

日本福祉心理士会

ニューズレター (No. 5)



特集1:「福祉心理学とは?—会員の実践・研究から(4)—」

福祉心理学会は2002年に準備委員会が発足し、2003年に第1回の大会が開催されました。現在、15年目を迎えるまだまだ新しい学会です。そのため、学会の基盤とする「福祉心理学」という学問体系についても定義、理念、理論、対象、領域などは十分に定まっておらず、発展途上にあります。

「福祉心理士」は日本福祉心理学会が認定する資格であり、福祉サービスを利用する人のアセスメントを行ったり、サービス利用者やその家族、そして、そこで働く職員の福祉心理相談・支援を行ったりするうえで専門家として求められる基礎学力と技能を修得していると本学会が認定した人のことです(HP)。しかし、その実際は十分に周知されているわけではありません。

ニューズレター委員会では、会員の実践・研究から発展途上にある福祉心理学や福祉心理士について浮き彫りにしようとして特集を企画しました。前号では4名の福祉心理学会会員に、障害領域、子ども家庭福祉領域、社会的養護領域など、それぞれの実践や研究について、オリジナリティある内容を執筆してもらいました。

本号は、請井征力先生、生川善雄先生、沼初枝先生、水口進先生、松山朋子先生、有村玲香先生から、読み応えのある原稿が届いています。ぜひ、ご覧ください。

次号以降もこの企画を継続していくことを考えています。みなさまからの積極的なご意見もお待ちしております。

心理士(福祉心理士)と多種福祉専門職との協働について

(「感覚運動訓練」「動作法」を通して)

うけい ゆくお

請井 征力 社会福祉法人 佑啓会ふる里学舎五井 療育相談員(fgakusya-goi@oregano.ocn.ne.jp)

○専門の実践・研究～福祉心理学との関連

今回、ニューズレターで私どもの実践している活動を紹介させていただくこととなりました。これはまさに時宜を得たものと思っています。なぜなら、ご案内のように、第15回の学会のテーマが「福祉現場の『実践』と『理論・研究』をつなぐ福祉心理学」となっているからです。主題として「福祉心理学に求められている課題の一つとして、対象者の支援において、いかにして、心理学的知見を生活臨床の中で活かし、心理職と他職種(福祉専門職等)が協働しながら、効果的支援を行っていくのか」とあります。まさに、この主題のとおり、私

どもの臨床現場で同じような課題を持ちながら実践活動しているところです。

先に第9回松山大会(自主シンポジウム)、第10回大会(教育講演)の際、私共の療育事業の大枠を説明させていただきましたが、今回はその後の現況を報告させていただきます。

私どもの臨床スタッフは「ST3、PT1、福祉心理士1、発達心理士1、保育士1」で療育支援を行っています。私自身、福祉実践の経験の中で強度行動障害児者という難しい支援に直面し、そこで、改めて早期発見・早期介入・早期療

育・継続療育の重要性を感じたと前述しましたが、今、まさにその早期療育・継続療育の最前線で親子の療育・相談事業に携わっています。

第15回大会のテーマである「心理職(福祉心理士)と他種福祉専門職等の協働について」は、E・ショップラー教授が「療育の専門家とはそれぞれの専門分野に埋没することなく、各専門や職種間のネットワークを形成したり、他の領域の考え方や方法を理解援助したりするジェネラリストでなければならない。特に両親や家族も共同療育者として協調することが望ましい。家族の理解や協力の有無は予後に大きな影響を持つものである。」と述べています。このことは各分野におけるスペシャリスト(例えばPT、OT、ST、福祉心理士等)がそのパーツに埋没するということではなく、治療者同士の密な連携と子どもをトータルな社会的存在と見ていけることが必要なのであり、多くの治療経験と学際的な研究の積み重ねが必要であるということを述べているのではないかと考えています。

「福祉心理学」の理念にもありますように、「療育支援」とは利用者の最大の可能性を追求する総合的な人間科学であり、人間的な自立と自己実現、利用者の幸福と他者との共存を目標とし、多様な専門領域の学際的な知識が必要であろうと考えています。発達期の子どもの能力は、「部分」をあわせれば「全体」になるという単純な図式で捉えられるものではありません。パーツ化された治療では「社会的発達を支援する」という目標は達成されることはなく、ライフステージごとに見直しされながら、乳幼児期から成人期まで継続できる一貫した支援でなければならないと思っています。

現在、実施している療育相談ケースは凡そ110ケース程、療育時間は1時間、原則として年齢は0歳～学齢までとじていますが、学齢の子どもも多数います。

肢体不自由児関係(乳幼児等)はPTが主に専門に支援を行い、発達障害児については、前半はST、心理士等が個別で担当し、後半は「福祉心理士」を中心に「感覚・運動訓練」「動作法」の活動を積極的に行っています。「感覚・運動訓練」「動作法」を実施している間、親御さんにはPT、ST、心理士、保育士が活動の内容説明や面談を行っています。

さて、そこでなぜ、私共が「感覚・運動訓練」「動作法」を取り入れているかという、これらの療法を通して、発達障害児のからだに対して外から刺激を与えたり、組織的な身体運動を行ったりして「ボディ・イメージ」を形成させるという方法であり、脳に何らかの障害を持つ子どもの発達の正常化や初期の発達段階にある子どもの援助においては非常に

重要な方法だと考えているからです。また、「動作法」が体の緊張を緩め、それによってもたらされる身体への気づきを通して、自分自身への気づきを促すことになります。更に大切なことは療育者と子ども間で身体によるコミュニケーションを行うことで、相互の気持ちの理解を促すという狙いを持っているからです。これらを通して「ゆったり落ち着く力」、「行動の自己調整力」、「他者認知」「共同注視」等が育まれると考え、これらができるようになったケースにおいては周囲の刺激を適切に取り入れ、判断し、適切な反応(行動)と適切に刺激を取り入れられるという循環が生まれてきます。その結果、自分の体をさまざまに動かすことができるようになると自信がついているいろいろなことに挑戦していく積極性も出てきた子どもたちが多々います。このように「感覚・運動訓練」「動作法」は発達及び療育の技法として尊重できるものであると考えられます。

さて、私自身、福祉心理士の資格を得たことにより、その重要性を痛感し、合わせて自信をもって現在の仕事につけているのは事実です。それらを通じて、福祉心理士等が療育支援と言う重大な場面において、画一的な療育支援に限ることなく、多職種と協働しながら臨床実践をおこなうことは、自らの専門性の自覚につながり、またその専門性が組み合わせることで新たな支援の広がり生まれうるものと思っています。

子ども達を理解し、支援しようとするときに、多職種協働によって専門家同士の専門性が会えることは新たな対象理解の視点や、効果的な支援の方策につながる創造的な営みだと思っています。

今後は療育活動において多職種の中でどのような相互作用が生じて支援がおこなわれているのかを検討していくことも必要だと思っています。そしてサービスを受ける子ども達の状況に合わせた療育支援に留意しつつ、「その人なりの豊かな人生」を支援できる姿勢と技術の向上を目指さなければならないと思っています。



←動作法による頭の
マッサージ



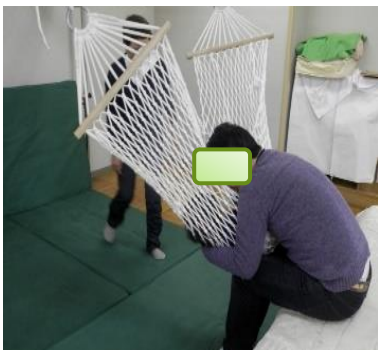
←バランスボールで
の柔軟運動



←動作法による「なぞり」



←雨樋ピタコラ(請井
作成)



←サーキットの一部
分(ハンモッグ)



←サーキットの一部
分の滑り台



←サーキット(活動場
面)



←大型回転ドーム
(バランス感覚等を
養う)



←富士山ピタコラ(請
井作成)

うけい ゆくお

○請井 征力先生のプロフィール

福祉実践の仕事は知的障害児者施設で36年間、療育相談業務には13年間携わっています。この経験の中で強度行動障害児者という難しい支援にも直面し、そこで、改めて早期発見・早期介入・早期療育・継続療育の重要性を轟々と感じた次第です。現在も幼児・学童期の子どもと親御さんの療育・相談に携わっています。

福祉心理学と私の仕事

生川善雄(元千葉大学教育学部教員)

○専門の実践・研究について

大学院を単位取得満期退学後、1年間の研究生を経て、国立秩父学園(知的障害児施設)に心理療法士(厚生技官)として就職し、16年間勤めました。秩父学園では、地域の方々の療育相談、園児の心理検査や行動観察、附属保護指導職員養成所の講義(「心理検査一般」や「購読」などを担当)、厚生省心身障害研究班の取りまとめと分担研究の研究協力、その他、調査室のさまざまな仕事(報告書作成、記録整理、見学者案内など)を行ないました。仕事内容は、あれもやりこれもやり、という状態でしたが、しいていえば、心理学がベースではありました。

以上の仕事のうち、福祉心理学との関連が強かったのは、療育相談と園児の心理検査・行動観察だと思います。療育相談においては、主として、障害のある子どもの親御さんの相談を受けていました。子どもの障害の程度、発達段階、親御さんの悩み、などが相談の内容でした。療育相談の初期の頃(最初の4、5年)は、私の未熟さもあり、親御さんの期待に応えられないことをひしひしと感じていました。その後、少しは相談に慣れてきたとはいえ、一人で行なっていたので、その限界も感じながら細々と療育相談の仕事をしていました。私自身は、療育相談という仕事を十分にやり切れたという思いを持ってないまま、16年が経過しました。

毎年実施していた園児の心理検査・行動観察では、重い知的障害の子どもを理解することの難しさを痛感させられました。多くの児童は個別の知能検査は実施できなかったため、担当の職員の方に発達検査の質問項目に記入してもらって発達段階を把握していました。視覚や聴覚に障害のある子どもで個別検査が可能な場合には、WISC知能診断検査を実施しました。視覚障害のある知的障害の子どもには言語性検査を、聴覚障害のある知的障害の子どもには動作性検査を実施しました。しかし、これらの検査だけで重い障害のある子どもの能力を把握することは難しいので、行動観察を取り入れたりしました。行動観察は、食事場面、朝礼場面、作業場面、余暇の場面などの日常生活場面、提示刺激を統制した処遇技術開発棟での観察などです。行動観察から、また、日常生活の支援を行なっている職員の方の話から、心理検査では知ることのできない重い知的障害の子どもを知ることができました。

その後、1995年4月に、東海大学の健康科学部社会福祉学科の教員として就職しました。10年間勤務しました。障害者心理学、障害者福祉論、社会福祉援助技術現場実習などを担当しま

した。中でも、現場実習は社会福祉学科として重視しておりました。私は、障害者関係の施設を担当していましたので、実習施設の職員の方々との交流も多かったです。福祉心理学との関連では、福祉の対象となる人々の心理学的な理解を深めるためにも、心理学概論、発達心理学などの選択科目は履修するようにし、心理学の勉強をしっかりと行うよう学生に勧めていました。

2005年4月に、千葉大学教育学部に移動しました。主に、教育関連の講義と演習を担当しました。それらの中で、1科目だけ、福祉を強く意識した講義を行ないました。「知的障害支援学」という講義題目でした。知的障害者の支援の実際的な話に入る前に、ノーマライゼーション、リハビリテーション、ケースワークの原則など支援の前提となる講義を行ないました。福祉への関心を高めてくれた学生もいくらかはいたのではないかと考えております。また、福祉との関連では、千葉大学に移ってから日本知的障害者福祉連盟の調査研究委員会の委員はずっと続けさせてもらっていました。したがって、知的障害関係施設の職員の方々と、ずっとお付き合いをさせてもらっていました(今も継続しております)。

千葉大学定年退職後、2014年4月に小百合会に就職し、生活介護通所施設の施設長として2年半勤務しました。勤務をしていて、通所施設の職員も、利用者を生涯発達の観点から、コミュニケーション能力や知的能力のアセスメントができることなど、福祉心理学的な視点を持つことも必要ではないかと感じました。

昨年の10月に小百合会を退職しました。小百合会2年目から法人本部長を仰せつかりましたが、小さい法人のため、事務長のような役割も兼ねることとなり、私の力では事務長職は無理でした。それで、退職させていただくことにしました。

退職後は、千葉大学退職後に手をつけていなかった本や書類の整理を2か月余り行ないました。整理が一段落した後、テキストマイニングの勉強をしています。テキストマイニングの手法の一つである「KH Coder」というフリーソフトなどを使い、小説や演説文、ネットへの投書文などを分析しています。また、友人に頼まれて、1500名を超える調査の自由記述文を定量的に分析したりもしています。これらの分析から納得できる結果が得られ、分析方法の進歩に少々驚いています。これからしばらくは、このテキストマイニングを勉強して、福祉心理学に応用できれば、と考えているところです。

○福祉心理学・福祉心理士について

福祉心理学は、福祉に関わる諸事象とそれらを規定している法則について、心理学的な観点から客観的に研究をする学問であると思います。しかし、福祉心理学の定義はいまだ確定していません。福祉という概念が広いだけに、ニュアンスの異なるさまざまな定義づけが行われることと考えられます。

福祉心理学とは、ということをご以上追求することは、私の手に余りますから、ここでは、福祉心理士はどのような仕事をする人か、という点について考えていきます。

福祉心理士と近い仕事内容の資格の一つとして、福祉系国家資格の一つである社会福祉士が考えられます。社会福祉士については、「社会福祉士及び介護福祉士法」で定義されています。その定義を参考にして、とりあえず、福祉心理士の定義を可能な限り簡潔に、私なりにまとめますと、「心理学を基盤とした専門的知識及び技術をもつて、日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、心理学的観点から、助言、指導、福祉サービスを提供する者」といえるのではないのでしょうか。そして、福祉心理士の仕事としては、幼児・児童、障害のある人、高齢者、そ

の他福祉サービスを必要としているマイノリティグループの人々を対象として、発達のアセスメント、個性のアセスメント、適応のアセスメント、などを行ない、その結果を踏まえて、心理学的な観点から、その人たちのより幸せな生活を目指した相談・支援を展開することだと思います。

以上は、あくまでも、独断で作成した私個人の試案です。

本学会としても、福祉心理学、福祉心理士の定義を行ない(とりあえずは、案でもいいと思います)、それらについて周知し、議論していく時期に来ているのではないかと思います。

○生川 善雄のプロフィール

1978年3月に大学院を単位取得満期退学。1979年2月から心理療法師(厚生技官)として国立秩父学園に16年2か月間、1995年4月から教員として東海大学健康科学部に10年間、2005年4月から教員として千葉大学教育学部に9年間、勤務。定年退職後、2014年4月から社会福祉法人小百合会の生活介護通所施設の施設長として2年半勤務の後、2016年9月退職。

医療の現場における多職種連携

沼 初枝(立正大学心理学部臨床心理学科教員)

○精神医療における心理として

大学に在学中から精神医療に関心を持ち、指導教官のはからいで運よく精神科病院で実習を経験することができました。数十年前、当たり前のように鉄格子や鉄扉のある閉鎖病棟での学びは得がたいものであり、私の臨床の原点かつ出発点です。以来大学の教員になるまで(教員になってからも)、私のあるべき場はずっと精神医療の現場とその隣接領域でした。心理の専門家としてのみならず、人間として「病に悩み苦しむ人」にどう寄り添うかという問題に直面し、心理の専門性を問いつけることが生涯のテーマとなりました。

その後、精神科病院の臨床心理の仕事に従事し基礎を学んでいくなかで、総合病院というより広い医療の世界に出会えたのは運命の粋な計らいかもしれません。総合病院では非常に多くの職種がそれぞれの専門性を活かして活動しています。チーム医療という言葉はあまり周知されていませんでしたが、まだ国家資格のなかった心理職でもあり、総合病院のなかで心理の職種と活動内容をより広く知ってもらうため、リエゾン・コンサルテーションとして産婦人科、内科、ペインクリニック科、緩和ケア科など心と体の両方にかかわ

るようになりました。途中からは、緩和ケア科と精神神経科の併任になり、さらに多くのことを学ばねばなりませんでしたが、多くの発見がありました。精神医療だけでなく医療全体の中で、心理としてのアイデンティティとは？心理として何が貢献できるか？常に問い続ける作業が続きます。

—チーム医療の中で—

医療の高度化や複雑化にともない、厚生労働省は2009年に「チーム医療の推進に関する検討会」を立ち上げ、この後チーム医療が広く現場に周知されていくことになりました。検討会によれば「チーム医療とは、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」(厚生労働省 2010)としています。特に精神科領域においては、「疾病の治療のみならず生活者としての対象者支援を行うことが必要であるため、医療機関や地域において医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士等多職種協働によるチーム医療の提供が重要である」として

います。また精神科同様に全人的ケアのもとに進められる緩和ケア科では、多職種の協働は必須となります。

チーム医療という概念は、治療(cure)だけではなくこうしたケア(care)を必要とする現場で育ってきたものと考えられます。患者の障害や問題行動の背景には、生物的(身体、脳、神経、遺伝)ー心理的(ストレス、認知、感情、イメージ)ー社会的(家族、社会、経済、文化)側面があり、患者が全人的に(人間全体として)回復できるためには、多職種スタッフの働きかけが有効に機能しなければなりません。特に精神科や緩和ケア科では、チーム医療がうまくいくかどうか、治療のレベルに大きな影響を及ぼします。身体科における手術や特効薬という「治療の決定的決め手」以上に、精神科や緩和ケア科では患者とスタッフ相互の「関わりの積み重ね」が主要な治療手段となるからでしょう。

ー専門性とは?ー

心理の分野は幅広く、その専門性にもさまざまな議論があります。私が今まで歩んできた臨床(医療)心理、ほかに学校心理、発達心理、司法心理、そして福祉心理と多領域にまたがっています。同じ心理的なアプローチであっても、それぞれの領域での特徴があると思います。それでは臨床心理の立場から、チーム医療において他職種に寄与できることは何かを考えてみます。

身体の病気にしても精神の病気にしても、医療では患者の病的な部分に焦点を当て治療します。しかし病気はその人にとって一部分でしかありません。病気という部分を持った一人の人間なのです。さらに病気になる前には、その人の生きてきた歩みやその人の物語があり、それは病気にも大きな影響を及ぼしています。その人のさまざまな物語を背景に、病気を理解する姿勢や視点を持っていることは臨床心理士の大きな強みだと考えられます。心理の専門性とは、患者の物語(ストーリー)にしっかり耳を傾ける訓練を受けていることではないでしょうか。現代医学は急速に高度な発展を続け、そのため高度な専門性が要求され、どうしても患者

の病的な部分にのみ焦点が当たってしまいます。その医療の中で、それぞれの専門職が自分の専門性ととも患者の物語を大事にする視点も持つこと、それを臨床心理士は提供できるのではないかと考えています。

○福祉心理学(福祉心理士)について

福祉領域における支援は、大きく医療と重なっています。特に近年では高齢者に対する福祉医療は喫緊の問題となっています。例えば認知症患者への支援は、医療と福祉の柔軟な連携が求められます。その前には介護予防という健康心理の視点も重要です。また発達障害の子どもには教育や療育の支援が必須ですが、さらに家族や地域でその子らしく生活できるような後方支援も大事です。こうしてみると、ある障害に対して一つの職種や領域でできることには限りがあります。多くの専門家が連携して支援していく時代になっています。そのなかでも福祉は障害をもつ人びとの生活と密接に関わっているため、多くの領域をつないで支援していると考えられます。地域や生活を基盤にケースワークやソーシャルワークの視点を持った福祉心理は、多くの専門領域をつなぐ役割をしているのです。

しかし残念なことにまだまだそうした専門家は少なく、この学会の発展に大きな期待がかかっています。

○沼 初枝先生のプロフィール

専門: 医療領域における心理アセスメントと心理支援

現職: 立正大学心理学部臨床心理学科 教授

大学卒業以来、医療領域の心理職として活動してきました。精神医療、緩和ケア、リエゾン・コンサルテーションなどかかわる対象は異なっていますが、臨床心理的アプローチ(アセスメントや支援)が私の立ち位置となっています。多職種から成り立つチーム医療では、そうした各職種の専門性の自覚と連携こそが原点だと考えています。

障害をもった子どもを早期から、しかも長期にわたって、定期的に見ることの必要性

水口 進(常磐大学大学院人間科学研究科, 常磐大学人間科学部現代社会学科教員)

○専門の実践・研究についての紹介

私にとって、実践が研究である。私にとっての実践は人間をみることであり、みることのできたものは必ずその後の実践に生かされる。福祉心理の仕事をはじめて34年になるが、

改めて実践に終わりはないと感じる。私の学生指導は私の実践を陪席させることである。大学院生には私の実践を可能な限りみせるようにしている。陪席し、それを肥やしにできる力を陪席力と私は呼んでいる。陪席力のある学生は将来

大きく育っていく。以下に私の実践の中から3事例を紹介する。

【事例1】3歳時に自閉症スペクトラムと診断されたAくん。確かに低機能の自閉症児であった。しかし半年後、A君は驚くほど成長していた。低機能から高機能自閉症児に変身していた。◆私の経験では、高機能自閉症児は3歳から3歳半にかけて急激に伸び、それまで30台だった言語面の発達指数が70を越えてくる。そして就学の頃にはそれが90以上になる。つまり普通レベルになる。しかしきれいに普通になることはない。発達に凸凹がある。A君もそうしたケースだった。◆幼稚園の年長になり、保護者と就学先のお話しをした。医師、言語聴覚士、作業療法士、幼稚園教諭、すべてが特別支援学校を勧めた。本当にA君を特別支援学校にすすめてよいのだろうか？私の答えは“否”である。高機能自閉症児の発達の凸凹の凹は読解力にかかわる能力である。したがって、就学後、普通教育についていくのは難しい面はある。しかし特別支援学校での教育を受けることにより凹が治るのだろうか？そんなことはない。凹があっても、高校は普通の高校に行けるし、一般就労も可能である。多くのこうした子どもたちを長期にわたってみている私の頭に特別支援学校という選択肢は浮かばない。凸凹の凹が目立つのは義務教育段階である。高校、大学になったら凹は目立たなくなる。凹があってもかまわないと思えるようになる。◆子どもの将来をイメージできる専門家が地域にいて、長期にわたって、定期的に、伴走者のようにかかわってくれる、これが理想である。◆A君のような子どもをもつ保護者に「思春期になったら大変なことになる」と言う医師がいる。確かに思春期になってこだわりが更にひどくなり、扱いが難しくなる高機能自閉児がいないことはない。しかしそれを高機能自閉症児すべてにあてはまるかのように言うのは、ある意味“脅し”である。このような“脅し”から保護者を救い出すのもわれわれの仕事である。

【事例2】25歳になるダウン症者Bさんが来談した。特別支援学校を卒業後、就労継続支援施設(B型)に通っている。学校に通っている頃は明るかったのに、最近では元気がない。動きが鈍い。ひょっとしたら“急激退行か”。付き添ってきたのは母親。母親はどこかで“急激退行”という言葉を目にし、ここ数年それが頭から離れなかったようである。◆「少し勉強させてください」。そう言って私はBさんに新版K式発達検査を行った。それは発達レベルを特定するためではない。Bさんとのやりとりを楽しむためである。◆Bさんは私とのやり取りを楽しんでくれた。数える能力、書く能力が他の能力よりも優れていた。「学校でお勉強したことをしっかり覚えてい

ますね(私)」「以前と変わっていないのですね(母親)」。母親はホッとしたようだった。◆私はこれまで約300名のダウン症児を10年以上にわたって、定期的に見てきたが、“急激退行”という言葉があてはまるダウン症児者を見たことがない。“急激退行”って何だろう？「ダウン症児は大きくなると急激に退行する」、そう言われた保護者の気持ちを考えたことがあるだろうか。Bさんの発達をみてくれる人が地域にいたら、母親は悩まずにすんだはずだが、Bさんの地域にはそのような人はいなかった。「これからも定期的に見ていきましょうか。1年後でいいでしょうか(私)」「いいえ、半年後でお願いします(母親)」。ずっとみることの必要性を強く感じた事例である。

【事例3】大学生Cさん。Cさんは統合失調症の診断を受けていた。15歳から5年間、投薬治療を受けてきた。20歳のときに大学に入学してきた。頻繁に“乖離”を起こし、大学にきてほとんど保健室のベットの上で過ごした。私はCさんを見て、そしてまた母親からCさんの生育歴を聴取して、Cさんの小さい頃を想像した。Cさんは統合失調症ではなく発達障害の範疇にいる人であるように思えた私は母親にそのことを告げた。母親はそれを主治医に伝えた。主治医は薬の80%をぬいてくれた。半年間の休学後、Cさんは見事に復活した。生き返ったと言ってもよい。Cさんは昨年(3年生)DO-IT Japanのスカラーに応募し、合格、活躍している。自分の障害特徴を認識し、大学に対して、自分にとっての合理的配慮を要望している。頼もしい学生に育った。

○福祉心理学・福祉心理士について

大学院の学生時代の思いでの一つに、依田新先生(当時、愛知学院大学教授)と村上英治先生(当時、名古屋大学教授)との対談がある。依田先生は人格心理学の泰斗であり、村上先生は当時、新進気鋭の臨床心理学者であった。臨床心理学について熱く語る村上先生に、「臨床心理学は福祉の心理学だ」と言い放った。村上先生は憮然とした(ように私は感じた)。人間の健康と幸福を追求するのが福祉であるならば、臨床心理学が福祉の心理学であってもよいのではないかと、そのとき私は思った。当時、依田先生は私の研究指導教員だった。だから、そう思ったのかもしれない。私は福祉も臨床心理学も人間学のひとつだと思っている。人間を刺激と反応の束と捉えずに、人間を丸ごと(その人の歴史を含めて)みていきたいと思っている。私は児童デイの施設や就労支援施設の利用者さんとかかわることも多い。そうした施設の中には利用者さんの健康と幸福を真摯に考え、取

り組んでいるところもあるが、そうではない私利私欲目的の施設もある。私は利用者さんが後者の餌食にならないように常に目を光らせていきたいと考えている。これも福祉心理学徒の責務だと考えているからである。

○水口 進先生のプロフィール

常磐大学大学院人間科学研究科、常磐大学人間科学部現代社会学科教授

昭和 58 年から 23 年間、臨床心理士として秋田県小児療育センターに勤務し、障害児をみて、指導・助言する仕事をしてきた。これまでに延べ 3 万件ほどの障害児をみてきた。平成 18 年から水戸にある常磐大学に赴任。学部では社会福祉士の養成に、大学院では臨床心理士の養成にかかわっている。

乳幼児健診における心理相談

松山 朋子(保健センター心理相談員・東京都北区子ども未来課子育て専門相談員)

○実践の紹介

乳幼児健診には医師や保健師をはじめたくさんの専門職種のスタッフがかかわり、子どもの発育・発達や栄養、歯科、生活習慣などさまざまな視点からのスクリーニングが行なわれています。健診は、地域に住むすべての子どもが対象であるため、子どもの発達や子育てについての相談の機会がすべての親に提供され、親子が支援者や関係機関と出会う場となっているということが出来ます。心理相談員はそのなかで、健診時の相談だけでなく、健診後のフォローアップや適切な支援サービスにつなげていく役目も担っています。ここでは、1歳6か月児健診と3歳児健診の心理相談とフォローアップについて取り上げていきます。

1. 健診時の相談

健診時の相談では、子どもの発達の見たてを行なうとともに、保護者の心配ごとや育てにくさなどの悩みに対して助言・支援していきます。

事前に健診票や保護者アンケート、保健師からの申し送り等から主訴や背景をある程度把握したうえで、保護者に気になっていることや困っていることを直接うかがっていきます。いつごろから・どんなふうになど具体的な経過のほかに、生育歴や家庭環境、一日の過ごし方、生活リズム、遊びのようすなどを聞きとり、保護者が子どものことをどのように見ているのかもつかんでいきます。相談室にはおもちゃを用意して、遊び方や親子のかかわりのようすを観察します。相談員もお子さんと一緒に遊んだり、ことばによるやりとりをしたり、質問紙や簡単な器具を使ったりして発達状態を確認し、対応の仕方や生活上の工夫を保護者と話し合っていきます。

保護者が助言を理解してそれを実施できると思われる場合は終了となりますが、発達に気がかりがあるときや保護者の支援が引き続き必要な場合は、個別の経過観察相談や親子グループへの参加をすすめます。来所が難しいときには、電話によるフォローの了解を得るようにします。

なかには子どもの発達について全く気にしていないのに相談をすすめられ、不本意なまま相談室にいらっしゃる方もいます。そのため、健診時の相談はその後の継続支援のための初回面接というスタンスで、保護者の気持ちに配慮し、次回につなげることを第一に考え、療育機関をその場で紹介することは少ないのが実際です。

2. 経過観察相談(個別)

個別の経過観察相談は数カ月に1回のペースのことが多く、子どもの発達の状態と前回相談時からの伸びを確認し、また、助言や提案について保護者がどのように取り組んでみたかをうかがって、終了か継続支援かを判断します。保護者が子どもの発達の特徴について理解を深められるように援助し、かかわり方や今後の方針について考えていきます。

療育機関を紹介する必要があると思われる場合は、保護者の合意を得たうえで紹介します。保護者に迷いがある場合は、まず発達検査をすすめ、その結果をふまえて今後の方針を検討するよう話します。

3. 集団経過観察(親子グループ)

1歳6か月児健診のフォローアップには、集団経過観察もあります。個別相談では見えづらい、集団の中での子どもの行動や親子のかかわりを観察し、発達確認を行ないます。また、親のグループワークを通して、育児のうで困ってい

ることについて保護者同士の交流を図ったり、助言をしたりします。

私がうかがっているグループは、月1回の親子グループで、数組～10組程度が参加しています。前半は保育士による親子遊び、後半は親と子それぞれに分かれて子どもは自由遊び・親はグループワーク、最後に再び親子で手遊びという流れになっています。毎回同じプログラムで進行することで、子どもの変化を保護者と共有し、発達の特徴への気づきが深まるようにしていきます。また、集団で遊ぶ体験を通して、保護者に子どもとのかかわり方のヒントを提供するようにしています。

グループ卒業後は、児童館等の利用をすすめたり、療育機関の紹介、個別相談の継続などによって、次の3歳児健診まで継続支援をしていきます。親子グループは療育ではありませんが、グループに参加することで療育への動機づけや橋渡しになることが多いように思います。

障害の早期発見・早期支援が望ましいといわれますが、子どもに適切な療育を受けさせるためには、保護者が子どもの状態を理解し、受け入れ、療育の必要性を納得していただくことが大切です。そのため乳幼児健診と健診後の経過観察での心理相談は、子どもの発達だけでなく、家庭環境や保護者の抱える事情にも目を向けて、保護者の気持ちに寄り添いつつ、子どもの育ちを支えるためにできること・実際にできそうなことを一緒に考え、助言していくことが求められていると思われまます。

また、健診のスタッフだけでなく、地域の児童館や療育機関・相談機関などとの連携も欠かせないものとなっています。

○福祉心理士について

毎月、乳幼児健診で多くのお子さんとその保護者(主にお母さん)にお会いして思うことは、子育てに戸惑ったり、自分の子どもの発達に何らかの不安を感じたりしても、相談をする場が少なく困っておられる方が本当に多いということです。同じくらいの月齢の他児のようすを目にすることや親戚・先輩ママと話をする機会があまりなかったり、インターネットで得た不確かな情報や無責任なアドバイスに振り回されたりしているのもよく見かけます。相談というよりも自分の対応は間違っていないのかを確かめるようにお話をなさる方も少なくありません。

保護者の方々が求めておられるのは、一般論ではなく、目の前にいる‘その子ども’に応じた根拠のある助言だと思います。そのためには、心理相談員が発達状態や特徴をしっかりと見たと、子どもを取り巻く家庭環境や背景についても含めたアセスメントをすることが大切になってきます。アセスメントに基づいて適切な助言・提案を行ない、必要な支援や福祉サービス利用につなげていくことで、子どもの育ちを支援し、子育ての不安や負担が少しでも減るお手伝いをすることが役割ではないかと考えております。

○松山 朋子先生のプロフィール

都内いくつかの保健センターで、乳幼児健診時の心理相談と健診後のフォローアップ(個別相談および集団経過観察)を担当しております。また東京都北区の児童館で、来館される乳幼児や小中学生の保護者および子ども本人からの相談と支援、職員のコンサルテーションに携わっております。

療育に携わる専門家の研修プログラムの開発-CBRの視座から

有村 玲香(鹿児島純心女子大学 国際人間学部こども学科教員)

○専門の実践・研究について

私は福祉系の大学を卒業後、児童指導員として児童発達支援事業(旧:児童デイサービス)に約5年勤務しました。その経験より、療育に対する課題意識と研究意欲を抱き、現在は「療育に携わる専門家の研修プログラムの開発」について地域に根ざしたりハビリテーション(以下:CBR)の視点から研究に取り組んでいます。

障害のある未就学児に対しての療育は、発達支援や児童福祉の視座からも極めて重要です。この療育を通して専門家は、地域社会や関係者の「障害観」を育み、保護者の「子育て能力の開発・機能化」のために懸命に取り組んでいます。現在の日本において地域で療育を担っているのは、児童福祉法に基づく障害児通所支援事業(第6条の2の2)です。これらの施設は身近な地域の非定型発達支援の場として位置づけ、「障がいのある児童が身近な地域で、年齢や

障害特性に応じた専門的な支援を提供する質の確保」と直接的・継続的に適切な支援を提供する役割に期待が寄せられています。

しかし、「療育支援の需要と供給は、アンバランスな状態」(肥後 2014)にあることや、療育が「施設を中心として、専門家が専門的な場所で特別なサービスを提供する」(二宮 2014)体制でデザインされているため、対応する専門家の不足を生み、「事業所内の利用者不在の時間は少なく、専門家は慢性的に多忙感を抱いている」(有村 2013)等の専門家の量・質の課題を抱えています。合わせて特に都市部以外の地域では、専門家や専門機関自体の確保が困難なことや、人口の高齢化に伴い障害のある方々も高齢化するなど、地域生活における長期間の支援を可能とするシステムの構築が求められます。

上述した状況は、療育や障害者への支援を「施設を中心としたリハビリテーション(以下:IBR)」を基に具体化したことよって生じていると考えています。つまり「療育そのものは少数の専門家が行うものではない」(川邊 2005)にも関わらず、療育に関する技術や専門性を施設や専門家に限定・固定化することによって、そのほかの有能な地域資源を埋没させてしまっているのではないかと疑問が生じました。このような療育や障害者への支援体制を考えると、施設を中心とした展開を地域の状況を起点とした展開に移行していく必要性があると考えました。この CBR の考えは、M.ピートにより提唱されています(図 1)。

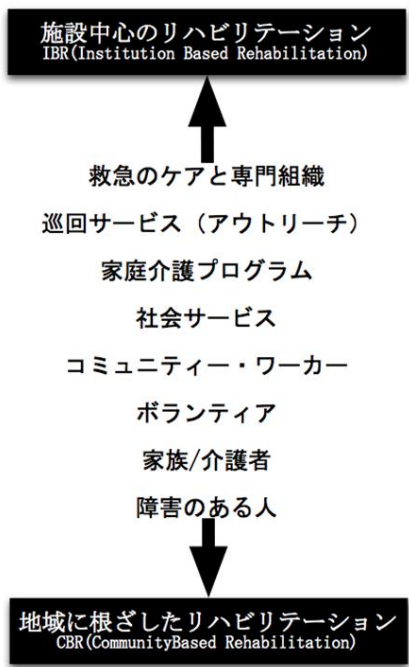


図 1 リハビリテーションの連続体

マルコム・ピート (2008) 「CBR 地域に根付いたリハビリテーション -障害のある人の完全参加を目指すシステムづくり」 明石書店,p63.

鹿児島市においては、この CBR の考えを基にした特別支援教育に関する保護者支援プログラム(平成 25 年～)を展開し、私は中心的に関わっています。このプログラムでは、地域の社会資源を「特別支援教育に携わる教師」と

し、保護者が取り組む「行動分析を駆使した子育て」について教師が保護者支援を行っています。この鹿児島市での実践に用いられたプログラムを基礎として、次の目的を達成することを目指して 3 年計画で研究を行っています。それは、特別支援教育に携わる教師用に開発された保護者支援プログラムを療育に携わる専門家用の研修プログラムに適合するように修正・実施し、その効果を測定することです。

本研究のプログラムは、「子どもの行動への支援スキル」を獲得するために簡略化された行動分析を学習する全 6 回の内容です。1 年目では、A 地域の障害者自立支援協議会のこども部会に属する専門家(医師、臨床心理士、PT、OT、保育士、歯科衛生士、教師、相談員、保健師等)に協力を頂き実施し、プログラムの課題と効果について分析・検討を行いました。そして 3 年目となる今年度は、児童発達支援事業と認定こども園における療育・障害のある子どもたちに携わる保育士等を対象にプログラムを実施し、プログラムの最適化に取り組む予定です。

この研究の特色と独創性は、CBR の視点に基づき療育に携わる専門家を社会資源と位置づけ、それらを「戦略的運用」と「再評価・再活用」「一定の支援の質の確保」をねらいとしてプログラム開発に取り組んでいくことです。また、療育実践の中で、簡略化された行動分析の実践者が養成できることにあります。そのことは、療育の専門家が地域の中で就業後教育を受けられる機会ともなり、CBR に基づき作成することによりコストパフォーマンスの高い研修プログラムやコミュニティ・デベロップメント(地域開発)となる意義を有していると考えています。

○福祉心理学・福祉心理士についてのお考えや実践との関連について

私の考える福祉心理的視座は、「身体的側面」「社会的側面」「心理的側面」を含むことです。身体的側面は、生活場面のなかで障害特徴や行動特徴への直接的・具体的な発達支援を行うケアワークと捉えています。社会的側面は、障害のある子どもたちを社会資源に結びつけることや、社会参加や自立を支援するなど「社会環境や社会関係上の機能障害を調整して生活の立て直しを図る外在的な援助」(大和田 2004)を行うソーシャルワークと捉えています。心理的側面は、「対象者のパーソナリティの諸問題(心理的・精神的機能)に働きかけて意欲や動機を引き出したり、自我に働きかけたりすることによって心の立て直しを図る内在的援助」(大和田 2004)によるカウンセリング効果の発揮やエンパワメントと捉えています。この 3 つの側面を体系的・統合的・関連

づけて学問的に学ぶことを「福祉心理学」と考え、福祉心理士はそれらを実践する専門家として捉えています。

○有村 玲香先生のプロフィール

現在の職場では、保育士関連科目のうち「障害児の支援」や「社会的養護」を担当し、施設保育士の養成を行っています。地域の中では、保育士や幼稚園教諭の研究支援や教育委員会と協働して、特別支援教育におけるペアレントトレーニング研修などに取り組んでいます。

事務局からのお知らせ

福祉心理士会では、会員の皆さまの福祉心理支援の技能向上及び地域で福祉現場に携わる方たちの技能向上を図るための支援として、各地域で公開研究会・研修会を行っています。これらの研究会や研修会は、福祉課題に関心のある関係者や一般住民の方々もご参加いただいています。福祉現場に携わる方だけでなく地域の方々にも福祉課題を知っていただいたり考えていただいたりして、福祉のまちづくりに貢献すべく活動しています。

2016年度の活動として、以下の公開研究会・研修会を開催しました。

①シンポジウム『地域化する社会的養護 –社会からのニーズを考える–』

日時 2017年2月13日(月)13:00～15:00

場所 茨城キリスト教大学

②基調講演『社会的養護を要する子どもの成長を支える』とシンポジウム『子どもの心と福祉臨床』

日時 2017年3月12日(日)13:00～16:00

場所 長崎国際大学

それぞれ、会員の方々や施設・学校関係者、行政機関の職員の方々にご参加くださり、活発な議論がなされました。

2017年度の活動予定は、以下のとおりです。

①全国大会(総会及び公開研修会)

日時 2017年7月8日(土)12:30～13:40

場所 九州女子大学

②関東地区及び九州地区における公開研究会・研修会

日時・場所は未定

これからも、会員の皆さまの技能向上及び社会貢献のため、公開研究会・研修会を活発化していくべく努めてまいります。今後とも、皆さまのご理解及びご協力を賜りますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

発行者：日本福祉心理士会会長 宮本 文夫

編集者：福祉心理士会ニューズレター委員

発行日：2017年6月1日

事務局：(新住所に変更になりました)

〒319-1295 茨城県日立市大みか町6-11-1

茨城キリスト教大学 富樫研究室

E-MAIL : ht-togashi@icc.ac.jp