

情緒障害児短期治療施設における総合環境療法

西 田 行 壯

Total Milieu Therapy in the Residential Treatment Center
for Emotionally Disturbed Children

Kousou Nishida

I. は じ め に

情緒障害児短期治療施設は、昭和36年情緒障害児の「治療」を目的に作られた児童福祉施設である。その数は、平成18年全国に公立、私立を合わせ31施設がある。情緒障害児への専門的な支援や治療の必要性が求められてきたわが国において、その数はまだ都道府県にひとつの設置数にも満たない状況にある。情緒障害児短期治療施設（以後、情短施設と略す）が誕生してすでに40年以上が経過しているが、情短施設についての社会的認知やそのための広報活動はまだ十分とはいえないだろう。開設以来、情短施設の担ってきた役割や日々の臨床における成果、抱えている課題などについて、情短施設に携わる者が、今後更に明らかにしていくことが必要と考える。

そこで本研究では、情短施設が開設当時から積み上げてきた「総合環境療法」と呼ばれている子どものこころのケアへの取り組みについて、情短施設の成り立ちや役割、基本的な治療構造などを示しながら、情短施設A園での臨床活動をもとに紹介し考察を加えてみたい。

II. 情緒障害児短期治療施設の成り立ちと特性

はじめにでも触れたとおり、情短施設は、昭和36年情緒障害児の「治療」を目的に、児童福祉法の一部改正によって作られた児童福祉施設である。児童福祉法の関連条項には「情緒障害児短期治療施設は、軽度の情緒障害を治すことを目的とする～」(児童福祉法第43条の5)とある。当時のわが国の児童福祉行政から考えると、この情緒障害児の「治療」を目的とした情短施設の登場は、示された内容の不足を差し引いても、子どものこころのケアに対して、心理療法の有効性や必要性を将来にわたり示したことで画期的なことといえるだろう。情短施設の誕生とその後の経過については、杉山(1983)、(1990)や全国情緒障害児短期治療施設協議会(2002)によってまとめられている。

当時の状況を振り返ると(筆者は学童期であったが)、社会的には戦後非行の第二のピークに向かっており、15歳から19歳の子ども自殺は全年齢において際立って高いものであった。昭和36年度の厚生白書を読むと、情短施設の設置目的として、「情緒障害児の多くは、家庭における人間関係、特に親子の関係が緊張していること、学校生活に適応しないこと、教師に対する不満などから、情緒の不安定、劣等感、愛情の不満足などがつのって、反社会行為にかりたせるのであって、このような環境から生じた心のしこりを心理療法、生活指導を通じて取り除き、精神的安定と社会的適応性を与えれば、年齢も若い(12歳以下を収容の対象とする)こと

なので、容易に正常の児童に立ち戻るといふわけで、早期発見、早期治療という視点から、この施設は欠くことのできないものであるといつてもよい」とある。非行の増加と内容の深刻化に伴い、女子のための国立教護院（定員100名）も同年開院されているが、情短施設は非行や自殺への予防・治療も含めたものとして健全育成、精神保健上の要請により誕生したことが理解できる。

これに伴い、昭和36年度には、静岡、大阪、岡山に三施設、翌年には、京都に一施設が開設された。その後徐々にではあるがその数は増え続けており、平成18年9月には、全国に31の情短施設が開設されている。厚生労働省の「健やか親子21」の推進計画のなかで、2010年までに全都道府県にひとつ以上の情短施設の設置が求められており、開設準備の情短施設もその他に数施設がある。情短施設は、今日まで児童福祉法に規定された枠のなかで、それぞれの施設での日々の努力や試行錯誤の工夫の基に運営されている。

次に情短施設の持つ基本的な治療構造について、その概要をまとめてみたい。情短施設は、「軽度の情緒障害を有する児童を、短期間入所させ、または、保護者の下から通わせて、その情緒障害を治し、合わせて退所した者についての相談その他の援助を行うことを目的とする」という児童福祉法の下で最低基準が示され、施設の規模や構造、職員構成、職員数など、マンパワーや基本的な治療構造が定まっている。入所定員は、おおむね30名～50名で、寄宿部と通所部がある。通所部はいわゆるデイケア部門で、子どもの暮らす地域を拠点にして、自宅から情短施設に通ってくる。生活プログラムには、グループワークや個別の生活指導、学習、月例行事、心理治療などが組み込まれ、寄宿部と一部共通のプログラムも持っている。寄宿部は加えて夜の生活が入り、子どもや職員が寝食を共にするなかで、24時間をより治療的に構造化したプログラムとなっている。職員は、子ども50人に対し、医師1、看護師1、セラピスト（心理療法士）5、児童指導員・保育士10と多職種の職員から構成されている。いわゆる連携や分業、協業といったチームワークを治療の基本に置いた施設である。ここでは、情短施設Y園の概要を示し、情短施設のもつ治療構造や生活、教育などの実際についてふれてみたい。

Ⅲ. Y 園 の 概 要

Y園は全国で10番目の情短施設として、昭和50年診療所機能を併設した総合療育センターの施設部門のひとつとして開設された。情短施設は、その土地の風土や文化、経営母体、立地の条件、施設長の運営方針（理念）などから、基本的な治療構造を共有しつつ、施設ごとの特色や個性がみられる。Y園は交通至便な都市部にあり、新幹線の駅にも近く、公的機関、都市型、医療型の情短施設といえるだろう。開設された当初より、児童精神科医（施設長を兼ねる）が常勤となり、外来機能を活用できる情短施設としてスタートしている。

施設の規模は、情短施設としてはスタンダードである。大舎制で、定員は寄宿35名、通園15名。大半が中学、高校生であり、全国的な情短施設入所児の年長化傾向が現れる以前より、主な対象を思春期においている。入園経路は、併設の診療所での外来ワークから児童相談所を経るケースと直接児童相談所の紹介から入園する経路があり、これら二つの経路を活用できることが、入園児童の集団としての治療的雰囲気作りを計るうえで役立っている。通園部は、自宅以外での居場所作りにもなる溜り場的なデイケア部門。寄宿部は、1日の生活をより構造化した寮生活を送っており、両者は、学習やグループワーク、食事場面、月例行事など、昼間のいくつかのプログラムを共有している。

子どもたちの状態像としては、ほとんどが不登校状態で入園してくる。診断的には、精神病

園～人格障害～神経症圏～適応反応圏までを対象としており、被虐待児や学習障害、注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害など、医療サービスの必要な子どもも利用し、投薬を受けている子どもも少なくない。職員は、併設の総合療育センター診療所との兼務を含め、施設長（精神科医）1名、心理療法士9名、看護師1名、児童指導員5名、保育士6名が直接子どもに接している。個別心理療法、家族心理療法、生活指導担当（男女）の1チーム4名の担当制を取りながら、全児童に関わっている。家族との関係改善や地元との交流を図れる見通しのある子どもに対しては、治療方針として週末帰省を行っている。入園までの導入ワークを併設の療育センター外来を用い、退園後も、療育センター外来をフォローアップの場として用いている。外来、通園、寄宿の三形態を子どもや保護者と話し合いながら、子どもの状況に合わせて利用している。

また、教育形態としては、寄宿部には施設内分級があり、隣接する小・中学校からそれぞれ専任の教師が派遣され、園の敷地内で授業が行われている。園の生活に慣れ、本校への登校を希望する子どもに対しては、本校登校も用意されている。通園部児童は、教育委員会が運営する適応指導教室が施設内にあり、活動プログラムの一部としてその教室で学習支援を受けている。近年、Y園を利用している子どもたちの傾向として、年長化や入園の長期化と共に、症状の重度化・重複化がみられる。そのため、中学卒業後も退園の見通しが立たず、治療の必要性から在園して高校、専門学校へ進学する子どもが増加している。

IV. 総合環境療法の実際

1 総合環境療法とは

Y園の概要でも示したとおり、情短施設は、本来の目的であった「治療」を担うだけではなく、子どもの成長や発達にとって欠かすことのできない「生活」や「教育」についても同時に担ってきている。施設内部においては、生活部門・治療部門・（学校教育をも含めた）教育部門が、毎朝の全体ミーティング、定例や臨時のチーム協議、ケースカンファレンスなどを通して相互に話し合い、子どもの治療や支援へとつなげようとしている。筆者は以前、情短施設における不登校児へのグループアプローチの成果と課題について報告（2003）し、杉山（1983）が示した施設治療の機能から、①距離の確保、②猶予の保障、③理解の会得、④欠落体験の補充、⑤試行錯誤、⑥自治への挑戦、について引用した。そのなかで、情短のような「生活（空間）」を取り入れた施設治療の場においては、子どもの持つ生活パターンや対人パターンが他児や職員との二者・三者関係の中で容易に再現（行動化）されること。その再現された子どもの対人的な傾向や課題、問題点などを施設という器の中に持ち込み（アクティング・イン）、穏やかに表出させる。更に個別の治療の中へ抱えて（コンテイン）、次第に心の傷を癒し発達を支援していくことが施設治療の基本となるであろうことを述べた。

情短施設を利用する子どもたちにとって、施設での様々な生活体験をとおして、心のケアだけでなく、普通の子どものように成長・発達していくための養育や、個々の生活のなかで十分体験できなかった欠落したものを補う育ち直しといったことが必要となってくる。

このような子どもたちに対し、情短施設では心理治療や生活指導、教育が一体となり、連携や分業、協業によって支援を行っている。そして、三者が共に相補うなかで子どもたちが成長する過程を「育成モデル」として捉え、情短施設における総合環境療法という言葉を用い表している。ここでは、Y園における臨床活動での一例を提示し、総合環境療法の視点から子どもの施設治療や支援について考察を加えてみたい。

2 総合環境療法の事例

(1) Aくん、中学生

【主訴】家族への暴力行為、不登校。主問題として、昼夜の逆転、遺糞がある。【成育歴】幼児期ことばの遅れが認められたが、知的には正常範囲。排便をがまんし、母親より浣腸や下剤で排便をコントロールされる。【現病歴】体力の逆転に伴い、母親からの浣腸、下剤を拒否し、遺糞が習慣化。その頃より、ゲームセンター通いを始め、その金を母親に要求するようになった。深夜、早朝までTV、ラジオを聞き、昼間に起きる生活に陥る。

【治療経過】家庭生活の行き詰まりから、現状を何とか変えたいという母親の強い願いと主治医の押しによって入園となった。入園時の目標は、①枠付けされた集団生活の中での生活の立て直し。②自信のなさに対する、自己イメージや衝動コントロールの改善。③遺糞習慣の改善で、A、母親、担当者で確認をした。個人面接では、入園後半年以上内的な話題を口にできない。同年齢の子ども集団に入ろうと試みるが、場の読みにくさや対人経験の不足も重なり、他児から敬遠され距離をとられる。いづらくなると居室へ撤退したり、不満を園の器物に向けて、壊したりした。しかし、職員からいろいろと手をかけられることは好み、世話をやく職員に対しては、作業を手伝い素直に応じる一面も見せる。次第に面接場面では、ソファに坐ってCDを聴いたりして、自分の世界をことばで語り始める。両親も定期的に園での面接に通うようになり、特に父親が面接に通う姿に驚きを隠せず、ネガティブな父への評価が変わり始める。進路決定の時期、定まらない進路を生活担当者が強く直面させると、まだここに居りたいと在園希望するが、面接では寝て過ごし、器物破壊や無断離園を予告したりした。生活場面では、ベテランの保育士が担当となり、ジョギングや日記を提案するが長続きしない。園生活がうまくいかなくなると、すねたり、当り散らしたり、投げやりになる。担当者が叱ると、表情が固まって何事にも反応を示さなくなった。しかし、生活スタッフの具体的でわかりやすい形でのAへの世話や、向けられる関心には構えを緩めるため、生活場面は短時間でも細やかに関わり、結果を急がず、余裕を持った対応を行うことをチーム協議で再確認する。途中、職員への反発から園を抜け出しゲームセンターに行き、後を追う職員との“鬼ごっこ”を演じ、謹慎が繰り返された。開き直る反面、ゲームにしか興味のない自分にあきれ、見通しのもてない自分の「いいかげんさ」を認めるのが怖いと話せるようになる。在園後半では、入園してきた小学生の女兒の世話をやき、女兒から頼られる存在になる。両親に対しては、好きな面だけでなく嫌いな面も受け入れ統合できるようになる。中卒後しばらく在園するが、やがて地元の高校に合格。母親と選んだ新調の背広を着て、担当者に「セラピー面白かったよ。ありがとう」と声をかけて退園していった。暴力行為も収まり、遺糞も軽快している。

(2) Bくん 中学生

【主訴】不登校。【成育歴】ひとり立ちが遅く、幼少時運動発達の遅れがあった。ことばの遅れはなく、知的には正常範囲。【現病歴】幼児期よりひとり遊びを好み、集団参加が苦手。幼稚園からの登園しぶり、小学校入学後も断続的な不登校がある。意を決して進学した地元中学校で再登校を試みるが、まもなくクラス単位の集団生活になじめなくなり、再び不登校となった。これを境に自室に閉じこもるようになり、TVやマンガなどを深夜まで見て過ごすようになった。【治療経過】外来面接中、自らは入室を拒み、園庭で家族の相談が終了するのを待っていた。家族面接が経過するうち、両親のAへの対応の変化を感じ取り、自らカウンセリングを希望する。Bに園の説明をすると、「地元の中学にはとても行けそうにないが、ここならもう一度やりなおせるかもしれない」と、入園を自己決定する。Bは、①園を使っ

て直し。②学力補充 ③友達づくり，を入園目標に選んだ。Bは徐々に園生活にも慣れ、生活リズムも園のプログラムに何とか合わせられるようになる。同年齢で自分とタイプが同じ内向き型の不登校男児二人と、好きなカードゲームを介して意気投合していく。この頃から、食事や入浴といった夜の自由時間、トイレ、学習場面などの生活全般で、三人一緒に姿がよく見られるようになった。入園後半年が経過する頃、家族面接で、園ルールで禁止されている園外交流の話題がでた。話しの概要は以下の通り。Bは不登校になって、小学校高学年からひとりでの外出が出来なくなり、休日、親同伴という条件下でのみ外出が可能であった。それは、園を利用し始めてからも同様であった。しかしあるとき、Bより、「園には内緒で、C、Dと休日園外で遊びたい」という話が切り出された。ひとり外出が出来なかったBの話しを信じられない面持ちで聞いた両親だったが、後日園外交流の成功を生き生きと話すBを見て、今後後押しする気持ちになったという。しかし回数が重なるにつれ、担当者との信頼を柱に継続する園利用を考え、勇気を奮いルール違反とその黙認について相談を求めた。

当時園内での三人の様子は、Bは面接場面でC、Dの話題が出ると急に歯切れが悪くなり、Cはチックの増悪が目立ち、Dは職員に妙によそよそしかった。各担当者は、ルール違反への直接処遇だけではなく、子どもや家族の今後の利益へつなげるために、介入をどう行うか協議を重ねた。担当チームは、このエピソードへの治療的介入のキーワードとして、治療契約、秘密の共有、ルールへの挑戦と対決、症状理解、信頼と回復を置き親子との面接を持った。結果として各親子面接や園児たちとの合同面接を取り入れ、三家族の対応や反応は異なったが、最終的にはルール破りの意味するところを、親子向き合う形で話し合うことが出来た。その上で、三人へのペナルティーとして、各生活担当者が、子どもと共に園庭の草むしりをするという形で収束させた。まもなくB、Dのよそよそしさは消え、Cのチックも軽快した。Bは、その後希望した高校に合格し、園からマイペースで試験登校した。その年の冬、何とかやれる手ごたえをつかんだからと担当者に話し、自宅からの登校を決めて退園していった。

V. 考 察

二つの事例とも家庭内での対応に行き詰まり、現状の打開を願ってY園の利用となった。Aの事例では、Aの生活態度や行動化に対して、親のように先回りした苛立ちや思うようにならない担当者の無力感など、Aの内面を適切につかみきれず、職員側の先走りを抑えがたい事例であった。Aの内的課題と考えられる、心理的離乳やおしめはずしの攻防、三歳児の反抗を思春期でやるのだから大変であった。生活スタッフの粘り強い生活指導や声かけ、Aへの継続的な個人面接でのアプローチ、遠方から長時間かけて定期面接に通う両親の存在などが、Aの健康的な力を支え、Aにとって残されていた発達課題をやり遂げるエネルギーになったと思われる。長期の発達を見据えた視点と、完全を求めない余裕、役割を分担し合うチームワークの必要性を、Aとの取り組みから教えられたように思う。

次にBの事例では、心理的な葛藤が生じている家庭や地域、学校などから一旦離れ、Y園という抱えられた環境に身を預けられたことが、Bの安心感、安定感の回復につながったと考えられる。入園に際し、治療目標を園と共にBが納得する形で共有できたことも大きかった。園生活では、Bと同タイプの男児二人との遅ればせながらのチャム体験を充足でき、園外交流をめぐる職員や両親との駆け引きなど、ハプニングも味方につけて、思春期の発達課題をおしすすめのよき体験につながったと思われる。また、分級教員によるマンツーマンの学習支援は、積み残されていた学力の補充になり高校合格につながった。情短施設という集団生活の場を借

りて、Bや家族が本来持っていた健康度が活性化され、結果としてBの思春期を先に進める力になったと思われる。情短施設のもつ治療・生活・教育の三部門の共同作業（総合環境療法）によって、環境を整え、こころをケアし、発達を支援できた二事例と考えられる。このように情短施設では、生活（空間）の中にごく普通の日常があり、スタッフや他児とのさまざまな関わりを通して、子どもたちのケアが行われている。

筆者は、これまで情短施設や療育センターにおいて、思春期の子どもこのころのケアや保護者支援に携わってきた。そのなかで、近年思春期の子どもこのころのことばを使った対話面接のなかで、治療的な手ごたえといったものが随分と持ちにくくなり、二者関係の深まりに希薄さがでてきたと感じている。対人関係の側面から捉えるなら、三者関係以前の一対一の関係が十分に結ばなかったり、結べてはいるものの、発達早期の内的な課題を多く持ち越している子どもたちである。村瀬（2000）は、統合的な生活臨床の重要性について、「もう一度臨床の場で、欠落している発達のプロセスのある時期に立ち戻って、具体的な体験を織り込んだ生活臨床のような、生きる知恵のようなものを会得する手助けをすることと、受けた傷を癒すということとを並行して統合して、進めなくてはならない方が増えている」ことを指摘している。こころに深い傷を負った子どもや情緒発達の遅れやゆがみを持った子どもに対する生活臨床の必要性への指摘である。情短施設には、このように村瀬が指摘した重篤な課題を持った子どもたちが多く入園してくる。

特に近年の入所傾向としては、被虐待児、軽度発達障害児の増加があげられる。両者の全国情短施設入所率（2007）を見てみると、入所総数1049人に対して、平成18年度では被虐待児67.8%、広汎性発達障害児の子どもの16.4%に上っている。一般的には被虐待児への社会的関心の多くは、施設に保護されるところで終わってしまう。しかし、その後の心理的ケアや養育者への支援が必要不可欠であり、そのケアや支援自体が非常に困難を要するアプローチであることがわかってきた。また、不登校や引きこもりを主訴に入園してくる子どもたちの中に、他者とのコミュニケーションがうまく取れず、場の雰囲気や捉えにくい、軽度発達障害の子どもも含まれている。情短施設の対象児童として、どのような子どもが適しているのかは今後も検討される必要があるだろう。しかし、情短施設の目的である子どもの情緒的な「治療」を考えると、生活、治療、教育の三部門それぞれが、子どもや保護者との関係性の質や技術を高めていくことがより求められてくるだろう。

提示をした二つの事例を振り返りながら、情短施設での治療が、総合環境療法として重篤な子どもたちに対しても、よりよく機能するために必要と考えられる要点を以下に示してみたい。

①治療内容の明確化と協力関係を築くこと。（入園に際し、子どもや保護者が治療の意味を理解し、施設側と協力していく必要がある。ここが十分に話し合われないと、入園後の様々な段階で、子どもや家族の協力が得られず、治療的な膠着や行き詰まりにつながるおそれがある）
②心理学的アセスメント、精神医学的診断を大切にす。 （誕生早期からの心身の発達や養育環境の細やかな情報によって、入園から退園までの治療的な見通しや自立支援への計画を丁寧に立てることが可能になる）
③部門間の協力と総合的な取り組みを行う。（治療、生活、教育、各部門での子どもへの取り組みや理解を共有しなければならない。この共有化がうまく機能しなくなると、部門間や職員間での対抗意識や抵抗感として現れやすく、職員間でのすれ違いやチームの分裂につながることもしばしばある。ミーティングやカンファレンスを通してよく「話し合う」こと、カルテや日誌を誠実に「記録する」ことなどを通して、理解と共有化をはかっていく必要があるだろう）
④治療的な環境の場を整える。（地味ではあるがケアへの第一歩として、生活場面での基本的な「安全感」や「安心感」を、子どもたちがまず実感できること

が大切になる)⑤学校教育との協働を行う。(情短施設の多くに施設内分級または分校が併設され、教員が配置されている。被虐待児や軽度発達障害圏の子どもの増加は、学級運営上の困難さに直結してくる。学級崩壊の危機を防ぎ、教員を支援するうえからも、情短施設職員との協働は必要となるだろう)⑥家族への支援を行うこと。(保護者もまた、養育への苦悩があることを理解し、自尊感情を支える必要がある。家族再統合は退園の目指すひとつの方向であり、社会資源の活用や学校、地域の関係機関との連携も視野に入れ、保護者とよく話し合い、保護者支援を行わなければならない)

以上、情短施設における総合環境療法が、よりよく機能するために必要と考えられる要点を述べた。これらを日常の臨床活動のなかで、関わりの質を守りながら継続して行うことは、並たいていのことではない。心理治療と生活指導、学校教育を含めた教育が一体となって取り組んでいく必要がある。

最後に、情短施設でのこころのケアを、総合環境療法として実効していくためには、こころのケアの基盤となる「安全感」、「安心感」のある生活環境を一貫して子どもたちに提供していく必要がある。情短施設に暮らす子どもたちが安全に、かつ安心して生活できる環境とは、何よりもケアを担当している人的環境の充実から生まれてくると言えるだろう。しかし、情短施設における心理治療担当者や児童指導員の最低基準の見直しは、30年以上行われていない。情短施設開設の当初の目的であった、軽度の情緒障害児を短期間で治療するうえでの最低基準が今も目安となっており、現在利用している子どもたちの状態像からは、かけ離れた職員比率になってきている。今後、情短施設の最低基準の見直しを含め、生活指導や治療機能のさらなる充実が求められねばならないだろう。

VI. お わ り に

情短施設における総合環境療法の実際を、Y園での臨床を通して報告した。総合環境療法は、情短施設の開設以来心理・生活・教育部門が一体となって、子どもたちとの臨床を通し、試行錯誤の上で発展させてきた。厚生労働省が「健やか親子21」において、情短施設新設を地方自治体に働きかけたことも、総合環境療法を用いたこころのケアへの強い期待感からであろう。しかし、近年の入所傾向として、利用する子どもの重症化があり、一人ひとりの子どもに応じたきめ細やかなゆとりある治療や指導が困難になってきている。こころのケアの基盤となる、生活の基本的な「安全感」や「安心感」を子どもたちに保障するためにも、最低基準の改正が望まれる。また、今後も情短施設において、総合環境療法に携わるすべての職員が、チームワークを基本とした関係の質と技術を向上させ、子どものこころのケアへの支援を行っていかねばならない。

引 用 文 献

- 1 厚生白書・昭和36年度版(1961)：第二部第四章児童福祉と母子施策，第四節要保護児童に対する施策
- 2 杉山信作(1983)：児童精神科臨床4 入院治療2 個別精神療法と環境療法の対比および集団生活の力動 星和書店 p20-24
- 3 西田行壯(2003)：思春期不登校児に対するグループアプローチ 国際基督教大学高等臨床研究所 International Journal of Counseling and Psychotherapy Vol. 1 79-82
- 4 村瀬喜代子・青木省三(2000)：心理療法の基本 金剛出版 p9

参 考 文 献

- 1 杉山信作 (1990) : 子どもの心を育てる生活 全国情緒障害児短期治療施設協議会・杉山信作編 星和書店
- 2 全国情緒障害児短期治療施設協議会編 (2002) : 心をはぐくむⅢ—総合環境療法の臨床—
- 3 西田行壯他 (1990) : 思春期不登校児のための活動集団療法—サマーキャンプを中心に—集団精神療法 Vol6 No2 p135-140
- 4 西田行壯他 (1992) : 児童・思春期のグループ 集団精神療法の進め方 山口隆・中川賢幸編 星和書店
- 5 滝川一廣 (2004) : レジデンシャルケアにおける心理療法 新しい思春期像と精神療法 金剛出版
- 6 四方燿子他 (2001) : 育ち直りを援助する 臨床心理学Vol.1 No6 金剛出版
- 7 高田 治 (2004) : 情短施設でのケアと治療 そだちの科学2 日本評論社
- 8 西田 篤他 (2007) : 全国情緒障害児短期治療施設における児童の臨床統計 心理治療と治療教育—情緒障害児短期治療施設研究紀要—

—平成19年10月26日 受理—