

情緒障害児短期治療施設における 診断・治療の体系に関する研究

研究第5部 網野 武 博

研究第7部 野田 幸 江

I 目 的

情緒障害児短期治療施設（以下情短施設と略）が児童福祉施設のひとつとして設けられてから15年が経過した。児童福祉法では、情短施設を「軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を短期間收容し、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害をなおすことを目的とする施設」と定義している。即ち、「対象児は軽度の情緒障害を有しており、12歳未満であることが原則とされており、又その入所期間は短期間であるとされている。情短施設が設けられることとなった背景としては、当時、増大しつつあった非行児童の早期発見とその防止対策があり、潜在非行の段階で早期に治療することが大きな目的であったとされており、以上の原則はその目的により合致していたと考えられる。しかしながら、その一方、都市化、核家族化などの傾向がみられつつある中で、児童をとりまく環境からのストレス、とくに心理的な要因により非行以外の行動問題（登校・登園拒否、神経性習慣など）の発生が注目されるようになり、情短施設

設は、このような児童の心理学的治療を行う社会資源としても重要な役割を果たすことが求められてきた。

また、従来から、いわゆる情緒障害の定義については、学問的には必ずしも明らかな、統一された見解は示されていない。そしてさらに、今日においては、情短施設に入所する児童は、その障害の程度はむしろ重くなっていること、入所期間は長期化していること、また年齢では、幼児の通園治療のニーズが高まってきていること、中学生以上の收容治療が試みられてきつつあること、などが指摘されている。

この研究では情緒障害児の治療に関する福祉体系の中で、最も治療的環境の配慮されたインテンシブな治療が行われている情短施設について、入所した児童の問題行動や障害、その心理・社会的環境、及び処遇体系（治療、在所期間、治療効果（転帰）、退所時の処置）の状況を調査・分析することによって、情緒障害児の診断と治療の関係、並びに今日の情短施設が果たしている役割を考察し、施設治療の位置づけ及び今後のあり方を検討することを目的とした。

表1 施設名

No.	施設名	収 容			通 園			合 計		
		男	女	計	男	女	計	男	女	計
1.	諏訪湖健康学園	7	6	13				7	6	13
2.	吉原林間学園	21	9	30				21	9	30
3.	ならわ学園	14	5	19				14	5	19
4.	くすの木学園	11	5	16				11	5	16
5.	青葉寮	10	6	16				10	6	16
6.	児童院	7	5	12	11	3	14	18	8	26
7.	清水が丘学園	15	5	20				15	5	20
8.	津島児童学園	9	6	15				9	6	15
(註)9.	愛育園	2	3	5				2	3	5
10.	みほり学園	16	8	24	3	0	3	19	8	27
計		112	58	170	14	3	17	126	61	187

註. 愛育園は昭和50年9月に発足したため、他の施設より退所児童数は少ない。また、退所児童6名中女児1名は17歳の特殊例であったため、調査分析から除くこととした。

II 方 法

全国の情短施設を対象として、昭和50年度（昭和50年4月～51年3月）の1年間に退所したすべての児童に関する診断・治療などの内容について、「退所児童に関する調査」を実施し、結果を分析した。

1. 「調査」の項目

「退所児童に関する調査」の項目はつぎのとおりである。

- ① 性別
- ② 入所時の年齢
- ③ 収容・通園の別
- ④ 問題行動の分類
- ⑤ 障害の診断分類
- ⑥ 知的発達状況の分類
- ⑦ 心理・社会的環境の分類
- ⑧ 心理治療の分類
- ⑨ 家族治療の分類
- ⑩ 治療効果（転帰）
- ⑪ 退所時の処置

2. 「調査」の対象

調査の対象となった退所児童数は第Ⅱ-1表のとおりである。

3. 調査の分析の方法

この調査においては、情短施設の治療体系について、縦断的に、また事例的に検討することよりも、治療にかかわるさまざまな諸要素をすべての施設を通じて横断的に、統計的に分析し、情短施設に共通な課題やあり方を検討することに主眼をおいた。

III 結果と分析

1. 収容部門

(1)年齢について

年齢別児童数は第Ⅲ-1表のとおりである。平均年齢は9.5歳であるが、小学校高学年が最も多く、約45%を占めている。このうち12歳の児童は、入所対象が12歳未満を原則としているため、治療期間並びに小学校から中学校への進学上の問題など、外部的要因によって入所が控えられる場合が多いため、少なくなっている。

13歳以上（中学生）の児童が7.6%みられるが、施設No.10では、収容児童全体の約半数が中学生となっており、施設No.9も中学生を入所させている。

収容部門における幼児の割合は10%である。性別では、施設によってやや差があるが、男女比の割合はほぼ2:1となっている。

第Ⅲ-1表

	男	女	計	構成割合
5歳	2	1	3	10.0%
6	11	3	14	
7	18	5	23	38.6
8	8	9	17	
9	15	9	24	
10	20	13	33	44.7
11	20	10	30	
12	9	4	13	
13	3	1	4	7.6
14	4	3	7	
15	2	0	2	
計	112	58	170	100.0
平均	9.4歳	9.6歳	9.5歳	

(2) 診断の内容について

情短施設においては、従来から厚生省統計報告資料として用いられる問題行動分類を、対象児童の診断の一助としている。しかしながら、具体的な問題行動とともに、障害に関する精神医学的、臨床心理学的疾病・症状に関する診断分類の必要性から、一部の情短施設においては、WHOが1960年代後半から検討しはじめた児童の精神障害に関する分類に基づき、障害の診断分類を試みている。

今回の調査においては、上記の二つの分類のいずれも含むこととし、相互の分類の関連性を検討するとともに、今後とくに情緒障害に関する、より有効な診断分類を試みる上での検討素材として活用することも考えてみた。

a 問題行動

問題行動の分類は次のとおりである。

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

(註) 自閉症、自閉症様症状は従来のものに追加

問題行動別にみた児童数は第Ⅲ-2表のとおりである。

非社会的行動が54.1%と半数以上であり、そのうちの過半を登校拒否が占め、全体でも最も多く31.8%となっている。ついで孤立・内気・小心(10.6%)、緘黙(5.9%)などの順となっている。また自閉症・自閉症様6名(3.5%)含まれている。

第Ⅲ-2表

	男	女	計	構成割合 %
非社会的行動	58	34	92	54.1
緘黙	5	5	10	5.9
登校拒否	30	24	54	31.8
孤立、内気、小心	14	4	18	10.6
自閉症・自閉症様	5	1	6	3.5
その他	4		4	2.4
反社会的行動	47	18	65	38.2
反抗・乱暴	11	3	14	8.2
盗み持ち出し	15	5	20	11.8
怠学	5	4	9	5.3
授業妨害	7	1	8	4.7
その他	9	5	14	8.2
神経性習癖	4	3	7	4.2
チック・爪かみ	1		1	0.6
夜尿・遺尿	2	1	3	1.8
偏食拒食				
吃音	1	2	3	1.8
その他				
その他	3	3	6	3.5
計	112	58	170	100.0

反社会的行動は全体の38.2%となっているが、そのうち盗み・持ち出しが最も多く(11.8%)ついで反抗・乱暴(8.2%)となっている。

神経性習癖は全体の4.1%にすぎないが、これは一般にこの問題では取容治療の必要性のある児童の割合が低いことを示していると考えられる。

とくに非社会的行動群(以下「非社会」群と略す)と反社会的行動群(以下「反社会」群と略す)とを比較すると、「非社会」群の中でも緘黙、登校拒否の児童の割合は非常に高く、その他の非社会的行動との間には有意な差がみられる。 $(\chi^2=6.30 \cdots 5\% \text{水準})$

年齢別では、「非社会」群では、登校拒否が圧倒的に高年齢群に多く、その他はむしろ低年齢群が多い(とくに自閉症・自閉症様、孤立・内気・小心)。

また、「反社会」群では盗み・持ち出しが低年齢、高年齢にほぼ同じ割合なのに対し、その他の反抗・乱暴、授業妨害などは低年齢群が多い。

なお、この他「神経性習癖」群では7例中5例が低年齢群に属し、また以上のいずれにも属さない「その他」群(不潔恐怖、ヒステリー、乱暴・不安・徘徊など)はいずれも小学校高学年に属している。

これらの年齢と問題行動との関係には有意な差がみられた。 $(\chi^2=35.045 \cdots 0.5\% \text{水準})$

これを、さらにつぎの障害の診断と関連づけてみていくこととした。

b 障害の診断

障害の診断分類はWHOの障害分類の1975年改訂試案第1軸を参考として、つぎのように分類した。

(註) Rutter, M. et al. "A Multi-axial Classification of Child Psychiatric Disorders" (WHO, 1975)

分類項目	摘 要
0 正常範囲 Normal variation	人格発達上全く健全な状態とはいえないまでも、それが正常範囲内にある場合、あるいは情緒・行動の障害がみられても、ごく一時的なもので正常範囲内と考えられる場合。
1. 反応性適応障害 Adaptation reaction	正常範囲内とは考えられないが、それが児童の全般的な発達障害にまで至らない場合。ここで分類されるものは、比較的障害に限りがあり、特殊状況での反応であったり、概して可逆的で、殆どが短期間のもの
2. 特殊発達障害 Specific developmental disorder	発達上生物学的成熟に関連する遅れや異常がみられる場合で、精神医学的あるいは神経学的に何らかの症候群から二次的に派生しているものを除く。 以下の「2-1」～「2-8」の何れかひとつ(重複している場合は主要なものをひとつ)

2-1 多動性症候群 Hyperkinetic disorder	に分類する。この項目中に該当しない発達障害や、いわゆる習癖性障害（爪かみ、指しゃぶりなど）はこの分類から除く。 行動全体にまとまりや調節の欠けた極度の過活動（overactivity）、注意散逸性（distractibility）、衝動性などの障害がみられる場合。 著しい気分易変性や攻撃性などもこの項目に入れる。
2-2 言語障害 Speech & language disorder	言語（speech or language）発達上の遅れや歪みのいずれかあるいはふたつともみられる場合。 脳性マヒに基づくものは除く。 「先天性無聴覚」、「受容性失語症」、「運動性失語症」、「意味言語化（articulation speech）障害」、「難語症（dyslalia）」などはこの項目に入れる。 吃音や場面緘黙はここに該当せず、吃音は「2-8吃音」へ、場面緘黙は「4神経症」か「1反応性適応障害」に分類される。
2-3 その他特殊学習 障害 Other specific learning disorder	その他の発達上の学習障害がみられる場合。 「難読症（dyslexia）」、「難算症（dyscalculia）」、その他知覚障害などはこの項目に入れる。
2-4 行動調節障害 Abnormal clumsiness "developmental dyspraxia"	極度のぎこちなさ、不器用さ、あるいは全体的な運動調節の困難さがみられる場合。
2-5 遺尿症 Enuresis	
2-6 遺糞症 Encopresis	
2-7 チック症 Tics	身体各部にわたってひとつまたは次々とあらわれる症状をすべて含むが、爪かみ、指しゃぶり、頭をうちつけるなどのせわしい動きや習癖、常同行為、トゥレット症候群（「8」）などは除く。
2-8 吃音 Stuttering	チェックが神経症とくに強迫症状や重度の不安症状を伴う神経症のひとつの行為としてあらわれる場合は「4」に分類する。
3. 薬行障害	

Conduct disorder	社会的により多々問題とされる行動がみられる場合。「6. 人格障害」に関連してみられるものは除く。 法にふれる非行やぐ犯性の素行(乱暴、好争、破壊行動、動物虐待など)などはこの項目に入れる。その場合、その素行の有無だけでなく、その程度や行動のタイプ、その他の症候(対人関係の異常など)を考慮する。 ここでは、性的な行動だけがみられる場合(自慰、性的悪戯など)は除く。情緒・行動の異常あるいは対人関係の異常を伴わない性的な行動は「0 正常範囲」または「1」に分類する。
4. 神経症 Neurotic disorder	情緒に異常がみられる場合で、著しい人格障害や精神病によるものを除く。極度の不安や抑うつ症、また強迫性のもの「恐怖症」、「心気症」、「転換ヒステリー」などはこの項目に入れる。
5. 精神病 Psychosis	以下の「5-1」～「5-3」の何れかひとつに分類する。 精神病がみられる場合は、他の症候群の如何にかかわらず他の項目には入れず、かならず「5」の何れかの項目に入れる。
5-1 幼児精神病 Infantile	2歳半頃迄に発現した精神病がみられる場合。「早期幼児自閉症」など幼児期に症状の進んだ精神病的障害は、関連した脳器質障害や精神遅滞の有無にかかわらず、この項目に入れる。
5-2 精神分裂症 Schizophrenia	対象児童のうち、成人にみられるものと同様の精神分裂症状を示す精神病がみられる場合。
5-3 その他	「そううつ病」、他に分類不可能な妄想症状、あるいは「感応精神病」などはこの項目に入れる。
6. 人格障害 Personality disorder	主な病理的特徴として、比較的固定化した人格の異常がみられる場合。 児童の発達レベルからみて異常と思われる比較的固定化した性的逸脱(性的倒錯など)がもしあればこの項目に入れる。 やや偏りのある、奇異に思われるものでも、正常範囲内にあると思われるものは「0」に分類する。
7. 心身症 "Psychosomatic" disorder	「転換ヒステリー」は「4」に分類する。
8. その他の障害 Other clinical Syndrome	その他「神経性食欲不振症」、「トウレット症候群」など上記のものに該当しない障害がみられる場合。
9. 重複障害 (生) 生物学的障害	「1」～「8」の項目のうち、最も障害となっているものの外に重複して生じている障害や症状がみられる場合。 脳波異常、脳性まひ、代謝異常、その他神経生理学、身体生理学的、生物学的な障害がみられる場合。 0 著見なし 1 著見あり 2 不明

第Ⅲ-3表

	男	女	計	構成割合
正 常 範 囲	10	10	20	11.8
反 応 性 適 応 障 害	11	11	22	12.9
特 殊 発 達 障 害	26	7	33	19.4
多動性症候群	11	4	15	8.8
言 語 障 害				
その他特殊学習障害	3		3	1.8
行 動 調 節 障 害	7	2	9	5.5
遺 尿 症	4	1	5	2.9
遺 糞 症				
チ ッ ク				
吃 音	1		1	0.6
素 行 障 害	18	7	25	14.7
神 経 症	27	17	44	25.9
精 神 病	8	2	10	5.9
幼 児 精 神 病	2	2	4	2.4
精 神 分 裂 病				
そ の 他	6		6	3.5
人 格 障 害	11	4	15	8.9
心 身 症	1		1	0.6
そ の 他				
計	112	58	170	100.0

障害の診断別児童数は第Ⅲ-3表のとおりである。障害の診断分類のうち、主として情緒障害の範ちゅうにあると考えられるものは、「正常範囲」、「反応性適応障害」、「特殊発達障害」、「素行障害」、「神経症」の5群（以下「5群」と略す）であると考えられる。結果をみるとこの「5群」で全体の84.7%を占めている。「神経症」が最も多く全体の1/4強を占め、次いで「特殊発達障害」、「素行障害」、「反応性適応障害」、「正常範囲」の順となっている。この外、「人格障害」、「精神病」が各10例以上みられ、「心身症」が1例となっている。

年齢別では、低年齢群と高年齢群との間に有意な差がみられる。即ち、「特殊発達障害」群は低年齢群に非常に高い割合（81.8%）でみられ、次いで、「素行障害」群（68.0%）、「反応性」群（63.6%）となっている。一方高年齢群では、「神経症」群が最も高い割合（81.8%）を示し、次いで「正常範囲」群（70%）、「その他」群（65.4%）となっており極めて対比的である。（第Ⅲ-4表）

さらに、「正常範囲」群の児童（障害の程度は軽度と

第Ⅲ-4表

	～9歳	10歳～	計
正 常 範 囲	6	14	20
反 応 性 適 応 障 害	14	8	22
特 殊 発 達 障 害	27	6	33
素 行 障 害	17	8	25
神 経 症	8	36	44
そ の 他	9	17	26
計	81	89	170

$$X^2=41.435\cdots 0.5\%水準$$

考えられるが）は、高年齢群に多く、中学生が1/4強である。12歳以上の児童の収容治療の実施可能性は、現在のところ特定の施設に限られているが、中学生などに対する治療については今後「正常範囲」群と「人格障害・精神病」群を中心に検討していく必要がある。

ところで、情緒障害「5群」のうち、「特殊発達障害」群については、心理的要因のみが強いものの外、脳波異常、その他器質的障害など他の要因が疑われる事例が多く含まれている。心理治療の体系上は、後者の「特殊発達障害」群はむしろ異なるものとして考えた方がよいと思われる。

以上障害の診断についてみてきたが、これを先の問題行動との関連でさらに検討してみたい。両者の連関表は第Ⅲ-5表のとおりであり、その連関に有意な差がみられる。

第Ⅲ-5表

	非社会群		反社会群		学習障害 その他	計
	登拒 校否	その他	盗持 み出	その他		
正 常 範 囲	11	3 ^(註)	2	3	1	20
反 応 性 適 応 障 害	6	3	4	9	0	22
特 殊 発 達 障 害	1	14	3	12	3	33
素 行 障 害	0	0	12	13	0	25
神 経 症	30	7	0	1	6	44
そ の 他	6	11	0	6	3	26
計	54	38	21	44	13	170

$$X^2=119.430\cdots 0.5\%水準$$

（註）このうち、自閉症・自閉症様の児童（6例）の内訳は、幼児精神病3、行動調節障害2、人格障害1である。

関連性の強いものからあげると、「素行障害」と診断されたものはすべて、「反社会」群に集中している。

また、「神経症」と診断されたものは、「非社会」群とくに、「登校拒否」群に多い。また、「特殊発達障害」と診断されたものは「非社会その他」群及び「反社会その他」群に多い。

「正常範囲」と診断されたものの多くは、「非社会」群（とくに「登校拒否」群）である。さらに「反応性適応障害」と診断されたものは、やや「反社会」群に多いが、「神経性習癖・その他」群を除いてすべての問題行動に関連している。

問題行動を障害の診断と結びつけ、有効な診断の体系を確立させる上では、「特殊発達障害」と問題行動の関連をより深く検討し、発達障害に占める情緒障害の意味を明らかにする必要がある。

また、「反応性適応障害」については、ある意味では情緒障害の核ともなる要素を含んでいると考えられるが、障害の診断別では最も内容のとらえにくいものとなっている。

c 知的発達状況

今回の調査を通じて示された知的発達状況は第三—6表のとおりである。

問題行動別では、「非社会その他」群に学業不振、遅滞、診断不能の割合が最も高く、(81.6%)、次いで「反社会その他」群となっている。

また障害の診断別では、「特殊発達障害」群に学業不振、遅滞、診断不能の割合が最も高く (87.9%)、次い

第三—6表

	男	女	計	構成割合
正 常 範 囲	42	33	75	44.1%
学 業 不 振	60	14	74	43.5
精 神 遅 滞	10	9	19	11.2
軽 度	6	8	14	8.2
中 度		1	1	0.6
重度以下				
程度不明	4		4	2.4
診 断 不 能		2	2	1.2
計	112	58	170	100.0

で、「素行障害」となっている。男女別にみると学業不振は男児に多くみられるが、遅滞及び正常範囲は女児の割合が高く、有意な差がみられる。 $(X^2=13.980\cdots 0.5\%$ 水準)

(3) 対象児童の心理・社会的環境について

情緒障害の心理的要因と心理社会的環境とはきわめて重要な関連性があると考えられているが、とくに心理的環境としての家族、親子関係は最も重要な要素である。今回の調査においては、親子関係を軸とする親的養育の障害、家族関係を軸とする家族関係障害並びに社会文化的環境を軸とする社会・文化的障害に大別し、次のように分類した。

分 類 項 目	摘 要
0 正 常 範 囲	心理・社会的環境がとくに児童の障害の要因と結びついていない場合。
1. 親的養育の障害	以下の「1—1」～「1—4」の何れかに分類する。
1—1 統制過剰	親の保護過剰、干渉過剰がみられる場合。
1—2 統制欠乏	親の児童放任、養育への関心欠如がみられる場合。
1—3 養育の矛盾・不一致	親の養育態度に矛盾がみられる場合、両親間に一貫した、あるいは共通の養育態度がみられない場合。
1—4 親的養育の欠如	両親その他の保護者がいない場合、あるいは片親で十分な養育の機会が与えられていない場合、またそれらの経験をもっている場合。

2. 家族関係障害	家族内関係（夫婦関係など）に敵意、憎悪感情や家庭崩壊あるいはそれに近い状況がみられる場合。 感情的もつれによる別居などはこの項目に入れる。 職業的理由などによる別居あるいは、親の失踪などは「1—4親的養育の欠如」に分類する。
3. 社会・文化的障害	家庭が、地域との交流に極度に欠けていたり、孤立、閉鎖している場合、地域や住宅環境などの社会・文化的条件に問題がみられる場合。
4. その他	その他明らかに障害の要因と結びついているものがある場合。

第Ⅲ—7表

	男	女	計	構成割合
正 常 範 囲		3	3	1.8%
親 的 養 育 の 障 害	88	34	122	71.8
統 制 過 剰	23	13	36	21.2
統 制 欠 亡	17	2	19	11.2
養育の矛盾・不一致	14	5	19	11.2
親的養育の欠如	28	11	39	22.9
重 複 障 害	6	3	9	5.3
家 族 関 係 障 害	12	8	20	11.8
親的養育の障害・家族関係障害	8	8	16	9.4
社 会 文 化 的 障 害	1	2	3	1.8
親 的 養 育 の 障 害・ 社 会 文 化 的 障 害	3	3	6	3.5
計	112	58	170	100.0

心理・社会的環境別児童数は第Ⅲ—7表のとおりである。

「親的養育の障害」が最も多く71.8%を占め、他の障害との重複を含めると、全体の84.7%を占める。またこれに、「家族関係障害」のみを加えると、96.5%となり、情緒障害と親子、家族関係の障害が密接な関連にあることを示している。最も多い「親的養育の障害」の中では、「親的養育の欠如」（22.9%）「統制過剰」（21.2%）の両極が最も多い。「家族関係障害」のみは11.8%であり、「社会・文化的障害」のみは3例であった。

問題行動別では、「親的養育の障害」について、次のような特徴がみられる。まず「統制過剰」は「非社会」群に、「養育の欠如」は「反社会」群に多くみられ、前者は、「非社会その他」群にとりわけ多くみられる。また親的養育の障害の重複を含めた「家族関係障害」は、「非社会」群及び、「神経性習癖・その他」群に多くみられる。

さらに、「神経性習癖・その他」群に「統制欠亡」、「養育の欠如」に該当する事例はない。これらの連関は有意であった。（ $X^2=43.756\cdots 2.5\%$ 水準）

これを障害の診断別にみていくと、「反社会」群と連関の高い「素行障害」に「養育の欠如」が多くみられ、「非社会」群との連関の高い「神経症」群に「統制過剰」や「家族関係障害（親的養育の障害の重複を含む）」がやや多くみられる傾向がある。しかし、有意な程度ではない。また、「反応性適応障害」及び、「特殊発達障害」は、心理・社会的環境についても問題行動別との関係と同様に明瞭な関係がみられない。このことは両障害群が、診断上、他の障害群とは異なった要素を多く含んでおり、情緒障害の診断上さらに検討を要することでも示唆しているといえよう。

(4) 心理治療について

心理治療別にみた児童数は第Ⅲ—8表のとおりである。「遊戯療法」を用いたものが全体の71.8%であり、

第Ⅲ—8表

	男	女	計	構成割合
遊 戯 療 法	81	41	122	71.8%
個 人 遊 戯 療 法	38	15	53	31.2
個 人 ・ 集 団 遊 戯 療 法	20	9	29	17.1
個人遊戯療法・作業療法	14	5	19	11.2
個人遊戯療法・その他	5	8	13	7.6
集団遊戯療法・その他	4	4	8	4.7
カウンスリング・その他	14	9	23	13.5
作 業 療 法 ・ そ の 他	4	2	6	3.5
行 動 療 法	1		1	0.6
生 活 環 境 治 療 ・ そ の 他	10	6	16	9.4
そ の 他	2		2	1.2
計	112	58	170	100.0

「個人遊戯療法」を主として用いたものが圧倒的に多い。この中では、「個人」のみが31.2%、次いで「個人」を主として用い、「集団」を併用したものが17.1%である。「カウンセリング」を主として用いたものは13.5%、とくに特定の心理治療を行わず、「生活環境治療」に重点をおいたものは9.4%である。全体的に単独の治療法よりも、併用による治療の場合が多く、半数を超えている。

年齢別にみると、幼児段階では、「集団遊戯療法」を主として用いる群が多く、年齢が高まるにつれて、「生活環境治療」群、「個人遊戯療法」群が次第に増え、高年齢で「個人カウンセリング」群、「作業療法」などの「その他」群の割合が非常に高くなっており、これらには有意な差がみられた（第Ⅲ-9表）。これをさらに問題行動別と関連させてみていくと、つぎのような特徴がある。まず「非社会」群と「反社会」群を比較すると、

第Ⅲ-9表

	～9歳	10歳～	計
個人遊戯療法のみ	30	23	50
個人遊戯療法その他	31	30	61
集団遊戯療法その他	6	2	8
個人カウンセリングその他	1	22	23
生活環境治療その他	12	4	16
その他	1	8	9
計	81	89	170

$X^2=30.952 \cdots 0.5\%$ 水準

「個人遊戯療法」のみを用いている割合は「反社会」群に多く、「個人」にその他の治療法を併用している割合は、「非社会」群に非常に高くなっている。「集団遊戯療法」は、「反社会」群に、「個人カウンセリング」（その他の治療法の併用を含む）は、「非社会」群に傾いている。また「神経性習癖・その他」群に、「個人カウンセリング」の事例はない。これらの結果には有意な差がみられた。（ $X^2=81.635 \cdots 0.5\%$ 水準）

つぎに障害の診断別にみた心理治療の実施状況を見ると、問題行動別はほとんど明らかな、有意な結果はみられないが、「暴行障害」については、問題行動別の「反社会」群とやや類似し、「神経症」についても、問題行動別の「非社会」群とくに「登校拒否」群に類似している。また、「特殊発達障害」群は、問題行動別の「非社会」その他群及び、「反社会その他」群と類似している。「反応性適応障害」群はとくに明瞭な関連性は見出せない。「正常範囲」群は、年齢的には高年齢群に対する治療方法が主に用いられており、「登校拒否」群と類似の傾向

がある。

心理治療にあたっては、問題行動別と障害の診断別の連関にみられた諸特徴と類似している面があり、「特殊発達障害」及び「反応性適応障害」に関して指摘した課題は、心理治療においてもいえるのではないかと考える。

また心理治療の体系として、「作業療法」及び「行動療法」などを用いた事例は少数であったが、とくに小学校高学年児童及び中学生に対する情短施設の治療体系の中で活用することの意義と可能性について検討する必要がある。

今回の調査では、いわゆる「生活環境治療」の状況についてもふれてみたが、現在のところこれは特定の施設に見られ、その対象は低年齢群に多いことがわかった。児童の年齢、障害の内容及び程度によっては、家庭分離と治療的日常生活環境のみで治療効果のあがる事例がある。情短施設における治療体系には、上述のインテンシブな方法と、このような環境治療の双方が含まれている。また、「生活環境治療」には、心理的環境治療とともに、日常生活習慣の訓練機能を重視した方法も用いられる。情短施設として、とくに「暴行障害」群、「反応性適応障害」群に対して、これらの活用をはかることについても検討し、他の教護院、その他の施設の治療体系との関連を明らかにする必要がある。

(6) 家族治療について

今回の調査で示された家族治療別の児童数は第Ⅲ-10表のとおりであり、すべての児童に家族治療が必要であるとされ、それが実施された割合は92.4%であった。今回の調査結果では、児童の入所措置を行った児童相談所が主として実施した事例はなく、すべて情短施設が行い、殆どが施設のみで実施している。そのうち施設内で行われたものが82.8%、施設内でのほかに児童の家庭やその地域を訪問して行われたものが15.9%となっている。また実施することが不可能であった13例はすべて小学生児童であり、幼児及び13歳以上の児童はすべて家族治療が行われている。実施が不可能であった例は、問題行動別では、「反社会」群が多く、障害の診断別では、「暴行障害」群及び「その他」群に多く、これらの結果は有意であった。一方、心理・社会的環境と家族治療との間には特徴はみられなかった。

以上、情短施設における家庭治療の重要性が示されたが、これについては、児童相談所との協力体制と、児童の治療とのつながりについて、他の内容と関連させてみていく必要がある。

第Ⅲ-10表

	男	女	計	構成割合
家族治療を実施せず その必要性がなく実施せず その必要性はあったが施設・児相ともに実施せず	7	6	13	7.6
家族治療を実施 施設内で実施	105	52	157	92.4
施設内での面接のほか家庭・地域訪問面接	86	44	130	76.5
施設と児相で協力して実施	17	8	25	14.7
	2		2	1.2
児童相談所が主として実施				
計	112	58	170	100.0

(6) 治療効果について

情短施設における児童の治療効果は、これまでにふれてきたさまざまな内容の外に、児童の障害の程度など、多様な変数の総合化の中で判断されるものであろう。今回は個々の児童の治療効果についての総合的な判断を4段階に分類して記入してもらった。その結果は第Ⅲ-11表のとおりである。

第Ⅲ-11表

	男	女	計	構成割合
非常に良好	9	8	17	10.0%
おおむね良好	53	14	67	39.4
やや良好	36	26	62	36.5
とくに効果なし	14	10	24	14.1
計	112	58	170	100.0

全体の85.9%の児童に何らかの良好な結果がみられた。そのうちの約半数近くが、「おおむね良好」の転帰である。

ところで、治療効果について、より具体的に検討するために、4段階を次のような転帰値に変換して比較した。即ち、転帰度については、各段階をつぎのように重みづけをし、転帰値をつぎのように算出した。

	転帰度	重みづけ
非常に良好	I	4
おおむね良好	II	3
やや良好	III	2
とくに効果なし	IV	0

$$\text{転帰値} = \frac{4\sum n_I + 3\sum n_{II} + 2\sum n_{III}}{4(\sum n_I + \sum n_{II} + \sum n_{III} + \sum n_{IV})}$$

ただし

n_I …同じ群内の転帰度Iの児童

n_{II} …同じく転帰度IIの児童

n_{III} …同じく転帰度IIIの児童

n_{IV} …同じく転帰度IVの児童

したがって転帰度Iの児童のみの転帰値は100、転帰度IIの児童のみの転帰値は75、転帰度IIIのみの児童の転帰値は50、転帰度IVの児童のみの転帰値は0となる。

今回の調査における転帰値の総平均は57.8であった。

治療効果とあわせて終了率についてみたものが、第Ⅲ-12表である。転帰度の順に終了率が低下し、中断（終了せずに措置変更したものを含む）率が高くなっており、その結果には有意な差がみられる。終了率の総平均は83.5%であった。

第Ⅲ-12表

		男	女	計	比率 (%)
転帰度 I	終了	9	8	17	100.0
非常に良好	中断等	0	0	0	0.0
転帰度 II	終了	50	14	64	95.5
おおむね良好	中断等	3	0	3	4.5
転帰度 III	終了	31	19	50	80.6
やや良好	中断等	5	7	12	19.4
転帰度 IV	終了	8	3	11	45.8
とくに効果なし	中断等	6	7	13	54.2
計	終了	98	44	142	83.5
	中断等	14	14	28	16.5

(註) 比率は各群の終了率、中断等の率

	終了	中断等	計
転 帰 度 I	17	0	17
転 帰 度 II	114	15	129
とくに効果なし	11	13	24
計	142	28	170

 $\chi^2=30.340$ 0.5%水準

これらの転帰値と終了率を通しての傾向をみると、性別、年齢別ではとくに有意な差はないが、年齢が高まるにしたがい、転帰値は低くなっている。とくに12歳以上の児童では転帰度Iの例は皆無であった。また小学校高学年の終了率は総平均を下廻っており、12歳児の治療については、治療内容とともに、治療の継続性の点で問題が残されている。

問題行動別並びに障害の診断別にみた転帰値及び終了率は第Ⅲ—13表、第Ⅲ—14表のとおりである。

第Ⅲ—13表

	非 社 会 群		反 社 会 群		神 経 性 障 害
	登校拒否	その他	盗 窃 行 為	その他	
転 帰 値	56.5	59.2	57.1	58.5	57.7
終 了 率 (%)	79.6	86.8	85.7	86.4	76.9

(註)① 傍線は総平均を下廻っているもの、以下の表についても同様である。

② 自閉症・自閉症様児(6例)の平均転帰値は62.5である。

第Ⅲ—14表

	正常 範囲	反 応 性 適 応 障 害	特 殊 発 達 障 害	薬 行 障 害	神 経 症	そ の 他
転 帰 値	61.3	52.3	59.1	54.0	58.0	61.5
終 了 率 (%)	95.0	77.3	90.9	80.0	77.3	84.6

治療効果に関して、問題行動別と障害の診断別で検討すると、これまで、類似の傾向がみられたもののうち、「非社会その他」群及び「反社会その他」群と、「特殊発達障害」群とは、この点でも関連性が高い。また、「盗み・持ち出し」群と、「薬行障害」群との関連性もみられる。しかし、「登校拒否」群と、「神経症」群及び「正常範囲」群とでは、いずれの群も転帰度Ⅱが約半数を占めている点で類似性は高いが、他の転帰度の分散の違いから、転帰値の上ではやや関連性がうすくなっている。

「反応性適応障害」群は転帰値、終了率ともに総平均より大きく下廻っている。

つぎに、心理社会的環境別にみると、転帰値の総平均を下廻る群は、「親的養育の障害」中の「養育の欠如」群(53.8)、「統制過剰」群(54.2)である。前者は、問題行動別の「盗み・持ち出し」群、及び障害の診断別の「薬行障害」群との関連がある。この点からも、「薬行障害」群については、その環境要因も含め、情短施設における治療の体系、日常生活の訓練あるいは生活習慣の確立などを含めた方法を加えるべきか、あるいは他の施設での処遇を考慮すべきかのひとつの検討素材となろう。また、後者の「統制過剰」群は、「登校拒否」あるいは、「神経症」を中心とする障害の程度の重さと関係している。

つぎに、心理治療別転帰値及び終了率は第Ⅲ—15表のとおりである。総じて「個人遊戯治療」を主として用いたものの転帰値が高い。それ以外の群はすべて総平均を下廻り、とくに、「個人カウンセリング・プラス」群、「その他」群のやや高年齢群を対象とした治療の転帰は不良である。むしろ治療方法の選択の困難性及び年齢の面で考慮される内容であろう。

第Ⅲ—15表

	個人遊 戯療法 のみ	個人遊 戯療法 その他	集団遊 戯療法 その他	個人カウ ンセリン グその他	生活環 境治療 その他	そ の 他
転 帰 値	60.4	65.5	53.1	46.7	50.0	36.1
終 了 率 (%)	79.2	86.9	87.5	91.3	75.0	77.8

また家族治療別にみると、実施が不可能であった群の児童の治療効果は総平均を上廻っており、(59.6)、逆に施設内での面接の外、外部での家族治療を実施した群が総平均をかなり下廻る結果がみられた(家族・地域訪問面接49.0、児相と協力37.5)。

環境要因が複雑で一層積極的な家族治療的接近を必要とする事例は相当に障害の程度が重く、単に情短施設の家庭、地域訪問による家族治療のみでは転帰が困難な場合が多いのではないかと考えられる。退所時の処置と関連して、福祉体系の中での家族ケースワークに対する施設とその他関係機関の役割分担についての課題が提起されているように思われる。

(7) 在所期間について

今回の調査対象となった退所児童の在所期間は第Ⅲ—16表のとおりである。総平均在所期間は1年3か月である。最も多いのが、6か月以上1年未満の児童、次いで

第Ⅲ-16表

	男	女	計	構成割合 %
未満				
～6か月	13	11	24	14.1
～12か月	26	17	43	25.3
～18か月	28	10	38	22.4
～20か月	25	11	36	21.2
～30か月	10	8	18	10.6
30か月以上	10	1	11	6.5
計	112	58	170	100.1

総平均在所期間15.1か月（1年3か月）

第Ⅲ-17表

	～6歳	～9歳	10・11歳	12歳	13歳～	計
未満						
～6か月	2	5	13	3	1	24
～12か月	2	12	16	8	5	43
～18か月	4	11	18	1	4	38
～24か月	3	17	13	1	2	36
～30か月	3	11	3	0	1	18
30か月以上	3	8	0	0	0	11
計	17	64	63	13	13	170
平均	18.6か月	18.6か月	12.4か月	8.2か月	13.5か月	15.1か月

 $X^2=40.242$ 0.5%水準

17.7か月）及び「反社会その他」群（平均17.6か月）が最も長く、「盗み・持ち出し」群（平均15.5か月）が総平均に近く、「登校拒否」群（平均12.9か月）、「神経性習癖」群（平均11.6か月）は総平均よりもかなり短い傾向がみられた。また、障害の診断別では、「5群」中、「特殊発達障害」群（平均16.7か月）が最も長く、「素行障害」群（平均15.2か月）が総平均に近く、「神経症」群（平均13.2か月）、「反応性適応障害」群（平均13.0か月）「正常範囲」群（平均13.0か月）が総平均よりも低い。これらはこれまでの両者の類似傾向をあわせ考えると、「反応性適応障害」群を除き、診断と在所期間の関連性は検討に値するものと考えられる。

なお、「5群」を除く、「その他」群の在所期間の平均はかなり長い（平均17.0か月）。

在所期間を心理治療別にみると、平均在所期間の長い方から順に、「個人遊戯療法その他」群、「個人遊戯療法のみ」群、「集団遊戯療法その他」群、「生活環境治療その他」群、「個人カウンセリングその他」群、「その他」群となっている。この連関には有意な結果がみられる（ $X^2=24.727$ 0.5%水準）。

1年以上1年半未満、1年半以上2年未満となっている。なお在所期間の最低は1か月が2例あるが、中断などによる退所を除くと、治療の最低期間は、4か月前後と考えられる。一方最高期間は3年11か月を先頭に、3年以上が0.5例みられた。

年齢別では低年齢程在所期間が長く、年齢が高まるにつれ、短くなる傾向がみられ、とくに12歳児は非常に短く、平均8.2か月であった。しかし13歳以上になると、また長くなるが、総平均の在所期間よりは短い。これらの結果には有意な差がみられた（第Ⅲ-17表）。

これを問題行動別でみると「非社会その他」群（平均

この傾向は、年齢別、問題行動別並びに、「反応性適応障害」群を除く障害の診断別と関連性が高い。これらの傾向から予想されることは、在所期間と治療効果にも何らかの連関がみられるのではないかと、ということである。それについてみたものが第Ⅲ-18表である。

第Ⅲ-18表

	～6 か月	～12 か月	～18 か月	～24 か月	～30 か月	30か月 以上
転帰値	33.3	55.8	65.8	61.1	68.1	63.6
終了率 (%)	54.2	76.7	89.5	91.7	100.0	100.0

在所期間の1年未満と1年以上とでは、後者が著るしく転帰値の平均が高く、また終了率についても同様の傾向がみられる。やや詳しくみていくと在所期間がきわめて短期間の転帰は不良ではあるが、平均在所期間が1年前後で転帰度Ⅰのものの割合が高く、また2年以上でも転帰の良好なものが多かった。この点で、問題行動別と障害の診断別の関連性でみた転帰値の分散についての背景を明らかにしてみたい。即ち、在所期間の平均が短期の

もののうち、「正常範囲」群は短期に治療効果のあがるものが多く、「神経症」群は短期では概して転帰が良好であるが、長期程その傾向は弱まる。そして、「反応性適応障害」群の転帰値は概して低い。

一方、在所期間の平均が長期のものでは、「特殊発達障害」群は生理学的障害の著見のあるものを含めて長期で治療効果のあがるものが多く、「素行障害」群は長短の期間にかかわらず、転帰値はやや低い。

「5群」以外の「その他」群は在所期間が長期で転帰が良好である事例が多い。

軽度の情緒障害児を短期間入所させて治療することを原則とする情短施設であっても、その障害や程度、年齢により、期間毎の治療効果は多様である。これらの資料を素材として、今後治療の主たる対象となる障害の種類をあらためて確認しながら、その程度や年齢に応じた治療方法と治療期間について検討する必要がある。

(8) 退所時の処置について

情緒障害児の治療体系を考える上で、今回の調査では、児童が退所する際にその後の方針がどのようにたてられているかについても、検討することとした。退所時の処置別児童数は第三—19表のとおりである。

第三—19表

	男	女	計	構成割合
家 庭 復 帰	97	49	146	85.9%
とくに在宅指導・治療不要	59	29	88	51.8
継続通所指導・治療必要	16	8	24	14.1
継続家庭訪問指導・治療必要	7	5	12	7.1
その他の	15	7	22	12.9
他の児童福祉施設へ入所	12	6	18	10.6
その他の施設病院等へ入所(院)	1	2	4	2.4
そ の 他	1	1	2	1.2
計	112	58	170	100.1

第三—21表

		家族治療 実施不可能	家族治療実施				計
			施設内A	施設内B	ガラス家 庭・地域	児相と協力	
家 庭 復 帰	指 導・治 療 不 要	4	52	18	14	0	88
	指 導・治 療 必 要	3	40	3	11	1	58
他の施設等へ入所・入院		6	17	0	0	1	24
計		13	109	21	25	2	170

$X^2=29.151 \cdots 0.5\%$ 水準 (註) A……セラピストのみ、B……指導員など他の職員も加わる

家庭に復帰した児童が85.9%を占め、その6割、全体の51.8%が、事後指導・治療を必要としていない。事後指導・治療を必要としているものでは、継続通所指導・治療を必要とするもの(14.1%)が最も多い。性別・年齢別での特徴はない。

問題行動別では、事後指導・治療を必要としないものの割合は、「登校拒否」群(61.1%)、「反社会その他」群(52.3%)、「非社会その他」群(50.0%)、「神経性習慣・その他」群(38.5%)、「盗み・持ち出し」群(38.0%)の順となっている。「盗み・持ち出し」群のうち、他の施設へ入所・入院の処置を必要としたものは、28.6%に及んでいる。

障害の診断別では、事後指導・治療を必要としないものの割合をみると、「5群」では、「正常範囲」群が90%に達している。以下、「特殊発達障害」群(57.6%)、「神経症」群(47.7%)、「素行障害」群(44.0%)、「反応性適応障害」群(36.4%)の順である。しかし、「その他」群は42.3%と低い。これには有意な差がみられた($X^2=33.793 \cdots 0.5\%$ 水準)。

これらの傾向は、治療効果と退所時の処置の連関を予想させる。とくに障害の診断別の「5群」は転帰値と事後指導・治療不要と関連性が高いが、第三—20表でもみられるように全体にも有意な連関がみられる。 $(X^2=9.537 \cdots 5\%$ 水準)。

第三—20表

	家 庭 復 帰		他の施設等 へ入所・入 院
	指導・治療 不 要	指導・治療 必 要	
転 帰 値	65.1	52.6	43.8

事後指導・治療は家族あるいは地域と関係し、とくに情緒障害児の治療に関する他の福祉体系と関連して考える。この点で、心理・社会環境別及び家族治療別にみて

いったところ、前者にどくに有意な結果は示されなかったが、後者では、有意な結果がみられた。とくに家族治療実施不可能群に事後指導・治療を必要とするものの割合が高く、また、施設内でセラピストのみが面接した場合と、指導員など他の職員が加わった場合とでは前者に事後指導・治療を必要とするものの割合が高いという結果が示された（第Ⅲ—第21表）。

家族治療の実施不可能群の多かった「聚行障害」群と、「その他」群の両者がともに、その転帰の度合いにかかわらず、事後指導・治療、とくに他の施設や病院での処遇を必要とする傾向が指摘されよう。また施設内面接の外に家庭、地域での面接によって家族治療を実施した群の転帰値の平均はきわめて低かったが、とくに、「反応性適応障害」群に対する事後指導・治療の必要性の高いことが示されている。

2. 通園部門

通園部門を設けている施設は第Ⅱ—1表のとおり施設No. 6（以下Aと略）及びNo. 10（以下Bと略）の2か所である。調査の対象となった児童数は、Aの14名（男児11名、女児3名）、Bの3名（男児のみ）計17名（男児14名、女児3名）であり、きわめて例数が限られているので、以下調査結果をまとめ、特徴的なもののみを指摘する。

(1) 年齢別

Aでは、8歳児1名を除き、幼児が対象となっている。一方Bは調査時点では、10歳（2名）11歳（1名）と小学校高学年が対象となっている。

現在通園部門は、家庭分離を必要としない幼児の治療が重視されつつあり、今後学校教育の体系で特殊教育がすすめられる傾向の中で、一層幼児の治療体系の強化が求められつつある。しかし、その対象児については、つぎのような特色がみられる。

(2) 診断の内容について

第Ⅲ—22表のとおり、Aでは、情緒障害の範ちゅうに含まれる対象児よりも、幼児段階において治療的環境を

第Ⅲ—22表

A		自閉症・様群	反社会群	計
特殊 障害	多動性	2	1	3
	言語障害	7	0	7
神経症		0	1	1
人格障害		2	1	3
計		11	3	14

必要とする何らかの障害のある児童が主であるといえよう。またBにおいても3名がすべて「自閉症・様」群であり、障害の診断別ではすべて「幼児精神病」群である。年齢層は異なるがAと同様の通園治療体系といえる。

(3) 心理治療について

通園部門における心理治療は、A・B両施設ともすべて、「集団遊戯療法」を主としており、A施設においては、「特殊発達障害」群に対して、これにプラスして、発達訓練を個別に行っている。

低年齢とくに幼児に対するインテンシブな治療は、収容、通園を問わず集団遊戯療法がその核となっている。

また、通園部門においては、A・B両施設ともに他の療法を併用している。

(4) 家族治療について

通園部門では、家族治療はその処遇の一環として含まれる場合が多い。今回の調査結果では、すべての児童がセラピストによる施設内面接を通して家族治療が行われている。

年齢が低い程家庭環境の問題とくに親的養育の障害に対するアプローチが必要であることは言うまでもないことである。

しかし、今回の調査における対象児の特殊性からいって、単に情緒障害児のみならず、何らかの障害のある児童に対する通園治療乃至指導・訓練における家族ケース・ワーク的アプローチの重要性がより強く示さされているといえる。

(5) 在所期間について

在所期間についてみると、Aは第Ⅲ—23表のとおりであり、Bは1年末満（10か月）が1名、2年9か月が2名となっている。いずれの場合においても、精神病や人格障害のみられる児童に対する通園治療の期間は長く、

第Ⅲ—23表

A	「特殊発達障害」群	「その他」群	計
～6か月未満	4	0	4
～1年	5	0	5
～2年	1	2	3
2年以上	0	2	2
計	10	4	14

（参考）平均在所期間

A……「特殊発達障害」群 7.2か月
「その他」群 24.8か月
B……総平均 25.3か月
> 総平均12.2か月

「特殊発達障害」群（すべて幼児）に対する通園治療の期間は短い。これは転帰及び終了率とともに見ておく必要がある。

(6) 治療効果（転帰）及び退所時の処置について
通園部門における治療効果（転帰）についてみると、Aにおける転帰値の平均は73.2である。一方、Bにおいては3名とも転帰値Ⅲであり、転帰値はしたがって、50.0である。双れの施設ともに転帰不良のものはなかったが、転帰の程度に差がみられる。ところで、これを終了率からみると、Aでは平均が28.6%であり、障害の診断別で、「特殊発達障害」群はすべて中断であり、その他の群（3名）はすべて終了している。Bではすべてが終了している。

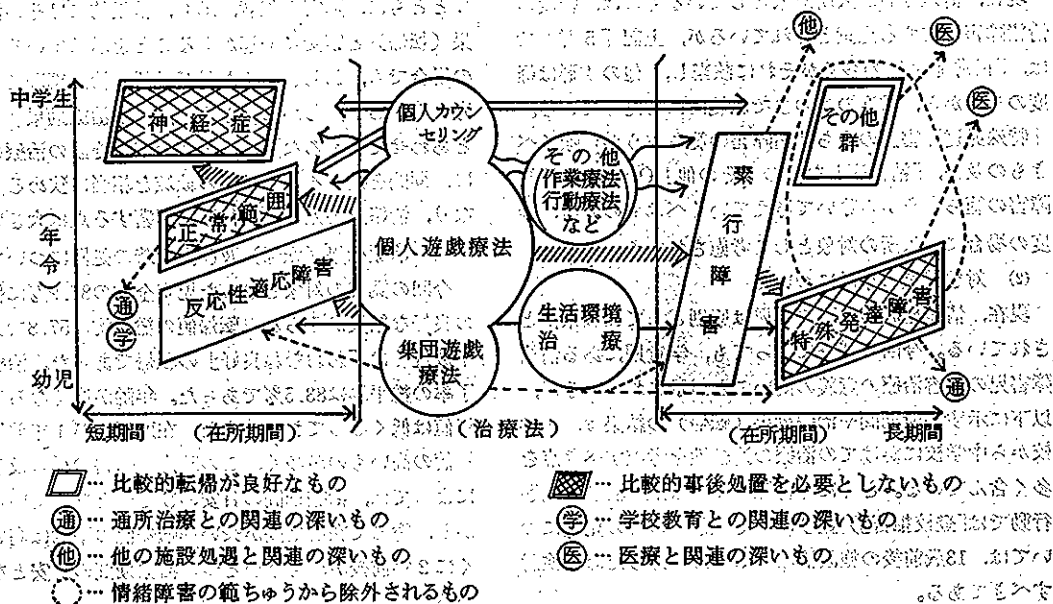
これらの結果は、収容部門と異なった傾向であり、むしろ情緒障害の治療とやや異質の性格を含んでいる。即ち、Aにおいては主として就学前の発達障害児に対する治療よりも指導・訓練の方法及び効果についてであり、

Bにおいては小学校高学年の精神病などのみられる障害児に対する治療の方法及び効果についてである。いずれの場合でも、就学前の時期あるいは小学校から中学校にかけての治療・指導の継続性と、関連している。即ち、退所時の処置をみると、Aにおいては事後指導・治療を必要とするものは2名にすぎず、就学前段階での通園治療は治療段階のひと区切りとして考慮されているといえよう。一方Bにおいては、すべて事後指導・治療を必要とし、他の治療体系との関連性が考慮されている。これらの点は、情緒障害児の治療体系のあり方を考える場合の重要な検討素材といえる。

3. 情短施設における診断・治療の体系

以上の点を総合し、その治療方法を中心に、年齢・障害の診断別・治療効果（転帰）、在所期間との関連で、情短施設における治療体系のあり方について、その図式化を試みるならば、次のようになろう。

とくに「反応性適応障害」の診断がなされている児童



については、さまざまな点で明瞭化が困難な内容をかかえている。事後指導・治療の必要性が高いことも含め、この障害の診断についてさらに検討していくことが必要であると考ええる。

IV 要 約

1. この研究は、情緒障害児の治療に関する福祉体系の中で、最も治療的環境の配慮されたインテンシブな治療が行われている情短施設の診断・治療の状況を調査・分析することによって、情緒障害児の診断と治療の体系

並びに今日の情短施設が果たしている役割を考察し、施設治療の位置づけ及び今後のあり方を検討することを目的とした。

2. この研究では、全国の情短施設（10か所）を対象として、昭和50年度の1年間に退所した児童187名（収容170名、通園17名）について、「退所児童に関する調査」を実施し、この結果に基づき、すべての施設を通じて横断的、統計的に分析し、情短施設に共通な課題や、今後のあり方を検討することに主眼をおいた。

3. 調査の結果と分析をまとめるとつぎのとおりであ

る。

(1) 情緒障害の診断について

いわゆる情緒障害の範ちゅうに含まれるものは、今回調査の項目のうち、「正常範囲」「反応性適応障害」「特殊発達障害」「素行障害」「神経症」の「5群」でないと考えられる（「5群」で全対の約85%を占める）。これを従来から用いている問題行動別の分類と関連させてみるならば、「素行障害」と、「反社会的行動」との間に、及び「神経症」と「非社会的行動」とくに、「登校拒否」との間に高い連関がみられる。また、「特殊発達障害」と、「登校拒否を除く非社会的行動」及び、「盗み・持ち出しを除く反社会的行動」にも高い連関がみられる。

一方、情緒障害の機制と密接な関連のある「反応性適応障害」はその診断の根拠がきわめて多様なものを含んでいるため、最も内容がとらえにくいものとなっている。

現在、情短施設が入所対象としているものは、軽度の情緒障害を有する児童とされているが、上記「5群」では、「正常範囲」の多くがそれに該当し、他の4群は軽度のものから、重度のものまで広範囲にわたっている。「特殊発達障害」のうち情緒障害の範ちゅうから除くべきもの及び、「精神病」などの「その他」（いわゆる情緒障害の範ちゅうから除いて考えていくべきもの）は、軽度の場合に、入所の対象として考慮されよう。

(2) 対象児童の年齢について

現在、情短施設の入所対象児は原則として12歳未満とされている。今回の調査によっても、学童期にある情緒障害児の収容治療の意義の高いことが示されているが、以下に示す所期間や治療効果（転帰）の結果は、小学校から中学校にかけての治療の連続性を考慮すべき点を多く含んでいる。とくに「神経症」「正常範囲」（問題行動では「登校拒否」）並びに「その他」の群の児童については、13歳前後の施設治療のあり方をあらためて検討すべきである。

以下、とくに収容部門についてふれると

(3) 治療について

情短施設の治療の特色は児童に対する心理治療にある。現在最も多く用いられているものは、「個人遊戯療法」及び「個人遊戯療法を主とし、集団遊戯療法を併用するもの」である。また、障害の診断別、年齢別によって共通にみられる特徴がある。

今後、情緒障害児に対する治療体系として、「作業療法」「行動療法」を積極的に活用することの意義及び可能性を検討すべきであり、また、いわゆる、「生活環境

治療」について、心理的環境治療のみならず、日常生活指導訓練の活用を考慮することが考えられる。この点とはとくに、たとえば教護院などを含めて、新しい治療体系を考えていく際に必要なことであると考ええる。

つぎに、家族に対する治療は情短施設ではすべての事例に対して必要であると考えられており、情短施設で家族治療を実施している割合は対象児の90%を超えている。

以下に述べる治療効果（転帰）とも関連し、情短施設の家族治療のあり方、及び児童相談所など、他の実施機関との協力、役割分担の体制に問題が残されている。

(4) 在所期間について

今回の調査によれば、対象児童の総平均在所期間は1年3か月である。年齢的には低年齢程在所期間が長く、高年齢になるに従って短くなる傾向がみられた。

現在、情短施設の治療の期間は短期間であることが原則とされている。今回の調査では、在所期間は障害の種類とともに、障害の程度、即ち、結果的にはその治療効果（転帰）と密接に関連があることを示している。軽度の場合でも、おおむね4か月が最低の治療期間であると考えられるが、しかし、以下に述べる治療効果（転帰）とあわせて考えるならば、現在の情短施設の治療の原則に、期間を定めることはその領域を相当に狭めることになり、情緒障害児の治療体系に影響する点は大きい。

(5) 治療効果（転帰）及び退所時の処置について

今回の調査の対象となった児童全体の85.9%に何らかの良好な結果がみられ、転帰値の総平均は57.8であり、半数近くは「おおむね良好」の転帰であった。治療の終了率の総平均は83.5%であった。年齢が高くなる程、転帰値は低くなっており、また、在所期間が1年前後で転帰値の高いものが多く、この時点が障害の種類及び程度によっては、治療期間の目安のひとつとなっている。しかし、総じて在所期間が長い程転帰値の平均は高い。とくに2年前後が、もうひとつの治療期間の目安となっている。

障害の診断別に、その障害の程度を考慮にいれながら分析すると、「正常範囲」は短期間に治療効果のあがるものが多く、「神経症」は短期間では概して良好な転帰がみられるものが多いが、長期間になる程その傾向は弱まる。また、「反応性適応障害」の転帰値は概して低い。「特殊発達障害」は長期で治療効果のあがるものが多く、「素行障害」は長短の期間にかかわらず、転帰値はやや低い。「精神病」などの情緒障害の範ちゅうに含まれない「その他」の障害は在所期間が長期で、しかも転帰の良好なものが多い。

治療効果（転帰）と退所時の処置との連関は高く、「5群」については、転帰値が高い程、事後指導・治療が不要なものの割合が高くなっている。さらに、児童の心理・社会的環境のうち、「親的養育の欠如」群に事後指導・治療を必要とするものが多くみられ、家族治療の実施が不可能であった群に事後指導・治療を必要とするものの割合が高い。情短施設における家族治療のあり方

は一律ではない。これは他の実施機関との協力、分担の体制のあり方ともかかわっている。

この研究は、心身障害研究費による「情緒障害児の治療に関する福祉体系のあり方に関する研究」（主任研究者 林脩三）の一部として行ったものである。