが、それ以降は地区が出さないといけないので、続けるかどうかはそれぞれの地域で決めることになる。政府は新規に事業を立ち上げるときにこのような予算方法をとることがよくある。しかしこの方法には矛盾があり、例えばケンジントンチェルシー区はお金があるからできるが、サザーク地区はお金がないから継続できないということになる。またこれだけ充実しているのはロンドンくらいで、他の地域は何もない。保護登録していないと何もサービスを受けられないということもある。家族がよほど大変な状況になっていないと介入しないと

いうところもある。K&C地区はそこまで大変ではなくても介入できる。

12. 裁判所の仕組みについて

家庭問題を扱う裁判所、すなわち家庭裁判所（Family Proceeding Court）には2種類の業務がある。一つは離婚などプライベートな問題を扱う部門であり、もう一つがソーシャルサービスが関与するようなパブリックな問題である。ただし、プライベートな問題を扱っていたとしても、問題がありそうならばパブリック部門に回されることもある。（離婚問題を抱えている）ポール・マッカトニーはプライベート部門で最高裁までいっているようだが、仮に問題があるとなったらパブリック部門に回されることもないではない（笑）。なお、パブリック部門では最高裁にまで行くことはないとのことである。

家庭裁判所は、ロンドン中央部に5箇所あって11の区を担当している。家庭裁判所には報道陣が入れないことになっているが、それでいいのかどうか、現在議論されている。

刑事裁判では証拠がはっきりしていないといけない。父の性的虐待が無罪となった例もあるが、パブリック部門の裁判所は、そこまでの厳密さを問うのではなく、「起こり得る」という可能性で動いてくれることもある。

親の接近禁止命令については、別に申し出をしなければいけない。監督者がいる中でしか親とは会えないといった決定などが出されるが、子どもが養子に出されない限り、一切会わせないということはない。もちろん、子どもが大きくなっていて親との面会を拒否するような場合は別である。

（川崎二三彦）

<引用文献>

Children's Act 1989 (1989) The Stationary Office.

Children's Workforce Development Council (2007). *Common Assessment Framework for Children and Young People: Manager's Guide*.

HM Government (2006a). *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. The Stationary Office.

HM Government (2006b) *The Common Assessment Framework for children & young people: Practioners' guide: Integrated working to improve outcomes for children and young people*.

Home Office, Lord Chancellor, Crown Prosecution Services, Department of Health, and The National Assembly for Wales (2002). *Achieving Best Evidence in Criminal Proceedings: Guidance for Vulnerable or Intimidated Witnesses, including Children*.

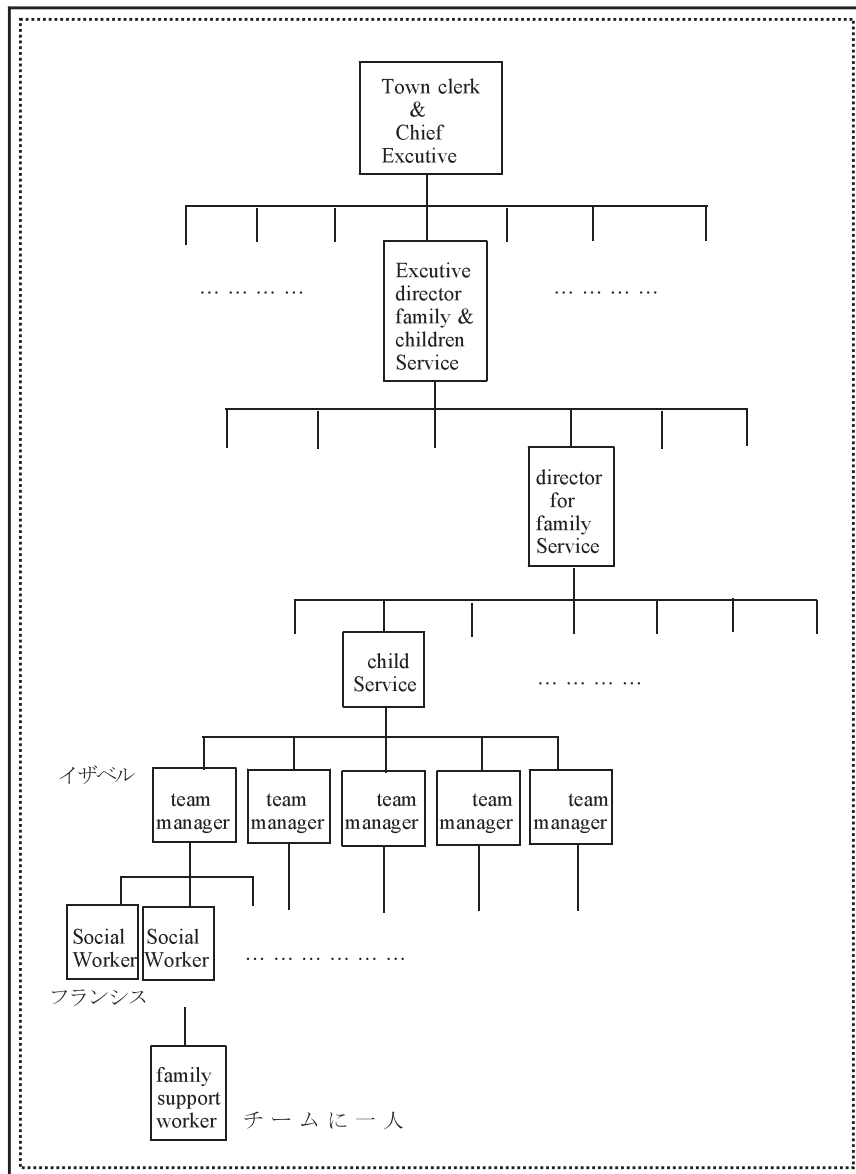
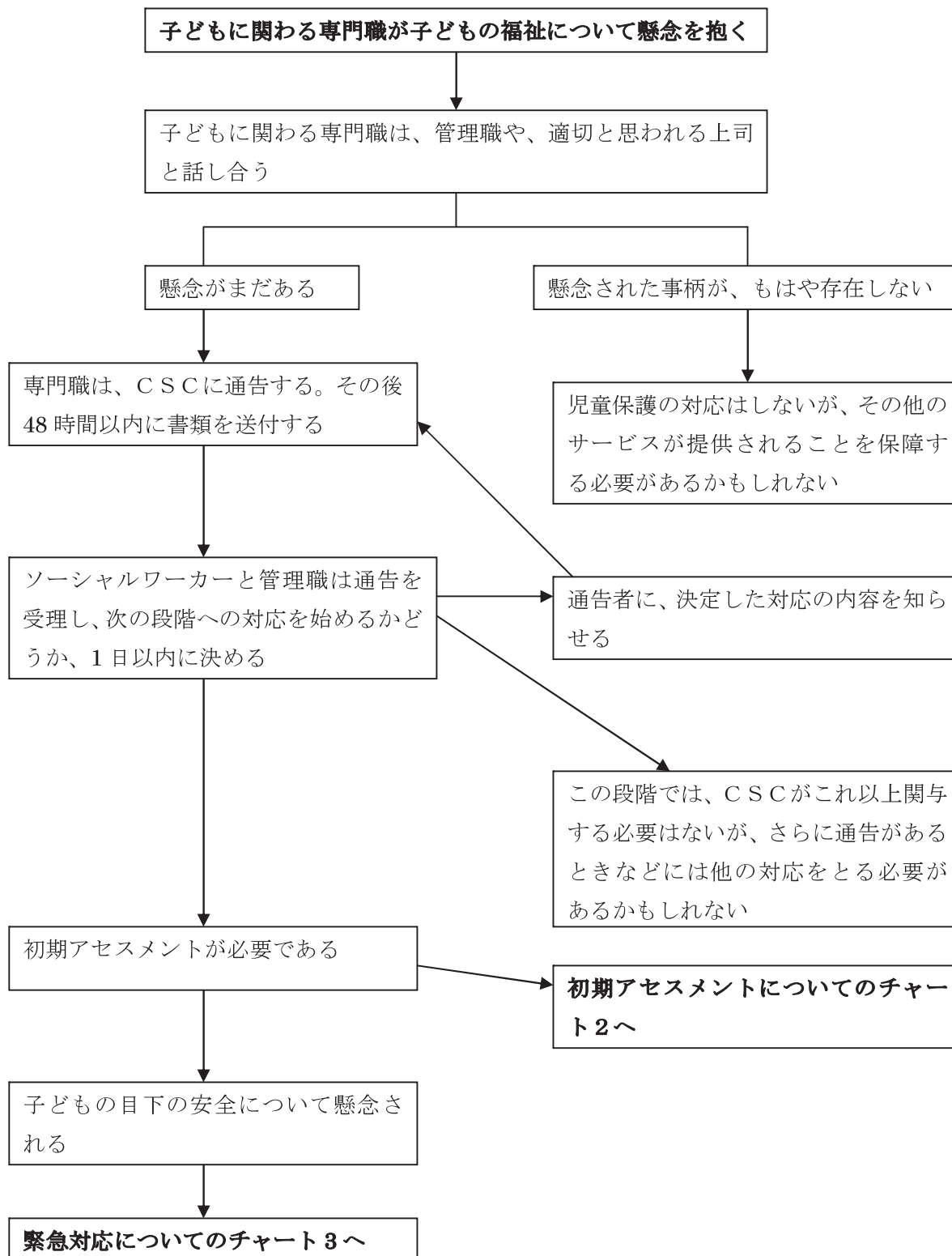


図 6-1-1 K&C ソーシャルサービス局の組織図

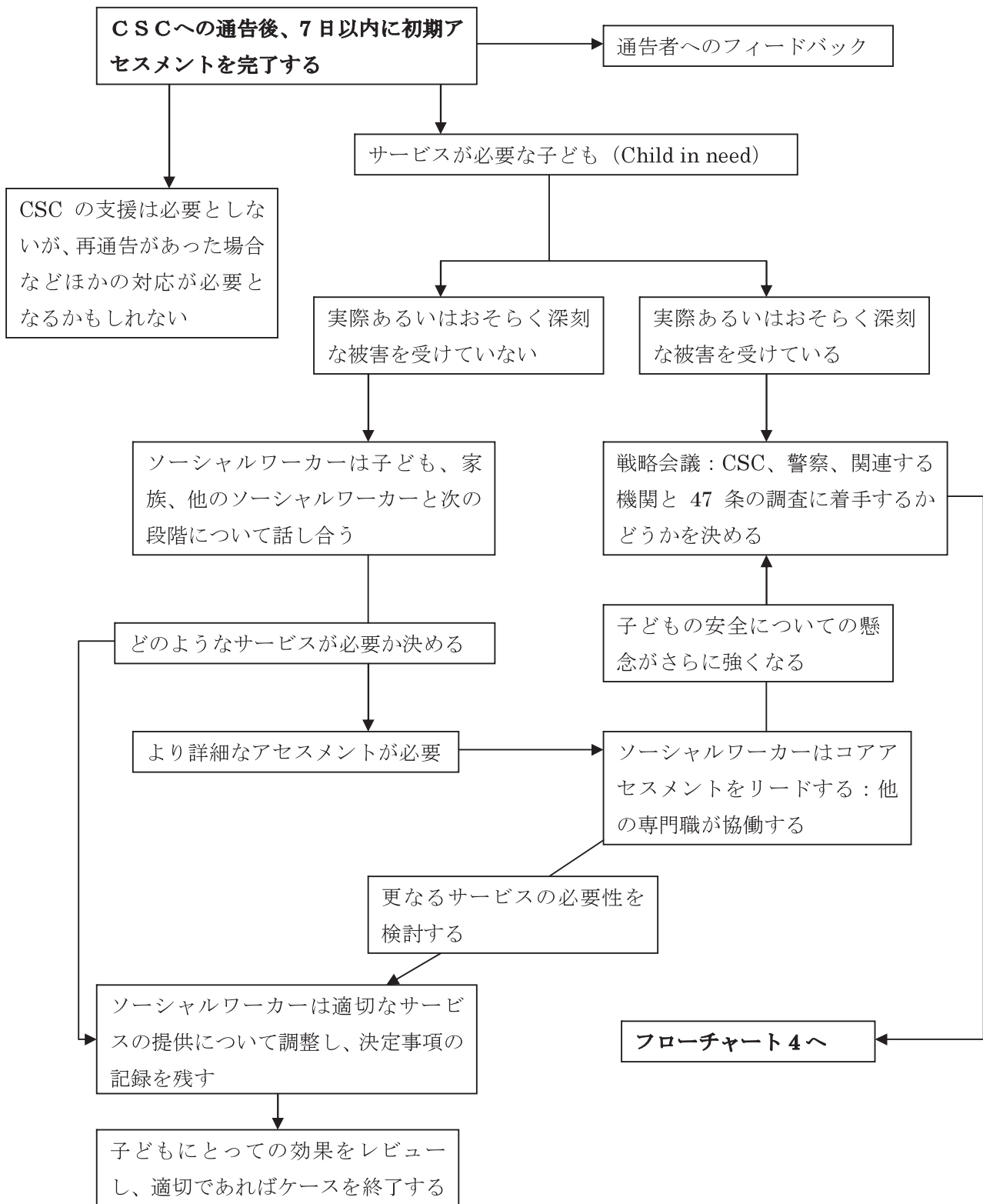
虐待対応フローチャート1：通告

(Department for Education and Skills. (2006)

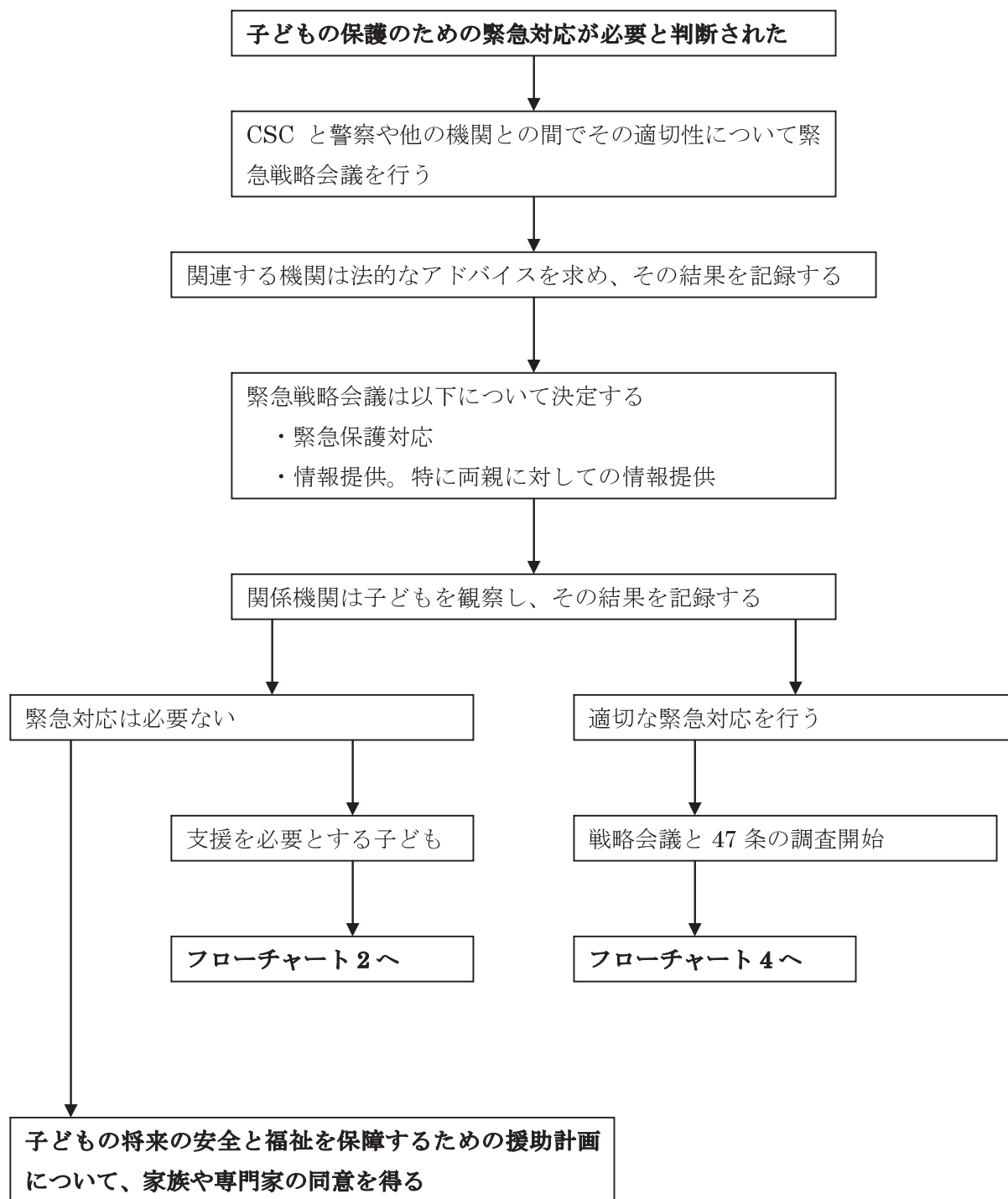
What to Do if you're worried a child is being abused. より)



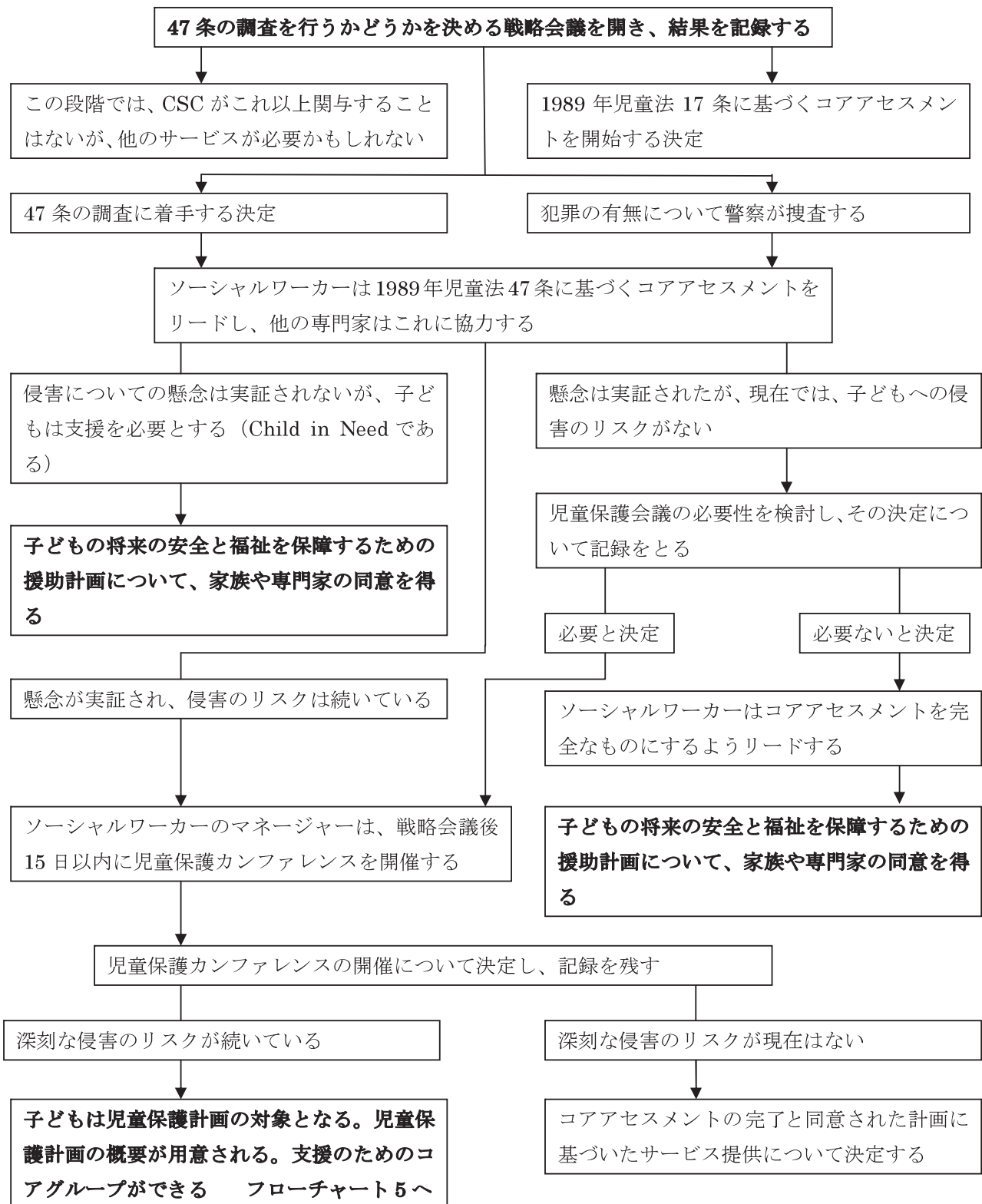
フローチャート2：初期アセスメントの後何が起こるか



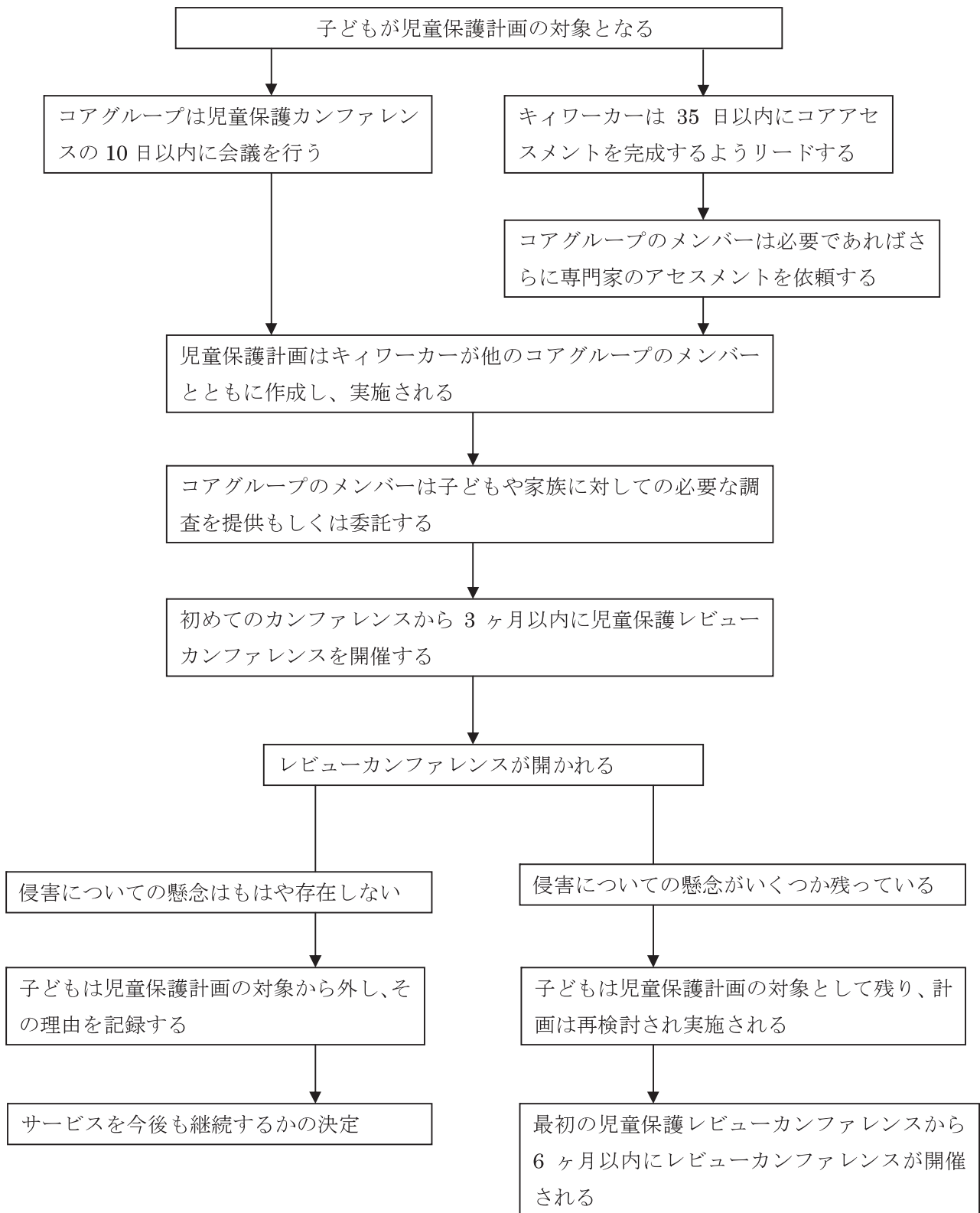
フローチャート3：子どもの保護のための緊急対応



フローチャート4：戦略会議の後、何が起こるか



フローチャート5：児童保護カンファレンス何が起きるか（レビューの過程を含む）



第7章 親と子どもへの治療的接近

7-1. Intensive Parenting Program; IPP インテンシブ・ペアレンティング・プログラム

——虐待を受けた子どもと家族への地域での包括的ケアの試み——

日 程 2007年4月16日（月） 11：30～12：30

場 所 Guy病院

Bloomfield Centre Guy's Hospital, St Thomas Street

LONDON SE1 9RT

取材対象 Alexandra Holt氏をチームマネージャーとする多職種支援チーム



(写真1) Guys病院玄関前

(1) 調査協力スタッフ（Programの担当者）の構成

インテンシブ・ペアレンティングプログラム（以下IPP）は、Holt氏をチームマネージャーとする多職種支援チームによって運営されている。取材にはチームマネージャーと、チームメンバー全員、すなわち看護師兼認知行動療法士1名、子どもの専門の社会福祉士1名、児童心理士1名、児童精神保健福祉士1名の計5名が参加した。

(2) IPPの概要

1) プログラムの背景： Guy病院は南ロンドンの Southwark（サザーク）区をキャッチメンエリアとして、子どもだけではなく成人への医療・保健分野のサービスを提供する施設である。Southwark区の人口は、約24万5,000人で今後も増加傾向にあり、15歳以下の若年人口が20%をしめる。人口の3分の1は少数民族のコミュニティーで、100

以上の使用言語があり、43%の学生では英語は第2言語であるという多文化地域でもある。IPPはGuys病院の附属施設であるBloomfield centreで、そのプログラムサービスを提供している。IPPはこの地域のソーシャルサービスと連携しており、ソーシャルサービスが取り扱うこの地域内の子どもと家族の問題（児童保護計画（登録）が考慮されるような）の中で、ソーシャルサービスのソーシャルワーカーが治療的な介入が必要と判断したケースが紹介される。このためIPPにやってくるケースでは、親たち自身にも問題ある場合が多く、たとえば情緒不安定や、薬物やアルコール依存の問題など

が多くみられる。このチームができる前は、児童保護計画（登録）となる子どもの親たちは精神保健サービスを受けられなかった。このプログラムが7年前に開始したことにより、育児において重篤な問題を抱えている家族への支援を行うことができるようになった。

2) プログラムの対象： 8歳以下の子どもとその家族を対象としている。プログラムに参加する条件は、児童福祉的観点から問題がある、すなわち叩かれたり、ネグレクトされ、適切なケアを受けていない子どもなど、児童保護計画（児童保護登録にのるケースとして、子どもと家族に対してプランが組まれている）にのっているケースが対象である。その中で特に子どもに特別なニーズがあり、ペアレンティングが困難を来しているケースが対象となる。同じく親の側に精神保健の問題があり、適切なケアを行う能力が障害されている場合も対象になる。ペアレンティングに対する治療によって支援するプログラムはこの地域では他にはなく、とてもユニークなものである。

3) プログラムへの導入： 児童保護計画（登録）につながる問題をもった家族たちは、簡単にこのプログラムに参加するわけではない。このため家族自身がここにくる動機付けをもてるように、導入に際しての働きかけにはことさら力を入れている。

導入時に会おうとする困難として、まず端的にプログラムそのものに対して懐疑的で怒っている家族がいる。どんな支援を受けるのかについて心配し、怖がっている人も多い。ソーシャルサービスから送られた手紙で、“ここに来てください”と言われて、すぐに応じられるような状況ではないのは当然のことではある。また養育者自身の生活が乱れていたり、うつ状態だったりする。それまでに専門家からの支援があった場合でも親自身はよい経験をしておらず、最近の経験から子ども時代にまでさかのぼって精神保健の専門家に不信感がある人も多い。またこのプログラムに参加している家族は、5つ6つの問題が重複しているいわゆる多問題家族であり、身体的健康、精神衛生上、住居問題、社会的孤立、DV、依存症などを同時に抱えている。精神保健の問題として、薬物依存、アルコール依存、知的障害そのほかの理由で成人の精神保健サービスを利用したことがあるものが101名であった。

プログラムへの参加を促すソーシャルサービスの手紙には法的強制力はないが、児童保護計画（登録）にのっている場合で、その保護プランの一部にIPPへの参加が含まれると、それには従うのが一般的である。一方強制的に來させられてしまったケースで、親自身にも連れてこられたという意識が強いと治療効果はあがらない。IPPで家族と会う前に、支援チームの社会福祉士が紹介元のソーシャルサービスに連絡をとって相談をした上で実際に家族に会う。支援導入においてIPPのスタッフと社会福祉サービスとが共同作業をする必要がある（視察先でのQ&Aより）。

このIPPは2005年度に246ケースを扱い、紹介元はソーシャルサービスが168例で約70%と大半を占め、次に児童思春期精神保健サービス（CAMHS）からが、53ケースで22%と多かった。89ケースは児童保護計画（登録）下にあり、様々なタイプの虐待がその理由になっていた。もちろんソーシャルサービスのスタッフが保護プランを作り家族と面談をしても、そこでIPPには参加したくないということになると、実際には紹介されていない場合もある。IPPがカバーするケースがSouthwark区の児童保護計画（登録）ケースのうち、何%をしめるかは、本プログラムでは8歳以下の子どもたちとい

う規制があり、また8歳以下の全ケースでもない（児童保護計画（登録）となったケースで治療が必要なケースが全部来るわけではない）ため、推計はしていない¹。しかしながら、ここが虐待を受けた子どもとその家族へのこの地域の主要な支援の場であることは確かである。またIPPは子どもが施設や里親、祖父母宅など家庭外で処遇されているLooked after childrenのケースは対象としていない。過去には分離されているが、現在はなんとか家族としての形態を保って分離はされていないケースのみが対象となる。里親がみているケースの支援については、より大きな地域をカバーしているチームがあり、そこでは18歳までのケースをみている²。

4) プロジェクトの内容： 親が参加するグループと幼児がケアされるグループの2つのグループがある。親グループはHolt氏を含む2名が担当し、一つの部屋で何人もの親（6人位）が別々の活動をしている。6人以上の大グループではこのプログラムの実施は困難である。1日あたり休憩を含んで3時間で毎日実施される。幼児のグループは、多くて5人くらいで、1人のときもある。こちらも2人で担当し、時間は親のグループに合わせる。3時間続けて行い、子どもにはスナックを出す、親には食事などは出していない。子どもの人数とスタッフの人数の割合については厳しい規定によって定められている。

IPPにくるケースの子どもの側の問題としては、言葉が出ない子ども、トイレトレーニングの問題、情緒的な問題、食事をうまく摂れないなどがある²。このような項目の中で親のほうから育児における困難さとして訴えられた項目から重点的に扱う。親子で通所してきた場合、施設に入った時点から親子の様子をモニターしていて、終わった時にも親子の関わり合い方がどのようになっているかどうかを観察している。待合室は受付やスタッフルームからよく見える場所にあり、セッション以

<ホームページで示されているIPPで提供されるサービスの概要>

- ①Webster-Strattonのペアレンティングプログラムに基づいた親のグループワーク
- ②親のグループワークに並行して提供される未就学児のためのグループ療育
- ③家族への介入
- ④親子間のアタッチメント形成のための介入
- ⑤関連する他機関との連携作業

1 Holt氏による子どもの精神保健サービスのシステムの説明 イギリス全土は、ソーシャルサービスが各地域にある。ロンドン行政区によって、サザーク区、ランベス区など。すべての区ごとにソーシャルサービスが分かれている。ソーシャルサービスは子どもが家で安全に暮らしていることを見届ける。一方IPPを行っているのは福祉部門ではなく、子どもに対する治療的なサービスを提供する、保健機関（Mental Health Service）である。イギリス全土に子どものための精神保健（医療）サービスがあり、うつの子ども、学校で攻撃的な子ども、不安などの情緒的な問題に対して治療を行っている。その中でもBloomfield centreのIPPでは、親に対しての介入で、parentingの問題を扱っているところが特別である。特に親子関係の形成をテーマにしていることと同時に、6ヶ月くらいの赤ちゃんからが対象なので、まだ子ども自身は問題を出していないケースもある。それでも両親を見たところ心配なケースな場合には、治療的アプローチをしている。

2 このような子どもと家族に対して精神保健サービスを提供するチーム（Child and Adolescent Mental health Service）は、福祉機関とは独立した医療サービスである。福祉からの要請に応じてサービスを提供しているが、命令ではないので適応とならないと判断したケースに対してはNoとも言える。

外の親子の様子も気を配っている。

親の参加するペアレンティンググループは、学校の学期とタイミングを合わせて開かれる、12週間の心理教育プログラムである。ウェブスター・ストラットンWebster-Strattonの親支援プログラム Parenting Programに準拠した構成でグループワークを実施する（Webster-Stratton, 1992；1999）。このプログラムを通して親は、「子どもと一緒に遊ぶ」、「ほめる」、「問題行動があったときに限界設定をする」、「たたくことなく限界設定をする」などのペアレンティング技術を学ぶ。これらに加えて、このセンター独自の内容も加えている。たたかれた子どもがどんな気持ちになるか、12週ほっとかれた子どもの気持ちがどうなのかを親が理解できるように、親が子どもの感情とつながれるように共感的態度をもつことに重点をおいて支援している。共感的態度をはぐくむ具体的なプログラムとしてロールプレイを行う。Webster-StrattonのParenting Programには教育ビデオが1セットあり、これらを見た後にロールプレイで子どもと遊んだり、感情について考えたりする。まず子どもの気持ちを理解する前に、親自身が自分の気持ちを理解する作業を行う。親自身の考えと感情（feelingとthought）について。温度計と自分に当てはまる気持ちの印刷された紙を渡して視覚的に表示する。この温度計でアングリーが一番温度が高いところに、子どもを愛しているが一番低いところにそれぞれ示されている。それ手がかりに、親自身がどんな気持ちになるかをさらに言葉や文章で表現させる。親がこの表を持って気持ちを表現するが、親によっては「このやり方は私にあっていない」といったり、「違う」ということもある。これはセルフモニタリングという認知行動療法的アプローチの一つであるが、参加した親の反応はさまざま、中には、はたから見ると怒っているが、「私は怒った事などない」という親もいる。IPPに参加する親の中には自己の感情を感じるができなくなっていることもあるが、こうしたやり方は自分の気持ちを確かめるのに役立つ。

またロールプレイも多く導入し、グループで、怒っている、激怒しているなどに段階づけて、そのときどのように感じるか、気持ちの高まりをどのように抑えていくかを一緒に考える。また親役、子ども役にわけて、大人同士で親子の関係のロールプレイをすることで、子どもの気持ちを理解を深めることができる。

子どもグループについては、親グループで遊びにターゲットを当てていたら、子どもも遊びに焦点を当てるなど、なるべく内容をそろえるようにしている。親子一緒のセッションは、Webster Strattonのプログラムには含まれていないが、別の機会にすることはある。ペアレンティングプログラムのほかに家族セッションの日も別があり、両方通ってくることもある。家族セッションは、グループワークではなく個々のケースの具体的な

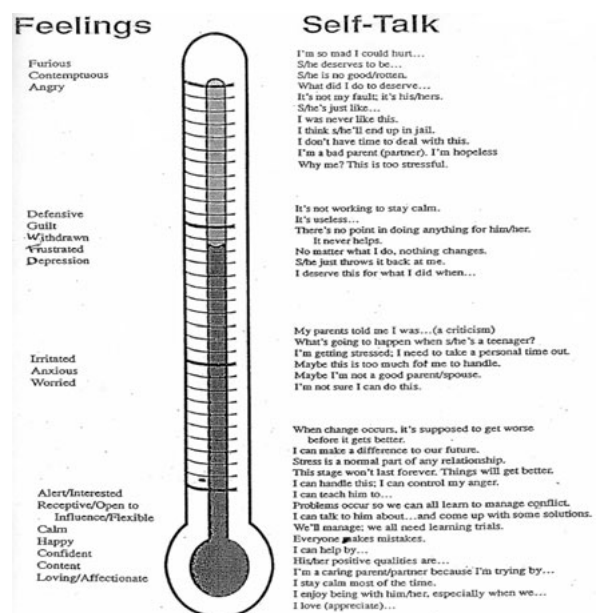


図7-1-1 ウェブスターストラットン・ペアレンティングプログラムで使用される“感情温度計”

問題に応じる。家族のニーズによって、どの方法が良いかをアセスメントする。すでに子どもが心理的にダメージを受けていて、子どもの行動上の問題がある場合は、子どものダメージを治すために重点的に子どもの問題を扱ったりする。子どもと親の並行面接や合同面接を組み合わせていく。親が怒りすぎて、子どもと長い間一緒にいられない場合は、一緒の部屋におかず、別々にして親の気持ちを落ち着いてから確かめてもらうようにする。

またセッションに家族全員が参加する方がよい局面もある。たとえば、子どもの方から家族へ自分の情緒的なニーズについて問題提起をする場合や、親に気づいてない問題を子どもが言語化できる場合には一緒にセッションをする。親というのは子どもに率直に言われると自分自身の問題を正せるものだ。このような家族セッションはスタッフ5人が全員状況に応じて行う。難しい家族に対しては特に2人担当者をつける。困難なセッションでは2人のスタッフの連携した対応が必要になる。IPPのチームはその点でフレキシブルな対応をしていて、この家族は1人では対応できないとか、もう一人加えましょうとかディスカッションの流れによってセッティングを変える。

もう1つの家族に対するプログラムとしてアタッチメントワークがあるが、これは親子の関係を改善する介入を広い意味でアタッチメントワークと呼んでいる。心理学の厳密な用語とは若干異なる。

(3) IPPの児童虐待対応における位置づけと課題について

7年間にわたる取り組みのなかで、スタッフ構成や財源にも変遷があった。しかしながら地域における医療保健分野でのプログラムということでケースの紹介経路として児童保護登録システムとの連携は今後も不可欠であると思われる。

1) プログラムの位置づけと財源について： このセンターでのプログラムの運営コストはほとんどナショナルヘルスサービス（NHS；国の税金で成り立っている）を財源とし、一部は地域のソーシャルサービス（地方行政；地方税が財源）が負担する公的サービスである。NHSの財源は国の施策で年々減る傾向にあるがこれは政治的な問題で、このセンターではそれに依拠して別の財源を検討することは考えていない。ロンドンではどの行政区でも地方税は高く、当然参加者の負担はなしとなる。さらに参加の動機付けを高めるために、交通費も出すことがあり、歩いて来られない人にはタクシー代も出る。また経済的困難や父親も就労していない場合も多く、親にとっての憩いの場にもなっている。

2) プログラムにおける多分野協働の意義と課題について： このような親子共同のプログラムで、親に向けた支援が中心の本チームの中でもソーシャルワーカーは子どもの保護の立場に立っている。しかし親の支援にあたるスタッフとの間での葛藤はあまり生じず、子どものためには、まず親がよくなるといけないという立場でまとまっている。一方セン



(写真2) IPPのスタッフミーティングの様子

ターの外での多分野連携（他機関連携）については、ソーシャルサービスからのプランが適切でないと判断される場合でも、まず治療の適応を考える上で各職種の立場から議論を十分につくすようにしている。スタッフの背景の多様性については、以前は父親もプログラムに参加するとのことで男性スタッフもいたが、現在はいない。スタッフも白人ばかりだが、この地域の特徴で利用者の文化的背景はさまざまである。子どもに発達障害など重い問題がある場合の医療との連携については、かつては精神科医がいたが別の医療チームがアセスメントをしている。このようにチーム内の多様性や多分野協働の特徴がコストの問題から減ってきていることは今後の課題と思われる。

おわりに

構造化した心理教育プログラムを土台とする点がIPPの特徴ではあるが、決められたサービス内容があって、それに適したケースに提供するというより、ケースのニーズに応じて、フレキシブルなチームワークが必要かつ重要と考えている。基本の介入モデルを理解した上で、意識的にフレキシブルにするというポリシーが対等に発言し合う各メンバーの様子からも感じられる。これは児童保護という状況への即応が求められる領域では不可欠な態度であろう。

英国全体の取り組みとしては、OFSTEDなど包括的な子どもの教育福祉サービスに関する情報提供のメディアも形成されている。その一方地域でサービスを提供しているスタッフとの質疑では、児童保護計画（登録）ケースへの対応全体のなかで自分たちがどこを担っているかという体系的なデータやエビデンスの共有はなされていなかった。またそれらにもとづく予算獲得というインセンティブも形成されにくい環境であった。英国でも様々な虐待対応の中で適切なサービスを選択するための各地域での包括的な窓口とネットワークの形成はこれからという印象であった。

（山下 洋）

引用文献

- (1) Webster-Stratton, Carolyn (1992) The Incredible Years A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Aged 2-8 ; Seattle Published by Incredible years.
- (2) Webster-Stratton, Carolyn (1999) How to Promote Children's Social and Emotional Competence California Paul Chapman Publishing.

<文献紹介>

Webster-Strattonペアレンティング・プログラムについて

(1) は米国のペアレンティングや家族相互作用の研究者であり、ペアレンティングクリニックでの実践を積み重ねた著者による、行動療法に基礎を置いた親訓練についての古典的な本。小児期の攻撃的行動と親の社会的強化の与え方や問題解決行動の関連のパターンを分析したPattersonらのオレゴン社会学習センターでの有名な研究の知見や親のストレスマネジメントについてはBeckの認知療法の理論にもとづいている。以下のような前半が子どもとの関わり方、後半が親自身のストレスマネジメントに焦点を当てて行動療法に基づいた実際的な方法を教示する構成となっている。

第1部

- 第1章 子どもとの遊び方
- 第2章 肯定的な注目、励ましと賞賛の使い方
- 第3章 具体的な報酬やインセンティブと賞賛の儀式
- 第4章 限界設定
- 第5章 無視
- 第6章 落ち着くためのタイムアウト
- 第7章 ある行為に伴う自然で論理的な結果
- 第8章 問題解決を子どもに教えること
- 第9章 子どもが感情の制御を学ぶことを助ける
- 第10章 子どもに友達を作るスキルや同年代集団での問題への対処法を教える

第2部

- 第11章 親自身の怒りを引き起こす思考パターンを制御する
- 第12章 親自身がストレスや怒りからタイムアウトする
- 第13章 効果的なコミュニケーションスキル
- 第14章 成人の対人関係における問題解決法
- 第15章 問題行動を予防するために教師と連携する

第3部 よくみられる問題行動への対処法

(2) は親訓練の内容と対応した教師向けの、子どもの社会的情緒的コンピテンスを高めるためのスキル習得のプログラムである。未就学児の親への支援から、学校での支援にうまく連携できるように、内容も関連させて作られている。

7-2. 英国子ども虐待防止協会（NSPCC）の活動と

Parental Mental Health Service

—公的機関による子ども虐待対応サービスを補完し牽引するNGO活動—

日 程 4月23日 9:30～

場 所 Parkside Clinic

Children's Services Manager NSPCC Parkside Assessment

Service/ Parental Mental Health Service

63 Lancaster Road London W11 1QG

取材担当 クリニック所属ソーシャルワーカー Lindsay Calpin氏

(1) NSPCCについて

1) 設立・運営の背景： National Society for Prevention of Cruelty to Children（以下NSPCC）は、National Children's Home（NCH）と同様な非政府組織（NGO）である。NSPCCの歴史は125年と長く、その中で法的権限を行使できる専門機関として児童保護を行ってきた。NGOと位置づけられた現在も文化的社会的にもますます奮闘しており、行政機関のソーシャルワーカー（ソーシャルサービス）、警察とNSPCCのみが、裁判所に行って子どもを家族から引き離す指示を得る権限をもっている。現在ではNSPCCが関わって権限を行使しているケースは実際には少ないが、この権限をもっていることで児童の人権保護に関する専門機関としての発言力や影響力を高めている。非政府組織としての活動資金の財源は主に2種類ある。1つはSureStartのように、ある事業に対して政府から提供される資金である。地域のソーシャルサービス（Local Authority）からも事業委託というかたちで資金を得ている¹。第二は民間からの寄付というかたちで得る方法で、NSPCCは民間からもらう割合が高い。このことは、活動の方向性において政府からの独立性を高めることにもつながる。民間からも運営資金を得ていることで、ソーシャルサービスとの協働をするときにも独立性を保てるというメリットがある。

NSPCCの最優先事項は子どもに代わって発言をするということであるが、このようなかたちで予算的独立性が担保されていることで、その優先順位を明確に主張できる。それはその時々の方針の変更によって惑わされずに、ケースに専念できるということでもある。その反面、心地よく感じていない状況も生じる。すなわち民間からの寄付といったかたちで資金を得るためには、一般向けにアピールしやすい単純化したメッセージを出さないといけないことが生じる。子どもに何が起きている、何が必要かということ非常に単純化して伝えないといけない。企業から資金をもらうために、

1 チャイルドガイダンスセンターは日本の児童相談所の機能の中のケアの部分を担当しているが、民間委託されている。日本の児童相談所の保護調査機能を担っているのが英国のソーシャルサービスである。

時には複雑な現実とはかなり違うメッセージを言わないといけなくなる。たとえば子どもは生まれてから最初の5年間の養育が大事で、そうでないと大変な状態になるといったスローガンを提示したりする。民間がお金を出すためには、「お金を出すことによって何がよくなる」というわかりやすいイメージを出すことが大事だからである。

2) **主な事業：** 主要な活動の一つは広報活動である。市民の児童保護についての認識を高めるために、虐待防止についてのTVコマーシャルやパンフレットなど各メディアを通じて広報活動を行っている。

二つめは児童保護に関連する臨床サービスの提供である。これには治療的介入のサービスと虐待のケースアセスメントなどがある。治療的サービスとして、精神医療、心理治療、家族療法、児童心理療法などを行っており、これらはNHSによる医療保健サービスとして位置づけられる。ケースアセスメントには虐待の重症度やリスクについての専門的アセスメントや、法廷に持ち込まれた司法ケースで、たとえば親子の分離の可否などについてのアセスメントを裁判所からの要請に応じて行っている²⁾。

(2) Parkside Clinicの治療的サービスの実態

Parkside Clinicは北ケンジントン地区にあり、Kensington and Chelsea行政区（人口約18万で富裕層と貧困層が共存する特徴的な地域）の中に位置する。NSPCCの臨床サービスを提供する機関の一つであり、多数のスタッフが登録されている。



(写真1) Parkside Clinic 玄関前

1) **スタッフの専門性：** NSPCCは児童保護に関する専門的機関であり、ほとんどの職員はソーシャルワーカーの資格を持っている。通常はソーシャルワーカー同志の共同作業が多いが、Parkside Clinicは治療的サービスを提供するため医療保健領域(NHS)のスタッフも一緒に働いている。

2) **扱う対象について：** 最近は性的虐待のケースについての問い合わせが多いが、このクリニックで扱う

ケースではネグレクトや親の薬物依存の問題が多くなっている。日本の統計と比較すると、英国においては0-3歳の児童虐待ケースのしめる割合は日本と比べて小さい。性的虐待の実態は15~20年前か

2 ソーシャルサービスとNSPCCの仕事は一部重なっているが、NSPCCはより専門性の高い領域に特化している。ソーシャルサービスは救急病院のように何でも受け入れ、子どものこと以外も扱うが、NSPCCはすべてをしなくてはならないわけではなく、児童保護の領域に特化している。例えばロンドンのソーシャルサービスは、7、8年位前に、突然、世界中から子どもの難民が子どもだけで大量に押し寄せてきて、その受け入れの対応に追われることになった。それ以外の仕事に十分関われない状況で、NSPCCは児童保護の領域の作業を全面的に支援した。

ら注目されるようになったが、その結果わかったことの中に、障害を持った子が被害者になりやすいこと、また女兒は男児より被害者になりやすいと置いていたが、それは間違いだったということである。女兒のケースの方が数的には多いが、小児性愛者による性的虐待の被害者には男児になりやすいことがわかった。最近の注目していることとしては、薬物乱用に関するネグレクトのケースにも性的虐待が多く含まれることがわかってきた。またそのようなケースではDomestic Violenceもしばしば生じており、夫婦間のDVを目撃することは重篤な心理的ダメージを子どもに与え、情緒発達に否定的な影響があることもわかってきている。

3) Parental Mental Health Clinicについて： NSPCCの運営する施設のなかで、このParkside Clinicも、基本的にはChild Guidance Centreと同様なケア機能をもつ施設である。それ以外に提供しているサービスはNSPCC施設によっても様々である。このクリニックで特別に行っていることとして、精神障害がある親を持つ子どもへの治療的サービスがある。この地域内の成人精神医療機関に働きかけて、各機関のサービス提供者にこのクリニックの事を知らせ、精神科患者に会ったときに、彼らに子どもがいるかどうかを確かめて育児の問題があれば、このセンターを紹介できるよう周知している。

このユニークな試みは9年前からスタートしているが、当初は成人の精神医療機関への働きかけは難しかった。連携ということをお口で言うのは容易いが、実際に領域を超えてやりとりするのは難しかった。うまくいった方法として、NSPCCの代表者が成人の精神医療機関の毎週のミーティングに参加したことがある。そこで話し合われるケースについて子どもの安全の視点からの質問、すなわち「一緒にいる子どもの状態はどうなの?」、「患者に自傷がある場合、最悪、子どもも自傷があるかもしれない。自殺企図はあるか?」などと必ず問いかけるようにした。このねばり強い取り組みは評価され2年前に受賞して政府がDVDを作った。このセンター全体が、精神保健の問題がある親へのサービスに特化しているわけではないが、この北ケンジントン地区(10万人程度)の小さな行政区内のケースだけをとりあつかっている。ロンドンの他の地域にはないここ特有のサービスである。同じようなサービスは英国中でも5,6箇所しかないだろう。このような機関連携のためには、現在盛んになっている合同研修のみでは駄目で、毎週ミーティングに参加することが大事である。参加をやめるとサービス活動自体も忘れられてしまう。

われわれの児童虐待への予防や早期介入のサービスは15年くらいで改善されてきたが、乳幼児の虐待による死亡例では、精神障害のもつ親による子殺しのケースが少なからずあるということがわかった(日本でも同様な知見が報告されている³⁾ 文献(1)参照のこと)。このような知見を踏まえ英国ではSure Startなどのシステムにおいて、訪問看護師(保健師)は産後の親を観察し、産後うつ病になっていないかをチェックするようになっている。Sure Startでは、すべての家庭に対して誕生後すぐに訪問し、誰が問題を持っているかどうかをチェックする。そこで精神的な問題をもつことがわかった場合には、クリニックに子どもをつれてくるように促される。重症の場合にはすばやく対応しな

3 日本では、2007年初めて、乳児殺害の親の法廷事例についての精神医学的検討を行った研究が報告された(田口, 2007)。

いといけないが、他のケースでは、子どもに関することを性急に聞かれると警戒することもあるので、やさしく、急がないようにしている。訪問サービスはGP（GPは登録制、登録は任意）に所属している訪問看護師（ヘルスビジター）が行う。親はクリニック（GP）に赤ちゃんを連れて行って、体重増加やチェックを受けるようになってきているが、そこで問題があるとみなされたり、それまでにうつ病などの既往歴があったり、精神障害があるとみなされた場合は、さらに訪問看護師がチェックすることになる。

このクリニックは精神保健サービスに特化しているので、Sure Startが行っているような訪問サービスは行わない。サービスの担当スタッフは、児童思春期精神保健サービスの専門スタッフとNSPCCのソーシャルワーカーが中心である。スタッフは家族療法、ソーシャルワーク、児童精神医学、成人と子どもの精神療法の技術を持っている。そこで家族全体に問題があるとなれば、このセンターで家族療法も行う。またセラピストは親に自分が何をするかをきちんと説明し、受容的に接する必要がある。このクリニックで扱うケースでは、子どものみならず親たち自身ももっとストレスを受けやすい。そして子どもはどういうことが起こると親がストレスを感じるかについて敏感で警戒している。そこで子どもの安全感のためにも親にやさしく話しかけるようにしている。

重症の産後うつ病など乳児の死亡例の多くの場合、精神疾患をもつ親のケースがあるが、このようなりスクを踏まえて精神疾患を持つ親から子どもを分離するような介入の場合についてはクリニック単独で介入は行わない。そのようなケースではソーシャルサービスとの協働作業によって最善の処遇を判断するケースが多い。たとえば、あるクリニックのケースで少年が母親と一緒に暮らしていて、母親は重度の強迫性障害に罹患していた。そのことについて精神科医に確認すると、精神障害としてはそれほど重症ではないという見解だった。しかし子どもの立場に立ってみると、母親の強迫症状によって子どもが心理的に重度の障害を受けているという状況がわかった。母親は強迫症状があるために、子どもの行動の一々に対して、「これはいい」「これが悪い」と指示・干渉し、自由を剥奪していた。そこでNSPCCはソーシャルサービスに対して、これは子どもが心理的外傷を被る心理的虐待の状況であるという話をした。さらに今の状態が心理的にみても安全か、分離したほうがいいのか、知らない人のところに預けるべきかといった議論をした。少年は母よりも父親のところに行くほうがよいかもしれない、しかしそれほど父親がよいわけでもないということで、裁判所での判定を仰ぐことになった。NSPCCは裁判所に分離の申し立てをすることが出来る機関であるが、多くの場合実際にはしない。このケースでもソーシャルサービスを通じて提案をしていった。しかしこの権限を持っている事実が、関係各所への発言力や信頼性を高めている。

精神疾患を持つ親の子どもが虐待されているケースは少なからずあるが、親の治療と子どもの分離が矛盾する、もしくは困難であると判断されることが多い。親の治療と分離の間での判断や選択についても、このクリニックでは治療的なはたらきかけと矛盾せずに行うことができる。例えば、ある躁うつ病の母親のケースでは通院、投薬を受けていたが、養育上の困難があったために、スタッフが母親に会った。そこで母親とどうすれば安全に良好な暮らしができるかどうか、何がストレスになるかなどを話して、子どもとの分離をせずうまくやっていたりできるようになった。この事例ではソーシャル

サービスと連携して、一時里親によるレスパイトケアで毎月1回週末に里親委託を活用した。このようにケースごとに様々な工夫をすることで分離か否かという二律背反の状況に必ずしも陥らずにすむ。もちろん親へのレスパイトやペアレンティングの支援を行うのは、英国においても難しい。それらに必要な資源を提供する機関と連携をとるのは簡単なことではない。しかしこのようなケースを見ると一生懸命やる価値はある。そして他の機関に働きかける場合は、それぞれの機関の特性や、こちらが何を心配してどんな支援を要請しているのかを明確に示せるようにしなければならない。NSPCCでは、こういう問題を持つ家庭はこの窓口に行くという連携先のリストを持っているが、問題を持っている家族自身が適切な資源を見いだすのは難しい。そこでクリニックでは、さまざまな問題に対して包括的な対応が出来ることを目指している。Parental Mental Health Clinicで支援しているケースでは裁判所の裁定にまでいくようなリスクの高い困難なケースは少ない。ここで支援している家族はリスクの視点からは、まあまあOKかOKの家族である。かなり問題あるケースも支援や調整によって、ほぼOKとなるレベルまであげている。

4) ケースアセスメントについて： 現在、児童保護計画（登録）となったケースでは関係機関とともに援助プランが作られている。NSPCCの扱うケースも登録ケースが多いため、ソーシャルサービスと連携して場合によっては援助プランのための情報を提供している。以前はそのようなケースの評価のための情報収集や提供においてNSPCCは仕事をやりやすい環境で活動ができていたが、ここ20年で状況も変化をしてきている。すなわち患者のプライバシー（Data protection）が強調されるようになったので、誰に情報を与えるかをケース当事者に言わないといけなくなった。

ケースアセスメントとして、まったく異なる2種類のアセスメントを行っている。1つは子どもを養育している親を支援していくためのアセスメントと虐待のリスクアセスメントである。2つめはロンドン全域のケースに対して有料（裁判中のケースでは1時間あたり125ポンド、全プロセスで7,000～14,000ポンド、175万円）で行っている、分離される子どもについてのアセスメント、すなわち子どもが親よりもおばあちゃんと一緒に住む方がよいのかとか、治療が必要なのかなどについてのアセスメントである。

1つめの親のためのアセスメントでは、その結果をソーシャルサービスにも伝える。一方裁判所から要請されたアセスメントでは、子どもが一時保護命令のもとにある場合では、ソーシャルサービスが行った分離の可否を判断する立場になることもある。この目的で地域を越えて数マイルもはなれたところから依頼が来る場合もある。里親に養育されている子どものケースもアセスメントの対象としている。ここで治療や支援するという前提のアセスメントと、アセスメントのみのケースを全部あわせて1年間で80～100ケースである。

有料のアセスメントと地域からのケースについてのアセスメント（無料）の2種類あるが、有料で他機関から依頼がある場合、NSPCCに依頼してくる理由として、子ども保護に関わる特別な裁判事例についての依頼が来る。裁判所としては、可能な限り多くの情報を得て、すべてを吟味して理解しようとする。アセスメントのためには精神科医、サイコセラピスト、ソーシャルワーカーが共同作業をする必要があるが、ロンドンでは、NSPCCに加え3,4の機関しか、そのような多職種チームによる

集中的なサービスを提供できない。

公共のケアで育った子どもは予後が悪いという報告が相次いだため⁴ (Hill & Thompson, 2003, Ford et al., 2007)、子どもは家庭で養育されるのが一番であるということが、児童保護に関連する法案にも明示されている。家族に問題のある状態なら、まずその問題を治して家庭に子どもをおくというのがもっとも優先されていることである。ケースアセスメントの方法はステップ・バイ・ステップ・ガイドに準拠している。たとえば離婚して親は耳が聞こえない家族のケースアセスメントをしている。子どもは3人で誰かが親の知人に性的虐待を受けているという通報がある。スタッフは情報をすべて読み、手話のできる通訳と一緒に親に会い、3人一緒に子どもに会う、親と子どもと一緒に出かけるところにも会う、学校にも聞き取り、里親にも会う。子どもに対して性的虐待の心理的影響がどの程度あるのか、今後、親が子どもを生活面・心理面でケアできるようになるのかということを見ていく。そしてもしできるなら、どのような支援が必要か、ケアするのが無理なら、どこの保護下に子どもをおくかを考える。これらの作業は児童精神科医、臨床心理士、児童心理士、家族療法の経験もあるソーシャルワーカー、プレイセラピストの訓練生が共同で行う。アセスメント期間は4ヶ月と決められている。裁判の予定にあわせて、裁判の1ヶ月前に資料は完成していないといけないためこの期限は厳密である。「子どものための時間」に合わせて決断しないといけない。

5) 電話相談事業について： 児童虐待の電話相談サービスとしてNSPCCラインがある。コールセンターはこのクリニックの他にあるが、そこでの電話の書面記録は法的証拠となる可能性がある。匿名なこともあるが、いつもそうではない。NSPCCラインは全英の子どもたちが知っており、もちろん無料である。携帯電話や公衆電話が使われるが、着信履歴は非通知設定になっている。証拠となった例があるのかについては、NSPCCに対する電話記録は証拠の小さな一部分でしかなく、裁判所でこの記録を使ったことがないのでわからない。受診の記録は直接ソーシャルサービスに行く場合が多いとのことだった。

(山下 洋)

4 Looked after childrenの心身の健康や心理社会的適応などの予後についての調査は1990年代以降、数多くなされており、特に施設処遇児の予後の悪さを浮き彫りにする結果が示され、これは施策に即座に反映されることになった (Hill & Thompson, 2003 ; Ford et al., 2007)。

参考文献

- (1) 田口寿子 (2007) わが国におけるMaternal Filicideの現状と防止対策 -96例の分析から
精神神経学雑誌109 (2) : 110-127
- (2) Hill & Thompson (2003) Mental and Physical Health Co-morbidity in Looked After Children Clinical Child Psychology and Psychiatry 8 (3) 315-321
- (3) Ford et al. (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households British Journal of Psychiatry 190, 319-325.

<文献紹介>

虐待を受けた子どものケアと医療保健分野の役割：特に精神保健サービスを中心に

(1) 子殺しFilicideは母親によるものが圧倒的に多い。しかしその防止策を考える上でリスクファクターを検討した研究は少ない。田口らは一審判決が確定したmaternal filicide事件96例の判決資料と精神鑑定書などの資料に基づいて調査を行った。被害児の年齢層別の検討では、新生児殺では未婚の母親が出産を望まなかった婚外子の殺害事例が半数を占める点(96例中39例)が特異的であった。新生児殺以外では母親の精神障害を主因とするものが多く、1歳未満の乳児を対象とするFilicideではうつ病を主とする産後の精神障害と育児に関わる因子相互の影響が最も大きかった。未就学児以上の子を殺害した事例では被害児の健康問題や夫の葛藤関係など状況因の影響がより強く、それが母親の反応性精神障害の原因にもなっていた。被害児に障害や問題行動がある場合、未就学児では養育が一層困難となる結果、深刻な虐待・ネグレクトやfilicideに至っており、学童やTeenagerでは問題行動に悩む母親によるfilicide-suicideが起こりやすいことが明らかとなった。防止策として、望まない妊娠を予防するための教育、中絶困難な女性への現実的援助、産後の精神障害に対する専門医療・母子保健システムの構築、精神障害の母親に対するリスク評価の徹底、児童・思春期精神医療の整備、多面的な子育て支援の充実などが挙げられた。

(2) 英国では、1990年代末に公共のケアシステムで養育されている子どもの精神保健のニーズ、すなわち健康のネグレクトや不健康なライフスタイルについて経年的調査を行っている。調査の結果、ケアシステムへの導入につながった虐待やネグレクトの既往に加えて、公共のケアシステムの中でもあらたにダメージを受ける可能性も指摘されている(Gallagher, 1999)。この意味で虐待を受けた子どもにとってのケアの資源や治療的な環境の整備は国内外を問わず急務であると言えよう。

英国での公共のケアを受けた後の子どもの転帰は否定的なものである。75%は学業面での資格を得ておらず、50%は就労しておらず、若年女性の17%はすでに妊娠しているか母親となっており、施設を出て2年以内に20%がホームレスとなっている。

このような結果を踏まえて、不適切な養育などを理由に家庭から分離して公共のケアシステムに移された子どもたちのケアのあり方の再検討が進められた。1998年に社会的疎外を打破し、looked after childrenの生活上の健康を促進するために5年間で88500万ポンドの予算が子どもへのサービスのためにつぎ込まれるという決定がなされた。

こうした子どもの健康上のニーズについての地域調査は全米および全英で実施され、全米では医療保険のデータベースを用いた広汎な調査が、一方英国では全体の25%の子どものサンプリングにもとづく調査が、それぞれLooked after childrenの心身の健康の実態についてのデータが示されている。英国の1地域でのlooked after childrenの精神保健についての調査では、行為障害が28%と最も多く、不安が26%、抑うつが23%という結果であった。それぞれの障害が併存する割合も多かった。

精神保健の問題がある子どもは当然のことながら身体疾患へのリスクも高く、また十分なケアを受けていない可能性も危惧される。精神保健の問題と身体的健康の問題の併存については、1. どちらも早期体験上の不利という同じ起源をもつ、2. 慢性的な健康上の問題の結果、精神保健の問題が生じている、3. 精神障害の結果として健康上の問題が生じているという3通りの因果関係が考えられた。

たとえばADHDをもつ子どもは、乳児期には脆弱で扱いにくい赤ちゃんである場合もあり、これに不利な社会環境も重なれば、結果的に母親の愛着形成に障害をもたらすかもしれない。ADHDに併存障害が重なったために、処遇先(里親・施設)でのケアの破綻や中断(処遇先変更)を早め、専門的な医療保健上のケアの連続性は乏しくなり、子ど

もの健康上のニーズを直感的かつ経験的に知っている大人の存在を欠いた状況となる。このようにして、単純な健康上の問題でさえ見過ごされてしまうかもしれない。

ある13歳の反抗挑戦性障害の女兒は、甲状腺機能低下症があったにも関わらず、処遇先が次々に変わったため夥しい外来受診のキャンセルを重ねていた。この場合は小児科医がフォローを怠り、新たな養育者（里親）に診療予約について連絡をしていなかった。その他にも精神保健の問題をもつ思春期の子どもは、喫煙や飲酒など健康上のリスクの高い行動をあえてとる場合も多く、それが健康状態を損なうことにつながり、これらが重なると性的な健康を害する行動も起こりやすくなる。子どもの大多数は適切に機能している成人によって健康上の問題を発見され、その責任の下に臨床サービスにアクセスする必要がある。11歳から16歳のティーンネージャーでも健康上の問題があれば、大多数は母親（60%）か親友（50%）に相談をしている。これが精神保健の問題になると、そのことを打ち明けることは母親（10%）子ども（5%）と困難になる。身体的健康と精神保健の問題を総合したホリスティックな観点からのケアが必要であるが、戦域ごとの分離主義がこれを妨げる場合もある。精神保健の問題なかでも行為障害をもつケースでは身体的健康の問題は子どものケアをする人も専門家も緊急性に気づかない場合は多い。

14歳の思春期の女兒のケースでは養父の身体的虐待が1年前に打ち明けられ、その後の処遇先での破綻の繰り返しや、いじめや教師への暴力が問題となつての退学などが重なり、大量服薬で医療機関を受診していた。また軽度の発達障害という評価も受けていた。さらに性産業に加担していることもソーシャルワーカーによって疑われていた。乳幼児期からの本児の健康上のケアを検討しても、健診は拒否してきている一方医療記録を詳しくしらべると小児期から（小学校低学年）、視力の矯正はなされておらず、予防接種も受けず、腹痛で反復して入院したり、数回の自殺未遂による入院歴も見つかった。1対1のサポートによる学校への再統合や認知行動療法と並行して身体的ケア（予防接種）や健康教育・性教育が進められた。

このような事例を踏まえlooked after childrenのウェルビーイングについてのホリスティックな評価の必要性がガイドラインとして示されている。また処遇の各段階での精神保健サービスへのアクセスのしやすさが求められている。子どもの健診を行う医師に基本的な精神保健の問題の評価スキルが必要となる。ケアをする人も子どもの情緒の問題への質問紙の記入などスクリーニング作業に参加することが望まれる。そして最終的にCAMHSとのリンクを有効なものとするためにも、紹介すべきケースのクライテリアのなかでlooked after childrenの優先順位を上げることが提唱されている。

（3）2007年に、2000年に実施されたlooked after childrenに対する4つの地域調査の結果を統合して、5-17歳のLooked after children1543名の精神科疾患とウェルビーイングの実態について分析を行った。比較対照群として年齢分布を一致させた個人の家庭で生活している子どもたち10483人を地域から選んで調査した。親、養育者、教師に対する構造化面接（Development and Well-being Assessment）を調査協力者が行って得た情報に基づいて経験の多い臨床家が診断を行った。加えて、親と教師によるStrength and Difficulty Questionnaireによる発達精神病理（心理社会的適応）の評価も行った。

Local Authorityが保護した子どもの調査時点での処遇は里親によるケアが839名と最も多く、ついで施設でのケアが279名、親元に戻っているものは206名、親族によるケアが168名、自立して生活しているものは51名であった。

ICD-10で何らかの精神疾患が考えられた子どもは46.4%にのぼり、家庭で生活している子どもの4.5倍の有病率であった（社会経済的不利がある群でも不利のない群においても）。内訳は何らかの不安障害11.1%（分離不安障害、PTSD、全般性不安障害、その他の不安障害が有意に多かった）、うつ病3.4%、多動性障害8.7%、反抗挑戦性障害12.2%、行為障害26.7%、自閉症スペクトラム障害2.6%であった。神経発達の問題は12.8%の子どもにみられ、特別教育のニーズは23.0%の子どもにあった（家庭にいる子どもでは4.5%-2.3%のみ）。養育者が、学習困難があると報告している場合は36.9%と高かった。同じくIQ60以下と推計される子どもも10%にのぼった。処遇のタイプとの関連では施設処遇や自立して生活している子どもの情緒や行為の問題が多くみられた。ケアシステムに入った時期が遅く、また処遇変更の回数が多いほど精神障害の診断を多く受けていた。SDQによる心理社会的適応度が正常範囲の子どもはlooked after childrenの中では9%のみであったのに対して、不利な状況の家庭で暮らす子どもでは41%、通常の家では53%であった。

その他の要因を統制して保護処分との関連をみると、自閉症スペクトラム障害と全般性不安障害を除いた精神障害すべてと有意な関連があり、中でも心的外傷後ストレス障害と行為障害との関連が強くみられた。読み書き、計算の問題もうつ病以外の精神障害との関連があった。全般的な知的障害は広汎性発達障害と全般性不安障害とのみ関連があった。年齢との関連では年長児ほど、全般性不安障害やPTSDなどの不安障害、うつ病、行為障害が多くみられ、低年齢児では反抗挑戦性障害や多動性障害、分離不安障害が多いことが予想される。性差では女兒でPTSD、男

児でDBDが多くみられることが予想される。

年齢・性差はかけ算で知的障害は足し算、神経発達障害は中間的な影響があった。

心理社会的不利と精神医学的問題の両方を持っていた。特にケアの状況に関わる要因は精神保健の問題と密接に関連していた。英国・米国・カナダでの先行する調査で示された有病率は17%から89%と様々であったが、この調査はそのちょうど中央値にあたる結果である。精神疾患がないこと以上に心理社会的適応は重要な尺度である。精神障害の診断に当たる子どもを除外しても、良好な心理的適応を示している子どもは10分の1でしかない（在宅の子どもの2人に1人が良好な適応である一方で）。学業の機会の剥奪などの社会的不利やケアシステムのなかで経験する心理社会的不利の蓄積が、精神障害と関連している可能性がある。施設に処遇されている子どもはそれまでの里親などの処遇が何度も破綻した末である場合も多い。ケアに関連する要因と教育的な不利の両方は、虐待やトラウマや愛着形成の困難さのマーカーであるかもしれないし、それらが精神障害の増加や乏しい学業経験やケアの歴史につながっているかもしれない。

このような精神保健のニーズにこたえるために、米国では治療的里親ケアや親族によるケアをより多く採用するという動きがある。北欧諸国やスロベニア、英国では施設ケアを受ける子どもを最小限にとどめようと試みているが、施設に代わるケアの利用が進んでいるとはいえない。精神障害の診断のもとに実証的な治療をすすめるメリットのあるケースから、診断確定よりもまずケアや教育の環境を調整することが優先されるケースまで様々であろう。また知的障害と教育的不利への注目を促している。

7-3. Lister Primary Health Centre —地域での性的虐待対応のフロントライン—

訪問日時 2007年4月24日（火） 10:00～12:00

場 所 Lister Primary Health Centre
101 Peckam Road SE15 SLT

取材担当 Tara Weeramathri氏

(1) Lister Primary Health Centreにおける児童思春期精神保健サービスと被虐待児への対応

Lister Primary Health Centreは、ロンドンのSouthwark区（人口統計学的背景についてはIPPの項参照）のなかのペッカム地区という貧困地区に位置する、保健センターである。1階は地域のGPの診



(写真) リスタープライマリーヘルスセンター前

療スペースで、2階はNHS（国の医療保険サービス）トラストの管轄となる児童思春期精神保健サービス（以下CAMHS）を提供するクリニックである。性的虐待を受けた子どもと家族への治療とケアはこの2階のクリニックでなされている。Tara Weeramanthriは児童思春期精神科医兼ファミリーセラピストであり、性的虐待への治療を提供するチームの主

事をつとめている。このセンターで提供されているCAMHSとして、一つにはSouthwark行政区の子ども向けの治療を提供する10名からなるチームがあり、12歳未満の子どもを対象としている。もう一つが今回取材した特別チームで、18歳までの性的虐待を受けた子ども（被害者および加害者）のケアを行っている。

(2) 性虐待を受けた子どもと家族へのサービス

1) サービスの背景と概要： 本センターに紹介される子どもの性的虐待のケースは年間80件である。8年前にスタートしたこの治療プログラムは、現在はフルタイムに換算すると常勤スタッフ2人で対応することに相当するセッション数をCAMHSチームで分担してこなしている（Weeramanthri & Keaney, 2000）。性的虐待ケースへの支援プログラムは大きく2つに分けられる。1つは青少年の性的虐待の被害者に向けて、さまざまなコンサルテーションを行う。コンサルテーションの内容はすでに子どもに関わっている専門家に対するアドバイス、被害者のアセスメントを行っている。このプログラムはSouthwarkの行政区に限定しており、Southwarkの総人口25万人のうち18歳以下の青少年の人口は6万人である。性的虐待をうけた子どものほとんどのケースはSouthwark行政区のソーシャル

サービスからの紹介である。しかしOpenな紹介システムをとっているため、医師や医療関係者、家族、学校からも紹介を受ける。年間の統計を見ると、自らすすんで受診してきた患者が治療プログラムへの出席率はもっとも良い。

2つ目は、3年前にスタートした、他者に対して性的に攻撃的な（加害）行動をとる子ども向け（性的加害者）の臨床サービスである（資料）。加害者のケースの紹介は年間20ケース程度である。成人の他者に対する性的攻撃性の問題（加害者）の研究者が、性的加害者の50%に子ども時代からその他の行為上の問題とともに性的加害行為が始まっていたことを報告している。この意味で児童期の性的加害行為に介入することはさらなる性的虐待の発生に対する予防的意味もある。当チームが行っている性的加害行為への介入方法は、その行為障害としての側面に注目している。すなわち米国でのMulti-systemic Approach（Multi-Systemic Therapy）の研究で示された、行為障害の危険因子と保護因子への多次元的な介入モデル（Henggeler et al., 1999, Borduin et al., 1999）に基づいている。このモデルでは、子どもたちがなぜ性的に攻撃的な行動をとるようになったのかについて、子ども自身の要因だけではなく家族や地域の文脈からも見ていく。このような治療的介入の研究では、性的加害行動に寄与する要素として、子ども自身が性的虐待を受けていたこともあるし、夫婦間のDVの目撃者もいるなどの家族要因の重要性が指摘されている。同じく英国全体への調査によると、子どもが性的加害行動をとるようになる背景に、性的虐待に限らず何らかの虐待を受けている（身体的、情緒的、ネグレクト）ことが報告されている。また同じ調査報告では、小児期から性的加害行動をとる子どもたちの40%は知的障害を抱えていることがわかった。このような多元的な要因を包括的に評価した後にチームで介入を行う。以上の2つが性虐待について本センターで提供しているサービスだが、性虐待被害者と性的加害行動をとる子どもでも、加害者が同時に被害者のこともある。

2) サービスの実際：

<導入> 性的虐待の困難事例では、紹介があれば治療導入の前にコンサルテーションやディスカッションを紹介元の専門家とのあいだで行うことが多い。この際にまず第一に確認するのは、現在の子どもの安全が確保されているか、保護した方がいいのかという点である。その時点で性的虐待のリスクのみでなく、子どもにとって一般的な安全性が確保されていない場合（身体的虐待やネグレクトが続いていることが明らかな場合）でも、当サービスではアセスメントや治療はしない。まだ心身の安全が脅かされている状況にある子どもには治療は困難である。その一方で紹介してきたソーシャルサービスの方は、迅速にこどものケアをして欲しいと思っているから、コンサルテーションでは福祉機関とのあいだに常に緊張関係がある。サービスの状況は、同時期に20件のアセスメントが進行している。ケースごとに1~3セッションの子どもと家族を交えたアセスメントセッションをもち、どこかの時点で理想的には子どものみのセッションを持つ。第1回目は受容的な態度で当事者と出会うようにしている。私たちが誰であるのか、どのようなことを行っているのかを伝え、子どもたちの現状を把握することにつとめる。ここでは虐待の詳細には入らない。導入時から子どもたちが自分で話せないようなことを無理に話させることはない。虐待について話したい気持ちは子どもによって個人差がある。すぐに自分たちの体験を話し出すこともあるが、そのことについては恐怖症のように脅えてしま

って話せないこともある。加害者は知人や見知らぬ人の場合もあれば家族の一員の場合もあるが、いずれの場合も直接のアセスメントの対象には含まれない。

アセスメントの段階で米国では司法的介入の可能性の検討を重視し性的虐待があったかどうかの事実確認が中心の面接を行うモデルがあるが、このセンターでは治療的サービスを提供するのでそのような形での面接は行わない。英国では多くの場合、性的虐待の事実確認については、警察とソーシャルサービスが共同で特別な調査面接を行っている。医療保健分野はこれに連携して、小児科の虐待対応医師が身体的特徴を検査し実際に身体的・性的虐待があったかどうか、DNA鑑定や司法的検査も含めて行う。ここで提供しているのは治療的サービスだけだが、トラウマをいやす一環として治療的文脈からも、子どもと家族に何が起こったのか？と聞くのは重要なことである。子ども自身が何を感じ、何を考え、何が嫌だったのかについて、治療的な開示をしてもらっている。低年齢の子どもではおもちゃを使う（ドールズハウスや箱庭のパーツ）とか絵を描いたりすることで説明がしやすくなる。

<心理教育的態度・情報提供の重要性> 最初のセッションで性的虐待についての考え方やこれから提供するサービスについて子どもと家族にわかりやすく説明したパンフレット（資料4）を渡す。このパンフレットは英国のCAMHSのNPO組織が発行したもので、とてもよく出来ている（YoungMinds, 2003）。子どもの視点から支援を受けてどんなことがよかったか、どのような体験だったかが書かれている。第1回目のアセスメントが終わった後に子どもがパンフレットを読める年齢ならば、これを読むことによって性的虐待を経験したのが自分だけではないことがわかり、疎外感がやわらげられ、これから安心して支援を受けられることを改めて伝えられる。性的虐待の支援では子ども自身が希望を失わないということが大事である。当初子どもたちの中にはもうだめだと感じ、絶望している子どもも多いが、このような情報を提供することでその中から前進している人がいることが具体的に伝えられる。

<アセスメントの管理> 導入時のアセスメントでは簡単なスクリーニングを行って、精神面の症状が出ていないかを診断する。PTSD様の状態や、抑うつや不安などがある。もしかしたら表面化はしていないかもしれないが内在化障害を抱えている人もいる。包括的なアセスメントを同時進行で行っているため、そのプロセスは進行表にして管理している。また治療ケースを終結時まで記録し、データベースとして蓄積してパターン分析を行っている。そうすることで新たな傾向にいち早く気づくことが出来る。たとえば、子どもが性的攻撃行動をとるケースは、従来の報告からの予測に反して、最初の48事例では、女兒が多く、また最低年齢は3歳半という驚くべき結果であった。毎回のミーティングでは、新しいアセスメント、治療中の事例の問題の報告とともに、アセスメントが終結したケースについても様々な治療方法の効果について話し合う。

<治療プログラムについて> 性的虐待の被害者に対しては、まず心理教育的アプローチを行う。たとえば過度に身体的接触をするなど、身体的親密性について混乱している子どもが多いが、どのような身体接触が安全なのか、プライベートな関係での接近や接触と社交的な儀礼での接触の区別、誰かがまた自分を傷つけようとしたらどうしたらいいかなどについて心理教育を行う。このような心理教育は性的加害行動を取る子どもたちに対しても行う。この場合は安全確保の文脈と同時に、社会的

ルールを明確に学ぶ目的で行う。現在、ある性的加害行動をとった子どもを治療しているが、このケースではADHDとLDが併存していた。10歳の男児で、年齢不相応な性的な会話や身体接触が多いことが問題となっていた。併存障害のADHDに対しては投薬を受けているが、これに加え性的加害行動について行動療法的アプローチを行った。すなわち社会一般の親密性についてのルールの学習を目指した。子どもに対して適切な身体的接触や会話について教示し、それができれば何度も社会的な強化を与えていった。

他の治療法としては、個人心理療法がある。もちろん性的虐待自体は障害ではなく、ある心理社会的なストレスや不利をもたらす状況、心身の健康に否定的な影響を与える重大なリスク要因と考える。このような状況におかれたハイリスク・グループとしての被害者の子どもに対して、最初に行う予防的および早期介入の方法としてCBTは有効な治療法だと言われている。CBTは被害者に生じるPTSD、うつ、不安の症状にも効果があると報告されている。詳細はNICE（National Institute for Clinical Excellence）のWEBページに示した性的虐待被害者の治療の臨床研究のメタアナリシスを参照されたい。有効性は明らかであるが、現在のチームでは個別に認知行動療法（CBT）を行うことのできる心理士の数は十分ではないと考えている。

CBTの対象は、PTSD、不安、抑うつなど内在化障害の治療が中心である。性的虐待では被害者が加害者、攻撃者になることも多い。外在化障害に対するアプローチは、先ほどの10歳の子の事例がよい例となる。すなわち、ADHDへの投薬と行動療法的アプローチのコンビネーションである。本人には社会ルールを、親にはペアレンティングスキルを教えて、子どもに適切な賞罰（社会的強化）を与えることができるようにする。もちろんこれらの子どもにも犠牲者の側面がある。この側面への治療的介入とのバランスや優先順位が重要となる。被害者としての内在化障害と、加害者となりうる外在化障害の双方の側面のどちらから先に取り組んでいくかは、治療者によって異なる。破壊行動か犠牲体験のどちらに焦点づけるかは、子どもによっても違う。私の意見としては、その子の両面に話しかけなければならない。ある行動はしてはいけないという厳格なアプローチをとるとともに、なぜその行動をとるのかを明確にする。15歳の男児の性的加害行動を示したケースでは、LD（知的障害）を持っていて身体的にも長い間病気を抱えていて、家族からの拒絶にもあっていた。他児を傷つけたり、性的攻撃行為をしていた。この男児の治療では、まずその子自身が体験した悲惨な状況を理解することから始めた。そのような場合でも自分のしていることは正当化できないと伝えている。根気強くそのような作業を続け、現在では、やっと他児を性的に攻撃することについて自ら話してくれるようになった。この男児では自分の怒りと性化行動がつながっていることがわかってきた。

次のステップは性的虐待には悪循環のサイクルがあることを理解することである。すなわち問題解決困難の状況→フラストレーションを経験する→フラストレーションへの対処方法が他のものを支配することによる→支配する手段として性的な方法を選択する→相手へ与えた被害の問題を最小化し否認・否定する→問題解決困難の状況が続く…という悪循環である。この男児のケースではLDもあったので、この悪循環を見えやすくするように患者の青年と一緒に図を書いた。その共同作業によって、彼にとってなんとなく性的加害行為の意味がわかってきたようで、自分が攻撃した子どもに対してど

んなに怒りを感じたかを話してくれるようになった。次に治療の焦点となったのは、この怒りをどうやって性的虐待行為以外の方法でコントロールするかということである。このような加害行為を振り返りながら行う認知行動療法的アプローチは、子どもがある状況での自分と相手の他者の視点から感情や行動を吟味できる、いわゆる反映的思考ができる必要がある。自己の振り返り作業と外的な行動制御の枠組みのバランスが重要である。子どもの発達年齢で考えると、自己の感情や行動のモニターは通常9,10歳以下の子どもには難しいであろう。この子はLDをもっており、絵などの視覚の手がかりがあれば教示によく反応するので、図解した。怒りなどの感情についても絵に描いた。このケースでは週1の通院だが、養育者の生活状況も混沌としており来られないときもある。

<治療構造> 外的な行動制御の枠組み作りには、子どもの生活に関わるすべての人が協力／連携することが必要である。センターでの専門的支援、ソーシャルサービスの福祉的支援、教育部門からの支援のいずれもが重要である。外在化障害に対しては、先ほどの10歳の子の事例（ADHDの投薬と行動療法的アプローチのコンビネーション。本人には社会ルールを、親にペアレンティングを教えて、身体的な罰ではなく子どもに適切な社会的強化を与える）がよい例である。これらの子どもの犠牲者の側面も含め治療するには、関わる人たちみんなが協力する必要があるが、互いの信頼関係を築くことはなかなか大変だ。

<家族支援の重要性> 性的虐待を受けた子どもはダメージも大きく、1,2年の治療期間は必要である。PTSDやうつ病は、先ほど紹介したCBTで治療すると、より治療期間を短くできるという報告がある。本センターの取り組みを通して効果的だと考えているのは、家族に対するサポートを確立することである。本センターでの治療プログラムの介入効果の研究結果では脱落者が非常に少なかった。その答えにもなるのだが、子どもの治療では並行して親を支援することによって参加率がよくなる。本プログラムでも家族への並行支援を行うので脱落者が少ない。家族への並行支援として通常は実親を対象にしている。通常は家族でも加害者にあたる場合には支援の枠組みでは会わない。一方別の枠組みで加害者である家族についてエキスパート・ウィットネス・レポート（司法面接ではなく、専門家としての意見としての報告書）を出すことはある。ある子どものケースでは、安全が確保されないで親の元に帰るべきではないというコメントを出した。また里親・養子縁組を受けているケースに対しては別の支援サービスがある。

子どもへの心理教育的アプローチに加えて、学校や親にも治療への参加を呼びかける。心理教育的アプローチのセッションでは親も呼び、子どもと同じメッセージを受け取る。親と子どもが別々に並行して面接を受けるパラレルワークもある。たとえば性虐待を受けた女兒のケースではレジデント医師が1対1の面接でCBTを行うのと並行して、家族セッションも行った。ティーンエイジャーの被害者のケースでは、自傷行為などが出ることが多いのでこのような治療に加えて危機管理的対応も必要になる。

性的虐待を受けた子どもの養育者へのサポートは、安定した環境の確立の意味でも、日常的に系統だったルーティンワークとして実施されることが望ましい。対象となる親にもよるが、サポートの内容には、子どもの心理や行動を理解することの支援や、具体的なペアレンティングへのアドバイス、

行動・情緒の問題へのアドバイスなどがある。養育者が子どもの問題行動をどのように扱うか、思春期になると、心的外傷のストレスが、性的行動、反抗的な態度や怒りや、他の子どもへの攻撃、情緒的悩みなどになっていくのはなぜなのか理解するのを助けていく。またもう1つの養育者のサポートのかたちとしては家族自身が精神保健の問題に困っている場合もある。これらについては、養育者の精神障害が子どもに対して与える影響を考え、それぞれのニーズに応じて投薬など治療の必要性があればGPや成人の精神保健治療施設に紹介するといった支援を行う。あくまでこのプログラムの焦点は子どもとの関係性にあり、養育者が子どもをどのように扱うか、養育者の子どもとの関係、安全な環境の管理能力などを見ている。

<学校/地域との連携> 家族と並んで学校との連携や支援も重要である。連携と支援のためにはいろいろな方法がある。子どもが児童保護登録されている場合は、地域で児童保護会議がある。そこに子どもの所属する学校の教師を招くのでその際に情報を共有することができる。加害者が家庭外の場合には、また性的虐待のケースとして児童保護登録にはあがっていない場合もある。その際には学校でその子の担任教師に、センターから直接電話をしたり、家族を交えて3者ミーティングをしたりする。学校の同年代の子どもとの対人関係を見ておくことは重要である。なぜなら性的虐待の被害者は友だちに無防備に虐待の事実を話してしまい、そのことでいじめの対象になったりするからである。そうした事態を防ぐために同じ問題をもつ子ども同士のピアグループセッションをもったりする。学校では、性的虐待の心理的影響、すなわち心的外傷後のストレス症状や、不安、または集中力低下などのために、学業パフォーマンスの達成度の低下が問題となる。学校側では学業不振につながる心理的要因を把握していないことがあり、その場合単なる怠けとみなされたりしている。治療による症状改善によって集中力も高まり成績も向上することを理解してもらう。もちろん学校教師に対する性的虐待の事実の開示は様々な配慮を要する。家族にとって性的虐待が隠すべきセンシティブな問題になっていることは多く、子どもと家族の許可なしには話さない。しかし適切な理解と支援のためには学校の教師が子どもの心理的背景をわかっていることは重要で、問題行動や成績が落ちている理由を誤解されているかもしれないと家族に薦める。

<治療の動機付けとドロップアウトの問題> 性的虐待の治療や支援では家族のドロップアウトが問題になる。ドロップアウトの理由についての研究はまだ少なく、本プログラムでも現在は来なくなるケースもみられる。介入効果研究の一環として研究費を得てプログラムのサービスを提供していた段階では家族への対応も系統的に取り組むことができたが、通常の臨床場面では、そのような系統的方法の継続が難しい。本センターでも、研究としての取り組みから実践の段階に移行しており、現在のドロップアウトについては、やはり家族への参加を促す系統的な働きかけがないことが一つの理由かもしれない。性的虐待のケースでは家族自身も多くの問題を抱えている。虐待や性的虐待の被害者だったり、DVの犠牲者であったり、家族自体が支援を求めている。しかし治療のコーディネーターの報告では、多くの場合治療契約のゴールに至る途中で終わっている。これは助けを欲しくないという意味ではなく、一般に被害者にはそういうことを話したくない、古い問題を思い出したくない気持ちが強いのが理由の一つだろう。また性的攻撃性（加害行動）の問題のある子では、問題の深刻さ

を家族の方で過小評価（minimization）してしまい、「この子はそんなことはしない」、「あってもこれからはもう起こらないよ」、といった理由付けでこない場合がある。その点では本センターが実施した研究対象では、参加時に治療導入としては十分な養育者の理解と協力が得られているのでドロップアウト率が低かったのだろう。

<入院治療など他の治療資源の活用と安全確保の問題> この治療チームのマネージャーがディスカッションの中で「家族が来てくれるだけ希望が持てる」というコメントのように、病院受診や通所ケアのみで回復に向かえるギリギリの重症度の子どもたちが治療の対象となっている。もちろん思春期の子どもたちでは入院させる場合もあり、この治療サービスがスタートして8年間で性的虐待を受けた思春期の子どもが2人、小児期の子どもが1人、それぞれ治療施設に入院していた。児童思春期精神保健チームでは年間500件扱っており、その中では比較的少ないと考えられる。一方思春期精神保健チームでは精神病発症のリスクがあるから入院が必要なケースはもっと多くなる（文献1）。ただし思春期の子どもでも精神科に入院するのは本人も家族も嫌がるし難しい。この場合、地域の中で治療するのは難しい状況だが、週に2,3回通院することで対応している。

後述のミーティングでの検討ケースも含め、子どもがまだ家族の元にいるという状況では明らかに虐待が続くであろうと思われるケースが多い。ソーシャルサービス側の介入の準備やタイミングなどの背景状況があったとしても、悪環境においたままで治療は難しい。子どもだけではなく、親にも何らかの介入をしないといけないケースは多々ある。このため養育環境を提供する両親の側への介入が始まってから子どものアセスメントを始める。ソーシャルサービスとのやりとりでも、子どもの生活状況が安全にならなければこちらのサービスは提供できないことを伝えている。原則としてソーシャルサービスの側では、ここに来る前にイニシャルアセスメントが終わり、その後のコア・アセスメントがなされている筈である。そこで子ども、親、環境の各要素を分析し、それぞれの領域の危険因子と保護的因子についても分析がなされている。かなり危険な状況でも児童保護登録はなされていないケースもあるが、その中にはソーシャルサービスが調査はしたが、登録する程の基準に達していない場合があると思われる。境界線ギリギリのケースは判断が難しい、身体的虐待などで明らかに目に見える重篤な障害を受けている場合は簡単だが、特に性的虐待のケースでは基準に少し達していないグレーゾーンのケースがたくさんあり、これらの治療方針の決定はいつも難しい。

<スタッフの動機付けの維持について> 重症ケースをもつスタッフのモチベーションの低下やバーンアウトの予防については、ディスカッションでのスタッフのコメントにも答えがある。ジェーンはサイコロジストとして、性的虐待のケースだけでなく一般的なケースも持っているのも、それらの経験が救いになるとのべた。私もより複雑で専門的な症例を扱いたいと言うモチベーションと同時に達成のゴールの見えやすい単純なケースを扱いたいと言うモチベーションもある。また別のスタッフの意見のように、人を助けることができるという感覚や、支援の対象から私たちの介入によって救われたという反応が返ってくるのがモチベーションを維持している場合もある。カンファレンスで出たセッション中に眠ってしまうレイプ被害の少女の治療でも、普通は悲しく抑うつ的な絵が多いが、先ほどのセッションで描いた絵には緑があって花があって希望的な絵だった。とても困難にみえる現

実状況のさなかでも、無意識の中ではどうなっているかケースの回復する力がわかる絵に興味深かった。

性的虐待のケースの支援の過程ではしばしば受け入れがたい悲惨で困難な状況にも向かい合うが、「どんな状況においてもわたしたちは何が起こったのか理解することができる、そして理解が可能であればいずれ対処することもできる」という信念を、子どもたちに態度で示すことが大事と思う。今みている15歳の男児は、最近色々な家族のもめ事は続くし、自殺願望はあるしという状況でここにやってくるが、私はこの子にはこれまでに進歩があったことも、これからも進展があることを知っているし、現に彼が新しいことを始めたことを知っている。わたしがそうした状況を理解していることを彼に伝えることで励ますことが出来る。

(3) 性的虐待を受けた子どもの支援チームミーティング



(写真) チームミーティングの様子 (左から2番目がWeeramathri氏)

センターの治療チームは、週に1回性的虐待を受けた子どもと家族の支援ケースについてのカンファレンスを行っている。ケースを担当している医師や心理士が支援状況をレポートしていく。個人情報保護のためテープ録音は許可されなかったが、以下に示す症例の要点についてのメモは承諾を得ている。約1時間のスタッフミーティング

で、主に性的虐待の被害／加害の4つのケースが検討された。

A：12歳男児。性的暴力被害および加害についてGPからの通告があり評価と介入を行っている。最初は兄弟間で生じた性的虐待で、8歳年上の兄から3年前に被害をうけていた。今回は本児が修学旅行で「一緒に寝ないか」と他児を誘って、その後のインタビューで発覚した。加害者だった兄はすでに分離されておりアスペルガー障害との診断を受けている。

B：4歳の子ども。8歳の子どもの性器を口に含ませられた後、「気持ちよかった」と母親に打ち明けたため通告となった。母親は売春婦で、現在の母親のボーイフレンドが小児性愛者である可能性がある。母親はアンフェタミン中毒で、やめたといったがまだやっているかもしれない。尿検査はしていないといっているが、実施することを検討している。この子も児童保護登録はされていない。子どもの方がお母さんを心配しているようで、大人びている。子どもと話しているとお母さんが入ってきてしまうことも多く、母親が何かを隠している感覚がある。家族や養育状況について、母親が受け入れやすいスタッフが担当となりラポールを深めながらアセスメントを進めることとなった。

C：5歳で初めて性的加害行動が出て現在8歳になった男児。4歳の男の子に自分とセックスをしないと、どんぐりでのどを詰まらせるぞと脅迫した。幼児期からDVの目撃者で父親はアルコール中毒で、現在も父親は酩酊して糞尿まみれの中で寝起きする時もある状況。母親は離婚したと言っているが、出

入りがあり性的関係は続いている。養育環境からは明らかなネグレクトのケースだが児童保護登録はされていない。ソーシャルサービスにも早急に接触してもらう方針となった。

D：13歳の女兒で16歳の子から性的虐待を受けたケース。その後、自傷と自殺企図を繰り返している。ジャマイカから来た移民の母子で、父親が英国人だと思ってジャマイカから英国に来たが、程なく父親はがんで亡くなりその父親には国籍がないことがわかった。母親は国外退去の可能性で頭がいっぱいで、娘のことまで頭が回らないのかもしれない。そんな状況で16歳の加害者は無罪となった。一般に英国でのレイプの有罪率は6%という状況である。その結果を聞いて以後は、過食・拒食と体重低下が始まりうつ状態になったが、重症のうつ病かどうかはまだわからない。最近のセッションの報告があり、この子は絵を書きながらセッション中に寝てしまったが、怒りを抑圧していることを象徴しているのではないかと治療者からの質問がでた。重症のケースで現在の状況の解釈のアイデアを、精神科医、心理士などチームのそれぞれの立場から出し合いながらケースと向き合っている治療者をエンパワーしていた。

以上のようにこのチームが扱っている性的虐待のケースでは、いずれも家族がまだ秘密を隠している、コンタクトしづらい状況にあり、安全確認は不十分なケースが多かった。いずれもソーシャルサービスが家族と接触したり、GPやソーシャルサービスから紹介されてきているケースであるが児童保護登録にはいたっていない。非常にデリケートな状況で子どもや家族を支援していく難しさと、担当するスタッフを、スーパーヴァイズを通してエンパワメントしていく必要性からか、ミーティングは簡潔で実践的であり、各スタッフが率直に発言できる雰囲気であった。

(4) 性的虐待を受けた子どもへの介入の効果とコストに関するリサーチ

性的虐待の被害／加害児の治療／支援チームのTara Weeramanthriはその治療プログラムの介入効果についての実証的研究を行っているので、その研究の背景や意義についてインタビューを行った（文献2、3）。

性的虐待を受けた子どもと家族への治療のコストと介入の効果についての論文はまだ多くはない。介入方法についても確立された標準的なやり方があるわけではない、新しい取り組みである。本研究では介入効果の評価期間として、最長2年間フォローアップした。一旦みられた改善効果が、時間経過で減少することがないかどうかを確認するために評価期間を長目にとった。逆に精神療法の介入効果の研究ではスリーパーエフェクトという概念、すなわち治療が終わってもその治療的作用は継続しさらに改善を続けていくという可能性もある。コストの点では結果が示すようにグループ治療の方が個人セラピーより経済的である。この研究では個人セラピーもグループも同じ方法で同じベースラインでの尺度を用いて評価している。子どもは無作為にグループか個人治療かを振り分けて比較したが、グループ治療の方が治療期間は短くなった。

介入のコストよりも介入の効果を判定するのはさらに難しい、性的虐待では元々幅広い問題を持っているケースが多い。研究ではその中で必ずルーチンとして転帰を示す尺度の測定は行って、Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ) およびChild Global Adjsutiment Scale (C-GAS) を用

いている。同じく不安や抑うつなど情緒的な問題の指標もKiddie SADS（精神科構造面接）を用いて精神医学的診断をチェックしている

治療の対象には性的虐待を受けているが精神的問題を呈していない子ども、asymptomatic childrenは含めていない。何も症状が出ていない子どもたちは親と一緒に心理教育的セッションを1,2回受けて支援を終了する。驚くべきレジリエンスをもっている子どもがいて、性的虐待の経験への反応のあり方は幅広い。

研究ではグループケアには二種類を設定した。個人セラピーは精神分析的モデルにもとづくカウンセリング、グループでは構造的な治療グループすなわち心理教育的認知行動的な方法、あるいは非指示的集団精神療法のどちらかを実施した。どの方法を用いても同じように効果があった。PTSDの改善度は構造的なグループ治療の方が良好であった。

研究ベースでスタートしたグループセラピーであったため、現在の臨床ベースでは残念ながら同じかたちの治療は継続していない。実施すれば好ましい結果得られると思うが、グループとしてワークするには自治区をまたがって対象を募集する困難さや、グループ治療の時間と場所をコーディネートするためには色々な組織が絡んでくるという調整の難しさとともに、コーディネート作業の実際の資金がないという問題があった。研究では広い地域にケースを募集して行ったのだが、臨床では地域ごとに思春期グループに1年、子どもグループに1年と年単位でメンバーを変えていくようにすると募集は容易になるかもしれない。

英国では標準化された性的虐待のプログラムや明確なガイドラインはまだないが、NICE（National Institute of Clinical Excellence）に行動障害のペアレンティングなどのいくつかの参考になるモデルは示されている。同じ性的虐待のケースでも週に1回、レジリエンスの高い家族なら月に1回の頻度、個人治療かグループ治療かなど、家族によって様々である。その意味では標準的な治療はない。

おわりに

地域でプライマリーケアを提供しているNHSの施設で実施されている治療プログラムであるが、その内容は重篤なダメージを受け現在も多くの環境リスク要因をもって生活しているケースを対象としており、本来、3次精神保健サービス（Tier4のレベル）で提供される専門的なケアの対象と思われる子どもたちであった。このサービスは予算のついた研究からスタートし、その分析結果に基づいているため、治療サービスに不可欠なユーザー側、提供者側の条件や、治療導入までの地域のPathwayの枠組みなどが臨床スタッフにも明確に認識されていた。またこのような専門的ケアにあたるスタッフの主任がSouthwark区のLSCBのメンバーともなり、行政側の代表者と児童保護システムについて活発な実践的やりとりをしていることも印象的であった。このセンターはプライマリーケアの場であるがCAMHSチームは、10名近い多職種チームで、児童精神科医もレジデントを含め5名いるという、異例の充実した陣容であった。このようなスタッフに支えられて社会的不利の大きい地域での困難なケースへの対応が可能となっていると思われた。

（山下 洋）

参考文献（文献ガイド付き）

1. Weeramanthri T and Keaney F: What do inner city general practitioners want from a child and adolescent mental health service? *Psychiatric Bulletin* 24, 258-260 (2000)

プライマリーケア（GP）の側から見た地域の児童思春期精神保健サービス（CAMHS）に対する、ニーズについての調査研究。GPの中でこころの問題を扱っているのは25%のみで、GPからのニーズの優先順位として簡略で迅速な臨床サービス（CAMHS）へのアクセスであった。GPの心の診療のトレーニングのニーズとしては思春期の子どもと家族への関わり方や児童虐待や摂食障害の患者への対応の仕方などであった。

2. Trowell L, Kolvin, L, and Weeramanthri T et al: Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change *British Journal of Psychiatry* 180, 234-247 (2003)

性的虐待を受けた子どもの精神保健の問題への精神療法の有効性については、いまだに議論の多いところである。性的虐待後、精神症状を示している女兒を対象に、心理教育的グループ治療（18セッション）および個人治療（30セッション以内）を行い、その有効性を検討した。両グループとも幅広い精神症状（抑うつ、不安、摂食障害、低い自己評価、罪悪感、睡眠障害）について軽減がみられたが、PISD症状については個人療法の方が改善度は大きかった。

3. McCrone, P., Weeramanthri T., and Knapp M. et al., Psychotherapy for Sexually Abused Girls
<http://www.everychildmatters.gov.uk/costandoutcomes>

ロンドン市内の2つのクリニックを受診している6-14歳の女兒で性的虐待を受けたことを開示し情緒・行動面の症状も見られるものを対象に個人療法と集団療法を行いそれぞれの治療方法のコストと改善度を検討した。グループ療法のコストは18セッションで1,949ポンドであった一方、個人療法のコストは3,195ポンドであった。グループ療法のメニューは導入ミーティング、初期評価、個人に対する治療、養育者・里親サポート、個人療法のスーパーヴァイズ、養育者担当ワーカーのスーパーヴァイズ、フォローアップ評価である。

第8章 里親家庭の現状とその支援

8-1. National Children's Home (NCH)

—民間による里親支援—

訪問日 2007年4月27日 9:30～12:30

訪問先 NCH (National Children's Home)

NCH Headquarters, 85 Highbury Park, London N5 1UD, U.K.

はじめに

今回の視察での最後の訪問となったのがNCHである。NCHスタッフの説明に加え、3名の里親さんから具体的な経験をお聞かせしていただくことができ、大変有意義な訪問となった。

第1部 NCHの業務について

対応者 Clare Tickell氏 (チーフエグゼクティブ)

Shaun Kelly氏 (児童保護CSG; Children's Safe Guarding) マネージャー

(1) NCHとは

最初に、NCHとはどんな機関かについての説明をお聞きした。



(写真1) NCH玄関前

「イギリスの中でも大きなNGOの一つで138年の歴史がある。イギリス政府はフォークランド諸島など英領諸島の子どもたちの権利にも責任を負っており、NCHは英国全土にわたって活動している。またカリブ海・ロシアなどでも少しずつ国際的活動を始めている」

「もっともケアを必要としている大変な子どもたちにケアを提供する義務があり、家族に対するさまざまなサービスを行っている。里親・養子、情緒障害・行動障害の子のための少規模な寄宿学校、身体障害児のための寄宿学校も運営している。知的障害児や身体障害児へのレスパイトケアもしている」

「40～50箇所のChildren's centre、若い親への子育て支援もしている」

「ソーシャルサービスからの依頼によるアセスメント事業もしている。それが法廷で使われることもある」

「リービングケアもしている。特にスコットランドにおいて、14～18歳の子どもがケアを出るときをサポートをしている。ミディエーションワーク（仲介）である。たとえば、思春期の子どもと里親、実親との間でけんかが絶えず、そのために家を出てしまうことを避けるような仲介役。身体的・心理的な若い親へのサポートにも力を入れている」

*NCHは、1869年に貧困のホームレスの子どもたちのための施設としてロンドンで設立されたものだが、第2次世界大戦以後の社会状況の変化をふまえ、子どもの施設運営から家族支援の方向へ進み始めたと言われている。クレアさんのお話は、それを裏付けるものであった。

*なお、死亡事故やファイル管理などで問題が起これば、その都度スーパーバイズのシステムその他を内部で検証し、マニュアルや研修内容を改善しているし、2004年児童法を受けて、NCHも組織の改革を行っているとのこと。ただしサービスが種々にわたっており、多くの職種のスタッフがいること、エリアが英国全土にまたがっていて地域によって法制度が少しずつ異なっていることなど、難しい面もあるという。しかし、子どものニーズにあわせて活動を行う点では一貫しているとの説明があった。

（2）英国において里親措置が優先される理由

CSG（Children's Safe Guarding）マネージャーのショーン・ケリー（Shaun Kelly）さんは、「虐待された子ども、ケアシステムにいる子どもの予後が十分ではないという結果もある。最近では、出来



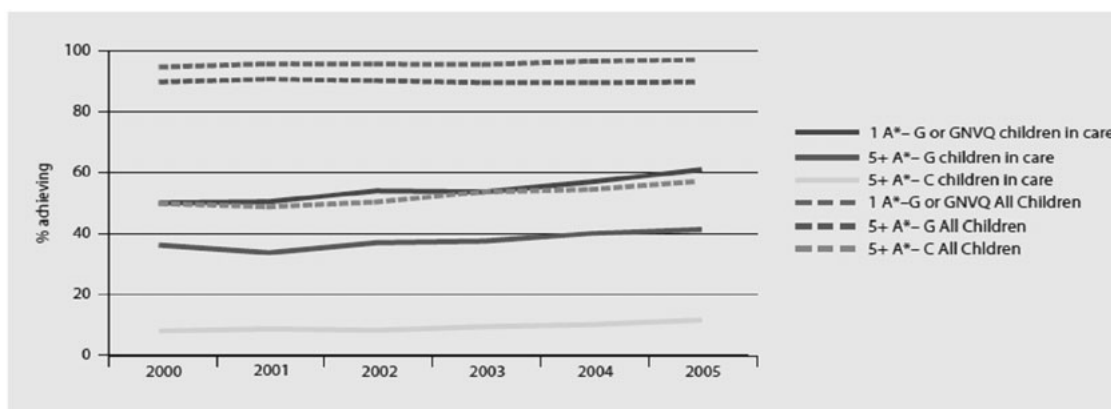
（写真2） クレアさん（左）とショーンさん（右）

事が起こったら介入するというのではなく、発生前にすべてのこどもの福祉のために援助をするという流れがある」と説明された。Safe Guardingの中には、虐待を受けた子どもの保護、予防活動、子どもの福祉を促進することも含まれるとのことだった。

ケアシステムにいる子どもは、GCSEで高等教育に進学できる資格を得る割合が10人に1人しかおらず、子ども全体に比して著しく低い。（表8-1-1参照；2005年では子ども全体では56%、ケアシステムにいる子どもは11%。これ

でも2000年のリービングケア児童法の制定により改善されており、2000年の7%から4%増加している）。19歳で高等教育に進む割合は9%で、一般の子どもの3分の1しかない。（ちなみに、施設入所児の73%がGCSEで及第点を1科目も取っていないとされている。施設入所児のほうが複雑なニーズをもつ子どもが多いにしてもその差は歴然としており、英国において施設における養育より家庭的環境による養育の方が適しているとされる根拠の一つとなっている）（DfES, 2006）。

表8-1-1 ケアシステムにいる子どもと子ども一般の11学年の学業成績における比較



(DfES, 2006)

* 1 A*-G: 1科目及第 / 5 A*-G: 5科目及第 / 5 A*-C: 高等教育進級資格を得る水準

(3) 資金について

CSGマネージャーの仕事には、多方面にわたるNCHの業務を広く知らせ、国民の多くの理解を得ること、また資金を集めることも含まれると話された。

資金を集めるために、子どものかawaiiそうなイメージを使うところもあるが、NCHでは、(Welcome to NCHの笑顔の写真を提示して) 肯定的なイメージを使っているとのこと。

年間で約2,000万ポンドを集めている。資金の出所の93~94%はソーシャルサービスとの契約によるもので、年間1,000か所ぐらいのプログラムを計画、実施している。その内容はさまざまである。残りの100万ポンドは大企業や銀行などからの寄付。遺言で寄付をしてくれる人もある。ソーシャルサービスとの契約によらないそれらの資金は、NCHが独立性を保つためにも大切なものであるとのこと。

(4) ファミリーセンター・シュアスタート・チルドレンズセンター

いくつものサービスがあるので、それらの違いや共通点についてお尋ねしたところ、次のような説明があった。

ファミリーセンターにはいろいろなものがあり、150か所ぐらい設置されている。年齢的には7歳以下の子どもがいる家族が対象で、何がしかの問題を抱える家族、たとえば貧困地域の家族であったり、養育能力に複雑な問題がある家族などへのサポートを行っている。

シュアスタートは、政府の資金で運営されている。ただし政府から地方自治体にお金が出、地方自治体がNCHと契約することもあるので、実際の運営はNCHということもある。また直接の運営をしなくても、アドバイスをした例もある。シュアスタートのプランは、その地域のニーズによる。

チルドレンズセンターは、4~50箇所あると思うが、もともとはシュアスタートだった。シュアスタートは対象が絞られていたが、チルドレンズセンターはもっと広い層を対象としている。しかし財政的には厳しくなる。というのも、政府の支出金額は増えても、チルドレンズセンター設置数も増えるので、1箇所あたりの金額が減ることになるからである (5-1も参照のこと)。

- *それぞれのサービスはどのように違うのか、あるいは重なっているのか、また、どのサービスをどの地域で行うかは、誰が決めているのかといった点について尋ねてみた。
- *それによると、シュアスタートもチルドレンズセンターもファミリーセンターも同じように見えるが、お金の出所が違い、複雑だとのこと。また、チルドレンズセンターは対象を広げてサービスを行っているが、NCHはもっとターゲットを絞り、専門的なサービスも行っているという。とはいえ、NCHはどのような名前が冠されようと、1970年代からずっと、子どもとの直接的なかかわりを持つ仕事を続けてきているとのこと。
- *なお、どこでどのようなサービスを行うかはNCHが決めるのではなく、シュアスタートは政府が選び、チルドレンズセンターやファミリーセンターはソーシャルサービスがお金を出しているとのこと。したがって、ソーシャルサービスが自分たち自身で運営するかNCHと契約を結ぶかも、ソーシャルサービスが決定する。たとえばウェストミンスター区はすべてのファミリーセンターをNCHに任せており、アセスメントなども依頼されるようである。
- *なお、契約については入札制度があり、どこに契約するかはソーシャルサービスが選択することになる。
- *NCHは信頼されており、そのことにプライドを持っていると話される。ただし失敗がないわけではなく、常にオープンにし、自己点検を怠らないようにしなければならない。実はショーンさんが、そうした点検の役割を担っているという。
- *この国では、うまくいかない事例もたくさんある。機関連携がうまくいっていなければ、ショーンさんが、内部での話し合いだけでなく、それらの機関とも話し合う役割を持っているとのことであった。

(4) 里親について

次に、NCHが行っている里親に関する取組についてお尋ねした。

それによるとNCHは、里親候補をさがし、トレーニングして資格を与え、委託を受けて子育てをする里親のサポートまでやっているとのこと。

里親を希望する人は幅広く、専門家から就労していない人までさまざまで、年配の人もある。普通の方で人間性があれば、「あなたもできますよ」と呼び掛けている。ロンドン、マンチェスター、バーミンガムなどは多文化なので幅広い人種の人たちが必要とされる。そこで募集広告一つにしても工夫がいる。例えばアフリカ・カリブなどの人を求める場合には、彼らが読む新聞とかに広告を出す。他方、子どもを引き受ける前には、困難性をはっきりさせることも必要で、悪いシナリオを聞かせたりもする。それがアセスメントの過程に含まれており、その過程でかなりの人数がドロップアウトしていく。実はそれが成功の鍵だと思っている。アセスメントはグループ場面や個人面接などを通じて行っている。

- * 里親には（経験や研修などを受けることによる）ランクはあるのかを尋ねたところ、10代に得意な里親、障害児に得意な里親などはあるが、ランク付けはしていないとのことであった（4-1に記載されているDfES（2006）による里親制度の改革試案とは対照的であろう）。また先の視察先で少し話題になった「プライベート里親」についてお尋ねしたところ、ビクトリア・クリンビエ事件の例のような無認可里親のことではないだろうかとのお話だった。そうした事件も受けて、このような里親についても、調査しなければならないという法律ができたが、実際には難しいのではないかと話された。
- * 養育費や里親手当についても尋ねてみた。すべてのお金はソーシャルサービスの契約によって支払われるとのこと、決して十分とはいえないとのことであった。ただし、「特徴のある里親」は少しは違うとのこと。先週、里親が子どもを虐待して捕まったという事件があった。お金のためにたくさんの子どもの子どもを預かっていたようで、訪問活動を怠って事件の把握が十分でなかったソーシャルサービスが批判されたという。
- * 大部分の委託はソーシャルサービスが行い、民間へ委託している割合は少ないとのこと。「ソーシャルサービスは簡単なケースをやって、難しいのをこっちに回す」という発言があった。ソーシャルサービスの場合は、すぐに預かってくれる里親を見つけなければならないというプレッシャーもあるらしい。

（5）里親への支援

「今日これから来てもらう里親は素晴らしい人たちだが、それでも適切なサポートが必要である」。最近では子どもの問題が複雑化し、年長の子どもや障害児も増えてきており、難しい行動に対してどのように対応するか、しっかりしたサポートがますます重要であろう。NCHのソーシャルワーカーが里親を訪問して話を聞いたりもしている。ここでは、ひとつの里親グループを支える部署に4～5人のSWがいて、地方自治体の里親よりもよくサポートできていると思うとの説明があった。

ここの里親の強みはどこにあるのかと尋ねたところ、「里親自体は同じ場合もあるが、採用制度、選考制度、訓練システムがよいのだと思う」と回答された。「里親のグループワーク、ピアカウンセリングもしている」「だから子どもにとってもよい結果が得られる」「ソーシャルサービスではそこまで出来ていないのではないか」とのことであった。

オフステッド（Office of Standard Training of Education）から里親レギュレーティングサービスのチェックが入るとのこと、すべての組織が基準に合致するかどうかをみられる。ポイントは採用システム、アセスメント、里親のトレーニングとサポートなどである。

NCHは、サポート、トレーニングを行いながら、里親の定着期間を長くすることにプライドを持って仕事をしている。

- * 「何度も里親が変わる例があり、極端な場合は70ヶ所、80ヶ所の里親をまわったとも聞いたが、そのようなことはあるのか」と質問してみた。

「それだけ変わるののはレアケースだ。確かに委託される子どもの年齢が高くなっていることも

あり、子どもや里親のニーズに合ったものが提供されているかどうかが問題となる。地区によって里親のもつ権限が異なるし、両親が離婚して住む地区が異なったりすると複雑になる。里親委託され、その後親に戻して再び問題が起こって里親に預けるような場合、別の地区に行くと難しい。

里親の数も少ないし、できるだけ家庭で養護するという政府による方向性がある。もし家族に対する早期介入ができたならば、里親に行かなくてすむわけだから」との答えだった（4-1参照）。

（6）リービングケア

里親宅を出て自立した後のフォローについても、さまざまな取り組みをしていることがわかった。以下のような説明をお聞きした。

「いろんな情報を送ってやったり、イベントを催して戻ってくるような取り組みをしたり、保管されている記録を見せることもある。その場合には、特別な（専門の）ソーシャルワーカーが立ち会って配慮する。就労支援もしているし、里親が連絡をとることもある。60歳になった、70歳になった人の会などもある」

（7）記録について

記録のことを尋ねると、NCHには施設のケアを受けた人、里親のケアを受けた人の記録が1869年の開設以来保管されており、すでに8万件にのぼる。リバプール大学図書館に預かってもらっている。中には歴史的価値のあるものもあり、子孫がルーツをたどるためにやってくることもあるという。

本人は記録のコピーを受け取る権利があり、そのような権利が確立される前の記録などは、配慮のない表現がされている場合もあるが、開示する側には、当人が記録を見る場合にダメージを受けないよう配慮する義務が課せられているとのこと。

（8）治療が必要な子どもの援助方針

「里親が何度も変わる場合があるとも聞く。そうだとすると治療が必要な場合は、早く治療施設に入れたらいいと思うのだがどうか」という質問を投げかけてみた。

それに対しては、早期から治療に入ったほうがいいというのはそのとおりだとの回答で、シユアスタートはそのためにあるとの説明だった。そこで、「とても重症な子どもは里親では無理だと思う。最初から治療施設がいいのではないか？」とさらに質問を続けると、「その通り。ものすごく大変な子ども、トップクラスの子どものみはそうだろう」と答えつつ、「しかし5歳以下の子どもでは、いくら治療施設といっても交代制勤務の限界もあり、適切なアタッチメントを提供するのは無理なのではないか。5歳以下なら特別里親を探す」との回答であった。そのかわり、特別な里親を探し、その里親に対して幅広いサポートをすること。実際にも、NCHが運営しているセラピューティックコミュニティは10歳以上を対象にしているとの説明であった。

第2部 里親さんとの面談

対応者 Hale Longpetさん

(インテンスイブフォースタリング・アダプシヨソチームのチーフ)

3人の里親たち (右から)

A) Veda Goodisonさん (NCHの里母。里親経験は6年。現在委託児童はいない)

B) Rodrigo Sanchezさん (NCHの里父。経験は14年。昨年からインテンスイブ・フォースタリング・プログラムの里親をしており、現在触法少年を預かっている)

C) Isaac Odejimiさん (NHCの里親9年目。現在2人の子どもを預かっている)



●インテンスイブ・フォースタリング・プログラムについて

最初に、Rodrigo Sanchezさんが行っている「インテンスイブ・フォースタリング・プログラム」について説明があった。これは犯罪少年に対する制度のようで、最初、東ロンドンNewham区で始まり、現在はロンドン全域およびイングランド南東部で行われている大規模なプログラムだという。

具体的には、9ヶ月以下の刑期となるであろう子どもたちが、刑務所に行く代わりにこのようなプログラムに入る。いわば裁判所から与えられた最後のチャンスで、実際にやっているRodrigoさんのお話では、朝起きて、学校に行って、宿題して、お風呂に入ってという当たり前の日常生活に戻していくとくみなのだそう。他方、家族に対しても、子どもがこうしたケアを受けている間に、家族療法などの治療を受けて、家庭復帰できるようにするとのこと。

これは、米国では20年以上にわたって行われているとのこと。

●委託費用について

里親委託されるということは、地域のケアシステムに入ることであり、子ども一人につき週986ポンドこちらからローカルオーソリティに請求する。そこには、職員の給料なども含まれており、里親へはそのうち400ポンドが渡される。この中にはクリスマスプレゼントや誕生日プレゼントなども含まれる。コンピューター設備など高額な費用があるときは、SSからそのような設備のための費用を出してもらうことになる。

また、子どもを預かっていなくても、里親登録されていると週に200ポンドもらっている。里親にもレスパイトがあって、年間を通じて2週間(取り方は自由)、有給でとることができる

インテンスイブ・フォースタリング・プログラムはユース・ジャスティス・ボードから費用が出る。一週間500ポンド。通学交通費など必要なものも含めての金額である。

●里親となった動機について

それぞれの方が率直にお話してくれました。動機は三者三様です。

- A) 私には二人の実子がいます。すでに成長して今では家を出ていますが、子どもが恋しくて、子どもがどうしているか心配でした。ですから、私の気持ちを埋めるためにということがありました。それに、もし私が誰か他人の子どもの世話をしたら、自分の子どもが誰か他の人に世話してもらえるんじゃないかなってという思いもありました。それが里親になろうとした動機です。
- B) 私の妹が里親をしていたのです。また、妻は保育士でして、モンテッソーリの保育園をやっていました。でもあまりうまくいってなくて、空きがありました。そこで、妹の里子を呼んだんです。このやり方が子どもにあってると感じて、保育園を閉じたときに、私も里親になってこういうことを続けようと思ったんです。
- C) 私の両親はナイジェリアで牧師をしていました。コミュニティの信頼があり、地域の方は家族内でトラブルなどがあるとよく教会に来ていました。人の絆、人と人とのつながりがあるというのが自然な環境でした。

私は15年前に英国に来たんですが、ここで何をすればいいのかを考えた。まずは楽しんでできることをしようと思いました。里親になって地域へ貢献するというのは、自分たちを犠牲にすることにもなりますが、子どもの将来への貢献になるのでハッピーだと感じています。

●実際に里親になるまでのプロセスについて

里親として認められるまでのプロセスをお尋ねしたが、日本よりもずっと長い調査と研修期間が設定されていることがわかった。

- C) 10年前に地元新聞紙で里親募集の広告見て応募しました。最初のインタビューがあり、そのあとでトレーニングコースに来るように誘われました。研修が終わるのに、6ヶ月くらいかかりました。

何かをしたいということと実際にできることとは違います。アセスメント・オフィサー（調査担当者）が家庭訪問してきて、（基準に照らして）チェックされました。とても侵入的な質問もされました。健康とか、家族背景、被虐待経験が自分にあるかどうか、家族の価値観なども問われました。（イギリスで大切にされている）equal opportunity（機会の均等性）、つまり人種差別、性差別、宗教的な差別などせずに仕事ができるかどうかということについても聞かれました。さらに、自分ひとりだけでなく家族メンバー全員が里親を支えるかどうかも確かめられました。アセスメントが行われて里親として承認されるまでには長い期間がかかりますし、本当にやるぞ、という大きな決意が必要です。

トレーニングの中には法律的なことも含まれています。また、子どもとどう関わるか、健康をどう取り扱うか、例えば麻薬のサインをどのようにして見つけるかということも大切ですし、仮にそのようなことを発見した場合、子どもを責めるのではなく問題をうまく取り上げて解決にもっていく方法も学ばなければなりません。

それに里親は健康でなければならないので、2、3年に一回はGP（家庭医）の健康診断も受けなければなりません。もちろん犯罪歴はチェックされますし、特に子どもに関する犯罪歴は厳しく見られます。

●里親へのサポート

Cさんはこれだけのことを話した上で、NCHからしっかりしたサポートがあるのだと付け加えてくれました。

C) サポートはいつでもあります。スーパーバイズしてくれるソーシャルワーカーが必ずいてくれますし、子どもにも別のSWがいます。子どもに対して24時間のサポートがあって、仮に子どもが自分の家で安全だと思わなければ、「里親がこんな風に私に触るのが嫌だ」と電話すればいい。そうすると直ちに子どもを移した上で、事後調査があります。一方里親が、「この子どもを預かるのは難しい」とか「不愉快だ」と思えば、いつでも相談にいきます。里親にも24時間のサービスがあり、5時以降であっても、必ずひとは電話を受ける人がいてくれます。

●里親をしていて大変だったこと、苦労はどんなことですか？

この質問には、3人が思い思いにお話してくれた。

C) 預かっていた子どもから強盗にあったことがあります。コンピューターや妻の車がむちゃくちゃにされた。ドラッグを使う子もいるし……。自分にも子どもがいるので自分たち自身も守らなければならない、かなり難しいですね。

A) もっとも難しいのは、分離です。子どもが小さいときに自分のところへくれば、自分自身で1ヶ月くらいかけてアセスメントし、プログラムをつくり、目標も決めます。それでとても子どもと親しくなっていく。だから、子どもが自分の家から出て行くときに、もうすごく悲しい。bereavement（ビリーブメント）、喪の作業がとっても難しい。

それに、ケアを受けている子どもは、自分の親とうまくいかない場合がある。私は生みの親ともいい関係をつくりたいのだが、子どもが自分のところで成長していくと、実親が嫉妬することがある。実親との関係をうまく調整していくのは難しい。

B) 里親に対して子どもがいい反応をすると、実親がその関係を台無しにしようとするところがある。SSはケアプランをたてるが、ソーシャルワーカーはいつも変わるし、そのたびに目標やケアプランが変わって継続性が維持できない。医者、心理士、教育者、誰であっても交代すれば、継続性を維持していくことは難しい。

それから、6ヶ月に1回レビューをするが、6ヶ月たってもかわってないと思うことが辛い。理想的にはすべての関係者の努力が相乗効果をもたらせばよいのだが……。子どもの権利、何が重要かということについて訴え続けたいといけませんが、その点も難しい。

Mag) 里親さんには、子どもの情報をできるだけすべて渡したいのだが、全部がわかっているわけではない。たとえば預かってもらったあとで「夜尿がある。聞いていなかった」と里親さんが驚

いてしまうといったこともある。

*こちらから「子どもの暴力やパニック、生活習慣が身についてないといったことで困るのではありませんか？」という質問をしてみたところ、マネージャーから次のような説明があり、つづいてCさんがお話してくれた。

子どもたちが暴力に訴える場合があることはわかっているのですが、そのための研修も実施している。具体的な対応については、距離をおいて落ち着くのを待つのが基本だとのこと。家族に脅威になる場合は警察を呼ぶ。また後ろから抱えるといった方法のトレーニングも受けているが、あくまでも最後の手段として考えているとのことであった。これらはすべて政府の方針に従っており、こうしたことについてのトレーニング・プログラムの組織があるという。

また、トレーニング自体も、それでいいのかどうか、常に見直しをしている。家庭というセッティングでは難しいこともあり、もし押さえつけるといった方法をとった場合には、そのあとで里親がしっかり話せるようにしている。子どもの安全も大切だが、里親の安全も大事なことである。

C) 私は、里親が子どもたちのボスではないことを話すようにしています。里親の上にさらに権威を持つ人がいることをわからせるんです。たとえば、200ポンドもするような携帯電話を買って欲しいと言われると、「ノー」と言わねばならないと知っていても、「上に聞いてみようね」と返答しています。それで問題を回避することが出来るし、その子どもを否定しなくてもすむわけです。プロセスを踏んでいくのです。

●子ども自身が抱えている問題について

里親の大変さは子どもの問題に起因することも多く、そのあたりでの苦労をお尋ねしてみた。

B) 性的虐待を受けていた子どもを預かったが、それは大変だった。両親ともから性的虐待を受けていた7歳の女兒でした。3～4歳の妹と一緒にやってきたのだけれど、愛情に飢えていたのでしょう、誰かに不必要に体を接触する方法でしか愛情を求められないわけです。ある時、私の9歳になる娘がベッドルームをあけると、姉妹が裸でいて、姉が不適切に3歳の子に触っていたんです。それを妹も嫌がっていませんでした。学校でも服を脱いで困ると言っていましたし、それしか愛情を確かめられないのだろうとはわかっていたんですが、私も慣れておらず、どうしていいかわかりませんでした。そのときはNCHではなく、別の機関から預かっていたのですが、助けを求めました。

サポートを受けて、よいタッチと悪いタッチなどを教えたんですが、やはり難しく、結局、姉妹を別々の里親に預けることになりました。子どものダメージが大きすぎると、特別な里親でのケアが必要となります。

A) 私のところに来る子どもも、身体的虐待とか性的虐待を受けた子が多いですね。母親が出て行ってしまって、アパートにひとりで3日間残されていたため、私のところに来た7歳の女兒がいました。ところが、夜中になると毎晩目を覚まして、家中を探すんです。要するに自分が一人でな

いことを確かめていたんですね。こちらも夜に休めなくて大変でした。しかも日中はとても過活動で大変でしたから。

この事例でもたくさんのサポートを受けました。ただしSSはあまりサポーターじゃなかったですね。それは非常に残念でした。それでは里親にとっても子どもにとっても、とてもよくありません。

B) 私の妹は、胎内で薬物に暴露された赤ちゃん（ヘロイン・アディクトのある）をケアをしたことがあって、とても大変でしたね。

*このような話の後で、前半での質問「何度も里親が変わる例があり、極端な場合は70ヶ所、80ヶ所の里親をまわったとも聞いたが、そのようなことはあるのか」をショーンさんが思い出し、「何10ヶ所も変わるのは複雑な問題を抱えていることと、サポートが少ないからだということがわかりでしょうか」と付け加えられた。

●子どもへの説明

里親委託される際に、子どもにはどのように説明しているのかを尋ねたところ、スタッフが「状況にもよるけれど、率直に説明している」と話された。年長児であれば状況はわかっているだろうし、3歳ぐらいの子であれば、物語を読みながら、絵を描きながら伝えることもあるとのことであった。

●里親が預かる期間、人数など

*何人ぐらいの子どもを預かってきましたか？ またひとりの子どもを預かる期間はどれぐらいですか？

C) これまでで15人以上の子どもを預かりました。最長2年です。最短は5分。その子は「またね」って言って出て行っちゃった。実は東ヨーロッパの難民の子で、ケアシステムにのっていると利益を得られるということでやってきた。行く先も決まっていたという特殊な例でした。

B) 私は20人以上あずかっています。一晩だけの子どもが1人。最長で7年近くいました。

A) 私は10人預かりました。最短の子は2晩、最長で18ヶ月ですね。

*いつときに何人を預かるのかという質問には、それぞれが口々に答えてくれたが、NCHの基準で上限は3人と決まっており、家の大きさや、アセスメントによって決まるとのこと。ただし、きょうだいなら5人一緒にということもあるとのこと。

B) 4人きょうだいを預かったことがあります。ただし一人は3ヶ月後に他の里親宅に出て行きました。実母と操作して里親をだめにしようとする行為があったからです。残った3人のきょうだいは3年間生活しました。

ショーンさん) Cさんは、犯罪少年を預かっています。ただしインテンシブ・フォスターリング・プログラムによるものではありません。判決が出るまでの2,3ヶ月間、家に帰ることもできず、犯罪を犯した地域の近くにも住めないという事情で預かっているわけです。

*こども、こんな回答をしてくれたが、総じて委託期間は短く、かつそれぞれの里親がたくさ

んの児童を引き受けていることがわかった。

なお、イングランドおよびウェールズでは、NCHが関わっている里親委託の子どもは180人ぐらいとのこと。

●アフターフォローについて

里親宅から自立するなどして離れていった子どもとの関係についてもお尋ねしてみた。

C) ほとんどみんなと会っていますよ。子どもたちは、いざ出て行くとなると、こちらが「こういうときにはこうするんだ、こんな場合は……」とあれこれ話してやっても、「もういいわかってる」と相手にしない。ところがたった2週間で戻ってきて、「これ、どうするの?」という調子。だから我が家はいつもオープンにしています。今、大学生になっている子は、私のことを「おじちゃん」と呼んでいます。

いくら注意しても聞かずに麻薬売買を続けていた子がいたのですが、逮捕されて、3回も手紙を書いてきた。私の家にもう一度帰りたいというわけです。結局再度戻ってきてここで生活し、その後は独立して、結婚して、今は車の売買をしています。

A) みんな戻ってきます。電話してきたりね。里子が赤ちゃんを産んで赤ちゃんを見せに来ました。私はおばあちゃんになったんです。赤ちゃんのことで困ったら相談に来るし、お金に困ったら相談にくる。少しあげたりします(笑)。いい関係を持っていきたいもの。

●幼稚園・保育園・学校との関係について

ケアシステムに入っているため、学校でもプロジェクトを作って対応することになるとのことで、それでも問題があれば、里親が直接学校の会議に参加することもあるとのこと。

C) 私は年長の子を預かることが多いんですが、16歳以上の子どもはカレッジに行くほうがいいと思っています。することがないと問題も起こりやすいですしね。カレッジ選びには積極的になって一緒に行きます。

B) 学校の理解はいいと思います。

*ケアを受けている子どもに対する理解や取り組みは、査察ポイントにもなっているとのこと。もちろん問題がある地域もあるし、精神保健の問題を抱えている子どもに対する治療はまだ不十分で、時にケアシステムにいる子どもの比率が高いという。しかし、不利な立場でスタートした子どもが、よい教育を受け、成果を持って社会に出て行くことは将来につながるので、力を入れていきたいと、スタッフの方は話されていた。

B) 学校とよい関係をとるのは重要な仕事だと思っています。ともかく、ケアシステムに入ってきたらすぐにプランを立てるためのミーティングをもつことが大事ですね。

A) ケアを受ける子どもたちは、すごく破壊的なこともありますし、そのような場合は、地元の学校ではなく、スペシャルユニット(People's referral unitなど)から始めることもあります。名前は地域によって異なりますが……。

●近隣との関係について

B) 子どもが地域の子どもたちと交わることは、基本的には奨励します。もちろん、どういう友だちかにもよるけれど……。だから注意もしますし、チェックもします。

ただね、今まで大変なケースの話ばかりしてきましたけれど、ぜんぜん普通の子もいるんですよ。親が面倒を見ることができなかつただけで、学校でちゃんとしている子もいるんです。

*スタッフが、「時には里親をいい目でみない地域もある。たとえばBさんのところで預かってもらった子どもにはちょっとした犯罪歴があったので、警察に電話をかけられたり、偏見もある」と話された。それを受けて、改めて地域の理解はあるのかを尋ねてみた。

B) とても尊重されていますよ。

A) いい仕事をしていると思われています。

こんなお二人の発言を受けて、Cさんは次のように話されました。

C) もちろん、いい仕事をしていると思っているけれど、中には自己中心的な人もいて、「そんな子を受け入れてはいけない」「(自分の)子どものためにもよくない」という人もいます。でも、助けを必要としている子どもたちは実際にいるわけですから、私はそういう人に対しては「誰もしなかったら誰がするんだ」と返事しています。

以上が3人の里親さんのお話でしたが、皆さんが里親であることに誇りを持っており、お話の最中に笑い声もしばしば見られたように、大変な苦勞をしながらも、明るくお話してくださったのが、大変印象的だった。

(川崎二三彦)

<引用文献>

Department of education and skills. (2006). Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care.

8-2. The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust Fostering, Adoption and Kinship Care Team

—タビストック・ポートマン国民保健サービス・ファンデーション 里親・養子縁組・近親者ケアチーム—

訪問日 2007年4月18日 8:45～12:30

所在地 Tavistock Centre 120 Belsize Lane London NW3 5BA

対応者 Sara Barratt (Team Chair) 氏

Julia Granville氏

[] は報告者が付記したことを示す。

(1) はじめに：タビストック・クリニックとは

タビストック・クリニックでは、養子・里子の家族支援をしているチームの話聞いた。タビストック・クリニックとは、タビストック・ポートマン国民保健サービス・ファンデーション・トラスト



(写真1) タビストックセンター玄関前

(Tavistock and Portman National Health Service Foundation Trust ; 以下、タビストックNHSFTと略する) の外来クリニック部門を指す。タビストックNHSFTは、英国における心理療法的アプローチによる精神保健サービスの中心的機関の一つであり、外来クリニック・司法調査部門 (outpatient clinical and forensic services)、研修部門 (postgraduate training and academic courses)、研究部門、コンサルタント部門の4部門から成る。外来クリニック・司法調査部

門には3つの分野があり、子ども・家庭分野 (Child and Family Directorate)、思春期分野 (Adolescent Directorate)、成人分野 (Adult Directorate) がある。

さらに、子ども・家庭分野の中にはいくつかのチームがある。例えば自閉性障害・自閉症スペクトラムサービス (Autism and Autistic Spectrum Disorders Service)、児童虐待保護に関するサービス (Child Protection work)、身体障害児のいる家族へのサービス (Families with Physical Illness) などがあり、今回話を伺った里親・養子縁組・近親者ケアチーム (Fostering, Adoption and Kinship Care Team) もそのうちの一つである。

タビストックによる紹介文 (HPに掲載 ; <http://www.tavi-port.org/>) によれば、このチームの活動

は「情緒・行動上の問題を抱えるlooked after の子どもと青年、およびその養育者、養父母、養育者となった親族・友人 (kinship carer) に対して、多分野連携的臨床サービスを提供する」とされる。多分野連携というのはこのチームの大きな特徴であり、チームには児童精神科医 (Child & Adolescent Psychiatrists)、家族心理士 (Family Therapists)、ソーシャルワーカー (Social Workers)、児童青年期セイコセラピスト (Child & Adolescent Psychotherapists)、臨床心理士 (Clinical Psychologist; 主に認知行動療法を専門とする人を指すことが多いとのこと)、教育心理士 (Educational Psychologists) など多領域に渡る専門家がいます。これらの専門家が、アセスメントや長



(写真2) タビストックセンター受付

期間にわたる個人心理療法・家族療法、親グループや親対象のセミナー、およびコンサルテーションを行い、里親・養子縁組に移行する準備段階から里親・養子縁組後に生じる問題まで、包括的な対応を行っている。同時に、ソーシャルサービスから依頼を受けて、子どもの処遇に必要なアセスメントとコンサルテーションを行うこともある。

専門家の研修も行っている。日本では、タビストックは精神分析的アプローチの中心地であると紹介されることも多いが、これは成人分野に顕著な傾向だそうだ。視察中に会った日本人訓練生によれば、子ども・家庭分野でも子どもへのセラピーは精神分析的オリエンテーションで行われるが、訓練の主眼は「他領域の人といかにきちんと議論ができるか」ということにおかれているとのことであり、「多分野連携」がキーワードとされるとのことだった。

(2) チームミーティング

対応していただいたSara Barratt氏は里親・養子縁組・近親者ケアチームの主任 (Team Chair) であり、家族臨床とソーシャルワークを専門としている。最初にBarratt氏からタビストックの概要の説明があり、次に定例のチームミーティングの陪席をさせて頂いた。

★チームミーティング

チームミーティングの参加者は、上記のように多彩な分野にまたがる専門家や訓練生たちである。当日は、イースター休暇直後ということもあり、全員が参加しているというわけではなかった。クライアント向けのセミナーの計画やインテーク面接の予定などともに、ケースに関するディスカッションも行われた。

ケース会議では、5つの事例の報告と討論が行われた。今回はその中から3つを簡単に紹介する。検討は特にレジメが準備されているわけでもなく、口頭でケース概要が報告された。質疑応答と議論がテキパキと進められ、短時間で必要な方向性が提示されていった。また各自が多領域に渡る専門性を

有しているにもかかわらず、それぞれの専門用語が飛び交うわけでも、ある専門性の意見が強く打ち出されるわけでもなく、ディスカッションはスムーズだったのが印象的である。

ケース1 2歳半の男児；養育者が9ヶ所変わったケース

○ケース概要

里親・施設を9ヶ所転々としている2歳半の男児の事例。9回の中には実親や養子縁組との生活も含まれている。最後の養子縁組が1年半前に破綻し、現在は別の里親のところにいるが、再度養子縁組を試みようかという話がある。タビストックでは、男児および現在の里親との面接を行っており、さらに次に養子縁組が予定されている養親との面接も行っている¹⁾。子ども一人に対して箱が一つ準備されており、その中に必要なおもちゃが入っていて、セッション毎にその箱を持ち込むことになることだった。

タビストックとの関わりは、1年半前に養子が破綻し、男児が大変な状態のときに紹介されたのがきっかけである。男児にはきょうだいがいと一緒に養子縁組されていたが、本児のみが破綻となったために、ダメージが大きかったという。

ディスカッションしたいことは、週1回の心理療法を通して男児がどのように変わったか、里親の方もどのように変わったか、についてとのことであった。精神科医と児童青年期サイコセラピストが担当しており、親には精神科医が会っている。

○話し合われたこと

来談当初の男児は凍りついたような表情で、「完璧ないい子」であった。心理療法でもセラピストに食べ物をふるまうという内容が見られた。現在の里親とは非常にうまくいっており、里親と分離して面接室に入るのに数ヶ月かかった。入室するときには、字が読めないにもかかわらず絵本を持って入るのが常であった。絵本の内容はすべて「子どもが住む場所を探す話」だった。次第にわざと物を壊すなどの攻撃性・破壊性の発露が始まった。セラピーの流れとしては、「いい子」から自分の怒りや悲しみを表現できるようになってきたと言えるだろう。しかし、次の養子縁組の試みがなされているので、里親との別離が今後の問題となる。

ケース2 レズビアンカップルと息子のケース

○ケース概要

レズビアンカップルの養育者と男児のケース。ケースワーカー（以下CW）をはじめ、関係者は現在のプレイスメント（処遇）が適切かどうか疑問を持っている。養育者からは「子どもを治してほしい」という希望があったが、養育者自身のアセスメントやセラピーは拒否し、子どもと親に関する過

1 タビストックでは、子どもの心理療法は精神分析のクライン学派に基づいて行われており、日本で一般的に行われる遊戯療法とは異なる。子ども用の面接室にはおもちゃなどは一切ない（写真3）。子ども一人に対して箱が一つ準備されており、その中に必要なおもちゃが入っていて、セッション毎にその箱を持ち込むことになることだった。

去から現在にわたる必要な情報も集められていない。セラピストらは養育者と会い続けるのを困難に感じていて、担当者を変えた方がよいのではないかと感じている。

○話し合われたこと

セラピストらが、養育者の何について心配をしているのかを明確にする質問がされた。「養育者は鬱の既往歴があり、『子どもと会っているとエネルギーが吸い取られる』と言う一方で、学校でも『この子が私を必要とするから』と言って決して離れようとしない。母子の境界がないので男児が心配だ」との答えだった。養育者はその心配を知っているのか、という質問に対して「ソーシャルサービスに宛てたレポートに記載した。レポートは親も読むことになっているので、今頃それを読んでいるはずだ」との答えだった。生活が安定しない状態でセラピーを提供することについて議論がされたが、養育者2人と男児に個別のセラピーを提供することになり、養育者2人と子ども1人計3人の治療者が手配された。

ケース3 ソーシャルサービスに通告することになった14歳男児のケース

○事例の概要

南米から養子にきた14歳の男児の事例。関係各所から本児の精神医学的診断の必要性を訴える連絡が届いている。学校をさぼる、反抗的な態度をとる、電車のレールの上を歩いていた、家の中を壊す、飲酒するなど種々の問題行動が出ている。ソーシャルサービスにも病院や警察から3回通告したが動いてくれない。

○話し合われたこと

来談経緯についての質問があり、養親の親類が精神保健関係者であったため、自主来談 (self referral) してきたケースであることがわかる。親は本児に精神医学的問題があると訴えるが、「本児の問題は本児の中にあるのではなく、人間関係の中にある」との見立てが話し合われた。しかし、現在は精神保健の事例というよりは安全性の確保が第一優先なので、一度親に会い、専門家集団としてもう一度ソーシャルサービスに通告をして、ケースを終結にすることとなった。

他にも、きょうだい3人が別々の里親のところ暮らししており、うち2人がHIVポジティブのケースやなかなか来談しないケースをどのようにして促すかについて話し合われたケースもあった。



(写真3) 子ども用の面接室

★質疑応答

Q ケース1のように里親を幾度も変わるケースが多いと聞くが、生活の場が変わるのは治療に影響するのではないか？

A 養子縁組・里親が破綻すればするほど子どもの精神的ダメージは大きい。タビストックで長期的に関わる場合は養子縁組されていることが多い。家庭環境が安定している状況でないとセラピーはしないのが原則だからだ。現在、政府の政策で養子縁組は6歳以上からとなっている。しかしそれまでに居所の移動が多く、養子縁組をできる年頃には子どもの状態は難しくなっている。

Q どうして養育の場が転々と移動するのか？

A それにはいろいろな意見がある。被虐待児も多いし、里親の絶対数が少ないので、ここが一番良いというところに行けないため、処遇先が難しくなっている。また、SSDのソーシャルワーカー（以下SW）の仕事が大変なので長続きせず、その点でも子どもは切れ切れの経験が多くなる。さらにコミュニティが多人種なので、ロンドンでは地域への所属感が少ないことも移動が多くなる原因としてあげられる。

また、“Transitional work（移行ワーク）”を行うこともある。これは里親と一緒に面接を重ねて、この子にとって最善の次なる処遇先はどこか、この子には何が必要なのかを一緒に探すものである。

Q それと同時に里親と長く暮らせるように、治療的サポートすることはする？

A それはある。そこでの処遇が長く続くように親をサポートワークもする。

Q 家庭訪問はするのか？

A しない。

Q 親子一緒に面接するのか？

A 最初は親子一緒に会う。そこでアセスメントをし、必要に応じて里親は個別にペアレンティンク・セッションを受けたりする。子どもには児童青年期サイコセラピストがセラピーをすることもある。児童青年期サイコセラピストは、子どもの心理的アセスメントをする。里親が子どもの行動の背景を理解する情報にもなるし、子どもが誰か新しい人と関係を作れる準備性が整っているかどうかなどの見立てをソーシャルワーカーに説明することで、処遇先を考える材料にもなる。

Q 多職種が集まって議論しているが、子ども理解のアプローチの枠組みが一緒である感じがした。精神分析理論が協働の枠組みにあるのか？

A チームのメンバーはそれぞれ違うバックグラウンドを持つ訓練を受けている。私はシステム的な見方をするが、認知行動療法家や児童青年期サイコセラピストもいるし、ソーシャルワークの観点から見る人もいる。だからもちろん、意見が一致しないこともある。

Q それではそれぞれの見方が統合されているということだろうか？

A 一つの事例に長い期間関わっていると、今はファミリーワーク、今は子どもの心理面のセラピーなど、時期によって必要な援助が変わっていく。多職種がいるからフレキシブルに対応ができる。これしか正解はないと考えると、何かが抜け落ちることになると思う。特にアセスメントのときは違う職種の二人組で入り、違う視点で見るようにしている。

Q アセスメントの流れやフォーマットは？

A まず、アセスメント・セッションを持つ。最初のアセスメントのときは、すでに家族に関わっている専門家がいたらその人たちも含めて全員セッションに入ってもらい、2人の担当者が対応する。それに加えてワンウェーミラーの裏でも2人見ている。

Q すばらしいシステムですね。

A 言うほど簡単ではないのですがね（笑）。理想としてはそんなふうにしたい。ただし、あまりにもたくさんリファーカーがくるので、部屋が足りなくてできないときもあるのです。

Q アセスメントのフォーマットはあるのか？

A 理論的には、2回アセスメントのセッションを行い、その結果を書類にまとめる。それをグループに持ち帰って、ケース担当者を決める。しかし、実際はアセスメント面接を始めて来談者と関係ができると、そのままその担当者がケースを続けることが多い。少なくともアセスメント面接に入った2人のうちのどちらか1人は残るようにして、アセスメント面接から連続性ができるようにしている。連続性は大事だ。例えば今後はファミリーワークが必要になる、というときにはファミリーセラピストがケースを引き継ぐし、精神医学的診断が必要なときには児童精神科医が入るが、そんな場合にも担当者が一人は残るようにしている。

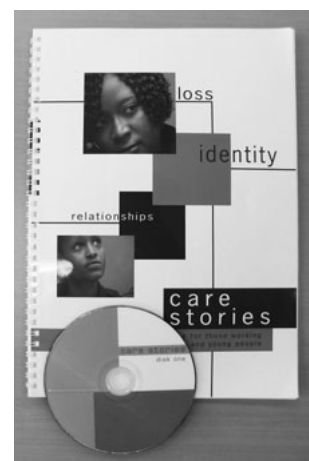
(3) DVD “Care Stories” 鑑賞

—ケアシステムから自立した子どもたちへのインタビュー記録—

★鑑賞したDVD²

Julia Granville and Beth Miller (eds.) Care Stories : A training film and book for those working with looked-after children and young people. Edited by The Tavistock and Portman NHS Trust, 2006.

DVD “Care Stories” は、タビストック・クリニックとハリンゲイ区が協同して製作されたものである。looked-afterの子どもが自分の経験をインタビューに収めた記録で、専門家や養育者のトレーニングに利用するために作られた。実際にインタビューから映像の編集までを行ったのは、ロンドンメトロポリタン大学の学生である（Introductionより）。



(写真4) DVD “Care Stories” とテキスト

○DVDの紹介

タビストックでは、ハリンゲイ区にlooked-afterの児童・青年のための出張センターを作った。こ

² 子どもの虹情報研修センターで所蔵。

れは特にリービングケア（自立援助）のためのものであり、多職種で構成されている。タビストックからもスタッフがそこに赴き、例えば里親のためのグループセラピーをしたりしている。

そこで改良を重ねてできたのが、1学期を1サイクルとした短期サイコセラピーである。まずそれに参加することでサイコセラピーに親しんで、どんなものを味わうきっかけとなり、自分の問題について別の見方をしてみる経験になる。そうしておくことで、別の区で養子縁組となったときに、こちらから地元の関係機関にリファラーをして、長期のサイコセラピーになじみやすくすることができる。

様々な問題を抱えている子どもたちといかにつながるかという方法を色々考えた。自分の内的世界について考える下地が出ていない子どもに対して、どのようにしたらよいか。このプロジェクトはまずニーズアセスメントから始めた。そのためにケアシステムから自立した（care leaver）子どもたちの話を聞くことになった。やがて地元のロンドンメトロポリタン大学と提携する話が出た。メディアを専攻している学生が、ケアシステムから自立をする同年代の子どもにインタビューをするプロジェクトが始まったのだ。これには二重の利点があった。メディアの学生たちにとっては一つのものを作り出す経験ができ、自立をする子どもにとっては、自分についての話を語ることができた。ともに時間をすごして一緒に作り上げていったのだ。思うことがあったのか、その後、セラピーをうけたいと言う者もあった。

あらかじめ、訓練用のビデオにしたいと言って参加を募ったが、中には顔は隠している子もいる。登場する子どもの人種はマイノリティばかりだが、たまたまそういう子が多かったからで、なんら意図はない。

DVD第I部（26分）の前半は、以下のテーマ別に子どもたちのインタビューが編集されている。

Loss——喪失をめぐって	Trust——「信頼すること」をめぐって
Belonging——所属感をめぐって	Identity——アイデンティティをめぐって
Change——変化をめぐって	Leaving Care——自立援助をめぐって
Carers——養育者たちをめぐって	The future——「将来」をめぐって
Therapy——セラピーをめぐって	

後半には児童虐待に関わる専門職が、*Care Stories*であげられているテーマに関してコメントを述べている。DVD第II部は、子どもたちのうち3名のインタビュー全編が収録されている。

○ケアシステムを振り返って…子どもの言葉——DVD第一部より

*Care Stories*には印象的な子どもの言葉が散見する。そのうちのいくつかをここに引用して紹介する。

■処遇先の変更が多いことについて

他人との関係を築く土台が根本からめちゃくちゃになってるのよ。何回も何回も移動したし、あまりにたくさんの人とあまりにたくさん関係を作ってきたからね。いい関係もあったし、悪いのもあった。今じゃ心の奥底から人を信じるってことができなくなってしまった…。人生をつなげている鎖がひとつかけらなくなってしまったようなものよ。取り戻すにはものすごく大変よ。

…それからその途中で自尊心をなくしてしまうの。あちこち移ってる間に、自分自身をなくして、自尊心をなくしてしまうのよ…。いったんなくしちゃうとね、私は思うんだけど、子どもの多くが犯罪に行き着いちゃうでしょう。あれはそんなふうにして自分自身をなくしちゃったからじゃないかな。

■養育者（里親）について

「こんな人知らない」って思ったわ。居心地悪かった。すごくいい人だったわよ。でも、よく知らない人だったし、私の家族じゃなかった…。家にいるときはジャケットを脱げなかったの。着たまま寝たし、着たまま起きた。トイレとかそういうのも使いたくなかったし。しばらくしたら慣れたけどね。

彼女〔里親〕はよかったわよ。本を読み聞かせてくれたしね。例えば学校に行ってる時にね、宿題はあるの？って訊いてくれたのは彼女が初めてだった。私がわかんない時にはテーブルに座ってくれて、全部教えてくれて、終わったら、これでいいわ、おやすみなさい、とか言ってくれたのよ。

今までぐり抜けてきたことのせいで、信じるのがものすごく難しかったのよ、私の里親を。親はできることを何だってやってくれたけど、でも信じられなかった。自分の中に入ってこられるのを許せなかったし、そのせいでいつも口論になってたわ。

お金のためなら、里親はしないでほしい。子どものためにケアをしてくれるのが理想の里親なんだ。

■アイデンティティについて

私は白人の家族と住んでいた。…周りに黒人はいなかったから。そのせいで自分はいったい何者なのか混乱したの。

私はいつも同じ民族、トリニダードトバゴから来た人たちのところに行かされた。そういうのは嫌だったわ。「どうしてトリニダード人のところに行かされるの？ 私がトリニダード人だからって、トリニダード人の家族に行かせることないでしょ」って思った。子どもの世話をちゃんとしてくれるところなら、誰だっていいの、喜んで行ったわ。

〔*人種的・民族的・宗教的背景をマッチされるのがよいという研究結果があるが、専門家の間でも議論になっているところだそうだ〕

■ケアシステムについて

本当はね、ソーシャルサービスが私の家族なのよ。助けて欲しいときはいつだって誰かに電話できるし、言ってみれば、女性になることについて教えてくれたのも、一人で暮らすことについて教えてくれたのも彼らだわ。ややこしい質問、普通だったら親が答えてくれる質問に答えてくれたのは、彼らだったのよ。

家を出るときは洋服や本なんかを荷詰めして、人生もいっしょに詰めるのよ…見えないものまでいっしょに詰めるの…それは紙よ。見えないの、誰かが私について提案したもの、私について書いたもの、読んだものだからね。それはずっとついてまわる。それについて私が何か言ったりしたりできやしないの…もし目の前にあったら「それは違うよ」って言えるけど、誰も見せてくれない…情報を自分たちの中だけでわけあってるのよ。

いったい何人の人に会ったのか、何人の親やら親っぽくふるまおうとした人やら…ソーシャルサービスが何人の人を寄越してくれたか…関係者会議で何人の人を見たか——一生とおしても実際には会ってない人が何人いるか…部屋に誰かと一緒に…12人くらいの人と一緒に座っててね、みんな誰か一人のことについて話してる。その誰かは私なのよ。

○DVDを見ながらの質疑応答

Q 里親がいくつも変わる背景には何があるのか？

A 複雑な問題だ。理想的には変更がないようにとは思っている。しかし子どもの中には大変難しい子どももいる。子ども自身がものすごく大変なときもあるし、中には里親側が、まるで普通の子を受け入れるかのように思っている場合もある。基本的には里親と子どものマッチングを考えようということになっているが、緊急保護時には「ここしかあいてないから」ということもある。最初は短期のつもりで預けても、結局、長期里親に移らざるを得なくなることもある。

また、できるだけ実親の元に帰そうという政府の方針があるので、状況が改善すると実親に帰すが、やっぱりだめになったりして、再び里親の元に移ったりする。「可能な限り実親の元に帰すこと」という政府方針があるので (Department of Education and Skills, 2006)、それには従わないといけないのだが、現実的には難しい点だ。

Q 里親では対応が困難で、施設の枠組みの方がよいだらうというケースはないのだろうか？

A 何年も前には養護施設があったのだが、政府の方針が変わって、里親による家庭的なケアにしないといけないという方針になり、施設がなくなっていった。そこで代わりに専門的な里親として、「治療的里親」を訓練しようとしているが、それほど進んでいないのが実情だ。まだ施設も残っているが訓練がされていない。そのため、里親・養子縁組不調を繰り返したもっとも大変な子どもが、もっとも訓練されていないところ (施設) に集まってしまう現状になっている。

現在、精神的問題があるわけではないが、家庭的環境では住めない子どもに対する対応として、三種類の階層を作るという方針が考えられている (第4章 (1) 里親による支援の項参照)。ラン

クに応じて里親に支払われる金銭、受けなければならない訓練も異なるが、それもまた問題がある。タビストックではこの案に対する意見書を出したとのことだった（DfES, 2007bにまとめられている）。この制度の下では、深刻な問題を抱える子どもはレベル3の里親の元で暮らすことになり、比較的安定した暮らしを送ることができるように見える。しかし、レベル3の里親の元で言動が安定すると、専門性が要求されない里親の元に移ることになる。これでは一貫した家庭的環境での養育という政府方針に反することになる。その点が課題ではないかということだった。

●DVDを見終わって

Q 様々な子どもの声があったが、共通するテーマは何だろう？

A 「家族の喪失」だろう。養育者、ソーシャルワーカーが次々と変わっていく中で、「自分が誰か」ということや、関係を作る能力が失われていくのだろう。

Q では臨床的には、グリーフワーク（喪の作業）をするのか？

A 特にグリーフワークという枠組みでは行わない。臨床ですることは、どのようにして新しい家族に出会うのか、という点や、自分の親が抱えていた大変さ、精神障害、暴力について知り、考えることだ。しかし、子どもは「自分が悪かったからだ」と自分を責める傾向があって、親の大変さということについては話したくないという子もいる。臨床的には、「今ここ」での実際的な問題を扱うことになる。また養育者に対しては、子どもの行動の背景を説明し、それを子ども自身にも説明する。

Q 子どもを治療するには里親を支えるのが一番大切だろうと思うが、具体的な方法は？

A その通りだ。子どもの個別療法をしないで、親子一緒にサポートをすることも多い。里親のサポートが主眼の場合には、子どもだけを切り離してのセラピーは基本的にはしない。時には養育者だけと会い、子どもと会わないこともある。ポイントは、養育者が子どもの行動を理解できるようにサポートすることにある。養育者自身のストーリーや生活にも話が入り込んでいくこともあるが、そういう問題が、子どもとの相性が合うか合わないかに関わってくる時に聞く。子どもと暮らしていると困難なことが起こるけれども、里親が自分個人を責めないように助けている。

養育者のグループも行っている。2種類あり、一つは行動マネジメントについて、もう一つは月に1回行われるサポートグループで参加者同士が自由に話す機会を作っている。里親は混乱した感情を経験し、自分がよい親、よい人であることが揺るがされる体験をする。グループで話すことで「みんな一緒である」と知ることが大切なのだ。

Q 里親の大変さは、子どもからの攻撃性が一番だろうか？

A 最初に来談するときは、子どもの攻撃性・破壊性・物を盗むなどの主訴で助けを求めてくることが多いので、そうではないか。特に男の子はそうだろう。女の子は鬱、摂食障害、自傷などが多い。

Q 性的問題について聞きたい。性的虐待を受けた子どもの性化行動について、タビストックで行われている対応はあるか？

A ここで会う子どもは大多数、性的虐待を受けている。里親にとっても一番難しい問題の一つである。里親としては、自分の境界をはっきりさせることが大事だが、子どもが自分のことを拒否されたとおぼえずに線引きすることが重要になる。多くの里親が「子どもが身体的に近寄ってき過ぎる」という訴えをする。子どもに対して肯定的な愛情表現をしながらも、境界を越えないようにするにはどうしていくかということをサポートする。

性的虐待について子どもに知らせるときには、「あなたに何が起こったのか」をどのような言葉を使って話すかが大切であり、伝え方を里親と一緒に考える。里親にとって、境界と限界設定の課題に対処することがもっとも難しいだろう。例えば、膝にのってくる子どもに「横に座ってもお話はできるのよ」と言うことは、子どもを拒否しているわけではないのだというのを里親に伝えたりする。

Q 性的虐待専用の養育者のグループはあるのか？

A それはないが、すごくよいアイデアだ。性的虐待にはいくつかの特別なケアが必要だと思う。里親に実子がいる場合は大変だ。学校でも性化行動をするから、里親は大変な思いをしている。

Q タビストックでは家族単位で面接しているのか？

A 家族全員に会おうとはする。時によっては孫もいたりする。実子・実孫と里子の間が問題の場合もある。この関係が里親崩壊の一因として多いだろう。里子でなく養子でも同じ問題が起こる。養子縁組をするのは不妊の場合だけではないので、養子家庭でも、実子との関係は出てくることのあるのだ。新しい子どものためにスペースをつくるのは、親のみではなく子どもの仕事でもある。

例えば、昨日会った12歳と10歳の2人姉妹の里子の事例でも実子（16歳）がいた。実子は来談を拒否したので不在だったが、里子の姉の方は滅茶苦茶で攻撃的だった。面接中、自分の妹に対しても実子に対しても攻撃を繰り返した。しかし最後の5分で突然泣き出した。姉は「自分は家族の一員じゃない気がする」と言って、他の家族からどれだけ違う風に扱われてきたかを訴え出した。最初に相談されたときは、問題は姉が「非常に難しい子どもだから」という感じだったが、それが「家族全体の問題だから」という視点に移った。

Q それがシステム的な家族療法の視点というわけだ

A そのとおりだ。姉にとっては、原家族への忠誠心との葛藤という問題がある。忠誠心を捨てないと今の家族の一員にはなれないと考えていて、妹の分も無茶苦茶な行動をとっていたのではないか。

Q セラピストは2人入るのか？

A 家族臨床家が2人入る。時には児童青年期サイコセラピストや認知行動療法の心理士が入ることもある。家族療法をしながら、一方で子どもがサイコセラピーを受けていることもある。家族療法のみではなく他の手法と組み合わせて使っている。

タビストックのよいところは長期間家族に関われることだろう。時にはインテンシブに毎月会ったり間を空けたりしながら、ペースを変えて会い続けることが出来る。来談する家族は、アタッチメントが壊れた状態にある。この場、このクリニックに長期的な「安全感」を得ることで、アタッチメントの場となるのではないかと考えている。

Q 治療経過の中で投薬をすることがあるか？

A 来談する子どもは学校でも問題があるので、行動観察をしたり、認知的アセスメントをしたり、心理学的テストをしたりする。最近はADHDが疑われる子どもがたいへん増えており、その場合は児童精神科医が関わることになる。統計では、施設入所児の67%、保護下にいる子ども全体の49%に精神医学的問題があるとされている³。投薬に対してタビストックは保守的だが、それでもかなりの数は投薬を受けている。

Q 確認するが、治療経過の中で、ADHDではなくても必要な場面では投薬するのか？

A することもある。外傷的経験をしている子が多動な行動をとることがある。それをADHDと考えるのか、外傷体験にともなう行動と考えるのは微妙だろう。投薬をして終わりとなるのではなく、投薬が治療的糸口を開くなら、それもよいのではないかと考えている。

Q 里親のレジリエンスの評価はどのように行うのか？

A アセスメントをするのはソーシャルサービスの仕事だが、子どもの状態・程度や養育者がそれに耐えられるかどうかを考えることはある。レジリエンスについて言うならば、養育者が具体的なサポートをもらっていることも大事だが、心理的なものと子どもの行動を結びつける力、また自分自身の成育史と結び付けて考える力があることも大切である。多くの里親は自分を専門家だと思っており、自分自身について語ろうとしない人もいるが、必要に応じて振り返って語れることが重要である。アダルトアタッチメントインタビュー（Adult Attachment Interview；成人愛着面接。成人の表象レベルのアタッチメントを図るための半構造化面接）に関する研究結果では、子どもの安全感の程度と子どもが家庭内で関係を作れる度合いの間には相関があるとされている。治療者としては里親の背景も考慮に入れながら会い続けることが大事だろう。[すなわち、①養育者自身がサポート資源を持っているか、②物事を理解するとき、現れた結果（行動、発言など）とその背景にありうる心理的要素を結び付けて考えることができるかどうか、③アタッチメントスタイル、この3つがレジリエンスの構成要素であると言えよう。]

Q 里親にしてみれば手厚い後方支援があって心強いでしょうね

A そうだといいいんですけれどね。しかし里親自身の成育史について訊くと侵入的に感じて「これは子どもの問題なんだから」と言う人もいる。子どもの治療には里親の援助が必要だと、はっきり伝えていくことが大事だろう。

Q 自分のことに触れられたくないという人は多いと思われる。防衛が固い人はどうするのか？

A それは大事な質問だ。まずは里親に「あなたは、半分は親で半分は専門家でしょう。それはとても微妙な立場なのです。あなたにセラピーが必要だから来て頂くのではなく、その微妙な状況にいるからこそ、治療的なサポートやセラピーがいるのですよ」とはっきり言う。「あなたの助けが必要なのです。この子のためにあなたたちの専門性を発揮して下さい」と言う。「その子のことを一番知っているのはあなたなのだから」と。[ワンダウンポジションをとることが大事だろう。]

里親が「子どもの個人セラピーは役立たない」という場合は子どもへのセラピーはしないことに

3 第4章 (1) 里親による支援の項参照のこと。

している。それは子どもが親とセラピストの間で引き裂かれることになる [忠誠心の葛藤を感じる] からだ。保護下にいる子ども達はいつも引き裂かれる経験をしているから、里親がサポート必要としない場合は子どもへのセラピーはしない。その場合は、治療的介入よりも、例えば学校において1対1で世話をする人を作る、週末に一緒にいる人を作る、などの方法で援助する。また、ソーシャルサービスの中にはリンクワーカーという人がいて、それぞれの里親の相談役となっている。リンクワーカーはソーシャルワーカーのスーパービジョンを受けている。

★ここでアセスメントについて下記の本を紹介してくれた。

Peter Reeder, Sylvia Duncan, and Clare Lucey (Eds.) (2003) *Studies in the Assessment of Parenting*. New York and London: Routledge.

Caroline Lindsey, Jenny Kendricks, Lorraine Tollemache (Eds.) (2007) *Creating New Families: Therapeutic Approaches to Fostering, Adoption, and Kinship Care* (Tavistock Clinic Series). London: Karnac Books,

Q 里親のニーズと子どものニーズをマッチさせるのは難しいのか？

A ええ。それはソーシャルサービス（福祉）の仕事で、タビストックは医療領域ですけれどもね。完璧なマッチは非現実的だろう。文化的、民族的、階級的、心理的スタイル、コンステレーションなど、様々なことが影響するだろうから。

Q 自立援助について教えてほしい

A それはこの国で問題となっていることだ。イギリスでは、15歳でソーシャルサービスが自立支援プランを作り始めるのだが、15歳はあまりにも早すぎるだろう。普通の家庭ならばその年齢の子どもにはたくさんサポートがある年代なのに。ケアシステムにいる子どもは16歳で「準自立 (semi-independent)」となる。準自立の子どもはグループホーム（自立支援ホーム）やホステルに入って、ソーシャルワーカーが時々様子を見に行く。この状況は、たとえ安定した家庭の子どもでも大変でしょう。近年、18歳もしくは21歳までケアシステムにいられるように法律を変えようとしている。せめて大学卒業までサポートしてくれればよいのだが。

Q グループホームには何人で暮らすのか？

A よく知らない。4, 5人だろうが、グループホームによって差はある。できれば今までいた里親のところと行き来できる場所がいいと思う。里親との交流がきちんととられている子どもの予後は良いとされる。統計では保護下にいた子どもの予後のうち、半分は刑務所に入ったりホームレスになったりするとされているが、里親との交流があるとその値が低いとされる。里親との関係を継続的に持つのは大切なことだが、法律的なサポートはない。18歳になるまではソーシャルサービスがみないといけませんが、16歳過ぎると担当SWが異動などでいなくなってしまうので、その仕組みは変えていきたいと考えている。

(4) おわりにかえて

最後にソーシャルワーカーに関する子どもたちの声に耳を傾けよう。先掲のCare Mattersにもケア

システムにいる子どもたちの声も掲載されている。そこでは「措置先を変更するとき子どもが選択権をもつことが重要である」とされている。「自分がどこに住むのかを自分で決めたい」と子どもは言い、もし移動するならば、新しい家には他にきょうだいがいるのか、その家の宗教は何か、ペットがいるのか、庭はあるのかなどを知りたいと言っている。また、障害を持つ子どもは家の大きさやレイアウトが特に重要だと言っている。子どもの措置権を持つ機関は、子どもに措置先の選択権を与え、あらかじめ家の全体的な様子を伝えることが重要であろう。そうすることで、子どもたちは自分が生きて行く場所の決定に意義ある関与をすることができるのだ。

また、里親のみならず、担当のソーシャルワーカーも頻繁に交代し、子どもはそこでも分断された経験をすることになる。2005年に児童ソーシャルワークを離れた職員は11%に達する。「子どもたちの願いの中で常にトップにくるものは、ソーシャルワーカーが同じ人で、いつも連絡を取れるようになって欲しいというものだ。」「自分の担当のソーシャルワーカーに馴染んだと思ったら、とたんに新しい人になっちゃうんだ」。

子どもにとっての一貫した養育者を提供するとともに、「継続して養育者役割を果たすことの出来る最適の人物はソーシャルワーカーである」。このため、青書Care Mattersではソーシャルワーカーの資格問題の整備や、子どもの保護とともに、子どもと持続的なかわりを持ち、長期的予後を見る自由をソーシャルワーカーに与える必要性などが述べられている4（以上すべてDepartment for education and skills, 2006）。ソーシャルワーカーや里親を含む、子どもを取り巻く「共同養育者 corporate parent」が一貫して支援できるような体制が強く望まれよう。

(田附あえか)

<引用文献>

- Department for education and skills. (2006). *Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care*.
- Department for education and skills. (2007a). *Care Matters: Time for Change*.
- Department for education and skills. (2007b). *Care Matters: Consultation Response*.
- Julia Granville and Beth Miller (eds.) (2006) *Care Stories: A training film and book for those working with looked-after children and young people*. Edited by The Tavistock and Portman NHS Trust.

4 これは様々な自治体の制約があって実現が難しい。そこで青書Care Matters (DfES, 2006) は、少人数のソーシャルワーカーのグループがケアシステムにいる子どもを引き受け、自治体から独立して、委任を受ける形で仕事をす「ソーシャル・ケア・プラクティス」というモデルを提案している。

第9章 治療施設における実践

9-1. The Caldecott Foundation (治療施設：カルデコット)

訪問日 2007年4月20日 12:30~16:00

所在地 The Caldecott Foundation

Caldecott House

Smeeth, Ashford Kent TN25 65P

対応者 Clive Lee氏 (CEO)

Gregg Levitt氏 (学校長)

(1) カルデコットの概要

カルデゴットは、虐待を受けた子どもたちが家から離れて、特別な生活環境の中で治療を受ける施設である。静かな田舎町のケントに所在する。広大な敷地に、管理等（本部）、7つのホーム、学校が点在している。ホームごと大きな庭があり、それぞれの建物間には一定（数10メートル）の距離があり、大きな声を出しても隣の建物には聞こえない距離である。

定員は50名で、7つのホームがあり、1ホームに4~9人までが暮らす。対象年齢は5歳から16歳までである。子どもたちの問題の中心は被虐待の結果である暴力と性化行動である。寄宿施設や里親にいったん入所、委託されたものの、年齢が上がるにつれ問題が激化するなどで、そこで暮らすことが難しくなった子どもたちが多い。中には里親を9歳までに40回、11歳までに80回変わった子どももいる。子どもたちのケアの柱は、アセスメント、セラピー、学校教育そして暖かく居心地の良い生活環境である。自己評価が低く、未熟な子どもたちが多いため、子どものレジリエンスを念頭においた関わりを心がけている。

スタッフの総数は250名で、ケアワーカー、セラピスト、教員、調理員、事務員などがおり、その他のスタッフも含めて総勢250名である。就労時間は週39時間である。運営に必要な経費は、子どもの住んでいた自治体の福祉部門、メンタルヘルス、教育の3部門からの総合として、子ども一人につき週に3,500ポンド（日本円換算約875,000円）が下りる。スタッフは里親で対応しきれない子どもたちの最後のリソースなので、これ位のお金がかかるのは当然と語る。

治療期間は概ね3年である。最長でも4年ほど。かつては8、9年の子どもがいたという。

(2) 入所までと退所後

入所前に、子どもが住む実家か里親宅あるいは施設に、スタッフが1～3回必ず訪問する。子どももホームを見学し1泊する。入所前に4～6週間かける。入所が決まるとケースファイルに基づいて7つの内いずれかのホームを決める。入所前にアセスメントセンター（Assessment center）を利用する場合もある。そこは2マイルほど離れたところにあり、アセスメントを目的に最大6ヶ月ほど入所できるが、治療的なケアも行っている。6ヶ月で、施設入所がふさわしくないと判断した場合、ソーシャルサービスにもどすことになる。アセスメントセンターを利用するケースは、事前情報がつかめなかったケースが中心である。なおアセスメントセンターは、子ども一人につき週に3,900ポンド（日本円換算約975,000円）である。

治療が終了すると、実家か里親宅に帰る場合が多い。里親の場合、入所前の里親でなく、新たな里親に帰る場合も少なくない。それは入所前に里親との関係がこじれてしまったからである。スタッフは実家や里親宅を変わることなく、長く安定して暮らせることを願っている。

またここでもうまくいかなかった子どもがいる。その場合セキュアユニット（secure unit）に行く場合が多い。そこはメンタルヘルス所管で、施設も可能な保護的治療施設である。

(3) ホームについて

7つのホームがあり、1ホームに4人のシニア（主任）スタッフがいる。それぞれの下に3人のケアワーカーがいて1チームを編成。その他調理員（各家に1人）なども合せて1ホームにつき16人のスタッフが、子どもを4～6人、最大で9人ケアしている。1シニアと3人のケアワーカーで1グループを構成し、1グループで1～3人の子どもの担当となる。交代勤務だが、必ず自分の担当が24時間いることになる（図9-1-1参照）。

ホームは2階建て、子どもの居室はすべて個室である（図9-1-3参照）。各階に一人ずつ当直スタッフが入る。

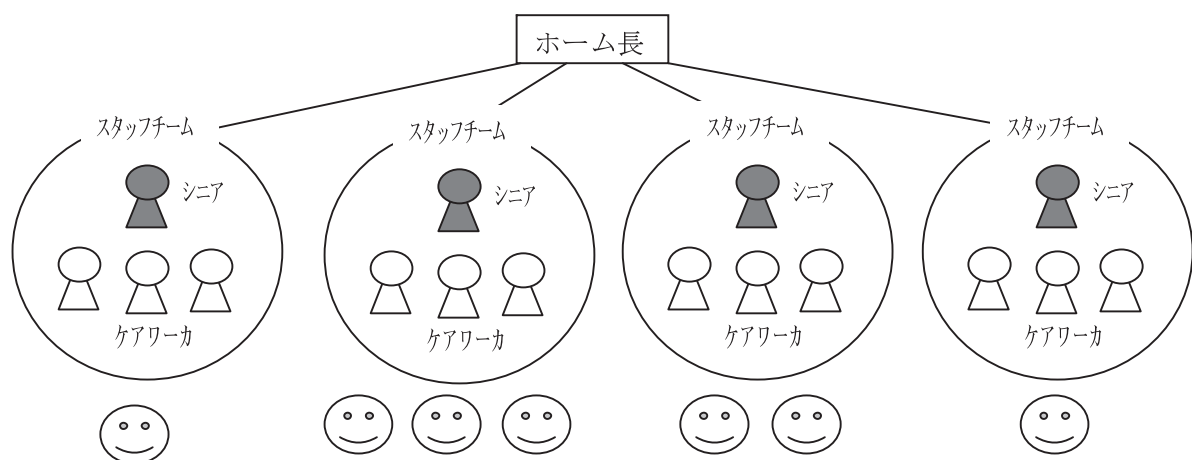


図9-1-1 ホームのスタッフ編成

居室は個室で、ホームは男女混合である。

夜間は、各居室に備えたセンサーによって、子どもの出入りが当直室で確認できる。各ホームにお風呂、シャワー室が2か所ずつあるが、必ず一人で入る。入浴介助が必要な子どもの場合、子どもは水着を着用し、指導を受ける。これは性的被害を受けてきた子どもに配慮した、子どもを守るため及びプライベート部分は他人に見せないことを教育するための一環であり、徹底されている。入所期間中、子どもの性器が、他児やスタッフの目に触れることはほとんどありえないことになる。居室の壁の色やレイアウトは入所時にその子が好きなようにできる。その後も1、2年に1回リフォームの際に変えることができる。居室をどうしつらえるか、どう変化していくかも子どもの成長を把握するポイントになる。

—OAKLEA HOME (7ホームの中の一つ) の見学—

対応者 Helenさん (主任ケアワーカー)

7つあるホームの一つであるオクリーホーム (写真1,2) には、8歳から14歳の子どもが7人暮らしている。ホームの見取り図は、図9-1-3参照のこと。玄関を入ると、左手にすぐキッチンとダイ



(写真1) オクリーホーム全景



(写真2) オクリーホーム



(写真3) ホームキッチン



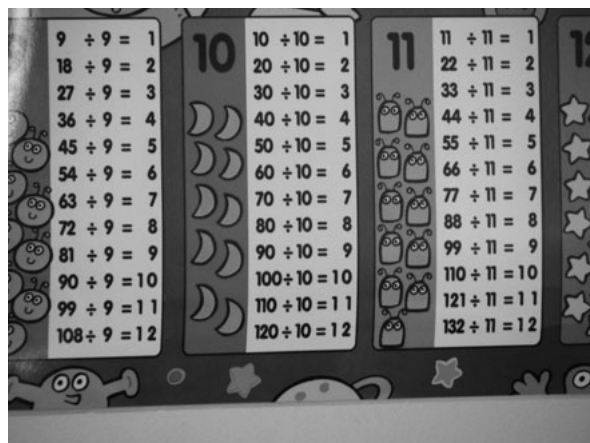
(写真4) ホーム中庭

ニングがある（写真3）。そこから中庭（写真4）と外を望むことができ、明るい雰囲気、「できるだけ家庭的でくつろげるように」と全体がアレンジされている。「食事がとても大切」とHelenさんは語る。メニューは子どもと一緒に考え、ホーム専属の調理員がここで調理する。昼食のお弁当（写真内のカウンター上にランチボックス）も作り、学校へ持っていく。皆と一緒に食べれない子は、キッチン外のソファで食べることが認められている。

日課は、8時に起床。シャワーを浴びる（浴びたいときに浴びることができる）。朝食後9時半に登校。低学年は3時に、高学年は3時45分に下校。その後おやつ。30分程宿題。学習の遅れている子ども



(写真5) 学習室



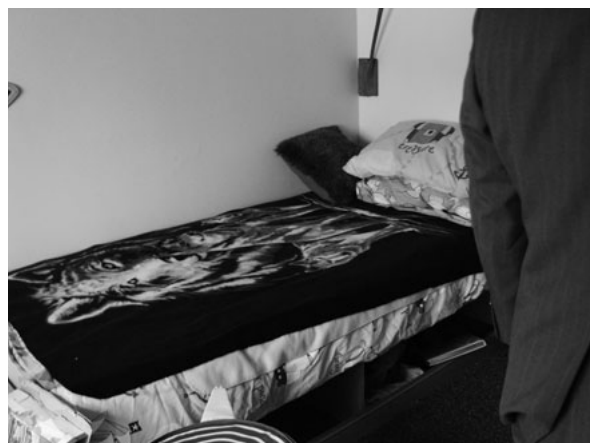
(写真6) 学習ポスター

は多い。学習室（Sitting room）があり、壁には、数の表や地図など貼られている（写真5,6）。読書などの課題を与えることもある。室内にあるパソコンインターネットは職員と一緒にないと使えない。その後は自由時間。テレビゲームや携帯ゲームは個人で持っている子とそうでない子がいて、お互い貸し合っている。カードゲームは盗った盗られたでトラブルの元になりやすい（日本も同様）。5時から6時が夕食。7時半から9時半が就寝時間。就寝までは自由時間。掃除は、共同スペースがスタッフ、各部屋は自分で担う。

居室は、その子の好みで壁の色やレイアウト、玩具がおかれている（写真7,8）。玩具や簡単な家具等は、入所時に職員と一緒に買いそろえたり、持参したものである。居室のドアの内側が黒板にな



(写真7) 男児居室



(写真8) 男児居室

っており、職員と子どものコミュニケーションや連絡のためのツールとなっている。例えば、朝、なかなか起きれなかった子どもがようやく起きた後、ドアに「おはよう トム」を目にするなどといった具合。

この他、ホーム内には、ケアワーカーと週に1回2人で過ごせるプレイルームが2階にある。屋根裏の小さな空間である（写真9）。ここはタイムアウトや職員と食事をする時にも使う。姿見が置いてある。また1階にはリビングルーム（写真10）とプレイルームがあり、ここは自由に使うことができる。



(写真9) プレイルーム



(写真10) リビングルーム

玄関の右側に面会室（写真11）があり、子どもと親あるいは里親との面会を行うことができる。ソーシャルサービスの判断でここを使ったり、ファミリーセンターを使う場合もある。スタッフルーム（写真12）は玄関から一番奥にある。子どもたちの出入りは禁止である。



(写真11) 面会室



(写真12) スタッフルーム

また、ホームの様々な場所に、子どもたちの写真や作品、賞状などが品良く飾られており、一人ひとりの子どもを大切にしようとのスタッフの気持ちが伝わってくる（写真13,14）。また禁止事項はあり、子どもたち自身で作ったポスターが、壁に掲示されていた（写真15）。



(写真13) 子どもの写真



(写真14) 子どもの賞状



(写真15) 子どもが書いたルール

42 Thursday, April 26, 2007 Kentish Express (KE) www.kentonline.co.uk

Oriental visitors for children's care centre

JAPANESE visitors came to the Caldecott Foundation in Smeech on Friday to discuss how best to care for young people who have suffered ill-treatment.

Seven delegates from the Children's Rainbow Centre visited the foundation, which provides year-round residential care and education for children who have suffered extremes of abuse and neglect.

The Rainbow Centre is an information and training organisation which works with Japan's Ministry of Health, Labour and Welfare, government agencies and support groups to help combat child abuse.

The delegates included a

representative from the ministry, a psychologist, a psychiatrist and a psychotherapist.

They visited Caldecott's school and therapy centre and one of the seven residential homes.

Caldecott's chief executive Clive Lee said: "They were extremely interested in our complete package – education, therapy and care on one site.

"We believe we and our guests have learned from each other, and they were kind enough to make a donation towards our work."

A total of £8 million has been invested in the foundation over the past decade, and it has seen a 22 per cent increase in occupancy in the past year.

■ Caldecott chief executive Clive Lee and clinical psychologist Yoko Yomo (front) with Caldecott representatives and guests from the Rainbow Centre

図 9 - 1 - 2 視察チームの訪問を伝える地元新聞Kentish Express 2007年4月27日

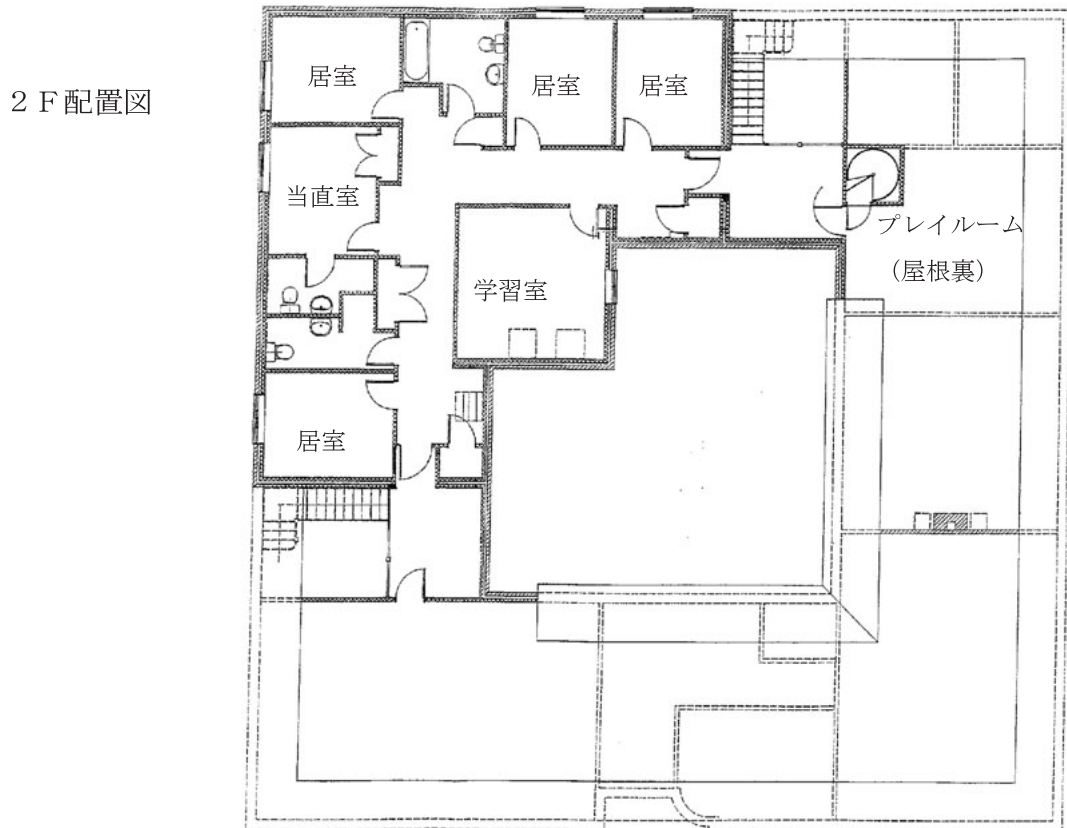
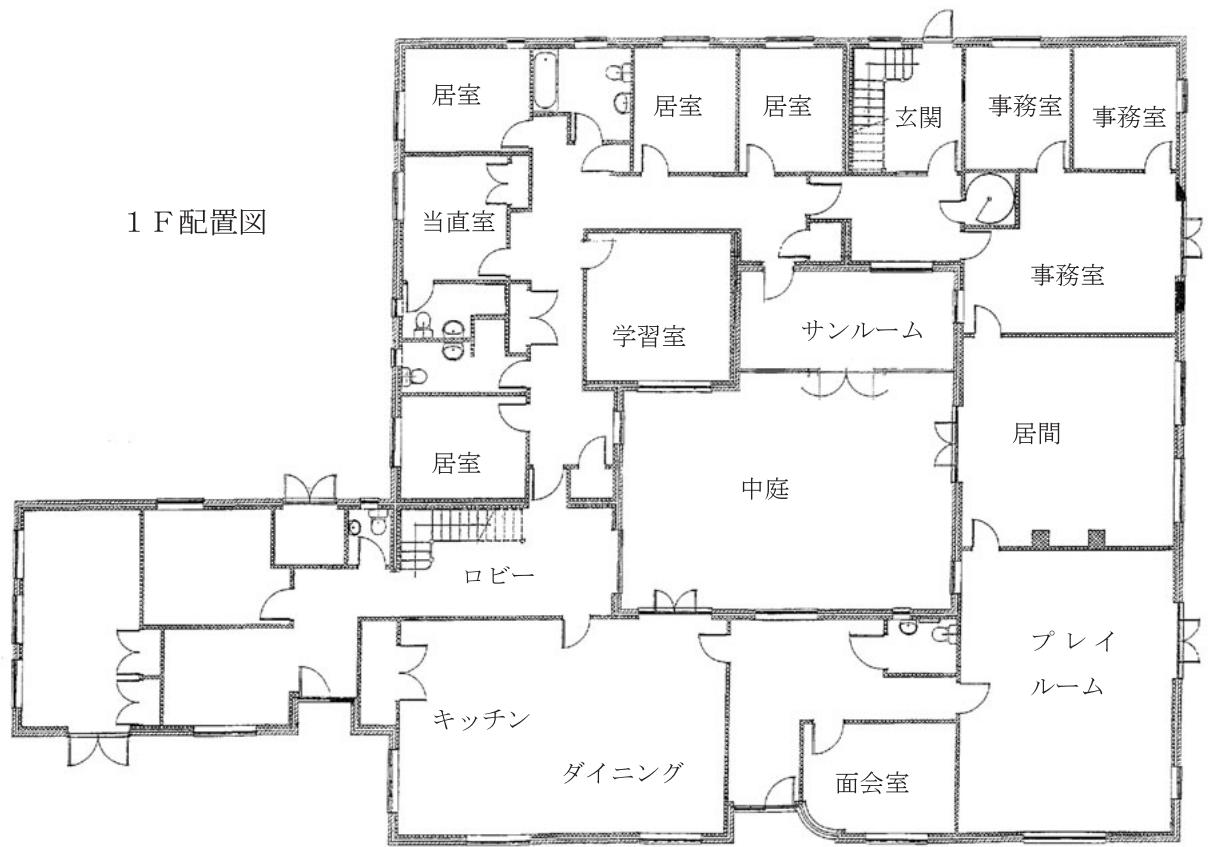


図 9-1-3 OAKLEA HOME 配置図

(4) セラピーについて

対応者 Sarahさん (アートセラピスト)

カルデコットでは、2年前からセラピーチームが組織され、セラピールームやカンファレンスルームから成るセラピーセンターが管理等内に作られた。精神科医、アートセラピスト、ドラマセラピスト、サイコセラピスト (CBT)、アダルトセラピスト (思春期専門のセラピスト)、ミュージックセラピストの6人で構成されている。またセラピーチームはゴールドスミス大学やカンタベリー大学などと共同し、実習を受け入れ、そのまま職に就くというシステムを作っている。現在はチャイルドセラピストがいないが、実習生が2人来ており、彼らがもうすぐ資格を取って、そのままここに就職する予定。タピストックとの協働も始めている。

セラピーチームの業務は、子どものセラピーとケアワーカーへの支援である。ケアワーカーとのカンファレンスは毎週火曜日にカンファレンスルームで定期的に行われ、月に1回全ケースのレビューが行われる。これ以外にもケースの必要性に応じてカンファレンスを行っている。そのホームまで行ってケアワーカーと話し合うこともある。しかしSarahさんは、もっとカンファレンスが必要であるという。

子どものセラピーは、子どもがホームの生活に慣れ、生活が落ち着くまでは実施しない。ホームのスタッフからのリファールを受ける形で始まる。リファールを受けるとセラピーチームでセラピー・リファール・ミーティングを行い、どのセラピーがその子に向いているか検討する。セラピーの内容と担当セラピストが決まって、セラピーが開始されるが、6週間はアセスメント期間で、その後そのセラピーを続ける必要があるか、子どもの希望も含めて話し合う。別のセラピーに移る場合もある。

各回のセラピーは、ケアワーカーがホームから子どもを連れてきて、セラピーの間は待合室で待っている。何があってもそこにケアワーカーがいることで安心できる。そのため同じケアワーカーが来るのが望ましいと語る。

—セラピーセンターの見学— 対応者 Sarahさん

セラピーセンター (写真16) は、管理等内にあり、各ホームから歩いて1, 2分である。スタッフルームを囲むようにプレイルーム (写真17)、カウンセリングルーム (写真18)、アートセラピールーム (写真19) などが配置されている。プレイルームには個人用のおもちゃ箱があり、作品等を入れるフォルダーがある。アートセラピールームは小さな美術室のようである。

アートセラピーは、作品制作を通して問題を解決していく過程をたどる。作品の制作中はホームには持ち帰らず、各自の棚が用意されそこに収めておく。セラピー中の作品が置かれていたが、火山や血まみれの手など激しい攻撃性を表した作品が多かった。また粘土に対して攻撃性を示す子どもが多いという。中には治療を拒否する子どももいる。セラピストとの関係性に重きをおくので、作品を作るかどうかにはこだわらず、非指示的な姿勢でセラピストは関わる。ただセラピストや素材と関係が持てない子どもや思春期のサイコティックな症状を呈している子どもはアートセラピーには向かな



(写真16) セラピーセンター入口



(写真17) プレイルーム



(写真18) カウンセリングルーム



(写真19) アートセラピールーム

い。生活の場で攻撃性を出す子どもも、セラピーで出すには時間のかかる子どもが多い。

家族への治療アプローチについては、ソーシャルサービスと一緒にこれから取りかかろうとしている分野であるという。遠方から入所する子どもが多く、家族が近くにいないため進めるのはなかなか難しい。以前はファミリーセラピストがいたが現在はいない。いて欲しいと思っているとのこと。

(5) 学校について

対応者 Gregg Levitt氏 (学校長)

入所後、生活に慣れたところで、施設内の学校に通う。概ね2週ほどして教師がホームを訪ねて学校に誘う。ここから教師とのかかわりは始まる。その後2週かけて見学をし、最後の日に教室に入るという流れである。現在の学校に通っているのは50名で、ほとんどがカルデゴットの子どもたちだが、地域の里親宅から来ている子どもが12人いる。5～11歳が小学校 (Primary School)、12～16歳が中学校 (Secondary School) で、小中学校が一緒に設置されている。16～18歳の子どもたちは外部のカレッジに通っている。併設された小中学校はホームから徒歩1、2分のところにある。教室がグラウンドを囲む様に配置され、全部で11クラスある (写真20)。6、7人の子どもに一人の教師と1、2名のアシ



(写真20) 学校全景



(写真21) 教室

スタントがついて授業を行い、教師の総数は10名でアシスタントが12名、管理職が4名である。

虐待を受けるなど、背景が大変な子どもたちが多く、登校し始めはカオス状態である。暴力的な子や固まって動けない子ども、その両方に極端に揺れ動く子どももいる。その子どもたちに、学ぶためにはどういう行動をとっていったらよいのかを学ぶところから始める。クラスを子どもの成長に合わせて、いくつかの段階に分けて位置づけている。まず所属するのが移行クラス（Transition Class）である（図9-1-4）。ここでは、大人との関係性を構築することを学ぶ。普通のクラスでは、その子に対して、「あれはだめ」「これはだめ」となりがちだが、このクラスでは違う。クラス内が学習エリア（Learning Area）、社会性エリア（Social Area）、プレイエリア（Play Area）、ナーチャリングエリア（Nurturing Area）の4領域に分かれており、その場所に応じる行動が許される。プレイエリアでは遊ぶということを学ぶ。教師はまず一人で遊ぶことを楽しみ、次は2人で、その次はグループでというように導いていく。ナーチャリングエリアで絵本を読んでもらうことも許される。子どもは赤ちゃんになってもいい。大人から愛されることを感じるためのエリアである。社会性エリアでは、社会性を学ぶ。話し合ったり、食事や飲み物を皆で分けることなどを学ぶ。学習エリアでは、動かず、騒がず、叫ばず、話さずに勉強する。先生の指示に従って学ぶというスペースである。これら4領域がはっきりと物理的、視覚的に分かれているのが特徴で、子どもはそのときの状態で領域を使い分け、その場にあった行動をとれるよう導かれていく。1クラスは5人から7人で、1人の教師に2人のアシスタントがいて、クラスを運営する。教師がアセスメントして、成長が確認されれば、次のクラスに移行する。次のクラスではナーチャリングエリアやプレイエリアが小さくなり、社会性エリアと学習エリアの占める領域が拡大され、学習や社会性を学ぶことがより求められるようになる。こうした移行クラス（Transition Class）は、現在2教室あるが、3つ目を作っているところである。つまり3段階で移行していくことになる。子どもたちは少しずつ変化したエリア別クラスを経験して、最後には普通のクラスで授業を受けるようになる。中学校は教科別だが、当然それに対応できない子どももいる。一人の先生がすべての教科を教えたり、小学校教師と中学校教師が柔軟に役割交換しながら対応することになる。

また個別授業を一人につき週に3回各30分行っている。全生徒の半数の25人ほどが受けているが、

どこかの時点で必ず必要となってくる。そこで自分のできないところを教師に伝えてくる子どももいる。

理科室（写真22）、調理室、技術家庭科室など、通常の学校にある特別教室は概ね設置されている。各普通教室には、3台ずつコンピューターが置かれているが、コンピューター教室もあり、そこには6, 7台のコンピューターが置かれている。図書室（写真23）と体育館もある。体育館では、体育と週会を行うが、今年からお弁当持参とし、皆で教師と一緒にここで食事を食べることにした。また服装は自由であったが、子どもたちからきちんとした制服が欲しいという要望が出された。9月から制服を作る予定。教師は不思議に思ったが、子どもたちは普通の学校と同じ姿でいたい気持ちが強いのではないだろうか、とのこと。



(写真22) 理科室



(写真23) 図書室

見学中、図書館で子どもたち数名が話し合いをしていた。年下の子どもたちの世話をするためのグループである。校長は、年下の子どもたちをどう面倒みるかはとても大切なことと述べられた。

(増沢 高)

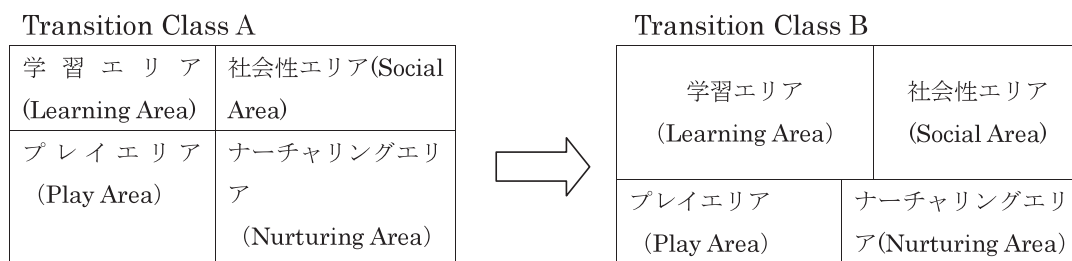


図 9 - 1 - 4 Transition Class



(写真24)

カルデコット・ファンデーションのパンフレット

9－2. The Mulberry Bush School (治療施設:マルベリーブッシュスクール)

訪問日 2007年4月25日 12:30～16:00

所在地 The Mulberry Bush School
Standlake, Near Witney, Oxfordshire OX29 7RW

対応者 John Diamond 氏 (Chief Executive Officer)

John Turberville 氏 (Director)

Andy Lole 氏 (Headteacher)



(写真1) マルベリーブッシュスクール全景

(1) マルベリーブッシュスクールの概要

マルベリーブッシュスクール（以下、マルベリー）は、情緒的な課題を抱えた子どもたちが入所し、ホームでの生活、心理治療、学校教育を受ける施設である。日本の情緒障害児短期治療施設に相当する。こうしたセラピューティックコミュニティの団体は英国内に13、4か所ある。

マルベリーは1948年に設立された。児童精神科医のドライズレイズ博士が、ロンドンから疎開してきた子どものために農家を買ひ、自分の子どもと一緒に育てたのが始まり。子どもたちは戦災のトラウマを抱えていたため、特別なサポートが必要と考え、ウィニコットやボウルビーと相談して、学校も加えるなど機能の強化を図った。1960年頃には40人の子どもたちを受け入れるようになった。69年～70年頃に建物を新しくし、1階は事務室と学校、2階は10人の部屋を4つ配置した。この形式は60年代には典型的で、40人の子どもに15人のスタッフで運営していた。1989年の「児童法 (Children's Act)」に基づき脱施設化が図られた。1991年に全面改装し、96年に初めてのホームを一つ、98年に2ホーム、そして2000年に最後のホームができて今日に至っている。

現在36名の入所児がおり、4つの生活棟で5歳から13歳の子どもたちが暮らしている。小学生が主

だが、小学生年齢で治療が終了しない場合、13歳まで受け入れている。人生早期の2年間で何らかの深刻なトラウマを抱えた子どもたちばかりである。身体的虐待や早期の剥奪体験、ネグレクト、DVの目撃、性的虐待など何らかの外傷体験がある子どもがほとんどである。子どもたちは全国から集まる。3分の1が実家族、3分の1が里親、そして3分の1が養子か寄宿施設から来る。年間38週間の入所と決まっており、残りの14週（長期休暇中）については、地元のソーシャルサービスが責任をもって居住先を決めなくてはならない。従って、戻る家としてそれまでのプレイスメント先（里親等）がそのままか、新たな里親あるいは寄宿施設等を見つけることになる（つまり日本でいうところの二重措置）。里親が変わるなど、それまでの居住場所が変更になる場合は、それまでの養育者（里親など）との関係がこじれてしまった場合であり、決して少なくはない。マルベリーブッシュの考えとしては、年間52週（つまり休日を含めた全日）の入所が可能となり、適切な里親が決まったところで38週としたいと考えている。ソーシャルサービスも同様に、帰省先の里親を急いで探すのではなく、時間をかけ、適切な里親が見つけたいと思っている。52週の入所→帰省先が決まったの38週→里親等の居住先からの通所という流れが理想と考えている。

スタッフは調理員や清掃員など全てを含めて総勢108人である。子どもの治療に携わる主な部門とスタッフ数は次のとおりである。生活部門のケアチーム（Care Team）39名、教育チーム（Education Team）17名、心理治療チーム（Therapy Team）4名、ファミリーチーム（Family Team）3名、緊急対応チーム（Shifford Therapeutic Support Team）8名である。それぞれにチームにはさらに非常勤のスタッフが配置されている。数年前までは週60時間勤務だったが、今は週48時間である。以前は1-3年でやめる職員が多かったが、現在は転職率が減っている。職員の専門性が高まり、賃金も高くなっている。財源は対象となる子どもが生活していた自治体からの資金による。自治体の子どもサービス部（Children Service）は、福祉、教育、メンタルヘルスが統合されているので、3つの財源から資金を受けることになる。子ども一人につき年間約123,000ポンド（日本円換算で約3千万円）であるが、治療施設としては平均的な価格である。安いところで年間6~7,000ポンド、高くして300,000ポンドのところもある。スタッフの採用については、動機づけの高い人たちが採用されている。教師は通常の学校で働いた経験が100%あり、子どものことを心理的な観点から考えられるかどうかの採用の重要なポイントとなる。さらに重要なポイントは、子どものニーズに合わせられるかどうかのセンスである。この点はケアワーカーも同様である。心理職であっても、資格より人間関係を作る力やレジリエンスが高いなど、人間的な質を大切に採用している。いくらすごい資格を持っていても、ここに来て大変だといって辞めていった方も少なくなかった。

治療の中心的考え方は統合的ワーキングである。生活、教育、個人セラピーそして家族支援の4つが統合されて、治療を進めていく。統合的ワーキングというマルベリーの考え方は、Every Child Mattersの理念である、統合された子どもサービスと子ども基金（Child Trust）の創出という政府施策に合致するとTurberville氏は述べている。子どもの抱えた課題の中心は暴力と性化行動である。子どもたちの激しく、また奇妙な行動の背景にある意味、子どもは何を訴えているのかの理解に努めることが重要で、その上で関わりの工夫を考えていく。そのためこの施設ではチームミーティングが重

要な位置づけとなっており、様々なミーティングが行われている。チームごとのミーティングが週に数回。一人の子どもにつき半年に1回行われるインターナルケースカンファレンス。これにはすべてのスタッフが集まる。専門家を呼んでのカンファレンスも週に1回行う。その他必要に応じて随時、必要なスタッフが集まってカンファレンスがある。大切なのはケースについて全職員が共通理解をもつことである。スタッフ自身に焦点をあてたミーティングもある。そこでは仕事のやりがい、辛かった体験や気持ち等を話し合う。

入所に当たっては、子どもが暮らしていた自治体のソーシャルサービスからリファーを受ける。治療期間は3年を目安としている。「もっと早く治療できないか」とソーシャルサービスなどによく言われるが、3年はかける必要があると考えている。1年目は生活環境の中で抱えられる体験を積む、2年目は本格的なセラピーの段階、3年目は出ていく準備をする段階である。治療は大きな効果を上げている。2003年からの統計では95%以上の子どもたちが暴力によるトラブルが減少し、反社会的行動も60%以上に改善が見られたことがわかった。また90%以上の子どもたちが、学校を好きになり、社会的な行動がとれ、情緒的に成長し、教育を受けることに喜びを感じ、さらに95%以上の子がケアや治療を受けることに喜びを感じていたことが分かった。施設入所前まではわずか8%の子どもしか学校で学ぶことができていなかったが、退所児童の100%が学校で授業を受けられるようになっている。入所児の84%が、長く里親宅などに住み続けることができなかつたが、退所後はそれが可能になっている (The Mulberry Bush School, 2006)。

(2) 子どもの生活と日課

生活棟が4棟あり、2つずつつながった作りである。それぞれのホームに9名の子どもが暮らし、10名のスタッフが生活を支える。男女混合で、全員個室 (写真3,4)。個室の広さは約2M×3M。ベッドと家具が並ぶが、子ども自身でレイアウトできる。居間と食堂 (写真6) があり、食事は別の場所で調理されたものを運び入れ、3名のスタッフと子どもたちで食べる。皆といると落ち着かない子どもは一人で食べる場合もある。浴室があり、入浴は一人である。当直スタッフは各ホーム2名ずつ。7時に起床し、8時に2人のスタッフが加わり、子どもの起床時間を迎える。以降の1日の日課は、表9-2-1の通り。

—見学— 対応：12歳男児と11歳女児の児童会役員

マルベリーで暮らす12歳男児と11歳女児の児童会役員が我々を、4つのホームに案内してくれた。どのホームも明るい雰囲気、リビング (写真7) にはぬいぐるみやゲーム機があり、くつろげる空間となっている。各ホームには100㎡ほどの庭 (写真2) があり、タイヤのブランコや手作りの小屋などが置かれている。壁には子どもたちの写真がセンスよく飾られていて、一人ひとりの子どもたちに目が行き届いている様子が伝わる。見学途中5回ほど子どものパニックの場面に遭遇した。中にはホールディングによって制止されている子もいたが、複数の職員がその子を包む様に対応されており、子どもの激しい情動によるその場の空気が他児に伝染して、全体が大騒ぎになるということが全くな

い。スタッフの怒鳴るような声も全く聞こえない。周囲の子どもたちは、スタッフに任せておけば大丈夫といった様子で、動じることなくそれまでの活動を続けている。この点は、日本の施設でありがちな状況と全く異なるところで、スタッフの手があることの大切さを再認識するとともに、うらやましく感じたところである。案内した2人は、おそらくここでの数年の生活を経て、現在に至っていると思われるが、少し照れながらしかし見学者を気遣いながら丁寧に説明してくれる姿に、ここでの成長ぶりをうかがうことができた。小1時間ほどの案内であったが、職員は全くつかず、すべてこの2人に任せられていた。いたるところにスタッフがいて声掛けしてくれているものの、こうした姿勢にも施設の懐の大きさを垣間見た様な思いであった。

表9-2-1 各ホームの日課

時間	日課	備考（スタッフの役割など）
8:00	夜間 起床 起床時間前に起きた子どもは、絵を描くなど一人ですごす	当直者2名 スタッフ2名が加わり、起床、朝食準備
8:30	朝食 シリアルとトーストの簡単な食事 新入園児は学校で朝食をとる（3年前から） 週末は寝坊してもかまわない。	
9:00	庭で遊んだあと、登校準備。制服に着替えて登校 新入園児は、学校に登校し、朝食をとり、朝のプログラムを迎える準備をする	スタッフが子どもとともに登校し。子どもの前で、子どもの様子を報告する。
11:30	庭遊び 振り返り：自己評価 午前中の自分の行動をチェックする。10点評定	
12:00	下校 昼食 みんなと食べれない子どもは別室	教師が子どもをホームに送り、その場で引き継ぐ。 暴れたりする子どもはスタッフと別室で静かに食べる。
1:30	再登校 工作の授業などが多い 水曜日は全校集会	
3:30	下校 自由時間	
5:00	夕食 低年齢の子や入所したての子は就寝準備に入る。	
6:30	入浴して、本を読んでもらって過ごす。	可能な限り、スタッフと1対1で過ごし、眠りに導く



(写真2) 中庭



(写真3) 居室



(写真4) 居室



(写真5) 浴室



(写真6) キッチン



(写真7) リビング

(3) 学校と緊急対応チーム (Shifford Therapeutic Support Team)

学校はマルベリーで生活する子どもたちが主であるが、地域の里親宅や実家族から通所している子どももいる。彼らは地域の学校に通えない子どもたちである。全5クラスの編成である。

入所した子どもたちへの教育は、3つのステージで進む。年齢や学年に関係なく登校を始めた子どもたちはすべて第1ステージから始まる。第1ステージは、子どもが小さいころにできなかったことをする。遊びから徐々にできる課題に取り組んでいく。これに約1年間かける。教師の手助けを得ながら、失敗しても大丈夫という安心感と何かができたという成功体験を積み重ねていく。教師も、その子に何ができて何ができないかを知り、ありのままを受け入れ無理強いしないことが重要となる。この過程を通して、肯定的な自己像が獲得でき、自信が持てるようになっていく。勉強ができたかどうかでなく、そうした自己像ができたかどうかで、次のステージに進む。第2ステージは、もう少し高い課題を要求する。学業にウェイトが置かれるが、サポートを濃密に行う。子どもが多くて8人に対して教師は3人で授業をし、その子にとって取り組みやすい、易しいレベルのことを課題として提供する。ここに約1年間かける。第3ステージはトップクラスである。学業への取り組みが増えると同時に、週に1回地元の学校に通う。その子がどのような子どもで趣味や特技は何かなどをその学校の教

員に伝える。それを踏まえて、地元の学校では文通相手を選ばれる。文通をした後、放課後にその子と会い、学校に通い始める。学校ではその子の席が隣になり面倒を見てくれる。登校し始めは、図画工作や体育など、取り組みやすい授業から始める。しかし、地元の学校に通うのは、言うほどに簡単ではない。

授業中に破壊的な行動に至る子どももいる。その場合、教員は驚かず、あわてず、できるだけ穏やかに接することが重要と、校長であるAndy氏は語る。また他の子どもが活動をやめずにすむように、こうした場面に対応するスタッフチームがある。緊急対応チーム（Shifford Therapeutic Support Team）がそれである。このチームは8名のスタッフからなる。子どもがパニック状態になるなどの緊急事態の時に、子どもをタイムアウトさせ、共にゆっくり過ごすなど、子どもが落ち着きを取り戻せるように対応する。またこのチームは同時に楽しみな行事活動を考える子どもに人気のあるチームでもある。パニック時に対応するだけでは、子どもがマイナスイメージをチームに抱くと同時に、そのチームが動いたことで自分自身の評価も下げかねない。チームが子どもに好意をもたれていることが緊急事態の対応による子どもの自己評価を下げることを防いでくれている。

学校の時間帯は、学校の真ん中にタイムアウトの部屋があり、そこで対応する。放課後は各家に行って活動を提供したり、緊急時の対応も行う。このチームができたことで、緊急事態に教員が振り回され、他の子どもたちに影響が生じることがなくなり、関わるスタッフや教員が安心して子どもと関わられるようになった。

—全校集会—

今回、全校集会に同席させていただいた（写真8）。毎週水曜日の午後に全校集会が行われているが、イースター休日の長期の帰省から戻ったばかりのときで、「落ち着かない子どももいる」と前置きされていた。学校の時間だが、ホームのケアワーカーも参加。まず一つのホームが入場し落ち着いたところで次のホームが入場するという流れ。ホールに円を描くように2列、4つのホームごとで着席。床に直接座る子や、マットを敷いてもらって、そこに座っている子もいる。子どもと子どもの間には必ず教師やケアワーカーが着席する。子どもたちは赤か青の制服を着ている。赤か青かは子どもたちが選ぶことができる。全員がそろうと、子どもよりスタッフの数が多いのに驚かされた。

校長先生のお話があって、活動グループごとに取り組んだ作品などが紹介される。その都度皆で拍手。中には作品を破ってしまう子もいた。その時は隣にスタッフがすぐに声掛けし対応していた。その後、何名かの子どもに賞状が手渡された。その子の目標に到達できた子どもが対象となっていた。その子の自己評価を上げていく一環であろう。印象として、重症な子どもや入所間もない子どもが対象となっているようだった。賞状を受け取り喜ぶ子どもから作品を破ってしまう子どももあり、受け止め方は子どもの状態によってさまざま。時間の経過とともに徐々に落ち着かない子どもや駄々をこねる子どもがでてきた。隣のスタッフがすぐに対応し、中にはタイムアウトする子もいた。そのことに他児が動揺する気配はなく、スタッフに任せきっている様子であった。スタッフは個々の子どもに常に寄り添い、補助自我的役割を果たしている。



(写真8) 集会の様子



(写真9) 教室

(4) セラピーチームとファミリーチーム

セラピー部門は3人の児童思春期サイコセラピストと4人の非常勤セラピストがいる。子どもに対して週1回の個人セラピーを行っていて、現在その対象児は13名である。業務の主はケアワーカーを中心としたスタッフへのコンサルテーションである。セラピストがアセスメントを最初にして、6～8ヶ月後に必要であればセラピーを実施する。全員が個人面接をするわけではない。ソーシャルサービスから個人セラピーの要請があっても、環境が治療的である場合、不要であり、その旨をソーシャルサービスに伝え話し合う。スタッフにコンサルテーションをするために、多分野ミーティングに参加し、生活場面や学校場面の様子を把握し、より良いアセスメントにつなげている。生活場面に入るかどうかは議論になっている。セラピストは専門家間のバウンダリーを重視する。クリニックなどの外来で仕事をしてきたセラピストと入所型のケアの場で仕事をしてきたセラピストとで考え方が違うようだ。子どもにとってはアクセスしやすい方がいいと思うが、なかなか難しい。また教員はセラピストが距離を置きすぎていると感じている。いずれにせよアセスメントが非常に重要で、その中心的役割をセラピストが担っているといえよう。中には服薬も必要な子どももいる。子どもたちはこの地域のGPに登録されている。マルベリーには看護師が朝から午後2時までおり、必要な子どもは精神科にリファーする。リタリンやクロニジンを服薬している子が多いが、ずっと必要としている子どもは少ない。薬物療法は環境療法のサポートという位置づけである。

アセスメントについては、個々の子どもに治療プラン (Integrate Treatment Plan) が作成される。コンピューターに入っており、子どもに関わる全スタッフがアクセスし、読んだり記録を残したりできる。レジスターされている子どもは6ヶ月に1回必ずソーシャルサービスとの会議があるが、その際の資料にもなっていて、親もこれを見ることができる。巻末の資料5はSam Brown (仮名) という子どもの治療プランの翻訳と原本である。

ファミリーチームには、4人のソーシャルワーカーがおり、家族とのコンタクトをとっている。毎週電話をし、学期に1回は家庭訪問をする。家庭訪問先は実家族の場合もあれば、里親の場合もある。家族 (里親も含む) もファミリーチームの一員という考えでいる。ホームのスタッフも、ファミリーチームとは別に、週1回は家族と連絡を取っている。ファミリーチームとホームのスタッフとの役割

分担は、前者は家族に対するサポートであり、後者は一週間の子どもの様子を伝えることが主となる。この協働は重要で、ミーティングは欠かせない。家族の訪問も奨励している。しかし片道3時間もかかる家族もある。家族が来れない場合は、生活スタッフが訪問して家族を連れてくる場合もある。今まで全く来なかった親は一人だけだった。物理的距離はネックになるが、上手にワークを行い、親も関係をとろうと一生懸命になれば、情緒的距離は近いものとなる。このことが物理的距離よりも重要である。ソーシャルワーカーがサポートタイプでなければ、物理的に近くても遠くなってしまう。以前は家族療法家があったが、今はいない。子どもが入所するにいたった背景には世代間の問題があり、それを理解することは重要である。ソーシャルサービスのソーシャルワーカーとの協働だが、本来6週間に1回は施設に来ることになっているが、6ヶ月に1回がせいぜいである。ファミリーチームのソーシャルワーカーが頑張っている分、地元のソーシャルサービスのソーシャルワーカーが動いていない現状があるという。もっと家族とコネクションを持ってほしいとスタッフは思っている。ソーシャルサービスのソーシャルワーカーは52週配置の学校の方が楽だと考える。帰省の度にワーカーが動かざるを得なくなるからだが、こうした考えは間違いで、ワーカーにはもっと動いてもらいたいと願っている。

(増沢 高)

<参考文献>

The Mulberry Bush School (2006) Annual Review 2006

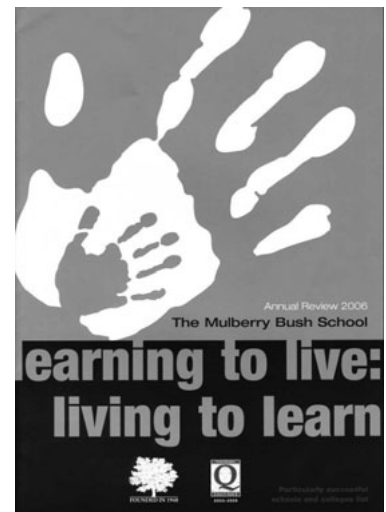


図 9-2-1 マルベリーブッシュスクール2006年度年次報告書表紙

第10章 イギリスにおける児童虐待の今日的動向と 他分野協働の実践：各専門家のインタビューより

10-1. 視察先概要 児童保護局

訪問日 2007年4月26日 10:25～11:45

訪問先 児童保護局 (Child Protection Division in Department of Education)

London Department for Education and Skills

Caxton House Tothill Street London SW1H 9NA

対応者 Louse Mooreさん

この日は、当初インタビューを予定していたジェニー・グレイ (Jenny Gray) 長官に急用ができたため、急遽 ルーズ・ムーア (Louse Moore) さんが応じてくださった。彼女は、児童虐待が起きてしまったからどのような対応をとるかを考えることが専門だとのこと。

今回の視察も終盤になってからの訪問であり、概要を説明してもらい、それに対して質問するという形ではなく、最初から質疑応答をする形でやりとりをさせてもらった。

●死亡事例の検証を受けて改革したこと

Q 私たちは今回のイギリス視察で、すでに10カ所の児童福祉施設や機関を訪ねました。その中でいろいろなことがわかってきましたが、同時にわからないこと、疑問点もたくさん出てきました。一番大きな質問は次の点です。すなわち、イギリスでもクリンビエ事件をはじめ、多くの子どもが虐待によって死亡し、そうした状況をふまえて大改革が行われたと聞いています。改革の前後ではどのような違いがあるのか、具体的な中身を教えてください

A 私たちは、レーミング報告書 (Lord Laming, 2003) から多くのこと、特に多機関連携の大切さを学び、それまでの手法と手続きを大きく改革しました。一番大切な改革は、LSCB

HM Government

Working Together to Safeguard Children

A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children



Every Child Matters
Change for Children

図10-1-1 Working Together to Safeguard Children (2006) 表紙

Safeguarding Children
from Abuse Linked to a
Belief in Spirit Possession



Every Child Matters
Change For Children



図10-1-2 悪魔憑きになったとして
虐待される子どもを守るために表紙

を作ったことでしょう。また、2004年児童法を強化し、児童保護のマニュアル（Working Together to Safeguard Children）を作成しました。

これはいわば児童保護のバイブルです。イギリスでは、「子どもが悪霊に取り憑かれているから叩き出す」といった事例も多く、それについて、専門家だけでなく子どもに関わる人なら誰でも読むことができるガイダンスをこの秋にも出版する予定です（DfES, 2007）。また、国外から子どもを連れてきて売春させたり、大麻工場で働かされたりする事例もあり、子どものトラフィッキング（人身売買）に関するガイダンスも作っています（Department for Children, Schools and Families, 2007）。

また、こどもと関わる仕事をする人は、子どもに関する犯罪歴がないかどうかのポリスチェックを受けてパスしなければならず、業務を行っている期間中に事件を起こすと公表される仕組みになっていますが、その制度をさらに強化する方向で検討されています（DfES, 2006）。

大変なケース（死亡事例やその他の重大な事例）が発生した場合は、LSCBにおいて、なぜ失敗したのか、どうしてうまくいかなかったのかをレビューする制度をつくっていますが、さらにその制度を強化しています¹。

●多分野連携、学校の役割について

Q 学校は児童虐待問題にどのような役割を担っているのでしょうか

A 学校は中心的な役割を担う機関であり、LSCBのメンバーにも入っています。子どもの行動は問題を象徴的にあらわすものだから、教育機関で働く人はガイダンスをちゃんと見て理解しておく必要があるでしょう。義務ではありませんが、リスクアセスメントをするために学校の教員が知っておくべきもの（要綱のようなもの）もあります。

イギリスでは、インターネットによる性的虐待が大きな問題となっています。政府は「子どもの搾取とインターネットからの保護に関するセンター Child Exploitation and Online Protection Centre; CEOP」²を立ち上げましたが、そこには、いろんな専門家が入っていて、法律家も含まれています。また教育者が、子どもに対して（大人も対象にしていますが）インターネットをどう安

1 Working Together to Safeguard Children の第7章に子どもの死亡事例の検討に関する手続きが載っている。詳細は Every child mattersのウェブサイト“Child Death Review Processes: LA Children's Services Funding, 2008 to 2011 子どもの死亡事例の検討に関する手続き；地方自治体による子どもサービス基金，2008-2011”に掲載されているので参照されたし。<http://www.everychildmatters.gov.uk/socialcare/safeguarding/childdeathreview/funding/>。

2 CEOPは英国の警察機構の一部であり、あらゆる場面で子どもを性的搾取から守ることを目的としている。詳細はウェブサイト<http://www.ceop.gov.uk/>を参照にされたし。

全に使うかを教育しています。私たちは各学校を回ってVTRやロールプレイをして具体的に教えています。

ソーシャル・チャット・ラインも問題で、ネット上にthink you knowというボタンを置き、チャットルームで誘われるとかして子どもが安全じゃないと感じると、このボタンを押してもらうことになっています。すると直ちにCEOPのホームページに接続して、相談ができる。この制度で、6カ国から70人の逮捕者が出ました。他機関連携も大切ですが、他国との連携も大切だと言うことを学びました。

●児童保護局の所管替えについて

児童保護局が、保健省（Department of Health）から教育技術省（Department for Education and Skills）に移ったことについて、次のような質問を試みた。

Q 日本では児童虐待通告される児童のほぼ半数近くが就学前の年齢となっているし、子どもの保護などを行う対応なども含めて考えると、児童虐待対策の所管が教育部門に移ったことが十分には飲み込めません。イギリスではどのような事情があったのでしょうか

A 教育技術省に移ったのは数年前のことですが、他機関連携の重要性は国の機関においても同じことで、子どもに関することはすべて一つでという考えのもとになされたことだと思います。私自身は以前は学校に勤めていましたが、確かに保健に関することを取り扱わねばならないので、不自然さは感じることはあります。でも保健や内務省など子どもに関する仕事をしている人たちとは連携するように心がけています。

●18歳を過ぎた子どもへの支援について

ケアの対象となる年齢についてですが、エクステンディッド（拡張）スクールということで、そこには3歳に満たない人たちも含まれています。

ケアを受けていた子どもを18歳以後も見っていく責任がある。福祉・教育・保健がすべて入っているチルドレンズサービス（children's service）の人たちが保護を要する子どもChildren in careの人たちを専門に見ています。

この点に関して、視察に同行されていた厚生労働省の古川夏樹元虐待対策室長が、「ヤングアダルトへのサポートは少ない、というレポートが出ているので、それはやりましょうという方向になっている。地方自治体に子どもセクションを作る、オフステッドに移るというのも、一連のことですね」と解説して下さった。

●里親や施設の取り組み、今後の方向について

里親に委託されている子どもが何十回も委託先が変わるという例があると聞いた、どのように考えているのかをお尋ねしました。専門外の領域とのことで、一般的な内容にとどまっているという印象

でしたが、以下のようにお答えいただきました。

A もちろん理想的なことではありません。子どもが他の里親へ移る理由はたくさんあるでしょうけれど、居所の移動はベストではありません。本来ならば安定した基盤があること、それ以上に親と一緒にいることが大切なわけです。子どもにとっては、里親に行くということだけで大変ですし、何らかの傷を負っていると思います。だからこそ里親への教育が大切だと思っていますし、里親とソーシャルワーカーが一緒になって、子どもたちが起こす問題（反抗的、しゃべらなくなる、飛び出すなど）について理解を深めていく必要があります。私はソーシャルワーカーがそのためにがんばっていると信じています。

一方で「プライベート里親」という問題があります。地域のソーシャルサービスを通さないで行われているため、状況が把握できなくて問題となっています。そこはこれから調査していくということをしなないといけないし、プライベート里親も地方自治体の里親がやるのと同じような手続きを踏むべきなのですが、そこが難しいところです。

●家族の問題、親への支援について

Q 虐待問題に限らず、家庭の基盤が弱くなっていると思うが、それに対しての対応や施策はあるのでしょうか。

A 世界的な問題なのでしょうか。いずれにせよ生まれ育った家族と暮らすことは大切だと思っていますし、親を教育することは非常に重要だと思っています。

具体的なプログラムですか？ たとえば、エクステンディッドスクールでは、学校機能を拡張して、親を助けています。たとえば、放課後クラブで宿題を教えたり、ブレックファーストクラブ（朝食クラブ）があったりします。また親教室を開いて怒りのコントロール（アンガーマネジメント）を行ったりもしています。

こんなお話だったので、さらに突っ込んで「小さい頃から、学校で、親になることを視野に入れた教育などはやっているのでしょうか」と尋ねてみました。

A たとえば、10代の妊娠について。統計的にはわかりませんが、11歳か12歳くらいでお母さんになった事例もあります。ですから、具体的に何歳から始めているかは私は知りませんが、学校のカリキュラムに性教育と10代の妊娠について入っています。

●悪霊の話、民族の多様性など

Q 悪霊についての間違った考えをただす啓蒙パンフを作成しているとのことでしたが、どんな人がそのようなことを信じているのでしょうか。実態についてもう少し詳しく教えて下さい。

A キリスト教でもそういうことを信じることを辞めたのはつい最近のことではないのでしょうか。それはともかく、ある一定の民族に限られたことだろうとは思いますが。西アフリカ、中央アフリカからの移民の間でそういった強い考えがあるようにも感じますが、詳細は知りません。たいへんな害が与えられたとき以外は耳には入らないので……。

Q その点はよくわかりました。ところでロンドンを歩いてみると、多民族の人々が生活していると感じます。そうした方々には民族的な伝統もあるでしょうし、それらとイギリス社会におけるルールとをどのように調和させようとしているのでしょうか。

A 難しい問題ですが、ほとんどの人は、子どもに何が必要かということ、「子どもの権利についての考え方」という点で合意がとれているのではないかと思います。ただし今は、少数民族に限らず、「誰を持ってイギリス人とするのか」が問題になっているのです。

それはともかく、児童虐待がある一定の文化的背景や民族的背景、社会的経済的階級に限られて起こるということは絶対にありません。虐待は貧困、ひとり親、ある民族などで起こるというのはよくある誤解ですが、それをどう打ち砕いていくのかが問題なのです。

私が子どもの頃、親から「知らないおじさんについて行ってはいけない、お菓子をもらってはいけない」と教えられました。でも実際には、虐待は子どもが知っている人によってなされるということがわかってきました。受け入れ難い考えかもしれませんが、もっとも危険な人物が家族であることもあったりするわけです。

●虐待が疑われる子どもの行動リスト

Q 家族が孤立していることが虐待の背景にあると思いますが、その場合、地域の絆が大事になるでしょう。地域の絆を作るための施策はあるのでしょうか？

A 地域の崩壊を防ぐための特定の施策はありませんが、すべての施策が地域の結合を活発化する方向で進められています。ただし逆に、ある地域、たとえばユダヤ人のコミュニティなどは閉鎖的であり、自分たちだけのルールを持っている非常に閉じられている社会であるため、入って行くのが難しいというような例もあります。

クリンビエ事件では多機関連携が大事だとされましたが、それだけでなく、早期発見が重要であり、子どもに関わる教員、養育者、保育士、隣人、医師、地域の誰もが、子どものサインに気づけることが大事だという指摘もありました。子どもの言葉遣いが突然おかしくなったならば、きちんと気づかないといけないわけです。

しかし「子どもがこのような行動を示したら虐待されている危険がある」というリストを作成することについては、話はあったけれどやめにしました。というのも、子どもはいろんな理由でいろんな行動をします。そんなリストができあがってしまうとパニック状態になり、ヒステリー状態になってしまいかねません。

数年前、ある大衆紙が「小児性愛者 pedophilia」という言葉を使ったんですが、「小児科医 pediatrician」という言葉と似ていたために、「小児科医」という看板を掲げていた建物が攻撃されるという事件が起きました。すごく気をつけないといけないし、すべてを注意深く発信しないといけないのです。

●イギリスの一般家庭に対する子育て支援は？

A すべての情報が利用可能です。NSPCCでは子どもがいじめにあっているなどでも通報される。子どもが生まれたらGPが対応するし、シュアスタートがその地域にあれば行くことができる。いくらでも相談できるわけです。結局、英語を話すことができない人たちに、どうやってそうした情報を届けるのかが問題となってくるわけです（古川元室長のお話では、最近のTV番組で、ある地域では英語を話せない人が7分の1にも達するという報道があったとのこと）。

父親の子育てへの協力ですか？ それぞれの家族によるのではないのでしょうか。もちろんすべてのサービスは父親にも提供されます。離婚した場合は、法的に母方に肩入れする傾向があるかもしれませんが……。

●今後の課題について

イギリスの社会では、今後、虐待問題が深刻化していくという認識なのかどうかをお尋ねしたところ、そうしたことについてはGray長官と話すのがいいでしょうとの答えがあり、虐待そのものが増えているのか、手が届くようになって通告がされてきているのかはよくわからないとの回答であった。その話を受けて、

Q Picken教授は、数ではなく、第三者機関の監査が大事だと言っていたが、どう思われますか？と尋ねてみた。

A それは重要だと思っています。かつての社会保障の監査当局（CSCI；Commission for social care inspection）が、OFSTED（オフステッド）に引き継がれましたが、オフステッドは独立機関として機能していて、学校も視察しているとのことでした（10-3参照）。

最後に、Louse Mooreさんは、虐待が起こってからの仕事をなさっているとされたが、一番の課題と感じていることはどんなことでしょうかとお尋ねしました。

A 虐待というのは大きな問題でこれからもそうであり続けるでしょう。多くの人は、虐待という性的虐待、身体的虐待というのを一番に考えるかもしれませんが、教育を受けさせないというのも虐待です。子どもの教育の機会を奪い、潜在的に伸びることを奪っているわけですから。

私は、次々と新しい法律を作らずに、このままの法律で大丈夫というのが理想です。今のご質問も、本当はGray長官と話すのがいいのですが……。

ということでインタビューを終えました。

（川崎二三彦）

<引用文献>

Lord Laming (2003) The Victoria Climbié Inquiry Report.

HM Government (2006) . *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children.* The Stationary Office.

Department for Education and Skills (2007) Safeguarding Children from Abuse Linked to a Belief in Spirit Possession.

Department for Children, Schools and Families (2007) Working Together to Safeguard Children – Safeguarding Children who may have been trafficked.

Department for Education and Skills. (2006) . *Safeguarding Children and Safer Recruitment in Education.*

10-2. ロンドン大学教授 David Gough氏に伺う

訪問日 2007年4月18日 15:00~16:00
所在地 (会場) University of London
18 Woburn Square, London WC1
対応者 David Gough氏 (Social Science Research Unit, Institute of Education,
University of London; ロンドン大学教育学研究科社会科学研究室)

Gough氏は、現在ロンドン大学の児童福祉分野の教授であり、25年間児童虐待問題に携わってこられた児童虐待の専門家である。日本の大学でも教鞭をとられたことがあり、日本子ども虐待防止学会 (JaPSCAN) の理事も務められている。今回は、児童虐待に関して様々な視点からのこちらの質問に答えていただくという形式でお話をお聞きした。



(写真1) David Gough氏

Q 多分野多職種の協働という流れの中、子ども大臣の誕生や、福祉と教育分野との統合が図られたと聞きます。この流れについてどう思われますか。

A とても新しい流れです。施策が変わった背景には、たくさん児童虐待死亡事件の報道があります。こうした報道が政府に大きな圧力を与えました。1974年のマリア・コーエル事件以来、数多くの事件報道があり、その度に同じことが批判されました。それが多職種との連携

ができていないというものです。そしてビクトリア・クリンビエ事件でも、機関連携の不備が厳しく指摘されました。そこでついに構造改革に至ったのです。それまで教育と福祉は分かれていたが、今は児童サービス局として統合されました。こうした多分野横断的連携の目的は、児童虐待問題に対する共通認識をもった上で、情報を共有することであるが、一方、みなが同じ意見になる危険もはらみます。異なる責任を持つという視点も必要です。それぞれが異なる役割と責任をもっています。医者なら患者の安全を守ること、警察なら立件することです。医者の権威が強すぎて、その意見だけになって、他が黙っている¹と危険なことが起こります。

1 1986年におきたグリーンブランド事件は、この問題を象徴している。児童虐待に対して先進的な取組がされていたとされるグリーンブランドで、女性の小児科医が中心に過剰に性的虐待を診断し、多数の子どもが家庭から引き離された事件である。こうした児童虐待のシステムや専門家による対応が児童虐待に至る可能性もあり、これをシステム虐待と呼ぶ。

Q 児童虐待ケースに対する実際的な対応において、英国と日本の違いについて気づかれていることを教えてください。

A 日本と違って子どもの状況をなかなか把握できない状況が英国にはあります。日本には戸籍があるが、英国にはありません²。人口が流動的でコントロールできないのが実情です。したがってどこに誰が住んでいるかが分からないことがあります。クリンビエ事件はそうした事件で、一緒に住んでいるのが親だと思っていたら、叔母でした。70年代には児童虐待登録というものがありました。それはその地域で、虐待の疑いのあるケースのリスト、児童虐待ケースのリスト、法廷ケースのリストの3つのリストがあって、幅広く把握していました。今の児童保護登録は児童虐待のケースに限られており、登録に載っている子どもに対して、ソーシャルサービスが援助プランを作成するというものになってしまいました。今はこうした登録はやめようという方向で、最初の目的である、多機関が連携し合えるものに戻そうとしています。

子どものリスク状況に応じて以下の4段階があります。

1. 裁判所の判断を有するケースで、保護か在宅かの判断が必要となるケース
2. 現在の児童保護登録（計画）ケースRegister Case。児童保護Child Protectionケースとも呼ばれ、調査の上、援助プランが立てられるケース
3. 調査段階のケース
4. 支援を必要とする多くのケースChild in Need

イギリスのシステムは2と3に力が注がれています。アメリカは1です。日本ではそれまで4に力が注がれてきましたが、現在は1に力が注がれるようになっていると思います³。数はまだ少ないでしょうが……。アメリカでは2と3はボランティアレベルで行われています。英国では2と3にたくさんのお手続があり、いくつかのプロセスがあります。

Q 多分野横断的連携はまさに2と3を充実させる上で重要ということが分かりました。さらにこれをよりよく進めるにあたって、取り組もうとしていることはありますか。

A 政府がイニシアティブを取って、この問題を克服しようとしてきましたが、問題はまだ残っています。教育と福祉を統合して子どもサービスとしたが、そこにヘルスも一緒にすればもっとよくなる可能性はあります。またコンピューターを用いて子どもの情報を共有するシステムを作りました。しかしこれらには問題が伴います。ひとつはコンピューターを用いることによるテクノロジーの間

2 移民の受け入れを積極的に行ってきた結果でもある。英国、特にロンドンでは多民族が移住しており、190ヶ国語が話される地域である。日本の場合、海外からの移住者はイギリスほど多くないが、海外労働者の雇用に関する問題やオーバーステイの問題などが増えつつある。そして、そこで暮らす子どもたちがおかれた状況はほとんど把握されておらず、政策も打ち出されていないのが現状である。

3 「日本では1に力が注がれている」というのは、裁判所の関与ケースが多いということではなく、一時保護を始め、子どもの分離保護に力が注がれるようになっているという意味である。日本では一時保護の判断は児童相談所長にその権限があるが、英国では裁判所が判断し、ソーシャルサービスにその権限はない。

題、もうひとつはプライバシーの問題です。

Q 子どもを把握することの難しさをお話されましたが、それに対する対策も含めて、もう少し詳しくお話しください。

A 英国には日本のような戸籍はなく、多民族が出入りします。特にロンドンでは人口の流動が激しいのです。したがってどこに誰が住んでいるかつかみづらいのです。税金を払った上で公的サービスを受けている家族であれば把握できますが、そうでない家族も多数います。また大人ならそれでもいいかもしれないが、子どもは困ります。子どもの場合、学校に通っていないければ、ほとんど分かりません。乳児については、妊娠すると家庭医（general physician；GP）に行くので、そこで把握されることが多いです。そこからシュアスタートに資料がもらえ、家庭訪問（重要地域は全戸訪問）することができます。

シュアスタートの良いところは、各地区にあるという点にあります。以前は保健師さんが地区に根ざして活動していました。地域を歩き回って、ある家族に会う目的で訪問しても、別の家族にも会って言葉を交わしたものでした。こうした活動によって、地域の状況を把握することができました。20年前にその制度を変えてしまい、保健師さんをGPセンターに所属させてしまいました。それによってGPが地域のオーガナイザーになるという仕組みを作り上げようとしたのです。しかしGPはそれほど地域に根ざしているわけではなく、保健師さんも、担当地域がばらばらになって、センターから車で行って家庭訪問するという、地域密着でない状況になってしまいました。訪問しても会えないというようなことを繰り返しているうちに、電話だけになるなど、より地域から遠のいてしまうようになりました。現在、こうした反省を踏まえて、元に戻そうという動きもあります。

ただ、英国全体のありかたとして、政府は、様々な領域で、より専門分化させる方針を出しています。この結果、地域の総合病院が減って遠方の専門病院が増えるといったことなどが生じています。教育も言語、科学、演劇など専門特化した学校が増えてきました。しかし、家族のサービスは地域に根ざした総合的支援こそ必要で、国に全体の方針と児童虐待問題への対応のあり方とは必ずしも一致しません。

Q イギリスでは教育ネグレクトが重大な問題となっていると聞きました。日本でも2004年に岸和田事件が起き、不登校の背景に虐待があったことに社会が衝撃を受けました。この点についてお話しください。

A 比較文化をするときには注意が必要です。子どもが学校に行かない背景には様々あり、背景要因も国ごとで異なるでしょう。イギリスでは子どもが学校⁴へ行かないと親が犯罪を犯していることになります。だからと言って、日本でもそうあるべきかというそれは違うと思います。イギリス

⁴ 学校も一般の公立学校から、民間の学校まであり、民間の学校ではさまざまな形態が学校として認められている、中には一般家庭で5、6人の子どもを対象にした学校もある。

では子どもが学校に行かないときには、「退屈だから」「面白くないから」「先生がよくないから」などと理由をあげます。日本のように「学校に行くのが不安だ」とか、「友達関係がうまくいかない」などというのは理由にあげない場合が多いのです。しかし実際はイギリスでも日本の子どもと同じように感じている子どももいるかもしれません。強がってそれを言えないのかもしれませんが。一方、親が学校に行くことが大事とっていないケースも確かにあります。こうした場合のソーシャルワーカー（SW）の仕事は、親の生活を構造化することが大切になります。子どもを就労させているとか、親自身が犯罪に手を染めていて、社会のルールを軽視している場合もあります。

Q 児童の福祉に影響を与えている英国の社会的な変化や近年の問題として、重要とお考えになっていることをお話してください。

A 地域社会の崩壊、家族の崩壊、市民社会の崩壊などがあげられます。しかし離婚の問題をとりあげた場合、以前はDVを受けていても結婚生活にとどまっていたのですが、離婚できるようになりました。家族の解体の背景には良い理由もあれば悪い理由もあります。ただ、社会全体が、家族や地域といった集団の福祉よりも個人の権利に偏りつつあるように思います。イギリスと日本は非常に似ているところがあります。現在の日本はイギリスの30年くらい前の雰囲気のように感じます。だからイギリスで起こっている問題が今後日本でも問題となると思います。情報化が進んでいるからもっと速いスピードでそれは起こってくるかもしれません。

児童虐待に限れば、NSPCCが「児童虐待を一切なくす」というスローガンを掲げて活動をしてきました。しかしそれはあり得ないことで、常に新しい問題が発生します。専門家は新しい問題にどう対応するかを考えることが重要で、なくすかどうかではありません。他国を視察するとき、単に制度やシステムの比較をするのではなく「これが次に来る問題だ」というところを見てほしいと思います。

日本政府はもっと子どもの福祉に関する研究情報機関に予算を投じる必要があると思います。イギリスではお金を使いたがらない保守党の政府であっても、社会福祉問題にはお金を注ぎました。それは絶対に必要なことです。

Q 日本の今後のあり方についてもご助言いただきました。さらに日本の児童福祉、特に児童虐待問題への対応について、感じておられることや、我々がもっと力を入れるべきと先生が思われていることをお話していただけますか。

A 日本は、子どもの保護と治療的援助のバランスについて、さらに検討を深めていく必要があるように思います。日本はまだ積極的に保護しないのではないのでしょうか。数年前、日本で次のようなケースを知りました。ある性的虐待のケースで、父親から性的な関係を強いられているという子どもがいて、学校の先生に相談し、先生が児童相談所に連絡をしましたが、子どもを児童相談所

のセラピーに通わせて、家族に介入しなかったというものです。こうしたことは今も続いているのでしょうか。日本の児童相談所にはSWのトレーニングと人的資源が足りないように思います。

また、施設と里親のバランスも違います。英国は里親中心です。ただ里親100%か施設100%かというより幅広いリソースが必要だと思います。イギリスの寄宿施設は日本に比べて環境が非常に良くないです。日本には、小舎制や大舎制、夫婦制などさまざまな形があって、それは良いことのように思います。イギリスは両極端で、日本はその間にいろいろあります。

Q マルベリーブッシュスクールのような治療施設 (Therapeutic Community) は、どうでしょうか。

A それは児童保護の必要性から生まれたわけではなく、心理職や精神科医らの治療的発想や考え方に基いて作られたもので、歴史も古いです。児童保護は政治家、法律家、医師などが作っていったものです。しかし、そうした出発の発想と現在行っているサービスとは別に考えるべきです。ただし被虐待児の治療的援助にそのサービスが必要となる場合は確かにあります。

Q 児童虐待問題に関する研究について、先生のなされていることも含めてお話しいただき、日本のあり方についてご助言いただきたく思います。

A 私の専門は児童虐待でしたが、研究の成果をまとめ、政策や実践に役立てようとする (Evidence Informed Policy and Practice) のが今の仕事です。最初は児童福祉の分野に限っていましたが、今はその方法論が評価されて、8つの政府機関と協働して行っています。

日本では児童福祉の分野での研究論文が少ないように思います。ロンドン大学の研究部門には子どもと家族部門だけで3つの研究センターがあり、それぞれに40人ほどの研究者がいます。子ども学、十代の妊娠、HIV、児童虐待などに分かれて研究をおこなっています。研究費用もたくさんもらえています。日本もそうなればいいと思います。

子ども学は新しい研究の形で、子ども時代の社会学とっていいものです。発達心理学的なアプローチでなく、子どもの視点から、現在の問題を見ていくというスタイルです。彼らは精神科医や心理学者には批判的です。発達心理学などは、大人の視点から、子どもを対象化して理論を作り出しました。この分野では子どもを自分たちと同等と見ています。大人になるまでの一段階とは見ません。子どもの環境ということに関する研究がたくさんあります。子どもの視点から、道路はどうであるとか、学校はどうであるとかといったことを研究しています。

(増沢 高)

<参考文献>

田邊泰美 (2006) 『イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク』 明石書店。

10-3. 英国子ども虐待防止学会会長Jonathan Picken氏に伺う ——LSCBを中心に——

訪問日 2007年4月19日 16:15~17:15
所在地(会場) University of London 18 Woburn Square, London WC1
対応者 Jonathan Picken氏 (BaSPCAN会長、LSCB (Worcestershire), ソーシャルワーカー)
David Spicer氏 (BaPSCAN前会長、弁護士)

BaSPCAN (British Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 英国子ども虐待防止学会)の現会長であるJonathan Picken氏から、英国における近年の児童虐待対応システムの現状と課題を伺った。2000年のヴィクトリア・クリンビエ児童虐待死事件を契機に、この数年で英国の児童虐待対応システムは大きく転換したが、その中心となるのが地域における多分野横断連携の推進であり、そ



(写真) Picken氏(右)とSpicer氏。ロンドン大学前で

の核となるのがLSCB (Local Safeguarding Children Board; 地方児童保護委員会)の存在である。Jonathan Picken氏はBaSPCANの会長であると同時に、ウイスター (Worcestershire) 州のLSCBのディレクターを務めている。また、ちょうどBaSPCANのジャーナルの編集委員会開催の直後だったこともあり、前会長で弁護士のSpicer氏にも同席いただき、LSCBの役割や多分野横断連携のあり方を巡ってお話をお聞きした。加えて、被虐待児への治療的援助についてなど、現在課題となっている諸問題についてもコメントをいただいた。

(1) LSCB (Local Safeguarding Children Board) : 地方児童保護委員会

LSCBは各地区にある多分野横断的組織で、警察、保護監察局、ソーシャルサービス、教育機関、保健機関、NGO等、児童虐待に関係する機関で構成されている。2004年児童法からできた組織だが、多分野横断的連携の歴史は長く、ACPC (Area Child Protection Committee) 等の民間組織が活動してきた歴史がある。こうしたシステムができてきた背景には悲劇的な児童虐待事件があった。

しかし2000年、ヴィクトリア・クリンビエ事件が起き、それまでうまくいっていたかに思われていた多分野連携が、実はそうではなかったことが表面化した。クリンビエ事件は、詳細な検証がなされ、レーミング報告書としてまとめられている。児童虐待や子どもの権利擁護に関して、何が問題で、何

が良く、何がどのように影響を与えるか等、分かっているように見えて、それほどよく分かりあえておらず、個々のケースに対して何が解決につながるか、各機関が共通の認識を持つことの難しさが再認識させられた。例えば米国ではすべての専門職が通告の義務を負わされているが、英国ではソーシャルワーカー（SW）や看護師、警察等は負わされているものの、民間団体の職員などには必ずしも課せられていない。こうした異なる立場の多職種、多組織がお互いの機能を理解した上で、共通の見解を持ち、より良い多分野横断協働を作り上げることが重要な課題として認識された。こうした背景から、ACPCのような民間組織を凌駕した権限が政府から与えられる形でLSCBが誕生したのである。

レーミング報告書で示されたもう一つの大きなポイントは、責任の所在の明確化である。この報告書の中で、Laming氏は、この事件に直接関わったソーシャルワーカー等は資格をはく奪され、職を追われているのに、上司は昇進したり、そのまま仕事しているという点を厳しく指摘した。各機関の役割と責任の所在を明らかにし、さらに、自分の組織だけでなく、他の組織で直接起こったことも、そこに参加している他の組織にも責任があることとした。LSCBの役割は、こうした連携のあり方を強化、推進することである。病院で起こっていることや学校で起こっていることも、お互いが積極的に分かりあい、皆共同で責任を共有することとした。例えば、ソーシャルサービスであれば、子どもの安全の確保も大事だが、学校で起こっていることも、病院で起こっていることにもしっかりアプローチしていこうということである。しかし自分の組織の利益を横に置いて、みんなの利益を考えていくことは、英国の現状の中では非常に難しい課題でもある。

Picken氏がディレクターを務めるウイスターシャー（Worcestershire）州では、児童虐待対応と子どもの権利擁護についてのマニュアル、ガイドラインを作った上で、多職種に対して合同で研修（inter-agency training）を行うことにしている。これまでこうした合同会議を実施すると、参加者の目的が自分の組織を守るといった点に偏っていた。そのため専門家に対する教育、理解を深めるトレーニングが重要となったのである。SW、医者、警察、看護師等が全て同じコースを受けることとした。4、5段階のトレーニングコースを設定し、レベル1では、児童虐待に関する基本的な気づき、虐待が存在するという気づきを持つ。レベル2は、施策や法律の問題等の知識を深める。並行して多機関連携の気づきを深めていく。高いレベルでは、上司が部下にスーパーバイズすることが重要であるとされており、スーパーバイズのあり方などを行う、また性的虐待についてなどテーマを絞った研修も高レベルの研修に位置づけられる。また臨床的診断の問題や、家庭調査の具体的な方法、効果的介入のあり方などを扱う。SWはレベル1の内容をすでに学んでいる可能性が高い。もちろんSWのみ、心理職のみ、看護師のみといった職種限定の研修（single-agency training）もあり、全ての職種がレベル1から始める必要はないかもしれない。しかしPicken氏は、多職種間合同研修（inter-agency training）については、レベル1から全ての職種が参加してほしいと考える。「人はすぐに次のステップに行きたがるものだが、学び直すことや、何より互いの連携を深めるためにも必要である」と述べる。多機関、多職種での研修は、知的レベルの差、これまでの経験の差など、様々な差があるのは当然である。こうした違いを含み入れて、どうやって同じ地平に立っての研修を行うかが多職種間合同

研修の課題である。

英国政府が出している児童虐待対応のガイドラインであるWorking together (2006) には、第3章にLSCBの役割が述べられ、第4章にはLSCBが中心となつての多職種間合同研修inter-agency trainingのありかたが述べられている。クリンピエ事件では、専門家の質の問題が指摘された。どこの機関でも他の機関を批判できるくらいの力を持つ必要があると、レーミング報告書には述べられている。例えば医者に対しても、他の機関が、「どうして～をしないのですか」と質問できるレベルにまで研修によって高める必要がある。これは大きな課題であり、どのような内容をどのような方法で行うかは地域によって違いも生じる。ウェブサイトにはその地域で行う研修の内容やその結果が公開されている。

こうした研修の効果測定については、必要であるがまだできていない。今後の課題である。ただ後述する独立の調査機関OFSTED (The Office for Standard in Education) が、警察、病院、ソーシャルサービスなどのそれぞれの機関に入って客観的な視点で、その機能を調査するが、LSCBも同様に調査に入り、有効な機関連携がとれているかどうかを評価するため、そこのリンクで見えてくるものがあるように思う。

(2) OFSTED (The Office for Standard in Education)

2004年児童法ができて、機関連携も含めてLSCBがうまく機能しているかどうか、独立の政府調査機関OFSTED (The Office for Standard in Education) が調査に入るようになった。その調査は、非常に厳しい内容で、機能の一つ一つに批判的な見解が示されるようになってきている。またOFSTEDは、LSCBを構成している様々な機関にも個別に調査に入る。以前も政府機関の監査はあったが、手続きがうまくいっているかなどの書類レベルのものであった。今は子どもと家族がどう変わったかなど、その質を問うような調査へと変わっている。以前は調査に来て専門家だけと話をして終わったが、今は子どもにも話を聞くようになってきている。

評価の項目や基準は明らかにされている(資料6)。地域で何人が児童保護登録(計画)されているか、保護までにどれほどの時間がかかったか等であり、一般に公開されている。対応の遅れがあることは問題で、そうしたケースが多いと批判の対象となる。

このような事例があった。ある地域が、自分の地域についての自己評価をし、機関連携がよくできているとして、論文として報告したほどであった。ところがOFSTEDが、学校、救急病院、開業医などあらゆるところに調査に入った結果、システムが全く機能していないという結果が出た。「子どもが心配なことがあるとき、子どもを保護する仕組みが見えてこない」と指摘されたのである。このように、自分たちの中だけでの満足では、客観性を見失うことになる。「これはできているだろうか」と自分たちで問い直し、防衛的になるのではなく、批判や疑問に開かれていることが重要である。

現在、地域ごとのOFSTEDによる評価が公開され、ランク付けなどがされている。Picken氏のウイスターシャー州、ノッテンガム州、オーソリティー州などは良い評価を受けている。調査の結果、弱い点が指摘されると、次回はその点が最重要評価ポイントとなる。改善がなされていなかったり、非

常に大きな問題点があったりすると、LSCBはその権限を政府に奪われてしまうこともある。しかしPicken氏は、ランク付けには必ずしも賛成ではない。Picken氏は、自らが所属するウイスターシャー地区について、「良い評価を受けているものの、問題はたくさんあると思っている」と語る。つまりランクばかりを気にして、その評価の枠組みにだけ目を向けるのではなく、常に自らの機能について振り返り、改善点を見出し、是正していくことが肝心なのである。

(3) ウイスターシャー地区の児童保護に関する状況

現在英国においては、各地域の保護登録児童（Child Protection Register）と保護下におかれている児童（Looked After Children）の状況が公開されている。Picken氏の所属するウイスターシャー州は人口55万5千人ほどの地区であるが、2007年2月現在での保護登録関連数は次のとおりである。2月に保護登録された児童が28人、登録から外れることができた児童は17人で、総登録児童が263人となっている。これは児童1万人に対して22人の割合である。全国平均は1万人に19人であり、ウイスターシャー州としての目標は、3月終了時には1万人に17人に減らしたいと考えている。登録から外れることのできた17人の児童で2年を超えて登録され続けていた児童は誰もいなかった。

保護登録児童とは、言ってみれば、児童虐待が発生しているなど、リスク状況の高いケースのことで、地方行政機関（Local Authority）の対応が必要であると登録されている児童のことである。従って一般的な価値観としては、こうした児童は少ない方が良く、登録機関も短い方（2年以内がひとつの目安）が良いということになる。しかし、機関が何もしなければ登録数は減ることになり、これでは本末転倒である。適切な対応がされた上での数値の減少が望まれる。この点について、Picken氏は「保護登録児童が少ないことは推奨されるが、（今の英国の状況では）多分野横断連携がうまくいけば、むしろ増加するだろう」と述べている。

次に家族と分離して生活している児童（Looked After Children）は、2007年2月28日現在で465人へのぼり、本年度で最高数となった。生活場所の内訳は、行政機関登録の里親が193人（41%）、民間機関登録の里親が84人（18%）、関係者や友人が43人（9%）、養子縁組が23人（5%）、公的入所施設が22人（5%）、民間入所施設が37人（8%）、在宅が60人（13%）、自活が5人（1%）である。この2月には14名の子どもが新規に保護下に置かれ、10名の子どもが保護下から外れている。新規の14名の内、4名はケア命令による措置、6名は警察からの措置、残りの4名が任意による措置である。保護下から外れた子ども10名の内、8名が家に戻っている。家族との分離による支援も、可能な限り少ない方がよい。このためには早期に親支援や家庭訪問などを行うことが必要である。こうした早期援助の有効性は、世界中の研究結果が示している。従って、よほどの大変な虐待が生じているときのみに初めて分離を行うことになるが、政府の方針としては「できる限り在宅で」という方向であり、裁判でも分離は最終結論で、最後まで在宅のまま何かできないかを検討する。在宅のまま問題が悪化する場合もあるし、ここのバランスは非常に難しい課題である。分離の場合、新たな生活の場として、主となるのが里親である。

(4) 子どもの治療の必要性と考え方

しかし、こうした深刻な虐待の場合、子どもも多くの問題を抱えており、里親には相当の技量が必要であるし、里親だけで対応するのはとても難しい。こうしたケースには、里親に対して、臨床心理士、教育心理学者、SW、看護師等、幅広く厚いサポート体制を作る必要がある。ウイスターシャー州では、そうしたシステムを作ろうとしているところである。セラピストのアドバイスを受けながら里親が治療的な環境を提供するというものである。

しかし、被虐待児に特徴的な暴力の問題や性化行動が激しく、そういう体制をとってもなお里親では難しい場合が少なくない。その場合は治療施設を利用し、それでも難しいときにはセキュアユニット (Secure Unit) が利用される。セキュアユニットは医療機関の一つであり治療環境が用意され、個室管理 (強制処遇) もできる。ただ軽犯罪を犯した非行少年も多く入っていて、その子どもたちと被虐待児が一緒に暮らすことの問題も考えなくてはならない。一方で非行少年は警察ルートであれば少年院に行く子たちが多く、そうした子どもたちの中にはセキュアユニットで治療を受けた方がいい子どもがたくさんいる。これもまた別の意味で問題である。少年院の67%の子どもが虐待を受けていたという報告がある。

治療サービスについては地域間格差が大きい。ただ、こういった格差についてこそLSCBがしっかりと機能し、もっと治療的援助が必要であることを関係者がメンタルヘルスに訴え、改善されるべきだと考える。英国では、子どもの治療に関しての部分が一番批判されているところでもある。これまで虐待の発見や保護に力点が置かれて、その後の治療が十分ではなかったという反省がある。そのため児童のメンタルヘルス部門の予算がここにきて増額されようになった。

また年齢が高くなると治療が行き届かなくなる傾向があるが、そうした子どもほど治療が必要であると考えられる。10歳なら10歳の行動を求めるのではなく、その子の情緒的な年齢に応じて対応すべきである。里親が治療スタッフからのサポートを受けながら治療的関わりができるようにしていくことが重要であり、ベースに必要なのはアタッチメント理論である。最近の傾向としては、週1回45分というような治療よりも、1日中、生活を通してのコンスタントな治療的関わりが必要であるというように変わってきている。以前、安定した生活環境もないのにセラピーに連れて行った時期があったが、近年は家庭の安定的環境を作ることが第1であるとされている。

さらに、重要なのは児童のアセスメントなのである。米国や豪州では、アセスメントというと虐待のリスクアセスメントがほとんどであった。英国ではさらに3つの軸がある。子どものニード、親のニード、そして家庭環境のアセスメントとさらに広い社会的環境のアセスメントがある。しかしこうしたアセスメントさえも治療に充分につながるものとはなっていない。逆に政府がこうしたアセスメントフォームを作ると、その項目をチェックするだけになってしまい、子どもにとって本当に必要な視点が抜け落ちる可能性が高まってしまう。そのこともまた問題となっている。

児童虐待だけでなく、援助を必要とする子どもたち (Children in need) はたくさんいる。残念ながらその全てに十分な援助を提供できるほど、資源が整っているわけではない。またSWがたくさんいる地域もあれば、ロンドンのようにSWの業務が大変で次々と辞めてしまう地域もあり、格差が問

題となる。充分でない地域になると、SWの業務が、すべてのケースが援助を必要としているのに、その中からどのケースに援助を提供するかといった判断が中心となってしまふ。最近では、コモンアセスメントフレームワークCommon Assessment Framework (DfES, 2006) と言って、各機関が一緒になってアセスメントをするという取り組みを始めた。より適切なケース理解とその共有を図るのが目的である。

そして近年最も重要な変化は、政府が子どもの貧困問題が大きな課題であることに気付いたことである。保護だけでなく、Safeguard (予防や権利の擁護、緊急保護などを含む総合的な安心や保護をさす) という幅広い視点で子どもを見始めたことがその背景にある。そのため、税金改革、住居や就労に対する施策も、子どもの権利擁護Safeguardという視点からも取り組まれようとしている。このことは児童虐待に大きな影響を与えているはずだ。この施策がどう効果を及ぼすかの評価を待ちたい。一方で「ハイコストハイハーム家族high-cost high-harm family」というのも問題となっている。政府がお金をかけたにもかかわらず、反社会的行動を生んでしまう家族のことである。

(5) 児童虐待に関わる専門職の現状 (小児科医と教師を中心に)

まず、医療分野では小児科医は重要であるが、児童虐待問題に関わりたくない医師が多い。また小児科医が虐待を見つけても、それをサポートしてくれる仲間がなかなか得られない現状がある。小児医療業務の中で児童虐待のプライオリティは下位にランク付けされやすい。そこで各地区に児童虐待専門の医師と看護師を配置することを政府は要求している。OFSTEDの査察が入ったとき、専門医や専門看護師がいないと批判の対象とされる。

学校の教師や保育士も重要な職種である。ウイスターシャー州では5, 6歳以下の子どもと関わる保育士に対しての研修を実施している。こうした人々は児童虐待に高い関心を持っている。しかし若い人が多く、経験が少ないのと、すぐ辞めてしまう人が多くて、なかなか定着していかないのが問題である。教師に対しては専門的な研修が用意されている。また学校には虐待対応の専任教員も配置されている。ただいくら良い研修をしても、子どもの視点に立てない、子どもを尊重しないなどのネガティブな文化や雰囲気がある学校では効果はない。その場合、研修を実施するとともに、その学校や保育園にある文化を変えていくよう努める必要がある。もともと英国は子どもに対して体罰など厳しく接するという伝統が根深い。そうした点も改善される必要がある。

(増沢 高)

<引用文献>

Department for Education and Skills (2006) . *Common Assessment Framework for Children and Young People (CAF)* .

10-4. Alasdair Smith氏に伺う ——Southwark区ソーシャルサービスの虐待対応——

Intensive Parenting ProgramやWeetamanthri氏ら（7-3参照）の治療チームが精神保健サービスを提供している場であるサザーク（Southwark）行政区の児童虐待対応の包括的な状況について、ソーシャルサービスのサービス質的改善ユニット（Quality Assurance Unit）のソーシャルワーカーであるAlasdair Smith氏より説明を受けた。

（1）英国の児童虐待対応の新たな流れ

現在の英国の児童虐待対応の特徴は、その包括的な視点と多職種連携である。そして子どものために多分野が一緒に働く際に、ソーシャルワーカーが様々な職種を結ぶキーとなる。すなわち家庭訪問を行い、子どもの状況を理解し、子どものセラピスト、教師などに話を聞き虐待調査をすすめるプロセスなどで要となる存在である。特に最近では医療、保健、社会福祉、教育部門が協力し合うために、多職種連携の訓練を合同で受けている。この訓練のガイダンスは政府が提案したものであるが、それを受けて現在、各地域で個々の領域のスタッフが連携のノウハウを学んでいる途中である。英国では子どもをきちんと保護できなかった事例を経験するごとに、それをふまえた地方、全国レベルでの法制度の改革が起こる。また最近、法律を変えて、every child mattersというガイドラインを作った。そこでは虐待のリスクがある子どもがいたら、情報をもっているセラピストやソーシャルワーカーではそれぞれでは直接には対応できない場合でも、より上のレベルで政治的に組織的に協働して機能することが強調されている。このような最近の強調点の変化に対応して、地区ごとの組織のあり方や取り組みも変わってきている。医療、警察、教育、福祉の各々が児童福祉全般を促進する義務を担っていて協働する方向性をもつ、子ども第一主義となっている。そして何か事件が起こればLocal Safeguarding Children Board（地域児童保護委員会：LSCB）が責任を負うことになる。このような地域ごとの委員会で児童保護はかつてはオプションだったが、現在のシステムは必須の機能となっている。この流れはSouthwark行政区でも同様である。委員会をもつ行政単位としてロンドンでは33地区あるが、その中でこのSouthwark区は25万人、児童6万人を責任範囲としている。

（2）情報提供の重要性と危機介入における責任

現在のシステムでは、各専門職種のシニアマネージャーというのが、子どもの管理ケアに対して集団責任を負っていると考えていただくのがよいだろう。子どもがすべて安全に守られているかどうかについて、多職種間の確実なコミュニケーションが大事である。ある職種の担当者がこの情報、別のところが別の情報をもっているが、担当者同士のコミュニケーションが成り立っていないということ

もありうる。それらを統合すると有用な情報になるかもしれないので、情報共有のためのコミュニケーションすなわち情報提供についても各自に責任を持たせることがこれからは特に重要だ。

児童保護についてEU全体のコンテキストから考えると、まず人権の優先と言う考え方がある。もちろん家族のプライバシーは尊重されるが、それにもまして子ども自身が権利をもっていて、公正な裁判を受ける権利があるということである。そして子どもが虐待をされているとなれば、子どもは別の生活を送る権利があると考ええる。家族のプライバシーを重視しつつも法的コンテキストでは同時に子どもの人権を守るために様々な手続きがある。

(3) 児童保護のシステム自体の第三者によるモニター

Smith氏はSSDに属する質的向上マネージャーとして児童保護に関しての専門知識とノウハウを地域の各専門機関に提供している。すべての地方行政局は質的向上部を持っているが、リスクは持っているがまだ地域に住んでいる子どもたちがちゃんと治療受けているか、その家族がどのようになっているのか、家族と一緒に住みながら虐待がとめられればよいのだが、施設にいる子どもの処遇のモニターにも対応している。

児童保護についての国の査察システム、CSCIは、今年度に大きな構造変革があり、CSCI（社会保障の監査当局）は教育省の管轄下のOFSTEDに吸収された。地域ごとの児童保護サービスの水準の監査は3年に1度行われてきたが、今年度からはOFSTEDが教育と社会福祉を含めて合同監査を行うようになる。たとえばある子どものケースを抽出して、医療・教育・福祉の各領域で適切な保護や支援を受けているかを見ることになる。また児童保護のプロセスを含め、書面上だけでなく、実践的にもどのようなサービスがオーガナイズされているかをテストする必要がある。OFSTEDは国レベルから、これらのことを見る第三者監査機関だが、Smith氏は地方行政に属してLSCBの理事として内部からチェックをする役割を担っている。LSCBでは児童サービス部の部長を議長として児童保護に関して、ヘルス・児童保護という意味で安全な人材を雇用しているかをチェックする。Weetamanthriさんも臨床医としてLSCBの委員をしている。

(4) 地域内での多職種の連携と相互理解の促進

多職種による、すなわち教師、GPなど様々な視点を通して、教師だったら毎日子どもと会う、GPならその場面で会うことを通して、子どもを知ることが大事である。それぞれの目からは子どもが安全なのか。明らかなきときもあるしそうでないときもあるが、各自が子どもにharm（害）があるかどうか、リスクがあるかどうかを自分の目で確かめることが重要である。最近注目されていることとして、DVの目撃の影響なども問題となることがある。子どもに対するインパクトは思いの外大きい。すぐに今日か明日に現れるHarmではないが長期的には大きな影響を及ぼす。

医療との連携の視点からはソーシャルサービスへのGPからの通告のルートも児童保護のネットワークのなかで重要な要素である。LSCBには地域のGPも参加しているが、子どもの発達への影響など双方向のやり取りが必要である。参加を促すために診療時間がない午後にカンファをするようにして

いる。児童虐待の紹介元は教師がもっとも多い、訪問看護師（保健師）も多い、続いて保育士、警察の順に多い。

GPへの児童保護に関する研修は、PCT（プライマリーケアトラスト）、医療保険保護部門の枠内で、看護師が情報を提供している。医療保健領域でも定期的なトレーニングは行われていて、親の精神障害のインパクトや薬物乱用問題などについても研修がある。LSCBでも医療スタッフ向けの研修プログラムを行っている。医師が忙しくない午後に設定されることが多い。

（５）緊急保護における多職種の責任と役割

現在児童保護登録となるケースの基準と判断についてのガイドラインは、法律によって定められている。子どもに対する深刻な害（significant harm）が基本となる概念である。SSDの調査によって子どもに重大な被害が生じているという根拠があって登録がなされる。この被害とは、子どもの心身の健康や発達に害を与えるというものでないといけない。情緒的、身体的発達への否定的影響の判断が必要であるが、これは簡単なようで実はこの評価は複雑で困難なプロセスである。たとえば子ども自身は性的虐待などの場合は特にsignificant harmとして、筋道立てて訴えることができない場合が多いので、別の臨床的証拠がないといけない。刑事法廷ではなく、家裁に行く必要がある。すなわち刑事裁判では確証がないと立件できないが、家裁では蓋然性でも判決や判断が可能である。深刻なケースでは分離は理論的には、裁判所によって決められる。警察も緊急の場合は決められるが、自治体には権限はない。子どもの命の危険がある場合の緊急保護は警察が行う。そのような状況にある子どもをGPが発見したり、福祉スタッフが発見した場合は、即座に警察を呼ぶ。GPが緊急事態に警察を呼ぶと聞いたが、SSDには短期間、保護をする権限は物理的、法的にはない。この地域では緊急事態が毎日のように起こっているが、警察を呼ぶ。Duty of Careという観点からの緊急保護という意味での介入も可能という考え方もあるが、施設に入っているような子どもに生じた保護が必要な事態であれば、ソーシャルサービスが保護することもあるかもしれないが、家庭にいる子どもの場合は警察以外による緊急保護は難しいと考える。

Southwark区は人口が多く虐待の例も多い地域の一つであるが子どもの生死に関わる状況はあまりない。生死に関わる状況が生じるリスクの1つとしてこの地域では親が麻薬の常用している場合がある。そうした親でも改善してくれれば、保護プランに参加してもらえらると思っている。先ほどの児童保護プランのもとになるsignificant harmがあるとされる場合とは、子どもを家族から分離させて公共のケアのもとにおく方がよいとされる境界線である。施設や里親の選択肢があり、子どもの状態、親に対して自治体は何ができるのか、サービスによって行き先が決められる。

先ほどのカンファレンスでも、性的虐待が強く疑われていても子どもは分離されずに家にいるケースがあったが、そういうことはしばしば起こりうる。明確な証拠がなくて、子どもが小さかったり、障害があったりすると事実確認は非常に困難となる。児童保護計画はそのようなケースに介入するためにあり、また家庭裁判所は蓋然性でも動いてくれるが、危険な大人が家にいても家族にはプライベートな状況があるので証拠を要求するだろう。そこで証拠が挙がらないとそのまま暮らし続けること

になる。ある程度疑いもない状況にならないと裁判所は保護命令というかたちでは動いてくれない。ある時点で子どもが自己開示をしても、家族のプレッシャーがかかることがあり、取り下げる場合もある。そのような状況下でミスを犯した過去もある。このため政府の方でも慎重に調査するようと言っている。いずれにしても虐待状況が疑われれば、関係者の方で子どもを理解するための計画を立てないといけないとされている。

(6) 多様な地域文化の中での支援策

またこの地域の特徴として、Southwark区は少数民族が多く、使用言語だけでも100もある。多様な文化があるために、地域としての活力にもつながっている一方で、いったい何が起きているのか自分たちでも把握しきれない領域がある。背景となる文化によって性的虐待やDV、身体的虐待の捕らえ方も違う。家族や地域社会からの通告もあるが、宗教団体の場合もある。現在、予防的な関わりの一つとして、そのための啓蒙活動を地域レベルで多様な文化集団を対象に行っている。

(7) 家族から子どもを分離した後の公共のケアのあり方

このような虐待を受けた子どもへの安全な養育環境の提供の問題の解決策として、現在は里親制度が重視されているが、里親が次々に変わってしまう現状も指摘されている。里親の側の問題もあれば、子どもが多問題でケアが困難などいろいろな理由が考えられる。子どもの養育環境についてのイギリスの考え方として伝統的に、まず子ども自身の家族がもっとも望ましく、その次に家庭的養護が受けられる場であると考えられている。かつては施設養護児も多かったが、いまは大幅に減り、家庭的養護をサポートするのが一番という考え方になっている。現在家庭から分離された子どものなかで施設処遇児は10%に満たない。英国には2種類の施設があり、レジデンシャルスクールで教育、寄宿学校のところと、レジデンシャルホームがあるが両方を含めてもその程度である。もちろん一口に施設ケアといっても、ローカルオーソリティによって提供されている施設ケアと、治療的コミュニティが母体となった施設によってものすごく高いコストで治療的ケアを受ける場合とではぜんぜん違う。この地域を例にとると、Southwark区では630人の子どもが家族から分離して公共のケアを受けている。そしてその10%が施設に入っている。児童保護登録にあがっているのは250人である。里親プレイスメントを決定するプロセスでは、子どもの個別のニーズを理解することが大事である。6歳以下の子どもで施設ケアにおかれることはないし、10歳以下でもほとんどない。コストは高くても、スペシャリストフォスターケアが導入されている。専門里親のなかでもごく一部であるが、セラピストのアドバイスがもらえ、特殊教育ケアも受けられ、週に2~3,000ポンドのコストがかかる。時には子どもを離れたほうがいいときは行政区を越えて他の自治体でサービスを受けられる。自治体が変わるとヘルスケアは子どもが住んでいる自治体が面倒を見ることになる。行政区の中だと同じ学校に行けることもあり、政府の方針としても同じ自治体の中で完結して欲しいとある。たとえば行政区を越えて治療的コミュニティであるカルデコットでのケアを利用するケースでは、コストを払えるか、そういったケアが適切かという判断が基準となる。大変専門化して、治療的側面に焦点付けされた施設なので、

児童保護委員会に関わる多部門の共同決断（コスト負担も含めて）になる。最近の事例でも、他児に虐待をする子どもがおり、特別な施設ケアが必要だと思われたケースであったが、教育、福祉、医療保健部門の人間がやってきて管理職が決定した。このケースでは教育、医療保健、福祉が週4,000ポンドのコストを共同負担している。

（8）家族との絆・再統合へ向けての支援

子どもが安全に過ごせる家庭が大切だと考えられ、そのためには相性の問題があるから適切な里親処遇がもっとも大切だとの考えから里親アセスメントに力が入れている。子ども側の問題として施設ケアが選択されることはあるが、最初の選択ではなるべく避ける傾向にある。このような考え方の基本には英国の発達心理学から生まれてきたアタッチメントの概念の影響も大きい。家庭的環境に入ることでアタッチメントの回復になる。ボールビーとロバートソンによれば、多くのケアテーカーによってケアされる環境ではアタッチメントが分散されるという研究結果が出ている。

分離中の親への支援も家族再統合を目指す場合には重要課題となる。公共のケアを受けた子どもの95%は（大人になってからの場合もあるが）家族と再統合する。英国では家族との関係は大切だと思っているし、再統合は親の義務だと思っている。一方子どもの方は安全なかたちで親と連絡を取りたいと思っている。ソーシャルサービスの法的義務として、以前は子どもが公共のケア下に置かれたら親とは関係をとらないこともあったが、現在は積極的に家族とのリンクを保たなければならないとなっている。家族との連絡のプロセスを安全に手助けするのは義務と考えられるが、現実的には子どもを安全に返すのは難しい場合も多い。そうした中でも、面会のプランや、財政的プラン、親子双方の情緒的な問題への配慮などを行っている。分離中の親に対する治療的なケアとして、ケアチームと呼ばれるものがある。公共のケアシステム下にある子どものためのチームとして、精神保健サービスと福祉サービスのケアリンクを保つサービスがあり、担当のソーシャルワーカーとセラピストがいる。

ソーシャルサービスに対する課題や注文は山積みされているが、最大の問題は、教育の分野・GPなど医療の分野でも同じだが、この問題にかけられるコストが限られていることである。リスクがある子がたくさんいるが、そのニーズに十分に應えるだけの資源がない。現状はベストポッシブルサービスを個々の子どもに提供しているというところである。

（山下 洋）

おわりに

近年の英国における児童虐待対応の中心的課題は多分野横断的連携である。12カ所の視察先ではいずれもこの課題に向けた努力が積み重ねられていた。2000年に起きた「ビクトリア・クリンビエ事件」の検証を契機に、教育と福祉が「児童サービス局」として統合され、子ども大臣が誕生し、機関連携を推進するために権限を強化したLSCBが新生した。そしてその大綱が「ワーキング・トゥギャザー」に示された。これまでの多くの死亡事例の検証で繰り返し指摘されてきたこの問題の克服に向けた政策の大きな転換である。日本では、機関連携の難しさは現場で虐待対応に関わるものは充分に知ってはいるが、漸く、2004年の児童福祉法の改正で要保護児童対策地域協議会の設置により機関連携に向けたシステム作りが始まったばかりである。

英国ではこの重要課題の克服のため、機能的な機関連携に向けて多機関の合同研修の充実が不可欠のものとして重視され、児童虐待に関する諸事項の認識の共有、機能的な協働への方策の修得、専門性の向上へと努力が重ねられている。教育、福祉、医療、警察などの合同研修が公のシステムとして位置づけられている。現在の日本の実情を考えると、教育と福祉を統合し、子ども大臣を誕生させた英国の英知に学ぶべきものが大きい。その基底には、英国が脈々とはぐくんできた人権思想があり、子どもの幸せを願った「児童法」(The Children's Act)の存在は大きい。我々は「岸和田事件」「長岡京事件」など記憶に新しい子どもの悲劇が鋭く提起している機関連携の不備の克服こそ、今日の日本の最大の課題であること改めて認識しなければならない。

しかし、英国がこの政策の転換にいたるまでの歴史をたどると子どもの保護と介入、分離と予防的援助の間で揺れ動いてきた経緯がある。そして、死亡事件毎に検証されてきた課題は、家庭への介入時の法的権限、SWのリスクアセスメント力、そして分離後の援助、家族支援など、現在、日本でも大きく問題になっている課題と共通する。英国では一定の方策は樹立されているようであるが、それらのいずれをとっても今なお模索中であり改革の最中にある。そして、その改革のテンポは速い。

児童虐待対応のシステムのレベル3の児童保護登録ケースは本来援助プランが立てられ得ることが主目的であったが、登録されたケースのみが児童虐待ケースとみなされる傾向が強まったため本来の目的に添うようにこの9月には「児童保護計画」の名称に変更された。実際、視察中参加が許されたケースカンファレンスで、重篤なケースでも登録に載っていない場合がありこうしたケースでは多分野協働による事例把握や援助プランが立ちにくい実情が伺えた。もう一つの例をあげると、貧困地域への予防的支援策として有意義な取り組みである「SURE START」は裕福層にも虐待対応が必要であるという理由から全地域での設置の方向で予算配分が見直され名称も我々の視察後「チルドレンセンター」と改められた。このような改革の早さ或いは柔軟さに現場の戸惑いの声も聞かれたがエビデンス重視の施策の変更は足早である。

視察の目的の一つは英国における治療的援助であった。英国では在宅での家族支援を医療が中心に力を注いでいる。子どもの育ちにとって極めて悪い条件でも家族が治療に訪れているケースに対して

は在宅のまま支援を送っている場合もあった。拠点となる保健医療センターでは、いずれも多分野のスタッフが連携して治療的支援に力を注いでいる。経済的効率に関する研究もなされていて、今回の視察中では把握しきれなかったが、今後我が国でも注目すべき研究課題ある。日本では重篤なケースの入院治療を医療分野が担っているが、在宅支援、さらに分離後の支援についての医療の参加は乏しいのが現状である。システムとして医療の協働と地域保健医療センターのような仕組みが強く望まれる。

分離後の支援にに関しては、里親制度が中心となっている英国の抱えている問題は厳しい。1999年に施設中心であることから里親による家庭的養育へ移行したのであるが、里親と子どものミスマッチ、困難児童の問題、治療的里親の訓練不足、多人種多文化社会でのマッチングの難しさなど問題が多々横たわっている。それには保護介入のシステムに起因する的確なアセスメントが難しい緊急保護時の問題も関連する。SSDの評判は芳しくない。里親関係不調を繰り返し一層深い問題を重ねて抱えてしまう児童の問題は深刻である。視察した保健医療センターでは里親支援に力を入れていて、サポートワークには「移行ワーク」もある。治療施設では幼少期より多数回里親の移行を繰り返した児童を受け入れ莫大な経費をかけてインテンシブな治療を行っている。重篤な児童の養育を里親による家庭的養育に託しているシステムの問題は大きい。こうした問題を抱えて、政府のグリーンペーパーではベーシック里親、トレーニング里親、スペシャルリ親などのシステムの変革が提起されており、それに対してそうした方針では一貫した養育環境を提供する方針に反するとの意見書も出されているのが現状である。

我々は英国の里親制度が抱えている問題から多くのことを学んだ。そして、日本の一時保護所の役割の重要性が改めて認識されたといえる。リスクアセスメントと同時に分離直後における子どもおよび親のアセスメント、ニーズアセスメントの精度を高め、子どもの育ちに適した居場所を提供するために一時保護所の存在は大きい。JaSPCANの理事でもあるロンドン大学のゴフ教授は日本の施設は良いと述べているが、子どもが安心して育っていける居場所を提供するために、日本の風土にあった社会的養護のシステムのあり方を十分に検討、更なる構築を期待したい。また、分離後の被虐待児をケアする養育者の専門性の向上のためその訓練が重要なのは元よりであるが、子どもの成長を支えるためには、里親、施設のケアワーカーなどの養育者への支援が必須であることをここで強調したい。

英国は多国籍多文化の国である。とりわけロンドンなどの大都市では、地域によっては190カ国語が話され、虐待対応のためのパンフレットも多国語で用意されていた。移民や難民の受け入れに寛容な福祉大国といわれてきた英国も人種差別問題やそれに絡む犯罪も後を絶たない。そこでは貧困と隣り合わせという事情も横たわっていて問題を複雑・深刻にしている。日本の子育て支援は少子化対策を中心的課題に据えてのことであるのに対して、英国の子育て支援は貧困対策であるといわれてきた。しかし、日本でも既に経済格差社会を迎え、児童虐待のリスクアセスメントでは親の経済的能力の問題と社会的孤立が目立つ。多文化の問題は、英国と同様の道を迎えるとは言い難いが、高齢化社会の中で多国籍多文化の時代に既に突入していて、入国者の児童の教育をはじめとする発達上のニーズの保証という新しい課題に直面している。ゴフ教授の「日本の虐待対応は英国より30年遅れている」と

いう指摘には、こうした日本社会の未来への予見的な示唆も含まれているのではなかろうか。

イギリスはここ数年めざましい経済成長を遂げロンドンでは住宅バブルをはじめとし物価は高騰している。世界で最も物価の高い都市である。この物価高のため、実際に福祉従事者・医療従事者や教師など子どもの成長のために必要な人たちがロンドンを離れていくといった社会問題まで発展していると言う。SSDなどでは人手不足が起こっている。こうした難しい社会情勢は視察先で知る虐待対応の困難を一層増幅している。

今回の視察は駆け足であったが、訪問先では極めて率直、丁寧に英国の実情を教えていただき、多くの貴重なことを学ばせていただいた。ここではじめに、多忙な中我々チームの訪問を受け入れて下さった多くの方々に深く感謝いたします。

また、視察を実施、貴重な報告をすることが可能になったのは視察の準備段階から協力を頂いた次の方たちの力によるところが大きい。心から感謝いたします。

事前に保健医療分野の訪問先の調整をしていただいた九州大学の吉田敬子先生

通訳のアレンジなどをお世話いただき、実際の視察に同行し様々な意見を頂いたロンドンジェトロ駐在の古川夏樹氏（元厚労省虐待対策室長）

訪問先の調整と、実際の道案内、更に現場での通訳など重要な役割を担って下さった英国在住の鶴飼奈津子先生

また、最後になりましたが、オブザーバーとしてともに視察に参加された青木紀久代先生（お茶の水女子大学）には、発達心理学の立場から多くの示唆を頂きありがとうございました。

この視察チームは福祉、心理、医療という多分野の専門家で構成され、まさに多分野協働が中心的課題になっている英国を訪問した。訪英中もメンバーの間でも多くの議論が交わされ有意義であった。この報告書は決して完全なものでなく幾つか不透明なまま残された問題もある。今後、更に、資料などを入手して研究を重ねていきたいと考えている。

本報告書を読まれた方々は、是非ご意見ご批判をお寄せいただきたい。

2008年3月

四方 耀子

参考・引用文献

- Bradley, S., Kramer, T., Garralda, ME. et al., (2003) Child and adolescent mental health services: A survey of NHS Provider Trusts. *Child and Adolescent Mental Health*, 8 (4) , 170-176.
- Bullock, R. (1995) イギリス. Inコルトン, M., ヘリンクス, W. (編著) (1995) 『EC諸国における児童ケア：里親養護・施設養護に関する各国別紹介』, 学文社, 220-241.
- Caroline Lindsey, Jenny Kendricks, Lorraine Tollemache (Eds.) (2007) *Creating New Families: Therapeutic Approaches to Fostering, Adoption, and Kinship Care* (Tavistock Clinic Series) . London: Karnac Books.
- Children's Act 1989 (1989) The Stationary Office.
- Children's Act 2004 (2004) The Stationary Office.
- Children's Workforce Development Council (2007) *Common Assessment Framework for Children and Young People: Frequently asked questions*.
- Children's Workforce Development Council (2007) *Common Assessment Framework for Children and Young People: Manager's Guide*.
- Children's Workforce Development Council (2007) *Common Assessment Framework for Children and Young People: Practitioner's Guide*.
- Department for Children, Schools and Families (2007) *Children Looked After in England (including adoption and care leavers) year ending 31 March 2007*.
- Department for Children, Schools and Families (2007) *Referrals, Assessments and Children and Young People who are the subject of a Child Protection Plan or are on Child Protection Register, England- Year ending 31 March 2007*.
- Department for Children, Schools and Families (2007) *Working Together to Safeguard Children —Safeguarding Children who may have been trafficked*.
- Department for Education and Employment and Department for Social Security and Minister for Women (1988) . *Meeting the Childcare Challenge: A Framework and Consultation Document*.
- Department for Education and Skills, Department of Health, and Home Office (2003) *Keeping children safe : The Government's response to The Victoria Climbié Inquiry Report and Joint Chief Inspectors' Report Safeguarding Children*.
- Department for Education and Skills (2004) *Children accommodated in secure children's homes (formally secure units), Year ending 31 March 2004: England and Wales*.
- Department for Education and Skills (2004) *The Children Act Report 2003*.
- Department for Education and Skills (2005) *Looked After Children Taskforce*.
- Department for Education and Skills (2005) *OUTCOMES FRAMEWORK*. In *Every Child Matters: Change for Children*.
- Department for Education and Skills (2006) *The Children Act Report 2004-2005*.
- Department for Education and Skills (2006) *Common Assessment Framework for Children and Young People (CAF)* .

- Department for Education and Skills (2006) *Common Assessment Framework for Children and Young People: Supporting tools.*
- Department for Education and Skills and Department of Health (2006) *SureStart Children's Centres Practice Guidance.*
- Department for Education and Skills and Department of Health (2006) *SureStart Children's Centres Planning and Performance Management Guidance.*
- Department for Education and Skills. (2006) *What to Do if you're worried a child is being abused.*
- Department for Education and Skills. (2006) *Safeguarding Children and Safer Recruitment in Education.*
- Department for education and Skills. (2006) *Care Matters: Transforming the Lives of Children and Young People in Care.*
- Department for education and Skills. (2007) *Care Matters: Time for Change.*
- Department for education and Skills. (2007) *Care Matters: Consultation Response.*
- Department for Education and Skills (2007) *Local Safeguarding Children Boards: A Review of Progress.*
- Department for Education and Skills (2007) *Safeguarding Children and Safer Recruitment in Education.*
- Department for Education and Skills (2007) *Safeguarding Children from Abuse Linked to a Belief in Spirit Possession.*
- Department of Health, Home Office, Department for Education and Employment (1999) *Working together to Safeguard children London, The Stationary Office.* (松本伊智朗・屋代通子 (訳) (2002) 『子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー—児童虐待対応のイギリス政府ガイドライン』, 医学書院)
- Department of Health, Department for Education and Employment, and Home Office (2000) *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families.* The Stationary Office.
- Department of Health. (2002) *Children's Homes: National Minimum Standards Children's Homes Regulations.* CARE STANDARDS ACT 2000. The Stationary Office.
- Department of Health. (2002) *Fostering Services: National Minimum Standards Fostering Services Regulations.* CARE STANDARDS ACT 2000. The Stationary Office.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985) *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization.* American Journal of Orthopsychiatry, 55 (4) , 530-541.
- Ford et al, (2007) *Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households* British Journal of Psychiatry 190, 319-325.
- 藤田弘之 (2004) イギリスにおける児童虐待防止システムの問題とその改善策—ビクトリア・クリンビー調査報告書とその後の対応—. 滋賀大学教育学部紀要54, 43-58.
- General Social Care Council (2002) . *Code of Practice for Social Care Workers and Code of Practice for Employers of Social Care Worker.*
- Glaser, D. et al (2001) *Emotional abuse and emotional neglect: Antecedents, operational definitions and consequences.* York, British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Glennie, S. (2007) *Developing interprofessional relationships: tapping the potential of inter-agency training.* Child Abuse Review. Volume 16, Issue 3 , 171-183.
- Gough, D. (1999) ヨーロッパにおける児童虐待問題. 家族機能研究所 (訳). 子どもの虐待とネグレクト1 (1), 18-28.
- Gough, D. (2000) 子どもの保護における民事裁判所の役割—英国イングランド及びウェールズ地方の場合—. In 松原康雄・山本保 (編) (2000) 『児童虐待—その援助と法制度—』, エディケーション.
- Granville, J. and Miller, B. (eds.) (2006). *Care Stories : A training film and book for those working with looked-after children and young people.* Edited by The Tavistok and Portman NHS Trust.

- Henggeller, S. W. (1999) Multisystemic therapy: An overview fo clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review* 4 (1) : 2-10.
- Hill & Thompson (2003) Mental and Physical Health Co-morbidity in Looked After Children *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 8 (3) 315-321
- HM Government (2004) *Every Child Matters: Change for Children*.
- HM Government (2006) *The Common Assessment Framework for children & young people: Practioners' guide: Integrated working to improve outcomes for children and young people*.
- HM Government (2006) *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. The Stationary Office.
- HM Treasury, Department for Education and Skills, Department for Work and Pensions, and Department of Trade and Industry (2004) *Choice for parents, the best start for children: a ten year strategy for childcare*
- Home Office and Department of Health (1992) *Memorandum of Good Practice: on Video Recorded Interviews on Child Witnesses for Criminal Proceedings*. (仲真紀子・田中周子 (訳) (2007) 『子どもの司法面接：ビデオ録画のためのガイドライン』, 誠信書房.)
- Home Office, Lord Chancellor, Crown Prosecution Services, Department of Health, and The National Assembly for Wales (2002) *Achieving Best Evidence in Criminal Proceedings: Guidance for Vulnerable or Intimidated Witnesses, including Children*.
- 保坂亨 (編) (2007) 『日本の子ども虐待—戦後日本の「子どもの危機的状況」に関する心理社会的分析』, 福村出版.
- IPP (2006) Intensive Parenting Project: Annual Report April 2005-March 2006.
- 伊藤善典 (2006) 『ブレア政権の医療福祉改革』, ミネルヴァ書房.
- Jones, D. & Ramchandani, P. (1999) '*Child Sexual Abuse - Informing Practice from Research*'. Factsheet 19: Child abuse and neglect - the emotional effects: for parents and teachers Royal college of Psychiatrist
<http://www.rcpsych.ac.uk>
- 桐野由美子・石川洋明 (2005) 『子どもの虐待防止とNGO』 明石書店.
- 厚生労働省 (2007) 平成18年度社会福祉行政業務報告 (福祉行政報告例).
- Lord Laming (2003) *The Victoria Climbié Inquiry Report*.
- London safeguarding children board (2007) *London child protection procedures*. 3rd Edition.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M. et al., (2005) Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and adolescent mental health* 10 (1) : 26-31
- McCrone, P., Weeramanthri T., and Knapp M. et al., Psychotherapy for Sexually Abused Girls
<http://www.everychildmatters.gov.uk/costandoutcomes>
- Meltzer H, Corbin T, Gatward R, Goodman, R. and Ford, T. (2003) The mental health of young people looked after by local authorities in England Summary report. National Statistics Department of Health HMSO. Office for National Statistics. The Stationary Office.
<http://www.statistics.gov.uk>
- Mile Stein and Jim Wade. *Helping Care Leavers: Problems and Strategic Responses*. Department of Health.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) Post traumatic stress disorder NICE guideline
<http://www.nice.org.uk>
- 日本小児青年精神医学研究会 (編) (2007) 『児童青年精神医学』, 明石書店.
- NSPCC (2006) *What we do. Facts and figures about child abuse* .
- 岡本正子 (2006) MULBERRY BUSH SCHOOL 視察. (私記)
- 岡本正子 (2006) ISPCAN参加および訪英印象記. *JaSPCANニューズレター* 21, 7-8.

- Parton, N. (2001) Protecting children's socio-historical analysis . In Kate Wilson, Adrian James (2001) *The Child Protection Handbook*. Bailliere-Tindale.
- Peter Reder, Sylvia Duncan, and Clare Lucey (Eds) . *Studies in the Assessment of Parenting*. New York and London: Routledge, 2003.
- Picken, J. (2007) 子どもの虹情報センター公開講座「英国から学ぶ児童虐待対応」配付資料.
- Rutter, M. & Taylor, E. (eds) (2007) *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Science. 日本小児青年精神医学研究会 (編) (2007) 『児童青年精神医学』, 明石書店.
- Susan J. Creighton (2003) *CHILD PROTECTION STATISTICS: 4. Criminal Offences against Children* . NPSCC Child Protection Research Group.
- 田口寿子 (2007) わが国におけるMaternal Filicideの現状と防止対策 -96例の分析から 精神神経学雑誌109 (2) : 110-127
- 滝井泰孝 (1999) 英国における児童虐待の実態と取り組みについて. 子どもの虐待とネグレクト1 (1), 4-11.
- 田邊泰美 (2006) 『イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク』 明石書店
- The Child Care Act 2006. (2006) The Stationary Office.
- The Interface between front-line staff and specialist CAMHS services A stream of the Child and Adolescent Mental Health Training and Development Project. <http://www.camhs.org>
- The Mulberry Bush School (不明) Integrated Treatment Plan.
- The Mulberry Bush School (2006) *Annual Review 2006: The Mulberry Bush School learning to live: living to learn*.
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T et al. (2002) Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry* 180: 234-247
- Trowell J., Kolvin, I., and Weeramanthri T et al. (2003) Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change *British Journal of Psychiatry* 180, 234-247
- Trowell, J., Ugarte, B., Kolvin, I., Berelowitz, M et al. (1999) Behavioral psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: A North London study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8: 107-116
- 津崎哲雄 (2000) 90年代児童養護施策の失敗とクオリティ・プロテクト計画. *世界の児童と母性*47, 28-30.
- 津崎哲雄 (2003) 英国における里親制度の現状と課題, *世界の児童と母性*54, 50-53.
- 鵜飼奈津子 (2007) 「児童虐待対応：多分野協働と心理臨床—話題提供—」 第26回日本心理臨床学会, 子育て支援ワーキンググループ企画シンポジウム
- Webster-Stratton, Carolyn (1992) *The Incredible Years A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Aged 2-8* ; Seattle Published by Incredible years.
- Webster-Stratton, Carolyn (1999) *How to Promote Children's Social and Emotional Competence* California Paul Chapman Publishing.
- Weeramanthri T and Keaney F (2000) What do inner city general practitioners want from a child and adolescent mental health service? *Psychiatric Bulletin* 24, 258-260.
- Worcestershire Country Council (2007) *Child protection Register*.
- World Health Organization (2007) *Preventing Child maltreatment in Europe: a public health approach Policy briefing*. Violence and Prevention Programme WHO Regional office for Europe; The university of Birmingham.
- Yates, P., Kramer, T., Garralda, M (2006) Use of a routine mental health measure in an adolescent unit. *British Journal of Psychiatry* 188: 583-584.
- 四方耀子・増沢高・大川浩明 (2004) 「アメリカにおける児童虐待の対応」子どもの虹情報研修センター平成15年度報告書.

Young Minds for Children's mental health (2003) *Sexually abused? A Young Minds booklet*
Youth Justice and Criminal Evidence Act (1999) The Stationary Office.

追記

*子ども政策に関する主要な政府刊行物は以下のウェブサイトで購入可能である。

<http://www.everychildmatters.gov.uk/publications/>

注 本文中に引用されている資料については、当センターにお問い合わせ下さい。

平成19年度研究報告書
イギリスにおける児童虐待の対応
視察報告書

平成20年 3月31日発行

発行 社会福祉法人 横浜博萌会
子どもの虹情報研修センター
(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

編集 子どもの虹情報研修センター
〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地
TEL. 045-871-8011 FAX. 045-871-8091
mail : info@crc-japan.net
URL : <http://www.crc-japan.net>

編集 研究代表者 川崎二三彦
共同研究者 四方 耀子
山下 洋
増沢 高
田附あえか

印刷 (株)ガリバー TEL. 045-510-1341(代)