

平成15年度研究報告書

アメリカにおける児童虐待の対応
視察報告書

研究代表者	四方 燿子	子どもの虹情報研修センター
共同研究者	増沢 高	子どもの虹情報研修センター
	大川 浩明	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)

アメリカにおける児童虐待の対応 視察報告書

まえがき

米国は児童虐待問題の先進国として、日本からも多くの人が渡米し、その情報量は多く、出版物の訳出も数多い。日本はこれまで虐待対応において、米国からの情報を多く参考にしてきた。米国の対策は変わり身が早く、その歴史は変革の歴史といってもよいくらいである。しかし、児童虐待の発生率は、虐待と捉える範囲が日本と同じでないとはいえ、日本よりはるかに多く、現在もお児童虐待問題は米国の重大な社会問題である。

今回の視察は、米国の虐待対応の現状について知見を得て、我が国の虐待対応に役立つ資料を得るために企画されたものである。次の4点を主眼としてロサンゼルス郡を中心に視察をおこなった。

- ① 被虐待児の保護システムの具体的状況（介入と援助について）
- ② 虐待とくに性虐待への対応（ファレンジック・インタビューについて）
- ③ 児童虐待対応における連携アプローチ（マルチディシプリナリー・チームについて）
- ④ 児童虐待における治療の現状

これにより、虐待対応についての現状をかなり具体的に把握することが出来た。米国は多民族国家であり、貧富の差も大きく、多様性をもった国である。また、子育ての考え方や習慣も、我が国とは異なる面が多い。米国の虐待対応策が今の形になるまでには、そうした多様性の中で、苦しい経験とその後のエビデンスを重んじる多くの研究と調査、試行錯誤の積み重ねがあった。今後、我が国が自国の風土にあった虐待対応を工夫していく中で、今回の視察結果が役立つことを期待する。

なお、米国は州が違えば国家が違うと言われている国である。今回の視察はカリフォルニア州ロサンゼルス郡が中心であるため、米国の全体的な状況の把握ができたわけではないことをお断りしたい。また、治療の現状については、治療機関についてアレンジが充分できず、とりわけ、施設治療・フォスターケア・グループホーム・入院治療などについては、具体的な治療の実践について視察することが出来なかったため、情報を得られなかった。後日に課題を委ねたい。

視察先は以下のとおりである。

- ・ トーランス警察
- ・ D C F S（ロサンゼルス郡トーランス支所）
- ・ チャイルド・クライシス・センター（ハーバーUCLAメディカルセンター内）
- ・ スチュアート・ハウス（サンタモニカUCLAメディカルセンター内）
- ・ チャドウィック・センター（サンディエゴ子ども病院内）
- ・ UCLAロサンゼルス病院SCANチーム
- ・ 米国空軍虐待対応システムのSW

視察期間 2004年3月31日～4月12日

筆者らは、可能な限り正確な情報の収集に努めたが、限られた機関に対する短期間の視察であるため、誤解があってもご容赦いただき、そうした場合はご指摘いただくことをお願いする。最後に、準備不足にもかかわらず今回これだけの貴重な視察ができたのは、通訳の労をとっていただいた臨床心理士の丸山恭子氏のご手配とご指導によるところが大きく、丸山氏に厚く感謝いたしたい。

四方 燿子：子どもの虹情報研修センター 顧問・研究主幹
増沢 高：子どもの虹情報研修センター 研修課長・研究副主幹
大川 浩明：子どもの虹情報研修センター 研修主任

目 次

まえがき

第1章 米国における児童虐待の実状と背景	1
1 児童虐待の実態	1
2 他民族国家と貧富の差	1
3 犯罪大国	1
4 新生児の遺棄について	2
第2章 児童虐待への介入と援助	3
1 警察の取り組み	3
(1) 警察と児童虐待	3
(2) 虐待対応における警察の役割と DCFS との協働	3
(3) 心理的ケアへの橋渡しとしての警察	4
(4) 地域における警察の重要性	5
2 DCFS (Department of Children and Family Services) の取り組み	5
(1) ロサンゼルス郡における DCFS と児童虐待の状況	5
(2) ユニット制	6
(3) パソコンによる進行管理	6
(4) 虐待対応の流れ	6
(5) 一時保護所	8
(6) 里親	8
(7) 米国における介入と支援の変容 (DCFS の SW 及び空軍の SW との面談より)	8
第3章 ファレンジック・インタビュー (Forensic Interview) について	10
1 ロサンゼルスでのファレンジック・インタビュー開発の背景	10
2 ファレンジック・インタビューの概要	11
3 ファレンジック・インタビューの意義と課題	11
第4章 児童虐待対応チーム	13
1 児童虐待対応における協働 (マルチディシプリナリー・チーム)	13
2 チャイルド・プロテクション・チーム	13
3 スキャンチーム (SCAN Team : Suspected Child Abuse and Neglect Team) について	14
第5章 被虐待児への治療	15
1 米国における被虐待児の治療を把握するために	15
2 治療と費用負担	15
3 性的虐待への治療	16
4 具体的な治療の状況	16
5 被虐待児への治療の評価	17

参考文献	18
視察先概要	19
1 トーランス警察	19
2 D C F S (Department of Children and Family Services)	26
3 CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A Medical Center 内)	33
4 スチュアート・ハウス (Santa Monica- U C L A Medical Center 内)	52
5 チャドウィック・センター (San Diego Children's Hospital 内)	61
6 S C A Nチーム (U C L A Medical Center 内)	74
7 アメリカ空軍の基地内における虐待対応	80
資料	85

第1章 米国における児童虐待の実状と背景

1. 児童虐待の実態

米国における児童虐待は、把握された数の上で日本を大きく上回る〔資料1〕。42州におかれた保健社会福祉省の2002年度の報告では、児童虐待に関係した子どもの数は450万人に及んでいる。内、裁判所への申立件数は319万3,000件で、虐待の事実が実証された件数は89万6,000件である。虐待による死亡事例数は1,400人で、76.1%が4歳以下である。米国の人口は2億8,722万（2002年）で、日本の人口（1億2,744万）の約2倍にあたる。日本の児童相談所における虐待ケースの処理件数（2003年度）は約2万6,000件〔資料2〕であり、人口比で比較した場合、児童虐待が実証された件数は、日本の約15倍にのぼる。虐待種別の内訳は、ネグレクト60.5%、身体18.6%、性的9.9%、心理6.5%（保健社会福祉省、2002）であり、日本の場合（ネグレクト38%、身体46%、性的4%、心理13%、2002年度）に比べてネグレクトが圧倒的に多い。これについては後述するように、ネグレクトの範疇が日本に比べてかなり広いことや、貧困の問題を含みおく必要がある。

2. 多民族国家と貧富の差

米国は多様な人種が生活している。人種別割合は白人72%、アフリカ系14%、ラテン系12%、アジア系4%（「子ども虐待の解決」1999より）である。これは多様な人種を受け入れてきた歴史の反映であり、例え違法入国者であっても、国内で出産すればその子には国籍が与えられる。このことは米国における児童虐待対応を検討するとき、日本とは異なる大きなポイントの一つである。米国の場合、ネグレクトの背景には貧困の問題が大きい。貧困層はアフリカ系、ラテン系に圧倒的に多い。今回視察したロサンゼルス郡では、隣国メキシコから仕事を求めての違法入国者の増加が問題となっていたが、低賃金の労働力として必要な存在でもある。日本のように生活保護や保険制度は充実しておらず、貧困層の生活は相当苦しい。医療費も高く、救急車も有料であるため、貧困層が充実した医療を受けることさえ難しい実態がある。人種差別の問題は根深く、同様の行為であっても被通報者の人種によって通報数の偏りがあるともいう（Insoo & Susan（2000）「子ども虐待の解決」より）。

3. 犯罪大国

米国は銃社会である。犯罪の発生率も高い。視察中の滞在先であるトーランス市は比較的安全な地域であるが、町を歩く人影は非常に少ない。何時ギャングに銃で襲われても不思議ではないらしい。ロサンゼルスでは自動車での移動が一般的である。地下鉄やバスも動いているが、これを利用するのは貧困層の人たちである。地下鉄内での犯罪も多く、利用には危険が伴う。性犯罪も多く、住民は犯罪被害予防を念頭においての生活が必須である。ちなみにジョギングは警察が常時巡回している一部地域のみ可

能である。こうした状況は、一般の子育てにも反映される。日本では当たり前のお留守番やおつかいは、米国では非常に危険となる。実際、屋内外を問わず、子どもだけで移動することは禁止されており（小6まで）、カリフォルニア州ではこうした状況はネグレクトと見なされる。登下校も通園バス利用か保護者が連れていかなくてはならない。ネグレクトの概念規定はその社会的状況と密接に関係するが、犯罪発生率の高い米国の実状が、「何をもってネグレクトと見なすのか」の閾値を日本に比べて大幅に下げた結果につながっているといえよう。ネグレクトに関して、米国の多さに比しての日本での件数の少なさを挙げて、日本でネグレクトが見過ごされているという考察が日本ではよくなされるが、貧困によるネグレクトの多さと上記の点を踏まえる必要もあろう。

米国では、性虐待は犯罪であるとの強い認識がある。性被害は深刻な問題で、1995年には35万人の女性が性的暴行を受けているだろうとの報告がある（U.S.Department of Justice「An Analysis of Data on Rape and Sexual Assault」1997より）。性犯罪には重い罰則がある。また刑期を終えても自分が性犯罪者であったことを登録する義務が課せられ、住民はインターネットで知ることができる州もある。視察したトーランス警察では、地域に住む性犯罪者のリスト（顔写真も含む）を署内のパソコンで閲覧できるようになっていた（視察先概要1）。

虐待する親の問題の一つに薬物依存がある。薬物犯罪については80年代から90年代前半にかけて激増したが、現在は当時に比べれば随分と減ってきたようである。

4. 新生児の遺棄について

米国では新生児の遺棄事件も深刻な問題となっている。このため1999年、テキサス州で特定の場所に遺棄することを合法化した。これを皮切りに、2003年には45の州が合法化しており、カリフォルニア州もその一つである〔資料23, 24〕。なお諸外国ではドイツやフランスにも定められている。カリフォルニア州では、出生72時間以内に、許可されている場所（病院の救急処置室、その他協議で決められた場所）に乳児を置き去っても、親の法的責任（遺棄罪やネグレクトによる罪）は問われない。また14日以内であれば、再び子どもを引き取ることができる。引き取りがない場合は、里親委託等のパーマネントケアに移行する。こうした法律制定により、新生児の遺棄が減少することを期待したが、確かに安全に保護され救われる新生児はいるものの、一方で危険な状態で遺棄され、死亡している子もおり、法の効果は限定的であるとされている。カリフォルニア州では2002年9月までに、20名の新生児が保護されたが、21名の新生児が違法に遺棄され、17名が死亡していたという〔資料23〕。また里親措置や養子縁組をする場合に、病歴や家族歴などの情報が不足しているために起こる問題や、親の無責任性を助長するのではないかと懸念など、課題は多い。

第2章 児童虐待への介入と援助

1. 警察の取り組み

(1) 警察と児童虐待

犯罪の発生を念頭においた生活が必要で、児童虐待と犯罪とが近接領域であるとの認識が強い米国において、地域住民にとって警察の存在意義は日本以上に大きいものがある。今回トーランス警察を視察したが、何より印象に残ったのは、地域生活の様々な側面に警察が関与していることであった（視察先概要1）。トーランス市は人口18万人の中規模都市である。ロサンゼルス郡では治安がよく比較的安全な地域で、日本企業が多く進出している地域でもある。そこに240人の警察官が配置されているが、これは住民750人に対して1人の割合にあたる。ちなみにトーランス市と姉妹都市でもある柏市は人口33万人に対し警察官は300人である。これは住民1,270人に1人の割合であり、日本に比べて警察官の配置の多さは明白である。

米国の児童虐待対応において、警察の果たしている役割は大きい。特に性的虐待は、性犯罪対策として積極的に関与してきた歴史がある。虐待が疑われて警察が関与する件数は、トーランス市だけで年間500件にのぼる。日本では平成15年中に児童虐待事件として警察が検挙した件数が全国で157件、児童虐待防止法に基づく援助件数は全国で92件である〔資料2〕。また全国の児童相談所が扱う児童虐待の相談処理件数2万3,743件（2002年度）の内、相談経路が警察であったものは1,401件〔資料2〕である。こうした数値を比較してみても、日本に比べて米国の警察の方が、児童虐待問題に対していかに積極的かが分かる。

(2) 虐待対応における警察の役割とDCFSとの協働

警察は、日本の児童相談所にあたる Department of Children and Family Services (DCFS) と共に一般住民からの通報の窓口である。警察とDCFSとの連絡は密で、この関係をジョイントコンタクトとよんでいる。

虐待の内容でどちらが介入するかについての大きな役割分担としては、家族外での虐待については警察のみ、性的虐待と身体的虐待の犯罪性の強いものについては警察とDCFSとの協働、ネグレクトと軽度の身体的虐待及び心理的虐待についてはDCFSか警察のどちらかが介入を行うことになっている。情報の共有は密であり、虐待が疑われる場合の報告書〔資料3〕は互いに渡し合い、同じものが双方の機関に保管される。このことをクロスレポーティングと呼んでいる。調査されたレポート〔資料4〕は州に届けられ、州の情報システムであるチャイルド・アブユース・インデックスに登録され、市や郡を越えて共有されることになる。警察とDCFSとの間で時に衝突もある。緊急かつ犯罪性の強いケースの場合、共に早急に家庭へ介入することになるが、DCFSが先に家庭に介入する

ことで、被疑者が次の行動（証拠が隠蔽される等）を起こしてしまうことを警察は恐れる。DCFSの目的が子どもの早急な保護であり、警察の目的は犯罪者の逮捕と立件であるとの違いがここで交錯することになる。こうしたケースでは、先ずは警察に行かせて欲しいというのが本音のようである。しかし両機関の協働は総じて上手くいっている。DCFSが扱うケースで、虐待者から暴力を受ける等の危険性がある場合など、DCFSから要請されれば家庭介入に同行するなど、協力関係にある側面の方が強い。

(3) 心理的ケアへの橋渡しとしての警察

警察への視察で一番驚いたのは、子どもの心理的治療に積極的に関与していることである。犯罪被害者、非行傾向のある少年、不登校児などがその対象で、犯罪とは一見無関係の子ども達が含まれている。トーランス警察には常勤の専任カウンセラーが一人配置され、治療のために外部のセラピスト36人と契約している。こうした治療は犯罪の予防的役割を担う側面がある。ここで行われている治療プログラムは以下の通りである。

①被害者支援プログラム (Victim Support Program)

性、暴力事件の被害者とその家族に対する援助プログラムである〔資料6〕。性的虐待、重度の身体的虐待を受けた子ども達は当然このプログラムを受けることが出来る。心的ダメージからの回復のためのカウンセリング、裁判に関する情報の提供、損害賠償訴訟の支援、犯罪予防のための情報提供などがサービスの内容である。平均20回のプログラムで、費用は無料である。トーランス市が1回に40ドルをカウンセラーに支払う。州にも同様のプログラムがあるが、それを受けるまでには時間がかかるので、それまでは市のプログラムを受け、その後州のプログラムに移行する。そこからは州が費用負担（75ドル）することになる。カウンセラーは市と州とにまたがって契約している場合もあり、その場合は治療の連続性が保たれる。

②青少年ダイバージョン・プログラム (Juvenile Diversion Program)

非行の入り口で、それ以上進まないために手を打つための治療プログラムである〔資料7〕。非行だけでなく、抑うつの子ども、離婚後に混乱した事例も扱う。これらは皆、犯罪防止という発想で治療を行う。例えばうつ状態で引きこもりの場合、やがて薬物に手を出す恐れがあり、それを防止するために早い段階で治療を施すという発想である。専任カウンセラーのJohnson氏は「防止こそお金がかからない一番の方法」と語る。18歳以下の子どもが対象で、年間850人が利用している。各機関が情報を交換しながら治療を行うが、情報を共有するためには親の同意が必要となる。しかし無料でセラピーを受けられるため親の同意は得やすいという〔資料8〕。個人及び家族療法、グループカウンセリング、母親のグループなどである。

少年事件の場合、14歳以上は逮捕となり Juvenile Hall（少年院）で治療を受けることになる。14

歳未満の加害者はこのプログラムにのることになる。

(4) 地域における警察の重要性

警察は地域住民の生活に密接に関与しているが、上記の他に学校との連携がある。トーランス市には、小学校17校、中学校8校、高校6校がある。高校は薬物売買や暴力など問題が多いという。そのため15年くらい前から、各高等学校に担当の警察官をつけ、1日3回（登校時、昼食時、放課後）の見回りを実施している。中学校は1人の警察官が複数校を担当し連絡を取っている。

ちなみに不登校の場合で、警察に通報があれば警察が家庭訪問をする。その後、学校に行かないのは子どもの問題か、親の問題かを決める委員会にて検討する。親によるネグレクトの場合、親に対して学校に行かせる「契約」を交わす。それが破られた場合、検察が関わって立件の対象となる。こうした厳しい対応にならざるを得ないのは、非行の背景にネグレクトがある場合が多いからである。学校恐怖症の場合は先述の治療プログラムにのる。怠学の場合は、チケットを渡され、Juvenile Traffic Courtで裁判官に叱責されることになる。この例のように、子どもの生活の多くの部分に警察は関与している。その他、市民は性犯罪者のリストを警察内のパソコン上で閲覧可能であるなど、日本以上に地域住民と警察とのつながりは多岐に及んでいる。これらの多くが犯罪防止という観点からくるものである。

2. D C F S (Department of Children and Family Services) の取り組み

(1) ロサンゼルス郡におけるD C F Sと児童虐待の状況

日本の児相にあたる米国の虐待対応機関としてはC P S (Child Protective Services) が知られているが、カリフォルニア州ではD C F S (Department of Children and Family Services) がこれにあたる。D C F Sは人口870万人のロサンゼルス郡に17支所ある。今回視察したのは、その中の一つ、トーランス支所である（視察先概要2）。

ロサンゼルス郡のD C F Sで扱った被虐待児の取り扱い件数は、2002年度（6月30日締め）が5万538件、2003年度（同先）が4万1644件である〔資料9〕。通報され緊急対応を行った件数は2002年度（6月30日締め）が152,100件、2003年度（同先）が166,018件である（対応の結果虐待でないケースも含まれる）〔資料9〕。横浜市（人口360万人）の児童相談所の扱う児童虐待のケース数が557件（平成15年度速報値）であるが、人口比でみてもいかに多い数値かが分かる。

説明を受けたソーシャルワーカー（以下、S W）のGibbs氏によると、D C F Sには多くの予算が組まれているという。ロサンゼルス郡の予算配分の1位は警察（2兆円）、2位がD C F Sで1～2兆円、3位が水道局とのこと。ロサンゼルス郡は乾燥地帯であり、水道事業に莫大な経費がかかることを考えると、D C F Sへの予算配分の多さが想像できる。人員配置も多く、D C F Sで働くソーシャ

ルワーカー数はロサンゼルス郡で約3,500人、全職員合わせれば6,000人になるという。ちなみに横浜市（人口360万人）の児相で働くSW数は44人（2004年3月1日現在）である。業務内容が違うので単純な比較は出来ないが、人口比でみると、ロサンゼルス郡では2,486人に1人に対して、横浜市では8万2,000人に1人であり、30倍以上の開きがある。

(2) ユニット制

虐待対応を行う上で、問題や対象によってユニットが組まれる。基本ユニットとして居住地の郵便番号で分けられた担当区ユニットがある。トーランス支所では14ユニットに分かれており、1ユニットの構成は、7人のSW、1人の事務員、そしてスーパーバイザー（以下、SV）で構成される。またこれとは別に緊急対応のユニットが4つある。この他、異文化のケースの場合など、ケースの特性に応じてユニットが作られる。SW1人が担当するケース数は約30ケースで、難しいケースを扱うユニットでのSWの担当数は当然少なくなる。

(3) パソコンによる進行管理

ケースレポートはパソコンで管理し情報を共有するシステムが整備されている。SVはパソコンにて、ケースの概要やSWの動きなどをつかみ、進行管理を行っている。

(4) 虐待対応の流れ

虐待対応の流れは以下の通りである〔資料10, 11〕。

1. 通報

DCFSは警察と共に通報の窓口である。24時間のホットラインがあり、いつでも通報を受けるシステムができています。

2. 調査

通報を受けたDCFSは情報確認と実態の調査に出向く。この際ケースの緊急度により、2時間以内に調査・3日以内に調査・5日以内に調査の区分がある。カリフォルニア州の規定では10日以内が最長だが、ロサンゼルス郡は5日以内が最長であるとGibbs氏は胸を張る。いかに早く出向くかに価値がおかれているようである。調査に危険が伴うことが予想される場合、警察に同行してもらう。夜間（5 p.m. - 7 a.m.）の緊急通報に対する調査は、本庁にあるコマンドポストのSWが行う。コマンドポストのSWは総勢30名で12時間勤務のシフトである。コマンドポストが扱う具体的な例として、親が逮捕されて子どもが一人残されたケース、薬物中毒の母親が夜間に出産した赤ちゃんへの対応などである。緊急の対応をした上で、翌朝それぞれの地区の担当SWに引き継ぐことになる。

3. 調査の結果

調査の結果は次の3通りに分けられる。

- ①虐待の事実がない場合：調査に向いたところ、虐待の事実が認められなかった場合である。この場合、ケースは終了となり、記録も残さない。
- ②虐待がはっきりしない（グレーゾーン）場合：虐待が疑われるが、はっきりとした証拠が得られず、確証のもてない場合である。この場合ケース記録を残して終了とする。こうしたケースは再び通報される場合があり、状況把握のために記録を残すことは必要である。
- ③虐待がある：虐待の証拠が確認された場合である。こうしたケースが次の支援の段階に入っていく。この際、SWの記録から、SVが福祉法（Child Welfare Institute CODE300）〔資料12〕に基づいてどういった虐待かをカテゴリー化する。

4. 支援

虐待が明らかになったケースはその後、在宅で支援した方がよいと判断されたケースと家族と分離させて支援した方がよいと判断されるケースに分かれる。前者の場合、SWはファミリー・プリザベーション・プログラム（Family Preservation program：家族維持プログラム）への参加を促す。これに親が同意した場合、6ヶ月間、その家族に適した様々な治療プログラムが提供される。具体的には親業プログラム、12ステッププログラム、ドラッグ・アルコールを絶つためのプログラム等である。これに親が同意しない場合、ケースは終了となる。Gibbs氏によれば、DCFSとしては同意を得るための努力をしたという事実が必要であるという。また同意を得るに必要なのは、SWの「戦略」と「negotiation（交渉）」であると強調する。多くの親は、「同意しないと子どもを取られる」と思っているため同意するケースが多いそうである。

家族から分離した方がよいと判断した場合、子どもを保護した上で、72時間以内に Dependency Court（親子分離の適否を決める裁判所。ロサンゼルス郡の場合はDependency Courtであり、他の地域ではFamily Low Courtが一般的）にレポートを提出する。その後公聴会にてレポートが報告され、30日後の再公聴会にて審判となる。この30日の間に虐待の事実について再度「捜査」が行われる。再度の捜査はDCFS内の捜査官（Dependency Investigator）により、レポートされた事実を一つずつ調べあげていく。裁判になると親・子・DCFSのそれぞれに弁護士がつくことになる。公聴会の結果、裁判官から「監督」「指導」「援助」など様々な命令がなされる。それに基づきDCFSのFamily Maintenance Workerが家族に対して具体的な援助を行っていく。ここには家族が治療プログラムを受けるようサポートすることも含まれる。6ヶ月ごと公聴会を実施して、援助プログラムの達成効果が検討される。援助期間は18ヶ月が目安である。改善されれば家庭復帰、そうでない場合パーマネンシー・ケア（里親や養子縁組）に移ることになる。

(5) 一時保護所

子どもの緊急避難場所として、一時保護所の存在は必須であろう。ところがこの地域唯一の一時保護所であったマクラーレン・ホールは視察の少し前に閉鎖となっていた。この一時保護所に規定の30日を越えて保護されていた子がおり、保護所は1日3万ドルかかるため、費用をかけすぎたということで訴訟が起きたのが閉鎖の理由である。現在は里親宅でも緊急の一時保護を実施している。里親への一時保護は、一カ所に4人までで、保護期間は最高7日間である。緊急保護が里親宅であるのは困難が多いようで、24時間以内に委託先決定を原則としたシェルターが、本年5月に開設される予定との話であった。

(6) 里親

家族との同居が断念されたケースは、パーマネンシー・ケアに移行する。人口870万のロサンゼルス郡で、2003年にパーマネンシー・プランに移行した子どもの数は1万9,397人にのぼる。人口360万人の横浜市が2002年度に家族分離して施設や里親等に措置委託した数は210人であり、ロサンゼルス郡の方が圧倒的に多い。しかしロサンゼルス郡は前年の2万956人と比較すると1,500人以上減少しており、一方で家族保持（在宅支援）と家族再統合の数が増加している〔資料9〕。このことは後述する家族への支援や地域援助力への期待、及び財政上の施策の転換の表れであろう。2002年7月から2003年6月までの1年間に家庭以外で生活した子どもは3万48人である。その多くが親戚宅先（1万2,155人）で、次に多いのは里親委託（1万1,030人）である。里親はDCFSが直接監督する里親と、里親機構（里親の登録、研修、ライセンスなどを司るエージェンシー）が監督する里親の2種類がある。子どもの大変さにより、手当が違うため、大変なケースを求める里親が多いという。それにしてもこれだけの数の子どもを委託するのは、大変な費用負担であることが予想される。また里親委託は1カ所の里親に留まる場合もあるが、無断外出などのルール違反によってその里親宅にいらなくなり次を探すとといったことは当たり前のように生じている。Gibbs氏によれば、パーマネンシー・ケアの理想は養子縁組（2003年は3,026件）〔資料9〕であり、里親の場合、里親宅を何十回も変更し、結果としてたらい回し（里親漂流）に陥るケースもあるという。一概には言えないが、全体のイメージとして、里親との関わりの中で育ち直しを図るといったものでなく、基本的には子どもの生活の場の提供で、里親と子どもとの関係はドライであるとの印象を持った。

(7) 米国における介入と支援の変容（DCFSのSW及び空軍のSWとの面談より）

児童虐待に携わる2人のSW（DCFSのGibbs氏と空軍のSWのClarke氏）に、この10数年の児童虐待対応の変遷を尋ねた。2人が共通して語るのは、この15年間で大きく変わったということである。具体的には、以前は親子分離、保護がメインであり、虐待の有無が焦点であったが、今は治療プ

プログラム等、援助資源や資金も増えて、家族に対しての働きかけが充実してきたことを第一に挙げられた。次に大きな視点は、児童虐待の背景にある文化や地域性に配慮し、地域の援助力を活用する視点が生まれたことである。総括すると、虐待があれば分離を中心に動いていたのが、こうした介入のみでなく、異文化に配慮し、コミュニティで見守るべきとの方向に転換してきたのが大きな変化である。しかしこの転換の背景に分離措置に莫大なお金がかかってきた反省が含まれており、経費削減が根底にある。

第3章 ファレンジック・インタビュー (Forensic Interview) について

1. ロサンゼルスでのファレンジック・インタビュー開発の背景

ファレンジック・インタビューは、性的被害を実証し立件するためのインタビューである。米国での性暴力事件、及び性的虐待は深刻な問題の一つである。全米の性的虐待件数は44万5,500件(2002年)〔資料1〕で、日本の年間約820件(2002年度)〔資料2〕に比べれば桁違いに多い。しかし、日本における性的虐待への対応は遅れており、なかなか表に現れにくいことも考慮する必要がある。米国は20年以上も前から、性被害について積極的に取り組んできた歴史がある。1974年の国際婦人年以降、米国ではウーマンリブ運動が盛り上がる。その動きの中に性被害、性暴力に関するものも含まれ、性被害に対する関心も高まっていく。性的虐待への認識は日本に比べはるかに高い印象を持つが、こうした歴史的背景を無視してはならない。今回の視察先であったスチュアート・ハウス(視察先概要4)は性的虐待を受けた子どものための治療機関であるが、性被害者へのケアを目的としたレイプ・クライシス・センターが母体である。

一方、性的虐待への対応の難しさも指摘されていた。性被害の訴えに対する信憑性の問題、裁判過程での繰り返しの証言等による二次的トラウマの問題などである。こうした問題を象徴に示した事件で、ファレンジック・インタビュー開発のきっかけとなった大きな事件が、83年にカリフォルニア州で起きている。「マクマーティン・プレスクール性的虐待事件」として全米を震撼させ、その後映画化(日本語タイトル「誘導尋問」)されたほど有名な事件である。幼稚園で多くの幼児が性被害の訴えをし、幼稚園職員や関係者が複数逮捕されたが、裁判の過程で、子どもの証言は面接したカウンセラーの誘導的な質問によって導き出されたもので虐待の事実はないとの判断に至り、逮捕者全員「無罪」と判決された事件である。この事件で「インタビュアーがきちんとトレーニングを受け、知識を持ってやっているのか」との問題提起がなされ、「立件するための面接」を可能にするためのプログラム開発が始まった。今回視察したチャイルド・クライシス・センター(視察先概要3)もこのプログラムの開発に取り組んだ機関である。全米では、アラバマ州ハンツビルでもプログラム開発が行われ、このプログラムをもとに、National Children's Alliance (NCA) がインタビュアーと機関に認定制度を作る動きにつながっていく。ファレンジック・インタビューは莫大な研究と試行錯誤の上に開発されたプログラムである。この中では年齢によって性の知識がどれだけあるかの研究もなされ、発言が年齢相応か不相応かによって、被虐待体験有無を判断する参考になっている。子どもの性の知識や態度は、社会や文化が違えば異なるため、異文化における子どもの性に対する態度などの研究が進められている〔資料18〕。日本でのファレンジック・インタビューの展開を考える際、日本の実状に適したものにするための研究を十分に積む必要がある。こうしたプログラムの安易な輸入は許されない。上記以外にも例えばここで用いられるアナトミカルドールも日本で頻繁に使われるようになってきているが、ファレンジック・イン

タビューではアナトミカルドールの使用も多くの研究に基づいて実に慎重であった〔資料15〕。

2. ファレンジック・インタビューの概要

今回ファレンジック・インタビューを実施している機関として、チャイルド・クライシス・センター（視察先概要3）、スチュアート・ハウス（視察先概要4）、チャドウィック・センター（視察先概要5）の3カ所を視察した。3カ所から知見を得たことで、ファレンジック・インタビューについての理解を深めることが出来た。それぞれに共通する原則や方法論がある一方、重要な点で異なる部分もある。この相違点については後で述べる。

ファレンジック・インタビューは立件のためであり、治療のためのものではない。警察や検事のオーダーによって実施され、費用負担も司法機関が行う。面接室の隣にワンサイドミラーを挟んで観察室がある。面接室に入るのは面接者と被害が疑われる児童である。ファレンジック・インタビューの具体的な方法や内容については資料15を参照されたい。面接者は一人であるが、実施は様々な職種がチーム（マルチディシプリナリー・チーム）を組んで行われる。面接者以外は観察室に入り、実際の面接場面を観察する。具体的職種として警察、検事、DCFSのSW、弁護士、心理療法士、看護師などである。観察者と面接者は電話で交信でき、観察者から面接者に指示や示唆が可能である。原則として1回の面接で情報を収集し、関係諸機関はその情報を共有し、その後の援助を検討する。立件の際にはここで話されたことが裁判の際の重要な証言となるため、この面接の重みは大きい。

第一義は立件目的であるが、参加する諸機関の職員はそれぞれ固有の目的意識を持って参加している。特に心理療法士などメンタルヘルスに関わる職員は、虐待による心的ダメージや面接経過での心的負担等を注意深く見つけ、治療の必要性や面接の中断等に頭をめぐらせる。この面接を機に治療につながられた場合、面接者と治療者は同一であってはならないとされている。

3. ファレンジック・インタビューの意義と課題

ファレンジック・インタビューの意義は大きい。まず第一に何度も事情聴取を受ける心的ダメージが、1回にすることで低減されることである。性被害者の中には、繰り返し事件に触れねばならない辛さから、訴えそのものを止めてしまうことが日本では多い。ファレンジック・インタビューの存在によって訴えをためらう気持ちの低減にもつながることも考えられる。

第二の意義は子どもの訴えが、誘導された言及か事実の言及かを識別できることにある。マクマーティン・プレスクール事件の裁判は、カウンセラーの思い込みや先入観が子どもの発言を誘発してしまう危険性が指摘されたものでもあり、この問題の重要性を投げかけている。いかに客観的に中立な態度でこの問題を扱わねばならないかが、ファレンジック・インタビューの中核といっても過言ではない。

第三の意義は性的虐待に関わる職種の協働の場であるということである。DCFS、MHS（メンタ

ルヘルスサービス：精神衛生、心理治療に関する課)、H S (ヘルスサービス：身体の健康、医学的治療等に関する課)、及び警察や検事等、縦割りに分業化された各分野が、性的虐待対応においてこれまでのバラバラな対応ではなく手を組み、マルチディシプリナリー・チームとして、統合されたアプローチが可能になったことである。特にMH Sが関与することで、心的ダメージの見立てと治療の必要性についての提言がなされ、治療の場につながりやすくなったようである。チャドウィック・センターのRobin氏は、ファレンジック・インタビューがあることで、性的虐待が治療ベースにのる機会は確実に増えたと語っている。

ファレンジック・インタビューを経て起訴に成功したケースについてスチュアートハウスのPalamara氏に尋ねたところ、10%程度であり、それでも他の地域に比べれば良い方であるとの回答であった。思うほど立件率が高くない印象をもったが、それ程性的虐待については確証を得ることが難しいのが実状である。ただ立件できるできないに関わらず、ここで得られた客観的なデータがその後の援助に生かせるという点はメリットであり、第四の意義としてあげられよう。

検討せねばならないいくつかの問題点も残されている。まずはインタビューアとしてどういった職種の者が担うべきかの統一された見解がないことである。今回視察した3カ所の相違点はこのことである。一つはインタビューアが検察や警察であっても研修を受ければ良いとする考え方である。先述のN C Aはこの立場に立つ中心機関で、資格制度を普及することと無関係ではないように思う。スチュアートハウスや2003年度の日本子どもの虐待防止研究会の「国際シンポジウム」でファレンジック・インタビューを紹介されたCarolyn氏が所属するChild Advocacy Center (C A C)もこの立場に立つ。一方、インタビューアはメンタルヘルスに通じた者が十分な研修を積んで行うべきという考え方がある。チャイルド・クライシス・センターはこの必要性を主張する。センターのBeaumont氏は、メンタルヘルスのバックグラウンドがないと、子どもの状態がつかめず、不安定な状況であっても面接を押し進めてしまう危険性を懸念する。メンタルヘルスに通じた心理臨床家や臨床心理学の教育を受けたS W等が、さらに十分な研修を受けて行うべきであると強く述べていた。

第4章 児童虐待対応チーム

1. 児童虐待対応における協働（マルチディシプリナリー・チーム）

米国は何においても分業や役割分担が明確になされる国である。しかしファレンジック・インタビューがそうであったように一度チームを組むとなったら、マルチディシプリナリー・チームとして、それぞれの責任分担を明確にしながら機能的で有効な協働を可能にしている。Herman,J.L. (1992) が指摘するように虐待ケースへの対応は一人でできるものではなく、チームを組んで初めて可能となる。今回の視察では、地域のケースについて病院が中心に対応を検討するチャイルド・プロテクション・チームのミーティングと病院内の虐待が疑われるケースについてその後の対応を検討するスキャンチームのミーティングに参加する幸運を得た。驚いたのはいずれも必要な複数機関の他職種が広く集まってマルチディシプリナリー・チームとして機能していることである。これにより複眼的な視野でケースを捉え、その後の援助についての役割分担も含めた方針を決めていくことが可能となっている。こうした機関や職種を越えての連携するときに、守秘義務の問題が必ず生じるが、カリフォルニア州では20年程前に、児童虐待ケースについては親の了承を得なくても情報が共有できるよう法律で定められ、情報の共有がしやすくなっている（視察先概要5）。

2. チャイルド・プロテクション・チーム

近年日本でも地域の虐待防止ネットワークの必要性が認識されているが、米国においても各機関が協働して虐待ケースの対応を検討するネットワーク会議は古くから行われている。チャイルド・プロテクション・チームもそうしたネットワークの一つで、チャドウィック・センターで行われているものである（視察先概要5）。

チャドウィックセンターの児童虐待に精通した小児科医を中心に、精神科医、看護師、心理士、検事、警察官、CPSのSVらが固定メンバーとしており、CPSがかかわっているケースを持ち寄って今後の方針を検討する。この日は6ケースの検討を行ったが、総勢30名ほどが参加していた。ミーティングは先述の小児科医の進行で進み、CPSのSW2人が一つの担当ケースを報告し検討が終わると、次のSWの組が順に報告するといった流れで、約2時間の会議であった。SWは自分が担当するケースの検討が終わると足早に退出していった。検討されたのは、慢性疾患で入院中の15歳男児のケース（実母や同居の男性から暴力を受けていてDVもある）、4歳の黒人の男の子のケース（実父から拷問的な虐待を受け入院し、父親は逮捕されたが、これから男の子に対してどのような対応が望ましいか検討された）、父親からの身体的虐待が疑われるケース（頭が変形するほどの怪我で入院した）など、どれも深刻な虐待ケースであった。SWや検事などそれぞれの立場で意見を交換していたが、中心としてのまとめ役は上記の小児科医であった。ミーティングはケースに対してのスーパーバイズの機能を持ち、ケースへの

対応においてかなり重みを持つ会議である。またこうした会議は互いの機関や職種の考え方や立場を理解する上でも非常に有効であると、リーダーである小児科医は述べていた。

3. スキャンチーム (SCAN Team : Suspected Child Abuse and Neglect team) について

病院は児童虐待を発見する重要な場所である。産婦人科、小児科、脳外科、外科、眼科等あらゆる科が児童虐待と関連をもっている。このため日本でも大きな病院を中心に虐待対応チームができ、各科で発見された児童虐待ケースを扱うようになってきている。UCLAロサンゼルス校医学部病院内にあるスキャンチームも、病院各科の患者の中で虐待の疑いのあるケースを把握し、早期の対応を検討するチームである(視察先概要6)。スキャンチームのメンバーは小児科医師、各科のSW、看護師、心理士、栄養士などの職種で構成され、内6人のメンバーは交代勤務で24時間のオンコール体制で即対応できるようにもなっている。警察、DCFSへの緊急通報をはじめとして、虐待が疑われるケースは来院の際、あるいは入院中に注意深い観察と迅速な対応がなされる。週に1回、定例会を行って疑われるケースについての情報を共有し、方針を決めていく。この定例会に警察も参加しているのが興味深い。

ミーティングにあがったケースを列挙すると、HIVで年内に死亡する可能性のある父親の5歳の子どもの不安や心配をどう扱うかといったケース・里親宅に措置されている4歳の子どもの火傷の痕と身なりが汚いのはなぜかが検討されたケース・19歳のシングルマザーが先天性慢性疾患の7ヶ月の子どもを適切にケアできるかどうか懸念されるケース・入院中の1歳7ヶ月の子どものチューブがとれてしまったが、母親の行為ではないかと疑われたケース・銃で撃たれた16歳の女性が病院に運ばれたが、子どもがおり、その子が適切に養育されているかが懸念されるケース・現在入院している7歳の子どもの親が精神疾患で、母子の同居は難しく、DCFSも関与しているが、その後の経過を見守っているケース・DCFSは虐待の証拠が不十分としてケースを終結しているが、やはり疑いがあるためフォローしているケース・親権者争いをしている実母から実父の性的虐待の疑いが訴えられたが、どうも訴訟を有利に進めるための虚偽であろうというケースの8ケースが検討された。児童虐待が強く疑われるケースばかりでなく、些細な兆候でも見逃さずに話し合いにのせているところ、子どもの養育環境が適切かどうかの把握に努めようとしているところ、DCFSが関与した後もきちんとフォローに努めているところなど、日本の病院以上に積極的にケースに踏み込んで検討している印象を強く持った。

第5章 被虐待児への治療

1. 米国における被虐待児の治療を把握するために

今回、治療機関として視察が可能だったのは、スチュアート・ハウスとチャドウィック・センターの2カ所であった。これらは外来型の治療機関であり、入所型の治療機関やグループホーム内での治療的援助等については十分に把握することが出来なかった。また児童虐待対応の中心機関とされているDCFSで治療に関する話がほとんど出てこなかった。この点について、日本の児相とDCFS（CPS）の差異の一つに治療機能の位置づけがある。日本の児相での児童虐待への対応は、初期対応から親子の治療的援助も含むのに対して、DCFSは初期の法的対応がほとんどで、治療的援助に関しての資源は外に求めている。児相には心理職や精神科医といった治療に携わる職種が存在するが、DCFSには心理学を学んだSWはいても、治療を専門とした職種は常勤していない。法的対応のため裁判所と密接に関わり、裁判のための捜査官がDCFS内に常勤しているほどである。米国における児童虐待の治療をつかむとき、日本の感覚をもって、日本の児相にあたるDCFSから捉えようとしてもなかなか見えてはこない。一方意外で驚いたのは、警察が主として犯罪予防的視点からであるが治療的役割を担っていることであった（視察先概要1）。

2. 治療と費用負担

日本のように保険制度が充実していない米国では、一般の医療費も高額であり、入院期間も極めて短く、盲腸などは外来手術が普通と聞く。心理治療を受けるのも同様で、かなりのお金がかかるのが実状である。米国の児童虐待問題はネグレクトを中心に、貧困と密接に関係している。一般の治療機関にかかることは相当困難であることが予想される。そのため、犯罪予防として警察の関与する治療を無料で受けるか、スチュアート・ハウスのように女性擁護のエージェンシーがあるところの治療を無料で受けるなど、行政やエージェンシーの費用負担が必要となる。しかしこれも裕福な地域に住んでいることが前提である。

家族と分離の上で治療が必要とされたケースに対しては、グループホームに委託されるケースが多いという。中には精神科医がおかれたグループホームもある。子どもの重症度によって住み分けられている。2002年と2003年とでは里親委託数が若干減ったのに対して、グループホーム委託数は増えている（資料9）。治療の必要性が高まっていることの背景のようにも窺われるが、一方で唯一の一時保護所であったマクラーレン・ホールが閉鎖された。この施設は新しく保護されたケースと、一旦委託された子が治療を必要として入ってくるケースの二通りがあり、ソーシャルワーカーの他、サイコロジストや精神科医がいて治療機能を有し、年間3,500人の子が利用していた。里親委託後不適応を起こす子どもは多く、この施設の意義は大きかったと思われる。費用上の問題のみで閉鎖となったことへの疑問は大き

い。また里親委託で治療が必要とされるケースについては、外部の治療機関に通うことになるが、行政が里親への委託費や家族への治療命令等以外に子どもの治療費までも保証することは非常に困難と推察される。

児童虐待ケースが日本に比べて莫大な数にのぼることも考え合わせると、どれほどの治療が提供されているかは疑問である。チャドウィック・センターのRobin氏はこの点について、身体的虐待やネグレクトの子ども達の多くが治療を受けていない可能性が高いことを指摘していた（視察先概要5）。

3. 性的虐待への治療

チャドウィック・センターで被虐待児が治療を受けた内訳を見ると、性的虐待が半数近くを占め、DVの目撃を加えると8割近くになる〔資料24〕。この背景に性的虐待に対する社会的関心の高さとその被虐待児が貧困層だけでなくあらゆる層にみられることなどが考えられる。さらに大きな要因は、ファレンジック・インタビューに心理治療者が加わることで、性的虐待を受けたケースが治療につながりやすくなったことである。この点はファレンジック・インタビューが実施されている3つの機関で共通して語られていた。しかし、性的虐待に比べて身体的虐待やネグレクトのケースの治療実践は十分に積み重ねられていない印象であった。チャドウィック・センターのRobin氏は、性的虐待を受けた子どもへの治療に比べ、身体的虐待やネグレクトへの治療は洗練されていないと語る。ネグレクトを中心に貧困層の子どもへの治療がどうなっているのか、里親委託された子どもへの治療はどのようになされているのかが視察が進むほどに、「不十分ではないか」の懸念と共に非常に気になっていった。今回の視察でその実態が十分につかみきれなかったことは残念でならない。

4. 具体的な治療の状況

チャイルド・クライシス・センターのHsu氏は被虐待児に必要なアプローチとして7つをあげている〔資料19〕。暴露法に基づく療法・認知療法・行動療法的な親訓練・サポートグループ・薬理学・長期の治療的關係によるあるいは力動的な療法・定期観察である。それぞれ適しているケースと余り適さないケースとに整理され検討されている。ただ闇雲に治療にのせればよいと言うのではなく、こうした整理は必要であり、見習うべき点である。Hsu氏は、様々ある療法の中で、暴露法はPTSD症状を軽減させること、認知行動療法は抑うつ状態や不安への対処方法や問題解決能力を向上させること、親子相互作用療法（Parent-Child Interaction Therapy：PCIT）は幼児の行動上の問題を緩和させること、問題のない養育者が治療に積極的に参加すると治療効果が上がること等を指摘していた。

Hsu氏の紹介するアプローチの中で、より重度の子を対象とする長期の療法については、入所による治療が考えられる。入所治療についてスチュアート・ハウスのPalamara氏に尋ねたところ、自殺念慮のあるケースなど治療施設での治療が必要なケースはかなり存在するという。入所施設としてレイズ

デービス・スタディ・センターなどがあるが、そうした施設は高額で家族が治療費を払いきれない場合が多いという。ここにも治療費の問題は大きく、その必要性はあっても治療を受けることが出来ない現状であることが理解できた。日本では、被虐待児への治療は児童福祉施設等における環境療法が有効であるとされている。環境療法はもともと米国のベッテルハイム (Bettelheim,B) やレドル (F.Redl) らがその治療実践から提唱されたものである。しかし現在、こうした環境療法の実践はほとんどみられない。多くは財政上の理由であろう。例えば著名なメニングークリニックでさえ、長期の入院による治療機関は経営難から閉鎖に追い込まれてもいる。高額な治療費と経営難の問題が米国での環境療法の展開を阻んでいるのかもしれない。

5. 被虐待児への治療の評価

米国では治療実践と効果測定はセットである〔資料 20 - 22〕。多くの治療機関で評価を行うための心理学者が配置されている。チャドウィック・センターでは 1994 年から治療の評価を始め、全てのケースに治療開始 4 ヶ月時と終結時に実施している (視察先概要 5)。評価のための心理学者は、既存のアセスメントテストを利用したり、新たに研究開発したりして、個々の機関に適した評価バッテリーを作成している。チャドウィック・センターの Taylor 氏によると、評価するのは次の目的があるからだと言明する。

- ①管理職が把握し、統計を取ってファンドを調達するため。この背景には、効果が証明されたものにファンドがつくという米国の経営システムの問題がある。
- ②どのようなプログラムに効果があるかという純粋な研究のため。
- ③臨床的な目的。治療者自身が治療の進展状況を把握し、振り返るためである。

米国は現在、短期で効果があがる即効性のある治療技法が求められている。この背景の一つに財政上の問題があることは明らかであろう。一方効果を実証的に評価するためには、行動上の目に見える変化を捉えることになる。心の治療には内的な変化と外的な変化とに分けられようが、実証性という場合、外的な変化が殊の外求められる。米国で認知行動療法が高く評価されるのは、こうした背景からでもあろう。チャドウィック・センターの治療者である Barbara 氏は、治療にはサイエンスの部分とアートの部分があるという。サイエンスの部分は必要であるが、アートの部分を無くしてはならないと語っていたのが印象的であった。

〈参考文献〉

Crime and Violence Prevention Center, California Attorney General's Office, Bill Lockyer, Attorney General (1982, revised 1992, 2002) : CHILD ABUSE Prevention Handbook...and Intervention Guide, CALIFORNIA DEPARTMENT OF JUSTICE, OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

※虐待の手引きに関する文献

Deborah Davies, Judy Cole, GiGi Albertella, Lisa McCulloch, Kelly Allen, Harriet Kekevan (1996) : A Model for Conducting Forensic Interviews With Child Victims of Abuse.

CHILD MALTREATMENT Vol.1. No.3

※児童虐待被害者に対する Forensic Interview の実施モデルに関する文献

Edgar W. Butler, Hiroshi Fukurai, Jo-Ellan Dimitrius and Richard Krooth (2001) : ANATOMY OF THE McMARTIN CHILD MOLESTATION CASE. University Press of America. : 黒沢香、庭山英雄編訳 (2004) : マクマーチン裁判の真相 北大路書房

Herman, J. L. (1992) : Trauma and Recovery. New York : Basic Books. 中井久夫訳 (1996) : 心的外傷と回復. みすず書房

Insoo Kim Berg and Susan Kelly (2000) : BUILDING SOLUTION IN CHILD PROTECTIVE SERVICES. 桐田弘江・玉真慎

子・住谷祐子・安長由起美訳 (2004) : 子ども虐待の解決－専門家のための援助と面接の技法－ 金剛出版

Mary E. Helfer, Ruth S. Kempe, and Richard D. Krugman (1997) : The Battered Child, Fifth Edition. The University of

Chicago. : 社会福祉法人子どもの虐待防止センター監修 坂井聖二監訳 (2003) : 虐待された子ども－ザ・バタード・チャイルド－ (第5版) 明石書店

Tonic C. Johnson (1999) : Understanding Your Child's Sexual Behavior ; What's Natural and Healthy.

New Harbinger Pubns Inc.

※子どもの性行動に関する文献。年齢ごとに、自然で健全な行動・要注意行動・要カウンセリングの3つに分類された、子どもの性行動チャートが掲載されている

U. S. Department of Justice (1997) : An Analysis of Data on Rape and Sexual Assault "Sex Offenses and Offenders".

Bureau of Justice Statistics.

※性的犯罪の被害者に関するデータ

家庭問題情報センター (1998) : 米国の非行少年を取り巻く最近の事情－コカイン中毒の落とし子たち－. 家族問題情報誌

「ふぁみりお」第17号

関東弁護士連合会 (1998) : 子どもへの虐待～その予防と救済のための提言～ 1998年度関東弁護士連合会シンポジウム報告書

告書

木下淳博・泉薫他 (1995) : カリフォルニア旅行記－子どもの虐待問題をたずねて－ ヘルスワーク出版

〈DVD・ビデオ〉

INDICTMENT : THE McMARTIN TRIAL (1995) : DVD 「誘導尋問 歪んだ法廷／マクマーティン事件の真実 (JSB)」

(2001) [製作米国、上映時間 132 分、劇場未公開、ビデオ・DVD 発売]

視察先概要

視察先概要 1 トーランス警察

訪問日 2004年4月1日(木)

訪問先 トーランス警察 POLICE DEPARTMENT City of TORRANCE
3300 Civic Center Drive・Torrance, California, 90503-5056

対応者 Sergeant Michael Jezulin (トーランス警察・児童虐待等対応専門官)
DETECTIVES DIVERSION, POLICE DEPARTMENT
Mark R. Johnson, M.A., M.F.C.C. (トーランス警察・青少年課カウンセラー)
DIVERSION COORDINATOR, POLICE DEPARTMENT

はじめに

トーランス警察には、児童虐待等の専門官が配属されており、虐待対応を中心に、性犯罪、青少年犯罪等の対応を行っている。また、青少年課には、児童虐待等の被害者支援を中心としたプログラムをマネジメントするカウンセラーが配属されている。

虐待対応について、警察は通告機関の1つでもあり、非常に重要な機関である。



トーランス市警察の庁舎(正面)

まず、トーランス市の状況について、簡単に触れておく。

① トーランス市の状況

トーランス市は、カリフォルニア州ロサンゼルス郡の南部に位置し、人口は約18万人の地方都市である。比較的穏やかな乾燥気候で、治安がよい安定したところである。(犯罪率:31/人口1,000) 日系企業が多く進出している地域であり、日本人が多く居住している。千葉県柏市と姉妹都市になっている。

② トーランス警察の実状と児童虐待

約240人の警官が配置されている。児童虐待が疑われるケースとして扱われるのは、年間約500

件である。

- 視察事項
- (1) トーランス警察における虐待対応
 - (2) 警察における治療的援助について
 - (3) 警察と学校との連携

(1) トーランス警察における虐待対応

～児童虐待、性犯罪、青少年犯罪の専門部署の専門官（Jezulin 氏）による

① 電話等による通報

教師、消防士、看護師、医師等の「虐待通報の義務が課せられている人」が、警察、又はDCFS（日本でいう「児童相談所」）へ通報を行う。また、ホットラインが開設されており、市民からの虐待通報はDCFSにホットライン経由で直接入る。

② レポートの提出

通報を行った者は、規定の様式によって、報告（Child Abuse Suspected Report を作成）することとなる〔資料3〕。

その報告は、「合理的に考えて、早急に（as soon as practical）」行われる必要がある。そして、レポートは「36時間以内に警察かDCFSに届いていなければならない」という規程まで設けられている。警察とDCFSはこのレポートを共有する（クロスレポートイング）。

③ 警察、またはDCFS（または双方）による当該家族への介入（調査）

ネグレクト、心理的虐待、「環境が汚い」等の場合、DCFSまたは、警察が当該家庭へ介入（調査）を行う。場合によっては、警察とDCFSの双方が関わるケースもある。一方、深刻な身体的虐待ケース、また、性的虐待の場合には警察が優先して動く。

④ Child Abuse Index の作成

児童虐待の加害者は、州のデータベースである「Child Abuse Index」に登録される。このシステムによって、虐待者が市や郡を移っても州内であれば虐待者の情報が共有されることとなる。Child Abuse Index というシステムが法律化されたのは2年前である。Child abuse index は、州の Department of justice（統計を中心に扱っている部署）が作成し、以下の流れでデータが集約される。

ア 児童虐待があると確定したら、警察は、「Child Abuse Investigation Report」〔資料4〕に情報を記載し、州（Department of justice）に提出する。

イ そして、その情報はChild Abuse Index（データベース）に登録される。

（登録内容は10年間保存される。11年目にはChild Abuse Indexからの登載抹消が申請でき

る。10年の間に再犯があると、その時点からさらに登録が10年間延長される。)

刑事事件として立件されるされないにかかわらず、虐待として認定されるケースについては、レポートが作成され、州に報告される。市や郡間で情報を共有する第一の目的は、犯罪捜査をやりやすくすることである。例えば、加害者が他の地域で再び虐待した場合、警察は過去の情報から加害者を特定しやすくなるなどである。州を越えて出ていってしまうケースについては、このChild Abuse Indexでは把握できないが、虐待行為が犯罪となると、Crime Report〔資料5〕が作成され、連邦レベルの情報として管理される。

【参考：Crime Report】

このレポートは、すべての犯罪に使われる様式である。〔資料5〕

レポートには2種類あり、1つのレポートには被害者の名前は書かれないが、もう一方には被害者の氏名も書かれる。

⑤ 虐待者のデータベース登載に関する虐待者（当事者）への通知について

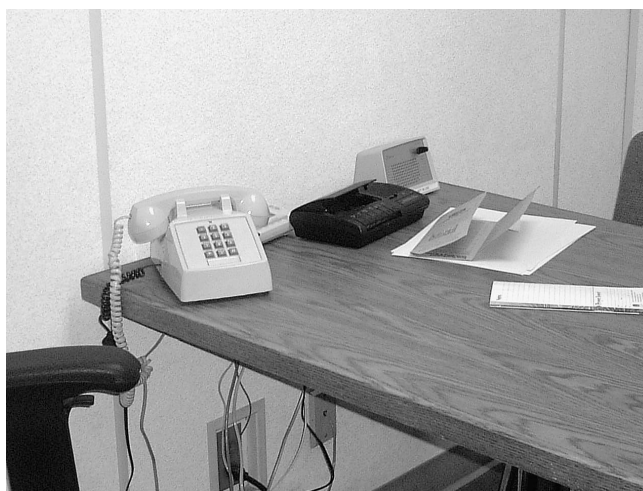
Child Abuse Indexに載ったことは本人に通知される。本人への通知による再発防止（抑止）の意味は多少あるとのことである。

⑥ 性犯罪者の写真の閲覧について

性犯罪者は刑期が終えても、自分の写真は、公開される。トーランス警察では、市民が閲覧できるようパソコンが設置されている。市民であれば、誰でも身分証明書と指紋を引き換えに閲覧ができるシステムになっている。近所を徘徊している見知らぬ隣人が性犯罪者かどうか、これにより確認できる。市民の犯罪に対する防衛手段として意味があるが、警察にとっては、市民の指紋の採取という利点がある。

⑦ PRECEPT PHONECALLについて

虐待の証拠が足りないときには、被害者（被虐待者）である子どもに対して、被疑者（虐待者）へ直接電話をかけさせる場合がある。これは捜査方法の一つである。被害者は、警察の一室にて、被疑者に電話をかけ、警察はその通話を録音する。そして、通話中に、被疑者の自白のようなものが出てくれば、それが虐待の動かぬ証拠となる。



PRECEPT PHONECALL

⑧ DCF Sと警察の役割分担

警察とDCF Sの間には、証拠保全をめぐる微妙な駆け引きがある。

警察は、虐待を事件として立件するために、現場等の状況（証拠）を触らないでほしい（証拠保全のため）という。一方、DCF Sは、早期に「調査」をしないといけない。証拠を汚されることを恐れる「警察」と、調査を最優先に行いたい「DCF S」との間で、介入の段階での考え方の差が生じている。

このことは、特に性犯罪の場合に顕著となる。性的虐待の場合、早急に子どもの保護や家庭への調査・介入を行いたいDCF Sと、まずは「証拠」を収集し、刑事事件として立件したいという警察との間には、大きな違いが存在する。

警察は、誰が加害者かわからない段階で、調査目的にDCF Sが家族や関係者に関わることで、被疑者に証拠隠滅等を図られることを怖れている。

⑨ 各レポートとの「守秘義務」について

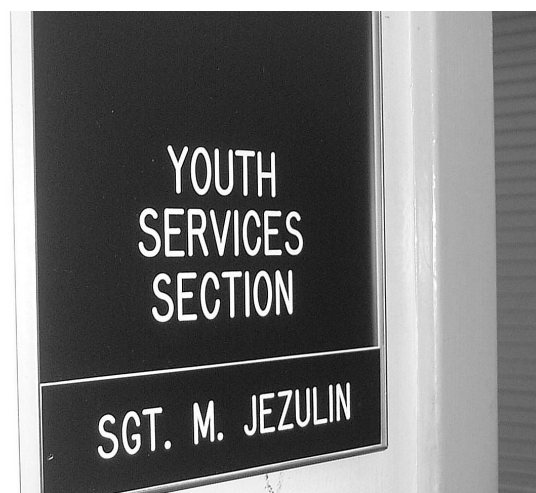
アメリカでは「守秘義務」に対する意識が高い。各種レポートについても、当然守秘義務が課せられている。各種レポートは、警察官が厳重に保管しており、DCF Sでも一部見る権利がある程度である。被害者の弁護士は閲覧することができる。

⑩ 通報義務と通報義務違反について

通報義務違反で立件されると、通報義務を怠った者は逮捕となる。当然だが通報義務を違反したものは、仕事をする上でのライセンスも失う。通報義務は24時間常に課せられているものである。

【参考：Forensic Interview について】 トーランス警察担当官による

虐待の「事実」を聞き出すという点で、Forensic Interview はとても有効であるとのことであった。警察よりも専門家が面接を行うほうがよいと言う。面接は、警察もマジックミラー越しに見ることができるので、それほど警察官が面接を行うことにはこだわらない。「自分たちが行うほうがよい」という警察関係者もいるが、担当者（Jezullin氏）は、Forensic Interviewはメンタルヘルスの専門家が行うほうがよいと考えている。



トーランス警察では、青少年課が虐待対応を行っている

(2) 警察における治療的援助について

～青少年課のカウンセラー（M.Johnson 氏）による

トーランス警察には、青少年課にカウンセラーが常駐し、治療的援助を行っている。

以下の2つのプログラムが代表的なものであるが、担当官の Johnson 氏がすべてのケースを担当するのではなく、青少年課と契約した36人のセラピストがおり、青少年課がケースに契約セラピストを紹介する形をとっている。

- ① 性的虐待、身体的虐待、暴力事件の被害者の危機介入とカウンセリング
- ② 青少年のための治療プログラム

① 性的虐待、身体的虐待、暴力事件の被害者への危機介入とカウンセリング

(victim support program)

これは被害者とその家族に対する被害を受けたことによる情緒的混乱へのサポートや精神的回復のためのカウンセリングプログラムである〔資料6〕。刑事事件として立件される場合の取調べから裁判までの過程において生じる不安や混乱に対してのサポート（セッション）をも含んでいる。約20回のセッションのプログラムである。

このプログラムの料金は、トーランス市が担うシステムとなっている。1回50分のセッションにつき、40ドルがセラピストに支払われる。（これは格安であり、セラピストにとってはボランティア的な相場とのこと。）虐待ケースで裁判所から治療を命令されたケースや家族からの分離が行われたケースについては、州の保険が適用される。

犯罪として立件された（州の扱いとなる）場合は、市のプログラムから州のプログラムに移行するととなるが、移行までに、通常でも1～2ヶ月かかるので、トーランス市がサポートプログラムを提供することとなる。その際、担当カウンセラーが市と州の両方に登録している場合は、市から州に移っても、担当者が変わらずに継続することができる。州へのプログラム移行前に問題が解決したら、援助は当然のことながら、市のレベルで終了する。州に移行した場合は、セッション1回につき75ドルが州からセラピストに支払われる。

トーランス市がこのような支援をするのは財政的に豊かであるためで、他の地域においても、同様のサービスが行われるわけではない。

② 青少年のための治療プログラム（Juvenile Diversion Program）

これは、非行問題が始まる入り口で、「それ以上進まないために、手を打つ」という考え方から生まれたプログラム－ Juvenile Diversion Program－である〔資料7〕。

このプログラムは、トーランス市在住の18歳以下の子どもが対象である。非行だけでなく、うつ状態の子ども、親の離婚による混乱等の事例も含まれる。年間850人がこのプログラムを利用している。

紹介経路は、60%は学校から、25%は警察による。保護監察官、家庭裁判所からリファーされ

てくるケース、DCFS（児相）からのケースもある。また、自発的にプログラムを希望してくる場合もある。

アメリカでも、すべての地区にあるわけではなく、むしろ、こうした取り組みは少ないかもしれない。

Juvenile Diversion Program は、警察が作り始めたプログラムである。**非行対策というよりも将来の犯罪「防止」の意味が大きい。**（「防止」に力を注いだほうが、最終的にお金がかからないという試算がある。）

「うつ」状態の子どもも対象に含まれているのは、「うつ」と薬物使用の相関が高いからであり、「薬物犯罪防止」という観点からもこのプログラムが機能を果たしている。

セラピストは学校職員との連携の上、プログラムを実施している。こうした連携や協働に必要な情報の共有のために「情報を共有するための承諾書」〔資料8〕に親のサインが求められる。治療が無料で受けられるので、保護者はすぐにサインするという。

【参考：加害少年へのカウンセリングについて～加害者の年齢が小さい場合（年少の加害者）への対応】

13, 14歳以上で逮捕された場合、少年院に収容される。

13歳未満では、基本として Juvenile Diversion Program の活動に乗ることとなる。

(3) 警察と学校との連携

トーランス警察と学校とは、密接なつながりを維持している。トーランス市内には、小学校17校、中学校8校、高校6校あるが、高校は問題が多いという。

① 高等学校への officer（警察官）の配置

トーランス市警察では、officer（警察官）を各高校に配置している。各高校には、同じ警察官が、朝昼放課後（1日中）駐在し、時間で見回るシステムが作られている。

「School Resource Officer」という警察官が15年くらい前から配属されている。officer（警察官）は主に校内のパトロールを行う。また、「昨日生徒間のケンカ（conflict）があって…」と校長が officer に依頼し、介入してもらうこともある。officer がその子どもたちに話をし、必要に応じて、プログラム（カウンセリング）を紹介することもある。場合によっては、「逮捕」もあるし、チケット（後述）を生徒に渡すこともある。

学校から警察に介入を依頼した場合には、警察に依頼したことを保護者に伝える。警察の介入に対して、家族がそのことで異議をいうことは、ほとんどない。逆に、治療プログラムを市（または州）のお金で受けることもあるのだから、むしろ歓迎されている。

② 学校に通常どおり来ていない子どもへの対応

学校に来ていない子ども（不登校）の場合に、警察が家庭に行く場合がある。「不登校」が、子どもに原因があるのか、親のせいなのか、見極めなければならない。

まずは、子どもの話を聞くこととなる。警察は家庭の中には入れないが、親の許可があれば入る

ことは可能である。(ただし、虐待の疑いがあるときには直接家に入ることができる。)

一方、学校に行っていない子どもが公共のスペース(道路など)にいる場合(怠学)は、子どもは「補導」され、「チケット」を渡されることとなる。「チケット」をもらうと、子どもは、Juvenile Traffic Courtに行かなければならず、そこで、裁判官の説教を受けることになる。

アメリカでは、不登校は一旦「ネグレクト」とみなされ対応される。学校へ行かないのは、学校恐怖症か怠学か、子どものせいかわれのせいかわ等を決める委員会がある。委員会で、親のネグレクトと判断された場合、登校再開のための「契約」が親と交わされる。その「契約」が破られると、検察官が関与し、事件として立件される。

③ スクールカウンセラーとの連携について

アメリカにおいて、スクールカウンセラー(トーランス市では4人)は、進路指導や学習に関するガイダンスを中心に担当する。治療的なカウンセリングについては、警察の青少年課が担当している。

また、トーランスの学校区には、スクールサイコロジストが2人おり、学校における危機介入および心理査定を行っている。Johnson氏とスクールサイコロジストの間では、協力体制が作られている。両者は、立場が異なるが、連携がうまくいっている。(スクールサイコロジストは学校に属している。Johnson氏は警察に属している。)

④ 具体的な学校との連携の一例

退学者について、学校から警察に伝えられるシステムがある。警察への報告は義務ではないが、警察に対して自主的に学校が行っている。退学すると、退学者が地域で行動する時間と範囲が広がるので、警察からの協力が必要となる。

視察先概要 2 DCF S (Department of Children and Family Services)

訪問日 2004年4月1日(木)

訪問先 Department of Children and Family Services (DCF S)
2325 Crenshaw Blvd. Torrance, CA 90501

対応者 Jeffrey Gibbs (Supervising Children's Social Worker)
里親委託後に、法に触れるような行為をした子どものケースを扱う部署(ユニット)の担当者(スーパーバイザー)

はじめに

DCF S (Department of Children and Family Services) は、子どもと家庭の福祉に関する部署で、日本の「児童相談所」にあたる機関である。

ロサンゼルス郡では、DCF Sであるが、他の州や郡では、CPS (Child Protective Services: 子ども保護サービス) という名称で呼ばれる場合が多い。

ロサンゼルス郡では、子どものために、「虐待専門裁判所 (Dependency Court)」が長 (head) として機能し、ソーシャルワーカー (以下「SW」とする) が手足として動くことで、児童虐待の処遇が進んでいく。



DCF Sの庁舎 (正面)

- 視察事項
- (1) DCF Sの概要
 - (2) 虐待通報から援助に至るシステムについて
 - (3) アメリカにおける社会福祉の時代的変遷について

(1) DCF Sの概要

① DCF Sのトーランス支所について

DCF Sは、ロサンゼルス郡には17office (支所) がある。DCF Sの担当者によると、多くの予算と人員が配置されている。ロサンゼルス郡の予算: 1位は保安官部(郡の警察) 2兆円、2位DCF Sで1~2兆円、3位水道局。ロサンゼルス郡のDCF Sでは、「SW 3,500人、すべての職員 6,000人」と莫大である(Gibbs氏)。

2001~2003年のDCF Sの業務統計は、資料9の「現状報告」の通りである。

視察したDCFSは、体育館のように広いフロアが机とキャビネットによって分割され、各ブースがユニットごとに集まる形で仕切られていた。



DCFS内部の様子

② DCFSのユニット、担当、スタッフについて

ア DCFSのスタッフについて

DCFSのスタッフは、保護者の郵便番号によって「担当地区」が決まっている。養子縁組専門のユニットもあった。DCFSには看護師も常駐しており、時に訪問も行う。家庭訪問の目的は、身体検査が主である。(日本の保健師による訪問とは随分と異なる。) DMH (Department of Mental Health) からのSWも仕事をしている。

イ ユニット制について

担当地区別に14ユニットが存在する。それぞれ1つのユニットは、7人のワーカー、1人の事務員(クラーク)、1人のスーパーバイザーから構成され、チームとして仕事を行っている。

各ユニットのスーパーバイザーは、窓際の席に配置されている。ストレスの溜まるスーパーバイザーには、窓際のよい席を用意しているという配慮であった。

また、14ユニットとは別に、4つの緊急対応チームが存在する。ケースの状況や処遇の目的により、ユニットが編成される。

ウ ケース担当数

スタッフ1人の担当ケース数は、約30人である。難しいケースを担当する部署では、担当数(例えば10ケースとか)が調整されている。

③ 里親委託について

里親委託は、DCFS、あるいはDCFSが契約したエージェンシーが行う。エージェンシーは日本のNPOにあたるもので、里親のライセンスの確認、里親認定などを行う。

【参考：里親に措置される子どもに対する里親への資金について】

子どもの年齢や具体的な問題行動によってランク分けされ、里親への措置費が異なる。(措置費の割合は、連邦9：州1となっている。)

措置される子どもには、(行動面、情緒面などの)「評価」が行われ、その評価に基づいて、その子どものランクが決まる。こうした評価を行う「Evaluators」という職種が存在する。

④ スーパーバイザーの仕事（ケースの進行管理）

スーパーバイザーである Gibbs 氏のブースでは、パソコンによるケース進行管理をしていた。部下の S W の行動、ケース記録等のすべてをパソコンにて、管理している。

「裁判（公聴会）のためのレポート（コート・レポート）」もパソコン上で確認できるようになっている。コート・レポートの作成は、1995年までは手書きであったが、パソコンが導入され、ずいぶん楽になった、ということであった。

【参考：一時保護所について】

マクラレン・ホールという一時保護所が閉鎖された。規定の30日以上保護された子どもがおり、1日3万ドルかかるということで、訴訟が起きたことが理由である。

現在は、「24時間以内に次の行き先を決める」という原則のシェルターを作ろうとしている。2004年5月オープン予定。一時保護については、今は里親に依頼している。「4ベッドを確保してもらう」といった契約で、最高で7日間置いてくれることになっている。

一時保護所とは別に D C F S には家出等で緊急保護した子どもを1～2時間預かる部屋（Children's Room）がある。



D C F S 内にある Children's Room

(2) 虐待通報から援助に至るシステムについて〔資料10, 11〕

① 通報は、すべての人に義務がある

刑事法と子どもの福祉法により規定されている。福祉法〈child welfare institute code300〉〔資料12〕には、虐待の定義がある。警察と D C F S との違いは、D C F S は疑いがわずかでもあれば必ず行動を起こすという点にある。

② 通報

通報者（虐待を目撃した人）がホットラインに電話をかけると、ロサンゼルス郡のダウンタウンにある本庁 central office につながる、24時間 OPEN のシステムができています。担当者は「被害者、加害者、場所、何が起きたのか」を聴取する。

（例：「ジミーの体にベルトの痕、お父さんがやったようだ…」というのであれば D C F S は対応できるが、単に「子どもが何かされている」というのでは対応できない。）

③ 夜間の緊急対応について

夕方5時から朝7時までの緊急通報は、ロサンゼルス郡の「コマンドポスト」という夜間対応専門の S W に元へ送られる。（緊急対応としての扱いとなる）

具体的な例としては、「親が逮捕され、子どもが一人残っているケース」「薬物中毒の母親から生まれた赤ちゃんの対応」等が挙げられる。そのようなケースについては、子どもの様子を確認して、その後の対応をきめる。

④ 調査

虐待の深刻度により、担当S Vが対応を決める。ロサンゼルス郡では、以下の三つの段階の対応区分が決められている。

- ア 2時間以内（通報を受けたら直行する）
- イ 3日以内
- ウ 5日以内（シビアな事例ではないが、調査は必ず行う）

（5日以内の具体例：「ボビーがおなかがすいて、身形も汚い」という情報）

カリフォルニア州では、法律によって「調査は10日以内に行う」となっているが、ロサンゼルス郡では5日以内に行うと決められている。虐待対応が早く行われるようになっている。

担当ユニット（S W）は、母親の住所（郵便番号）で区分されている。

調査は、D C F Sだけでは危険な場合には、警察と一緒にいくことになっている。

調査（investigation）の結果に基づき、以下の判断がなされ、その後の対応が決定する。

- ア 虐待の事実がない ⇒ ケース終了「CASE CLOSE」となる
- イ 虐待かわからない（グレーゾーンのケース） ⇒ index report（ケース記録）は残す。
（何回もレポートがあると、状況がつかめる）
- ウ 虐待がある ⇒ その後も関わりを続ける。家族分離も分離しない場合もある。

S Wの報告やレポートに記録されたものをスーパーバイザーが**福祉法〈child welfare institute code300〉**（資料12）に基づいて、カテゴリー化（どの種類の虐待なのか？）する。

⑤-1 調査後の関わり（援助プログラムの提供）

調査したすべてのケースが、裁判所に係属するわけではない。それほど深刻でないケースについては、D C F Sから援助プログラムが提供される。D C F Sにはボランティア・ファミリーメンテナンテナンス・プログラムがある。保護者の参加したプログラムの状況（成績）次第では、子どもを親から分離することもある。

- ア 虐待者が援助プログラムに同意する場合

援助プログラムに同意した場合は、「ファミリー・プリザベーション・プログラム」へ参加することとなる。保護者は、D C F Sが関わること、6ヶ月という期限が決められることに同意する。そして、援助プログラム、カウンセリング等の関わりが開始される。

- イ 虐待者が援助プログラムに同意しなかった場合

ケースとしては、終結（CLOSE）となってしまう。

- ウ 虐待の事実はあるが、虐待者がなかなか治療を受けることを同意しない場合

「戦略」と「ネゴシエーション（交渉）」を続ける。（D C F Sは親を説得したという事実が必要。最悪の場合子どもが死んでしまっても、親が同意しなかったということになり、D C F Sの責任は問われない）

S V自身が実務のなかで感じるのは、虐待者が「子どもを取られてしまったは」と感じDCFSの調査に協力してくる場合が多い。90%の親は「プログラムに同意しないと子どもを取り上げられる」と信じている。今までは、親子分離をすることが多かったが、最近コミュニティの独自の文化の中で守っていく方向に変わってきている。

〈プログラムの具体的な内容〉

「ドラッグ」「アルコール」「親業」「12ステッププログラム」などが用意されている。

DCFSは子どもの安全を第一に考えている。SWが保護者に部屋を掃除するように注意して終わるケースもある。

⑤-2 調査後のかかわり（子どもを分離する場合）

調査の結果、子どもを親から分離して保護することが必要と判断された場合、以下の流れとなり、裁判所と連携した動きが始まる。

ア 情報収集の段階～裁判所への報告

72時間以内に情報収集を行う。そして、裁判所（Family Law Court：親権と離婚を扱う裁判所）の公聴会にて、報告される。

ロサンゼルス郡の場合には、Dependency Court（子どもの福祉をあつかう裁判所。ロサンゼルス郡にのみある）がこれに当たり、72時間以内にこの裁判所にレポートを提出する。分離後の子どもは、カリフォルニア州の責任下に入った（depend on）こととなる。

イ 裁判（公聴会）の実施

裁判は、さまざまな立場、機関の弁護人が集まって行われる。DCFSを弁護するための弁護人も存在する。当然、子どもも、親も弁護人を雇う。

裁判官が報告書を読み、虐待者が虐待の事実を認めた場合には、30日以内に次の公聴会が行われることとなる。Dependency Investigator：後述）による再度の調査（捜査）が行われる。

【参考：Dependency Investigator】

再度の調査（捜査）は、「Dependency Investigator」という職種が対応する。DCFS内に配置されている捜査官で緊急対応を行ったSWとは異なる。トーランス支所には7名が常駐している。初回調査で得られた情報、例えば「子どもを叩いたという証拠、事実」等の一つひとつずつ調べて、事実を確認する。結果を再公聴会にて報告する。

ウ 裁判所の判決～裁判所の「命令」に基づく援助の開始

裁判所の命令にそって、「監督」「指導」「援助」などさまざまなサービスが提供される。

その後、DCFSのプログラムごとに配属されているSW（Family Maintenance Worker）のところにケースが移行される。

⑥ 援助の実際と裁判所（Dependency Court）の関与

裁判所の命令に基づき、DCFS等の援助が開始される。援助開始後の経過は、裁判所で行わ

れる公聴会にて報告、援助プログラムの達成効果と家族の変化が検討され、その後の処遇が決定される。

裁判所の公聴会は、6ヶ月単位で行われている。最初の6ヶ月で家族の変化が見られなかった場合、基本的には親子分離となるが、少しでも進歩があれば、6ヶ月ごと援助が延長される。こうした家族再統合に向けた支援プログラム提供の期限は、18ヶ月と法律で定められている。ただ裁判官によっては延長される場合もあるという。進歩・変化がない場合、その時点で家族再統合のプログラムは終了となり、家族分離、里親委託等のパーマネンシー・プランに移行する。パーマネンシー・プランに移行すると、家族再統合に向けた支援は全く行われないうこととなる。(17歳の青年でも養子縁組したケースもある。)パーマネンシー・プランは里親委託か養子縁組が中心であるが、里親より養子縁組が理想とされている。

【参考：親権について】

裁判所に監護権が移行しても、親（保護者）には、メデイカル（医療）と教育の権利が残る。養子縁組となることで、ようやくそれらの権利が保護者から移行することとなる。逆に言えば、それまでは、保護者（親）に医療の権利があるので、医療を受けさせることが難しい場合も生じてしまう。

一方、虐待の疑いで裁判所が関与している場合には、Drが裁判所に手術の同意について伺うことができる。緊急時には、保護者（親）の同意・了解（のサイン）よりも裁判所の判断が優先される。また、裁判所に判断を仰ぐ時間のない緊急時では、2人のDrの判断で手術等を行うことが可能である。

⑦ SWの負担の大きさ（Gibbs氏）

Gibbs氏は、新人SWを教育する業務も担当している。新人のSWが仕事に慣れるには1年程かかるという。若いSWは離職率が高い。この仕事は、自分の精神衛生状態と仕事の大変さを考えないとできる仕事ではないと思う。なかには、泣き出してしまふ24、5歳のSWもいた。

すべてのケースがデットラインを抱えていること、1ケースにつき30以上の機関との調整が必要であることなど、SWの負担は大きい。



DCFSの正面玄関

(3) アメリカ社会における福祉の変容（Gibbs氏）

子どもの福祉は、ここ15年で大きく変わった。以前の80ケースより、現在の30ケースを処遇するほうが大変であるという。法律も次々と変わるので、ついて行くので精一杯とのこと。

家族に対して提供するサービスが多くなった。里親についても同様で、研修等も含め、支援の方策が増えてきている。(例「マップトレーニング」「罰VSしつけについて」「黒人との文化的違い」)

① さまざまな社会・文化への対応の必要性

さまざまな文化や社会階層が存在する多民族国家のアメリカ社会において、それぞれに対応した方策が必要となっている。DCFSは、さまざまな対応ユニットが存在している。具体的には「南アジア対応チーム」やパキスタン人のケースに対応するユニットがある。それぞれの民族・社会・文化によって、スタンダードが異なる（ズレる）ので、それぞれの立場にあった判断基準が必要となる。一方、文盲の人や、耳が聞こえない人への対応もある。実際に「手話」のわかる人を外部から連れてきて、対応を行うこともある。「家出」専門の部署（ユニット）もある。AIDSで歩けない子どもを援助するユニットまで存在している。

② 児童福祉の変化を体験してきて

今までのDCFSの関わりは、虐待の事実の有無（白か黒か？）が焦点になっていたが、その後は援助資源・資金も増えて、その結果、家族に対して提供できる選択肢が増えた。

1980～1990年代、ドラッグが流行していたときとは状況が異なっている（当時はドラッグ対応におわれていたということがある）。

援助の「質」も変わってきた。これは、社会的変化によるものが大きい。特にこの4、5年は、状況が異なってきている。15年前にドラッグをやっていた子どもが、今や親になっている時代である。世代間連鎖の問題もある。ヒスパニック、黒人、メキシコの文化等、それぞれが違う問題を持っている。文化的なバイアス、考えが違う。問題の広がりがあるのだが、それらに適した形の資源の提供、援助のリソースが増えてきている。

今までは、ファイヤ（火があったらワッと消す）対応だったが、今は、コミュニティ全体で、積極的に（アグレッシブに）関わっていこうという姿勢、方向に変わってきている。貧困の激しいところとそうではないところでは対応も自ずと異なる。それぞれのコミュニティに即応して職員が対応していかなければならない状況となっている。

また、ケースの多様化に伴い、関係機関との連携も多様化、複雑化している。実際に、1ケースにつき、30人（30機関）が関わっているといっても過言ではない。

ケースの緊急度・地域・文化背景について、それぞれのユニットが関わりを持つシステムが構築されているのが現在のアメリカのDCFSの実情である。

視察先概要 3 - 1 CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A MEDICAL CENTER)

訪問日 2004年4月5日(月)

訪問先 CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A MEDICAL CENTER)
1000 West Carson Street, Box460 Trailer N-46 Torrance, CA 90509

対応者 Rosanna Beaumont, MA (Program Director) センターのディレクター
Terri Rubio, MSW (clinical social worker) 元D C F Sのスタッフ
Eugenia Hsu, Ph.D. (Psychological Post Doctoral Fellow, Harbor- U C L A)
臨床心理のスタッフ Child Trauma Center の Supervisor

はじめに

主に子どもの性的虐待について、Forensic Interview とそれに付随する身体検査や診察を行う機関である〔資料13〕。大学の研究・実践機関としても機能している。性的虐待等への治療部門については、別のセクションが担当している。センターは、広大な大学の敷地内に置かれたトレーラーハウスの1つで、立派な建物とは言えないが、壁や室内に手作りの飾りつけなどの工夫がなされていた。



CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A MEDICAL CENTER)

視察事項 (1) Harbor- U C L Aの機関としての性格
(2) センター設立から現在までの流れ(歴史)

- (3) Forensic Interview の意義
- (4) CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A) の様子
- (5) 虐待対応の流れについて

(1) ハーバーUCLAの機関としての性格

CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A) は、ロサンゼルス郡立の機関である。児童虐待（特に性的虐待）について、ヘルスサービス、メンタルヘルスサービス、D C F S（児童福祉など）、警察等が連携して一緒に仕事を行う－特に性的虐待の被害者への面接:Forensic Interviewを中心に行う－ために作られた機関である。「マルチディシプリナリー・チーム（注：さまざまな資格、地位、職種の人々が、虐待対応について話し合うチーム。ロサンゼルス郡が資金を出している）」として機能している。このセンターでは、1985年からForensic Interviewに関する研究が始められた。そして、1986年から被害者（cl）に会いはじめた。

ロサンゼルス郡には、同じような性格の機関として、「スチュアート・ハウス」（視察先概要4）がある。そこは私立の機関であり、企業等からの資金で運営されている。

(2) センター設立から現在までの流れ

1983年に起きたマクマーティン・プレスクール事件（後述）をきっかけに、このセンターが設立された。マクマーティン・プレスクール事件では、性的虐待を受けた子どもへの面接において、以下のことが危惧されるようになった。

「事件を担当した者が、子どもたちに事情を聞くと、尋問ようになってしまうことがある。すなわち、子どもたちからきちんと答えを聞く前に、大人が次々と質問をして聞いていってしまうので、子どもたちも、答えている言葉が正確でなくなり、あいまいな答え（または想像、空想をも含んだもの）が出てきてしまうことになる。そうすると、大人は話されたあいまいな状況に対し、ますます事情を聞き込んでいくことになるので、あいまいな状況が雪だるま式に増えていくのではないか」

その危惧は、それぞれの機関が情報を疑い、それぞれを訴訟しあう事態へと発展してしまった。マクマーティン・プレスクールを「いい学校だ」と信じていた人々、親たちは、子どもたちを尋問した人や警察等を疑い、訴訟を起こした。学校は学校で、性的虐待の事実はないと主張した。この地域では、真偽のほどがあいまいになって、混乱に陥ってしまった。そこで、郡の中の諮問機関（board of Supervisor：理事会・委員会）から「インタビューしている人は、きちんと知識を持って、トレーニングをしているのか？」という問題提起がなされることとなった。そこで、センターが性的虐待の事実を明らかにするためのインタビューを行うプログラムを開発することとなった。つまり、虐待が事実かどうかを明らかにし、立件するための面接プログラムを開発することとなったのである。

ここ10年間には、身体的虐待、ネグレクト、バイオレンス・クライム（暴力犯罪）、家族内殺人、DVにまで、対象を広げ関わるようになってきている（注：DVの逮捕は警察。DV環境に置かれている子どもを保護するのはD C F Sという分担があるという）。子どもへの直接的な虐待がなくても、DVや兄弟への虐待を目撃してしまったケースについても扱っている。

【参考：Forensic Interview 開発のきっかけとなった事件～マクマーティン・プレススクール事件】

1980年代前半（1983）、サウス・ベイのマクマーティン・プレススクール（日本でいう幼稚園）というところで、園児に対する性的虐待（が疑われる）の大事件が発生した。

この事件をめぐるのは、警察、検察、学校の認可を出す部署など、大混乱となった。

「事件は本当にあったのか？」「誰かが子どもたちにそういうこと（性的なこと）を吹聴したのではないか？」等、大混乱となり、それぞれが訴訟しあう状態へとなってしまった。そのため、性的虐待は本当に起こったのか？本当は何が真実なのか？を知るための方法として、Forensic Interview の開発がはじまった。

Forensic Interview が始まったのは、ロサンゼルス郡ではセンターが一番最初である。広くアメリカでは、アラバマ州のハンツビルにある Child Advocacy Center（CAC）でも行われている。

CAC 関連機関の「National Children's Alliance」がワシントンにあり、よく学会や勉強会が開かれている。

【参考：他のセンター（他流派）との関係～資格認定の動き～】

「チャイルド・アドボカシー・センター（Child Advocacy Center）」は、NCA（National Children's Alliance）の系列機関である。NCA では、研修参加のメンバーに対して、Forensic Interview を行う資格を認定するというシステムを構築しようという動きがある。そして、Forensic Interview を行う機関に対しても、「認定」制度を作ろうとしている（機関に対しての認定もNCAが行う）。

Beaumont 氏もNCAのボードメンバー（役員）であるが、立場を異にするような印象を受けた。

誰でも必要な研修を受ければ面接を行うことができるとする「資格優先」の立場（NCA）か、子どもの面接を行う以上、面接者のバックグラウンドが、臨床心理学や精神医学、行動科学といった、子どもの心理に関係する職種が中心に行うべきという「実務経験優先」（センター、Beaumont 氏）か、という考え方の違いが、2つの流派（機関）の違いとなっているようである。

（3）Forensic Interview の意義

性的虐待というのは、家族内の独特の（ユニークな）ダイナミズムである。性的虐待への面接として考え出された、このForensic Interview という手法は、ほかの虐待に対しても、応用して使える。このインタビューは、立件につながらなくても、事実の確認ができるという点では有益である〔資料14〕。

① インタビューについて

まず、センターでは、身体診察から行われる。そのあと、各部署が聴きたいこと、気になっていることを、事前のミーティングで提示し、インタビュアーに伝える。そして、子どもには「別室にて面接を観察していること」「親が面接を見ることは絶対にないこと」が正直に伝えられる。そして、インタビューが行われる。インタビューは、カンファレンスルームからワンウェイ・ミラーを通して、観察される。



面接室（右）と観察室（左）

② インタビューを行うスタッフ

このセンターでは、メンタルヘルスのスタッフ、Clinical Psychologist（C P）や、臨床心理学等の教育を受けたS W等がインタビューを担当している。

C Pは困難なケースを主に担当し、S Wの面接等のスーパーバイズを行っている。たくさんケースがあるときは、それほど困難ではないケースのインタビューを行う。メンタルヘルスのスタッフは、Drや看護師（小児科で公衆衛生の修士号を持つ人など）、C P等であり、虐待に関する特別なトレーニングを受けている者である。

③ 児童精神科医の関与

児童精神科医は「子ども思春期・精神科クリニック」（センター外の部署）にいる。

今まで、Drは治療中心の関わりであったが、マルチディシプリナリー・チームの発展により、今は、インタビューを観察しながら、インタビューによる子どもへの影響について示唆することができるようになった。児童精神科医に対しては、特に自殺念慮のアセスメントができることが求められている。

④ 心理検査等について

心理検査については、C Pが必要に応じて行う。

⑤ 面接と治療との関係

このセンターはインタビューのみを実施し、治療は行わない。（別の部署へ治療は引き継がれることとなる）インタビュアーと治療者は完全に別である。Hsu氏（C P）も、センターではインタビュアーとなる。

⑥ マルチディシプリナリー・チームとの関わりについて

以前はメンタルヘルスサービス、警察、D C F Sなど、各機関が、それぞれ子どもに調査するなど、子どもにとっては負担の大きいものであった。それが、一気に1つになったのが、このマルチディシプリナリー・チームである。

マルチディシプリナリー・チームにおいて、それぞれの機関からの情報提供と機関同士の情報共有が可能となり、連携した、無駄のない仕事ができるようになっている。

また、メンタルヘルスのスタッフの参与によって、「虐待行為が子どもたちにどのような影響を与えているか?」「捜査や面接が子どもたちに与える影響はどうか?」「捜査や面接が家族に与える影響はどうか」等をチーム全体で考えるようになった。

■ 質疑応答 (Beaumont 氏)

〈子どもたちはどういう形で、センターにくるのか?〉

DCFS (CW) からの電話で予約となり、ケースとして受理する。まずは、身体の診察から始まる。DCFSの担当SWは、子どもの話が急に変わるなど、不安定なときに、センターにForensic Interviewを依頼する。警察からも同様に依頼がある。

〈センターには誰が連れてくるのか?〉

子どもが家にいるときには親が連れてくる。家にいないときには、SW、里親、警察官、保安官が連れてくる。親が連れてくる場合は、「子どもが家からとられるか?」という心配があるので、DCFSの指導に従って連れてくることが多い。性的虐待の加害者がここに来ることはほとんどない。

〈面接に対する契約、同意をとることの難しさは?〉

虐待が疑われていない親からの「同意」を得なければなければ面接をしてはならない、というルールがある (センターは親の同意が必要条件である)。

DCFSには面接できる権限があるが、ここは中立の立場 (機関) であるので、親からの同意が必要と考えている。同意をめぐることは、あまり問題を感じたことはない。親には「真実を探している」と言うことで分かってもらえる。同意をめぐることは、親ともめることは少ない。

親が同意しない場合には、「警察官による通常の捜査のためのインタビュー」という形で行われる。同意した上でのForensic Interviewを受けるか、捜査のための面接を受けるか、その意思決定は、親に任されることとなる。

■ 質疑応答 (Hsu 氏)

〈インタビューによって、虐待の状況などを、聞き込まれるとき、

子どもへのダメージが生じることが予想されるが、どう対処しているのか?〉

Forensic Interviewでは、気持ちが不安定 (大変) になってくると、そこで、インタビューを一時休止するなどの対応を講じる。その結果、子どもが落ち着くことができるかどうかを観察する。

その上でインタビューの継続を決定する。あまりにも子どもが不安定であれば、今回はインタビューを中止し、次回に続きを行うと伝える。インタビューでは、表情と話している内容とが一致しているかどうか等についても常に観察される。

*

CPがForensic Interviewに対して、助言することもある。

Forensic Interviewでは、「虐待が事実なのか?」ということに、面接の焦点が集中してくるので、面接者が見えないことも生じてくる。見落としている部分について、CP等が助言を行うことがある。しかし、必ずCPが面接を見るというわけではない。ケースバイケースである。

このスタッフ (Harbor- U C L A) は、全員メンタルヘルスのベースがあるので、心配することはない。そうでない場合 (警察や検察が行う面接) には、難しいこともあるが…

*

一方、虐待のすごい体験や出来事を話してしているのに、全く子どもの表情が変わらないときには、子どもの状態は厳しいものが予想されるので、面接者は、インタビューを行いながらも、「治療」についてまで想いをめぐらせることがあるという (注：面接者が直接その子どもを担当することはないのだが、一方では治療者でもあるので、その後の治療の難しさ、予後の厳しさ等が頭をよぎるらしい)

また、そういう子どもの場合、陪審員の前でも表情を変えずに淡々と話をしていることも多いので、陪審員が「虐待はなかったのではないか？」と思ってしまうこともあるという。表情と言葉が合わない場合には、様々な状況と情報とを考え合わせて、表情と出来事が一致していない「状況」について、見立てることが必要となる。

〈観察するのはどういう職種であるのか？〉

センター (Harbor- U C L A) では、Forensic Interview を観察してもいい人が法的に定められている (Regal Access)。可能な職種は以下の通り。

- 警察 (ポリス)
- D C F S の S W
- 子どもの弁護士
- 郡の法律家 (D C F S 側の弁護士) 等

Forensic Interview を行うことは、親に伝えられる。また、子ども本人にも、裏側で観察者がいることを伝える。そして、そこには親が絶対にいないことも伝える。

(親が虐待者である場合は、面接には親がいないということを伝えることが非常に重要である)

〈インタビューには何が必要か？〉

センター (Harbor- U C L A) とロングビーチにあるセンターでは、メンタルヘルスの専門家が Forensic Interview を行っている。

研修等で5日程勉強した程度でできるインタビューなのか？という疑問がある。警察官や検察官でも、人格的に素晴らしい人はいるが、Forensic Interview を行うには、メンタルヘルスのバックグラウンドが必要と考えている。

Child Advocacy Center では、資格を持っていればバックグラウンドは問わないという。警察官でもメンタルヘルスの勉強をしている人は構わないとは思いますが、警察や検察が面接を行う場合には、メンタルヘルスの専門家が待機しているなど、最終的にはチームで協力することが重要である (警察や検察は、立件することに目的意識が強いので、子どもが不安定な状況にあっても、面接を押し進めてしまうこともある)。

Forensic Interview においても、子どもの状態について、ある程度の「基準」が分かっていないといけないと思う。

(4) CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A) の様子

センターの部屋の内装等は、子ども中心に考えられている。子ども達は虐待を受けたことで混乱していたり、不安定な精神状態であることが予想される。また面接を受けることへの戸惑いもある。そこで、少しでも安心して診察や面接を受けられるようにとの配慮がされていた。室内は非常に清潔で、海や魚、灯台をイメージした絵や装飾で統一されていた。スタッフの手作りであるという。決して贅沢とはいえないが、心のこもった暖かさが感じられた。



CHILD CRISIS CENTER
(Harbor- U C L A) 手作りの内装



壁に掛けられていた詩

(5) 虐待対応の流れ (Terri 氏による)

元DCFSのスタッフで現在、センターで働いているSWより、改めて虐待対応の流れについて講義があった。

① 虐待通告

虐待を通報する義務のある人は、

- ア 通報義務を課せられている人
- イ 虐待を直接見たり、話を聞いたりした人
- ウ プロ（教師など）として、虐待の疑いを持った人

通報義務のある者が、虐待の事実を知りながらも、関係機関（警察、DCFS等）に通報しないこと自体犯罪となる。

【参考：虐待の通告義務が課せられている職種】〔資料3〕

教師、保育士、福祉機関の職員、医師、CP、看護師、消防士、動物管理人、CMフィルムや写真を現像する人、動物愛護協会、牧師（神父）など

- ※ 動物虐待に関与する人、「動物虐待＝DV＝子ども虐待」は相関関係が強い、と言われている。
- ※ また、写真を現像する人は、子どものポルノを現像することがあることから、性的虐待を発見しやすい立場にあると考えられ、通報義務が課せられている。
- ※ CP（clinical psychologist）や精神科医にも当然通報の義務がある。
- ※ 宗教家に対し、例えば神父は、告白（懺悔）によって虐待の事実を把握した時には、それを通報すべきか？という論議がある。聖域で行われた告白（懺悔）は守られるべきという意見もあるが、一方では、聖職者である「神父」からの虐待事件も存在する。現時点では、「神父」による虐待事件以来、宗教家も通告者リストに入っている。
(Terri氏自身は) カトリックの立場から、次のように考えている。

「神父のところで懺悔するときに、そこには儀式が存在する。カトリックの場合、懺悔という枠の中での告白は通報しなくてもいい。ほかの場面で聴いたときには、通報することがある。はっきりした枠のない懺悔の際には、神父は見たり聴いたりした以上、言わなくてはいけない」と考えている。

② 虐待対応の流れ〔資料10, 11〕

ロサンゼルス郡では、以下のように虐待通報後の流れが決まっている。

ア 通告・調査

ホットライン等に入った通報は、受付担当SWにより、通報の程度（深刻度、緊急性）の判断が行われ、その後の処遇が決定される。

ア) 直ちに直行すべき危険が迫っている場合 = 2時間以内に急行する。

イ) ただちに直行するまでの危険ではないと判断される場合 = 5日以内に行く。

ただし、DCFS、警察は情報を共有する。（クロスレポーティング）

虐待者や虐待の種別等によっても、急行する部署がかわってくる。

ア) 家族内での虐待については、DCFSが関与する。

イ) 家族外での虐待の場合、警察・保安官が関与する。（事件としての扱いが強くなる）

ウ) 性的虐待や、深刻な身体的虐待の場合は、警察とDCFSの双方が関わる。

ケースによっては、ホットライン（電話による通報）の段階で、情報が不十分、あるいは不確実である時には、ケースが閉じられる（終結する）こともある。通報があり、ケースとして受理された（ケースが開かれた）ケースの中で、裁判所が関与したものについては、DCFSのDependency Investigatorが改めて30日以内に捜査する。

イ 裁判所（Juvenile Dependency Court）の関与

子どもを家庭から分離する場合には、裁判所（Juvenile Dependency Court）が関与することになる。〔資料11参照〕

裁判において、親子再統合が可能と思われるケースについては、裁判官から「カウンセリングを受けること」「麻薬・アルコールの解決プログラムに入ること」「親業のクラスを受けること」等の命令（court order）が出される。

ウ 親子再統合のトライアル

そして、「18ヶ月のトライアル（後述）」に乗ることとなる。裁判所は、本来、親と子を再統合させることを考えるのだが、それが実現できない場合は、里親等が検討される。

深刻な虐待ケースなど親子分離が必要な場合には、パーマネンシー・プラン（里親）等が検討される。

【参考：18ヶ月のトライアル】

裁判において、親子再統合に向けて、裁判所から「命令 court order」が出されることがある。つまり、再統合に向けての「親（と子ども）へのサービス」が提供されるのである。そこでは、親に与えられた課題（宿題）を親が完遂（完結）できるのかということが、親子分離か再統合かの1つの判断材料となる。その課題については、制限時間内に行うことが求められる。（最初の6ヶ月が判断地点、次に12ヶ月、最長でも18ヶ月以内に結論が出されることとなる）その課題の達成が重要な判断基準（クライテリア）となる。最終的に、家庭に戻すかどうか（州に Depend on することになるのか否か）を決定するのは裁判官である。SWは、「親たちが決められたプランをきちんとこなしているか？」をフォローする。

一例としては、子どもと親が実際に会っているときの状況を見ていくということもある。それは、「公園で2時間の面会」というところから始まる。その後は、3時間（監視あり）、4時間（監視なし）、外泊等、と段階を踏んでの試験観察を行った例がある。

「薬物依存（ドラッグ）に対するプログラムへの参加」というのは、完全に断酒、あるいは、完全に薬の依存から抜け出し、きれいになることが求められる。プログラムに参加している者には、ランダム尿検査が実施され、そのときに薬物等反応が出た時点でアウト（親子分離）、そして里親養育となる。トライアルをクリアする基準は厳しい。親業プログラム等も同様で、「暴力によるしつけ」を完全になくすことが必須である。親としてきちんと対応できるように、ということまでの、「完全」が求められる。

薬物依存の親の場合も難しい。多くの場合、完全に薬物をやめることは難しいし、その後の再統合も難しい。トライアウト（試行）は18ヶ月が期限。薬物はそう簡単にやめられないのが現実である。従って、パーマネンシープランへ移行するケースが多くなる。場合によっては、「もう少し期限を延ばす」と裁判官が提案することもある。「18ヶ月を超えても、様子を継続して観察していく」という場合もある。このあたりは、裁判官の裁量に大きく委ねられている。基本的には、子どもを親から放すことはしたくないと考えてはいるが、実際には、なかなか親が基準をクリアできずに、里親等への処遇となるケースが多い。

【参考：Minimum Sufficient Level of Care（DCFSの用語）という考え方】

親子分離や里親委託がアメリカでは多い印象があるが、ほとんどのケースを親子分離しようとしているわけではない。親の状態について、最低ラインがOKであれば、子どもを保護者（家庭）から取り上げないこともある。（親子分離をせず、子どもを取り上げない「数」は多いと思われる）。

基準がクリアされていれば、たとえホームレスの保護者であっても、親子再統合は可能である。

【参考：DCFSのSWとセンターのSWとの関係】

救急外来（ER）から連れて来られた場合、学校から直接連れてこられた場合など、緊急ケースには、センター所属のSWがDCFSの担当SWの代わりに、ケースマネジメントまで行うことかできる。



CHILD CRISIS CENTER (Harbor- UCL A) の面接室

視察先概要 3 - 2 CHILD CRISIS CENTER (Harbor- U C L A)

対応者 Eugenia Hsu, Ph.D. (Psychological Post Doctoral Fellow, Harbor- U C L A)
臨床心理のスタッフ Child Trauma Center Supervisor

日 時 2004年4月5日(月)

はじめに

「チャイルド・トラウマ・センター」で働いている臨床心理士 (Clinical Psychologist) から、治療を中心とした説明を伺った。Hsu氏は、アジア文化と子どもの性的虐待について、特に研究を続けている。

- 視察事項
- (1) 子どもの虐待とネグレクトの定義、発生率
 - (2) 子どものアセスメント (機関への) 紹介、評価の領域、評価の手段、
Forensic Interview と治療面接の区別
 - (3) 子どもの治療
 - (4) アジア文化において考慮すべき点

(1) 子どもの虐待とネグレクトの定義、発生率

① 定義

- 子どもの虐待とは - 子どもたちにとって偶発的な人物でない (よく知った) 人によって加えられた、身体的損傷に帰着するあらゆる行為
性的虐待、身体的虐待、保護の怠慢ないし拒否、心理的虐待の4つを含む
- 性的虐待とは 未成年者に対する性的暴力ないし性的搾取
- 身体的虐待とは 故意になされた残酷な行為、非合法的体罰
・ドメスティック・バイオレンス
- 保護の怠慢ないし拒否とは
一般的ネグレクト、深刻なネグレクト、医療ネグレクト
・出生前の麻薬による遺棄については？
- 心理的虐待とは 精神的健康の危機

② 発生率

Child Maltreatment (2002) は、42州に置かれた保健社会福祉省による報告である。450万人の子どもが関係し、申し立てのあった3,193,000件の虐待ケースについて調査しているそのうち896,000ケースについて、虐待が実証 (26.8%) もしくは徴候 (3.5%) が認められた [資料1]。

◆虐待の様態

・ネグレクト	60.5%
・身体的虐待	18.6%
・性的虐待	9.9%
・心理的虐待／不当な扱い	6.5%
・その他	18.9%

◆加害者

・母親のみ	40.3%
・父親のみ	19.1%
・両親から	18.0%
・親以外の養育者から	13.0%

◆死亡者数

・約 1400 人 76.1% が 4 歳以下の幼児

(2) 子どものアセスメント

① 虐待の短期的な因子 – 警告サインとしての行動指標

- ア 性的虐待 ・ 幼児の場合 遺尿症／遺糞症、摂食上または睡眠の障害、不安／病的恐怖、年齢不相応な行動、急激な行動変化、性的行動化
- ・ 学齢期の子どもの場合 睡眠障害、不安／恐怖、性的行動化、集中困難、身体的訴え
- ・ 思春期の場合 抑うつ状態、社会的孤立、自殺のそぶりないし自殺企図、薬物またはアルコールの常用、学校での問題行動、見境のない性行動
- ・ 男の子の場合 同性愛についての過剰な心配
- ・ 調査によると、性的虐待を受けた子どもは、2つの領域*の症状を除けば、治療機関に紹介された虐待を受けていない子どもよりも、症状をあまり示さない。

* 性的行動化と P T S D 症状（麻痺、回避、再体験）の 2 領域の症状を除く。

なお、子どもの性行動については、Toni C. Johnson（1999）：Understanding Your Child's Sexual Behavior；What's Natural and Healthy. が参考になる。

- イ 身体的虐待 ・ 幼児の場合 身体的損傷、障害、発達の遅れ
- ・ 児童期・思春期 乱暴な言葉遣い、攻撃的な行動、過度の警戒心、身体的接触に関してべたべたしてくるか慎重になる、社会的引きこもり、共感性の発達不全、学業上の問題、反社会的行動／非行
- ウ 心理的虐待 ・ 乏しい自尊感情、誇張された恐怖心、過度な従順さ、受身的、自立できないように思われる（極端で厳格な従順さに対する承認を求める）
- エ ネグレクト ・ べたべたとしたあるいは見境のない愛着を示す、孤立傾向、発達の遅れ、盗み食い／貪り食い

・ 虐待のタイプによって症状は異なるが、さらに子ども一人一人によって大きく異なる

- ・それぞれが独特な方法で被害を受けているかもしれない
- ・同じ形態の虐待によって被害を受けたすべての子どもに普遍的な症状は見つかっていない
- ・被害を受けたすべての子どもが虐待に関連した症状を示すわけではない

② アセスメント

- ・虐待やネグレクト自体が精神障害となるのではなく、子どもの成育史におけるできごとである
- ・治療を規定するために、症状の状態について理解することが重要である
- ・虐待のすべての形態が、精神症状を引き起こす危険性を著しく増加させる
- ・子どもの中には虐待に関連した症状を示さない子もいる

※ アセスメントとは、現れている症状と必要とされている治療を決定する過程である

◆いつ子どもを治療機関に紹介すべきか

- ・虐待への順応期間に見られる典型的な症状について理解することは重大である
- ・治療機関への紹介がなされるべき場合
 - ア) 養育者の欲求不満が募るほど行動が激化する場合
 - イ) 子どもが毎日の日課や他者と相互のやり取りをすることができない時
 - ウ) 子どもが危険な行動に没頭したり、あるいは自殺観念を示したり自殺行為をしている場合

③ 順応期に見られる典型的な症状

- | | | |
|--------|-----------------|-------|
| ・夜尿 | ・養育者にしがみついて離れない | ・睡眠困難 |
| ・悪夢をみる | ・留年する | ・摂食困難 |
| ・悲嘆 | ・怒りの爆発 | ・罪責感 |
| ・集中困難 | ・従順でなくなる | |

④ アセスメントの際に参考になる質問

- ・この子どもは、メンタルヘルス・サービスの必要性がかなり高いか？
- ・もしそうならば、最も必要としている特別なサービスは何か？
- ・治療が終結するまでどのくらいかかるか？
- ・子どもに加えて、誰が治療に関わる必要があるか？
- ・この子どもは、学力に問題があるか？言語障害があるか？発達の遅れはどうか？

※ 虐待が起こっているかどうかという質問はすべきでない。(Forensic Evaluationを要する)
cf. Forensic Interview と治療面接の対比に関する資料参照〔資料14〕

◆誰が評価を実施すべきか

- ・子どもの発達、子どもの精神病理学、虐待について特別な訓練を受けているメンタルヘルスの

専門家が行うべきである

⑤ アセスメントの領域

- ・発達 認知能力、教養、言語力／話す力、運動能力
- ・行動上の問題
- ・情動のコントロール
- ・虐待を認識しているかどうかと問題処理能力
- ・社会性のコントロール
- ・家族関係（特に親からのサポート、加害者でない親の反応）
- ・精神的強さ（「立ち直る力」：resiliency）

⑥ 行動上の問題

- ・内面化している問題
悪夢をみる、睡眠の問題、活動や人を避ける、食事にまつわる問題、低い自尊感情、絶望感、疲労感、かんしゃくを含む
- ・外面化している問題
注意持続困難、そわそわする、話しかけられても聞いていない、他人を脅迫する、課題を構成することが困難、ものを破壊する、順番を待てない、盗みを含む

⑦ アセスメントにおいて特に考慮すべき領域

- ・ADHDに似た不安症状
- ・外傷後ストレスに関連する解離症状
- ・解離性障害と反応性愛着障害はごくまれに見られるが、しばしば誤診される

⑧ 精神的な力のアセスメント

- ・介入の対象
- ・立ち直る力（resiliency）とは、かなり劣悪な状況下でも望ましい方向に発達し、適応的でない発達を避ける子どもの力である

ア 立ち直る力（resiliency）を持っている子どもの性格特徴

- ・肯定的な反応を引き出す気質
- ・自己信頼感と肯定的な自尊感情、自分はこの世で価値があるという信念
- ・現実的で自分の体験を理解できること、現実的な帰属コントロールと自我コントロールを働かせること
- ・柔軟性
- ・共感的
- ・仲のよい友達関係、社会的な問題解決のスキルを持っている

- ・ユーモアと生まれながらに優れた性質
- ・自立性と依存性のバランス

イ 立ち直る力を持った子どもに関する大人側の保護要因

- ・父親と母親の子どもを持つことを受容する気持ち
- ・子どもに情緒的なサポートがある
- ・一貫した、非暴力的な、筋の通ったしつけ方
- ・大人への愛着
- ・養育者やその他の大人が立ち直る「モデル」を提供する（例えば、積極的な見通し）
- ※ 大人の自己管理の重要性

ウ 立ち直る力を持った子どもに関する環境的保護要因

- ・資源（医療、教育、子どものケア、子どもの活動）
- ・学校制度
- ・構造と安定した日々の日課
- ・家族以外からのソーシャルサポート
 - ア) 日常的なサポート（仲間、年長の友達、聖職者、先生）
 - イ) 社会的ネットワークの広さと、これらの人々が子どもの視点からどれだけ支えることができるか
- ・子どもの安全の確保

⑨ アセスメントの要素

- ・虐待に関する補足情報の再検討
- ・治療面接 – 子どもと子どもの行動に精通した大人たち（によってなされる）
- ・心理テスト

子ども虐待のケースでよく用いられる心理的アセスメントツールの例に関する資料参照

[資料16]

子ども、親または養育者、教師が報告する

- ・親または養育者に特別な注意を向ける
- ・虐待が暴かれるまたは発覚した後の（保護や信頼）に対する反応と、重要な大人から受けたサポートがどれくらいであったか（治療者のほとんどが親の関与に大いに頼る）
- ・観察
- ・評価後、治療者は短期的及び長期的目標を含んだ特別な治療計画を用意すべきである

(3) 子どもの治療 ～誰のために何をなすのか [資料17]

① 子どもの治療に関する留意点

ア 治療につなげる時

- ・症状がいつまでも続く
 - ・行動化が深刻で危険な場合
 - ・その他の問題を調べる必要がある場合
- イ 治療は対処しうる症状に取り組むべきである
- ・不安、抑うつ状態
 - ・攻撃的な行動
 - ・乏しいソーシャル・スキル
 - ・低い欲求不満耐性
- ウ 治療は実証に基づいた、また実践的なアプローチを利用すべきである
- ・暴露法に基づく治療は、PTSD症状を軽減させる。
 - ・認知行動的アプローチは、抑うつ状態や不安への対処方法や問題解決能力を向上させる
 - ・親子相互作用療法（PCIT）は、幼児の行動上の問題を緩和させる
 - ・問題のない養育者の積極的な治療参加が有効である。
- エ これらのアプローチの多くは短期間（12セッション前後）である
- オ 親の積極的な治療参加
- カ 調査や裁判中のストレスフルな期間は、専門家の援助が必要とされる
- ・セラピストは、倫理的および法律的な問題について知っていなければならない

② 治療の段階

〈第1段階〉

- ・信頼関係の確立と抵抗を少なくさせる
 秘密保持について話し合い、標準的な治療に戻す、症状の非病理化、育てる、きめ細やかさと敏感さ、明確な限界の確立と設定
- ・環境の安全性を確固とする
- ・一貫性と予測性が必要とされる
- ・子どもにとって感覚コントロールを持つことが必要である
- ・養育者の治療への積極的参加
- ・解決の難しい症状を識別し理解すること

〈第2段階〉

- ・子どもと家族の長所を明らかにすること
- ・虐待を連想させる反応（例えば感情や考え）を識別すること

- ・適切な反応とストレスフルな状況への対処方法を教える
- ・コミュニケーション、安全性、自己防衛の増加
- ・ソーシャル・スキルと仲の良い友達関係の増加

〈第3段階〉

- ・課外活動や地域社会への積極的な参加の奨励
- ・価値観、可能性、目標についての話し合い
- ・将来の目標を達成するための資源を得る手助け

③ 就学前の子どもへの介入

- ・この年齢グループにはいくつかの困難さがある
起こった出来事についてや、彼らを助けようとしている大人の思いを完全に理解するための認知的発達が十分でない
言語能力の限界
情緒理解の限界
- ・親と連帯した働きが重大である
子どもの性的虐待 養育者が子どもに対する支持的な応答や、虐待に関連した問題行動の管理や一般化された新しいスキルを学ぶのを援助する
- ・行動に関する技術（例えば、正の強化、リラクゼーションスキル）
- ・プレイ（遊戯）を用いる
- ・読書療法 虐待に関連する問題について話し合う取掛かりとなる資料を用いる
- ・予防行動やスキルについてロールプレイを用いて練習する
- ・グループ療法 年齢相応のスキルを学び、攻撃的で年齢不相応な性的行動化を減少させ、予防スキルを身につける

④ 学齢期の子どもへの介入

- ・就学前の子どもと同様 養育者の積極的な治療参加、読書療法（例えば性教育や年齢にふさわしい性的関心の問題に取り組む）
- ・認知行動的アプローチ
- ・執筆活動
- ・グループ
- ・仲間集団の問題 ソーシャル・スキル

⑤ 思春期の子どもへの介入

- ・学齢期の子どもと同様 認知行動アプローチ、読書や執筆活動
- ・自殺の危険性は慎重に評価し治療されるべきである
- ・家族 対 仲間集団との関係

- ・認知発達の促進 教訓的情報
- ・性的虐待ケースに関しては、性行為や性的能力について教育する
- ・グループ

⑥ グループ治療

- ・目的は虐待の後遺症への対処と正常な発達課題をうまく乗り越えることである
- ・特に精神障害や孤立、非難を軽減させることの助けになる
- ・自分の境界を定め、他の人の境界を尊重することを学ぶ
- ・仲間と一緒に、ソーシャル・スキルを体得する
- ・性教育の提供によって、より脅迫的でない形に初期化される

⑦ 男の子に関する特別な問題 ～男の子に特有の考慮すべきこと

- ・打ち解けるまでに手助けが必要（特に助けを求めること）
- ・性的虐待ケースでは、同性愛や性的属性にまつわる問題や恐れについて話し合う
- ・男の子の性的虐待は、行動を虐待するものと見なすのではなく、社会的傾向のために実際よりも少なく報告され、彼らは自分の受けた虐待についてあまり話したがない
- ・虐待体験の特徴は女の子たちのものよりも異なっている

⑧ 子どもの性的虐待に特殊な治療

〈子どもに対して〉

- ・虐待における彼または彼女の役割についての的確な視点を持つ
- ・虐待についての情緒的な幅広さをあらわす
- ・不安にうまく対処する方策を持つ
- ・PTSD症状についての理解
- ・被害者のたどる過程についての理解
- ・犯罪者の特徴についての知識

※ その他の目標 性的属性に関しての誤った信念を明らかにし、防止のためのスキルを教え、スティグマや孤立の感覚を減らす

(4) アジア文化において考慮すべき点

① 考慮すべきこと

- ・これらはアセスメントと治療の両方を熟考する上で重要な要因である
- ・入手可能な調査報告によると、全般的にアジア系アメリカ人社会における虐待の報告は少ない
子どもの虐待に関するナショナルセンターの報告（2002）では、合衆国の人口の約4～5%をアジア系アメリカ人が占めるにもかかわらず、たったの0.9%であった
- ・虐待調査の説明では、虐待がアジア系の社会ではめったに起こらないからなのか、隠蔽されているからなのかははっきりしない

- ② アジア系アメリカ人に関する性的虐待のタイプと結果
- ・2,007件のカルテが調査された (Rao, DiClemente, & Ponton : 1992)
 - ・アジア系 (36.4%) とコーカサス人 (36.4%) は、ラテン系 (50%) やアフリカ系アメリカ人 (58.4%) よりも、膣性交や肛門性交の被害が少なかった
 - ・アジア系に特異な症状
 - 自殺観念を示すことや自殺企図をすることが多いようである
 - 年齢不相応な性的行動化や怒りを示すことは少ないようだ
 - ・加害者との関係 アジア系アメリカ人の被害者の60%が身内の男性から虐待を受けていた
 - ・加害者はまた、虐待が発覚したとき被害者と同居していることが多い
 - ・アジア系の主な養育者のほとんどが他の民族集団よりも、権威のために虐待を報告し、また虐待の報告を信じないようである
- ③ 低い発生率に関して可能性のある要因
- ・誤認がある
(「自分たちの地域社会には問題がなく家族が子どもに性的暴行を加えるはずがない」)
 - ・子どもの性的虐待への対処方法について、認識が欠けている
(例えば、拒絶や非難を受けることへの恐れ、手段を知らない)
- ④ アジア系アメリカ人に関する文化的問題
- ・周囲との調和
 - 自分自身を他者との関係の中におく考え方 集団 対 個人
 - 家族構成
 - 権威関係の中に役割と立場がある
 - 従順さ (すなわち決まりの遵守)、平均的な地位が美德とされる (社会の中で他者と調和する)、そして目立たないこと
 - 恥 “面子を失う”
 - 自制とあきらめ (自分の状況を受け入れる)
 - ・性的関心への態度
 - 性にまつわることは一般にタブーな話題とされている
 - アジア文化は大多数の文化よりも、性的な態度や行動においてより保守的である
- ⑤ メンタルヘルスサービスを利用することに対する壁—メンタルヘルシステムを利用する中で
- ・文化的な壁
 - 心理療法は陰のものとする主義
 - 精神疾患にはスティグマと不名誉が付与される
 - アメリカのシステムに対する認識と信頼
 - ・制度上の壁

心理療法のプロセスに精通していない
言語の壁
経済的資源の限界

- ⑥ アジア系のクライアントを対象とするときに
- ・文化的な人口統計学の情報を得る
 - ・地域社会や家族の年長者、通訳者を活用する
 - ・コミュニケーション様式の違いに気付く 非言語的合図や振る舞い
 - ・クライアントが自分自身について、感情表現や言語表現をしたがらないことを尊重する
 - ・セラピストにとって、より指示的、行動的、構造的、そして目的志向的であることが役に立つ
 - ・クライアントや家族の精神的強さに焦点を当てる
 - ・アジア系社会と一緒に、子どもの性的虐待に関する教育と話し合いのグループを実施する

視察先概要 4 スチュアート・ハウス

訪問日 2004年4月5日(月)

訪問先 STUART HOUSE
Santa Monica-UCLA Medical Center
1336 Sixteenth Street, Santa Monica, California 90404

対応者 Sandra Palamara, Ph.D. 〈Clinical Director〉
スチュアート・ハウスの治療部門の責任者(ディレクター)

はじめに

スチュアート・ハウスも、性的虐待の Forensic Interview と心理治療を行うために作られた UCLA 管轄の機関である〔資料18〕。サンタモニカの住宅街の中にある瀟洒な建物(2階建て)で、高級感のある概観(作り)であった。玄関はしっかりと施錠されており、セキュリティを高くして、来所者の安全を守っている。事前に約束してはいたが、訪問時には我々も開錠してもらって、ハウス内に入った。



STUART HOUSE の全景

- 視察事項
- (1) スチュアート・ハウスの概要
 - (2) スチュアート・ハウスの目的と機能
 - (3) スチュアート・ハウスにおける Forensic Interview
 - (4) スチュアート・ハウスで行われる治療について

(1) スチュアート・ハウスの概要

1974年の国際婦人年に、メキシコシティで女性の権利に関する大きなイベントが行われたことをきっかけに、1975年以降アメリカでは、ウーマンリブ運動が盛り上がっていった。その動きの中には、性被害・性暴力に対するものも含まれていた。こうした流れの中、性被害へのケアを目的とした「レイプ・クライシス・センター」が各地に生まれ、UCLAでは、性被害者の治療を目的とした「レイプ・トリートメント・センター」が設立された。

しかし、女性の人権運動の流れの中でさえ、なかなか表面化しなかった性的虐待が徐々に顕在化、社会問題化するようになり、1998年に「レイプ・トリートメント・センター」の一部としてスチュアート・ハウスが設立された。

(2) スチュアート・ハウスの目的と機能

スチュアート・ハウスは、以下の2つの機能を持ち、別々の部門で行なわれている。

- ア Forensic Interview、捜査、調査のコンポーネント
- イ 外来専門の治療機関（被虐待児と加害者でない親の治療）

① スチュアート・ハウスの目的

スチュアート・ハウスは、性暴力や性的虐待の被害者の子どもと大人に対して、「Forensic Interview」と「治療」とを、1つの場所で、執り行うことができるように、この目的で設立された機関である。

当然、男性（男の子も含む）も「被害者」として来所する。

② スタッフ構成

スチュアート・ハウスの創設にあたって、「レイプ・トリートメント・センター」のスタッフから幹部を集め、このスタッフを中心として、新たにスタッフを集めるという方法をとった。

また警察やDCFSの支所がセンター内にあり、Forensic Interviewのために4人の検察（DA）、2人のDCFSのSW、1人の警察が配属されている。

(3) スチュアート・ハウスにおける Forensic Interview

Forensic Interview〔資料14〕は次のような流れで行われる。

① Forensic Interview の予約

まず、警察（刑事）からForensic Interviewの依頼がハウスに入ってくる。

予約を受けるのは〈Child Advocates〉というSW（以下「CASW」とする）である。そして、アポイント（面接日）を調整する（CASWはメンタルヘルスの専門家である）。

② 子どもの来所

面接には、担当の警察官が連れてくるか、親が自分の責任において、子どもを連れてくる。

CASWから、子どもの発達レベルにあわせて、以下の説明を受ける。

- ・ スチュアート・ハウスのシステム、それぞれの役割、面接の目的について。
- ・ 面接室、マジックミラーの部屋（観察室）両方の部屋を見せ、観察室からインタビューが見られていることを説明する。
- ・ 子どもに対して、「あなたに秘密にしていることはない」ということを伝える。

子どもがCASWからインタビューの説明を受けている間、子どもを連れてきた親は、待合室にて、検察と警察から面接を受ける。

③ 子どもへの面接（Forensic Interview）

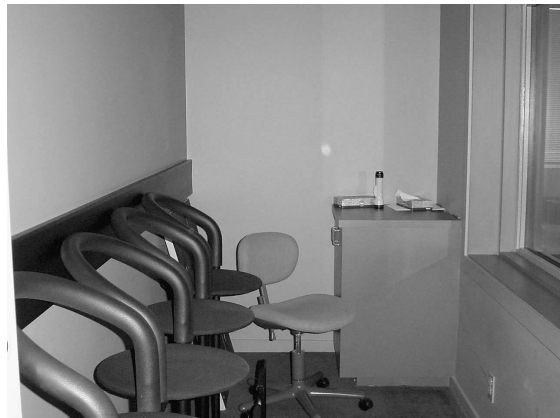
スチュアート・ハウスでは、Forensic Interviewの研修を受けた「**検察**」と「**警察**」が子どもへのインタビューを行う。CASWとDCFSのSWはマジックミラー越しにインタビューを観察する。そして、気になること、注意すべきこと、聴いたほうがよいことなどを内線電話でアドバイスする。

CASWは、子どものメンタルな状況（＝インタビューに集中できるか？インタビューの言葉を理解できているのか？等）などを中心に観察し、インタビュアーにアドバイスを行う。

DCFSのSWは、DCFSが介入する必要がある時にだけ関与する。警察や検察は「立件すること」が目的であるが、CASWは子どもや家族に対して、他に有効なサービス（援助）が提供できないかどうかを考えながら、インタビューを観察している。



STUART HOUSE の面接室



STUART HOUSE の観察室

【参考：インタビューにおいて、性的虐待以外の虐待の事実が明らかになったとき】

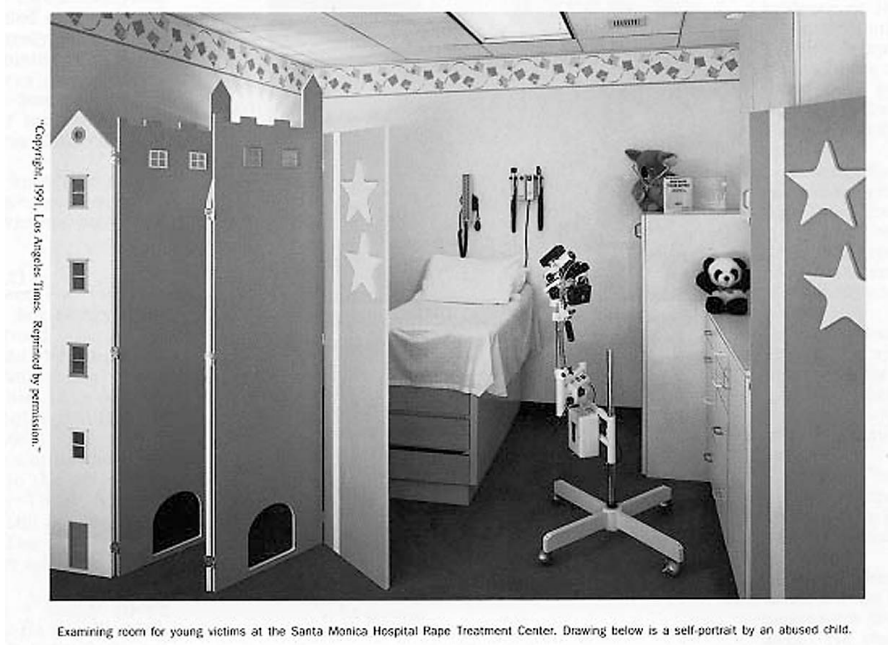
インタビューにおいて、性的虐待以外のことが出てきた場合には、待合室の親が加害者の可能性があることに注意しなくてはならない。

④ 身体的（医療的）チェック

Forensic Interviewに付随する身体的診察が必要な場合（性器への挿入等があった場合など）は隣接するレイプ・トリートメント・センターで、「Forensic medical examination」を受けるよう勧められる。身体的診察の重要性と必要性が保護者に説明され、同意を得る。ほとんどの場合、

保護者は同意する。「Forensic medical examination」を行うのは小児科医である。

大人の女性被害者の場合、膣の触診など行うことがあるが、子どもの場合はそこまで行わない。子どもの場合には、特に「体全部」を見るという姿勢が大切である。性器については、視診が中心である。カメラを使って子どもと親が子ども自身の身体を映像として見ることもできる。



Rape Treatment Centerの診察室（資料より転載）

⑤ 裁判までのプロセス（流れ）の説明

診察が終わると、その後のプロセスとして、CASWが治療等を紹介する。

また、裁判所に係属するケースについては、裁判までのプロセス（流れ）が説明される。

検察が立件できると考えると、ケースによっては、裁判で証言する必要が生じてくる。その場合は、裁判についてきちんと子どもに説明する。子どもが、裁判に向けて、気持ちの準備をする必要がある。裁判や公聴会はすぐ行われると限らないので、「まだしばらく先のことよ」などと伝え、無駄に緊張させないことが重要である。

⑥ 裁判に行く子どもへの支援（コート・サービス）

裁判は、子どもの負担も大きいので、CASWが裁判に付き添う支援（コート・サービス）が用意されている。子どもにとって、裁判は「こわい経験」なので、CASWと一緒にいることが重要である。CASWは、子どもと共に裁判所で過ごし、裁判官との関係をファシリテートする。裁判所で待っている時に、不安や緊張から、子どもがパニックになった場合等も、CASWが対応する。

■ 質疑応答 (palamara 氏)

〈誰がケースをスチュアート・ハウスに連れてくるのか?〉

加害者が家族外の場合、親、教師、警察、神父など関係者が連れてくることが多い。加害者が家族の場合には、警察、又はDCFS (CPS) が直接連れてくる。

〈裁判では、子どもは何を求められるのか?〉

子どもが年齢的にも発達的に成熟しており、裁判で証言できると判断された場合に、検察 (DA) は子どもを裁判所に連れて行き、証言を求める。そして、裁判で直接証言を得ることで、検察は確実に立証することができる。

子どもが小さい場合、検察は体の証拠や子どもの証言、加害者の自供等を取る努力を行う。しかし、検察が立証できない場合もある。子どもが小さすぎて裁判所で証言できないなど、検察の立証が難しい場合には、立証を目標とせずに、DCFS が「親が家から出て行くように」提案する (頼む: [ask]) することもある。また、DCFS がケースを裁判所に送り、子どもとの「条件付」面会 (監督つきでの面接)、を行うこともある。

〈Forensic Interview は、どの程度裁判の資料となりうるのか?〉

検察は「本当に虐待があったのか?」ということを立てるために、インタビューを行う。また、インタビューの情報を使って、他から得られた情報のバックアップを行う。

Forensic Interview のみの情報では裁判は難しく、子どもの証言が必要となる場合が多い。しかし、子どもが裁判所で証言するというのは難しいことが多い。そこで、CASW が子どもに代わって証言する場合もある。

〈スチュアート・ハウスでのインタビューの頻度は?〉

インタビューは、1日に1~2セッションほど行われている。ここでは、ロサンゼルス南部を管轄している (トーランス市は管轄には入っていない)。

〈スチュアート・ハウスにおける Forensic Interview のトレーニングは?〉

スチュアート・ハウスでも、Forensic Interview のトレーニングを行っている。CASW が検察官等にインタビューの方法を研修している。また、地域内の12の警察署に対しても、毎月研修を行っている。

〈DCFSからのケースもあるのか?〉

ホットラインからのケースについて「治療」を依頼される場合がある。DCFSのSW等の判断による。

〈親が直接ここに相談に来ることはあるのか?〉

このケースは、警察、DCFS、ホットライン等を経由してくるケースである。一般の相談が入っ

て来ることはない。基本的に、ここは、「相談」機関ではない。「通報」されたケースがForensic Interview（面接）等に来て、必要に応じて治療を受ける機関である。

（相談機関ではないということは、周りの住民にも認知されている）

〈思春期の子どもへの身体的エグザミネーションについて〉

思春期の子どもについては、大人と同じ診察を行う。（性器についても診察する）

(4) スチュアート・ハウスで行われる治療について

① スチュアート・ハウスで治療を受けるケースについて

多くのケースの場合、治療は必要である。治療の依頼を受けると、在宅ケースの場合には、家に近い治療機関を紹介している。紹介する治療機関については、その家族の保険によって異なってくる。すなわち、保護者の収入によって治療機関やサービスを紹介することになる。希望があれば、ハウスで治療を受けることができる。

スチュアート・ハウスでは、Forensic Interview から引き継がれてくるケースや、学校等からの紹介を受けたケースの治療を行っている。

今、虐待にあっている子どもも、昔に虐待を受けた子どもも治療の対象である。ここでは、どこの地域からでも、子どもを受け入れている。また、治療費については、すべて無料で対応している。保険も使う必要がない。

無料で治療を提供できるのは、地域的（ハリウッド）に、映画関係者等からのたくさんの寄付があるので、運営が成り立つためである。

【参考：運営資金について ～ファンドレイジングというシステム～】

ハウスを運営していくには、当然、資金が必要である。アメリカでは、運営資金を獲得してくる「ファンドレイザー」(Fundraiser = 「基金を育てる人」という意味) という職種があり、重要な職業となっている。ディレクターがファンドレイザーの役割も担っているところもあるが、スチュアート・ハウスでは、ファンドレイザーは非常勤スタッフである。年に2～3回イベントを行い、運営資金を集めることもある。

レイプ・トリートメント・センターは、ビバリーヒルズやハリウッドなどを抱える地域なので、映画会社等からの莫大な基金が入ってくる。財政的にも強い基盤の上に運営されている。そのため、無料で治療を提供することができる。福祉事業に対する公的な予算削減などあっても影響を受けないという。

② 治療

治療は、「本人」「保護者（加害者でない親）」「兄弟」に対して行われる。

まず、担当者が電話をかけ、面接日を設定する。そして、予約の日子どもと（加害者ではない）親に会うこととなる。治療は、週1回90分、1年間を目安に行われる。

治療の初期では、親子別々のセッションが、それぞれ45分ずつ行われる。治療の進展によっては、親子合同のセッションを取り入れる。合同のセッションも45分を目安に行われる。

ここでは、治療（セラピー）のチームとForensic Interview 等を行う調査のチームは完全に独立しており、子どもや親についての情報を共有することは全くない。

具体的な治療技法については、集団療法（グループ・セラピー）を取り入れている。集団療法では、性的虐待を受けた子どもへのアプローチが中心である。治療は、性的虐待のことを「話せること」「記憶に収めること」「ストレスが高まっても困らないように対処できること」の三点を目標に行われている。発達段階に応じ、性的虐待のトラウマを扱うこととなる。技法としては、遊戯療法、芸術療法、家族療法、認知行動療法などを用いる。トラウマのさまざまな側面を統合することをめざしている。



ディレクターのPalamara氏とドールハウス

■ 質疑応答（Palamara氏）

〈解離的な状態になっている子どもへの対応は？〉

虐待の記憶と表情が一致しない場合がある。そのようなケースは、フラッシュバックが生じやすい。治療としては、虐待の事実を言葉に出せて、虐待のことを「プロセス」（＝文脈のなかで子ども自身が理解するという）することが必要である。ここでは、虐待の事実を話せるようにすることを大切にしている（「ナレーション方式」と呼んでいる）。

〈重い性的虐待の子どもで、行動化の激しいケースの治療はどうしているのか？〉

行動化の激しいケースにも、症状を自身でマネジメントできるようにすることをめざす。虐待されたことを言葉に出せて、「プロセス」することを目標にしている。

また、「安全」と「再発防止」についても教えていく。週1回のセッションを1年以上かけていく。様々な技法を用いながら治療を進めている。

〈治療施設への入所が必要なケースは？〉

自殺念慮（企図）のあるケースなど、治療施設での治療が必要と考えている。その場合Drの評価が必要である。

〈治療施設（レジデンシャルケア）は実際にどうなっているのか？〉

治療施設自体が少ない。また、アクセスが大変なところに作られている施設が多い。また、施設治療はお金がかかるので、治療費等を家族が払いきれない場合もある。

（入所治療の施設としては、ReissDavisStudyCenterなどがある）

〈親子分離後のケース、里親宅からのケースなどの事例は？〉

里親宅から来ているケースもあるが、ここは在宅のケースが多い。場所柄（アクセスが便利）と思

われる。また、里親委託のケースは、DCFSの監督下にある。DCFS監督下の子どもは、性的虐待のケースよりも他の虐待のケースが多いことも関係ある。

〈性的虐待の加害者は逮捕されるので、治療に訪れないケースが多いのか？〉

同感である。ここの検察（DA）の検挙率は高いほうかもしれない。起訴に成功したのが10%だが、それでも、他地区よりは高いほうである。

〈性的虐待で逮捕された人は、どのくらい拘留されているのか？〉

ケースによるが、性的虐待の罪は、虐待の回数について、拘留年数が加算されるシステムなので、拘留期間が当然長くなる。

〈逆に、逮捕（立件）されないケースはどうなるのか？〉

逮捕されないケースは、DCFSが監督することとなる。性的虐待の場合、親と子を分離しようとDCFS側は考えるが、アメリカは「親権」が強いので、Dependency Courtの裁判官に判断が委ねられ、最終的に決定される。逮捕されない場合の再虐待のリスクは高い。

〈性的虐待の場合、子どもと親が家に残っている状態は厳しいのではないか？〉

裁判所による親子分離の決定がない場合には、ケース（親）に対しては、DCFSのSWが家から出ていくように、と頼む（ask）しか方法はない。最悪の場合、性的虐待のケースでも裁判所で親子分離の決定が出ないことがある。

〈スチュアート・ハウスの施錠の意味合いは？〉

セキュリティのため。来所者を確認するため。加害者の親はほとんど来ないが、念のため、病院の守衛との契約もしている。

〈日本にはこういうシステムはまだないが…〉

ここ（スチュアート・ハウス）のように、調査と治療を両方提供するのは難しいだろう。

〈兄弟への治療とは、実際には、どういうことを行っているのか？〉

虐待に対するリアクションが、兄弟にもある場合、その兄弟について、個人セラピーを行う。直接被害を受けていない場合でも、心理的な影響が十分予想されるので、治療の対象と考えている。合同のセッションでは、兄弟も一緒の場で、家族療法的関わりを行う。

また、性的虐待が起こる家族には、家族内に「秘密」があることが多い。例えば、虐待の加害者が逮捕により、加害者が家からいなくなったことを、子どもたちに知らせない場合もある。加害者でない親に対して、家庭のことを子どもたちに秘密にしないように、という指導も行うことも重要である。

視察先概要 5 Chadwick Center

訪問日 2004年4月7日(水)

訪問先 Chadwick Center for Children and Families
(Children's Hospital-San Diego 内)
3020 Children's Way, MC, 5016 San Diego, CA 92123-4282

対応者 Laurie Fortin (LCSW, Forensic Interview Specialist)
Barbara Ryan (Director of Trauma Counseling Program)
Robin Vanderlaan
(LCSW, Project Coordinator with Professional Education at the Chadwick Center)
Nicole Taylor (Ph.D. National Child Traumatic Stress Network Project Manager)

はじめに

チャドウィック・センターは、サンディエゴ小児病院のなかにあり、児童虐待(特に性的虐待)に関する診断(診察)、Forensic Interview 及び治療を行う機関である。虐待ケースへの対応だけでなく、全米を対象に児童虐待に関する専門研修も行っている。



Chadwick Center の全景

- 視察事項
- (1) チャドウィック・センターの概要
 - (2) Forensic Interview について
 - (3) Child Protect Team Meeting (虐待防止関係機関カンファレンス) について
 - (4) 治療について
 - (5) 治療に対する評価について

(1) チャドウィック・センターの概要 (Laurie Fortin 氏)

- ① チャドウィック・センターの概要

チャドウィック・センターは、全米では、「チャイルド・アセスメント・センター」といわれている全米21施設の中の1つである。センターの主な業務は以下の3点である。

ア Forensic Interview イ 治療 ウ 診察（検査）

② センターの構造

センターは、病院からは少し奥まった場所に位置している。木々に囲まれた、静かな場所で、センター前の庭には、簡単な遊具が置かれていた。2階建ての建物で、1階はForensic Interview専用の部屋（面接室と観察室がセット）と診察室がある。Forensic Interview専用の部屋は二つあり、男の子用と女の子用に分けて設置されている。映像記録も可能になっている。診察室には性的虐待の身体的痕跡を確定するための各種機器が設置されている。2階には各種治療室やミーティングが行われる会議室がある。



Chadwick Centerの面接室（男児用）



Chadwick Centerの面接室（女児用）

—性的虐待の診察について—

診察室には、唾液やキスの跡などを調べることができるなど必要な診察機器がそろっている。72時間以内であれば、加害者の痕跡が残っている可能性が高く、専用機器を用いた身体診察が有効である。72時間以降は、普通の身体診察のみを行う。

診察は小児科の医者が行う。医師は6人で、8時～17時までの勤務となっている。6人の医師のうち、Medical Directorは2人である。



Chadwick Centerの診察室

(2) Forensic Interview について (Laurie Fortin 氏)

Forensic Interview について、詳細に説明を受けた。〔資料14「Forensic Interview の実際」参照〕

■ 質疑応答 (Laurie Fortin 氏)

〈インタビューアの資格は?〉

大学院卒（修士）で、SWやCP等のライセンスを持っている人が指定された研修を受けインタビューを行っている。その後の資格更新についても、実務経験が3～4年必要で、年200ケースのインタビューを行うことが求められる。計算すると、1日につき1～2ケース担当することになる。

センターでは、2人の常勤、2人の非常勤のSWがインタビューアとして勤務している。4人の中にはバイリンガルのインタビューアがおり、年間400ケース担当している。

他の機関では警察官が行っているところもある。行動科学系（Behavior Psychology）のベースの人が面接を行うほうがよいと思う。誰がインタビューするにしても、トレーニングは必要だと思う。「子どもになれている」「誘導、暗示をしない」ことがインタビューアとしての必須条件である。

〈インタビューのなかで生じるパニックなど、どう対処しているのか?〉

また、インタビューでいちばん難しいのは?〉

インタビューで困難を感じるのは、面接に注意を集中できない人、または、インタビューを拒否されたときである。パニック、泣き出す等のことが起きてしまったら、インタビューもスローダウンするようにしている。ケースをリファーしている警察や検察から「もっと聞き出すように」とのプレッシャーを感じることもあるが、子どもが壊れてしまうことを避けなければならない。刑事と子どもの板ばさみになることがある。しかし、倫理的にも、「子どもを傷つけない」ことを優先している。

子どもが不安定で、インタビューを1回で終了することが難しい場合、子どもに2回目を提案することもある。「今日はインタビューをやめよう」ということもある。しかし、インタビューを2回行うことは理想的ではない。なぜなら、次回のまでの間に情緒的不安定に陥ることや、その結果虐待自体を否定してしまう可能性が生じるからである。またこの間に子どもに対して加害者から別の刺激をうけることも考えられる。

(3) Child Protect Team Meeting (虐待防止関係機関カンファレンス) について

(スーパーバイザーの小児科医による)

① Child Protect Team Meeting の概要

チャドウィック・センターでは、JOINT COUNSEL (カウンセル=代理人) 会議が行われている。この会議は、虐待事例について、C P S、医療機関、警察等の関係機関の担当者が集まって、ケース検討を行うものである。25年前から始まり、毎週実施している。今回の視察では、この会議を傍聴できる幸運を得た。ここでは会議の中心的存在である小児科医による説明と実際の会議の様子を報告する。

ア 会議の目的

この地域で扱っている虐待事例について、情報共有を行い、次の対応プランを立てることが目的である。2時間で、6、7ケースの情報交換と検討を行う。このペースでないとケースを処理できない。A4用紙1枚に、会議に提出するケースの概略が記入され、それに基づいて会議が進行する。「スケープゴートをなくす」ことがこの会議の重要な目的の1つである(つまり、1つの機関に責任を押し付けたりせずに、全員がケースにかかわっていることを意識化することをめざしているという)。

会議には、深刻で大変なケース、混乱しているケース、難しいケースが挙がってくる。ケースによっては、刑事事件になることもある。会議では、「子どもを守る」ということが最優先に考えられ、子どもにとって「家が安全かどうか?」「在宅か里親か?」ということも検討される。また、被虐待児への治療にまで、検討が及ぶこともある。虐待からの回復には、セラピーは大切な要素であるという認識がある。目的の50%がケースレビュー、残りの50%が関係機関がお互いを分かり合うことである。

イ ケース会議の出席者

- ・チャドウィック・センターの医師、SWなどのスタッフ(研修医も含む)
- ・C P S (児童相談所) 担当者
- ・警察、検察(D A)
- ・学校区(教育委員会)
- ・児童精神科医: スーパーバイザー的な役割で会議に出席することもある。
(ケースの投薬等の管理を行っていることから会議には必要な立場である)

ウ 守秘義務について

カリフォルニア州では、法律により、様々な職種が集まってケースを共有するときに、親の了解を得なくても話し合えるようになっている。

親の情報の共有について、本来は、親自身の承諾が必要だったが、20年前くらいから法律によって情報共有できるようになった(虐待に対する通報義務が法律で規定されたあたりから)。

エ 会議の流れ

今回傍聴した会議には、30名弱の出席者がいたが、CPSのSWが担当ケースを報告し、検討が終了すると、SWは退席していく。中心となるメンバー（CPSのスーパーバイザー、センターの医師や看護師等、警察官、検事、教育委員会等）はそのまま引き続き検討を続ける。会議はセンターの小児科医（児童虐待のプロフェッショナル）が取り仕切り、進行や今後の方針をまとめ、提示していた。

② ケース会議の実際

参加した会議では、計6ケースの検討が行われた。ここでは、そのうちの3つのケースについて簡単に紹介する。

■ケース1：15歳男子のケース 身体的・心理的虐待

□ ケースの概要

15歳男子（以下「cl」とする）で、心理的・身体的虐待のケースである。

家族は、母親、妹、弟の4人家族である。また、母親の「彼氏」が同居している。現在clは、慢性疾患のため別の病院に入院加療中であるが、本日退院予定。母親は、「呼吸困難のためのセラピスト（レスピラトリー）」の仕事をしている。

虐待状況については、母親が平手で子どもの頭や胸を殴ることが報告されている。また、同居の男性から、体を押す、髪を引きずりまわす等の虐待行為があったという。

また、母親は、clたちの父親（母親にとっては最初の夫）からDVを受けていたことがわかっている。妹は躁うつ病でここ4年間セラピーを受けている。弟についての詳細は不明。母親も躁うつ病である。CPSからは、援助プログラムが提供されている。

clは、心配なことをあまり表現しない。ただclは、同居人の母親の彼氏に髪を引っ張られたと話すのだが、説明がずれることが多い。この家族には問題が大きい。妹もここ1年状態は悪い。この家族にとって、この1年が危機的、かつ重要な時期である。clに対するプレッシャーが強い。clの体調は思わしくないのだが、clは慢性疾患について受け入れようとしている。6年前までは母親が殴るということはない。

□ 話し合われたこと

「clにとって慢性疾患を受け入れるのは、難しいのではないか」

「cl自身、心理的な治療を受ける必要性はないのか？」

「母親もDVの被害者である。この家族に対する看護師等の訪問は行われているのか？」

□ 今後の方向

clの入院している病院の担当者とのコンタクトを取ることを。

看護師との打ち合わせを行うこと。

セラピーの目標（ゴール）を確認すること。

の3点が指摘され、このケースの検討は終了（来週提示する必要はないケース）となった。

■ケース2：4歳の黒人の男の子 身体的虐待（拷問のケース）

□ ケースの概要

4歳の黒人の男の子のケース。現在、ICUに入院中。腹部の怪我に加え、身体には、多くのあざが確認されている。また、肝臓と脾臓、心臓にも疾患がある。現在はチューブで栄養摂取をしている状態。入院前の栄養状態も悪かったらしい。入院までの1年ほど医療機関に通った形跡もない。

主な虐待者は父親。父親は警察官だが、精神的に不安定で、精神病質者ではないかと思われる。母親は、父親が子どもを叩いているところを目撃しているが、母親はDVの被害者でもあるので、父親を制止することができない。子どもが殴られた時には、母親も手当てをしているが、それ以上の対応はしていない（母親はDVの被害者症状でもあろうが、虐待の事実やDVのことを通報したり、家から逃げたり、という行動は起こしていない）。父親は、週3回はclをベルトやコードで殴っていたという。

現時点で、両親は逮捕されており、今後clは里親委託が検討されている。

栄養状態不良についても、父親がclの食事量をコントロールしていたという。父親はサイコパス？が疑われている。また、母親には知的な遅れ？があるらしい。フードスタンプ（配給）があるのだが、使われていないようだ。

両親はマリファナ常習者であり、母親と子ども（赤ちゃん）からは薬物反応が出ている。赤ちゃんへの虐待行為はない。警察からの情報によると、父親は終身刑になる見通し。

虐待は、父親が子どもの目の前に玩具をおいて子どもを近づかせ、近くに来た時に殴っていたらしい。また、「子どもを部屋の隅に立たせ、髪の毛を立たせる」儀式的な行為を強要していたという。また、缶を投げて、子どもにぶつけたりしていたともいう。また、家には空き缶が整然と並べられているらしい（精神病質を疑わせるエピソードより）。

clの祖父からは、父親を刑務所に入れて欲しいという希望が出ている。実は、祖父の経営する宝石店に、父親が強盗に入り、盗品を質に入れた、という事件も過去にあったという。

父親には、性的虐待の疑いもある。虐待の事実について、全く反省もしていない。

『スリーピング ウイズ ザ エネミー（ジュリアロバーツ主演：1991）』の映画を連想させる事例だとメンバーの警察官が語っていた。

□ 今後の方向（方針）

- ・栄養士に対して、clの栄養状態について、もっと調べるように指示された。
- ・このケースについては、関係者間で「虐待がここまでひどくならないうちに、もう少し何かできたのではないか？」という観点から、再検討する必要がある。

■ケース3：0歳児 身体的虐待の疑い

□ ケースの概要

父親はフランス系ベトナム人。母親はアメリカ人。両親はフランスで出会い、子どもはアメリカにて出生した。

父親が赤ちゃんを落として、病院に運ばれたケースで、子どもの怪我の程度はひどく、頭が変形してしまっているほどだった。

父親は、「自分が誤って落としてしまった。その時、母親は家にはいなかった」という。そして、母親が家に戻ってから、父親は子どもを落としてしまったことを話したが、母親も、すぐには病院に行かなかった。そして、夜になって、子どもの状態が悪くなって、そこでやっと、ER（救急外来）に駆け込んだ。しかし、ERに行く際も、自分たちで救急車を呼ぶことはせずに、友達に電話をして、駆けつけてくれた友達の車に乗って行った。

子どもには、生後1ヶ月時にも発作があったという。

父親は、2ヶ月前にアメリカに来たばかりで、まだ十分に英語を話せない状態。そこで、父親には通訳が関わっている。通訳の抱いた印象になってしまうが、父親は育児に対して協力的で、今回のことを心配している、という。

□ 今後の方向（方針）

- ・養育についての教育（ペアレンティング）が必要なケースである。
- ・看護師の関与が必要だろう。
- ・CPSは更なる情報収集を行うことが必要。

【参考：アメリカの救急車について】

アメリカでは、救急車を呼ぶことに対しても、お金がかかる。経済的に厳しい家庭では、救急車を呼べない場合もある。そこまで、アメリカの貧富の差という問題は深刻である。



サンディエゴ 子ども病院

(4) 治療について (Barbara Ryan 氏)

① 対象

このセンターは、あらゆるトラウマを体験した子どものセラピーを行う機関である。また、加害者でない親の治療も行っている。DVを見た子ども、直接被害を受けていない（実は被害者かも知れない）兄弟への治療も行う。

ネグレクト、身体的虐待、性的虐待、コミュニティで起きた事件とそれに伴うトラウマも扱っている。ここでは、性的虐待のケースの割合が多い。新しい分野としては、メディカル・トラウマ（＝病院で怖い体験をしたもの）へのアプローチを始めている。個人、家族、グループ・セラピー等のアプローチを用意して治療を行っている。裁判所が関わった場合、裁判における二次的被害などを体験する子どもたちへのアプローチも治療の対象としている。

② 治療の方向性 ～トラウマ・フォーカス・モデル

センターでは、治療後の子どもたちの変化に着目して、治療を進めている。具体的には、**社会性等がどう変化していくか**ということに注目している。

また、加害者でない親、兄弟も治療に加わるように進めている。被害者である子どもには、直接フォーカスするが、家族にも目を向けて、家族全体を改良していくという方針で関わっている。

③ 治療効果の測定について

センターでは、子どもたちの治療効果（progress）の測定を行っている。

治療の効果測定は、1994年から行うようになった。治療の効果測定を行う際には、まず、その個人のベースラインが必要であるので、治療開始前に不安尺度等、標準化されたテストバッテリーを用いて評定を行っている。治療が開始されてから4ヵ月後に効果測定を行う。

（詳細は、(5) 治療の評価について を参照のこと）

④ 治療に当たっての基本的な考え方について

治療には、「サイエンス」と「アート」の部分があると考えている。治療における「アート」の部分はなくしたくないと思う。「サイエンス」の部分とは、「何がうまくいって、何がうまくいっていないか？」を科学的に実証することで、それも重要である。

⑤ 治療の実際～認知行動療法の考え方を援用して

性的虐待を受けていた子どもに対して、加害者は「(性的行為については) お前に責任があるのだ!」ということがある。そのことで、虐待された子どもには罪悪感や恥の感情が芽生えてしまう。そのため、虐待の事実を言語化できなかつたり、自責心から自傷行為をしたり…という行動が生じる。セラピーでは、子どもが話せなかったことを話せるように、ということを目標に関わる。

具体的には、加害者からの言葉が「正しくない」ことを伝える。そして、「あなたは何も悪くない」「加害者に責任がある」ということをきちんと話す。すると、被害を受けた子どもは、相手

に怒りを感じるようになる。罪悪感や自責感を内向させると、自傷などのアクティंगाアウトと
なってしまうが、逆に、気持ちが内向しなくなると、自傷行為などは減少する。

加害者に対する怒りは、本来は健康的なことだが、一方で、「怒りのマネージメント」を学ぶこ
とも非常に重要である。ここでは、以下のプロセスを重要視している。

- ア 自分の感情を見つける
- イ キャッチする (=アイデンティファイ)
- ウ 「怒ることは悪いことではない」と捉えなおす
- エ そして、怒りを感じたときに、何ができるかを考える
- オ セラピーで、その選択肢を作っていく。その家族によってできることを考える。
(例えば、絵を描くとか、庭を走るとか)
- カ 治療が進んでからは、加害者ではない親と本人が話をする。(=言語化)

これは、認知行動療法の小さな部分を応用したもので、「考え-感情-行動」のつながりを念頭
において、治療を組み立てている。この方法は、プレイセラピーにも、また、個人・グループ・
家族療法へと応用可能である。

⑥ 治療のポイント ~個人セラピー~

個人セラピーのポイントとしては、以下の5点を意識しておくことが必要である。

- ア 症状を軽減していく。
- イ ト라우マを言語化できるようにする。
- ウ 虐待について、細かいことを話せることを大事にしている。
(そのことには賛否両論あるが…)
- エ 誰がトラウマに関して責任があるのか、明らかになる。
- オ ト라우マから生じるストレスをマネージメントできるようにする。

セラピーが終わるときには、その個人の機能が上がり、最後は、エンパワーを感じ、アサーティ
ブになることを目指していく。再び被害者にならないように教育することも大事な視点である。

⑦ 治療のポイント ~グループ・セラピーについて

治療の流れは、個人のセッションを経て、グループ・セラピーへと移行するのが普通である。
グループでは、以下のことを目標にして、セッションを進めている。

- ア 自分だけではないということを確認することができる。
- イ 他の子どもに、何が起きたのかを伝えることができる。
- ウ (自分だけではないということで、) 他の子どものトラウマを聞くことができる。

エ ソーシャル・スキルが高まる。

オ ほかのメンバーとも、同調、共感できるようになる。

カ 感謝する。同調、共感できる自分を感じ、「変わってきた」自分を確認できて、そのことをうれしいと感じる。

⑧ 治療のポイント ～加害者ではない親とのセッションについて

グループセッションの後には、加害者でない親とのジョイント・セッションが用意されている。子ども側が、個人、グループとセッションを重ねていくのと同時に、親のセラピーも進んでいることとなる。(常に、子どもと親の治療は平行で進む。合同セッションに向けては、親の準備も当然必要である)そして、時機を見て、親子合同のセッションが行う。

加害者でない親に対して、子ども自身が強くなり、効果的な態度をとれることが望まれる。

⑨ 治療のポイント ～加害者とのセッションについて

治療の最終的な段階において、加害者と一緒のセッションを持つこと、そして、セッションのなかで、加害者が謝ることは、治療上、きわめて重要な局面である。それ故、加害者とのセッションを行うための条件は厳密でなければならない。以下の2点の条件が必須である。

ア 加害者が治療（セラピー）を受けていること

イ 加害者との合同セッションを前に、子ども自身が「自分のせいではなかった」という気持ちになっていること

加害者と被害者、それぞれのセラピーが、ある程度の段階にまで来て、このセッションが行われる。それまでは、それぞれが違う場所（建物が別）で、異なるセラピストによる治療が行われている。両者の時機が熟した時に初めて、合同セッションとなる。加害者側がそこまで至らないことも当然ある。また、実施したとしても、加害者の謝罪を子どもが受け入れられないときもある。そういうときには、加害者側の謝罪に対する子どもの「拒否」を支持することが重要である。

⑩ なかなか改善が見えない治療の場合

個人セッションがうまく進んでいかないときには、当然「なぜ治療が進展しないのか？」を考える。

CPや精神科医と話し、場合によっては、投薬等の選択肢を広げる。また、再度ケースに対して、アセスメントを行うことも必要である。

⑪ 治療の終結

治療の終結にあたっては、家族に「セイフティ・プラン」を持ってもらうこととなる。終結時には、以下の状態が確立していることが重要である。

ア コミュニティのなかで、孤立していない。

イ 子どもも親も、何かあったら「助けて!」と援助を求められる。(=アサーティブさ)

(5) 治療の評価について (Nicole Taylor 氏)

① 治療の評価を行う意義

センターでは、治療に対して、治療開始4ヵ月時とケース終結時に評価を行っている。14種類ほどのアセスメントテストが用意されている。

1994年から、治療の評価を行うデータプログラム(追跡研究)を始めた。それは、以下の理由のためである。

ア 管理職が把握(管理)するため

- ・「統計」として現状を把握することが必要(スタッフ数も治療実績で決まる)。
- ・「資金(ファンド)」を調達するために必要。

イ 研究の目的として

- ・どういうプログラムが有効かを把握するため。

ウ 臨床的(クリニカル)な目的のため

- ・治療者が子どもの治療の進捗状況を把握するため。
- ・治療の評価は、治療者のふり返りを促す。

② 治療の評価に使用する質問紙(メジャー) ~各質問紙の解説

「言葉」「人種」「文化」の違いによっても、異なる虐待の症状を示すことが見出されている。不安、うつ、トラウマ、PTSD、解離、Sexual reactivity、家族の社会性・機能性、ケアテーカー(里親含)の機能性など、0.2%程度しか一致しない。そこで、一致しないという前提で、治療の評価を考えることとなった。ここでは、以下のメジャー(質問紙)を使っている。

C B C L (Child Behavior CheckList For Ages 6-18)

センターでは、Dr.アーカンバック(T.Achenbach)の作ったメジャーを使用している。評定のズレを前提にして子どもを見ていく。尺度は、保護者用、子ども、学校、里親用等に分かれている。

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) という全米54組織でも、同じこの質問紙を使おうということになっている。

P S I (Parenting Stress Index)

親が体験しているストレスを評価する(1ヶ月以上関わった里親にも使うことができる)尺度である。親、子ども、それぞれがセラピーに入る目安(ガイド)に使える。

F A M - III (Family Assessment Measure, version III)

家族の機能性を図る尺度。

U C L A P T S D I N D E X F O R D S M - I V

P T S Dについて、D S M - I Vの診断を行うことができる。

〈評価A〉は、非常に大きなトラウマ的な出来事が起きたということが示される。

子どもが小さい場合、保護者が代わりに評定することもできる。

T r a u m a S y m p t o m C h e c k l i s t f o r Y o u n g C h i l d r e n (T S C Y C)

トラウマに関する「不安」「怒り」「性的関心」「解離」「P T S D」など、評定する尺度。8歳から使用可。3～12歳用も作ったが、まだ標準化されていない。

一般的なスクリーニングとして、よく使われる尺度である。

C D I (C h i l d r e n ' s D e p r e s s i o n I n v e n t o r y)

子どもの一般的なうつ状態を評定する尺度。短時間でできるので使用しやすい。

C S B I (C h i l d S e x u a l B e h a v i o r I n v e n t o r y)

性的虐待を受けた子ども等に行う。性的行動化、性的関心等について評定するもの。

③ 治療の評価を行う方法

センターで治療の評価をはじめたときには、平均14尺度を用いて、6ヵ月ごとに評価していた。しかし、尺度が多すぎて困難という声がセラピストから出された。そこでセラピストにインタビューして、使いやすい尺度を選んでいった。

現在は、「コア・バッテリー（誰もが行う調査）」を厳選して再評価を行っている。（C B C L、T S C Y C、U C L A - P T S D I N D E X など）

方法としては、「PATHWAY」という考え方を採用している。具体的には、ある質問に「YES」だったら、次の質問紙を行うことになる。「No」だったら、それ以上は質問しないというようにしていくものである。現在は、5つのテストバッテリーを組んで、行っている。

(6) まとめと質疑応答 (Robin Vanderlaan 氏)

〈ここは性的虐待が多いようだが、身体的虐待、ネグレクトのケースを扱っていないのはなぜか?〉

センターは、Forensic Interview の目的でくるケースが多いからと考えられる。

性的虐待は、特に関係機関も「何とかしないと!」という意識になるので、治療に結びつきやすい現状にある。また、深刻な身体的虐待のケースは入院となる。また、前述の会議で毎週報告されるので、当然、センターが把握するところとなり、治療へとつながりやすい。つまり、入院するほどの重いケースについては、病院が関与するのでケースとして顕在化しやすいのである。逆に、あくまでも、ここはプライベート (私立) 子ども病院であるので、来院していない子どもまでのフォローは行えない。

それほどひどくない身体的虐待 (保護者からの殴打、タバコの火による火傷等) では、警察が処遇を行うため、警察が治療やインタビューの必要性を感じたケースしか来所しないことになる。

身体的虐待、ネグレクトの事例で虐待対応のシステム (流れ) に乗っている子どもでも、治療 (カウンセリング) を受けていないケースも多い。虐待対応の関係者が、身体的虐待について、カウンセリングの必要性を感じていないからだと思われる。特に、深刻でない身体的虐待ケースの治療は洗練されていない状況にある。

〈チャドウィック・センターでのケースに見られる性的虐待加害者の特徴は?〉

性的虐待の加害者の50%は家族内のメンバー、残りの50%は、多少は顔を知っている人である。全く知らない人からの虐待は0.1%程度しかない。つまり性的虐待は、ほとんどのケースが顔を知っている人からの虐待行為である。具体的には、教師、ボーイスカウトのリーダー、YMCAのスタッフ、教会関係者などが挙げられる。

〈このセンターでは、何歳までのケースを扱っているのか?〉

ここでは、14歳までを対象としている。14歳以上はレイプ・トリートメント・センターで対応する。大人の場合でも、知的障害等のIQの低いケースについては、センターが対応する。

視察先概要 6 UCL A 大学病院における S C A N (Suspected Child Abuse and Neglect) チーム

訪問日 2004年4月8日(金)

訪問先 UCL A Medical Center
Department of Clinical Social Work
10833 Le Conte Ave., 17-132 CHS LA, CA, 90095-1729

対応者 Nancy E. Hall, M. S. W., Ph. D. Assistant Director
UCL Aにある虐待対応チーム(SCANチーム)のアシスタント・ディレクター。
Nancy氏は、SCANチームの仕事と、子どもの心臓移植に関する仕事も担当しているベテランのSW(LCSW)である。

はじめに

視察最終訪問となったのはUCL A(大学)のロサンゼルス校医学部病院内にある、虐待対応チームである。病院に関わったケースで虐待が疑われるものについて、速やかに検討を行い、早期に適切な対応を行うチームである。日本でも最近見られる大学病院内にある虐待対応チームや、病院内虐待対応会議にあたる。今回の視察では、SCANチームのミーティングを傍聴する幸運を得た。

- 視察事項
- (1) SCANチームについて
 - (2) SCANチームのミーティングの傍聴
 - (3) UCL A病院の見学

(1) SCANチームについて

① SCANチームとは

SCANチームとは「Suspected Child Abuse and Neglect」チームの略で、虐待の疑いのあるケースを事前に把握し、早めの対応を進めていこうという虐待対応チームである。このミーティングは、毎週木曜日に行われ、現在も継続している。

② SCANチームのメンバー

SW(スーパーバイザーとして存在)、小児科医、外来専門のSW、心理士、看護師、栄養士、等々が参加していた。SCANチームにはスーパーバイザーがいて、ケースについて討論した後、助言や(指示、総括を行う。また、管轄の警察もミーティングに参加する(今回は欠席)。

SCANチームのメンバーは、虐待対応のために、24時間のオンコールを持っており、虐待の連絡が入ると即対応するというシステムがある(6人で交替しながら、24時間体制を維持してい

るという)。

(2) SCANチームのミーティングの傍聴

■ケース1：5歳8ヶ月のケース「身体的虐待の疑い」

□ ケースの概要

両親がH I V感染で、今年中には亡くなってしまうだろうと診断されている。そのことで、子どもは、不安・心配を感じていて、アクティングアウトを起こしている。父親が1回叩いたという事実があり、身体的虐待が疑われる。この家庭には、父親による母親へのDVがある。DCFSに対しては1回電話連絡してある。

□ 話し合われたこと

このケースは、誰も子どもには会っていない状況なので、子どもに一度会って、アセスメントする必要性が確認された。そして、どうやってこの子どもを呼ぶか？ということが話し合いの論点になった。

両親がH I V感染のため死に向かっていることを、子どもにきちんと伝え、両親の死について、受け入れる準備を行うべきである。子どもに誰かサポートできる人をつけるべきだろう。

また、家族のニーズも把握できていない。家族についてのアセスメントも重要だろう。まずは、病院に子どもを呼んで、アセスメントを行い、その上で、担当を決める。

□ 方針

DCFSとの協議を続ける。

子どもを病院に呼び、アセスメントをした上で、子どもの担当を決めて関わる。

■ケース2：4歳と1歳8ヶ月（20ヶ月）の姉妹のケース

姉）身体的虐待＋ネグレクトの疑い 妹）ネグレクトの疑い

□ ケースの概要

この姉妹はそれぞれ父親が違うケースで、現在は、里親宅に措置されている。実母は薬物中毒、父親はアリゾナで法に触れるようなことをして、逮捕されているらしい。受診時、姉の足指に5本とも火傷のあと（水ぶくれ）があり、SCANチームに紹介されたものである。以前「身なりが汚い」と、DCFSに通報（報告）があったケースではないかと推察される。

現在措置されている里親は初めて里親になった家庭で、里親宅には4、5歳の実子がいる。

□ 話し合われたこと

「現在の里親は適切なのか？」

⇒ 子ども自身も「お風呂に入りたくない」等という難しい子である。里親の問題より、子ども側の問題が大きいのではないかとということで一致。

「4歳の子どもの右腕上部に怪我のあとがある。これは実父母（実家族）によるものか？」

⇒ 以前の怪我のあとに対しても、DCFSに通報するか否かが検討された。

「なぜ姉に火傷のあとがあるのか？」

4歳の子は、平気で裸足で歩き回るので、焼けたコンクリートでヤケドしたのではないかと三輪車で怪我をしたのではないかと里親がヤケドを負わせたのではないかと等の可能性について検討された。

⇒ 火傷については、薬をつけたら副作用？で火傷様に反応した（ただれてしまった）ということが明らかになった。

■ケース3：7ヶ月男子のケース 医療ネグレクト（の疑いが強い）のケース

□ ケースの概要

母親は19歳。母親は、現在10種類の薬を飲んでいる。父親はいない。

子どもは、先天性慢性疾患を持って出生。病院では、5人の専門医（スペシャリスト）が関わっている。現在子どもは、酸素マスク、チューブが必要だが、在宅でケアされている。母親がきちんとケアできているか心配なケース。現在母親は、祖母と住んでいるのだが、祖母の許容量も少ないので、援助を求めることは難しい。

□ 話し合われたこと

論点は、「この子を母親がケアできるか」ということに絞られた。現在、この家庭には看護師が家庭訪問するなど、家族へのサポート体制が作られている。しかし、実際に、これほどの医療的ケアの必要な子どもを19歳の母親がケアしていけるか、母親にケアするスキルがあるか、（母親が）発達的に遅れているのではないかと、という情報（意見）もあわせて検討された。

処遇としては、この子ども（母親も？）をリージョナル・センターに送るか、DCFSに送るか、が、検討された。

【参考：リージョナル・センター（Regional Center：RC）について】

発達障害、知的障害の子どもたちの療育を中心としたセンター。ダウン症の子ども、アスペルガー症候群も対象に含まれる。セラピーや評価を行う一方、社会的機能性を高めるトレーニングも行っている。

高機能自閉症のケースでは、トレーニングを受けて、元気に社会適応している事例も数多く報告されている。

その後も、ケースについての情報交換が続いた。

「この母親はバスに乗ってくる（注：アメリカは完全な車社会であり、病院にバスに乗って

くるということは、生活していくのが精一杯の低所得者層であることが予測される)」「病院のスタッフはうまく母親を支えている。しかし、母親は病院に来る日時を間違えたりする。また、病院でも子どもの傍にいないことが多い」といった母親の否定的な側面が報告される一方で、「母親は病院に来たときくらいは、祖母から離れて息抜きしたいのでは？」という意見も出て、喧々諤々の議論となった。(最終的には、「車がない家庭」で、これだけ医療的ケアの必要な子どもの緊急時に対応できるのか？という方向に議論は集約していった)

⇒ 来週話し合う。本日の病院の予約に母親が来るかどうかによって、次の方向を考える。

■ケース4：1歳7ヶ月（19ヶ月）女子のケース（継続ケース）PTSDの疑い

□ ケースの概要

入院中の子どもの身体につけられていたチューブが外れていたという事件が起こる。母親が故意にチューブを外したのではないかという疑問が生じている。

母親は、メキシコからアメリカに来て、あるパーティで3人の男にレイプされた。レイプに関しては、十分なケアを受けていない。現在、母親は妊娠しているのだが、父親は不明。他の子どもは、サンディエゴの祖父母宅においてきている。ロサンゼルスには10月から住んでいる。母親は子どもが欲しくなかったのではないかと思われる。

□ 話し合われたこと

チューブの件は、看護師が誤ってチューブを踏んでしまったため、チューブが外れたというアクシデントだったことが判明した。

SVは医療事故にもつながると厳しく「管理職の介入が必要」と助言。看護師長と話をし、今後の対応について整理することを指示した。

母親のレイプに対するケアについては、レイプ・トリートメント・センターを紹介した。

■ケース5：16歳女子のケース（母親も子どもも危険にさらされている状態にある）

□ ケースの概要

16歳の女性が歩いている時に車から銃で撃たれ、その流れ弾で怪我をした。彼女には、乳幼児がいるのだが、養育困難な状態になってしまった（事件がなくても、彼女が母親として機能しているのか、心配されたケースであるが…）。

□ 話し合われたこと

犯人は誰か？母親の彼氏ではないか？等、議論された（現在も彼氏は行方不明であるという）。

16歳の母親は、薬物依存がある。そういう状況で、育児が可能なのか、ということが議論された。現在、DCFSは、この子どもと母親について関わりを始めている。母親はサイコセラ

ピーを受け、精神科にも受診している（州からのお金で通院している）。Public Health Nurse（注：日本の保健師と異なる）の関与もある。16歳の母親にも怪我（火傷らしい）の跡があることから、母親自身も虐待されている可能性がある。

対応

⇒ 看護師とDCFSがフォローアップすべきケース。病院は、やるべきことをやった。母親は近々抜糸の処置のため、病院に来院するので、そのときにフォローする。

■ケース6：7歳3ヶ月男子のケース（かなりintensiveなケース）

ケースの概要

DCFSが関与している、まだ現在も子ども病院に入院しているケース。

子どもを母親の元に置いておけない状態ではあるのだが、医療的な里親（Medical Foster Home）を見つけるのが難しい。子どもの状態はよくなってきており、今後リハビリ部に行く可能性が大きい。

話し合われたこと

母親の状態像について検討された。母親は、話すことが支離滅裂、了解不能である。

例えば、子どもは絵の描ける身体の状態ではないのに、母親自身が描いた絵を「子どもの絵だ」といって持ってくるなど、母親は統合失調症が疑われる。子どもの状態も厳しい。

対応

⇒ 病院に入院しているケースなので、継続的にフォローを続ける。

■ケース7：5歳11ヶ月男子のケース（身体的虐待＋感染症疑）

ケースの概要

DCFSは終結（CLOSE）したケースだが、SCANチームは追跡している事例。

DCFSは虐待の証拠不十分ということで、ケースのフォローを行わないこととなった。

子どもは、発達が遅れているのだが、それは、病気ではなく、虐待の影響ではないかと思われる。

しかし、現時点ではDCFSが手を引いているので、調査権限がない。

対応

⇒ 母親のフォローを続ける。

■ケース8：4歳女子のケース 性的虐待の疑い

□ ケースの概要

父親からの性的虐待の疑いのケースで、DCFSも関与している。

□ 話し合われたこと（情報の共有）

clは、4歳の女の子。父母の離婚訴訟に巻き込まれているらしい。

「父親が娘にタッチした」という訴えが母親から出されている。父親がタッチしたのは、足だったらしい。DCFSはケースを終結した（閉じた）が、Family Courtが関わっている。

身体検査の必要性があるのではないか？という意見もあるが、再度身体検査することを、主治医は拒否している。

母親は身体検査を希望しているが、母親は、離婚後の親権争いを裁判所に起しているので、その親権争いのために、性的虐待の事実を利用しようとしているらしい（父親を性的虐待の加害者に仕立てて、子どもの親権、慰謝料等をとろうと画策しているようだ）。

□ 対応

⇒ 話しあったが、病院では、調査する権利はない、という結論に至った。

8ケース（残り5ケースは概略のみ）を3時間の間に次々と検討していった。ここでは、各担当が簡単なレジюмеをスーパーバイザーに提出し、スーパーバイザーが会議で検討するケースを資料にまとめて配布し、資料をもとに順番に検討していった。新しいケースだけではなく、以前検討したケースについても、経過報告が必要な場合は再度報告が行われていた。

(3) UCLA病院の見学

SCANチームの視察の後、Nancy氏の案内で、院内を見学した。

小児科病棟には、たくさん子どもたちが入院していた。看護職以外にも、ボランティア学生の多さに驚いた。こうしたボランティア活動への取り組みの有り様が進路に大きく影響するらしい。明るい雰囲気づくりに心掛けているようだった。病院内には、セラピードッグの用意もあり、その担当者にも話を聞くことができた。孤独で寂しい思いをしている患者さん達にとって、犬の訪問（見舞い）は大変人気があるとのことである。



アニマルセラピー（セラピードッグ）
を担当している部署のポスター

視察先概要 7 アメリカ空軍の基地内における虐待対応

訪問日 2004年4月4日(日)

訪問先 James J Clarke

U S A F (アメリカ空軍) 内の Family Advocacy の S W

はじめに

アメリカ空軍の基地内における虐待対応について、軍の S W である James J Clarke 氏から、直接話を伺うことができた。アメリカ空軍内という、特殊な社会ではあるが、アメリカの虐待対応のミニチュア版とでもいうべきシステムができており、アメリカの複雑なシステムを理解する上で、大変参考になった。

- 視察事項
- (1) アメリカ空軍の基地内における虐待対応の流れ
 - (2) 委員会 (コミッティ) の役割
 - (3) 治療 (処遇) プログラムの実際
 - (4) 予防 (prevention) としての取り組み
 - (5) アメリカにおける福祉の変容

(1) アメリカ空軍の基地内における虐待対応の流れ

アメリカ空軍の基地内において発生した児童虐待は、地域の D C F S や警察が直接に関与するのではなく、基地内の虐待対応システムに乗ることになる。

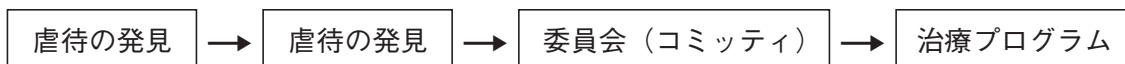
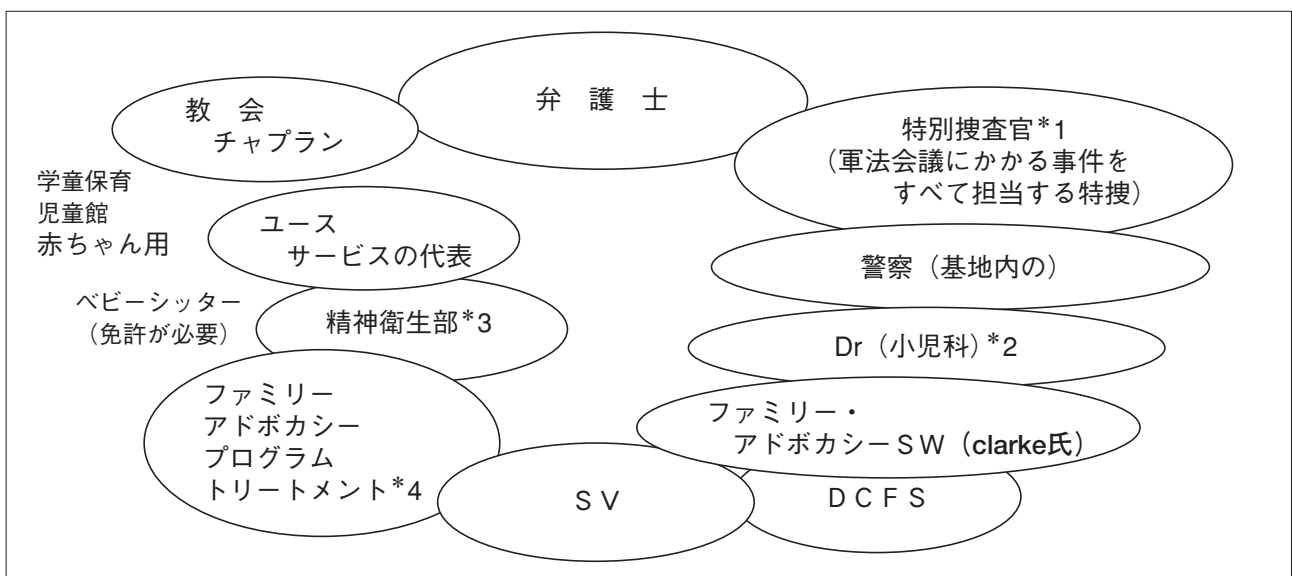


図1 アメリカ空軍の基地における児童虐待対応のチーム



- * 1：ひどい虐待と性的虐待のときに関与する。
- * 2：精神科医はいない。
- * 3：SW, CP等
- * 4：トリートメント・マネージャーが2人

精神・心理的な部分は縮小の傾向。精神衛生部には、大人の精神科医はいる。子どもの専門はいない。

(2) 委員会（コミッティ）の役割

基地内で虐待の疑われる事例が発生したとき、その事例について基地内の委員会（コミッティ）でアセスメントが行われる。委員会では、ケースに関する情報が報告、検討された後、委員の挙手によって虐待事例か否かを決定する（多数決）。この会議の決定がコミュニティの決定となる（代表による議決なので、決定は絶対である）。

基地内の虐待事例の割合は、以下のとおりである。

軽い身体的虐待のケース	68.9%（1～2%が即入院の深刻なケース）
ネグレクト*	20.0%
性的虐待	2.0%
心理的虐待	10.0%
計	100.0%

* ネグレクト（20%）の内訳は、以下のようになっている。

- ① 教育を受けさせない
- ② 監督不行届
- ③ 医療ネグレクト
- ④ 衣食住が整っていない・不十分……80%は基地内で、連邦政府が用意する家（官舎）に住んでいるので、それほど生活が乱れることはない（逆に、衣食住がままならないというのは、相当に大変な状況である）。また、軍内であるので（捜査）令状なく住居に入ることができる。介入に対しては拒否することはできない。

軍には高校卒業で入ってくる若い青年が多いので、士官（offier）にはなれない場合も多い。また、さまざまな地域から、さまざまな背景の人が志願してくる（low rankの人が多）。なかには、自分の育った家庭が貧困であるため、軍に志願して、少しでもマシな生活を送ろうと考えている人もいう。家庭的には、子どもが2～3人という若い軍人が多い。

アメリカ軍としては、「みんなのための軍隊」ということが大前提にあるので、国家のためにならない人はやめさせられてしまう（問題があるとやめさせられてしまう）。だから、SWとしては、さまざまな問題を抱えている人を支えようと努力するのだが、軍の枠組みに入りきれない場合には除隊となる。除隊されると、生活の保障はなくなり、より厳しい状況となる。

(3) 治療（処遇）プログラムの実際

治療（処遇）のプログラムについては、非常に充実している。さまざまな治療プログラムが開発さ

れ、いつでも必要に応じて提供できるようになっている。主なプログラム（援助）を以下に示す。

- ① カウンセリング
- ② ペアレンティング・クラス（レッスン）
- ③ 怒りのコントロール
- ④ カップル間でのコミュニケーション・プログラム
- ⑤ DVグループ（男性対象：主に夫や恋人）の開催

→ DVを目撃することでの心理的影響が大きい。（＝心理的虐待となる）

1.5時間で12週のプログラムを実施。カリフォルニア州では52週のプログラムあり。

- ⑥ 他機関ヘリファアー（紹介）すること

うつ病等はメンタルヘルスの専門家に治療を依頼する。宗教家にリファーする場合もある。

- ⑦ 子どもを家から離すこと

達成すべきゴールが決められており、ゴール（目標）が完了すると、再び委員会にて審議がなされる。3ヶ月ごと（性的虐待は1ヵ月ごと）に、課題が達成されているかどうかチェックされる。プログラムの提供が1年以上にわたる場合には、正当な理由が求められる。

親子分離するときは、保安官（シェリフ）等が行う。当然ながらDCFSも関与する（子どもを家から離すのはDCFSの権利・業務である）。Clarke氏自身は親子分離の場には関わらない。そのことは、「SWとしては、非常に助かる」ということであった。

(4) 予防（prevention）としての取り組み

- ① Out Reach Manager の存在

予防的観点から虐待対応を行う〈Out Reach Manager〉という修士卒の職種がある。Out Reach Managerは、以下の業務を担っている。

ア 地域に出かけて話をして、予防プログラムや虐待に関する知識を伝える啓蒙活動

イ 虐待防止のプログラムのマネージメント

－怒りのコントロール、対処法、親業、ストレスマネージメントなど

ウ 価値観についての話し合い

「神について」「安全について」「飲酒量について」「対等な立場でのsexについて」など、教えたり、話しあったりするセッションを持つ。新入りの軍人、また、カップルには、みんな行われる。新規に入隊したの軍人、カップルには、みんな行われる。

（夫婦ゲンカも、場合によって、子どもには心理的虐待となることも教育する。）

エ 特別月間プログラム（アメリカは4月が虐待防止月間である）における啓蒙活動

- ② 看護師の役割

このSWの事務所には、契約の看護師が1人いる。看護師は大変忙しい。1日1件、月に30回の家庭訪問を行っている。また、月50件の電話相談、25件の来所相談を行っている。

- ③ 予防プログラムの提供 *—NEW PARENT SUPPORT PROGRAM—*

0～3歳までの子どもをもつ親へのサポートプログラムが用意されている。シングルマザーでも利用可能。また、妊娠中からの参加も可能である。

〈プログラムの事例〉

ア 産婦人科でのオリエンテーション

結婚してもしなくても、産婦人科のオリエンテーションに行く。そこで、妊娠、出産、育児に関するさまざまな情報を得ることができる。基本的には、基地外の産婦人科を紹介することとなるのだが、病院を紹介することにより、妊娠した母親をコントロール（把握）することができる。

産婦人科では、6枚のアンケートを実施し、スクリーニングを行っている。

[例] ・被虐待体験があるか？ ・子どもが欲しいと思っているか？
・計画妊娠か？ ・子育てに対して、夫は協力的か？ 等

スクリーニングを経て、ハイリスク群（at risk）と判断された人に対しては、家庭訪問を行い、支援を開始する（家庭訪問による、虐待の危険性の低下が検証されている）。

イ 家庭訪問

家庭訪問について、それぞれの家には無理には行くことはできない。「Can I help you?」という低姿勢での援助を行っている。家庭訪問は、実際に、その家を見ることができるとのメリットは大きい。

[例] 「赤ちゃんのベッドがあるかどうか？」等のチェックを行う。

ウ カウンセリング

予防プログラムの目的は、コミッティ（会議）にケースが上がらないように、それぞれの保護者の状況をサポートすることである。

〈19歳黒人のシングルマザーの事例〉

彼女が妊娠していることには、誰も気づかずにいた。そして、彼女は一人で出産をした。そして、「ガソリンスタンドのトイレにいた」と産んだ赤ちゃんをDCFSに届けた。次の日、やはり「私の赤ちゃんを返して！」とDCFSに訴えたが、DCFSはそこで子どもを返すことはなく、最終的には裁判となった。公聴会（court hearing）では、「ネグレクトされたわけではない」と判断された（ちなみに、出産しても届けず、誰にも助けを求めず、外にそのまま放置していたら、それは「虐待」となる）。

当面、DCFSの関与（＝親子分離など）は必要ないが、母子へのサービスが必要なケースであるという判断となり、軍内のサポート・プログラム等が関わっていくこととなった。

この事例がきっかけとなって、アメリカ空軍内の虐待対応システムが強化されることとなった。予防プログラムの成果であるが、過去5年間全米空軍で、児童虐待による死亡例は3～9件と報告されている（死亡理由は、shaken baby syndrome等が考えられている）。

(5) アメリカ社会における児童福祉の変容

Clarke氏によると、この5年間でも、アメリカの児童福祉は大きく変わってきたという。

- ① 「児童虐待」と「DV」の問題が、非常に近い事象という認識が生じている。
- ② ①に関連して、警察とDCFSとの連携が進んできている。
- ③ 「家族分離」「里親委託」から、なるべく「家族」で援助しようという方向に変わってきている。
- ④ 性的虐待の事例、薬物問題が少しずつだが、減少の傾向にある。
治療プログラムが開発されてきたり、また、性犯罪等に対する罰則が厳しくなったことが関係していると思われる。

(6) その他

初めて子どもを出産する保護者に渡すビデオセットやパンフレットをClarke氏の好意により手に入れることができた。大変感謝している。

資料

資料一覧

- 資料1 アメリカの児童虐待の実状【翻訳】** 88
アメリカの児童虐待の実状に関する保健社会福祉省の報告（2002）。Child Crisis Center の Hsu 氏よりいただいた資料を当センターが編集した。
- 資料2 日本の児童虐待の実情** 89
日本の児童虐待の実情について、厚生労働省統計「児童相談所における児童虐待相談処理件数」と警察庁少年課資料（厚生労働省「第7回児童虐待防止対策協議会」資料）から抜粋し、当センターが作成した資料である。
- 資料3 被虐待が疑われる児童の報告書〈Suspected Child Abuse Report〉【翻訳】** 91
虐待が疑われる児童を発見し、警察やDCFS（CPS）に通報後に、警察やDCFSに通報者が作成する報告書の様式。
- 資料4 Child Abuse Investigation Report** 93
児童虐待の通告に対し、警察やDCFSが作成する調査報告書である。この情報は「Child Abuse Index」というデータベースに登載され、州レベルで共有される。
- 資料5 Crime Report** 95
犯罪全般に用いられる報告書。児童虐待についても当然作成される。このレポートの内容は連邦レベルの情報となる。
- 資料6 Victim Support Program のパンフレット** 97
トーランス警察にて行われる犯罪被害者（含被虐待児）をサポートするプログラムのパンフレット。危機介入、カウンセリング、資源の紹介、裁判に関する情報提供等のサポートが提供される。
- 資料7 Juvenile Diversion Program のパンフレット** 99
トーランス警察にて提供されている青少年の治療プログラムのパンフレット。非行問題だけでなく、不登校、うつ状態の子どももプログラムに参加することができる。
- 資料8 Juvenile Diversion Program 参加申込書** 101
Juvenile Diversion Program の参加申込書。プログラムへの参加申込書（契約）だが、同時に、関係機関との情報交換について、同意する署名が含まれている。

資料9	現状報告「子ども福祉サービス（DCFS）」 2001.7～2003.6【翻訳】 ……………	102
	DCFSのトールンス支所にて入手した相談統計である。2001～2003年（2001.7月～2003年6月：アメリカの会計年度2年分）の統計である。	
資料10	通告のプロセス（Child Abuse Prevention Handbookより）【翻訳】 ……………	104
	児童虐待の通告から調査、処遇決定までのプロセスを示したもの。Harbor- U C L Aにて入手したChild Abuse Prevention Handbookを翻訳したものである。	
資料11	少年被扶養訴訟手続き（Child Abuse Prevention Handbookより）【翻訳】 ……………	105
	児童虐待に関する法的対応の流れを示したもの。虐待通告から裁判を経て、処遇が決定するまでの流れを示している。	
資料12	福祉と制度法300項（Welfare and Institution code300）【翻訳】 ……………	106
	福祉と制度法のなかの児童虐待に関する条文。この法律をもとに虐待の種別等が規定される。通称「code300」。	
資料13	Harbor- U C L A CHILD CRISIS CENTERのパフレット ……………	109
	Harbor- U C L A Medical Center内にあるChild Crisis Centerのパフレット。ここでは児童虐待（特に性的虐待）のForensic Interviewと診察が行われている。	
資料14	Forensic Interviewの実際 ……………	111
	Forensic Interviewの具体的な方法について聴取したものをまとめた資料である。チャドウィック・センターで行われているForensic Interviewをモデルに当センターが作成したものである。Child Crisis CenterやSTUART HOUSEでもForensic Interviewは行われているが、その機関の考え方、方針によって異なる部分がある。ここでは、共通する部分を中心にまとめた。	
資料15	NAIC 子どもの虐待とネグレクトの識別 一徴候と症状【翻訳】 ……………	116
	Child Crisis CenterのHsu氏による資料である。子ども虐待とネグレクトの識別を行うための徴候と症状を示したものである。子どもにみられる特徴だけでなく、親に観察される徴候についても言及されている。	
資料16	子どもの虐待でしばしば用いられる心理的アセスメント方法の例【翻訳】 ……………	119
	被虐待児のアセスメントに用いられる心理検査等について整理されたもの。Child Crisis CenterのHsu氏による資料。	
資料17	虐待を受けた子どもへの治療的アプローチについて【翻訳】 ……………	121
	Child Crisis CenterのHsu氏からの資料。被虐待児への治療的アプローチをマトリックスにしたもの。7つのアプローチの内容、ケースの適否等についてまとめられている。	

資料 18	STUART HOUSE のパンフレット	122
	性的虐待に対する Forensic Interview と治療を行う機関。ここでの Interview は警察や検事が担当する。また、治療を担当する部署があり、個人セッションやグループセッションなどが行われている。	
資料 19	Chadwick Center のパンフレット	125
	サンディエゴ子ども病院内にある児童虐待専門のセンターである。Forensic Interview と被虐待児への治療、治療方法や治療効果に関する研究、関係機関への研修等が行われている。	
資料 20	治療について【翻訳】	127
	Chadwick Center のトラウマ・カウンセリング・プログラムに関するパワーポイントの資料である。Barbara Ryan 氏による。	
資料 21	評価について I【翻訳】	132
	Chadwick Center で行われている被虐待児に関する評価手法の臨床的応用に関する資料である。	
資料 22	評価について II【翻訳】	136
	治療成果プログラムに関する資料である。治療の評価については、Chadwick Center の Nicole Taylor 氏よりレクチャーを受けた。	
資料 23	SAFE HAVENS FOR ABANDONED INFANTS (National Conference of State Legislatures)	145
	アメリカにおける新生児の遺棄事件と法的対応に関する情報。	
資料 24	No shame. No blame. No names. ー新生児の遺棄を防止する施策のパンフレット	147
	育てられない子どもを遺棄するのではなく、病院（ER）や消防署にて保護することを勧めるパンフレット。ロサンジェルス郡立病院の救急外来や消防署に連絡することで、名前を名乗らずに、罪にも問われずに、子どもを預けることができるというシステムについて紹介されている。Child Crisis Center 等で、小さなカードとともに配布されていた。	

〈注〉【翻訳】は視察で入手した資料を子どもの虹情報研修センターで訳出したものである。
資料の詳細については、当センターにお問い合わせ下さい。

平成15年度研究報告書
アメリカにおける児童虐待の対応
視察報告書

平成16年9月30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)
〒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
homepage : <http://www.crc-japan.net>

編集 研究代表者 四方 燿 子
共同研究者 増 沢 高
大 川 浩 明

印刷 (株)柏苑社 TEL. 045-711-5600