

こころの健康

第 68 号

令和 7 年 12 月

愛知県精神保健福祉協会
(愛知県東大手庁舎)

名古屋市中区三の丸三丁目 2 番 1 号
電話 (052) 962-5377 内線 550

■ 巻頭言 ■

災害時の高齢者支援を考える中で見えてくる現代社会

愛知県精神保健福祉協会 常務理事

鈴木 亮子

(椋山女学園大学 人間関係学部 教授)

私自身の専門は臨床心理学の中でも高齢者心理学で、その中でも認知症のご本人や家族のケアを研究の対象にしてきました。この領域は臨床心理学の中ではマイナーな領域で、研究という点では、私は心理職の方々よりも高齢者福祉分野の方々と関わるが多かったように思います。

2011年に東日本大震災が発生し、認知症の人と家族の生活の困難さが浮き彫りになりました。そして、甚大な被害が想定されている南海トラフ地震の発生が指摘されている中で、2016年4月に熊本地震が発生しました。私は、高齢者福祉分野の方々と共同で、同年8月から熊本県南阿蘇村で、地域で暮らす認知症の人と家族が震災時に直面する際の課題の抽出と支援策に関する調査を行いました。それをもとに2年ほどかけて介護事業所対象の災害に対する研修プログラム（災害時における認知症の人と家族への支援力向上プログラム）を作成しました。

日本は災害の多い国です。他国に比べて地震による災害も多いですが、近年は異常気象による水害も増加しています。南海トラフ地震の発生は以前より指摘されており、災害への準備は欠かすことができません。最近では減災という言葉もよく耳にします。災害時に生じる被害の

規模を縮小させることが減災です。減災のためには災害弱者への対策も必要であり、高齢者（日本では65歳以上を高齢者と定義しています）は若年層に比べて、身体的、体力的には低下していることもあり、災害弱者とされています。前述のプログラムを作成したこともあり、災害が起こった際の高齢者の方々の避難についての報道は、今も気になります。

災害弱者である高齢者は年々増加しており、2025年7月発表された2024年度の国民生活基礎調査の結果によれば、65歳以上の者のいる世帯は全世帯の50.3%です。その世帯構造をみると、「単独世帯」が32.7%、「夫婦のみの世帯」が31.8%、「親と未婚子のみの世帯」が20.4%となっています。この数字は、いざ避難する必要があるが生じた場合、高齢者のみで避難行動をする世帯がとて多くなっているという現状を意味します。

災害弱者である高齢者のみでの避難行動は、若い世代よりもハードルが高いことを示した2018年夏の西日本豪雨に関する調査結果があります（兼光ら、2020）。西日本豪雨は、死者が200人を超えました。大規模な浸水のために51人が犠牲になった岡山県倉敷市真備町では、亡くなった人の9割が高齢者でした。この真備町

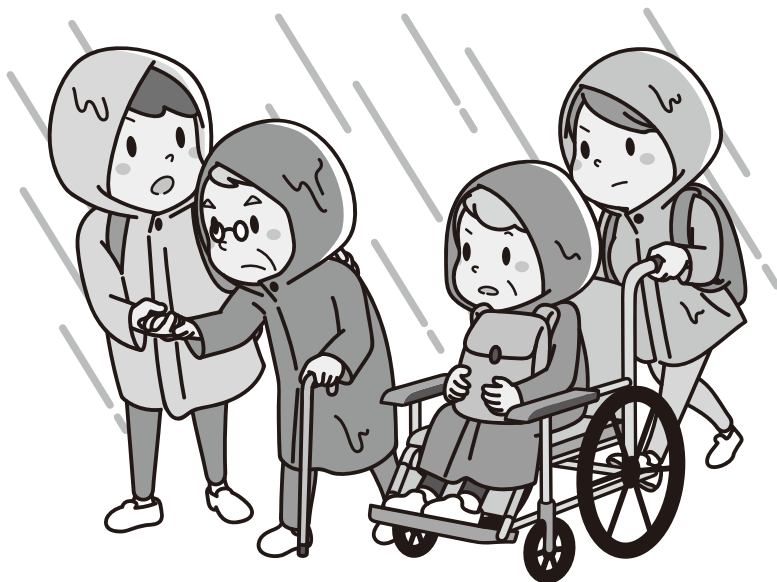
における避難行動のアンケート調査（兼光ら、2020）では、真備町が浸水想定区域であったにも関わらず多数の犠牲者が発生した要因として、80歳代以上の高齢者の避難率の低さが挙げられ、特に同居家族1～2人の80歳代以上の高齢者では、身体的・精神的にも避難が困難であり避難率が低かったことが指摘されています。

前述の国民生活基礎調査で示された傾向と合わせて考えると、高齢者世帯のみは今後更に増加し、高齢者の年齢も更に高くなることが予想されます。その場合、災害時における避難に関してはつながりが重要となります。総務省は災害への備えとして、「自助」「共助」「公助」の

3つを挙げ、大規模災害では自ら守る「自助」と、近隣で助け合う「共助」の重要性が増す、と指摘しています。現代社会では地域社会のつながりが希薄化していますが、今後生じる災害のことも踏まえると、地域でのつながりが大切であると改めて実感しました。

引用文献

兼光 直樹・山本 晴彦・渡邊 祐香・村上 ひとみ (2020). 2018年7月豪雨により洪水災害が発生した倉敷市真備町における避難行動に関するアンケート調査 自然災害科学, Vol.39,13 -31.



『小児期の逆境体験がその後のメンタルヘルスに 及ぼす影響及びその支援のあり方』

日時：令和6年10月25日（金）10:00～11:30

講師：名古屋市中央児童相談所

医師 丸山 洋子 氏

皆さま、おはようございます。今日はこのような場でお話をさせていただきましてありがとうございます。そして、いつも名古屋市の子ども虐待の対応にご協力いただきましてありがとうございます。

今日は、小児期の逆境体験がどのような影響を及ぼすかということとその支援についてお話をしていきたいと思います。よろしくお願いします。

虐待は乗り越えられる？

“...幼少期の虐待は、脳の発達に永続的な負の影響を及ぼす...
私たちの脳は幼少期の体験によって形作られる...
虐待は鑿（のみ）であり、不和に対処するように脳を彫刻するが、それは深く永続的な傷が伴う。
児童虐待は人が「乗り越える」ようなものではない。”

Martin.H.Teicher（脳科学者）

まず、最初にアメリカの脳科学者の言葉をご紹介します。

“...幼少期の虐待は、脳の発達に永続的な負の影響を及ぼす。

...私たちの脳は幼少期の体験によって形作られる。

...虐待は鑿（のみ）であり、不和に対処するように脳を彫刻するが、それは深く永続的な傷が伴う。

児童虐待は人が「乗り越える」ようなものではない。”

と、大変重い言葉になっておりますけれども、これは脳の画像研究をされているMartin.H.Teicherという脳科学者の言葉です。このこ

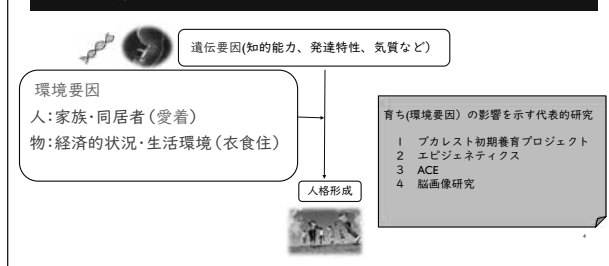
とに関して後ほどお話を展開していきます。

本日の流れ

- 子どもの育ちと愛着
- 虐待の心身への影響と主な研究
- 見えない虐待 ～ 性的虐待
- トラウマの影響 ～ トラウマ症状、後遺症、対応と治療

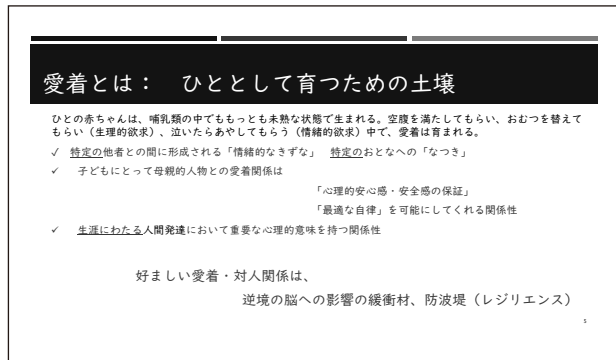
本日の流れは、子どもの育ちと愛着に関して、虐待の心身への影響と主な研究をご紹介します。特になかなか理解の難しい性的虐待について、さらにトラウマの症状や後遺症、対応、治療についてお話をすすめていきます。

子どもの育ち



子どもは両親からのDNAを受け継いで遺伝的な要因を持って生まれ、そこに環境要因が組み合わさって人格が形成されていきます。遺伝的要因には知的な能力、発達特性、気質などがあり、元来、遺伝的要因の影響が大きいと思われていたところですが、最近の研究では環境要因が思いのほか大きな影響を与えるということが分かっています。子どもにおける環境要因には人と物があります。その子どもと一緒に育つ

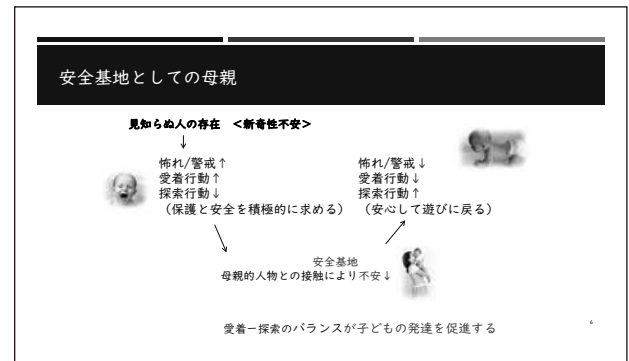
家族や同居者、そういう「人」に対して子どもは愛着を形成して大きくなっていきます。そういう「人」というところと、物質的な環境もちろんありますが、経済的な状況や生活環境、家庭の状況によっては貧困、地域によっては紛争地帯で育つことも大きな影響を及ぼします。育ちの影響を示す代表的な研究がここに書かれているような4つの研究になります。



子どもの臨床をご存知の方はよくおわかりだと思うのですが、愛着は、人として育つための土壌だといわれています。人の赤ちゃんは哺乳類の中でも最も未熟な状態で生まれますので、おなかがすいたらミルクをもらう、排泄したらおむつを替えてもらうという生理的欲求や、不快なときに泣いたらあやしてもらうという情緒的欲求を満たしてもらって、愛着は生まれていきます。愛着とは何かと一言でいうとすれば、特定の大人との間に形成される情緒的な絆と言えます。特定の大人になつくことです。子どもにとって母親的な人物との愛着関係は、心理的安心感や安全感を保証してくれるものになります。もちろん母親でなくても、血縁があってもなくても、男性であったとしても、「母親的」な人物との愛着関係があることによって、後々自律ができるようになります。自律とは自分を律すること。自分の感情や行動をコントロールしたり、してはいけないことを判断してやめておく、そういうことを可能にしてくれる関係性だといわれています。

子どものころの愛着関係は子どもの時だけ大事なものであるかというところではなくて、生涯にわたる人間発達において重要な心理的意味合いを

持っているといわれています。好ましい愛着関係を幼少期に体験している人はその後の人生において一人は様々な逆境を避けては通れませんけれども一好ましい愛着関係が様々な逆境の脳への影響の緩衝材、防波堤として、その人のレジリエンスとなっていくといわれています。

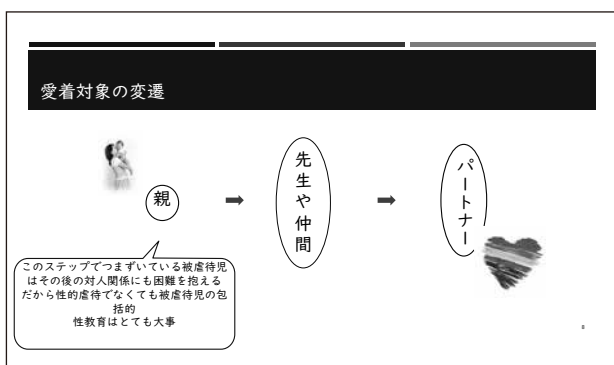


例えば、1歳前後のお子さんとそのお母さんが部屋に2人有的时候きに、子どもが機嫌よく遊んでいたとします。そこに子どもの知らない人が突然入っていくと、これは新奇性不安を起こします。ちょうど人見知りをする時期ですから、見知らぬ人は子どもにとって怖く、警戒心が高まります。警戒心が高まると、健康で健全な愛着が形成されている子どもは、お母さんにしがみついて抱っこを求めます。その間、遊ぶことはやめます。探索行動をやめて、保護と安全を積極的に求めるような行動をとります。

母親が安全基地としてきちんと機能している場合は、母親が子どもの不安を察知して抱き上げたり、よしよししてあげて「大丈夫だよ」と応じることで、子どもの不安は緩和します。お母さんが落ち着いていると、この知らない人はどうやら脅威ではないらしいと子どもも理解して警戒心が薄れて、お母さんからまた離れることができ安心して遊びに戻っていくことができます。この愛着と探索のバランスが子どもの発達を促進します。

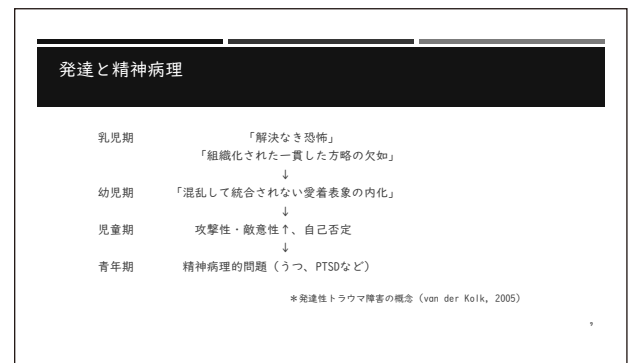
一方、安全基地がきちんと機能していない場合は自分で不安に対処するしかありません。また、お母さんが子どもを手放すことができない場合には子どもは探索に出ていくことはできません。子どもは自分がいろいろなシグナルを発

して、母親的な人物から一貫した応答的な関わりを得ることで、世の中は安全だ、安心だという安心と信頼が芽生えて、自分は生きていていい存在なんだ、自分は大事な存在であるということを経験します。そうすると、好奇心が高まって活発に環境を探索することができます。これが後々の自律や自己効力感－助けを求めれば自分は助けてもらえる存在なんだという自己信頼の基礎ができていきます。



子どもはまずは親、養育者と愛着を形成していきます。年齢が上がって幼稚園や学校に行くようになると、親と過ごす時間が減っていきます。そこには親はいないので、困ったときには先生に頼ることをし、また休み時間には友達と遊ぶことを始め子どもの世界は広がっていきます。さらに思春期に入ると、特定のパートナーと親密な関係を求めていくようになります。

このように愛着対象は変遷します。虐待のように、最初の愛着形成がうまくいっていない子どもは、先生のことも信用できませんし、友達ともけんかばかりでうまくいかず、一人ぼっちになりがちです。さらに思春期に入ると、例えばDV的な関わりを繰り返すようになるなど、幼少期の愛着関係が生涯にわたって影響していきます。虐待を受けることによって、その子は生きていくことを否定的に感じ、特に思春期以降には性の問題が出やすくなります。パパ活や売春的なことを繰り返してしまう女の子や、DV的な支配を繰り返してしまう男の子がいますが、その例に示されるとおり、被虐待児の包括的な性教育がとても大事だと考えています。

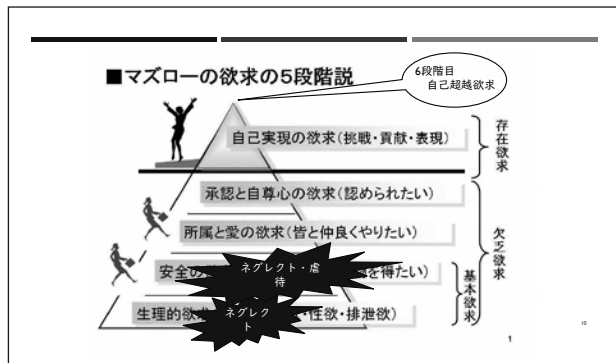


虐待を受けることは、乳児期の子どもにとって自分では解決できない恐怖体験です。そのまま対処されずに幼児期を迎えると、愛着表象が健全に内在化されません。幼稚園や保育園や学校に行くようになると、子どもにとってはもう親と離れても平気だということが必要になります。例えば家に帰ればお母さんが待っていて「今日こんなことがあったよ」とお話ししたらきつとお母さんが喜んでくれる、慰めてくれるということが頭の中で分かるので、親と離れても平気でいられます。それを愛着表象の内在化といいますが、それが虐待を受けていると幼児期になってもできません。そして学童期に入ったときに、人への攻撃性や敵意が高まったり、自己否定的な認知も強まります。そのままになっていると、思春期青年期以降、いよいよ精神病理的な問題、例えばうつ、PTSD、摂食障害のような病気になっていくところがあります。

例えば、大人になってから「うつになる」、「トラウマ症状が出てくる」ということがあります。それに対して抗うつ薬だけで何とかするかというと、そういうわけにはいきません。よく聞いていくと、もう大人になっているのだけれども、子どものころの虐待の体験がいまだにフラッシュバックする、夢に出てくるといったことがあります。それは薬物療法ではなかなか難しい。また、当事者が自分の今の健康問題が子どもの頃の問題に根ざしたものだということに自覚もあまりないことも多いのです。支援者や治療者が「この人はどんな人生を生きてきているのか」、「なぜこういう状況になっているのか」を丁寧に聞き、子どもの頃の体験の影響を指摘

する必要があります。年齢が上がってくると症状や問題が変わってきますが、根っこの問題は子どものころの虐待体験であるということを精神科の医療者がきちんと認識して、それに対処する必要があります。

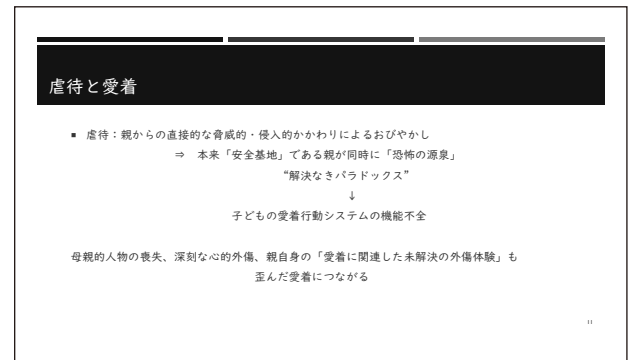
幼少期の被虐待体験が影響する精神症状が多くあることが、DSMやICD等で診断基準としてきちんと定義されないという問題が長年言われてきました。発達性トラウマ障害、発達の段階でのトラウマが後々もずっと影響することを概念化しようとしていたのですが、「発達性トラウマ障害」の実現はしていません。複雑性PTSDがICDに出て、ようやく概念化されつつあるところです。



ここでマズローの欲求の5段階説を紹介したいと思います。人の欲求は下の基本欲求から満たされるとその上の欲求が出てきます。一番下が生理的欲求で、睡眠、食欲、性欲、排泄欲です。これが満たされることで安全な欲求、安全な場所、食べ物を得たいという欲求が出てきて、それも満たされると皆と仲良くなりたいとか認められたいというような欲求が生まれてきます。最終的に自己実現の欲求で、何かに挑戦するような高度な欲求が生まれてきます。その上に自己超越欲求がありますが、そこまでいく人はどちらかというところ少数派だという話もあります。

図にあるとおり生理的欲求が満たされないのがネグレクトで、安全な欲求が満たされないのがネグレクトであり虐待と言えます。基本欲求が満たされていないまま大きくなっている人は、そもそも人と仲良くやりたいとか、何かに挑戦

するとか、人のために何か頑張るのが難しいのですけれども、この5段階説でもそのことを説明できるのではないかと思います。



虐待と愛着を考えていきます。虐待は本来その子どもを保護すべき親からの直接的な脅威、おびやかしです。本来「安全基地」であるはずの親が同時に「恐怖の源泉」です。これはその子どもにとっては“解決できないパラドックス”であるといえます。そうすると、子どもの愛着行動システムが機能不全に陥ります。先ほどお伝えした赤ちゃんとお母さんが、脅威に対してどのように反応するかによって示しましたが、—これを愛着行動システムというのですけれども—、愛着行動システムがうまく働かないのが虐待です。虐待以外にも、母親的人物が亡くなったり、急になくなったりすること、それ以外の深刻な心的外傷、親自身の「愛着に関連した未解決の外傷体験」も歪んだ愛着につながっていきます。



子ども虐待のリスクファクターを保護者側の因子と子ども側の因子にわけて考えていきます。子どもの環境の因子として、家庭の経済的な困窮や親の離婚、不仲、ステップファミリーなどがあります。保護者自身の身体疾患、精神

疾患、発達障害、依存症、これらも大きなリスクファクターになります。親にいろいろな疾患、障害、依存症があると、子どもの要求に応答できない、気付かないということがあり、気付いても現実的に対応できない場合もあります。依存症であっても、酔っていないときはいいお母さん、お父さんであることはよくあります。「このお母さんはアルコール依存があるかもしれませんが、いい時はいいです」と児相の担当の福祉司さんが言うことがあります。しかし、このいい時と悪い時とが極端に混在するというのは、子どもは混乱します。「今日のお母さんはどうなのか、今のお父さんはどうなのか」ということが、その子どもにとっての一番の重要事項であるのは、子どもにとって健全な環境とは言えません。そういう環境で育っていると、子どもが自分から「体調が悪い」とは言えません。

また、保護者自身に愛着の問題があり、保護者の被虐待歴が大きく影響していることもあります。お子さんの多くいる家庭、あるいは重い障害や疾患のあるお子さんのいる家庭も虐待のリスクファクターになります。反社会的な家族がいる場合もあります。子ども自身の因子を考えると、子どもの発達障害や知的障害、身体疾患がある場合、それによる育てにくさがあります。実際にはこのようにファクターが複雑に絡み合って併存しています。

チャウシェスクベビー

- 1960-80年代、ルーマニアのチャウシェスク政権は、国力の増大のために避妊と中絶を禁止。子どもが4人以下の家庭からは少子税を徴収。
- 家庭は貧困に窮し、多くの乳幼児が捨てられ、ストリートチルドレンに。
- 政権崩壊時、国営の大型乳児院には十数万人の子どもがいた。
- 1人の大人が12-15人の子どもを監督。
- おもちゃも与えられず、一日中大部屋に寝かされていた。

ここから、幾つか研究についてお話をします。

1960年代から80年代にかけてルーマニアの独裁政権が、国力の増大のために避妊と中絶を禁止していました。子どもが4人以下の家庭からは少子税を徴収していました。そうすると、子

どもをどんどん産まないといけなかったけれどもお金はないという家庭が多くなり、貧困に窮して育てられず多くの乳幼児がストリートチルドレンになっていたそうです。政権崩壊時には、国営の大型乳児院に十数万人の子どもがいたといわれていて－これはネットで探すといろいろな画像や動画が出てきます－それを見ると、1人の大人が20人弱ぐらいの子どもを監督して、最低限の衣食住は保証されているとしても、おもちゃも何もなく、1日中大部屋に寝かされているような状況でした。

ブカレスト初期養育プロジェクト（2000年）

- チャウシェスク時代の施設での養育が乳幼児の神経・情緒の発達に及ぼす影響を、かつてない規模で厳密な科学的手法で調査した貴重な無作為対照試験。
- 対象の孤児136人、無作為に①施設養育、②里親養育グループに振り分け、③施設に収容された経験のない一般家庭の子ども3群を10年以上にわたり追跡調査。

こういう子どもがその後どうなっていくかを追跡研究したのが、ブカレスト初期養育プロジェクトといわれるものです。非常に大規模で貴重な無作為対照試験になっています。対象の孤児を無作為に施設養育群と里親養育群に分けて、対照群として施設に収容された経験のない一般家庭の子どもを長年にわたって追跡調査をしています。

結果①

- ✓ IQの違い：
施設養育<里親養育<一般家庭
70台前半 80台 100
- ✓ IQをもっとも高められる感受期（臨界期）が存在する：2歳までに施設から里親養育に移った子どもは後の検査で有意にIQが高い
- ✓ 施設に入った経験のある子どもは、MRIの比較で脳の体積が減少

そうすると、結果としてそれぞれの群でIQに違いがありました。施設養育群では70台前半、一般家庭だと100あるところ、里親養育はその中間というようにIQが違います。IQを高められる感受期（臨界期）が存在するというこ

とも分かりました。2歳までに施設から里親養育に移った子どもは、後々の検査で有意にIQが高く、施設に入った経験のある子どもは、MRIの比較で脳の体積が減少していたという結果が出ています。

結果②

- 2歳までに里親養育に移った子どもは愛着の形成も改善
- 養育環境は社会性に特に大きな影響あり
- 施設養育の子どもは自閉傾向が高い
- 子どもの発達において、知能、情緒、行動、身体面のすべてに養育環境は大きく影響する

2歳までに里親養育に移った子どもは愛着の形成で改善しますし、養育環境はその子の社会性に特に大きな影響がありました。社会性は、自閉症の三徴といわれる診断基準の1つですけれども、「社会性が低い」という意味で、施設養育の子どもは自閉傾向が高いとも言える結果になりました。知能、情緒、行動、身体全てにおいて養育環境が大きく影響していました。

遺伝的研究 ～産みの親より育ての親 WEAVER, 2004

- 子どもを産めたりも懐いてきちんとする親（ネズミ）に育てられたネズミ → 自分が親になったネズミと子育てをする（ネズミ）
- あまり子育てをしない親（ネズミ）に育てられたネズミ → 親になっても子育てをしない（ネズミ）
- 子育てをしない親（ネズミ）から生まれ、親を交換して、子育てに熱心な親（ネズミ）の元で育ったネズミ → きちんと子育てをする親になる（ネズミ）
- 子育てをする親（ネズミ）から生まれ、親を交換して子育てをしない親（ネズミ）の元で育ったネズミ → 親になっても子育てをしない（ネズミ）

その後、ヒトにおいても同様であることがわかった
(虐待されたヒトは、上記のネズミと同じ遺伝子が大人になってからもオフになったまま、虐待を受けずに育ったヒトは、その遺伝子がオンに)

親離れした後のネズミの養育行動は、遺伝的要因より、環境要因に左右される。
獲得された養育行動は、世代を超えて遺伝し、次の世代に継承される。

後天的な性質（獲得形質）が遺伝することが示された動物実験

もう一つ、遺伝的研究として動物実験の研究を紹介します。

ネズミの中で子育てに熱心なネズミとそうではないネグレクト傾向のネズミがいるそうです。ネズミの子育てというのは子どもをなめたり毛繕いをしたりすることをさしますが、そういうきちんと子育てをするネズミに育てられたネズミは、自分が親になってもきちんと子育てをします。ここでは模式的に、子育てをちゃんとするネズミを白で、ネグレクトするネズミを黒で表しています。あまり子育てをしない親に育て

られると、自分が親になっても子育てしません。ここで親を交換すると、子育てしない親から生まれたとしても、子育てに熱心な親の元で育つと、きちんと子育てする親になります。一方、子育てする親から生まれてもネグレクトの親の元で育つと、自分も大人になってネグレクトします。

エピジェネティクス：

環境によって、遺伝子はオンオフを制御される

- 遺伝子の塩基配列の変化を伴わずに遺伝子発現が制御される仕組み。
- 遺伝子には、オン・オフのスイッチがある。
- 親からもらった遺伝子は、環境によってオン/オフのスイッチにより、後天的に修飾される。

これに特定の遺伝子が関わっていることが分かりました。ヒトも同じ遺伝子を持っていて、この遺伝子を持っていても、環境によってスイッチがオンになったりオフになったりします。しかもそれが次の世代に遺伝するということが分かりました。これをエピジェネティクスといいます。もともと生得的な要素だけが次の世代に継承されると信じられていたのですが、獲得された後天的な要因も遺伝するということが示された、非常にインパクトの強い動物実験です。今、お話ししましたように環境によって遺伝子はオンになったりオフになったりするということが分かりました。

ACE (ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE) STUDY

逆境的小児期体験

FELLITI, 1998

- 1998年 アメリカの中所得層以上の17000人を対象に、18歳までの右記の体験の有無とその後の健康状態を調査した。
- 幼少期の逆境体験は、生涯に渡り心身のあらゆるリスクを高めることが明らかになった。

- 子ども時代の逆境体験が多いほど、
- 生命予後不良

10項目

- 1 身体的虐待
- 2 心理的虐待
- 3 身体的ネグレクト
- 4 情緒的ネグレクト
- 5 性的虐待
- 6 家族のアルコールや薬物乱用
- 7 両親との別離
- 8 母親に対するDV
- 9 家族の精神疾患
- 10 家族の服役

各1点、計10点
※ 8-10は後年追加

次が公衆衛生的な研究で、ACE研究（ACE STUDY）です。逆境的な小児期体験が大人になってからの心身の状態にどう影響するかを研究したのになります。これは、1998年にアメ

リカの中所得層以上の1万7千人を対象に、18歳までに右の項目の体験の有無を聞いて、それと今の健康状態を聞き取ったものです。これは内科の肥満の専門医が中心になって、保険会社のもと実施されたと聞いています。それを見ますと、幼少期の逆境体験が生涯にわたって心身のあらゆるリスクを高めるということが分かりました。体験の数が多いほど、生命予後も不良だということが分かりました。最初の研究ではここに挙げた10項目のうち3、4、7番は後に追加された項目になっています※1。

現在、児相が虐待として扱っているのは1番から5番ですが、実際にはアルコール・薬物乱用、親との別離、DV、精神疾患、家族の服役も大きな影響を及ぼしています。

※1 当日の講義内容を修正します。正しくは本記載のとおりです。

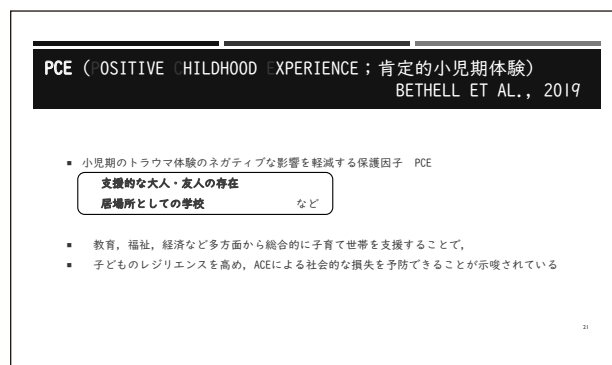


具体的にACEスコア、その体験の数と様々な疾患の関連性を見ますと、ACEスコアが4点以上の人は、0点の人に比べると抑うつが5倍弱、自殺企図が12倍、アルコール依存が7倍、薬物依存が10倍になっています。これは精神科の臨床を見ていると実感するところです。

また、50人以上との性行為が3倍、それに伴って性感染症も高くなります。Fellitが内科医として重視したのは、がんや脳卒中、糖尿病、いわゆる生活習慣病、もともと生育歴がそれほど関与しないと思われていた内科疾患にも、大きな影響があったということです。その他、骨折というような一見何も関係なさそうな事故的な外傷にも関わっていることが分かり、非常に大きなインパクトを残しています。その研究から

いろいろな研究が派生しています。

スコア6点以上の人は0点の人に比べると寿命が20年ほど短く、それを踏まえて、逆境体験の数と生命予後が相関するというのが示されています。右側の三角形のシェーマの一番下が逆境の小児期体験です。その逆境があることによって社会的・情緒的・認知的な障害を来し、それにより、健康を害するような行動を取ることに繋がります。例えば、度を過ぎた飲酒や喫煙、薬物もそうですが、そのような危険な行動を取ることによって、実際に病気や障害、そして社会的な問題—例えば逮捕など—を起こします。最終的には、「早死にする」、「早く亡くなる」という説明になります。



この講演会にあたり、事前に「保護的因子はないか」という質問をいただいています。

保護的な因子については研究が少しずつ出ています。ACEに対比して、PCE—肯定的な小児期体験—があります。PCEは小児期のトラウマ体験のネガティブな影響を軽減する保護因子となっています。支援的な大人や友人がいるか、家庭以外に学校などその子の居場所があるか、それらが保護因子として働くといわれています。保健師の定期的な家庭訪問も保護因子だと指摘されていると思います。教育、福祉、経済など、多方面から総合的に子育て世帯を支援することで子どものレジリエンスを高めて、ACEによる社会的な損失を予防するということが示唆されています。

脳画像研究：幼少期の虐待は脳を変える

- ✓ 厳しい体罰により、前頭前野(感情や思考をコントロールし犯罪抑制力に関わる部位)の容積が19.1%減少 (Tomoda A et al., Neuroimage, 2009)
- ✓ 言葉の暴力により、聴覚野(声や音を知覚する脳部位)が変形 (Tomoda A et al., Neuroimage, 2011)
- ✓ DV目撃により、視覚野(空間認知などに関係する脳部位)の容積が16%減少 (Tomoda A et al., Neuroimage, 2012)
- ✓ 性的虐待により視覚野の容積が18%減少

ここで画像の研究についてもお話をします。

日本の小児科の友田医師が日本の子どもを対象に行った研究が以下に示されるとおりです。友田医師は、最初に紹介したMartin.H.Teicherのもとに留学し、研究して日本に持ち帰られて、現在は福井大学にいらっしゃいます。

厳しい体罰によって前頭前野の容積が20%弱減少します。前頭前野というのは、感情や思考をコントロールして犯罪抑制力に関わる場所です。言葉の暴力によって聴覚野が変形し、DVの目撃によって視覚野の容積が減少します。性的虐待によっても視覚野の容積が減少するといった研究結果が出ています。文字通り本当に脳を変えてしまうということが示されました。

被虐待児の心理的、行動学的特徴

- 落ち着きがない
- 警戒心が強い(他者を信用しない→ラポール形成が容易でない) ⇔ 初対面の人にもべたべたする(極端で不自然な対人距離の取り方)
- 天邪鬼
- 加害者への迎合、traumatic bonding: 加害者の機嫌を損ねないように行動する。加害者をかばい、自分を責める。
- 対人コミュニケーションの苦しさ: 特に同世代の子どもとうまく関われない。(学校や施設、一時保護所での対人トラブル)
- 感情コントロールの苦しさ: イライラしやすい、すぐネレる、気分の浮き沈みが激しい
- 不安、抑うつ、身体症状
- 攻撃的、共感性の欠如
- 反社会性、非行
- 性化行動・再演: 年齢にそぐわない性的知識・関心・行動。トラウマを遊びの中で繰り返し再現する。
- フラッシュバック、悪夢
- 解離: 急に一人称や口調、目つきが変わる。何をしていたか、何を話していたかわからなくなる etc

TRAUMATIC BONDING

- ・被虐待児が加害者に対し形成する不健全・病的な絆。
- ・しばしば自責的・自己犠牲的で、加害者に迎合するような言動を伴う。
- ・治療においては、この絆による認知の歪みの解消が必要だが、時間がかかる。加害者との分離は必須。
- ・受着行動と性的行動の混乱: 幼少期からの性虐待被害者は、受着対象に無意識的に性的な行動を取る可能性がある。

→再被害は避けたい

① 入居は犯人に好意を寄せるようになった。
② 生き残るためには、犯人に迎合するばかりに選択権がないという状態の状態で、合理的かつ合理的な戦略

ストックホルム症候群
誘拐事件や監禁事件などの犯罪被害者についての臨床において、被害者が生存戦略として犯人との間に心理的なつながりを築くこと。心的外傷後ストレス障害として扱われる。
1973年8月、ストックホルムにおいて発生した銀行強盗人質立てこもり事件において、人質解放後の捜査で、犯人が寝ている間に人質が警察に銃を向けるなど、人質が犯人に協力して警察に敵対する行動を取っていたことが判明。また、解放後も人質が犯人をかばい警察に非協力的な証言を行った。(Wikipedia)

脳が変わるぐらいですから、いろいろな行動の変化も伴ってきて当然で、被虐待児の心理

的・行動学的な特徴にはどんなことがあるかというのを示しています。一言で表現すると、多彩で非特異的だと言えます。

「落ち着きがない」ということでADHDだと診断が付いたりします。「警戒心が非常に強い、人を信用しない、ラポール形成が容易でない」ということは子どもに限らず大人でもあります。警戒心の強さは、気付かれやすいのですが、逆に、初対面の人にべたべたするというのもよくある被虐待児の行動です。性的虐待でよくあります。極端で不自然な対人距離の取り方をします。

天邪鬼で、コミュニケーションが苦手、学校や施設などの集団の場で対人トラブルが絶えない、感情のコントロールができない、攻撃的、共感性の欠如、反社会性も目立ちます。

非特異的な特徴が多いという話をしましたが、一方で特異的と言えるものもあります。1つが加害者への迎合です。これをTRAUMATIC BONDINGといいます。子どもは加害者の機嫌を損ねないように行動しないと生きていけない環境にいますので、加害者をかばって自分を責める傾向があります。これが治療の妨げになって、せっかく虐待の家からやっと引き離れたのに戻ってしまうということが起きます。

その他に特徴的・特異的なものとして、性化行動・再演があります。これは年齢にそぐわない性的な知識、関心、行動です。これは幼児期から見られます。性行為の目撃も性的虐待に入りますが、そういう性的な場面にさらされていますと、それを遊びの中で再現するということがあります。それを再演といいます。例えば、シルバニアファミリーで遊んでいて、お父さんと子どもが一緒に布団に入って何かしていたり、ぽぽちゃん人形を使っておまごとををしていて、「おむつ替えるよ」と言いながらおむつを外して陰部に物を出し入れしたりというようなことを遊びの中ですることがあります。こういう子どもは何か不適切な性的場面にさらされている可能性がとても高いと言えます。また、フラッ

シュバック、悪夢、解離というのもトラウマの特徴的な症状です。フラッシュバックは気を付けないとフラッシュバックだということに気付かれないことがあります。

トラウマ症状・後遺症	
<ul style="list-style-type: none"> ● Traumatic bonding：トラウマ性の絆 ● 夜尿、遺尿、遺糞 ● 抑うつ、いらいら、集中困難 ● フラッシュバック・悪夢・不眠 ● 解離（健忘、幻聴、幻視） ● 認知の歪み ● 自己肯定感の低下 ● 情動・衝動コントロール不良：攻撃性、反社会性 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自傷・暴力・OD ● 物質依存：アルコール、たばこ、市販薬、処方薬、カフェインなど ● 自殺
援助希求能力の乏しさ：「助けて」が言えない 未来の短縮感：「自分は長生きしない」	

先のスライドで紹介したものについて、いくつか取り上げて説明します。TRAUMATIC BONDINGは、加害者に対して形成する不健全で病的な絆のことをいいます。これは愛着とは別の病的なものです。この絆は、自責的かつ自己犠牲的で、そういう形でしか成立せず、自分が我慢すれば何とかやっていけるという形の絆です。「機嫌を取る」、「迎合する」というような言動を伴います。こういう子どもは加害者だけではなく、例えば学校でちょっと怖い先生やその場の一番の権力者を敏感に察知しますので、そういう人にすり寄るような言動をすることがあります。そして認知の歪みが必ずあります。「自分が悪い」、「あの人は悪い人じゃなかった」、「僕、私のためにやってくれたんだ」というように、認知に歪みがあり、それを修正するのに時間がかかります。特に、性加害の場合、加害者との分離は必須です。加害者と同じ居ながら性的虐待の治療をすることはできません。

子どもの臨床で経験がある方は分かると思うのですが、愛着行動と性的行動の混乱というのは、知らないと異質な感じがするかもしれません。子どものころから性的虐待を受けていると、愛着対象に無意識に性的な行動を取ることがあります。例えば、診察室に入ってきた初診の小学生の女の子が、初めて会う男性の治療者の膝の上に乗ることがあります。こういうのは、その子は相手がどうしたら喜んでくれる

かということを誤学習しているからです。愛着を示して自分をかわいがってもらいたい、大事にしてもらいたいという愛着行動と、性的な行動が混乱しているのです。

このTRAUMATIC BONDINGの分かりやすい形として出ているのは、ストックホルム症候群といわれるものです。1970年代にストックホルムで起きた銀行強盗人質立てこもり事件がありました。人質が解放された後、捜査したところ犯人に協力的に振る舞っていた人質がいました。解放された後も犯人をかばって警察に非協力的な証言を行ったということです。表面的に見ると、「人質が犯人を好きになってしまった」というような理解になると思うのですが、実際にはこのような生きるか死ぬかといった極端な状況、究極の状況に置かれると、人は本能的かつ合理的な戦略として、犯人に迎合するしか選択肢がないというような状況になるわけです。これはPTSDの1つの症状だと理解する必要があります。虐待で起きていることも同様です。子どもは自分で環境を選べないので従うしかありません。

援助希求能力の乏しさ、これは大人にも多く、児童相談所のケースの親御さんにもあります。「助けて」と言えない。「誰も助けてなんて言ってないじゃないか」、「関わってくれるな」、「ほっといてくれ」と言うことが、子どもにも親にもあると思います。

また、「未来の短縮感」というものもあります。児童養護施設の職員が高校生になってきた子に、「二十歳になったら一緒にお酒を飲むのを楽しみにしているからね」というようなことを何気なく言ったときに、「ああ、大丈夫。私はそれまでに死んでるから」と子どもが返すのを私は何回か聞いたことがあります。「自分は長生きしない」、「生きていてもどうせろくなことがない、この先いいことはない」と思っている子が多いのです。これはその子の「気のせい」かというと、先ほどのACEの研究を見るとあながち「気のせい」でもない環境にいる、そう


いう状況にあるということを理解してあげる必要があると思います。

自傷、暴力、OD、物質依存、自殺は、精神科医療に直結していくような後遺症になっていきます。

子どもの実際のトラウマ症状は多彩で非特異的

- おとなに身をゆだねることができない、甘えられない
- 共感性に乏しい
- ひとの気持ちがわからない
- 自分の気持ちを話せない
- ストレスの身体化（慢性的な頭痛、腰痛、倦怠感など）
- キレやすい、感情のコントロールができない、特に身内に爆発
- 自傷、他害（リストカット、過量服薬、暴力）
- 能動性に欠け、すぐあきらめる。主体的に何かに向かうこと、持続力をもって何かに向かうことが不得手。
- ex 高校中退、仕事が続かない
- 未来の想像感：「大人になる前に死ぬ」
- 見捨てられ不安が強い、嫉妬深く、いじめ、ひとりになるのは怖い。（敵か味方が、支配・被支配の関係性）
- 友達をうまく作れない、表層的な人間関係、断れない。
- 外的刺激・内的衝動にたえず振り回される：携帯電話、薬物への依存
- 感覚性が分化しきれてない、混乱している（ex: 痛みが鈍感）
- 睡眠障害、排泄の問題（夜尿、遺尿、遺糞）
- ごく簡単なルールが守れない（自己コントロールが育てられていない）
- うそ、反対言葉が多い、天邪鬼
- 非行、盗み
- 一見「かわいげがない、わがまま好き勝手」???

「困った子」＝「困ってる子」



ここも繰り返しになりますので、ピックアップします。

不定愁訴が続く、自傷、他害、その他では、能動性を欠いていてすぐ諦めることがよくあります。学校をすぐ辞める、高校を中退する人が多いです。主体的に何かに向かうこと、持続力をもって何かに向かい続けることが不得手の傾向にあって、大人でも仕事を転々としていることがあります。なかなか自分から人を信用しないのですが、一方では見捨てられることに不安が強く、「一人になるよりはましだから」と暴力を振う相手から離れられないことも結構あります。人間関係が敵か味方か、支配か被支配かといった極端な関係性になりがちです。

こういう子どもが例えば学校、保育園、幼稚園、施設などにいると、支援者からすると大変です。本当に「困った子」になってしまうのです。そういう子を「困っている子ども」だということを支援者が理解して、「何かトラウマ体験が今あるのではないか」、「今そういう環境にあるのではないか」、「過去にあったのではないか」と、支援者が気付いてあげる必要があります。

幼少期のトラウマに関連する診断・病態

- 発達障害（ASD・ADHD）との類似
- 反応性愛着障害
- 反抗挑戦性障害
- 行為障害
- 摂食障害
- PTSD
- 解離性障害（幻聴・幻視・健忘）
- ＊統合失調症との類似
- 気分障害（うつ・双極性感情障害）
- 強迫性障害
- 物質使用障害（依存症）
- 人格障害

「ADHD×虐待→反抗挑戦性障害→行為障害→反社会性人格障害」を
DBD（破壊的行動障害）マーチ、出世魚現象と呼ぶ

幅広い年齢層、多彩な病態
ひとりに複数の診断がつく
年齢とともに病態が変遷
「虐待は撃」

精神科医療の中でトラウマに関連する診断・病態というのは様々あります。

「発達障害との類似」という点では、先ほど、ASD・ADHDとの鑑別ができないような状態にあるなど、自閉症の率が高くなるという研究を紹介しました。このスライドは項目が下にいくほど大人につきやすい診断、上が子どもにつきやすい診断です。

「反応性愛着障害」、「反抗挑戦性障害」、いわゆる非行や「摂食障害」、「解離性障害」も多いです。解離性障害では、統合失調症との鑑別が難しく、誤診される場合もあります。「双極性障害」も多いかと思います。ADHD、多動・衝動性の強いお子さんというのは、なかなか育てにくく養育者が何回言っても子どもが同じことを繰り返し、養育者も手が出てしまう。不適切な養育になり、虐待になってしまう。そうすると、子どもは、周りの大人は全て敵のように感じて「反抗挑戦性障害」になり、さらにひどくなると、「行為障害」、万引きとか暴力事件を繰り返す。さらに大人になって、「反社会性人格障害」というように診断が変わっていく。このように、だんだん派手派手しい診断になっていくことをDBDマーチ、出世魚現象と呼んでいます。

幅広い年齢層で、多彩な病態が見えてきます。私たちは「親御さんの診療情報をください」とお願いすることが多々あり、そうしますと、この中の診断が複数ついているお母さんがいっぱいいます。そのようなお母さんを見ると、（ああ、お母さん、被虐待歴ありますね）ということが分かります。年齢とともに病態が

変遷していく実態を考えると「虐待は鑿（のみ）である」という Martin.H.Teicher の言葉は説得力があると思います。

PTSD（心的外傷後ストレス障害）

単純性PTSD：単回のトラウマ体験による
ex：地震、火事、交通事故
①侵入体験（フラッシュバック、悪夢）
②過覚醒（睡眠障害、イライラ、過剰な警戒心、集中困難）
③回避（出来事に関する思考や感情の回避）


複雑性PTSD：長期的反復的トラウマ体験による
ex：戦争体験、被虐待、DV
単純性PTSDの3症状+
④感情制御困難
⑤否定的自己概念（「自分は生きている価値がない」など）
⑥対人関係障害

*複雑性PTSDは国際疾病分類ICD-11からようやく公式診断に
*発達性トラウマ障害という概念も

PTSDについて、一番研究が進んだのはベトナム戦争だといわれています。

複雑性PTSDというのは、長期的反復的なトラウマ体験によって起きるもので、単純性PTSDにプラスして、感情制御の困難、否定的自己概念、対人関係障害が追加されて、ようやく公式診断になりました。

トラウマのメガネ
～トラウマ・インフォームドケア 野坂祐子



1. トラウマの視点から問題行動を捉え直す
2. これまで気づくことのなかった子どもの「心のケガ」が可視化
「知らないものは見えない」
3. その「心のケガ」に対して適切なケアを行う
4. 問題行動の改善

* 年齢が低いほど、よい変化は起きやすい
* 頭ごなしの叱責をしていると事態は悪化する

先ほど、「困った子」は「困っている子」と支援者が気付く必要があるという話をしました。そのために必要な視点がトラウマ・インフォームドケア（TIC）、トラウマのメガネといわれているものです。トラウマの視点から問題行動を捉え直すことによって、「この子は何か心にケガをしている子かもしれない」と支援者が気付いてあげることが必要です。こういう症状が、こういう行動の表れがトラウマ症状だということを知らないと気付きませんので、知っておくことも大切です。それだけでなく、心のケガに対して適切なケアを行うことも重要で、それによって問題行動は改善していきます。

子どもは可塑性がありますので、年齢が低ければ低いほど、よい変化が起きやすいと言えます。

高校生になって初めて児童相談所につながる子というのは支援が難しい。一方で、幼児や小学校低学年だと子どもの変化を実感することができます。

支援者が頭ごなしの叱責をしていると、家庭での虐待体験の上塗りになり、事態は悪化していきます。

トラウマのメガネをかけてみる

表面的には

- かわいげがない子
- 天邪鬼で指示が通らない子
- 攻撃的で反発してばかりの子
- 暴力的な子
- 性的なトラブルを繰り返す子
- 学校にいかず、悪態ばかりついている子
- わがままで自分勝手、何をやらせても続かない子
- 支援を受け入れない子

本当は・・・

- 傷んでいる子 困っている
- でも・・・
- 人を信用できない
- SOSの出し方がわからない
- 誰も助けてくれないと諦めている
- 自分は助けてもらう価値がないと思っっている

トラウマのメガネをかけて見ると、表面的には、かわいげがなかったり、攻撃的で反発的で暴力的だったり、悪態、暴言ばかり吐いている子どもが、実際は、傷ついていて困っているけれども、人を信用できない、SOSの出し方が分からない、誰も助けてくれないと諦めている、助けてもらおう価値が自分にはないと思っっているということが見えてきます。実際こういう子どもが多いです。「助けてと言っていていいと知らなかった」とか、そういう言葉を聞きます。

子どもの性被害の特徴

- ✓ 身体的・心理的に圧倒的な力関係の不均衡を利用しての被害
(幼少期の力関係は後々まで持ち越される)
- ✓ 子どもは年少であればあるほど、何が起きたか理解していない
- ✓ しかし、言語的・非言語的なメッセージを受け、「良くないこと」「言うてはいけないこと」と理解している
- ✓ 子どもの特性のために、日時・場所の特定など立件するために必要な情報が不足しがち。日常的な被害はかえって日時の特定が難しい場合も。
- ✓ 多くの場合、性的虐待は子どもの体に痕跡を残さない。粘膜の再生は速い。
しかし、被害後72時間以内なら婦人科受診を！
① 加害者のDNA採取。 ② 緊急避妊ピルの適応
- ✓ 大人も子どもも、トラウマ的な記憶は、断片化される。時系列に沿って、ストーリーとして記憶されない。

ここから、性的虐待についてお話をしていきます。

子どもの性被害において、加害者は身体的・心理的に圧倒的な力関係の不均衡を利用して、それを重々承知の上で、加害をしています。時々、幼児期から始まった性的虐待を高校生に

なって開示して、その加害者が例えば祖父だということがあります。今、祖父は70代、本人は高校生。本気になって立ち向かえば抵抗できるのではないと思われるのですけれども、始まった時の力関係は非常に重要です。幼少期の力関係が後々まで持ち越されますので、被害者はもう絶対勝てない、逃げられないと思い込んでいます。

子どもが年少であればあるほど、性的な行為の意味が分かりませんので、何が起きたか理解していません。一方で、言語的・非言語的なメッセージを敏感に受けて、これは「なにか良くないこと」、「言ってはいけないこと」と理解して、他者に言えずにいることが多いです。また、子どもの特性でもありますが、日時や場所の特定等、事件化するために必要とされる情報が取れないことが多いです。家庭の中で日常的に被害に遭っていた場合—例えば、年単位で被害があった場合—、「何月何日の何時に被害に遭いましたか」と聞かれても、子どもはそれに答えることができず、事件化が難しいということがあります。

また、医療者にも誤解されていることですが、性的虐待は子どもの体に痕跡を残さないことのほうが多いです。証拠が残らないのです。婦人科の診察を受けても異常はない、しかしながら被害に遭っているということは珍しいことではありません。粘膜の再生が早いこと、暴力的な手段を用いなくても加害者が犯行できる状況にあることから、ケガやあざなどが残らないこともあります。被害後72時間以内の場合には、加害者のDNAが取れたり、緊急避妊ピルの適応になったりしますので、受診することは無意味ではありません。子どもは「自分の体はけがれてしまった、傷物になってしまった」と、後々も苦しむことになりますので、受診して、「あなたの体はすごくきれいで何の傷もない」と専門医に言ってもらうことにも大事な意味合いがあります。大人も子どももそうですが、トラウマ的な記憶は断片化されて、時系列やストー

リーとして記憶されず、事件化できないというところに繋がります。

家庭内の性被害

- ・他人が気づきにくい
- ・長期にわたり繰り返される
- ・子どもにとって、それが異常な体験であることを理解することが難しい（多くは子どもが理解できる年齢より前に加害が始まる）
- ・他の家族がまったく気づいていない場合、うすうす感づいている場合、家族の前で起きている場合も
- ・加害者に対する歪んだ絆の形成（traumatic bonding）
- ・なかなか開示できない（介入されるケースは氷山の一角）
- ・子どもが一旦開示しても加害者に対する処罰感情があるとは限らない（両極端的感情）
子どもは加害者が処罰されることで、家族の生活が壊れることを理解している（親の別居・離婚、続く経済的困窮）
- ・母親のパートナーが加害者の場合、母親が心情的に子どもと加害者のどちら側につくかが子どもの予後を大きく左右する

性被害が家庭内で起きますと、家庭という密室であるため、他人の目が入りません。他人に気付かれないので長期にわたって繰り返されます。幼い頃から始まっていると、子どもにとって異常な体験であることを理解することが難しい。子どもが理解できる年齢より前に、グルーミングによって少しずつ加害が始まって、エスカレートします。他の家族が全く気付いていない場合もありますが、実際にはうすうす感づいている場合や家族の前で堂々として行われている場合もあります。そこにはDVがあって、お母さんは気付いているけど言えないという場合もあります。

TRAUMATIC BONDINGを形成する一番厄介な被害が性被害です。最近ジャニーズの事件等、いろいろな性加害に関して報道され社会的な認知が広まってきましたが、なかなか開示できません。介入されるケースは氷山の一角です。いったん開示したとしても、子どもは加害者に対して処罰感情があるとは限りません。家庭内の性被害の難しいところです。子どもなりに加害者、例えば父親が逮捕される、収監されるとなると、家族の生活が立ち行かなくなること理解していたり、例えば加害者が養父である場合—自分の実親ではないけれども、自分の妹や弟の実親である場合—に、自分が被害を言うことで妹や弟から父親を奪ってしまうことになると考えたりします。そのような複雑で両極端的な感情を持っていて、必ずしも処罰感情があるとは限りません。血縁のある実父からの被害

の場合にも、両価的な感情を持っていることは珍しくはありません。

子どもの予後を一番左右する因子は、非加害親が情動的にどちら側に付くかです。例えば父親が性的虐待をしていた場合に、母親が子どもの話を信じるか、加害者の話を信じるか、どちらに付くかによって、子どもの予後が大きく影響されます。私自身、児童相談所に来て、加害者側に付いてしまう親が多いことに非常に驚きました。

子どもに見られる性虐待のサイン

- 性虐待に特異的、性虐待を強く疑う子どもの様子
 - 性化行動：年齢にそぐわない性的な言動
 - ex) 幼児が服をめくって腹をくっつける、過度の自慰行為、他者のプライベートゾーンを触る
 - 再演：人形やままごと、お絵かきなど遊びの中で性的場面を再現する
 - 対人距離のちぐはぐさ：極端に遠い近い、場にそぐわない
 - ex) 女兒が初対面の男性の膝に乗る

解離：健忘、幻聴、幻視（「おばけがいる」）。特に性的虐待と強く相関

子どもにはいろいろな性虐待のサインがあります。解離はよく見られる性虐待のサインです。解離の子どもがいたら性的虐待を強く疑います。解離というのは、健忘や幻聴、幻視をさします。幻視として、子どもは「おばけがいる」と表現することが多く、「黒い影が見える」と言うこともあります。子どもは解離をしやすいのですが、聞かれないと言わないという傾向もあります。「他の子どもそうだと思っていた、だから言わなかった」という子どもも多いです。

子どもはなぜ開示しないのか

- グルーミング（手なづけ） 「いつも嫌な人ではなかった」
「〇〇と一緒に遊んでくれた」
- 秘密 「誰にも言うなと言われた」
- Traumatic bonding
- 恐怖 「とにかく怖い」「言ったら家族がバラバラになるぞ」
- 混乱 「何が起きたかわからない」
- 自責感 「自分が言うことを聞かなかったから」「自分が馬かった」
- 恥 「自分は汚れてしまった」

→→→ 「誰にも言えない」

「あなたは悪くない。もう大丈夫」
安全の確保は大人が責任を持って

大人も性被害をなかなか開示できないですが、子どもが開示できない理由の一つに、グルーミングの影響があります。いつも嫌な人ではなかった、おもちゃを買ってくれたりお菓子を買っ

てくれたりして一緒に遊んでくれた人に、「おまえだけ特別だよ」と言って性被害を受けていた。特に、虐待を受けてきた子どもは、「特別だよ」と言われてかわいがられると、「特別だよ」と言ってくれる人に付いて行きます。そのように付いて行った自分が悪かったと自責的になります。もちろん、口止めされている場合もありますし、恐怖や混乱があることもあります。性的虐待というのは、特に恥の概念、恥の感覚が非常に強いと言われていて、誰にも言えないことになっていきます。

子どもと日常的に接する専門職の方は、開示を受ける可能性がある立場にいますので、もし話を聞くことがあれば、ぜひ「あなたは悪くない。もう大丈夫だよ」と言って、安全を確保していただきたいと思います。安全の確保というのは、要するに通告、通報するということです。そして、加害者から分離するということが必要になります。これを子どもが自分の力でやることは非常に難しいので、大人が責任を持って行う必要があります。

時々、高校生になって性的虐待を開示したと言って児童相談所につながったケースがあります。よくよく話を聞くと、その子は中学校・小学校からODを繰り返していて、入院歴もあり、入院中に病院の職員に「お父さんが布団に入ってくるんだ」という話をしたけれども、「一人で乗り越えられる？」と聞かれてそれでおしまいになっちゃったと言うのです。その時、児相に通告はありませんでした。このような状況では子どもが自分の力で乗り越えられることはないのです。ずっと被害に遭い続けていますし、1回開示しても受け流されると、「もう1回話してみよう」とはなりません。

開示のプロセス

- ・被害の開示は遅れることが多い（特に性的虐待）。
 - ・開示のプロセス
 - 否認→ためらいがち（部分的）→積極的→撤回→再度肯定
 - ・家族や養育者、周囲の反応により、さらなる開示が促される場合とそうでない場合がある
 - ＊性的虐待の20%が否認に転ずる。否認のリスク因子として、非加害親のサポートの欠如があげられる。
- Malloy LC, Lyon TD, Quas JA. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007

・見知らぬ人にトラウマ体験を話すということは、再トラウマ体験になりやすい→付添いの取り組み

11

開示にはプロセスがあるといわれています。開示した後に「いや、あれは嘘だった」と言うことも決して珍しくありません。否認しても、「いや、でもこのところは本当だったんだ」等、部分的に開示して積極的に話し始めたかと思うと、また撤回する等、複雑なプロセスを経ます。なぜこのようになるかという、家族や養育者等、周りの人の反応が大きく影響するからです。性的虐待の2割が否認に転ずるといわれ、その否認のリスク因子として、非加害親のサポートの欠如というのが挙げられています。

もう一つ大事なことは、見知らぬ人にトラウマ体験を話すことは、再トラウマ体験になりやすいということもあります。「誰に何をされた」と話すこと自体が、その体験を脳で再生することになり、再トラウマ体験になりやすいです。

開示のタイミング

- 加害者との分離
 - ex) 親の別居、離婚
- 被害の意味がわかったとき
 - ex) 学校で性教育を受けた
 - 学校のアンケート
 - 友人や交際相手に指摘された

12

開示しにくい子どもがどんなタイミングで開示するかについてですが、よくあるのは加害者と思いがけず分離された時です。例えば親が別居した、離婚した時です。きょうだいからの被害だった場合は、例えば加害者である兄が進学や就労で家を出たというような時で、分離されて少し時間を経て開示することが多いです。

被害の意味が分かった時も開示のタイミン

グになります。学校で性教育を受けた時に、「あっ、そういうことだったんだ」と子どもは分かります。今は学校で、いじめだとか虐待に関して定期的に、学期の初めや終わりに、アンケートを取っていることが多いのですが、その際に虐待について書き、それをきっかけに通告が入ることも多いです。

友達や交際相手に何の気なしに、例えば「お父さんが一緒にお風呂に入ってくるんだよね」とボロっと言ったときに、その相手から、「それって性的虐待というんじゃないの」と言われて、スマホで自分で調べたら、自分がされてきたことが虐待だと初めて分かったということもあります。

やっと開示しても・・・
周囲の大人の否認

「まさかあの人がそんなことをするはずがない」
「この子はよく嘘をつく」
「子どもの方から誘った」

→ 二重三重の傷つき体験
孤立無援感↑
絶望感↑

子どもが性被害を開示したら、まずは受容的な態度で子どもの話を聞いてください
今の安全を確認し、「誰から、いつ頃、何をされたか」聞いたら、通告を！
× 「本当？」 「そんなことあるはずがない」 「忘れなさい」

13

子どもがようやく性被害を開示したときに、加害者を知っている人がそれを聞くと、「えっ、あの人が」というような反応を示すことがあります。仕方ない部分もあるのですが、「いや、あの人はそんなことをする人じゃないよね」というその人の主観が表情や言葉に出てしまうと、子どもは開示を引っ込めてしまうということがあります。

もっと露骨に、開示をした子どもについて、お母さんが「この子はよく嘘をつく子ですから」、「子どものほうから誘った」、「あんたのほうから誘ったんでしょ」と言うことも残念ながらあります。こういうことがあると、子どもにとっては二重三重の傷つき体験になります。子どもは孤立無援感や、学習性無力感—「私が言っても誰も助けてくれないんだ」という体験—によって絶望していきます。

子どもが性被害と言えなくても何かを開示を

することがあれば、「ああ、そんなことがあったんだね、もうちょっと教えて」と聞いて、「誰がいつ何をしたか」ということを簡単に聞いたら通告をしていただきたいと思います。

今が「安全ではない」という場合は、特に通告が必要です。「何年か前の話で、もうその人は今いない」という場合はそこまで切迫していませんが、今、同居している家族であれば、即刻通告をしていただきたいと思います。「本当にそんなことがあったのか」、「そんなことがあるかな」等—最もよくないのは、「忘れなさい」と言われることですが—そういうことを周りから言われてしまうと、子どもは二度と開示しなくなります。

また、この「いつ誰に何をされたのか」という「いつ」を聞かないほうがいい場合もあります。「誰が何をしたのか」だけを聞いて、しかるべき機関につなげていただきたいと思います。

RIFCR 研修

- 虐待・ネグレクトや犯罪などの人権侵害を受けたことが疑われる子どもを発見した人が、どのように子どもから話を聞き、通告するかをマニュアルにまとめたもの。
- アメリカのNPO CornerHouseで開発され、チャイルドファーストジャパンが全国で研修を実施。

主な対象：保育士、幼稚園や小中学校の教職員、医師、保健師、心理士、市町村職員、児童相談所職員など

このときに、どんな態度でどういうふうに聞くのがベストかというのを学ぶ研修があります。RIFCR 研修といいます。子どもが性被害を開示するのは、学校や幼稚園、病院でも、子どもと日常的に接する人にとっては思いがけないタイミングです。思いがけないタイミングで子どもが開示したときに、どのように話を聞いて通告するといったのかについて、研修で教えてもらいます。この研修は、日常的に子どもに接する方にはぜひ受けていただきたいと思います。なぜ大事かというと、あまり根掘り葉掘り聞きすぎると、その後の捜査にマイナスの影響が出て、立件できないということが起こるからです。

予後

短期的予後：学業や対人面での置き、がんばれない

長期的予後

- 思春期：自傷、OD、売春（若年姙娠、性感染症）、依存症、非行
- 成人期：上記の持ち越し・増悪、人格障害

被害者から加害者へ転ずる前に支援を（トラウマインフォームドケア）
助けてと言えないひととつながるスキルを

予後を変えるために

- 非加害親が子どもの絶対的な味方として支援できるかが鍵
例：父や養父による性的虐待。母が子の被害を知って、子どもの側につくか、父／養父の側につくか？
- 子どもの安全・安心な環境を整える（児童相談所や家庭裁判所の役割）
- 性的虐待の場合は特に、加害者との分離、面会交流の禁止が必須
- 主治医がいれば、ぜひ協議を

予後を変えるために一番大事で、子どもにとって意味のあることは、非加害親が子どもの絶対的な味方として支援してくれることです。これによって予後がよくなります。ひどい性的虐待を受けていても、お母さんがお父さんときちんと別れて、「あなた（子ども）のために」と言って一緒に治療に付いてきてくれる等、お母さんが子どもを支援してくれること、それがベストです。しかしながら、そうでない場合もあり、子どもが自殺企図を繰り返す等、悲惨さを増すこともあります。子どもの安全・安心な環境を整えることが最も大事なことで、これは児童相談所や裁判所の役割であると思います。より具体的に言えば、確実に、加害者が接近できないようにすることです。性的虐待の場合、特に加害者と分離をし、面会行為を禁止しないと治療はできません。主治医がいれば、どのような支援がいいのか主治医と協議していただきたいと思います。

子どもがストレスに曝された時

子どものストレスサイン

- 明らかなサイン
 - 泣く、笑う、動き回る、部屋から飛び出す、暴れる
 - 震える、チック、床を見つめる、引きこもる etc
 - かすかなサイン
 - 黙り込む：非協力的な場合と圧倒されている場合がある
 - 部屋の中を見回して助けを求める
 - 圧倒されると解離する つらいためこころを飛ばしてやり過ごす
- 「子どもが逃げ場がないときの逃避」
 トラウマ記憶が刺激されて起きる生体反応 <脳の原始的な自己防衛>

子どもがストレスに曝された時にはいろいろな反応があります。分かりやすい反応と分かりにくい反応、知らないと気付かない反応があります。知っておいてほしいのは「解離する、フリーズする」というサインです。子どもに逃げ場がないときに、こころがその場にいらなくなってしまふ、こころを飛ばしてやり過ごすということがあります。それが解離です。トラウマにより起きる生体反応で、脳の原始的な自己防衛だといわれています。

解離とは

- 意識、記憶、同一性、環境認識などの通常認識されている機能間の統合破壊
- 子どもの解離症状：子どもが「今、ここ」にいない
 - 急激な呼吸の変化
 - 固まる 動かなくなる
 - 目が左右に動く
 - ガラスのような目：「そこにいないかのように」感情が感じられない
 - 急激に話し方が変わる：急にしゃべらなくなる、幼い言葉使いになる
 - つい最近のことを覚えていない etc
- 解離性障害の9割超に性的虐待あり（杉山登志郎）

子どもの解離に一旦気付くようになると、目につくようになると思います。解離すると子どもは「今、ここ」にいない状態になります。例えば急に動かなくなる、急に固まる、無表情になって目だけがゆっくり左右に動いている、目は合っているんだけど無言になってガラスのような目－グラッシーアイ（glassy eye）というのですが－で、視線が通り抜けていくような感じ、そこにいないかのような、感情が感じられないような状況になります。

その他には、急激に話し方が変わる、急にしゃべらなくなる、一人称が急に変わり、普段は「わたし」と言っているのに急に「おれ」と言うようになることもあります。解離性障害の最たる

ものが解離性同一性障害、多重人格といわれるものです。解離性障害の診断のつく子どもにきちんと聞き取りをすると、9割超に性的虐待があったことがあいち小児保健医療総合センターで研究されています。

子どもにストレス反応が見られる時の対応

- ✓ 子どもが質問の内容を理解できない場合は、より幼い子どもでもわかるような表現に言い換える
 - ✓ 一旦休憩を取り、ストレスから回復する時間を取る
 - ✓ 子どもが「今、ここ」に戻るサポートをする 深呼吸、グラウンディングなど五感を使う
 - ✓ 子どもが信頼する家族や支援者を呼ぶ
 - ✓ 子どもの基本的な欲求を満たし、安全かつ安心な感覚を取り戻せるよう計らう
- ex：トイレに行く、水を飲む、おやつを食べる、空調の調整
- ✓ 付添犬の利用

では、子どもにストレス反応が見られているときの対応についてです。常識的に考えて分かることもありますが、子どもが質問の意味を理解していない場合には、簡単な言葉で言い換える、いったん休憩を取る等、「今、ここ」に戻れるようなサポートをします。五感を使うと戻りやすくなります。子どもが信頼する家族や支援者を呼んで一緒に来てもらうこともあります。少し水を飲む、飴をなめる等も有効です。付添犬も有効です。これに関しては最後にお話しします。

子どもの環境への配慮

- 子どもの置かれた環境は〈その子どもにとって〉安全ですか？
- 子どもは1人で勝手に育つものではない 暴力がなくても、ネグレクトだけでも子どもにとってはとても苛酷な状況
- 暴力・非行・自傷行為などは、その子どもが置かれた環境に何らかの問題があるという子どもからのSOS
- 子どもを叱って反省させることは、子どものSOSを無視し、子どもの絶望感を深めるばかりで何も解決しない

子どもの環境への配慮については、今置かれている環境がその子どもにとって安全かどうかことが最も重要です。子どもは勝手に一人で育つものではありません。ネグレクトは軽視される傾向がありますが、暴力を伴わないネグレクトであつても子どもにとっては過酷な状況になり得ます。子どものいろいろなSOSをきちんと受けとめ、取り扱うということが大事です。

トラウマ治療の実践

※治療の開始は、加害者との分離後

- EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法：眼球運動以外にタッピングや聴覚、触覚刺激）
- TF-CBT（トラウマ焦点化認知行動療法）
- PE（持続エクスポージャー療法）
- Somatic Experiencing®
- 自我状態療法 etc

※ひとつの手法で治療が完了することは稀

- 薬物療法：抗精神病薬、抗うつ剤、漢方薬など
- 親支援：PCIT（親子相互交流療法）
- CARE（Child-Adult Relationship Enhancement）
「安心場の輪」子育てプログラム

治療に関して質問をいただいています。

トラウマの治療として、トラウマに特化した治療があります。トラウマの治療については、トラウマに特化した治療をしないと基本的にはよくならないと思います。薬物療法はあくまでアシストでしかありません。トラウマ治療にはいろいろあり、最近増えていると思います。代表的なものとしてEMDR、TF-CBT、PE、SEがありますが、実際にはいろいろ組み合わせてやらないと難しいです。治療は、加害者と分離した後に行います。

薬物療法に関しては、このトラウマ治療を全くなしで薬物だけで治そうとすると、薬の過剰投与になります。過鎮静や肥満等、いろいろな副作用が出現することになりがちなので、タイミングを見計らってトラウマ治療をすることが大事です。トラウマ治療を担う治療者の不足も問題だと思っています。トラウマ治療はできても、「保険診療ではない」ということも大きな問題です。クリニックでは、例えば「1時間5千円」というように有料で行っています。このような家庭は経済的にも時間的にも余裕がないことが多いため、「保険が利かない」というのは日本の課題だと思っています。アメリカ等では、被害者への治療は総て無料で提供されています。

過量服薬 OD

- 市販薬だけでなく、処方薬の過量服薬も多い。
- カフェインの過剰摂取にも注意（モンスター）
- 肝障害、意識障害や死亡に至る例もあるため、薬をたくさん飲んだことがわかったら、救急外来を受診させた方がよい。対応：水分摂取。病院では輸液。

コロナ禍でODや性非行、女の子のパパ活や買春、自殺企図、それも集団でやるが増えました。栄の特定の場所にみんなで集まってODしてリスカして、皆で飛びおりにすることが続き、実際に亡くなってしまったケースもあると思います。栄が中央児相の管轄であり、栄で補導されると、警察がテロンテロンになった子どもを中央児相に連れてくるというようなことがあります。

ODに使われがちな市販薬でメジコンという薬がありますが、子どもはSNSで、何が最も効果的で、安く手に入るかよく知っています。処方薬の過量服薬やカフェインの過剰摂取も多いです。

自傷行為とその対応

- リストカット、抜毛、体を床や壁に激しくぶつける
- 自分を傷つけることによって、怒り、不安、緊張を緩和する行為
- 自傷行為 ≠ 自殺企図

- 集団の場から離れる
周囲からの刺激を減らす
周囲への影響を減らす
- 静かに声掛け
- 傷を癒してケア、必要に応じ医療的対応を
例) 冷やす、傷を洗うなど
それ以上の医療的処置が必要であればすみやかに医療機関受診

※ 抜毛は、手持無沙汰などに無意識にしていることが多いので、話しかけるなどすると止まることも

自傷行為に関しても、思春期の子どもにおいて大事なことであり、思春期特有の心理と言えるかもしれませんが、伝染するかのようには友達の間で移っていきます。それをSNSで発信する子がいて、それを見た子が自分もリスカをするといったことがあります。

自傷行為に関する誤った認識

- よくある誤解：「甘えているだけ」「注目を得たいだけ」「死なない」
 - 研究によると、**自傷行為を繰り返す人の自殺リスクは高い**。長い時間をかけて様々な自己破壊的行動を進展させ、最終的に自殺既遂へと至る例も。死なないとは言えない。
 - 自傷行為の多くは、一人きりで、誰にも気づかれず、知らされずに実行されている。
→ 人の気を引くための**アピールの行動**とは本質的に異なり、苦痛に対処するための**孤独な対処行動**根底に**人間不信**
 - **解離、依存症**との関連。体に痛みを加えることで、心の痛みを鎮める。「すごく悲しいときも涙が出ない」
 - 自傷により脳内麻薬様物質の濃度が上昇。対処行動として手放せなくなり、耐性を獲得し、次第にエスカレート。
- 「切っても辛いが、切らなきゃなお辛い」→「消えたい」「死にたい」
- 松本俊彦「自傷行為の理解と援助」

48

自傷行為は、「甘えているだけ」、「アピール」、「注目を得たいだけ」と言われることがあります。また、「どうせ死なない」とも言われていますが、自傷行為を繰り返す人の自殺リスクを追っていくと、「死なない」とは言えません。自殺既遂に至る例があります。「エスカレートしていく例がある」という点から、無視できないことを知っておいていただきたいと思います。

また、一部の方から自傷行為は「アピールだ」と言われることがありますが、自傷行為の多くは、一人きりで、誰にも気付かれず、知らされずに実行されています。そういう意味で、アピールとは本質的に異なります。苦痛に対処するための孤独な対処行動であり、根底に人間不信があるとも言えると思います。解離して自傷行為をしてしまうことで、気付かないうちに傷が深くなってしまうこともあります。アルコールや薬物の影響下での自傷は危ないです。解離と依存症が関連しているとも言われています。数年前に松本俊彦先生を名古屋市に呼んで講演会をしていただいたと思いますが、依存症は自己麻酔であり、フラッシュバックがつらいため、それに対処するために飲んだり、若年層の場合は大麻を使ったりすることが増えているかと思っています。

自傷する子どもへの声掛け

- 「切っちゃった」→「正直に話してくれてありがとう」
- 傷への手当を求められたら「よく来たね」
自傷する**子どもの援助希求行動を支持し強化**する
子どもの「自分を大事にしたい気持ち」に気づき、育てる

NG：叱る、無視する、大声、威圧・管理的な態、「あなたが傷つくと私の心も痛い」「やってはいけないよ」「親からもらった体を大切にしない」

誰にせよに禁止しない！「あなたを守りたい」という気持ちを伝える
「知らない約束」を求めない！約束を守れない可能性が高く、自傷につながる
同じく辛い状況にあるひとには容易に伝わる
→ 孤独やセゾナーで他児の目に触れない工夫を

49

子どもが自傷行為をした時に、そのことを話してくれる、「またやっちゃった」ということを安心して話せる人がいるということが大事です。そのように言ってくれるということは子どもの援助希求行動になります。それを支持し評価してあげることが大事だと思います。

「切らない約束」を求めない。頭ごなしに禁止をしないとといった対応となります。どんどん物を取り上げて禁止しようとする場合がありますが、そうしたとしても万引きしてでもやります。例えば、児相の一時保護所で子どもを保護する場合には、持ち物を預かっているのですが、トイレに備え付けられたハンドドライヤーを割って、そのプラスチックの破片で自傷することもあります。禁止や持ち物の制限だけではなかなか難しいです。

医療機関受診が必要な自傷行為

すべての自傷行為が医療を必要とするわけではない。

受診が必要なのは、

- エスカレートしている
- コントロールが悪い：服で隠れない部位、人前での自傷
- 自殺目的の自傷行為
- 解離を伴う（自傷の前後に記憶が飛ぶ）
- 摂食障害などの精神疾患の併存
- アルコール、薬物（市販薬物も含む）の乱用
- 性的虐待の既往

50

エスカレートしている、コントロールが悪い、自殺が自傷の目的になっている等、副次的にいろいろと出てきている場合は医療機関への受診が必要です。

子どもの自殺リスクを高める要因

- 援助希求能力の乏しさ
1人で抱え込み、誰にも助けを求めない
被害待児は尚更

51

被害待児において禁句といえるのは「親からもらった体なんだから大事にしてください」という言葉です。子どもにとっては、親からもらった体をその親に傷つけられて生きていますので、

その言葉により、ダメ押しされることになりま
す。「誰もどうせ分かってくれやしない」と絶
望感を強くします。

落ち着いたら

- きっかけになった出来事は？ 「何があったの？」
例：にらまれた
- その出来事により抱いた感情は？ 例：悲しみ、怒り、孤独
- なぜその出来事にそこまで深く傷ついた？
例：虐待体験を思い出した

子ども自身がトリガーとそれに対する自分の反応を知ることが大切。
それに寄り添うことを繰り返し、子どもが
「世の中には信頼できる大人もいる」
「辛いときには助けを求めてよい」 ことを経験すること

自傷の置換スキル

刺激的技能 <ul style="list-style-type: none"> スナッピング：手首の輪ゴムで皮膚を弾く 香水：気持ちの切り替え 紙を破る 水を握る 腕を赤く塗りつぶす：「血を見るとホッと する」場合 大声で叫ぶ 筋トレ 	鎮静的技能 呼吸法・瞑想法 補助的技能 <ul style="list-style-type: none"> 文章を書く 音楽を聴く 絵を描く 料理 ペットを撫でる アロマ etc
--	---

松本俊彦「自傷・自殺する子どもたち」

どんな支援が必要かという質問もいただいで
います。

子どもが今はある程度安全だという状況で、
直接何か状況を変えることが難しく、すぐ何か
がよくなることは難しい状況にある時には、そ
の子にとって、信頼できる大人になることが支
援になります。つらいときに助けを求めたら話
を聞いてもらえたという経験をしていくことが
大事です。そういう安心して相談できる大人で
いていただけるのが最も大事なことと思います。

子どもが自傷や自己破壊的なことをしてしま
う場合や問題行動と言われるようなことをした
場合に、「きっかけは何だったか」、「その前に
何があったか」と大人から聞いていただき、「ト
リガーになっているのは何か」、「こういうこ
とがあると、あなたはこういうことをしてしまう
よね」と子どもと一緒に話をし、大人が気付い
て指摘してあげることは大事です。そのことで、
子ども自身がトリガーとそれに対する自分の反
応を知ること大事だと思います。

ハームリダクション ～被害の低減～

Harm Reduction 害を減らす
世界各国で成果を上げつつある薬物依存症の支援のアプローチ。刑罰などで取り締まる従来の方法とは
一線を画す。

例) 薬物使用者に清潔な蒸留水や注射器を提供し、注射針の回し打ちや再利用を避ける
例) アルコール依存者に断酒しないなら立ち入り禁止と迫るのではなく、治療につながり続けること
に重きを置いて、また飲んじゃった、と安心して言える場を提供する(自助グループ)

- セックスワーカーにコンドームを配布する

コロナ禍で10代の女の子の性非行、女の子が
パパ活をして被害に遭うことが非常に多くて、
本当にどうしたものだろうかと思っていました。
ODして自傷して性被害に遭って、性被害
に遭いながらよく分からないものを飲まされ、
ふらふらでポイ捨てされることが少なくありま
せん。その子たちに「栄に行くな」と言っても
行ってしまいます。児相の一時保護所から逃げ
て、栄に直行して、そこでまた被害に遭って戻っ
てくるということが現状としてありました。そ
の子たちに禁止をしても行動を止められません
し、容易に大人を信用しないという状況も深刻
です。「あなた自身もこの結果を望んでいない
のではないか、それならば、少しでもそうなら
ない方法を一緒に考えよう」という姿勢を子ど
もに見せ続けることしかない私たちは考えて
います。そこでハームリダクションという考え
方を取り入れて、包括的な性教育プログラムを
行っています。

虐待を受けた子どもは思春期に入るとより一
層、人を信用できず、また、自分のことも肯定
できません。その一方で、人恋しくて仕方がな
い面もあります。自分の存在価値を確認するた
めに、お金をもらって性的な行為に応じること
があります。大人から見ると危険でしかない行
動であっても、それが本人にとって何らかのメ
リットがあるのでしょうか。しかし、妊娠するか
もしれない、病気をうつされるかもしれない、
最悪の場合には命を奪われる可能性もありま
す。そこで、「性行為の時はコンドームをした
方がいいよね」、「相手がある程度選んだほう
がいいよね」と、子どもに関わっていき、その子

たちの被害を何とか減らすことが大切です。その子たちが相談できる関係をつくり、「この人に言っても無駄だった」ということにしないことが大事です。「今回ミスっちゃって妊娠したかもしれない」と子どもの方から担当者に言うことができれば、「じゃあ一緒に婦人科へ行こう」とケースワークに結びつけていきます。

(新規) 精神科医療機関への入院治療が必要な一時保護児童に係る 名古屋市独自の受入加算制度の創設			
趣旨 名古屋市の児童相談所(監)にて一時保護した児童のうち、精神科医療機関への入院治療が必要な一時保護児童の受け入れに対し、受入加算を助成する。名古屋市独自の受入加算制度を創設 ※名古屋市の児童相談所・中央児童相談所(昭和区)・西部児童相談所(中川区)・東部児童相談所(緑区)			
現状 一時保護児童は、保護者からの虐待、親子関係不調、家出や引きこもりなどさまざまな理由により保護にいたっており、一時保護所のほか、乳児院や児童養護施設、医療機関などへ一時保護委託されているが、近年、精神科医療機関への入院治療が必要な一時保護児童が増加傾向			
精神科医療機関への 受入一時保護の状況			
	R2	R3	R4
お所数	6お所	6お所	10お所
件数	28件	30件	33件
※R4は12月31日現在			
受入加算制度 ○対象児童 次の1・2のいずれにも該当する児童 ①名古屋市の児童相談所において一時保護した児童 ②精神科医療機関への入院治療が必要であると診断された児童 ○受入加算額 1日当たり11,000円/人			
R3受入日数 ※1日～255日(平均約1.7日)			

名古屋市の状況についていくつかお話をしたいと思います。


名古屋市で一時保護した子どもで、児相の一時保護所で自傷が激しい場合や暴れて安全が保てない場合には、委託一時保護という形で医療機関に入院を依頼する場合があります。入院治療が必要な一時保護児童を受け入れていただく精神科医療機関に、名古屋市独自で加算するという受入加算制度をつくり、1日1人当たり1万1千円お出ししています。用途は問いませんので何に使っていただいても構いません。

これを創設した背景として、一時保護所ではコロナ禍で暴れるお子さんの対応が続き、保護所もぼろぼろになっていました。子どもが骨折を繰り返す等、危険な状況であり、そういうお子さんの入院を依頼すると、そこでまた子どもが入院先の設備を壊してしまったり、子どもがいなくなったりすることが繰り返され、医療機関から、児相からの子どもを引き受けるというのは非常に大変だと声が上がりました。また、一時保護委託を受けると、それにまつわる会議や児相とのやり取りも大変だと言われ、何らかの形で、医療機関に入院を少しでも受け入れていただけるような方法はないかと考え、このような現在の形をとっています。

ほかには、精神科訪問看護、精神科だけではなく訪問看護と連携するというところに最近力を入れています。

アルコール依存症の親御さんに関する質問もいただいているのですが、アルコール依存症や統合失調症、双極性障害の親御さんとそこに子どもが在宅にいる場合に、親御さんのほうに訪問看護を付けてもらっている場合と子どものほうに付けている場合、両者に付けている場合があります。家庭の状況をモニタリングして、子どもを一時保護すべき状況になったらすぐ保護できるようにしているのですが、意外にも、訪問看護を入れることで、在宅でやっていける場合が少なくありません。そういうことも分かってきました。

訪問看護と連携をする中で、訪問看護の事業所を集めて勉強会をしています。年に数回、名古屋市の3児相からケース担当福祉司と心理司、訪問看護の事業所、可能であれば主治医の意見なども伺いながら、事例検討を含む勉強会をしています。事業所同士で情報共有し、他の事業所は困難事例に対してどのように支援しているか等を学びあうことができる機会となっていて、参加者からは「勉強になる」という肯定的な反応をいただいています。



付添犬

- 被害確認面接
- 司法面接
- 調査官調査
- 法廷
- etc

虐待体験について話をすることは、二次的トラウマになる
しかし話ができないと、子どもを守る対応が取れない
犬は、子どもが自分の道を切り拓くためのサポートをする
くわしくは「つながっ」で検索を

最後に、付添犬の話をしたいと思います。子どもが被害体験を話すのはとても難しいこととお話をしてきました。一方で、子どもの身に何があったのかということは、子どもしか知らないことが多いです。身体的虐待については、傷やあざが残るので、何があったのか、ある程度推定しやすいし、認定されやすいのですが、

性的虐待に関してはそうでないことが多いです。

「何があったのか」を聞くための面接を司法面接といいます。警察と児相、検察の三機関が合同で行い、そのうちの代表者1人が子どもに話を聞くというものです。そうしないと、子どもは警察でも聞かれ、児相でも聞かれ、医療機関でも聞かれ、子どもはその度に同じ話をさせられ、大変な苦痛を伴います。また、何回も聞かれているうちに子どもの話が変わってしまうこともあります。子どもの証言が変わることで事件化できなくなることがあるので、司法面接をやっています。

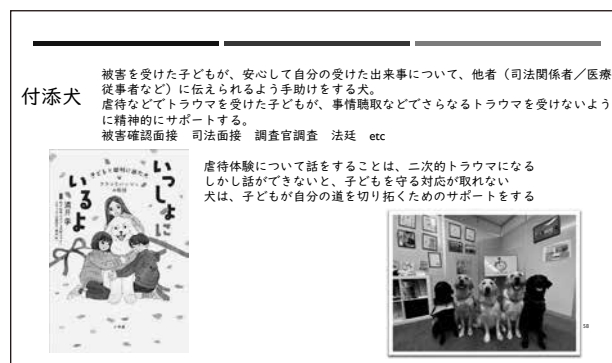
司法面接をやるために、「あまり根掘り葉掘り聞かないでください」という話を先ほどしましたが、ストレスがかかるこのような司法面接の場面で、子どものストレスを緩和して、話やすくして、「何があったのか」を子どもが自分の言葉で語るための一つの手立てとして、付添犬という取り組みがあります※²。

付添犬は被害を受けた子どもに同行して、子どもが自分の受けた出来事について、安心して他者（司法関係者／医療従事者など）に伝えられるような手助けをします。子どもの口から「何があったのか」を言えないと、加害者から分離することができず、子どもを守る対応がとれません。

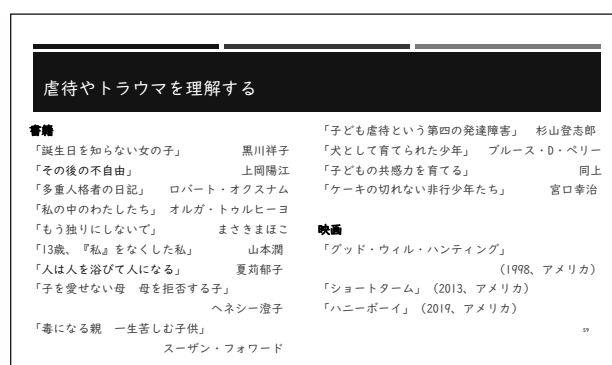
加害者は、自分がやったことを認めないことがあります。例えば、お母さんが加害者であるお父さんと頑張って離婚したとしても、加害親は「面会交流を何としてもやれ」と主張してきます。子どもを守るためには、「加害親から分離すべき」、「加害親との面会交流はすべきではない」と主張し、加害親に「面会交流の実施は子どもにとって不適切だ」と認識してもらうことが必要です。

※2 付添犬の事業は「認定NPO法人子ども支援センターつなぐ」が実施しているものです。

<https://tsunagg.org/tsunaggu-activities/overcome/>



この取り組みが「いっしょにいるよー子どもと裁判に出た犬 フランとハッシュの物語ー」という本になっています。アメリカでは、裁判所に子どもと一緒に入って行って、子どもの証言をサポートする犬がいます。それを日本でもできないかということで日本に合う形で導入したのが付添犬です。子ども向けの本になり、愛知県内の小中学校の図書館に置いていただいているのではないかと思います。これも、あいち小児保健医療総合センターでの取り組みがきっかけになっています。



最後に、虐待やトラウマを理解するいろいろな書籍を紹介します。女性ダルクの上岡陽江さんが書いた『その後の不自由』は支援者にとって学びになるのではないかと思います。また、『人は人を浴びて人になる』では、静岡の精神科医である夏莉郁子先生が統合失調症のお母さんの元で育った体験談をお話しされています。当事者の話に触れることは大切なことですので、もしよかったですら手に取っていただければと思います。

〈質疑応答〉

講師：講義の中で、参加者の方からの事前質問にお答えしてきましたが、十分にお答えできていない質問がいくつかありますので、可能な限りお答えします。

質問①

アルコール依存症である親自身がACE体験者であることが多く、機能不全の環境で育っており、その子どもも十分な愛情を注がれていない。機能不全家庭の、親と子どもへの有用で具体的な介入方法と実績について教えてほしい。(精神科病院職員)

講師：このことについては、先ほどお伝えしたように、訪問看護や親御さんの主治医の先生と情報を共有して、お話を聞いてという感じでやっています。それとは別に、筑波大学に依存症の専門で森田先生がいらっしゃって、森田先生から、そういう家庭で育つ子どものための心理教育の教材をいただいています。絵本のような形になっていて、子どもと一緒に見ながら話をすることがあります。また、「ふるすあるは」というNPOでも、親が精神疾患やアルコール依存症の場合の子ども向けの絵本とか教材を出していますので、その教材を使って子どもに心理教育をすることもあります。

質問②

利用者のお子さんが小児期の逆境体験を受けている子どもたちと言えらると思うが、業務として直接子どもに関わることが難しい状況である。このような場合、こういった機関と連携をして子どもを支援するといいか。(依存症当事者団体職員)

講師：児童相談所だけで完結し得る支援は基本的にはないと思います。学校や保育園、幼稚園であったり医療機関、親の側の主治医や子どもの主治医であったり、いろいろな機関と連携をしないと子どもに支援ができないということがよくあります。今後とも何か気になるケースがあったら連絡をいただければと思います。児童相談所だけではなくて、区役所や保健センター、そのようなところとも連携しながらやっていくしかないと思います。

質問③

児童相談所の一時保護所での二次被害や職員の対応で傷ついた体験がある場合の対応方法について(精神科クリニック職員)

講師：担当者に必ず伝えていただきたいと思っています。担当者がきちんと持ち帰って共有しないといけないと思います。それがされていないのではないかとと思われるような場合には、担当者の上等と直接、話をしていただいたほうがいいこともあるかもしれません。場合によっては医療機関の先生から直接連絡をいただいて対応する場合もあります。対応を改善すべきところは、ぜひ言っていただきたいです。

質問④

支援者の燃えつき防止のためにできることについて(精神科クリニック職員)

講師：基本的にはスキルと知識を持つことです。虐待を1人で対応するのは非常に難しいので、チームとして対応することが大切です。チームといっても、機関内のチームだけでなく、他機関との連携も大事なのではないかなと思います。



■ トピックス ■

愛知県入院者訪問支援事業について

医療法人八誠会 もりやま総合心療病院 事務長
一般社団法人 愛知県精神保健福祉士協会 理事
田 野 慶 太

入院者訪問支援とは

入院者訪問支援事業とは、令和4年の改正精神保健福祉法によって規定され、令和6年4月1日より施行された事業です。

市長村長同意による医療保護入院者（本人・家族等の同意ではなく市町村長の同意により入院をしている入院者）を中心に、本人の求めに応じ、傾聴や生活に関する相談・情報提供等を役割とした訪問支援員が訪問による支援を行う事業であり、都道府県等（都道府県・政令指定都市）が実施できるものとされています。

入院中の方に対する意思決定や意思表示の支援に関しては、代弁を含む実効性のある支援の在り方やその手法について、これまで様々な検討の場や研究事業等を通じて議論が重ねられてきました。令和4年の「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書においても、「人権擁護の観点から、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の面会交流を確保することが必要である（当初は市町村長同意による医療保護入院者を中心に、精神科病院の理解のもと実施）」と合意され、支援体制構築の準備が進んできました。

なぜ訪問支援が必要なのか

精神科病院に入院している方は、医療機関外の者との面会交流が途絶えやすくなります。特に市町村長同意による医療保護入院の方は家族からの支援が得られない方が多く、外部との交流機会が乏しくなる傾向があります。もちろん医療機関の職員が治療や今後の生活に向けた相談を実施していますし、市町村長同意による医

療保護入院の方には行政職員の方が面会を実施することになっていますので、他者との交流が無くなることはありません。ただ、医療機関の職員には話辛いと感じたり、忙しそうな職員に話しかけるのは迷惑かもと考えるなど、医療者とのコミュニケーションには様々な壁があります。

そのような方々の孤独感の緩和や自尊心・自己肯定感の回復など、その人が本来持っている力を発揮できるようになるよう、「エンパワメント」を目指して訪問支援は実施されます。

訪問支援員の役割

国が定めたカリキュラムによる研修を修了し、都道府県知事より選任された者が訪問支援員として活動できます。愛知県でも2025年9月6日（土）と7日（日）の2日間に渡って訪問支援員養成研修が開催され、活動を希望した44名の方が新たな支援員として選任されました。

愛知県には昨年の研修修了者を含めて、110名の訪問支援員が選任されています。支援員は筆者が所属する一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会の会員を中心にしながらピアサポーター、看護師、介護福祉士、教職員、学生など様々な職種の方が選任されています。

訪問支援は必ず2名で実施されます。訪問支援員は、入院者の求めに応じて入院中の精神科病院を訪問し、入院者の話を誠実かつ熱心に聞く（傾聴）ほか、入院中の生活に関する相談や、入院者が困りごとを解消したり、希望する支援を受けるためにはどうすれば良いかを入院者に情報提供することを役割としています。これは、非常に誤解されやすい大切な事柄で、訪問支援員は退院支援や年金手続き支援などの直接支援

は行いません。入院者の権利擁護支援のひとつとして、入院者のセルフアドボカシー（当事者が自分の意思や権利を主張すること）を目指すことが支援員の最も大きな役割となります。また、訪問支援員には守秘義務があり、入院者の承諾なく訪問支援員が医療機関職員と面談内容を共有することはありません。

愛知県における入院者訪問支援

愛知県では、令和6年10月より入院者訪問支援事業を開始しています。愛知県の事業の特徴としては、訪問支援の対象を市町村長同意による医療保護入院者に限定せず、「市町村長同意による医療保護入院者と同等の支援が必要と愛知県が認めた入院者」としており、支援を希望する全ての入院者に訪問支援を提供することができるとのことです。

令和7年9月末時点、事業開始からちょうど1年で県内の13病院に延べ38件の訪問支援を実施しています。利用者の割合としては市町村長同意の医療保護入院者が2割、それ以外の入院者が8割です。医療保護入院者（市長村長や家族等の同意により入院をしている入院者）は、医療機関のソーシャルワーカーや行政職員から事業案内を受けて支援を希望する方が多く、任意入院者（本人の同意により入院をしている入院者）は病棟に掲示されている事業ポスターを見て、支援を希望する方が多いです。複数回支援を利用する方もいて、「音楽の話ができる支援員」を派遣して欲しいなど支援員のリクエストをされる方もいらっしゃいます。

利用者アンケートによると、利用者の80%の方が訪問支援に対して「大変満足」「満足」と回答しています。その理由としては、「自分の考えや発見を馬鹿にしないで聞いてくれた」「1時間近くおしゃべりができた」「自分のことを聞いて欲しいので満足した」「親切にお話を聴いて貰えた。今回の話を踏まえて前向きに頑張れます」「必要な情報を漏らさないから」などがあげられています。利用者が「安心して思っ

ていることを一定時間、自由に話せる場」に価値を感じているのだと思いますし、その体験こそがセルフアドボカシーに繋がっているのだと思います。

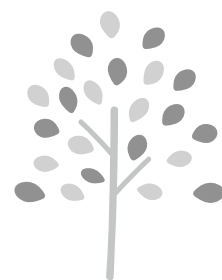
入院者訪問支援の課題と今後に向けた活動

愛知県において入院者訪問支援事業は、精神科医療における支援の新たな枠組みとしてまだ始まったばかりです。普段、対人援助を仕事にしている支援員にとっても、「傾聴と情報提供を主とした直接支援の無い支援」の効果が実感を伴うまでにしばらくの時間がかかるのではないのでしょうか。

また、支援員を受け入れる医療現場の職員にとっても、「人権擁護の観点」で外部の支援員が入院者を訪問することが良い心持ちになれないことは想像に難くありません。筆者も医療機関の職員ですので、普段多くの職員が治療や相談支援を協働しながら、入院者の人権擁護に努めていることをよく知っていますし、医療機関の支援のみで十分な入院者が数多くいらっしゃる事も事実だと感じています。

一方で、前述したように医療者とのコミュニケーションには様々な壁がありますので、入院者が利用できる地域支援は一つでも選択肢が多い方が医療と地域生活との連続性が担保される可能性が高まるのだと感じています。

今後は事業目的の適切な普及に努めながら、利用者の声をフィードバックして支援員のスキルアップを続けて、希望する入院者が等しく利用できる支援の一つとして認知して貰える事業になることを目指しています。そして、愛知県が、支援者が当たり前に医療機関を訪問できる地域になることの一助になればと考えています。



■ 団体紹介 ■

愛知県精神保健福祉協会長奨励賞 受賞団体

NPO法人BLUE（みよし市）

「素晴らしい彼らの感覚の特異性」

この度は、「愛知県精神保健福祉協会長奨励賞」という身に余る賞をいただき、誠にありがとうございました。私たちBLUEはみよし市を拠点に、生きづらさのある方たちと表現活動を通して楽しく社会と繋がろうと活動しているNPO法人です。メンバーの中には、特別支援学校・特別支援学級で頑張っている子どもたちや、自ら不登校を選んだ子、社会に居場所がないと言って参加する子がいます。自閉症、知的障害、起立性障害などさまざまな障害名がつきまっていますが、一人ひとりと丁寧に対峙すると、その障害名の無意味さに気がつきます。みんなそれぞれ強烈なキャラクター性があり、常識に囚われている私のつまらない既成概念を破壊してくれます。常に斜め上、いやそれ以上の角度で返答が返ってくるのです。そんな彼らが制作するのは、やはりぶっ飛んでいます。ルンバが気に入り過ぎて、絵日記帳はすべてルンバで埋め尽くすK君。ピストルが欲しいけど手に入

らないからと何十丁も廃材で作ってしまうM君。ひたすら漢字辞典にインクを飛散させては匂いを確かめるN君。自分の衝動に もはや手が追いついていないY君が描く絵は三千枚を超えました。彼らに共通しているのは、「自分のため」に制作しているということ。「人に褒められたい」という下心なく自己の感覚に忠実に制作する潔さは、私にはとても眩しく見えます。なぜなら私は、常に人の目を気にし、自分の意図とは裏腹に行動してしまうことが多くあるからです。興味がわいた方は一度見学にいらしてください。きっと世界の見方が変わります。そしてもう戻れませんよ。そんな素晴らしい彼らと共にこの名誉ある賞を喜び合いたいと思います。



←NPO法人BLUE HP

NPO法人 あまつしまロータスの会（津島市）

私たちの団体は、令和4年11月に任意団体として静かに歩みを始めました。そして令和5年5月、志を胸にNPO法人を設立し、令和7年7月、いよいよ第2期を迎えることができました。活動を重ねる中で気づかされたのは、「想い」だけでは地域に根づかないという現実。しかし、だからこそ私たちの存在は、地域に必要とされている。そんな強い想いが、法人化という大きな一歩を踏み出す原動力となりました。

何もわからない状態からのスタート。それでも、多くの仲間、行政の皆さま、そして先輩団

体の支えがあり、ただひたすらに、夢中で走り抜けた1年でした。これまで出会ったすべてのご縁に心から感謝しています。助成金のおかげで備品などの環境を整えることができ、日々の対話を通じてスタッフの一体感は確かなものとなりました。無理をせず、私たち自身が楽しめることを大切にした活動——それが、今の私たちの土台です。

毎月開催している「あつまろ一会」では、久しぶりに参加して下さった方が、まるで時間を越えたように自然に会話を始めたり、はじめ

は不安げだった方が帰る頃には満面の笑みで語られる姿——そんな瞬間に、誰かの「心のよりどころ」になっているのだと実感します。課題はまだまだ尽きません。それでも、誰もが安心して、そして平等に参加できる居場所を目指して、これからも一歩ずつ進んでまいります。

そして今回、精神保健福祉協会 協会長奨励賞という素晴らしい賞をいただいたことは、私

たちにとって大きな喜びであり、大きな励みです。この栄誉を、これからの活動にしっかりと活かしていけるよう、感謝の心を忘れずに歩み続けます。

私たちの活動については、

<https://amatsushimalotus.com> をご覧いただけましたら幸いです。

パパママサポートあおぞら「小牧あおぞらキャラバン隊」(小牧市)

見た目ではわからないため、“障がい”であることが理解されにくい「発達障がい」。落ち着きがない、集団になじめないなど“問題行動”が目立つことから、「困った子」「育て方が悪い」と言われることが多く、本人も家族も疎外感を抱えています。

息子が小学3年生で発達障がいと診断されるまで、私もずっと孤独でした。幼児期からトラブルばかりで、「何かおかしい」と感じていたものの、誰に相談しても理解されず、人に迷惑をかけないように、関わりを避けるようになっていました。

診断を機に息子の特性や対応を知り、親子ともに救われたことで、発達障がい児への支援には親の支援も不可欠であること、悩みを共有できる仲間や理解者の存在が大きな支えになることを、身をもって感じました。そして、この経験が誰かの支えになるのではと、2013年に親支

援団体「パパママサポートあおぞら」を立ち上げ、茶話会や親子イベント、外部講師による講演会などを開催しています。

また、理解を広めることも支援には欠かせません。特性の疑似体験を交えて理解啓発活動を行う「キャラバン隊」が全国にあることを知り、2016年に小牧支部として「小牧あおぞらキャラバン隊」の活動も始めました。“問題行動”は育て方のせいではなく特性によるもので、彼らは「困った子」ではなく「困っている子」という理解が広まり、親子に寄り添ってくれる人が一人でも増えてくれることを心から願っています。

活動予定などはLINEやInstagramで発信しています。

https://www.instagram.com/aozora_papamamasupport/profilecard/?igsh=bzdlcHd4dHNuOXZk

ライフサポートステーションふるぼ(知多市)

特定非営利活動法人びすた〜り、ライフサポートステーションふるぼは主に精神・発達障がいのある方が支援者任せにせず「わたしの人生はわたしが選択し、わたしが決め、わたしが責任を持ちたい」に至るプロセスを大事にした活動を続けています。このプロセスは容易い

ことではなく、ともすれば日常の些細な選択、決定の場面でさえ自分で決められず、医師や家族、支援者に丸投げしてきたこれまでの生き方から自分を主体としての生き方に大きく軌道修正する必要があります。この修正は大変で一人の力ではどうにもならないことに気づきました。

自分の情けなさ、無力さ、生きづらさ、辛いこと、悲しいことなどを言葉にして「伝えるつづけること」、伝え続ける中での「気づき」を意図的に言語化していくことを大切に、日々の時間の中で何日も、時には何年もかけて話合います。これこそが言葉だけの「仲間」づくりではなく、ふるぽ流の「信じられる人づくり」です。当事者が自主的に行う自主事業は10種類あり、企画、交渉、調整、運営、管理、事務処理などすべて当事者で行っています。これはいづれ社会に踏み出すことを考え、あえて理不尽な社会の常識を取り入れています。できないことは無理にやらなくてもいいという対応ではなく、仲間からもらう「なぜこうなったのだろう」

を「じゃあ一緒に考えてみよう、やってみよう」に変えていきます。差別もある。偏見もある。挫折もする。自暴自棄にもなる。社会で起こるあらゆることを想定しての自主活動です。障がいをもっといかに理由にしたり、他人のせいにして生きてきたわたしたちが、仲間の中で整理整頓、断捨離を繰り返しながら、自己信頼の回復を目指し、人間関係の再構築を諦めず、自分の特性をいろんな人の力を借りながら磨き上げることで、特性は個性に変えられるという証明をしたい。それが目標です。最後に口を挟まず自由に失敗させてくれている専門職もまたわたしたちには対等で大切な仲間です。

ワンぽていと（春日井市）

『大海原のとまり木』というコンセプトのもと、カフェレストランという日常的な環境で、ひきこもりを経験した若者の社会復帰を支援しています。私たちは、ひきこもりを「誰にでも起こりうる社会課題」と捉え、福祉の枠を超えた新しい支援モデルの確立を目指しています。

核となるのは、日本初の試みである15分単位の超フレックスタイム制の雇用システムです。このシステムでは、1日15分から働くことができ、体調がすぐれない時には無理なく帰宅できます。また、医師の診断書は不要で、利用者のペースを尊重した自由な働き方を提供しています。カフェでの接客や調理、事務作業など多様な業務を経験することで、個々の興味や適性に応じたスキルアップを支援しています。

私たちは、支援する側・される側という関係性を超え、共に成長できる場づくりを重視しています。元当事者スタッフやボランティアが協力して運営に携わり、相互に支え合う持続可能

なシステムを築いています。地域住民との自然な交流機会も創出しており、多世代交流の促進や、フードドライブなどの地域貢献活動も行っています。

2022年3月から活動を開始し、これまでに28名の社会復帰を支援しました（2025年3月時点）。これは、就職、通信制高校への進学、アルバイトなど、一人ひとりに寄り添った伴走型支援の成果です。WORK DESIGN AWARD 2023グランプリ受賞など、社会的にも高い評価をいただいています。

今後は、この15分雇用システムを他地域へ展開するためのマニュアル整備や、同様の取り組みを行う団体とのネットワーク構築を進めていきたいと考えています。そして、福祉と営利を両立する持続可能な支援モデルを確立し、多様な働き方が認められる社会の実現に貢献していきます。

就労支援事業所 JOBFiND（名古屋市）

就労支援事業所 JOBFiND は、障害や病気を抱える方が一般就労を目指すために、働くための準備やスキル習得を総合的にサポートする福祉サービス機関です。就職を希望する方の「やりたいこと」「できること」「課題となること」を丁寧にヒアリングし、一人ひとりに合わせたプログラムを作成します。利用者が無理なく安心してステップアップできるよう、日々の訓練から就職後の定着支援まで、トータルでサポートします。

主な支援内容は大きく4つに分かれます。

まず、ビジネスマナー、電話応対、報告・連絡・相談の方法など、社会人として必要な基礎スキルを身につけます。また、パソコン操作、事務処理、軽作業など、希望職種に応じた実践的な訓練も行います。

次に、職場体験や企業実習を通して、実際の職場環境を体感し、自分に合った働き方や業種を見つける機会を提供します。事業所と企業が連携し、利用者一人ひとりの適性や強みに合ったマッチングを大切にしています。

さらに、就職活動支援として、履歴書・職務経歴書の作成、面接練習、企業開拓などを行い、就職への一歩を具体的にサポートします。

そして、就職が決まった後も、職場定着支援として、環境への適応や職場での人間関係、業務の悩みなどを相談できる体制を整えています。

就労支援事業所 JOBFiND では、「働きたい」という気持ちを大切にし、一人では難しい就職活動を一緒に進める福祉事業所です。利用者の強みを引き出し、弱みを安心して社会で活躍できる未来をサポートします。



■令和7年度「定期総会」報告■

令和7年度定期総会が6月13日（金）オンラインにて開催されました。協会諸事業、令和6年度決算報告及び令和7年度予算（案）について協議され、それぞれ承認されました。

なお、新役員は次のように承認されました。

◆令和7年度新任役員◆

（50音順・敬称略）

〈顧問〉

川原 馨 愛知県教育委員会教育長

〈副会長〉

安藤 琢弥 （一社）愛知県精神科病院協会会長

〈理事〉

岡本 理恵 名古屋市健康福祉局健康部長

小島 治彦 名古屋市教育委員会事務局

教育支援部長

近藤 良伸 愛知県保健所長会長

田中 泰之 愛知県県民文化局

社会活動推進課長

令和6年度収支決算

（単位：千円）

収入の部		支出の部	
会 費	1,104	一般管理費	1,067
県委託料	210	事業費	454
市委託料	105	予備費	0
繰越金	485	繰越金	383
雑収入	0		
計	1,904	計	1,904

令和7年度収支予算

（単位：千円）

収入の部		支出の部	
会 費	1,110	一般管理費	1,197
県委託料	210	事業費	488
市委託料	105	予備費	124
繰越金	383		
雑収入	1		
計	1,809	計	1,809

■令和6年度 精神保健福祉協会事業報告■

1 精神保健福祉普及啓発事業

◇こころの健康を考える講演会

開催日 令和6年10月25日（金）

（オンライン開催）

2 会議の開催

◇総会・理事会

開催日 令和6年6月28日（金）

（オンライン開催）

◇広報研修部会

開催日 令和6年8月（書面開催）

開催日 令和7年2月25日（火）

（オンライン開催）

◇精神保健福祉基金審査委員会

開催日 令和6年9月9日（月）

（オンライン開催）

開催日 令和7年1月21日（火）

（オンライン開催）

◇協会長表彰選考会

開催日 令和6年9月27日（金）

（オンライン開催）

◇総務部会

開催日 令和7年1月（書面開催）

◇常務理事会

開催日 令和6年3月5日（火）

（オンライン開催）

◇協会長奨励賞表彰選考会

開催日 令和7年3月4日（火）

（オンライン開催）



協会ホームページにて
「こころの健康コラム」を掲載しています。
ぜひご覧ください。

<http://aichi-mental.jp/>

■令和6年度 精神保健福祉協会長表彰を 受けられた方■ (50音順・敬称略)

【個人】

石 川 智 規 (事業所管理者)
井手口 眞理子 (看護師)
伊 藤 嘉依子 (看護師)
伊 藤 幸 子 (看護師)
片 山 九州男 (断酒会職員)
川 出 英 行 (臨床心理士)
喜 戸 絵里子 (精神保健福祉士)
坂 本 しのぶ (管理栄養士)
徳 山 勝 (主任相談支援専門員)
内 藤 千 昭 (精神保健福祉士)
山 下 泰 恵 (精神保健福祉相談員)

【団体】

特定非営利活動法人ハートフルあおみ

会員募集のお知らせ

当協会では、広く会員を募集しています。

年 会 費：個人会員 (1,000円)

団体会員 (15,000円)

賛助会員 (50,000円)

納入方法：ゆうちょ銀行振込用紙をお送りします。

お問合せは事務局までお願いします。

事務局 〒460-0001 名古屋市中区三の丸3-2-1
愛知県東大手庁舎
愛知県精神保健福祉協会
TEL 052-962-5377 (内550)
FAX 052-962-5375

精神保健福祉基金のご案内

当協会では、篤志家からの寄付による「愛知県精神保健福祉協会精神保健福祉基金」を設置し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業を行っています。

1 貸付事業

精神障害者を対象とする障害福祉サービス事業所等を運営する者に対して、必要な資金を無利子で貸し付けています。

*貸付の対象者……主として精神障害者を対象とするグループホーム、小規模作業所等を運営する者

*貸付の種類……①運営資金 — 施設の運営に要する費用

②整備資金 — 施設の創設、改造、修理等に要する費用

*貸付額……1口10万円で、限度額は15口(150万円)まで

*貸付利子……無利子

*償還方法……1年据え置きで、以後4年以内に一時償還または分割償還

*受付期間……毎年度8月末日までに協議書を提出(令和7年度受付は終了しました)

2 奨励賞事業

精神障害者や生きづらさを抱えている人たちの自立や社会参加に向けた活動をしている個人やグループ等に対して奨励金を交付しています。

*対象者……愛知県内で、精神障害者や生きづらさを抱えている人たちの自立や社会参加に向けて1年以上10年未満の活動を行っている個人、グループ及び団体

*賞金額……10万円

*応募期間……令和7年度は 10月1日(水)から12月20日(土)まで

*応募方法……所定の応募申込書、参考資料を協会事務局に提出

*授賞式……総会(令和8年6月予定)に併せ実施

お問合せは愛知県精神保健福祉協会事務局へ 電話:(052) 962-5377 内線550