

第3章 婦人保護施設における性暴力被害を受けた被害者に対する支援プログラム

I はじめに

1. 本支援プログラム作成の目的

婦人保護施設は、「売春防止法」(昭和31年法律118号)第36条を根拠として、都道府県や社会福祉法人が設置する施設である。これまで婦人保護施設は、制度の狭間に置かれてきた多くの複合的な課題を抱えた女性達と女性が連れてきた子ども達や家族の支援を行ってきた。

婦人保護施設にたどりついた女性達は、売春や人身取引被害、性暴力被害を含む様々な暴力被害、虐待被害、ストーカー被害等で深く傷つき、安全で安心できる居場所を失った女性達である。そうした多くの女性達は、貧困や家庭破綻の状態にあり、また、知的障害、身体障害、発達障害、精神障害といった様々な障害を有する人、子どもや親、きょうだいを抱える人、妊娠、外国籍、高齢、若年等、その属性や抱える課題は、複合的かつ多岐にわたっている。そして、現在の婦人保護事業の中では、「同伴児童」や「同伴家族」の扱いでしかない子ども達や家族の多くも、女性本人同様、複合的で多岐に渡る課題を抱えている。

女性や子ども達は、複合的な多くの課題を抱えているがゆえに、課題を解決して自立するまでには中長期的な、多くの機関との連携による支援が必要となる。そうした過程において、自立しようとする女性達の足かせとなり、大きな支障となるものとして、性暴力被害がある。

性暴力とは、「魂の殺人」である。

アリス・ミラーのこの言葉は、性暴力被害を的確に表している。

性暴力とは、同意のない性的接触や身体への侵入、恥辱を与える行為等、他人の性的自己決定権を侵害し、その人格や尊厳を傷つけるあらゆる行為をさす。

平成29年に110年ぶりに改正された刑法では、これまでの強姦罪を「強制性交等罪」として厳罰化し、強制性交等、準強制性交等、強制わいせつ、準強制わいせつを親告罪とする規定を排除し、非親告罪とした。また、監護者による18歳未満の子どもに対する性的虐待を「監護者わいせつ罪」「監護者性交等罪」として処罰する規定を設けた。

また、世界保健機構(WHO)は、女性への暴力について、「性暴力」の項目では、加害者と被害者との関係や状況を問わず、『全ての性的行為、性的行為を行おうとする試み、あるいは他者の性的(行為)に向けられた他の行為』と定義している。

今回の調査では、婦人保護施設入所者の「性暴力被害」の実態を明らかにするために、刑法等に規定された「性犯罪」の範囲に限定せず、DVにおける性暴力や家庭内・家庭外における性暴力、子ども時代の性的虐待等、幅広い性暴力被害を対象とした。

性暴力被害は、性感染症や予期せぬ妊娠等の身体に対する影響だけでなく、基本的な安心・安全の感覚を失わせ、心に深い傷を与える。性暴力の被害者は、自尊感情を喪失し、無力感に苛まれ、人との親密な関係を保てなくなり、PTSDを発症する人もいる。さらに、性暴力被害者は、

このような心身の状態からなかなか回復できず、就学、就労のみならず外出するといった「あたりまえの生活」すらできなくなり、生活全般に影響を受け、その結果、経済的困窮を抱える人もいる。

性暴力被害者は、性暴力被害にあったのは「自分が悪かったからだ」と自分を責め、被害にあった恐怖等から被害について訴えたり、相談することをためらい、口を閉ざしてしまう人が多い。性暴力被害者が、閉ざしてしまった重い口を開くことができるのは、他者との新しい結びつきと信頼関係の中だけである。回復は、人間関係における信頼と絆を背景にしてのみ始まり、傷つき損なわれ歪められた心的能力は他の人々との新しい関係が蘇る中で作り直されるのである。そして、回復は「当事者各人のペース」ですすみ、他者が急がせてはならない。

だからこそ、「入所」という安心・安全な生活の場が提供でき、中長期の支援が可能であり、様々な困難を抱える女性たちの支援の専門機関である婦人保護施設が、性暴力被害者の回復支援の役割を担うことができるのである。

これまでも、婦人保護施設は、性暴力被害者を支援してきた長い歴史がある。今回の調査では、過去3年間に、性暴力被害者を支援した婦人保護施設は68%という結果が得られた。入所時に性暴力被害を開示していない入所者が、職員との信頼関係が築かれた後に性暴力の体験や子ども時代の性的虐待について語り出すことがある。また、入所者の心身の状態、感情の起伏の激しさや対人関係のとり方の不器用さ等から、職員が性暴力被害を疑い、精神科受診や心理職との面接を勧める場合もある。当事者は、診察や面接の中で性暴力被害について語りだすこともある。

このように、婦人保護施設では性暴力被害者に対する支援を積重ねてきているが、その実績や対応方法を共有化するために具体的にとりまとめた資料はほとんどない。そのため、それぞれの婦人保護施設は悪戦苦闘し、精神科医や心理担当職員とともに手探りで支援を行ってきたのが実情である。

性暴力は女性の人権を侵害する行為である。だからこそ、傷つき損なわれた人としての尊厳と人権の回復のために、中長期的に当事者と向き合い、回復のための支援を行うことができる場としての婦人保護施設において、性暴力被害者に対する支援プログラムを策定し、共有することの意義は大きいといえる。

この支援プログラムを、婦人保護施設における実際の支援に活かして頂ければ幸いである。

【コラム】

「売春防止法および DV 防止法による婦人保護施設措置の対象者となる女性の状況」

売春防止法は、支援がなく、また何らかの形で通常の仕事に就けない女性が、社会の中で生き延びる手段として売春という手立てしかなかった時代に策定されました。近代化の流れの中で一見、売春というカテゴリーには当てはまらない各種性産業に従事する女性たちの中に、性暴力被害、とりわけ児童期の性的虐待の被害者が散見されることが様々な調査で分かってきました。

支援がないこと、貧困という要素の中で、当事者は、性暴力被害の再演という形で再び性的に搾取される性産業に従事するしかない状況に置かれます。性産業は、金銭を得るという面においては当事者の最後のセーフティネットワークのように見えるかもしれませんが、しかし、実際は形を変えた女性に対する構造的な性的搾取であり、更なる被害の現場となります。支援者は、生き延びる方法として彼女達がそのような仕事を選ばざるを得なかったことを尊重しつつ、彼女達が状況を理解した上で、再び性的搾取を受けずに生活できる支援を行っていかねばなりません。

DV 防止法の対象となる DV 被害を受けた女性についても、単に DV を受けただけで婦人保護施設への入所を選ぶことはあまりありません。一時保護終了後、地域での生活に移行することができない入所者は、前項と同様に、支援の欠如と貧困の問題、さらに複雑トラウマによる、より複雑で重篤な精神症状がもたらす生活困難を抱えた末の施設利用であることが多いのです。

また、「自分が継続的な暴力を受けている人と性の営みができるか」ということを想像をした時に、DV という状況そのものが広義の性暴力であると考えられることもできるでしょう。このように婦人保護施設の支援者にとって、性暴力という見方は、支援にあたって欠くことのできない視点なのです。なお、実際の当事者は、これらの被害を累積的に経験していることが多く、さらに、知的障害、発達障害、発達課題を有するかもしれないという視点も持つ必要があります。

2. 本支援プログラムの活用にあたって

「婦人保護施設における性暴力被害者に対する支援プログラム」は、婦人保護施設に入所する女性を対象に、施設内・外、退所後における性暴力被害の回復に向けた取組が進むことを目指して作成されたものである。

本支援プログラムにおける性暴力被害には、児童虐待の1つである性的虐待やDVの一部に性暴力が含まれるもの、また、家庭内・家庭外における性暴力を含んでいる。また、性暴力被害は、開示されない場合が多いため、本人の言語・行動・生活の様子などを観察した結果、性暴力を受けた経験が疑われるケースも含めて検討している。

本支援プログラム作成にあたっては、婦人相談所、婦人保護施設、医療関係者および学識者の実際の活動を基にして、支援の中で重視していること、支援の実践、工夫点および関連情報について具体的な内容を取りまとめた。そのため、性暴力を受けた（受けたと思われる）被害者（性暴力被害者、婦人保護施設入所者に限る場合は性暴力被害を受けた入所者と表記）に対する支援に関わる情報を網羅したものではない。

本書は、3つのパートから構成されている。第1は、「性暴力被害者に対する婦人保護施設としての支援のあり方」である。ここでは、性暴力被害者に対する共通の理解を深めるとともに、婦人保護施設としての支援の強み、支援場面等を示している。

第2の「婦人保護施設における支援の実際」では、婦人保護施設で支援に取り組んだ4つの事例を題材に、婦人相談所からの引継ぎ事項、アセスメント、支援計画、支援内容と課題について解説をしている。

第3の「支援にあたっての留意事項・課題」では、性暴力被害者の支援において重要な役割を担う、婦人相談所として注力すべき事項が示されている。さらに、精神医学の観点から、性暴力被害者に対する診立て、精神症状、行動化の理解につながる知識が解説されている。また、実際の支援アプローチとして、トラウマ・インフォームド・アプローチ、解決志向アプローチ、リラクセーション技法、STAIR等の考え方を紹介している。

なお、本書では、「コラム」、「Q&A」、「A施設の例」（ある婦人保護施設の取り組み）を掲載している。これらは、本書で紹介している支援プログラムの内容の理解を深めるための解説であり、具体的な情報提供を目的としたものである。本文の記述内容とともに、各婦人保護施設等での実践に向け、参考にして頂くことをねらいとしている。

Ⅱ 性暴力被害者に対する婦人保護施設としての支援のあり方

1. 性暴力被害者への共通理解

性暴力がなぜ起きるのか。その根源には「性差別社会」の問題がある。中でも性暴力被害者は、当事者が加害者から「誰にも言うな」と口止めをされていることが多く、自らも「誰にも言えない恥ずかしいこと」という感覚を持ち続けていることが多い。社会的にも性暴力被害そのものに対する偏見があり、当事者自身が問題を転化させられたり、責任を取らされたりすることも多い。その結果、「言わない方が自分を苦しめず楽だ」「自分の身に起きたことがよく分からない」と自らの被害を曖昧にし、隠蔽することで自分を守っている場合も多くみられる。特に、子どもに対する性的虐待は、密室における「生活の場」で起こることが多く、しかも繰り返され逃げられない環境に置かれ、被害は長期化することが多い。

性暴力被害者は婦人保護施設の安心・安全な環境の中で、自らの被害を言語化し、語り始めることがある。支援者は、当事者が語ること、その言葉をしっかりと受け止めなければならない。そこから回復支援の一步が始まるのである。したがって、回復には長い時間がかかる。支援者は、長い時間をかけて「待つ」ことを求められる。しかし、「待ってもらおう」ことは、当事者にとって自己決定への道のりであり、その過程で支援者と大きな信頼関係が生まれる。それは支援者にとっても賜物である。

性暴力の被害経験は、「特別な経験」であり、ありふれたどこにでもある普通の経験ではない。当事者には、専門的な知識に基づいて、特別な配慮による支援が行われるべきであり、そうした対象として支援者間で共通認識を持つことが回復支援の前提となる。以下に、婦人保護施設において性暴力被害者支援を行う上で留意すべき点について示す。

■ 他者からの侵害に対して回復する権利を持っている

性暴力被害者は、基本的人権を侵害されており、その被害から回復することは、正当な権利である。当事者は、自己肯定感、自尊心が毀損されており、支援者の対応によっては二次的な被害を与えてしまう可能性があることを十分に理解しておく必要がある。支援者は、当事者の回復する権利を100%擁護するという考えに立脚し、「人から奪われたものは人によって回復する」、「信頼する人との出会い・関係こそが回復につながる」ことを「専門職」として自覚し、支援に繋げていく必要がある。

■ 専門的治療が必要な対象者である

性暴力被害者は、自分が被害者であるという意識よりも自分が悪いという「罪悪感」を抱えていることが多い。そのために口を閉ざしてしまい、開示しない、もしくは開示できるまでかなりの時間を要する。身近にいる支援者が、時間をかけてその対応に当たることが求められるが、日常の支援と並行して、医療的ケア・心理的なケア等、専門職による専門的なア

アプローチ（「トラウマ処理」等）も必要となる。性暴力被害者の閉ざされた心の被害に関わるには慎重な尊厳への配慮と、専門的なスキルが準備されなければならない。

支援の専門性を担保し、当事者に無用の混乱を与えないことがないように、適切な支援を適切な順序で提供するために、性暴力被害者が抱えるトラウマによるフラッシュバックへの対応の方法等について、適切に治療できる臨床家（医師、臨床心理士）から助言を得ることができる体制を準備しておくことが必要である。EMDRなどの専門的治療にあたっても、当事者の意思を確認しながら、医師の許可のもと必要に応じて繋げることができるようにしておきたい。

■ 被害状況は一人一人すべて違うことへの認識を持つ

支援者は、支援の場数を踏み、経験を積む中で専門性を獲得することで、現在支援を行っている入所者のケースと、過去に経験したケースとの共通点を見つけて、一瞬にして支援方策を頭の中に描けるような錯覚に陥ることがある。しかし、入所者にとっては初めての経験であり、支援を受けることも初めてである。誰かと同じにされることに強い抵抗感を持つ人もいる。目の前の当事者は、常に初めて支援する相手であると捉え、丁寧に向き合いたい。

■ 性暴力被害への理解を深める

支援者は、日常の研鑽はもとより、専門的な研修に参加することで支援力を高める必要がある。「婦人保護事業」の専門研修が必須であるが、研修体制が十分には構築されていない。

性暴力被害は、「他者からの人権侵害」であることに支援者達がチームとして共通理解を持つ必要がある。特に、職域を超えて協働して支えあう「チームアプローチ」が重要である。重篤な当事者と向き合う時には、支援者が代理受傷を負うこともある。心理職を中心に職域を超えて話し合うことができる機会を持ち、支援者の関係性の中に留まらず、関係機関の中にも投げかけ、当事者に対する支援の実際について理解者を増やしていくことも大切な取組である。

2. 支援者としての態度

■ 当事者本人が語る内容、言葉に耳を傾ける

「やっと話することができる」。婦人保護施設的环境と支援者に出会った当事者は、長い間誰にも助けを求めることができなかった状況から解放されて語り始めることがある。支援者は、この時期を大切にすることが必要である。当事者は話すことによってフラッシュバックを起こしたり、PTSD の症状を呈することもある。そのような状況において支援者は、当事者がこれまで長い間不安な状況の中にあったことを理解し、受容的で共感的な態度を示す姿勢が求められる。

■ 当事者性をもつ

支援者は、当事者を教え導き指導する存在ではない。寄り添い、酷い経験を共有し、そこから起こっている様々な生きづらさを共に理解し、これから共に歩む伴走者である。また、自分も当事者になり得る立場にあることを認識し、ピアサポートの感覚を常に忘れずに持ちながら支援する必要がある。

■ 支援者間で被害の状況を共有する（共通認識）

支援者は、当事者がどんなことを経験し、何が原因で今の状況に至っているのかについて施設内の職員間で共有することが大切である。しかし、性暴力被害者は、人を信頼することが難しい場合が多い。当事者の意思を確認しながら、徐々に共有する人の範囲を広げていくことが必要な場合もある。入所者が起こす様々な問題、行動には、必ず意味や、原因があるというトラウマ・インフォームド・アプローチ（TIA）に基づいた対応方法を施設内スタッフで共有する必要がある。施設の全ての職員が、同じ方針に基づいて対応ができるように TIA の研修を積んでおくことが望ましい（→see：トラウマ・インフォームド・アプローチ p.314）。

■ 時間をかけて信頼関係を築く

繰り返しになるが、性暴力被害者は、人を信頼・信用することが難しい場合が多い。そのこと自体を問題にするべきではない。本人には全く責任がないのである。性暴力被害により、人を信頼できなくなっていることへの気づきが回復支援のポイントとなる。そのためには、安全な生活環境、自分の言葉を評価されることなしに、そのままに聞いてくれる、安心できる相談相手、いつも変わらないスタッフ全員の柔らかな、配慮のある態度等が必要である。入所者のペースに寄り添いながら時間をかけて施設全体で信頼関係を構築していく必要がある。

性暴力被害者が、自らの性暴力被害を語れるようになるまでには時間がかかる。支援者との信頼関係ができて初めて「誰にも言えなかった」見えにくい性暴力被害の苦しさについて

て、やっと打ち明けられるようになる。支援者は、焦らずに時間をかけて関係を築いていくことが大切である。

■ 「自分は汚い」「自分は他の人とは違う」という感覚を理解する

人からひどいことをされた経験が、「自分が悪い人間だから大事にされない」という自尊心の毀損を被害者にもたらしていることが多い。「そうではない、あなたは誰からも大事にされるべき大切な一人である」というメッセージを伝え続けることが、当事者の毀損された自尊心の回復に繋がることを信じて支援することが大切である。

■ 「誰にも知られたくない」「聞かれたくない」と思っている一方で、「聞いて欲しい」と思っている人もいることを理解する

性暴力被害を受けた入所者の中には、性暴力被害を受けたことについて、人に話すことで「自分が壊れてしまう」ような感覚があり、話さないことで自分を保っている人もいる。また、一方で、何度も繰り返し話すことで、「自分は悪くない」ことを確認したい人もいる。このことは、支援者との信頼関係がどこまで築かれているか、施設全体が TIA に基づいた安心できる対応を提供できているか、当事者のストレングスの度合い等、様々な要因が絡むため、一概に説明できることではない。性暴力被害を受けたことによる影響は個人によって異なるため、それぞれの個人に対応した支援が必要である。

■ 生活場面で協調性が持てないことの背景を理解する

性暴力被害を受けた入所者の中には、朝起きることができず食事に出て来られない人がいる。その理由を詳しく聞くと、「暴力を受けたときの様子が夢に出てきて、朝の目覚めが悪く、起床した瞬間からフラッシュバックが始まり、解離状態になり行動を起こせず、結局一日の日課に乗れない」と話した人がいた。人の行為には、それぞれ意味や理由があることを想像し、そのことを理解しながら、一つ一つどのように解決していくか、寄り添いの姿勢で対応することが重要である。生活場面で協調性が持てないことが性暴力被害による症状である場合があることを強調しておきたい。

施設のルール、日課などを守り、規則正しい生活ができるようになることも、回復後の生活を考えれば大事なことではある。しかし、当事者の心の傷を理解し、健康な状態にある人であれば特別意識することなく守れる日課や簡単な決まりも対応できない状況にある心理状態を理解し、入所者の回復の度合いに応じて個別に対応できる体制を、施設として予め構築しておく必要がある。

■ 長く支援できる体制と支援関係 自助グループの活用

子どもの頃の性的虐待に加えて、親子関係に起因するアタッチメント障害等の重層的なトラウマにより、長期間生きづらさや、混乱をもたらすことがある。そのような場合、施設退所後にも「理解し・支える」存在として、施設が入所者に関わることができる関係作り、体制作りが必要である。

支援実績を蓄積する中で、特に退所者支援において緊急性の高い新ケースにリソースを集中できるようにするためにも、自助グループの活用が有効であると考え、退所者を中心としたピアサポート体制を構築し、施設がバックアップできる体制を作る必要がある。

【A施設の例：チーム力による支援の重要性～「トライアングル会議」について～】

A施設では看護師・心理職・栄養士による専門職の会議を「トライアングル会議」と呼んでいる。そこに総括的立場で支援者が関わる。一人の入所者が抱える問題を様々な角度から検討し、意見を出し合い、より良い支援の方向性を探る。入所者は複合的に被害を重ねている場合も多く、一方的な視点からの支援に偏らないようにする取組である。

定期的開催される会議ではなく、必要な時に開催する会議である。被害体験によるフラッシュバック・症状に対する理解が共通して進められ、心身の変化・体調の変化に寄り添う関係を築いていく。さらに医療関係者との連携につなげてゆく。

【A施設の例：入所者支援をしている自分への気づきへの問いかけ 30 項目】

目的は支援の振り返りにある。支援の関係性を見直し、日常的に入所者に寄り添った支援ができているか、自らの検証、施設の検証を行う。

事業計画中に毎年、提示している 30 項目がある。この項目をさらに進化させ、スーパーバイザーのもとに「入所者には」12 項目、「職員として」10 項目、「組織で働く」6 項目、「社会的使命」2 項目ごとに分析し、検証する。

入所者には

- ・入所者の話をよく聴いていますか
- ・入所者の個性・主体性の尊重が出来ていますか
- ・自分が関わる入所者にいつも謙虚であるように心がけていますか

職員として

- ・自分自身が専門職であることの成長を目指していますか
- ・自分自身に物事を問いかける、感じる力、洞察する力を養う努力をしていますか
- ・職員同士で入所者の噂話をしていませんか

組織として

- ・施設職員はふれあい・交わり・認め合いによってお互いを理解し、受容できていますか
- ・自分自身に課せられた日常の仕事を大切だと考えていますか
- ・職員は支援者として自分をよく知ることが大切ですが、日常その努力をしていますか

社会的使命として

- ・「女性の人権」について日常支援の中に、いつも意識していますか
- ・傷ついた女性たちの「心の回復への支援」が施設の大きな機能になっていますが、その事への気づきを自分自身の事として受け止められていますか

【A施設の例：業務連絡会議「むすんでひらいて」】

施設単独で自立の道を開くことは困難であり、都道府県、自治体との連携は欠かせない。措置機関である婦人相談所、所管の福祉事務所、嘱託医との情報交換等が重要である。

A施設では、関係機関での業務連絡会議を開き、この会議を「むすんでひらいて」と名付けている。お互いに手を結び、心を開きあう関係会議でありたいという思いが込められている。業務連絡会議は、婦人相談所相談員、福祉事務所相談員、CW、障害施策 CW が参加し、支援の実際について検討するための会議である。特に入所者の支援のために作成する「個別支援計画」は本人・機関・施設支援者が参画してつくられるものであり、措置機関の協力は必須である。

Q & A

Q：性暴力被害はどうして言葉にしにくいのですか？

A：性にまつわる領域は、「陰部」や「恥部」という言葉が示すように、一般的に秘すべき、恥ずかしい行為であると考えられやすいものです。通常、あからさまに言葉に出されることがない領域です。性暴力は、セックスではないにもかかわらず、性にまつわる様々な言葉を使わないと自分の受けた体験を説明できないという困難を抱えています。

それに加えて性暴力被害は、助けを求められない状況で起きるため、そもそも助けを求めることができるという感覚そのものを持つことができないこともあります。

精神生理学的な説明としては、性暴力被害の体験は、五感、感情、思考、認知などが通常の物語記憶とは疎隔化されて残る、「冷凍保存」した記憶にたとえられる「トラウマ記憶」として保持されることが多く、思い出そうとしても思い出せない、言葉にならないということが多いのです。（→see：トラウマ記憶 P310）。

これらすべての特徴が関係して、性暴力被害は、より言葉にしにくいのだということを覚えておいてください。

Q：フラッシュバックと PTSD 症状はどう違うのですか？

A：フラッシュバックは PTSD 症状のうちの 1 つです。再体験症状の中でも、最も典型的な症状（被害体験を生々しく、まるで「今、ここ」であるかのように思い出す）です。その他の症状には、回避や麻痺、過覚醒、ネガティブな認知や感情などがあります（→see：トラウマ記憶 P310、→see：PTSD P310）。

Q：支援と指導はどこが違うのですか？

A：性暴力被害を幼少期から受けてきた人は、いつも上から支配され、コントロールされているような体験をしてきています。そこに「指導」という上から目線の対応をされると、まるでそれがかつて受けてきた虐待と同様の体験として知覚され、安心・安全な信頼関係を作ることができないのです。私たちの支援が、指導という形ではなく、できるだけ対等な形を作るために協働的なアプローチが望ましいのです（→see：トラウマ・インフォームド・アプローチ P314）。

Q：性暴力被害者は、どうして自分が汚いと思うのですか？どうしてあげたらいいですか？

A：性暴力被害を受けたときの恥や汚染された感覚が、トラウマ記憶のなかにそのまま残っているため、汚れたという感覚が取れないのです。何度洗ってもとれたような感じがしないので強迫的に洗浄を続ける人もいます。トラウマに焦点をあてた治療を行い、トラウマ記憶の処理をすると改善します。また、同じような被害を受けた人たちのグループでそういう話し合いをすると、他の人は汚れていないと感じるため、変化をすることもあります。トラウマからくる感覚の問題なので、心理教育として、人間の体重の7%が日々入れ替わっており、2週間程度で全体重分の重さが入れ替わっていること、身体の全ての分子も1年以内に総入れ替わりになるのだと伝えることが役に立つ人もいます（→see ト라우マ記憶 P310）。

Q：トラウマ・インフォームド・アプローチ（TIA）ってなんですか？

A：トラウマ・インフォームド・アプローチ（TIA）とは、トラウマを受けた人をめぐる援助資源です。医療・保健・福祉・司法・更生・教育等、こうした分野に関わる職員が、1)トラウマの影響とそこから回復しうることへの気づき、2)当事者を中心とした全ての人（支援者を含む）のトラウマによる徴候や症状の認識、3)トラウマに関する知識のあらゆる支援システムへの統合、4)再トラウマ化の防止を原則としたアプローチです。後に項目を用いて説明します（→see：トラウマ・インフォームド・アプローチ P314）。

Q：どうして協調性が保ちにくいのですか？

A：協調性を保つためには、周囲の人や状況が見えている必要があります。しかし、トラウマ記憶を抱える人は、内的な感覚に注意集中力を奪われ、今ここに十全にいる感覚（マインドフルネス）を保つことができません。また、症状により、時間の感覚さえ断裂してしまうことがあります。複雑なトラウマを受けた人は、容易に人を信じられなかったり、攻撃的になったり、ひきこもったりすることから、対人関係に困難が生じることがあります（→see：複雑性 PTSD P311、→see：3Fモデル P312）。協調性を求めるより、本人の困り感に寄り添いつつ、心理教育を行い、対処法を協働的に探索する必要があります。

3. 性暴力被害者が抱える困難（性暴力を受けたと思われるケースを含む）

■ 信頼関係が築きにくい

性暴力被害は最も信頼している親族関係者からの被害が多い。しかも幼児期から長期に渡り継続的に被害を受けていることも多々ある。自らの被害を長期に渡り「語らない」ことで生き抜いてきた当事者は、人間関係を構築することを遠ざけてしまうことがある。語りたくても語れない状況に置かれてきたと言えよう。「人を信頼することができない」環境に置かれてきた人は、施設が安心・安全な場所であるからといって、支援者との信頼関係を築くには時間がかかる。当事者が話すことができるまで、当事者の尊厳を尊重して信頼関係を積み重ねることに時間をかけることは最も大切である。

■ 感情のコントロールを失いやすい

精神的に不安定な状況に置かれている当事者が感情のコントロールを失ってしまうような場面に遭遇した時は、解離すると同時に感情のコントロールを失い、暴言・暴力を起こすことがある。意識を失い、引きこもる等の行動をしてしまう場合もある。自分でも想像できないような怒りの感情に心は動揺し、思いがけない行動に発展してしまうのである。その対応には、背景にある個々の問題を想起し、その行動を非難するのではなく、あるがままを受け入れ、丁寧に優しく寄り添う姿勢が求められる。また、支援者と連携をしながら時には心理職等による「リラクセーション」等も効果的である。

■ 統合失調症等の精神疾患と誤解されやすい

精神疾患と診断されてきた人の背景に、実は性暴力被害が要因になっていることがある。「被害を言語化できない」「誰にも言うなと口止めされてきた」ことから、受診につながっても、性暴力被害について語れず適切な治療につながらないこともある。専門的な診断は医療機関で行なわれるが、日常支援における生活行動や言動に現れる状態も観察しながら、支援現場で状況をよく見極め、情報提供する等、精神科医と連携していく必要がある。

■ 回復に時間がかかり、無力感を覚えやすい

性暴力被害者は、回復に時間がかかるため「思うようにいかない」「どうなってもいい」等の感情に捉われ、そのもどかしさと自立への不安も重なり、本人は焦りを感じ、いらいらした状態を呈することがある。不安な状態は、何らかの形で行動化することにつながり、周りの人との関係がますます作りにくく、さらなる焦燥感を持つてしまう。生活の中にひとり取り残されないように自立の方向に支援するコーディネート力が支援者に求められる。

■ 本人が被害を認めない、自覚がない場合がある

性暴力被害者は、性暴力被害を受けていることに自覚が持てず回復に時間がかかる場合がある。被害を認めたくない気持ちと解離してしまう部分とが入り混じる。ゆっくりと時間をかけて対応することが求められる。解離も当事者にとっては生き延びるための手段とも考えられる。心の傷みを理解しつつ支援体制を構築する「当事者理解」が支援者に求められる。

■ 警戒心が強く、孤立しやすい

性暴力被害者の中には、被害経験から警戒心が強く、周囲の反応にびりびりしており、集団生活に馴染めない。感情の波も激しく他者との生活を受け入れられない等、孤独な状況に自らを追い込んでしまう。生活あるいは社会の中での関係性への配慮「つなげる関係」を生み出すことも支援者が行うサポートとして重要な役割である。

■ 生活場面での困難が想定される

婦人保護施設での生活場面において、性暴力被害者は不安感を呈することがある。環境・関係の変化に馴染めないこともあるが、性暴力被害により「人との関係」に対する不信・不安感が大きくなっている。幼児期から義父から性的虐待を受け、その後も出会う男性から性暴力被害を繰り返し受けてきた女性は万引きを繰り返した。その女性が「安心して安全な関係にすることが不安なのです」と語った。その言葉を聞き足元がぐらついた。まさに性暴力は人が生きる事を奪う犯罪であることを痛感した。

婦人保護施設にたどり着いた女性達が生活場面でみせる行動から、支援者は学ばなければならない。生活場面で想定される困難を、以下に紹介する。支援者は生活場面で当事者の状況を理解し、より丁寧に時間をかけて対応することを忘れてはならない。

図表 3-2-1 困難が想定される生活場面

食事場面	・人と共に食事がとれない。 <事例における背景> 食事の時に虐待を受けていたこと（嫌なものでも毎日食べさせられた）が思い出される。
入浴場面	・浴槽に入れない。浴槽の水面が波打つのが怖い。人と共に入浴できない。 <事例における背景> 幼いころ浴室で性的虐待を受けていた。拒否すると浴槽に顔を埋められた経験がある。
他の入所者とのコミュニケーション	・大声：大声を聞くと感情のコントロールができなくなる。 <事例における背景> 大声を聞くと父や夫から怒鳴られたことが想定され、フラッシュバックが起きる。 ・暴言：暴言で人を支配する。また、支配されやすい。 ・視線：絶えず他者の視線を避けようとする。表情を直視できない。暴力を受け続けてきた人によくみられる。
一人の時間	・自傷行為 リストカット・髪の毛を抜く（抜毛）・掻きむしる・壁をたたき続けるなどの行為がある。

【A施設の例：自傷行為への対処】

行為の背景にある被害体験を振り返りつつも「自らを傷めつける」行為については止めるように促す。自傷行為は心の SOS であると同時に心の叫びでもあり、真摯に対応していくべきである。出来るだけチームによる対応が望ましく、自傷行為があった場合は、緊急にチーム内で情報共有する時間を持ちたい。その対処として施設内でヒヤリハット・事故報告に記載し、「危機管理委員会」で共有、さらに第三者（弁護士など）も入り構成している「安全管理委員会」で検証をしている。

A施設では「リストカットマニュアル」を作成している。かみそりなど自分で持っている不安な人は施設職員が預かっている。

【コラム】

婦人保護施設にしかできない「生活のなかでの支援」

トラウマ性疾患、とりわけ複雑なトラウマによる疾患は、精神医療の中でも認識されはじめたばかりの疾患です。入所者の中でも複雑な症状を呈する人達は「パーソナリティ障害」と診断されることも多く、「人格障害だから治らない」と、自傷や他害があっても、精神科病院への入院を断られるようなこともあります。

実際には、本人にとっても不本意な入院によって得られることは、「安全の確保」だけであり、「治らない」というより「治せない」というのは、ある意味の真実であるのかもしれません。

そのような問題行動を抱える当事者を回復に向けて支援することは、精神科病院での入院治療だけでは決してできず、それを知るが故に、施設職員はそうした入所者を素手で抱えていたような状況があります。

トラウマ性疾患を治療する時には、単に薬物療法のみではなく、心理的な技法を用いる必要があります。しかし、その技法は、古今から回復のために必要な3つのプロセスとして、①安心で安全な環境の確保（生活空間の安全から対人関係や共同体における安心感の確保）、②再想起・服喪追悼（再び思い出し失われたものを嘆くこと：トラウマ記憶の処理）、③再結合（処理されたトラウマ記憶が適応的な記憶と結合することから対人関係的、社会的再結合まで）の段階を様々な形で繰り返すことを、どう安全に行うことができるかということに主眼を置いています。

しかし、精神医学や心理療法の中で扱う場合、この回復の3つのプロセスの基盤として不可欠な安全と安心の確保や、回復を紡ぎ出すための周辺資源がなかなか得られないことが実状です。この3つのプロセスが進んで行くために必要なものが全てそろっている点が、婦人保護施設の強みです。婦人保護施設の存在意義はここにあります。日々の回復や社会とのつながりに必要な回復資源がそろっていれば、入所者が職員や他の入所者との関係性の中で、その日その日に波風が立つことはあっても、日々回復は進んでいきます。回復は、螺旋階段状です。また同じことの繰り返しであるかと思っても、俯瞰すればその入所者が以前とは違う地点に立ち、進歩していることがわかるでしょう。また、トラウマに焦点をあてた治療のできる心理士や医師が共働すれば、より回復促進に役立つことができるでしょう。

生活の中で様々に現れる症状や言動にトラウマへの理解とトラウマ・インフォームド・アプローチをもって日々関わっていくこと、統合的なプログラムを施行することによって、婦人保護施設は、精神科医療では提供できない回復支援を可能にするのです

(→see：トラウマ・インフォームド・アプローチ p.314、→see：STAIR p.317)。

Q & A

Q：良好な信頼関係を作るためにはどうしたらいいですか？

A：性暴力被害は、力の上下関係の中で圧倒され、支配およびコントロールをされる体験です。安心・安全感の確保、自尊心および自己統御感の回復が重要です（→see：トラウマ・インフォームド・アプローチ P314）。

Q：感情のコントロール障害はどうして起きるのですか？

A：感情のコントロール障害（以下、感情調節障害）は、「複雑性 PTSD」における PTSD 症状以外の 3 つの症状である、①感情調節障害、②対人関係困難、③自分に対する否定的な認知のうちの 1 つです（→see：複雑性 PTSD P311）。

Q：統合失調症って何ですか？性暴力被害者が統合失調症と間違えられるのはどんな症状ですか？

A：統合失調症は、脳の機能的な障害による精神疾患の一種です。古くは、早発性痴呆といわれたこともあり、本来持っていた人格の水準が低下し、思考障害、幻覚（実際ないものを感じる：幻聴、幻視）、妄想（現実から離れた思考：多くは被害関係妄想）等によって特徴付けられます。性暴力被害者が、統合失調症と間違えられる一番大きな原因が幻聴です。統合失調症性幻聴と解離性幻聴は異なります。統合失調性の幻聴は、外で誰かが話し合うのを聞いているような幻聴や、外から入り込んでくるような幻聴であることが多いです。一方、解離性幻聴は、頭の中で響くような声が多く、自分の考えが声になったり、実際にそれが加害者の声であったり、加害者から言われたこと、加害者から刷り込まれた考えであったりすることもあります。その他、被注察感（見られているような感じ）が一種のフラッシュバックとして起きることもあります。被害関係妄想も、統合失調症における思考障害や妄想をベースにしたものというより、被害対加害の関係性の中で色付けられた現実の解釈の歪みが主で、思考障害を伴いません。いずれも受けた被害との内的関連があり、了解可能であることが重要です（→see：PTSD P310）。

4. 婦人保護施設の強み

婦人保護施設入所者の入所理由は多岐に渡り、しかも複雑に理由が重なり合っているという特徴がある。背景には様々な生活困難があり、貧困をベースに、身体障害、知的障害、精神障害、発達障害などの障害、妊娠・中絶、家庭不和、両親の死別・離婚、ギャンブル等依存・薬物依存・アルコール依存、性風俗産業関係、ホームレス問題等、精神的、経済的かつ社会的にも「生きづらさ」を抱えている。特に性暴力被害者への支援は、婦人保護施設の主軸業務となっている。言い換えれば、婦人保護施設は、性暴力被害を主軸とした女性のあらゆる困難に対して支援する場所となっていると言えよう。東京都内の婦人保護施設5施設で立ち上げた「婦人保護施設あり方検討会」では、支援対象の女性達について「性的暴力を中核とする人権侵害を受け、支援を必要とするすべての女性」としている。繰り返すが、あらゆる困難な課題の中でも、性暴力被害を受けた過去からの回復がいかに困難かを、婦人保護施設に辿り着いた女性たちの姿が象徴的に伝えている。婦人保護施設の役割・責務は対象者の人生にも影響されることである。

■ 安心・安全な場所の提供

婦人保護施設入所者の「その後の不安」として一番に挙げる点は、「居所なし」である。暴力から逃げて行き場がない、貧困をベースに生活困難・生活障害により居場所を失う、人間関係の構築が上手くできないため、そこにいられなくなった等、理由は様々である。居場所を失うことで生活破綻をきたし施設に辿り着く。不安な状況から逃れて、経済的、精神的かつ日常生活的の中に安心・安全に居られる場所、ゆっくり眠ることができて安心して食事を摂ることができる場所の提供は何よりも大切な支援となっている。「今日一日が無事に過ごせる場所がある」婦人保護施設は、当事者にとって社会の中の「オアシス」にもなっている。

■ 中長期的な支援が可能である

婦人保護施設は、入所期限が定められていないため、時間をかけ中長期的に個々のステージに応じた支援ができる場所である。特に、性暴力被害からの回復には、個別的な支援とともにゆっくりと時間をかけ継続的に取り組むことが求められる。生活を通して培われる関係性の習得・構築が心的回復をゆっくりと育んでいく。しかし、実際には、全国の婦人保護施設の入所期間にはばらつきがあり、各施設の判断にまかされているのが現状である。

■ すぐそばに支援者がいる

性暴力被害者は、「誰にも相談できない」、「誰に相談していいかわからない」と思いながら、実は「聞いてもらいたい」と思っているのも本音である。支援者はその気持ちを汲み取り、当事者へのさりげない声掛けが必要である。当事者の不安な気持ちをまっすぐ受け止めてくれる「支援者」が婦人保護施設にはいる。支援者は日常の生活支援から自立に向けてのステップへの支援、心理的なサポート、家族との関係調整などを行い、いつも傍にいて不安な気持ちを受け止めてくれる「相談者」であり、安心・安全を保障してくれる「隣人」でもある。

■ 専門的支援への介入（心理職員配置）が可能である

心理職員は、性暴力被害により人間不信となり、他人との信頼関係が築けない状況や、自傷行為、PTSD（再体験、回避・麻痺、過覚醒）等を発症して日常生活を営むことさえ困難な状況に置かれている性暴力被害者に対して、専門的な支援を提供することができる。全国的には心理職の

配置がない婦人保護施設も存在し、支援に地域差（ローカルルール）があるが、どこにいても等しく支援が受けられる（ナショナルスタンダード）体制整備が求められる。

■ 女性の権利と女性性の機能への支援——妊娠・出産・中絶・養育にかかわる支援

女性は、妊娠する機能を持っている。妊娠の相手は様々であるが、子の父が不明である場合もある。また、レイプによる妊娠もあり、辛い過去を背負っている女性も多い。また、妊娠しても必ず出産につながるわけではなく、中絶経験者も多い。出産しても自らの力で養育することが困難な場合もあり、母子分離後の支援も婦人保護施設の重要な役割である。

支援の中で、性に関する女性の権利、特に「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」（性と生殖に関する健康と権利）について学ぶ機会を持てるよう支援していくことは、非常に重要である。全国の婦人保護施設の中には、独自に「生と性の学習会」等、自らの女性性・権利について学ぶ機会を設けているところもある。婦人保護施設だからこそ力を入れていかなければならない支援内容である。

■ 養育への支援——子どもへの支援

女性支援と子どもの支援はいつも一体である。婦人保護施設の母子支援に定められた規定はないが、出産後、子どもの養育が困難な母親（知的障害や精神的障害等）と子どもは、女性の意思を尊重しながら婦人相談所、児童相談所との話し合いの上、分離となることもある。入所時に母子分離となるのは、東京都の婦人保護施設のみであり、全国的には母子一体の支援が行われている。分離後の母子支援は、婦人保護施設が取組んでいる（母子面会交流・宿泊交流等）が、児童相談所や乳児院、里親、児童養護施設等との連携が重要である。さらに子どもの成長についていけない母親もいることから、支援者は、「成長に応じた母子関係」へのサポートについて支援することも重要な役割となる。

また、DV被害者に伴われてくる「同伴児」として子どもの入所を受け入れている婦人保護施設の子どもの支援については後述する。

いずれにしても、母子支援は、婦人保護施設が「次世代育成支援」の機能を持つことを示している。

■ 家族関係の修復——絆の回復支援

性暴力被害者の多くは、もともと家族関係が良好でなかった人が多い。婦人保護施設入所後、施設が家族関係に介入することで、関係が修復されることもある。本人が、家族との関係を拒否していない限り、多くの入所者は、家族関係が修復されることについて喜びを感じている。家族に「認められる」ということや家族との関係性の修復は、その後の自立支援の過程においても自信につながり、心的な回復へのプラスの影響も大きい。

家族関係の修復に対する支援は、個別性が高く、関わるべき時期も一人ひとりにおいて異なる。先走りをしないで当事者の気持ちを尊重した支援を行うように心がける。

■ 自立支援移行に向けた取り組み

性暴力被害者人の入所期間が短期間である場合には、深いかわりが出来ないこともある。しかし「自分を支援してくれるところがある」ということを知ることは意義がある。再度、生活に行き詰まった時に利用でき、「自立再建への道」を開くことにつながる可能性もある。施設という場所、力になってくれる支援者との出会いは大きい。

・心の回復支援

婦人保護施設に辿り着いた女性達にとって大きい支援である。暴力・性的搾取・人間性の喪失・心の貧困など社会環境の中で奪われてきた経験から生活は荒んでいることが多い。安心・安全な居場所の提供、信頼できる人（支援者など）との出会いは「人間らしさ」を取り戻し、心の回復につながるものがある。「あなたはあなたのままでいい」生活を通してそう伝える機会も持てる。自尊感情・自己肯定感をそがれてきた女性たちにとって「自分は大切な存在」と思える支援の提供から、自立生活の一步が踏み出せる。

・「生活リズム」の改善の支援

集団の中での生活は、これまでの単身生活では難しかった「生活のリズムを取り戻す」という利点を持っている。生活破綻をきたした人が、共に暮らす（助け合う、生活の中で役割を持つなど）ことで生活スキルを学ぶ機会にもつながる。社会で阻害されてきた経験のある人が、生活に密着した関係からコミュニケーションの取り方を習得し、「暮らす」ことから社会性を覚知する機会にもなっている。

・金銭管理への支援

多重債務など経済的な問題で入所してきた人も多く、債務の返済等、問題解決への支援が必要である。また、生活を維持するための経済的なやりくりへの支援も重要である。基本的には「自己管理」が目標であるが、債務の返済に関わる事や預金、日常の小遣い管理・将来への生活設計など、計画的に取り組むための支援が必要になる。支援者の金銭管理への支援は生活再建のカギとなる。

■ 就労移行支援へのアプローチ

就労は自立に向けての大きな第一歩の支援である。本人が就労を希望する時期、就労先、就労場所、就労内容、収入などの見極めも重要である。本人の主体性を尊重し、共に寄り添いながら段階を追っての支援になる。

- ・就労の目的について将来の生活設計を含めて話し合う
- ・就労場所への相談——適性の確認 履歴書の書き方 就労面接
- ・ハローワーク等への同行支援——軽度の知的障害など、ひとりで行っても、システムなどが十分に理解できない人のための同行支援は、安心と共に自信につながる支えとなる。就労先が見つかった後も就労継続までハローワークとの連絡調整は必須である。
- ・職場への就労相談、職場との連絡調整——施設が関わらない場合も多いが、就労後の「人間関係」のトラブルで「出勤できなくなる」などの状況に追い込まれることもあり、職場に出向き担当者や上司と会い、調整することが必要となる場合もある。特に知的障害や精神障害等の問題を抱えている人には、就労の継続のために欠かせない支援である。

■ 健康支援（健康管理・医療・食事等）——医療への同行支援

- ・婦人保護施設の入所者は、生活困窮などから未受診、未治療なまま施設入所に至っている人が多い。婦人保護施設入所後、特に歯科、内科、整形外科等への受診が重なる場合が多いが、自分の症状をうまく伝えられないことも多いため、職員は受診に同行することが必要となる。受診の同行支援には時間がかかるが、医療機関・主治医との情報共有や、本人との個別的な関係が深められる貴重な機会である。全国的にも多くの支援者が、熱心に取り組んでいる。同行支援から単独受診に少しずつ移行できるよう支援していくことが大切である。

<食生活への支援>

- ・ 婦人保護施設には、日常の健康管理のために看護師・栄養士の配置がある。十分な食事が得られてこなかった入所者たちにとって、豊かな食事の提供は心身の回復に向けて大きな役割を果たす。日常の健康状態についても定期的な健康診断のみでなく、体調の変化に応じて個別に対応し、丁寧に取り組んでいる。特に性暴力被害を受けた入所者は、フラッシュバックや他者の視線が気になる等から同じ場所で食事がとれないこともある。状況に応じて個別的配慮が必要となる。
- ・ 施設によっては食について「お楽しみプログラム」（例：誕生日食）等を行い、食の場面を通じて「自分が大事にされている」という「豊かな心」を育む支援を目指している。

【A施設の例：医療機関・精神科医との連携】

- ・ 内科嘱託医・精神科嘱託医の配置がある。
- ・ 医療機関との連携により、心身の休息や休養、回復にも、入院などを含めた専門的な治療を受けることができる体制が整備されており、フラッシュバックを起こした際などの緊急入院への対処の協力を得ている。
- ・ 精神科医とは毎月1回、連絡会を設けている（20年以上継続）が、入所者情報を共有したり、生活場面での支援、助言を得たりする機会になっている。
- ・ 年に1、2回精神科医と入所者とのQ&Aの時間も設けている。「眠れないときはどうすればいいか」「薬の飲みすぎへの不安」などの質問が出されたりしている。
- ・ 婦人保護施設が、信頼できる婦人科医との連携ができていることは重要である。入所者は、妊娠・出産・中絶の経験者も多く、年齢による身体機能の変化も入所者により異なる。経験者の中に性暴力被害者も多いことから、女性の人権についての意識を持った婦人科医と連携することは、入所者の尊厳を守るためにも重要である。信頼できる医療機関・婦人科医は、婦人保護施設として慎重に選びたい。特に生き抜くために売春をしてきた女性は、「性感染症」（STD）へのリスクも高く、梅毒・淋病などの知識もないまま、未治療な状態のままに生活してきている人が多い。そのため知識の習得や治療などへの対処も必要になる。性感染症の治療にはインフォームド・コンセントが重要であり、本人が納得の上に進めることが求められる。さらに、性に関することは、言いにくいことでもあり、婦人科医も支援者も入所者への尊厳をもって対応する姿勢が求められる。「性感染症」については治療するまで、服薬を含め周囲への配慮などにも慎重な対応が望まれる。

5. アフターケア・地域へのつなぎ

婦人保護施設を退所した後の、アフターケアや地域生活へのつなぎの支援として、A施設では、以下のように取り組んでいる。

【A施設の例：アフターケア・地域へのつなぎ】

1. 「退所者自立生活援助事業」

退所の中には無断退所もあるが、多くは就労から単身自立生活につながった退所となる。しかし、退所したとはいえ、施設生活時に脆弱な部分（性的被害からの心の回復の問題、金銭管理など）が施設生活ですべて解消できるわけではなく、社会生活に踏み切ったあとも、生活困難に直面する場合も多い。

状況に応じては退所者の母子関係にも介入し、児童相談所や児童養護施設等と連携して、子どもの成長に応じた取り組みを行っている。特に母親に軽度知的障害がある場合など、子どもとの関係が十分に理解できない場面もあり、個別な状況に対応した「切れ目のない」具体的な支援の実践は必須である。

国の補助事業である「退所者自立生活援助事業」を有機的に活用し、その機能を有効に生かしながら支援を行っている。要綱上の実施要件はあるが、個別な生活状態を把握・分析し、一人一人に寄り添いながら支援を行っている。原則的には1年と期限を決めているが、退所者からの希望があれば、必要に応じて延期している。全国的に殆どの施設が取り組んでいるが、要件の支援人数に満たないために事業実施に至っていないところもある。

「退所者自立生活援助事業」の補助金によって1名の専門職員を配置している。

事業規程での対象者は11名だが、実際は対象外である退所後、相談先もなくA施設が支えている退所者は約50名に及んでいる（各職員が対応）。

支援内容は電話、来寮、自宅に出向くなど、問題の未然防止の観点から日常生活全般にわたる支援活動を続けている。「人につながっている」ことへの安心感がいかに大きいかを、支援から教えられる場面も多い。家族関係が希薄な退所者にとって、施設が頼れる存在になっている。

支援内容は幅広く、奥も深い。特に異性との関係につながる場合は「単身生活」の寂しさが要因になっている場合が多い。関係を否定するのではなく、受け止めつつも結果的に「生活破綻」を招くこともあるので慎重に介入している。また、単身生活に入ってからDV被害等のフラッシュバック症状（PTSD）が顕著になるなど思いがけない状況に直面することもある。単身生活の不安が引き起こした症状であり、退所者ではあるが施設の心理職による心理ケア・心理教育につなげている。

退所後の地域生活での「孤独」とのたたかいをどう支えるか、複合的な生きづらさを抱えてきた女性たちへの信頼関係は勿論だが、担当支援者への負担は大きく、チームでのサポートが欠かせない。それを補っているのがあとで紹介する「地域サポートシステム」である。

<退所者自立生活援助事業内対象者>11名 の支援状況 28年度実績

①年 齢	30代2名 40代6名 50代3名
②障害等	知的障害3名 境界線知能2名 精神障害2名 無4名
③疾病など	統合失調症 貧血喘息 糖尿病 てんかん・緑内障 卵巣嚢腫 双極性障害・睡眠時無呼吸症候群 シェーグレン症候群・喘息 甲状腺機能亢進症
④性暴力被害	レイプ2名 性的虐待（幼少期・学齢期）2名 性暴力被害3名 売春1名 不明3名（本人拒否・聞き取れず）
⑤退所後支援年数	1年8～9か月（2名） 2年～2年5か月（3名） 3年9か月（1名） 4年3か月（1名） 5年（1名） 7年4か月（1名） 9年4か月（1名） 12年3か月（1名）
⑥支援内容	生活・医療・就労相談 自宅訪問 行事招待 家族関係調整（＊定期的子ども面会同行） 学校相談 ＊子どもの面会は子どもの問題行動から児童相談所からの依頼もある
⑦支援の困難性について：事例をもとに	1）40代。生育過程でネグレクト。ホームレス経験がある。他者と関係が築きにくいが就労、健康面でのサポートを通して施設への信頼感は強い。定期的な介入、見守りが必要。就労は細々継続。 2）40代。電話回数年間311回。（土・日・夜間）軽度知的障害。虐待・性的虐待・性暴力被害を受けている。就労後、退寮したが数年で退職。健康面での訴えが多く種々の病気で入退院を繰り返している。その都度対応。母子面会は児童相談所から同行を依頼され、2人の子どもの面会に随時同行している。異性との関係も多々あり、本人なりに距離を置いて付き合っているが、被害につながらないように見守っている。障害年金と生活保護で生計を立てている。 3）40代。就労継続により退所。その後異性との交際が始まり、退職。男性から暴力を奮われることもあるがなかなか縁が切れない。施設から申し入れ男性にも面会の機会を持った。異性関係が優先して子どもとの面会が疎遠になり、子どもの生活が荒れ、施設が介入している。生活保護受給。

- 4) 50代。職場でも就労態度が評価され、長期に就労、退所。単身生活が始まると体調に変化をきたす。DV被害のフラッシュバック。外に出られなくなるなど生活に影響がでる。職場も退職。定期的に車で迎えに行き、施設での食事に誘って心理職のケアを受けている。母子面会にも同行。
- 5) 30代。3年間の就労後、退所。入所時から他者との関係が築きにくい面があったが職場での人間関係に行き詰まり退職。再就職と人間関係へのサポートが必要になっている。定期的な訪問・面会。生活保護受給。
- 6) 30代。軽度知的障害。児童養護施設入所歴。就労継続で頑張っているがA施設を退所したが単身生活に種々問題が続出。携帯電話での決済で買い物をしてしまう。飲酒量が増えアルコールへの依存が目立ち、日々介入。子どもへの思いがあるが、子どもの成長についていけず児童相談所・児童養護施設との連携が欠かせない。子どもとの面会・宿泊交流が本人の生活の支えでもあり、経済的・健康管理など全面的にサポートしている。

⑧支援方法	・電話対応	: 734回（一人最多311回）
		: 最少6回～最多311回 平均70回
	・訪問	: 136回（最多37回）
	・来所	: 134回（最多40回）
	・同行支援	: 96回（最多40回）
	・関係機関調整	: 384回（最多118回）
	・行事参加	: 15回（最多7回）

2. 「地域サポートシステム」の導入

退所者の支援ニーズにきめ細かく対応するには現行の「退所者自立生活援助事業」では支援しきれない。2012年からA施設独自のシステムを立ち上げた。

「退所者自立生活援助事業」を補完するものである。主体はA施設であり、個々の支援計画の中に位置づくものである。サポートシステムとは支援コーディネーターを中心に、緊密な連携を取り、見守り、声掛け、家事等生活全般にわたってアドバイス、受診や諸手続きなどの同行支援などの支援を行っている。具体的な支援については、サポーター個人の判断で行動せず、コーディネーター及びA施設と報告・連絡・相談を怠らず、チームで支援することが不可欠である。サポーターにはA施設が準備した研修に参加していただくなど、支援スキルを高めるための学びも深めている。

《サポーター養成講座》

サポーターには入所者理解を深めていただくため、下記内容での研修を実施している。

- 女性の支援について
- A施設の歴史について
- A施設の入所者について
- 地域で暮らすために
- 支援の実際
- 支援ルールについて
- 性暴力からの回復支援について
- その他

《支援チーム》

地域生活をしている退所者のニーズに応えるために、チームを編成した。現在、9名のメンバーで男性2名を含んでいる。元職員、元婦人相談員、元不動産業、地域ボランティアなどである。

- ・支援内容—毎月1回の「サロン」（退所者がA施設の喫茶店に集まり近況報告・談笑）毎月1回支援者ミーティングを行っている。
- ・同行支援—病院受診、買い物、公園散策、家族面会、家庭訪問など、本人からの希望に添った支援にメンバーを割り振っている。
- ・年1回の観光旅行—バスを借りる、電車の利用などをして観光地見学や食事を楽しむ。日頃、部屋に閉じこもりがちな人も参加する。
- ・お正月の顔合わせ—メンバーの手作り料理（お雑煮・おせち料理・お汁粉・フルーツポンチなど）を並べ、退所者と共にお正月を祝う。孤独になりがちなお正月の1日をみんなで祝福する。

《具体的な支援の様子》

- ・〇月〇日：受診同行。転んで足を捻挫。歩行もうまくできず、ドクターに状況の説明もできない。受診後ドクター所見の内容を、かみ砕いて説明し安心してもらう。次回の約束をすると安心したようである。完治するまでしばらくの支援が必要。食事の準備をして帰る。
- ・〇月〇日：児童養護施設に預けている男子の中学の卒業式に同行。母親に軽度知的障害があるために、子どもに母親としての声掛けができない。食事を共にし、母親に代わって子どもに語り掛ける。母親はその様子を見ることで安心している。共に暮らしていない母子関係へのきめ細かな介入は大切な支援であることを痛感する。異性との交流があり「搾取」への危機について、対等な性的関係のあり方についてアドバイスをする。
- ・〇月〇日：小3の男児の誕生日祝いに面会同行。食事をし、母親からプレゼントを渡す。小学校の様子など母親に聞きだすように促すが、上手くできない。照れ隠しなのか何度も「タバコ吸ってくる」と離席してしまう。

《自助グループ》

自助グループ（Self Help Group）「ぶどうの木」

ぶどうの木のビジョン

こんなグループに「ぶどうの木」を育てましょう。

- ①傷ついた心身を休める安全な時間を提供できる場所に
- ②批判されずに自分の経験を話せる場所に
- ③自己決定「自分の人生を自分できめること」ができる場所に

・グループの始まり

A施設で緊急一時保護をしているDV被害者へのその後の支援がグループの始まりである。保護から地域生活移行後もフラッシュバック、子どもの問題、生活のやりくり等、不安が後を絶たず、施設長・職員2名が中心になって定期的なサポートを始めた。

「話を聞く」「愚痴を聞く」「お互いを励ましあう」当事者はそれだけで安心して生活に戻ってゆくことができた。

・立ち上げへ

2007年 A施設職員（牧師）が退職後、中心的な立場に立ち「ぶどうの木」を立ち上げた。その情報が流れ、年々多方面からも参加者が増えて行き、地道な活動ながら女性たち・子どもたちが支えられていった。当事者の方はA施設の行事にも参加、交流を持った。

10年を迎えてその活動は今も広がり、現在はまさに当事者が独立して、『女性たちが安心できる居場所を目指して、寄り添い共に生きるグループです』とスローガンを掲げその活動を構築している。毎月、各所で開催して当事者にも呼びかけを広めている。現在グループには30名近い人が参加している。

2017年A施設の「地域交流バザー」には「ぶどうの木」のメンバーがテナントを1か所確保、出店した。そこには生き生きとした活動の姿があり、自立した女性たちの素晴らしさが溢れていた。居場所のない「女性や子どもたち」を支える活動は婦人保護の原点でもあるが、当事者こそが支援者であることを実践しているグループ活動である。

3. 若年女子の居場所の提供

2017年7月、A施設の元入所者の残余財産の提供により所持していた一軒家を居場所のない生きづらさを抱えた若年女子を支援しているNPO法人「BONDプロジェクト」に無償で貸与した。「ボンドのイエ」と命名され、若年女子の居場所としてあらたな活動を始めた。ボンドは貧困や虐待、性暴力被害などに直面した10代、20代の女性を中長期的に受け入れて、自立支援を行っている。性暴力被害からの未然防止にも利用されている意義は大きい。「今夜一晩寝るところがあるだけで性暴力被害を受けないですむ」。BONDプロジェクト代表がよく話していることである。

平成30年度国の予算で「若年被害女性等支援モデル事業」が創設され、4つのアプローチで若年被害女性の早期発見から自立を支援している。

①アウトリーチ支援	・夜間の見回り・声掛け ・相談窓口（電話・メール・LINE）
②関係機関連携会議の設置	・実施主体は、関係機関連携会議を設置し、関係機関と民間支援団体の連絡・調整を図る。 （関係機関：婦人相談所、民間支援団体、児童相談所、福祉事務所、自立相談支援機関（生活困窮者制度）、労働関係機関、医療機関、男女共同参画センター、DVセンター、警察） ・身体的・心理的な状況などに応じて関係機関へつなぐ（同行支援を含む）
③居場所の確保	一時的な「安心・安全な居場所」の提供
④自立支援	学校や家族との調整、就労支援など自立に向けた支援を実施

暴力・性的虐待などで居場所を失い繁華街などに逃げ場を求めていた若年女子の支援に公的資金が投入されたことは、まさに実践が制度を生み出したと言えよう。もっとミクロの視点で「居場所」が増えることを願いたい。

4. 地域との交流

「売春防止法」「DV防止法」等を根拠法にしている婦人保護施設は、なかなか地域と交流しにくい部分もあるが、A施設は積極的に「地域」を活用している。「施設の地域化」である。「地域生活の主体者」でもある入所者にとって、地域は大切な社会資源である。

《食事サービスとボランティア》

かつては保健所からの依頼で近隣の高齢者などに20食以上の食事の提供を行っていた。その食事を、A施設の入所者が配達を担っていた時期もあったが、地域で食事の提供の場が増えて、自然に消滅していった。現在は「小規模多機能施設」の入所者（認知の方々など）に月2回、20食以上の食事（お弁当）を提供している。

小規模多機能施設入所者の半分ぐらいの方が、職員同行にてA施設の喫茶店「シオン」で食事を召し上がる。食事と同時にコーヒーなどの注文がある。喫茶を任せられているA施設入所者にとっては収入源の大事なお客様であり、交流の場にもなっている。

この食事はA施設の厨房で準備するが、食事をお弁当にセットするのはボランティアである。「食事サービスボランティア」と言っている。この無償のボランティア活動が10年は超えている。開設当初から通算すると25年ぐらいになる。地道な地域活動になっている。

《喫茶；シオンの営業》

A施設喫茶「シオン」が開設して10年を超えている。「シオン」の命名はDV被害でA施設を利用した方が命名してくれた。また、開設時の立ち上げに店員第1号として協力してくださった方もDV被害者であった。「シオン」が被害からの回復に向けての一步として利用された。地域の誰もが利用できる喫茶店としてあるが、営利が目的ではなく基本は入所者の「自立支援の場」となっている。接客対応も入所者・入所者＋ボランティアで行っている。シオンには入所者の自主製作品も陳列・販売しているが、その販売にも携わっている。来客は少ないが、日常的には地域の女性グループの定期的な交流の場にもなっていたり、ゆっくりと休みに来る常連もあると聞いている。入所者が地域とのふれあいを持つ場所としても機能している。売り上げは入所者に還元されている。営業時間は月・火・木・金の11:00～4:30のみであるが、入所者の自主製作品も販売し、作品を通して入所者理解も深めている。

《地域活動への参加》

地域に「●●まちづくりネット」が創設され、A施設もその構成・所属団体である。この「●●まちづくりネット」が店舗を所持し、参加団体が交代で当番に当たっている。店舗では所属団体でつくられた作品が販売され、その場所が地域交流の場となり親交を深めている。

「●●まちづくりネット」の相談役は町会長であり、会長は地域の青少年育成委員であり、A施設を支える教会ボランティアでもある。事務局は地域の主任児童委員、幹事は単科の精神科病院の地域医療連携室長である。定期交流会を「ショップ・●●通り」と名付けている。

構成・所属メンバーは、生活支援センター、障害者支援ホーム、民生・児童委員、福祉作業所、地域の議会議員、行政相談員、放課後児童デイサービス、精神作業所、福祉園、小規模多機能施設、精神のグループホーム、婦人保護施設A施設、その他である。

主たる活動報告（平成28年度実績から抜粋）

- ・定例会議「ショップ・●●通り」（2か月に1度）
- ・年間行事（下記のように開催）

6月	「●●すこやかわかばの集い」に参加 この行事は地域の保健相談所が主催する。毎年、近隣の広い公園が開催場所となっている。高齢者の方々が車いすで参加、福祉作業所のメンバーの演奏会、民謡サークルの踊り、合唱などが披露されるが、A施設は器具用具の貸し出しを一手に引き受け、職員も入所者も参加、手作りのお弁当を持参してオリジナルな踊りを披露する。
7月	「歌声広場」 場所はA施設の作業場「COCO アート●●●」。地域から沢山の人が集まって「カラオケ大会」を開催。地域の方々と共にA施設の入所者（希望者）も参加する。聞き手が多いカラオケ大会は楽しみにもなっている。

11 月	「いちょう祭り」 この場所に毎年、A施設は写真教室の作品を出展している。写真教室は「日本写真協会」の講師が指導に当たっている。入所者の自由参加で毎月行われているが素晴らしい作品が生まれている。教室は撮影の月、合評の月等交互にされている。入所者は入れ替わるが、定着し熱心に取り組んでいる入所者もいる。撮影は講師の要望で備えた「一眼レフ」のカメラで入所者が撮影しているが、時期を見て近隣の公園、動物園などに撮影に出かけている。「いちょう祭り」には各自が作品にネーミングをして出展している。 毎年、各作品が『賞』をとっている。「最優秀賞」もあり、高価な胡蝶蘭の鉢植えなど、この時期「賞品」の鉢植えの花でA施設がいっぱいになる。
12 月	「落ち葉清掃」 秋に散った落ち葉の道路清掃である。所属団体が出そろって地域のメイン通りの落ち葉を清掃する。A施設入所者・職員も参加。清掃後、ショップに集まり、地域の皆さんと触れ合いながら焼き芋・お汁粉などをいただく。入所者も好きな行事である。

6. 施設職員と子どもの関わりについて

(1) はじめに

■ 婦人保護施設に入所する子どもたちの背景とトラウマ・インフォームド・アプローチ

婦人保護施設に母親と一緒に入所する子どもたち（同伴児童）は、養育環境において、両親間のDVの目撃（面前DV：心理的虐待）や、直接的な身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、その他不適切な養育（マルトリートメント）等トラウマ体験があった、あるいはあったと推測されることが多く、様々なところとからだ、行動の問題が生じることが少なくない。したがって施設職員においても養育環境におけるトラウマ体験が子どもに及ぼす影響について十分に理解し、適切に評価して対処していくような心がけと技術（スキル）の獲得が望まれる。近年では、このような姿勢をもってトラウマを抱えた要支援者に対処する行為はトラウマ・インフォームド・アプローチと呼ばれるようになってきている。トラウマ・インフォームド・アプローチとはトラウマに関する情報やトラウマが個人のメンタルヘルスに与える影響等を熟知したうえで臨むケアのことであり、日常的な相談から専門的臨床まで全ての支援の過程に求められている。以下、トラウマ・インフォームド・アプローチという概念を意識して読み進めていただきたい。

■ 子どもたちにストレスやトラウマ体験が現れてくる症状や状態は多彩である

ストレスやトラウマに起因して生じる子どもの心とかからだ、行動の症状や状態は、多彩である。特に注意すべきものに、多動、落ち着かない、癇癪を起こすといった問題行動として表れる外向きの症状（外向性症状）と、引きこもりや緘黙、元気がない（うつ状態）といった内向きの症状（内向性症状）、及び感情コントロールに関連する症状、対人関係における症状、睡眠や食欲の異常・自律神経症状を含む身体的症状等がある。

■ 職員は子どもに肯定的な変化をもたらしうる重要な大人であるため、子ども本人の強みや伸びしろ、良い変化に常に着目して関わりを続ける

これらの症状や状態が現れる背景には、親（養育者）との愛着（アタッチメント）形成の問題やトラウマ関連の病的状態（心的外傷後ストレス障害や解離性障害など）、本人の特性（注意欠陥多動症や自閉スペクトラム症、学習障害、知的な遅れなど）等があるが、これらは複雑に絡み合っており、また重なっていることもよくあるので、最初から何等か一つの疾患ないし障害として確定的に診断することはしばしば困難である。また、例え診断がついたとしても、発達の過程で親や重要な大人との関係性が改善したり、あるいは養育に密接に関わる大人との良好な関係性を持つことが出来れば、こころも身体も発達途上にある子どもは大きな肯定的変化を遂げる可能性に満ちている。決めつけたり諦めたりしないで、本人の強みや伸びしろ、良い変化に常に着目して関わりを持つべきである。

日常的に入所者の生活に関わる職員は、子どもにとっては人生の航路の入り口に立つ重要な大人であることを意識し、養育者（女性本人）を支えながら、子どもの状態や変化を観察し、子どもとの関係性を良好に保つよう努めていきたい。以下に子どもを観察するときを参考とするいくつかの概念や子どものこころや行動の問題の評価の方法、子どもとの関わり方等を述べていく。

（２）子どものこころや身体、行動を観察する際に参考となる概念

子どもは発達の途上にあるため、ストレスに対する反応が大人とは異なった症状や状態となることが多い。特に感情や気持ち、考えを適切な言葉で表したり、それを会話によって他者に伝えることが出来ない間は、子どもたちの症状や病的状態はしばしば行動やからだなど、「言葉の外」に現れてくる。以下に、３つの領域における症状や病的状態、すなわち全ての子どもに認められる可能性のある症状や状態、トラウマ体験のある子どもたちに出現しやすい症状や状態、そしてより発達の特性に基づくと考えられる行動と症状について特に重要と思われるものを挙げる。なお、これらの３領域はそれぞれ個別に存在するものではなく、互いに重なっている部分も少なくない。

① 全ての子どもに認められる可能性のある注意すべき行動

ここでは、大きなトラウマ体験の有無にかかわらず、すべての子どもに認められる可能性のある重要な行動について述べる。子どもたちは発達の途上にあり、体はまだ小さく、生活能力もまだまだ限定的だが、決して無力ではなく、むしろその旺盛な生存欲求から自分自身が生き延びていくために重要な大人との関わりを強める工夫を凝らす。その他者を引き付ける能力は大人のそれをはるかに超えると言っていいかもしれない。子どもと大人の間にすでに疎通のよい良好な関係があれば、子どもの行動の多くは大人にとって「愛らしい」「かわいい」と思えるような肯定的な感情を呼び起こすものとなるであろう。しかし、疎通が悪かったり、あるいは関係性が不良であれば、子どもの行動は「問題行動」として表面化しやすく、かつ時に悪循環する。これらの行動が認められるときは、子どもと養育に深くかかわっている大人との間の関係を調整していく必要がある。

１）注意引き行動（試し行動）

注意引き行動（試し行動）とは、良くないこと、大人が眉をしかめるようなことをしても、親や職員の注目を自分自身に集めようとする子どもの行動である。例えば大人の反応が「叱る」など、子どもにとって否定的なものであったとしても、子どもは重要な大人から意識を向けられていること自体を好むことが多い。トラウマ体験がなくても、下にきょうだいが生まれた時などは試し行動が出現しやすい。

図表 3-2 2 注意引き行動の例

幼児～小児期	大きな声を出す、話に割って入る、暴れる、癇癪を起す、ものを壊す、きょうだいや友達に乱暴する、悪態をつく、言うことを聞かない、反抗的な態度をとる、嘘をつくなど
思春期	リストカット・大量服薬などの自傷行為、万引きなどの軽犯罪、飲酒・違法薬物の使用、反抗的態度など

２）子ども（赤ちゃん）返り（退行）

普段の様子と異なり、その子どもの年齢に見合わないような幼い行動や言動をすること。子どもが何等かのストレスを感じたあとに起きることが多いが、離れていた親やあまり親しくない大人と子どもの関係が以前よりも接近するときにもよく出現する。注意引き行動の一環として出てくることが多いが、下記に示す解離症状の可能性もある。子ども返りは幼児期から思春

期までいかなる年齢にも出現し、具体的には赤ちゃんのように振舞ったり喋ったりする、離乳後であるのにおっぱいを欲しがる、駄々こねをする等の行動がある。

3) 親子役割の逆転

年齢不相応に大人びた態度で同居や密に連絡を取り合っている親に接し、愚痴の聞き役になったり、世話をしたりする行動。親の不適切な行動に対し、過度に受容的で我慢強い態度をとり、時には親の理不尽な願い事を自分の不利益を顧みずに引き受けてしまうこともある。問題行動とみられることは少なく、むしろしっかりした子として肯定的な評価を受けやすい。根本的には過剰適応的な行動であり、思春期以降、引きこもりや不登校など精神健康上の問題から生じる適応問題を引き起こすことがある。

② ト라우マ体験のある子どもたちに出現しやすい症状や状態

極端なストレスやトラウマ体験に見舞われた子どもたちには、さらに特徴的な症状が認められることがある。これらの症状や状態は一見奇妙だったり、わざとやっているかように見えることもあるが、解釈しすぎず、子どもからの SOS として捉えることが肝要である。職員はその根本を理解し、効果的な方法を用いて根気よく関わっていく必要がある。重症度にもよるが、専門的な治療的介入を要することが多い。

1) 解離症状・転換性症状

通常、私たちのこころやからだには一つのまとまりがあり、時間や自分という存在に一貫性や連続性がある。例えば、子どもから大人に成長しても、「私」は「私」であり続け（一貫性）、時間の連続性（昨日と今日は繋がっている）は保たれる。ところがトラウマを受けると、この一貫性や連続性が障害されることがある。

解離症状は、トラウマ体験があまりに過酷な場合に、いったん覚醒度や意識のスイッチを切って嵐が過ぎ去るのをやり過ごそうとする防御反応と考えられており、一時的に出現して収まってしまうタイプのものと、固定化して長引くものがある。

記憶が途切れる、ぼーっとする、突然暴れる、人格が交代するなどの解離症状は性的虐待を受けた子どもに出現しやすいことがよく知られているが、そのほかのトラウマ体験でも起こりえる。また、立てない、歩けない、喋れない等身体機能に障害が現れる場合は転換性症状と言われる。

思春期は解離症状・転換性症状が頻発しやすい時期だが、解離症状の悪化に並行してリストカットなどの自傷行為が頻発化することがある。その理由は SOS の発信という意味合いのほか、解離の不快感を自傷によって一時的に和らげるため等と考えられている。

図表 3-2-3 解離症状と転換性症状の例

幼児～小児期	急に眠気を訴えて眠ってしまい、刺激を与えてもほとんど反応しない、ぼーっとしている、上の空になる、記憶が飛ぶ、赤ちゃん返りをする、突然火が付いたように暴れる、痛みや触覚を感じない、声が聞こえない、目が見えない、立てない、歩けない、声が出ない、うろつく、人格が入れ替わったように見えるなど
思春期	幼児～小児期に挙げた症状は思春期でも出現する 現実感がないと訴える（離人症）、人格が入れ替わる、自傷行為が増える

2) 心的外傷後ストレス症 (PTSD) 症状

PTSD 症状には、大きく分けてトラウマ体験の後に生々しい記憶が感覚を伴ってよみがえる再体験症状（フラッシュバック）、覚醒水準が増す過覚醒症状、トラウマ体験を想起させる物事を避ける回避症状、そしてトラウマによって影響を受けた、例えば自己肯定感の低さ、疑い深さなどに現れる考え方や気分の変化の4つの分野がある。

PTSD の診断は大人であっても難しいと言われるが、子どもだとさらに難しくなることが多い。PTSD には体験していても言葉で表現しにくい症状が多いこと、うつ状態が合併しやすいこと、解離症状・転換性症状を伴うことが多いこと、時間経過で現れる症状が少しずつ変わってくることなどがその難しさの背景にある。言葉や概念の発達の未熟な子どもに PTSD 症状が存在するといっそう極端な形で感情コントロール不全や問題行動として現れることが多く、その結果周囲との関係性が悪化し、ひいては発達そのものに悪影響を及ぼすこともある。

例を挙げれば、急に騒ぎ出したり、キレたりする行動の陰に再体験症状（フラッシュバック）があったり、悪夢が原因で夜泣きをしたり、回避症状によって特定の場所や人をいつも逃げて避けたり、過覚醒症状によって落ち着きがない、多動、すぐにテンションが上がったりすることがある。子どもに良く認められる再体験症状の一つとして、トラウマ体験やそれに類似する場面を遊びで繰り返す（再演する）こともある。また、子どもの PTSD に解離症状や転換性症状が合併した場合は、例えば、やる気がない、ぼんやりしている、不活発、注意しても上の空、大事な話が入らない、本人がやったことが明らかなのに覚えがないと言い張る、などの問題が前景化する。後述する愛着（アタッチメント）障害と合併することも多い。

3) 睡眠や食欲の異常・自律神経症状を含む身体的症状

不眠や過眠などの睡眠の障害、食欲不振や過食などの食欲の障害、頭痛、腹痛、下痢、立ち眩み、めまい、起立性調節障害などの身体症状は一般的に不安と関連して子どもに生じやすい症状である。これらの症状が出現する背景は多彩であり、一過性に生じる場合も多いが、長期にわたって続く場合や、これらの症状が不登校や引きこもりに繋がることもある。

4) 愛着（アタッチメント）障害

愛着（アタッチメント）とは、端的に言えば子どもが生き延びていくために養育者や重要な大人へ積極的に関わっていかうとする行動である。子どものアタッチメント行動が何らかの理由で養育者に適切な形で受け入れられない場合、例えば、直接的・間接的トラウマ体験に加え、親（直接の養育者）との交流不調や親の子育て不調が重なった場合等には愛着（アタッチメント）障害が生じやすく、順次、感情コントロールの問題や、対人関係の問題、あるいは実行機能(物事を最後までやり遂げる能力)の問題等として表面化し、年齢が上がるにつれ徐々に深刻化する。

より具体的に言うと、愛着形成に何らかの支障があると、幼児はその都度の刺激や欲求や衝動を自力でコントロールできなくなったり、物事を最後までやり遂げられなかったり、簡単な約束やルールが守れなくなったりする。成長するにしたがって、その問題は学校生活等社会的・共同的集団生活での不適応や暴力的・攻撃的な行動・言動に繋がっていくこともある。物事が最後までやり遂げられないことから、知的な能力に見合わない学業不振をみせたり、また、対人関係も適度な距離が保てず、いきなり人にべたべたすることもある。時にはプライベートゾーンを触ったり、卑猥なことを話すなど、性化行動と言われる逸脱行動がみられることもある。

愛着形成における問題が明らかに子どもの適応の問題に発展する場合には愛着（アタッチメント）障害としての診断が付けられることがある。近年では愛着（アタッチメント）障害は「反応性アタッチメント障害」と「脱抑制型社会交流障害」の2つに分けられている。その状態について簡単に言えば、前者は自閉スペクトラム症（ASD）、後者は注意欠陥多動症（ADHD）と鑑別を要する症状が出現するもので、症状だけから見るとこれら発達障害と区別しにくいことも多い。また、発達障害と愛着障害を合併する子どもも少なくない。

③ より発達の特性に基づくと考えられる行動と症状

より子どもの発達の特性に基づいているとされる注意欠陥多動症（ADHD）や自閉スペクトラム症（ASD）、学習障害（LD）、全般的な知能の遅れにも注意を払う必要がある。ADHDは年齢に見合わない「注意集中困難」「多動」「衝動性」の3つの行動特性があるもの、ASDは関係性（社会性）の発達全般が平均水準よりも遅れ、時に物事への著しいこだわりがみられるもの、LDは全般的な遅れはないが、読字や書字、計算などある特定の精神機能の発達が遅れるものである。ADHD、ASD、LDは簡単には分けられないことが多く、合併している子どもも少なくないことから、大きく「発達障害」と分類されることもある。発達障害は子どもたちの中に一定の割合で存在することが分かっている。

発達障害者支援法の施行（2005年）以降は療育センターや発達障害者支援センターでの支援が受けられる体制が地域で整いつつあるので、子どもに発達障害が疑われる場合はこれら施設と連携し、本人の特性を理解したうえで日常的にかかわっていくことが望ましい。

④ 性化行動

その年齢には不自然で不適切な性的行動は「性化行動」と呼ばれる。

図表 3-2-4 性化行動の例

- ひとにベタベタする、会話のとき相手のからだに触る。
- 他人の性器やプライベートゾーン（胸、お尻など）にさわる。
- 卑猥な言葉、性行為に関する声を出す。
- よく知らないおとなにもすぐ抱きつく。
- テレビや本での性描写を見て、過度に反応する。
- 性行為について話す。
- 同性にキスしたり身体を触る、触らせるなどセクシャルな接触を求める。

（出典：滝川一廣「子どものための精神医学」より）

性化行動は、性的虐待を受けた子どもに必ずしも限定的な行動ではないが、認められた場合は性的虐待を受けた可能性について検討する必要がある。また、背景に明らかな性的虐待が認められない場合でも性化行動が人恋しさのサインとして現れることもある。マルトリートメントの結果、発達早期に十分な愛撫や甘えが得られなかった場合など、年長になってこれを求める行動がでてくると、セクシュアルな意味はあまりなくても外見的には性化行動に見えるのである。

(3) 子どもの心の反応としての行動や感情の表れを具体的に評価（アセスメント）する

■ 本人の強みに着目しつつ、問題解決はできる限り先送りにしない

子どもと日常的に関わっていくには、温かい態度で接し、本人の強みや伸びしろ、良い変化に常に着目していくのが重要であることは先にも述べたが、一方で、問題があるときは、いったい何が問題なのかを具体化し、解決できるものがあれば先送りせずに解決していく姿勢も必要である。

医学的・心理学的な診断は確かに重要だが、特に就学前の幼い子どもの場合は確定的な診断に至りにくい場合もある。確定診断に至らずとも、子どもとの関係の改善や、問題行動への対処という切り口から様々なアプローチの方法がある。そのためにも、担当者は、心の反応としての子どもの行動や感情を十分に理解し、適切に評価（アセスメント）していく必要がある。また思春期の逸脱行動においても、安易に人格（パーソナリティ）の問題と決めつけないようにする。

■ アセスメントの基本は「事前情報の収集」、「毎日の観察」そして「評価尺度による定点観測」

アセスメントにあたって、まずは子どものこれまでの発達の歴史や情報をできる限り得ておきたい。基本となる情報の収集に加え、入所後の子どもの毎日の様子を記録として残しておく、良い変化も良くない変化も早期に捉えることができる。また、これに並行して定点観測が可能となるような評価尺度を利用していくと変化が可視化される。問題点を具体的に抽出し、観察し、適時に適切な介入を行うという視点が望まれる。

① 事前情報の収集（生活史や発達等に関する情報）

入所面接は子どもの事前情報を収集する良い機会である。入所後なるべく早い時期に、下の情報を収集しておくとな変化を早期に発見することができる。

1) 生活史・家族との関係

- 現在の家族の情報（本人の生活の場にかかわる大人と子ども全ての情報）
- 全ての養育者とこどもの関係
- きょうだい（きょうだいの年齢）とこどもの関係
- 家族の変化、動静、親権・面接の取り決め
- 親の支援システム：子育て、福祉の利用状況

2) 発達上の情報

- 妊娠と出生時の情報（体重、合併症、薬物や物質への暴露、投薬）
- 発達の指標
 - 0-6 か月（睡眠、摂食の問題、疳痛など）
 - 6-12 か月（はいはい、歩行の状況）
 - 1-2 歳（言葉の出、一語文、二語文）
 - 2-3 歳（トイレトレーニング）

3) 学校・保育園の情報

- 移動歴
- 行動、学習、友達との問題、特別なサービスを受けているかどうか
- 現在の場所（学校・保育園の名前、担当の先生）

4) 罹患・治療歴等

- 事故、病気、アレルギーの既往歴

- てんかん発作、熱性けいれん、チック、その他の発作
- 服薬（現在と過去）の内容と量、効果、服薬に関連する問題
- 過去の治療や評価の記録（発達・知能テスト、カウンセリング、PT、OT、言語）
- 養育者の精神科病歴
- 気を付けたい家族の問題（ドメスティックバイオレンス、アルコール・薬物使用、虐待・不適切な養育など）

5) しつけ

- これまで使われたしつけの方法とその効果
- 体罰の有無
- 子どもが言うことを聞かないとき、どのように対応していたか

6) 親の子どもに対する心配

② 毎日の観察

例えば短い文章であっても、子どもの様子を毎日観察し、記録しておくといよい。肯定的であれ否定的であれ変化がいつ、どんなきっかけで生じてきたのかを振り返りやすくなる。

③ 子どもの精神面の症状や行動をアセスメントするとき役に立つ評価尺度

毎日の記録に加え、定点観察的に特定の評価尺度を用いて数値化しておくことで、問題が生じたときに具体化しやすくなる。以下に示す評価尺度は特定の障害を診断するものではなく、子どもの呈する症状や問題を具体化し、数値化するものであるので使用しやすい。

1) Eyberg 子どもの行動評価尺度 (ECBI)

2歳から16歳（日本の標準化は2歳から7歳まで）の子どもの行動上の問題を評価するためのものであり、回答者は親などその子どもの養育的立場にある大人である。36項目からなり、子どもの問題行動を量的に捉える強度スコアと、養育者の育児困難感を捉える問題スコアの2つのスコアからなる。回答時間は5分から10分。

（日本語版は千葉テストセンターより入手可）

2) 子どもの行動チェックリスト (CBCL)

心理社会的な適応／不適応状態を包括的に評価するシステムである ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment)のうち、家庭での子どもの様子を良く知っている、親あるいはそれに代わる養育者が記入する評価尺度。対象となる子どもは2-18歳であり、およそ100項目について子どもの行動、情緒、社会性の問題を採点化する。子どもの問題について具体的に記述する項目もいくつか含まれる。ASEBAには、教師が回答する評価尺度 (TRF) や、思春期の子どもが自らを採点するユース・セルフリポートなどがある。

（日本語版はスペクトラム出版社より入手可）

3) その他の尺度

そのほか、養育者の育児ストレス尺度 (PSI) などが参考になることもある。

（日本語版はサクセス・ベル株式会社より入手可）

④ 子どもの強みとともに問題点を具体的に抽出し、観察し、適切に介入する

上記の生活史や発達等に関する情報収集や日々の記録、評価尺度を用いたアセスメントを用いると、子どもの強みや心身の問題を漠然とではなく、より具体化してとらえることができる。

子どもの問題との取り組みは、強みを伸ばすことと両輪となる。また親との協力体制を組むことが重要だが、例えば症状や問題行動を数値化することで、親と子どもの問題を共有しやすくなる。あるいは、評価尺度による評価が診察や治療的介入を要することを意味する「臨床域」の数値に達するものがあれば、より専門的な施設や機関への相談や受診について勧める根拠となりうるであろう。

（４）子どもと関わるためのスキルを持つ

子どもたちの婦人保護施設での生活は同時に成長と発達の間である。そして日常的に親子の生活に関わる施設職員は親の支え手であると同時に子どもにとっては人生の航路の入り口に立つ重要な大人である。だからこそ職員はこれらを十分意識して日々の業務に当たり、親子の回復を支援しなければならない。しかし、既にこう考えて日々仕事に取り組む職員は実は少なくないのかもしれない。そうは言っても様々なトラウマや愛着（アタッチメント）障害を抱えている可能性のある同伴児童には前述したような問題行動やメンタルヘルス上の症状が認められることが多く、また親子間の関係も必ずしも安定していない。親も様々な形で傷ついている。すなわち、より具体的な課題はこのような複雑な状況にある親子の関係と子どもにどう効果的に対応していくかである。

このような現場で、職員がトラウマを理解したうえで、さらに子どもに対する関わり方にスキル（技術）と自信を持つことは大きな前進となりうる。支援の質を高めることで親子のサポートが強化されると同時に、多忙な支援業務における職員の心理的負担を軽減し、親子に接する際の余裕を生み出す可能性があるからである。

子どもに対する接し方については、すでに多くの成書やペアレント・トレーニングなどのプログラムがあるが、ここでは日本で手に入れやすく、また介入効果も確認されているものとして「親子相互交流療法（PCIT）」と「大人と子どもの絆を深めるプログラム（CARE）」から役に立ついくつかのスキルを紹介したい。PCITは米国で発展した親子を対象とした行動療法であり、その主な治療対象は、「言うことを聞かない」「乱暴」「落ち着かない」「ぐずぐずする」などの行動上の問題を有する就学前の子どもや、育児困難に悩む養育者である。これまで、虐待の問題のあった家族やDV被害を受けた親子、発達障害の子どもがいる家族等で研究が行われ、高い治療効果が確認されている。一方、CAREはPCITのスキルを中心にその他の行動療法のエッセンスを加えて作成されたプログラムであり、子どもと接する大人（養育者、保育者、教師、施設職員など）全てを対象としている。PCITは専門家によって行われる治療的介入であり、技術を学ぶには相応の時間と経験を要するが、CAREは広く子どもと関わる大人を対象とした関わり方に関する心理教育であるため比較的に取り組み易く、技術獲得のためのワークショップに要する時間も短く、思春期事例への対応も含まれるため、施設内で幅広く職員が共有するスキルとしても適切である。以下、PCITから子どもとの関わりにおいて重要なスキルを抜粋して述べる。CAREで学ぶスキルともほぼ共通している。

■ 二段階の取り組みという考え方

子どもに問題行動がみられるとき、多くの大人は罰則を与え、しつけることをまず考えるだろう。しかし、子どもの問題行動が収まり、必要に応じてスムーズに大人の言うことを聞けるようになるためには、まずその基盤として子どもと大人の間に良好な関係性と交流が築かれていることが重要である。そのためPCITとCAREは大人が子どもとの良好な関係を築くためのスキルを獲得するトレーニングから始まる。すなわち、子どもとの良好な関係を築いたのち、本格的なしつけへ移

る、という二段階の取り組みを行うのである。PCIT では、この子どもとの関係を改善するための段階を子ども指向相互交流（CDI）と呼んでいる。CDI では関係改善が主眼であるので、子どもが主役であり、大人は子どもにできる限りリード（主導権）を取らせていく。

CDI を用いて子どもとの関係改善に取り組むには、1 日 5 分程度、下記に説明するスキルを使って子どもと遊ぶことが求められる。使用するおもちゃは、ゲーム性のあるものではなく、ブロック遊びやお絵かき、折り紙、ままごとセットなど創造性に富み、穏やかで交流しやすいものが望ましい。PCIT や CARE ではこの時間を「特別な（遊びの）時間」と呼ぶ。また、CDI は基本的に二者関係を改善するためのものであることから、特別な時間の遊びには原則として親（大人）と子どもが一对一で取り組むことが求められる。

参照

親子相互交流法（PCIT）

<http://pcittc-japan.com/index.html>（日本 PCIT 研修センターのウェブサイトで詳しい情報提供がなされている。）

■ 特別な時間を用いて子どもとの関係を改善する

「特別な時間」で子どもとの関係性を改善するために、CDI では、まず命令、質問、批判の 3 つを避ける。そして、PRIDE スキルと呼ばれる「行うスキル」（表）を用いる。加えて、子どもの小さな悪い行動は無視しながら良い行動に注目していく（選択的注目）手法をとるが、万が一攻撃的で破壊的な行動が出てきた場合には遊びを中止する。

特別な時間で大人が子どもと遊ぶことに慣れ、スキルが身についてきたら、親（大人）はこれらのスキルを日常生活でも使っていけるようになる。親（大人）が子どもに肯定的に注目していることを示し、適切な行動を具体的に褒め、一方で不適切な行動をできる限り無視をしていくことで、日常生活においても子どもの肯定的な行動はよく定着し、増えていくのである。

図表 3-2-5 子ども指向相互交流(CDI)における重要なスキル

行うスキル (PRIDE スキル)	理由	例
賞賛 Praise PCIT では子どもの作ったものや行動などをほめる場合は、褒める対象を具体的に示す「具体的賞賛」を行う。	- 褒められた行動は増える - 子どもの自尊心が向上する - 親（大人）子間の肯定的な感情が増す	- 上手にお皿を並べたね。 - 素敵なアンパンマンを描いたね！ - ブロックを分けてくれてありがとう。 - 静かな声で話してくれて嬉しいな。 - 一人でお片付けが出来てすごいなあ。
繰り返す Reflect 子どもの言うことを繰り返す、または内容を変えないで言い換えること。	- 子どもに会話をリードさせる。 - 親が子どもの言うことを聞いていることを示す。 - 親が子どもの言うことを理解していることを示す。 - 子どもの会話能力を改善し語彙を増やす	- こども：木を描いたよ 親：木を描いたね - 子ども：僕、ブロックで遊ぶのが好き 親：ブロック遊びが好きなんだね
まねる Imitate 遊びの場面で子どもがしている遊びと同じことをする	- 子どもを主役にする - 親が子どもの“遊び方”の実際を学ぶことができる。 - 親が子どもの行動を認めていることを示す。 - 子どもにほかの人とどう遊ぶかを教える シェア（共有）する/ 順番を守る	- 子ども：ポテトヘッドに手をつけたよ 親：ママもポテトヘッドに手を付けています - こども：（紙にまるを描いている） 親：ゆう君みたいにママも紙の上のまるを描いています

行うスキル (PRIDE スキル)	理由	例
行動の説明 (描写) Describe 子どもがしている行動をそのまま言葉で説明 (描写) する。実況中継する。	- 子どもにリードを取らせる。 - 親が子どもを注目し関心があることを示す。 - 子どもの行動を親が認めていることを示す。 - 子どもに語彙と概念を教える。 - 子どもを作業により集中させることが出来る。	- ゆうちゃんはタワーを作っています - ゆう君は四角を描いています - ゆうちゃんはポテトヘッドに服を着せています - ゆう君は車に女の子を乗せています
楽しく Enjoy 親 (大人) が子どもと遊ぶのを楽しんでいることを表現する	- 親 (大人) が子どもと一緒に過ごしている時間を楽しんでいることを知らせる - 遊びに温かみを加える - 子どもと大人の間の距離の近さが増す	- こども：(青いレゴブロックを注意深くタワーの上に置く) - 親：(こどもの背中に優しくさわりながら) ゆうちゃんは本当におもちゃに優しいのね。
避けるスキル	理由	例
命令 命令は、子どもに何かすべきことを伝えることである。間接的命令、直接的命令のどちらもしない。	- 命令はその場を主導しようとする試みである。 - 子どもが命令に従わないと否定的なやり取りになる危険性がある。	間接的命令 - 次は一緒にその農場で遊ぼう - この動物はなにか私に言える？ 直接的命令 - その豚を渡しなさい - 私の隣に座りなさい - これを見なさい
質問 子どもに答えを求める言葉かけである	- 大抵の場合、質問は隠された命令である。 - 子どもからリードを奪う。 - 質問されると子どもは自分を認めてくれていないと思うことがある。 - 質問されると子どもは大人が自分の話を聞いていないと思うことがある。	- 私たちはお家を建ててるよね？ - この牛さんはどうなのかな？ - これはなに？ - この電車で遊びたい？ - それ、赤く塗っているの？
批判と皮肉 批判とは子どもの間違いを訂正せずに、指摘のみすることである。	- 悪い行動にかえって注意を与える - 批判は子どもの自尊心の低下を招く。 - 批判は不快なやり取りを生み出す。	- 悪い子ね - そうじゃない - だめ/ストップ/やめなさい - それはあまり恰好よくないな - その態度、好きじゃないな - 空をピンクに塗らないで - ちがうよ、いい子ね、それはそこに置くものじゃないの - 何かちゃんとしたことができるのかな？
取り扱う問題	理由	例
小さな悪い行動は無視する 無視とは、子どもの大人の気を引くための良くない行動に対し、見えない、聞こえないふりをし、こどもに何も話しかけないようにすることである。 一方でこどもの良い行動はしっかりとらえて褒める。	- 良い行動と悪い行動に対する大人の反応の違いについてこどもに気づきを促す - 無視された行動は最初はエスカレートするかもしれないが、継続的な無視を続けると子どもの大人の気を引く行動はやがて減少する	- こども：(注意深く色を塗る) 僕の絵はママの下手な絵よりいいよ - 親：(失礼な話を無視する) ママはしっかり色を塗るゆう君が好きよ - こども：(おもちゃの飛行機で親のタワーを壊す) 僕、ママのを壊しちゃった - 親：(目を背けて) ママの飛行機はよく飛ぶなあ - こども：僕の飛行機は高く飛ぶよ - 親：(こどもに向き合う) ゆう君の飛行機は本当に高く飛ぶね
遊びを中止する 攻撃的で破壊的な行動に対しては遊びをやめて、その理由を子どもに説明する	攻撃的で破壊的な行動は危険であるため、無視することは出来ない。	- こども：(親を殴る) - 親：(おもちゃを集める) あなたが私を殴ったから特別な時間はおしまい - こども：ねえ、ねえ、ねえ、ママ、ごめんなさい、僕いい子になる - 親：今日は特別な時間はおしまい。明日また遊びましょう

■ 親（大人）がリーダーシップを取り効果的な命令（指示）を出す

親(大人)の CDI スキルが十分定着した後、PCIT の後半では、親（大人）が場のリードをとり、親（大人）が効果的な命令（指示）を出し、子どもが命令に従うことをともに学ぶ（親指向相互交流：PDI）。そして親（大人）が効果的な命令を出しても子どもが言うことを聞かなかった場合は、罰則と同時にクールダウンの意味を持つタイムアウトの椅子や、さらにそのバックアップを行うが、タイムアウトの手順については失敗を繰り返すと間違った形で定着し、かえって子どもの問題行動を発展・増加させる可能性があるため、トレーナーの指導の下に正確な方法を訓練する必要がある。ここでは「効果的な命令のための 8 つのルール」のみを示しておきたい。大人が具体的で子どもの能力に見合ったわかりやすい命令を出すことが出来れば、それだけで子どもが言うことを聞く頻度は確実に上がる。そして、子どもが指示に従ったらすぐに（5 秒以内に）具体的に褒めることを忘れないようにしたい。褒められるということは何物にも替え難い社会的報酬であり、子どもの好ましい行動を増やす強化子になるからである。

補足

強化子とは、行動の生起率を増加させる刺激のこと。強化子には正の強化子と負の強化子の 2 種類がある。正の強化子は、対象の行動に随伴させて特定の刺激を与えることによって、その行動の生起率を高める刺激。負の強化子とは、例えば、電気ショックのような嫌悪刺激を除去することによって、対象の行動の生起率が増加する刺激である。これらの概念は、行動療法の中で活用されている。

図表 3-2-6 効果的な命令のための 8 つのルール

1. 命令は間接的よりも直接的に出されるべきである。
2. 命令は肯定的に出されるべきである。
3. 命令は 1 回に 1 つだけ与えられるべきである。
4. 命令はあいまいではなく、具体的であるべきである。
5. 命令はこどもの年齢に見合ったものであるべきである。
6. 命令は礼儀正しく丁寧に出されるべきである。
7. 命令は、命令の前、そして／またはこどもが命令に従った後にその理由を説明されるべきである。
8. 命令は必要な時だけ使われるべきである。

（５）おわりに

婦人保護施設において、母親のみならず同伴児童にまで積極的な関わりを広げることはたやすいことではないが、視点を変えれば、これは自身の傷つきを抱えながら育児に臨む母親（養育者）に対する何物にも替え難い直接的な支援である。また、上述した PCIT や CARE の関係改善に関連する CDI スキルは、本来二者間の関係改善に役立つものでもあるので、母親と施設職員とのやり取りにも援用してほしい。

Ⅲ 婦人保護施設における支援の実際

事例 1：性暴力被害を主訴として入所したケース

1. 婦人相談所からの引継ぎ事項

主訴：合併障害（精神障害・知的障害）。30代半ば。性暴力被害からの保護。子どもへの虐待の発覚が保護に至った要因であったが、背景に学齢期（小6）に実母の死亡した後、実父から長期にわたる性的虐待（18歳頃まで）を受けていたことがあった。結婚をして実父から離れることができたが、夫から激しい性的強要があり、さらに売春を強要され、逃げるようにして保護に至った。障害による生活困難とあわせて、学齢期から劣悪な生活環境に置かれてきたため、基本的な生活習慣が身についておらず、安心できる生活環境の提供など、時間をかけた支援が必要とされ婦人保護施設入所に至った。

2. 生活史

小学校6年生の時に実母が死亡、その後本人と妹に実父からの性的虐待が始まる。「妹には手を出さないでと言って、妹を守った」と話してくれた本人に対しては、実父からの性的な支配が18歳まで続く。その後、工場などで働くようになるが、そこでも上司から性暴力を受ける。20歳の時、実父から半強制的に結婚をさせられる。相手は、25歳年上の男性で、性風俗関係の仕事をしていた。結婚後、夫から売春を強要され、性風俗店で働かされる。やがて夫の子どもを妊娠・出産。本人が複合した障害があることもあり子どもの養育もままならない中、生活費も十分にももらえなかった。「毎日1000円。子どもにも十分なことが出来なかった。自分は毎日カップラーメンを食べていた」と話していた。困難な環境に置かれる中で不安、イライラが募り、子どもへの虐待が発覚し、保護に至った。子どもへの虐待が発覚したことが保護のきっかけになったことではあるが、その事がなければ誰にも相談できず、支援を求める手段も知らず、長年にわたる支配関係の中に置かれた生活が、現在も続いていたかもしれない。

3. アセスメント

精神障害者保健福祉手帳、療育手帳（軽度）所持。精神的な不安から、じっと座っていることができない。眼がキョロキョロと落ち着かず、作業も5分と持たず、すぐに居室に戻ってしまう。履物を取り換えないために、廊下が泥だらけになるなども常であった。生活のリズムを取り戻すことから支援が始まった。基本的な生活習慣が身についていないため、他の入所者とともにリズムの取れた生活を送っていくことが困難であった。寄り添い、時間をかけて信頼関係を作ることから始める。特に食事の面では多くの困難があった。毎日、カップラーメンしか食べない生活が続けていたことから、通常の食事をとることができなくなっていた。食生活は自立した生活の基本であり、「食べ物」、「食材」などに関心が持てるよう、時間をかけて様々な情報を提供するとともに、食べ物に名前を付けて「友だち」感覚を育てた。婦人保護施設での生活すべてが様々な人や物との「出会い」であった。

4. 支援計画

基本的な生活習慣が身についていないため、日常生活を送るためのスキルを身につけられるよう、具体性のある支援プログラムを立てた。

- 自らが受けてきた「性暴力被害」について振り返りをする時間をつくる。異性への独特な執着があり、自らの性をアピールする行動・言葉が目立った。性的なモラルが混乱しており、異性への興味から安易に被害に巻き込まれる恐れがあると思われたため。
- 日常生活のリズムを取り戻す。(起床・食事・仕事・挨拶・入浴など)
- 栄養士の支援を得て、食生活に興味を持てるよう、具体的なプログラムをつくる

5. 支援内容

- 障害年金の取得 : 将来を見据えて行政機関の協力を得る。
- 性的被害からの回復 : 性的に支配されてきた生活の振り返りをする。
- 日中活動への支援 : じっとしていることが出来ず、ソワソワしてすぐに席を立つ。「座っている」ことを習慣づけるよう取り組む。編み物・織物など自主製作品をつくる作業に参加できるように導く
- 食生活の改善 : 好き嫌いを減らすため、食べられるものの「○×ノート」を作成(「なんでも食べられるといいなあノート」と名づけた)。また、食べ物に「にんじんさん」などと名前を付け、食べ物との出会いを「人」との出会いになぞらえて伝えた。今までの生活で出会っていた人との関係は極端に脆弱であったが、食べ物との出会いを大切にすることにより、だんだんと、人との出会いを大切にすることも身につけていった。
- 喫煙習慣の改善 : 毎日多量のたばこを吸っていた。喫煙を通して以前の職場での関係を保っていたこともあり、喫煙が当たり前の生活であったが、健康維持のために徐々に本数を減らす計画を立てる。
- 子どもとの交流 : 職員が同行し、長男(夫の元)・次男(児童養護施設)と面会交流。面会は定期的に行った。子どもと会っている時は母親としての自分を意識していたようである。子どもたちも母親を慕い、虐待の陰りはなく良好な母子関係の時間が持てた。
- 金銭感覚を育てる : 生活の中で必要なお金と作業をして得る賃金・年金のバランスを取る。
- 服装の改善 : 出かけるときのおしゃれな衣装は「ドレス」であり、日常も奇抜な服装を好んでいた。異性の目を引きたいという気持ちもあったようである。自然な服装についても伝え、同行して取り揃えていった。

6. 支援と課題

- 異性への執着・性的な問題がある。異性への執着が強く、また異性との適度な距離感が保てない。安易に男性に近づき、身体を触らせてお金をもらっているなどのことが判明した。声をかけられた男性にカラオケに誘われ、ついて行ってしまい、カラオケボックスでの性暴力被害を受けることがあった。自分を防衛する意識がなく、あまりにも無防備であり、性暴力被害から本人を守るための教育の必要性を痛感した。何度も繰り返し、なぜ被害を受けてしまうのかを話し合った。長く支配的な関係の中に置かれる中で形成された価値観を修正するために必要な時間であった。安心できる人間関係の構築は男女問わず未成熟で、共に暮らす仲間との関係の中から、少しずつ習得していった。
- 子どもとの交流が心を育てていった。子どもからの手紙の最後にいつも書かれていた「お母さんの事、世界一大好き！」という言葉を見るたびに泣いて「頑張らなくちゃ！」と言っていた。また、子どもとの面会を繰り返すことによって「恥ずかしくないお母さんにならなくちゃ」と自らを励まし、異性との距離についても意識化され、心の回復につながった。婦人保護施設として母子関係への支援の必要性和深さを知らされた。

7. まとめ

精神障害及び知的障害のある女性が、学齢期から長期にわたり、実父からの性的虐待・夫からの性暴力被害を受け、支配下に置かれてきた。施設職員として女性に出会ったとき「生きてきたかもしれないが、人間性を奪われてきた」と腹の底から怒りを感じた。婦人保護施設には、幼少期から、実父はじめとした近親者から性的虐待を受けてきた女性が多く存在する。長期にわたる被害からの回復には、その倍の年数がかかると心積もりをしておきたい。婦人保護施設では人権侵害の様々な事例と出会うが、「時間をかけた回復」への支援をすることが出来る。このケースでは、女性に必要な時間、概ね 16 年間の支援を経て退所した。人権侵害の回復とは、人として自分らしく生きる権利の習得であることをしみじみ感じた。

退所後、単身での生活は難しかったため、NPO 法人の障害者支援の団体の温かい支援を受けつつ生活を営んでいる。婦人保護施設に次のステップ（グループホーム等）が必要であることを痛感した事例でもある。

事例 2：DV被害を主訴として入所し、DV被害のうちに性暴力被害が含まれるケース

1. 婦人相談所からの引継ぎ情報

主訴：30代、知的障害の疑いがある。10年間監禁され、強制的に性的な労働に従事させられていた。警察の捜査で逮捕されたが、監禁の事実が判り保護に至った。監禁には親族が関わっており、帰住先が無いことから保護地のA婦人保護施設に入所となったが、加害関係者がその地域に住んでいたことから半年後にB婦人保護施設に移って来た。

※B婦人保護施設は施設内に複数の寮を持ち、入所者の状態に応じた支援が可能である。

2. 生活史

中卒後、子どものころからのかかりつけだった医院に、医師の好意で雑用係のような形で就職するが、災害で医院が倒壊。その後職場を転々とする中で、男性との交際が始まった。最後に付き合った男性に援助交際や性風俗店勤務を強要され、断れずに続ける。ある日、男性が乗っていた車が事故を起こし、同乗していた自分がなぜか責任を取らされるような形で借金を負い、遠方に連れて行かれて、以後10年間監禁生活を強いられながら、性風俗店で働かされた。

違法営業の取り締まりにより店が摘発され、本人も逮捕された。警察の事情聴取で監禁の事実が判り、婦人相談所に緊急一時保護となり、A婦人保護施設に入所された。しかし、障害サービスを利用する移動中に加害関係者に遭遇したことから、更に遠方の婦人保護施設の入所が検討され、B婦人保護施設への入所に至った

3. アセスメント

ADL（日常生活動作）は自立。IADL（手段的日常生活動作）もほぼ自立しているが、表情が無く、感情の表出が極端に無いように見られた。独語があり、前の婦人保護施設からの引継ぎでは、以前に交際していた男性のことを理想化しており、その男性の声が幻聴として聴こえ、会話しているようだとのことであった。

4. 支援計画

手厚い生活支援のある婦人保護施設に入所し、担当支援員の丁寧な関わりの中で、楽しく生活してもらい、笑顔で過ごせるようになることを目標とした。

5. 支援内容

－手帳の取得－

本人の話によると小・中学校では特別支援学級に在籍していなかったが、保護地での知能検査で知的障害が認められ、今後の生活を考慮して手帳の取得が必要と思われた。本人が記憶している中学時代の担任教師を探し、事情を話して連絡を取った。元担任の話により、中学入学時は特別支援学級に入学予定だったが、事情があり普通学級入学となったこと、2年進級時に元担任が受け持ち、本人と関わったことなどの経緯がわかり、その旨意見書を書いてもらったことで、手帳の取得ができた。

－生活支援－

本人が入所した寮は、高齢者、病弱者や知的に低い傾向の入所者を重点的に支援している寮であるため、職員が関わる時間が多く、夜も就寝時に見守りがあり、本人にとっては安心できる居場所となった。

時間が経つにつれて、次第に柔らかな笑顔が見られ、積極的に人とコミュニケーションをとるようになり、20代の入所者の世話をするなど、施設の中で居場所ができた。

2年後には比較的自立生活が出来ている人が入っているE寮に移動し、リーダー的な役割を果たすようになった。同じ県の婦人保護施設から遅れて入所してきた、比較的年齢の近い、同じ暴力被害者である女性と仲良くなり、お互いに悩みを話しながら生活している。幻聴も独語も今は無いとのこと。

－日中活動－

日中活動は、製菓班に所属し、毎朝入所者が食べるパン焼きの作業に従事している。指導する職員を慕い、パン作り、ジャム作り、ケーキ作りなど、当初から責任感を持って一生懸命に取り組んでいる。将来はパン屋で働きたいとの希望を持っている。

－地域との交流－

入所2年目の春より、施設が地域の支援者学習会に参加したことをきっかけに交流している、障害者サービスのNPO法人が運営する地域交流スペースで開催されている手芸サークルに、本人の希望で他の入所者と4名で通い、現在まで継続している。地域のお年寄りや、民生委員などと一緒に、楽しく語らいながら布製バッグの制作などを行い、良い息抜きになっている。

－精神科医療－

入所当初から嘱託医の契約をしている精神科・内科の病院にかかり、定期的に受診し、薬の処方を受けてきた。安心した生活が確立するにつれて、頻繁に悪夢を訴えるようになり、トラウマ治療ができる精神科医が診てくれる心療内科（3年目秋から開設）に4年目から通い出し、フラッシュバックへの自己対応など、具体的な対処法を教えてもらっているところ。

6. 支援と課題

●加害者追求のリスクへの対応

加害者関係者の追求のリスクが長期間に及び、住所移転が難しく、障害サービスへの移行が困難。⇒手帳は保護地で取得。年金申請したが、住所の問題で申請中止。現在も保護地に関係者からの問い合わせがあり、危険を避けるために婦人保護施設での長期の生活を強いられている。本人はそのことでストレスは無く「待ちます」とのこと。

●トラウマへの対応

入所当初から「悪夢」を訴え、精神科にかかるも、PTSDについて、専門的な治療は受けられなかった。一時、臨床心理士が開業しているクリニックでカウンセリングを受けたが、本人には合わず、数回で中止した。その後、トラウマ治療の専門医が、近隣の町の医院で心療内科を始めることになり、本ケース入所者含めて2名の暴力被害者が受診し、2名ともが、「やはり専門家の治療は違う、わかってもらえる、安心できる」と語っている。専門的治療を受けることの必要性を再認識した。

7. まとめ

集団生活と規則正しい日課の中で、少しずつ自己肯定感や自尊心が回復されているが、生活支援だけでは解決できない、性暴力被害等によるPTSD症状があり、専門治療が必要である。しかし、施設が都市部から離れているため、専門医療へのアクセスが困難であることが課題であった。たまたま近隣に心療内科を開設する専門医に協力して頂けることになり、適切な治療を受けることが可能になり、今後の回復が期待される。当施設には心理職の配置が無く、性暴力被害者を支援するうえでの今後の課題である。

事例3：性暴力被害以外を主訴として入所し、性暴力被害を受けた経験があると思われるケース

1. 婦人相談所からの引き継ぎ事項

主訴：帰住先なし。30歳。住んでいたアパートを家賃滞納で退去させられ、車上生活をしてきたが、健康状態の悪化と経済困窮に陥り、市に相談、婦人相談所の一時保護を経て婦人保護施設へ入所となる。本人の意向はこれまで通り地元で生活したいということであり、福祉事務所が支援を継続するとのことであった。地域で自立した生活ができるようになるまでの間、本人の生育歴及び生活歴に起因する生活障害改善のための行動観察と日常生活への助言、心理的支援（不安等の軽減）について、婦人相談所より依頼を受けた。

2. 生活史

「母親が15歳の時にレイプされて産まれた子」と言われて育った。3歳の頃、両親離婚、母親のもとにいたが6歳の頃、母親は出ていってしまい、その後は祖母と二人で生活していた。敷地内には叔父（母親の弟か？わからない）が家族として暮らしている。小学校2年生くらいからいじめられており、声が出なくなり、給食と一緒に食べられなくなった。5年生の時には保健室登校。中学校は保健室登校か不登校であった。家に炊飯器がなく、幼い時から祖母がコンビニで買ってくれたお弁当を食べていた。テーブルで向かい合わせで人と食事をしたことがない。中学を卒業すると、工場等で働くが長続きせず、東京はじめ各地の性風俗店を転々とし生活していた。18歳で最初の結婚をするが、酷い暴力を受けて2か月で離婚。27歳で2回目の結婚をした。3歳年下の夫で、1年程一緒にいたが夫のローン残額に不安を覚え離婚した。

3. アセスメント

療育手帳（軽度）所持。表情は暗く、コミュニケーションを取ることが苦手な様子。対面する相手の目を見ることができない。日中も居室のカーテンを固く閉めており、パジャマと日中の洋服の区分がない。食事においては、献立に苦手な食材が多く、吐き出してしまう。箸は使うが、手で食べたりもする。

4. 支援計画

入所目的：アパート入居に向けての自立準備

支援内容：健康に関する支援、生活全般に関する支援、退所に関する支援

退所とともにアパートへの入居が検討されていたため、再度地域生活に移行するにあたって必要な事項を本人と話し合い、施設という集団生活の中からそれらを実践していけるような生活を目指した。

5. 支援内容

健康面：保健所によるHIV感染検査を受ける（陰性）。婦人科も受診。施設生活に慣れていく中で、自発的に体温、体重、血圧測定を実施。施設周辺の散歩も時間を決めて行った。

生活面：日中活動としては、内職作業に取り組んだ。お茶袋作りで、折りとり付けの作業はとても丁寧な仕上がりであった。出来高払いで受け取った内職代は、退所後の資金として無駄遣いすることもなく貯蓄に回した。職員には次第に挨拶等ができるようになり、俯きながらもはにかむ表情を覗かせたが、他の入所者に対してはほとんど自分から声かけ

することはなかった。他入所者の不正な態度に不快感を訴えたが、言葉での伝達が苦手であったため、その都度書面で職員に伝達してきた。

精神面：大量の精神薬等を所持（処方箋なし）していたため、服薬管理を実施した。受診については福祉事務所と相談の上、転宅先で検討することになり、入所中は持参の薬で対応した。入所当初は集団生活に対する苛立ちを抑えきれず大声を出す、生き物を殺す絵を描き、それをリアルに表現するために自分の血を使う、自傷行為にはしる、這っている蟻をつぶす等の行動が見られたが、その都度看護師に相談し、対処法を一緒に考えることで冷静さを取り戻していった。手帳の保持や精神科受診歴が理由で転居先の確保に時間がかかり、本人の落胆は大きかったため、情報の伝達方法やタイミングについて福祉事務所と相談する等して支援した。

6. 支援と課題

本人が所持していた薬の量には驚かされたが、本人の意向に沿って入所中は受診しなかった。本人の直近の受診歴が不明確であり、持参してきた薬が現在の状態に合ったものであるかどうかは不明であるという点で支援の難しさがあった。

中学卒業後の15歳以降、性風俗店で働いたり、夜襲われて拉致されホテルに連れ込まれたり、覚醒剤を打たれて直ぐに警察に助けを求めた等、恐怖を感じる体験を何度となくしてきている。また、5年前に祖母が脳梗塞で倒れて以来、祖母が別人のように見えてしまい、2年程前から一緒にいると殺したくなる衝動に襲われるようになった。そのため一緒にいない方がよいと考え、離れていたとのこと。施設の現状としては、愛着関係や性暴力等の被害により根底に複雑な思いが交差する入所者への心理的ケアが十分にできない環境（心理職の配置なし）にあるということが課題といえる。

7. まとめ

精神科の受診についての取り組みが不十分であった。療育手帳所持ということもあり、本人が今どのような精神状況であるかをしっかりと知っておくことは大きなことであったが、当初予定していた入所期間は短期であったため、本格的な支援を行うことができなかった。幼いころからたくさん怖い経験をしてきた中で、本人は自分の身体を心配して自主的に定期検診（HIV等）を受けていたことを開示した。しかし、本人の命の安全を考え守ろうとする支援者はいなかったといえる。今回自ら婦人相談員と繋がれたことや婦人保護施設利用に至ったことはとても大きなことであり、入所中はその力を支え、エンパワメントした。このようなケースをはじめ、心理職の配置があれば連携することで精神的ケアへの婦人保護支援の幅が広がり、施設が入所者にとってもより安心できる環境になれると考える。

事例 4：児童養護施設を退所後に性暴力被害を受けて入所に至ったケース

1. 婦人相談所からの引継ぎ事項

児童養護施設退所後、生活が困難となり、性風俗店を転々と勤務しながら生活資金を得て、ネットカフェに寝泊りしていた。

体調を崩し、行き先がなくなり保護に結びついた。長期の不安定な生活、性風俗店で働いている際の性暴力などに疲れ果てて婦人相談所の一時保護に至った。生活のリズムを立て直し、生活を再建するための支援が必要と判断され、婦人保護施設入所に至った。

2. 生活史

軽度知的障害（療育手帳（軽度））。20代。出生後まもなく乳児院に入所後、3歳から児童養護施設に入所した。父親は不明である。母親は小学校の頃、児童養護施設に数回面会に来たことがあるが、その後は音信不通であり、交流はない。児童養護施設を出た後、生活に困窮し、売春で生活資金を得ていた。その環境の中で、屈辱的な性暴力を含む暴力被害を受けている。自立援助ホームにも入所したが、落ち着かず無断で退所。「安定した生活がしたい」、「就労先を決めて働きたい」との希望から婦人保護施設入所に至った。その後施設不適になり、退所。知的障害グループホームに入所するが、そこでも生活に馴染めず無断退所。再度婦人保護施設に入所となる。

3. アセスメント

愛着関係へのサポートが必要。出生後、すぐに乳児院に入所、その後児童養護施設入所、と家庭環境に恵まれず、愛着障害があり、異性に愛着関係を求めてしまうため、健全な愛着関係（人間関係）が構築できるようサポートする。

性的な支配関係の中に置かれてきている。力による支配から、自分の意思を持って、自立して生きる機会を奪われてきた。将来に向けての生活設計を立て、生活の中で具体的な目標を探せるよう支援する。

4. 支援計画

- 愛着関係・信頼関係の回復支援：日中の作業への参加や、就労を行う事が優先されるが、構築されることのなかった愛着関係から、人への信頼感が希薄であるために、日常の支援関係の中に支援者が意識化しながら（声掛けなど）関わる事が求められる。
- 他者との安全な距離を学ぶための支援：性産業での従属的な関係が日常の生活経験であったため、対等な人間関係への学びを深めるため、具体的なプログラム（性教育・社会教育など）を組む。
- 性暴力被害からの回復：心理職による定期的な面接を行う。特に過去の性暴力被害への取り組みがなされていないために「トラウマ・インフォームド・アプローチ」などによる支援が必要と思うが、まずは信頼関係を築き、回復に向かう気持ちを本人が持てるようサポートする。
- 金銭感覚を身につける：収入に見合った生活の仕方を学べるよう支援する。長い間、性風俗店で働き高額な収入を得ていたためか、金銭感覚がマヒしているところがあり、日々の生活の中でのやりくりを目を向ける。信頼の中で根気強い対応が求められる。

5. 支援内容

- 本人の中に「性暴力被害を受けてきた」という自覚が乏しい面がある。だからこそ、今後の自立生活に向けても、性暴力被害からの回復のために、定期的な心理面接を受ける必要を感じる。被害が重ねられているため、多くのトラウマもあり、治療と共に心理教育を受け、性的搾取による異性との関係ではなく、対等な性関係の中で愛情を育てていって欲しいと願っている。
- 人との「関係性」の習得——まずは身近な支援者との信頼関係が必要である。信頼する関係が構築されれば次に信頼できる職場を得て、自らの存在と役割を仕事の中に見出し始める。「信頼されている」ことが愛着関係の修復にもつながっている。
- 「こんなところから早く出たい」と口癖のように言っている。早くお金を貯めて自立したいという本人のニーズがある。自立への希望の中で「元の生活には戻りたくない」と言っていることは、自立につなげる大事な要素である。その自覚が薄れないように、自立に向けてすることを具体的にまとめ、目標に向かっていけるよう支援を進めている。

6. 支援と課題

- 甘えられる関係を求め続けている。「親も会いに来なくなった」「私より男を選んだんでしょ」と自らの居場所がない寂しさ、取り残されてしまった怒りを常に持っている。甘えられる関係が長い間、性的搾取にある男性のみであった。性的搾取と異性への依存については、支援を通じて脆弱な部分が見受けられ、「性的な関係」に愛着関係を求めてしまうことの危険性を持っていると考えられる。「愛している」などと言葉巧みに誘われて、支配関係に置かれることが危惧される。施設の中での信頼関係が、解決へのカギとなる。高い支援力・支援スキルが求められている。
- 婦人保護施設の機能、専門性を問われる。「婦人保護施設」は何をするところか、できる支援が何か等、チームで向き合う課題を与えてくれたケースである。「愛着関係」だけの問題ではなく、望んでいる「単身生活」の先にある、自分の意思を持って自立して生きるという生活に向けて、社会の状況も観察しながら、継続的な支援が必要なケースである。とくに家族・親族という「支援者」が存在しないケースのため、婦人保護施設の退所者支援の枠組みの中で、長期的に支援を続けたい。

7. まとめ

乳児院および児童養護施設の入所経験者であり、家族関係の中での愛着関係が得られていない。家族・親族の支援が受けられない中、1人で生き抜いてきた。本人は異性との関係を求めてしまうが、やむを得ない選択であったとも思える。しかし今、それが無自覚なまま支配関係の中に置かれてきてしまったことだと自覚してほしい。

本人が求めているのは、代償を払わなくてもよい「優しくされる」関係であり、居場所である。再び性的な支配関係の中に置かれて被害に遭うことのないよう、支援が必要な対象者であり、在籍の間に「家庭」としての機能も施設が担い、信頼関係の中で豊かな愛着関係が築けるような支援をしたい。重ねて婦人保護施設は、性暴力被害の回復に「治療」という専門的な回復機能を持つ必要がある。自らのエンパワメント力とあわせて、大きな力になることを見据えて支援につなげたい。

IV 支援にあたっての留意事項・課題

1. 婦人相談所として注力すべき事項

緊急の保護を必要とする女性たちは、地域の婦人相談員や福祉施設、警察等を通して、婦人相談所の一時保護所に入所する。その平均一時保護期間は、約 15 日間と短期である。その間に社会的診断、心理学的判定、医学的判定等を行い、本人の希望のもと、支援方針を探り退所先を決めていく。退所先のひとつである婦人保護施設入所については、婦人相談所（長）が措置決定をしている。

地域によって異なるが、「平成 28 年度 婦人保護事業実施状況報告書」によると、平成 28 年度における一時保護に至る主訴の 70%が DV 被害であり、親、子ども、恋人等からの暴力被害を含めると、主訴の 84%が暴力被害であった。さらに、一時保護入所時の主訴が暴力被害であるなしに関わらず、ここに至るまでの生活の中で、被虐待や交際相手からの暴力被害、様々な搾取などの暴力被害に遭っていることが多い。

一時保護中に生活歴を聴きとる中で、性的虐待や性暴力被害の体験があることが語られることも少なくない。一方で、性暴力を含め「暴力」という認識が、女性本人にないことがあり、あるいは完全になかったことになって忘れられている体験も多く、一時保護期間に明らかにならないことも多い。一時保護期間中に語られなかった事柄が、後になって、もっと安心・安全を実感できるようになってから、また別の困難に向き合った時や、治療を進めていくうちに語られることなども多い。一時保護中の本人によって、今、語られているのは、「その時の本人がそのように認識している事実」であるということを、支援者は留意して、その内的リアリティに寄り添いながら支援をしていく必要がある。

緊急の一時保護所を利用するということは、当面の安全は保障されるものの、これまでの生活から切り離され、安全のためとはいえ制限がある環境の中で、急性期の混乱と今後の生活の不安や緊張を抱えており、大変不安定な状況である。

婦人相談所の一時保護中の支援は、まず生活場面での具体的な支援により安心・安全を提供することであり、その上で、性暴力被害などのトラウマを念頭に置いた聴取（トラウマ・インフォームド・アプローチ）のものと的確なアセスメントを行うことと、本人たちがその後の支援に主体的につながるための心理教育や情報提供を行うことが重要である。また、面前 DV という心理的虐待にあった同伴児童について忘れてはならない。婦人保護施設入所措置にあたっての留意点を挙げる。

（1）一時保護中のアセスメント

社会的診断では、関係機関等から可能な限りにおいて客観的な事実や情報があることが望ましい。これにより、本人からは断片的にしか確認できない情報がつながることも多い。心理学的判定では、性暴力を含む暴力被害などのトラウマを念頭に置いた聴取を行い、心理検査を利用して、本人の状態、能力特性、行動傾向など、心理状況をアセスメントする。心理検査により客観的に示すことができると、本人へも支援者へもその状況が伝わりやすい。本人の状態、特性、強みは何かを把握できると、今後必要な支援について示唆できる。医学的判定では、様々な疾患のほか、抱えている症状を丁寧にピックアップしていくと、暴力被害による影響が考えられることは多い。平成 28 年度東京都女性相談センターにおいて、精神科判定を受けたもののうち、「ストレス関連障害（PTSD 含む）」に診断されたのは、約 48%にのぼった。一方これまで医療機関で精神科受診歴が

あっても、本人たちは暴力被害について語らず、暴力被害の影響という視点でとらえられずに、別の診断を受けている場合も少なくない。社会的・心理学的・精神医学的に、的確にアセスメントすることが、次の必要な支援につながる。

支援者が困難と感じることの一つに、支援を必要としている本人が、「支援を必要としている」と認識していないことが多いということがある。困っているのに、「大丈夫」と言う女性たちはとても多く、生きづらさを抱えていることが見えにくい。支援者には、そうした問題を見極め、アセスメントするスキルが必要とされる。

例えば、子どもの頃から虐待（性的虐待を含む）環境に生育し、学校にも家庭にも居場所がなく、性風俗産業での仕事を「唯一認められる場所」ととらえている女性は、なかなか支援につながらない。一時保護のきっかけは、同居する男性の暴力や、未受診のままの出産といったやむを得ない状況であり、本人が支援を求める意思が消極的な場合もある。彼女たちの多くが子どもの頃から「生きていても仕方ない」と希死念慮を覚え、リストカットや多量服薬、薬や飲酒への依存などの問題を抱えていることも多く、また安定した人間関係を築きにくいことが多い。

複数のトラウマを抱えた女性は、前のトラウマによる症状を抱えたまま次の被害が重なって、複雑な症状を呈している。被害の中に性暴力被害がある場合も少なくない。「解離」など複雑な症状を抱え、本人自身も自覚のないまま、リスクの高い行動を選択してしまう。その行動は自身を守るための「症状である」と理解することができるのだが、誤解され「自分から招いたこと」「都合よく記憶がない」などととらえられてしまうケースもある。複雑な症状を呈する女性に対して、性暴力被害による影響を受けた症状であるとアセスメントしておくことは重要である。

また、必要に応じて能力面や発達特性、行動特性についてのアセスメントも重要である。子ども時代に、親からも学校等からも見過ごされてきた能力面や特性による課題が、社会に出てから顕在化し、生活に行き詰まっていることが少なくない。そこに性暴力被害が重なっていることもある。本人の生きづらさの背景にある能力や特性をアセスメントし、状況に合わせて本人へ伝え、地域社会への自立に向けては、特性に合わせたサービスが受けられるような福祉的な支援が有効な場合がある。

（２）暴力被害についての心理教育

暴力被害についての心理教育とは、「暴力とは何か」、「暴力の人間関係の構造」、「当事者におこりうる心理状態や症状」等について知識や情報提供を行い、本人が置かれた状況を客観的に理解し、必要な支援を受けて主体的に乗り越えていけるように提供するものである。「よくわからないが何か症状を抱えたこの状態が、暴力被害に遭った後に起こる正常な反応である」というふうに、その正体を知ることによって、状況を受け止められるようになる。ただし、婦人相談所の一時保護というのは、暴力から離れた直後の急性期の関わりとなる。急性期の問題の一つに、回避や麻痺や混乱が強いことがあり、前述のような心理教育は、本人に受け入れられないことも多い。その場合は、退所後も折に触れて繰り返しの心理教育が必要となる。緊急の一時保護中は、急性期の心身の症状（ドキドキや呼吸の乱れなど）に対応することが優先される。リラクセーション（呼吸法など）によって、自身をコントロールできる感覚を伝えながらの心理教育など、急性期にできることを工夫していくことが、婦人相談所の一時保護中には必要である。状況に応じて、入所者本人へも、今の状態や症状についてフィードバックすることが必要である。また、なぜ現在のような状態になっているのかを、本人に理解できるように心理教育と併せて伝え、今後の症状の回復や支援の見通しが持てることが望ましい。

（３）同伴児童と母子関係

暴力被害による一時保護は、多くが緊急の出来事である。母親も暴力によって傷つき、余裕がなく、同伴の子どもは状況が分からないまま入所していることが多い。子どもにとってDVの目撃は心理的虐待であり、さらにDVの背景に子どもへの性的虐待があることもある。子どもにも状況が理解できるよう伝えていくことが大切である。「安心・安全が第一で、現在は一時保護になっていること」、「この状況は子どものせいではないこと」、「今後も困りごとは大人に相談していいこと」などの内容を、年齢に応じた言葉で、子どもへ伝えていけるとよい。

暴力にさらされ、暴力による人間関係を学習している子どもは、暴力により不安や恐怖を抱えている一方で、問題行動を起こすなど適応に課題があることが多い。その母親は、子どもの行動を見て、夫からの暴力と重なって恐怖を感じてしまい、母子関係に支障をきたしていることもある。逆に、一見適応しているように見える子どもたちの中には、実は不安や恐怖を出さずに、過剰に適応している場合もある。この場合も大人への基本的な信頼関係が持てないなど、母子関係に課題が多い。退所後、生活が落ち着いてから、子どもが問題を表に出すようになったり、母親が子どもの問題に気付いたりする。

性的虐待については、一時保護中に子どもの言動から疑われる場合や、母親が何か察していても対処しきれていないことや、否認していることもある。その場合、母子が安心・安全な環境を実感した後に、相談につながる必要があることを伝える。支援にあたっては、児童相談所等と連携していく必要がある。

このように、一時保護中の母子ケースについては、母子関係のアセスメントを実施し、子どもの状態や被害についても、必要に応じて児童相談所等と連携しながらアセスメントと心理的ケアにつなぐ必要がある。同伴の子ども達にとって、自分が置かれた状況を理解できる言葉で伝えてもらえることや、心理的ケアにつながることは、その後の「連鎖のない健全な将来」のために欠かせない。

母子関係のアセスメントに関しては、まず母から子へ、あるいは子から母への虐待や暴力がないか、母子関係に安全が確保されているかを確認しなければならない。

子どもが治療を必要としている場合は、親の能力や子どもの年齢などによって介入方法が異なる。母親が加害をしておらず、かつ、子どもがトラウマに曝された体験をもち、なんらかの症状をもっていれば、トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）が推奨される。母親も加害をしていたり、加害的である場合、家族のための代替案認知行動療法（AF-CBT）が推奨される。子どもが5歳以下で、解離や外在化の行動障害を呈している場合、親子相互交流法（PCIT）が推奨される。全般的に親子の関係をよくするアプローチとしてはCARE（Child Adult Relationship Enhancement）が役に立つ。

参照

トラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）

- ・ジュディス・A・コーエン、アンソニー・P・マナリノ（著）、白川美也子、菱川愛、富永良喜（訳）「子どものトラウマと悲嘆の治療—トラウマ・フォーカスト認知行動療法マニュアル」
- ・ジュディス・A・コーエン、アンソニー・P・マナリノ（著）、亀岡智美、紀平省悟、白川美也子（訳）「子どものためのトラウマフォーカスト認知行動療法—さまざまな臨床現場におけるTF-CBT実践ガイド」

家族のための代替案認知行動療法

- ・ <http://www.afcbt-japan.org/afcbt.html> (AF-CBT Japan のウェブサイト)
- ・ <https://www.nctsn.org/> (AF-CBT を推奨している米 National Child Traumatic Stress Network のウェブサイト)

※ 親子相互交流法 (PCIT)、CARE (Child Adult Relationship Enhancement) については本プログラムの P107 を参照。

(4) 婦人保護施設への入所措置

状況に応じて婦人保護施設へ入所となった場合には、婦人保護施設での支援に活かせるよう、一時保護中の情報を引き継いでいくことが重要である。緊急の一時保護を受けた当初は、本人も状況を説明できず、支援者も情報が少なく、状況が分からないままに支援に当たっていることも多い。一時保護中に確認できたこれまでの情報や、一時保護中の生活の様子、アセスメントから見えてきた本人の状態等をもとに、入所者の抱えた困難を、支援者が想像できるように共有することが求められる。一時保護中に観察された行動面の困難など、性暴力被害体験の影響が疑われる事項に関しては、特に注意して引き継いでいきたい事項である。

婦人保護施設へ入所措置した場合、婦人相談所もその自立支援に関わる。複雑なトラウマを抱えた入所者たちは、対人関係の課題や感情のコントロールの課題を抱えることが多い。一時保護という短い期間には目立たなかった行動が、はじめの緊張感から解放され、生活の中で同じメンバーやスタッフと過ごす時間が長くなって顕在化し、行動化することはよくある。施設入所後、生活が落ち着いてから、性暴力被害体験等が語られることもある。何を体験してきたかが明らかになることで、理解しがたかった行動に理解が深まることがある。ただし、本人からの語りは、安心を実感できる環境のもとではじめて、本人のペースで進むものであることに留意したい。

第2章の「婦人保護施設における性暴力被害者に対する支援実態調査結果」によると、性暴力被害を受けたと思われる入所者への支援状況について、集団生活の適応状況において「多くのケースで難しさがある」「難しいことがある」合わせて 62.5%、と多くの施設で「特有の難しさがある」と回答している。一方で、「それ以外の入所者と変わらない」も 37.5%とあり、婦人保護施設の入所者の支援の難しさが表れている。つまり、集団生活の適応状況において、もちろん「性暴力被害を受けたと思われる入所者」は特有の難しさがあるが、「それ以外の入所者」も同様に、様々な難しさがあるということである。婦人保護入所者は、性暴力被害経験の有無に関わらず、過酷な状況の中で複雑なトラウマを背負っていることが多いことを物語っている。

さらに注意すべき点は、「それ以外の入所者」の中に、明らかにはなっていない性暴力被害者が存在する可能性があることである。例えば、生き延びるために「解離」という心理機制を働かせていると、表面上まったく別人のように過ごせてしまうこともあり得る。支援者が違和感を持ちながらも入所中は明らかにならず、退所してからの困難で、過去の性暴力被害が判明することもある。問題となる行動はもちろん、何か違和感に際しても、性暴力を含む暴力被害の影響による症状である可能性を念頭に、丁寧に一人一人の入所者の課題に対応していく必要がある。入所者にゆっくりと向き合い、回復に向けたケアをしながら、自立した生活に向けての支援は、婦人保護施設だからこそできることである。

婦人相談所は、担当婦人相談員を中心に、婦人保護施設スタッフと連携し、一人一人の入所者本人の抱える困難について理解を深め、その自立のために必要な支援を探り、協働していく役割がある。

（５）地域ならびに関係機関へのつなぎ

婦人保護事業において関わる女性たちは、苛酷な環境の中で生活し、その後の生きづらさを抱えている。人間関係は希薄となり、孤立していることも多い。婦人相談所の一時保護後の状況は、各種施設への退所が多くて 30%、帰郷（実家）17%、帰宅 16%、自立 15%と続く。一時保護後、多くは施設等を経て、地域社会で生活していくことになる。その後の地域生活の中で、社会や人とながって生活できるよう、支援することが必要である。

婦人相談所一時保護所での生活の様子や、アセスメント結果は、依頼元の福祉事務所等（婦人相談員）を中心に、次の生活の場所へ伝えられる。特に母子ケースの母子関係の状況などは、虐待につながる恐れがある場合もあり、確実なつなぎが必要である。特に注意をしなければならぬのは、生活する地域が変わり、福祉事務所、児童相談所などの関係機関の管轄が変わった際、情報が途切れないようにすることである。子どもについては、必要に応じ「要保護児童対策地域協議会」が開催され、地域での情報共有がされている。支援を必要としている女性たちに対しても「要保護児童対策地域協議会」のような地域での関係機関における支援ネットワークづくりの制度化が要望されているところである。困難を抱えた女性たちは、新たな困難に巻き込まれるなど、暴力被害の連鎖からなかなか抜け出せないこともある。生活する地域の支援ネットワークの中で、暴力、虐待、貧困等について、各機関が情報やアセスメントを共有し、各機関がそれぞれの役割を担うことができれば、次の被害を抑制できることにつながるのではないだろうか。また、女性たちが地域に出て生活するにあたっては、婦人相談員、婦人保護施設職員、福祉事務所ワーカー、医療機関、各種訪問サービスなどが有機的に関わり、地域資源を活用しながら自立できるようなネットワークづくりが望まれる。

2. 性暴力被害者に関する見立て

(1) 婦人保護施設を利用する性暴力被害者

冒頭に示した通り、様々な被害者の中でも性暴力被害は、回復への大きな足枷になる。また、PTSD やその他の心身の障害の発症率が高い。その理由は、性暴力は、加害者以外の人から孤立した状況で起きる被害であること、出来事によって引き起こされる感覚が強烈であること、性というデリケートな領域が関与していること、被害の認知がされにくいこと、社会的偏見やバイアスが大きいこと、様々なパワーの格差の中に起きること、裏切られた感覚が強いことなどがある。

婦人保護施設を利用する生活障害が多い女性は、幼少期の複雑化したトラウマをもつ女性が多い。また複雑化したトラウマによる心身の症状をもっている、支援をしていく家族やパートナーがいれば地域生活は保たれるが、特に婦人保護施設を長期間利用せざるを得ない女性は、貧困問題に加え、支援してくれる家族がいないという現実を生き延びてきた人であり、多くは幼少期のトラウマ体験をもっていることが多い。とりわけ家庭内で起きた性的虐待は家族関係そのものを破壊し、その後の支援の希薄さに大きな影響を与えている。

(2) トラウマ記憶

通常、トラウマの影響は、①その回数：単回性なのか、複数回なのか、慢性複雑性なのか、②被害の起きた年齢（その期間も含めて）、③被害体験から回復できる安心、安全な環境や安定した良好なアタッチメント的な関係があったか、などによって様々な現れ方をする。

トラウマとは、心的外傷：心の傷のことである。通常、心は大きなストレスを受けても、心そのものがもつレジリエンス（弾力性）の働きによって、自然に元の働きを取り戻す。しかし、そのレジリエンスをはるかに越えるストレス、すなわちトラウマティック・ストレスを受けることによって、トラウマが生じると説明することができる。

実際には、上記は単なる説明概念であり、その機序そのものを示すものではないが、この通常は自然に元に戻る「へこみ」が戻らないまま傷になるという説明は、一般的にわかりやすい。

脳には記憶のネットワークを束ね、1人の主体としてその記憶を元に適切にふるまって生きていく仕組みがある。記憶の種類には、陳述記憶にエピソード記憶、意味記憶が、非陳述記憶に、手続き記憶、古典的条件付けなどがある。このなかでエピソード記憶というのは、人間が時間感覚をもって生きる主体として、どこで何をしてどのように生きているかを保持する記憶である。

ところがトラウマを受けたときに、通常のエピソード記憶が体験を処理するその過程が働かず、トラウマ体験の瞬間の五感、感情、思考、認知などの各要素がそのまま冷凍保存されてしまったかのごとく、エピソード記憶（物語形式での保存＝過去、現在、未来の感覚を伴うもの）ではなく、過去であるトラウマ体験が「今ここ」のまま処理されずに残り、まるでその体験が「今ここ」で生きているように生々しく体験されることになる。

(3) PTSD

PTSD とは、前述のようなトラウマ体験が、一度起きたときの非常に典型的な反応である。すなわち、DSM5における PTSD の特徴である再体験症状、回避・麻痺症状、過覚醒症状、自分に対するネガティブな考えや抑うつ症状は、トラウマ記憶概念によって次のように整理することができる。

- 再体験症状：トラウマ記憶が被害体験のときの苦痛な諸要素を残したまま、比喩的に繰り返し溶けようとする（＝物語の記憶になろうとする）が、苦痛であるため、溶け残ることを繰り返すこと
- 回避・麻痺症状：トラウマ記憶をさまざまな形で刺激するトラウマリマインダー（トラウマを呼び起こす引き金）による再体験症状を回避するために、さまざまな外界の刺激や、内界の刺激が起きようとするのを回避すること。さらに、感情を感じるができなくなる。
- 過覚醒症状：トラウマ体験のときの過剰な覚醒状態が、トラウマ体験として「今ここ」のように残っているが故に、過剰覚醒をもっている必要がない状況であっても、それが続いている状態。不眠、焦燥感、イライラ感、集中困難が継続する。
- 出来事に関する認知と気分の否定的な変化：トラウマ受傷時に体験してトラウマ記憶のなかに残っている自分に対するネガティブな信念（「私はダメな存在」、「私が悪い」、「私のせい」）が、現在の体験を、トラウマ受傷時と同様のネガティブな体験として歪んで体験させること。そして、それによって、抑うつなど感情的な障害を引き起こすこと

なお、多くのトラウマ体験者が一般の精神科診療のなかでは、PTSD という診断を受けていることは少ない。これは、トラウマ暴露について聴取される機会がないこと、本人が話さないことに加え、診断技術や質問紙が「均てん化」していないことに起因している。

以下は出来事インパクト尺度（IES-R）という PTSD の症状の評価尺度として評価が高くよく利用されている質問紙である。診断そのものはできないが、1 週間の単位で、総点数と、再体験・回避麻痺・過覚醒の症状の見立てに使うことができる。

参照

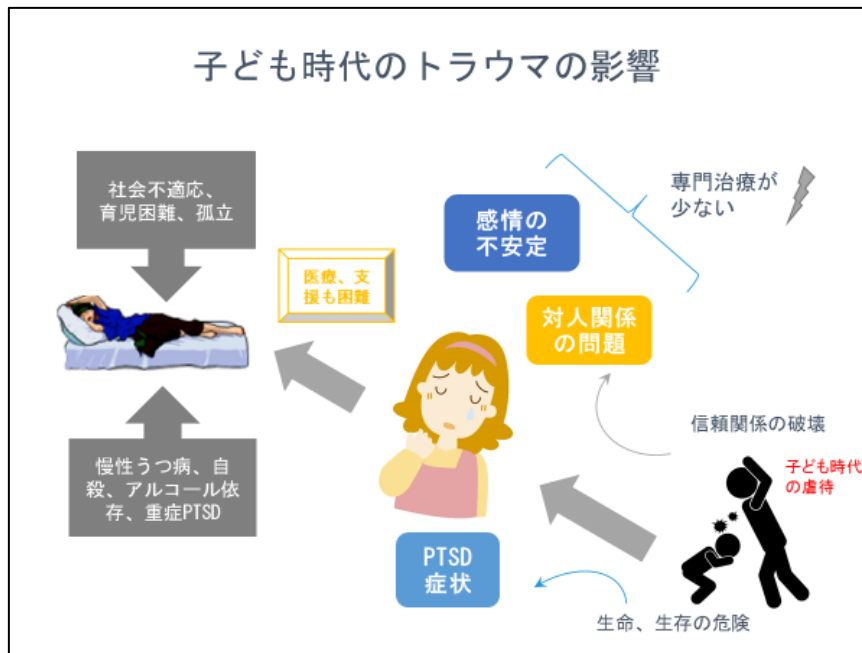
- ・ <http://www.jstss.org/topics/886.php><http://www.jstss.org/topics/886.php>（一般社団法人日本トラウマティックストレス学会「PTSD 評価尺度(IES-R)の公開について」）
- ・ 白川美也子「赤ずきんとオオカミのトラウマ・ケア：自分を愛する力を取り戻す〔心理教育〕の本」（トラウマ記憶と PTSD について、わかりやすい説明がある）
- ・ 加藤 進昌、樋口 輝彦、不安抑うつ臨床研究会（編集）「PTSD 人は傷つくとどうなるか」

（４）複雑性 PTSD：子ども時代のトラウマ体験から生じる典型的な症状と状態

幼少期の虐待や性暴力被害等の被害は子どもにとって生命や生存の危険をもたらすものだけではなく、他者との信頼関係を破壊するトラウマ体験でもある。幼少期のトラウマ体験に基づく症状は環境との相互作用で悪循環に陥り、成長するにつれて本人の感情や対人関係、その他の社会的発達にも大きな影響を与え、PTSD 症状のほかにも感情の不安定さや対人関係の問題として表面化してくる。

しかし、専門的治療はまだ少なく、医療や社会の支援による対処が遅れるなか、やがて慢性うつ病や自殺、アルコール依存、重症 PTSD と言った形で、医療の、あるいは社会不適応や孤立、育児困難と言った形で福祉の俎上に、困難事例として挙がってくるのである（図 1）。これらの事例は、近年では複雑性 PTSD として診断されるようになり、パーソナリティ障害との鑑別が重要な課題となっている。

図表 3-4-1 子ども時代のトラウマの影響



出典：加茂登志子「STAIR グループ紹介スライド」から抜粋

複雑性 PTSD を抱える人は、PTSD の症状に加えて以下を体験することが多い。

- 感情調節困難
- 否定的な自己概念
- 対人関係困難

特に幼いころに性的虐待や性暴力被害を受けた女性はこの複雑化したトラウマ症状を呈しやすい。しかし、子ども時代のトラウマを抱えている女性の感情の不安定さや対人関係の問題は婦人保護施設内で表面化することもある。一見安定しているように見えても本人は苦しみを抱えながら相談できない、あるいは相談に至るまでの自覚（言語化）に到達していない場合もある。このような女性たちが一定数入所する婦人保護施設としては、プライマリ・ケアの水準での介入プログラムを持つことが望ましい。支援が手厚くなることはもちろん、施設内の対人関係全般の安定化にもつながるからである。このような介入プログラムのうち、数少ない世界水準である「STAIR」について、アプローチの項目で紹介する。

（５）３Ｆモデル

複雑性 PTSD における調節困難を説明するために、3F モデルを示す。

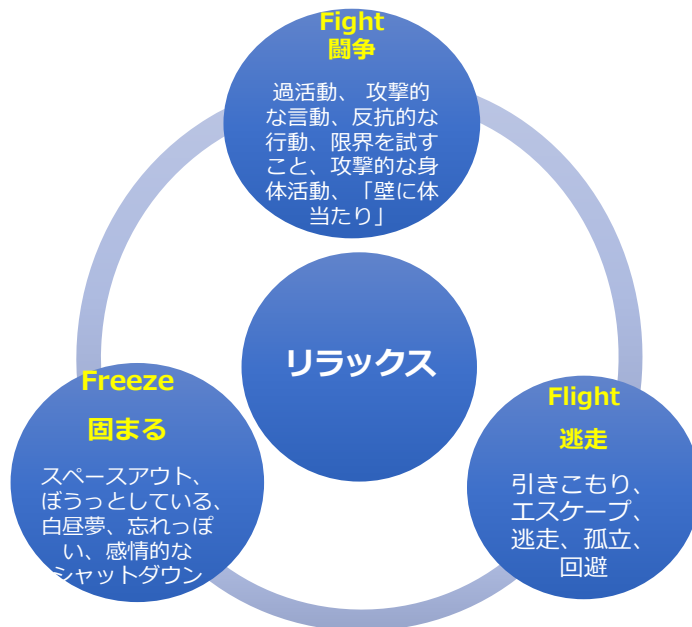
ストレスやトラウマとなる刺激や出来事に対して、生体 3 つの反応を示す。**Fight**（闘うー立ち向かう）、**Flight**（逃げるー遠ざかる）、**Freeze**（固まる）：これが 3F である。この 3 つの反応のうち、最初の 2 つは「闘争か逃走か反応」と呼ばれ、適応するため、対処するための反応である。**Freeze** は、その 2 つのどちらかということが選べる固まったような状態であり、車でいうとアクセルとブレーキが同時に踏まれているような病的な状態である。

子ども虐待や DV の目撃など児童期の被害を体験した当事者は、この 3F のパターンが、アタッチメントのパターンとして深く内在化されている上に、トラウマ体験によって、この「闘争か逃走か」が極端な形で現れやすい。当事者による支援者や周囲に対する攻撃、対人関係回避や引きこも

り、さまざまな場面において意思決定が困難であることや、動けなくなってしまうことはこのような生理学的な状況から派生していることを知っているとう理解しやすい。

図表 3-4-2 ト라우マ後の反応

3Fモデル：トラウマ後の反応:



出典：白川美也子（NCTSN：<https://www.nctsn.org/>）の図を改変

3. 性暴力被害者へのアプローチについて

(1) トラウマ・インフォームド・アプローチ

このような複雑かつ多岐にわたる課題をもつ当事者に対するトラウマ・インフォームド・アプローチの原則は、①安全、②信頼性と透明性、③ピア・サポート、④協働と相互性、⑤エンパワメント、⑥文化・歴史・ジェンダーへの配慮の6つであると言われている。

それらについて、いくつかの項目を挙げていく。

■エンパワメントするアプローチ

自己尊重感や自己統御感を当事者が感じられるようにするためには、当事者が自ら選択する機会を作り、それを尊重することから始まる。すなわち、選択を同定するのを助け、(その選択の)結果に沿っていく構造を支援体制のなかに組み込むことが必要になる。

往々にして起きやすいことは、支援者が当事者に何をするべきか、つい言ってしまうことであるが、それらは得策ではない。混乱している当事者には、選択肢を提供し、選択権と主導権をとってもらうことを心がけることが望ましい。

■強みに焦点をあてる

多くの当事者が、困難な中で、一見いびつに見えたり、危険に見えたりする生活歴を呈している。しかし、その問題点を指摘するのではなく、当事者が、何を頼りに生き延びてきたか、何が役に立ってきたのかなど、すべてのポジティブな選択を指摘することが望ましい。自分の選択のポジティブだった側面を数えることで、それをさらに強め、目標を達成させる助けになる能力や技量への選択に繋げることができるからである。

■知識は力

前記した通り、トラウマに関しての心理教育は必須である。心理教育の目的は、トラウマとなった出来事の客観的理解や発生率、どうして起きるかを明確にすることで、スティグマや恥をなくし、自分が悪くないということを理解すること、回復への希望を植え付けることにある。

質問をするときや、何かをしてもらうときには、なぜそれを聞くのか、なぜそれをしてもらうかの理由を明確にして、情報提供を行い、先が予測できるように支援するべきである。

■安全な支援の関係

当事者のほとんどが、養育義務のある人達や、本来ケアをするべき人によって犠牲になってきた人であるため、対等な関係性の経験がほとんどない。すなわち、安全な関係と安全でない関係の区別がつくものだと考えられないかもしれない。協働する形でのアプローチがよい。

支援者が当事者の問題のエキスパートとして君臨してはならず、その人の人生におけるエキスパートはその人自身であるということを明確に認識しなければならない。相手への尊重と自分の立ち位置への若干の疑いがなければ、容易に支配やコントロールをすることになってしまう。支援的な関係というのは、当事者の人生を共に探求し、その人自身がゴールを決め、そこに至るまでの歩みを導き出せるように、質問を繰り返し、好奇心とオープンな気持ちをもって関わっていく。

決めつけや批判は排し、生き延びることのみを基盤とした行動を理解しなければならない。当事者は実際は、そのような自分の行動を心底で恥じていることを忘れてはならない。その人を、受容し続けながら、一貫した明快なコミュニケーションを行っていく。また透明性の高いコミュニケーションを行い、合意と約束には必ず従う。

当事者は、養育の過程で、じっくりと話を聞いてもらえなかったり、見守ってもらえていなかったりするため、単に傾聴するだけでなく、反映的に繰り返し、内容を確認する必要がある。

その人は自分の感情に気づくことが下手かもしれないので、気づく能力の開発を手助けする。そのために支援者は、自身の感情に気付いている必要があり、当事者の過剰な反応を理解して上で感情に揺り動かされないようにして、さらに自己調整スキルを用い、当事者の見本となるようにする。

■現在の行動に関する理解と説明

現在の行動はトラウマやその衝撃に対処するために身につけた行動である場合がある。その人の現在の行動とトラウマの関連の理解を助ける質問をする。生き残るための試みとして、現在の自己破滅的な行動を見る。ファイト、フライト、フリーズ状態にある人の脳は、使えない状態にあるかもしれないことを支援者は自覚し、リラクセーションや自己調整スキルを用いて適切な状態に落ち着いたところで、話し合う必要がある。ゴールに向かっていくための行動が決まった場合でも、その行動を促す前に、そう決めてどう感じたか、感情と理解の確認を行ってから、先に進んでいく。

参照

<https://www.youtube.com/watch?v=boOWboUehHA> (Trauma Informed Care Role Plays with Dr. Laurie Markoff、トラウマ・インフォームド・アプローチについての YouTube 教材)

(2) 解決志向アプローチ

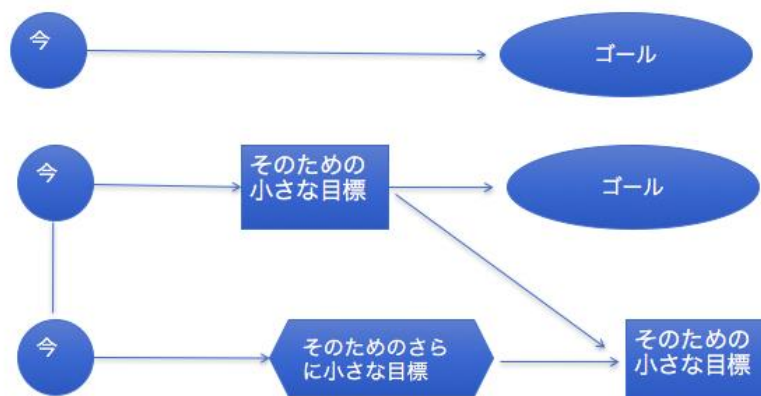
インスー・キムバーグらにより開発されたアプローチであり、原因を探すのではなく、未来の解決像を構築していく手法である。①傾聴、②コンプリメント（労わり認める）を徹底し、③例外探し（問題が起きていない時に注目させること）、④ウェル・フォームド・ゴール（よく構築された目標）の形成などを、当事者自身が探求できるように質問を重ね、話し合いながら、作っていく。

参照

ピーター・ディヤング、インスー・キムバーグ（著）、桐田弘江（訳）「解決のための面接技法〔第4版〕ーソリューション・フォーカスとアプローチの手引き」

図表 3-4-3 Futuer Time Line: 自分で努力目標を作る練習

Future Time Line：自分で努力目標を作る練習



出典： E. Dolan, “Reslolving Sexual Abuse” (ウェル・フォームド・ゴール作るための Future Time Line を作るための課題の一例)

面接の最後に提案を行い、次回までに当事者は、それを元にしたさまざまな模索をする。次回面接時には、それによって何がよくなったかということを丁寧に確認していく。①うまくいっているのならば変えない、②やってよかったらまたそれを行う、③もしうまくいっていないのであれば、違うことをする、ということを繰り返す。

SFA 特有の質問技法には、ミラクル・クエスチョン（もし奇跡が起きたとしたら、どのような気持ちになるか、そのとき、どのような行動を取るかを聞きとり、適切であれば、その行動をするフリをすることを処方するなど）、スケーリング・クエスチョン（数字で表して、変化を聞く）、コーピング・クエスチョンなど、さまざまなものがあるが、基本の質問方法とコーピング・クエスチョンの例をあげる。より深く学ぶためには研修が必要である。

① 解決構築的な質問方法の基本

- ・指示をしなくて質問をする。ただし「なぜ」は使わない。「どうやって」「どんなふうに」にする。内的過程を言葉で説明する場面を設定する。
- ・「はい」「いいえ」で答えられる質問、付加疑問「またけんかしてしまったのですね？」等は、あまり意味がない。
- ・オープン・クエスチョン（幅広い答えを引き出せる）「自分の好きなところはどこですか？」
「それについてもう少し教えてください」

② コーピング・クエスチョン：

- ・そのような大変な結婚生活のなかで、今までどうしてやってこれたのですか
- ・あなたがそんな努力をしていることがわかったら、友人はなんていってくれるでしょうか？
- ・どうやったらこれ以上悪くならず、穏やかに過ごせるでしょうか 等

（３）リラクセーション技法

当事者の抱える、3つのFが過剰に起きやすい傾向を癒すためには、適切なリラクセーションが必要である。リラクセーションには主に、①呼吸を使ったリラクセーション：主に呼吸過程そのものに集中した腹式呼吸をゆったり行うことによるリラクセーション、②筋リラクセーション：漸進的筋弛緩法などを代表とする、筋肉の緊張と弛緩を繰り返すことによって得られるリラクセーション、③イメージによるリラクセーション：安全な場所、資源となることものを視覚化し、想起することによるリラクセーション、④マインドフルネス（今ここで起きている瞬間瞬間の体験〔五感や感情や思考など〕に批判や判断をはさまず健やかに気づいている心身の状態）などが役にたつ。

ただし、当事者は、リラクセーション技法を行うことによって過去のトラウマ体験が甦ったり、不安や恐怖が感じられたりしてくることがある。これはコンタミネーション（汚染）という現象であり、要はリラックスすることによって、処理が起きて、氷の記憶のなかにあるネガティブな内容が溶けだしてきてしまうと考えればよい。そのような場合は、①グラウンディングテクニック（地に足をつけて現実感覚をしっかりとった心身の状態）をしっかりと教える、②不安や恐怖などを視覚化し、イメージのなかで丁寧に何重にも包み込むイメージをもつ「包み込み技法」を行う、③外界集中型の自己催眠もしくはリラクセーション技法を行う等の対処法がある。

●外界集中型の自己催眠技法の例「54321法」

「見えるもの」、「聞こえるもの」、「感じるもの」を、「〇〇がみえます」等と口に出して、見える、聞こえる、感じる順番に各5つずつ、4つずつ、3つずつ、2つずつ、1つずつと数えていくことによって、「今ここ」にいるという感覚をもったまま、心を鎮めることができる。眠れない時には、寝床で、「聞こえる」ものと「感じるもの」だけを行うことができる。

(4) その他の身体志向アプローチや活動

身体のリラクセーションをもたらすアプローチには、前述したリラクセーション技法だけでなく、単純な運動（散歩、ストレッチ、ランニング、縄跳び）から、ヨガやピラティスなどトラウマを受けた人に、一定のエビデンスが得られているアプローチまで様々なものがある。

性暴力被害者は、身体の中の特定の筋肉（たとえば腸腰筋群）にストレス負荷による弱さを抱えることがある。教育キネジオロジー（人の脳および神経系の働きの変化が筋肉に表れる反応を利用し、人の発達段階に根ざした自然な動きと気づきをツールとし、心身機能の調和と統合を図る技法）という分野において、身体の動きを行うことによって、脳のバランス調整を行うブレインジムは、このような状態に即時に働きかける良法であり、簡単な運動で、心身双方に良い影響を与え、かつ安全であるというメリットがある。

また手芸や料理、園芸、その他の手仕事など、特定の外界の活動に一定時間集中することは良好な影響を与えることが経験的にわかっている。

(5) STAIR (Skills Training in Affective & Interpersonal Regulation) における感情調整プログラムの紹介

上記に掲げたものはいずれも、個々の介入におけるアプローチ技法である。PTSD に対する治療を目的とし、治療効果が確認されている総合的な心理介入プログラムは日本にも複数導入されているが、感情調整や対人関係の問題に焦点の当たったものは少ない。

一方、日本の女性保護の分野ではピアカウンセリングやピアグループの発展の下に女性たちの問題を共有し、寄り添って解決に向き合ってきた歴史があるが、介入効果に関する研究は少なく、現場の力量や情熱に依存してきた部分も大きい。

日本においては、幼少期にトラウマを受け、現在もその影響に苦しむ女性は確実に増えつつある。今後の日本の婦人保護事業において求められているのは、確実な介入効果が得られ、かつプライマリ・ケアで導入可能な問題解決型の簡便な介入プログラムである。

ここで紹介する STAIR は米国ですでに治療効果が確認されている幼少期のトラウマの影響による複雑性 PTSD の治療プログラムだが、その内容の大半は感情調整と対人関係に関する問題解決を指向したものである。トラウマ体験に直接触れないため、診療外の現場でも比較的安全に用いることができる。ここでは STAIR 全 16 セッションのうち、最初の感情調整に関する 5 セッションの概要を示す。感情的な動揺を和らげ、落ち着きを取り戻す方法に関するもので、個人でもグループでも使うことができる。

図表 3-4-4 STAIR セッションの概要

セッションの概要

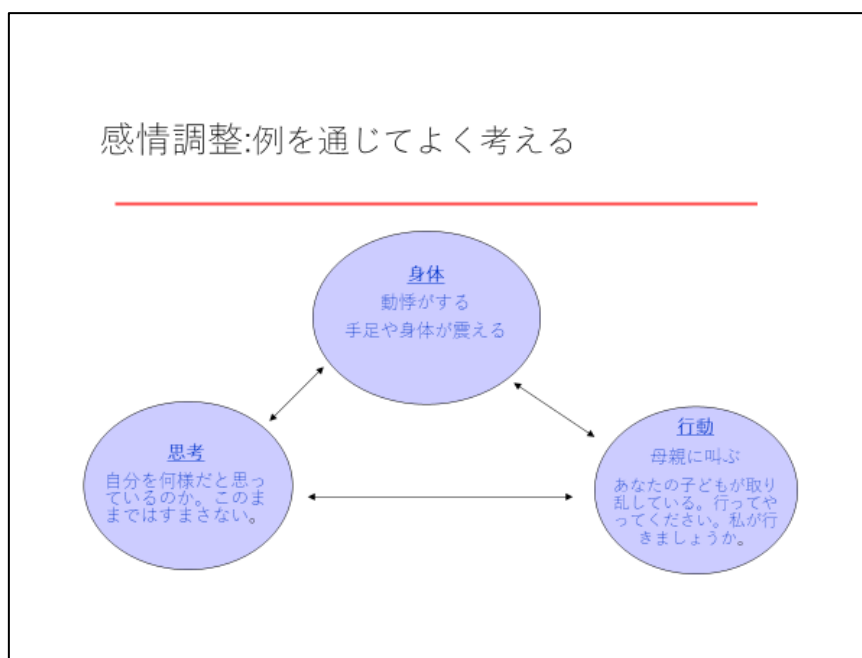
- 第 1 回 プログラムの紹介とゴールの設定－感情の 3 つのチャンネルの紹介
- 第 2 回 感情調整－身体からのアプローチ
- 第 3 回 感情調整－思考からのアプローチ
- 第 4 回 感情調整－行動と関係改善からのアプローチ
- 第 5 回 自分や他者に対する思いやりと前進

出典：MARYLENE CLOITRE, LISA R. COHEN, KARESTAN C. KOENEN “Treating Survivors of Childhood Abuse : Psychotherapy for the Interrupted Life”

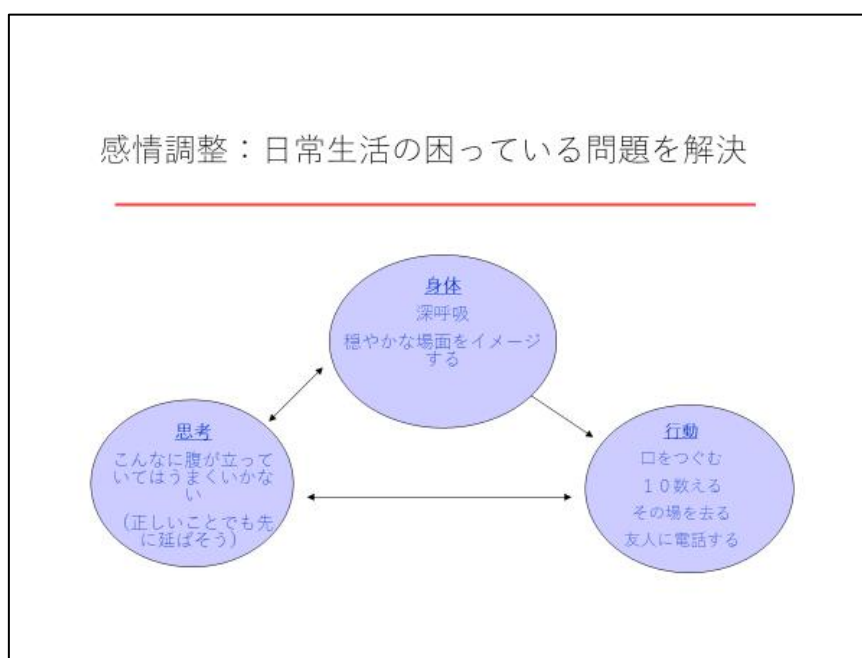
(c)2006 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc. 72 Spring Street, New York, NY 10012 (www.guilford.com)

この5つのセッションでは、1) 感情体験を整理する（問題の境界をはっきりとさせることで、圧倒されることがなくなり、対応できるようになる）、2) 解決への原理をつかむ（原理を作って、解決への道筋を整理する）、3) 覚えやすく、ずっと使い続けられる手がかりを作る（治療が終わってもストレス要因に対応できるように、分かりやすい手がかりを作る）に取り組み、感情の3つのチャンネル（図1、2）を用いて、クライアントの実体験から解決法へと導き、ずっと使い続けられる手がかりを獲得する。

図表 3-4-5 感情の3つのチャンネルー例を通じてよく考える



図表 3-4-6 感情の3つのチャンネルー感情の3つのチャンネルー問題を解決する



出典：MARYLENE CLOITRE, LISA R. COHEN, KARESTAN C. KOENEN 前掲著

今後見込まれる対象者の増加を鑑みれば、既に施設内で行っているグループ療法や心理療法を尊重しつつ、STAIR に代表される効果と研修手段の確立した介入アプローチを携えることが望ましい。

（６）妊産婦・褥婦・母子への支援

性暴力は、予期せぬ妊娠やその結果として起きる妊娠中絶、不本意な出産に直結するものであり、女性のリプロダクティブ・ヘルス・ライツを冒すものである。性暴力被害をうけた妊婦の支援は、母と子ども二世代の支援になり、早期からの虐待予防に繋がる重要な領域である。性暴力被害者、特に性的虐待被害者は、妊娠出産の過程で経験される様々なことがトリガーになり、心身の状態を崩しやすい。性暴力被害者の妊娠出産にまつわる特有の反応について列挙する。

■胎児虐待

妊娠葛藤の表れの最たるものが胎児虐待である。子ども虐待のグレーゾーン、イエローゾーン、レッドゾーン（要保護）によって、胎児虐待を分類すれば、未受診妊婦およびハイリスク妊婦はグレーゾーン（要啓発教育）、特定妊婦や胎児にとっての害となる行動や環境（喫煙、飲酒、薬物使用、DV の関係にあることなど）にとどまる妊婦をイエローゾーン（要支援）、そして積極的に母体および胎児を害しうる行動（お腹を殴る、冷水に浸かる、なんども飛び降りる等）をレッドゾーン（要保護）と規定することができるかもしれない。レッドゾーンの妊婦における母体および胎児が傷つきうる行為をしながら、中絶に至らない状況は、繰り返されるが自死には至らない自傷行為との心理的な類似性があり、自傷が自死のリスクにつながるように、後の虐待や自死などのリスクは高いことが予測される。総じて当事者のトラウマ体験にセンシティブな支援が必要である。

■要支援妊婦および出産後の支援原則

出産前後は、通常健康度の高い妊婦ですら、多くのストレスを抱え支援を要する時期である。しかし、性暴力および性的虐待被害の当事者は生育歴中の体験から困難時も援助希求を持たず、困難を抱え込み、結果、虐待行為や養育放棄につながることもある。まず実際の生活上の困難や妊娠出産や育児困難に対して「助けを求めてもよい」こと「助けを求めれば支援が得られる」という体験を積み重ねる必要がある。

その他、養育に特化したさまざまな心理教育や、赤ちゃんの養育スキルの向上を促す支援が必須である。子どもの泣きがトリガーになってフラッシュバックを起こす母親は少なくない。パープル・クライイング期（赤ちゃんが何をやっても泣きやまない生後 1～2 ヶ月をピークにする時期）における赤ちゃんの泣きの 6 つの特徴は、次にあげる「パープル（PURPLE）」の頭文字で示すことができる。

育児ストレス等による乳幼児揺さぶられ症候群の予防のために、養育者にこの特徴を示した心理教育が有効であることが、Barr と藤原の共同研究によって明らかにされている

図表 3-4-7 パープル・クライイング期の赤ちゃんの泣きの特徴

P…Peak of Crying	： 2 ヶ月前後が夜泣きのピークで以後は徐々に減って行く 勿論、もう少し続く赤ちゃんもいる
U…Unexpected	： 予想できないし、理由も分からない
R…Resists Soothing	： 何をやっても泣き止まない
P…Pain-Like Face	： 痛そうな表情で泣く（実際は痛みを感じている訳ではない）
L…Long Lasting	： 長く泣き続ける。5 時間以上も続くことがある
E…Evening	： 夕方や夜にかけて多い

参照

- ・ <http://www.purplecrying.info/> (米 National Center on Shaken Baby Syndrome と Barr によって開発された PURPLE Crying プログラムのウェブサイト)
- ・ <http://www.oyako-igaku.com/labo/2009/000077.php> (藤原武男研究室のウェブサイト)
- ・ Barr RG, Barr M, Fujiwara T, Conway J, Catherine N, Brant R. Do educational materials change knowledge and behaviors regarding crying and shaken baby syndrome in mothers of newborns when delivered by public health home visitor nurses? A randomized controlled trial. CMAJ 2009;180(7):727-33. (Barr・藤原による論文)

■生命をもたらす力があることへの賞賛と赤ちゃんの受容

婦人保護施設で生活している妊婦の中には、性暴力被害による妊娠でなかったにせよ、不本意な経緯や生物学的父親からの支援のない出産であり、妊娠に対して複雑な思いを抱いている場合がある。支援者は、それらの複雑な思いを聞き取る耳をもつと同時に、生命を宿すことができた女性としての力、新たな生命が宿ったことを、妊娠の経緯やその後のこととは独立した事象としてまず周囲が受容し、讃えること、スティグマの軽減に努めること、かつ、それを母親に押しつけない姿勢がまず必要である。

■いわゆるトラウマ治療を行う時期の選択

出産直後は母子関係の形成に最大限の力を注ぐべき時期であり、その時期に母親のトラウマ処理を行うと、母親を退行させ、関係性形成を阻害してしまうことがあるため通常避けたい。できれば妊娠時に、ある程度の葛藤解決や、安定期になってからのトラウマ処理が行われるとよい。しかし、これは症状の強度とのバランスにも依ることで、ケースバイケースである。

■性的虐待や性暴力被害者の妊娠と出産後の問題

SVRPs(Sexual Violence Related Pregnancy)という概念があり、この性的虐待・性暴力被害に関係のある妊娠をしている女性には、うつ病、PTSD、不安、自殺傾向が強いということが報告されている。そもそもの被害体験による精神症状に加えて、性暴力加害者を生物学的な父親とした赤ちゃんが出生することにより、赤ちゃんをトリガーにして、PTSD 症状が増悪するという多重的な危険性をはらんでいる。そのようなトリガーには、①赤ちゃんの容貌、②赤ちゃんからの身体的タッチ、③授乳(乳首を吸われること)、④赤ちゃんを受け入れられない罪悪感など様々なものが入り混じり、たいへんに苦痛なものである。脱感作しないと母子関係が形成できない。出産後もトラウマ処理が必須となる例外的なケースになる。

先行研究では、子どもが家族や地域共同体から偏見を受けていると報告している女性は精神症状が優位に高く、受容されていると報告している女性は、精神科症状が優位に低いことが報告されている。

■手放すことの受容と支援

最初から子どもを育てることを放棄する母親も、努力をしてなんとか育てたいと考える母親もいる。まず子どもを生み出したことが、世界に対する大きな貢献であることを伝える。自力での育児、コミュニティ内での支援を得ながらの育児が難しい場合、里親や児童養護施設などの社会的養護の元に子どもを委ねることや、児童養護施設との共同養育を提案し、罪悪感なく行えること、それを選択することも、母親として最大の配慮であり、愛情なのだという考え方ができるように促していくことも、支援である。

■性暴力被害を受けた母親から生まれる新生児のもつ課題

大阪府の調査で、未受診妊婦から生まれる新生児に低出生体重児や周産期死亡率が高いことが明らかになったが、性的虐待や性暴力の被害者、SVRPsに該当する出産による新生児の課題は、調査が難しい対象であること、そもそも未受診が多いことから、まだ不明なことが多い。しかし執筆者が、乳児院や婦人保護施設で、「ブラゼルトン新生児行動評価法」を同様の対象の赤ちゃんに行ってきた経験からは、音や光に対する慣れが起こりにくい（調節障害）、新生児期に当然あるはずの方位反射（音や顔の方向に頭をむけて視るというアタッチメントの基盤となる反射）がみられないなど、養育の稚拙からくる問題以前に胎児期からの課題を抱えていることが観察される。これらは養育困難ともつながる問題であり、今後の課題であろう。

4. 代理受傷とその対処法

（１）代理受傷・二次性外傷性ストレス反応・バーンアウト

代理受傷とは、当事者の支援者が深く傷ついている当事者との関わりのなかで、公私両面で様々なストレスを生じ、自らも被害者（vicarious victim 代理被害者）のようになってしまうことをいう。

二次性外傷性ストレス反応とは、当事者の受けたトラウマを同様に受け取ることからくる PTSD 症状に似た反応のことをいう。これは当事者に対する共感を基盤に起きてくる反応であるため、関わる以上避けることができない関係である。

バーンアウトは燃え尽き症候群ともいい、絶え間ないストレスから心身を消耗することをいう。重篤なトラウマをうけた人を支援する専門職に生じやすい。

（２）どのように症状が現れるか

- ① 家庭問題／職場問題（なんとなく、家庭・職場でうまくいかない、トラブルを生じる）
- ② 非適応的な防衛規制（感情の欠如、ブラックユーモア、置き換え、投射）
- ③ バーンアウト（燃え尽き：興味情熱の欠乏、過度のストレス、共感から無感動へ）

上記の段階を踏んで症状が進行して行くことがあるため、徴候を知り、早期に気づくことが大切である。

（３）予防的対処法

予防には、以下の態度が重要であるといわれている。

- ① 同僚との会話：わかってもらえる人に話すことで、自分の感情を解放する。
- ② 支援における完璧を目指さない・自分の限界を超えない：完全にできなくてもよいと考える。
できたことに満足を見い出す。
- ③ 趣味、ストレス解消の方法をもつ：支援に自分の満足を求めない。
- ④ 仕事とプライベートを区別し、私的生活を大切にする：支援と個人の時間を切り離すようにする。
- ⑤ ユーモアをもつこと。

（４）婦人保護施設での対策方法

- ① 準備：ケースに即した訓練を受ける。未消化の個人トラウマを抱えている（実際に自分が性暴力被害を受けたり、DV 被害を受けたりする経験がある）場合、その課題を個人セラピーで扱ったほうがよい。未処理の課題は逆転移の要因となりうる。
- ② サポート：トラウマケアは一人ではできない。また行ってはいけない。支援者同士、異業種間での支えが必要であり、当事者への社会的なサポートも必要である。周辺の資源の充実を行い、支援者は支援に専念できるとよい。
- ③ バランス：熟練者が重度のトラウマケースばかりを担当することを避ける。回復途中にあるケース、重症ケースの両方を担当した方がよい。私生活を充実させ仕事以外の時間を設ける。

5. 婦人保護施設における留意点

婦人保護施設において、性暴力などによる被害に焦点をあてると、一時期より入所者が問題を起こし、入所者の攻撃性が目についたり、問題行動などが増えたりするようなどきがある。行動化（暴言、暴力、自傷・他害行為、飛び出し、性的逸脱など）に対しては、限界設定を明確にする必要がある。起こったこととその対処（こういうことがあったら、こうする）について漏れない約束を作り、文書化しておき、それに同意を得る。良心的な施設ほど、入所者の問題行動を（自分たち）職員のせいだと考えがちであるが、トラウマ・インフォームド・アプローチを使って、そのトラウマと関連するメカニズムを双方向から理解したら、「入所者のせい」にするのでも、「支援者のせい」にするのでもなく、問題解決に向かっていく。

とりわけ施設長や責任者が支援に対して情熱的である場合は、それを職員が同じ程度の熱意を持っていることはできない場合があることに留意することによって、支援者側内部での分裂が起きないようにする。上司は、職員の安全を確保し、職員が過剰労働にならないように、また職員が労れていると感じられるように心がけなければならない。そうでなければ、職員が困難な支援に向かっていく力が湧いてこないだろう。傷ついた女性を支援するのはときに困難なことであるが、それぞれの支援者個人が、何よりもまず、自分を労り、自己涵養しながら、エネルギーに満ちた状態で支援に向かえる土壌を整えていくことが重要である。

参考法規・通知・通達等

- 売春防止法（昭和 31 年 5 月 24 日法律 118 号）
- 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成 13 年 4 月 13 日法律 31 号）
- 刑法（明治 40 年法律第 45 号）

参考文献等

第 3 章 I

- 「平成 27 年度 婦人保護施設の役割と機能に関する研究」（厚生労働省平成 27 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）
- 「婦人相談員相談・支援指針」（厚生労働省平成 26 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）
- 「平成 28 年度婦人相談所・婦人相談員・婦人保護施設職員の婦人保護事業研修体系に関する調査・研究」（厚生労働省平成 28 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）
- 戒能民江編著 「危機を乗り越える女たち—DV 法 10 年、支援の新地平へ」 信山社、2013
- ジュディス・ハーマン著 「心的外傷と回復」 みすず書房、1996
- アリス・ミラー著 「魂の殺人」 新曜社、1983
- WHO” Violence against women” (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>)、2018 年 4 月 27 日最終閲覧
- 「平成 29 年度 婦人保護事業等における支援実態等に関する調査研究」（厚生労働省平成 29 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）

第 3 章 IV

- 東京都社会福祉協議会婦人保護部会 婦人保護施設あり方検討会編「平成 18 年度 婦人保護施設あり方検討会報告書」、2006 年
- 滝川一廣「子どものための精神医学」 医学書院、2017
- Sheila Eyberg ”Eyberg Child Behavior Inventory」 Psychological Assessment Resources, Inc.,”, 1978

第 3 章 II

- 「平成 28 年度 婦人保護事業実施状況報告書」（厚生労働省平成 28 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）
- 平成 28 年度東京都女性相談センター事業概要
- 「平成 29 年度 婦人保護事業等における支援実態等に関する調査研究」（厚生労働省平成 29 年度先駆的ケア策定・検証調査事業）
- T.Berry Brazelton（著）、J.Kevin Nugent（編集）、大城昌平（訳）「ブラゼルトン新生児行動評価」
他（本文中に記載）