資料１

こどものケアニーズに応じた支援について

こども家庭庁支援局家庭福祉課

こどもまんなか
こども家庭庁

これまでの専門委員会を踏まえた考えられる論点

◇ケアニーズは変化していくものであり、入所時点で固定的に捉えるものではなく、定期的に再アセスメントを行い、こどものケアニーズに応じた支援を提供することが必要。

【主な論点】こどものケアニーズに応じた支援を行うため、児童心理治療施設の在り方をどう考えるか。

①ケアニーズの非常に高いこどもへの対応など児童心理治療施設の入所機能・通所機能をどう考えるか。

- 支援対象となるこどもの状態像について
- 支援開始のタイミングや支援期間について
- こどもの発達状況に応じた学校機能について
- こどもの状態に応じた医療機関との連携について
- こどものケアニーズに応じた支援に適した施設形態について

②児童心理治療施設の専門性の強化をどう考えるか。

- これまで培ってきた豊富な経験を活かした支援について
- 親子関係の再構築、親子の再統合に向けた保護者等への支援について
- 人材の専門性の向上（研修等）について

③こどもの養育の専門性を活かした児童心理治療施設の機能強化をどう考えるか。

- 児童福祉施設や学校等への地域の専門支援拠点機能
- 一時保護機能や一時保護されたこどもとその親子に関するアセスメント機能
- 措置変更後施設等への継続支援機能や児童自立生活援助事業等の実施による自立支援機能　　など

【主な論点】こどものケアニーズに応じた支援を行うため、児童自立支援施設の在り方をどう考えるか。

①ケアニーズの非常に高いこどもへの対応など児童自立支援施設の入所機能・通所機能をどう考えるか。

・支援対象となるこどもの状態像について
・支援開始のタイミングや支援期間について
・こどもの発達状況に応じた学校機能について
・こどもの状態に応じた医療機関との連携について
・こどものケアニーズに応じた支援に適した施設形態について

②児童自立支援施設の専門性の強化をどう考えるか。

・これまで培ってきた豊富な経験を活かした支援について
・親子関係の再構築、親子の再統合に向けた保護者等への支援について
・人材の専門性の向上（研修等）について

③こどもの養育の専門性を活かした児童自立支援施設の機能強化をどう考えるか。

・児童福祉施設や学校等への地域の専門支援拠点機能
・一時保護機能や一時保護されたこどもとその親子に関するアセスメント機能
・措置変更後施設等への継続支援機能や児童自立生活援助事業等の実施による自立支援機能　　など

【参考：第６回専門委員会での主な発言要旨】

（乳児院（入所機能）関連）

- こどもと保護者のニーズは多様であり、心身の適切なアセスメントの下、医療的ケアも含めた専門的ケアが必要で、専門職のいる乳児院の入所機能は不可欠。
- 多様なニーズに応えるために、幅の広い多様な形態が用意されるべき。小規模ケアは職員とこどもとのアタッチメント形成に有効である一方、職員の孤立や抱え込みのリスクも指摘されており、常に養育状況を把握し、それを支える体制が必要で、乳幼児総合支援センター構想は小規模ケアを支える柱として示されている。
- 乳児期の人格形成において愛着形成が極めて重要であり、乳児院が家庭的な環境で養育を提供することが必要。
- 特に夜間の0歳児支援において、現在の配置基準では不十分であり、より手厚い職員配置が必要。
- こどものケアニーズとパーマネンシー保障の観点から、適切な養育環境へつなぐ専門拠点となるべき。特に一時保護や入所直後の急性期には、こどもの健康、発達、アタッチメントを丁寧に観察し、同時に親の養育状況や家庭環境を把握して、家庭復帰、里親委託、他施設移行のいずれが適切かを見極める役割を担うが、この役割には関係機関との丁寧な調整、マッチング、移行期支援といったソーシャルワークが不可欠であり、専門拠点として役割に見合った職員配置が必要。
- すぐに里親委託が難しい乳幼児のために、看護や保育の専門性を活かした養育を継続し、ケアニーズに応じた職員配置を充実させる必要。
- 乳児期に精神発達上で一番大事なことはアタッチメント。生まれて３年間くらいのアタッチメントによって、その後のメンタルヘルスの状態は大いに変わる。アタッチメントを守るために安定した養育として１人の大人が１人のこどもを見る。育てるべき実母がいたら、いかに育てられるようにするか。実母に任せることは無理があるときに社会的養となり、里親がいればよいが、難しいときには施設になる。施設のサポートとしては育てる人のアセスメントが重要で、そのシステムをつくるお金をどこにつけるかが議論すべきポイント。
- 小舎夫婦制は小さい子に合うのではないか。夫婦でしっかりと施設の中でサポートを受けながら、周囲の方とのアタッチメント形成なども視野に入れながらサポートするようなシステムがあってもいい。
- 職員が里親として自宅でこどもを養育して施設がバックアップするような新しい形も考えられ、実現可能な範囲でこどもの最善の利益を保障するより良い方法を既存の枠にとらわれずに考えることが重要。

（乳児院（専門性の強化）関連）

- 専門性は地域の要支援、要保護児童の支援にも貢献できる。乳幼児総合支援センター構想では地域の予防的支援機能として位置づけ、ショートステイや母子支援などを実施。周産期からの早期支援は虐待の重症化や乳児死亡を予防する上で極めて重要で、さらに予防的支援を強化するためには母子一体の一時保護やショートステイを可能とすべき。また、親子関係構築が困難なケースは母子一体で保護し、親子一緒の支援とアセスメントを実施した上で、社会的養護の必要性を検討すべき。

- 母子支援は、母子が一緒にいられることがこどもにとって一番いいのは分かるが、そうではない母子もいるため、親の気持ち、意向もしっかり把握する必要。
- 里親やファミリーホームを支える専門機関として、さらなる機能強化が必要。
- こどもを次の生活の場へ安心してつなぐ専門機関であり、親子関係の再構築支援や、乳児院で形成されたアタッチメントの丁寧な引き継ぎ、さらにはエビデンスに基づいた研究も重要。
- 「育てる」専門性とは、医療や発達上のニーズが高い乳幼児の丁寧な養育経験。「つなぐ」専門性とは、児童相談所や関係機関との連携、マッチング。「支える」専門性とは、家庭復帰後や里親委託後のフォローアップ、継続的な相談・助言。これらの専門性を入所児童だけでなく、地域で暮らす乳幼児家庭、妊産婦、里親・養子縁組家庭にも積極的に活用すべき。そのためには乳幼児の養育技術に加え、保護者支援、地域連携、里親支援などを総合的に行う力が求められ、こども家庭ソーシャルワークの視点に基づいた人材育成システムが必要。
- 専門性の向上は、個人の専門性だけでなく、チームとしての専門的な意思決定能力が必要。
- こども家庭ソーシャルワーカーのような専門人材の配置や、スーパービジョン体制の確立は、質の高い支援を提供するための基盤となる。

（乳児院（機能強化）関連）

- こどもの負担を軽減するため、乳児院職員が里親家庭を訪問するアウトリーチ型のアセスメントの実施も考えられる。
- こどもが家庭に移行した後も継続的な支援を提供し、虐待予防や切れ目ない支援の実施が重要。乳児院が培ってきた乳幼児支援やアタッチメント支援の専門性を生かし、地域や里親への継続的かつ丁寧な支援を通じて、里親家庭の孤立や養育不調を防ぐことを期待。
- 施設でのケアの個別化には限界があり、特に乳幼児では相当難しい。施設の枠ではなく、里親委託でケアの個別化を実現する。施設は里親支援機関となり、チームとして里親の下でこどもを育てるという多機能化や家庭維持、予防的な対応やパーマネンシー保障を第一に考えた多機能化等を考えるべき。
- 施設入所でなければ提供できないケアは、特に乳幼児の一時保護におけるアセスメントで、地域の保健師、医療機関との連携も視野に行うなどの機能。
- 乳児院の機能転換は乳児院単独では達成できず、地域の関係者全体が目標を共有し、役割を担うことで実現可能。
- 親子や妊産婦の入所枠を制度として設けるべき。乳児院が持つ乳幼児の養育支援や保護者支援の専門性を活用し、妊娠期から親になる準備を支え、出産後のこどもの発達確認、アタッチメント形成、生活支援を行うことで、不必要な分離を予防できる。
- 乳児院の一時保護を単なる預かりではなく、健康や発達を総合的に評価し、最適な養育環境を見極めるアセスメント機能の場として位置づけ、保育、看護、ソーシャルワークによるチームアセスメント体制と、専任職員の配置が必要。

- アセスメント結果を地域に引き継ぎ、新しい養育者とのマッチングや、退所後のフォローを一体的に行う職員配置が必要。
- 乳児院の強みである里親とのマッチング、委託後の相談、レスパイトケアを評価し、業務量に見合った加算を設ける必要。
- 養子縁組後の支援として、こどもの成長に応じた出自を知る支援や葛藤への長期的な支援が必要であり、人事異動が少ない乳児院の専門職が長期的に相談できる拠点となるべき。
- 入所や一時保護機能に加え、親子支援、家庭維持機能、里親支援機能を一体的に担う「乳幼児総合支援センター」として位置づけ、これまでの養育、親支援、地域支援の専門性を、地域で家庭養育を支える役割へと見直す必要。入所児童の減少が見込まれる中で、多機能化に対応した制度的・財政的支援が不可欠。家庭支援事業は市町村が実施主体だが財政負担がネックとなり必要性があっても実施が進んでおらず、市町村の財政負担を軽減していくような仕組みが必要。
- 医療的ケア児は、医療行為が医療者ではないとできないという規制の下、代替養育でこのことをどう扱うかに対しての明確なものがないので、指針などを示していただくことが必要。預かった人が責任を持ってできる、それを社会が保障しているというような状態がないと、預けられる場所がなく、社会的入院をせざるを得ない。乳児院では看護師が配置されているが、１人しかいない状態では看護師がいない間に急変したらどうしたらいいか分からないとなってしまうと、乳児院にお願いするのは難しい。できれば24時間見てくれる里親でないと安全が保てない。医療的ケア児の特に乳児の居場所に対して、どこがどのように見ていくべきかを考えていく必要。
- 里親が抱える課題に対して乳児院が専門性を活かした通所機能を提供することが重要。
- これまでのケアワーク中心の機能に加えてソーシャルワーク的な機能の付与が必要で、対象となる母子やこどもたちをより包括的に支援するために不可欠。
- 専門性の高い乳児院が支援を必要とする親に対して継続的な通所支援を提供することで、その後の生活を安定させるサポートができ、切れ目のない支援の実現に繋がる。
- 地域支援機能は、措置費の施設機能強化推進事業として拡充していくと比較的取り組みやすくなるのではないか。
- 乳児院の機能は、サポート的な養育支援、家事支援がよい。
- 里親が主たる養育者として、レスパイトするような乳児院の在り方など、里親を乳児院はどう助けられるか、または乳児院でできないことを里親はどんなふうに埋め合わせられるかを考える必要。
- 乳児院の存在は、特に地方において里親確保が難しい場合や地域の家庭支援を支える上では不可欠で、多岐にわたる事業で地域を支えている現状を認識すべき。また、乳児院はこどもだけでなく、親や大人を支援する機能も果たしている。
- 乳児院単独で変わるのではなく周囲の環境全体が変わることが重要であり、それによって乳幼児の施設入所が担うべき部分も変化し、ひいては社会的養護が必要なこどもの数も減少する可能性がある。
- これまで社会的養護を担ってきた人が新しい役割を担えるよう、多機能化や機能転換を通じて共に新しい仕組みを構築していくことが重要。

（乳児院（その他）関連）

- 親子分離を避け、早期の段階で家族を支援し、こどもと親が共に生きるためのサポート体制が重要。
- 乳幼児にとっての家庭的養育とは、アタッチメント形成に必要なニーズが満たされること。
- 里親に赤ちゃんを委託する際、里親と乳児院がどこまで役割を担うのかを明確に整理する必要。
- 児童相談所へのアセスメント情報の適切な共有など、組織的な連携が重要。
- 医療的ケア児は病院との接続は切って離せないもので、病院の中でも主たるアタッチメント形成ができる人がいたらよく、連携をどう考えるのかも丁寧に議論する必要。
- 家庭的養育という言葉の認識のすり合わせは業界全体で必要。
- 乳児院の中でアタッチメント形成をするのは難しい。職員とこどもの間のアタッチメント関係はできるが、職員が休みに入れば変わってしまうなど難しい状況が生じると思い、安定的な内的ワーキングモデルが形成されない。
- アタッチメント形成の観点からは、常に同じ養育者がいる家庭環境が圧倒的に優位。
- 里親養育を補完・強化するため新しい里親類型が必要であり、また、家事支援、休息時間の確保など、里親がこどもと過ごす時間を確保できるような支援体制の強化が必要。
- ケアニーズが高いこどもに対しては専門職里親や、期間限定的な施設入所も選択肢として考えられるが、個別のアタッチメント形成を担保し専門職の配置が必要であり、多大なコストがかかる。
- 里親が共働きの場合は保育所とどう連携するか、乳児院と地域の保育所などの連携も重要。
- 乳幼児の健全な成長とメンタルヘルス形成にはアタッチメントが不可欠。ただし、それは24時間365日スタッフが抱っこし続けるといった非現実的な方法ではなく、現実的なニーズの満たし方を追求すべき。
- 幼児期、小児期、思春期になってから多額の費用をかけるよりも、乳幼児期に適切に投資する方が、その後の精神状態の安定に繋がり、結果として社会全体で見てもよい。

（児童養護施設（入所機能）関連）

- こどものニーズは年齢を増すほどにより多様になるため、児童養護施設は乳児院以上にこどものニーズに対応した多様な形態を用意すべき。不安や恐怖につながる刺激を取り除いた物理的環境や、手厚い人的環境を用意する必要。それにより、こどもの状態やニーズに合わせて柔軟に利用できるようにすることが望ましい。さらには、適切なアセスメントを踏まえた適切な支援体制の選択が必要。
- 早期の家庭復帰はこどものパーマネンシーにとって重要だが、そのためには、保護者の養育方法の改善だけでなく、心理的な課題も踏まえた包括的な保護者支援と、家庭復帰後もこどもと保護者を支える地域の受け皿が必要。これらが不十分なまま養育期間を短縮すると再入所に繋がり、こどもがより傷つく可能性がある。家庭復帰はゴールではなく、こどもと家庭の新たなスタートと位置づけ、こどもの安心と関係性の継続性を保障する視点で考えるべき。
- 地域小規模児童養護施設は、ただ施設の人数が減っただけということではなく、専門性の観点から議論をする必要。地域の中でうまく溶け込めている感覚が重要で、施設にいることが恥ずかしくないと思えるような環境づくり、地域に養育が開かれていることなどが重要。
- 児童養護施設の入所形態も家庭と同様の養育環境のような形態を検討していくべき。

（児童養護施設（専門性の強化）関連）

- こどもが自分の意思を表明し、主体的に人生を選択できるよう「セルフアドボカシー形成支援」が重要で、こどもへの権利教育や意見形成支援に加え、職員や保護者への権利教育も必要。
- アタッチメント、トラウマ、発達特性が混在するこどもには、児童精神科医による定期的なスーパービジョンやコンサルテーションが不可欠。地域差をなくすため、オンライン活用なども含めた全国的な整備が必要。
- こどもの状況を速やかに共有するためのケースカンファレンスやスーパービジョン体制が必須。基幹的職員を専任化し、こどもの生活や心理だけでなく、家庭、学校、地域、制度など多角的に捉えるバイオ・サイコ・ソーシャルな視点を持つこども家庭ソーシャルワーカーの積極的な活用が必要だが、こども家庭ソーシャルワーカーの資格取得には施設側にもインセンティブが働く仕組みの整備が必要。
- ペアレントトレーニングだけでなく、保護者の心理的な課題や生活上の困難にも目を向けた支援が必要。施設に保護者担当心理士等を配置し、入所中から保護者との関係を形成し、家庭復帰後も一体的に伴走できる仕組みが必要。
- 児童相談所児童福祉司のような体系的な法定研修が施設職員には不足しており、施設間で格差が生じている。新任から施設長まで各段階に応じた体系的な研修制度の整備が必要。
- 虐待を受けて入所するこどもが多く、主体性を殺して生き抜いてきたこどもたちの主体性回復が最重要課題。
- こどもアドボカシーは重要だが、こどもの声を安易に鵜呑みにすることが懸念され、組織としての意思決定を行う専門性が求められる。
- こどもの将来像が曖昧なまま入所するケースが多く、児童相談所との連携も含め、親との協働により養育を進めることが重要。

- 養育の範疇を超える医療的介入が必要なケースにおいて、現場がどのタイミングで児童精神科医などの専門家につなぐべきか判断に迷う現状があり、明確な指標があれば現場の負担軽減と適切な支援につながる。また、地方では児童精神科医が不足しており、施設に入所しているこどもたちが住む場所を選べないからこそ、専門性へのアクセスが平等かつ公平であるべき。
- 養育者とこども、実親の関係性の中で、こどもの人生を共に考えパートナーシップで養育を進めることが重要で、それが真の専門性。
- 児童養護施設における専門性向上が、個々のケアワーカーのスキルアップに偏りがちだが、特に児童養護施設においてはチームでの意思決定が極めて重要で、マネジメント人材の育成や組織としての意思決定プロセスの強化も検討すべき。
- トラウマやメンタルヘルス上の問題への心理・精神医学的アプローチは重要であり、今後も強化が必要。

（児童養護施設（機能強化）関連）

- こども家庭センターの支援機能の充実強化が求められ、支援が必要なケースには速やかに支援を行い、重症化を防ぐことが大事。児童養護施設も地域支援に貢献している施設が増えている前提を踏まえ、専門性を生かして生活場面を通した行動観察による気づきや理解、アセスメントをこども家庭センターや保育園、学校等の身近な支援機関に届けるべき。
- 自立支援は地域での生活支援、就労支援にとどまらず、妊娠・出産といった周産期支援にも関わってくるものであるということで、こうした若者が今後も増加すると考えられるので、自立支援の機能においてもリプロダクションサイクル（人が生まれ、育ち、次の世代を産み育て、その世代がまた次の世代へとつながっていく循環）が回るように、こども家庭センターをはじめ、乳児院、母子生活支援施設、その他関係機関と連携、協働した支援体制を地域レベルで構築する必要。
- 社会的養護施設と地域社会の距離が遠いため、家庭の孤立を防ぎ、こどもが地域で安心して暮らせるよう、アウトリーチや居場所支援を組み合わせた早期からの支援が必要。
- 入所措置と在宅支援の間の壁をなくすため、児童養護施設に通所措置の仕組みを設け、親子分離前段階のこどもや、措置解除後も継続支援が必要なこどもを対象に、生活支援、心理支援、親子関係支援などを一体的に提供し、段階的な移行を可能にすることが必要。
- 児童相談所一時保護施設と児童養護施設の一時保護専用施設の職員配置や加算に格差があり、心理職、学習支援員、ユニットケア加算等を含め、配置基準を見直し、どの場所でも質の高い一時保護を提供できるようにすべき。
- 措置延長や児童自立生活援助事業Ⅱ型の創設で選択肢は広がったものの、都道府県ごとの運用格差により支援が必要な若者が制度を利用しにくい現状があり、運用格差を縮小し、支援が必要な若者が確実に支援につながる仕組みの構築が必要。
- 児童家庭支援センターが単に児童養護施設内に存在するのではなく、児童家庭支援センターの機能の中に施設ケアがあるという考え方で、児童養護施設が地域の子育て支援の中核となるべき。
- 大分県ではケアニーズの高いこどもたちへの集中的な支援とパーマネンシー保障に注力し、施設入所前に地域の中でできる早期支援の重要性を認識。児童家庭支援センターが市町村から家庭支援事業を受託して早期介入を進めている。施設に入所するこどもたちは大きな問題を抱えていることが多いが、施設が「最後の砦」という役割から、保護者とこどもがより傷つかないように、早期に家庭支援を実施。

- 東京都では児童精神科医が施設を訪問する専門機能強化型があり、医療行為は行わないが、児童精神科医がスーパーバイズ機能を発揮し、施設内の児童心理司と連携することで、治療的なケアに発展できるという強みがある。
- 施設内での支援だけでなく、社会に出た後の自立支援も重要で、退所後に施設との縁が切れるのではなく、社会で何度もスタートが切れるように、アフターケアを機能強化、専門性として論点とするべき。
- 自立支援は、単なる就労や進学の斡旋、一人で生きるための訓練にとどまってはならない。当事者にとっての自立とは困ったときに頼れる先を複数持つことであり、施設退所後も実家として頼れる機能を持つことも一つの自立支援。自立でも継続的なアセスメントが必要であり、それ自体が一種のケアニーズ。
- 児童養護施設は、退所後もこどもたちにとってつながり続ける場所であるべきで、退所者への支援を施設本来の養育機能の中に当然のこととして組み込んでいくべき。
- ショートステイなどは利用料がかかることで利用できない家庭があり、家庭支援をベースにするならば費用補償の幅を広げるべき。
- 地域支援を担当する部署と養育を担当する部署の人材が完全に分かれており、現状、現場での連携がほとんどない。施設全体を児童養護施設として一括りに見ることによる現場との認識の乖離が生じている。こどもが家庭復帰して地域で生活する際、養育チームから地域支援チームへの引き継ぎが必要だが、地域支援を行っている施設が少ないため、自治体間や施設間で支援に大きな格差が生じている。現状に即したケアニーズの検討が必要
- 児童家庭支援センターは地域にとって非常に重要な役割を担っているにもかかわらず経営が厳しい実態があり、地域支援を強化するのであれば資金面での検討が不可欠。
- 新しい社会的養育を担うようになった施設のあり方、特にパーマネンシーの予防的側面や、自立後の生活を見据えた発想を、施設入所中のケアに組み込むべき。新しい施設のあり方が変わったことで、入所中にできることがもっとあるはずであり、それを新しく構築していく必要。新しい「高度化」の概念は、児童養護施設がファミリーホームや児童心理治療施設とは異なる独自の要素を持つ可能性。

（児童養護施設（その他）関連）

- 児童自立生活援助事業を自立援助ホームと通称で呼ぶように、地域小規模児童養護施設をこどもホームと呼ぶようにしたら良いのではないか。

（その他）

- 日本における社会的養護の児童数は欧米に比べてはるかに低い数字で、社会的養護につなぎ切れていない可能性が大きい。支援の充実が図られた場合、現在の社会的養護体制のキャパシティでは対応できず、里親を増やしていく方針のみではかなわず、多機能型施設の増設も必要。
- 施設の高機能化は入所機能の高度化、多機能化は入所機能以外の家庭支援や里親支援等を指していたが、多機能化に積極的に取り組む施設は、入所機能以外の取組も高機能化と捉えられるのではないか。施設の高機能化という表現より入所機能の高度化として、入所機能を最終的にどうするのかを明確にしていく必要。
- 施設入所が困難なケースに対応するため、支援強化型養育里親や専門職里といった、より高度な里親養育が必要。
- 乳幼児期のアタッチメントは非常に重要な基礎。情緒的な発達だけでなく、認知発達、言語発達、全ての発達の機能系を支えるということが明らかになっており、将来の人格的発達のみならず知的発達、様々な発達の基礎になるので守られるべきこと。2022年に国際アタッチメント会議タスクフォースで３点、愛着とこどもの健全発達についての基本原則というのを定めている。１点目は、慣れ親しんだ虐待のない養育者によって養育され、その人に対する安定した愛着を形成すること。２点目は、その愛着対象である養育者から十分で良質なケアが継続して供給されることが重要であること。３点目、愛着対象である養育者と、その養育者と信頼関係にあるこどもの第２、第３、第４の愛着対象となり得るような周囲の人々との間に豊かな愛着関係のネットワークが構築されること。
- これまでの議論の中で欠けているのは父親。こどもにとって重要なもう一人の親の問題をどうするかということは課題。
- 医療につなぐ際に親権者の同意が全くないような状態で医療行為がどこまでできるかという問題は法的な整備をしなければいけない点。特に精神的なメンタルヘルスに関してはなかなか踏み込めない領域。児童福祉法や児童虐待防止法、特に入院に関わる精神保健福祉法、この法律を両立させながら治療を進めることが大変でうまくすり合わせをしていかないといけないポイント。
- 乳児院から児童養護施設への移行がこどもたちにとって大きなストレスで養育の分断を生んでおり、歴史的背景は理解するがこの分離が適切であるか再考すべき。
- 施設養護の最大の強みは家族構造がないことで、実親との関係をこども中心に考えやすく、実親も接点を持ちやすい。一方、里親養育では実親との交流がこどもに忠誠葛藤を生じさせ、どちらも大事な親であるという葛藤がこどもにとって負担になる可能性がある。実親との距離感に応じて、どちらの養育形態が優先されるべきかを児童相談所が適切にアセスメントする必要。また、こどもが実親との生活を望んでもそれが叶わない現状において、そのつらさをどう支えるかが社会的養護の最大の役割。
- 一時保護施設は入所率50%程度の余裕がなければ家庭養護の実践は難しく、行政的な予算措置が必要。
- 自立の言葉の使い方に慎重であるべき。
- 自立という言葉の使い方も含め、当事者の視点を取り入れることで、より適切な支援のあり方を見出すことができる。

【参考：第２回作業チーム会議（８／３）概要】

・　主な論点として、アセスメントシートの作成者、作成時期、決定者、内容について議論。

・　アセスメントシートの作成者は、職員に加え、こども本人、保護者、学校等の関係機関が参加をして、チームとして行うことが必要ではないか。

・　作成時期は、入所時、入所後２～３か月、退所時に加え、半年ごと等の定期・状況に応じて随時、としてはどうか。

・　決定に当たっては、支援のためのアセスメントと重症度や体制の判定と、それぞれ性質が異なることから、連動させつつ分けて行うことが必要ではないか。

・　内容は、「子ども家庭総合評価票」をベースとして、項目が多すぎると形骸化するため必須項目の絞り込みを行い、既存の診断や検査情報等との連携、こどもからの意見等の整理をしてはどうか。

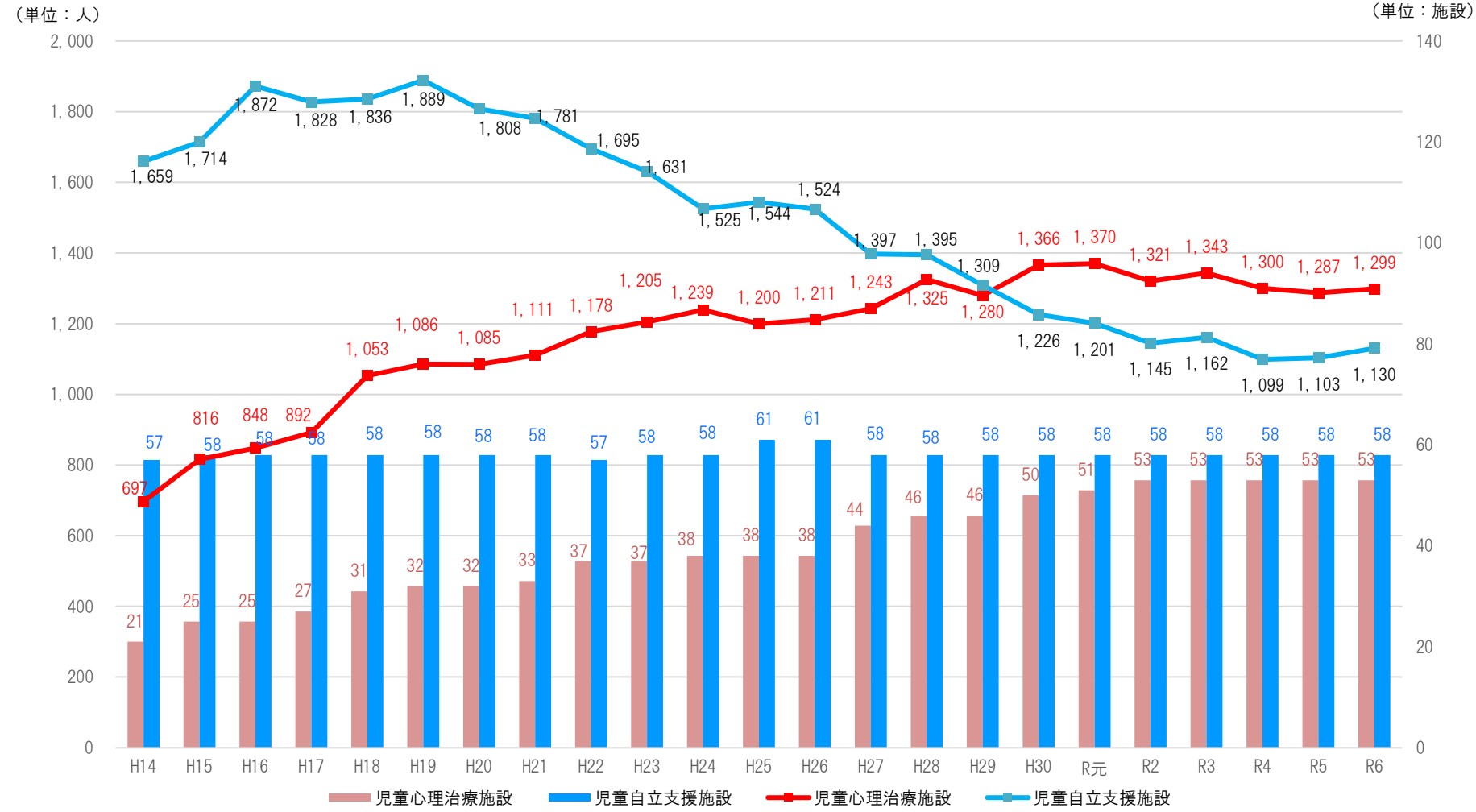
・　こども本人からの聴取にあたっては、状況に応じて柔軟に行うことが必要。

・　作成や使用に当たってのガイドライン整備や、アセスメントシートを活用できる人材養成も不可欠。

・　今後の進め方としては、相澤委員長、菅原参考人によりたたき台を作成し、改めて議論を行う予定。

施設数・入所児童数の推移（児童心理治療施設・児童自立支援施設）

○児童心理治療施設・児童自立支援施設における施設数及び入所児童数の推移



＜参考＞要保護児童数の推移

（単位：人）

H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6
46,673	45,236	46,463	45,826	45,681	45,549	45,578	45,721	44,354	44,258	43,650	42,434	41,773	41,507	41,436	41,823

（注）要保護児童数は、里親・ファミリーホームの委託児童数、乳児院・児童養護施設・児童心理治療施設・児童自立支援施設・母子生活支援施設・児童自立生活援助事業の入所児童数の合計

【出典】
・里親、ファミリーホーム、乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、母子生活支援施設は、福祉行政報告例（各年度3月末現在）
・児童自立支援施設、児童自立生活援助事業は、家庭福祉課調べ（各年度10月1日現在）

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状①

（１）こどもの委託理由

	構成割合（%）			
	児童心理治療施設		児童自立支援施設	
	H30	R5	H30	R5
総数（人）	1,367	1,334	1,448	1,135
父の死亡	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%
母の死亡	0.8%	1.0%	0.4%	0.4%
父の行方不明	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
母の行方不明	0.6%	0.2%	0.3%	0.5%
父母の離婚	0.1%	0.3%	1.7%	0.8%
両親の未婚	*	*	*	*
父母の不和	0.3%	0.5%	0.4%	0.6%
父の拘禁	0.4%	0.2%	0.1%	0.2%
母の拘禁	0.7%	1.5%	0.3%	0.1%
父の入院	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%
母の入院	0.5%	0.1%	0.1%	0.1%
家族の疾病の付き添い	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
次子出産	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
父の就労	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%
母の就労	0.1%	0.1%	0.3%	0.4%
父の精神疾患等	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%
母の精神疾患等	6.9%	6.7%	2.9%	4.1%
父の放任・怠だ	0.4%	1.1%	1.5%	0.6%
母の放任・怠だ	8.2%	10.0%	5.0%	5.1%
父の虐待・酷使	10.8%	14.9%	5.9%	7.2%
母の虐待・酷使	16.7%	15.4%	3.9%	7.0%
棄児	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%
養育拒否	3.4%	3.5%	2.8%	2.4%
破産等の経済的理由	0.7%	0.4%	0.1%	0.4%
児童の問題による監護困難	38.6%	34.7%	68.2%	64.3%
児童の障害	2.9%	1.7%	1.3%	1.5%
その他	6.0%	4.7%	2.9%	2.5%

注）＊は、調査項目としていない。
　　総数には、不詳を含む。

（２）こどもの現在の年齢

	構成割合（%）			
	児童心理治療施設		児童自立支援施設	
	H30	R5	H30	R5
総数（人）	1,367	1,334	1,448	1,135
0歳	－	－	－	－
1歳	－	－	－	－
2歳	－	－	－	－
3歳	－	0.1%	－	－
4歳	0.1%	0.2%	－	－
5歳	0.1%	0.4%	－	－
6歳	0.2%	0.6%	－	－
7歳	2.0%	1.9%	－	－
8歳	3.6%	3.4%	－	0.2%
9歳	5.8%	6.3%	0.6%	0.7%
10歳	8.0%	9.7%	1.2%	1.5%
11歳	9.9%	11.9%	3.3%	4.1%
12歳	13.0%	12.7%	8.7%	9.2%
13歳	12.1%	10.9%	14.2%	16.5%
14歳	15.2%	15.7%	28.0%	29.9%
15歳	14.0%	11.1%	33.1%	30.3%
16歳	5.4%	5.9%	5.0%	4.8%
17歳	5.0%	4.0%	1.5%	1.8%
18歳	3.4%	3.6%	0.8%	0.8%
19歳	0.4%	1.3%	0.1%	0.1%
20歳	*	－	*	－
21歳	*	－	*	－
22歳	*	－	*	－
平均年齢	12.6歳	12.7歳	14.0歳	13.9歳

注）＊は、調査項目としていない。
　　総数には、年齢不詳を含む。
　　平均は、不詳を除く。

【出典】児童養護施設入所児童等調査結果（各年２月１日現在）

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状②

（３）こどもの委託時の年齢

	構成割合（%）			
	児童心理治療施設		児童自立支援施設	
	H30	R5	H30	R5
総数（人）	1,367	1,334	1,448	1,135
0歳	－	－	－	－
1歳	－	0.1%	－	－
2歳	－	0.2%	－	－
3歳	0.1%	0.4%	－	－
4歳	0.1%	0.2%	－	－
5歳	0.6%	0.7%	－	－
6歳	4.2%	5.6%	－	－
7歳	7.4%	8.8%	0.1%	0.2%
8歳	9.9%	11.7%	0.7%	1.0%
9歳	11.0%	12.4%	1.1%	1.9%
10歳	12.1%	13.8%	4.7%	4.2%
11歳	12.1%	13.1%	8.6%	10.7%
12歳	14.7%	11.6%	15.0%	17.8%
13歳	12.7%	10.6%	31.4%	30.9%
14歳	8.2%	6.1%	25.6%	24.3%
15歳	3.4%	2.5%	6.8%	6.2%
16歳	1.2%	1.1%	1.8%	1.9%
17歳	0.2%	0.4%	0.7%	0.4%
18歳	0.1%	0.1%	－	－
19歳	－	－	－	－
20歳	＊	－	＊	－
21歳	＊	－	＊	－
22歳	＊	－	＊	－
平均年齢	10.7歳	10.2歳	12.9歳	12.8歳

注）＊は、調査項目としていない。
　　総数には、年齢不詳を含む。
　　平均は、不詳を除く。

（４）こどもの委託期間

	構成割合（%）			
	児童心理治療施設		児童自立支援施設	
	H30	R5	H30	R5
総数（人）	1,367	1,334	1,448	1,135
1年未満	28.7%	25.3%	50.1%	51.1%
1年以上2年未満	29.7%	25.3%	34.5%	35.9%
2年以上3年未満	16.1%	19.2%	9.9%	8.9%
3年以上4年未満	10.3%	12.4%	1.4%	2.9%
4年以上5年未満	5.9%	7.4%	0.7%	0.9%
5年以上6年未満	2.9%	4.2%	－	－
6年以上7年未満	2.0%	3.4%	－	－
7年以上8年未満	1.5%	0.8%	－	－
8年以上9年未満	0.6%	0.7%	－	－
9年以上10年未満	0.3%	0.6%	－	－
10年以上11年未満	0.2%	0.3%	－	－
11年以上12年未満	－	0.1%	－	－
12年以上	－	－	－	－
平均期間	2.2年	2.5年	1.1年	1.1年

注）総数には、期間不詳を含む。
　　平均は、不詳を除く。

【出典】児童養護施設入所児童等調査結果（各年２月１日現在）

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状③

（５）こどもの被虐待経験の有無、虐待の種類

		総数（人）	構成割合（%）						
			虐待経験あり	虐待経験の種類（複数回答）				虐待経験なし	不明
				身体的虐待	性的虐待	ネグレクト	心理的虐待		
児童心理治療施設	R5	1,334人	83.5%	68.3%	8.2%	45.6%	48.8%	14.5%	1.5%
	H30	1,367人	78.1%	66.9%	9.0%	48.3%	47.3%	18.2%	3.4%
児童自立支援施設	R5	1,135人	73.0%	66.4%	5.9%	41.5%	47.0%	23.1%	3.7%
	H30	1,448人	64.5%	64.7%	5.9%	49.8%	35.3%	30.1%	5.0%

注）総数には、不詳を含む。

「虐待経験の種類（複数回答）」の構成割合は、「虐待経験あり」に対する割合であり、複数回答のため100%を超える場合がある。

（６）こどもの心身の状況

		総数（人）	構成割合（%）																	
			該当あり	心身の状況（複数回答）																
				身体虚弱	肢体不自由	重度心身障害	視覚障害	聴覚障害	言語障害	知的障害	てんかん	外傷後ストレス障害（PTSD）	反応性愛着障害	注意欠陥多動性障害（ADHD）	学習障害（LD）	広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）	チック	吃音症	発達性協調運動障害	高次脳機能障害	その他の障害等	LGBT
児童心理治療施設	R5	1,334	87.6%	0.6%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.4%	9.4%	2.0%	10.8%	19.5%	48.1%	3.4%	50.6%	1.7%	1.0%	0.9%	0.1%	16.7%	0.2%
	H30	1,367	85.7%	0.4%	0.1%	−	0.3%	0.2%	−	11.3%	1.7%	8.8%	26.4%	33.4%	2.9%	42.9%	3.1%	0.6%	0.7%	0.2%	16.6%	0.1%
児童自立支援施設	R5	1,135	72.7%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	12.7%	1.1%	4.9%	10.5%	42.3%	2.7%	39.4%	2.0%	0.9%	0.6%	0.0%	14.2%	0.4%
	H30	1,448	61.8%	1.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%	12.4%	0.8%	3.2%	11.5%	30.0%	3.4%	24.7%	1.1%	0.8%	0.3%	0.2%	8.5%	0.3%

注）総数には、不詳を含む。

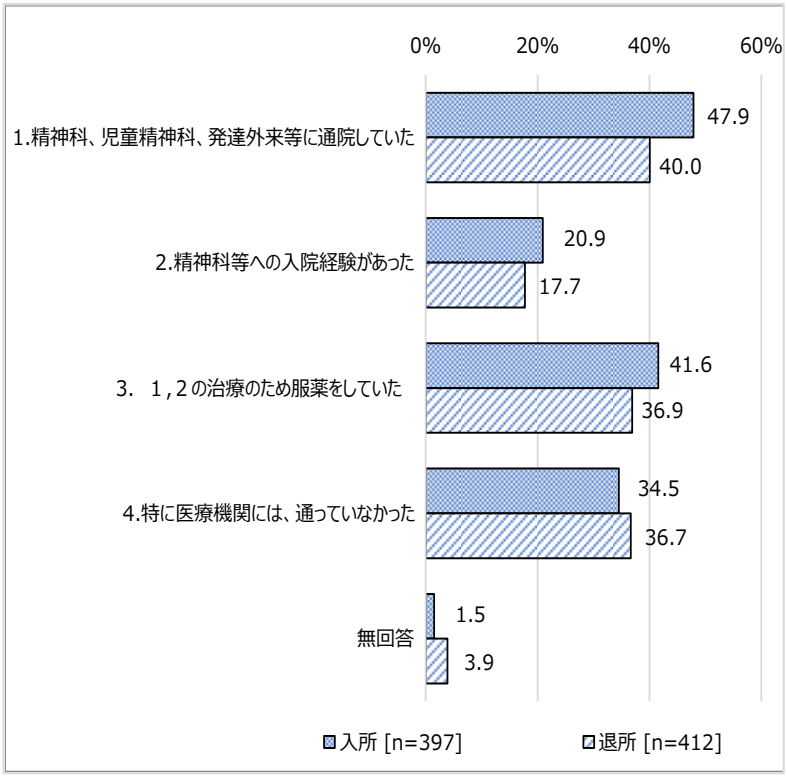
「心身の状況（複数回答）」の構成割合は、総数に対する割合であり、複数回答のため100%を超える場合がある。

【出典】児童養護施設入所児童等調査結果（各年２月１日現在）

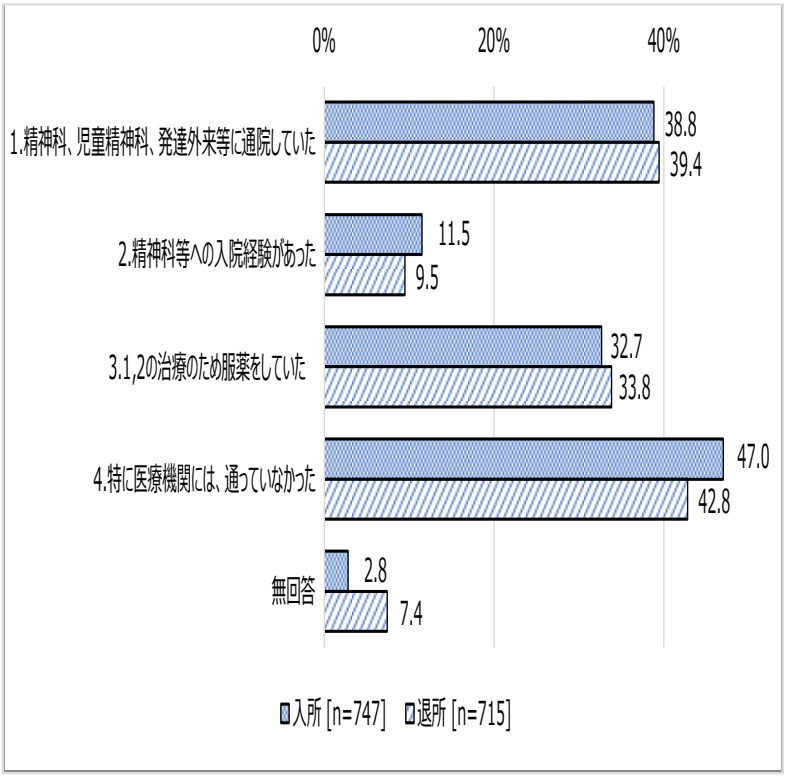
児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状④

（７）入所までの医療の状況

○児童心理治療施設



○児童自立支援施設



【出典】令和６年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「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」

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状⑤

（８）児童心理治療施設の入退所の状況（令和５年度中）

（単位：人）

令和５年度新規入所児童数 新規又は措置変更			
他の児童福祉施設	家庭から	その他	計
125	348	31	504
25%	69%	6%	100%

令和５年度退所児童数										
解除										変更
家庭環境改善	児童の状況改善	就職	進学（大学等）	普通養子縁組	特別養子縁組	無断外出	死亡	その他	計	他の児童福祉施設等
94	143	31	23	0	0	3	2	68	364	161
26%	39%	9%	6%	0%	0%	1%	1%	19%	100%	－

変更前の内訳								
乳児院	児童養護施設	他の児童心理治療施設	児童自立支援施設	母子生活支援施設	里親	ファミリーホーム	その他	計
4	73	8	10	2	17	4	7	125
3%	58%	6%	8%	2%	14%	3%	6%	100%

変更後の内訳									
児童養護施設	他の児童心理治療施設	児童自立支援施設	里親	ファミリーホーム	母子生活支援施設	自立援助ホーム	障害児入所施設	その他	計
89	7	10	15	14	1	14	10	1	161
55%	4%	6%	9%	9%	1%	9%	6%	1%	100%

【出典】家庭福祉課調べ

（９）児童自立支援施設の入退所の状況（令和５年度中）

（単位：人）

令和５年度新規入所児童数 新規又は措置変更			
他の児童福祉施設	家庭から	その他	計
157	629	7	793
20%	79%	1%	100%

令和５年度退所児童数										
解除										変更
家庭環境改善	児童の状況改善	就職	進学（大学等）	普通養子縁組	特別養子縁組	無断外出	死亡	その他	計	他の児童福祉施設等
59	348	15	1	0	0	7	0	94	524	265
11%	66%	3%	0%	0%	0%	1%	0%	18%	100%	－

変更前の内訳								
乳児院	児童養護施設	児童心理治療施設	他の児童自立支援施設	母子生活支援施設	里親	ファミリーホーム	その他	計
0	108	7	20	0	9	6	7	157
0%	69%	4%	13%	0%	6%	4%	4%	100%

変更後の内訳									
児童養護施設	児童心理治療施設	他の児童自立支援施設	里親	ファミリーホーム	母子生活支援施設	自立援助ホーム	障害児入所施設	その他	計
130	6	16	14	16	1	58	21	3	265
49%	2%	6%	5%	6%	0%	22%	8%	1%	100%

【出典】家庭福祉課調べ

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状⑥

（10）学校の設置状況

〇児童心理治療施設（53施設）

	本校	分校	分教室	未設置
小学校	6	20	22	5
中学校	7	19	21	6

〇児童自立支援施設（58施設）

	本校	分校	分教室	未設置
小学校	6	26	20	6
中学校	8	37	10	3

【出典】家庭福祉課調べ（令和６年10月1日現在）

（11）児童心理治療施設の学校形態

	施設のこどものための普通学校本校・分校	施設のこどものための特別支援学校本校・分校	施設のこどものための普通校分級	施設のこどものための特別支援学校分級	地元校、特別支援学級への登校	地元校、普通級への登校	施設外のこどもも通う特別支援学校
小学校	15	9	15	8	7	11	1
中学校	14	9	15	7	7	12	2

※ １施設に複数の形態があるため、合計は施設数を超える

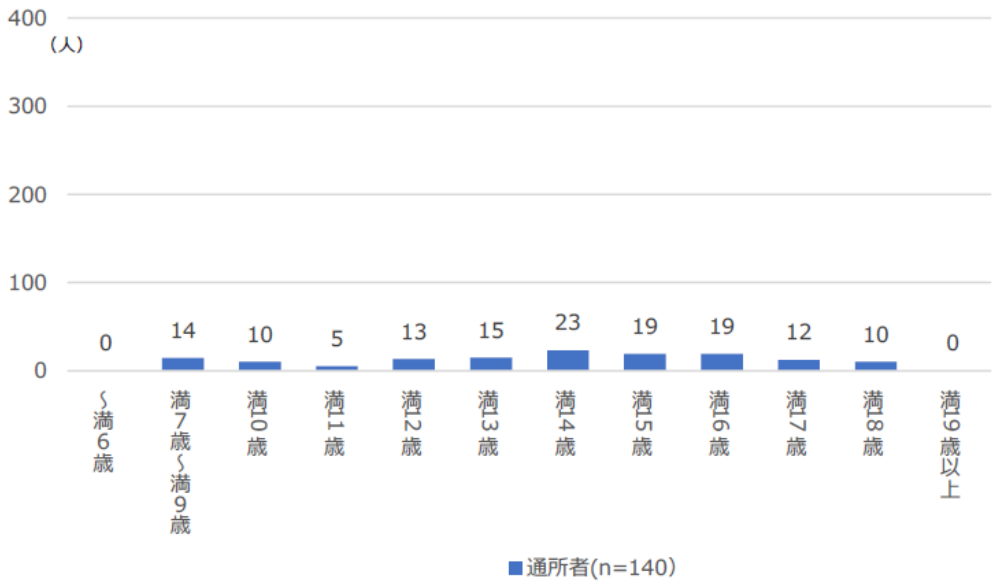
【出典】全国児童心理治療施設協議会調べ（令和６年10月1日現在）

児童心理治療施設・児童自立支援施設の現状⑦

（12）児童心理治療施設の通所の状況（令和６年10月１日時点）

〇実施施設数：30施設

〇年齢別通所人数



【出典】施設数：家庭福祉課調べ

人　数：令和６年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「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」

（13）児童自立支援施設の寮舎の運営形態（令和６年10月１日時点）

	夫婦制	交代制	並立制
運営形態	15	40	3

【出典】家庭福祉課調べ

児童心理治療施設の概要

１．目的

児童心理治療施設は、家庭環境、学校における交友関係その他の環境上の理由により社会生活への適応が困難となった児童を、短期間入所させ、又は保護者の下から通わせて、社会生活に適応するために必要な心理に関する治療及び生活指導を主として行い、あわせて退所した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設。（児童福祉法第43条の２）　*※平成28年の児童福祉法改正により「情緒障害児短期治療施設」から名称変更*

＜対象児の具体例＞　・場面緘黙、チック、不登校、集団不適応、多動性障害や広汎性発達障害など
＜保護者を含めたケア＞　・虐待を受けた児童、保護者及び家族全体を対象とした心理療法である家族療法を実施

※　家族療法事業とは、親子相談室、心理治療室、宿泊治療室等の設備を設け、児童とその家族に対し、面接治療、宿泊治療、親子レクリエーション、家族訪問治療等を行うもの。

２．実施主体について

都道府県、指定都市、児童相談所設置市

３．設備について

児童の居室（1室の定員4人以下、1人4.95㎡以上、男女別とする）、医務室、静養室、遊戯室、観察室、心理検査室、相談室、工作室、調理室、浴室、便所 （男女別、少数の児童の場合を除く。）

４．施設数、定員、現員数

施設数	定員	現員数
53か所	1,966人	1,299人

（出典）福祉行政報告例（令和7年3月末現在）

５．職員配置について

主な職種	設備運営基準上の人員配置基準	措置費上の配置職員（加算職員を含む）
施設長	必置	１人
医師	必置	１人
心理療法担当職員	必置（児童10人につき１人）	児童７～10人につき１人
看護師	必置	１人
児童指導員、保育士	必置（児童4.5人につき１人）	児童３～4.5人につき１人
家庭支援専門相談員	必置	１～２人

６．主な職員の配置状況

	配置施設数（施設数：５３施設）	配置人数
心理療法担当職員	５３施設（１００%）	３０２人
家庭支援専門相談員	５３施設（１００%）	７７人

（※）家庭福祉課調べ（令和6年10月1日現在）　なお、家庭支援専門相談員のうち、20施設24人は加配職員

児童自立支援施設の概要

１．目的

児童自立支援施設は、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を入所させ、又は保護者の下から通わせて、個々の児童の状況に応じて必要な指導を行い、その自立を支援し、あわせて退所した者について相談その他の援助を行うことを目的とする施設。（児童福祉法第44条）

＜対象児の具体例＞
・窃盗を行った児童、浮浪・家出等の問題のある児童、性非行を行った児童

２．実施主体について

都道府県、指定都市、児童相談所設置市

３．設備について

・学科指導に関する設備は、学校教育法を準用
・児童養護施設の設備の規定を準用（乳幼児の居室に関する規定は除く。男女の居室は別。）

４．施設数、定員、現員数

施設数	定員	現員数
58か所	3,333人	1,130人

（※１）家庭福祉課調べ（令和６年10月１日現在）
（※２）都道府県立50施設、指定都市立４施設、社会福祉法人立２施設、国立２施設

５．職員配置について

主な職種	設備運営基準上の人員配置基準	措置費上の配置職員（加算職員を含む）
施設長	必置	１人
児童自立支援専門員 児童生活支援員	必置（児童4.5人につき１人）	児童３～4.5人につき１人
個別対応職員	必置	１人
家庭支援専門相談員	必置	１～２人
心理療法担当職員	必置（ただし、心理療法を行う必要がある児童が10人以上いる場合又は定員10人につき心理療法担当職員を１人配置する場合に限る）	１～２人又は児童10人につき１人
職業指導員	必置（ただし実習設備を設けて職業指導を行う場合に限る）	１人
自立支援担当職員	－	１人

６．主な職員の配置状況

	配置施設数（施設数：５８施設）	配置人数
心理療法担当職員	５０施設（８６．２%）	９２人
家庭支援専門相談員	５８施設（１００%）	６２人

（※）家庭福祉課調べ（令和6年10月1日現在）　なお、家庭支援専門相談員のうち、3施設4人は加配職員

（参考）前回までの専門委員会を踏まえたこどものケアニーズの整理について

※本資料は、あくまでこどもが直面し得る過酷な経験等として考えられるものを幅広く列挙したものであり、社会的養護を必要とするこどもが一概にこれらに当てはめることができないことに留意が必要。

1．ケアニーズの背景等（こどもたちの状態に関わる因子）

※ケアニーズの背景等について、見落としを防ぐため、便宜的に類型ごとに分類して記載しており、重複もあり得る。

Ⅰ　特性
- ①知的障害（疑い含む）
- ②発達障害（疑い含む）
  - （例）ADHD、LD、ASDなど
- ③身体障害（疑い含む）
  - （例）身体虚弱、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害など

Ⅱ　経験
- ④被虐待経験
  - 身体的虐待、心理的虐待、ネグレクト、性的虐待
- ⑤喪失体験
  - （例）親の死、兄弟姉妹の死、父母の離婚、再婚など
- ⑥犯罪被害、いじめ
- ⑦精神障害（疑い含む）
  - （例）PTSD、トラウマ、統合失調症、双極性障害など
- ⑧アタッチメント（愛着）形成上の課題
  - （例）不適切な養育等による不安や緊張の高さ、過適応、　不得手なコミュニケーション、対人距離のとれなさ、　自己肯定感の低さ、協調性のなさなど

Ⅲ　環境
- ⑨生育環境
  - （例）基本的な生活習慣、経済状況、家庭環境、養育機能、　地域社会の養育環境、対人被害、妊娠中の母親の体調など

Ⅳ　現在の状況と環境
- （例）保護的・補償的体験ができているか、安全な居場所があるか、生活環境が与えている影響等

※上記を考える際には、こどもの過去から現在までの状況、背景、こども自身の強み等を踏まえ、ストーリーが見えてくるような形でのアセスメントが必要。

※上記は、各事項の相互作用の中で成り立っているものであり、個々に独立して存在しているものではないことに留意。

2.ケアニーズが満たされていない時にでるサインの例

～成長過程における過酷な経験や困難に直面したこども達にとって、そのニーズが満たされていないことに伴いでるサイン～

※サインについて、見落としを防ぐため、便宜的に類型ごとに分類して記載しており、重複もあり得る。

Ⅰ　身体的側面
- ①身体的な発育の遅れ
- ②年齢不相応なADL
- ③神経生理学的な機能不全

Ⅱ　心理的側面
- ④癇癪（感情コントロール）
- ⑤膠着・緘黙
- ⑥希死念慮・自殺企図
- ⑦こだわりの強さ
- ⑧摂食障害（過食・拒食・異食・誤嚥）
- ⑨睡眠の課題（不眠・過眠・中途覚醒・夜驚・寝付きの悪さ・　昼夜逆転）
- ⑩精神的不調（抑うつ・不安・恐怖）
- ⑪解離
- ⑫多動・集中困難
- ⑬言語発達の遅れ
- ⑭認知的な発達の遅れ・ゆがみ
- ⑮共依存
- ⑯コミュニケーションの困難さ
- ⑰衝動性の高さ
- ⑱感覚過敏・鈍麻

Ⅲ　社会的側面
- ⑲不良、非行、虞犯行為
- ⑳虚言
- ㉑性的逸脱行為
- ㉒自傷
- ㉓他害（暴言・暴力）

Ⅳ　その他
- ㉔過剰適応
  - （例）大変な状況にも関わらず何も問題ないように見える、一般的に泣くような場面で泣かないなど

※サインがでていない＝支援が必要ない、ということではないことに留意が必要。

３．こどものケアニーズの緊急性・重大性・複雑性を測る観点

①現に集中的な対応が必要なもの
②放置すると重篤度合いが増すもの
　・身体的成長を阻害するもの
　・精神的成長を阻害するもの
③生命にかかわるもの
④重複して表出する場合が多いもの
⑤年齢を重ねるごとに自然に軽減することが期待できるもの
⑥年齢を重ねるごとに大きくなるもの
⑦軽減や改善に時間を要するもの
⑧支援の効果が出やすいもの
⑨支援の効果が出にくいもの
⑩専門職による支援が必要なもの
⑪医師による治療が必要なもの

※①～⑪について、全体的な観点からのアセスメントが必要。

４．１～３を測る上での留意事項

１～３を測る上で、どのような点に留意が必要か。１～３それぞれで複数の事項に該当することがあること、その組み合わせやこどものニーズの緊急性・重大性・複雑性も一定ではないこと、こどもの成長やケアの進捗等に伴うこどもの変化もありタイミングによって評価が異なり得ることについて、どう考えるか。

①年齢によるニーズや緊急性・重大性・複雑性の変化
②表出する場所や時間帯等の環境要因によるこどものニーズの緊急性・重大性・複雑性の変化
③家族との関係性
④支援を行う職員との関係性
⑤乳児であることへの留意
⑥地域社会との関係性