

特集・事例研究

「専門機能強化型児童養護施設 について」

専門機能児童養護施設の制度と意義

二葉むさしが丘学園 黒田 邦夫

はじめに

現在の児童養護施設に関わる制度改革は、虐待児の入所の急増により入所児童の構成が大きく変わったこと、それに伴う養護ニーズの变化すなわち治療的養護の必要性が高まったことが大きく影響しています。

児童養護施設における治療機能については、これまでも様々な意見がありました。

例えば、児童養護施設は生活施設であり治療施設ではないという考え方から、治療が必要な場合は治療機関に入院又は入院させることで対応する、という考えです。二つめは、生活施設ではあるが、心理治療のなかりが必要だとする考え方です。この場合、保育士・指導員からの心理職への期待は、主に心理療法的視点からのコンサルテーションとなります。三つめは、施設に治療機能を取り入れて、心理療法士などと連携・協働して養護を実施する体制を構築するという考え方です。様々な考え方が混在する中で、国の児童養護施設に関わる制度改革は進みました。

虐待児の入所の急増を背景に、国は心理

療法担当職員、虐待児個別対応職員、家庭支

援専門相談員などのいわゆる専門職の配置による、児童養護施設の機能強化を進めました。また、地域小規模児童養護施設の増設を推進しました。加えて保育士・指導員の増員要求が強まる中、小規模グループケアの実施により原則として六人のユニットに保育士一名が加算されるようになりました。

これらの国の施策は、児童養護施設の機能強化とケア単位の小規模化が中心になっていきます。二〇一〇年度からの次世代育成後期行動計画では、小規模グループケア、地域小規模児童養護施設、ファミリーホーム、里親などの家庭的養護を推進しています。

東京都は、家庭的養護の推進を基本方針として、養育家庭の拡大(委託児童四〇〇人)とグループホームの増設(一〇〇ホーム)を進めて、その数値目標を達成しました。また、国は、全都道府県に情緒障害児短期治療施設の設置を求めています。東京都は設置しない方針を変えていません。東京都は、東京都の求める児童養護施設の方向性を示すことが求められていました。

このような状況の中で、専門機能強化型児童養護施設が創設されました。専門機能強化型児童養護施設は、治療的養護機能を組み込んだ児童養護施設を、制度として確立したことに画期的な意義があります。

1. 専門機能強化型児童養護施設とは

専門機能強化型児童養護施設は、実施要綱により次のように定められています。

(定義)

第2条 この要綱において、専門機能強化型児童養護施設とは、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第35条第4項の規定による認可を受けている児童養護施設であつて、治療的・専門的ケアが必要な児童に対して手厚い支援を行うための体制を整備し、入所児童の自立促進を推進する施設とする。

その運営は次のとおりです。

(専門機能強化型施設の運営)

第3条 専門機能強化型施設は、通常の児童養護施設の職員配置に加え、治療的・専門的ケアが必要な児童に対する手厚い支援ができる体制等を整備し、以下の取組を行う。

(1) 小規模な生活単位等家庭的なケア形態(以下、「ユニットケア」という。)での運営を推進し、入所児童が抱え

る課題解決や社会的自立に向けた支援を行う。

- (2) 精神科医師等との連携によりケア職員の個別的ケア能力等の向上を図る。
- (3) 児童相談所と連携した治療的・専門的ケアを行い児童の自立を促進する。
- (4) 個別的ケア、治療的・専門的ケアの向上に向け、他施設等との情報交換、交流会、合同研修等を行う。
- (5) 外部の機関や専門家等を活用し、施設運営の向上の取り組みを行う。

実施要綱の第2条に「治療的・専門的ケアが必要な児童に対して手厚い支援を行うための態勢を整備し、入所児童の自立促進を推進する施設」とされています。治療的・専門的ケアが必要とされる子どもの特徴として、「他の児童や職員への暴力と暴言などの衝動的な攻撃をする」「性的な逸脱行為を行う」「対人関係を適切に結ばない」「万引きなど非行行為を繰り返す」「自傷行為を繰り返す」「軽度発達障害」「学習への低意欲と学校不適応」「愛着形成に困難がある」などが上げられます。

これらの多くは、不適切な養育を受けてきた結果です。軽度発達障害の児童は育て難さから虐待を受けやすく、虐待児の入所の増加に伴い入所が増えていきます。

精神科医や心理士による治療的ケアとともに、日常生活における保育士・指導員の専門的ケアが重要となります。安心と安全が守られ、衣食住が確保されて、仲間に認められる喜びと大人に褒められる心地良い生活が子どもの心を癒し回復に向かわせますから、そのような生活療法の場をつくるのが、保育士・指導員には求められます。

例えば、次のようなサイクルが、生活の中で作用する生活集団が子どもを育てます。

子ども 目標を立てる→少し頑張る→少し褒められる→頑張る→結果がでる→褒められる

職員 子どもが頑張る→嬉しい→褒める→職員同士で確認をする→褒め合う

職員が頑張る→認め合う→褒め合う→嬉しい→また頑張る

それには、職員同士がお互いの働き方の良いところを認め合える、欠点や苦手な部分を非難するよりもお互いの得意な部分を活かしてフォローしあえる職員集団がその基盤となります。

2. 専門職員の業務内容について

専門職員(精神科医師など・治療担当指導員)の職務は、実施要綱で下記のように定められています。

(専門職員の業務内容等)

第5条 専門機能強化型施設に配置された非常勤精神科医師及び治療指導担当

職員は、以下の業務等を行うものとする。

- (1) 職員への事例研修、ケースカンファレンス
- (2) 子どもへの面接、心理ケア
- (3) 児童指導員等職員へのケア技術等に関する助言・指導
- (4) 生活場面での児童の状況観察及び児童指導員等職員へのコンサルテーション
- (5) 心理治療プログラム等の検討・実施
- (6) 施設内の治療的環境づくり

(1) 精神科医などの配置による養護への影響について

精神科医師などが配置されたことで、専門的な助言と養護実践で生かせるような具体的な方法を提示してくれる、生活場面に入り子どもの実際の姿を見たり遊びを通して関わる、職員との密な関わりをする、ケースカンファレンスの実施や職員への研修やメンタルサポートするなど、これまでにない状況が生まれています。そのことは、以下のように保育士・指導員にさまざまな影響を与えています。

- ・ 気付けなかったことに気付けるなど、子どもの処遇を考えるきっかけになる
- ・ 相談による職員の問題意識の高まりと深まりが進む

・ 子どもを多面的に見ることができるようになる（優しく見守るようになる）

- ・ 生活場面に入ることによって児童の状況を把握して、心配なことに応じてくれる
- ・ フランクに医師に相談できる安心感が職員に生まれる
- ・ 施設と医療機関の架け橋ができスムーズに繋がれるようになった
- ・ ケースカンファレンスにより子どもへの関わりが様々な方向からできるようになった
- ・ 病院に行くことなく、精神医療の専門的な助言を聞ける

- ・ 子どもの見立ての確認ができる
- ・ 職員へのサポートやメンタルヘルスケアで精神科医師に相談できる体制ができる

精神科医と職員が話し合うことで新たな知見を得られるので、職員間での養護に関する議論が活発になります。またケースカンファレンスを行うことで、一人ひとりに子どものことを考えたり、関わる職員が広がる等連携が進みます。

(2) 治療担当指導員の配置による養護への影響について

治療担当指導員のほとんどは心理士が配置され、従来の心理療法担当職員と併せて、心理治療体制の充実が図られています。

心理士の体制が充実により、心理療法を必要とする子どもが、これまで以上に心理療法を受けられるようになります。複数の心理

づけたことに意義があります。

どのように制度を充実しても、職員間の連携が機能していないような組織に職員が増えればかえって混乱します。適切な施設運営、経営が行われていなければ、せっかくの制度を活用した養護実践の充実は実現できません。

会議の持ち方が、職員の意欲に大きく影響しています。会議が機能していないために、職員の意思疎通や意思統一が不十分な職場では、人間関係が不可避的に悪くなります。会議として議せず、議して決せず、決して行わず、にないためには、準備された会議にする、会議進行の技術を習熟する、実行への手順を最後に言葉や文書で確認しあうことは会議の基本です。会議の技術を学び、会議の機能を高めることが必要です。

共通の方針に基づいて実践をし、その検証を集団的に行うことで、組織的に改善工夫を重ねていくことができます。この過程で、個々の職員の仕事も集団的に検討ができ、それぞれが他の職員の実践を学ぶこともできます。現状分析↓方針↓実践↓検証というプロセスを定期的実施する管理運営が、組織の改善向上をシステム化することであり、職務を通じた職員のOJTとなります。

運営向上の取組みをした施設からは、「組織改革につながった。」「職員のモチベーションを上げ、組織全体を活性化することに役立った。」「職員の専門性が高まり、処遇に深みと厚み

士が配置されることは、心理士それぞれのスタイルも異なるため、子どもの性格や問題に合わせて、心理士を選択することができるようになります。子どもにとっても、いつでも相談できる選択肢が広がりました。

心理士にとっても、セカンドステップ、親子療法など実施できる取組みを広げることができま。また、保育士・指導員と心理士が、子どもの支援に関して話し合う機会が増え、保育士・指導員にとっても心理士は身近な存在になります。

3. 個別ケア職員の加算配置について

個別ケア職員の加算配置は、モデル事業の平成一九二〇年度にはありませんでしたが、本格実施となった平成二二年度から制度化されました。その配置は、

- ・ 八名以下のユニットは、一ユニットにつき個別ケア職員一名の加算配置
- ・ 一五名以下のユニットは、一ユニットにつき個別ケア職員0.5名の加算配置

となっております。ただし、グループホーム及び本体施設の小規模グループケア加算対象ユニットは加算対象外です。

国の小規模グループケア制度は一施設二か所までですが、専門機能強化型児童養護施設は、基準に当てはまる全てのユニットを認可します。

東京の児童養護施設の施設形態は、小舎・中

育った。」「OJTにより、職員自らの振り返りとなった。」などの意見が聞かれます。

運営向上の取組みが、制度を生かした新たな施設づくりを推進します。この取り組みを継続することは、施設自らが施設の改善向上をシステム化することです

おわりに

全国に先駆けて職員体制と施設機能の充実が実現したことは、多くの課題を突き付けています。

個別ケア職員の増配置が実現したことにより、養護の質の向上を図ることが求められます。小規模なグループケアでの養護の質がどのように変化したのか、また、施設養護における個別ケアの充実をどのように図ったのか、を明らかにしなければなりません。

精神科医師をどのようにに養護システムに組み込んでいくか、治療的機能を組み入れた児童養護施設として治療的環境をどのように整備するのか、が問われていきます。

様々な専門家同士が、いかに同じ目的意識を持って協働し連携し合えるのかが問われています。連携・協業の差が専門機能の質の違いとなつて表れるはず

それぞれの施設での独自の取組みやシステムづくりの試行を、互いに学びあい、発展させて、制度を生かした新しい施設を創り上げていくことが求められています。

舎が多かったところに、グループホームの開設に伴う本体施設の改修による小舎化が進んでいました。このことから、多くの施設が、小規模ケアへの加算配置を要求していました。そのことは同時に、新しい制度により大幅人員増が見込める状況が広がっていたことでもあります。モデル事業から本格実施となった平成21年度には、予算施設数が大幅に増えたこともあり、一気に半数近くの施設が実施することとなりました。非常勤の精神科医師と治療担当指導員の加算配置だけでは、これほどに多くの施設が、一時に実施に踏み切ることがなかったと思われる。

これにより、小舎制で定員が六〇名以下の児童養護施設は、児童定員÷（保育士・指導員＋心理療法担当職員・家庭支援専門相談員・被虐待児個別対応職員・治療担当指導員）で見ると、1.8対1〜2対1の職員配置となりました。

4. 施設運営向上の取り組みの実施について

施設運営向上の取組みとは、「施設運営の向上・適正化の観点から、施設運営の向上を図ること」「施設自らが施設運営上の取り組み目標や課題を設定する」「外部の専門の評価・指導等に基づき、施設運営の方向性や課題の改善、解決に向けた取り組みを計画的に実施する」ものです。「施設運営向上の取り組み」は、施設のレベルアップを継続して取り組むことを義務

専門機能強化型児童養護施設の制度概要

○実施内容

児童養護施設に精神科医師・治療指導担当職員を配置し治療的・専門的ケアが実施出来る体制を付加する。また、ユニットケア形態で運営を行っている施設に対しては個別ケア職員を配置し、個別ケアの充実を図る。

基本分	①専門職員等の配置 虐待等により問題を抱える児童等に対して、非常勤精神科医師等を配置し治療的・専門的ケアを実施する。 ●子どもの心のケア等について施設職員を指導出来る小児精神科・児童精神科・心療内科、小児科、精神科等の非常勤医師の配置 ●心理療法等を行う治療指導担当職員の配置 *必要により行動療法士、作業療法士、言語療法士等を加えることも可能
	②施設運営向上事業の実施 外部の機関や専門家等を活用して施設運営の向上・適正化の取組みを実施
加算分	③個別ケア職員の配置 (グループホーム及び本体施設の小規模グループケア加算対象寮は加算対象外) ■8名以下のユニット → 1ユニットにつき個別ケア職員1名 ■15名以下のユニット → 1ユニットにつき個別ケア職員0.5名

○指定基準：児童養護施設の一般的な基準を超える機能（職員配置を含む。）を有し、以下の取組等が行われていること。

- (1) 非常勤精神科医師及び情緒障害児等への治療指導担当職員が配置されていること。
- (2) 第三者評価又は利用者調査を毎年度受審していること及び苦情解決の仕組みを構築していること。
- (3) グループホームの実施又は、小規模グループケアを実施していること。
- (4) 施設独自の自活訓練事業、自立支援事業等、地域支援事業（児童ショートステイ・トワイライトステイ等）及び先駆的な事業等のうちいずれかの事業を実施（受託）していること。
- (5) 外部の機関や専門家等を活用した、「施設運営向上事業」を実施すること。

1 精神科医等について

○精神科医等の訪問日数については月2日以上とする。（補助は月4日を限度とする。）
○1日の時間は、原則として6.4時間以上とし、専門機能強化型の精神科医等配置の目的と機能が確保されるものであること。

2 治療指導職員について

○心理職の資格要件については、国の心理療法担当職員と同様とする。
○措置費上(国基準)の心理療法担当職員や児童指導員・保育士とは別の職員が配置されること。

3 補助対象のユニット(定義)について

専用の生活空間が確保され専任の職員が配置されたユニットとする。（構造的に居室、食堂、浴室、トイレの移動時に他ユニットの児童と接触しない）

ベトレーム学園が専門機能強化型児童養護施設として、取り組んだこと、気づいたこと

個別ケア職員 奥山 亜子 心理療法担当職員 寺師 貴子
治療指導担当職員 宇佐見大輔 施設長 鹿毛 弘通

はじめに

現在の児童養護施設では、様々なニーズを抱えた子どもが入所している。その対応に文字通り身を削って関わり、精神的・身体的疲労で仕事を続けられなくなり退職を余儀なくされる状態がある。子どもたちにとって職員が変わることの弊害はその成長に影響を及ぼすこともある。また施設としても中・長期的な展望を組んでいく状況が生まれる。ベトレーム学園でも同様の状況が起こっていた。職員が長く続けられる職場、様々な子どものニーズに応えられる資質を職員が身につける必要があるということから、二〇〇九（平成二一）年度、専門機能強化型児童養護施設としての活動を始めた。以下に、学園がこの事業を利用して取り組んだことと、個別ケア職員がこの事業から気づいたことを述べたいと思う。

1. 二〇〇九（平成二一）年度のベトレーム学園の概要

(1)職員構成・児童構成

ベトレーム学園では、定員五十五名の小舎制

を取っており、平成二一年度は五十五名の児童が入所していた。職員構成、児童構成は以下(表1、図1)の通りである。

(2)職員配置

ベトレーム学園では、児童が生活している最少寮舎のことを「ホーム」と呼び、その部屋の構造は当直室を挟んで左右対称となっている。二つのホームを合わせて、「ブロック」と呼んでいる。基本的に一つのホームを担当する職員は二〜三名(幼児中心のホームは三名)であり、一つのブロックを二名(非常勤を含む)で担当している。このブロック勤務の職員は他ブロックも兼務している場合もある。

(3)特徴あるホーム構成

これまでのベトレーム学園では男女混合縦割りであったが、平成二一年度は、安心・安全を基本に各年齢における発達段階を考慮した支援ポイントを確実に実施できるように、大幅な児童構成の変更及び、同じ敷地内だが、別棟の一戸建てを用いた男子高校生対象の自立援助型

表1 ベトレーム学園の職員構成

(平成22年3月1日現在)

施設長	主任 (基幹的職員)	副主任 (FSW・個別対応職員)	ホーム・ブロック担当職員	会計・事務	栄養士	調理員
1名	1名	2名	23名 (+3名)	2名 (+1名)	1名	3名 (+1名)
心理療法担当職員 (1名)	治療指導担当職員 (1名 (+1名))	園内非常勤小児神経科医 (1名)	嘱託医 (1名)			

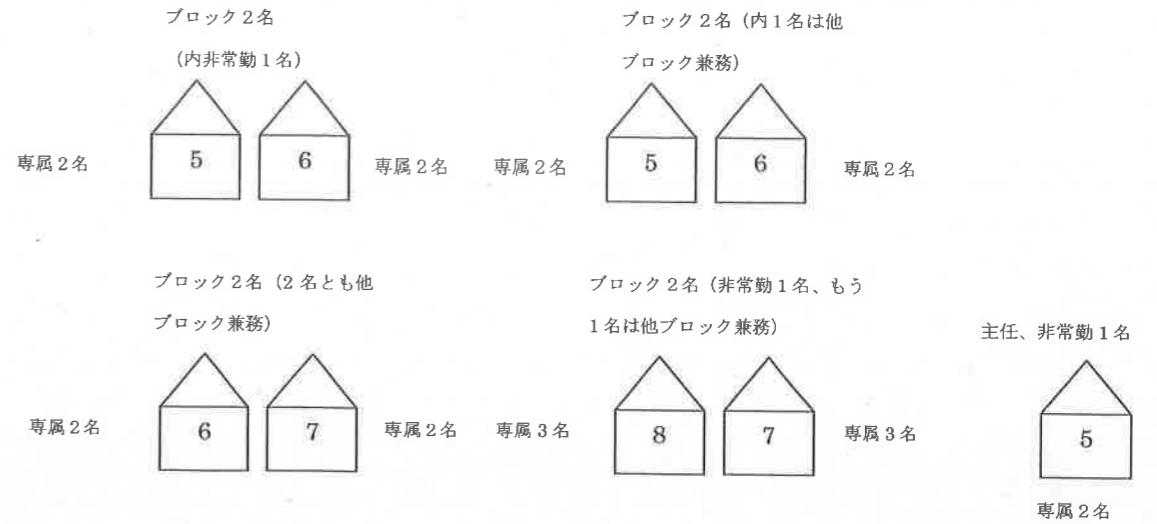
() は非常勤職員
個別対応職員はホーム担当と兼務

表2 職員配置基準との比較

	常勤	非常勤	計
ベトレーム学園	34	9	43
配置基準(都)	26	4	30
専門機能強化型児童養護施設基準	34	5	39

定員 55名(うち3歳以下 3名 4歳~6歳幼児 7名)

図1 ホーム構成と職員配置（構成、配置は平成22年3月1日現在のもの）



ホームの立ち上げを行った。その他のホームでは、別の特徴あるホーム構成を行っている。具体的には、特別支援学校・学級に通学している児童が中心のブロック、幼児が多く生活しているブロック、小中高男児のホーム、学期ごとの男児ホームなどである。

2. 専門機能強化型を取り入れた目的

ベトレム学園では、平成二一年度から専門機能強化型児童養護施設の認定を受けたが、この事業を取り入れた背景には、次に挙げるようなことがあった。

まず、精神科的治療が必要な疾患により医療にかかる児童の数がサービス推進費の心理ケア加算の対象児童が、年々増加していること、また、医療機関にかかっている児童が、定期的に入院している児童と同様の配慮が必要とされる児童も年々多くなってきていることである。

また、特別支援学校・学級に在籍する児童、療育手帳を取得している児童、IQが八〇以下の児童、不登校、登校渋りを見せる児童も増えている。

以上に挙げた事柄に含まれる児童の割合は、入所児童の約八割を占めていた。このような児童の自立・自律的な成長促進のような支援をしていき、専門的な機能を施設内で充実させ、児童の養護、自立、保護者への支援を多角的視点で行うことを目的に、ベトレム学園では専門機能強化型児童養護施設の指定を受けることに

なった。

3. 平成二一年度における専門機能強化型児童養護施設としての取り組み

ベトレム学園では、以下に挙げるような事業の取り組みを行った。

(1) 個別的ケア・専門的ケア

非常勤小児神経科医を含め、児童担当、治療指導担当職員、心理療法担当職員が出席するケースカンファレンスの充実を図った。平成二一年度は三十六回のケースカンファレンスを行った。治療指導担当職員が事前に資料（児童の成育・環境の概要、主訴など）を作成し、担当と医師とを繋ぐ役割を取った。

平成二一年度は、新規ケースは二十九件であった。一人の児童に対して、何回かの定期的なフォローを行い、年間を通して経過観察を行った。そのようなフォローケースはのべ五十四回になった。その結果、平成二一年度の一年間で新規に七名の児童が医療に繋がり、その内服薬を必要とした児童は五名であった。

カンファレンスの参加は、担当だけでなく、児童本人はもちろんのこと、保護者や学校担任、児童相談所の福祉司も同席してもらおうなど、諸関係機関を取り込んで行ってきた。

(2) 児童自立促進事業

この事業では、小学二～五年生（計七名）を

対象としたグループワークを行った。このグループワークの目的は、「自分と他者の気持ちを理解すること」である。活動内容は、SST（ソーシャルスキルトレーニング）の要素と感覚統合的な要素を取り入れたものである。治療指導担当職員、心理療法担当職員が行い、ボランティアとして臨床心理学を専攻している大学院生を入れて、全十五回行った。

(3) 家庭復帰促進事業

平成二十年度に開設していた「親子ルーム」の充実を図った。入所している児童とその保護者が親子ルームで面会・外泊できるようにし、親子関係の再構築や保護者の養育不安などに対して、相談・支援を行うことを目的とした。

(4) 自立支援事業

男児高三生を中心とした戸建てホームの開設を行った。より家庭に近い戸建てを利用し、個室での生活をして、自活に向けてのアルバイトや運転免許取得などの支援を行った。ここでは単に自立を促すだけでなく、社会に出る前、卒業前の「最後の甘え」が出せるような支援（社会とどう付き合っていくか、様々な不安に対するケアなど）も行った。

(5) 施設運営向上事業

外部講師を招き、園内研修を行った。「発達障害児の理解と接し方」社会的養護状況にある

子どもの学習支援」という職員の資質向上の観点から「職員のチームワーク作り」という組織作りの点からの二本立てのテーマで行った。後者の研修では、職位別（運営管理層、OJT（On the Job Training）リーダー層）研修を行い、組織の一員としてどのような役割を持って児童支援を行っていくかについて考えあった。

以上の事業を行って職員が経験を重ねていく中で、感じ、気づき始めてきていることが出てきた。

4. 個別ケア職員からみた専門機能強化型児童養護施設のベトレム学園

(1) 専門機能強化型を取り入れる前のベトレム学園

施設職員として、学園の理念は知っていないながらも、実際に児童の養護にどのように活かしているのかが実感がないまま養育を行っていた感があった。また、「子どもにとっての幸せ」をどの職員も考えていながらも実際には何をしたらよいかわからないまま、感覚的に日々の養育を行っていた。職員から「大変」「何とかしてほしい」という言葉が常に聞かれ、疲弊していた状態であった。そこに追い打ちをかけるように、平成二〇年度末にその経験や知識を受け継ぐ前に、ベテラン職員たちの退職が重なっ

た。自分たち職員が具体的な対応策を持たず、寄って立つところのない心もなさは子どもたちにも響き、行動の問題（暴言、暴力、器具破損、夜間徘徊など）として現れてきた。その対応に追われ、とにかく子どもの行動を落ち着かせることを中心に対応してきた日々であった。そのような中で、学園は専門機能強化型児童養護施設をスタートさせた。

(2) 専門機能強化型を取れ入れて：

学園が専門機能強化型を取り入れた理由は、前述した目的と共に、①より家庭的な雰囲気の中で、児童支援ができるようになる。②より深く児童を見つめられるようになる。③職員の増配置によって、個別的な関わりができるようになる。④身近に医療を感じ、専門的な知識を身につけられるようにする。以上からその制度導入を考え、実際には、職員の増配置等を行った。その運営費補助金については、大きく基本分と加算分に分けられる。基本分は精神科医や治療指導担当職員の専門職員等の配置経費と施設運営向上事業である。加算分は個別ケア加算であり、この部分は各施設によって異なる。学園は、一ホーム六～七名の子どもの構成していたので、個別ケア加算を九ホームあるうちの七ホームに利用した。補助金総額の八割が個別ケア加算分となった。それだけ多くの職員を確保することによって、学園が求めたことは導入理由の通りだが、初めに現れてきたのは、職員間の情

報の未共有と役割の不明確さであった。全職員
の約三割が入れ変わり、それまでであったと考え
られていた情報伝達の流れが、実は経験から成
り立っていたことがわかった。誰に指示を求め
ればよいのか、どう行動すればよいのかなどが
わからなくなった。また副主任、治療指導当
職員という新たな職種ができて、役割の不明確
さも同時に浮き彫りになった。そこでまず、情
報の共有・流れの整理と役割の明確化という、
学園組織のハード面に手をつけていった。

(3) 学園組織図を作る

情報の共有、伝達の最少単位としてチーム、
次のまとまりとしてブロックを意識する流れを
作った。その中で、ブロック長を出し、プロッ
ク長会でチームからの情報を集約、職員会議の
議題をまとめ、発信するという流れを作って
いった。諸会議の在り方やそれぞれの職種の職
務・職責を明確にして、最終的には学園組織体
系・図が出来上がった。このことは、各職員に
学園における自分の位置を確認する作業となっ
た。

(4) 非常勤小児神経科医とのケースカンファレン スで：

ハード面の整備と共に行われたことは、子ど
もへの理解を深める作業として、非常勤小児神
経科医（以下、医師）とのケースカンファレン
スであった。医師とのケースカンファレンスは、

担当している子どもの状況を話しながら、現場
が気になっていることを話し、医師からの助言
をもらう形を取っている。現場で行っている支
援方法を話し、それが医療的な観点からみた子
どもとどう結びついているのかを医師によって
説明してもらい、具体的な方法や視野、手立て
や視点をもらっていた。このことは、それまで
感覚的に行っていた支援が知識に裏付けられた
ものであったことを確認する作業となった。

(5) ケースカンファレンス後に：

カンファレンスで得た方法、支援策は、「が
んばり表」などの行動療法的なものや視覚に訴
えた指示で気付けさせるやり方、拒薬させない工
夫（薬袋に子どもの好きな絵を描くなど）、部
屋の模様替えなど、生活の中で工夫を行ってい
くことに繋がった。これらを実行すると、子ど
もとの関係に良い変化が現れ、職員も実行した
甲斐を感じられた。そうした効果を実感すると、
更に次のことを求めたくなる。カンファレンス
で受けた助言が生活の中で実行しやすいもので
あったことがその行動へと繋がったと考えられ
る。なぜ効果が出たのかを振り返り、それを会
議などで全職員へ伝えていくことが行われ始め
た。伝え続けていく中で、職員の中で、全員で
一人の子どものことを考えよう、というそれま
で言われてきた言葉が、実際のものとなってき
た。カンファレンスで挙げた他の子どもにつ
いても同じようなことが行われ、全職員で学園

の子どものことを共有するようになった。

生活場面での子どもへの効果をフォローカン
ファレンスで医師に再度伝え、その後のことを
一緒に考えた。時に医師からの助言が生活の中
では実行できにくいこともあったが、カンファ
レンスの中で、担当が医師に状況を丁寧に伝え、
生活場面を見てもらい、子どもに会ってもらっ
たことを通して、今適切なことは何かを考え探っ
ていった。

(6) まとめ

専門機能強化型を取り入れる前は、感覚的な
支援であり、それが理論や学術的な知識とどう
結びついているのかわからずに行っていたところ
があった。対処的なところもあり、支援方法を経
験と勘で模索していたところがあった。経験の
ある職員はそれを難なくこなしているように見
えたが、経験の浅い職員や学園に入ってから間もな
い職員にしてみると、どこを歩いているのかわ
からない状態であった。

制度の導入後、外部講師による研修を行い、
組織の在り方を学び、学園組織を整備してきた。
非常勤小児神経科医とのカンファレンスでは、
その専門的な視点、知識を養育で成してきたこ
とと繋げてもらい、交通整理をしてもらった感
じがある。フォローカンファレンスを重ねて、
自分たちの中にある感覚的に行っていた支援が
知識や理論に裏付けられるものであったことに
気づいてきた。これらのことを職員会議等で共

有して、やってみて良かったことを他のチーム
に伝えるようになってきた。そうした行動は、
職員を一人で悩ませず孤独にさせず、逆に施設
の活性化に繋がってきたと思われる。また、ホー
ムに約三名の職員が配置されることで、初めは
情報の共有が上手くできなかつたが、それによ
ってチーム作りという新たな課題を与えられ
もした。その課題を解消していく中で、チー
ムで児童支援にあたるということに気づき、
それによっても職員の孤立化が軽減されたので
はないかと考えている。

外部講師や医師から助言をもらい、実行し、
検証する、またこれらを繰り返すという流れを、
この制度を利用しながらハード面、ソフト面で
行ってきた。また外部からの働きかけによるこ
ろが多いが、それによって自分たち職員が「気
づく」ことの大切さを知り、それを気づきのま
まに終わらせずに取り組むことで何かを得られ
る体験を身につけてきた。「大変」はなくなら
ないが、「大変」の捉え方が職員の中で変わっ
てきたように思う。

終わりに

この制度によって、児童支援の充実等を図る
目的を達成することが少しずつ動き出してきた
ように思う。本質的に必要なものが自分たち職
員に見えつつあるが、見えていないものもまだ
あるように思う。紙面にまとめると上手く流れ
てきたように見えるかもしれないが、悩みなが

らこの過程を経て、つかんできた職員たちがい
る。しかし、まだ全ての職員が同じように気づ
いて行動しているとは言えない。この制度を導
入することで全てが解決するわけでも終わりで
もない。この制度を如何に利用するかという、
施設・職員側の主体的な意識を持つことが必要
である。それは、制度を形骸化させないことに
もなると考える。導入して、継続し、定着させ
ていくことで、職員全体が求める方向を探し続
けられればと思う。

専門機能強化型児童養護施設の体制と連携 支援システムの確立を目指して

治療指導員 白野 葉子
心理療法担当職員 谷藤 一朗

1 施設形態および入所児童の状況

(1) 本園

- 大空棟 (小学生・中学生12名)〔職員4名+パート〕
- つばさ棟 (女子高齢児6名・幼児6名)〔職員5名〕
- 希望棟 (女子高齢児6名・幼児6名)〔職員4名+パート〕
- 大地棟 (小規模グループケア・男子棟・小中学生6名)〔職員3名〕
- あおば棟 (小規模グループケア・男女混合・小、中学生6名)〔職員3名〕

(3) 入所児童における発達障害傾向および精神疾患の割合

発達障害傾向	45%
PDD	21名
ADHD	4名
反抗挑戦性障害	1名
行為障害	1名
反応性愛着障害	3名
計	30名

その他の精神疾患 9%

統合失調症	1名
PTSD	2名
気分障害	1名
適応障害	2名
計	6名

2 専門機能強化型の体制

(1) 精神科医師の取り組み

1) 児童との面接(アセスメント)
児童との面接において、主として発達の側面からアセスメントを実施する。そのアセス

メントに基づき、入所児の基礎的な生活方針を立てる。児童の発達の特性や行動パターンを明確にし、生活環境の調整(スケジュール化・構造化)や児童への直接的な対応の助言、指導を行う。また服薬の調整等もアセスメントの中で判断し、投薬に繋がったケースもあった。
しかしながら、アセスメントに基づく児童個人への指針を生活水準においてどのように活用していくかが課題として挙げられる。施設における児童の生活は集団での生活で、個別的な対応が行えない場合が多い。そのような現状の中で、発達の特性を加味した個別的な対応を重視していくことは難しく、個別的な要素を含む集団的・全体的な生活スケジュールを組み立てていくことも決して容易なことではない。しかし、発達障害傾向の児童に対しては生活の構造化は必要不可欠であり、そのためにはさらなる個人的特性の明確化と集団構造のアセスメントが必須である。

(2) ケースカンファレンス(アセスメント)

精神科医師・看護師・担当職員・治療指導員・心理士がそれぞれの立場で児童の生活状況・見立て・方針を出し、児童への対応や環境調整などを検討する。課題としては、それぞれの見立てのすり合わせである。医療・生活・心理、どの立場においてもその見立てが不十分であると児童へのより良い支援方針を出すことができない。

3) 家族との面接

面接や行動観察で把握した児童の特性や状態(PTSDの特性・PTSDの特徴)を家族へ伝えていく中で、児童に対する基本的な関わり方や対応の方向性などを一貫させていった。関わり方や状態を施設、家族それぞれが共通の認識として理解しておくことは、児童のみならず、家族への支援にも繋がっていく。共通した認識を作っていく中で、家族の不安や曖昧だった部分もその都度話し合われていった。このような家族への支援を含む面接を継続していくことで、児童に対する一貫した援助を目指していきたい。課題としては、支援の方向性を精神科医師と施設とが十分に話し合う機会を持つことである。今年度はその機会が少なかったように思われる。コンサルテーション、フィードバックという流れを充実させていくことで、課題の改善を図っていく。

4) 関係機関との情報交換

児童への支援の中で、病院・学校・児童相談所との連携が必要となる場合、アセスメント・カンファレンスに基づいて医学的な側面からの情報提供を行う。主に、環境調整・服薬調整・学習支援についての情報交換が行われる。

(2) 治療指導員・心理士の取り組み

1) 精神科医師とのケースカンファレンス
精神科医師・看護師・担当職員・治療指導員・

心理士がそれぞれの立場で児童の状況・見立て・方針を出し、児童への対応や環境調整などを検討する。カンファレンスのスケジュールは看護師・治療指導員・心理士が管理する。トラブルのあった児童を中心にカンファレンスを組み立ててきたが、その場合、担当職員へのアナウンスが遅くなってしまうたり、事前の打ち合わせなども疎かになってしまったりと準備が不十分であった。またそれぞれの棟においてカンファレンスの頻度なども異なり、カンファレンスに出席する職員も限定されていたりと、情報共有の偏りも見受けられた。医師の指針と棟の方針をすり合わせる作業もカンファレンスの中で行い、両者のパイプ役として治療指導員・心理士が機能していくことが望ましいが、その作業を徹底させることも容易ではない。より多角的な情報共有および方針統一の場にできるようにカンファレンスの出席メンバーを検討し、事前の打ち合わせなども充実させていく。

2) アセスメント(検査・生活場面面接)およびコンサルテーション

精神科医師・担当職員から依頼により、随時、知能検査(K・ABC)を実施する。結果を精神科医師・担当職員へフィードバックし、処遇へ還元していく。また、児童の対人的な課題に關しては生活場面面接(食事や遊び)を通して、直接的に児童の状態を把握し、臨床像を職員と共有していった。その上で、生活場面での対応

や方針などを話し合い環境調整や生活空間の構造化を図った。しかしながら、互いにフィードバックが思うように捗らず、情報の共有という点において課題を残した。定期的な連絡会を持ちながら、児童の多角的な把握、それに基づく取り組みを行っていく。

3) 個別心理療法

心理的なケアが必要とされる児童に対して、毎週および隔週での遊戯療法・心理面接を行う。児童のニーズ、棟のニーズに基づき、目的を明確化していく。取り組みべきものを児童と相談しながら形作っていく。児童のニーズと棟のニーズが異なる場合はそのすり合わせも必要となる作業である。その作業の中で児童の課題が明確になったり、率直な話し合いが可能になる場合もあるが、児童が自分の課題に向き合うことができない場合も多い。そのような場合は児童が課題に向き合える力をつけるまで、共に辛抱強く関係を維持していく作業が必要である。また、施設内に面接室があるので必ずしも安全で安心できる空間を提供することはできず、生活場面との境界も非常に曖昧であった。面接室と生活場面との境界の曖昧さにより混乱する児童もいたであろうが、施設においては二者関係(個別心理療法)と三者関係(生活場面面接)を行きつ戻りつする螺旋状の関わりが社会性を育てると言われている。二者関係と三者関係をうまく行き来する大人が児童に対して社会性のよいモ

アルになるとも言われている。そのような視点も担当職員と共通の認識として共有することで、児童の課題にアプローチしていければと考える。

4) グループワーク
児童の対人的な課題への取り組みや、ソーシャルスキルを身につけていくために、グループワークを毎週、または隔週で実施した。頻度や取り組み内容、棟との連携などの課題が残る。

5) 入所会議 (施設長・副施設長・FSW・統括・看護師・治療指導員・心理職)

入所依頼があった場合、事前にその児童に対するアセスメントを実施し、そのアセスメントの結果等を参考に受け入れなどを検討していった。また、情報が少なく、児童票だけではアセスメントができない場合には実際にその児童の見学なども実施した。入所会議に精神科医師の見立てや心理的な見解が入ることで、その児童を受け入れるための準備や対策など、さまざまな視点から検討ができたことは意義があったと感じる。施設全体に対して入所の情報を周知させることができなかったが、今後は迅速に対応していく。

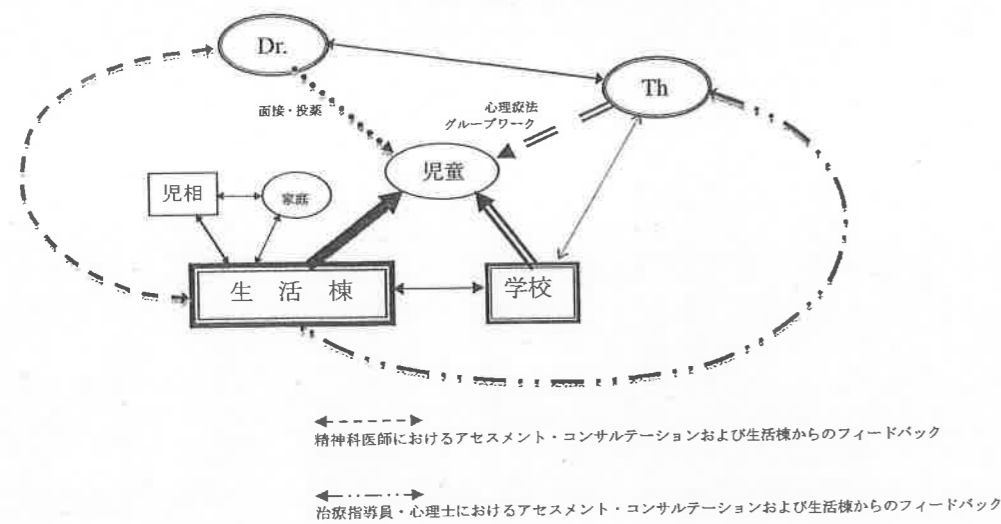
6) 専門機能強化型実行委員会 (施設長・副施設長・個別対応職員・各生活棟の職員・治療指導員・心理士)

3 本施設における支援システム

児童への支援体制として、本施設が目指しているものは円環的な支援システム(図1)である。児童を取り巻くものとして、土台となるのは言うまでもなく日常の生活である。生活棟での担当職員との関わりが児童にとっての基盤であり、その基盤をもとに教育(学校)・家庭環境(児相・家庭)・医療(Dr.)・心理(Th)が児童の守りとして機能し、支援体制が作られていく。支援体制が機能していくためには円環的なシステムにより、生活場面でのアプローチが支えられる必要がある。その支えを担うのが専門機能強化型の精神科医師および治療指導員・心理士によるアセスメント・コンサルテーションである。児童が円環的に支えられ、さらに土台となる生活(施設)が円環的な守りを得ることができれば、より良い支援体制が形作られていくと考えられる。

(図1参照)

図1 児童を支える援助システム



施設長・副施設長・個別対応職員・各生活棟の職員・治療指導員・心理職が参加し、専門機能強化型の体制や取り組み、他職種の連携について整理・検討をしていった。タイムアウトのための部屋、境界線の問題として重要だと考えられる施設に関してなどが議題として挙がったが、主には、精神科医師を交えた週一回のカンファレンスについてのシステム検討に時間が費やされていた。

7) 専門職委員会 (副施設長・FSW・看護師・個別対応職員・治療指導員・心理士)

各専門職 (副施設長・FSW・看護師・個別対応職員・治療指導員・心理士) が情報交換を行い、連携の必要性などを検討した。また、各専門職が関わるケースや緊急性の高いケースなどの情報共有、および対応の協議などがなされていた。結果として、情報の共有という部分については多少の前進が見られたが、多角的な連携という点に関しては課題が残った。今後、各専門職のより明確な役割分担のもとで、児童に対して多角的な支援体制が整えられるように、チームとしての機能を高めていく。

8) 関係機関との情報交換
児童への支援の中で、病院・学校・児童相談所との連携が必要となる場合、施設におけるアセスメント・カンファレンスに基づいて、主に児童の特性に合った環境の調整などを検討して

いく。
(3) 治療指導員・心理士のスケジュール (表1)

表1 治療指導員・心理士のスケジュール

曜日	月	火	水	木	金	土	日
9:00~	実行委員会	職員会議		ケニス会・園内研修		カンファレンス	
12:00~	専門職委員会			各棟との連絡会			
15:40~	セッション1			セッション2	セッション5	セッション8	
16:45~	グループワーク	生活場面面接①		セッション3	セッション6	セッション9	
17:45~				セッション4	セッション7	セッション10	
18:00~				生活場面面接②	生活場面面接③		

4 事例の検討

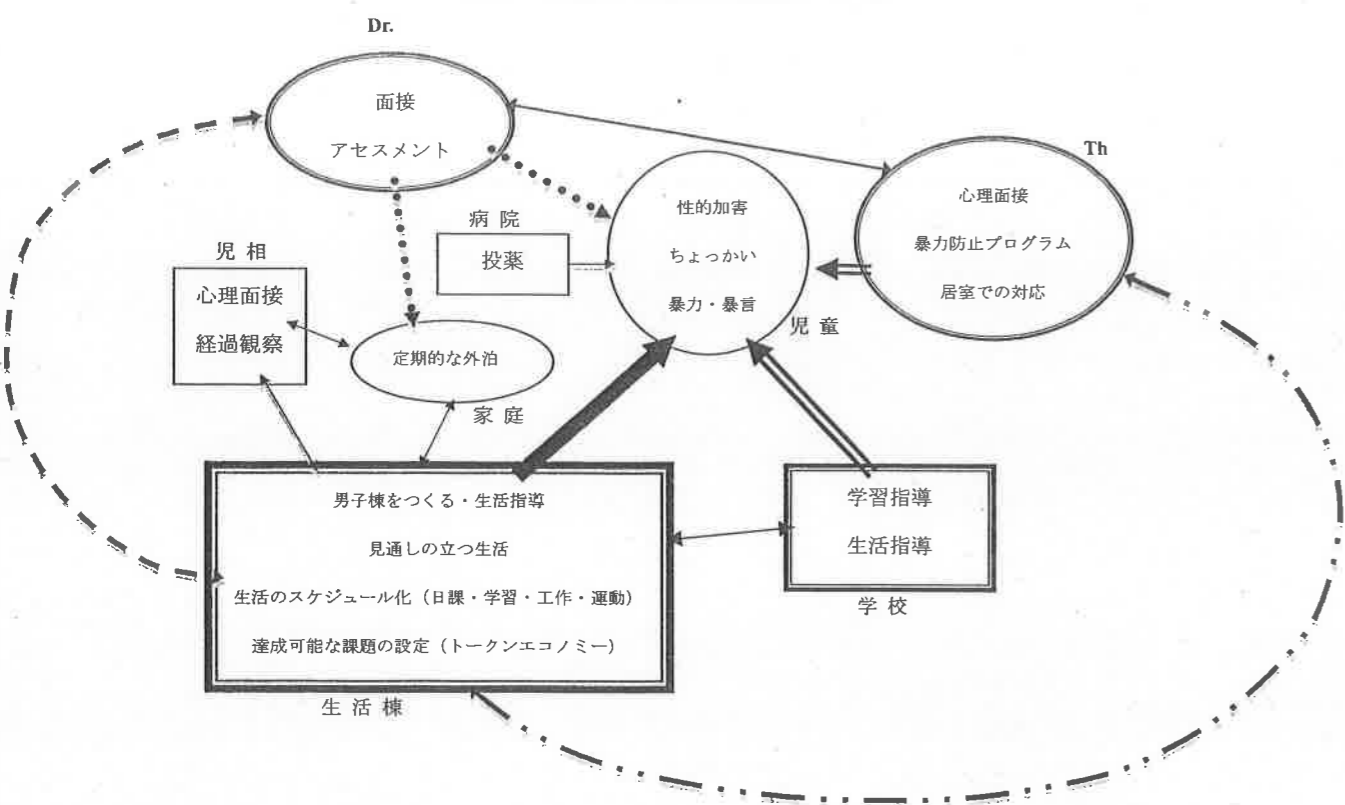
(1) 事例A

1) 児童A(中1・男児)
2) 主訴:施設内での性的加害事故・施設内における他児、職員への暴力、暴言、脅し
3) 家族歴:両親は離婚。実母、本児の過度な問題行動により一時保護を依頼。実母から本児への強い叱責、体罰はあり。
4) 生育歴・問題歴:本児が2歳の時に両親は離婚。学校、児童館での問題行動(暴力・暴言・恐喝・嘘・盗み)があり。また、無賃乗車も頻発し、家出等の問題も生じていた。実母の心身の疲労により一時保護、施設入所。施設へ入所して半年足らずで、学校および施設内での他児への暴力、暴言がエスカレートし、その後、入院。退院後は、やや落ち着いて過ごせるようになるが、他児へのちよつかい、暴力は減らず。本児が4年生のときに施設内において複数の女児に対する性的加害を起こす。その後、性的なトラブルはなくなったが、本児が中学1年生のときに特定の女児に対する距離の近さが見受けられる。男子棟への移動後も棟内での暴力、脅し、器物破損が頻発する。

(2) 支援経過

1) 生活(施設)
アセスメント:被害意識が強く、自分の行為を振り返られない。PDD傾向が強く、こだわりが強い。支配・服従関係になりやすく、

図2 事例Aを支える支援システム



年少児に対しては支配的に振る舞う。

アプローチ…性的加害に関して、男子棟を作り、生活で被害女児および女児との接触をなくすことを試みた。また、加害の振り返りをし、二度としないように指導をする。他児へのちよっかい、暴力に対してはまず学校から帰ってきた後のスケジュール化(日課・学習・工作・運動)を強化した。また見通しが立つように、一週間・一カ月のスケジュールを明確化した。生活での動機づけを高めるために、本児と相談しながら達成可能な課題を設定し、行動療法的な対応(トークンエコノミー)を行う。Dr.との定期的なカンファレンスを実施し、支援方針を確立していく。

2) 学校

アセスメント…同年代の児童で構成されている集団の中では逸脱行動は制限される。しかし、他児との距離感が曖昧で、しつこい関わり方をしてしまう。

アプローチ…学習指導および対人的な問題を含む生活指導

3) 児童相談所

アセスメント…PDDの傾向が強く、本児に適した生活環境は少ない。施設で構造化を強化するしかない。

アプローチ…性的加害に関しては一時保護。月一回の心理面接。経過の観察。

4) 家庭

アプローチ…定期的な、週末および長期休みでの外泊による家庭調整。

5) 病院

アセスメント…行為障害
アプローチ…本児との定期的な面接・服薬調整

6) Dr.

アセスメント…ADHD傾向の強いPDDの児童である。また、ADHDから行為障害に移行し始め、犯罪的になり得る段階に入りつつある。反抗性・挑戦性が進み、高まってしまうのであれば、環境を変えざるを得ない。
アプローチ…本児および実母との定期的な面接。アセスメントに基づいて、生活の構造化についてのコンサルテーション。ちよっかい、暴力の軽減に関して、適切な行動への誘導の仕方および生活場面でのトークンエコノミーの提案。

7) Th.

アセスメント…本児の特性的な刺激への敏感さ・衝動性の強さに加えて、実母との関係(体罰を含む過度なしつけ)が生活場面でも立場を変えて再現されていることが予想され、自分より弱いもの(年少児)への暴力・嫌がらせが頻発していると考えられる。他児

へのちよっかいがエスカレートし暴力・脅し

へ発展する場合が多く、特に夕食前の職員の手薄な時間に頻発していた。夕食前のトラブルの多い時間帯は心理士が居室での対応をし、また生活棟ではスケジュール化・構造化を強化した。しなしながら、年少児のいる生活構造ではどうしても刺激が強くなり、なかなか落ち着くことができない。本児にとって、年少児の多数在籍する棟での枠組みでは限界なのではないかと思われる。したがって、より枠組みの強固な、かつ同年代(高齢児)との生活構造が本児の暴力行為の是正には有効であると考えられる。

アプローチ…ちよっかい・暴力に関するアセスメント。トラブルの多い時間帯での居室での対応。暴力防止のプログラムおよび心理面接。

(次ページ図2参照)

5 今後の課題

施設における支援体制の確立である。そのためやはりアセスメントが重要な要素であり、生活・医療・心理がそれぞれにしっかりとアセスメントを行っていくことが必要である。そのようなアセスメントに基づき、限られた時間の中でカンファレンス・連絡会などを設定しながら情報の共有を図っていきたい。

朝陽学園における専門機能強化型施設としての取り組み

社会福祉法人 朝陽学園 副園長 千葉 孝正
治療指導員 古畑 崇志

はじめに

朝陽学園では、2009年に多様な問題により対応できる施設として取り組もうと職員間で話し合いの場を持ち、合意を経て専門機能強化型児童養護施設として事業を開始することになった。

現在、学園(定員52名)は、本園に2フロアと4つのグループホーム(GH)という体制になっている。4つのGHのうちの一つは事業開始に伴って導入することとなった小規模グループケア地域型ホームである。計画の段階では、本園のマニション形式の部屋割りではユニットとして認められないなどの問題もあった。だが、地域の方が学園用に一軒家をGHとして提供していただき、専門機能強化型としての取り組みの一つである小規模グループケア地域型ホームをスタートすることができた。GHに6名の児童を移すことができ、本園は17人の2フロアから14人の2フロア体制となり、昨年より児童にとってゆとりのある体制をとることができるようになった。小規模グループケア地域型ホームは虐待を受けた児童等が対象になっているが、

GHならではの家庭的養護の充実により、子どもたちは落ち着いて生活できているように思う。

また、専門機能強化型児童養護施設事業の大きな取り組みの一つとして、小児精神科医(非常勤1名)と治療指導員(常勤1名)の配置があった。事業開始直後はどのような形で小児精神科医と治療指導員を効果的に活用していくか手探りの状態で、始めはケースカンファレンスのみの取り組みを行っていたが、この一年間に試行錯誤を繰り返して、徐々に取り組みの幅を広げてきた。現在、導入当初と比べると、小児精神科医の業務内容や勤務時間帯に変更がある。

小児精神科医によるカンファレンスや運営向上事業研修など会議が多く大変とも思われたが、今では運営の見直し等もできるようになり、職員も着実に力をつけている。下記に、朝陽学園のこれまでの取り組みを紹介する。

1. 小児精神科医と治療指導員の取り組み

(1)小児精神科医(DR)の業務内容

DRの取り組み(1期・2009年12月～2010年3月) 勤務時間:10時～16時30分

10時～12時 ケースカンファレンスに向けての打ち合わせ

DRと治療指導員でケースカンファレンスの資料・児童票を読み、カンファに対しての事前の打ち合わせを行った。DRは児童との面識がなく、資料や担当職員からの日常の様子から状況を判断してカンファを行った。ケースは担当フロアから発題した。

13時～15時 ケースカンファレンス

全フロア・分園スタッフが参加したケースカンファレンスを行った。本園・分園からスタッフ20名ほど、ケース事例を担当していない人も参加し、DRから生活環境の調整や対応を助言していただいた。担当していない職員からも、自ら担当している児童と照らし合わせて質問やDRとの意見交換が行われた。カンファレンスには、副園長・本園主任・分

園主任・心理担当・担当職員・治療指導員が参加をした。

15時～16時30分 ケースカンファレンスの振り返り

DRと治療指導員でケースカンファレンスの内容の振り返りを行った。どのようにしたらケアワーカーに内容がより伝わるのかなど、話し合いを行った。また、来年度に向けて、どのような取り組みを行っていくか話があった。園長・副園長からDRに講師となってスタッフにいろいろと教えてほしいという要望もあり、新年度にはケースカンファだけでなく、講義(勉強会)を開催することとなった。また、ケアワーカーのメンタルヘルスを大切にしていける必要があるのではないかと認識から、新年度にはDRに誰でも相談することができる時間と場所を設けることとなった。

2) DRの取り組み(2期・2010年4月～2010年9月) 勤務時間:10時～16時30分

10時30分～12時 ケースカンファレンス

これまでの全フロア・分園参加型のカンファレンスから、各分園、フロアを直接DRが訪れ、その場でカンファを開くという小規模なカンファレンスへと変更した。担当スタッフのみなので、密度の濃いカンファレン

スが行われるようになった。また、DRと担当職員との言葉のやり取りが活発になった。

カンファレンスには、本園主任/分園主任・心理司・担当職員・治療指導員が参加をした。

13時～14時30分 DRによる講義(勉強会)

DRに講師となっていただき、発達心理学や向精神薬等について講義をしていただいた。講義内容は、主にDRと治療指導員が企画し、園長や副園長のチェックを経て決定された。当日の準備は、治療指導員や心理担当が行った。

講義実施日/講義内容

4月8日(木)	発達心理学0歳～11歳まで
4月22日(木)	発達心理学 思春期
5月13日(木)	向精神薬について1 中枢神経刺激薬、抗精神病薬など
5月27日(木)	向精神薬について2 抗うつ薬、神経伝達物質など
6月10日(木)	感情について ケアワーカーの感情表出のスタイルについて
6月24日(木)	ADHDの特徴について
7月8日(木)	アスペルガー障がいの特徴について
7月15日(木)	アスペルガー障がいの対応について

9月16日(木) 学習障がいの特徴について

15時～16時 職員に対するコンサルテーション

応接室を貸し切り、誰でも自由に訪れて児童のことだけではなくプライベートなことまでDRに相談できる。よろず相談室を設置した。利用されない日もあったが、相談をするスタッフも回数を重ねるうちに増えてきた。また、応接室に訪れることはないが、勉強会の後の空いた時間にDRに話しかけたりするスタッフもおり、担当している子どもの症状の相談や、進路の相談などが行われていた。進路の話、服薬の相談などは治療指導員も同席することもあったが、相談室での相談はDRとの一対一の面接とした。

3) DRの取り組み(3期・2010年10月～) 勤務時間:12時30分～19時

13時30分～15時 ケースカンファレンス

引き続き、フロアを直接DRが訪れる小規模なカンファレンスを開催している。カンファレンスには、本園主任・分園主任・心理担当・担当職員・治療指導員が参加をしている。

15時30分～19時 DRの生活場面への参加

ケースカンファレンスのケアワーカーへの助言や環境調整などをより正確にできるよう

にするため、DRに生活場面に入っていただき、児童と直接話し合い、観察した。一日一フロア(分園)を周り、児童たちとふれあい、その中で気付いたことなどをケアワーカーへ直接伝えていただいている。また、DRに中高生も見えていただくために、来園時間を変更した。結果、アルバイトなどで外出している中高生を除いて、DRと関わる事ができていた。治療指導員は児童とDRの橋渡し役として、生活場面に同行した。

生活場面に参加する際、DRのことをケアワーカーより、「ボランティアさん」ということで紹介していただいた。ただ、「何をしている人?」との質問には、「お医者さんだよ」など、正直に答えても構わないということをやアワーカーとDRとの決まりごとにした。DRは夕食を児童と共に食べている。スタッフにアドバイスできることがあれば、その場で伝えていただくようにしている。

(2) 治療指導員の業務内容

・DRとのケースカンファレンスへの参加
DR・担当職員・心理担当・治療指導員がそれぞれの立場で児童の状況・見立て・方針を出し、児童への対応を検討している。カンファレンススケジュールは副園長・治療指導員が管理している。

・個別心理療法の実施 10ケース(週1ペース)の面接を担当

・児童の生活場面の状況観察と心理ケアを行う。
主に園庭で児童とふれあい、児童の状況を観察している。また、食事も児童と共にしている。
・DRによる講義(勉強会)の講義内容の企画提案・勉強会の運営を行った。
・月約4回開かれる、心理士による心理カンファレンスへの参加(会議に参加し、児童のケアについて議論する)
・DRとの連携、勤務日程の管理を担当

2. その他の強化型としての施設の取り組み

(1) 運営向上事業の開催 2009年12月
外部の専門家に来園していただき、施設運営の向上、適正化のための取り組み実施した。

講師：白梅学園短期大学 中山正雄教授
(2009年12月～2010年7月)

中山教授からは、学園の普段の会議に入っていたりするような形でコンサルテーションやスーパーバイズをしていただいた。4月から7月までの計4回学園に来園していただいた。

・1月18日 「ヒヤリハットについて」、集計と分析

・2月22日 「GHのあり方について」、4つ目の小規模グループケア、地域型ホームをスタートするにあたって

・3月12日 「グループホームの質の向上と今後の運営に向けて」、バーンアウト

・中山教授によるケースカンファレンス
・個別支援目標について
・性の問題
・問題について職員の体制はどうだったのか、など

・ブレインストーミング法会議方式について
・児童福祉の大きな流れ、児童養護の情勢について

講師：杏林大学 熊井利廣准教授(2010年8月～11月)

・少子化の親や子どもたちへの影響について
・子育ての歴史について
・児童虐待について

講師：ルーテル大学 加藤純准教授(2010年12月～3月)

(2) リーダー会の開催 隔月開催

2ヶ月に一度、リーダー会議を開催し、児童の問題行動や園の方針、役割分担、入所依頼等について話し合いを行っている。構成メンバーは、園長、副園長、各GHフロアリーダー、養護部門主任の3人。

今後の課題

朝陽学園における専門機能強化型児童養護施設の取り組みを紹介してきた。2009年の導入から2010年10月現在、まだ一年も経過し

ていないが、多くの取り組みを行うことができた。今後の課題としては、小児精神科医が生活場面に入ることで、より充実したケースカンファレンスや助言がDRや治療指導員に求められていることがある。ケアワーカーが日々感じている児童像とかけ離れたものとならないように、DRと治療指導員、担当職員が連携をより取り合っていくようにしたい。また、カンファレンスの小規模化に伴い、それぞれのカンファレンスの情報が行き届かないことにならないよう情報をシェアできるように注意していきたい。

職員には、より専門性の高く、治療的側面を持った施設となるためにこれまで行ってきた講義の内容を活かすことが求められている。小規模グループケア地域型ホーム導入による家庭的養護も充実してきた中で、職員それぞれが専門性を活かすことができる施設を目指していきたい。

福音寮における専門機能強化型 児童養護施設の実践

福音寮施設長 飯田 政人

1. 専門機能強化型施設の取り組み

福音寮は、二〇〇九（平成二一）年四月より、専門機能強化型施設として精神科医師、治療担当指導員（臨床心理士等）、スーパーバイザーを配置し、治療的ケア並びに生活支援の向上に努めている。専門的職員が配置されて二年になるが、結論から言えば、大変有意義な制度で、さらに発展させていくことが望まれる。

専門的職員の助言により、児童への関わりが幅広い視点でみられるようになってきている。以下、当施設での支援内容を紹介する。

(1) 精神科医師

月3回から4回来所してもらい、グループホームを含めて全寮舎（8寮）を順番に回り、児童の生活場面を見てもらいながら職員のコンサルテーションを行っている。巡回した様子は、定期的に施設長が説明を受け、説明された内容は管理職で共有し、職員に全体化している。各寮舎からケースカンファレンスの依頼があれば、そこに参加してもらい、医師として助言を行っている。

ら必要になると思われることを具体的に整理した。

先生にはそこからあらためて相談に乗ってもらい、毎週土曜日に来て頂き、午前中は本園を一つ、午後はグループホームを一つ巡回して頂くことにした。

一年目は41日来て頂いた。各寮舎に何回か入ってもらった頃から、職員の子どもへの関わり方について助言指導頂く機会が増えてきた。子どもが持つ基本的な力を職員がどのように支援できているかがテーマになっていった。

心理職については、はじめからグループホーム中心に入ってもらい、職員のコンサルテーションをお願いしたいと考えていた。当施設はグループホームが5カ所動いていて、それぞれのグループホームで子どもの生活が展開されているので、現場で困っていることに即座に対応すること、また、一日の生活を通して、子どもの状況をじっくり見ながら職員に助言指導してもらいたいと考えたからである。

施設に心理職が配置されて七年になるが、中心は心理室を使った心理面接とプレイセラピーである。児童の生活場面に心理職が入り、心理的ケアを行うことは初めてなので、生活場面に入っても心理的ケアが役割の中心であることを児童寮の職員と確認し合い寮舎に入った。児童寮に入ったときは、児童の様子と所感を記録して提出してもらっている。

スーパーバイザーは、以前から当施設に関

また、担当寮の職員は、医師が寮舎に入ってもらうときには、「どのような内容で相談するか」、「相談したことで何が分かったのか」、記録をとって整理している。交代制勤務なので支援の継続が図られること、職員自身が意識を持って関わることを目的とするからである。

(2) 治療担当指導員

心理職を二名配置している。それぞれ週2回から3回来所し、主にグループホームの生活場面に入り、児童に心理的ケアを行うと共に職員のコンサルテーションを行っている。各グループホームには週1回、定期的に入っている。各寮舎からケースカンファレンスの依頼があれば、そこに参加し、心理職として助言を行っている。

また、月1回、本園の心理療法担当職員と合同会議を持ち、心理療法を行っている児童の情報共有するほか、年3回、副施設長、保育士・指導員と心理連絡会を設けて情報交換を行っている。

わって頂いている方で、児童自立支援施設や児童養護施設を経験しているので、助言指導頂くことで大きな力になった。特に子どもの立場に立つこと、職員が勝手に決めつけないこと、子どもの願いを聞いて暮らしをつくるのが任務であることを熱心に指導頂いている。

3. 見えてきた課題

(1) 職員の姿勢

専門的視点に立つて子どもを支援する職員が増えたことで、寮を担当する保育士・指導員の役割があらためて明らかになってきた。深刻な虐待を受けて施設に入所する児童や発達に障害のある児童が増えるなかで、支援の中心を担うのは保育士・指導員である。その保育士・指導員がどのように子どもに関わるかによって子どもの生活に大きな差が出てくる。

児童の発達と心理、援助技術、生活技術など、職員が獲得しなければならぬ課題は多いが、まずはじめに、「自分はなぜ児童養護に関わるのか」、自分自身を理解することが支援の第一歩であることが認識された。子ども達にどうなってほしいのか、自分はどんな働きをしたいのか、その基本を確立しないと、子どもに話しは通じていれない。

現在、OJTを中心に職員研修を定期的に行い、仲間がどう考えているのか、自分だったらどうするのか、テーマを決めながら研修を深め

(3) スーパーバイザー

児童自立支援施設並びに児童養護施設で勤務された経験のある職員に入ってもらい、児童の様子を見ると共に職員のコンサルテーションを行っている。

児童寮には週1回入ってもらうほか、全体行事に参加してもらい、児童の日常と非日常の生活場面を見てもらっている。

また、職員の階層別研修（新任、中堅、指導的役割）にも参加していただき、スーパービジョンをお願いしている。

2. 一年目の取り組み

初めて精神科医師の先生にお会いした時に考えさせられたことがあった。子ども達の様子を話したあとに、「子どもの様子は分かった。それで僕は何をすればいいの？」と尋ねられたからである。施設（福音寮）は何ができていて、何ができていないのか、まずそこから整理しなければならぬことに考えさせられた。それまでは、自分たちで出来ることはやろう…と思っていただけに、あらためて何を期待するのか問われると、問題整理ができていないことに気付かされた。

職員全体にアンケートを取り、精神科医に診てもらいたい児童と、その必要がない児童、また、精神科医に聞いてみたいこと、相談したいことを具体的に書き出した。そのなかで、助言してもらいたい内容や、今は必要ないがこれか

ている。また、寮を担当する職員同士の会議や、職員と子どもの話し合いを繰り返し行っている。子どもの安心を作ることが施設の役割なので、その環境をつくるための取り組みである。

(2) 施設長のマネジメント

施設長のマネジメントする力も大きく問われてきている。様々な職員が子どもと関わるので、その方向性が一定していないと支援に混乱をきたす。施設の理念や方向性をきちんとまとめていくことが大事になっており、年2回、職員面談を実施し、職員の希望や考えを聞く機会を設けている。

職員としてどのような成長を遂げたいのかをチャレンジテーマを決めてもらい、達成度をきちんと評価する仕組みを作りはじめた。

職員一人ひとりの役割を明確にすることで、児童に適切な支援が図られ、職員同士の連携も活発に進むものと考えている。

(3) 専門職員の連携

直接生活を支援する保育士・指導員は、専門職員と協議する機会をさらに多く持つ必要がある。今年度は、ケースカンファレンスの回数が少なかったため、短い時間であっても頻繁に意見交換していく必要を感じている。

特に児童と直接関わる職員は意識を持って専門職員と協議し、子どもの行動の持つ意味を考えると、それが大事である。

また、施設には、性教育を担当して頂いている講師の先生や、中学生の学習支援を通じて子どもの生活の質を見て頂いている大学の先生、職員のメンタルヘルスを見て頂いている医師がいる。専門的に関わって頂いている方々が定期的に意見交換し、子どもの支援と職員のコンサルテーションについて活発に活動していく場をつくることも課題である。

以上

(4) 専門職員の常勤化

当施設は、小規模化を進めている施設の一つである。寮舎の定員が少なくなると、それだけ職員との関係性が濃くなり、抱えている問題が表出しやすくなる。児童との信頼関係を確立する過程で、職員は様々な課題を乗り越えなければならぬ。心理的ケアと職員のコンサルテーションを常時行える体制が必要になってきている。まずは、心理職の常勤化が課題である。

専門機能強化は多くの施設で実施できるようになった。しかし、医師の確保は簡単ではなく、児童の生活場面に入るとなると、時間の関係もあつてかなり難しくなる。常に安定して医師に来て頂くには、幾つかの施設が一緒に常勤医師を確保し、週1回、各施設を巡回するような仕組みはできないものか。

最後になるが、専門支援強化は画期的な取り組みである。生活を見る保育士・指導員だけではなく、医師や心理士が子どもを見ることができ、支援内容の充実を一層深めることができる。子

ども達は様々な職種の職員に関わってもらおうことで、自分のことを話す機会を多く持てている。今後も施設での課題を整理し、ますます制度が発展していくことが望まれる。それには施設長が各職員の力を十分引き出せるような運営をしていくことが求められる。