

福祉型障害児入所施設における心理臨床

倉西 宏*・神戸 崇作**

Psychotherapy in the Welfare Institution for Disabled Children

Hiroshi KURANISHI, Shusaku KANBE

要 約

本論文では、福祉型障害児入所施設における心理臨床の紹介を行うことを目的とした。まず、筆者らの勤務する施設の概要から臨床心理士の業務、心理療法でみられる主題、そして退所について述べて、福祉型障害児入所施設における心理臨床の現状を報告した。心理療法においては、心理療法場面に重心を置きながら、治療状況に応じて職員とのコンサルテーションを密にし、ここぞという時には生活場面において介入することも有効な場合がある。また、コンサルテーションによって支援員をサポートし、生活場面においても児童を抱える力を高めることが心理療法と同じく重要な仕事である。心理療法でみられる主題としては、①虐待、②アタッチメント、③身体性を取り上げ、障害児の臨床においても虐待の問題が大きいこと、アタッチメントは特に生活場面における支援員との関係性を理解する時に役立つこと、身体障害との関連から身体性についても論じた。

キーワード：障害児、心理療法、福祉型障害児入所施設

*追手門学院大学

**近畿大学生物理工学部 学生相談室

1. はじめに

本稿では、筆者らが勤務する福祉型障害児入所施設における心理臨床の紹介を行うことを目的としている。福祉型障害児入所施設は、以前には肢体不自由児療護施設という施設種別であった。肢体不自由児療護施設とは、常時医療を必要としない肢体不自由児が入所するところで、当時は同様の施設が全国に7つしかなかった。それが2012年の児童福祉法の改正によって、知的障害児施設・第一種自閉症児施設・第二種自閉症児施設・盲児施設・ろうあ児施設・肢体不自由児施設・肢体不自由児療護施設・重症心身障害児施設の8つの施設種別が一元化されて障害児入所施設となった。障害児入所施設には、医療を提供する医療型障害児入所施設と医療の提供がない福祉型障害児入所施設がある。障害児入所施設の対象とされているのは、身体障害、知的障害、あるいは精神障害（発達障害を含む）のある児童だが、この改正によって本施設では身体障害よりも知的障害のある児童の割合がやや多くなってきている。しかし、以前から肢体不自由のみでなく様々な障害のある子どもが暮らしていたので、割合に変化はあるものの、改正によって大きく変化したという程ではないだろう。

2009年4月、障害児入所施設にも心理職が配置されるようになった。厚生労働省の通知「障害児施設における心理指導担当職員配置加算及び看護師配置加算について」には、心理職の配置は「虐待等による心理外傷や障害特性に配慮した環境のもとで心理指導を必要とする児童に対し、心理指導を実施し、児童の安心感の再形成及び人間関係の修正等を図り心的外傷を治癒することを目的とする」と書かれている。ここでは他の児童福祉施設においてと同じく、児童虐待への対応が第一に考えられていたのである。

この2009年4月から筆者らは福祉型障害児入所施設に勤務し始め、今年で8年目となった。児童福祉施設への心理職の導入は、情緒障害児短期治療施設が1962年と最も早く、1999年に児童養護施設、障害児入所施設にはさらに10年遅れてだった。導入が遅かったことや心理職を配置している施設も少数しかいないことが影響してか、福祉型障害児入所施設における心理臨床の報告はまだされていないようである。そこで、筆者らの勤務する福祉型障害児入所施設においてどのように心理臨床を行っているのかについての現状を報告したいと思う。

2. 本施設の概要

本施設は、最寄りの私鉄の駅からバスで20分、バス停から田園地帯を歩くこと10分でたどり着く小高い場所に建っている。すぐ近くには幾つかの古墳があり、自然が豊かで、夏の園庭ではコクワガタやカミキリムシ、キリギリスなどの昆虫を目にすることができる。しかし、子どもの安全を守る観点から、中高生で障害が軽度の少数名を除いては児童だけで園庭に出ることは禁止されており、遊べるのは職員の見守りがある時のみとなっている。

施設は、一つの建物に20人以上の児童が住む大舎制と呼ばれる形態であり、これは児童養護施設の大多数を占める施設形態でもある。本施設では、東棟と西棟で男女が分けられ、一部屋に3～4人分のベッドがあり、食事は大きな食堂で全員一緒に食べている。大舎制は、設備や生活空間を共有しているため、職員の目が届きやすく管理しやすいという利点があるが、一方では児童のプライバシーが守られにくく、地域社会とも隔絶されがちだと言われている施設形態である。

① 児 童

2014年4月1日時点では、入所児童は47名。年齢別では、幼児（～6歳）が3名、学齢児（7～17歳）31名、加齢児（18歳～）13名だった。

障害の状況を見ると、身体障害8名、知的障害18名、精神障害0名、2障害重複5名、3障害重複16名となっており、重複障害の割合が多いことが分かる。また、データでは「精神障害0名」となっているが、虐待の影響によって解離性同一性障害に近似の症状を呈していたり、てんかんや自閉傾向のあるケースもあって、精神科などに通院して向精神薬を服用している児童も少なくはない。

このように重度の障害の児童が割合としては多いのだが、軽度の身体障害のみ（知的には境界線程度）の中高生がだいたい2・3名はいるので、入所児童の障害の程度には相当の幅がある。もともと肢体不自由児療護施設だった本施設には、入所決定に際しては何らかの肢体不自由のある児童が優先されるが、それは裏を返せば、ほかの条件は考慮されない場合が多いということでもある。つまり、知的側面や精神的側面は優先的に考慮されないため、重度の知的障害のある児童と普通高校に入学できる知能の児童、精神的にも解離性同一性障害で精神病院に入院したりする児童がいるなど、幅が広い。全体としては、重症の心身障害のある児童が多いものの、上記のような理由によって様々な障害をもった児童が混在していることが本施設の特徴として言えるのではないかと思う。

入所理由としては、ほとんどのケースにおいて何らかの虐待あるいはネグレクトとされている。保護者が精神障害や知的障害を抱えていたり、薬物乱用などのためにネグレクト状態だったケースも多くあり、“家庭復帰可能”と判断されている児童は一人もいないというのが現状である。

② スタッフ

スタッフは施設長、児童発達支援管理責任者、保育士、児童指導員、介助員、事務員、調理師、栄養士、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士、清掃・洗濯担当の職員が働いている。なかでも、日常生活の支援を行っている保育士、児童指導員、介助員（以下では、これらの直接支援をしている職員をまとめて「支援員」とする）が子どもと関わる機会の最も多い職員である。児童は大体8名前後のグループに分けられており、グループ毎に支援員3・4名が担当となっている。

3. 臨床心理士の業務

2009年から5年間は筆者ら2名の勤務体制だったが、2014年度に1名、さらに2015年度にも1名が採用されて、現在では臨床心理士4名がそれぞれ別の曜日に週1日ずつ勤務している。4名になったことで施設のニードにより広く応えることも可能となり、2015年には支援員と共同でSSTを行い、2016年からはアセスメント面接も始めた。アセスメント面接とは、主として新しく入所した児童を対象に、本人と面接をしながら担当の支援員とも相談し、生活支援の参考にしてもらう短期的な心理的援助のことである。アセスメント面接は短期間なのでより多くの児童と関わることができ、少人数の児童と長期的に関わる心理療法とは違った形で施設のニードに応えることが可能となった。

そうした勤務体制による変化はあるのだが、やはり心理職の主な業務は児童の心理療法と、職員とのコンサルテーションであることに変わりはない。その他の業務としては、担当以外の児童についての相談や職員自身の相談、ケース会議への参加、職員研修の講師なども務めているが、ここでは児童の心理療法と職員とのコンサルテーションについて述べたいと思う。

ちなみに、本施設では心理職に日常生活の支援業務を求められることはなく、筆者らは心理業務のみを行っている。施設においては心理職が支援員を兼務しているところも少なくないという現状があるので、念のため記載しておく。

① 児童の心理療法

園庭には児童の居室のある本棟とは別に小さなプレハブの建物があり、それをカウンセリングルームとして用いている。敷地内だが、一度園庭に出て別の建物に入るため、場所的にも区切りを作りやすい環境になっている。カウンセリングルームの室内には、手前にソファと机のあるいわゆる面接室風の空間があり、真ん中辺りに箱庭やボードゲーム、奥にプラレールなどの玩具を配置している。このように配置することで面接とプレイセラピーの両方に対応できる空間にしている。

心理療法の開始は、基本的には支援員からの依頼によっている。支援員が対応に困っている何らかのいわゆる問題行動のある児童がほとんどである。その他には、今のところ大きな問題行動はないものの先々が心配されるケース（たとえば退所後を見据えて本人なりに働いて生活できる力を養ってほしい高校生）や個別にじっくり関わってやればもっと成長すると思われるケースなどの依頼がある。心理療法の内容については、次の『4.心理療法でみられる主題』のなかで述べたいと思っている。

ここでは心理療法の内容とは別に、施設臨床で重要だと考えられる治療構造について少し書いてみたい。というのも、施設では生活に即したところに治療の枠があるために枠組みが曖昧になりやすいという問題があり、その構造が心理療法の内容や動きと関連していると考えるか

らである。さきに本施設の心理職は心理業務のみを行っており、また場所的にも区切りを作りやすい環境であると書いたが、こういった生活場面との分離が心理療法の枠となり、守りとなっているのは確かである。しかし一方で、施設のニードとして、例えばパニックになって暴れている児童の対応に困った支援員から介入を要請されるなど生活場面での関わりを求められることも時にあって、筆者らはそれが必要な時には応じている。これはいわゆるオーソドックスな枠組みの考え方からは外れているが、施設には精神病院の病棟にも似た生活場面と心理療法場面の両方を抱える「器」の機能があるので、時には思いきった介入も可能だと思っている。またこれと関連するが、本施設の臨床において心理職は、心理療法場面だけでなく生活ぐるみでみる視点が大切だと感じている。心理療法に重心を置きながら、治療状況に応じて職員とのコンサルテーションを密にしたり、あるいは、ここぞという時には生活場面においても介入することが有効だと考えている。

② 職員とのコンサルテーション

職員とのコンサルテーションは、看護師や理学療法士、作業療法士などと話し合うこともあるが、やはり担当の支援員と相談することが最も多い。支援員はシフト制で決まった曜日にいるわけではないが、その都度お互いに声をかけ合い、必要に応じて情報交換や援助の方法について話し合う時間をもつようにしている。また、担当の支援員と相談するのは当然だが、それぞれの児童には思い入れ深く関わっている支援員がいることが多く、その職員とも話し合い、力づけるようにしていくことも大切である。まれに、そういった支援員が見当たらない状況に出会うが、こういう場合には児童の心理療法も難航しがちに思われる。

施設では支援員との相談、あるいは相談以前のふれあいやコミュニケーションが非常に重要である。それは日々の生活を直接支援している支援員が施設における治療の第一の担い手だからである。たとえば、家庭で失禁する度に叱られていた児童が施設で支援員にやさしく着替えさせてもらうなど、日常生活がそのまま治療になるという意味でそう考えられる。施設で暮らす児童には支援員に見守られた生活がベースにあって、そのうえに心理職が心理療法を行っているのである。

日常生活においても、心理療法においてそうであるように、まず何よりも支援員と児童の関係性が大切になると思われる。児童が支援員に対して不信感を募らせている場合には心理療法で支えるという感じになってしまうが、生活面で信頼関係がある場合には支援員と心理職とが手をつないで児童を抱えるような形になって、より大きな力を発揮できる。施設の心理職は支援員と細やかにコンサルテーションを行うことのできる立場にあるが、これは生活に即したところに治療の枠があるからこそその利点だと言えるであろう。コンサルテーションによって治療の第一の担い手である支援員をサポートし、生活場面においても児童を抱える力を高めることは、施設の臨床では心理療法と同じく重要な仕事だと実感している。あるいは、日常生活

がそのまま治療になるという考えをもう一歩進めると、いわゆるオーソドックスな心理療法の概念を押し広げて、施設臨床ではコンサルテーションも“心理療法”の内に含んでもよいのではないかと筆者らは考え始めている。これらについてはまた稿を別にして論じる予定である。

4. 心理療法でみられる主題

ここでは本施設の心理療法においてよくみられる主題を紹介したい。①虐待、②アタッチメント、③身体性に分けて述べてみることにする。

① 虐 待

児童の入所理由のほとんどが何らかの虐待あるいはネグレクトであるため、まずその影響が考慮される必要がある。虐待やネグレクトは単独で起きているわけではなく、程度の差こそあれ重複している場合が多いはずだが、ここでは入所理由や過去の記録をもとにした分類から報告することにする。本施設で最も多いのは、障害をもって誕生後間もなくから乳児院などで暮らし、親とほとんどあるいは全く接触せずに育ってきたネグレクトのケースで、担当ケースのうち約半数がこれに当たる。次に多いのは、小学生や中学生まで家庭にいて入所してくるネグレクトのケースだが、この場合には親が精神疾患を抱えていることが特に多い。他には身体的虐待を被っていたケース、性的虐待によって解離性同一性障害と思われる症状を呈するケースが存在している。

西澤（2001）の児童養護施設の児童を対象にした調査によると、ネグレクトを経験した子どもにはトラウマ性の反復侵入症状を中心とした反応や解離反応は見られないが、不安反応や怒りの反応が高く、身体的虐待を受けた子どもとは異なる特徴があるとされている。これは本施設で大多数を占めるネグレクトのケースの臨床的特徴とも一致しているので、障害のある児童にも当てはまることだと考えられる。また、「虐待やネグレクトを受けてきた子どもの心理的、精神的問題、あるいは行動上の問題は、トラウマとアタッチメントという概念を用いることで多面的な理解が可能になる。」（西澤哲、2010）と言われるが、本施設においてはトラウマよりもアタッチメントの概念の方がケース理解に役立つことが多いと思われる。それはやはり大多数がネグレクトのケースであるため、体験がトラウマとして結晶化していないからだと考えることができるだろう。

② アタッチメント

本施設では生後間もなくから施設で養育されていたり、虐待やネグレクトなどの不適切な養育体験をしてきた児童がほとんどであるため、アタッチメントという視点は重要である。

例えば、ある思春期男児はADHDと診断されてコンサータを服用していたが、入所当時の彼

は些細なことでカッとなつては玩具を投げつけ、バラバラにしてしまうなどの破壊行為を頻繁にしていた。前施設では「自分から人を求めることがなかった」というが、本施設ではある支援員にくっついて後追いするようになり、その関係を通じて次第に彼の衝動的行動はなくなっていった。数ヶ月後、その支援員の写真がほしいと要求するようになった頃にはもう別人のように落ち着いており、くっつける同性の友人もでき、年下の児童の面倒もよくみるようになっていた。

これは心理療法よりも職員とのコンサルテーションの方が主となったケースで、生活場面での経過のみを書いたが、アタッチメントや内的作業モデルという概念から理解することが可能であろう。このケースだけではなく、自分がかつきすぎているから児童が問題行動を起こしているのではないかと不安になる支援員もいるので、コンサルテーションではその意義を伝えながら心理的にサポートすることが必要である。このように、アタッチメントはとくに生活場面における支援員との関係性を理解する時に役立ち、支援員にも馴染みやすい理解の仕方であると感じられる。

上記のようなケースもあるのだが、一方で、施設では基本的に同じ支援員が個別的なケアを継続的に行なうことは困難であり、安定したアタッチメントを形成しにくい状況であると思われる。それでも、児童が特別な関係を持っていると感じられる支援員が3、4人いる時には、相当不安定な状態の児童でも保護されていると実感し、安定するよう見受けられる。1人だけではなく3、4人いれば、シフトで支援員が入れ替わったとしても、その内の誰か1人はその日に勤務することになるために安心感が得られるようである。

③ 身体性

本施設には肢体不自由をもつ児童が多く、やはり身体性というのは重要なポイントの一つになると思われる。以下に、二分脊椎症の児童の例を示す。

二分脊椎症とは、本来ならば脊椎の管の中にあるべき脊髄が脊椎の外にでて生まれるもので、さまざまな神経障害のある状態を指している。二分脊椎による運動機能障害は多岐にわたり、特に下肢の麻痺や変形、膀胱・直腸障害による排泄障害がみられる。本児童も自分自身で排尿がコントロールできないため、常に自己導尿が必要であった。

このような二分脊椎の児童のケースで、自分の描く絵と同じ絵を筆者に描くように言ったり、筆者が描いたり行ったことを真似するセッションが続いたことがあった。この児童は排泄がコントロールできないために自己の身体感覚が養われず、身体イメージが育っていないということが起こっているように思われた。しかし、そうして鏡の中のよう同じ行為を求めて映し返していく展開からラカンの言う「鏡像段階」と同じ現象が生じ、自己の身体イメージ、さらには主体としての意識を保てるようになったと考えられる変化がみられた。

他には、多くの児童が心理療法において身体運動を積極的に行うことも挙げられる。プレイ

セラピーであれば当然と思われるかも知れないが、脳性麻痺などで身体の大部分に障害のある子どもでも同様なのである。これもまた、上記のケースのように身体性に伴う主体の問題が存在することや、意識と身体が不可分な関連をもっているかを考えると意味深いことであろう。どのような障害を抱えていても、自分の身体感覚をより細かく受信できるようになったり、身体運用が以前よりも上手くなるということの意義は非常に大きいと思われる。

5. 退所について

本施設は障害を抱える児童の入所施設であるため、18歳になると退所していかなければならない。退所後には、グループホームや入所型の障害者支援施設、通勤寮に住みながら、作業所や職業訓練施設に通ったり、障害者枠で就職し企業で働く者も少数だが存在している。進路については、児童の希望が聞ける場合にはもちろん聞きつつ、担当ケースワーカーを中心に支援員や特別支援学校の教員も入って相談のうえ決めていくが、時には心理職から意見を出すこともある。

実際の進路決定に際して心理職として重要なのは、心理療法において児童が退所するまでのこのプロセスに寄り添うことであろう。本施設においては、重度の知的障害のある児童も少なくないため、退所についてどう感じているのか窺い知ることの困難な場合もあるが、障害が軽度の児童の場合には特に退所に際して様々な思いがめぐる。なかでも、多少なりとも家族と接触のある児童では葛藤が大きくなることが多い。数ヶ月に一度でも面会があったり、季節ごとに家族の家への外泊をしていると、退所後には家庭へ戻れるのではないかと思っていたのに、そうはならないからである。退所に際しては、施設の職員や友だちとの別れだけでなく、家族の問題にも向き合わなければならない場合があり、障害を抱えながら生きていくことに改めて直面する時ともなっている。

6. おわりに

本論文では、施設の概要から臨床心理士の業務、心理療法でみられる主題、退所について述べ、福祉型障害児入所施設においてどのように心理臨床を行っているのかについての現状を報告してきた。

心理療法においては、心理療法場面に重心を置きながら、治療状況に応じて職員とのコンサルテーションを密にし、ここぞという時には生活場面において介入することも有効な場合がある。また、コンサルテーションによって支援員をサポートし、生活場面においても児童を抱える力を高めることが心理療法と同じく重要であることを述べてきた。心理療法でみられる主題としては、①虐待、②アタッチメント、③身体性を取り上げたが、もしかすると、障害児の臨床においても虐待の問題が大きいことはあまり知られていないかもしれない。また、児童の抱える障害が

非常に多様であるため、身体障害に特異的な心理臨床の特徴について述べることはできなかったが、身体性という視点からその一端も紹介した。

今後も臨床経験を積みながら、あまり知られていない福祉型障害児入所施設の臨床について考察をすすめていきたい。

【引用文献】

西澤 哲 (2001)：幼児童期：虐待 下山晴彦・丹野義彦 (編) 講座臨床心理学5 発達臨床心理学 東京大出版会.

西澤 哲 (2010)：子ども虐待 講談社.