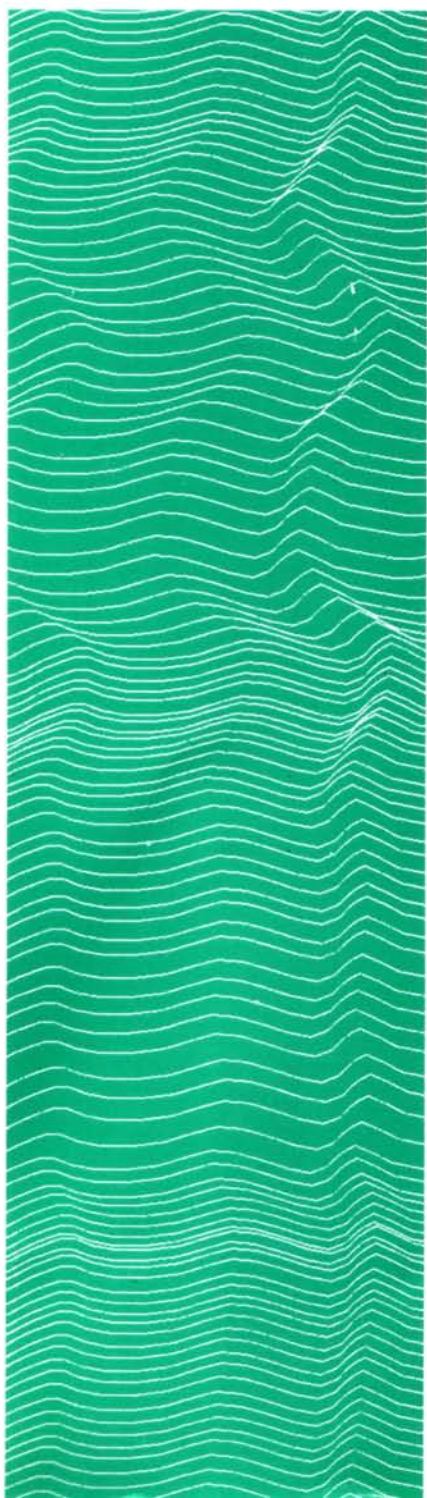


乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



特集

第1回研究大会集録

シンポジウム「乳幼児療育の現状」

第1分科会「発見から療育へ」

第2分科会「地域療育活動」

第3分科会「障害児保育」

記念講演「北海道における乳幼児療育の現状と課題」

1988創刊号

乳幼児療育研究創刊号 目次

巻頭言

乳幼児療育の研究誌創刊にあたって
乳幼児療育研究会の発足を祝して
障害児の限りない幸福を願って
会誌発刊にあたって

伊藤 則博
忍博 次吉
菅原 馬吉
本村 捨夫

特集 第1回研究大会集録

シンポジウム —— 乳幼児療育の現状

① 乳幼児健診の立場から	木内 邦子	1
② 肢体不自由児療育の立場から	柄崎 英明	4
③ 聴覚障害児の早期教育の立場から	佐藤 忠道	10
④ 地域活動の現場から	竹下 敏雄	13
⑤ クリスマスセンターの実践から	相場 幸子	18
⑥ 言語指導の立場から	中山 忠道	20
⑦ 障害児保育の立場から	伊藤 克実	25
⑧ 相談機関からみた早期発見・早期療育	伊藤 まち子	27
⑨ 討論のまとめ	後藤 守・長和彦	30

第1分科会 —— 発見から療育へ

① 道北過疎地域における 乳幼児健診と障害乳幼児療育の現状	清野 茂	37
② 訓練指導の立場から	三島 与志正	52
③ 一生を見通した対応を	早苗 信隆	56
④ 親子ともに happy である事	古塚 孝	58
⑤ 討論のまとめ	鈴木真知子・加藤典敏	60

第2分科会 —— 地域療育活動

① 千歳市における早期発見・ 早期療育活動およびその課題	阿部 哲美	63
② 太陽の園を中心とした地域療育	千葉 裕子	68
③ 釧路市における地域療育	櫛部 武俊	72
④ 各機関の連携を	堀岡 英機	78
⑤ てんかん児と脳性麻痺児の治療と診断	梶井 直文	80
⑥ 討論のまとめ	鍛冶紀美子・十川光男・辰田収	82

第3分科会 —— 障害児保育

① 子ども同志の触れ合いの中で大きく 成長しているTちゃんの事例を通して	山崎 澄江	91
② 精神発達遅滞児への援助 ——幼稚園と保健所の連携を考える——	加倉 雅代	99
③ 母子分離——D君の場合	藤原 正子	104
④ 障害児保育に対する期待	武田 春人	107
⑤ 保育担当者を支える組織	佐藤 義昭	109
⑥ 討論のまとめ	長谷川 右	110

記念講演

北海道における乳幼児療育の現状と課題	伊藤 則博	113
座長まとめ	相場 幸子	139

北海道乳幼児療育研究会設立趣意書	143
北海道乳幼児療育研究会会則	145
編集後記	147

乳幼児療育の研究誌創刊にあたって

北海道乳幼児療育研究会

会長 伊藤 則博

近年、わが国の心身に障害を持つ子どもたちの早期発見と対応に関する仕事は、急速に進展してきておりますが、広域の北海道では地域差もあり十分なものではありません。これに関係する実践上および行政上の分野も、また専門職種もきわめて多岐にわたっていて、それら相互の連携と協働なくして、この仕事はうまくいかないということも実感されてまいりました。

これらの課題の解決をめざして、私共は研究会の発足を考えたわけでございます。この会の趣旨は本会誌の末尾にのせた設立趣意書と会則に示したとおりですが、昭和62年11月に行われた第1回大会には、全道から250名もの方々がかけてくれました。参加者の職種を数えると13種にもなりました。2日間にわたった研究発表、提言、討議、講演をお聞きした会員の中から『是非この内容を活字にしてほしい。』という要望が強く出されましたので、研究大会での諸報告を柱に会誌を編集することにいたしました。会誌は今回を創刊号とし、これから毎年年報として刊行しつづけたと考えています。

大会の発表に加えて、会誌原稿の作成に御苦勞いただいた報告者、指定討論者、司会者の皆様に深謝いたします。この「乳幼児療育研究」創刊号は、必ずや北海道の早期療育の幕明けを告げるものになると確信します。

おわりになりましたが、この会誌の刊行は、北海道新聞社会福祉振興基金の御支援によって実現されたものであることを申し添えます。

乳幼児療育研究会の発足を祝して

北星学園大学 忍 博 次

社会福祉の在り方を考えていると、あまりに研究や実践の範囲が広く、どこに研究の焦点を合わせたらよいか何時も困っています。福祉実践というのはライフサイクルを通じて、発達や生活の困難のあるところに、援助のシステムを作っていく作業と考えればその幅の広さが福祉の専門性の宿命なのかもしれないと、自分に言い聞かせています。そんな福祉の立場から人々の生活に触れ、また相談に応じていて感ずるのは、あらゆる年代で不適応の増大を見るのですが、とくに幼児期と老年期に生活の危機が深まり、環境調整の必要性が大きくなってきているような気がしてなりません。日々の臨床や研究の視野が自分の経験をそのように認知しているのかも知れませんが、福祉の論理からいっても私の経験を一般化できそうに思えるのです。

乳幼児期はこの世に生を受け、難しい船出の羅針盤を必要とします。そのためには安定した家族の支えと方向づけがなければなりませんし、老年期は家族を含め、人々の結合そして社会的支援がなくてはなりません。ところが必要な家族の安定感、地域社会の結合力が経済的豊かさを追い求めている間に薄められ、基礎集団としての機能がすっかり崩れてきたのではないのでしょうか。

その機能は、生活の目標、財の消費、人と人との結びつき、価値観など、人格形成に力動的に強い影響を及ぼしています。もし若い両親がいまの社会的風潮に無批判にしかも過剰に適応していったとしたら、子供の発達にどのような影を落とすでしょうか。老人とて同じことです。地域社会の崩壊、家族の解体の過程で老人の孤独は深まるばかりです。

乳幼児と老人を同じ次元で考えるのは不適切かも知れませんが、環境の激変は人生で最も支えの必要な層に、適応の困難をしわよせしている事実は否定出来ないと思います。とくに乳幼児の生活は親の恣意によって左右されますから、子供の生活の質をどのように洞察するか研究を深めていかねばなりません。

ところがこれまで乳幼児の研究は医学、心理学を除いてあまり進んでいなかったのではないのでしょうか。発達を考える場合にも、家族生活、地域社会、援助技術・制度などを含めた総合的視点が望まれながら、部分知の集積の中で実践家は困惑していたのが現実なのではなかったかと思えます。

その意味でこの研究会の発足は待ち望まれたものでした。研究会を共通の土俵に学際的研究、異なった専門分野間のチームワーク、地域社会の社会資源ネットワークなどが期待されています。

研究会の発展は参加した人びとの主体的努力にかかっています。初心忘れずにこの研究会を子供の幸福を支える一つの力にしていきたいものです。

障害児の限りない幸福を願って

國學院女子短期大学 菅原馬吉

「北海道乳幼児療育研究会」の設立総会ならびに第一回研究大会に参加させていただいた私は、伊藤則博会長を中心として精力的に活動された諸先生のご努力、そして研究大会における充実した発表内容に接し深い感動を覚えました。

このたび、研究大会の諸発表をまとめられた『研究誌』の創刊号が発刊されますことを心からお喜び申し上げます。

本誌に一文を求められましたので、私の今日までのささやかな実践のなかで学んだ一端を述べさせていただきます。私は30数年前、精神薄弱児といわれる子供たちに出合い、彼らとのかかわりを通して、「実践とは何か」とか「研究とは何か」について問い続けてきました。

端的に申し上げて、障害児に対するあらゆる研究も実践も、窮極的には彼らの幸福を実現するいとなみにほかなりません。障害を持った子供と親は、人なみの幸福を願って苦しみ、悲しみ、悩み、そのために医学の力を求め、教育に期待し、福祉のあり方に深い関心を寄せ、また障害児に対する正しい理解を求めて訴え続けてきたのです。

ところが、障害をよくしてやろうとか、教育してやろうという思いで働きかけたことが、時には子供に大きな重荷を背負わすことになったり、子供の可能性を押しつぶしたりしていなかったでしょうか。

人間の生存にとって、最も根本的ともいうべき、「幸福とは何か」について目を向けながら、私たちはそれぞれの研究や実践に取り組んでいたであろうか、ということ問い直してみる必要があるように思うのです。

釈迦は、「心の安らぎは最上の幸福である」(『法句経』参照)と説かれました。また、ペスタロッチは、「彼を心の奥底において満足させ、彼の諸力を発展させ、彼の日々を慰め、彼を幸福にする真理を求めないのか」(『隠者の夕暮』参照)と訴えており、人間を心の奥底において満足させることが、人類救済の第一条件であるとしたのです。

子供の心の奥底を正しく読みとることが、障害児の診断、治療、教育において大切にされなければならないと思うのです。心と身体をバラバラに考えてはいけない、ということは現代医学の一部がとりあげてきました。子供の心を読みとるためには、子供の心になることです。それは子供の心の痛さを知ることです。一人ひとりの子供への深い愛によって子供を見つめた時、数値によって評価できない輝くような真価を発見するものです。特殊学級を巣立った彼らの姿に触れて、私はこのことに開眼させられたのです。

「北海道乳幼児療育研究会」のご発展を心から祈念申し上げます。

会誌発刊にあたって

函館五稜郭病院 本村捨夫

多くの関係者にながくまたれていた北海道乳幼児療育研究会が、皆さんの力の結集によって学際的な形で発足し、第一回の研究会が開かれた。この第一回の会には出席できなくて残念であったが、きくところによると、各領域からの現状における問題点が報告され、まことに盛会であったという。乳幼児の療育に片隅で長くかかわってきたもののひとりとして、慶賀に耐えない。関係者の御努力に敬意を表するとともに、この会が発足に際し志した本来の目的を見失うことなく、しかもいつも新しい目をもって乳幼児療育の問題を時々を検討し、いつまでも盛会であって、それを通して、共に生きるものとしてのこども等への、よりよい援助のための力の泉となることを心から祈っている。

日常の仕事の慣れの中で、われわれはともすれば本質的な大切なものを見失いがちになりやすいし、また新しい進歩や知識を消化しその上で身近な問題を系統的に再検討するという姿勢を忘れがちになってしまう—（と感ずるのは私だけであろうか）。

こうした日常の惰性から覚醒し、新しい目的意識のもとで新しい知識の吸収や問題の追及をしていくためにも、学会や研究会は欠かせない場ではあるが、この度の療育研究会のような学際的な場は、また別の意味をもっているように思う。

乳幼児療育にはいろいろな側面があり、多くの領域の人々がかかわり合う。また当のこどもが生活している場によっても問題の質が異なる。これら多方面の個々の問題について深くこまかく研究、検討されていかなければならないのは当然であるが、一般に専門領域の研究が進むにつれて、他領域の人々には次第にわかりにくく興味を持たなくなっていく傾向がある。一方、療育の場合、自分の専門性の枠をこえて互いに overlap するような形での共働作業的要素が必要なのだが、その際、そうした他領域の問題にどれだけの理解があるかが、援助の質を決定していくことが多い。そうした意味から、多方面に亘る問題を会員の基礎的な相互理解を高めるようにもっていくにはどうしたらよいかということも、会としては大きなテーマになるだろう。

そのためにも、専門とする領域や、知識のレベルや、考える立場の違いがあっても、疑問があれば何でもきけるし、またそれに懇切に応えられるような親しみのある場であって欲しいし、少数の研究者が緻密な質の高い発表をするという許りでなく、多少整わなくとも、参会者が一緒に問題を考え、整理し、共に学んでいけるような、また違う立場にあるものの考えを互に理解しあい受けとめ合い、その上で建設的に討論できるような場、一要すれば、会員のいろいろな参加要求を満していけるような場であって欲しいと思う。

また乳幼児療育の問題は乳幼児だけで終るのではなく一生の問題につながっているのだから、縦・横に多くの領域にわたる人々との交流も是非欠かせないであろう。

会員の相互研修が深まり共通理解がひろがることによって、北海道における乳幼児療育の質が高まるだけでなく、もしかして療育現場における対応の共通のルーチン化への道までが開けるならば、あるいは之に過ぎたものはないかも知れない。

会と会員の皆さんの、絶えまない前進と末永い御健闘を祈りつつ、日頃感じている一端を述べて、会誌発行にあたってのお祝いの言葉に換えた。

■ シンポジウム

テーマ 乳幼児療育の現状

座長

・長 和 彦（旭川医科大学）・後 藤 守（北海道教育大学札幌分校）

シンポジスト

- ①木内邦子（札幌市西保健所）
「乳幼児健診の現場から」
- ②柄崎英明
（札幌市肢体不自由児母子訓練センター）
「肢体不自由児療育の現場から」
- ③佐藤忠道（北海道立特殊教育センター）
「聴覚障害児の早期教育の立場から」
- ④竹下敏雄
（おしまコロニー地域療育センター）
「地域療育活動の現場から」

指定討論者

- ⑤相場幸子
（クリスチャンセンター家庭福祉相談室）
「クリスチャンセンターの実践から」
- ⑥中山忠道（深川市ことばの教室）
「言語指導の立場から」
- ⑦伊藤克実（大谷地たかだ保育園）
「障害児保育の立場から」
- ⑧伊藤まち子（札幌市児童相談所）
「相談機関の立場から」

1 乳幼児療育の現状 —乳幼児健診の現場から—

札幌市西保健所 木内邦子

今日は、西保健所における乳幼児健診の取り組みを中心に報告します。

1. 札幌市の乳幼児健診の現状

まずはじめに札幌市の最近の出生状況を見ると表1のとおりです。

表1 札幌市の出生状況

	人口(10月1日)	出生数	出生率	低体重児	低体重児 出生率
S59年	1,523,611人	20,283人	13.3	1,205人	5.9
S60年	1,542,979	19,199	12.4	1,133	5.9
S61年	1,567,724	19,082	12.2	1,142	6.0

札幌市の乳幼児健診は、従来3カ月、1歳、3

歳の時期に実施されていましたが、昭和58年12月乳幼児管理検討委員会（各職種の代表が参加）がつくられ、実施時期や実施方法、カルテの様式等が検討されました。その結果、実施時期を4カ月、10カ月、1歳6カ月、3歳に変更し、4カ月、1歳6カ月、3歳は全員個人通知、10カ月は予約、自由来所の方法で実施することに決定し、昭和59年12月より7保健所一斉に開始されました。

カルテは4カ月から3歳まで使用する一連のもので、市内の転出入でも継続して使用できるよう7保健所共通のものを作成しました。カルテには各時期の健診のポイントを盛り込み、1歳6カ月、3歳ではアンケート方式を併用しています。また、カルテ使用上の保健婦の手引きや保健婦のためのチェックポイントを作成し、全市的に共通の目でフォローできるようにしました。

いずれの健診にも小児科医が2名ずつ配置され、保健婦、助産婦、看護婦、栄養士、X線技師の他、10カ月からは歯科衛生士、さらに1歳6カ月、3歳には心理相談員も加わり、総合的な健診体制が

2 シンポジウム/乳幼児療育の現状

とられています。

2. 西保健所における乳幼児健診状況

西保健所管内（西区）の出生状況は、表2のとおりですが、毎年人口が増え続けており、昭和64年には分区保健所新設が予定されています。

表2 西区の出生状況

	人口(10月1日)	出生数	出生率	低体重児	低体重児出生率
S59	264,662人	3,445人	13.0	194人	5.6
S60	269,451	3,245	12.0	192	5.9
S61	275,239	3,189	11.6	184	5.8

(1) 運動発達クリニックの取り組み

昭和51年12月、道立札幌肢体不自由児総合療育センターの佐久間和子医師の協力を得て、異常の早期発見のシステムとして運動発達クリニックを開設し、その後早期発見のみでなく、発達につまづきのある子供への育児指導の場として昭和60年3月まで継続しました。

①受診状況及び受診結果

このクリニックを開設していた9年間の乳幼児健診受診者総数57,508人中、同クリニック受診者は721人（延1,281人）、受診率1.3%でした。この間で発見されたケースは、脳性マヒ25人、脳性マヒ+その他4人、中枢性協調運動障害64人、精神運動発達遅滞95人、脳水腫3人、その他11人（てんかん、ターナ症候群、メビウス症候群、小頭症、頭蓋内出血、ウエルドニヒホフマン症、顔面マヒ、聴力障害、眼振、髄膜炎後遺症）です。これらの子供達は早期に専門機関に紹介され、それぞれ療育のルートにのるよう地区担当保健婦が継続援助しています。

②3歳児健診での状況把握

同クリニック受診者の最終フォローの場として3歳児健診時の状況を把握してみたところ、昭和55年以降の受診者593人のうち運動面で訓練中のもの12人の他、歩行に問題があるもの6人、その他ころびやすい、内股、膝反張などのものもあり、受診勧奨や経過観察が指導されました。精神、言語面でも問題のあったものが41

人おりそのうち、すでに相談継続中のもの8人、新たに当所の精神発育相談紹介8人、専門機関紹介1人という状況でした。

③同クリニックの取り組みの中で学び実践してきたこと

○療育センターのPTである三島先生を招いて学習会を実施し、子供の発達の状態にあわせた具体的な扱い方、指導のしかたについて学び、「運動発達指導用テキスト」を作成して、発達に遅れのある子供達への育児上の指針としています。

○クリニックの中で数多くの症例について佐久間医師の指導をうけて、保健婦の観察眼が養われ、定期乳幼児健診の中で生かされています。

○またこの間、子供の発達について心配のある親子の交流会を実施し、親同志の交流が母親の育児に対する自覚を高め、育児指導にも効果をあげたことから、昭和59年11月より定期乳幼児健診の中にもグループ指導を取り入れ現在も実施しています。

現行の乳幼児健診体制がとられた翌年、昭和60年3月で同クリニックを終了しましたが当管内には札幌市肢体不自由児母子訓練センターや道立札幌肢体不自由児総合療育センター、隣接地には道立小児保健センターがあり、又市内には通園のみかは、ひまわり両整肢園や両医科大学、その他専門医療機関がある等、めぐまれた条件の中で定期乳幼児健診を行っており、経過観察や他の専門機関への紹介等、発達につまづきや遅れのある子供への指導が適切に行われるよう努力しています。

2. 乳幼児健診の状況

①乳幼児健診体系

各時期の健診、及び精神発育相談はそれぞれ週1回ずつ実施し、4カ月、3歳は分区予定地区へ月1回ずつ出張健診を行っています。

②受診状況

各時期における健診の受診者数及び受診率は表3のとおりです。

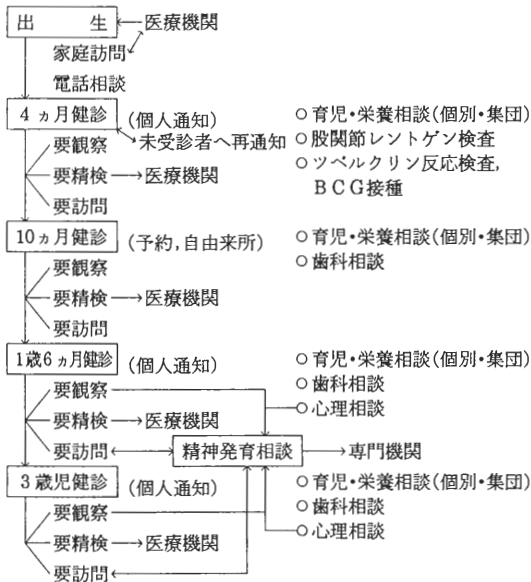


図1 札幌市乳幼児健診体系

表3 受診状況

	対象者数	受診者数	受診率
4カ月	3,224人	3,060人	94.9%
10カ月	3,174	2,262	71.0
1才6カ月	3,450	3,078	89.2
3才	3,790	3,278	86.4

(S61.1~12月)

③要観察者、心理相談者の状況

4カ月、10カ月健診での要観察者は、昭和61年3月~12月までの受診者数4,442人中564人(12.7%)で運動発達面の273人中13人が専門機関に紹介され、それぞれ訓練や経過観察をうけています。又、身体発育面で86人、精神発達面で6人、疾病があるため19人、低体重児のため175人、その他育児環境等5人が経過観察されています。

1歳6カ月健診での運動、身体面の要観察者は歩行で2人、頭囲で1人でした。心理相談を受けた者は207人(6.7%)でことばの遅れが最も多く、その他、指さししない、発達の遅れ、あそび、しつけ、習癖、どもり等でした。相談結果は異常なし105人、要観察78人、他機関相談中7人、精神発育相談紹介17人(静療院へ1人、母子訓のみへ1人、保健婦へ2人、相談中4人、その他は経過良好で終了)という状況で

した。

3歳児健診での身体面の要観察者は37人で、殆んどが低体重、低身長などの身体発育面でした。心理相談を受けた者は216人(6.6%)でことばの遅れが最も多く、その他、発音、どもり、習癖、乱暴、排泄、夜尿等でした。相談結果は異常なし146人、要観察53人、精神発育相談紹介17人(教育大へ2人、琴似小ことばの教室へ1人、かしわ学園へ1人、その他は経過良好で終了)という状況でした。

④要精検者(専門、医療機関紹介)状況

4カ月、10カ月健診での要精検者は昭和61年1月~12月までに50人で、運動面で専門機関へ紹介された13人をはじめ、心雑音、ヘルニア、斜視、頭囲大、脱臼、舌小帯短小等で、小児科、外科、整形外科、眼科、耳鼻科等、多くの医療機関へ紹介されています。

1歳6カ月健診では、昭和61年には精密検査が制度化されておらず、医療機関への紹介状発行ですが、心雑音4人の他、聴力、斜視、貧血、停留睾丸、歩行、O脚等、計18人がそれぞれの医療機関に紹介されました。

3歳児健診では、年間63人が精検を受けており、心雑音11人をはじめ、斜視、停留睾丸、X脚、ヘルニア、聴力などのため、多くの医療機関に紹介されました。

⑤乳幼児健診での取り組みと今後の課題

イ) 4カ月から3歳まで一連のカルテの使用により、子供の発育、発達、生活状況等を継続して試みることができ、さらに、当所の1歳6カ月健診、3歳児健診、精神発育相談は同一の心理相談員が担当しているため、継続的な援助ができやすくなっています。

ロ) 各時期の健診とも育児指導の効果をねらい、母親の交流も含めて一部集団指導をとり入れています。1回の来所数が60~80人と多く、十分な時間がとれない状況です。

ハ) 健診終了後、小児科医、心理相談員を交えてカンファレンスを行い、必要なケースには在宅での援助のため、地区担当保健婦の家庭

4 シンポジウム/乳幼児療育の現状

訪問に連げています。

ニ) 精神発育相談の担当者(精神衛生相談員)との連携をとりあい、相談結果を把握し必要に応じて在宅での援助をしたり、未相談者へのかかわりをもっています。

ホ) 要観察者、要精検者にはそれぞれ台帳を作成し、未受診者には受診勧奨するなど適切な時期にフォローできるように努力しています。又、受診結果の状況から家庭訪問による援助もしています。

ヘ) 未受診者対策については、4カ月健診の未受診者に再通知(事務担当者)、さらにその後の未受診者について保健婦により電話、訪問等による状況把握、受診勧奨が行われています。又、他機関にて健診済の者についても状況把握し、ツベルクリン反応検査、BCG接種、股関節セントゲン検査等未実施の者には実施の指導をしています。

因みに、未受診者の状況を見ると、62人のうち全くの未受診者は17人で、母多忙のため(第3子~第6子)6人、離婚のため実家で保育中1人、実家に帰っていたため1人、未婚の母で子供は施設入所2人、受診しない方針1人、指定日不都合だったのでそのままになったため6人でした。その後の受診勧奨で半数が受診しています。その他は他機関受診者63人と同様、低体重児や疾病があるため、出産病院や近医で受診している者が多い状況でした。

未受診者への対応は、事務担当者や保健婦の業務量の関係から、今のところ4カ月健診のみですが、1歳6カ月健診、3歳児健診の未受診者への対応も必要と思われます。

ト) 乳児期にフォローされたケースの就学前までのフォローが十分できていないのが実態で、専門機関へ紹介されたケースが中断、放置されていたことを後から知ることもあり、関係機関同志の連携の必要性を強く感じています。

チ) 何らかの障害をもったケースの幼稚園、保育園への入園の援助をし、担当保母との連携

をとりながら入学まで援助しているケースは少数ですが、必要なケースはすべて入園できる体制と、今後ますます保育の専門家との連携を強くしなければならぬと感じています。

3. おわりに

最近、老人保健法による「ねたきり老人」の訪問や、それに関わる健康診査、健康教育、各種保健事業の業務が増え、乳幼児に関してきめ細かな援助ができにくくなっているのが実情です。しかし、私達は人の健康を考えると、母子保健が基本であると考え、現行の保健所で行なわれている定期乳幼児健診をさらに充実した形で継続実施し、管内の乳幼児がすこやかに成長していけるよう適切なフォロー、援助をしていきたいと考えています。そして、フォローされたケースのその後の援助については、保健、医療、福祉、教育の日常的な連携をとりあう努力が必要であると痛感しているのです。

2 肢体不自由児療育の立場から

札幌市肢体不自由児母子訓練センター
柄崎 英明

1. はじめに

近年、脳性麻痺等の中枢性運動発達障害児に対する早期発見・早期療育の効果が認識され、その重要性が広く訴えられてきました。それに伴い本道でも次第に療育機関が整備され、また体系づけられつつあります。

札幌市肢体不自由児母子訓練センター(以下、当センター)もその一環として昭和54年に設立されました。当センターは、児童福祉法に準ずる施設としての性格を併せ持った19床の母子入院制度を有する有床診療所としてスタートし、開設以来8年間が経過しました。この間、約1,300人の新

患が当センターを受診しましたが、うち約200人が1回以上の母子入院をし、約600人が外来のみでの訓練治療を受け、約700人に何らかの障害が残っている状況です。

以下、当センター設立への背景、開設後の受診状況の推移および札幌市における障害児療育の現状と問題点について報告します。

2. 当センター設立への背景および経過

昭和50年当時、道立札幌肢体不自由児総合療育センター（以下、療育センター）における札幌市の母子入院待機児童が100名を越え、入院に2年以上の待機を余儀なくされました。

この状況を背景にして、当センター設立の経緯は、昭和50年7月に札幌市肢体不自由児父母の会より設立に関する陳情書が提出され、昭和53年5月に設立計画委員会が設置され、昭和54年2月に工事着工、同年9月1日開設、業務開始となりました。

3. 母子入院の概要

母子入院は、障害を有する児童が母親と共に一定期間当センターに入院し、その中で母親が児に対する障害の理解を深め、克服してゆくための訓練手技や日常生活全般に亘る育児方法を学ぶために行われています。

入院中の毎日の生活スケジュールは、原則的には表1の如く行われています。

新規入院は原則的に8週間以上、再入院は原則的に5週間以上のクール制で、年間平均新入院3と再入院4の計7クールが行われています。

4. 当センターの職員構成

開設当初と若干変更がなされましたが、現在の当センターの職員構成は表2の通りです。

整形外科医師は、週1回療育センターからの派遣です。表には示しませんでした。この他に、1クールに1回眼科医と歯科医の出張診療を実施しています。

表1 入院生活スケジュール

A M	7:00	起床
	↓	検温, 着脱
	8:00	朝食
	↓	食事指導 (Ns)
	9:00	診察
	↓	訓練
	10:30	おやつ
	↓	保育
P M	11:50	昼食
	↓	食事指導 (訓練士, Ns, 保母)
	13:00	午睡
	↓	講義又は抄読会
	14:30	検温
	↓	おやつ
	14:45	訓練
	↓	夕食
	16:00	食事指導 (訓練士, Ns, 保母)
	↓	検温
	16:45	入浴
	↓	消灯
	18:30	消灯
	↓	検温
	19:00	入浴
	↓	消灯
	21:00	消灯
	↓	消灯

表2 職員構成

医師	小児科	2 (1)
	整形外科	(1)
訓練士	理学療法士	3
	作業療法士	2
	言語治療士	(1)
保母		2
看護婦		7
臨床検査技師		(1)
薬剤師		(1)
レントゲン技師		(1)
栄養士		1
調理師		2 (2)
事務職		4 (1)

※ () 内は非常勤職員数である。

5. 年間新患数の推移

(1) 紹介先別推移

当センターへの紹介先別推移を図1に示しました。

開設当初は、当然のことながら療育センターの待機児童が直接、または児童相談所を通して紹介されるケースがほとんどでした。その後、保健所からの紹介が増え、現在は病院から直接紹介されるケースが最も多くなってきています。

この事は、早期発見・早期療育の重要性が広く認識されてきた結果と思われます。

(2) 初診時年(月)令別推移

図2に初診年(月)令別推移を示しましたが、保健所や医療機関からの紹介患者の増加に伴い、初診年(月)令が低下してきていることが視われます。

(3) 障害種別推移

図3に障害別推移を示し、そのうち、正常(化)群を除く障害児のみの内訳を図4に示しました。

脳性麻痺(以下、CP)児の初診数は、2年目

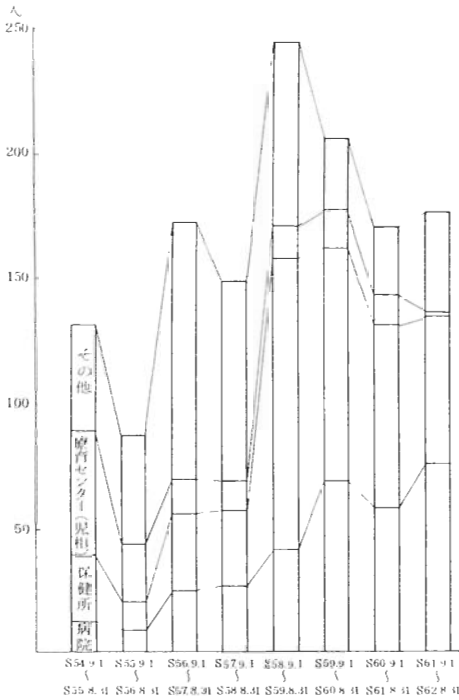


図1 年間新患数：紹介先別

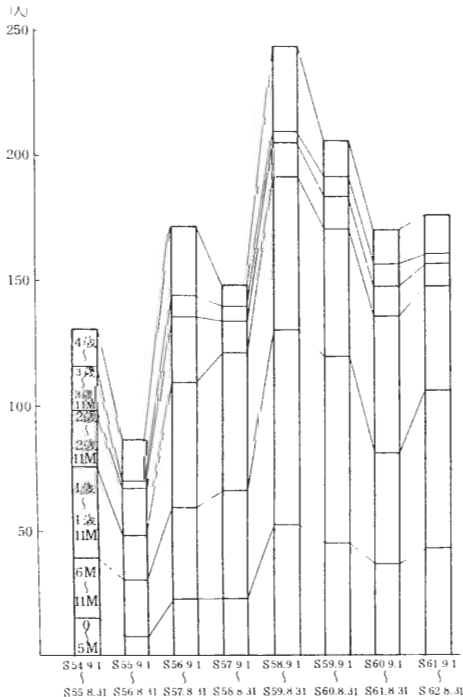


図2 年間新患数：初診時年(月)齢別

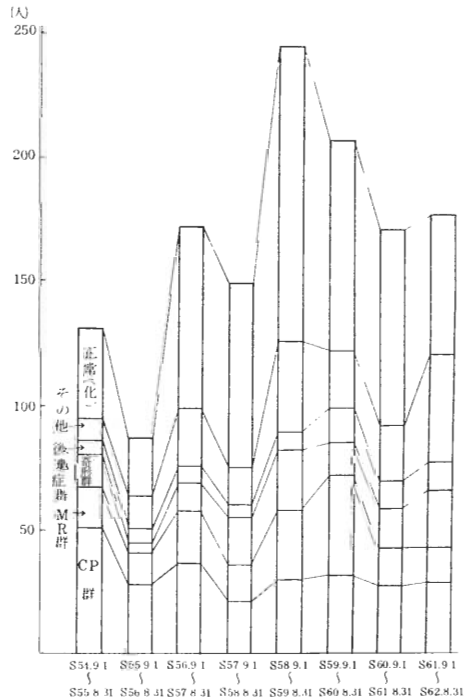


図3 年間新患数：障害種別

表3 当センターにおける新入院数(障害別)

	S54.9.1 ~S55.8.31	S55.9.1 ~S56.8.31	S56.9.1 ~S57.8.31	S57.9.1 ~S58.8.31	S58.9.1 ~S59.8.31	S59.9.1 ~S60.8.31	S60.9.1 ~S61.8.31	S61.9.1 ~S62.8.31	総計
CP群 { CP CP+Epi	26 { 19 7	20 { 14 6	10 { 7 3	10 { 6 4	12 { 8 4(盲1)	10 { 9 1	6 { 6 0	10 { 7 3(盲1)	104 { 76 28
MR群 { MR MR+Epi	6 { 3 3	5 { 2 3	5 { 3 2	9 { 8 1	4 { 3 1	6 { 4(盲1) 2	4 { 1 3	2 { 1(ろう) 1	41 { 25 16
先天性異常群 { 本頭症(二分瘻を含む) 染色体異常群及び 希形能脳群	11 { 7 4	3 { 3 0	5 { 2 3	4 { 2 2	3 { 0 3	1 { 0 1	2 { 0 2	2 { 0 2	31 { 14 17
後遺症群 { 髄膜炎後遺症 後天性障害	2 { 2 0	1 { 1 0	3 { 1 2	1 { 0 1	2 { 1 1	6 { 4 2	2 { 1 1	4 { 1 3	21 { 11 10
その他	1(不明)	0	4 { 代謝異常症 M B D 不明	2 { CMD 1 ろう 1	1 { 代謝異常症	1 { 代謝異常症	2 { 筋疾患 1 盲 1	0	11
正常化 { ♂ ♀	2 { 2 0	10 { 5 5	5 { 2 3	6 { 3 3	1 { 1 0	1 { 0 1	0	0	25 { 13 12
計 { ♂ ♀	48 { 33 15	39 { 26 13	32 { 14 18	32 { 17 15	23 { 12 11	25 { 12 13	16 { 6 10	18 { 15 3	233 { 135 98

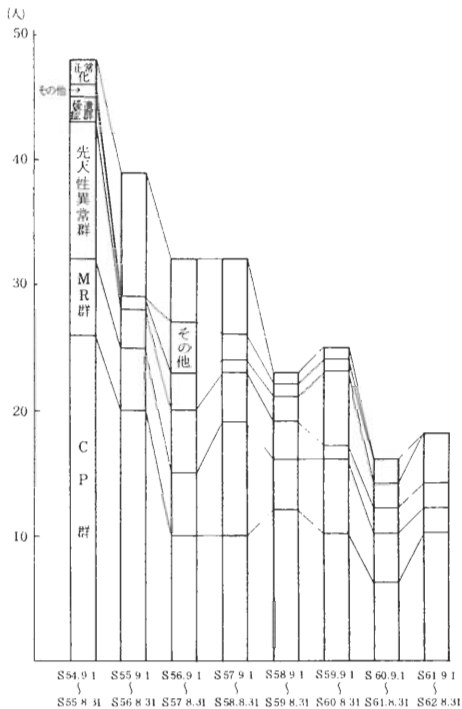


図6 当センターにおける新入院数(障害別)

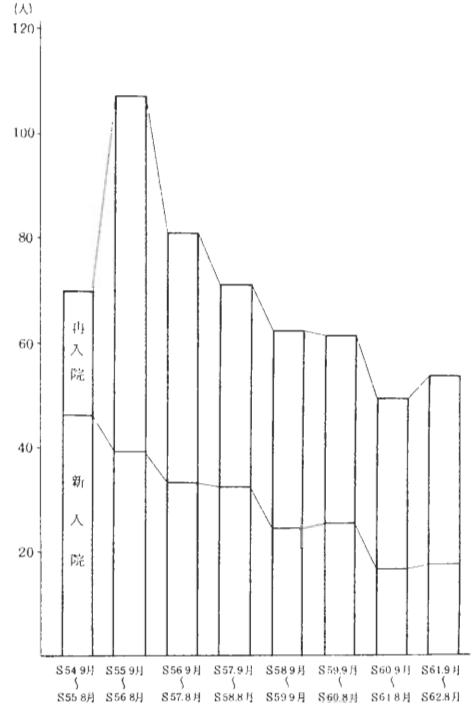


図7 年間母子入院数の推移

表4 札幌市におけるCP発生(昭和52年~61年)

年	昭和52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
CP発生数(人)	20	25	26	26	20	14	25	24	17	14
出生数(人)	22,287	22,290	21,694	20,977	20,040	20,692	20,707	20,340	19,288	19,052
CP発生率(人口千人比)	0.90	1.12	1.20	1.24	1.00	0.68	1.21	1.18	0.88	0.73

〈外的要因〉

①核家族化および家族構成の変化

核家族化により、兄や姉のいる家庭では、その子らを祖父母にあずけて母子入院することが困難であると考えられます。また、第1子が障害児であっても、両親は積極的に下の子を儲けるようになってきています。

②家族の療育意識の変化

現実的に、8週間もの間母親が家庭を空けると言うことは、家族に多大な不便・苦痛を与えることになり、それまでして入院しても完治することはないのですから、外来での治療を希望するのは当然の結果であろうと思われれます。

③交通の利便化

このことが外来通院を容易にできてきていると思われれます。

〈内的要因〉

①外来業務の拡大

設立当初、当センターの外来業務は、母子入院前の診察および退院後の経過観察と訓練 check に限定されていましたが、次第に外来のみの診察・訓練を導入せざるを得なくなってきており、今ではむしろその様な対応が主流となってきています。

表5に本年9月1日現在の外来訓練児数を示してあります。

表5 外来訓練児数（昭和62年9月1日現在）

1回/週	49名（通園予定児 18名、母子入院待機児 24名）
1回/2週	65名（ “ 15名、 “ 8名）
1回/1ヶ月	111名（通園予定児 23名）
1回/2ヶ月～	91名（ “ 10名）

②入院対象児の限定化

外来訓練児の増加にもかかわらず、訓練士の数は一定であるので、必然的に入院児の数を限定せざるを得なくなってきています。児の障害が重度あるいは重複であったり、兄弟が共に障害児の場合、家庭での療育が困難な事情のある場合にのみ入院を限定してきているのが実情です。

(2) 障害児対策の問題点と今後の課題

これまで報告したように、CPをはじめとする障害児の当センター受診数は年間平均80～90名であるが、その多くがMR、てんかん、視聴覚等の感覚障害を併せ持った心身障害児です。これらの子供達は、単に運動療法のみで発達を伸ばしてゆくのは困難であり、医療、心理、言語、保育といった広い専門分野からののはたらきかけが必要です。しかも、十分な効果を上げるためには、それらの指導が一定以上の頻度でくり返される必要があります。その意味で、当センターの現在の機能では職種、人員共に非常に不足している現状にあります。

上記の児らに一定の効果を期待し得るのは母子入院ですが、それも様々な事情で減少してきていることはすでに報告しました。療育手段として、特に大都市では母子入院が見直される時期に来ており、家庭への負担がより少く、十分な効果をあげうる療育体制づくりを考えるべきでしょう。そのひとつとして、より充実した外来体制を検討する必要がありますと思われれます。

一方、せっかく早期からの療育が開始されても、その効果を持続させるためには、毎日の生活の中で継続されてゆくことが不可欠であり、そのため地域の療育サービスが保障されねばなりません。そのためには、通園施設の充実が早急な課題です。通園施設を肢体不自由児、精神薄弱児と区別してそれぞれの施設を個別に設置するよりも、心身障害児を混合させた施設を地域に分散させ、通園が容易になるような施設整備計画の確立と実現化が急務な課題となっています。また、一人の障害児が多数の医療機関をめぐるようなことがないよう、医療機関の連携や機能分担も整理してゆくべきと思われれます。

更に、障害児の就学後や卒業後の訓練をにう施設が現在札幌市内には全くない状態でこうした施設の設置も望まれますが、リハ部門を有している各医療機関では、ある程度収支を度外視したサービスの供給を前向きに検討して欲しいと思われれます。

3 聴覚障害幼児の 早期教育の立場から

北海道立特殊教育センター
聴覚・言語障害教育室研究員
佐藤 忠道

ここでいう早期教育は、障害が発見されてから聾学校小学部あるいは小学校に入学するまでの0, 1, 2歳児を対象とした教育相談段階とそれ以降の3, 4, 5歳児を対象とした幼稚部段階を指します。

1. 聴覚障害児の早期教育の歴史的な背景

わが国の聾教育の歴史は、明治、大正、昭和と百年以上を数えますが、実は早期教育の歴史も非常に古いものがあります。

戦前にも早期教育の試みがありましたが、大きなウネリとなったのは戦後になってからで、「聾幼児の人格形成と言葉の教育は早ければ早いほど良い。」ということが認識されました。日本でただひとつの私立の聾学校である日本聾啞学校が先導的な役割を果たして、3歳児の教育を行ったのが昭和26年です。公立の聾学校でもその成果を受けて、昭和30年代に入ってから小学部に幼稚部を設置して、聾幼児の指導の試みが行われてきました。

これが更に2歳、1歳、そして0歳児の教育へと進んできました。

北海道でも、昭和34年に札幌聾学校で就学前教育の試みがなされて、昭和39年に同校に幼稚部5歳児学級が設置されました。次いで旭川聾学校に幼稚部が設置され(昭41)、函館聾学校(昭42)、室蘭聾学校と釧路聾学校(昭43)、帯広聾学校(昭44)、小樽聾学校(昭54)の順に幼稚部が設置されました。その間に、4歳児学級、3歳児学級へと低年齢下する中で学級が増え、現在は22学級が設置されています。

その間に、発達の臨界期という考え方がよく知られるようになり、発達の初期に聴覚機能の開発を行い、その結果のひとつとして言語発達が促進されたという事例が相次いで報告され、早期補聴、早期教育が一般的に認められるようになりました。それと同時にエレクトロニクスの進歩によってもたらされた補聴器の性能の向上、あるいは、乳幼児の聴力検査法の開発等とあいまって、早期教育に拍車がかかった経過があります。

また、両親の教育に対するニーズの高まり等もあって、幼稚部入学前の教育相談の必要性が強く求められ、乳幼児とその母親に対する指導が行われてきました。ただし、教育相談に当たる担当者の定数がついてなかったのが、校内操作によって担当者を確保してきた経過があります。このような担当者の確保は、全国的にもまだ多いように聞いていますが、北海道ではこの度の新規事業『聴覚障害乳幼児の療育事業』により施設、設備の条件整備及び担当者の定数化が図られたことは、長年の願いがかなえられ、関係者にとって大きな喜びとなっています。

2. 聴覚障害とは

聴覚障害は、見た目には全く障害の実態がわからず、身内の方やごく親しい方以外の人にとっては正しく理解しにくい障害といえます。また、聴覚障害は、一番初めに母子間のコミュニケーション障害を来し、情報の不足や欠如、教科学習の不全、普通とはちょっと違った特異な判断や行動、即ち、人格形成の障害を引き起こす可能性のある非常に厄介な障害といえることができます。

また、聴覚障害は、両親が、

「言葉が遅い。もしかしたら……？」とか、

「大好きなお菓子の袋を開ける音がしても振り向かない。もしかしたら……？」

というふうにして、待望の子供をもうけて希望に溢れているときに、しかも可愛い仕草を見せはじめる1歳前後に気付かれるので、両親の夢を無惨に打ち砕く障害ともいえます。したがって、病院で聴覚障害と診断されても、病院廻りを繰り返して

たり、孤独感、疎外感に襲われて、家の中に引きこもったりして、いたずらに教育開始の時期を遅らせたりしてしまふ、というふうに両親がわが子の障害を認めるまでには非常な葛藤と時間を必要とする障害ともいえます。ここに教育相談の重要性があります。

早期発見、早期教育の重要性が叫ばれていますが、「早期発見」に「早期教育」が追いつこうとする試行錯誤が長く続いた時期がありましたし、まだ続いているやにも聞いています。即ち、障害が発見されたばかりで、自分を失って、子育てに対する方針どころか意欲さえも失っている満身創痍の状態の母親に対して、聴覚障害に対するニペシャルな面、例えば、

- ・ 声を出す練習
- ・ 呼吸の練習
- ・ 絵カードを使って唇の動きを見わせる練習
- ・ 聞きわけの訓練など

を強調し過ぎた教育相談を行ってきた経過があります。これらのことも大切なのですが、これだけを強調し過ぎると、「呼吸練習や聞き分けの練習をすることが育児なんだ。」という偏った考えをお母さんにうえつけてしまうおそれがあります。

あるいは、担当者が成果の現れることを急ぎ過ぎて、「こういう場面には母親はこうしなければならぬ……。」式の押し付けが強過ぎると、「先生に言われたことをやっていたらよい。」といった、受身のお母さんを作ってしまうこととなります。

これでは、子供は「お母さんであってお母さんではない、先生もどきのお母さん」に育てられ、子供から母親を引き離すことになるので、絶対に避けなければならないと考えます。

聴覚障害によっておしつぶされている母親の育児本能を呼び覚まし、「こんな子供に育てたい！」という願いを中心にした母親と子供のかかわり方についてのアドバイスや援助が教育相談の中心内容であるべきだと考えます。

3. 母親の意識を高めるために

聴覚障害の診断によって、母親が混乱して、育児をする上で子供に対して拒否的になったり、過保護、過干渉になったり、あるいは放任の状態に陥ったりしている状態の時に、母親に対して何を、どのように援助していけばよいのかを考えなければなりません。そこで、次の二点にまとめて考え方を述べます。

(1) 聴覚障害のとらえ方について

補聴器を通して、早い時期から意味を伴った音、音声による刺激を与えることによって、その子なりの聞こえ方を獲得させることが可能な子供達なのだということ。

言い換えるならば、「悪い耳」ではなく、子供にとって興味のある身の周りの音や、大好きなお母さんの声を聞く「かけがえのない耳」という、熱い思い込み、あるいは、子供に対して、『あなた』は、silent world に行ってしまったのではなく、家族も先生も『あなた』も同じ hearing world に住んでいるのだという思い込みが出发点になります。この思い込みが育児をする側に子供との心理的一体感を生み出させてくれるわけです。この心理的一体感が母子間の気持ちのつながりを生み出し、少しずつ少しずつ言葉の世界に導くことになるわけです。この時の力強い味方が補聴器です。

ところが、育児に混乱している母親の多くは、シッカリしつけなければいけない場面でも、

「本当はいけないことなんだけれど、耳が聞こえないからしかたがない……。」

「そんなことをしたらダメだということを伝えたいのだけれども、言葉がないから伝わらない……。」

という諦めに似た気持ちに陥っている傾向が強いのです。

このような場面を見つけたとき、

『困った母親ダ……。』

と嘆くのではなく、むしろ

『こちらの意図を母親に伝えるのにいいチャンス!』

と捉えた方が都合がよいようです。

そして、このような気持ちに陥らざるを得ない母親のイタミを思いやりながらも、「同じ hearing world に住んでいるのだから、子供としてしてはいけないことはいけない、ということをやんとかしてしっかり伝えましょう！」と母親に働きかけるべきだろうと考えます。

このようなことは当然のことと思われませんが、担当者の中には、ハッキリ言ってしまったら母親との間に気持ちの行き違いが生ずるのではないかと躊躇する傾向があるのも事実です。その時は母親にキラワレても、ウラマレてもいいから、まずハッキリ提示することだと思います。これは後になって、母親と担当者がホンネでつきあえる関係を成立させ、障害の正しい理解、障害の受容、障害に対する配慮等を的確に伝えることにつながっていく土台と考えます。

これらが、母子関係を改善させるための最初の、しかも最も重要な教育相談の内容であり、担当者の姿勢であると思います。

(2) 言葉の指導について

このような働きかけが中心となる教育相談段階では、子供に直接的な指導を行うことによりも、母親を通して子供を教育する手法になります。

次に、3歳以上の幼児を対象として幼稚部段階は、学級担任による直接的な指導が中心となりますが、幼児期における母親の役割はますます重要になります。幼稚部入学後も、母親が一人立ちするまで時間がかかるケースが多いということや、言葉の指導に対する配慮を母親自身が身につけるためには多くの時間を必要とすることもあり、学校への送り迎えばかりではなく、教室での授業に参加したり、授業中の自分の子供の行動や他の子供の行動を具体的に見てもらふ方法が多く取られています。

しかし、この方法は母親や家族に過剰な負担をかけていることになりませんが、現在のところ、これに代わり得る有効な方法を見出せないでいることも事実で、今後に残された重大な課題のひとつと言えます。

さて、言葉の指導については、いろいろな考え方、方法がありますが、よく言われることのひとつに、

『私達の仕事は「言葉を育てる」ことではなく、言葉を通して「子供を育てる」ことである。』

『コミュニケーションは言葉を学ぶためにするものではない。コミュニケーションには言葉が必要だから学ぶのである。』

ということをよく聞かされて、わかっているつもりでいます。

ところが、聴覚障害によってもたらされた、目の前の子供のコミュニケーション能力の発達の状態を見ると暗澹たる気持ちになり、比較的早くに指導の効果の表れやすい方法にとびつきたくなるのが人情です。

例を挙げるならば、

発声の練習

↓

「アイウエオ」の口の形の練習

↓

唇の形の識別練習

↓

名詞の絵カードを使っての言葉の練習

↓

動詞の絵カードを使っての言葉の練習

↓

…

…

といった、いわば積木を重ねるような言語指導の方法があります。

この方法は、大人が指導の素材や展開について主導権を握っているので、指導内容がハッキリしており、その時点では効果があるように感じられる場合が多く、指導者も母親も、このような方法にとびつきたくなることが多いようです。ところが、ある期間この方法で指導を続けて、ふと子供の状態をみると、思ったほどの発達をしていないことに気付いて、

「これだけ系統的に指導したでしょう？」

絵カードはこれだけの厚さになるほど指導した

でしょう？」

それなのに、どうして言葉の力も考える力も伸びないの？」

と、子供を責めたこともありました。

答えは簡単明瞭でした。

なぜならば、扱われている内容が、大人が用意した、言葉の発達を促すための要素を提示する傾向に陥り、「見たい、知りたい、伝えたい、言いたい、関わりたい。」という言葉に乗せる土台になる幼児の心の動きが二の次になっていたからだという事です。

言葉とはスッキリと系統的に整理され、順序性を持って発達するものではなく、混沌とした子供の心の動きそのものを土台にして発達するもの、ということを最近、痛切に感じています。

あらかじめ準備した言葉を注入する方法は、過去に6歳で塾学校に入学してきた児童に多用した方法ですが、障害が発見されてからすぐに補聴器を装着しての教育が開始され、言語獲得、基本的な生活習慣の形成の最もふさわしい時期に教育を受けることが可能になった幼児には馴染まないと考えます。

4. 今後の課題

最後に、私が感じている聴覚障害児の早期教育の課題は次の通りです。

- 言語指導の方法の改善及び習熟に関するもの
- 聴覚活用の方法の改善と習熟に関するもの
- 両親（特に母親）への援助の方法と内容の充実に関するもの
- 人間や障害に対する洞察力をもった教育相談担当者の養成に関するもの
- 大学を卒業して間もない若い先生が幼稚部を担当することが多いという実態から、現職研修に関するもの
- 聴覚障害の程度の適確な把握と補聴器の適切なフィッティングに関するもの
- 適切な言語環境が用意されなかったり、あわせもつ障害のために発達が阻害されたりして言語発達が遅滞している子供の教育内容、指導方法、

即ち発達の個人差に関するもの

- 重度・重複障害児の指導と医療、訓練、相談機関との連携に関するもの
 - 北海道のもつ広域性に対応した相談回数の確保と相談内容の充実に関するもの
 - 寄宿舎及び母親が聴覚障害を有する家庭の言語環境の整備に関するもの
 - 幼稚部段階で母親が毎日付き添っている状況からもたらされる母親自身や家庭への負担に関するもの
 - 母子ともに地域とのかかわりが希薄になる傾向の改善に関するもの
 - 早期教育終了後、幼児の発達の程度を無視したインテグレーション志向に関するもの
- などなど、課題が山積していますが、皆様の御理解、お知恵をいただきながら解決していかなければならないと考えています。

4 地域療育活動の現場から

おしまコロニー地域療育センター
竹下敏雄

1. はじめに

おしまコロニーは、精神薄弱児者の総合施設です。「施設福祉」の現場である私達が、この「地域療育」というテーマをどう捉え、それを実践しようとしているのか、その辺のところをお話しさせていただきますと思います。

従来、精神薄弱児者の処遇は、あくまでも福祉サイドで、施設収容の形で行なうというのが一般的で主流を占めていました。というも法・制度自体がそうになっており、関係法令は昭和30年代のものがそのまま生き続けているわけですから、そこには「地域」の概念もなければ、個人のライフサイクルを見通した施策の一貫性などということも究めて希薄な仕組みであるわけです。従って、施策の重点は、「保護」及び「更生」を主目的と

する施設の設置にあったわけですが、ここ二、三年、私どもの分野でもさかんに「地域療育」、「地域福祉」、あるいは「在宅福祉」などということが様々な角度から議論されております。

しかし実際のところは、法・制度上の絡みもあり、地域のなかでの早期対応、地域のなかで子どもたちの生活ニーズをトータルに保障することは掛け声ほどには進んでいないのが現状といえます。

2. 「地域療育」をどうとらえるか

私たちの地域療育は、取り組みの経過を追ってご説明すると長くなるので割愛いたしますが、ひとことで申し上げると、「総合的な処遇システム」をめざすことと考えています。即ち、「ある人にとって、ある時は地域であり、在宅であり、施設である。」というように多様なニーズに対して選択でき、そこに一貫した流れがある地域全体の仕組みということ。必要なサービスの即応性、包括性、継続性ということ。一定の地域単位のなかで、少なくとも第一次的なサービスとして、それをどう保障していくか、ということが重要なのです。

その意味で、医療における「プライマリーヘルスケア」の考え方は大変羨ましいのですが、私たち精神薄弱の子どもたちにも、「日常の生活圏が継続的な処遇過程の出発点であり、また同時に終点でもある。」という考え方があって良いし、あるべきだと思います。

これらのことを考えるうえで、最も理解しやすいのは早期療育ですが、例えば、生後すぐの早期療育の効果がきわめて大きいことはすでに肢体不自由等の分野で立証済みです。私たちの分野の子ども達にもこの面での組織的な取り組みがあれば、二次的、三次的障害と思われる様々な不応や問題行動、あるいは親の行きすぎた不安や焦りなどにわずかでもブレーキがかけられるのではないかと考えられます。

この時期に効くブレーキは、それがたとえ小さいものであってもその子の将来を大きくかえるのではないかと考えられます。ブレーキをかけるため

にお金もかかるのですが、おそらく長期的に考えれば効率的なお金の使い方になるんじゃないかと思えます。思春期、成人期を迎えた人々を施設でケアしながらそのことを痛感いたします。

3. おしまコロニー地域療育センターについて

(1) 基本的機能とねらい

私たちは昭和60年に「地域療育センター」を開設しました。道南域における心身障害児の早期発見・早期療育をすすめ、これを精神薄弱児の「在宅援護」の出発点として位置づけ、地域の療育・福祉システムの向上を図ることが大きなねらいです。地域療育センターの開設は、おしまコロニーが12年前から実施している在宅児のための母子訓練センターや幼児通園施設をはじめた時からの一貫した流れであり、より早期からの療育開始によって二次的、三次的障害の予防・軽減が図られれば、それが最も効果的な在宅援助対策になりうるのではないかと、いうこと。です。

私たちの療育センターの基本的な機能は、大きく二つに分けられます。

ひとつは、主として3歳未満児に対する「外来」、「通園」による専門的な療育機能、もうひとつは、専門職を地域に出向させる派遣機能です。前者の具体的なプログラムとしては、乳児に対する運動療法・作業療法でボイタ・ボバース法、感覚統合療法など、また、幼児を主対象とした言語療法を行っています。これらのプログラムは、ほとんど個別訓練ですが、個々の訓練効果をより高め、乳幼児の「あそび」にねらいを絞ってその生活全体を親

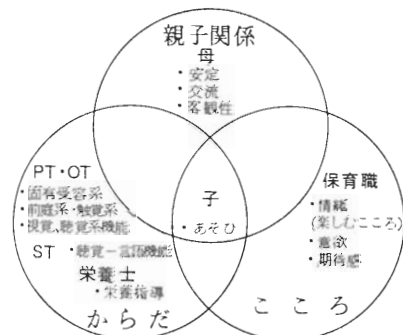


図1 地域療育センターの母子保育のねらい

と一緒に考えていく母子のグループ保育，母子保育のプログラムもあります。

これらは，それぞれ独立の専門職，PT，OT，ST，保母あるいは栄養士等のスタッフによって実施され，個々の専門療育をつないで行くパイプ役（調整役）としてのケースコーディネーターの働きを重視した運営を心がけています。

従って，ひとりの子どもに対するアプローチというのは，それぞれの評価と目標と手段に基づくわけですが，チーム全体としてみた場合の目標はひとつです。

子どもの身体機能や応答性をたかめ，心の活発な動きを促進する技法は科学性の高い手法であり，技術であります。しかし，それらは結果として，子どもらしい小さな仕草や，豊かな表情として，子ども自身に反映されていくことを期待しているわけです。

トータルなケア，チームアプローチを象徴する意味で，母子のグループ保育は非常に大きな意義をもつわけで，もちろん早期療育にはパラメディカルサイドからの強力なアプローチが不可欠であります。それはトータルケアのいわば柱であるといえます。いきおい，パラメディカルな分野に注目することが多いわけですが，最も有効且つ重要なのは，実はこの「保育」にこそ求められるのではないかと考えています。

(2) 両親に対する考え方

もうひとつ，母子保育に絡めておはなししたいことは，私どもの両親に対する考え方です。

よく言われることは，親の養育態度ですが，一般に，知恵おくれの子をもつ親は，過保護とか，拒否的，放任などという風に，悪くいわれることが多いようです。本当に，所謂，「悪い」親がいるのだろうか？と思うのですが……。

障害児をもった親の心理的プロセス，わが子を客観的にみつめ得る段階である「適応」までのプロセスを，レヴィンソンは七段階に整理しました。

第一段階は「ショック」，第二段階は「拒否」，第三段階は「恥辱」，第四段階は「自責と葛藤」，第五段階「痛みと嫉妬」，第六段階「過保護や放

任」，第七段階によりやく子どもなりの人生ということを考えてる「適応」ということがやってくる，とレヴィンソンは言っています。

しかし，「ショック」にはじまるこの六つのハードルを越えて，親は本当に「適応」状態に辿りつることができるのでしょうか。

二百人を越す親たちとの出逢いで，「子どもが18歳になって，やっと本気で叱ることができた。」という親もいれば，「自分と子どもは一卵性親子だ。」と，半ば自嘲的に，半ば敵意を込めて言う親もいます。できるならば，もう一度，腹の中におさめてしまいたい，というのが親の偽らざる本音かもしれません。

しかし，誰もかれもが普通の人であり，普通の妻であったわけです。宣告を受けたお医者さんに何と答え，どうやって家に辿りついたかさえわからない親もいれば，病院の洗面所で涙荒れした自分の赤い頬をみて，また涙を流した親もいます。

親たちの名誉のために，敢えて申し上げますが，「拒否や放任」，「過保護」などといわれる養育態度は，障害児をもつ親たちの怠惰な特性などでは断じてありません。むしろ，親達の苦渋の果ての選択であり，そうせざるを得なかったのでありましょう。

私達，子どもの療育現場でも「親が子どもをダメにする。」といったことを時折，耳にいたしますが，これは，もしかしたら，療育者も含めて，子どもの生後以来の療育関係者の一貫した親への責任転嫁の形ではないかと思うことがあります。これだけの苦悩を背負って，はじめから「良い」親になれるはずもなく，もともと「親子」という関係概念のなかには「良い」，「悪い」ということばなぞはなく，あったとしてもせいぜい育児が「上手」か「下手」ぐらいのことばに過ぎないのでしょう。

「母性」そのものは，自ら育くむものであって，その為の教科書もありませんし，他者から教わるものでもありません。実際の育児を通して自ら掴みとるものといえます。

親その人の個性が育児に反映したものを母性や

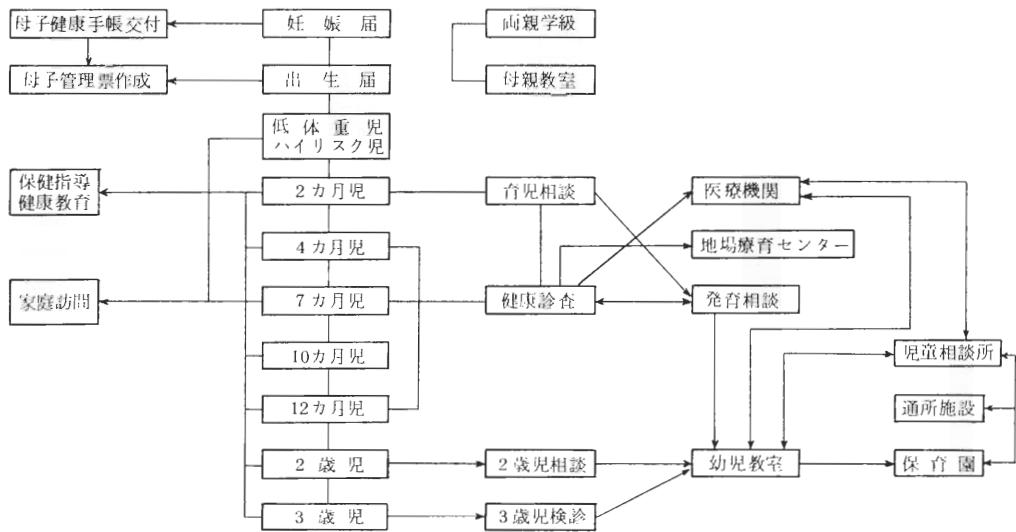


図3 上磯町母子保健システム体系（昭和61年度）

的な親」をいろいろな地域に求めていきたいと考えているわけです。

道南に鹿部町という町があります。

ここは、1年間の出生数が90人たらずの小さな町ですが、私たちの巡回相談や施設に短期入所した経験をもつ親たちが次第に結束を強め、行政の支援も得ながらそこに「親の会」をつくってしまいました。

親の会の誕生というのは、町にとっても一大トピックスであり、その地域の資源やマンパワーのあり方を一変させうる大きなできごとと言えます。鹿部町の場合は、地元保健婦の働きも大きかったのですが、どこの地域でももともと自覚的な素質をもった親たち、親のひとりひとりが実は、子育てはもちろん、オピニオンリーダーとしてもかかれた素質をもっていることを私たちは確信しています。

鹿部町だけが特別なのではなく、こういうことが実際に起き、そういう親たちに支えられてはじめて、「地域療育」ということに実体がつき、システムとしても稼働していくのではないかと考えられます。

ご参考までに、上磯町の母子保健システムの一端をご紹介します。

図3の右中間に、私たちの地域療育センターが位置しておりますが、その下の「発育相談」、「幼児教室」の二つの事業にPT、OT、ST、保母などを派遣しております。この種の派遣事業には、ただ遅れの心配があるというだけのお子さんもたくさんいらっしゃいますが、基本的な考え方自体は、今まで申し上げたことと何ら異なるものではありません。

4. おわりに

いろいろ雑多なことを申し上げましたが、地域のなかで生活し、地域のなかで必要なサービスを受けていくという「地域療育」の考え方は、私たち道南の地でも少しずつ定着しつつあると考えています。

特に、早期療育については一次的サービスを提供する受け皿が、私たちのセンターも含め、ある程度の整備が進んできていると言えます。

問題は、個々の受け皿の中身の充実の他、それら一次機関同志の相互連携の仕組みを縦わりの壁

も越えてどうつくっていくのか、大きな青写真が必要でしょう。また、ハード面の整備ばかりではなく、地域療育展開の核となるキーパーソンの存在も不可欠です。地域資源のあらゆる情報に通じ、ひとりの子どもの将来を客観的に見通しながら現在必要なサービスを上手に選択、示唆してくれる人材を地域のなかで育成しなければなりません。いまのところ、私たちはそうした役割を親や、地域の保健婦に求めているのですが、これにはやがて無理がくる可能性があります。

たとえ完璧にみえるシステムであっても、その中に生きた人材がいなければ、実際に動くことは不可能であるときえ言えましょう。

一朝一夕にできることはありませんが、わずかずつつも前に進んでいきたいと考えております。ご批判、ご教示をお願いいたします。ありがとうございました。

5 クリスマンセンターの 実践から

北海道クリスマンセンター家庭福祉相談室
相 場 幸 子

1. 相談室の誕生

私どもの相談室は、今から21年前の1966年に、ボランティアを主体として設立されました。以来ずっと、ボランティアだけで運営されてきたと言う、道内の治療相談機関としてはやや特異な存在です。今年の4月から、やっと有給の職員が配置され、一步前進しましたが、これも身分は臨時職員で、まだ体制が確立されたわけではなく、またボランティア主体の運営である点は変わって居ません。

初めにちょっと歴史的なことをお話しますが、私自身が関わったのは設立後10年目位の所からで、それ以前は現在も室長である忍教授（北星学園大学）や松井静子さんその他先輩の人々の働きであ

ることをお断りしておきます。設立当初は個別の相談が大部分で、家庭内の問題、対人関係の悩みなどあらゆる相談を受け、主にカウンセリングとプレイセラピーで対処して来ました。その他幼稚園等への出張相談も行って居ました。それらの中でも最も多かったのは、幼児を持つ母親からの相談でした。中でも、肢体不自由、知恵遅れなどの障害をもつ子供の相談が年々増えてきたのです。

2. ニーズに合わせて

そもそもの設立の主旨からして「何か社会に役立つことを」と言うことで、対象や目的を限定して作った訳ではありません。いわば一番困って居る人の役に立ちたいと考えた訳で「来談者のニーズに合わせて」が、私達のモットーでした。

公的機関と言うものは制度や法律に基づいて設立され、運営されますから、どうしてもある程度対象や機能を限定さざるを得ない立場にあると思います。そうすると、必然的にそれらの制度の谷間に置かれ、取り残される人々が出て来ます。制度はつねに現象の後を追いかけて行くものですから、いずれは新しい制度が出来て拾われるにしても、それまでの間行きどころがないと言う訳です。そういう人々を対象に、こちら側が相手を選ぶのではなく、相手に合わせて、必要とされることをやろうというのが、私たちの姿勢でした。小さくて身軽なボランティア機関だからこそ、それが可能だったのだと思います。

3. グループの誕生

そこでまず行ったのが、肢体不自由児のグループです。設立後2、3年目の事でした。当時、肢体不自由の子供たちのためには、医療と訓練のサービスをしてくれる機関はありました。しかし、保育の場、遊びの場はありませんし、そう言った母親たちの悩みを聴き、相談に乗ってくれる場もありませんでした。そのような要望を受けて、子供たちには遊びを主にした保育のグループ、母親たちにはグループカウンセリングを、平行して実施しました。これは、一年で終わりましたが、現在で

はそのような子供たちの訓練機関にも保育の時間が設けられるようになり、有難いことだと思っています。

その次の年から、発達遅滞のグループをやりました。今でこそ多くの幼稚園、保育園で障害児の受け入れが進んでいますが、当時はなかなか行くところがなく、この子たちに保育の場が絶対必要であると考えたからです。形は前年度のグループと同じく、子供の治療保育、母親のグループカウンセリングを平行して行いました。これはずっと現在まで続く、私たちのグループ治療（現在では治療と言う言葉を使わず、発達援助グループと呼んでいます）の基本的な形となっています。

その次に増えてきたのが、自閉症ないし自閉傾向をもった子供たちの相談でした。今でもまだ自閉症の治療論は確定したとは言えないでしょうが、当時はもっと訳の分からない状態でした。初めは個別の遊戯療法で対処していましたが、あまり効果があがらず、数も増えて来ました。この子達も発達遅滞児と共通の問題を抱えているのではないかと、一緒にすることでお互いによいこともあるのではないかと考え、グループに加える事になりました。とにかく、どう対処したらよいか分からない子供を抱え、困っているお母さん達に少しでも役に立つならということが基本だったのではないかと思います。お母さん達の悩みを受け止めるグループカウンセリングの場を重視することも、同じ理由からで、今もこれは私達の相談室の特徴のひとつとなって居ます。

4. 発達援助グループの現況

現在3つのグループを開設、一グループの定員は10名です。但しマンツーマン体制をとっているため、ボランティアが足りない時は受け入れられず、現在は23名の子供が通って来ており、待機児が2～3名いる状態です。また、毎日ではなく、グループによって週2回来る子、週1回来る子、そして一月2回来る子と分かれています。その割りふりは年齢と先着順を主にし、障害の程度や種別では分けていません（とは言え勿論、健常児集

団の方がふさわしい子供はそちらを勧めますし、他の専門機関との重複は避け、また保育機関に通っている子は月2回のグループでのみ受け入れるなどの配慮はしています。)

障害としては発達遅滞または自閉的な傾向をもつ子供が殆どですが、最近早期発見が進むにつれ、障害の種別も程度もまたその有無さえまだはっきりしない子供も増えて来ました。早期治療の原則から言って障害がはっきりしてからでは遅い訳で、私たちは障害児とレッテルをはる前に、その疑いの段階からの援助が大切であると考えています。

年齢は以前は4、5歳児が多くて、そのまま就学につなげていましたが、現在は2、3歳が主体で、就園前グループの要素が強くなっています。これは言うまでもなく、早期発見と、幼稚園や保育園の障害児受け入れが進んできた結果であり、大変喜ばしいことです。また昨年度、初めて1歳台の子供が参加し、早期発見の進歩ぶりを実感しました。

1年を単位としていますが、年度途中の出入りも年によってはかなりあります。2年間通う子も多く、まれに就学まで3年間通う子供もいます。

紹介ルートは、保健所、母子訓練センター、療育センター、児童相談所、静療院、他の公立病院等の公的機関や、幼稚園（入園申し込みがあったがまだ統合保育には早い、または空きがない等）等、それから個人の紹介や、お母さん同志のクチコミもかなりあります。

5. 遊びの中で子は育つ

子供のグループの主な目的は、遊びの中で全体発達を促す事です。児童の生活の大部分は遊びです。幼児は遊びの中で、また遊びを通じて発達して行きます。障害があっても、なくても、この事には変わりがある筈はありません。

障害のある子供には、その障害に応じた治療や訓練が必要な事は言うまでもありませんが、そればかりに気を取られて、子供から遊びを奪ってしまったらどうなるでしょう？それは発達の阻害に外なりません。従来のいわゆる訓練至上主義は、

この様な危険性をはらんでいました。

そうでなくても、発達に問題をもつ子供たちは、殆ど例外なく遊びの乏しさをもっています。その部分をそのままにして、特殊な部分の治療や訓練のみに力を注いでも、発達効果は望めないでしょう。むしろ、遊びそのものが治療であり、発達促進の手段だと私たちは考えます。そしてそれは何よりもまず、子供にとって楽しいものでなくてはなりません。

ただし、それは健常児の中に入れておきさえすればとか、子供の自発性に任せて放っておけばよいという事とはまるで違います。一人一人の子供の発達段階と、障害の形と、個性に合わせて、その子の遊びを開発し、広め、深め、次のステップへとつないで行く工夫が必要です。

そのため私たちは一回2時間のプログラムの内容を次のように分けて居ます。先ず「自由遊び」、ここではなるべく子供の自発性を尊重しながらも、必要に応じてリードしつつ遊びへ誘い込んでいきます。次に「課題遊び」と言って、その子に合った個別課題を用意し、主として認知的側面に働きかけます。「集団遊び」では、リーダーの指示に従うこと、運動能力や模倣の促進、視聴覚刺激を楽しみつつイメージの形成へと向かわせることなどが意図されています。その他に、最低限の「身辺自立訓練」も組み込まれています。

また四季を通じて戸外遊びにも多くの時間を取り、温水プールも年数回利用するほか、年中行事として、遠足、お泊まり会、クリスマス等があり、様々な経験をさせるように努めています。

6. 父母と共に

グループのもう一つの柱は、既に述べた母親グループの集団カウンセリングです。これはいわゆる母親指導という形ではなく、お母さんたちが自由に本音で話し合える場の提供を第一としています。障害やその疑いを宣告されたお母さん達にとって、まず必要なのはそのショックを癒すために、お互いの嘆きや悩みを話し合い、感情を吐き出す場であり、そしてその悩みを分かち合う仲間です。

それらが保障されて初めて、親たちは心の安定を取り戻し、子供の状態や現実の正しい認識が可能になり、それから子供の成長に役立つ働きかけの工夫が可能になるのです。

専門家として、自分の知識が有用と思えば、それは伝える義務があるでしょう。でも、仲間の中で成長し始めたお母さん達は、専門家の知識などはるかに追い越す「知恵」を身につけて行かれるというのが我々の実感です。

最近ではお父さん達の協力も目ざましく、それに応えるためにも「父親の集い」を年2回実施しています。

以上、まだまだ不十分ですが今後より一層研鑽を積み、知識や技術を積み重ねて行きたいと思っています。殊に自閉的障害へのより専門的アプローチ、発達段階に応じた遊びのカリキュラムの開発、統合保育との有機的な連携をこれからの課題とし、専門機関としての認知と、公的援助による財政的基盤の確立を目指しています。

6 言語指導の立場から

深川市ことばの教室 中山 忠 道

1. はじめに

どの障害についても言われることでありますが、「早期発見・早期治療」の必要性を誰しもが認めながらも、全国・全道的にその対策が立ち遅れているのが現状です。特に「ことばの障害」の分野については、まだ歴史も新しく、「幼児」の扱いについては、国の示す援護制度がないことは極めて残念なことであります。

人の一生の中で、ことばを使って表現する能力が最も激しい勢いで成長するのは三歳前後であることは、これまでの言語発達研究の中で、すでに明らかとなっているところであります。つまり、この時期というのは、人の一生の中で、最も多く

のことを学習しながら発達します。その意味から、子どもたちにとってこの時期というのは、大きな「飛躍台」とであると同時に、反面多くのつまずきを示す「受難期」とであるともいえます。このつまずきを放置しておくということは、以後の人としての発達の上に大きな損失を受けることは、極めて明白な事実です。「すでに遅かった。」「もっと早い時期に対処すべきであった。」ということのないように、この時期におけるつまずきの発見と、適切な指導の手だてを講ずることは、重要な課題であり社会の責務であると考えます。

早期発見、早期指導の観点をつまえながら深川市における8年間の取り組みを紹介し、これを機会に今後のあるべき姿を考えてみたいと思います。

2. 北海道における言語治療教育の変遷

(1) 小中学校における言語治療教室の設置状況

北海道においては、昭和37年に札幌医科大学附属病院で、口蓋裂児の術語指導として言語治療が行なわれたのが最初であると言われています。

その後、昭和39年には無認可ではありましたが、道立札幌真駒内養護学校内に言語治療教室が開設されました。教育サイドとしてはこれが初めての教室でありました。昭和42年に札幌市立大通小学校に開設された言語治療教室は、「言語障害特殊学級」として、公的に認可された最初のものであります。

以来言語治療教室は、増加の一途をたどり、昭和62年4月当初では、小中学校内に認可されているのは難聴学級を含めて203学級、配置されている担当教員は238名となっています。

(2) 教育相談の利用状況

言語治療教室は、教育サイドから芽生えた、地域の唯一の社会資源であり、次第にその機能を果たすようになりました。教育サイドで認可された小中学校内の言語治療教室の対象は、あくまでも小中学生であり、幼児は公的にサービスが受けられない現実がありますが、各教室は「教育相談」という窓口を通して、幼児とのかかわりを深めてきたといえます。

	幼児	小学生	中学生
45年度	36%	56%	8%
49年度	55%	35%	10%
50年度	59%	33%	8%
51年度	64%	31%	5%
57年度	77.7%	19.3%	3%

(北海道言語障害児教育研究協議会調べ)

図1 北海道における教育相談の幼児の比率

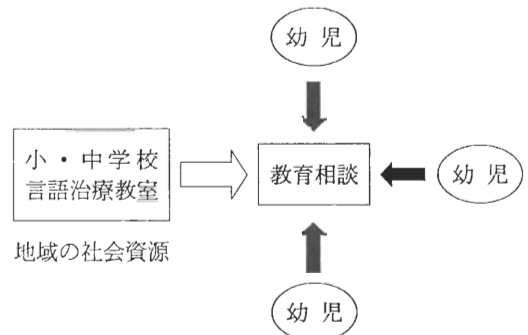


図2 小・中学校言語治療教室と幼児とのかかわり

北海道における各教室の「教育相談」の経緯をみると、昭和45年度では教育相談の対象の中心は小中学生であり、幼児の占める割合は、全体の三分之一であります。それから4年後の昭和49年度では、幼児の相談が急増し、全相談の半数を上まわっています。その後も幼児の相談は増加し、昭和57年度では幼児の占める割合は、全相談の四分之三という状況になりました。これは、発達成長期にある幼児をもつ親のニーズが高く、教育相談の窓口を通してサービスを求める状況がうかがえます。

公立小中学校の言語治療教室は、昭和50年代に入って、人口3万人台の小規模都市にも設置されるようになりました。昭和57年度当初の調査によりますと、27市18町に言語治療教室が設置されるに至りました。したがって、対象となる小中学生

のほとんどが指導できる体制になったのです。

教育相談に占める幼児の推移は、公立小中学校の言語治療教室の発展と大きくかかわっています。

(3) 幼児言語治療教室の実態

① 幼児言語治療の実施状況

公立小中学校に設置された言語治療教室は、対象となる小中学生のための指導体制をつくると同時に、その地域のサービス機関として「教育相談」の窓口を開いてきました。各地域には、ことばに何らかの障害をもつ幼児が多数おり、「教育相談」の窓口を利用する数は次第に増加していきました。教育相談に占める幼児の比率は、前にのべた図1の通りです。各教室では、教育相談を通して幼児とのかかわりを次第に深めていくようになりました。

「教育相談」といっても、幼児が頻繁に小中学校に出入りするようになったことから、管轄、管理的な側面から「小中学生対象の教室に幼児が出入りするのはどうなのか。」ということが、昭和40年代にはよく論議されたものでした。

担当者は、こうした障壁に何度も突き当たりながらも「言語障害児教育の芽生えたそもそもの発想は、ことばに障害をもつすべての子どもが、必要な時期に最良の教育が受けられることを目指すものである。」ことを指針として、ただひたすらに幼児の教育相談を含む臨床業務に専念してきたのでした。

さて、各地域の言語障害児をもつ親の会でも、幼児の言語治療を求める声を行政に要望する動きが活潑になっていきました。しかし、幼児の場合は管轄が福祉行政であり、教室設置に関して国や道の援護制度がないことから、小中学校の言語治療教室が、特殊学級として開設できることは異なり簡単な解決の道はなかったのです。親の立場からいえば、行政管轄が福祉であれ教育でありそれはあまり関係のないことであり、目の前にいる我が子の言語治療をしてほしいという切実な要望がそこにあったわけです。

昭和48年度に、北海道でははじめて釧路市において、福祉事務所の所轄で幼児の言語治療業

務が公的に認められました。

これは、幼児にかかわる必要財源はすべて釧路市の単独事業として着手したもので、歴史的にも大きな意味をもつものであり、全道各地に与えた影響は極めて大きいものでした。釧路市におけるこの事業は、まさに幼児言語治療の夜明けでもあったのです。その後、釧路市をモデルにしながら幼児の言語治療に着手する地域が、急激に増加していきました。

昭和62年度当初では、全道で106名の幼児専任担当者が配置されるに至っています。

設置形態としては、小中学校内の言語治療教室に幼児教室を併設させているのが大部分であります。また、教室の運営形態としては、幼小中の担当者がひとつの診断治療チームを編成して、互いに協力しあってすすめている教室が多いようです。

しかし、現在配置されている幼児担当者の身分、勤務条件は、小中学校の言語治療担当教員に比べて、極めて劣悪な状態にあります。昭和56年度の調査によると、幼児担当者のうち、正規職員として採用されているのは67.2%であり、残る32.8%は嘱託または臨時職員となっています。

② 小中学校言語治療教室における幼児とのかかわり

全道的にみて、幼児言語治療のための独立した施設をもっているところは極めて少ない状況です。幼児担当者を配置している自治体の大半は、既設の小中学校の言語治療教室に、幼児教室を併設しているのが実態です。この方法は、地域におけるひとつの治療教室を、教育サイドの側からも、福祉サイドの側からも利用しようとするものであり、効率的な考え方とも言えましょう。

幼、小、中の担当者が、ひとつの診断治療チームを編成してすすめられるこの方法は、担当者の身分、給与、勤務条件などにさまざまな問題はあるにしても、親や子どもの立場からは、一貫した受け入れ体制として都合のよいものであ

ります。

3. 深川市における早期発見，早期治療への取り組み

(1) 幼児学級の併設

深川市ことばの教室は，北空知地区ことばを育てる親の会（深川市と周辺6町の親で昭和48年に発足）の切なる願いが実って，昭和51年4月に深川市教育委員会が，市内の小中学生を対象として設置したものであります。幼児は正規な指導が受けられないという実態の中で，親の会の陳情運動が続けられました。この場合教育行政や福祉行政の受け止め方が，極めて重要なカギとなります。

深川市の場合，教育，福祉行政ともに「子どもや親のニードを優先させる。」という発想が根底にあり，そのために両行政は，現行法制度をどこまで弾力的に運用できるかという考え方に立って，その方策が出されたものでした。

つまり，言語治療教室という社会資源を，教育と福祉の両サイドから利用していこうとするものです。小中学生を対象としてスタートした言語治療教室に，昭和52年度から，幼児教室を併設させ，幼児専任担当者を1名配置しました。その後対象幼児の増加に伴い，昭和56年度には，更に幼児担当者を1名増員させています。

しかし，残念乍ら市の財政事情により1名の担当者は臨時雇用でした。その後継続的な親の会の要望が重ねられ，行政の英断により，昭和62年には正職員化が実現するに至り，安心して言語臨床に専念できることとなりました。

(2) 教室の運営形態

深川市の言語治療教室は，教育サイドで認可した深川小学校3学級（担当者4名）と，深川中学校1学級（担当者1名），幼児学級（担当者2名）の複合体であります。専任事務補を含め，配置されたそれぞれの身分の担当者8名によって「診断治療チーム」を編成し，1本化した教室運営の形態をとっています。小中学校身分の教員は，チームとしての業務遂行のために「幼児指導員」としての委嘱を受けて幼児にもかかわりをもっていま

す。これは，目の前に手助けを必要としている子どもがいれば，年齢を問わず教育を必要としている子どもであり，チームの責任においてサービスをしていくという考え方に立っているものです。

(3) 早期発見，早期指導の実践

① 在宅3歳児を含めたことばの検査

深川市における幼児のことばの検査は，昭和52年度に初めて実施されました。これは，市内の幼稚園，保育園に通園している全園児を対象として実施されたものです。ことばに何らかの問題をもつ子どもの出現率は5.12%でありました。この結果と，親の会の要望が引き金となって，幼児教室の開設へと結びついていったのでした。

深川市における幼児の対策を考えた場合，こうしたことばの検査を単年度で終わらせることなく，種々検討を加え，翌年以降からは，在宅3歳児を含めたことばの検査を実施し，予防教育への足がかりを得ることを目的に，継続的に実施されています。

3歳児を含めたことばの検査を実施するために，従来使用してきた「ことばのテストえほん」（田口，笹沼共著）に検討を加えて「深川版，3歳用ことばのテストえほん」を開発いたしました。このテストえほんは，初版から絵の差し換えを含めて2回の改訂を経て現在に至っているものです。

在宅児の検査にあたっては，市内各地域の公民館を会場として担当者が出向くようにし，受診者の便宜を図るようにつとめています。3歳児以上の受診対象台帳が整備され，4月1日を起算日として，3歳に達すると，すべての対象児の家庭に受診案内が送付されるようになっていきます。

これまでの受診経過をみると，在宅の場合啓蒙の不足もあって，昭和57年度までは，いづれも50%を割る受診率でしたが，次第に啓蒙が行きわたり，昭和58年度からは受診率が60%台に乗り継続的に取り組んできた検査の意義が評価できるものと考えます。

② 1歳半健康診査のことばの相談

深川市においては、昭和54年4月から1歳半健康診査の実施に伴い、「ことばの相談」も併せて実施しています。これは、受診対象児の母親の主訴として、ことばの発達面に関するものが多いことから、市民生部保健係とタイアップして実施しているものであります。

教室の対応としては、毎月1回2名の担当者を派遣して、相談業務にあたっています。子どもの発達状況や、親の子どもへの接し方、育て方の面でチェックされた場合には、その追跡を保健婦と連携してすすめています。昭和54年から59年までの6年間の経過をみると、ことばの相談を実施したのは103名であり、これは受診対象数の4.9%でありました。このうち、ことばの教室の指導対象として通室したのが総計13名であり、相談数の11.7%と、極めて高い数値を示していました。このことから、1歳半健康診査時におけることばの相談の意義は大きいものと考えます。

③ ことばの育児手帳の配布と活用

昭和52年度に、岩見沢市、滝川市、栗山町、深川市のことばの教室の共同研究として「ことばの育児手帳」を開発しました。深川市では、それ以来現在まで、これを市民課の窓口置き、母子手帳の交付と併せて配布し、利用してもらっています。

これは、母子手帳と同じ大きさにしてあり、母子手帳と同じように活用してもらうことにしています。内容的には、ことばの発達状況を、1歳6ヶ月まで記録できるようになっているものです。

④ 深川市周辺町への援護

昭和46年に、深川市を含む1市5町は「北空知広域市町村圏」の指定により、圏域住民福祉の向上につとめています。

深川市の言語治療教室では、こうした意味から、周辺町に対して次のような援護体制を組み、担当者を派遣しております。

- ・沼田町2歳児学級と相談会

(55年度から年2回実施)

- ・北竜町2歳児学級と相談会

(57年度から年2回実施)

- ・雨竜町相談会

(57年から年2回実施)

- ・妹背牛町相談会

(58年から年2回実施)

- ・秩父別町2歳児学級と相談会

(59年から年2回実施)

- ・幌加内町2歳児学級と相談会

(62年から年2回実施)

⑤ 3歳児健診におけることばの相談

3歳児健診の中で、ことばの問題についての親の訴えが多いことから、深川保健所とタイアップして、担当者を2名派遣し、ことばの相談を実施する方向で現在検討をすすめています。

4. おわりに

以上ささやかではありますが、深川市における早期発見、早期治療の取り組みを報告させていただきました。幼児の言語治療については、国や道の援護制度がないだけに、各自自治体の負担は極めて大きいものであります。

深川市の場合は、子どもや親のニーズを実現するために、教育行政および福祉行政、学校長、言語治療教室担当者が一体となって、さまざまな障壁を克服しながら、やっとここまで辿りついたものであります。

これは、教育、福祉行政の現行法制度を、いかに弾力的に運用するかという発想が根底にあったからに他なりません。言語治療教室という数少ない社会資源を、教育サイドと福祉サイドの両面から積極的に利用しているのが、深川市の大きな特徴であります。また、地域保健をすすめる立場から、保健婦ともタイアップできてきたことも大きな特徴でありましょう。

深川市のこうした歩みは、必ずや近い将来、幼児の言語治療の制度化に結びつくものと確信しています。

7 障害児保育の立場から

大谷地たかだ保育園 伊藤克実

民間保育園の立場で、これまで障害児保育にかかわってきているなかから、障害児保育の現状と課題についてご報告いたします。

札幌市において、特に民間保育園を中心として障害児保育の実施園は、昭和50年に制度の整備をみてから年を経るごとに数的に拡大してきております。札幌市がまとめた資料によりますと、昭和61年度の障害児の受託実績数は110名を数えており、その内訳は精神遅滞がもっとも多く37名、ついでダウン症36人、以下言語遅滞、自閉症、肢体不自由、難聴その他の順となっています。昭和57年度からは観察保育が取り入れられ、保育入所後の障害発見は原則としてなくなっているといえます。これら保育園での障害児の受入れに幼稚園での受入れを加えますと、札幌市での障害児保育実施はある程度の広がりを見せていると言っていると思います。また保育実践のなかで障害を抱えている子供たちに「集団生活ができるようになった」、「ことばがふえてきた」、「基本的な生活習慣を獲得した」、「意欲がでてきた」などの成長、発達の獲得が指摘され、実践面で質的にも高くなってきております。このように数的・質的にも広がりをみせているとはいえ、内部的にみますといろいろな問題をかかえておりますのも、みなさんのご承知のことと思います。

ここでは札幌市の民間保育園の視点から、そこらについてふれてみたいと思います。ここで札幌市といい、民間保育園と形容したのは、幼稚園と保育園とでは法的規定を含めてその運営形態が違いますし、同じ保育園でもその所属する自治体によって保育園のおかれる諸環境がことなるからであります。ただし共通して有する問題も多いことは言うまでもありません。

さて、本園では昭和55年から障害児保育を開始

しました。その後札幌市私立保育所連合会の専門委員会である保育問題特別委員会のメンバーとして、札幌市における特に民間保育園での障害児保育の状況と制度的諸問題について調査をする機会を持ちましたが、この調査報告書（「障害児保育の制度をめぐる一札幌の現状と課題」札幌市私立保育所連合会）をふまえて問題点を指摘したいと思います。

第一に今回の本研究会の基本テーマのひとつであります障害の早期発見・早期療育に関連してみますと次のことが指摘できます。この調査時点（60年10月）での障害児の在園期間の年齢との関係を見ますと、その特徴は年中・年長児が多く、また在園期間は2年未満が約70%を占めており（2歳児1名、3歳児5名、4歳児18名、5歳児21名、6歳児11名であり、在園期間は1年未満26名、1～2年未満13名、2～3年未満12名となっている）、このことは現行の障害児保育制度に規定されており、早期発見・早期療育の問題として指摘できるかと思えます（札幌市における61年度の障害児保育受託児童の年齢内訳は4～5歳が72%、3歳児21%、2歳児以下7%となっています）。これを先進的取り組みをしております大津市の例では乳幼児健診の徹底により低年齢児入所が増加しているといわれております（「大津の保育」一大津市福祉保健部 保育児童課）。

これらのことと関連して障害種別とその障害に親自身が気づいた月例との関係をまとめると自閉症・情緒障害・言語障害・精神遅滞では相対的に遅くなること（1歳以降、2～3歳発見の率が高くなる）、また乳児期において問題傾向と思われる事項についてダウン症など出生直後に障害が発見・把握された児童と、先にのべた障害の発見が遅れた児童とを比較してみた場合、「一人でおかれていても平気だったり、おとなしく寝ていてばかりいた。」、「ハイハイが遅かった。」、「寝返りが遅かった。」、「は乳力が弱い。」などの項目で共通して高い率をしめていたことが指摘できます。さらにどのような機会に子供の障害がわかったかについては、ダウン症が出生時にそのほとんどが発

見されているのと対症的に、肢体不自由・自閉症・情緒障害・言語遅滞・精神遅滞については、「こどもの発達標準値や他のこどもと比較」してその障害の発見に結び付いたケースが割合として高いことが指摘できるかと思えます（肢体不自由では7例中、出生児1・市健診2・発達標準値と比較4、自閉症の6例中、市健診1・標準値と比較5、情緒障害3例中、保育園保母に指摘されたのが1例、標準値と比較2などとなっている。）。このなかで公的な健診システムによって発見されたケースは回答全体の約15%となっております。市の乳幼児健診の受診状況は「すべて受診」19名34.6%、「受診したものとしなかったものがある」25名45.4%、「まったく受診しない」9名16.4%となっています。「受診しなかった一全部か一部」では「すでに療育機関にかよっていた」15名44.1%、「すでに障害が発見されていた」6名17.6%、事情その他が7名20.6%となっています。

つぎに障害が発見されてから専門機関がどのような援助をしてくれたかを見ますと、「他の医療機関・相談機関を紹介」16名29.1%、「訓練・治療を開始」13名23.6%、「定期指導をした」10名18.2%となっていますが、反面「特に何もしなかった」7名12.7%となっており、その7名中6名はダウン症児であります。以上から障害の発見・治療・療育が一還したシステムのなかでおこなわれているかどうかについては問題があり、個々のレベルで努力している実態があることから、「早期発見・早期療育」のシステムの確立とそのなかでの障害児保育の在り方を問う必要があると思えます。

第二に指摘したいのは種々の専門機関との総合的療育システムのなかでの保育園の位置づけの問題です。現在、札幌市内にある療育システムとして母子訓練センター・かしわ学園・みかは整肢園などの専門機関と乳幼児保育機関としての幼稚園・保育園などがありますが、例えば保育園に限って見ますと保育園に入所するまでに親自身が個別に対応してきたケースが多く、例えば千歳市の総合福祉センターのような総合的な相談・療育機関

の必要性を強く感じております。現在、制度的には専門機関と保育園のいわゆる二重措置ができませんが、以上述べたことと関連して問題かと思えます。又、現行の乳幼児健診段階で「要観察児」と診断された児童は家庭保育のなかで次の健診時期まで間がおかれますが、そのような時期に集団保育機能の場があればとも思えます。

第三に、障害児保育の制度面でもっとも検討していかなければならないのは、保育園の入所要件となっている「保育に欠ける」規定との関連です。札幌市においては現行入所基準のなかに「障害がある」ことがすなわち「保育に欠ける」と捉えられておりません。確かに弾力的に運用されていることは指摘できますが、制度的条件としてないために早期療育の面でネックになっていることは否定できません。「障害」の概念が構造的にとらえられていること（Impairment・Disability・Handicap）と「保育に欠ける」要件との問題は更に検討する必要があると思えます。

例えば大津市の場合では昭和48年に、「父母の希望する障害児を保育所・幼稚園に全入させる。」「保育所の入所については“保育に欠ける”を原則としない。」の規定がみられ、また八尾市児童福祉審議会「障害児保育対策について（中間答申）」（昭和50年3月）のなかに『心身に障害を持つ児童こそ適切な環境が必要であり、もっとも「保育に欠ける」状況にあることを認識し、積極的に措置すべきことはあきらかである。』と指摘しておりますが、これらに学ぶ必要があると思えます。

昭和59年度に札幌私保連が保育園園長を対象に調査した結果では、障害を「保育に欠ける」と考えているのが56%となっています。これに対して現行制度のとおりとしたのが21%でした。このように保育園としての意識も高く、このことが障害児保育の数的拡大のひとつの背景かと思えます。

第四には、障害児保育の実践に関連する問題として研修の在り方があげられます。現今の保育園をとりまく社会的ニーズが多様化してきていることはご承知のことと思えますが、このニーズに関して保育者として最も関心が強かったのが、この

障害児保育でした。例えば札幌市白石区内の民間保育園に勤務する保母を対象に調査した結果では、71%が積極的に取り組みたいと答えております（昭和59年度）。同じく同年度に保育園長を対象とした、まだ障害児保育を実施していない園の取り組みについて調査をしましたところ、この結果も約7割が障害程度の差はあれ取り組みたいと答えております。しかし、一方、障害児保育実践のなかで限界を感じるのは、「指導方法が手探りできめ細かいかわりがないとき」の回答が高い率を示しております。ここに障害児保育実践にむけての体系的な研修制度の在り方を考えていく必要があると思います。札幌市においては、昭和61年度から障害児保育の巡回指導とそれにかかわって実践記録の様式が変更しました。障害児保育実践を深めていくベースとしてこの制度を大事にしたと考えておりますが、回数（年1～2回）の問題を含めて課題があると思います。

以上、現在かかえております障害児保育の問題点について現場の立場からあげてみました。今回本研究会の発足によりこれまで個々にアプローチされた課題が、学際的に、体系的に研究されることが期待される訳ですが、最後に2点の課題をとりあげて終わりたいと思います。

ひとつは障害児保育制度のなかの対象児童の年齢制限・障害程度認定の問題です。国の制度では昭和49年度の実施要綱で4歳以上児で軽度の障害を有する児童が対象でしたが、55年度からは中度となり現在に到っております。札幌市の現行制度では3歳以上の軽度、中度の児童が対象となっております。実際には運用面で2歳6カ月、さらに障害種別によりますが1歳10カ月まで引き下げをして実施しております。このように制度の枠では種々の制限が設けられておりますが、この実施規定の背景を発達心理学的側面、保育学的側面、医療的側面からのアプローチで解明し、早期療育が可能年齢、程度を裏付けていくことが必要ではないでしょうか。

もうひとつは、先にあげた「保育に欠ける」条件との関連で、障害をもったお子さんがおられる

家庭では本当に「保育」が十分に可能なのかを、家計学的側面をふくめて検討されることが必要ではないでしょうか。このレポートのもととなっている調査報告書のなかでも家庭生活の一端についてふれておりますが、寝屋川市がおこなったような体系的な調査（「障害児をかかえている家族の生活問題」1983年8月）も必要かと思えます。これらのことは研究者の方々を中心に広い分野での検討を必要としております。今後の課題として皆様に、検討していただきたいと考えます。

8 相談機関からみた 早期発見・早期療育

札幌市児童相談所 伊藤 まち子

札幌市児童相談所は、児童福祉法に基づき市内の0歳～18歳までの児童の様々な相談を受け、判定、調査・指導を行う公的な相談指導機関です。非行相談・養護相談・心身障害相談・登校拒否や家庭内暴力など人格発達上の諸問題の相談など、多岐に亘る相談を受けていますが、特に心身障害相談は、61年度、1,337件と全相談件数の49.5%を占めており、年々増加の傾向にあります。これは、これから述べます児童相談所のクリニック的機能と、各訓練施設入所の窓口であること、心身障害乳幼児の保育園・幼稚園入園のための判定機関であること、0歳～18歳までの福祉的諸制度の認定判定機関であること、等により相談のニーズが年々高まっているためであろうと思われます。この研究会の主旨に添いまして、また様々な療育実践報告をなさったシンポジストの皆様に敬意を表しつつ、心身障害相談の児童相談所の機能、考え方を少し述べたいと思います。

1. 児童相談所の機能

〈行政的機能〉

道内の諸施設、（精薄児施設、自閉症児施設、虚弱児施設、重心児施設、ろうあ児施設、肢体不

自由児施設等)及び市内の通園施設(肢体不自由児通園施設, 精薄児通園施設)の入所のための窓口となっており, 相談を受けた時点で児童の判定(発達検査, 医学的診断)及び保護者のニーズや悩みに対応しつつ入所措置をとっています。61年度には, 肢体不自由児施設へ73名, 精薄児施設へ46名, 自閉症児施設へ8名, 重心児施設へ17名, 虚弱児施設へ2名, の児童が入所訓練を受けました。また, 通園施設は, 市内にみかほ整肢園, ひまわり整肢園, 母子訓練センター, かしわ学園と, 乳幼児を対象とした通園施設がありますが, みかほ・ひまわり両整肢園には61年度は83名, かしわ学園には56名の乳幼児が通園訓練を受けました。

これらの訓練施設への入所措置は, 児童相談所の行政的機能のひとつですが, この他に, 市内保育園・幼稚園に入園する際の判定機関ともなっており, 心身障害乳幼児の療育訓練全般の流れと各施設間の調整, 及び保護者に対しては児童の年齢と発達状況に応じた療育機関の適切な情報提供の役割も担っています。

因みに, 市内保育園の障害児在園数は, 今年度約100名, 幼稚園は約200名と, 幼児の統合保育は着実に増加しています。

訓練施設等への入所の流れは, 図1のとおりです。

また, 行政的機能のもうひとつの側面として, 福祉的諸制度の判定機能があります。心身障害児者の福祉的諸制度は, 年々利用が高まり, 判定数も増加しています。児童相談所が行うものは, 療育手帳・特別児童扶養手当・福祉手当・税控除等

の判定書及び診断書の交付ですが, いずれも0歳~18歳までを対象に2年毎の再判定となっているため, 福祉制度の判定のみにとどまらず, その都度, 保護者の悩み, 児童の発達状況などを話し合う相談機能も兼ねそなえています。私が0歳で判定を担当したお子さんが, 今は, 高等部受験の相談判定にみえるといった, 一人一人のお子さんとお母さんとの永いお付き合いともなっています。

福祉的諸制度の61年度の判定書・診断書交付数は次のとおりです。

療育手帳	485件
特別児童扶養手当	129件
福祉手当	33件
税控除	24件

以上, 行政的機能を概述してみました。この他, 各精薄施設(ノビロ学園, もなみ学園, おしま学園, 太陽の園等)で実施しています短期母子訓練事業も, 児相が窓口となっており, 幼児期・学童期・思春期の障害児の療育に様々な苦勞をなさっている保護者の方々にとって, 施設の在宅療育への援助のひとつとして好評で, 夏休み, 冬休み期の利用希望が殺到しています。また, 義務教育終了後(中卒後)の進路相談も受けていますが, 授産施設, 高等部進学, 児施設入所等, 心身障害児者の高齢化, 重度児の在宅ケアの困難さなど, 児童相談所のみでは解決できない問題が山積しているものの, 児童の進路についての保護者の悩みにも対応し続けています。

このように, 児童相談所は, 0歳~18歳(重心児は18歳以上)までの心身障害児の全般的な療育を把握し, 相談時年齢と発達状況に応じた, 訓練施設への紹介と引きつぎ, 及び保護者や関係機関への適切な情報の提供, 将来的な療育指針を示すことによる保護者の不安軽減など, 縦断的 follow(0歳~18歳までの)と, 横断的 follow(年齢と発達状況に応じた訓練施設の紹介)の役割をになっているといえます。そういう意味でも, 障害を早期発見し, 早期に療育を開始するための責任もあると言えます。また, 市内には, 先程述べた施設や保育園, 幼稚園の他, 静療院, クリスチャ

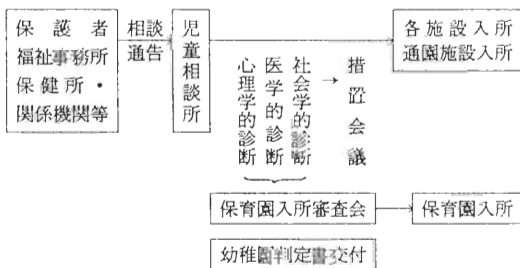


図1 施設入所への流れ

ンセンター、麦の子学園、当所など、早期療育を実施している機関もあり、児童相談所が早期発見から早期療育へとつなぐコーディネーターとしての役割を、もっと明確にすることが、心身障害児の療育指導援助になるのではないかと考えます。

〈並行療育について〉

母子訓練センターの柄崎先生の報告のように、今後は、幼稚園や保育園、通園施設等に通いながら、並行して専門訓練を他で受けたいというニーズが高まると予想されます。それは、単に乳幼児期に限らず、学童期も同じ傾向と思われ、現に、母子訓練センターの通所部門の増加、あるいは北大・医大で実施しております感覚統合訓練、静療院のプレー、児童相談所の多動児グループ・プレーなどは、幼稚園や小学校に在籍している児童が多くなっています。今後、統合保育が増加する中で、専門機関との並行療育が求められることになると思われます。

〈クリニック機能〉

児童相談所は、前述しました行政的機能の他に、相談者へのカウンセリング・ケースワーク・療育指導といったクリニック機能を有しています。行政的機能とクリニック機能は、児童相談所の両輪で中心となるものです。クリニック機能は、登校拒否、非行などの人格発達上の問題治療や心身障害児の療育指導など様々な分野に及びますが、ここでは、乳幼児の療育指導について述べます。

当所では、幼稚園や保育園、通園施設等へ引きつぐ迄の期間、保護者の不安軽減と、児童の潜在的発達力を保障するため早期療育を実施しています。療育期間は、1年～2年で各グループ共に週1回実施しております。療育グループは、61年度は6グループ、今年度は5グループで、61年度は45名、今年度は既に69名（在籍52名）が通所訓練を受けています。今年度のグループ内容は、次のとおりです。

- ・水曜グループ 2歳～3歳の言語遅滞、精神発達遅滞の母子訓練
- ・火曜グループ 3歳～4歳の自閉症、精神発達遅滞の母子訓練

- ・水曜グループ 1歳～2歳の自閉傾向、言語遅滞の母子訓練
- ・木曜グループ(1) 0歳～1歳のダウン症乳児の母子訓練
- ・木曜グループ(2) 5歳～小学3年の多動児の療育訓練

各グループ共に、10～15名の構成で、スタッフは各グループ夫々、セラピスト2名、心理判定員1名、計3名で担当しています。この療育グループの特徴は、幼稚園・保育園や訓練施設へ入所する前段階の年齢か、あるいは発達状況であるため、訓練途中でも状況が整えば、随時、幼稚園等へ引きついでいることです。この時期については、保護者の希望と、児童の状況と、受け入れ園との調整的判断が求められますが、3歳～4歳児は、平均1年の通所訓練で、更に大きな集団での統合保育を受ける素地が母子共に認められ、また0歳～2歳児は、児相での通所訓練後、通園施設の母子通所に引きつぐか、もう少し、児相の通所を続ける等の方法が定着しています。幼稚園や保育園、通園施設への引きつぎ後は、並行通所訓練は実施していませんが、半年に1回程度の経過観察を行っています。多動児グループに関しては、どの子ども、幼稚園、小学校に在籍し、適応の困難さを抱えての相談が相つぎ、自然発生的に成立したグループ指導ですので、幼稚園・小学校との並行訓練となっています。

通所指導終了後の59年～61年までの進路を表1に示します。

表1 長期通所指導幼児の進路（推移）（人数）

年度	進路	幼	保	精	障	仲	肢	普	養	繼	中	転	計
		稚	育	薄	害	よ	体	通	護	続	断	出	
	園	園	児	幼	し	不	学	学	統				
59	11	4	8	4	2	1	1	1	10	-	-	-	42
60	10	6	9	1	-	-	1	-	9	1	-	-	37
61	12	4	10	2	-	-	4	1	9	1	2	2	45

ぐ迄の役割としており、傾向としては早期発見・早期療育のニーズの高まりからその数が増加し、また低年齢化の傾向にあります。このような状況は、幼稚園が3年保育としても3歳児入園であること、障害児保育が要綱では3歳以上としていること（この制限は、最近はなくなってきている）、かしわ学園母子通園が1歳から、と夫々年齢的制約があり、その補完的役割を主体的に当所が行っているためと考えられます。

2. まとめ

以上、当所からみた障害児療育を述べてきましたが、札幌市内の乳幼児療育は、早期発見・早期療育に関しては着実に進展しているものの、システムとしての療育体制（流れ）は、確立されていないように思われます。例えば、保健所の早期発見の役割は大きいものがありますが、発見後の児童の状況に応じた療育の流れが保障されているか（誰がその児童の療育を受け始めたかを把握するか）は、はっきりしていません。肢体不自由児療育に関しては、この流れがかなりシステム化されていると言えますが、療育のシステム化は縦断的 follow を行っている児相の役割なのかもしれません。

長期間、心身障害児の療育に関わる児童相談所としては、機能的な援助と適切な情報提供など、保護者・児童と療育機関との間のコーディネーター的役割が、今以上に必要と考えます。児相・保健所等他機関・幼稚園・保育園・施設との連携はもちろん、社会状況とニーズの変化に応じた療育体制（並行療育、システム化など）について、この研究会でも論議を深めていただく事を期待しています。

9 討論のまとめ

北海道教育大学札幌分校

後藤 守

旭川医科大学小児科

長 和彦

1. はじめに

近年、障害児への対応の仕方に大きな変化が生じて来ています。小児期になってから障害が明らかになっては治療・療育が遅すぎるという事から障害児の発見がより早くなる傾向があります。そのため、早期発見・早期診断体制の整備、乳幼児期の障害児保育の場の確保が求められて来ております。この様な障害児への対応の変化に遅れまいと、北海道各地でそれぞれの取り組みがなされて参りました。

しかし、その実践の中で、障害の発見が早期になればなる程、障害か個性差かの判断が難しくなり、時として、健康な子供に障害というレッテルを貼ってしまい、特に母親に大変な苦痛を与える結果も生じて来ています。

又、障害児の療育の場が質・量とも充分でない事が痛感され、殊に、北海道という広大な地域の中で、札幌周辺とその他の地域では状況が異なるという地域差も問題になって来ています。

更に、保育・療育の現場では、医療、育児・教育相談、療育に関わる種々の専門機関との連携が充分取れないため、不安の中で毎日の保育・療育に当たっているという声も耳にいたします。その結果、育児の当事者であります母親の心配が益々増強されるばかりでなく、各専門機関に属する我々も日常の活動の中で、正に、孤軍奮闘を強いられているのが現状であります。

この様な状況の中で、全道的なレベルで互いの情報を交換しあい、各専門機関との交流、研究を目的とする『北海道乳幼児療育研究会』が設立さ

れたことは、誠に時期を得た事であります。

加えて、この記念すべき本大会の冒頭から、『乳幼児療育の現状』と題したシンポジウムが行われました事は、大変意義深い事であります。このシンポジウムを通して、各専門機関を代表する方々から、現場での御苦勞、御配慮、問題点など生々しい声を聞く事が出来ました。それは、単に、現場の様子、現状を理解する事が出来たというばかりでなく、正に、我々の足元を見直すという意味で大変有益な事であったと思われまます。

2. シンポジウム『乳幼児療育の現状』

それでは、シンポジウム『乳幼児療育の現状』の概略について御報告させて頂きたいと思ひます。それぞれの御発表の詳細は、本紙に掲載されていますので、御熟読下さいますよう御願ひ申し上げます。

プログラム（表）に沿って、4人のシンポジスト、続いて、4人の指定討論者の方々から、それぞれ20分、10分の予定で御発表いただきました。

まず最初は、『乳幼児健診の現場から』と題しまして、札幌市西保健所の木内邦子氏より御発表いただきました。

札幌市という広大な都市で、乳幼児健診を行なうにあたって、7つの保健所間の連携をどう取るか、転入・転出の多い家族・子供をどう継続的に経過観察するかが、大きな問題であったようです。

そこで、昭和58年12月に乳幼児管理委員会が設立され、乳幼児健診の実施時期、実施方法、カルテの様式などが検討されたとの事です。7保健所共通に、乳幼児健診の実施時期は、4カ月、10カ月、1歳6カ月、3歳とし、4カ月、1歳6カ月、3歳は全員個人通知し、10カ月は予約、自由来所と決定しました。使用するカルテも全保健所共通のものを作成し、更に、カルテ使用上の手引、チェックポイントも作成して、全市的に共通の目でフォローできるように配慮、工夫を凝らし、問題の解決を計ったとの事です。

他の地区から見ると、羨ましい限りですが、いずれの健診でも小児科医が2名づつ配置され、保

健婦、助産婦、看護婦、栄養士、X線技師、10カ月健診からは歯科衛生士、1歳6カ月、3歳健診では心理相談員も加わり、総合的な健診体制が出来上がっている様子です。

更に、西保健所独自の取り組みとして、『運動発達クリニック』の紹介がありました。昭和51年12月より昭和60年3月までの9年間、障害児早期発見システムの一環として、育児指導の場としてこの『運動発達クリニック』が機能していたと思われまます。

これらの取り組みを通して、医師や理学療法士など、専門家との交流がなされ、保健婦としての目が養われてきたとの事です。又、親子交流会が実施され、それは、定期乳幼児健診の中でのグループ指導という形に発展してきたとの事です。

札幌市、殊に、西保健所に於ける乳幼児健診の中での問題点、今後の課題を整理してみると、その第一は、乳幼児健診の場で、4カ月から3歳まで一連の共通のカルテを使用したことで、健診に関わった専門家との交流が、更に、母親との交流会を通し、一部集団指導が可能になり、統一的・継続的な援助が出来易くなったことであろうと思われまます。

しかし、未受診者への対策、更に、3歳以降就学までの間の関わり方に大きな問題が出て来ていると思われまます。殊に、発達障害の心配のある児の3歳以降の専門機関との関わり、保育所、幼稚園との連携など、各専門機関との連携のありかが今後の重要な課題であることが浮き彫りにされた様に思われまます。

次は、札幌市肢体不自由児母子訓練センターの柄崎英明氏より御発表いただきました。

同センターは、児童福祉法に準ずる施設としての性格を持ち、母子入院制度を有する有床診療所であり、昭和54年開設以来、既に8年経過しております。同センターにおける受診状況の推移、札幌市における障害児療育の現状を中心に、殊に、医学的側面からお話いただきました。

母子入院（母子訓練）とは、障害を有する児童が母親と共に一定期間入院し、その中で母親が児

の障害に対しての理解を深め、障害を克服していくための訓練手技や日常生活全般に亘る育児方法を学ぶために行われるものです。新規の入院の場合は、原則的には8週間以上、再入院の場合は原則的に5週間以上を1クールとして、年間平均新規入院3、再入院4、計7クールで行われております。

同センターへの紹介先の推移を見ると、開設当初は、道立肢体不自由児総合療育センターの待機児童、児童相談所経由の患児が殆どでありましたが、最近では、乳幼児健診による保健所からの紹介、又、病院などの医療機関からの直接紹介が最も多くなってきました。更に、受診されるケースの80%近くが2歳未満であったことは、障害児の早期発見・早期療育の重要性が幅広く認識されてきた結果であると考えられましょう。

札幌市に於ける脳性マヒの発生率は、この10年間殆ど変化がないといわれ、出生1,000人に対し約1人であるといえます。同センターの初診者中、脳性マヒ児はほぼ20~30名(30%前後)で、年次変化はなく、ほぼ一定しており、療育対象患児の多くは、単に運動障害児というのではなく、精神発達遅滞、てんかん、視聴覚などの感覚障害をあわせ持った所謂、心身障害児であります。

又、療育に対する家族、殊に母親の心理的变化について見逃すことが出来ない点があります。それは、同センターを受診する患児の内、治療対象患児が年々増加傾向にあるにも拘わらず、母子入院を希望するケースが減少し、外来訓練児が激増してきている点であります。その原因について、氏は、障害児を持つ御家庭、それを取り囲む社会の内外の事情の変化について述べておられました。

そこで、同センターでの経験を通して、障害児対策の問題点と今後の課題をまとめてみますと、(1)療育が必要な障害児の多くは、単に運動療法のみで発達を伸ばしていくのは困難であり、医療、心理、言語、保育といった幅広い専門分野の総合的なはたらきかけが必要なケースであり、現状では、職種、人員ともかなり不足しているという点。(2)母子入院に対する希望の変化に伴い、療育の

方法としての母子入院が見直される時期にきており、より充実した外来訓練体制の検討が必要であるという点。

(3)療育は、毎日の生活の中で継続されてゆくことが不可欠であるため、特に、地域療育サービスが保障されなければならない。そのためには、殊に、通園施設の充実が急務であり、従来の様な肢体不自由児、精神薄弱児という区別を取り除いた総合的な心身障害児施設の設置が重要である事。更に、就学児童や卒業後の児童、青年を対象とした施設の設置も必要である点。

(4)一人の障害児が多くの医療機関を廻り歩くことがない様に、医療機関の連携、機能分担の整備・整理も必要である点。

以上の様にまとめることが出来ると思います。

次は、北海道立特殊教育センターの佐藤忠道氏より、聴覚障害児の早期教育の実践の中からお話していただきました。

早期教育の在り方、障害児に対するアプローチの仕方などは、単に聴覚障害児だけに当てはまるものでなく、他の発達障害児の場合にも充分考慮しなければならない点であり、大変参考になる話であったと思われました。

聴覚障害とは、それによってまず、母子間のコミュニケーションの障害という形で表われ、更に、普通と違った特異な判断や行動を伴う、言わば、人格形成の障害として表われ易いものであります。

その様な聴覚障害児に対する早期教育の歴史はかなり古く、日本でも昭和26年に3歳児の教育が既に行われており、現在では、更に、2歳、1歳、0歳児の教育と低年齢化が進んでいます。

そこで、早期教育の内容を考えてみますと、大きく0~2歳児を対象とする教育相談の段階と3~5歳児を対象とする幼稚部段階とに分けられると思われまます。

教育相談の段階での問題点は、まず障害が発見されたばかりで、自分を見失って、子育てに対する方針どころか、意欲されも失っている状態の母親にどの様にアプローチするかという点でありましよう。

早期教育があまりにも重要視されるため、声を出す練習、呼吸の訓練、聞き分けの練習、など教育の特殊な面だけが強調され、返って、育児に対して受身の母親を作ってしまう可能性も否定できません。教育相談の本来の目的は、母親の育児本能を呼び覚まし、『こんな子供に育てたい!』という願いを中心に、子供への関わり方をアドバイス、援助をする事と述べておられました。

特に、補聴器の使用を通して、母親と子供とが同じ“Hearing World”に住んでいるという心理の一体感をもたせることが、教育相談の出発点である事を強調されていました。

3歳以上の幼児を対象とした幼稚部の段階では、学級担任による直接的な指導、即ち言葉の指導が中心になってきます。言葉の指導については、色々な考え方や方法がありますが、大切な事は、『言葉を育てる』ことではなく、言葉を通して『子供を育てる』であるといえます。即ち、特殊な教育方法を導入して教育するのではなく、『見たい、知りたい、伝えたい、言いたい、関わりたい』という言葉に乗せる土台となる幼児の心の動きを育てることを強調されていたと思います。

これらの指導理念は、単に聴覚障害児の教育にだけ当てはまるものではないように思われます。多くの発達障害を示す子供を教育、指導する上でも重要な示唆を与えていただいた様な気がいたします。

更に、氏は聴覚障害児の早期教育の上での幾つかの課題についても提言されておられましたが、その中で、人間や障害に対する深い洞察力を持った教育相談担当者の養成が急務である点、早期教育・特殊教育の重要性が強調されるあまり、幼児の発達の状況を無視したようなイテグレーション志向の教育方針に対して疑問を投げかけておられた様に思われました。

障害児に対する療育の効果を上げるためには、如何に、毎日の生活の中で質の高い、継続的な療育が出来るかが重要な点であると思われ、そのためには、どうしても地域療育サービスの問題がクローズアップされて来る訳であります。

そこで、長年の間、地域療育活動に貢献されてきました、『おしまコロニー地域療育センター』の竹下敏雄氏より地域療育活動の現場での様子を中心にお話を伺いました。

従来、精神薄弱児の処遇の基本は、施設へ収容し、その中で治療・訓練・福祉を行うことが中心でありましたが、最近、思春期並びに青年期の心身障害児の急増、在宅障害児の増加に伴って、どうしても新たな総合的処遇システムを考えなければならなくなってきています。

そんな中で誕生したのが、この『おしまコロニー地域療育センター』であったとのこと。同センターの仕事は、大きく外来事業と派遣事業に分かれています。

外来事業は、障害児に対する個別指導と母子グループ保育から成り、個別指導は、ケース・コーディネーターを中心に運動・作業療法、感覚統合、言語指導などが行われています。母子グループ保育は、母子いっしょに遊びを中心に保育することになります。更に、ケース・コーディネーターと御両親との間で、十分な意見交流を行い、御両親の気持全体を支援することが重要であると言われておられました。

様々な療育手段を用いることにより、身体機能を改善させ、その結果、応答性を向上させ、更に、療育者の心理的な面のサポートといったトータルケアが最大の目標であると言います。

もうひとつの柱は、派遣事業であります。医師や保健所の保健婦の協力を得て、巡回相談を行なうものです。

この場合は、親が対象であります。相談を通して、日常生活の中で親や子供達が十分にやってくれるような情報や技法を具体的に提供することにより、問題が問題でなくなることもあるとおっしゃっておられました。

氏は、この様な地域療育活動を行なっていく上で、ボランティアを含めた人員の不足、施設の不足を訴えておられ、さらに現場での問題点に多くの示唆に富んだ御意見をお話し下さりましたが、私が感銘を受けた点は、療育を行う上で、療育の

“Key-Person”を中心に、障害児ならびにその家族、社会を含めた“Total care”が重要である点を強調されたことだと思います。

以上、4人のシンポジストの方々から御発表戴き、更に、引き続いて4人の指定討論者の方々から御話を伺いました。

まず最初は、相場幸子氏より北海道クリスチャンセンターの実践について御紹介がありました。

1966年以来、21年間にわたり家庭福祉相談室ということで、来談者のニーズにあわせて障害児との遊びを中心に、母親の悩みを聞くという形で実践されています。

氏の提言された問題点は、来談者の殆どが実は、公的療育機関に受け入れてもらえない子供達を中心である、その数がけっこう多いという点であります。公的機関の対象の条件が厳しく、更に、人数にも限定がある点が問題であることを指摘されておられました。

又、2～3歳児が相談の主体になってきていることから、就園前・就学前の相談が多く、この年代の子供達や母親へのサービスが重要である点を強調されていたと思います。

次は、長年、言語指導にあたってこられた深川市ことばの教室の中山忠道氏より、言語指導の立場からお話を伺いました。

現在、北海道全体として188施設のことばの教室があり、その内161施設は小・中学校に併設されているそうです。近年の障害児の早期発見・早期療育の機運にもかかわらず、幼児対策の遅れを指摘されています。そこで、深川市のことばの教室では、『子どもの発達研究会』を組織し、あらゆる専門機関とのネットワーク作りをされ、更に、各専門機関とタイアップしながら、教室の職員を1歳半児の健診に派遣し、更に、3歳児以上の幼児には『ことばの検査』を実施しています。

多くの地域で、各専門機関との連携の難しさが問題として上げられていますが、氏が深川市で取り組まれたネットワーク作りの方法は、これから取り組まれる地域、更に、全道的なネットワーク作りの上で、多大の示唆を与えていただいたと思

います。

その次は、これまで民間保育園の立場で、障害児保育に携わってこられた札幌の大谷地たかだ保育園、園長の伊藤克実氏より、札幌市私立保育所連合会の調査報告『障害児保育の制度をめぐる一札幌の現状と課題』を中心にお話を伺いました。

氏も障害児の早期発見・早期療育システムの確立、現在ある療育システムとしての専門機関と乳幼児保育機関としての幼稚園・保育園との連携の重要性を強調されていたと思います。

しかし、最も検討しなければならない点は、障害児保育を行う上で、保育園の入所要件になっている『保育に欠ける』規定の問題であるとおっしゃっています。現在の札幌市では、『障害がある』ことは『保育に欠ける』ことととらえられていないという事です。即ち、心身に障害を持っている児童こそが、保育上、適切な環境を必要としており、最も『保育に欠ける』状況にある点が認識されていないという事です。しかし、次第に保育園としての意識も高くなり、過半数の保育園園長のお考えの中で、障害が『保育に欠ける』状態であるということが定着してきたことが、障害児保育の数的拡大の背景であることが判り、大変心強い印象を受けました。

更に、障害を持ったお子さんがおられる御家庭では本当の意味で『保育』が可能であるのかを、充分検討することが重要ではないかとの御提言がなされ、今後の問題であろうと思われました。

最後に、札幌市児童相談所の伊藤まち子氏より0歳から17歳までの児童の公的な相談指導機関である児童相談所の機能、問題点を中心にお話を伺いました。

児童相談所の機能は、大きく行政的機能とクリニック的機能を有しております。行政的機能のひとつは、各訓練施設入所、心身障害児の保育園、幼稚園入園のための窓口であり、その判定機関であること、更に、療育手帳、特別児童扶養手当、福祉手当、税控除などの心身障害者の福祉的諸制度の判定書並びに診断書を交付することでありま

す。

もうひとつの機能は、来談者へのカウンセリング、ケースワーク、療育指導といったクリニック的機能を持っています。この様に、児童相談所に対するニーズの増大にともない、昭和61年度の心身障害相談は1,337件と全相談件数の49.5%を占めており、更に、年々増加の傾向にあるといえます。

相談所という立場から、障害児療育の現状をみると、札幌市内の乳幼児療育における早期発見・早期療育に関しては明らかに進歩、発展していると述べておられました。しかし、一番の問題点は、システムとしての療育体制が不十分であるということです。即ち、障害の発見後、児童の状況に応じた療育の流れが保障されていないのではないかという御提言であったと思われます。

特に、保護者、児童と各専門機関との間のコーディネーター的役割が大変必要になってくると述べておられました。

これで、総ての御発表が終了し、会場の皆様とのディスカッションに移りました。議論の中心は、札幌市に於ける1歳半の乳幼児健診の対象が全員でないことの是非であった様に思います。1歳半という時期は、独歩の完成という大事な時期であるため、又、この時期を逃すと次は3歳児の健診まで時間があいてしまうため、障害児の発見が遅れてしまう危険がないか、との問題提起がなされました。十分に検討する必要があるかと思われました。

3. 感想並びに今後の問題点

皆様の御発表から、幾つかの問題点が浮き彫りになったと思われます。

そのひとつは、各専門機関の内部的な問題点です。人員の不足、施設の不足・不備に御苦労されている点であり、更に、質の高い機関への努力が必要な点です。

第2の問題点は、各専門機関の連携の問題です。それぞれの機関の質の向上はかなり進歩してきたにも拘わらず、システムとしての機能が

不十分である点であります。

これには2つの側面があるように思われます。ひとつは、子供や両親、それを取り巻く社会と直接関わる人、即ち、竹下敏雄氏のおっしゃる“Key-person”の存在と働きであり、もうひとつは、伊藤まち子氏が御提言下さったどの機関が“オーガナイザー”になるかという点であります。現実的には、これらの“Key-person”，“オーガナイザー”を固定化するよりも、それぞれの関わりの中で一番適当な方、機関を模索していく自由度が必要に思われます。そのためには、中山忠道氏が深川市で実践されたような積極性が必要であり、正に、この点に関しては、“私の、我々の生命線”というようなアピールが大切なのではないかと思えます。

第3の問題点は、社会の意識の改革、更に、法的な問題の改正の点であります。特に、各専門機関が質的向上を計り、有機的な結合がなされるためにネックになるのが法的問題でありましょう。伊藤克実氏が御指摘された『保育に欠ける』規定の再考は大変重要であると思われまじ、柄崎英明氏、竹下敏雄氏が御指摘された外来訓練体制、地域療育サービス、などへの法的な保障も必要であると思われまじ。

最後になりますが、障害児の早期発見・早期療育体制が整っても忘れてはならない点は、佐藤忠道氏が御指摘された『子供を育てる』という基本精神であり、社会と関わる人間としての生涯を通じた“Total care”を目指すことであろうと思えます。

4. まとめ

シンポジウム『乳幼児療育の現状』の概略を御報告させていただきました。この会が新たな出発の第一歩になり、北海道の乳幼児療育の発展に寄与することを祈念いたしております。

最後に、このシンポジウムに参加されました皆様、殊に、貴重な御意見を御発表下さいましたシンポジストと指定討論者の方々に心から御礼を述べさせて戴きますとともに、まとめ方の不備を御容赦くださいますようお願い申し上げます。

■ 第1分科会

テーマ 発見から療育へ

発題者

- ①清野 茂（名寄女子短期大学）
「道北地域における健診から療育への現状」
- ②三島 与志正
（道立札幌肢体不自由児総合療育センター）
「訓練指導の立場から」

指定討論者

- ③早苗 信隆（北海道療育園）
- ④古塚 孝（北海道大学教育学部）

司会・記録

- ・鈴木 真知子
（道立札幌肢体不自由児総合療育センター）
- ・加藤 典敏（札幌市ひまわり整枝園）

① 道北過疎地域における乳幼児健診と障害乳幼児療育の現状

名寄女子短期大学 清野 茂

1. はじめに

ここ10年ほどの間に、障害児への早期対応の動向は、この北海道においても大きく変化してきているといわれている¹⁾。

早期発見、さらには超早期発見を可能にする乳幼児健診、又、1才半健診の実施、それらと連動する形で整備されてきている早期・超早期療育システム、「ことばの教室」、母子療育事業のとりくみが療育開始時期を早め、子ども達の障害の軽減・発達援助に大きな役割をはたしてきていることは、確かに誰もが認めるところである。

しかし、これらの発展も、地域的に非常に不均衡な形で進んできており、依然としてこれら事業の未実施、諸機関の未整備の地域も多く、十分な援助もなく障害乳幼児が放置されているという状況がある。

私は大学教師となり今年で10年になるが、現在も、又、前任地も人口3万数千人の小都市しかも、周辺に広大な過疎地域をかかえた市にある大学に勤務してきた関係もあり、へき地小都市、町村のかかえる困難を直接目にし、保健婦、相談員、保育者、ボランティア等、多くの方々とともに、地域の障害幼児療育に関わってきている。そうした中で、親や関係者の話をうかがいながら、同じこの国に住む子ども達が、この北海道に住む子ども達が何故、このような劣悪な条件の中に置かれねばならないのか、いきどおりながらも、同時に、子どもの療育や保育の場を求めて、遠隔地の療育機関に通う一方で、仲間づくりをし、地元の療育・保育条件を変えるために努力する親達、又、関係者の姿を目のあたりにして、地域に潜むエネルギー

人数の問題は決定的に重要なものとなる。

さらに、このことと関連して、へき地保健婦の定着の難しさ、移動の激しさも指摘しなければならない。ひとつの町で5年間に3名変わったり、1～2年の間に3名から1名に減少したり、各町村保健婦の経験年数をみても、1年、2年といった方も多く（訪問時、昭60～62）、稚内市を除くと5年以上の経験年数を有する保健婦は5人までいないという状況である。保健婦活動の内容からいっても、保健婦自身がその地域に根づいて、住民と結びつき、役場の中に於いても、町の中に於いても、又、都市に設けられている関係機関とも横のつながりをしっかりとつくり、活動していくことは大切なことであり、そのためには、定着し、長期間継続して業務に従事できるかどうか重要な問題となる。後の事例でみるように、利尻町のように1人勤務の長く続いた町の場合でも、長期間地域に根づいて活動することで、障害幼児への支援を相当程度の水準ですすめることを可能にしている自治体もあり、この点も人数とともに見逃せぬ事柄である。

経験年数の少ない保健婦が多くを占めるという状況の中で、例えば母子の個別支援にとって、重要な訪問技術そのものに弱さをもつ場合もみられる。このことについて、次のような指摘がある⁴⁾。

「母親自身が子どもに対しては何ともないと思っていれば、保健婦が行っているいろいろ言うという事に対して、わずらわしくなってきましたね。まして、酪農地帯でいそがしくなったりすると、『いそがしい、時間がない』そういう返答がきます。そういう中で、相手の受入れが悪いというので訪問を切ってしまうケースがあります。訪問記録を見せてもらっていると、そういうケースにぶつかります。お母さんが拒否しても、保健婦が本当に関わらない方がよいのか、判断に迷う場合が多いのです。」

このような困難がある中で、しかし、保健婦の集団的な研究、研修活動が広く行なわれ、保健所主催の研修会だけでなく、周辺の数町村で独自の勉強会をもち、例えば、互いの乳幼児健診のチェッ

ク表を出し合い、検討したりするなど、よりよい実践をすすめるための努力が行なわれている⁵⁾。

3. 保健所の役割の大きさ

前記13市町村中、宗谷支庁管内の10市町村は稚内保健所、留萌支庁北部3町は天塩保健所の管轄区域となっている。

稚内保健所は、面積で約4,078km²、人口99,380人の地域を担当しているのであるが、単独の保健所としては極端に広い、しかも島嶼部を含む地域をカバーしなければならぬため、利尻町脊形に支所（稚内保健所利尻支所⁶⁾）を有している。又、宗谷支庁の最も南に位置する枝幸町、音標地区には、保健婦駐在所を設置している。保健婦の配置数は、稚内保健所に10名、利尻支所に2名、音標保健婦駐在所に1名で、合計13名の道保健婦が配置されている。

表3は、保健所保健婦の市町村担当、地区分担の状況であるが、各市町村ごとに担当を決め、地区分担あるいは業務分担という形態で支援を行っている。稚内市内は、保健婦係長を除く9名の保健婦（担当者を含む）全員が担当地域をもち、活動している。稚内保健所がまとめた昭和60年度保健婦業務計画書によると、前年度昭和59年度の管内保健婦（市町村保健婦を含む）42名の総業務時間が70,968.0時間、そのうち保健所保健婦（駐在保健婦を含む）の業務時間が21,510.5時間を占め、これは、全体の約30%にあたる⁷⁾。

乳幼児健診等、各種健診事業への支援、又、その事後指導など、町村間の較差が激しい中で、保健所の支援がなければ実施しえない業務も多く、これは、たんに保健婦だけでなく他の職種による協力も含め、保健所の役割は必要不可欠なものとなっている。表4は、市町村にその実施が委ねられている1才6ヵ月健診における保健所の職種別協力状況を示しているが⁸⁾、これらの数字も、そのことを裏づけている。

しかし、一方で、この地域のようにあまりにも広大な担当地域をかかえている場合（支所担当の利尻島、礼文島を除いても3,813km²の広さであり、

これは、埼玉県を上まわる面積である), 担当町村への移動に多くの時間をさかれ, 実際的な支援の時間を奪いとるという状況もある。

4. 乳幼児健診の実施回数, 時間

表5, 6は, 各市町村の乳児健診, 1才6ヵ月児健診についての資料であるが⁹⁾, これも市町村によってかなりの較差が認められる。受診率は都市部と比較すると全体的に高率であり, 未受診の場合でも家庭訪問等による確認などを行なってい

る場合がほとんどであるといわれているものの, 対象月齢, 年間実施回数をみるとやはり大きな問題をかかえているようである。

乳児健診について, 一定の月齢で, 毎月実施できる町村が非常に小数であることがわかる。医師の確保, 費用等の問題からこのような形をとらざるをえないのであろうが, 対象月齢に幅を持たせて実施するか, 毎月実施している場合(年間12回以上)でも対象月齢の様々な乳児を一度に集めて実施するという方法をとっている町村がほとんど

表3 保健所保健婦市町村担当, 地区分担, 業務担当形態

市町村名	保健所保健婦	業務担当形態
稚内市	A	地区分担型 市街地区一部担当 無医地区派遣活動
猿払村	B	地区分担型 (浜猿払地区)
浜頓別町	C	業務分担型 無医地区派遣活動
中頓別町	D	地区分担型 特別派遣活動 (小頓別, 市街地区一部担当)
枝幸町	E・H	地区分担型 駐在活动型 (音標, 上音標, 乙忠部, 風烈布)
歌登町	F	業務分担型
豊富町	G	地区分担型 (2町内, 徳満, 芦川, 開源, 地区担当)
利尻町	I } J } G } I }	業務分担型
東利尻町		地区分担型
礼文町		業務分担型 無医地区派遣活動

Hは駐在保健婦, Iは支所配置された保健婦, Jは保健婦係長。

昭和60年度稚内保健所保健婦活動計画書資料を一部改変。この時期支所保健婦1名。

表4 道内市町村による1才6ヶ月健診の実施状況と保健所の職種別協力状況

1才6ヵ月健診(相談)

ブロック名	市町村数	実施状況			保健所の職種別協力状況					
		実施市町村	医師参加	小児科医	保健婦	栄養士	検査技師	歯科衛生士	歯科医師	医師
道南	26	21(80.8)	20(95.2)	8(38.1)	15(71.4)	13(61.9)	2(9.5)	2(9.5)	0	4(19.0)
道央	28	24(85.7)	22(91.7)	10(41.7)	24(100.0)	20(83.3)	1(4.2)	13(54.2)	8(33.0)	9(37.5)
空知	27	26(96.3)	23(88.5)	17(65.4)	19(73.1)	13(50.0)	0	1(3.8)	3(11.5)	1(3.8)
日胆	24	21(87.5)	20(95.2)	11(52.4)	16(76.2)	11(52.4)	2(9.5)	6(28.6)	3(14.3)	5(23.8)
上川	24	22(91.7)	22(100.0)	15(68.2)	12(54.5)	7(31.8)	0	0	3(13.6)	4(18.2)
宗谷	19	19(100.0)	18(94.7)	0	14(73.7)	8(42.1)	6(31.6)	3(15.8)	2(10.5)	1(5.3)
網走	26	26(100.0)	21(80.8)	4(15.4)	19(73.1)	10(38.5)	1(3.8)	9(34.6)	2(7.7)	2(7.7)
十勝	20	20(100.0)	18(90.0)	7(35.0)	16(80.0)	12(60.0)	1(5.0)	2(10.0)	2(10.0)	5(25.0)
釧根	15	15(100.0)	14(93.3)	5(33.3)	13(86.7)	11(73.3)	4(26.7)	7(46.7)	5(33.3)	2(13.3)
計	209	194(92.8)	178(91.8)	77(39.7)	148(76.3)	105(54.1)	17(8.8)	43(22.2)	28(14.4)	33(17.0)

※表内の数字はすべて市町村数を示す。

※()内は割合を表わし実施市町村の割合の他は, すべて実施市町村数に対する割合を示す。

である。

1才6ヵ月児健診についても、稚内市を除くと、実施回数が最高2ヵ月に1回の年間6回、少ない場合には半年に1回の年間2回となっている。

乳幼児健診を毎月実施できない場合、健診の月齢がそれぞれの子どもで一定せず、発達の節目に焦点をあてた発達チェックを行なうことに困難をとまわざるをえない。1才6ヵ月児健診を年2回のみ実施する場合には、6ヵ月の幅のある月齢の子ども達を対象とすることになり、又、1回健

診をのがすと、場合によっては、次の健診までに、2才半になっているということもありうるのである。

5. 医師確保の困難と重要性

これらの状況を生み出す背景の一つには、へき地の深刻な医師不足問題があり、どこの町村も医師確保には困難をきわめ、これら町村の中には、九州のK医大や札幌の病院から短期間のリレー方式で医師を確保したり、韓国人医師、台湾人医師を招請している所もある。乳幼児健診においても、当然医師の確保は難しく、小児科医によらない健診を実施せざるをえない場合も多い。このことは、この地域だけの問題ではなく、他地域町村部にも広くみられる現象であり、道看護協会、保健婦問題対策小委員会が昭和61年2月に道内212市町村を対象に行なったアンケート調査でも明らかにされている（前記表4）。

これら地域の健診は、1回の受診者数が少なく、保健婦による問診や指導を比較的ゆったりと行なうことが可能な一方、医師の時間帯にあわせて健診の流れを構成せざるをえず、医師診察後の保健婦による指導時間が待ちにくかったり、カンファレンスへの医師の参加が不可能だったりする町村も少なくない。

一方、中には健診の精度をあげるねらいも含め、小児科医を札幌や旭川から年間1～2回招請し、その機会に、乳児健診、1才6ヵ月児健診を同時に実施するという方法をとっている所もある。

前記表5、6でもみたように、この12町の中で比較的恵まれた条件で健診を実施しているのが、豊富町である。札幌医大から町立病院の小児科医師を派遣してもらい、それと兼ねる形で健診担当医を確保、特に、札幌肢体不自由児総合療育センターの佐久間和子副院長が毎月当町を訪ずれ、これらの事業に協力しており、ことごとが豊富町の健診と後にみる事後指導の水準を高いものにしてるのである。当町の担当者はこのことと関連して次のように述べている。

「老人保健関係の仕事も拡大していく中で、母

表5 乳幼児健診の対象月齢・実施回数・受診率

町村名	対象月齢	実施回数	受診率	年間出生数(昭和61)
猿払村	2～12ヵ月	3回	86.4%	47人
浜頓別町	3～5ヵ月	4回	82.5	85
中頓別町	2～12ヵ月	4回	84.0	35
枝幸町	3～4 6～7ヵ月	12回	97.6 98.4	121
歌登町	〃	6回	95.0 100	45
豊富町	4, 6ヵ月	24回	98.9 96.4	92
利尻町	3, 6, 9, 12ヵ月	12回	92.9	33
東利尻町	〃	〃	80.7	32
礼文町	2～12ヵ月	2回	91.8	56
天塩町	3, 6, 9, 12ヵ月	12回	99.6	64
幌延町	〃	〃	〃	56
遠別町	〃	〃	78.7	57
稚内市	3～4ヵ月 (6～7ヵ月)	24回 12回	95.2 88.3	696

歌登、豊富は昭60、枝幸、稚内は昭61、利尻は昭62の途中経過(62年4月～11月)他は昭59の受診率

表6 1才6ヵ月健診の対象月齢・実施回数・受診率

町村名	対象月齢	実施回数	受診率
猿払村	1才6ヵ月～8ヵ月	4回	85.5%
浜頓別町	〃	〃	91.5
中頓別	1才6ヵ月～2才	2回	86.0
枝幸町	1才6ヵ月～7ヵ月	6回	93.3
歌登町	1才6ヵ月～2才	2回	100
豊富町	1才6ヵ月～8ヵ月	4回	83.5
利尻町	1才6ヵ月～9ヵ月	3回	88.5(昭62は100%)
東利尻町	1才6ヵ月～8ヵ月	4回	80.9
礼文町	1才6ヵ月～2才	2回	92.7
天塩町	1才6ヵ月～2才	4回	96.7
幌延町	〃	〃	86.7
遠別町	〃	〃	88.9
稚内市	1才6ヵ月	24回	97.4

歌登、豊富は昭60、枝幸、稚内は昭61、他は昭59の受診率

子保健の活動の水準を維持していくことは大変なことです。お願ひした時の佐久間先生との約束もあり、毎月、一定月齢（4ヵ月、6ヵ月）での健診の実施という水準を落すわけにはいかないのです。」

又、つい先日訪問した枝幸町（この町も以前に佐久間医師の関わっていた所で、健診の実施回数が多いのも、そのことと関係がある）は、前記のように、保健婦1人あたりの人口がもっとも多い自治体であるが、わずか1人の、それも新任の保健婦さんが語ってくれた所によれば、「1人の保健婦（別に駐在保健婦が1名、町の南東部にある音標地域を担当）でまがりなりにもやっていけるのは、ここに優秀な若い小児科医がいるからです。ドクターが様々相談にのってくれたり、助言してくれたり、又、町の関係者に働きかけてくれたりすることで、保健婦の仕事がどんなに助かっているかわかりません。」という状況がある。

このように、小児科医の存在が、当該地域の母子保健活動の推進のうえで大きな役割を果たすことを、これらの数少ない事例は語っており、健診への小児科医の参加、さらに各町村医療機関への恒常的な小児科医の配置は必要不可欠のことであろう。

6. 深刻な事後指導、療育の状況

障害や発達の遅れが、たとえ早期に発見されたとしても、早期の療育、保育、又、家庭療育への支援等、事後指導が速やかに開始されなければ、早期発見は、親、家族へ絶望へのパスポートを渡すにすぎないことになる。

事前に予想されたことであったが、各町村とも、この問題に関しても非常に困難な状況におかれている。

離島の3町（礼文町、利尻町、東利尻町）については、どの障害に関しても療育の場は皆無であり、たとえば、CPの子どもの場合、もし、療育の機会を望むのであれば、フェリーを約2時間、列車を1時間乗りついで、海を渡った豊富町で月1度実施されている訓練会（「あゆみの教室」）に

参加するということになる（フェリー、列車の便を考えると泊りがけの仕事になる）。又、医療面での精密検査を受ける場合には、さらに大変な努力を必要とし、旭川、札幌、あるいは、小樽へと足を伸ばさなければならないのが実情である。

礼文町でききとりをした際、聴覚障害幼児の事例にかんして、発見後の早期教育の難しさを指摘する担当保健婦の声をきいたが、このケースについて、教育相談を実施している旭川壘学校幼稚部の担当者からも、その後、経過をうかがっているもので、それについても以下にふれたい。

聴覚障害幼児に対する早期教育は、他の障害種別と比較して、もっとも早くから実施され、本道でも昭和34年には最初の幼稚部が札幌壘学校に設置されている。現在では、幼稚部入学こそ満3才からだが、教育相談という形で、1才、2才からの指導が、実際には実施されている。しかし、これらのとりくみは、あくまでも、母子通学を前提としており、家が遠隔地にあるため母子が家庭から通学できぬ場合は、日常的な指導を断念するか、あるいは、他の家族を残し、母子が泊りがけで指導を受けるという形態をとらざるをえない。当該児の場合、障害を1才6ヵ月健診児に発見され、その後、旭川壘学校の教育相談を紹介され、当初、何度か礼文島より泊りがけで通うようになったが、ほどなく中断となった。遠隔地からの通学は、経済的にも、時間的にも、多大な困難を一家に負わせている。

母子が通えぬ状態の中で、担当教諭は夏休みを利用し、島を訪問、家庭、保育所への働きかけを試みているが、母親も重要な働き手の一人として漁業に従事しながら生計をたてており、夏場は1日10分も母が子どもと接する時間がとれないという生活状況を見聞きし、当初、手渡すつもりで持っていた家庭学習の課題を出せずに帰ってきている。

現在、旭川壘学校には、道東、道北を含めた周辺部の遠隔地より、10組の母子が泊りがけで幼稚部の指導を受けているというが、離島を含めた宗谷地域の母子の場合、継続的に通うことはとりわけ

困難をとまなうのである。

離島とともに特に深刻な状況にあるのは、天北線沿線の町村である。

中頓別町、浜頓別町、猿払村、南に下った枝幸町を含め、これら4町村全て、実施している療育活動は皆無であった。即ち、この地域には、言語治療学級（児童部門も含め）はもとより、他の障害に関する療育事業もいっさい存在せず、言語の場合は、稚内市もしくは名寄の「ことばの教室」の教育相談を受けることが、肢体不自由の場合は、豊富な訓練会を利用することができる程度で、他は札幌市や旭川市の医療機関での指導を受けることが考えられるぐらいである。しかし、稚内、名寄ともに1時間半以上、旭川へは4時間、札幌へは7時間という交通の便を考えると通える母子は非常に限られてくる。

留萌支庁北部の3町についても、言語治療学級こそ天塩町の天塩小学校に設置されているものの、学齡児対象の学級であり、幼児担当の教員は配置されておらず、しかも配置されている教員2名中1名は言語治療専任ではなく、所属する中学校での教科も担当するという条件のもとで、この3町あわせても、幼児についてはわずか4ケースを受け入れているにすぎない。

他の障害にかんする療育の場合は、この地域においても皆無であり、近隣で唯一療育活動を実施している豊富町の「あゆみの会」（肢体不自由児訓練教室）に参加しているケースが幌延町に1例みられるのみである。

7. 巡回相談と母子短期療育事業

療育機関、療育事業がほとんど存在しない状況下で、児童相談所による巡回指導は、とりわけ重要な意味をもつ。地域を訪問し、専門的な助言、指導をしてくれる唯一の存在が児童相談所の職員といつてよいであろう。

宗谷支庁管内、留萌支庁管内ともに、旭川児童相談所¹⁰⁾の管轄であるが、特に宗谷管内の場合、稚内市に分室¹¹⁾が設けられ、2名のワーカーで10市町村を担当している。

旭川児童相談所の業務概要（62年）によると、児童相談所による巡回相談、定例訪問等の計画は表7のようにになっている¹²⁾。表中、猿払村以下9町村が稚内分室の担当区域であるが、この地域を

表7 旭川児童相談所巡回相談・定例（定期）訪問等計画

市町村	種別	定例訪問	巡回相談	三歳児精密検診 (事後指導を含む)	里親訪問
士別市	別市	毎月	4. 8. 1.月		5. 10. 月
名寄市	寄市	毎月	4. 6. 2. 9.月		5. 10. 月
富良野市	良野市	毎月	9. 1.	6. 10. 2	10.
鷹栖町	栖町	6.			5. 10.
東神楽町	神楽町	7. 1.	4. 10.		5. 10.
当麻町	麻町	6. 12.	9. 3.		5. 10.
比布町	布町	6.			5. 10.
愛別町	別町	5. 11.	8.		5. 10.
上川町	川町	4. 10.	7. 1.		5. 10.
東川町	川町	9. 3.	6. 12.		5. 10.
美瑛町	瑛町	5.			5. 10.
上富良野町	富良野町	6.			10.
中富良野町	富良野町	8.			
南富良野町	富良野町	7.			
占冠村	冠村	7.			
和寒町	寒町	4.			
剣淵町	淵町	8.			10.
朝日町	日町	8.			
風連町	連町	5. 1.	7.		
下川町	川町	5. 11.	7. 2.		10.
美深町	深町	4. 8.	6. 11. 2.		5. 10.
音威子府村	威子府村	6.	10.		
中川町	川町	6. 2.	10.		5. 10.
留萌市	萌市	毎月	5. 9. 2.	6. 10. 2.	5. 10.
増毛町	毛町				10.
小平町	平町				5. 10.
苫前町	前町				10.
羽幌町	幌町		7. 11.		5. 10.
初山別村	山別村				
遠別町	別町				
天塩町	塩町			6. 11.	10.
幌延町	延町				10.
猿払村	払村		6. 11.		
浜頓別町	頓別町		6. 8. 11.		10.
中頓別町	頓別町		4. 8. 12.		5. 10.
枝幸町	幸町		7. 10. 2.		10.
歌登街	登街		7. 2.		10.
豊富町	富町		6. 9. 12. 3.		10.
礼文町	文町		5. 9.		
利尻町	尻町		5. 9.		
東利尻町	利尻町		5. 9.		9.

- ・ 定例訪問・町村訪問は地区担当者のみで行うものである。
- ・ 巡回相談は、児童福祉司（相談員）・判定員がチームを組んで行うものである。
- ・ 三歳児精密検診は、三歳児健康診査の結果、精神発達精密検査を要するとされたものである。
- ・ 他の巡回相談は、別途計画する。

他地域、即ち、9町村以外の市町村と比較してみると、巡回相談の回数も多い町では年間4回、少ない町でも2回実施するなど、相対的に活発な活

動をしていることがわかる。一方、表8の市町村別、相談種別受理状況をみても、稚内市を含む支庁管内計で、438件、稚内市を除く町村部（人口

表8 市町村別・相談種別受理状況（昭和61年度）

(件数)

市町村	相談種別	養護相談	保健相談	肢体不自由相談	視聴覚言語障害相談	重症心身障害相談	精神薄弱相談	自閉症相談	教護相談	触法行為等相談	長欠・不就学相談	性向相談	適性相談	しつけ相談	その他の相談	計	昭和60年度	昭和59年度
																	昭和60年度	昭和59年度
旭川市	旭川市	74	-	62	2	32	212	13	52	36	11	29	15	125	6	669	724	660
士別市	士別市	2	-	8	-	4	13	-	3	9	1	4	2	5	-	51	41	46
名寄市	名寄市	-	-	20	-	2	25	1	2	-	4	-	-	12	-	66	80	95
富良野市	富良野市	5	-	2	-	-	21	-	3	1	1	3	4	17	-	57	41	64
鷹栖町	鷹栖町	-	-	-	-	1	10	-	1	-	-	-	-	1	-	13	11	11
東神楽町	東神楽町	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	4	4	5
当麻町	当麻町	1	-	1	-	-	8	2	1	-	-	2	-	4	-	19	5	11
比布町	比布町	-	-	-	-	1	2	-	-	1	-	-	2	2	-	8	3	3
上愛別町	上愛別町	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-	-	2	1	-	7	6	11
上川町	上川町	-	-	1	-	1	5	-	-	1	-	-	-	1	-	9	24	25
東川町	東川町	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	2	-	5	-	10	2	6
美上町	美上町	-	-	1	-	2	6	-	2	-	1	-	1	3	-	16	26	17
富良野市	富良野市	1	-	4	-	-	8	3	-	-	-	1	1	3	-	21	23	20
中富町	中富町	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	2	-	6	5	8
南富町	南富町	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	2	9
占冠村	占冠村	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
和寒町	和寒町	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	5	10
剣淵町	剣淵町	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	3	-	5	4	9
朝日町	朝日町	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4	7	1
風連町	風連町	-	-	7	-	-	4	-	-	-	-	-	1	10	-	22	12	12
下川町	下川町	-	-	2	-	-	7	-	2	-	-	-	4	2	-	17	21	22
美深町	美深町	3	-	6	-	1	9	-	-	-	-	-	-	12	-	31	41	26
威子村	威子村	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	7
音川町	音川町	-	-	2	-	-	4	-	-	-	1	1	3	1	-	12	19	18
上川支管内計		86	-	118	2	46	344	21	67	49	23	42	37	212	6	1,053	1,113	1,097
留萌市	留萌市	6	-	3	-	-	16	4	7	-	1	2	1	21	-	61	67	85
増毛町	増毛町	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	4	5	13
小平町	小平町	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	-	5	8	16
小前町	小前町	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	2	-	-	7	6	16
羽幌町	羽幌町	-	-	4	-	3	2	-	-	-	-	-	2	9	-	20	27	19
初山別村	初山別村	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	6	4
遠別町	遠別町	-	-	-	-	1	5	-	-	-	-	-	-	8	-	14	12	11
天塩町	天塩町	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	7	-	10	8	3
幌延町	幌延町	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	5	-	8	5	7
留萌支管内計		7	-	8	-	4	35	4	9	-	1	2	6	55	-	131	144	174
稚内市	稚内市	2	-	23	1	4	56	7	2	5	3	27	35	68	-	233	236	234
猿払村	猿払村	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-	4	1	6	-	16	18	18
浜頓別町	浜頓別町	1	-	3	2	-	2	-	-	-	-	9	-	6	-	23	19	23
中頓別町	中頓別町	-	-	-	-	-	15	-	-	-	-	10	1	14	-	40	33	31
枝幸町	枝幸町	-	-	2	-	3	5	2	-	-	-	7	1	20	-	40	51	58
歌登町	歌登町	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	3	7	11
豊富町	豊富町	-	-	6	-	-	20	-	-	-	-	-	3	1	-	48	45	51
礼文町	礼文町	-	-	4	-	-	3	-	-	-	1	-	1	2	-	11	14	13
利尻町	利尻町	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	1	1	19	-	24	9	6
東利尻町	東利尻町	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	17
宗谷支管内計		3	-	43	3	7	106	9	2	5	4	61	41	154	-	438	434	462
管外		2	-	-	-	-	-	-	20	2	-	-	-	1	-	25	36	37
合計		98	-	169	5	57	485	34	98	56	28	105	84	422	6	1,647		
昭和60年度		117	1	163	4	44	445	34	136	92	56	98	132	398	7		1,727	
昭和59年度		137	3	176	8	56	434	29	193	122	71	91	101	343	6			1,770

48,565—昭62現在)だけでも205件にのぼり、これも他地域と比較すると明らかに高い数値を示しており、旭川児童相談所の担当する人口がほぼ同規模の留萌市を除く町村部(人口合計47,619—昭62現在)の受理数70件の3倍近くの数字になっている¹³⁾。

とりわけ、後の事例でとりあげるような、保健婦が健診後の事後指導に積極的な姿勢を示していると思われる町村にあっては、相談件数、なかでもしつけ相談の件数は多く、児童相談所の意識的活用が行なわれているようである。

しかし、稚内市以外の町村部のように、ことばの教室はもとより他の療育機関も皆無という状況のもとでは(豊富町のみ親の会主催の療育活動を実施)、これでも不十分の声は強く、児が入所している保育現場への助言・指導を含む、より頻繁で多面的な支援を望む声もある。後出の表12にあるように、この管内の障害児保育の実施状況は、利尻町を除くと不十分であり、障害幼児を受け入れている場合でも、特別の準備や体制をとって実施しているわけではなく、指導方法に悩む保育者への援助、又、今後の行政としての対応のあり方を示唆する役割なども、地域内の唯一の専門家としての児相ワーカーに期待されているのであろう。

この地域の療育体制の不備を補なっている注目すべき活動として、短期療育事業(母子短期訓練)の存在がある¹⁴⁾。この事業は施設のオープン化事業の一つとして、昭和55年より制度化されたものであるが、全国的にみても北海道は、この事業が活発に行われている地域であり、昭和60年度全国の実施施設87施設中¹⁵⁾11施設が道内の施設である。図2を見ると、この事業が道内のどのような地域でより広汎に行なわれているのかがわかる。渡島、日高、胆振、網走、そして道北、宗谷である。

筆者は、かつてこの道内におけるこの事業の実施状況に関する調査を行なったことがあるが¹⁶⁾、稚内市にある緑ヶ丘学園の場合、開始早々の時期には、実施組数も少なく、利用母子もほとんど稚内市内に限られるという状況であった。しかし、その後、児童相談所、保健婦による障害幼児への

援助の一環として、この母子訓の活用がすすめられてきており、昭和60年度、61年の利用状況は表9、10のとおりである¹⁷⁾。宗谷管内の市町村だけではなく、精神薄弱児施設の設置されていない上川北部の名寄市、音威子府村、中川町からもこの2年間で18組の利用者があり、特に、中川、音威子府の場合、宗谷の町村部と同様の療育過疎の状

表9 緑ヶ丘学園短期療育事業利用者市町村別内訳

市町村名	昭60	昭61	昭62
稚内市	14人	11人	9人
名寄市	1	4	3
中頓別町	1	4	0
礼文町	1	0	0
豊富町	2	0	4
中川町	6	6	3
音威子府村	1	0	0
利尻町	0	2	2
枝幸町	0	1	0
計	26	28	21

表10 年齢別内訳

年齢	昭60	昭61	昭62
2才	2人	1人	2人
3	2	4	1
4	5	6	6
5	3	3	5
6	0	2	0
7	3	0	0
8	2	2	1
9	5	2	0
10	3	3	2
11	1	4	2
12	0	1	2
計	26	28	21

表11 6才以下利用者市町村別内訳

市町村	昭60~62
稚内市	13人
名寄市	8
中頓別町	3
礼文町	1
豊富町	6
中川町	5
音威子府村	1
利尻町	4
枝幸町	1
計	42

況のもとで、関係者によるこの事業の活用が推進されているのであろう。

なお、6才以下の利用児の市町村別をみると、中頓別、豊富、利尻、又、隣接する上川支庁最北部の中川などで、積極的に活用されており、この事業が過疎地域の障害幼児の支援に一定の役割を果たしていることを示している（表11）¹⁸⁾。

8. いくつかの地域実践
—豊富町、中頓別町、利尻町—

(1) 豊富町

乳幼児健診、事後指導ともに厳しい条件をかかえながらも、それらの活動の水準を高めようとする人達は、これらの地域にも見出すことができる。

そのひとつは、豊富町の場合である。この町の充実した健診体制については、先述されているが、事後指導を含めた母子保健のシステムがどのように作られているかを図3に示そう¹⁹⁾。

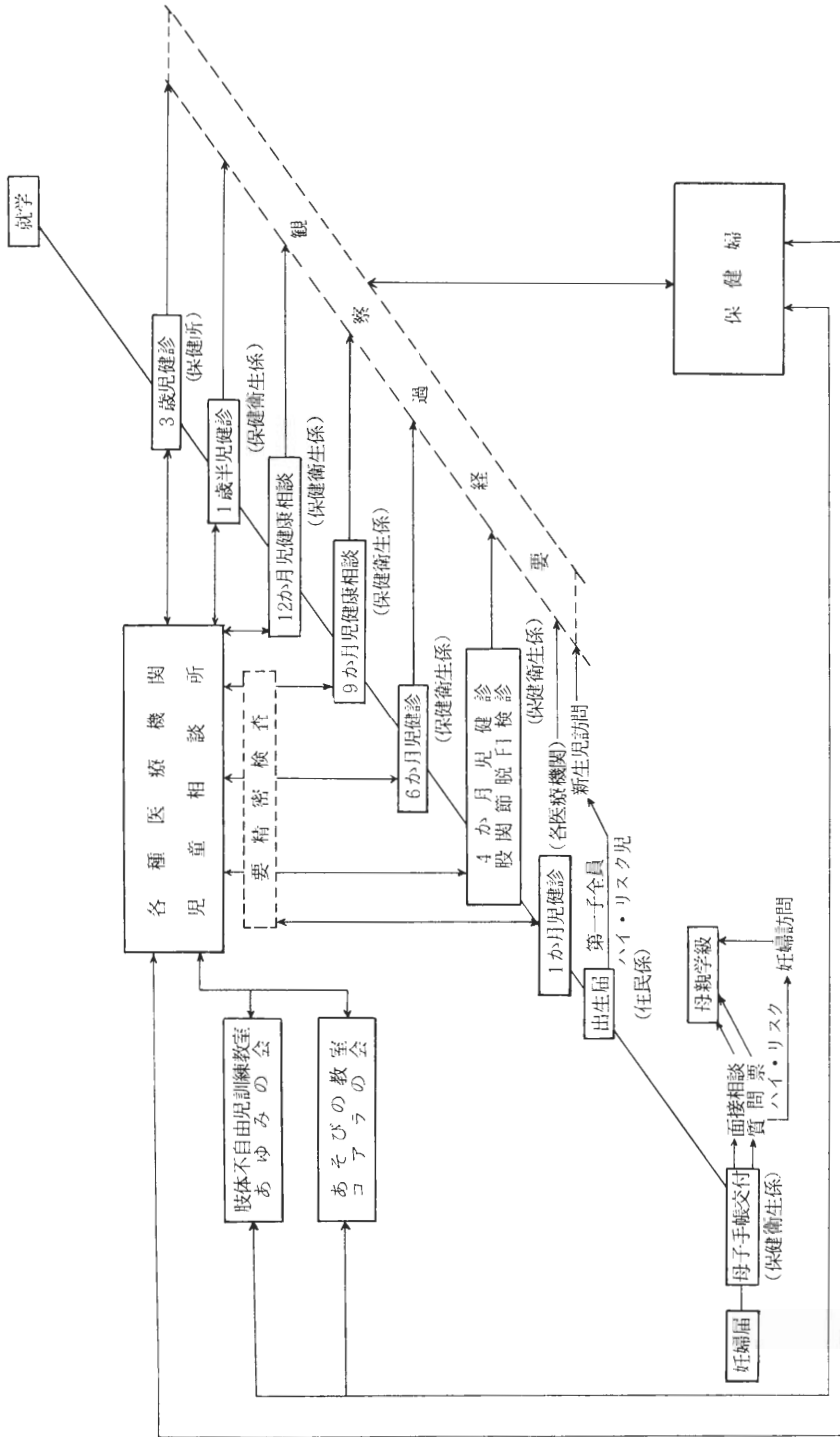
宗谷管内の他の町村が、独自の療育の場を持ちえないでいる中で、肢体不自由児のための訓練教室として「あゆみの会」(昭59)、又、障害幼児の遊びの会として「コアラの会」(昭60)が開設されている。

この2つのとりくみは、ともに親が主体となって運営されているもので、当初、稚内の訓練教室に通っていた親が中心になって、地元でも療育の場を設けたいと努力し、最初はすべて親が費用を分担する形で、訓練士を確保、役場の保健婦、福

昭和60年度
(カッコ内は61年度)



図2 短期療育事業（母子訓練）の実施状況



- 妊婦一般健康診査助成制度
 - 胎動精密検査助成制度
 - 胎動B型肝炎予防対策
 - 胎動一般健康診査助成制度
 - 胎動精密検査助成制度
 - 胎動B型肝炎予防対策
 - 乳幼児医療費助成制度
 - 神経芽細胞腫検査
 - 各種予防接種
 - フッ化物対策
- 道1回 町4回
- ＜豊富町昭和60年度保健婦業務分析、昭和61年度保健婦業務計画より＞

図3 豊富町母子保健体系

社系のバック・アップで実現したものである。

又、「コアラの会」は、その後、訓練の場だけでなく、集団的な遊びの場も確保したいという声がおこる中から生れてきたもので、これにはボランティア保母も参加、運営に協力している。

豊富町保健婦活動計画書（昭61）の在宅心身障害者（児）対策の項目をみると、これらに関わって、2ページにわたって記されているが、町内で個別の支援を行なっている障害児が11名（2才～7才）、そのうち、保育所に通所している幼児が3名（内1名は時間保育）、訪問学級実施が1名となっている。

「あゆみの会」へは、3名参加、他に幌延町と浜頓別町より各1名、計5名が参加している。60年度の評価・問題点として、次のような記述がある。「月1回の会は、会長を中心に連絡体制が整えられてきており、60年12月には、クリスマスと忘年会を兼ねて、懇親会が開かれるなど、会員の横のつながりが出てきた。今後も、個別支援と社会福祉係との連携を強める中で、側面的援助をしてゆきたい。又、他町のケースについては、適宜、担当町の保健婦と連携をとりつつ支援してゆきたい。」²⁰⁾「コアラの会」への参加者は4名、うち2名は「あゆみの会」のメンバーと重なる。これについて、前記計画書には「今年度（昭60）新しく開始された事業であり、社会福祉係とともに基盤作りを中心に実施してきた。今後は、ボランティア保母の協力のもとにプログラムの検討と個別の活動記録用紙（の作成）が必要と考える。」²¹⁾との記述がある。

この他、計画書の中では、60年度の個別支援、家庭訪問活動の不十分さが指摘され、在宅障害児11名と34才の脳性麻痺の成人障害者を含めて12件に対し年3回各2時間の家庭訪問を実施すること、児童相談所による巡回相談に参加（年4回各6時間）することを計画し、よりキメ細かな母子支援をめざそうとしている。

(2) 中頓別町

中頓別町の障害児教育推進委員会の活動は、障害児の支援にかんしても積極的な役割を果たし

てきている。

この委員会が発足したのは、昭和60年9月であるが、当時、宗谷管内の小学校には、稚内市を除いて障害児学級が1学級も存在しないという状況があった。即ち、郡部9町村に「特殊学級」が全くない中で、障害をもつ子どもと親達は、学齢を迎えると、養護学校か普通学級かという二者択一を迫られていたのである。この推進委員会は、直接的には、障害児学級の設置をめざす学校ぐるみ、町ぐるみの運動から始まっているものの、学齢期の問題にとどまらず、乳幼児期の問題、卒業後の問題にも目を向けている。活動の方針の中には、「早期発見のための健診の充実や乳幼児の保育・療育の体制づくり」などもうたわれており、この2年余りの活動の中で、精薄学級の設置（昭61）、情緒学級の設置（昭62）に加え、1才6ヵ月健診への心理職の参加と事後指導の充実、保健婦による他の職種（保母、ホーム・ヘルパー等）、他機関（児童相談所等）との連携の強化、保育所による障害児の受け入れと全園的とりくみがすすむなど、障害児にかかわる支援も前進している²²⁾。

推進委員会のメンバーには、町内の教育関係者のみならず、福祉係、民生委員、社会福祉協議会、親の会の他、保育所長、保母、社会教育委員、さらに保健婦2名も加わるなど、文字どおり町ぐるみの活動として推進されたこと、又、稚内養護学校教員をはじめとする管内的支援も、これらの前進の大きな要因であろう。

社会資源の乏しい地域の中で、その状況に甘んじるのではなく、自らそこに障害児支援のための条件をつくりだそうとする中頓別町のダイナミックな実践は、私達の地域実践のあり方にも大きな示唆を与えてくれている。日常的な療育の場の未設置など、いまだ課題は少なくないとはいえ、この町に5年前には保健婦が不在だったことを考えると、隔世の感がある。

(3) 利尻町

表12は、北海道における昭和61年度障害児保育実施状況である。町村部の場合、障害児を受けとめる療育の場は未整備、又、都市部のように障

表12 昭和61年度 障害児保育実施状況 (補助事業分)

市町村名	公印	保育所名	左の内訳		市町村名	公印	保育所名	左の内訳		市町村名	公印	保育所名	左の内訳		市町村名	公印	保育所名	左の内訳	
			障害児数	人員				障害児数	人員				障害児数	人員				障害児数	人員
江別市	○	白樺	2	2	美幌町	○	美幌	3	3	音更町	○	木野	1	1	音更町	○	木野	1	1
	○	いり	3	3	斜里町	○	東陽	1	2		○	緑陽	3	3		○	陽台	3	3
	○	みどり	1	1		○	双葉	3	1		○	鈴蘭	5	3		○	蘭	5	5
千歳市	○	大千	2	1	置戸町	○	文光	1	1	上士幌町	○	上士幌	1	3	上士幌町	○	士幌	4	4
	○	真々	3	1	置戸町	○	置戸こじか	1	1	鹿追町	○	鹿追	1	3	鹿追町	○	鹿追	1	1
	○	北栄	2	2	苫小牧市	○	ひまわり	1	4	新得町	○	新得	2	2	新得町	○	足	2	2
	○	末広	5	2		○	しんとみ	4	2	清水町	○	清水	1	1	清水町	○	第2	1	1
	○	住吉	2	2		○	錦岡	1	4	芽室町	○	芽室	2	1	芽室町	○	中央	2	2
	○	北斗	3	2		○	沼ノ端	1	1	幕別町	○	みどり	1	2	幕別町	○	り	1	1
	○	日向	3	3		○	すえひろ	1	1	池田町	○	池田	2	1	池田町	○	田	2	1
恵庭市	○	柏陽	1	1		○	さくらぎ	1	1	本別町	○	利別	4	4	本別町	○	別	4	4
広島町	○	稲穂	4	1	伊達市	○	なかの	1	1	(本別町)	○	中央	3	3	(本別町)	○	中央	3	3
石狩市	○	石狩仲よし	3	2	白老町	○	伊達	3	1	浦幌町	○	あかしや	1	3	浦幌町	○	あかしや	1	1
函館市	○	南三	1	4	厚真町	○	白老	1	1	樺茶町	○	みどり	1	2	樺茶町	○	みどり	1	1
	○	星浜	4	4	厚真町	○	北野	1	4	弟子屈町	○	弟子屈	1	1	弟子屈町	○	屈	1	1
	○	七重	4	4	鶴川町	○	京ひかり	2	3	剣路市	○	かしわ	2	2	剣路市	○	かしわ	2	2
	○	上ノ国	4	4	穂別町	○	宮く	10	6	計		桜ヶ岡	2	1	計		桜ヶ岡	2	2
	○	中み	3	1	穂別町	○	山手	4	4	合	63	桂	1	3	合	278	94	184	
	○	中み	4	3	静内町	○	荻北	4	2	市				3	市				
	○	中み	4	4	浦河町	○	豊さ	3	5	39市町				3	39市町				
	○	中み	1	1	帯広市	○	あじさい	1	4	61ヶ所				3	61ヶ所				
	○	遠矢	3	1		○	南やまびこ	3	1	81ヶ所				3	81ヶ所				
	○	夕張	1	1		○	緑ヶ丘	3	4	44市町				3	44市町				
	○	中み	2	1		○	たんぼ	3	3	(国・道重複)				3	(国・道重複)				
	○	中み	3	2		○	みり	3	3	19市町				3	19市町				
	○	中み	2	1		○	上港	1	1	50ヶ所				1	50ヶ所				
	○	中み	4	2		○	花月	1	1	6ヶ所				1	6ヶ所				

〈道民生部調〉

害幼児を一定受け入れている幼稚園も数少ない。そのような状況のもとでは、保育所が障害幼児にとっての唯一の公的な日常的な指導の場であり、たのみの綱である。しかし、障害幼児受け入れには、保育所の人的条件整備がネックとなり、障害程度の比較的軽度の場合とはもかくとして、そうでない場合はまだまだ困難を伴なう。障害の重い幼児を受け入れ、一定の条件のもとでの指導を行なうためには、障害児保育制度を活用して実施することが必要不可欠となる。表12から、今回の13市町村の障害児保育の実施状況をさぐってみると、わずか2市町のみが見いだされるだけである。稚内市で1名、そして、利尻町で5名である。

利尻町の保健婦は、すでにふれたように、その地域に定着し、諸機関との関係を密にしながら保健婦活動をすすめてきている方で、障害児支援においても中心的役割を果たしている。

現在、障害幼児の援助に関して、どのようなとりくみをしているか、つい最近の著者の問い合わせの書簡に対し、次のような返信を寄せている²³⁾。

「障害児の関係については、乳健で3ヵ月、6ヵ月、9ヵ月、12ヵ月の児に対して、一応肢体不自由児の研修（ボイタ法か？—清野）を受けてきて、発達をみています。児が3ヵ月の発達に達していなければ、4ヵ月で確認というようにしておりますが、今のところ小児科医がおりませんので、毎月の健診は内科医に診ていただき、年1回旭川医大小児科の長和彦先生に診ていただいております。

今のところ、役所福祉係、児相、保育所との連携がとりやすいので、保育所に入る児の状況は、乳健、1才6ヵ月健診、3歳児健診の状況を伝えるようにしていますし、保育所で気にかかる、又は、障害児に対しての扱いに困難な時は、今後の方向性等含めて話し合いようにしています。保母さんたちも、多い人数の児の中で、1クラス3～4名の障害児がいる事もあり、大変なようですが、役所でもそのようなクラスには保母さんを2名配置する等の配慮がありましたので、なんとかやってこれたと思っております。

児相には年2回来て、様子をみていただいております。

りますが、障害児には、年1回の長先生来島の折（3ヵ月～20ヵ月の児に対しての健診をしていただいています）、健診終了後に時間別呼出しで、特に時間をかけて診ていただき、必要な検査等の指示と今後の方向性を示唆していただき、保育所に返しております。」

この平野保健婦の書簡から、障害幼児の地域支援のキー・パーソンとして、他職種、他機関とつながりながら、積極的な援助、調整を行なっている様子がうかがわれる。

9. おわりに

以上、道北地域の中でも、とりわけ厳しい条件下にある宗谷地域、留萌北部の健診、療育の実情を中心に報告してきた。

宗谷管内郡部全町村を合わせても人口は5万人を下回る。人口減少の著しいこれら地域にあって、それ故十分な健診、療育が実施されなくてよいであろうか。

子どもの健康や発達を保障する施策は、本来、無差別平等に行なわれるべきであり、たとえ少数の子ども達の問題であっても、その権利保障のためのとりくみはすすめられなければならない。母子保健や療育をめぐる、地域的に不利な環境に置かれている子ども達は、おそらく、この宗谷、あるいは留萌北部のような地域だけでなく、北海道の周辺部にある同様な地域にも存在するであろう。

そのような子ども達の健康や発達の保障、障害の軽減、克服をすすめる実践の発展が、今緊急に求められている。困難な条件下で、関係者との連携を強めながら、少ない社会資源を有効に活用し、その困難を切り開くたくましい保健婦さんの姿にふれ、紹介したいいくつかの地域実践からわかるように、決して、それぞれの町や村という閉じられた地域でのとりくみではないという点で、地域支援の今後に明るい展望をみた思いであった。

すぐれた小児科医が定期的にでも、町村を訪れ、健診、事後指導にかかわることで、どれだけ障害幼児への支援の条件を前進させているかは、佐久間医師や長医師の実例が雄弁に物語っている。医

師の関与のみで問題は解決はしないが、地域の療育活動に深い理解と関心をもつ医師は、おそらく、関わる地域の母子保健、療育、保育のあり方をめぐってもリーダーシップを発揮し、積極的な働きかけを関係者に行なうであろう。そのことは恐らく、環境を変える起爆剤となり、地域を変えていく潜在力をひき出すことにつながるであろう。

いずれにしても、全道的視野からのこれら地域への援助が今必要不可欠である。

昨年7月の道議会の代表質問(社会・道民連合、鈴木議員)に答え、横路道知事は次のような答弁を行なっている。

「行政のさまざまな分野が緊密に連携し、総合的に施策を展開することが必要であり、本年度においては、新たに、障害児の早期発見・早期療育に関するシステムの調査を行なう。—中略—今後とも、これらの施策の充実を図るなど、道民の皆さんが、どの地域に住んでいても、生活ニーズに応じた適切な医療や福祉、教育などのサービスが、総合的に受けられるようなシステムづくりに努めて参りたいと考えております。」

「どの地域に住んでいても」「サービスが受けられるシステムづくり」は、道北の最北端のこの宗谷地域においてもめざされなければならない。

そして、そのためには、これら地域の実状を今一步掘り下げ、明らかにすることが必要であろうし、個々の町村の実践事例に込められた教訓に学び、広域的な共同、連携の必要性を明らかにすることも重要であろう。

以上で、この報告を一応終えるが、最初に述べたように、これは、それぞれの地域にじっくり腰をおろして、とりくまれたものではない。見落している点も多々あるだろうし、短絡的な論のすすめ方もおそらくしているだろう。しかし、たとえ不十分なものであっても、これら地域の実態をその断片的な事実の中からだけでも、より多くの関係者に知ってもらいたい。そのような思いで書いたものである。

今年度、再度、宗谷管内への調査に入り、その後の経過を知るとともに、著者もその地域実践に

加えていただいている中頓別町には、数週間滞在しての多方面の関係者からのききとりを行なう予定でいる。その中で、より深くこの地域の実態に迫り、さらに、困難を破壊するすじ道をさぐりたいと思っている。

最後に、今回の調査の中でお会いし、お話をうかがった多くの皆様に心よりの感謝を申し上げます。

注

- 『北海道乳幼児療育研究会』設立趣意書
1987年
- 清野茂 「地域における障害児の障害の軽減・克服・発達の保障をめざす実践的研究Ⅰ」
1982年
- 昭和60年度分は、稚内保健所資料、他は、各市町村でのききとり、稚内保健所への問い合わせによる。
- 天塩保健所、蛭沢美保子保健婦係長、1985年12月3日ききとり。
- たとえば、利礼3町、南宗谷4町で行なわれている。
- 昭和23年、東利尻村(当時)鴛泊に稚内保健所利礼出張所として設置。昭和35年に利尻町沓形に移転、昭和43年に稚内保健所利尻支所となる。現員総数10名、内保健婦2名。北海道稚内保健所利尻支所、管内概況、1985年による。
- 稚内保健所 「昭和60年度保健婦業務計画書」P.6、1985年
- 1986年2月に実施された道看護協会、保健婦問題対策小委員会「北海道における『母子保健』に関する保健婦業務調査」による。
- 各市町村保健婦業務分析、保健婦業務計画(昭60～昭62)、昭和60年度稚内保健所保健婦業務計画書などをもとに作成。
- 北海道旭川児童相談所、昭和23年7月開設。管轄区域は6市3町4村、管内面積17,976.5km²、これは、北海道のおよそ1/4にあたる。管内人口765,150人。職員32名(嘱託を含む)うち、相談課判定課職員(常勤)、児童福祉司は、

- 12名。一旭川児相業務概要，要覧による。
- 11) 旭川児童相談所稚内分室，昭和54年10月開設，児童福祉司1名，判定員1名，事務職（臨時）1名。
- 12) 北海道旭川児童相談所 1987 業務概要（昭和61年度版） P.11
- 13) 同上 P.20～21
- 14) 正式名称は「心身障害児短期療育事業」，昭和55年度より「心身障害児（者）施設地域療育事業」のひとつとして制度化される。「在宅の心身障害児及びその保護者に心身障害児施設を一時的に利用させることにより，在宅療育及び日常生活に関する正しい知識を修得させることを趣旨とする」（厚生省児童家庭局長通知）
- 15) 財団法人 日本精神薄弱者愛護協会調査研究委員会「昭和60年度 全国精神薄弱施設実態調査報告書」1987年
- 16) 清野茂 「過疎地における障害幼児の地域ケアと母子短期療育」，道都大学紀要—社会福祉学部—第6号，1983年
- 17) 旭川児童相談所調
- 18) 同上
- 19) 豊富町昭和60年度保健婦業務分析，昭和61年度保健婦業務計画 P.30 1986年
- 20) 同上 P.60
- 21) 同上 P.60～61
- 22) 中頓別町障害児教育推進委員会，中頓別小学校，「かぜのこ」—中頓別小学校障害児学級誕生の記録・中頓別町障害児教育推進委員会活動の記録 1987年
- 23) 利尻町，平野ひとみ保健婦係長 1987年12月19日付書簡

2 訓練指導の立場から

道立札幌肢体不自由児総合療育センター
三島 与志正

1. はじめに

北海道における脳性麻痺（以下CPと略す）の早期発見・早期治療が謳われてから10年になろうとしています。この間，発見に関しては，5ヶ所の保健所のモデルとして乳健から発達クリニック（精検）へ，また2回のボイタ博士の来道により医師及びセラピストの講習会，更には地域で一番活躍されている保健婦の研修等，着々と基盤が作られてきています。これに対して療育の方はどうでしょうか。1973年にボバーズ夫妻が来日し，第1回目の講習会を開き，また1975年ボイタ博士が来日し第1回目の講習会を開いてそれぞれの治療概念を0才からの療育，特に訓練に導入し，訓練技術の向上と共に一定の効果をあげてきました。しかし本道の広域性を考えるとき療育スタッフ（特にセラピスト）や施設も不足しており，特に5年位前から重度重複化の傾向を示し，療育そのものが多様化せざるを得ない状況にきています。この点に関しては今後の課題と言えます。

2. 療育のネットについて

肢体不自由児療育については，道立旭川及び札幌療育センター，札幌市立母子訓練センターを中心に30ヶ所の通園施設や通園事業を行なっています。その内訳は，小規模肢体不自由児通園施設6ヶ所，心身障害児通園事業14ヶ所，市町村単独心身障害児通園事業10ヶ所であり，その形態や内容は様々です。前者の2形態については，セラピストを含む指導員や保母が配置され，毎日或いは週3回の通園により療育が進められています。これに対し，市町村単独の事業は，場所的には公的機関により確保されていますが専従の職員がおらず，

週又は月何回というように親同志で話し合い自主的に集まって、両療育センターの指示等に従って訓練をしたり保育をしたり、或いは親同志の交流の場として実施されています。また、この事業に地域の保健婦をはじめ保母や教師等、地域の理解者の支援も数多く受けて行なわれている事は見逃がせません。前述した以外に、両療育センターと直接或いは間接的に連携して療育を行なっている函館侑愛会地域療育センターをはじめとする福祉施設や、苫小牧王子総合病院や北見日赤病院をはじめとする医療機関で乳幼児期の治療を行なっています。幼児期に入って保育園や幼稚園、更に教育機関においても、肢体不自由に加えその他の障害を持つ子ども達の療育をそれぞれの専門的な視野で子ども達の発達を見たり、支援している所が多くなって来ている現状にあります。運動障害を主にして、療育体系を作ってきた医療機関主導型と精神的障害を含む発達遅滞を中心に療育体系を作ってきた教育機関があり、更に両者の中間を福祉施設が行なってきており、この3者の連携が一部を除いて充分に行なわれていない事も課題のひとつと言えるでしょう。

最近の状況として重度重複化の傾向にあります。が、ひとりの児がいくつかの障害を併せ持っているだけであって、それぞれの専門的な視点で方針を立て、連携してかかわり合っていかなければ、ひとりの児の発達過程の中で一番大切な時期を逃がしてしまう危険性が大きい事を感じています。多くの課題を持ちながらだが、どこで、どのように相談し、どのように課題を解決していけば良いか困る事がままあります。実際には多くの情報を持っている事が解決の糸口を見つけれられる事が多い、と言う事を知っているながら、自分の専門的視点からぬけられないという事も事実であり反省する必要があると感じています。

3. 当療育センターの現状について

昭和47年5月に琴似山の手から手稲に移り、現在の療育センターに至っていますが、同時に外来部門が新設され、受身の施設から一歩開かれた施

設になりました。開設当初は受診件数も少なかったのですが、前述したように昭和50年代に入って年々増加の一途をたどってきました。対象も最初は運動障害を主としたCP児で年令的にも1才前後でしたが、50年代中頃から中枢性協調障害から重複障害を持った児が多くなり逆に50年前半で見られたようなCP児は減少している傾向にあります。しかし運動障害の方は早期発見治療により独歩が出来る様になり、運動障害の方は一応なくなったとしても、まだ発達障害が残っているケースが多いのは否めません。

ここで当療育センターの過去3年間の年令別受診状況を示します(図1)が、これは0ヶ月から3才6ヶ月までで、側弯症や股関節脱臼等小児整形疾患は除外してあります。

昭和59年度の新患総数は387名で受診時期の一番多かったのは生後4ヶ月の15.0%、4ヶ月から6ヶ月及び8ヶ月を合わせると全体の43.9%になります。昭和60年度の新患総数は395名でそのうち4ヶ月目の受診が10.6%と一番多く、3ヶ月から6ヶ月までで全体の34.5%でした。昭和61年度の新患総数は342名でそのうち9ヶ月目の受診が9.9%と一番多いが、次に多いのが3ヶ月から5ヶ月まで22.8%のグループと、7ヶ月から9ヶ月まで28.1%の2つに分かれている事に気づかれるでしょう。

この結果、前者2年間はピークが4ヶ月でその前後の受診が多く、経路が大学病院か保健所からの紹介かははっきりしていません。しかし61年度になると最初の3~5ヶ月のカーブは大学病院を含む病院からの紹介が多く、7~9ヶ月では保健所からの紹介が多いという傾向にあります。これは各地の6ヶ月乳健後に当センターを受診しているものと思われます。又、大学病院や他の病院からの紹介は重度の障害を持つ児が多い傾向にあります。

1~2ヶ月児の受診は6.3~7.3%の範囲で分娩マヒとか二分脊椎が多く、19ヶ月から42ヶ月でも10~14.7%の範囲で受診があり軽いCPとMRによる運動発達遅滞の場合が多いのが特徴的です。

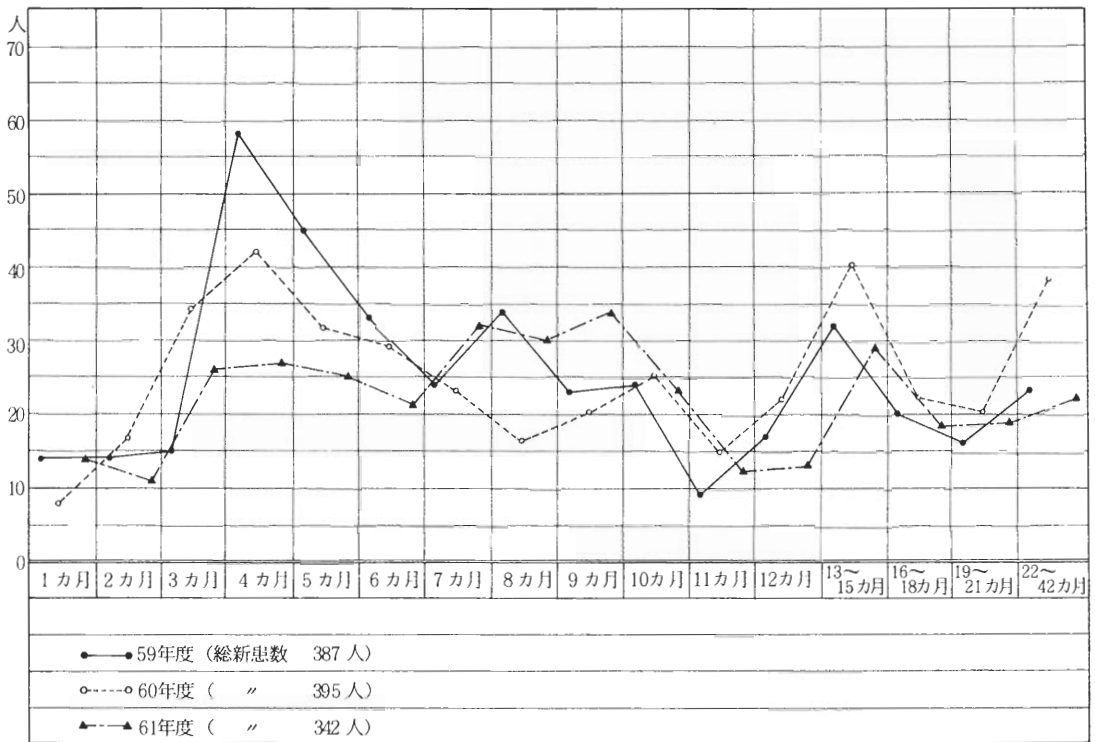


図1 道立札幌肢体不自由児総合療育センター年(月)齢別受診状況(昭59~昭61)

次に母子入院状況について述べますが、昭和59年度から61年度の3年間を見ると次の通りです(表1)。

この中で新規入院の疾病を比較して見るとCPの入院は、59年度36.2%，60年度35.8%，61年度29.5%と減少し、CP+重複障害も、59年度25.5%，60年度16.0%，61年度21.3%と減少傾向にあります。この両者を合わせると、59年度61.7%，60年度51.8%，61年度50.8%とCPの入院が減少しているのに対し、症候群代謝異常その他群は、59年度8.5%，60年度18.5%，61年度21.3%と着実に増加の傾向を示しています。

4. 療育センターにおける療育スタッフの養成と地域との結びつきについて

当療育センターの昭和55年から昭和60年における研修・実習受入状況については、表2の通りです。この研修範囲は、医師・セラピスト・保健婦・保母・指導員等が含まれ、早期発見・早期治療に

役立っているものと考えられます。

次の地域への活動としては、

- ①乳健及び精検
- ②道肢連主催の療育キャンプ及び巡回療育相談
(旭川療育センターと地域割をして地元の要請により実施しています。又、地元の要請により訓練指導という形で毎月或いは隔月ごとに実施している地域と年2~3回という型で実施している地域があるのが現状です。)

以上2~4まで当療育センターを中心とした乳幼児の療育の現状を述べてきましたが、先にも少し述べたように多くの課題を残しています。

筆者の見解としては、北海道という地域性・経済性・社会性を考えてもまだ充分とは思えませんが、一応肢体不自由児、特にCP児の早期発見・早期治療ルートはある程度確立して来たのではないかと考えています。これは乳健の充実により全数把握という理念のもとに進められていけば早期発見も確立されてくるであろうと思われます。こ

れには医療機関との連携を前提とすることが必要不可欠です。

次に早期治療（療育）の視点から見ると、地域差が非常に大きい為、北海道を4～5ヶ所に地域割りをし、その地域内に基幹病院を置き、更に通園というネットで家庭から通って療育が出来る事が望ましいと考えています。更に旭川及び札幌療育センターの役割としては、多様化する疾患に対し必要な検査をし、総合的な判断により長期及び短期の方向づけと療育に必要なデータを各関係機関に提供出来るようになる事が望ましいと思われま

す。次に障害児にかかわり合うスタッフ養成（研修・研究）システムについてですが、それぞれ専門家グループの専門的な研究・研修は行なわれていますが、これは勿論必要であるものの、もうひとつお互いが相手の仕事の内容を知るための研修と、更にひとりの障害児に対し最小限共通にとらえられるために必要な基盤作りとなる広い範囲での研修等が必要であると考えています。その意味では本研究会が発足した価値は大きいと思われま

5. まとめ

これまで、療育に対するネットワーク、札幌療育センターの外来母子入院の現状、地域ぐるみで行なうためのスタッフの養成等について私見を加えて述べて来ました。今北海道で欠けていると思われるのはそれぞれの時期でケアされている場所によって評価はしていますが、次の機関に移るとまたその機関で必要な評価をして、方針を決め、療育を進めていくという繰り返しで成人になってしまうことです。

ここで反省しなければならないのはひとりの児がいて、いくところどころで方針を決め指導したり、治療したりしているために一貫性がなく、また色々な視点からの情報が親に入り、親は混乱し本質的な問題の解決に時間がかかり過ぎていることです。従って、それぞれの専門性を重要視しながら、前述の問題を解決しライフサイクルに応じたよりよい療育を可能な限り行なうためには、

- ① その時点の正確な情報の収集と提供
- ② 障害児を見る目を育てる教育・研究
- ③ ライフサイクルに合わせた療育ノートを作り携帯する
- ④ 環境整備（心身障害児者に対する相談治療が出来る場所と地域の情報を提供できる場所、医療－教育－福祉にわたって）

現在ある地域資源としての専門家は、障害児もひとりの発達途上にある人間という視点に立って連携を深め、その児のもっている問題点を最短コースで改善するにはどの様にすれば良いか、考えられる情報を整理して我々に提供して欲しいと考えています。又、それが出来れば、児にとっても親にとってもよりよい方法で療育が出来、最大の可能性を引き出せるのではないかと思うのです。

3 一生を見通した対応を

北海道療育園 早苗 信隆

私は、旭川にあります重症心身障害児施設、北海道療育園に努めている者です。勤務してからまだ2年にしかならず、障害を持った人についての知識や経験も少なく、大きなことを言える立場ではありません。北海道療育園に来る前は、旭川厚生病院で6年間小児科医として仕事をしてきました。旭川厚生病院は旭川市およびその周辺地域の未熟児センター的な役割を果していましたので、一般の小児疾患の診療のほかにはたくさんの病的新生児と未熟児をみてきました。ダウン症候群などの先天異常、分娩に伴う障害、未熟児およびその他の新生児期の疾患による脳障害の後遺症など、かなりの例の診療に実際に携わってきた経験があるので、今日の指定討論の役が私にまわって来たのだらうと思います。

障害を持った人にはどんな障害でも早期に発見し、早期に療育を開始すればよいというような考え方がないように思うのですが、私はこのような画一的な考え方に対してはいささかのためらいを

感じています。

発達障害といってもいろいろな種類の疾患がありますし、またその程度も軽いものから重いものまでさまざまであります。障害の種類にもよりますが、その程度が軽く療育の効果の期待できるものと、障害の程度が重く回復の困難なものでは、障害を持った人およびその家族の人が必要としていることが違うわけですので、当然対応のしかたも同じではないと思うわけです。早期発見をして早期に療育を開始するという場合には、この点を注意しておかなければならないと思います。

重症心身障害児施設に勤務し、重い障害を持った人達と接していますので、障害とはどういうことなのだろうかということについて、いやおうなしに考えさせられます。障害ということは、どれだけひとりで社会生活ができるかという点から捉えるべきではないかと思えます。子どもにとってはその障害がどんなに重くとも、親が健康でまた愛情をもってめんどうをみてる間は問題がないのです。15歳になって義務教育が終わる、あるいは成人になってひとりで生きていかなければならなくなったそのあとのことが重要なのだと思えます。ですから、たとえ足が麻痺して歩行がうまくできないという場合でも、ひとりで社会一般の生活ができるのなら、その人は障害者というのではないと思えます。今私達が話しています「発見から療育へ」ということも、この点も考えての乳幼児期の取り組みでなければならぬと思うわけです。

現在、北海道として、早期発見・早期療育のシステム作りが検討されているようですが、それに対し旭川の早期療育連絡会議の中で、「そうした首尾一貫したシステムができることは結構だが、そういうシステムができあがって何か異常がみつければそのルートに乗せられ、最終的には社会から隔離されてしまうようなものであるなら反対だ。」という意見が出されました。私も、たいへん重要な意見であると思えました。発達に遅れのある人を見ている場合には、この点をよく考えてシステムを活用していく必要があると思えます。

日常生活の何から何まで人の手をかりなければならぬような最も重い障害を持った人達を、みなさんはどうしたらよいとお思いでしょう。もちろん施設でなければならぬ場合があることは確かです。しかし、すべて施設にはいけばよいというものではありません。北海道療育園では、児童相談所の人とまたその地区の保健婦さんと一緒に、毎年60名程の在宅の重症心身障害児・者の巡回相談に参加しています。各家庭を訪問し、その人達を診察し、また直接親から話を聞きいろいろな相談にあっています。重い障害を持った子どもがいるから不幸だと思っている家庭はほとんどありません。かえって障害のない子どもをもった家庭よりも幸福に暮らしているのではないかと思うような家庭がたくさんあります。施設に入所を希望する人は数名で、その場合も介護にあっている母親の健康上の理由や経済上の理由のためであって、それ以外の人には家庭でみれるだけみたいと考えています。この「施設に入れる」ということは、重症心身障害児・者に限らず程度の軽い障害を持った人の場合でも言えることではないかと思えます。

精神薄弱児・者に関してはあまり経験がないのですが、美唄学園を見学し、その施設長さんから話を伺ったときに「この子供たちは施設にはいりたくないのだ。自分の家庭が一番よく、みんな家に帰りたいと思っている。」ということを知りました。また太陽の園を見学したときに、通勤寮の寮長さんに聞いた話ですが、知的な面での障害のために職場での仕事が続けられずに働く場所がなくなり、また太陽の園にもどらなければならなくなった時に「施設にはもどりたくないといって泣いてたのむ、自由な生活がしたい。」という人の話を聞いたことは、私の胸に強く残っています。

乳幼児期は発達上重要な時期であり、やはり親に愛情をもって育ててもらうことが子どもにとって一番幸福であると思えます。専門的な知識や技術も重要ですが、その人の一生を見通した観点からの乳幼児期の対応でなければならぬと思えます。

4 親子共にhappyである事

北大教育学部 古塚 孝

私たちがより早期の治療教育的働きかけが重大な意味を持っている事に気づかされたのは、脳性麻痺に対する療育の成果であります。また、もうひとつあえて挙げるならばダウン症の早期教育の成果であります。両者とも確定診断が早期に可能であり、母親が納得できる証拠が挙げられることが療育への移行をスムーズにしたと言えます。その場合でも親は苦悩し、家庭内・親戚・日本文化等からの干渉・迫害と対決する中で、「この子にも生きる権利がある。それも“happy”に生きる権利がある。」と自分で納得する為の時間を必要とします。そして、多くの母親が上記の苦難を乗り越え、子どもと共に療育への道を歩き始める事も見てきました。

ところで、私たち専門家が発見し、その事を親に伝える勇気を持ち得るのは、その後の効果的療育法を専門家が持っているという事実を支えられているからだと言えます。しかしながら他の障害は、たとえ「発見」がなされても、母親と一緒に子どもの発達を支えて行く手だて=療育法を持たないため、結局は、「そのうちに……、そのうちに……なんとかかなるのでは？」と言う事で終り、母親に発見した事実を伝えることに躊躇せざるを得ないというのが現状であると思います。私の札幌市中央保健所の経験では、例えば、精神遅滞児については、1.5歳ぐらいで母親はその心配をし始めています。効果的療育法を開発することが私たちに課せられた課題であり、その事が早期発見を可能にして行くのだと思います。母親が、悩みながらも相談に訪れる決心をするのは、「明日から、いや今日から子どもとどうしたら幸せなつきあいが出来るか。」という具体的な方策を求めてくるのであって、「愛情深く」とか、「遊びを」とかの心構えの話聞きに来たのではないといえま

す。具体的にどんな働きかけをすれば、子どもは反応してくれるのかを知りたいわけです。これに答えられるように療育法を作り上げることが課題であるといえます。しかし、それは現状ではすぐには出来ません。人間と人間が付き合いを相互作用的に行なう気になるには多くの問題をクリアしなければなりません。

私たちは、最初、母親の信頼を勝ち取ることに全力をそそぎます。信頼を勝ち取るのは、セラピーに通ってくる中で親が考えてもいない行動を子どもが取れることを親が目撃することが決定的ですがそれは後に論じるとして、親が困ってしまっているという現状を受け入れると共に、「私の子どもへの対応はそんなに間違っていなかった。」と思える事が重要だと思えます。そして、今困っている問題を論じる中で、母親が子どもの困った行動をどう解釈しているか、違う解釈は無いのか、あるとすれば、それはどんなものなのかを深めて行くこととなります。この論議の中で母親自身が持つ育児法を相対化していくわけです。例えば、軽い情緒障害児ですと、「この子は、私に意地悪をしているとしか考えようがない。」と親が言うことがあります。この事は事実です。しかし、それに対して、「目には目を、歯には歯を」では解決しようが無いことを指摘します。精神遅滞児では、親のペースに子どもが合わせられない事にイライラが生じるようです。こんな中で、母親が最初に「自己肯定」を行なうこと、そして、子ども自身が自己を肯定できる条件を整えて行くこととなります。この時注意しなければならないのは、母親自身のセラピーになってしまわない事です（もしこれを受容すれば母親は自分の悩みに溺れてしまい、子育てがおろそかになる危険性があります。）、それは問題を子どもとの関わりから生じるものに限定することにすれば良いと思います。

私たちは、遊戯室で母親とセラピストと記録者の3人で子どもに対処します。これは、母親が子どもと毎日どの様につき合っているかを観察すること。子どもの要求の出し方、それに母親は、どう答えたか、その結果子どもはどうなったか（い

じけてしまった、多動になった等), をみるわけです。子どもは、セラピストが母親のみと熱心に話している中で、徐々に、自分の好きな事を自由にやり始めます(子どもの側に遊ぶ準備が出来ていないときに遊びを要求しないということです)。そこで、私たちは、子どものルーチンの・儀式的行動があるか、あれば、それはこの場所では是認される事を子どもに知らせるのです。また、母親には、困っている儀式的行動に対処する方法について「これまでどう対処したか、違う対処の仕方はないのか。」について話をします。最初の出会いでは子どもが「私はここでは主人公ではない。」と思える状況の設定が、「子どもが自由になれる。」という意味で重要だと思えます。

私たちは「親子ともに happy である。」という状態を作るための第1段階は、親が子どもの要求を認め、それに反応すること、そして、子どもが親の働きかけに応じる、もしくは応じようと努力を始めることであると考えます。母親は、子どもが何を考えているかわからないので、「イライラしたり、悩んだり、あたったりする。」のであってそれが解ければ悩みの解消の一步になると考えるわけです。つまり、子どもの自由を際限なく認めること(甘やかすという日本語はこの意味で親に伝わってしまいがちです)ではなく、子どもの要求を認めるように努力する事が子どもに自信を持たせることになるわけであり、時には、親の要求に答えてやるようになると考えます。この段階で、逆に親が子どもにある要求をしてよい事の基盤になると思えます(子どもに問題があると考え不安になった母親は、要求をまったく出さなくなるか、要求のしっぱなしになるかの極端に走るようです。どちらも良いものではないと私たちは考えています)。双方の要求に対して、折り合いをつけること、つまり要求を相互作用的に出し合うことが人と人の付き合いというべきなのですから。

私たちは、第2段階として、こちらが子どもに対して要求を持っていること、あなたはそれに答えねばならないということ子どもに提案します。この意味で、私たちは、子どもにある課題を与え

ます。課題はなんでも良いわけですが今はモンテッソリーの棒さし課題を与えています。時間は5分に限定しています。子どもが乗ってこない場合には「やろう、やろう。」と言いながら、セラピスト自身がやってみせるのがよいようです。いやなことは5分でおしまい。こうやれば解放されて後は自分のしたい事が出来ます。やってみるとみんなが喜ぶらしいのです。特に母親が喜ぶ姿を子どもは考えていると推測しています。私たちは「課題」に取り組むことで、子どもが自分の世界に閉じこもってしまわないことを目指しています。それは、遊びとは明確に違ったものである事を認識させたいと思っています。セラピー場面では大半の時間は、子どもが主導権を握った形の「遊び」に費やされますが、遊びに飽きた段階で「課題」への移行を目指すことになります。

子どもが課題にのって来る事が出来るという事実母親が接すると母親は元気になりますし、私たちのやり方を見て家でやろうと考えるようです。私たちはそこで家でも模倣遊び(母親が子どもの動作・発声の真似をする。子どもが母親の真似をする。)をやってもらいます。この時、1日に5分という限定を与えることが家庭で行なう場合には特に重要です。加えて今の段階では、課題が出来るようになることが重要ではなく、子供と相互作用を行なうことが一番大事だと教示します。そして、双方が飽きるまで何日も同じ課題に取り組むように言います。大体、2週間ぐらいを目途に課題を変える事にしています。5分経つとやってもやらなくても終りの儀式をして終了することにします(机をしまおうとか、おやつをあたえとか)。これを反復する中で、子供は落ちつくようになり、セラピストや母親に対して安心感を持つようです。

また、セラピーの大半の時間を使用する「遊び」場面では、セラピストは子供のルーチンの活動を受容して行く中で、徐々に、「遊び」の手助けをしていきます。そして、共同遊びへの移行を狙い、それが成立すると、徐々に、こちらの反応を遅らせて行き、「子供にやってくれと言われてからする」という方向性を目指します。

私たちは基本的には「良薬口に苦し」という療育法を採用出来る段階では無いと考えています。子供も親も納得づくでやってみようというまで待つ事、やってみたら楽しい、楽しいから何度も反復するという経過をたどるようにします。課題にのせる為にはセラピスト自信がやってみせて「楽しいよ。」という状態を見せること（モデル）を反復することが必要ですし、次の課題に行くときも前の課題に飽きるが必要だと思っています。子供と遊べるということは、私たちが「遊び心」を持って、ナンセンスな事も楽しんでしまうことだと思います。子供が持っている極端なきまりきった行動に徐々に介入する事によって変化させる試みにも私たちの遊び心が重要で、「こうやればもっとたのしいよ。」とメッセージを送り続けることがセラピーだと私たちは、考えています。

以上、様々な実践の中で、私たちはいくつかの改善（特に親子の相互作用の面で）を得てきたと思っていますが、セラピーは、セラピストのパーソナリティが制御できない形で沢山入り込んでくるものですから、他山の石として読んでいただければ幸いです。

その後の話合いの中で

1. 親と子供が happy であるという事と「良薬口に苦し」的療育法が矛盾するのではないかという疑問が出されました。私の意見としては、それが良薬であると確定されていれば良いと思っています。また、親子共に happy であるということは、「障害を諦めること」にあるのではなく、「障害を克服しようと努力する事」と両立させねばならないと考えています。
2. 良くなるとはどういう事かという疑問もできました。欠陥そのものはどうにもならないが、欠陥が生じさせる2次的障害を抑えることが重要ではないか、という意見が出されました。また、改善を目指すべきだという意見も出されました。重度身体障害児の例を通して、「悪くならないようにすること」もセラピーであるという意見が出されました。私としては、例えば、精神遅

滞児では欠陥の程度が現状では確定できないと思っています。そうすると「今より、もう一歩前へ」としか言いようが無いと思っています。

5 討議のまとめ

司会 鈴木 真知子
記録 加藤 典敏

藤田（旭川療育センター）：Vojta 法に疑問を持っております。乳児を早期に診断して、正常になったら診断は間違っていたと気付く方は良い方で、正常になったからこの治療法がきいたと考えている人もおり、私は早期発見の効果に疑問を持っています。母と子がハッピーであれば良いのではないのでしょうか。疑いがありますと言ったからどうだというのか、それよりも「貴女のお子さんは大丈夫ですよ。」とってあげるこの方が大切でないでしょうか。

障害に対して impairment へのアプローチでなくて、母子がハッピーであれば良いのではないのかと考えますが、古塚先生の考えは improvement の意識があるように思われ、その点はどうでしょうか。

古塚：早期よりアプローチしていくことで子どもは成長していくという信念を持っています。障害児を持ったことで両親はめげつつけており、めげてばかりいないでもう少し挑戦的に生きてほしいと思っています。

藤田：Vojta 法について、USAでは余り関心を示していないし、文献がないのは何故か、国内でも、文献、反対文献がないのは何故か、医学的根拠はどこにあるのか質問します。

三島：① 文献がでていないのは同感です。② Vojta 法は Kobort の考えをとり入れています。情緒面での問題についてはドイツでは、3才以降解消されているということです。

又、最近 Vojta の治療概念が変化してきており、効果については比較することができない

ので、述べることはできません。

小林（釧路・保健婦）：名寄短大の清野先生にうかがいたいのですが、行政が行なっていることに対して、このような形でまとめてもらうと良いPRになると思います。大学の中でその問題を取り上げるようになった経過を教えてください。

藤田：行政予算を有効に使うことが重要で、少ない予算を有効に使うためには健診も毎月行なうのではなく、チャンスをも有効に使うこと、上手にPRして受診率を上げることが大切だと思います。

清野：乳幼児のための医師確保が優先で、全道どこでも同じサービスを保障することが大切でないかと考えます。

木内（札幌西保健所）：昭和60、61年度、乳幼児健診について調査を行ない、道内格差が著しく、特に道東がひどい状況であることがわかりました。道立保健所で、3才児健診まで1度も医師がみでなかった例もありました。

清野：保健所と市町村保健婦のつながり抜きにして考えられない実情があります。

司会：診断の時期について話をしていただきたい。

三島：診断名は、親が障害を理解してきてから、母親の様子をみて伝えていくようにしています。治療というよりは、発達を促すためのアプローチとして柔らかく伝えていきます。

設楽（静療院）：精神科の立場より述べたいと思います。不適応の子どもは、小さい頃はどうかだったのか考え、不確実な記憶や情緒的な解釈では不十分であるということがわかっています。初めより、予測可能な子どもたちがいますが、即、親に診断はせず、それよりも親が子にどう関わっていくかに最も力を注いでいます。又、初めの頃、同じ状態のように思える子が変化していく場合と、変化しない場合がありますが、その差はどこからでてくるのかが、今後の課題です。脳性マヒの早期発見療育は一定の成果をあげているし、こうなるというモデルがあるので、それを目指していきたいと考えております。

又、母と子がどうハッピーにできるかということはいは重課題ですし、どういう風にハッピーにできるか、親の持っている問題にどこまで迫っていけるか、付合っていけるかがキーになると思っています。子どものルーチンを守ることも大切ですが、ルーチンを守ることで家族がアンハッピーでなることもあります。心理的にも環境的にも劣悪になることもあります。少なくとも、どこまで現実に挑戦できるか、古塚先生の子どもの impairment level での improve を信じたいと思います。

司会：早期発見がハッピーかアンハッピーか？もし早期発見されなかったらどうなるのか、トレーニングの効果はどうなのか？ということについて皆様どのように考えますか。

落合（札幌療育センター）：障害を治すことはできないと思います。しかし、放置しておくとか体や四肢が変形していき、特に重度児の場合は顕著に現われます。この進行を予防したり改善することは可能であると考えます。

早苗：良くなるケースも悪くなるケースもあります。北海道療育園では入園は5才～10才頃で、14才～15才で死亡するケースが多いのが現状です。

古塚：経験的に良くなったものを集めることが大切であり、それを崩すのが医者や学者であると考えます。経験的成果を守り育て、更に一歩進み、また始まるというように、それをさらけ出す場をここに求めたいと思います。

■ 第2分科会

テーマ 地域療育活動

発題者

- ①阿部 哲美（千歳市児童家庭課療育係）
「千歳市の地域療育システム」
- ②千葉 裕子（北海道立太陽の園）
「太陽の園を中心とした地域療育」
- ③榎部 武俊
（釧路市中心身障害児療育センター）
「釧路市における地域療育」

指定討論者

- ④堀岡 英機（札幌第2はとポッポ保育園）
- ⑤梶井 直文（北大病院小児科）

司会・記録

- 鍛治 紀美子（札幌市みかは整肢園）
- 十川 光男（道立もなみ学園）
- 辰田 取（札幌市児童相談所）

① 千歳市における早期発見・早期療育活動およびその課題

千歳市児童家庭課療育係 阿部 哲美

障害児の療育がその本来の力を発揮するためには幾つかのことに実現しなくてはならないと考えられます。ひとつには障害児が適切な時期に発見される体制があり、そして、療育機関につながるシステムが地域的になくてはなりません。しかし、ただ早いだけがよいわけでもありません。言語発達遅滞児を4ヵ月に発見しようとするのは不可能です。逆に、脳性マヒを1歳半健診で発見しようとするのも現在の水準では無意味なことです。それぞれの障害に見合った早期発見の時期があります。

二つ目には早期療育の活動が適切に行われることが必要です。これについてはまだまだ、暗中模

索で実践が進められている段階です。しかし、徐々に障害児を理解した実践が展開されてきているように思われます。そして、地域の子どもの数に応じた療育機関の数が確保されなくてはなりません。

三つ目には療育活動の発展として統合保育があると考えられます。千歳市では7万5千の人口に対して7箇所の保育所が障害児保育を実施しています。4箇所が市立保育所、3箇所が私立の認可保育所で、障害児3人に対して1の割合で計9人の保母を市単独で配置して、障害児は27人の受け入れ枠があります。そして、必要な子どもが適切に割り振りされるような決定機関が必要で、これは千歳市では障害児保育専門委員会が受け持っています。

これらの各々が地域の中で適切に配置され、活動が行われて始めて障害児の発達保障が実現すると考えます。その水準は、地域の人口に対してどれだけの対策が立てられているかで見ることができると考えています。

1. 障害の早期発見の現在の到達水準

千歳市は年間の出生数が約1,200人で、月平均100人になります。保健婦の数は9人です。老人保健法の関係で増えています。

(1) 早期発見一乳幼児健診（保健婦の業務）

千歳市では4ヵ月健診（市の集団健診）、9ヵ月健診（市内小児科医委託）、1歳半健診（市の集団健診）、3歳児健診（道保健所）を行っています。これらはいずれも全数健診ですが、この内、市で行っている4ヵ月、9ヵ月、1歳半健診で90%を越える受診率に達しています。千歳は転出入が激しい街で1歳半健診から3歳児健診で1/3が入れ替わる状態にあります。このような状態の中で90%を越える受診率を保っているのはほぼ100%を把握しているためだと考えています。そして、それぞれの健診で障害を発見するための手立てをしています。4ヵ月健診では脳性マヒ（ZKS）を発見するためにボイタの姿勢反射を導入しています。1歳半健診では自閉症や精神発達遅滞を発見するように精神発達の相談を組んでいます。3歳児健診では言語発達遅滞や軽い自閉症を発見するように言語を中心とした発達の相談を組んでいます。

(2) 相談受付一家庭児童相談室

発見から療育を結びつけるために、千歳市では相談室を位置づけています。相談室は保健婦が乳幼児健診で見つけた障害の疑いのある子どもを受けとめ療育の方につなげていきます。この時、家族状況を聞き、障害を判断して適切な場を検討します。それは心身障害児通園施設の中での発達相談に結びつくこととなります。これは健診から療育に直接つながる方が簡単のように見えますが、相談にあがったケースはこの相談室を必ず通ることになり、障害児の全数把握が可能になっているのです。以前は、相談室が独立していない時にはケース管理が整理されなくて苦勞した教訓があります。この相談室が見えない所で千歳のネットワークを支えていると思います。それと、相談室は親のソーシャル・ワークをする側面もあります。そ

れから、通園施設が入所児を単独で決めないということもあるでしょう。

(3) 発達相談一心身障害児通園施設

ここでは子どものケース記録の生育歴や現在の状態を見て、どのようなチームの発達相談を組むか決めます。そして、各障害に応じて通園施設から職員が出て、この相談に当たります。障害は多様にはありますが、一応分けると、脳性マヒや重度重複障害等の肢体不自由、精神発達遅滞、自閉症（情緒障害）、言語発達遅滞、言語障害があります。この施設は全部の障害に応じてまた、年齢に応じて独立のスタッフを配置しているわけではありませんが4つの学級で対応しています。

学級は、①むぎのこ学級（以前は自閉症や情緒障害の子どもが対象でしたが、現在は走り回っている子ども）、②なのはな学級（以前は知恵遅れの子が対象でしたが、現在は歩けない子ども）、③きこえとことばの学級（言葉通りに言語指導の学級）、④訓練室そらまめ（ポバズ法やボイタ法の体の機能訓練）があります。発達相談にはこれら学級のスタッフが入って当たります。

例えば、脳性マヒであれば機能訓練指導員、言語指導員、保育担当者が入ります。ダウン症であれば保育担当者、機能訓練指導員、言語指導員が入ります。この他に地区担当の保健婦と相談員が入ります。

2. 療育実践の科学化

(1) 幼児化・重度化への対応

これは養護学校義務化以来通園施設が直面した問題であり、あるいは、地域の通園が各地にできてからの問題だと思えます。ただし、これは以前から指摘されていたことでもありましょう。そして近頃は理論においてもこのような指導を条件にしたものになってきています。ところが、法体系、施設・建物、指導体制・職員配置はこうなっていませんので、以下のことが叫ばれている割りには実現していかない現実があります。従来の通園施設はこの点で大きな困難を抱えていると思われます。その点、通園事業の補助金で運営している施

設は割合とやり易い所があります。しかし、この補助金の額が少なく職員配置が現状に合わせていくのが困難です。そのため、指導時間を十分に確保することができません。しかし、千歳は通園事業で運営して比較的向かい易い課題としてあるように思います。

(2) 障害の現代的理解

障害に関する科学は日々発展しています。療育に当たる者はこのことを忘れてはいけないと思います。昔の知識で指導に当たっては相手にされないでしょう。5年は一昔のように変化しています。障害に対する知識は常々学んでいかななくてはなりません。そして、このような進歩に職員がついていくのには1人の人間では不可能になってきています。それだけ、障害に関する知見が発展しています。このことは言い換えれば、障害児に関する専門性が求められてきているということではないでしょうか。

ところで、障害の新しい知見が発見あるいは発明されると同時に、その指導方法が導入されるのも普通です。そうすると、今までやってきた指導が全部間違っていたかのようにして新しい方法に変わってしまうことがあります。このようにして指導方法の流行が生まれてきているように思われるのです。これは障害の現代的理解とは違います。これは無節操な流行追いにすぎません。確かに、指導は変わるでしょう。一生同じでなくてはならないとするのもばかげたことですが、流行に流れていかなないように肝に命じておきたいものです。

脳性マヒであれば、機能訓練は当然としてその他に保育的な働きかけ、口腔の指導 (feeding therapy) もするようになってきています。この他に、聴覚や視覚の問題にも注意を払う必要があります。ダウン症は0歳からの指導法になってきています。

(3) 発達の視点

子どもは日々変化しています。しかも、発達する変化です。外界に働きかけ、外界の対象を操作し、外界を変えることが同時に、自分を変え自分を発達させる、子どもには本来このような力が備

わっています。ところが、障害を持つと通常的生活環境ではこの発達を中々生みだしていけなく、どこかの発達段階で留まってしまいます。そこで、外部から働きかけることが必要になります。

この働きかけには現在の子どもの水準の枠組みを設定し、子どもの変化に見通しを持って指導を組み立てていくという発達の見方を、指導する側が持っていないてはなりません。このようにして子どもに「生きる力」を養うのが療育の仕事だと考えています。

(4) 総合的そして統一的療育の課題

この節で述べてきたことをまとめていくとこの総合的療育になります。現在の指導論では総合的な指導を行うためには1人の職員では不可能です。そこで、子どもの発達と障害に応じて指導スタッフがチームを組んで子どもにアプローチしていきます。この際、往々にして上下関係になります。

子どもは本来、統一した人格を備え、各々の能力が関連して発達する存在です。このような存在に対してチーム・アプローチをするには各々のスタッフが対等な関係になくはチーム・アプローチの前提条件が成立しません。

発達を促す働きかけは一応、身体・運動発達と精神発達に大きく分けることができます。これらはどちらが大事ということはありません。同じように大切な側面です。同様に、指導するスタッフも同じように大切にされなくてはならないでしょう。この他に、言語指導のスタッフがいるわけではありません。ただ、平等を前提にするにしても互いのメンバーが同じ力量を持っているわけではありません。ここが実際に運営していく上での課題です。

このようなアプローチを追及していくと、各々の指導員が自分の指導領域を追及していくのはひとつ大事なことです。子ども＝統一した存在に対して統一的な働きかけが求められています。総合的なアプローチが必要だとしても、個々のアプローチが互いに調整されることなく進められるならば、子どもにとってみれば互いに矛盾したことが求められる結果になっているかもしれません。

そうすると、子どもが思うように変化しない理由として他職種を非難していくことにもなりかねません。親にしても同じことが言えます。それぞれ違う職種の人から子どもに必要とすることを指示されて、正しく理解できる親はどれだけいるでしょうか。このような弊害を取り除くためにはそれぞれの職種の専門的見解をスタッフでまとめ、整理して親に伝えるべきです。

これまで述べてきたことを進めるのには単純に研修を増やすことで果たせるとは思われません。スタッフが十分に話し合いの時間を確保していくことが非常に大切です。

3. 千歳市中心身障害児通園施設の 解決すべき問題点

(1) 就学後の肢体不自由児の対応（体の機能訓練の保障）

これはこの研究会のテーマとは直接関わりはありませんが、施設運営には大いに関係がありますので、触れない訳にはいきません。就学後の肢体不自由児は他に行き場がないので結局地域の施設が受けざるを得なくなっています。しかし、本来幼児の施設ですから、施設においても無理があります。しかし、一番の問題は年々人数が増加していくことです。先程述べましたように子どもが増えたからと、職員が増えるわけではありません。また、建物が広くなるわけでもありません。更には、これらのことを考える部門もありませんので私達で考える以外にないのが実情です。

① 重度重複障害児—訪問教育

障害児は全て義務教育が受けられるようになったとは言え、重度の障害児はまだ貧困な教育条件の下に置かれています。在校教育と比較してずっと教育時間が少なくても良いことになっています。体力や病弱でそれしかできないのであれば仕方がないのですが、制度の不十分のためにそうであれば、制度の方を改善すればもっと充実するわけです。しかも、この子らはほとんどが重複障害であり、体の機能訓練が必要であるにもかかわらず保障されていません。これを

補っているのが元もと十分に整えられていない地域の通園事業による施設です。これに対しては教育制度の充実を望まざるをえません。

② 普通学級の肢体不自由児の機能訓練

これも①と同じことが言えます。障害が純粹の脳性マヒだけでしかも程度が軽いと普通学級で学力をつけていきます。このような子どもが地域に肢体不自由児の障害児学級があるからと行くのはむしろおかしなことで、普通学級に在籍できます。しかし、現在の教育制度では訓練を受けることができません。これも地域の通園事業が受け持っています。通園事業は子どもの数が増えれば働きかけが減り、指導の密度が薄くなるのが実態です。

③ 義務教育終了後の対策—進路先のない現実

重度の障害児、特に肢体不自由児は卒業後に行き場がありません。道内の幾つかの市で親の会が主体になり、地域の中に親元から通う肢体不自由児者の卒業後の施設づくりをやり始めています。一番早くできたのは旭川ですが、この種の施設の性格付けが暗中模索の段階にあるように思われます。再度的にも実態的にもこれから創造していかななくてはならないものとしてあります。殆どの所がまだ専用の場所を確保しただけの状態です。

(2) 千歳の心身障害児通園施設の今後の課題

① 境界線児への対応—発達相談の今後の方向（親の子育てへの援助）

発達相談をするなかで障害児とは言えないけれども、放っておいては健全に発達していかないと感じられる子どもが結構多いと思われまます。このような家族に対して何らかの対応が必要であると考えています。これは②のこととも重なりますが、育児教室のような事業が求められているのではないのでしょうか。

② 学級の敷居を越えた交流を一全体行事から日常的交流へ

もともと千歳市の障害児療育は障害別の学級で出発した経緯があるため、どうしても学級単位で運営される傾向があります。現在、福祉セ

ンターの中に統合され、同じ場所で運営されているにもかかわらず同一施設に成りきっていません。これを指導内容をも含んだ形で統合されることを目指しています。

③職員の力量の向上を

職員が集団的に力量を高めるにはどうすべきか。しかも、指導力量だけでなく、総合的な力量を形成することが目標でなくてはなりません。

そのために、研修会に参加することや、自ら研修を組織したりするだけでなく、日常的な職場の中での自己教育運動が本来重要だと思えます。そして、チーム・アプローチを指導の柱にすると個々の指導員の力量も当然ながら、全体として指導方法・子どもの見方・指導の目標の共通認識をつくりあげ、それに基づいた意志疎通が大切になります。そのために、日常的な話し合いの時間を取ることが必要ですが、思うように取れないのが実情です。

④保育所との交流保育の実施

市内保育所との交流保育が今年度より実施されることになりました。そのために、臨時とは言え、1名の保母が付きました。この内容はまだ暗中模索の状態ですが、職員全員で研修しながら方向を探っている所です。

⑤教育関係者との結び付き

就学指導委員会には通園施設から職員が2名出ていて就学指導に関しては幼児期の状態を伝え、今後の課題を明らかにして進路を定めて行こうとしています。また、十分なレベルに至っていません。これは教育関係者との日常的な付き合いがなく、幼児から学齡へのつながりが千歳において弱いことが原因でもあると思います。療育実践、教育実践についてほとんど交流がないのが実態です。この点はもっと追及しなくてはならないと考えています。

4. 障害児療育の今後の展望

(1) 通園施設の見直しと総合的療育施設の構想および指導員の身分保障

通園施設が肢体不自由児、精神薄弱児、難聴幼児、情緒障害児というように分けて存在するのは既に時代の要請に合致していないと思われます。現在の法からいくと、総合化するには4つの施設を同時に持つ以外にありませんが、このような施設の設立は少なくとも100万都市でないと不可能です。もっと小さい市・町・村に見合った障害児療育の制度が必要です。しかも、総合的な療育ができるような制度が求められます。

心身障害児通園事業の補助金による施設の場合はこの点は運営がしやすいようです。この事業はやる気があり、力量があれば総合的な療育体制を取ることも可能です。しかし、そのための指導員の数の確保や指導力量を形成するのに大きな苦勞があります。言わば、障害児療育の体制は各地方自治体の裁量に任されています。

以上の現実を変えるには法律を抜本的に変えて総合的療育をその基本におき、しかも、年齢は0歳から通園できるようにして、規模によってランクをつけるようにすべきです。それと、障害がはっきりと分かってから指導を開始するのではなく、疑いが持たれた時点で療育が可能な制度に改めるべきです。これと同時に、この施設では育児相談・育児教室を備え、障害児でなくても親の子育ての援助が出来る制度にするべきです。

現状では障害児療育に携わる指導員の資格・身分・研修制度においてなんらきちんとした保障がありません。しかし、それにもかかわらず、民間の研究運動に参加したり、研修会に参加したり、独自に研修会等を組織してその指導力量を高めています。

(2) 乳幼児健診の義務化と保健婦の定員化

療育制度と同様、今の保健婦は自治体毎にその数が決められています。その数が人口比で一定数が確保されることもない現状です。関係者の間では5千人に1人とか3千人に1人の保健婦が必要と言われていますが、一部の町村を除き、夢のような話です。このような現実が即乳幼児健診にも響いています。自治体毎に綿密度も程度もバラバラな健診が行われています。

健診は地域の子どもが健康に育っているかどうかを確認することですから、全国隈無く同じように実施されなくてはならないはず（全く、同じ規格ですることではなく、自治体により少しの幅をもってできるようにするべきですが）。

同様に、保健婦の数も人口比で一定数を確保するような法律を制定するべきです。

2 太陽の園を中心とした地域療育

北海道立太陽の園 千葉裕子

1. はじめに

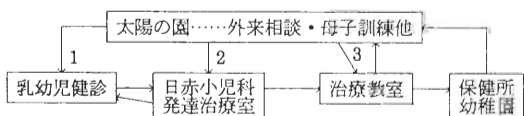
太陽の園は昭和43年に開設し、入所定員400名（児童100名・更生200名・授産100名）の総合施設です。系列施設として通勤寮があります。

当施設の地域療育は、伊達市（35,000人）と西胆振5町村（25,000人）をエリアとして、早期発見、早期療育の地域ネットワーク（伊達ネットワークシステム）を形成してきました。

2. 伊達ネットワークシステム （早期発見・早期療育システム）（図1）

昭和50年より、太陽の園・伊達市・日赤病院が核となってネットワークを組み早期発見・療育をめざした「伊達システム」を発足させ、現在に至っています。

(1) 1歳半・2歳・3歳児健診において「心とことばの相談コーナー」を実施し、全対象のチェックと相談を医師・保健婦・STが3重に行ってい



- 1 「心とことばの相談コーナー」……………ST, 研究員派遣
- 2 「発達治療室」発達相談とセラピー……………カウンセラー派遣
- 3 「治療教室」……………OT派遣

図1 伊達ネットワークシステム

ます。

また、このチェックをもとに、随時、予防・発見・治療・療育へと一貫したフォローアップを実施しています。

(2) 発見・療育と平行して、母親（家族）に対する相談・カウンセリングを実施しています。

(3) 施設（太陽の園）がシステム形成のデータバンク・コーディネーター・療育のセンター的役割を果たしています。

3. 母子訓練を中心とした地域療育事業 （資料1）

太陽の園では昭和58年度より厚生省の施設オープン化事業のひとつである母子訓練事業を始め、61年度実績で49回296組を実施し、62年度は21回130組の訓練を予定しています。

母子訓練事業は、施設を持つ訓練機能や専門性を生かした、母子での短期宿泊訓練です。内容としては、障害幼児の家庭療育や専門的な療育方法について、体験等を通し、具体的に学ぶものであります（表1）。

(1) スタッフ……専任3名・兼任（研究員）1名と、その他、医師・栄養士・ST・OT等が対象児に応じて

表1 母子訓練基本プログラム

		午 前	午 後	夜
1	子 日 母	入 所	行動観察・検査 母 親 教 室	個 別 面 接 懇 談 会
2	子 日 母	朝 集 団 療 育 母 親 教 室	昼 集 団 療 育 母 親 教 室・講 義	夕 入 懇 談 会
3	子 日 母	の 親 子 療 育	食 集 団 療 育 母 親 教 室・講 義	食 浴 個 別 面 接
4	子 日 母	会 親 子 レ ク	指 親 子 レ ク	指 寮 見 学 懇 談 会
5	子 日 母	集 団 療 育 母 親 教 室	導 集 団 療 育 作 業 見 学・個 別 面 接	導 等 懇 談 会
6	子 日 母	集 団 療 育 母 親 教 室	修 了 式	

- 注) ・2泊3日コースは主に1・5・6日目
 ・3泊4日コースは主に1・2・5・6日目のプログラムなる。
 ・年長児母子訓練の場合、子どもは集団療育の代わりに作業訓練・調理実習・社会生活指導・環境整備を行う。また夜、朝の日課で身辺指導を行う。母は母親教室、講義の他に作業体験、職場見学等を行う。また、母子の宿舎を分離して行う。

あたる。

- (2) 設備……………専用棟（寮）・専用プレイルーム。
- (3) 日程……………5泊6日コース（13回）
3泊4日コース（4回）
2泊3日コース（4回）

(4) 母子訓練の位置づけと特徴

- ①早期療育の一端を担う。
 - 61年度実績で、129名中84名（64%）が幼児（学齡児は、夏・冬・春休みに入所、平月は幼児が中心である。）。
 - 郡部の療育機関未設置地域における療育対策（専門的療育及び療育担当者の研修受け入れ）として重要な役割を果たす。
 - 母親指導や家庭療育指導に重点をおき、母親（家族）を援助する。
- ②事前・事後のケアで訓練効果を高め、療育の一貫性を図る。
 - 事前ケア……………家庭訪問・関係機関訪問・母子訓練見学・外来療育等
 - 事後ケア……………関係機関への報告・家庭訪問・外来療育（来園・通信）・電話相談・再入所・地域懇談会等
- ③地域の療育機関との連携を図る（ネットワークの一環として）。
 - 母子訓練の前後ケアをとおして他関係機関と連携を強め、療育システムづくりを行う。
 - 対象児のニーズに応じ、専門機関や地域の療育機関を紹介する。
 - 関係機関職員の研修受入れを積極的に行う。

4. 研修事業の実施

(1) 心身障害児早期療育事業研修

- 日程……………年8回、5泊6日

表2 研修基本プログラム

	月	火	水	木	金	土
午前	オリエンテーション	臨床脳波	言語治療	抱っこ法	講義	まとめ 反省会
午後	講義	発達治療 カウンセリング	講義	乳幼児 健診	講義	

- 対象者……………1回3名、障害児（者）の療育担当職員及び学生・その他

- 基本プログラム（表2）

(2) 母子訓練実務研修

- 日程……………年21回、2泊3日～5泊6日
- 対象者……………1回1名、障害児（者）の療育担当職員及び学生・その他（母子訓練参加児の関係職員が多い。）

5. 学園寮舎とのタイアップによる短期入所の実施

養護事情及び緊急に療育改善が必要なケースに対して、1回2名（男女各1名）以内で3ヶ月未満入所させ、治療・養育訓練を実施しています。その間に家庭環境等の改善を図るために家庭ケアを行っています。

- 短期養護ケース…母親（家族）の出産・疾病
- 短期治療訓練ケース…肥満・偏食・生活リズムや情緒不安の改善
- 母親（家族）のレスパイトケアケース…母親の精神不安や疾病・兄弟の不安定の改善

太陽の園実施の地域療育事業をまとめると表3のようになります。

6. 早期療育及びネットワークシステムを進めるための課題

母子訓練担当職員という立場から、日頃接しているケースを通して課題を整理してみると、下記のような点が考えられます。

- (1) 早期療育は個別的・専門的であり、かつ即応性が必要である。
 - 適切な診断。
 - ケースデータの保存。
 - 療育機関の紹介（コーディネーター）。
 - 療育の一貫性。

(2) 早期療育は専門化（専門的療育訓練）と一般化（健常児との統合保育）そして、家庭療育（専門的助言・指導による家庭療育）の統合が重要である。

表3 太陽の園地域療育事業一覧

区分	対象	事業内容	実施回数・派遣人数等	エリア
子相 防談 発事 見業	乳幼児	*乳幼児健診 3歳児健診協力 *伊達日赤病院小児科 発達治療室	年38回 2名派遣 週2回 1名派遣	西胆振 4市町村 西胆振
	児童			
療 育 事 業	乳幼児	*伊達市中心障害児 療育教室 *外来相談・外来療育 *母子訓練	週1回 1名派遣 週1～2回 年21回 130組 1回6日間他 若干名 随時	伊達市 近隣町村 全道
	児童	*短期宿泊訓練 *療育キャンプ協力施 設提供 *短期入所	男女各1名	伊達市 全道
	15歳以上	*生活能力訓練	年3回 20組	全道
	児・者	*緊急一時保護	随時	全道
	研修 修業	関係職員	*心身障害児早期療育 研修コース *母子訓練研修コース	年8回 24名 年21回 21名

専門療育に片寄って、基本的な家庭療育がおろそかになったり、健常児との統合保育に対する過大な期待から、発達や障害特性への配慮を忘れている場合がみられます。これらは、子供の能力と深い関係があるが、どんな場合でも3者が統合化した対応が必要であると考えられます。

(3) 早期療育では母親（家族）指導・ケアが重要である。

- 母親（家族）を精神的に援助する。
- 家庭・地域の環境を十分に考慮し、具体化できるアドバイスをすること（兄弟・祖父母との関係や経済状況・住宅事情等を考慮する。）。○家庭療育の基本を具体的にアドバイスする

（母子関係・食事・排泄・遊び・寝など）。

○必要な情報を正確に伝達する。

○母親（家族）の主体性を重視する。

(4) 地域の特殊性や療育機関を考慮し、具体化できるネットワーク・システムが必要である。

○都市型……専門機関間の連携。

○郡部型……広域性や療育機関未設置地域の対策。

(5) 各機関の位置づけ・役割を明確にして、各々が専門性を発揮する必要がある。

(6) 各機関の有機的な連携を強化する必要がある。

○専門機関を活用する（診断・専門的な治療とアドバイス）。

○地域の療育機関を活用する（専門機関での診断やアドバイスを生かし、日常の療育を担当するよう）。

○療育機関職員間の実務研修や情報交換が必要である。

7. まとめ

望ましい療育システムとは、利用者にとって「わかりやすい」、「即応性がある」、「専門性がある」、「一貫性がある」、「継続性がある」等が大切です。しかし、現段階では利用者のニーズに応えられる療育内容やシステムとは言い難いのが実状です。今後さらに内容の充実を図るためには、各機関が積極的に連携を取り合うことに加えて、これらを推進していく組織や人材の養成（研修）が重要な課題であると思われます。

資料1 61年度母子訓練参加者の状況

〈年齢別分類〉

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	合計
男	2	7	13	12	17	9	2	2	2	6	5	2	9	2	2	0	92
女	0	5	5	4	9	0	0	3	3	0	0	1	2	3	1	1	37
計	2	12	18	16	26	9	2	5	5	6	5	3	11	5	3	1	129

※ 6才以下 83人（64%）・7才以上 46人（36%）

〈主障害別分類〉

精神発達遅滞	ダウン症	自閉症・自閉傾向・情緒障害	肢体不自由児	ことばの遅れ	その他	計
50	16	51	5	1	6	129

※ その他の内訳

硬膜下出血→2 特に障害はないと思われるしつけ相談の対象児→4

※ てんかんの合併→17人

※ こだわりがあり、ことばと社会性の遅れが主として現われている場合は自閉傾向とし、自閉症・自閉傾向・情緒障害群に分類した。

※ 知的な遅れが主な場合は精神発達遅滞群に分類した。

※ 明確な病名、症候群の場合は別に分類した。

〈主な関係機関別分類〉

通園施設	幼稚園 保育所	養護 学校	特殊 学級	普通 学級	言葉の 教室	地域 保健婦	外来	在宅	合計
25	24(3)	25	22	3	6(25)	11(11)	3(2)	10	129

〈地域別分類〉

室蘭	苫小牧	白老	登別	伊達	虻田	札幌	江別	岩内	函館	鶴川	今金
29	17	9	11	2	1	26	5	6	2	1	3
厚沢部	厚岸	旭川	広島	滝川	砂川	厚真	釧路	岩見沢	深川	南幌	千歳
1	3	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1

〈管轄児童相談所別分類〉

室蘭	札幌市	岩見沢	函館	中央	釧路	旭川	合計
72	26	5	5	16	4	1	129

〈父親の参加状況〉

個別面接実施	宿泊	懇談会参加	合計
43	3	2	48

〈主な入所ルート別分類（新規入所のみ）〉

保健婦	児相	学校	通園施設	ことばの教室	幼稚園・保育所
16	8	7	6	4	2
知人の紹介	外来療育	マスコミ・パンフレット		再入所	合計
30	3	7		46	129

61年度母子訓練参加者の事前調査・アフターケアの状況

方法	回数	実施率	方法	回数	実施率
家庭訪問	54	65%	学校	7	8%
関係機関での面接	12	14%	通園施設	6	7%
関係機関訪問			幼稚園・保育園	5	6%
保健婦	23	28%	外来での受け入れ	3	4%
ことばの教室	9	11%	合計	119	

※ 実施率は新規入所83組に対する比率・回数は述べ数。

※ 再入所の場合電話等での情報収集が多い。

〈アフターケアの内訳（管轄の児童相談所への参加児童連絡票の提出を除いた数）〉

内 容	回 数	実 施 率
電話相談	46	36%
関係機関への報告		
ことばの教室	26	20%
通園施設	26	20%
保健婦	24	19%
幼稚園・保育所	14	11%
学 校	11	9%
外来療育相談での受け入れ （ポータープログラム通信指導を含む）	12	9%
再入所（61年度内）	16	12%
合 計	175	

61年度外来療育相談の実施状況

〈外来療育相談〉

療 育 相 談 の 種 類	延 回 数	ケ ー ス 数
言語治療	35	1
相談（ポータープログラムを含む）	28	10
感覚統合訓練	27	1
みどり保育所における統合保育	6	3
合 計	96	15

3 釧路市における地域療育

釧路市心身障害児療育センター 榎 部 武 俊

1. 釧路市の人口動態等について

釧路市の人口・出生数は、表1の通りです。出生数・出生率の減少傾向がみられます。都市の特徴をスケッチ風に言いますと、石炭・パルプ・水

表1 釧路市の人口・出生数等の推移

項目	釧路市						
	年度	56	57	58	59	60	61
人 口（人）		217,999	216,960	218,109	217,859	214,524	213,263
出生数（人）		2,997	3,110	2,912	2,990	2,725	2,550
出生率（%）		13.9	14.3	13.6	13.7	12.6	12.6

（釧路市企画課調べ）

産の消費都市というより生産都市という面もっています。近年の経済不況や構造の変化を受け、その落ち込みがあります。

そのような中で、釧路湿原の国立公園化であるとか、公立大学の設立など、観光事業・公共事業に力を入れておりますが、反面、財政のマイナスシーリング・ゼロベースという厳しい環境の中で福祉であり、地域療育であることを押えて頂きたいと思い、本題に入ります。釧路市の乳幼児の早期発見にかかわる基本的な枠組は、私見ですが、療育から発見や保育、はては学校教育へと拡がり

はじめる、いろいろなことが見えはじめてきているということだろうと思うのです。そのことを押えて早期発見のところから入ります。

2. 早期発見について～乳幼児健診

表2～4を参考にして下さい。

当市の場合、乳幼児健診は、これまで長い間、未熟児クリニックであるとか、自由来所スタイルの育児相談であるとか、いわば課題別健診であった訳です。老健法下の厳しい中、母子保健の分野で、どこかの時期にしっかり全数把握をしたいということで、61年度から個別案内をして、4ヶ月児の全数健診を実施しております。

初年度の受診率は、表2の通りです。今年度は、もっと上っていると思います。私たちからみて、「頑張っているな。」という感じを受けます。この4ヶ月健診には、その後、経過観察と精検をセットしております。また自由来所から、ハガキ等の工夫をして、個別案内をしており、考え方の問題として、「個々に対応していく。」という芽が出てきていると思われまます。1歳半健診は、スクリーニングと健診の2本立て、表3のような実施状況です。Drの確保等、様々な問題があって全数健

診ではありません。しかし、4ヶ月健診の全数把握の方向というのは、その後1歳半までの間の、健診設定及び時期、1歳半の全数健診化～とりわけ「精神発達」の把握という脈絡の中で～新たな位置付けを求めることへつながってきていると思います。

保健婦さんの努力は大変なものです。確かに、健診率や内容において、「なんだ、この程度か。」という評価もあるかもしれませんが、私はそうは思っていません。先ほど言いましたが、一方で老健法の問題だってあるのです。老人が病院から出ざるを得ない、家庭でかかえることは、即、家庭崩壊につながるざるを得ない状況になる中で、保健婦の「処遇」が求められています。これは厳しいですよ。乳幼児健診にしても、予算が大変です。車の「クラウン」というのがありますが、あれが1台か2台かというギリギリのところをやっているのですから……。

ともかく、この乳幼児健診、早期発見の分野では、課題別健診から全数健診へと軸をかえた、そして様々な工夫や発想が、そこを軸にしているというのが、最大の特徴になっていると思います。

3. 早期療育の現状

次に、早期療育の現状について述べます。一言で言って、中味の問題でありますが、各々の障害・年齢に一応の対応がされてきているということです。

図1をご覧下さい。0歳～1歳の主に運動発達にかかわるところでは、健診サイドの乳児発達相談、療育サイドの巡回療育相談、及び肢体通園施設での母子の外來事業、措置事業という形で対応しています。1歳半以降の主に精神発達については、健診サイドの幼児発達相談、療

表2 4ヶ月健診の推移

項目	年度	56	57	58	59	60	61
対象数(人)	2,671
実施数(人)	2,116
受診率(%)	79.2

(釧路市健康管理課調べ)

表3 1才半健診・1才半発達スクリーニングの推移

項目	年度	56	57	58	59	60	61
対象数(人)		3,293	2,973	3,134	2,943	2,990	2,681
実施数(人)		920	1,225	1,358	1,525	1,420	1,470
受診率(%)		27.9	41.2	43.3	51.8	47.5	54.8

(釧路市健康管理課調べ)

表4 3才児健診の推移

項目	年度	56	57	58	59	60	61
対象数(人)		3,567	3,416	3,251	3,124	2,899	2,874
実施数(人)		2,624	2,625	2,497	2,396	2,239	2,252
受診率(%)		73.6	76.8	76.8	76.7	77.2	78.4

(釧路市健康管理課調べ)

育サイドの早期療育相談室が対応しています。2～6歳については、肢体通園と精薄通園を柱に対応し、それ以外の在宅の子どもについては、早期療育相談室を窓口にし、面接・家庭訪問・在宅母子療育～これは「ポニーの教室」といって、社会福祉協議会が主体となって、私たち指導員とボランティアによる、母子のあそびの場です～等の利用となります。また3歳以降の構音障害等、ことばの機能にかかわっては、幼児ことばの教室が対応しています。ここに通ってくる子は、幼稚園・保育園に生活の場をおいている子が大半ですので、そことの連携も大切になります。このあたりまでが、私共療育センターの現在の機能です。

なお、その他に4歳～6歳の子に対して指定園方式の障害児保育（23園中2園）、31園もある幼稚園（実態は不明）でも、受け入れられているようです。

全体として、0歳～6歳までの就学前乳幼児に、療育の空白期間はなくなってきました。

4. 療育の課題について

以上が、まったく大ざっぱな、当市の早期発見と療育の様子です。

次に療育の課題について、お話をします。課題といっても、私共の心身障害児療育センターの主に、その中で私がかかわっている、早期療育相談室と精薄通園での実践を通して困っていることを、お話しします。

(1) 基準行財政の確立を一センター運営の基本一

まず、センターの生いたちはです。昭和54年の養護学校義務制で、精薄通園は、幼児化の方向を一層鮮明にし、早期療育にむかいましたし、一方、施設老朽化を抱えたマザースホームも、その新築と、従来のホームの役割にかかわって、超早期療育という分野に手をつけはじめていました。市の心身対策協議

会の答申を受け、この2つの施設をドッキングさせ、それに他課に属していた、幼児ことばの教室とが合わさって、昭和55年、療育指導室に、56年に釧路心身障害児療育センターという名称になりました。その後、昭和56年に、国の障害者福祉都市の指定を受け～これは2ケ年の年限でしたが～各種事業を行ないまして、その中で、「後に残るような事業をしよう」ということで、期限切れのあとにも曲折はありましたが、早期療育相談事業が早期療育相談室として残り、それを加えて、今日のセンターとなったのです。

その後5年余りの経過をみますと、個人的見解ですが、次のことを感じます。ひとつは、「療育センター」という言葉には、「総合療育」という

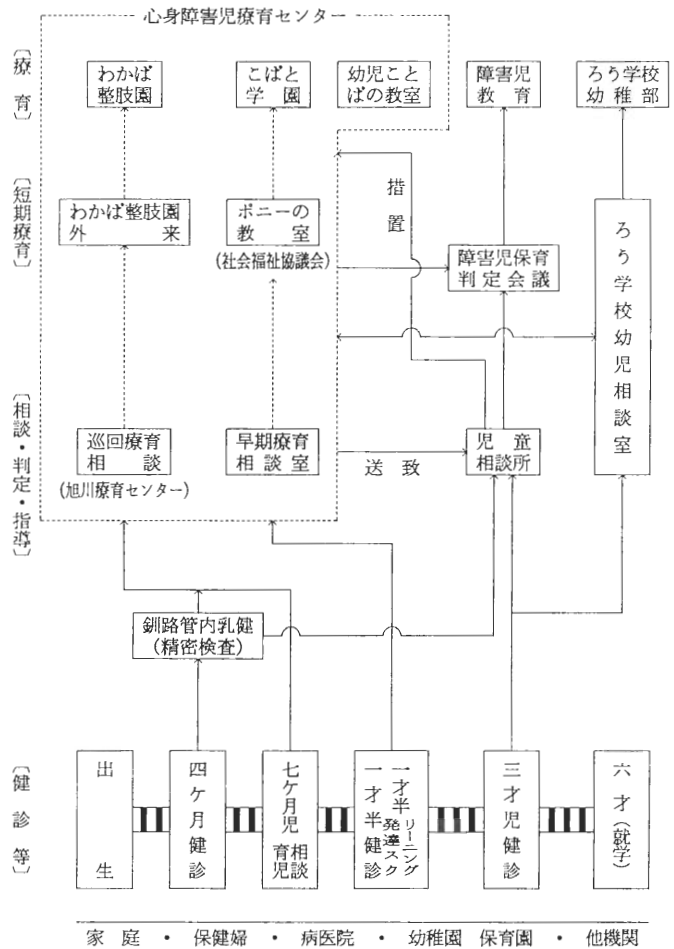


図1 釧路市における障害乳幼児の発見と療育の流れ

ことが「願い」として込められていると思いますし、利用する側にも、そうした期待があるのですが、そうしたことから現実には、剝離していると言わざるをえません。それは、設置にあたって「理想的」に深められていなかったこと、行政的には、総合計画と実施計画に十分裏付けられてこなかったこと～これが今日の運営上の問題の底流にあると考えるのです。それに、センターの2つの認可施設によって立つ諸法が、施設名称を含め、すでに今日の役割に柔軟に対応できるものではありませんし、基準行財政として確立していないということです。必要な処遇と体制整備を考えるにも、「法律・財源の制約」が大きく、行政当局としては、首をタテに振れない、財布の勘定というものがあるのです。この構造をなんとかすることを考えてもらいたいと思っています。

(2) 相談室5年の歩みから一総合的窓口、事務的調整ではなく、文化的交流を—

相談室は、5年の歩みの中で、健診と療育をつなぐパイプであり、施設の療育の内容を常に更新しようとする課題提起者であったと念います。図1,2をご覧ください。

相談室の主たる対象は、先に述べましたが、年齢としては1歳半以降2歳前後になっております。当初、来室の動機は、主に親の自発性により、PRに力を入れましたので、病院やその他の機関でポスターを見た、ラジオを聞いたというものです。

この5年間の実践で、自発来所は減り、保健婦などの機関紹介が軸になってきました。相談室が市民権を得て、各機関の中にそれなりに位置付けてきたということであり、そのことのもつ意味は大きいと思います。

そして、空白であった、2歳前後を埋めて発見と療育のかけ橋としての実質をもってきたのだと思います。

しかし、「総合的な窓口」になるまでには到っていません。実践すれば、するほど、その固有の性格から「調整機能=コーディネート」をもたなくては…と思うので、その意味合いのひとつとして、関係各課との実務担当者会議という、連携のための打合せの場をつくりました。これは、今、開店休業の状態にあります。それは、タテ割のテリトリーがあって俗に言う「とる、とられる」というような面が、意識的ではないにしろあるからだ、私には思えます。お役所仕事だと言われれば、それまでですが……。

例えば、こんなこともありました。1歳半のスクリーニングに、「センターのSTの参加」という問題提起がありました。そこでは、スタッフの一員として、従来のタテの仕事とは一応の区別をしてかかわることが

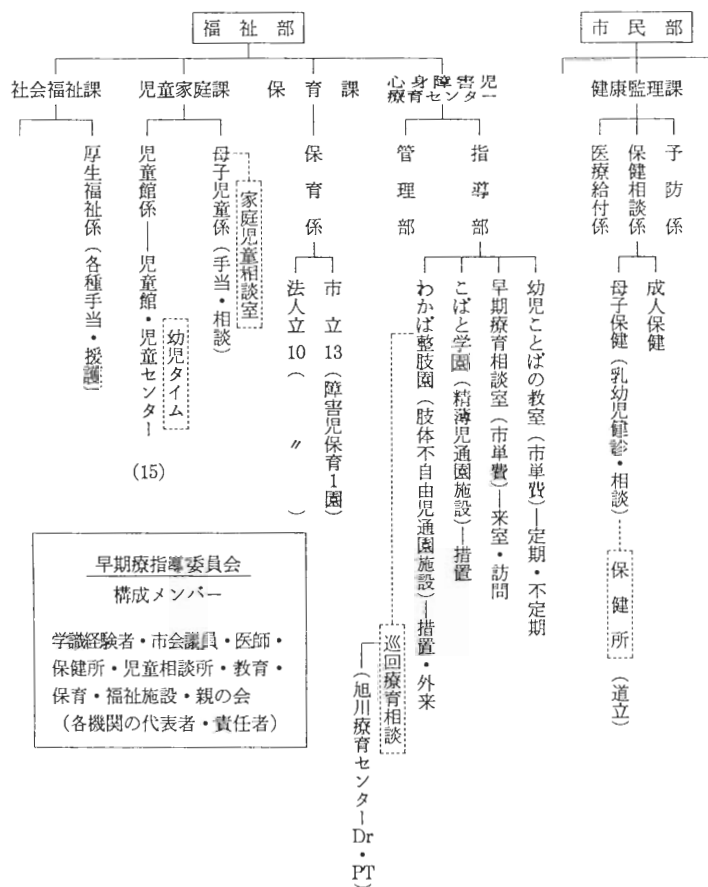


図2 釧路市の障害乳幼児対策の行政体系

望まれたのです。しかし、結局、スクリーニングの場だけでは、チェックできない、精検したいので従来のタテの仕事に、吸収してくるということや、一方それではスクリーニングのテンポや生活に合わないという側面等々のことが起きて、途中でやめてしまったということがありました。

どちらが良い悪いという判断をするつもりも必要ありませんが、「利用価値」をぬぐいきれていないということを痛感するのです。

そのような「事務的な調整」では、やはり応えきれません。文化的交流というか、子供への目つきを少しでも共有したり、わかり合ったり、各々の専門職の固有の役割を明らかにするということがなくは…と思っています。その場合、現場のスタッフが、手弁当というか、ボランティアな共同の場を～勉強会よりもむしろ実際に子供にかかわるというような～つくることで、もっと共通の感情が生まれ、その辺から手がかりがつくれるのではないかと思います。

(3) 在宅母子療育一ポツンとしないで、みんなとそだてよう一

次は、在宅母子療育のことです。相談室の活動の中で、在宅で発達上の問題をかかえている子が多数となり、個々のカウンセリングや家庭訪問等の他に、集团的ケアの必要に迫られ、社会福祉協議会の事業として先程述べた「ポニーの教室」ができました。これは週一回の実施ですから、いわゆる「療育効果」という面からみると、どうかと考えられます。

しかし、ポツンと母子が家にいるというのではなく、週一回といえども、「みんなで育てる」という場がつけられたことは大切と思われます。つけられても、ポツンという状態の母子が集まる訳で、それだけでは、うまくはいきません。それは「いるだけ」になってしまうので、言葉は悪いが、「バカになって、キャーキャーと大人があそぶ。」ことを大切に考えて、理屈より身体を動かすことから入っていくという点を大切にしました。

段々とお互いがなごみ出し、悩みを語り合い、「おんなじなんだ。」という共感のようなものが

生まれます。靴下の上からかくような、もどかしいものであるけれど、子育ての支えになっていると思います。

このようなことは、ポニーの対象になる子だけでなく、その周辺に広くあることなのです。「みんな、みあっこする。」という場を健診と療育の流れの中に、新たに位置付ける必要を私は感じます。

(4) 通園施設13年の歩みから一私の実感一

この仕事にたずさわって、13年目をむかえました。その中で、次のことを思いました。

①親の生活世界との交流

昨日のシンポジウムで、親へのカウンセリング、態度変容の問題が議論されました。私は、少し違った見方をしています。

日頃、保育の中で、社会見学と称して、デパートの食堂で会食をすることがあります。食堂というより、レストランであるそこは、ひとつの雰囲気をもっていますが、子供たちには、いつもの給食風景であるわけです。テーブルの上も、下も、大変よごれ、様々な声が溢れます。周囲の人たちの“何事か”という視線が一斉に注がれます。私たちはといえば、“これは仕事である”という電磁バリアがあるものですから、多少汗をかいても、はずかしくもなんともないんです。

ある時、親の方数人と研修会に出席するため、小旅行しました。普段の通園生活の中では、見ることでできない場面に出合いました。デパートのレストランで食事をすることもありました。そのときは、どうしたわけか例の“電磁バリア”が機能しなくて“さらされている”という気分に乗られるし、さりとして、“ちゃんと食べなさい、残さないで”などと普段言っているようなことも、サッパリ出てこない自分に気づきました。“いつも、こんな中で生活しているんだなあー”という思いが強く残りました。

また、こんな話もあります。家事のことです。普通、流して洗いのものをする場合、どこの家でも、合理的な考え方をするものでしょう。スポンジや洗剤は、目の前のすぐ手の届くところに置いてあ

りますよね。ところが、障害をもつ子が、洗剤をあそびに使ってしまうということで、手の届かない、反対側の棚の上に置いてあるんですね。そして使うごとに一々そこから取り出して、使うのです。これは、普通といわれるところにはない、苦労というか、不合理というか……。生活障害のすごさです。

親に“あれをしては”とか、色々言いますし、親の態度変容も大切ですが、普通は言われなくても良いことも、障害児がいるために、言われていることがあるのではないのでしょうか。生活実態をよりリアルに目のあたりにするとき、むしろ私たちの態度変容というか、専門職として、本当に期待されていることは、何かということを考える必要があると私は思います。

②育てる立場にたって

私が、この仕事にたずさわった頃、昭和50年頃ですが、当時は、自閉症論が華やかな時で、遊戯療法がいいとか、その後は、脳障害説がでて、行動療法等々、この10年間、いろんな療法がありました。そのたびに、雑誌情動的に、ウロウロしていたような気がします。最初に担任した子どもたちは、今は養護学校3年生になっていたり、卒業したりしています。時々会うことがあります。そのたびに、当時のあいまいな子供への接し方や〇〇療法に振り回されていた様子を思い出して、チクチクするものを感じてしまいます。そんなことの繰り返しの中で“育てる”ということを考えます。

医師や訓練士とは違って、私たち保育者は“育てる”側というか、立場にあると思います。それを忘れがちになってしまい、専門職化することで見えなくなってしまう状態が結構あるんじゃないか。私たちの実践は、えらそうですが、人格のことを抜きにしてはやれないと思います。対象である子供たち自身に受けとめられること、子供自身の中に“生きている力”になっているか、どうかです。そう考えると、親の子をみる見方、悩み、願いは、具体的でかなり正確であると思います。このことをふまえると、その目的と実践は、かな

り常識に近いものであることを忘れてはいけな
いと思っています。

③通園の持味を生かして

私共の通園の保育の柱としては、3点ほどあります。ひとつは生活づくりです。俗っぽくい方ですが“生活の中でなおす”ということです。ここでは、生活のリズム、食生活、生活習慣等々の課題を人と人の関係をたてなおしながら解決していくということです。2つ目としては、あそびの問題があげられます。保育分野では“あそび”について、長い積み重ねがあるのですが、障害幼児の場合、まだ浅く、弱いところ。発達の問題を考えると、あそびのもつ意味は大きいと思います。これは楽しくなければ意味がなく、特に保育者が“その気になって、夢中であそぶ”ことが一番大切で、その中で、子供たちの笑顔、気持のむかいあい、意欲等々が見えてくるし、当の子供たちが楽しく、その気になってあそべるのです。これは、結果として発達や障害に密接にかかわってくるものです。3つ目は、集団づくりです。いわれるところの個別指導と集団指導というような意味としてではなく、集団の中で個々の子供の発達と集団そのものの発達というような押え方にたっているつもりです。具体的には、クラスという異質の生活集団、グループという同質なあそび、課題のための集団編成の問題を、ずーっと追求してきました。それは子供集団だけでなく、親の主体形成としても、また、先生によって当りはずれがあるという状態を少なくしていく等々、職員集団づくりとしても、あることです。

実際は、これら3点は、全部ダンゴ状になって取り組んでいる状態なので、十分分析的になっていません。より分析的であることと、時々の発達の知見、障害研究の水準をよく学んで、これらに生かしていくことに、私共の施設処遇の課題があると思っています。

④学童期・青年期を見通す努力

最後に、乳幼児期にかかわるものとして、悩みのひとつが、将来のこと、子供たちの育ちゆく先の見通しについてです。各ライフ・ステージごと

のつながりは、釧路でも薄い状況です。結局“各々で頑張っていれば良い”“ここはここ、あそこはあそこ”式になっているのです。乳幼児期に“しっかり育てる”ことの大切さは、“しっかりした青年”として育っていく姿、本格的に働く彼らの姿を目のあたりにすることができることにつながると考えます。少なくとも釧路では、それが焦点のひとつであると私は思っています。以上で雑な報告ですが、終わります。

4 各機関の連携を

札幌第2はとポッポ保育園 堀岡英機

1. 予防と早期発見システムの現状と問題点

保育園に入って6年目で現場での経験も少ないのですが、現場に携わっているものの一員として療育のあり方を批判的に検討してみたいと思います。

療育についての問題点としてふたつ指摘しておきたいと思います。

ひとつは、予防的観点での問題が制度的なものも含めて実践されているかということです。昨日のシンポジウムも含め、予防という観点からの発題が不十分だと思われます。

二つ目は、発達保障の観点から早期発見・早期療育を捉えているかという問題です。

この二点についての詳細は割愛し、次に現場で抱えている諸問題について述べたいと思います。

昨日シンポジウムで報告された大谷地たかだ保育園の伊藤克実先生と私は、札幌私立保育所連合会（札幌私保連）の障害児問題を現在、制度的な問題を中心に研究しているチームの一員と一緒に仕事しております。その報告に補足する形で提言していきたいと思います。

ひとつは保健所機能の問題です。現在の保健所機能は、昨日の木内先生のお話しにもありましたように後追い型になっており、又追いきれない状

況にあります。札幌市における保健婦の配置も先日7区全部をまわりましたが、どの区においても概ね人口二万人から二万五千人に一人という配置基準になっており、これではとても予防的観点での保健業務はできないだろうと痛切に感じております。

もうひとつの問題は、保健所機能の問題に関わり、例えば4ヶ月、10ヶ月の健診内容がどれだけ吟味されているかということです。これは、当保育園にも母親がよく相談に来るのですが、例えば3歳の子どもの件で、「うちの子どもはちょっと発達に遅れがあるようなんだけど、先生どうでしょうか?」ときかれたのです。その主訴、経過をいろいろきいてみると、10ヶ月健診時に母親が「ちょっとおかしいんですけども。」と言った時、保健所では「もう少し様子を見てみましょう。」と言われ、1歳半を向える時点で「言葉の遅れもかなりあるのですが。」ときくと「言葉は子どもによってかなり幅があるからもうちょっと様子を見てみましょう。」と言われ、「もうちょっとみてみましょう」が結局気がついたら3歳近くになっていて、他の子どもと比較すると、言葉もでていないとか、身体的な面でも遅れが顕著になっていることがあるわけです。私の方であわてて児童相談所なり適切な機関を紹介してそちらに行っていただきます。このようなケースが札幌私保連の調査でもかなりあり、又障害児の現在の保育所入所の年齢基準が3歳ということも科学的根拠も不明なのですが、何故3歳なのか非常に疑問を持たざるを得ません。そういう事態を克服していく上でやっぱり保健所の健診のシステムの問題と内容の問題を改めて問いたいと思います。

二つ目は、保健所以外の医療機関の問題です。例えば、先程の釧路市の報告の中でも保健所の健診受診率が低く、市内の一般病院等の医療機関でみてもらうケースがあります。札幌市の場合、市内の開業医を含めた医療機関と保健所という公的機関のパイプが、制度的とは言わなくとも日常的にあるかどうかは、非常に怪しいと言わざるを得ない状況です。札幌私保連の調査でも調査時点で

81名の障害をもっている子どもに対してダウン症は21名保育所に入っていたわけですが、その21名のうち6名が3歳以降に保育所に入っているのです。家庭訪問をして、ききとり調査をしましたら、医療機関を訪れ医者にご相談しても、「ダウン症の場合はねー」と言われ、早期療育の手だてがとれなかったということが分かりました。年齢とともに親も心配になり、初めて児童相談所の門をたたくというケースもあり、具体的療育段階に入るのが結局3歳という年齢になっていたケースもあります。私たちはこの事実を知り、このようなことがあり得るのかと非常にびっくりしました。しかし、考えてみると、よほど社会的にフォローできる条件が確立していないと、こうした状況が存在することを痛感しました。

2. 子どもにとって“いますぐ!!”の対応が大切

前述したのはダウン症児の事例ですが、現在は生物学的な要因からでてくる障害児の問題だけではなく、育児能力とか社会的諸関係から、身体的、精神的発達の歪みを多角的に顕在化させている現状を保育園に入ってくる子どもの中にみた時、やはり保健所や医療機関の在り方を深く考えざるを得ません。このことを普段保育相談に対応している一員として提起してみたいと思います。

三つ目の問題としては、相談機関にやっと辿りついて、すぐ相談できない点です。児相に相談に行っても、児相が日常的にたえず判定しているわけでもなく、その医者の巡回、健診日の日程もあり、そのシステムに乗り遅れたら一ヶ月まるまるおくれ、判定は一ヶ月先になってしまうこともあります。札幌市の場合、保育部というところがあり、そこで保育園への措置判定委員会を招集して判定業務をしています。日程にずれがあり、2、3ヶ月おかれる状況もあります。子どもの立場に立ち返って考えると、これらのことは大人の責任として許されることではないのですが、実際に子どもが放置される事態はあるのです。

四つ目の問題は、子どもが保育所に措置されたあとの行政とのつながり、行政側のフォローのこ

とです。保育所入所後は、かろうじて保育部とのつながりはありますが、児相や保健所とその後のケアの問題についてお互い研究しあったり、状況を観察しあうということは全く保障されていません。

五つ目の問題は、札幌市に通園施設が1ヶ所しかないことです。保育所入所の前に通園施設に通っているケースがかなりありますが、札幌市の場合、160万近い人口にかしわ学園1ヶ所しかありません。そこへ通うためには、西区や東区の端に住んでいる子は、片道1時間半～2時間もかかり、往復で3～4時間で、それによる精神的、身体的負担の度合いははかりしれないものがあると思います。それによって通いたくても通えない、加えて今年に通園施設における待機児童もいるという実態です。障害児の療育に待機するということがあり得るのかと考えさせられますが、これが現状なのです。

私たちの考え方としては、少なくとも札幌市行政区7区に一ヶ所ずつ小規模でもよいから通園施設があり、安心して通園できることが保障されない限り、そこにどんなに頑張っても頑張りきれない親の悩みがあるのではないかと推察されます。

六つ目の問題は、母子訓練の量と質の問題です。当保育園に入所している障害児は、現在でも月一回母子訓練センターへいっています。月1～2回の療育訓練だけでは、必要な量や質が保障されないと考えられます。保育所に通っている場合はよいけれど、在宅で母子訓練だけ月1～2回通っている親の悩みは非常に深刻です。母子訓練に行っている親がたまたま保育園に来て、母子訓練に通って一年経つけれど、親からみて子どもの変化がみられない、とか保育園に入所させて欲しいという相談もあるのです。このような現状も踏まえ、昨日も母子訓練に携わっている先生のお話にもありましたように、母子訓練のあり方を考えていかなければならないと思います。

3. 早期療育保障に不必要な制限条項 (財政、入所要件など)

最後に、七つ目の問題は、保育園の問題ですが、これは、昨日の伊藤さんのお話にもありましたように年齢制限や保育に欠ける要件等、入所基準の制約があるということ、そしてもうひとつは、保育所側の療育保障の問題です。実際に障害児保育をやりたくても、障害中程度の子どもで月約5万円、軽度で約3万5千円という補助金しかできません。ですから、中程度の子どもを3人受け入れても、臨職の保母さんを一人雇えるかどうかという、まさに障害の種類も違えば、その程度も違うというような中で、実際に受け入れたくても保育所では受け入れられないという実態があるのです。当保育園では、障害児3人に対して2人の保母を配置して、ほぼマン・ツー・マンに近い状態を日常的に保障するよう努力し、赤字覚悟でやらざるを得ないのが現状です。

4. 社会的にフォローする体制づくりを

以上いくつか機関の問題について簡単にふれてきましたが、結局、早期発見・療育について言うなら各機関がほとんど横につながっていないところに根本の問題があると考えられます。

親が当保育園に保育相談に来て、私の方で福祉事務所や児相を紹介したり、時には同行して指導や接渉をしながら判定にこぎつけ、どうにか保育所に辿りつくわけです。

これのやりくりは、親が一人で相当の時間と費用をもってやりきらなければなりませんし、働いている状態を確保する(就業証明を手に入れる)ことなど、本当に大変なものです。それらを総合的に解決するために千歳市、また先進的な大津市の事例のように家庭児童相談室なり総合的な相談機関をきちんと整備していくことが求められます。160万都市にわずか一ヶ所ではなく各区単位にそのような機能をもち合わせていくことを通じて、初めて安心した体制にもっていきけるのではないかと思います。このような条件整備がないと、例え

ば母親のカウンセリングについては、自分の子どもだから自覚をもて、といっても親は変わっていきません。親集団を組織することも含めて、相当な期間をかけながらやっとひとつの社会性みたいなものが親の中に芽ばえてくるのではないかと思います。

当保育園では、健常児の親と障害児の親を全く区別なく、しかもお母さん方の都合によって普段からお互い子どもを預けあってかなり自覚的な交流が発展していますが、そのような状態になるには1、2年かかります。このような面を見る中でも、私は地域療育を考えた場合、公的な制度と実践を通じて、どうつくりあげていくかということが社会教育の基盤をしっかりと確立していくうえでも大きな課題ではないかと思えます。

5 てんかん児と脳性麻痺児の 治療と診断

北大病院小児科 梶井直文

私自身は、北大病院の小児科で、その中の神経発達外来を担当しています。主にてんかん児の診断、治療と脳性麻痺児の診断、つまりその中から大学でしばらく経過をみていくべきか、あるいは母子訓練センター、手稲の療育センターに紹介すべきかの判定、紹介、それから他に神経疾患の診断、治療、この部分では早期発見という部分にかかわっておりまして、その立場から述べたいと思えます。

地域の療育活動、“療育”という言葉に関して、この準備会で会の名称をどうするかという時に“療育”という言葉を私自身があまり使ったことがないと発言しまして、ひんしゅくを買ったのではないかと思います。少し立場は違いますが、今日いろいろかかせていただいた中から、若干コメントさせていただきたいと思えます。

ひとつ感じましたのは、やはり早期発見ということに関して、量的な問題と質的な問題があると

言うことです。

いわゆるスクリーニングという量的な問題としては、今までのところ乳児健診が担っているのですが、受診率が問題になります。昨日も札幌市の例で未受診者の問題を質問したのですが、おそらく4ヶ月健診を中心として行政サイドでかなり力を入れて100%にしようという努力は非常に評価できると思います。しかし、4ヶ月健診だけではチェックしきれない、4ヶ月段階では問題がでていないような発達の問題に関して、1歳半健診を大きなチェックポイントとして力を入れておりますが、その間をどうするのかということも問題です。プリントによりますと釧路市の場合は7ヶ月健診に力を入れているようですし、札幌市は10ヶ月健診に力を入れているようですが、必ずしもそれは100%を目指すということではなく、努力目標として位置づいていると思われます。

昨日の懇親会でいろいろな地域の保健婦から質問があり、医学的に10ヶ月でよいのか、7ヶ月でなくてはならないのかということが問われましたが、これは結局、質の問題になると思われ、正常と異常の間に境はあるかということがひとつの問題になってくると思います。そして、その診断の技術の問題で、昨日シンポジウムの座長でありました長先生がおっしゃっていたように非常に発達の幅が大きいと思います。例えば、歩行をとっても、我々が見ている10ヶ月で歩く子もいれば、1歳半で歩く子もいて、約8ヶ月の幅があり、どちらも正常と言えます。その子らが成長して、小学校に入学し、知的な面でも運動の面でも同じだと、そのように幅のあるものを正常と異常に分けて、この人は訓練した方がよいと判定するのは、非常に難しいことと言えます。これは、運動機能に限らず、知的な発達に関しては、さらに難しいという印象も持っています。

以上のように、早期発見については量的な努力と共に質的な努力をどのように考えていくかが、非常に難しく、又混沌とした問題であると言えます。ある程度の指標はでてくるでしょうが、それに対する批判がでて、覆されることがあると思

ます。

例えば、北海道ではボイタ法がかなり強力にとり入れられ、ある程度の成果があがったと思います。私はボイタ法の訓練を受けたことがなく、それに対して発言するのは的確ではないかもしれませんが、常にこれを批判的にみておりました。その技術自体は確かに運動の機能をみるという意味ではよかったかもしれませんが、決して知的な発達を評価する方法ではありません。それひとつだけでは、小児の発達全体を評価する手段で絶対ありえないということも常に頭におき、少し柔軟性をもって信頼する質的な問題に対して、いつも余裕をもち、それが総てではないし、これで白黒つけられるんじゃないというところを認識して、現場の方々がやっていただかないと非常に困ると思います。

先程、釧路の榎部さんが「自閉症に対する療法はいろいろ流行があった。」という発言がありましたが、診断法に関しても流動的な部分があり、常にそれがどのように評価されているかどうかということに敏感にキャッチしながら実践する必要があります。具体的に言いますと10年前にボイタ法をとり入れていた東京の医者ももうボイタ法はやっておらず、実際、そういう診断法をきちんと確立し得ないその小児神経科医の立場の問題であるのかもしれませんが、小児神経の部門でもかなり流動的なことであります。質という問題でも、最初に申し上げたように子どもの発達について正常と異常を、ある時点でクリアカットに説明することは非常に難しいのです。つまり、少しずつ経過を追っていくことがどうしても必要になり、具体的に言うと4ヶ月、10ヶ月、1歳半という関所のようなところで白黒を判定することは非常に危険であるし、難しいと思います。

千歳市、伊達市、釧路市の方々から総合的療育、あるいは療育の統合化について述べられました。これは非常に重要なことだと思いますし、そういう観点から地域の療育活動をみつめられるということに非常に感銘を受けました。私は、てんかん、脳性麻痺、重度・重複の様々な心身障害の方々に

接しておりますが、外来でやっているのはてんかんの治療等のごく限られたことです。病院に相談に来ること以外に、その子は多くの問題を抱えていると思いつながりながら十分に接することができないのが実態です。

最近出会った例で、皆様の参考になればと思ったものがあります。かなりの多発奇形と重症心身の障害児であり、言葉の遅れや痙攣もあり、私は痙攣のコントロールを主体にみていました。その子の母親が時々、よだれがでるとか口の動きのことを相談されるのですが、それに対して十分な対応ができず、今年の6月くらいに東京のある歯科大学の先生にみてもらいたので紹介状を書いて欲しいといわれ、私はその医者の名前も何も存じておらず、とにかく母親のいう宛名と私がみているその子の状態を記した紹介状を書きました。結局、その母親にとっては、その子が拒食気味だということが大きな問題であり、たぶん外来診療の際にも若干訴えられていたと思いますが、真剣にお答えできなかったか、母親として非常に不満だった為、いろいろなことを調べて東京の歯科医にみてもらったと推察されます。

又、秋に別の母親からクリスチャンセンターに東京の医者があるので私も見学に来て欲しいと誘われました。そこに行きますと、外来に来ているいろいろな重複障害の患者3~4人位とその母親、他にいろいろな施設にいらっしゃるお子さんもいらっしゃる、その先生を囲んで実際に訓練を受けていたのです。そういう意味で私が外来で接して対応ができないようなことが母親の要求にあり、それを自分たちで捜しているのです。それは、療育を担当する立場の人だけではなく、実際その子ども、そしてそれを代弁する母親の要求、ニーズであり、それらを取りあげ、十分対応していく必要性を感じました。

また、伊達の千葉さんの発言から、子どものみならず母親あるいは家族を含めた指導、ケアが必要であるということを引き、外来で子どもの一部分しかみていないことを非常に反省させられました。

最後の阿部さんがおっしゃっていた予算とか法律、制度が未熟ということに関していうと、これは非常に重要なことであり、このような会で問題点を煮つめて、行政サイドに発言する大きな力としていかなければならないということを感じました。

6 討論のまとめ

司会・記録 鍛 治 紀美子
十 川 光 男
辰 田 収

1. 討 論

司会（十川）： 今、梶井先生から早期発見についての量的な問題と質的な問題をどう捉えるのかということ、各々の関係機関が子どもにどうかかわっていくかということについて発言して頂きました。

さて、これまでの御発言を踏まえて、フロアの方々から御意見をいただくわけですが、討論の柱を以下の4点にまとめてみました。

- ①関係機関同士の連携をどう進めていくか
- ②障害の重複化の現象をどう捉えていくか
- ③療育を支えていく制度的な問題をどう克服していくか
- ④早期療育を具体的にどう進めていくか

この辺を含めて皆様の活発な御質問、御意見をお願いします。

まず、重複化の問題が阿部先生より提起されたのですが、これは発見の技術、及び制度的なものが進歩してきたからか、あるいはそのような子どもが増えた為か、それについて感想も含めてどうなのでしょう？

阿部： 実践の中で、単純な脳性麻痺児のような単一の障害児は減ってきているような気がしますが、障害児そのものが少なくなっている状態ではないと思います。

その分、重複児になってきている、又重複児が増えてきているという感じを受けます。そして、我々のみる目が重複化に対応した指導方法を考え、そのような情報、技術も入ってくる中で、重複化に対応するための手だてをしつつあり、そのための大変さも増えてきている感じもします。

先程、統合化という話をしたのですが、総合的療育とか多面的にアプローチをするというのは、口で言うのは簡単ですが、実際やるとなると大変です。一回の指導について、指導と同じくらいの時間をかけてスタッフの打ち合わせをしないとできないくらいの中味が本当はありますが、実際の職員の動きの中ではこのことはできないのが現状です。どうしてもどこか抜けてしまい、親に対して話すことも、スタッフが集まれば、誰かが親に話していなかったり、あるいは同じことを繰り返して話していたり、実際かなり大変です。

司会（十川）： 堀岡先生から、果たして今のシステムが予防的なものになっているか、ということが問題提起されたり、札幌市の例でいいますと非常に後追いになっているというお話があったのですが、皆様いかがでしょうか。

松中（北見道保健所保健婦）： 今までのお話を伺い、大変厳しいと感じています。乳児健診等につきましても、札幌市は政令市ですから、自治体の中に保健所がありますが、政令市でないところは道立保健所が携わっています。乳幼児健診は主に市町村で実施されており、その中で障害の早期発見については、市町村の保健婦さんも現状の中で最善を尽している状況だと思います。

道立保健所の場合、3歳児健診を実施しておりますが、その中で障害というよりも発達障害の歪みが発見された場合に、保健婦の家庭訪問の援助だけではまかないきれないという限界があり、そのような人に対してはどうしていくのかということが課題であると痛感しております。

私が北見の保健所に来て3年経ちますが、昭

和56年より当保健所においてお母さんの教育を中心とし、家庭でも生かせるような内容の幼児教室を開いているのですが、現実的には保健所のスタッフだけではできないので、地域から専門家であるきたみ学園等の指導員、保母やボランティアの方の御協力のもとに成り立っているのが現状です。

このような意味からも早期発見後の問題をどうするかということも、それぞれの機関だけでは解決できないことであり、やはり各機関が集まり一緒によい方法を考えていくことが必要と思います。

長谷川（苫小牧市心身障害者福祉センター指導員）：

堀岡先生より予防の確立、必要性について述べられましたが、昨日も親の会の方からダウン症の発見で羊水検査の問題が出されました。羊水検査で染色体異常等が発見され、子どもを堕ろす母親もいるらしいときくのですが、予防の技術的なことが先走りすぎると障害児を抹殺してしまう理論にもなりかねないと思います。予防の大切さもわかりますが、一体何を予防するのかを煮つめておかなければ非常に危険だと感じ、予防の認識の仕方はどうなのか、皆様に伺いたいのです。

司会（十川）： この件について堀岡先生どうぞ。

堀岡： 私もこのことについては、それほど詳しいわけではありません。

当園に入っている障害児の中にはダウン症児もいますし、出生時に仮死状態で生まれ、医学的にいうと様々なことが原因で障害をもっている子、あるいは未熟児で生まれ、何らかの重複的な要因で障害児になった子どももいます。

生物学的な脳障害が原因で障害児となるケースには、出生前の問題、周産期の問題と出生後の問題があると思うのですが、特に予防的な観点で考えますと、母胎保護の立場から、社会教育的に、予防的な環境をつくることに自治体も国ももっと力を入れるべきではないかと思えます。

例えば、網走管内の訓子府町の社会教育は特

に乳幼児がかかわる社会教育に力点を置き、「はぐくみ教室」、「親子教室」を開いています。それらは住民のアンケートによって住民の要求、悩みを把握し、行政と住民が一体となった実行委員会を作って、社会教育に関する学習を町民ぐるみで行っているのです。これについては、まだデータをまとめておらず、結果報告はできませんが。

また、私は医者ではありませんので詳しくわかりませんが、我々が学んできた乏しい知識から、たばこやアルコール、公害問題等と染色体異常との間に何らかの形での因果関係が疫学的にもあると考えられるならば、母体保護の予防措置というところにも実際療育にかかわっている現場のものとして、具体的な症例から声をあげていかねばならないという点から予防的観点の問題を提起したかったのです。

司会（鍛治）： 予防という問題に関して、母子訓練のケースを見ていく中で非常に考えさせられることがあります。

お母さん、お父さんになる人の意識とか育児の大変さをきちんと捉えられるかという問題、食生活について言うとインスタント食品の問題等多数の問題があり、障害そのものを根本からなくすというのではなく、ちょっとしたつまづきや確かに先天的な障害はもっていたにせよ、それをさらに強める要素、そのような環境をどのようにとり除いていくかということを考えるとお母さん教室等の存在はとても大切だと思います。

現実には2、3歳の母子訓練に来る子どもで食べられない子は、極端に増えています。通常6組の親子を受け入れています、そのうち1～2人は必ず偏食及び小食です。ミルクだけしか摂らないとか極端な偏食の子を見る中で、やはり家庭で基本的に育てなければならない部分の指導が欠けているのではないかと思います。

先日も子どもが生まれるまでの2年間はずっとパック詰めの御飯を食べていて、子どもには離乳食も作ったことがなかったというお母さん

が来園し、栄養士とともにおみそ汁の作り方から指導したというケースもありました。

この子のもっているものとしては本当は障害はないと思われるのに、ことば、歩行、対人関係等の発達の遅れがみられ、これはきちんと育てられていない為に遅れているという問題をみる中で予防的な見方を確立していかないと二次的な障害というものがもっと増えるのではないかと懸念されます。

司会（十川）： 苦小牧の長谷川先生から予防ということを含めて、羊水検査等によって障害児を抹殺してしまうことにはならないかという疑問が提起されたのですが、医学分野で価値観の問題も含めて具体的に梶井先生どうでしょうか。

梶井： 非常に難しい問題であると思います。今の話の筋では予防の対象が、すれ違っているような気がしますが、染色体異常、先天性代謝異常に対する予防ということと、本来なら正常な健康を保障されるものが周産期のお産の問題、その後の家庭環境の問題が加味して問題になるという予防とは全然意味が違うと思います。

そういう意味では医学の面では、ここ10年、未熟児、新生児医療が非常に進歩し、周産期、満期産の仮死の予防が確立してきており、スウェーデンの統計でも明らかのように、脳性麻痺の中でも満期で生まれる子の仮死が原因で生ずる下肢のつっぱり脳性麻痺の型は明らかに減少し、私の印象でもこのタイプの典型的な患者は、ほとんど外来に来なくなったということは喜ばしいことだと思います。

逆に、1,000g以下の未熟児は昔はほとんど医療の手が施されず、場合によっては死産扱われていたのですが、現在はそのような子どもも保育器で点滴を受け、場合によっては人口呼吸器につながれて生き、中には生まれて一年以上も人口呼吸器につながれている場合もあります。このようにリスクの高い子に対しても医療の手が届き、そういう子の中から重度の脳性麻痺児となる可能性もあると思います。全体的な見方をすると、新生児、未熟児に携わっている

先生方は、新生児、未熟児の医療が進むに従い、周産期の障害は少なくなってきたという見解であり、統計的な数字でもそれを示しています。

私は正確な数字は把握しておりませんが、周産期における障害の予防は、医学の面からどんどん進めていかなければならないし、現実的にこの10年間の進歩はすばらしいものだと思っています。

もうひとつの問題である羊水診断をどうするか、又その前段階の遺伝相談については、私は専門ではないのでお答えしかねます。遺伝相談の訓練を受けた小児科医が保健所、大学等にいますと思いますが、それに関しては医の倫理という問題も含まれ、いろいろな立場があると思います。

今回参加されている先生方にも、羊水診断を頼まればやる立場の先生、やらない立場の先生もいらっしゃると思います。その医者の方で行なわれているのが現状と思われる。

司会（十川）： それでは、この問題だけでなく、今までの経過を含めてフロアの方から御意見をいただきたいと思えます。

柄崎（札幌市肢体不自由児母子訓練センター）：

昨日のシンポジウムでも若干話題になりましたが、早期療育が根づいてきているのは保健所あるいは病院等の機関からの紹介が早くなっていること、発見がより早期になってきていることが起因すると思えます。

今の療育の問題は、早期療育、そして療育の継続のふたつがあると思えます。

片方では、早く障害を見つけ、早くから療育にとりくんできているが、それが必ずしも障害の治癒には結びつかないわけです。確かに障害は軽くなるであろうと思いますが、治るわけではなく、その子どもはずっと障害をひきずっていかなければならないのです。

せっかく早期発見ということに力を入れてもその後の治療の継続ということがまだまだ不十分です。

先程、障害の多様化、重複化ということが話されましたが、重複化が進んできたのではなく、もともと重複の子どもはたくさんいたといえます。重複ということより、障害の中でも特に重たい部分にそれぞれの機関が独自性を発揮しバラバラにやっており、例えば、ねたきりの子で視力障害の子は特に重たい部分はどこかを見て、運動面であれば訓練しようとなります。視力、聴力については現在でもそうですが、小さいお子さん、特に重複障害の子は測定が非常に難しいのです。最近はABRなども開発され、聴覚障害については、かなり小さいうちから発見できるようになってきており、これら経過の中から重複ということがクローズ・アップされてきているだけだと思うのです。

従来は訓練、早期治療がなかなか重度の子に適さないということは、運動面だけの訓練、治療をしていても、他の面からの入力、働きかけを妨げている面もあってうまくいかない為と考えられます。

例えば、脳性麻痺のお子さんは多かれ、少なかれ知能障害を併せもつ場合が多いのですが、ただ程度が連続的であり、どこからどこまでが精神遅滞というように一線をひくことができず、わけていないわけです。

脳性麻痺の子で、特に知的部分の障害が重たい場合は静養院に御相談なさい、聴力に障害がある場合は聾学校で御相談なさい、てんかんのある場合には、大学病院等でコントロールしてもらいなさい、と各々の機関がばらばらに指導し、各専門機関のばらばらの意見をお母さんに返しているのが現状と思えます。

それらの各専門機関の指導をまとめて、母親に指導していくのが地域の通園施設の立場であると考えます。

以上に述べたような現状がたぶん療育を難しくし、北海道の中心である札幌市でさえもこのような状況なので、地方では一層大変だと思います。

せめて、障害児を総合的にみれるような専門

機関の連携，又，連結したひとつの組織ができてそこから一本の指示で療育の継続ができるようなシステムを早急に作らないと，お母さんも子どもも右往左往している状況からなかなか抜けられないのではないかと思います。

子どもが小さいうちに障害を発見しても，その後，乳児期早期のうちから治療，指導をし，それを継続する場所（通園施設等）が不足しているのが現状です。障害児の中でもいろいろなパターンをもっている子どもがおり，どの子どもがどこへいったらよいか，受け入れてくれるところを捜している状況だと思っています。

これをシステム化し，きちんとつなげていくような児童相談所の機能を同時に進めていかねばならないと思います。まず，札幌市で本当の意味での総合の診断，治療そして通園というものに結びつけるシステムを作っていかなければ，それがなかなか地方にまで浸透していかないのではないかと考えられます。そういう意味で各機関があつまりシステムづくりを検討していく時期に来ているのではないかと思います。

司会（十川）： ひとりひとりの障害児に対して，各関係機関がどうかかわっていくか，先程，阿部先生から統合化，総合的な観点とその中には，制度が縦割りで障害別にわかれている，ばらばらな制度の中で抜けている子どもたち，特に重複の子どもたちがクローズ・アップされていることも含めて，今後の在り方について問題提起されたのですが，具体的な実践等も含めて皆さんどうでしょうか？

浜（心の里親乳児保育園園長）： 早期発見，早期療育については，非常に気にしている一人で，先程梶井先生の方から量の問題と質の問題という話もでており，確かに受診率だけで判断することではありませんし，ひとつには数％でも受診できない状況に問題があるのではないかと，思われます。その受診できない原因が母親が未熟である，生活状況が非常に悪い，保健所等にいく精神的ゆとりをもっていない，転居又は転出している，というような家族が抱えている

状況にあると思われます。もうひとつは，保健所で健診を受け，「様子をみましょう。」と指示されるのですが，千葉先生のお話しにもあったように様子の見方がわからない親子がたくさんでてきていることです。

日常生活の中でどのように援助をして様子を見るのかというように具体的に理解できるような指導がなかなかできない保健所の忙しさがあると思います。保健婦業務の中で，保健婦さんが，親子のおかれている今の状況をもう少し，時間をかけて生っぽく受けとめてほしいと思います。

当保育園では，年間700ケースくらいの電話相談を受けているんですが，1歳半健診などで保健婦からもろに「指さししないんですか。」という質問を受けて，お母さん自身が「指さし」が何かわからず「「指さし」って何ですか。」という質問や咀嚼，言葉についての相談が多く，今，質の問題にかかっている，そしてそのような母親たちがどこに頼ってよいかわからないというのが現状です。

母親は知的なレベルは非常に高いのですが，子育ての経験や体験が少なく，そのことによって正常に育つのを遅らせてしまうこともあります。遅れていても，半年後には追いつくでしょうというケースはたくさんありますが，その半年間，どれだけ子どもが楽しく生活し，経験していくかということを考えると，乳幼児期というのは非常に大事な時期ではないか，正常と異常の範囲が非常に幅広い中で，できるだけ親子が楽しく，普通に暮らす援助を私たちはやっていきたいと考えております。

司会（十川）： その他ありませんか。

堀岡： 今の浜先生の御意見と昨日のシンポジウムから関連して，まず第一義的に療育の主体形成の中では親の主体形成というところが強調されている動きがあります。親の生活状況というのも，子ども数も一家族5～6人もいた時代と比べ1.7人の現在では相当の開きがあると思います。そこで社会的援助関係や親が子育てを人

類の普遍的なひとつの財産として継承していけるような環境づくりも意図していく必要があると思います。

そして、私たちの向ける目を子育ての社会的基盤という問題にすえていくことが必要だと普段感じています。

司会（鍛治）： 先程から保健所の保健婦のかかわり等についての問題がだされていますが、私も2、3年前まで保健所におりまして、その指導の中で感じたことを若干述べさせていただきます。

今、堀岡先生も育児の主体は母親であるといいましたが、実際に公衆衛生の中で育児指導をしている時に、本当に親になりきっていない親や子どもが子どもを育てているという親子の実態を問題として感じていました。母親になる以前の問題、それに対する指導の必要性について、同僚間（保健婦）でいろいろ悩み、どうしたらよいか話しあったこともありました。

昨日の木内さんのお話にもありましたように、実際、保健所の機能というのは、2時間で80名位の方を指導していかなければなりません、保健婦の目にとまった範囲内では細かくチェックし、さらに細かなところでクレームのついた子どもは、1ヶ月ごと、又半月ごとに経過をみています。それでも、いろいろなモレが生じてきます。

又、個に対する指導についても、保健所内では限界もありますので、個の指導からグループ指導へとし、先輩の親たちが、問題を抱えている親へ助言したりと地域とのかかわりの中で実施しているのが現状です。

皆様に公衆衛生の分野を御理解頂ければと思います。

司会（十川）： いろいろな関係機関から、いろいろな立場の人が集まるという機会はなかなかなく、それでこの度「北海道乳幼児療育研究会」が発足したわけですが、いろいろな立場の人々が、ひとりの子どもにどうかかわっていくかということで問題提起もされていますので、関係

機関とのかかわりの中で悩んだこと、又、他の機関への要望などどんどん出していただきたいと思います。

阿部： 本分科会の最初から討論されていた“予防”ということについては、非常に難しい問題だと思います。私は医療的分野ではないので、実際かかっているのは生まれたあとの子どもの問題です。私は1歳半健診の精密検査に携わっているのですが、その中で先程からいわれております指さしやらことばがないという子もおりますが、何らかのつまづきか、本来的には育っているのに育っていないような子どもが来るのです。その時に親に話を伺ったり、子どもの状況を見る中である程度方向づけはしていくわけですが、お母さん自身が子育てを全然知らず、自分の子を産むまで全く子どもを扱ったことがないという状態であり、その中に問題があります。

その時、この子がそういう意味での障害児であるということとはとても言えない状況ですが、「様子をみましょう。」ではなく、非常に大変なことですが、この親子にできることを捜し、それをお母さんにやらせてもらうようにしています。いろいろ指導し、「そうはいって見たが全然やらないだろう。」とか「やれないだろうな。」と考えることも多いわけですが、そのまま放っておけません。

今まで2歳すぎたらコロッとよくなっているケースもあり、その見極めは非常に難しいところです。

発達の高さの歪みの高そうな子どもについては子どもの観察を含め、保健婦が家庭訪問してフォローしていく体制をとっています。そして、それらの指導の後には健診スタッフで問題を出しあい、継続的にケースについての話し合いをします。

親とのかかわりでは、慎重にかつこちら側の判断を一定述べなければならぬというジレンマがあり、親自身が変わっていくのを見守りながら、助言し、指導する必要があると考えています。

我々の実践はそこまでですが、当然もっとい

ろいろな条件を整えればいい方法がでてくると思っています。

司会（十川）： その他ありませんか。

山崎・神原（旭川市役所保健婦）： これまで子どもをみてきた中で、予防という形でみていくのは無理ではないかと思っています。妊娠・出生歴をみてもそのような関連というのは今までつかめておりません。子育てのことについても様々いわれておりますが、旭川市では1歳6ヶ月健診の後、事後フォローという形で昭和58年より幼児教室を開いています。その中でいろいろなお母さん方と接し、10人にひとりくらいは養育の面で問題があると思われるお母さんもいますが、たいていどのお母さんも一生懸命やっています（私の見方が甘いかもしれませんが）。

自分自身のことを考えても、いろいろな知識はもっているが、子どもが生まれた時から完璧な母親はいないであろうし、失敗を繰り返しながら育てていく中で母親に成長していくと思うので、ある程度はあたり前だと思います。それが子どもの発達に対して決定的にマイナスの要因になっている以外は心配なく、現代は10年、20年前と違う環境にもあると思います。

保健婦の立場からいいますと、障害児といっても精神発達だけの場合ですと乳児期に発見するのは難しいと思います。

旭川市は4ヶ月健診しか実施しておりませんが、健診後のフォローについてもなるべく早く発見して、早く援助しようという気持ちでとりくんでいたこともあり、4ヶ月健診で首のすわりが悪い、腹這いにして頭をあげないという子どもを正常児群と異常児群で比べるとかなり高率で差があったのですが、乳児期に明らかな障害を発見するのは難しいというのが今までの経験から感じることです。

もし、かなりの遅れがある、おかしいというのがわかった場合でも、それをどのような形でお母さんに伝えていけばよいかと考えると、普段のお母さんとかかわりの中で「○○に気をつけたらいいよ。」ぐらいのことしか言えませ

ん。あとは様子を見て、1歳の時点、1歳半の時点でみてみましょうということになり、その時点で診断、告知するのは乳児期ではかなり難しいと思います。

かなり重い自閉症の場合でしたら、1歳6ヶ月の時点で、将来的にこの子は障害が残るとわかるケースもありますが、それはほんの一部だと思います。

保健婦は、経過をみる中でお母さんも子どもに問題があることを受容する時期まで、お母さんと一緒に考えていくという面でも難しさはあります。

司会（十川）： 時間の都合でまとめさせていただきます。

早期発見をどのような形でやるのか、ということが今非常に問題になってきており、それを各々の機関でばらばらにやるのではなく、それぞれの実践を整理していこうという意味でも本会の意義があります。ここでの意見を各々の実践の場で深めていくことを課題にしたいと思いますし、療育機関とのかかわりでも、今回話し合われたことをもとに具体的にどうかかわり、その子どものケアをしていけばよいか、又、行政的には縦割りの形を克服し、総合的にどうかかわっていくか、その為にはそれぞれ余裕をもってかかわっていける人的な確保の必要性も討議されました。

最後に単に障害児ばかりの問題ではなく、広く乳幼児をもつお母さんに対して私たちがどうかかわっていくか、昨日、伊藤克彦先生も話しておりましたが、その子の将来にかかわる人間にとってどのようにしていくかという大きな課題も含めて、問題提起されたのではないかと思います。

発題者、及び指定討論者の方々より一言あれば最後のメにしたいのですがどうですか。

阿部： 千歳市の通園事業では、精神発達遅滞、自閉症、言語障害、肢体不自由等含めて、幼児に関しては約60名おり、その他に障害児保育に20数名おり、計80名ぐらいいます。千歳市の出

生数は年間1,200人程度で、6年間で約7,200人で障害児の発生率がどれくらいかという点、大津市では1.5%位ですが、それには内部障害も含まれておりますので、当市では1%ちょっとと私は考えており、療育されている子の数をみると、どれだけモレているか大まかなところはわかると思います。

今回、札幌市の問題がいろいろ出されておりましたが、もう少し見方を整理すれば障害児の療育活動もみえてくる部分があるのではないかと感じました。

梶井：感想を述べさせていただくと、私の立場としてはいつも診断と治療可能なものの治療という視点でみており、本会に参加し、療育の統合化と一貫性が非常に重要だと感じました。つまり、自分は、その障害児の一部しかかかわっておらず、ごく一部のことしかしていなかったと考えるのです。

先程、柄崎先生からいろいろ批判を受け、医療機関の連携と各々の機関がその子を一貫して統合的にみていくことを大きなテーマとして、自分がどれだけ変わっていきけるかを課題として一年間いろいろやっていきたいと思います。

坂井（道庁民生部）：先程、横の連携というお話がありましたが、今年の9月12日に北海道におきまして、「障害児早期療育調査検討委員会」というものが設置され、これから記念講演いたします北海道教育大学の伊藤先生が会長で他10名の先生にお願いしております。

私も本会に参加して、誠に勉強になりました。役人の一人ですが、行政も皆様と手をたずさえて頑張っていきたいと願っていますので、どうぞよろしく願いいたします。

司会：司会が不十分で、もっと深めなければならないこともあったと思いますが、その気持ちを来年につないで下さい。ありがとうございます。

2. まとめ

本分科会は、4つの柱を設けて討論に入ったわ

けですが、柱それ自体が非常に大きなテーマであり、それぞれについて実情を述べるにとどまって、内容的に深く論議するまでにいたらなかったように思います。

この分科会は、地域療育をどう進めていくかが主題ですが、各地で早期発見のシステムはかなり確立されてきていても、その後のフォローのしかたなどをみると、それぞれの専門機関でバラバラに実施されているのが現状ではないかということで課題が進んでいきました。その中で、障害種別による分類をしない総合的な通園施設の必要性和、そこが専門機関への橋渡しを担うという意見も出されました。そのようなシステムを考える上でも、やはりもっと現存の各機関が何をやれており、何ができないのかといった役割を明確にした共通認識が必要であり、その方向での努力がこれまで不足していたと反省させられます。

さらに、それぞれの地域のコーディネーターを介して、多くの情報が親に整理されて伝えられることの必要性、情報を各専門機関が握っているのではなく、積極的に関係者と親に正確に伝達する必要性が強調されました。

次に、他の分科会とも関連しますが、早期発見・早期療育における適切な保育指導のために、発達の個人差の問題ならびに数ヵ月で回復可能な遅れ方と長期にわたって停滞する遅れ方の区別とそれが親の育児行動とどうかかわっているのかという観点も提起されましたが、具体的論議には到りませんでした。

この点と関連して、単に親に『様子をみましょう』と話すのではなく、親が標準との比較に明け暮れるのではなく、わが子に実施可能な課題を親がみつめることができるよう援助すること、そしてその課題は指導者の実践の課題とつながっており、この両方から経過の観察を行う必要が強調されました。しかし、それらがどのような内容であるかについては、今後の事例検討を通して煮つめていくことを本分科会の課題として、今後に期待したいと思います。

（十川光男，鍛治紀美子，辰田収）

■ 第3分科会

テーマ 障害児保育

発題者

- ①山崎 澄江（帯広 つばさ保育所）
「子ども同志の触れ合いの中で大きく成長しているTちゃんの事例を通して」
- ②加倉 雅代（留萌保健所）
「精神発達遅滞児への援助」
一幼稚園と保健所の連携を考える一
- ③藤原 正子（留萌 かもめ幼稚園）
「母子分離—D君の場合」

指定討論者

- ④武田 春人
（市立札幌病院附属静療院児童部）
- ⑤佐藤 義昭（北海道立特殊教育センター）
- 司会・記録
- ・矢部 幸子（旭川 頌栄保育園）
 - ・長谷川 右（札幌 平和幼稚園）
 - ・小倉 碩員（旭川大学女子短期大学部）

① 子ども同志の触れ合いの中で大きく成長しているTちゃんの事例を通して

帯広 つばさ保育所 山崎 澄江

1. はじめに

つばさ保育所は定員60名で、未満児クラスと3つの縦割クラスで保育しています。縦割クラスは17～18名の3才～6才の子ども（内、障害児2名を含む）をクラス担当保母と障害児担当保母の2名で担当しています。

当所は、障害児の通園施設である帯広児童養育センターと併設されており、当所の障害児6名もこのセンターに通所し、色々な子どもとの触れ合いや子どもに必要と思われる幅広い経験を通して複数の担当者の目で様々な角度から子ども一人ひ

とりを見つめ保育を進めていこうと考えています。

私は現在、縦割クラスの中で障害児2名を担当しており、このレポートでは、クラスの中の障害児と健常児の触れ合いの中で大きく成長しているTちゃんの事例を通して、私自身が障害児保育の中で感じてきた保母の役割と、子どもと接する中で大事にしていきたいと考えることを述べていきたいと思います。

2. つばさ保育所の概要

- ・園児定数 60名（定数の1割に障害児を含む）
- 職員数 12名
- 所長 1名（帯広児童養育センター長と兼務）
- 主任保母 1名
- 保母 7名（内 囁託保母1名）
- 事務 1名
- 給食 2名（内 パート1名）

・クラス編成

クラス	園児数					計	障害児の内訳	計
	1才	2才	3才	4才	5才			
はと組	1	6	-	-	-	7		0
ひばり組	-	-	6	6	6	18	精神薄弱 (自閉傾向(1)) (ダウン症(1))	2
かもめ組	-	-	5	7	6	18	精神薄弱 (ダウン症(1)) 発達性言語障害(1)	2
つばめ組	-	-	5	6	6	17	精神発達遅滞(1) 精神薄弱 (ダウン症(1))	2
計	1	6	16	19	18	60		6

※各クラスはクラス担当保母と障害児担当保母の2名です。

・保育形態

つばさ保育所は、3才、4才、5才児を1クラスとし、異年令集団が母集団になっています。各年令、発達、個人差、更に異年齢の刺激が混合された幅広い保育を基盤としています。その上で子ども一人ひとりの長所を伸ばして保育し、子どもたちが異年令集団で学んだことを同年令集団で生かせるよう、そして同年令集団での経験を異年令集団に生かせるように配慮しています。同年令の子ども同志の触れ合いの中で、充分に力を出しきり発達成長していけるように、同年令の集団も準備しています。

・保育目標 一めざす子ども像—

- 子どもらしさを育てる
- 自分を発揮できる子
 - 自分で物事を試そうとする子
 - 人のことを考えて助け合える子

3. 事例 T・Sちゃん

(昭和58年8月19日生 満4才2ヶ月)

Tちゃんはダウン症の女の子です。Tちゃんは今年の4月に当所に入所しましたが、それ以前に昭和60年4月(満1才7ヶ月)から帯広児童養育センターに通所していました。

(1) 成育歴

出産状況→ 普通分娩(10ヶ月)

・出産体重 2800g

発育状況→・首のすわり 5ヶ月

・ハイハイ 11ヶ月

・人見知り 1才

・発語 1才3ヶ月(マンマ)

・一人立ち 1才3ヶ月

・伝え歩き 1才6ヶ月

・一人歩き 1才8ヶ月

・排尿自立 2才10ヶ月

(2) 帯広児童養育センター入所当初の様子

(満1才7ヶ月から)

生活習慣では、食事はスプーンを使用していますが、手づかみが主で、偏食も多く、おかずよりも御飯を好みました。排泄はオムツ使用、着脱は全介助でした。

運動面では、四つ這い、高這いでの移動から、次第に立ちあがり歩くことがふえました。又、階段や高所への昇降、平板、すべり台の坂のぼり等、ハイハイの姿勢でスムーズに行動できました。

言語理解では、名前を呼ばれ両手を上げたり、「おいで」と手を広げると寄ってきます。「どうもは?」という声かけに頭をさげたり、「バンザイ」で手をあげる等、大人がくり返し伝えた行動には応じることができました。

要求や不快に対して声やしぐさ、表情で伝えたり、行く方向や物を指さして伝えることも見られました。又、ほめられると次もほめられることを期待してくり返し同じ行動をしました。

遊びでは、動きのあるものが好きで、カタカタと音の出るおもちゃを押して歩いたり、トランポリン、毛布等に乗って揺らされることを楽しみ、自分から声をあげて要求しました。又、くすぐりっこを喜んだり、穴に物を入れたり、落としたり等、長い間楽しむことができました。

対人関係では、母親に対しては、自分の関心のある方に動きまわっていても、母親の姿が見えなくなると、ベソをかいて追いかけたり、ねむくなると離れず、くっついていました。担当者に対しては遊んでくれる人という印象で見ている様で、見つけるとだっこを要求し、他の大人と違う様子を見せました。子どもに対しては姉のやっている

ことをまねしたがったり、お遊戯や手遊び等、自分の関心のある動きをしている子どもの動きをじっくり見ていました。

そんなTちゃんに対して、センターの担当者は母子プレーの中で外遊び等を通してたくさん動きまわり、色々な物を発見したり、体験する等、体作りと同時により自分の要求をはっきり粘り強く出していける様に、少し、じらした関わりを入れていったようです。

(3) 帯広児童養育センターでのTちゃんの変化

(S60.4～S61.9まで)

発達の遅れはあるものの、極端にひずみを感じさせる部分がなく、全体にバランス良く成長していった様子のTちゃんの大きな変化のひとつは、特に母親との関係で要求が通らないと泣きまねをし、すわりこんだり、寝ころんだり等、だだをこねて要求を通そうとしました。そんなくり返しの中で徐々に気持を強く出せるようになり、抱いてくれないとひっくり返って泣いたり、自分のしたいことを中断されると身をよじらせて怒る等、意志がはっきり表現できるようになっていきました。同時に母親や担当者を拠点とし、Tちゃんの行動が活発になり、Tちゃんなりの目的を持った行動が多くなっていきました。又、自分で見たり、体験したことをそのまま再現する等、模倣行動もふえ、対人関係も拡がりを見せていきました。

昨年9月の運動会の取り組みで、つばさ保育所の未満児クラスと一緒に練習したことをきっかけに、それまで子どもたちに関わられることよりも、自分だけでやりたい、動きたいことが多かったTちゃんが少しずつ働きかけられることを受け入れられるようになり、子どもたちの動きをよく見て、一緒に動きながら、やりとりをしたり、つながりのあるあそびをしていけるのではないかとセンターの担当者は考えました。

センターの中ではTちゃんに与えてあげられる魅力的な刺激や関わりが乏しく、単純なため、同年令の子どもたちの中で豊富な遊びや、やりとりを経験し、Tちゃんの遊びや理解力等を豊かにしていくという指導の一環として、保育所の未満児

クラスに週3回午前中のみ遊びに来ることになりました。

(4) 未満児クラスの中でのTちゃんの様子

(S61.9～S62.3まで)

未満児6名という小さな集団の中に入ったTちゃんはお友だちの様子を見て、おもしろそうなことは、何でもまねをします。しかし、まだマイペースでまわりからの声かけや働きかけを理解して受け入れることはむずかしく、他が何をやっても、自分がやりたいとなると他の事は受けつけず大泣き…。他児からは時には対等に、時には自分たちより、小さく、お世話をしてあげる子という様に見られていたようです。

当所に通所し始めて、しばらくは母親から離れられず、メソメソと泣くことが多かったのですが、保母がしっかり受け入れ、Tちゃんが保育所の流れを理解してくると、声かけもしないのに、他児をまねて午睡の用意をし、母親が迎えに来て、まだ遊びたいというようになってきました。

おすもう大会をした時、皆で塩をまくまねをして「ハッケヨーイ ノコッタ!」としこをふみましました。1回目は何をするのかとじっと見ていたTちゃんですが、次の回からは「おすもうしようか。」の声かけに我先に用意を始め、前回使った“塩が入っているつもりの缶”を持ってきて、他児にも塩をまく様に差し出してみたり、しこをふむまねをします。しかし、おすもうは一番弱くてTちゃんになら勝てると皆がTちゃんとやりたがります。

『大きなかぶ』の劇ごっこをした時には、Tちゃんはまだ話の内容は理解できず、お友だちの動きをまねていました。ネコの役に決まったのですが、出番がわからずおじいさんの次にかぶを引っぱりたいと出てきて、他児に「Tちゃんの番でない!」と押しのけられ、ふくれて部屋を出ていってしまいました。思うようにならないとふくれたり、興味が他に移ってしまうことも多かったようです。

運動面では、まだ歩くのも不安定で、少しの段差にも手をつけて登ったり、ちょっと押されるとバランスをくずし、尻もちをつくという状態でした。冬のソリ遊びでは、「寒い」、「歩かない」、

「坂にのぼれない」、「ソリに乗るのがこわい」等
 といった甘え泣き、なかなか楽しむまでには到
 りませんでした。

又、動作や遊びの模倣は得意なTちゃんでした
 が言葉はあまり聞かれず、「アアア」という声
 と動作で自分の思いを伝えることが多かったよう
 です。

保育所の生活にだいぶ慣れてきた頃の給食時間
 では、Tちゃんもまわりの雰囲気につられて苦手
 な野菜を口に入れてしまい何度か、かんだあと
 「ペー」と口から出してしまいました。クラス
 担当保母が「Tちゃんお口から出したらアップ！
 アムアムしなさい。」と少々厳しい口調で言い、
 動揺しているTちゃんにペアの保母が「Tちゃん
 がんばって食べるもんね。やま先生ちよって待っ
 ててね。」と優しく声をかけました。その声かけ
 に促されてゴクンとのみこむTちゃんに「がんばっ
 たね。えらかったね。」とほめるとニコリと笑
 顔をみせました。こんな関わりも少しずつ受け入
 れられるようになっていきました。

〈保母の関わり〉

母親に甘えたり、自分の思いが通らないと、ひっ
 くり返って大泣きする等、意志をはっきり表現で
 きるようになったTちゃんが信頼できる母親を拠
 点とし、行動範囲を拡げはじめた頃に保育所の未
 満児クラスに遊びに来るようになり、子どもに目
 を向け、まねをしたり、楽しい体験を通して、色々
 のことを覚えていきました。そんなTちゃんに対
 してクラス担当は他児と同様に楽しめる遊びに誘
 いかけたり、Tちゃんの苦手なことに対してもし
 ずつ関われるよう体験や遊びの幅を広げる働き
 かけをし、ペアの保母はTちゃんがはずれるとT
 ちゃんの動きに合わせて遊んだり、他児と一
 緒に楽しめるように、目を向けさせ遊びに入れる
 ように誘いかける等、Tちゃんの気持ちを受け入
 れ、Tちゃんの安定場所になれるように関わりを
 続けていきました。

Tちゃんにとっては、いつも受け入れてくれる
 ペアの保母がより母親に近い存在となり甘える様
 子が見られ、その保母がいない時にはクラス担当

のところへ来るようになりました。そんな関わり
 を大事にしていきました。

(5) 縦割クラスの中へ (S62.4~)

4月からTちゃんは3才児5名、4才児7名、
 5才児6名、計18名という今までより、大きな集
 団の中に入り、私が継続して担当することになり
 ました。

①4、5月の様子

砂遊び、水遊び、ドロンコ遊び等が好きで、や
 りたいとなるとどこへでも入っていくのですが、
 そこでマイペースに遊ぶため、まわりの子どもた
 ちに受け入れられず、おこられて泣くことがふえ
 てきました。

今までよりも大きな刺激の中で、Tちゃんは、
 すぐれる人であれば誰でもという様子を見せてい
 ましたが、徐々に、担当者に対して、抱っこを求
 めたり、泣きながら痛かったと訴えてくる等、担
 当者を拠点にTちゃんから他児に働きかけるとい
 う面が出てきました。例えば、クラスのもう1人
 の障害児K君に対して、お世話をしたり、やきも
 ちをやいて押しのけたり、又、大きい子の誘いも
 少しずつ受け入れられるようになり、遊びをよ
 く見てまねをします。時には他児をまねて、ジャ
 ングルジムやアスレチック等、こわくて泣きなが
 らでも、自分から挑戦していくということも見ら
 れるようになりました。

言語面では「ママ」「あった」「ない」「あっぷ」
 「ダメ」「ヤダ」「ねえちゃん」等、はっきり聞き
 とれる言葉がふえ、イントネーションをまねて声
 を出すことも多くなってきました。又、要求が通
 らないと大泣きして、大人を動かそうとします。

散歩のとき、抱っこを求めて大泣きするTちゃん
 を見て、年長児は「Tちゃん、お母さんいない
 から泣いているのかい？」とかTちゃんと担当者
 の関わりを見て「先生、Tちゃんの言っているこ
 と全部わかるの？」と興味はありながらも、うま
 く関わらず、色々と質問したり、様子を見ていま
 した。Tちゃんが泣いても、少し頑張って歩かせ
 てみようと思いが試み始めた5月頃、泣いてい
 るTちゃんに「どうしたの？Tちゃん、お姉ちゃ

んと一緒に先生って行くかい?」とか「どれ、お兄ちゃんがおんぶしてやるから。」と関わってくれ、Tちゃんも少しずつ泣かずに歩けるようになってきました。その関わりをほめられた年長児も歩いたことをほめられたTちゃんもいい気分になれたようです。

年中児は給食のとき、手づかみ、食べこぼしの多いTちゃんを見て気になってしょうがないという様子でした。「Tちゃん、きったねえー。」「先生、またTちゃん手で食べてるよ。」「Tちゃん、お父さんすわりして女の子なのにへんだわ。」と担当に報告してきます。そのたびに「Tちゃんに教えてあげてね。」と言うと、「わかった! Tちゃん、スプーンで食べなさい。」とか「こうやってすわるんだよ。」と教えてくれました。そんなくり返しの中で「先生、今日、Tちゃんすわるの上手だね。」とまた報告にきます。「～ちゃんが教えてくれたから、Tちゃんわかったんだね。どうもありがとう。」と言われると、その年中児もTちゃんも笑顔をみせました。

年少児はTちゃんと担当がグルグルまわしや毛布のブランコ等をして遊んでいると、自分もやってほしいとわりこんできます。何をするのも対等でTちゃんにだけすると「Tちゃんだけずいしょ!」とおこったり、泣いたりしていました。ところが毎日のTちゃんの様子を見たり、ぶつかり合いの中で、何か感じるものがあつたらしく「Tちゃん、まだ小さいから。」とか「Tちゃんできなかつたら、お手伝いしてあげるから。」と自分はTちゃんよりもちょっとお兄ちゃん、お姉ちゃんになった気分で自分もやってほしいという気持ちを少しだけ我慢するようになっていきました。

〈保母の関わり〉

未満児クラスから大きな集団の刺激な中に入ったTちゃんは環境の違いに不安を示し「ママは?」と1日に何度も聞いてきました。

担当者はTちゃんの甘えや要求をしっかり受け止め、Tちゃんが担当を求め、担当を拠点にして、まわりの物や人に関わっていけるようにTちゃんが楽しめる遊びを毎日続けていきました。そして、

子どもとの触れ合い、ぶつかり合いの中で色々な遊びを覚えていったり、できるだけ他児からも対等に見てもらえることを大事にしたいと考え、様子を見ながら、必要な時にだけ声かけをしていくことにしました。例えば、Tちゃんの言っていることが他児に伝わらない、他児がどう関わって良いかわからない、又、他児の言っていることがTちゃんに理解できないでいる、時には、双方の言っていることを伝えたり、関わり方を伝えていきました。

そんな中で保育所の流れがわかり、言われていることが完全に理解できていなくても他児を見てまねる。又、勘の良いTちゃんは話の一部分だけを聞いて過去の体験をもとに他児の流れについていくことができる等、少しずつ分かることがふえて、まわりに目を向けるようになりました。そこで、Tちゃんが果してどこまで理解して動いているのかを細かく把握することが、今後のTちゃんの力を更に確実な力としていくために重要であると考えました。

②6、7月の様子

ひとりで、もくもくと遊んでいるだけではなく、相手を必要とする遊びを好むようになってきました。砂場で一緒に誕生日のケーキ作り等を何度も要求してきます。又、他児をまねて、ままごと遊びの中に入っていくのですが、まだ一人よがりな動きが多く、言われていることが理解できなかったり、思うようにならないと泣き伏すことが多く見られるようになってきました。

担当者に対しても甘えが強くなり、K君を抱っこしていると同じように抱っこを求め、給食のときも、自分のそばにきて食べさせてもらうまで待っている等、やきもちをやくことが更にふえてきました。年長児が「Tちゃんだっこしてあげる。」と言っても担当でなければダメだったり、困ったときに泣きながら担当のところへ戻ってきたり、何かできると「ヤッタ!」と嬉しそうに報告にすること等がふえてきました。

母親に対しては、帰りの会が終わると窓のところの棚にすわり迎えにくるのを待っているという

様子でした。

Tちゃんなりに力関係がわかってきており、K君に対してはわざと意地悪をしていたかと思えばカバンを持ってきてあげるたり、お世話をします。又、年少児のYちゃんに対しては向って行ってケンカをするが、他児には向っていきません。年長児のK君やAちゃんに対して甘えて抱っこを求める行動も見られました。

手遊びや盆踊り等、リズム的なことは覚えて自分から楽しんだり、Tちゃんのペースに合わせて遊ぶとごっこ遊び等も長く続きます。又、長距離も泣かずに他児と一緒に歩けるようになってきました。しかし、設定場面で興味が向かないとクラスからはずれていったり、自分でやりたいことを止められると「ヤダ」とすわりこみをするという状態でした。

はっきり聞き取れる言葉はあまりふえず、ジェスチャーや表情、雰囲気、自分の思いを相手に伝えることが多くありました。

理解力ではTちゃんの体験を通して覚えていることは非常に多いのですが、まだ話にしっかり耳を傾けるということがむずかしくマイペースな動きが多かったようです。

〈保母の関わり〉

クラスのお友だちはTちゃんに対して何でもやってあげたり抱っこやおんぶをしてあげたり、遊びに誘いかけたりTちゃんのおもしろいところを発見し、皆で優しく関わってくれるようになりました。しかしTちゃんはお友だちよりも担当に甘えてくることが多くなってきていたので、Tちゃんの甘えたい気持ちを担当がしっかり、受け止めてあげながら、他児とも一緒に遊べるように担当と一緒に遊びの中に入って、遊びの方法や要領を伝え、援助したり、自分から遊びに入っていける時には見守ってあげることを通して楽しめる遊びをふやしていきました。

どこまで理解できているのかははっきりつかみづらいTちゃん理解力を把握するためにTちゃんだけに用事を伝え、お手伝いをしてもらう（他児が気をきかせてやってしまわないように他児にも

伝えながら）等の関わりを続けていきました。

③8、9月の様子

他児の遊びをまねて、平均台の上に鍋や容器を並べて“お店屋さんごっこ”を始めるTちゃんに対してある女の子は、「Tちゃんママだよ。一緒にお買物行こうか？」等、合わせて遊んでくれることが多いのですが、男の子の遊びの中では「Tちゃんなんか入れてない。『入れて』もいわないで入るな！」等、入れてもらえず大泣きする事も多い状況でした。しかし、特に年長児はTちゃんのペースに合わせられるようになってきたこと、Tちゃんが相手の言っていることを聞き入れられるようになってきたことから、ふざけっこも楽しめるようになってきました。例えば、「Tちゃん『オバケー』ってやってごらん。お兄ちゃん『キャー』って逃げるから。」と言われ、Tちゃんがオバケの顔をつくると2～3人で「キャーキャー」言いながら逃げていき、追いかけてこないとまたTちゃんのそばにきて「こっちだよ」と誘いかけていました。

大根抜き等のゲームでルール全てを理解していないが、お百姓さんの役になりたくて期待の目で待っており、順番がなかなかまわってこないため、自分で手洗い場のお手ふきタオルを持ってきて、ほおかむりをする事もみられました。ゲームの雰囲気をつかみ楽しんだり、自分の楽しめそうな遊びの中に入ってきますが、他児が遊びを工夫し、自分たちで遊びのルール等を決めて遊びは始める時はついていけません。自分のやろうとしていること以外に誘われると「ヤダ」とすわりこむことも多いのですが、「～するよ」等、Tちゃんにわかるように目的をはっきり知らせると聞き入れて行動できることも多くなり、言葉と行動を結びつけられることが多くなってきました。

言葉は、はっきり聞き取れるものはそれほど多くはありませんが「(ブラン) コ」「(もう1) かい」等、言葉をまねて語尾を話すことがふえてきました。

担当に対しては他児に受け入れられなかった時ややりたくてもひとりではできない時等、甘え泣き

遠城寺式・乳幼児分析的発達検査表 (九大小児科改訂版)

氏名	男 女	外来番号	検査年月日	1. 62年10月19日		3. 年月日	
				2. 年月日		4. 年月日	
T. S.	女						
生年月日	58年8月19日生		診断				
4:8	スキップができる	紙飛行機を自分で折る	ひとりで着衣ができる	砂場で二人以上で協力して一つの山を作る	文章の復唱 (2/3) <small>手紙が二人で折って書いて、おのづから手紙を出した。もう一人も手紙を書いた。</small>	左右がわかる	
4:4	ブランコに立ちのりしてこぐ	はずむボールをつかむ	番号を見て正しく道路をわたる	ジャンケンで勝負をきめる	四数詞の復唱 (2/3) 5-2-4-9 6-8-3-5	数の概念がわかる (5まで)	
4:0	片足で数歩とぶ	紙を直線にそって切る	入浴時、ある程度自分で体を洗う	母親にこたわって友達の家遊びに行く	両親の姓名、住所を言う	用途による物の指示(5/5) <small>(木、鉛筆、時計、いす、電燈)</small>	
3:8	幅とび (両足をそろえて前にとぶ)	十字をかく	鼻をかむ	友達と順番にものを使う (ブランコなど)	文章の復唱 (2/3) <small>きれいな花が咲いています。飛行機は空を飛びます。(じょうずに飛ぶことができます)</small>	数の概念がわかる (3まで)	
3:4	でんぐりがえしをする	ボタンをはめる	顔をひとりで洗う	「こうしていい?」と許可を求める	同年齢の子供と会話ができる	高い、低いがわかる	
3:0	片足で2-3秒立つ	はさみを使って紙を切る	上着を自分で脱ぐ	ままごとで役を演じることが出来る	一語文の復唱 (2/3) <small>(小さな人、おにいさん、おにいさん)</small>	赤、青、黄、緑がわかる (4/4)	
2:9	立ったままぐるっとまわる	まねて○をかく	靴をひとりではく	年下の子供の世話をやきたがる	二数詞の復唱 (2/3) 5-2 6-2 3-3	長い、短いがわかる	
2:6	足を交互に出して階段をあがる	まねて直線を引く	そばさないでひとりで食べる	友達とけんかをすると言いつけにふける	自分の姓名を言う	大きい、小さいがわかる	
2:3	両足でびよびよん跳ぶ	鉄棒などに両手でぶらさがる	ひとりでパンツを脱ぐ	電話ごっこをする	「きれいね」「おいしいね」などの表現ができる	鼻、髪、手、へそ、爪を指示する (4/6)	
2:0	ボールを前にかける	積木を横に二つ以上ならべる	歯磨きをする	親から離れて遊ぶ	二語文を話す (「わんわんきた」など)	「もうひとつ」「もうすこし」がわかる	
1:9	ひとりで一段ごとに足をそろえながら階段をあがる	鉛筆でぐるぐるまをかく	ストローで飲む	友達と手をやぐ	絵本を見て三つもの名前を言う	目、口、手、足、腹を指示する (4/6)	
1:6	走る	コップからマップへ水をうつす	パンツをはかせるとき両足をひるげる	困難なときに叫ぶと助けを求め	絵本を見て一つもの名前を言う	絵本を隠んでもらいたがる	
1:4	靴をはいて歩く	積木を二つ重ねる	自分の口もとをひとりでふこうとする	簡単な手紙をする	3語文を言う	簡単な命令を実行する (「新聞を持って」「いっしょいっしょ」)	
1:2	2-3歩あぐる	コップの中の小粒をとりに出す	お菓子のつまみ紙をとって食べる	はめられると同じ動作をくり返す	2語文を言う	要求を理解する (3/3) <small>(おいで、よりだい、ねんね)</small>	
1:0	座った位置から立ちあがる	なぐり書をする	さじで食べようとする	父や母の真似をする	ことばを、2語、正しくまね	要求を理解する (1/3) <small>(おいで、よりだい、ねんね)</small>	
0:11	つたい歩きをする	おもちゃの車を手で走らせる	コップを自分で持って飲む	人見知りをする	音声をまねようとする	「バイバイ」や「ききよなら」の二つ以上に反応する	
0:10	つかまって立ちあがる	びんのふたを、あけたりしめたりする	泣かずに排便を示す	身ぶりをまねする (オウムさんなど)	さかにおもちゃをやる (補助)	「いけません」と言うとき、ちゅとちゅと手ごっこめる	
0:9	ものにつかまって立っている	おもちゃのたいこをたたく	コップなどを両手で口を持って飲む	おもちゃをもらわれると不快を示す	タ、ク、チ、などの音が出る		
0:8	ひとりで遊んで遊ぶ	親指と人さし指でつかもうとする	顔をふこうとするときやがる	鏡を見て笑いかけたり話しかけたりする	マ、バ、などの音が出る		
0:7	顔ばいで顔をまわす	おもちゃの一方の手から他方へ動かせる	コップから飲む	親しみと怒った顔がわかる	おもちゃなどに向けて声を出す	顔の話し方で感情をききわける (禁止など)	
0:6	寝がえりをする	手を出し、ものをつかむ	ビスケットなどを自分で食べる	鏡に映った自分の顔に反応する	人に向かって声を出す		
0:5	横向きに寝かせると寝がえりをする	ガラガラを振る	おもちゃを見ると動きが活発になる	人を見ると笑いかける	キャーキャーいう	母の声と他の人の声を聞きわける	
0:4	首がすわる	おもちゃをつかんでいる	さじから飲むことができる	あやされる時声を出して笑う	声を出して笑う		
0:3	あおむけにして体をおとしたとき頭を保つ	顔にふれたものを取ろうとして手を動かす	顔に布をかかけられて不快を示す	人の声がある方に向く	泣かずに声を出す (ア、ウ、など)	人の声で止まる	
0:2	顔ばいで顔をちょっとあげる	手を口に持って行ってしゃぶる	清潔になると乳首を舌でおし出し、顔をそむけたりする	人の顔をどろっと見つめる	いろいろな泣き声を出す		
0:1	あおむけで向きどき左右に首の向きをかえる	手にふれたものをつかむ	空腹時に抱くと顔を乳の方に向く	泣いているとき抱きあげると止まる	元気な声で泣く	大きな音に反応する	
0:0	遷移手基対発言	移動運動	手の運動	基本的習慣	対人関係	発語	
(年:月)	年運動習慣関係	年齢動習慣関係	年齢動習慣関係	年齢動習慣関係	年齢動習慣関係	年齢動習慣関係	
		運動	社会性	言	語	理解	

がふえ、以前は泣きながら担当のところへ訴えにきていたTちゃんですが、思い通りにならないと、わざと大声で泣き伏し、担当がいくまで待っていることがふえてきました。

運動会等のいつもの保育所の流れとは違うことに対しては、不安を感じて「ママは？」と母親の迎えを待つ様子がふえました。

〈保母の関わり〉

日常の体験の中で着実にわかること、できることをふやし意欲的に取り組んでいくTちゃんですが、マイペースに遊んでいた時と違い、まわりの言っていることに耳を傾け、一緒に楽しめるようになった反面、理解できず入れてもらえないということを時には感じ、担当のところへ戻ってくるということも見られるようになってきています。そんなTちゃんに対して、担当は甘えたい気持ちをしっかり受け止めてあげながら、遊びの方法や要領を伝え、他児とも一緒に楽しみながらできることをふやしていけるよう援助していくことが必要と思われます。

又、Tちゃんが自分でできることは頑張らせ、できたことをたくさん認めることで自信につなげていくと共にその事を他児にも伝え、Tちゃんの力を知らせていくようにしました。そして、Tちゃんが自分でわかって行動できる場面を多くするため目的を知らせたり、全体に対する指示をTちゃんにわかるように伝え、理解力を高めていきました。又、お手伝いをお願いし、Tちゃんがどこまで理解しているか、確認していく等の関わりを続けていきました。

(6) 帯広児童養育センターとの連携

Tちゃんは7月から週1回センターのプレーに参加しています。行事等とぶつかり、現在まだ4～5回しか通所しておらずやっとなセンターの担当者と楽しんで遊んだり、プレーの流れがわかり興味のあることや、わかることに対して、自分から動き出せるようになり、グループ指導の中で他児の見本になったり、他児のお世話をしたり、指示を聞いて考えて行動する場面も見られてきているようです。

今後はTちゃんの見本になるような子どものいない小集団の中でTちゃん自身が話を聞いて行動できるよう、個別的な関わりを通して、理解力や運動能力等Tちゃんの状態を適確に把握し、その状態に合わせた指導が必要と思われます。それと並行して保育所では子ども集団という大きな刺激の中でモデルとなる健常児を模倣し、又、子どもとの触れ合い、ぶつかり合いの中で、更に、Tちゃんの力を深め拡げていきたいと思っています。

違う集団の中でTちゃんを違った角度から見るのがTちゃんの成長にとってもプラスになると考えています。

(7) まとめ

自分がこうしたいと思えば誰が何と言っても『やる!』の一点張りで、理解できることも少なく、他からの声かけを聞き入れようとしなかったTちゃんが約1年間の保育所生活の中で担当者やお友だちと一緒に遊ぶ楽しさや、はめられ、認められることの喜び、甘えることの心地良さをたくさん体験し、感情表現や理解力、運動能力も徐々に伸びてきています。

私が保育所でTちゃんと接する中で大切にしてきたことは、

- ①担当者が本児の甘えや要求をしっかり受け止め、担当者を拠点として、伸び伸びと色々なことに挑戦していけるように援助していくこと。
- ②本児と健常児の関わりの手本は担当者であり（健常児は担当者のかかわりを見て担当者と同じように関わっていく）、まずは、本児の状態を常に知らせ、その中で本児と健常児の関わりのおかげを見つけ、適切な援助をして双方の内面の豊かさを育てていくこと。
- ③本児の力を様々な角度からさぐり、把握していく中で適切な経験の積み重ねをさせていくことにより、更にできることわかることをふやし、確実な力としていくこと（家庭や他機関との連携も大切になってくると思います）。

以上のような関わりを通して、Tちゃんと健常児が自分たちの体験をもとにお互いの力を知り、認め合い、大人に言われたからではなく、自分自

身で考え、自分の意志で自然な関わりができるようになったり、Tちゃん自身の力も着実に伸びていったのではないかと思います。

障害児保育とは、ただ単に障害児と健常児が一緒にいれば良いというものではありません。その中で双方の感じる心や相手に対するいたわり、信頼感等を育てることを意図し、健常児が障害児の良い手本となり、更にできること、わかることをふやしていけるように保母や大人がどのように援助していくかが非常に重要になってくると思います。

4. おわりに

Tちゃんは現在、健常児に比べ、ゆっくりとした歩みではありますが、心身共に着実に力をつけてきています。

しかし、今後、自他の比較をし、心の葛藤をたくさん経験するでしょう。そしてまわりの状況や立場がわかり、簡単な物の道理が理解できるようになり、理由のあるしつこいケンカやロゲンカ等がふえてくる年中児の時期をどう乗り越えていくのでしょうか。更に、相手の立場に立って物事を考えたり、役割の自覚や知的関心、集団性の芽ばえる年長児の時期にどこまで理解し、知的にも運動的にも伸びていけるのでしょうか。そして、まわりのお友だちとのぶつかり合いや心の葛藤をどれだけ自分のものとして感じ、色々なことを体験する中で乗り越えていけるかが大きな問題になってくると思います。

保母は今後もTちゃんの力を適確に把握し、更に成長、発達していけるように、見通しを持って次の課題を提供し、健常児との触れ合い、ぶつかり合いの中でたくましく成長していくための援助をしていくことが大切であると思います。

又、センターと保育所という違う集団の中で、Tちゃんを違った角度から複数の担当者の目で見接していくことが本児の成長にとってプラスになると考え、今後も大切にしていきたいと思っています。

2 精神発達遅滞児への援助 —幼稚園と保健所の連携を考える—

道立留萌保健所 加倉 雅代

1. はじめに

心身障害児への保健婦活動の目標は、児に生来備わっている能力が最大限に発揮され、快適な生活ができるよう治療環境を整えることです。そのために、早期に正しい診断を受け、家族の理解と協力を得ながら児を含めた家庭づくりと、それぞれの児に合った医療・訓練・生活指導・学習指導等が受けられるように援助を行っています。

実際の活動においては、保健婦が健診・健康相談・家庭訪問を通して発見した障害児を援助していく過程で、集団保育の必要性が出てきた時、それを受け入れてくれる幼稚園・保育園が地域の中では数多くは存在しないというのが現実です。集団の中に児を結びつけることは児の発達のためだけでなく、母や家族が成長・安定していくことに有効であると考え、その場をどう確保しているか、保健婦が悩む場合が少なくありません。

幸いなことに留萌市においては、「かもめ幼稚園」が積極的に障害児保育を実践されており、そのことによって、児や母が救われるばかりでなく、保健婦活動においても大変励みになっています。

その場合、障害児やその家族を幼稚園教諭と保健婦とがどう支えていけるか、一緒に考えながら活動を進めていくことが大切です。

実際は試行錯誤を繰り返しながらの活動ですが、この分科会に話題提供させていただくにあたり、それぞれの活動を事例を通して見つけ直し、地域の中で障害児をとりまく関係職種がどう連携をとり合っていくことができるか考えたいと思っています。

2. 事例紹介

- (1) 氏名：D・S（男児）昭和57年5月11日生
現在5才6カ月
- (2) 住所：留萌市
- (3) 家族構成：父（本州にでかせぎに行き数カ月に1度帰宅する）・母・兄2人・祖母（父方）
- (4) ケースに保健婦が関わるようになった動機
昭和60年10月（3才5カ月）、当保健所で実施された3才児健診受診の際、言語発達及び生活習慣等の自立に遅れがみられ、又、母子分離が未確立であり、保健婦により経過を見る必要があるという医師の診断と指示により関わりが始められました。
- (5) 生育暦

41週+6日、2740g、仮死状態にて留萌市A病院で出生、当日、肛門と直腸が接続していないと言われ銭函の道立小児総合保健センターに転院、翌日手術を受け、1カ月程入院しました。同時に二分脊椎、先天性脊椎側弯症とも診断され、手術を勧められたが、「成功するとは、限らない難しい手術」とも言われ、その時も、そして現在も母としては児なりの発達をしてここまで来たので無理をしたくないと、手術については考えていないようです。その後、A病院に再入院し、生後3カ月までは、検査の為、月1回程度銭函の小児センターに通院していました。A病院では、運動発達遅滞と言われ、旭川肢体不自由児総合療育センターを紹介され、生後3ヶ月から1ヶ月間、母子入院しました。

その後、60年11月（3才6カ月）、身障手帳2種4級（先天性脊椎側弯症による左上下肢の低形成のため左下肢の機能の著しい障害、歩行不安定）が交付され、その申請時にA病院で診断書を書いてもらうため受診した以外は3才児健診まで、各健診・医療機関は未受診の状況でした。

3. 援助活動について

- (1) 60年10月（3才5カ月）3才児健診受診
〈児の状況〉

- 言語面：自分の姓名は言えない。身体各部の指示は家庭ではできる。絵カードのものの名前は言えない。二語文不可。単語は「ワソワソ」、「ニャンニャン」、「おとうさん」、「おにいちゃん」、「いたい」等で、2才半頃から始めたとのことで、発音も極端に不明瞭な状態。
 - 運動面：始歩2才1カ月、3健時は両足とび、片足立ちは可だが破行あり。積木は積むことができないが、家ではできると母は言っていた。
 - 生活習慣：衣服の着脱は一人で脱ぐことができず、母の話では脱ごうとする意志はあるようだが完全にできず、途中でかんしゃくを起こしてしまう。排泄は、日中もらしてから教えるのが3才2カ月からで、毎晩夜尿があり、夜間のみオムツを使用。食事はなんとか自分で食べることができる。
 - 行動：慣れた所であっても母から離れることができず、近所の特定の友達一人とは、短時間遊ぶがその他の児との交流はできなかった。母は児がよくかんしゃくを起こし物を投げるのが困ると訴えていた。簡単な指示は理解し従うことができ、又、視線は合った。
 - 体格：小さく、ヤせていた。
- ※母としては、家で言葉を教えているが言わないので、「ことばの教室」に通いたい、言葉のみが問題なのだと訴えていました。どちらかといえば暗く閉鎖的な印象を受ける母親でした。

〈援助〉

保健婦から見て多数の問題を抱えた児でしたが、それを指摘するのではなく、それまで医療・健診に関わろうとしなかった母が3才児健診を受診したことを支持し、それまでの苦労をねぎらうことを中心に面接しました。そして、母が実際に表出した「言葉のおくれ」をどうしていくか、母と保健婦が共に考えていくことを伝えると、この時涙をうかべながら「お願いします。」という母からの働きかけがありました。

- (2) 61年2月（3才9カ月）当保健所で開催された旭川児童相談所の巡回相談に来所。

〈目的〉

母親が3才児健診において言語発達の遅れを心配しており、この相談で精神発達状況の確認及び今後の方向性を検討するため。

〈面接状況〉

- 児の状況：来所当初から母親にくっつき、不安な様子であり、遊びのモーションをかけても表情を変えずに保健婦を見定めている感じでした。相談に入るために、机の前に移動する時になると泣き出し、それ以降、最後までぐずり泣きし、母親に外を指さし帰りたい様子を訴えていましたが、明瞭な単語を聞くことはありませんでした。全体的に赤ちゃんばい印象を受け、この児の状況に対し母は「人見知りが激しいから。」と言っていました。3健時は他に子どもがたくさんいたので、特にぐずらずに終わったと母親は言っておりましたが、3健時の問診担当保健婦からの情報では、児は母にべったりくっつき課題に取り組むことはなかったとのことでした。
- 母の状況：児の詳細については話したがらず、言語が出てこないことが心配だと訴えていました。児の状況（泣きやまないこと等）に対しても人見知りだからと言い、制止することも、又、何故なのかと確認することも無い状況で、判定員に甘やかしの点を指摘されると「特別そんなことはない。」と言いきりました。

〈発達状況〉（母からの聞きとりで）

- 単語：おとうさん、ワンワン、ニャンニャン
- 身体名称は理解でき指さしはできる。
- 数の概念等はない。
- 遠城寺式で2才前後の知的発達、2才6～9カ月の手指運動

〈判定〉

精神発達遅滞。6～12ヶ月後の経過観察。母親自身のリラックスも必要である。

〈助言〉（母に対して）

言語発達に問題あるが全体的に関わる中で、発達を促すことも必要であり、その点において集団保育の活用も有効ではないか。

後日、保健婦が家庭訪問をすることになった。

(3) 61年3月（3才9カ月）保健婦家庭訪問

〈目的〉

巡回相談受相後の反応確認と今後の方向性決定のため

〈面接状況〉母子と面接

- 児の状況：児相の巡回相談の時とはちがひ、表情は明るく笑顔が見られました。訪問当初は保健婦と視線が合うと顔をかくし照れているようでしたが、なじんでくるにつれ、何か話しながら保健婦の働きかけに関心を持ってきた様子を見せました。しかし、遊びになると母親から離れず、母親が間に入れば成立しました。
- 母の状況：自ら口を開く雰囲気ではない（特に児の出生から現在までの状況について）。そこで、児の今の発達状況を確認しながら発語までに至る発達過程を説明し、現在の児の意欲的な姿勢を保障していくと母は笑顔をのぞかせながら、やっと生活状況を話してくれる状況で、まだまだ母親自身が開かれていないという印象を受けました。

「身体発育はいろいろなことがあった割には順調でいるし、他の子どもと比べるとことばの遅れが（母として）とても気になり、問題なのは言葉だけと思い、言語治療教室に行けば少しでも良くなる気がしていたが、母子分離の面や遊びを広げていくことが、現在の問題なのだと思うようになってきている。」と母は言うようになりました。

しかし、児童館や幼稚園へ具体的に結びつける話になると「ウーン」と言ったきりで進みません。母親自身、近隣のつき合いがあまりなく、除雪以外は外に出ない様子ですが、この訪問での児の状態であれば、母親が間に入れば遊びが他の人とでもつながっていくことを話しますと、「少し児を連れて外に出て、他の子どもの中に入れてみようか。」との声もでてきました。

〈発達状況〉

- 言語：意味ある単語として「ダメ」、「イヤダ」等の発声があるが著しく不明瞭。自分の思いがうまく伝わらなければ、かんしゃくを起こす。
- 衣服の着脱行為：丸首セーター、ズボンを着れ

る。そで通し、ファスナーも可、ボタンを穴に半分入れてあげるとあとは促しにより行ない練習中。意欲的で介助はあまり好まないと言う。

- 排泄：排尿は自立。排便についてはオムツ使用。
- 食事：はし、フォークは使える。偏食特になく、食欲良好。
- 遊び：ジグソーパズル（60ピース）が好きで数種類ある。あとはTVを見たり、オモチャの車を動かしたりして遊ぶことが多い。母親が主な遊び相手であり遊んでもらいたくて茶わん洗いを手伝うこともある。時々、兄と一緒に外に出すと缶けり、サッカー等をしている様子。兄と留守番させておいても泣いていること多く、「まだ母子分離できていない状態」と母も捉えている。同年令の子どもの遊びは成立せず、他児をたたいたりする。

〈援助〉

兄に意欲が出てきたことを支持しながら、その大事な今の時期に環境を整えてあげてをめぐり、暖かくなったら、母と兄と一緒に兄をつれて公園に行き、他児と一緒に遊ばせてみようということになりました。それから徐々に児童館・幼稚園の活用を考えていくことを母と確認することができました。

(4) 61年10月（4才4カ月）旭川児相の巡回相談を受けるため保健所に来所。

〈目的〉

2月の巡回相談後の発達確認のため

〈面接状況〉

前回同様、母にしがみついたままぐずり、時おり泣きそうになり、後半はついに泣き出しました。コンタクトはとりにくく、課題に応じることもなく、本児については再び母からの聞きとりにより状況把握を行ないました。

兄の発達は前回の2月から大きく変わってはおらず、全体に2～2才6カ月の段階であり、精神発達遅滞で6～12カ月後の経過観察となりました。

母については、前回の訪問で、保健婦と確認したように、兄を公園に連れていき、他の子どもと遊ばせる機会を作るよう努めており、公園では、

母から兄が離れて独りで遊べるようにはなりませんが、まだ、他児と一緒に遊ぶ段階には到っていません。

その点から、母は他児と交流する場面を作り、兄を成長させたいという希望を持っており、集団に入れることを具体的に考えていました。

〈指導〉

母の希望もあり児童館、かもめ幼稚園に来春から入れることを検討することになり、1月になったら保健婦訪問により、集団に入れる相談を母とすることになりました。

しかし、その後訪問に行っても不在であったり、電話も通じず、その時期がすぎ4月に訪問し話し合うことができました。

(5) 62年4月（4才11カ月）保健婦家庭訪問

〈目的〉

巡回相談後の状況把握及び集団保育の検討のため

〈面接状況〉

母子と面接（途中、D君のおば（父の妹）が遊びに来る）

前回の訪問同様、兄は表情明るく視線も合わせますが、保健婦の呼びかけに照れるように母の影にかくれたり自分の目を手でおおったりし、母のそばから終始離れようとしませんでした。兄の状況については母からの聞きとりが中心でした。言語面は4才に入ってから「おとうさんしごと」「にいちゃんがっこう」等の2語文が言えるようになりましたがそれ以上発達していません。単語数はかなり増えたが発音が不明瞭であり、言語について、母は心配していました。そして、まもなく5才になろうとしている今も、母がそばにいないと、知り合いの家でも遊んでいることができない等、母自身も必要な母子分離がされていず、問題と感じており、ぜひ幼稚園に入れて、それらの改善をはかりたいと考えはじめていました。又、兄は生活のリズムが不規則で起きたい時に起き、食べたい時に食べるという生活を過していました。

この面接の途中、D君のおばが来訪したが、そのとたん母は口数が少なくなり、そのおば自身の

ペースで「(児の)言葉のおそいことが心配だ。異常なのではないか。」等、話し出しました。保健婦が母に水に向けても児のおぼが話をとってしまう状況となり、母との微妙な人間関係、母の立場を感じました。そこで、保健婦は周囲がD君のために気づかい、心配をしていること、父が仕事のために長期不在である時に母を助けてあげていること等を評価しながら、母の苦勞と周囲の苦勞を話題にして面接を進めました。そして、児を幼稚園に入園させるという目標に向かい、母としては児の生活が規則的になるよう努力し、保健婦は幼稚園との連絡調整をし具体的入園の準備をすることを約束しました。

(6) 入園に向けて

訪問後、かもめ幼稚園に連絡をとると、保健婦同伴で母子面接をして下さることになりました。

母子面接においてのD君は、母子で園児の中に入った時、母からやはり離れることはできませんでしたが、興味深げに園児に目を向けたり、先生に返答する等の反応がみられました。園長先生から園の説明や友達をつくってあげることの必要性が話され、母としても入園させたい意向であり手続をとることになりました。

(7) 入園にあたり

園長先生と保健婦との打合せを行ない、D君の通園についての話し合いがなされました。現段階でD君にとっては、集団保育の必要性は高いと思われるが、面接状況のように母子分離が成立していない現段階においては、D君が一人で幼稚園に来ることはまずできませんし、無理矢理一人で通園させることのマイナスの方が大きいのではないかと考えられました。そこで、家に閉じこもりがちな母自身が少し外に出かける場ができ、リラックスすること、そのことで児への接し方が変わっていきけることをねらって、当分の間は母子一緒に通園し、特別に教室の中にも母を入れようという方向性が出されました。

(8) 入園後の変化

母子共に通園し、保育場面にもいることで母の表情がだんだん変わって、明るく生き生きとして

きました。児相の乳幼児クリニックで来所して、保健婦の言葉を抵抗なく受け入れ、D君の様子や自分の気持ちを少しずつではあるが、自分から話すようになってきて、以前のように、常に母と保健婦の間に壁があったような面接状況が考えられないようになりました。

それは、D君との通園が母にとって、子どものために自分が行動できていることの満足感や園に自分の居場所があること、先生に受け入れられているという安定感につながっていったのではないかと考えられます。そして、他児を見ることで、又、他児と先生との関わりを見ることで、母がD君との接し方の学習をしていると考えられます。

D君自身も母から離れることはまだできませんが、保健婦に向かってモーションをかけてきたり、他児に関わろうとする等、変化ができました。それは5才という歴年齢から見るとまだまだおこなわれているのですが、集団に入ったことでの様々な刺激がD君の中に、着実に反応をおこさせていると思われれます。

言語については、2語文が活発になってきましたが不明瞭さは改善していません。それは、精神的な情緒的な発達が伸びることで変化していくものなのか、機能的な部分に障害があるのか、保健婦としては、児相で経過を見ながら言語治療教室の先生が入るクリニックに結びつけたいと考えています。その時期については、母子分離ができない内は難しいと思うのでD君の幼稚園でのようす、家庭でのようすを見ながら考えていきたいと思えます。

4. まとめ

経過を見ながら保健婦が母子に関わることで、母自身が少しずつ心を開き、働きかけを受け入れるようになったケースです。

ケースを理解し、援助する上で、「児の成育歴は?」「精神発達・身体発達状況は?」「家族関係は?」「病状は?」等々、次々に保健婦としてとらえたいことが頭に浮かびますが、母から表出さ

れる情報が乏しく、深くつっこんでいくと、逆に閉ざされるありさまでした。そこで、筆者は母の心の壁の内側に無理に入りこもうとはせず、開かれるのを待ちながら、児の状況、母の状況をとらえ、母の気持ちが保健婦が考えたねらいと一致できた時、母としてどう行動していかなければならないか、共に考えるよう努めました。

そのことが、母が児を集団に入れ適切な環境作りをする行動につながることができたと思われまます。そして、この母子の問題を幼稚園に伝え、保育がどのような形で行われるがこの母子にとって必要なかを先生と一緒に考える場面があったことは、その児をとりまく先生や保健婦そして児相、クリニックの医師等関係職員が、児を中心に連携する土台になっているのではないだろうかと考えられます。

又、このケースをふり返ると3才児健診まで全く保健婦が関わりを持ってなかった状況があります。これは、現在母子保健体系が充実されている中で、成長の節目、節目での母子管理の徹底（4カ月児健診・9カ月児健診・1才児健診の事後指導・未受診者対策の充実等）をはかるとともに、保健婦活動と他分野の連携が益々、重要であることを示唆してくれたケースであると考えられます。

3 母子分離—D君の場合

留萌 かもめ幼稚園 藤原 正子

1. 通園の経過

保健所からの紹介により、D君親子との面接が行なわれることになりました。初めて来園したD君は、身体の障害が目立ち、表情は硬く、怯えた様子さえ感じられました。言葉らしい言葉は出ず、母子の会話も指さしや身振りによるところが多いように見受けられました。又、母親からも沈んだ印象を受け、こちらからの話しかけにも表情は暗かったように思います。

母が園長、保健婦との面談を行なう間D君を離して、3才児の部屋で一緒に遊ばせようとしたが、D君はこれを敏感に察し、泣いて母にすがりつく為、D君を入れての面談になりました。

面接の結果、入園が決まってから、歴年齢は4才だが発達年齢が低い点、母子分離がまだ出来ず、無理に離す事が、母子共にマイナスな面が多いという点などを考慮して、人数の少ない3才児のクラスに、親子で午前中の通園をすることになりました。

まず親子の緊張を解いて、安定した気持ちで通園できることを、ねらいとしました。そのうえで、集団を経験し、母と子という関係に、「友達」という関係を結びつけていければと考えたわけです。

2. 通園が始まる

3才児のクラスは、D君の入園が決まった時点で、在籍19名、うち2才児3名、精神発達遅滞と思われる障害児1名のクラスで、担任は2名でした。現在は、D君を入れて在籍23名、うち身体障害を含む精神発達遅滞などの障害児は6名です。このクラスの担任2名の他に、主として個人指導をする教諭が1名入っています。

D君の通園が始まるにあたり、受け入れ側として、特別なことはあえてせず、子ども達にも特別に紹介することもせず何気ない感じでクラスの仲間に入れるように努めました。母子とも、不安や緊張感はまだ残っていましたが、面接の時よりは落ちついてきているのがわかりました。

母親が、D君が興味を持ちそうな遊具を出してあげ、それで遊び始めます。保育者も、その怪獣の人形やブロックを仲立ちとして、戦いごっこのように関わっていきます。スキンシップができるように、リラックスできるようにという、ねらいです。そのうちにD君自身が遊具を出してくれるようになり、私達との関わりにも笑顔が見られるようになりました。D君⇄保育者の関係も、お母さんがそばにいて、安定していました。

母は、機会があれば、母子分離をしたいという意向で、何度か試みていました。「お母さんは園

長先生とお話があるから。」とか「トイレに行った。」などの理由をつけて退室すると、D君はとたんに泣き始めます。外遊びでも、保育者との追いかけてこに夢中になっているかに見えたのに、母の姿が見えなくなると、追いかけてこへの興味は無くなり、母親を求めます。このとき、今まで通じた誘いかけが全く通じなくなり、ただ泣くだけでした。そして、その後は非常に警戒心が強くなり、母親の動きに敏感になりました。その事が、せっかく安定しはじめたD君の園生活にマイナスになる為、無理な母子分離をせず、母親の存在を認めながらの関わりが変わっていきました。

3. お母さんとクラスのかかわり

通園後すぐに、D君母子二人に積極的に話しかけるY君という子がいて、Y君に会う事も二人の楽しみになっていました。「今日はY君休みなんだね。」というような会話も聞かれました。このように、二人の関係に少しづつではありますが、友達の存在が芽生えて来ていました。幼児たちは名前を覚え、「おはよう」、「さようなら」と挨拶をする事にはじまり、D君が帰る時、玄関まで見送りに出る事は、その時からの習慣でした。誘った訳でもないのですが、玄関にゾロゾロと出てきて、「さようなら」をし、それから、お部屋に戻って、部屋から見える道を帰る二人に手を振ります。これにはD君も大変喜び、見えなくなるまで手を振ってこたえてくれます。一面、帰る時が一番楽しくみえるくらいに、この時のD君は、生き生きとしています。そして、お母さんのほっとするような笑顔も見られるのです。

不思議と子ども達からは、「どうしてD君だけお母さんも一緒なのか。」という質問が出た事はありません。ただ、Y君が家に帰って、自分のお母さんに、「お母さんもD君のお母さんみたいに、幼稚園に遊びにきてほしい。」と言ったそうです。やはりD君とお母さんは、子ども達にとって、羨ましい存在なのだろうと思われます。

3才児の子ども達は、衣服の着脱や鼻をかむ、などの生活習慣が充分自立していない面が多く、

細かな手順を教えながらの介助が必要です。そんな時に子ども達は、D君のお母さんに手伝ってもらおうとするのです。これに対して初めは保育者の意識の中にもかたくななところがあり、「保育は私達がするのだから。」と（口には出さないが）、思っていたのは事実ですが、子ども達にとっては、なんの隔たりもないのです。又、お母さんは、出すぎる人ではなく、介助のしかたを見ても、子どもたちの主体性を重んじて手順をきちんと教えてくれている。そして、この人にはお母さんらしさ、“お母さん”という存在のもつ暖かきがあり、出来る事は自分でさせる厳しさもあります。これでは、保育者のかたくなな気持ちなど、マイナスでしかないのでは、と思われてきました。しかも、子ども達とお母さんが関わる事で、D君と子ども達のつながりも生まれるのであれば、そしてD君が、「自分ひとりのお母さんでは、ないこともある。」という事に気づけるのであれば、保育者の意識も変えていかざるを得なくなったのです。又、これとは逆に、D君が遊びの中でルールを破った時などには、D君のお母さんはその対応を私達にまかせてくれるのです。D君の母としては、口を出したい場面もあるだろうが、それは最小限にし、ある時は知らんぷりをしてくれるのです。その意味では、「D君に真剣に接している。」ということをお母さんから理解し信頼してもらえたと思ったものです。

子ども達も、D君の母に「絵本を読んで。」「折り紙を折って。」と、どんどん関わっていきます。最初は、D君とお母さん二人に、友達関わっていたかたちでしたが、最近はD君は他の友達と遊び、お母さんも別の子と遊んでいる、という事が多くなってきました。子ども達もD君のお母さんに救ってもらう場面があり、お母さん自身も、子ども達に救われているところが、あるのではないかと感じています。

お母さんもいろいろな子ども達がいる事を実際に体験して知る事が出来た事で、D君を見る目にも余裕が出て来たのだと思われます。

「外では友達と自転車遊び。海へ行ったり、お

盆には増毛のあばあちゃんの家へ行って、お墓やお寺参りをしました。兄ちゃん方と、バトミントンをしたり、トンボとりなどもしました。Dにとって初めての夏休み、とっても良い夏休みでした。」これは夏休み後、提出された約束表に書かれたD君の母の一言です。幼稚園に入る前も、夏にはしていた事なのかもしれませんが、D君にも「夏休み」があった、という事が喜びであるということで、印象的な文章です。これまでのようなお母さんと二人だけの関係でD君を見るのではなく、この母親は集団の、社会の中で、D君を見れるようになってきているのではないかと考えられます。

4. 園生活の中のD君

D君の身体的な障害が、園生活の中で支障をきたし、問題になるという事はほとんどありませんでした。

—基本的な生活習慣—

- 衣服の着脱—ほとんど介助無しで出来る。
- 排便—幼稚園での失敗の経験は無い。
- 排尿—1～2度漏らしたが、トイレに母がついて行くようになり、その後、自分で行くようになるが、保育者が細かな指導をしようとしても、見せるのを嫌う。
- 清潔—排尿の後、促されて手を洗う。ドロ遊びの後なども、洗うことが出来る。

運動会はお母さんも参加し、競技中は保育者と一緒に参加しました。お遊戯はお母さんも一緒に踊ってもらいました。D君自身は、お遊戯に対しては消極的でした。

お母さんも一緒に参加してもらうことには、われわれにためらいもありましたが、D君の状況から考えて行事だからということで、母子分離をしようとするのは、無理だと判断し、日常生活のままに、自然に参加してもらうことになったのです。

—交友関係—

このように、身体的には支障はきたさないものの、社会性という点からみると、ずいぶん衝突もあります。集団生活は初めてということで、3才児のクラスの中でも、社会性から言うと低いので

はないかと思われる面があります。

まず、自分のものを人に使われるのを嫌います。7月7日、七夕の飾りつけの時、D君の椅子を踏み台にしようとした友達を突き飛ばしました。この時はケガも無く済みましたが、「ひやっ」とする場面でした。黙って使ってしまった友達にも原因はありますが、「貸して。」と言われても、気持ちのうえで対応できず、カッとなり、コントロールできないところがあるようです。

遊具も中々貸してあげることができません。最近、指示されると少し譲ることもできますが、怒って遊具を投げつけることも見られ、ひとつひとつの場面でD君に気づかせるように、助言しなくてはなりません。ただ、人を叩いたり、物を投げる、紙芝居を読んでいる時に大声を出すことには、保育者や友人の気をひくためにしている面もあり、注意されると、かえって増長してしまうということもあって、対応に苦慮しています。しかし、そうすることが、集団生活の中でのD君の成長段階では、必要なのかもしれません。その段階を乗り越える前に、友達に嫌われてしまえば、D君にとって不幸です。大変難しい事ではありますが、D君の気持ちを受けとめながら、友達との仲立ちをし、ルールを身につけさせていくことが大切と考えられます。

その中で、最近、友達と衝突し、私達に注意されても長泣きはしなくなり、比較的容易に気持ちを転換していけるようになってきているのは、集団生活の自立にむけて、進歩した点ではないかと思われれます。

—これからの課題—

D君は、あと一年半で就学します。3才児のクラスで安定しているD君ですが、4月からは歴年令に合わせたクラスへ入れる事を考えると、新しい友達関係の中でD君がどんな対応ができるか、今の生活を更に発達、充実させ、来年度につなげていきたいと考えています。そして、母子共に午前中の通園から、お弁当を持って自立して登園できるようにと願っています。「D君、今度お弁当持っておいで。お母さんはお留守番にして。」と、

ふざけた調子で、本心ではねらいを持った言葉がけを何度かしています。これに対してD君は「お母さんダメなの！ 藤原先生バカ！」と言います。お母さんは、ニコっと笑いながらも、まだ曖昧な様子です。

ここまで変化し、発達してきたD君ですが、次の段階に進むきっかけが必要であり、お母さんから離れるのも、そのひとつではないかと思われます。D君、お母さん双方の内面の充実がなくては難しく、特にお母さんの気持ちに生まれた余裕を、次のステップに生かしていくことが大切だと思われれます。

5. おわりに

このレポートをまとめるにあたり、保健婦さんとの話し合いを再々持ち、改めてつながりの必要性を感じました。ひとりの子の発達を考える場合、幼稚園という場面だけでは、不十分な事も多く、D君の場合も保健婦さんとのつながりの中で、母子両方への対応と関わり方を考える事が出来たのです。今後とも、話し合いの場を大切に、一緒に考えていく体制を保っていきたいと考えます。

10月27日、このレポートのまとめが迫っている日、D君は初めて母と離れ、お弁当を持って登園しました。バスに乗る時とお部屋に入ってから、少し泣きましたが、すぐに落ちつき私の誘いかけにのって遊び始めました。時折不安そうな表情もみせましたが、声をかけるとうなずいたり、「お母さん、オニギリ」とお弁当も楽しみにしています。行動範囲も徐々に広がりつつあります。

まだ時間がかかると思っていた母子分離が思いがけず出来ました。D君とお母さんの中に「お弁当を持って来て、みんなと一緒に食べよう。」という言葉が、少しづつ育っていたのだと思われます。子どもを成長させたいと思う時、保育者とお母さんの連携の大切さも感じる事ができました。

これからの、お母さんの状況が、幼稚園としてはわかりづらくなる可能性があります。その為にもより一層保健婦さんとの連絡を密にし、家庭でのお母さんの様子を知って、D君へも対応して行

きたいと考えています。

4 障害児保育に対する期待

静療院児童部 武田 春人

1. 静療院児童部の紹介

昭和48年に開設された静療院児童部は、外来部門と入院部門がありますが、ここでは外来部門について紹介します。

開設以来、5,000人を超える子どもが当院を受診しており、毎年、300人から400人の子どもが新規に受診している状況です。昭和59年の外来統計によると、疾患別内訳は、全体の6割が発達障害で、言語発達遅滞、自閉症、精神遅滞群が含まれています。残りの4割には神経症、登校拒否、精神病等が含まれますがここ数年は、神経症、神経症性発症等の神経症群の割合が増加する傾向がみられます。

初診時の年齢についてみると、3才児の受診が最も多く、以下、2才未満児、4才児、5才児と続き、就学前児が全体の過半数となっています。

当院への紹介経路としては、病院関係や、児童相談所、保健所（保健婦）、学校関係、精薄児施設等からのものが多い状況です。

地域別にみると、子ども達の6割は札幌市内に在住し、4割は市外在住です。

2. 治療チーム室の業務

児童部外来では、児童精神科医による子どもやその家族に対する診療とともに、心理指導を担当するセラピストがチームとなって、子ども達の通院治療に携わっています。このチームを我々は『治療チーム室』と称しています。

治療チーム室の業務内容としては、発達障害幼児の指導が中心です。対象としては自閉症、言語発達遅滞、多動等、発達のな問題を持つ子どもが多く、また、ここ数年、登校拒否や神経症群の児

童・生徒に対する心理指導が徐々にではありますが増加しています。

発達障害児の指導についてみると、3～4才から指導を始めることが多く、これは、対象となる子どもが3才前後に初診となることが多いことと重なっています。

指導の形態としては週1回の個別指導が主体で、数名単位のグループ指導や、月1回程度の観察指導等、対象児の状態に応じたものとなっています。

3. 幼稚園・保育所等との連携

指導対象児の多くは、対人行動が適切に取れず、また、こだわりなどのいわゆる問題行動を併せ持つこともあり、個別指導に加えて集団生活への参加により、対人関係の改善や場面理解の助長が期待されます。従って、対象児が就園年齢に達すると、幼稚園や保育所に入園するよう担当セラピストが勧めています。また、日常生活習慣が自立していないなど発達の初期の段階にある子どもは、精薄幼児通園施設を紹介することもあります。

4. 幼稚園・保育所等における障害児保育への期待

幼稚園・保育所等は、日常、通園しやすい距離にあることが望ましいのですが、まだ障害児を受け入れない園があり、また、受け入れの態勢を取っている園についても、必ずしも子どもの状態と適しない場合もあるため、親とセラピストとで入園にあたっての検討を重ねることにしています。

入園に際して、セラピストから親に対しての障害児保育の説明で、まず、子どもについて言うと、

①今までの家庭での生活から、時間的・空間的な一定の枠組を持った生活をする事の意味。

例えば、朝、登園して、自分の靴箱に外靴を入れ、上靴とはき替えてから、自分の教室（保育室）に行き、シールを貼り、カバンや上着を自分のロッカーにかけるといった日常の行動の積み重ねが、子ども自身の置かれた場面の理解を深めることにつながるということです。

②家族、主として母親とのかかわりから、担任

とのかかわり、更には、他児とのかかわりへと対人関係が多様になること。

とりわけ、自閉症児や言語発達遅滞の幼児は他者の言葉、表情、動作等から相手の意図を読み取る力に乏しく、多くの場合は、子どもにかかわる側が、その子どもの興味・関心に沿った動きを取る中で、子どもとの関係を成立させていくこととなります。それが、かなり限られた場面での関係であっても、その子どもにとって外界と関わりを持ち、そのレパトリーをふやしていくことが、子ども自身の日常的な行動をより切り換えのきく、柔軟なものにすることにつながると考えられます。そこで担当の教師や保母の役割に大きな期待を寄せることになるのです。

また、集団の活動の中で、障害児が、他児の動きを見て、自分の行動に取り入れていくといったことは望ましいことではありますが、当院での指導対象児は、前述のように対人関係をもつことが難しい子どもが多く、教育（保育）場面でのきめ細かい配慮が必要とされます。

次に、親、特に母親にとって障害児保育の意味を考えると、

①子どもと保育者とのかかわりを参考にできること。

これは、保育者の子どもに対する言葉かけや誘導の仕方等の技術的な面もありますが、それ以上に、保育者の子どもに対する見方、障害についての考え方を親が学ぶことです。例えば、自閉症児に多くみられるこだわり様の行動を、集団生活に支障となる問題行動として捉えるのか、あるいは、その子どもの発達の過程におけるものの見方、関心の示し方の表われととるかでは、その関わり方は、ほとんど逆のものになります。親は日々、子どもの養育に苦慮しており、専門家としての保育者の取る態度は、親に大きな影響を与えます。そのような意味から、保育者、ひいては、幼稚園・保育所等の障害児の受け入れの姿勢が問われる場合もあるように思われます。

②子ども達の中での自分の子どもの動きを見ることができること。

これは、親が自分の子どもについて、単に「障害がある」といった見方にとどまらず、具体的な行動を他児と比較することができることです。例えば、玩具や遊具への興味の示し方、あるいは、その扱い方、または、他児とのかかわりの持ち方など、様々な行動に気づかされることになります。このような時、親は往々にして、「できるか」、「できないか」といった判断をしがちですが、「どのようにできているのか」、「どこでつまづいているのか」というような、子どもへの具体的な援助につながる見方ができるように、保育者の助言が必要と思われれます。

③具体的なことから保育者と相談できること。

これは相談がそのまま解決に結びつくことが少ない場合でも、親にとっては、子どもについて共通の話題を持てる場であり、話すことで、「気持が楽になる」ことが多いのです。従って、保育者は、正論で親を黙らせることをせず、親の置かれた立場を察して相談に乗る必要があります。特に、親の子どもに対する思いを常に汲み取る姿勢を持ち続ける保育者に対する親の信頼は非常に厚いものがあります。

以上、障害児（主として自閉症児）の指導に携わり、幼稚園・保育所等の集団の場を紹介する立場から、入園に際しての親への助言を通した障害児保育に対する期待を述べてみました。

もとより、障害児以外の子ども達とのかかわりもあり、意図した指導が常に満足すべきものとはなりません。障害児保育で具体的に何ができるか（あるいは、できないか）、を検討していくことが課題であり、子どもの状態の把握と、それによる保育者のかかわりについての具体的な事例を積み上げていく必要を感じています。

5 保育担当者を支える組織

北海道立特殊教育センター 佐藤 義 昭

三人の先生方の発表を聞いて、障害児保育の成

果をどう就学につないでいくかという学校教育の果たす役割・責任というものを改めて感じています。ときどき学校教育において乳幼児教育の成果が活かされていないなどの批判や不満を耳にします。千歳の阿部先生には「学校は、何もやっていないのではないか。」などと言われ、反省やら、どう具体的に連携し、その成果を生かしていけるかを考えております。

今日は、学校サイドの人があまり参加しておりませんが、各学校には非常に熱心にやっている先生方がたくさんいます。この北海道乳幼児療育研究会の成果等を先生方に伝えていきたいと思えます。

昨日の交流会の会場で「特殊教育センターは何をするのですか」と言われ、まだまだその存在や機能が理解されていないと感じました。

そこでこの機会をお借りして、はじめに特殊教育センターの機能についてお話をし、その後自身が統合保育に携わって感じたことを述べたいと思えます。

特殊教育センターは、この九月開所したばかりです。当センターは、教育相談、研究、研修、理解・啓発の四事業を行っています。ここでは、教育相談にしぼってお話をします。教育相談には、巡回教育相談と来所教育相談があります。巡回教育相談は、37市町の会場で実施し、相談実施者数は521名となっております。巡回教育相談を行っていますと、幼児教育にかかわっている保母、保健婦等と一緒においでになる地域とそうでない地域があり、地域差がみられるのが実状です。

適正就学指導では、児童相談所の判定や幼稚園・保育所での指導の成果等を参考にして総合的に考えるわけですが、実際には、親の願いとのくい違いが生じます。我々の総合的な判断と親の願いとの差をもう少しつめていかなければなりません。それにはどうしても情報不足を感じます。学校サイドとそれまでかかわった幼児教育の関係機関とどう具体的に情報交換をし、連携していくかを今後の課題として考えていきたいと思えます。

次に来所相談についてお話をします。当センター

には、障害別に専門の所員がおり、子どもの障害に応じてチームを組み相談に当たっております。

例えば、精神発達の面のほかに、言語発達、聴覚・視覚等の問題をあわせもつ“ダウン症候群”の相談の場合には、精神発達をベースにおきながら、聴覚、視覚等の専門所員とペアを組み、総合的・多面的に相談に当たり、指導、助言を行っております。

また、当センターに併置されていますのは、中央児童相談所と心身障害者総合相談所です。3機関が併置されていますので、これまでのように“たらいまわし”にするような相談はなくなり、いわゆる児から者までの一貫した相談ができるシステムになっております。

次に函館YWCAグループの統合保育に携わって感じたことをいくつか述べます。

この幼児グループがスタートするとき、健常児と障害児が共に育つための教育・統合保育はどうあるべきかということについて、何度も話し合いがなされました。統合保育は、片方だけのプラスであってはならないと考え、健常児そして障害児が共に伸び、指導の成果をあげるための指導体制、指導内容について充分討論をかさねていきました。

障害児を受けいれて教育することは、ただことばや熱意だけでは不十分です。その成果をあげるためには、人的にも物的にも保障していかなければなりません。

幼児グループでは、26人の園児の中に3人の障害児をいれ、指導者として3人のスタッフを配置しました。これまでの統合保育はややもすると集団の中に入れておけば良いなどと安易に考えて行われていた面もあります。障害児に対する指導は、集団の中だけの指導では不十分で、その子供の実態にあわせて、個別指導をしていかなければなりません。そのためにも、指導者として3人のスタッフを配置して、きめ細かな指導を行いました。

この幼児グループのもうひとつの特徴は、この統合教育を支える知恵袋というか相談役としての“ねむの木会”という組織があるということです。この“ねむの木会”は、この北海道乳幼児療育研

究会の顧問であります本村捨夫先生を中心に、小児科・精神科の医師、幼児教育・特殊教育専門の大学教官、保健所の精神衛生相談員、臨床心理士、養護学校の教諭の人たちによってメンバーが構成されています。この会は、月2回ミーティングを行ない、指導の在り方等について夜遅くまで話し合いをしました。統合教育を推進していくためのバックボーンとして、また母親の指導等に携わって、健常児と障害児が共に育つ教育の在り方を考えたのでした。

実際に子供の指導に当たる担当者の力は大切ですが、担当者を支える“ねむの木会”のような組織があることによって、質の高い統合保育が行われるものと思います。

しかし、全道各地の幼稚園・保育所では、このような組織が必ずしも存在するわけではありませんので、今回発足した北海道乳幼児療育研究会が、その役割を担うことができるものと考えますし、また期待もしております。

この会の発足を生かして、互いに情報交換を密にし、一人ひとりの子供の幸福を考えていきたいと思っております。

生涯教育の視点から、一人ひとりの子供のライフサイクルを考え、各機関のおかれている立場・役割等をお互いにもう一度ふりかえり、この会の発足した理念をふまえ、稔りあるものにしていきたいと考えております。

6 討論のまとめ

司会 長谷川 右

大会第二日目に行なわれました、第三分科会“障害児保育”には各方面から障害児にかかわりをもつ方々の多数の参加があり、大変熱気あふれる雰囲気の中で討議がすすめられました。

この会の司会を努めさせていただく中で参加された方々の真剣で前向きに取り組む日常活動や実践が思い浮かび、討議をすすめるうちに何かしら

の連帯感を覚える気持ちとなっておりました。

また、司会者として分科会の“障害児保育”という大きなテーマの中で発題者の実践報告などをもとに、このテーマをどういうところからアプローチし、討議の中身を深めていくとよいかということが大変不安でもあり、難しいことでもありました。しかしながら、いざ、会をはじめてみますと、発題者の実践報告や指定討論者の助言などから、会場の先生方の活発な意見交換が次々に行われ、司会者の不安を打ち消してくれました。

このような中ですすめられていった分科会でしたが、時間的には決して充分とはいえなかったと思います。しかし、内容的には、私たちが今後、障害児とのかかわりを持っていく上での重要な方向性を示すと共に、様々な課題を見出すことができたのではないかと考えております。

以下、討議の中で出された意見や情報をもとに、今後の課題として検討すべきと思われる点を私なりに列記してみました。

- (1) 発題者の実践報告の内容を障害児にかかわる関係方面それぞれの立場からもっと実践的に分析し、総合的評価や診断をしていくような研究の方法も積極的に取り入れていく必要がある。
- (2) それぞれ自分の専門分野の知識と重要性や役割についてはよくわかっているが、他の専門分野と自分の専門分野との関連については不明な点もあり、これらの関連分野の役割及び機能についてよく知る必要がある。
- (3) この研究会の発足によって、障害児への医療、教育、福祉など広い分野の従事者が有機的に結びついた療育システムが可能となってくると思われるが、特に地域に根ざした療育システムをどのように具体化していくかを検討することが重要であると思われる。
- (4) 障害児に対してまだまだ誤解や偏見がある。それゆえ、療育の体系とともに家庭を取りまく社会環境に対する方策はどうあればよいか考えていく必要がある。
- (5) 障害児をもつ父母が積極的に直接“障害児保育”へ参加し、日常的に関係施設の中で障害児

と共に様々な体験ができる機会や活動をどのようにして取り入れていくとよいか。

- (6) 子どもと家族の情緒の安定や信頼感、あるいは生活を尊重した療育を行なうことが必要であると考えられるが、そのために専門家が一贯した継続的なかわりをもって子どもの生活を知る機会を持つ方法を考える必要があるのではないかと。
- (7) 行政と民間機関の協力関係や連絡体制を整えた療育システムづくりをしていく必要がある。
- (8) 研究会を運営し、強力に発展させていく上で財政的な基盤をしっかりとさせていく必要がある。そのため、この会の存在や趣意をより多くの人々に理解してもらおうと共に行政や関係諸機関への働きかけを多くしていくことも重要な課題であると考えられる。

以上、分科会の司会の反省も含めた感想あるいは会の中での意見から導き出された、今後の検討課題を北海道乳幼児療育研究会の課題ともかかわらせて述べさせていただきました。

最後に、拙い司会で分科会の参加者の皆様にご迷惑をおかけしましたことをお詫びしまして、今後の北海道乳幼児療育研究会がさらに発展し、第二回目の研究大会も大きく内容を充実し盛大に行われますことを祈念いたしまして、第三分科会の司会としての報告とさせていただきます。

■記念講演

テーマ 北海道における乳幼児療育の現状と課題

演者

北海道乳幼児療育研究会会長

北海道教育大学教授

伊藤 則博

座長

北海道クリスチャンセンター

北星学園大学助教授

相場 幸子

1. はじめに

「北海道乳幼児療育研究会第一回大会」で講演できることを光榮に存じます。

この機会を得まして、私がこれまで障害を持つ乳幼児に接し、経験的に得てきたこと、研究等の目的で調査してみたこと、また文献や視察等で知りえた他地域の実情や先進的な考え方を参考に北海道における乳幼児療育の現況と課題について、お話をさせていただきます。

最初に、話の柱を4本立てます。第1の柱は、障害児を持つ親の発言の中から、早期療育のあるべき姿を考える手がかりを得ることです。

第2に、北海道における早期療育の最近の動向について概括します。

第3に、本道の早期療育に関する新旧の課題とその解決策の展望ということ。

そして第4に、地域療育システムの仮説的構成。

以上、4本の柱を立てて、この順序に従って話を進めたいと思います。

2. 早期療育に対する親の願い

乳幼児期が、極めて可塑性に富んだ時期でありますから、この時期の対応の効果が大きいことは当然のこととして期待され、障害児においても、早期からの発達援助としての療育が大切なものとなって、早期発見の重要性が強く叫ばれる状況になってまいりました。

しかし、発見の体制と技術が進む中では、早期発見の持つプラス面、マイナス面の両方を考えていく必要があるように思います。

障害を、誰が、いつ、どこで発見し、そのことをどのように親に伝え、さらに療育へとどのようににつなげていくのか？この各段階のあり方とひき渡し方について、十分検討してみる必要があると考えまして、これを実際に障害児を抱え、育ててきた親の報告から明らかにしようとして試みました¹⁾²⁾。

ほぼ正確な回想が可能な、小学生の障害児を持つ母親約40名に対して、面接調査を行いました。その内容は、

- ①子どもの異常に気づいた時期
- ②その時の親の心情
- ③その後の相談機関へのかかわり方
- ④それに対する相談・療育機関の対応のしかた
- ⑤それら各段階についての親の希望、願いなどでした。

子どもの障害種別は、自閉症児とダウン症児が中心で、精神遅滞と脳性マヒが一部含まれています。

さて、まず異常の発見期についてですが、自閉症児の場合、1歳～2歳頃母親が、子どもの行動から異常に気づいているようですが、それがただちに病院や相談機関受診ということにつながらないようで、しばらくためらいの期間を持つケースが多いようです。これは、重度・中度の精神遅滞についても同様のようです。一方、ダウン症の場合、一部の例外を除いて生後3ヵ月以内に医師によって診断を受けていました。

子どもの診断を受けた場所は、ダウン症と脳性マヒでは、例外なく医療機関でしたが、これらのケースの多くは親の心の準備がほとんどないという状況で告知されることによる衝撃の大きさが語られています。しかし、それでも親たちはできるだけ早く正確に知らされることを望んでいました。問題は、ただ診断名を告げるのではなく、それがどんな病気や状態像であるかということをしっかり伝えてくれて、どう養育すればよいか、また次にどこへ行けばよいかということを教えてほしいということでした。

一方、自閉症児や精神遅滞児では、最初に異常に気づくのは親である場合が多く、この場合、相談機関を訪れる相談事由の中心は、「ことばの遅れ」であり、次いで反応の乏しさなどの対人関係の問題、次いで多動があげられています。反応がないので、耳が聞こえないのではと耳鼻科へ行き、その後ろう学校の幼稚部に在籍した経験のある自閉症児もありました。

次に、異常発見後の経路についてですが、表1は親が子どもの異常を感じてからたどった経路を、自閉症とダウン症に分けてみたものです。

ごらんのように、自閉症児を持つ親の場合はダウン症児の親に比べて、異常に気づいてから相談機関をめぐる回数が多く、また療育の場につながる時期も遅いように見受けられます。ダウン症児の親では、医師や知人に紹介されて、診断告知後ほとんど間を置かずに母子訓練教室に通い始めるケースが多く、このような診断直後からの早期療育の場は、親たちにとって非常に重要な意味を持つように思われます。しかし、親への対応も考慮したこの種の場合、道内各地域で整備されているわけではありません。

次に、親たちの相談・療育機関に対する評価で、何が重要なファクターであるかについて検討したところ、最も重要なものは親の気持を理解し、時間をかけ、親身になって対応する相談者の対応のしかた、態度でありました。事務的または威圧的態度、専門用語を多く使った決めつけや一方的指導に対しては、親たちは強い批判を持っています。

ところで、療育の中味についての感度や評価に関してもきびしいものがありました。親たちは、どんな僅かな進歩であっても、わが子の成長を願って療育に通ってきているわけですから、これは当然のことですが、子どもが受けている療育に確信が持てない時、ふたたび療育機関をさまよい歩くことになるようです。また、専門家や機関の間で療育のやり方が大きく異なるために、その間で親が戸惑い、悩む例もみられました。

次に、障害に関わる諸制度や機関の情報伝達の遅さとその断片性が指摘されておりました。療育手帳、特別児童扶養手当、税金控除、受診料控除などの障害にかかわる諸々の制度や手続が、できるだけ早く効率的に処理できるようにしてほしいということです。それらの説明がないため、何年もロスした親が少なからずいました。

私共の面接を通して知ることができた早期療育に対する親の願いをまとめると、次の7点に集約できると思います。

- ①子どもの異常を感じ、不安に思った時どこへ相談に行ったらよいか分らない。障害や子どもの問題はどこに発生するか分らないのだから

表1 発達障害児の相談経路

ケース	自 閉 児							
	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳			
A	・1歳4ヶ月 (異常に気づく)	1歳5ヶ月 (耳鼻科)	1歳6ヶ月 (健相)	2歳 (総病) (幼訓)	3歳 (幼訓)	3歳7ヶ月 (幼相)	4歳 (保育所)	5歳 (幼稚園)
B	・	2歳前	2歳7~8ヶ月 (異常に気づく)	3歳 (母子訓)	4歳 (幼訓)	5歳 (保育園)		
C	・	2歳	2歳半 (異常に気づく)	3歳7ヶ月 (ことばの教室)	4歳 (総病) (児相)	5歳 (幼訓) (精神科)		
D	・	1歳半ごろ (異常に気づく)	2歳すぎ (児相) (母子訓)	4歳 (幼訓) (幼稚園)				
E	・1歳すぎ (異常に気づく)	2歳半 (健相) (児相) (総病)	3歳2ヶ月 (健相) (児相)	4歳 (保健所) (幼訓) (小児科)				
F	・	1歳半ごろ (異常に気づく)	1歳7ヶ月 (ことばの教室)	3歳 (保健所)	3歳7ヶ月 (総病)	4歳 (幼訓)		
G	・1歳 (異常に気づく)	1歳半 (健相)	2歳8ヶ月 (児相)	3歳 (保健所)	3歳2ヶ月 (児訓) (母子訓)			
H	・1歳ごろ (異常に気づく)	1歳半 (健相)	2歳7ヶ月 (児相)	3歳 (母子訓)	3歳7ヶ月 (総病)			
I	・	2歳すぎ (異常に気づく)	3歳 (ことばの教室) (総病) (児相)	4歳 (幼訓) (保育園)				
J	・1歳 (異常に気づく)	1歳半 (健相)	2歳 (児相)	3歳 (総病)	4歳 (母子訓)			
ケース	ダ ウ ン 症 児							
K	・21日目 (総病)	1歳 (児相) (母子訓)	3歳 (幼稚園)					
L	・3日目 (総病)	1歳ごろ (児相)	2歳 (母子訓)	4歳 (幼稚園)				
M	・5ヶ月目 (総病)	3歳 (母子訓)	4歳 (幼稚園)					
N	・	1歳半 (総病)	2歳 (母子訓)	4歳 (幼稚園)				
O	・2ヶ月目 (総病)	2歳 (保育所)						
P	・1週間目 (総病)	3歳 (児相)	3歳 (母子訓)	4歳 (幼稚園)				
Q	・6ヶ月 (健相)	1歳 (児相)	2歳 (母子訓)					
R	・1週間目 (総病)	2歳 (児相)	3歳 (母子訓)	4歳 (幼稚園)				
S	・3日目 (総病)	1歳半 (健相)	1歳10ヶ月 (幼教)	2歳 (児相)				
T	・4ヶ月目 (総病)	2歳6ヶ月 (母子訓)	3歳 (児相)					

注) 健相:健康相談所 幼訓:障害幼児訓練教室 児相:児童相談所 母子訓:母子訓練教室 総病:総合病院
 幼教:幼児教室

ら、地域住民が日常承知しておけるような広報活動がほしい。

- ②早期発見体制のより以上の進歩が望まれる。「様子をみましょう。」とか「こういう子どももいますよ。」などという対応のされ方では、親はますます不安になり機関めぐりをくりかえし、あいまいなまま何年もロスし、大きな悔いとなっている。
- ③診断、判定後、療育機関の紹介、養育上のアドバイスがほしい。
- ④障害の公的制度に関する情報をしっかり伝えてほしい。
- ⑤悩んでいる時、気軽に相談できる療育相談室のような場がほしい。
- ⑥親子共に心を開いて療育を受けることのできる場がほしい。乳児期から、障害種別の枠を外して。
- ⑦障害児保育のより一層の振興を願う。

親たちは、自分たち体験をもとに、障害の発見とその伝え方、その後の相談や療育へのつなぎ方に対して、重要な指摘をしているように思われます。

3. 北海道における早期療育の最近の動向

(1) 乳幼児健康診査と早期療育

乳幼児健診は、昭和22年の児童福祉法の制定にもとづき、23年の乳幼児保健指導要領による栄養失調、急性・慢性伝染病の発見と予防を目的に始まりました。やがて、昭和30年代に入ると、その主要な目的を未熟児や心身障害児対策へと変化させていきました。

昭和36年に新しく児童福祉法の中に位置づけられた3歳児健診が、昭和40年から母子保健法に引き継がれ、保健所の主要業務となり今日にいたっています。

また、昭和52年には厚生省通知というかたちで、1歳6ヵ月健診が明記されたため、各自治体はこぞってこれを実施する方向で動いてまいりました。そして、この10月から1歳半の精密検診が、3歳児健診と同様に明記され、実施段階に入ったとききます。

図1に、主な母子保健施策を示しました。

さて、先天性代謝異常、神経芽細胞腫マス・スクリーニングの目的、さらには脳性マヒ早期発見・早期治療推進事業（昭和53年開始）等の影響下で、1歳6ヵ月健診に先立つ乳児健診を実施するところも増えてまいりました。ただし、この乳児健診は各自治体の随意実施ということになっているた

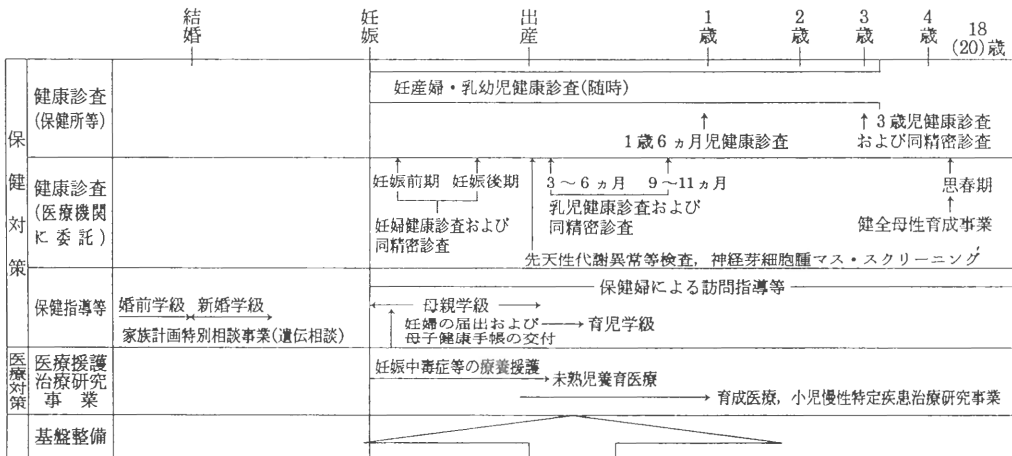


図1 主な母子保健施策（国民衛生の動向，32(9)，昭和60年特集号，厚生統計協会より）

め、地域によって多様であるようです。表2は、胆振管内の乳幼児健診の実施状況ですが、道内各地もこれに似た傾向にあると予想されます。全体としては、都市部より郡部の地域の方が健診をよく実施しており、受診率もまた高いようです。

乳幼児健診を定期的に反復して、地域の子どもを継続的にフォローし、必要に応じて療育へとつないでいくシステムを考え、つくりだす自治体もでてまいりました。図2は、豊富町のシステムですが、保健婦を中心にしたかなり濃厚なケア・シ

ステムになっています。

ところで、ちょっと古い資料ですが、本道における1歳6ヵ月健診と3歳児健診の実施状況を表3と表4に示しました。年々、受診率の漸増が認められます。

さて、乳児健診から早期療育への流れについて、本道において主要な役割を果たしたのは、脳性マヒを中心とした早期検診と療育の動きでありましょ

う。昭和40年代後半になり、ポイタ法・ボバース法が本道にも導入されはじめました。特に、ポイタ法の考え方「C・Pという診断がついてからでは遅すぎる。治療開始は早ければ早いほどよく、危険児＝high risk babyという暫定診断の時期、すなわち出生直後からでもよい」という考え方の下で、超早期検診も開始されました。

具体的には、昭和53年7月から岩見沢保健所管内で、道の脳性マヒ早期発見早期治療推進事業が、生後6ヵ月の乳児を対象に開始されました。この

表2 胆振地区における乳幼児健診の現況

市町村名	乳幼児健診の実施時期
苫小牧市	3か月, 12か月
室蘭市	6か月, 1歳半
登別市	3か月, 7か月, 2歳
伊達市	4か月, 7か月, 1歳半, 2歳
白老町	4か月, 7か月, 10か月, 13か月, 1歳半～2歳
豊浦中	0～12か月(乳幼児相談の形態で随時), 1歳半
壮瞥町	3か月, 6か月, 9か月, 12か月, 1歳半, 2歳
虻田町	4か月, 6か月, 9か月, 12か月, 1歳半
洞爺村	4か月, 1歳半～2歳

(道立太陽の園、佐々木明員氏の資料。昭和60年2月現在)

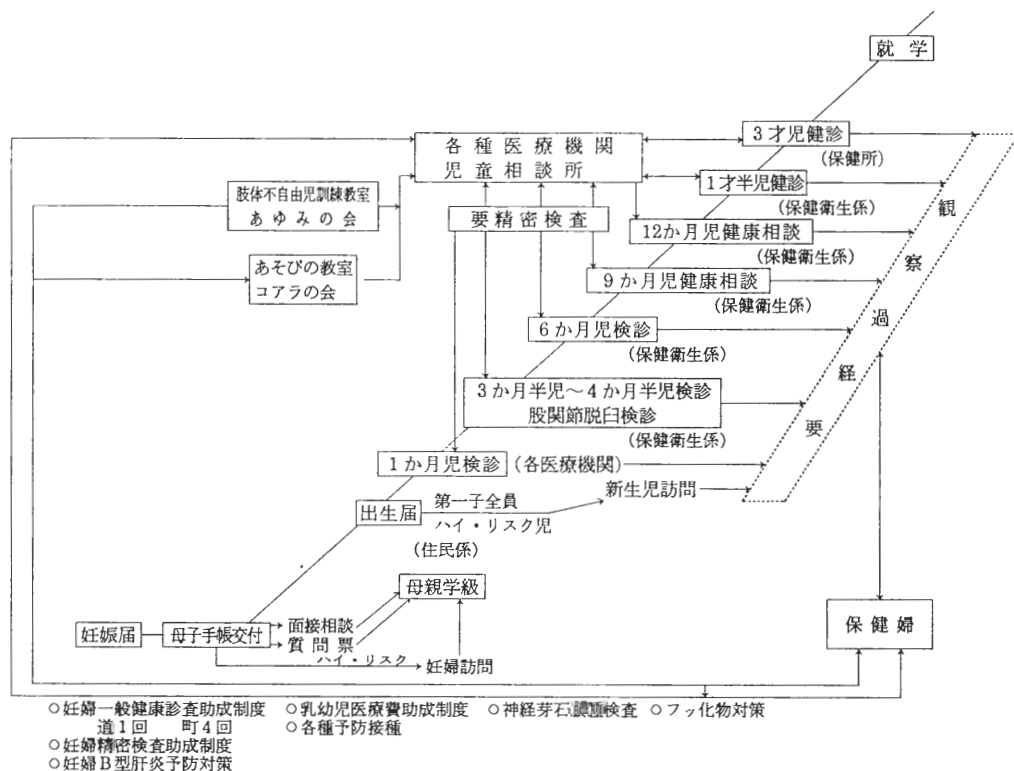


図2 母子保健体系(豊富町)

表3 1歳6箇月児健康診査実施状況

(一般健康診査)

年 度	市町村数	対 象 数	実施人口	受診率	判 定 別 内 訳		
					正 常	要 指 導	要 精 査
昭和52年度	37	7,612人	4,263人	56.0%	3,532人	617人	114人
53	106	22,193	14,764	66.5	12,053	2,402	309
54	118	28,121	20,237	72.0	15,537	4,208	492
55	132	30,583	22,536	73.7	18,591	3,438	507
56	153	33,612	25,189	74.9	20,717	3,864	608
57	161	30,324	26,240	86.5	21,108	4,571	561
58	170	29,910	26,054	87.1	20,525	5,021	508

(北海道母子衛生関係事業実績報告—札幌市・小樽市・函館市を除く—資料)

表4 3歳児健康診査実施状況

年 度	対 象 数	実 施 数	実施率	判 定 別 内 訳		
				正 常	要 指 導	要 精 査
昭和40年度	69,238人	39,524人	57.1%	31,831人	6,132人	1,501人
41	69,330	42,027	60.6	34,951	5,654	1,422
42	67,500	46,632	69.1	39,122	6,508	1,540
43	63,899	50,138	78.4	41,217	7,425	1,754
44	60,498	46,046	76.1	37,665	6,851	1,530
45	60,469	47,465	78.5	36,909	7,929	2,627
46	64,913	45,385	69.9	36,423	7,395	1,567
47	62,471	49,396	79.0	35,824	11,928	1,644
48	60,387	47,836	79.2	41,194	4,776	1,865
49	61,030	48,827	80.0	39,978	6,926	1,923
50	64,461	50,490	78.3	43,509	5,144	1,837
51	61,475	49,807	81.0	42,627	5,380	1,800
52	62,546	49,817	79.6	43,055	5,127	1,635
53	58,900	48,130	81.7	41,237	5,199	1,694
54	56,542	46,457	82.2	39,712	5,077	1,668
55	53,746	44,371	82.6	37,124	5,651	1,596
56	52,683	43,424	82.4	36,424	5,478	1,522
57	50,648	42,087	83.1	35,913	4,700	1,474
58	47,866	40,000	83.6	33,741	4,801	1,458

(北海道母子衛生関係事業実績報告—札幌市・小樽市・函館市を除く—資料)

事業のシステムを図3に示しました。

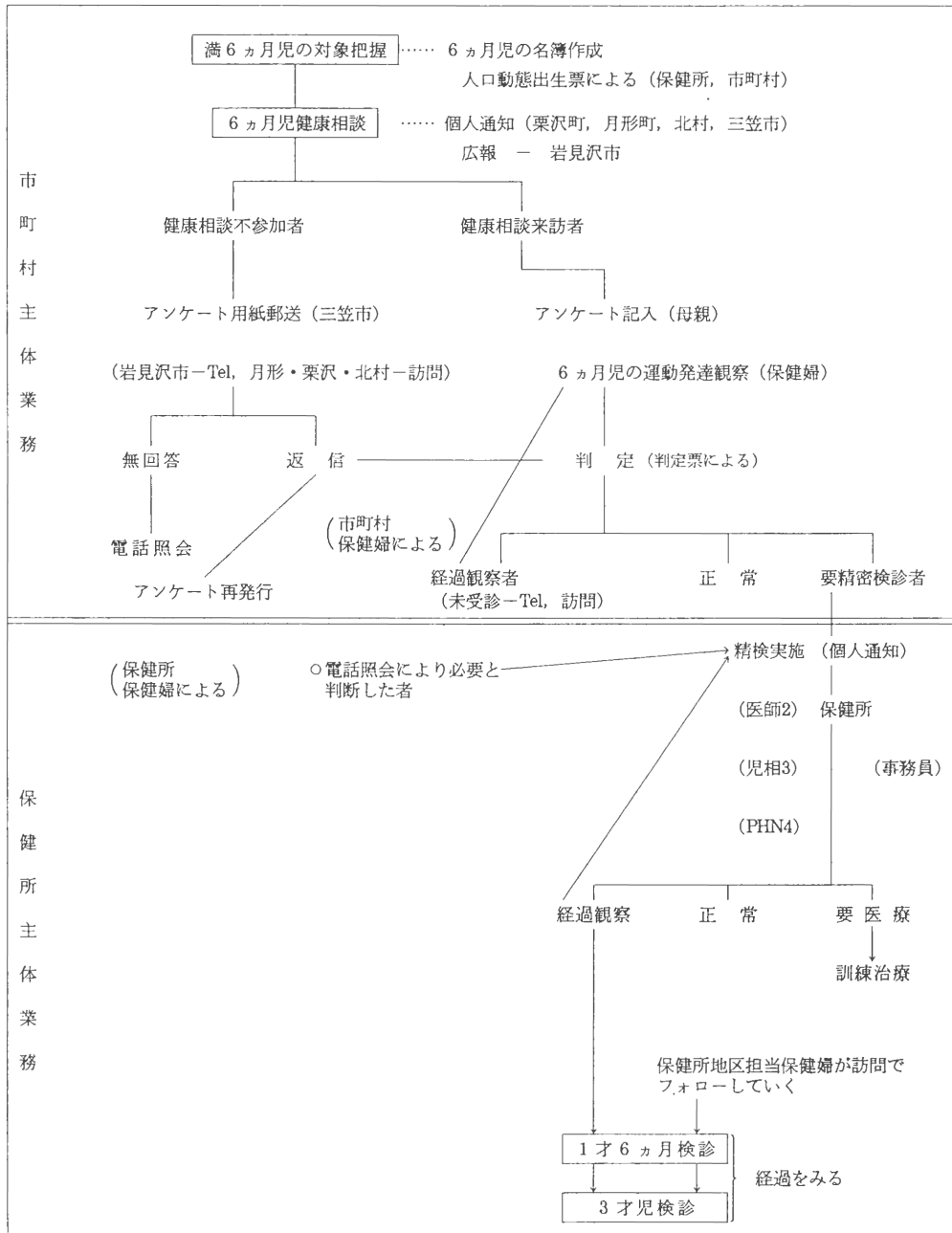
また、同じ頃札幌肢体不自由児総合療育センターの佐久間医師が中心となり、札幌西保健所で、乳児健診で脳性マヒの疑いのある子を発見する体制が確立されました。

さらに、数度にわたるボイタ博士の来日、来道とボイタ講習が進められ、道立衛生学院では保健婦に対するボイタ検査法の講習も実施され、かくして市町村保健婦から療育センターへとケースが上って来る健診—発見—療育のシステムが作られたのでした。

このような早期検診の中で、ZKS(中枢性協調運動障害)と姿勢反射の異常な危険児の中に、精神遅滞児が多く発見される傾向が出てまいりまし

た。心身の発達障害は、人の初期においては運動の問題に集約されているからであります。このことによって脳性マヒ以外の障害種別の子どもたちが、肢体不自由療育の枠内に入っていきくなったわけでございます。

表5と表6は、札幌肢体不自由児総合療育センターの資料をお借りしたのですが、生後1~2ヵ月という早期からhigh risk babyがみつかることがうかがわれます。全体では、3~5ヵ月の乳児の受診が多いという数字です。また、この施設では、昭和51年にボイタ訓練を開始して以来、外来件数がなうぎ昇りに上昇しています。センターのこの仕事は、国際的に高い評価を受けているものですが、このような活動は超早期発見と療育が、



(60年公衆衛生協会研究集会資料より)

図3 岩見沢保健所管内における脳性マヒ児早期発見のシステム (60.4月現在)

表6 初 診 内 訳

	ZKS	MR		運動遅れ	CP	分娩マヒ	整形(側弯)	その他	計
		精神遅滞	染色体異常						
0 - 2 M	17	1		3	1	4	2	11	39
3 - 5 M	66	3	2	16	6	2	4	5	104
6 - 8 M	29	9	1	24	4	1	2	15	85
9 - 12M	9	5	3	17	6		5	18	63
1 歳	3	7	4	35	10	1	9	5	74
2歳-4歳		11	4	2	8	1	20	18	64
5 歳以上		10	1	4	12	1	25(60)		113
計	124	46	15	101	47	10	67(60)	72	542

(北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター資料 昭和59年度)

この本道においても急速に進展することを促進するのに役立つのであります。

さて、このような動きに刺激されて、生後まもなく診断されるダウン症なども、療育センターや肢体不自由児通園施設に入りはじめ、あるいは札幌市や旭川市におけるように、0歳からのダウン症療育の試みも始まっております^{3) 4)}。

このように、北海道の超早期の発見と療育は、肢体不自由児からさらにその周辺の障害に強い刺激を与え、またそれらを包みこんで進展しつつあるというのが、今日の明白な動向のひとつです。

(2) 通園施設, 通園事業, 施設の地域療育事業

早期療育の本道における最近の動向ということの第2に、上記の項目をあげます。

しかし、通園施設や収容施設が就学前の障害児に取り組みはじめたのは、そんなに古くからではありませんでした。精神薄弱児通園施設でいえば、昭和49年5月27日道民生部の通知広報1802号によって、ようやく入所児について幼児の受け入れが可能となるように規定が改訂されたのです。

それ以前に、就学前障害児に対する療育の先駆的な試みが、道内各地でボランティアなかたちで行われました。精神遅滞や自閉症に対して、各地の児童相談所における障害幼児指導グループの実践^{5) 6)}、札幌医大における今村重孝博士を中心とした療育と北大医学部と教育学部の共同療育システムもありました。

そして、現在も営々と続けられている北海道クリスチャンセンターの療育活動^{7) 8) 9)}は、その歴史的な意味だけでなく、地域療育というもののひ

とつのひな形として重要な意味を持っているように思います。

このように、本道の早期療育は制度の前に篤志家の並々な努力を持っていたことを、私共は忘れてはならないと思います。

さて、昭和52年に1歳半健診が市町村の仕事として明記されて以来、各自治体に保健婦が配置され、健診が活発化し、その中で障害の疑いのある子どもが見出される確率も高まってきました。1歳半や3歳での障害の発見ということは、当然それに伴う新しい療育体系の要求につながってまいります。

先述した岩見沢市では、1歳半健診以降の経過観察と療育を肢体不自由児療育センターで行うシステムをとっておりますし、各地の肢体不自由児通園施設(道内6ヵ所)は、0歳からの子どもの受け皿として機能しているようですが、精神薄弱児通園施設(道内8ヵ所)の多くは、1歳半からの療育の十分な受け皿にはなっていないようです。

このため、旭川市¹⁰⁾や北見市においては、1歳半健診のあとに問題を予想させる子どもについて、保健婦が中心となって経過観察と育児相談を行っています。また、深川市では昭和54年から1歳半健診でことばの相談を実施し、問題のある子どもの経過をことばの教室が見ていくというシステム¹¹⁾をとっています。

他方、昭和47年に厚生省児童家庭局長通知をもって始まった心身障害児通園事業の認可施設が、現在道内に14施設あり、これに加えて市町村単費に

よる事業施設が15ヵ所ほど存在し、それぞれ乳幼児健診後の早期療育の場として活発な活動を始めています。

この認可・未認可の心身障害児通園事業施設の特徴を佐々木のまとめ¹²⁾から引用すると、

- ①母子通園で、早期療育に適している。
- ②障害児の認定および障害種別の分類基準が厳格でなく、ゆるやかであり、そのため確定診断できない早期からの療育にとって有効であること。
- ③費用がかからないこと、措置費制度にもとづく通園施設のばあいは、診断や判定の厳密さや徴収金の問題が出てくるが、この施設はこの点柔軟で、利用者側にとって容易に利用できる。

のであります。このように、利用価値と柔軟性をあわせ持つ、地域に根ざした心身障害児通園事業の役割と機能は、今後一層道内で発展が期待されるものがあると考えます。ただし、施設の認可定員が20名以上であり、また自治体持ち出し分もあるので¹³⁾自治体の長の考え方が重要でありますし、いくつかの自治体の共同実施というシステムを考える必要も出てくるかと存じます。

このような動きに触発されて、従来の精神薄弱児通園施設も、釧路こぼと学園の巡回療育相談の外来事業、函館ふたば学園の市単費による母子通園事業、小樽さくら学園・札幌かしわ学園の母子通園サービス、旭川みどり学園の母子訓練教室など新しい取り組みが始まりました。

乳幼児健診の整備に伴い、療育の場としてのこれから母子通園事業の役割は、今後ますます重要になると考えられます。

次に、いまひとつの療育に関する本道の大きな動きは、精神薄弱児収容施設が地域療育事業に取り組み、早期療育に一定の成果をあげ始めていることです。これは、厚生省の心身障害児者施設地域療育事業のひとつで、母子短期療育事業（通称母子訓練）と巡回療育相談事業に分けられます。これらは、いわゆる施設オープン化事業と呼ばれるもので、本道では昭和50年開始の渡島コロニー

が全国でも先駆的な役割を果たし、現在道内で11の施設がこの事業を実施しているといわれます。

このうち、渡島コロニー、太陽の園（昭58年開始）そして道立もなみ学園（昭58年開始）の母子訓練は一年中行われており、3日間コース、5日間コースとも需要が十分あるので、それぞれ専任職員を配置し、母子訓練のための建物も用意されています。

ちなみに、母子短期療育事業の対象児数等（昭62年計画）を申し上げますと、おしまコロニー14回、132組実施、太陽の園14回、130組、もなみ学園7回、40組の実施となっています。

この事業への参加児童は、必ずしも乳幼児とは限りませんが、全体の半数以上が障害乳幼児とその母親であるといわれ、何度も反復して参加する人も多く、また施設側のアフター・ケア体制も整備されつつありますので、もともと療育についての力量を有する収容施設の地域サービスとして、今後大いに発展する可能性があると考えます。

さて、施設は巡回療育相談事業にも積極的に取り組みはじめ、保健婦や児童相談所職員とチームを組んで乳幼児健診、療育相談にも参加し、また地域の療育実践に参加し、あるいはスーパービジョンを行うことも始めています。例えば、静内ペテカリの園在宅班は、平取・静内・浦河三町で3健後の経過観察児10数人を、週一回ないし月一回公民館等を集めて、学級として定期的に療育を行い、昭和60年度の実績が203件であったといえます。なお、渡島コロニーは0～3歳児の診療を目的とした「地域療育センター」を函館市内に設置し、地域療育の拠点を構想しているについては、昨日のシンポジウムで紹介され、注目すべき動きと考えます。

ノーマライゼーションの世界的潮流の中で、このように収容施設が旧来のイメージとは異ったオープン化の動きを始めており、その内容として早期療育のみならず乳幼児健診にまで参加しつつあります。機能連携、地域サービスの多重性の問題ともかかわって、今後の動向を注目したいと思えます。

(3) 障害幼児教育の動向

次に、教育サイドからの障害乳幼児へのアプローチについて考えてみましょう。

盲・ろう・養護学校で幼稚部が最初に設けられたのは、昭和34年（制度的には39年）札幌ろう学校においてでありましたが、その後拡充され、表7に示すような学級数の現況になっています。本年5月現在、特殊学級幼稚部は全道で33学級、137名の幼児が教育を受けています。

しかし、3歳未満の子どもは学校教育法の対象外ですので、教育相談というかたちで幼稚部でサービスとして対応されていたというのが実情でした。ところが、視聴覚障害とりわけ聴覚障害児の指導は、3歳過ぎからでは遅すぎるというのが現場の常識であります。

この度、3歳未満の難聴児の療育について道が予算措置することになり、子どもたちが濃厚な指導を受けることができる体制が作られることになったと聞き及びました。これは、福祉と教育の行政レベルの連携がもたらした嬉しいニュースです。これは、本格的には来春（63年4月）道内各ろう学校で始動するということです。

さて、教育サイドからの乳幼児の地域療育への動きは、「幼児のこことばの教室」の活動がその中心といえましょう。昭和48年釧路市において、福祉事務所々管で本道に最初に設置された幼児教室は、表8にあるように年次的に急激に増加し、昭和60年度統計では61ヵ所になり、幼児担当者数も増え続け、62年度では106名までになったといわれます。

表8 北海道における言語治療教室の推移

項目	年度	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
学級数		1	4	9	16	19	22	27	38	50	62
担当者数		2	5	10	16	22	25	32	44	59	74
幼児担当者数										2	2

項目	年度	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
学級数		78	94	99	114	131	145	153	167	175	185
担当者数		93	113	120	138	161	174	187	199	209	216
幼児担当者数		5	13	20	25	37	48	59	73	81	88

(北海道言語障害児教育研究協議会調べ)

表7 道内特殊学校幼稚部一覧 (昭62. 5. 1現在)

種別	盲学校				ろう学校						養護学校 (散体不自由)		
	札幌	旭川	函館	帯広	札幌	小樽	旭川	函館	室蘭	帯広	釧路	手稲	旭川
学級数	3	2	2	2	7	2	3	2	2	3	3	1	1
幼児数	12	4	9	3	43	5	20	5	10	9	8	8	1

先述しましたように障害像というのは乳児期には運動発達の異常としてあらわれますが、幼児期においては「ことばの問題」として気づかれますので、「ことばの教室」という名称は、相談・療育機関のいずれよりも親に親しみやすいため、早期療育の場としてつながりやすく、多様な障害児が最初の窓口として教室を訪れることとなります。

従って、幼児のこことばの教室は早期療育における最初の相談の場、そして他機関へつなぐ分り分け機関として非常に重要な役割を果たす可能性を持っております。無論、ここはこことばの指導を行うことで早期療育の一端を担っているわけでもあります。

本道において、施設や通園事業のない地域では、こことばの教室がそれらにかわる機能を持ち、いわば地域の障害乳幼児療育センターとして、活動していく方向が、今後において大いに期待されると考えます。

(4) 障害児保育

この項の最後に、障害児保育の振興の話をしたと思います。

本道で障害児保育が、いつどこで始まったかについては、まだ定かではありません。渡島コロニーの大場先生が昭和28年に開設された保育所には、最初から障害児がいたといわれます。記録に残るところでは、昭和30年頃から北大幼稚園で実験的に障害児保育に取り組みされたことが記されていま

す¹⁴⁾。昭和32年には、留萌かもめ幼稚園において無意図的な障害児保育が始まっております¹⁵⁾。

このほかにも、道内各地でおおらかに障害児を受け入れてきた幼稚園や保育所がたくさんあるようなので、この貴重な歴史は誰かが整理しておく必要があるように思います。

さて、本道の障害児保育に関する最初の本格的調査は、昭和48年になされた道社会福祉協議会社会復帰促進協議会の報告であり、その後の10年余にわたる動きについては、前記協議会の調査研究委員の一人であった札幌大の後藤守教授ほかの研究に詳しく示されています。そのうちのいくつか^{16) 17) 18)}を引用させていただきますと、

まず、表9に障害児の受け入れ施設数、表10に入園幼児数と障害種別を示しました。昭和48年か

ら58年までの10年間に、保育を受ける障害児は幼保あわせて130名から341名にふえております。後藤教授の別の調査によりますと、これが昭和60年度で641名になり、62年度に1,000名を越えたという話をうかがっております。

在園児の障害種別では、情緒障害、精神遅滞、言語障害の占める割合が高く、在園期間が確実に延長されて来ています。

指導の形態(表11)では、健常児と同じクラスの統合保育が中心のようですが、個別指導の時間や場を設けるところが増えています。

保育の効果についてみてみますと(表12、表13)、障害児と健常児の双方について、障害児保育の成果を認めるものが、いずれの年次でも高率ですが、その割合が年ごとに上昇して来ていることがうか

表9 障害幼児の在園数別保育施設数

()内は%

調査対象	調査年度	受け入れ数						計
		1名	2名	3名	4名	5名	6名以上	
幼稚園	昭. 48	37 (58.7)	11 (17.5)	9 (14.3)	4 (6.3)	0	2 (3.2)	63 (100.0)
	昭. 53	61 (43.9)	37 (26.6)	22 (15.8)	14 (10.1)	0	5 (3.6)	139 (100.0)
	昭. 58	67 (40.6)	44 (26.7)	16 (9.7)	12 (7.3)	6 (3.6)	20 (12.1)	165 (100.0)
保育所	昭. 48	33 (49.2)	18 (26.9)	7 (10.4)	6 (9.0)	1 (1.5)	2 (3.0)	67 (100.0)
	昭. 53	88 (58.7)	28 (18.7)	15 (10.0)	16 (10.7)	0	3 (2.0)	150 (100.0)
	昭. 58	93 (46.0)	36 (17.8)	30 (14.9)	20 (9.9)	11 (5.4)	12 (5.9)	202 (100.0)

表10 障害種別による入園幼児数

()内は%

調査対象	調査年度	障害種別							計
		視覚障害	聴覚障害	肢体不自由	精神遅滞	言語障害	情緒障害	その他	
幼稚園	昭. 48	9 (7.8)	4 (3.4)	5 (4.3)	25 (21.6)	31 (26.7)	37 (31.9)	5 (4.3)	116 (100.0)
	昭. 53	5 (1.6)	4 (1.3)	29 (9.5)	93 (30.6)	65 (21.4)	105 (34.5)	3 (1.0)	304 (100.0)
	昭. 58	15 (2.9)	15 (2.9)	54 (10.3)	143 (27.3)	125 (23.9)	148 (28.3)	23 (4.4)	523 (100.0)
保育所	昭. 48	5 (3.8)	6 (4.6)	13 (9.9)	29 (22.1)	40 (30.5)	34 (26.0)	4 (3.1)	131 (100.0)
	昭. 53	4 (1.5)	12 (4.4)	19 (7.0)	93 (34.3)	44 (16.2)	92 (33.9)	7 (2.6)	271 (100.0)
	昭. 58	4 (0.8)	9 (1.9)	34 (7.1)	216 (45.4)	84 (17.6)	94 (19.7)	35 (7.4)	476 (100.0)

がい知れます。

これらのことから、保育界が障害児の保育について着実に力をつけてきており、またその振興の姿から障害児保育が早期療育の受け皿として重要な役割を担い始めていることがいえると思います。

しかしながら、この分野はまだ保育者たちの並々ならぬ善意と熱意と努力によって維持されているというのが、否めない事実であります。障害児保育に、いま「何が必要か」ということについて、北星学園大学の忍博次教授を中心とするクリスチャン・センターのスタッフが調査研究¹⁹⁾をまとめ、その中で表14示すような現場の声をまとめました。

報告書では、「この問題点、課題は各園に共通したものであった。これらは、日々模索し、呻吟している現場の声とみるべきである。保育者自身

の努力もさることながら、ここに現われている問題・要求を行政が政策化し、課題克服へとつなげるならば、障害児保育の未来は明るいものとなろう。」と結んでありましたが、私もそのとおりだと考えます。

さて、近年になって障害児保育の物的条件の整備が、国や道、市町村の助成というかたちで始まりました。表15と16とは、札幌市における私立幼稚園と公私立保育所に対する国費の助成状況について示したものです。

私立幼稚園の場合、最初は障害児8名以上について助成が行われましたが、7名以下の受け入れ園についての助成の要望が高まり、道が単費で4～7名の受け入れ数をもつ幼稚園に助成する(年額1人当たり10万円)ことになり、その後3名以下

表11 指導形態・方法および指導内容

()内は%

調査内容	調査対象 調査年度			保 育 所		
	昭. 48	昭. 53	昭. 58	昭. 48	昭. 53	昭. 58
(1)健全児の学級に入れて指導している	103 (88.8)	256 (84.2)	302 (86.8)	103 (78.6)	239 (88.2)	292 (71.4)
(2)特別の学級を作り、特別に指導している	1 (0.9)	29 (9.5)	6 (1.7)		15 (5.5)	4 (1.0)
(3)普通の学級に入れているが個別の指導時間を設けている	7 (6.0)	27 (8.9)	104 (29.9)	11 (8.4)	50 (18.5)	141 (34.5)
(4)毎日通園させている	100 (86.2)	273 (89.8)	294 (84.5)	101 (77.1)	235 (86.7)	333 (81.4)
(5)週に()回通園させている	3 (2.6)	5 (1.6)	20 (5.7)	1 (0.8)	11 (4.1)	15 (3.7)
(6)特別の時間だけ通園させ保育している		4 (1.3)	5 (1.4)		10 (3.7)	10 (2.4)
(7)相談機関または専門医と相談しながら指導している	20 (17.2)	62 (20.4)	84 (24.1)	18 (13.7)	54 (19.9)	110 (26.9)
(8)母親に対して特別に指導している	11 (9.5)	56 (18.4)	38 (10.9)	19 (14.5)	50 (18.5)	58 (14.2)
(9)他人、集団に慣れ、その中で行動できるように指導する		214 (70.4)	244 (70.1)		195 (72.0)	285 (69.7)
10 会話が成立するように、また自分から話せるように配慮する		186 (61.2)	200 (57.5)		183 (67.5)	278 (68.0)
11 周囲の子どもの理解を啓発するように指導する		137 (45.1)	173 (49.7)		93 (34.3)	153 (37.4)
12 人に頼らず、自分で身のまわりのことができるようにする		200 (65.8)	216 (62.1)		185 (68.3)	189 (46.2)
13 子どもの興味、行動をひき出すように工夫する		129 (42.4)	149 (42.8)		142 (52.4)	239 (58.4)
14 その他	7 (6.0)	49 (16.1)	20 (5.7)	9 (6.9)	45 (16.6)	28 (6.8)

の受け入れ園に対し市町村が助成する（札幌・旭川など年1人当たり10万円）という所が増えてまいりました。なお、昭和60年度から、国の助成基準は7名以上の障害児ということに変更になっています。

一方、保育所における障害児保育について、現行の基準は保育に欠けた、特別児童扶養手当の支給を受けている幼児ということで、当初人数は3名以上ということでしたが、昭和61年度から基準の一部が変更され、1名でもよくなりました（1名につき月額43,770円）。

しかし、このような入所基準によって、助成から外された特児手当の未支給児や軽度の障害児が沢山いるわけで、彼らに対する助成への要望が高まり、札幌市（表17）や道（障害児4人以上一月額116,830円、障害児3人一月額35,200円、昭和60年度）のような助成システムができてまいりました。

ところで、助成という条件整備は、障害児保育を支える主要な媒体ではありえても、決して目的にはなりえないし、またなってはならないものと考えます。幼稚園や保育所の定員割れが深刻化し

表12 指導の成果（その1）

()内は%

調査対象	調査年度	評価段階						計
		大変よくなった	よくなった	当初とかわりがない	少し悪くなった	悪くなった	不明	
幼稚園	昭. 48	20 (17.2)	71 (61.2)	21 (18.1)	3 (2.6)	0	1 (0.9)	116 (100.0)
	昭. 53	77 (25.3)	189 (62.2)	22 (7.3)	1 (0.3)	0	15 (4.9)	304 (100.0)
	昭. 58	61 (17.5)	247 (71.0)	24 (6.9)	1 (0.3)	0	15 (4.3)	348 (100.0)
保育所	昭. 48	26 (19.8)	70 (53.4)	23 (17.6)	5 (3.8)	1 (0.8)	6 (4.6)	131 (100.0)
	昭. 53	63 (23.2)	172 (63.5)	17 (6.3)	3 (1.1)	1 (0.4)	15 (5.5)	271 (100.0)
	昭. 58	83 (20.3)	295 (72.1)	21 (5.1)	1 (0.2)	0	9 (2.2)	409 (100.0)

表13 健常見および健常見集団への影響

()内は%

調査内容	調査対象		調査年度	
	幼稚園	保育所	昭. 54	昭. 58
(1)いたわり、思いやり、助けあう心が育つ	328 (86.5)	266 (76.4)	320 (82.1)	251 (61.4)
(2)お互いに助けあい、集団としてのまとまりができる	111 (29.3)	139 (39.9)	93 (23.8)	127 (31.1)
(3)保育の流れが妨げられ、子どもが課題や遊びに集中できなくなる	151 (19.8)	69 (19.8)	141 (36.2)	87 (21.3)
(4)障害児のまねをして好ましくない行動をする	21 (5.5)	18 (5.2)	29 (7.4)	22 (5.4)
(5)身についた生活習慣がくずれる	5 (1.3)	6 (1.7)	11 (2.8)	8 (2.0)
(6)健常見が障害児の世話をやきすぎ、健常見が自分のことをおろそかにする	57 (15.0)	44 (12.6)	56 (14.4)	43 (10.5)
(7)保育者が障害児に手をとられるため健常見に不満が生じ不安定になってくる	51 (13.5)	25 (7.2)	92 (23.6)	44 (10.8)
(8)その他	38 (10.0)	33 (9.5)	48 (12.3)	27 (6.6)

つつある昨今、障害児保育をその歯止めにしたたり、経営維持の手段として考えるような動機では、この仕事を全うできるものでないことを銘記しておきたいものです。

以上、大まかに本道における乳幼児療育の動向をみてまいりました。本道の就学前障害児の療育活動の進み方は、

①肢体不自由児の体系

- ②精神遅滞、自閉症の療育体系
- ③特殊学校幼稚部
- ④幼児のことばの教室
- ⑤障害児保育

大きく分けて、このように5～6の流れで進んで来ております。そして、それぞれの動きは日進月歩であり、とりわけ近年において急速な動きであるように思われます。

表14 障害児保育所における条件・要望・課題

(一) 障害児保育の必要実施条件	① 保育者の専門性	(二) 行政専門機関に対する要望	① 専門機関との連携
	② 保育者の増員		② 保育者の増員
	③ 研修制度の充実		③ 保育者の専門性と研修制度の充実
	④ 専門家（スーパーヴァイザー）との連携		④ 早期発見・早期治療対策の充実
	⑤ 施設の整備		
	⑥ 補助金の増額		
(三) 障害児保育の問題点	① 専門家（スーパーヴァイザー）の不足	(四) 今後の課題	① 専門技術の修得と指導方法の科学化
	② 保育者の専門的力量的問題		② 早期発見・早期治療対策の充実
	③ 措置基準の改革		③ 保育者の人員問題
	④ 保育者の定員枠の検討		④ 保育者の交流・研修制度の充実

表15 札幌市における障害児保育助成（私立幼稚園）

年度	園数	障害児	助成の内容・金額
S51	1園	15名	国・道助成開始、8名以上在園25.5万(国14.5万、道11万)
S52	2	52	8名以上39.4万(国・道1/2)
S53	4	72	〃 41.0万(〃)
S54	40	139	〃 61.2万(〃)、道が実態調査
S55	34	183	〃 64.0万(〃)、4～7名10万(道)
S56	52	215	〃 68.0万(〃)、4～7名10万(道)、1～3名10万(市)
S57	39	178	〃 68.0万(〃)、 〃 , 〃
S58	38	177	〃 69.2万(〃)、 〃 , 〃
S59	38	188	〃 59.8万(〃)、 〃 , 〃
S60			7名以上59.8万(〃)、 〃 , 〃

注①障害児の認定は児童相談所の判定書もしくは総合病院の専門医の診断書による。②助成金は一人当りの金額である。③S61、S62年度は59年と同額である。④道総務部学事課幼稚園係の資料による。

表16 保育所における障害児助成(国)特別児童扶養手当対象児1名につき月額

年度	月額
53年度	35,600
54 〃	36,700
55 〃	38,200
56 〃	39,200
57 〃	40,460
58 〃	40,460
59 〃	41,290
60 〃	45,810
61 〃	47,290
62 〃	48,420

表17 保育所における障害児助成（札幌市、1名に月額）

障害程度	57年度	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度（当初予算）
特児未受給の中程度児	40,460円	40,460円	41,290円	45,810円	47,290円	48,420円
軽度障害児	28,322	28,322	28,900	32,070	33,100	33,890

次節では、このような動向の中から発生してきた新しい課題、また従前から引き続き私共が抱えている課題について考えてみたいと思います。

4. 乳幼児療育の課題

(1) 診断・判定の問題

早期療育の課題の第1には、早期健診（検診）における診断と判定の問題を上げたいと思います。

早期の乳幼児健診体制が確立して、従前のように就学又は就園の時点で問題が見出されるのではなく、乳児期や幼児期初期に発見がくり上ってまいりました。

しかしながら、明確な障害像を示す事例を除いては、早期であるほど障害か個体差か分からないというのが現実であります。それらの子どもたちに対して、一括して「障害児あるいは障害が疑われる子ども」と呼ぶとしたら、問題があるように思えます。これを「過剰発見」と批判する人さえ出てまいります。

表18は、道教委の調査からの推計数ですが、就学段階で障害児として判断できる者は、全体で1.5%内外という数値でありまして、乳幼児健診の

統計でよくみかける、危険児を含め障害の疑われる子が全体の4～5%存在するとする数値とは大きな隔たりがあります。脳性マヒも、現在では1,000人に1～2名しか出ないという現実があります。

最初の節で述べましたように、障害児を抱えた親たちは、できるだけ早く、正確に診断・判定し、それを親に伝えてほしいと申し出ておりました。このような親たちの心情と早期療育の効果を考えると、早期発見の意義は疑う余地がありませんが、このことと早期診断の難しさ、そして障害の周辺の健常化する可能性のある子を障害の疑いありとして包みこむこととの間の矛盾をどう解決していくかということが大きな課題であるように考えます。

健診から経過観察、そして療育相談や育児相談的な対応と、その中から次第に確定してくる障害児への療育という両方向からの柔軟な対応のしかたを考える必要があるように思えます。このうち、経過をしっかりと見究める体制を特に協調したいと思えます。

(2) 相談機能の拡充

第2に、このことともかかわりますが、乳幼児健診から療育の全プロセスにかかわって、相談機能を重視する必要を強調したいと思えます。

親が、わが子の障害受容にいたるまでにはいくつかの段階があると、よく言われますが、早期において、場合によっては障害があることに気づかず、心の準備ができていない内に診断され、障害を告げられる親に対しては、最初の段階から継続的にかかわりを持つ相談者が必要であるように思えます。私は、同じ立場の親が集い、語り合える場の設定ということとあわせて、最低子どもが就学するまでの間は、この相談機能を担う人と場所を確保すべきであると考えます。

診断の場と療育の場は、本道においても整いつつあります。しかし、そのそれぞれと接点を持った相談機能を発揮してくれる場合は、残念ながら非常に少ないように思われます。この点、札幌市各保健所で実施されている精神発育相談は、相談機

表18 心身障害児（6歳～14歳）の出現率と実数
(53年5月実施した道教委の第2次実態調査結果から)

障害の種類	出現率 軽度程度 (実数)	出現率 中度以上 (同)	出現率 計 (同)
視覚障害	0.0268% (209人)	0.0354% (276人)	0.0622% (485人)
聴覚障害	0.0355 (277)	0.0393 (306)	0.0748 (583)
精神薄弱	0.8215 (6,403)	0.2472 (1,927)	1.0687 (8,330)
肢体不自由	0.0808 (630)	0.1096 (854)	0.1904 (1,484)
病・虚弱	0.1041 (811)	0.0381 (297)	0.1422 (1,108)
言語障害	0.1465 (1,142)		0.1465 (1,142)
情緒障害	0.1002 (781)		0.1002 (781)
計	1.3154 (10,253)	0.4696 (3,660)	1.7850 (13,913)

注) 出現率は調査対象者(38年4月2日～47年4月1日までの出生者)の総数を50年国勢調査による3歳～11歳児の総数779,430人と仮定して算出した。

能を重視した健診から療育へのつなぎ役として、重要な役割を果たしているように思います。

(3) 健診から療育へのつなぎの問題

第3に、健康診査から精密検診へ、精密検診から療育へと、どうつなげていくかという問題です。数度にわたって実施される健診と精密検診相互の関連、精密検診結果の告知のしかたと療育機関へのひき渡し方、そして療育機関が次に保育や教育とどうつながるかという問題がこれに含まれます。

健診相互の関係については、先に示した豊富町や標茶町、白老町のように相互関係をよく考えてサービスをシステム化している所もありますが、町村保健婦と道立保健所、またそのそれぞれと相談措置機関・療育機関・保育機関のつながりが、必ずしもうまく機能していない所もあります。

これは、いわば機関同志の連携の問題でありまして、次に述べる療育システムの問題の中心でありますし、またこの研究会の発足の趣旨のひとつであります。

サービスの一貫性の高率性から考えますと、健診・相談・療育・保育の各機能をひとつの機関が同時に担当するというのが理想でしょうが、現状ではそれは困難なことですし、本道の広域性という特性から考えても、この機関連携の問題は、十分検討しなければならない課題であると考えます。

この機関連携の問題とかわかって、2点ほど是非強調しておきたいことがあります。

従来の3歳児健診や就学児の判別などの場合、多くは障害がかなりはっきりと分ったかたちで、対応はその上に立って進められてまいりました。また、この段階では主に親からの相談というかたちで進んできたといえます。

しかし、昨今のように障害児にかかわる情報が多量に出回り、親のわが子に対する感度が鋭くなり、また他方で障害があると親が気づかない内に発見される場合があるという中では、新しい問題が起きてまいります。

肢体不自由児の超早期診断によって、今まで気づかれなかった精神遅滞が多くみつきり、それが地域の療育システムの中に入れられないよう

な状況がでている場合があります。生後数ヶ月、あるいは、1～2歳で診断されたとしても、後に続くケアがなければ、若い母親にとって大変な苦難を背負わすことになりかねないのであります。

現在、北海道における早期療育の振興は過度的段階にあり、本道の広域性という特性とケア機関の都市集中化がからんで、健診・診断・療育サービスに地域格差がありますし、それら相互の関連性にも問題があります。このため、診断は都市の専門機関でなされたけれど、地域に戻っても療育のための受け皿がないという現実に出会うわけです。これは大変難しい問題ですが、解決が急がれる状況だと思えます。療育における地域格差、不平等は早急に是正すべき行政的課題であると考えます。

もうひとつ、機関連携の問題で強調しておきたいことは、療育サービスの多重化に伴う機関同志の協力ということがあります。これは、療育の受け皿が整っていない地域からみると羨しい話ですが、こじれるとあまりよくない事態を惹き起す可能性をもつものです。

具体的には、ひとつのケースが同時にいくつかの療育サービスを受けている場合。例えば、幼児教室と保育所・幼稚園とか通園施設と収容施設の短期療育事業を同時に受けている場合で、多い人では3重、4重のサービスを同時に受けている場合があるわけです。

このような、いくつもの機関に同時にかかわることが親の不安解消の手段としてなされているならば、相談機能の強化による交通整理が必要でしょうし、事実上多重サービスが適当ならば、機関相互の連絡・連携が必須になるでしょう。この問題は、療育内容の相互理解や役割分担の問題ということでもあります。そして、この連携のために費す気配りや調整のためのエネルギーは、必ずしも小さいものではないように思われるのです。

(4) 療育の総合性

この問題は、前項の機関連携の問題と関連しますが、各専門分野の協業すなわち機能連携の問題として考えていただきたいと思えます。大きい機

関の場合、その中におけるチーム・プレーの問題でもあります。

前述しましたが、現在では肢体不自由療育の中で訓練を受けている者の多くが精神遅滞であるという実情があり、さらに肢体不自由児通園施設には多様な障害児が措置されています。また、通園事業はその本来の設置目的からいって、多様な障害児を扱うようになっております。

また、現実問題として、障害が重複化してまいりましたし、何と云っても年少児における障害像そのものが分化したかたちでは現われないのであります。

その意味で、従来の年長障害児者を中心として立ち立てられてきた障害の種別にもとづいた療育の体系は、早期療育ではもはや見直されねばならないように思われます。

この線に沿って、療育機関そのものの体制が考えられるべきであるとともに、この問題はまた障害乳幼児への対応が、特定の職種のみで果たされるのではなく、各専門分野（医師、保健婦、理学療法士、作業療法士、言語治療士、臨床心理士、保母、指導員、教師など）のチーム・プレーによる療育活動になっていく必要性を提起するものと考えます。

現在では、脳性マヒ児に対し理学療法士だけでよしとするわけにはいきませんし、精神遅滞の療育が保母、指導員だけでよいというわけにはいかないのではないのでしょうか。

私は、早期療育のシステムは保健婦、訓練士、臨床発達心理士、言語治療士、ケース・ワーカー等のスタッフが総合的に配置されたシステムで、訪れてくるどの子にも対応できる体制の整備が必要であると考え次第です。

また、地方都市から市町村へ行けば行くほど総合療育チームの必要性が高くなります。というのは、大・中都市では障害別療育が可能な児童数が確保できますが、町村レベルでは障害別療育を行うだけの子ども数もないし、スタッフも確保できないという現況であり、総合的に見ていかにざるをえない状況にあるわけです。地域療育におけ

る総合性とそれに対応できるだけのスタッフの確保の問題は、今後その比重をますます高めていくものと考えます。

(5) 健診（検診）・療育内容と方法の検討・整備

次に、私共の緊急な課題として、健診・診断・判定技術の向上、そして療育の内容と方法の検討・整備という課題をあげたいと思います。

私共は、現在発達上の問題を持つ乳幼児の健診や判定について、必ずしも確乎たる手段を持っておりませんし、行動観察の視点や尺度も十分ではありません。

自閉症児のように、診断や判定がつかないために、何年も機関めぐりをくりかえすケースもあります。しっかりと研究しなければならない課題だと考えます。現在私共は、千歳市福祉センターを中心に、乳幼児健診の項目と自閉症の早期行動評価尺度の検討を続けておりますが、いずれまとまりましたら本研究会に報告したいと考えています。

さて、発達初期の運動チェック法であるボイタ法やボバース法、感覚知覚の評価法として著名なケファートの方法、エアーズの方法、フロスティックの方法などは、評価法につながる指導技法と合わせて、私共はよく学習し、早期療育の方法としての有効性を検証していく必要があるように思います。

遠城寺式や津守式等の精神発達診断技法の検討も必要でしょう。また、ポーターズ・プログラム、諸種の行動療法、あそび学習法、リトミック、動作訓練法なども障害児の療育全体にかかわるものとして実践的に検討することが必要でしょうし、障害種別に応じて深める必要のある特殊な評価法や指導法もあるでしょう。そして、古くて新しい問題、障害児保育における「統合」ということのもつ意味を実践的に検証することも急務でありましょう。

総じて言えば、私共は早期療育における総合性という特性に鑑て、これまでのさまざまな分野の障害児にかかわる研究知見を踏まえ、更に障害別に培ってきた基礎理論や治療・指導技法の相互浸透をはかり、それらが早期療育に果たす役割を実

践的に検討していくことが求められているのではないかと考える次第です。

(6) 療育者の養成・研究・資格・倫理

健診や療育の中味の問題とかかわって、療育関係者の養成・研修・資格・倫理の問題をあげたいと思います。

既にみてきましたように、早期療育は、健診、診断・判定、相談、療育のどの段階あるいは分野をとっても、高度の知識と技倆そして経験を要するものであります。

しかし、療育関係者の養成と研修の現状は、一部を除いて極めて不十分であります。早期療育を目的とした養成コースは、正式には道内には存在しないといえましょう。従って、早期療育の振興に伴い人材が必要とされているわけなので、教育大学の障害児教育コース、福祉学科や保母養成校は、そのようなニーズに応えうる養成方針を打ち出していくことが望まれます。この点、道立保育専門学校は昨年度から障害児に関する科目をカリキュラムに導入いたしました。ひとつの前進ではあると思います。

ただし、早期療育の持つ臨床性と総合性を何とか担えるだけの人材の養成は、おそらく2年程度のコースでは難しいのではないかと考えます。道立保専は、3年課程の保育大学校又は短大とし、常時研修機能も発揮する場になってほしいというのが、私の願いです。

さて、研修の問題についても十分ではありません。これは、早期療育に携わっている多くの人が専門職（医師、教師、保健婦など）として位置づけられず、市町村や団体職員として雇用され、しかもかなりの方々は嘱託や非常勤の扱いで療育に従事しているため、研究や研修が権利または義務とみなされずらいことによると考えられます。しかし、療育関係者の力不足はただちに地域住民へのサービス低下につながるわけですから、問題は重大であります。

最近法制化されました介護福祉士と社会福祉士という資格は、老人福祉の分野に重きをおいたものようで、早期療育の分野とのかかわりは、今

のところ未知数です。

この資格問題に関しましては、ST（言語治療士）やCP（臨床心理士）について、長年にわたって運動が続いているのにまだ実現されていないという実情ですし、へたをすると安易な資格として法制化されかねない面もあるように聞いております。

従って、早期療育担当者の資格問題の解決は相当先のことになるように思われますが、現に療育に従事している方々のいくつかの研修システムの確立ということは、できるだけ早い時期に実現したいものです。本研究会は、そのひとつの試みですが、それぞれの地域また分野において、既に研修と研究の組織が活動しつつあるようです。そのような自発的な研修組織が次々と各地に生れて来ることと、公的補助事業による乳幼児療育研修が拡充されることを願うものであります。研修に関して、太陽の園が独自に実施している療育関係者の研修講座の試みを高く評価いたします。

最後に、倫理の問題について一言します。本道でも早期療育が進み、それに伴ってさまざまな職種の人々がこの問題にかかわり始めています。専門的職業としての倫理規定のある医師や保健婦等以外の人たちが深く療育に関与し、子どもとその親たち、更には地域に対して強い影響力を持ち始めています。

子と親からみれば、倫理規定のある人かいない人か見分ける事はできません。療育関係者に対しては、みな同様に信頼し、助けを求め、また期待をかけているのです。

早期療育の仕事は、事実として困難な臨床的な仕事でありますから、私は関係者の倫理綱領を確立し、仕事の指針にする必要があると思います。この点、米国言語聴覚学会が出している言語治療士の倫理綱領²⁰⁾やアメリカ心理学会が出した心理学者・心理臨床家・ケースワーカーの倫理綱領²¹⁾のような内容のものが、わが国においてもつくられることを願うものです。

5. 早期療育システムをめざして

最後の柱、早期療育のシステム化に関する話題に移ります。

(1) システムを考える前提

2節でみましたように、本道ではその広域性のゆえか、地域々々に特有のかたちの療育のやり方ができ上ってまいりました。例えば、ことばの教室が地域で根を張っている所では、ことばの教室はいわば何でも屋のかたちで相談から療育まで受け持っていますし、またもともとポリオの通園訓練を母胎としてスタートしたマザーズ・ホームは、時の経過と共にその対象を変え、ダウン症やその他の精神遅滞、さらには自閉症児をもその中に多数包みこんで発展してきております。

障害児保育に対する全市的取り組みのシステムを実現した稚内の保育界は、北星短大と児相分室の協力をえて、最近3歳未満の障害児への取り組みを始めたと聞き及びます。

美瑛町や音更町などの町村レベルでも、健診を担当する保健婦サイドが経過観察を含めた療育へ手を染めつつあるとききました。

私は、システムについて考える場合、先ず最初にこのこと、つまり道内各地域において多くの人々の善意と努力で営々と築き上げられてきた療育実践の存在を基本的に大事にしていきたいと考えます。

仮に、それが理想的な姿からすればいかに小規模なものであれ、水準の低いものであっても、その地域に根ざして発生したものであるかぎり、必然性があつたはずで、システムの編成を考える場合、これらを拠点として考えていくべきだと思っております。

そこで、私共は本道のどの地域にそのような早期療育の試みや企てがあり、その内容がどのようなものかについて先ず知るところから始めたいと思います。無論、これを合わせて、どの地域にサービスシステムがないためにどんな支障が起きているかについても知りたいのです。本研究会の仕事のひとつは、そういう所にもあると考えます。

(2) 早期療育システムへの流れ（全国）

さて、これからネットワーク又はシステム論に入りますが、これからの私の話の骨子は本年8月に刊行された「地域療育システム資料集」²²⁾を参考にしたことをお断りしておきます。

さて、私はこれまでに早期療育は地域に即した療育であることを当然のように強調してまいりましたが、この地域療育の考え方というのは実は心身障害児者対策全般について、近年のわが国に強まって来た思潮でもあります。そして、乳幼児・児童期における総合的療育システムの確立ということには、その後の全生涯にわたる総合的施策立案の先兵としての役割が期待されているようでございます。

この辺の事情を少しお話させていただきますと、昭和45年に制定された心身障害者対策基本法第7条（施策の基本方針）において、「心身障害者の福祉に関する施策は、心身障害者の年齢並びに心身障害の種別及び程度に応じて、かつ有機的連携の下に、総合的に策定され、及び実施されなければならない」と謳われておりまして、同法27条で中央心身障害者対策協議会、30条で地方心身障害者対策協議会の設置を国及び都道府県（指定都市）に義務づけております。

ところが、タテ割り行政による施策の推進と障害種別を基点とした施設の設置や細分化、専門分化がその後も進められましたので、地域のニーズや実情と合わない状況が続いてまいりました。

1981年の国際障害者年の長期行動計画にあたって、再度施策の一貫性ある推進と制度の弾力的運用が、あちこちから要求として出され、中央心身障害者対策協議会は内閣総理大臣あて提出した『国内長期行動計画のあり方』についての第一部総論の中で、『障害者対策の実施に当っては、地域の特性に配慮しつつ、総合的な推進体制を確立し、障害者にとって最も効果的な施策を実施していく必要がある』とし、障害児者を中心にする、地域性と総合性を強調した重要な提言を行ったのであります。

もともと日本の福祉関係法というのは、対象者

を施設に収容又は通所させて、その更生保護を目的としてつくられてまいりましたので、そこには地域の概念も、ライフ・サイクルに立脚した施策の一貫性という観点も希薄でありました。これは、近年の老人福祉施策において顕著に認められるところです。

しかし、現在の障害児者福祉の国際的潮流はノーマライゼーションであり、それを実現する手立としてのインテグレーションであります。いまや、わが国の福祉の基本理念と方針は、その方向に急転回しつつあるといえましょう。

このことは、必然的に施設収容重視の考え方から、地域ケア又は在宅ケア重視の考え方への転換をうながし、閉鎖的な施設経営のあり方から、地域に開かれた開放的な施設への脱皮をうながしております。前述したように、道内でもその方向の先駆的な試みが相次いで出て来ております。

また、地域における施策の総合性は、衛生・民生・教育・労働等のタテ割り行政の枠、さらにはその管轄化の諸機関同士の枠、専門職種間に存在した枠を取り外すことを要求いたします。

ところで早期療育にかかわる動きですが、国際

障害者年に当って、中央心身協が総理大臣に提出した「行動計画のあり方」の第2部第2章で、「障害を早期に発見し、早期に療育を行うことにより、障害の軽減、社会適応能力の増大等を期待できる。従って、早期発見対策を強化充実し、さらに早期療育へと有機的に連携していく体制の確立が必要である。」と述べています。障害の軽減とか、社会的適応力の増大が期待される…という文句は、私には些か抵抗がありますが、いろんなところが有機的に連携していく体制の確立、すなわち母子保健施策や学校教育システムと結合した地域療育システムの確立ということは、どうやら国家的課題であるといえそうです。

(3) 早期療育システムの試み (道内)

ところで、早期療育の強化、あるいは地域療育システムの確立に向けて、これまでに本道においても前進的な動きがありました。

まず、北海道の動きについて申し上げますと、昭和51年12月の北海道心身協による『脳性マヒ児の早期発見・早期治療対策の推進について』の意見具申以来、心身協や児童福祉審議会がこのような意見具申や報告を次々と公にし、それにもとづ

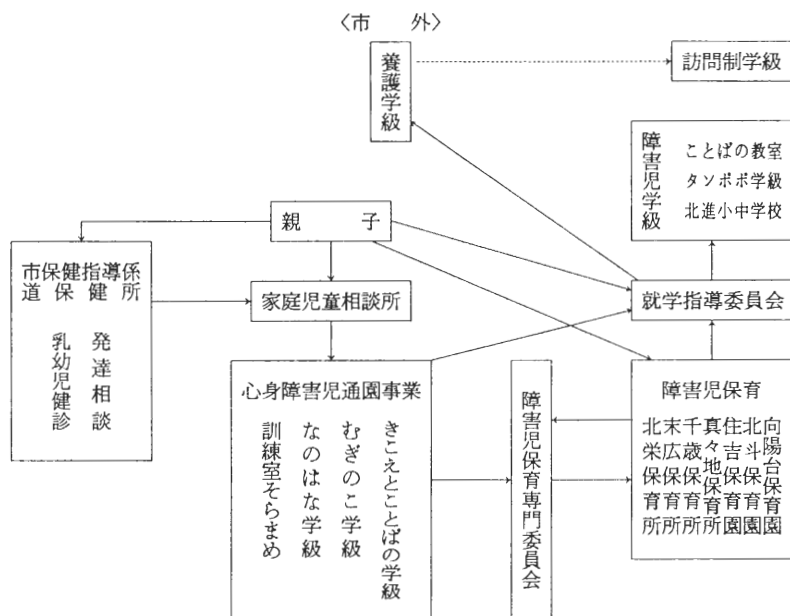


図4 千歳市における障害の発見から療育への流れ

くいくつかの施策も講じられてまいりました。

そして、昭和60年10月、心身協は「心身障害児の早期療育体制の充実について」という意見具申の中で、『地域における早期療育体制を整備するため、関係機関による地域心身障害児早期療育対策協議会（仮称）を設置し、早期療育のためのネットワークの整備をはかること。また、地域にお

る早期療育の中核的事業として、心身障害児通園事業の振興、充実を図ること』と述べたのであります。また、本年3月北海道知事の公約のひとつとして『障害の早期発見から早期療育まで一貫したサービスを行うため、福祉、医療、教育の密接な連携による療育システムの形成をはかります。』という項目が掲げられました。これらを受けて、

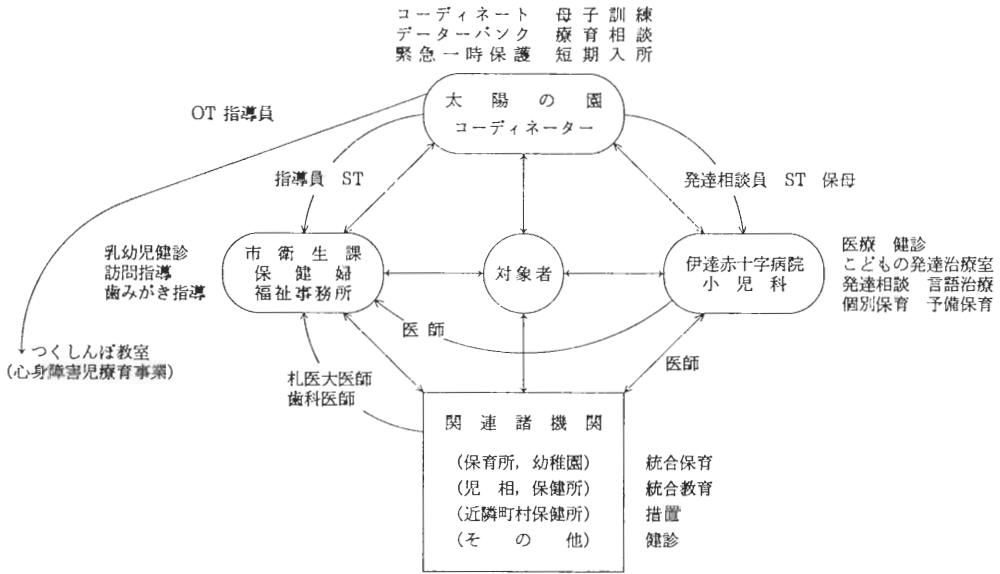


図5 伊達ネットワークシステムと太陽の園地域療育事業

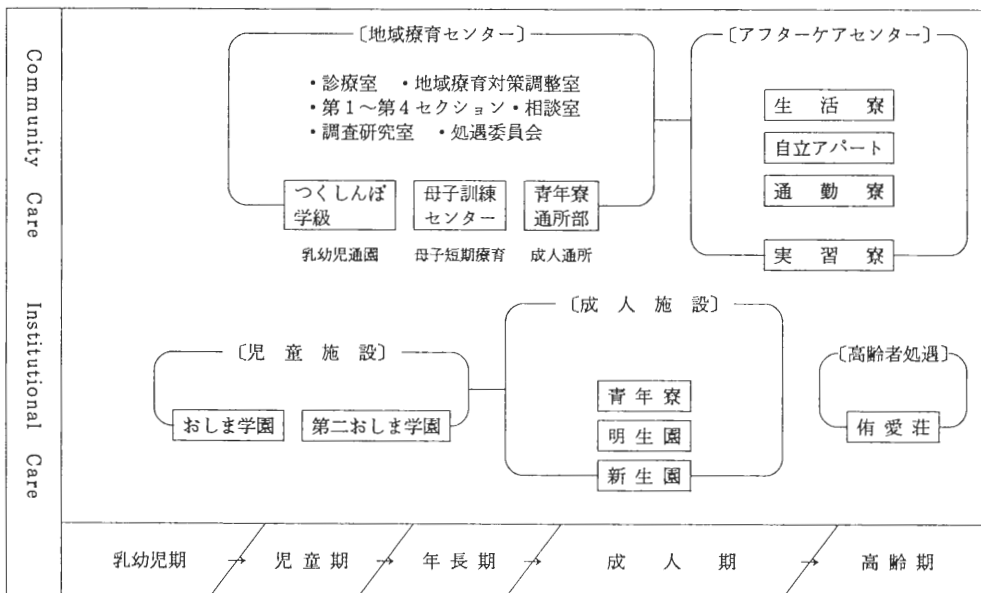


図6 おしまコロニーにおける地域サービス

本年9月道に「早期療育調査検討委員会」が発足し、昭和64年3月までに報告書がまとめられることになりました。

ところで、北海道では既に早期療育における地域システムをうち立て、実行に移しているところがいくつかございます。代表的なところでは、千歳市の障害の発見から療育、教育へのシステム(図4)²⁰⁾、伊達市のネットワークシステムと太陽の園地域療育事業のシステム(図5)¹²⁾、渡島コロニーにおける乳幼児期から高齢期までの、また地域ケアと施設ケアを総合した療育システム(図6)²²⁾などがあり、これらは全国でも先進的な位置にあります。このように、現在全道各地で小規模又は大規模のシステムづくりに向けた検討や具体的動きが開始されております。

私共も、旭川市において早期療育に関するシステム連絡会議をこの1月に発足させ、行政の責任者も交えて、毎月会合を開いて地域の点検を行っ

ておりまして、いずれ望ましいネットワークのあり方、システムについて提案しようと考えております。

さて、本道でも既にこのように動き出している地域早期療育システムづくりですが、それはどのような条件を持つ必要があるのでしょうか。先述した地域療育システム資料集では、療育システムの機能を3段階に分け、サービス提供機関をそれぞれに対応させて、一次機関、二次機関、三次機関というようにまとめています(図7)。

そして、一次機関の性格としては、

- ①地域内に存在するもの
- ②問題を持った人が最初に接触するところ
- ③日常的、継続的に援助を行うところ
- ④利用する住民が身近に感じ、気楽に来所できるところ
- ⑤一般住民のためのサービスを共通、共存できること

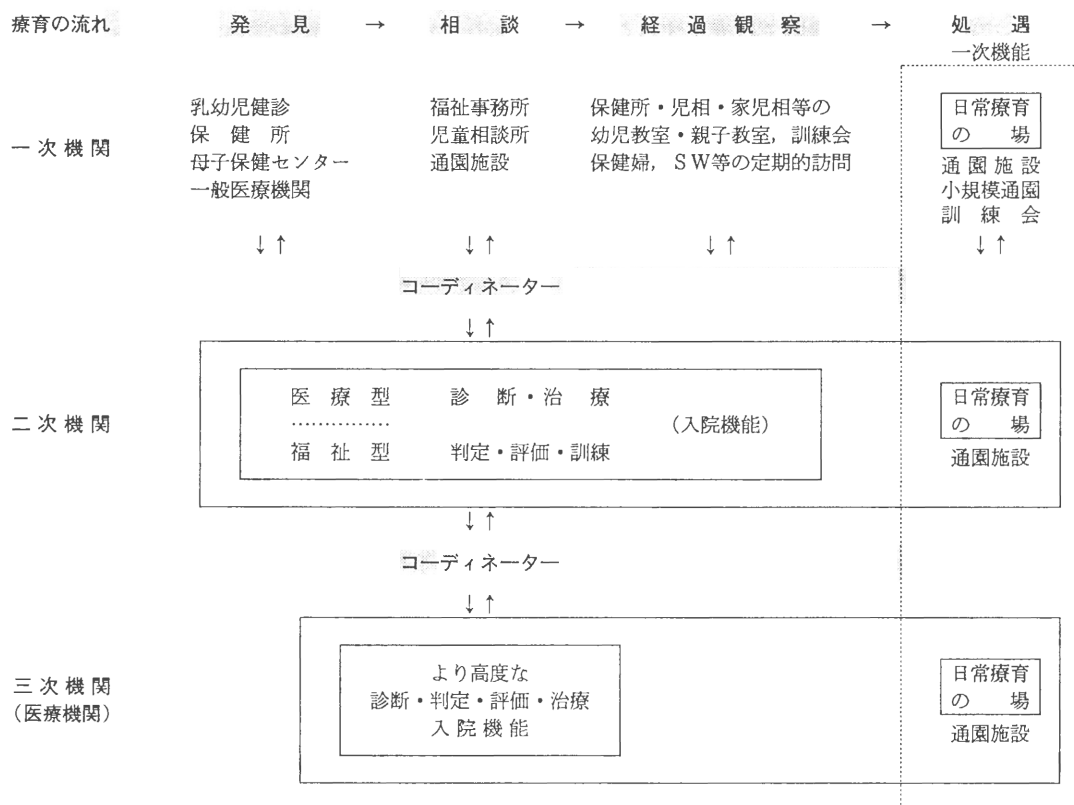


図7 地域療育システムの構成

が重要であり、その機能は

- a. 乳幼児の把握
- b. 問題発見のスクリーニング機能
- c. 通園施設
- d. 訪問相談及び指導
- e. 地域内の関連機能との連絡調整

等であるとされます。

これに対して二次機関の性格は、

- ① 専門的診断、治療・訓練の機能
- ② 一時機能の範囲をこえる療育機能
- ③ 一次と三次機能の連結、調整機能

を持つものとされ、具体的には、

- a. 精密検査
- b. ケース・マネジメント（診断・判定、三次機関への紹介、一次機関への連絡）
- c. 各種障害児の受入れ可能な通園施設の設置とナイトケア
- d. 一次機関及び二次機関職員の研修指導

のような機能を持つものとされます。

一方、三次機関は二次機関では充足することが困難な専門的診断と治療の機能を有する施設であるとされていますが、この施設は必ずしもそれだけを目的とした単独施設である必要はなく、大学病院、子ども専門病院もこの機能を果たせる可能性があるとされています。

この三次機関の代表は、総合療育センターであり、その機能の主なものは、

- a. 高度、専門的な診断・判定
- b. 通園施設とデイケア、ナイトケアの設備のあること
- c. 診療機能、時に病院機能を持つこと
- d. 家族に対する相談指導、ケア技術指導
- e. 関係機関との連絡調整
- f. 一次・二次機関との連絡調整と研修機能
- g. 地域への広報活動
- h. 研究活動

というようにまとめられています。

最後に、システムづくりの原則的視点について何点か挙げ、解説し、終りにしたいと思います。

まず、早期療育システムを考える場合の第1の

視点は、「システムは、一次機能から積み上げるべきである」というもので、地域療育の確立にとって最も望ましい発想と手続は、住民に密着した一次機関の整備とその機能の充実から始め、二次、三次と積み上げることでありという考え方であり

ます。本道各地において、一次機関がどこにどのように存在し、その機能がどのように発揮されているかについて、療育の動向のところで概括しましたが、調査はまだ不十分なので、深く調べ、その中で一次機関の過疎地を明確に示す必要があると考えます。

第2の視点は、「システムの運営に住民参加が必要である」ということです。療育システムの確立にあたっては、国や自治体の行財政的責任と支援は不可欠ですが、効果的な機能の発揮のためには、民間団体の活用や地域住民、学生ボランティアの関与も重要であります。障害児者の老人のサービスの中には、必ずしも専門性を要しない局面がありますので、住民や学生ボランティアの活用は、この仕事のノーマライゼーションの側面を実現する上でも効果的でありましょう。

私共が、10年ほど前から旭川市で実施してきた早期療育グループ「タンポポ教室」には、開設当初から大学生がボランティアで参加しておりました。現在までにその数は60名ほどにのぼりますが、このうち約6割の者たちが障害児教育又は療育の現場で活躍しております⁹⁾。学生ボランティアの参加には、このような副次的効果もあるように思います。

第3の視点は、「地域特性の重視と社会資源の活用」ということです。本道のように広域な土地では、地域はそれぞれ異った様相と条件を持っています。先述したように、それぞれの地域によって療育機関の置かれ方もちがいますし、機能のしかたも異っております。

ですから、それぞれの地域特性に合致した計画を立て、既存の社会的・人的資源が十分に活用される方法を考えていくようにすることが肝要であると考えます。そのためには、各地域にどんな活

用資源があるのか、それがどのような役割を果たしうるのか、またどの資源とどの資源の間にネットワークが可能であるのか、点検いただくことが、先ず必要かと存じます。また、必要な社会資源を新しく作っていくという努力も忘れてはならないことでしょう。

社会資源のうち、第二次、第三次の専門機関（すなわち、児童相談所・保健所・大学病院・障害専門機関等）が地域又は近郊にあるかどうかも重要です。本道のような農山村、過疎地域の多いところでは、それらの専門機関が近くにないばかりか、必要な第一次サービスが不足していることも多いと考えられます。

一次サービスについては、このような場合帯広児童養育センターや斜里町ことばの教室が実施しているように、いくつかの自治体が協力又は委託して、適当な場所に社会資源を作る工夫もできるわけです。

また、専門機関のないところへは専門機関の職員がチームを組んで出向き、必要なサービスを直接提供するとともに、地域の第一次機関への援助・指導を行うような体制を作ることが望ましいと思えます。

第4の視点は、「システムは障害の種類や程度を問わずに受け入れるものであること」ということです。

高度かつ特別の医療的ケアを必要とするものを除いては、精神遅滞であれ、肢体不自由であれ、現状の法の基準やタテ割り行政システム、あるいは縄張りにとらわれず、すべての心身障害児の受け入れを考えたものであってほしいということです。

多様な障害像に対応できるシステムが、特に早期療育では肝要であること、そこに相談機能をしっかり盛り込んだものであるべきこと、そして将来健常化していく可能性のある子どもにまで幅を広げた柔軟なシステムであることの必要性については、先に強調したところです。

第5の視点に移ります。これは、「コーディネーター機能の重視と連絡組織の配置」ということで

ざいます。コーディネーションに関しては、まず一次機関、二次、三次機関相互の連絡調整、ケースのマネジメントということがありますが、そのことを担う人材の配置が療育では非常に重要な意味を持つように思います。コーディネーターは、大きな機関では機関内のチーム・プレーの調整を行う場合もあります。

障害児のニーズというのは、多くの場合同時に複数のものが併存しております。しかし、障害へのサービスシステム、法体系、諸制度、機関は別々の場合が多いという現実があります。

親たちの口から、「障害児を持ったために、複雑な制度の勉強ができた。」という皮肉をこめた言葉を聞いたことがありますし、「いくつもの機関を、様々の手続のために頭を下げて回り、そこで物乞いに来たと言わんばかりの冷たい対応をされて、死んでしまいたい思いだった。」という話もありました。

障害児への全人的サービスを行い、親たちが混乱したり辛い思いをしないためには、まず以て、

- ①一般医療機関と障害専門機関の間
- ②衛生行政と狭義の医療
- ③医療と福祉
- ④福祉施設間
- ⑤教育と福祉と医療の三者間

この程度の機関相互の連携が必要といわれます。そして、障害児とその家族に密着して彼らのニーズを的確につかみ、さまざまなサービスにつなぐ役割を果たすキーパーソン、又は機関相互のつなぎ役としてのコーディネーターの存在は、明確な機能として認知される必要があるように思います。

私は、いまのところキーパーソンやコーディネーターはシステムの機能として考えておりまして、職種・資格等にはこだわっておりません。

次に、早期療育関係機関の有機的連携をはかる上で、関係者・関係機関の横の組織を作ることも有効であるように思います。

この組織の水準としては、

- ①連絡調整レベルで機能するか
- ②ケース検討まで行うか

③処遇決定までいくか

というように、いくつかの段階が考えられますが、その地域の実情に合った機能レベルで動けばよいだろうと考えています。

私共が行っている早期療育システム連絡会議は、その当初は連絡調整をねらいとして発足いたしましたが、今では具体的なケースの話も出て来ておりますし、障害児保育や幼児教室の対象児決定についての処遇委員会の設置の意見など、処遇にかかわる話題も出て来ております。

最後に、第6の視点として「個別の対応と即応性・一貫性」ということでありますが、個別の・臨床的対応というのは当然のこととして、ケースのニーズの変化に直ちに対応できる即応性と、処遇の一貫性を保障するシステムであるということです。

ケースは、加齢や状態の改善に伴い、療育のあり方や内容を変更する必要がある場合が、早期療育では多いと考えられます。よくある話ですが、集団保育の可能な段階にいたったケースをいつまでも抱えてはなさないとか、ケースの状態像が変化して別の有効な方法の適用の必要が生じて、従来のやり方に拘泥しつづけるというようなことは、慎まねばならないことでしょう。

また、療育というのはケースに対してだけアプローチすればよいわけではなく、家族ぐるみの対応が必要になる場合が多いわけで、そのような即応性も求められるわけでありませう。

変化するニーズに柔軟に対応しつつ、しかし処遇には一貫性が保たれ、障害児とその家族が安心して療育をゆだね、又自ら積極的に生きようとする姿勢を支えることのできるシステムでありたいと願うものです。

以上、北海道における早期療育の動向と課題、そしてシステムのあり方について述べてまいりましたが、諸課題の解決やシステムづくりは、学齢期、成人期から老年期までみずえたかたちで、また他の分野における地域医療や福祉計画とのかかわりで進めていく必要があること。そして、本道のような広域な地域では、第一次から三次機関ま

でを網羅したいくつかの療育圏を考えて、システムづくりをする必要があること、の2点を付言しておきたいと思ひます。

私共は、全道各地の早期療育の実情をまず理解し、それを交流し、地域診断を行い、他地域や道の動きもみつめながら、自分の地域にふさわしい療育の実践とシステムづくりに向いたいと思ひます。本研究会がそのための媒体になればと念ずる次第です。

御静聴、深謝いたします。

文 献

- 1) 井上由美恵：発達障害児の早期療育体制と親のねがい、情緒障害教育研究紀要5号、25-28、北海道教育大学旭川分校障害児教育研究室、1986
- 2) 野村ますみ：地域における早期療育の実践と今後の課題—旭川市、『たんぼぼ学級』をとおし—、情緒障害教育研究紀要7号、北海道教育大学旭川分校障害児教育研究、1988. 3. 刊行予定
- 3) 出羽正明：ダウン症乳幼児の超早期療育について、第7回北海道発達臨床研究会報告、1982
- 4) 守屋陽子・伊藤則博：たんぼぼ教室のあゆみ—旭川市における地域活動の実践事例—旭川市地域福祉活動調査研究委員会編、地域福祉への提言、1984
- 5) 北海道中央児童相談所：精神薄弱児母子通園訓練実施報告（I）—知恵おくれ児に対する幼児訓練とその母親に対する集団指導の試みについて—、1967
- 6) 北海道函館児童相談所・函館児童臨床研究会・のびろ会治療保育センター：函館における情緒障害児の治療保育の実践、1974
- 7) 北海道クリスチャン・センター家庭福祉相談室：家庭福祉相談室レポート、1971
- 8) 北海道クリスチャン・センター：障害幼児問題と取り組んで、No.2~No.6、1973~1981
- 9) 北海道クリスチャン・センター：発達援助に携わって、1985
- 10) 小倉頌員・山田笑子・山崎陽子・田辺和子・

- 三好あや・尾崎敏子・神原悦子・川上伊久子・谷克子・小畑美知子・伊藤則博：旭川市幼児健康教室の活動，情緒障害教育研究紀要6，1-6，北海道教育大学旭川分校障害児教育研究室，1987
- 11) 中山忠道・竹内淳・三上サラ子・棟方悦子・上出峯子・石丸美穂子・神崎和子：北海道における言語障害児教育の変遷と深川市の早期発見・早期指導への取組み，第11回日本聴能音声学会報告，1985
- 12) 佐々木明員：北海道における障害児療育の現状と地域療育の課題（第3報）—早期発見・早期療育について—
- 13) 厚生省児童家庭局長通知：心身障害児通園事業について，昭和47・8・23，児発 545，各都道府県知事・各指定都市々長宛
- 14) 木村謙二・上山明子：問題も持つ幼児の保育についての実験的研究，教育心理学研究3(2)，90-99，1955
- 15) 有田素子：障害児保育の成立と進展—留萌かもめ幼稚園の実践—，情緒障害教育研究紀要，4号，31-34，北海道教育大学旭川分校障害児教育研究室，1985
- 16) 後藤守・水岡路代・斉藤美智子・山崎晃資・三宅和夫：障害ももつ幼児の保育の実態と指導方法に関する基礎的研究（I）—札幌市における障害児保育の実態分析を通して—，北海道教育大学研究紀要，第一部C，29(1)，189-199，1978
- 17) 後藤守・後藤恵美子：心身障害児保育に関する発達臨床心理学的接近，北海道私学教育研究協会研究紀要，55，1-44，1981
- 18) 後藤守・小笠原詠子：統合保育の動向，北海道教育大学紀要，第一部C，35(2)，104-114，1985
- 19) 忍博次：統合保育における発達効果および発達を可能にする諸要因に関する研究，昭和55年北海道科学研究費委託研究報告，北海道民生部，1980
- 20) 田口恒夫：言語障害治療学，16-17，医学書

院，1966

- 21) 鑪幹八郎・名島潤慈：心理臨床家の手引，24-28，誠信書房，1983
- 22) 神奈川県児童医療福祉財団・小児療育相談センター：地域療育システム資料集，1987
- 23) 阿部哲美：千歳市における障害乳幼児対策の条件整備と課題，障害者問題研究，39，11-21，1984

座長まとめ

相場幸子

伊藤先生，本当に素晴らしい御講演を有難うございました。北海道の乳幼児療育の現状が余すところなく語られ，私達が進むべき道がはっきりと指し示されたような気が致します。

先生の御講演の内容は，すべてが重要な事ばかりで，私が生半可な要約をすることでその御趣旨を歪めてしまうのではないかと恐れます。また，皆様それぞれのお立場，それぞれの思いでお聞きになったそのままでよいのではないかとも思いますが，座長の義務として一応まとめなければならぬとすれば，次のようになるかと思えます。

先生は四つの柱を立ててこの御講演を進められました。第一の柱は，「早期療育に対する親の願い」という事でした。まずこの点から論を起されたという事に私は大変感銘を受けました。誰のため，何のための早期療育か，いわば「早期療育の原点をここで指摘されたように思います。

先生ご自身の御研究を通して出された結論によると，親たちの求めているのは，まず何よりも「親の気持を理解し，親身になって相談にのってくれる場」であります。そのほかに，「どこに相談に行けばよいかについての広報活動」，「早期からの適確な診断と，子供への対応についての助言」，「医学，療育，福祉等の各種のサービスについての情報」，「障害種別に関係なく，乳児期から，親子ともに心を開いて療育を受けられる場」などが

求められ、そして保育の場へとつながって行く道が望まれています。

次に第二の柱として「北海道における早期療育の最近の動向」を、五つの流れに分けてお話しになりました。

その1は保健所における乳幼児健診から、肢体不自由児療育へとつながる流れです。北海道肢体不自由児療育センターを中心に、本道において最も早くから整備されたこの分野は、やがて周辺の他の障害児の療育をも巻き込み、他の領域への刺激となって行きます。

その2は、通園施設、通園事業、施設の地域療育事業の流れです。これらはまず、道内各地でのボランティアないとなみに始まり、それを追いかけるかたちで制度化されて来ました。まず一歳半健診の受け皿としての通園事業、これに刺激された通園施設の低年齢児への対応、そして最後に、精神薄弱児収容施設の、いわゆるオープン化事業が始まります。これには大きく分けて、母子短期療育事業（通称母子訓）と、巡回療育事業が挙げられます。ノーマライゼーションの世界的潮流の中で、これら収容施設が、地域療育の拠点をめざして動きだしていることに先生は特に注目されたように思います。

その3は教育サイドからのアプローチとして、特殊学校幼稚部について触れられました。盲、ろう学校を中心に幼稚部がしだいに整備される中で、盲点であった3歳未満児について、難聴児の療育予算が漸くついたという喜ばしいニュースもありました。

その4として同じく教育サイドから、「ことばの教室」の動きが取り上げられました。幼児のことばの教室は、最初の相談の場としても、また振り分けの場としても、勿論早期療育の一端としても大きな役割を果たしているばかりか、地域によって、障害乳幼児療育のセンターとして機能して行く可能性を持つことが指摘されました。

最後、その5は障害児保育の流れです。道内各地の幼稚園、保育園で、意図せず障害児を受け入れていた段階から、現在では受け入れ施設数、

障害児数は飛躍的に増大し、その方法も工夫されて来ています。しかし、未だ現場の保育者にしわ寄せされる部分も多く、専門性を中心に多くの問題を残しています。また、この隆盛を支える力ともなった助成金制度が万一、経営上の目的化される危険について、先生は鋭く戒められました。

第三の柱は乳幼児療育の今後の課題であり、またその解決への展望が示されました。

その課題の第一は、発見の繰り上がりに伴う、診断、判定の困難さ、過剰発見の恐れであり、早期発見の要請との矛盾が問題となりました。第二の課題「相談機能の拡充」はその対策の一つでもあります。発見から、経過を見極め、療育のプロセスに継続して関わる相談者、及び同じ立場の親同士が語り合える場の重要性が示唆されました。

第三の課題は、乳幼児健診→精密検診→療育→保育→教育といった各場面のつなぎの問題で、機関同士の連携やシステム化という今日の最も中心的問題が提起されています。

中でも、発見はされても療育の場の無い地域での親の苦悩、また反対にサービスの多重性の弊害といった地域格差に伴う問題が挙げられました。ここでも機関同士の連携、協力が求められています。

第四に、療育の総合性として、障害種別に基づく従来の療育体系の見直しと、各専門分野の協力、チームプレイの要請が提起されています。

五番目の課題は診断や療育の技術、方法に関するもので、これまでのさまざまな分野での知識や技術、理論、研究結果などを互いに交換し、学習し、実践の中で検討してゆく事が求められています。

そして六番目に療育に携わる者の養成、研修の体制の整備および将来に向けて資格や倫理綱領の確立を御提言になりました。

そしていよいよ最後の柱として早期療育システムの、壮大かつ緻密なヴィジョンを、先生は描いて下さいました。

まず「地域に根ざした既成の療育の場を拠点とすべき事」を前提に、「障害者福祉の国家的課題

は収容主義を脱却し、ライフサイクルを見据えた一貫性のあるシステム作りであること」、「道の行政も既に早期療育のシステムづくりの必要性を認めて動きだしていること」、「千歳市、伊達地域、渡島地域などにおける先駆的システムの試み」などについて述べられた後、機能別に三段階に分かれた地域療育システムのモデルを紹介されました。地域にあって気楽に利用でき、問題の発見から日常的援助、そして地域内の他機関との連絡調整を行なう一次機関、専門的診断、治療、訓練や職員研修機能を持つ二次機関、更により専門的機能を有する三次機関がそれぞれです。

そして最後にシステム作りの原則的視点として非常に重要なポイントをいくつか示唆して下さいました。

その1「システムは一次機能から積み上げるべきである」

その2「システムの運営には住民参加が必要である」(ヴォランティアの役割)

その3「地域特性の重視と社会資源の活用」

その4「システムは障害の種類や程度を問わずに受け入れるものであること」

その5「コーディネート機能の重視と連絡組織の配置」

その6「個別的対応と即応性、一貫性」

こう並べて見ると第一の柱から第三の柱までのところで述べられた問題と見事に呼応して、我々の目指すべき早期療育システムの形がはっきりと見えて参ります。とかくシステム作りなどと言うと、立派な専門機関をまず作り、組織を細分化しつつタテ割りでも下へおろして行く形のを考えがちですが、先生の示されたものはそれとは正反対のものです。

それは地域に密着し、地域の特性を生かした一次機関から上に積み上げられ、なわばり争いやタコツボ式専門家とは無縁な、柔軟で有効な、相互連携を命としたシステムでありましょう。障害別分類ではなく、将来健常化して行く子も含めてケアしてゆくものであり、何よりも利用者の身になった親身で一貫したサービスが保証される筈で

す。そしてノーマライゼーションの理想に従って専門家も、ヴォランティアも、地域の人々も、親たちと共に歩む、そんなシステムでありましょう。

以上で先生の御講演についての要約を終わります。だいぶ長くなりましたことをお詫びします。また私の偏見や間違いが混入していましたらお許し下さい。

さて昨日からの皆様の熱心な討議の内容とその意義とが、伊藤先生の講演にすべて集約されたようにも思います。私達は各地の療育の実状をお互いに知り合い、情報や意見を交換しました。職種や立場や経験の長短を越えてお互いに協力し合うための足がかりが一つできたのではないのでしょうか？

実際の現状はまだ、先生の描かれた理想とほど遠いかもかもしれません。ケースのたらい回し、押し付け合い、抱え込み、奪い合い、機関や職種間の反目や無視、連絡不十分といった問題も時々耳にします。こう言った連携のまずさが何故起って来たのかという要因分析も必要かと思えます。その他たくさんの研究や、実践に役立つ理論や技術の学習、研修も必要です。この乳幼児療育研究会はそれらへの刺激となり、強力な援護となるでありましょう。

ただしそれは、誰かがやってくれるのではなく、そのメンバーとなった私達一人一人がこれからやらなければならない課題であります。その原動力は、皆様がこれから帰って行かれる現場の中にあるのではないのでしょうか？そしてそこで子供達や親御さん達と真剣に向き合い、彼らから学ぶ姿勢がいちばん大切ではないかと私は思います。

『北海道乳幼児療育研究会』設立趣意書

各位 殿

ここ十年ほどの間に、障害児への早期対応の動向は大きく変化して来ています。

その第一は、障害児の早期発見から更には超早期発見への流れの進展です。「障害と分かってからでは遅すぎる」、「障害が疑われた時から治療を開始する」というこの考え方は、昭和52年～昭和53年にかけて札幌・岩見沢の保健所で、脳性マヒ児の超早期発見・療育という形で開始され、その後全道の保健所・市町村保健センターで健診体制が確立しました。また一歳半健診が昭和52年から市町村で実施する方向が出され、全道の市町村の大部分で健診体制が確立されて来ています。

第二は、こうした発見体制の確立は早期～超早期の療育システムの整備へと結びつき、各地域で様々な試みが開始されて来ていることです。各地のマザーズホームは0歳の段階から子どもたちを受け入れて母子療育を実施しています。また一歳半健診の後のことばの相談を実施している「ことばの教室」もあります。あるいは市町村通園事業という形で母子療育事業を進めている所もあり、全道各地で様々な対応が始められています。

第三は、こうした流れの進展の中で、いくつかの問題が生じて来ています。超早期になればなるほど、障害か個性差か分からない状況があり、母親がわが子に障害があると気づく前に障害の疑いをかけるわけですから、若い母親に対して大変な苦難を与えることとなります。また障害があると分かっても療育の場が充分保障されていない中で子どもと母親が医療・相談・療育の場を求めて歴訪するという状況が出て来ています。

第四に、幼児後期の障害児保育の場が急速に広がって来ています。全道のかなりの幼稚園・保育所が障害児を受け入れ統合保育を実施するという状況が定着して来ました。しかし幼稚園・保育所での実践は確実に広がっているものの、専門機関との連携が困難な中で、個々の園が独自に苦勞をし経験を積み重ねて来ている状況で、現場では様々な悩みを抱えています。

第五に、こうした障害児への対応への動向に呼応した形で、全道各地で交流・研究へのニーズが高まりつつあります。北海道児童精神衛生研究会の活動は周知の通りですが、その他札幌・函館・旭川・釧路・伊達・千歳等でその地域の臨床現場が交流・研究をしています。しかしこれらの活動もその多くは必ずしもその焦点が障害乳幼児に定まっていなかったこともあり、情報量も限られているため試行錯誤の状況で進んでいます。

障害乳幼児にかかわりを持つ私達にとって今何が求められているのでしょうか

か。上記の点を踏まえて検討したいと思います。それは以下の四点に集約されると考えます。

その第一は、医学・心理学・教育学等の障害児にかかわる科学的研究を踏まえ、更に障害別に培って来た基礎理論や治療技術論の相互浸透を計っていくことです。そしてそれが今進められている早期～超早期からの療育の実践にどのような役割を果たせるかを検討していくことが求められています。

第二は、各障害別に肢体不自由・言語・精薄等々という形でバラバラに進んで来た療育システム、あるいはその地域地域によって分散的、便宜的に進んで来た療育システムを見直し、再点検しどのようなシステムが必要か、総合的に検討していくことが求められています。

第三は、障害児の早期～超早期からの発見・療育にかかわる者の視点の再整理が求められていると言えます。それは対象児の年齢が低くなればなるほど、障害別に区分けをしてかかわるといことは困難になります。また障害が個体差かの判別も難しくなりますし、その中にはもともと健常化することであろう子どもも含まれていると考えられます。単に障害の発見・療育という視点だけではなく、育児相談的なかわり援助することも同時に求められているのです。従って、従来の障害児療育・訓練の視点を更に越えた新たな視点の確立が求められています。

第四は、私達障害児にかかわる者の倫理の確立が求められています。それは個々人の判断という次元で取り扱われ処理されるような問題ではないと思います。障害児への早期対応が進展しつつある今、職種の枠を超えて検討していかなければならない時期に来ていると思います。

以上述べた諸点の課題の解決は、従来の各障害種別、職種別の実践・研究のみでは困難と思います。また地域的、分散的な研究会でも対処しきれないと思います。従って全道的に障害種別の壁を超えた、そして職種別・専門別の壁を超えた、障害乳幼児にかかわる臨床家や研究者の交流・研究活動を進める組織が必要であると考えます。

上記の趣旨により、障害種別・職種を超えた63名の呼びかけで、1987年11月21～22日に『北海道乳幼児療育研究会』設立総会及び第一回研究会を開催することとなりました。

全道の障害乳幼児にかかわりを持つ皆様方に、『北海道乳幼児療育研究会』への御入会と第一回研究会への御参加を呼びかける次第です。

1987年 7月12日

『北海道乳幼児療育研究会』呼びかけ人一同

北海道乳幼児療育研究会会則

第1条（名称および事務局）

本会は、北海道乳幼児療育研究会と称し、事務局を当分の間北海道教育大学札幌分校障害児教育研究室におく。

第2条（目的）

本会は、北海道における乳幼児療育の向上発展のために、関連諸領域における実践と研究の交流、および相互研鑽をはかることを目的とする。

第3条（事業）

本会は、前条の目的を達成するために、下記の事業を行う。

- (1) 研究発表会の開催（年1～2回）
- (2) 研究誌の発行
- (3) 指定研究の実施
- (4) 各種研修会・研究会・研究事業への協力
- (5) その他必要な事業

第4条（会員）

本会は、北海道に在住する乳幼児の療育上の諸問題に関心をもち、医療、福祉、保育、教育等の諸領域において、実践および研究に従事するもので、本会の趣旨に賛同するものをもって会員とする。

第5条（顧問）

本会は、顧問をおくことができる。

本会の発展に貢献のあったもので、役員が推薦し、総会の承認をえて会長が委嘱する。

第6条（役員および監事）

本会には、次の役員および監事をおく。任期は2年とし、総会において決定する。ただし再任を妨げない。

- (1) 会長 1名
- (2) 副会長 3名
- (3) 常任理事 若干名（含、事務局長）
- (4) 理事 （含、事務局・編集担当若干名）

(5) 監 事 2名

第7条（会 議）

本会は、運営上の必要に応じ、下記の会議を開く。

- (1) 総会。定期（年1回）。なお、会長が必要と認めたときおよび会員の3分の1以上の要請があった場合には、臨時総会を開催することができる。
- (2) 常任理事会。会の運営に必要な事務的業務を執行する。
- (3) 役員会。会の運営の方針および予算等の審議を行う。

第8条（会 費）

本会の会員は、年額3,000円を会費として納入する。

第9条（経 費）

本会の事業に必要な経費は、会費、寄付金およびその他の収入をもってあてる。

第10条（会計年度）

会計年度は、定期総会から次の定期総会までとする。

編集後記

早いもので、昨年11月の第1回研究大会から半年たとうとしています。この報告書を昭和62年度内に刊行するつもりでしたが、伸び伸びになってしまったことをお詫び申し上げます。

大会では、『乳幼児療育』というテーマを共通項として、6つの障害種別の領域、医療・教育・福祉の諸分野そしてさまざまな職種の方々が、一つの場に来て討論いたしました。その意義は大変大きかったと思います。私共は、大会での熱気がこの報告書の中にそのまま反映されるものと確信しながら編集を進めてきました。

私共の知る限りでは、障害種別・行政区分・職種職域をこえてひとつにまとまった研究会は、全国的にも珍しいと思います。この会を、どうか皆様のお力で発展させていただきようお願い申し上げます。

なお、第2回大会は本年11月19日、20日の両日に設定する予定であります。この会誌を次へのステップの踏台として、さらに討論が深まることを期待いたします。大会への参加と発表の件をよろしくようお願い申し上げます。

1988年5月末日

事務局編集担当理事一同

研究会への入会手続

「北海道乳幼児療育研究会」への入会手続は、下記の事項を記載して、研究会事務局(下欄)に申し込み、同時に郵便振替で小樽9-18895に年会費3,000円を振り込んで下さい。

記載事項

1. 氏名
2. 自宅の住所と電話番号
3. 職名と勤務先
4. 勤務先住所と電話番号

北海道乳幼児療育研究会機関誌

乳幼児療育研究 創刊号

昭和63年5月30日 発行

編集者 北海道乳幼児療育研究会
事務局編集部(代表 伊藤則博)

研究会事務局

〒002 札幌市北区あいの里5条3丁目1
北海道教育大学札幌分校障害児教育研究室
☎(001)778-8811(代)
