

# 情緒障害児短期治療施設における診断治療の 体系に関する研究

研究第5部 網野武博

研究第7部 野田幸江

研究第9部 中一 郎

共同研究者 林 脩 三 (龍谷大学)

山口 俊 郎 (大阪市児童院)

竹内 清 (愛知県藤川寮)

## I 目 的

情緒障害児の治療に関する福祉体系の中で、最も治療的環境が配慮され、インテンシブな治療が行われている情緒障害児短期治療施設(以下情短施設と略)の状況を調査し、情緒障害児の診断と治療の体系並びに、今日、情短施設が果している役割を考察し、施設治療の位置づけ及び今後のあり方を検討する。

## II 方 法

### (1) アンケート調査

前回においては、全情短施設を対象に、「退所児童に関する調査」を実施し、治療にかかわるさまざまな諸要素を横断的、統計的に分析し、情短施設に共通な課題やあり方を検討することに主眼をおいた。

今回は、この調査結果及びその分析内容を基礎資料とし、情短施設の機能分析を主眼とした診断、治療に関する次のようなアンケート調査を実施した。

1. 調査対象：全情短施設の園長及びセラピスト
2. 調査方法：インタビュー及び記述回答による
3. 調査内容：(下記の通り)

### 1. 診断分類について

1. WHOの診断分類の活用について、お尋ねします。これまで、WHOの診断分類をどの程度活用されておりましたか？

実際に活用してみて、どの程度、又どのような点で役立ちましたか？

2. 今回調査の診断分類項目についてお尋ねします。

(1)「反応性適応障害 “adaptation reaction”」は、情緒障害の診断、治療上重要なものとして、とくに軽度的情緒障害の中核部分であると考えてよいでしょ

うか？

この診断分類にあてはめた事例の特徴は具体的にどのようなものでしょうか、できましたら事例について紹介して下さい。

(2)「暴行障害 “conduct disorder”」は、行動性そのものに焦点をあてた分類として、他の診断分類とやや異質のものと考えられるのですが、この点についてのご意見をお聞かせ下さい。

また、この診断分類にあてはめた典型的な事例について紹介して下さい。

3. 情緒障害の診断の必要性についてお尋ねします。今回の研究結果からは、WHOの診断分類を参考とした今回調査の診断分類と、従来からの問題行動分類とに、ある種の連関がみられました。

この両者の分類を比較して、今後どのような種類の診断分類が治療上必要であると考えますか？

### 2. 治療効果(転帰)について

治療効果「転帰」についてお尋ねします。

今回の調査結果からは、診断分類、こどもの年齢、治療期間と、治療効果(転帰)には関連のある部分が見られました。

(1) 日頃の治療を通じて、このような点に関連性があるとお考えになっておられますか？あるとすれば、どのような点でしょうか、具体的にお聞かせ下さい。

### 3. 治療ということについて

1. 治療施設の意味についてお尋ねします。

(1) ひと言でいって、情短施設が「治療」施設であるとの根拠、意義を何においておられますか？

(2) あなたの施設の治療施設としての特徴は何であると考えておられますか、もし、できましたら、あなたの施設の方々も共通にもっておられる、或いはあなたご自身の治療観を含めてお聞かせ下さい。

## 2. 治療方法についてお尋ねします。

あなたの施設では、こどもへの治療の方法は特定のものに限られていますか？ 個々の治療者に任せられていますか？ とくに治療方法にこだわらず、生活そのものを治療と考えていますか？ また、その理由は何でしょうか、具体的にお聞かせ下さい。

## 4 チーム・ワークについて

## 1. チームワークについてお尋ねします。

(1) セラピストの臨床経験（新任～ベテラン）と治療上の役割との関係について、どうお考えですか？

(2) 情短施設の指導員、保母の「治療」的役割についてどうお考えですか？

また、情短施設の医師については、どうお考えですか？

さらに、施設長はどのような「治療」的役割をもっていると考えていますか？

## 5 家族治療について

入所児童の家族に対する治療についてお尋ねします。

入所児の家族治療、家族ケース・ワークについては、今回の調査結果において、きわめて高い必要性が示されました。

実際に家族治療、家族ケース・ワークをどのようにすすめることが望ましいか、或いはどのようにすすめるべきではないか、とお考えですか、ご意見を聞かせ下さい。

## 〔2〕 オピニオン調査

さらに、アンケート調査をもとに討論をまとめ、今後のあり方に関する問題提起を示し（本文 60頁～参照）、その内容につき、次のようなオピニオン調査を実施した。

## 1. 調査依頼者及び主なオピニオンの論点

- 1) 全国情緒障害児短期治療施設長協議会代表者——問題提起の内容全般にわたって
- 2) 全国児童相談所長協議会代表者——主として情緒障害の診断と治療及び児童相談所との関係について
- 3) 特殊教育研究代表者——主として情緒障害児の福祉体系と情緒障害児教育とのかかわりについて

## III 論 点

## 〔1〕 アンケート調査結果の概要と論点

情短施設を対象に実施した診断治療に関するアンケート調査の結果を通じて指摘された論点の概要はつぎのとおりである。

## 1) 診断分類について

① WHOが数次にわたって改訂提示している Child psychiatric disorders の診断分類（註1）は、児童の情緒障害を含む精神医学的もしくは臨床心理学的観点からの診断分類として、大阪市児童院を中心としてわが国の情短施設の一部において活用されている。今回の調査の結果では施設が何らかの方法により第1軸を主に積極的に活用しているが、その活用及び診断分類上の統一はまだなされていない。

従来用いられている問題行動分類（註2）は、児童像に関する一般的理解を得るために活用し得ること、しかし専門的活用には限界のあることが示されており、WHOの診断分類を活用しているところでは、診断上専門的、理論的に検討する上での有効性が指摘され、とくに児童の問題行動の深さ、強さ及び行動の内的メカニズムを把握しやすい点があげられている。又、治療期間を通じて各セラピストの診断的確信や一致度を確かめる上でも活用されているところがみられる。

少なくとも、現行の問題行動分類と併用することの意義は認められているが、統一的な診断分類の用語や定義及び診断治療への活用については、まだ多くの問題が残されている。

② この点で、具体的にWHOの診断分類を参考とした活用の方法について、とくに情緒障害とかかわる内容について各施設の意見を検討した。

前回の退所児童調査の結果、特に「反応性適応障害 (adaptation reaction)」の情緒障害との関連の強さと「素行障害 (conduct disorder)」の診断の曖昧性をとりあげ、いずれも情緒障害の診断に関して強い影響をもたらすと考えられるこの両群について検討した。

まず、反応性適応障害については、多くの施設が軽度であること及び環境反応性であることをあげ、軽度の情緒障害の中核部分として考えてよいという意見であった。

しかし、これを軽度の情緒障害の中核とすることについては異論のある施設もあり、むしろ一過性、準正常の反応として位置づけようとする。この点も含め、全体的に「反応性」の語義については、発達障害とは考えにくく、生じる原因となっている環境を除くことによって回復可能とみられる点から意義づけられることができよう。

つぎに素行障害の診断分類の意義とその事例の内容についてみると、行動性そのものに焦点をあてた分類を全体的には異質なものとする意見と、意義ありとす

るものに分かれている。いずれにしてもこの分類にあてはめる上での困難性、曖昧性は多少ともみられ、むしろ他の分類のいずれにも属さない反社会的行動のみられる児童を対象としている例がよくみられる。

これをさらに深く検討するならば、WHOがさらに診断分類の改訂にあたって検討しているように、「行動障害 (behavior disorder)」として素行障害のみならず他の診断分類をも包含した活用の方法が考えられるが、今回の調査からは、とくに下記の点を考えなければならぬ。

(註1) 障害の診断分類

0 正常範囲 Normal variation	2-3 その他特殊学習障害 Other specific learning disorder	2-7 チック Tics	5-2 精神分裂症 Schizophrenia
1 反応性適応障害 Adaptation-reaction	2-4 行動調節障害 Abnormal Clumsiness	2-8 吃音 Stuttering	5-3 その他
2 特殊発達障害 Specific developmental disorder	2-1 多動性症候群 Hyperkinetic disorder	3 素行障害 Conduct disorder	6 人格障害 Personality disorder
2-2 言語障害 Speech & language disorder	2-5 遺尿症 Enuresis	4 神経症 Neurotic disorder	7 心身症 Psychosomatic disorder
	2-6 遺糞症 Encopresis	5 精神病 Psychosis	8 その他の障害 Other clinical Syndrome
		5-1 幼児精神病 Infantile	

(註2) 問題行動分類

1. 非社会的行動	2. 反社会的行動	3. 神経性習癖
1-1 緘黙	2-1 反抗、乱暴	3-1 チック、爪かみ
1-2 登校拒否	2-2 盗み、持ち出し	3-2 夜尿、遺尿
1-3 孤立、内気、小心	2-3 怠学	3-3 偏食、拒食
1-4 自閉症、自閉様症状	2-4 授業妨害	3-4 吃音
1-5 その他	2-5 その他	3-5 その他

2) 情緒障害の診断の必要性について

情緒障害の診断は、つまるところ何のために必要であり、有効であるかが問題となるが、今回のアンケート結果に基づいて考えていくならば、下記の三点をとくに重視する必要があると考える。

① 診断は、即治療とは結びつかぬまでも、治療過程で明らかにされていくものである。

② 「原因一状態像一治療的関与の方法と経過 (治療関係・治療方法)一治療効果一予後」が関係づけられて組み立てられていく診断が必要である。

③ 診断にあたっては、障害そのものの診断及び生物学的、知的な診断のみならず、心理・社会的環境の診断を統合的にすすめるなければならない。その際に

は、養育環境 (主として親) からのアプローチのみならず、養育環境と児童の相互関係一児童からの働きかけと養育環境の反応一の視点からの診断が必要となる。

④ 診断及び治療の過程においては、情緒障害を単に臨床的、固定的観点からではなく、適応・発達

の観点から把え、発達の観点や発達理論を明解にし、明確にする必要がある。

調査の中で指摘されているように、硬直的な、又専門的に不十分な診断は、単なるレッテルづけやラベリングに陥る危険があり、それが往々にして診断無用論と結びつく。

現在の情緒施設の目的と機能を考慮し、とくに入所対象児童を中心とした診断分類のあり方やその活用についてさらに検討の積み上げが必要であるが、これにつ

いては、オピニオン調査への問題提起の中でさらに具体

的に提示することとした。

3) 治療効果について

上記の診断の問題は、個々の児童や事例の治療効果と結びついてくる。前回の退所児童調査による横断的、統計的分析を通じてみられた診断分類、児童の年齢、治療期間と治療効果とのいくつかの連関について、今回のアンケート調査では、その施設の特有の条件や診断・治療の方針などの事例的分析を通じて明らかになる部分を検討してみた。

しかしながら、設問の拙さもあって、この点については指摘し得る明解な結果は示されなかった。退所児童調査の平均的な傾向が妥当である面もみられたが、主に診断分類の曖昧性（各施設のうけとめ方の相違）から必ずしも横断的な分析結果とは一致しなかった。むしろ、診断・治療の体系においてとくに、治療開始時期及び治療終了時期においてなされる障害の程度の問題が、治療効果との関連性において種々議論された。治療の見通しを明らかにする上で、また治療の効果を確認する上で、様々に関連する事柄を総合的に把えて、いわゆる障害の程度を考察していかなければならないのであるが、以下に示す資料は全国情短施設協議会が調査した入所児童の障害の程度である。障害の程度の判断には共通の基準が示されていないため、程度を判断した理由は様々なものとなっている。したがってこの表からは、明瞭な何かを導き出すことは困難であるが、少なくとも、施設によって軽

全国情短施設の収容通園児の障害の程度（昭53年1月）

施設	収 容			通 園		
	軽度	中度	重度	軽度	中度	重度
A	0%	0%	100%	%	%	%
B	73	20	7			
C	27	59	14			
D	10	55	35	0	18	82
E	0	87	13			
F	60	40	0	60	30	10
G	36	46	18			
H	41	41	18			
I	26	48	26	31	44	25
J	0	50	50	0	0	100

度から重度までの児童の入所率が全く異なること、例えば重度のみをみても0%から100%まで広がっていることがわかる。さらに全国情短施設協議会がその後実施した「いわゆる重度と、養護性に問題のある児童に関する調査」では、重度の判断基準として、情短施設における三つの部門—治療部門、生活指導部門、学校教育部門—全体からとらえて

- ① 治療、指導、教育そのものの困難さを理由に重度と判断したもの
- ② 障害そのものの重さを理由に重度としたもの
- ③ 情短施設で処遇していくうえで困難な行動がみられたことを理由としたもの

の三つをあげ、施設の各部門毎に重度と判断した理由の分布表をつぎのようにまとめている。

全国情短施設の部門別重度判断の理由（昭50年度～53年度入所児童）

理由	施設G			F			E			B			J			I			H			D			C			A			合計		
	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校	治療	生活指導	学校			
①治療、指導、教育、そのものの困難さ	2	5							3			1							6	2	2	1	4				11	1		15	22	1	
②障害そのものの重さ	7	5	6	3	3	6	6	2	6	2	1	4	4	1	5	1	13	5	15	1	2	5	3	1	23	4	2	3	52	28	59		
③情短で処遇していくことの困難さ		2	5		1							1									1		2	2			2				7	9	
① + ②	5	3		4	4				3	20	2	6	7	1	3	7	8	5	5	5	2	2	17	4	23	1	5	77	43	18			
① + ③			1						1			1			5												2		1	6	1		
② + ③		3	4		3	1			1			5	6	2			1	19	1	1	1		4		2	1	1	1	40	14			
① + ② + ③				3	1		1		1	2	3	1	1	1	3	2	1	3		3			3		20	2	5	28	28	7			
合計	14	18	16	7	11	5	6	13	2	27	13	17	12	8	2	18	17	24	25	23	10	13	10	5	36	23	28	20	11	151	174	109	

施設によらずに重度と判断された児童の入所数は先きの表にみられるように入所率によって開きがあるが、入所率の特徴からみた重度判断理由にはとくに相違はみられないようである。重度判断の理由による施設の相違はみられるにしても、全体的には処遇上の困難さ(①、③)よりも、障害そのものの重さ(②)が理由として含まれていることが示されており、治療部門では89.4%、生活指導部門では79.9%、学校教育部門では89.9%である。また処遇上の困難さでは、いずれの部門においても、それぞれの部門での処遇上の困難さに関連する理由の方が、情短施設での処遇上の困難さに関連する理由を上まわっており、とくに治療部門において顕著のようである。

さて、以上の点も考慮して、治療の見通し及び治療効果については障害の程度をあわせて検討する必要があるが、症状そのものの程度から処遇(治療)上の程度に至るまでの総合的な内容についてオピニオン調査の中で検討することとした。

#### 4) 治療施設の意味について

情短施設が、いわゆる「治療」施設であることの根拠、意義及び治療施設としての特徴に関しては、各施設特有の条件、スタッフの治療観が強くかかわっている。

ところで、このようなことをあらためて問うたのは、児童福祉施設のうち、情短施設が心理学的治療を核とする処遇を特色とする点できわめて性格が異っており、この点でいかなる意味で他の児童福祉施設や医療施設と共通のものを持ち、又相違するのかを確認するためであった。『治療』施設であることの意味について、得られた回答からは、専門的、技術的な側面のみならず、つぎのような本質的な側面からの共通の回答がみられた。

① 子どもの肯定し、子どもの発達に目を注げる人がいること。

② 人と人との関係の中での治療とは何であるかを知っており、治療的アプローチのできる人がいること。

即ち、科学、理論、技術、施設の立地条件、職種などの相違を超えた情短施設の「治療的集団」としての位置づけが明確にされることが何よりも重要であることが明らかである。そして、これに基づいてとくにつぎの点が明らかにされてくる。

① 情短施設のみならず、他の児童福祉施設の職員にとっても共通な人間関係の資質と技術が求められるものであるが、情短施設においては、さらにセラピストの「治療」的役割が施設の中でどのような意義及び位置づけをもち、どのような方法がとられている

のか。情短施設に入入る子どもや児童に対する治療的②情短施設における各専門職種の分化と協働とくに「チーム・ワーク」がどのようにすすめられているのか。以上の点については、以下の治療の方法及びチーム・ワークの中で具体的にふれてみたい。③情短施設における心理学的治療の方法としては、前回の退所児童調査にみられたとおり、個人遊戯療法をはじめとして多くの種類のものを用いられているが、それぞれの施設における治療方針としては、およそ以下の三つの内容に大別することができる。

① 設定場面治療(心理治療)と生活場面治療とを併せて行なうとする狭義、広義の心理学的治療。  
② 心理治療を中心とする狭義の心理学的治療。  
③ 施設における生活環境的治療そのものを中心とする広義の心理学的治療。

心理治療の方法、種類については、施設として限定することは殆どみられず、個々の治療者に任せられ、その方法は問わないのが通常となっている。

心理治療とくに遊戯療法を重視して、これを損わない程度で他の生活場面でかかわるという方針が示されている施設もあるが、全体的な傾向としては、心理治療室やプレイルームなどでの心理治療に限らず生活場面の様々な設定を考慮して治療をすすめているところが多数みられる。即ち、作業療法あるいは施設内や地域での活動場面を重視したり、セラピストが夜勤に加わったり、又指導員などが治療的なかわりをもつなどの方法である。これらの内容は、いわゆる心理学的治療を行う情短施設としての特色として考慮すべきものであると考えるが、いずれにしても「治療的集団」としての環境設定が不可欠の要件である。

④ チーム・ワークについて  
情短施設における処遇は、治療部門、生活指導部門、学校教育部門の三部門の職務から構成されている。今回の調査は、各施設の長及びセラピストを対象としてすすめたので、治療部門を中心とした処遇におけるチーム・ワークに関する実情と意見が示された。全体的な傾向としては、上記治療の方法と関連するが、とくにセラピストと指導員・保母との関係について明瞭に示されたものと、不明確なものに分かれ、そのいずれにおいても他の児童福祉施設の児童指導員・保母との役割上の相違が予想された。つまり、指導員・保母の役割は、他の児童福祉施設と同じく生活場面におけるケアが中心であるとしても、生活場面と治療場面とがどのようにかかわりあい、相互にフォーカスされる

調整されるかであり、これは入所から退所決定さらには退所後のアフター・ケアにまでかかわる重要な問題である。具体的には、セラピスト主導タイプや分離・分担タイプよりも相互関与タイプともいえるべき観点からの意見が多かったが、現実には「治療」施設としてのあり方に幾多の困難性がある。これは、学校教育部門とのかかわりも加えて、いわゆる臨床的チーム・ワークのあり方の問題となる。

#### 7) 情緒障害の治療方針と治療体系について

以上の診断・治療にかかわる諸要素を検討し、今日の情緒障害児の治療体系とそれにかかわる情短施設の位置づけをより明らかにしていかななくてはならない。今回のアンケート調査を通じて、情短施設の位置づけや、施設の収容部門、通園部門の現状や今後のあり方なども一部示されたが、最も重要なことは、情緒障害の診断治療の体系が、児童や保護者にとって一貫して援助のしやすい有機的な機能をもっていないなくてはならないということである。

このためには、同じ福祉体系における他の機関との関係並びに医療、教育体系とのかかわりを通じて方向づけを検討する必要がある。とくに福祉体系における診断治療のセンターとしての役割機能のあり方を中心に検討をすすめる。オピニオン調査の中で提起することとした。

#### 8) 家族治療、家族ケース・ワークについて

家族治療、家族ケース・ワークのすすめ方については、まず多くの施設においては入所の条件のひとつとして、家族の理解、協力が得られることが含まれている。現実には、前回の退所児童調査にみられたように、家族治療、家族ケース・ワークの高い必要性にもかかわらず、望ましいアプローチをすすめることがなかなか難しい面がみられる。今日の情短施設においては、家族に対する心理治療やカウンセリングを必要とする事例のみならず、親の養育への援助・指導を中心とするケース・ワークを必要とする事例が増加していることが注目される。

今回の調査を通じて、家族へのアプローチは誰が行うか、又どのように行うかについての意見が示された。各施設の立地条件(都市地域など)、施設における処遇条件(通園部門など)などによる相違、あるいは施設の見解の相違などが種々あるが、これらの内容を検討した上で共通に検討すべき課題についてオピニオン調査の中でとりあげた。

#### 〔2〕オピニオン調査にあたっての問題提起

上記の論点をもとに、情緒障害児の診断治療体系と情

短施設のあり方に関する次のような問題提起を行い、オピニオン調査の討論資料とした。

#### 〔問題提起〕

##### — 情緒障害児の診断・治療体系と情緒障害児 —

##### 短期治療施設のあり方—

情短施設は、「軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を短期間収容し、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害をなおす」ことを目的としている。

情短施設が設置されることとなってから今日に至る間に、情短施設が対象とする児童について、主につぎの点の問題として指摘されている。

- ① いかなる情緒障害児を対象とするか(その背景となる診断基準の明確化が求められている)。
- ② 障害の程度はどのようにして評定評価し、入所対象とするか(現実には軽度から重度までの多様な児童が入所している状況にある)。また治療期間はどのように考慮するか(現実には短期から長期にいたるまでの処遇がなされている)。
- ③ 年齢の規定はどの程度必要か(今日においては、治療の継続性の点から12歳未満の原則がゆらぎつつある)。
- ④ 情緒障害と密接にかかわりのある児童の保護者と、どのように治療的関係を強化するか(児童の養育環境の変化とそれに対応した家族治療、ケース・ワークが求められている)。
- ⑤ 治療方針として、収容方式、通園方式、通所(外来)方式の効用と限界及び他の社会資源との関係をどのように考慮し、治療体系を明らかにしていくか。

今回の調査研究を通じて、以上の問題についてとくにつぎの点を提起したい。

#### 1. 情緒障害の診断及び障害の程度について

##### (1) 障害の診断分類

##### (2) 障害の程度

#### 2. 情緒障害児の治療体系—収容、通園、通所(外来)—について

#### 3. 家族治療・家族ケース・ワークについて

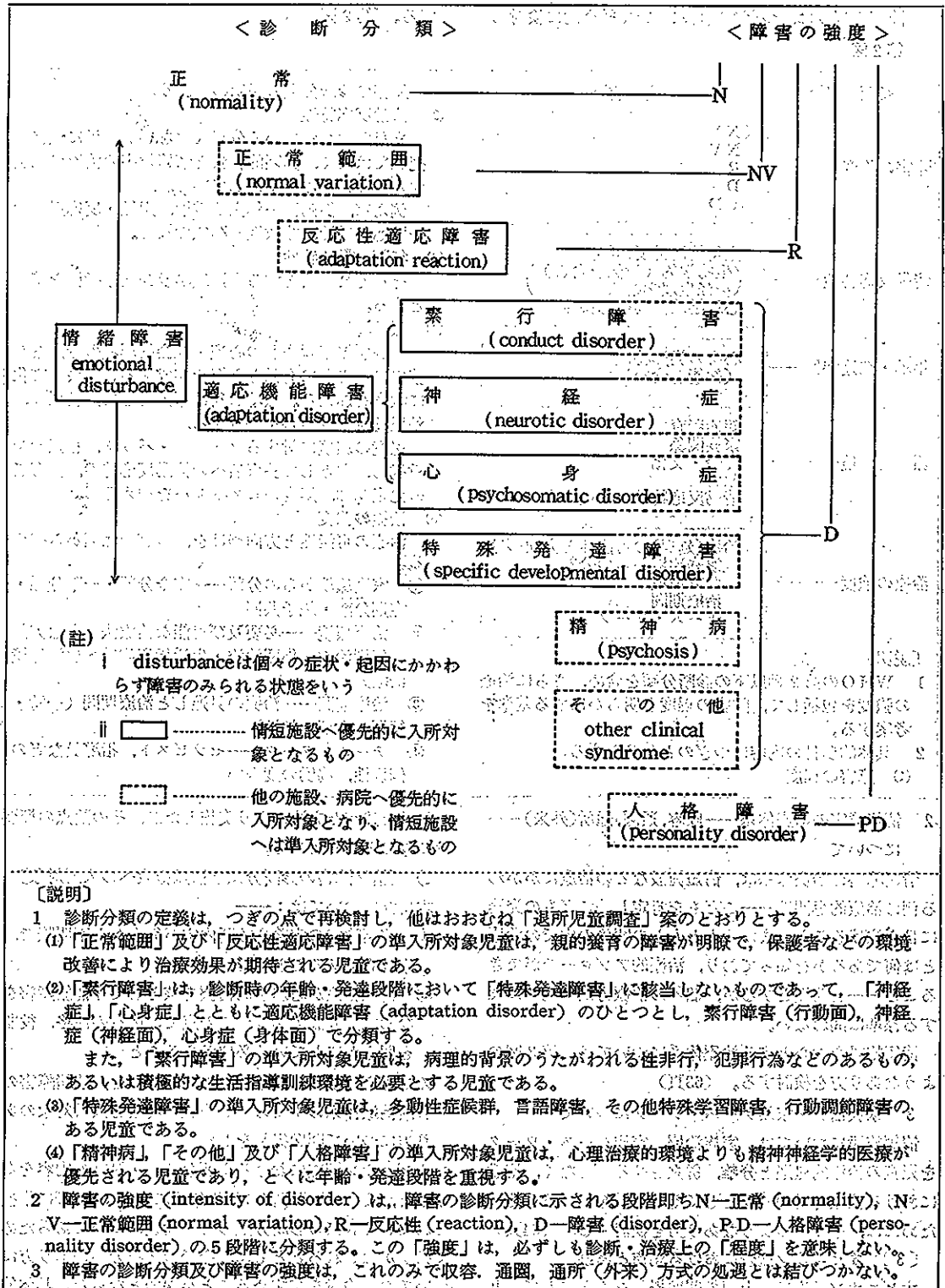
〔このうち、1—(2)障害の程度については、具体的な基準の考察には至らず、方向づけの段階である。〕

#### 1. 情緒障害の診断及び障害の程度について

##### (1) 障害の診断分類

WHOの診断分類を参考とした情緒障害の診断分類はつぎのとおりとする。〔第1図〕

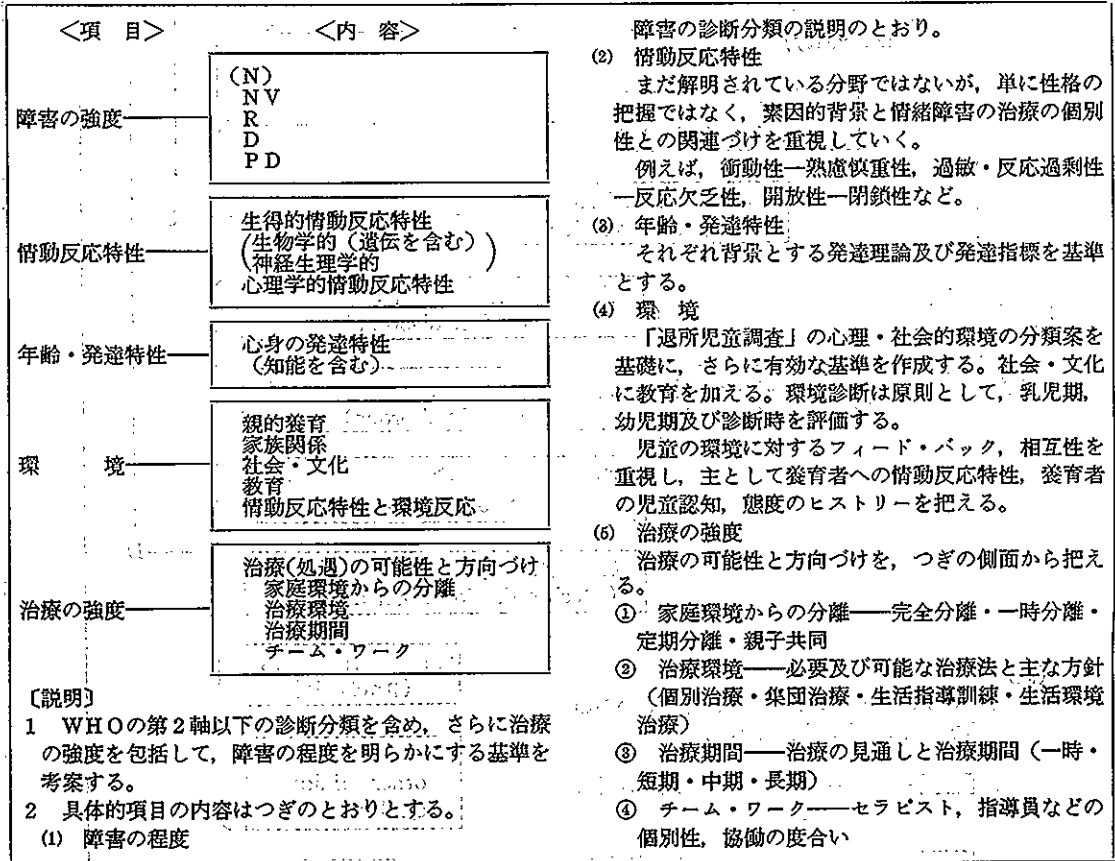
第1図



(2) 障害の程度

障害の程度は、つぎの項目について総合的に検討し

第2図



たものを、治療開始時期及び治療終結時期に明らかにする。〔第2図〕

2 情緒障害の治療体系——収容、通園、通所(外来)——について

情緒障害の治療体系は、情短施設などの治療にかかわる側の治療的専門性——こどもを肯定し、こどもの発達に目を注げること、また、人と人との関係の中での治療とは何であるかを知っており、治療的アプローチができること——を前提とするが、個々の治療方法・種類に関する標準は問わない。

情短施設を中心とする治療体系については、第3図のようなあり方を検討する。(63頁)

3 家族治療・家族ケース・ワークについて

情短施設においては、家族治療、家族ケース・ワークを児童の治療的処遇と分離、併立させることなく、施設における治療方針の一環としてその比重を高める。そのため、第4図のようなあり方を検討する。(64頁)

〔3〕 オピニオン調査における論点と考察

オピニオン調査は、上記の問題提起をもとにして、II

—〔2〕で述べた方法により実施したが、その論点の概要はつぎのとおりである。

1) 〔情緒障害の診断分類と情短施設への入所対象〕本研究においては：——

- ① 情緒障害の定義や診断内容が従来から不明瞭で、未確立であること。
- ② 情短施設が心理学的治療を核として「情緒障害をなおす」施設であり、この点での個々の性格、役割を明らかにしていく必要があること

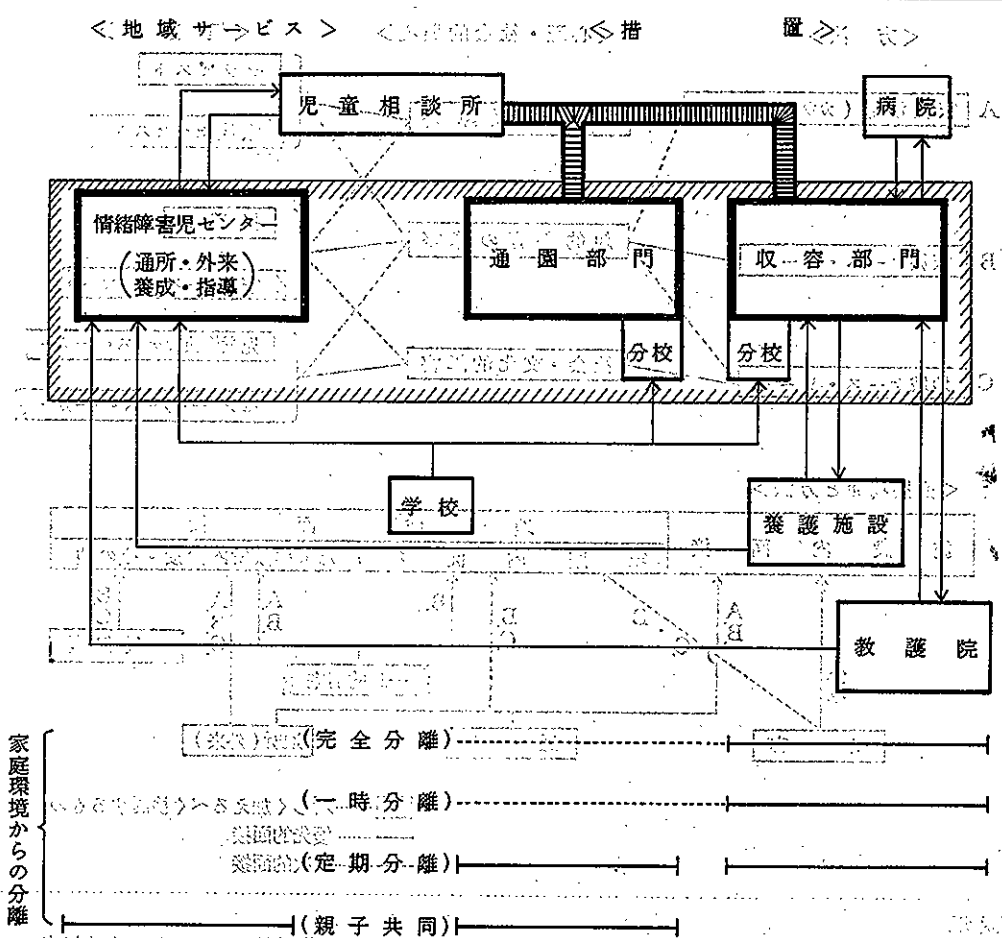
の二点を背景に、情緒障害の診断分類と、情緒障害の診断治療体系の中での情短施設の役割と入所対象のあり方について問題提起をした。

オピニオン調査における主要な意見・討議の内容をあげると、まず、情緒障害の診断分類については、既に指摘されているWHO診断分類のもつ問題についてあらためて指摘がなされるとともに、今後の診断分類のあり方についてなお検討をすすめることが課題となった。具体的



第3図

図3



【説明】

1. 現行の児童相談所の措置による通園、収容部門に加えて、地域における情緒障害児センターの役割機能をもつこととする。

その業務は

- ① 情緒障害に関する診断、観察と専門的助言・指導
- ② 通所・外来方式による治療
- ③ 保育所、養護施設、教護院、保健所などに対する専門的コンサルテーション及び児童相談所などとの協力による現任訓練

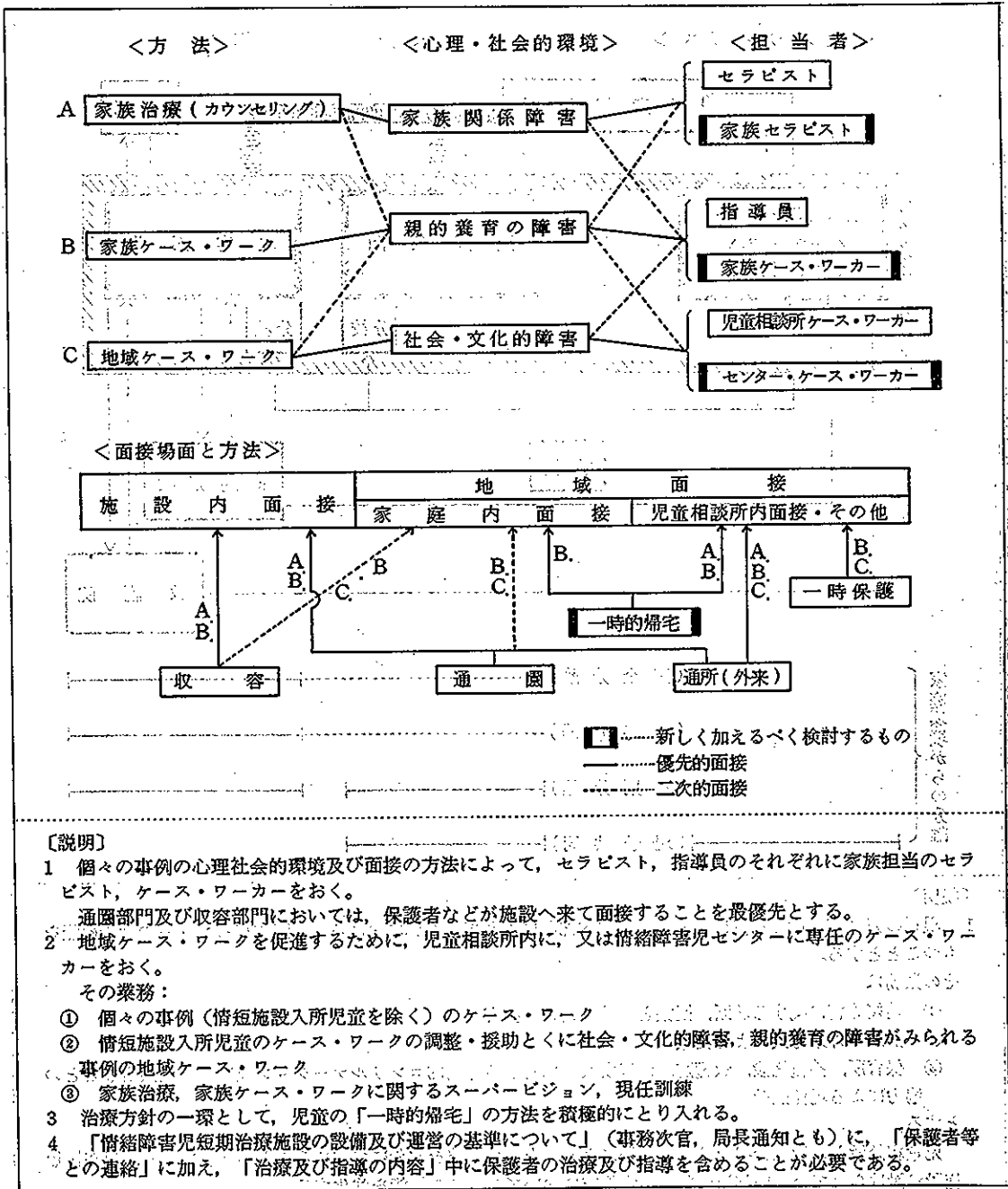
とする。

児童相談所との役割分担及び協働体制により、上記の業務を有効にすすめることが必要であり、現在情緒障害施設が設けられていない都道府県・指定都市においても、この機能を強化する。

2. 情緒施設の収容部門は、障害の診断分類、程度、年齢、治療方法にかかわらず、家庭からの完全分離または一時分離を必要とする児童を対象とし、また養護施設及び教護院との協働により、導入所対象と考えられる情緒障害児の収容治療の機能を強化する。

3. 情緒施設の通園部門は、その設置が地理的、社会的条件によって拘束される。通園可能な地域においては、その機能の中心は、幼児の親子共同治療とする。なお、いずれの情緒施設においても、情緒障害児学級併設による教育サイドからの受け入れについて検討する。

第4図



には行動あるいは症状による分類が望ましいが、適応機能による分類が望ましいがについて種々の見解があるが variation—reaction—disorder という障害の強度の段階を考慮に入れ、正常範囲 (normal variation)、反応性適応障害 (adaptation reaction)、適応機能障害 (adaptation disorder: 素行障害、神経症、心身症—これらの

中には、遺尿・遺糞症、チック、吃音などを含むもの) を情緒障害 (emotional disturbance) の主たる内容として定義づけ、治療に活用する方向を見出していく。また以上の情緒障害をもつ児童の一部が情短施設の対象となるが、この点に関してオピニオン調査の中で、情緒障害の診断分

類の明確化と情短施設への入所対象の範囲の限定とが強く結びつくことに対する危惧を示す意見もみられた。つまり、わが国の児童福祉施設が対象規定の原理（施設の入所対象を規定し、これに児童をあわせていく）ですすめられる傾向が全般的にみられる中で、情短施設においても敢えてこれを強めることの弊害に対する危惧である。「軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童」という対象規定の三つの要件のうち、程度、年齢の要件は後によれるが、いわゆる情緒障害という症状、状態像の要件についてもここで問題とされているわけである。

例えば診断名や診断範疇に基づく分類収容の弊害は既に論じ尽されており、ここで入所対象を限定することは、情短施設の整備と対応の前進を遅らせることで終る懸念をもつ、との指摘である。

本研究では、情短施設の入所対象を限定するためにこの問題を取り扱ってはいない。情短施設は何をなし得るが、何をなすべきかという点、とくに「情緒障害をなおす」という役割規定の意義をあらためて検討し、今後のあり方を検討しようとしたものである。これは実際のところ心理学的治療でなし得る範囲と、内には生活指導及び学校教育とがかわり、又児童精神医学、小児科学による医療とかかわる問題である。又外には他の福祉体系及び医療体系、教育体系とかかわる問題である。そして根本的には他の児童福祉施設にもなくてはならない治療的環境に加えて、情短施設が心理学的治療を核としてすすめる存在意義の問題でもある。又施設が入所対象事例の決定に関与する度合いや主体性の問題にかかわってくる。したがって入所対象の限定という視点からではなく、治療体系における入所治療の有用性、可能性という点から、今後さらに研究を深めたいと考えている。

なお、対象児として自閉症その他の発達障害が主となっている児童を含むのか、年齢制限の規定を除く必要があるか、などの問題についてはあらためて、3)情緒障害児の治療体系と情短施設の役割の中でよれることとする。

2)〔情緒障害の程度と治療可能性〕

本研究においては、

- ① 情緒障害の程度とは何か
- ② 情短施設の入所対象及び治療の枠組として規定されている「軽度」及び「短期」という点は今日どのような意義をもっているか

の三点を明らかにしつつ、主に情緒障害の程度について考察し、問題提起をした。

情短施設の種々の実態・統計資料並びに前回の退所児童調査、全情協の調査などの結果をみても、情短施設の

法制度化当初の趣旨は明瞭ではなくなっており、程度及び期間による限定は意義を失いつつある。

これまで情緒障害の程度はどのように定義づけられてきたかをみると、少なくとも軽度以外の児童が増加してきた、すなわち程度に規定されていないということ以外明瞭なものは示されてはこなかった。

障害の程度を考える時、それは、症状の程度及び治療（処遇）上の程度の関数としてとらえられる。問題提起に示した障害の強度、情動反応特性、年齢・発達特性、環境、治療の強度の5項目は、その関数として具体的に示したものである。これについてまず障害の強度に関しては、障害の診断分類における症状類型に過ぎないという否定的意見と障害の診断分類には段階的症状の重さ、強さを内包しているという肯定的意見とに分かれた。normalなものからの variation, reaction そして disorder という症状の強度 (intensity) は、環境要因による一過性のものか、あるいは、比較的可逆的な発達性の障害か、また固定化したさらには人格面に至る程の障害かという診断上の一指標として重要な意味をもっているものとする。

その時点における症状の段階や相互移行性の程度などから治療の方法や見通じを探ることが可能である。なお、障害の強度という用語は症状の強度とした方がより正確な表現であろう。

つきに情動反応特性、年齢・発達特性、環境の項目については、WHOの診断分類第Ⅱ軸以下に示す内容との関連も含めて今後の具体的な検討課題として確かめられた。とくに情動反応特性については情緒障害の素因的、生得的背景を考慮した個々の児童の治療の見直しと方法に関するものであり、とくに今後も研究をすすめるべき課題といえる。

治療の強度は、治療に属する項目であるとして、障害の程度に入れることについて一部疑問が示された。しかし、いわゆる処遇上の強度は、障害の程度の構成要素として重要なファクターと考えられるべきであり、治療の強度 (intensity) に示される治療 (処遇) の可能性と方向づけに関する内容としてとらえる必要がある。そしてこの中で治療の期間が具体的に検討されるものである。

なお、ここには家族の治療への協力度・積極性をさらに含めることが必要である。

こうして障害の程度及び治療期間は、症状の程度から処遇 (治療) の程度に至る総合的な内容で、把握される必要があり、独自の治療施設としての性格をもつ情短施設は、障害のみられる児童の可塑性、発達可能性を基盤として積極的な発達の援助をはかろうとするインテン

シブな機能を果たすものである。

したがって、情短施設は、治療の可能性（障害の回復の可能性）の見通しと、治療努力を前提とする限り、程度及び期間による限定は必要ないと考える。

③) 【情緒障害児の治療体系と情短施設の役割】

本研究においては

① 情緒障害児の治療体系の中で情短施設がどのように位置づけられるか

② 情緒障害児の治療体系とくに福祉体系における医療体系、教育体育とのかかわりについて情短施設がどのように位置づけられるか

の二点を明らかにしつつ、情短施設の総合的役割について考察し、問題提起をした。

第一に情緒障害児の治療にかかわる福祉体系のあり方についてであるが、今日、情短施設の設定数は全国的にまだ少い。しかし、現実におすすめられている実情を通して、情緒障害に関する診断、観察、指導、入所の決定、治療（収容・通園）などの一連の過程が、有機的で一体的な機能をもつことの重要性が確認されてきている。この点に関しては、地域福祉、地域精神衛生の観点から不可欠のものであり、又児童相談所の臨床的機能と競合するものであるが、それぞれの組織機構論はともかく、このような専門的なセンター機能が必要であることについてはオピニオン調査の中でもあらためて確認された。そのあり方については、児童相談所の臨床的機能が十分に果たされることにより、情短施設への入所の措置を含む過程がより有効となるという意見が示されている。問題提起の中での情緒障害児センター部門については、養成・

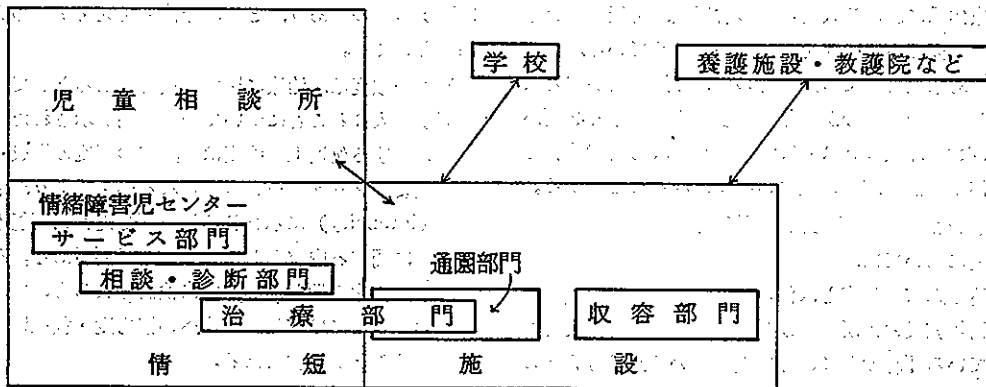
指導、現任訓練（研修）及び研究の内容を包含するサービス部門とすること、そして情緒障害に関する相談、診断、観察、措置の決定を包含する相談部門、及び通所・外来、通園、収容による治療を包含する治療部門で構成する方向での具体的意見も示されている。中でも通所・外来と通園に関しては前二者が臨床による処遇、後者が措置による処遇という現行のすすめ方よりも、全体的に柔軟な治療方法や治療体系が必要であることが共通に指摘されている。これは現在の行政措置にかかわる問題であり、単に臨床レベルのみで考慮し得るものではないが、しかし、心理学的治療体系の中で、いわゆるデイ・ケアを中心とする通園方式や収容方式による治療の今後のあり方の問題として、たとえばつぎのようなものを考える必要がある。

① 通常は毎日通園し、午前・午後の全日ケアという通園方式に加えて、定例治療日における、特定の集中的治療の方式、あるいは家族共同治療・指導、情緒障害児学級併設による治療教育、収容方式による治療の前後の期間における通所治療など、必要に応じた治療方式がとれるようなものとする。

② 養護施設に入所中の児童などに対する通所・外来による治療など他の児童福祉施設や里親との協働のあり方、あるいは、情緒障害のみられる学童の通所・外来による治療など学校との協働のあり方などを積極的に考慮する。この点は、とくに都市部において望まれるものである。

これらをまとめて図示するとつぎのようになる。

第5図



なお、児童相談所との関係については、情短施設の設けられていない地方自治体においては、児童相談所が情緒障害児センターとしての機能をもつことが期待され、また情短施設の設けられている地方自治体においては、

地域性、地理的条件もかかわるが、通常は情短施設が情緒障害児センターとしての機能をもつということになる。これは、今後の児童相談所のあり方ともかかわる課題である。

第二に、福祉体系と医療体系のかかわりについてであるが、これはつぎの二点の問題を検討しなくてはならない。

- ① 情短施設乃至福祉体系において、何を、如何にそしてどの程度医療に関して包含する必要があるのか
- ② 福祉体系と医療体系との関連での現在の問題は何か

まず、情短施設における入所対象児及び年齢範囲に関してであるが、今回の研究で提起した診断分類の適応機能障害 (adaptation disorder) 或いはWHOの示す行動障害 (behavior disorder) などで議論されるものは、心理学的治療の限界及び児童の精神・神経学的アプローチとの競合、優位性とかかわるものであるが、むしろ相互の連れ合いによって望ましい治療が進展する分野である。さらにこれらの体系を制度化する行政にあっては、いわゆる福祉・民生部門と衛生部門との関係の調整が必要となる。

今後具体的に検討を要する課題は、入所対象児に関しては、いわゆる自閉症や人格障害のみられる児童に対する情短施設の治療の可能性の問題、年齢に関しては、12歳以上の児童の治療の可能性の問題といえる。次に、情短施設と医療機関 (小児病院精神神経科などの外来、入院部門) との関係であるが、諸外国に比較して、わが国においては、この点についても心理学的アプローチと児童の精神・神経学的アプローチの競合、優位性並びに行政における福祉・民生部門と衛生部門の関係の問題が指摘されることが多い。

これらの問題を通じて、今回の調査結果では、福祉、医療などの領域に拘束されず、それぞれに高い専門レベルを確保し、相談・診断・観察・指導・治療などに一貫性ある機能を果たし得る地域のセンターが必要であり、その役割りを情短施設も果たし得るような方向づけが必要であること、そして情短施設の望ましいあり方としては、現行の対象規定の原理には沿いつつも、医療の観点からは入所対象、年齢についても、障害の程度や治療期間と同様に特に限定することなく治療し得る方向が望まれている。このためには、施設の設置・運営の基準、専門職員の構成、治療理論・技術などについての検討、討論を進めていかなければならない。福祉体系、医療体系の中での「心理学的治療」の位置づけは一層重要であり、関連領域の連れ合いによる治療のあり方が求められていると考える。

第三に福祉体系と教育体系のかかわりについてであるが、両体系のかかわりの中での情短施設乃至福祉体系のあり方についてふれる。

学校教育においては、特殊教育の中で情緒障害児が対象とされることとなったのは、他の心身障害児よりも新しく、1967年 (昭和42年) 文部省の行った「児童生徒の心身障害に関する調査」の中で情緒障害が加えられたことに始まる。この調査においては、情緒障害判別票の中で20の調査項目があり、いわゆる自閉症・自閉症様の症状もこの中に含まれていた。これより先き、1961年 (昭和36年) に厚生省が児童福祉法の改正により設置することとなった情短施設の中で、分校が設けられていたが、1968年 (昭和43年) に文部省はそのひとつである静岡県吉原林間学園の分校を特殊教育実験学校に指定し、情緒障害児教育のあり方の研究が開始されている。同年病院内 (三重県高茶屋病院) にも分校が設けられるようになり、福祉体系及び医療体系の中での特殊教育の歩みが進みはじめた。一方、学校における情緒障害のみられる児童に対する教育は、生徒指導主事等による学校内処遇よりも、教育研究所等による学校外の教育相談を通じて主として行われた。しかし、教育相談に関しては文部省はとくに基準や要領を示しておらず、対象によっては他の児童相談機関、病院等の社会資源にリファーされた。学校内での教育では、次第に自閉症・自閉症様児を主とする特殊教育の必要性が高まり、1970年 (昭和45年) 以後一般の学校に情緒障害児学級が設けられるようになり、その普及は当初の予想よりも早く、1977年 (昭和52年) には1,000学級を越えた。そしてその対象児童の過半数は自閉症・自閉症様児である。

現在、情短施設における学校教育は、施設内分校制による施設内教育によって行う場合が圧倒的に多く、施設から本校へ通学する施設外教育によって行っている場合もあるがきわめて少い。さらに児童福祉法第48条 (児童福祉施設に入所中の児童の教育) の規定と情短施設との関係などもあわせ考慮しなければならない。

このような状況の中で、具体的にはつぎのような教育上の課題がある。

- ① 学校教育における情緒障害児教育のあり方
- ② 情緒障害児のための診断・治療における教育相談機関、児童相談機関、医療機関の連れ合いのあり方

まず第一に、情緒障害は、他の心身障害の多くと異なり、その障害が固定的、恒常的なものではなく、むしろ可塑的で回復可能性のあるものとしてとらえられる。

このため、今日の養護学校や特殊学級における特殊教育の全体的な枠組を通して情緒障害児教育をすすめることについて十分な検討が必要であろう。とくに福祉体系においては、自閉症・自閉症様の児童については、情緒障害児の処遇とは別の考え方ですすめてきた。既にふれ

たように教育と福祉のみならず医療とのかかわりの中で治療教育のあり方が問われている。

今後福祉、教育、医療が有機的に、一貫性ある連けいを図る方向で考えるならば、施設から本校へ通う施設外教育もそのメリットは高いであろうが、現在においては、情短施設の処遇効果をあげる上で、施設内教育が中心となることはやむを得ないことと思われる。双方の弾力的な運用をはかる中で福祉、教育の連けい、協力が進展することが望まれるが、このことは、情短施設の通園部門のあり方とも関連する課題である。

つぎに、情緒障害児の診断治療にあたる専門的施設としての役割は、これまでにふれてきた児童相談所との関係とともに、学校及び教育相談機関との関係をより進展させるものとならなくてはならない。このことは情緒障害児センター的機能が医療体系、教育体系に対して専門性のより高いレベルで果たされることと結びついている。学校、教育相談機関との業務上の連携、具体的には定期的会合、研究協議会、養成・現任訓練、治療教育への援助、学童の外来・通所もしくは通園部門の利用等がこれを通じて行われる方向が期待される。

#### 4) [情短施設と保護者との関係]

本研究においては、

- ① 情短施設における保護者との関係とくに家族治療、家族ケース・ワークはどうあるべきか
- ② これにかかわる職種及び職務体制はどのようなものが望ましいか

の二点を明らかにしつつ、保護者との関係と福祉体系のあり方を中心に考察した。

情短施設が設けられてから今日に至るまで強調されてきたことのひとつは、児童の保護者との治療関係の重要性である。情緒障害を生得的機制をみることなくして考えることはできないにしても、人間関係障害としてあらわれる心理学的機制が核となっていることは、保護者を中心とする家族に対する心理学的治療やケース・ワークの重要性を一層明瞭にしている。さらに、近年は親的養育における不安、無関心、統制欠如などの質的に多様な養護問題から生ずる情緒障害に対する指導援助、治療も重要な課題となりつつある。

オピニオン調査を通して、以下の点についてはとくに異論はなく、むしろその必要性は当然であるかもしれない。

- ① 家族治療、家族ケース・ワークは、施設における治療方針の一環として位置づける。児童の治療的処遇と分離してすすめることは、情短施設においては不可能といえる。

- ② 治療方針の一環として位置づける場合、単に家族との施設における面接及び家庭訪問面接を行うことだけでなく、可能な限り児童の一時的帰宅などによる治療的アプローチを考慮する。

- ③ 家族治療、家族ケース・ワークを担当する職員の増員とともに、職種及びその処遇技法などをさらに検討する。

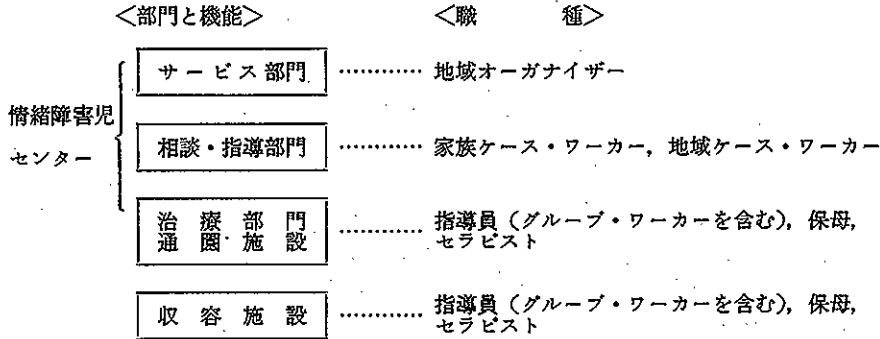
このうち、第三点の家族治療、家族ケース・ワークを担当する職員のあり方については、職種をさらに分化することについて、むしろ疑問が多く示された。現行の職員数では十分に対応することは困難であるにしても、現行のセラピスト、指導員・保母以外にケース・ワーカー的職種を分化新設することよりも業務上の統合、協調を基盤とした増員が必要であることが指摘された。

福祉体系においては家族にかかわる治療、ケース・ワークについては、わが国においては、必ずしも望ましい方法が確立されているとは言いがたい。他の児童福祉施設においても、家族ケース・ワーカーをおくことについて積極的な見解があるが、現実には運営基準に設けられていないこの種の職員を積極的に採用してすすめているところは、きわめて少い。

今後の情短施設を考える時、児童と家族への治療が一貫性あるものとしてすすめていくためには、現在のセラピストが家族治療業務へのかかわりを強め、現行の設備及び運営の基準に示す心理学的治療の中の保護者に対する面接指導の機能を統合、強化させ、その増員と共に治療効果の向上を図ることが必要であろう。

なお、個々の事例の処遇にあたって、保護者の養育上の指導援助をすすめる職員としては、情緒障害児センターの相談診断部門に所属するケース・ワーカーが中心となるべきである。具体的には、相談、治療、入所措置、施設治療の過程の中で児童や保護者、並びに指導員・保母、セラピストとかかわってそのケース・ワーク及び調整をはかる業務を担当する。この職員は、情緒障害児センター的機能がどこで果たされるかによって、情短施設もしくは児童相談所に所属することとなるが、情短施設に所属する家族ケース・ワーカーとして位置づけられることが望ましい。

以上、問題提起及びオピニオン調査とその後の討論をふまえて、家族治療、家族ケース・ワーク、地域ケース・ワークにかかわる今後の職種のあり方を示すと、つぎのようになる。



#### IV 要 約

全国の情短施設を対象とする退所児童調査、アンケート調査及び関係者を対象とするオピニオン調査を通じて今後の情短施設における診断・治療の体系の課題あり方を考察するとつぎのとおりである。

- 1 情緒「障害」の主たる内容としては、variation—reaction—disorder という「障害」の強度の段階を考慮に入れ、正常範囲(normal variation)、反応性適応障害(adaptation reaction)、適応機能障害(adaptation disorder) (一察行障害、神経症、心身症のうち心因性の機制が主となっているもので、遺尿・遺糞症、チック、吃音などを含む)が含まれる。これらの情緒障害をもつ児童の一部が情短施設の入所対象といえるが、これについては、児童の可塑性、発達可能性を基盤として入所対象の限定という視点ではなく、入所治療の有効性という視点からさらに検討しなければならない。
- 2 「障害」のほかに、入所対象として規定されている「程度」及び「期間」についてみると、今日その規定の意義はうすれている。情緒障害の「程度」は、症状の強度、情動反応特性、年齢・発達特性、環境並びに治療の強度(家族の治療への協力度を含む)の関数としてとらえる必要があり、とくにそれらの相互関連性の中で治療の強度の一環として「期間」が具体的に検討されるものである。こうした「障害」、「程度」及び「期間」などに示される対象規定の原理の再検討もまた必要である。
- 3 情緒障害にかかわる診断、観察、指導・治療並びに研修、研究など一連の過程、機能を有効に果たしうる情緒障害児のためのセンターの必要性が高い。組織、機能的には一律に情短施設又は児童相談所に設置することよりも、センター的機能を有効に発揮しうる方向で各々の設置条件にあわせて設けていくことが望まし

い。

また、措置に基づく通園・収容治療という観点に加え、地域福祉、地域精神衛生の観点から外来、通所、通園についてはとくに柔軟な治療方法、治療体系(特定・集中治療、家族共同治療、通園—収容—通園治療、他の児童福祉施設・学校からの通所治療など)を考慮することが望まれる。

- 4 情短施設乃至福祉体系と医療体系のかかわりについては、情短施設の心理学的治療の位置づけとかかわる問題であるが、上記の如き一貫性のある機能を有効に果たしうる地域のセンターが必要である。また医療の面からは、情短施設の望ましいあり方としては、入所対象、年齢に関してもとくに限定することなく治療し得る方向が望まれる。
- 5 情短施設乃至福祉体系と教育体系のかかわりについては、情短施設の処遇効果をあげる上で、施設内教育を中心とすることが考えられるが、情緒障害児のセンター的機能として、学校及び教育相談機関との関係を、より進展させ、研究協議、養成・現任訓練、治療教育、学童の外来・通所・通園方式の利用などを通じて、その協力援助体制の強化がとくに必要とされる。
- 6 情短施設における治療の一環として児童の保護者(家族)との治療関係の重要性は常に強調されてきたところである。児童及び保護者(家族)への働きかけ並びにその効果をフィード・バックさせるために、家族治療、家族ケース・ワーク(児童の一時帰宅を含む)を主たる業務とする職員を新たに確保し、情短施設の設置及び運営基準の中で、保護者(家族)の治療及び指導に関しさらに内容を充実させることが望まれる。新たに確保する職種については、情緒障害児センターとのかかわりの中で検討する必要がある。  
本研究は心身障害研究費による「情緒障害児の治療に関する福祉体系のあり方に関する研究」の一部として行ったものである。