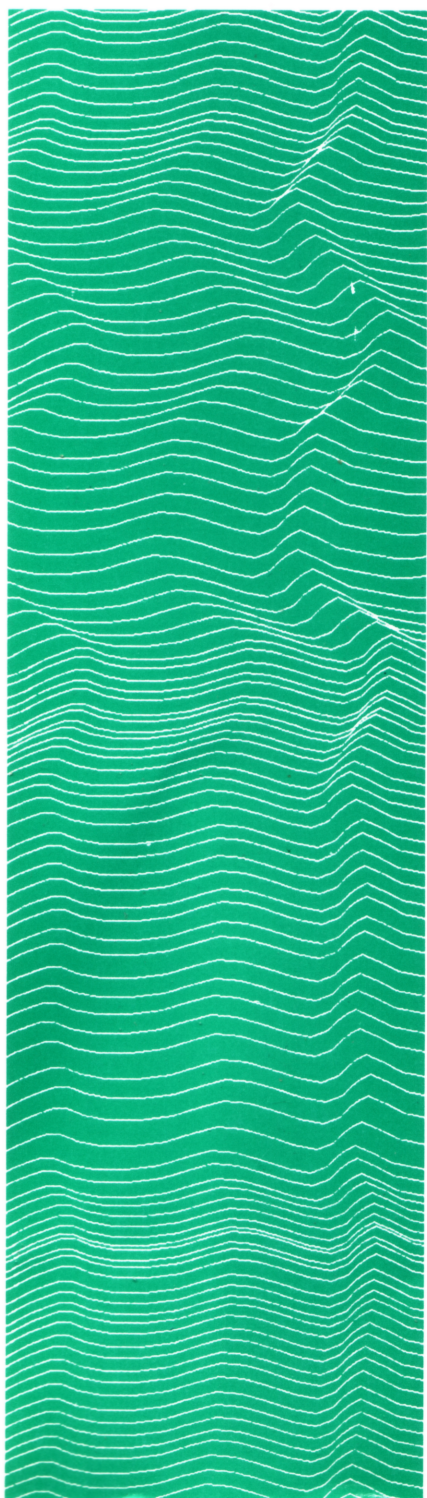


乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



特集

第2回研究大会集録

- 第1分科会「一般演題」
- 第2分科会「地域療育活動」
- 第3分科会「障害児保育」
- 追跡研究
- 特制報告
- 特別講演「児童精神医学における
乳幼児研究」

1989第2号

乳幼児療育研究第2号 目次

特集 第2回研究大会集録

〈分科会〉11月19日(土) 14:30~17:30

第1分科会 ————— 一般演題

①	口蓋裂児の治療と術後成績……小浜源郎・石川信廣・伊藤静代	1
②	早期療育における感覚統合療法 ……………仙石泰仁・中村砂織・芝木捷子・佐藤剛・小野昭男	5
③	施設変更したWEST症候群の一例……………深田優子	10
④	聴覚障害乳幼児指導の実際……………加藤克子	14
⑤	早期療育の援助と電話相談……………浜栄子	18
⑥	18ヵ月健診のなかの発達相談……………吉田裕二	23
⑦	特殊教育センターにおける教育相談の実際……高本進	30
⑧	質疑とまとめ……………佐藤剛・鈴木真知子	34

第2分科会 ————— 地域療育活動

①	豊富町における地域療育の課題……………板垣弘美	37
②	白老における治療と教育の実際……………橋本伸二	42
③	静内ベテカリの園の地域療育活動……後藤和広・在宅児指導班	50
④	深川市における幼児ことばの検査の10年間のとりくみ ……………中山忠道・武田碧・三上サラ子・加藤広一 棟方悦子・上出峯子・遠藤美幸	60
⑤	質疑とまとめ……………佐々木明員・伊東和子	68

第3分科会 ————— 障害児保育

①	Yチャンにとって「共に生きる生活」とは？ ……………古軸加津子・藤田孝子	71
②	統合保育の行事持ち方……………野表まゆみ・佐藤洋子	76
③	統合保育の問題点……………松原君子・千野恵美子	78
④	質疑とまとめ……………佐藤義昭・室城万利子	83

〈追跡研究〉11月20日(日) 9:00~10:30

①	帯広児童養育センターの追跡研究……村上勝彦・前田裕文 ほか	91
②	早期療育をうけたダウン症児の追跡研究 ……………辰田収・小野千賀子	107
③	道立札幌肢体不自由児総合療育センターの追跡研究 ……………佐久間和子・平野精一・三島与志正・鈴木真知子	113
④	質疑とまとめ……………阿部哲美・加藤典敏	115

〈特別報告〉11月20日(日) 10:40~12:10

①	北海道における障害児の発見体制の実際……………喜多祐莊	119
②	北海道における早期療育システムのあり方について ——道早期療育調査検討委員会報告—— ……熱田洋子	146
③	質疑とまとめ……………後藤守・岡本侑子	165

〈特別講演〉11月20日(日) 13:30~15:30

児童精神医学における乳幼児研究 東海大学医学部教授 山崎晃資氏	169
------------------------------------	-----

北海道乳幼児療育研究会会則	187
編集後記	189

— 第1分科会（一般演題） —

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 口蓋裂児の治療と術後成績 | 小浜源郎・石川信廣・伊藤静代 |
| 2. 早期療育における感覚統合療法 | 仙石泰仁・中村砂織・芝木捷子・佐藤 剛・小野昭男 |
| 3. 施設変更したWEST症候群の一例 | 深 田 優 子 |
| 4. 聴覚障害乳幼児指導の実際 | 加 藤 克 子 |
| 5. 早期療育の援助と電話相談 | 浜 栄 子 |
| 6. 18カ月健診のなかの発達相談 | 吉 田 裕 二 |
| 7. 特殊教育センターにおける教育相談の実情 | 高 木 進 |

質疑とまとめ

座長：佐藤 剛（札幌大医療短大）

鈴木真知子（道立札幌療育センター）

記録：原田 公人（札幌ろう学校）

1 口蓋裂児の治療と術後成績

（札幌医科大学口腔外科学講座）

伊藤静代，小浜源郁，石川信廣
永井 格

1. はじめに

本会は、口蓋裂の専門学会ではございませんので、口蓋裂にそれほど馴染みのない方もおられるかもしれないと考え、唇顎口蓋裂の治療について簡単に説明したうえで、私どものところで行っている口蓋裂治療とその成績について報告します。唇顎口蓋裂の手術を主体とした治療法については、手術の術者である小浜が、また治療成績については、言語治療とcounselingを受け持っている伊藤がそれぞれ分担して報告いたします。

口蓋裂は、口蓋に単独に発生することもあります。口唇、顎骨部の破裂を伴うことも多く、唇

顎口蓋裂と総称して扱われることもあります。すなわち、口唇が破裂している唇裂、顎部（歯槽部）の破裂している顎裂、口蓋の破裂している口蓋裂は、それぞれ単独に、または合併して起こることもあります。それ故、その名称は破裂の程度と重症度、部位、左右別などの名称をつけて呼びます。

2. 唇顎口蓋裂に伴う問題と治療の目的

唇顎口蓋裂は、その破裂の程度と術後の後遺症の程度によって各種の障害が発生します。唇顎口蓋裂児は、出生直後から哺乳障害や審美障害がみられ、術後にもその成長過程で長期にわたって種々の障害が発生します。すなわち術後の顔貌の審美障害、鼻咽腔閉鎖機能不全や口蓋化音などの言語障害、上顎の発育抑制による歯列不正と相対的下顎前突症、歯牙の早期う蝕と早期喪失による咀嚼障害、心身の発育遅滞などが指摘されてきました。したがって、唇顎口蓋裂治療に携わる者にとって、これらの障害をいかに早期に克服し、または術後に発生する各種障害を未然に防止することのでき

る治療法，特に手術法の開発は，古くからの研究課題となってきました。唇顎口蓋裂治療の眼目を示すと，本症に伴う各種の障害をできるだけ早期に克服し，かつ術後に発生する障害を未然に防止するために，適切な治療を適切な時期に実施し，正常児と同様な心身の発達を導くことであります。特に，唇裂においては顔貌の審美障害を残さず，口蓋裂においては言語障害と顎発育障害を惹起させない治療法（手術，言語治療，う蝕治療，顎歯列矯正など）を適切な時期に施すことであります。

3. 口蓋形成手術——粘膜弁法

口蓋裂治療の基本となる口蓋形成手術，とりわけ小浜が改良を加えて発展させてきた粘膜弁法による口蓋形成手術とその術後成績について報告いたします。口蓋裂の手術法は，現在広く行われている口蓋粘膜骨膜弁の後方移動術，すなわちpush back法による口蓋形成術があります。私も本法を多数例に適応しましたが，本法には長所と短所があり，特に口蓋に広範な瘢痕を形成するために上顎の著しい発育抑制がおこり，その結果として歯並びの不正や反対咬合，構音障害などが生じます。そこで，この粘膜骨膜弁法の欠点を改良すべく，口蓋粘膜弁の後方移動術，すなわち粘膜弁法をいろいろと検討して改良を加えて実施したところ，良好な結果が得られたので最近ではもっぱら本法による口蓋裂手術を行っています。本法によると，良好な鼻咽腔閉鎖機能と言語発達が行われる

ばかりでなく良好な口蓋形態と顎骨の正常発育が得られ，術後の障害を殆ど残さないなどの利点を有する優れた手術法であることが判明しました。従来の粘膜骨膜弁法では，粘膜と骨膜を一緒にして骨面から剝離して弁を形成しますが，顎骨への栄養が遮断される欠点があります。そこで，骨膜上で口蓋粘膜を切開する手術法を考案しました。すなわち，乳臼歯より前方においては，切開は，口蓋側の歯槽突起傾斜角に略平行に歯肉側から口蓋中央部に向かってNo.11のメスを刺入することから始まります。メスの先端が骨に達したら，略そのままの角度を保ちつつ，乳臼歯部から乳前歯部に切開を進めると粘膜弁が容易に形成されます。後側方の切開も骨膜上で行うが，第2乳臼歯未萌出例では，歯槽頂を越えて歯肉頬移行部まで達し，さらに上顎結節部まで延長します。その際，骨膜上で薄い粘膜弁が形成されるように注意してメスを進めます。軟口蓋裂の手術の場合，硬口蓋の裂縁部に近い部位から後鼻棘部付近では口蓋粘膜は薄くなっているため，この部位では一部は粘膜骨膜弁になるように切離します。さらに後鼻棘部位から口蓋孔付近に切離を進めて神経血管束を確認します。その後に神経血管束の上でさらに剝離を進める場合と，粘膜弁に付着したまま神経血管束を進展して後方移動を行う方法があります。翼突鉤の処理，口蓋筋のslingの形成，粘膜弁の固定およびその他の手術操作は，通常のpush back法に準じて行います。片側性唇顎口蓋裂の口蓋形成

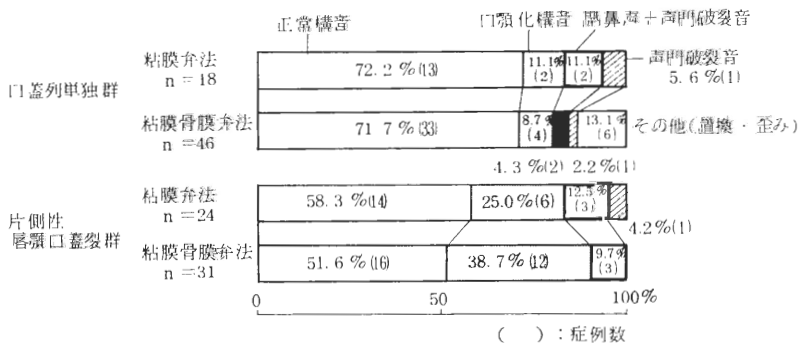


図1 口蓋形成手術後の言語成績
—粘膜弁法と粘膜骨膜弁法—

術の場合は、軟口蓋裂の場合とほぼ同様であります。口蓋中央部に瘻孔が生じやすいので注意を要します。本手術法による口蓋形成術後の軟口蓋裂の口蓋形態は、瘢痕組織は殆ど見られず、広くて深い良好な口蓋形態が得られます。片側性唇顎口蓋裂は、先ず、口唇の形成を行いますが、その際に鼻腔底と顎裂部の閉鎖を行っておきます。術後は、軟口蓋裂の場合と同様に良好な口蓋形態が得られます。

4. 口蓋裂児のこことばの治療

口蓋裂児のこことばの治療は、初診時からはじめ予防的治療を中心に行っています（表1，2）。

表1 口蓋裂児のこことばの治療

1. 予防的治療
2. 構音治療
3. 鼻咽腔閉鎖機能不全に対する治療

表2 予防的治療

1. 安定した親子関係
2. 心身の発達—こことばの発達
3. 人とのやりとり、人とのかわり
4. 口腔内の衛生
5. 楽しい食事
6. 吹くこと
7. 定期的な観察指導

これは、主として安定した親子関係を得るための助言と指導です。日常生活の中で、できるだけ自然にふるまうこと、できるだけ自然に行うことを親に心がけていただくことが重要です。口蓋形成手術後の経過観察の途中において、構音あるいは

鼻咽腔閉鎖機能に問題が生じた場合には、適切な時期に適切な治療を行う必要があります。

5. 言語成績

当科で予防的治療を中心に行った口蓋形成手術法の言語成績について、手術法別（粘膜弁法と粘膜骨膜弁法）に調査し、比較検討を行いました。対象は、粘膜弁法による口蓋形成手術を行った口蓋裂単独18症例、片側性唇顎口蓋裂24症例と粘膜骨膜弁法による口蓋形成手術を行った口蓋裂単独46症例、片側性唇顎口蓋裂31症例です。彼らは、生後1才1カ月から2才0カ月の間に口蓋形成手術を受け、術後2年以上経過し、上顎の石膏模型による分析を行い得た症例です（表3）。

口蓋形成手術後の言語成績は、図1に示すように口蓋裂単独群の場合、両手術法とも類似した傾向を示し、症例の70%は、言語発達が順調にすすみ正常構音を示していました。しかし、残る30%近い症例は、言語発達の過程で一時期あるいは継続して、異常構音を示していました。それらのうち口蓋化構音は、粘膜弁法11.1%、粘膜骨膜弁法8.7%に認められました。鼻咽腔閉鎖不全を示した粘膜弁法および粘膜骨膜弁法の各2例に対しては、パラタルリフトを装着しました。声門破裂音が認められた症例（両手術法とも各1名）は、言語発達の過程で声門破裂音が消失しました。粘膜骨膜弁法の6例に、音の置換あるいは歪みが認められました。片側性唇顎口蓋裂群の場合、両手術法とも正常構音は50%台でした。異常構音の中で最も多く認められたのは、両手術法とも口蓋化構音で、粘膜弁法25.0%、粘膜骨膜弁法38.7%であり粘膜骨膜弁法にやや多く出現していました。鼻

表3 対象

手術法	破裂型	症例数	手術年令	調査時年令
粘膜弁法*	口蓋裂単独群	18	1才1カ月～1才8カ月	3才3カ月～6才6カ月
	片側性唇顎口蓋裂群	24	1才2カ月～1才7カ月	3才2カ月～7才4カ月
粘膜骨膜弁法**	口蓋裂単独群	46	1才2カ月～1才9カ月	3才5カ月～8才9カ月
	片側性唇顎口蓋裂群	31	1才2カ月～2才0カ月	4才0カ月～9才9カ月

* 1980年8月～1986年9月

** 1976年4月～1982年2月

咽腔閉鎖不全を示した症例は、両手術法とも各々3例ずつみられ、う蝕の著しい粘膜弁法の1例を除く5例にパラタルリフトを装着しました。粘膜弁法の1例に、声門破裂音が言語発達の過程で一時期認められました。

私たちは、片側性唇顎口蓋裂群の異常構音の中で最も多く認められた口蓋化構音が、術後の歯列・口蓋形態に起因するのではないかと考え、今回の調査対象について、術後の歯列・口蓋形態を上顎の石膏模型に基づいて分類しました。その結果、ひとつは、正常に近い歯列形態を示している「正常歯列」と、「V字状または狭窄歯列」の2グループに分類されました。術後の歯列・口蓋形態の成績は、口蓋裂単独群の場合、両手術法とも「正常歯列」が多く、80%以上に認められました。片側性唇顎口蓋裂群の場合、「正常歯列」は粘膜弁法の方に多く(70.8%)、「V字状または狭窄歯列」は粘膜骨膜弁法に多く(61.3%)みられました。

術後の言語成績と歯列・口蓋形態との関係は、正常構音症例の場合、両手術法とも「正常歯列」を有する者が著しく多くみられました(粘膜弁法92.6%、粘膜骨膜弁法83.7%)。一方、口蓋化構音を示す症例の場合、両手術法とも「V字状または狭窄歯列」を有する者が多い傾向がみられました(粘膜弁法87.5%、粘膜骨膜弁法68.7%)。正常構音症例と口蓋化構音症例について、手術前後の歯列・口蓋形態の変化をみる目的で、手術前と手術後の石膏模型上で上顎第一乳臼歯間幅径を計測し、術前後の変化量を算出しました。その結果、両手術法とも口蓋裂単独群よりも片側性唇顎口蓋裂群の方が縮小の程度が大きい傾向がみられました。さらに両手術法とも「正常歯列」の症例よりも「V字状または狭窄歯列」症例の方が、縮小の程度は大きく、縮小の程度が大きい程、特に-5mm以上の場合口蓋化構音を示す傾向が認められました。片側性唇顎口蓋裂群の「V字状または狭窄歯列」症例の場合、粘膜弁法よりも粘膜骨膜弁法の方が縮小の程度が大きい傾向がみられました。以上の結果から、言語成績と術後の歯列・口蓋形態との関連性および粘膜弁法による口蓋形

成手術の有効性が示唆されました。

6. 口蓋裂治療における「親」の問題

誕生後すぐに直面する哺乳の問題をはじめとして、以後長期間にわたる口蓋裂児の問題とその治療は、親の問題と親への援助をも含むと私たちは考え、いわゆる親指導を重視しています。私たちは、唇顎口蓋裂児をもつ親の関心の変化について知る目的で、口蓋形成手術児から就学前までの期間、1年ごとに母親の関心を調査いたしました。その結果、0才、1才児には、言語障害についての心配、遺伝予後などに対する関心が高く、2才以後は、言語発達の状態に関心を示しています。4才、5才児には、言語のほかに、幼稚園などの集団生活への適応、咬合異常、顔についての本人の自覚などへの関心が高く示されていました。このような結果から、親の関心は子どもの成長、発達と治療の進展にともなって変化することが示唆されます。私たちは口蓋裂児に対して適切な治療を行い、正常児と同様な心身の発達を可能にするために、疾患についての理解、治療への協力、子どもの受容などを親に心がけてもらうこと、親と専門家との話し合いの機会をもつことが重要であると考えます。言語治療のみならず、口蓋裂児の治療に関わる専門家は、親から十分な情報を得ることによって問題の所在をより一層知ることができると考え、これを治療に生かしていきたいと思えます。

この報告の一部は、昭和62~63年度文部省科学研究費補助金(一般研究B62480406)により行なわれました。

2 早期療育における 感覚統合療法 —就学前統合保育における実践を 通して—

（なかのしま幼稚園）

仙石泰仁，芝木捷子，中村砂織

（札幌医科大学衛生短期大学部）

佐藤 剛，小野昭男

1. はじめに

障害を持った子供への医療的，教育的対応は，できるだけ早期に始められなければならない。ダウン症や明らかな脳障害が示される脳性マヒのような疾患では，新生児期からの早期発見，早期治療の可能性が高く，その効果も期待できる。しかし，発達遅滞や学習障害児といわれる子供たちの中には，医学的に明らかな問題が認められず早期発見の体系の中で見過ごされてしまったり，発見後の医療や教育における対応の不十分さのため放置され，就学後に問題が表面化してくるケースが数多く認められる。

今回，これらの子供たちに対する就学前療育の一つの試みとして，当園の統合保育の現状と，その中で感覚統合療法の果たす役割について報告する。

2. 当園の障害児保育の歴史

当園での障害児の受け入れは昭和30年に始まり，その後34年間，健全児と障害児がともに育ち合うという理念の基に保育を行ってきた。しかし，当初は障害児に対する具体的な指導法もなく，保育者の個別的な児童観や思い入れに沿って保育を行う，いわゆる理念型指導が中心であった。

図1は当園で昭和34年度から受け入れられてきた障害児の5年間の推移が示されている。ここで使われた分類は，在園中に医師から出された診断書に沿って分類したものである。この分類は，子

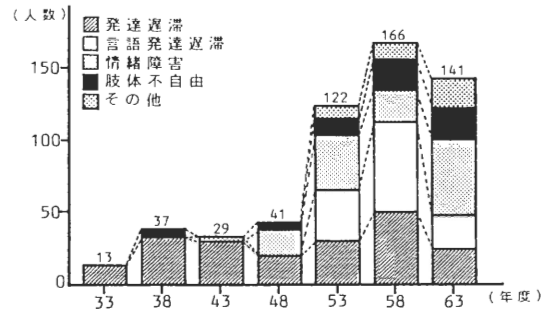


図1 障害別推移

供の主症状を基にしたもので診断名以外にもいくつかの障害が重複している場合もある。

当園に在籍した障害児は34年間で延べ552名におよび，特に昭和40年代後半から急激にその数が増えてきた。これに伴って子供の持つ障害も多様化し，過去5年間の診断書を見ても精神発達遅滞，運動発達遅滞，言語発達遅滞，自閉症，情緒障害，脳性マヒ，水頭症，筋ジストロフィー，盲・聾児，など様々である。中でも言語発達遅滞と情緒障害児の全体に占める割合が高くなってきているのも特徴的である。

このような，障害児の増加や障害の多様化により，今までの保育者の思い入れだけの指導では十分対応しきれなくなり，多角的な視点から子供個々の発達を理解した上で，指導に当たる必要性がでてきた。そこで，昭和58年より作業療法士による治療訓練を幼稚園での療育に取り入れる試みがなされている。

当初は障害児担当の教師を一人置き，その教師が作業療法士と幼稚園との橋渡しの役割を担っていた。しだいに両者のより密接した関係が望まれるようになり，現在では，幼稚園職員として作業療法士が個別的治療訓練と集団での保育という2側面からの関わりを持っている。

治療訓練と保育は最小単位ながらチームアプローチであり，お互いの専門性を生かした中でうまく連携をとっていかなければならない。図2は当園におけるおおよそのシステムを表している。教師と作業療法士は，各々の専門的立場から子供を観察し評価した情報や，両親や医療機関から得られ

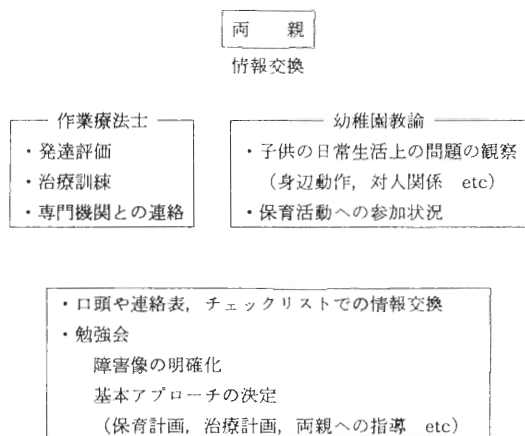


図2 療育のシステム

た情報の交換を行っている。また、これらの情報を基に週一回行っている勉強会で子供の全体像を明確にしながら、望ましい環境設定や保育・訓練の方針、家庭への指導方法について話し合いが持たれている。

3. 感覚統合理論による障害の明確化

当園には、明らかに医学的な問題を持っている子供たちや、重度精薄児以外に、発達遅滞、言語発達遅滞、情緒障害と診断されながらも、その障害が明確でないものや、実際に保育に参加する中で初めて問題が表面化してくる子供たちがいる。この発達遅滞、学習障害児危険児ともいえる子供たちに対して適切な療育をいかに行っていくが一つの重要なテーマとなっている。

当園では教師による日常生活場面での観察、作業療法士による感覚統合理論に基づいた臨床観察、そして、発達検査や感覚統合検査等を通し個々の子供の障害の明確化を図り、指導を行っていく基準としている。今回の報告では、過去5年間に対象となった子供たちの特徴をこれらのプロセスを通じてみる。図3に対象児の概要を示す。対象児数は28名で、男23名、女5名である。年齢範囲は、3歳から6歳11ヵ月である。対象児の中には、保健所や静療院などの医療機関や言葉の教室などで、相談や指導を受けた経験のあるものや、定期的に経過観察を受けているものも若干名含ま

れている。これらの子供たちは、重度精神薄弱や明らかな脳障害を持つ子供は含まれず、WPPSI知能検査の結果では、全IQ80.4、言語性のIQは78.0、動作性IQは86.2という結果であった。

対象児の幼稚園での問題を教師が観察し記録したものの結果を図4に示す。

一番多かったのは言語に関するものである。この中には、発音が不明瞭、理解の未熟さ、2語文がみられないなどの内容を含んでいる。二番目に多かったのは、落ち着きがないというもので、椅子に座ってられない、教室から飛び出す、教師の話をもっと聞いてられないといったものが含まれる。次は運動がぎこちないで、この中にはスキップができない、遊戯ができない、折り紙が上手にできないなど粗大な運動から手先の運動に関

人数	男女	計
	23	28
	5	
年齢範囲	3:01~6:11	
他機関	保健所	6
利用状況	静療院	5
	総合病院	3
	言葉の教室	1
	その他	4

図3 対象児概要

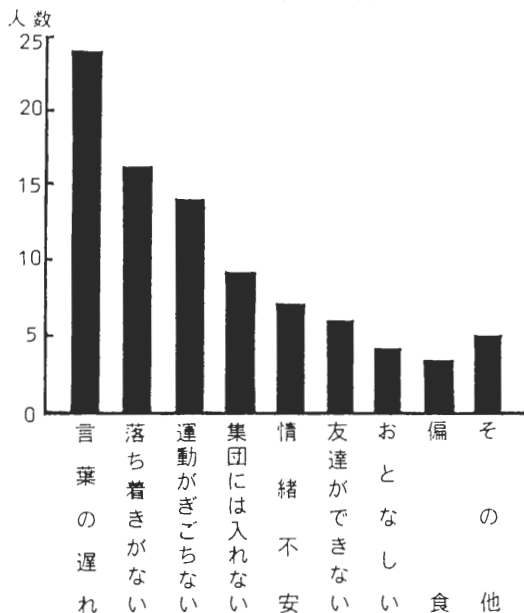


図4 両親・教師があげた主訴

するものが含まれている。そのほか、集団に入れない、ちょっとしたことですぐに泣くといった情緒不安、友達ができない、大人しいといった問題があげられている。

教師により問題が示された子供には臨床観察を行った。その内容を図5に示す。これらの検査は脳の中の感覚刺激の統合過程を反映すると考えら

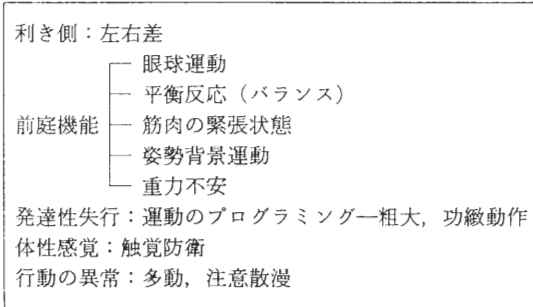


図5 感覚統合理論による臨床観察

れるものであり、1つはからだの利き側の発達状態、2つ目はからだを重力空間のなかで調節する姿勢メカニズムにかかわるもの、3つ目はからだの各部位を目的的に動かす、いわゆる運動プログラミングにかかわるもの、4つ目は皮膚を通して入るさまざまな触覚刺激に対する反応、すなわち触覚防衛の状態、そして最後に多動や注意散漫など感覚統合障害が部分的にも関連すると思われる行動の状態を観察する。

実際に対象児に対して臨床観察を行った結果を図6に示す。評価は、0—ノーマル，1—問題あり，2—非常に問題ありの三段階で数値化し、平均値を求めた。グラフは外に大きく広がるほど障害が重くなる傾向を示している。ラテラルティーに関する利き手と利き目、協調運動は、0.84、0.95と対象児が平均して問題を持つ傾向を示している。前庭系に関する項目では、眼球運動が1.21、神経一筋が0.85、バランスが1.05と高頻度の問題を持つことが示されている。行為に関する障害は、粗大、巧緻、口・唇と高頻度に問題を有し、特に巧緻動作では、重篤な障害が多いことが示されている。

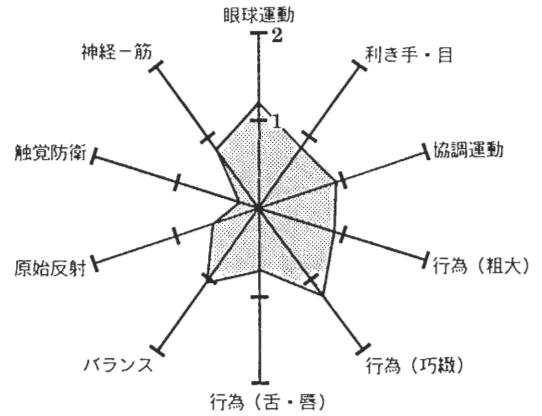


図6 感覚統合障害の状態

次に、標準化された感覚統合検査の一つである、南カリフォルニア回転後眼振検査の結果を報告する。回転後眼振は、回転刺激を与えた後の眼振の持続時間、および眼球運動の振幅などにより前庭機能の評価を行う。抑制性の眼振や過剰眼振はその障害を示す。対象児では、全体の7割が抑制もしくは過剰眼振を示した。

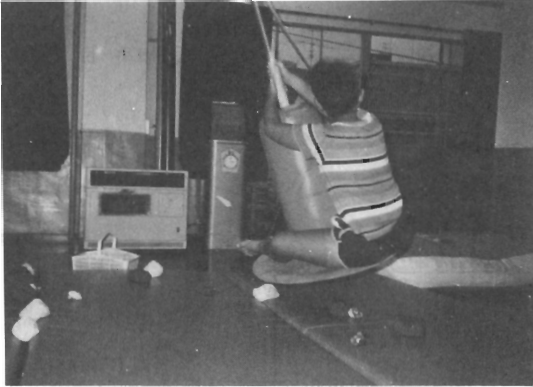
以上、教師や作業療法士による観察や感覚統合検査から対象となった子供の問題は、ラテラルティーの未熟さや、前庭機能の障害、行為に関する障害などといった感覚統合上の障害が多いことが見いだされた。

4. 指導の実際

指導は、個別的指導と集団での保育が主体となっている。

対象となる児童は、感覚統合上の問題を持っていることが、観察や検査より考えられる。したがって、個別指導では、AYERSが提唱する感覚統合療法を中心に行っている。指導には作業療法士が当たり、1対1を原則とし、週1～2回、1時間行われる。

写真1、2は、実際の治療場面である。このような遊具を用いて、感覚入力のコントロールを行い、より高次元な適応反応（例えば身体の内側統合、ラテラルティーや運動を企画する能力）を誘発する。そして最終的には情緒、社会的行動の成熟促



写真I



写真II

進および教科学習の基盤となる諸能力の促進を目標として行っている。

集団での保育では、個別指導で養われた能力をより有効に生活の場で生かせるように援助している。

このように、個別訓練と集団での保育は、常に同一線上にあることが必要であり、特に子供の遊びや遊ばせ方について両者が統一した見解を持つるように連絡を取り合っている。

図7は筆者が実際に指導を行った3年間に、そ

☞情緒面

- ・教師や他の子どもに関わるようになった。
- ・積極的に活動に参加するようになる。
- ・落ち着きが出てきた。
- ・集団の中においても嫌がらなくなった。
- ・乱暴の行動が減った。

☞言語面

- ・言葉の量が増えた。
- ・指示に従えるようになった。
- ・言葉がはっきりしてきた。
- ・文字を少しずつ理解するようになった。

☞運動面

- ・バランスがよくなり運動が上手になった。
- ・外遊びを楽しめるようになった。
- ・友達の真似をするようになった。
- ・はさみを使えるようになった。

☞生活面

- ・お弁当を残さず食べるようになった。
- ・服を一人で着られるようになった。

図7 訓練の効果
(親・教師の記録より)

の効果として母親や教師が記録したものである。全体の8割の子供になんらかの変化が記録されている。内容は、情緒面では教師や他の子供に関わることが多くなった、積極的に活動に参加するようになったなど、言語面では言葉の量が増えた、指示に従えるようになったなどで、そのほかに運動面や生活面でも変化が観察されている。

5. 症 例

症例の概要を図8に示す。氏名Y・S、性別：男、生年月日は昭和55. 5. 25で、現在市内の小学校普通学級に通学している。生育歴では、母親の服薬や、黄疸、ひきつけといくつかのリスクが認められる。母親の記録による運動および各感覚系の発達歴では、バランスが悪い、抱かれることを嫌い、音や視覚的刺激により非常に気が散り易いといった傾向があったことがあげられていた。

当園には、昭和60年4月に入園している。入園当初から様々な問題が教師から出されたが、母親

氏名 Y・S 生年月日 S55. 5.25 性別 男
 生育歴 母親妊娠中貧血がひどく服薬していた。
 出産時黄疸が強く治療を受けた。
 2歳ごろひきつけを2〜3回起こしたが順調に発達した。
 S60. 3 当園入園
 S61. 1 K病院で脳波検査(問題ナシ)
 S61. 4 訓練開始
 S62. 4 A小学校入学(訓練継続)

図8 症 例

は余り問題としていなかった。翌年1月になんとか母親を説得し病院で脳波検査を行うが、異常所見は得られなかった。しかし、その後、行動上に変化がみられず4月より訓練を開始した。訓練は現在も継続中である。

訓練開始時に母親と教師から得たYくんの様子を図9に示す。母親は、ほとんど言葉がでない、ちょっとしたことですぐ泣くなどをあげているが、傾向としてあるだけで問題というほどでない述べている。教師からは、言葉が殆どない、指示の理解が悪い、動作が遅い、などがあげられていた。

WPPSI 知能検査の結果ではIQ57と低い値であるが、注意散漫のため十分集中して課題に取り組めていないことから信頼性に疑問が持たれる。遠城寺式発達検査では6歳の時点で、手指の巧緻性と社会性が3歳レベルで、そのほかは4歳レベルであった。

感覚統合検査および臨床観察から得られた、Yくんの障害の傾向を図10に示す。網掛け部分が訓

母親より	幼稚園教諭より
<ul style="list-style-type: none"> ほとんど言葉が出ない。 ちょっとした事ですぐ泣く。 すぐ転ぶ。運動が不器用。 気が散りやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 言葉が殆ど無い。 指示が理解できない。 動作が他の子からずっと遅れる。 集中力がない。 集団に参加しようとし無い。

図9 訓練開始時の様子

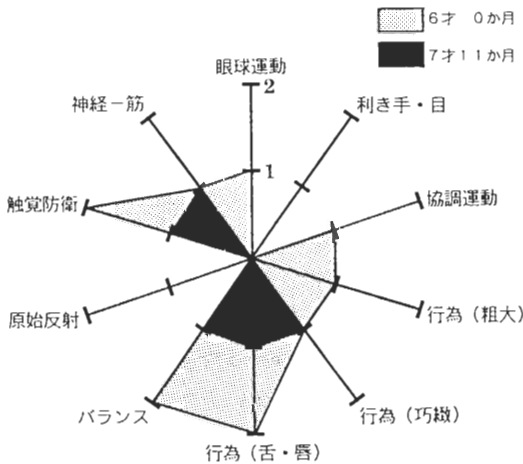


図10 感覚統合障害の状態

練開始時のもので、黒抜きが卒園時のものである。開始時には行為全般に関する障害、眼球運動、神経一筋、バランス能力の未熟さ、ラテラリィーに関する両側協調運動の問題、更に触覚防衛というように、広般な感覚統合障害が認められた。これらは、主訴で示された言語や行為、行動上の問題の背景となっていると考えられる。

個別指導は、前庭系、触覚系へのアプローチを中心に行い、身体像の獲得、両側統合の獲得、触覚防衛反応の軽減を目的に行った。また両親に対しても、定期的面接や、指導時の参観を行ってもらい、Yくんのできることとできないことを明確に認識できるように促した。卒園する頃には、家庭での協力も全面的に得られるようになってきた。

保育では、集団に関わりが持てるようにYくん

に役割りを持たせたり、指示の仕方を工夫した。卒園時には、図10の黒抜きの部分が示すように、依然として問題を有しているものの、程度の面で軽減が認められる。図11は、卒園時に母親と教師が記載したYくんの様子を示している。両者とも異口同音に言語の発達と情緒面の成熟を変化としてあげている。

母親より	幼稚園教諭より
<ul style="list-style-type: none"> 話をする事が多くなった。しかし意味が通じないことが多い。 叱られても少し我慢することができるようになった。 自転車に乗れるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 文章としての話ができるようになった。 集団のなかで指示を理解して行動することが多くなる。 情緒的な落ち着きがみられる。 製作活動等で、完成意欲が持てるようになってきた。 形や数の概念は遅れている。

図11 卒園時の様子

6. 症例を通して見た感覚統合

Yくんの持つ問題は、単に発達の遅れとしては、その障害が明らかにならない部分が多いと考えられる。しかし、感覚統合検査では、それを明確にできるという点で、Yくんの様な現在の医学的な検査では問題が明確に示すことが困難な子供を抽

<p>☑母親より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・足し算ができるようになった。 ・泳げるようになった。 ・バスに一人で乗れるようになった。 ・同じことを何度も確認する。（朝の服装など） ・友達ができない。 ・母親や弟に乱暴することが多くなった。 <p>☑小学校の教師より</p> <ul style="list-style-type: none"> ・授業中にボーとしており話をきけない。 ・集団活動で列に並ぶ、手をつなぐといった行動ができない。 ・応用力がない。（教科学習） ・他の子にからかわれることが多い。
--

図12 現在の様子

出しうる可能性を持っている。

図12はYくんの現在の様子を示している。母親からは足し算ができる、泳げるようになる、バスに一人で乗れるようになるなどの内容が示されている。逆に、新たな問題として同じ事を何度も確認する、友達ができない、乱暴をするということが示されている。小学校の教師からは、再び集団活動での不適応が示されている。これは、幼稚園から学校へと、環境が変化したことでYくんに対する負担が大きくなっていることが考えられる。この背景には、母親・作業療法士と教師の間の関係が十分とれておらず、Yくんに対するそれぞれの相互理解が得られていないことが一つの要因と考えられる。

Yくんは、感覚統合上では現在も改善が認められているが、新たな問題が環境の変化によって現れてきている。このことは、単に訓練を行うだけでなく、子供を取り巻く環境を整えていくことの重要性を示しているだろう。

7. 今後の課題

早期療育における当園での統合保育実践の中で、感覚統合療法が果たす役割について報告してきた。最後に、今後検討すべき課題についてまとめる。

- ①保育現場で、より早期に感覚統合上の障害を抽出できるような簡便なスクリーニングの方法が望まれる。
- ②個別指導と保育との関連をより充実させてい

く必要がある。

- ③両親やその他子供に関わる全ての人々に、障害の適切な理解を促すことが望まれる。
- ④卒園後にも継続した関わりを持つ必要がある。
- ⑤最後に、感覚統合療法そのものにおける有効性についても、また障害像を明確にする上で客観的評価という点についても、まだ不十分であり今後検討を加えていかなければならない。

参 考 文 献

- 1) 佐藤 剛：学習障害，日本作業療法士協会編著：作業その治療的応用，第1版，協同医書出版，東京
- 2) A, Jean Ayres (佐藤剛監訳)：子供の発達と感覚統合，第1版，協同医書出版，東京
- 3) 仙石泰仁・他：中の島幼稚園における障害児保育の現状，北海道作業療法学会誌，Vol.3, No.1,1986

3 施設変更した WEST症候群の一例

(北海道療育園)

深田 優子

1. はじめに

旭川にあります重症心身障害児施設，北海道療育園では，重度の知恵遅れと重度の肢体不自由の重複の障害を持つ園児者が，入所しています。年令層は，0歳～57歳まで，入所目的も園児自身の障害の重さ，医療的ケアー指導，訓練，養護性と様々です。入所者は，旭川のみならず，利尻，礼文島や北海道一円と幅広く，保護者の面会だけでも一日掛かりで，来られる方もいます。月1回の面会でも状況としては良い方です。年2回の一時帰省もありますが，公共の交通機関をほとんど利用できなく，親兄弟の車か，親戚，近隣の方の車を借りて帰る次第です。成人してても，家に帰る

喜びに勝るものは、ありません。しかし、必ず帰れるとも限りません。

その中で、生後6ヶ月より鼻腔栄養で育ち嘔吐、拒否行為により、ほとんど経口摂取されておらず、歩行不安定、多動で危険回避できず、家では目が離せず、歩く時には親が衣服を掴んでケアしていたケースが、当園入所により、栄養カテーテルの抜去、食事の自力摂取が可能になり、ADLの指導、歩行安定、情緒の安定により、現在は養護施設へ、施設変更された事例について、報告致します。

2. 事例紹介

2才10ヶ月の女兒。診断名……精神運動発達遅滞、WEST症候群。在園期間……S61年12月5日～S62年10月1日 10ヶ月間。2才10ヶ月から3才8ヶ月まで過しました。家族状況……両親、本児の三人家族。母はメニエル氏病の再発悪化により、S61年10月より入院。本児在園中も退院の見込みは、ありません。母の入院により父が仕事を休み、近隣にいる伯母の助けを借りて、本児の介護にあたりました。このような状況にて、当園の入所となりました。

成育歴……正常分娩。仮死は無し。生後1ヶ月過ぎより哺乳力の低下。泣いてばかりで、手足のピクツキあり。6ヶ月時、點頭発作あり札幌医大でWEST症候群の診断がありました。3ヶ月間入院し、ACTH、副腎皮質刺激ホルモン療法後、殆ど経口摂取を受けつけず、鼻腔栄養となっています。札幌市肢体不自由児母子訓練センターへ、

表1 事例

	2歳10か月の女兒	
診断名	West症候群 精神運動発達遅滞	
在園期間	S61.12.5～S62.10.1 2歳10か月～3歳8か月	
	入園時	退園時
身長	92cm ……	97cm
体重	12kg ……	14kg

母子入園を2回して経口摂取を試みています。摂取内容は、卵豆腐やお菓子を食べる時もありましたが、液状しか受けつけず、嘔吐しやすく感冒にかかりやすい為、中止が多く鼻腔栄養のままでした。又、母子関係において、初めての子であり体が弱く、お乳を余り飲まず、発作等を、持っている事により母自身に情緒不安定の様子が見られ、本児を拒否するところもあったようで、余り良好とは、言えませんでした。

3. 入園時の状況

鼻腔栄養。歩行不安定であり多動、危険回避が不可能な為、常時目を離せません。親と他人の区別がつかなく、抱いてくれるのなら誰でも良い。注意言葉に顔面を床にぶつける自傷行為を持っていました。

4. 食事指導への取組み

栄養カテーテルをはずす試みをする上で、唾液を口から出す事もなく飲み込んでおり、他施設での経過もあり、経口摂取ができるのではと、期待を抱き進む事にしました。目標は、経口摂取を可能にすること。それにより、食べる楽しさから心身の発達の助長を促せるように取組むことにしました。介護方法として日中のみ、1対1の対応、専任Ns4、5名によりグループ編成をし、夜間、早朝は専任Ns以外にも対応してもらい、Drとの連携をはかり開始しました。

入所翌日、本児は遊びの後に喉が渴いた様子がみられ、少量の牛乳を金属製のティスプーンにて経口より与えてみました。咳込み、嘔吐なし。嫌がる事なく、口を開いて待ち、20cc飲んでもまだ欲しがると素振りを、みせました。本児とのタイミングが良かったようです。乳児が離乳の時期を過ぎごとく、介護者もあせらず、誤飲に注意し、12月11日より離乳食を開始しました。

経口摂取への取組1

嚥下動作と味覚を養う事に重点を置き、昼食、夕食、オヤツを対象にしました。牛乳を好み嫌いな物を口より出しますが、嫌な物を与えないので

12 第1分科会（一般演題）

は無く、一口でも食べてもらうようにしました。気管支炎に罹患し、離乳食の中止が多くなり、治療、処置にたくさんの職員が関わり、本児に恐怖感を与え、専任Nsにまわりつき、男子職員を見るだけで泣くようになりました。

表2 経口摂取への取組み1

S61年12月

	経口摂取量と児の状況	職員のかかわり
12・11	牛乳 10~90ml 離乳食前期 13~110g 嫌いな物を口より出す。	嫌いな物を一口でも食べてもらおうと試みる。
12・21	牛乳を好む。	
12・22	牛乳、ジュース類 20~180ml 気管支炎に罹患 離乳食前期 咳に誘発された嘔吐あり。	食事よりも治療、処置のかかわりが多くたくさんの職員がかかわった。
12・25		

経口摂取への取組み2

気管支炎も治癒し、種々の食べ物を試み、雰囲気作りに重点を置きました。

表3 経口摂取への取組み2

S61年12月~62年1月

	経口摂取量と児の状況	職員のかかわり
12・26	牛乳、ジュース類 5~90ml プリン、ヨーグルト、	色々な食べ物を試みる。おいしさを感じるような雰囲気作りをする。
1・9	お菓子 40~50g 離乳食 20~205g お菓子をカリカリかじる。	

経口摂取への取組み3

菓子をかじる事もあり、離乳食から小児食へレベルアップをしました。しかし甘いオヤツ類を好み、食事の拒否行為がみられました。嫌いな物には、声掛けや歌を歌ったり、一度遊んで、又食べさせる等、本児の要求に振り回されました。職員

表4 経口摂取への取組み3

S62年1月~2月

	経口摂取量と児の状況	職員のかかわり
1・10	水分、プリン、エビセン パン粥75g、副食20g 味噌汁150ml	本児サイドの要求（オヤツ）を満たすために過保護になってしまった。
1・12	小児食（粥、みじん切）×3	
1・13	牛乳180ml、ヨーグルト せんべい、エビセン等 パン粥50~80g	オヤツ類を食べ、食事の拒否や遊びがみられ、介護側も一番つらいときであった。
2・1	小児食×3、副食50g	

にとっても一番つらい時期でした。欲しい物には、他児の食事をとって食べる行為もみられ、咀嚼力を養う為に、三食に粥をとり入れてみました。色々を行なう事により、本児、職員共に壁をのりこえられるようになりました。経口摂取の小児食で841cal、鼻腔栄養で400calと一日1241cal摂取され、入所2ヶ月目で念願の栄養カテーテルを抜去でき、全面経口摂取になりました。介護体制もNsだけでなく、指導員も関わるようになりました。咀嚼力の強化の為にパン粥から粥と米飯の両方を用意したら米飯を好んで食べます。この頃より食事に集中しなくなり、本児用の座卓、幼児用の椅子を使用し、スプーンに本児の手を添えて、食べさせてみました。全面介助よりも集中する事がみられました。手づかみする事もあり、自力摂取への意欲が芽生えてきました。入所7ヶ月目で経口摂取への取組み目標は達成し、食事の自力摂取、自立へと拡大しました。食事形態も小児食常食、軟菜へとアップし食事前後の挨拶、スプーンの持ち方指導をして食べる事が楽しくなり、得意になって見せるようになりました。今回成果がみられた理由として、本児の入園してきた時期と本児自身の心身状態との、タイミングがマッチしたと思われる。本児もスプーンに対し拒否がみられず、職員も苦労したと思われるのは、一時期でした。

5. A.D.L.への取組み

食事指導の成功により、ADL指導の排尿、洗面、更衣へと範囲を広げました。排尿指導に関し

表5 ADL指導

	61年	62年										
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
食事	経口へ		経管抜去				自力摂取へ					
排尿								オムツをはずす取組み				
更衣												
洗面												

では、オムツの状態から日中のみパンツ着用し、オマルに慣れさせる。失敗しても叱らず、不快感や汚ない事を教えていく事により、徐々に日中の排尿時間が確立され、就寝時以外は、パンツだけにしました。3ヶ月間で尿意を知らせ、失禁もほとんどなくなりました。更衣指導では、脱着動作は部分介助のみで可能になりましたが、上着とスボンの区別は、つきませんでした。洗面指導は、うがい水をはき出す事が難点であり、ぬれたオソボリを両手で握って絞る事から、ねじる動作もみられてきました。

6. 運動、言語、情緒面の発達

歩行不安定から走行、階段の昇降が可能になり、言語面も発声のみであります。日常の指示言葉をほぼ理解するようになりました。対人関係では男子職員や父親を見るだけで泣いていたのが、ようやく慣れ、抱きついて行くようになりました。禁止言葉に自傷する事もなく、却って職員にくっついてかかるようになりました。TVを見て見振り、手振りをするようになりました。遠城寺式発達検査でみますと、1才8ヶ月時、家庭にいる時は、移動運動のみで、社会性、言語面は、かなり低かったのですが、入所中、3才5ヶ月時は基本的生活習慣、社会性、言語理解

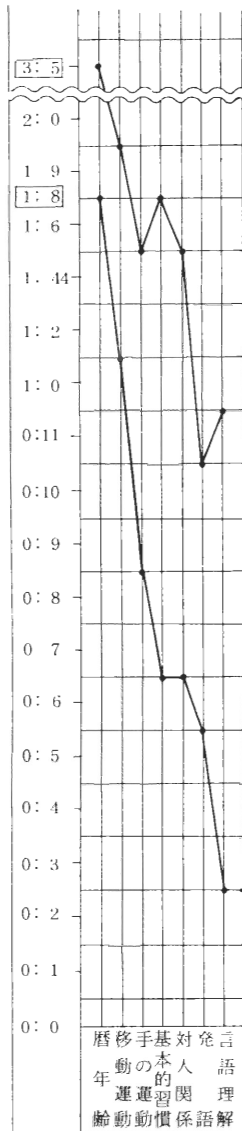


図1 遠城寺式発達検査結果

にと、かなりの伸びがみられました。

7. 措置変更

栄養カテーテルを抜去してから、めざましい成長がみられ、食事指導、自立へ向けての関わり中に排尿、洗面、更衣の同時進行の三指導をクリアしたのも、本児の努力が実ったものです。今後の成長発達に必要な子供同志の関わり、集団性を考慮し、親元にも近い養護施設へ移る事になりました。入所中、父親は毎月面会がありました。入院中の母親より、本児を気づかう言動は、殆ど、きかれませんでした。S62年10月1日に措置変更となりました。

8. 考案

以上について、三つの事項に整理しました。

①WEST症候群について

発作型は點頭発作、頭を前屈させる。発症年齢は生後5～6ヶ月、脳波は、ヒプスアリティミーで、殆ど脳性運動障害の合併があります。報告のケースは、病因において特発型に入り、脳波やCTスキャンで異常がみられてません。予後も大半は不良で、知的欠損がみられますが、報告のケースは、予後も良い方に思われます。

表6 West症候群

発作型	點頭発作（頭を前屈させる）
	シリーズ形成
発症年齢	生後5～6カ月
脳波	ヒプスアリティミー
神経学的	脳性運動障害の合併（80%）
病因	出生前or周産期の脳損傷……………70%
	出生後の脳損傷……………20%
	特発型……………10%
予後	大半は不良
	Lennox症候群へ高率に移行
	高度な知的欠損……………90%
	死亡率……………0～20%

②北海道療育園の抱えている問題点

入所児者の年齢層が幅広く、走行、歩行可能

から寝返りすらも出きない児者たちと、とりまく周辺児者もかなり混在しており、この事は、療育をはかる上で容易なものではありません。日々の関わりの中で、医療的ケア、指導、訓練、家庭的雰囲気の維持、園外活動等を実践しています。処遇の見直しや療育の向上を求める中で、他の療育機関等への考えに広がりました。

③施設変更

入所児者への医療的ケア、種々の指導、関わりを継続する事により、児者の成長、発達のはかられた時や、本人の意欲が十分に、うかがわれた等の場合には、将来性を考慮する必要があります。一度入所したら、そこで、一生を終えるだけでなく、やはり周辺児者も事情が許す限り、好ましい施設等の事も考えたいものです。今回報告したケースも、親元に近い養護施設に移り、その後、母親も退院し本児への面会がみられ、母子関係も良好の方向にむかいつつあり、適した施設へ変更した事が良かったと思われれます。今後も、よりよい方向へと療育を深めていきたいと、思います。

9. ま と め

入所2ヶ月目で、栄養カテーテルが抜去できた。そして経口摂取から自力摂取可能になり、相応の成長がみられてから、施設変更した事例について報告しました。

4 聴覚障害乳幼児の指導の実際

（北海道札幌聾学校）

加藤 克子

1. はじめに

乳幼児期は、心身両面に発達にとって、極めて重要な時期であり、この時期の子育てが子どもの

将来に大きな影響を及ぼすということがいわれています。

昭和63年4月、北海道生活福祉部、保健衛生部と北海道教育委員会が連携し、3歳未満児を対象とした北海道聴覚障害児療育事業の一環として、札幌聾学校に『乳幼児相談室』が開設されました。

それまで、全道の聾学校においても、3歳未満の聴覚障害乳幼児に対して、「教育相談」あるいは「母子教室」といった名称で、学校の奉仕的活動として、担当者を配置して、面接、相談、指導を実施してきました。

この度、正式に乳幼児相談室が開設されたことは、聴覚障害乳幼児をもった両親はもとより、私たち学校の者にとっても大きな喜びであり、励みともなっています。

ここでは、本校で現在行っている指導の概要について報告します。

2. 指導の方針

本校の乳幼児相談室の指導の方針として、大きく2点掲げています。

(1) 聴覚障害乳幼児を持つ両親への援助を行う。

聴覚障害乳幼児の子育てについて、両親からの相談に応じると共に、子育てに必要な配慮を母親と共に考えたり、アドバイスをしたりします。

(2) 個々の子どもの発達の程度に応じ、全人的発達を促すために、主として次の内容について指導する。

◎「基本的な生活習慣を身につける」

たとえ聴覚に障害があったとしても、子どもにとって必要な社会の規範や生活様式を身につけさせなければならないと考えます。

私たちは子どもの発達段階に応じた社会性を育成するため、そして、意欲的な子どもに育てるために、家庭で配慮しなければならない事柄について、両親、特に母親に対して、指導しています。

◎「運動面の発達を促進する」

聴覚障害乳幼児に対しては、障害を配慮した感覚訓練をすればそれで十分というもので

はありません。子どもの望ましい発達を促す為には、普通の子どもと同じく「体力づくり」が基本になります。身体全体を使った遊びを通して、「きこえ」や「ことば」の能力を養うべきだと考えています。

◎「聴覚を活用する」

聴覚に障害があったとしても、程度の差はありますが、どの子どもも必ず音やことばを聞き取ることができることを私たちは経験しています。

残された聴力を最大限に活用させるための配慮をすることが、指導者の大きな役割だと考えています。このため、できるだけ早い時期から、補聴器を装用し、補聴器を通して、日常生活の中の話しことばや音をふんだんにきかせる指導に努めています。

3. 対象児の実態

対象児の年齢、聴覚障害の程度、居住地、聴覚障害発生要因は表1, 2, 3, 4の通りです。

なお、資料は昭和63年10月現在のものです。

表1 年齢別人数

0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	合計
5	12	17	5	7	4	50

この表で、0, 1, 2歳児については今後も新たに障害が発見されて、人数がまだ増える可能性があります。

3歳以上については、肢体不自由、知的発達の遅れ、視覚障害などを併せもつ幼児、あるいは軽度の聴覚障害をもつ幼児で、他の訓練機関や幼稚園、保育所での指導のかたわら、月に3~4回、聴覚障害に関する指導を行っている幼児です。

表2 聴覚障害の程度

	(dBHL:人数)						
聴力	50以下	~60	~70	~80	~90	~100	100↓
人数	2	4	2	6	7	8	21

※聴力は右耳1000Hz

年齢が低いために聴力検査結果の信頼性が充分とは言えませんが、重度(100dB以上)の聴覚

障害として測定された幼児が半数を占めています。

表3 相談幼児居住地

札幌市	東区	20	苫小牧市	1
	西区	6	岩見沢市	1
	南区	2	千歳市	1
札幌市	北区	6	江別市	1
	中央区	3	恵庭市	1
	豊平区	4	北広島町	1
	白石区	3		

札幌市内が多くなっていますが、両親が子どもの遠隔地通学による疲労を考慮して、市外から札幌市内へ転居する例が増えてきています。

表4 聴覚障害発生要因

主な原因		計
出生前の原因	家族性と思われるもの	6 (12%)
	胎性風疹	3 (6%)
	妊娠中出血	0 (0%)
	母体虚弱	0 (0%)
	その他	7 (14%)
出生時原因	早産	5 (10%)
	分娩時の障害と思われるもの	0 (0%)
	黄疸	0 (0%)
出生後原因	髄膜炎	4 (8%)
	疾病による長期の発熱	0 (0%)
	薬物によると思われるもの	0 (0%)
原因不明		25 (50%)
合計		50

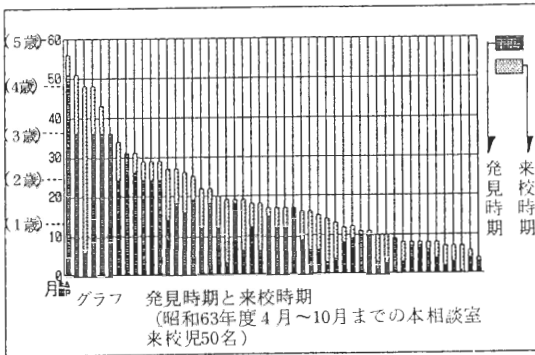
胎性風疹、家族性、髄膜炎等、障害の原因が明確になっているものもありますが、原因不明が大半を占めています。

次頁の表は、両親が、わが子の障害に気が付いた時期と、実際に相談室へ来室した時期の差を表したものです。

縦軸は月齢(年齢)で、横軸は来室している個々の子ども(50名)を示しています。

棒の黒い部分の一番上が障害に気が付いた時期(発見時期)で、白い部分の一番上が来室した時期を示しています。つまり、白い部分の長さが短いほど発見から来室までの期間が短く、また長さ

表5 来校児相談月齢



が長いほど来室までの期間が長いということの意味しています。

この表から、聞こえないようだや疑いを持って病院にいき、障害を診断され、直ちに来室した子ども（白い部分が短いもの）も数名いますが、ほとんどの場合、若干時間を置いてから来室しています。

表6 日課表

1歳児の指導例

時間	内容	備考
9:20	・登室、お手洗い、準備 ・健康チェック、あいさつ 手あそび ・補聴器の点検 ・音のON/OFF、きき取り遊び	天候と子どもの体調を見ながら戸外保育をする。 子どもの名前、母親の名前を聞かせる。
10:00	・リズム運動、ゆうぎ ・感覚あそび ・絵画制作 ・絵本、紙芝居	絵画制作と絵本、紙芝居は隔週です。
10:30	・出席カードにシール貼り ・げんこつ山のためきさん ・あいさつ	
10:50	・退室	

○2学期より隔週1回（木）はお弁当持参、食事の指導をしている。

2歳児の指導例

時間	内容	備考
11:00	・登室、お手洗い、準備 ・健康チェック、あいさつ 手あそび ・補聴器の点検	合同保育はなるべく戸外に出て指導する。 グラウンド、公園 屋上、校舎のまわり、等
11:20	・きき取りあそび ・感覚あそび、リズム、運動 ・絵画制作	絵画制作は隔週です。
12:00	・昼食（お弁当持参）	
13:20	・自由あそび、親との話し合い ・絵本、紙芝居 ・出席カードにシール貼り ・おぼりの歌とゆうぎ	
14:00	・あいさつ ・退室	

表の右側の子どもたちは、両親龔や胎性風疹が聴覚障害の原因となっている子どもたちで、発見時期も来室時期も早くなっています。

表の左側に示している年齢の高い子どもたちは、中途失聴の子どもであったり、軽度の難聴のため、両親が子どもの聴覚障害に気がつくのが遅れたり、あるいは、ほかの障害を併せもった子どもです。

1歳児は親子と一緒に活動することが中心になります。また2歳児は指導者と子どもと、あるいは子ども同士の関わりを中心にした活動をしています。

4. 教育相談の内容

(1) 教育相談にあたっての基本的な考え

聴覚障害児教育を進める上で基本になることは、私たち指導者や母親が子どもの障害に対する正しい障害観や正しい育児観をもつことだと思います。

聴覚障害が発見されると、両親は障害に対する落胆・戸惑い・不安・将来への失望・あきらめ、といったいろいろな感情が頭の中をかけめぐります。そして、聴覚に障害があるということから、「この子は私の言うことは全く聞こえないのだから、何にもわからない」といった絶望感を味わうものです。

その結果、それまで愛情を込めていろいろと話しかけていた母親も、聴覚障害と診断されたらたんに、話しかけが極端に少なくなってしまう場合が多いのです。

しかし、実際に子どもたちを見てみると、耳が全く聞こえないという子どもはいません。補聴器をかけ、音や音声への意識を高める配慮をしなければ、お母さんの声も、身の回りの音も聞くことができる子どもばかりです。ただ、私たちのように明瞭に聞こえる訳ではありませんので、その子の聞こえ方に応じて音や音声の意味を理解させるために、時間と根気を必要とすることは事実です。その時間と根気を考えると、聴覚障害児を持った両親の中には、「何か普通の子どもとは違った特別な方法で子どもを育てなければならぬ」と考えてしまう方がいます。あるいは、「この子は耳

が聞こえないのだからしかたがない」といった気持ちから過保護になってしまうことも見受けられます。

しかし、聴覚に障害があったとしても、普通の子どもの発達と同じ道筋を歩んで行くことには変わりません。つまり、「普通の子育て」が聴覚障害児を育てるときにも基本になるのです。ただ、「普通の子育て」といっても、障害はあるのは事実なので、気持ちの通じ合いを図るための配慮として、例えば「繰り返し話しかける」「目と目を合わせて話しかける」「表情豊かに話しかける」などのことが必要なことは言うまでもありません。

私たちは、まず、母親にこのことを知ってもらい、障害があっても普通の子育てが基本で、その上に障害への配慮があることを知ってもらいます。

このような障害や子育てに対する正しい認識は、実際に子どもと関わる中で実感してもらうことが一番効果的なようです。

(2) 指導の実際

私たちは、学校で実際に子どもと関わる中で、母親に、ことばがない状態から意思疎通を図っていく方法を知ってもらいます。これは、耳が聞こえないからコミュニケーションができないと考えるのではなく、子どもの視線や指さしや身振りの全てを受け止め、指導者が子どもとコミュニケーションを図っている様子を参考にしてもらい、母親に実際の生活場面で役立たせてもらうようにしています。

また、母親の関わり方についても、望ましい方向に向かうようにアドバイスしたり、家庭生活で配慮すべき事柄を指導者と一緒に話し合い、問題を解決して行こうとしています。

しかし、前述したように、なにぶん時間と根気が必要とする子育てですから、時に、思い通りにならない子どもを見て、落胆するお母さんもいます。そのような時には、「今はすぐにはわからないけれど、近い将来必ずできる子」というように、子どもの成長を将来へ向かって見るように励ますことが大切だと感じています。

ここで相談室でのひとつのエピソードをご紹介します。

2歳児の子どもの中に、母親にしがみついたまま離れようとしないうちの子どもがいました。その時、子どもの母親は障害を持つわが子へのふびんさから、子どもを必要以上に甘やかしたり、けじめをつけられない状態でした。

しかし、母親としては「わが子を友達の中に入れて遊ばせたい」という願いはもちろんもっていました。

指導者としては、その母親に対して「お母さんが子どもをかばって、籠の中に入れておいたままでは、子どもはいつまでもお母さんとはなれることはできません。今、お母さんが子どもを抱いているうちはお母さんも安心でしょう。しかし、子どもはいつか自分の力で成長しなければならぬ時が必ずくるのです。まず、いまお母さんの方が『わたしが願っていることが必ずわかってくれる』という子どもを信じる勇気と、子どもが自分で友達の中に入って遊ぶ姿を見守る勇気をもつことです。その子どもへの強い信頼と願いと勇気をもつことです。そうすれば必ず子どもはかわってくるはずですよ。」といました。

母親は涙ながらにわが子を見つめるだけでしたが、気をとりなおし、「A子ちゃん、向こうにお友達がいっぱいいるよ。さあ、遊んでおいで」と繰り返しいいました。しかし、子どもはなかなか母親の手をぎっちりつかんだまま離れようとしません。

私たちは、「お母さん、いま、お母さんがしていることはとっても素晴らしいことですよ。いま、子どもに伝わらなくてもこの繰り返しが、必ず子どもをお母さんが願っている子どもに変えてくれるのです。」

こんなことがあって、その次の指導日がきました。そのときは、母親の顔つきがとっても明るくなってきたのです。その子どもはまだ他の子どもと遊びには参加できませんでしたが、母親は熱心に自信を持って子どもの説得に当たるのです。

そうこうしているうちにいよいよ子どもが新しい世界に身を乗り出して行ったのです。

今ではその子どもも他の子どもと共に遊ぶ楽し

さを知ると同時に、母親から安心して離れられるようになりました。

このことによって、母親も育児に自信を持ち、明るい表情でわが子と接することができるようになりました。

こうした学校や家庭での指導の成果が現れてきた時には、わずかな変化であっても大きな成長として母親と一緒に喜び、教育の成果が必ず実を結ぶことを感じとってもらうことで、母親の子育てに対する自信と意欲を高めることをねらっているわけです。

この過程で、指導者は、母親の子育てに最大限の協力を惜しまない努力をし、母親を勇気づけ、さらに、母親と共に悩み、考え、共に喜ぶ中で共感や信頼関係を深めていくことが何よりも大切だと感じています。

5. 今後の課題

最後に私たちの乳幼児相談室がかかえている課題について2、3述べます。

現在来室している子どもには、早期発見・早期補聴・早期教育による成果が顕著なケースが大変多くなっています。

こうしたケースをより多く増やすためには、保健所での乳幼児検診において、耳がきこえているかどうかのスクリーニングの配慮をしていただくことが一層必要だと考えます。そのためには、今後、医療・福祉・教育のそれぞれの分野の連携が深まること、ますます求められるものと考えます。

また最近、聴覚障害のほかに肢体不自由などの障害を併せもった子どもも多く来室していますので、他の関係機関との連携も密にする手だてを早急に考える時期にきていると考えます。

また、現在、私たちの相談室は3名のスタッフで運営していますが、乳幼児の一人一人の実態に応じた適切な指導を行うために、今後とも指導技術の向上に努め、研修・研鑽を重ねて行かなければならないと痛感しています。

5 早期療育の援助と電話相談

（心の里親乳児保育園）

浜 栄 子

1. はじめに

心の里親乳児保育園（社会福祉法人）は札幌市の中心に近い東区（人口22万人）にあります。昭和48年10月、産休あけ乳児保育園として開園以来、600名近い乳児が入園し、現在、0歳児27名、1歳児15名、職員21名という小さな保育園です。

心の里親乳児保育園で電話による育児相談（011-741-2934）を始めて丁度3年が過ぎました。3年間の育児相談の中から今日的課題である早期発見早期療育への援助につながるのではないかと考えるケースを報告し、何かのお役に立てばと思います。

育児相談にみられる育児不安は都市化や核家族による母親の孤独感、少子出産傾向による育児経験・体験不足によるものと思えることが多くあります。

しかし、この傾向は育児真っ最中の母親だけではなく指導、援助する立場にある関係機関の職員スタッフにも言えることではないかと思えます。そういう意味では育児力の低下を母親だけの問題としてとらえることなく、社会的な問題としてとらえ直してみる必要がありそうです。

以前、育児は家庭で母親がと言われた時代が続きました。当時は家族構成や家庭・地域環境が今とは違い母親の育児は忙がしさはあっても不安は少なかったと思えます。また、保育園も保育環境・保育条件が保育内容を左右し家庭育児に席をならべる努力をした時代もありました。

その後、保育環境・保育条件の充実がみられ保育内容も豊かなものと変りました。

そして、今、家庭育児の援助の場として保育園が求められるようになりました。

2. 育児相談内容の傾向

赤ちゃんに栄養をつけようと思ってミルクに生タマゴを入れて飲ませた話や、テレビの紙オムツのコマーシャルに使われている実験液（ブルー）を赤ちゃんのオシッコの色とっていたという母親の話など特殊な例ではありますが関係者の間で話題になったりします。これらの話しも特殊な例として笑って済まされない状況がすぐにも来そうです。

当園での相談件数は表1にみられるように年令的には0歳児、次いで1歳児、相談内容は基本的な生活習慣が一番多く次いで医学、健康、成長発達と続きます。相談者は母親がほとんどでまれに父親、祖父母、知人などです。地域的には札幌市内が多く電話の便利さから札幌近郊、道内の離島などからもあります。

また、最近、気になる相談として、第2子・第

3子と多子出産の育児の難かしさを訴える母親や兄弟に公平に平等に愛情を注げない母親、ストレートに子どもに愛情をもてないと訴える母親の相談です。

これらの相談者は自分自身が一人っ子であったり、母親の母親、つまり祖母（おばあちゃん）自身、我が子一人しか育てていなく母娘で赤ちゃんを目の前にして困っていることです。つまり「おばあちゃんに聞いてみては？」が通用しなくなってきたのです。

相談内容によっては保育園の子どもたちと一緒にひと時過ごしてみることで母親に“子ども”の姿を見直してもらうこともできるので来所をすすめることもあります。父親も職場を休んで母親と共に来所するなど悩みもほほえましかったり、幼なさに苦笑したりすることもあります。私共はこれらの子育てのありのままの姿としてとらえています。

表1 電話育児相談（乳幼児健全育成相談事業）相談件数

年齢	年 度	基 本 的 生活習慣	成長発達	医学健康	生活習慣	教 育 し っ け	そ の 他	相談内容 延 件 数	相談件数	延 件 数 (相談件数)
0 歳	60	72	19	34	6	12	4	147	109	525 (371)
	61	71	21	73	10	13	4	192	128	
	62	76	23	46	2	23	16	186	134	
1 歳	60	10	13	7	4	8	0	42	28	162 (118)
	61	12	10	23	7	8	3	63	49	
	62	13	18	9	4	10	3	57	41	
2 歳	60	5	17	2	7	7	1	39	29	121 (90)
	61	5	10	7	7	9	3	41	30	
	62	6	14	9	5	5	2	41	31	
3 歳	60	1	9	0	11	7	1	29	19	93 (64)
	61	0	6	3	15	10	3	37	24	
	62	3	14	4	1	5	1	28	21	
4 歳	60	0	1	0	7	5	0	13	11	56 (38)
	61	1	3	1	4	1	0	10	4	
	62	2	15	2	4	8	2	33	23	
5 歳 以上	60	0	4	1	2	2	6	15	11	57 (45)
	61	0	1	3	8	4	8	24	18	
	62	2	6	0	2	2	6	18	16	
年 度 合 計	60	88	63	44	37	41	12	255	207	1,015 (726)
	61	89	51	110	51	45	21	267	253	
	62	102	90	70	18	53	30	363	266	
合 計	60.10.1~ 63.3.31	279	204	224	106	139	63	1,015	726	1,015

資料 心の里親乳児保育園

3. 子育ての不安

多種多様の相談内容から出産、退院、1か月健診、3か月、4か月、6か月、10か月、1歳半、3歳児健診など病院、保健所などの健診で援助することによって解消することもあるのではと思われる相談を中心にのべてみます。

①小さい頃から

- ・第2子・第3子の出産についての不安
- ・障害児を育てている母親の次の子の出産
- ・育児中の子どもへの愛情の不安と妊娠
- ・母親自身の精神的不安定状態と子どもをひとりっ子にさせる不安

②出産を経て退院

- ・今、退院して来たのですが次のミルクはいつがいいのでしょうか？
- ・体重は毎日計っているが増えない
- ・オフロに入ると泣く
- ・ねてばかりいて起きない
- ・泣いてばかりいて眠らない
- ・何分なら泣かせてよいか？

③1か月健診を済ませて

- ・目がみえないのでは？
- ・耳が聞こえないのでは？
- ・ミルクを飲まない
- ・便が出ない
- ・親が風邪をひいてしまったが赤ちゃんへの注意は
- ・オッパイが張らない
- ・いつから外へ出してよいか？

④3, 4か月健診の頃

- ・吐乳が続く
- ・首のすわりが気になる
- ・股関節の検査で形成不全と言われたがどんな病気か？
- ・体重が1日6gしか増えない
- ・歯が生えてきたが歯みがきはいつから？
- ・冬、何枚着せて寝せるのか、ストーブは？湯たんぽは？

⑤10か月頃まで

- ・4か月健診では異常なしだったが5か月と20日でまだ寝返りができない
 - ・8か月になるが寝返りができない
 - ・9か月の男の子、頭囲が大きいと言われた。胸囲を大きくする方法は？
 - ・昨日10か月、ハイハイの型がずり這いで四つん這いでないと指摘され、1歳児健診に呼ばれている不安。寝返り5か月、ハイハイ8か月、お座りからはらばい可能、ハイハイからお座りはまだ。
 - ・8か月で寝返り、今、ハイハイは片ひじづり這い、おすわりはできる。保健所で軽い脳障害があるかもしれないと言われた。骨が柔らかいから日光にたくさん当てるようにと。早期発見と言われているがどこへ行くとよいのか
 - ・10か月。断乳をすすめられた。水や牛乳を哺乳ビンにした。
 - ・10か月母乳を止めて食事をとと言われた。朝、昼、夕と食事にしたが食べない、落ちつかない。みていて母親の方がヒステリックになってしまう。
 - ・10か月健診で歯みがきをしないと叱られました。フッ素はいつ塗るのでしょうか？
 - ・バイバイなどおしえてもまねしない。保健所で様子をみるように言われたが、様子の見方は？
- #### ⑥そしてお誕生日を迎える
- ・エイトボール・タバコ・ぼく汁などの誤飲
 - ・近所の子をたたく
 - ・ものを投げるこわす
 - ・甘え、後追い、母子分離不安
- #### ⑦1歳半健診も済ませ
- ・1歳半健診でことばが遅いと言われた。今までことばに注意を払っていなかったが「指さして何んですか？」
 - ・1歳半健診でことばが遅いと言われた。落ち着きがない、指しゃぶりをしている、もしかしたら自閉症ではないか
 - ・1歳8か月。10か月健診の時、足が立たない

ので様子をみるように言われて1歳6か月で訓練をすすめられたが行っていない。今も歩けないし知的面も遅れているように思うが。

- ・2歳になっても話さない。1歳半健診で指摘され再度呼び出されているが行っていない。いらいらして物を投げつけたりする。ことばを教えるために公文にしているが効果がない。
- ・2歳。絵本を呼んでやっても集中しない。カセットのおはなし、うたは体をゆらして楽しそうにする。

⑧ことば、身体の発達の不安と3歳前後

- ・2歳11か月。知人にことばの遅れを指摘され、3歳児健診受診が不安
- ・2歳4か月。階段の登り降りが下手でころびやすい。胸囲より頭囲が大きい。1歳半健診でも相談したがよく聞いてもらえなかった。
- ・1歳半健診で指さししないと行うことでことばの指導を受けた。ことばの勉強会にも行った。1歳11か月で斜視の手術を受けた。今、3歳。ことばを少ししか話さない。友だちに自閉症ではと言われた。
- ・2人兄弟の第1、子4歳。チョロチョロして遊べない。保健所では異常なしと言われた。父親は手がかからないけれど知能は低いので

はとクールに言う。

これらの不安解消のためには、その母子に合った具体的援助を考えていかなければならないでしょう。

体重が増えないことをスキンシップ不足と言われ、赤ちゃんを弄り疲れる母親。3回食をとすすめられ日中3回食事を用意し授乳を夜間に回したり、断乳の意味がよくわからず、飲み物を哺乳ビンに変えたり、寝返り、ハイハイ、歩行、ことばなど様子をみましようと言われ様子のみ方や働きかけがわからずにいたりします。わたしたちがまさかと思うようなことで悩んだりつまづいたりしていることが意外に多いのです。

4. 乳幼児健診と不安解消

相談内容のうちの乳幼児の発達の遅れやつまづきは多くの場合、個人差や正常の範囲であろうと思われるものです。

しかし、子育てをしている母親がもっている悩みや不安については、十分に受け止め対応していく必要があると思います。

育児の悩みや不安を上手に訴え相談できない母親——悩みを聞いてもらえなかった。思ってもいなかったことを言われ、よくわからないまま帰って来た不安。一方的と思える指導方法——など、

表2 乳 児 期 の 状 況

	よくあった	ややあった	数	発現率(1)	発現率(2)
ア. 動きが少なく、泣き方が弱い	18	11	29	53	39
イ. 激しく泣いてばかりいた	1	1	2	4	6
ウ. 表情乏しく笑わない	10	9	19	35	30
エ. 乳を吸う力が弱い	20	9	29	53	46
オ. そり返りが強かった	3	4	7	13	18
カ. けいれんがみられた	1	4	5	9	12
キ. 体が硬くなり抱きにくい	1	2	3	5	9
ク. 体が柔かく抱きにくい	12	8	20	36	18
ケ. 手足の動きに左右の差がある	4	3	7	13	18
コ. テレビをよく見ていた	7	2	9	16	21
サ. 一人でも平気でおとなしく寝る	18	10	28	51	58
シ. あやし言葉が少なかった	6	6	12	22	18
ス. 首のすわりが遅かった	9	13	22	40	24
セ. ねがえりが遅かった	14	14	28	51	46
ソ. ハイハイが遅かった	23	13	36	65	55

資料 札幌市私立保育所連合会

表3 障害種別にみた障害に気づいた機会

障害種別	機会 出生と同時に	病気・事故などの治療を通して	発達標準値や他の子供と比較して	市の乳幼児検診で	保育園保母に指摘されて	その他	NA
肢体不自由	1		4	2			
自閉症			5	1			
情緒障害			2		1		
言語障害			4				1
精神遅滞			5	4		1	
ダウン症	19	2		1		1	
NA							1
計	20	2	20	8	1	1	2

資料 札幌市私立保育所連合会

指導、援助に当たる側では気づかないところで母親たちはどうしてよいかわからないでいるようです。

悩みや不安をとり除くこと、すなわち、悩みや不安に耳を傾け具体的に援助することが肝要です。健康に育つための早期援助が、早期療育の手だてのひとつでもあろうと思います。表2は、私もメンバーのひとりとして調査したのですが、障害児として保育を受けている子どもたちの乳児期の状況です。

数字だけで拾って見ますが、よくあったとややあったを加えて①ハイハイが遅かった。②乳を吸う力が弱かった。③寝返りが遅かったなど、育児相談の内容と類似していることをみると、母親の直感に私共が耳を傾ける価値があると思います。専門家の知識と親の直感が子どもの姿をありのままとらえることができたとき子どもにとって最もよい援助を得ることができるでしょう。

このことは、表3「障害種別にみた障害に気づいた機会」によると、肢体不自由、自閉症、情緒

障害、言語障害、精神遅滞いずれも発達標準値や他の子どもと比較して母親の目が子どもの障害に気づいています。出生時の発見と同じ数字です。表4の新生児期の状況も新生児期異常なしと言われた子どもたちです。少なくとも母親たちは異常なしと言われたと思っています。

5. 早期療育の課題として

保育園で地域の育児相談を受けながら、今、母親や子どもたちがおかれている状態や状況を把握し、相談者（多くの場合母親）と電話で話し合うことによって解決すること、または解決の糸口や方法を具体的に母親と考え合うことで自分達で見つけた子育てに安心感がもてることが多くあります。その後は母親の力だけで十分に育児力は回復していきます。

電話だけで難しい場合は来所、または、他の機関へ紹介することになるのですが、来所（保育園）は母親自身の目で他の子どもたちの生活、あそび

表4 新生児期の状況（一部重複）

	異常なし	未熟児	低体重児	奇型	分娩損傷	呼吸障害・チアノーゼ・死	けいれん・筋緊張異常	新生児低血糖症	保育器使用	糞だんがひどかった
肢体不自由	2	1	1			4	3	1	2	
自閉症	6									
情緒障害	3									
言語障害	4									1
精神遅滞	6		1		1				2	2
ダウン症	4	1	6	2		5			10	6
NA							1		1	
計	25	2	8	2	1	9	4	1	15	9

資料 札幌市私立保育所連合会

表5 障害種別と障害に気づいた月齢の関係

種別 月齢	肢体不自由	自閉症	情緒障害	言語障害	内部障害	精神発達 遅滞	ダウン症	他	N・A	計
出生児 0歳	1			4	3	3	13	1		25
0:01							8			8
0:03										
0:06	3					2		1		6
0:07	1			1		2				4
0:08			1			1				2
0:09	1			1		2				4
1:00	1			1						2
1:02		1	1	2		2				6
1:04	1					1				2
1:06		1	2			3				6
2:00		1		1		1				3
2:03		1	1			1				3
2:06				2		2				4
3:00		1		1		2				4
3:05				1		1				2
3:08				1						1
N・A				2			1		1	4
計	8	5	5	17	3	23	22	2	1	86

資料 札幌市私立保育所連合会

の様子にふれることができ遅れや問題や課題を自覚する機会にもなります。

母親が気が付く遅れや問題や課題を具体的に援助する機関となると、現状ではまだまだ不十分であり、相談、診断されてからスムーズに療育を受けられるシステムの必要性を強く感じています。

育児相談を受けながら相談月齢に近い乳幼児健診を頭におき、前回の健診、その後の子どもの様子、変化、そして当面すべきこと、観察すること、次回の受診時に話すこと、聞いてみることなど確め合い、それまでに不安であったら電話または直接保健所や医療機関へ行ってみることをすすめています。その対象の子どもたちが具体的に他の子どもたちとの生活の場（保育園など）にもどって来ることはまだまだ難しい状況にあります。

前述した札幌市私立保育所連合会の調査での医療機関や児童相談所で診断されてからどのような援助を受けたかをみると他の医療機関、相談機関を紹介してくれたが29%、訓練治療を開始したが23.6%、定期指導を受けたが18.2%、何もしてくれなかった12.7%、その他16.5%となっています。

が、援助回数は月一回が最も多く、月4～5回が次いでいます。この状態からは将来の見通しは立てにくく、親は不安を残したまま生活することになります。

表5にみられるように障害に気づく月齢が3歳までに多くあることをふまえ、乳幼児期の健診が受診する母子の立場に立って援助することによって早期療育につながっていくことを願って育児相談からの報告とさせていただきます。

⑥ 18ヶ月健診における発達相談について

（苫小牧市立啓北中学校山なみ分校）

吉田 裕二

1. はじめに

苫小牧市の乳児健診は、昭和61年に4ヶ月健診をはじめとする10ヶ月乳児健診、昭和63年1月に18ヶ月健診をはじめたのですから、全道的にこれ

らの取り組みの遅い地域といえます。こうした状況の中、本研究会を通じ取り組みのまとめができる機会をえたことに感謝致します。

さて、苫小牧市の発達相談のあり方を述べる最初に、何故中学校の教師がこの発表をするのかという点をふまえ、苫小牧市の18ヶ月健診における発達相談の基本的位置付けとその基本姿勢に就いて述べたいと思います。

私の教員経験はわずか16年、僻地教育をスタートに、昭和51年に苫小牧市に情緒障害児学級が開設する時に苫小牧市立緑小学校に着任しました。そこに、12年間いて、今年移動で中学校にいきましたが、その間、次のように幼児の相談と指導をしてきました。

- S51・4 苫小牧市立緑小学校
情緒障害児学級開設
- S52 緑小幼児教育相談開始
- S53・4 市嘱託職員1名配置される
幼児相談と幼児指導の始まり
- S55・9 市嘱託職員2名配置される
指導体制の強化

このように全道的にまねた幼児の指導体制が小学校にできましたが、早い時期に指導の必要性を感じた理由ですが、これを結論的に述べますと、①障害の軽減、指導の効果をあげるためには指導の開始は早ければ早いほど、可能性が大きいということ。（学級開設時に就学猶予をしていた子が三人いて、その子たちの指導上の課題とぶつかった時の実感）

②自閉性障害や親にとって関わりが難しい子や障害が重ければ重い程、早く指導しないと二次的な障害も大きくなり、フォローが難しいということ。

こうして、早期発見・早期療育を痛感させられ、私共にとって障害児教育や障害児の療育を考える時の基本理念になったわけです。

さて、発達相談員にかかわる部分ですが、苫小牧市では、昭和56年に「地域医療協議会」が早期発見・早期療育の理念のもとに乳幼児健診の緊急性並びに保健婦の確保を基本にした条件整備の方向を提案しました。

しかし、保健婦は確保できたものの、発達相談員の確保が難しく、市の暗中模索の網に私共がひっかかったわけです。

先に述べたように、教師である私共がこの乳幼児健診にかかわるには教育サイドもしくは療育サイドの人間がたずさわるメリットを充分考え、全道的に取り組みの遅れた苫小牧市の乳幼児健診に係わりたいという願いを大切に、取り組んできました。

以後、その基本的な取り組みの一端を述べます。

2. 乳幼児健診の基本姿勢

まず第一は「健診時期と健診の基本姿勢」の整理に関する問題です。

つまり、健診時期が18ヶ月か24ヶ月前後が良いのかという点です。

- ①障害の発見をベースにした健診
 - ②発達の遅れをベースにフォローのあり方を求める健診
- なのかという点の整理です。

私共は、これまでの幼児相談、指導上の経験から

- ①の方向で実施するには、二才前後がよくその基本姿勢は、親に「障害や発達の遅れ」の認識をどのように伝えていくか。障害をどう知らせていくかという体制作りがキーワードと考えていました。
- ②の方向で実施するには、18ヶ月でも十分で、障害差か個体差かがこん然とする中で、それを整理する取り組みが前提で、育児問題の延長上で相談にのり、ヒトの発達そのものを援助していく方向が体制作りのキーワードと考えていました。

私は、この整理の仕方が健診の「フォロー体制作り」に大きく係わると考えています。特に、親にその子の「障害や遅れ」をどう知らせていくかという方法で質的な差をもちうると考えています。

苫小牧市は、②を選びました。そして、保健婦さん方の強い要望で集団健診を選びました。

3. 発達相談には発達の指導の視点が必要

第二は、親と指導者の痛みにつながる部分です

が

- (1) 早期発見・診断の傾向が強いと、レッテル貼りの因子が強くなること。
- (2) 「もう少し様子を見ましょう」の姿勢が中心でなく、親にどう関わったらよいかの基本姿勢にない相談の場は、親の不安を大きくすること。
- (3) 幼児の発達を促進させるには、障害種別のフォローより、親にとっても発達そのものに対するフォローの仕方が取り組みやすいということ。これらの視点を乳幼児発達相談の課題として「発達相談・幼児相談＝発達の指導」というこれまでの理念を如何に具体化するか。「親に指導の方針をどのように示すか」という体制をどのようにつくるかということです。

そして、この時期の相談内容や発達上のトラブルを整理していくためには、

- ・ことばの遅れを中心に相談できる視点を持つこと
- ・疾病に関わる発達障害のおさえと、今の医学では原因・治療が十分おさえられない「発達障害」のおさえをしっかりとすること。

さらに、その上で親の子供理解、程度によって療育につなぐための「2次機能」のフォロー体制を乳幼児健診の延長上に作るということ（苫小牧市では、現在「なかよし教室」を実施）が、乳幼児健診ではどうしても②の視点からは必要になると考えます。

4. 発達障害をフォローするためには

第三には、発達障害に係わる認識の整理です。はじめは、個体に関する取り組みのための視点です。

- (1) 発達障害はあくまでも臨床像による診断がベースといわざるをえません。そのことは、指導者の立場からみると、ひとりひとりの子供の方針もフォローの方針も「経過の中で検証」をベースに作り上げていくことが重要である。
- (2) ヒトとしての発達の伸び方に中心的課題があるので、療育・教育サイドでは能力的視点に機能的視点も加味していくことが指導の効率上有

効である。

例えば、「歩行が心配である」

状態増；よたよたしている。つま先歩行が多い。

どたどたしている。ころびやすい。等能力的視点；上肢と下肢のバランス、姿勢と重心、階段の上り下り、段差の乗り越え、坂の上り下り、平衡感覚等。

機能的視点；支持面と重心、体幹、姿勢保持体幹の立直り、筋トーンズ、頸性反射からの解放、姿勢の変化、重力不安等。

- (3) 発達障害は連続的・持続的な学習の障害でもあるので、個体に対する環境の因子の関わり方が大きいこと。とくに、二次的発達障害の因子が幼児期には大きいこと。

以上のような視点が、発達障害において個体差が障害差かを整理していく時重要と考えます。

次に親の立場からの整理です。

私には、指導者として発達障害をフォローしていく仕事についてますます痛感するのは、発達障害のフォローは親に障害名を知らせることが中心的課題とは思えないこと。発達障害程、個体援助のために親を中心にした環境因子のフォローが大切であるという視点です。

具体的に言うと

- (1) 親の子供理解と育て方の理解をすすめる。
- (2) 家族としての取り組みや姿勢を援助する。
- (3) 親自身の生活や生き方の模索を認めながら取り組む。

これらの視点が、親を中心に取り組みまれていく過程そのものが、個体を援助する重要な方針になり得るということです。

言い換えると、親がその子の発達の遅れを理解し、家族の幸せを考えながら生活の充実を求めようとする時、発達障害児に望ましい環境ができることです。

このように発達障害のフォローを考えていく時、乳幼児健診は発達障害に対しては、指導者という立場からは点にすぎないと言わざるをえません。

しかし、この点との出会いが極めて重要であることを幼児の相談・指導をする中で痛感してきま

した。

ですから、「乳幼児健診でフォローをめざす発達相談」では、親の立場を考えると、親に障害名を知らせていく姿勢がベースではなくわが子の遅れを理解する過程を支援する「出発のための姿勢」が、わたしたちにとって重要と考えます。

5. 苫小牧市の18ヶ月健診の実際

そうした基本姿勢に立って、苫小牧市の健診の概略を紹介します。

(1) 苫小牧市母子保健システム

以下のように位置付けられ、フォロー体制とながりをもっています。（次頁の図1参照）

(2) 実施状況と受診率

苫小牧市の年間出生数は、昭和62年度は1,967名です。年間約2,000名の規模の実施状況としては、下記の受診率ですからよい出足と考えます。

- ・昭和62年度 84.5%
- ・昭和63年度（9月末現在） 92.1%

(3) 18ヶ月健診に係わる発達相談のフォロー実数とその体制

表1 実施状況（9月上旬まで）

	対象数 A	受診数 B	受診率 B/A	内科診察判定結果				
				異常なし	要指導 身体	要指導 精神	要精検 身体	要精検 精神
人数	1,460	1,305	89.4%	959	278	56	24	0
Bに対する%				73.5	21.3	4.3	1.8	0.0

表2 事後支援を必要とする者

体格面	運動面	精神面	栄養面	その他	なかよし教室	歯科クリニック	(実数)
16人	21	87	78	17	42	92	307
1.2%	1.6	6.7	6.5	1.3	3.2	7.0	23.5

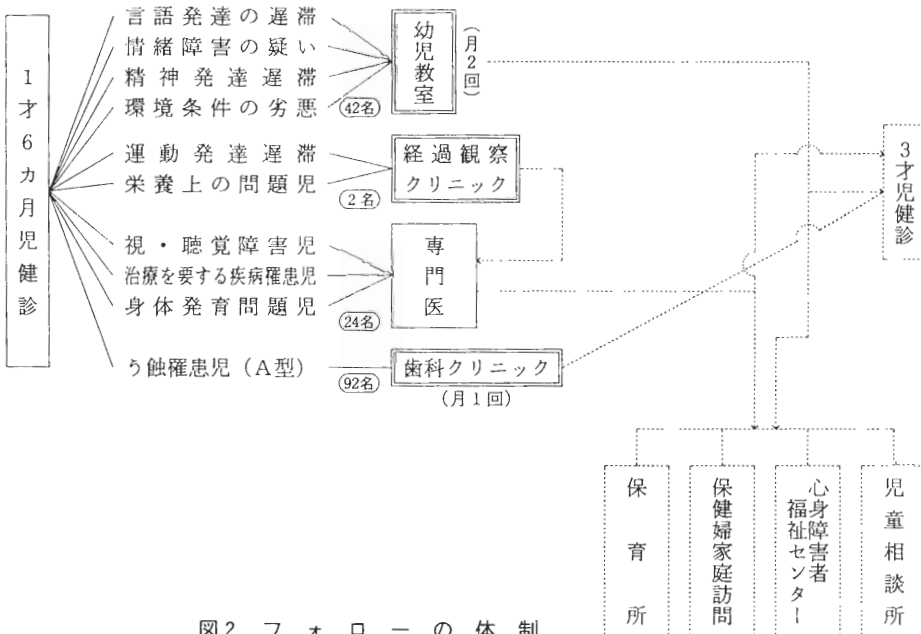


図2 フォローの体制

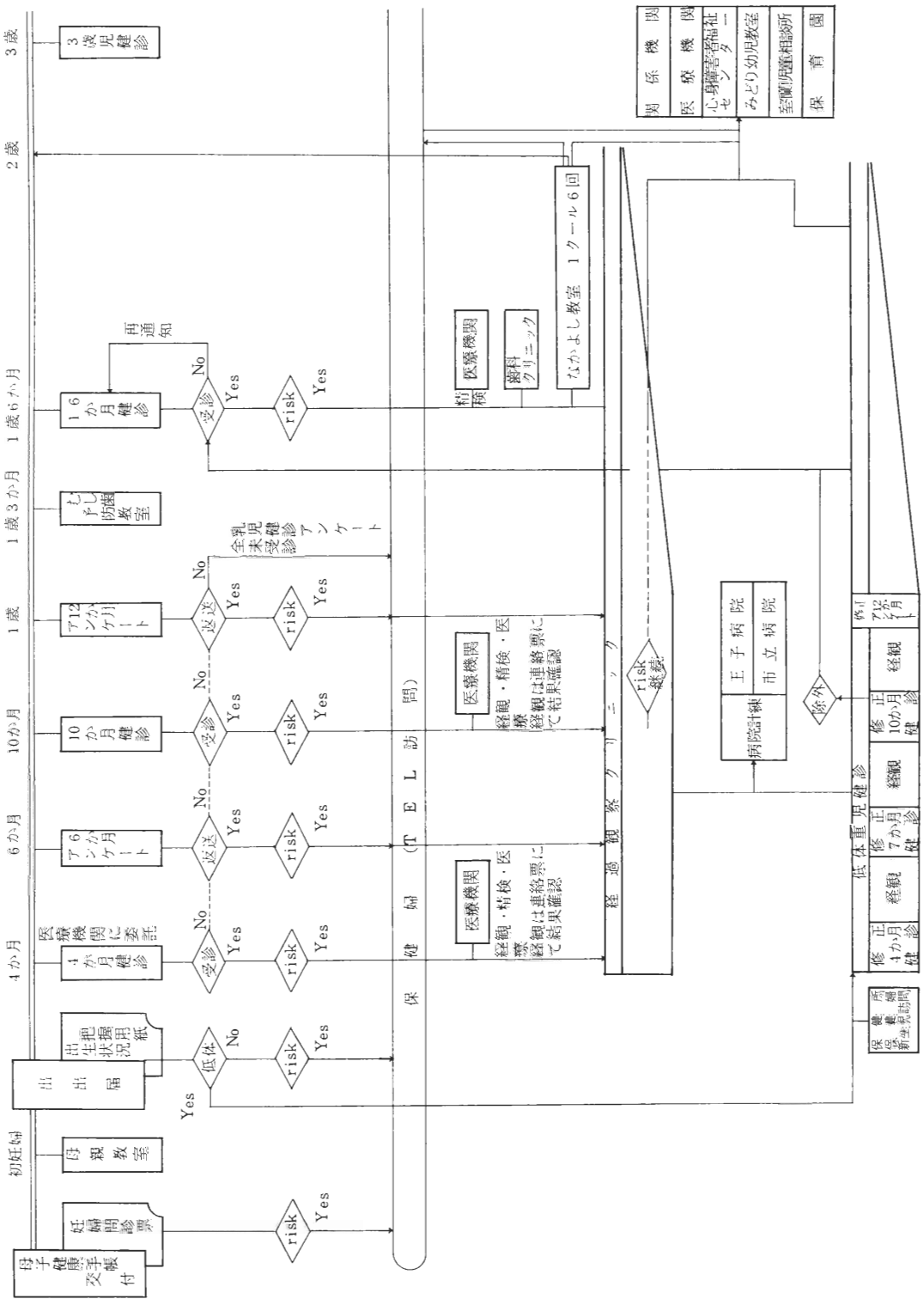


図1 苫小牧市母子保健システム

表3 発達相談のフォロー

	指導数	指導結果				
		教室かよへし	他機関へ	保健婦へ	その他	指導終了
人数	96	39	0	27	4	26

6. 18ヶ月健診における問診と
発達相談との連携について

(1) 発達相談を受ける対象

発達上、成長に問題が予想される乳幼児で、問診による発達チェックによりそのことが確認され、育児者の理解（受診）が得られた者

(2) 発達上、問題が予想される乳幼児とは

- ① 問診項目 41, 42が重なるもの
- ② 問診項目のいずれかと発達上のチェック項目が一つでも重なり、育児上、母子関係の成立がよわいもの
- ③ 母子関係の成立とは、アタッチメント理論に

もとづく行動をさす。

(3) 問診による発達チェックとは

上記の視点の整理に従い、健診カードの項目から、下記のように項目を分類し、

- ① 育児者からの聞き取り
- ② 乳幼児の行動観察を通して発達状態の確認を、「仮称発達相談マニュアル」に基づいて行なう。

(4) 発達チェックの分類

既成の発達検査の項目を検討し、健診カード（問診）と発達相談の項目との連携を下記のようにおさえる。

発達相談項目	問診項目
① 歩行と姿勢	23.24.
② 母子関係と遊び	25.26.31
③ ことば	28.29.30
④ 自我形成	27.32
⑤ 道具の操作と認知	36.37.38 39.40
⑥ 育児と基本的な生活習慣	33.34.35

表4 発達相談マニュアル

発達状況	②1.歩く 歩き方	始歩年齢（ 歳 か月）	a.問題なし b.つま先歩き c.ヨタヨタ歩き d.〇脚 e.X脚 f.その他（ ）	2.歩かない a.つかまり立ち b.つたい歩き c.ひとり立ち	観 察 行 動	⑤はめ板（180°回転） 1.できる 2.家でできる 3.できない ⑦絵本に興味を示す 1.する 2.家でする 3.しない ⑧絵本ページをめくる 1.できる 2.家でできる 3.できない ⑨絵本指さし 1.できる 2.家でできる 3.できない ⑩らく書き 1.する 2.しない	④1.特になし 2.ひとりで置かれても平気である 3.かんが強くぐずる 4.落ち着きなく目が離せない 5.いつもままとわりついてうるさい 6.人見知りが強い 7.その他（ ）	こ れ ま で の 発 育	②1.問題なし 2.发育劣っていた 3.運動発達の遅れ 4.おとなしくて育てやすかった 5.泣いてばかりで育てずらなかった 6.人見知りがほとんどなかった	④以前の健診・アンケート結果 1.4か月 a.異常なし b.（ ） 2.10か月 a.異常なし b.（ ） 3.12か月 1.6要確認（ ）	計 測 値	④体 重 ⑤身 長 ⑥胸 囲 ⑦頭 囲 ⑧kaup指数			
													④手をはくと階段を昇る 1.できる 2.できない	⑤模 倣 1.する 2.しない	⑥おもちゃで遊ぶ 1.する 2.しない
生活習慣											kg	cm	cm	cm	
											SD	SD	SD	SD	

(5) 発達相談項目と発達チェックの視点

下記の様式・視点をもとに実施しているが、視点そのものによる一つ一つのチェックではなく、チェックをどう組合せて乳幼児の遅れや課題を整理し、指導の方針をたてるかということを重要課題として取り組んでいます。

7. おわりに

発表では、最後に「なかよし教室」のフォローの実際を、運営計画や主な流れ等紹介しましたが、今回のまとめでは省かせて頂きます。

表5 1年6ヶ月児健診発達相談用紙

児氏名		男・女	年	月	日生	問診者	
育 児 環 境	育児担当者	母・父・祖父母・姉妹兄弟・()					問 診 者 の 所 見
	相談相手	夫・両親・友人・知人・専門家()・いない・育児書					
	1.	夫が育児に無関心					
	2.	育児が楽しい。子供が好き。					
	3.	仕事が忙しくゆっくり見れない。					
	4.	子供の遊び場が近くにない。					
	5.	祖父母・夫と育児について意見が合わない。					
	6.	他の子供に手がかり育児が充分に行なえない。					
	7.	近所と子供の交流がない。					
	8.	子供の育て方がわからなくなるときがある。					
9.	その他						
行動観察と発達チェック						検査者	
検査時の状態：機嫌が 良い・普通・悪い、寝ている。その他()							
1.	歩行と姿勢					主 な 指 導 内 容 話 題 の 内 容 確 認 事 項	
23	重心の広さ、上肢との連合、高さに対する反応(タカイタカイ、階段)						
24	方向転換と姿勢、頸性反射と頸運動						
	しゃがみ込み、坂、筋トヌス						
2.	母子関係と遊び						
25	人見知りと後追い、マイコンタクト、対人認知						
26	呼応反応、ほほえみがえし、関わりとスキンシップ(体性感覚系)						
31	遊びの状況(ひとりあそび、感覚あそび、テレビとのかかわり)						
3.	自 我						
27	要求の仕方(欲しいもの、食事)意欲の伝達(イタミ、排泄)						
32	かんしゃく、パニック(思うようにならない時)						
	同一性の保持(がんこ、わがまま)、感情表現(うれしい時、悲しい時)						
4.	ことば					所 見 子 ど も の 問 題 点 育 児 の 課 題	
28	理解言語(オイデ、マンマ、ネンネ、ちょうだい、どうも、バイバイ、……)						
29	身振り表現と指さし、模倣						
30	構音の状態						
5.	道具の操作性と認知					事 後 に つ い て	
36・39	追視、視野、注視、眼球運動と頸運動						
37・40	試行錯誤と操作性、興味関心と対象認知						
38	左右の操作と手指の機能						
6.	基本的生活習慣						
33	排尿とその間隔、洗顔と歯みがき(頭洗い)						
34	睡眠と生活リズム(睡眠までの様子、眠りの状態)						
35	食事と偏食・異食、しつけとしての応対						
7.	その他						
	指示の成立						
	対応の難しさ						
	よそに(外出時)連れていった時						

7 特殊教育センターにおける 教育相談の実情

（北海道立特殊教育センター）

高 本 進

道立特殊教育センターは昭和62年9月に開所し、1年余りたちました。今日は、当センターにおける教育相談の状況について報告します。

まず始めに、特殊教育センターの設置目的や事業内容についてお話しします。

1. 北海道立特殊教育センターの事業概要

特殊教育センターは、特殊教育の対象となる児童生徒の障害の重度、重複化及び保護者等の特殊教育に対するニーズの多様化に対応し、特殊教育の内容、方法の充実、改善及び教職員の資質の向上等を図るため、心身障害児の教育相談、指導、特殊教育各般にわたる研究、教職員の研修等を総合的、専門的に行い特殊教育の充実を図ることを目的としています。

そのため、特殊教育センターでは、心身障害児とその保護者等に対する教育相談、特殊教育に携わる教職員に対する研修、特殊教育の今日的な課題に関する研究及び理解・啓発の4事業を行っています。

2. 教育相談事業の概要

(1) 特殊教育センター設置の背景

本道の教育関係機関における心身障害児の教育相談の推移をみますと、学校では盲・聾学校で教育相談という形で就学前の幼児を対象に相談・指導が行われ、逐次これらの学校に幼稚部が設置されてきました。その後、心身障害児の教育相談機関として、昭和53年9月に福祉と教育が連携し北海道中央児童相談所に障害児教育相談室が設置され、巡回教育相談に重点をおき、主として就学に関する相談を行ってきました。

その後、特殊教育の歴史において、昭和54年養

護学校の義務制の施行、56年国際障害者年、57年ノーマライゼーションの理念に立脚した障害者に関する北海道行動計画の策定等、その流れを大きく変えてきた時代でした。保護者の方々の早期からの相談や継続的な相談へのニーズの高まり、また、特殊教育の対象となる児童生徒の障害の重度・重複化に対応する教育相談等が求められてきました。そこで、教育相談機能の一層の充実と医療、福祉、教育の関係機関が協力し、連携のとれた機能を十分に発揮して効果ある対応を図るため、北海道立心身障害者総合相談所や北海道中央児童相談所と同一敷地内に特殊教育センターが設置されました。

(2) 教育相談事業の概要

特殊教育センターの教育相談の目的、方針、内容及び相談の形態等は次のとおりです。

ア 目的

心身に障害のある幼児、児童生徒について、総合的な観点から、障害の状態等を的確に把握し、保護者等に対して、適正な就学等の相談・助言を行い、その健全な育成に資する。

イ 方針

心身の障害の状態を把握するために教育的考察とともに、必要に応じて北海道立心身障害者総合相談所及び北海道中央児童相談所の専門的機能を活用し、総合的観点からの適切な指導・助言を行い、効果的に事業を推進する。

ウ 内容

(ア) 心身に障害のある幼児の早期教育及び家庭教育に関する相談・助言。

(イ) 心身に障害のある幼児及び児童生徒の適正な就学並びに就学のための諸能力の育成等に関する相談・助言。

(ウ) 市町村教育委員会から就学指導に関する相談・助言。

(エ) 教育相談及び就学指導に関する資料の収集・提供。

エ 教育相談の形態等

教育相談の方法は、特殊教育センターにおいて行方来所教育相談と特殊教育センターから職員を

道内各地域に派遣して行く巡回教育相談がある。

また電話や手紙による相談も行っています。

教育相談実施に当たっては「視覚障害」、「聴覚・言語障害」、「精神薄弱」「肢体不自由・病弱」、「情緒障害」の5教育室にわかれた専門スタッフが相談ケースの状況に応じた教育相談実施班を編成し、心身に障害のある幼児、児童生徒の調和的な発達を図るとともに、早期発見に努め、医療、福祉、教育等三機関連携（北海道立心身障害者総合相談所、北海道中央児童相談所）のもとに総合的相談を行うよう努めています。

3. 教育相談の状況

開所1年間の教育相談件数、年齢別構成、障害別相談の件数や相談内容等について、主として来所教育相談の状況と幼児に対する相談を中心に説明します。

(1) 来所教育相談について

来所教育相談は土曜日の午後、日曜日、祝日及び年末年始の休暇を除き年間を通して行っております。一回の相談時間はおよそ2時間で、午前10時、午後1時、午後3時からの3回とっています。相談の申し込みは電話でいただき、主訴や子供さんの日常生活における行動の様子等をお聞きしたうえで、来所の日時を打合わせのうえ決めています。

相談を受理した後、当センターでは予測される障害の状態等により、複数の相談員によるチームを編成し、主として保護者との面接・相談・助言に当たる者と子供の行動観察・指導に当たる者との役割を分担し、随時、子供の障害や発達の状態、指導・助言内容等について担当者間で協議をしながら相談を進めています。

また、継続した観察や相談、医学的診断等が必要な相談ケースについては、併設機関がもつ医学的機能等の活用を図りながら教育相談を行っています。

(2) 来所教育相談の状況

ア 教育相談の件数

昭和62年9月から昭和63年8月までの来所教育

表1 教育相談件数

来所教育相談	電話教育相談	合計
1,118件	160件	1,278件

相談件数は表1のとおりです。

来所教育相談1,118件の内訳は、新規相談件数466件（41.7%）、継続相談件数652件（58.3%）となっています。

イ 相談内容

センターに相談に来ている幼児のほとんどは、病院、児童相談所、療育センター等の専門機関での診断や指導、また、通園施設、保育所、幼稚園等で指導を受けております。

相談内容は、幼児の場合には「障害や発達の状態」が多く、親の子供の障害に対する受容の過程でいえば、病院や相談機関を回り焦燥感をもつ動揺期か、または、いろいろな情報を求め子供のより良い養育や教育を考えようとする受容期にある方が多いと思います。

相談に当たっては親の子供の障害に対する理解や受容の程度を把握し、保護者の精神的安定を図り、適切な家庭養育ができるよう相談や指導・助言するよう留意しています。また、相談員と子供との遊びや活動している場面の観察や一緒に参加してもらいながら、子供への接し方等について相談、助言をすることが多くなっています。

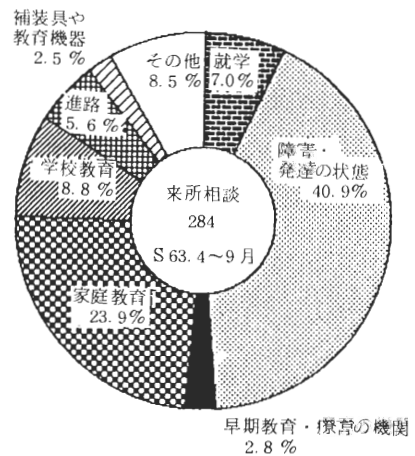


図1 相談内容

ウ 年齢段階別，障害別相談の内訳

年齢別段階の内訳は，幼児681件，小学生248件，中学生133件，高校生他56件となっています。幼児の相談件数が約6割となっています。

次に，障害別の内訳は，視覚障害112件，聴覚障害55件，精神薄弱350件，肢体不自由115件，病・虚弱54件，言語障害36件，情緒障害315件，その他56件となっています。精神薄弱（32%）と情緒障害（28%）が多くなっています。

エ 幼児の相談状況

各障害別にみた幼児等の割合は，図4のとおりです。

視覚（74%），聴覚（56%）や肢体不自由（72%）の障害は3歳未満の比較的早期から，情緒（43%）や言語（83%）の障害は3歳頃から相談が多くなっていく傾向がみられます。また，精神薄弱（71%）の場合はダウン症児の早期養育相談が多くなっています。

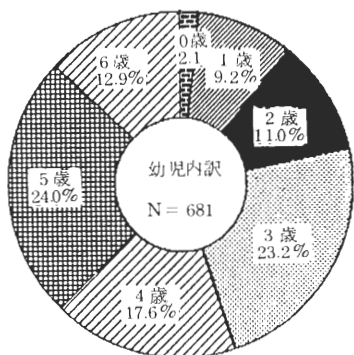


図2 幼児の年齢別相談件数比率

次に，幼児の教育相談の状況について各障害別にその特徴的な傾向を説明します。

視覚障害では，0歳児からの相談を行っており，月に1～2回程度，音源定位，歩行訓練等の移動能力の向上，物の弁別や操作の触察能力の向上等の指導を親とともにしています。また，親に対しては親子の肌の触合いによる情緒の安定や家庭における父母の役割分担等について助言しています。

聴覚障害では，病院で障害が発見され特殊教育センターを紹介されて来所されるケースが多くなっています。聴覚のみの単一障害の場合は当センターでの相談の後，聾学校へ紹介しています。また，精神薄弱や肢体不自由を併せもつ幼児の場合には聾学校や療育センターと連携して相談を行っています。親へは障害の受容，どの子にも聴力が残っていることを踏まえた母子間の伝え合いの仕方，生活の中でのことばの育て方を中心に助言してい

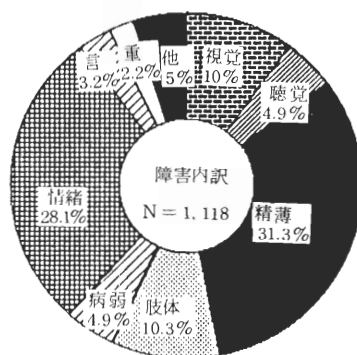


図3 障害別相談件数比率

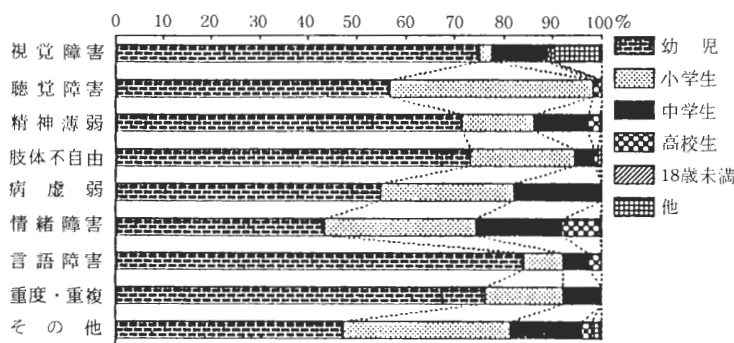


図4 障害別の幼児相談の比率

ます。

精神薄弱では、ダウン症児の相談についてお話しします。ダウン症の3歳未満児の場合は他機関で指導を受けている方と受けていない方の割合が半々となっています。3歳児以上の場合、そのほとんどが幼稚園、通園施設等で指導を受けていますので、ケースによってはこれらの機関と連携を図って相談を行っています。

相談の進め方については、まず子供の障害や発達の状態を行動観察や発達検査等で把握したうえで、その発達段階に応じた家庭でできる課題について親と話し合いをしています。その後、一か月ないしは一か月半に1回程度の来所により家庭での様子や発達の状態を再評価し、継続的に相談をしています。

肢体不自由や病弱では、相談にこられる方は何らかの形で病院や療育機関と関係があり、センターにはこれらの機関から紹介されてくるケースが多くなっています。相談に当たっては、治療や訓練を受けている子供の心の問題や必要以上に病人扱いしたりして心理的な不適応症状を起こさせることのないよう家庭での養育のポイントを親に助言しています。

情緒障害では、そのほとんどが自閉症または自閉的傾向のある幼児で、病院や相談機関で診断や指導、幼稚園等で指導を受けているケースがほとんどです。初回相談の主訴は「障害、発達の状態について」が多いです。まず、日常生活にみられる子供の行動の特徴や発達についての親と共通理解を図りながら、次に、身近処理能力の向上、運動機能や感覚機能を高める遊び等について相談員と子供とがかかわっている場面を親に観察させる方法をとって家庭での養育等について相談・助言をしています。

(3) 巡回教育相談について

昭和63年度の巡回教育相談実施状況は、9月末現在で道内38会場、延べ42日、相談件数622件です。年齢段階別の内訳は、幼児307件（49%）、小学生221件（36%）、小学生93件（15%）、高校生他1件となっています。

巡回教育相談では翌年度就学予定児が214人（34%）であり、障害別相談の内訳は精神薄弱（49%）が多く、次いで言語障害（16%）で、また、相談内容は「就学に関する相談」が293件（47%）が多いことが特徴的傾向と言えます。

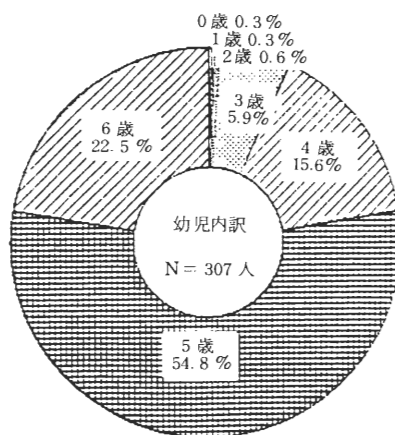


図5 幼児の内訳

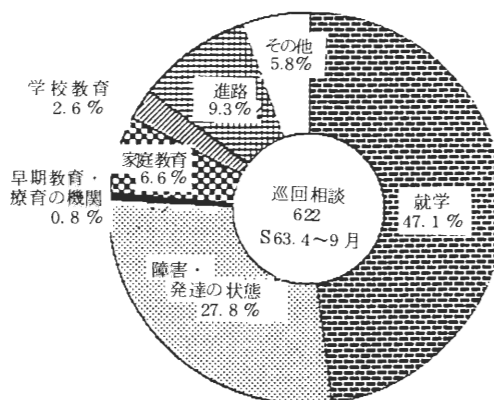


図6 相談内容

巡回教育相談のごく一部のケースについては、来所による継続相談を行っています。今後、本道の広域性に対応するためにどのようにして地域の関係機関とのネットワーク化を図り教育相談機能を高めるかが課題と考えていますが、現在、個々のケースに応じて関係機関との連携を行っています。

質疑とまとめ

本分科会では一般演題7題の発表があったが、テーマは「早期発見と指導」と言って良い内容で占められていた。医師、教師、作業療法士、児童指導員ら多くの職種からの多角的視点での研究の報告があり、啓発的な内容のものばかりであった。以下に各々の演題に対する討議を中心にまとめる。

（演題1.）口蓋裂児の治療と術後成績

Q：口蓋裂があるばかりではなく、裂がなくても動きの悪い子も多い。

何か最近のトピックスはないか？

A：鼻腔の筋肉の運動がよくないことが多い。刺激を加えて、筋活動を促進することが大切であるが、何故そのようなことになっているかの要因をつかむことが大切。

A：口蓋裂がわずかにある、またはみられない子供でも言葉がおかしいから受診するというのでは遅い。

2歳すぎ、手術をしたらすぐよくなるというわけではなく、むしろ順調な子供は少ない。個別の訓練がどうしても必要である。

おっぱいをうまく吸えない、鼻から出していた……場合などでは、よく口の中を見るようにすると2・3歳になる以前に早期に発見できるのではないか。

（演題2.）早期療育における感覚統合療法

Q：「感覚統合による効果」と「障害児保育による効果」に分けるとどちらがどう……というように言えるのか？

A：感覚統合による「訓練」だけ、保育の「環境」を整えるだけなどでは、子供が混乱する。2つが協力し合った中でやっていくことが大切。

Q：この発表は障害児保育と作業療法士による感覚統合療法による効果という意味か。

A：そうです。

（演題3.）施設変更したWEST症候群の一例

Q：鼻腔栄養の子に関わることは少ないが、検討される時期にきていると思う。今回のケースの場合、専任ナースが5人ついたということだが、その子に関わる職員を限定したということについては？

A：園児が低年齢ということと、職員は3交代だということ。日中のみだが、1対1になることが大切だと思った。本児とレポートをつける、次のステップを考える、現状をよくするために4、5名といても、いたりいなかったりで、応援を求めたりした。統一した方法でやっていくには、多人数ではなく、4、5名で行うのが適当と思った。

（演題4.）聴覚障害乳幼児指導の実際

Q：乳幼児相談室でのプログラムの内容は、小学部の内容へつながって行くものなのか？

A：そうです。3歳以上は幼稚部へ進む（相談室は3歳未満）。障害の程度によっては、幼稚園に進んだり、重い子は幼稚部、小学部、中学部とある。

Q：1、2歳児のプログラムは親子が一緒に遊ぶとあったが、3、4、5歳児は？

A：教師と子供のみで遊ぶが、母親は教室の後ろ様子を見ていろいろ参考にする。

Q：指導の中で音を聞く指導をしているようだが、手話での指導は行っているのか？

A：言語指導のみで、手話はしていない。卒業後、便宜上、手話を使う人もいるが、学校では行っていない。

Q：早期発見の治療効果……ということ、どの時期に発見するのが一番か？

A：聞こえない……とわかった時期。（つまり0歳からでも）4カ月で来た子もいる。6カ月で補聴器を使った子もいる。年齢がいくつになつたら……という問題ではなく、きこえが悪いと発見した時期でなんらかのことを始めた方がよい。

Q：補聴器のフィッティングが難しくなるという時期はないのか？

A：ない。補聴器はどの子にも必要と考えている。

Q：きき耳ができるということの意味は？

A：音に対する注意力と弁別するということが、早く補聴器をつける方がその能力がついてくる。補聴器を使うことはことば以外にも、ある音を聞く言うことで情緒の面でも安定するところはある。

Q：2年生の子供で補聴器をかけてきたが、いろいろな音がし、大人がかけてみると煩わしいほどだった。本人もかけると落ち着かず発声したりする。はずしたほうが落ち着くと母親も言っていた。はずしてしまうと自己刺激的な遊びになってしまうという問題もあるが、このようなことはあるのだろうか？

A：補聴器がその子供にあっているのか、聴力の差は様々なので、補聴器があっているなら音に興味を持ちわかっていくと思う。

Q：乳幼児相談室では2、3歳児が通っているということだが、表によると3、4、5歳児は重複障害ととれた。乳幼児相談室は幼稚部へ向かっていく子どもへのステップとしていく場合、3、4、5歳の重複障害の子供はろう学校へ行くと限られていないだろうが、他の関係機関との連携はどうなっているのか？

A：肢体不自由の子供（美香保・ひまわり整肢園）の就学段階ではそれぞれの機関へ行ってもらおう。また教育研究所の方で判定してもらっている。また軽度難聴の子供も幼稚園へ行っているが、やはり教育研究所の方でも判定してもらっている。

（演題7.）特殊教育センターにおける教育相談の実情

Q：就学相談へ行くと特殊学級を勧められるので、行かないというケースをきいた。そのようなケースは多いのか？ 親の意志によっては認められるのか？

A：就学の判定は市町村教育委員会が行う。養護

学校関係は、道教委で判定する。当センターでは就学の判定はしていない。東京都では措置権をもちながらやっている。就学についての措置はそれぞれの地域によって異なる。

全体討議

Q：（演題3.）WEST症候群の子供の62年以降の姿、てんかん発作の経過について。

A：フォローしていない。電話のみで詳しく聞いていない。近くの医療機関に連携をとってもらっている。

Q：（演題6.）電話相談はどのような形で、一般に知らせているのか。

A：札幌市広報で、年3、4回、知らせている。

Q：（演題6.）発達障害の子供たちへのフォローは。

A：電話なので、チェック、追跡調査はして行けない。ケースによっては医療機関と連携をとったり、専門機関を紹介したりしています。その場合は、その事後報告があります。

Q：（演題1.）どのような問診、チェックをしているのか。

A：問診の内容が母親に不安を生む場合がある。チェック項目を用意しておく必要があるが、この場合母親に対して不安の材料を与えない問いかけをすることが肝要である。つまり、信頼関係を作ることである。今後母親に不安を与え、かつ子供が良い状況におかれるようになる方法を工夫することが課題である。

Q：（演題3.）2歳10ヶ月の子が分離して入り、「心身の状態がうまくあったのでは……」という考察があったが、もう少し詳しく説明して欲しい。

A：これは療育園に入ってからの子どもの拒否がなかったということからこの表現を使った。

（補足）子どもの発達年齢と介護者側の愛情がマッチしたという状態であり、家庭では愛情不足もあったように思う。

ま と め

母親が障害に気づきいろいろな機関を訪れる。その時、母親にはたくさんの悩みがある。母親が訪れた場所が子どもにとって本当に適切な所かという場合、我々がどれほど正しくそれに応えられるかが、一つの課題として挙げられた。

ここに参加された皆様をはじめ私達が、お互いにチームとして小さな子どもをカバーするための連携をどのようにとり、またとらなければならないのかということを改めて考える機会を得たと思う。貴重な機会となった。

— 第2分科会（地域療育活動） —

1. 豊富町における地域療育の課題

板垣 弘美

2. 白老町における治療と教育の実際

橋本 伸二

3. 静内ペテカリの園の地域療育活動

後藤和広・在宅児指導班

4. 深川市における幼児ことばの検査の10年間のとりくみ

中山忠道・武田 碧・三上サラ子・加藤広一
棟方悦子・上出峯子・遠藤美幸

質疑とまとめ

座長：佐々木明員（道立太陽の園）

伊藤 和子（北大医療技術短大）

記録：林 英二（苫小牧市緑小）

1 豊富町における 地域療育の課題

(豊富町役場保健婦)

板垣 弘美

1. はじめに

豊富町は道北の過疎の町で、北は稚内市、南は幌延町、東は猿払村、西は日本海に面しています。酪農家が就業者数の約3割を占め、町の基幹産業となっています。人口は、6,300人、年間出生62人（昭62）で表1のように年々減少しています。

表1

年 度	58	59	60	61	62
出生数	83	92	90	74	62
出生率	13.0	14.4	14.3	11.7	9.8

当町では、昭和58年10月から毎週2日半、豊富町立国保病院に小児科専門医の派遣が開始され、心身障害児の早期発見、療育のための土台である乳幼児健診体制が充実されました。さらに、心身障害児の親たちの自主的な努力により、肢体不自由児の訓練教室「歩みの会」や、遊びの教室「コアラの会」が開催されました。「自分の町で子供の発達をのばしたい」という親の願いから芽生えた地域療育を、今後どう発展させていったらいいのかも含めて、豊富町の早期発見・早期療育の現状と今後の課題について考えてみたいと思います。

2. 豊富町の乳幼児健診及び療育の歩み

表2のように、昭和55年までは、保健婦のみで3～4ヵ月児と6ヵ月児を対象に月1回の乳児相談を実施していました。昭和56年から3～4ヵ月児を対象に健診を隔月（年6回）に実施しました。

昭和58年10月より豊富町立国保病院に毎週2日半、小児科専門医が派遣され、積極的な医師の御指導、御協力により、毎月4ヵ月児・6ヵ月児を

表2 乳幼児健診及び療育の歩み

年度	小児科医診療	乳児健診	乳児相談	幼児健診	療育状況
S55	月1日半	未	3カ月半～ 4カ月半児 6カ月児 (月1回)	3才児 (年3回) 1才6か月児 (年3回)	乳児相談から 保健婦が稚内 旭川・札幌へ 受診をすすめた S55～ 旭川児相稚内分室 児相巡回相談開始 (年2回)
S56		3～4カ月児 (隔月年6回)	3カ月児 6カ月児 9カ月児 (月1回)		S56.9月 町立保育所 障害児保育開始 (時間保育)
S57					
S58	10月～ 毎週木金土	11月～ 3カ月半～ 4カ月半児 6カ月児 (月1回)	9カ月児 12カ月児 (月1回)		小児科医来町時 町立病院で経過 観察
S59				1才6か月児 (年4回)	S59.8月～ 旭川療育センター 訓練士派遣 (月1回) 訓練教室 「歩みの会」発足
S60					S60.5月～ 遊びの教室 「コアラの会」発足
S61		4カ月児 6カ月児 (月1回)			
S62				3才児 (年2回) 1才6か月児 (年3回)	S62～ (年4回)
S63					

対象とした乳児健診が組まれるようになりました。

1才6か月児健診も昭和59年度より、年3回から年4回に増やし、3才児健診は、年3回という実施状況です。受診率は、昭和62年度、4か月児健診98.5%、6か月児健診、98.3%と高率です。1才6か月児健診・3才児健診は今一步の受診率です(表3)。

表4は、乳児健診の受診状況です。定期的に小

児科専門医が当町を訪れてくれることにより、発見された児のほとんどが、次回の健診及び町小児科外来で経過観察され、必要時各専門機関に紹介されています。以前、小児科専門医が居ない健診の時は、保健婦の判断のみでは不安が多く、遠くの医療機関に紹介することも多くありました。これでは親の心身両面の負担が大きく、さらに時期が遅れる状況もしばしばありました。

表3 乳幼児健診受診率

年度	3～4カ月 (61.1 4カ月児)	6カ月児	1才6カ月	3才児
56	76.8%		87.8%	98.0%
57	81.3%		91.1%	83.5%
58	79.5%	75.0%	72.0%	88.0%
59	96.3%	94.4%	82.0%	81.0%
60	98.1%	90.4%	83.5%	80.0%
61	98.7%	100.0%	85.7%	71.3%
62	98.5%	98.3%	85.7%	88.0%

運動のおくれで経過観察となった児は、4カ月児、受診279名のうち64名、6カ月児、受診280名のうち21名です。ほとんどの児が1～3ヵ月後の経過観察で終了し、1才6ヵ月児健診で終了した児5名、現在も経過観察中は2名です。低体重は5名おり、運動発達とあわせて経過観察し、1才6ヵ月児で終了3名、2才児で終了1名、現在経過観察中1名です。

4ヵ月児健診では、ギランバレー症候群の児1名、6ヵ月児健診では、中枢性協調障害のため6名が訓練につなげられ、8ヵ月まで1名、1才4ヵ月まで2名、2才まで2名が経過観察されました。4ヵ月児・6ヵ月児健診の要精検者8名の中から水頭症1名の発見がありました。

表5は、昭和59年～62年の4年間の1才6ヵ月児健診、3才児健診の状況です。1才6ヵ月児健診・3才児健診とも毎月の実施にはなり得ていませんので発見が遅れる状況もあります。未受診児については、2才、3才半に100%の把握をするようにしています。事後内容としては、言葉の遅れが一番多く、1才6ヵ月児の12.2%、3才児健診の6.6%の結果でした。

昭和58年11月以降の乳児健診により発見された主な児の療育の状況が表6です。この表の12名の他、水頭症2名、點頭てんかん1名、ダウン症候

表4 乳児健診状況

(昭和58年11月～昭和63年9月実施分)

	受診数	要 経 過 観 察			要 精 検
		運動の遅れ	訓 練	そ の 他	
4カ月児	279	64	1名 ギランバレー症候群 (1才4ヵ月まで)	5名 低体重 疾 病	心 雑 音 3名 肝 触 知 1名 眼 振 1名
6カ月児	280	21	ZKS 6名 2才まで 2名 1才4ヵ月まで 1名 8ヵ月まで 1名(転出)	4名	聴 力 1名 頭囲大(水頭症) 1名

表5 1才6ヵ月児・3歳児健診状況

(昭和59年度～昭和62年度)

1才6ヵ月児	受診数	要 経 過 観 察			要 精 検
		精 神 面		身 体 面	
		37名		11名	6名
	303	言語の遅れ(対人関係不良指さし(-)も含む)	その他	O脚 2名 内反足 4名 扁平足 1名 体重増加不良 1名	歩 行 3名 バビンスキー反射が残っている 1名 心 雑 音 4名 ひきつけ 1名
		37名(12.2%)		—	
3才児	受診数	要 経 過 観 察			要 精 検
		精 神 面		身 体 面	
		26名		3名	7名
	334	言語の遅れ(対人関係も含む)	その他	内 反 足 2名 扁 平 足 1名	心 雑 音 2名 肝 触 知 1名 巨 人 症 1名 頭 囲 大 1名 左 内 斜 視 1名 熱 性 け い れ ん 1名
		22名(6.6%)			
			発音 1名 どもり 1名 しつけ 1名 習癖 1名		

表6 昭和58年11月以降乳幼児健診で発見された療育児

氏名	把握年齢	現病名	療育状況
①U. O 4才10カ月	7カ月	水頭症	10カ月で手術。訓練，児相（3才8カ月） 保育所（4才2カ月～）
②N. S 4才6カ月	4カ月 1才6カ月	ZKS 自閉傾向	6カ月～1才5カ月まで訓練，児相（1才10カ月）へき地 保育所（3才）
③T. H・Y. H 3才2カ月 双子	4カ月 1才6カ月	ZKS 言語精神発達遅滞	6カ月～2才まで訓練，児相（1才11カ月）
④M. K	4カ月	ZKS	（転出）
⑤T. Y	4カ月	ZKS	4カ月～訓練。1才6カ月まで
⑥M. O 1才7カ月	4カ月	ギランバレー症候 群（右下肢マヒ）	4カ月～訓練。経過観察中
⑦A. O 5才11カ月	6カ月 1才6カ月	運動発達遅滞 言語精神発達地帯	6カ月～5才半まで訓練，1才9カ月～へき地保育所 3才11カ月～正式入所・コアラの会
⑧M. M 5才3カ月	1才7カ月	自閉傾向	児相（2才3カ月）母子訓練，コアラの会 緑ヶ丘学園短期入所，3才10カ月～保育所
⑨K. O 3才8カ月	1才7カ月	自閉傾向	児相（2才），コアラの会，緑ヶ丘学園短期入所 3才～保育所
⑩Y. S 3才4カ月	1才6カ月	自閉傾向	保健婦のみ
⑪Y. S 4才10カ月	転入児	自閉傾向	2才～萩見幼稚園。児相（2才4カ月） 3才1カ月～町保育園時間保育
⑫T. M 4才1カ月	1才6カ月	言語精神発達遅滞	児相（3才5カ月）3才8カ月～保育所

※小児科外来定期受診，保健婦訪問支援も含めて療育をしている。

群2名，自閉傾向3名があわせて経過観察されています。

町の小児科外来の療育指導，訓練教室，遊びの教室，児相巡回相談，保育園，さらに稚内市緑ヶ丘学園母子訓練，短期入所等により療育を受けています。

発見後の早期療育の場として，訓練教室と遊びの教室が一応位置づけられています。発見後の療育の場も自分の町で確保したいとの願いから芽生えた療育の場です。内容的には，十分とは言えませんが今ある小さい療育のそれぞれの連携をはかり，さらに対象拡大等を図りながら継続していけたらと思います。そして将来的には，肢体だけでなく，精神面の訓練も含めた通園施設の場が日常的に開催できるようになればと思います。

3. 自主的に芽生えた地域療育

次に親の願いから芽生えた二つの療育の場の成

立の経過についてお話しします。

訓練教室「歩みの会」については，当初，稚内の訓練教室に通っていた親たちが「月1回でも通うのが大変なので，地元で教室を開催できないだろうか」と要望，町社会福祉・児相との話し合い，旭川療育センターの協力を得て昭和59年6月から月1回の訓練士の派遣が決まり，訓練教室「歩みの会」が開催されました。費用も当初は，親の自己負担であったが昭和60年度より町と社会福祉協議会から助成が行われるようになりました。

昭和59年開設当時は4名でスタート，少人数ではありますが，自分達の努力で訓練士派遣が実現できた喜びと責任から相互に連絡をとり，会運営を自主的に実施してきました。対象児が少ないため，風邪などで欠席すると1～2名の出席ということもあり，訓練士には申し訳ない思いをさせることがたびたびありました。その後近隣町村への呼びかけ，旭川療育センターからの勧めなどがあ

り、幌延町、天塩町、中頓別町、浜頓別町、遠別町から、これまでに6名の参加がありました（表7）。

表7 療育対象児 (S63・9月現在)

対 象 児		59	60	61	62	63
町 対 象 児	①水頭症 (S53・12)				→	
	②同上 (S57・3)	→				
	③點頭てんかん (S57・10)					→
	④精神運動発達遅滞 (S57・12)				→	
	⑤同上 (S				→	
	⑥同上 (S60・8)				→	
	⑦ギランバレー症候群 (S62・4)					→
総 数	4	3	5	6	2	
町外 参加 児	①脳性マヒ(幌延町)				→	
	②精神運動発達遅滞 (中頓別町)		→			
	③同上(中頓別町)		→			
	④同上(天塩町)				→	
	⑤てんかん(浜頓別町)				→	
	⑥痙性対マヒ(天塩町)				→	
総 数	1	3	1	4	2	

しかし、かかえる悩みは同じで比較的長期に参加できた①④⑥は、20分～30分の交通時間で来れる町村からの児であります。その他の児は1時間以上の交通時間がかかり、1～2回の参加で中断となっています。これには、母の自動車運転免許の有無も大きな一因となっています。

開設当時努力した親も訓練卒業となり、現在は当町の③(来年就学できますが、稚内養護学校の訪問学級を受けるため今後も継続予定)と天塩町の対象児⑥の2名であります。

自分の町で訓練が受けられることで、親と子の負担も少なく、訓練が継続できたこと、当町の民生課長・福祉係・保健婦も参加し行政側も療育について一緒に考えられる機会になったこと等大きな成果をもたらしました。少人数になり、次年度からも訓練士を派遣していただけるか否か不安でしたが、旭川療育センターの御好意で今後も継続していただける予定です。

今後とも他町をまきこんだ形で療育を続けていきたいと思ひます。コアラの会との交流はクリスマスのみですが、もっと日常の遊びの場面で交流できるよう支援していきたいと思ひます。

遊びの教室「コアラの会」については、肢体不自由児訓練教室「歩みの会」の親たちが遊びについて勉強したい、遊びを通じて児の発達を少しでも伸ばしたいとの思ひから、昭和60年5月自主的に遊びの教室「コアラの会」を作り、親が協力者(重度心身障害児施設勤務経験者)を捜し1回第2土曜日の予定で開始しましたが、協力者が酪農従事者のためなかなか継続して参加してもらえず、その後親と保健婦で集まり2～3回玩具を使つての遊びを行いました。遊びに広がりをもてず休止となりました。昭和60年10月、保健婦と福祉係長との話し合いで在宅保母に協力を依頼し2名の保母が協力してくれることになり、昭和60年11月より実質の開始となりました。

開設の背景として、参加児①は当時2才5ヵ月であり、町保育所の時間保育(1時間～3時間自由遊びの時)に参加していましたが、そのことで逆に「どうして他の子供と同じように入園させてもらえないのか」という行き場のない気持ちをもつていたことがありました。そして訓練教室の親たちの横のつながりができたことで遊びの場を持ちたいと考えたのでした。

参加者は、①精神発達遅滞、②水頭症、③言語発達遅滞、④発達性言語障害の4名です(表8)。

表8 参加の期間

参 加 者	S60 (60.11~61.3)	S61	S62	S63
①言語精神発達遅滞 (S57.12.13) 訓練教室にも参加				→
②水頭症 (S53.12.12) 訓練教室にも参加				→
③言語発達遅滞 (S55.3.23)			→	
④発達性言語障害 (自閉傾向) (S58.8.9)	61.3			→

運営方法は、親が日程を決め、保母・保健婦に連絡。（親同士が連絡を取り合い、会計も担当、必要な物も保母に確認し購入してくれます。）

保母が親の希望を取り入れて具体的に遊びを考えてくれ、進行も努めてくれます。

保健婦は、会場の準備・水泳指導員の依頼など他の職種との調整を実施します。

遊びの内容は、①発声、模倣を促す、②体力をつける、③巧緻性、指分離を高める、の3つのテーマを持ちました。遊びの中では、親子が一緒に遊べるように…」という配慮も大切にしています。

まとめとして、開設当時、訓練教室の親たちの一つの組織ができあがっており、当初、その中だけの遊びの会としてスタートしたが月1回では療育の効果を期待することは難しいため、親子で楽しい遊びを通していろいろな体験をしてもらおうというのが大きな目標でありました。参加した親は「こんな遊びもあるの」とヒントを得て帰り、家でも実施してみたとの声が聞かれたり、自分の家で使っているシーツを持ってきて子供をゆらして遊ばせたりするなど、積極的に取り組む場面が見られるようになりました。

しかし、参加児が少なく、一人が休むと中止になることもあり、母子保健の中に位置づけ、健診事後等の子供の参加も促してみたが1名の参加にとどまりました。

来年は、自主的に遊びの教室を運営してきた親子も就学となり、コアラの会を卒業します。

そこで、今後について昭和63年10月に母親と保母・保健婦が話し合いを持ち「遊びの教室」として対象は変わってもコアラの会は継続していきたい。就学でコアラの会を卒業した親子も何らかの形で「遊びの教室」との交流を続けてもらおうとの意見がだされました。

今後の課題として、①心身障害児、②1才半、3才児健診事後（当町は言語の遅れの経過観察が多い）、③希望する母子（遊び相手が居ない等）について対象者の拡大をしていくこと、スタッフの中で評価・打合せの時間を持つこと（専門家の協力・助言などを得ながら、より対象児に合った

会の運営を考えていく）、内容を今後、対象にあったものに検討していくことにより、新たな体制で継続していきたいと思えます。

町の乳幼児療育をさらに充実させるために今後とも以下の点にとりくんでいきたいと思えます。

(1) 町に小児科専門医が毎週来て下さり、児を早期から継続して支援していく体制ができました。今後も全員の児が適切な時期に町の健診を受診するよう支援していきたいと思えます。さらに異常の発見や疑いで経過観察された児については、必要な療育が継続できるよう家庭支援にも力を入れたいと思えます。

(2) 療育の場としては、将来的には重複障害児のための通園センターが目標です。当面は訓練教室「歩みの会」の継続、遊びの教室「コアラの会」の新たな体制作りのために努力し、またそれぞれの連携をはかっていきたいと思えます。

(3) 乳幼児期から就学まで継続して障害児の療育が受けられるように、関係機関との連携を深め、町ぐるみの障害児療育を作り上げていかなければと思えます。

2 白老町における 治療と教育の実際

（白老町心身障害児通園施設 こだま園）

橋本伸二

1. はじめに

「こだま園」開園以来、肢体不自由児の機能訓練指導員としてこの職場に奉職させていただき、早いもので今年で満10年を迎えようとしております。

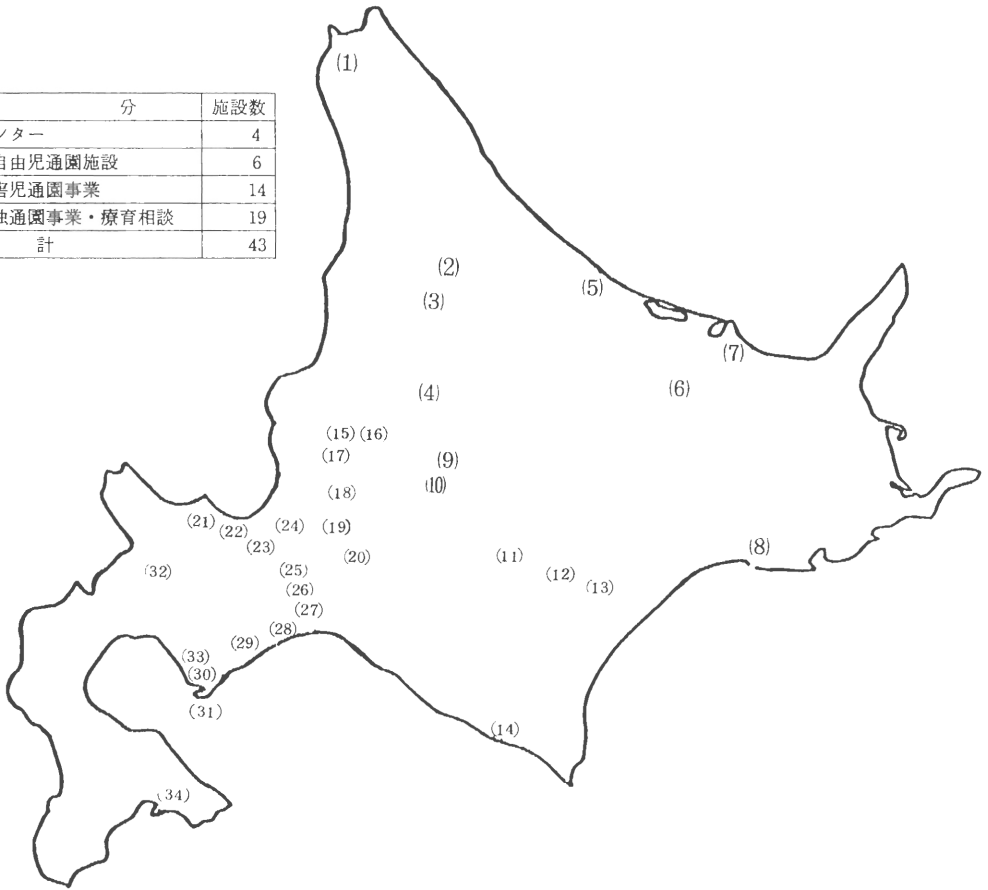
このたび、北海道乳幼児療育研究会よりご依頼がありましたので『白老町心身障害児通園施設「こだま園」の特殊性と義務教育等終了児への取り組み』につきまして述べさせていただきます。

表1は、北海道における肢体・心身障害児の施

表1 北海道における肢体・心身障害児の施設・通園事業・療育相談等の体制

(昭和63年3月1日現在)

区分	施設数
◎ 総合センター	4
▲ 肢体不自由児通園施設	6
☆ 心身障害児通園事業	14
○ 市町単独通園事業・療育相談	19
計	43



番号	区分	施設事業名	番号	区分	施設事業名
1	○	稚内ハマナスの会「肢体不自由児機能回復訓練」事業	18	○	美瑛町心身障害児療育指導教室
2	○	名寄市肢体不自由児訓練教室	19	○	岩見沢市心身障害児通園施設「つみき園」
		名寄市障害児幼児教室	20	○	夕張市マザーズホーム
3	○	士別市心身障害児生活指導訓練事業	21	☆	小樽市肢体不自由児訓練教室
4	◎	道立旭川肢体不自由児総合療育センター	22	◎	道立小児総合保健センター
	▲	旭川市わかき学園	23	◎	道立札幌肢体不自由児総合療育センター
○	旭川障害児乳幼児の母子通級「たんぼほ教室」	◎		札幌市立肢体不自由児母子訓練センター	
5	☆	紋別市幼児療育センター	▲	札幌市ひまわり整肢園	
6	☆	北見市立マザーズホーム	▲	札幌市みかは整肢園	
7	☆	網走市心身障害児療育センター	24	☆	江別市心身障害児通園施設「あゆみ園」
8	▲	釧路市わかば整肢園	25	☆	広島町心身障害児通園施設「つばめ学級」
	○	釧路市療育相談事業	25	☆	恵庭市心身障害児訓練センター
9	○	釧路市社会福祉協議会「ポニーの教室」	27	☆	千歳市心身障害児通園施設
	○	上富良野町「ひよこ学級」	28	☆	苫小牧市心身障害者福祉センター「おおぞら園」
10	○	富良野市年少心身障害児親の会「マザーズホーム」	29	☆	白老町心身障害児通園施設「こだま園」
11	☆	清水町心身障害児通園事業	30	☆	登別市「のぞみ園」
12	☆	帯広児童療育センター	31	☆	室蘭市立「あゆみ園」
13	▲	十勝愛育園	32	○	倶知安町心身障害児通園療育事業
14	○	浦河町心身障害児療育訓練事業	33	○	伊達市心身障害児療育事業「つくしんぼ教室」
15	○	滝川市心身障害児療育訓練事業	34	▲	函館市青柳学園
16	○	赤平市肢体不自由児訓練施設		○	函館市幼児早期療育事業「つばみクラス」
17	○	砂川市肢体不自由児訓練事業			

設・通園事業・療育相談等の体制につきまして、北海道民生部より入手した昭和63年3月1日現在の状況に基づき作成したものであります。（表1）

ご覧のとおり、道内には総合センターが4カ所。肢体不自由児通園施設が6カ所。心身障害児通園事業が14カ所。市町単独の通園事業・療育相談等の事業が19カ所。

道内34の地域に、合わせて43カ所の施設・通園事業・相談業務等が実施されております。

2. こだま園の概要

では、さっそく「こだま園」の概要と特殊性につきましてご説明申し上げます。

図1にありますように国道から約13km離れ自然に恵まれた、町立森野小中学校に併設された白老

町心身障害児通園施設「こだま園」があります。

設置・運営主体は白老町で、開園日は昭和53年12月12日。道の運営費補助金は昭和56年10月より受けております。定員は20名で、現在は17名が在籍しております。

また、併設されている森野小中学校は昭和8年9月開校、昭和54年4月には肢体不自由児特殊学級の小学校が認可、翌年4月には同中学校が認可されております。

なお、この年、全町オープン学区制となり、1学年6人制の中で希望すれば、白老町内のどこからでも通える体制をとっております。

現在は、健常児が小中学校合わせて54名、肢体不自由児が3名、合計57名がバス通学をしております。

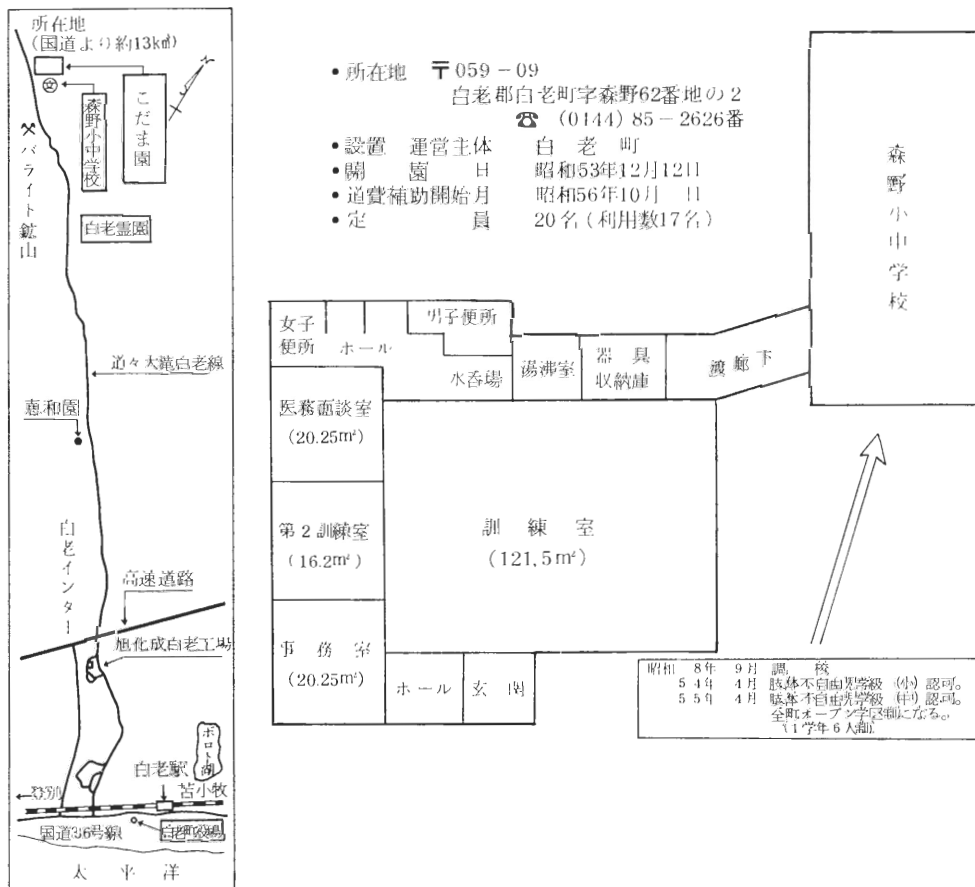


図1 白老町心身障害児通園施設「こだま園」概要

3. こだま園の活動

では、続きまして「こだま園」の特殊性につきましてご説明申し上げます。

(1) 森野小中学校との併設により一応、義務教育終了迄、学業と訓練が両立して保障されている。

〔メリット〕

① 学校と併設されているため、他の地域のように学校を終えてから、お母さんが離れた訓練室に子どもをつれて出向かなくても良い。(高学年になるにつれ授業時間数も増えることにより、おのずと訓練室に出向く機会が減少するというデメリットを解消することができる。)

② 週5日程度、体育の時間・放課後等を利用して訓練ができるため、成長期にある肢体不自由児にとって身長・体重の増進に伴い予測される変形・拘縮等を始めとし、特有の異常発達等に予防・対処しやすいこと。

③ 学校側でのメリット

(イ) 肢体不自由児も可能な限り健常児といっしょに学習できたり行事等に参加できる一方、児童の能力に応じて個別学習体制も組まれている。

(ロ) 健常児にとっても人間尊重の福祉・教育の環境下において、互いに思いやれたり励まし合えたりすることのできる仲間意識が芽生え、その中からより豊かな人格が育成される。

(2) 学齢児に対する個別訓練担当当日の母子分離を、昭和56年4月より週1回実施しています。

(園児には、それぞれ個別指導時間が設定されていて、例えば、A君は月曜日に個別指導があたっていたら、その日は指導員がマンツーマンでA君と訓練する方法をとっています。)従いまして、その日はA君のお母さんは訓練に来ません。

この方式を取り入れた理由といいますのは、他の施設と異なり、生後間もなくから通園され、更に、義務教育9カ年をほとんど毎日のように訓練のため通園しなければならない保護者の方々への健康上の配慮からであります。

従いまして、訓練に来ない日のお母さんは、当

日週1回ではありますが、家の中のかたづけや趣味等へ参加することにより、また新たな眼で子どもと接し、そのことがひいては子どもの自主性・自立心を養成し、母子関係をより良い方向に改善していくことを目的として実施しております。

(3) 日常発作が頻繁であるため、バスによる通園が生命に危険がある、又は健康を害する恐れのある児童に対し、指導員が家庭に行き訓練指導を実施しています。(対象児3名、週1回、昭和54年3月より継続実施)

4. 年長児の問題

では次に、義務教育終了後の肢体不自由児への対応につきましてお話を進めさせていただきます。

表2は、4年前の昭和59年10月1日現在で、道

表2 全道肢体・心身障害児通園施設等在籍園児の学年別状況 (昭和59年10月1日現在)

区分	施設名	学齢前	学 齡 児			義務教	合 計
		(1)	小学生	中学生	計(2)	育終了児 (3)	
肢体不自由児施設	A	43					43
	B	56					56
	C	38	1		1		39
	D	39					39
	E	22					22
	F	160	4		4		164
	計(6)	358	5		5		363
心身障害児通園事業	G	16	8	2	10	1	27
	H	28	3		3	6	37
	I	8	1		1		9
	J	34	7		7	2	43
	K	31					31
	L	38	1	1	2		40
	M	11	6	3	9		20
	N	12	8		8		20
	O	20	12	2	14		34
	P	8	5	1	6	1	15
計(10)	206	51	9	60	10	276	
市町単独通園・療育事業	Q	35	3		3		38
	R	25	19		19		44
	S					2	2
	T	1	6	1	7	3	11
	U	5	9	2	11		16
	V		12		12		12
	W	9	2	1	3	1	13
	X	4	3	1	4		8
	Y	5	5	1	6	1	12
	Z	14					14
計(10)	98	59	6	65	7	170	
合計(26名)	662	115	15	130	17	809	
構成比(%)	81.8	14.2	1.9	16.1	2.1	100	

内の肢体不自由児通園施設並びに通園事業及び市町単独通園・療育相談業務等を実施している26施設に対し、在籍児を学年別にアンケート調査を行った結果まとめたものであります。

この表によりますと、通園施設に通っている義務教育終了児は8施設・17名であり、構成比は2.1%となっております。

その後の追跡調査は、まだ実施しておりませんが、4年経過した現在ですと、かなりの比率を占めているものと想像されます。

更に、表3は、通園施設における義務教育終了児の園での参加状況・年齢別・機能状態別・職員の配置状況を表したものであります。

この表は、大きく次の三点を私達に教えてくれていると思います。

表3 通園施設等における義務教育終了児への対応状況

施設名	G	H	J	P	S	T	W	Y	合計
対象児童数	1	6	2	1	2	3	1	1	17
園での参加	訓練	1	6	2	1	2			12
	保育		6	2				1	9
	行事参加	1			1		3	1	7
年齢別	15歳		1					1	2
	16歳		1						1
	18歳				1				1
	19歳	1		1					2
	20歳		2	1			1		4
	21歳		1						1
	22歳					1			1
	23歳		1				1		2
	24歳					1			1
	25歳						1		1
機能状況	30歳						1		1
	臥位		1	2	1	2			6
	寝返り		1						1
	座位		3						3
	四つ這い	1						1	3
職員	歩行					3			4
	専任		1			1			2
	兼任	1	1	3	1	2	1	1	11
計	1	2	3	1	3	1	1	1	13

- ① 肢体不自由児のための高等養護学校並びに中・重度児も利用できるような適切な更生・療護等施設が不足しているため、通園施設に通わざるを得なく、しかも、高年齢化及び継続入園の傾向にあること。
- ② 臥位、つまり、寝たっきりの園児が6名を占

め、重度・重複・多様化の傾向にあり、その対応に苦慮されていることがうかがえます。

③ そういった状態にもかかわらず職員状況をみてもみますと、兼任がほとんどであり、通園施設の中で幼児並びに義務教育終了児等の対応に非常に苦慮していることが、問題点として取り上げることができると思います。

また、この調査書より次の事も情報として入手することができましたので、合わせて報告いたします。

(1) 通園施設で義務教育終了児を受け入れざるを得なかった理由

① 中・重度児に対する機能訓練並びに基本的生活習慣の習得など療育体制のあり方として、義務教育終了迄の年限だけでは必ずしも充分とはいえず、卒業後も機能訓練の継続はもとよりのこと、子ども達の生きがい・自立の場として地域の中で、育てていきたいと願う保護者の希望が強くあったこと。

② 障害の程度も重度・重複・多様化傾向にある中であって、法的にもこの年齢期における中・重度児にとっての肢体不自由児のための高等養護学校並びに適切な更生・療護・療育施設等が不足していること。

(2) 通園施設において義務教育終了児に対する対応上の問題点

① プログラム及び施設設備とも幼児向けであり、特に保育時における年齢の格差等対応に苦慮している。

② 学齢児・義務教育終了児同年齢グループとの交流が少ない。

③ 前職業的作業指導等のための設備並びに専任の指導者がいない。

④ 障害が重度であるため、既存のマイクロバスの設備を改善してもらえなければ通園が不可能。

⑤ 一度卒園した施設で幼児と共に行う訓練には抵抗がある。

(3) 今後、通園施設の中に義務教育終了児を受け入れざるを得ないとした場合の行政側の対応策・

考え方

- ① 肢体不自由関係の高等養護学校・授産・更生施設等の職員の研修や派遣等の実施。
- ② 義務教育終了時点で在籍を解除し、この年齢期の障害児・者が利用できるような通所施設が必要になると考えている。
- ③ 対象児・者が現れた時点で既存の施設を利用させたいと考えている。
- ④ 調査資料を回収し今後の通園施設の方向性の検討と保護者への意識調査並びに地元父母の会と共に関係施設の研修・視察等が必要と考えている。

- に適した作業訓練・指導のあり方が問われている。
- ④ 施設が狭いため、希望者がいても入・通所させられない。
- ⑤ 大半を寄付金に依存している状態で、かつ道を始めとし市町村等からの補助金・助成金等も少なく、運営資金等の調達に苦慮している。
- ⑥ 作業の確保（例えば、他の業者との提携等も含め）並びに販売・販路の拡大に苦慮している。
- ⑦ 通所児・者及び介助する保護者の交通費の負担も大きい。

5. 授産施設の問題

また、合わせてこの機会に昭和60年9月1日現在で「こだま園」から道内各授産関係対象36施設に対し調査した「授産施設管理・運営上の問題点」につきましても報告させていただきます。

- ① 障害の重度・重複・多様化傾向及び知的能力の低下等に伴い、新規製品の開拓はもとよりのこと、採算上生産高を強要することは困難である。
- ② 企業の受け入れ先がほとんどないため、入・通所者の新旧交替がなく老齢化の傾向にある。
- ③ 専任の指導者が不足していること及び時代

6. 小規模通所施設構想

次に、図2をご覧ください。

この棒グラフは「こだま園」の在籍児に対する学齢児の占める割合を示したものです。

ご覧のとおり、開園時に22.2%であったのに対し、昭和62年度末には、78.9%を占めております。また更に、表4は今年の10月末現在で、在籍児童中小学校6年生以上の園児8名がこのまま町外への転出もなく通園してきますと、平成4年度末では7名の義務教育終了児を数えることとなります。

そこで「こだま園」では、表5にありますよう

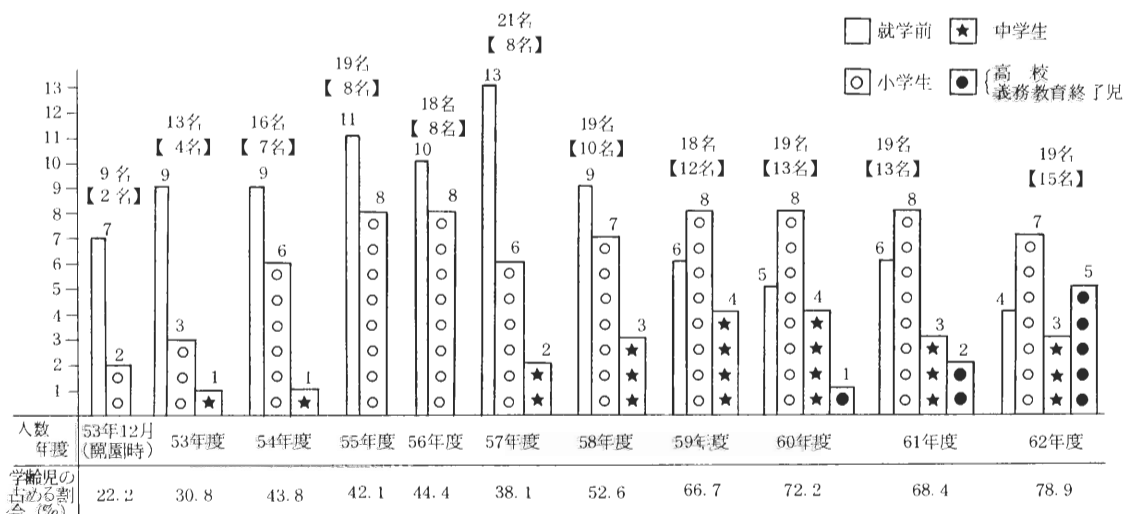


図2 在籍児に対する学齢児の割合

に、昭和60年3月並びに昭和62年5月の時点で義務教育終了後の肢体不自由児のための「こだま園」から継続された生きがい・自立の場としての通所施設が、是非町内に必要であると感じ提起しました。

では、こういった通所施設が望ましいのでしょ

表4 昭和63年度以降の「こだま園」在籍園児の推移
(昭和63年10月末現在：在籍児小学校6年以上対象)

児童名	63年度	64年度	65年度	66年度
A	小6	中1	中2	中3
B	中1	中2	中3	◎
C	中2	中3	◎	◎
D	高1	高2	高3	◎
E	高1	高2	高3	◎
F	高2	高3	◎	◎
G	高3	◎	◎	◎
H	◎	◎	◎	◎
◎義務教育 等終了児	1	2	4	7

うか。

いろいろと施設見学等を実施し検討してまいりました結果、一応表6にありますような施設構想を立ててみました。

小規模等も含めこれまでの授産施設の主な作業種目等を見てみますと、主として繊維製品・印刷業・クリーニング業等々その内容も多種多様といえます。

そこで、白老町における施設構想と大きく異なる点は、作業内容に子どもを合わせるのではなく、子どもの状態に応じた内容の多目的な通所施設が必要になるという点であります。

ですから、(1)内容としては、

- ① 機能回復訓練の継続。
- ② 手指の巧緻動作のできる子等への前職業的作業指導。
- ③ 社会福祉協議会とも連携をとりながら地元

表5 通所施設設置の前提

(担当課：民生課「こだま園」)

項目	1. 愛のある街
	(2) 心身障害児・者福祉対策の充実 イ. 社会参加への促進
現状と課題	<p>【現状】</p> <p>(1) 白老町心身障害児通園施設「こだま園」は、昭和53年12月よりスタートした。 当施設は、表野小中学校との併設により、義務教育終了まで、学業と訓練が両立して保障されている一方、健全児との交流・融合等により、自立促進の上からも、肢体不自由児の療育施設として、全道の中でも恵まれた体制をとっている。</p> <p>(2) 医療水準の向上・保健指導體制の充実等に伴い、障害乳幼児の超早期発見・早期療育により、機能障害等の早期回復が促進されつつある一方、通園施設における重度・重複・多様化傾向にある年長児（学齢児）の占める割合が、年々、増加の一途をたどりつつあり（上記の表のとおり）、昭和67年4月には、義務教育等終了児が7名となる。</p> <p>(3) 重度・重複・多様化傾向にある義務教育終了後の肢体不自由児にとって、適切な施設が、非常に不足しているため、卒業と同時に、それまで実施してきた機能回復訓練や学校で学んできたこと等が、家庭に戻ってしまうことによって、活かされなかったり逆に後退してしまう等の不安から、障害児・者を抱え、将来に対する保護者の苦悩は深刻である。</p> <p>【課題】</p> <p>(1) 義務教育終了後の肢体不自由児のための、生活・生き甲斐の場並びに社会参加の機会が、得られるような授産等も行なうことの出来る、施設の専任指導者の養成並びに体制の整備が急務である。</p> <p>(2) 白老町内には、精神（愛泉園）・身障（北海道リハビリテーションセンター）等の成人施設はあるが、年齢の格差・療育体制等を鑑みると、ノーマライゼーションの理念に基づいた、21世紀の地域（在宅）福祉を実現・推進していく上からも、地域（白老町）の中で、安心して成長・生活することの出来るような「こだま園」から、継続された生き甲斐・自立の場としての通所施設の設置が必要である。</p>
	備考

表6 白老町多目的小規模通所施設構想

- 【1】内 容
 作業内容に、子どもを合わせるのではなく、子どもの状態に応じた内容の多目的な通所施設が必要。
- 1)機能回復訓練の継続
 - 2)前職業的作業指導
 - 3)職場実習
 (地元のライオンズ・ロータリークラブ等所属会社への理解を得て)
 - 4)義務教育学習の継続
 - 5)生きがい・社会参加
 (生け花・和, 洋裁・茶道・ワープロ他)
- 【2】場 所～交通の便の良い市街地
- ①ボランティアの活用
 - ②通所の際の自立促進 (路線バス等の利用)
 買い物学習他
- 【3】主 体
- | | |
|-------|-------------|
| ・設 置 | } 行 政 |
| ・職員配置 | |
| ・運 営 | ～肢体不自由児父母の会 |

のライオンズ・ロータリークラブ等の所属会社への理解等を得ながら職場実習の実施。

- ④ 義務教育学習の継続。
 - ⑤ 生きがい・社会参加として、生け花・和洋裁・茶道・ワープロ等への参加。
- (2) 場所
- ① ボランティアの活用。
 - ② 通所者が路線バス等を利用する事による自立促進や買い物学習の実施等を考え合わせますと交通の便の良い市街地が適していると思われます。
- (3) 主体
- ・設置並びに職員配置→行政
 - ・運営→肢体不自由児父母の会という形が望ましいものと思われます。

また更に、表7のとおり昭和62年の第2回定例会におきまして、町長の執行方針にこれらの意見・希望・考え方を取り上げていただいたのでありますが、今後実現に向け、私ども職員はもとよりのこと障害児を抱える保護者の方々と共に、内容を充分吟味・検討しながら更に一層努力してまいりたいと思います。

表7 白老町長町政方針

町長町政執行方針

昭和六十二年第二回定例町議会
 (昭六二・六・二四)

次に心身障害者の福祉対策の充実については、特に、肢体不自由児の成長に伴い、就学後も安心して生活し、社会参加の機会が得られるよう授産なども行うことができる障害者福祉センター等の設置について検討してまいりたいと考えます。

7. 提案—進路指導委員会の設置

最後に一つ皆様方にご提案申し上げたいことがあります。

それは、千歳市での福祉大会のための白老町での事前勉強会の際、地元父母の会の方々にご提案申し上げたことですが、現在各市町村には適性就学指導委員会が設置されております。

いわゆる心身障害児が学校に入学する際、それぞれの能力に応じた教育を受けられるよう就学指導を適正に行う委員会である訳ですが、入口としてのこの委員会はありますが、残念ながら出口がありません。

つまり、心身障害児にとりまして義務教育卒業時点での適切な進路等についての協議の場がほとんど無いということであります。

行き先の場が限りなく少ない障害児を抱える保護者の方々ととりまして、このことは誠に深刻な問題であろうと思います。さっそく、各市町村に(仮称)「進路指導委員会」の設置が急務であろうと私は強く思う一人であります。

メンバーは、教育委員会並びにこれまで心身障害児に携わってこられた学校の先生方を始め、訓練担当者、地元企業の代表者の方々、児童並びに更生相談所関係者、職業安定所・福祉事務所や社会福祉協議会の方々等の参加により構成され、義務教育終了後の適切な進路のあり方等につきまして、保護者ともどもいろいろな角度から協議・検討できる委員会があっても良いのではないのでしょうか。

以上、ご提案申し上げまして私の発表を終わらせていただきます。ありがとうございました。

3 静内ペテカリの園の地域療育活動

（静内ペテカリの園）

後藤 和 広・在宅児指導班

1. はじめに

静内ペテカリの園は、昭和52年12月に日高支庁管内静内町に開園した民間法人が設置経営する精神薄弱児施設です。地域ケアの考えを大切に地域に誕生する障害児の問題を、地域の問題として、

入所・在宅を問わず出来る事から具体的な対応を行ってきました。定員は40名であり日高支庁管内を中心に施設の利用がなされています（図1）。

日高支庁管内は、9町、人口96,600人であり、年々人口や出生数は減少しています。過疎化が進む広域な地域に、障害やその疑いを持って誕生する子どもとその親は、都市部とのサービスの地域差からくる不利益、心配や不安等を抱えながら子どもを育てていると言えます（表1）。

巡回療育や相談、母子訓練等で接する子どもと親を通して、過疎広域の地域における母子への援助の難しさを経験してきました。特に郡部においては、施設が専門養育機関として、多様な要請に応えていくことが地域の期待となっています。ま

表1 日高支庁管内人口と出生数の推移

年次	人 口	増減(△)	出生数	増減(△)
53	103,786	—	1,600	—
54	103,448	△ 338	1,410	△ 190
55	102,812	△ 636	1,324	△ 86
56	102,289	△ 523	1,341	17
57	101,852	△ 437	1,334	△ 7
58	100,927	△ 925	1,329	△ 5
59	100,300	△ 627	1,253	△ 76
60	99,535	△ 765	1,200	△ 53
61	98,476	△1,059	1,154	△ 46
62	96,600	△1,876	1,106	△ 48

（住民基本台帳人口）

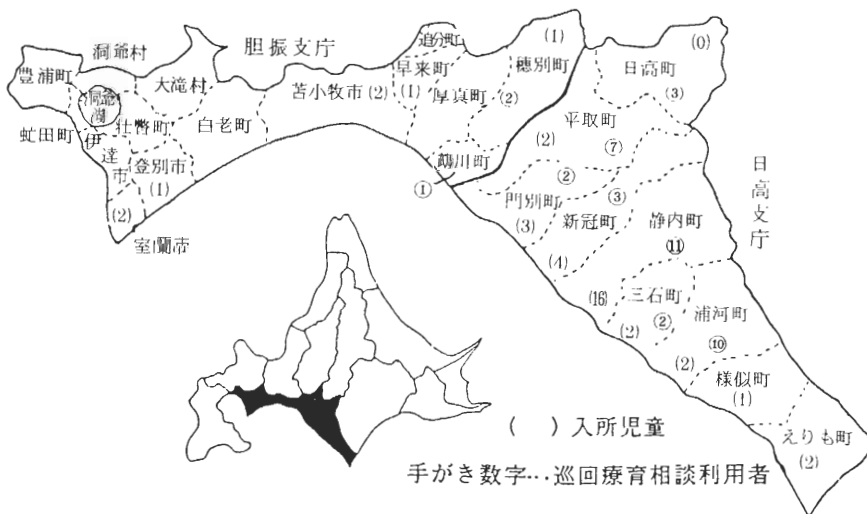


図1 施設利用状況

た、日高支庁管内にあっては、数少ない地域療育関係機関の機能を、効果的に調整し連携を推進してきたのは、日常活動を地道に積み重ねている地域の保健婦です。

更には、障害を持つ子どもたちの毎日の保育、その親（母親）への援助を含め日々かかわりを持っている地域の保育所・幼稚園は、郡部においては重要な役割を担っています。

課題も多い活動の内容ですが、静内ペテカリの園の地域療育活動の実際について報告いたします。

2. 施設利用者の地域的な状況

施設利用者の地域的な分布（図1）をみると、入所児については、日高支庁管内32名（80%）、胆振支庁管内7名（17.5%）、その他1名（2.5%）となっています。次に、同じ図で、心身障害児巡回療育事業の昭和62年度の利用者の地域的な利用状況をみると、日高支庁管内だけでなく隣接する胆振支庁管内の2町からの利用も含まれています。

障害やその疑いをチェックされても、身近に事後の具体的な援助を受ける場所や機会に乏しい問題は深刻です。札幌等都市部にある専門機関の活用をと考えても、毎日や毎週、毎月の通院や訓練には、距離や時間的な問題、経済的な問題等条件が整わなければ継続していくことが難しいと言えます。地元で専門機関と連携を密にした療育が可能となる条件をつくっていく事が何よりも大切なことです。

3. 静内ペテカリの園の地域療育活動

日高支庁管内の早期発見にかかわる乳幼児の一般健康診査の実施状況は、各町並びに保健所の総括表の通りです（表2）。各年度の保健婦の配置数によっても受診率に影響が生じると考えられますが、ほぼ1歳半の時点までには、ハイリスク児の把握、専門機関への受診の勧奨等が保健婦によって行われていると言えます。総体的に出生数が少ない地域であり、郡部には日常の保健婦活動の中で、地区内の情報が得やすい側面もあり、リスク児の把握の問題と受診率の関係は、一概に論じる

ことができないと言えます。

この乳幼児健診等でチェックされた子どものうち、言葉や精神発達、運動や行動面で具体的なかかわりを必要とする子どもを中心に、巡回療育相談をはじめ静内ペテカリの園の可能な活動を行っています（表3）。

(1) 心身障害児巡回療育相談

昭和62年度の実施の総括表をみると、胆振・日高支庁管内の9町・41組の母子が定期的に利用し、利用延べ件数は354件となっています（表4）。そのうち北海道からの事業の委託件数は80件です。過疎広域な郡部になじむ事業でもあり、財源の確保を含め巡回療育相談事業の内容を充実させていく必要があります。

現在、日高支庁管内で定期的に3つの学級（平取ひよこ学級と浦河ひよこ学級は月1回、静内ひよこ学級は週1回）を開級し、事業開催要綱により運営がなされています。スタッフの職種は、指導員、保母、言語治療士、保健婦です（一資料1-1）。主として、母親へのかかわりが大切であり、特に子育てに希望と見通しを見失うことなく、抱える問題をその母親なりに解決していくための援助が必要です。

子どもへのかかわりは、週1回並びに月1回の開級ですので、発達の経過を継続して観察し、その都度ことばや精神発達面等における必要な指導を行っていくことが大切です。

また、母親への援助の方向性については、子どもの障害と直面し一時的に絶望や孤立感を深めたとしても、わが子を育てることを、社会的関係の中でとらえることが出来るような援助が必要です。

昭和62年、静内ひよこ学級の母親を中心に、「心身障害児の訓練機関の設置をのぞむ親の会」が結成されました。地域の保健婦をはじめ多くの人たちがこの会を支援しています。現在、署名活動、役場との交渉、先進地区の視察研修等が積極的に行われています。

共通の地域的事情の中で、悩みや問題を抱えながら子どもを育てている母親が結束して活動しています。障害を持つ子どもを育てる母親やその家

表2(1) 昭和62年度日高支庁管内乳幼児健診実施の状況

町名	人口	出生数	三ヶ月	四ヶ月	六ヶ月	九ヶ月	一歳	一歳半	二歳					
			対象数	対象数	対象数	対象数	対象数	対象数	対象数					
			受診数	受診数	受診数	受診数	受診数	受診数	受診数					
日高町	2,287	28	三ヶ月毎に健診を実施，対象は三ヶ月～一歳半，100%の受診率											
平取町	7,676	84	79 66 84.0%		83 25 (乳相)	86 70 82.0%		83 64 78.0%						
門別町	14,383	157	129 66 51.2%		80 45 56.3%	90 41 45.6%			182 137 76.0%					
新冠町	7,099	70	66 60 90.0%		82 72 (乳相)		87 79 90.8%	84 73 86.9%						
静内町	25,154	303		304 287 94.4%	7ヶ月 286 271 94.8%		289 267 92.4%	293 277 94.5%						
三石町	6,344	53	4) 25) 5) 31) 6) 27) 7) 24) 8) 24) 9) 21) 10) 25) 11) 22) 12) 23) 1) 19) 2) 19) 3) 21)	20 24 80.0%	21 21 77.4%	17 17 77.8%	18 17 70.8%	17 22 81.0%	14 20 80.0%	15 15 63.6%	10 10 87.0%	15 10 78.9%	10 10 52.6%	16 16 76.2%
浦河町	18,251	236	228 225 97.6%		188 (乳相)	142 (乳相)	155 (乳相)	221 209 94.6%						
様似町	7,436	65	63 52 82.5%		70 65 82.5%	77 65 (乳相)	87 80 92.0%	80 68 85.0%						
えりも町	7,370	110	110 100 90.9%		108 98 90.7%	117 97 82.9%	115 111 96.5%	93 93 100%						

(人口・出生数は住民基本台帳，昭和62年12月31日現在，資料各町保健婦)

表2(2) 昭和62年度日高支庁管内三歳児一般健康診査実施の状況

町名	実施回数	対象児数	受診児数	受診率	精検数	精検児の状況
日高町	2回	28人	26人	92.9%	1人	言語，精神発達遅滞，血便， 左眼角部腫瘤，心雑音，胸部変形 低身長・低体重，白癬， (14人) (※経過観察児……) 停留こう丸，斜視，O脚， 鼻出血，ひきつけ，聴力， ひとさし指関節変形，(13人) (※経過観察児……34人)
平取町	4	86	80	93.0	1	
門別町	6	178	161	90.4	4	
新冠町	2	81	65	80.2	1	
静内町	12	330	283	85.8	7	
三石町	3	75	74	98.7	0	
浦河町	8	239	216	90.4	8	
様似町	3	101	89	88.2	2	
えりも町	4	115	92	80.0	3	
計	44回	1,233人	1,086人	88.1%	27人	

(資料 北海道浦河保健所・北海道静内保健所)

族個々の問題から，訓練や養育の条件整備という地域の課題へと発展させてきた経過を評価し今後に期待したいと考えます。何よりも母親自身がわ

が子を含めた問題として，必要な活動に参画していくことは，社会的に成長した母親の姿と言えましょう。

表3 静内ベテカリの園で実施・対応している内容（概要）

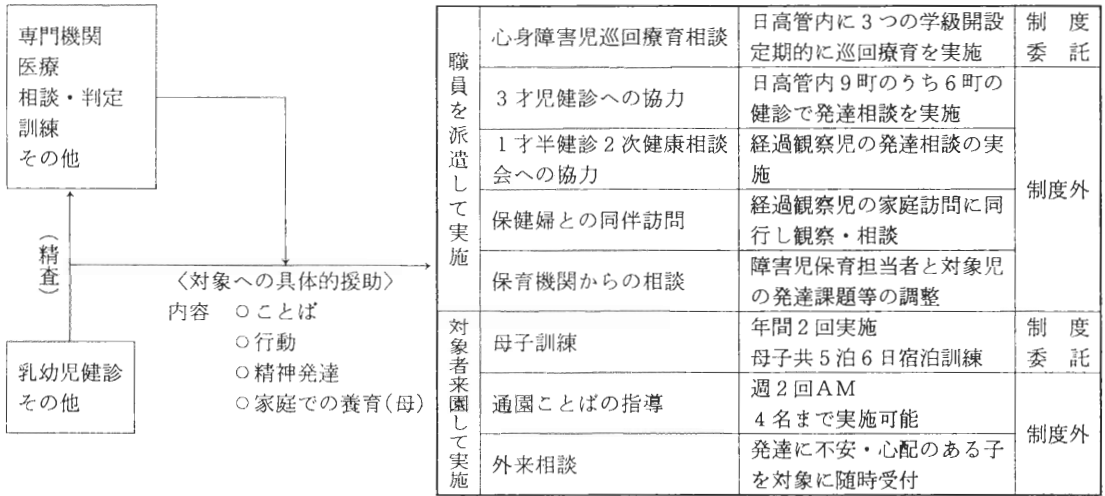


表4 昭和62年度巡回療育相談事業実施の状況

町別 学級通級児	浦河ひよこ学級					平取ひよこ学級					静内ひよこ学級				合計 9町・41名	
	浦河町 10名	三石町 2名	様似町 0	えりも町 0	小計	平取町 7名	門別町 1名	日高町 3名	穂別町 2名	鶴川町 1名	小計	静内町 11名	新冠町 3名	門別町 1名		小計
4月	4	2	0	0	6	2	1	0	0	0	3	5	0	0	5	14
5月	5	2	0	0	7	1	0	1	2	0	4	20	1	0	21	32
6月	4	2	0	0	6	1	1	1	0	0	3	16	8	0	24	33
7月	6	0	0	0	6	2	0	2	2	1	7	16	4	2	22	35
8月	4	1	0	0	5	1	0	0	1	1	3	7	1	0	8	16
9月	6	2	0	0	8	2	0	1	2	1	6	9	2	1	12	28
10月	5	1	0	0	6	3	0	0	2	0	5	23	7	2	32	43
11月	5	0	0	0	5	3	0	1	0	1	5	13	10	0	23	33
12月	5	2	0	0	7	2	1	0	1	0	4	12	6	1	19	30
1月	6	1	0	0	7	4	1	0	1	1	7	3	5	1	9	23
2月	6	1	0	0	7	5	1	0	2	1	9	7	6	1	14	30
3月	6	1	0	0	7	4	0	1	2	0	7	18	7	0	25	39
町別利用延件数	62	15	0	0		30	4	8	15	6		149	57	8		
合計	77件					63件					214件				354件	

昭和62年度巡回療育相談事業利用延べ件数……354件

－資料1－

心身障害児家庭療育相談等の事業開催要項
静内ひよこ学級（静内保健所管内）

1. 目的

この事業は在宅の心身障害児に対して、家庭療育のための具体的な指導方法等を巡回又は定期的な学級を開設するなど、関係諸機関との連携の基に、家庭での療育を援助し在宅福祉の向上を図ることを目的とする。

2. 開催主体

静内保健所 静内町 静内ベテカリの園
実施主体

静内ベテカリの園
協力関係機関

室蘭児童相談所 関係市町村 日高支庁福祉課
保育所 幼稚園 病院 学校 その他専門機関

3. スタッフ

静内ベテカリの園指導員 保母 静内保健所医師
普及係 保健婦
管内町保健婦 その他必要な職員

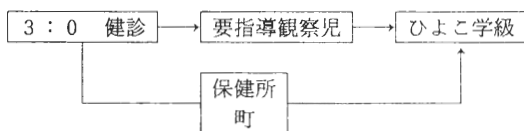
54 第2分科会（地域療育活動）

4. 対象
在宅の心身障害児で、言語、行動、精神発達上の障害や問題があり、支援を必要とする児童及びその保護者とする。
5. 実施方法
 - (イ)名称 ひよこ学級
 - (ロ)場所 静内町保健センター
(必要に応じ、静内ベテカリの園)
 - (ハ)開催日時 週一回金曜日
午後13時～15時
 - (ニ)実施内容
 - A 児童の観察、発達検査
 - B 個別、集団指導
 - C 保護者への支援
 - D グループでの話し合い、その他
6. 費用
無料
7. 記録
個人票の作成、必要事項を記入し、保管する。
8. 対象人員
5名～10名前後とする。
9. 申し込み方法
静内保健所
静内保健センター
静内ベテカリの園

2. 実施主体 北海道浦河保健所 静内ベテカリの園
3. 対象
三才児健康診査により、ことばの問題、行動の問題があり継続して支援を必要とする児
 - 1. ことばの問題
 - ア. 構音（省略・置換・ひずみ等）
 - イ. リズム（早口・どもり等）
 - ウ. 遅れ（一語文・幼児語等）
 - エ. 声（共鳴・発声等）
 - 2. 行動の問題 落ち着きない、ききわけがない、等
4. 実施方法
 - 1. 学級の名称 ひよこ学級（親しみ易いように）
 - 2. 場所 浦河保健所 会議室 衛生教育室
 - 3. 開催日時 毎月1回 午後13時～15時
(別紙参照)
 - 4. 担当職員 浦河保健所 普及所 保健婦係
静内ベテカリの園職員
管内町保健婦（必要に応じて担当する。）
 - 5. 実施内容
 - ア. 遊び等により児の観察をする。
 - イ. 保護者への個別支援
 - ウ. グループでの話し合い。
5. その他
 - 1. 周知方法 保護者に個人通知する
 - 2. 相談票（個人票）を作成し、必要な記録をする。
 - 3. 対象人員 10名前後

学級体系図

静内ひよこ学級



運営

週に1学級1回の開設
対象児を特定しての活動
随時、新ケース受入れの枠

活動

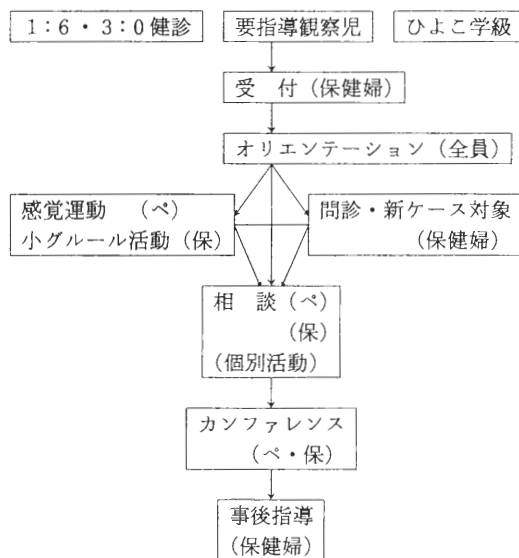
毎週金曜日 13時～15時

三才児健康診査観察児の集団学級開催要項
浦河ひよこ学級（浦川保健所管内）

1. 目的
 - 1 児のことばの問題、行動の問題を保護者、指導者が共有し養育に役立てる。
 - 2 保護者同志の連携をつくりグループダイナミックスの力を活用する。

学級体系図

浦河ひよこ学級



心身障害児家庭療育相談等の事業開催要項
平取ひよこ学級

1. 目的

この事業は、在宅の心身障害児に対して、家庭療育のための具体的な指導方法等を、巡回又は定期的な学級を開設するなど、関係機関との連携のもとに、家庭での養育を援助し在宅福祉の向上を図ることを目的とする。

2. 実施主体

北海道静内保健所、平取町、静内ペテカリの園
関係協力機関

北海道室蘭児童相談所、北海道日高支庁福祉課、
門別町、日高町

3. スタッフ

静内ペテカリの園、保母、指導員
北海道静内保健所、普及係、保健婦係
各町保健婦（必要に応じて担当する）

4. 対象

在宅の心身障害児で、ことばや行動の問題、及び、精神発達上の問題があり、継続して支援を必要とする児童及びその保護者とする。

(1) ことばの問題

- ア. 構音（省略、置換、ひずみ等）
- イ. リズム（早口、どもり等）
- ウ. 遅れ（一語文、幼児語等）
- エ. 声（共鳴、発声等）

(2) 行動の問題

落ち着きがない、ききわけがない等

5. 実施方法

- (1) 名称 平取ひよこ学級
- (2) 場所 平取町中央公民館
- (3) 開催日時 月1回・第2水曜日
午後1時～午後3時
- (4) 実施内容
 - ア. 児童の観察・各種発達検査
 - イ. 個別・小集団指導
 - ウ. 保護者への支援
 - エ. グループでの話し合い。
 - オ. その他

- 6. 費用 無料
- 7. 記録 個人票等の作成。必要事項を記入し保管する。
- 8. 対象人員 5名～10名前後。
- 9. 申し込み方法

役場福祉係又は保健婦

(2) 心身障害児母子訓練

静内ペテカリの園の過去10年間の母子訓練実施の状況を表にしました。年2回の実施で、21回実施し延べ利用組数は215組となります（表5）。

まず、利用回数では、実数で91組中40組の母子が1回、20組の母子が2回、14組の母子が3回の利用となっており、74組81.0%の母子が1回から3回の母子訓練を活用しています。残り19.0%の母子は、4回から8回の活用がなされており、言い換えると2年から4年にわたって関係を継続しています（表6）。

回を重ねているケースに共通していることは、①母親の心配や不安が強く、②子どもの障害も重く、③子どもが2歳から3歳の時期に初めて母子訓練に参加して、就学の時期まで活用していること。そして、④地元を活用する機関がないこと、があげられます。

また、年々参加の動機にも変化が生じており、母子訓練への期待は多様化しています。次に、障害別利用延べ件数をみると、自閉症・自閉傾向が97件約45%、精神発達遅滞が72件33.5%、ダウン氏症35件16.3%となっています。このようなことから考えると、自閉症等処遇困難なケースの早期対応のひとつの受け皿ともなっていると言えます。より専門性の高い家庭養育の援助を可能とする母

表5 心身障害児母子訓練事業実施の状況（S53・8～S63・8）

年度	53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		合計
回	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		21回
組数	7	4	14	9	9	9	10	9	11	8	9	11	14	13	12	12	12	9	11	11	11		215
年度合計	11		23		18		19		19		20		27		24		21		22		11		(組)

表6 利用回数

利用回数	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
利用者数	40	20	14	7	2	4	1	3	91名

子訓練の内容が求められていると考えます（表7）。

市町村別の利用者をみると、約82.0%が日高支庁管内の母子で占められています。身近に活用できる養育の専門機関があれば、積極的に活用することがわかります（表8）。母子訓練をはじめ、静内ペテカリの園の地域サービスの実施については、児童相談所、保健所、日高支庁管内9町の役場、保健センターの窓口、常時サービスの種類と内容を記載してあるパンフレットを置かせていただき町民の方々に周知していただくようご配慮をいただいております。また、室蘭児童相談所の巡回相談、地域の保健婦の日常活動の機会に、母子訓練等に参加することが望ましい母子に対しては、事後指導のひとつの機会として参加等静内ペテカリの園の地域サービスの活用を勧奨していただいております。

母子訓練の内容は、①母親への援助、②子ども

への援助、③母子の関係調整・改善と大きく3つに分けています（表9）。

①母親への援助

○子育てにかかわる正しい情報の提供をはじめ、日頃わが子を育てていて、感じたり疑問に思うこと、対応が定まらず迷っていること、その他子育てにかかわるより具体的な事柄について、母親自身が具体的に知識や気持ちの整理が出来るように努めています（勉強会）。

○母親を3名から4名の小グループに分けて、母親どうしの話し合いの場面をつくっております。スタッフが各グループに1名入ります。母親が中心となり自由に話を進めてもらいます。母親相互に聞き役、話し役となり、様々な内容の話が出てきます。しかし、徐々に話題が絞られてきます。家庭のこと、自分自身のこと、親戚のこと、保育所・幼稚園のこと等互いに共感し合いながら話は尽きません（小グループ研修）。

○子どもが就寝後の夜の時間に、参加者全員とスタッフが集まり話し合いをしています。この場面では、ある程度具体性のあるテーマを決めて話し合いにのぞみます。毎回、他の母親の話に涙する母親の姿があり、苦悩の深さを知らされます（母親教室）。

○子どもの発達の様相を母親に伝えます。その

表7 障害別利用延件数

障害区分	利用延件数	%
自閉症・自閉傾向	97件	45.1
精神発達遅滞	72件	33.5
ダウン氏症候群	35件	16.3
CP	4件	1.9
MR+CP	2件	0.9
その他	5件	2.3
合計	215件	100.0

表8 母子訓練利用者の障害・市町村・性別内訳（S53・8～S63・8）

障害区分	自閉症・傾向		精神発達遅滞		MR+CP		CP		ダウン氏症		その他		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
札幌市	2	1	2										4	1
苫小牧市	3	1	2										5	1
広島町	1	1											1	1
白老町									1				1	0
鶴川町			2										2	0
日高町	1		1										2	0
平取町			1	1									1	1
門別町	3	2	1	1							1		5	3
新冠町		1	3	2					1				3	4
静内町	12	1	12	6		1			2	1	3		29	9
三石町	2								1				2	1
浦河町	2		5			1	1	3	1			1	9	5
えりも町	1												1	0
合計	34		39		2		4		7		5		91名	

表9 母子訓練日程表（例 第20回）

時間	基本日程	第1日目	第2日目	第3日目	第4日目	第5日目	第6日目
7:00	起床		子供	子供	子供	子供	子供
8:30	朝食 体操 マラソン		グループで お散歩 雪遊び	検査学習等 運動・認知	グループで お散歩 雪遊び	製作活動	小集団遊び
9:30	午後の活動	開会式 オリエンテー ション	母 勉強会	母 勉強会	母 勉強会	母 実技指導 (七宝焼)	母 個別面接
11:30	終了						
12:30	昼食		子供 雪遊び	母子 レクレーション	子供 屋内で 感覚遊び	母子 実技指導 (母子遊び)	閉会式 解散
13:30	午後の活動	津守式等 個別のチェック		(雪中小運動会)	母 小グループ研修 (母話合い)	母 個別面接	
15:30	終了	面接の実施	母 小グループ研修 (母話合い)	母子おやつ作り	母 小グループ研修 (母話合い)		
18:00	夕食	児童の観察					
19:30	子供就床	自己紹介等	具体的に抱える 問題を中心に	母子休息日	具体的に抱える 問題を中心に	父親教室	
20:00	母親教室	懇談				子育てを話題に	

母親の精神的状態や家庭的・地域的事情はまちまちです。母親と子どもの置かれている条件の中で、可能なことを中心に抱える問題の解決に向けて、個別に話し合います。あくまでも母親が養育の主体ですので、時間をかけて一緒に考え合います（個別面接）。

○家庭や子どもから離れる時間の持てない母親が多いことから、家庭を離れ母子訓練に参加した機会に、いくらかでも心のゆとりを持っていただき、自分自身や離れて家族をみつめてみるのが大切です。子どもを気にせずとにかく集中してみる場面をつくっています。趣味的なものにも挑戦する機会を持つことも大切なことです（実技指導）。

②子どもへの援助

○基本的な生活習慣の側面を確認していきます。食べること、寝ること、排泄すること等基本的な生活のリズムを獲得できず母親が対応に苦慮している場合が多くあります。食べない、食べたとしても決ったものしか受けつけない、夜寝ない、トイレで排泄しない等々の状態を何年も繰り返し、更に多動で奇声やパニックを頻発し目離しができないとなりますと、家庭の中では危険のないように見ているだけで精一杯です。家族を含め母親は、毎日大変な苦勞を強いられることになります。

まずは、基本的なこと、緊急なことを改善するために援助しなければいけません。このようなケー

スとたくさん出会います。

○運動機能の側面を確認していくことも重要です。母子訓練の間中は、屋内や屋外での活動では、十分子どもの体を動かすことに努めます。体を自発的に動かし活動することが楽しいことを知らせるように努めています。活動の折々に確認していきます。

○基礎的な認知の状況をとらえることも重要な課題となっています。確認のための学習の場面を設けています。

このように子どもには、最低3つの側面からかわりを持つように努めています。限られた期間内に、子どもの全体像を把握していくことは、とても難しいことですが、今後の援助の手がかりを得るうえで、母子にとっても私たちにとっても貴重な宿泊訓練です。

また、OT、PT等の専門職はいませんが必要に応じて、専門機関への受診を勧めています。

③母子の関係改善・調整

「母子の関係がついていない」等と言われても、精一杯の子どもへのかかわりをしてきた母親にとっては、どうして良いのかわからないのが素直な気持ちでしょう。むしろ母子が一体となって活動できる場面を用意していくことが重要です。

母子訓練に参加する母と子の関係を見ると、2人の子に楽しみやゆとりが少々不足していること

に気づきます。そこで、私たちは母子で遊ぶ楽しさを十分知ってもらうように努めています。子どもと一緒に楽しめることが身近にたくさんあることを知ることによって、子どもとのかかわりに変化が生じてくることもあります。母子遊びの実技指導やレクレーション、おやつ作りなど母子が一緒になって活動することに力を入れております。

(3) その他の地域サービス

三才児健診やそれを補う事後の援助への協力については、今後も研修を深め学びながら質の高い協力の中身となっていくよう努力をしていきたいと考えます。これからは、特に保育機関との関係を大切に考え障害児保育の実際の場面で機能を連携していくことが必要です。昭和63年度より、保健所が中心となり地域療育の関係機関の調整会議がもたれています。ケースに応じて、関係者が集まって現状や今後の対応について、情報の交換や意見の調整を行っていくことが目的です。このような会議が定期的に持たれることによって、機関と機関の関係を円滑にし、サービスの一貫性や継続性等を保障し、整合性ある援助を可能にするものと言えます。

現在、要請に応じて対応していることは、①三才児健診・発達相談への協力、②一才半健診二次健康相談会への協力、③保健婦との同伴家庭訪問指導、④ことばの通園指導、⑤外来相談等です。巡回療育相談や母子訓練との関連の中で、保健所、各町保健婦、保育機関、児童相談所等と共に、養育施設の可能な専門機能を提供していく努力をしています。まだまだ十分な内容とは言えず、援助を必要とする母子や連携する機関から更に信頼を得られるように、養育施設の専門機能を高めていく必要があります。

4. まとめにかえて

——課題のいくつかを考える——

静内ペテカリの園の地域療育活動の実際について報告してきました。昭和52年12月静内ペテカリの園が開園しましたが、それ以前の地域内の状況は、必要に応じて日々援助するための受け皿がな

く、献身的に地域の保健婦や保育機関が母子を支えてきたのが実情でした。公的な施策の進展と共に、静内ペテカリの園の活動の範囲に広がりがでてきました。昭和53年に母子訓練を始め、昭和58年12月からは、巡回療育相談を実施にうつし、昭和60年からは、三才児健診・発達相談への協力を本格的に始めました。この間、外来相談や保健婦との同伴訪問等必要に応じて対応してきました。昭和62年からは、通園可能な子どものことばの指導を実施しています。しかし、現在も地域的事情はそう変化していないと言えましょう。施設や保育機関、地域の保健婦等の自助努力を抜きにしては、サービスが成り立っていない状況があります。広域な地域をフォローできる仕組みと人的・物的資源を地域内で確保（ネットワーク）していくことが必要であり、地域内の有用な資源を十分に活用しきることが重要です。そして、地域内の一次的なサービスを、システムとして、多様な個々のニーズに合わせて、必要な資源を目的的に活用していくことが、郡部では実際的な方法であり、私たちの課題でもあります。日高支庁管内の地域療育に活用可能な関連諸機関の整備状況を図に示してあります（図2）。

次に、いくつかの課題を考えたいと思います。

(1) どこへ相談に行ったら良いか、わかるようにしていく事が大切です。身近な地域にどんな機関があり、そこにはどんな人がおり、どの機関がどのような機能を持って、何をしてくれるか、関係者はもとより、利用者に周知するための策を練る必要があります。例えば、受胎し産科や保健機関と最初にかかわり合う時に、わかりやすくなっている身近な地域の関係機関利用マップを作成しておき、配布し育児のその時々気軽に活用できるよう工夫することもひとつの方法です。

(2) 問題を受けとめる窓口は、機関の数だけ利用者にかかれています。しかし、その後の機関間の連携に問題があります。援助に必要な情報がタテ割りの仕組みの中で途切れてしまいます。町単位やサービス領域単位の関係機関共通の情報処理のための仕組みが必要になっています。コーディネー

フォローするために、施設が地域療育の一端を担っていくうえでは、現有機能に相談や巡回の機能を持たせ、地域の在宅児者への対応が可能となる措置費加算等制度的な前進がはかられなければなりません。

(5) 次のような地域援助のあり方をイメージとして持っております。援助を必要とする対象に、必要な機関が合わさり（統合・連携）、順序だてて（系統的）、対応に矛盾がなく（整合性）、しかも、一貫している（一貫性）。そして、専門性をベースにして、援助の内容は対象の求めるものにぴったり合い（即応性）、効きめがある（実効性）。更には、対象の変化にあわせて、援助の内容も変化する（柔軟性）。そして、途切れない（継続性）。

一次的な地域でのサービスの総合性とは、このようなことではないであろうかと考えています。私たちの地域療育活動は、まだこのような実態には至っておりません。今後は、具体的な事例を関係機関と共に積み重ねていくことを通して、日高支庁管内における地域援助の実効性ある実態づくりの一端を担っていきたいと考えます。郡部における地域療育が更に前進するために、ご指導並びにご助力をいただきますようお願いを申し上げます。報告を終りにいたします。

4 深川市における「幼児ことばの検査」10年間の取り組み

（深川市ことばの教室）

中山 忠道、武田 碧、三上サラ子
加藤 広一、棟方 悦子、上出 峯子
遠藤 美幸

1. はじめに

どの障害についても言われることであるが「早期発見・早期療育」の必要性をだれしもが認めながらも、その対策が全道・全国的に立ち遅れてい

るのが現状である。特に「ことばの障害」については、新しい分野であることから、出現率が5%前後というデーターが報告されているにもかかわらず、道や国のレベルでの行政的対応が遅々としていることは極めて残念なことである。

人の一生のうちで、ことばを使つての表現能力が最も激しい勢いで成長するのは、生後2才ごろから4才ごろまでであることは、これまでの言語発達研究の中で、明らかとなっているところである。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する時期である。その意味から、この時期は子どもたちにとって、大きな「飛躍台」であると同時に、その反面多くのつまづきを示す「受難期」であるとも言える。まわりが「どもり」、「発音異常」、「ことばの遅れ」などに、特に関心や注意をもちはじめめるのも、3才から4才にかけてが多い。その点からみても、この時期はことばの発達上からも、手放しておけない重要な時期に当たると言える。

われわれは、「すでに遅かった」ということのないように、この時期におけるつまづきの発見と、指導の手だてを講ずることをねらいとして「幼児のことばの検査」を実施してきた。ここでは、過去10年間にわたる取り組みの経過を報告し、今後の予防教育への足がかりを得たいと考えている。

2. 深川市における「幼児ことばの検査」10年間の取り組み

(1) 深川市ことばの教室の設置経過と運営形態 1) 設置の経過

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（深川市と周辺町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にスタートさせたものである。

翌年9月には、幼児の対象がかなりいることが明らかとなったため、幼児の公的な指導の場として「幼児学級」を、市の単独事業として併設させ、専任担当者を配置した。

深川市の場合、教育・福祉行政ともに、「子

どもや親のニーズを優先させる」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いかに弾力的に運用するかという考え方に立ってその方策が打ち出されたものである。

つまり「ことばの教室」という社会資源を、教育と福祉の両サイドから効率的に利用しているというものである。幼児の言語治療については、道や国の援護制度がない中で、深川市の場合は大英断であったといえる。

2) 認可名称とスタッフ

深川市ことばの教室には、教育サイドの認可による小学校身分の担当者、中学校身分の担当者、深川市単独事業に伴う幼児専任担当者が配置されている。身分はそれぞれ異なるが、一つの「診断治療チーム」を編成し、一本化した運営形態をとっている。昭和62年4月からは、市の機構改革に伴って幼児学級の所轄が教育委員

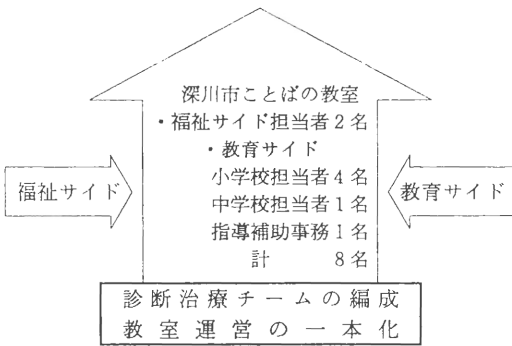


図1 ことばの教室機構(1)

表1 ことばの教室機構(2)

通称	認可名称	学級数	担当者数
深川市 ことばの教室	幼児学級 (詩単独事業)		担当者2名
	深川小学校 言語障害特殊学級	3学級	担当者4名
	深川中学校 言語障害特殊学級	1学級	担当者1名
	指導補助および事務		担当者1名
			計 8名

会に移行された。幼児から中学生までの指導の一貫性を図るために、小・中学校身分の教員は「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る。これは、地域の中に手

助けを必用としている子どもがいれば、年令にとらわれず、チームとして受け入れていこうという考え方に立っている。

(2) 早期発見・早期指導の手だて

深川市ことばの教室では、関係機関との連携により、次のような早期発見・早期療育の手だてを講じている。

① 出生届出の「ことばの育児手帳」配布

昭和52年に、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」を開発した。これを市民課の窓口で、出生届時に配布して活用してもらっている。内容としては、ことばを育てるための母親の役割や、子どもとのかかわり方、1才6ヵ月までのことばの発達状況を記録するようになっている。これは1才6ヵ月児健診の時に回収し、その活用状況をみることにしたが、回収率もよく利用率の高いことがわかった。

表2 健診受診状況と育児手帳利用状況

年度	1才6か月児健診受診状況			ことばの育児手帳	
	対象数	受診数	受診率	回収率	利用率
58年	344	329	95.6%	55.4%	75.4%
59年	342	324	94.7%	53.1%	82.9%
60年	329	313	95.1%	54.5%	89.4%
61年	322	303	94.1%	60.1%	87.2%
62年	291	274	94.2%	57.2%	87.1%

ことばの育児手帳を、何らかの形で利用してきた母親の意見や感想としては、「はじめての子だったので、ことばがどうして育つのか不安だった。育児手帳により、母親のかかわりが土台づくりとなることがよくわかった。」「母親の果たす役割がわかった。」「ことばの発達のモニサが役だった。」「赤ちゃんの喜ぶ遊びを一つずつやってみた。」「発達のめやすに比べて8ヵ月も遅いので保健婦さんに相談するきっかけとなった。」のようなものがあった。

われわれは、ことばの育児手帳の回収を8年間にわたって実施し、その活用状況を分析してきたが、子どものことばの発達の土台づくりとして意味のある事業であることが確認できたの

で以後の回収は行わないこととした。

今後は、更に内容的に役立つものを盛り込むための改訂をすすめている。

②一才半健康診査における「ことばの相談」の実施

深川市においては、昭和54年4月から、一才半健康診査時に「ことばの相談」を実施している。これは受診児の母親の主訴として、ことばの発達面に関することが多いことから、市の保健婦と協力して実施している。ことばの教室の対応としては、毎月担当者2名を派遣して相談に当たっている。母親の訴えの多くは、「ことばが出ない。」「ことばを言わない。」「ことばの理解ができない。」などであるが、よく聞き出してみると、それは単に「ことば」だけの問題にとどまらず、しつけ上の問題、行動上の問題などの育児全般にわたることが多い。

われわれは、一才半健診ではことばの発達と関係の深い行動のチェックをすることにねらいをおいている。子どもの発達状況や、母親の子どもへの接し方、育て方の面で気がかりな面があれば、二才ぐらゐまで経過をみることで、その追跡は保健婦さんをお願いしている。その半年間にどのような変化があったかが大切だと考えている。

そして、保健婦さんの半年後の追跡記録をもとに、その後の適切な措置を講じていくことにしている。過去9年間にわたる一才半健診の経過と措置は次の通りである。

表3 一才半健診におけることばの相談

年度	受診数	ことばの相談数(%)	通室指導の対象(%)
54	384	16 (4.1%)	1 (6.3%)
55	364	12 (3.3%)	4 (33.3%)
56	364	20 (5.5%)	6 (30.0%)
57	323	21 (6.5%)	4 (19.0%)
58	329	17 (5.3%)	5 (29.4%)
59	324	17 (5.3%)	5 (29.4%)
60	313	14 (4.5%)	3 (21.4%)
61	303	16 (5.3%)	5 (31.3%)
62	274	13 (4.7%)	2 (15.4%)
計	2,978	146 (4.9%)	35 (23.9%)

以上の結果からもわかるように、過去9年間で146名についての相談を実施した。これは、一才半健診受診数に対して4.9%にあたる。その後6ヵ月から1年の経過観察を経て、ことばの教室の通室対象となったのは35名である。これは、相談総数の23.9%であり極めて高い数値である。障害の内容としては、ちえ遅れに伴うことばの発達の遅れ、情緒社会性の育ちの問題、母子関係の育ちの問題などを示す子が90%を占めている。障害の程度は個々異なるが、年令的には2才半から3才にかけての子が多く、この時期に適切な指導が講じられることは、ことばの発達上からも意味のあることと考えている。

③三才児健康診査時における「ことばの相談」の実施

ことばの教室では、これまで三才児健康診査とは別に、3才児以上を対象とした「幼児のことばの検査」を実施してきている。これは、深川保健所の保健婦さんからの申し出により、三才児健診の中でのことばの相談を実施することとなった。この相談は、昭和63年4月から実施した。理由は、受診児の母親の訴えとして「どもりに関するもの」「ことばの発達にかかわるもの」「発音の問題に関するもの」などその内容も、年令がすすんできていることから、かなり具体的で適切な助言を求めていることから、ことばの教室としてもそれに対応していくことにしたものである。

表4 三健におけることばの相談

63年	月	三健対象数	ことばの相談数	備考
	4月	21	4	内1名通室中
	5月	21	6	内1名通室中
	6月	31	7	内2名通室中
	7月	27	4	
	8月	29	8	内1名通室中
	9月	26	2	
	10月	27	5	

毎月ことばの教室から2名の担当者を派遣して相談にあたっている。三才児健診の対象となる子と、ことばの教室で実施する「幼児ことば

の検査」の対象となる子の年齢起算日が異なっているため、事前に三才児健診受診者名簿により、これまでにとばの相談検査等の経過があるかどうかをチェックし、経過のある場合にはそれらの資料を持参して相談に利用している。

④在宅三才児を含む「幼児ことばの検査」の実施

深川市における「幼児ことばの検査」は、昭和52年6月に実施された。その結果、ことばに何らかのつまづきをもった園児56名が明らかとなった。ちなみに出現率は5.12%であった。このデータにもとづき、指導を必要とする幼児のために「幼児学級」が開設された。

翌53年度からは「在宅3才児」も含めて検査対象に加えることが検討され、各地域の公民館を会場に実施された。このことにより、深川市においては、3才以上の幼児がすべて「ことばの検査」を受診できる機会が得られることになった。

(a) 幼児ことばの検査実施の意義

特に3才児におけることばは「急激な勢いで成長する」「変動があって不安定なものである」「質的にも量的にも個人差が大きい」という特徴がある。しかし、発達段階の一応のめやすを知るために、これまでの調査研究を利用して、3才児の言語能力を検査することはほぼ可能であると考えられる。どもりの場合の多くの訴えは「3～4才前後に始まった」ということであり、ことばの検査を実施して、この時期にかかえる言語発達上の問題を探り出して必要な指導助言ができる面があるとすれば、子どもの今後の望ましい言語発達に大変効果的であり、大きな意義をもつものである。

(b) ことばの検査の目的

深川市における「幼児ことばの検査」は、幼児のことばの障害の実態を掌握し、その結果にもとづく幼児期における適切な指導の手だてを講ずるための資料を得ることを目的にしている。特に在宅を含めた3才児以上を対

象とし「予防教育」への足がかりを得るために、次のような調査研究も併せて行うこととした。

- ・構音能力の発達状況を調査する。
- ・構音異常、幼児音、幼児語の特徴を調査する。
- ・これらの資料をもとに、構音能力の発達状況を個別に整理し、正しい構音が獲得されるまでの追跡研究をする。

(c) 深川版「三才児用ことばのテストえほん」の作成

次の資料に検討を加え、深川版「三才児用えほん」を開発した。

- ・田口、笹沼著「ことばのテストえほん」日本文化科学社
- ・道民生部編「三才児健診用絵カードテスト」
- ・中山忠道編「きこえとことばのテスト」1968

検査用語いや絵の選択については、教室内でも十分検討し次の点に留意した。

- ・主として3才の構音発達レベルの語い
- ・幼児音の特徴のとらえやすい語い
- ・3才児にとって親しみやすく、しかも絵になりやすい語い

(d) 深川版「三才児用ことばのテストえほん」の構成と手順

- ・テスト1（ことばの理解力検査）
「チューリップ」「ぞう」「すいか」「ひこりき」「とけい」の5つの絵が描かれている1枚のカードを提示し、「○○はどれ？」と質問し、該当するものを選択させ指ささせる。
- ・テスト2（ささやき声による聞き分け検査）
「はさみ」「つみき」「じどうしゃ」「ふうせん」「さんりんしゃ」の5つの絵が描かれている1枚のカードを提示し、検査者は口もとをかくして、ささやき声で「○○はどれ？」と質問し該当するものを指ささせる。
- ・テスト3（構音能力検査）

「パンダ」「バナナ」「とんぼ」「でんわ」「ねこ」「きりん」「くつ」「うし」「さる」「りんご」の絵を描いた10枚のカードを1枚ずつ提示して「これは何でしょう？」と質問し、子どもにその名前を言わせる。

カードにはNo.がありNo.1～5には[p][b][t][d][n]の音を入れ、No.6～10には[k][s][r][ts]の音を入れてそれぞれチェックする。各絵カードの裏面には、掘り下げてテストができるように3つの絵が用意されている。

・テスト4（ことばの表現力と声の検査）

ある情景や場面を描いた絵を4枚のカードにした。それを子どもに提示して自由に話してもらい、子どもの話に、あいづちをうって励まし、その中で「表現能力」「ともしり症状」「声の質」などをチェックできるようにした。

(e)検査対象児

- ・幼稚園および保育園に在園している3才児以上で、これまでにことばの検査を受けていない幼児。
- ・保育園および幼稚園の担任から、ことばの検査依頼のある幼児。

※3才児の検査対象とする起算日は4月1日とする。

※対象児の受診案内は、4月1日で3才に達した段階で各家庭に送付される。幼児ことばの検査の所轄は、昭和60年までは福祉事務所青少年係であったが、昭和61年4月に市の機構改革により、教育委員会学務係に移行された。教育委員会には、3才児以上の幼児ことばの検査「受診台帳」が整備されており、3才に達するとすべての対象家庭に、その年度の受診案内が送付されるようになっている。

この台帳には、その年の受診状況や措置が個人別に記載されており、都合によって受診できなかった場合には、翌年以降も案内が送付される仕組みになっている。

(f)検査の時期

検査の時期は5月中旬に、5日間ぐらいを組んでいる。これは地域事情としての農繁期や園行事の関係から、この時期が適当との判断にもとづいている。

(g)検査の方法

個別面接法

- ・3才児 深川版「3才児用ことばのテストえほん」
- ・4～5才児 「ことばのテストえほん」日本文化科学社

(h)検査場所

市内4幼稚園、市内20保育園および、各地域16公民館

(i)在宅3才児を含む幼児ことばの検査の受診状況

在宅児の検査にあたっては、昭和63年度の場合、市内各地域16か所の公民館を会場として、受診者の便宜を図るようにしている。過去10年間の受診状況をみると、在宅児の場合57年度までは、いずれも受診率は50%を割る状況にあった。

この理由としては、次のような分析結果が得られた。

- ・ことばの検査の意義が十分に理解されていない。
- ・三才児健診と混同した場合があった。特に三才児健診が終わった直後に混同があった。
- ・子どもにことばの問題がないと感じている場合。

しかし、58年からは次第に啓発が浸透しはじめ、口込みも効を奏して受診率が60%台に乗りはじめ、最近では80%台に近づいている。

「よその子には検査の案内がきているのに、うちにはまだ来ないがどうなっているか。」「検査の指定日に都合で欠席したがどうすればよいか。」などの問い合わせがあるなど、保護者の関心が高くなってきている結果と評価している。

(e)ことばの教育相談窓口の常設

深川市ことばの教室は、地域における社会資源として相談の窓口を常設している。年齢に制限なく、必要な時にだれもが利用できるようにしている。毎週土曜日の午前中に予約制で運営している。関係医療機関からの紹介ケース、園および学級担任からの申し出によるケース、親からの申し出のケース、周辺各町からの紹介ケース等があり、これらはすべて教育相談の窓口を通して処理されている。

表5 教育相談件数

	市内	市外	計
幼児	226	185	411
小学生	79	22	101
中学生		2	2
その他	2	2	
計	326	211	537

(f) 深川市周辺町への対応

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」の指定を受け、圏域住民の福祉向上につとめている。深川市ことばの教室としての、周辺町のかかわりや援助体制は、次のものがある。

- ・沼田町2才児学級と相談会（55年から年2回実施）
- ・北竜町2才児学級と相談会（57年から年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才児学級と相談会（59年から年2回実施）
- ・幌加内町2才児学級と相談会（61年から年2回実施）

深川市ことばの教室では、周辺町に対して相談会を通して、その実態を明らかにしてきたが、一方では北空知地区ことばを育てる親の会が各町行政に対して、これらの子どもたちの治療体制を要望していった。

その結果、昭和61年4月に秩父別町、沼田町、北竜町の3町に待望のことばの教室が開設されるに至った。各町のことばの教室はまだ草創期にあり、受け入れ体制が十分整っているとは言えないが、これまでに深川市ことばの教室でかかわってきた当該児を、漸次移行していく段階を迎えている。

3. おわりに

以上ささやかではあるが、深川市における「幼児のことばの検査」を中心に、早期発見・早期療育の手だてについて述べてきた。幼児の言語治療については、道や国の援護制度がないだけに、それを手がけようとする自治体の財政的な負担は極めて大きい。

そこに手助けを必要としている子どもがいれば、それは次の時代を担う子どもたちである。深川市の場合、教育・福祉の両行政とそして、ことばの教室を設置している現場の立場からの深川小学校および深川中学校の教職員、そしてことばの教室を利用する立場からの親の会、ことばの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ここまでたどりついたものである。

とりわけ、教育・福祉の現行法制度を、ことばに障害をもつ子どもや親のニーズを優先させるた



図2

め、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らない。「ことばの教室」という社会資源を、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

特徴の一つである。

また、ことばの教室に教育サイドの担当者および福祉サイドの担当者を配置し、一つの強力な「診断治療チーム」を編成して業務を推進してい

-資料1- 教室の活用状況

障害別・幼児年齢別・児童生徒学年別通室状況一覧

昭和63年6月末現在

対象	年齢 学年	障害名 性	やり乱 ことば ののれ	発音の 異常	こ発お と達く ののれ	口伴の 蓋裂と には害	聴伴の 力う障 損こ障 失とば 害	脳伴の 性う障 まこ障 ひとば 害	情な 緒障 的害	そ の 他	合 計	
幼児	2才	男			1						1	
		女										
	3才	男		1	5				1		7	
		女		3	2							
	4才	男	1	2	2						5	
		女		43				1		8		
	5才	男		6	6						12	
		女		5	1						6	
	6才	男	1	3	1						5	
		女		2							2	
	幼児小計	男		2	12	15				1		30
		女			14	6				1		21
計			2	26	21				2		51	
小学生	1年	男	1	9	7					1	18	
		女		6	2						8	
	2年	男		3	5	1					9	
		女		1							1	
	3年	男		1	1						2	
		女	1	1	2						4	
	4年	男		1							1	
		女	1	1							2	
	5年	男		2							2	
		女										
	6年	男		1							1	
		女										
小学生小計	男		1	17	13	1				1	33	
	女		2	9	4						15	
	計		3	26	17	1				1	48	
中学生	1年	男										
		女			1	1					2	
	2年	男										
		女										
	3年	男			1				1		2	
		女						(1)			(1)	
中学生小計	男			1				1		2		
	女			1	1	(1)				2(1)		
	計			2	1	(1)		1		4(1)		
合計	男	3	29	29	1			2	1	65		
	女	2	23	11	1	(1)		1		38(1)		
	計	5	52	40	2	(1)		3	1	103(1)		

() は市外通室児

質 疑

阿部（釧路，保健婦）：コアラの会，あゆみの会に関連した関係者のネットワーク的な体制はあるか？

板垣（演者：豊富町役場）：現状では，保健婦が動いて，各関係者との連絡をとり合っているという状態。障害者療育推進委員会のような機関の設置が急がれている。

佐久間（道立札幌肢体不自由児療育センター）：療育センターの4人の小児科医が関係し，早期発見，療育という目的でfollowをしている。この会は，親の会で自主的に出来た会なので，町協議会からの協力は得られていても，親の負担も大きく，難しい面がある。将来的には，肢体不自由，精神発達遅滞，自閉というように分けるのではなく，重複障害児の増加ということも考えると，総合的な療育の機関が必要になる。

清野（名寄女子短大）：療育を充実させると同時に，保育（障害児）の場がないという現状があると思われるが，その点については見通しとしてどうか？ また，学校教育の問題として，地元での教育の場という点は，どのような動きがあるか？

板垣：56年から保育所でも時間的に受け入れてもらえるようになってきた。61年から更に保母さん達の障害児保育についての取り組みの努力もみられるが，システムとして具体的にはっきりしているわけではない。

学校教育については，今年度，特学（情・精）が開設され，それぞれ入学している。就学に関しては，町の就学指導委員会が主に関与するだけであった。コアラの会が出来てやっと今年，この会を通して親が学校を見学したり，教師と話し合う場をもったりという情報を得て，親も参加できるようになったが，不十分。

佐久間（道立札幌肢体不自由児療育センター）：（板垣の応答に追加して）豊富町には幼稚園が

ないので，幼児のほとんどが，保育所への入所になる。保育所側では，人数も多く大変なことも含め，障害児保育としての受け皿としては，充分整っていない。就学の方角について，充分検討して，決定していくという場合は，確立していない。今後は，乳幼児の療育を充実させるとともに，就学の方角について充分な検討がなされるような機会を保障していく必要がある。

古河原（函館青柳学園）：通所できない子供達への訪問指導のお話がありましたが，私達の施設では行っていない。詳しく話してほしい。また，障害児をもつ母親が出産の場合なども訪問しているか？

橋本（演者：こだま園）：居宅訓練は，信念でやってきた。上司から，逸脱（業務の）であるとか，親からも甘やかしてあるなどの声も聞かれた。しかし，このような施設は，病院と違い，通ってこれる人だけを対象としていけばよいとは思わない。通所出来ない子供達をそのままにしておくことは，障害の固着，進行という状況に追いこむことになる。上からも下からも横からも反対はあったが，信念を貫いてきた。義務教育終了後のことも含めて，居宅訓練を何歳までやるのか，という問題では，個人的見解では，出来るところまでと思うが，成人になった時点でしかるべき機関につなげるのがいいのではないか。

出産時の訪問に関してですが，居宅訓練の条件（発作，母親の入院，ケガ）に該当するので実施してきた。このような訪問を可能にしているのは，在席数と指導の関連もある。現在は，発作があり通園が困難な子どもに限っている。

全体協議

座長：4つの発表は，各々地域の特性を生かした形で，乳幼児の健診，発見，相談，療育を様々な機関，形態で関わっていることが報告された。特に，焦点をしぼらず討議に移りたいので，質疑・御意見等出してほしい。

阿部（千歳）：どちらかというと北海道の中でも小さな町村での献身的に行われている療育の報

告であったと思う。内容はそれぞれ違うが、みな地域に根ざしているように思えた。しかし、地域で頑張っているのだから、その地域で勝手にやればよいということにはならない。その辺のところをどう考えるべきか。

ペテカリの園では、自閉の子の受け皿になっているということだが、その子ども達の日常生活はどのようになっているか。同時に深川ことばの教室の状況も知らせてほしい。

後藤（ペテカリの園）：提示した資料（10年間で97件）の追跡調査は不十分なので、母子訓練参加時の状況ということに限って言えば、比較的軽度で適応状態の良い子は、幼稚園、保育所で受け入れてもらっている。混乱の少しある子は、自由遊びの時間など母子通園で利用している。重いケースについては、そういう機会は閉ざされているというのが、私達に関わっていて感じた。追跡調査はしてみたいと思っている。

中山（深川ことばの教室）：しかるべき機関で、はっきりと診断されている子どもの数（情緒障害、自閉症など）は、資料の情緒的障害のところに入れてある。また数的にことばの遅れの中に含めているものもある。学童になると、精薄、情緒学級にいくケースは、その時点で、ことばの教室とは切れてしまう。

小川（新得ことばの教室）：新得も小さな町だが、本日の発表も小さな町であったように思う。小さな町で、それだけ成果が上がった条件のようなものはあるのか。

座長：総括的な質問であると考えられるので、もう少しあとでとりあげたい。北海道の早期療育の課題、状況などについて、行政的側面からも発言してほしい。

坂井（道・障害福祉課）：現在セクションが変わったので、その後の経過がよく解らない。昨年9月、伊藤則博教授を委員長として北海道の障害児療育検討委員会が出来、明日のシンポジウムで、熱田さんがその一部を報告されると思う。逆に質問をしたいのだが、白老の在宅ケアについて、制度上のことやお金の問題はどうなっ

ているか。

橋本（白老こだま園）：親からの負担金はない。私達の手当ては、出張命令をとり、半日200円の日当旅費があたる。

座長：参加していただいた各々の地域の状況をお話しいただきたい。苫小牧の状況を話してほしい。早期療育のシステムについてと、学校の中に療育の教室を設置しているという道内ではめずらしい、学校教育と福祉のタイアップということについて話してほしい。

長谷川（苫小牧）：各関係機関の連携は確かにあるが、まだまだ質的に不十分であるように思う。小学校の幼児教室（自閉の重い子）の設置については、情緒障害児学級の教員からの要請が発端になって、出来たという経緯がある。健診のシステムについては、第1分科会の資料に詳しく紹介されているので参照されたい。

座長：帯広の実態はどうか。

（帯広児童療育センター職員）：私達の施設は、北海道の心身障害児の通園事業の中で唯一民間の施設であるので、行政の窓口と現場（療育の）が密接でない点がネックになっている。現在、発見は保健婦、判定は児童相談所、現場は療育センターで、各々協力しあって連携をとりつつあるところ。

地域的に通園のエリアが広いので、郡部との連携がとりづらい面もある。啓蒙、PR活動を広くしていかなければならない。また、きずな園との地域分担という方向もあり、今後の課題はたくさんあると思う。

古河原（函館青柳学園）：発表を聞いていて、小さい所でよくやっているなと思った。函館は大きい街だが、民間の施設がもう1つ出来て2つに分かれた。施設が増えたことは、子どもにとっては良いことなのだろうが、そのために行政的な連なりがなくなり、現在見直しをしているところ。重度で通園できない子に在宅指導をしたいが、行政的に通園事業だから、在宅指導は認められないと、上からクレームがつくのでやれないというジレンマがある。道南として、2つ

も施設があるのに、指導はゆき届いていない。小じんまりした方が、痒いところに手が届くものなのだろうか。

座長：厚生省で、在宅の重症心身障害児にリフトバスを運用して通園させるという地域ケアシステムの方向が進められつつあるので、お知らせしておきます。

発見、健診、フォローアップについて、できれば保健婦さんに、各地域の様子をきかせて頂きたい。

（留萌市役所保健婦）：状況としては豊富と似ているが、医療状況はまだ留萌の方が良いだろう。4ヵ月、9ヵ月、18ヵ月の健診だが、リスクのある子に対しては、乳幼児クリニックで月1回市のDrがフォローしている。情緒の問題やことばの遅れでは、18ヵ月健診の事後指導で「あそびの教室」を月1回実施している。そこで年3回旭川大学の小倉先生に来ていただいて指導・助言を頂いている。

座長：釧路の状況はどうか、特に健診後の療育に至るまでのつなぎはどうなっているか。

（釧路保健所保健婦）：釧路地域の8市町村のうち、市以外で乳児健診を行っているのは、町村で2つしかなく、あとは18ヵ月健診まで保健婦の乳児相談で対応している。それは、小児科の問題もあるし、町村の体制の問題もあってそうなっている。

61年度から、肢体不自由児の早期発見につなげる意味で、4ヵ月でのリスク児を札幌と旭川の療育センターからDrを招いてフォローしてもらっている。その時に市内肢体不自由児通園施設の先生にも来て頂いている。しかし、遊び指導などのフォローアップは出来てない。道内においてそういう面では、まだまだの地域ではないかと思う。

座長：ことばの教室の状況をきかせてほしい。

小川（新得）：ことばの検査は、三歳児健診とタイアップしてやっている。しかし、うまくドッキングしているとはいえない。ことばの教室では、3才～小学校までの追跡調査をしている。

保健所・幼稚園でも検査をしている。もっと町内の関係機関と連携していきたいが、うまくいかない。“人”の問題なのか“システム”の問題なのか。

座長：静療院からみた地域療育の問題は何か。

武田（静療院）：以前は地方からの受診が多かったが、最近は地域の充実があるせいか、減ってきている。話を聞いて、少し気になった点として、各資料の数字から見て、発見者数が若干多いような気がする。逆にみると、過剰サービスになる危険がある。

札幌では施設の数からみて、もれる場合もあるが、親の側から選択する余地があり、恵まれていると思う。

座長：健診の精度の問題提起である。見方が定着してくると、数がおちついてくる、健診技術の問題もあるかと思う。

（十勝清水町きずな園職員）：清水町も小さな町で、10年前にことばの教室ができて、十勝管内でも増加している。小さな町村のことばの教室は、地域の障害児のセンター的役割を担っている。また、そうならざるを得ない状況でもある。最近の地域療育の動向としては、これは、児童相談所の構想だが障害児の専門的な訓練とリスク児の母子交流センターを平行して、十勝管内全域につくっていききたいというものがある。

座長：早期療育は子どもだけでなく、母親（家族）へのサポートをしていくということも基本問題である。このことは、まだ定着していない。十勝の例はいい例で注目したいと思う。本日は時間もないので、又別な機会に討議をしたいと思う。

— 第3分科会（障害児保育） —

1. Yちゃんにとって「共に生きる生活」とは？
古軸加津子・藤田孝子
2. 統合保育の行事の持ち方
野表まゆみ・佐藤洋子
3. 統合保育の問題点
松原君子・千野恵美子

質疑とまとめ

座長：佐藤 義昭（道教育委員会）

室城万利子（旭川市神楽保育所）

記録：井口 美和（札幌市たいへいみなみ幼稚園）

伝法 章子（広島町福祉センター）

1 Yちゃんにとって、「共に生きる生活とは」

（札幌市立みかほ保育園）

古軸加津子・藤田 孝子

1. はじめに

Yちゃんが共に生活することで身につけてきたものは、入所時にみられた、大人に依存した生活から、「自分からする」という意識の育ちにくさを残しながらも、自分の体を使って生活する力ではなかったかと思います。食事と歩くという活動を通して、「Yちゃんが共に生活する」ということを考えてみたいと思います。

2. Yちゃんと私たちの歩み

62年、4才児に進級した当初は、機嫌が悪くて、

泣くことが多かったのですが、私たちもどうして良いのか分からず、兎に角、機嫌よく過ごしてほしいと、泣けばオンブや抱っこをしました。コチョコチョコやグルグル回して笑わせ、抱っこで友だちの遊びに入り、担任に親しんでほしい、好きな遊びを見つけてほしいと、Yちゃんの表情の気になる時期でした。食事も抱っこでみそ汁の汁だけ飲むとか泣きながらうどんを2～3本食べただけといったものでしたが、好きなイチゴは、人の分まで手をのばし、他のものを食べさせようとすると、怒って泣いたり、“いただきます”を待たせると泣いたりしました。オンブや抱っこをしても笑顔の少ないYちゃんでしたが、慣れるとオンブからずり落ちそうにして喜んだり、遊びに誘うと応じるようになりました。子どもたちも“Yちゃんが来た”と登園を出迎え、特にK君は、お弁当の用意をしたり、靴をはかせたり、散歩に出ると手をつないだりしました。なかなか歩きませんので、止まると、抱っこしようとして、重くて、“先生、抱っこして”と可愛がっていました。K君と仲の

良いY君も、K君と一緒に手をつないだり、2人でキングブロックの車に乗せてあげたりしていました。食事は落ち着いて食べるようになりましたが、慣れないものを促されると、怒ったように泣いていました。お弁当をはほ食べるようになった夏頃、給食を食べさせたくて、給食だけ並べておきますと、非常に怒り出し、お弁当も食べなくなりました。給食をお弁当の中に入れてたらかさかきと、入れておくと、匂いをかいで食べなかったり、いつの間にか後ろに立っていて、入れるのを見たのか、お弁当を見ると怒り出したりしました。ちょうど、ブランコをひとりでこげるようになり、好きな絵本を2才児の部屋に行って見たりしていましたが、Yちゃんの要求を上手に汲みとれず、夏の遊びに誘いたいと中断させてはカンシャクを起こされていました。家庭でもブロックがうまくはまらないとか、お母さんがつみ木を1個片づけ忘れたとかで、1時間も泣き続けるといった状態だったので、食事でも無理にすすめるのをやめ、何でも食べさせたいという気持ちを持ちながら様子を見ていました。カンシャクもスーッと消えた秋以降は、担任がそばを離れるとシクシク涙ぐむようになりました。片づけをなかなかしなくても「やればできるでしょ」と言うと、泣き泣きでもしたり、おしぼりが入らないともってくるので「してねって行ってごらん」というと「してね」と大きな声で言ったりしました。苦手なものはニヤニヤして口をあけなかったり、舌で押し出したりしてました。年が明けて63年の2月には保母の目を見て“アッカンベー”と舌を出し、介助のたびに連発していました。その後もケラケラ笑って受けつけず、根負けしてしまう状態でした。

3. Yちゃんとうだちと

食事をしている友だちの顔を見てケラケラ笑ったり、ワントンボ遅れで友だちの返事を真似したり、顔を沢山描いたり、Yちゃんの周囲に人を感じました。Yちゃんが玄関で靴を脱がないので、女の子が“Yちゃんおすわり”と言うとちゃっかりその子の膝に座ったり、ストップゲームでも合

図があると椅子に座らず、友だちの膝に座ってゲームの殺気立った雰囲気になごむといったこともありました。又、歌もよく歌うようになり、“2本ばしこちょこちょ”は全部歌いました。保母や友だちが“Yちゃんして”と言うと、腕にしてくれました。言葉もはっきり聞き取れるようになり、“おかあさん”と呼んだり、金魚に餌をあげて“ありがとうは”と言ったり、自分の写真を見て“かわいいね”などが聞かれました。4月に5才児に進級しましたが、保母への後追いは続いていました。家庭では折り紙で飛行機を作り、紙を切って人形の布団や枕を作ってよく遊びました。お母さんは甘えが強くなったという感じをもち、園ではおもしろが目立ちました。Y君が粘土をはさみで切ることを教え、毎日のように粘土とはさみで遊び、絵もよく描いていましたので、食事の時間になってもやめませんでした。沢山顔を描いて“ゆかりちゃん、ゆかちゃん”と言ったり、“ゼリー食べたい”“おしっこくさいね”なども言い、“Yちゃん”と呼ぶと、目を見て振り返りました。公園に行くと好きな遊具でどンドン遊び出し、4才の男の子が“Yちゃん、大好き”としつこく関わってきたのを、はじめはいやがりましたが、手を振り払って滑り台に向かいながら、追いかけてくるのを待つ姿も見せました。食事でも苦手なものを促すと拒否はしますが、あきらめて食べるようになりました。夏にはYちゃんがひとりで絵を描いていたので、のぞくと、パッと立ち、腕で顔を隠して棚の陰に隠れました。その後“Yちゃん”と呼ぶと目をつぶり、午睡時、トントンすると目をつぶり、ボタンかけをさせようと“よくみてごらん”という目をつぶり、両手で顔を隠したりしました。又、登園時、担任を捜す様子を見せ、見つけると顔の表情をかえ、声が聞こえるとニコニコしました。食事は促されて食べた感じが、いつもより調子のよいものがあり、咀嚼も上手になった感じでした。子ども達は、Yちゃんに何でもしてあげたい様子を見せますが、Y君などは、“Yちゃん、しなさい”と待てるようになりました。この日はカバンを置いたまま、鏡に自分の姿

を写し、“きんきんきれいなー♪”と歌い、“オーイ”とポーズをとってなかなか用意をしません。笑っている周囲の目を全く気にしないのも、又、無邪気で、みんなで見ていました。“仕方ないな”といった感じで、お弁当を出してあげましたが、みそ汁は自分でよそうよう、お玉をもたせ、お碗をもってやり、汁がこぼれて熱そうでしたが、見守っていました。

4. 行動に自立に向かって

食事の用意や後かたづけを“自分からする”のが、Yちゃんが一番育ちにくい部分かと思いましたが、先日は食事が遅く、片づけをしていないYちゃんを残して、午睡に出ると“待つて”と追いかけてきました。戸口で立ち止まると急いでお弁当をきちんと片づけ、服を脱ぎ、籠に入れ、籠を片づけて追ってきました。自分から用意をしてほしい、片づけをしてほしいと言葉がけてきましたが、この日のような自分からするという力も育ってきているのを感じました。歩くことも入所時の姿にあるように、非常に嫌がりました。外に出るのに玄関まで行くのもオンブを要求して泣き叫びました。友だちと手をつなぐのも、歩くのも嫌がるYちゃんでしたが、外に出、自然の中で遊ぶのは気持ちが良いのか、どんなに嫌がっても、保母の後をついてこようと、しぶしぶ手をつないで歩きました。外の遊びは誘われると、雪が冷たくて泣いたり、慣れない遊具が恐くて泣くといった以外は遊びました。特にブランコが好きで、保母に押してほしい素振りを見せ、強く押しても恐がりませんでした。自分から乗れるようになり、こげるようになると、飽きずに乗っていました。公園に行くとブランコに向かって歩きだし、空いていなくても柵の中に入って生きましたが待てるようになり、他の遊具で遊んでいるようにもなりました。2才児が乗っているとツカツカ入って行って、無理矢理握った手を離そうとしたり、隣の子に微笑むように横を向いたりしました。園外に出る機会が多く、北大までの遠距離も嫌がりながら歩きました。年長になっても“オンブして”と立

ち止まったり、手をつなぐのも保母の方がいいようですが、友だちと手をつないで歩いています。自分で友だちの手を握ろうとしないので、すぐ手が離れ、何度も握りなおして歩いています。狭い山道は手を離して歩くよう言ってあったため、保母の顔を見ながら、Yちゃんの手をつないで登っていました。又、Yちゃんが止まるとオンブし、機嫌が良くなると歩かせ、又、オンブするといった子もいます。Yちゃんの所で、前との間隔がくと、後ろの子が“つめろ”と怒なり、“お前、見てみる、Yちゃんだぞ、仕方ないべ”と言う子もいます。三角山登山では、石のでこぼこ道を歩いていた先頭の子が、“先生、Yちゃん、大丈夫かな”と心配し、頂上でなかなか登ってこないYちゃんを迎えに行こうと降りてきた子供達が、“Yちゃんはクラスの宝だ”と言ったりしました。円山登山では担任と手をつないで30分で頂上に登り、先頭グループの次に降りてきました。食後には疲れもみせず、登れないだろうと麓にYちゃんを残し、又、山登りを始めた子供達を追って登った担任の後から、急な斜面を黙々と登って来ました。筐にすっぽり隠れて見えなくなり、登れなくなったかなと見ていると、又、ポッカリ頭を出し、ゆっくりと、しかし、しっかりとした足どりで歩いてきました。

5. みんなの中で

“Yちゃんが登ってきたよ”と叫ぶと、降りてきた子供達が、“Yちゃん、Yちゃん”と見守り、“よく登ってきたね”と喜んでいました。“菅野先生に教えてあげなくちゃ”と言うと駆けて行って、“先生も見れば良かったのに”と言っていました。Yちゃんの絵も動きが感じられ、縄とびが盛んになると両手を結ぶ線が頭の上で弧を描き、運動会の後は両足が開いて、体が斜めになり、一生懸命子供達が練習した側転を思わせました。今は足の下に円を2つ描き、ローラースケートを思わせませす。子供達はYちゃんの絵をのぞいて“すごいね”と驚き、ボタンかけをさせたくて、袋を作り、大きなボタンをつけて、好きな粘土やはさ

みをいれておくと、“Ｙちゃんボタンできないから、練習するの”と担任の気持ちを汲んでくれます。布団をたたんでもってくるようになったＹちゃんを、布団ごと抱きあげて、“えらいね”と言うと後ろに並んだ子供達もニコニコしています。その子達も布団ごと抱きあげると、テレながらも嬉しそうで、同じ6才の子供を感じます。Ｙちゃんが共に生活することで身につけてきたものは、自分の体を使って生活する力だと思います。この力を出す意欲となり、支えたものは、友だちと接しながらなかったＹちゃんが、共に生活することで、友だちの中にいたいという、人を求める心の発達だったと思います。共に生活することは、その心を育てる事ではないでしょうか。私達にとっては、Ｙちゃんがクラスの宝として、大切に育てることだと思います。就学を目前にし、自分の力で生きるという大きな目標に向かって様々に課題を持つＹちゃんです。8ミリにありましたように、誰もいなくなって慌てて、“待って”と言葉を出し、追ってきました。片づけも、午睡の準備も自分からしました。もっと早く気がつくＹちゃんになってほしい、友達と遊びたいと思うＹちゃんになってほしいと思います。ボタンのある服を着ていてもボタンをはずして追ってきてほしいと思います。ひとりで残されて平気だったＹちゃんが、まだ、担任を追ってきたのかもしれませんが、いつでも暖かく受け入れる姿勢を大事にしながら、自分から子供達の中に入って、自分の世界を広げていけるよう見守っていきたいと思います。又、共に生活することとは、今、私達が、“Ｙちゃんはどうしてこんな風に生まれてきたの”と言った子供、お星様に何てお願いしようかと聞くと、口を揃えて、“しゃべれるように”と言った子供達の中で真に育てたいもの、私自身の中にも育てたい、本当に大切なものは何なのか、共に生活する真の意味は更に奥の深いものだと感じています。

6. 園の概要

同じみかほ保育園の藤田孝子です。今、お伝え致しました“古軸保母の実践”に、保育園の概要

を少し加えさせていただきます。また、せっかくの機会ですので、ほんのわずかな経験からですが、私自身が障害児と出会った中から、日頃感じていることや、とまどいを三つ程、言葉に表してみても、明日からの保育をあらためて意識してみたいと思っています。

私共の保育園は、昭和56年3月から障害児の受け入れ園となりまして、今年で8年を迎えています。定員は、障害児6名を含む120名、保母数は14名です。今日現在119名在籍して居りまして、障害児の6名は、角々年令のクラスに入り、複数の保母で担当しております。

公立保育園ですので、全職員が4～5年おきに異動するという状況であり、じっくり、保育を積み重ねるとか、保育を伝え合っていくという面で難しさが感じられます。私自身、今迄は障害を持った子との出会いが少なく、2年前、今の保育園に異動して来ました。現在の心境は、障害を持っている子も、そうでない子も、保育のとらえは同じだと当たり前の事をあらためて実感しているところです。

7. 障害児と保母の出会い

それでは、まずはじめに「こどもと保母の出会いについて」ふれたいと思います。障害児といいますが、当然1人1人の持っている障害にも特徴や違いがありまして例えば、先の古軸保母の実践内容にも有りました様に、Ｙちゃんは最初気持ちが内に秘められて、人には全く興味を示しませんでした。はじめの頃は、おんぶをして欲しくて、おんぶをしてくれる人でさえあれば、見知らぬ人でも誰でも良かったのです。背中に安定を求めており、人ではなかったのです。

こちらが話しかけても、誘いかけても、理解に結びつかないのか、関心がないのか応じる様子もなく、表情がとぼしく、遠くを見ている様な目をして時々急に意味もなく笑うＹちゃんでしたが、入園して1年3ヶ月、Ｙちゃんにやっと好きな保母が出来ました。ここで人と人との関係が芽生えました。今では、自分の大好きな担当保母の顔を

見ただけで、また声を聞いただけで、心がほころび、目が笑い、わがままな態度を示して親愛の情を見せてくれます。

また、いつとはなしにＹちゃんのかたさがほぐれ、子供達とも少しづつ慣れ親しんで来て居ります。この事は、保母が毎日丁寧に関わった事、又愛情深く受け入れたことがＹちゃんの人間性にまで触れ、Ｙちゃんにとって信頼出来る、そして安心出来る存在として受けとめられたからだろうと思っています。

Ｙちゃんは、まだまだ人とのつながりで閉ざされた面がとても大きいです。けれど、人と人とのつながりの上で基礎となる大好きな保母が見つかった、触れ合った、この事から次は、Ｙちゃんと友達関係へと一歩広がりを見せてくれるのではないかと、私共に楽しみを持たせてくれています。保母もＹちゃんのおかげで子供がよく見える様になりましたし、子供の声がよく聞こえる様になったと思います。

これらの事を通して、私達は、保母は、常に自分自身の中に人間性、いやむしろ人間愛と言うべきかもしれませんが、これを厳しく問い続けていかなければならないという事を感じて居ります。

8. 集団保育における子供の成長

次に「集団保育の中であって、ひとりひとりの子供の育ち」という点についてふれさせていただきます。

私共は障害の有無を問わず、集団の中であって1人1人の発達を見つめて大切に育てたい、その子の存在をしっかりと意識した保育をしていきたいという、先にも述べましたが、当り前の事を知っているながら、日々の自分を振り返ると、集団という名を借りて曖昧にしている時もありました。

さて、障害を持った子は、その障害ゆえに、生活に必要な基礎的な力、具体的には、食事や排泄等の生活習慣、言葉の問題、あそびや対人関係に見られる社会性、そして運動機能や体力の面で、成長がゆっくりしているためにこれらの力が十分備わっていない所が有ります。また、これらの力

がなかなか身につく様子にも見受けられます。日々の保育の中で、保母は時々、皆と一緒に活動をして欲しいと、ハンディを待った子を必要以上にせかせてみたり、あるいは、自分でする力をつけたい、と時間に追われる中で、中途半端に待つ保育を試みたりと、失敗をくり返して来ました。

障害児が居る事で、活動がスムーズに進まない、障害が複雑でとらえが難しく、いつも悩みと迷いが同居している現実です。一口に言えば、保育は忙しくて苦勞が多いです。私は、日々の保育の中で、しかも集団の中で1人1人子どもの持っている力が違うんだという現実に対して留意することは、こんなことではないかと思う様になりました。保母は、子どもの持ち味を大事にして、ゆとりある気持ちで受けとめる事、また、必要な時に必要な関わりを常に心がける事、しかも、何が必要かをとらえるには、自分の日頃の保育をしっかりと自覚する事ではないのかと思っています。従って、保育は活動をスムーズに進める事だけではありません。苦勞を大変ととらえるのではなく、今、目の前に問題を投げかけてくれる子どもが居るという事実は、私共を保育者として、より深く、さらに厚みを増してくれる存在だと気づかせてくれています。言いかえると、子どもたちは保育の原点にいつも引きもどしてくれる存在です。

さらにもう1つ言いたい事は、子どもは、子ども同志の中で育つという言葉を聞いたことがありますが、その通りでないかと思っています。こども集団の持っている明るさ、くったくのない雰囲気、集団としてのエネルギーが障害児が生活に必要な力を身につける上で、なくてはならない様に思えます。

9. 専門機関との連携

三つめに「専門機関に期待すること」として述べさせていただきます。

障害を持った子が一旦入園してしまいますと専門機関に足を運ぶ事もめったになく、そのまま就学時期を迎えてしまいます。毎年、担当保母や私が就学指導の相談に出向く機会がありますが、そ

ここでは、子どもがいつもより緊張してしまい残念に思う事が有ります。最近では障害を持った子がどんどん地域の幼稚園や保育園に入園してきている様ですので、それだけに、父母や私共の専門機関に与せられる期待は大きいものと思われまます。

現在、札幌市内の障害児受入園については、巡回指導という名で、年に1～2回、専門の先生に來園していただいて居ります。実際に子どもを見ていただき、日頃の不安や疑問、関わり方について保母と、時には父母も一緒に意見交換をしながら考え合う機会が有ります。さて、専門機関の方々に期待することの1つとして、専門機関の方々に、子どもの様子を口で説明するのは非常に難しいです。そのためには非保育園に足を運んでいただき、子どもの一日の生活ぶりを見ていただきたいと思っています。2つめに、専門機関の方々に、例えば、保健所、児童相談所、訓練機関、教育機関、医療機関や行政等の機関が連携した体制であって欲しい、願わくば、単に連携にとどまらず、総合された形で、ひとりずつの子へ関わってほしいと願っています。3つめに、専門機関の具体的な活動内容をもっとPRしてはいかががでしょうか。父母にあっては、よく見える、わかる専門機関として受けとめられると思います。

最後に私共も専門機関に求めるだけでなく、前向きに実践を示し、相互に協力して、子どもの生涯に続く道をさぐっていったらと、望みを大きくしています。

2 統合保育の 行事の持ち方について

(恵庭第二かしわ幼稚園)

佐藤 洋子・野表まゆみ

1. はじめに

幼稚園の行事のねらい

当園の行事は、毎日の園生活の中での活動が集

約され、統合保育の中で友達や親に園生活のようすを見学、参加、援助してもらうことによって、広がりのある社会性を育てることをねらいとしている。

1. 原則として単元にかかわる行事とする。

例として、

4月……単元名→新しい友だち。

行事名→入園式、始業式、参観日

5月……単元名→みんなで遊ぼう。

行事名→遠足、親子レクリエーション

6月……単元名→運動会をしよう。

行事名→運動会

↓

9月……単元名→みんなでつくろう。

行事名→保育発表会

10月……単元名→劇あそびをしよう。

行事名→保育発表会

2. 月案、日案の指導計画が長期的ステップで細かく立案され一人一人の障害児が、どのようにとりくめるか予測を立てる。

例として、

○クラスでの劇あそびなどは、障害児の発達に応じて取り組める場面などを予測し又、発達をうながす場としても考えて、絵本の読みきかせ、ペープサートによるあそび、お面づくり、劇あそびへと発展させるようにしむける。

○運動会での遊戯などは、健常児も障害児も共に楽しめるリズムの良い曲の選定をし、又、手作りバルーンなどをつくり、障害児も意欲的にとりくめるものを考える。

3. 毎日の中では障害像に応じた創意工夫して、弾力のある計画とする。

これは統合保育の中での一番大切なところで、どうしても計画を、無理にやらせようとしたり、意欲がなければ、そのままにしておいたりしがちである。

初めの計画どおりにならない場合も応々にしてあるので、教員間での討議や、話しあいを持ち、その都度計画の見直しをすることが大切である。

4. 行事にかかわるすべての環境を細かく配慮し、安心してとりくみ、いきいきと活動出来る場とする。

障害児が「環境になれる」ことはいろいろな行事を経験する際の重要な部分である。

行事当日、突然違ったことをさせられると、強い不安にかり立てられ、パニックにつながる。

人的環境、物的環境など、少しずつ経験を積み重ねてゆくことが大切だと思われる。

Mちゃんは発表会で頭に赤いリボンをつけることになった。担任の先生は2週間位前から頭の髪をしばりリボンをつけたが嫌がり、とってはつけ、とってはつけのくりかえしだったが、5日位たつとあまり嫌がらなくなり、他の先生や、お母さんから、「かわいいね」といわれるたび、にっこりして、発表会当日、真赤なリボンで出場できました。

5. 健常児を巻きこみながら、自然にかかわれるように配慮する。

統合保育の良さは幼児の日常の自然なかかわりの中で彼らは育つということである。

これらはクラスの一員として、毎日生活する中で育つ部分なので、障害にこだわらず接する教師の姿が見える、接することが障害児にとっても健常児にとっても、何よりも大切である。

Nちゃんは、肢体不自由児で走るのが苦手（な子ども）であった。リレーのときみんなより遅いので意欲をなくし走りたがらない状態になってしまった。クラスの中で相談し、他のクラスの一番遅い人と走ってもらい、又一番先に走ることにより一番先にバトンをもらえる楽しみで、運動会の花であるクラス対抗リレーを無事のりきることができました。

6. 行事当日でも、登園などは平常どおりとし、規則正しい生活の中で行う。

この部分は家庭にも協力してもらうことが多いので父母にも理解してもらうことにしている。

食事、睡眠、排泄などの生活のリズムが、しっかりとしていることが、行事での、環境の変化にも負けない精神力、体力の基礎となる部分だ

と思われる。

Sちゃんには62年度の運動会はスクールバスを特別に運行させることで普段の生活のリズムどおりに登園させ、運動会に無事参加させることが出来ました。63年7月に行った運動会では、父母と一緒に会場に来てもらったせいか、始めからリズムをくずし、泣いたり、嫌がったりして、せっかくの運動会を楽しまず、配慮の不足を悩んだりもした。

規則正しい生活は、家庭生活の中で多く育つところなので、父母との話し合いを密にしてあせらず、根気よくおし進めたいものです。

7. 親の援助はなるべくひかえて、担任が全面的に援助する。

園を中心とした行事が多いので（父母が来園したり、父母と園児と、先生と）

原則として普段の担任の先生とのかかわりを、そのまま行事に移行させる。

理由として次のことがあげられる。

○行事の中では、どうしても環境の変化がある場合が多いので、担任の先生といることで、気持ちの安定がはかれる。

○障害児について客観的に対応出来るので、パニックなどを起こしても、スムーズに処理し、行事の参加を弾力をもってあたる事が出来る。

○父母の精神的負担を軽減し、楽しんで行事に参加してもらうことをねらっている。

以上、統合保育と行事について、当幼稚園の実践の1部分を記した。

これからも、障害児を含めた幼児が、そのままとけあって、集団の中で健全に育つことをねがっている。

最後に、私共の実践の一部をVTRでみていただきたい。（VTR視聴）

3 統合保育における諸問題

～旭川太陽保育園における障害児保育の

実践を通して～

（旭川太陽保育園）

千野恵美子・松原 君子

1. 障害児保育の認可を受けるまでの経過

当園は、昭和56年4月に旭川市永山地区に初めての認可保育園として開園した。定員60名、職員数は8名である。

開園当初から健常児として措置された中に障害のある子が6名程含まれ、途中退園した2名を除いて、59年3月に卒園するまで在籍していた。2名は言語障害であり、2名は精神発達遅滞と思われる。判定は受けていないが、軽度と思われ、開園当初の混沌とした環境の中で、その都度適切な対応はしていたが計画的な指導やねらいを持つ事はしなかった。

昭和59年4月に2才児のM・Iが入園した。おむつを着用し、排泄は全く自立せず、言語もない状態であった。又他児と違って、視線が合わない・こだわりが強い・じっとしていることができず奇声をあげる・遊具で遊べない等の行動が見られ、単なる遅れでないことがわかった。しかし未満児クラスで複数担任である事で保育上、大きな問題がなかった。

翌年、M・SとM・Tが健常児として措置される。M・Sは、未満児クラスであったが、4月生まれであるので、すぐに3才となったが、排泄は自立せず、おむつを着用し、着脱もできず、食事も殆ど拒否する等、基本的な生活習慣はまるで出来ていなかった。又、視線が合わず、他児には全く無関心で、手をかざしてクルクル回って喜んでいただけの子であった。

M・Tは3才児であったが、体格が良く、多動で、手をかざしながら風のように飛び回り一時も

じっとしている事ができず、外へ出てよその家までも入り込んだり、高い所へ登り、消火器、コピー、タイプなどの機器類に興味を持ち、チョーク、クレヨン、粘土などの異食もあり、全く目の離せない子であった。

前年度入園したM・Iは3才児、M・Tも3才児、M・Sは未満児のクラスで保育する事になったが、単数担任の3才児のクラスは、毎日が殆どパニック状態で、通常の保育体制が全くとれない状態であった。

園長は、役所へ何度も足を運び、この状態を訴える一方、親とも話し合いを持ち、子どもの状態を認めてもらい、児相の判定を3人共に受けるまでに至った。しかし受け入れ先がなかった。親は継続して保育してほしい旨訴えてきた。職員間での話し合いも何度も繰り返され、そのまま保育する事が決定され、職員全員で対処していく意志統一がなされた。園長の特別の配慮で、パート保育が3才児担当に加わり何とか一年間が経過した。新年度からは、M・Sを除いて、2名が障害児認可保育所に転園が決まっていた。

その矢先に当園に障害児保育の認可が下り、正式に昭和61年度からスタートすることになった。環境・設備もなく、保母も専門的知識もないままで、全くの手探り状態で始まった。

保育室もない所から統合保育の形をとって出発したが、職員全員で対処し、担任のみの負担にしてはならない事を前提にして、教育大で実施されている障害児に関する毎月の学習会にも全員が出席して現在に至っている。

2. 障害児の入退園状況

M・I（男）→精神発達遅滞

S59年4月入園（2才10ヵ月）

S61年3月退園（障害児認可保育所へ）

M・T（男）→精神発達遅滞

S60年4月入園（3才9ヵ月）

S61年8月退園（通園施設へ）

- M・S（男）→自閉傾向
S60年4月入園（2才11ヵ月）
現在5才児クラス
- K・U（男）→精神発達遅滞
S昭和61年4月入園（3才8ヵ月）
現在5才児クラス
- T・S（女）→自閉傾向（3才6ヵ月）
S61年9月入園
現在5才児クラス
- H・Y（男）→注意欠損症候群（5才3ヵ月）
現在5才児クラス

3. 統合保育における育ち

当園においては、障害児が同年令に偏っており、ほぼ同じメンバーで、3、4、5才児クラスへと進んでいる。したがって、各クラス段階での障害児の育ちと健常児との関わり合いはどうだったか、その現状を述べる事にする。

〈3才児クラス〉

60年度は、M・TとM・Iが所属していた。M・Tは後でわかった事であるが重度の知恵遅れで、前述した様に異食があり、危険行為が多く、多動で、全く目の離せない子であった。一対一の介助がどうしても必要であった。園長の配慮で、パート保育が配属されたが、M・Iも、大柄で、多動、乱暴な行為が多く目を離せない子であったので、この2人に2人の保育が振り回されていたという状態であった。健常児も3才児では、手のかかる年令であり、落ち着きのない毎日で、パニック寸前の状態であった。

数ヵ月後、M・Tは休憩室や職員室で落ちつきを取り戻し、笑顔を見せ理解言語も多くなって行った。（保育時間の殆どをそこで過ごす事もあった。）M・Iもシールをもらう事で気持ちの安定を図る（シールが大好きで、何枚かのシールを並べて貼り、それをあらゆる方向から見て楽しむ）事ができる様になってきた。

他の子ども達は、最初は違和感が強く、怯えたり、嫌がったり、うるさかったり、不安がったりしていたが、次第に慣れて来て、危険行為や、外

に出ようとしている時は知らせてくれたり、皆で連れ戻してきたりして、仲間の一員として認め、引き入れる行為を積極的にする様になった。しかし、保育中は障害児に中断されるので、落ちついて集中できないという状態が多く、そのうちに、その騒がしさや落ちつきの無さの状態に慣れてしまったという良くない点が定着してしまった。

また、M・TとM・Iは統合保育と言っても、統合の場には少ししか居れず、保育を受け入れる状態ではなかった。

この年は混乱期ではあったが、自由遊びの場では、もちろんの事、いろいろな場面で、担任だけでなく、職員全員が、目配り、気配りをしてくれた事や、積極的に働きかけてくれた事で乗り越える事ができたと思う。

61年度の3才児クラスは、M・Tがそのまま3才児クラスに留まりM・Sが未満児クラスから上がり、新たにK・Uが入園し、3人の障害児が所属する事になった。

M・Sは前述の通り、言語は全くなく、他児に全く無関心で、手を打ちながらクルクル回る常同運動の激しい子であった。

K・Uは、言語はあったが、発音が不明瞭で文章もうまくつながらず、会話がたどたどしく、しかも、ルールや順番を無視し、思い通りにならないと他児をつき飛ばしたり乱暴な面のある子だった。

しかし、他児の大きな障害となったのは、4才児で、大柄なM・Tであった。本人も前年度とは、仲間が違い、しかも下に妹が産まれ、夜中にしょっ中泣き声で目覚めさせられる等の環境の違いもある為か、ひどい奇声を絶え間なく発し、他児を突き飛ばしたり、突然泣き出したり、笑い出したり的情感も激しくなった。たまたま、M・Tが欠席すると、子ども達は、ほっとするのか「Tちゃんいなくて静かだね。」という声が出るほどであった。

M・Tに対して、前年度同様に一対一の対応を余儀なくされ、落ち着ける場所で好きな様に個別に対応し、M・SとK・Uを含めたクラス集団は、もう一人の保育が見るという状況だった。M・T

も落ち着いている時は、皆と一緒にいる事はできたが、相変わらず保育が中断される事が多かった。

又、M・Sは、大人に対する依存が極度に強くなり、保育が傍らに居なければ何もしない状態になり、いつも保育につきまといまわっていたので、保育は動きのとれない事もしばしばだった。この頃から、関心の強い数字を媒介として、音声が出始め、後半になると、一語文から二語文となり、断片的なことばで、会話ができるようになったのは、12月頃からである。

8月末にM・Tが転居の為、通園施設へ転園した。彼の退園後はクラスにおいてはもちろん、園全体も急に静かになり、パニック状態から解放されたが、担任としては、機嫌の良い時のあの天使の様な笑顔を忘れる事ができない。

入れ替わりに入園したT・Sは、最初から、自閉傾向があり、他機関（どんぐり教室・わかば教室・医大・児相）との連携をもてる子で、母親の理解もある程度進んでいる障害児として入園した。彼女は、手先が抜群に器用であるが、他の面では、落ち込みが強く、多動で人見知りせず、意志の疎通性に乏しく、会話もオーム返しが殆どで成立せず、人との関わりが全くもてない子であった。トイレ・手洗い・給食への誘いかけ・集団遊びへの誘い等、かなり強く言っても、応じない面が多かった。健常児はそのようなM・Tを違和感なく、すんなりと受け入れ、いろいろな場面で、誘いかけ引き入れようと努力してくれた。

結局、この年も前半は、全く落ち着かず、保育が中断されることは常にあり、後半もM・SとT・Sに振り回される事が多かった。設定時間が集中して持てない、集団行動がきちんととれない悩みを常に感じていた。

〈4才児クラス〉

健常児に2～3人の出入りがあっただけで殆ど同じメンバーで迎えた為今までより落ち着いた状態で保育できるようになった。

K・Uは、言語面での遅れを少しずつ取り戻し、重々しい口調であるが、遊びに関してはひどく積

極的で、友達関係もトラブルを含みながらも持てる様になった。知的面での関心の無さや拒否が強いが、設定面でも集団行動面でも常に一緒に行動でき、他児も特別の意識は全く持たなかった。

一方、自閉傾向の強いM・SとT・Sは他児との関わり合いを持ちづらく、他児の方からも積極的なアプローチを図れない悩みが続いた。

M・Sは、本を読んだり、遊具で遊んでいる時に、他児が近寄って来ると途端にその場を離れたり、手をつながれるのを拒否したり、保育にまわりつき、他児を寄せつけない面が強かった。T・Sは、ままごと遊びやスーパー遊びに没頭し、他児から逃れてステージの上で、遊具を抱え込んで遊ぶことが多かった。

健常児側としても、一緒に遊ぼうとすると拒否され、逃げられたりすることが多くなると自然に誘わなくなり、保育から言われない限りは積極的に関わらなくなって行った。

そのうち、M・Sが少しずつ話せるようになり得意な数字や文字の質問に的確に答えたり出来るようになってくると、それを通して、他児と関わられるようになってきた。T・Sも、手先が器用で、特にはさみを使った製作物は、非常にきれいに仕上がるという事実を他児が認め始め、特定の女の子が、しつこく遊びに誘うようになってきた。一緒に遊びたい、一緒に出来るようになりたいという気持ちで、Sちゃんの世話係・Tちゃんの世話係を、先を争ってしたがる子が出てきた。特に運動会や、発表会などでは、集団からはずれると追いかけて来たり、教えたりする面が強く出て来た。このしつこいまでの絡み合いが、大切だったのだと思われる。この様な関わりが続く中で、今まで他児へ関心を示さなかったM・Sが、他児の反応を楽しむようになってきた。他児をたたいたり、つついたりして喜ぶようになり、T・Sも他児に抱きついたり、顔を両手で挟んだり、故意にまちがった答えを言って、笑われるのを楽しんだりする事が多くなった。

又、M・Sには、他児に関心を持たせたいという意図もあって、カセット操作をさせたり、当番

表やカレンダーめくりをさせたり、お便り帳に押印などをさせた時期もあった。この事等もあってか、次第に友達と関わり合う場も多くなってきた。

一方、健常児は、M・SとT・Sが特別なのだという意識があるのか、他人の感情に構わずに抱き着いたり、たたかれたり、ひっかかれたりしても、やり返さず我慢してしまうなど、対等にやり合う場面が少なかった。

設定面では、それまで絵の具や水遊び等、関心の強い遊びをしている異年令クラスでも平気で参加していたのに、行きたがらなくなってきた。同年令クラスでの設定参加が殆どとなり、そんな2人を考慮して、障害児側にたった保育課題を組みがちになってきた。このため、健常児の活動に偏りが見られ、集団行動面でも聞く態度が育たない、集中力がない等の問題をいつまでも引きずってしまう事になった。

〈5才児クラス〉

K・Uが、知的な面での遅れが見られる点を除けば問題ないとして、健常児として措置される事になった。その為、新しくH・Yが入園した。彼は医大において“注意散漫症候群”と診断され、投薬を受けているが、それ以前は、落ち着きが全くなく、多動で、友達とのトラブルも多かったが、服薬するようになってからは、動きが少なくなり、指示にも従え、ある程度の課題もこなせるようになった。他児にとっても違和感はなかった。

5才児になり、M・SとT・Sの二人が大きく成長した面は、集団行動である。朝の会はもちろん、運動会での整列・行進においても、他児と全く行動を同じくし、目立ったり、離れたりする事が全くなくなった。基本的な生活面でも、殆ど自立し、世話を焼く必要がなくなった。他児もその面での関わりがなくなったのに加えて、二人の子も、他児との交流を持ち辛く、一人遊びの世界に閉じ籠もる傾向が強くなり、他児も積極的に誘わなくなった。自由遊びの場では、特にこの傾向が強くなり、保育士の働きかけがない限り、それぞれ、ひとり遊びを続けてしまうことが多かった。

一方、健常児の育ちという面では、発達相応の

育ちが見られない・行動にめりはりが無い・集中力がない・忍耐力がない等の悩みを常に抱えてきた。その点では、今年から本格的に指導を受ける事になった“マーチング”への取り組みは、上記の悩みを少なからず解消でき、お互いに良い結果を得られた。9月のマーチング・フェスティバルをめざして、連日練習が続く中で、簡単なリズムながらも小太鼓のパートを与えられ、意欲的に取り組む姿が見られた。小太鼓の準備から後片付けまで、全て、自分一人でやらわくではならず、（他児も自分のパートをやる事に精一杯で手伝う余裕がなかった）必死に追いついて行かなければならなかった。T・Sは、遅れながらも必死に準備をし、重い小太鼓にも音を上げず最後まで、演奏し続けた。当日は会場が変わるので、落ち着きを失いパニックを起こすのではないかと心配したM・Sも最後まで演奏する事ができた。健常児にとってもその成果は大きく、集中力・忍耐力・行動のめりはりがみられるようになった。障害児もみんなと対等にやりたい、みんなについて行きたいという意欲が芽生え、それをやり遂げたという大きな自信をもつ事ができた。

その後の発表会に向けての取り組みにおいても、障害児の意識が今までと違って意欲的であり、健常児も教えてやるとか、中に引き入れるとかの特別の配慮が減少し、対等意識のもとで練習している。遊びの面でも、遊具の取り合いやぶつかり合いが、今まで以上に見られ始め、特別の意識が少なくなってきた。

設定保育の面では、ほとんど同じように参加しているが、何事もスローテンポで行動が遅れがちである為、ついて行けない事もある。話し合い活動・抽象的思考を要求される活動・ルールのある遊び等も徐々に増えてきて、ただその場に居るだけといった感じの時も多くなってきた。就学を控え、その時期が迫るにつれて、その他の問題も生じて来ると思われる。

4. 統合保育の問題点

(1) 親への対応

当園が障害児保育を行うようになったきっかけは、前述したように、健常児として措置されていた中に障害の子が居た事であり、親も気づいていなかったとか、気づいていても、はっきりさせる事に不安を抱いていたという例が殆どである。

そんな親に対して、どうかして理解してもらい、適切な働きかけをしてほしいと何度も話し合いを繰り返した。ある時は拒否され、誤解され、障害の程度についても知ろうとせず、協力を求めでも受け容れてもらえない場合が多く、対応の困難さに悩み続けてきた。就学問題に直面している現在も、特殊学級や、養護学校に対する偏見が強く、普通学級に固執するばかりの親も居る。

(2) 他機関との連携

M・Tは障害の重い子であったが、ある専門機関では、判定書だけ送付してきただけであり、その子の状態を知るのに、かなり時間がかかった。最初からある程度の情報がほしいところであった。5才児で入園したH・Yは、病院の診断で、障害が認められた子であるが、最初に訪れたある機関では、知能指数の数値が正常域だから、障害児ではないと強く言われ、園での取り扱い上、ひどく混乱した。

又、病院で診断を受けた親が、「病院ではあまり心配しないで良いよ。」と言われたと言って、それまではひどく心配していたのに障害児ではないと受け止めてしまい、対応が大変だった例もあった。親の心情を配慮した上での医師の言葉だと思うが、実際の症状を直接知らせてくれるまでは、その子にどう対応したら良いか悩んだ。

指定園となって3年目の現在では、いろいろな機関を直接訪れて、情報をお聞きしたり、逆に、通知していただいたりできるようになった。当園の保母が参加している事例研究会では、他の機関の方たちと、いろいろ意見を交換でき、大変意義深く有益な情報を知ると共に、いろいろな勉強をさせていただいている。

他機関との連携がよりスムーズに図れるようになれば、より広い目で、より意識的に、自信をもって対処していけると思う。特に、就学問題を抱えて悩んでいる現在、それを強く感じる。

(3) 保育形態

最初から統合保育の形で出発し、従来の年令別保育の中での実践だったが、障害の程度が重かったり、集団生活が初めての段階では、個別指導が多かった。部分統合という面を、もっと計画的に進めて行く事が必要であったように思う。

また、従来の年令別保育形態の中で実践していく上で、常に問題と感じたのは、どうしても各年令での発達段階にこだわり、障害児のいる事が、健常児の発達の妨げとなっているのではないかという点であった。事実、いろいろな面で、障害児に対する配慮が中心となり、健常児も障害児を特別視して、対等意識が育たなかったり、集団行動面で、めりはりがない・集中力がないなどが問題となった。障害児の所属意識も年令と共に高まり、異年令クラスの子と行動を共にしなくなった事も併せて、障害児と健常児が共に、より良く育ち合える保育形態はどうあるべきか、今後とも考慮して行かなければならない点である。

(4) 統合保育の限界

重度の障害のあるM・Tが入園した2、3ヵ月間は、園全体がパニックに陥り、通常の保育形態が取れなかった事は前述の通りである。

その後も、心が安定している時は、表情がにこやかで、指示言語もある程度理解できたが、外部の刺激に無関係に突然パニックを起こしたり、奇声をあげたりする行動に、保母も子どもたちもどう対処して良いのか、戸惑う事が多かった。どうしても個別に対応するしかなかった事を考えると、集団保育は無理ではないかと感じた。たまたま転居して、旭川市の通園施設に転園したが、その中でも重度の方に属していたようである。

一方、他児にとっては、同年令であっても言語がなく、ただ動き回っているだけの子が居るといった認識をもち仲間として受け容れ、一緒に行動する事に抵抗を感じなくなったことやその後入園し

た障害のある子をすんなり受け容れ、積極的に関わりを持てた事などの良い面が育った事は確かである。

又、保母にとっても、常に保育の原点に立ち戻らざるを得なかった点や、健常児に対しても見方や関わり方が深まる等、T・Mの存在がもたらした影響は少なくなかった。

しかし、実践面での多くの問題を考えると、統合保育での限界を感じ、どこかで、線引きする事も必要ではないかと感じる事も事実であった。

以上、統合保育での問題点をあげた、ひとりひとりの育ちを見ると、嬉しい程の成長が見られる。特に、M・SとT・Sについては、確実に変化し成長してきている。

給食を全面的に拒否し、かなり強い働きかけに対しても気持ちを変えようとしなかったM・Sが、4才半過ぎてようやく少しずつ食べるようになり始め、現在では、殆ど食べ残しがなくなったこと。又、全く言語がなかったのが、4才過ぎてから指差しを始め、かすかな聞き取れない程の音声であるが出すようになり、それが少しずつ普通の音声に変化し、ことばも一語文から二語文になり、ようやく会話ができるようになったこと。その経過は、誠に遅々としたものであったが、その変化をみんな喜びをもって見守る事ができた。

又、T・Sは、入園当初表情が硬く、視線も合わず、ことばもオーム返しが殆どであったが、4才半位で母子関係が確立してからは、急速に人間関係や言語において、成長がめざましく、今では、表情も驚く程豊かになり、会話の内容もしっかりしてきて、時として、他児が、話かけたのかと間違う事がある程になったことなど……。

二人共に、自閉傾向があり、統合しづらい面が多かったのであるが、今では、その傾向が減少して来ており、他人との関わりも多くなり、特に集団行動面では、驚くほどの成長ぶりを見せている。

いろいろ問題を引きずりながら、他児との統合された生活の中で、他児から多くのものを吸収し、学んだものを、遅々とした歩みながらも、確実に身につけ、成長していったその確かな手ごたえを

励みとしながら、今後、更に、いろいろな事例に積極的に取り組み、子ども共々、高まって行きたいと思う。

質疑とまとめ

質疑応答

帯広（杉山）：統合保育の問題点が沢山資料に書かれているが、これ全てが問題なのか、それとも整理されているのか。この中で過保護になりがちとあるが、自閉の子には深いかかわりが今思うと良かったということでもあったので、整理されてきているのなら、どの辺が問題点なのかを聞きたい。

札幌大（後藤）：太陽保育園の59年からの経緯の中で、人的体制等からやむなく統合保育にせざるを得なかったということだが、現在は統合保育が良い形態だったという流れになってきているのか、それとも新しい形態を考えているのか。

太陽保育園（松原）：1番目の問題点については、その都度の問題点を挙げた。現在は過保護についても、違う形になってきている。集団行動が確実にとれるようになった。この子達は全員持ち上がりできているので、改善されてきている。この時点での過保護は無くなったが、かえってかかわりがなくなってきているということが、5歳の初めにのっている。積極的に世話をしなくても良くなった。自閉傾向は少しずつ改善されているが、自分から進んでかかわっていくことがないので、違う点で問題が出てきている。対等意識として、本当の友達としてのぶつかり合いが少ない。物の取り合い、ふざけ合いは出てきているが、本気でぶつかることがない。これを過保護ととらえてよいのかどうかかわらない。

2番目の質問については、統合保育という言葉の使いわけが必要だった。部分統合という形であった。M・Tはしょっちゅう保育室から抜けて職員室や休憩室に入っていた。家庭的雰囲気

気の部屋を好み、この時保育はつきっきりでいたので、全て統合とは限らない。この子は転園したが、ずーっといた場合、こうして統合していることが望ましかったかは疑問だ。今いる2名の自閉傾向の子については、初めは統合の場が少なかったが、入れる範囲で入れていた。朝の会もホールに居れば良いから、列の後ろにくっついていけば良い、今は他の子と同じように背の順にきちんと並んでいる。この子達には統合の良さがあった。

帯広（杉山）：問題点は全て解消されたということか。

太陽保育園（松原）：ある部分残っている。

帯広（杉山）：そこが聞きたい。

太陽保育園（松原）：今一番大きな問題は発達差が非常に大きいこと、学級の所属意識が芽生え、以前は所属意識がなく、他の学級で興味のあることをしていれば参加するという柔軟なことができたが、現在は何が何でも自分の学級にいて皆と一緒にいきたい、行動したいというもの大きい。しかし、健常児との発達差は非常に大きい。座っていることはできるが、それが果たして良いのかという問題がある。健常児とのかかわりがもてない。遠慮があり本心からぶつかり合えない。就学に向けて、現在は保育の目があって子ども達はかばっているが、大人の目の行き届かぬ所での、いじめはおきないかという問題がある。

国学院短大（菅原）：「ようちゃんはクラスの宝だ」というとらえ方をクラスの子がするまでには、保育園の先生の取り組みがあると思うので、その取り組みの様子と、統合保育ということで園内における子どもとのかかわりで変わっていくことと同時に、親がこの子にどう家庭で対応していったかも重要なので、統合保育を進める上で、障害児の親への対応、健常児の親への対応を大事にしていかなければ、良い結果は難しい。その為の教師の苦勞も聞きたい。

美香保保育園（古輛）：Yは3歳の1月に入園し、4歳、5歳と同じ子達と一緒に生活している。

特に心がけて保育しているということはないが、どの子も保育園で一生懸命遊び、不安がなく楽しかったら、Yにもやさしくできるのではないかと考え、一人ひとりがいつも楽しそうか、登園時に母と離れるのを嫌がらなかったか等、一人ひとりのサインを見逃さないようにしようとした。Yは不思議な魅力を持つ子で、何もなくても可愛いと思う子だ。子ども達もYに対して、大人が思うのと同じような気持ちを持っている。みんなYを囲んでいる気持ちだ。子どもが朝、別れ際に楽しそうだと親は安心して子どもを任せられる。今いる子ども一人ひとりを一生懸命育てていけば親もわかってくれると思う。他の子の親も迎えのとき等にYを見てYの成長を認めてくれている。預かっている子ども達と一緒に懸命育てていきたいと思っている。

美香保保育園（藤田）：親の気持ちだと思う。Yではないが、自家中毒と診断された子がいる。その時は丁度月初めだったが、親は「新入園児入ったんでない」と言った。そのためうちに子に手をかけていないとは言わなかったが、親の思いだと思った。就学相談について、現在特殊学級が8種類あり、その中で養護学級が適切と言われた。生活習慣や生活する力が不十分な子だったが、普通学級に行った。その時に母親が、「うちの子は保健所でずーっと座っているから普通学級で大丈夫だと3歳の時に言われた」と言い、（そのことを）5歳になるまでそう信じていた。5歳になり、園のほうから特殊学級のパンフレットを渡そうとしたら「うちの子は普通学級へ行くから」とことわられた。困った時に相談できる所としてパンフレットを渡した。就学指導で、特殊学級と言われると母親は特殊学級にすると言った。そこで自分の子だから親の都合ではなく、子どもにとってどうか考えるように言うと、専門の先生が言うからと言うので、見学もしてくるように話し、特殊学級と決めていたが、3月になり親類の人に普通学級へ行くだけ行かせてみてはどうかと言われ、結局普通学級へ行った。

Yについては、Yの母親が、Yの視線に下がって考え、保母と共に歩んでくれる親なのでYは恵まれている。

討 議

座長：昨年のもつめから、総合的な評価や診断をどのようにしていくか、関係分野の役割・機能の問題、親の扱い、子どもと家族の情緒的安定感や信頼感をどうしていくかということが挙げられている。今回の発表の中で、統合保育のあり方、特に重い子が入ってきた時は共に育つことは難しいのではないかと、また統合保育そのもののあり方、障害をもつ子の親と健常な子の親の問題等がある。障害児といっても実際は一人ひとり違い、障害児の数もスタッフの数も各々異なっているし、抱えている問題もあるだろう。今回話題にして欲しい。

保育専門学院（岡本）：統合保育の状態の中で、障害をもった子ども、友達と一緒にいることが楽しいとあったが、健常、障害両方の子どもにとって楽しいのか、かつては苦痛だったのが楽しくなったのか、それとも時間が経過しても両方とも楽しさが見えてこない時はどうなのかを聞きたい。

座長：そういう子が入ってきた時に障害児・健常児が互いにどのようにのびていったかを、子どもにも焦点をあてて考え、次に親の問題、他機関との関連へと発展させて行って良いか。

座長：そのように進める。美香保育園の場合は、Yちゃんがクラスの宝だということまで成功した例だが、難しかったという例も含めて口火を切って欲しい。この会は普段悩んでいることを話すためにできた会と聞いているのでざっくりばらんに話して欲しい。

頤栄保育園（矢部）：子どもの側からの問題として出されたが、当園の例で、軽度のダウン症児が普通児として入ってきた。ダウン症の特徴として長距離歩けない、思い切って走れないということがある。2歳から年長までいたが、8：15～5：30まで保育園にいた。子どもの側から

見ると遠出の散歩、思い切り走るということがその子がいる為に保育園の中に組み込めないということがあり、保母も疲れ切ってしまう、子どももその子を可愛いがるが、この子が休んだ時に「今日は遠くまで散歩に行こう」という声が出た。共に生きるというのは健常児にも育っていく権利があるのだから、障害児サイドで何もかも考えてしまうと問題がある。障害児の研究会では育った美しい実践ばかりだが必ず陰に泣く部分があったはずだ。その部分を話しあって、どう解消したかを話し合わねばならない。人的な問題等もあるが、底辺の部分を話し合えないと、親は「障害児がいるから健常児が育つのだから、うちの子がいても良いでしょう」という極端な発言をしてしまう。だから障害児保育の中の苦勞話を話し合った方が良いのではないかと。

座長：実際は美しい絵に描いたようなものではないだろう。障害児も、健常児も共に伸びることが理想だ。共に育つためのドロドロした面や苦勞を話し合いたい。全部を健常児と共にできないから障害児であり、問題をもっているのだから、その辺も併せてどうか。

かしわ幼稚園（佐藤）：ドロドロした面が沢山あるのが障害児保育だ。5歳児が5歳児クラスにいないければならないものではないと考える。そんなに無理をすることはないと考える。親は幼児期にはとても悩むので、相談は私がひきうけている。親でないといけない部分がある。若い親は「治るだろう」、「良くなるだろう」と思っている。入園時に、「他の子のお母さんに言わないで欲しい」という親が全部だ。だから自然に入れるしかない。周囲のお母さんが皆やれるんだという気持ちを持たない限り難しい問題だと思う。まわりの子と一緒にできるということを健常児の親が認めることが統合保育の良い点だと思う。親は悩み、心労もあって、入園させるのだが、園にいる間は親はストレスの解消をし、帰ったらまたしっかりと子どもを受けとめて欲しいと言っている。いかに親の心労が大変

だかがわかる。親の身になると就学の問題でも悩んで悩んでいるので、コロコロ変わるのとは当たり前だ。葛藤を乗り越えることは、幼児期の親にはものすごい壁で、小学校に入って少しずつ自分の子を客観的に見れるようになっていく。悩むだけでは解決はない。葛藤し、のりこえていくしかない。特殊学級から普通学級へは戻れないのだから1年だけでも普通学級にいたいという声もある。それは親なればこそその望みではないか。

座長：親の問題はもう少し後にして、子どもの問題で具体例があったら出して欲しい。

美香保育園（古軸）：歩くことについては、Yは歩かなくて、おんぶされて登降園していた。62年4月に帰りだけ歩くようになった。三角山登山は5才児の願いだったので、10月に円山と三角山に登った。Yは登れないだろうからと、おんぶひもを用意して行ったが、予測に反して、1回目は保母と手をつないで、2回目は1人で途中まで登った。約40分は歩いている。先に頂上についた子はすすきが原で待っていた。その子達にとって待っていたことが苦痛だったとは思わない。そこで自分達で作った話をしてYを待ち、一緒に食事をした。その前に頂上で「Yは宝なんだ」と言っていた。帰りは疲れて電車で居眠りをし、園長におんぶされて帰ってきた。Yやもう1人の障害児がいるからできないということはない。縄とびや竹踊りもYはできないが、欠席した時に家で歌をうたいながらホウキで竹踊りのリズムをしているという。年長児がやりたいことを皆で楽しんでいけば同じことはできないが、来年はできるかもしれない。保母が2人いるので恵まれている。保母が1人の時は、他の子が保母がするようにしてやってくれる。隣のクラスが楽しそうだとそこへ行って遊んでいる。そのクラスの保母もYを認めてくれる。いろんなクラスへ行っているが、他の子にとっても苦痛にならないようにしている。

座長：美香保保育園の実践は、指導面、体制面でもうまくいった例だと思う。失敗談も出して欲

しい。

帯広（大高）：障害児保育をスタートした時は、副担制で副担は障害児の先生という形で隔離された感じだった。4、5年前に情緒の先生と出会い当園を見て、先生も子どもも皆暗いと言われた。少しりきんではないかと言われた。靴がはける、コップがもてるなどではなく、愛情を持って接していれば、きっと健常児も変わると言われ、その時から考えを新たに、健常児の力を借りるという原点を知った。障害児の先生とかをなくし、壁をもたないようにした。1対1で、かかわるような重い子でも、かかわった後は健常児に向けるようにした。教師が真に心から愛情を持てば子どもも心を開いてくれる。それを見て健常児もわかってくれると思う。りきまず、何かをやらせるのではなく、心を育てるということを心がけたい。統合の良さがわかってきた。

座長：子どもを指導するうえで、教師のパーソナリティも大切だ。

千歳（石岡）：Yは、生活年齢クラスに所属しているのか。そのクラスを選んだ理由と、4、5歳児クラスでは健常児の発達段階に応じた設定が必要だろうが、その時のYの課題と、課題へ向けての配慮事項、Y自身の次の課題をどう考え、どう取り組んでいるのか。

美香保保育園（藤田）：現在6名の障害児がおり、うち1名は心臓疾患。5名は各クラスに1名ずつ入っている。クラスに分けたのは特に意図はない。保育園では、朝夕、金、土はかなり混じって混合保育になっているので、障害児はクラスにこだわらずに遊べる。以前は1対1で障害児を追って歩いていたが、統合保育の中で「受ける保育」という形にした。多動な子がいても受けてあげること、きちっといかに受けとめるかの方が問題だ。その子にとって毎日、朝夕と、金、土に好きな場所を選べる。クラスの人数、保育者の手もあるが、気持ちがきちんとまとまらないと大変だと思う。追う保育から、受ける保育に変わった。

美香保保育園（古軸）：4歳の時は良くなかったと思う事もある。ブランコがこげるようになり。朝から晩までのっていた。障害児をもって2年目だったので、皆の同じようなことをさせたいと思い本児が一生懸命ブランコにのっている所へ行き、水遊びの水をかけたりして誘ったりした。片ひじをはって障害児保育とって、できないことを、できるようにさせたいとねらっていたと思う。手をつなぐことならできるかと考え、本児にもでき、みんなにもできる遊びを考えて保育した。こういうことじゃないのではと思うようになった。Yが可愛くて、Yが嫌がることはさせたくないと考え、1人がついて、Yの好きな他の活動をさせた。しかし、部屋を出て落ちつける場所で遊んで戻ってくるので、クラスを落ちつける場所にしたいと考えた。クラスの子がのって遊ぶことはYも見てのってくるので無理にひき入れることはしていない。運動会が終わってから遊戯にとりくんでいることもある。今は見守っていたい。

美香保保育園（菅野）：Yが4月頃、古軸先生に親のような感覚で心を許した。声を聞き、顔を見ただけで信頼の気持ちを示すようになった。この頃からYは皆といえることも保母といえることも苦痛ではなくなってきた。出ていくこともなくなった。歌をうたっているだけでもそこにいる。これからYがこのつながりを通して伸びていくと思う。これからは保母は少しひっこみながら。子ども達にも、困っている時にすぐ手を貸さずに、Yは何を考えているのかと少し下がって、待ち、見守っていける保育ができるようになるのではないかと思う。心を開いた時から、他の子に待ってという行動が出てきた。自分でやってみようということをふくらませていこうというのが今後のYの課題だ。

座長：子どもの問題もまだあるが、親の問題、専門機関との連携についても考えていきたい。後藤先生今までの子どもにかかわることで何かないか。

札教大（後藤）：太陽保育園の問題は、それなり

のとりにくみをしている所ではどこでもぶつかる問題だ。それを我々の中でどう解決し、どういう意味づけをしていくかが大切だ。否定的な意味づけをすると、かかわらぬ方が良かったという事になる。そうではなく、その後の立ち上がり、取り組みをどうしていくか前向きな取り組みをしている事を感じ、今後を楽しみにしている。それが太陽保育園の取り組みの良さだと思う。

恵庭の佐藤先生の発表は、取り組みの姿勢が積極的で、その子が持っているたった1つの財産を場や流れの中で生かせるようなきめの細かい取り組みをして、その子に返している。我々はパーフェクトを求めすぎではないだろうか。たった1つでもその子ができるものを見つけ、それに肉づけしてその子に返してやり、場や環境、日常保育の流れを作り、切れぎれになっている財産をもっと脈絡のあるつながりの中で生かす方法を探っていくと良いと思う。

美香保の先生については、かもし出す雰囲気と「Yちゃんは宝だ」と子ども達が言ったことに脈絡がありそうだ。子どもに対する見方。かかわり方の姿勢そのものにどうも本態がありそうだ。古軸先生のおだやまさがどこから来るのだろうか。子どもの良さを非常に大切にし、1%の良さを99%の良さとして感じさせている。それはどこから来るのだろうかと考えていたが、園長先生自身の理解力と陣頭指揮が大きいのではないか。それによって自由度の高い取り組みができるのではないか。子ども自身が重いのか、軽いのか、多動なのか等、状態像は同じでも、それをどうとらえるかという教師の目によって大きな意味をもつのではないか。後半を菅原先生にお願いしたい。

座長：会場に研究会顧問の菅原先生もいらっしゃるが、もう少し親の問題、他機関の関連も含めてどなたかお願いしたい。親の指導ということで出してもらい、関連して菅原先生にまとめていただきたい。

札教大（後藤）：中野先生に何10年もの取り組み

の中で親の問題等があったらお聞きしたい。

札幌（中野）：親とのかかわりで、2ケースある。認定を受けた子ではじめは年長、2年目は年中の子だった。年長の子の方が重度で期間も短かった。4歳の子については、母親にその子のことをよくわかってもらうようにかかわった。年長の子は若い父親の父子世帯で祖母が主に育てていた。年中の子は両親がそろっていてそういう事に関心があり看護婦の資格をもっていた。両方の保護者に園長の考えと、これからしなければならぬ事を説明した。日常の中でわかるようなかかわりをした。年長の祖母は、時間がないという事で、あせっているのがオーバーにかかわった。年中の親にはかわってくれるという前提のもと自由にしてかかわった。行事の時に年長児の祖母は不安になり、その子にも不安が伝わった。家庭の協力を得るために、子どもを知ってもらうために、祖母にまかせっきりの父親に保育園へ来てもらうように促し、祖母には園での様子を伝えるようにした。生活発表会の時に父は悲痛な顔をしてきた。父に「よく来たネ、見てネ、耐えてよ」と言葉がけをした。祖母は隅っこで目を伏せながら見ている。父はチラッと見るがほどんど下を見ていた。そういう場面をとらえて、後で「お父さんえらかったね頑張ったネ」「お婆ちゃんががんばったネ」という言葉をかけてきた。それによって父も祖母も子どもの園での集団生活の中での位置がわかり、勇気をもって園へ出入りすることが多くなった。運動会の親子競技でも、若い父は出たくないが、祖母を説得して出てもらった。ビリでも父は参加し、みんな感動した。我々は子ども本人よりも子どもを取り巻く環境を良くすることがまず第1と考えてやってきた。保育者も皆で受ける保育をしよう、子どもの姿を見るようにしようとし、子どもの行動の良いところを発見し、祖母に伝えるようにした。そいするうちに信頼感ができ、お任せしますという感じになり、一緒にしようという言葉を作りかえしながらやってきた。

座長：もう少し話を聞きたいが時間もないので、菅原先生に親指導のあたりでご助言をお願いしたい。

国学院短大（菅原）：教育関係の会では障害の多様化・重度化というとらえ方をするが、そういう意識の変革をしないと障害児教育は変わらない。美香保の先生の「Yちゃんが宝だ」とクラスの子がとらえるようになったのは指導者のパーソナリティだ。「Yちゃんが可愛くてたまらない」こんな良い言葉はない。ここからのスタートだと思う。そして支えている仲間だ。美香保保育園というのは園長先生の指導理念があると感じた。この子たちにかかわる園長先生はじめ全職員が美香保のような気持ちになることが大切だ。

障害児をどうとらえるかが問題だ。あれもこれもできないととらえるか、違う視点からのとらえ方をするかによる。99%だめでも1%を信じる考え方にならないと子どもをとらえられない。その時にYちゃんは心を開いたのだろう。言葉がなく、歩けない、手も使えない子と1泊2日生活を共にし、その子がどう生きていくのかと考えた。歩ける、手が使える、アーと言える等の基本的なものを大事にしていく事で親も希望をもつのではないか。

親の問題ということで付け加えると、30数年前子どもとかかわった時に、留岡幸助先生の家庭学校をよくたずねた。その時に「子どもを追ってはいだめだ」といわれたが、30数年間追いつけてきた。しかし、今日は「受ける保育」ということを聞いた。こちらがいつでも受け入れる用意をしておく、この発想に立つことを今日教えられた。

「この子達を世の光にせよ」という言葉がある。この光になる人達の心を見つけれられる人にならなければならない。宗教や哲学等、今まで自分が考えていたのと別のものにとらえ方ができた。人間が生まれ、生きていること、どう子どもとかかわっていくかということについて、知恵遅れの子から沢山のものを与えられた。人

間は皆すばらしい物を持っている。こちらが子どもを信じなければならぬ。この子達の親にならないと親の気持ちはわからない。特に専門家ということで、親の気持ちを大事にして、親にかかわっていくことが大切だ。

座長：3つの発表ありがとうございました。結論の出ない部分が多いが、これを機会に互いに情報交換をするという形で発展させて欲しい。障害児保育を学校教育にどう生かしていくかも考えたい。

座長のまとめ

「障害児保育」の第三分科会では、初めに札幌市立美香保保育園から「Yちゃんにとって『共に生きる生活』とは」というテーマでYちゃんがクラスの宝であるという考え方を仲間の子供たちがするまでの心あたたまる取り組みが発表された。続いて、恵庭第二かしわ幼稚園から「統合保育の行事の持ち方について」というテーマで、劇あそびの中に「オ！」ということばだけが使える子どもの持ち味を生かすためのきめの細かな取り組みが発表され、更に旭川太陽保育園から「統合保育の問題点」というテーマで、統合保育をはじめたときに生じるさまざまな問題に対する前向きな取り組みが発表されたが、これらの三つの報告は、いずれも素晴らしく、障害児の保育をすすめていくうえで、多くの示唆を与える充実した内容であった。

これらの発表に対する質疑応答の後、統合保育を進める中で、障害をもつ子供と健常児が共に成長するためには、どのように指導していくかについて、大きく子供の側からと親・専門機関等の連携とに分けて討論が行われた。討論の中で、顧問の菅原先生や後藤先生からの確かな助言を得ることができた。

子供の側から、討論をすすめたときに、旭川頌栄幼稚園の矢部先生から「共に生きるというのは、健常児にも育っていく権利があるのだから、障害児にだけ焦点をあて、何もかも考えて

しまうと問題がある。障害児の研究では、育った美しい実践ばかりでなく、必ず陰に泣く部分があるので、お互いにドロドロした面にも目を向けて、本音を出し合って話し合うことが必要である」という趣旨の貴重な提言を得た。これをきっかけにして、日ごろの悩みや課題が沢山だされ、活発な交流が行われたので、その主なものについて、まとめてみた。

(1) 障害児の中に、例えば、心臓疾患を持つ子供がいる場合、遠出の散歩や全走力で走るという課題を設定することが難しいので他の子供の指導内容が限定されたものになる。

(2) 障害児保育をスタートしたときは、副担任制で、副担任は障害児の先生というかたちで隔離した感じで行われたが、その後、障害児の先生という壁をなくし、健常児の力をかりながら、愛情を持って指導することによって子供も心を開いてくれるようになった。

(3) 障害児の生活年齢が5歳児だから5歳児のクラスにいなければならないと考えるのではなく子供の障害の状態や程度に応じてクラスや集団の大きさを考えることが必要で、統合保育だからすべて同じでなければならないと考えると無理がある。

(4) 以前は、1対1で障害児を追っていたが統合保育の中で、多動な子供がいても、いつでもきちんと受けとめてやる「受ける保育」が必要であり、クラスの人数や保育者の手という問題もあるが、指導者側の気持ちがきちんとまとめることが大切で、「追う保育」から「受ける保育」へ変えていく必要がある。

(5) 子供の良さを生かす教育が大切であるといわれるが、その子供が持っているたった1つの財産（「オ！」ということば）を劇あそびの場や流れの中で生かせるようなきめ細かな取り組みをして、その子供に返している。このように、たった1つでもその子供ができるものを見つけ、それを肉づけし、きれぎれになっているその子なりの財産をもっと脈絡のあるつながりの中で生かす方法を探っていく取り組みから学ぶもの

が多くある。

(6) 子供の障害が重いか軽いか、多動かどうかというとらえ方は、教師の見方によって、状態像が同じであっても大きな差が生まれる場合があるので、教師自身の子供の見方、感性等が高める研修が必要である。

次に親・専門機関等の連携についても、討論を深めることができたので、その主なものについてまとめてみた。

(1) 幼児期の親は、特に悩みや不安が多くあって入園をさせているので、子供が園にいる間に、親自身がストレスを解消し、帰ったらまたしっかり子供を受けとめてあげられるように、親に対する教育相談を前向きに取り組む必要がある。

(2) 親の身になると、就学の問題でも、悩み、考えがコロコロ変わるのがあたり前で、1年だけでも普通学級におきたいという声もあるがこれも、親なればこそその悩みでないか。

(3) 教師は、子供本人よりも、子供を取り巻く環境を良くすることがまず第一と考える必要がある。教師は、皆で「受ける保育」をして、子供の良さを発見し、子供の成長している姿を親に伝えていくことによって、相互の信頼感が生まれ、父親も一緒に子育てに参加するようになる。

(4) 障害児も子供同士でのかわり変わりで変わっていくと同時に親がこの子供をどう家庭で対応していったかが重要である。また障害児の親への対応だけでなく、健常児の親への理解、啓発をしていかなければ良い成果を得ることができない。

(5) 親は、子供の状態が変わってきても乳幼児期に専門機関で最初にうけた助言に動かされてしまう面があるので、発達段階に応じて関係専門機関と継続的に連携を図り、適切な指導を行っていく必要がある。

など、予定の時間をかなりオーバーして熱心な討論が行われたが、結論が出なかったものや今後の課題として残されたものも多くあった。

第1回、第2回の研究発表をみて、就学前の

障害児に対する教育は、幼稚園・保育所等で素晴らしい成果をあげていることを理解することができた。これらの成果を学校教育において、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た。

また、乳幼児期の親に対する教育相談の在り方を検討していく必要性も再認識した。乳幼児期の段階は、子供のもつ障害を正しく理解することができなかつたり、将来に対する不安を強くいただく時期である。こうした親の悩み、葛藤、不安をうけとめ、親の情緒の安定を図ることによって初めて親子の基本的な信頼感が生まれ、その子なりの成長が促されるものである。各幼稚園・保育所において、継続的な教育相談を行う体制を工夫するとともに、専門機関との情報交換を密にして、地域のネットワークシステムが更に整備されることを期待したいものである。（文責、佐藤）。

追跡研究

1. 帯広児童養育センターの追跡研究

村上勝彦・前田裕文ほか

2. 早期療育をうけたダウン症児の追跡研究

辰田 収・小野千賀子

3. 道立札幌肢体不自由児総合療育センターの追跡研究

佐久間和子・平野精一・三島与志正・鈴木真知子

質疑とまとめ

座長：阿部 哲美（千歳市総合福祉センター）

加藤 典敏（札幌市ひまわり学園）

記録：吉田耕一郎（札幌市いなずみ幼稚園）

① 帯広児童養育センター 卒園児の追跡調査

（社会福祉法人慧誠会理事長）

大 江 寛

（帯広児童養育センター）

村上 勝彦，藤原 敦美

片桐 恵子，大竹口容子

芳賀 大恵，渡辺 尚美

若松江利子，上田 幸博

前田 裕文

（北海道教育大学旭川分校）

古川 宇一，伊藤則博

開設は昭和50年4月であるが，センターの前身である大江病院の付属機関として指導が行われたのは昭和46年からである。しかし，当時の体制に限界を感じた有志が，厳しい状況下において東奔西走し，昭和49年11月，社会福祉法人慧誠会を設立した。そして，翌年4月にセンターと併設のつばさ保育所が開設された。この時は，第二種家庭児童相談事業として，全国7ヵ所の最後の7ヵ所目としての認可であった。その後，昭和54年10月，心身障害児通園事業を，道内唯一の法人への委託を受け，それまでの運営費を全額利用者負担であったものが，公的補助金でまかなえるようになった。現在，定員50人の児童を常勤者9名のスタッフで指導を行っている。

2. 目的・方法

1. はじめに

社会福祉法人慧誠会帯広児童養育センター（以下センター）は，家庭児童相談事業と心身障害児通園事業施設である。

本調査は，センターの相談・指導で取り扱った児童300余名のうち，直接指導でかかわった児童を対象としたものである。

目的は，①卒園児の現在の処遇状況，②卒園児

の現在の状態像, ③卒園時から現在までの変化, ④親の悩みや希望, ⑤これまでのセンターの活動内容についての意見等について調査を行い, 今後, センターで活動を行っていく上での重要な参考資料にしようとするものである。

方法は, 開設当時から昭和62年までに卒園した児童の親にアンケートを郵便によって送付し, 回収した。

3. 結 果

本調査は, センターで把握している現住所が明らかな170名にアンケートを依頼した。そのうち, 最終的に回収できたのは107人で, 回収率は62.9%であった。アンケートの記入者は, 107人中99人が母親の記入で, 残りは父親であった。

(1) 対象児の年齢

表1 対象児の年齢

年 齢 (才)	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	30
人 数 (人)	12	9	7	11	14	8	8	7	5	8	7	4	2	2	1	1	1

対象児の現在の年齢は, 表1の通りである。これによると, 最高年齢は30歳であり, 20代が4人いる。これは, センター開設当所は, 定員が少なかった事と, 年齢制限がなかったからである。

(2) 男女比

本調査の結果では, 男86人・女21人であった。この数字から見ても障害児の数が男子に多い事がわかる。

(3) 在籍期間

対象児が直接センターで指導を受けていた期間は表2の通りである。最も多いのは1年未満であるが, これらは5歳になってからセンターに通いだしたものであり, それま

表2 在籍期間

在園期間	人数
1年未満	28
1年から2年	19
2年から3年	27
3年から4年	17
N A	16
TOTAL	107

でセンターの存在を知らなかったか, 保育所・幼稚園で集団参加をしていたものと考えられる。また, 3年から4年の17人は, 比較的早く障害が発見され指導に結びついたものであり, 地元の関係機関との連携がスムーズであったものと言えよう。

(4) お子さんの現在の所属をお聞かせ下さい。その名称をお書き下さい (表3)。

これを見ると, 養護学校へ行っているものが多いことがわかる。小学校と中学校を見ると, 中学校が少ない。これは, はじめは特学へ行っていたものが, 途中で養護学校へ転校したものがあからと思われる。また, 義務教育終了者を見ると,

その殆どが施設に入所しており, 進学や就職の難しさがうかがわれる。

(5) 小・中学校の所属学級

小・中学校へ行っているものの学級の内訳を見ると, 普通学級が16で, そこから情緒学級へ通級

しているものが3人いる。また, 特学と答えたものは21であるが, 情緒学級(固定)と答えたものも8人いた。

(6) センター卒園後の足どり

対象児が卒園後に何らかの形で進路変更があったかを尋ねると, 20人が転校を経験していた。その大半が特学から養護学校への転校であり, 年々, 同じ学校の子供達とのレベルの差が大きくなるにつれ, 親は転校を考えざるを得なくなったと思われる。また, この結果は, 現在の所属の中で, 小学校に比べ中学校が少ない事を裏付けていると言えよう。

(7) 現在, ことばの教室・療育機関・病院などを

利用していましたら, その名称をお聞かせ下さい (表4)。

表3 現在の所属状況

小 学 校	39
中 学 校	9
高 等 学 校	0
養 護 学 校	37
高等養護学校	1
就 職	0
施 設	18
自 宅 待 機	1
そ の 他	1

表4 他機関利用の有無

利用していない	63
利用している	31

現在, 学校・施設以外に利用している機関について尋ねたものである。その結果, 回答者94人のうち, はぼ3分の1の31人がこれらの機関を利用

している。最も多いのはことばの教室で、20人であった。その他はすべて病院であるが、その中で最も多いのはセンターの前身である大江病院の4人であった。

(8) 今度は、現在のお子さんの様子を少し細かくおたずねします。あてはまるものに○を付けて下さい。

生活習慣（表5）

生活習慣を見ると、衣服の着脱・食事・排せつは、約7割以上自立し、全介助は1から3人であった。これらの3点は生活に密着しているもので、昼夜問わず、毎日の繰り返しの中で行われているため、自立群が多いと考える。それが、洗面・入浴になると6割以下に減少している。

① 次の生活習慣について、あてはまるものに○をつけてください。

表5 基本的な生活習慣

	自立している	部分介助	全介助
A 衣服の着脱	81	22	2
B 食 事	88	17	1
C 排 せ つ	81	23	8
D 洗面・歯磨	65	34	8
E 入 浴	53	46	8

②家族とのかかわり（表6）

これを見ると、一人を除いてすべてが家族とのかかわりがとれている。81人がどの家族とも意志の疎通があるが、20人は母親であれば意志の疎通があると答えている。

表6 家族との疎通

イ 誰とでも意志の疎通が有る。	81
ロ 特定の家族となら意志の疎通が有る。 それは誰ですか？	20
ハ 誰とも意志の疎通がない。	1
ニ わからない。	3

③家族以外の他者とのかかわり（表7）

家族とのかかわりでは、すべてと答えたのが81人であったのが、家族以外になると58人に減少している。この差の23人は、家族と家族以外の人を区別してかかわりを保っている事が分かる。特定のひとのかかわりでは、38人すべてが学校や施設

の職員といった身近で限られた人との間で対人関係をもっている。

表7 他者との疎通

イ 誰とでも関わられる。	58
ロ 特定のひととなら関わられる。 それは誰ですか？	38
ハ 誰ともあまり関わらない。	1
ニ わからない。	3

④ことば（表8）

107人中、日常会話に全く困らないと答えたものは33人で、約3割にすぎない。また、声を出さないを含め、ことばによってコミュニケーションがとれないという問題がかなり多い事が分かる。

表8 ことばの状況

イ 日常会話に全く困らない	33
ロ 少し困難が有る	27
ハ 数個の単語を並べて話す	30
ニ 声をだして何かを伝えようとする	15
ホ 声をだすことがあるが、よく理解できない	12
へ 声をださない	3
ト わからない	2

⑤遊びの場所（表9）

遊びの場所については、家の中が最も多く、半数以上の55人であった。また、家の庭で遊ぶの29人を加えると84人で、総選択数163の51.5%が遊びの行動範囲が家中心である事が分かる。しかし、友達の家で遊ぶの19人も注目したい。

表9 遊びについて

イ 公園などの戸外で遊ぶ。	43	*8
ロ 家の庭で遊ぶ。	29	*3
ハ 家の中で遊ぶ。	55	*30
ニ 友達の家に行って遊ぶ。	19	*2
ホ ほとんど遊ばない。	9	*0
へ その他	8	*1
ト わからない。	0	*0

*印 一番多いと答えられたあそびの場所

⑥遊びの内容（表10）

総選択数165の内43人がテレビ・ラジオと最も多かった。また、友達とルールのある遊びをすると答えたものは、先の遊びの場所の質問の答えと同数である。全体的に見ると、独り遊びが比較的多いように感じる。

(9) 親の悩み (表11)

回答者101人の内、全く悩みが無いと答えたものは6人で、他は何らかの形で悩みをかかえている。その中身はそれぞれ子供によって異なるが、多く見られるのは義務教育終了後の進路に関するものと、ことばの問題が目だった。また、その解決方法については、半数以上が自分達で解決しようとしているが、全く困りはてているというのも31人いる事は見逃せない。

(10) センター卒園時と現在までの成長についてお尋ねします。(表12)

(11) 現在、お子さんが通っている(入っている)学校・施設・職場等にたいしてのご家族の感想をお聞かせ下さい(表13)。

表10 遊びの内容

イ	友達とルールのある遊びをする。	19	*2
ロ	体のつかった遊びをする。	35	*4
ハ	テレビやラジオを聞いている。	43	*16
ニ	何かを作っている。(プラモデル・手芸など)	13	*2
ホ	特に決まった遊びはないが、常に何かしている。	38	*11
へ	その他	17	*7
ト	わからない。	0	*0

*印 一番多いと答えたあそびの内容

表11 悩みの有無

イ	悩みが全くない。	6
ロ	ない訳ではないが、何とか解決できそうだ。	64
ハ	困っている。	31

表12 卒園時から現在までの成長について

①	身辺自立はいかがでしょうか？	(男：女)
	イ 良くなった。 _____	93 (78：15)
	ロ 悪くなった。 _____	1 (1：0)
	ハ あまり変化がない。 _____	8 (4：4)
	ニ わからない。 _____	2 (2：0)
②	人との関係はいかがですか？	
	イ 以前より関係がもてるようになった。 _____	78 (64：14)
	ロ 情緒的な感情がもてるようになった。 _____	20 (18：2)
	ハ 以前より関係がもてなくなった。 _____	3 (1：2)
	ニ 変わらない。 _____	11 (8：3)
	ホ わからない。 _____	1 (1：0)
③	ことばについてはどうでしょうか？	
	イ 言葉が増え、会話に幅が持てるようになった。 _____	71 (57：14)
	ロ 読み書きができるようになった。 _____	37 (28：9)
	ハ 以前より会話ができなくなった。 _____	1 (1：0)
	ニ あまり変わらない。 _____	18 (14：4)
	ホ わからない。 _____	3 (3：0)
④	日常生活はどうですか？	
	イ 困るような行動が増えてきた。 _____	15 (13：2)
	ロ 困るような行動が減った。無くなった。 _____	61 (51：10)
	ハ 以前とあまり変わらない。 _____	24 (19：5)
	ニ わからない。 _____	2 (1：1)
⑤	知的な能力についてはいかがでしょうか？	
	イ 向上したようだ。 _____	85 (69：16)
	ロ 悪くなったような気がする。 _____	0 (0：0)
	ハ あまり変化がないようだ。 _____	16 (12：4)
	ニ わからない。 _____	2 (2：0)

表13 親の所属への感想

イ	大変満足している。	23
ロ	まあ満足している。	48
ハ	どちらともいえない。	8
ニ	悩みはあるが、仕方がないと思う。	20
ホ	どこかへ変わりたいと思う。	5

(12) お子さん自身は、現在行っている学校（施設）にたいしてどうでしょうか？（表14）

表14 子どもの所属への感想

イ	喜んで通って（入って）いる。	48
ロ	とにかく嫌がらず行っている。	42
ハ	行きたがらない事が多い。	7
ニ	その他	4
ホ	わからない。	1

(13) 障害児と健常児が同じ教室で学ぶ「統合教育」についてどう思われますか？

- イ 統合教育こそ、最も理想とするものであり、希望する。
- ロ 統合教育の中で個別学習を補って教育して欲しい。
- ハ 特殊教育の中で健常児との交流を増やして欲しい。
- ニ 統合教育よりも、健常児とは別に丁寧な教育を望む。

表15 統合教育への感想

	帯広児童養育センター		クリスチャンセンター	
イ	22	21.0%	15	13.5%
ロ	37	35.2%	43	38.7%
ハ	40	38.1%	42	37.8%
ニ	6	5.7%	11	10.0%
T	105	100%	111	100%

(14) 現在、保育や教育の中にもっと多く取り入れて欲しいものを3つ選んで○をつけて下さい（表16）。

- イ 個別指導。
- ロ 複数担任制。
- ハ 通級制（親学級・子学級）
- ニ 健常児との交流。
- ホ 特殊教育の専門家の養成。
- へ 一般教師の障害児理解。（その為の研修）

ト 進路についてのアドバイス。

チ その他

表16 保育・教育への希望

	帯広児童養育センター		クリスチャンセンター	
イ	30	12.0%	49	19.5%
ロ	16	6.3%	26	10.4%
ハ	18	7.2%	8	3.2%
ニ	60	23.1%	47	18.7%
ホ	38	15.1%	39	15.5%
へ	58	23.1%	64	25.5%
ト	29	11.6%	18	7.2%
チ	2	0.8%	0	0.0%
T	251	100%	251	100%

(15) 現在、何らかの形で福祉制度を利用されますか？ 利用しているものすべてに○印をつけて下さい。また、利用されていない場合、その理由を教えてください（表17）。

表17 福祉制度利用状況

イ	利用している。	83
a	特別児童扶養手当	64
b	自動車税免税	40
c	障害者福祉年金	9
d	医療費負担助成	9
e	所得税控除	39
f	交通費助成	20
g	援護旅費助成	0
h	共済・NHK	3
i	療育手帳交付	63
j	その他	3
ロ	利用していない。	20
a	障害がない。または軽い。	14
b	手続きがめんどう。	1
c	何となく抵抗がある。	4
d	その他	1
e	わからない。	1

福祉制度の利用

この項目は、卒園児の保護者が現在、福祉制度をどのように利用しているかを尋ねたものである。これによると、何らかの形で利用していると答えたのは83人で約8割が何らかの形で利用している事が分かった。その内訳は、特別児童扶養手当64人、療育手帳交付が63人で、この数字を見ると、我が子を障害児と認識している親が約6割いる事が分かる。また、自動車税免税40人、所得控除39

人といった税金負担の軽減の利用度も高い。しかし、こういった福祉制度を利用していないと答えたものが20人いる。その理由は14人が障害がないか軽いと答えている。中でも何となく抵抗があると答えた4人は注目すべき数字といえよう。

悩み事の相談先

子供についての悩みの相談先は、最も多いのは、子供が行っている所の先生が93人とかなり高い数字になっている。これは、教師が現在の子供の様子について一番良く知っていて最も身近な存在だからと考えられる。また、夫（妻）が78人で家族の一員としての我が子の存在を肉親で考えていく姿勢がうかがえる。他機関としては、児童相談所・病院が約4割になっている。更にセンターへという35人は、センターにたいして期待を寄せており、対応をしていかなければならない今後の課題といえよう。

(16) お子さんのことで、今後悩みが生じた場合、誰（どこ）に相談されますか？ いくつでも○印をつけて下さい（表18）。

表18 悩み言の相談先

イ	夫（妻）	78
ロ	自分の両親や兄弟	24
ハ	夫（妻）の両親や兄弟	15
ニ	その他の親戚	2
ホ	友人	42
ヘ	子供が行っているところの先生	93
ト	保健所	7
チ	医師や病院	40
リ	児童相談所	45
ヌ	帯広児童養育センター	35
ル	その他	7
ヲ	どこにも相談しない	0
ワ	わからない	1

他機関の利用

センター以外の相談・療育機関の利用状況では、児童相談所が最も多い。これは、センターに通園する際、児童相談所の意見書が必要な為、必然的な数字といえよう。また、病院と答えたものも59人で医療への期待も非常に大きいと思われる。そして、宗教団体と答えたものが4人いて、我が子に障害がある事を知り、心の寄りどころを神仏に

求めているのも見逃せない。

(17) お子さんの障害（又はその疑い）の治療や相談の為にこれまでどのような機関を利用されましたか？ 利用された機関の全てに○印をつけて下さい（表19）。

表19 利用機関

	利用した	利用中
イ	保健所	19
ロ	児童相談所	87
ハ	病院	59
ニ	母子訓練センター	21
ホ	福祉事務所	12
ヘ	ことばの教室	31
ト	教育研究所	1
チ	大学	1
リ	親の会	28
ヌ	宗教団体	4
ル	その他	10
ヲ	どこも利用していない。	0
ワ	わからない。	0

(18) これらの機関でいわれた診断（判定）名を教えてください（表20）

イ 診断名

ロ わからない。31

表20 障害名

障 害 名	人 数	男	女
自 閉 症	37	31	6
精 神 発 達 遅 滞	12	6	6
精 神 薄 弱	5	5	0
情 緒 障 害	6	6	0
て ん か ん	3	3	0
ダ ウ ン 症	2	2	0
C P / e t c	9	6	3
児 相 A	1	1	0
児 相 B	1	1	0

障害の判定・診断

我が子の障害名は何なのかを知りたくないが、知っておかねばならないというのが本音であろう。障害を判定・診断する機関は大きく分けて二つある。ひとつは児童相談所による判定と、もうひとつは病院による診断である。その内容は、自閉群が37人で最も多く、男女比は31：6であった。次に多いのは精神発達遅滞で12人であり、男女比

は6：6の同比であった。以下は表の通りだが、これらの判定・診断は、子供を診た医師や判定員によって障害名の使い方が異なり、具体的には、医師の診断でダウン症と言われたものが、児童相談所では精神発達遅滞と使われている例もある。また、本調査では、わからないと答えたものが31あった。

(19) それでは、帯広児童養育センターの事についておききします。センターを一番最初に利用されたのは、どのような形態だったのでしょうか？ (表21)

表21 センター利用形態

イ	相談	50
ロ	見学	19
ハ	待機児指導	13
ニ	通常指導	13
ホ	その他	6

センター利用のきっかけ

初めてセンターを尋ねた目的は何であったかであるが、相談が50人で一番多く、約半数である。これは、センターが全国で7ヵ所しかない第二種家庭児童相談事業としての機能が活用され、そこから指導に結びついたものである。次に多いのは見学であるが、親がセンターの中身を親の目で確かめ納得してからセンターを利用したものである。また、定員の都合ですぐに指導に入れなかった待機児指導とすぐに指導に結びついたものが同数の13人であった。

(20) センターを初めて知ったきっかけは、どのような事だったのでしょうか？ (表22)

表22 センターを知ったきっかけ

イ	児童相談所	31
ロ	市役所・町村役場	16
ハ	福祉事務所	2
ニ	病院	11
ホ	保健所	8
ヘ	新聞・広報・電話帳等	3
ト	保育所・幼稚園	8
チ	友人・親戚・知人から聞いた	13
リ	直接センターに来た	1
ヌ	その他	9

センターの紹介先

これを見ると様々な所がセンターの存在を知っている事が分かる。一番多いのは児童相談所の31人で、子供の問題をまず最初に利用する機関からの紹介である。ここで注目したいのは、新聞・広報・電話帳の3人と、直接の1人である。これらは、「帯広児童養育センター」という名称から、子供の為に何らかのかかわりをしてくれる所であろうという親の藁にでもすがりたいという気持ちから指導につながったといえよう。現在はこれらの機関とは連携を取りながら指導を行っている。

(21) センターにお子さんが通っていた時、他の機関を利用されましたか？ あてはまるものすべてに○印をつけて下さい。

通園児の他機関利用 (表23)

表23 センター通園時の他機関利用

イ	センターしか利用していない	18
ロ	保育所	51
ハ	幼稚園	35
ニ	ことばの教室	27
ホ	その他	8

センター通園中、他の期間を利用していたかを見ずねたものである。これによると、保育所へ行っていたものが51人、幼稚園の35人で、全体の7割が障害時保育を受けている事が分かった。また、ことばの教室が27人で、本調査の対象児のことばの問題の大きさと、その受け入れ先である帯広市以外の十勝管内にあることばの教室のセンター的存在がうかがえる。一方、センターしか利用していなかった18人を見ると、障害児を保育現場で受け入れる事の難しさが分かる。

(22) センターの行事の中で最も印象深いものを3つ選んで○をつけてください。

センターの行事 (表24)

センターでは、指導の一環として、季節や暦に合わせ様々な行事を取り入れている。また、これらの行事活動は、併設のつばき保育所と合同で行っているものもあり、センターの大きな特色でもある。

親や子供にとって最も印象深い行事は、運動会

表24 印象深かった行事

イ	入所式	13
ロ	遠足	18
ハ	運動会	65
ニ	七夕まつり	15
ホ	お遊戯会	49
ヘ	合宿	35
ト	秋の味覚まつり	7
チ	クリスマス会	15
リ	雪中運動会	16
ヌ	もちつき大会	5
ル	卒園式	44
ヲ	その他	6

の65人であった。これは、毎年秋に大江病院グラウンドで親子で身体を動かし楽しい一日を過ごすものであり、二番目に多いお遊戯会の49人とともに二大行事である。また、合宿の35人は、年長児の行事であり、中には初めて親と離れて外泊する子供もいて貴重な体験といえよう。さらに、入所式の13人に比べ卒園式の44人は、センター通園中の様々な思い出のしめくくりとして最も親の印象に強く残るものであると言えよう。

(23) 次に、センターの待合室でお母さん方との交流で意味深かった事は何ですか？ 3つ選んで下さい。

表25 待合室での交流

イ	子どもと離れて、自分の時間がもてた。	10
ロ	楽しくおしゃべりが出来て、気が晴れた。	28
ハ	同じ悩み、苦しみを抱える人が他にもいて励まされた。	75
ニ	自分の気持が安定して成長出来た。	33
ホ	友人が出来た。	40
ヘ	子どもとの接し方を考える事が出来た。	56
ト	障害児問題への意識が高まった。	32
チ	その他	4
リ	特にない。	5
ヌ	マイナスだった。	2

待合室での交流（表25）

センターは、原則として母子通園である。2時間の指導時間の最初は母子共に自由遊びをするが、職員が指導にあたっている時間帯は、待合室で母

親同士の交流の場をもうけている。その待合室で母親自身にとって意味深かったと答えたもので一番多かったものは、同じように障害児をもつ母親の仲間同士という、同じ境遇におかれた他者から共感理解を得られたと答えた75人である。また、障害児にどのように接したらよいかを知る、情報収集の場と答えたものも56人いた。この他にも待合室での母親同士の会話で精神衛生が保たれている事がうかがえる。しかし、マイナスと答えたものも見逃さずにはいられない。母親同士の会話の中から、ダメージを受ける内容もないわけではないと思う。

(24) お母さん方は、センターでどのような体験をなされましたか？ 意味深かったと思われるもの3つに○印をつけて下さい。

表26 母親にとって意味深かったこと

イ	障害児を持った母親同志の交流	70
ロ	子どもと一緒に通った事	37
ハ	子どもが専門的な指導を受けたことの安心感	49
ニ	自分の悩みを打ち明ける事のできる場を得られた。	41
ホ	子どもへの接し方について助言が得られた。	64
ヘ	各種行事へ参加したこと。	19
ト	その他	2
チ	特にない。	6

母親の体験（表26）

センターで直接指導を受けるのは子供自身であるが、一緒に通園してくる母親にも同じ事が言えよう。母親の体験で意味深かったものは、前出の待合室での交流が最も多く、70人いた。次が、子供への接し方の助言が得られたと答えた64人であった。この結果をみると、障害を持つ我が子を目の前にして、どうしてよいか困っている母親にとって精神的に安心を得られた事が共通に言えるのではないかと考える。

(25) センターで知りあったお母さん方と、現在もお付き合いがありますか？

表27 現在の母親同志の交流

イ	積極的に付き合っている	26
ロ	時々付き合っている	58
ハ	全く付き合っていない	19

卒園後の母親の交流（表27）

センターでの母親同志の交流がとても意味深かったという結果が出ているが、卒園後について尋ねると、その後付き合いがあると答えたものは、積極的・時々を合わせると84人で、センターの指導の場が親の出あいの場にもなっていると言えよう。また、最近では、母親同志が自主的に同窓会をつくり、年に一回キャンプを行っているところもある。

(26) センターの活動の中で、お子さん自身にとって最も意味深かったと思われる体験はどんな事でしたか？ 3つ選んで○をつけて下さい。

表28 意味深かった体験

イ	他の子どもとの接触	45
ロ	保母（指導員）とのマンツーマンのかかわり	78
ハ	専門的な指導・療育	55
ニ	お母さんと離れて遊ぶ体験	39
ホ	お母さんと一緒に遊ぶ体験	26
ヘ	遠足や合宿などの行事に参加したこと	53
ト	その他	2
チ	特にない	1

子供の体験（表28）

センターの指導で、子供自身にとって有意義だったものを答えてもらったが、これによると、マンツーマンによるかかわりが78人と最も多かった。一週間に3回という限られた時間ではあるが、この間に共に苦楽を体験した職員とのかかわりは、子供にとっても意味深いものであったからと考える。また、専門的な指導と答えたものも55人いて、子供の主体性を尊重し、楽しい遊びを通じたかかわりが良かったのであろう。しかし、特にないと答えた1人については、我々が反省すべき声として見逃すわけにはいかない。

(27) センターにお子さんが通っている間、どのような変化が見られたでしょうか？ あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

表29 指導中の変化

	○	※	×	
イ	体が丈夫になった	31	4	1
ロ	運動能力がのびた	48	7	0
ハ	手先が器用になった	28	2	2
ニ	表情が明るくなった	47	16	0
ホ	視線が合うようになった	44	11	1
ヘ	遊びが増えた	40	3	0
ト	ことばが増えた	35	11	2
チ	指示に従えるようになった	49	5	0
リ	排せつや衣服の着脱ができるようになった	38	3	1
ヌ	こだわりが少なくなった	19	1	3
ル	その他	1	0	0
ヲ	特にない	3	0	0

指導中の変化（表29）

センターの指導の中で、具体的な子供の変化を当てはまる項目に答えてもらった。これによると、全体を通して良かったものは、表情が明るくなった事と、運動能力が伸び、指示に従えるようになったことと言えよう。こだわりが少なくなったと答えたものが19人となっているが、ダウン症のように自閉群以外の答えがなかったからと考えられる。しかし、逆に悪くなったと答えたものもいくつか見られる。このことは、個人の内容を検討したうえで今後の指導の対応を考える貴重な資料となるであろう。各項目毎に見ても、3割から4割以上の向上が見られたという結果が出ており、全体として指導効果があったと判断してもよいと考える。

4. 全体考察

(1) センター入所時の様子とその後の成長

総数107人の内、無記名者1名と16才の年長者を除いた105人の入所時平均年齢は3.9才であった。

この入所時の子供の状態をa)日常生活習慣、b)人との関わり、c)言語、d)遊びについて〔表30〕に示した。

尚、この入所当初の状態は、本調査で直接親に問うたものではなく、本調査の解答者の名簿に従って、当時の児童記録及び親から聞きとりした生育歴により抽出したものである。

まず、日常生活習慣は、入所時の状態として衣

表30 センター入所時と調査時の状態比較

生活	自立	幼児期	調査時
	部分介助	19.4%	78.5%
	全面介助	35.9%	19.4%
関係	複 数	44.6%	1.8%
	特 定	18.4%	58.0%
	関係が取れない	39.8%	40.1%
言葉	文 章	41.7%	1.9%
	単 語	10.6%	27.0%
	音 の み	21.3%	24.5%
	言葉がない	28.1%	12.2%
遊 び	指 示	39.8%	13.8%
	援 助	8.7%	11.5%
	特 定	17.4%	29.0%
	無 目 的	31.0%	49.0%
行 動	多 動	42.7%	10.3%
	寡 動	41.7%	14.7%
	落 ち 着 き	36.8%	%

服の着脱，食事，排泄に限り抽出している事から，これらはその後の日々の生活に於けるくり返しによって獲得していった結果として，その後の達成率が高いからといって特に驚くに当たらないといえよう。

人との関係は，複数の人々と関われる子供の数が幼児期と比して3倍の率に達し，また，幼児期全く人と関わらなかった子供も，その後の家庭生活，学校教育によってかなりの改善を示している。

しかし，この変化は「特定の人との簡単なやり取りが出来るようになった」或は，もう少し高度な「人からの働きかけに応じられる」「言われると動く」という範囲の中に大部分が入り，社会性というレベルではあまり高くない水準にある。

この事は，言語面にも現れている。

設問のし方に問題があるが，「日常会話に全く困らない」という内容は，「家庭内の身近な情報のやり取り」「子供自身の関心のある事柄につい

ての話し」についてであり，学校や外の世界での体験や考え方を述べ合える子供は幼児期においてそれが可能であった10%前後の子供に限られよう。

しかしながら，それでも音すら出さなかった子供が音や単語で自分の意志を伝えようとする率が上がっていることは，本調査結果の示すところである。

これらの子供の変化の内容をみるのに参考になるのは，遊びである。これをみると，「創造的な遊び」や「友だちとの交流を通じた質の高い遊び」は，前3つの表の良くなったという率ほど高くなっていないことに気づく。むしろ年令と共に「特定の遊び」「1人遊び」に向かう傾向を示しているといつてよい。

ただ幼児期多動で「人との関わりに乏しく」「危険さえ常に注意をしていた」行動は年令と共に急激に減っていることが注目される。これは平均10才頃には，それまでかなり自閉性が強く，多動な子供もこの頃を境に落ちついて来るという学説とも一致している。

いずれにしても，この記述は，子供の状態把握をする上で緻密性に欠けることは否定できず，子供の正確な状態をつかんだ上で幼児期との比較が出来るところまでは至っていない。

(2) センター入所による子供の変化と親の印象

次にセンター入所時から就学前までの子供の発達の状況についてみる。ここでもセンター入所時の記録上での子供の状態を基礎に表29との比較で考えていくことにする。それを「表31」に示す。

まず，ニ)ホ)については，「表情が明るくなり」「視線が合うようになった」と感じている親が全体の「12.2%」及び「11.4%」いることがわかる。これは入所時の様子から「特定の人」とのみ関係を持つもの「39.8%」，「全くない」と感じているもの「41.7%」の中で約11.8%の子供がニ，ホに表現されたような改善をみたという親の印象である。実数でいうと，約10人の子供が関係の改善をもたらせたといえる。

又，トの「ことばが増えた」という項目では，同じように「声のみ」の子供，「声すら出さない

表31 センター入所時から就学時点までの変化

		幼 児 期	調 査 時	
関 係	複数の人との関係あり	19人 (18.4%)	表情が明るくなった 視線が合うようになった	47人 (12.2%) 44人 (11.4%)
	特定の人との関係あり	41人 (39.8%)		
	誰とも関係がない	43人 (41.7%)		
		幼 児 期	調 査 時	
言 葉	文章を話す	11人 (10.6%)	言葉が増えた	35人 (9.1%)
	単語を言う	22人 (21.3%)		
	声を出す	29人 (28.1%)		
	なし	41人 (39.8%)		
		幼 児 期	調 査 時	
遊 び	指示で遊びが続く	9人 (8.7%)	遊びが増えた	40人 (10.4%)
	一緒に遊ぶ	18人 (17.4%)		
	特定の遊びしかしない	32人 (31.0%)		
	遊びが成立しない	44人 (42.7%)		
		幼 児 期	調 査 時	
生 活 習 慣	自立	20人 (19.4%)	排せつ, 衣服の着脱	38人 (9.9%)
	部分介助	37人 (35.9%)		
	全面介助	46人 (44.6%)		
		幼 児 期	調 査 時	
行 動	行動	43人 (41.7%)	指示に従う	49人 (12.7%)
	寡動	38人 (36.8%)	こだわりが少なくなった	19人 (4.9%)
	落ち着きがある	22人 (21.3%)		

子供」70人中9.1%の5人が、そして全体でみると、約9名が言語の面での改善をみている。

遊びについては、「遊びが増えた」を答えた10.4%の親は、その印象から「遊べるようになった喜び」を記載したものと考えられ、「特定の遊び」しかしらない子供や「全く一緒に遊ぼうとしない」子供の総数76人を対象にすると、約8人の子供に遊びの拡がりをみることが出来る。

生活面は、年令の低さ、障害の重さからセンター入所時は2割に満たない子供しか生活習慣の自立はみられない。

しかし、それが「9.9%」の範囲でセンター退所時までには生活習慣の確立をみせている。

即ち、全介助、部分介助の者、83人の内、約8人はセンター通所中に排泄、食事、着脱を可能にしているということが出来る。

次に行動面であるが、これも入所時、多動、暇動の子供が全体の78.5%、3/4を占めているが、通所改善として「17.6%」約14人の子供はセンター中に接し易くなっているという結果を示している。

ただ、全体にいええることは、センター入所時の平均年令が3.9才ということから、就学までわず2～3年しかなく、この間で上記のような改善をみたことは、センター入所をきっかけに親の家での努力、センター通所による子供の成長をうらづけているといえよう。

又、保育所、幼稚園での生活による子供との触れ合い、日々のくり返しも忘れることが出来ない。

(3) 行動改善と年令的特徴の関係

センター卒園時から現在までの行動変容を年令別にみたのが〔表32〕である。

センターの通所を経て以降、6才から30才までの年令層に渡っているが、年令個々にみた時に年令別の人数との比較でどの項目についても改善数(率)が悪化数(率)、及び無変化を上まわっていることがわかる。

又、細部には検討できないが、「変わらない」と答えたものの数をみると、もともと良かったものがそのまま「変わらない」と解答している傾向もあり、そうであれば「変わらない」の項目も改

善の範疇に含めてもよいと考えられる記載もある。

ただ、「悪くなった」と答えたものの内、「日常生活」の項目は比較的その答えが多いように思える。

しかし、子供の全体の状況が改善し、その上で自発性や積極性が芽ばえてくると、生活状態に予期せぬ動きが出てくることもあり、ここではこのことをもっと掘り下げて検討する必要がある。

この表を概観した時、注目したいことは、項目全体の記載傾向として6才の年令と10才の年令の変化の流れに他との比較でかなりの高い改善傾向がみられることである。

これは、6才という年令が乳幼児期全体の好ましい体験を通して急激に成長する時期であり、本

表32の1 センター卒園時から現在までの変化(質問項目)

センター卒園時と現在までの成長についてお尋ねします。

- a 身辺自立はいかがでしょうか？
- イ 良くなった。
 - ロ 悪くなった。
 - ハ あまり変化がない。
 - ニ わからない。
- b 人との関係はいかがですか？
- イ 以前より関係がもてるようになった。
 - ロ 情緒的な感情がもてるようになった。
 - ハ 以前より関係がもてなくなった。
 - ニ 変わらない。
 - ホ わからない。
- c ことばについてはどうでしょうか？
- イ 言葉が増え、会話に幅が持てるようになった。
 - ロ 読み書きができるようになった。
 - ハ 以前より会話ができなくなった。
 - ニ あまり変わらない。
 - ホ わからない。
- d 日常生活はどうですか？
- イ 困るような行動が増えてきた。
 - ロ 困るような行動が減った・無くなった。
 - ハ 以前とあまり変わらない。
 - ニ わからない。
- e 知的な能力についてはいかがでしょうか？
- イ 向上したようだ。
 - ロ 悪くなったような気がする。
 - ハ あまり変化がないようだ。
 - ニ わからない。

調査においても、これらのことが健常児と同じようにうらづけられたのではないかと考える。

その発達のレベルは、健常児に比して低いものであったとしても、この時期の急速な発達傾向が障害児にも認められることは意義深い。

又、10才の記載からは、10才が抽象思考の発芽年令といわれ、小学校においても学習内容がかなり難しくなるといわれるが、これは、それ以前の体験や学習の積み重ねによる発達の質的な変化であるが、本調査でもこの10才の項目にそれをうかがわせる結果が示されているといえないだろうか。

尚、中1、2、3、即ち13、14、15才も自律や積極性、行動の拡がりを示しているような数字の流れがみられそうである。

(4) センター入所による親の安定と指導内容への関心

障害児をもつ親は、どの親も共通の悩みをもつ人々との出会いによって精神的な負担の軽減を経験している。

センター入所による親の精神的安定は、2時間の指導中、様々なことを語り合える待合室にその場を求めることができる。

その語らいの中で親は、それぞれに意識の変革を得ることになる。それは親自身の精神的安定を主とするもの、或はそれを基礎に子供を改めて見つめ直す観点をもてた者、等々様々である。

これを本調査の中でみると、親自身の精神的安

定をもてたと答えたのは、本調査全体の65.2%を占めている。又、子供の見方について意識や関わりが高まったと答えたのは30.8%であった。

この数字をみるだけでも、障害児を持つ親にとって1人で悩んでいることが親の精神面でも子供の成長にとってもいかにマイナスになっているかがわかる。

ところで、それらの安定をもつに到った親が実際の子供の指導場面や諸活動に目を向けた時、親子にとってどんなことがより意義深かったのかを示したのが〔表33〕である。

まず、「仲間がいて励まされた」「気持ち安定した」「話せて気が晴れた」を精神的安定群に、「自分の時間を持てた」を負担解放群に、「接し方を考えられた」「意識が高まった」を育児向上群に分けた。

そして、それぞれの群ごとにおいて、センターの指導や諸活動をみた時どのような観点に1番注目し、印象深かったのかの答えを順位づけしてみた。

その結果、精神的安定群からは、1位 専門的指導、2位 悩み、3位 母親交流という順位が得られた。

同じく、負担解放群からは、1位 専門的指導、同じく1位 悩み、3位 母親交流となり、育児向上群は、1位 なし、2位 行事への参加、3位 悩みという結果を得た。

表33 センター入所にもなう親の気持の変化

		親交 同志 の流	子接 供し の方	悩 み	専 門 指 導	一 通 緒 つ に た	行 事	な し
精 安 神 定 的 群	仲 間 が い た 気 持 が 安 定 し た 話 し て 気 が 晴 れ た	% 46.7	44.8	47.1	48.3	45.0	38.6	44.3
	順 位	3	5	2	1	4	7	6
負 解 放 担 群	自 分 の 時 間 を 持 て た	11.4%	6.3	13.7	13.7	12.2	5.4	0.0
	順 位	4	5	1	1	3	6	7
育 児 上 昇 群	接 し 方 を 考 え た 意 識 が 高 ま っ た	44.3%	44.6	47.1	45.9	41.9	47.4	66.7
	順 位	6	5	3	4	7	2	1
総 合	得 点	4.3	5.0	2.0	2.0	4.6	5.0	4.6
	順 位	3	6	1	1	4	6	4

これは、我々子供の指導を重視するものにとって「専門的指導」や「子供の接し方」の高順位を期待したところであるが、結果はそうではなかったといえる。

特に育児向上群の第1順位が「なし」という解答であったことは、「なし」の内容、意味をさぐらなければならないことを示唆している。

又、さらにそれぞれの群の順位を単純に得点化し、その得点による順位を再度みてみると、そこからは1位に「専門的指導」及び「悩み」、3位に「親同士の交流」という結果になり、ここでも我々が高順位として期待していた「子供の接し方への助言」は最下位の位置にいるのである。

(5) 指導形態・指導内容による子供の障害改善の効果

さて、次にセンターでの指導期間中に親にとって求めている指導の形態が、子供のどのような状態の改善に結びついたかをみたのが〔表34〕である。

この表は、前表のように群に分けることには無理があるので、このままをみていくことにする。ただ指導形態ごとの子供の変化の実数に順位をつけ、それから内容を検討してみたい。

この結果、指導形態ごとに〔表34〕のような順位がついたのであるが、「母親と離れて遊ぶ」の項目以外は、どの項目についても第1位から第3位までに「指示に従う」「運動能力」「表情が明るくなった」という子供の変化を上げている。

又、個々について注目したいのは、「マンツーマンの関わり」によって「視線が合う」ようになって

表34 (センターの活動内容) と (通園中の変化) のクロス

		B	指示に従う	運動能力良	表情明るく	視線合う	遊び増	基本生活習的慣	言葉増えた	体力向上	手先器用	こだわり
A			49	48	47	44	40	38	35	31	28	19
マンツーマンの関わり 78	a A×C		35	35	38	35	32	29	27	24	24	16
	b 順位		2	2	1	2	5	6	7	8	8	10
	c $\frac{A}{a}$		(44.8)	(44.8)	(48.7)	(44.8)	(41.0)	(37.2)	(34.6)	(30.8)	(30.8)	(20.5)
専門的指導 55	a A×C		30	28	25	23	25	22	23	15	16	12
	b 順位		1	2	3	5	3	7	5	9	8	10
	c $\frac{A}{a}$		(54.5)	(50.9)	(45.5)	(41.8)	(45.5)	(40.0)	(41.8)	(27.3)	(29.1)	(21.8)
行事への参加 53	a A×C		26	26	30	27	18	17	19	20	13	9
	b 順位		3	3	1	2	7	8	6	5	9	10
	c $\frac{A}{a}$		(49.1)	(49.1)	(56.6)	(50.9)	(34.0)	(32.1)	(35.8)	(37.7)	(24.5)	(17.0)
他児との接触 45	a A×C		24	23	20	15	16	14	15	11	9	4
	b 順位		1	2	3	5	4	7	5	8	9	10
	c $\frac{A}{a}$		(53.3)	(51.1)	(44.4)	(33.3)	(35.6)	(31.1)	(33.3)	(24.4)	(20.0)	(8.9)
母と離れて遊ぶ 39	a A×C		16	13	15	17	13	17	10	12	10	7
	b 順位		3	5	4	1	5	1	8	7	8	10
	c $\frac{A}{a}$		(41.0)	(33.3)	(38.5)	(43.6)	(33.3)	(43.6)	(25.6)	(30.8)	(25.6)	(17.9)
母と一緒に遊ぶ 26	a A×C		15	15	11	11	11	12	9	8	8	8
	b 順位		1	1	4	4	4	3	7	8	8	8
	c $\frac{A}{a}$		(57.7)	(57.7)	(42.3)	(42.3)	(42.3)	(46.2)	(34.6)	(30.8)	(30.8)	(30.8)
	得点		1.8	2.5	2.6	3.2	4.7	5.3	6.3	7.5	8.3	9.7
	順位		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

た。「専門的指導」によって「遊びが増えた」。「母と離れて遊ぶ」ことによって「視線が合う」「基本的生活習慣」がついたという「指導者の関わり」による子供の変化が結果として出て来ていることである。

又、親子が一緒に行動をとる「行事への参加」や「一緒に遊ぶ」というところでは、「指示に従う」「表情が明るい」「視線が合う」「基本的生活習慣」について親がその変化を直接目にし、実感していくことを示唆している。

次にこの〔表34〕を子供の変化ごとに得点を出して順位をつけてみた。

この結果、指導の形態にかかわらず、子供がセンターに通って来たことによって、1位「指示に従う」、2位「運動能力」、3位「表情が明るくなった」とう順位を得た。しかし、逆に「言葉が増えた」「手先の器用さ」「こだわり」は低順位であった。

このことは、本調査の対象児の障害が自閉群、精神発達遅滞合わせて全体の64.5%を占め、自閉的な傾向の子供の障害特徴の軽減については高い順位としての結果が得られなかったことを意味している。

とは言え、〔表33〕〔表34〕から得られた結果をもう少し深く考察してみると、センター存在の意義は、まず「悩みをかかえた障害児の親に対する精神的安定を計る場になっていること」それらを通じて「親子が一緒に遊んだり」「行事への参加」を楽しんでできるようになったこと。そして、子供自身も「かたかった表情・表現に柔らかさと拡がりをもたらされたこと」等を上げることが出来る。

しかし、個々の子供の状態把握を改めて厳密化した上での指導内容の検討も強く求められていることはいうに及ばないであろう。

5. まとめ

1. 障害児の早期発見・早期療育の成果の第一は障害児をもつ親の育児観・障害観を高め、自分の子供の全体を客観的にみれる姿勢をもたらす。

2. しかし、子供が小さい程、指導機関、専門機関への期待が高く、障害の改善が健全化につながると考えている。
3. この健全化への期待・信念は、家庭内においても指導機関内においても、それまでの子どもへの関わりに比して積極的・個別的に変わり、その結果として「対人関係を改善」「生活習慣の獲得」「行動面の落ちつき」等をもたらす。
4. しかし、一方で「言語」や「知的操作」に関する急激な改善は目にみえるような変化として現れることが少なく、これらの改善をみた子どもは、発見当時、すでに「言語」や「知的」向上の基礎を発達上そなえていたものに限られている。
5. 幼児期の療育を受けた機関を通じて親は、しだいに「障害」の重大性、困難性に気づき、あせりと共に一方で「ありのままの子供」とゆったりつき合う姿勢も芽ばえてくる。
6. このような姿勢は障害をもつ親同士の関係が「精神的安定の場」ともなり、お互いの悩みの語り合いや相談の場としてあらためて子どもをみつめ、将来を考える重要な意識の変革となる。
7. また、同時にこれらによる親の意識の変化は、それまで子どもの為だけの療育の場を子どもと共に親も療育を楽しめる場として活用することに向かわせる傾向にある。
8. しかし、そんな場を通じて子供の障害を客観的に見つめ、親の願いとして障害の改善をもたらす専門的指導の充実を求めている。また、専門機関もこれらに答える為の専門スタッフ及び方法論をもつ必要にせまられている。

以上、まとめとして障害児の早期発見・早期療育は障害児の親子にとって家庭だけでは果たしえない大きな意味をもっているといえる。そして、これらを通じて親は障害児がおかれている現実や自分以外の親子の実態を知ることになる。その一方で療育の場の活用は、子供とのふれあいの手段・方法を知り、それまでの対応に余裕と柔軟性をもたらす。

結果として、「対人関係」や「生活習慣の自立」という主として行動面での変化と改善をみることが多い。しかし、障害とは親が考えるほど簡単な問題ではないし、長い時間がかかって改善されるものもわずかであるという事もしだいにわかっていくものである。障害をもつ子の親の期待・願いは専門機関に対して専門的指導による子どもの障害改善・軽減を求めているものの、むしろ日々の親の悩みの解消や、親子共々ある一時を安心して喜びをもって過ごすことにより強い価値をおいて専門機関に通い続けているうかがわせるのである。

この事は、本調査の最も大きな収穫であったといえよう。

謝辞

本調査を進めるにあたり、沢山の皆様にお世話になりました。アンケートの作成では、北星学園大学・相場幸子先生、根室市立北斗小学校・坂内克裕先生の貴重な先行研究を参考にさせていただきました。また、アンケートのローデータ集計では、北海道教育大学情緒障害教育教員養成課程8期生の皆さんにお手伝い頂きました。

そして、なによりも直接出逢う事なく、書面で出逢った多くの子供やお母さん方の全面的なご協力のおかげで本調査をまとめる事が出来ました。お寄せ頂いた貴重なご意見・お言葉を今後の指導に大いに役立てて行きたいと思えます。本当に有り難うございました。子供達の健やかな成長を願いつつ。

2 早期に療育を受けた ダウン症児の追跡研究

(札幌市児童相談所)

辰 田 収

(札幌市かしわ学園)

小 野 千賀子

1. はじめに

札幌市におけるダウン症児の早期療育は10余年を経ている。昭和48～49年に1～2才で母子指導を受けた子ども達が義務教育年令を越え、また昭和56～57年に0才で母子指導を受けた子ども達が学令を迎えるに到った。

本研究は、札幌におけるダウン症児の早期療育の歩みについて経過を報告すると共に、早期療育を受けた子ども達が現在どのような発達レベルとなっているか、札幌市児相にある資料を整理し、まとめたものである。

結論的に言えば、早期療育を受けたダウン症児達は、その機会を得られなかった子ども達に比べて明らかに発達レベルは良好であった。しかし、早期療育の効果があったにせよ、ダウン症児達の知的能力はそれ程高いものではないという事実も明らかになった。

以下、ダウン症児の札幌における早期療育の歩み、及び追跡調査について報告する。

2. 札幌におけるダウン症児早期療育の歩み

(1) ダウン症児の早期療育の先がけは、昭和41～42年に開設された北海道中央児童相談所の母子通園訓練施設“パンビ幼稚園”に始まる。この母子通園に数名(手元の資料では2名わかっている)が参加した。

(2) その後、当時就学猶予・免除児の通園施設であった札幌市かしわ学園(精神薄弱児通園施設)にダウン症幼児が入園するようになった(昭和47年以降)。この背景には、ダウン症児父母の会

“子鳩会北海道支部”が設立されたことが挙げられる。以降、かしわ学園はダウン症児の受け入れを広げていった。

(3) 昭和48年7月、札幌市児相において2才のダウン症児2名の母子指導を開始する（山貫義彦氏：現札幌市児相副参事ら）。この母子指導は、49年春、5名の2才児の週1回の母子指導へと発展。併行して小鳩会北海道支部が札幌市民会館を会場に2週に1回の1～2才児の自主訓練を始めた。

(4) この流れは更に札幌市議会への子鳩会の陳情となり、翌50年4月より札幌市かしわ学園に併設した形で2才児の母子通園施設“ひよこ学級”が設立された。以降、ひよこ学級は5年間続き、55年4月にかしわ学園の母子通園部門として定数に組み込まれ、発展的に解消した。

(5) 昭和56年9月、8ヵ月のダウン症乳児をかかえた母親が札幌市児相に早期療育の場を求めて来所する。この母親の意を受け、筆者らが母親5名と共に0才児の療育の試みを開始した。

(6) 昭和57年6月より、かしわ学園の母子通園部門は2才児の年齢を引き下げ、1才児を受け入れる。以降、1才児以降はかしわ学園、0才児は当児相という形で役割分担が出来、今日まで到っている。

(7) 10余年の間に幼稚園・保育所における障害児保育が急速に進展した。昭和60年からは1才10ヵ月以降の障害児の保育所入所が可能となり、現在は、かしわ学園で1～3才児のダウン症児の療育がなされ、4、5才児は大部分が障害児保育を受ける形となっている。

(8) また、札幌市母子訓練センター（肢体不自由児）での外来訓練、子どもの城ダウン症協会の月1回の指導（昭和61年より）が始まり、また、この1～2年、各区毎にダウン症児の親グループが集まりを開始する等、状況的な変化は著しく、当児相で仕事の片テーマに行ってきたダウン症乳児指導も新たな発展を求められつつあると言えよう。

3. 早期療育を受けたダウン症児の追跡調査について(1)

(1) 早期療育を受けたダウン症児の追跡調査について、昭和59年度の全国愛護研究大会で次の報告がなされた（表1）。これは、かしわ学園で57～58年に1才児として入園した子ども達と2才台からの通園児、3才台からの通園児との3グループを3才時点での発達指数を比較したものである（小野千賀子ら）。

(2) 平均DQは1群が65.4、2群は52.3、3群は

表1 ダウン症幼児の発達レベルについて
遠城寺式乳幼児分析的発達検査法による比較（DQ）

群	1	2	3	1-2	1-3	2-3
生活年齢	2.11~3.3 3歳0月	2.6~3.9 2歳11月	2.6~3.6 3歳3月			—
移動運動	56.2	46.2	44.7	10.0	11.5	1.5
手の運動	74.7	56.9	35.7	17.8	39.0	21.2
基本的習慣	69.1	50.8	37.1	18.3	32.0	13.7
対人関係	77.0	57.0	39.2	20.0	37.8	17.8
発語	48.9	48.6	30.7	0.3	18.2	17.9
言語理解	66.2	54.0	34.1	12.2	32.1	19.9
対象人数	11名	11名	9名			
(有)心疾患	4名	3名	4名			

1群 1歳台の母子通園児の発達指数

2群 2歳台の母子通園児の発達指数

3群 3歳台で単独通園で入園した子の発達指数

36.8であった。1群は11名全員が0才から児相での母子指導を受けたケースである。明らかに1群>2群>3群となっており、早期に療育を受けたダウン症児の発達レベルが良好である。厚生省の判定基準（軽度 I Q70~50, 中度 I Q50~35, 重度 I Q35~20, 最重度 I Q20以下）で考えると1群は軽度, 2群は軽~中度, 3群は中~重度となっており, 明らかに障害程度が1ランク軽くなっていると言える。しかし, ダウン症は幼児の時期は比較的発達の遅れが小さく, この後の経過を診る必要がある。

(3) プロフィールをみると, 手の運動, 基本的習慣, 対人関係, 言語理解の伸びが著しい。1群と3群の比較では, 四領域ともDQで30以上の差がみられる。しかし, 移動運動と発語はDQで10台の差であり, この領域はそれほど大きく差が出て来ない。身体運動機能の発達は, 必ずしも社会的・環境的要因が大きな影響を与えるものでないと考えられ, また発語についても, 障害の根本にかかわるものであり, それほど社会的・環境的要因が決定的に大きな影響を与えるものでないことがわかれる。

4. 早期療育を受けたダウン症児の追跡調査について(2)

(1) 対象児

昭和47年(札幌市児相発足)以降, かしわ学園に在籍したダウン症児のうち, ①中卒時の発達レベルを測定出来たもの…31名 ②早期療育の形がほぼ整った中で就学前後に発達レベルを測定出来た者…27名の計58名である。更にこの58名は次のように分けられる。

①中卒時の発達レベルを測定出来た者

I群 就学猶予・免除してかしわ学園に入園し

たダウン症児……8名

II群 就学前療育として単独通園をしたダウン症児……12名

III群 2才より母子通所を経験したダウン症児……11名

②就学時の発達レベルを測定出来た者

IV群 単独通園から療育を経験したダウン症児……4名

V群 2才より母子通園を経験したダウン症児……11名

VI群 1才前から母子通所を経験したダウン症児……12名

なお, 昭和47年以降, 当児相でかしわ学園に措置したダウン症児は188名であり, そのうち, まだ就学に満たない子は71名である。学令以降の年齢に達している子が117名となっており, 本研究の対象児は, そのうち約半数(49.6%)である。

かしわ学園入園前は必ず当児相の判定を受けるが, 卒園以降は数年に1度, 療育手帳もしくは特別児童扶養手当等で来所する程度であり, 中卒時に再度来るまでは経過がわからないケースも多く, 全ケースの実情は把握できていない。従って本研究は, 今の現状の中で当児相で判定出来たケースのみという限定付きのデータであることを付記しておく。

(2) 結果について

全ケースの一覧は表7—12までを参照されたい。

① ダウン症児のIQについて

表2をみてみよう。中卒時のダウン症児のIQは平均28.1である。III群, 即ち2才から療育を受けたダウン症児の平均IQは36.8, III>II>Iとなっており, 早期療育の効果は大きいと判断されよう。しかし, 一番知能指数の高い子でIQ49であった。

表2 ダウン症児のIQ

	I	II	III	IV	V	VI
分布	30~(7)	46~(7)	49~27	25~(12)	48~(14)	60~(27)
平均	18.9	26.1	36.8	15.7	34.7	48.1
中卒前後のIQ(DQ)平均				就学前後のIQ(DQ)平均		
28.1				36.1		

また、就学前後に発達レベルを測定出来た者は、平均IQ36.1、VI>V>IVとなっており、0才から療育を受けた者が平均IQ48.1であり、早期療育の果たした役割は大きいと言える。しかし、一番知能指数の高い子でIQ60であった。

表3はI—VI群のIQの分布について記載している。障害程度の基準は、厚生省及びAAMD（アメリカ精神薄弱学会）の基準に基づいている（知能テストは鈴木ビネーもしくは田中ビネーである。IQ測定不能な者については、遠城寺式発達検査の言語理解と発語のDQを加え、2で割ってIQの代わりに位置付けた）。

表3 IQの分布について

I Q	I	II	III	IV	V	VI
軽 70-50					1	4
中 50-35		2	6		4	7
重 35-20	4	6	5	1	5	1
最重20-	4	4		3	1	

② 進路について

中卒後の進路であるが（表4）、III群は高等養護学校もしくは精神薄弱者の通所施設に通っているものが全員であり、皆在宅であった。他方、I群は全員が精神薄弱者もしくは児童の収容施設入所であり、対照的であった。

表4 中卒後の進路

群	高等養護	者通所	者収容	児収容	他
I			4	4	
II	2	2	4	2	2
III	6	5			

また、表5は、就学前の幼稚園・保育園の経験である。I及びIV群は1名しか就園できていない。一方、2才から療育を受けたIII及びV群、0才からの療育のVI群は全員が就園している。

表5 就学前保育

	I	II	III	IV	V	VI
幼稚園	1	2	10	1	2	3
保育所			1		6	9

表6は、就学校である。→は途中で就学先を変更した者である。養護学級への就学が多くなっている。付属とは、札幌大付属ふじのめ学級で

ある。

表6 就学先

	I	II	III	IV	V	VI
養護学校	6	3→5	→1	2→3	1	
養護学級	2	8→6	8→7	2→1	7	8
付 属		1	3			4
普通学級					3	

① →は学校変更

5. まとめと今後の課題

(1) 札幌市児童相談所で精神薄弱児通園施設札幌市かしわ学園に措置したダウン症児の中学校卒業の時の平均IQは28.1であった。そして、就学前に早期より療育を受けたケースほど平均IQが高くなっており、早期療育の効果は、中卒時点でも明確に現れていたと言えよう。

(2) 就学前により早期から療育を受けたケースは、就学の時点においても割とよく成長しており、0才から療育を受けたケースでは平均IQ48.1であった。2才から療育を受けたケースの平均IQ34.7、単独通園（3才児以降）のケースの平均IQ15.7よりも高IQとなっている。

(3) しかし、ダウン症児の知的能力はそれほど高いものではなく、早期療育を受けたケースでも、中卒時で最高IQ49、就学時でも最高IQ60であった。ダウン症児は乳幼児期ほど発達レベルはよく、年長になるにつれてIQ（DQ）が低下すると言われており、学令に達したばかりのダウン症児については、今後の追跡調査が更に必要である。

(4) ダウン症児のより早期の療育による発達について、確かに知能レベルでの伸びは一定程度みられているが、運動能力や言語の伸びは一定の限界があり、それよりも社会適応力等々の面でより大きな伸びがみられると思われる。当児相の判定資料には社会生活能力（SQ）の検査が入っている者は数名のみで、今回は調査出来なかった。今後の検討課題である。

(5) 昭和57年以降、ダウン症の0才児の療育について、札幌市児相の片手間の仕事として行ってきた。そして8年目を迎えようとしているが、専門のスタッフを配置した療育制度として0才からの

①中卒時のIQ, DQを測定できたダウン症児

表7 I群 就学猶予・免除をし就園したダウン症児(学令前~中卒時)

①③中央児相バンビを経験

番号	ケース性	生年月日	独歩・始語	早期療育CA	④遠城寺式発達検査					学校(小, 中)	CA ビネー式 MA IQ			中卒後の進路	備考		
					CA程度	移	手	基	対		発	言	程度			移	手
①	M.K	女	36.5.14	不明	不明	5:2~5:8中央児相 6:0~かしわ	5:6 中	63	72	36	72	45	81	かしわ→養護学校 6:0	CA16:4 MA4:6 IQ30	児童収容 →者収容	中央児相 バンビ
②	Y.H	男	37.4.22	1:9	2:0	5:4~5:10中央児相	5:11 中	59	51	21	51	34	68	かしわ→養護学校 6:11	CA16:1 MA3:4 IQ22	児童収容	同上
③	S.Y	男	38.7.1	1:4	1:3	3:7~4:1中央児相 4:9~幼稚園	3:8 軽	82	82	41	82	68	82	かしわ→養護学校 6:9	CA16:1 MA2:8 IQ18	者通所	同上 ふじめ落ちる
④	N.M	女	39.4.15	6:0	1:5		6:5 中~重	16	48	48	55	31	48	かしわ→養護学校 7:6	CA16:4 MA4:0 IQ27	児童収容 →者収容	はしか後遺症 で独歩遅い
⑤	T.T	男	38.9.19	不明	不明		6:5 中	54	54	48	62	39	48	かしわ→養護学校 7:9	CA15:11 MA3:8 IQ23	者通所	
⑥	M.H	男	37.4.22	2:6	不明		6:7 中~重	46	46	14	53	23	53	かしわ→養護学校 7:8	CA16:3 移手基対発言 最重 18 13 17 13 6 8	児童収容	数語あった 今は言葉なし
⑦	W.H	男	41.1.25	1:6	不明		5:5 中	54	54	45	54	36	54	かしわ→養護学校 7:3	CA14:6 最重 16 13 22 13 9 9	者通所	数語あり
⑧	T.Y	男	44.3.9	3:0	4:5		5:4 中	56	47	28	38	38	47	かしわ→養護学校 6:1	CA14:7 130 30 31 25 12 19 重~最重 α α α α	者通所	単語あり +αは上限

表8 II群 就学前療育として単独通園を経験したダウン症児(就園前~中卒時)

①~④は47年度の単独通園

番号	ケース性	年月日	独歩・始語	早期療育CA	④遠城寺式発達検査					学校(小, 中)	CA ビネー式 MA IQ			進路	備考			
					CA程度	移	手	基	対		発	言	程度			移	手	基
①	S.T	男	42.3.4	2:6	3:0	5:4~就かしわ 47.7~48.3	5:3 中	57	57	29	48	38	48	小(養)中, 付属 (養)	CA15:1 MA4:2 SQ50 IQ29	中~重	高等養護	
②	K.Y	女	41.9.26	2:4	2:4	6:1~かしわ 47:11~49:3	4:3 中	47	47	47	59	47	47	かしわ→養護学校	CA16:1 MA3:0 IQ20	重	精薄児収容	
③	K.R	男	43.7.20	3:0	不明	4:1~就幼稚園 5:3~就幼稚園	4:1 中	49	61	49	90	49	49	付属(養)小・中	CA15:2 MA6:8 IQ46	中	東京へ転出 かしわ→幼 第1号	
④	E.H	男	43.8.10	1:7	不明	3:9~5:7かしわ 5:8~就幼稚園	3:10 軽~中	91	91	33	91	52	65	小(養)中(養)	CA15:1 MA4:7 中~重 SQ46 IQ32	中~重	高等養護 かしわ→幼 第2号	
⑤	K.T	男	43.5.12	2:3	不明	6:2~かしわ 49.7~54.3	6:0 中~重	42	50	25	33	25	25	かしわ→小(養), 中(養)	CA15:4 移手基対発言 最重 13 15 20 13 5 9	最重	者通所 →児収容	数語あったが 今はなし
⑥	H.T	男	45.3.23	3:2	3:0	5:0~かしわ 50.4~54.3	5:0 中~重	40	25	30	70	40	30	かしわ→養護学校	CA14:6 移手基対発言 最重 21 12 19 16 8 9	最重	精薄児収容	数語あり
⑦	M.K	男	46.3.25	2:10	2:6	4:0~かしわ	3:6 中	36	43	36	57	36	57	かしわ→小(養), 中(養)	CA14:7 移手基対発言 最重 15 17 20 17 8 10	最重	精薄児収容	数語あり
⑧	T.Y	女	45.6.2	2:0	1:6	5:7~就かしわ 51.1~52.3	5:4 中	津守式IQ44			小(養)中(養)			CA16:10 MA3:8 SQ33 IQ23	重	在宅		
⑨	S.N	女	46.7.26	2:0	3:3	3:8~5:11かしわ 50.4~52.6	3:7 中	70	42	35	83	56	83	養護学校	CA14:7 MA2:2 大脇式 IQ15	中	精薄児収容	父母離婚施設 入所
⑩	H.A	男	46.7.21	1:11	2:0	3:8~就かしわ 50.4~53.3	3:1 軽~中	81	65	41	65	49	65	小(養)中(養)	CA15:7 MA5:9 IQ38	中	精薄者通所	
⑪	N.M	男	46.10.20	2:2	2:10	3:5~就かしわ 50.4~53.3	3:3 中	62	46	46	76	62	46	小(養)→養護学 校	CA14:11 MA3:10 IQ27	重	精薄者収容	
⑫	K.M	男	47.3.2	2:3	2:0	3:10~就かしわ 51.1~53.3	3:3 軽	62	92	62	92	62	62	小(養)中(養護 学校)	CA14:6 MA4:6 IQ32	中~重	精薄者収容	

表9 III群 2才より母子通所を経験したダウン症児(就学前~中卒時)

番号	ケース性	生年月日	独歩・始語	早期療育CA	④遠城寺式発達検査					学校(小, 中)	CA ビネー式 MA IQ			進路	備考			
					CA程度	移	手	基	対		発	言	程度			移	手	基
①	K.Y	女	46.7.8	1:10	2前	2:0~児相3:9~か しわ 4:1~幼稚園	2:0 軽	75	75	63	50	63	63	付属小(養)中(養)	CA15:5 MA5:8 IQ39	中	高等養護	CA5:8 IQ41
②	Y.T	女	46.8.3	1:6	1:6	2:0~児相3:8~か しわ 4:8~幼稚園	1:11 軽	78	100	100	120	100	78	付属小(養)中(養)	CA15:4 MA7:2 IQ49	中	高等養護	CA5:57 IQ54
③	N.N	男	46.11.8	2:0	2:0	2:5~児相3:5か しわ 4:9~幼稚園	2:0 軽~中	63	63	46	63	63	63	小(養)中(養)	CA15:1 MA3:10 IQ27	重	精薄者通所	CA5:4 IQ44
④	M.M	女	47.2.3	1:8	1:6	2:2~児相3:2か しわ 4:2~幼稚園	2:1 軽~中	60	60	44	60	60	60	小(養)中(養)	CA14:6 MA4:2 IQ30	重	精薄者通所	
⑤	O.Y	女	46.12.31	2:8	2:2	3:1児相3:3かしわ 4:10~幼稚園	3:2 軽~中	47	63	63	110	79	94	付属小(養)中 (養)	CA14:11 MA6:3 IQ44	中	高等養護	CA8:7 IQ39+α
⑥	S.M	男	47.8.11	1:6	2前	2:11ひよこ3:8か 4:10~保育所	2:11 中	愛研式DQ46			小(養)中(養)			CA15:5 MA6:3 IQ43	中	精薄者通所	CA5:10 発36言41	
⑦	E.M	女	47.9.11	1:7	2:6	2:11ひよこ3:7か 4:7~幼稚園	3:3 軽~中	92	92	46	76	61	76	小(養)中(養)	CA15:1 MA4:8 中~重 SQ53 IQ32	中~重	高等養護	CA6:11 発31言27
⑧	M.K	女	47.7.14	1:4	2:0	2:9ひよこ3:11か 4:9~幼稚園	2:4 軽	85	53	64	108	64	85	小(養)中(養)	CA15:2 MA4:4 IQ30	重	精薄者通所	CA6:2 発30言30
⑨	A.H	男	47.5.10	1:4	1:0	2:11ひよこ3:11か 4:11~幼稚園	3:8 軽~中	津守式DQ54			小(養)中(養)			CA15:4 MA4:0 IQ27	重	精薄者通所		
⑩	T.M	男	48.1.6	1:2	1:2	2:3ひよこ3:3か 4:3~幼稚園	3:10 軽	91	78	52	91	52	91	小(養)中(養)	CA13:3 MA4:10 IQ37	中	高等養護	
⑪	O.K	女	47.8.5	2:8	1:6	2:8ひよこ3:8か 4:8~幼稚園	3:6 軽	43	86	57	86	71	57	小(養)中(養護学 校)	CA15:1 MA6:10 SQ60 IQ47	中	高等養護	CA6:2 IQ46

②就学時のIQ, DQを測定できたダウン症児

表10 IV群 単独通園から療育を受けたダウン症児(就園前~就学前後~学令)

番号	ケース性	生年月日	独歩・始語	早期療育CA	CA	遠城寺式発達検査						就学前後の遠城寺						CA	ビネー式	MA	IQ	学校	備考					
						程度	移	手	基	対	発	言	移	手	基	対	発							言	程度	遠城寺	移	手
①	I.M	女	50.10.6	3:6 3前	4:6~かしわ 5:5~幼稚園	2:7 中~重	34	34	34	37	6:1 中~重	35	52	58	47	23	35	CA13:1	MA3:4	IQ25	小(養)中 (養)							
②	T.H	男	50.12.27	1:11 2:0	3:3~就 かしわ	2:10 中~重	52	23	23	32	26	32	6:3 重	42	38	46	30	17	26	11:8 重~最重	24	24	30	16	9	14	養護学校	夫婦仲悪く 母家出も
③	H.S	男	51.12.23	1:6 2:0	3:3~4:0 母出産で退所	3:3 中	50	58	50	58	33	38	7:6 重	38	38	32	32	22	28	11:9 重~最重	26	24	24	18	12	13	小(養)→養 護学校	父親脳病 母脳病
④	I.S	男	54.8.16	2:6 2すぎ	3:10~就 かしわ	2:7 中~重	42	37	31	37	42	42	5:2 重	27	24	36	41	21	21	7:7 重~最重	25	25	28	28	16	10	養護学校	4才離婚 母子家庭

表11 V群 2才から母子通園を経験したダウン症児(3才~就学時)

(参考)

番号	ケース性	生年月日	独歩・始語	早期療育CA	CA	遠城寺式発達検査						学校(小,中)	CA						備考	遠城寺 発・言
						程度	移	手	基	対	発		言	程度	遠城寺	移	手	基		
①	T.T	女	52.2.22	2:9 3:0	2:1ひよこ3:1かし わ 4:2~幼稚園	3:1 軽~中	46	89	69	79	36	61	小(養)	CA7:8	MA3:0	IQ39				
②	M.T	男	52.9.10	2:6 3前	2:7~3:9かしわ 3:10,1か月のみ保育所	3:9 中	43	70	70	57	33	43	小(養)	CA8:8	MA2:10	IQ32	転居で保育所 中止,後在宅			
③	T.S	男	54.12.27	2:2 2:0	2:3~3:3かしわ 3:4~保育所	3:2 中	45	59	45	59	39	59	小(普)	CA7:7	MA3:8	IQ48				
④	S.M	女	54.5.2	2:0 2:6	2:11~4:10かしわ 4:11~保育所	2:8 軽~中	61	61	61	53	41	61	小(養)	CA6:9	MA2:10	IQ42		CA6:4 発39言35		
⑤	H.T	男	54.3.8	1:6 2:0	2:2~かしわ 4:2~幼稚園	3:9 軽~中	70	71	71	56	37	56	小(普)	CA5:6	MA2:10	IQ52	心室中隔欠 損			
⑥	H.M	女	51.11.17	2:1 3:0	2:4~ひよこ 3:4~就 かしわ	3:4 中	37	56	49	42	21	42	養護学校	CA6:0	移手基対発 重 35 44 44 35 21 27	IQ22	障害児保育 を受けず			
⑦	Y.S	男	52.2.23	1:7 2:0	2:1ひよこ3:1かし わ 4:1~保育所	3:1 軽~中	53	53	69	69	41	61	小(養)	CA6:0 中~重	53 58 69 58 27 40	IQ40				
⑧	S.T	男	53.10.28	2前 2前	2:5~かしわ 4:5~保育所	4:3 軽~中	43	62	62	56	44	50	小(普)	CA6:2 中	64 58 58 58 39 48	IQ48				
⑨	A.Y	男	54.10.31	1:8 1:6	2:1~かしわ 4:2~就 在宅	3:0 中	63	48	63	54	48	48	小(養)	CA8:1 重	18 23 36 33 12 16	IQ26	出産で退所 その後在宅			
⑩	T.T	男	52.4.22	2:0 1:11	2:11~かしわ 4:11~幼稚園	2:7 中	48	48	37	48	48	48	小(養)	CA6:1 重	52 46 46 35 23 31	IQ31				
⑪	U.M	男	54.4.7	2:6 3:0	2:0~かしわ 4:0~保育所	3:0 軽~中	50	71	79	62	32	50	小(養)	CA7:3 重	53 53 57 48 29 22	IQ22	十二指腸狭窄 症手術,病弱			

表12 VI群 1才前から母子通園を経験したダウン症児(3才~就学時)

(参考)

番号	ケース性	生年月日	独歩・始語	早期療育CA	CA	遠城寺式発達検査						学校(小,中)	CA						備考	遠城寺 発・言
						程度	移	手	基	対	発		言	程度	遠城寺	移	手	基		
①	I.A	女	56.1.23	1:9 2前	7か月児相1:4かし わ 4:3~幼稚園	3:0 軽~中	47	79	63	79	54	71	付属(養)	CA7:3	MA3:10	IQ53	心室中隔欠 損			
②	R.S	女	55.10.5	2:11 2:0	0:10児相1:8かし わ 4:6~保育所	3:2 軽~中	39	67	67	67	67	67	小(養)	CA8:1	MA4:2	IQ52	心室中隔欠 損 心房中隔欠 損			
③	M.A	女	56.1.19	2:6 2:0	0:10児相1:4かし わ 4:3~幼稚園	3:1 軽~中	41	69	53	69	46	61	小(養)	CA7:10	MA3:2	IQ40	心室中隔欠 損	CA5:8 発38言42		
④	S.R	女	56.10.29	2:3 2前	0:9児相1:6かし わ 4:5~幼稚園	2:10 軽	57	93	75	84	50	75	小(養)	CA6:8	MA4:0	IQ60				
⑤	S.H	女	66.8.11	1:3 1:3	1:2児相1:9かし わ 3:8~療育所	3:0 軽	88	79	88	79	47	71	付属(養) CA 7:3 MA3:8	軽~中		IQ51	CA5:9 発41言50			
⑥	K.K	女	56.7.15	1:8 1:3	0:11児相1:10かし わ 3:9~保育所	2:10 軽	66	57	57	84	50	75	小(養)	CA7:3	MA3:2	IQ44	CA5:11 発40言44			
⑦	S.K	男	56.9.7	1:4 1:0	0:3児相1:8かし わ 3:7~保育所	3:0 軽~中	71	82	79	82	47	79	付属(養)	CA7:2	MA3:4	IQ47				
⑧	K.N	男	56.10.9	1:10 2:0	0:3児相1:7かし わ 3:6~保育所	3:3 軽~中	55	77	70	77	48	70	付属(養)	CA7:1	MA3:2	IQ45	心室中隔欠 損 手術,聴覚?			
⑨	Y.W	男	56.5.11	2:9 2:0	0:11児相2:0かし わ 3:11~保育所	3:10 軽~中	42	62	62	68	49	49	小(養)	CA7:10	MA2:10	IQ36				
⑩	S.R	男	56.6.13	1:5 1:9	1:1児相1:11かし わ 3:10~保育所	3:2 軽~中	51	67	67	75	39	59	小(養)	CA7:5	移手基対発 中~重 47 45 52 43 22 32	IQ32				
⑪	M.Y	男	56.12.27	1:7 1すぎ	0:11児相1:4かし わ 3:3~保育所	2:8 軽~中	61	61	61	89	47	61	小(養)	CA6:2	移手基対発 中 57 57 57 51 35 43	IQ43				
⑫	N.K	女	56.7.24	1:10 1:3	1:3児相1:9かし わ 3:8~療育所	3:1 軽~中	61	77	61	69	41	61	小(養)	CA6:10	移手基対発 中 61 56 56 46 31 38	IQ38	口蓋裂児 術後の子			

療育を確立していく必要が今, 求められている。
これはダウン症児に限らず, 0才からの乳幼児療

育システムとして再整備・確立が現在求められて
いると言えよう。

3 療育センターの追跡研究

(道立札幌肢体不自由児総合療育センター)

佐久間 和子
平野 精一
三島 与志正
鈴木 真知子

1. はじめに

私が昭和36年療育センターの前身である整肢学院に参りました時は、入院児の大半はポリオでCPは20%位でした。当時のCPはアテトーゼが多く、原始反射が残存し、非対称性が顕著で、変形拘縮がつよくて治療は殆ど矯正療法（ROMの拡大）が主体でした。

思春期になって変形拘縮の強い関節等に疼痛を訴える子ども達も多かったですし、中卒後の進路についても思うようにいかず、ジレンマの毎日でした。

昭和44年・45年に厚生省は、CPの成因と治療に関する研究を行いました。その中で、CPの病理解剖において、脳病度の程度から想像されるよりも現実の臨床症状がはるかに重症であった例をしばしば経験し、このことは、訓練・教育によってもっと能力を呼び起こさせたのではないかと反省させられると報告しています。

又、CPは進行しないことが条件ですが、実際の症状は放置すると進行し、変形・拘縮が強くなることは当然といえましょう。

以上から、早期発見・早期治療が最も大切であることを痛感させられます。

2. 脳性マヒの早期発見・療育の動向

1976年、北海道地方心身障害者対策協議会では、CPの早期発見・早期治療の対策を知事に意見具申致しました。これを道で受けて具体化することになりました。1978年、北海道では、民生部・衛

生部の協力のもとに道内48保健所中、まず最初に岩見沢保健所で6ヶ月児の悉皆検診をスタートさせました。

一方、療育センターでは、北海道全域の保健婦に協力して戴くため、保健婦講習会を行い、乳健に役立てて貰うよう努めました。

療育センター医師は、専門医としてBobath、Vojta講習会を受講し、研修をつみ重ねたわけです。北海道として昭和56年、58年とDr.Vojtaによる医師講習会を行いました。現在、各地で医師と保健婦が協力して一次スクリーニングの役割をはたすとともに精密検診と早期治療のルートをつくってきております。

3. 療育センターにおける対応

早期療育には、Vojta法、Bobathアプローチのライセンスを持ったPT、OT、STが治療にあっております。

表1に示すように、年度別初診外来数において小児科外来数は56年をピークに増加し、再び下降しております。これは56年、58年のVojtaの講習会や道の対策等により増加してきたものと思われるが、その後、異常の診かたが正確に近くなって参りまして減少してきたものと思います。整形外科外来数が55年～60年まで多いのは、側弯検診が全国的に行われ、センターも協力し、近隣小学校の検診を行ったためと思われます。

表2は、ピーク時の56年度の疾患別内訳です。

表1 年度別初診外来者数

年度	小児科 (名)	整形外科 (名)	合計 (名)
52	361	38	399
53	381	87	473
54	448	74	522
55	576	191	767
56	570	181	751
57	506	179	685
58	557	223	780
59	397	134	531
60	389	136	525
61	352	88	440
62	308	97	443

CPは62名で単独でCPが圧倒的に多く、重複障害は少ない。ZKSは158名で、そのうち、訓練を行わなかったものは36名、訓練を行ったものは123名です。123名中78名が終了で他の45名は中止、又は転勤等の理由で不明であります。単なる運動発達遅滞は159名でそのうち25名は訓練を実施しました。精神運動発達遅滞は45名でした。ここで興味深いことは、正常が69名であったことです。当時はまだ診断方法が未熟であったためと思われる。

表2 昭和56年外来初診児疾患別内訳

脳性麻痺	CP単独	43	62名
	CP+MR	6	
	CP+Epi	5	
	CP+Epi+MR	8	
中枢性協調障害	訓練(+)	123	158名
	↓ 終了	78	
	訓練(-)	36	
運動発達遅延	訓練(+)	25	159名
	訓練(-)	133	
精神発達遅滞			45名
分娩麻痺			4名
正常			69名
その他			24名

表3 特殊疾患

ブラダー・ウィリー症候群
筋ジストロフィー
クーゲルベルク・ヴェランダー症候群
ルビンシュタイン症候群
二分脊椎
ハンター症候群
ピエール・ロバン症候群
網膜色素変性症
脳性巨人症
急性小児片麻痺
家族性痙性対麻痺
小児性脊髄性筋萎縮症 (Werdnig-Hoffmann's disease)
ダウン症候群
コルネリア・デ・ランゲ症候群
アルトログリポシス
骨軟骨異栄養症
染色体異常症 48XXYY

その他の疾患は表3に示している通りですが、現在も様々な症候群、染色体異常の来院が増えてきております。例をあげますと、プラウダー・ウィリー症候群、ピエール・ロバン症候群、脳性巨人症、ダウン症候群、コルネリア・デ・ランゲ症候群、アルトログリポシス、骨軟骨異栄養症、染色体異常等があげられます。

4. 追跡調査

さて、このたび昭和56年度の初診児が、6年経過して大半が小学校入学を迎えましたので、追跡調査を行いました。このことについて報告したいと思います。

(1) 調査対象

① S56年1月～12月 初診児 561名の悉皆調査。

(2) 調査内容 (末尾資料)

(3) 調査結果

① 回収率

総数561名中、住所不明240、回収数145、回収率約45%、死亡10名(表4)

② 結果

表4 調査対象・回収率等

総サンプル数	561名
無効サンプル	
住所不明	240名
札幌	151名
郡部	81名
その他	8名
返答数	145名
回収率	45%

進路について

- 普通学級入学109名、養護学校15名、特殊学級8名、訪問学級4名、死亡10名(内訳表5)
- 普通学級進学児で心配なし72名、心配あり37名(33.9%)。心配ありと答えた両親に運動・言語・学習・社会性についてアンケートした結果は表6の通りです。

表5 死亡10人の内訳

疾患名	死亡原因
Leigh脳症	乳酸酸血症
脳奇形	術後死亡
奇形+MR+難聴	術後死亡
MR+水頭症	心不全
CP+水頭症	肺炎から心不全
CP+Epi	窒息死
CP	自然死
重心(3名)	原因不明

表6 普通学校在学中に心配だと感じている問題

	運動	言語	学習	社会性	その他	計(名)
中枢性協調障害	5	3	4	1	1	9
脳性麻痺	5	3	3			8
運動発達遅延	11	5	10	3		13
分娩麻痺	3	1	1			3
染色体異常	1				1	1
筋疾患	2				1	2
正常	1					1

資料

1 現在、通学している学校についてお伺いします。

学校名：

普通学級

特殊学級(養護・情緒・言語・難聴・その他)

養護学校(精薄・虚弱・肢体不自由・盲・ろう・訪問)

就学猶予中

2 現在の状態についてお伺いします。

a 心配なことはない

b まだ少し心配なことがある

- ① 運動面：
- ② 言語面：
- ③ 学習面：
- ④ 対人関係：
- ⑤ その他：具体的にお書きください。

3 相談機関・医療機関の対応についてご意見・ご要望をお書きください。

4 現在、相談したいことやお困りのことがあればお書きください。

5. 結 論

①外来数が56年をピークに減少してきたのは、正常児の来院が少なくなってきたことと、地域でのフォローアップができるようになったことが考えられます。

②今後、年度別に続けて追跡調査が可能になれば、CPの重複障害の増加していくであろうことや、症候群・その他の疾患が増加してくるであろうと考えられます。

③普通学校に入学していても問題点のある子が多かったこと。

以上より終了児であっても、或は中止してしまった児達も考えて、入学前に再診察して再チェックしてやる必要があるであろうと思われます。

ま と め

1. はじめに

障害児の療育は本格的な取り組みをしなくてはならない時代に入ったと考えられます。近年、障害の内容が変化してきています。このことを一つの要因として全国的にも通園施設の在り方が問い直され、障害種別を問わない通園施設が展望されてきています。また、今年、厚生省では重度障害児の通園事業を予算要求しています。このように現在、障害児療育を取り巻く情勢は大きく変動している時期にあります。それだけに、このような時期に三本の追跡研究が報告されたことは偶然ではないと思うのです。これは北海道の障害児療育において象徴的な事であると思います。これらは、いずれも障害児への取り組みが十年を越えたものです。

北海道は遅れていると見なされていますが、必ずしも遅れているわけではなく、むしろ、情報が遅れていることにより対応が遅いのではないかと思います。この研究会では、このような問題を職種の限界を越えて討論する意義を見つけなくてはな

らないのではないのでしょうか。

ご存じのように障害児保育が十年を経過しました。通園施設の歴史はこれから比べるともっと長い歴史を持っているわけですが、今回の研究会の様子からは、初期の開拓の時代が終わったことを示しているように思います。実践的にも手探りで指導していた時代は終わりつつあり、実践現場から指導理論が徐々に形成されつつあります。

ここ十年程は、出現してくる障害児の様相も変化してきました。これからは障害児療育もその質を問われる時期に入ったと考えなくてはならないでしょう。それはつまり“科学性”を本格的に問われる時期に入ったことになると思います。一つひとつの事例に丁寧に対応していかななくてはならないでしょう。

これらの三本の研究はこの後に報告集で述べられることとなりますが、今回の発表の時間だけでは言い尽くせなかったこともたくさんあると思います。それらは報告集の中で十分に展開してほしいと思います。

しかも、各々が異なる性格の施設からの報告です。一堂に会して聞くことが難しい発表を一度に聞くことができました。これもこの研究会の特徴です。

2. 帯広児童養育センターの追跡研究

上記センターで直接指導を行った児童のうち、住所の明らかな170名を対象としたアンケート調査報告です。返答のあったもの107名（回収率62.9%）。調査項目は報告で詳しく述べられると思いますが、次の点を柱としています。

- (1) 卒園児の進路
- (2) 現在の状況、これまでの変化（ことば、対人、遊びなど）
- (3) 親の悩み、希望

これらの各項目を詳しく分析し、指導を振り返るという構成になっています。

これは普通の一施設で簡単にできることではありません。まず、このことに敬意を表したいと思います。この中で『障害児を持つ親の期待、願い

は、専門機関に対して専門的指導による子どもの障害改善、軽減を求めているものの、むしろ、日々の親の悩みの解消や親子共々ある一時期を安心して喜びをもって過ごすことにより強い価値をおいて専門機関に通いつけていることをうかがわせる』という指摘をしています。これは同じ通園に仕事をする者として厳しく受けとめなくてはなりません。しかし、この報告はこれのみで終わるのではなく、更に通園の専門性をも問う内容になっています。これは貴重な提言です。通園の専門性が問題にされている時期にこのような形で反省することは大きな意義があると思います。

一般的に障害児療育で母親への援助が強調されます。これは中途半端に行われている所が多くて、中々うまくいってない側面であることを考えると重要な指摘だと思います。ですが、これにはかなり危険な内容も含んでいます。それは母親が療育の指導者になることで、かえって健全な母子関係が妨げられていることも大きな問題となっています。現在はむしろ、母親が指導者として障害を見るようになるのではなく、我が子を母親として受けとめるような当り前の母親になるように援助することが言われてきています。これは従来、母親に子どもの教師あるいは訓練士になるように養成してきたことの反省から言われるようになってきたことです。このような意味で母親が何を求めて通園に通ったかということを私達は確認しておくことが非常に大事なことだと思いました。

3. 札幌市児相・かしわ学園の追跡調査

辰田氏は、まず札幌市におけるダウン症児の療育の歴史について述べました。昭和41年に中央児童相談所母子通所施設パンビ幼稚園に数名のダウン症児が参加したのが出発点となったとのことです。現在は、0才児は市児相の母子通所、1～3才は市立かしわ学園の母子通所、3～4才以降は大体幼稚園、保育園へということであります。この間の進展については報告書に詳しく述べられると思います。

追跡研究では、対象児童を次のように条件づけ

ています。

昭和47年以降、かしわ学園に在籍し（している）児童188名のうち未就学を除いた117名、更にそのうちの

(1) 中卒時 I Q が測定できたもの31名。

(2) 早期療育の進展のなかで、就学前に発達検査（遠城寺）を測定できた27名

についての報告です。氏は就学免除児を含め、療育システム別に6群に分け、I Q、発達レベルについて分析し、次の様に結論を出しています。

(1) 就学前療育は有効

(2) 乳幼児期の発達は療育によく反応し伸びをみせるが、一定の限界がある。

(3) I Q には一定の限界はあるが、社会適応力はかなりよく、今後、検討されるべき課題である。

この発表を聞いて、札幌市において現在に至るまで長い変遷の中でダウン症児への取り組みの線路が創られてきたことにまず素直に敬意を表さなくてはなりません。私共は札幌市の先達が言うに言われぬ辛苦を重ねて今の姿があることをしっかり肝に命じなくてはならないのではないのでしょうか。

ご存じのようにダウン症児への取り組みは近年、0才からの働きかけを目標にして理論構成が成り立ってきています。残念ながら、北海道でも札幌市でもダウン症児に対して0才から組織的に取り組む体制をとっている所はありません。制度上の貧困がこのような取り組みを阻害しています。この中で、今回の報告は息の長い取り組みを伝えてくれています。

4. 道立札幌療育センターの追跡研究

センターは昭和47年の発足以来、早期発見・早期療育を重要課題としてきたが、本格的に軌道にのり始めたのは53年頃からです。以来、件数は47年440人、50年1,629人、55年4,383人、57年6,800と増加しました（一部側弯の学校検診を含む）。

このような推移の中で、対象児童を昭和56年初診で、63年4月に就学を迎えた児童について、初

診時診断、現在の所属、現在の問題点（心配事）などについてアンケート調査したものです。

住所が明らかな321名（総数は561名）のうち143名の回答（回収率45%）を得ての報告です。初診時診断では、肢体不自由のみもつCP児の減少、ZKS（中枢性協調障害）と正常化群、正常児の混入の問題、最近の特殊疾患児や重複障害児の増加等、興味ある資料が発表されました。

また109名は普通学級へ通学しているが、33%の母親は心配事ありと答えていることから、診断時のソフトサインの検討や、更にフォローの体制が必要であると指摘されました。

現在は肢体不自由のみをもつCPはほとんどいなくなってきました。これは周産期治療の進歩で、この時期の処置の失敗でCPになることはほぼなくなったことを意味します。この代わりに重度重複障害児の出現が相対的に高くなってきています。この中、60%がてんかんを有しているとのことです。このことの示唆する意味は障害児対策を考える際には極めて重要です。今後、障害児療育は益々高度な技術を要求される分野になっていくでしょう。このような重度重複障害の子ども達は医療と福祉の間に置かれていますが、この子ども達を医療も福祉も必要な手立てを行う対象にしていかなくてはなりません。そして、この対策はまだ、十分に展望があるものではありません。

勿論、このような障害が極めて重たい子ども達は簡単に発達するという事は中々困難なことです。ですから、性急に発達するか、しないかで論じて結論を出すことも正しいことではありません。長い時間と実践を積み重ねて初めて結論を出すことができるのではないのでしょうか。

5. おわりに

以上3つの報告を聞いてまとめさせていただきましたが、省略した部分がむしろ多いのは偏り筆者の力量不足のせいによることをお許し願います。（文責、加藤）。

特別報告

1. 北海道における障害児の早期発見体制の実情

喜多祐荘

2. 北海道における早期療育システムのあり方について

——道早期療育調査検討委員会報告——

熱田洋子

討論とまとめ

座長：後藤 守（札幌教育大学）・岡本侑子（道立保育専門学院）

記録：十川光男（釧路児童相談所）・武田洋一（静療院児童部）

1 北海道における障害児の 早期発見体制の実情

道都大学

喜多祐荘

1. はじめに

障害乳幼児の早期発見体制と療育体制の整備充実が求められているいま、北海道におけるその実情を把握して問題を検討し、課題を樹てる意義は大きい。

乳幼児の障害（疑いを含む）の早期発見（健診・精健・事後指導）は、それに引き続く治療・療育・訓練・相談、そして保育・教育へとつながっていくことによって完結しえる。いわゆる乳幼児期における心身障害の早期発見・療育教育のサービス・システムの樹立である。

さらに乳幼児期の早期発見—療育教育は、学齢期の教育・訓練、青年期・成人期の教育・就労・結婚・社会参加、高齢期の生活、療養へとつながることによって、生涯リハビリテーションとしての完結性をもつことになる。今日、障害者（児）に対して、保健・医療・療育・教育・雇用・福祉等の総合リハビリテーション・サービスの樹立が求められており、その出発点にあたる乳幼児期の総合リハビリテーション・システムの構造を創造的に検討することに本研究の意義がある。

当研究が対象とする北海道の地域状況を概観すると、科学技術の進展と人材の確保にともなう高度医療・療育教育体制の整備が道央圏、とくに札幌市と道北圏の旭川市に集中し、その高度医療・療育教育サービスを利用しにくい隔遠地が四方八方に点在し、多くの住民が科学技術をもった専門的スタッフのサービスを受けられないという実情がある。

従って、戦略的には、道東方面や道南方面の中心部にも専門医療の中核機関を整備し、あわせて

専門療育施設を整備する。又、道央・道北・道東・道南各方面の各圏域に専門医療の機関を整備し、あわせて療育訓練施設を整備し、地域の巡回療育相談事業や保育研修のキイ・センターにする。

さらに各地域における日常的発見・療育保育教育サービスの体制を整備するために、過疎地においては、それらの複合により人口規模を確保するためにエリア（区域）を設定する。エリア毎に巡回療育相談事業を実施し、又、必要な各種スタッフを確保する。

早期発見・療育教育の一貫したケース管理と情報利用の方法を検討することも必要である。

以下、北海道における早期発見一療育の実情の整理検討に入るにあたって、研究の基本的観点、および北海道の現状を記す。

研究の基本的観点：

- ① リハビリテーションの観点
- ② 小児保健（発見診断・事後指導）の観点
- ③ 専門機関施設学校のネットワークの観点
- ④ 発見診断一療育教育の立体的システム
- ⑤ ケースの一貫管理（記録）の観点
- ⑥ 相談内容項目表の一貫利用の観点
- ⑦ 当事者、専門機関施設学校、行政の協働と役割分担の観点
- ⑧ 保健医療、療育教育、福祉、財政等の専門機能の総合の観点

すなわち、心身障害児（疑いを含む）の総合リハビリテーションの体制を地域社会の中に樹立し、その内容としていくつかの専門システムを確立することである。

そして、この研究の対象となる北海道の現状は、

- ① 北海道は広大であるのみならず、都市化と過疎化が併進している地域である。
- ② 既存の社会福祉施設等が地域療育に対して先駆的に取り組んでいる。
- ③ 進歩する保健医療等の技術をふまえた道独自の先駆的な行政施策がある。
- ④ 医療と教育と福祉と行政が連携しつつある。という社会的状況にある。

2. 早期発見・事後指導事業の状況

障害乳幼児の早期発見の核となるのは、産科等の医療機関のシステムと並んで、市町村保健センターや道・区・市立保健所による乳幼児健康診査（三歳児健診、健康相談を含む）と精密健診・精密検査および事後指導のシステムである。そこで本節では、「健診の体制」「健診の結果」「未受診児の実態」「グループによる経過観察指導」「精密検査」「巡回療育相談事業」の実態を整理する。

(1) 乳幼児健康診査の体制

① 乳幼児健康診査

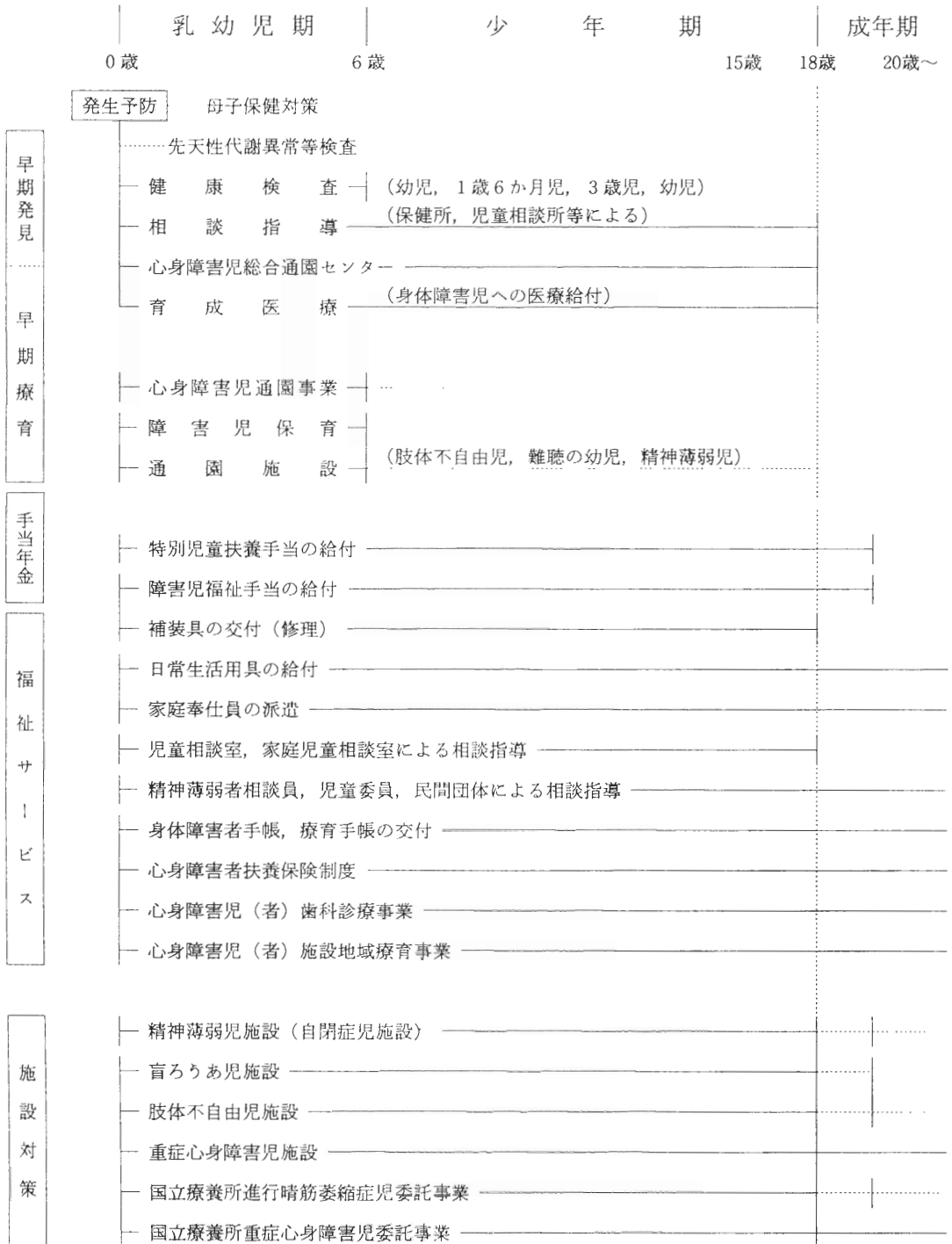
こんにち、厚生省主管の児童家庭福祉対策は大きく5項目からなり、その筆頭に「母子保健対策」が挙げられる。（他に「保育対策」「児童健全育成対策」「心身障害児対策」「母子家庭対策」がある）。障害乳幼児に対する施策は、児童家庭福祉対策においては、母子保健から始まり、保育、児童健全育成、そして心身障害児の領域にまで一貫していくものであるが、ここでは、とくに母子保健領域についてとりあげることにする。その理由は、心身障害児の予防一発見一相談が行政サイドの責任で、この母子保健サービスのシステムにおいて全国民を対象に実施されているからである。

母子保健対策は、その目的を「母と子の健康を確保し、国民の資質の向上を図る」ことにおいているが、その柱は、乳幼児の各年（月）年齢階の健康診査と精密診査等ならびに事後指導であり、サービスの中心的担い手は医師、保健婦、歯科医師、栄養士等であり、とくに保健婦が健診のみならず、相談指導に果たしている役割は大きい。

母子保健対策は上記の他に、妊産婦健診、未熟児養育医療、小児慢性特定疾患研究がある。また、乳幼児健診は乳児健診、1歳6ヵ月児健診、3歳児健診、乳児健診に区分される。ここでは、乳児健診、1歳6ヵ月児健診（以下1—6健診という）、3歳児健診（以下3健という）についてとりあげることにする。

② 乳幼児健康診査の実施月齢の型

乳幼児健診の実施月齢を市町村別にみると大要



(注) 心身障害児 (者) : 身体障害児 (18歳未満), 精神薄弱児 (18歳未満)
 精神薄弱者 (18歳以上) 及び身体障害と精神薄弱の重複した者 (全年齢) を総称する用語
 (厚生省編「厚生白書 昭和61年版」, P.292 心身障害児 (者) 対策一覧より抄出)

図1 心身障害児 (者) 対策一覧 (抄)

つぎのように区分される。{道衛生部調査(1986年度)にもとづく。ただし、188市町村の集計である}。

	市町村数 (%)
<1回タイプ>	31 (16.5)
18ヶ月 (1-6健診)	20 (10.6)
<2回タイプ>	57 (30.3)
全乳幼児—18ヶ月	18 (9.6)
全乳児 —18ヶ月	21 (11.2)
3ヶ月 —18ヶ月	11 (5.9)
<3回タイプ>	31 (16.5)
3-6-18ヶ月	15 (8.0)
3-9-18ヶ月	11 (5.9)
<4回タイプ>	21 (11.2)
3-7-12-18ヶ月	12 (6.4)
<5回タイプ>	44 (22.4)
3-6-9-12-18ヶ月	39 (20.7)

が主な型である。

以上から基本型を描くと、

3-6-9-12-18ヶ月および3歳

となり、とくに普及している月齢は、

3ヶ月、18ヶ月、3歳である。

ついで、

6ヶ月、9ヶ月が多くみられる。

(2) 乳幼児健康診査の結果

乳幼児健診の結果について、「市立函館保健所」

「千歳市」「旭川市」を例にみしてみる。

① 市立函館保健所

函館市は、1985年、出生数3,573人、低体重児(2,500g以下)211人(5.9%)、0歳児死亡24人。

乳幼児保健指導として、健診(4ヶ月、10ヶ月)および健康相談(7ヶ月、12ヶ月)がある。健診受診児は、新規2,758人、要注意344人(12.5%)。そのうち「ハイリスク」児を市立保健所または市立函館病院にて「乳児運動発達精密健康診査」につないでいる。この精査の結果は、実人員80人、改善46人(57.5%)、他施設へ紹介6人(7.5%)、次年度へ継続28人(35.0%)である。

出生から健診・精査をへて他機関・施設へつながる流れは、次のとおりである(図2)。

なお、3健は精神発達相談を含んでいるが、毎週火曜日、1回につき50~60人を実施している。その流れはつぎのとおりである。

- | | |
|----------|-------------|
| 1 受付 | 事務員 |
| 2 問診 | 保健婦 |
| 3 歯科 | 歯科医師、歯科衛生士 |
| 4 計測 | 看護婦 |
| 5 診察 | 医師、看護婦 |
| 6 保健指導 | 保健婦(問診者と同じ) |
| 7 精神発達 | 心理判定員 |
| 8 ミーティング | 従事者全員参加 |

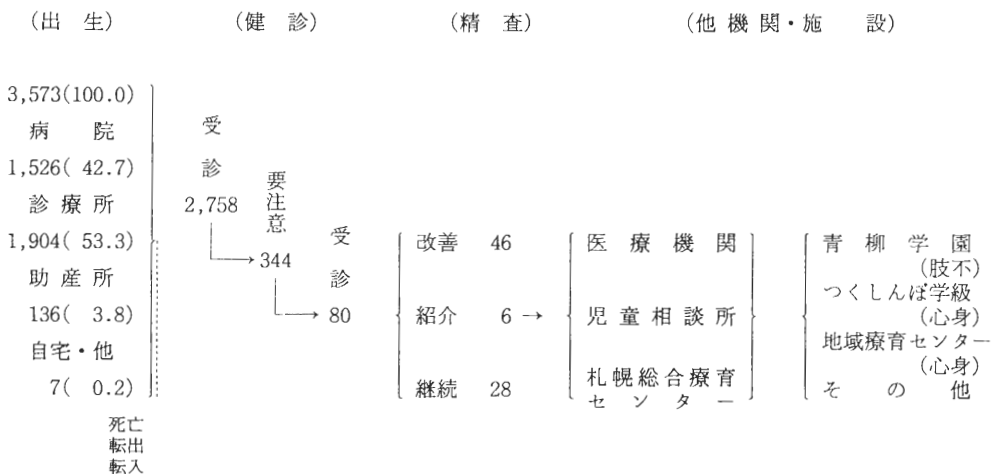


図2 函館市の健診から療育への流れ

② 千歳市のばあい

1986年現在、千歳市の健診・相談体制はつぎのとおりである。

低体重児訪問 (1986年度1,008人)

新生児訪問 (1986年度生, 11件)

……「新生児訪問カード」作成 (ハイリスク用)

3 ヶ月児股脱健診 (全児)

……1984年度開始, 健診, 指導内容 (股脱健診・発達・家族計画・離乳準備)

4 ヶ月児健診 (全児)

……1984年4月開始, 「4 ヶ月児健診カード」「4 ヶ月児健診問診票」(姿勢反射, 栄養指導)「4 ヶ月児健診姿勢反射記録用紙」

5 ヶ月児発達相談 (1986年度, 67件)

……1980年4月開始, 「発達相談姿勢反射記録用紙」

9 ヶ月児健診 (全児)

……1981年4月開始, 市内の医療機関委託方式。

市長名で「お知らせ」を郵送

「9 ヶ月児健診問診票」(運動, 感情, 離乳食, 免疫抗体の薄れ) (無料)

1 歳6 ヶ月児健診 (全児)

……1982年1月開始, 「1 歳6 ヶ月児健診カード」「1 歳6 ヶ月児健診問診票」, 発達相談, 栄養指導

9 ヶ月児健診を除き, 他の健診は市の総合保健センターにおいて実施している。4 ヶ月児健診, 1 歳6 ヶ月児健診はそれぞれ毎月2回午後。4 ヶ月児健診の流れと1—6 健診の流れを並列して示す。

4 月 健 診	
①受 付	事務 2
②アンケート	
③問診一般指導	保健婦 7
※姿勢反射 (必要者のみ)	保健婦
④計 測	事務 1 看護婦 1
⑤診 察	医師 1 看護婦 1
※栄養指導	栄養士 1
ケース検討 (問題ケース, 方針)	全員
未受診者への再通知	看護婦 2 事務 2
集 計	保健婦 1
台帳作成 (要管理者台帳)	保健婦 1

1 - 6 健 診	
①問診票発送	事務 1
②受 付	事務 2
③問 診	保健婦 5
④計 測	保健婦 1, 事務 1
⑤小児科診察	医師 1, 看護婦 1
⑥歯科診察	歯科医 1, 事務 1
※歯科指導	歯科衛生士 3
⑦栄養指導	栄養士 3
※心理判定	相談員, 事務 1
⑧指 導	保健婦 1
カンファンス	全員
未受診者への再通知	事務 3
集 計	保健婦 1, 事務 1
台帳作成	保健婦 1

1986年度, 1 歳6 ヶ月児健診の対象者1,140人, 受診者1,056人 (92.6%)。結果: 要管理者213人 (20.2)。この要管理者のうち, 3 歳児健診後も要管理者となったのは28人 (男24, 女4) (2.7) である。その内訳 (理由) を対比すると,

1 - 6 健 診		3 - 健 診	
身長体重問題	35件 (16.4%)	1件 (3.6%)	(他の問題で)
運動発達問題	20 (9.4%)	7 (25.0%)	
精神発達問題	113 (53.1%)	25 (89.3%)	
食 事 問 題	17 (8.0%)	1 (3.6%)	(他の問題で)
育 児 問 題	25 (11.7%)	4 (14.3%)	
そ の 他	38 (17.8%)		
計	(延) 248 (116.4%)	(延) 38 (135.7%)	

3 健での管理理由の内訳をみると、内容が多様であることがわかる。

(身体面)	
C. P.	1件 (3.6%)
歩 行	1 (3.6%)
斜視・多動	1 (3.6%)
○脚疑	1 (3.6%)
(身体および精神面)	
幼 稚	3 (10.7%)
合体的おくれ	1 (3.6%)
言語・歩行(身体)	5 (17.9%)
(精神面)	
ことば	7 (25.0%)
構 音	1 (3.6%)
情 緒	2 (7.1%)
なきっぱなし	1 (3.6%)
人間関係弱さ	1 (3.6%)
(親の問題)	
育 児 不 安	3 (10.7%)
計	28 (100.0%)

③ 旭川市のばあい

ア. 旭川市の健診の実施状況

旭川市は、4ヶ月児健診と1歳6ヶ月児健診を市が実施しており、3歳児健診を道立保健所が実施している。これを年次を追ってみると、1984年度、4ヶ月健診の対象者数4,513人、受診者数3,732人(82.7%)。1985年度、1歳6ヶ月児健診の対象者数4,530人、受診者数3,878人(85.6)。1986年度、3歳児健診の対象者数4,576人、受診者数2,908人(63.6)。

イ. 乳幼児健診の「問題あり」ケースの発生状況

旭川市、1984年度4ヶ月児健診の結果、「継続支援」数624人(16.7%)であったが、そのうち、1歳6ヶ月児健診で「問題あり」とされた人数は66人(1.8%)である。

また、1985年度1歳6ヶ月児健診の結果、「継続支援」数525人(13.7%)で、そのうち、1987年4月時点で「問題あり」とされた人数は74人(1.9%)である。

それぞれの内訳を対比すると

1 - 6 健 診	
身体発育の問題	23人 (0.61%)
運動発達の問題	11 (0.29%)
頭囲の問題	2 (0.05%)
ことばの発達に問題	18 (0.48%)
聴覚に問題	1 (0.03%)
精神発達の問題	8 (0.21%)
全体におくれ(運動, 精神, ことば)	3 (0.08%)
計	66 (1.77%)

3 - 健 診	
身体発育要支援	16人 (0.41%)
運動発達問題	4 (0.10%)
自閉的傾向	4 (0.10)
言語発達遅滞	17 (0.43)
精神発達遅滞とその疑い	9 (0.23)
全体におくれ	24 (0.62)
計	74 (1.91%)

旭川市では、幼児期に入ると「問題あり」ケースは、おおよそ受診児の2%程度である。そのうち、全体的遅れまたは精神発達の遅れ(疑いを含む)は、受診児の1%弱である。

ウ. 旭川市における未受診児のフォローの実態

旭川市の1985年度4ヶ月児健診の対象者数4,237人、受診者数3,580人(84.5)。未受診者数657人(15.5)について、市(保健婦)が何らかの働きかけをした者615人(対象者の14.5%)、そのうち健康上の問題ある者は58人、さらにそのうち医療機関でフォローされている者56人。

つまり、旭川市が把握した4ヶ月児健診の対象者のうち、「総受診者」4,031人(総受診率95.1%)。「問題ある者」673人(16.7)、「精検+医療機関フォローの者」98人(2.4%)となっている。

この「医療機関フォローの者」の内訳はつぎのとおりである。

先天性心疾患	8人
低出生体重児	6
未熟児網膜症	1
染色体異常(ダウン他)	3
先天性代謝異常(ガラクトース, クレチン症など)	3
仮死分娩	2

分娩時の障害	1人
神経芽細胞腫	1
髄膜炎	5
二分脊椎膜瘤	1
口蓋裂	3
運動発達の遅れ	2
身体発育の遅れ	2
肝炎	3
白蓋形成不全	5
肺炎	1
多指症	1
内反足	1
貧血	1
痔疾患	1
臍ヘルニア	1
耳の奇形	1
計	53

エ. 旭川市における1歳6ヶ月児健診の精査依頼先

旭川市の1986年度1歳6ヶ月児健診の対象者数4,301人、受診者数3,755人(87.3%)。そのうち、連絡票(精密健診依頼にあたる)発行ケースは、44人(1.2%)である。

旭川市の1986年度1歳6ヶ月児「連絡票」発行44人の精査依頼先の内訳はつぎのとおりである。(明示分)

(医療療育機関)	(人数)	(専門科等)
旭川厚生病院	4	泌尿器科, 整形外科
道北勤医協	1	川崎病疑
旭川赤十字病院	2	眼科, 内分泌, 小児科, 心臓
市立旭川病院	8	眼科, 小児科
旭川医大病院	5	口腔外科, 小児科
旭川肢体不自由 児療育センター	13	筋, 歩, 言, 頭固, 反射, 精神運動発達, 知的
計	33	

「連絡票」発行の主な内容

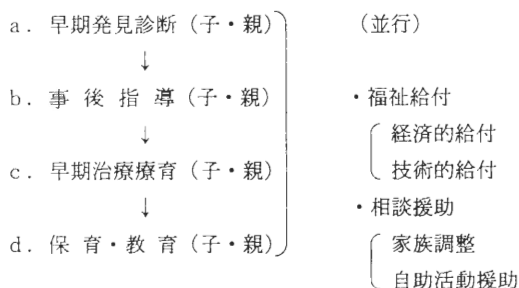
運動発達遅滞	11人 (0.18)
発育(2SD以下)	7 (0.18)
運動発達精神発達遅れ疑	7 (0.18)
斜視疑	5 (0.13)
O脚	4 (0.10)
乳腺肥大	3 (0.08)
停留睾丸	3 (0.08)
その他	10 (0.26)
計	50 (1.29)

(注)カッコ内は、受診者比%

(3) 事後指導(相談)

① 健康診査後の指導(相談)について

乳幼児健診は、障害等の早期発見、精密検査、経過観察指導、精密検査後の指導の各機能をもっている。健診の諸機能は、早期治療療育、保育教育、福祉給付機能等の継続援助につながる。これを流れに沿って位置づければ、



つまりa→dの流れに福祉給付と相談援助の機能が並行して働いているのである。

ここでは、b事後指導の実態についてみる。

② 北見市における健康診査(相談)後の指導
北見市における健診とその後の指導についてみる。

北見市においては、市保健センターによる4ヶ月児健康相談、6ヶ月児健康相談、1歳6ヶ月児健康診査、および道立保健所における3歳児健康診査がある。1986年度のそれぞれの結果、事後指導についてみていく。

ア. 4ヶ月児健相および6ヶ月児健相の結果
受診児998人(受診率77.5%)

内、経過観察259人(26.0)、精密検査2人(0.2)。
実施主体：市保健センター

キーパーソン：保健婦

イ. 1歳6ヶ月児健診の結果
受診児1,170人(受診率89.4%)

内、経過観察125人(10.7)、精密検査30人(2.7)、治療16人(1.4)。

幼児教室(2歳児)：経過観察児を対象に10名前後を母子単位で通級指導。

実施主体：市保健センター

キーパーソン：保健婦

療育へのつなぎ：市マザーズホーム（主として肢体不自由その他の障害をもつ2歳児）。幼児ことばの教室（ことばに障害またはおくれをもつ2歳児）。

ウ. 3歳児健診の結果

受診児1,240人（受診率86.6%）

内、要指導197人（15.9）、精密検査57人（4.6）。

精密検査結果：要医療14人（1.2）、経過観察22人（1.8）。

幼児教室（3歳児）：経過観察児を対象に17名を母子単位で通級指導。

実施主体：北海道北見保健所

キイパーソン：保健婦

療育へのつなぎ：市のマザーズホーム（3～5歳児）、幼児ことばの教室（3～5歳児）、どろんこ教室（心身障害児通園事業＝きたみ学園にて実施）。

総合保育へのつなぎ：幼稚園（3～5歳児）、保育園（4～5歳児）。

エ. 北見市における早期発見・療育の流れ

北見市における健診、精検、療育、保育の流れをまとめるとつぎのようになる（図3）。

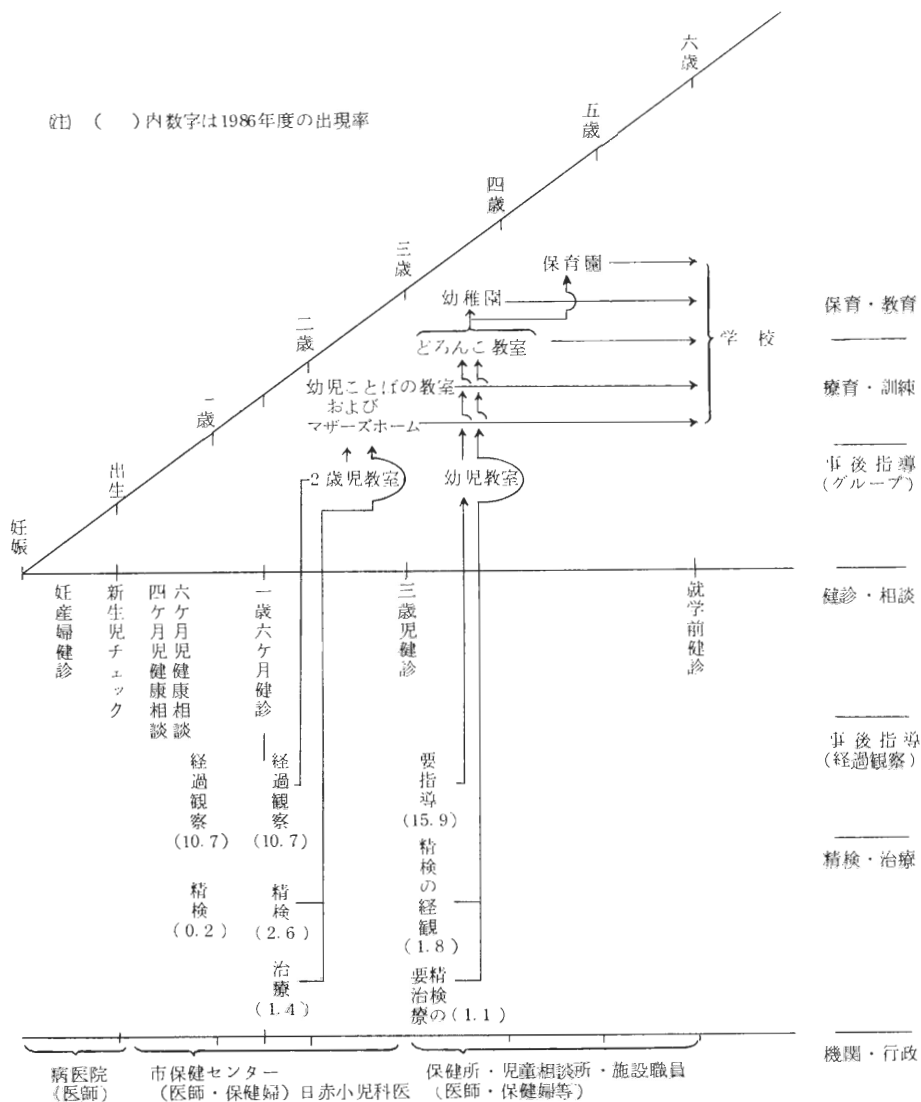


図3 北見市における早期発見——療育の流れ

これによると、家庭・近隣（自助レベル）を以て健康・指導（保健レベル）および精検・治療（医療レベル）と療育・訓練（療育レベル）および保育・教育（教育レベル）とがそれぞれ継続的に展開していることがわかる。なお、相談機関・行政（行政レベル）は、それら全体の展開の制度的主体である。

事後指導の核である幼児教室は、2歳児のそれと3歳児のとかあるが、それぞれ概要をみてみる。

オ. 2歳児教室

1歳6ヶ月児健診の事後指導、年6回実施。

市保健センター保健婦、マザーズホーム保母によるグループ指導。

健康問診表をつかって発達診断、集団あそびなど。

教室後のフォロー機関は、マザーズホーム2歳クラス（母子共）20人定員、幼児ことばの教室21人定員、又は双方。

（「どろんこ教室の課題にふれて」より）

カ. 幼児教室

3歳児健診の事後指導、毎月2回（第1・第3火曜、年23回）集団指導。

保健所保健婦、きたみ学園職員、ボランティア

のスタッフにより面接、母子の集団あそび、グループワーク（母子の学習）とマナー保育（母子分離による設定保育）など。

教室後のフォロー機関は、マザーズホーム、幼児ことばの教室、どろんこ教室（きたみ学園内）、幼稚園、保育所。

（「どろんこ教室の課題にふれて」より）

(4) 精密健康診査等と事後指導（相談）

北海道内の児童相談所は、心身障害児の取り扱いが多く目立つ。大都市（札幌市）と地方の例から、幼児の精密健康診査（1歳6ヶ月児）と精密検査（3歳児）の実施および事後指導の実態についてみる。

① 札幌市児童相談所

札幌市の場合、7区保健所と1児童相談所があり、他に母子訓練センターが肢体不自由相談の高度診療を受けもち、静療院が自閉症相談等の高度診療にあたっている。各保健所から児童相談所への精健等の直接通告は行なわれないので、保護者が直接児童相談所に来談する形となっている。

ア. 乳幼児相談の実態

1987年度、札幌市児童相談所の乳幼児の障害関係の相談実績（件数）はつぎの表のとおりである。

相談種別	年 齢							計	%
	0	1	2	3	4	5			
精神薄弱	20	32	28	58	64	71	273	38.3	
自閉症			3	8	1	4	16	2.2	
重症心身障害		1	1	1	7	4	14	2.0	
肢体不自由児	30	57	49	41	32	38	252	35.3	
視聴覚言語障害			2		1		3	0.4	
しつけ	9	14	27	38	43	24	155	21.7	
計	64	104	110	146	148	141	713	99.9	
%	9.0	14.6	15.4	20.5	20.8	19.8	100.1		

（肢体不自由は早期に判別可能なため、0歳から件数に上げられやすい。他方、精神薄弱は判定の確定に時間を要することから、3歳以降に件数に上げられる傾向がある。それ以前は「しつけ」相談に上げられる。なお、「しつけ」相談のほとんどが発達相談である）。

イ. 区保健所の健診の状況

区保健所により紹介されて児童相談所に来談するケースは、

- ㊶ 乳児健康相談及び要観察児（未熟児・4ヶ月・10ヶ月）から来談するもの。
- ㊷ 1歳6ヶ月児健康診査（運動機能・視聴覚の

障害・精神発達のおくれ)を経て来談するもの。

③3歳児健康診査(身体発育・精神発達)を経て来談するもの。

があり、これらのケースが表の各年齢区分に含まれている。

たとえば、西区保健所の1987年度3歳児健診(47回開設)、対象数3,624人、受診数3,100人(受診率85.8%)、結果:要治療25人(0.81)、要指導5人(0.16)、要観察25人(0.81)、要精検33人(1.06)。結果の内訳、精神面8人(0.26)、身体面80人(2.58)。

ウ. 児童相談所の事後指導

1987年度、札幌市児童相談所における「経過観察」幼児は283名(医診、脳波ののち経過観察を実施が多い)。

また、「面接指導2回以上」(通所指導)の幼児グループは69名、多動児グループ(幼児・学童)は11名で計80名。幼児グループの対象児の実施延回数は年約2,700回(担当職員4人:心理判定員2,セラピスト2)。

幼児のグループ指導(面II)の内訳:(単位・人)

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	計	%
ことばの遅れ			2	5	1	6	14	18.7
知的遅れ	14	6	15	10	4	2	51	68.0
自閉			2	5	1		8	10.7
経過観察				2			2	2.7
計	14	6	19	22	6	8	75	100.1
%	18.7	8.0	25.3	29.3	8.0	10.7	100.0	

この療育指導は、現実に精密検査と事後指導の役割を果たしているのみならず、他施設(療育・

保育・教育)に引き継ぐまでの療育・相談援助の役割を果たしている。

札幌市児童相談所は、

①親と子に対する直接的サービス(子どもの育成と福祉的給付のための判定)

②関係機関へのサービス(取り扱いケースの療育・保育へのアドバイス、関係機関施設学校間の連絡調整)

の中核機関である。

② 北海道北見児童相談所

ア. 1歳6ヶ月児精検と事後指導

1歳6ヶ月児健康診査の精密健康診査に対する児童相談所の協力は、1987年5月20日、厚生省児童家庭局長通知「1歳6ヶ月児健康診査の強化について」にもとづいている。

①一般健康診査に「心理相談を担当する者」を新たに加える。

②精密健康診査にあって「身体面」は「専門医師」に、「精神発達面」は「児童相談所」に依頼する。

③依頼主体は市町村。(「受診票」「精密健診結果票」)

④精密健康診査の結果は市町村から保健所へ報告。

⑤精密健康診査の未受診者への受診指導。

⑥事後指導。(市町村+専門医師+保健婦+保健所、児相による専門的事後指導、保健所による訪問指導)

イ. 1-6精健と3歳児精健の実際

北見児童相談所において、1歳6ヶ月児精密健診と3歳児精健の実績(件数)はつぎの表のとおりである。

	1987年度		1988年度(4~12月)	
	1-6精健	3歳精検	1-6精健	3歳精検
件数	0	38	26	27
相談種別	—	しつけ (言語精神発達)	しつけ (言語精神発達)	しつけ (言語精神発達)
事後指導 (経過観察)	—	60 (延66)	(未)	35 (延35)

ウ．事後指導の実情

北見児童相談所は、管轄地域（市町村数26）が広域で、精検等や事後指導の多くを巡回相談でこなしているのが実情である。子どもや親が通所指導に來所できる市町村はわずかである。

管内の子ども（障害、要指導）は、各市町村のことばの教室、障害児通園事業、総合保育を利用。児童相談所は、これらの利用へのアドバイスや空白地域の中での療育資源の開発に協力する立場におかれている。そのほか、

①障害児の判定（就学、進学、就職、福祉的給付）と一貫したデータ管理

②障害児療育・保育等のケースの発達課題の調整や技術援助
の中核機関である。

(5) 事後指導と結びついた巡回療育相談事業

巡回療育相談事業は、日高支庁管内の3ヵ所で実施されている。利用者は、管内9町と胆振支庁の2町の11町である。（人口約110,000人、出生数約1,200人、1987年12月末）。

1987年度、日高支庁管内のみの3歳児健診の結果：対象児数1,233人、受診児数1,086人（受診率88.1%）。精検数27人（2.49%）。

なお当管内では、乳幼児健診は、おおむね3ヶ月児、6ヶ月児、9ヶ月児（又は12ヶ月児）、18ヶ月児実施が一般的である。

巡回療育相談事業の実施場所は、浦河町、静内町、平取町である。それぞれのエリアは：

① 浦河（えりも町・様似町・浦河町・三石町）（人口39,401、出生数464、精検数13）

② 静内（静内町・新冠町・門別町）（人口約39,400、出生児数約450、精検数10）

③ 平取（門別町・平取町・日高町および鶴川町・穂別町）（人口約30,500、出生数320、精検数4 + α）

それぞれエリア内センターへの距離は約30km以内（直線）。

事業名：心身障害児家庭養育相談等の事業

目的：在宅の心身障害児に対して家庭療育のための具体的な指導方法を（中略）家庭での

療育を援助し、在宅福祉の向上を図ること。

実施主体：静内ベテカリの園

スタッフ：静内ベテカリの園指導員・保母・静内保健所医師・普及係・保健婦・管内町保健婦・その他必要な職員

対象：在宅の心身障害児で言語、行動、精神発達上の障害や問題があり、支援を必要とする児童及びその保護者

名称：ひよこ学級

場所：静内町保健センター（必要に応じ、ベテカリの園）

開催日時：週1回金曜日PM13—15時

実施内容：A 児童の観察、発達検査、B 個別・集団指導 C 保護者への支援 D グループでの話し合い、その他

費用：無料

申し込み方法：静内保健所、静内保健センター、静内ベテカリの園

（他、略）

それぞれの場所の利用者数はつぎのとおりである。

① 浦河ひよこ教室：12組、月平均利用者6.4組（月1回程度実施）

② 静内ひよこ教室：15組、月平均利用者17.8組（週1回実施）

③ 平取ひよこ教室：14組、月平均利用者5.3組（月1回実施）

療育相談内容の例を浦河ひよこ教室にみると：受付→オリエンテーション→問診（新規ケース）又は、感覚運動と小グループ活動→相談（個別活動）→カンファレンス→事後指導（含、家庭訪問）。

この巡回療育相談事業の成功のカギは、

①療育の内容が日常生活の各方面にわたり、母子ともに楽しく有意義に参加し、又、フォロー・アップされていること。

②記録とケース・カンファレンスがスタッフ全員の参加で行なわれていること。

③巡回実施の間合いが月1回以上と比較的短いこと。

- ㊦子連れで通所できる限界距離以内において実施されていること。
- ㊧利用数が常時数人以上あり、小グループ活動や母親同士の交流ができること。
- ㊨指導スタッフの技術が、障害児施設での母子訓練による専門性で裏うちされていること。
- ㊩保健婦が参加し、利用者の日常生活を把握して適切な指導方法の助言ができること。
- ㊪実施町の協力があること。

などがあげられる。

しかし、一方、1987年度の実績354件に対して、道補助の契約件数が著しく少ないことによる財源の乏しさがスタッフの人員の確保を制限し、スタッフの負担を大きくしている実情がうかがわれる。巡回療育相談事業に人のはりつけが望まれる。

巡回療育相談事業に必要なスタッフは、医師、保健婦、リハビリテーションの技師、心理技術員、指導員、保母、市町村相談係員がその範囲に入る。

つまり、健診と診療と療育の専門スタッフが協力して早期発見に臨むことにより、事後指導、療育を連続的に発展させることができる。

巡回療育相談事業の規模についてみると（本事業の例）：各教室とも利用者10組以上、月平均利用者5組以上。（一般に少なくとも利用者5組以上、または平均利用者3組以上の確保が望ましいであろう）。

本事業のばあい、日高支庁管内'87、3歳児健診対象児1,233人（人口9,600人、人口の1.28%）、総利用者数38組（1歳6ヶ月以降就学に達するまで）。この利用者数は、（あえて対比すれば）3歳対象児（'86）の3.1%、人口の0.04%となる。（もちろん、他地域の変動、年齢による変動が考えられる）。

すくなくともこの地域にあっては、地域療育のセンター施設（母子訓実施）の専門職員が、健診時相談、事後指導の相談・療育事業および短期入所訓練、母子訓練、保育所・幼稚園への障害児保育相談にかかわり、施設主導型の早期発見一療育システムづくりをすすめている。

そして1987年、静内ベテカリの園が参画する地

域巡回療育相談事業では、'86年度、3歳児の約3%、人口の約0.04%が利用者である。

3. 早期発見・事後指導事業の検討

前節で早期発見の諸機能の実態および早期発見一療育システムの推進主体、システムの機関施設学校の実態について整理した。

本節では、早期発見システムの諸問題を検討し、早期発見一療育システムの推進主体などについて検討する。

(1) 乳幼児健康診査の結果について

① 受診率と出現率

乳児健診の受診率は、千歳市（'86、4ヶ月児）94.7%、（'86、9ヶ月児）90.9%。旭川市（'85、4ヶ月児）82.7%。北見市（健相）（'86、4ヶ月児）77.5%。函館市（'85、4ヶ月と10ヶ月の新規と）約78%であった。

1歳6ヶ月児健診の受診率は、千歳市（'86）92.6%。旭川市（'86）87.3%。北見市（'86）89.4%。

3歳児健診の受診率は、旭川市（'85）63.6%。北見市（'86）86.6%。（ちなみに全道平均（'86）83.9%）。

次に乳児健診の「継続支援」ケースの発生状況は、千歳市（4ヶ月児）「有管理者」28.0%、（9ヶ月児）「要管理者」44.2%。旭川市（4ヶ月児）「継続支援」16.7%。北見市（4ヶ月児）「継続観察」と「精密検査」26.2%。

また、乳児健診の「要精査」ケースの発生状況は、千歳市（9ヶ月児）「有疾病者」3.7%。旭川市（4ヶ月児の1歳6ヶ月時点）1.8%。函館市（4ヶ月と10ヶ月の新規と）2.9%。

さらに1歳6ヶ月児健診の「要精査」ケースの発生状況は、千歳市（1歳6ヶ月の3歳時点）2.7%。旭川市（1—6健）1.2%。北見市（1—6健）2.7%。

受診率については、乳児、1歳6ヶ月児、3歳児ともおおむね70%台～90%台にある。

「継続支援」ケースは、4ヶ月児について10%台～20%台にある。

「精査」ケースは、1%台～3%台にある。

② 出現内容の変化

「継続支援」と「有疾病」のケースの内訳は、

〈4カ月児〉(千歳市 86)

「継続支援」

身長体重	32.6%	(9.14)
姿勢運動発達	57.6	(6.13)
要栄養指導	14.2	(3.98)
要育児指導	2.4	(0.18)
その他	19.8	(5.54)
計 (288人)	延126.7	(35.47)

「有疾病」

湿疹・アトピー	48.6%	(16.42)
先天性心疾患	2.6	(0.68)
喘息・気管支炎	2.9	(0.97)
臍ヘルニア	2.3	(0.78)
ソケイヘルニア	1.7	(0.58)
その他	42.5	(14.38)
計 (348人)	100.1	(33.82)

〈1歳6カ月児〉(千歳市 86)

「継続支援」

身長体重問題	16.4%	(3.31)
運動発達問題	9.4	(1.89)
精神発達問題	53.1	(10.73)
食事問題	8.0	(1.61)
育児問題	11.7	(2.37)
その他	17.8	(3.60)
計 (213人)	延116.4	(23.48)

次に「継続支援」と「有疾病」のケースが経過観察でどのように絞られ、(ふくれ,)たかを見と、

〈4カ月児の9カ月時点〉(千歳市 86)

身長体重	20.8%	(10.11)
心身発達上問題	50.9	(24.68)
離乳食問題	31.7	(15.35)
その他	17.6	(8.55)
計 (499人)	延121.0	(58.70)

湿疹・アトピー	39.5%	(1.46)
先天性心疾患	5.3	(0.19)
喘息・気管支炎	7.9	(0.29)
ヘルニア	7.9	(0.29)
内反足	5.3	(0.19)
ダウン	5.3	(0.19)
その他	28.9	(1.09)
計 (38人)	100.1	(3.69)

〈1歳6カ月児の3歳時点〉(千歳市 86)

運動発達問題	25.0%	(0.66)
精神発達問題	89.3	(2.37)
育児問題	14.3	(0.38)
その他(不明記)	17.6	(0.19)
計 (499人)	延 121.0	延 (3.50)

(各項目()内は延出現率)

〈4カ月児の1歳6カ月時点〉(旭川市 84)

身体発育の問題	34.8%	(0.61)
運動発達の問題	16.7	(0.29)
頭囲の問題	3.0	(0.05)
ことばの発達に問題	27.3	(0.48)
聴覚に問題	1.5	(0.03)
精神発達の問題	12.1	(0.21)
全体に遅れ(運動, 精神, ことば)	4.5	(0.08)
計 (66人)	99.9	(1.77)

〈1歳6カ月児の3歳時点〉(旭川市 85)

身体発育要支援	21.6%	(0.41)
運動発達問題	5.4	(0.10)
自閉的傾向	5.4	(0.10)
言語発達遅滞	23.0	(0.43)
精神発達遅滞とその疑い	12.2	(0.23)
全体的遅れ	32.4	(0.62)
計 (74人)	100.0	(1.91)

(各項目()内は出現率)

4ヶ月児健診では、姿勢運動発達、身長体重、要栄養指導の順。また、疾病は、湿疹アトピーが約半数、そのほか先天性疾患、喘息・気管支炎など。

9ヶ月児健診では、心身発達上問題、離乳食問題、身長体重の順。また、疾病は、湿疹・アトピー、そのほか喘息・気管支炎・ヘルニアなど。

1歳6ヶ月児健診では、精神発達面(精神発達、ことばの発達、全体的に遅れ)、身体発育面(身体発育、身長体重・運動発達)の両方が目立ち、そのほか育児問題・食事問題が認められる。

3歳児健診では、精神発達面(精神発達、言語発達、自閉的傾向、全体的遅れ)、身体発育面(身体発育、運動発達)、育児問題の順。

これらを図にするとつぎのようになる(図4)。

つまり、「継続支援」について千歳市のばあい、4ヶ月児は「姿勢運動発達」、9ヶ月児は「心身発達」、1歳6ヶ月児は「精神発達」、3歳児は「精神発達」がそれぞれ最大である。

	4 ヲ月児 ('86)	9 ヲ月児 ('86→)	1歳6ヶ月児 ('86)	3歳児 ('86→)
「有疾病」	その他 17	34		
	湿疹・アトピー 16			
「継続支援」		湿疹・アトピー他 4	4	
	身長体重 9	身長体重 11	身長体重 3	23
			運動発達 2	
	姿勢運動発達 16		精神発達 11	運動発達 1 精神発達 2 その他 1
	栄養指導 4	心身発達 25	食事問題 2	
	その他 6		育児問題 2	
			その他 4	
			59	
			離乳食 15	
			その他 9	
			4	

(単位%：対受診者)

図4 「継続支援」と「有疾病」ケースの出現率の推移(千歳市のばあい)

旭川市のばあい、1歳6ヶ月児は「身体発育の問題」「ことばの発達に問題」が多い。また、3歳児は「全体的遅れ」「言語発達遅滞」「身体発育要支援」が多い。さらに「精神発達遅滞とその遅れ」「自閉的傾向」「運動発達問題」が折出されている。

月齢別にまとめると、4ヶ月児は「姿勢運動発達」、9ヶ月児は「心身発達」、1歳6ヶ月児は「精神発達」、3歳児は「全体的発達」「言語」「精神」「自閉」「運動」がポイントである。

③ 健康診査の月例および2段階制

千歳市でも旭川市でも健康診査の結果を2段階に追跡している。これは、障害等の早期発見と予防、障害等の精査と事後指導の意義をもっており、事実上、1次健診と2次健診の機能を果たしてい

るといえよう。

これらのことからいえることは、

ア. 乳幼児健診は、少なくとも4ヶ月児ころ、9ヶ月児ころ、1歳6ヶ月児、3歳児に実施することが望ましい。

イ. 健診を2段階制にし、例えば4ヶ月児を9ヶ月時に、又、9ヶ月児を1歳6ヶ月時に、1歳6ヶ月児を3歳時に、それぞれ2次健診を行なうことが望ましい。

2—(1)—②「乳幼児健康診査の実施月齢の型」で示した中で〈3回タイプ〉以上が普及している。つまり、3ヶ月又は4ヶ月、9ヶ月、又は10ヶ月、そして1歳6ヶ月がそれである。これに3歳児健診が続く。

他方、〈2回タイプ〉以下の市町村が47%を占

め、各地方が該当地域（市町村）を含んでいる。月齢を固定した健診（とくに3ヶ月又は4ヶ月、9ヶ月又は10ヶ月、1歳6ヶ月、3歳）の早期実施が望まれている。

(2) 未受診児の把握について

2-②-③-ウ「旭川市の未受診児のフォローの実態」で示したように未受診児に占める「有疾病者」や「要管理者」の割合は無視できないものがある。未受診児の把握が困難な場合が多い中で、全数に近い事例を把握している実績は大きい。

全対象者（85年度、4ヶ月児健診、4,031人）の10.6%にあたる把握者451人に対して健康上の問題ある者58人（12.9%）。そのほとんどが医療機関でフォローされており（56人）、4ヶ月児健診の「連絡票」（42人）を上まわっている。

医療機関に直接フォローされたケースの1つの特徴は、それが出生時の疾患等である（低出生体重児、未熟児網膜症、仮死分娩、分娩時の障害など）ことや、奇形や対応を急ぐ必要のあるもの。もう1つの特徴は、染色体異常、口蓋裂、運動発達の遅れ、身体発育の遅れ等である（10例）。しかも、ひきつづき経過観察指導または療育に該当するケースが少なくない。

そして、これらを合計すると、「精検＋健康上問題」者が100人（総受診者の2.48%）となる。

乳幼児の疾病の早期発見と障害の早期予防効果を求める上で、出生時医療が果たしている役割が大きなものであるといわざるをえない。と同時に、これらを把握した市保健婦等の役割は、早期発見一療育の流れを樹立する上で大きなものである。

人口が大きな都市で未受診児の把握が可能であるためには、出生児医療機関に対して市保健機関の連携が密であることが必要である。乳幼児健診の要精検・要医療児を医療機関につないでいることが、逆の情報の流れを生んでいるものと思われる。ネットワークは、個々のケース支援の積み重ねによって成立するといえるであろう。

(3) 乳幼児健康診査および事後指導の実施体制について

① 健診スタッフの確保の問題

釧路保健所管内の乳児発達健診業務連絡協議会（事務局：保健所）が、1986年4月から、乳児発達健診を実施している（月1回、保健所で）。健診用紙の様式は、「乳児健診票」と「手引き（保健婦用）」。

スタッフは、専門医師1名、総合療育センターの指導員2名、保健婦6名。

運動発達評価により、脳性運動発達遅滞児の発見につとめる。

対象は、各市町村の4ヶ月児健診・育児相談の結果、「要精検者」となった者。

ア. 対象数3,791人、受診者数3,070人（受診率81.0%）。

イ. 精健（初回受診および継続措置の結果）：受診数83人（2.70）（延157件）

内訳 異常なし51人（1.66）

要観察 26人（0.85）内、整肢園通所 17（0.55）

医療機関 2人（0.07）

整肢園通所 1人（0.03）児童福祉法上の措置

母子入院 3人（0.10）後、整肢園へ3（0.10）

このように保健所と市町村が共同で診療機関のスタッフの協力を確保して成果を生み出している例。つまり、市町村と保健所という日常生活圏の保健機関、総合療育センターという高次医療機関、整肢園という地方の中心的療育施設がネットワークをつくり、1つの早期発見一療育システムを実現している例がみられる。

当協議会（システム・ネットワーク）の課題は：

① 乳児健診を機に保健婦の資質の向上を

② 3歳児健診の事後指導への対応を

③ 市町村および児童福祉関係機関（児相、市療育相談室など）とのネットワーク作りを

と人材・年齢・機関の三方に発展的である。

② 相談スタッフの確保の問題

静内保健所・浦河保健所各管内では、保健機関の健診および事後指導に地方中心療育施設（母子訓実施）である静内ペテカリの園が、来談・派遣

の両様の形で協力している。

静内ペテカリの園が実施、又は、対応している内容は：

- ア. 制度委託として、心身障害児巡回療育相談事業および母子訓練事業
- イ. 制度外として、1歳半健診2次健康相談会（経過観察児の発達相談）への協力、3歳児健診（発達相談）への協力、保健婦との同伴訪問（経過観察児の家庭訪問）、保育機関への訪問（障害児保育担当者との会い、対象児の発達課題等の調整）、来園によることばの指導（週2回）、外来相談（発達に不安・心配のある子を対象に随時受付）

がある。

施設職員のボランティアな情熱ある専門技術と施設の地域療育サービスへの確固たる方針が相まってはじめてこれだけの活動が可能となる。

すなわち、保健機関と療育施設が技術的に協力することによって健診・事後指導、巡回療育相談、母子訓練、障害児保育相談の一貫した流れが実現している。

このように地方中心療育施設に恵まれれば、早期発見一療育システムづくりの人材を確保することが可能となる例がみられる。

(4) 早期発見から療育へのつながり

① 早期発見の実施の型

早期発見の実情をみると、大きくいくつかの流れが認められる。ひとつは、出生時、直接医療機関にて診断・治療が施されることから出発するもの（出生時発見医療機関型）。ふたつ目は、保健領域において健診→精検を経て療育の場へのつながるもの（健診→精検型）。三つ目は、健診→事後指導→療育へのつながるもの（健診→事後指導型）。さらに、教育機関（特殊教育諸学校、学級）に直接、間接につながるもの（特殊教育学校型）。また、療育（国立療長所（難病）、総合療育センター又は札幌市母子訓練センター）や専門病院（道小児保健センター、札幌市立静療院など）に直接・間接につながるもの（療育機関専門病院型）。

診療優位の者は、おおむね「出生時発見医療機関型」「療育機関・専門病院型」に向かい、療育優位の者は、おおむね「特殊教育学校型」「健診→事後指導型」に向かい、又「健診→精検型」には診療優位と療育優位の両者が向かうと考えられる。これを年齢別に位置づけるとつぎのように考えられる（図5）。

② 道内各地の早期発見から療育へのつながり
道内各地の診断機関から療育施設へのつながりをみると、前述のように早期発見の診断機関について5つの型がみられるが、ここでは、診療優位と療育優位の両向性をもつと考えられる「健診→精検型」、療育優位の向性をもつ「健診→事後指導型」「療育機関・専門病院型」「特殊教育学校型」、および診療優位の向性をもつ「出生時発見医療機関型」について早期発見一療育の実情を探ることにする。

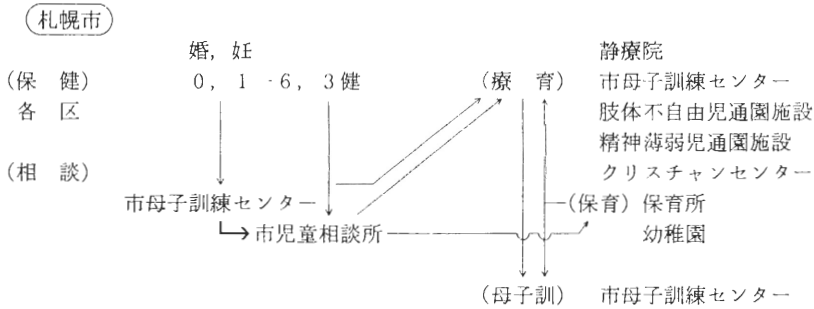
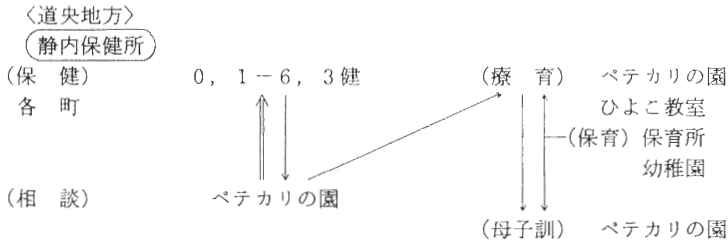
ア. 「健診→精検型」および「健診→事後指導型」と療育のつながり

健診→精検→事後指導→療育→保育の流れを担うのは、保健機関、病医院・児童相談所、療育施設、保育所幼稚園などである。

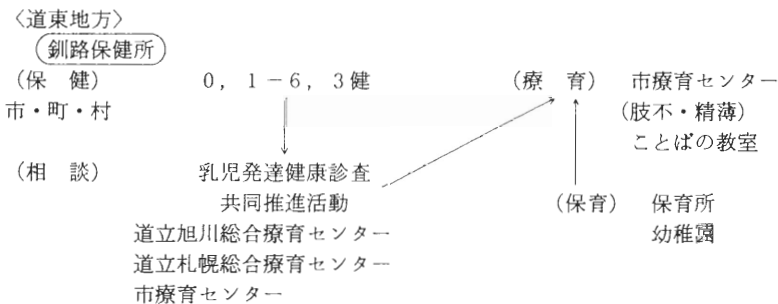
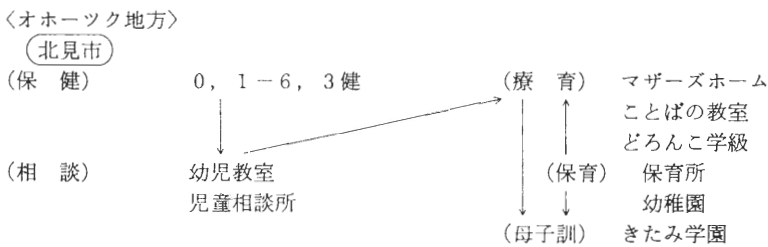
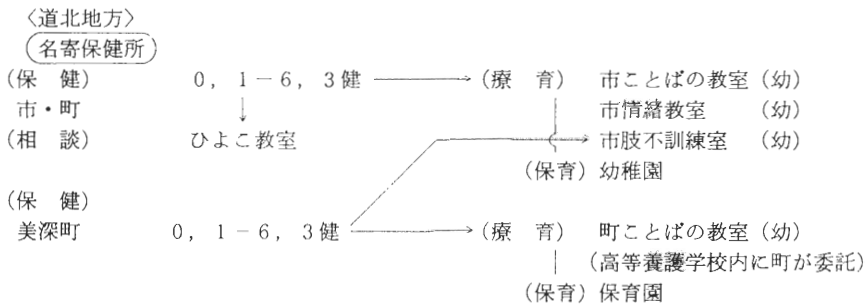
とくに保健機関は、全道各市區および各町村のブロックを網羅して住民の日常生活圏をカバーしている一次的機関である。しかも、出生時発見で該当しなかった疾病児又は障害児（疑いを含む）のすべてが対象者としてカバーされる。従って、殆どの該当児が健診機関が終了するまでに（乳児、1歳6ヶ月児、3歳児）発見されることが期待される。

この保健機関が主体となる「健診→精検型」と「健診→事後指導型」の発見と療育の流れに加わる機関施設学校の種類は様々である。

以下、発見から療育の流れの構図をいくつか道内各地方でみている（調査1987.12.—1988.8）



※市障害児早期療育システム検討会(1988.8)



(※釧路管内乳児発達健康診査連絡協議会)

(※釧路市中心障害児早期指導委員会)

イ. 「特殊教育学校型」の発見—療育のつながりの実情

道立各ろう学校の教育相談と幼稚園における聴覚障害乳幼児の実態調査（1987年9月、江藤 弘氏）によれば、特殊教育学校に集中される聴覚障害児の流れをみると、つぎのとおりである。（対象者206名、回答者185名、回答率89.8%）

〈親自身又は専門機関等による「聞こえの異常」に気づいたときの子どもの年齢〉

0 歳 台	72人 (40.4%)
1 歳 台	60 (33.7%)
2 歳 台	27 (15.2%)
3 歳 台	19 (10.7%)
計	178 (100.0%)

〈障害を知ってから、学校を訪れるまでに相談をした機関〉

大学病院	139人 (41.4%)
公立病院・総合病院	48 (14.3%)
個人病院 (委員)	8 (2.4%)
保健機関	69 (20.5%)
福祉機関 (療育センタ, 児相等)	21 (6.3%)
教育機関 (言語教室, 難聴教室)	9 (2.7%)
不明記 (1件のみ相談の機関)	42 (12.5%)
計	延 336 (100.0%)

- ◎初回は保健婦指導・保健所に来所が一番多い。
- ◎大学病院は二番めに来院が一番多い。
- ◎保健婦指導・保健所・大学病院が聴覚障害発見のチャンスである。
- ◎保健所・保健婦指導でのチェック機能を高めることが重要である。

〈聾学校を紹介したのはだれか〉

大学附属病院耳鼻科(医師)	110人 (82.1%)
公立病院・その他の総合病院(医師)	11 (8.2%)
保健所(保健婦)	7 (5.2%)
療育センター・訓練センター(医師・指導員)	3 (2.2%)
補聴器センター	3 (2.2%)
計	134 (99.9%)

〈聾学校を初めて訪れたときの子どもの年齢〉

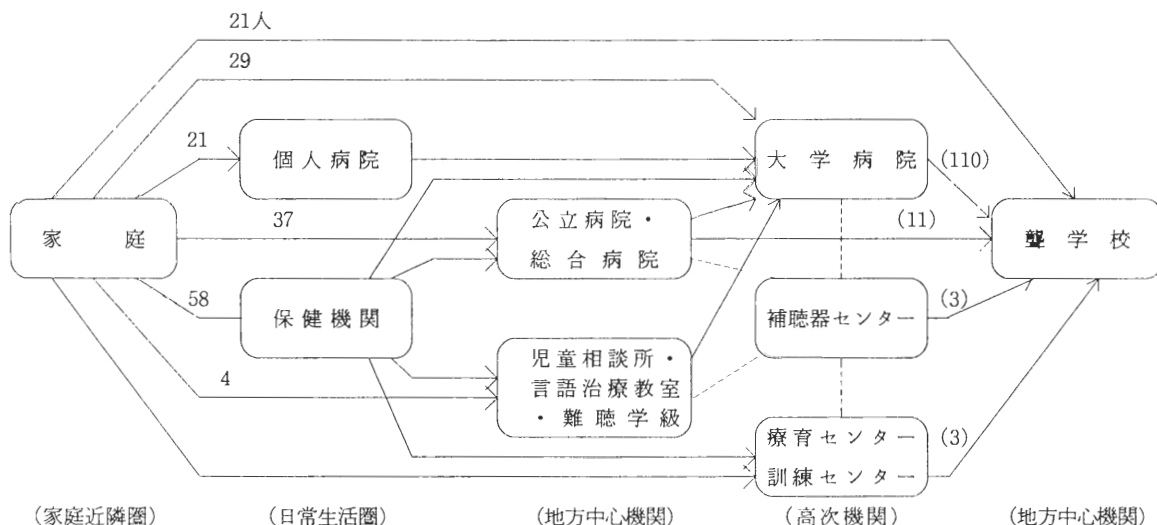
0 歳 台	33人 (18.0%)
1 歳 台	82 (44.8%)
2 歳 台	42 (23.0%)
3 歳以上	26 (14.2%)
計	183 (100.0%)

要するに、初回相談については、保健機関や個人医院の利用が過半数を占め、残りを公立病院・総合病院・児童相談所・言語治療教室・難聴学級・聾学校等の地方中心医療・療育機関と大学病院や療育センター・訓練センター等高次医療・療育機関とが分け合っている。

2回目の訪問は、地方中心医療・療育機関または高次医療・療育機関へと流れている。

そしてついには、聾学校の教育相談（幼児）に至る。

聾学校にかかわる聴覚障害児の発見—療育の流れは、つぎの枠組が考えられる。



ウ. 「療育機関・専門病院型」の発見一療育のつながりの実情

道立札幌肢体不自由児総合療育センターの場合、肢体不自由を中心とした療育、母子入院、本入院、外来が行なわれている。

道央・道南を中心に全道および道外からも利用されている。

また、道内各地への巡回相談、道内各機関や海外からの研修受け入れも行なっている。

1986年度の新患のうち、月齢3—5ヶ月児は大学病院を含む病院からの紹介が多く、月齢7—9ヶ月児は保健所からの紹介が多い。また、月齢1—2ヶ月児は、分娩マヒ、二分脊椎が多く、月齢19—42ヶ月児は、軽いCPとMRによる運動発達遅滞が多い。

障害の重度化とともに重複化がみられる。(参考資料：三島与志正「訓練指導の立場から」, 「乳幼児療育研究」創刊号, 1988)。

道立旭川肢体不自由児総合療育センターは、道北・オホーツク・道東を担当している。

札幌市立肢体不自由児母子訓練センターは、1979年、児童福祉法に準ずる施設としての性格を併せもった19床の母子入院有床診療所となしてスタート。療育、母子入院、外来が行なわれている。

1981年9月—1982年8月(1年間)の新患の紹介先は、病院と保健所とで大半を占める。また、新患児の月齢別では、0—5ヶ月児、6—11ヶ月児、12—23ヶ月児で殆どを占める。

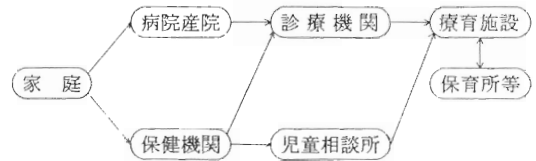
CPをはじめとする障害児の多くが、MR、てんかん、視聴覚等の障害を併せもった心身障害児である。したがって、運動療法を含め、医療、心理、言語、保育といった広い専門分野の協働が必要である

また、療育の効果を持続させるために地域療育サービスが保障される必要があり、とくに心身障害児を混合させた施設を地域に分散させて整備することが急務である。

また、一人の障害児が迷わずに適切なサービスが受けられるように医療機関の連携や機能分担の整理が必要である。

(参考資料：柄崎英明「肢体不自由療育の現場から」, 「乳幼児療育研究」創刊号, 1988)。

以上から、療育機関にかかわる肢体不自由児および運動発達遅滞をもつ心身障害児の発見一療育の流れは、つぎの枠組みが考えられる。



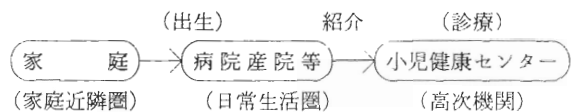
エ. 「出生時発見医療機関型」の状況

出生時疾病が発見され、医療の処置を受ける患者のために高次医療機関として道立小児保健センターがある。

1986年の新患(外来)1,244人の年齢分布は、4週未満児(26.1%)、4週以上1歳未満児(27.3%)、1歳以上3歳未満児(18.1%)。

又、入院患者917人の年齢分布は、4週未満児(30.4%)、4週以上1歳未満児(26.6%)、1歳以上3歳未満児(20.0%)であり、その搬送状況(救急車32.6%、ヘリコプター0.7%、その他66.7%)からみると救急性が比較的高い。

(参考資料：「北海道立小児総合保健センター年報(1986年)第10号」)。



(5) 早期発見一療育システムの推進主体と構成

① 早期発見一療育システムの推進主体

道内各地の早期発見と療育保育をつなぐシステムの推進主体を整理する。

ア. 収容施設主導型

・市立函館保健所・渡島保健所

おしま学園・地域療育センターが発見・相談に参加し、療育・母子訓練を実施し、さらに保育所につないでいる。

・室蘭保健所(伊達地区)

太陽の園が発見・相談に参加し、療育・母子訓練を実施している。

・ 静内保健所・浦河保健所

静内ベテカリの園が発見・相談・療育にも参加し、母子訓を実施している。

イ. 通所施設・通園事業主導型

・ 千歳市

市中心身障害児通園施設が健診に参加し、相談・療育を実施している。

・ 旭川市

市愛育センターが保健機関の健診と連携し、相談・療育を実施し、保育につないでいる。

・ 帯広市

児童養育センターが相談・療育・保育を実施している。

ウ. 保健機関主導型

・ 名寄保健所（名寄地区）

保健所と市保健婦等が健診・相談を実施し、療育に参加している。

・ 岩見沢保健所

保健所が健診・相談を実施し、療育につないでいる。

エ. 保健機関・教育人材主導型

・ 美深町（名寄保健所管内）

保健所と町保健婦等が健診を実施し、町の委託で高等養護学校の人材により、相談・療育が行なわれている。

オ. 保健機関・通所施設主導型

・ 釧路市

保健所・市保健婦等・市中心身障害児療育センターが共同で健診・相談・療育を実施し、保育につないでいる。

カ. 保健機関・収容施設主導型

・ 北見市

保健所・市保健婦等・きたみ学園が共同で健診・相談・療育・母子訓も実施し、保育につないでいる。

キ. 保健機関・療育主導型

・ 釧路保健所

釧路保健所・各市町村保健婦等・道立肢体不自由児総合療育センターなどが協力して、乳児健診の精健・相談を実施し、療育につないでいる。

ク. 療育施設・児童相談所主導型

・ 札幌市

札幌市立肢体不自由児母子訓練センター、札幌市児童相談所が各区保健所と連携して、それぞれ精密健診等、相談・療育・母子入院（センター）・保育へのつなぎ（児相）を実施している。

ケ. 療育施設主導型

・ 道立札幌肢体不自由児総合療育センター等自ら、肢体不自由児、運動発達遅滞児等の療育・母子入院・本入院等を実施し、各地の健診（発見）に協力し、又、遠隔地の巡回相談に協力して早期発見・早期療育の推進につとめている。

コ. 教育機関主導型

・ 各ろう学校

大学病院等と連携をとり、自ら聴覚障害乳幼児の教育相談・幼児教育を実施している。

なお、現場職員の技術研修や養成校学生の実習に協力している機関施設学校は、①・⑥の収容施設（母子訓実施）、⑦～⑨の療育施設（母子入院実施）および児童相談所、⑩ろう学校、②通所施設、③～⑦保健所・市町村保健センターなどすべてである。

② 早期発見・療育システムの構成

以上を要約すると、道南および道央では施設主導型のシステムづくりが特徴的であり、札幌市では療育施設と児童相談所主導型。又、道北、オホーツク、道東にあっては保健所や市町村保健婦の保健機関と収容施設・通所施設・教育人材との共同システムづくりが特徴的である。

さらに障害別の特徴もまとめられ、聴覚障害児では、大学病院や保健所等との連携による道内各ろう学校の果たす役割が大きい。又、肢体不自由や運動発達遅滞を中心とする重複障害児のばあい、病院や保健所、児童相談所との連携による各肢体不自由児総合療育センター・母子訓練センターの役割が大きい。

日常生活圏をカバーしているのは、一般の病院・産院診療所と保健所・市町村保健センター等であり、通所施設・通園事業、特殊学級（幼児相談・ことばなど）、保育所・幼稚園である。

地方の中心機関としては、療育施設（母子訓）と総合病院と児童相談所と特殊教育諸学校がある。

高度専門機関としては、総合療育センター・母子訓練センター，大学病院・専門病院，特殊教育センター，児童母子相談研修センター（私案・仮称）がある。

高度専門機関は，臨床，巡相，システム推進，研修，研究，施策意見具申等の中核機関である。

なお，各自の機関施設学校に人材を供給する養成機関の役割も大きい。これら養成機関（研究機関）は，現場の課題と一体となって養成研究を進める使命がある。

そして，早期発見—療育システムの構成は，図6のように求心性と方向性をもった『回路状の流れ』を示している。

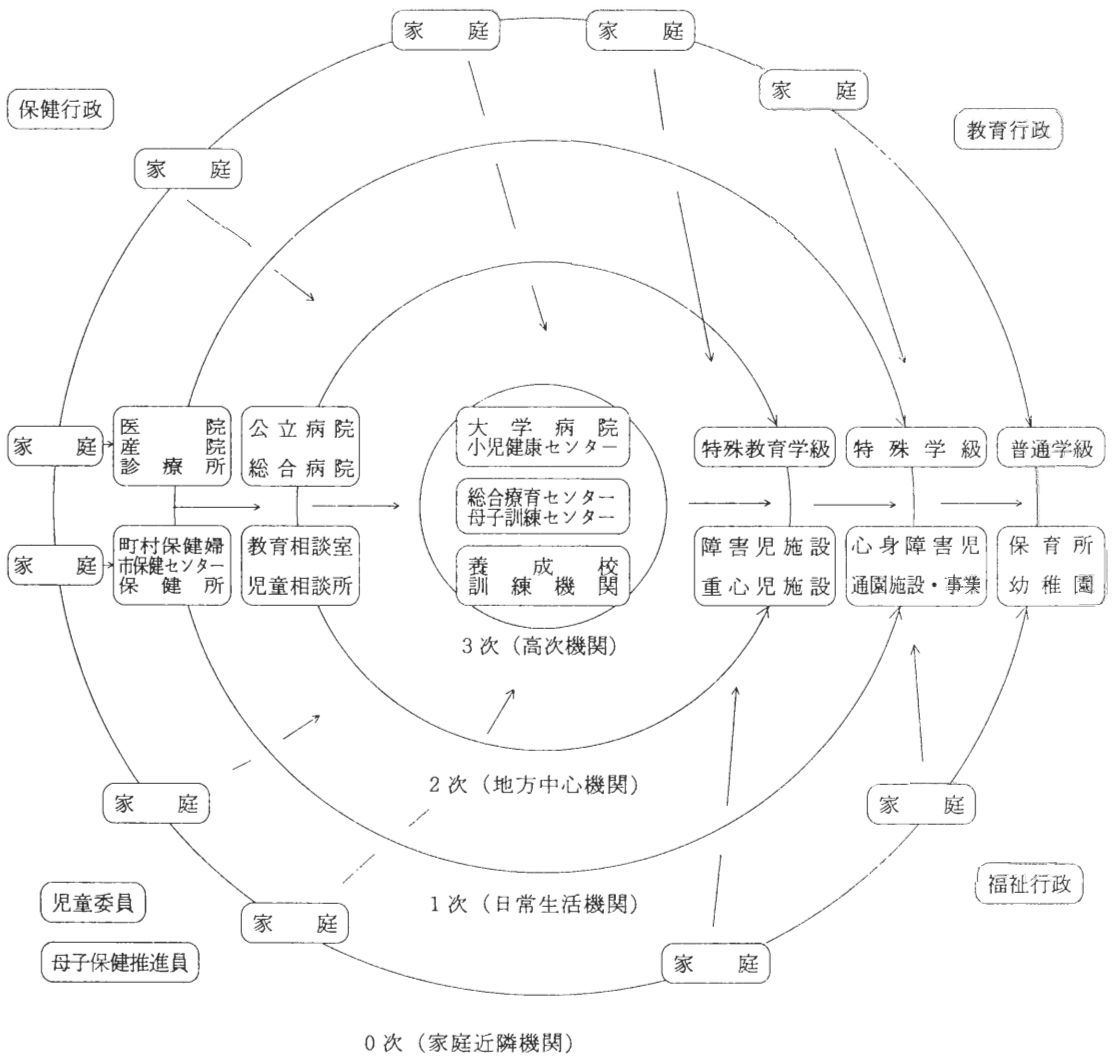


図6 早期発見——療育システムの構成

4. 乳幼児の心身障害の早期発見 一療育システム

(1) 早期発見一療育エリアの設定

① 市町村（地域）の複合化によるエリア（地区）の設定

2一(5)「事後指導と結びついた巡回療育相談事業について」でみたように、地域療育は早期発見の対象児と保護者、通所の地理的条件、専門スタッフの存在、地元市町村の協力等を必要条件としている。

ここでは、対象児の出現数と通所の距離を中心に単位早期発見一療育エリア（地区）の標準（目安）について考える。

ア. 事後指導（グループ）児の出現率

健診後の指導でグループ指導に来所する事例の出現状況をみると、日高支庁管内の巡回療育相談事業の例では、人口の約0.004%、1年齢（3歳児健診対象者）の約3%である。

北見市保健センターの1歳6ヶ月児健診の例では、'86、2歳児教室10組（対象者の0.76%）、北見市の3歳児健診の例では、'85、幼児教室（3歳以上児）17組（対象者の1.19%）。

旭川市保健センターの1歳6ヶ月児健診の例では、幼児健康教室（'83～'85の平均）31.7組で健診対象者の0.70%である。

旭川市内の地域療育の総体は、次の表のとおりであり、1ヶ所おおむね15～30人（組）である。

児相訓練どんぐり教室（3～5歳）	19人
自主母子訓練たんぽぽ教室（0～7歳）	19人
精薄通園みどり学園（0～5歳）	28人
肢不通園わかき学園（0～5歳）	29人
ことばの教室（幼）	15人
ろう学校幼稚部	22人
盲学校幼稚部	9人
肢不養護学校幼稚部（総合療育センター入院）	3人
計	144人

（ただし、入院以外は、一部旭川市外の者を含む）

（資料：「旭川市の早期療育の概要」'87.10.

旭川市愛育センター）

市内の療育施設学校に通所（入院）する全幼児数は、3健対象児（'87）に対比し、約3.4%にあ

たる。（ただし、一部市外の者を含む）。

以上を概観すると、事後指導（グループ）の出現率はおおむね約3%（1年齢対象者の）であるといえよう。（精検児は対象者の約2%）。

イ. 通所区域の人口規模と距離

通所区域は、日高支庁管内の例では、1教室につき人口3万人～4万人で、3～5町村を含んでいる。区域の距離は教室まで約30km以内である（直線距離）。（車で片道約50分程度以内）。

旭川市の例では、人口（'87、6）約36万人、療育の単位は8ヶ所（1ヶ所平均、人口約4.5万人）。通所の距離は一部市外通所者を除くと、約20km以内（直線距離）。（車で片道約40分程度以内）。

北見市の例では、人口（'87、6）約11万人、療育の単位は2ヶ所（1ヶ所平均、人口約5.5万人）。通所の距離は約15km以内（直線距離）。（車で片道約20分程度以内）。

以上を概観すると、通所施設まで約30km以内（直線距離）、車で約50分以内が限界線であろう。

ウ. 市町村（地域）の複合によるエリア（地区）の設定

早期発見一療育エリア（地区）の単位を人口規模から考えてみる。グループの利用者を5人以上にしよとすれば、1年齢対象者（健診の）約133人、人口約12,500人。

スタッフの定員を利用者に対して3：1と仮定すれば、利用者6人にスタッフ2人（指導員・保母）が可能となる。とすれば、グループの利用者6人に対応する1年齢対象者（健診の）200人、人口15,000人。

同様に利用者12人に対応する1年齢対象者（健診の）400人、人口30,000人。

これらのことから、単位地区の人口規模は15,000人以上が妥当と考えられる。

隔遠地では、人口5,000人未満の町村が少ないから、数ヶ町村で単位地区を設ける必要がある。又は、市と隣接町村で単位地区を設ける必要がある。

人口が少ない町村のみで単位地区を設ける所を優先的に巡回療育相談事業の実施対象にする必要

がある。

② 専門機関を配した早期発見一療育エリア（圏域）の設定

各地区の早期発見一療育を支援し、その推進を図るために自ら、利用者と指導スタッフのために集中的・系統的に診断一訓練を施す機能をもった専門機関が必要である。

これらの専門機関は、診断部門の一貫的ケース管理の機関として児童相談所、訓練部門の一貫的ケース援助の機関（施設）として地域療育センター（母子訓）が中枢になるであろう。

もちろん、総合病院・専門病院、重心児施設、特殊教育学校などが連携して専門機関の一角を占

相、又は、地域療育センター・巡回療育相談スタッフ駐在所）を仮定して考えると、つぎのようなエリア（圏域）が浮かび上がってくる。

この早期発見一療育圏域には、診療・診断部門として総合病院・専門病院、児童相談所・同分室が必要である。専門療育部門として地域療育センター（母子訓）、重心児施設、特殊教育学校が必要である。

このうち、児童相談所又は分室が未設置の圏域は6ヶ所。又、地域療育センター（母子訓）未整備の圏域は9ヶ所。

③ 高次専門機関を配した早期発見一療育エリア（方面）の設定

	（専門機関・施設）	（所在地）	（人口・距離）	
㉑	札幌市児相 母子訓練センター・もなみ学園・ノビロ学園	札幌市（中央区・南区・豊平区）	157万人	（20km）
㉒	中央児相 長井学園 千歳市中心障害児通園施設	石狩圏（江別市・千歳市）	33万人	（20km）
㉓	中央児相 （未定）	後志圏（未定）	30万人	（未定）
㉔	岩見沢児相 美唄学園	空知圏（美唄市）	46万人	（50km）
㉕	室蘭児相 太陽の国・室蘭学園	胆振圏（伊達市・室蘭市）	47万人	（100km）
㉖	室蘭児相 静内ベテカリの園	日高圏（静内町）	10万人	（30km）
㉗	函館児相 おしま学園（地域療育センター）	南渡島圏（函館市）	47万人	（60km）
㉘	函館児相（未定）	桧山北渡島圏（未定）	10万人	（未定）
㉙	旭川児相（未定）	上川圏（未定）	58万人	（未定）
㉚	旭川児相（未定）	留萌圏（未定）	8万人	（未定）
㉛	旭川児相 緑ヶ丘学園	宗谷圏（稚内市）	10万人	（70km）
㉜	北見児相 ひまわり学園	遠紋圏（生田原町）	10万人	（70km）
㉝	北見児相 きたみ学園	北網圏（北見市）	26万人	（80km）
㉞	帯広児相（未定）	十勝圏（未定）	36万人	（未定）
㉟	釧路児相 釧路市療育センター	釧路圏（釧路市）	31万人	（70km）
㊱	釧路児相（未定）	根室圏（未定）	10万人	（未定）
	全道16圏域	（既定10未定6）	569万人	

める。

そこで、専門機関を配した早期発見一療育エリア（圏域）の設定にあたって利用者側からみた距離を考える。

利用者（子どもと保護者）が通所可能な距離は、北海道の交通体系（車中心）では、直線約80kmが限度である。これは車で片道約2時間にあたり、第2次保健医療圏（約10万人以上）、又は、支庁（約10万人以上）が対応する。

これを専門機関施設（児童相談所・同分室・巡

くんにち、大学病院・小児保健センター・総合療育センター等、高度な専門診療の機関のほとんどが、札幌市、小樽市、旭川市地区に集中している。

道南、道東方面にも高度の専門診療体制（システム）を樹立して、一円的自立的な早期発見一療育システムを作る必要がある。

すでに三次保健医療圏の高度な診療システムは、道南、道東方面ともに整備されつつあり、小児保健医療における診療システムも当然、技術的に可能である。財政的なテコ入れにより、これらの方

面の技術的科学的自立を促進し、もって総合的な自立発展計画（社会経済）に寄与すべきである。

(2) 早期発見一療育エリアの実勢

① 北海道の市町村の実勢

2—(1)—②「専門機関を配した早期発見一療

育エリア（圏域）の設定」でまとめた専門的早期発見一療育サービスの圏域をもとに各圏域・市・町村の人口を対比してみる。（1987年6月30日現在）

(方面)	(圏域)	(市)	(町村)
道央方面 (札幌市児相)	札幌市 (157万人)	(7区)	
(中央児相)	石狩圏 (33万人)	3市 (22)	6町村 (11)
		[10万上 0 5万上 3	[3万上 2 1万上 1 5千上 0 5千未 3
	後志圏 (30万人)	1市 (17)	19町村 (13)
		[10万上 1	[1万上 3 5千上 5 5千未 11
(岩見沢児相)	空知圏 (46万人)	10市 (34)	17町村 (12)
		[5万上 2 3万上 2 1万上 5 5千上 1	[1万上 3 5千上 9 5千未 3
(室蘭児相)	胆振圏 (47万人)	4市 (39)	11町村 (8)
		[10万上 2 5万上 1 3万上 1	[1万上 2 5千上 4 5千未 3
	日高圏 (10万人)		9町 (10)
			[1万上 3 5千上 5 5千未 1
道南方面 (函館児相)	南渡島圏 (47万人)	1市 (32)	14町村 (15)
		[10万上 1	[3万上 1 1万上 3 5千上 9 5千未 1
	桧山北渡島圏 (10万人)		12町 (10)
			[1万上 2 5千上 7 5千未 3
道北方面 (旭川児相)	上川圏 (58万人)	4市 (45)	20町村 (13)
		[10万上 1 5万上 0 3万上 1 1万上 2	[1万上 2 5千上 12 5千未 6
	留萌圏 (8万人)	1市 (3)	8町村 (5)
		[3万上 1	[1万上 1 5千上 4 5千未 3
	宗谷圏 (10万人)	1市 (5)	9町村 (5)
		[5万上 1	[5千上 6 5千未 3
(北見児相)	遠紋圏 (10万人)	1市 (3)	11町村 (7)
		[3万上 1	[1万上 1 5千上 5 5千未 5
	北網圏 (26万人)	2市 (15)	12町村 (11)
		[10万上 1 5万上 0 3万上 1	[1万上 3 5千上 8 5千未 1
道東方面 (帯広児相)	十勝圏 (36万人)	1市 (17)	19町村 (19)
		[10万上 1	[3万上 1 1万上 7 5千上 4 5千未 5
(釧路児相)	釧路圏 (31万人)	1市 (21)	9町村 (10)
		[10万上 1	[1万上 5 5千上 2 5千未 2
	根室圏 (10万人)	1市 (4)	4町村 (6)
		[3万上 1	[1万上 2 5千上 2
全道4方面 (9児相)	16圏域 (569万人)	31市 (257)	180町村 (155)
	↑ (札幌市含む) (1,527万人)		
		[10万上 8 5万上 7 3万上 8 1万上 7 5千上 1	[3万上 4 1万上 37 5千上 85 5千未 54

これを図に示すと、

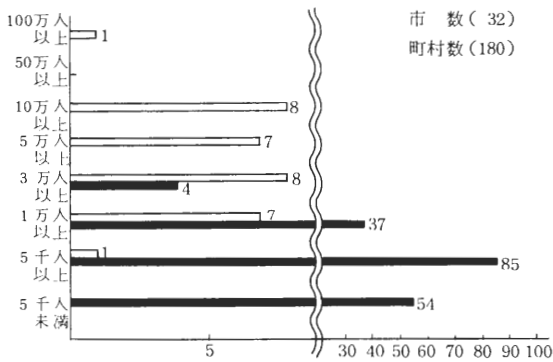


図7 道内市町村の人口規模

この図を参考に人口1万人未満の市町村が140自治体(66.0%)にも及び、1万人以上3万人未満の市町村が44自治体(20.8%)、3万人以上5万人未満の市町村が12自治体(5.7%)。5万人未満の市町村が196自治体(92.5%)を占めて、北海道の面積の大部分を覆っている。

逆に都市集中が進んでいる自治体は、指定都市(札幌市157万人)を筆頭に、函館市(道南, 32万人)、旭川市(道北, 36万人)、釧路市(道東, 21万人)、他に10万人台が5市、5万人以上10万人未満が7市ある。これら16市の人口は計366万人(64.3%)である。

つまり、人口5万人未満の小規模市町村(196自治体, 92.5%が人口計203万人(35.7%))を有して全道各地に展開している。とくに人口1万人未満の140自治体の多くが隔遠地にあり、又、人口規模が小さいことから、市町村の複合化による早期発見一療育エリア(地区)の設定が求められる。

② 早期発見一療育エリア(地区)の実勢

地区の設定は、原則的に同一保健所管内の市町村を二つ以上複合させることによる。距離と人口が条件である。

おおむね、複合人口15,000人以上、距離30km

(直線)以内を目安にして複合させてみると、全道(札幌市を除く)で約80ヶ所のエリア(地区)が成立する。これを圏域別に示すと、

(圏域)	(市町村数)	(区域の数)	(内、複合による区域)
札幌市	1	(未定)	—
石狩圏	9	5	2
後志圏	20	5	4
南渡島圏	15	5	4
桧山北渡島圏	12	3	3
胆振圏	15	7	3
日高圏	9	3	3
空知圏	27	10	6
上川圏	24	8	7
留萌圏	9	3	3
宗谷圏	10	4	4
遠紋圏	12	4	4
北網圏	14	5	5
十勝圏	20	9	6
釧路圏	10	6	4
根室圏	5	3	1
全道16圏域	212	80	59
	(100)	(38)	(28)

札幌市を除き、すべての圏域が複合化による地区づくりの地域(市町村)を有している。上記試算(80区域)のうち、複合化によらない地区は21。逆に59地区(74%)が複合化による。

(3) 早期発見一療育システムの体系

① 早期発見一療育システムの主体

小児保健(母子保健を中心とする)と療育・保育・教育の役割を担う主体は、子どもの保護者(家族)およびこれを支援する専門機関のスタッフからなる。それは、

- ① 利用主体
- ② 診断治療スタッフ
- ③ 相談福祉給付スタッフ
- ④ 療育保育教育スタッフ

に分類される。

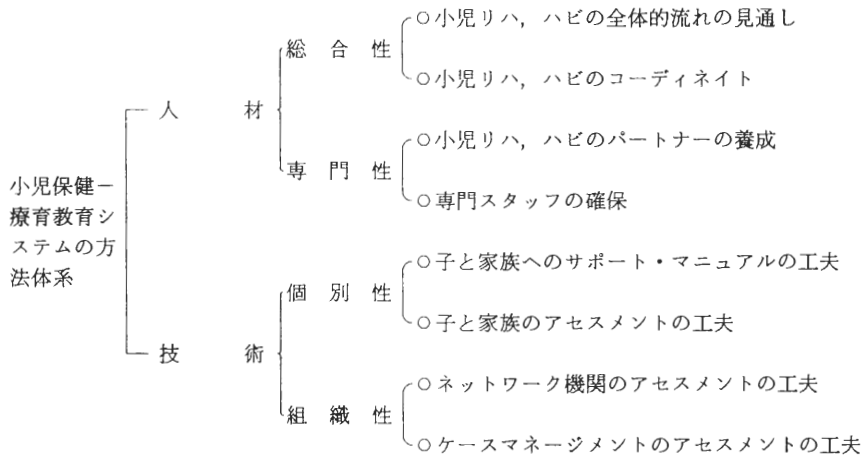
② 早期発見一療育システムの役割体系

(階層)	0次(地域)	1次(地区)	2次(圏域)	3次(方面)
(役割)	養育保育等	健診療育等	精検治療等	高度治療等
(場面)	家 保育施設 学	庭保 健機 通園 施設 特 殊学	関 療機 関・ 児童 相談 所 障 害 児 施 設 特 殊 教 育 学 校	高 度 診 療 機 関 特 殊 教 育 セ ン タ ー 総 合 療 育 セ ン タ ー

③ 早期発見一療育システムの専門スタッフ

(分野)	(スタッフ)	(機関施設学校)
医療保健 看護 栄養	医師, P.T., S.T., O.T, 保健婦・看護婦, 栄養士等	病院医院産院診療所, 保健所, 保健センター
発達心理 相 談	心理相談員, 家庭児童相談員, 心理判定員等	保健所, 保健センター, 家庭児童相談室, 児童相談所
家庭管 福 社 給 付	(保護者), 社会福祉主事, 児童委員等	(家庭), 行政機関, 社会福祉団体, (親の会)
保育教 療 育 訓 練	保母, 教師, P.T., S.T., O.T, 指導員等	保育所幼稚園, 通所施設, 障害児施設, 総合療育センター, 学校
社会教 体 育 文 化	社会教育主事, スポーツ指導員, 等	公民館, スポーツ施設, 保養施設, 図書館, 博物館
援助ネットワーク	医師, 保健婦, 相談員, 社会福祉主事, 指導員, 等	市町村連絡会議 区域連絡会議 圏域連絡会議 方面連絡会議 親の会

④ 早期発見一療育システムの方法体系



5. あとがき

本稿では、北海道の乳幼児健診と事後指導事業についてその状況を見、さらに早期発見一療育システムづくりについて検討した。

本稿の中で明らかになったことは、

- ① 乳幼児健診の受診率
- ② 「要精査」ケースの出現率
- ③ 乳幼児健診の実施月齢と2段階制
- ④ 未受診児の医療機関によるフォローの実態
- ⑤ 健診スタッフ
- ⑥ 健診票・台帳簿
- ⑦ 事後指導の方法 (とくにグループ指導)
- ⑧ 巡回療育相談事業 (静内ベテカリの園)
- ⑨ 精密健康診査の事後指導 (児童相談所)

- ⑩ 療育事業 (施設・通園事業・学校等)

- ⑪ 早期発見から療育へのつながり

- ⑫ 早期発見から療育への推進主体

- ⑬ 早期発見一療育システムの構成機関等

- ⑭ 早期発見一療育エリアの設定

- ⑮ 早期発見一療育エリアの実勢

- ⑯ 療育単位 (地区) の人口規模

- ⑰ 早期発見一療育システムの体系

等についてである。

本稿では、専門技術者の配置, システム・マップ, システムの整備, 乳幼児期を一貫するケース記録, 乳幼児相談内容項目等の問題については割愛した。

研究結果を要約すると, (a): 北海道に特有の

過疎という現実により、関係相談機関・施設・学校等の整備・充実の促進、およびその未整備地域への諸機能の活用の課題。

(b)：過疎地域のサービス機関として保健センター・保健所・児童相談所が機能しており、これらをキイ・ステーションとして療育保育教育機能とのネットワークを図ることが基本、が明らかになった。

また、本稿ではふれられなかったが、(c)：小児リハビリテーションの諸科学技術を基軸とする科学技術体系

(d)：カルテの作成が検討された。

おわりに、心身障害児の早期発見—療育の仕事が一層充実し、この国のすみずみの住民にまでゆき届くようになることを祈念したい。

(本稿は、昭和62・63年度文部省科学研究費補助金による研究、テーマ「乳幼児の心身障害の早期発見システムと相談内容項目の検討樹立」の研究結果の一部である

参考文献 (抄)

- ① 厚生省編「厚生白書 昭和61年版」財団法人厚生統計協会, 1986
- ② 財団法人厚生統計協会編「国民衛生の動向・厚生の指標 臨時増刊・第35巻第9号・通巻544号」, 財団法人厚生統計協会, 1988
- ③ 初山泰弘, 障害者の医療の問題における国際比較, 「障害者対策の国際比較に関する調査研究——第2部：諸外国における障害者対策の現況——」, 国際障害者年日本推進協議会, 1986
- ④ 財団法人鉄道弘済会社会福祉部編「超早期療育のてびき」, 財団法人鉄道弘済会, 1980
- ⑤ 財団法人神奈川県児童医療福祉財団小児療育相談センター編「地域療育システム資料集」, 財団法人神奈川県児童医療福祉財団, 1987
- ⑥ 北海道民生部編「北海道新社会福祉長期計画」, 北海道, 1988
- ⑦ 北海道衛生部総務課編「北海道地域保健医療計画」, 北海道, 1988
- ⑧ 北海道乳幼児療育研究会編「乳幼児療育研究

創刊号」, 北海道乳幼児療育研究会, 1988

- ⑨ 上田 敏「リハビリテーションを考える——障害者の全人間的復権——」, 青木書店, 1986
- ⑩ 障害児早期療育調査検討委員会「北海道における早期療育に関する調査検討報告書」, 1988

2 北海道における早期療育システムのあり方について ——道早期療育調査検討委員会報告——

障害児早期療育調査検討委員会事務局

道生活福祉部障害福祉課

熱田 洋子

1. はじめに

昭和63年12月5日道障害児早期療育調査検討委員会から北海道における早期療育システムに関する調査検討報告が出されましたので、その概要をお知らせします。

結論から入ります。本道の障害児対策は、重復化、重復化に対応して充実してきていますが、発達段階に応じて必要な保健医療、福祉、教育などが連携や調整することによって一貫して、また総合的に提供されるような仕組みになっていないという課題があります。また、本道は広域であり療育資源が偏在しているのも事実ですので、どこにいても必要な療育サービスを受けられるシステムをつくることが求められています。

このようなことから同委員会は、障害児早期療育システムのあり方について、身近な地域における療育を充実することを基本として第一次から三次までの療育園を設定し、それぞれの圏域内及び圏域間のネットワークづくりをすすめるため、地域における療育の場の拡充、推進体制の整備やマンパワーの養成確保を図りシステム化を推進することを提言しています。

報告書の概要は次のとおりです。

2. 北海道における早期療育の現状と課題

(1) 早期療育の理念

1981年の国際障害者年の行動計画では、「障害」は、Impairment（傷病）、Disability（能力障害）、Handicap（社会的不利）に区別してとらえるべきであるとされ、療育の営みは通常、この三つの障害を解き難く内包した個人に対応することになります。

障害を早期発見することの意義は、それが必然的に早期対応に結びつくところにあります。早期対応を前記の区分で考えると、第一は早期の治療的対応、第二は障害の軽減、代替機能の形成、発達（生活）保障を目的とした対応（狭い意味の療育）、第三は対象児の親に対する指導援助を中心

とした環境調整というかたちです。ここではこれらの対応とそれぞれにつながる発見と相談の経過を含めて、広い意味で早期療育を用いています。

(2) 障害児の状況

本道の障害児の実態と障害児を取り巻く状況の変化にふれることにします。同委員会が障害をもつ乳幼児について実態調査を行った結果、昭和62年度中に発見された障害児が625人、経過観察児が8,494人、身体障害者手帳又は療育手帳を持っている障害児が2,192人となっています（表1～表4）。経過観察児はその中から障害と診断されるものが相当数現れてくる可能性が強く、早期療育の対象として考えられています。

障害児の障害の内容、程度の変化をみると、身体障害者手帳交付状況（18歳未満）からは、1・

「市町村における障害児早期療育実態調査」調査結果の概要（表1～表4）

表1 総括表

62年度中に発見された障害児 人	経過観察児童 人	手帳交付児童			
		計 人	身障手帳のみ 人	療育手帳のみ 人	両方交付 人
625	8,494	2,192	1,310	785	97

表2 62年度中に発見された障害児の障害・発見月齢別状況

区 分	人数(人)	割合(%)
肢 体 不 自 由	122	19.5
肢 体 不 自 由	117	18.7
筋 萎 縮 症	5	0.8
精 神 薄 弱	257	41.1
自 閉 症	23	3.7
重 症 心 身 障 害	1	0.2
視 聴 覚 言 語 障 害	75	12.0
視 覚 障 害	12	1.9
聴 覚 障 害	18	2.9
言 語 機 能 障 害	45	7.2
そ の 他	123	19.7
不 明	24	3.8
合 計	625	100

区 分	人数(人)	割合(%)
0 歳 ～ 6 ヶ 月 未 満	200	32.0
6 ヶ 月 ～ 1 歳 未 満	62	9.9
1 歳 ～ 1 歳 6 ヶ 月 未 満	39	6.2
1 歳 6 ヶ 月 ～ 2 歳 未 満	51	8.2
2 歳 ～ 2 歳 6 ヶ 月 未 満	33	5.3
2 歳 6 ヶ 月 ～ 3 歳 未 満	21	3.4
3 歳 ～ 3 歳 6 ヶ 月 未 満	103	16.5
3 歳 6 ヶ 月 ～ 4 歳 未 満	25	4.0
4 歳 ～ 4 歳 6 ヶ 月 未 満	33	5.3
4 歳 6 ヶ 月 ～ 5 歳 未 満	17	2.7
5 歳 ～ 5 歳 6 ヶ 月 未 満	23	3.7
5 歳 6 ヶ 月 ～ 6 歳 未 満	5	0.8
6 歳	6	1.0
不 明	7	1.1
合 計	625	100

表3 要指導（経過観察）児童の状況

（63年3月末日現在）

（単位：人）

区分	精神 発達 遅滞	情緒障害 （自閉的傾向を含む。）	ことば の 遅れ	運動 発達 遅滞	てんかん	病弱	その他	合計
0歳	44 (1)	0 (0)	3 (0)	707 (8)	6 (2)	117 (6)	750 (30)	1,827 (47)
1歳	50 (5)	39 (1)	618 (3)	370 (15)	14 (4)	88 (3)	418 (29)	1,597 (60)
2歳	66 (21)	61 (4)	663 (17)	149 (13)	18 (10)	30 (9)	211 (17)	1,198 (91)
3歳	125 (35)	79 (18)	993 (50)	56 (5)	15 (8)	61 (5)	452 (27)	1,781 (146)
4歳	91 (29)	38 (22)	453 (25)	37 (6)	12 (21)	14 (1)	181 (14)	826 (118)
5歳	103 (45)	50 (17)	249 (29)	23 (8)	18 (18)	13 (3)	107 (19)	563 (137)
6歳	47 (17)	26 (9)	77 (7)	15 (6)	7 (21)	3 (2)	47 (19)	222 (81)
合計	526 (153)	293 (71)	3,056 (131)	1,357 (59)	90 (82)	326 (29)	2,166 (155)	7,814 (680)

（注）1 本表は、障害が確定せず身障手帳、療育手帳の交付を受けていないが、保護婦などが経過観察している就学前児の状況である。

（ ）内には、障害は確定しているが、身障手帳、療育手帳の交付を受けていない者を別掲している。

2 経過観察区分が重複している場合（例、精神発達遅滞とことばの遅れ等）は、その主な事由区分の一方のみに計上している。

2級、いわゆる重度の障害児の割合が年々高くなっていること（表5）、道立札幌肢体不自由児総合療育センターの入院児童の推移からは重度化、重複化の傾向を示していること、さらに、障害児の通園施設や通園事業の場でもこのような傾向があり、加えて低年齢化しているといわれています。（表6～表9）

（3）北海道における早期療育の動向

本道の早期療育は次の5つの流れで進展してきたと考えられています。

① 乳幼児健康診査と早期療育

3歳児健診、1歳6ヵ月健診の普及、また超早期健診が広がってきたことにより、市町村保健婦から道立肢体不自由児総合療育センターにつながる健診—発見—療育のシステムが作られるようになってきました（表10～表11）。さらに脳性マヒの早期健診・療育のこのような動きが他の障害をもつ乳幼児の療育にも影響を与え、障害児全般の取組に進展しつつあります。

② 通園施設・通園事業・施設の地域療育事業

道内の通園施設や入所施設は、昭和54年の養護学校義務化の前後から就学前の障害児を受け入れ始めました。

全道的な動きとしては、1歳6ヵ月健診や3才児健診が普及するにしたがって、発見される障害児の早期療育の受け皿が求められるようになってきました。道内には現在、通園施設が14ヵ所、心身障害児通園事業を行っている施設が16ヵ所、市町村が単独に通園事業を行っているものが20ヵ所ほどあります。このうち通園施設は障害別になっていて対象児の基準が厳密であることや徴収金の問題などがありますが、心身障害児通園事業の方は対象とする児童の障害の範囲を広くとらえ確定診断できない早期からの療育に有効であることや費用がかからないことなど柔軟性があるため利用しやすい、地域に根ざしたものになっていることから早期療育の場として今後道内に広がっていくことが期待されています。

もうひとつの道内の動きは、精神薄弱児入所施設が母子短期療育事業、巡回療育相談事業を行う地域療育事業に取り組み、早期療育に一定の成果をあげていることです。この取組は療育についての力量をもつ児童の入所施設の地域サービスとして今後大いに進められていく可能性が考えられます。

③ 特殊教育諸学校における早期療育

特殊教育諸学校幼稚部は障害をもつ3歳以上6歳未満の幼児に必要な指導を行っています。昭和39年に初めて札幌ろう学校に設けられてか

表4 身体障害者手帳及び療育手帳の交付状況（63年3月末日現在）

区 分	手 帳 交 付 数														備 考	
	身 体 障 害 者 手 帳 a											療 育 手 帳 b		重 複 障 害 c		計 (a+b)
	肢 体 不 自 由		視 覚		音 声 言 語 等	聴 覚 平 衡 機 能		内 部 障 害		小 計		判 定 A	判 定 B			
	1~2級	3~6級	1~2級	3~6級	3~4級	2級	3~6級	1級	3~4級	1~2級	3~6級					
0 歳	11 (1)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	20 (0)	1 (0)	34 (1)	1 (0)	3 (1)	1 (0)	1 (0)	39 (2)	
1 歳	71 (3)	4 (0)	7 (0)	1 (0)	0 (0)	7 (0)	6 (1)	36 (2)	2 (1)	121 (5)	13 (2)	10 (5)	20 (2)	7 (0)	164 (14)	
2 歳	97 (9)	10 (1)	5 (0)	0 (0)	0 (0)	20 (0)	9 (0)	38 (0)	4 (0)	160 (9)	23 (1)	31 (9)	38 (1)	10 (0)	252 (20)	
3 歳	98 (14)	30 (1)	7 (0)	0 (0)	2 (0)	27 (0)	18 (0)	60 (0)	12 (2)	192 (14)	62 (3)	42 (14)	61 (3)	17 (0)	357 (34)	
4 歳	127 (15)	24 (1)	7 (0)	2 (0)	0 (0)	13 (0)	9 (2)	33 (4)	10 (3)	180 (19)	45 (6)	81 (22)	71 (3)	25 (0)	377 (50)	
5 歳	110 (14)	34 (3)	9 (0)	1 (0)	0 (0)	20 (0)	17 (2)	44 (1)	7 (0)	183 (15)	59 (5)	85 (16)	120 (4)	20 (0)	447 (40)	
6 歳	101 (9)	32 (6)	6 (0)	2 (0)	1 (0)	35 (0)	20 (0)	28 (2)	12 (0)	170 (11)	67 (6)	94 (9)	128 (8)	17 (0)	459 (34)	
合 計	615 (65)	134 (12)	43 (0)	6 (0)	3 (0)	123 (0)	79 (5)	259 (9)	48 (6)	1,040 (74)	270 (23)	346 (76)	439 (21)	97 (0)	2,095 (194)	

- (注) 1 本表はすでに身体障害者手帳や療育手帳の交付を受けているものを調査したものである。
- 2 ()は身体障害者手帳と療育手帳を重複して受けている者の別掲である。
- 3 重複障害の欄は、身体障害者手帳と療育手帳を重複して受けている者である。(a の()= b の()= c)
- 4 身体障害者手帳の障害名が重複している場合(例、肢体不自由と視覚障害等)は、その重い方の障害欄に記入してある。

表5 身体障害者手帳交付状況（18歳未満）

各年3月31日現在

障 害 区 分	59			60			61			62			63		
	重 度	そ の 他	計	重 度	そ の 他	計	重 度	そ の 他	計	重 度	そ の 他	計	重 度	そ の 他	計
視 覚 障 害	314	210	524	333	219	552	305	198	503	302	205	507	310	203	513
聴 覚、平 衡 機 能 障 害	582	400	982	619	437	1,056	607	424	1,031	609	462	1,071	620	461	1,081
音 声、言 語、又 は そ し ゃ く 機 能 障 害	0	58	58	0	60	60	0	55	55	1	52	53	2	49	51
肢 体 不 自 由	2,233	1,365	3,598	2,397	1,402	3,799	2,397	1,333	3,730	2,441	1,285	3,726	2,522	1,274	3,796
内 部 障 害	334	154	488	438	174	612	467	184	651	547	196	743	595	219	814
(比 率)	(61.3)	(38.7)	(100)	(62.3)	(37.7)	(100)	(63.2)	(36.8)	(100)	(63.9)	(36.1)	(100)	(64.7)	(35.3)	(100)
合 計	3,463	2,187	5,650	3,787	2,292	6,079	3,776	2,194	5,970	3,900	2,200	6,100	4,049	2,206	6,255

(注) 重度は1・2級、その他は3~6級。

ら次第に拡充され、63年5月現在、全道の盲・ろう・養護学校（肢体不自由）で31学級、116名の幼児が在籍しています。

3歳未満児については学校教育法の対象外とされていますが、聴覚障害児の療育は乳幼児期

から開始する必要があることから道は3歳未満の聴覚障害をもつ乳幼児の療育を開始しました。関係する分野が役割を分担し、各ろう学校では63年4月から3歳未満児を受け入れて療育事業を行い、道立札幌肢体不自由児総合療育センター

北海道立札幌肢体不自由児療育センターにおける一般入院、母子入院の推移 (表5～表9)

表6 年度別、疾患別入院児童の推移

区分	総数	脊髄性小児麻痺(ポリオ)	脳性麻痺	先天性股関節脱臼	関節炎後遺症	痲痺症	先天性内反足	ベテラス症	外傷性後遺症	その他
昭和28年度	44	18	11	—	7	—	1	—	—	7
29	32	19	8	—	1	—	3	—	—	1
30	22	14	6	—	—	—	2	—	—	—
31	22	15	3	—	—	—	2	—	—	1
32	82	51	6	—	4	—	8	—	—	2
33	47	24	10	—	3	—	3	—	—	2
34	63	40	8	—	6	—	—	—	—	4
35	51	37	4	—	4	—	1	—	—	1
36	69	50	4	—	5	—	3	—	—	5
37	46	29	8	—	—	—	4	—	—	4
38	88	59	14	—	9	—	1	—	—	3
39	106	101	2	—	1	—	—	—	—	—
40	126	109	11	—	—	—	—	—	—	5
41	102	82	10	—	—	—	2	—	—	4
42	64	48	7	—	4	—	—	—	—	4
43	43	38	1	—	2	—	1	—	—	4
44	43	31	4	—	—	—	1	—	—	3
45	47	29	10	—	1	—	—	—	—	4
46	39	16	12	—	2	—	1	—	—	2
47	57	33	8	—	1	—	1	—	—	14
48	63	17	27	—	3	—	—	—	—	10
49	26	14	24	—	5	—	1	—	—	5
50	104	7	67	—	7	—	—	—	—	11
51	63	2	42	—	—	—	2	—	—	11
52	54	—	37	—	3	—	1	—	—	10
53	74	1	52	—	—	—	1	—	—	3
54	80	2	39	—	1	—	—	—	—	9
55	67	1	43	—	3	—	—	—	—	1
56	85	1	64	—	—	—	—	—	—	10
57	96	—	63	—	—	—	—	—	—	4
58	66	—	48	—	—	—	—	—	—	21
59	57	—	36	—	—	—	2	—	—	13
60	83	—	58	—	—	—	2	—	—	16
61	79	—	48	—	—	—	1	—	—	5
62	73	—	55	—	—	—	—	—	—	16

(注) 入院児童は、当該年度内に入院した児童を指す。

表7 年度別、疾患別母子入院児童の推移

区分	総数	脊髄性小児麻痺(ポリオ)	脳性麻痺	先天性内反足	外傷性後遺症	その他
昭和36年度	126	115	11	—	—	—
37	281	192	96	—	—	3
38	145	27	113	—	—	5
39	150	25	116	—	—	9
40	126	7	111	—	—	8
41	132	2	122	—	—	8
42	134	1	130	—	—	3
43	123	1	112	—	—	10
44	121	1	104	—	—	16
45	111	2	88	—	—	11
46	107	—	99	—	—	8
47	115	—	97	—	—	18
48	157	—	122	—	—	35
49	140	1	114	—	—	23
50	139	—	125	—	—	14
51	136	—	130	—	—	6
52	141	—	131	—	—	9
53	139	—	132	—	—	6
54	139	—	121	—	—	18
55	139	—	117	—	—	21
56	134	—	122	—	—	24
57	132	—	108	—	—	24
58	124	—	107	—	—	16
59	106	—	87	—	—	18
60	124	—	91	—	—	31
61	130	—	85	—	—	42
62	152	—	104	—	—	45

(注) 母子入院児童は、当該年度内に母子入院した児童を指す。

表8 入院児童の障害手帳所持状況の推移（各年度とも5月1日在籍）

区 分	昭和58年度		59		60		61		62	
	人員	割合	人員	割合	人員	割合	人員	割合	人員	割合
総 数	114	100	108	100	105	100	105	100	105	100
重 度 (1～2級)	86	75.4	83	76.8	82	78.1	89	84.8	85	80.9
中 度 (3～4級)	11	9.7	10	9.3	8	7.6	4	3.8	3	2.9
軽 度 (5～6級)	8	7.0	5	4.6	4	3.8	2	1.9	2	1.9
未所持	9	7.9	10	9.3	11	10.5	10	9.5	15	14.3

(注) 区分欄の数値は身障手帳の等級を示す。

表9 母子入院児童の障害の重複化・多様化の傾向

障 害 区 分	50	55	60
脳性マヒ	64.6%	33.9	32.5
脳性マヒ+癱瘓	2.5	1.7	2.5
脳性マヒ+てんかん	11.5	8.5	5.0
脳性マヒ+てんかん+精神	1.3	13.6	7.5
精神+運動	1.3	5.1	12.5
精神+てんかん	2.5	5.1	—
てんかん+運動	—	—	1.3
中枢性協調障害	—	—	12.5
その他	16.3	32.1	26.2

(注) 1 精神：精神発達遅滞、運動：運動発達遅滞
 2 中枢性協調障害は55年度までは分類していなかった。

表10 1歳6ヶ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	実施人員	受診率	判 定 別 内 訳		
					正 常	要 指 導	要 精 検
昭和57年度	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
59	179	34,238	29,781	87.0	23,581	5,624	576
60	183	34,277	30,072	87.7	24,097	5,371	604
61	186	33,807	30,240	89.4	24,104	5,479	553

資料 母子衛生関係事業実績報告（札幌市・小樽市・函館市を除く）

表11 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 検	(うち受診者)
	人	人	%	人	人	人	人
昭和57年度	50,648	42,087	83.1	35,913	4,700	1,474	1,272
58	47,866	40,000	83.6	33,741	4,801	1,458	1,355
59	47,198	39,002	82.6	32,194	5,474	1,334	1,148
60	46,612	38,785	83.2	30,842	6,722	1,221	1,086
61	45,925	38,528	83.9	30,784	6,528	1,217	1,048

資料 母子衛生関係事業実績報告（札幌市・小樽市・函館市を除く）

には耳鼻咽喉科が開設され肢体不自由と聴覚障害を合わせもつ児童に対する専門的療育を担い、また、聴覚障害乳幼児の早期発見のため乳幼児健診の中でスクーリング及びネットワークモデル事業が実施されています。

④ 幼児のこことばの教室の活動

多くの障害像は乳幼児期では運動発達の遅れとして現れ、幼児期には「こことばの問題」として気づかれるので、「こことばの教室」という名称は相談・療育機関の中で親に最もしたしみやすく、早期療育の場として利用し安いものとなっています。

したがって、さまざまな障害をもった障害児が最初の窓口として訪れることになり、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・他の機関へつなぐ機関・療育の場の三重の意味で重要な役割を果たす可能性をもっていますので、今後は他に療育資源のない地域では障害乳幼児療育のセンターとなるような活動が期待されます。

⑤ 障害児保育

本道における障害児保育について昭和48年度から58年度までの推移をみると保育を受ける障害児が年々増えていること、多岐にわたる障害種別の児童を受け入れていること、また保育の効果は障害児と健常児の双方に認めるものが多く、この割合が年々上昇していることなどから、保育界が障害児指導で着実に力をつけてきており、障害児保育が早期療育の重要な役割を担う

ようになっていると考えられます。

(4) 早期療育の課題

これまで述べてきた障害児の状況や早期療育の動向から導きだされる課題をまとめておきます。

① 障害の予防

障害の早期発見・療育と障害の発生を少なくすることとは密接不可分な関係にあるので早期療育の営みの中に入れて考えてきました。

今日の子防医学は周産期における母子の健康管理・治療を可能にし、その成果は周産期死亡率低下となって現れています。(表12)

本道においては保健医療圏（第一次～第三次保健医療圏）の設定を行いそれぞれの保健医療圏ごとに保健医療体制の整備が進められていますが、特に未熟児や新生児の対応については新生児集中強化治療室を整備することにより大きな成果をもたらすので、周産期における妊婦のうち危険度の高い者を周産期医療施設で管理し、生まれた新生児に障害があれば直ちに治療を始めるという周産記医療は「予防」と「治療」の両面が期待されており、道内どこにいても十分なサービスを受けられるよう充実される必要があります。

② 障害の発見

早期に異常や発達の遅れを発見することは障害の除去や軽減に大きな意味をもちますが障害の確定については慎重に判断する必要があります。

早期であるほど障害なのか個人差なのかを判

表12 周産期死亡数、率（出生千対）・年次別

年次	実数			周産期死亡率（出生千対）			周産期死亡中後期死産の占める割合（%）
	総数	妊娠満28週以後の死産（後期死産）	生後1週未満乳児死亡	総数	妊娠満28週以後の死産比（後期死産比）	生後1週未満乳児死亡率	
昭和35年	3,467	2,683	784	36.9	28.6	8.3	77.4
40	2,728	1,931	797	28.2	20.0	8.2	70.8
45	1,878	1,298	580	20.4	14.1	6.3	69.1
50	1,396	845	551	15.6	9.4	6.1	60.5
55	900	558	342	11.9	7.4	4.5	62.0
56	822	541	281	11.4	7.5	3.9	65.8
57	736	488	248	10.1	6.7	3.4	66.3
58	623	395	228	8.7	5.5	3.2	63.4
59	609	359	250	8.7	5.1	3.6	58.9
60	562	363	199	8.5	5.5	3.0	64.6
61	449	292	157	7.0	4.6	2.5	65.0

資料 人口動態統計 昭和61年概数

断するのは難しく、また親に心の準備ができていないため安易な診断と告知は親の心の心理的負担を重くし、時には誤った療育指導をすることにもなりかねません。従って、子どもの成長段階に応じた精密な診断を行い、経過を追い、必要に応じた適切な療育に結びつけるという柔軟な体制の整備が図られることが大切です。

③ 相談機能

乳幼児健診から療育の全過程にかかわって相談機能が重視されなければなりません。

早期において、場合によっては障害があると気づかず心の準備ができていない時点で診断され障害を告げられる親に対しては、特に最初の段階から継続的にかかわりをもつ相談者が必要です。

早期療育においては、同じ立場から親が集い語り合える場の用意も極めて重要ですが、これと併せて、少なくとも子どもが就学にいたるまでの間は、相談機能を担う人と場所が身近なところに確保されるべきです。

診断や療育の場と接点をもった相談機能を発揮する場が少ないので、保健婦による相談機能の強化と併せて、地域の保育所に相談機能をもたせること、家庭児童相談室の機能強化を図る

こと、各地にある特殊教育諸学校に教育相談の窓口を開設するというような対策が検討される必要があります。

④ 療育資源

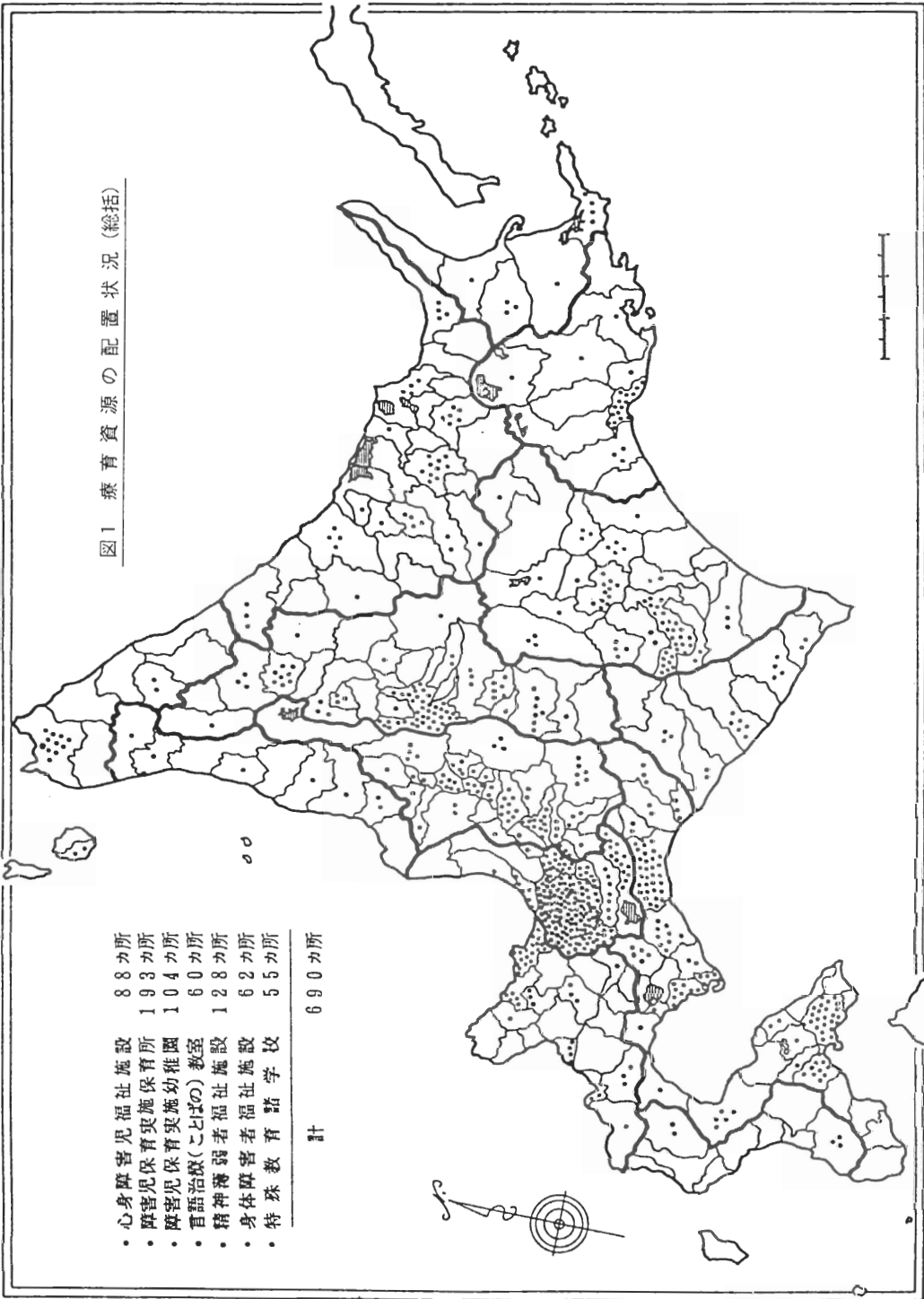
本道の、早期療育の場合は、障害別の通園施設、市町村の単独事業を含めた心身障害児通園事業施設、幼児のこたばの教室、障害児保育を実施する保育所・幼稚園や特殊教育諸学校の幼稚部などがあり、その数は徐々に増えてきています。

しかしながら、これらの分布状況を見ると、都市に集中している一方で過疎地域では不足していたり全く無いというところが数多くあって療育資源の地域偏在の問題を考える必要があります。（図1）

早期療育の対応は障害児の成長過程においてその後の発達の水準を規定してしまいかねない重要な問題ですので、これらの療育資源が不足或は空白の地域については日常的な基礎的療育ニーズを満たす療育の場を早急につくり、地域の早期療育を促進しなければなりません。しかし、このような地域は経済的基盤が弱いとか人材確保が難しいなどの問題を抱えているため何らかの支援策が講じられる必要があります。

⑤ 健診から療育へのつなぎの問題

図1 療育資源の配置状況(総括)



健康診査から精密検診へ、精密検診から療育、さらには保育、教育はどうつなげ、またその逆の流れ（結果の連絡）をどう図るかという連携と調整の問題があります。

療育資源が不足している地域ではもとより、様々な療育資源が整備されている地域においてもそれぞれの関わりが個々バラバラになされている傾向があり障害児の必要とする療育が必ずしも適切に提供されていないことから、関係する機関相互の連携や調整のシステムをつくっていく必要があります。

この問題は療育内容の相互理解や役割分担ということになりますが、ケースのたらい回し、押しつけあい、抱え込み、奪いあいさらには反目や連絡の不十分ということをよく耳にします。そのため、費やす気遣いや調整のためのエネルギーは必ずしも小さいものではありませんからこれらの問題を改善していく必要があります。

⑥ 療育の総合性

前述したように、障害の態様が重度化、重複化しており、従来の肢体不自由とか精神薄弱という障害種別の対応では対応しきれなくなっていることから、障害乳幼児に対しては各専門分野（医師・保健婦・理学療法士・作業療法士・言語療法士・相談員・臨床心理士・指導員・保母・教師など）のチーム・プレーによる総合的な療育活動になることが必要です。

⑦ 療育関係職員の養成・研修・倫理

早期療育は健診・診断・判定・相談、療育のどの段階または分野をとってみても高度の知識と技量そして経験を必要とします。

しかし、療育関係者の養成と研修の現状は極めて不十分なことから、療育関係職員の養成システムは今後検討されるべきであること、また研修については、各地で自発的な活動が始まっているのでそれらへのバックアップを含めて本格的な研修システムがつけられる必要があります。

倫理については、早期療育は事実上慎重な配

慮と力量を要する仕事なので、倫理規定のある医師・保健婦以外の各分野の療育関係者にも倫理面での十分な配慮が望まれます。

⑧ 地域における療育の取組み

早期療育を必要とする時期は成長過程でも最も重要な時期であり、家庭を基礎とした身近な地域で日常的に療育が行われなければなりません。

しかし、療育にかかわるニーズは基礎的なものから高度で専門的なものまで障害の態様によって幅広いものなので、対応する全ての療育サービスを身近な地域で用意することは社会資源の状況、今後の整備見込や経済的な効率性などを考慮すると困難であると思われます。従って、早期療育システム化に当たっては、サービスの水準、頻度等を考え、そのサービスを提供するのに適した圏域（以下「療育圏」という。）を重層に設定して取り組んでいくべきであると考えます。

⑨ 圏域内、圏域間のネットワークシステム

それぞれの圏域内では、各種医療機関、乳幼児健診の機関、各種相談機関、障害別通園施設、通園事業施設、保育所、特殊教育諸学校、地域就学指導委員会などが構成する組織を通じて連携し円滑な活動を展開できるようにする必要があります。このようなネットワークをどうつくるかがヨコ糸の問題です。

そのために全体をコーディネート（調整）するキー・エージェンシー（中心となる機関）やキー・パーソン（療育を実践する際の調整役）をどこが担うかも課題になります。

一方、療育園をまとめ道内全体の進展を支えるシステムをどうつないでいくかというのがタテ糸の問題です。これは、第一次～三次療育圏の役割とその連関の問題になります。

⑩ 中核的施設のあり方

最後は、最も専門的な役割を果たすことが期待される早期療育の中核的施設のあり方に関する問題です。

「肢体不自由児」の療育で中核的役割を果た

しているのは道立肢体不自由児総合療育センターですが、入院や外来診療の障害児の態様が近年著しく変化し重複した障害をもっていたり重度の障害児が増加していることから、多様化した疾患に対する正確な診断を行う多科的診療や検査体制の確率とそのため各種のパラメディカルスタッフを確保することが求められています。また同センターのもつ専門性を生かし広く道内の療育機関への指導を行うことや療育関係職員への研修という面の機能強化もこれから必要になってきます。

このような役割を期待される中核的施設のあり方については後日まとめられる予定です。

3. 北海道における早期療育システムのあり方

(1) 早期療育システムの基本的考え方

前節で述べたように、本道の早期療育の現状は、療育資源の地域偏在、療育関係機関の連携が不十分であることや重度化、重複化する障害児の態様の変化に十分対応できるものになっていないことなどの問題があり、これらに起因する様々な解決すべき課題を抱えています。

以下、これらの課題に的確に対応するための北海道における早期療育システムについて考えていきます。

早期療育システムの基本的な構成要素は次の表のとおりです。

ここで早期療育の前提となる考え方を整理して

おきます。

- ・ 早期療育の対象の範囲は、発達が疑われるが障害を確定するまでには至っていない経過観察中の乳幼児も含めること。
- ・ 療育の主体は母親であることを考えた場合、障害児に対する対応ばかりではなく、親子ぐるみの対応が必要であること。

① システム化の視点

次の三点が考えられます。

〔地域性〕

第一は、早期療育は障害をもつ児童の発達段階の最も重要な乳幼児期になされる必要があり、日常的、継続的な関わりが重要となることから、家庭を中心とした身近な地域において必要なサービスが提供されなければならないという「地域性」です。

〔総合性〕

第二は、年少児であるため、精神発達面の遅れなのか運動発達面の問題なのか分けられない特殊性と、近年、障害の態様が重度化、重複化し、従来の障害種別では対応しきれなくなっているため、心身障害児全般に対応する各専門分野のチームプレーとして総合的に取り組んでいかなければならないという「総合性」です。

〔一貫性〕

第三は、必要とする療育サービスが必要とする時に適切に提供され障害乳幼児の発達を最大限に保障していくため、発達段階に応じた発見、

早期療育の構成要素

区 分	主 な 役 割
発 見 (母子保健サービス)	・ 予防的対応 ・ 疾病、障害の発見 ・ 疾病、障害の確定診断・判定
治 療 (医学的サービス)	・ 予防的対応 ・ 治療による障害化の防止
療 育 (医学、教育、福祉サービス)	・ 障害の軽減 ・ 障害に伴う心身の二次障害発生の防止 ・ 障害の特性に応じた発達促進
家 庭 援 助 サ ー ビ ス (心理、社会的サービス)	・ 障害受容のカウンセリングと相談活動 ・ 障害児養育の指導・援助 ・ 社会的サービスのガイダンスと給付

相談、療育、保育などの一貫した取組となっていなければならない。という「一貫性」です。

② システム化の基本方向

これらの視点を踏まえてシステム化を進めていく基本方向は次のとおりです。

〔圏域の設定〕

第一は、障害をもつ乳幼児がどのような地域にいても安心して適切な療育サービスを受けることができるシステムをつくらなければなりません。障害の態様に依りて必要とする療育サービスを日常的なものから専門的、さらにより高度で専門的なものというように段階的に圏域を設定して用意し、圏域内における効率的なサービス提供の仕組みにすることが必要です。

〔関係機関のネットワーク〕

第三は、それぞれの圏域においては、障害乳幼児の発達を最大限に保障するよう、障害種別による対応ではなく心身障害児全般を対象として療育に関わる様々な資源を総動員し関係機関の連携によるネットワークをつくる必要があります。

〔圏域間の支援〕

第三は、各圏域相互の連携を図り、サービスの提供が十分でない地域へのサービスの補完や療育関係職員の研修、技術援助などの圏域間の支援のシステムをつくる必要があります。

(2) 早期療育システムの展開

次に、早期療育システムの展開について述べます。

① 療育圏の設定

ア 療育圏設定の考え方

早期療育システムについては、全道的に一定水準の療育サービスを安定的に供給することを目的に、療育サービスの日常的なもの、専門的なもの、さらにより高度で専門的なものそれぞれに適した範囲の三つの圏域（第一次～第三次）を設定して、その圏域に必要な機能を整備し、圏域内、圏域間の連携による総合的な療育サービスを提供する体制をつくりあげることが必要です。

イ 療育圏の役割

第一次から第三次までのそれぞれの療育圏の具体的な役割は次のとおりです。

（ア） 第一次療育圏

この圏域は、最も身近な地域における日常生活に関わる利用頻度の高い療育ニーズに答える機能をもち、システムの基本的な区域とします。範囲は保健所の圏域等を考慮し、原則として複数市町村或は市（町村）が考えられます。

〔主な機能〕

- ・乳幼児の把握
- ・問題発見のスクリーニング
- ・日常的な療育訓練
- ・日常的な相談及び指導
- ・各種制度の提供
- ・地域内の関係機関の連絡調整

〔今後の展開〕

発見の分野では医療機関、市町村の保健婦や保健所など、相談の分野では福祉事務所、市町村役場、特殊教育諸学校の教育相談、児童相談所や施設の巡回相談など、療育の分野では通園施設、心身障害児通園事業施設、（市町村単独を含む）、保育所、幼稚園、ことばの教室などがあります。療育資源のないところに療育の場の整備やあっても十分でない場合の機能の充実が必要です。

これらの機関が心身障害児通園事業施設等を中心としたネットワークをつくり発見、相談、療育の一貫した取組を進めていくべきです。

（イ） 第二次療育圏

この圏域は、第一次療育圏をバックアップするとともに、専門性の高い療育ニーズに応える機能をもつ区域とします。範囲は児童相談所の圏行きを考慮し、地域生活経済圏が考えられます。

〔主な機能〕

- ・専門的な相談・診断・治療・判定

- ・母子の短期療育訓練
 - ・第一次療育圏への巡回療育相談
 - ・第一次療育圏への専門スタッフの派遣・技術援助
 - ・圏域内の関係機関及び第一次、第三次療育圏との連絡調整
- 〔今後の展開〕

発見の分野では医療機関、相談機能も持つ児童相談所や保健所、療育の分野は心身障害児の入所施設などがあります。これらの中から必要な機能を付与することによって中心的な機能を担う地域療育センターを整備し、これを中心としたネットワークをつくり発見、相談、療育についての専門的な取組み及び第一次療育圏への支援を進めていくべきです。

(ウ) 第三次療育圏

この圏域は、第一次、第二次療育圏では対応出来ない高度、専門的な療育ニーズに応える機能をもち早期療育システムの完結をめざす区域とします。範囲は全道域が考えられます。

〔主な機能〕

- ・高度、専門的な相談・診断・判定
- ・高度、専門的な治療・療育・訓練
- ・母子入院
- ・療育関係職員の養成、技術講習
- ・第二次、第一次療育圏へのスタッフの派遣、技術援助
- ・専門的研究、情報サービス

〔今後の展開〕

発見の分野では小児総合保健センターや、大学病院、相談の分野は特殊教育センターがあります。システムを完結させるため発見・相談・療育の総合的な機能を持つ中核的な施設を整備し、ここを中心としたネットワークをつくり、高度で専門的な取組み及び第一次、第二次療育圏への支援を進めるべきです。

ウ 療育圏の区域

このような考え方に立って第一次から第三次までの療育圏を次のとおり設定するのが適当です。

〔第一次療育圏〕 複数市町村或は市町村

〔第二次療育圏〕 地域生活経済圏

(道央以外は児童相談所圏域と一致)

〔第三次療育圏〕 全道域

② システム整備の展開方策

それぞれの圏域のもつ役割を發揮し早期療育システムを円滑に機能されるため今後具体的に推進すべき方策について述べます。

推進に当たっては、システムの整備は基本的に一次から積み上げていくとともに、地域の特製を踏まえて既存の資源を最大限活用しそれぞれの地域に最もふさわしいものとしてつくることが必要です。

ア 第一次療育圏

- ・1歳6ヵ月健診未実施町村の解消

1歳6ヵ月健診は、早期発見の重要な役割を果たしているため、市町村の取組みを促進し、未実施市町村及び未受診幼児の解消を図ること。

- ・6～7ヵ月検診の拡充

診断技術の向上により一部の障害については超早期の発見が可能になっているため、市町村が独自に取組んでいる乳幼児健診のうち6～7ヵ月健診を拡充すること。

- ・健診事業における医師との連携

早期発見の分野においては適切な障害の診断が必要となるため、健診事業において専門的な知識をもった医師との連携を図ること。

- ・経過観察時の事後指導体制の整備

健診の際に発達の遅れや場外が疑われる乳幼児に対する観察相談と療育の両機能をもった事後指導体制を整備すること。

- ・相談・指導体制の整備

障害乳幼児をもつ親は様々な問題をかかえているため、心理的、社会的にサポートしていくための相談・指導体制を整備すること。

- ・特殊教育諸学校での幼児の教育相談の実施

及び幼稚部の設置

特殊教育諸学校の持つ専門的知識、技術を早期療育に活用することが望まれているので、全ての特殊教育諸学校で幼児を対象とした教育相談を実施し、特殊教育センターのネットワークをつくること。さらに養護学校（精神薄弱）における幼稚部の設置について検討すること。

- ・心身障害児通園事業（市町村単独を含む。）の拡充

心身障害児を対象に相談、療育の機能をもつ心身障害児通園事業は第一次療育圏の中心的機能と役割を担うため、今後その取組みを道内に広め内容を充実すること。

- ・障害児保育の拡充

身近な療育の場として幼稚園、保育所は重要な役割を果たしているため、障害児保育をさらに促進するとともに保育内容を充実すること。

- ・療育関係職員に対する研修の充実

地域における療育サービスの向上を図るため地域療育関係者の資質を向上させる研修を充実すること。

- ・推進体制の整備

イ 第二次療育圏

- ・地域療育センターの整備

中心的機能と役割を持つものとして、障害の態様に応じ、また地域の状況から最も効率良く機能すると考えられる方法で、既存の福祉施設や今後整備が進められる地方センター病院などに必要な機能を付与することによって整備すること。

- ・専門的診断・判定機能の充実

第一次療育圏で診断・判定が困難な障害に関する地方センター病院や児童相談所などの専門的な診断・判定機能を充実すること。

- ・相談体制の充実

早期療育に関する保健所や児童相談所などの専門的な相談機能を充実すること。

- ・療育関係職員に対する研修の充実

- ・推進体制の整備とともにこの推進体制の中心的な役割を担う児童相談所の機能を強化すること。

- ・第一次療育圏へのバックアップ体制の充実
第一次療育圏に対する技術援助や巡回療育相談などの実施により支援体制を充実すること。

特に巡回療育相談は現在の障害別の対応を見直し、心身障害児全般を対象として療育資源の空白遅滞や十分でない地域への支援をさらに充実すること。

また、第一次療育圏で健診事業に医師の確保が困難な地域に対して地方センター病院や地域の中核的な医療機関などからの支援を充実すること。

ウ 第三次療育圏

- ・中核的施設の整備

本道における心身障害児に対する高度、専門的な発見、相談、療育の総合的な機能をもつ、早期療育のシステムの中核的な施設を整備すること。

- ・第一次、第二次療育圏に対するバックアップ体制の充実

第一次、第二次療育圏に対し技術援助や巡回療育相談などの実施により支援体制を充実すること、

- ・療育関係職員の養成、研修機能の充実

エ 推進体制

障害児に一貫した総合的（保健医療、福祉、教育）な療育サービスを提供し発達を保障するため、第一次から第三次までの各圏域ごとに、このようなサービスを統合化、総合化してすすめるよう関係する機関等が集まって組織をつくる必要があります。

この組織は、圏域内の障害乳幼児の対策について、地域の現状・ニーズや課題の把握、推進方向の構想、ネットワークづくりや早期療育に対する住民の理解と参加を呼びかける普及啓発などに取り組み早期療育システムの推進母体となります。また、それぞれの圏域

内での療育機関相互のネットワークと圏域間のつながりをつける役割ももっています。

組織の構成は、圏域のキー・エージェンシー（中心となる機関）を中心に保健医療、療育、教育の各分野から行政、民間の関係者が構成員として考えられます。

推進組織は各圏域内及び圏域間のネットワークをすすめていくものであり、この活動が本道における早期療育システムのあり方を左右する重要な役割ももっていることから、推進体制の整備をすすめる、その活動を充実していくことが必要です。

具体的には次のようなものが望ましい。

〔第一次療育圏〕

・キー・エージェンシー

家庭児童相談室、市町村の福祉担当または保健婦

・構成

医師、保健所、保健婦、児童相談所、療育関係者、保育関係者、学校関係者、市町村母子保健・福祉担当職員等

・連絡調整機能

- 圏域内の障害乳幼児の実態や療育ニーズの把握
- システムの方向性の検討、推進の企画調整
- 障害児に対する療育サービスのケース検討
- 療育関係者の研修
- 第二次、第三次の推進組織との連絡調整など

運営に当たっては、障害児をもつ親や地域住民の意見を十分に反映することが必要です。

〔第二次療育圏〕

・キー・エージェンシー

児童相談所

・構成

地方センター病院等医療機関、保健所、児童相談所、地域療育センター、児童施設、特殊教育諸学校、市町村等

・連絡調整機能

- 圏域内の障害乳幼児の実態や療育ニーズの把握
- システムの推進についての連絡調整
- 第一次療育件で処遇のむずかしいケースの検討
- 発見、相談、療育について第一次療育圏の支援
- 圏域内の療育関係職員の研修
- 第三次、第一次の推進組織との連絡調整など

〔第三次療育圏〕

・キー・エージェンシー

道生活福祉部

・構成

小児総合保健センター、総合療育センター、特殊教育センター、道の保健医療、福祉、教育などの関係部局等

・連絡調整機能

- 全道的な障害乳幼児の実態や療育ニーズの把握
- 全道的な見地から早期療育システムの企画、推進
- 発見、相談、療育のネットワークづくり
- 第一次、第二次療育圏をバックアップする方策の企画、推進
- 療育職員の養成、研修
- 第一次、第二次の推進組織との連絡調整など

加えて障害乳幼児の早期療育についての住民の理解とボランティアなどでの参加、また関係機関等の協力を得るため、広報活動、ふれあいや交流などを通じて普及啓発をすすめることが必要です。

また、障害乳幼児を持つ母親に向けて、不安をなくするため、発達についての正しい知識や療育サービス、療育関係施設などをわかりやすく開設するガイドブック（要覧）を作成し配付することが必要です。

オ マンパワーの養成・確保・資質の向上

地域における早期療育が適切に行われるためには、療育スタッフを十分に確保することと、その資質が十分でなければならないというマンパワーの問題に 대응して、早期療育を支える医師、保健婦、理学療法士、児童指導員、保母、ケースワーカー、教師などの養成、現任訓練、研修を行うことが必要です。

そのための具体的な方策は次のとおりです。

- ・早期発見のための健診技術の導入と全道的に6～7ヵ月健診が標準化されるよう健診医、保健婦などが診断、判定機関の関係者の研修を行うこと。
- ・療育を担当する保健婦、理学療法士、作業療法士、言語療法士、児童指導員、保母等の障害児療育に携わる指導者の養成と現任研修制度を設けること。
- ・母親への相談、指導に関する知識とカウンセリング技術について健診、療育、相談関係者に十分な技術指導を行うこと。
- ・療育関係者が基礎的知識や技術を共通に身につけるためのマニュアルを作成すること。
- ・各医科・歯科大学、衛生短大等の関係者養成にあっては、障害児の療育に関する教育、実習を基礎的なものとして行うこと。
- ・社会福祉研修所等で行われている現任研修のコースに早期療育の総合的な基礎講座を設け、基本的な研修と臨床的な研修の2本立てで行うこと。

また、地域で活躍する療育関係者を集めてそれぞれの活動の情報交換や交流を目的とした研修会（セミナー）を開催することも療育の向上につながるものとして有効と思われます。（以上のポイントを図解したものが図2、図3）

(3) システムの実現に向けて

このシステムの実現に向けての進め方は次の3点に配慮することが考えられます。

① システム整備の計画的推進

この早期療育システムの一日も早い確立が望まれますが、整備に当たっては物的、人的な条

件整備が必要となり長期的な取組みとなることが予想されるので、施策の緊急性、優先順位などを十分に考慮し計画的に推進していくべきです。

② 役割分担

システム整備に当たっては関連する保健医療、福祉、教育などの様々な分野での取組みが連携と役割分担のもとに積極的にすすめられなければなりません。

また、障害児の早期療育が身近な地域において取組まれる必要があることが市町村における積極的な対応が期待されますが、同時に障害児がどの地域にいても同じ水準の療育サービスが受けられるようにするという広域的観点からの国、道のかかわりも重要になってきます。

おわりに、障害児の将来を考えると、学齢期、成人期さらには老年期まで見据えた総合的なリハビリテーションサービスを受けられるシステムの必要性にふれ、その検討を求めています。

4. おわりに

この報告を受けて道としては長い間課題となっていた障害児の早期療育システムづくりに着手しようと施策化を検討しています。

第一次療育圏では、基本的に身近な地域で日常的な療育を受けられる場の拡充を目指して支援策を講ずること、第二次療育圏では、専門的な療育サービスを提供することを目的に第一療育圏に巡回療育相談や訓練を行い地域療育センター機能を充実すること、第三次療育圏では、第一次・二次療育圏で活躍する療育関係職員の研修を実施すること、さらに第一次から三次療育圏それぞれの推進母体となる組織づくりをすすめることなどです。

また、障害をもつ子ども達が学校に入学してからライフサイクルの各段階で適切なサービスが受けられるような総合リハビリテーションシステムについても検討に入りたいと考えています。

図2 早期療育システムの概要

区分	ポイント	具体的な方策	換	要	
三次療育園	<p>大・小児保健センター 学健センター 保健センター</p> <p>特殊教育センター</p>	<p>・最も専門性の高い療育機能の整備 ・一次、二次スタッフのバックアップ ・空白対策の二次の援助</p>	<p>・中・小規模施設 ・各種研修の場 ・充実</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>	
二次療育園	<p>地方センター病院</p> <p>特殊教育諸学校</p> <p>保健所</p> <p>児童相談所</p> <p>身心障害児入所施設</p>	<p>・地域療育センター機能の整備 ・心身障害児施設地域療育事業を活用 ・他の巡回相談事業とタイアップ ・地方センター病院等とのタイアップ</p>	<p>・診断・評価の核となる施設の有成</p>	<p>・1歳8か月健診の徹底（未33歳市町村の解消） ・早期8か月健診の普及 ・医師とのタイアップ ・心身障害児（児）は保育所にパラパラを対象とするよう取り組む ・診断・評価、相談提供、療育の相談対応できるスタッフでチーム巡回し効率化を図る ・心身障害児巡回事業のミニ版を実施 ・複数市町村が共同利用を進める ・保育所の巡回相談事業の充実 ・ことばの療育がないところを補う ・相談から保育につなぐ機能をもたせる ・特設療育諸学校で教育相談の充実 ・特設療育諸学校に幼稚園の設置</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>
一次療育園	<p>地域センター病院</p> <p>医療機関</p> <p>特殊教育諸学校</p> <p>福祉事務所</p> <p>保健所</p> <p>児童相談所</p> <p>ことばの教室</p> <p>市町村（乳幼児健診）</p> <p>保育園</p> <p>幼稚園</p>	<p>・喘息体調の変化 ・保健員、保育士等のバックアップ ・巡回相談の強化 ・ミニ巡回事業の拡充 ・特殊教育諸学校の機能の活用</p>	<p>・医療機関や民間施設を考慮することが必要 ・社会資源が過剰に存在しているので空白対策に力を入れる ・複数市町村が共同利用できるような体制のバックアップが必要 ・一次～三次での取組みを総合化、統合化したものとしてすすめるために複合的なチームをつくる ・発見から療育にいたるまでのトータルなもの</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>	
三次療育園	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○高度な専門的治療 ○療育・訓練 ○母子の入院 ○療育相談の養成・技術講習・技術援助 ○研究と指導サービス ○二次健診における専門的サービス</p>	<p>＜機能＞ ○専門的な相談・評価・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>	
二次療育園	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○高度な専門的治療 ○療育・訓練 ○母子の入院 ○療育相談の養成・技術講習・技術援助 ○研究と指導サービス ○二次健診における専門的サービス</p>	<p>＜機能＞ ○専門的な相談・評価・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>	
一次療育園	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○高度な専門的治療 ○療育・訓練 ○母子の入院 ○療育相談の養成・技術講習・技術援助 ○研究と指導サービス ○二次健診における専門的サービス</p>	<p>＜機能＞ ○専門的な相談・評価・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>＜機能＞ ○総合的な相談・診断・評価 ○母子の巡回教育 ○一次健診への巡回教育相談（外来を含む） ○専門スタッフの派遣・技術援助</p>	<p>・保健員、保育士、看護師と医師とが一緒に研修</p>	

図2 早期療育システム

図3 システム整備の展開方策（主なもの）

圏	一 次 療 育 圏	二 次 療 育 圏	三 次 療 育 圏	関 係 機 関	
区	<p>複教市町村または市町村（概ね60～70）</p> <p>ポ イ ン ト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1歳6カ月健診の未実施市町村の解消 ・6～7月健診の拡充 ・健診事業における医師との連携 	<p>関係機関</p> <p>地域センター 一病院 病院 診療所 保健所 市町村保健センター</p>	<p>地域生活経済圏（道央を除いて児相圏域に一致）</p> <p>ポ イ ン ト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門的診断・判定機能の充実 ・地方センター病院などによる健診事業への支援の充実 	<p>関係機関</p> <p>地方センター 一病院 病院 保健所 児相相談所 児道施設</p>	
	<p>発見事業</p>	<p>保健婦 家庭児童相談室 ことばの教室</p>	<p>保健所、児童相談所の専門的相談機能の充実</p> <p>・巡回療育相談の充実</p>	<p>・小児総合保健センター、大学病院、療育センター、特殊教育センター間の連携強化</p> <p>・早期発見、早期療育に関する関係者への援助マニュアルの作成</p>	<p>小児総合保健センター 大学病院 療育センター</p>
	<p>相談事業</p>	<p>市町村通園事業 通園施設 ことばの教室 保育所 幼稚園</p>	<p>・経過観察児の事後指導体制の整備</p> <p>・親をサポートする相談・指導体制の整備</p> <p>・特殊教育諸学校における教育相談の実施</p>	<p>・特殊教育センターを中心とした総合相談体制の充実</p> <p>・相談機関関係者の研修の実施</p>	<p>総合教育センター</p>
分	<p>療育事業</p>	<p>市町村通園事業 通園施設 ことばの教室 保育所 幼稚園</p>	<p>・地域療育センターの整備</p> <p>心身障害児施設療育事業の推進</p> <p>巡回療育相談事業</p> <p>短期療育事業（母子訓練）</p> <p>療育関係職員の研修の充実</p> <p>推進体制の整備</p>	<p>・心身障害児総合療育センターの整備</p> <p>・職員養成、研修機能の充実</p> <p>・第一次、第二次療育圏への支援体制の充実</p> <p>・推進体制の整備</p>	<p>総合教育センター 大学病院</p>
	<p>総合連携調整組織（コーディネーター（調整役））</p>	<p>市町村における母子保健、福祉、療育関係者</p> <p>家庭児童相談室又は保健婦</p>	<p>児童相談所、地方センター病院等、保健所、地域療育センター、児童施設、特殊教育諸学校、市町村</p> <p>児童相談所</p>	<p>北海道4局、小児総合保健センター、療育関係者</p> <p>道生活福祉部</p>	<p>北海道4局、小児総合保健センター、療育関係者</p>
<p>療育の中心</p>	<p>ミニ通園施設又は通園施設</p>	<p>地域療育センター</p>	<p>心身障害児総合療育センター</p>	<p>心身障害児総合療育センター</p>	

資料1 障害児早期療育調査検討委員会設置要綱

1 趣 旨

乳幼児から学齢期にかけては、人間の成長過程の中で最も重要な時期であり、この時期における障害児に対する療育が、その後の成長に大きな影響を与えることになることから、障害の早期発見から早期療育に至る一貫した体制の整備が求められている。

このため、本道における障害児早期療育のシステム化に係る具体的対策を調査研究する委員会を設置する。

2 調査、検討事項

障害児早期療育調査検討委員会は、次の事項について調査、検討する。

- ・ 本道における障害児早期療育の現状と課題
- ・ 障害児早期療育システムのあり方
- ・ 療育園の設定
- ・ その他関連する諸問題

3 構成委員等

- (1) 委員会は、10人の委員で構成する。
- (2) 委員は、次に掲げる分野別に知事が委嘱する。
学識経験者、療育関係者、保健医療関係者
- (3) 委員会に、委員の互選による委員長を置く。

4 委員会の招集

委員会は、北海道生活福祉部長が招集する。

5 委員会の主宰

委員会は、委員長が主宰する。

6 庶 務

委員会の庶務は、北海道生活福祉部障害福祉課において処理する。

7 その他

この要綱で定めるもののほか、委員会の開催に必要な事項は別に定める。

資料2 障害児早期療育調査委員会委員名簿

(50音順)

氏 名	所 属	換 要
伊 藤 則 博	北海道教育大学旭川分校教授	委員長、起草委員
忍 博 次	北星学園大学教授	
近 藤 弘 子	おしまコロニーおしま学園園長	起草委員
佐々木 明 員	道立太陽の園ひまわり学園指導課長	起草委員
佐 藤 章	岩見沢保健所所長	
佐 藤 毅	道立保育専門学院院長	
笹 原 克 己	北海道小児科医会会長	
設 楽 雅 代	市立札幌病院平岸分院静養院副院長	
高 橋 武	道立札幌肢体不自由児総合療育センター院長	
森 岡 永 吾	緑星の里総合施設長	

3 討論とまとめ

座長： どうもありがとうございました。丁度このところで特別報告の予定時間、プログラムでお伝えしている12時10分になってしまいました。10分遅くに始まったということでは、多少時間が使えるかなとも思っていますけれども、会長先生が後ろのほうで非常に時間を気にされているということもあって、どうしたものかと思っているんですけれども、10分位ずらしていただきたい。さて、今詳細に喜多先生からのお話と、熱田先生からの話がありました。これは合わせてセットのものでありますから、早期発見、早期療育のこれからのあり方に関わってそれぞれのところの立場から御意見あるかと思っています。で、いろんな考え方あるかと思えますけれども、自給自足体制、それぞれの地区でパーフェクトにすべてをこなさざるという道も一つの方法としてあるかもしれませんけれども人的にも財政的にも、制限されるという状況が一つあることともう一つは、いろいろな社会資源といましようか、人材といましようか、他機関のシステムを有効に活用するという道も一方の極にあるのではないかと思うんですね。そういう意味あいからいけば、北海道にある強力な力を持っているいろいろな機関を、有効に地域の取り組みの中に吸い込んでいく手だてがないものだろうかというようなことなども含めて、いろいろと御意見があるかと思えます。喜多先生もその辺のイメージもまたお持ちになっているかと思えます。昨日分科会で、私は第三分科会の障害児保育に参加させていただいた時に、いろいろな指導機関の、あるいは診断機関が、どのような仕事をされていて、またどういふことが、我々期待できるのか、あるいは相談に乗ってもらえそうなのか、と。この研究会でPRして欲しいというような御発表などもありました。

で、道内で主要な機関がありますけれども、それ自体が、建物内だけの活動に限らず、結構全道を視野に入れた取り組みをこれまでもしてきた経緯もあるかというふうに思うんですね。

そういう意味で御質問等、今日はいろいろあるかと思えますけれども、私の方で指名させていただきます。

道の療育センター、巡回相談、ずっと長い歴史の中でやられていて、これから先はどういうかたちになるかはわかりませんが、現状はどのような状況になっているか、全道を視野に入れながら、非常にこう各地区に入られていた経験などの中でお感じになっていることがあれば、センターの佐久間先生。申しわけありませんが少し触れていただければと思います。

それから教育関係から特殊教育センター、総合相談所、児相というからみの中で、また一回り大きな動きを起しそうな感じもいたしますけれども、教育の側面からみた巡回相談、その後どういふふうな状況になっているのかについて、佐藤義昭先生か、どなたかに御発言いただきたい。

それでは、佐久間先生、後発言おねがい致します。

佐久間： 突然の御指名なので私も頭の中がまとまりませんが、先程の乳幼児健診の中で一つありますのは、1ヶ月健診というのがあるということを申し上げたいんです。これは奇形児を見つけ出すという意味で、ほとんどは、大学病院の産科あるいは個人病院の産科に、小児科医が派遣していきましてですね、そこで1ヶ月児の乳健をやっております。そこでほとんどの奇形児を把握しているということが一つあります。

それから、私どものセンターは、初めはポリオからきて、だんだん脳性マヒ対策に移行し、その中に療育センターという名前が変わってやってまいりましたけれども、それがだんだん子供の医学のケアが良くなってきてから心身が変わってきた、あるいは重複、それから早期発見、早

期療育ということで幼児化してきた、対象が小さくなってきた。

そして、しかもこれが重度化してきたというところがございます。それで結局、子どもが成長していくには、ただ訓練の先生や私たちがチェックしたり訓練したりすることよりも、お母さんにそれを覚えてもらうということの方を考えはじめたのです。

それで外来では中々できないという面がございまして、母子入院というかたちをとって、お母さんたちを教育しているということがあります。母子入院の中には、子どもの安全な診断のはっきりすることをしたり、それからお母さんに訓練を教えたり、それから遊びという中で子どもをひき出すという意味と、能力をひき出すという意味も含めて、保育に力も入れています。

できれば、総合的なアプローチをしたい。例えば、食事の指導のこと、栄養のこともいっしょにやっております。外来でも栄養のことをやっております。

それから、その地域の通園センターと、私たちとのネットワークを作っております。ですからそれは同じ気持ちで言いますか、考え方でアプローチしていくというかたちになっています。

ですから母子入院して、帰る時は最寄りの通園センターの先生がおいでになってそこで、うちのPT、ST、OTの方と話し合いをして良くコンタクトをとっているということがございます。それから、北海道は広うござまして中々私どものところまで、おいでになることも大変な方もたくさんいらっしゃいますので、巡回相談と巡回キャンプと二つを行っております、地域に出向いてまいりまして、中から発見したり、あるいは皆さんのお子さんを見せていただいて、いっしょに診察と訓練と、全部行ってきております。

それから私たちの一つの特徴といたしましては、総合診療と言う、総合診察というのをこなっております、これには、学校の先生から、

ケースワーカーの方から、看護婦さんから、保母さんから、医師は、小児科、整形外科とかいろんな先生方も入って一貫した療育をしていきたいっていうか、その子のこれからの何ヶ月間からのアプローチを、同時にみんなでいっしょになって、同じ方向に向けて療育していきたいというシステムをとっています。

私たちの建物も古くなりましたので、これから5、6年後には新しくして下さるだろうと思っているんですけども、その時に先程道の熱田さんのお話がありましたように、総合的ないろんなことを考えたものができあがっていくんじゃないかなと思っています。

それから、もう一つ忘れてましたが、10年程前からどうしてもあの視力障害とか、目の方も私検査した人ですけども、脳性マヒから相当たくさんの方の80何パーセントの方がどっかこっか目も悪いということが分かりました。

こういうことがわかったのと、やはりあの、難聴の子がいて、それを他の、例えば北大とか、そういうところに結びつけてから、ろう学校やなんかをお願いしていくというかたちがありましたけれども、今度新たに耳鼻科がうちの方に開設されまして、先生も医大の方からおいでになって、定数化されましてやってくれているというのが私のところの、療育センターの近況でございます、これでよろしいでございますか。

座長：どうもありがとうございます。

それでは佐藤先生よろしく申し上げます。

佐藤：道教育庁の特殊教育課の佐藤でございます。昨年もそうだったんですが、昨日、今日とこの早期療育の、こういう研究会に出ていますと、いわゆる学校教育の責任といいますが、こういう早期療育の成果というものを、どういうふうに学校教育の中に生かすかということが大変重要だなあと感じています。

この3月まで特殊教育センターの方におりましたので特殊教育センターの今年度の実態についてまだ充分把握してないんですが、昨年は28

会場で巡回教育相談をやっております。その他に来所相談ということで、教育相談はこの二本で行っております。

そして、巡回教育相談をやって、その後経過を必要とする場合には、巡回教育相談の関連の中で行っております。また、総合相談所とも、お医者さんという関係で連携してやっているということを聞いております。特に今年度は、児童相談所、総合相談所、それから特殊センターと三機関が連携した相談ということをやっているということを聞いておりますので、円山西町の地で三機関がやはり手を携えて総合的なかたちで、早期療育ということを考えているということが現実としてだんだんなされてきているという状況になっておりますので期待できると思います。

座長：どうもありがとうございました。今回の2本の特別報告は、乳健から療育への道内各地の取り組みの状況と、それらを踏まえた上での道のvisionということで、内容的にもうまくかみあい、大変貴重なものでした。是非会誌第2号によって、多くの皆様の眼に届くことを期待したいと存じます。

特別講演

テーマ 児童精神医学における 乳幼児研究

演 者

東海大学医学部教授 山 崎 晃 資

座 長

研究会々長・北海道教育大学教授 伊 藤 則 博

記 録

札幌市立病院附属静療院児童部 武 田 春 人
旭川市立日章小学校わかば教室 細 野 浩 子

1. はじめに

今、紹介していただきました山崎でございます。昨日の懇親会でも冒頭にちょっとお話しさせていただきましたが、昭和42年、ちょうど、この国際交流会館の道路をはさんで向こう側の奥の方に古い体育館があって、その近くに北海道大学教育学部がやっている幼稚園があったんですね。そこでは発達心理の先生方が中心になっていろいろな乳幼児の研究を行っていたわけですが、それが移転になるという話を聞きまして、私と伊藤先生とが相談をして、そこの幼稚園に北大精神科の児童研究室という名目で3年間だけ使用して良いというお約束を本部の方からいただいて指導をし始めたのが、私と伊藤先生達との共同研究のスタートになったわけです。昭和42年のことでした。

その当時は、いわゆる自閉症の子ども達をどのように考えたら良いのかという考え方もいろいろありまして、心理学的な問題を主張する先生もいたし、それから精神病の範疇だろうという考え方

も当然あったし、または精薄の異型ではないかという考え方もあったし、非常に混沌としていた段階だったわけです。

ちょうどその頃に、宇賀村睦先生をはじめ今日もこの総会の司会をやっていらっしゃいました高橋渉先生、前東先生だとか、高橋昭先生とか、その他ですね、盲学校やろう学校に関係した先生方が次第に参加してくれるようになってきた……。と同時に、その当時非常に多くなっていた未熟児網膜症の子どもたちの指導をどこかでしなければならぬという話になりました。しかしその当時の盲学校では3才以降でなければ受け入れられない状態がありまして……。ただ私達、臨床的な発想で言うと、やはり乳児期からの指導が非常に大事ではないかということで、精神科の児童研究室の中で視覚障害児や重複障害幼児などを担当するようになっていった経緯もあるわけです。

後でお話をいたしますが、乳幼児精神医学という領域が最近非常に注目されるようになってまいりました。ですが、結局……考えてみますと乳

幼児精神医学というのは、全てのいろいろな問題を持つ乳幼児に対してあらゆる専門領域の人達が共同しながら対応しなければならない、まさに学際的な臨床領域なわけです。そういう意味で言うとその当時まだ乳幼児精神医学という言葉もなかったわけですが、私達が、まさに北大幼稚園でスタートさせた、いわゆる発達障害に関する臨床と研究というのは、現在言われている乳幼児精神医学の1つの独自の方向性を持っていたのではないかと、まあ我田引水とか自画自賛とか、そういうふうに考えざるを得ない状況があるわけです。

そういうような、いわゆるパイオニア的というか、ニューフロンティア精神を持ったいろいろな運動の発展として北海道乳幼児療育研究会ができたということは、これは今全国で一番注目されている研究会の1つなんです。これだけのいろいろな多種多様な領域の人達がたくさん集まってどうしてうまくいくんだろうかということが、関東だとか、関西では非常に奇異に感じてしまう。しかも乳幼児というのは、そんなに扱っている人がいないだろうと……。乳幼児を扱う人達は、多分、幼稚園とか保育園、それから施設といったような所の人であって、その現場で働いている先生方と大学で研究している先生方とがうまくいくはずはないんだという考え方が一般にあるわけですが……。それがこのような形で統合してきたということは、まさに北海道の1つのパワーとかそういう伝統ではないかなと思っております。全国的には、めったに成立しないかたちの研究会だと思います。

2. 乳幼児精神医学

前置きはそのくらいにいたしまして、今日は伊藤先生から本当は乳幼児精神医学の概観を述べよという非常に難しいテーマを与えられていたわけですが、乳幼児精神医学といっても、私達がやってきたのは児童精神医学の中における乳幼児研究であったので、私はやはり素直に私たちがやってきたものを振り返りつつ乳幼児の問題を考

えてみたいという意図から、あえてお願いしてプログラムにのっているようなタイトルにさせていただいたわけです。

最初に、乳幼児精神医学について、簡単に概括させていただきたいと思います。

Shapiro, L.R. という人が書いたある論文のなかに、乳幼児精神医学という考え方がいつごろどのようにして発展をしてきたのだろうかという論述が載っています。Shapiro, L.R. に従いますと、有名なPiaget, J. がアメリカに行つて乳幼児についての、または精神発達についてのいろいろな講演をする時に、いつもアメリカ人からPiaget, J. が受けたのは、「そのような障害のある子どもたちに対して、もっと早期に早い段階でアプローチする方法はないのだろうか」という質問が非常に多かったということなんです。これは、その当時Piaget, J. の表現を借用いたしますと「AMERICAN QUESTION」であると……。いかにもアメリカ的な合理主義ですね、非常に現場を重視したそういう考えであるというふうにPiagetは言っていたそうです。このようなことがあって1976年、AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY という学会がアメリカにはあるわけですが、昨年10月には、このAMERICAN ACADEMYの学会がワシントンで行われまして参加してまいりましたが、精神科医だけで千何百人集まるわけです。そのくらい底辺が大きい、そういう学会があるわけなんです。その学会でいろいろ乳幼児について書かれていたり発表されていた論文を集約したINFANT-PSYCHIATRY という本が出たわけです。これはレックスフォードという編集長が編集をしたわけなんです。おそらく乳幼児精神医学という言葉が登場したのは、この1976年のレックスフォードが編集した「INFANT PSYCHIATRY」という本が最初ではなかろうかと言われています。1980年になりますと世界乳幼児精神医学会という学会が行われるようになりまして、第1回の会議がポルトガルで行われました。この世界乳幼児精神医学会というのは、通称ワイパッドと言います。W.A.

I.P.A.D.というふうに略しております、3年に1回ずつ学会が開かれることになっておりますが、今年の4月ホノルルでWAIPAD世界乳幼児精神医学会の環太平洋会議という大会がありました。日本からも20人くらいの研究者が参加しました。北海道からは北大の三宅教授が参加していらっしゃいましたが、そこでいろんなディスカッションがあったわけです。来年の夏頃には、WAIPADの会議がスイスのルガノで行われるというふうになっています。そういう経緯がありまして、Piaget J.が講演をするたびにいろいろ質問を受けた「もっと早期に、もっと早い段階で乳幼児の発達にとって援助し得る方法はないだろうか」というふうに言われてきた事柄が次第に花が咲いてきて、現在では、乳幼児とそのファミリーに対するアプローチをどのようにしたらよいか、それから乳幼児に対してどのような刺激的な訓練を行ったらよいか、それから3番目にはファミリーに対するカウンセリング・指導をどのように行ったらよいかという非常に臨床的というか、現場に立脚したテーマが乳幼児精神医学会の非常に大きな問題になっています。

さて、一方では、精神分析を中心にして、この乳幼児の問題をRETROSPECTIVEな視点から研究しようとしてきた多くの研究者がいたわけです。ちょっと雑談めいてしまいますが、ホノルルで開かれた環太平洋精神医学者会議の場面にてですね、フロイトの初期の研究であります、『イナイナイバー』について研究した論文があるんですね、そのフロイトが観察をした子どもがフロイトのお子さんとエルンストという人なんですけれども、もう既に80才前後になる非常に好々爺のような老人でありましたが、そのエルンスト先生も乳幼児精神医学会の環太平洋会議に参加していらっしゃいまして、そこで非常に柔和に、若い研究者がいろんなことを言っているのをじっと傾聴していられた姿が、目に浮かぶのでありますけれども……。

パーティが終わった後にエルンスト先生と写真を撮る機会がありましたが、その時にですね、皆さんから何と言われたかと言うと、主としてこれ

は慶応の小此木先生を中心とする分析学派の人達なんですけれども、「先生も精神分析一派になったね!」と言われたんですね。私は全国的に精神分析に対して反感を持っている者の一人だというふうにどうも考えられてしまいがちなんですけれども、私が言いたかったことは、『あまりにも解釈をし過ぎてはいけない、乳幼児の研究というのは常に子どもの行動をいかに客観的に観察をして、そこでどのように解析が進められていくのか、解析された結果を説明するためにHYPOTHESEを設定したり解釈をすることは、これは研究者がやってよいことではあるけれども、臨床の場面において解釈が優先しては絶対にいけない』ということはいつも言っていたんで、そのように言われたことがあるわけですけれども……。いずれにしても精神分析の研究者達とも次第に共同するチャンスが多くなっている次第であります。精神分析をやっている方々は、乳幼児について非常に興味を持っていますが、ある意味で私にとって非常に危ないなと思っているのは、最近これも流行の言葉だと言われていますが、RESEARCH ANALYSTという言葉が多くなっているんですね。研究を指向する分析が次第に脚光を浴びるといふか、台頭しつつある。私達が関連している研究グループでも精神分析をやっても大人を対象にした診療を行っている先生方が、最近、急に乳幼児について興味を持ち出しています。私がいとも頑固に主張していることは、『臨床をしっかりとやって下さい』ということです。臨床をやって、その症例に対して責任を取れるようになったら、どうぞいくらでも研究をして下さい。そういう臨床的なトレーニングが十分に行われないうちに、乳幼児に触ってはいけないということを一所懸命言っているわけなんですけれどもRESEARCH ANALYSTが次第に台頭しつつある現状は、私達、根っから臨床の場面の仕事をしてきた者にとっては、非常に、ある意味で問題性を含んでいるのではないかと考えています。

3. 乳幼児精神医学の諸領域

いずれにしても、先ほど申し上げました世界乳幼児精神医学会（WAIPAD）からは、3年に1回位の頻度で出ると言われていますが、論文集を出しています。最近出たものでは、FRONTIERS IN INFANT PSYCHIATRYという本が出ていますが、それと同時に、このWAIPADではジャーナルを出してまして、INFANT MENTAL HEALTH JOURNALというジャーナルが出ておりますので、乳幼児精神医学、または乳幼児の、このような関連する問題に興味のある方は、ぜひ目を通しておいていただいたらよいのではないかと思います。今、申し上げましたFRONTIERS IN INFANT PSYCHIATRY「乳幼児精神医学におけるフロンティア」という表題の論文集をめくってみますと、だいたい乳幼児精神医学の対象になっている領域は、大雑把に整理してみますと、11くらいあるとされています。

時間の関係で、詳細にわたってお話をするわけにはいきませんが、項目だけを列挙してまいりますと、11ある項目の、まず第1は何と言っても母子関係、すなわち母子相互作用が非常に重要なテーマになっています。これは、伊藤先生それから後藤先生が一所懸命研究活動をされていた教育学部の発達心理学教室の非常に重要なテーマであったわけです。

最近の傾向は、TEMPERAMENTとの関連性を、INTERACTIONに含めて考えるようになってまいりましたし、それから行動パターンをどのように解析をするか、その辺が非常に大きなテーマになっています。

2つ目の項目としましては、母子関係に対して父子関係にあたりますが、今までは、おとうさんというのは、おかあさんを介して子どもにどのような影響を与えるかという視点での研究が多かったわけですけれども……そうではなくて、おとうさんに対して直接的に、どういうふうな……おとうさんが子どもに対して、どのようなダイレクトな働きかけをしているのか。おとうさんというの

は、子どもとの接する時間は確かに少ないけれども、おとうさんにしかない接し方というものがやっぱりあるらしい。それが非常に巧みな形で行われているらしいということが次第に注目されるようになっていきます。父親の一人としては、非常に、こう、ほっとした論文であって、今まではFATHERというの、いてもいなくても同じようなものなんだなんて言われていましたけれども、どうもそうではないらしいというデータも出てまいりました。

3番目には、認知発達の問題が非常に重要な問題として考えられるようになってきています。個体が外界を把握する過程を通常は認知というふう呼んでいるわけですが、この認知について関係してくる極めて興味のある問題としては、母子間の相互作用において、そこでどのような認知過程が展開しているのだろうか、それから乳児が目でおかあさんやおとうさんやそれから物体を追視していく、そういうようなところがどのように問題になるのだろうかとか、それから視覚的刺激の問題。それから、これは最近精神科の領域でも神経心理学的な研究が非常に多くなってまいりまして、人間の脳をコンピューターと想定し直せば、どのような情報処理過程が行われているかということが、非常に重要なテーマになっていますけれども、乳幼児の認知発達についても情報処理という問題から整理し直そうとする研究が次第に多くなっています。

4番目には、行動についての研究が次第に多くなっています。最近はおとうさんや先生方から、発達障害児の睡眠パターンについてのいくつかの重要な研究が出ていますけれども、例えばミンディという研究者は、次の6つの項目のうち4つ以上あれば、乳幼児の行動障害であると考えてよいだろうというような研究をしています。この6つというのは、1つは『反応性の亢進』、それから2つ目には『反応の調節機構の欠如』、3番目には『強い刺激にのみ反応する』、4番目には『予測しにくい食事行動のパターンがある』、5番目は『退行不安を起しやすさ』、6番目は

『不規則な睡眠パターンがある』。この6つの項目のうち4つ以上にチェックされれば、その乳幼児は行動を組織化する段階において障害があると考えてよいだろうというようにミンディは提案していますが、次第に従来のいわゆる精神病理学というか精神症候論的な考え方ではなくて、こういって、非常に、ある意味では生理学的な成熟を反映したような問題を中心にしなが、乳幼児の研究をしようとする方向性が明確に出てまいりました。乳幼児精神医学の対象とする11の領域のうち第5番目でありますけれども、ここでは睡眠の異常の問題が非常に重要な問題としてあります。

6番目にはRISK FACTORを有する乳幼児に対する臨床や研究も、これも重要な問題であります。現在まで行われていたり、それからWAIPADの会議で盛んに取り上げられる項目を列挙してみますと、『精神疾患を有する親が育てる子どもの発達がどうなのか』、それから『薬物の影響がどうであるか』ということですね。特に最近アメリカなどで問題になっているのはアルコール、それからマリファナ、麻薬が子どもたちに母体を通してどのような影響があって、そういう影響を受けて子どもが発達する、成長する初期の段階において、どのような障害としてあらわれてくるのだろうか。体重が減少するとか、精神遅滞になるとか、それからいろいろなANOMALYがあるとか、そういったような問題もあるわけですが、そういうような薬物の影響についての研究が、特にアメリカにおいて非常に重要な問題になっているようです。RISK FACTORとしては、その外に先天性代謝障害の問題、それから低体重児の問題、それから養育環境にどういう問題があるか、それから身体的にハンディキャップのある子どもの乳幼児期にどのような援助をしなければいけないのか……。そういったように、皆さんがおそらく臨床の現場やいろいろな施設、相談機関で乳幼児を対象にして行っているあらゆる領域がこの問題に関係してくるのではないかと思います。

7番目には、乳幼児のデイケアをどうしたらよいかということが、これも主としてアメリカの研

究者から非常に重要な問題として話されるようになってまいりました。今年の4月、児童青年精神医学会の国際理事会が東京で行われて、そこにフランス人の有名な研究者でLiebowitzという人が参加したわけなんですけれども、Liebowitzが東京で講演したのは、「女性の自立と社会参加」というテーマで、とうとうとして1時間位お話しをしたわけなんですけれども、現在は社会的な生活に参画している女性が、一方では重要な問題として考えられると同時に、もう一方では乳幼児研究の視点からみれば、乳児期に母親が家庭にいないということがいったいどういう問題を起こすのかということ、再び重要な問題として考えておかなければならなかったんですね。そういうことで、乳幼児のデイケアということが非常に問題になっておりますが、例えばエスカローナの表現によれば、連続性のある一貫した養育刺激が必要である乳幼児のデイケアについては、連続性のある一貫した体制が必要であるということを言っています。この辺りは保育所、それから保育園、幼稚園辺りでぜひ考えておかねばならない重要な問題ではないかと思えます。

8番目には予防の問題がありますし、それから9番目には、そういう乳幼児の臨床にかかわるスタッフをどのように養成をしていったらよのだろうか、そういういわゆる専門家の教育をどのようにするかという問題があるわけです。大人と違いまして乳幼児というのは非常に扱い方や接し方にある種の工夫が必要になるんですね。これも先天的に、または天性の素質として、非常にうまく接する人もありますけれども、ある程度教育や訓練をしなければどうしてもうまくいかない、そういうのが通常であります。そういう意味で、まわりの影響を非常に敏感に受けやすい乳幼児に接する場合には、やはり専門家の教育訓練というのは重要な問題である。そういう視点でこの辺の問題を今後各国で検討し合わなければいけない、そういう現状になっていきます。

10番目には、発達評価の問題がありますが、最近はいわゆる発達検査とか知能指数に関する検査

の他に、情緒の反応についてどのように評価をしたらよいのか、例えばミンガン乳幼児情緒スケールといったような評価法が出たりしていますが、そういったような問題—情緒とか感情に関する問題—も、非常に最近では重要になっているようです。ただ、ここで情緒という言葉にはまた触れなければなりません、情緒という言葉をもどのように定義してどういう限界性を持って使用するかをしっかり考えておかねばならない。そういう点では、情緒障害児学級という学級もあります、いろんな意味あい、この情緒障害というのを再検討する段階にいたっているのではないかと思います。

最後の11番目には、TEMPERAMENTの問題があるわけです。

4. 疾病分類について

こういうように非常に多くの領域を乳幼児精神医学は担当してまいりましたし、担当しつつあるわけですが、もう1つここで話しておかねばならない問題は、Justin Callが提案している乳幼児精神医学の疾病分類についての問題です。

〔スライド1〕Justin Callは、現在、乳幼児精神医学会のリーダーとして活躍しておりますし、私達も診療院でいろいろな仕事をしている段階でJustin Callの論文を引用しながら、後でお話をしますようなチェックリストを作成したりしてやっております。

Justin Callは、「診断分類を考える場合に5つの軸がある」といっています。最近、多軸診断という考え方は、精神医学の領域においては非常に常識化してまいりまして、アメリカ精神医学会の有名な診断分類であるDSM-IIIも多軸診断の方向をとっています。

Justin Callは、乳幼児精神医学の診断分類に使われる多軸診断の1つのポイントとしては、まず第1軸には臨床症候群を置く必要がある。第2軸には医学的疾患です。第3軸には発達水準。第4軸には退行の尺度。それから第5番目にはRISK FACTORを置かなければならないだろう……

と。このように大人の診断分類で使われている各項目とはかなり差異がありますが、対象が乳幼児であるだけに、こういったような、第1軸：臨床症候群、第2軸：医学的疾患、第3軸：発達水準、第4軸：退行の問題、それから第5軸：RISK FACTORといったような問題は、非常に重要な問題になるのではないかと思います。

Call.J.はまた多軸診断を背景に置きながら、ここに挙げた、スライドにも書きました1番から10番までの診断分類を提案しています。

まず第1番目には『健康な発達』を考えたい、と。これは発達のな問題と状況的な意味でのCRISIS（危機）があるというふうに考えています。

第2番目には『反応性の障害』、それから第3番目には『発達の偏奇』。この『発達の偏奇』の場合に特に問題にしなければならないのが成熟パターンの偏奇があるだろうという問題であります。第4番目には『精神生理学的問題の障害』があり、第5番目には『愛着障害』（ATTACHMENT DISORDER）という言葉が出てまいりますが、いろいろなレベルやタイプにおける『愛着障害』があるだろう、と。一次性的愛着障害であるとか、慢性型的愛着障害であるとか、依存性的愛着障害であるとか、それから食事拒否であるとか、共生型の、SYMBIOTICなATTACHMENT DISORDERがあるといったような問題がここには出てくるようです。

第6番目には、『障害された親子関係』という項目も必要になるようです。内容的にはどんな問題が出てくるかという、両親の不調和、それからサド、それからマゾヒスティックな養育態度なり夫婦関係がある。それから親による放置が非常に重要な問題であるし、PARENTAL DEPRIVATIONであるとかABUSEの問題があるだろうと言われております。

7番目には、『乳幼児期の行動障害』という項目が必要でありますし、8番目には『環境の障害』、それら9番目には『遺伝的障害』、そして10番目には『コミュニケーションの障害』があります。コミュニケーションの障害には、言語発達遅滞、

自閉症、それから、あまり日本では問題にはされておりませんが、双子、双生児の言語発達も非常に重要な問題であると……。それから言語を使わないで、身振り言語でコミュニケーションを取ろうとする一群の子どもたちがいる。そういうようなケースに対してどのように考えていったらいいのか研究が必要であるということも言っています。

このJustin Callの試案は、いずれにしましても、まだ試案の段階でありまして、今後これがどのように整理されていくのか、それから、対象が乳幼児であるので、いろいろな意味あいでの独自の分類を行わなければなりません、しかし精神科の領域で全体的な診断分類のバランスであるとか総合を考える段階になった場合に、どのようにこの辺の問題が整理されていくのか……。これは、今後の研究を待たなければならない重要なテーマだろうと思います。ここに掲げました10の領域は、今後、この北海道乳幼児療育研究会でも常に論じなければいけない問題ではないかと思えます。

世界における乳幼児精神医学の趨勢はだいたいこういうような方向になっております。昔はどちらかという、精神分析医として出発した研究者が、次第に乳幼児研究に傾注し始めてきたということがあったわけですが……。最近のもう一つの傾向としては、生物学的な、または生理学的な乳幼児研究が次第に多くなってきつつある、そういう状況にもあるわけです。しかし乳幼児を対象とする様々な研究には、自ずから倫理的な、まだ未解決な、しかも重要な問題が含まれておりまして、そう安易に研究の対象にしてよいというという問題でもありませんので、そういう意味では、臨床を重視して、しっかりとした視点を維持しながら研究していくことが最も大事ではないかと思えます。

5. 日本における乳幼児精神医学のあゆみ

次に、日本における乳幼児精神医学というのには、どのような展開の仕方があったのかということをお話してみたいと思えます。

先程来申し上げていますように、乳幼児精神医学という考え方が、そもそも非常にダイナミックな、精神分析学的な指向からCHILD PSYCHIATRYが登場してきて、そのCHILD PSYCHIATRYから、乳幼児精神医学がまた分離してきたというか、誕生してきて、最近では新生児精神医学という言葉が出てきたんですね。NEONATE PSYCHIATRY……。こういうような経緯にあるわけですけれども、日本においては、いろいろ調べてみましたが、今お話をしたような世界的趨勢に耐えろろというか、合致するような研究は非常に少ないんですね。特にダイナミックな、力動的な視点から乳幼児をダイレクトに観察してきたという研究は、発達心理学の領域では非常に多くあるわけですけれども、精神医学の領域においては非常に少ない。非常にこれは残念な問題であります、ここでは2つの研究方向を紹介しておきたいと思えます。

1つは、神戸大学のグループが行ってきた新生児期からの行動観察を中心とした一連の研究があります。黒丸正二郎先生をはじめとして、亡くなりましたが岡田幸夫先生であるとか、今、近畿大学の教授をしていらっしゃるんですが、花田先生であるとか、それから島田照三先生、それから白瀧先生といったような一連の研究者が新生児期の行動観察についての詳細な研究を行っています。

白瀧先生は今、神戸大学でこの辺りの最先端の研究をしている研究者の一人であります、彼の現在の考え方は、新生児の行動を考える場合には脳と行動(BRAIN とBEHAVIOR)の関係を追求することは現在の段階においては無理だろう。したがって、そういうような無理な状況においては、BEHAVIOR-BEHAVIOR RELATIONSHIP、即ち行動と行動の連関性を考えていくしかないだろう、と。ある意味での、これはINTERACTIONになるわけなんです、そういうような問題を非常に重視して考えようとしています。

もう1つの研究方向は、これは、先程来、言っている、また笑われるかもしれませんが、北大の幼稚園から始まって、私達は静療院に移りま

したし、それから伊藤先生は旭川教育大、それから後藤先生は北海道教育大札幌分校に移っていろいろな研究を展開するようになっていったわけですが、北大幼稚園で芽生えた、いわゆる発達研究が、私は日本における乳幼児精神医学のある1つの側面の重要なポイントになっているのではないかと思っています。

〔スライド2〕これはもう昔に行われた研究でありますので、若い研究者の方々は、こういう仕事をもって伊藤先生などがやっていたということは、もう覚えていらっしゃるかもしれませんが……。伊藤先生だとか後藤先生、それから旭川大学に今行っていますが、小倉先生、それから静療院の伊木さんといったようなあたりが頑張ってくれた仕事の1つなんですね。これは、乳幼児がおかあさんと遊んでいる場面をVTRに収録しておいて、いろいろな解析を行っている、そういう研究であります。ここでは1つの例として、INTERACTION UNITとして分析されるサンプルを出してあります。これは、臨床的にはNORMAL CHILDで、9ヵ月、1才、1才2ヵ月という3つの段階で、Mがおかあさん、Cが乳幼児でありますけれども……。どのくらいの文脈が展開をしていったのかということ、3つの水準に整理をして研究をしていく、そういう仕方を取ったわけです。お分かりのように、9ヵ月ではおかあさん……。Aの1と2というふうに書いてある一往復半以上の展開というのではないんですね。たいていが、B水準の3番目、おかあさんから赤ちゃんの方にかかわることが非常に多い。それから反対に、おかあさんと子どもが行動を出すけれども、その行動を相手側が受け止めていない行動が多い。それからもう1つの特徴はCの7型ということで、ここでは、こう書いてありますが、子どもが伝達的な意図を持たないで出す行動が31%もあるということは非常に重要な問題であると思います。これが1才、1才2ヵ月と進むにしたがって、このように展開してきて、INTERACTIONがどのように形成されていくのが次第に明らかになっていくわけです。

〔スライド3〕こういうようなINTERACTIONに関する研究の他に、もう1つは、自閉症の初期徴候(EARLY SIGN)についての研究も行われていったわけです。ここに出ていますスライドは、先程申しあげたJustin Callの論文からとったスライドであります。

生まれてから生後1ヵ月までの間に、どのような行動型が特徴的であろうか。これはハワイでJustin Callに会った時に、生後1ヵ月の自閉症というのは、いったいどうふうにして診断をするのかということ、再三聞いてみたのですが、ペラペラペラ英語で言われてしまいますから、私達のように言語障害がある者にとっては、まさにAUTISTICになってしまっていて……。とにかくJustin CallはJustin Callなりに、こういうふうな想定をしています。

ただ、Leo Kannerが1943年に書いたオリジナルペーパーを詳細にその症例報告を読んでまいりますと、ここに類似する記述がいくつか出ています。生後1ヵ月ではEYE CONTACTの問題がありますね。それから哺乳時期にHOLDING POSITIONをとれるかどうか、それから3番目にはANTICIPATAL BEHAVIOR(養育行動に対する予期的な行動)をとれるかどうかということが、最初の段階では問題になります。

〔スライド4〕2ヵ月から3ヵ月目には、ここに書いてありますように、いろんな反応が出てくる。

〔スライド5〕それから3ないし4ヵ月目にはSOCIAL SMILINGの問題ですね。それから、VISUAL CONTACT(視線が合うかどうか)、それから、ここでもHOLDINGの問題が出ています。

〔スライド6〕こういうような文献を参考にしながら……。これは読めないことを承知で出していますので、あんなふうなことがあったんだということ、思い出していただければいいわけですが……。これはJustin CallだとかLona Wing、それからRitvo, E.R.それからLeo Kannerといったような発達障害児の初期徴候について記述した人達の文献を引用しながら静療院で作った、現在は改定されているかも知れませんが、チェックリ

ストであります。今までJustin Callの論文から引用してきた乳幼児期の初期徴候に関する事柄が多く入っています。例えば授乳時の姿勢だとか、それから2番目は授乳時の予期行動の問題。3番目にはおかあさんをじっとみつめるかどうか。4番目にはSMILINGの問題が出てまいりますね。それから5番目には、そばにいる人が見えなくなると甘え泣きをしますかというCRYINGの問題が出てきます。それから6番目には、寝起きで機嫌の悪い時など、ほかの人があやしてもおさまらないが、おかあさんが抱くと直る、そういうような、いわゆるCLINGINGの問題ですね。7番目、うしろから声をかけたり、名前を読んだりすると、ふりむいてにっこりする、CALLING。それから8番目人見知りの問題。それから9番目はPEEK-A-BOO（イナイナイバー）の問題。それから11番目はFOLLOWING（あと追い）の問題。その他にFINGER POINTINGと、いわゆるモデリング行動をつけ足して、これで14項目になるわけです。

〔スライド7〕それをただ単語で整理したのが、このスライドになります。

HOLDING POSITION, ANTICIPATAL BEHAVIOR, VISUAL ATTENTION, EYE-TO-EYE CONTACT, SOCIAL SMILING, CLINGING, CRYING, RESPONSE TO CALLING, FEAR OF STRANGEAS, FOLLOWING, PEEK-A-BOO……一応ここではACTIVEとPASSIVEの2つに分類しましたが、それとFINGER POINTINGとMODELLINGという14項目になるわけです。

〔スライド8〕この研究につきましては、北海道児童精神衛生研究会という研究会があることは承知だとは思いますが、その研究会で、かつて静療院の人達が一部発表してありますが、今お見せした14項目について、このスライドに書いてありますような年令とそれからグループについての検討を行った研究があります。

〔スライド9〕1才児と4才児で検討しますと、だいたいこの14項目とも臨床的に、まあだいたい

70%以上はチェックされてくる、と。一部、各年令群で有意差のあるものがありますが、発達の段階であるとか、そういった事柄を考えれば、臨床的にこの14項目を使用しても、ある意味での妥当性があるだろうと。すなわちここで言いたいことは、臨床の場面に登場してくるケースというのは、だいたい3才とか4才児なんですね。0ヵ月だとか1ヵ月、2ヵ月児というのは、通常精神科の場面に登場してこない。結局、3才児なり4才になった段階でおかあさんからRETROSPECTIVEに聞くことによって、乳幼児期にどうであったかということを観察するしかない。そういう意味では、4才児で得られる資料と1才児で得られる資料との間にあまり大きな差異があっては、臨床としては問題になるわけです。そういうことで検討したわけです。

〔スライド10〕それをもとにいたしまして、これは自閉症と発達性言語障害と、それからMENTAL RETARDATIONについて各群の比較をした結果がこのようになっています。

〔スライド11〕これをもう少し整理をしましてINFANTILE AUTISM（自閉症）と自閉症以外の発達障害との2つの群にして比較検討したのが、この資料であります。呼びかけに対して反応する（RESPONSE TO CALLING）という項目から下のところで非常に顕著な有意差が連続して出てまいりました。

〔スライド12〕結局、その当時私たちが考えたのは、今からこれはもう10年以上も前の研究であります。あかちゃん、またはINFANT（乳幼児）と、それから母親との関係を、この矢印の方向のように3つに整理して考える。INFANTの方から母親即ち環境に自発的な行動を出す段階で既に問題のあるタイプ、それから母親の子どもに対するかわりに問題のあるタイプ、それから両者に問題を考えておかなばならないタイプというふうにだいたい3つに整理すると、まず1番目の方は自閉症、それからMENTAL RETARDATION、それからORGANICな行動障害といったものがまず入るだろう。それから環境側から養育の仕方の

問題としては、神経症的な発症であるとか性格障害、人格障害と最近は言われているようなものが出てまいります。今日は人格障害として最近考えられている概念で、もしも子どもにそういう診断がつく例があるとすればどんな例があるかということ、Chestnik.M.という人が書いた論文で症例が載っていましたので、それを持ってまいりましたので後でお見せしたいと思います。それから両方に問題を考えたアプローチをしなければならないものには、発達性言語障害であるとか、それから先天性の視聴覚障害児の持つ精神発達の遅れには両方の因子を考えたアプローチをしなければならないという考え方で整理をしたわけです。

6. 発達障害の初期徴候の検討

〔スライド13〕今度は、この14項目、静療院で行われた14項目の研究を何とかもう少し臨床的に発展をさせたいという考えがありましたので、私が昭和56年に東海大学に移ってからは、ここに書いた24項目に項目を増やして、いろいろな施設とか大学の研究者の先生方に協力を得ながら、少しずつ資料を集約する仕事を行いました。1番目には、あやしても顔も見たり笑ったりしない。2番目は、小さな音にも過敏である。3番目は、大きな音に驚かない。喃語が少ない。人見知りしない。家族がいなくても平気で一人である。親の後追いをしない。名前を呼んでも声をかけても振り向かない。表情の動きが少ない。イナイイナイパーをしても喜んだり笑ったりしない。抱こうとしても抱かれる姿勢を取らない。12番目は、視線が合わない。それから13番目は指差しをしない。14番目は、2才を過ぎてても言葉がほとんど出ないか、2、3語出たあと会話に発展しない。15項目目は1、2才頃までに出現していた有意味語が消失する。16番目は、人やテレビの動作の真似をしない。17番目、手をヒラヒラさせたり指を動かしたりして、それをじっと眺める。18番目は、周囲にほとんど関心を示さない。19番目は、遊びに介入されることを嫌がる。ごっこ遊びをしない。21番目、ある動作、順序、遊びなどを繰り返したり執着する。22番目、

落ち着きなく、手を離すとどこへ行くか分からない。23番目、わけもなく突然笑い出したり、泣き叫んだりする。24番目、睡眠が不規則になったり極端に短かったりする。といったような項目を増やしまして検討いたしました。その結果をちょっとお見せいたします。

〔スライド14〕自閉症のお子さん、それからその他の発達障害のお子さんの群で、この24項目と比較しますと、13番目のFINGER POINTINGの問題、それから言語発達、それから真似をするかどうか、それからWITHDRAWAL、それから遊びに介入されることを嫌がる。それから20番目の、ままごと遊びをしない。こういった項目で自閉症のお子さんに非常に有意に差が出ているという結果でした。

〔スライド15〕もう少し症例を限定する必要が出てまいりまして、最近では自閉症を考える場合にも、自閉症として一括していろいろな研究の対象にしてもデータがあまりにも散逸してしまうということで、いろんな類型化をしながら研究をする傾向が出てまいりましたが、1つの方向として発達レベルの良い群と悪い群とに大別して研究する場合があります。ここでは発達が非常に停滞している群、そういう意味ではLOW FUNCTIONING GROUPのAUTISMと他の発達障害と比較してみると、ここに書いたように、もっと多くの項目で差が出てくるのが明らかになっています。

〔スライド16〕ところが、もう1つ臨床的に問題になることは、私達が発達障害児の初期徴候を抽出したいというふうに考える以上は、正常な発達段階にある子どもたちでいったいそれがどのように出てくるのかを、もう1度検討しなければならないわけです。これは139例についてとりあえず行った結果であります。139例のおかあさん方にこのようなチェックリストで調べてみて、評価をしていきますと、139例の乳幼児のうち10%しか認められないという行動が、ここに#で書いてある項目が出てまいります。非常に乱暴ですけれども、10%以下とそれから20%以上というふうにとっていきますと、20%以上認められる項目もやっ

ばりあるんですね。ここで一番私達が困ってしまっていることは、AUTOSTIMULATION BEHAVIOR（自己刺激的な行動）を正常児のおかあさん方も、うちの子どもにはあるというふうに考えているケースが非常に多いということです。これはもっと詳細に検討しなければなりません、手を振ったり、耳を押さえたり、そういったようないわゆる精神医学の領域ではAUTOSTIMULATION BEHAVIORとしてAUTISMに非常に特徴的な行動であるというふうに考えられ、それから視覚障害の領域ではBLINDISMとして考えていたような、そういう行動が正常な発達段階でも案外出ている可能性があることをもう1度検討する必要が出てくるわけです。

〔スライド17〕これを今度は年齢別に比較してみますと、細かい説明は省略しますがやはり年齢段階で今ここに掲げた24項目の行動が、0才、1才、2才、3才と進むにしたがって展開してくる。まだ今後の解析を進めなければいけない段階にありますが、こういうようないくつかの行動をサンプリングしながら、年齢段階で検討してまいりますと、順序性のようなものがあるかもしれない。発達障害児の場合には正常児には認められないような順序の逆転があるかもしれない。その辺が明らかになればもう1つ、初期徴候を考えていく場合には重要なサインになり得る可能性はあるわけです。

〔スライド18〕こういうように、自閉症の初期徴候に関するいくつかの研究をやってまいりましたが、静療院、それから東海大学、それから3番目にここでお話をいたしました正常児についての資料は平塚の教育委員会の先生方をお願いしてやった研究であります、この研究をこのスライドのように整理をするように考えたわけです。まず静療院でやった14項目の研究と東海大学でやった24項目の研究でどちらにも自閉症に有意であると出た項目で、しかも3番目にやった正常児では10%以下にしかチェックされなかったという行動がもしもあるとすれば、これは自閉症に非常にSPECIFICな行動として抽出し得る可能性がある

わけです。ところがこれは1個もなかったんですね。どちらかで引っかかってしまう。

そういう結果になりましたので、第2段階目といたしましては静療院と東海大学の資料のどちらか1つで有意差があって、そして正常児で10%以下という項目があれば、これは非常にAUTISMにとってSPECIFICな行動と考える可能性があるだろうということで検討しますと、ここに書いたような6つの行動型があります。「呼びかけに対して反応しない」、「イナイナイパーに反応しない」、「予期的な行動を取らない」、それから「視線が合わない」、それから「言語表出の問題がある」、それから「急に笑ったり泣いたりする」といったような行動が、これは自閉症にかなりSPECIFICな行動である可能性があるわけです。

〔スライド19〕もう1つは、今度は反対に静療院の資料でも東海大学の資料でも有意差がなくて正常児では20%以上に出ている、そういう行動がどのくらいあるかということをチェックすると、「多動である」、「寡動である」、それから「人見知りをする」、それから「後追いをしない」、「AUTOSTIMULATION BEHAVIORがある」、それから「極端に閉じこもりがある」、それから「遊びに介入されることを嫌がる」、それから「同一性の保持」それから「睡眠リズムの問題」といったような事柄は、少なくとも今回やった研究では自閉症に特有な項目として抽出するわけにはいかなかったわけです。しかし臨床的には、ここに書いた、第3基準で設定をしたというか抽出をした行動が、非常に重要であって、私達が臨床の場面で子どもたちの診断をする場合には、こういったような項目を採用していますので、私達としては、もう少しですね、正常児や発達障害児の症例を増やし、各年齢群の症例数を増やして統計的な、丹念な処理を行って、この辺の問題を考えてみる必要があると思っています。こういったようなINTERACTIONに関する研究であるとか、それからATTACHMENT行動を背景にした乳幼児の初期徴候に関する研究が行われてまいりました。

7. 気質研究

〔スライド20〕もう1つ最近行っている研究には、TEMPERAMENTに関する研究があるわけです。気質というのは、もう既に承知していらっしゃると思いますが、非常に生物学的な側面を考えている概念であります。これは行動の生得的な差異に関する研究としてFries & Woolfが1956年に発表した考え方から引用してありますが、新生児の運動活動性を測定して5つの先天的な活動系に分けて数カ月から数年にわたる継続的な研究を行った結果であります。先天的な活動系は遺伝によってのみ決定されるのではない。しかし、胎児期の栄養や出産外傷などの他の因子が初期の運動活動性に影響を与えている。しかし、このような活動性が遺伝的なものによってのみは決定できないが、遺伝的な関与は考えておかなければならないだろうという考え方が1950年代に出たわけです。

〔スライド21〕承知していらっしゃいますように、Chess, S.がTEMPERAMENT（気質）として構成する要因を整理したのがこのスライドであります。「能動的-受動的」の対ですね。それから「規則性」、それから「反応性」、それから「接近性」、それから「順応性」、それから「閾値」の問題、それから「気分」の問題、それから「選択性」の問題と「転導性」といったような9つの項目でTEMPERAMENT行動を整理をした研究があるわけです。

〔スライド22〕私達は、昭和58年から59年にかけて東海大学の産科で出産をした赤ちゃんについての追跡研究を行っていますが、下の方に書いてあるようなスケジュールで検討を行いました。

〔スライド23〕詳細は省きますが、6ヵ月から9ヵ月の子どもと、1才半から2才になった段階で、今言った50例で得た資料を比較してみますと星印がついているところで関連性が出てまいりました。即ち、こういうような調査は、まだ研究の段階であって、三宅先生の研究室でやっているように非常にもう十何年間以上の、非常に長期にわたる追跡研究ではありませんので、断定的に言うデータ

はないわけではありますが、どうもこういうふうな資料から考えてみると、乳幼児の行動というのは、やはり、ある意味で、遺伝的という表現がどこまで妥当かどうかははっきりいたしません、生理学的なというか、生物学的な側面を非常に重要なファクターとして持っていると同時に、やはり乳幼児精神医学の臨床でいつも問題になっているように、環境とのかかわりということが非常に大事になるだろう。そういう点では、今後こういうような行動の解析を、かなり厳密に行う必要があるだろうと思っています。

8. 子どものうつ状態

〔スライド24〕それで、臨床的に最近興味を持っている2つの事柄について、最後にお話をしたいと思います。1つは、うつ病の問題があります。このスライドにも書きましたが子どもでは「疲れた様子である」とか、「表情が少ない」、それから「行動量や活動性が少ない」、「テレビ、遊び、友達などに対する興味・意欲が減退している」、「学業成績が低下する」、それから「食欲不振で体重の減少がある」、「睡眠障害がある」、「いらいらしている」といったような様子はしばしば観察されます。こういうような意味あいでは、憂うつな子どもというのは非常に多いと思われる。しかし、このような憂うつな行動系を取る子どもたちをいわゆる抑うつ状態であるとかうつ病というふうに診断をすることが、どこまで可能であろうかということが非常に問題になるわけです。特に最近精神科の外来を訪れる登校拒否の子どもたちを観察していると、今までの典型的な登校拒否の類型とは、いささか差のあるケースが多くなっている傾向があるんですね。1つは、今ここでお話を始めているうつ状態またはうつ病と考えた方がよいケースがある。もう1つはこの後にお話をしますが、BORDERLINEと考えた方がよいような例がある。そういう点で言うと、このいずれもが中学生、高校生ぐらいの段階になって登校拒否という1つの症状群を持って登場することになりますが、この辺りの研究を乳幼児期にまで遡って検

討する必要があるだろうということで、注目し始めている症状群であります。

〔スライド25〕子どものうつ病についてちょっと説明をさせていただきますが、子どもにうつ病があるかないかについては、このスライドに掲げましたように2つの考え方が従来からある。1つはDSM-IIIのようにうつ病の基本的な特徴は全ての年齢層において同一であるという考え方をとっていますね。その意味では成人うつ病との連続性があるんだという考え方をとる1つの考え方と……。それから2つ目の考え方としては、SUPER-EGOが完全に発達した後のみ自罰的な態度が出てくる、と。その意味では、いわゆる臨床的にうつ病またはうつ状態と診断をしている現在の考え方から言えば、子どものうつ状態と大人のうつ状態とは経過とか病像に差があるだろうということで連続性をそう簡単に肯定するわけにはいかないという考え方とがあるわけです。

〔スライド26〕ワインバーグは、子どものうつ病の臨床的な症候としてこのような記載をしていますが、「不快気分」と「自責的思考」というこの2つは、うつ病と診断する場合には絶対必要な条件であるとした上で、「攻撃的な行動」、「睡眠障害」、「社会性の減弱」、「不登校」、「身体的訴え」、「学業成績の低下」、「日常的活力の欠損」、「食欲または体重の異常な変化」といったような8つの項目を設定して、そのうちの2つ以上があれば、これは子どものうつ病と診断をしてよいという提案を行っています。しかし、考えてみますと、こういう非常に行動を重視した、非常に操作的な診断で、はたして子どものうつ病の診断がなし得るのだろうかとか……。それからもう1つは、大人のうつ病で研究されているいろいろな脳内の生化学的な物質に関する研究が、それを乳幼児にひきうつしていった場合に、はたして乳幼児で同じような生化学的な現象があるのかどうかそういったような辺りをどのように今後検討していくのか、非常にこれは大きな問題になるのではないかと考えています。

〔スライド27〕結局、子どものうつ病をまず想定

したとすれば、今までの論文では3つのタイプがあるとされています。1つは、「行動・身体症状が中心となるもの」、MASKED DEPRESSIONというふうに普通は言っていますが、これは病歴にうつ病が少ない、性格障害のタイプが多いとされています。2つ目のタイプとしては、急性発症型のタイプがあって、これは心的な外傷体験に引き続いて現われます。3番目は慢性発症型で、これは社会的不適応の病歴があって、うつ病が家族歴にある。こういうふうに考えてみると、やはり乳幼児期からのいろいろな生活の仕方、それから発達の仕方というのが、どの疾患やどのタイプにも関連性を持って登場してくることになるわけです。

〔スライド28〕これは、Nissen教授がうつ病を診断する場合に質問をしておかなければならない項目として設定したもののうちから、5才までの幼児に質問をするとすれば、どんな項目が必要かを列記したスライドであります……。「あなたの子どもは創造的でよく遊びますか」、それから2つ目には「理由もないのにしょっちゅう泣きますか」、3番目には「極端に臆病で不安そうですか」、4番目には「食欲不振や睡眠障害がありますか」といったようなこの4つの項目は、幼児にうつ病を疑う場合に非常に重要な情報になるので、この4つの項目については質問をしておかねばならないというふうに提案をしています。

〔スライド29〕いずれにいたしましても、うつ病の問題はまだまだ今後検討しなければいけない問題で、そう一朝一夕に結論を出せわけにはいきませんが、生物学的な方向での研究が次第に多くなるのと同時に、うつ病とかうつ状態を全て心理学的な要因で考える気は全くないわけではありませんが、病像を形成する段階において心理学的な影響が非常に濃厚に関係しているだろう。そういう点では、乳幼児の段階における母子関係なり父子関係それから兄弟間のCONFLICTについて考えておく必要があると思っています。

9. 症 例

最後にお話しをしたいのがこの症例であります。先程も触れましたように、精神科の窓口に登場してくる登校拒否に限定して考えてみますと、従来考えられてきたような典型的な登校拒否というのは非常に少なくなっているんですね。これは、学校だとか相談機関それから教育研究所、その辺りが一生懸命対応してくれるようになってきたので、精神科の外来に来るような例は、うつ状態を想定されるような例だとか、それから非常にタイプが別な例だとか、そういったような問題が多くなっているのかもしれませんが、いずれにしても精神科の窓口では少なくなっている。反面で多くなってきている1つのタイプにBORDERLINE CHILDと考えた方がよい例があるわけです。そのBORDERLINE CHILDについて最後にお話をさせていただきますと思います。

スライドには、Chestnik, M.が、BORDERLINE CHILDという概念を発表した時に提出した「マツト」という有名な症例で、これは最近いろんな本にも紹介されるようになっていまして知っていらっしゃる先生方も多いのではないかと思います。ちょっと読んでまいりますが……。マツトは10才。まんが少年とあだなされてきました。彼は、毎日何時間もまねごと遊びやまんがを描くことに没頭していました。彼の英雄ポパイは小さい玩具の動物で表現されて、それが怪物をやっつけたり竜巻に挑んだりしました。日常のきまりや……。例えばですね、昼食の合図があつたりして遊びの中断を余儀なくされると、彼は「中止」と声を出して言って、一応おそるおそるルームメイトの待つ食卓につくのであった。

まんが少年は、病棟内にお友達はいなくて、「孤独だ」と訴えます。自分に似たお友達がいなにかと思つて、一生懸命探していたというんですね。

遊戯治療の場面で彼は野球やフットボールの英雄になりきり、スタンドの大観衆が自分をとりかこむことを想像して上機嫌になった。

〔スライド30〕入院して1年目、マツトは突然凶暴となることが多かった。ある時彼は外泊から帰ってきて、急に怒り出して手当たり次第に玩具を投げつけた。中庭では、女の子に怒りをぶつけて、引っ掻いたり嫌がらせをした。外に怒りをぶつけた後に、一転して彼は自分自身に怒りを向けて、どろんこになったり頭を壁に打ちつけたりしました。「また引っ掻くことができないように、指を切断してくれ」と言ったりしました。

面接中、彼は狂気が現れることを心配した。狂気は夢となり、毎晩、それも一晩中出てくるようになった。夢は、彼の妹がだまされて残酷な方法で殺されるといふような内容であったようです。

そんな夢を見ていますと、マツトは治療者に「お願い、僕の心を押さえて。そうすれば夢を見なくてもすむから。」と嘆願したといひます。彼にとって自宅に外泊するということは、家にいる妹に対して激しい嫉妬を呼び覚ますような現象でもあったわけです。

〔スライド31〕まんが少年はまた、治療者に寄り添って甘えるんですね。で、「赤ちゃんマツト」とも言われていたそうです。

時々彼はセラピストの方にやって来て触る……。接触をします。信頼しているセラピストとの関係において、彼はある儀式を作っていた、といひます。彼は、診察室に毎日4回通うんですが、いつも同じ道を通つてきて、待合室ではいつも同じ椅子に座っていた。同じであるということがセラピストとの関係を確固にしていく、そういうような現象であったといひられています。

〔スライド32〕1週間の混沌とした状況に対処するために、マツトは自分を守るための警告システムを考案しました。

彼は、自分を混乱させる種々の事柄——例えば自分よりも大きい少年とか計画の変更——のリストを作成して、自分の気分の変化を示す図表を作つたりしました。図表からは1週間の気分経過が読み取れますし、平穏から爆発までの状態の変化が出ています。彼は図表を掲示板の最もよく見える辺りに貼っておくように要求したと言

われています。

Chestnik M.は、この症例を出して、これをBORDERLINE CHILDというふうに考えた方がよいという概念を提案したわけです。

〔スライド33〕BORDERLINEという考え方は、ここにはアメリカ精神医学会で発表しているBORDERLINE PERSONALITY DISORDER（境界人格障害）のCRITERIAを持ってまいりましたがここに掲げた8項目中5項目以上があることをいうわけです。1番目は「自己破壊的衝動性がある」、それから「不安定だが強烈な人間関係がある」、それから「人への評価が逆転する」それから「場違いな感情的な興奮があったり」、「一度怒り始めると抑制がしきれない」、それから「自己同一性の障害がある」、それから「情動が不安定である」、それから「一人でいることに伴う様々な問題がある」、それから「自傷」、それから「事故を起こしやすい」といったような問題がありますね。それから「慢性的な退屈さと空虚感」がある。こういったようなものを、BORDERLINE PERSONALITY DISORDERというふうにDSM-IIIでは言っていますが、これは大人を対象にした考え方ではありますが、子どもでもこのような乳幼児期の早期に、今までいろいろお話しをしてまいりましたし、それからいろんな研究者もいろいろ問題にしてきたINTERACTION、それからDYNAMISM、そういうようなものが混乱したり不安定であったり中断したり、そういうふうな経験をしてしまったような乳幼児の場合に、次第に年令的に発達するに従って、子どもの段階でも、いろいろな性格形成上の問題が出てくるだろうという考え方があるわけです。この考え方は、実はずいぶん昔からありまして、ベアランクは、これを「非定型児」(ATYPICAL CHILD)というふうに言っていましたし、つい最近までは英語圏特にアメリカでは、自閉症のことを、ATYPICAL CHILDというふうに考える研究者が非常に多かったんですね。

しかし、ATYPICAL CHILDというのは、あまりにも概念としては明確ではないという意味で

Chestnik, M.は、大人のこういうふうなBORDERLINEのケースに準ずる形で、BORDERLINE CHILD「境界児」という概念を発表しているのが現状であります。そのChestnik, M.がBORDERLINE CHILDと言っている例が、ではいったいどういうふうな発達の仕方をしてきたのかを、もう1度ここでみてみたいわけです。

〔スライド34〕これが、今お話しをした症例マットの生活史であります。幼児期ではありますが、マットには体質的な要因があった。母親は兄弟2人を正常に育てることが出来たので、マットの1才までの発達については、まるで悪夢でも見ているかのごとく語っています。マットは乳首を吸うことが出来ず、昼間は泣き続けていたといっています。訳も分からずキャーキャー泣く彼を静めるには、自動車に乗せてあてもなくドライブする以外には方法がなかった。寝ている時でも手がかかって、マットは母親に抱かれていても緊張して、腕の中で体を弓なりにしてのけぞり、決して静かに抱かれていようとはしなかった。母親は食事にも苦勞し、彼は歯が生え揃っても噛むことを嫌がって、ミルクとココア以外には口にしようとはしなかった。

〔スライド35〕少年期に入りますとマットは「賢い子ども」であった。しかし、しばしば学校で精神的に圧倒されることがあった。そんな時、彼は本を引き裂いて、その後再び教室に帰る。時々強い不安に襲われるようになりましたが、マットはそれに対処する新しい方法を発見した。例えば、パリのことを学んでいる時に、彼はパリやフランスがアメリカ大陸とは大海で隔絶されているということを知って、『孤立している』という観念が心を占めてしまう。遠く離れているパリは、彼の疎隔感を反映するかのごとく不安となって出てしまう。

〔スライド36〕そこでマットは、外国の地名と合衆国内の地名とを結びつけるという新しい解決策を考えた。それは、シャンゼリゼはデトロイトの広い街道、凱旋門はニューヨークのワシントン広場、エッフェル塔は家から見える電光掲示板といっ

たようにですね、それぞれよく似ているとして関係をつけて、外国を身近に感ずることで不安の軽減をはかるという方法をとった。このやっかいなシステムは、彼が対象の喪失を防ぐために必要とされるけれども、そのために極めて大きなエネルギーが必要であったといいます。しかし、この方法は以前のように教師にしがみつくといい対処の仕方よりは有効であった。こういうふうな生活歴があるわけですが、3枚前のスライドに戻していただきますか。

〔スライド33〕ここで注目したいことは、幼児期の問題であります。このマットの症例をこのような形で紹介すると、皆さんはきっと、これはやっぱり性格的にちょっとおかしいとかですね、いろいろな診断についての感想を多様にお持ちになるのかも知れませんが……この幼児期のこの段階をご覧になれば、たぶん自閉症が一番考えられるのではないかと思うんですね。即ち、私達のように、子どもから継時的にずうっと年齢を追うような形で症例を追跡している臨床家の視点から言えば、Chestnik, M. がBORDERLINE CHILDと言ったこの例は私達には発達障害としかみえない。しかし、少年期からずうっと思春期に入ってくる段階での状態を観察すれば、これは、もはやいわゆる発達障害とは言えない。ましてや自閉症と診断するわけにはいかないわけです。しかし、幼児期のこの現象だけを取り上げてみますと、いくつかの項目で、先程からずうっとお話しをしてまいりましたATTACHMENT行動の問題であるとかINTERACTIONの問題として、自閉症に非常にSPECIFICであるような問題が書いてあるわけですね。こういうようなBORDERLINE CHILDと言われている者が、はたして私達臨床家の前に登場した場合に、どこまでそういう概念に沿って診断をしていくことが可能であるのかどうか。それから、こういうように将来BORDERLINE CHILDと診断をされる例が、乳幼児期において、どのような生活の仕方、親子関係の仕方を持っているのか、その辺がですね、これから症例が多く経験されるにしたがって、もう少し明確になっていくの

ではないかと思っています。しかし、いずれにしても、今お話しをしたうつ病の問題とそれからBORDERLINE CHILDの問題は、日本でまだまだ研究者も多くありませんし、症例数も少ないし、私達自身が明確にうつ病であると診断した幼児はまだ持っていませんし、それからBORDERLINE CHILDと診断し得る、そういう明確な症例もまだない状態でありますので、私たちの症例をここで紹介するわけにはいきませんでした。しかし、これからこういうような問題についてぜひ考えていかなければならないのではないかと思います。

10. おわりに

以上、世界乳幼児精神医学会の動向から始まりまして、北大幼児園、それから静養院、そして東海大学と、いくつかの場面でいろいろ研究してきたもののうちから、特に乳幼児に関係のある問題を抽出して整理をさせていただきました。最近、小児神経をやっている先生方との共同研究の場面も次第に多くなってまいりまして、まだこれもHYPOTHESEの段階であります。1つ1つの行動と最も関連のある中枢の部位を設定していけばですね、いろいろな発達障害児の行動を解析する場合に非常に有用になるだろうというようにも考えています。お時間の関係で省略させていただいたスライドには、そのことが書いてあったわけですが……。また、薬物療法を行っていても、薬物療法で変化する行動と変化しない行動を明確にしていながら、乳幼児の行動の解析を行う。そういうような心理学的な問題、それから行動上の問題、それから生化学的な問題、神経心理学的な問題というようにですね、いろんな領域が共同で対応する必要性がますます多くなっているのが現状であります。

そういう意味では、最初にも申し上げましたが、乳幼児精神医学というのは、まさに、INTERDISCIPLINARYな、学際的な研究領域で、しかも臨床チームという考え方が絶対必要な領域なんですね。そういう意味では、この会に参加される方々

が各々の専門性を明確にしなが、どのように、本当の意味での連携をしていかれるかをぜひ考えていただきたいし、そういう視点で、この研究会が発展されることを心からお願いしたいと思っております。

INFANT PSYCHIATRYについていろいろ考えてまいりますと、INFANT PSYCHIATRYこそまさにHUMAN PSYCHIATRYではないかという感じが頭に浮かんでくるわけです。即ち、人間について考えると、やはり非常に早期の発達段階においてどのような環境にあったのか、どういう問題があったのかを詳細に検討することが非常に大事になるのではないかと……。HUMAN PSYCHIATRYという言葉が、頭に浮かんだのはですね、実はホノルルで行われた、先程も言いましたがWAIPADの環太平洋医学会のパーティの席でそういうふうな言葉が頭に浮かんだわけですが……。と申しますのは、いろんな会議や学会に参加していますが、乳幼児精神医学会に出て、その乳幼児精神医学を専攻していらっしゃる先生方というのは、みんなそっくりなんです。みんななんて言うか人がいいっていうか、非常にフランクだっていうか、いかにも乳幼児を扱っているなあっていう感じの先生方ばかりであって、お酒を飲んでいても何をしても、非常にお互いリラックスしていただける。そういう点で、私は即座に「HUMAN PSYCHIATRY」という言葉を頭に浮かべた次第ではありますが、ぜひこの会に参加される方々も、昨日の懇親会でまさにそういうふうな印象があったわけではありますが、対象である乳幼児に負けないぐらい人柄のいい臨床家になっていただきたいと思っております。

御静聴どうもありがとうございました。(拍手)

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、事務局を北海道教育大学旭川分校幼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、10月から翌年9月までとする。

編集後記

会員の皆様、『乳幼児療育研究』第2号をお届けいたします。この内容は、昭和63年11月に行われた第2回研究大会における諸報告と講演を編集したものです。作業の時間がなくて大分遅れましたことを、お詫び致します。

第2回研究大会も北大学術交流会館を会場に、250名余の方々の参加で盛会裏に実施されました。

3つの分科会では、各地・各分野の意欲的で内容の濃い取り組みの報告がなされ、真剣で活発な質疑と討論が展開されました。その模様は、参会者はもとより取材の方々にも深い感銘を与えました。分科会は、本会の主旨である各分野の実践交流と相互研鑽に資するもの大であったと思います。

次に、本大会新企画の追跡研究（3題）と特別報告（2題）は、実践的意味ばかりでなく、学術的にも価値の高い内容でした。前者は、早期療育の成果を追跡的に検証しようとする、我が国でも先導的といゆる研究でした。私共の臨床や実践は、このような客観的・科学的な方法を通じて確かめられ、また問い直されることによって、将来展望が開かれてくるものと考えます。

後者では、道内先進地の早期療育の方法とシステムの詳細な調査報告と道の早期療育システムに関する対策（調査・提言・施策）についての発表をいただきました。この両報告によって、本道の早期療育の現況と展望が整理されたように思います。

本道の早期療育の草分けの一人でもある現東海大学医学部教授の山崎先生の講演は、心身障害児の早期診断と対応のあり方に関し、自らの研究データを縦横に駆使した格調の高い学術講演であり、臨床と研究のあり方について参会者に深い感動を与えました。

編集委員会は、このような内容で機関誌第2号を皆様にお届けできることを誇りに思います。

さて、北海道は『早期療育検討委員会』の報告を受けて、平成元年度からいくつもの新事業を開始したという、うれしい情報もあります。全道各地に早期療育の灯がともし、そこでの力強い実践が本研究会に結集されんことを期待しています。

最後になりましたが、本会对する北海道新聞社会福祉振興基金の御支援の継続によって、機関誌第2号が刊行できたことを申し上げ、同基金に深謝いたします。

1989年6月

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 第2号

平成元年6月15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

〒070 旭川市北門町9丁目

北海道教育大学旭川分校幼児教育学研究室

☎(0166)51-6151(代) 内線367
