

平成19年度研究報告書

被虐待児に対する臨床上の治療技法に関する研究 (情緒障害児短期治療施設における被虐待児への心理治療)

研究代表者 平岡 篤武 (静岡県立吉原林間学園)
共同研究者 西田 泰子 (静岡県中央児童相談所)
中垣 真通 (静岡県西部児童相談所)
市原 真記 (静岡県精神保健福祉センター)
増沢 高 (子どもの虹情報研修センター)

社会福祉法人 横浜博萌会

子どもの虹情報研修センター

(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

平成19年度研究報告書

被虐待児に対する臨床上の治療技法に関する研究 (情緒障害児短期治療施設における被虐待児への心理治療)

子どもの虹 情報研修センター

目 次

1	目的	1
2	背景	1
3	調査方法	2
4	調査結果	3
5	調査結果の要約	25
6	訪問調査	28
7	考察	31
8	要約	37
	引用・参考文献	40
	資料	41

被虐待児に対する臨床上の治療技法に関する研究 (情緒障害児短期治療施設における被虐待児への心理治療)

1 目的

本研究は、情緒障害児短期治療施設（以下情短）で行われている心理治療について、その狙い、実施する上での工夫や課題等を調査分析し、被虐待児への治療技法の現在の課題と今後の可能性を検討するものである。

今回の調査では、各情短で現在行われている個人心理治療とグループ治療について、主に質的な調査・検討をすること及び今後各施設で行なわれる心理ケアの一助となるような基礎資料を提示することを意図している。

なお、今回の調査では子どもに対する心理治療の実施状況を明らかにすることを第一の目的としたため、情短における重要な援助のひとつである家族支援については対象としなかった。

2 背景

情短は情緒障害の治療を目的とした児童福祉施設であるが、近年は被虐待児への心理治療・情緒発達支援を行う施設としての新たな役割を求められるようになり、被虐待児の入所割合が全施設の平均で6割を超え、多い施設では8割を超える状況にある。児童虐待相談件数が増加し続ける中、厚生労働省の指導のもとに、情短の全県配置が進められているところでもある。

被虐待児の情短入所中、退所時における状態の調査分析に基づいた、情短におけるケアの実態、有効性、課題については、滝川他（2006）において詳細な検討がなされている。この情短入所児の分析で、虐待は子どもに対してあらゆる情緒障害的な症状を多彩かつ広範にもたらし、このことが被虐待児に関わることの困難さを生んでいることが確認された。被虐待児の情短入所初期における状態像は、因子分析で3因子に分類され、第1因子は「衝動・攻撃」、第2因子は「身勝手・過接近」、第3因子は「抑うつ・孤立」であった。この中で改善度が早いのは第3因子「抑うつ・孤立」であり、この改善が土台になって他の因子の改善を支えていくと考えられた。第1因子「衝動・攻撃」、第2因子「身勝手・過接近」の改善は2～3年を要していた。入所時と退所時の有症率を比較すると、「学力」、「自己評価」、「問題行動」の改善度が低く、かつ高い有症率を残していた。「問題行動」の改善の低さは「衝動・攻撃」因子由来と考えられた。個々の子どもを縦断的にみれば徐々にコントロール力を増して問題行動は減っていくが、施設生活を横断的にみれば他害的・破壊的・逸脱的な出来事が頻繁に起きている状況が示されており、情短における被虐待児ケアの大きな課題が浮き彫りにされた。また、多くの症状は入所2年で5～8割以上の消失を示しており、2～3年が治療期間のひとつの目安とみなされた。厳密な統計的検討はないが、情短退所時点で各施設が評価した被虐待児の状態は、「改善」3割、「やや改善」5割で、退所した子どもの半数は家庭に戻っていた。

これに加え、滝川他（2007a）では情短におけるアフターケアと退所後の子どもの状況に関する調

査が行われており、次のような分析が行われている。①14歳以前に退所したケースの進学・就労等に困難が大きい傾向があり、中卒（高校進学）まで見届けることが大切な治療課題。②退所後の2年間のアフターケアが重要な治療課題。③中断事例の中断後のフォローはほとんど手つかずの課題として残されている。④医療を要することと退所後の予後との関連は大きく、医療との連携、医療ケアを要するケースの具体的調査が今後の研究課題。⑤自己評価、自尊感情のような内的なものをいかに育むかが長期的な予後を考えると大切な課題。⑥保護や治療を施設ケアの土台としつつ、実生活を生き抜くための対処力をどう育てていくかの工夫も今後の課題。⑦施設のもつ条件や治療体制によって退所後の児童・家族とのつながりに差が出ることが示唆され、条件や体制要因はアフターケアを考える上で重要な研究課題。

今回は、これまでの被虐待児に関わる困難さ、治療効果、アフターケアの重要性等の分析を踏まえ、情短機能の特徴である心理治療に関する各情短の実践の中から、被虐待児への心理的支援の実態、課題を分析した。

3 調査方法

本研究は全国情緒障害児短期治療施設協議会の協力のもとに、2007年5月から6月にかけて郵送により全国の情短に対してアンケート（資料1）を実施し、その中から特徴的なグループ治療を実施している5施設並びにセラピストの生活への関与程度の少ない体制を維持している2施設を選び、2007年10月から11月にかけて訪問による聞き取り調査を行った。アンケートは2007年6月29日現在の状況について回答を求めた。なお、追加アンケート項目である勤務形態、生活指導へのセラピストの関与の状況、情短中でのグループ治療の位置づけは2007年9月21日現在の状況についての回答を求めた。

アンケートの集計は、グラウンデッドセオリー grounded theory（ガービッチ，2003）の手法に準じた方法で行った。自由記述の回答を資料2表2～9、表13のように一覧にした後、本研究メンバーが討議して具体的な表現の項目に分類した。次にこの項目の中で同じグループに分類できるものをまとめ上位概念の項目とし（表12～29）、これらについて分析、解釈を行った。

調査項目については資料1を参照されたい。

4 調査結果

(1) 回収状況

ほとんどの施設にあたる30施設から回答が得られた。

(2) 各設問への回答

I. 個人心理治療

1 セラピストの担当状況

表1 セラピストの担当状況

担当状況	施設数
すべての入所児にセラピストが担当としてついている	28(93%)
ついていない	2(7%)

・ほとんどの施設（93%）で入所児全てに担当セラピストが割り当てられている。

2-1 セラピストの生活場面への関与

表2 セラピストの生活場面への関与

関与度	施設数
参加	21
不参加	1
一部参加	8

- ・ほとんどの施設（97%）でセラピストが生活場面に関与している。
- ・一部参加の施設は27%で、多くの施設（70%）が全面的に参加している。
- ・「一部参加」の場合の例
 - ・行事、外出引率、生活場面で手が足りないときの応援、パニック時の個別対応等。
 - ・昼食指導、学習指導、面接以外での個別対応、遊び相手。
 - ・行事（原則的には参加しておらず、宿直勤務もしない）。
 - ・食事を一緒にとっている。
 - ・昼食、グループ活動、各種行事など。
 - ・月1回の遅出勤務に参加して生活場面を見せてもらったりしている。
 - ・特定のセラピストのみ生活ホーム職員として入っている。
 - ・宿直勤務時。
 - ・クラブ活動、問題行動への危機介入、行事。
 - ・非常勤嘱託の心理職：通所児童のみを担当。
 - ・月に2回夜勤業務、行事など。

2-2 追加：生活指導へのセラピストの関与

- ・生活指導へのセラピストの関与について、総合的には22施設（76%）が「児童指導員と同等」「児童指導員とほぼ同等」の関与をしている。

表3 生活指導へのセラピストの関与

	総合的	食事	入浴	就寝	起床	喧嘩
1 児童指導員と同等の関与	7	15	11	14	14	12
2 児童指導員とほぼ同等の関与	15	8	9	8	8	18
3 児童指導員の補助的な役割	3	3	3	1	0	0
4 関与しない	4	4	7	7	8	0

3 セラピストによる個人心理治療の実施状況

表4 セラピストによる個人心理治療の実施状況

実施状況	施設数
実施	30
不実施	0

- ・全ての施設で個人心理治療を実施している。

4 実施人数

(N = 30、平均31.8人、SD12.0)

表5 個人心理治療の実施人数

実施率	施設数	実施率	施設数
100%	22	60%～	3
90%～	2	50%～	0
80%～	1	0～49%	1
70%～	1		

- ・全入所児に個人心理治療を実施している施設が多い（73%）。
- ・実施率が70%を下回る施設が4か所あった。

5 個人心理治療の実施形態

表6 個人心理治療の実施形態

実施形態	施設数
全員組み込み	6
全員その都度	22
一部組み込み	1
一部その都度	1

・ほとんどの施設（93%）が全員に実施している。しかし、そのうち79%が固定した曜日や時間枠ではなく、その都度実施時間が変わっていた。

6 個人心理治療の構造（開始時期）

表7 個人心理治療の構造（開始時期）

開始時期	施設数
入所直後	10
観察後（必要性検討後）	1
観察後（ほぼ1か月）	12
観察後（2～3週間）	2
観察後（2～3か月後）	1
その他	4

・面接開始時期は、入所後2週間～1か月の観察後からという施設が最も多く47%。次いですぐに始める施設が33%であった。

7 場所

表8 個人心理治療の実施場所

場 所	数
プレイルーム・遊戯室	36
相談室・面接室	16
カウンセリング室・心理療法室	10
工作室・作業室	8
集団療法室・グループ療法室	5
心理検査室	5
屋外	4
調理室	4
体育館	3
公園	2
機能訓練室、音楽室、静養室、畑、買い物	各1
箱庭療法室（再掲）	12

・遊戯室がもっとも多く設置されていて、次いで面接室が多い。箱庭を設置している施設が40%ある。屋外や体育館も活用されている。

8 頻度

表9 個人心理治療の頻度

頻度	施設数
2回／週	1
1回／週	20
1回／2週	3
1回／週～2週	4
1～2回／月	1
不明	1

- ・面接を週に1回以上実施する施設は70%を占め、うち1施設は週に2回実施していた。2週に1回以上の施設は93%を占め、ほとんどの施設が月に2回以上面接をしていた。

9 時間

最大60分。多くの施設が50分で実施している（資料2表2）。

10 時間帯

表10 個人心理治療の実施時間帯

時間帯	施設数
原則授業時間内	6
授業時間内と放課後	15
夕食前まで(再掲)	1
週末も(再掲)	1
放課後のみ	9
夕食前まで(再掲)	1
週末も(再掲)	4

- ・授業時間と放課後に面接を実施している施設が50%を占める。
- ・地域の学校に通う子どもが放課後に実施となる。
- ・放課後のみ実施している施設が30%、原則授業時間に実施しているのは20%であった。
- ・週末も使って面接時間を確保している施設が5施設（17%）あった。

11 技法名

表11 個人心理治療の技法名

技法名	施設数	技法名	施設数
プレイセラピー	29	行動療法	5
カウンセリング	22	認知行動療法	12
箱庭療法	21	SST	6
芸術療法	8	臨床動作法	3
描画	12	自律訓練法	2
作業療法	10	その他	5

- ・ 個人面接で最も使われるのは、プレイセラピー（97%）、次いでカウンセリング（73%）、箱庭（70%）の順である。
- ・ 描画（40%）や作業療法（33%）もよく使われているが、認知行動療法（40%）も同程度に使われていて、SST（20%）を実施している施設も少なくない。
- ・ 工夫した取り組みとして、交換日記、自分史、トークンエコノミー、EMDR、TFTなどが挙げられた。

12 特別に工夫された個人心理治療

代表例（詳細は資料2表4）

- ・ 身体を動かしたり、気分転換を図るもの：散歩、ランニング
- ・ 個別性に焦点を当てたもの：交換日記、おはなしノート、誕生会、…ちゃんタイム、自分史作り
- ・ 調理等：調理面談（お菓子作り）、お茶のみ面談
- ・ 構造化された介入法：行動療法、行動修正のための階層表、行動療法的技法（行動形成法）、EMDR、TFT、SST

13 外来治療と比べて、入所施設ゆえの利点

- ・入所施設で個人心理治療を行う利点については、総合環境療法に関する回答が最も多かった。主なものは、「アセスメントがしやすい」、「チーム治療ができる」、「生活に介入できる」などである。他に、治療を継続しやすいことを指摘する回答も多かった。

表12 外来治療と比べて、入所施設ゆえの利点

項目	施設数
総合環境療法	
アセスメントがしやすい(多面的・的確)	14
チーム治療(多職種連携・情報の共有)	11
生活の状況を把握できる	9
日常生活での出来事に治療的に介入できる(即応できる)	8
タイムリーな(時宜を得た・当面の治療課題を踏まえた)対応	4
治療効果が確認しやすい	4
個人治療を子どもの生活状況に応じて実施できる	3
信頼関係が深まる	2
個人治療以外でも関わりが持てる	2
生活・心理治療場面それぞれの観察を相互に生かせる	2
フォローがしやすい	1
日常と離れにくい(ためインテンシブになりにくい)	1
治療の維持	
治療の導入・継続がしやすい(外的要因を受けにくい)	10
治療時間を確保しやすい	2
自らの意思が尊重されての治療となる	1
行動化を安全に抱えられる	1
治療関係がこじれた場合に打開しやすい	1
分離の効果	
安心・安全な環境の提供(虐待環境からの分離)	3
個人治療でトラウマを扱いやすい(家庭に帰らないので)	1

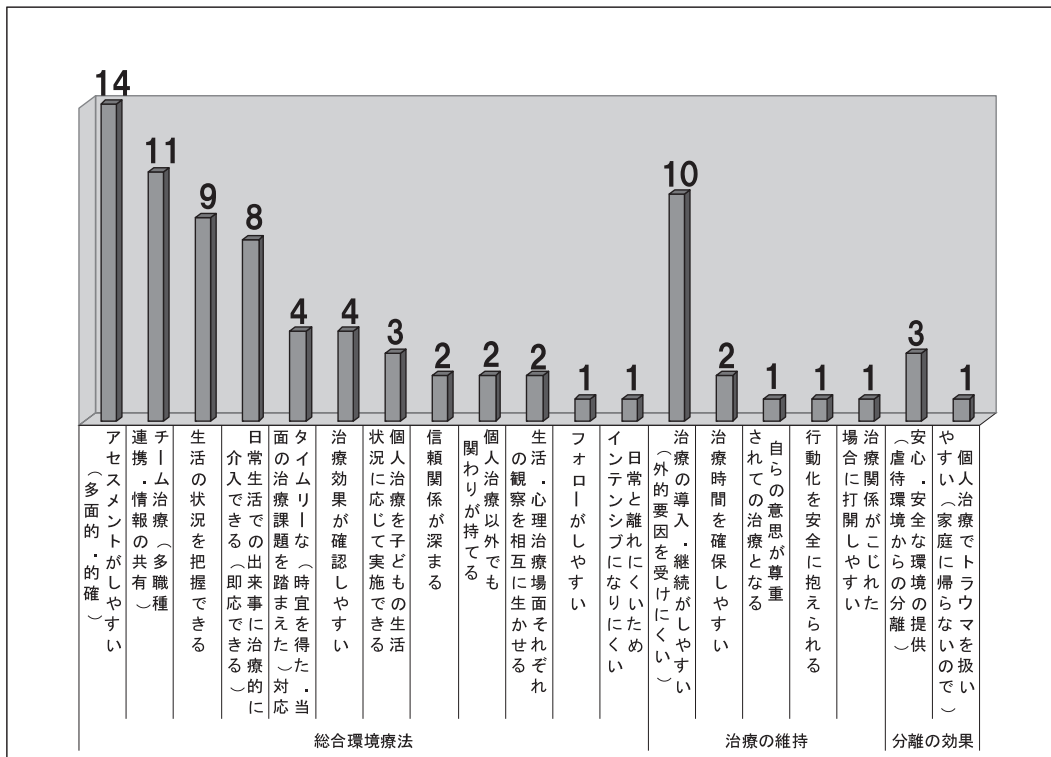


図1 外来治療と比べて、入所施設ゆえの利点

14 入所施設ゆえの困難点

- ・ 個人心理治療を実施するにあたり入所施設ゆえの困難点として、生活場面がセラピーに負の影響を及ぼすことを指摘する回答が最も多かった。次いでセラピストが指導的役割をとることや逆転移が生じやすいことなど、生活と治療の両方を掛け持ちすることの難しさを指摘する回答が多かった。

表13 入所施設ゆえの困難点

項 目	施設数
総合環境療法	
生活場面のセラピーへの影響(子どもの抵抗、動機低下、表層的、他児の同調)	18
生活場面での指導的対応(使い分け)	12
生活場面のセラピストへの影響(逆転移、面接中の観察力鈍麻)	10
セラピー場面の生活場面への影響(退行、転移、問題行動)	6
担当セラピストを巡る嫉妬、葛藤	6
現実的制約	
建物の構造の制約(生活の場に近い、学校に近い)	4
セラピーの時間設定の制約(授業との兼ね合い、業務量)	3
治療終了と退所時期の不一致	2
分離のデメリット	
家庭からの分離(親との問題の回避、親の動機低下)	4
中断の自由が少ない	1
チーム連携	
職員間の調整(役割分担、情報共有)	2
秘密の保持	2

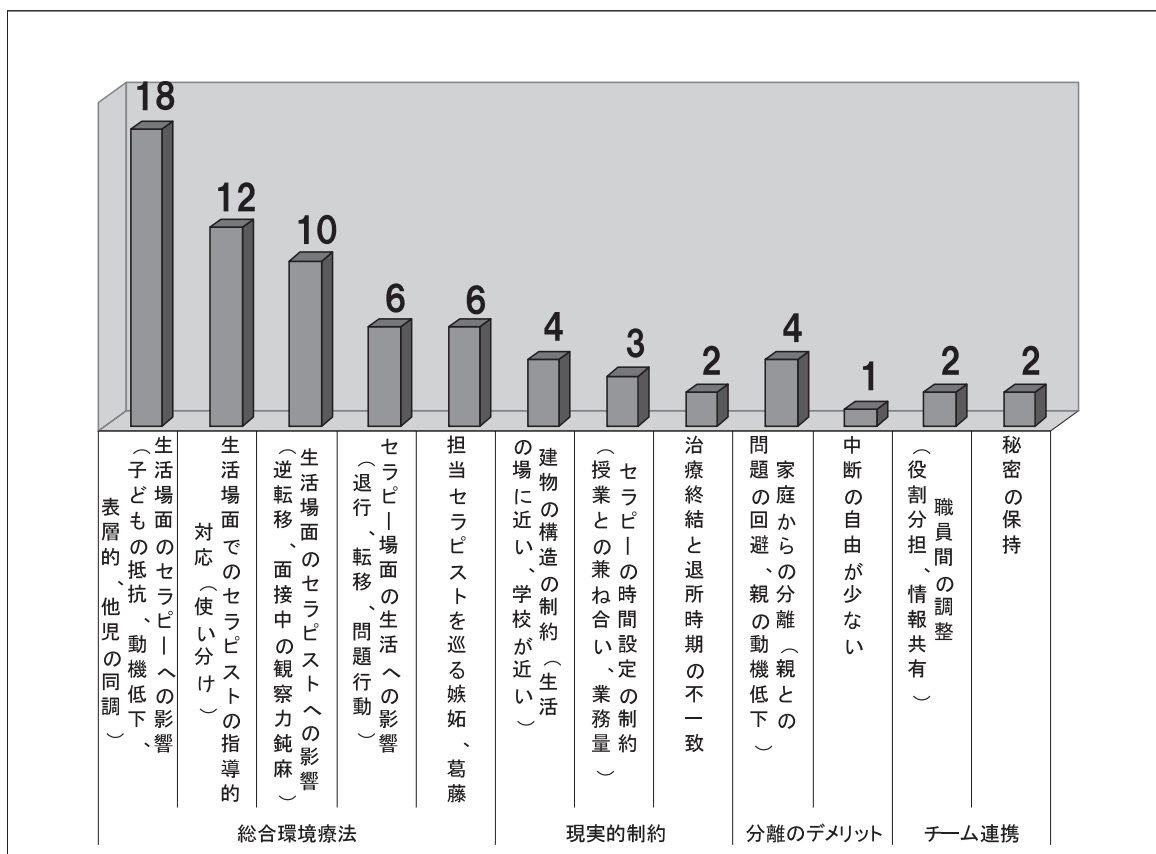


図2 入所施設ゆえの困難点

15 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫

- ・ 個人心理治療実施上の困難点を克服する工夫としては、役割分担などの職員間連携に関する回答が最も多く、次いで子どもと枠組を確認することやセラピストの資質の向上を図ることなどの回答が多かった。

表14 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫

項 目	施設数
職員間連携	
職員間連携(生活場面で距離、担当児叱責せず、話し合う)	16
連絡調整(学校と、児相と)	2
治療契約	
構造の説明(ルール確認、秘密、自分の時間、場面でのセラピストの役割の違い)	10
治療契約(問題点、動機づけ、目的共有)	5
セラピストの技能向上	
セラピストの自覚(入所治療の特徴、治療の枠組、諦め、心構え)	9
スーパーヴィジョン(外部講師、スタッフでシェア)	7
セラピストの技能向上	2
実施上の工夫	
生活場面治療(個別対応、粘る)	3
担当の割振り方	3
面接時間設定の工夫(1限目、パート間調整、時間外勤務)	3
直面化(外泊、家族面接、試験登校)	2
空間の構造化(入口を別に、出口で終わりを告げる)	2
子どもの見立て(常に更新)	1
生活場面の出来事を面接に取り入れる	1
アフターケア	1

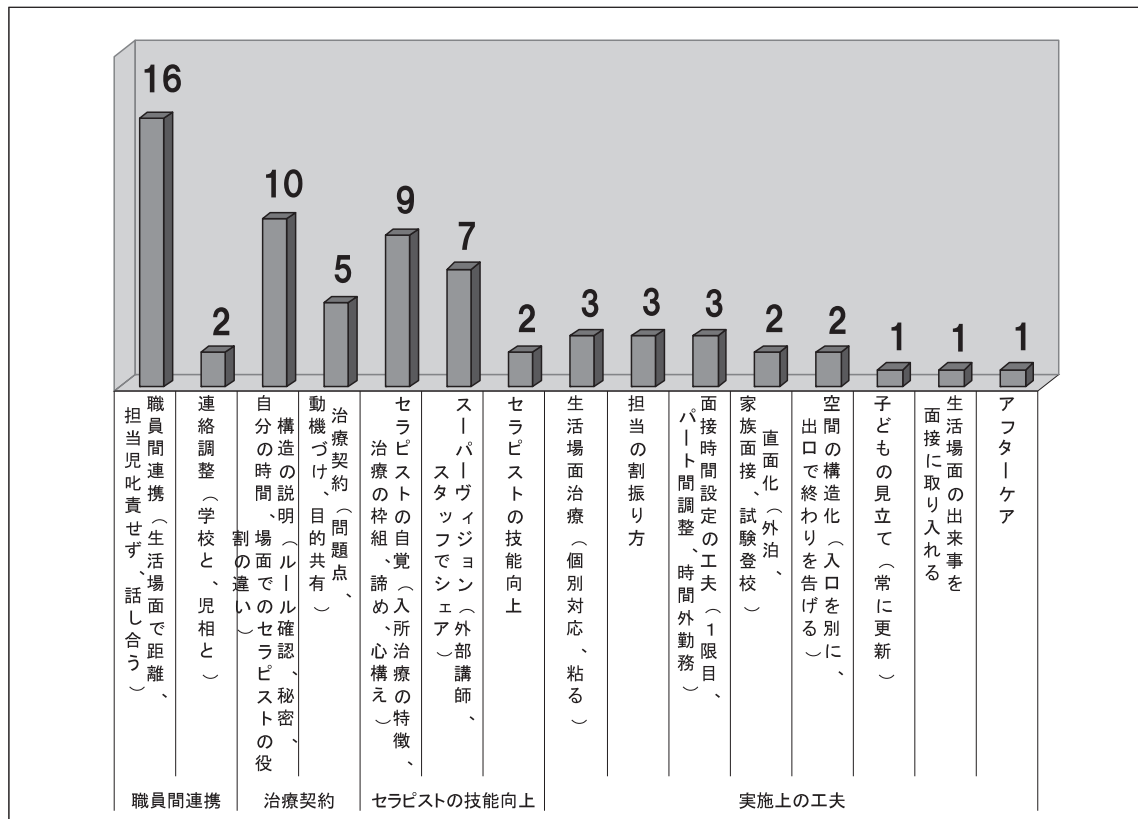


図3 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫

16 生活場面との関連性

- ・ 個人心理治療と生活場面の関連については、両者を相補的なものとして捉える回答が大多数を占めた。特に職員間の連携により、両方の場面で治療促進的な関わりができるとする回答が多かった。

表15 生活場面との関連性

項目	施設数
相補的	
生活、心理で相補的な対応ができる	15
多面的に見られる	8
引継ぎ、情報共有、見立ての共有を重視	8
生活、心理治療の対応の一貫性、連続性に配慮	4
現実的な課題も治療で扱う	4
対応の即応性	2
関係形成に役立つ	1
心理治療が成立するには生活基盤の安定が不可欠	1
心理治療への影響の自覚	
セラピストは担当児を禁止、制止しない配慮	2
生活、心理治療の切り替えに配慮	1
現実的対応	
セラピストも生活場面では場に応じた対応	1

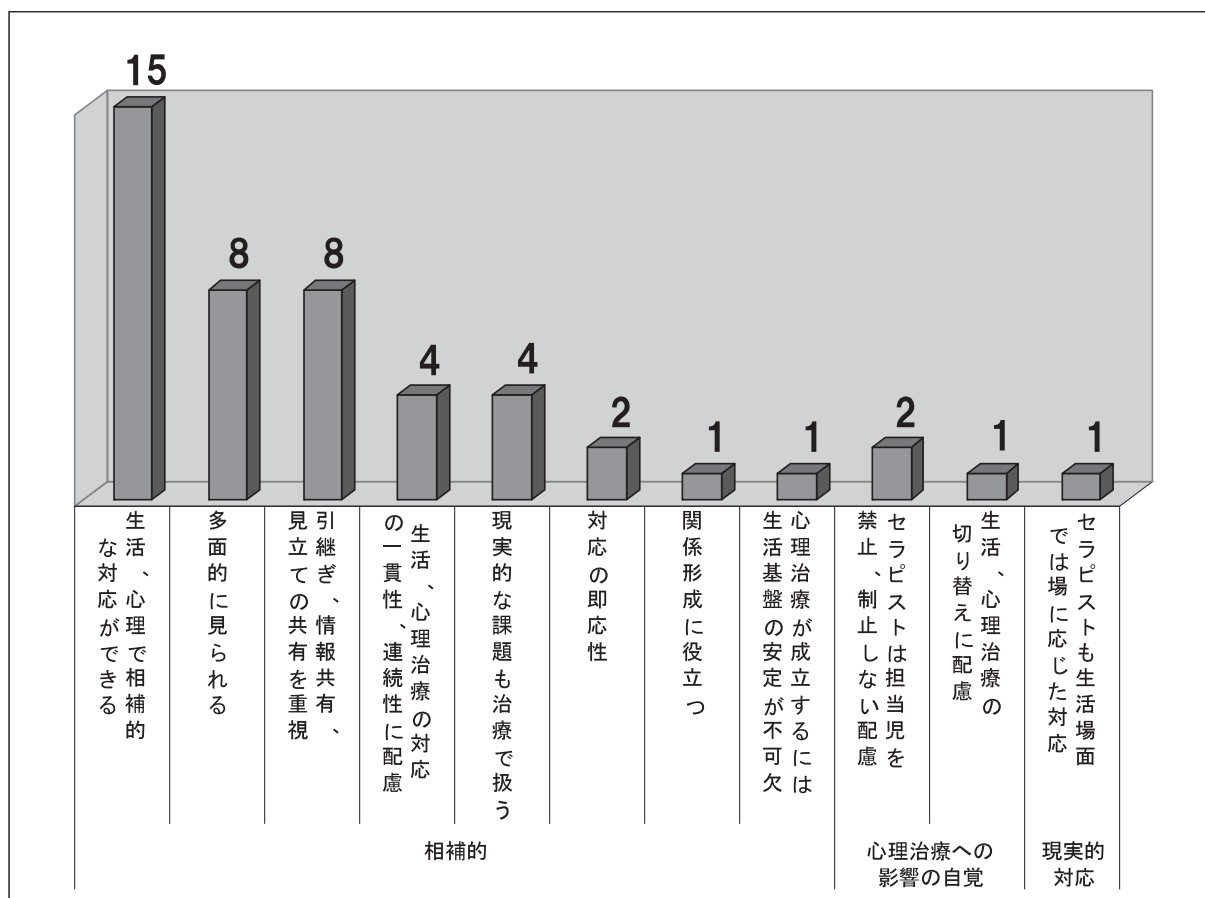


図4 生活場面との関連性

17 情短の中での個人心理治療の位置づけ

- ・個人心理治療は、大人との一对一の時間を共有する場とする回答と生活指導や教育を補完する場とする回答が最も多く、同数であった。次いで課題に取り組む場とする回答が多かった。安心・愛着の涵養を重視しながらも、同時に現実的な課題の克服を指向している姿勢が見て取れる。

表16 情短の中での個人心理治療の位置づけ

項 目	施設数
個別的関わり	
大人との二人きりの時間・空間の共有	11
個としての関わりや主体的表現を保障された場	2
アタッチメント修復などの契機となる場	1
総合環境療法	
生活指導や教育を補完する	11
安心、安全な生活が治療に役立つ	2
入所治療の中の一部	2
セラピストの役割は、子どもの支援に関する連絡調整	1
必要不可欠	1
入園から退園まで一貫してなされる骨組	1
内的・外的課題への取組	
内的課題、外的課題に取り組む場	9
即座に行動変容に繋がらなくとも意味がある	3
個人心理治療を行うことがすぐに生活場面の子どもの行動に影響するものではなく、切り離れたものとして考える必要あり	1
子どもの理解	
子どもの総合的理解の場	2
子どもの心理的理解の場	1

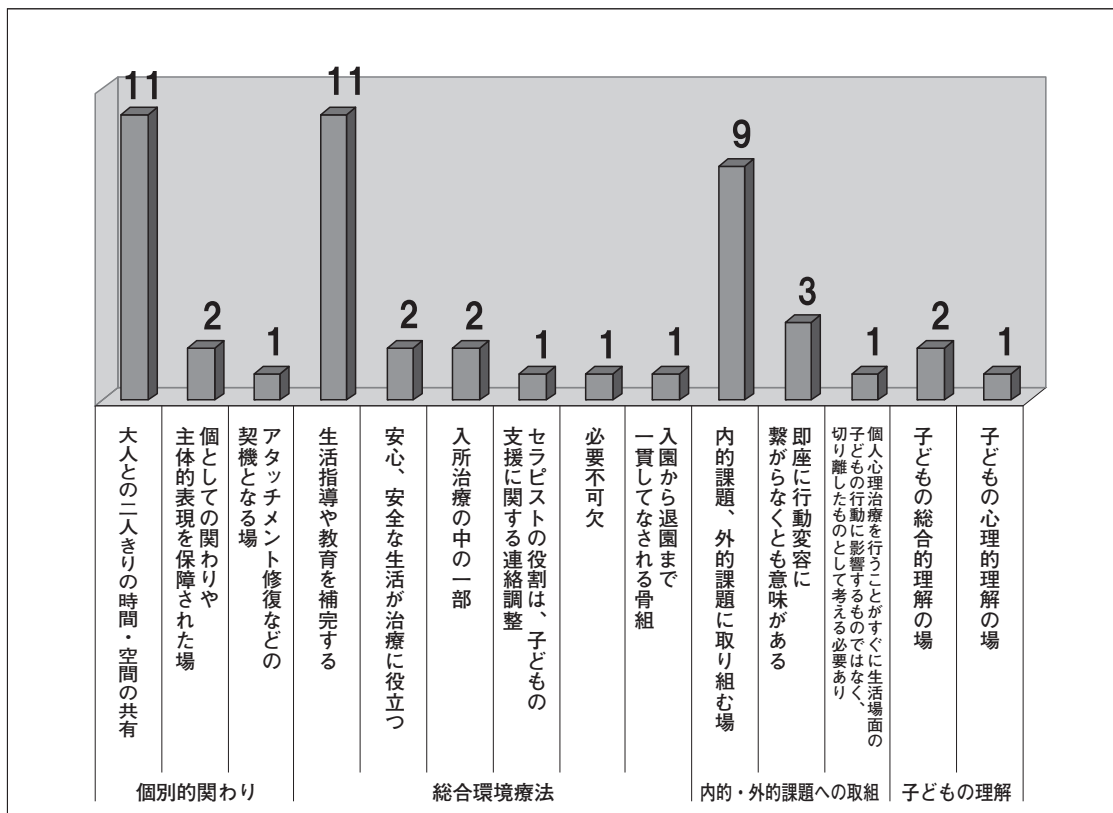


図5 情短の中での個人心理治療の位置づけ

18 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児を対象としたときの困難点

- ・被虐待児を対象とした時の困難点は、攻撃性や関係の不安定さを指摘する回答が最も多く、二者関係の構築など、初期発達の問題を抱えている様子が浮き彫りになっている。

表17-1 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児を対象としたときの困難点

項目	施設数
子どもの要因	
衝動性のコントロールの問題(攻撃性、行動化、切り替え悪い、耐性低い)	14
治療構造を守れない(引き延ばし、持ち出し、攻撃性)	13
安全や信頼感の問題	12
不適切な対人距離(挑発、支配-被支配)	6
解離(再演、別人のよう、問題の繰り返し)	4
自尊心が低い(自信なく被害的、自己肯定感低い)	4
操作性(駆け引き)	2
問題が集団化(暴力、いじめ、性的行動、万引き、器物破損)	2
転導性(外的刺激に影響を受けやすく、プレイに集中できない)	2
人より物に執着	1
予定変更など変化に弱い	1
治療関係(治療室での二者関係)	
安定した関係の持ちにくさ、深まりにくさ、信頼関係が築きにくい	14
セラピストの逆転移が起きやすい	9
治療時間の拒否(不信感、1対1の関係への不安等)	7
試し行動、テストイング	5
治療がまとまった流れになりにくい退行しやすい	3
性的虐待ケースの異性セラピストとの関係	1
職員の困難要因	
職員のストレスが大きい、職員も疲れる	5
生活場面への波及、生活場面からの波及	3
虐待体験の取り扱いと時期	2
生活場面への危機介入を求められる	1
発達障害重複の場合は精神科医との連携が不可欠	1
生育歴をとりにくい	1
保護者に関連する事項	
家族関係修復が困難	2
告知の程度や親の子への認識の軌道修正が必要	1
親との関わりが困難	1
親との面会、外出、外泊のタイミングを慎重に	1

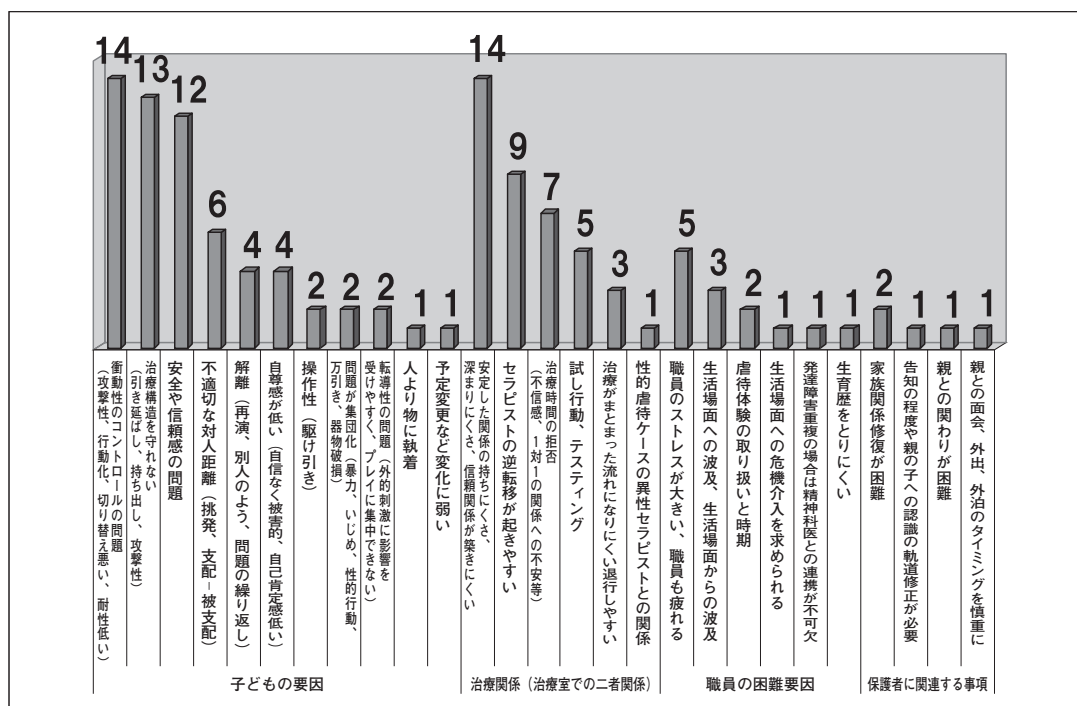


図6-1 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児を対象としたときの困難点

・安全や信頼感の問題について：安全や信頼感の問題を指摘した回答の内訳を見ると、愛着障害や情動調律、被保護感の問題が指摘されている。基本的信頼感に代表される初期の課題が未達成であることが窺われる。

表17-2 安全や信頼感の問題を指摘した回答の内訳

項目	施設数
愛着障害	4
感覚が育っていない、過敏、情動調律がない	3
基本的信頼が弱い、被保護感が弱い	2
気分のムラが激しい	1
感情表現力が乏しい	1
嘘	1

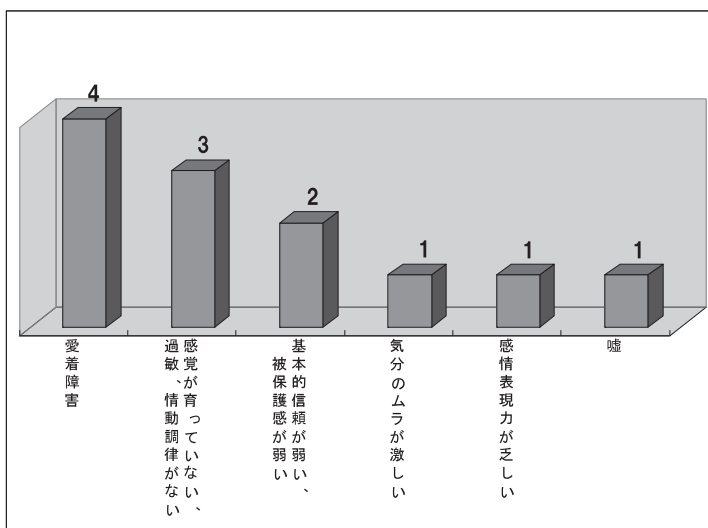


図6-2 安全や信頼感の問題を指摘した回答の内訳

19 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児への対応上の困難点を解決するための工夫

- ・被虐待児への対応の工夫点は、職員同士の支え合いを挙げる回答が最も多く、次いで子どもの状態に合わせた対応であった。限界設定に言及した回答も比較的多かった。

表18 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児への対応上の困難点を解決するための工夫

項 目	施設数
組織・連携	
スーパーバイズ、シェアリング(陰性感情に気づく)	19
チームとしての対応(ルールの共有、情報交換、役割分担)	7
関係機関連携(連絡、連携、定期的カンファレンス)	5
ケースカンファレンスの実施	4
理論的学習	3
医療との連携	3
個別対応	1
子どもの特徴を配慮して担当を決める	1
個人心理治療	
子どもの状態にあわせる(時期、愛着に配慮、待つ)	12
媒介の利用	4
治療の限界設定	4
治療室の環境設定の配慮	2
導入時の丁寧な配慮	1
親密な場面への不安感の理解	1
面接室以外での治療	1
基本姿勢	
受容と共感	4
限界設定(入所目的、ルール)	4
受容しながらも現実検討	1
一貫した援助サービス	1
保護者に関して	
保護者との関係づくり重視(尊重)	1
子どもの保護者観を尊重する	1
生活場面	
身体的ケアを通して身体感覚を育てる	1

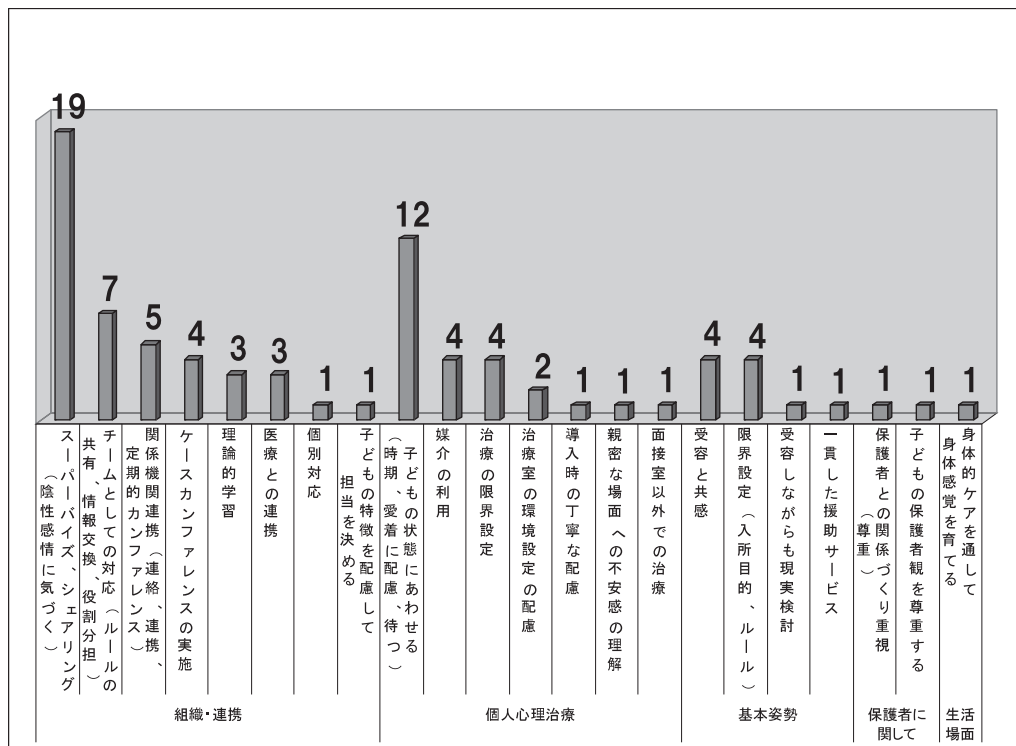


図7 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児への対応上の困難点を解決するための工夫

20 個人心理治療を実施しない場合の理由、意図（意味）

- ・個人心理治療を実施しない理由は、「子どもの健康度が高い」と「子どもの拒否で実施不能」が同数で、最も多かった。一方、子どものエネルギーが乏しいから実施しない、生活場面で問題が多発しているから実施しないという回答もあり、健康度が高いから実施しないという回答とは対極的であった。

表19 個人心理治療を実施しない場合の理由、意図（意味）

項 目	施設数
治療的対話が不適	
身辺自立優先	2
エネルギーが乏しい	2
侵入不安が強い	2
生活場面で問題多発	2
加害・被害の再演	1
発達障害のあるケース	1
健康度が高い	4
子どもの拒否(中断)	4
環境要因	2

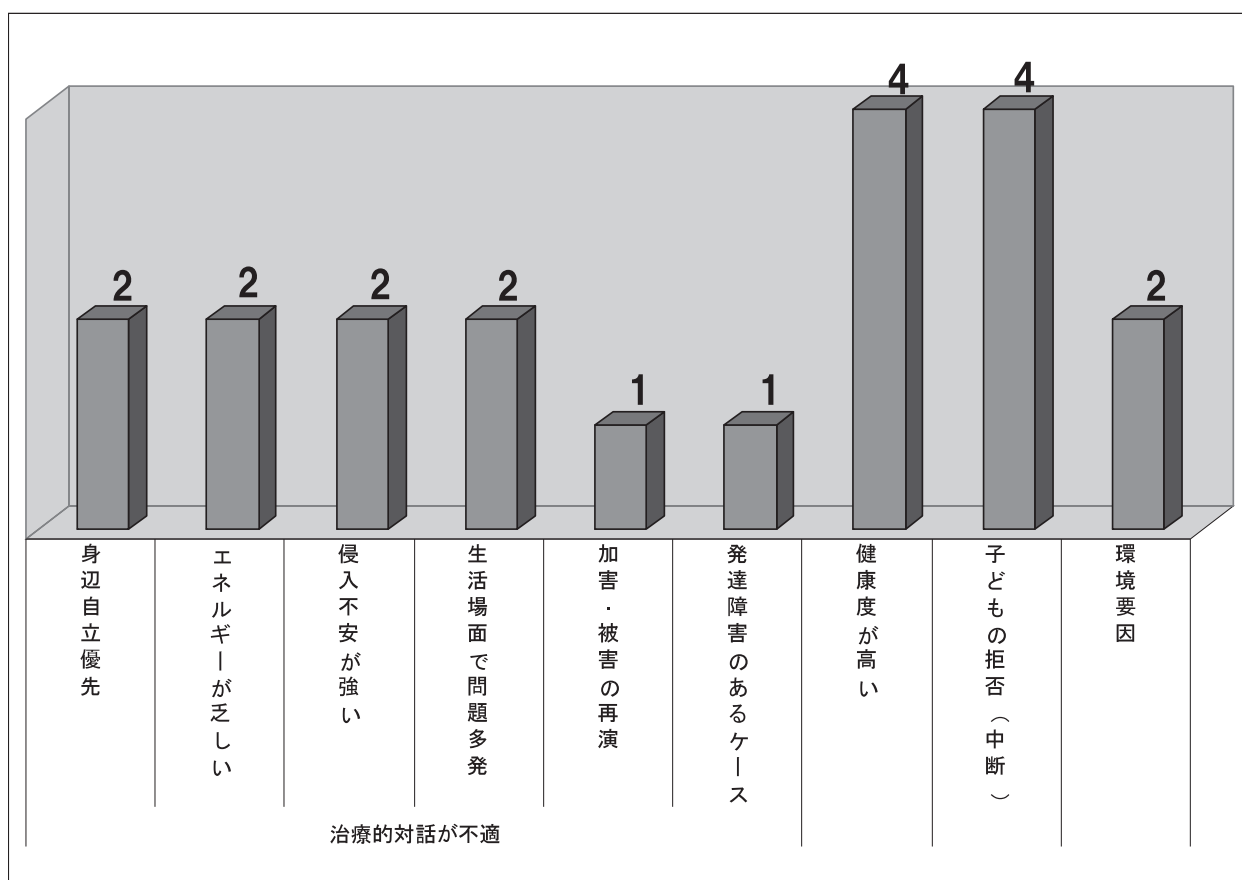


図8 個人心理治療を実施しない場合の理由、意図（意味）

II. グループ治療

21 グループ治療の実施

- ・半数の施設で一部の児童を対象にグループ治療を実施しているが、実施していない施設が33%あった。全児童に実施しているのは5施設（17%）だった。

表20 グループ治療の実施状況

項目	施設数
全てに実施	5
一部実施	15
実施していない	10

22 プログラム名

表21 プログラム名

プログラム	施設数	
グループ療法	11	
心理教育、SST	7	
感覚統合	1	
活動療法	13	
(内訳)	運動	
	スポーツ	4
	トレーニング	2
	その他	
	音楽	2
	ゲーム、レク	2
	調理	2
工作	1	

(複数回答)

23 外来治療と比べて入所施設ゆえの利点（グループ治療）

- ・入所児にグループ治療を行う利点として最も多かった回答は、実際的なプログラムを実施できることだった。次いでアセスメントや効果測定をしやすいという回答が多かった。

表22 外来治療と比べて入所施設ゆえの利点（グループ治療）

項目	施設数
実際的、効果的なプログラム運営	13
的確なアセスメント、効果測定	8
グループ運営がしやすい	6
子どもにとっての利点	6

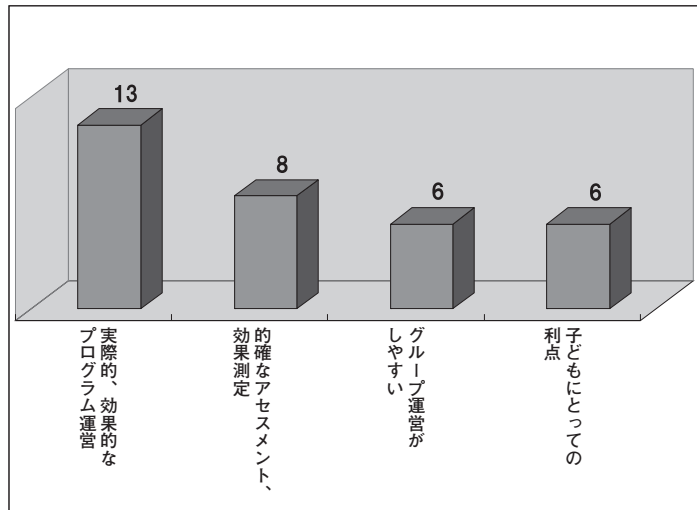


図9 外来治療と比べて入所施設ゆえの利点（グループ治療）

24 入所施設ゆえに困難を感じる点（グループ治療）

- ・入所児にグループ治療を行う上での困難点は、生活場面との相互影響を指摘する回答が極めて多かった。実際的なプログラムが実施できるという利点と表裏をなす結果となった。

表23 入所施設ゆえに困難を感じる点（グループ治療）

項目	施設数
生活との相互影響	14
時間、スタッフ、場所の制限	4
不参加児のひがみ、妬み、不満	2
プログラム設定の困難	2

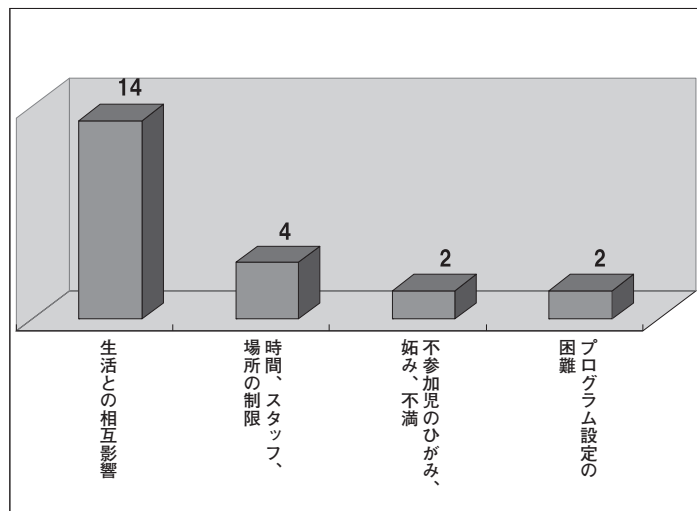


図10 入所施設ゆえに困難を感じる点（グループ治療）

25 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫（グループ治療）

- ・困難点を克服する工夫としては、枠組など構造の明確な提示が最も多く、次いでメンバーやプログラムの検討と個別対応で補うという回答が多かった。

表24 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫（グループ治療）

項 目	施設数
運営方法	
枠組や実施手順の明確な提示	6
メンバー構成、プログラム内容の検討	5
実施日時の周知	1
非対象児へも実施内容を周知	1
入念な準備（使用物品、場所、内容等）	1
実施場所の工夫	1
逸脱対応	
個別対応（グループ内外）	4
グループの中止	1
スタッフ連携	
全スタッフでのグループ治療内容、状況の共有	2
他の活動との時間調整	2
他パートとの連携	1

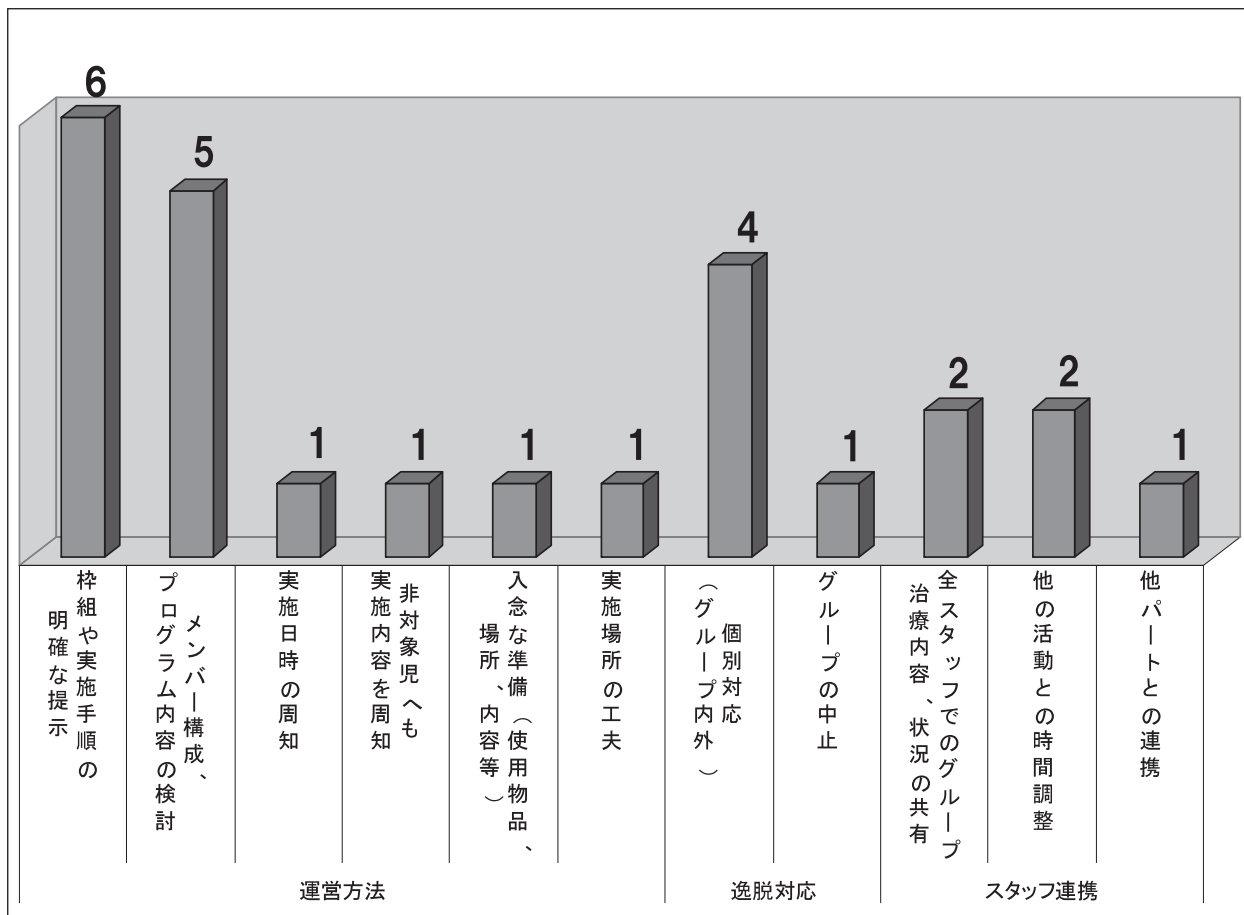


図11 入所施設ゆえの困難点を解決するための工夫（グループ治療）

26 グループ治療と生活場面との関連性

- ・グループ治療と生活場面の関連については、生活場面と関連づけた具体的なプログラムを実施しているという回答が最も多かった。

表25 グループ治療と生活場面との関連性

項 目	施設数
生活との相互影響	
生活場面との関連を想定したプログラム	7
日頃の人間関係が反映・再現されやすい	3
協調性・忍耐の涵養と生活への汎化	1
職員が応用	
職員が生活場面で応用できる	4
子どもが活用	
子どもが生活場面で主体的に活用する	1
非日常の場	
非日常の場の提供	1

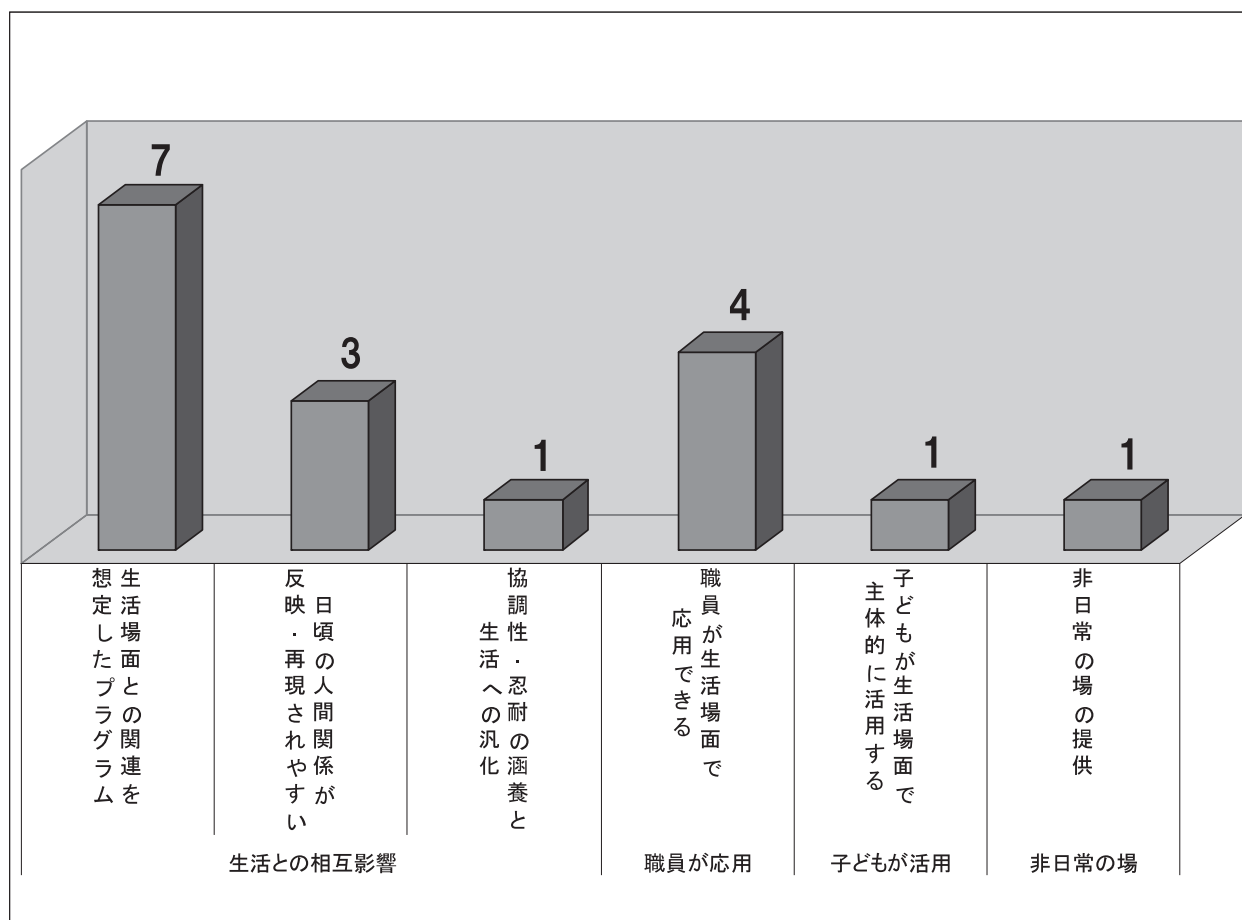


図12 グループ治療と生活場面との関連性

27 被虐待児を対象としたときの困難点（グループ治療）

- ・被虐待児にグループ治療を実施する上での困難点としては、子どもの衝動性や攻撃性を挙げる回答が最も多く、ほぼ同数で、嫉妬などのトラブル、グループが成り立ちにくいという回答が多かった。

表26 被虐待児を対象としたときの困難点（グループ治療）

項 目	施設数
子どもの問題	
衝動性・攻撃性・暴力・支配	6
再体験、過覚醒(被虐待体験の想起、過敏、そわそわ)	1
異性(性的刺激を受けやすい)	1
グループ自体の誘因	
グループ自体のもつ誘因(対人関係トラブル、嫉妬、劣等感を感じさせやすい)	5
グループ形成が困難	
グループプログラムにのれない、成り立たない	4
小さな集団で様々なタイプのグループが必要	1
メンバー構成が難しい	1

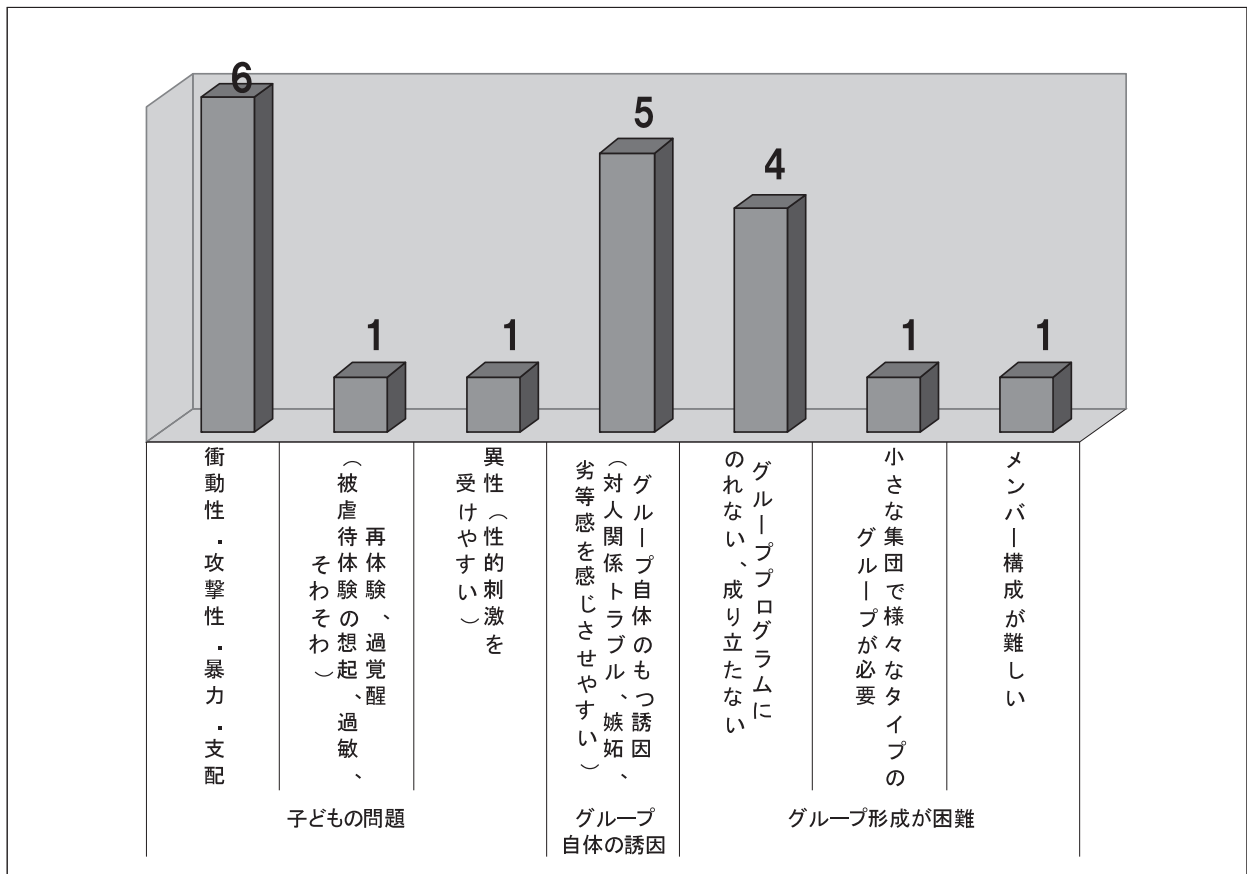


図13 被虐待児を対象としたときの困難点（グループ治療）

28 被虐待児にグループ治療を実施する上での工夫点

- ・被虐待児にグループ治療を実施する上での工夫点としては、メンバーやプログラムに配慮するという回答が最も多く、次いで枠組の提示と個別対応で補うという回答が同数であった。

表27 被虐待児にグループ治療を実施する上での工夫点

項目	施設数
運営方法	
メンバー構成、プログラム内容の検討	8
枠組や実施手順の明確な提示(タイムアウトを含む)	6
入念な準備(使用物品、場所、内容、打ち合わせ等)	2
大勢のスタッフで対応	1
逸脱対応	
個別対応(グループ内外)	6
グループの中止	1
技法	
子どもの言動へのポジティブなフィードバック	1
フラッシュバックには「今、ここ」で対応	1

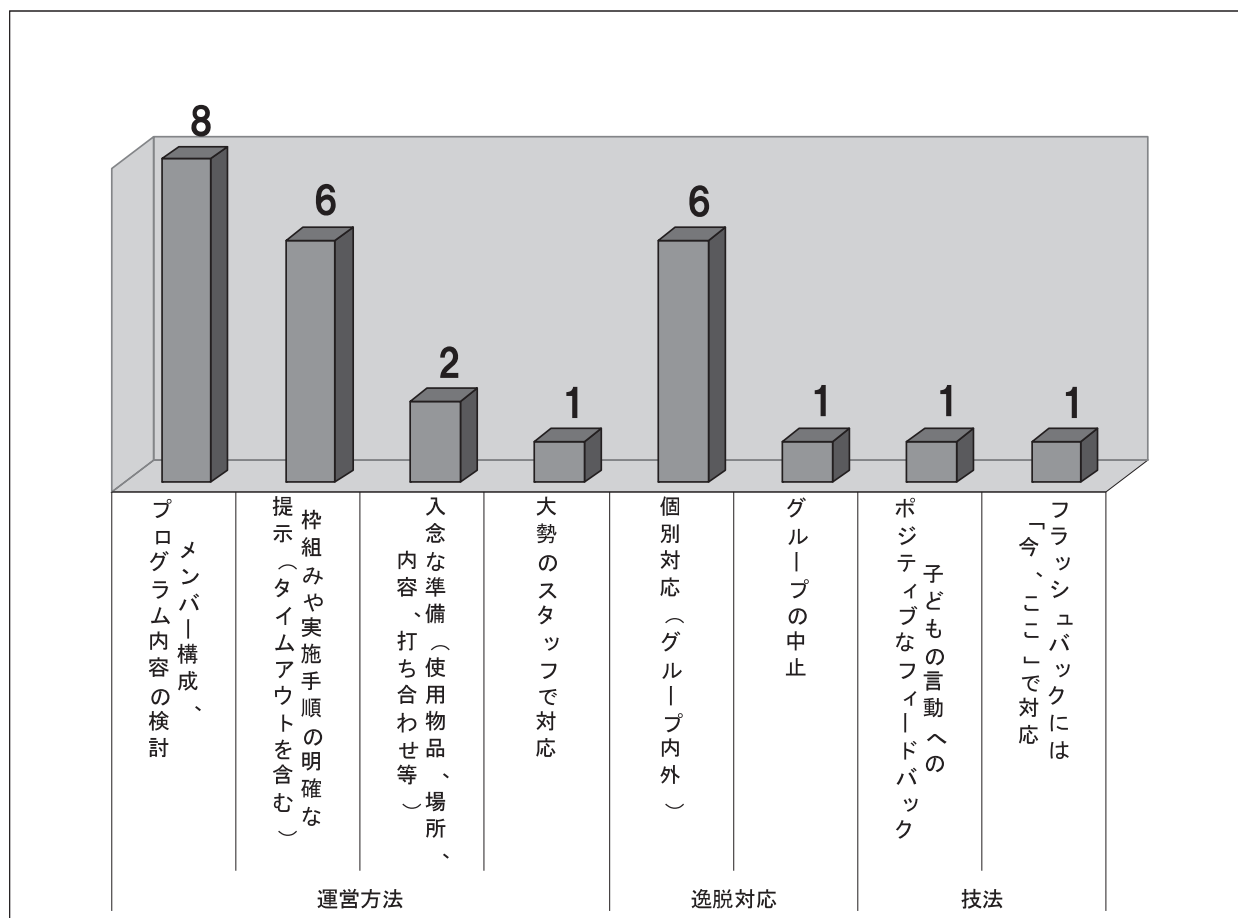


図14 被虐待児にグループ治療を実施する上での工夫点

29 グループ治療を実施しない場合の理由や意図（意味）

- ・グループ治療を実施しない理由として最も多かったのは、スタッフや時間の不足であった。次いで安全な運営が困難という回答が多かった。

表28 グループ治療を実施しない場合の理由や意図（意味）

項 目	施設数
資源の不足	
スタッフ数、治療時間の不足	6
グループ治療に習熟していない	1
子どもの要因	
安心・安全が確保できない(入れない、混乱する等)	4
プログラムに適さない(年齢)	2
集団よりも個の関わりが必要	2
プログラムに適さない(被虐待・発達障害)	1
プログラムに適さない(内容)	1
子どもが選ばない	1
必要性を感じない(セラピストが個人治療と生活場面に関わる)	1
意図なし	
特に意図はない	2

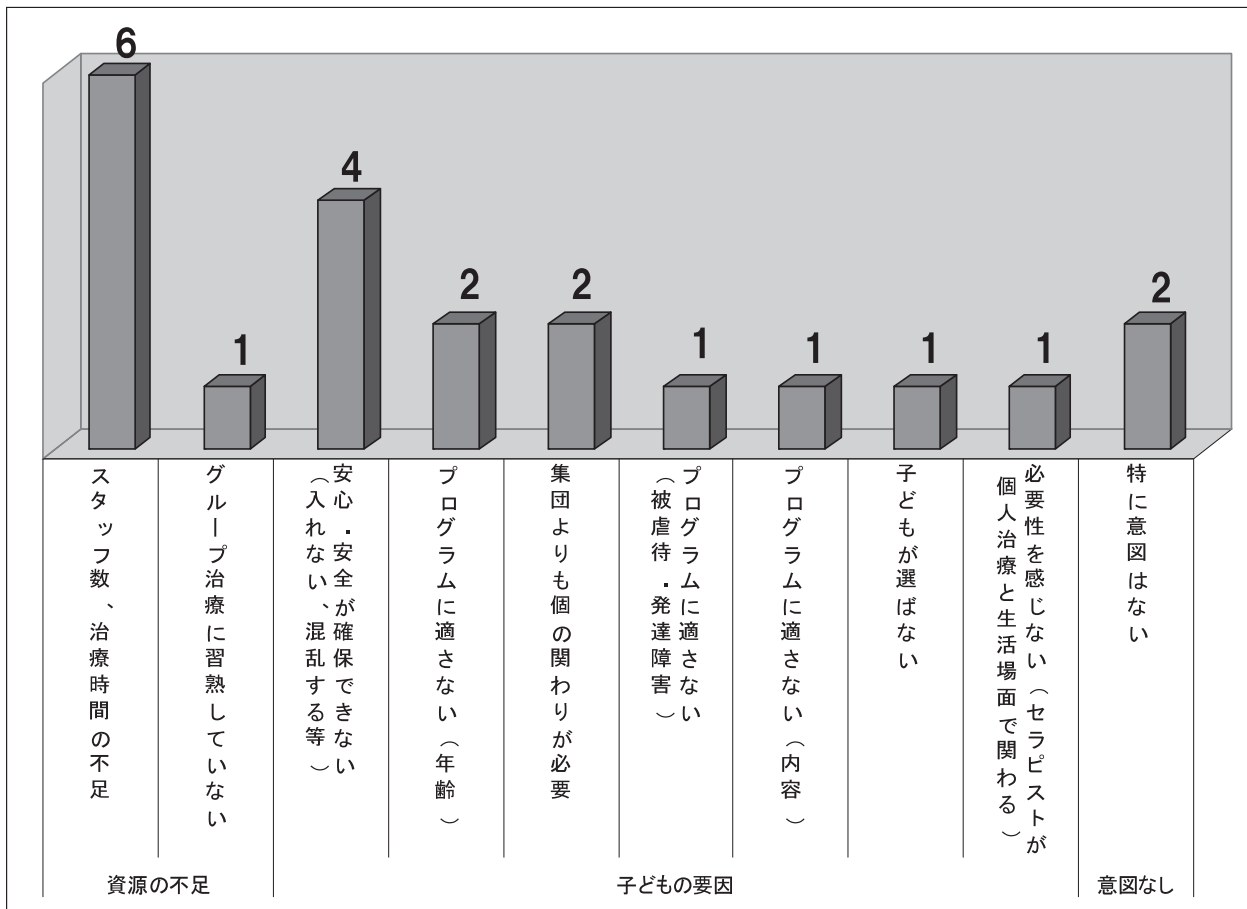


図15 グループ治療を実施しない場合の理由や意図（意味）

30 追加：情短の中でのグループ治療の位置づけ

- ・グループ治療は、対人スキルの習得の場と位置づける回答が最も多い半面、グループの成立が困難とする回答が二番目に多かった。

表29 情短の中でのグループ治療の位置づけ

項 目	施設数
成長促進的	
対人関係スキルの習得	16
自己像の改善・自信を深める場	3
自己表現の場	2
自己理解・他者理解を深める	1
忍耐力の涵養	1
実施困難	
実施に困難感(グループ治療として成立困難、時間がない等)	9
チーム連携	
生活や個人心理治療と相補的	2
学校との連携	1
セラピストの訓練	
セラピストのトレーニングの場	1

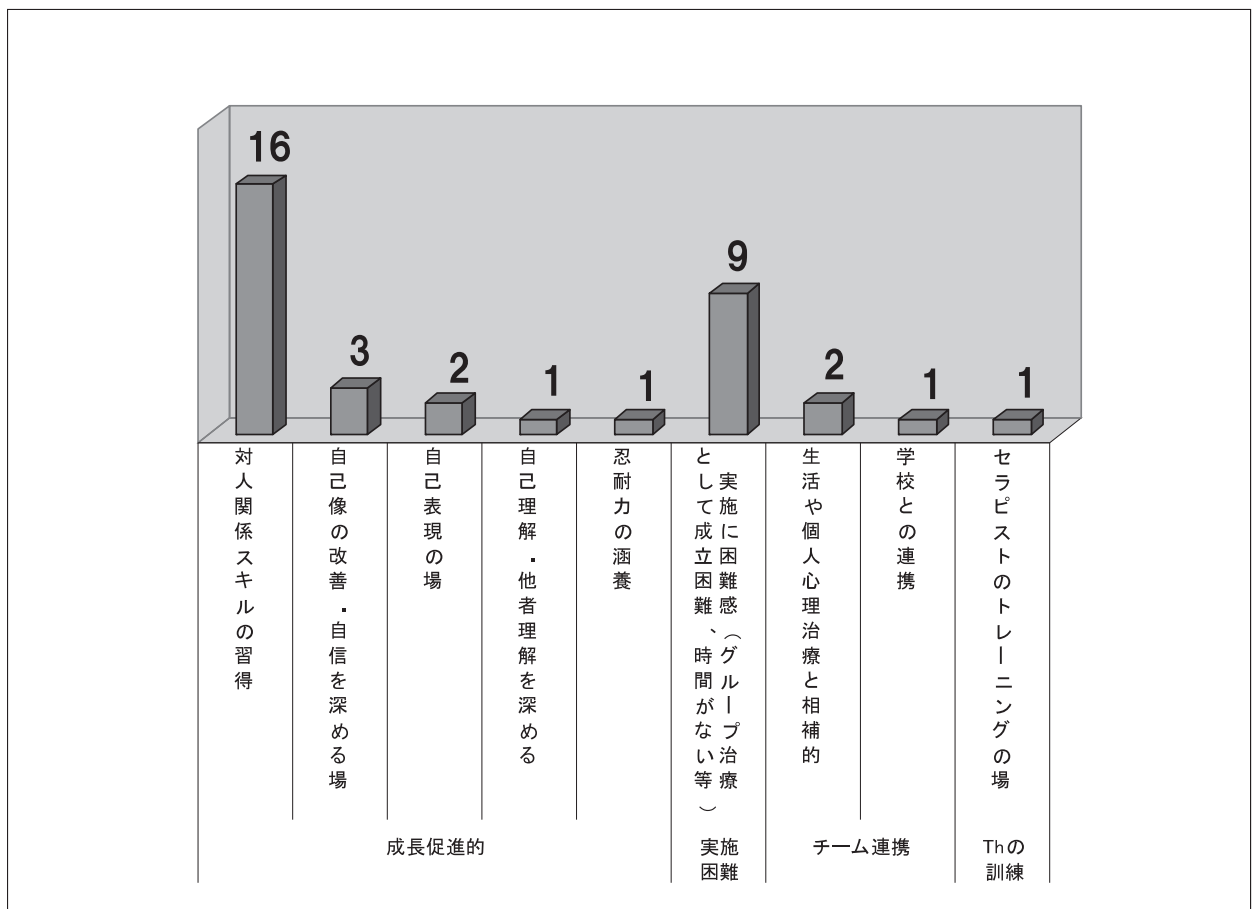


図16 情短の中でのグループ治療の位置づけ

5 調査結果の要約

(1) 入所児への個人心理治療の実施状況、生活との関連

全入所児に個人心理治療を実施している施設（表5）は22施設（73%）で、8施設（27%）が一部の入所児には実施していなかった。全入所児に対する実施率が70%を下回る施設が4施設（13%）あり、最も実施率の低い施設は25.8%だった。個人心理治療を実施しない理由（図8）は、「子どもの拒否」、「子どもの健康度が高い」が最も多く、「治療的対話が不適」（エネルギーが乏しい、侵入不安、問題行動が多い）といった理由もあった。多くの施設で子どもが大人と一対一になれる場を確保できているが、子どもの不安・抑うつ傾向や行動化傾向のために、一部の施設では一対一の場の確保が難しい状況にあることが分かった。

28施設（93%）で入所児全員に担当セラピストがつけられており（表1）、ほとんどの施設で2週間に1回以上は面接を行っている（表9）。原則週に1回以上実施という施設が21施設（70%）ある。原則授業時間内に面接を実施している施設は6施設（20%）と少なく、授業時間及び放課後に実施している施設が最も多かった（15施設 50%）。週末も面接に利用している施設が5施設（17%）あり、面接時間の確保に苦勞している様子が窺われた（表10）。

個人心理治療で実施している技法（表11,資料2表3,4）は、多い順にプレイセラピー（29施設 97%）、カウンセリング（22施設 73%）、箱庭療法（21施設 70%）だった。描画（12施設 40%）と作業療法（10施設 33%）を実施する施設も比較的多かったが、認知行動療法がそれらと同程度（12施設 40%）実施されていることが分かった。個人心理治療の場が、認知や行動に働きかける場としても活用されているものと考えられる。

このような個人心理治療の生活との関連性（図4）については、「相補的」という回答が最も多く、生活・心理で相補的な対応ができる（15施設 50%）、多面的に見られる（8施設 27%）、情報・見立てを共有できる（8施設 27%）などであった。

(2) 個人心理治療における外来治療と入所治療の比較

外来治療と入所治療を比較したとき、入所治療の利点（図1）として、「総合環境療法」（生活を共有する）に関連する回答が最も多く、アセスメントがしやすい（14施設 47%）、チームで治療できる（11施設 37%）、生活状況を把握できる（9施設 30%）、生活場面に直接介入できる（8施設 27%）などであった。他に、「治療の維持」（治療の導入・維持がしやすい）という回答も多かった（10施設 33%）。生活を共有することによって観察情報が増えるため、子どもの理解と治療の方向性がよりの確になる。さらに、治療室にとどまることなく、子どもの状況に応じて面接場面を設定できるなど、治療の幅が広がると考えられる。

その反面、入所治療ゆえに困難を感じる点（図2）についても生活を共有することから生じているものが多く、生活場面での出来事が面接を難しくすることがある、と回答した施設が過半数であった（18施設 60%）。生活場面での指導的対応に困難を感じている（12施設 40%）、子どもへのマイナス感情等負の影響が面接場面に出てしまう（10施設 33%）などの、生活場면을共有するがゆえにセラピス

ト自身に生じる困難に言及した回答も多く見られた。

このような困難を解決するための工夫（図3）としては、「職員間連携」（職員間で役割を話し合う 16施設 53%）に関する回答が最も多く、次いで「治療契約」（ルール等の構造を説明する 10施設 33%）、「セラピストの技能向上」（セラピストの心構え等職員の自覚を高める 9施設 30%）という回答が多かった。これらの回答は、チームの枠組、集団の枠組、セラピスト自身の枠組意識の重要性を指摘するものであり、施設内の様々な枠組の維持が困難を克服する鍵になっていることを示唆している。

情短の中での個人心理治療の位置づけ（図5）については、「個別的関わり」（大人と一对一の時間を共有する場 11施設 37%）、「総合環境療法」（生活指導や教育を補完する場 11施設 37%）とする回答が最も多く、次いで「内的・外的課題への取組」（課題に取り組む場 9施設 30%）とする回答が多かった。

(3) 引きこもり児童と被虐待児の比較

引きこもり児童と比較して被虐待児の心理治療における困難点（図6-1）は、「子どもの要因」（衝動性のコントロールの問題 14施設 47%、治療構造を守れない 13施設 43%、安全や信頼感の問題 12施設 40%）、次いで「治療関係（治療室での二者関係）」（信頼関係が築きにくい 14施設 47%）という回答が多かった。大人に守られている感覚に乏しく、恐怖や不安に突き動かされて様々な行動化を見せる被虐待児の特徴がよく現れた結果となった。

このような子どもと向き合う時の工夫（図7）としては、「組織・連携」としてスーパーバイズ等で自分の陰性感情に気づく機会を持つという回答が最も多く（19施設 63%）、次いで「個人心理治療」として子どもの状態に配慮した対応をするという回答が多かった（12施設 40%）。

(4) グループ治療の実施状況

20施設（67%）がグループ治療を実施している。ただ、入所児全てが対象となっているのは5施設（17%）であった（表20）。グループの規模は5人前後の小集団が最も多く、グループを実施している20施設のうち9施設であった（資料2表7）。

活動内容（資料2表8）を見ると、話し合いやゲームを媒介とした従来のグループ療法が約半数（11施設55%）だが、SSTに取り組んでいる施設が5施設、セカンドステップが2施設など、心理教育的な取組が導入されている施設があった。

その他、スポーツ、トレーニング、音楽、ゲーム、レクリエーション、調理、工作の活動については活動療法（activity therapy）として集計した（延べ13施設 65%で実施 表22）。

(5) グループ治療における外来治療と入所治療の比較

外来治療と比較したときの入所治療の利点（図9）として、「实际的・効果的なプログラム運営」という回答が最も多く（13施設 65%）、次いで「的確なアセスメント・効果測定」という回答が多か

った（8施設 40%）。個人心理治療と同様に、生活を共有していることによる利点が指摘されている。しかし、個人心理治療同様に、困難点（図10）も生活を共有していることによるものであり、「生活場面との相互影響」によってグループ運営が困難になると回答した施設が圧倒的に多かった（14施設 70%）。

困難を解決するための工夫（図11）としては、「運営方法」（枠組や実施手順の明確な提示 6施設 30%、メンバー構成やプログラム内容の検討 5施設 25%）という回答が多かった。また、「逸脱対応」（グループ内外で個別対応）という回答も比較的多かった（4施設 20%）。

（6）被虐待児へのグループ治療

被虐待児にグループ治療を実施する上での困難点（図13）は、子どもが示す衝動性・攻撃性・暴力・支配とする回答が最も多く（6施設 30%）、「グループ自体の誘因」（嫉妬や劣等感 5施設 25%）、「グループ形成が困難」（グループにのれない 4施設 20%）がそれに続いている。

このような集団を運営するための工夫（図14）としては、外来治療と入所治療の比較のときと同様に「運営方法」（メンバーやプログラムを検討 8施設 40%、枠組を明示 6施設 30%）、「逸脱対応」（グループを逸脱した子どもへ個別に対応 6施設 30%）という回答が多かった。

（7）グループ治療を実施することについて

グループ治療を実施しないもしくは一部の入所児を除外する理由（図15）については記載のない施設が多かったが、記載のある中で主なものは「資源の不足」（スタッフ数、治療時間の不足、グループ治療に習熟していない 7施設 35%）、「子どもの要因」（安心・安全が確保できない、プログラムに適さない（年齢、被虐待・発達障害、内容）等 12施設 60%）であった。

情報短の中でのグループ治療の位置づけ（図16）は、「成長促進的」な場（対人関係のスキルの習得）とする回答が圧倒的に多い（16施設 53%）半面、「実施に困難を感じる」という回答も多かった（9施設 30%）。

6 訪問調査

アンケート調査の結果から、特徴的なグループ活動を実施している5施設並びにセラピストの生活場面への関与が少ない体制を維持している2施設を訪問し、詳細な状況について聞き取り調査を行った。

調査の結果は表30,31のとおりである。

特徴的なグループ活動を実施している多くの施設が、エンカウンターの手法や自由遊びなど従来の手法では、児童間で攻撃や意地悪が頻発してグループ活動が成立しにくくなったという実態を述べていた。その背景として、入所児の社会性が以前よりも低下し、並行遊びの段階にあるため、協同作業に取り組むことが困難になったと指摘している。そのため、グループのサイズを小さくして、場の共有という並行遊び以前の段階からやり直して、社会性の成長の促進を図っていた。また、子どもの衝動統制や行動化の問題に対応するため、トレーニングや心理教育など一定の構造をもった内容で、行動変容を指向したグループ活動を実施しているということも共通する事柄であった。今回聞き取り調査を行った施設においてグループ活動とは、大人との安心できる二者関係（監督的な保護を含む）を足がかりにして、子ども同士で初歩的な対人関係（三者関係）を学び直す場と位置づけられているといえる。

セラピストが生活場面にあまり関与しない体制を維持している施設においては、セラピストは治療方針に責任を持つという立場が明確であることが特徴的であった。ここでいう“治療方針”とは、個人心理治療（面接場面）の方針ではなく、施設内の生活全般を含み、家族との関係を含み、関係機関との関係も含んでいる。そのため、セラピストは施設内外の職員と連携を保ち、担当ケースに関する情報を包括的に集約することが求められている。以前には、セラピストと指導員の連携のあり方や、職員間の分裂（スプリッティング）が全情短協議会で話題になった時期もあったが、今回訪問した2施設において、そのような問題はまったく感じられなかった。情短における生活場面の重要性がクローズアップされるにつれ、セラピストの存在意義が厳しく問われるようになり、人員配置の不足を補う役割を担わざるを得ない状況の施設もあるのだろうが、複雑で困難なケースと関わるのだからこそ、方針や戦略に責任を持つポストを明確にするという考え方は、情短におけるセラピストの役割を検討していく上で示唆に富む調査結果であった。

表30 訪問調査（グループ治療）

目的	経過・課題	その他
A 施設：調理、卓球、トレーニング		
<ul style="list-style-type: none"> ・並行遊び段階のグループであり、同じ場にいることや同じ活動をとおして、そこで起きる感覚や感情、達成感を共有する。 ・多くが調理道具の使用方法や調理手順という生活の中から身につけることが不足しており、それを補うことも意識している。 ・できたことを認められるという自己効力感の向上も目的。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設開設当初より、個別治療とグループ治療を並行して実施。当初はトレーニング、絵画、音楽、調理の4グループを設定。 ・現在はトレーニング、調理、卓球を実施している。 	<p>(情報共有)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・半年毎にメンバーの様子と次期の目的をまとめ、職員会議で共有する。 ・グループ活動を行うと、職員がコミュニケーションをとらざるを得ないのも利点である。
B 施設：音楽、トレーニング		
<ul style="list-style-type: none"> ・同じ体験をし、そこで起きる感覚を共有する。 ・最後までできたという自信をつける。 ・リーダー(人)に合わせることを学ぶ等。 	<ul style="list-style-type: none"> ・集団活動が可能な子どもを対象に3年前からグループ開始。 ・対象児が限られているため、個別対応主体の子どもたちをどのようにしたらグループ活動が可能なレベルまで引き上げられるかが、現在の課題。 	<p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・トレーニング:ランニング。参加意欲があり一定の体力のある児童。地域の大会への参加を目指す。 ・音楽療法:小6～高3。音楽に興味があったり集団活動を経験させたい子どもが対象。
C 施設：学年別グループ		
<ul style="list-style-type: none"> ・施設生活で最低限必要なこと:①安らぎ、②厳しさ、③楽しさ ・グループは、「させる」と「する」の中間の場。子どもは「やる」と言ったことは自分でやるので、職員の役割はその仕掛けをすること。 ・いたずらやいじめになりやすい子ども同士の関係を、大人が介入して、楽しく遊ぶ、人との付き合い方等を学ぶ場。 ・施設での日常生活はグループセッション的な性格を持つが、グループ治療は日常から切り離している。時間的な区切りがあり、目的が設定されているところが、日常生活との違い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・女子集団のウラ読み、いじめ、操作に職員が介入する場として中学生女子のグループを昭和60年頃から開始。 ・3年前から一緒に遊べそうな小集団を組んで新しいグループを開始。 	<p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・散歩、サイクリング、サッカーなどの遊び。大人が介入しないと、子どもだけでは一緒にいられない。 ・治療棟に集まり、やることを話し合いで決める。最近では、子ども同士で決めてきている。強い子が決めさせているような様子が見られたら、決め直しをすることもあった。 ・グループでは、皆が楽しめているか、皆が意見を言えているか、支配一被支配にならないように、強い子を止めて、人の話を聞くことなど関わり方を教えている。
D 施設：SST		
<ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリングでは対人スキルを扱いにくい、グループでは扱える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・以前のグループワークは、中学生以上が対象。男女同室でお菓子やジュースを飲み、セラピストが入ってゆっくり過ごしていた。構造的にしたいと考えてSSTを導入した。 	<p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施者:SSTの経験のある職員 ・対象:小学生のみ ・個人心理治療時間に3～4人一緒にSSTを実施 ・手順は標準どおり。自分で課題設定し、ロールプレイ、正のフィードバック、拍手。 ・暴力しないなどのルールを守れないと、退室や中断もある。 ・面接時間は授業中か放課後。
E 施設：暴力防止		
<ul style="list-style-type: none"> ・安心、安全の確保 ・児童間暴力の低減 ・暴力防止の取組の一環(①一次予防:心理教育(セカンドステップ)、ルールの明確化等、②二次予防:危機介入、③三次予防:振り返り(寸劇)) 	<ul style="list-style-type: none"> ・衝動統制の未熟さから児童間暴力にいたる児童が増加し、トラブルの事後処理だけではなく、予防から再発予防への心理教育的な取り組みが必要となったため。 ・平成18年度開始。 	<p>(内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セカンドステップ:小1～4年を対象に、小グループ(性別・学年別)で実施。集団遊びも併せて実施。 ・寸劇:児童間トラブルを職員が再現し、解決案を子どもが話し合う。

表31 訪問調査（セラピストの生活場面への関与が少ない体制でのチーム連携の具体的工夫）

	連 携	生活指導場面での Th の動き	その他
F 施設	<p>(職員間の分裂を防ぐ工夫)</p> <p>①朝、昼のミーティング</p> <p>②見立て会議(入所3か月以内に) 担当者のみで実施</p> <p>③ケース会議(一人につき年2回) 参加者:施設、児相、学校等</p> <p>④心理治療の内容を生活スタッフとの間で共有する。ただし、情報を共有しながらも、職員間の距離をとる(職種間の違いを尊重する)ことが大事。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 指示や叱責は行わず、子ども集団の中において、行動を促したり注意を喚起したりする。 心理としての視点が求められている。 	<p>(パート間の役割分担の実際)</p> <ul style="list-style-type: none"> セラピストが親の対応を一手に引き受けている。 1ケースに対し、親担当セラピスト、子担当セラピストがいる。 <p>親担当:親、児相等社会との接点を扱う、ケースワーカー的な立場。 親担当として機能するには、子どもの生活場面での様子を十分把握している必要がある。</p> <p>子担当:個人心理治療で、子どもがセラピストの背後に親を意識することが減じられる。</p>
G 施設	<p>(情報の共有)</p> <p>①ケース会議</p> <p>②担当者同士の協議(例:試験登校など新たな課題がある時など)</p> <p>③生活指導に一切入っていないセラピストも、生活指導の引き継ぎに参加している。 子どもの告げ口で連携が崩れるようなことはない。</p> <p>④セラピストが聞いた秘密は「秘密」ということで職員間で共有できる。</p> <p>(方針の共有)</p> <p>土台は生活指導である。安定して一貫性を持った大人が、責任を持って関わることで子どもの安心感につながる。(例:大人が見て見ぬふりをせず、ルールを繰り返し教える等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> セラピストが1人固定で生活指導の遅出勤務(13時~22時)についている。 当初、月1回のローテーションで入っていたが、細かいルールまで指導しきれないという問題があり、一人を固定とした。 	

7 考察

(1) 個人心理治療について

ア 個人心理治療の実施状況

28施設（93%）が2週間に1回以上の面接を行っており、多くの施設で子どもが大人と一対一になれる場を確保していた（表9）。しかし、全入所児に対する実施率が70%を下回る施設が4施設（13%）あり、最も実施率の低い施設は25.8%だった（表5）。また、担当セラピストがついていない子どもがいる施設が2施設（7%）あった（表1）。個人心理治療を実施しない理由（図8）は、「子どもの拒否」、「子どもの健康度が高い」が最も多く、「治療的対話が不適」（身辺自立優先、エネルギーが乏しい、侵入不安強い、生活場面で問題多発、加害・被害の再演、発達障害あり）という理由もあった。

原則的に、心理治療が必要という判断があって情短に措置されるのだから、個人心理治療を実施しないということは、相応の事情や理由があつてのことだと推察される。ただ、「エネルギーが乏しい」、「問題行動が多い」という子どもは、より治療的なかわりが求められる子どもでもあり、全入所児に個人心理治療を実施するためには、以下のことが考えられる。

- ①子どもの深刻な問題に対応できるだけの施設職員配置の整備。
- ②個人心理治療を的確に実施できるための心理治療者の知識や技術の向上。
- ③個々の子どものニーズに応じて、従来の心理治療を超えた治療的な修正や工夫がなされること。
- ④そのために心理治療者が、基本を押さえつつ、幅広い視野や柔軟な姿勢を磨くなどの総合的な資質の向上を図ること。

イ 心理治療技法の変化

一般的に、子どもへの心理治療といえば、「プレイセラピー」と「カウンセリング」が代表的なものと考えられているが、今回の調査（表11）では「プレイセラピー」は29施設（97%）で実施されていたものの、8施設（28%）は「カウンセリング」を挙げなかった（本調査で「カウンセリング」に含めたのは、「面接」「相談」「クライアント中心療法」「カウンセリング」等、対話を主とした技法である）。

これら8施設での取組を見ると、大きく2つの方法に分けられた。ひとつは調理、散歩などの「活動」を媒介とした取組であり、もう一つは「SST」「認知行動療法」などの心理教育的な構造を持った取組である。これらの取組は、従来の純粹に言語的なやり取りだけでは個別心理治療時間が成立しにくくなっている状況があることを表していると考えられる。このような状況に対応するために、活動を媒介とした取組や心理教育的な構造を持った取組（認知行動療法 12施設 40%、SST 6施設 20%等）が導入されつつあるようである。

ウ 入所施設での心理治療の特徴 —治療室から治療施設へ—

個人心理治療の生活場面との関連性（図4）については、「相補性」に関する回答（生活・心理で相補的な対応が可能、多面的理解、情報・見立ての共有）が多かった。

外来治療と入所治療を比較すると、入所治療の利点（図1）として、「総合環境療法」（生活を共有できる）に関連する回答（アセスメントのしやすさ、チーム治療、生活状況の把握、生活場面への治療的介入）が多く、次いで「心理治療の維持」（心理治療の導入・継続がしやすい）が挙げられた。半面、「総合環境療法」（生活場面での出来事や生活場面にセラピストが入ること等）が、子どもやセラピストにとって心理治療をし難くするといった、生活を共有するがゆえの困難点も挙げられた（図2）。困難点を解決するための工夫（図3）として、「職員連携」、「治療契約」、「セラピストの技能向上」等、チームの枠組・集団の枠組・セラピスト自身の枠組意識の重要性、スーパーヴィジョンの必要性を指摘するものが多かった。

情短における個人心理治療は、「個別的関わり」（愛着の形成）を図りながら、「総合環境療法」の特徴を生かし（生活や教育との補完関係）て、子どもの「内的・外的課題への取組」（現実的な課題の克服）を促進する場と位置づけられていた（図5）。

これらのことから、情短の特徴として以下のことが考えられる。

①入所治療の意義

多くの被虐待児は人生早期からその日常生活が不適切なものであったため、入所後は、過去の再演、心的発達のアンバランスに起因する不適切な行動など、様々な問題行動を呈する。そのため、回復と成長に向けた子どものニーズは幅広く、教育的ニーズ、生活の保障、特別な治療的ニーズなど多岐に及ぶ。特に不適切な行動を修正し、適切な発達を保証するためには、日常生活の中で改めて適切な養育を受ける体験を積むことが重要で、生活全体が治療的な意味を持つ「総合環境療法」（図17）の意義はそこにあるといえよう。このような、適切な養育の提供を含め、子どもの幅広いニーズに応えるためには、セラピスト、児童指導員、教員、医師等の多職種によるアプローチが必要となる。しかし単に分業化された役割が並列的に存在するのではなく、互いのアプローチを理解し、各スタッフが相

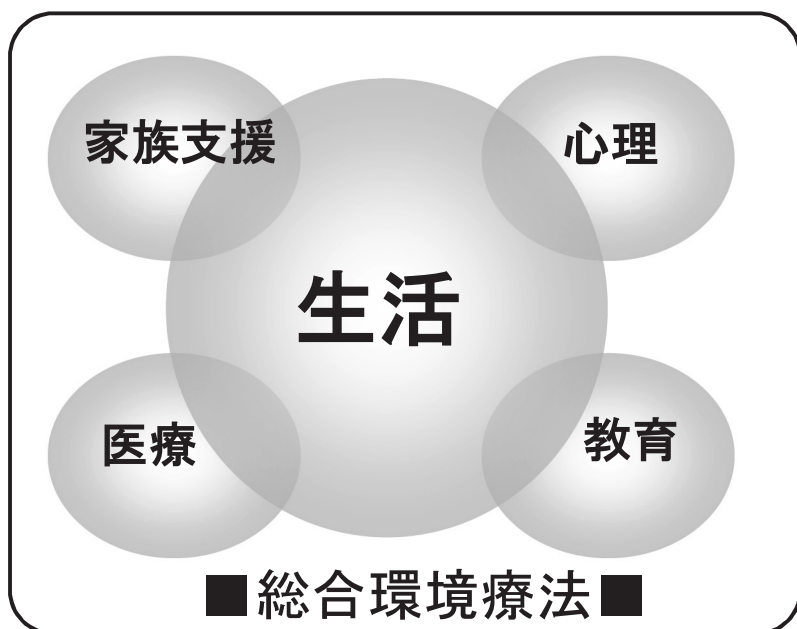


図17 総合環境療法のイメージ

補的に連携することで、情報での援助の幅は大きく広がることになる。また、スタッフが様々な場面での情報を共有できることは、子どもを総合的にとらえることを可能にし、アセスメントがよりの確になるといえる。その結果、子どものニーズに応じた治療的援助の具現化の可能性とその的確性は格段に高まることになる。

外来心理治療では地域で起こる様々な問題が面接室の中に持ち込まれ、その中で取り扱われる（図18）。それに対して情報では、生活、学校を含むあらゆる場面で子どもの問題行動（暴力や性化行動など）が起きるため、スタッフは直にそれを観察でき、面接室に限らず施設という大きな治療環境の中でそれらを扱うことが可能になる（図19）。

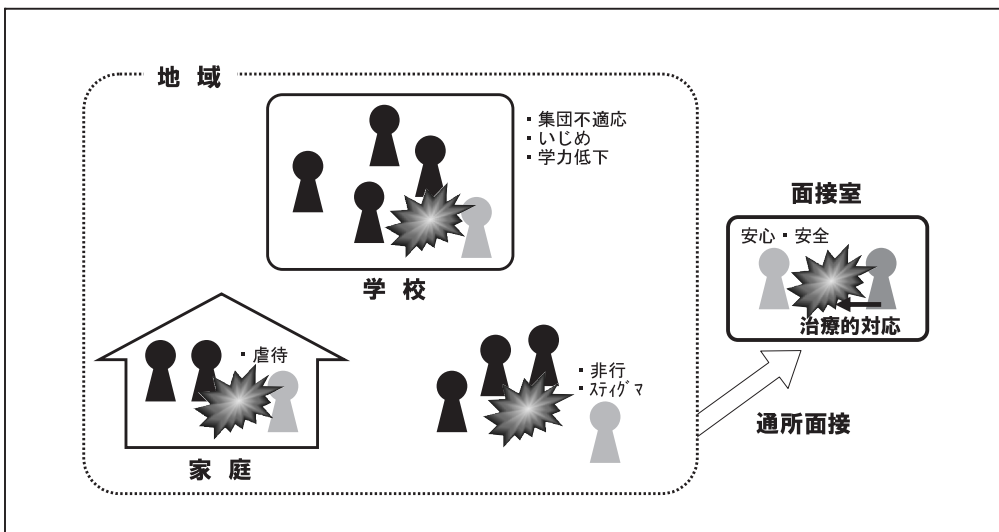


図18 外来モデル

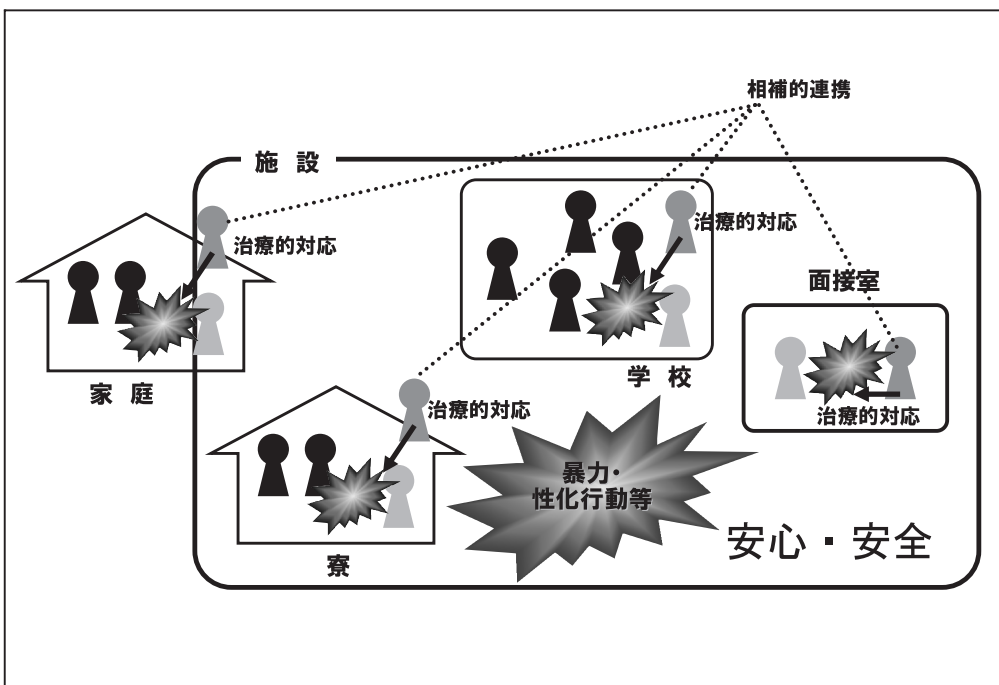


図19 入所モデル

②安心・安全の保障

調査結果で枠組の重要性が指摘されていた（図3）。枠組とは、日々の日課や約束事、緊急時の対応法等の治療的枠組のことを指す。これは日常生活の随所で起こる、再演行動、逸脱行動、衝動的で破壊的な行動などに対処するあり方も含んだものであり、こうした枠組が脆弱である場合、施設内が混乱し、やがては崩壊状態に至る危険性も生じてしまう（滝川，2006）。こうした枠組の存在は、安心・安全を確保するための装置として働き、子どもの激しい問題行動によって施設全体が揺さぶられることから大人・子どもの双方を守ることにつながる。さらに施設生活が安心・安全に守られることは、子どもの内的な安全感や安心感の回復という治療的意義につながる重要な要素でもあると考える。

③統合的心理治療

情短で心理治療をより効果的に実施できるかは、入所施設であることを生かして、各専門スタッフが連携していかに力量の総和以上の効果を出せるかにかかっている。アンケートからは、入所施設で心理治療を行うメリットとデメリットが表裏であることが浮かび上がったが、ここにヒントがあると考えられる。つまり、セラピストが生活場面に入る程度は施設により違いがあるものの、セラピストは治療室という枠から生活の場へ柔軟に出入りし、その過程がスタッフ間の、更には外部システム（家庭、措置機関、学校、病院、地域等）との間の協働作業をも促進する、という触媒としての働きを意識する必要がある。訪問調査を行った施設の中に、セラピストは方針や戦略に責任を持つ役割であることを明確に打ち出し、かつ円滑な組織運営が行われている施設があった。このような取り組みは被虐待児の入所比率が増え、困難ケースを多く受け入れるようになった情短におけるひとつの選択といえるだろう。

また、セラピストは生活の中で子どもと接することによって、治療室内よりも現実原則に則った対応を行う必要が出てくる。このことは、子どもに対して治療室から生活の場に繋がるセラピストの一貫した人となりを提示することを意味している。

エ 被虐待児への心理治療

今回の調査では、引きこもりの子どもと比べ、より大人に守られている感覚に乏しく、恐怖や不安に突き動かされて様々な行動化を見せるという、自己調節機能の不安定な被虐待児の特徴がよく現れた。このような子どもと向き合う時の工夫（図7）として、「組織・連携」（スーパーバイズ等で自分の陰性感情に気づく機会を持つ）、「個人心理治療」（子どもの状態に配慮した対応をする）という回答が多く、セラピスト側に高度な純粋性と子どもへの深い尊重の態度が求められることが示されている。これらは、心理治療における基本的な態度として言われていることであるが、被虐待児に対応する時には、このような治療者としての態度が揺らぎやすいことの反映でもあろう。

このような被虐待児の治療における困難点としてあげられた項目（図6-1）に必要な対応は、「信頼関係が築きにくい」、「愛着障害」に対する『安全・信頼感獲得へのアプローチ』と、「衝動性のコントロールの問題」や「ルールを守れない」ことに対する『行動修正的アプローチ（認知・行動への働きかけ）』である。従来言われてきた『成長促進的アプローチ』を含めたこの3つのアプローチが、

上記の基本的態度に加え、被虐待児の入所比率が大きくなっている現在の情短で必要とされる心理治療の方向性とする（図20）。図21は、安心・安全感や自己調節機能の十分育っていない被虐待児の発達課題を踏まえた介入のポイントを図示した。

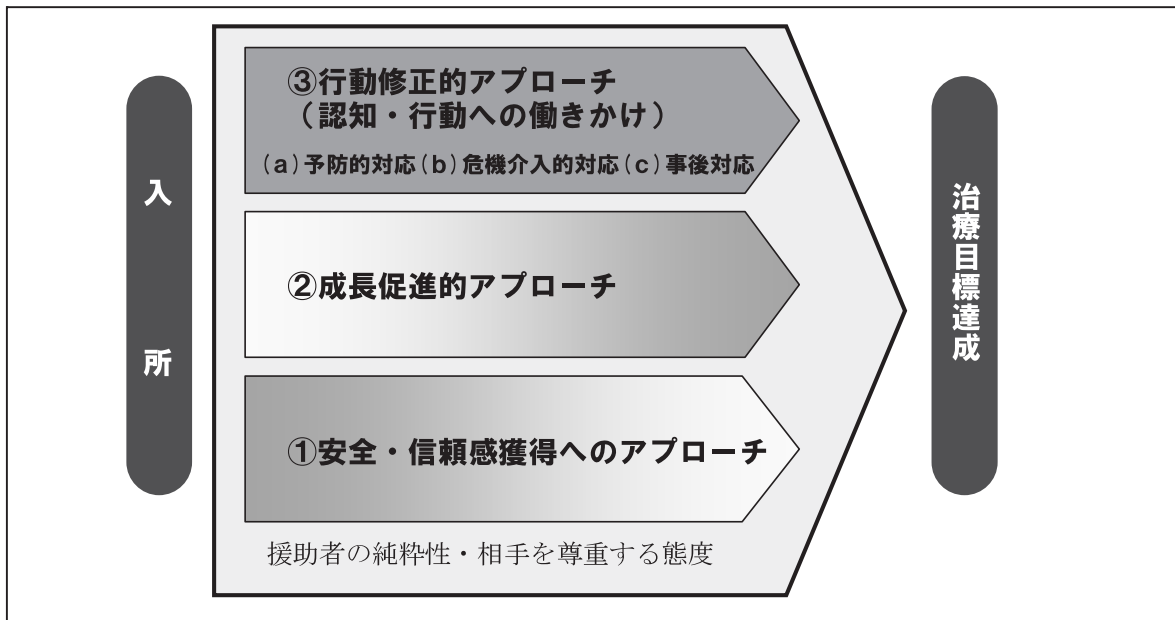


図20 被虐待児への3つの治療的アプローチ

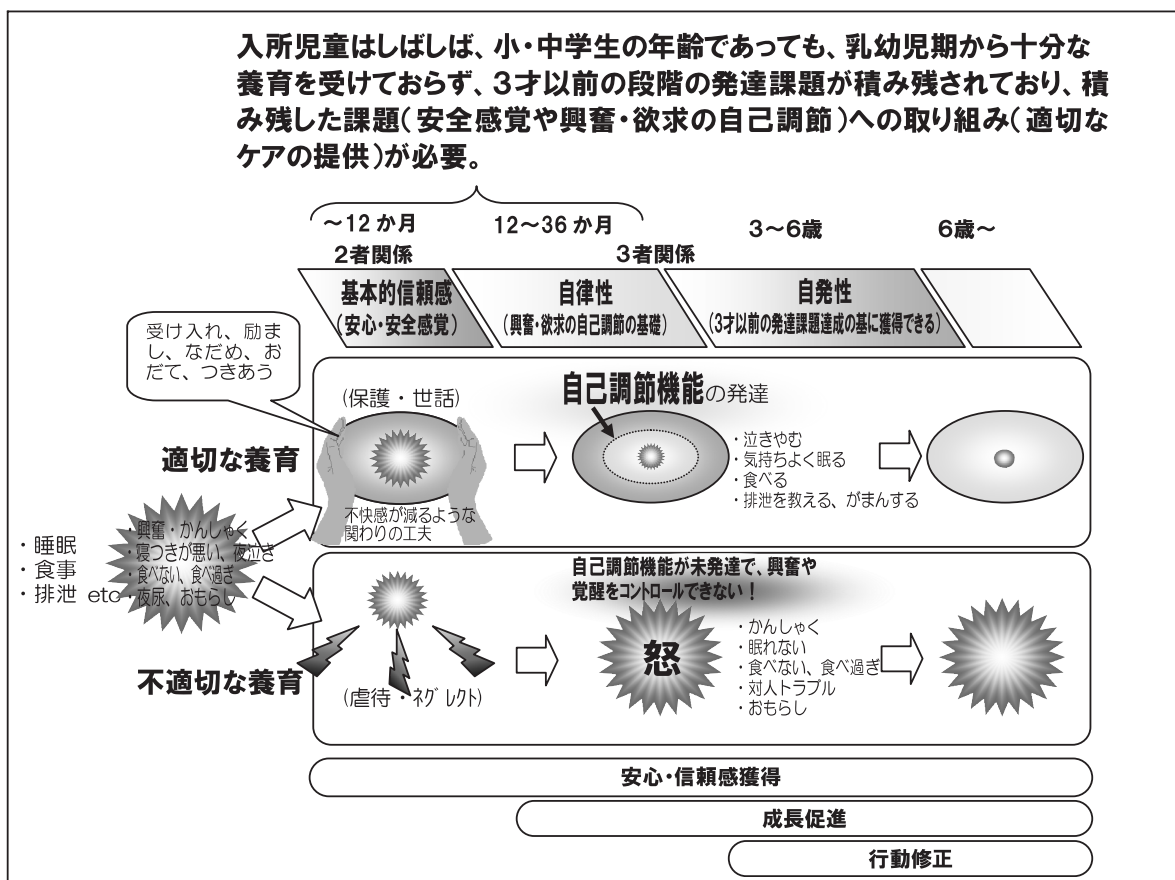


図21 被虐待児の発達課題を踏まえた介入のポイント

(2) グループ治療について

ア グループ治療の実施状況及びプログラム

グループ治療の取組が多かった活動はグループ療法群であり、これらはある程度の三者関係が成立していることが前提となる。また、SSTやセカンドステップなどの心理教育的な取組は、主に認知・行動面へ働きかけることで三者関係の基礎となるような対人スキルを向上させる取組である。一方、最も取組が多かった活動療法（activity therapy）は、スポーツ、音楽、調理等に代表されるように、並行参加から相互交流まで幅広く適用できるプログラムである。子どもによって、自己肯定感や達成感を持つことを目標としたり、対人スキルの向上や集団への帰属意識を味わうことを目標としたりすることができる。

集団（三者関係）に入るためには、それ以前の発達課題がある程度達成されていることを求められるが、被虐待児の入所比率が増え、安心・安全感（二者関係）のレベルで未達成の課題を有する子どもが増えている。グループ治療を実施しない場合の理由や意図の筆頭も、これらに関する「資源の不足」（スタッフ数、治療時間の不足、グループ治療に習熟していない）、「子どもの要因」（安心・安全が確保できない、年齢、被虐待・発達障害、内容等でプログラムに適さない）というものであった（図15）。こうした状況の反映として、従来のグループ治療の実施自体が困難なことがあり、SSTなどより構造の明確な心理教育的アプローチが導入されてきているのだろう。このように心理教育的なアプローチには、二者関係から三者関係への橋渡しをしていく効果が期待されているものと考えられる。

イ 入所施設でのグループ治療

被虐待児の入所が増加し、衝動性のコントロールが問題となる子どもが増え、日常生活で、暴力や破壊的な行動が深刻な問題となってきた。被虐待児にグループ治療を実施する上での困難点（図14）として、衝動性、攻撃性、暴力、支配など被虐待児にありがちな問題を挙げた回答が多く、続いて「グループ自体の誘因」（対人トラブル、嫉妬）や「グループ形成が困難」（プログラムに乗れない、成り立たない）が挙げられていた。個人心理治療の困難点と同様、被虐待児が抱える安心・安全感の脆弱さ（二者関係の課題）、自律段階（自己調節機能）の課題やトラウマ症状のために、並行遊びレベルの課題を設定した集団ですら成立しにくい実態が反映されているものと思われる。

情短施設でのグループ治療について、生活を共有しているゆえのメリットとデメリットの両面が指摘されており（図9,10）、それは共に生活場面と治療場面が相互に影響し合うということからくるものであった。つまり被虐待児の示す上記のような状況がグループ治療場面にそのまま持ち込まれれば治療場面は混乱し、崩壊状況になりかねないが、逆に上記の状況をグループの中での的確に扱うことができれば、それはむしろメリットになり得るということであろう。実際、メリットとして、「実際の・効果的なプログラム運営」、「的確なアセスメント・効果測定」等が挙げられており、かつグループゆえの困難点を解決するための工夫（図11）として、「運営方法」（実施方法や手順の明確な呈示、メンバー構成やプログラムの検討）、「逸脱対応」（個別に対応）などが挙げられている。

グループ治療を実践している施設での創意工夫と効果としての手応えがこうした回答に表れている

ように思われる。例えば、子どもの示す衝動性の問題に対してセカンドステップを取り入れた施設があるように、施設の状況に応じて柔軟にグループ活動を展開できることが、情短の最大のメリットと思われる。しかし、たとえ既存の治療プログラムを導入するとしても、その時の施設の状況や子どものニーズを的確に捉え、枠組も含め、一から作り上げることの重要性をこれらの回答は示しているといえよう。さらにいえば、十分な検討があれば、その時々の子どものニーズに応じたハンドメイドのグループ治療が展開できる可能性が明らかになった。訪問調査を行った施設の中で、グループ参加が困難な子どももあえて対象とし、暴力暴言といった行動化などの危機的状況を想定した上で、必要かつ可能な活動を模索しながら、プログラムを構築、展開していく取組がなされていたのは、この代表的な例と思われる。

ウ グループ治療実施上の課題

施設の中でのグループ治療の位置づけ（図16）は、「成長促進的」（対人関係のスキルの習得）な場とする回答が圧倒的に多い半面、「実施に困難を感じる」という回答も多かった。グループ治療を実施しないもしくは一部の入所児を除外する理由（図15）では、「資源不足」（スタッフや時間が不足している）という回答が最も多く、「子どもの要因」（安心・安全が確保できない）という回答も多かった。

自己調節機能の不安定な被虐待児たちに対するグループ治療の試みとして、一部の情短ではSSTなど認知行動面へ働きかける心理教育的アプローチが行われているが（表21）、彼らの呈する衝動性などグループ治療を実施困難とする根本的な要因があり、そうした行動化を個別対応等により危機管理しながら実施しなければならないため、グループ治療の有用性を認めつつも職員数や建物の構造等の限界からグループ治療に乗り出せない施設が少なくないものと考えられる。単純に考えれば個別対応を十分に行ってから次の段階としてグループに参加する、という図式が理想であろうが、困難な状況の中で新しい形でのグループ治療を実践している情短の経験から学び、子どもの状態に応じた様々なグループ治療の実施方法について情報共有していくことは今後の課題といえる。

8 要約

全国30の情短で現在行われている個人心理治療とグループ治療の実施状況について、主に質的な調査・検討を行った。今回の調査により、滝川他（2006）で指摘された、被虐待児の入所比率が大きくなることによって他害的・破壊的・逸脱的な子どもの問題行動が頻繁に発生し、「施設崩壊」、「スタッフの燃え尽き」が危惧される情短の現状において、各施設が行っている個人心理治療、グループ治療に関する取組の実態を明らかにし、課題を提起した。

(1) 個人心理治療について

多くの施設で子どもが大人と一対一になれる場を確保していたが、全入所児に対する実施率が70%を下回る施設や担当セラピストがいない子どもがいる施設もあった。個人心理治療という心理

治療的アプローチをとらないひとつの理由として導入の困難さが挙げられていたが、そうした子どもこそ援助へのニーズを持っているとも考えられ、心理治療が目的である情短としてこのような困難事例へのアプローチは依然として検討を要する課題である。

情短で実施されている個人心理治療に関して、「カウンセリング（「面接」「相談」「クライアント中心療法」「カウンセリング」等、対話を主とした技法）」を挙げない施設があった。これらの施設では、調理、散歩などの「活動」を媒介とした取組と、「SST」「認知行動療法」などの心理教育的取組が行われていた。これは、従来のような純粹に言語的なやり取りだけでは個人心理治療時間が成立し難くなっている表れと考えられ、活動を媒介とした取組や心理教育的な構造を持った取組が導入されつつあるようである。

個人心理治療の生活場面との関連性については、「相補性」（生活・心理で相補的な対応ができる、多面的に見られる、情報・見立ての共有）という回答が多く、情短における「総合環境療法」で心理治療を実施するに当たってメリットだけでなくデメリットも挙げられたが、入所施設の特徴として以下のことが考えられる。①入所治療の意義：施設内で子どもが起こす問題行動に効果的に対処するため、個人心理治療の場面のみならず、セラピスト、児童指導員、教員等、多様なスタッフが施設内で子どもに統合的・治療的に関わる。②安心・安全の保障：治療的枠組の存在が子どもの安心・安全を確保するための装置として働き、子どもの逸脱行動により施設全体の治療構造が揺さぶられることから大人・子ども双方を守っている。③統合的心理治療：セラピストは治療室という枠から生活の場へ柔軟に出入りし、その過程がスタッフ間、外部システム（家庭、措置機関、学校、病院、地域等）との間の協働作業を促進し、スタッフの総和以上の力を引き出す触媒の役割を果たすことを意識する必要がある。従ってセラピストには、子どもに対して治療室から生活の場に繋がる一貫した人となりを提示することが求められる。

被虐待児への心理治療の方向性として、従来言われてきた『成長促進的アプローチ』に加え、『安全・信頼感獲得へのアプローチ』、『行動修正的アプローチ（認知・行動への働きかけ）』が必要と考える。

(2) グループ治療について

集団（三者関係）に入るためには、それ以前の発達課題がある程度達成されていることを求められるが、被虐待児にグループ治療を実施する上での困難点は、「子どもの要因」である問題行動（衝動性・攻撃性・暴力・支配等）とする回答が最も多く、続いて「グループ自体の誘因」（対人トラブル、嫉妬）や「グループ形成が困難」（プログラムにのれない、成り立たない）が挙げられた。被虐待児の入所比率が増え、安心・安全感（二者関係）のレベルで未達成の課題を有する子どもが増えており、こうした状況の反映として、グループ治療には二者関係から三者関係への橋渡しをしていく効果が期待されており、より構造の明確な心理教育的アプローチが導入されてきていると考えられる。

訪問調査を行った施設の中で、グループ参加が困難な子どももあえて対象とし、暴言暴力といった行動化などの危機的状況を想定した上で、必要かつ可能な活動を模索しながら、プログラムを構築、

展開していく取組がなされていた。しかし、それらの行動化に対応するのは現在の情短の置かれている環境では簡単なことではなく、グループ治療の有用性を認めつつも現行の体制ではグループ治療に乗り出せない施設も少なくないものと考えられる。困難な状況の中で新しい形でのグループ治療を実践し効果を上げている情短の経験から学び、子どもの状態に応じた様々なグループ治療の実施方法について情報共有していくことは今後の課題と言える。

<引用・参考文献>

- 滝川他（2006）「児童虐待に対する情緒障害児短期治療施設の有効活用に関する縦断研究—2000年から2004年に亘る縦断研究の報告—」子どもの虹情報研修センター平成16年度研究報告書
- 滝川他（2007a）「児童虐待における援助目標と援助の評価に関する研究—情緒障害児短期治療施設におけるアフターフォローと退所後の状況に関する研究—」子どもの虹情報研修センター平成17年度研究報告書
- 滝川他（2007b）「児童虐待における援助目標と援助の評価に関する研究 被虐待児童の施設ケアにおける攻撃性・暴力性の問題とその対応—情緒障害児短期治療施設での事例分析的研究—」子どもの虹情報研修センター平成17年度研究報告書
- キャロル・ガービッチ（2003）「保健医療職のための質的研究入門」医学書院
- 八木他（2008）「被虐待児童の生活支援と心理ケアについて—近畿圏における情緒障害児短期治療施設の取り組みを中心に—」心理治療と治療教育—全国情緒障害児短期治療施設研究紀要—第19号

資料1 アンケート様式

情緒障害児短期治療施設の治療技法についてのアンケート

このアンケート調査は、情緒障害児短期治療施設の個人心理治療とグループ治療について、実施状況等の現状を把握し、そのあり方についての検討に役立てるためのものです。以下の質問についてご回答をよろしくお願いいたします。
(なお個人心理治療は、セラピストが、構造等を決めて実施しているものとします。)

記述については、貴施設の治療担当の方を中心にお願いいたします。このアンケート結果をベースにいくつかの施設へのヒアリングをさせていただきたく考えております。回答された方の氏名をご記入ください。

回答後は、同封の封筒にて6月29日(金)までに下記送付宛にご返送をお願いいたします。

送付先 〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地 ○○宛

なお、アンケート用紙について、用紙データ(ワード形式)を希望される方は、下記のメールアドレスで○○までメールを送信してください。返信メールに用紙ファイルを添付してお送りします。その場合は、回答もメールで返送されて結構です。

メールアドレス：

施設名	
回答者氏名	

「被虐待児に対する臨床上の治療技法に関する研究」

社会福祉法人横浜博萌会 子どもの虹情報研修センター
課題研究 研究代表者 平岡 篤武(静岡県吉原林間学園)

I. 個人心理治療についてお尋ねします

1. 貴施設では、すべての入所児にセラピストが担当としてついていますか。

いずれかの記号を○で囲んでください。

ア) 原則ついている イ) ついていない

2. セラピストは生活場面にも参加し、子どもに関わっておられますか。

ア) 参加している イ) 参加していない

ウ) 一部参加している (具体的に _____)

3. セラピストは個人心理治療を行っていますか。

いずれかの記号を○で囲んでください。

ア) 行っている (行っていない児童が一部いる場合、**シート 3**の**3**の質問にも回答してください。)

イ) 行っていない (**シート 3**の**3**の質問のみに回答してください。なおグループ治療についてのアンケートもございますので、そちらを記入してください)

4. 実施している人数を記入してください

実施人数 _____ 人 (在籍数 _____ 人)

5. 個人心理治療の形態や構造について、当てはまる記号を○で囲んでください。

ア) 基本的にすべての入所児に実施することになっており、実施曜日や時間帯などは施設のプログラム (日課など) の中にあらかじめ組み込まれている。

イ) 基本的にすべての入所児に実施するが、実施曜日や時間帯などは子どもとセラピストに応じて決めている。

ウ) 一部の入所児に実施し、実施曜日や時間帯などは施設のプログラム (日課など) の中にあらかじめ組み込まれている。

エ) 一部の入所児に実施し、実施曜日や時間帯などは子どもとセラピストに応じて決めている。

6. 貴施設の個人心理治療について、オーソドックスなあり方 (平均的なもの) を念頭におき、現時点での状況をお答えください。→**シート 1**

※ シートが足りない場合は、誠に申し訳ございませんがコピーの上、記述をお願いいたします。

7. 特別に工夫された個人心理治療を実施されていまして、それについてお答えください。近年実施されたものに限って記述してください。→**シート 2**

※ シートが足りない場合は、誠に申し訳ございませんがコピーの上、記述をお願いいたします。

8. 個人心理治療への考え方についてお尋ねするものです。各項目にお答えください。→**シート 3**

シート 1

1. 個人心理治療の構造について以下の項目にお答えください。

開始する時期の目安（原則としている考え方を記述してください）		場所（プレイルーム、工作室など列挙してください）	
頻度（週 1 回など平均的な頻度を記入してください）	時間（50 分など平均的な時間を記入してください）	時間帯（学校の授業時間に実施など日課に即して記入してください）	

2. プレイセラピーなど、実施している技法を列挙し、どんなときに、どんな方法（場所や材料など）で用いているか簡潔に記述してください。

技 法 名	どんなときに用いるか	方 法

特別に工夫された個人心理治療がありましたら、それについて列挙し、その構造や内容について記述してください。

名称（呼び名）	頻度	時間 分	場所	時間帯
内容（具体的にご記入ください）				
名称（呼び名）	頻度	時間 分	場所	時間帯
内容（具体的にご記入ください）				
名称（呼び名）	頻度	時間 分	場所	時間帯
内容（具体的にご記入ください）				
名称（呼び名）	頻度	時間 分	場所	時間帯
内容（具体的にご記入ください）				

※名称（呼び名）は、ついている場合のみご記入ください。

1. 入所施設で個人心理治療を行うにあたって、以下の項目についてお答えください。

ア) 外来治療と比べて、入所施設ゆえの利点を記述してください。

イ) 入所施設ゆえに困難を感じる箇所を具体的に記述してください。

ウ) 上記の困難点を解決するための工夫を記述してください。

エ) 生活場面との関連性をどのように考えていますか。

オ) 情短の中での個人心理治療の位置づけをどのように考えていますか。

2. 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児を対象としたときに心がけていることを記述してください。（被虐待児を受け入れている場合）

ア) 困難を感じるところがあれば具体的に記述してください。

イ) 上記の困難点を解決するための工夫を記述してください。

3. 個人心理治療を実施しない場合、その理由や意図（意味）などを記述してください。

※個人心理治療を実施している場合も、していない入所児がいましたらお答えください。

Ⅱ. グループ治療について

1. 貴施設では、グループ治療を実施していますか。いずれかの記号を○で囲んでください。

ア) 原則として入所児すべてに実施している（行っていない児童が一部いる場合、**シート5の3**の質問にも回答してください。）

イ) 一部の入所児に実施している（**シート5の3**の質問にも回答してください。）

ウ) 実施していない（**シート5の3**の質問のみにお答えください）

2. 実施しているプログラムについて、項目ごとに記入してください→**シート4**

※**シート4**は4部配布しておりますが、足りない場合は、誠に申し訳ございませんが、コピーの上、記述をお願いいたします。

3. グループ治療への考え方についてお尋ねするものです。各項目にお答えください。→**シート5**

グループ治療の構造等について、以下の項目にお答えください。

NO	プログラム名			
目的				
期間			頻度	
場所		時間		
		時間	時間帯	
対象	人数	形態	性別	学年幅
		クローズド・オープン・ セミクローズド(途中参加) その他()	男子のみ・女子の み・混合	年～ 年・ 年のみ
メンバー選定の基準				
スタッフについて				
	人数	性別	職種	
リーダー	男 人 女 人(各回の平均参加人数)	男 ・ 女	セラピスト・生活指導員・ その他()	
サブスタッフ		セラピスト(人)・生活指導員(人)・ その他(: 人)		
内 容 (自由記述)				

1. 入所施設でグループ治療を行うにあたって、以下の質問にお答えください。

ア) 外来治療と比べて入所施設ゆえの利点を記述してください。

イ) 入所施設ゆえに困難を感じるころがあれば具体的に記述してください。

ウ) 上記の困難点を解決するための工夫を記述してください。

エ) 生活場面との関連性をどのように考えていますか。

2. 被虐待児をグループ治療の対象としたときに心がけていることを記述してください。(被虐待児を受け入れている施設のみ記述してください)

ア) 困難を感じるところがあれば具体的に記述してください。

イ) 上記の困難点を解決するための工夫を記述してください。

3. グループ治療を実施しない場合、その理由や意図（意味）などを記述してください。
※グループ治療を実施していても、すべてに参加していない入所児がいる場合も答えてください。

追加アンケート様式

1 勤務					
宿直		夜勤		遅番	
有無	頻度	有無	頻度	有無	頻度
(記入例) 有	週1回	有	月1回	無	

2 生活指導へのThの関与					
総合的	食事	入浴	就寝	起床	喧嘩
(記入例) 2	2	3	1	1	2



- 1 児童指導員と同等の関与
- 2 " とほぼ同等の関与
- 3 " の補助的な役割
- 4 関与しない

(基本的な考え方)

- ・Thも率先して指導に当たる
- ・指導員がいない場合、1の役割をとる
- ・最小限の関わりをして指導員に引き継ぐ
- ・指導的役割をとらない

(例) ↓「喧嘩」への対応の場合

- ・行動を制止し、ふり返りをする
- ・基本的には指導員が対応するが、状況により1を行う
- ・言葉かけをし、指導員を呼びに行く
- ・指導員を呼びに行く

3 「情短の中でのグループ治療の位置づけをどのように考えていますか」

資料2 調査結果

I 個人心理治療

表1 個人心理治療の概況

No.	1. すべての入所児にセラピストが担当として ついているか (ついている・つ いていない)	2. セラピストは生 活場面にも参加し ているか (参加・一部参加・ 参加していない)	3. セラピスト は個人心理 治療を行って いるか	4. 実施 人数	5.個人心理治療の形 態や構造 (ア 全員組み込み・ イ 全員その都度・ウ 一部組み込み・エ 一部その都度)
1	ついている	参加している	行っている	52	イ 全員その都度
2	ついている	参加している	行っている	51	イ 全員その都度
3	ついている	参加している	行っている	47	イ 全員その都度
4	ついている	参加している	行っている	47	ア 全員組み込み
5	ついている	参加している	行っている	46	イ 全員その都度
6	ついている	参加している	行っている	40	イ 全員その都度
7	ついている	参加している	行っている	39	イ 全員その都度
8	ついている	参加している	行っている	35	イ 全員その都度
9	ついている	参加している	行っている	34	イ 全員その都度
10	ついている	参加している	行っている	34	イ 全員その都度
11	ついている	参加している	行っている	32	イ 全員その都度
12	ついている	参加している	行っている	31	イ 全員その都度
13	ついている	参加している	行っている	30	イ 全員その都度
14	ついている	参加している	行っている	25	ア 全員組み込み
15	ついている	参加している	行っている	15	イ 全員その都度
16	ついている	参加している	行っている	15	イ 全員その都度
17	ついている	参加している	行っている	13	イ 全員その都度
18	ついている	参加している	行っている	8	ア 全員組み込み
19	ついている	参加していない	行っている	41	イ 全員その都度
20	ついている	一部参加	行っている	全員	イ 全員その都度
21	ついている	一部参加	行っている	43	ア 全員組み込み
22	ついている	一部参加	行っている	39	ア 全員組み込み
23	ついている	一部参加	行っている	35	イ 全員その都度
24	ついている	一部参加	行っている	30	イ 全員その都度
25	ついている	一部参加	行っている	30	イ 全員その都度
26	ついている	一部参加	行っている	22	ア 全員組み込み
27	ついている	一部参加	行っている	17	イ 全員その都度
28	ついている	一部参加	行っている	14	イ 全員その都度
29	ついていない	参加している	行っている	30	エ 一部その都度
30	ついていない	一部参加	行っている	28	ウ 一部組み込み

表2 個人心理治療の構造

施設名	開始時期目安	場所	頻度	時間	時間帯
1	入所後なるべく早く	ブレイルーム(第1、第2、第3)・相談室(1、2、3)・集団治療室・工作室	週1回	45分	時間内と放課後
2	・子どもの希望・学園生活になじむこと ・セラピストとの関係がつき始めて、1対1の関係をこわがらなく、面接に何らかの期待をもつことができること ・面接をする目的が共有されること ・子どもの問題が起きてきたとき ・上記の項目が見えにくいつきは関係つくりのためにはじめることもある ・生活場面であまりにも落ち着かない場合、あるいは、集団生活が息苦しくなっているとき(1対1の保障)	ブレイルーム・工作室・調理室・音楽室・畑・公園・箱庭のある面接室・面接室・体育館・屋外・買い物・卓球台のある場所	月2～3回	子どもによってまちまち 面接室を使う場合は45分くらい	放課後のみ 夕食前まで
3	入所して1ヶ月過ぎた頃から開始(基本的な生活の落ち着き具合を見て)	ブレイルーム・面接室(ソファがある)・作業のできる部屋	週1回(場合によっては月2回)	50分	放課後のみ
4	当施設の日課を理解し、対人的にも落ち着きを見せたぐらい(入所後1ヵ月後の開始を原則とする)。	ブレイルーム 4つ・工作室 1つ・カウンセリングルーム 1つ	週1回	50分	時間内と放課後
5	入所後できるだけ早くから開始している。	相談室(箱庭)・心理検査室・遊戯室(盤ゲーム、ミニ四駆コース、ダーツ等)・集団遊戯室(砂場、人形、盤ゲーム等)・工作室・機能訓練室(サンドバッグ、トランポリン、ビリヤード等)・音楽等・グループカウンセリング室(インターネット)・家族療法棟(和室にて調理等)・屋外(自転車、散歩、運動等)・体育館(運動等)	週1回	40分	原則授業時間内
6	生活になれた、入所2～3週間頃から	ブレイルーム・心理療法室・心理検査室・相談室	週1回	50分	放課後のみ 週末も
7	入所後初期観察期間(約1ヶ月)が経過した後開始	ブレイルーム・工作室・カウンセリングルーム	週1回	50分	時間内と放課後 週末も
8	入所後1ヶ月以内には必ず開始する 1ヶ月以内は、個別的に関わりながら行動観察、情報収集しながら、治療計画を考えていく場合が多い。	ブレイルーム・サンドブレイルーム・施設外(外出、散歩など)	1回	60分	時間内と放課後
9	措置後約1ヶ月を目安に、まず施設での生活になれることを主に目標とする。 1人1人差はあるが、ある程度の生活ルーティーンが身についたところで開始している。	面接室・ブレイルーム(箱庭も)	2週間に1回	50分	時間内と放課後
10	入所後、その週か翌週より。 その時点でその治療方針について話し、一緒に目標を立ててから。	ブレイルーム・心理検査室(箱庭もあり)・心理室 * 児童のニーズによっては散歩をしたり広場で遊んだりもする	週1回 週2回	50分 30分	放課後のみ 週末も
11	外来セラピーからの継続であるため、開始時期は入園前からということになる。入園までの作業の中で、生活・学習、心理的なことについての目標をたて、治療契約を結ぶことを原則としている。	面接室・ブレイルーム ※それぞれ、箱庭を設置している部屋とそうでない部屋があり、子どもの状態に合わせてどの部屋を使うかを選択する。	平均的には週1回	原則50分	時間内と放課後
12	入所後、1ヶ月程度。(生育歴・入所した状況、児童の生活の状況を見て開始する時期を決めている)	ブレイルーム・工作室・調理室・グラウンド・学園周辺の散歩・近隣の公園	週1回から2週に1回程度	40～45分	放課後のみ 週末も
13	まずは施設の生活に慣れることを第一にし、日課などある程度こなせるようになってから、開始を検討する。時期は、子どもを担当する直接処遇職員と話し合っ決めていく。だいたい入所後2～3ヶ月を目安としている。	*ブレイルーム(心理室と呼称している)の実施を基本としているが、平日16:00～18:00までの時間帯に限って、隣接する学校のカウンセリングルームを使用させていただいている。現在、施設にブレイルームが1つしかないために、セラピー確保のために学校に協力をお願いしている。	原則週に1回だが、ケースによっては2週間に1回としているものもある。	1回当たり50分を基本とし、最大60分を限度としている	放課後のみ 週末も
14	入所後日課に沿えるようになってから。通常1ヶ月程度	ブレイルーム・箱庭室・面接室	隔週1回程度	45分	原則授業時間内
15	入所後おおむね1ヶ月程度	面接室・遊戯治療室(箱庭療法室を兼ねる)	週1回	小学生40分 中学生60分	時間内と放課後
16	入所時に立会い、児童に安心感を持ってもらい、速やかに心理面接に導入していくようにしている。	心理検査室・相談室など	週1回	50分程度	原則授業時間内

施設名	開始時期目安	場所	頻度	時間	時間帯
17	入所後1週間	心理療法室・相談室	週1回を目標にしている。問題が起こった場合は随時	30～40分	原則授業時間内
18	生活場面で安定がみられたあとから開始	プレイルーム	週1回又は隔週1回	45分	放課後のみ
19	入所後すぐに開始。入所や通所の意味を受け入れるところからセラピストが同行する。	プレイルーム	週1回	45分	時間内と放課後
20	入園後できるだけ早く開始。入園には担当セラピストが立ち会うようになっており、子どもの不安を和らげ、園の生活にできるだけ早くなじんでもらうためにも、面接時間を生活の一環として位置付けられるように、初回面接はできるだけ早く設定している。	プレイルーム・面接室・箱庭室	週1回	45分(分校の授業時間に合わせる)	時間内と放課後
21	入所と同時に実施している。	プレイルーム(サンドプレイ用具を含む)1室・プレイルーム1室・カウンセリングルーム3室	原則として週1回	45分(併設の学校の授業時間に設定しているため)	原則授業時間内
22	入所して生活が落ち着き、入所面接がすんで、インタビューや見立てがほぼ出来た段階で開始する。	プレイルーム 3室・面接用の部屋 1室	週1回	50分	時間内と放課後
23	入所し、生活の日課の大まかな流れを理解することを目安に。入所後約1週間以内には実施している。	プレイルーム・家族療法棟居室	週1回～2週に1回	50分	放課後のみ
24	入所児がある程度施設の生活に慣れたら始める。	基本的にプレイルーム。通所の調理室を利用して調理活動をしたり、セラピストと映画に出かけたり、といった特別な形をとることもある。	週1回	50分～1時間	時間内と放課後
25	入所後2～4週後	プレイルーム・心理療法室	週1回	50分	時間内と放課後
26	入所後1ヶ月ほど様子を観察し、見立てを立て、その間に担当セラピストを決定し、約1カ月後に開始している(ケースによっては多少早まることもある)。	プレイルーム 2ヶ所・箱庭療法室(1ヶ所)	週1回	45分	時間内と放課後
27	入所後一定期間(1ヶ月を目安)が経過し、生活のリズムが整い、安定が見られた頃。	プレイルーム・工作室	週1回	50分	放課後のみ
28	入所後2～3週間後 学休期間(夏休み等)は実施しない。	集団プレイルーム・カウンセリング室・グランド・体育館	原則週1回	50分	時間内と放課後
29	1ヶ月の観察期間を経て、心理治療が必要かケース検討会で確認する。	心理検査室・静養室・面接室・遊戯療法室	月1回～2回	50分	原則授業時間内
30	・学期始め・入所など生活における変化に合わせる。 ・Dr.の指示	心理療法室・集団遊戯室・遊戯室(個人)	個人:週1回 グループ:週2回	個人:50分 グループ:30分	時間内と放課後 夕食前まで

表3 個人心理治療で実施している技法

施設名	技法名	どんなときに用いるか	方法
1	プレイセラピー	セラビー時間	プレイルーム
	カウンセリング	セラビー時間	相談室
2	プレイセラピー	子どもが求めて、セラピストが粹付けできること。その後も含めての子どもの反応を受け止められると見立てたとき。子どもの生活に悪影響を及ぼさないと見立てられるとき。	子どもが混乱して收拾がつかなくならないように、子どもによって内容や場所を制限する。 プレイルーム おもちゃの多い部屋とおもちゃを置かない部屋 卓球
	カウンセリング	子どもが話すことが出来るとき	カウンセリングルーム
	生活場面面接	生活場面で子どもにあらわれた問題(混乱)にその場で、介入、対処する	子どもがトラウマティックな話を生活場面で突然はじめたときには特にその場でしっかり聴き、子どもが言葉に出来るようこちらから言葉をつくなどして援助するよう心がける。
	芸術セラピー	子どもが希望するとき 子どもが作品を作り上げることによる、プロセスや達成感を求めているとき 子どもが対面して話をするのができないとき 言葉にできないとき プレイセラピーでは混乱が予想される時	工作室 面接室 屋外 絵画 紙粘土 工作 プラモデル 手芸
	作業療法	子どもが対面して話をするのができない する作業が決まっていることで緊張せず安心してセラピストといられる子どもの場合	調理室 工作室 畑 生活場面 料理やお菓子づくり 農作業 植物を育てる 皿洗い そうじ
	箱庭療法	子どもが箱庭をさわったとき	箱庭
	行動療法	子どもの問題行動の修正	日常生活場面 シール 賞状 万歳 胴上げ
	心理教育	子どもの危機的状況に対して 思春期の入り口や心理的混乱をおこしているとき	
3	プレイセラピー	小学生や年長児でも言語表現能力が未熟なケースについて用いる。	プレイルームにて。ボールを使用したゲームやボードゲーム、ままごとや人形など使ったごっこ遊び
	箱庭療法	子どもが興味を示し、箱庭を使つての自己表現を好んだときに用いる。	プレイルームに設置
	作業療法	年長児の面接で、何か作業を面接者との間に設定したほうが緊張が下がり、話が促進するとき用いる。	プレイルームや面接室にて、子どもの興味に合わせてプラモデル、ジグソーパズル、手芸、アイロンビーズ等を使用。
	カウンセリング	年長児で言語的なやり取りを好む人に用いる(必要に応じて他の技法も用いることもある)。	クライアント中心療法を主に、必要に応じて解決志向のアプローチ等も使用。
	描画療法	子どもが絵を好み、絵画での自己表現を選択した場合に用いる。	プレイルームや面接室にて、道具を用意して自己表現しやすい環境を整える。
4	プレイセラピー	全ての部屋に遊べる玩具は配置。カウンセリング主体のセラビーでもプレイが出来るようにしている。セラビーはプレイセラピーが大部分。	各ルームに遊具を配置。各ルームごと、年齢を意識して、置く玩具に違いがある。
	箱庭療法	6室中4室に用意。プレイセラピー、カウンセリングの中で随時。	各ルームごと、フィギアの量と質、砂の質に違いあり(clをどの部屋でやるかに影響あり)
	描画療法	全ての部屋に道具は用意。随時。	A4、大版などサイズの違った画用紙各種 色画用紙 絵の具 4B～B鉛筆 色鉛筆 クレヨン 折り紙
	カラーージュ療法	2室に雑誌用意。随時。	写真の多い雑誌 はさみ のり
5	プレイセラピー	言語表現が苦手な小学生に実施	遊戯室を利用 人形、おもちゃ、ミニカーやプラレール、ままごとキッチン等を利用
	作業療法	原則として子どもの希望により実施(具体的な目標は以下のとおり) ・運動や制作を通して達成感を味わう。 ・担当との共同作業で料理(お菓子など)を作り、愛情欲求を満たす。 ・活動性や創造性を高める	自由工作、料理、散歩、運動、パソコン、プラモデル、木キット、自転車等
	認知行動療法	生活場面での行動改善が目標で、本人の取り組み意欲が十分にあるとき	・怒りのコントロールのワークシート・認知再構成法
	トラウマ治療	IES-Rで高得点を示したり、フラッシュバック等のトラウマ症状が認められたりし、本人に取り組みの意志があるとき	・心理教育・EMDR・イメージ療法・リラクゼーション
	カウンセリング	言語表現が可能なとき	・ホワイトボードを用いる等視覚化を利用 ・解決後のイメージや例外を尋ねるなど、ソリューションフォーカストアプローチの技法も利用している
	箱庭	言語表現が苦手なとき	箱庭、ミニチュアを利用
	行動療法	行動修正が課題となるとき	・行動の階層表作成 ・「がんばり表」、チェック表
6	プレイセラピー	小学生など言語表現のみでは難しい子、緘黙児などに実施。	プレイルーム ゲーム、スポーツ、描画、粘土、人形、楽器、箱庭など
	カウンセリング	主に中・高生で、言語的やり取りの可能な児童	各部屋 補助的に箱庭やゲームも取り入れる
	MSSM	言語表現が難しい場合	各部屋
	箱庭療法	内的な世界を表現する場合	PR、その他各部屋
	描画療法		
療育	発達障害、またはそれを疑われる児童	各部屋 課題へのとりくみ	

施設名	技法名	どんなときに用いるか	方法
7	プレイセラピー	年少児童や言語的コミュニケーションの能力に乏しい児童	ブレイルームを使用した遊戯療法
	芸術療法	被虐待等内的に抱えている問題が重く、言語的に表現することが困難である場合	箱庭療法、自由画、なぐり描き等を適宜個人心理療法の中に取り入れている。
	カウンセリング	年長児童で言語的表現力に優れているものを対象とする。	面接室を使用し、主に言語的やり取りの中で心理療法を行う。コラージュ等芸術療法を取り入れて表現の足がかりにする場合もある。
8	プレイセラピー	標準的に用いる	ブレイルーム
	カウンセリング	問題に対する洞察を深めるとき	面接室
	SST	社会生活能力を学習、向上させる必要があるとき	面接室、ブレイルーム
	ブリーフセラピー	問題解決に焦点を当てるとき	面接室、生活場面
	EMDR	被虐待によるトラウマ治療が特に必要な場合	面接室
	箱庭療法	言語によるやり取りが機能的、状況的に困難な場合	サンドブレイルーム
9	プレイセラピー	遊びの中で自己表現し、楽しめる児童の場合	折り紙、ボール遊び、ままごと、木工工作
	箱庭	子どもがやりたいと言ってきた場合、特に問題がなければ実施	ペン、紙
	SST	友人との付き合い方で悩んでおり、セラピストの提案に理解が得られたとき	セラピールームにて。子どもの悩んでいるシーンを題材に行う。
	箱庭療法	過度の緊張が見られ、リラクゼーションが必要な場合	静かな落ち着いた場所 例)面接室、夕暮れ時の公園
10	プレイセラピー	知的に低かったり、言語化が難しく非言語的治療が有効だったり、必要であるとき	ボールや粘土 将棋や人形などを用いる
	箱庭療法	・ブレイルームの用具が刺激として多すぎるとき (道具の制限) ・上記(プレイセラピー)同様	心理検査室にて(机、椅子、箱庭) 児童に作成させる
	カウンセリング	・言語でのやり取りが可能 ・内省力がある程度備わっている	心理室、検査室にて 対面、90度で実施
11	プレイセラピー	子どもの発達段階や言葉での表現ややりとりがどのくらいできるかに応じて用いる。	ブレイルームで オードックスなやり方
	箱庭療法	プレイセラピーや対話面接の中で、並行して用いる場合もある。内的作業を抵抗なく発展させたいときなどに導入する。	ブレイルームや面接室で オードックスなやり方
	クライエント中心療法	子どもの発達段階や言葉でのやりとりがどのくらいできるかによって導入している。	面接室で オードックスなやり方
	ブリーフセラピー	対話面接の中で、事柄によって、短期に適応を図るなどのために技法的に用いる。	面接室で ・オードックスなやり方 ・スポット的なやり方
	認知行動療法	プレイセラピーや対話面接の中で、枠を作って、社会性の弱さがある動機のある子どもにSSTなどを使っている。	ブレイルームや面接室で ・テーマを決めるなど枠組みを決めて用いる
12	プレイセラピー	ある程度大人との関係の中でやりとりができる時	遊具を使用し、スポーツをしたり遊んだりする。カードゲーム、工作、料理、釣り、川遊び
	音楽療法	子どもの希望があった場合音を楽しんだり、リラックスできる場合	CD・DVD鑑賞 カラオケ 楽器演奏遊び
	臨床動作法	チックや過緊張など身体に何らかの形で症状が現れている時	面接室
	作業療法		
	調理	作る楽しさ・喜びを味わう SSTの一環として	粘土・塗り絵 菓子、料理作り
	散歩	室内で対面式での話をするのはきつい子どもの場合	園外に出て並列に歩きながら話をする
	運動	ストレス発散させるため 情動調律を育むため	サンドバッグ ふれあい体操(音楽にあわせて)
13	プレイセラピー	一部を除いて、基本的に全児童に対して行っている。	心理室内にある玩具を用いて、子どもが遊びたいことをして一緒に遊ぶ。
	箱庭療法	こちらが勧めるよりも、子どもが自発的にしたときに行っている。	ブレイルームにてフィギュアを使用して実施。ひと月ごとなど、定期的にも実施することもある。
	描画療法	子どもが希望したときに行っている。	色鉛筆やサインペンなどで、スケッチブックなどに自由に描いてもらう。描いた絵はセラピストで保管する。
	夢分析	頻繁ではないが、夢の話が出たときに用いる。	夢の話が出た際には、以前見た夢とそのときに話された夢を比較したり、セラピストの印象を話す。また、その夢に関する子どもの印象を話してもらう。
	SST	他者に自分の思いを伝える際に、どう伝えればよいかわからないので、その場面を想定し、具体的に考えていくときに用いる。	ホワイトボードや画用紙に伝えたい内容のセリフを一緒に考えて書き、それを読む。また、セラピストが相手役をし、実際に伝える場面を設定して練習する。

施設名	技法名	どんなときに用いるか	方法
14	プレイセラピー	年少児に対して実施している。特に対象児童は限定せず、万能的に用いている。	ブレイルームもしくは箱庭室にて行う。
	芸術療法	興味を持った児童あるいは言語の表出に困難を感じた児童に対して導入している。	コラージュ、ビーズ、描画等を用いている。場所は上記他面接室にて行う。
	支持的精神療法	心理面接全般を通して用いている。	面接室等館内にて行う場合と、年長児の場合は散歩やドライブをしながら行う場合がある。
	集団心理療法	対人関係のトレーニングが必要と判断された児童を中心として、うまくグループ構成できる場合に用いる。	放課後の時間に、ブレイルームを中心とした園内、また園外に出る場合もある。
	臨床動作法	セラピストと同性児童に対して同意の上で実施している。	ブレイルームで行うことが多い。肩、背中、腕、足の緊張と弛緩の練習に加えて軸作りを重視している。
15	プレイセラピー	言語よりもプレイのほうが子どもの問題に関わりやすく、関係を作るのにも有効と思われる場合	遊戯療法室にて、主に玩具を用いて関わりながら、抱えている問題にアプローチする
	箱庭療法	言語的な表現力が不足しており、通常のカウンセリングの実施が不適切な場合	遊戯療法室にて実施
	SST	自閉傾向があり、社会的スキルの向上が課題となっている場合	面接室にて、SSTカードを用いて個別に実施
	カウンセリング	言語を用いた関わりが十分に可能で、子ども自身の内省力がある場合	面接室にて個別に実施。技法はさまざまなものを適宜使い分ける(コミック会話、PAC分析など基本のツールも適宜使いながら実施)
16	描画	子どもの気が乗らないとき 集中できないとき 自主的に描画をはじめたとき	画用紙、色鉛筆(心理検査室において)
	プレイセラピー	子どもの気が乗らないとき 集中できないとき 自主的に描画をはじめたとき	おもちゃ(施設のもの、子どものもの)(心理検査室で)
	カウンセリング	年長児に対して行う	
17	カウンセリング	目標設定 振り返りなど	
	描画	定期的な評価をし児童にフィードバック	S-HTP、バウム
18	プレイセラピー	情動の表出・抑圧の解消	遊戯室
	箱庭	言語表現が不得手となっている場合	心理室
	コラージュ		
	カウンセリング	悩みなど話を希望する子ども	心理室(ゲームなども取り入れ)
	行動療法(心理教育的援助法)	多動症状など、座ること学習することのトレーニング	学習課題・日記課題(本人が興味あるもの)
認知行動療法	言語化を促したり、認知のゆがみを修正	心理室	
19	遊戯治療	主体的な表現の出来る場を提供するため、基本的に全ての子どもに実施	場所はセラピールーム 材料はセラピールーム内の遊具の他、プラモデル作りやパズル作り、TVゲームも使用
	描画	表現を促すために活用。子どもの状態に合わせてセラピストが使い分けをしている。	主に使用している描画法 ・風景構成法 ・バウムテスト ・自由画 ・家族画
	箱庭療法	同上	
	コラージュ	同上	
20	プレイセラピー	子どもの能力やそのときの必要性で判断。現実的には小学生はほとんどプレイセラピー。	ドールプレイ、ごっこ遊び、チャンバラ、人生ゲームなど各種ゲーム、ブロック、粘土、工作、手芸、パズル、卓球、ボールプール
	カウンセリング	子どもの能力やそのときの必要性で判断。中学生以上は少しずつ言語表現ができるよう誘導することもあり。	
	箱庭	子どもの希望に応じて。タイミングを見てセラピストが誘うこともある。	
21	プレイセラピー	子どもの状態や表現方法を考え、プレイセラピーが適していると思われた子どもに実施している。	基本的な遊具のそろったブレイルーム
		子どもの状態や表現方法を考え、サンドプレイセラピーが適していると思われた子どもに実施している。しかしサンドプレイのみではなくプレイセラピーと併用する場合が多い。	部屋数の関係でプレイセラピー用のブレイルームにサンドプレイのセットも置いている。
	カウンセリング	子どもの状態や表現方法を考え、カウンセリングが適していると思われる子どもに実施している。	机と椅子のある部屋
22	プレイセラピー	全般的に	ブレイルーム。材料は標準的
	カウンセリング	年長児	言語による関わり、カウンセリング 分析的手法
	箱庭療法	上記2つに組み込む形	ブレイルーム2室に常備
23	プレイセラピー	児童の扱いやすい表現方法を選択して用いる。	ドールプレイ、ポストトラウマティックプレイ
	箱庭療法		
	コラージュ療法		
	クライアント中心療法		
	認知行動療法		
	行動療法		
ブリーフ			

施設名	技法名	どんなときに用いるか	方法
24	プレイセラピー	基本的に入所児童全てに実施	各セラピストのプレイルームにて
	箱庭療法	各セラピストのプレイルームに常設されている。	箱庭だけをさせるというより、プレイセラピーの流れの中でとりこんだりしている。
25	プレイセラピー	年少児童や言葉を媒介にした表現が苦手な比較的小さい(小学生)児童	プレイルーム(比較的広くて自由に身体が動かせる部屋)にバランスボールやプラレール等置いている。
	カウンセリング	年長児や言葉で表現できる児童	ソファのあるカウンセリング室
	箱庭療法	児童が進んでやりたがるときやイメージの世界が豊かなとき	大きめの部屋の片隅に設置している。ソファもあり、言語によるカウンセリングもできる。
	描画療法	イメージの世界が豊かなときや、インテーク面接時アセスメントも兼ねて風景構成法などを施行	座卓のある部屋
	臨床動作法		
	自律訓練法	緊張が強い子で、この療法へのモチベーションが高い児童	ソファのあるカウンセリング室
26	プレイセラピー	ラポールの構築、日常ストレスの発散、自尊感情の向上、ストレス耐性の向上などを目的とする際	プレイルームにおいて子どもが選択した遊びを一緒にする。キャッチボール、トランプ、オセロ、人生ゲーム、手芸などを行っている。
	箱庭療法	子どもが箱庭をしないと訴えてきたとき	箱庭療法室で、箱庭を用いながら実施している
	認知行動療法 論理療法	子どもと話す中で、認知のゆがみがある際や、イラショナルビリーフが際立っている場合など	プレイルームにおいてセラピストと子どもの対話の中、受容だけでなく、適宜コンフロンテーション・論駁を行っている。
	行動療法	生活の中での目標などを話し合うとき	セラピー内で生活上の目標を話し合い、色画用紙などを用いてチェックリストを一緒に作る。生活の中でチェックリストとシールを用いてトークン・エコノミーを活用している。
27	プレイセラピー	遊びをコミュニケーションの手段としたほうが、その児童の自己表現や、成長・発達を促しやすいと判断される場合	プレイルームにて実施。玩具(人形、ままごと道具、ボードゲーム、ミニカー、プラレール、等)を使用。工作や描画、粘土遊びなどを行うこともある。
	カウンセリング	高学齢児で、自身の課題や家庭状況のある程度把握しており、言語による自己表現・理解・洞察が可能な時	面接室にて実施。ジグソーパズルや描画などを併用することもある。
28	プレイセラピー	主に小学生を対象	集団プレイルーム等にて遊具を使用 軽いスポーツをグラウンド、小体育館で行う場合もある
	カウンセリング	主に中学生を対象	個別セラピー室にて 場合によればパズルやプラモデルなどを作成しながら行う
	作業療法	子どもの好みにより選択	個別セラピー室にてパズル、プラモデル、コラージュ、アクセサリー等の作品作り
	芸術療法		
	箱庭療法	一部の児童に必要に応じ実施	箱庭療法室にて箱庭療法セットを使用
	パソコン	子どもがパソコンのゲーム等に興味がある場合	パソコンのある個別セラピー室
29	プレイセラピー	・特に小学生及び被虐待児。非言語的な表現及び自己解放等 ・安心、信頼できる人との関係作りが必要な子どもに安心して気持ちを表現させる。枠、ルールを意識させる手段として用いる。	プレイセラピー室で、対戦ゲーム、ドールハウス、お絵かきボード、プレステ、もぐらたたき、パンチングマシン、紙粘土等
	箱庭	・非言語的な表現及び内的世界 ・自己主張の弱い子ども、言語表現が苦手な子ども、かんもくの子どもの自己表現として、言葉で表現できないメッセージを受け取る。子ども自身の内面の変化に気づかせ、力を引き出す。	・箱庭の部屋 ・子どもの求めに応じて、セラピストと一緒に作ることもある。
	風景構成法	箱庭療法に準じた、治療効果が期待される。	
	カウンセリング		心理検査室
	心理検査		心理検査室
	描画		
	認知行動療法	ADHD等、不適応行動を取りがちな子どもへ行動療法	面接で子どもの行動を振り返りながら適切な行動を教え、子ども自身にも気づかせて対処の仕方を身につけさせる。SSTと併せて行っている。
	ブリーフセラピー	不登校など、対人不適応の子どもへの治療プログラム	面接で子どもが達成可能な具体的な(行動で示せる)目標を決め、ステップを踏んで進める。
	プレイセラピー	小学生低学年とイメージや言語化の苦手な高学年に実施。	プレイルームにて粘土・描画、場合によっては広めのプレイルームで運動性のある遊びも児童に合わせて実施
30	スクイグル	強迫的思考・固執的思考・トラウマがあり、日常生活に影響を及ぼしていると思われる児童を対象にしている。	心理療法室にてSquiggleイメージ療法を実施
	セカンドステップ	まずは集団の凝集性を高める目的で、生活等でのグループ単位で実施	集団遊戯室にて基本的にはセカンドステップのプログラムに沿って実施するが、プログラム開始前にウォーミングアップとして折り紙や塗り絵を使用し、集団で安心して皆で楽しめる感覚を持てるよう配慮している。
	SST	生活棟での中学生グループをメインに実施。ある程度生活面では自立しているが、社会的スキルに不安のある児童を対象にしている。	相談室にてロールプレイ・ボードゲーム(SST用)・担当者が準備した教材を使用

表4 特別に工夫された個人心理治療技法

施設名	名称	頻度	時間	場所	時間帯	内容
2	散歩	他の面接と同様	他の面接と同様	屋外	日中	散歩しながらお話
	ランニング	他の面接と同様	他の面接と同様	屋外	日中	セラピストとペースを合わせてランニング
4		週1回	50分	面接室	午後	アスペルガーの児童に対するソーシャルスキルトレーニング及び対人関係スキルの向上に向けた半構造化カウンセリング。50分のセッションのうち30分をSST(日常生活の困難場面やトラブル状況などへのソーシャルストーリー作成やロールプレイ、あるいはRDIをベースにしたトレーニング)、残りの20分をゲームなど遊びを介したフリーディスカッションにあてる。
5	誕生日会	年1回	40分	家族療法棟和室等	個人治療時間内(午前)や放課後	<ul style="list-style-type: none"> ・出来る限り子どもの誕生日当日に、心理治療担当、生活指導担当と一緒に、子どもの誕生日を祝う。 ・職員がバースデーケーキを作成したり、子どもと一緒にケーキ作りをしたりする。家庭的な雰囲気のと和室を利用し、折り紙で部屋の飾り付けなどもする。 ・学園のプログラムとして全児童に実施している誕生日会とは別に、養護性の高い児童などを対象に個別に実施しており、担当と共に誕生日を祝う。
	行動修正のための階層表	週1回(個人心理治療時間)	40分	学校で教員が記録し、セラピストが個人心理治療で振り返り	授業・個人心理治療	広汎性発達障害で行動修正が課題となる子どもについて、学校と連携して学習場面での行動(離席、断らずに教室を出る、授業中の無関係な読書、宿題への取り組み等)をターゲットとし、頻度を記録する階層表を作成。教員がモニタし、個別治療時間に状況を当該児童と振り返り、行動修正を図る。
	交換日記	随時				<ul style="list-style-type: none"> ・子ども、セラピストの双方が治療時間の振り返りを書き、大切にされる感覚や一貫した対象がいる感覚をはぐくむ。 ・担当職員との結びつき、個を大切にされる感覚を強める。 ・心理教育的な内容も記載し、治療効果を高める。
	おはなしノート	随時				おはなしの時間(個人心理治療時間)の写真(自分自身や作成したものの写真)をノートに貼って積み重ねていくことで、連続性の感覚や自分が大切にされた感覚、自分を大切にされる感覚をはぐくむ。
6	ロールプレイング		50分	心理療法室	夕方	父親から、心理的・身体的虐待を受けてきた児童に対して、高校進学を希望することを父親に伝える練習を、いろいろなパターンを想定して行った。
	自分史作り			各部屋	夕方	過去の話が次々と出てきて、時間軸に沿って整理できないとき、言語的に扱うだけでは整理しきれないときなど、年表を作り整理する作業を行う。
	三者面談		それぞれ	それぞれ	夕方	目標や動機づけがあいまいな児童に対して、生活担当者と三者で面接を行う。その中で三者共通の目標を立てていく。
8	EMDR	週1回	30~60分	面接室	午前中	眼球運動により、トラウマ記憶を直接扱い、処理していく方法。トラウマ記憶を直接扱うため、開始までの間、かなりの時間をかけて安全な部分を形成していく。また、実施中においても除反応が生じた場合に、種々の技法を応用して、安全にトラウマ記憶が処理されるよう工夫している。
12		週1回	5~10分	居室	日中	居室にて1対1の時間を過ごせると感じてもらえるように関わる時間。居室から外に出る事が体調的にも心理的にも難しい児童に対して折り紙や貼り絵などをしながら、まずはこんな時間もあるよというものを提供した時間となった。
	検討会議	子どもの希望時 月2~3回	15分	会議室	日中	子どもの主訴に関わる相談事に対して、まだ治療者も見立てを立てられない時期。治療者と子どもで議長、書記を決め、少し遊びを取り入れながら検討会議という形で進めた。その中で、ルールを決めたり、約束事を考えたり生活につながる話し合いになった。
13		1ヶ月に1回程度	50分	心理室	通常のセラピーの中	個別SSTの技法を応用して、友達への謝罪、職員に対して頼みごとや意見を言うことなど、子どもが難しいと感じている状況を話し合っ分りやすくまとめ、その解決方法を考える。そして実際どう動くのか、本児とセラピストとでロールプレイをして練習する。
		週1回	50分	心理室	通常のセラピーの中	広汎性発達障害があり、時間の概念があやふやな子どもに対して、出来事の過去現在未来の整理をつけさせることを目的として、日付を書いたカードを何種類も用意し、カレンダーとそれを並べて本児の体験を思い出して語ってもらう。
		週1回	およそ20分	心理室	通常のセラピーの中	性被害を主訴に持つ子どもに対して行っている。他者との距離感が保てず、セラピー中もわざわざ隣に来て身体接触をしていたために、対面法から180度法に椅子の配置を換えた。許容できる範囲の身体接触は可能な限り許容しているが、セラピストの首にしがみついたり、きつく抱きしめられたりするときには、こちらの苦しいという思いを伝えている。
15		週1回	小学生 40分 中学生 60分	面接室	小学生: 学校の授業時 中学生: 下校後の夕方~夜	達成課題を素材に用い、確実な課題の達成を援助する関係の中で、アタッチメントの形成を図る。アタッチメントの修復の手がかりとして用いる。 (対象)・アタッチメントの障害があり、大人との良い関係をもてない子ども ・入所後、早い段階で職員との間でアタッチメントの形成を図りたい子ども

施設名	名称	頻度	時間	場所	時間帯	内容
17	・・ちゃんタイム	週1回	60分	内容による	午後	職員と1対1になれる時間を確保して、その子供が興味を持つ活動を設定する。調理実習、粘土、サイクリング、ドライブなど
18	行動療法 心理教育的援助法	1回/1ヶ月	45分		下校後	課題とフリーの時間を持つ。課題では、日記、作文、学習課題。
23	生活場面面接	必要に応じて	必要に応じて	面接室	必要時	生活場面でのトラブルなど問題発生時に、個別に状況を聞き、問題の整理の必要がある時に実施。危機介入として用いることが多い。
	散歩・サイクリング 買い物	必要と判断したとき	50分以内	園外近隣公園など	放課後	集団生活のしんどさを抱えている時など、セラピーの時間枠の中でセラピストとともに外出し、散歩やサイクリングで気分転換を図る。学園から離れ、1対1の時間を持つことで、対人関係のしんどさや家族関係について初めて語る児童も多い。
24	定式スクイグル	面接数回に1回	5～15分	面接室		スクイグルのはじめの線を定式化(印刷)したもの。1人の子どもの状態変化を追いかけることも出来るし、他の子どもとの比較も出来る。
	E.F.T(T.F.T)	トラウマ想起に関連してポイントで連即して数回	10分	面接室		ツボをタッピング(叩く)させ、トラウマに伴う心理的苦痛を緩和させる技法
	行動療法的技法(行動形成法)	面接中ずっと	60～90分	面接室		グループ治療 ・面接中の行動目標を設定・共有(例:遊びに「入れて」と言う。道具を貸してあげる等々) ・目標行動の出現に応じポイントを与える。不適切行動(他児への暴力・暴言)に対してはポイントを剥奪(ホワイトボードに表示) ・ポイント数に応じてごほうびの選択(トークンエコノミー)
28	SST	月1回	50分	集団プレイルーム、面接室等	授業時間内	一部の高機能自閉症スペクトラム障害の小・中学生を対象にSST(ソーシャル・スキル・トレーニング)を個別で取り組む。
29	お散歩面談					散歩しながら外で面談。時にはピクニックも。面と向かって話すのが苦手な子や、外に出る機械の少ない子に実施することが多い。
	フラワーアレンジ作る面談					プラモデル、工作、手芸、パズル等、一緒に何かを作って、その時間・空間・達成感等を共有する。 面と向かって話すより、何かを題材にした方が話しやすい時、また自己評価の低い子への実施が多い。
	調理面談(お菓子作り)					被虐待児への実施が多い。まずは、食の拘りが強く、そうした部分への安心感などをねらう。
	お茶のみ面談					「ちょっとお茶を飲みながら、のんびり面談しようか～」構えた面談より、少しほぐれた感じ。

表5 入所施設での個人心理治療（利点・困難点・工夫・生活との関連性・位置づけ）

施設名	ア)利点	イ)困難点	ウ)工夫	エ)生活との関連性	オ)位置づけ
1	<p>子どもの状態を24時間把握できるため、情報が得やすい(たとえば対人関係で、セラピーで話している内容と実際に生活場面でのやりとりのズレを認識できる)。</p>	<p>・担当の子どもたちと共に生活しているため、セラピーの枠と生活の区切りが出来ない子どもの対応や、兄弟葛藤のようなものを引き起こすこと ・仲、不仲にかかわらず、担当の子ども同士の関係性が強い場合、セラピストが間に挟まれる形となり、セラピーの進展に影響がある。</p>	<p>・セラピー構造を児童と共有する(時間、守秘義務等)。 ・生活場面で距離をとる(生活の中で話を深く聞かない、危機介入は出来る限り他の職員にしてもらう)。</p>	<p>・セラピーで現実検討を上げる必要性がある場合、非常に有効である。 ・抽象的な会話が出来ない子どもが多いので、実際に生活で起きていることを題材にして具体的な話の中で治療を進めていけるものとして捉える。</p>	<p>生活という集団の規範、生活の自立を目指す中で、個としての関わりを保障された時間と場所、担当を提供できるもの。</p>
2	<p>・中断しにくい(修復の機会がある)。 ・子どもの生活状況がわかり情報が多いため、見立てがしやすく、セラピストに余裕がもてる。面接の目的を共有しやすい。 ・日常と離れにくい(ため、強烈な非日常体験を味わわずにすむ。インテンシブになりにくい)。</p>	<p>・中断の自由が少ない。 ・子どもの生活状況がわかり情報が多いため、その情報に影響を受けやすい。面接室での観察力が鈍る。 ・日常と離れにくい(ため、インテンシブになりにくい)。</p>	<p>・左記のことが起こりやすいことを自覚する。 ・技量の向上 ・面接のプロセスによっては生活場面で他の職員をお願いする場面がある。 ・欲を出さずできることをする(あくらめ)。</p>	<p>・生活場面で混乱しないように、面接構造を調整する。 ・面接のあとに場面を切り替える工夫をする(クールダウン)。</p>	<p>・子どもに対する様々な援助の中の一つ ・日常生活での援助を補い、促進するもの</p>
3	<p>・子どもについての情報が多く得られる。 ・入所していることにより、日常生活のさまざまな場面で配慮して治療的に関わることができる。 ・治療に対する意欲の乏しい子どもに対して、面接以外での関わりを持つことで、安心感を与えたり、面接の継続をサポートすることが出来る。</p>	<p>・子どもによっては生活場面と心理面接の境界がわかりにくく、生活場面で頻りにセラピストに対して関わりを求めたり、セラピストが他児と関わることに反応し、治療関係が安定しない場合がある。 ・年長児になると、他児が面接に行かないと同じように「行かない」と影響をうけてしまうことがある。 ・セラピストと生活場面でも出会うため、心理面接で話すことと生活場面で話すことが同じになりやすい子どももいる。</p>	<p>・心理面接の意味や目的を子どもと確認、共有する作業をする。 ・セラピスト側が生活と心理面接での枠組みの違いをはっきり提示し、日常生活では現実的・実際の枠組み ・ルールを優先し関わる。子どもによっては生活場面で意図的にセラピスト側が距離を置く。</p>	<p>・生活場面は実際に子どもたちがチャレンジする場で、心理面接ではチャレンジしたこと、出来事を子どもと一緒に考え、見つめ、整理する場。その作業を繰り返す中で子どもは成長していく。 ・生活・心理面接での両方の子どもの姿を見ることで、子どもの全体像が捉えやすくなる。</p>	<p>基本的に定着しているサービス。生活・学校・心理面接がある中で、それぞれが子どもに必要で相互に影響を与えており、子どもの成長を支えていると思える。</p>
4	<p>・日常生活の関わり1つ1つを治療の枠組みに入れていくことが出来る(ケアワーカーの関わり1つ1つが治療であり、心理士の役割はケアワーカーとの連携の中で1つ1つの関わりをより治療的にすること、という捉え方をしている。個人心理治療の意味は常に生活場面との対照の中で捉えられ、個人心理治療の中のプロセスのみでなく、日常生活のプロセスを心理士とケアワーカーの協同によって治療的に作用させられるように出来る)。 ・関係調整の難しい家族を子どもとの分離によって整理しやすくなる。</p>	<p>・同胞葛藤が生じやすく、ルールについて常に確認が必要になる(ケースに応じた特別な対応がしにくい)。 ・セラピーの中で行っていることをケアワーカー、学校、他の子どもたち、など説明しなければいけない対象が多く、手間がかかるとある。</p>	<p>・セラピスト内で、子どもに対して葛藤が生じやすい対応をしたときには出来るだけ早く共有しあう。 ・PCを使った記録システムにセラピーの内容や対応を簡潔に書き、ケアワーカーにも周知。 ・心理士会の中でルールを決め、ルールについての考え方の確認を行い、検討を深める。</p>	<p>ア)に記述</p>	<p>・同左 ・二者関係を保障するもの。(生活場面)より深層心理的側面が出やすい場所。 ・施設内の集団力動から自由で個人的心理プロセスが起きやすいところ。</p>
5	<p>・被虐待児について、家庭分離されているため安心、安全な環境を提供できる。 ・家庭分離されているため、治療場面で安心して内的な葛藤、不安、怒り等を表出しやすく、トラウマの取り扱いが可能になる。又、一時的に不安定になった場合も生活指導や学校教育との連携によりケアできる。 ・生活指導、心理治療、学校教育の3パートが一体となって対応するため、特定の場面に限定されない子どもの姿が分かり、よりきめ細かな心理治療が実施できる。</p>	<p>①セラピストが生活指導にもあたるため、個人心理治療場面の受容的な対応と、生活指導場面の危機介入的、行動修正的対応を使い分けなくてはならない。 ②集団内で、同一の治療担当職員を巡って、嫉妬が生じるなど、個人心理治療のみの場合よりも複雑な人間関係が生じる。</p>	<p>①同一職員でも場面ににより役割が異なることを予め伝えておく。生活指導の時にはジャージに着替えるなど、視覚的にも役割の交替が分かるようにし、そのことを事前に伝えておく。 ②場面治療により可能な限り個別にも対応している。</p>	<p>個人心理治療でトラウマを扱った際、生活場面でも不安定になるかもしれないことをセラピストが申し送り指導担当職員に伝えることで、子どもに対して一貫した理解、対応が出来るようにしたり、生活場面でフラッシュバック、睡眠覚醒の障害などについて報告を受けたセラピストが、背景にあるトラウマについて個別治療時間にケアしたりなど、生活場面と個別治療時間は相補的な関係にあると考えている。個人心理治療で怒りを扱う方法を担当セラピストと相談し、生活場面でも指導担当職員の協力のもとにそれを実施したりなど、チームでの一貫性のある対応に心がけている。</p>	<p>個人心理治療は、集団を離れて個々の課題に取り組んだり、家族再統合の上での課題(又は家族からの自立)に取り組んだりする時間であるが、心理治療時間は週1回40分にすぎず、圧倒的に多くの時間を子どもは学校、寮で過ごしている。全ての基本になるのは生活そのものであり、生活が安定しなければ効果的な学習も心理治療も成立しない。児童指導、心理治療、学校教育の3パートが連携し、各場面での子どもの表れについて情報共有しながら対応できるよう、申し送り(毎日)や処遇検討会(毎週)を重視している。総合環境療法における心理職員(セラピスト)の役割として、セラピストは個別心理治療と子どもの支援に関わる連絡調整を主な業務としており、宿直勤務も行い生活場面にも関わっている。多職種によるチーム支援の中でのセラピストの役割として、“その子どもがどんな子か(どの程度の発達段階にあるか等)、今何が起きている、それをどう理解すればよいのか”などを的確に捉え、他のスタッフに伝えていくことが重要と考えている。</p>

施設名	ア) 利点	イ) 困難点	ウ) 工夫	エ) 生活との関連性	オ) 位置づけ
6	<ul style="list-style-type: none"> 子どもが自力で来談できる。 キャンセル、拒否があっても対応でき(生活で)、中断をふせぐことができる。 セラピー場面だけでなく、多面的に子どもを見れ、理解できる。 親子関係の難しいケースの母子分離が可能となること。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活でのトラブルを直接扱える利点もあるが、日常を共にすること 担当児同士が知り合い 一般の環境に置かれた時の様子がわかりにくい。 母子関係の調整が難しい。 親子関係の難しいケースの母子分離が可能となること。 生活担当との役割分担が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の中でセラピスト内外の区切りをつけ、セラピーの時間は、あなただけの時間という姿勢をもつこと 生活場面で所属するユニット以外の子どものセラピーを担当する。 生活担当とよく話し合い、親面接にも一緒に加わる。 	<p>生活と心理が相互に関わりあいがら子どもが変化していく。そのため、生活担当との話し合い、方向性の一致は不可欠。</p>	<p>日常生活の中では扱えない、子どもの内的世界を扱う場であり、重要な支援の1つ。1対1の関わりを与えられる場でもある。その中で、じっくり自分と向き合っていくことができる。</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> 児童の日常生活を知ることが出来、心理治療の影響や日常生活からの心理治療への影響を観察できる。 児童の心理的状態を把握しやすく、先の見通しや行動の予想が立てやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理治療場面と日常生活場面が近いと、児童が気持ちを切り替えていく時間的・空間的余裕に乏しい。 心理治療に対する児童の動機づけが乏しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理治療に来談する際には、児童は一旦施設の建物から出て、別の入り口からセラピーに来るようにしている。 セラピストが生活場面に入る際、セラピー担当児童に出来るだけ出会うように工夫している(女子棟のセラピーを担当するセラピストは男児の生活を見る等)。 インテーク面接時にセラピーの目的をわかりやすく伝えるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理療法場面で起こったことが生活場面に持ち込まれた際にも、セラピストと生活指導員とが連携して治療的関わりを提供することができる。 	<p>心理治療構造という枠の中でしか扱うことの出来ない児童の心の問題に取り組む役割を担う。</p>
8	<ul style="list-style-type: none"> 24時間体制で児童の様子を観察できる。 状態の変化に、即対応できる。 設定時間外でも関係を持つことができる。 	<p>生活空間と治療空間が、物理的・心理的に近く混在しているため、心理治療と意識を対象児童が持つにくい。</p>	<p>心理治療の必要性、児童が抱えている問題を、面接などを通じて明確に伝えるようにし、治療動機を高めている。</p>	<p>心理治療者が生活場面に関わることは極めて大切であると考え。閉鎖的・構造的な心理治療場面では見えない側面が見えたり、形成できない関係が形成できるから。</p>	<p>各児童が安全で安心できる生活がなされた上に、個人心理治療が役立つと考える。従って、児童の生活の質が良好に維持できるように、心理治療者は生活場面に積極的に協力するのがよいと思う。</p>
9	<p>拒否→自然消滅的終結がない。自らの意思が尊重された治療となる。</p>	<p>生活場面とセラピー場面の枠の線引きが明確にならないで曖昧になりがちなきがある。さきまで外でやっていた遊びの続きをそのままプレイルームで行うなど。</p>	<ul style="list-style-type: none"> セラピーの深まりの期待をある程度捨てる。 生活場面では体験されることがない。鉄のような存在のセラピストとしてあり続け、枠の線引きをセラピストの態度によって明確にする。 	<p>ケースによって、セラピーは非日常的だと強く感じていることもあれば、そうでない子もいる。そのため、あまり意識していない子は、より生活場面の情報を利用して関わられる便利な状況であり、重要なものであると考えている。</p>	<p>1週間の生活体験の位置づけを行う場だと捉えている。過去・現在・未来をセラピーによって位置づけていく。治療の99%は生活で行い、残り1%のセラピーで位置づける。1%がなくては完成しない存在。</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面の情報量の多さ 面接だけでは見られない部分もわかる。 セラピストが1人で診るのではなく、チーム治療を背景に治療できる。 定期的な面接に加え、状態の急変等に速やかに関われる。 	<p>セラピストが生活場面でも子どもと関わるため、そこでの関係と面接場面での関係とがお互いに影響し、関係のとり方が難しくなり、面接の拒否があったりする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 面接における約束事を確認したりして、治療の責任者であることを理解してもらおう。 生活場面においても粘り強く対応する。 セラピスト側がスーパーバイズを受けることで関係性を見直す。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面で見られる問題を面接場面で扱え、早めの介入、対応ができる。 生活場面も観察できることにより児童のニーズに合わせた治療目標が立てやすくなり、治療方針の検討や効果を見ることが出来る。 	<ul style="list-style-type: none"> 大人との安全な関係が取れたり、1対1でしっかりと相手をしてもらえる時間 生活とは異なる空間で自己を見つめる場
11	<p>生活場面や学校(分級)場面での子どもの様子がわかるため、個人心理治療で行った作業が現実場面での試行錯誤にどれぐらい繋がっているかがわかったり、成果を出しているのかを確認できる。逆に、生活場面や学校場面であった客観的事実を把握できるため、それをその子がどんなふう体感しているのかということも知ることができ、それを個人心理治療に生かしたりする。※治療の循環性あるいは双方向性</p> <p>また、子どもにとってデリケートなテーマに触れたときの揺れを安全に抱えられることも利点である。</p> <p>さらに適時性として、生活場面での体験について臨時面接を実施するなど、タイムリーに扱える。</p>	<p>セラピスト自身が子どもの生活場面に入ることが多いため、上記の利点の裏返しとして、現実場面での様子をセラピストに見られたり、知られたりすることなどの透明性が治療的な抵抗に繋がるケースがあったり、セラピストの方も生活場面で注意、叱責などの指導を行わなければならず、あるいは、セラピーで話すような内容のことを生活場面でやりとりしようとするなど、治療的な枠組みや構造の保持が難しいと感じるセラピストもいる。</p>	<p>セラピストが担当の子の生活場面で直接叱責などの厳しい指導を受け持たないよう、できるだけ他の職員がその場での指導にあたるなど、職員間の連携によってカバーしている。</p> <p>しかし、多くのケースでは子どもたちの方でセラピストを生活場面・個人心理治療場面とで分けて見てくれていて、個人心理治療が成り立たなくなることはない。逆に、生活場面でのことをうまく心理治療に取り入れるなどの工夫をしたりしている。</p>	<p>左記、ア)で記述した通り、生活場面は、個人心理治療場面で子どもが紡いだ細い糸を、現実の対人関係や物事の解決の仕方を学んだりする中で、よりしなやかなものに、あるいは切れないように補強していく場であり、逆に、個人心理治療場面は、子どもたちが生活場面で問題行動などで表現している様々な物事に対する誤った信念や他者に対する不自由なパターン、クセなどを扱う場であると考えている。</p> <p>また、生活基盤の安定なくして、心理治療の成立はないということは言うまでもない。</p>	<p>情短と一口に言っても、どんな子どもが入所しているかによって、それぞれの園の様相は異なり、個人心理治療の位置づけ一概には言えない。何であれ、その子どもに対してその治療が効果があるということが大切である。しかし、何をもって効果があるとするかということは課題である。情短は在園期間の長短はあれ、その子の人生の中の一部の通過施設である。在園中には効果がなかったと思われたような場合でも、その後の波の中で、振り返る基礎が情短であったとしたら、それは効果があったとしてもよいと思う。そしてそれは、生活でも個人心理治療でもグループ活動でも何でもよい。それがつまり情短の中の個人心理治療の位置づけだと思ふ。当園では現在のところ、個人心理治療は園の入り口から出口まで一貫してなされる骨組みであると考えている。今後、治療メニューの拡充を図るとともに、その位置づけを検討する。</p>

施設名	ア) 利点	イ) 困難点	ウ) 工夫	エ) 生活との関連性	オ) 位置づけ
12	<ul style="list-style-type: none"> 生活状況が把握しやすい(生活・学校場面など)、その子の全体像が分かりやすく、フィードバックしやすい。 ある程度生活が守られた環境にあるため面接での変化が分かり易い。 定期的な治療を継続して行うことができる。 日常を支えることにつながる話題を扱える。 担当セラピストの面接だけでなく、生活の全てのスタッフが子どもに寄り添い支えてくれていること。 	<ul style="list-style-type: none"> 面接後に子ども達に会うと甘えが出やすく対応に困る(生活場面・面接場面の切替が難しい)。 治療に対する動機付けの維持が難しい。 担当児童に対する思い入れが強くなってしまいがち(無意識に)。 面接と生活把握の切り替え(治療者側の)が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面では「みんなの先生」で個別面接では1対1で関われることをしっかり伝える。 職員間で話をするなどしてクールダウンしてから面接に臨む。 事あるごとに何のために入所しているのか、課題は何なのかをお互いに確認する。 セラピスト以外のスタッフとの連携 子どもの見立てをその都度行うように心がけている。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面ではある程度、集団として決まり(枠)があるため個別にじっくりと関わりづらいが、個別面接ではその子と1対1で特別な時間を確保しやすい。そのため子どもも安心して遊んだり甘えたりできる。 生活として心理治療双方にフィードバックしやすいなどプラス面が大きいように思う。 生活につなげていく、育てていくための面接 	<ul style="list-style-type: none"> 基本は生活場面で生活すること。その中で個人心理治療は子どものそれぞれの発達課題に取り組みやすい場面だと考えている。 生活場面が集団の力動を開いた治療である一方で個人心理治療は1対1という人間関係の最小単位での関わりを用いた治療であり情短の中での治療構造の大きな柱になるものだと考える。 集団につながる前の基本的な指標を確かめる場として。 生活で子どもたちが抱えてきたものを全て解き放つと子どもたちも安定した生活が送れない。それを面接に集約させてあげること、抱えてきた問題を扱ってあげることができる。
13	<p>生活の状態に即したセラピーが行え、とくに子どもが問題行動を起こしたり、精神的不安定を呈したときなど、直接処遇職員の指導と運動した形でセラピーができること。また、セラピーへの拒否に対してその時々々の状態に応じた関わりをすることで、出来る限り中断とならないよう工夫している。また、セラピー以外の場面で子どもの様子を見ることができ、子どもの状態を多面的に眺めて、その上で柔軟に治療に取り組むことができることや、外的な影響を受けずに、日課の安定した中で治療を継続しやすいことも利点と考える。</p>	<p>セラピー以外の生活場面でも関わるが多いため、担当している子どもと日常的に顔を合わせる機会がある。そのため、子ども(特にセラピー担当児)の生活空間を侵入することになり、適度な距離を固めることが難しく、セラピーの特殊性が低くなってしまいがちなところがある。また、プレイルームが生活等に近しいという位置関係もあるが、セラピーでの非日常を生活棟へ持ち帰ってしまうことがあり、セラピー後に不安定を呈したり、他児とトラブルになったりする子どもも少なからず存在している。</p>	<p>セラピーが特別な場面であることを定着させるために、「この時間はあなただけの時間」、「セラピーでは何をしてもいい」「秘密は絶対に守る」などの声かけを意図的に繰り返している。また、退室時にも、これから日常生活へ戻るということを声に出して伝え、その境界がはっきりするように気をつけている。幸いといっていいかわからないが、今年度より、フロアの夜勤業務から離れたことで、子どもとの距離感に悩むことは若干少なくなった。</p>	<p>生活場面で落ち着きのない子どもやルール破りの多い子は、セラピー場面でも落ち着きのなさや枠破りが多いように感じている。子どもによっては心理室はまったく別空間と認識し、生活場面で沸き起こった感情を出さないものもいるが、セラピー場面は日常からまったく切り離されたところに存在しているのではなく、生活場面で地続きのものとして捉え、セラピーで自分の気持ちを発散させたり、適切に感情を表現する方法を学んでもらえばと思っている。</p>	<p>まずは生活があり、安心できる環境の中で、基本的な生活習慣を身につけてもらうことが大事だと感じている。その上でセラピーがあり、安心できる大人の人と特別な場所・時間で個別に関わる過程を通じて、少しでも自己肯定感や大人に対する基本的な信頼感を培うことが出来ることが目標であると考えている。他には、セラピストという立場でまた違った視点でアプローチしていき、直接処遇職員と共に入所している子どもの問題や課題の解決・克服の一担い手になることを意識している。</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> 生活を通して情報が得られるので、面接と生活とのギャップについて総合的に判断できる。 治療関係がこじれた場合に打開しやすい。 生活療法と呼ばれる関わりが可能である。解離性フラッシュバック時のタイムアウト、余暇時間を利用した集団面接等 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面に密着しているため、表出される内容も現実的・表層的なものになりがちである。 生活場面においても児童はセラピストとしての対応を期待しているため、双方が混乱することがある。 	<p>セラピストが場面に応じた関わりを継続することで場面(対象)恒常性が保たれるように心がけている。</p>	<p>左記のとおり</p>	<p>心理治療の核となるものであり、セラピストとしてはいわゆる心理主義的な対応をしている。即座に行動変容につながるものではない。生活場面ではその他のアプローチがある。</p>
15	<p>子どもの日常生活の様子がわかりやすい。このため、①アセスメントがより的確なものになる ②治療の成果を確認しやすい ③日常生活の中で生じるトラブルに治療的に介入することが出来る などの利点がある。</p>	<p>入所施設の場合、セラピストも交代勤務の中に組み入れられる場合が多く、個人心理治療と、それに付随する業務に当てられる時間が恒常的に不足する。</p>	<p>現状では、解決方法がなく、超過勤務により対応している。</p>	<p>生活場面とは切り離された時間としているが、子どもが抱えている問題を扱わないわけではなく、直接課題にしてカウンセリングを行うこともある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①子どもが抱えている主要な問題に焦点を合わせた関わりを行う場 ②アタッチメントの修復など基本的なケアの契機となる場 ③子どもを専門的かつ総合的に理解する役割を持つ場
16	<p>児童の状態の変化にすぐに対応することができる。詳細な変化に対して直接的な情報を入手できる。</p>	<p>治療者自身が「自分が子どもの生活場面に近いところにいる」ということに抵抗感を感じている。</p>	<p>子どもとの距離を適切に把握していく方法を各自工夫して身につけること</p>	<p>治療場面では得られない情報を得ることができ、場面での違いによる子ども自身の対応のギャップがあれば、それを貴重な情報として生かしていける。</p>	<p>個人の心理治療がうまく機能していくことにより、子ども自身のことを捉え直すことが可能となっていく。</p>
17	<p>時間の設定の融通が利く。生活場面の様子を観察できる。</p>	<p>生活指導を一緒に行っているため厳しい対応もしなければならぬ。</p>	<p>役割分担をと考えているが難しい。</p>	<p>日常場面でのトラブルに介入できる→その場で振り返りができる。</p>	<p>人間関係を作るうえで重要な役割をはたしている。</p>
18	<p>心理以外の場面での情報を得やすい(生活の様子)。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 保護者が問題意識を持ちにくい。 治療の終結と退所が必ずしも一致しない。 距離の取り方、役割。 	<ul style="list-style-type: none"> 保護者との面談。 行事などで施設外に出て行く。 児相との連携。 アフターケア 	<ul style="list-style-type: none"> 子供の背景を知る意味で必要な関連と考えます。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面での安定の上で心理療法が良い影響を及ぼしていく。
19	<p>子どもの他の場面の様子も見る事ができる。</p>	<p>子どもの現実場面の姿に、特に処遇困難な子どもの場合には振り回されやすくなること。</p>	<p>場所や時間などの治療構造を出来るだけ守るようにはすること。守れない場合は、心理治療の基本を絶えず念頭において接するようにすること。</p>	<p>生活場面が基本であるので、治療場面のみが遊離したものにならないようにしたいと思う。治療場面で見せてくれた子どもの一面も生活場面に伝え、子どもの理解を共有できるようにすることも大切だと思っている。</p>	<p>個人心理治療場面は、施設の中で主体的になれる大事な場面だと位置づけている。大人に振り回され、情短にたどりついた子どもたちの主体的な表現を援助し、受け止めたいと思う。</p>

施設名	ア)利点	イ)困難点	ウ)工夫	エ)生活との関連性	オ)位置づけ
20	<ul style="list-style-type: none"> 面接時間だけでなく、生活全般を毎日観察できるので、子どもの様子がよくわかる。 キャンセルがほとんどないので、継続性が保たれる。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面にセラピストが介入することもあり、生活場面と面接場面の使い分けに悩むことがある(実際は子どものほうがちゃんと区別している)。 子どもが打ち明ける「秘密」の取り扱いに迷うことが多い。 子どもどうして面接の内容(どんな遊びをしたかなど)について情報交換がけっこう行われている。 	<ul style="list-style-type: none"> 心がまえて工夫している。 秘密の取り扱いについては、まずセラピストで十分検討して対応を考える。 「おはなしの時間」になにをして遊んだかくらいはその子が嫌でなければ話してもいいが、話の内容などは話す必要はないし、話したくないことは話さなくていいよ、と子どもにオリエンテーションしている。 	<ul style="list-style-type: none"> つながっているようであり、別々のようであり、心理治療の場面では、セラピストと関係がとれて治療が進んでいるようでも、現実の生活場面では問題が続いて、これでもいいのだろうかと思ってしまうことが多い。 セラピストの役割は、直接的に治療を進めることはもちろんだが、子どもの行動の意味を考え、見立てをケアワーカーと共有し、生活全般が治療的であるように整えていくことでありたいと願っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活の一環としてのセラピーであり、ご飯を食べるのが当たり前のように、週に1回は1対1で過ごす「お話の時間」がある。特別なことは起こらなくても(起こることもあるが…)、その時間があることで少しでも子どもの生活がうまくいってこれればいいと思っている。
21	<ul style="list-style-type: none"> 施設という枠組みに子どもも職員も守られ、治療に取り組める。 治療途中の治療抵抗等、重要なポイントで来園しなくなるということがない。来園しなくてもスタッフ同士が連携して継続治療ができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 現実の葛藤場面から離れて生活しているため、問題に直面するのを避けたり、扱いにくかったりすることがあり、問題の解決が先送りになることがある。 家族が子どものいない生活に安定してしまい、子どもの居場所がなくなったり、復帰後に問題が再発したりすることがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 現在感じている困難点であるため解決することは出来ないが、家族療法の充実とともに葛藤場面に直面させるため試験登校や帰省を必要に応じて有効に組み入れる。 	<ul style="list-style-type: none"> 当園では、セラピストは個人心理治療に重点を置いており、時に生活場面で関わることも指導的立場とはならない。生活場面での情報は毎日確認し、必要に応じて子どもの状態や言動の意味づけを行い共通理解して関わるよう努めている。心理治療場面で起こったことが生活場面に影響したり、その逆もあり、全職員が子ども全体を把握し、役割分担してアプローチできる。 	<ul style="list-style-type: none"> 近年、愛着障害の子ども達が増えている。基本的に必要な1対1の二者関係を築いていくためにも個別の関わりが重要であると思われる。現在、生活の中の心理治療ということでセラピストが生活指導部職員とともに生活場面で勤務しているところが多いが、当園では保育士や指導員が充分生活の中での心理的ケアは行っており、セラピストは本来の構造化された専門的な個別ケアの充実を力を入れることが重要であると考えている。個人心理治療では、子どもの内面の適応状況を把握しアプローチし、生活場面では社会性など集団の中での適応状況を把握しアプローチする。お互いの情報交換で子どもの全体像を把握し役割分担して関わっている。
22	<ul style="list-style-type: none"> 生活担当と連携して、発達促進的に援助することが出来る(生活の情報をもとにセラピーを組み立てることも可能)。 	<ul style="list-style-type: none"> セラピー場面と生活場面の両立(セラピストも施設の職員として「いる」という事実) 	<ul style="list-style-type: none"> 出来る限り生活場面に関わらない(現時点では食事への参加、日常会話、行事への裏方参加、管理宿直にとどめる) 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面でセラピーの中で起こっていることの理解の材料に出来る セラピーの中で起こっていることを生活担当と共有する 以上よりトータルな援助につなげる。 	<ul style="list-style-type: none"> 情短という一組の車の片輪。もう片輪は生活。同じ大きさでないと前に進まない。子どもの心の成長を促進させる専門的関わり。
23	<ul style="list-style-type: none"> 家族関係や生活・学習状況、特に対人関係の有り様などを全体的に把握した上で、治療を行うことが出来る。 タイムリーに支援が行える。 	<ul style="list-style-type: none"> 行事やグループ活動、受診などがあり、定期的な治療時間の設定が困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 年間、月間、週間予定表を作成し、治療スケジュールが他のスケジュールと重ならないよう配慮している。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面との連続性が必要なケースもあれば、生活場面と一線を画したセラピーを要するケースがある。 近年は、生活場面での対人関係の問題がそのままセラピー場面に持ち込まれるケースが増えており、より関連性が高くなっている。 生活場面でのストレスが、個人心理治療場面で表現されることがしばしばある。生活場面の状況を治療者が把握しておくことと児童の内面的状況も把握しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 外的適応を促す生活指導・教育を補完し、児童の内面的適応や個人的・家族的課題に取り組むための重要なアプローチと考える。
24	<ul style="list-style-type: none"> 治療時間の確保とスケジュール調整が容易である。 	<ul style="list-style-type: none"> セラピストは生活場面の中にもいて、やり取りがあるので、入所の場合、生活場面と切り離して個人心理治療場面だけの関係を考えているというわけにはいかない。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人心理治療開始にあたっては「治療時間内のことには治療時間内におさめる」という考え方を児童と共有するようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人心理治療自体が重要というわけではなく、後の23時間も心理治療的な意味合いをもつものと考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人心理治療を行うことがすぐに生活場面の児童の行動に影響するということではなく、切り離したものと考える必要あり。そのことは他の職員にも理解を図っていく必要がある。単純な意味づけして、施設の中で大人と2人きりの時間を共有できるのは、個人心理治療の時間だけといえ、その意味で重要。
25	<ul style="list-style-type: none"> 生活の様子が把握しやすいため、面接時の反応が何を背景にしたものか推察しやすい。また面接で垣間見る心理状態について生活担当職員へフィードバックするなどの連携が図りやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理職員、生活指導職員共に同一職員集団であり、子どもにとって現実場面(生活)と非現実場面(心理面接)の切り替えが難しく、防衛の高い子は心を開きにくい面がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 子どもの生活からできるだけ距離を置いている職員が心理治療担当となるよう努めているが、小規模な施設にあって担当の割り振りは決して容易ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ア)でも述べたように、役割や方法は論は異なっても子どもと家族の自立と安定について目指すところは同じであり、密な連携が不可欠である。施設の利点を活かし、水面下での情報交換と連携は有益と考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理(療育)、生活(養育)、学校(教育)の三本の柱の1つとして重要であると考えている。
26	<ul style="list-style-type: none"> セラピストが直接生活場を観察できるため、アセスメントがしやすい。また、集団力動の中での児童の状況を把握できる。生活場面もセラピストが知っていることによって、本音と本音の交流、独特の交流が生まれる。修羅場を共に越えてきた中で信頼関係が生まれてくる。そのようなことがアタッチメントの再形成には有効なものではないだろうか。また、生活担当職員、看護師、医師、教師など他職種との連携がとりやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面において子ども同士がセラピーの内容について話すため、他児のセラピー内容に、良くも悪くも影響を受けやすい。また、特別扱いすることが難しい。 生活場面でのセラピストの指導的な関わりがセラピーに影響したり、担当セラピストが宿直などで生活に入ったとき、子どもが混乱し、問題行動につながりすることがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 宿直など、直接的な処遇に入る際は、担当児童との関係を考慮に入れたシフトをお願いしたりしている。 また、定期的にスーパービジョンを受けることで、自己研鑽を積んでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活担当者との連携が重要である。生活場面と無関係のところセラピーが進むことはありえない。子どもの見立てにおいて、共通理解を得、共通の見立てのもとに援助方針を立て、支援していく。個人心理治療が生活に活かせるよう、配慮することが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> 行事やグループワーク、スポーツ指導などと同じように、生活の中のプログラムの1つではあるが、個別に関わる時間の確保(同じ人が、同じ場所で、同じ時間に、という一貫性のある関わりができる)という、ひとりひとりにとって、特別で大切な時間であると考えられる。

施設名	ア) 利点	イ) 困難点	ウ) 工夫	エ) 生活との関連性	オ) 位置づけ
27	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活場面や学校場面における適応状況や問題行動を把握しやすい。 他職種との連携により、多角的な視点から児童を把握し、効果的な援助に結びつけることができる。 治療が中断するケースが少なく継続した関与がしやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活空間・学校・治療空間が近接しているため、狭義の心理治療の枠組みが機能しにくい。 治療最終の基準が明確ではない。 児童同士の関係性が心理治療場面に持ち込まれやすい(「あの子はこんなことしてもらっているのに!」「セラピーに行ったら仲間外れにされるから行かない!」など)。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所施設という性格上、上記の困難点を考慮に入れた上で援助をしていくものと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 児の状況や課題を把握して、援助方針を共有し、必要に応じ役割分担しながら有効な援助を行っていくのが理想。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的には個別にケアする時間・空間を保障する場だと考えている。
28	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面の状況を踏まえた上で、子どもの状態、状況により必要に応じてセラピーを実施できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所児については、施設外学級に通学しているため、交流授業等の関係で授業時間内にセラピー時間を確保、調整することが難しいことがある。また小学生については、セラピーの都度学校への送迎をしなければならない。またセラピストが生活場面に介入しなければならない場面も多く、治療構造の維持や、セラピストとしての役割を一貫して取ることが難しい局面もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常的に学校との連絡を密にしている。また1限目の授業時間をできるだけ活用する。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面で禁止、制止など指導することをできるだけ回避するため、入所児を担当しているセラピスト(常勤)はできるだけ生活場面に出入りするようにしている。そのため引継ぎを含め、指導担当の指導員、保育士との情報交換が不可欠となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 発達障害(とりわけ高機能自閉症スペクトラム障害)や被虐待児の入所児童が非常に増加してきており、情短施設での心理治療はますます必要不可欠なものとなってきている。ただ自閉症スペクトラム障害や被虐待児に対する有効な治療技法が確立されておらず模索中の状況であり、SSTの試みなどもしているが、具体的な治療技法についての研究、検証が必要であろう。また被虐待児については家族統合に向けての治療プログラムやペアレントング技法などの検討も必要であろう。
29	<ul style="list-style-type: none"> 何とんでも、生活全般に入ることで、生活の中に色んなものが見えてきます。 生活に関わりながら、子どもの変化や治療状況を細かく確認し、直接的な治療ができる。 もしかしたら外来治療よりもキャンセルは少ないのかもしれない。病院を転々とすることもないので。 日頃から関わることで、変化等が観察しやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係性(指導もしながら心理治療することの限界はあるかもしれない。) 担当制なので、担当の子を背負い他児との力関係が働く。 退行、転移、試し行動が直接向けられ、受け止める負荷が大きい。 セラピスト自身が視野狭窄に陥りやすい。 その子自身の「困り感」や治療への目的意識が不足しているように感じる。客観的に見るのが難しい。特に担当児童の場合、その子が問題行動を起こした直後に、プレイセラピー的なことをするのは、引け目を感じる。 日常生活の延長になってしまい、切り替えができない(例、指導後など引きずりやすい)。 	<ul style="list-style-type: none"> 「面談は、誰も邪魔できない特別な時間なんです」という枠組みをきちんと示すこと。心理担当の配置の工夫。 施設内外で定期的にスーパービジョンを受ける。チームで他職種と連携する。 問題行動の介入は、面談の時間でなく、生活の中で行う。 常に、その子の課題を念頭におく。ケースワーク生活担当職員との話し合い。 他の職員に入ってもらい、切り替えてもらう。 	<ul style="list-style-type: none"> 心理的面接の中で繰り広げられている(特に退行など)場面を日常生活場面で出てしまうことが多い。運動していることが多い。 生活場面は実践治療、個人心理治療は、守られた空間の中でのリハーサル。心理治療が進めば実践治療に近づく。 生活場面の延長になりつつあると思う。生活場面での心理治療が一番大切なのではと考えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 割合で言うならば、「生活あつての心理だと思う」。その子を支援するほんの一部分の方法とみでは。 生活の中の治療がメインディッシュであるが、それを支えるのが個人心理治療と思われる。 個人心理治療が有効か必要かの見極めと、どこをねらって治療するかをある程度明確にする。心理治療よりも生活、集団活動が優先される子に対して、どんな課題があり、今どの段階が見極めていくこと。 「情短」であるからこそ、入所児童には必ず行い、治療の一部にしなければならぬのではと思えます。
30	<ul style="list-style-type: none"> 行動療法的アプローチを実施する場合に確実に協力を得られること、児童の経過について常に把握出来る。 面接が必要と思われる時にタイムリーに対応しやすい。 信頼関係が生活場面を通して構築し得る。 	<ul style="list-style-type: none"> 侵襲性の高い心理療法や検査を行っている児童に対しては生活場面で継続して関わる必要がある。 児童から守秘義務を守っていることを理解してもらいにくい。面接で人に知られたくない事を話した場合に児童指導員に直ぐに知らせているのではという心配をさせてしまう、もしくは知らせていると思われ話してもらえない場合がある。 個人治療場面と生活場面での関わり方の切り替えがTh・児童ともに困難。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面に関わる職員に関しては侵襲性の高い心理療法・検査は実施しない、もしくはある程度生活場面から時間的に間隔を置けるときに実施する。 守秘義務に関しては個人療法開始時に毎回伝える。どうしてもDr・児童指導員に知らせなければならぬことに関しては児童の了解を取る。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人療法では、生活場面では許容されないような未分化な感情表出を分化させ、建設的な方向へ向かわせることを目的に遊戯療法を実施。児童の感情が建設的な方向に向かい、徐々に生活場面の友人関係を楽しめるよう支援したいと考えている。 また、言語表出を苦手としない児童に対しては面接を中心に実施し、生活場面では中々時間をかけて触れることのできない、家族や生育環境への想いについて話す時間としたいと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活全体が治療であると考え、生活場面以外の左記(エ)に記した面で支援したいと考えている。

表6 引きこもりの子どもなどと比較して、被虐待児を対象としたときの個人心理治療の困難点、工夫、個人心理治療を実施しない場合の理由や意図

施設名	2. ア) 困難点	2. イ) 工夫点	3. 実施しない場合の理由や意図
1	<ul style="list-style-type: none"> 関係性のとりにくさ、特に1対1の関係で強い緊張を示す場合 虐待体験の取り扱いと時期 	<ul style="list-style-type: none"> 侵襲的にならないように配慮する。直接的な関わりを避け、何かを媒介していく。 退園の時期を見据えながら、時期的に取り扱えないテーマであれば現実的な適応を優先するように心がける 	
2	<ul style="list-style-type: none"> 激しいアクティングアウト 激しい攻撃性 激しい感情の高ぶりと切り替えの悪さ 生活場面への波及が大きい。 同胞葛藤(同じ担当セラピストの担当児童が面接の内容を競うこと)が多いと予想されるがあまり困難は感じられない。 1対1になれない 密室に入れない 空虚な感じで関わりツールが見つからない (今後)異性の治療者と密室で過ごすことで、性にかかわる問題が起きやすいおそれが予想される(性的虐待など特に)。 	<ul style="list-style-type: none"> 面接構造の工夫・クールダウンなど 横並びの活動をはさむ。 面接室を利用しない。 ツールが芽生えるまで待つ。 (性的問題に関しては)チームで役割を分担する。 	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に枠を定める必要がなく、子どもが必要なときに求められるくらい育っている場合 子どもの病理が重すぎて、面接が侵襲的になる場合 子どもが拒否するとき(中断) 日常生活での関わりで充分関係が安定しているとき 個人心理治療よりも他の活動が子どもにとって比重が大きいとき 問題行動が多発したり状態が悪くなっているとき。日常生活での関わりを重視するので、個人心理治療はしない。
3	<ul style="list-style-type: none"> 適度な対人的距離をとることが難しく、トラブルが絶えない。 ストレス耐性が弱く、行動化(暴力暴言自傷等)しやすい。 自己評価が低く自暴自棄になりやすい。 	<p>行動化については、施設として明確な枠組みをもって一貫した対応をする。</p> <p>子どもの言動について、ケースカンファレンスや、担当指導員との連携、セラピスト自身のスーパーバイザーとの相談等を行うことで、客観的に振り返る機会を持つ。</p>	<p>基本的に心理面接がなくなることはない。ただし、子どもの側に面接に臨むエネルギーがない、生活場面での行動化が激しく落ち着かない等の理由があってむかえない時はその子どもとの間で一定期間セラピーを休む取り決めをすることがある。</p> <p>その際、子どもとセラピストの間で休むことの理由や意味を明確にしている。</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> 枠がずしが激しく巧妙 まとまった流れ、継続したプロセスになりにくい。 二者関係そのものに入りこく、直面化から逃げようとする傾向が強い。 暴力的、破壊的傾向強い。 被保護感が薄い。 対人関係を支配—被支配の関係にしようとする傾向が強い。 	<ul style="list-style-type: none"> 施設内で統一された枠組みをもつ。 ケアワーカーにセラピーへの促しをしてもらう。 受け止め、向き合う。場合によっては切り込む(言語的介入、意味を問う)という姿勢。受容に促われすぎず受け流さないようにする。 	<p>一時的にセラピーにこられなく場合がある。来れていない場合も、ケアワーカーを通じたり、日常生活場面でセラピー担当者として関わりは続ける。</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> ①治療時間の拒否、引き延ばしなど、治療構造自体への抵抗やテストが生じがちである。 ②セラピストが逆転移感情を喚起されやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ①導入時に、予め治療構造、限界設定を明確にする。 ②上司からのスーパーバイズを受けたり、同僚とのシェアリングをまめに行うことで、自分の中の陰性感情に気づき、安定感を持って子どもに対応できるようにする。 	<p>(全ての入所児童に個人心理治療を実施している。)</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> 信頼関係が築きにくく、枠が保ちにくい。 セラピストが無力感を持ちやすい。精神的にダメージを受ける。 表現してくる攻撃性が受け止めがたい。 生育歴をとりこく。 本人が成長しても、家庭環境を変化させるのが難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> セラピスト側が枠を保ち、見ている・待っていることを伝え続ける。 直接的な攻撃性を象徴的表現へと変えていく。 関係機関と連絡をとり、情報交換する。 	<p>全員実施</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> ラポールを形成するまでに時間を要する。 時間枠や怪我をすることをしない等治療構造(ルール)の共有が困難である。 	<ul style="list-style-type: none"> 児童の生育歴を考慮してセラピー担当者を決めている。 ラポール形成までの時間がかかるものであるとセラピストが自覚しておくことで、逆転移感情の気づき、治療的関係を保てるように留意している。 スーパーバイズや心理士間のカンファレンスを活用し、担当心理士が上記困難点を児童の特質として理解し抱えていけるようにしている。 	
8	<p>活動性が高く、攻撃性があり、さまざまな不適応を示すため、全般的に対応が困難と思える。それらの不適応が集団化した場合、一層対応が困難である。例えば、他者への暴力、集団いじめ、性的行為、万引き、器物破壊など。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療との連携 組織的対応 関係機関(児相など)への協力依頼 	<p>治療者—対象児童との関係が極めて劣悪になり、相互に加害—被害の関係が生じると予測される場合。治療構造の基本である安心・安全性が保障されないため。</p> <p>* limit setが可能な場合は、このような関係であってもlimitまでは実施する。</p>
9	<p>転移、逆転移感情で子ども、職員(セラピスト)が、わかっていても消耗してしまいやすい。</p>	<p>なるべく多くのケースカンファレンスを行う。</p>	
10	<ul style="list-style-type: none"> 感情のコントロールが難しく、面接途中で離室が見られる。 大人への不自信、拒否感による面接拒否 挑発や暴力 特にプレイセラピーで攻撃性が激しくなったり、トラウマが表現されてセラピストが取り扱いに悩むことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 被虐待児の特徴を学び、知的に理解する。 職員間で情報を交換し、子どもの理解を共有して、外からも援助してもらう。 上司や医師等にスーパーバイズを受ける。 	

施設名	2. ア) 困難点	2. イ) 工夫点	3. 実施しない場合の理由や意図
11	<p>※治療枠に関する難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プレイ中の暴力・乱暴などのエスカレーションに対する対応(制限) ・面接室に入ることや面接室にセラピストと二人でいることの難しさ <p>※治療の中身に関する難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人形遊びなどで外傷的テーマが繰り返し再現され、なかなか展開していかない。 ・生活場面での直前の出来事に引きずられてプレイ中遊び込めない(同じ子であるのに、セッションによっては不機嫌のレベルではない別人ようになる)。 	<p>※治療枠に関する難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・固いおもちゃや尖ったおもちゃをプレイ初回セッションまでにプレイルームから外す。 ・面接導入までのプレセッションの回数を決めて実施し、カウントダウンしながら面接室に近づく。 <p>※治療の中身に関する難しさ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・セラピストの精神衛生管理・・・スーパーヴィジョン 	
12	<ul style="list-style-type: none"> ・怒りを直接的にぶつけてくること(暴言・暴力) ・自傷、他害になりやすいこと ・気分がムウが激しい ・感覚が育っていない為、情動調律がない ・集団治療はもちろんだが、個別関係の中で味わうことが困難 ・面接で踏み込んだ内容を扱うと生活まで引きずることがある。生活リズムの崩れにつながる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が本人のペースで過ごせるような環境づくり ・本人に合った課題を与えてそれを援助すること ・暴れても動じない対応 ・医者との連携(服薬) ・身体ケアなどを通して感覚のすり込み ・可能な限りでの個別対応(居室・食事・入浴・学校等)その中で守られた大人との治療的関係の中で一つの感覚の積み重ね 	<p>まずは生活優先。生活することだけでも多大なエネルギーを使う子に関しては面接を控える。</p>
13	<p>大人に対する基本的な信頼関係がなく、関係作りが容易でなく、われわれが感じている適切な距離感を伝えるのが難しい。こちらを不愉快にさせるような言動や、ルール破りを繰り返して、セラピストの感情を揺り動かす(お試し行動)。問題行動を起こして注意しても、その場では受け入れたように見えてもすぐにまた同じことを繰り返してなかなか理解に至らない。感情のコントロールの出来ない子どもが多く、セラピストが振り回されてしまいがちである。</p>	<p>まずは大人が隣にいても、何も心配することはないと感じてもらえるように、受容的な雰囲気作りをする。そして、なかなか指導や注意が入らないなどといった子ども個々の障害特性に注意し、その子の世界観を理解するように努めて、いいところを見つけて、ほめて、具体的に分かりやすく伝えるといった対応を心がけている。ほかには、子どもの対応に大きなズレがないように、職員が常時自分の働きかけを意識し、同僚と充分に話し合う必要性を感じている。</p>	<p>一部実施していない子どもについては、施設内にプレイルームが1つしかなく、単にセラピーの出来る枠が確保できないことが理由で、場所と時間さえあればすぐにでも開始したいと考えている。セラピーがしていてもできない現状は、心理職として適切なサービスを提供できているとは到底言い難く、早期の改善を望んでいるが、難しい面が多いようで、頭を悩ませているところである。</p>
14	<p>プレイセラピーにおいて攻撃性が噴出してきた場合に、制御困難になったり、セラピスト側の陰性感情を向けてしまうことがある。定説の社会的に許容されない行動化は面接場面でも認められないという枠組みは通用しづらい部分がある。</p>	<p>攻撃的な行動化について、セラピスト自身がリミットテスト(ママ)してをして枠組みを個々のケースごとに明確にしておく(どこまで受け入れられるか?)</p>	
15	<p>重いアタッチメント障害を持っており、関係が形成されづらい(但し、当所の場合、ADHD、広汎性発達障害などの発達障害を持っている子どもが多く、発達障害に起因する関係のとれなさもある)。</p>	<p>新規場面や達成課題への挑戦など、アタッチメントがテーマとなる場面を積極的に設定し、治療者がアタッチメントの対象として関係をとりやすくなるようにしている。また、その結果として、子どもの肯定的自己像の形成にも役立っている。</p>	<p>全児童に実施</p>
16	<p>日常場面での通常の言葉掛けに敏感に反応する。その気持ちをうまく表現できないため、対応した職員が子どもの伝えたいことをうまく理解できない</p>	<p>どんな場面で、どんな言葉に対して子どもが過剰に反応したかを分析していく必要がある。</p>	
17	<p>防衛が強い児童への対応。時間と場所を制限することが難しい。</p>	<p>面接、プレイセラピーなど対応の方法を変える。受容と共感をしっかり行う。</p>	
18	<p>子どもの行事・状態で治療に来られない時がある。</p>	<p>子どもの意思表示を尊重し、次回の日程を伝えるなど、「待っていること」を伝える。</p>	<p>子どもが拒否した場合。</p>
19	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもとの信頼関係がもちにくい。 ・治療者を試すような反抗的な反応も多いので、治療者自身が不安感や無力感を持ちやすい。 	<p>担当者1人で不安などを抱え込まず、スタッフ間のコミュニケーションを日頃からよくして、皆で支え合う風土を職場につくること。うまく治療が進まないことを担当者個人の問題とせず、もう一度ケースの問題としてもどして理解すること</p>	
20	<ul style="list-style-type: none"> ・挑発、暴言に翻弄される。 ・行動化が激しい。 ・ウンにどう対応するか迷う。 ・信頼関係を築くのに時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフの間でのシェアリング。 ・ゆっくり時間をかけて付き合う。あきらめない。 	
21	<p>両者を比較して、心理治療場面では生活場面ほど困難を感じることはない。被虐待で入所する子は年齢が低いため、プレイセラピーの中で再現、再統合できるように心がけている。自己肯定感が乏しい子が多いため、受容的に関わり積極的に認め自己肯定感が持てるよう特に配慮している。信頼関係が築きにくい子ども達であることを理解し暴言や攻撃的な言動に対してもその背景を考えながら共感し言葉掛けできるよう心がけている。困難なのは保護者との関わりや家族関係の修復である。</p>	<p>保護者に問題意識を持ってもらうことが難しく治療関係が成立しにくい。そのため家族関係の修復や家庭復帰に結びつきにくい。まずは、保護者をクライアントとして受容し関係作りに努め、タイミングを見ながら養育態度の修正を試みるようにしている。</p>	

施設名	2. ア) 困難点	2. イ) 工夫点	3. 実施しない場合の理由や意図
22	対人関係(対象関係、親との関係など)が不全なため、心の成長の阻害や行動化などが著しく、セラピストの対応も難度が高い。	精神分析などの、早期の心の成長の理解について学習したり、セラピスト同士での経験や知識の共有を図る。SVを受ける。	
23	①外的刺激による影響を受けやすい児童が多く、従来のプレイルームでは落ち着いて遊ぶことが出来ない。 ②安心感が育っていないため、予定の変更などの変化を落ち着いて理解することが出来ず、混乱状態になる。 ③おもちゃの持ち出しや危険行為等がある。 ④大人と1対1になることに不安を感じて、セラピーのキャンセルが続くことがある。	①おもちゃやプレイセラピーに使用する部屋について、刺激が多すぎないよう環境設定を行う。 ②明解な説明を行い、見通しをもち安心出来るようにする。 ③ルールや限界を明確に伝える。 ④児童の親密な場面に対する不安感を理解し、対応にあたる。	
24	・セラピストとの安定した関係の持ちにくさ、深まりにくさ ・人間関係より物(遊具等)に執着しやすさ ・自信がなく被害的傾向がある。	関わるセラピストもエネルギーを必要とし、無力感に襲われがちなので、仲間内でそうした不満をシェアし、スーパーバイズにつとめていく。	
25	被虐待児は対象との駆け引きには長けているが、職員との間に愛着を形成し難く自尊心もきわめて低い。子どもの自己価値を高めるプロセスを通じて自尊心を高め、職員との愛着を育めるよう心がけている。	子どもに価値下げを起こさせ、自尊感情をおとしたのは、多くの場合その親である。でありながらも子どもは親をあきらめきれず求め続ける傾向がある。職員としては子どもに対して親を貶めるような言動を極力慎み、子どもに寄り添いながら共感するよう努める。	・入所児自身が心理治療を拒否し続ける場合 ・侵入不安が強い児童である場合など、生活部門で様子を見ながら段階的に繋いでいく。
26	被虐待児の持つ問題として、歪んだ対人関係、衝動性、攻撃性が挙げられる。そういったことに対する適切な対処を心がけている。引きこもりの子どもは、悩みを抱えることが出来ることが多い。しかし、被虐待児は悩みを抱えるだけの力がなく、初期の発達課題をクリアしていないことも多い。引きこもりの子は、他児を巻き込むことは少ないが、被虐待児は周りを巻き込んだ行動化が激しい。被虐待児を相手にしていると、職員が受ける心身のストレスが非常に大きい。	職員同士の協力、連携。一貫した援助サービスの提供。	全児実施
27	・安定した良好な関係を築きにくく、セッションのキャンセルや試し行動が多く見られる。 ・生活場面においてパニックや解離、自傷などの行動化が見られ、危機介入的に関わることが求められる。	・信頼関係形成のためには長期間かかり、一旦形成されても維持が困難であることを理解しておくこと。 ・危機介入的アプローチを志向する際は、日常生活の枠組みから離れすぎないようにし、実現・継続が困難な援助は避けること。	・年少児童で、個別の心理治療よりも日常生活における身辺自立や療育的な関わりが優先される場合。 ・情緒的な健康度が比較的高く、生活場面・学校におけるソーシャルスキルの獲得が有効と思われるケース。
28	①被虐待児については、入所前に児童相談所において親に対して虐待告知がされている場合であっても、告知の程度や、親の認識にはバラツキがあり、入所後に時間をかけて告知や親の子どもへの認識についての軌道修正が必要となる。 ②虐待ケースの場合は、親自身にも問題性がある場合が多く治療経過において、面会、外出、外泊などの時期やタイミングなど慎重に実施していく必要がある。 ③子ども自身の問題性や課題がある程度改善されても、親の側の問題性から家族統合が難しく、養護施設への移行等も考慮せざるを得ない場合もある。 ④被虐待と、発達障害(自閉症スペクトラム障害等)とが重複している場合には、上記のことがなお困難となるため、精神科医師との連携が不可欠となる。	①児童相談所の担当CWとの日常的な連携や、定期的なケースカンファレンス等により、家庭引き取り、施設移行などの場合の事前協議が不可欠となる。 ②発達障害の場合には、精神科医師との連携(投薬内容の調整も含む)や、ケースカンファレンス等での指導方針の見直しが必要である。	入所児は施設外学級に登校しているため、交流学級での授業優先のため一時的にセラピーを実施しない場合がある
29	・退行、試し行動、注意転導。どこかハラハラ感があったり、表面的で共有感をもてないこともある。(特に面接の最後に切れない、別れ難くなる場面が多い。) ・激しい攻撃性、愛着障害。治療契約が成立しづらい。 ・箱庭を実施したが、砂が付く等で嫌がる。 ・面談を楽しみにし過ぎる余り、テンションが高くなり、一対一になった途端に、子どもはぐだぐだに、セラピストも疲れる。	・時間の設定の工夫。(4時間目に設定し、そのまま昼食に移る。) ・インテーク面接の重視。施設にきた目的、施設のルール、枠付けを意識付け。チームで他職種と連携する。スーパーバイズを受ける。 ・面談の枠を明確にする。終わる時間や、食べ物導入しないなど。	・生活技術の習得、スキルアップが基本と思われる子。 ・軽度発達障害の子どもは、能力に応じた作業指導や社会スキルの獲得自体が治療となることが多く、個人心理治療は混乱を招く場合があるため。 ・生活スキルが身につけていないことや、体験不足が大きな課題と考えられる場合。日常生活やグループ活動を優先的に考えるため。

Ⅱ グループ治療

表7 グループ治療の実施状況（施設ごと）

施設名	グループ治療の実施	施設名	グループ治療の実施
1	イ 一部実施	16	ウ 実施していない
2	イ 一部実施	17	イ 一部実施
3	イ 一部実施	18	イ 一部実施
4	ウ 実施していない	19	ウ 実施していない
5	ア 全てに実施	20	イ 一部実施
6	ウ 実施していない	21	ア 全てに実施
7	ウ 実施していない	22	ウ 実施していない
8	イ 一部実施	23	ア 全てに実施
9	イ 一部実施	24	イ 一部実施
10	イ 一部実施	25	イ 一部実施
11	ウ 実施していない	26	ア 全てに実施
12	イ 一部実施	27	ウ 実施していない
13	ウ 実施していない	28	ウ 実施していない
14	イ 一部実施	29	イ 一部実施
15	ア 全てに実施	30	イ 一部実施

表8 グループ療法の目的、期間、頻度、場所、時間（時間、時間帯）、対象（人数、形態、性別、学年幅）、メンバー選定の基準、スタッフについて（人数、性別、職種、リーダー、サブスタッフ）、内容

施設名	プログラム名	目的	期間	頻度	場所	時間	時間帯	人数	形態	その他内容	性別	学年幅
1	タッチの勉強会(保健活動)	対人関係でのよい距離のとり方、接し方について、性教育的要素を含みながら実施する。	不定	不定期(年2回程度)	園内会議室など	30分	学校時間終了後	10人程度	その他	学年で分ける	混合	低学年、高学年
2	調理(夕食づくり)	・少人数で課題が明確なグループ活動 ・夕食作りをとおして相互に協力し、皆で食卓を囲む体験 達成感 ・調理のスキルアップや食材にふれる体験	3ヶ月で1クール	月1回	調理室	2時間半	15:30~18:00	4人	クローズド		混合	中1~中3 * 班は男女別に分ける
	調理(軽食づくり)	少人数で課題の明確なグループ活動 ・小集団活動であるが、横並びに自分の課題に取り組むため、相互のやりとりの負担は少ない ・集団活動の中で他児の状況に影響されず、スタッフの指示をきき、自分の課題に取り組む ・調理をする喜びや達成感、自分で作った物をみなどおいしく食べる経験 ・火や刃物の扱い(切る、ゆでる、炒める、焼くなど)や食材に触れる経験	3ヶ月で1クール	月1回	調理室	1時間	14:30~15:30	調理室の器具数と子どものスキルの違いにより、3名と4名の2グループを別の日に実施している。	クローズド		混合	小5~中3
	トレーニング男子	小集団で皆でベースを合わせて取り組むことで、皆で身体を動かす達成感を味わう。 小集団活動であるが、相互のやりとりは求めない。個人に対し、身体を動かすという、誰もが取り組みやすく、経験を重ねることで達成感を得やすいメニューが明確に決まっている。	特に定めていない	週1回	屋外(近場の公園) 雨の場合は多目的ホール	1時間15分	15:30~16:45	7人	セミクローズド		男子のみ	小6~中3
	トレーニング女子	身体を動かすことが苦手だったり敬遠しがちな子どもたちが、小集団で皆でベースを合わせて取り組むことで、皆で身体を動かす楽しさや達成感を味わう。 小集団活動であるが、相互のやりとりは求めない。個人に対し、身体を動かすという、誰もが取り組みやすく、経験を重ねることで達成感を得やすいメニューが明確に決まっている。	特に定めていない	週1回	屋外(近場の公園) 雨の場合は多目的ホール	1時間10分	15:30~16:40	3人	セミクローズド		女子のみ	中1~中2
	卓球クラブ	卓球の上達を目指して指導を受け、練習する。	特に区切っていない	不定期 週に1~3回	多目的ホール	約1時間	15:15~16:00 ぐらい	4人	セミクローズド		混合	小6~中2
3	小学生フットサル活動	・小学生集団の凝集性を高める。 ・対人スキル・社会的なマナーの習得	1年間(但し長期休暇除く)	月2~3回	隣接する養護学校の体育館	1時間30分	16:00~17:30	6人	セミクローズド		混合	小3~小6
	サッカークラブ活動	集団の凝集性を高め、帰属意識を持つ。また一般社会の前段階として設定し、生活指導や心理治療等で力をつけてきた子どもが、その力を試す場とする。	1年間	週1回	運動場・体育館	1時間40分	16:00~17:40	9人	クローズド		男子のみ	中1~高3

メンバー選定基準	性別	職種	その他内容	男	女	職種	内容
	男	セラピスト	主任		1人 (主任)	生活指導員1人	<ul style="list-style-type: none"> ・実施については職員は選定された職員がワンセッションを行う。 ・「よいタッチ」「悪いタッチ」を基に他の子どもとの関わり方をイラストなどを提示しながら子どもに質問しながら聞いていく。その後職員から説明をし、最後に復習をしてセッションを終わる。
<ul style="list-style-type: none"> ・そのときの子どもの状況に応じて対象年齢を呈示(中学生以上) ・子どもの希望・学園の日常生活にある程度慣れている。 ・同年齢集団活動で過度に緊張したり、グループに対する過度の破壊的なアクティングアウトに至らない。 ・2時間半の長時間の活動でエネルギーがもつ。 ・グループの主旨(仲良くくっついておいしく食べる)や刃物や火をつかう危険(そのために職員の指示はきくこと)を理解してグループに臨める。 ・ある程度(決して多くは求めていないが)の火や刃物の扱いを経験している。 ・男女が同じ部屋で活動することや食卓を囲むという家庭的な刺激に翻弄されない。 ・手続きとしては、子どもに募集をかけ、担当職員と相談してもらい、担当職員が希望者を報告し、職員会議で決定する。決定後は、担当職員、グループワーク担当職員から事前にガイダンスする。 		セラピスト			1人	生活指導員 (実際グループに入るの上記2名だが、軽食作りの調理グループを合わせてセラピスト1名、生活指導員2名でチームを組んで検討、実施する。)	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフがグループのスキルに合わせて決めたメニューと材料を用意。 ・始めに作り方のガイダンス。 ・作業。男女2グループに分かれてスタッフがそれぞれ1名入って、援助する。グループで協力して夕食を作るが、その日のメインのメニューや材料を切る作業などは、各自が同等に作業する。また、みそ汁や副菜などは、各々が役割として担って(ガイダンス時に役割を決める)グループ分をつくる。→グループ員相互のやりとりを少なくしている。それでも、「味見して」「濃いめが好き?」「このお皿でいい?」「洗い物しておいたよ」などのやりとりが起きる。 ・食卓を囲んでの食事(夕食)。いつもは大食堂でメラニンの食器で食べているが、このときは皆で食卓を囲み、食器も陶器のものを自分たちで選んで盛りつける。 ・片付け。食器洗い、食器ふきなどグループ内で役割を決めて動く。
<ul style="list-style-type: none"> ・そのときの子どもの状況に応じて対象年齢を呈示(小5以上) ・子どもの希望・学園の日常生活にある程度慣れている。 ・同年齢集団活動で過度に緊張したり、グループに対する過度の破壊的なアクティングアウトに至らない。 ・グループの主旨(仲良くくっついておいしく食べる)や刃物や火をつかう危険(そのために職員の指示はきくこと)を理解してグループに臨める。 ・手続きとしては、子どもに募集をかけ、担当職員と相談してもらい、担当職員が希望者を報告し、職員会議で決定する。決定後は、担当職員、グループワーク担当職員から事前にガイダンスする。 	女	指導員			1人	生活指導員 (実際グループに入るの上記2名だが、夕食作りの調理グループを合わせてセラピスト1名、生活指導員2名でチームを組んで検討、実施する。)	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフがメンバーのスキルに合わせたメニューと材料を用意(白玉だんご、目玉焼きなど)。 ・メンバー一人に一式ずつの材料や道具を用意しておく。 ・始めに作り方をガイダンス(見本をみせる)。 ・作業。メンバーは横並びになって、自分の作業に取り組む。スタッフが間に入って補助する。 ・できあがったものをみなで食べる。 ・このとき、みなに緑茶や紅茶を入れるなどの体験もしてみる。 ・自分で使った道具や食器を洗い、片付ける。
<ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望 ・学園の日常生活にある程度慣れている ・集団でトレーニングするという主旨が理解でき、運動面や行動面で過度に大きな集団からの逸脱はない。 	男	指導員		1人		生活指導員	<ul style="list-style-type: none"> リーダーのスタッフが先導し、サブスタッフが後ろからフォロー ・準備体操 ・近場の公園の広場までランニング ・広場で柔軟体操(メンバーが二人一組になって)・筋力(腕立て、背筋、腹筋) ・スクワット ・サーキットトレーニングやダッシュ ・学園までランニング ・整理体操
<ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望 ・学園の日常生活にある程度慣れている。 ・集団でトレーニングするという主旨が理解でき、運動面や行動面で集団からの過度に大きな逸脱はない。 	女	指導員			1人	生活指導員	<ul style="list-style-type: none"> リーダーのスタッフが先導し、サブのスタッフが後ろからフォローする ・準備運動 ・近場の公園の広場までランニング ・ストレッチ(一人でできるもの) ・いろいろなステップやリズム運動、ジャンプ ・学園までランニング ・整理体操
<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの希望 ・指導者と担当職員の判断(マナーを守って、指導者に教えるを受けようとするか・不定期で直前に練習に声をかけられても、気分や体力のむらなく継続して練習に参加できるか) 	女	その他	毎日の生活業務・洗濯や配膳を担当する職員(卓球の団体出場経験者)				<ul style="list-style-type: none"> 毎日洗濯や配膳を担当している職員の空き時間に、子どもが卓球を教わることを希望したことで始まったグループ ・スポーツマンシップにのっとり、あいさつなどの礼儀やマナーから教わる。 ・礼儀、マナー、練習の型、指導者の指示で動くなど、部活のように流れがわかりやすく決まっている。 ・年に1度の県内の児童福祉施設の子どもの卓球大会に出場する。
<ul style="list-style-type: none"> ・希望する小学生 ・入ってほしい小学生には声を掛け、勧誘している。 	男	その他	セラピスト、生活指導員の2人	1人	1人	生活指導員1人 ボランティア1人	<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーに関しては、男性指導員、男性セラピストの2人 ・まず活動のルール確認→参加児童に答えてもらう。 ・準備運動→声かけを参加児童にお願いすることもある。 ・ウォーミングアップ→フットサルに直接関係のない運動やパス、シュートの練習など。そのときの集団の様子を見ながら決定する。 ・ゲーム→1～2試合。パスのみなどの変則ルールを設定することもある。 ・ミーティング→感想・意見を自発的に言ってもらう。強制はしない。スタッフも発言する。 ・片付け ・とにかく活動を楽しめる内容・雰囲気や心がけている。
<ul style="list-style-type: none"> ルール(時間を守る、他者を批判したり傷つける言動をしないこと)が守られて担当指導員から許可された子ども(基本は希望する子ども) 	男	セラピスト			2人	生活指導員1人 その他1人	<ul style="list-style-type: none"> ・開始時ミーティング ・準備運動 ・チームに分かれて練習 ・ゲーム形式の練習 ・終了時ミーティング ・片付け ・必要に応じて施設外のチームとの試合を設定し、チームワーク、モチベーションを高める。

施設名	プログラム名	目的	期間	頻度	場所	時間	時間帯	人数	形態	その他内容	性別	学年幅
5	セカンドステップ(暴力防止プログラム)	・セカンドステップの学習を通して、個々の児童が他者と関わる上で適切なスキルを身につけたり、不適切な行動を修正していく時の足がかりとなるものを内面化する。 ・それらを日常生活に一般化し、自分たちで問題を解決したり、数名でも仲良く遊べるようになる。	通年	週1回(毎週水曜日の授業後)	家族療法棟・体育館	30分間(前後にレクリエーションの時間を設けている)	授業後から夕食前まで	16名 4人前後を4つのグループに分けて実施	セミクロースド		混合	小1～小4
	小学生会議・中学生会議	小学生)自分たちの生活を振り返り、楽しく集団生活ができるよう、集団生活のルールの確認やグループでの話し合い(例:自由時間を楽しむコツにはどうしたらよいか)を行う。 (中学生)集団生活を有意義に送るためのルール策定等を通して、表現力の向上と協調性、生活に対する主体性・能動性を育てる。また、公の場で発言する際のルールを身につけることも併せて目的としている。	通年	月1回	食堂(小学生)会議室(中学生)	60分	16:00～17:00	46名(入所児全員)	セミクロースド		混合	小学生グループ(小1～小6)と中学生グループ(中1～中3)に分けている
8	集団療法	集団力動の中で互いにエンパワーしあい自尊心を高める、洞察を深めることなどを目的とする。	特に設定なし	週1回	面接室、プレイルーム	60分	午前中	2～3	クロースド		男子のみ	3年～6年
	SST	社会生活能力の向上、学習を目的とする。	特に設定しない	週1回	面接室、プレイルーム	60分	午前中	2～3	クロースド		男子のみ	3年～6年
9	小学生SST	社会的スキルを身につけ、けんかを減らし、大人ともスムーズなやり取りが出来るようになることを狙っている。	1クール	いつからいつまでとは決めていない。	職員会議室	1時間	10:00～11:00	10人	セミクロースド		男子のみ	小1～小6
	ガールトーク(パーシクエンカウンターのようなもの)	守られた空間で純粋な心のふれあいを行う。	なし	月に1回	職員会議室	1時間	15:00～16:00	8人	セミクロースド		女子のみ	中1～高3
10	感覚統合療法	発達障害の小学生児童に対して未発達の感覚を育て、情緒安定につなげるため	毎月	月に4～5回	トランポリンなどを備えた部屋	約1時間	午後(夕方までの時間帯)	10人	クロースド		混合	小学生
	野球クラブ	集団での活動ができるようになる。		週3回	他施設の広場	1時間半	16:00～17:30	11人	クロースド		混合	小3～高1
12	グループワーク「調理」	「おいしいね」「たのしいね」という快の情動を皆と共有する機会を得る。他者と一緒で作ったものを共に食するといった「他者を受け入れたり、他者から受け入れてもらえる体験を通して連帯感・達成感・満足感を味わう。	1年間	月2回	調理室	1～2時間	午後	5～10人	セミクロースド		混合	高校1年～
	グループワーク「トレーニング」	みんなで一緒に走る事を通して、人のペースに合わせたり、きつい場面で頑張ったりできる。	6月～2月	月2～3回程度	学園グラウンド・学園周辺の道路 雨天時は、学園内床張りのスペース	60分	15:30～16:30	5～10人	クロースド		混合	小学校4年～高校生まで
	グループワーク「工作」	治療的な関わりをベースに集団の中での工作活動を通して、自分を表現すること、達成感、所属感等を確かめる場	6月～3月	月2回程度	工作室	1時間程度	15:30～16:30	5名程度	セミクロースド		混合	中3～高校生
	グループワーク「音楽」	集団活動の経験を重ねる場として提供。活動を通して他児とやりとりする楽しみ、音を出す楽しみを味わう。 生活では作る事の難しい、ある程度枠のある小集団で活動すること、その活動を楽しむこと。	年度ごとに1クール	月1～2回	音楽室 広い床張りの空間	1時間程度	15:30～17:30の間	5人	セミクロースド		混合	小6～高校3年
14	集団面接	①適切に自己主張する ②他者の意向を受け入れる ③問題解決方法を学ぶ ④他者を信頼する ⑤他者から大切にされる体験をする			プレイルーム、外部施設	2時間程度	放課後、休日	2～5人	セミクロースド		混合	小2～中2
15	小学生グループワーク	日常生活とは違った場面で、お互いを認め合ったり、楽しい時間を過ごすことで個人の成長を図ることを目的とする。	通年(昨年度は年度後半のみ)	月1回程度	施設内の部屋を使用	60分程度	下校後	8	クロースド		混合	小1～小6
	音楽活動	・音楽活動を通じて情緒表現の幅を広げる。 ・発表の機会を設けることで役割意識を育て、他者から認めてもらふ経験を積む。	通年	月2～3回	小学校(分室)体育館	60分程度	夕方	4	クロースド		混合	小1～中3
	児童会	さまざまな生活場面で児童と職員、あるいは児童同士が話し合う場を設定し、対人関係のあり方を学ぶ機会とする。	通年	月1回程度	学習室	1時間程度	夜	11人	クロースド		混合	小1～中3
17	グループセラピー	ADHDなど発達障害のある子どもに対して基本的な集団行動のスキルの獲得を目指す。	通年	週1回	交流ホーム(体育館のようなスペース)	40～50分	午後	5名	オープン		混合	小1～中1
18	SST	コミュニケーションなど、ソーシャルスキルのトレーニング	1年間(前・後期)	隔週1回	会議室	50分	下校後～夕食		セミクロースド		混合	中1～中3

メンバー選定基準	性別	職種	その他内容	男	女	職種	内容
小学1年から小学4年までの男女全員。 グループは、発達段階、遊びのレベル、相性等を検討して編成。	男	指導員		5人	4人	セラピスト3人 生活指導員6人	・セカンドステップをグループ毎、30分間隔で順番に実施している。セカンドステップ以外の時間は、体育館でターザンロープやボール遊び等の運動を行ったり、和室でままごと・プラレール等のごっこ遊びを行っている。 ・セカンドステップでは、座る位置を固定し、ホワイトボードを用いて視覚化を図っている。実施前にリラクゼーションを行い、遊びの時間ではなく、別の時間だということ意識させている。活動終了時には、振り返りのアンケートを実施し、次回の活動につなげている。 ・翌日の申し送り、活動での表れを職員間で共有し、生活指導場でも般化されるよう工夫している。
基本的に全員が対象	男	指導員	(小学生会議と中学生会議に男性のリーダーが1名ずつ)	1人	1人	非常勤職員2人 *サブスタッフは小学生会議のみ	・小・中学生会議は、大人からルールを提示され受身的に生活するのではなく、対等な話し合いや日ごろの行動によって学園生活がより快適になることを確認する場として意義が大きい。 ・小学生については、注意の集中が持続し、活動への参加が容易になるように工夫を行っている(最初にレクリエーションを行う、グループを少人数にして話し合う、クイズを取り入れる等)。 ・中学生については、自己中心的な発想から脱却し、相手の立場を尊重し、相手と折り合っていく力をつける意味もある。
比較的關係の良好な者で、かつ暴力的でない者を選定基準とする。	男	セラピスト					フリーディスカッション(トーク)やボードゲームなどを介して、皆で楽しむ。スタッフも活動を共にするが、場を盛り上げたり、各参加者の良い部分を見つけては皆から称賛されるようにリードする。
社会性、対人関係の持ち方が未熟で、そのために不適応に至りやすいと思われる場合。	男	セラピスト					①各自、学習・目標(ターゲット)を設定(スタッフ、他児からの案も聞きながら) ②設定目標を練習(スタッフが見本を見せる場合もある) ③練習結果を皆で話し合い、修正部分の有無を確認し、ない場合は称賛する ④ゲーム等の活動内容を実施し、その中で設定目標が実施できるかどうかを練習する ⑤結果を皆で評価しあい、設定目標が実施できれば称賛、できなければ練習しなおす ⑥練習した設定目標を生活場面でも実施することを宿題とし、次回初めに宿題の遂行状況を確認する
小学生男子	男	セラピスト		2人	1人	セラピスト1人 生活指導員2人	コーチング理論を基礎としたスタンダードなSSTプログラム。 「職員の呼び出し方」「遊びに加えてもらいたいときの声のかけ方」などの課題をロールプレイ、評価を通じて学ぶ
中学生以上の女子	女	セラピスト			1人	セラピスト1人	部屋には椅子とテーブルが用意されているのみ。たいていは取り留めのない雑談が繰り返されるが、回によっては大合唱になったり手遊びなどのゲームになったりする。ただおしゃべりする、というだけの枠ながら人気があり、ほとんどが毎回参加している。
小学生 主に発達障害児	女	その他	OT	0	0		感覚統合の器具を利用。トランポリン、巧技法、スウィング、縄ばしごなど
クラブのルールが守られる児童	男	指導員		1人		セラピスト1人	・施設の球技大会や練習試合も実施 ・プロ野球観戦
・作る事、食べる事が好き、もしくは興味がある。 ・職員の指示に従える。 ・体調不良の時に休める。 ・場を壊さずに、折り合いをつけれる。	女	セラピスト			2人	生活指導員1人 栄養士1人	・参加メンバーに限られてしまいがち ・生活場面とは違う枠組みなので、普段はあまり接しない子ども達同士も関わりが生まれ、それが又生活場面にもプラスに作用できる
・ある程度、1対1の関わりでこちらの指示を聞く事ができる。 ・走るだけの体力がある。 ・走りたい、参加したいという意思をもっている。	男	セラピスト		1人	1人	セラピスト1人 生活指導員2人	・初めは学園グラウンドで10分間程ランニングし、少しずつ走る時間・距離を延ばしていく。 ・その後ある程度走れたり、集団としてまとまってきたら学園の周辺を走る。 ・年度の締めくくりとして、マラソン大会(公式大会)に出場する
・個別関係の中できつい時ある程度スタッフに頼ってこれる関係を築けている。 ・活動に興味があること ・集団の刺激の中でも活動に取り組める。	男	セラピスト			1人	生活指導員1人	簡単なおもちゃを廃材を使って作る。テーマを決めて(夏など)絵を描く。皮細工。いずれのグループワークも、年度当初そのグループ担当が今年度のメニューを示し、参加者を募集する。また、グループ全員で何かをするというメニューは現在のところなく(導入したい考えあり)、作品は個人ごとに作成している。 グループに入りたいが自信がないという子は、リーダーのお手伝いという形で体験し、様子を見ている。
・音楽に興味のあること ・集団活動の経験させたい。また今後必要のある子ども。	女	セラピスト			1人	生活指導員1人	・月ごとにテーマを考え、テーマに沿って様々な題材を取り入れながら活動している。 ・活動内容に変化はあるが、BGMやストレッチなど変化の無い流れで導入・終了を参加児童に取り入れやすくしている。 ・これまでの経験を通して参加児童に少しずつリズムがあっていくことの心地よさを感じる様子が見られている。
グループ治療を要する児童を中心に、相性や能力、関係性を考慮する。							スタッフはセラピストと補助的に1名(セラピストもしくは指導員)が参加する 内容は、エンカウンター的な活動に重きを置く場合とスキル訓練を狙って行う場合とある 場所は施設内にこだわらずさまざまな場に出て行って行う ルールは①自分の希望を伝える ②相手の意見も受け入れる ③食い違った場合は話し合いで解決する ④もめて取捨がつかなくなったら撤収する ⑤社会的に認められないことは出来ない ⑥時間の遵守
小学生全員参加	男	指導員		1人	1人	セラピスト1人 生活指導員1人	遊びやゲームを中心とした内容
・情緒的表現の乏しいこと ・小集団での活動に意欲的に参加できること ・本人が希望していること 以上3点を満たしていること	女	その他	音楽療法外部講師	1人	1人	セラピスト1人 生活指導員1人	合唱、打楽器演奏、トーンチャイム、パンパーダンスなど クリスマス会などの行事のときに発表する
全児童(グループホーム棟に入所中の児童を除く)	男	指導員			1人	生活指導員1人	・対人関係のトラブル、施設のルールの問題についての話し合い ・毎月の誕生会の企画・運営の話し合い
落ち着いた無さなどが目立つ発達障害を有する児童	男	セラピスト		2人	1人	セラピスト 生活指導員	感覚統合療法的な要素を取り入れた運動を課題を中心に集団での活動を実施する
希望制			男・女 セラピスト・ 指導員各1 人	1~2 人	1~2 人	セラピスト1人 生活指導員1人	・テーマの工夫(日常生活でのコミュニケーションに困った時のやりとりを取り上げる。「あいさつ」「マナー」「面接試験」) ・メンバーによって、実施内容のレベルを考える。 ・茶話会に向けて、自分たちで考えたり、またテーマを考える。

施設名	プログラム名	目的	期間	頻度	場所	時間	時間帯	人数	形態	その他内容	性別	学年幅
20	「みんなでおはなし」(構成的グループエンカウンター)	集団で楽しく過ごす体験を味わう。児童相互の関係作りを促す。	6月～3月	月1回	3～10人	45分	分校授業時間帯	ブレイルーム	セミクローズド		混合	高学年(5、6年のみ)
21	グループワーク男子(春～夏期:ソフトボール秋～冬期:ランニング)	グループワーク(スポーツ)を通じ、スポーツそのものの技術・体力の向上を図り、自己評価の向上につなげていく。協調性や規範意識、責任感、忍耐力を高め、それが日常生活や退所後の生活に活かしていけるような“社会化”を目指している。	ソフトボール:3～8月 ランニング:9～2月	平日下校後実施	グラウンド ただし雨天時は体育館を使用	1～2時間	15:40～17:00 *夏休みは10:00～17:00 休憩3時間	男子児童全員(7/23現在23名)	オープン		男子のみ	小1～中3
	グループワーク女子(春～夏期:バレーボール秋～冬期:ランニング)	グループワークを通して、精神的肉体的向上を目指し、生活していく上で必要な精神力を養う(協調性、思いやり、忍耐力など)。	年間を通じて	月曜日～金曜日(週5日)	体育館、グラウンド	約1時間	15:30～17:00	女子全員20人	その他	女子児童全員参加	女子のみ	小1～中3
23	小学生低学年グループ	小集団活動への取り組みを通じて他児との関わり方を学ぶ。	通年	原則週1回	原則学園内(活動室、グラウンドなど)	1時間	放課後～17:00	5、6人	クローズド		混合	小1～小4
	小学校高学年グループ	友達と遊ぶことを通じて、対人関係のスキルを向上させること。	通年	原則週1回	原則学園内	1時間～1時間半	放課後～17:00	4、5人	クローズド		混合	小5、6
	中学生男子グループ①②	小集団の活動を通して、コミュニケーション能力や社会性の向上を目指す。仲間とともに行事をなしとげることにより、連帯感や達成感を体験する機会とする。	通年	月2回	主に学園内	1時間～1時間半	放課後～17:00	7、8人	クローズド		男子のみ	中1～中3
	中学生女子グループ①②	小集団の活動を通して、コミュニケーション能力や社会性の向上を目指す。仲間とともに行事をなしとげることにより、連帯感や達成感を体験する機会とする。	通年	月2回	原則学園内	1時間～1時間半	放課後～17:00	5、6人	クローズド		女子のみ	中1～中3
24	小学生のセラピー	①集団処遇における基礎的スキルの形成(例:人の話を聞く、ルールに従う等) ②ソーシャルスキルの形成(例:遊びの共有、他児を仲間に入れる、ほめる、暴力以外の解決等)	約1年	毎週1回	(集団用)ブレイルーム	80分	15:35～16:55	3人	クローズド		男子のみ	小1
25	構成的グループエンカウンター	施設内学級のカリキュラムの1つとして、人間関係作り、ソーシャルスキルトレーニングを目的としている。	通年	隔週	教育棟パティオ	60分	14:00～15:00	14	オープン		混合	小5～中3
26	ジャンケンバスケット	自己理解・他者理解の向上・促進	年間を通して	1月もしくは2月に1回	分教室	40～45分	授業時間	12	クローズド		混合	小1～小6
	スゴロクトーク	自己開示の促進、他者理解の促進	年間を通して	年に1～2回	分教室	40～45分	授業時間	10人	クローズド		混合	中1～中3
	集団コラージュ	感受性を豊かにする	年間を通して	年に1～2回	分教室	40～45分	授業時間	小学生12人 中学生10人	クローズド		混合	小1～小6 中1～中3
	ほめほめクイズ	自己受容の促進	年間を通して	年に1～2回	分教室	40～45分	授業時間	小学生12人 中学生10人	クローズド		混合	小1～小6 中1～中3
28												
29	SST	・社会適応能力を身につける。	特に定めていない	月に1回程度	固定しない。(机とホワイトボードがあればいい。)	約1時間程度	学校の授業時間帯	4～6人	オープン		男子のみ	中3年のみ
30	セカンドステップ(男女別で2グループ)	まずは集団の凝集性を高める目的で、生活棟でのグループ単位で実施。以降は、セカンドステップのプログラムにそって、感情のコントロール・自己表現のスキル向上を図る。	4月～7月	週2回	集団遊戯室	30分	14:30～15:00 15:10～15:40	男子8名 女子7名	セミクローズド			小2～小5 男子のみ、 女子のみの2 グループ
	SST	生活棟での中学生グループをメインに実施。ある程度生活面では自立しているが社会的スキルに不安のある児童を対象にスキル向上を図る。	4月～7月	週1回	相談室	45分	15:00～15:45	8名	セミクローズド		混合	中1～中3

メンバー選定基準	性別	職種	その他内容	男	女	職種	内容
分校のクラス単位で実施しているので、分校生は全員参加。過去には低学年にも実施していたが、グループ構成が困難なため、ここ2,3年は高学年のみの実施とし、中学年(4年生)は「お試し」として2学期以降に3回程度実施。		セラピスト	男・女	2人	2人	セラピスト4人 分校教諭1～2人 (観察・記録係)	①オリエンテーション:リーダーからこの時間の主旨と約束事(部屋から出ない、ケンカや暴力をしない)を説明 ②始まる前の気持ち:「ワクワク」「ドキドキ」「心配」「気分がのらない」「がんばるぞ」のカードから自分の気持ちを選んで発表してもらう ③エクササイズ:2～3種類 ④シェアリング:アンケートを書いてもらい、一言ずつ感想を言ってもらう。 :事前・事後に分校とミーティング
病気や怪我、問題行動を起こし指導を受けている児童を除き、基本的には全員参加させている。	男	指導員		3人程度		セラピスト1人 生活指導員3人 学習部職員1～2人	基本的には主任又は男子の日勤勤務職員がリーダーとなっているが明確な決まりはなく、臨機応変にリーダー、サブスタッフが決まり、自然と各々の役割を担っている。 *グループワークは生活指導部の職員が牽引していくのが原則である。セラピスト、学習部職員の補助は貼り付けではなく自由意志によるものである。
入所女子全員を対象とする	女	その他	児童指導員、保育士			男女で3～4人 学校の先生	バレーボール…基礎トレーニング、バレーの基本練習を行う。 ランニング…グラウンド10周、10分間走を行いタイム、記録を計る。
入所している小学校4年までの児童	女	指導員		1～2人	1人	セラピスト1人 生活指導員2人	活動内容は、グループでの話し合い・遊び・学園行事に向けた準備・練習・調理実習など、参加児童の希望に添った活動と職員からの課題提示に沿った活動に大別出来る。学園行事に向けて、準備を計画的に進めるとともに、1回の活動時間には必ず集団遊びを入れるようにしている。
入所している小学校5、6年の児童		指導員	男女いずれか 生活指導員3名のうち1名	1人		セラピスト	児童間の話し合いで皆で楽しめる遊びを決め、遊びを楽しんでいる。話し合いや遊びのやり取りの中で、介入の必要な場面が出てくれば、その都度職員が介入し、望ましい友達との付き合い方を具体的に教えていく。
入所中学生男子と通所中学生男子で生活・教育棟に参加出来ている児童。 ・日常の対人関係の状況を考慮し、年度当初にグループングする。	男	指導員		1人		セラピスト	活動内容は、グループでの話し合い・遊び・学園行事に向けた準備・練習・調理実習など、参加児童の希望に添った活動と職員からの課題提示に沿った活動に大別出来る。
入所女子児童と通所女子で生活・教育棟に参加出来ている児童。 ・日常の対人関係の状況を考慮し、年度当初にグループングする。	女	指導員			1人	セラピスト	活動内容は、グループでの話し合い・遊び・学園行事に向けた準備・練習・調理実習など、参加児童の希望に添った活動と職員からの課題提示に沿った活動に大別出来る。
・他施設から就学時に措置変更された児童3名 ・軽度発達障害を伴い、集団処遇上さまざまなトラブルあり。その対応に多くの時間を割く状況あり→それらの改善を意図して抽出指導。		セラピスト	リーダー持ち回り	2人	2人	セラピスト5人	自由に遊ばせるだけでは現実には起きている問題解決につながらず、実際にトラブルが頻発。 プログラム、課題を設定し、目標行動を具体的に提示した上で、トークンエコノミー等の行動形成の技法を用いたりして対応→児童の行動形成に効果あり。集団処遇への波及あり。問題の軽減。
施設内学級に通学している入所児・通所児が対象	女	その他	教員	3人	3人	セラピスト2人 生活指導員1人 教員3人	人間関係を築く場としてエンカウンターを実施継続している。 エクササイズを使って日常生活では表現することが躊躇されるような自分の思いに気づき、受け止め、味わってみる。またその思いを他者に伝え、他者の表現した思いに耳を傾ける。 個の成長が集団への成長へとつながっていく。
小学生対象	男	セラピスト		1人	3人	セラピスト1人 小学校教員3人	フールツバスケットの要領で行い、オニに負け人が椅子を移動する
中学生対象	男	セラピスト		1人	3人	セラピスト1人 教員3人	中学生を2～3グループに分ける。スゴロクを行い、止まったマスの課題について自由に話す。
小学生対象及び中学生対象とする	男	セラピスト		1人	3人	セラピスト1人 教員3人	4～5人のグループに分かれ、1枚の模造紙に自由に雑誌などの切抜きを貼っていく。
小学生対象及び中学生対象とする	男	セラピスト		1人	3人	セラピスト1人 教員3人	事前に、先生・職員に子どもの長所を書いてもらい、誰のことが当てる。
不登校や軽度発達障害を含めて、社会適応力の必要が認められる場合。	男	その他	大学講師	1人		セラピスト1人	実際の社会場面において、参加者が困っていることをテーマとして出している。それについて、他の参加者を含めて、その場面でどのように行動したらよいかの話し合いをする。(リーダーは意見をプラスに変える。)実際に「この方法」というものを決め、細かく設定し、ロールプレイを行う。その後、参加者で評価(ロールプレイの良かったところを話す。)その回に行ったロールプレイは、実際場面での宿題とし、次回にそれまでの実際場面の報告をする。
生活棟でのグループと一致。 セカンドステップに参加しているグループは、男女共に生活面の自立と共に適切な対人関係を維持するのが非常に困難な小学生中心に構成されており、集団凝集性を高めること・適切な自己表現の定着が必要と思われる。	女	セラピスト		1人	1人	セラピスト2人 生活指導員1人	基本的にセカンドステップのプログラムに沿っての実施。プログラム開始前にウォームアップとして集団凝集性を高めることも目的にメンバーで同様の作業などを行っている。
生活棟でのグループに合わせている。 S.S.Tに参加しているグループは、男女共に生活面の自立がある程度できる中学生を中心に構成されており、高校進学・就業などに向け社会スキルのアップが必要と思われる。	女	セラピスト		1人		セラピスト	実施毎にテーマにそったS.S.T新聞という資料を作成し、その資料を基にメンバーで話し合うことが基本である。場合によっては、生活に必要な技能(食事の作法・手紙の書き方など)をテーマとして扱う。

表9 グループ治療を入所施設で実施する利点・困難点・工夫・生活との関連性

施設名	ア) 利点	イ) 困難点	ウ) 工夫	エ) 生活との関連
1	実施の際、メンバー構成を検討するときに、職員間で一定の共通理解を得られる。	・具体的な内容の場合、児童の名前が挙がってしまうことがある。 ・そのグループでない児童たちとの接触の中では、行ったことについては強化が得にくい。	何らかの形で入所児童全体に行えるように立案したり、生活の中で行ったことを紹介してもらったりする。	日常生活に直結する内容のものが取り上げられているため、関連性は大きい。
2	・生活場面に影響しやすい。生活上の人間関係がもちこまれる。 ・メンバー同士が顔見知りのため、緊張感が少ない。インテンシブになりにくい。 ・グループ治療に参加できることがステータスになる。 ・子どもたちに合わせたグループの内容や活動を用意できる ・生活場面で見えにくい子ども同士の対人関係や課題への対処能力が見立てやすい。	・生活場面に影響しやすい 生活上の人間関係がもちこまれる。 ・メンバー同士が顔見知りのため、緊張感が少ない。インテンシブになりにくい。 ・グループ治療に参加できないことでひがみや妬みが生じやすい。	・活動内容(課題)の明確化 ・メンバーの厳選 ・グループ内で起きている情報を職員で共有する。 ・インフォームドコンセントにつとめる。	生活場面の混乱を避けるために、活動内容をそのときの子どもに合わせ検討している。
3	・子どもの日課が同じなので時間を設定しやすい。 ・個々の子どもの課題や特徴を把握し関わることができる。 ・グループで体験したことを子どもが生活場面で試したり活用することができる。大人もそれを見守ることができる。	・勤務の都合上、3人以上の職員が入る場合、勤務時間外で行うこともある。 ・生活が基本なので、ある程度落ち着いた生活が出来ていないと安定してグループに参加することが出来ない(生活でのトラブルがグループにも影響)。	・生活場面で安定するようなサポート ・個々の子どもに対してグループ活動に参加する目的などわかりやすく提示し、モチベーションを高める働きかけをしていく。	・ア)の3つ目に挙げたこと。 ・生活で生じたトラブルや対人関係上の出来事が、グループ活動にも持ち込まれやすく、影響を及ぼしている。反対に、グループ内の関係が良くなったり、大会・試合などの目標があると、生活での対人関係も良くなり、相互に影響している。
5	生活場面、学習場面での子どもの様子もわかるため、介入前の状態や介入後の効果をつぶさに、きめ細やかに観察できる。日常場面で表れをグループ治療でも取り上げるなど、より実践的なプログラムが運営できる。	①生活場面、学習場面でのトラブルをグループに持ち込んでしまうことがある。 ②日常生活での力関係がグループ内にも持ち込まれ、参加や発言が消極的になってしまう子どもがいる。 ③受診が重なって参加できないなど、日課の影響を受けることがある。	①できるだけ少ない人数のグループで実施する。 ②グループ編成時にメンバーを工夫する。 ③可能な範囲で調整している。	生活場面でプログラムの内容を生かした指導(落ち着き方を掲示しておく、対人トラブルの際にプログラムで実施した解決方法を職員が示唆するなど)ができる。
8	特に集団SSTにおいては、「宿題」の遂行状況が生活場面の観察で明確に確認できる。	1)参加児童の力動が変化しやすい。24時間生活を共にするため、ケンカになる可能性も高く、関係性が悪化すると、グループが成り立たなくなる。 2)個人心理治療に割く時間が多いため、時間の確保が難しい。	1)グループ構成員の関係が悪いときには、グループを中止したり、不参加をすすめる(*解決策としての回答ではないです)。 2)個人心理治療はせず、グループ治療のみを行う。	生活能力や対人関係の持ち方についての問題点は、日常生活場面で明確に観察されるため、SSTでの設定目標は、現実的に必要なものとなりやすい。 よって、生活場面の中で問題を見つかり、練習効果を観察したりすることができる。
9	メンバーに集合を掛けやすい。	開始前の人間関係のトラブルを引きずり、その続きのケンカをグループ内でやってしまう。	グループ活動のルールを丁寧に伝え続ける。あまりひどいときは、グループ活動から退場させる。	生活場面の人間関係をそのまま再現するで、なかなか客観的に物事を考えることが難しい。ただ、テーマがそのまま、そこにあるごちない人間関係であれば即座にやることが活かされる、とても重要な関連があるものと考えている。
10	・参加者が集まりやすい。 ・活動時間以外にもメンバーの交流がある。	・生活場面でのトラブルを引きずることがあり、活動が出来ないときがある。	即介入し、解決できなくても休戦させたりする。	活動内容を話題に出来たり、出来たことなどを生活場面にほめたりすることができる。
11				理由や意図はなく、現在実施に向けて検討・調整中。
12	・グループ治療を行う中での様子を生活場面や個別面接で利用しやすい。子どもが様々な場面で見せる様子を共有しやすい。 ・発達のどの程度育っているかを把握しやすい。 ・継続した参加が可能 ・体調も含めた調子の良し悪しが把握しやすい。 ・グループワークの内容を何を目的に組み立てていくか、生活を見ることで考えやすい。	・入所中である程度グループが生活場面で出来ているため、それがよい方向に向くこともあれば、悪く働くこともある。 ・グループワークに参加を希望するが、参加基準に満たない子どもへの説明が難しい ・参加児童の偏りがある。	・グループのリーダーとしっかり向き合い、信頼関係を基盤に治療にのせていくこと ・それぞれの子どもと向き合い、どの程度まで育っているのかを確認しながらグループ治療を行う。 ・参加できない子については個人面接の中で取り組むなど代わりの案を提示する。 ・入所治療全体の治療構造の確かめ(育ちのレベルに応じたプログラムの位置づけ)。 ・グループワークの意味や、治療の必要性など職員間で意識を統一しておく。	・グループ治療に参加できる子どもはいろいろと生活の中でできる子どもなので、みんながグループワークに入っているということをややましがっている。そのため参加している子どもも自信がついたり、頑張ろうという気持ちになったりする。 ・生活場面とは違う枠組みの中での言動を生活場面にもフィードバックしやすい利点がある。
14	・生活場面の状況がわかる。面接と生活とのギャップを見て取れる。 ・グループワークが操作しやすい。	グループに日常性が持ち込まれてしまう。問題(トラブル)を引きずってしまう。	特になし	連続性をもたせたい。スタッフや枠組みについても狭義の心理療法とは趣が異なる。

施設名	ア) 利点	イ) 困難点	ウ) 工夫	エ) 生活との関連
15	<ul style="list-style-type: none"> 子ども同士が相互によく知っている関係であるため、緊張することなく実施できる。 事前準備が必要な場合でも、子どもと話し合いの場を持ちながら準備することができる。 	特になし		児童会は生活に関連のあることを積極的に扱い、現実的な解決方法を学んでいくが、他のグループ治療は、基本的には生活場面とは切り離し、日常の生活の中では出来ないことを行う。
21	<ul style="list-style-type: none"> グループワークで学んだことを生活の中に生かしていけること (・技術が向上することで自信につながり、生活場面でプラス面になる ・お互い励ましあい、協力し合うことを通じてより良い人間関係を作るなど) 	逆に生活場面で問題が起こるとそれを引きずってグループワークに参加してしまい前向きな取り組みが出来なかったり、グループワーク中に何らかの不満が生じると生活場面にそれを持ち込んでしまうこと。	そのつど個別で指導し、生活場面に引きずらないよう関わっている。	グループワークを通じて体を鍛えると共に集団で生活していくうえで必要な精神力(協力、助け合い、思いやり、忍耐力)を身につけ、生活の中に生かしていくことが望ましいと考える。
23	<ul style="list-style-type: none"> 入所生活での問題(いじめ、ルール違反など)を取り上げ、話し合う事が出来る。 入所生活での対人関係の状況を把握した上で、グループ治療を行える。 	<ul style="list-style-type: none"> ①・職員のローテーション勤務により、定期的な時間枠の確保やスタッフの固定が困難。 ・セラピストは、入所・通所・外来児童の個別治療も担っており、定期的な実施に当たって時間調整が非常に困難。 ②・活動場所・使用物品などの制限により活動内容が限定されてしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> ①・月間予定を早めに立て、担当職員を確保する。 ・事前の引き継ぎ、打ち合わせをしっかりと行う。 ②・児童が日頃から好んで行っている遊び、プレイルームにあり集団で使えそうなおもちゃを把握し、即活動に活かせるよう準備しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活場面での出来事が直接グループ治療の場面で再現されることは少ないが、人間関係の構図や力関係はそのまま反映されやすいと考える。
24	<ul style="list-style-type: none"> セラピーの時間内の対応だけでなく、時間外についても適用した方法を一部用いたりして、結果的に反復的な対応が可能→定着・効果に利点あり。 児童の行動をより把握できる。アセスメントと評価の情報が多。 実際に起きている(時間内だけでは捉えられない)課題を取り扱うことが可能。 	学校での居眠りや日課(宿題や翌日の準備など)の未遂行等でグループセラピー開始に遅刻する児童が度々生起。	<ul style="list-style-type: none"> 開始時間に2/3であればスタート。開始時間25分後に1/3のときは中止。25分以降の参加は認めない。+参加できなければ得ないことを子どもに周知させる。 当日グループセラピーがあることを伝える表示板の掲示。 	生活場面との関連を想定してプログラム設定しており、関連は強い。
26	子どもが生活を共にし、お互いをよく知っているために、リラックスしてグループワークに参加することができる。	子どもがお互いをよく知っているために、緊張感がなく、だらけてしまうことも多い。	授業時間を借り、サブリダーとして学校(分教室)の先生にも協力してもらっている。授業の1つとして位置づけ、だらけないようにしている。しかし、実際、特に中学生などはモチベーションの低い子どもも多く、難しいことが多い。	本施設のグループワークは特に分教室との協力・連携を図っている。そのため、学校生活の中での子どもの集団力動、グループワーク内での子ども同士の関係性や子どもの様子など、多くのことを検討することができ、得るものが非常に多い。
29	<ul style="list-style-type: none"> 一緒に生活しているので互いのことをより深く知っているメンバーで、グループ治療ができる。生活場面や対人関係の取り方に直接生かせる。 グループ治療を行うときに、人数を集めることが容易であることのほか、集まったメンバーは普段生活を共にしている同士であるため、グループ治療時の緊張(余計な)がない点。 	<ul style="list-style-type: none"> グループ治療で生じた混乱が生活に直接影響する。 入所施設のために、悪い意味で馴れ合いになる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 職員が生活の中で関係調整する。 面談や通常の生活場面との切り離した形での様々な設定を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> グループ治療の効果、治療段階が直接反映されるので、そこで介入できる。 関連性としては、ア)とイ)で記述した様にメリット、デメリット的な関係があると思われる。

表10 被虐待児をグループ治療の対象としたときの困難点・工夫点・グループ治療を実施しない場合の理由や意図

施設名	2. ア) 困難点	2. イ) 工夫点	3. 実施しない場合の理由や意図
2	<ul style="list-style-type: none"> グループ自体がまとまらず、反治療的な体験になりやすい。 子どものニーズに合わせてようとすると、小さな集団で様々なタイプを作る必要が出てくる。 異性がグループで活動することで性的刺激をうけやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 子ども同士の相互の関わりを減らし課題を明確にするなど活動内容を工夫する。 グループを男女で分ける。 	<ul style="list-style-type: none"> 集団活動が難しい。 グループの内容と子どものニーズが合わない。 子どものニーズに合わせてグループを作ることに、職員の数や時間の限界がある。
3	<p>勝敗や力関係にこだわるのが目立つ。プロセスの大切さを話してもなかなか実感できない。グループの中で対人面でのトラブルを起こしやすく、集団の雰囲気を悪くする。</p>	<p>プロセスの中での小さな変化など、子どもに丁寧にフィードバックしていく。良い関わりが出来たときには全体の中で肯定的な評価を返し、意識させて改善していきけるようサポート。</p>	<p>基本的に子どもが主体的に参加するほうが効果も高いと思われるので、プログラムを設定し、子どもに希望をとる形態になっている。</p>
4			<p>立ち上げから1年経て、グループ治療をする勤務的な余裕が作れず来た。やると決めるとき、あてられる勤務をひねり出すのが難しい。</p> <p>グループ治療に習熟しているものがおらず、イメージし、現実化していく前の段階で止まっている。</p>
5	<p>職員が行ったロールプレイ(対人トラブル場面の再現)の際に、家庭での虐待体験を想起し過覚醒状態になったり、性教育で性被害体験を思い出して不安定になる子どもがいた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ロールプレイであることを伝え、今ここの取り組みに焦点を当てさせた。 性被害のフラッシュバックについては、個人心理治療でフォローした。 	<ul style="list-style-type: none"> セカンドステップについては、内容が年少児向けのため、小学5年生以上には実施していない(広汎性発達障害で、個別的な対応が効果的な反社会傾向のある中学生児童について実施している1ケースを除く)。
6			<p>今年度中にSSTをスタートさせるために現在準備中です(職員のSSTの練習、実施内容の検討などを行っているところ)。</p>
7			<p>個別の心理療法と生活場面での治療的関わりをセラピストが行っており、現在のところグループ治療の必要性を感じないため</p>
8	<p>攻撃性が顕在して、グループを乱すような場合、困難を感じる。</p>	<p>グループが成り立たないほどの逸脱をした場合、グループ治療は中止(中断)して、当該児童は個別心理治療へ移行。</p>	<p>グループ治療の構造が危機に至ると思われる場合。治療構造の基本である、安心・安全性が保障できないため。</p>
9	<p>集団というだけで気分が不安定になり、種々の刺激に過敏に反応してしまう。集まって椅子についたとたん、そわそわし、他児らがそれを指摘すると手を出しケンカになる。</p>	<p>職員が間に入って座り、細かに声をかけ、気分、感情の安定を促す。</p>	
10	<p>衝動性の高さや他児への嫉妬からトラブルになることがある。</p>	<p>その都度児童の話を個別に丁寧に聞き、気持ちを受け入れる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 集団でのものよりも、まずは個の関わりが重要であると判断された場合 集団形成が困難である児童に無理な刺激を与えない。
11			<p>理由や意図はなく、現在、実施に向けて検討・調整中であり、本研究の結果のフィードバックをいただければ幸いです。</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> メンバーの構成:どの程度人数を増やすか、どの程度まで育てている子どもをメンバーの対象とするのかなど 小集団の活動のため他者の動きも目につきやすいため、自分自身のできなさも感じやすい。 自分の気持ちに折り合いをつけることが難しく集団の雰囲気を壊してしまう危険性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの担当の子どもと話し合いながら、グループワークに入れるかを検討している。 できるかぎり、集団活動の中で1人1人にあった活動を取り入れる配慮。 	<p>現段階では集団の中で、様々な経験を味わうというよりは「壊す」「奪い合い」など他児の存在自体が落ち着けない刺激となっている。</p> <p>まずは、個別関係の中で守られた大人との経験を通して味わう、積み重ねることが優先される。</p>
15	<p>衝動性の強い子、対人関係に問題のある子など、虐待の影響と思われる特徴を持った子が多く、トラブルが起きやすい。</p>	<p>枠組みを事前に提示したり、子どもたちが関心を持って楽しく参加できる活動メニューを用意するなどしている。</p>	
16			<p>グループ治療を実施するための人材(職員)が不足</p>
19			<p>特に実施しない意図があったわけではない。単に個人心理治療以外の方法をとってこなかったというだけです。</p>

施設名	2. ア) 困難点	2. イ) 工夫点	3. 実施しない場合の理由や意図
20	3人集まるとけんかが始まってしまい、なかなかグループが成り立たない。	<ul style="list-style-type: none"> ・高学年のみ実施。 ・心理スタッフ総出で、ほぼ1対1で子どもにつく。 ・子どもが乗りやすいようにエクササイズのレベルや流れを工夫する。 ・スタッフのプレ・ミーティング、アフター・ミーティングをみっちりやる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・分校との連携、情報共有がもともとのねらいだったので、分校の授業時間帯に実施している。このため分校生以外は参加してない(できない)。 ・少人数であってもほぼ1対1でサブスタッフがつかないといけないかや部屋からの飛び出しが出るので、心理スタッフ総出で実施しているため月に1回の実施がやっとで、分校生以外に拡大は困難。 ・低学年は何度か実施したが、グループ構成が難しく、最近が高学年にしぼって実施している。 ・もっと日課の一環としての「グループワーク」をケアワーカーと連携してできないか模索しているところ。
21	プログラムの流れに沿うことが出来ないとき(他児や職員への暴言・暴力、やる気のない態度をあからさまに示す、他児を巻き込みエスケープしようとするなど)に困難を感じる。ただしこれは被虐待児のみそういうことをするという訳ではない。また逆に主訴は被虐待ではなくても多かれ少なかれ虐待の要素を背景として持っている児童はほとんどといっている。	出来る限りグループワークの枠内での指導や援助で流れに沿ってもらうようにしている。不十分であれば夜勤勤務者に引き継ぎ個別で話し合うこともある。緊急を要する際にはグループワークからタイムアウトしてもらい、個別で対応することもある。“被虐待児”として特別にその他の児童と区別して問題解決を図っているというより、一人ひとりの個性に合わせた問題解決をしているといった状況である。	
22			個人セラピーだけでも手一杯であること。 個人セラピーとの両立が難しいこと。
23	<ul style="list-style-type: none"> ①小学生では、衝動性が高い児童が多く、ふとしたきっかけから、その場で突然喧嘩がはじまり暴力に発展することもあり、双方の折り合いの付け方が難しい。 ②中学生では、話し合いや活動中、活動後にもすれれば力関係の弱い児童がからかいかい攻撃の対象になりやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ①グループ治療中に暴力・暴言など押さえが利かないトラブルが起きた時には、その場でグループを中断する。次回の治療開始時にトラブルを振り返り、話し合う。 ②グループ導入時に、グループ活動の意味合いや約束(相手の話を聞く、自分の意見を言う等)をメンバーに確認する。 	
26	本施設では、構成的グループエンカウンターを基にしたグループワークを行っているが、ベースの出来ていない子が多いため、エクササイズのレベルの高いものは、子どもがついてこれず、実施することが困難である(特に中学生は、思春期の問題も絡んでくるため難しい。「くだらない」などと言ってだらける子が多い。小学生はまだ素直なところがあるのか、グループワークに乗ってくる)。	ゲーム性の高いエクササイズなどを実施し、まずはグループ活動が楽しめることを目標とするようにしている(特に中学生)。	基本的には全児を対象にして実施しているが、本人が参加したくないという場合は無理に参加させることはしていない。
27			心理職員が3人しかおらず、現時点では「グループ治療」は行えていない。(生活指導員による「クラブ活動」(太鼓、サッカー)は実施中)
28			18年度までは、小学生を対象に4、5人のグループでグループセラピーを実施し、一部SSTも取り入れていました。ただ高機能自閉症スペクトラム障害と被虐待児の児童がほとんどでグループでの取り組みが難しかったため、今年度は個別治療プログラムとして、一部の児童を対象にSSTをスタッフは複数にして取り組んでいます。
29	・大人しい児童に攻撃が向けられることがある。治療構造が壊れてしまう。グループ全体が混乱しがち。	<ul style="list-style-type: none"> ・逆に混乱も個々のメンバーにとって変化のきっかけと捉えて、負荷をいかに乗り越えるか支援する。 ・グループ治療の枠組みを明確に伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループに入ることで、混乱を招く子ども(入所間もない子ども等)は、個人心理治療に専念するか、徐々にグループに入るように配慮する。 ・グループ治療は、複数人数での実施となることから、その輪の中に入れない児童も考えられるし、そういった児童の状況を検討して考えると参加の有無はあるといえる。

表11 追加：セラピストの勤務

施設名	宿直		夜勤		遅番		備考
	有無	頻度	有無	頻度	有無	頻度	
1	有	週1回	無		有	月3回	
2	有	月3～4回			有	男:月4～7回 女:月2～4回	
3	有	月1回	無		有	週4日	
4	原則無し		無		有	月2回	
5	有	週1回	無		無		
6	有	週1回	無		有	週3～5回	
7	無		無		有	週1～2回	
8	有	月3回	無		有	月3回	遅番(10:30～19:30)
9	有	週1回	無		有	週1回	
10	有	週1回	有	週1回	有	週2回	
11	無		有	月2回	無		
12	有	月4回	有	月4回	無		
13	有	月2回	無		有	週2～3回	
14	有	月2回	無		有	月2回	
15	無		有	月2回程度	有	週2回	
16	有	週1回	無		有	週1回	
17	有	週1回程度	無		有	週1回程度	
18	有	月3回前後	無		有	月1回前後	
19	無		無		無		
20	無		無		有	週2回	
21	無		無		無		
22	有	約週1回	無		有	セラピーの都合によりセラピスト毎に異なる	
23	無		有	月1～2回	有	月1～2回	
24	無		無		有	月1回	
25	有	月5回	無		有	月10回	
26	有	月3回	無		有	月3回	
27	無		無		無		
28	無		無		無		
29	有	週1回	無		有	月1～5回	
30	無		有	月2～4回	有	月0～4回	

表12 追加：生活指導へのセラピストの関与

- 1 児童指導員と同等の関与 (セラピストも率先して指導に当たる)
- 2 児童指導員とほぼ同等の関与 (指導員がいない場合、1の役割をとる)
- 3 児童指導員の補助的な役割 (最小限の関わりをして指導員に引き継ぐ)
- 4 関与しない (指導的役割をとらない)

施設名	総合的	食事	入浴	就寝	起床	喧嘩
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	3	2	3	3	2	2
4	2	1	1	1	1	1
5	2	2	3	2	2	2
6	1	1	1	1	1	1
7	3	1	2	2	1	2
8	2	2	2	2	2	2
9	1	1	1	1	1	1
10	2	2	2	2	2	2
11	2	1	1	1	1	2
12	2	1	1	1	1	1
13	2	1	3	2	2	2
14	2	3	2	2	2	2
15	1	1	1	1	1	1
16	2	2	2	2	2	2
17	2	1	1	1	1	1
18	2	1	1	1	1	2
19	4	4	4	4	4	2
20	2	2	4	4	4	1
21	4	4	4	4	4	2
22	4	3	4	4	4	2
23	2	2	2	2	2	2
24	2	2	2	1	4	2
25	2	4	4	4	4	2
26	1	1	2	1	1	1
27	3	3	4	4	4	2
28	4	4	4	4	4	2
29	1	1	1	1	1	1
30	—	1	2	1	1	1

表13 追加：情短の中でのグループ治療の位置づけ

施設名	グループ治療の位置づけについての考え
1	心理治療におけるグループセラピー、生活指導における小グループ活動などがあり、小グループでは食事づくり、音楽、映画鑑賞、スポーツなど実施しています。対人関係のうまく取れない子どもたちは、施設での生活を送りながら、より理解しやすい(興味のあるもの)、より動きやすい(少人数)集団の中で対人関係の社会性、関係性の向上を図っています。少人数から経験したことを個人と確認し、指導のフィードバックもしやすい活動です。50名という大集団の生活を構造化していくためにもグループ治療は大変重要な活動と考えています。
2	各情短の特色によって位置づけも様々になると考えられる。当園の場合、セラピストが生活に入っていることもあり、安定した生活のケアがまず基盤にある。グループワークはそうした生活の中でエネルギーの出してきた子どもを対象としたプログラムとなる。 ある程度生活や職員との関係が安定し、子ども小集団でいられる(集団をこわさない程度に)子どもが対象となる。情短では対象となる子どもに応じてグループでの枠組みや内容を設定でき、生活や個人心理治療と相互に活かし合える利点がある。
3	個別の心理治療や個別での生活指導で子どもたちが考えたことを、次に安心できる小集団の中で試し、対人スキルや社会的ルールなど身につけていく場としてグループ治療があると考えます。
4	<ul style="list-style-type: none"> ・人間関係や人との距離のとり方を直接扱うことが出来る面で有効である。 ・リスクも高いので、メンバーや時間、場所など条件設定にかなりの工夫がいるのではないと思われる。 ・全体の中の2/5をケアワーカー勤務にしているので、なかなか個人治療に加えてグループ治療に踏み出す余裕がない。
5	対人スキルを小集団で練習する場。発表などを通じて自信を深め自己評価も上がることが期待される。
6	総合環境療法の中で生活や個人心理治療と同等に重要な治療の1つとして捉えている。また、家族に対するグループ療法も重要なものと考えている。
7	グループについて特別な枠組みで治療は行っていない。日常生活の中で治療的関わりと治療の枠付けが確保されるよう、安心、安全な状態が維持できるようセラピストが生活に関与している。
8	人間集団の中で上手に対人関係を持つスキルを学び、体験し、獲得していく時間と位置づける。
9	もともと集団で行動するのが苦手な子どもの集団であるので、あまり重要視していない。セラピストのトレーニングの場として捉えているのが現状。
10	目的的に構造化した精神療法は現状着手できていないこともあるが、実施が難しいのではないかと考える。当施設では、「クラブ活動」と位置つけたグループワークや感覚統合療法による集団トレーニングとしてグループ治療を行っている。媒体を用いて集団で何かを行うことを治療として捉えていくことが現状として行える範囲である。
11	10月より導入予定(試行)。実施後、振り返りを行い、トータルに位置づけを検討する。
12	子どもと職員の信頼関係がある程度できるようになってから、小集団でのグループにステップアップしていくという位置づけで使っている。グループワークはトレーニング(走ること)をしたり、料理をしたり、工作したり、といろいろある。
13	当施設の児童もほぼ例外なく他者と関係を築いたり、維持したりすることが苦手で、それがも元でトラブルが絶えない現状である。従って、グループ治療を行うことで適切な他者との関係を身につけることは重要なことと考えている。また、社会に出たり、家庭へ戻ることが間近な児童に必要な社会技量を学ぶ機会として、SSTなどの導入も求められている。しかしながら、今現在、当施設では様々な事情からグループ治療は実施できておらず、心理としては早期の実施を急務と考えている。いずれにしても個人治療だけではなく、グループでの援助を並行して行うことを望んでいる。
14	必要性を痛感しているが、実践的にはまだ試行段階である。
15	<ul style="list-style-type: none"> ①治療的援助活動として：個別的な活動では得られない自己表現の場、能力を発揮する場であり、自信を深めたり、自己像が改善されるなどの治療的効果が期待できる。 ②社会生活力の養成の場として：社会的な行動の仕方を学んだり、他者と交流を持つことが出来、社会性の獲得に有効。 ③作業学習として：作業を通して情緒障害の改善を図り、作業意欲、態度の向上を促す。

施設名	グループ治療の位置づけについての考え
16	入所児童1人1人が異なる背景をもち、グループ編成が難しい。治療の枠内での位置づけは困難と思われる。
17	発達障害のある児も多いので、集団での活動、参加についての基本的なスキルを身につけたり、対人関係のスキルを向上させるうえでグループセラピーの重要度は高い。 設定されたグループセラピーを週に2～3回実施している(9月より)。
18	集団的適応につなげていく上で大切。
19	当園では実施していないし、実施したこともないのでわかりません。
20	集団生活に問題を抱える子が多いが、それ以前に1対1の関係に課題がある子も多く、グループ治療とはいえほとんど1対1で大人がはりついてどうにか実施している。もっと日常的な形でやれる方法はないか模索中。
21	当学園では開設後早い時期から生活指導の一環としてグループで取り組む身体活動に取り組んできた。心と身体の健康は無関係ではなく、またグループで取り組む身体活動には、いわゆるチームワークという言葉で表現される相互の人間関係のとり方、協調していくこと、そして規範意識、地道に努力すること、我慢することなどを体験し、学習できるさまざまな場面があるという特徴がある。また、過去の失敗体験を職員の指導、援助により失敗ではない体験に変えることなどによって、自己評価を高めることも可能である。 近年急激に増加しているいろいろな意味で体験の乏しい子どもたちが、学校や社会に適応していくために必要な体験を補い、知識や感覚を身につける手段として必要な技法と考えている。
22	現状では取り組みを行っていません。個人セラピーをする中、今後についても特に予定はありません。
23	グループ治療は非常に重要であると考え。措置児童は、これまでの家庭生活・学校生活で「大人と楽しく遊ぶ」「友達と楽しく遊ぶ」という経験をしてきていない者が多数いる。遊び方がわからない故に逸脱行動等を通して友人関係をとろうとしがちである。児童の中にスタッフが加わり、大きな逸脱を起こさぬよう介入、指導を行いながら、友達との接し方、楽しい遊び方のモデルを示していく必要がある。
24	個人、集団へのアプローチとも情短の中で同じぐらい必要性はある。集団(グループ治療)は現実的な対人関係の問題を考える場として有効であると思われる。もちろん生活指導も現実問題の処理を考えていく上で重要だが、個別心理治療は、やはり個人へのウエイトが高いため、生活と心理がコラボレートしていくことが今後ますます必要と考えられる。
25	まだ実施していないのが現状です。グループ治療に関しての考え方も、「子どもの自治組織をつくり、セラピストはグループダイナミクスを利用した集団療法をもっと積極的に行う」という考え方と、「個が育っていない、一対一の関係すら危うい子どもたちに集団療法を導入するだけでも困難。それに当館は全国でも珍しく、生活型の情短として独自の方向性を模索しているため、生活の中にあまり『治療』の概念を積極的に持ち込みたくない」という考え方の間で、職員によって異なっているのが現状です。
26	対人関係の困難さにアプローチする方法のひとつとして、グループワークを実施しています(月1回)。子ども同士の人間関係を促進することで、そのような問題の解消につながっていくと考えています。
27	記入無し
28	グループ治療は、集団のグループダイナミクスを活かして、児童の自己理解、他者理解を深め、対人関係の持ち方に気づかせていく有効な方法であると考えられます。当所でも18年度までは、小学生を対象に4～5人のグループでグループ治療を実施し、一部SSTも取り入れていました。ただ最近の入所児童の傾向として、高機能自閉症スペクトラム障害と被虐待児の児童が増加してきてグループでの取り組みが難しくなっており、今年度は個別治療プログラムとして、一部の児童を対象にSSTをスタッフは複数にして取り組んでいます。
29	SSTやエンカウンター等で展開を考えている。
30	生活場面での集団における治療(支援)が前提であるが、集団の中で不適応、不適切な言動が顕著な児童を中心に、個別からグループセッションへ移行し、最終的に生活場面での適応を図る。

平成19年度研究報告書

被虐待児に対する臨床上の治療技法に関する研究
(情緒障害児短期治療施設における被虐待児への心理治療)

平成20年 3月31日発行

発行 社会福祉法人 横浜博萌会
子どもの虹情報研修センター
(日本虐待・思春期問題情報研修センター)

編集 子どもの虹情報研修センター
〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地
TEL. 045-871-8011 FAX. 045-871-8091
mail : info@crc-japan.net
URL : <http://www.crc-japan.net>

編集 研究代表者 平岡 篤武
共同研究者 西田 泰子
中垣 真通
市原 眞記
増沢 高

印刷 (株)ガリバー TEL. 045-510-1341(代)