

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

厚生労働省
雇用均等・児童家庭局
家庭福祉課

発刊にあたって

このたび、厚生労働省、社会的養護関係施設 5 種別協議会並びに各ハンドブック編集委員会のご尽力のもとに、社会的養護関係施設種別(児童養護施設、乳児院、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設)の『運営ハンドブック』を発刊できますことを、心よりうれしく思います。

子どもと子育てをめぐる社会環境が大きく変化するなかで、虐待を受けた子どもなど保護者の適切な養育を受けられない子どもが増えており、そのような子どもたちを社会全体で公的責任をもって保護し、健やかに育てていくことが強く求められています。

このため、社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会において、平成 23 年 7 月、「社会的養護の課題と将来像」がとりまとめられ、施設の小規模化、地域化、本体施設の機能強化等社会的養護のめざすべき方向性が示されています。社会的養護の充実は、国民の理解を得るため、社会的養護を文字どおり「社会にひらく」こととセットで進められなければなりません。

このため、平成 24 年度からの社会的養護関係施設の自己評価並びに第三者評価の義務化、平成 23 年度末の里親、ファミリーホームを含む社会的養護関係施設種別ごとの運営指針の発出、施設長資格の明定と研修受講の義務化など、この間、社会的養護を「社会にひらく」ことを進める諸改革が進められてきました。

平成 25 年 3 月には、第三者評価機関並びに評価調査者、施設関係者のための手引きとして『社会的養護関係施設における「自己評価」「第三者評価」の手引き』(全国社会福祉協議会、平成 25 年 3 月)も発刊されました。

このハンドブックは、こうした流れの一環として、平成 24 年 3 月 29 日付雇児発 0329 第 1 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「社会的養護施設運営指針及び里親及びファミリーホーム養育指針について」の別添 1 から 5 までの各施設運営指針の解説並びに施設運営の手引きとなるように作成されました。また、第三者評価の「手引き」における各施設の説明を補完することも意図しています。

本書の監修を行った「社会的養護第三者評価等推進研究会」は、社会的養護の施設運営指針及び第三者評価基準の策定検討に携わった施設運営指針等ワーキンググループの各座長に加え、学識者、経験と識見を有する評価調査者の参画を得て厚生労働省が設置し、全国社会福祉協議会と連携しながら、社会的養護の自己評価並びに第三者評価の推進に関する検討などを行ってきました。

ハンドブックは 5 施設種別ごとに作成されましたが、研究会では、それぞれの施設種別ごとに設置された編集委員会の独自性を尊重しつつも、題名の統一、全体の構成、内

容について一定の統一性を図るなどの機能を果たしてきました。特に、総説ともいえるべき「社会的養護の基本理念と原理」については、その内容がほぼ共通するように執筆されています。また、全体構成としては、総論から各論に移行しつつ解説する構成をとっています。

ただ、5施設種別の役割・機能や抱える事情はそれぞれに異なっており、実際の内容は各施設種別の主たる利用目的に沿うものとなるよう、独自性を生かしたものとなっています。各ハンドブックの特徴を簡潔に述べれば、以下のとおりです。

1. 児童養護施設運営ハンドブックは、運営指針の解説書という形式をとっています。各論では、エピソードやコラム、写真を交えてわかりやすいものとし、一緒に考えていただく構成となっています。特に、若い施設職員や第三者評価機関、評価調査者等に読んでいただくことをねらいとしています。
2. 乳児院運営ハンドブックは、すでに全国乳児福祉協議会が作成している「新版乳児院養育指針」と連動させつつ、事例を紹介しつつ指針の各論の解説を進めている点が大きな特徴です。リスクマネジメントにページを割くなど、現代的な課題にも触れています。主として新任施設長・職員等を対象としており、養育指針と合わせて読んでいただくことを意図しています。資料編も掲載されています。
3. 情緒障害児短期治療施設運営ハンドブックは、今後、当該施設が増えることを見込んで、新施設向けに作成が行われています。運営指針に基づき、基本的で具体的な情報を集めています。資料編はCD-ROMに収録し、適宜バージョンアップを考えています。なお、全国協議会として施設名称の変更を提言しており、「児童心理治療施設」の名称を表題に取り込んでいます。
4. 児童自立支援施設運営ハンドブックは、全国児童自立支援施設協議会がこれまで出しているハンドブック等を参考にしつつ、運営指針にも基づきながら解説を進めています。新任施設長や新人職員が読んで分かるように平易な文章とし、第三者評価機関、評価調査者等が施設の特徴を理解できる内容にしてあります。
5. 母子生活支援施設運営ハンドブックは、運営指針の項目順に沿って解説という形で記述されています。第三者評価基準の「評価の着眼点」にも対応させ、施設関係者のみならず第三者評価機関や評価調査者にとっても役立つように配慮されています。また、巻末にキーワードを掲載するなど使いやすさにも意を用いています。

このように、いずれも運営指針の内容を掘り下げるとともに、事例や詳細な解説等を通じて、施設運営をできる限り可視化できるよう努めています。なお、本ハンドブックの姉妹版として、平成25年3月に全国里親委託等推進委員会の編集によって発刊され

た『里親・ファミリーホーム養育指針ハンドブック』もありますので、あわせてご一読いただければ幸甚です。

本ハンドブックが社会的養護関係者や第三者評価機関並びに評価調査者、行政関係者に幅広く活用されるのみならず、社会的養護を学ぶ学生、研究者をはじめとする幅広い関係者、ひいては社会的養護に関心を抱く国民各層に幅広く読まれることを心より願っています。そのことによって初めて社会的養護は社会に対してひらかれ、かつまた、社会的養護の質の向上も図られていくのだと確信しています。

平成26年3月

社会的養護第三者評価等推進研究会

委員長 柏女 霊峰

はじめに

情緒障害児短期治療施設（通称、児童心理治療施設）は、学校恐怖症（不登校）の出現や、戦後第2次の非行のピークの中で、情緒発達のための環境整備とメンタルケアを目的として、1961年に法制化された児童福祉施設です。当時は、小学生年齢の児童を対象として、短期間で集中的に治療を行うことを目指して作られました。しかし、1970年代後半から問題となり始めた不登校児童、特に中学生の入所の必要性が増し、入所期間も延びてきました。その後、児童虐待への取り組みが始まると、心理ケアの必要性から被虐待児の入所が増え、在籍児童の7割以上を被虐待児が占めるようになりました。また、昨今注目される発達障害を疑われる児童の入所も増え、約3割が広汎性発達障害が疑われる児童となっています。情緒障害児短期治療施設は、このように社会で新たに注目されるようになった子どもの心の問題に先駆的に取り組んできました。社会的養護を受ける子どもたちの心のケアの必要性が強く認識されるようになり、2000年当時の17施設から、2014年現在は38施設へと倍増し、2015年以降にも数施設の開設が決まっています。

このような状況の中、本ハンドブックは、情緒障害児短期治療施設を新設するにあたって手引きとなるようなものにするを念頭に編まれました。もちろん、既存の施設が運営を見直すためや、新任職員の研修のためにも利用できます。また、第三者評価の評価調査者をはじめ社会的養護に携わっている方々やこの施設に関心のある方々が、この施設の概要を理解いただくためにも利用できると思います。

まだまだ不備な点も多く、時代の変化とともに書き加えることも出てくると思います。今後もこのハンドブックをよりよいものにするために改訂を重ねていくべきですので、ご指導ご指摘をいただければ幸いです。

目 次

発刊にあたって	i
はじめに	iv
社会的養護の基本理念と原理	1
1. 社会的養護の基本理念	1
2. 社会的養護の原理	2
3. 社会的養護の基盤づくり	8
第1部 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の現状と課題	11
1. 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の役割と理念	11
(1) 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の役割	11
(2) 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の理念	12
(3) 児童心理治療施設という通称	13
2. 対象児童	13
(1) 子どもの特徴と背景	13
(2) 子どもの年齢等	14
3. 治療・支援のあり方の基本	15
(1) 基本的な考え方	15
(2) 治療の場と営み	18
(3) 治療・支援を担う人	21
(4) 家族と退所児童への支援	24
(5) 地域支援・地域連携	25
4. 情緒障害児短期治療施設の将来像	25
(1) 設置推進と専門的機能の充実	25
(2) 短期入所、通所機能の活用、外来機能の充実	26
第2部 治療の場の営み	28
I 施設利用について	28
1. 児童相談所から施設への打診	28
2. 見学の日程調整	28
3. 学校とのケースの共有	29

4. ケースの聴取（病院や他施設、他専門機関などから）	30
5. 見学及びインテーク面接	30
6. 体験入所と学校での学習体験	31
7. 施設、学校入所会議	31
8. 児童相談所、関係機関等を含めた施設利用についてのカンファレンスと手続き	32

II 生活について 34

1. 生活全体に関する留意事項	34
(1) 日課を組み立てていく上での必要な視点	34
(2) 生活のルールを決めていく上での必要な視点	37
2. 生活日課の実際	38
(1) 起床時について	38
(2) 食事について	38
(3) 登下校について	39
(4) 施設内での学習について	40
(5) 施設での遊びについて	40
(6) 掃除について	40
(7) 入浴について	41
(8) 就寝について	41
(9) 子ども会などの自治組織について	42
(10) 行事について	45
(11) 一日の日課の中で注意を要すること	47
(12) 一週間の流れの中で注意を要すること	47
(13) 季節（一年）の中で注意を要すること	48
3. 個々の子どもの生活支援に関する留意事項	49
(1) 入所時の対応と実際（子どもを迎え入れるとき）	49
(2) 入所初期の対応と実際（入所～3ヶ月）	49
(3) 支援の見直しと実際（入所3か月以降）	50
4. 個々の子どもへの生活支援の実際（生活を支援する上での治療的な視点）	50
(1) 目覚めについて	50
(2) 排泄について	50
(3) 食べることについて	51
(4) 清潔について	51
(5) 眠ることについて	52

(6) 衣服について.....	53
(7) 身体について.....	54
(8) 学習について.....	54
(9) 買い物について.....	55
(10) 友達との関わりについて.....	55
(11) 異性との関わりについて.....	56
(12) 家族との面会や帰省について.....	57
5. 食事、栄養管理、食育について.....	57
(1) 食事の提供と食育.....	57
(2) 個別対応食について.....	58
(3) 衛生管理.....	59
(4) 食の自立支援.....	59
6. 学校生活について.....	59
(1) 子どもにとって望ましい学校生活とは.....	59
(2) 学校との連携の実際.....	61
7. 家族との関わり.....	62
(1) 施設内での家族との関わり.....	62
(2) 保護者等（家族・親戚など）との外出、外泊.....	65
Ⅲ 心理療法、医療について.....	67
1. 心理療法について.....	67
(1) 心理士の働き.....	67
(2) 心理士の業務.....	67
2. 心理アセスメント.....	68
(1) 情報収集.....	69
(2) 入所前アセスメント.....	69
(3) 入所検討会議の実施.....	70
(4) 入所後アセスメント.....	70
(5) 心理検査とその記録.....	70
3. 治療プログラム.....	71
(1) 個人心理療法.....	71
(2) 集団心理療法.....	75
(3) 小集団活動、グループワークについて.....	77
4. 危機介入.....	78

(1) 危機介入の目的.....	78
(2) 危機介入の方法.....	78
5. 医療、保健について.....	79
(1) 精神科医師の主な役割.....	79
(2) 精神科医療.....	80
(3) 看護師の役割.....	80
6. 家族支援・治療.....	85
(1) 家族面接.....	85
(2) 家庭訪問.....	85
(3) 家族支援・治療のポイント.....	86
IV 退所について.....	87
1. 退所に至るパターン.....	87
(1) 治療終結の場合.....	87
(2) 中断に至る場合.....	87
2. 退所までの準備.....	89
(1) 家庭復帰に向けた取り組み.....	89
(2) 児童養護施設等への措置変更.....	90
(3) 退所における事務連絡調整など.....	90
(4) 退所後の支援について.....	91
V 通所について.....	93
1. 治療プログラム.....	96
(1) 問題の明確化.....	97
(2) 面接形態と治療構造.....	97
2. 生活場面への導入.....	98
(1) 生活担当者との関係.....	98
(2) 入所児童と同様の日課に導入・参加.....	98
(3) 学校の利用.....	99
3. 通所による治療・支援機能.....	99
4. 通所児童の日課と留意事項.....	100
VI 外来、診療所について.....	102
1. 外来機能について.....	102

(1) 外来機能の必要性.....	102
(2) 業務内容.....	102
(3) 外来相談機能のあり方.....	102
2. 診療所について.....	104
(1) 診療所の設置運営について.....	104
(2) 情緒障害児短期治療施設における医師の役割.....	104
(3) 他の職員のスーパーバイズと情報提供.....	106
(4) 関係諸機関への情報提供.....	106
第3部 施設運営など.....	107
I 施設運営などについて.....	107
1. 定員（入所、通所）.....	107
(1) 措置費について.....	107
(2) 措置費と定員について.....	107
(3) 入所部門の定員について.....	108
(4) 通所部門の定員について.....	109
2. 入所部の養育形態について.....	110
(1) 小規模化の流れについて.....	110
(2) 大舎制・ユニット制の形態.....	110
3. 安心・安全を感じることができる生活のための施設整備について.....	111
(1) 施設構造の基本的な考え方.....	111
(2) 必要な設備.....	111
(3) その他の設備.....	114
4. 職員配置と専門性について.....	115
(1) 各職種について.....	115
(2) 組織図について.....	117
(3) トラブル対応について.....	118
(4) ローテーションの組み方.....	121
(5) 担当制について.....	121
5. 学校教育の体制.....	122
(1) 学校教育の形態.....	122
(2) その他.....	123
6. 職員会議など情報共有の仕組み.....	124

(1) 各種会議	124
(2) 引き継ぎ	125
(3) 各種記録	125
7. 職員研修など	126
(1) 各種研修への派遣	126
(2) 研修の考え方	126
(3) 開設に際した研修	127
8. 職員のケア	127
(1) 組織の支援方針の明確化	127
(2) チームによる支援体制	128
(3) スーパービジョン体制	128
(4) 支持的な施設風土について	129
9. 新設時に注意すべきこと	129
(1) 段階的入所受け入れ	129
(2) ルール設定	130
(3) 治療契約	130
(4) 建物構造	130
II 他機関とのネットワーク作り	132
1. 児童相談所との関係	132
2. 学校との関係づくり	132
3. 医療機関とのネットワーク	133
(1) 精神科入院	133
(2) 精神科以外の受診	133
4. センター機能について	134
(1) 社会的養護の心理支援センターとして	134
(2) 情報発信、人材育成事業について	136
III 新設するための事務手続き	137
1. 新設要望の手続き	137
(1) 施設の設置要件	137
(2) 申請の手続き	137
2. 設置認可申請手続き	138

おわりに.....140

社会的養護の基本理念と原理

社会的養護の基本理念と原理は、社会的養護の5種別の児童福祉施設（以下、「施設」という）（児童養護施設、乳児院、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設）及び里親等に向けて策定された6つの指針それぞれの総論の第2章において、同じ内容で記載されています。このことは、それぞれの施設や里親等で形態や役割と特性の違いがあることを前提にしつつも、社会的養護が共通の考え方に基づくことを示しています。社会的養護の5施設及び里親等は、以下に述べる2つの「基本理念」と6つの「原理」のもと、連携して子どもたちを育みます。

1. 社会的養護の基本理念

社会的養護とは、親のない子どもや親に監護させることが適当でない子どもを公的責任で社会的に養育し保護するとともに、養育に困難を抱える家庭への支援を行うことです。

指針には、「子どもの最善の利益のために」と「社会全体で子どもを育む」の2つの基本理念が掲げられています。

① 子どもの最善の利益のために

1947年に公布された児童福祉法の第1条第2項には、「すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。」と規定されています。

また、1951年に制定された児童憲章には、「児童は、人として尊ばれる。児童は、社会の一員として重んぜられる。児童は、良い環境の中で育てられる。」とうたわれています。

そして、1994年に日本が批准した「児童の権利に関する条約」第3条には、「児童に関するすべての措置をとるに当たっては、（中略）児童の最善の利益が主として考慮されるものとする。」と規定されています。

児童福祉法や児童憲章に記されている「生活を保障されること」「愛護されること」「人として尊ばれ、社会の一員として重んじられること」「良い環境の中で育てられること」や、児童の権利に関する条約の4つの柱である「生きる権利」「守られる権利」「参加する権利」「育つ権利」は、子どもの基本的な権利として守らなければならないことを示しているものです。

社会的養護は子どもの権利擁護を図るための仕組みです。子どもの権利擁護を図り、更に子どもの権利を保障していくことを一言で表したものが、「子どもの最善の利益の

ために」であり、これを社会的養護の1つめの基本理念としています。児童の権利に関する条約が批准されて以来、一般的によく聞かれるようになった言葉ですが、社会的養護にかかわるすべての人たちは、子どもに寄り添い、子どもの思いにこころを寄せ、「子どもの最善の利益のために」何をすべきかを第一に考えなければなりません。

② すべての子どもを社会全体で育む

児童福祉法第1条第1項に、「すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。」と規定されています。

同法第2条には、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」と規定されています。

そして、児童の権利に関する条約第20条には、「一時的若しくは恒久的にその家庭環境を奪われた児童又は児童自身の最善の利益にかんがみその家庭環境にとどまることが認められない児童は、国が与える特別の保護及び援助を受ける権利を有する。」と規定されています。

子どもは、権利の主体として社会的養護を受ける権利を有しています。保護者は、子どもの健やかな育成に努める責任がありますが、国及び地方公共団体も保護者とともにその責任を負っているのです。

これらのことから、社会的養護は、「すべての子どもを社会全体で育む」を2つめの基本理念としています。

2. 社会的養護の原理

「子どもの最善の利益のために」「すべての子どもを社会全体で育む」という2つの理念に基づき、社会的養護には6つの原理が定められています。

① 家庭的養護と個別化

すべての子どもは、適切な養育環境で、安心して自分をゆだねられる養育者によって、一人一人の個別的な状況が十分に考慮されながら養育されるべきです。一人一人の子どもが愛され大切にされていると感じることができ、子どもの育ちが守られ、将来に希望が持てる生活の保障が必要です。これらのことは、多くの子どもが育っている家庭での「あたりまえの生活」の中において行われています。

子どもにとって「あたりまえの生活」とは、普段私たちが何気なく行っている家庭での生活のことです。食事の心配をしないで過ごせ、ゆっくり休める場があることから始まり、不安や辛いことがあれば話を聞いて慰めてもらえる、頑張ってきたことは褒めてもらえるような生活です。

施設で育つ子どもたちには、この普通に家庭で行われている「あたりまえの生活」が保障されなければなりません。「あたりまえの生活」は、子どもにとって「生活を保障され、愛護され、人として尊ばれる生活」です。そのために、養育を担う施設長、職員（以下「職員」という）には、子どもの状況に応じて、個別的な養育とかかわりを実践していくことが求められます。

「あたりまえの生活」は、意識しないまま行われているものですから、職員は「昔からこのようにしてきたのだからこのままでよい」と思い込んでしまう場合があります。しかし、「たとえば、自分の子どもやきょうだいが、この施設に入ったら・・・」と考えたり、自分の子どものころの生活を振り返ったりして「あたりまえの生活とは何か」を具体的に意識していくことが大切です。そして、子ども達の生活を深慮してやる必要があることです。

そのうえで、「あたりまえの生活」をより保障するためには、子どもたちの暮らしが地域から孤立することのないように配慮するとともに、職員が一人一人の子どもとできるかぎり向き合っかかわり、生活していくことが必要です。そのためには、子どもの個別のニーズに合わせやすい環境として、地域の中での小規模グループケア等の家庭的養護が有効です。

このような家庭的養護を目指していく取組を、「家庭的養護の推進」と表しています。児童養護施設や乳児院における「家庭的養護の推進」は、それぞれの施設の特性により違いはありますが、ともに家庭的養護が重要な課題となっています。情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設においては、より専門的な支援に基づいた生活が営まれますが、退所後に地域で生活を送ることを見据えた支援を考えていかなければなりません。また、母親と子が一緒に暮らす母子生活支援施設においては、ひとつの家族として関係が安定し、家庭的な養育がなされるよう母親と子どもの支援が大切です。

里親やファミリーホームのような家庭の中で子どもを預かり、養育する形態を家庭養護と言います。この家庭養護と施設の小規模グループケア等の家庭的養護を総称して、「家庭的養護」と呼びます。

一人一人の子どもを丁寧にきめ細かく育むこと、子どもを権利の主体として個別のアセスメントに基づいたニーズに合わせた生活を組み立てることを「個別化」と言います。家庭的養護を推進していく際には、「個別化」がしっかりと取り組まれ、個々の子どもの自立を支援していくための計画を立てていくことが大切です。

子どもを集団管理的な視点で枠（環境）におくことは、「個別化」ではありません。建物構造等による小規模化が一挙にできなくとも、子ども一人一人に固有のスペース、固有の持ち物をできる限り保障していくという個別化の観点を取り入れることはとても重要であり、「家庭的養護の推進」には、こうした創意、工夫をいかした養育の実践も含まれることに留意する必要があります。

② 発達保障と自立支援

子ども期には成長に応じてそれぞれ発達段階があり、その育ちの過程ごとに発達の課題があります。また、子ども期は、その後の成人期の人生に向けた準備の期間でもあります。施設の職員は、子どもたちの課題を理解し、その上で、子どもたちが自分たちの将来を作り出す生きる力の基礎となるよう、子ども期の健全な心身の発達の保障を目指します。

特に、人生の基礎となる段階が乳幼児期です。お腹がすいたり、オムツが濡れたりなど不快な時に泣いて、世話をしてもらうことで、子どもは自分のことが大切にされ愛されていると感じるようになります。そして、その養育者に依存することができ、安心して過ごすことができるようになり、人に対する信頼をいただくことができるようになります。人生の基礎となる乳幼児期に、このような特定の人との愛着関係（不安な時にそばに行けば安心感を与えてくれると思える人との関係）や基本的な信頼関係を形成することは非常に重要なことです。

子どもは、愛着関係や基本的な信頼関係を基盤にして、他者の存在を受け入れ、人間関係を作っていくことができるようになります。自立に向けた生きる力の獲得も、健やかな身体的、精神的及び社会的発達も、こうした乳幼児期の基盤があって育まれていきます。子どもの自立支援とは、乳幼児期からすでに始まっているということです。

児童期でも乳幼児期と同様に、愛着関係や信頼関係は重要になります。そのことを前提として、職員は、子ども自身が成長に合わせた水準の自立や自己実現ができるように支援を行います。生活の中で、可能な限り子どもの主体的な活動を大切にするとともに、様々な生活体験などを通して、子どもが自立した社会生活に必要な基礎的な生きる力を形成できるように支援することが必要です。

児童期の学習の支援は、自立や自己実現と密接に関係します。子どもが自信を持ち、達成感を持てるように丁寧に根気よく支援していくことが大切です。

思春期を経て青年期になると、子どもは自分なりに自分の人生を見直す段階を迎えます。自分の存在を問い直すため、不安、悩み、ときに大きな混乱が生じる場合もあります。思春期の子どもが退所後も安心して生活していけるように、それまで以上に慎重に支援していくことが大切になります。18歳以降も退所後の自立のために施設における支援が必要と判断された子どもについては、措置延長をしていくことや、退所した子どもについても丁寧なアフターケアを行うことで、自立する力をつけるための支援を継続していくことが必要です。

③ 回復を目指した支援

近年、施設で育つ子どもたちの多くは、虐待体験などにより心にいたみをかかえた子どもが増えています。養育を担う職員は、虐待や不適切な養育が子どもにもたらした状

況と課題をとらえ、みため、回復をめざした専門的ケアや心理的ケアなどの治療的な支援を行うことが必要です。

虐待を受けた子どもは身体的な暴力によって生じる痛みだけでなく、情緒や行動、自己認知・対人認知、性格形成など、広範囲で深刻なダメージを受けています。子どもは、本来「大切にされる体験」によって得られる「安心感」や「自信」を享受していくものです。しかし、虐待を受けることにより喪失してしまったところの回復には、職員などの大人が、子どもにとって自分を守ってくれる存在になっていくことが求められます。

また、虐待や不適切な養育環境から子どもたちを守るために、親と子の分離が行われています。しかし、この分離により子どもは、家族や親族、友だち、近所の住人、保育士や教師など地域で慣れ親しんだ人々との別れを経験することになります。子どもは、虐待による心の痛みとともに養育環境からの分離という不条理で望みもしない経験が重なります。そのため、「深刻な生きにくさ」のなかで施設での生活に入ってくるようになります。子どもにとって、施設を「安全で、安心感を持てる居場所」とし、「大切にされる体験」を提供し、人への信頼感や自己肯定感（自尊心）を取り戻すための支援を行う役割を、職員は担っていく必要があります。

虐待体験は、子どもに様々な影響を及ぼします。たとえば、ささいなことで激しく怒り出したり、暴力によって問題解決を図る傾向が強まったりします。困っているのは子ども自身であることが大切です。その要因は何なのかを考えてかわり、子どもに安全で安心できる環境を提供し、その日常生活の積み重ねの中で、子ども自身が潜在的に持つ回復力をゆっくりと引き出し、虐待体験による影響を修復していく治療的な支援が大切です。

子どもは本来、家庭において親に育てられることが望ましいものです。それは親の存在が子どもにとってはかけがえのない存在であるからです。したがって、子どもを虐待してしまった保護者（親）（以下、「保護者」という）に対しては、施設が児童相談所（以下、「児相」）とともに、虐待の再発を防ぐための支援を行い、できるだけ子どもが家庭復帰できるようにすることが大切です。このためには、子どもの支援とともに保護者の養育機能を高める支援が必要となります。しかし、できる限りの支援を行っても家庭復帰が望めない場合には、施設や里親等で育てられることになります。その際に大事なことは、ときに否定的になりがちな子どものところを、愛され受け入れられていた頃の親と子の関係や思い出、楽しかったころの子どもの心の中の親への思いや家族観等を過去から今へ紡ぎながら整理していく支援が重要となります。

④ 家族との連携・協働

親がいない子どもや親がいても養育が困難であったり、親が不適切な養育を行ったり、あるいは虐待をしてしまうなど、「安心して自分をゆだねられる親」がいない子どもがいます。また一方で、子どもを適切に養育することができず、悩みを抱えている親もいます。さらに、配偶者による暴力（DV）などによって「適切な養育環境」といえない、困難な状況におかれている母親と子がいます。

社会的養護の使命と役割は、子どもと親の問題状況の解決や緩和をめざして、子どもと親の両方を支援していくことです。

親がいない子どもの場合やどうしても親が養育することが困難な場合、里親、ファミリーホームといった家庭養護や、それが困難な場合には、施設が「親に代わって」子どもの発達や養育を保障していくことになります。その際に、職員などは親を否定するような言動をとってはならないでしょう。

親が養育に参加できる場合、支援において大切なことは、親との「連携」「協働」であり、施設が「保護者とともに」子どもを支援するという姿勢です。保護者の主体性を大切にして、施設が「保護者を支えながら」ともに養育する姿勢が必要です。

現在、児童養護施設、乳児院、情緒障害児短期治療施設及び児童自立支援施設においては、家庭支援専門相談員の配置が義務化されています。家族との連携や協働を行っていくうえで、この家庭支援専門相談員や心理療法担当職員等の専門職員の役割が、今後ますます重要になります。

⑤ 継続的支援と連携アプローチ

施設における子どもへの支援は、その始まりからアフターケアまで継続しており、できる限り特定の養育者による一貫性のある養育が望まれます。子どもが施設に入所した後、担当の職員が次々と変わり、その度に養育や支援の方針が変わったり、職員が変わる際に子どもへきめ細やかな説明（職員の思いやこれからのこと）がなされなければ、子どもの不信につながります。

とはいえ、子どもの入所が長期間になった場合、その子どもを入所から退所まで同じ職員が担当することは困難です。措置変更により子どもが施設を移る場合もあります。そうした場合、子どもたちに対して、それぞれの施設、里親、児相等の様々な社会的養護の担い手が、それぞれの専門性を発揮しながら、より連携しあって、一人ひとりの子どもの社会的自立や親子の支援を目指していく社会的養護の連携アプローチと、ネットワークが必要となります。

連携アプローチには、たとえば、児童養護施設に入所中の子どもが情緒障害児短期治療施設へ通い、心理的ケアを受けるなどの同時に複数の社会的養護の担い手が連携して支援に取り組むアプローチがあります。また、養育者の変更や措置の変更などが生じた

際に一貫性のある養育を保障するため、より丁寧な引き継ぎを行うアプローチがあります。これらの連携アプローチに児相等も加わり、社会的養護の担い手それぞれの機能を有効に補い合い、市町村とも連携し、重層的な連携を強化することによって、養育と支援の一貫性・継続性・連続性というトータルなプロセスを確保していきます。社会的養護の下にいる子どもたちの養育は、地域の子育て支援サービスや子ども育成サービスを上手に利用することが子どもの最善の利益につながりますし、社会的養護を地域にひらいていくことにもつながることを忘れてはならないでしょう。

社会的養護における養育は、「人とのかかわりをもとにした営み」です。子どもが歩んできた過去と現在、そして将来をより良くつなぐために、一人一人の子どもに用意される社会的養護の過程は、健やかな発達と成長への「つながりのある道すじ」として、子ども自身にも理解されるようなかかわりと支援であることが必要です。そのためには、子どもに関わった養育者との思い出がその子どもの心の中に残り、「自分は愛され、見守られ、期待されてきた」という気持ちを育めるように支援していくことが大切です。

また、子どもの記録やその引き継ぎ、そのつながりを子ども自身が理解できるツールとして、社会的養護関係者で構成された『社会的養護における「育ち」「育て」を考える研究会』で検討が重ねられ、平成23年には「育てノート」、また平成24年には「育ちアルバム」が作成されています。

「育てノート」は、生まれたときの様子から始まり、その成長ぶりを、エピソードなども交えて記入し、養育者が引き継いでいくというものです。学校の宿題で、自分の名前の由来を聞いてくるように、というようなことがあった際に、施設で暮らす子どもの場合には、職員に聞いてもわからないといったケースが少なくありません。そのような空白ができるだけないようにするのが「育てノート」です。

「育ちアルバム」は、子どもと職員と一緒に、写真を選びながら、コメントや思い出を書き込み、子どもが自分の記録として持っていきます。職員の思いや友だちのコメントなども入れるため、自分が大事にされているという気持ちを育むことにも繋がります。

⑥ ライフサイクルを見通した支援

平成16年児童福祉法改正により、入所中の支援だけでなく、退所後の相談等の支援(アフターケア)も施設の役割であることが規定されています。施設を退所し家庭復帰した子どもや施設から里親へ措置変更となった子どもへの継続的な支援、また、社会に出て自立していく子どもへの支援が十分でない場合、施設で健やかに成長した子どもであっても孤立してしまい、解決できる課題も放置され、結果として苦境に陥ってしまうこともあります。このようなことが無いようにするため、施設におけるアフターケアの取組が重要です。

アフターケアを行うためには、入所中から子どもの退所後の暮らしを見通した支援を行うことが大切です。子どもたちが退所した後も長くかかわりを持ち続けられることが退所後の支援の基盤になりますが、そのために、施設は子どもたちが帰属意識を持つことのできる存在となっていくことが大切です。

そして、育てられる側であった子どもたちはやがて親となり、子どもを育てる側になっていきます。子から親へと世代をつないで繰り返されていく子育てのサイクルを考慮に入れた支援を行うことが必要です。

虐待を経験した子どもが親となった時に虐待をしてしまう、あるいは、貧困家庭に育った子どもが大人になった時に貧困状態に陥るなどの世代間連鎖という社会的な問題が提起されて久しい状況です。

虐待の連鎖は、いろいろな条件が重なったときに起こりやすく、それらは、「経済的余裕がない」「身近に相談できる相手がいない」「育児不安」などを背景にしています。また、こうした状況は一般の子育て世帯でも起こりうることです。

施設は、これらのことを想定して支援を行う必要があります。

たとえ、貧しい家庭に育ったとしても、成長過程で生きる力を培っていくよう支えていくことが必要です。さらに、貧困に陥らないための考え方や行動方法等のスキルを子どもに身につけるよう支援することが必要です。そういったスキルを学ぶには、子どもの育った家庭における経験とは別の文化や行動パターンに触れる経験をすることが有効です。施設は、そのような視点に立ち、そのような観点から外部との接点もてる子どもの養育環境を整え、提供することが大切です。

3. 社会的養護の基盤づくり

社会的養護は、かつては親のない子どもや親が養育できない子どもを中心とした施策でした。近年、虐待をうけた子ども、DV被害の母と子などが増え、その役割・機能は変化してきています。

これに対応して、児童福祉法をはじめとする法令の改正などが行われ、社会的養護の充実が図られてきています。平成23年度末には施設種別ごとの運営指針が通知され、平成24年度より人員配置基準の引き上げ、第三者評価の義務化、里親支援専門相談員の配置等が実施されました。しかし、抜本的な改革にはいたっていません。

これからの社会的養護は、一人一人の子どもをきめ細かく育み、親子を総合的に支援していけるような社会的な資源として、ハード・ソフトともに変革していくことが必要です。

地域の中で養育者の家庭に子どもを迎え入れて養育を行う家庭養護（里親・ファミリーホーム）を優先し、児童養護施設、乳児院等の施設養護が家庭養護を支援し、かつ、

施設自体もできる限り小規模で家庭的な養育環境（小規模グループケア、グループホーム）の形態に変えていく家庭的養護が進められています。

里親・ファミリーホームへの委託の推進のために、「全国里親委託等推進委員会」において、平成24年度に里親・ファミリーホーム養育指針ハンドブックや里親等委託率アップの取組報告書が作成されました。

施設の家庭的養護の推進のために、平成24年11月に「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養護の推進について」（厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）が通知されました。これに基づき、施設は「家庭的養護推進計画」を、都道府県は「都道府県推進計画」を立て、施設の小規模化及び家庭的養護を進めていきます。子ども・子育て支援制度の一環として策定される都道府県子ども・子育て支援事業支援計画には、家庭的養護推進計画をはじめとして、社会的養護のもとにいる子どもたちに対する専門的ケアの充実や自立支援などの計画が盛り込まれることとされています。

家庭的養護が推進され、施設においてケア単位の小規模化が行われると、職員一人ひとりが多様な役割を担う必要が生じ、これまで以上に職員個人の力量が問われます。家庭的養護とは、子どもとの人間関係、かかわりが濃密となります。子どもとよりかかわれる分、やりがいもありますが、見えていなかった課題、見過ごしてはならない課題、またそれらによりかかわりの難しさを感じ、職員の心労が多くなる場合があります。施設（施設長）は、こういった職員への支援体制や人材の育成体制の充実に努めることが必要です。

さらに、虐待体験のある子どもや発達障害等のある子どもに対応できる養育技術の向上を図るため、施設における研修体系の充実や工夫が必要となります。アセスメント機能の強化、自立支援計画の積極的活用、適切な記録方法、施設間での連携の強化等、取り組むべき課題は多様です。

そして、施設のある地域には里親やファミリーホームもあり、また、何らかの支援がない場合に養育が困難に陥ってしまう可能性のある子育て家庭があります。施設で育った後に家庭復帰した子どもたちや、家庭復帰せずに自立して社会に出た子どもたちも暮らしています。施設は、このような地域の里親等の支援や養育に困難がある家庭への子育て支援、社会的養護で育った人への自立支援やアフターケアなども行うことが期待されます。同時に施設には、これまで培ってきた養育や支援に対しての専門的な知識や技術に基づき、専門的な地域支援の機能を強化し、総合的なソーシャルワーク機能の充実を図っていくことを期待されています。

今後、養育の形態の変革を進めるとともに施設における養育内容・体制の見直しや強化を図り、ケアワークとソーシャルワークを適切に組み合わせ、家庭を総合的に支援する仕組みづくりが必要となっていきます。

社会的養護関係施設の役割は、ますます大きくなっていきます。施設は、専門的機能の充実を図り、地域の中での社会的養護の拠点となっていくことが求められています。それに伴って、新しい職員の確保、増員、育成、定着が重要な課題となっていきます。そのために施設は、子どもの育つ場所であると同時に、職員の育つ場所としていくことが大切です。

社会的養護関係施設に加え、国、地方自治体、地域、児相や、里親・ファミリーホーム、その他の関係機関が連携して一体感をもって社会的養護の基盤整備を進めていき、「子どもの最善の利益のために」、「すべての子どもを社会全体で育む」社会の実現に向けて一歩でも前進していくことがもっとも大切なことだといえるでしょう。

第1部 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の 現状と課題

1. 情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の役割と理念

近年、子どもをとりまく環境は大きく変化しています。大人の社会における、産業構造の変化や価値観の多様化、情報化の影響を受けて、子どもの人権の再発見、教育制度の見なおしなどが広く議論されるようになってきました。そして児童福祉法の改正や児童虐待の防止等に関する法律の施行、少年法の改正、学校教育の変革などがすすめられてきました。

現在もなお不登校児童は12万人を推移し、虐待の相談件数も6万件を超え増加し続け、これらの子ども達に対する具体的な支援策が求められています。不登校の背景となる問題は複雑化し、いじめ問題からの不登校や、長期化した不登校から社会的ひきこもりへと移行する場合も増加しています。また、児童虐待の相談・通告件数も急増し、家庭から保護されても児童養護施設の現状では対応の困難な子ども達も多くいます。このような状況の中で、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は子どもの心理的ケアを目的とする施設として、より高度な専門性を発揮することを求められるようになってきました。

しかし、現実には被虐待児の入所児に占める割合が現行の施設の養育の限界を超えて増加する傾向にあり、施設内事故の増加などの弊害が生じています。今後、期待される機能を十分に発揮していくために、施設のあり方を見なおし、時流の変化にあわせた改革を進めていく必要があります。

このような時代の流れの中、厚生労働省から2011年に「社会的養護の課題と将来像」が発表され、それに続き2012年に社会的養護関連施設、里親の運営指針が発表されました。本書は、「情緒障害児短期治療施設運営指針」をもとに、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の運営の手引となることを目指して編まれました。はじめに、情緒障害児短期治療施設の概要を説明し、運営の実際にそった留意点、具体例などを、後の各論で述べていきます。

（1）情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の役割

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は、児童福祉法第43条の5に「軽度の情緒障害を有する児童を、短期間、入所させ、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害を治し、あわせて退所したものについて相談その他の援助を行うことを目的とする」と規定された施設です。情緒障害児短期治療施設運営指針では「心理的困難や苦

しみを抱え、日常生活の多岐にわたり生きづらさを感じて心理治療を必要とする子どもたちを、入所又は通所させて治療を行う施設」と記されています。

入所治療は、家族の中で暮らしていても状態が良くなり悪化する可能性が高い子どもたちを家族から離して、施設での共同生活を通して治療していきます。入所期間は原則として数か月から2～3年程度で、その後家庭復帰、児童養護施設などへの措置変更を行い、地域での生活を送るようになります。退所後は、通所措置、アフターケアとしての外来治療を行いながら支援していきます。

情緒障害児短期治療施設における治療・支援は、心を癒す体験を積み上げながら、健全な社会生活を営むことができるようになることを目指して行います。教育に関しては、子どもがその適性、能力等に応じて、主体的に学習に取り組むことができるよう、特別な支援を行う学校教育の場（施設の子どものための特別支援学級など）を用意します。家族に対しても、子どもの家庭の状況に応じ、家族関係の緊張を緩和し、家族関係の再構築等が図られるように調整を行い、養育者への支援も行います。

また、地域の住民に対して子どもの養育に関する相談に応じ、助言を行うよう努めています。

（2）情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の理念

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）倫理綱領

はじめに

情緒障害児短期治療施設は、心理的困難や苦しみを抱え、日常生活の多岐にわたって生き辛さを感じて心理治療を必要とする子どもたちを、入所あるいは通所させて治療を行う施設です。子どもたちの社会適応能力の育成を図り、将来健全な社会生活を営むことができるようになることを目指します。そのために私たちは自己研鑽に励み、専門性の向上を図ります。この理念を共有するために以下のように定めます。

基本理念

施設に措置された子どもの生命と人権を守り、ひとりひとりの存在を尊重し、それぞれの目標に向かって成長発達を援助します。

- ・ 私たちは児童憲章と子どもの権利条約の理念を遵守します。子どもたちへのいかなる差別や虐待も許さず、権利侵害の防止に努めます。
- ・ 私たちはひとりひとりの子どもの最善の利益を追求します。
- ・ 私たちは子どもが主体的に自己決定できるように援助し、その決定を尊重します。
- ・ 私たちは子どもと家族などその子どもの周囲の人たちとの関係を大切にし、支援していきます。

- ・ 私たちはおのおのが専門性の向上を図り、職員間の連携を深めて総合環境療法がより効果をあげることを目指します。

全国情緒障害児短期治療施設協議会が掲げる倫理綱領には、ひとりひとりの子どもの存在を尊重し、それぞれの子どもの独自の目標に向かって成長発達を援助することが、謳われています。心理治療は、主体的に受けるものであり、本人の承諾なしに行われることは、侵害につながりかねません。それぞれの子どもの権利が守られなければ治療が成り立たないと考えています。まずは、安心した生活を送れていなければ、いくら治療の時間を作ってもよい効果は望めません。脅かされることなく安心して暮らせるように、生活の場を整えることが不可欠です。虐待やいじめなどを受け周囲に対して警戒心と怯えをもっている子どもたちが、不安にならない環境を作るには、暴力など目に見える権利侵害だけでなく、暴言やいじめなどもできるだけ起きないように心を配る必要があります。今まで傷つけられ自分が守ってもらえないと思えない子どもたちが、自分には権利があって、それはとても大切な守られるべきものだという意識を育て、よりよく生きたいという希望を育てることが治療には不可欠です。

また、子どもの心理治療のためには、家族など子どもを支える周りの人との関係を大切にし、様々な形で子どもを支える人たちがネットワークを作って、より良く子どもの支援ができるようにすることが必要です。そのために、職員は常に研鑽に励み、職員間の連携を深めて、支援していくことが必要です。

(3) 児童心理治療施設という通称

「情緒障害児短期治療施設」という名称に関しては、本来「情緒をかき乱されている状態」といった意味の英語 emotionally disturbance を「情緒障害」と訳したため、原語とは異なるニュアンスになってしまいました。日本語の「障害」という言葉が、心理的な困難を抱えるというより、何か情緒面で欠損があるかのような印象を与えています。そのため、子どもたちや家族がその名称を嫌うなどの問題があります。また、平均在園(在所)期間が2年半を超えている現状で「短期」と名乗ることも誤解を与えています。このような理由から、名称変更を求める意見が多く、当面、「児童心理治療施設」という通称を用いることができるようになりました。

2. 対象児童

(1) 子どもの特徴と背景

情緒障害児短期治療施設(児童心理治療施設)の対象は、心理的困難や苦しみを抱え、日常生活に生きづらさを感じている子どもたちで、心理治療が必要とされる子どもたち

です。家族と暮らしていても状態の改善が見込めず、悪化してしまう恐れのある子どもが入所治療の対象になります。現在は、虐待を受けている子どもで、心理治療が必要とされる子どもが多く入所しています。知的障害児や精神科疾患急性期の子どもは、他の支援機関を検討します。発達障害児の入所が増えていますが、発達障害そのものを治すのではなく、発達障害や被虐待経験などを背景とする不適応症状など、二次障害と呼ばれるものの治療・支援が主となります。

児童福祉施設の中には、非行などを行った子どもを対象とした児童自立支援施設があります。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」が対象で、意識的に暴力をふるったり、他の子どもたちと連れだって非行を行う子どもたちなどが対象となります。情緒障害児短期治療施設の場合は、暴力を振るってしまうとしても、他の子どもとうまく関わらず、孤立して脅かされているように感じている子どもたちで、どちらかという被害を受けていると感じている精神的に脆い子どもたちが対象になります。

実際は、「外の世界で傷つくことを怖れて自分の世界に閉じこもっている」、「外の世界から脅かされることに対して、考えるより動いて何とかしようとしてしまう」、「自分を受け止めてくれる存在を切実に求めながら、人に身を委ねられない」などのために、不登校やひきこもり、落ち着きのなさ、大人への反抗、暴言暴力、情緒不安定、パニックなどの状態を見せる子どもたちが入所してきます。虐待やいじめの被害を受け、PTSDの症状が出ている子どももいます。

現在は、虐待を受けた子どもの中で特に学校適応の悪い子どもたちが多く利用しています。情緒障害児短期治療施設は不登校、家庭内暴力、被虐待児、発達障害を疑われる子どもと、その時代に注目される子どもの問題に先駆的に取り組んできました。今後も新たに注目される子どもの治療を模索することが求められています。

(2) 子どもの年齢等

情緒障害児短期治療施設は、概ね学童期から18歳に至るまでの子どもを対象としています。必要がある場合は、20歳に達するまでの措置延長が可能ですが、施設の運営方針によって、中卒年齢の子どもは入れない施設もあります。就学前の子どもについても必要性がありますが、小学生、中学生、高校生と同じ生活空間で暮らすことが適しているかを熟慮し、設備等の整備も含め、今後検討していく必要があります。

平均入所期間は2年半くらいですが、在籍期間の長い子どももいます。治療はできるだけ短期間で終え、家庭復帰や児童養護施設等へ措置変更することが望ましいのですが、子どもの状態によっては高校を卒業するまで特別な配慮のある環境の中で、自立まで支援する必要のある子どももいます。

3. 治療・支援のあり方の基本

(1) 基本的な考え方

①治療の原理

入所治療は、心理的困難を抱え生きづらさを感じている子どもに、まずは生きやすいと感じられる生活の場を提供することから始まります。例えば、周囲の人は自分を責め脅かすと感じ、警戒心を解けない子どもが、この場は安全で安心できると感じられるようになるためには、通常、安全と考えられる環境を整えるだけでは足りません。警戒心が強い子どもに拙速に関わりを求めて、周りの大人が迫ってくると感じさせたり、集団活動に参加させて、無理やり何かさせられると感じさせたりすることは控え、時間をかけて徐々に人との関わりを作っていく必要があります。その子どもに合わせた生活日課と個別の支援が必要となります。大切なことは子どもと一緒に考え、子どもが自分の日課や支援を決めていくことです。誰かにさせられるのではなく、自分の生活を自分で決めていけるという機会を増やすことが安心感につながります。

子どもは、そのような環境で脅かされることなく安全かを確認、徐々に安心した生活を送ることができるようになり、周囲に心を開くようになります。自分で決めて様々な活動に参加したり、他の子どもとの関わりを深めたりすることで、自分の生活の主人公は自分であるという主体性が育っていきます。そして、施設の中の職員や子どもたちとの生活の中で、相手や状況に合わせて自分をコントロールする力、お互いに折り合う力、また人に頼り相談する力など、地域社会で暮らしていくための力を身につけていきます。

しかし、特別な配慮のある生活環境でも、眠れない、強い不安がある、些細なきっかけでパニックになる、虐待を受けたことによる後遺症などがある場合は、精神科治療や心理療法を行います。また、自分の心の動きを落ち着いて見つめることができない、自分の心の中で起こっていることがよくわからない、自分の思いや感じたことを言葉にできないなど、経験したことから自分のことを考えたり、他の人との関わり方を学んだりすることができない場合は、その力がつくような特別な支援が必要になります。ソーシャルスキルトレーニングなどのプログラムもその支援の一つになります。

虐待を受けるなど、本人にとって過酷な環境で育ってきた子どもの中には、「どうなってもいい」「どうせいいことなどない」などと、生きていくことに希望が持てない子どもたちがいます。将来の夢を持ち前向きに生きていくために、過去を振り返り、その中で必死に生き抜いてきた自分を再確認して、自分を大切に思う気持ちと自信を育てていくことが必要になる場合が多くあります。そのようなことを行うために、個別の心理面接を重ねることも必要になります。

②総合環境療法

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）には、子どもの生活をケアする保育士、児童指導員の福祉職、医師、看護師の医療職、そして心理職、ファミリー・ソーシャルワーカーと多種の専門家が配置されています。加えて学校の教員も子どもの支援に関わっています。このような多くの専門職の協働により、施設での生活を治療的な経験にできるように構成します。日常生活、学校生活、個人心理治療、集団療法、家族支援、施設外での社会体験などを有機的に結びつけた総合的な治療・支援（総合環境療法）を行うところが、情緒障害児短期治療施設の治療の特徴です。

「総合環境療法」という言葉は、情緒障害児短期治療施設の治療実践の中から生まれてきた言葉で、広島愛育園の杉山信作元園長が名付けたものです。杉山(1990)は、「施設治療は、治療と教育と生活の三部の努力が一体となって成立している。個人心理治療・集団心理治療・家族治療・環境調整・薬理補助・教科指導・学校生活・進路指導・活動療法（グループワークとか作業療法など）・生活場面面接・生活指導・看護やケア・学習指導・スポーツや健康や安全プログラム・行事・児童会・保護者会・親子プログラムといった多彩なメニューがある。どういった組み合わせで治療を組み立てるかといったことは、問題の性質やケースの事情にもより、その時々スタッフの個性や力量にもよる。」と述べています。そして杉山は、情緒障害児短期治療施設の実践が総合環境療法と呼べる段階に至る変遷を振り返っています。情緒障害児短期治療施設の実践は、治療、教育、生活を三権分立かつ三位一体として捉え、一対一治療セッションを縦糸とし、生活場面の一つ一つを丁寧に吟味して充実させることを横糸とする段階から始まりました。次に、多様な方法を併用する段階になります。心理部門でいえば生活場面面接や危機介入という現実場面での関わりを導入し、生活部門でもグループワークやミーティングなどで関係を扱い、個人担当制や日記で内界と関わるようになるなど、様々な技法や理論を追試しながら各部門や各場面が複雑に分化してきた時期です。そして、多様に分化した場面や機能間に再び関係づけを見出し、それぞれを尊重しつつも全体のまとまりを大切に、統合的に取り組もうとする包括的な治療の段階に入ってきます。この段階について、「それぞれの職員の役割を納得し、それぞれのやり方の間に治療としてのまとまりをつけようとする総合環境療法とでも言いたいような段階」と杉山は述べ、総合環境療法が情緒障害児短期治療施設の実践を表す言葉となりました。

総合環境療法の基盤は、治療的に配慮された日々の生活です。生活支援は治療的観点からそれぞれの子どものニーズに沿った生活日課などを整え、その子どもに合った関わりや支援を行います。総合環境療法は大きく分けると以下の3つの柱から成り立っています。

一つ目は、子どもへの直接的な関わり（生活場面、集団場面、治療場面）です。子どもに対して直接行う治療・支援で、生活を通じた指導、他の子どもとの関わりでの支援や子

ども集団の中で居場所作りの支援、個人心理治療や集団療法などが挙げられます。支援を行う際には、子どもとその支援について話し合い、同意をとって行うことが必要です。

二つ目は教育、学習支援です。施設の子どものために用意された分級などの学校教育の場における支援と、施設内での個別の学習支援が挙げられます。子どもにとって、学力や主体的な学習態度を身につけることは、将来社会に出ていくときに必須のものです。

三つ目は家族や関係機関に対するソーシャルワークです。子どもにとっては、自分に関わる多くの人たちがお互い助け合い、自分のことを大切に思って支援してくれると思えることが何より大切で、そのような大人の中に入っていきたいと思えることで社会参加が進んでいきます。家族や関係機関とのネットワーク作りは、子どもへの直接の支援の舞台を支え、後方支援となるものであるとともに、退所して家庭や地域社会で暮らしていく時の支援体制の土台づくりにもなります。

総合環境療法では、福祉、教育、心理、医療など多職種がお互いの役割を納得し、それぞれのやり方の間に治療としてのまとまりをつけることが要となります。入院治療では、主治医を頂点とするヒエラルキーができていて、医療の論理で成り立っていますので齟齬は起きにくいのですが、情緒障害児短期治療施設では、それぞれの職種が対等に並び立ち、それぞれ領域に培ってきた論理があるために、まとまりを欠く危険性が大きいのです。どのようにしてまとまりをつくるかはそれぞれの施設での組織、会議の持ち方など運営の仕方の工夫によるところが大きいです。心理治療施設ですので、それぞれのケースに関しては担当心理士がまとめ役となることが多いと思います。滝川(1990)は「子どもにとって大切なのは、入園している子どもたちの一人ひとりにおいて、その子の心の成長が今どのステップにあるか(つまりきがあるとすれば、どこでつまづいているか)、どんな生い立ちを持ち、今どんな子であるのか、などを深く知って(知ろうとして)行くことに違いない。そのように、絶えず個々の子どものふくらみのある『全体像』を把握しようとするのが、『機能分化』システムの中で心理療法が本来の全体性・統合性を失わない必要条件だからである。また、治療者のみならず、スタッフ全体の間で子どもの『全体像』が描き合わされ、共有させることが―それは治療にフィードバックされては繰り返し彫琢を深めていくはずだが―結局、施設全体の『機能統合』の導きの糸となるだろうからである。それをふまえ、さまざまな技法の変化も含めて、『今ここで何ができるか、それがクライアントおよびクライアントを含む全体状況の中でどのような意味をもつのか』を、よく『知り』『伝える』ことのできる者が心理療法家の望まれる姿ではなかろうか。」と述べています。

③治療目標

治療目標は子ども、保護者及び児童相談所等の関係者と相談しながら決めていきます。児童自立支援計画票の作成は、治療目標や治療方針を子ども、家族、関係者で確認する機会となります。それぞれの子ども独自の治療目標はありますが、共通の目標は、子どもの心の葛藤や混乱を和らげながら、子どもが社会の中でいきいきと自信をもって自分の生活を送れるようになることです。

治療は、医学的、心理学的、福祉的アセスメントに基づいて、それぞれの子どものニーズに沿って、説明と同意のもとに行われます。子どもの同意に加え、保護者には治療協力者となっていただき、子どもの状態及び能力、治療方針を説明し同意を得て、治療を進めていきます。

入所を決める際に、治療目標を子どもと家族と確認することが必要です。子どもが家族から離れ、自分の治療のために施設に入っているということが前提であり、それがなければ無理やり入れられたと感じてしまうなど、施設での生活を自分のために使うことができなくなってしまう。

心理療法は個人心理治療、集団療法など様々な技法から治療目標に合わせて組み合わせられるほか、心理教育や性教育など特別なプログラムも必要に応じて行われます。

(2) 治療の場と営み

①養育とは

情緒障害児短期治療施設における養育は、治療的な観点から行われますが、養育の基本は児童養護施設での養育などと同じです。養育にはまず「人とのかかわりをもとにした営み」で、「ともに成長しようとする大人」の存在が求められます。

施設には、幼少期に良い人間関係や心地よい経験ができなかった、また継続できなかった子どもが多くいます。家庭から離された子どもは、たとえ自分のために施設を利用すると頭でわかっている、不安や落胆、悲しみ、苦痛、怒りを抱えていることが多くあります。そして見知らぬ人たちとの生活の中で、安心して自分を委ねられる「おとなの存在」を求めています。

養育のはじまりの時期には、大人の手助けを表面的に拒むようなことがあります。手助けを求めたくても、大人から手助けを受けることに恐れを抱いてしまう子どもの心情を理解し、慎重に関係を築いていくことが必要です。

②日常生活

子どもたちが、安心感、安全感を抱けるような生活、雰囲気を作ることが何よりも必要です。子どもが脅かされたと感じないように、睡眠や休息が妨げられないこと、一人

でのんびりできる時間・空間が保証されること、できないことをやらされると感じないような日課の設定などが必要になります。

そして、ほぼ変わらずに流れ、子どもたちが見通しを持って行動ができる日課が、安心感につながります。生活のルールは明確で公平であり、原則として職員によって対応が変わることが無いようにすることが大切です。

どんな子どもでも、生き生きと自信をもって生活を送れるようにすることが、治療的な養育の基本です。そのためには、生活に関して選択できて、自分の思いが生かされるような機会を多く取り入れることが必要です。また、相談できる力を養うことも生きていくために必要です。子どもが、日常生活で迷ったり困ったりした時に相談できる関係を日ごろから築いていくことが大切です。

③建物、設備等

子どもの年齢、ニーズによって整備する必要のある設備も異なってきます。たとえば、高校年齢の子どもが施設にいられるかといった運営方針の違いで、必要な設備は変わります。しかし、基本は生活の場が、子どもにとって安全で安心を感じることができる居場所となるように、建物も工夫することです。いじめや支配被支配関係が起きにくいように目の届かない死角を減らす、必要な時すぐに職員に助けが求められるように、職員のいる場所がどこからも見やすい場所にするなどの工夫も必要です。

そして、居室は安心できる居場所であるように、個人のスペースが明確で侵入されることがないように、和室より個別のベッドを用意する、居室が密室になっていじめなどの温床にならないように、のぞき窓を設けるなどの設備上の工夫もあります。誰からも見られないプライベートな空間の確保のため、個室化が児童養護施設では進んでいますが、情緒障害児短期治療施設においては、治療上のような居室が望ましいか考慮する必要があります。

また、パニックなどで他の子どもたちのいる場面では、落ち着きを取り戻せない状態になることも多くあります。子どもの最善の利益を考え、そのような場合に生活場面から離れて落ち着きを取り戻せるような部屋をほとんどの施設が設置しています。中には複数設置している施設もあります。

職員が働きやすい建物であることも考慮する必要があります。例えば職員が孤立してしまわないように、すぐに応援が呼べるような工夫がないと、職員はすぐに疲弊してしまい良い支援はできなくなってしまいます。また、死角が多い建物では子どもの様子がわからず、職員に緊張を強いてしまいます。

④子ども集団の中での経験

治療というと、まず職員との関わりがまず思い浮かびますが、子ども同士の支え合いや治癒力は大変大きく、情緒障害児短期治療施設の治療では、子ども集団の治癒力を生かすことが不可欠です。子どもの成長には、集団の中に居場所を得て「みんなと一緒に」という感覚を持つ経験や、他の子どもとのかかわりの中で自分をコントロールし、対人関係技能を習得する経験が必要です。一方で子ども集団は、いじめなど人間関係上の問題を起こしやすいため、大人の配慮が必要です。

たとえば、食事場面は、人間関係形成上の大きな要素です。食卓を囲み、一緒に食べることはコミュニケーションの基本であり、社会生活を営む上で必要となります。家庭での食生活が偏っていたり、豊かでなかった子どもたちにとって、食を楽しめるようになることは治療的にも大変重要です。

⑤学校教育、学習

入所している子どもは、家庭で暮らしていた時には学校適応が悪く、学力も低く、学習に向かう姿勢も育っていない場合がほとんどです。新しい課題や出来そうもない課題には向かえず、態度が悪くなったり課題プリントを破ってしまったりする子どももいます。基礎学力の不足など多くの課題を抱えている子どもにとって、主体的に学ぶ姿勢を養い、さらには高校や大学などに進学できる学力を獲得することは、自尊心や自信を回復し自立への歩みを確かにする面でも必要なことです。個々の子どもの学力等に応じた教育的支援が必要で、学校教育においては小集団での学習や、習熟度別学習システムの導入などを目指す必要があります。

そのために、施設の子どものための学校教育の導入が欠かせません。地元学校の特別支援学級の分教室、地元学校の分校、特別支援学校の分校、分教室など形態は様々ですが、個々の子どもに合わせた教育ができる体制を整える必要があります。

また、施設の中でも個別の学習支援のためにボランティアを利用したり、プリントなどの教材を用意するなど、学校教育を補完するような支援が必要です。新しいことやできない課題が出ると激しく拒否する子どもに対する支援方法を模索することが、子どもの治療にも結びつきます。

⑥退所を視野に入れた支援

退所後の進路決定に際しては、子どもの力や希望、置かれた状況を考慮して最善の選択ができるよう支援します。退所後の生活がうまくいくように、施設にいる間から退所後に暮らす環境を調整していくことが必要です。また、家庭に戻れず自活を目指す子どももいます。独力で食事を用意するなど、自活体験が行えるプログラムやアパートの1Kの部屋を模した自活訓練室などの設備もあると便利です。(p112 施設建物の平面図

さざなみ学園の自立促進ホームユニットを参照) また、社会生活におけるマナーや食事場面での適切な振る舞いが、身につけられるような工夫も必要です。高年齢の子どもたちについては、アルバイトなどを通して、自活の自信や社会的な経験を積んでおくことも重要なことです。

そして、一番大切なことは退所後に気軽に相談できる関係を作ることです。特に自活をする子どもは、多くの戸惑いや失敗も体験します。そのような場合に気軽に相談できるように、人間は失敗するもので困った時は相談して解決していけばよいこと、周りの人に頼ることで、より成長することなどが実感できるように支援していくことが大切です。そのためには、施設の生活が失敗から学び、お互いに支え合う雰囲気であること、職員同士がお互いを尊重し協働している姿を見せることが必要です。

(3) 治療・支援を担う人

① ケアワーカーに求められること

子どもに直接かかわるケアワーカーに基本的に求められることは、他の児童福祉施設のケアワーカーと変わりません。

まず基本的なものとして、自分自身の基準で子どもを評価的にとらえるのではなく、子どもの姿を尊重し、受け止めようとする姿勢が求められます。そのために、まずその子どもの今の現実を事実として、見つめ、考え、思いやることから始めます。欠点ばかりに目を向けず、子どもの潜在的な可能性に気付こうとするまなざしが、子どもの自尊心の回復につながります。

子どもが未来に向かって歩んでゆくためには、自分が歩んできた過去があって今があるという感覚が必要です。施設に入っている子どもにとっては、子ども自身の成育の過程、家庭の状況、施設で生活することとなった理由について、事実を受け入れ受けとめることが必要です。職員は、子どもがこれまで生き抜いてきて、ここにいることの重みに思いを馳せ、入所に至る事実を伝え、話し合う覚悟が必要です。職員が他人の人生に触れる怖さを抱くこともあります。その覚悟がなければ、子どもとしっかりと関わることはできません。

施設の職員には、子どもと一緒に行動してくれる人、生活に根ざした知恵や感性をもち、ユーモアのセンスのある人、善悪の判断をきっぱりと示し、いざという時に頼りになる存在であることが望まれます。情緒障害児短期治療施設のケアワーカーは、このような基本に加え、治療的な視点からケアワークを展開することが望まれます。医師、心理士と連携して、医学的、心理学的な観点から生活を見直し、様々な施設での経験が治療的に働くように配慮する必要があります。そのために、それぞれの子どものニーズ、治療目標に沿ってその子どもの生活を考え、支援を進めていくことが求められます。

子どもが生きている幸せを感じられるような、さりげない配慮がこもった日常生活を営むために創意工夫が必要ですが、そのためには職員間の協力、スーパービジョン、マネジメントが必要となります。ケアワークの専門性は、子どもたちとの日常生活の中で子どもを理解し、より適切なかかわりを獲得し、たえずそれを見直すことで保証されます。他の職員をモデルにしたり、疑問を話し合ったりしながら研鑽を重ね、自らの経験や行き詰まりに対しての理解や納得を得るように努めるなど、養育の実践と研究の並列的な推進が必要です。施設はこのような専門性の向上を支援するような職員間の雰囲気作り、研修に出られるような勤務や金銭的な補助など、環境を整えることが必要です。

②心理士に求められるもの

情緒障害児短期治療施設の心理士に求められるものは、「3(1)②総合環境療法」で滝川(1990)を引用して述べたように、総合的な治療・支援の中心的な役割を担うことです。そのために、子どもや家族への個別心理療法、集団心理療法だけでなく以下のような役割が求められます。

- (a) 医師と協働して、発達の、精神病理学的、心理学的観点から子どものアセスメントを行い、生活の場の様子、家族や施設の職員、子どもたちとの関係を考慮して、治療方針を考えること（ケースフォーミュレーション）、
- (b) 家族、ケアワーカー、医師、児童相談所の児童福祉司や学校の教員など、子どもの関係者に治療方針を伝え、子どもへのそれぞれの支援が齟齬なく協働できるように、調整すること（ケースコーディネート）、
- (c) このような総合的な治療を進め管理していくこと（ケースマネジメント）、
- (d) そして、子どもとどうかかわるかなどについて、ケアワーカーや学校の教員の相談にのること（コンサルテーション）

この四つの仕事を一人の心理士が十分にできることが理想ですが、経験の浅い心理士がすぐにできることではありません。情緒障害児短期治療施設には多くの心理士がいますので、お互いに協力して、施設として十分に機能することが望まれます。他の職種もそうですが心理士も施設が育てていくものです。心理士の専門性の向上のための支援も、施設が整備するべきものです。

全ての心理士に求められる基本的なことは、子どもや家族がどのように周りの世界を見て感じているか、そのような状況でどう振舞おうとするかを、常に理解しようとする真摯な態度を保つことです。そして、考えたことを相手に理解できるように伝えることが求められます。また、その子どもや家族が様々な困難や苦境の中で、今まで生きてきたことに対する畏敬の念を持って、かかわることも求められます。その上で治療方針を立て、治療を進めるために、スーパービジョンを受け、研修、研究を積み重ねて、自分の実践を振り返り、専門性を高めることが不可欠です。

③看護師

精神科医が常駐していない場合、看護師の役割は一層大きくなります。毎日の申し送りなどを通して子どもたちの心身の状態を把握し、外部医療機関への受診の必要性などを判断します。外部受診に付き添った場合は、医師の診断や指示された内容をわかりやすく、具体的に施設職員に説明します。それを受けて生活場面で対応がとられ、保護者に連絡することになります。

子どもたちも常駐している医療の専門家に体の不調や不安などを話しやすく、簡単なカウンセリングを行うこともあります。具体的に心身を大事にする話の中で、日常生活の中での性教育も行いやすくなります。

生活職員が子どもの生活の安全を考えて行う感染症対策など、いろいろな取り組みに対してその施設の状況に合った助言を求められることもあります。

④栄養士

子どもたちにとって食事は、心身共に健やかな成長を支えるために欠かすことのできないものです。しかし、様々な養育環境の中におかれた子どもたちは、望ましい食習慣が形成されていないことが多く見られます。

このような状況から、情緒障害児短期治療施設における栄養管理は、子どもの健やかな発育・発達を目指した食事を提供することを軸として、望ましい食習慣を形成すると共に、食べることへの意欲や関心を高め、退所後の食生活（食の自立）につなげていけるよう、食事の提供と食育を一体として取り組んでいくことが求められます。

⑤職員のチームワーク、施設の治療的風土作り

総合環境療法は、多職種専門家による協働作業で、それぞれの専門性を生かせるようなシステム作りが必要です。一人の職員のみで子どもを治療することはできません。特定の職員による子どもの抱え込みや職員の孤立化は、バーンアウトを生みやすく、職員の退職につながってしまいます。自分を大切に思ってくれた職員が退職することは、子どもにとって傷になります。そのようなことを避けるためにも、相互補完的なチームワークが必要です。

子どもを支援する職員集団の雰囲気、文化といったものが、施設の風土を作ります。子どもは個々の職員との関係の中で育つというよりは、施設の風土の中で育っていきます。施設の風土が、治療・支援的であるためには、お互いに一人一人を大切にすること、困った時は人に頼ることが大切なこと、失敗しても相談してやり直せばよいことなどを職員集団が示すことが必要です。職員集団はお互いに尊重し支えあい、子どもが自然と大人の輪の中に入ってみたいくなるような雰囲気を作り、子どもが人にかかわることを促

することが大切です。そのような職員の様子をみて、子どもは職員をモデルにし、人と協調することを身につけていきます。

(4) 家族と退所児童への支援

①家族への支援

保護者への支援も子どもの治療には不可欠です。経済的な問題や地域からの孤立、仕事上の困難という生活上の困難を抱えている家族が多く、精神障害や知的障害など生きにくさを抱えている養育者も多くいます。そのような家族に対して、児童相談所や関係諸機関等と連携しながら、福祉的、心理的支援を行っていきます。家族は社会的に孤立していることが多いので、親とのつながりを断たないように支援を進めます。多くの家族は周りから責められていると感じています。指導など上下関係が意識させられる関係ではなく、協力して子育てをしていくという横並びの関係を作っていくことが、特に大切です。施設に来園してもらい面談することが望ましいですが、経済的な理由や時間的な問題で来談が難しい場合も多いので、電話での話し合いや家庭訪問などで関係を作っていきます。そのような関係が築けて初めて、孤立してきた親も支援を求められるようになります。

子どもが親を心の中でどう受けとめているかによって、その子どものありようが大きく変わってきます。子どもにとっては、親が施設に頼りながらも自分のことを大切に考えてくれることは、大変嬉しいものです。子どもから親がどのように見えるかを、想像しながら親子関係を理解し支援していくことは、子どものケアに不可欠です。

社会的養護は、従来の家庭の代替だけでなく、家族機能の支援・補完・回復のための家庭支援を行うことも目指しています。施設と親とが子どもの養育を協働し、親子の関係が回復することを目標に支援していきます。また、家族が孤立せずコミュニティの一員として、生活できるような支援も行います。そのような親と施設の協働の姿が、子どもたちの周りの大人たちへの安心感を取り戻し、社会参加を促します。

②退所児童への支援

入所による治療を終えた後、通所機能や、外来機能を使って治療を続けることが必要です。また、治療が終わった後も、アフターケアを行っていく必要があります。支援を求めない子どもに支援を行うことは基本的にはできませんが、退所後に困ったり戸惑ったりすることは必ずあるはずで、その時に頼りにしてもらえる施設になることが大切です。退所した子どもたちが、相談に来やすいような関係を施設にいる間に作っておくことが大切です。また、いつ来ても自分のことを知っている職員がいることで、子どもたちは里帰りのように施設に顔を出すようになります。そのためには、職員が長く勤められるような職場環境づくりも欠かせません。

退所した子どもだけでなく、家族への支援も続け、必要に応じ学校、児童相談所など地域の関係機関との連携を行います。

(5) 地域支援・地域連携

児童養護施設や里親等社会的養護のもとで育つ子どもの中には、心理的困難や苦しみを抱えている子どもが多数います。一つの施設、里親で子どもを育て上げていくのではなく、子どもの状態に合わせて、一時期情緒障害児短期治療施設や児童自立支援施設等の支援施設を利用し、再び元の施設や里親に戻るようなことが必要な子どもたちが増えています。施設、児童相談所のネットワークをもとに、様々な支援機関を利用しながら、地域で子どもの育ちを保證することが必要になっています。

情緒障害児短期治療施設は地域の中の心理支援の専門機関として、子どもの心理支援の中核的な役割を担うことが望まれています。複数の施設、児童相談所が一緒に一人の子どものことを考えるカンファレンスなど連携の機会を設け、その中で心理支援の面で中心的な役割を担うなど、施設ネットワークづくりの中で重要な役割を担っていくことが望まれます。

児童養護施設の子どもたちの通所利用が可能になったことにより、児童養護施設に暮らしている様々な心の問題を抱える子どもたちの支援ができるようになりました。また、情緒障害児短期治療施設から児童養護施設などへの措置変更後のフォローアップの治療を続けることも可能になるなど、他の施設とのつながりも強くなっています。通所や外来相談の充実をはかり、多くの子どもを支援していくことが望まれます。

また、児童相談所のアセスメントや支援機能を補完するなど、情緒障害児短期治療施設が培ってきたアセスメント機能、蓄積された治療・支援の知見などを地域に還元し、情緒障害児短期治療施設が、より地域の中で頼りにされる施設となっていくことが望まれます。様々な施設、機関へのコンサルテーション、実習の受け入れや研修会の講師派遣などを積極的に行っていくことが必要です。

今後は、外来機能などを充実させ、地域の子どもや家族、関係機関の相談に応じることも望まれます。子どもの精神科の診療所を併設したり、交通の不便なところにある施設では、通いやすい所にサテライトの外来相談室を開設したりするなど、できる範囲で充実をはかることが望まれます。

4. 情緒障害児短期治療施設の将来像

(1) 設置推進と専門的機能の充実

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の将来像は、2011年7月の社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会によるとりまとめ「社会的養護の課題と将来像」で

示されています。その中では、各都道府県に最低1カ所、人口の多い地域では複数の施設の設置を推進すると書かれています。しかし、児童養護施設や里親のもとで暮らす心の支援が必要な子どもたちの数の多さを考えれば、掲げられた57カ所という目標を超える施設が必要です。

情緒障害児短期治療施設はこれまで、不登校、家庭内暴力、被虐待児の心理的不調、発達障害を背景にした問題と、時代の中で注目される子どもの心の問題の治療に先駆的に取り組んできました。これからも新たな問題に対応し、治療法を開拓できる体制の充実をはかる必要があります。

施設数がまだ少なく、支援の必要な子どもへの直接の支援が難しい現状で、近隣の施設職員からの相談を受けたりすることなどを通して、間接的な支援を行っていく必要があります。そのために、情緒障害児短期治療施設は、都道府県、政令市単位の広域の中核施設として、心理支援のネットワークの中心的な役割を目指して行くことが必要です。社会的養護の分野における心理支援のセンターとして、特別支援学校や子どもの心の診療拠点病院など他領域のセンターとのネットワークを作り、支援の幅を広げるとともに、研究や研修などを行うことも目指します。

情緒障害児短期治療施設は、現在、主に学童期以上の子どもを対象としていますが、子どもの問題が低年齢化しており、低年齢のうちから手厚い治療を行うことが望まれるようになってきました。乳児院で大変育てにくく、児童養護施設の生活では適応が難しい子どもなど、就学前の子どもの支援のニーズも増していますが、学童期の子どもを想定した施設設備では就学前の子どもの生活を支援するには適さない面が多く、設備を含めて今後検討していく必要があります。

(2) 短期入所、通所機能の活用、外来機能の充実

情緒障害児短期治療施設が関係機関への支援として、今後模索していくべき点を挙げてみます。情緒障害児短期治療施設の生活を通じたアセスメントや、生活を基盤とした心理治療の知見の蓄積を生かして、アセスメントやレスパイトの目的での短期利用が考えられます。児童養護施設や里親で一時的に不安定となり不適応を起こしている子どもを、短期間一時的にケアし、落ち着きがみられるようになってから元の施設等に戻すといったことが考えられます。しかし実際は、入所治療を受けるために入所してきている子どもたちと、短期的に入所して元の居場所に戻っていく子どもたちでは、施設の生活に対する思いが異なるので同じ生活空間で暮らすことに難しさがあり、短期入所用の設備など考慮していく必要があります。

通所の子どもは、施設内の分級など学校教育を利用することも可能です。入所前や退所後の子どもへの支援だけでなく、地域の心理的問題の大きい子どもへの支援機能としても利用できます。また、児童養護施設や里親等で心理的問題を起こしている子どもの

一時的な支援の場としても活用できます。学校教育を利用するには、所管の教育委員会との協議が必要になります。通所事業を始める時に、そのような協議を進めておく必要があります。

入所前や退所後の支援、家族への支援、また、地域の子育て支援のためにも、児童精神科の診療所を併設し、外来機能を充実させることが望まれます。社会的養護の施設の生活に詳しい医師がいることで、児童養護施設や里親の下で暮らす子どもにも適切な診療ができます。

第2部 治療の場の営み

I 施設利用について

子どもが施設で今後の生活や治療・支援を順調に進めるには、施設利用（入所・通所）までのかかわりや当日の入所・通所のさせ方、治療や支援に対する子どもと保護者の理解の程度などを含め、施設利用の前に十分に検討しておくことが重要です。そのために、児童相談所をはじめ関係諸機関と施設が共同でアセスメントを行い、そのアセスメントを共有した上で、子どもや家族の治療目標を設定することから始まります。そして、施設利用をする子どもや保護者には十分な説明を行い、特に子どもには意欲的な施設利用になる様に、十分な動機付けを行うことが極めて重要です。

このような施設利用をするまでの取り組みと当日の取り組みが、施設を利用する子どもの入所後の施設生活や治療・支援の効果を左右すると言っても過言ではありません。

まずは、ある施設の入所までの手順から順次説明を加えていきます。これから挙げるような手順が何を目的として行われているのかを考え、それぞれの施設の実情に合わせた手順を決めることが大切です。

1. 児童相談所から施設への打診

児童相談所における相談ならびに一時保護等での関わりから、当該の子どもに対してこれまでの生活環境から施設に場所、場面を変化させ、生活をベースにした総合環境療法による治療が必要と判断された場合、児童相談所から施設へ入所ならびに通所措置に関する打診が入ります。こうした場合、各情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）では子どもの入所・通所に関して調整を行う職員（管理職や主任クラスの者）がまず、その対応に当たります。

① ケースの概略を聴取 《電話等による》（資料 児童記録票の例 p29）

各施設の現状（措置児童の空き状況や施設の環境、子ども集団の落ち着き状況等）を考慮し、受け入れが可能な状態かどうかの査定をします。その上で、受け入れ窓口の職員は児童相談所職員等から入所予定児童の概略を聴取し、ケースを共有します。実際に入所調整の心理士と医師が担当児童福祉司等と1時間程度のカンファレンスを行い、入所を考える施設もあります。

2. 見学の日程調整

ケースを共有した上で、子ども、保護者、関係者に対して、施設の役割や生活環境、心理治療、学校教育等を中心に総合的に理解してもらうため、施設の見学を実施します。

情緒障害児短期治療施設では子どもや保護者に対して、入所ならびに通所における治療・支援についての動機付け、インフォームドコンセントのために見学を必ず実施します。また見学を通じ、子どもや保護者の交流の様子やその時の状態等を観察することにより、子どもおよび保護者、家族に対しての最初のアセスメントに努めています。

3. 学校とのケースの共有

情緒障害児短期治療施設の場合、入所及び通所のほとんどの子どもが学齢期であるため、教育並びに学習の保障も重要です。情緒障害児短期治療施設の教育配置については、各都道府県・市・町の教育委員会等との協議の中で附置され、現在のところ各市教育委員会による、分校、分教室や県立特別支援学校での学校教育が導入されています。特に子どもが入所した場合、こうした各施設が連携している各学校に入学や転校することになります。入所の打診があった場合、入所の窓口担当は、児童相談所から得た子どものケース概要を連携している各学校の入学・転校にかかわる教育相談の職員と共有します。

※ 特に通所措置についての教科学習は、各施設で施設職員による教育活動を実施している施設が多く、ごく一部が教育委員会の協力の下、入所児童と同じ教育環境で教科学習を受けています。

現病歴

児童記録票 番号		受付		籍由、紹介	
初回・再来		号		平成 年 月 日	
性別	主訴				
氏名					
生年月日	昭・平	年	月	日生(才)	
住所					
TEL	-	-	-	-	
氏名	(才) 診断				
続柄	職業				
連絡					
TEL	-	-	-	-	
立	学校		年 組		
担任					
住所					
TEL	-	-	-	-	
統計	ABCD-123456789				
家族等					
経	入・通・外	平		担当	転帰
通	入・通・外	平		担当	転帰
通	入・通・外	平		担当	転帰

また、入学・転校までの手続きとして、各市町教委による適性就学が行われます。そのための資料を児童相談所から聞き取ったケースに基づき学校、施設の双方が作成します。

適性就学にかかわる必要な資料は以下のものです。

- ・社会診断所見（児童相談所）
- ・心理診断所見（児童相談所）
- ・医学診断所見（児童相談所）
- ・学校見学等による所見
- ・施設見学（体験入園）等による所見

（教育委員会サイドでは、原籍校や教育委員会から子どもの状況や所見を転入先の教育委員会に伝達します）

学校とのケースの共有に関しては、それぞれの施設と教育委員会の話し合いによって、手順を決めていきます。中には、施設からの情報提供書で転校が決まるところもあります。

4. ケースの聴取（病院や他施設、他専門機関などから）

情緒障害児短期治療施設に入所する子どもの場合、多くの子どもが病院での診察や入院歴があります。また、発達支援センターや相談機関などに、継続的に通所を行っていたケースがあります。その他、里親家庭や児童養護施設をはじめとする他の児童福祉施設から措置変更されてくる子どももいます。こうした場合、児童相談所を通じて保護者の理解・了解を得たうえで、そうした他機関との相互連携を行うことも重要です。

そうした他機関での治療・支援・養育等の状況を把握することで、子どもや家族のアセスメントに役立てます。

5. 見学及びインテーク面接

特に情緒障害児短期治療施設では、子どもの権利条約にのっとり、入所や通所に関しても子ども自身に考える時間が持てるように配慮し、基本的（28条措置以外）には子どもや保護者の理解の上での入所に努めます。こうした中で、以下の取り組みを行います。

(1) 施設及び学校の見学（インフォームドコンセント及びアセスメント）

上記に示すように、情緒障害児短期治療施設への入所・通所に関しては、入所児童や保護者、児童相談所等の関係者に対して、何のための入所・通所なのか、どうなれば退所となるのか、退所の目途などについて相互に理解したうえでの施設利用となることが望まれます。そうしたことから、施設での生活や治療内容、様々な取り組みの内容など

を説明することに加えて、実際に施設環境を見学してもらい、入所に結び付けられる様にしています。

また同様に、教育環境について学校も見学をしてもらっています。

(2) 保護者、家族から子どもの概要を聴取（児童記録票に必要事項の記入）

このような施設や学校について知ってもらうための取り組みとして、子どもや保護者の状況を理解するための場面設定を行うことが望まれます。そのため、子どもや保護者の話せる限りで、ケースの掌握にあたることにしています。

聞き取った内容については児童記録票に記入します。（資料 児童記録票）

こうしたことを通して子どもや保護者に対して、施設利用の動機付けを行います。

6. 体験入所と学校での学習体験

体験入所を実際に行っている施設は多くありません。体験入所の代わりに、何回か施設に来てもらったり、職員が一時保護所に何度も通って子どもと面談を重ねたりして、子どもと家族が施設の様子を知る機会を増やすと共に、入所するかを迷う時間と、入所の決意を固める時間を作っています。

さざなみ学園で実施している体験入所は、以下のようなプログラムで行います。

- ・生活体験（1泊・2泊・3泊・1週間など）
プログラムの確認（日課・ルールなどの説明）と実施
- ・学校体験（半日・2日・3日・1週間など）
- ・ケースの聴取
- ・振り返りの会

7. 施設、学校入所会議

①関係職員によるケースの共有

入所までの取り組みから、入所の窓口担当は様々な情報を得ます。子どもや保護者に関する情報を集約し、まずは入所にかかわる職員（管理職や主任クラス）がケースを共有します。また、施設職員全体が参加する会議等を通じてケースの共有や、治療目標、支援目標の確認ができる場面を設定します。

②子ども担当（ケアワーカー、心理士）と保護者担当の決定

管理職、主任等が入所に関わる会議を設定し、担当職員や保護者担当について選考します。また、特に入所に関しては入所後に利用してもらう居室等について相談を行います。

8. 児童相談所、関係機関等を含めた施設利用についてのカンファレンスと手続き

特に児童相談所に対しては、子どもの入所後の生活に先駆けて、必要書類の確認、また入所当初の家族等との関わりを明確にしておく必要があるため、以下の手続きを行います。

- ・必要書類の確認
(フェイスシート、社会診断、心理診断、医学診断、一時保護所見など)
- ・病院、発達支援センターなどからの関係書類の確認
- ・治療・支援目的の共有と今後の連携についての確認

(1) 入所の日程調整

児童相談所を通じて、子ども、保護者と入所日の調整し、入所日程を決定します。

(2) 保護者との面会ならびに通信

入所当初の面会、通信、短期帰省などの仕方については、児童相談所や関係機関等との協議の中で確認をし、枠組みを設定します。その後は、入所後の子どもの状態に応じて上記関係機関の協議の上、変更していくことを伝えます。

新設施設の場合、職員の不慣れな状態や環境要因から子ども達が不安定になった時に、その状態が早期にうまく治められず、入所児童全体の生活の安心・安定が大きく脅かされることがしばしば報告されています。子どもの生活の安心・安全のための配慮として、児童相談所に対して入所児童を徐々に増やしていくことを了解いただくように要望しておくことが重要です。

また、施設の管理者は、児童相談所を出来るだけ訪問し、児童相談所管理者等に対し、施設の実情を逐一報告し協力を要請しておくことが賢明です。

《入所前、入所時の情報共有》

- ・子どもの状況
- ・虐待の有無
- ・当該家庭の経済状況、保護者の就労の状態
- ・子ども、保護者の病歴、通院や入院歴、服薬、アレルギー等の有無と内容
- ・虐待有りの場合、虐待を行う保護者の性格
- ・児童相談所に対して示した子ども・保護者の態度
- ・保護者、家族等についての対応上の留意点
- ・虐待を行う保護者以外の家族メンバーの性格と子どもとの関係
- ・虐待が継続されたメカニズム
- ・子どもの通学状況と保護者等の学校との関係
- ・子どもや家族の特徴を端的に著しているエピソード等
- ・家庭復帰の見通しと子どもへの説明の内容
- ・施設と児童相談所との役割の分担

Ⅱ 生活について

1. 生活全体に関する留意事項

(1) 日課を組み立てていく上での必要な視点

第1部3「治療・支援のあり方の基本」の中で触れたように、心理的困難を抱え生きづらさを感じている子どもの治療・支援には、安全や安心を感じられるよう子どもに合わせた日課と個別の支援が必要です。日課は、子どもと職員が共に歩いていくための道標であり、施設の治療・支援の成否は、日課の考え方や組み立て方にかかっているといっても過言ではありません。

施設を利用する子どもたちは、自分を取り巻く周囲への脅えや恐怖心から敵意をむき出しにし、心や行動にブレーキをかけることができなかつたり、本来保護者から与えられるべきものを与えられず社会化が進んでいなかつたり、また、周囲に適応しようと試みるのをあきらめているために食事などが進まなかつたりするなど、混沌とした状態にある子どもたちです。

そのような子ども自身や集団の混沌とした状態を、望ましい状態に保っていくために、何らかのわかりやすい順序や決まり（秩序）をもたらすものが日課だと考えられます。日課を子どもたちが施設の生活からはみ出さないようにするための枠づけとして組み立ててしまうと、職員は監視・指導的な関わりに偏ってしまい、日課そのものを治療・支援的に扱えなくなってしまう。

混沌状態にある子どもたちにとって、秩序ある生活をもたらしてくれる大人（職員）と生活を共にしながら、強制ではない大人のふるまいを外面的に見習い、次第に「こんな方法で生活する方が楽だな」と内面的に見習うことができるような考え方に基づいた日課を組み立てていくことが必要です。

ここでは、秩序ある日課に必要と思われる視点をいくつか紹介します。後述では、日課を通じた共同生活の実際を、他の施設の取組や留意点等を織り交ぜながら紹介します。

①安全・安心の保障

日課の大きな軸になります。生きるために基本的な「起きる」「食べる」「眠る」「排泄する」を示しています。これを軸として日課が流れることにより、生活に統一性が生まれます。この流れが疎かになり、まとまりを欠いたものに寸断されてしまうと、子どもは自分の生活を意のままに動かしているという実感が持てなくなってしまう。

②連続性と予測性

連続性とは、「起きる・食べる・眠る」といった生きるための基本的で当たり前の日課が、変わらずに毎日淡々と繰り返され、積み重なっていくことです。予測性とは、連続性とも重なりますが、毎日決まった時間に起床し、決まった時間に食事が提供され、予定された治療プログラムがあり、決まった時間に消灯、就寝するという一方で、突然に日課が大きく変更になることがないことを言います。その日の日課が諸事情により変更せざるを得ない時は、前後の日課がなるべく保障されるような職員側の慎重な配慮が必要になります。また、子どもにも前もって知らせることが連続性を保つためには必要です。

③活動と休息（動と静）

一日の日課の流れの中に活動（動）と休息（静）のメリハリを持たせることが必要です。特にセルフコントロールが苦手な子どもは、過活動になりやすく、職員の声かけだけではうまく休息の方向に持っていくことができません。声かけだけではなく、日課の流れに活動と休息のメリハリを取り入れていくことが必要です。例えば、起床の後に、洗面、布団をたたむ、部屋のゴミを捨てるという日課を通して、登校に向けての活動性を高めていくような工夫や、反対に、活動的なプログラムの後に学習時間を設けるなどして活動性を下げていくような工夫です。一日の日課の流れの中でどのようなメリハリをつけていくのかは次の図を参照してください。

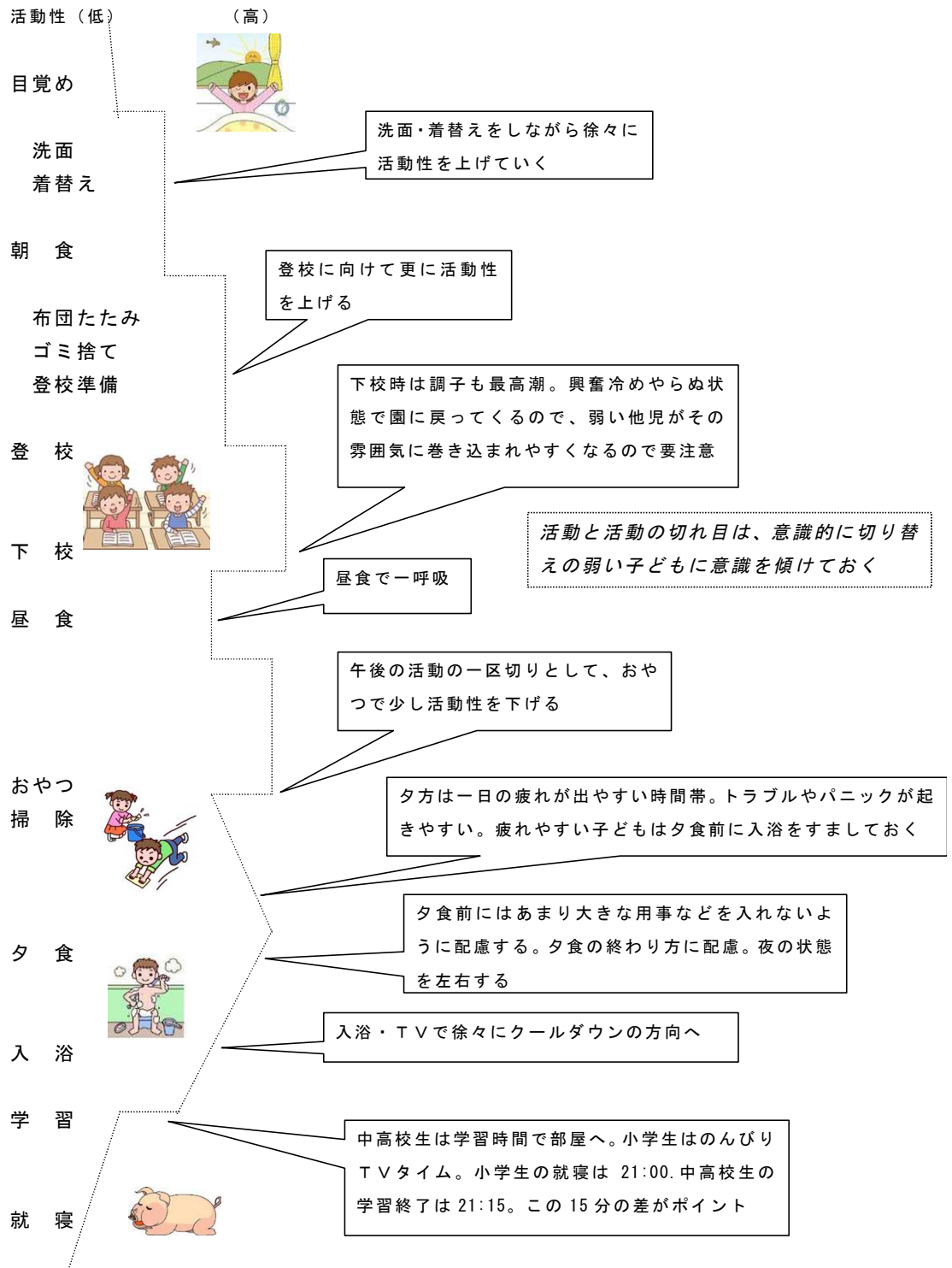
子どもたちの中には、活動から活動の合間の休息時間に、暇を持て余すかのように落ち着きをなくしたり、他の子どもとのトラブルを起こしたりなど、休息時間をうまく過ごすことが苦手な子どもがいます。そのような事態を未然に防ぐため、合間の休息を入れずに次の活動に移る方法も考えられますが、休息が苦手な子どもは、その間の過ごし方を自分で決めなければならないという難しさや、次の活動という新しい困難にぶつからなければならないための不安や緊張を抱いているかもしれません。むしろ、職員がその休息の時間の過ごし方をサポートし、休息できるような支援が必要となる場合もあります。

④集団と個別のギャップ

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は、子ども集団全体がスムーズに日課を過ごせる支援と、子どものペースに合わせた個別支援を並行して行わなければなりません。集団に対する一律的な支援の中で個別支援を行うことで必ず平等・不平等という課題が生じてきます。

そのことに職員や子どもが翻弄されないためには、事情があつて日課にうまく乗れない子どもに対して、その子どものペースに応じた日課が保障されるという施設全体の文化を職員全員で創っていくことが必要です。

図 一日全体の生活リズムを支援的に考える



(2) 生活のルールを決めていく上での必要な視点

生活のルールを決めていく上で必要な視点はⅡ1 (1) で述べた視点と重なる部分が多くあります。ルールは、子ども・子ども集団・職員が施設の日課に乗ってスムーズに生活できるための手順を示したものであり、言い換えれば、日課を進めるための「取扱い説明書」のようなものです。複雑になりすぎず、子ども、職員共にわかりやすいものとなるような配慮が必要になります。以下、ルールを決めていく際の留意点をあげていきます。

①職員の誰もが子どもにルールの理由を説明できること

施設の開設の際には、あらかじめ職員間で話し合い、ルールを決めておくことが不可欠です。他の施設のルール等を参考にしながらの作業になるかとは思いますが、先に職員全員で自分の施設の運営理念や方針を再度確認し、施設として、職員として、ルールを作る上で何を大切にしていくのかを話し合うことが必要です。一つ一つの日課それぞれに、ルールが枝葉のように付くような形になりますが、子どもにルールの事で質問された時にどう説明していくのかを念頭に置きながら、職員間で統一した見解を共有していくことが大切になります。

例えば、ハサミやカッターなどの貸し出しの際、自傷を防ぐ意味で治療的な制限を加えざるを得ない状況が生じた時、どの職員も同じように子どもに対して説明できる一貫した対応が必要になるということです。

②子どもの主体性を育むために (リスクとのバランス)

ルールは、施設や子ども集団の安心や安全に対する危機的な状況を招かないためのリスクマネジメントの視点と、子どもたちが施設のルールをある程度肯定的に受け止め、主体的に生活していける視点、この両面のバランスを取っていくことが課題になります。リスクマネジメントの視点が強くなれば、子どもたちはルールを大人から一方的に押し付けられたものとして受け止め、施設の生活にあきらめや反発を生じる結果につながります。逆に、主体性を重視するあまり子どもの意見を聞き入れすぎると、集団の秩序が保てなくなり、施設全体の安心や安全が脅かされることになります。ルールを設定する限り、その狭間で子どもたちや、職員も揺れ動く部分(「許すべきか、許さないか」等)が出たり、時間の経過と共にルールが形骸化してくることがあります。その都度、職員間で話し合いながら、修正を加えたり、生活しやすい環境を守るために職員としてこれだけは譲れないというところは、毅然とした対応を職員全員で示していくことが大切です。また、子ども会などの自治組織を利用し、子どもたちに話題を投げかけ、子どもと職員が一緒になりルールを修正したり、新しいルールを作っていくことも、子

どもたちの主体性や集団の活性化を図る上で大切な取組です。

③ルールを守れない子どもにどう対応していくか

子どもたちの中には、施設のルールを守れずに、はみ出してしまう傾向にある子どももいます。そのような子どもへの対応について、職員は、他の子どもたちから不満を聞いたり、子ども集団の秩序を失う可能性等も考え、対応に迷いを生じてしまうことが多々あります。はみ出してしまう行為だけに目を奪われすぎてしまうと、それを押さえようとするルールが次々と出来てしまい、子どもも職員も迷走状態に陥ってしまうこととなります。そのような時は、ルールからはみ出してしまう行動だけに着目せず、子どもの行動上の問題についてアセスメントしていくことが大切です。アセスメントに基づいた対応を職員が一体となり取り組む姿勢は、一見遠回りのように感じられますが、他の子どもたちにとって職員に対する安心感や、施設で生活することの安全感を育む土壌を作る機会になります。

2. 生活日課の実際

ここでは、日課を通した共同生活の実際を、他の施設の取組や留意点を織り交ぜながら紹介していきます。

(1) 起床時について

朝をすっきり迎えることは、入所している子どもたちにとって苦手なことのひとつです。職員が声をかけてもなかなか布団から抜け出すことができない様子を見てみると、生活リズムが獲得できていないという理由だけでなく、今日一日を受け入れる心と体の準備が整っていないのだろうということも感じられます。前日のつらい出来事を引きずっていることもあるかもしれません。今日一日に起きそうな様々な事柄を想像し、それに対処していこうとする準備は、私たちの想像以上に子どもの心の中に不安や緊張をもたらすものです。このようなことに留意しながら起床時の対応をしていくことは大切です。カーテンを開け、朝の光を部屋に取り入れ、外の景色の様子などを言葉にする、最初はやんわりと声をかける程度から。朝食までの時間も、ゆったりとした時間が流れるような工夫が必要です。目覚めから朝食までの時間は30分くらいが間延びせず適当です。また、起床時の子どもの様子は、前日の就寝時の職員の対応と関連するものであるということも留意しておく必要があります。

(2) 食事について

皆と食事をとることは、子どもたちにどのように受け止められているのでしょうか？

職員や同じ食卓に座る子どもたちと、一日の出来事等おしゃべりしながら楽しく味わうことは、栄養摂取以外にも様々な効果をもたらします。食卓での子どものふるまいは、家族との食事の様子がかなり反映されたものと考えられます。皆と食卓を囲んで楽しく味わうには、同じ食卓に座るメンバーとの関係性（日常の関係性や、その日に起きた出来事からくる関係性の変化など）や、職員や他の子どもの視線、食卓で繰り広げられる会話の内容やその雰囲気、食堂全体の雰囲気と折り合いをつけながら、決められた時間内に食事を終えるという力が求められます。その力が備わっていない子どもの食卓を囲んでの食事は、緊張や不安が強くなり、ゆっくりと味わうことができません。そのような視点を持ちながら食事の様子を見ていくと、個々の子どもの様子や、子ども集団の様子が理解できることがあります。

例えば、食卓内での子ども同士のトラブルや不穏な空気は、その場だけの関係性から起こる出来事ではなく、その日の学校場面や午後の活動の際に生じたトラブルや最近の関係のあり様が、関係性の凝縮された食卓場面に現れたものかもしれません。そのような理解があれば、トラブルの仲裁をしていく際に広い視野で子どもの訴えを聞く事が可能になります。

また、食堂全体がどことなく騒がしく、落ち着きがない状態の時などは、一緒に食べている職員が、子どもたち全体に、連絡事項や、興味を引くような話題を投げかけ、子どもたちの注意を職員に集中させるような工夫が求められることもあります。

(3) 登下校について

学校への登校については、服装の不備や忘れ物がないよう、そして一日の活動の始まりが子どもたちにとってスムーズなものとなるような配慮が必要です。朝食を済ませ登校までの時間帯は、子どもたちの苦手な合間の時間でもあり、また、登校に向けて子どもたちの活動性が高まる時間帯でもあります。そのため、このような時間帯にトラブル等が起こりやすいということを心がけておく必要があります。登校までの合間の時間帯に、部屋の布団たたみや、ゴミ捨て、洗濯などの日課を取り入れていくことで、不要なトラブルを避けるような工夫をしている施設もあります。一方、下校時間は、授業を受け活動性が高まっている子どもたちが、施設内にそのままの雰囲気で帰ってきます。施設内にいる子どもたち（特にコントロールが苦手な子ども）は、下校してくる子どもたちの雰囲気に吞まれやすくなるため注意が必要です。下校し施設に戻ってきた段階で、活動性を下げていくような工夫が必要になります。昼食で一旦学校から施設に食事に戻ってくる場合は、食事そのものが活動性を下げる役目を果たすこととなります。また、下校時に「おやつ」の時間を設けることも効果のあるやり方です。そのような工夫が功を奏するためには、職員の日頃からの声かけが大切です。

(4) 施設内での学習について

施設内の学習形態は、施設によって様々あります。宿題を済ませることや自主的に学習することが習慣として身につけていない子どもたちにとって、施設内での学習時間を設定し、その時間は椅子に座るという習慣を身につけることは大切です。どの時間帯に学習時間を設定するのは、施設の日課、職員の配置等の兼ね合いもありますが、例えば、夕食以降の時間帯に学習時間を設けることにより、夜の喧騒状態も防ぐという工夫も考えられます。施設の職員は学習を指導することまで手が回らないという実態があります。施設によっては学習ボランティアに協力してもらったりしている施設もあるようです。

(5) 施設での遊びについて

施設での遊びは、施設内と施設外（グラウンドや近隣の公園等）に分けて考えられます。「遊び」は子どもたちにとって大切な創造・表現手段のひとつです。遊びを通して、子ども個人の状態や、集団の関係性等をアセスメントしていく一助にすることができます。施設内ではカードゲームやボードゲームなどの静的な遊びが主に展開されるでしょうし、施設外では、野球やサッカー、鬼ごっこなど身体を使った遊びが展開されるでしょう。遊びは、凝集性が高まるため、そこから不測の事態が引き起こされる可能性があります。遊びも一方では、ルールを守り、他の子どもたちや、場の状況に合わせていくことや、勝敗のつく遊びは、勝敗を受け入れていかなければならず、子どもにとっては案外高度な力が求められます。それゆえ、トラブル等の不測の事態に備え、遊びに関しての一定の約束事や対応を、職員間で考えておくことが必要です。また、施設内や居室に持ち込むことが可能な遊具の範囲、施設内で可能とする遊びの範囲、施設外で可能とする遊びや遊具の範囲をあらかじめ決めておくことも必要です。

(6) 掃除について

身のまわりを整理整頓したり、施設の共用スペースを掃除したりすることは、是非定着させたい基本的な生活習慣のスキルの中でも大事な部分です。とりわけ、社会性を身につけていなかったり、自分自身を大切に感じる感覚も曖昧な子どもたちにとって「清潔を保つ」という感覚はあまり育っていないことが多く、それを生活の中で定着させていくことは、職員の根気強い支援が必要です。子どもと一緒に掃除をしながら、清潔という感覚を子どもの中に少しずつ宿していくと同時に、施設の文化として「掃除を大切にすること」を定着させていく取組が大切です。職員や、子どもたちが掃除の時間に一生懸命作業を行い、それが誉められ認められる雰囲気があれば、見よう見まねでその雰囲気の中に入ろうとする子どももいるはずで、そうした集団の力をうまく利用することで、子どもたち個々が持っている「良さ」を引き出せることもあります。

また、日課にも乗れず、他の子どもたちとトラブルが頻発する子どもが、職員と二人きりで掃除などのお手伝いをする事だけでは進んでやりたがる事が案外見受けられます。職員のお手伝いをする事、そして職員からあたたかい言葉をかけられる事が心地よいと感じられる機会を大切に、それを施設の中で広げていくことも、掃除の時間をスムーズにしていくやり方のひとつです。

(7) 入浴について

入浴の方法や時間帯は施設によって様々です。グループを組んで入浴させている(職員が付き添うグループもある)施設もあれば、一人で入浴をさせている施設もあります。施設の考え方や、その時々の子どもの状況といったところにも入浴の方法は影響してくると思います。ここでは、入浴の意味と留意点に絞って説明します。入浴は、「(6)掃除について」でも取り上げましたが、清潔の習慣を身につけていくことや、湯船に浸かり全身の力を緩め、一日の疲れを落とすことで、気分や体のモードを切り替える良い機会にもなります。不安や不穏状態の子どもが、入浴をすることでスッと気持ちが和らいだりすることもあります。また、職員と一緒に湯船に浸かりながら、お互いの緊張感が緩まったところで日頃子どもが見せない素直な表情や会話ができるといったことが時折見られます。反面、水が顔や体にかかる刺激が苦手だったり、周囲に対する怯えが強い子どもは、裸になることで無防備な状態となるため、職員や他の子どもたちと入浴する事を強く拒むこともあります。このようなことに留意しながら、グループで入浴をしていく場合は、子どもたちの組み合わせを配慮し、一人での入浴については、その子どもの生活リズム(気分の変動など)に適した時間帯を設定するなどの配慮が必要になります。集団の中では委縮、遠慮してしまい自分らしきを出せずにいる子どもについては、職員との入浴時間を活用し、関係を取っていくといった方法も必要でしょう。また、浴室や入浴中は、密室となり、子どもたちを把握する上で死角となる場所と時間であるということも念頭に置いておくことが必要です。

(8) 就寝について

個々の子どもへの就寝対応については後章でふれるため、ここでは子どもたちを就寝へと向かわせるための全体的な留意点についてふれていきます。質が良く、必要十分な量の睡眠は、子どもの育ちにとって必要不可欠なものです。子どもたち全体が落ち着かず就寝へと向かう雰囲気がないければ、職員の対応は、子どもたちとのもぐらたたきのような関係になり、そのことで職員との関係性も悪くなり、更に子ども集団の不穏や喧騒状態を招くこととなります。そのサイクルが長引けば、やがて統率不能となり施設崩壊を導いてしまう可能性も否定できません。日中の興奮状態や活動性が高まった状態を就寝に向けていかに鎮めていくか、施設全体の雰囲気作りや関わり方を、職員が共有して

取り組んでいくことが就寝についての留意点です。環境的な取組としては、夕方からすでに就寝を迎える準備が始まっていると捉え、日中の時間帯にはさほど気にならなかった子どもの声の大きさや、調子の高さ、活動的な動き（廊下を走る、動的な遊び等）に関して『夜は静かに・・・』という形で制止を促す体制を整えていくこと。また、時間とともにTVの音量を下げたり、廊下等の照明の明るさを少しずつ暗くしていくような雰囲気作りも大切です。関わり方で留意しておきたいことは、日中に比べ職員の動きを緩やかにしたり、声のトーンを下げるような意識を持つことです。就寝前は特に不安等が喚起されやすく、相談ごとなどをしてくる場合もありますが、更に不安を喚起しないために、深く聞きすぎることは避け、さらりと聞き流したり、明日につなげる対応を心がける必要があります。

日中に様々な困りごとを起こしてしまった子どもたちに対しては、微かであれども明日を迎えることへの希望を持ち、就寝していけるように、職員が気持ちを切り替え、『おやすみ』という声かけのあとに『また明日ね』と付け加えるような心持ちも大切かもしれません。

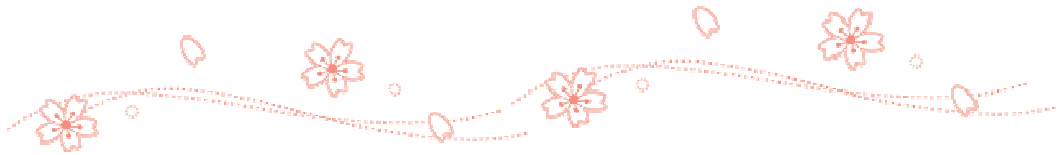
(9) 子ども会などの自治組織について

子どもたちが施設での生活を前向きに受け止め、子どもたち同士が育ちあっているような文化を施設に創っていくために、子ども会などの自治組織を通じた取組は大切です。子どもたちの抱える問題が複雑・重症化し、子どもたち同士の育ちあいが出来にくくなり、支援の時間がどうしても個別対応に割かれてしまい、子ども集団への視点や関わりが薄くなってしまいがちなのが現状です。しかし、敢えて職員がそこに踏み込み、施設全体のことや、生活のことについて子どもと一緒に考えていこうとする姿勢を見せていくことは、子どもたちの中にある育ちあいの力を引き出すことにつながります。

例をあげると、A施設では一時期、男子棟・女子棟で子どもたちが、イライラしたり不穏になると、廊下の壁や、ドアを殴ったり、蹴ったりして破損が後を絶たないという状況に陥りました。その際、職員が話し合い、子どもたちに破損をした箇所を修繕するための金額を示し、『1回でも破損を防げば全員が映画に行ける金額であること。破損をして嫌な思いをするより、職員に相談しそれを回避することで、映画に行けるという楽しみに変えることが出来るのでは・・・』と説明し、3ヶ月間みんなで頑張ってみようということになりました。見事に子どもたちは3ヶ月間頑張り、映画に行くことを獲得。その帰りのバスの中で『次は何を頑張ろうか?』という話題も出たそうです。これが契機となり、破損を減らす事ができ、また子ども会に対する子どもたちの気持ちも前向きになったということです。

一例を取り上げましたが、子ども会という自治組織の他に、施設の新聞作り、中学生会、高校生会などを組織し、生活の話題を取り上げたり、自主企画を実施したりという

活動を行っている施設もあります。次のページに資料を掲載していますが、詳細については、「心理治療と治療教育」（全国情緒障害児短期治療施設協議会編）の中に実践報告等が掲載されていますのでご参照ください。



2013年 第1回中学生会

ちゅうがくせいかい
～中学生会オリエンテーション～

2013. 4. 23.

ちゅうがくせいかい 中学生会とは...

がくえんせいかつ なか こま
学園生活の中で困っていることや「○○したい」などの希望を中学生
はな あ ば じちかい
で話し合う場（自治会）です。
はな あ けっか しょくいんかいぎ
話し合った結果は職員会議にかけます。

ちゅうがくせいかい おこな 中学生会を行うのは...

きほんてき つき ど かようびごごじ
基本的に月に1度、火曜日午後4時～です。
ちゅうがくせい ぜんいんさんか
中学生は全員参加してください。
とちゅう きぶん わる ひと しょくいん つた くだ
途中で気分が悪くなった人は、職員に伝えて下さい。

きほんてき じゆう いけん い
基本的に、自由に意見を言いかまいません。
ちゅうがくせいかい さんか ひと きも はな あ
中学生会に参加している人が気持ちよく話し合いをするために 3
つの約束があります。

ちゅうがくせいかい はな あ やくそく <中学生会の話し合いでの約束>

- て あ はつげん
・手を挙げて発言しましょう。
- ほか ひと はな だま き
・他の人が話しているときは黙って聞きましょう。
- いけん たい かんじょうてき ことば い
・意見に対して感情的な言葉は言わないようにしましょう。

(10) 行事について

施設の行事は、例えば運動会やキャンプなど施設全体で行う行事と、野球大会への参加や観劇など、子どもたちの一部を対象にした行事に分けることができます。いずれの場合も行事は、季節感を味わうものであったり、日常の生活から離れ、少し気分を切り替えるようなアクセントとして、また、子どもたちの凝集性を高め、育ちあいの機会としたりなど、生活を豊かにしていく上で欠かせないものです。ただし、大きな行事になればなるほど、職員や子どもはそれに注ぐエネルギーも大きくなり、日常の生活に影響（調子が高くなる、落ち着かなくなる、トラブルが増える、不安を生じやすくなる等）が出たり、時には施設全体が浮き足立つこともありますので注意が必要です。とりわけ、感情が混沌としている子どもたちは行事への期待や不安な気持ちと折り合いをつけることが苦手なため、行事前後の施設全体の高揚とした雰囲気飲み込まれやすくなります。

施設全体の行事を考える際は、上記の視点を考慮しながら、実行する時期や行事自体の時間、内容の程度、特に注意を要する子どもなどについて職員間で話し合うことが大切です。また、全体の行事は、力のある子どもたちだけが活動、活躍するだけではなく、どの子どもも参加できたという実感や達成感を味わえるよう、子どものペースや力に応じた参加の仕方を検討していけるような治療的配慮が求められます。施設が行事に追われ、行事疲れが起きたり、日常の生活そのものが落ち着かなくなってしまうためにも、年間の行事の回数や、行事の間隔等を年度当初に話し合うことが必要です。

(次のページに例として、横浜いずみ学園の学園学校行事表を掲載します。)

横浜いずみ学園 学園・学校行事

月	学園行事	学校行事
4		入学式・始業式
5	こどもの日(菖蒲湯準備) ゴールデンウィーク日課 ライオンズ招待行事	
6	チームいずみ交流会 卓球大会	中修学旅行
7	七夕 納涼祭 サマーキャンプ 夏休み日課	中保護者会 夏季休業
8	ポリショイサーカス招待 ディズニーオンアイス招待	夏季休業 登校開始小・中
9	お月見	
10	運動会 秋休み日課	前期終業式 後期始業式 小修学旅行
11	駅伝大会	中ロードレース大会
12	日産労連観劇招待 冬至(ゆず湯準備) クリスマス会 冬休み日課 もちつき大会	学習発表会 冬季休業
1	あすなる作品展 あすなる交換会 送別マラソン大会	登校開始
2	節分 いずみ集いの会	中3特別日課・高校入試
3	ひな祭り 小中卒業式 卒業を祝う会 春休み日課	中卒業式 小卒業式 学年末休業
	職員旅行	
毎月	誕生日会・身体測定・お小遣い支給・防災訓練	

子どもたちの一部を対象にした行事も、基本的には上記の配慮が必要です。このような行事は、受け持つ職員だけが行事の企画運営に携わり、自己完結的になりやすいため、あらかじめ職員全体でその行事を実施する意味を確認し、フォローしあえる体制を整えておくことが大切です。

（11）一日の日課の中で注意を要すること

子どもたちは一日の中でも、様々な刺激（その場の雰囲気、集団の様子、他児や職員との関わり、子ども自身の状態等）を受けやすく、心身の状態や調子の波が大きく揺れ動きます。職員は、あらかじめ個々の子どもの一日の調子の波や、集団全体を把握する上で注意をしておかなければならない時間帯等を把握し、子どもたちがスムーズに日課を送れる支援を講じておくことが大切です。以下、子どもたちが不安定になりやすい場面や時間帯をあげていきます。

不安定になりやすい場面としては、日課から次の日課へと移り変わるときです。例えば、食事が終わった直後、食事を済ませた子どもたちが一斉に歯磨き等に動くときや、自由な時間から登校や掃除などへ切り替わるとき、また、登校した子どもたちが施設内に戻ってくるときなど、子どもたちは不安定になりやすくトラブルが起きたり、不穏な状態につながりやすいため、職員の注意が必要です。自分をコントロールする力が弱いいため、周囲の雰囲気に吞まれやすく、自身のモードを切り替えるのが苦手であったり、そのことに多大なエネルギーを要するために疲れてしまったりということが考えられます。注意を要する時間帯としては、昼食前と夕方があげられます。昼食前は朝からの区切りの時間帯として疲れが出やすいこと、夕方は昼の体のリズムから夜の体のリズムへの移行期で、一日の疲れや不安が出やすい時間帯です。昼と夜の移行がはっきりしないまま過ごしてしまうと疲れや不安を引きずり調子を崩してしまうことになるため、「(8)就寝」のところでも紹介したように、入浴の時間をタイミング良く組み込んだり、職員の声のトーンや、夕方以降は廊下を走らないなどの環境的な配慮が必要になってきます。

B施設で3ヶ月間、どの時間帯に子どもたちのどんな問題が起きているのかという調査をしたところ、問題が起きるのが多かった時間帯は①「9:00～11:00」、②「16:00～18:00」、③「19:00～20:00」の3つのピークに分かれたそうです。①は泊りの職員と日勤の職員が交代する時間、朝の学習時間前、②は昼から夜への移行期、③は夕食後の喧騒状態が主な要因として取り上げられたということです。

（12）一週間の流れの中で注意を要すること

一日の日課と同じように、一週間の流れの中でもやることをはっきりと決めておくこ

とは必要です。身辺整理は毎日行うべきものではありませんが、週に一度徹底して行う日を決めるなど、身の回りのものの整理整頓について定期的に意識付けする工夫などと同様に、全体清掃や、コップの消毒、シーツの交換、貸し出し図書の返却、グループワークなども定期的実施される工夫が必要です。一週間の中でやりくりできないときは、一ヶ月のスパンで考えて、その際はカレンダーに記入して掲示しておくなどの工夫が必要でしょう。週明けと週の終わりは生理的に疲れが出やすいこともありますが、各子どもの一週間の体調などのリズムも把握しておけば効果的な支援につながるでしょう。

また、帰省をする子どもたちは、週末が近づくにつれ調子が高くなりすぎたり、逆に帰省出来ない子どもたちがその様子を見たり、子どもたちの会話の節々から「帰省」という言葉が聞こえるにつれ不安定になってしまうこともあるので注意が必要です。

(13) 季節（一年）の中で注意を要すること

一年の中で注意をすることは大きく二つに分けられます。一つは、3月から5月にかけての子どもの入退所と職員の異動や退職による子どもたちへの影響です。子どもの入退所により、子ども集団が大きく揺れます。また、職員の異動や退職の状況によっては、それまでに形作られてきた職員間の連携に乱れが生じたり、勤務のローテーションが大幅に崩れてしまうことがあります。このような職員チームの不安定さは子どもたちに大きな影響を及ぼしてしまふことがあります。年度末から年度初めにかけては、頼りにしていた友達との別れや入所してきた子どもたちと折り合いをつけることの難しさなど、それぞれの子どもが集団の中で新たな居場所を作ることがテーマになります。施設全体も慌ただしくなりますが、職員の異動や退職に伴う「別れ」や、新しい職員との「出会い」、担当する職員の変更等については、子どもたちに殊更大きさに取り扱う必要はありませんが、丁寧に扱う配慮と、子どもたちの様子を意識的に把握する姿勢が必要です。

二つ目は、夏休みや年末年始などの長期休暇中や、年度末の子どもたちの動揺です。(12)でもふれましたが、長期休暇中は定期的に帰省できない子どもたちの帰省が行われることがあります。帰省前後の子どもたちの様子や、家族とまったく連絡がとれず帰省ができない子どもたちの様子に配慮する必要があります。特に年末年始に帰省ができるかできないかということは子どもたちの状態に大きく影響を与える出来事です。普段にも増してきめ細やかな対応とフォローが必要です。

年度末になると、入所している子どもたちの中から退所する子どもたちが出てきます。退所していく子どもの期待や不安、反対に施設での生活を続けていかざるをえない子どもたちの複雑な気持ちについての配慮は必要です。また、複数の退所があった場合、子ども集団の力動的なバランスが崩れ、グループや集団全体が不安定な状況に陥ることも考えられます。そのような観点からも注意して支援にあたる必要があります。

3. 個々の子どもの生活支援に関する留意事項

(1) 入所時の対応と実際（子どもを迎え入れるとき）

入所時の子どもは不安状態にあります。すでにインテークや見学、施設によっては体験入所を済ませているとはいえ、ほとんど顔も名前も分からない大人に囲まれ、子どもに注目される状況にあり、緊張していることから、施設長やケアワーカー、心理士がいろんなことを話しても理解できないことの方が多いです。

したがって、まずはできる限り緊張をほぐしリラックスして対話ができるように雰囲気づくりをすることが大切です。そして初日に話しておくことは、入所生活することの意味と目的、必ず守ってもらう必要のある約束ごとと数点ぐらいに留めておくことが肝要かと思えます。

体験入所を実施している施設の場合はすぐに居室に入り、他の子どもと同じ日課で過ごしていくことができると思われませんが、そうでない施設の場合には、慣らし生活のような個別プログラムを数日行って、ある程度固定した職員との関係を作ってから他児との生活に入った方が良いでしょう。

この間に、生活や学校に必要な物品の整理や住民票、学籍の移動、健康保険や子ども手当の手続き、預金通帳の作成などの事務的な手続きを済ませるとよいでしょう。

一方で、グループや施設として入所児童の歓迎会をするなど、入所児童が温かく迎えられているという感じを得られるような工夫をすることが大切です。

(2) 入所初期の対応と実際（入所～3ヶ月）

入所初期は、不慣れな環境の中で子どもが過剰に適応している時期でもありますがから子どもの持つ本来の問題や個性が隠されている状態でもあります。まず、入所後1ヶ月経過した段階で今後の見通しなどを児童相談所とともに検討していくことが必要です。

事前に得ていた情報の確認や、課題の確認、施設生活における子どもの順応状況などを確認し、次の2～3ヶ月の間の支援目標を関係者間で共有していくことが重要です。

子どもと職員との関係性の形成にはまずこの3ヶ月が重要であり、基本となるものですから、担当職員及びチームとして関係づくりに全精力を注ぐべきと言ってよいでしょう。

その後、子どもは施設の生活に慣れていきますが、却っていわゆるためし（確かめ）行動等の行動化が目立つようになってきます。この時に子どもの本来の課題が表れてきたと考えて、その行動等の状況を整理しておくことが重要です。

(3) 支援の見直しと実際（入所3か月以降）

入所後3ヶ月を経過すると、一定のためし行動の内容も分かってくるので、改めてアセスメントを行い、支援の方針を見直す必要が出てきます。児童相談所の担当者も含め、ケース検討会議を開催していくことが求められます。

4. 個々の子どもへの生活支援の実際（生活を支援する上での治療的な視点）

(1) 目覚めについて

「II2 (1) 起床時について」で触れているように、子どもにとって目覚めは快から不快への移行の時間であり、急激な刺激は情動の不安定を呼ぶものとなりやすいのでできる限り穏やかで緩やかな目覚めを心掛けたいところです。そのため、目覚めの音楽（静かなクラシック音楽など）を流すのも一つの方法です。

また、起床時は子どもの体調を見る最初の大事な機会ですから、普段と異なる寝起きの時などは子どもの額や首筋に軽く手を添えて発熱状況を診ることが大切です。

夜尿の確認も起床時には大切ですが、夜尿は当該児童にとっては恥ずべきものという意識が働き、他児の視線が非常に気になりますので、可能な限り他児に気づかれないような配慮が必要です。一方でシーツ等の取り換えなどを自分で行うという指導も必要です。

なお、職員は各部屋を回って声掛けをすることになりますが、子どもはパジャマなどの服装ですから異性や高齢児童の部屋への入室の際には個々のプライバシーや尊厳に注意して入室してください。

(2) 排泄について

ネグレクトが入所要因の子どもの場合、年齢に関わらず基本的な生活習慣が身につけていないことが多く、身辺自立の程度も低いことが見受けられます。排泄についても、遺尿や遺便ということがあります。生活習慣を身に付けるという観点は大事な視点ですが、遺尿や遺便によって「くさい」という他児の指摘がトラブルの発生原因になったり、いじめの原因になったりすることから、夜尿の時の対応とともに個々の尊厳を守るといった観点が大事になります。

なお、遺尿、夜尿については、身体の器血的な問題から生じる場合とネグレクト等からの精神的・心理的な問題から生じる場合とがありますので医師の診断を受けながら適切な治療方法を指示してもらい、保護者にも了解を得ることが必要となります。

(3) 食べることについて

食べることの留意事項に加えておきたいことは、まず安心感・安全感を持ってもらうようにすることです。食品の安全性はもとより、アレルギー疾患の恐れのある子どもへの配慮は欠かせません。入所前の健康チェックにおいても個々のアレルギー傾向については十分留意しておく必要がありますし、食べられない食品が生じた場合には、当該児童だけでなく他の子どもにも説明を行い、理解を得ることが必要となります。

また、食事は個々の子どもが育った家庭の文化を反映するものでもありますから、食事のマナーや食における生活習慣を改善するにしても各家庭での環境等を考慮して、焦らずに取り組むことが大切になります。

ネグレクトの状態にあった子どもは、食についても偏りが多く見受けられがちでありますし、食べることに執着しがちでもあります。強制するというだけでなく食に関するバランス感を指導する必要があります。

食欲は健康のバロメーターでもあるわけですから、職員は子どもの食の進み具合をしっかりと観察し、食わず嫌いからくるものなのか、体調が悪いためなのか、何かトラブルを抱えているためなのかを見極める感性と能力が必要になってきます。

また、食事の後に服薬を要する子どもがいますが、医師、看護師等の指示に従って服薬ができるように注意が必要です。

「食」は朝・昼・晩の3度の食事だけでなく、おやつについても様々な取り組みが必要です。適度に甘いお菓子をおやつにすることや、おやつを職員と「ともに作りともに食する」楽しさを体験することは極めて重要です。

食べることは、一般の家庭においても誕生日やクリスマスやお正月などの「ハレの日」の食べ物と日々の日常の食べ物では異なるものですが、施設生活においても「ハレの日」の食事については、日常では食べられないもの、誕生日などには当該児童の好きなものの希望を聞いて献立を作るなどの工夫をすることが良いでしょうし、時には外食の体験をすることも意義深いものです。

(4) 清潔について

清潔という感覚も子どもが育った家庭の文化による部分は大いと思われれます。とりわけネグレクトされてきた子どもの育った家庭環境からは、部屋が散らかっていて整理整頓ができていない、衣服も同じものばかり着ていても平気だったり、ボタンがずれていても気づかなかつたり、衣服の前と後ろの違いの感覚がわからなかつたりします。また、個々の子どものこだわりから季節感のない服装をしている子どももいますし、手洗いや歯磨きの習慣も身につけていないことが多くあります。それらは若干の能力の低さからくる部分ではありますが、ほとんどは環境からくるものと考えられます。したがって、施設という環境の中で清潔感を醸成していくことが大切です。

髪の毛についても、長髪というより伸ばし放題という感じにしている子どもを見受けることがあります。目に対する影響や頭ジラミの発生などを考慮して、適度の散髪をすることが必要ですが、時に保護者の強い意向が反映していたり、子どもの強いこだわりが反映したりすることがありますので、了解を得る努力が必要になります。散髪は、近隣の散髪屋さんとの協力を得て安価にしてもらったり、ボランティアの方々を活用する方法もあります。

入浴については、II2 (7) で示されていることが基本となりますが、時に入浴中に失禁することが低学年では見られます。急激な温度の変化などから生ずるものと考えられますが、衛生面、他児との関係など危惧される点がありますので留意してください。

また、子どもが裸身になるということからそれとなく虐待やいじめ、自傷行為による痣や傷などがないかどうか必ず確認する必要があります。外泊から帰ってきた後の入浴時、いじめなど他児とのトラブルが続いているときなどは特に注意して見てください。

(5) 眠ることについて

就寝のための雰囲気や環境を整えることについてはすでに触れていますが、それでも子どもはすぐには就寝するものではありません。夜であるからこそ昼間には見られない甘え行動や関わりを求める行動が顕著になってきます。

まずは服薬や手当があります。医師や看護師から指示されている投薬や手当は欠かしはなりません。この服薬や手当が一对一の対応の原点であり象徴ですから、『熱はかって』、『頭が痛い』、『背中が痒い』、『バンドエイドして』などと求めてくる子どもが多くなるものです。このような場合、3分診療ではありませんが、てきぱきと対処するしかないでしょう。ケアワーカーが対応できる範囲の処置をして翌日の看護師に引き継ぐなどの要領、工夫が求められます。

次に低学年でよく見られることとして、「トントン」があります。就寝前の特別な個別の関わりを求めるものですが、「子守唄」にあわせて布団の上から優しくトントンしてもらうことは、親の愛情を得られてこなかった低年齢児童にとっては至福の関わりといえるでしょう。「本の読み聞かせ」や職員の自作の物語をお話するなどの工夫によって心地よい就寝に入ることができるでしょう。ただし、いわゆる公平に感じられるような時間の区切りなどのバランスの配慮が必要となります。

また、夜の静けさは子どもたちに様々な不安と記憶を呼び起こすものでもあり、頼れる大人（ケアワーカー）に何か話さずにはいられない気分になり、寄り添っていてほしいくなるものです。その時、ずっと会えていない家族のこと、顔さえわからない父母のこと、ひどい目にあった出来事などを語ることがあります。その場でどうにもできるものではありませんが、その言葉にしっかり耳を傾けて聴いてあげることが大切で、その情報は心理士等とも共有して今後の関わりに生かして欲しいものです。夢を見て怯えたり

することもあります。これも同様にしっかりと聴いてあげ優しく包んであげるようにすることがいいでしょう。

夜尿で起きてしまう場合には、体を拭いてパジャマを着替えシーツを交換しますが、この一連の作業を作業としてではなく、子どもと職員の協働の時間としてとらえて支えていくことが大事です。

なお、職員の少ない夜の時間帯は様々な問題行動、とりわけ性的な問題行動が発生しやすいものでもあります。他児の部屋に入り込んだり、他児のベッドに入り込んで性的接触行動を行ったりすることが見られます。日々の指導の課題でもありますが、「夜」という時間帯の持つ特性と考えて留意してください。

(6) 衣服について

衣服については、衛生と健康の観点からと、個人の特性や趣味に合ったという観点と、提供者は誰であるかという観点から考えることが必要です。

まず、衛生と健康面ですが、身体の大きさや年齢そして季節に適したものを着衣できるように心掛ける必要があります。冷暖房が行き届くようになって却って季節感のない服装をしがちですが、戸外での遊びや外出などで空気の温暖を直に感じることになりまますから、季節に相応しい服装を習慣づけることが大事です。また、子どもの服装にも流行はありますから職員がある程度敏感に流行を把握し、奇抜にならない程度の服装を身につけさせてあげることが大切です。

また、個々の好みもありますから、時にはショッピングに職員と子どもが一緒に出かけて選択することなどは、子どもが自分の意思や考えを尊重してもらったという喜びと、職員と一緒に選んだという喜びにより関係性を深め、コミュニケーションを高めることとなるでしょう。

次に子どもの衣服などを誰が提供したかということですが、入所の時に家庭で用意したものなのか、施設で用意したものなのか、入所に家族が買ってくれたものなのか、衣服の背後には子どもと家族の関係性が含まれているものです。お気に入りの服、いつも同じ服ばかり着ていることには、会うことのできない母への思いが反映していることがあるものです。そういうことから、お気に入りの服が破れたり、擦り切れたりしますがそれを捨てるのではなく、繕って長く使えるようにすることも時には必要なことと思います。このように衣服については、生活の中での治療という意味で重要な要素を持つものと考えられます。

付け加えるべきこととして衣類に名前を書くことの留意点です。共同生活をしていることから、紛失防止のため持ち物・衣類に名前を記すことは必要なことではありますが、その大きさ等は配慮する必要がありますし、年齢によっては職員が書くのではなく子どもが自分で書くということも大事になってくるでしょう。

さらに衣類は性的なものの指標にもなりますので、肌の露出の多いものや体の線が出やすいものなどは控えめにしたほうがよいでしょう。また、女児の下着は男児の目が行かないように洗濯したり乾燥したりすることを心掛けてください。

職員の衣類も様々な意味で刺激となりますから、注意が必要です。

(7) 身体について

子どもの身体については、成長が早く、第二次性徴が小学生の高学年から見られいわゆる思春期にかかり身体と心のバランスが崩れやすいことは周知のことと思います。これにまつわる留意事項は健康や性の課題において合わせて考えていくべきことかと思えます。

身体の問題として、一般的に被虐待児童は成長ホルモンの分泌に不調をきたし、低身長の子どもの多いということが言われています。各施設においてもホルモンの分泌異常により低身長となっている子どもが少なからず見受けられるのではないのでしょうか。小さいことでいじめられたり、からかわれたりする光景を目にすることがあると思えますが、当人にとっては耐えられない屈辱と思われれます。保護者の了解を得ることははじめ、医師の指示を仰ぎホルモンの投与を適切に行うことが大切です。

また肥満についてですが、肥満そのものが問題ではなく、活動しないことに慣れてしまっていること、そのために自信を無くしてしまっていること、また他児から馬鹿にされるような攻撃を受けやすいことなどが問題だと考えられます。したがって、ケアワーカー、看護師、心理士等が連携・協力して活動量を増やし、食事のコントロールをしたりして一定の減量を図り、活動しやすい身体にしていくことが必要となります。スポーツ系のクラブに参加を促すのも有効ですが、ある程度スポーツができる身体にしてからのほうが長続きするでしょう。スリムになって活動がしやすくなると自信もつくものです。

(8) 学習について

施設内での学習についてもⅡ 2 (4) に記載されておりますので、追加して留意すべき点に触れておきます。

まずは宿題、読書など机に向かって一定時間集中して取り組む習慣を身に付けさせることが必要ですが、居室内の学習機の位置から考えてみましょう。同室の子どもの言動や行動が気にならないように学習機やベッドのレイアウトを考えてみるのが大切です。他児が視野に入らないように机の位置を定めてください。また、机の周りにも気を散らす要因となる装飾品などはあまり置かない方が良いでしょう。設備はある程度収納ができ、個人のも物が保管できることが求められますし、他児の領域と明確に区別されることが必要です。

教材は個々の子どもの能力によって異なるため、学校の教員とよく協議し、ドリル形式の教材を取り入れるなどにより無理がないようにしてください。学習ボランティアや学習支援員（自治体による予算化）の活用のほかに中学生や高校生で進学を希望する子どもについては、学力や社会性の力などを見て近隣の学習塾に通うことなども考えてみるのも良いのではないのでしょうか。

（9）買い物について

買い物については、「買う」という行為の中に含まれている意味と、買う「もの」の中に含まれている意味を考える必要があります。

一般家庭においても子どもの成長に合わせて月々一定のお小遣いを与えて、子どもの好きなものを買わせています。買うという行為を通じて自然のうちに金銭感覚を身に付け、足し算引き算能力を身に付け、社会の中で生活する能力を身に付けるわけです。それは施設で生活している子どもも同様であり、買うという行為を正しく行うことで社会の中で自立した生活を営む力が養えるというものです。したがって、低年齢児には職員が付き添って、「買う」という体験をさせてあげることが大事ですが、年齢が高くなるにつれて自分の力で買い物をするようにしてください。この過程には、万引きについての指導も求められます。

買うという行為の中には、誰と買うのかということも大事な要素です。衣類のところでも触れましたが、特定の職員と会話をしながら好きなものを選んでいく、職員と子どもが共有できた時間を大事にします。

次に、買い物によって子どもたちは何を買うのかに注目してください。玩具なのか、文房具なのか、日用品なのか、自分のためのものなのか等々考える要素はいろいろあります。時には、背後に「いじめの構造」や「支配の構造」があって自分のものでなく支配力を持った他児のための物を買うこともありますから十分注意する必要があります。

（10）友達との関わりについて

友達といっても、施設に入所する以前の友達、施設内の友達、施設のある地域の友達と分かれると思います。

施設入所以前の友達については、現実には施設での生活と過去の地域での生活は分離していますから関係が強まることはないと思いますが、帰省した時などに旧交を温めるという懐かしさなどから関係が復活することがあります。非行タイプの子どもの場合にはその再開が契機となって再び窃盗や恐喝などの非行的行動をとってしまうことがありますので注意が必要です。携帯電話の使用を認めているのならば特に注意が必要です。

施設内の友達関係で留意することで一番重要なのは、支配・服従関係です。子どもは職員の間人関係（＝上下関係）にも敏感ですが、自分がうまく生きていくため、自分の身を守るためにはどういう人間関係の位置にいたらよいかについても敏感です。買い物でも触れましたが、「貢ぐ―貢がれる」関係などが形成されてしまいがちですし、職員にはなかなか伝わってこないものですから、職員の方が意識をもって見ていかないとはいけません。このことは、エスカレートすれば性的虐待・被虐待の関係になりますし、命に関わる「いじめ」にも発展してしまう恐れがありますので十分な注意が必要であり、事後の対応もできるだけ早く的確に対応することが求められます。

また、施設内の子ども間での家の電話番号や携帯電話の番号、住所などを交換しないように工夫することが大切です。帰省中にお互いに連絡し合っただけで、非社会的行動をしたりすることにもなりかねません。こういう事態が生じると子どもの家族同士の反目や施設に対する責任の追及などが保護者からなされることがあります。

次に施設のある地域の子ども（友達）との関係についてですが、いくつかの場面が想定できます。

特に友達というわけではなく、地域の公園などでたまたま遭遇して喧嘩や言い合いなどのトラブルになる場合があります。人間関係を取り結ぶのが不得手な子どもたちが増えています。ちょっとしたことで言い争い、暴言、喧嘩と発展してしまうことがあります。施設の閉鎖的側面から来るものかもしれませんが、人間関係の結び方については日ごろの絶え間ない指導が必要になってきます。

施設内学級が分級などで、本校の子どもとも交流があり友達関係がある程度成立している場合に生ずる課題としては、作った友達関係を支えたいという感覚と、それをどこまで認めるかというバランスかと思われ。友達を施設内に呼ぶか、友達の家に行くことを認めるかということに関わってきます。個人情報の問題やプライバシーの保護の観点からすると無制限に施設の中に呼ぶことは抑えた方が良く考えられます。もし、友達関係を支援したいということであれば、極めて当事者だけが会える空間を用意し、時間も厳格にするなどの配慮が必要ではないでしょうか。友達の家に行くことは、保護者の了解を得る必要性もありますから家の中には入らず公共の場所などで会うこととするなどのルール徹底が必要でしょう。

（11）異性との関わりについて

異性との関わりは最も気になるころではあります。これも異性を好きになる、愛するということを知るのには子どもにとっても大いなる成長の一面であります。しかし、施設内での恋愛や交際は極めて危険な要素を孕んでいます。様々な性的な情報が氾濫している状況の中で、施設の子どもたちだけがそのような情報から避けられるものではないかもしれませんが、自らの情動をコントロールする力が身につけていない中では、一定の制限

あるいはルールは必要ではないでしょうか。小学生の低年齢児であっても異性との関わりについては、その距離の取り方、身体接触のあり方など性化行動に関するプログラムを作って実行していくことが求められます。

施設によっては、夜間は男女が行き来できないような構造にしているところがありますが、職員の目の少ない時間帯にはやむを得ないと思われます。また、低年齢児童にあっても目で見える形で入室禁止ラインを示す工夫などが必要と思われます。

(12) 家族との面会や帰省について

父や母から虐待を受けていた子どもであっても、「家に帰りたい」「家族と暮らしたい」と思うものですが、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）としては総合環境療法を通じて可能な限り家庭復帰（＝家族再統合）を目指していかなければなりません。そのためには、家族との面会の機会や家庭に帰省する機会を増やすことが大事です。入所後 1～2 ヶ月は施設内での面会や家族と一緒に遊ぶ時間を設定するなどから始め、次に外出で 3～4 時間過ごすことを経験し、その後週末に一泊、徐々に外泊数を増やし、夏休みや冬休みには長期の外泊をするなど児童相談所のケースワーカーと協議・調整して取り組むことが重要です。

外出・外泊にあたっては、外泊する場所や誰が関わるのか等について十分確認しておく必要がありますし、日ごろ服薬している薬を持たせることや着替えなどの必要なものを持たせることを忘れないようにしましょう。また、施設に帰ってきたときの表情や外泊先での様子、持ち帰りの物の確認をしたり、入浴時には身体に痣などがないかなど確認する必要があります。

面会や外出、外泊が極めて少ない保護者の場合には、ケアワーカー、心理士、学校の教員が協力して機会を創りだす工夫が要ります。施設や学校で行う行事への参加を呼び掛けること、学習参観及び懇談会への参加を呼び掛けること、子どもや保護者の誕生日、母の日、父の日、クリスマスなどに手紙を出したりプレゼントを用意するのも一つのきっかけになるでしょう。

また、時には児童相談所のケースワーカーや学校の教員と家庭訪問をして家庭の様子や家庭での子どもの様子を見るのも意味があることです。

5. 食事、栄養管理、食育について

(1) 食事の提供と食育

食事を提供するにあたっての具体的な業務は以下ようになります。

- ① 子どもの発育や発達状況・栄養状況や嗜好など、実態の把握。

- ② 施設に入所する子どもたちの年齢・性別・身体活動レベルなどを考慮した給与栄養量の設定や、食事計画の立案。
- ③ 計画に沿って、具体的な献立を作成し、実際に調理し、食事を提供。
- ④ 残菜量などをチェックし、計画通り食事の提供が行われたか検討し、献立の見直しを行うなど、一連の業務の改善。

このようなサイクルを繰り返すことで、提供する食事の質の向上を目指します。また、食事の提供は、盛り付け・配膳・喫食など、様々な職種の職員の連携が必要となるため、給食委員会などの会議を通じて、職員間で情報の共有を図り、食事の評価を行うことも必要です。

子どもたちに対しては、定期的に食事アンケートや嗜好調査を実施します。子どもたちの意見に耳を傾け、可能な範囲で献立に反映していくことで、子どもたちは自分の意見を取り入れてもらえた満足感を得ることができ、食への関心を高めることにもなるでしょう。

子どもたちにとって施設での食事は、成長を支えるための栄養を摂取すると同時に、食育にもつながります。温かい雰囲気の中で、手作りの食事を味わう経験の少なかった子どもたちに「食事は楽しい」と感じてもらえるような食事内容や食環境づくりに配慮する必要があります。

例えば、行事食（クリスマスなど）を献立に取り入れ、季節感を味わうことで、会話がはずみ、楽しい雰囲気の中で食事をしたり、旬の食材を取り入れた食事を摂ることは、食べ物に感謝する気持ちを育み、心の成長にもつながります。

偏食に対しても、無理強いすることなく、個々の子どもに合わせた対応を行い、少しでも食べられるよう、調理の工夫をしたり、給食だよりなどで食に対してプラスの情報提供を行うなど、様々な働きかけを考えていくことが必要です。毎日の食事を通じて、望ましい食習慣の基礎を形成するうえでも、食事の提供と食育は密接な関わりがあることを職員全体で理解し、一緒に取り組んでいく姿勢が大切になります。

（２）個別対応食について

近年、食物アレルギーや様々な疾患を抱えた子どもの入所が増え、食においても個別の対応が求められています。アレルギー食や治療食を必要とする子どもへの対応としては、主治医の指示に基づき食事を提供することが必要です。特にアレルギー食の場合は、食事の誤食などの事故を防止するためにも、職員全体で把握することが重要になります。

また、風邪などの体調不良で普通食が食べられない子どもに対しては、主治医の指示のもと、水分補給に配慮し、消化の良いものを準備するなど、調理形態を工夫した食事を提供します。

(3) 衛生管理

提供する食事が安全であることは、最も大切なことです。食中毒予防のためにも、衛生管理に細心の注意を払わなければなりません。そのためには、大量調理マニュアルに基づいた衛生管理に努められることが望ましいとされています。

(4) 食の自立支援

子どもが退所後に自立して生活していくことを目指すうえで、食の自立支援は重要な役割を担っています。

まずは、自分の食生活に興味を持ち、日々の食事を基本とし、自分にとって必要な栄養や適切な食事量を知ることが第一歩となります。こうした毎日の食事の積み重ねにより、食に関しての知識や技術を深め、実際に自炊訓練として、食材の買い物から調理・後片付けに至る食事づくりの流れを習得していきます。

支援するうえで大切なことは、個々の子どもの状況や課題に応じて、退所するまでに身につけたい食生活上の目標を段階的に設定し、1つずつ目標を達成し、そのつど、振りかえりを行い、個々の子どもに応じた望ましい食習慣を定着させていくこととなります。

6. 学校生活について

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の治療の特徴の一つに「教育・学習支援」が挙げられます。それは施設の子どものために用意された分級などの学校教育の場における支援を表します。子どもは養育者をはじめ大人たちから成長に必要な関わりを与えられ、それを糧にして精神発達をしていきます。施設を利用する子どもたちの大半はこの成長の糧を与えられてないために、精神発達上に深刻な遅れや偏りを持っており、学習に対する極度な拒否感や学力の遅れなどはそのひとつの現れでもあります。そのような子どもたちの治療を進めていく上で、成長の糧となる体験をあらためて与え直していく関わりは不可欠であり、この関わりとして「学校教育」は積極的な役割を持つこととなります。子どもにとって、学力や主体的な学習態度を身につけることは、将来社会に出ていくときに必須のものです。以下、この章では、施設を利用する子どもにとって、どのような学校生活が望ましいのか、また学校（分級など）と連携・協働していく上での留意点を施設の側から述べていきたいと思えます。

(1) 子どもにとって望ましい学校生活とは

①登校をはじめる前に（学校への挨拶など、登校を始める時期と登校形態）

施設への入所は、子どもにとって新しい環境へと足を踏み入れることであり、入所当初は、期待や不安、緊張、脅えなど、施設という場に慣れるまでにしばらくの時間が必要です。性急な登校はなるだけ見合わせ、施設での生活の様子や施設内での学習の様子をじっくり観察し、その様子を学校へ報告し、登校開始に備えて授業形態、関わる上での留意点などを施設と学校とで協議していく時間の確保が必要です。その点について学校の理解と協力が必要になってきます。また、登校を開始するにあたり、子どもと一緒に生活の様子を振り返り、登校を開始する時期に来ていること、学校に登校することについての約束や目標を確認しておくことは大切です。学校への挨拶については、入所前の施設見学や説明等の機会を利用し、学校の先生への紹介を済ませておいたり、登校前に職員と一緒に職員室へ挨拶に行くなど、登校に向けて子どもの緊張や不安を軽減しておくなどの配慮がほしいところです。

②カリキュラムについて

カリキュラムについては、各施設に属する学校の考え方や教員配置等に左右されるところも大きく、一概に言えないところではありますが、施設を利用する子どもたちの特質を考慮すれば、個別の授業、小グループでの授業、朝の会などの全体での学級活動など、個々の子どもの学力や能力のペースに応じたカリキュラムが組まれることが必要です。

落ち着いて学習に取り組めない、大人から「教わる」というモチベーションが育っていない、反復学習ができるような持続力がないなど、総じて意志の力が弱い子どもたちにとって必要なのは、成功の体験や達成感を積み重ねていく体験です。生活の中でもそのような体験を積み重ねていくことは可能ですが、授業の方がより成功・達成感を凝縮した形で味わうことができやすく、意志の力を少しずつ育むのが、学校教育の最大の利点であり、個別のペースに応じたカリキュラムが望まれるところです。

③特別な支援や配慮

施設内に分級や分校がある場合、施設は生活をする場、学校は勉強を教えてもらう場であるという意識を、施設職員も認識し、子どもたちにきちんと伝えていくことが必要になります。同じ敷地内に施設と学校がある場合、子どもたちは、日常の施設の職員とのふるまいや、子ども同士の関係を教室内に持ち込みやすいため、学校場面で甘えが出やすくなったり、言葉遣いが横柄になったり、施設内での他児とのトラブルの続きを展開したりなど、施設と学校との境目がつかなくなることがあります。場に応じた言葉づかいや態度を習得させていくためにも、上記の事態が生じることを学校と協議し、その対処について施設と学校とで役割分担できるように話し合っておくことが大切です。

また、集団の規模が小さい分級の場合、どうしても中・大規模集団での学校生活の経験が不足してしまい、中学卒業を節目に退所した場合、高校の大規模集団の雰囲気になかなか溶け込めず苦勞するという事例が多々あります。本校との交流は大規模集団の中でのやりとりを経験できる大切な場になります。分級の中で力をつけた子どもが、本校の授業やクラブ活動に参加したりしながら大規模集団の学校生活を経験していけるような治療の道筋を整えておけるよう、事前に学校と協議をしておくことが望まれます。

(2) 学校との連携の実際

連携を進めていく上で、施設での対応の仕方が学校側になかなか理解してもらえなかったり、逆に学校の対応の仕方が理解できなかったりといったズレや軋轢がどうしても生じてきます。そのズレを少なくしていくためには、施設と学校は同じではなく、それぞれの価値観や考え方をもち、そのことをお互いに尊重しあう「協働」の視点が必要です。同じ敷地内にあっても、子どもの情報が学校と行き交わなければ、敷地内にあることの利点が活かせなくなります。利点を活かすためには、学校との間で定められた情報交換の機会を確実に活かしていく工夫と、細やかな配慮が求められます。

以下、C施設での学校との間での情報交換の様子を紹介します。

- a. 朝の申し送り：夜～朝にかけての子どもたちの様子を、当直明けの職員が分級に出向き情報を伝えます。お互いのその日の連絡事項を確認する場にもなります。
- b. FFMT (face to face Meeting time の略)：分級の先生と施設の職員の気軽な連携を図るために設定された時間。午後の授業の後に 30 分程の時間帯を作り、子どものことで分級の先生に連絡や相談がある時に、わざわざ時間調整をせずに施設の職員が分級を訪ねることができるような工夫も必要です。
- c. 分級・施設連絡会議：月に 1 回、合同会議の場。翌月の行事の予定、内容の確認や、授業の様子、施設側の予定や入所の動向などを情報交換する会議です。栄養士も参加します。
- d. 合同カンファレンス：月に 1 回のカンファレンス。分級の先生をはじめ、すべての職種が参加するカンファレンスです。
- e. ミニカンファレンス：学校で気になる子どもを挙げてもらい、その子どもの担当と分級でカンファを行います。場合によっては、進路に向けて分級の先生との確認の場にもなります。

7. 家族との関わり

(1) 施設内での家族との関わり

①面会と通信

面会や電話など家族との関わりについては、入所前におおよそのことを決め、子どもと家族に同意を得ておくことが必要です。子どもが家庭から離れることで、子どもと家族との縁が切れてしまうわけではないことを保証するためにも、このような取り決めは必要です。虐待を受けた子どもの中には家族との関わりを拒む子どももいますので、子どもの意向を第一に考えながら家族や児童相談所の意向などを折り合わせて決めることが必要です。そして、入所当初の枠組みについては、入所前の児童相談所をはじめとする関係機関協議の中で確認したことを中心に、子どもや保護者の状態を観察しながら関係機関協議の中で、変更を加えていくことが基本になります。

②家族療法棟などでの時間の共有（保護者、子ども、兄弟姉妹など）

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）には、特に家族療法に力を入れ、更には家族の治療などで利用する家族療法棟を設置している施設も多くあります。家族に対する治療的取組の中で、子どもと保護者や家族が治療者（職員）を介在しながら共有する時間を持つことから始め、治療者（職員）を介在させずに適切な交流や時間の共有、関係が保てるよう、施設環境の中で実施するための施設です。

子どもと保護者の利用をはじめ、他施設に措置をされている子どもの兄弟姉妹の交流のためなどに利用されています。こうした取り組みには、短時間での利用（調理やお菓子作り）から、宿泊を伴う利用など、段階的に実施しています。

家族療法棟の利用について(例)

【実施前】

保護宿簿の記入	・保護宿簿に予め記入し（部屋・食数）、決裁を受ける。
食数	・3日前の 午前中 までに、厨房に保護者分の食事の追加依頼をする。
掃除	・使用する部屋を予め掃除し（ゴミ箱、冷蔵庫、食器洗い籠、トイレトーパー、汚物入れ、風呂場等の確認等）、チェック表に記入する。 *チェック表は、保護宿後の決裁に添付する。
利用料の連絡	・利用料（朝食 250 円、昼食 370 円、夕食 380 円、シーツ洗濯代 200 円）を保護者にあらかじめ知らせておく。 ・保護宿の前にもらうことを説明し、釣り銭のないようお願いする。



【開始時】

説明	・鍵を渡し、部屋の使い方の説明をする。 ・外出時は、職員に鍵を渡し、行き先と戻る時間を伝えるようお願いする。
様式を渡す	・外泊セット（保険証や受診券の入ったポーチ）と共に保護宿記録、健康チェック表、ファミリールームの使い方表、戸締りチェック表を外泊用ケースに入れ、チェックの上、シーツ一式とともに保護者に渡す。
食事	・厨房に食事を頼んである場合、時間を説明。 取りに行く時間：寮の食事開始時間の 5 分前。保護者は食堂まで行かない。 片付けの時間：寮の食事開始後 1 時間以内。 (休日朝は 9 時まで その時間を過ぎる場合は、ゴミを処分し、きれいに洗ってから、一番左のハッチに返す。)
利用料をいただく	・利用料をいただき、領収書（指導員室の貸し出しのカウンターそばの引き出しにある）を発行する。いただいた代金は、領収書の学園控と一緒に総務班に渡す。
服薬について	・指導員室に置き、服薬の都度渡す。 * 子どもが食堂に来た際に、飲ませることが望ましい。





【実施後】

鍵とシート	・鍵、使用済みシートを預かる。
受け入れ	・受け入れた職員は、外泊用ケースの中身を確認し、表に貼ってあるチェック表に内容物のチェックをする。また、保護者に子どもの体調について確認をする。 ・受け入れた職員は、保護宿記録の下欄に受け入れ時の様子を記入する。 ・新しく持ち込んだものについては一旦預かり、追って担当者（指導班）から渡す。
外泊用ケース	・外泊用ケースの中身を、種類別に棚に分ける。
部屋の確認	・掃除状況、戸締りを確認する。冷蔵庫の中身やゴミ箱、トイレトーパーやティッシュの有無も確認し、補充しておく。

【保護宿時の外出】

保護宿簿の記入	・保護宿の決裁をとる際、児童名の欄に「外出（外出時間）」を記載。
外出の決裁	・外出の様式（外泊記録と同じ様式、指導員室にある）の備考欄に「保護宿」と記載する。
決裁後	・外泊と外出名簿のコピーと一緒に、保護宿のコピーも指導員室ホワイトボードに掲示する。



(2) 保護者等（家族・親戚など）との外出、外泊

保護者との治療的な取り組みを段階的に積み重ねる中で、また、関係機関との協議を行い、入所児童と保護者の外出を認めていきます。

①外出

当初は、職員同行での外出から始め、繰り返しの中で徐々に職員が距離を取り、やがては子どもと保護者（家族・親戚）だけでの外出が可能となる様にプログラムを組んで取り組んでいる施設も多くあります。

②日帰り帰宅

様々な取組を基に、次の段階として日帰りでの帰宅を実施しています。これには関係機関とのケースカンファレンスを基に、事前には子ども・保護者に対する導入と枠組みの提示を行い、終了時点（帰園時）での振り返り面接を実施します。

③一泊帰宅、週末帰宅（資料 外泊時の連絡票）

日帰りの外出や日帰り帰宅を繰り返し行う中で、土曜日から日曜日の一泊帰宅や金曜日から日曜日での二泊帰宅など週末の帰宅を実施しています。関係機関等の理解を得て、事前面接と事後面接の実施を含め治療的な意味合いを持って実施します。各施設、様々な枠組みの中で実施しています。例えば、施設行事を優先に考えることや、月何回という枠組みを持っている施設もあります。

④長期帰宅

間もなく退所する子どもや週末帰宅を積み上げてきた子どもなどを対象に、長期帰宅を実施しています。春休み・夏休み・冬休みなどのまとまった期間や、学校が休業になる場合に保護者の協力の基に実施しています。また、事前面接、途中面接や家庭訪問、事後面接などを行います。

長期帰宅が問題なくできるようになれば、退所を考慮することができるようになります。

連絡 Note

横浜いずみ学園

児童名() (帰省期間) 年 月 日() ~ 月 日()

★学園より家族の方へ★

記入した人()

学園での子どもの様子

連絡事項

★家族の方より学園へ★

記入した人()

おうちでの子どもの様子

* 帰宅したときの様子	* <u>きげんが良かった</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>きげんが悪かった</u>
* 帰宅期間中、家にいた方は？	())
* 食事の様子は？	* <u>楽しそうだった</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>楽しそうでなかった</u>
* 家での様子			
* 主に何をしていましたか？			
* どこかへ出かけましたか？	* <u>どこへ？()</u>		* <u>だれと？()</u>
* 家族のみんなと話をしましたか？	* <u>よくしゃべった</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>あまりしゃべらなかった</u>
* 睡眠の状況は？	* <u>よく眠った</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>眠らなかった</u>
* 朝起きたときの様子は？	* <u>きげんが良かった</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>きげんが悪かった</u>
* 学園に帰るときの様子は？	* <u>いやがった</u>	* <u>ふつう</u>	* <u>いやがらなかった</u>

★家での様子をふりかえって★

気がつかったこと 学園へ伝えたいことなど どんなことでもお書きください。

(紙面が足りないときは、ウラにも記入して下さい)

Ⅲ 心理療法、医療について

1. 心理療法について

(1) 心理士の働き

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は、医師、ケアワーカー（児童指導員・保育士）、心理士、看護師などの専門職が、それぞれの役割を担いながら他職種と連携し子どもの問題や課題を理解し、解決に向けて支援しますが、その果たす役割には違いがあります。生活支援は子どもの外的適応（社会的適応）を育み、心理療法は子どもの内的適応（個人の心理的安定）を育むことが目的になります。同じ子どもを対象としますから重なる部分もありますが、目的が異なりますからアプローチの方法も異なるものになります。心理士がケアワーカーの役割を担うことが増えると、この異なる目的を混乱させるばかりでなく、子どもの心理治療的なプロセスを混乱させ、治療の停滞を招くことにもなります。

しかし、心理士が全く生活に関わらないということではありません。情緒障害児短期治療施設そのものが治療環境ですから、現在の子どもの動きがどの様な流れから生じているのかを知り、治療的に効果のある対応を考えることになります。また、子どもの抱える症状や行動上の問題、家族関係・家族構造のパターンに関する情報が、職員間で理解されていることが、現在の子ども・家庭に対応していく上で不可欠な事柄になります。この為、引き継ぎやケース会議などを通して、各職員が情報を共有し検討することが非常に重要となります。その為、心理士は、アセスメントに基づく職員へのコンサルテーションやスーパービジョンも役割として担うことになります。

(2) 心理士の業務

施設のシステムや職員配置により、心理士の業務内容は異なりますが、基本的には措置された子ども（入所・通所）に対する心理療法及び集団療法になります。また、心理士が親担当を担っている場合は、その家族への心理面接や家族療法を実施するとともに、児童相談所・子どもの原籍校等の関係機関との連絡調整等が挙げられます。情緒障害児短期治療施設では多職種の協働による総合環境療法を行っていますから、主に心理士がそれぞれの職種による支援の調整と治療の進行管理を行います。その他、外来を実施している施設では、外来児童に対する心理療法及び家族面接、関係機関調整も担うことになります。

具体的な心理士の業務としては、以下の通りとなります。

入所・通所治療	外来相談治療
<ul style="list-style-type: none"> ・個別・集団治療 ・家族治療 <ul style="list-style-type: none"> ・親子併行・親個別面接 ・家族合同・同席面接 ・家庭訪問・家庭環境調整 ・臨床心理アセスメント（心理検査を含む） ・関係機関との調整 <ul style="list-style-type: none"> ・措置開始及び措置解除における児童相談所・家族・学校との連絡調整等 ・医療機関・福祉事務所等との連絡・連携 ・生活・グループ体験活動 ・生活場面における危機介入 ・生活場面面接 	<ul style="list-style-type: none"> ・インテーク面接 ・個別心理治療 ・家族治療（親面接と家族療法） ・臨床心理アセスメント（心理検査を含む） ・外来グループ面接 ・親の会 ・電話相談
	家族宿泊（家族療法事業）
	・親子宿泊・親子プログラム
	・職員へのコンサルテーション・スーパービジョン

その他にも、地域活動として各種研修会の開催や研修会への講師派遣、児童福祉施設へのスーパーバイズ、実習生や研修生へのスーパーバイズ、ボランティア支援など他の職員と共同で実施します。

2. 心理アセスメント

子どもの心理的な問題・症状、社会への不適応や問題行動がどういった原因で起こり、どの様な過程を経て起こってくるのかを調査します。そして、その子どもの問題・症状・悩みに適した理論や心理療法を選択して心理的支援を行う必要があります、その為に行う心理テスト、診断的面接などを心理アセスメントと言います。

心理アセスメントの方法としては、観察法、面接法、心理検査、調査法となります。アセスメントとしての臨床的面接は、心理検査と心理面接により、問題や障害及びその原因や背景を把握し、クライアントが経験している症状を理解し、予後を予測し、その為の効果的治療方針を決定することになります。それと共に、治療に対する動機付けの向上を図り、クライアントの健康的な能力の把握を行うことになります。身体的発達、器質障害、家族関係、経済環境等々、心理的事象にだけとらわれず bio-psycho-social（生物・心理・社会）な観点からアプローチする必要があります。

(1) 情報収集

児童相談所からの個人票の情報から子どもの状態を把握し入所に至るまでの対応や入所後の処遇を考えていくことになります。入所後の処遇を考える上で、子どもや子どもを取り巻く環境の情報を整理し支援の方針を明確にしておくことが、子どもや子どもを支援する職員の負担を軽減することになります。

入所前に、個人票から読み取れる内容と不明な情報を整理し、児童相談所の児童福祉司と十分な情報交換を行い、アセスメントしておくことが入所後の処遇に繋がっていきます。このようにアセスメントは、治療の方向性を得ることですが、その為には子どもの現状と成長の道筋の展望を持つことが必要になります。

(2) 入所前アセスメント

個人票には、主訴や家族構成、現病歴、生育歴、心理検査の結果などが記載されています。こうした情報から子どもや家族の状態像を把握していきます。児童相談所が情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）に措置するに至った経過と理由、その背景の確認が必要になります。

- a. 誰が、どの様に、どの様な行為で、いつから始まり、現在は何の様になっているのかといった事実関係が必要です。入所後に現れる問題を予測し対応を検討しておく必要があります。
- b. 家族が形成される前の各保護者の生い立ちや結婚に至った経緯、現在の家族構成、経済的状況や保護者の精神的問題の有無などが必要です。これらは保護者の養育能力に繋がる情報となりますし、両親の関係性を知る手がかりになります。保護者へのカウンセリングなどの治療的支援や、保護者を支える為の支援の可能性なども考慮に入れておきます。
- c. 児童相談所の児童福祉司から保護者に対する動機付けがどの様に行われ、方針がどの様に伝えられているかが必要です。保護者に対して施設はどの様な対応を行うのかを具体的に決めておく必要があります。
- d. 子どもの知的水準や発達の問題、現在現れている症状、子どもが今置かれている状況の理解度などが必要です。知的な発達段階により、状況を捉える力は違ってきますし、発達障害を抱える子どもは、これまでの学習で得た知識や習慣を変えることが難しい場合もあります。一時保護中の睡眠や食事などの生理的リズムや、衝動性や攻撃性の程度、学校での対人関係や成績、学校での子どもへの関わりなどの情報があれば、入所後の子ども集団内での対応について検討することができます。
- e. 施設に入所し保護者から離れることの意味合いを子ども自身にどの様に伝えられているのかということも大切になります。子どもは、施設に入所しなくてはならなくなった理由をどう理解しているのかということが、施設入所への動機付けにな

ります。年齢如何を問わず、施設に行く理由を明確にして入所後のビジョンを子どもが持てるように伝えておくことが施設生活を始める上で大きな要素になります。

このように保護者や子どものこうした情報を整理することで、保護者が共同治療者になり得るか、保護者自身への治療的介入が必要か、子どもとの接触や連絡を禁止するかななどの対応を事前に考えることができます。その上で、保護者に面会の方法や時期、支援の方向性などをルール化し伝えることができるのではないのでしょうか。子どもも、入所後に施設にいることへの不安や疑問も出てきますが、こうした子どもに施設にいることの意味を再確認することもできます。

(3) 入所検討会議の実施

職員間で子どもの理解や共通認識を図ります。できる限り多くの職員で基礎情報を基に検討を行います。対象の子どもがどの子と付き合うか（支配、被支配等）、どの様なことが生じるか（予測）を検討し、どの様に支援するか、初期の方針を立てます。治療方針を、どの様に子どもや保護者と確認するかについても検討を行います。

(4) 入所後アセスメント

生活場面に関わりながら心理療法を行い、児童指導員や保育士と連携し情報共有することで、生活場面における心理療法の影響も確認でき、多角的に心理治療の目的が構成しやすくなるとともに、子どもが理解しやすい心理治療の目的を示すことができます。

心理治療による効果は、心理療法場面だけで得られるものではありません。心理療法により表出された子どもの内面を理解することによって治療方針を適切な方向へと導き、生活場面へと適用させていく過程において、初めて心理療法の効果が現実場面で反映されると言えます。

入所後、子どもの生活場面や心理治療の状況、学校での様子、投薬の効果など、多面的な情報を収集し、カンファレンスを行いアセスメントを行います。特に心理療法場面は、閉鎖的な空間を大人と一対一で共有化しますので、子どもの発言や行動に内面の問題が表出しやすくなります。入所後の初回のカンファレンスは一ヶ月を目安に実施しますが、毎日のミーティングにおいて常に子どもの情報を共有化し、その都度の対応を行っておくことが必要になります。子どもは可塑性が高い為、定期的にアセスメントしていく必要があり、カンファレンスで支援の方針を修正していくことが大切になります。

(5) 心理検査とその記録

児童相談所の心理判定所見もありますが、子どもの状態に併せて心理検査を実施することで、子どもの心理状態について多くの情報が得られます。その情報をもとに、状態をなるべく正確に把握し、客観的な手掛かりを得ることができます。情緒障害児短期治

療施設は、治療の専門機関として、子どもの状態を把握するため心理検査を実施することは当然と言えます。そのため、知能検査や発達検査、人格検査などはある程度整えておき、必要に応じて検査が出来る態勢と、心理士として検査について研鑽を積んでおく必要があります。

検査を実施した後は、所見をまとめ、結果を各職員にわかりやすく説明することが必要になります。

実施上の注意点として

- ・複数のテストを組み合わせて実施すること。
- ・子どもと親和的な関係を作っていた上で検査を実施すること。また、担当心理士自身が検査をしない方がよいと判断した場合は他の心理士に依頼すること。
- ・検査を拒む子どもには強要しないこと。
- ・テストは今後の治療に生かされるものでなければならない。テストのためのテストにならないようにすること。
- ・テストから得られた結果は倫理的にも慎重に取り扱われなければならないこと。

があります。

目的以外では使用されてはならないし、それだけで判断することも慎まなければなりませんし、使用に関しては、責任と注意が必要になります。

3. 治療プログラム

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は、子どもの心理的な問題の治療と併せて保護者の治療や支援を行います。施設治療を行う上で、子どもも保護者も施設で生活する意味を理解し、将来のビジョンを持つこと、入所前の施設に入る動機付け（治療契約）をしっかりとしておくことが重要となります。症状の背景となるものや、問題の性質、要因を明らかにし、そして症状の形成過程の理解が、問題の解決への道筋を生み出します。

治療プログラムには、個人療法と集団療法があります。個人心理療法は治療者とクライアントが一对一で行う治療法で、集団療法はクライアントと治療者からなる小集団をつくり、談話などの相互作用を活用して行う心理療法になります。

（1）個人心理療法

心理療法を行う上で必要なことは、アセスメントに基づき、適切な治療技法を選択されているか、治療を受けるモチベーションがあるか、治療構造が確立されているかという3点になります。不適切な治療技法は子どもの行動化を誘発し、動機付けのない中で治療は進展しません。

入所当初は大人と一対一になることを強く警戒し、恐れる子どもがいます。また、自分の将来に対して投げやりで、よりよくしていきたいという気持ちも薄く、治療に対する動機付けもない子どももいます。入所に際して動機づけを行っているとはいえ、実際に個人心理療法を行おうとしても、その準備が整っていない場合があります。そのような場合は、施設で生活する中で、自分をよくしたい、大人に頼ってみようという気持ちを育むことが大切です。周りの子どもが治療を受けているのを見て、何か良いことをしているみたいだから自分もしてみようかなということも多くあります。どのような形でも子どもが自分のために個人心理療法を行おうという主体性がないと、個人心理療法の時間を大切に思えないので治療の枠組み(治療構造)を守れなくなります。

治療構造が確立された中で、関与しながら観察し、適宜に介入することが必要になります。子どもとの面接の中で、治療者自身が、自らの状態を客観的に捉え何を感じているかを瞬時に判断し適切な反応を返すために、常に自らの状態を客観的に捉えておく必要があります。また、治療者の得意とする手法が不適切な場合もあります。不適切な技法を続けることで、子どもの行動化を誘発する結果にもなりかねません。どんな子どもにも適応できる技法はなく、多様な治療技法を学ぶことが必要になります。

①治療構造

心理療法は、面接室やプレイルームの中で子どもと共に考えていく作業をすることになります。そのためにはしっかりとした枠組みが必要であり、その枠組みを作ることが心理治療の場を作ることにもなります。心理療法を行う部屋や日程、時間などが枠組みになります。日常の生活から離れて、いつも同じ部屋で同じ時間に一対一の時間が保証されることで安心感を与えることができます。

個別治療は原則として、週1回、担当の心理士が実施します。心理療法を始める時には、まず入所した理由と目的を再度振り返り、治療の目的を共有します。その上で面接の契約を行います。面接の頻度や面接時間、面接場所などの手続きと併せて、面接室やプレイルームを使う上でのルールや禁止事項の説明を行います。また、面接の中で子どもが話した内容の取り扱いも説明します。こうした治療の枠組みの設定は、治療者と子どもの両方を守って、心理療法という特殊な人間関係を保障するために機能することになります。

②面接室の設え

個人心理療法のための部屋としては、面接室と遊戯療法室があります。どちらの部屋も、子どもと心理士が安心して過ごせるような環境にすることが大切です。例えば、話し合っている内容が外に漏れ聞こえてしまうようなことはよくありません。装飾が華美

であったりして、落ち着きをなくすようなこともよくありません。机や椅子も居心地の良い物を工夫するとよいと思います。刺激に弱い子どもには、あっさりとした机と椅子で、テストがとれるような多少堅い雰囲気の方が向いています。逆にゆったりと話し合える子どもには、ぬくもりを感じる木の机や椅子で、箱庭を置いてもよいかもしれません。子どもの状態や面接の目的に合わせた面接室が用意されることが望ましいです。心理士の数を考えれば最低3部屋あった方がよいと思います。

遊戯療法室についても同様に、あまり大きすぎても落ち着きません。おもちゃが溢れているような遊戯療法室がありますが、これも子どもにとっては落ち着きをなくすものとなります。できれば、他の部屋からおもちゃを持ってきたり、棚の中にしまえるような設えがあるといいと思います。精神分析のプレイセラピーは、絵を描く道具と人形など限られた道具とそれぞれ子どもに合わせて選ばれた遊具のみで行われます。機能訓練のための用具のある部屋などもありますが、その部屋の中でどういう経験を子どもと心理士がすることを目指しているかを考えることが必要です。おもちゃもその様な視点で選び、心理士はその玩具を使ってどのような経験が子どもと共有できるかを考えておくことが必要です。一般的には、積み木などイメージを膨らませられるような素朴なおもちゃがよいと思います。遊戯室も用途に合わせて2部屋は用意されているといいと思います。

観察室が最低基準に挙げられていましたが、昔よく見られたハーフウェイミラーは今では殆ど使われません。却って覗かれているという不信感を抱かせてしまうこともあります。観察が必要な場合は、部屋にVTRカメラをつけ、観察室は編集のための部屋として使うことにする方がよいと思います。

③心理療法

子どもたちの心理療法過程では、親子の基本的信頼関係に根ざした大人への依存に関するテーマが多く見られます。大人との良好な関係が成立しておらず、子ども同士の遊びで養われる「現実吟味力」、「欲求不満耐性」、「自己表現力」が十分に育たっていない場合もあります。

個人心理療法では、受容的な関わりを持つことで、子どもとの信頼関係を形成し、子どもの自由な表現を引き出します。小中学生では言葉による感情の表出が難しいことから、プレイセラピーや箱庭療法、絵画療法、ドールプレイなど言語を介さない方法を取り入れることもあります。子どもは、抑圧していた気持ちを何らかの形で表出し、それを受け止められることにより、さまざま感情に気づき疑問を持つようになります。こうした感情や疑問は、家族や自分自身に、また他者に向けられたりします。こうした感情や疑問の整理が、次の治療課題となって行きます。たとえば、親との関係に疑問を持ち、

親と話し合いたいと子ども自身が望んだ場合、合同面接を設けたりします。子どもによって、治療のあり方はさまざまですが、それぞれのペース、スタンスで進んでいくこととなります。

「遊び」を中心としたプレイセラピーの治療過程では、適度な甘えを受け止めて、彼らのエネルギーを再生し、遊びを通じて、想像力を逞くさせ、精神的な成長を促し、子どもが本来持つ「子どもらしさ（childlikeness）」を発見し、遊びを通じて子どもを理解し、これまでの現実生活で彼らが満たせなかった体験を補充することになります。子どもの精神発達の「根」の部分の扱いますので、治療はかなりの時間を要しますが、治療者が根気よくつき合えないと子どもとの信頼関係は生まれえないといえます。

また、近年は被虐待児童が情緒障害児短期治療施設の対象の中心を占めるようになりました。プレイルームの中で、子どもの挑発的で暴力的な行動にさらされることもあります。こうした状況に、心理士が感情的に反応すると、子どもの虐待的人間関係の再現に協力するという危険な状況に陥ることになります。生活場面であれば、他の職員の助けを借りることも出来ますが、一対一の関係の中でその対応に苦慮することになります。プレイルームの中で、心理士におかまいなしに興奮して暴れてしまう場合は、子どもが心理士と二人きりでプレイルームの中にいる状況に安心できないでいる場合もあります。治療の動機づけを再び行い、時には治療を中断しながら、子どもの恐怖感や不安を和らげる支持的療法を粘り強く実施し、攻撃性や挑発行為を抑制する調整を進めていくこととなります。プレイセラピーでは、室内の安全性を確保した上で子どもの内面の感情や虐待的な家族関係を遊びを通して表現させるように工夫し、再体験と再統合を進めることとなります。

こうした心理療法の流れをまとめると以下のようになります。

- ・環境調整、支持療法による「安全感・安心感」の再構築
- ・「基本的信頼感の回復」と「ストレス耐性（フラストレーション耐性）」の強化
- ・「虐待関係・共依存関係」を再現する歪んだ対人関係パターンの修正
- ・怒りや衝動を抑制できない「感情コントロール機能」の改善
- ・「反社会的問題行動・非社会的問題行動」への治療的アプローチ
- ・環境不適応な「自己イメージ」と「他者イメージ」の肯定的変容
- ・プレイセラピーによる「心身症状の除反応」と「トラウマ記憶の再統合（処理促進）」

治療技法も、このようなプレイセラピー以外にも、トラウマ治療として持続エクスポージャー療法（prolonged exposure therapy ; PE）や、認知処理療法（cognitive processing therapy ; CPT）や、眼球運動をしながらトラウマを想起させる眼球運動脱

感作療法（Eye-Movement Desensitization and Reprocessing ; EMDR）と呼ばれる治療や、身体に働きかける臨床動作法や自律訓練法などもあり、心理療法は多岐にわたります。

④個別面接の情報の共有

情緒障害児短期治療施設では生活場所などを共有しているため、面接場面以外で子どもと出会ったり、子どもから相談を受けることが多くあります。生活場面で子どもと接していると言葉でなくても色々なメッセージを受け取ったり、面接場面では生活の中で起きている様々な事柄の話をする場合が多くなります。入所生活で見られる行動は、入所以前に子どもの周りを巡っていた問題であったり、周囲を疲れさせたり混乱させていたりしていた一因であったりします。個別面接では、問題の有無に焦点をあてるのではなく、そのときどう感じたか、なぜそんなことが起こってしまうのかに焦点をあて、振り返ることで気づきを促し、今後の在り方について考えていくきっかけとなるようにと考えていきます。

しかしながら、心理士はケアワーカーと役割が異なるので、ケアワーカーとの連携が大変重要となります。職員全体が子どもの状況を把握し、無用なアクティングアウト（acting out）を防止し、適切な対応をするために、心理士は個別心理療法の内容を共有する必要があります。本来であれば、守らなければならないクライアントとの秘密を、情報として伝えるのは、治療上必要となります。しかし、ここで気をつけなければならないことは、情報を職員全員が治療関係者以外に漏らさない（守秘義務）ということです。これが守られなければ、子どもとの確かな信頼関係も、職員間の確かな信頼関係も作っていくことができなくなります。また、ケアワーカーが子どもの現状を伝えることにより、心理士は生活場面での様子を知ることができ、子どものより全体的な臨床像を理解することができるようになります。引き継ぎやケース会議、担当者間で話し合いをすることにより、情報を共有し、子どものより一層の理解を心掛けることが必要です。

（2）集団心理療法

集団心理療法は、グループの中で自分の心の悩みを話したり他人の悩みを聴いたりして、お互いに支え合いながら症状をやわらげていく方法です。

①集団心理療法の治療的因子

患者本人が同じような立場の人に話すという行為により、自分自身のことをよく知ることができたり、同じ悩みを持つ人の話から、それを乗り越える知恵や方法を知り身につけることができるという長所があります。グループの人数は、6～8名が適していると

され、一定の期間、決まった時間・場所に集まり、個々の治療的变化を目的として行われます。

情緒障害児短期治療施設の場合、年齢は小学生から高校生までの子どもを対象としますから、出来るだけ同年齢集団でグループを構成することで、同じ悩みや課題を共有しやすくなります。子どもの発達段階に応じたグループ設定や性別によるグループなど現集団の状況からグループ設定を行うこととなります。

集団療法の先駆者の一人であるアーヴィン・D. ヤーロムは、グループ療法で効果を現している治療的な因子について、11項目あげています。

ヤーロムによるグループの治療的因子

- ① 希望をもたらすこと
- ② 普遍性
- ③ 情報の伝達
- ④ 愛他主義
- ⑤ 社会適応技術の発達
- ⑥ 模倣行動
- ⑦ カタルシス（浄化作用）
- ⑧ 初期家族関係の修正的繰り返し
- ⑨ 実存的因子
- ⑩ グループの凝集性
- ⑪ 対人学習

このように、集団療法は子ども同士の相互作用で互いの行動や言動から自らの傾向への気づきや対人関係の修正など、治療的な効果が期待できます。

②集団心理療法の課題と準備

集団心理療法を実施する上で問題や課題があることも意識しておく必要があります。課題としては、以下の様な点が考えられます。

- i 指導者の力量が問われる。他の子どもからの攻撃にさらされる可能性。
- ii 集団に引っ張られたり個人に対応しないまま続けられ設定時間に終了できない。
- iii 子どものレベルが違いすぎ、症状を悪化させる場合。
- iv 子どもによっては集団の中にいること自体が苦痛になる場合。

このような課題や問題点を、集団療法の指導者は把握しておく必要があります。そのために、集団療法を実施する上で、プログラムやグループの構成、実施後の評価などのあり方について検討を加えておく必要があります。

事前検討項目

- ・グループの種類（治療的、成長促進的、長期または短期グループ）
- ・メンバーの種類（同一課題、男性、女性、年齢層）
- ・グループの目標（参加することで各メンバーが何を得るか）
- ・グループの必要性
- ・グループの基礎となる理論的背景は何か
- ・リーダーとコ・リーダーは誰か（資格は）
- ・メンバー選択をどんな手続きでやるか。選択の根拠は何か。
- ・メンバー数、場所 回数、時間 オープンかクローズか
- ・グループ開始時にメンバーが準備すべきことは何か
- ・グループの構造、テクニックとその理由
- ・グループ参加に伴うリスクは何か。それをどのようにメンバーに伝え、いかにしてメンバーを不要なリスクから守るか
- ・評価方法
- ・トピック（どの程度までメンバーが決め、どの程度リーダーが介入するか）
- ・グループの各発達段階の特徴は何か（各段階のリーダーの役割、課題）

こうした集団療法ですが、心理士のみで実施するのか、ケアワーカーも参加して実施するのかといった問題もあります。子どもの状況を理解し、集団での子どもの変化や関わり方は生活支援の中でも活用される要素は数多くあります。リーダーを心理士が請け負い、コ・リーダーをケアワーカーが受け持つことで、生活の場に繋げていくことが出来ると言えます。また、セカンドステップなど資格要件が必要なプログラムもあります。事前に、ケアワーカーが研修に参加し資格所得を進め、生活のプログラムとして実施していく方法も考えられます。

（3）小集団活動、グループワークについて

集団精神療法のように、お互いの話を聞き、自分のことを考える機会とするようなものではなく、調理実習やスポーツなど小集団でおこなわれるプログラムもあります。この活動は、ケアワーカーが主導して行う場合もありますし、心理士が主導する場合、双方が協力して行う場合もあります。一緒に活動をすることで「みんなと一緒に」という感覚を育てることが主な目的になります。その場にトラブルなく居られることを目指すような活動も考えられますし、話し合っって作品を作り上げるような高い課題設定も考えら

れます。どのような体験を子どもにしてもらいたいかをしっかりと考え、どのようなグループ（性別、学年など）を作りどのように運営するかを考えていきます。

グループワークを行うには、子どもの状態と課題から見て参加が望ましいかを考え、メンバーを決めていく必要があります。グループワーク内のルールを明確にし、また、子どもには参加する目的を考えもらうことも必要です。このようなことを行うためには、心理士の関与は欠かせませんし、日常生活と違った子どもの姿が見られる点で、心理治療にも役に立ちます。

4. 危機介入

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）では、リストカットや飛び降りなどの自殺企図や自傷行為、パニックによる暴力や破壊行為、最近は多くの施設で問題になっている性的問題行動など危機的場面は数え上げればきりがありません。生活場面で起きていることは、子ども自身が精神的にバランスを崩している状況と考えられます。

心理臨床的という危機介入の目的は、自殺や犯罪、他者への危害、精神病の重症化などの最悪の事態が起きないように適切な心理療法や支持的カウンセリングを実施することですが、情緒障害児短期治療施設は、精神的な危機状態にある子どもが入所してきますので、日常の生活全てが危機介入を要する状態にあると意識しておく必要があります。その中で、少しの刺激で問題が表面化し危機場面となります。

（1）危機介入の目的

このような危機状態に陥った時は、その問題発生状況に応じた集中的で具体的な働きかけを行なう必要があります。危機介入の目的は、普段の心理療法や生活支援とは異なり危機状態に陥っている子どもを安定させ、話し合いが出来る状況に回復させることが目的になります。不適応反応から一段と悪化した心理的異常（病的反応）へと傾く場合もあり、この変化の契機としての危機状態に対する危機介入が重要となるわけです。こうした危機状態は成長を促進する可能性を含んでいます。

（2）危機介入の方法

情緒障害児短期治療施設の場合、すでに生活環境そのものが治療的であり、入所時点のアセスメントで、これまでの状況が把握されていますから、危機場面が訪れる予測の上で対応についてある程度検討しておくこととなります。その上での危機介入の方法として、他の子どもに危害が及ばないように保護することから始まります。その上で、危機状態の程度を判断し、施設対応の限界吟味が必要となります。状況により入院等の緊急保護の必要性なども検討することとなります。次に、危機状態に至った事柄や本人の状

況認知、対処してきた行動パターンの確認などを行います。危機状態に陥るまでの状況は、これまでの生活の中で繰り返されてきたことが多く見られます。当事者の子どもに関わる職員、他の子どもに対応する職員など役割分担を行い情報収集します。子どもが落ち着いた状況になれば、当面の介入計画を作成し、実行・修正のプロセスが繰り返されることとなります。危機介入は、限られた時間や回数で対処することが要求されますので、現状の問題の解決に集中します。その後、危機的な状況に陥ったことや子どもの状態、今後の支援の方針などを家族や関係機関に連絡し連携をしていくこととなります。こうした危機状況は、当事者である子どもだけでなく、周りの子どもにも大きな影響を与えます。危機状況を見て、フラッシュバックを起こしたり、暴力的な行動に巻き込まれ被害を受ける場合もあります。こうした子どもたちにも心理的ケアを実施する必要があります。

5. 医療、保健について

全国統計では入所している子どもの約半数が精神科受診をしており、その5分の4が服薬しています。1割近い子どもが病院から入所しています。この現状から考えれば精神科の常勤の医師がいることが望まれます。

常に居てもらえれば状態の変化に合わせて相談することができ、薬も細かく調整してもらえます。施設外の医療機関を受診することは人手も時間もかかって、施設にとってはかなり負担です。特に夜間のパニックなど危機的な状況で相談できる医師がいることは職員にとって大変心強いものです。できれば頓服の指示など具体的な対応をしてもらえるとよいです。人間関係だけで一晩持ちこたえるということは、職員に大変な緊張と不安、消耗を与え、朝の業務にも差し障ります。

医師の側から考えても、児童精神科の診察においては子どもと話をし、少し遊んだり絵を描いてもらったりします。同時に一緒に来た保護者からも情報をもらいます。施設ではより詳細な情報を得ることができます。周りからの情報は治療を考えていくのにとっても大事ですが、実際にその場に居合わせて、医療者としての知識を持って観察することができればさらに適切な対応を考えることができます。

(1) 精神科医師の主な役割

①子どもの診察、治療

精神科は当然ですが、ほかの身体疾患についてもある程度は判断します。

②職員へのスーパーバイズ、アドバイス

ケースに対する診断、治療、薬の効果の説明だけでなく、精神科通院中の家族をどう考えるかなど、アドバイスを必要とすることはたくさんあります。

③他の医療機関との連携

興奮や自傷が激しい場合は施設で対応が難しく、入院治療をお願いすることがあります。小学生の入院を受け入れてくれるところはほとんど無く、中学生でも難色を示されることが多いです。興奮していて保護室の使用が想定される場合は尚更です。結果的に医師の個人的な繋がりやで依頼することが多くなります。

身体疾患についても受診の際に医療情報提供書が必要なことが多いです。その作成も求められることがあります。

(2) 精神科医療

精神科受診については事前に保護者の了承をとっておくことが望まれます。親自身が精神科治療を受けていると、重篤な症例に接していたり、薬の副作用に悩まされていたりして精神科医療に対する不信感を持っている場合があります、勝手に受診させると後から問題になることがあります。

子どもが激しく興奮して暴力を振るうケースなどではまず投薬を要請されます。しかし子どもに使うことを認められている向精神薬はあまり多くありません。認められている薬も効果のある割合は期待されるほど高くはありません。また、睡眠薬や抗不安薬(マイナートランキライザー)では依存性の問題があります。薬さえ飲めば何とかなる、というわけにはいきません。薬は「効く」のではなく「効かせる」ように処方する、と言われます。こちらが一方的に診断して処方するのではなく、どういう風になるために薬を飲むか、子ども自身が納得して服薬する必要があります。それでも毎日服薬することが面倒に思えたり、周りから服薬を止めるように言われたりして拒薬することもあります。その度に子どもと話し合う必要があります。

(3) 看護師の役割

① 児童及び職員の健康管理

a. 子どもの健康・発育状態の把握

看護師は、各施設1名の配置が定められ、子ども及び職員の健康管理を行うことが求められています。子どもについては、入所時の個々の健康状態の把握から退所時における各種関係機関への引継ぎまで、職員については、子どもの健康保持の観点から必要な健康指導、教育などを行う必要があります。

【入所時】

- ・子どもの健康状態の把握と個人カルテの作成

入所児童の入所時点での健康状態の確認はもとよりですが、母子手帳などにより既往歴、予防接種歴、出生時の状況などの過去の状態を確認することが必要です。

また、食に関すること、睡眠に関すること、排泄に関すること、食だけでなくあらゆるアレルギーの有無・詳細、内服状況などを入所時に把握し個人の健康カルテに記載します。

【入所中】

- ・身長・体重の計測

身長・体重の計測を定期的に測定し、成長曲線の更新を行い、低身長、るい瘦、肥満などの把握に努め、受診の必要性などの見極めを行います。

- ・平熱測定

子どもの平熱を把握し、子ども個々の病状の判断の指標とします。

- ・学校健診

学校健診の結果の把握を行い、必要な医療機関への受診の計画を行い、受診後は各部門（学校、生活支援、保護者等）に報告します。

- ・施設内検診(必要時)

子どもの状況に合わせて必要と思われた時は、検尿や血圧、問診、嘱託医等による診察を受けるようにします。

- ・個別児童対応

肥満児童の食事と運動についてや、アレルギーを持つ子どもの対応、夜尿・遺尿などの排泄に課題のある子どもの対応や皮膚疾患、てんかんをもつ子どもなどに対して、嘱託医等と協議しながら個別の対応を図ります。

- ・各種行事における対応と準備

学校の修学旅行や林間学校など宿泊を伴う行事、施設内での宿泊を伴う行事の対応として、救急箱や当該児童の常備薬、内服薬、外用薬、酔い止め薬などの準備と受診券及び健康保険証（写）の用意をします。

- ・内服、外用薬について

内服、外用薬などの管理及び処方状況の把握を行います。

- ・性に関して

女兒の月経のチェックを行うとともに必要な指導を行い、生活場面での状況から性教育について生活支援の職員、学校職員と連携して取り組みます。

- ・ケース会議における健康サマリーの作成

ケース会議において子どもの健康状況等のサマリーを作成し報告します。

【退所時】

- ・入所中の健康状態についての要約を行い、保護者または措置変更先に引継ぎを行います。
- ・治療中の疾患や持病がある場合は、医療機関の紹介状や医療情報提供書等を用意します。
- ・継続服薬が必要な場合には、多めに処方をしてもらっておきます。

b. 予防接種の実施

- ・保護者より予防接種に対する同意をもらっておきます。(同意書等書面にて)
- ・予防接種の計画
予防接種法によるもの、任意接種のもの、インフルエンザなどがあるため、早めに医療機関との日程調整やスケジュールを立てておきます。
- ・予防接種法で定められている定期接種の接種状況を把握する
母子手帳により確認しますが、母子手帳に記載のない、または母子手帳がない子どもに関しては入所前の市町村で予防接種の既往が確認にできる自治体もあります。
- ・インフルエンザ、子宮頸がんワクチンなどの任意接種に関しては、その都度保護者の承諾を確認します。

c. 病児対応

世話を受けることが苦手な子どもでも、身体的に不調の時は自然と身を委ねて世話を受けやすく、人に頼るよい機会となります。身体症状の訴えや心気的な訴えで看護師に頼ることもありますが、心細さなど子どもの心持ちを汲み取ってあげることが大切です。

- ・体調不良、怪我に対する応急処置、通院の判断をします。
- ・応急マニュアルを作成します
夜間や看護師不在時の観察ポイント、応急処置、通院への判断基準になるマニュアルを作成し、各職員が対応できるように周知しておきます。
- ・病児および受診後の対応について
ケアワーカーへの引継ぎ、指導を行います。

d. 服薬管理

- ・子ども個人の定期薬のチェックと配薬を行います。
- ・毎日の服薬の確認を行います。
- ・内服開始時には、子ども本人への説明と同意を得、職員への伝達を行います。

- ・処方している薬の作用、副作用のチェックを行います。

e. 通院対応

通院の付き添いは子どもと一対一で関わる時間になります。受診に際して心細さを感じている子どもにとって看護師は、医療の専門家として自然と頼りたくなる存在であることが多いです。ケアワーカーとは異なる関係ができて、子どもが心を開くこともある貴重な存在です。

- ・かかりつけ医の診察時間、診療科目、住所、電話番号予約方法などを把握しておきます。
- ・夜間、休日の受診機関と受診方法を明記しておきます。
- ・病児の症状を観察し、受診の付添い及び介助、受診後の対応を行います。その際、子どもによっては待ち時間対応の方法を用意しておく必要もあります。
- ・定期受診の把握と次回受診の日程調整を行います。

f. 職員の健康管理及び指導

子どもとともに生活する中において、職員の健康の保持及び子どもへの感染症の予防は大切です。以下の事柄に努める必要があります。

- ・職員に対する感染症予防の教育を行います。
- ・インフルエンザなど職員に対しても予防接種の実施を促します。
- ・職員の健康診断の受診及び毎月の検便の実施を義務付けます。

② 感染症対策

a. 予防

- ・日々の新聞報道等から流行感染症の状況を把握します。
- ・感染症予防マニュアルを作成します。
- ・マニュアルに従って清掃および消毒を行い、他のケアワーカーや調理職員に周知を図ります。
- ・子どもへの注意喚起を行い、手洗い、うがい、消毒などについて、ポスターや実地指導などにより指導を行います。

b. 発生時の対応

- ・発生時の対応マニュアルを作成しておき、それに基づいて隔離方法及び消毒方法を検討し実施します。
- ・全職員に状況及び対応について伝達し、その処置について周知・徹底を図ります。
- ・集団発生した場合には、マニュアルに基づき関係機関にその状況を報告します。

c. 終息後

- ・対応についての振り返りを行います。
- ・マニュアルの見直しを検討し、必要であれば改定を行います。
- ・発生の原因を究明し、再発の対策を検討します。

③ 環境衛生管理

- ・室内換気、寝具や各種物品の清潔を保持し、快適な生活が送れるように支援します。
- ・予測される感染症・疾患に対する適切な情報提供を行い、早期の対策を講じます。
- ・医薬品や処置に必要な物品の管理と購入を行います。

④ 保険証、受診券、母子手帳、療育手帳、お薬手帳等の医療情報の管理

- ・保険証は有効期限を確認し、期限が切れる前に保護者に更新の依頼をします。
- ・入所後できるだけ早期に受診券の交付の手続きを行います。
- ・保険証、受診券などはコピーをとり、持ち出しについてもチェックを行います。
- ・母子手帳は紛失しないよう管理を徹底します。

⑤ 医療機関、精神科医(嘱託医)との連携

- ・各子どもについて定期的または必要に応じて精神面・健康上の相談診察をするようにします。
- ・適宜、子どもの行動面や精神面、薬に関することなど職員対象の研修会の講師等の依頼をします。
- ・地域における感染性疾患等の流行状況の動向などについて相談します。

⑥ 他部門との連携

- ・看護師不在時の対応の取り決め(マニュアル)を作成しておきます。
- ・初期治療の方法等をケアワーカー、学校職員等に指導しておきます。
- ・疾病時子どもの理解と支援の統括をします。
- ・性教育についてケアワーカー・学校職員と連携して行います。

⑦ 緊急時の対応

- ・急病・怪我等の緊急時の対応マニュアルを作成しておきます。
- ・救急車を必要とするときには救急車要請の手順を明記しておきます。

6. 家族支援・治療

家族支援については、各施設に保護者対応の職員や保護者担当等（心理士やファミリー・ソーシャル・ワーカー、ケアワーカーなど）の職員を配置し、そうした職員を中心に家族面接を実施します。関係機関との入所前のケースカンファレンスを行い、面接の頻度や目的、そして面接の形態などを確認し、入所時に説明することが望まれます。

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）では、子ども達に対する治療的寄り添いのほか、家族との治療関係を継続的に作り上げていくことも特徴の一つです。児童相談所をはじめとする関係機関によってなされた子どもや保護者に対する共通のアセスメントを基に、各機関と共に子どもをとりまく家族関係の調整をし、治療的アプローチについて継続的に検討を重ねていくことが必要とされます。各施設での家族に対する家族療法などを実施している施設も多くあります。

虐待をしてしまった家族は、地域から孤立して支援機関からの支援を拒むことも多くあります。児童相談所など公権力から「指導される」という被害的な感覚を抱く家族も多くあります。治療面接を行うためには、まずは日常の電話連絡などにより、施設に対する警戒心を軽減し、関わりを拒まないような関係を作ることが大切です。子どもの治療の協力者として家族と関係を土台にして、その先に家族への治療・支援が展開していきます。

（1）家族面接

子どもの問題を解決するためには、子どもを取り巻く家族の心理治療が大切になります。保護者の置かれている社会的な環境や保護者自身のパーソナリティによって対応は異なりますが、どの保護者も子育てに行き詰まりを見せているという点では共通しています。保護者の反応としては、子どもに対しての世話を怠っている場合、子どもの自立の動きに不安を感じて子どもにしがみつこうとする場合、子どもを「問題児」として排除しようとする場合、子どもの個性や発達段階を考慮せずに保護者の期待を担わせようとして子どもを批判している場合などがあります。いずれの場合も保護者自身が過去にどのような子育てをされてきたか、現在、子どもの症状や問題行動によって保護者自身がどのような困難を抱えているか、周囲からどのような批判を受けているか、といった点に配慮することが大切になります。保護者は短絡的に問題解決を望んで、悪循環を引き起こしていることが多く、自分の子育てのあり方を吟味し直すだけの余裕と機会を作り出すことが、悪循環から抜け出すための第一の作業となります。

（2）家庭訪問

家庭訪問により家族間の関係調整にあたることも少なくありません。子ども、保護者

や家族など、個人個人をアセスメントするという視点に加えて、家族関係、家庭環境などのレベルでのアセスメント(社会システムのアセスメント)も重要です。家庭訪問は、子どものアセスメントを検討することにも役立ちます。

その他、実際に帰省中や一時帰宅中など、家庭環境の中での入所・通所児童に対してのアプローチを行わなくてはならないことも多くあります。

そうしたことから、年間80回を超える家庭訪問を実施している施設もあります。

(3) 家族支援・治療のポイント

子どもの症状や行動上の問題は、単にその子どもの問題と言うばかりでなく、保護者自身の発達課題と関係しています。どのような変化が家族全体に求められているのかを子どもの症状や問題行動を頼りに探索していくことが必要になります。

保護者の面接のポイントとなるのは、以下の通りです。

①保護者との信頼関係の形成

保護者との一対一の間関係をしっかりと築き、担当職員が保護者の信頼を得て保護者自身が面接の場で抱えきれない不安や解決困難な問題を打ち明けられるような雰囲気を作ります。

②子どもについてのありのままの情報を得る

施設での子どもの様子と保護者からの情報との相違点などから、子どもの気持ちや行動に対する保護者の偏った理解の仕方も明らかになることがあります。また、担当職員と保護者との人間関係が深まれば、子どもに関する情報も得られやすくなります。保護者が担当職員に聞いてもらおうと、子どもについての情報を探索し、ありのままに開示することは、保護者自身の心理的变化を生み、治療効果をもたらす場合があります。

③保護者が自らの葛藤に直面し、自分自身を見つめ直せるようにする

面接の中で、子どもとの関係だけでなく、夫婦関係や保護者自身の親との関係なども取り上げ話し合うなかで、特定の人物に対して葛藤する心の状態に保護者自身が気づくことがあります。また保護者の葛藤状態が子どもへの関わり方や子どもの問題(症状)に強く影響している場合には、さらに保護者の心理治療として継続的に話し合いを続けることが必要になります。

面接を通じて保護者自身の自己理解が進むと、子どもや他の家族に対する関係のとり方も変化していきます。保護者や他の家族の様子が以前とは違っていると子どもが感じ始めると、徐々に保護者や他の家族に対する意識の変化が起こり、問題(症状)が解消あるいは軽減することにつながっていきます。

IV 退所について

入所に際して、子どもも保護者も施設で生活する意味を理解し、将来のビジョンを持つことが大切になります。入所時に子どもも保護者も治療目標を設定し、その目標に向かって治療契約を結ぶこととなります。こうした動機付けがなければ、治療の方向性が曖昧になってしまいます。つまり入所時点で出口を意識した関わりが必要となります。そのため、入所初期からこの目標に向かって治療・支援、学習指導が行われ、家族治療と環境調整を行うこととなります。理想的には子ども及び家族の問題が改善し積極的な治療の必要がなくなった時が治療終結、つまり退所となります。

1. 退所に至るパターン

退所に至るパターンとしていくつか考えられます。入所時に目的によっても変わります。

(1) 治療終結の場合

家庭も子どもを受け入れる意思があり、子どもも家族と生活することを望み、治療経過の中でその家族の変容が見込まれた場合です。

治療・支援によって家族も子どもも改善がみられ家庭復帰する場合は、再び問題が生じた時には、遠慮なく連絡してほしいことを話しておきます。

子どもは改善したが、家庭の養育基盤に問題を残す場合は、児童養護施設などに措置を変更する場合があります。家族に経済的問題がある場合は、家族のプライドを十分考慮しながら福祉支援なども紹介します。

(2) 中断に至る場合

しかし、全ての子どもが治療終結を迎えるわけではなく、治療が中断する場合があります。

①子どもの心理的問題が大きい場合

通所や外来、家族療法事業での治療を継続するが、重篤な心理的問題や摂食障害、精神障害を疑うケース等、施設のみで治療が困難であるとの判断がされた場合には、医療機関等と協力して治療を進めることとなります。そのことは十分に家族に説明します。

②家族の転居により退所となる場合

転居先の相談機関を調べて家族に紹介しますが、相談機関がきちんと決まるまでは電話相談にて治療を継続します。相談機関が決まれば、必要に応じて、その機関に治療・支援に関する情報を伝えます。

③強制引き取りにより退所となる場合

虐待問題を抱えるケースでも、27条による同意入所の場合、保護者が治療継続を望まなければ、退所に至る場合があります。こうした場合、児童相談所との連携により、一時保護に変更して、再度28条の申し立てを依頼する場合があります。

④分離不安が大きい場合

入所治療の場合、子ども及び家族が想像している以上に子どもと家族が離れて暮らすことが苛烈で辛いこともあります。子どものみならず、親の分離不安も大きく、治療初期に破綻することもあります。治療形態の変更を考えざるを得ませんが、その時にできる限り問題に直面できるように促し、家族治療の課題として取り上げます。このことが治療上の山場となることが多いからです。その子どもを交えた合同家族面接によって、今後の治療形態を発展的・具体的に家族と共に考えます。

⑤入所治療中の子ども同士の対人関係の問題

被害児童へのサポートが第一ですが、どの様に対応するかを検討しなければなりません。実際は、家族もこれまでの対人関係で心理的な傷を負っていることがあり、子どもの問題を冷静に見ることができずに、一方的に被害感を持つことがあります。こうした場合に、治療中断が生じることもありますが、担当者は子どもや家族に治療継続の手段を授けることが必要となります。

⑥施設処遇の限界を超え、対応できなくなった場合

施設内暴力や破壊、他の子どもへの加害行為の多発など行動障害や行為障害により、施設での対応に限界が生じた場合は、児童相談所と協議の上、措置変更等の検討を行います。

このように、治療の継続を施設が望んでも、中断となってしまう場合があることを考えておく必要があります。そのためには、入所前からのアセスメントにより、危険性について把握し、日常の支援を行っていく必要があります。

2. 退所までの準備

子どもも保護者も退所の時期が明確になると、その後の生活について現実感を持つことが必要になります。退所後の生活をイメージし、施設での生活に反映させることとなります。家に帰った時どのような問題が考えられるか、その時にどのような対応を行うのか、家族状況や子どもの状態から考えられる課題を再度抽出しながら検討を加えていきます。そのためには、家庭での生活経験が必要になってきます。

(1) 家庭復帰に向けた取り組み

家庭復帰の場合は、以下の流れを取るようになります。

①保護者面接の定期的実施と子どもとの面会

被虐待児の場合は、面会制限などが取られる場合があります。しかし、保護者に子どもの状況を伝え、保護者自身が虐待に至った経緯や子どもとの接し方などについて面接を行っていく必要があります。

②保護者と子どもによる外出

保護者と子どもにテーマを設定し、外出の機会を作ります。テーマは入所前の保護者と子どもの中で繰り返されてきた課題について設定します。施設職員のいない中で、入所前の関係が再燃されないかを見ていきます。

③保護者宅への外泊

外出、面会等で子どもと保護者の関係が安定してくれば、外泊を実施します。しかし、帰宅した時、入所前の関係が再燃する場合があります。事前に保護者には、子どもの問題について話し、保護者と子どもに帰宅したときのルールについて検討をしておきます。

④週末帰宅の定期的実施

安定的に週末帰宅ができる状況が必要になります。帰宅時の子どもの状況と保護者がどのように子どもに対応したかを確認していきます。子どもにも施設で面接を実施し、帰宅時の様子を聞き、保護者の話との整合性を確認していきます。保護者と子どもの話のずれについて、振り返っていきます。

⑤長期休み(夏休み・春休み・冬休み等)を利用した長期外泊

長期外泊は、在宅の生活を見る機会になります。家庭復帰後のシミュレーションにもなります。長期の在宅は、最低限のルールの設定を行いますが、日常の家族の生活を送

ることになります。短期の帰宅をイベントを入れることで乗り越えてきた家族も長期の在宅になると、特別な関わりはできなくなります。

⑥試験登校、措置停止による、経過観察

経過観察を行う場合は、外泊中に家庭から通うことになる学校に試験的に通ったり、措置を停止して家庭に戻り学籍を原籍校に戻し、登校することになります。そのためには、定期的な子どもとの面会を通して原籍校と関係を築いておくことが必要になります。

また、子どもの特徴や特性の理解を進め、学校内で考えられる課題について検討と対応について話し合っておきます。

保護者に関しても、在宅が始まったら子どもとの関係がこじれる前に早期の対応を心がけることが必要になります。子どもとの生活が安定してくれば、定期的な家庭訪問や面接の機会を作っていきます。

(2) 児童養護施設等への措置変更

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は、施設内に学校を持ち、24時間の生活が全て把握できる状況にあります。児童養護施設に措置変更となった子どもは、自己判断を求められることが多く、環境に慣れるまでが課題となります。措置変更予定の児童養護施設とカンファレンスを持つと同時に、子どもにも見学する機会を提供し、次の施設のルールや職員が手助けできる範囲について明らかにしておきます。また、通うことになる学校での生活についても起きそうなことをあらかじめ予想して対応を考えておきます。措置変更後も治療継続が必要と考えられる場合は、通所措置や外来相談ができることを伝えます。

また、生活の中でも、児童養護の生活を意識できるよう、具体的なテーマとプログラムを設定していきます。

(3) 退所における事務連絡調整など

①家族・学校に対する調整

入所の場合は、

- a. 住民票を保護者の現住所に戻す。
- b. 学籍を原籍校に戻す（中3生で進路に絡んで11月末から12月に学籍異動する場合は特に、原籍校の担任教諭とも事前に調整する。）。
- c. アフターケアのあり方を家族に伝える。特に通所治療への変更の際には、費用徴収のあり方についても説明しておく。

通所の場合は、

- a. 学籍は概ね区域外就学であるので、原籍校に戻す手続きを保護者に丁寧に説明する。
- b. 通所措置は原則として毎日通所である。子どもが週1～2回の来園形態の継続しかできない場合、保護者の負担額が割高になり、解除を求める保護者もいます。その際には外来治療になりますが、外来治療と通所治療の相違（教育棟の授業参加ができない、生活担当者などの個別指導が困難、学園日課に参加出来ない等）を話しておきます。

※これについては、事務連絡事項というよりも保護者の治療への抵抗の表れである可能性もあるので慎重に進める必要があります。

②児童相談所に対する調整

- ・児童福祉法第27条の届け出を提出します。
- ・治療中断が予想されるなど難しいケースについては、児童相談所の担当児童福祉司と電話連絡や必要に応じて児童相談所に出向き調整を図ります。
- ・保護者の費用徴収については、各県により変わります。保護者の負担に応じて、解除日を設定するなどの配慮も必要です。

（４）退所後の支援について

入所していた、もしくは通所していた子どものほとんどは、施設処遇の中ですべての問題が解決するわけではありません。退所後の生活の中で、何らかの問題を抱えたり、不安があった時に、これまでの繋がりのある施設の職員が一番安心して相談できる対象になります。その為、退所前に保護者や子どもに何かあれば担当者に連絡をして良いこと、来園する時には、担当者と連絡を取り面接の予約をすること、生活棟には入らないこと、入所中の子どもとは会えないことなどの治療契約をし直すことが必要となります。

退所しても、何も不安がなく生活できるわけではありませんし、迷いや不安を感じるのは当たり前ですから、問題がこじれてどうにもならない状況になる前に連絡を取って、対応していく方が良いです。また、保護者もこれまでの入所中の面接を継続してきたように、退所後も何か問題を抱えた時や不安なことがあった時、相談できる場が必要となります。保護者も子どもも、これまで安心して相談をしてきた経験がなく、施設に入所して初めてきちっとした相談ができた経験は大きいと思います。

児童養護施設に措置変更となったケースも、必要であれば施設での外来相談や通所での相談も受ける、ケースカンファレンスに参加する等の対応を行うことで、より子どもの理解に繋がります。これは相手の児童養護施設との調整が必要になります。

相談は、基本、問題を抱えた時にどの様に対応していけるか、入所という環境の中で培われた人間関係やその信頼関係は、治療の基礎となって繋がっていきます。家庭訪問や、児童相談所の児童福祉司と連携した家庭調整等も退所後の支援として考えられます。子どもは時期に応じて様々な課題や問題を抱えます。その時、子どもが選択する相談者は、入所している時に、親身に付き合い、相談に乗っていた施設の職員になるのではないのでしょうか。入所、通所、外来も措置があるかないかだけで、基本は子どもの支援であり、心理治療やカウンセリングは子どもや家族のニーズに沿うことが基本になります。

また、家庭の地域の要保護児童対策地域協議会などでフォローする体制を整えておくことも場合によっては必要です。退所前から児童相談所などを通して協議会に働きかけることも望ましいことです。

V 通所について

在宅による治療・支援は、子どもが生活の場を確保され安心して生活が送れる状況にあり、家族と治療関係が築けることが基本となります。虐待問題を抱えていたり崩壊している家庭では子どもを治療・支援に通わせるという意識を保護者は持てないでしょうし、保護者が治療者と協力して子どもの症状に向き合うことは難しいでしょう。また、児童相談所が通所措置する場合も、保護者や子どもが同意し治療への動機付けが必要となります。定期的な面接を行い担当者や信頼関係が構築され、治療契約が結べる必要があります。

通所は、在宅支援である外来相談の延長線上に、施設の機能である教育や集団療法などを利用することになります。このように、通所措置へと繋がる子どもは、外来相談から児童相談所を通して措置となる子ども、外来相談に通っていない子どもも児童相談所が通所を必要と判断する子どもと、入所していた子どもが退所後の治療継続のため通所措置となる子どもに分かれることとなります。また、児童養護施設など社会的養護のもとで暮らす子どもたちの通所措置も可能になったことで、児童養護施設への措置変更が行いやすくなったり、逆に情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）への措置変更をスムーズにするために通所機能を利用するなど、様々な利用の仕方が考えられます。児童相談所の心理相談機能を補完するような利用も考えられます。

外来から通所や入所に至った子どもは、保護者との外来からの治療関係が継続され、退所後も通所への変更について経済的問題以外に大きな支障となる問題はありません。しかし、入所している子どもの大半を被虐待児童が占めるようになった近年、退所後の通所措置への変更は、保護者が施設退所後も治療の継続を望み、また、治療を継続するための交通費などの費用負担ができる経済的背景が必要となります。

子どもの問題としては、不登校や家庭内暴力、拒食や過食などの摂食障害などの行動上に現れる問題や心理的要因による症状、問題や心身症などです。こうした子どもたちへの支援を考える上で、子どもを支える家族への支援がなければ、子どもへの支援を継続することは難しくなります。

新たに在宅の子どもと同様に、児童養護施設に措置されている子どもも、通所措置が執れるようになりました。こうした児童養護施設や里親に措置されている子どもも大半が被虐待の子どもであり、PTSD や適応障害などの問題を抱えており支援が必要となります。児童養護施設や里親宅から通所するとすると、施設職員や里親の送迎や、それにかかる交通費の負担などの他に、治療目的や動機付けへのアプローチを明確にする必要があります。利用の方法については個々のケースに応じて検討が必要となります。

通所による支援の流れは、電話による相談や児童相談所、関係機関からの紹介から始

まり、初回面接を経て、継続面接、心理治療、家族支援、環境調整を経て治療終結に至ります。基本的に、外来相談も同様ですが、外来相談との相違点は、学校や施設の行事への参加、入所児童と同様のグループワーク、昼食など、夜間の宿泊以外入所機能を利用できるところにあります。通所措置によってどのような支援が受けられるかは、施設内の学級が利用できない場合があるなど、施設の事情によって異なります。毎日通うのではなく、週に1, 2度しか通ってこない子どもの負担金の徴収制度も自治体によって異なります。通所を行うときは自治体との協議を行い、どのようなプログラムを行うかを決めていくことになります。

清水が丘学園の日課及びルールについて（通所児童用）

清水が丘学園のしくみ

- ・ 利用の仕方は3種類あります。
- ①「入所」50名 学園の寮で生活する。
- ②「通所」20名 学園に通う。
- ③「外来相談」2週間に1回程度の相談。

- ・ 清水が丘での目標

清水が丘学園では、みんなそれぞれ目標を持って生活しています。

ルールを守り、みんなで仲良く過ごしましょう。

- ・ 3人の担当がいます。

家族担当：家族や学校の先生、センターの人と連絡します。

生活担当：生活支援をしてくれます。

心理担当：悩みを相談したり、一緒に遊んだりします。

学校について

・ 施設内にある分教室に通います。（小学生は明石市立清水小学校、中学生は明石市立魚住中学校に転校となります。）

- ・ 入学、卒業は原籍校（もともと通っていた地元の小・中学校）でします。
- ・ 原則、原籍校の制服、体操服を着用して下さい。
- ・ 登校のペースについては、担当者や担任とよく相談して決めましょう。
- ・ 自転車で登校する場合は、保護者と相談の上、担当者に伝えて下さい。

日課とルール

- ・ 日課の例（平日）

8：30 登校

12：15 午前の授業終了、昼食（食堂で給食を食べます）

12：55 再登校

15：00 帰棟、自由時間

掃除、個別面接、スポーツ活動（野球、バレーボール）、自治会など

16：30 帰宅

- ・ 行事
花見会（４月）、参観日（６月）、サマーキャンプ（７月）、体育会（９月）、学園祭（１１月）お楽しみ会（１２月）、卒業を祝う会（３月）、誕生会（月１回）他
※各種活動の参加については、担当者と相談して決めます。
- ・ 持ち込み禁止品
○ 登校に必要なもの以外はできるだけ持たないようにしましょう。
- 児童同士の物のやりとりは禁止しています。誕生日、バレンタインなどは許可していますので担当者に相談して下さい。
- ※ 持ち込み禁止：高価な物、飲食物（水筒のお茶は可）、化粧品類、アクセサリー、年齢不相応な物など
- ※ 貴重品預かり（来園時に支援員室で預かります）
：現金等、腕時計、小型ゲーム機、携帯電話（電話番号を届け出て下さい）、携帯音楽プレーヤー、刃物類、家や自転車の鍵など
- ・ ルール
○ 特に気をつけてほしい事
人や自分を傷つけない
物をこわさない（故意に学園や他の人の物を壊した時には、弁償してもらうことがあります）
無断で園外に出ない（帰宅するときは必ず職員に伝えましょう）
- 担当
 - ・ 家族担当：
 - ・ 心理担当：
 - ・ 生活担当：
 - ・ こども家庭センター担当：__

1. 治療プログラム

通所を利用する子どもは、まずは心理治療担当者や家族面接担当者との治療関係を作っていくことが大切です。初めは、個人心理療法や家族治療を継続的に行い、子どもや家族の状態から集団参加できる状況にあるかのアセスメントを行ってから、グループワークなどのプログラムに導入することになります。入所児童とは全く接触しないような形で支援している施設もありますが、学校などで入所児童と一緒に場を過ごすような支援を行う場合は、継続的な治療により、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の利用目的や治療の動機付けができており、子どもや家族の問題や危機場面に介入できる関係が構築されていなければ、入所児童等とのトラブルや、心理的葛藤から中断する

ことが多くなります。生活場面に入ったとき、不安や疑問を相談できる対象として担当心理士との治療関係を作っておくことが入所児童との交流の前提となります。

初期の段階で、どのような問題で子どもがつまづいているのか、家族関係（親子関係、夫婦関係）はどうなのか等を明らかにして、アプローチの方法を考え、施設の利用方法について話し合います。子どもは発達（精神的にも身体的にも）途上にあるため、初期の段階での見立てについては、面接を繰り返す中で修正し、柔軟な対応が必要となります。

（１）問題の明確化

スムーズな治療展開をはかるためには、初回面接から何回かの面接で、子どもと家族の問題を以下のような観点からある程度明らかにしなければなりません。

- ①主たる問題（今一番困っている問題は何なのか）。心理学的な問題なのか、反社会的な問題なのか、器質的な問題なのか、病的な問題なのか。
- ②子どもの問題がいつ頃から出てきて、家族や周囲の対応はどのようなものだったか。また家族の対応に対して、こどもの反応はどのようなものだったか。
- ③現在の子どもの生活状況はどのようなものか。睡眠、排便、食欲等基本的な生活の状況について。家族との交流について。友達や家族以外の人との交流について。
- ④問題の原因に関連していることは何なのか。親子の問題、夫婦の問題、環境（学校）の問題等
となります。

（２）面接形態と治療構造

個別面接を実施する場合の治療構造の考え方は入所治療と同様ですが、子どもと家族の抱える問題を明らかにしていく時に、子どもや家族の面接形態、治療形態についても選択していかなければなりません。

- ・親子同席面接なのか、併行面接なのか。
- ・言語的なアプローチなのか、非言語的なアプローチなのか。
- ・面接の間隔はどの程度が適切か。

さて、外来面接を繰り返す中で、子どもがある程度施設に慣れて定期的な来園が可能になった段階で、次の段階の学園の利用について考えて行かなければなりません。もちろん治療形態の選択は可塑的なものですが、最終的な治療目標をどの辺りに置くのかで段階的な治療形態の選択も異なってきます。

2. 生活場面への導入

通所児童と入所児童が全く関わらない施設もありますが、ここでは入所児童と一緒に活動をする場合の留意点を挙げます。

(1) 生活担当者との関係

通所措置後、実際に生活担当者との関わりが生じるのは、心理療法・家族担当者以外の他者との接触が、本人にとって、より治療的に効果があると判断されてからのこととなります。心理療法をベースに関わりを続けてきた子どもが生活担当者に出会うことは、ある意味で社会との接触を広げることに繋がっていますが、適応能力が低い状態にあるため、担当心理士あるいは家族担当者から生活担当者への橋渡しがかなり重要な作業となります。生活担当者は事前に、子どもに関する情報と注意点について、心理・家族担当者と生活担当者間で確認し合い、具体的にどのような生活担当者との関わりが担当児童の受け入れられる範囲の関わりであるのかを検討する必要があります。

通所児童が入所児童と同様の日課に参加できるようになるためには、入所児童と友人関係を取り結んでいく必要と、入所児童の生活ルールを理解し受け入れていく必要がありますが、一足飛びにこの段階に進もうとすると無理を生じ、心理療法ベースの段階に戻らざるを得ぬ状況となってしまいます。したがって、前述した生活担当者との関わり開始は、こうした入所児童と同様の日課に参加するための前段階として位置づけられ、生活担当者と通所児童との関係がつくまでは、心理あるいは家族担当者がその橋渡しを直接行なっていくことが必要になります。

(2) 入所児童と同様の日課に導入・参加

通所児童を入所児童と同様の日課に導入するにあたっては、関係のついた生活担当者が心理・家族担当者の意見を参考にしながら、子ども本人に必要以上のストレスをかけないよう（治療が継続するよう）ペース配分を考えながら、子どもへの働きかけを行なっていく必要があります。

導入当初は、何曜日の食事だけとか、何時間目の授業だけ、あるいはいついつの行事だけといった参加の仕方になりますが、関係のついた生活担当者が直接対応できるスケジュールの設定を行なっていくことも必要になります。

関係のついた生活担当者以外のケアワーカーの対応を試みる場合にも、生活担当者から他のケアワーカーへの橋渡しを子どもとともに直接行ない、いつどこで誰が対応するのかを子どもにわかるように説明することが必要になります。こうした導入期を経て、入所児童と同列の対応へと進んで行くことが可能となっていきます。

(3) 学校の利用

通所児童の学校の利用に関しては、教育委員会との取り決めが必要です。適応指導教室などを充実させている自治体によっては利用ができない場合もありますが、学校の利用ができることで、通所の支援のレパートリーが大きく広がりますので、学校が利用できるように努力した方がよいと思われます。

施設内学級での学習は、何らかの理由で登校が安定していなかった子どもにとって、毎日の生活日課として登校が組み込まれることは、基本的な生活習慣の確立に直接繋がっており、自信を付けることができます。学習内容も躓いているところから始めてもらえるため、これまで、「学習内容がわからず聞けなかったこと」を聞きやすい環境でもあり、学習に楽しさを感じる子どもも少なからずいます。また、枠組みがはっきりしているため、子どもにとっても対応しやすい環境の設定もできます。

施設内学級と日頃から情報交換し、ケース会議等に教員が参加している施設では、子どもの情報を共有しながら対応します。学校への導入として、明確なルールを設定しておく方が子どもも学校に対応しやすくなります。例えば、制服で登校すること、授業時間の途中からは入室できないこと、貴重品は教室に持ち込まないことなどになります。

登校を開始する前に生活担当と共に、学校や授業を見学し教員との顔あわせをし、子どもの不安を軽減しておきます。また面接の中で学校の印象や、登校できそうな授業、教室にいることが辛くなったときの対応など具体的に話し合います。

学校という環境で同年齢の子どもたちと場を共有できることは、子どもの達成感を醸成し自信を持つようになると同時に、他の子どもに巻き込まれてしまう危険性もあることを考えておく必要があります。

3. 通所による治療・支援機能

通所治療は、週1回の個別心理治療から始まり、グループ治療や集団活動、入所している子どもたちの日中プログラムと同様のデイケア活動まで、その内容は子どもにより様々な形態をとります。デイケアとしては、治療者に見守られた中で、共同生活の経験や治療を実践することになります。

通所の大きなプログラムとしてデイケアがありますが、その目的としては、以下の3点になります。

①生活リズムの改善

「朝から活動出来る生活リズム作り」と「通学訓練」

②登校に必要なとされる基礎能力の改善

色々な課題や種目を通して、基礎学力の補填、集中持続性や判断力、ストレス耐性や問題解決能力などの感覚をもどしていく。

③より円滑な対人交流の習得

グループや集団認知療法などを通して、対人交流について振り返ったり、学んだりしていく。

主なプログラムとして、

- ・スポーツ・園芸・手工芸（陶芸・革細工・木工など）・調理・SST・話し合い
- ・各種クラブ活動（野球・バレーボール・新聞・パソコン）
- ・各種イベント（お泊まり会・キャンプ・スポーツ大会など）
- ・学習支援（施設内学級への登校・個別学習支援・グループ学習など）

があります。

また、保護者に対して個別カウンセリングやグループ面接、自助グループなど、子どもの理解と家族関係の調整、中学卒業後の進路相談などを実践し、保護者の不安の軽減などを図る必要があります。

4. 通所児童の日課と留意事項

担当者は個々の通所児童の目標を明確にして他の職員にも理解してもらい、協力してもらうことが大切です。通所児童が生活棟に入るためには、生活担当職員との信頼関係が何よりも必要になります。そのため、第一ステップとしては、信頼関係を構築するための生活場面作りに配慮することになります。担当職員との関係が構築されたら、対人関係の広がり重点を置いた日課設定に心がけることが必要になります。学校の利用や生活棟日課への導入は、この時点で考えていきます。あくまでも子どもの状況をよく観察し、可能な範囲をよく話し合っ決めていきます。この時点から他の職員との関係も広がりますので、子どもの状況をよく説明し、協力が得られやすい体制を整えるようにすることが大切になります。

(1) 個別対応日時設定の留意事項

- ① 生活棟職員業務に無理のない範囲の対応を心掛ける。
- ② 個別対応を理由に、日勤職員が同時に生活棟を空けることのないよう配慮する。
- ③ 個々の子どもの状況に応じた対応を心がける。

(2) 生活棟利用の留意点

- ① 来園した際には、指導員室で貴重品を預かり、その日の日課を確認する。
- ② 帰宅する際には、貴重品を渡し、次回の来園について確認する。
- ③ 帰宅時間が遅くならないよう帰宅を促す。

(3) 通所児童に係る準備事項

- ① 居室を決める。居室前の名札を作る。
- ② 靴箱をきめる。
 - i 名前を本人と一緒に確認する。
 - ii 棟内用上履き、通学用の靴を用意してもらう。
- ③ 食堂の席を決める。

昼食は、担当者が事前に申し込み漏れのないように注意する。

④ 貴重品の確認。

本人に来園時には貴重品を指導員室に預け、帰宅時に取りに来るように伝えるとともに、持ち込み不可の物品などを説明する。

⑤ 教育棟用の上履き、体操服の発注

⑥ 教育棟の挨拶

- i 担当心理士もしくは生活担当で挨拶に連れていく。
- ii 初登校の際には、指導員が教室まで付き添う。

Ⅵ 外来、診療所について

1. 外来機能について

外来機能に関しては、制度上の規定はなく、施設独自の付加的な事業となります。しかし、地域における子どもの健全育成や心理的ケアを担う為には、近年の外来相談数の増加への対応を的確に行うことのできる相談体制の整備が必要になります。また、専門施設としてのノウハウを広く社会的に役立てていく為にも外来機能の充実が不可欠です。

(1) 外来機能の必要性

外来機能は、相談の受理から定期的なカウンセリングを継続し、入所や通所治療への移行をスムーズにします。また、入所治療が終了した後は再度外来相談と一貫した治療構造が持てることとなります。外来からの継続的な来園が施設の情報提供にもなり、また治療者との一貫した関係が、子ども自身の不安を軽減し治療効果をあげることとなります。また在宅から相談に来園するといった、現状への問題意識が持てる子どもが入所することにより、集団がある程度健康的なものになります。その集団に属することにより被虐待児が癒される治療効果が期待できます。

(2) 業務内容

外来相談に訪れる子どもや保護者への治療やカウンセリング、また学校の教師等へのスーパーバイズがその中心的な業務になります。外来の心理治療や集団療法を行うことにより、入所や通所に至らず改善されるケースも多々見られ、また教師に学校での対応やアセスメントを伝えることにより、問題の軽減が図れます。

(3) 外来相談機能のあり方

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の外来機能は、病院と違う精神科医療を兼ね備えた子ども専門の機関としての相談のしやすさを持っています。しかし、より専門的な立場で外来機能の充実を図るには、投薬や医師の専門的診断が併行して受けられることが望まれます。

また、外来相談利用による治療効果を期待する為には継続して定期的に外来相談に来園すると共に、地域社会で生活しているので、学校など様々な機関による支援活動のネットワークを構築していく必要があります。

外来相談の流れ

①相談の受付（電話相談・飛び込みの見学など）

- i 初めての相談ということで、学年・性別・現在の状況などを聞く。
- ii 電話相談の内容については、相談票などに必要事項を記入する。
- iii 不登校を中心とした対象となるケースで、継続した治療面接が可能と思われるケースについては、利用の仕方の説明を行ない、インテーク面接への誘いかけを行なう。その他のケースについては、適切な他機関を紹介したり、当面の対応についてのアドバイスなどを行なう。
- iv インテーク面接（見学）の日時予約にあたっては、名前と連絡先（電話番号）を確認し、インテーク面接者のスケジュールを確認の上、相手方に連絡する。

②インテーク面接（見学）

- i 児童記録票（カルテ）に必要事項を記入し、ケース概要を記録する。どんな状況か詳細を聞きながら、並行して同居家族の状況や、生育歴・問題の生じてきた時点前後の変化についての情報を収集する。どのようなタイプの問題を抱えた家族関係なのか、本人の発達段階としてはどのあたりなのかなど、インテーク会議でイメージが伝えられるよう、情報を収集する。
- ii 外来治療が適切なケースについては、治療面接に導入する。（不適切と思われる場合は、他機関の紹介などを行なう。）
クライアントに対しては、インテーク会議で担当者が決定してから、治療面接を開始する事を説明する。
- iii インテークを行なったケースについては、児童ファイル番号登録簿に必要事項を記入し、登録簿の受付番号を児童記録票に記入する。

③インテーク会議での報告と担当者の決定

インテーク面接で得た情報をインテーク会議で報告し、継続した治療面接が可能なケースについては担当者を決定する。

④治療面接の開始

担当者とクライアントの間で面接日時を決定し、面接を継続していく。各回の面接記録は前述の記録用紙（親・子別様式）に記入し、カルテに綴じていく。

⑤その後の展開

ケースの進展のあり方、適性に応じて、外来治療を継続したり、通所治療・入所治療へ導入したりする。また、通所治療・入所治療のアフターケアとして外来治療に切り替えることも、治療上非常に有効である。

⑥治療面接の終結

問題や症状の消失、軽減によって、治療面接を継続する必要がなくなった時点で治療面接を終結する。また、進学、転居等によって治療が継続できなくなる場合も一旦は終結（中断）するが、また困ったこと、不安なことがあった場合には連絡を入れてくれば良い旨を伝えておくと、終結（中断）に対するクライアントの不安が軽減し、治療的に有効である。

2. 診療所について

（1）診療所の設置運営について

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の特徴は生活支援、心理療法、学校教育など、子どもの問題に包括的、多面的に対応できるシステムにあります。処遇方針は児童精神医学、臨床心理の知見を軸にしており、傷ついた子どもの心に受容的、成長促進的に関わることが可能です。この為、被虐待の子どもたちの治療の場としても近年期待が高まっています。一方、思春期の精神的問題への対応も求められています。この年齢層では心理的問題もより複雑、重度化する中、精神医学的治療が不可欠であるとされています。すなわち現行の心理療法、ソーシャルワーク、生活支援のみのシステムでは対応は困難になっていくと考えられます。今後はメディカル部門とのタイアップシステムや、関連を強化しなければなりません。特に児童精神医療との連携が大変重要ですが、児童精神科領域の精神医療がどんどん縮減されているという現状の中で、情緒障害児短期治療施設の中にこそ児童精神医学をかなり濃厚に取り入れていくという段階にきていると考えられます。

（2）情緒障害児短期治療施設における医師の役割

情緒障害児短期治療施設において、医師の果たすべき役割として下記の項目があげられます。

①措置児童へのサービス

a. 児童相談所との連携

児童相談所からの依頼により、措置検討中の子どもの情報を検討し、可能であれば直接面接を通じて措置の適否を相談します。状況により、必要と思われる調査やケースワークを児童相談所に依頼します。

b. 精神医学的ケア

特に深刻な神経症性の問題（強迫性障害など）や、発達障害の子どもについて、担当心理士と協議の上、医療行為を行います。

- ・医師面接（精神療法）
- ・薬物療法（副作用のチェックを含む）

神経症の不眠、不穏、強迫症状などへの対症療法、及び発達障害に起因する多動、注意力散漫、衝動性などへの薬物療法、てんかんや脳波異常に対する抗てんかん薬など。

薬物療法に関しては、保険医療機関の医師でないと処方できないという問題から、施設の勤務医というだけでは、薬物療法は難しくなります。その意味でも診療所を併設することを目指すべきです。

- ・身体管理

一般の施設と同様の健康管理、初期治療の他に、心因性の頭痛や腹痛などの身体表現性障害、拒食や過食などの食行動の問題への対処も必要となります。

c. 外部医療機関との連携

- ・処遇困難ケースの紹介、相談

強迫症状の悪化や拒食による身体の衰弱、強度の対人恐怖、対応の限界を超えた行動化などにより施設での治療が限界にあると判断される場合、他の医療機関と連携し、入院等の対応策をとります。

- ・医療機関からの紹介、受け入れ

回復期の神経症など、入院の適応ではなくなったが早期社会復帰が困難な子どもについて、児童相談所とも協議の上、受け入れをします。

② 外来相談

a. 初回面接時のアセスメントと方針決定

家族や教師が「不登校」などと考えて来談するケースの中には、初期の精神病や広汎性発達障害などの子どもも含まれます。外来での心理面接が適切なケースであるかどうかを初回面接で医師が判断します。

b. 医師面接

医療機関からの依頼で医療と併行して心理療法を行う場合や、発達障害の子どもの処遇について家族や学校の指導を行う場合には医師が外来担当となります。

c. 外部医療機関との連携

措置児童の場合に準じる。

d. 診断書、意見書の発行

高校生の引きこもり等で、単位取得の為に病気欠席の証明が必要な場合や発達障害の子どもについて学校での特別な対応を依頼する場合などに、診断書、意見書を発行します。

(3) 他の職員のスーパーバイズと情報提供

医師が常駐することで、医学的判断を常に得られることは、心理士やケアワーカーにとっても安心できる状況となります。入所前処遇検討会議やケース検討会議への医師の参加により、子どもの医療情報や症状についての説明などと共に、その対応について、指針を得ることができます。

また、自傷や解離などの問題行動が顕著になった場合や発達障害等で投薬治療を実施する場合も医師と相談の上、投薬や通院、入院の措置の判断を得られます。こうした場合、家族への指導や、病的な傾向を持つ家族自身の相談にのることもできます。

(4) 関係諸機関への情報提供

上記にあげた役割のうち、現在もっとも大きな問題点を抱えているのが、措置児童に対する医療行為と、外来相談における診断書等の発行になります。

勤務医がいても診療所を併設していない場合、医師が診療を行いながら、処方箋の発行による施設内での投薬管理と、それに伴う血液検査等のチェックを行えない為、外部医療機関に受診しなくてはなりません。この為、子どもの状況に処方内容をあわせるのが困難な状況となります。

また、本来、他の医療機関では文書料や検査費用を徴収している医療行為を無料で提供しているという問題が生じています。これらを解決する為、学園の診療所を保健・医療機関として整備し、医師が円滑に医療行為をとれるようにする必要があります。

第3部 施設運営など

I 施設運営などについて

1. 定員（入所、通所）

（1）措置費について

措置費は、それぞれ性格の異なる数種類の施設に適用され、支弁の方法、費目等についても施設種別、入所児童の年齢、定員等によって異なります。基本的には事務費、事業費にそれぞれ分けてあり、施設において、入所・通所児の福祉を図るための運営費、すなわち、入所・通所児処遇費、職員人件費及び施設の維持管理費等で、児童福祉法の規定に基づく措置に伴う経費として施設に入所・通所措置された場合に支弁される経費です。

（2）措置費と定員について

定員・地域区分毎保護単価表（平成26年度）

入所部

地域区分 定員	18/100	15/100	12/100	10/100	8/100	6/100	3/100	その他
	円	円	円	円	円	円	円	円
30人まで	326,630	319,590	312,550	307,860	303,160	298,470	291,430	284,390
31～35人	310,160	303,460	296,760	292,290	287,830	283,370	276,670	269,960
36～40人	293,690	287,340	280,970	276,740	272,500	268,270	261,900	255,550
41～45人	281,630	275,520	269,410	265,330	261,260	257,180	251,070	244,950
46人以上	269,580	263,710	257,840	253,930	250,010	246,100	240,230	234,370

通所部

地域区分 定員	18/100	15/100	12/100	10/100	8/100	6/100	3/100	その他
	円	円	円	円	円	円	円	円
	104,280	101,980	99,680	98,150	96,620	95,090	92,790	90,490

（注1）保護単価は、入所定員と施設所在地区分「地域区分」毎に設定されている。

なお、地域区分は、国家公務員の一般職員の給与に関する法律第11条の3の規定に基づく人事院規則に定められた地域区分による。

（注2）定員区分は、平成24年度以降、従来の10人刻みを5人刻みに改正された。

施設を運営する際、定員と措置費は切り離せない関係にあります。昭和47年以前における事務費の保護単価の設定方式は、現員現給制でしたが、昭和48年度から現員現給制による事務費の保護単価の設定方法を改定し、国の示す事務費の保護単価を、そのままその施設の事務費の保護単価として設定することとされました。

このようにして、都道府県又は指定都市、中核市若しくは児童相談所設置市が年度当初に設定した月額保護単価にその施設の定員を乗じた額をその月の事務費の支弁額として施設に支払われる、いわゆる「事務費の定員払い」です。これは措置児童数の変動に関係なく、定員に応ずる職員構成によって保護単価を設定し、これに定員を乗じた額が支弁されるものです。近年、措置児童数が減少し定員と現員との間に常時著しい開差の生じる施設も見られ、施設間に不均衡が生じるため、開差の相当ある施設に対する是正措置として、定員に対し前年度の平均在籍児童数を基準として10%以上の開差を認めないこととし、定員そのものの改定若しくは暫定定員を設けることとされました。

また、これまで保護単価の定員区分が10人刻みであったものが、平成24年度から5人刻みに細分化され、暫定定員に対する緩和措置が採られました。

(3) 入所部門の定員について

施設の規模（定員）については、基本的には設置地域における社会的養護を要する子ども等の状況により判断されるものですが、一方で施設運営面等も考慮し、総合的に判断することが望ましいと思われまます。

(参考) 定員別の職員一人当たり措置費一覧表

(平成25年度：地域区分その他)

定員	年間措置費 (円)	職員数 (人)	職員一人当たり年間措置費 (円)
30	102,042,000	21	4,859,143
35	113,009,400	23	4,913,453
40	122,256,000	24	5,094,000
45	131,835,600	26	5,070,600
50	154,169,400	28	5,005,500

(注1) 年間措置費は、一般分保護単価のみで算定したもので、各種加算分保護単価は含まれていない。

(注2) 職員数は、平成25年5月24日付厚生労働省事務次官通知「児童福祉法による児童入所施設措置費等国庫負担金について」による。

ただし、栄養士については、全て1名配置で算定している。

(4) 通所部門の定員について

通所部門の定員についても、入所定員同様、地域の実態を勘案することが望ましいと思われま

す。なお、通所部門の保護単価は、定員毎に算定されるのではなく、定額によるものです。

(参考) 通所部門に関する審議会の意見具申

通所の制度がいまだ具体化されるに至っていないが、通所部門を設ける際は、治療効果及び運営管理の見地から、定員 50 名の場合には、そのうち 15 名程度を定員とすることが適当であるとされている。

(昭和 42 年 12 月 8 日:中央児童福祉審議会による意見具申)

2. 入所部の養育形態について

(1) 小規模化の流れについて

今般、児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会における「社会的養護の課題と将来像」に示されている社会的養護の基本方向として、家庭的養護の推進、いわゆる施設養護においても、できる限り家庭的な養育環境（小規模グループケア、グループホーム）の形態に変えていく必要があるとされています。今後、児童養護施設等においては、本体施設を小規模グループケア化するとともに、定員を45人以下とする施設の小規模化が進められることとされています。

なお、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の小規模グループケア化については、対象児童の特異性等も関係し、推進については今後の議論が必要な課題です。

(2) 大舎制・ユニット制の形態

① 大舎制の留意点

大舎制は、一般的に一つの建物の中に居室、娯楽室、面接室、食堂、厨房、浴室、トイレ、事務室など必要な設備が配置され、子どもたちが共同で生活している形態で、おおむね一舎につき20名以上の子どもたちが生活しています。

大舎制は、共同の設備、生活空間、プログラムのもと運営されているため、管理しやすい反面、プライバシーが守られにくいことや、家庭的雰囲気が出しにくい点などの問題点を抱えています。

② ユニット制の留意点

ユニット制は、施設内に独立した生活空間があり、それぞれ必要な設備（居室、娯楽室、面接室、食堂、厨房、浴室、トイレなど）を設け、5人から7人くらいの子どもと職員と一緒に生活する形態です。

ユニット制は、生活の単位が小集団であるため、家庭的な雰囲気の生活体験を営むことができる反面、職員が分散されるために1ユニットをみる職員の数が限られます。すべてのユニットに当直を置くとすると、大舎制に比べ、当直者数が増え、昼間の職員配置が少なくなる、職員数が十分に確保されていないと、一人だけで子どもを見る時間が増えるなど職員の負担が大きくなるという難点もあります。

ユニット制で行う場合は、それぞれのユニットが孤立することなく、施設全体として支えていくことが必要ですし、子どもにとっても多くの大人に守られている感覚が得られ、治療的です。職員は他のユニットにも気楽に応援に入れるように、日頃からさりげなく子どもと関わったり情報共有を行うことが必要です。

3. 安心・安全を感じることができる生活のための施設整備について

(1) 施設構造の基本的な考え方

自分の居場所が確保され、安心、安全を感じることができるような空間、また、いじめや支配被支配関係が起りにくいように、目の届かない死角をできるだけ減らすことや、他の子どもたちから離れ、落ち着きを取り戻せるような空間、部屋を確保することが基本です。児童養護施設では、プライバシーの尊重から大人の目に触れない空間を増やす方向ですが、情緒障害児短期治療施設では職員に見守られることの心地よさを味わい、人に頼ることを身につけるといった課題をもつ子どもが多くいます。その課題に対応するために適した建物の構造も異なってきます。

居室に関しても、一人部屋が必要な子どもも相当数いますが、治療上2人、3人部屋の方が適している子どももいます。小学生も入所する施設ですので、すべてを個室にする必要があるとも思えません。2008年の実態調査では一人部屋が必要な子どもは44%ですが、2人部屋が必要とされる子どもも35%います。治療経過とその時の子どもの課題に応じて、居室の形態も選べるようにすることが望ましいと思います。取り外しができる壁にするなどの工夫もあるといいと思います。

(2) 必要な設備

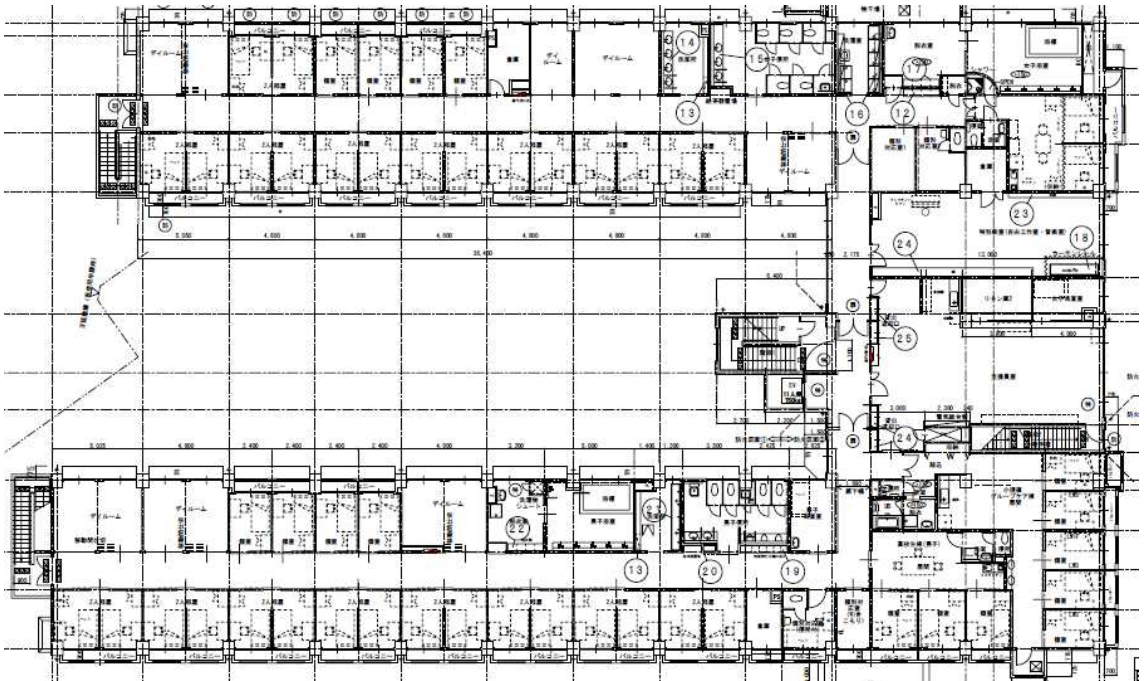
施設設備については、「児童福祉施設の設備及び運営に関する基準」に規定されています。その中でいくつかの設備に触れてみます。

①浴室

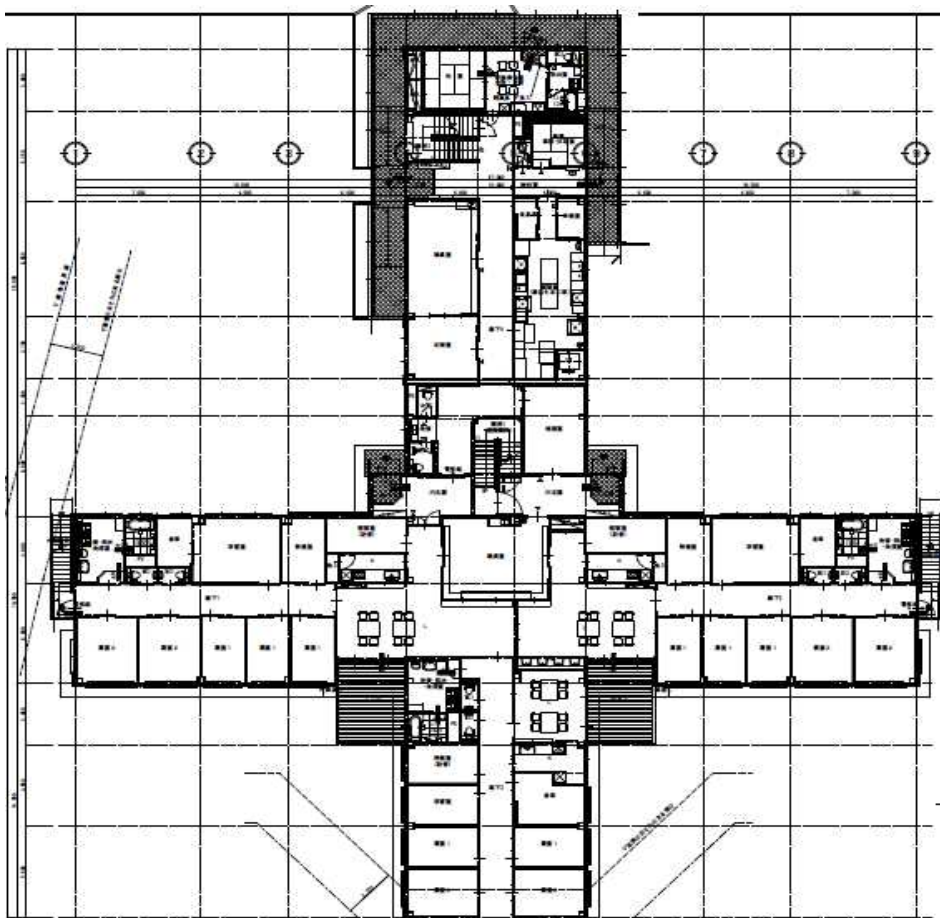
性的な問題を抱える子どもが多くなってきて、大きな湯船に何人かが浸かる、いわゆる裸の付き合いをすることが良い経験になる子どもも減ってきました。ユニットバスなどを用意して、一人で入浴できるようにする必要性が高くなってきています。

②食堂

食卓を囲んで食事をする経験は、学校で友人と一緒に弁当を食べる、職場で昼食を同僚と食べるための良い練習の場面となります。しかし、食事中に落ち着きを失う子どもも多く、マナーなどの指導に乗れずに暴れてしまう子どもなども増え、みんなで一緒に食事を始めて終わる、給食のような形態は取りにくくなっているようです。誰かと一緒に食事をするというところから学んでいく必要のある子どももいますので、様々なニーズにそった経験ができるような食堂が望ましいと思います。



【ユニット制の例】



③タイムアウトの部屋

規定された設備以外に、パニックを起こしてしまい、周りに子どもがいると更に混乱を増してしまうような子どものためには、他の子どもたちから離れ、落ち着きを取り戻せるような空間、部屋の確保も必要です。2008年の実態調査では、47%の子どもにこのような部屋が必要だという結果が出ています。この部屋は落ち着きを取り戻すための部屋ですので、子どもが怖がるような構造ではなく、落ち着くために入りたいと思えるような部屋であることが望まれます。暴れた子どもがガラスを割ることが懸念されるため、窓のない居室を作るという考えもありますが、そのことで子どもが閉じ込められたような感覚を覚えたり、怖くならないようにする工夫が必要でしょう。はじめはパニックを起こして職員に連れてこられるでしょうが、ゆくゆくはパニックになる前に落ち着きを取り戻すため、自分から利用したいと言うようになることが望まれます。また、集団から一時期離れて暮らせる安静室が、29%の子どもに必要と考えられています。

④面接室

心理療法のための部屋や面会のための部屋などが、最低基準に挙げられています。実際は、遊戯療法室が2つ、心理士の数に応じて異なりますが、カウンセリングなどのための面接室が3つ程度、その他に数人で話し合える面会室、心理検査室などが必要になります。それぞれの部屋の大きさや設えは心理治療の所で述べましたが、それぞれの心理士の考え方によって異なりますが、部屋の様子によって治療が左右されることがありますので、設計段階から心理士の意見を取り入れることが大切です。

(3) その他の設備

その他の設備として、児童福祉施設最低基準に規定されていない屋外運動場、体育館、図書室、家族が宿泊できる家族棟などの設備を整備することも望まれます。家族棟は、家族で過ごす様子を職員が見て支えることができるなど、家族との関係を作っていくときに有用な施設で、実態調査では37%の子どもに必要だとされています。その他、調理実習室なども、食生活に恵まれなかった子どもたちが自分で料理をできるようになり、自分で食べるだけでなく他の人にふるまって喜ばれる経験を積めるなど、自立支援の面だけでなく、意味ある体験を積む場になります。36%の子どもに必要だとされています。

4. 職員配置と専門性について

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の配置基準は、国の基準に基づき各自治体で基準を定めているところです。情緒障害児短期治療施設の入所児童は、被虐待児童や発達障害児童が多くを占めており、総合環境療法を目指すものとして、それぞれの職種を持つ専門性は保持される配置でなければならないでしょう。

（1）各職種について

① 施設長

国の基準に示されているように、児童福祉施設での従事経験は一定年数必要と思われるます。

被虐待児や発達障害児童など困難な課題を抱える子どもを処遇するにあたって、個々の子どもの特性を見極める能力、家族の抱える問題点を見極める能力を持ち、心理士及びケアワーカーを支える役割が求められます。また、児童相談所をはじめとして、行政機関とも交渉等を行う必要が生じてきますから、そういった経験知や人的ネットワーク力が求められます。

なお、現在の 38 施設での施設長の職種では、医師、心理士、福祉職員、保育士、自立支援施設での自立支援員等であり、経験職からすると児童福祉施設経験者、児童相談所等の自治体児童福祉関係従事経験者が大部分を占めております。

② 副施設長

副施設長を配置するか否かは、各施設及び運営主体の状況によるものと考えますが、施設長が法人の業務や、他の関係業務等で不在がちになるのであれば、施設長代行として配置する必要があります。また、施設長が直接処遇の内容にかかわることができないような場合には、副施設長を配置して業務を分担することも必要になると考えられます。

③ 心理士

情緒障害児短期治療施設の子どもの治療の要であり、その専門性は高く求められなければなりません。資格としては、心理の大学院での修士課程修了や臨床心理士などの資格を有する程度の技能が望まれ、アセスメントの能力、治療の手法の広さが求められます。また、施設によっては子どもの心理療法だけでなく、保護者のカウンセリング等の必要もあることから、家族療法、家族ケースワーク等の知見も求められます。

さらに、各施設の運営の体制にもよりますが、心理士が宿直に入ったり、ケアワーカーと同様の役割を担わざるを得ない施設では、個々に関わる能力に加えて、集団を見る能力が求められます。

現在の配置基準では、児童 10 名に対して 1 名の基準になっていますが、家族関係調整機能も重要でありエネルギーが必要なことから、7 名に対して 1 名くらいの基準が求められるところです。

④ ケアワーカー

子どもの育ちに直接かかわる職員であり、子育ての専門家としての能力が求められます。また、生活を共に過ごす職員であることから、「生活」にかかわる専門家としての知識、能力も求められます。基本的には、保育士、社会福祉士、教員等の資格を保持していることが望ましく、子どもに寄り添える能力、子どものモデルになるような存在感を示すことが求められます。具体的には、日常生活においては、子どもとの関係づくりのために様々な遊びの師匠であり、＜学習＞の先生であり、＜くらし＞にかかわる先達であり、＜こころ＞の悩みの相談相手になるような能力が求められます。このような能力は一朝一夕で習得できるものではありません。10 年以上の経験を有する基幹的職員を中心に、資質の向上を図り、技術を伝えていく必要があります。

また、男性職員、女性職員は、同数が望ましいと考えられます。

⑤ 栄養士及び調理員

食生活は生活の基本であり、栄養管理はもとより食事をおいしく食べられるよう工夫することが大切です。子どもの年齢、障害のある子ども等の個人差や食物アレルギーの有無など、子どもの心身の状態や日々の健康状態に合わせて対応することが望まれます。また、食事を通して生活習慣を身につけたり、食事を作る楽しさを味わったり、様々な食文化にも触れる喜びは、子どもの成長にとって大きな意味を持つものであります。栄養士は、食にかかわる中心となって、毎日の食事を提供するとともに、行事などの特別な料理の提供、食を通した子どもの理解・支援を行い、献立のサンプル表示や特別献立の作成、食事マナーの指導などを行います。栄養士は、有資格者でなければならず、調理免許も取得していることが望ましいと考えます。

施設においては、調理部門を業務委託しているところもありますが、委託する場合にも、当たり前の食事の提供を委託業者にも課す必要があります。

⑥ 事務部門など

国の基準では、各施設1名と定められています。社会福祉法人会計の処理ができることが大切です。また、施設内の器具・備品の修理などを行うため、ケアワーカー等では作りえない関係性を作ることができます。

(2) 組織図について

組織図については、各施設の運営方法によるところが大きいといえます。各施設が大舎制をとるのか、ユニット制及び小規模グループケアを採用するかによって、その体制は異なると考えられます。

① 大舎制の場合

施設長、事務管理部門（事務員、栄養士、調理員等）、治療部門（医師、心理士、看護師）生活支援部門の3部制に分かれ、それぞれに主任を置く体制が通常の形態です。

この体制は、原則的には心理療法担当は、生活部門には入らないこと、宿直はしないこととしています。いわば、生活場面と心理療法場面を構造的に明確に分離する方式です。このことによって、心理治療の個別性、心理士と子どもとの個別の関係を保証することになるものです。一方、あえて心理士を生活場面に入れるようにしている施設もあります。心理士が生活に入ることは是非については、それぞれにメリットデメリットがあり、議論が続いています。

また、通常施設長は緊急時を除いて、夜勤などのローテーションには組み入れないものとしています。

② ユニット制及び小舎制（小規模グループケア）の場合

ユニット制や小規模グループケア制を採用している場合には、組織図としては、施設長及び事務管理部門は別として、心理士、ケアワーカー、調理員等がユニットごとにグループ分けし、そのユニットまたはグループごとに主任あるいは責任者を置き、その上に統括主任等フリーな職員を置くことがあるようです。職員の勤務ローテーションを考慮すると、この体制は現行配置基準の職員数ではかなり過酷な状況にならざるを得ません。

この体制のメリットは、一つのユニットあるいはグループで、職員及び子どもでまとまりを示し、いわゆる家庭的雰囲気・関わりを形成しやすいところです。一方で、心理士とケアワーカーとの境界が曖昧になり、それぞれの専門性が不明確になってしまう恐れを有しています。また、自分の所属するユニット及びグループにのみケアの視点が向いてしまい、施設全体の問題状況の把握や対応がとりにくいことが考えられます。

(3) トラブル対応について

情緒障害児短期治療施設においては、子どもの逸脱行動や子ども間の諍い、無断外出は発生しがちですが、そういったトラブルは生じるものとして対応策を講じておく必要があります。マニュアルを作成し、職員間での周知を図っておくことが大切です。

暴力や破壊的な行動が生じた場合には、当該児童に対応する職員、補助的にかかわる職員、他の子どもの安定を図る職員、緊急連絡を行う職員などの役割分担と連携を確実にしておく必要があります。また、トラブルが落ち着いた後の対応・指導についても手順を示しておくことが重要です。

無断外出については、発生時の様子を落ち着いて確認し、昼間の時間帯では心理士、学校職員等搜索する分担を素早く決めて対応し、状況によっては警察に保護願いを出すことや児童相談所への連絡とともに保護者への連絡について判断しなければなりません。夜間の時間帯については、緊急連絡網により施設長、主任等への連絡を行い、警察への保護願い、児童相談所への連絡、保護者への連絡をします。また、発見後の対応についてもマニュアルを作成し、職員全体に周知を図っていきます。

性加害、性被害の問題やいじめの問題については、可能な限り早期の発見に努め、事態が大きくなるいうちに対策をとることが肝要です。子どもからの聞き取り調査を職員全体で取り組み、子ども間の関係・連鎖を明確にする必要があります。この場合、調査中であっても必要に応じて部屋替えや、個別対応をとることが求められます。一定構造が明らかになった後に改めて全体に対する指導や教育的取り組みを行い、場合によっては児童相談所と協議し、一時保護の適用や措置変更を行うなどの対応マニュアルを整備しておく必要があります。

横浜いずみ学園暴力問題等対応チームについて

暴力が同一児童に向けて複数回にわたって起こっていると考えられ、その介入が困難な場合、該当児童担当者（以下、担当者）＋担当者以外の職員が数名加わり対応チームを立ち上げる。また、集団無外、集団での逸脱行動等、担当者が複数となり情報の共有が難しい場合も、対応チームを編成する。チームリーダーとなる職員は情報共有・事後指導がスムーズに行えるようにチーム内の調整を行う。

- ① チームでの対応が必要であると思われた場合、園長に報告・相談をし、園長・管理職によってチームの立ち上げを行う。緊急性が高い場合、管理職がいなくても、このチームは即座に立ちあげられる。その後園長に報告をする。
- ② 担当者は当日中に、園長・職員へ問題の共有を行い、園長・管理職がチームのメンバーの決定を伝える。チーム内でリーダーを決定する。
- ③ 担当者がいない場合は、まず担当者へ連絡し、園長→課長→主任への報告を行い、チームの立ち上げを行ってもらう。
- ④ 対応チームとなる職員は、職種を選ばず、担当者が相談しやすい職員を選ぶ。必ず課長か主任がチームに入り、担当者間の調整を行う。
- ⑤ チームの方針を話し合いチーム内で共有する。
- ⑥ 対応記録を別ファイルに作成し、他職員が確認しやすくする。



問題の事実確認を行う。

- ① 事実確認は担当者とは限らない。また、チームリーダー以外のメンバーで行う事がのぞましい。



事実の確認ができれば、チームメンバーが園長はじめ全職員への説明を行う。



今後の対応について対応チームで検討する。



園長・全職員と対応を検討し決定する。



検討結果を受けて具体的な動きを開始する。

- ① 措置変更・一時保護・家族対応等・・・担当者が中心に行う。
- ② 園内でのプログラム・・・対応チーム＋全職員もしくは担当者

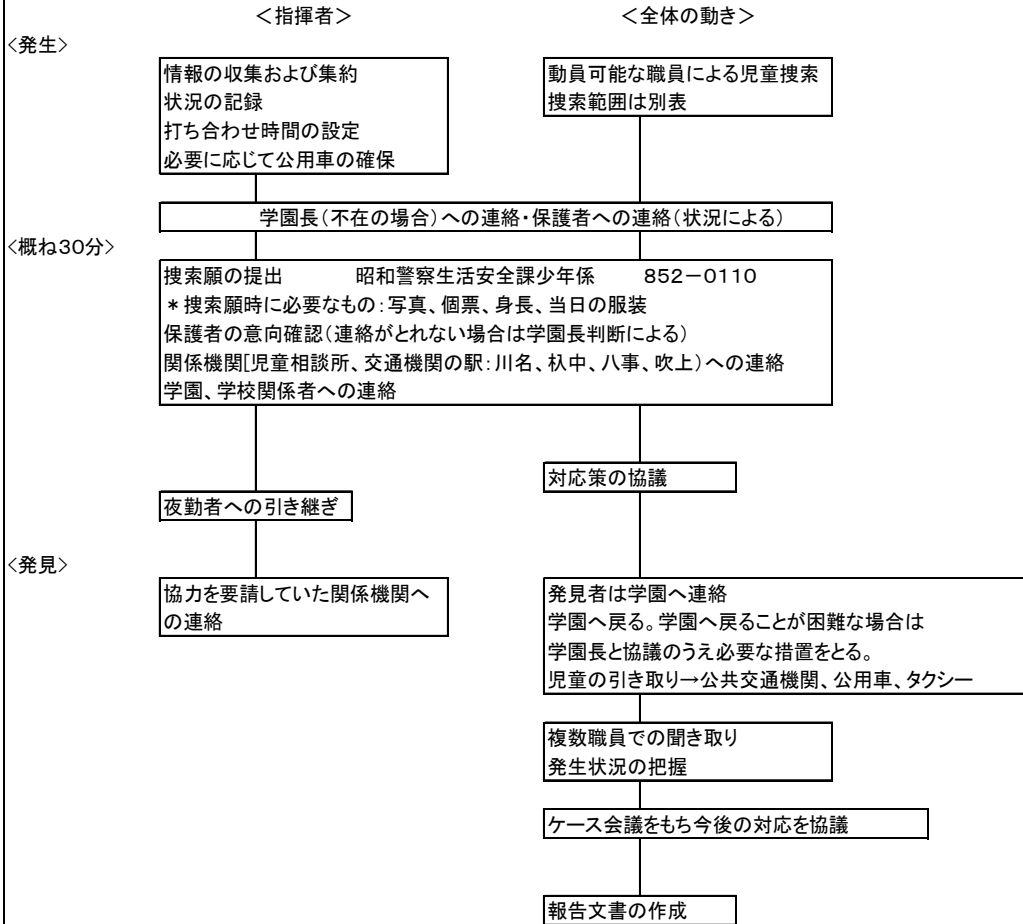


ある程度の結果が得られたところで、経過の振り返りをチームメンバーで行い、全職員に報告する。対応チームは解散する。（判断はチームが行い、園長が決定する。）

くすのき学園無断離園の対応

<指揮者> 発生時点の児童の担当職場責任: 学園(副園長)、学校(主任教諭)
 休日の場合は学園での勤務年数が最も長い職員

休日の場合は学園長の指示を受ける。その後は通常時間での発生に準ずる。
 必要に応じて、職員の応援を要請する。



(別表) 捜索の範囲

- 1 学園内および学園周辺(園内、学校エリア、センター内、ヤマナカ、川原神社、川名公園)
- 2 イオン八事店、三洋堂、ゲオ、ブックオフ等人的の集まる場所
- 3 地下鉄駅(川名、枳中、八事、吹上)
- 4 散歩その他で行ったことのある場所、自宅方面、子どもに土地勘のある方面
- 5 以前に同様の所在不明があった場合は、動機、同行者、方法、道順、発見場所などを確認して対処する。

(4) ローテーションの組み方

交替職場ということから日勤、遅番、泊りの3つの形態に分かれることが多いと思われます。遅番(午後の勤務から子どもが就寝するまで)については採用していない施設もあるかもしれませんが、夜間、とりわけ就寝前までの子どもの不安定な雰囲気の状態に対応するため遅番を取り入れている施設もあります。また、施設によっては、早番を設定して朝食時の対応や登校前の忙しい状況に対応できるようにしているところもあります。

泊りの勤務は、2名は必要であり、男女の性差から生ずる訴え等の相違に対応するためには、男女それぞれ1名ずつが望ましいと考えられますが、ベテランと新人のペアにするなど職員の対応の安定度を考慮することも肝要です。労働基準法の遵守などを考慮すると、週1回の泊り、遅番、週3日の日勤、週2日の公休というペースが望ましいと考えられます。

また、心理士が生活支援のローテーションに入らざるを得ないときは、極力その回数を抑えて、心理療法に影響を及ぼさないように配慮することが必要です。

(5) 担当制について

生活支援部門における担当制については、職員と子どもとの一対一の関係を重視し、親子関係に代表される基本的な二者関係の構築により、子どもの基本的安全感の補強を目指すオーソドックスな形態をとっている施設が多いと思われます。

しかし、この形態による弊害がなくもなく、職員の担当児童に対する対応の偏りが顕著となったりすることもあります。このため、施設によってはグループ制をとり複数(3~4人)の職員が、複数の子ども(5~7人程度)を担当する方式をとり、グループ活動、グループ会議、グループごとの処遇を展開するなど小舎制の要素と個人担当制の要素を取り入れているところもあります。どのような方式にするのかは、子どもの性質、職員の状況等十分に吟味して検討されることが求められます。

治療部門においては、心理療法の持つ意味から一対一対応の個人担当制が望ましく、特定の心理士との関係のもと、安定した時間と空間の中での心理療法が保障されることが重要と考えられます。

家族・保護者の担当については、カウンセリングや相談という観点から心理士が担当している施設と、家庭支援専門相談員が担当しているところと、生活部門での担当者が担当しているところとに分かれるようです。昨今の基盤の脆弱な保護者や複雑な課題を抱えている保護者の状況を考えると、保護者自身がカウンセリング的なものを求めている、相談ごとが多かったりする傾向があります。そのため、経験を有する心理士あるいは家庭支援専門相談員が担当することが望ましいと思われます。

勤務シフトの例

勤務体制	日課	A男 (休日Aは7:00～男or女)	A女	◎	B1男 (休日B1は男or女)	B1女	B2	C女	D男	E男 日夕方一金曜朝	F 金～土(男or女)	当	明	H当	H明	
6:00																
6:30																
7:00	起床															
7:30	朝食	出勤 朝食指導								朝食 記録						
8:00	歯磨き 布団たたみ ゴミ出し 洗濯物出し 登校準備 登校		出勤 配膳片付け 登校声かけ													
8:30		登校声かけ	登校声かけ													
9:00		2階把握 (～10:30)	2階把握 (～10:30)													
9:30	申し送り			出勤 申し送り実行 記録 食数表	出勤	出勤	出勤									
10:00	保育園見学	保育園見学	保育園見学													
10:30		申し送り確認	申し送り確認		2階把握 (～12:00)	2階把握 (～12:00)										
11:00																
11:30				2階把握												
12:00	昼食	昼食配膳 昼食指導	昼食配膳 昼食指導	2階把握	昼食配膳 指導と確認	昼食配膳 指導と確認										
12:15	歯磨き															
12:30	掃除 のし 午後指導	授業 掃除準備 声かけ 掃除開始	配膳片付け 掃除開始	2階把握 (～13:15)	掃除指導 声かけ	掃除指導 声かけ										
13:00																
13:15	園庭Ⅰ	2階把握 (～13:30)	2階把握 (～13:30)													
13:30				2階把握 (～15:30)												
14:00																
14:15	おやつ															
14:30																
15:00	掃除 園庭Ⅱ グループワーク等			掃除指導 申し送り	掃除指導 2階把握 (～17:00)	掃除指導 2階把握										
15:15																
15:30																
16:00	入浴見回り															
16:30					キャビネット確認											
17:00	ビデオ	退勤	退勤													
17:30				記録												
18:00	夕食 歯磨き 入浴			配膳室整理 1階施設確認 退勤	退勤	退勤	退勤									
18:30																
19:00																
19:30																
20:00	中高学習 就寝見回り															
20:30																
21:00	小)就寝 学習終了															
21:15																
21:30																
22:00	中)就寝															
23:00	高)就寝															

5. 学校教育の体制

(1) 学校教育の形態

情緒障害児短期治療施設(児童心理治療施設)における学校教育の形態は、各施設様々ですが、大きく分けて、施設外の学校に登校する形態と施設内の学校に登校する形態とに分けられます。

①施設外の学校に登校する場合

- ・普通学校の普通学級又は特別支援学級
- ・特別支援学校

②施設内の学校に登校する場合

- ・普通学校の分校、分級
- ・特別支援学校の分校・分級

基本的には、不登校など通常の学校生活で不適応を起こしてきた子どもがほとんどですから、一般の学校に通うのではなく、特別な支援ができる施設で子どものため分校、分級があることが望まれます。子どもの治療が進展し、施設外の一般の学校に通う機会が持てると、措置変更後の学校や家庭復帰に向けて練習を積むことができます。

施設内に学校部門を設置するためには、地元の教育委員会との協議が必要です。普通学校の特別支援学級の分教室の場合は、地元の市町村の教育委員会の管轄で、子ども8人に対して1人の教員配置になります。特別支援学校の分校、分級の場合は、都道府県教育委員会の管轄で6人に対して1人の配置になります。また、重複障害という形で3人に1人の基準になることもあります。

ただ、法定の教員数ではとても対応できないというのが多くの施設の意見です。入所してくる子どもの中には、軽度の知的障害の子どももいますし、学習に向かう姿勢がまるで身についていない子どももいます。個別指導が必要な子どもも多く、8人を1人で見るということは到底できません。加配や支援員を入れてもらうなど教育委員会の理解を得ていく必要があります。

新設に際して教育委員会との協議がうまくいかなかった施設がいくつかあります。福祉と教育の溝は思う以上に深い印象がありますので、地道に十分な協議を重ねる必要があります。

(参考) 児童福祉法第48条

「児童養護施設、知的障害児施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、情緒障害児短期治療施設及び児童自立支援施設の長並びに里親は、学校教育法に規定する保護者に準じて、その施設に入所中又は受諾中の児童を就学させなければならない。」

平成10年4月1日施行

(2) その他

①教育委員会等関係機関との連携

児童数によって、教職員の配置などは教育委員会の担う役割が大きく、学級の運営面、各種行事など関係機関との連携を図る必要があります。

②前籍校との連携

情緒障害児短期治療施設の役割は、児童養護施設と異なり、該当児童の状態では前籍校への復学は大いに考えられることですから、常にお互いの連携は密にしておく必要があります。

③特別支援学級の在籍

一般的に特別支援学校・学級に在籍しようとする場合は、保護者の意見を踏まえ、学校内での検討結果を市町村教育委員会が設置する「就学指導委員会」に諮問し、その結果によって在籍することとされています。

特別支援学級の場合、教室での不適応ということから情緒障害児学級の対象になることが多いです。特別支援学校を利用するためには、医師の治療が必要という診断をもとに病弱の特別支援学校の対象となるように教育委員会と協議することが情緒障害児短期治療施設の場合、理想的です。

6. 職員会議など情報共有の仕組み

子どもの治療には、家族を含めた子どもの支援者の連携が必須です。施設内の生活を支える場合でも、職員によって子どもの理解に差があり対応が大きく異なると、子どもが戸惑ってしまいます。そのために、情報を共有するシステムと工夫が必要です。ここでは、くすのき学園で実際に行われていることを例に述べてみます。くすのき学園は児童相談所が同敷地内にあるので、他施設に比べ児童相談所との連携がしやすいと思います。しかし、児童相談所の職員の参加などは児童相談所から遠く離れている施設では、難しいかもしれません。

(1) 各種会議

それぞれの施設の実情に合わせて、会議の種類、頻度は決めていきます。また、施設の状況に応じて会議が増えたりすることもあります。

①受け入れ検討会議

子どもの入所の前にケースの背景を知り、理解を深め、どのように受け入れて行くか協議します。学校、生活、心理部門でできるだけ多くの人に参加を促します。児童福祉司あるいは児童心理司にも参加してもらい、ケースの概要や児童相談所の方針の説明を依頼します。どうしても都合がつかないときは1カ月検討会議に必ず参加してもらいます。

②1ヶ月検討会議

入所後おおむね1ヶ月の観察期間を経て、受け入れ検討会議の情報とのすり合わせや現状の情報交換をし、当面の支援方針を確認します。

③ケース会議

a. 定例ケース会議

各ケースにつき最低でも年1回は開きます。担当者と児童福祉司が参加し、現状の

把握と課題、今後の見通しについて話し合います。

b. 臨時ケース会議

緊急に対応を必要とする場合に行います。児童福祉司に参加を依頼することもあります。

c. 退園検討会議

退園あるいは措置変更が必要と思われるケースについてその適否を検討し、今後の支援の方針や退園に向けたタイムスケジュールについて話し合います。

④全体会議

毎月1回、原則として夜勤入り職員を除いた学園の全職員と分校教頭が参加。学園全体に関わることや学園としての最終的な意思決定が必要なことを話しあいます。

⑤フロア会議

各フロア月1回。各フロアの子どもに関することを中心に話しあいます。各フロアの職員と心理士、分校教務主任が参加します。

⑥三部会

園長、副園長、分校教頭と教務主任で行う学園と学校の連絡会議。事務的なことから行事予定、子どもの様子など内容は多岐に亘ります。

(2) 引き継ぎ

毎朝夜勤職員から日勤職員に前日の子どもの様子の概要や健康状況、家族からの連絡などを伝えます。月曜日は先週の金曜日の分から報告します。心理士、分校教頭、看護師も参加し、それぞれからの連絡事項も報告されます。その内容は指導日誌と管理日誌に記録されます。管理日誌は事務室で保管され、指導日誌は引き継ぎ直後事務室で回覧されるので聞きもらしがあっても心理士は内容を確認することができます。日勤者から夜勤者へは夕方に生活職員のみで行っています。

毎日の引き継ぎの中で、子どもの共通理解が生まれてきます。子どもの対応の留意点などをみんなで検討していくことも行われます。また、何を申し送るかということが、子どもの様子の捉え方を表しています。施設独自の子どもの捉え方ができ上がると共に、職員の研修にもなりますから、子どもの見方が偏っていないかの検討も必要です。

(3) 各種記録

治療、生活支援、集団活動、会議など各種の記録を残すことは大切ですが、その様式や書き方が、子どもの様子をどう捉えるかというガイドラインになります。自由に書き綴ることも大切ですが、対応した職員の感情をどう記録に盛り込むか、子どものどのような姿に注目するのかなどは、支援技術に関係してきます。記録を取ることで研修になる側面がありますので、記録の様式、手順の工夫が必要です。

7. 職員研修など

現在、発達障害児や被虐待児童の入所に伴い、処遇困難な事例の増加や、職員数や超過勤務などから職員のバーンアウトが問題となっています。その中で安心して子どもの支援を行える体制作りが急務と言えます。

(1) 各種研修への派遣

組織的な支援体制作りの基礎として、職員の資質向上の支援を行っていくことが大切になります。現在、どのような知識や技能が求められているのかを整理し、年度ごとに適切な研修テーマを設定し、計画的に実施していくことが大切になります。その為には、年間の研修リストを作成し、職員の研修ニーズ、受講状況の集約と進行管理を行うことで、計画的な人材育成に繋げていきます。

他の施設に2泊程度の短期、1～3ヶ月の長期研修に行くことも考えられます。他の施設の風土に触れることで自分たちの実践を振り返る良い機会となります。受け手の施設も外からの目が入ることや質問を受けることで、良い振り返りの機会となります。なによりも、他の施設の職員との友好を温められることは、リフレッシュにもなり今後の支えを得ることにもなります。「児童養護施設等の職員の資質向上のための研修事業」として、相応の補助が送り手の施設にも受け手の施設にも出るようになっていきます。自治体にこの事業について問い合わせるとよいでしょう。

施設外の研修については、研修テーマと職員の学習意欲、施設内の役割等を考慮し派遣します。スキルアップの意欲も職員によって差があります。職員が研修情報を開示することで学習への意欲に繋がる場合があります。

研修後は、研修報告を行うことを習慣化することで内容の共有化ができます。伝える側は学習内容の整理、聞く側は研修への興味・関心に繋がる場合があります。

(2) 研修の考え方

研修としては、基本的な子どもの発達に関する知識を得ることが第一になります。子どもの発達を知ることで、現在の対象となる子どもの発達段階や成長段階で獲得できなかったことや、その理由について推測することができます。欠落した部分を施設の中で獲得していく支援を行っていくこととなります。その欠落が子どもの発達障害が原因となる場合もあります。保護者との関係性が正常な発達を妨げ、より問題を複雑にさせている場合もあることを理解します。

また、子どもは多様な症状を呈します。症状の理解が支援の基本になります。症状の背景となるものや、問題の性質、要因を明らかにし、そして症状の形成過程の理解が、問題の解決への道筋を生み出すことになるからです。

その他にも、コモンセンスペアレンティングやCAPプログラム、セカンドステップなど、生活場面で子どもや保護者に対応する場面で活用できたり、グループワークとして取り入れることができます。

心理士は、子どもの状態に応じた技法を選択する必要があります。そのため、一つの技法に固執せず、多様な技法を学んでおくことで、子どもの状態像に応じた治療技法も選択できるようになります。カウンセリングや精神分析的な治療だけでなく、行動療法や認知行動療法などの理解をしておくことで、心理治療場面だけでなく生活場面にも応用していくことができます。被虐待の子どもには、トラウマへの専門的なアプローチも心理士に求められます。EMDRや持続エクスポージャー療法などもその一つになります。また身体感覚に働き掛ける臨床動作法や、ヨガなどを利用する方法もあります。

心理査定についても、ロールシャッハテストや改定がなされたWISC-IV知能検査なども研修し、児童相談所の所見に対応していく必要があります。

こうした多様な研修によりスキルアップしていくことが必要になります。最近では、被虐待や発達障害の子どもの入所が大半を占める様になり、医療の必要性がますます高くなっています。医師からの処方された抗精神病薬についての知識も持つておくことで、投薬の効果について精神科医師との情報交換がスムーズにいくと言えます。

(3) 開設に際した研修

開設前には、既存の施設のいくつかにおもむき、最低1ヶ月程度の実習の機会を設けることができれば、実際の子どもの施設で受け入れたときに対応に余裕が持てると思われます。既存の施設が、どのような子どもを受け入れ、情報を共有し、具体的な対応を行っているのかです。現実の関わりを見ることは、どのような研修を受けるより効果があると思われます。また、施設間の職員の交換研修を実施することで、施設全体の動きを見直すきっかけにもなると考えられます。先に示した「児童養護施設等の職員の資質向上のための研修事業」が利用できるとういと思います。

8. 職員のケア

(1) 組織の支援方針の明確化

職員個々の経験や生育歴に依存した個人的な治療観は職員同士の考え方の違いを生み、ともすれば軋轢を起こしてしまいやすい結果になります。組織の目的を明確にし、組織の方向性に沿った役割を展開できる体制を作ることが必要です。そのためには「治療」

を主眼として、子ども個人のアセスメントが共有されることが大切になります。治療方針を立て、現場レベルで共有していくことが求められます。全体の職員会議やケース会議等を利用して、組織として向かうべき方向性を繰り返し共有する機会を作ることが必要になります。

(2) チームによる支援体制

子どもの行動上の問題が頻発した時には、担当職員の責任や力量が問われやすくなります。個人的な責任が問われると、職員の孤立無援感から抱え込みが生じ、問題行動を抑制する為だけの支援に繋がりがやすくなり、エスカレートすると施設内虐待などに繋がる危険性もあります。

施設処遇は担当不在の時間は他の職員が関わるわけですから、チームによる支援体制を作る必要があります。チーム治療のシステムによって、治療・支援の各段階に複数の選択肢を作ることができ、担当職員は安心して子どもに関われるようになります。子どもと担当職員だけの二者関係におちいり、硬直した状態を変えていくことにも役立ちます。このようなチームによる役割分担は危機的な状況だけではなく、日頃の支援の中でも実践することにより、危機的状況にも役割分担した対応が取れるようになり混乱を回避することができます。日常的にチームによる役割分担が行われる為には、カンファレンスや毎日のミーティングを利用して、常に情報共有を行っていくことが必要になります。

(3) スーパービジョン体制

支援体制の一部として定期的に振り返る機会が確保され、その中で支援方針と方法についての「見直し」を行い、職員間で共有していくことでスキルアップの機会になります。ただし、実施にあたっては、時間の確保が必要になりますが、それ以外にも特定の人間だけが発言し、今後の方針や具体的な方法が定まらなかったり、心理士のコンサルテーションも、具体的な生活上の支援方法に結びつかないといったこともあります。特に、新設施設の場合、職員の経験も少ない中で方向性が見いだせない場合、外部からバイザーを招いてカンファレンスを実施し、スーパーバイズを得て、違った視点から助言を得ることで具体的な方針に結びつけることができます。

こうしたスーパービジョンは定期的に設定しておくことが必要になります。適宜実施や必要に応じて実施するということは、問題が発生したときに実施することになり、職員のスキルアップになりにくいからです。

(4) 支持的な施設風土について

これまで述べてきた体制作りは支持的な施設風土を作る為に必要と考えます。しかし、どのようなシステムも運営の方法によって、支持的にも対立的にもなるものです。

運営にあたっては、お互いの強みを発見し、エンパワーしていくような姿勢が望まれます。直接処遇職員の支援のあり方は施設が持つ体制や上司からの支援のあり方と平行になっていることも多くあります。つまり上司や同僚から良く支援を受けられ、公平に評価されており、自由で協力的な職場の人間関係がある場合、直接処遇職員の子ども達への支援も同様のものになりやすくなります。それゆえ、問題が発生したことをすべて職員個人の力量や責任にされるようなことは避けたいものです。

施設風土の中に、失敗が許されない、競争的な雰囲気があると職員も子どもも窮屈になります。家庭や学校でうまくいかなかった子どもたちには、失敗しても人に助けをもらいながら立ち直っていけばよいこと、人それぞれのペースで進んでいけばよいことなどを、生活を通して学んでもらう必要があります。そのために、職員の失敗があっても相互に助け合うような姿を見せることが必要で、職員間の支持的な人間関係を作ることが大切です。

9. 新設時に注意すべきこと

平成12年以降、施設崩壊の危機がいくつかの施設で起こりました。対応が困難となり施設の機能不全から、入所を一時中止したり、他の児童福祉施設への措置変更で対応した施設もありました。既存の施設は、不登校等の子どもを対象として組まれた生活や治療のプログラムが、被虐待の子どもへの支援に合わなかったことが一因と考えられます。また、新設の情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）では、当初から被虐待の子どもが中心で、行為障害や行動障害の子どもたちが、一気に入所したことで対応ができる状況ではなかったといえます。こうした状態が続けば、職員のバーンアウトを引き起こしたり、職員の健康すら守れない状況となります。

(1) 段階的入所受け入れ

新設の施設で、子どもが安心して過ごせる施設の土壌が育つには数年かかると考えて運営を進める必要があります。施設は定数を満たさなければ子どもの生活諸費や職員の給与すら支払えない状況に陥り、定数を充足することにばかり目がいけば、施設崩壊により施設維持すら難しくなります。

施設文化が育つまで入所児童数を制限する配慮が必要で、そのためには児童相談所や運営主体とも協議し、どのくらいの期間の猶予が得られるのか協議しておく必要があります。

ます。その間に職員の研修を実施しスキルアップしていく手立てを講じると共に、情緒障害児短期治療施設の経験者をスーパーバイザーとしてバックアップしていくなどが必要と考えます。

(2) ルール設定

ルールは、子どもの行動と結果について明確な見通しが持てるように設定します。共同生活上での不適切な行動や、禁止事項などをルール化すると共に、ルールが守られなかった場合の職員の対応など具体的なルールとして設定します。こうしたルールを入所に子どもや保護者に提示します。曖昧なルール設定は子どもの責任を回避することに繋がります。子どもに多くのペナルティを与えるのは支援上よくありませんが、自分の行動とその結果に責任を担わせる必要はあります。どういう行動が好ましかったのかを職員と個別で関わりながら考えていくプロセスが大切です。これまで必ずしも選択権がない生活を送ってきた子どもには、職員と相談しながら、自らの意思で選ぶことができる、変えていくことができるという主体性を学ぶことや、見通しを持った行動を育てることが重要となります。

(3) 治療契約

治療合意やインフォームド・コンセントを施設が主体的に行います。情緒障害児短期治療施設は治療を目的としていますから、児童相談所の措置前に治療の場である施設と、子どもや保護者との間で治療合意を結ぶことが重要です。もちろん入・通所を検討する際には、子どもや家族のアセスメントが充分に行われることが最も大切です。また各施設の特性を生かすために対象児童を明確にしていくことも、施設崩壊を防ぐには重要となります。児童相談所との連携と協力が必要ですが、治療合意やアフターケアを児童相談所に委ねるだけではなく、主体的な関わりを考える必要があります。詳しい養育環境や誕生以降の発達の情報は、治療の大まかな方針を決めるだけでなく、治療の導入から退所後のアフターケアまでを見通した治療方針が立てられると考えられます。

(4) 建物構造

情緒障害児短期治療施設においては、不登校児童を対象としていたことから、他者の目を意識させない様に目隠しとなる構造体を設置し、わざと死角を作るといった施設構造がなされていました。しかし、こうした構造は、虐待を受けた子どもや発達障害の二次障害からくる過覚醒状態や行動化、子ども間の支配関係を助長することになります。また、最近はその性的問題行動が大きな課題となっています。

こうした子どもたちにとって、不要な刺激を減らすこと、また不適切な性的行動から

起こる二次被害を予防することが求められます。職員の目の届きにくい場所は、いじめや性的問題、暴力問題が発生しやすく子どもの自由な活動を阻害することになります。

異性と生活空間を共にせざるを得ない構造は、性的問題行動の誘因となる場合がありますから、男女の生活空間は可能な限り分離することが望ましいと考えられます。居室は勿論、お風呂やトイレ、また洗濯場等の異性の下着を目にする場所、デイルーム談話室や学習室など男女の接触が起きやすい場所については、男女の分離を前提とした建物構造が必要となります。

同性の子ども間において、性的虐待や性被害を受けた後、ケアされていない子どもが加害行為を行う場合もあり、新たな被害者が出ないように年少児と年長児との生活分離が必要となります。

また、虐待を受けた子どもが、何らかの症状を呈し、不穏状況になった場合には、他者から分離し個別に処遇でき、かつ職員の目が届き子どもが安心感を持つことのできる部屋を確保するなどの配慮も必要となります。

このような建物の整備は、改築や新たに開設する場合は、配慮が可能ですが、既存の施設では難しい状況にあります。できるだけ職員の目の届かない場所、死角となる構造体を撤去すると言った工夫も求められています。

また、ユニット制を採っている施設が多くありますが、トラブルが起きた時にそのユニットの職員だけで対応することには限界があります。応援の職員をすぐ呼べるようにしないと、無援感に陥り、職員が安心して対応ができません。そのことが更に子どもたちの興奮を煽ることにもなってしまいます。それが職員のバーンアウトにつながります。内線電話で助けを求めればよいと思われがちですが、トラブルの対応中には内線電話のところに行くことすらできないが場合がほとんどです。携帯電話で応援がすぐ呼べるようにするなどの工夫をしている施設が多くあります。

Ⅱ 他機関とのネットワーク作り

1. 児童相談所との関係

特に児童相談所との関係においては施設利用の前段階から、子どもの施設生活に寄り添い、更には子どもの退所後についても協働していく、いわば重要な仲間として認識することが大切です。共同でのアセスメントや治療目標の設定、実施、評価、退所の時期の検討など、施設内の支援や治療に関わる全てについての寄り添いです。これには常時の連絡と連携が必要です。

児童相談所との良好な関係作りには、互いの職域や専門性をよく理解し、支援の良きパートナーとして尊重しあうことが極めて重要であると考えます。加えて支援方針を互いに理解し、共有することなどを含め、これらのことから実際に同一の事例に関わり、ケースを通じた話し合いにより合意形成を繰り返し行いながら入所前から退所後まで、計画的で尚且つ一貫性が保たれる中でのケースの展開が望まれます。

また、児童相談所との疎通性を良くするため、施設の子ども保護者の担当は児童相談所の担当ケースワーカーと、施設の主任等は児童相談所のグループリーダーと、更には施設の管理職は児童相談所の管理職と常時連携をすることが重要です。加えて、特に施設の管理職は、子どものアクティングアウト（acting out）や危機的な事象が起こった時だけの訪問ではなく、日頃の何も無い時からの訪問等も重要であると思います。

いつも児童相談所には施設の誰かが訪問をし、児童相談所からは誰かが施設を訪問してくれる関係。施設の様々な行事や活動に、児童相談所から誰かが来てくれる関係を目指したいものです。

2. 学校との関係づくり

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）に入所している子どもは、他の児童福祉施設と同様、入所後は施設所在地の学校に転校することになります。

施設によって差異はありますが、入所時における子どもの状態、家庭での状況、学校での状況などについては、主に保護者や児童相談所からの情報で、学校（前籍校）からの情報は十分とは言えないのが現状で、入所後においては、転校先の学校（分校・分級）との関係が主となり、前籍校との関係は希薄になっているのが現状ではないかと思えます。

しかしながら、「情緒障害児短期治療施設は心理的困難や苦しみを抱え、日常生活の多岐にわたり生きづらさを感じて心理治療を必要とする子どもを短期間、入所・通所させて治療する」施設で、退所後は前籍校に戻るケースが多いと考えられます。

このようなことから、入所期間中においても原籍校はもちろん、前籍校との連携は欠かせないものであり、定期的な連絡会議の開催や、退所前の前籍校へのおためし登校などの実施が考えられます。

子どもが成長していくと、本校の授業や行事に参加することを試したくなる時期がきます。退所前に大きな集団の中に入ることを経験しておくこともできればしておきたいことです。学校との関係がよければ、校長先生の裁量で、かなり融通が利くようになると思います。見学研修会などの機会を設けて、本校の職員に施設の分級、分校のことを理解してもらっておくと、施設の子どもの本校への登校がよりスムーズになり、様々な協力も得られます。

高校進学に当たっても、分教室の先生だけでなく、本校の進路担当、校長先生が受験校に挨拶について施設の説明をしてくださるだけで違うと思います。

地域に戻していくことを考えるときに学校の協力が得られればできることの幅が大きく広がります。そのために普段から施設を理解してもらうような関係づくりが必要です。

3. 医療機関とのネットワーク

(1) 精神科入院

小中学生の精神科入院は難しいものです。児童思春期の精神科病棟を持っているところは増えてはいますが、平均して各県にひとつあるかないかです。入院をお願いしたい子どもは解離して暴力がひどかったり、飛び降り企図など自傷が激しかったりするケースが多く、保護室の使用が想定されます。大学病院や思春期病棟の一部は症状の激しいケースは元々受け入れ困難としています。児童精神科医がいないことを理由に断られることもあります。

このような状況で入院が依頼できるのは医師同士の個人的なつながりに負うところが大きいものです。名古屋市では子どもを見ている精神科医が年に数回集まって情報交換しています。開業医、大学病院の医師、精神病院の医師、児童相談所の医師など年齢も所属も様々で、それぞれで困っているケースを相談し、受け入れをお願いすることもあります。緊急の場合でもお互いの状況をわかっているので依頼しやすいです。何かあってから、ではなく普段からつながりを作っておく必要があります。

(2) 精神科以外の受診

できる限り身体疾患はそれぞれの専門医に診察をお願いします。保護者は専門医に診てもらうのが当然だと思っているからだけでなく、いろいろな人が自分に関わってくると実感してもらう狙いもあります。退園後必要に応じて適切な医療機関を利用する知

識を持ってもらう必要もあります。特に女の子の場合、婦人科のハードルは高いものです。ひどい生理痛や生理不順などがあれば施設にいる間に職員が付き添って受診させておきたいものです。

施設の子どもたちは頭痛、腹痛など不定愁訴が多くあります。また心因性視力障害も珍しくはありません。真面目な医師ほど原因を追求しようとして検査を繰り返したり、逆に子どもの訴えを否定的に捉えたりします。子どものたちの訴えをほどほどに受け止め、専門家として丁寧に説明してもらえるようお願いすることもあります。診察の参考になると思われるときはこちらの判断と普段の様子を簡単に伝えることもあります。

4. センター機能について

(1) 社会的養護の心理支援センターとして

児童養護施設や里親のもとで暮らす心の支援が必要な子どもたちの数の多さを考えれば、心のケアを行う機関がさらに必要で、情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）もその役割を担うことが求められています。近隣の施設職員からの相談を受けたりすることなどを通して支援を行っていく必要があります。そのために、情緒障害児短期治療施設は、都道府県、政令市単位の広域の中核施設として、心理支援のネットワークの中心的な役割を目指して行くことが必要です。立地条件などで、施設に来所してもらう通所機能や外来機能を発展させることが難しいなど、それぞれの施設に制約はあると思いますが、今後の施設運営の展開を考える中で、自治体の心理ケアのセンター的な役割がとれるようなことも考える必要があると思います。具体的には、情緒障害児短期治療施設の培ってきた知見を生かし、以下のような支援ができると思います。

① コンサルテーション

児童養護施設の職員や里親の中には、子どもとの関わりで困難を感じている人たちが多くいます。児童相談所に相談をしているものと思いますが、子どもの生活を見ている情緒障害児短期治療施設ならではの視点からのコンサルテーションは、有益だと思います。また、措置権をもつ児童相談所には相談しづらいという心理もありますので、同じ社会的養護の施設として対等な立場で相談を受けられる面もあります。心理的な問題だけでなく、精神科医療的なことや治療的な生活支援、学校との問題など、情緒障害児短期治療施設のそれぞれの専門家がそれぞれの領域で相談を受けることが考えられます。

地理的に来所が難しい場合は、電話によるものなど気楽に利用してもらえるようにすることが大切です。相談を受けることで我々も勉強になることが多く情緒障害児短期治療施設の支援を見直す機会にもなります。相談などを受けてもらえないと思っている関

係者も多く、施設長会などで相談を受けることを話すと喜ばれることも多いです。研修会や見学に来てもらった際などに知らせることも大切です。

② アセスメント

コンサルテーションで述べたことと重なりますが、子どものアセスメントに関しても情緒障害児短期治療施設の知見は有益です。アセスメントのためのカンファレンスに参加したり、施設の医師、心理が児童相談所のアセスメントを補う形で関わることもできると思います。

また、設備面などの条件が整えばですが、情緒障害児短期治療施設の生活を通したアセスメントや、生活を通した心理治療の知見の蓄積を生かして、アセスメントやレスパイトの目的での短期利用が考えられます。児童養護施設や里親で一時的に不安定となり不適応を起こしている子どもを、短期間一時的にケアし、落ち着きがみられるようになってから元の施設等に戻すといったことが考えられます。

実際は入所治療を受けるために入所してきている子どもたちと短期的に入所して元の居場所に戻っていく子どもたちでは施設の生活に対する思いが異なるので、同じ生活空間で暮らすことに難しさがあります。施設の建て替えなどの計画の中で短期入所用の設備など考慮していけるとよいと思います。

③ 短期入所、通所機能の活用、外来機能の充実

直接に児童養護施設や里親のもとで暮らす子どもの支援を行うことも考えられます。通所機能を備えていれば、施設内の分級など学校教育を利用することも可能です。入所前や退所後の子どもへの支援だけでなく、地域の心理的問題の大きい子どもへの支援機能としても利用できます。学校教育を利用するには所管の教育委員会との協議が必要になります。通所事業を始めるときにそのような協議を進めておく必要があります。

また、児童精神科の診療所を併設し、外来機能を充実させることが望まれます。社会的養護の施設の生活に詳しい医師がいることで、児童養護施設や里親の下で暮らす子どもにも適切な診療ができます。

通所や外来機能は設置が義務付けられているものではありませんが、心理支援のセンター的役割を果たすためには是非とも整備したい機能です。貧富の差なく誰でも利用でき、入所治療だけでなく、精神科診療、個別心理療法、集団精神療法、デイケア、家族療法、個別学習支援など多様なプログラムを行うことができ、学校教育も備える情緒障害児短期治療施設の機能を他の社会的養護関係の機関に利用してもらうことは今後の役割として大きなものとなります。

(2) 情報発信、人材育成事業について

今後も情緒障害児短期治療施設は、社会で注目される問題を抱える子ども達、特に他の機関では対応が困難な子ども達への治療・支援を行う心理治療の拠点として発展していくことが期待されます。各自治体の中核的な心理支援のセンターとして、特別支援学校や子どもの心の診療拠点病院など他領域のセンターとのネットワークを作り、支援の幅を広げるとともに治療技法の開発から、支援を支える職員組織、運営システム、施設文化に関する事まで、幅広い知見を発信し、地域の心理治療・支援のレベルアップを主導することが期待できます。

研修会を開いたり、見学研修や実習を引き受けたり、他の施設に講師やスーパーバイザーとして出向くなど様々な機会を設け、社会的養護の職員の資質向上に役立つことが望めます。また、施設職員のバーンアウトを防ぐなどメンタルヘルス向上のために、研修会を行ったり、職員相互の支援体制や組織作りなど施設運営に関するアドバイスなども、心理支援の観点から行っていくことができます。

さらに、子どもの育ちをつぶさに見られる特徴を生かして、臨床研究も行えます。情緒障害児短期治療施設に勤めた時に「ここは『宝の山』だ」と思った職員もいます。「治療とは」、「子どもが育つとは」など、根本的な問いかけが実践には必要であり、新たな発達理論、治療理論の構築にも寄与できると思います。情緒障害児短期治療施設の協議会は、回収率90%以上の縦断研究（滝川ほか2005、高田ほか2011）が可能なほど、研究に対する理解があります。情緒障害児短期治療施設は、実践研究機関として、医学、社会福祉学、教育学、心理学などの多くの分野の研究者との協働が考えられます。

Ⅲ 新設するための事務手続き

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）の新設手続きは、都道府県によって手続きは異なると思われませんが、一般的に次のような手続きが必要であると思われま

す。新たに情緒障害児短期治療施設を設置しようとする場合は、まず設置予定地の都道府県に新設の要望書を提出し社会福祉施設整備等審査会の審査を経た後、自己資金又は民間補助や公的助成等により施設を整備し、施設の設置認可を得ることとなります。

なお、諸手続きについては、おおむね次のようなものが必要であると思われま

1. 新設要望の手続き

（1）施設の設置要件

①設置主体

国、地方公共団体又は社会福祉法人が経営することが原則とされています。（社会福祉法第60条）

②施設用地

施設用地は、所有または地方公共団体からの借地とされています。

（2）申請の手続き

都道府県において手続きは異なると思われませんが、一般的には情緒障害児短期治療施設の設置運営を要望するときは、設置予定地の都道府県児童福祉関係所管課に下記の要件を具備した要望書に関係書類を添えて提出することとされています。

設置目的

情緒障害児短期治療施設を設置しようとする基本的な考え方等を記述する。

設置主体

国、都道府県及び市町村並びに社会福祉法人等とされています。

施設用地

所有または地方公共団体からの借地とされています。

施設設備

児童福祉施設最低基準及びその他必要な施設設備

施設整備資金等

自己資金又は補助金等の活用

その他

各都道府県が必要とする事項

2. 設置認可申請手続き

情緒障害児短期治療施設を設置する場合は、都道府県知事の認可を受けなければならないとされています。

設置認可申請は、都道府県の定める様式に基づき知事に申請書を提出することとなりますが、基本的には下記の事項を記載した申請書及び関係書類を提出することとなります。

- 1、名称、種類
- 2、施設所在地
- 3、入所定員
- 4、事業開始年月日
- 5、設置運営主体
- 6、施設長予定者
- 7、職員状況
- 8、施設その他設備の規模及び構造並びにその図面
- 9、運営の方法（事業計画等）
- 10、その他必要とされる添付書類

(参考) 児童福祉法第35条

「児童福祉施設の設置」 国、都道府県及び市町村以外の者は、厚生労働省令の定めるところにより、都道府県知事の認可を得て、児童福祉施設を設置することができる。
--

応募提出書類一覧〔(仮称)こども心理ケアセンター〕

法人名称

整備を希望する施設の名称 (仮称)こども心理ケアセンター

- 提出書類は、A4版（両面印刷可）で統一し、この一覧を表紙に貼り、下表の番号順に、インデックス（番号を記載）し、フラットファイルに綴ること。
- 添付する書類については、チェック欄に○を付けること。

インデックス 番号	チェック 欄	提出書類名
①		「(仮称)こども心理ケアセンター設置・運営申込書」(第1号様式)
②		法人調書(第2号様式)
③		代表者の履歴書及び役員名簿(役職名・年齢・就任年月日、主な就労先等の記載があるもの) 【*氏名には「ふりがな」を付すこと。】
④		(仮称)こども心理ケアセンターの『事業計画書』(第3号様式) 職員の勤務体制表を添付 (参考様式1)
⑤		施設整備に係る資金計画書(第4号様式)
⑥		平成27年度から3か年度の、応募する施設運営に係る支出の見込み (参考様式2)
⑦		定款その他の規程類(管理規程、就業規則、給与規程、経理規程等) 【*定款は、裏面に理事長名、押印にて原本であることを証明すること】
⑧		履歴事項全部証明書(登記簿謄本の写し)
⑨		代表者の印鑑登録証明書
⑩		平成25年度における法人等の事業計画書及び収支予算書
⑪		所管行政庁が実施した、法人既存施設「指導監査結果」の写し(過去3回分)
⑫		第三者評価(写)【直近で受審しているもの】※実施している場合に限る
⑬		法人の組織及び運営に関する事項を記載した書類(施設経営理念や事業概要、組織図、施設整備実績、パンフレット等)
⑭		現に運営する既存施設の概要(案内、パンフレット等を添付)
⑮		整備事業・運用財源に係る財源の保有がわかる通帳の写し、または 残高証明書(平成25年3月末以降のもの) を添付
⑯		コンプライアンス(法令順守)に関する「申告書」 (参考様式3)
⑰		個人情報の外部提供同意書【神奈川県警への照会用】(第5号様式)
⑱		財務関係書類 *【財務関係書類:別表】のものを添付すること

※ 「応募書類の作成にあたっての留意点」を参照。

おわりに

情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）は社会的養護を担う施設の中でも、育ちの場であるとともに治療空間でもあるという特異な性格を持っています。そのために配慮しなくてはならないことがいろいろあります。一方、施設における心理治療という、手法がまだ確立されていない分野を各施設が試行錯誤しながら取り組んできました。治療の枠組みを作るには建物の構造、地域性、職員体制などいろいろな要素が影響します。それぞれの施設がそういう制約のある中で工夫しながら取り組んできた結果、施設の有り様が非常に多様性に富んだものとなってしまいました。そのため情緒障害児短期治療施設がどういう施設であるかを理解していただくことが難しい面も出てきました。

平成 24 年 3 月に情緒障害児短期治療施設の運営指針が策定されました。これは一般論とでも言うべき基本です。実際に施設を運営する際にはより具体的な情報が必要になります。この手引きにはそういう情報を盛り込むことにしました。各施設のいろいろなマニュアルなども集めました。新しく施設を立ち上げる時にも、自分の施設のやり方を見直す際にもきっと参考になると思います。

一つでも多くのことを参考にさせていただくことが編集に携わってくださった先生方への労に報いることになるでしょう。そしてさらに仲間が増えることを願っています。

全国情緒障害児短期治療施設協議会では、ホームページを開設しています。「情緒障害児短期治療施設（児童心理治療施設）ネットワーク」（<http://www.zenjotan.org>）で検索していただければ、全国の施設一覧など本書に掲載できなかった情報が載せられています。併せてご利用いただければありがたいです。

また、毎年「心理治療と治療教育—情緒障害児短期治療施設研究紀要—」を発刊しています。心理系、福祉系大学の図書館などに配布しています。

参考文献

- 相澤仁、宮島清編 (2013) 『家族支援と子育て支援—ファミリーソーシャルワークの方法と実践』(やさしくわかる社会的養護シリーズ) 明石書店.
- 馬場礼子 (1999) 『精神分析的心理療法の実践—クライアントに出会う前に』岩崎学術出版.
- S・バートン、R・ゴンザレス、P・トムリンソン (2013) 『虐待を受けた子どもの愛着とトラウマの治療的ケア. 関原久代、下泉秀夫、小笠原彩他監訳, 福村出版
- B・ベッテルハイム(1968) 『愛はすべてではない』村瀬孝雄、村瀬嘉代子訳, 誠信書房
- E・ギル著 (1997) 『虐待を受けた子どものプレイセラピー』西沢 哲訳, 誠信書房.
- 岡本正子、八木修司他 (2009) 『性的虐待を受けた子どもへの中長期的ケアの実態とそのあり方に関する研究』(平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学研究総合事業)「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究」(主任研究者柳澤正義)」研究報告書), p109-132.
- 岡本正子、八木修司他 (2008-2010) 『性的虐待をうけた子どもへのケア・ガイドライン <児童養護施設・情緒障害児短期治療施設版>性的虐待をうけた子どもの中長期的ケアの実態とそのあり方に関する研究』(厚生労働科学研究補助金 (政策科学総合研究事業)「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究 平成 20・21・22 年度総合研究報告書 柳沢正義」).
- 熊倉伸宏 (2002) 『面接法』新興医学出版.
- C・ウィカール他著 (2012) 『児童虐待』(エビデンス・ベイスト心理臨床シリーズ3) 福井至監訳, 金剛出版.
- H・パレード、R・パレード編 (2003) 『心的外傷の危機介入—短期療法による実践』河野貴代美訳, 金剛出版.
- 森田喜治 (2006) 『児童養護施設と被虐待児—施設内心理療法家からの提言』創元社.
- 西沢哲、山本知加著 (2009) 『日本版 TSCC (子ども用トラウマ症状チェックリスト) の手引き—その基礎と臨床』金剛出版.
- R・リース編 (2005) 『虐待された子どもへの治療—精神保健、医療、法的対応から支援まで』郭麗月監訳, 明石書店.
- B・スタム編 (2003) 『二次的外傷性ストレス—臨床家、研究者、教育者のためのセルフケア問題』小西聖子、金田ユリ子訳, 誠信書房.
- 杉山信作 (1990) 「情短」そのアウトライン (子どもの心を育てる生活: チームワークによる治療の実例 全国情緒障害児短期治療施設協議会、杉山信作編 星和書店, 1990 所収)

- 高田 治 (2008) 児相福祉施設はネットワークづくりで決まる (中釜洋子・高田 治・齋藤憲司 (2008) 『心理援助のネットワークづくり』 東京大学出版会. 所収)
- 滝川一廣 (2004) 『新しい思春期像と精神療法』 金剛出版.
- 滝川一廣 (1990) 情短施設における心理治療 (子どもの心を育てる生活: チームワークによる治療の実際 全国情緒障害児短期治療施設協議会、杉山信作編 星和書店. 所収、新しい思春期像と精神療法 金剛出版 2004 再収)
- 田寫誠一 (2011) 『児童福祉施設における暴力問題の理解と対応』 金剛出版
- A・トリューシュマン、R・ブレンドロー、J・ウィテカー (1992) 『生活の中の治療』 西澤 哲訳, 中央法規出版)
- 八木修司・岡本正子編 (2012) 『性的虐待を受けた子ども・性的問題行動を示す子どもへの支援』 明石書房.
- 山本恒雄 (2008-2010) 『児童相談所における性的虐待対応ガイドライン 2011 年版—児童相談所における性的虐待対応ガイドラインの策定に関する研究』 (厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業) 「子どもへの性的虐待の予防・対応・ケアに関する研究 H20・21・22 年度総合研究報告書 柳沢正義).
- A・ヤーロム、S・ヴィノグラードフ (1997) 『グループサイコセラピー—ヤーロムの集団精神療法の手引き』 川室 優訳, 金剛出版.
- Tony Cavanagh Johnson (1999) 『Understanding Your Child' s Sexual Behaviour』.

第三者評価の参考となる資料リスト	
	受診手順を規定した書類
	医療看護日誌
入所児童受入手順を規定した書類	服薬管理投与の手順を規定した書類
入園のしおり	衛生管理手順を規定した書類
パンフレット	感染症予防対応マニュアル
子ども向け資料	
保護者向け資料	性教育の方針・プログラム
保護者会活動記録	性指導委員会（例：健康教育委員会）
広報誌	性教育に関する職員研修記録
HP	性指導別立てプログラム
児童相談所から来る処遇指針	
児童相談所との引継ぎ手順を規定した書類	
児童相談所報告文書	学校との会議録
	学習支援プログラム
自立支援計画票	
自立支援計画作成及び作成の手順を規定した書類	
リーディングケア要綱・手順を規定した書類	社会資源リスト（マップ）
アセスメント様式	（種別協議会等）関係機関会議録
アセスメントの記録	全情短協議会施設長会議参加資料
治療支援ガイドライン	種別協議会参加資料
心理業務を規定した書類	県児童福祉関係会議への参加記録
治療支援記録様式一覧	児童相談所との会議記録
個別事例検討の会議録（ケース会議録）	教育委員会学校関係会議録
ケース記録	民生委員・児童委員会との会議録
心理治療方針	
心理治療記録	実習生受入要綱
業務日誌	実習生受入手順
面談予定表	資格別実習プログラム
	実習生受入簿
家族支援要綱	養成校実習契約文書関係
FSW業務要綱・手順	ボランティア受入記録
外泊簿	ボランティア受入実施要綱
外出簿	受入手順
面会簿	活動記録
外泊・外出・面会に関する要綱及び手順を規定し	
文書管理規定	第三者評価実施要綱
個人情報保護・開示規定	第三者評価実施手順
記録要領	自己評価実施手順
パソコンデータ（電子媒体）管理規定	第三者評価・自己評価実施委員会等の記録
退所要約等引継ぎ資料	
退所手順を規定した書類	
アフターケア要綱・手順を規定した書類	通所に関する運営規定・方針
	業務概要
	通所治療支援要綱
子ども会（自治会）活動記録	
生活のしおり（ルールブック）	相談事業の実施要項
行動予定表	相談実施要綱・記録
行事・諸活動の記録	子育て相談記録等取組の記録
職員会議録	
	防災要綱
権利ノートの活用状況	防災訓練計画実施記録

ニーズの把握に関する書類	備蓄リスト
利用者意向調査	
相談受付要綱	緊急時対応マニュアル
相談受付記録	事故発生対応マニュアル
苦情解決規定要綱	不適応時対応マニュアル
苦情受付解決記録	事故報告書等
第三者委員会記録	子ども間暴力等に関する委員会記録
公表の記録	強引な引き取りに関する要綱・マニュアル
苦情対応の手順を規定した書類	安全委員会・保健委員会等の記録
	訓練記録
各種業務手順書	緊急職員連絡網
日課場面毎の業務手順を規定した書類	リスクマネジメント実施要綱
食事場面の業務手順を規定した書類	リスクマネジメント・ヒヤリハットに関する委
衣服の管理手順を規定した書類	日々の報告や記録類において課題が発見された
預かり金管理規定	インシデント・アクシデント報告集
小遣い管理要綱	施設点検管理マニュアル
お小遣い帳	リスクマネジメント関連資料
買物指導に関する書類	
施設・居室清掃管理要綱・手順を規定した書類	
給食委員会等会議録	法人・施設会計資料
調理実習記録	年次有給休暇取得状況
	超過勤務実施簿
職員個々の専門資格保有状況等の記録	被措置児童虐待防止規定
教育・研修計画（段階的な教育・研修が設定され	被措置児童虐待防止に関する委員会記録
職員研修計画（施設内、施設外の計画的な研修実	個人情報保護・開示規定
研修を終了した職員のレポート	プライバシー保護
報告会実施等の記録	パワハラ・セクハラ規定
法人理念	
法人・施設基本方針	
運営理念や基本方針が明示されている職員向けの	
運営理念や基本方針が明示されている子ども、保	
運営理念	
事業計画	
事業（業務）概要	
中長期計画	
事業計画策定手順がわかる書類	
業務分掌	
法人・施設組織図	
管理運営規定	
就業規則	
人材育成計画	
人事考課規定（職務等級基準）	
人事考課記録	
36協定	
法令リスト	
福利厚生規定	
職員親睦会等の規定	
職員メンタルヘルス規定	
外部監査実施記録	
業務改善等の委員会記録	

編集委員一覧

青木 正博	大阪市立児童院施設長（大阪府）
塩見 守	兵庫県立清水が丘学園施設長（兵庫県）
下木 猛史	鹿児島自然学園総括主任（鹿児島県）
◎ 高田 治	横浜いずみ学園施設長（神奈川県）
滝川 一廣	学習院大学大学院教授
辻 享	さざなみ学園施設長（滋賀県）
平田 美音	名古屋市立くすのき学園施設長（愛知県）
福永 政治	鹿児島自然学園施設長（鹿児島県）

〈50音順〉 ◎ … 委員長

情緒障害児短期治療施設運営ハンドブック

平成26年3月発行

監修 社会的養護第三者評価等推進研究会
編集 情緒障害児短期治療施設運営ハンドブック編集委員会

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 家庭福祉課

〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2