

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見
—事務局まとめ— (1/6ページ)

平成19年7月5日(木)

論 点	主な御意見
■ 東京都における行動化の著しい子どもへのケアの提供体制のイメージ案(たたき台)について	○ 横軸に関しては、これでは行動化しなければ問題がないように見える。また、この図では困難度はケア提供側の意味にとれる。これでは、子どもの痛みへの対応にならない。行動化が激しくなくても病理が深いとか、手厚いケアを必要としている子どもがいる。子どもの行動以外にも、精神的な症状や心理的な問題など、子どもの状態を多角的に判断する必要がある。従って、横軸は「子どものニーズ」とか「子どもの問題の深さ」などとした方がよい。 小さい子どもは押さえつけられるので、行動化が問題にならないが、早期からのケアで精神的な問題に至るのを防ぐことは非常に大切。 ○ 横軸は「情緒や行動の困難さ」という使い方ではどうか。 ○ この図は、乳幼児への対応をどのように考えるのかが明確ではない。以下の2点を中心に考えたらどうか。 ①乳幼児こそ、家庭的ケアが必要でありそのような養育体系が必要である ②乳幼児で、重篤な愛着やトラウマの問題を持っている子どもは多く見受けられる。そのような子どもたちに早期からの専門的・治療的ケアが必要である。そのことが将来の問題の予防にもつながる。 ○ 「児童養護施設」と「児童自立支援施設」のレベルアップによって「治療・専門的機能」をもたせることになっており、そのレベルが児童自立支援施設のほうが高い位置づけだが、現実的だろうか。「行動上の問題」にのみ着目するとこうなるのかもしれないが、子どもの心理的問題や精神的問題を考慮に入れると、果たしてどれほど現実的なものなのかという疑問が生じる。 ○ 「通所型」の具体的なイメージはどういったものだろうか。だれを対象に、どのような通所プログラムを考えるのだろうか。(現在の情緒障害児短期治療施設の通所をモデルするのは不適切)
■ 論点整理 「1 施設における心理的ケア・医学的ケアの体制が不十分」	【論点整理の柱について】 ○ 論点の柱について検討すべき。施設の心理的・医学的ケアの体制についてだけではなく、施設体系そのものをどう考えるかという論点で整理すべき。 その整理の中で、「施設において生活の場としていかに専門性を高めていくか」と、「施設において心理的・医学的ケアの体制をどのように提供していくか」ということについて検討すべき。施設体系というくりにして、その中で、地域小規模化、退所後のアフターケアについて検討したらどうか。 ○ 論点の一つ目として「施設の整備、システムをどうしていくのか」、二つ目として、「一人ひとりのアセスメント、ケースマネジメント、援助をどうしていくか」、三つ目として、その援助の担い手である人材をどうするのか ○ 論点の一つ目の柱は、施設体系だけではなく、里親も含めた「社会的養護体制」とし、その中の重要な課題のひとつとして、心理的・医学的ケアという柱があるということではないか。

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見

—事務局まとめ— (2/6ページ)

平成19年7月5日(木)

論 点	主な御意見
■ 論点整理 「1 施設における心理的ケア・医学的ケアの体制が不十分」 (つづき)	○ 「ケアの提供体制」としたらどうか。児童養護施設は「生活総合性」という専門性をもつ施設である。治療的・専門的ケア体制を議論する前に、今の児童養護のサービス提供体制の骨格として、施設ケア、里親ケアについて議論すべきである。その上で、どのように治療専門的機能を強化していくのかを議論していくべき。例えば、情短施設の創設の背景には、その考え方が反映されている。情短施設は施設全体が治療環境であるため、児童指導員、保育士は、児童養護施設とは違った専門的役割をもって入所児童のいろいろな状況を理解して日ごろのケアをしなければいけない。 ○ 乳幼児期のアセスメントの確立と専門的・治療的ケアの確立が必要である。乳幼児の関係性の構築に適した養育体系を検討する必要がある。 ○ 乳児院から児童養護施設への措置変更のあり方について考える必要がある。 乳児院における家族へのケアをどうするかが課題。 ○ 乳幼児はできるだけ家庭的な環境での養育が必要。施設のあり方だけでなく、「子どもの年齢」という軸を考慮する必要がある。 (1) 治療的・専門的ケア体制の強化 ○ 59箇所の児童養護施設すべてに心理的・医学的ケアができるスタッフを配置することは現実的ではない。実際に、国は家庭支援専門員などを加算で配置しているが、施設の実態は、専任を配置しておらず、結局ケアスタッフを兼ねており、上手く機能していない。したがって、職員配置で実効性を上げるなら、別の手立てを考える必要がある。 例えば、センター的施設をつくって、そこに各施設の子どもが通所して、心理的・医学的ケアを受けるといったしくみも検討すべきではないか。 ○ 現在の社会的養護のサービス下にある子どもは、いわゆる反社会性の問題行動を呈するものだけではなく、さまざまな心理的問題や精神科症状を抱えた子どもたちである。こういった子どもに対して、「心理療法」や「精神医療」を提供する必要があることには異論がないが、それで事が足るわけではない。そういった個別的な治療が奏効するためにも、生活そのものが治療的要素を備えることこそが重要となる。 そのためには、従来の「衣食住と適度なしつけの提供」を中心とした単純養護から、子どもの抱える問題を日常生活で扱いつつ適切な養育を提供するという「治療的養育」への転換が必要となる。 ○ 基本的に子どもの安定した生活をどう保障するか、その上で専門的ケア・医学的ケアが行われるべきであることを位置づけることが大事。 ○ 生活を支える情緒障害児短期治療施設の設置が必要。医学的治療が良いのではなく、安定した普通の生活内で包含されることが必要であり、医療への入院という形ではない、生活を中心とした専門的ケアができる施設が求められている。 ○ 少年院などで行っているような、発達特徴に合わせた指導の仕方、治療プログラムを取り入れていく、またより明確に支援していくことはスタッフの混乱もなくなるのではないか。

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見

—事務局まとめ— (3/6ページ)

平成19年7月5日 (木)

論 点	主な御意見
■ 論点整理 「1 施設における心理的ケア・医学的ケアの体制が不十分」 (つづき)	○ 梅が丘病院（新たに創設される小児総合医療センター）において、不適切な養育を受けた子どもと親や家族への心身のケアを行う部署を創設し、通所のデイケアから短期入院までできるようなくみをつくったらどうか。他の都立病院等を利用して、利便性が良い形でのデイケア治療を構築できないか（できれば、在宅ケースも施設ケースも対象とすることが望ましい）。 ○ 施設では大変な子どもへの対応として、梅が丘病院（小児総合医療センター）にバックアップの機能をもたせたらどうか。 ○ 病院が必要、情短が必要という議論の前に、治療が必要な子どもたちに、どういうしくみが必要なのか、という認識を示すことが必要ではないか。 ○ 児童養護施設で心理的な問題を抱えている子どもが、投薬を含めた医療ケアが必要になった場合、すぐに受けられる病院が少ない。予約を取るのに初診で2ヶ月待ちであるとか、地域の児童精神科クリニックが少ないなど。 ○ 愛知県の子ども病院の入院理由は虐待が一番多い。児童精神科病棟で虐待を扱っていただけようになってほしい。 ○ 携わる人の資質を問い直すことが大切。心理的ケアについて訓練、素養を積んだケアワーカーが大切である一方、児童養護施設に全部詰め込むのではなく、外部からのバックアップ、連携も大切。問題を発見し、的確に外部（病院）へつなげていく。また、児童養護施設のどの部分を外に出せるのかという議論もしたらどうか。例えば、幼稚園でなくて保育所入所など。 ○ 児童養護施設のバックアップ、連携として治療指導課の施設巡回支援事業も一つの方法である。 ○ 施設で性的虐待が起こると、加害児、被害児について、なぜそうなったのかを児童相談所がアセスメントを行うことがあるが、施設は、その後の治療体制、支援体制に窮している状況。例えば加害児、被害児が同じ施設で生活することは一定期間避けなければならないが、一時保護所、児童自立支援施設もいっぱい、他の施設も受けたがらないため受け皿がない（預かる機関がない）ため、家庭に戻すしかないという状況が多々ある。児相センターの治療指導課の機能を拡大し、様々な問題行動がある子どもを一旦受け入れて、治療的なケアを集中的に行う機関が必要。 ○ 子育て支援施策など社会的養護を展開していく上で活用できる社会資源を有効活用していくことが大切。

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見

—事務局まとめ— (4/6ページ)

平成19年7月5日 (木)

論 点	主な御意見
■ 論点整理 「1 施設における心理的ケア・医学的ケアの体制が不十分」 (つづき)	(2) 家庭的養護を進めるにあたって、サービスの質を確保していく仕組みとグループホーム、里親への支援のあり方をどう考えるか ○ グループホームでのケアの質を確保するためには、現在の職員配置数ではきわめて不十分である。子ども対ケアワーカーの比率が「2:1」が通常となっているようなイギリスの例を見ればわかるように、小規模ケアになるほど子どもの抱える問題が浮上しやすくなり、対応が困難になるわけで、そのためにはケアワーカーの思い切った増員が必要となる。逆に言えば、従来の配置数を維持するならば、むしろ小規模化を促進せず、大規模な施設での管理的養育に徹するほうが良いということになる。 ○ 養育家庭をどのように確保していくか。養育家庭のアセスメントとマッチングをどうするか。養育家庭への支援体制をどのように構築するか。 ○ ケアの場合をできるだけ家庭的養護（ファミリーグループホーム、里親、グループホーム）で行い、インテンシブなケアや専門的ケアが必要な場合や、ファミリーソーシャルワークの業務をセンター的な機能を持つところで行う提供体制について検討したらどうか。その上で、専門職をどう位置づけるか。 ○ 里親の専門性を高めるため、児童相談所を中心とした連携が必要。 (3) 自立に向けた支援のあり方、退所後のアフターケアについてどのように考えるか ○ 少なくとも18歳、できれば20歳までは高校に通学しているか否かではなく、措置を前提として保護を行うことが必要。 ○ 施設・里親の実家機能を定めることが必要。特に実家のない子どもが結婚、出産などの時に相談できる体制。
■ 論点整理 「2 福祉人材の量・質的不足」	(1) 施設ケア職員等の専門性の確保 ○ 有資格者あるいは一定の研修修了者への待遇を考えるべき。資格給の導入など。 ○ 人材不足の現状を考えると、民間施設が個々に職員を採用することは限界がある。人が足りなくなったので、だれでもいいから縁故で採用するというのでは、質の向上を提案しても、現場は変わらない。東京都全体のマスで必要な人材をプールしておいて、そこから各施設が任用するしくみをつくることによって、職員の均質化を図るなどの採用方式はどうか。自治体によっては社協がやっているところもある。 ○ 児童相談所職員の採用・任用などの人事システムについて検討すべき。 ○ 施設養護の中核はケアワーカーである。「心理職」や「ファミリーソーシャルワーカー」以前に、「治療的養育」を担える専門職としてのケアワーカーの養成が喫緊の課題。

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見
—事務局まとめ— (5/6ページ)

平成19年7月5日(木)

論 点	主な御意見
■ 論点整理 「2 福祉人材の 量・質的不足」 (つづき)	○ 「心理職」や「ファミリーソーシャルワーカー」については、連携以前に、それぞれの専門職が果たすべき役割が明確になっていない。多くの心理職は、施設に勤めながら、伝統的な外来心理療法のモデルによって子どもへの「個別心理療法」を行っているにすぎない。その当否を含め、施設心理士の治療モデルの検討が必要である。ファミリーソーシャルワーカーに関しても同様であり、「家族関係の調整」が自らの仕事であると理解しているものもある。ファミリーソーシャルワークとは何なのか。家族から分離された(あるいは家族を喪失した)子どもを対象としたファミリーソーシャルワークのあり方に関するコンセンサスの形成が必要である。 ○ 本来『研修』レベルで実施するようなものではなく、大学や大学院における専門職養成課程が必要となる。現在、ケアワーカーやソーシャルワーカーの基礎資格として社会福祉士が中心になりつつあるが、社会福祉士の養成課程は「福祉制度・行政への習熟」を中心としており、臨床福祉という観点からはきわめて不十分である。社会福祉士の上に臨床ソーシャルワーク・ケアワークを積み上げるような養成カリキュラムが必要である。 ○ 保育所保育士だけではなく、施設保育士的な養成も考えていく必要がある。また、児童養護施設、乳児院と教育現場と連携したデュアルシステムの導入について議論を深めていく必要がある。 ○ 里親、ファミリーホーム、施設がばらばらではなくて、一体的にケアを行う体制を構築し、その上で、専門職をどう位置づけるかを検討すべき。施設職員が里親になる、又はその逆の場合など。 ○ 小規模化を進めるほど、研修に出た職員の代替をどうするか。どの部分をどう代替できるのか、一時的に外部委託できる部分があるのか。研修に参加することを保障するしくみづくりが必要。 ○ あるグループホームの実態調査によると、本体施設の職員とグループホームの職員とは負担が違っているので、職員の平等を確保する観点から、大体3年で職員を異動させていたことがわかった。子どものパーマネンシーを考えると残酷なこと。子どもの職員の距離が近いだけに、喪失体験、別離体験として残る。過度に職員の負担が集中しないように、本体施設からバックアップ体制を整備する必要がある。研修参加の体制も含めて。 ○ 施設の質は施設長の資質に影響するため、施設長への研修が重要である。都として施設長の資格化も検討したらどうか。 ○ 児童福祉の仕事を将来の選択肢にさせていただくために、中学生、高校生の段階で、福祉に関する情報を伝えていったらどうか。教科書への掲載など。
■ 論点整理「3 子ども一人ひとりの アセスメント、 ケースマネジメント 体制が不十分」	(1) アセスメント、ケースマネジメント体制の強化について ○ 子ども自立支援計画のガイドラインは、基本的なアセスメントとしては参考になるが、乳幼児期、思春期、あるいは、虐待ケース、非行ケースなど、もう少し精度の高いアセスメントが必要になる。

東京児童福祉審議会 第3回専門部会における主な御意見

—事務局まとめ— (6/6ページ)

平成19年7月5日(木)

論 点	主な御意見
■ 論点整理「3 子ども一人ひとりの アセスメント、 ケースマネジメント 体制が不十分」 (つづき)	○ 児童相談所による従来のアセスメントでは、子どもや家族の抱える問題が明らかにならない。虐待等の不適切な養育がもたらす子どもへの心理的・精神的・行動的影響の把握が可能なアセスメントのあり方を検討すべきである。また、家族に関しても、子どもの養育能力を評価する方法や、子どもへの虐待につながる保護者の心理力動・家族力動の評価に関する方法論が未確立であり、この点を検討すべきである。 ○ 児相心理職と施設心理職の連携が必要。どのようにアセスメントの共有化を図るか。(最近では施設心理士もアセスメントを行うようになった。) 心理職が行う心理テスト方式だけでなく、施設の日常生活における行動観察を含めたアセスメントツールを、心理職とケアワーカーとが共有することが必要。 ○ 情緒発達から見たアセスメントのあり方も学ぶべき。 ○ 全体でアセスメントを進めていく中では、子どもの家庭復帰の見通しはかなりばらばらである。家庭復帰が明瞭な子ども、家族支援により家庭復帰が可能な子ども、家庭復帰が難しい子どもという3パターンで、アセスメントを組み立てていく必要がある。 ○ 小規模ケアのケアモデルについて検討すべき。
(その他)	○ 施設・里親での虐待防止などの子どもの権利擁護をどのように進めるかの議論が必要。 ○ 施設における専門的なケアが担保できるような基盤づくりとして、第三者評価を含めた外部評価のしくみが大切である。