資料６
（山口参考人提出資料）

児童心理治療施設・児童自立支援施設におけるケアニーズに応じた支援について

2026 年 9 月 7 日　山口有紗

今回の検討に当たっては、既存の「児童心理治療施設・児童自立支援施設の運営ハンドブック」及び、令和 6・7 年度子ども・子育て支援等推進調査研究事業などの既存の調査を十分に踏まえ、個別項目を継ぎ足すのではなく、両施設に共通する支援基盤と固有機能を包括的に見直す必要がある。施設での生活の目標は、子どもの行動の是正ではなく、子どもの健康な成長発達とウェルビーイングのためのニーズの把握と、それに基づいたケアの構築であることを強調することが重要である。

1. 子どもの行動の背景にある、ケアニーズから措置を考える

運営ハンドブックでは、児童自立支援施設の対象を、「不良行為をなし、又はなすおそれのある児童及び家庭環境その他の環境上の理由により生活指導等を要する児童」「意識的な暴力や集団での非行を行う子ども」、児童心理治療施設の対象を、「孤立して脅かされている、被害を受けていると感じている精神的に脆い子ども」、と対比している。しかし、実際の子どもの行動は、トラウマ、アタッチメント、発達特性、家族・学校・地域環境との相互作用の中で生じる。同じ行動にも異なる背景があり、このように施設を二分法することは、子どもへのレッテル貼りや、行動の背景にある傷つき・強み・願いの見落としにつながり得る。したがって、施設種別への適合性を判定するだけでなく、安全と安心、身体・精神・発達上のニーズ、安定した関係形成（アタッチメント再構築）、トラウマケア、教育と社会参加、家族とのつながり、地域とのつながり、退所後の生活（アフターケア）などを包括的な共通枠組みで評価し、その子に必要な支援を柔軟に組み合わせる仕組みが必要である。

2. 両施設に共通するトラウマ・アタッチメント・発達特性を基軸とし、権利に基づいたケア

例えば、令和 6 年度の調査では、直近 3 年間に「被虐待経験等の心的外傷を抱えるこどもが増えた」とする施設が、児童心理治療施設で 80.0%、児童自立支援施設で 79.3%であった。児童自立支援施設では、複雑な背景をもつ子どもへの専門的アプローチが困難との回答が 63.8%、自死念慮等により心理状態が特に不安定な子どもへの対応が困難との回答が 46.6%、緊急時の児童精神科医療機関の確保が難しいとの回答が 44.8%である。施設種別を問わず、トラウマケア（トラウマインフォームドケアからトラウマの専門ケアまで）とアタッチメントを支える養育環境を標準的基盤とすべきことが示されている。

- 全職員への共通研修、継続的なスーパービジョン、医師・心理職等による施設内コンサルテーションを制度的に保障する。
- 医療機関につながっていてもトラウマやアタッチメントのケアを行なわれていることと同義ではないことに留意し、施設のプログラムや日常生活の中でのケアが行えるような仕組みを整える。
- 子どもが感情や身体の状態を理解し、調整し、助けを求める力を育める個別・集団プログラムを整備する。　　など

3. 「入院の適応ではないが、高度な精神的ケアが必要」な子どもの育ちの環境の整備

児童相談所に勤務する中で、精神症状が生活に大きく影響している一方で、児童精神科入院の適応とはされず（あるいは入院できる児童精神科病棟が地域にない）、施設からもその精神症状から受入れ困難とされ、一時保護が長期化したり施設での生活で不調をきたす子どもに多数出会う。これは子どもの問題ではなく、医療資源の不足と、医療的な支援と生活の支援の間にある制度上の空白である。入院治療を代替するのではなく、医療的介入を受けながら生活し、育ち、学び、人との関係を回復できる高機能な小規模ケアの拡充が必要ではないか。児童精神科医療の不足や地域偏在、あるいは施設内の医療的なサポートの不足によって必要なケアが受けられない・行き場所がない子どもがいる事態を防ぐべきである。短期・危機介入から、生活をしながらの治療、退所後の通所、アウトリーチ、地域の施設や教育機関へのコンサルテーションを含む地域単位の連続的な支援体制として整備できるとよいのではないか。

4. アセスメントと支援計画を「子どもとともに」つくる

児童自立支援施設のハンドブックでは、子どもを既存の施設機能に合わせるのではなく、ニーズに応じてケアを変える「オーダーメイドの自立支援」を掲げている。この理念を実装するには、子どもを情報提供者や説明の対象にとどめず、アセスメント、措置、支援計画、評価・見直しの共同主体、権利の主体と位置づけて、ケアを共創する施設が必要である（もちろん、子どもの最善の利益のもとに必要な責任を大人が引き受けることは重要であり、子どもの意見や参画が大人の言い訳になるべきではない。）

児童自立支援施設で生活できなくなった子どもが、「自分はそこ（施設）に行きたいと言ったことは一度もない。それしか選択肢がないと言われたから行くと言っただけなのに、すべて自分のせいにされるのはおかしい」と伝えてくれたことがあった。これまで、アセスメントに子どもが参画することが本委員会でも繰り返し強調されているが、表面的に「同意した」というだけでは十分ではない。その子どもが生きてきた物語をともに紡ぎ直し、痛みや困難だけでなく、その中を生き抜いてきた力や強みを捉えることを、アセスメントと支援の前提とすべきである。その上で、選択肢とその限界を率直に説明し、子どもの理解を確かめる。意見は変わり得ることを想定することや、独立したアドボカシーへのアクセスを保障しながら、何度もアセスメントのための対話を重ねることも役立つと思われる。また、いわゆる「施設不調」を子どもの失敗と捉えるのではなく、支援環境とのミスマッチや支援側の課題を含めて検証すべきである。

アセスメントには、困難だけでなく、強み、安心できる人・場所、希望、文化的背景、本人が考える目標を含める。アセスメントで得られたことは、児童相談所や施設だけで共有するのではなく、本人の最善の利益に適う範囲や方法を子どもと確認した上で、学校、地域の居場所、医療、必要に応じて家族等とも共有することができるとよい。支援目標は「子どもが努力すべき目標」に偏らず、施設・児童相談所・学校・医療・家族が何を変えられるかも明記する。

補足：

今回の資料の「児童養護施設入所児童等調査結果」の、「児童の問題による監護困難」や「放任・怠だ」などの表現は、子どもの状態や家庭での困難を個人の問題に集約するようにもみえ、適切ではないと感じます。私たちは使う言葉により共通の世界観を形成しています。適切な表現への見直しを検討いただけますよう、お願いしたいです。

主な参照資料

- こども家庭庁『情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）運営ハンドブック』
- こども家庭庁『児童自立支援施設運営ハンドブック』
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング『ケアニーズの高いこどもを支援する施設のあり方に関する調査研究 報告書』（令和 6 年度）
- 同『ケアニーズの高いこどもを支援する施設の高機能化・多機能化に関する調査研究 報告書』（令和 7 年度）