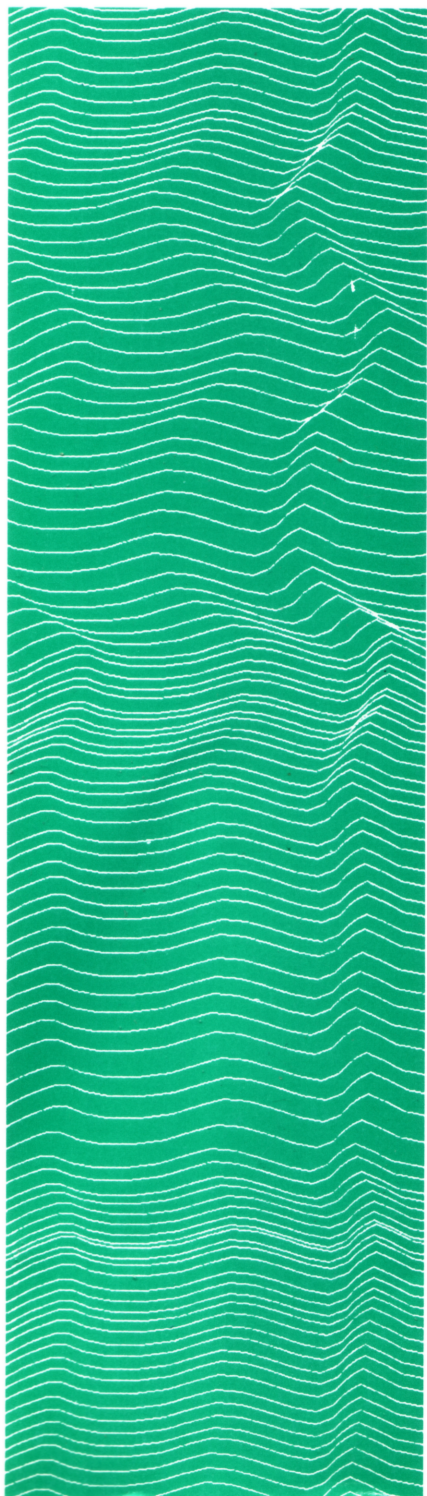


乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



特集

第3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」

基調報告

シンポジウム

特別講演「自閉症児を育てた経験から、早期療育に願う」
「脳性マヒ児を育てた経験から、早期療育に願う」

1990第3号

乳幼児療育研究 第3号 目次

特集 第3回研究大会集録

<分科会>

第1分科会 ————— 一般演題

①早期発見、療育システムのネットワーク……………喜 多 祐 莊	1
②「小樽市子ども相談室」の取り組みと現状報告 ……………中島 真一・佐久間和子	8
③新得町における話しことばの発達調査の取り組み ……………小川 修平・松浦 孝寿	15
④総合療育センターにおける幼児入院について ……………水上 八行・宍戸 和夫・瀬戸 ヨシ 荒田 富子・落合 裕昭・三島与志正	24
⑤肢体不自由児通園施設「ひまわり整肢園」の現状 ……………加藤 典敏・片桐 幸恵・大黒美恵子・木村 房代	29
⑥千歳市心身障害児通園施設における歯科検診の取り組みについて ……………柏田 英人・森尾 洋子・村田 修	44
⑦おもちゃ図書館活動を通して……………後藤田 生子	49
⑧質疑とまとめ……………高橋 渉・神力 シゲ	54

第2分科会 ————— 地域療育活動

①上富良野町における健診から療育までの取り組み ……………岩辺 悦子・長谷川 章	57
②稚内市における地域療育の現状……………松 本 敏 治	64
③清水町における「ともに生きる」まちづくりの現状 ……………古 川 力 也	71
④ま と め……………中山 忠道・清野 茂	70

第3分科会 ————— 障害児保育

①育つ力を求めて……………佐 野 ひとみ	81
②大人とのかかわりを求める子ども達……………奥 長 徳 子	85
③幼稚園における学習障害児の指導……………山 本 朋 子	93
④ま と め……………岡本 侑子・松岡千賀子	100

<基調報告>

早期療育施策の動向……………研究会会長 伊 藤 則 博	103
-----------------------------	-----

<シンポジウム> 現場実践と地域療育のネットワークを考える

○石 城 赫 子	○村 川 哲 郎	○小 嶋 茂	109
○堀 岡 英 機	○佐々木 明 員	○伊 藤 克 美	136
まとめ……………阿部 哲美・後藤 和広			

<特別講演>

①自閉症児を育てた経験から、早期療育に願う……………田 中 勝 廣	143
②脳性マヒ児を育てた経験から、早期療育に願う ……………山 形 積 治	149
③ま と め……………相 場 幸 子	153

北海道乳幼児療育研究会会則……………	157
編集後記……………	159

第1分科会（一般演題）

1. 早期発見，療育システムのネットワーク 喜多 祐 荘
2. 「小樽市子ども相談室」の取り組みと現状報告
中島真一・佐久間和子
3. 新得町における話しことばの発達調査の取り組み
小川修平・松浦孝寿・木村志野・桑折真澄・神田瑞穂
4. 総合療育センターにおける幼児入院について
水上八行・宍戸和夫・瀬戸ヨシ・荒田富子・落合裕昭・三島与志正
5. 肢体不自由児通園施設「ひまわり整肢園」の現状
加藤典敏・片桐幸恵・大黒美恵子・大村房代
6. 千歳市心身障害児通園施設における歯科検診の取り組みについて
柏田英人・森尾洋子・村田 修
7. おもちゃ図書館活動を通して 後藤田 生 子
8. 質疑とまとめ
座長：神力 シゲ（留萌かもめ幼稚園）
高橋 渉（静療院院内学級）
記録：吉田耕一郎（札幌市いなずみ幼稚園）

1 早期発見一療育システムのネットワーク

（道都大学）

喜多 祐 荘

はじめに

この報告では、乳幼児の心身障害の早期発見一療育システムのネットワークづくりについて考え方を整理してみたい。

「早期発見一療育」という表現は、心身障害の早期発見と早期療育が一体の仕事であるという観点で用いている。早期発見（予防、診断、経過観察指導、相談・給付）と早期療育（診断・治療・訓練、養育保育教育、相談・給付）とは連続し、かつ、一部並行的に実施される性質のものであるから。

早期発見一療育の事業の成否は、サービスする

側の有効な働きかけと、サービスを利用する側の効果的な活用の仕方にかかっている。

ここで、早期発見一療育事業のサービス体制をシステムと呼び、サービスを利用する側を当事者と呼ぶこととする。

早期発見一療育システムは、利用主体、援助諸機関、スタッフ、援助技術を柱に、財政、ネットワーク、研究、養成の諸側面から成り立ち、それが的確に運営され、幅広く利用されることによって、児童の発達・家族の自立という究極の目的を達することができる。

このシステムの特質は、①地域・家庭に基盤をもつこと、②サービス体制の一体性・継続性、③サービスの階層性・専門機能の分担、④当事者による利用の一貫性・有効性を保障すること、である。

このシステムがその特質を発揮するには、システム内の専門機能を結び付けて、地域的かつ広域的な家庭・児童支援網（ネットワーク）を織り上げる必要がある。しかも、この北海道全体が広域

2 第1分科会（一般演題）

でかつ辺縁地を多くかかえた人口分散型・各地方都市集積型という地域人口特性をもっていること、高度な専門機能が人口高集積地に局在するという機能特性をもっていることから、高度な専門機能のサービスを全域に保障するために階層的支援網（ネットワーク）が強調される。

この報告では、早期発見—療育システムを地域的・広域的に効果的に働かせるために、サービス体制と当事者の双方を視野に入れた「サービス—利用」の総合的なネットワークづくりを考えたい。

1. 早期発見—療育事業の成立

(1) 早期発見—療育事業の位置づけ

わが国の児童家庭福祉対策（母子保健対策・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）の中で、障害をもつ乳幼児とその保護者に対する対策は、母子保健対策・保育対策・児童健全育成対策・心身障害児対策にまで一貫して行なわれている。（くわしくは、拙稿、北海道における障害児の早期発見体制の実情、「乳幼児療育研究・第2号」1989）

とくに早期発見を担う母子保健対策は、その柱を、妊産婦健診・乳幼児健診精健（検）事後指導・未熟児養育医療・小児慢性特定疾患研究に据えている。これらは、早期治療療育、保育教育、相談援助・福祉給付、の各サービス機能につながっている。

したがって、「健診・指導、治療療育、保育教育、福祉援助の諸機能が総合的に提供される体制がつくれ、しかもそれを適時有効に利用するように当事者を継続的に支援する体制がつけられる」

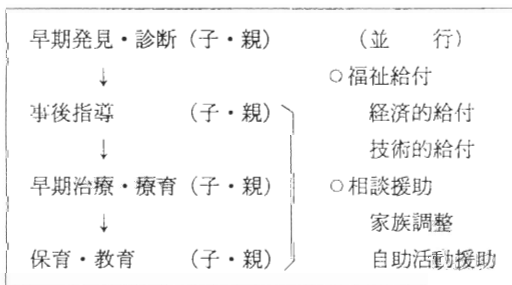


図1 早期発見—療育事業の流れ

ことが「乳幼児（胎児を含む）の心身障害（疑いを含む）の早期発見—療育事業」の体制づくりの目標である。（図1 早期発見—療育事業の流れ、参照）。

(2) 早期発見の実施の型

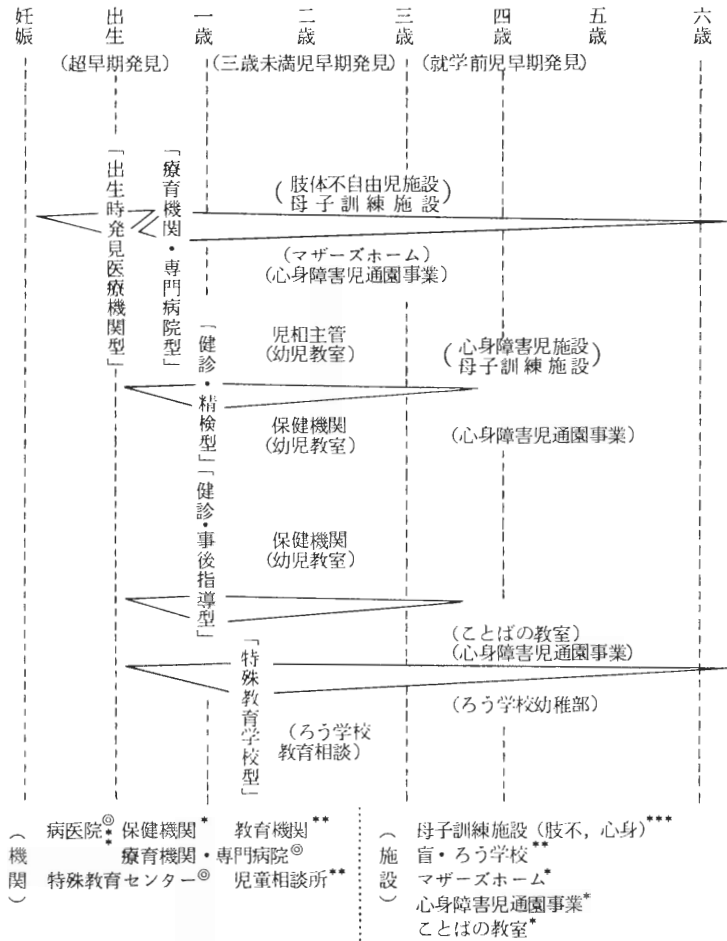
北海道内における心身障害（疑いを含む、また親の側の故障を含む）の早期発見（と早期療育）のタイプを眺めるとおおむね図のように整理することができる。（図2 早期発見の実施の型、参照。くわしくは、拙稿（前掲）で報告）

すなわち、「出生時発見医療機関型」（病医院・総合病院・大学病院・道立小児総合保健センター等）、「療育機関—専門病院型」（道立肢体不自由児総合療育センター・市立母子訓練センター等）、「健診・精検型」（保健機関・児童相談所等）、「健診・事後指導型」（保健機関等）、「特殊教育学校型」（ろう学校等）である。

(3) 地域における早期発見—療育サービスの展開

北海道内の各地における心身障害の早期発見—療育サービスの展開を眺めると、大きく、病院系列、療育機関—地域療育系列、特殊学校系列に分かれる。

このうち、療育機関—地域療育系列の地域におけるサービスの展開は、各地で実を結んでいる。おおむね人口10万人以上の中核都市または3万人以上の準中核都市部で、児童相談所または母子訓練等地域療育を行う施設がサービスしている地区である。（1988年3月では、函館市近郊、伊達市近郊、静内町近郊、千歳市、札幌市、旭川市、北見市、生田原町近郊、帯広市近郊、釧路市近郊、等々。）都市部から離れた、地域療育が開始されていない町村部では、通園事業または巡回療育相談事業の開始が待たれる。



(注) * 日常生活圏の機関・施設 (一次)
 ** 地方中心機関・施設 (二次)
 *** 高次専門機関 (三次)
 ◎ 一次, 二次, 三次の役割を兼ねる機関

図2 早期発見の実施の型

2. 早期発見一療育システムの構成

(1) 北海道における早期発見一療育システムの機関配置

乳幼児期の心身障害の早期発見一療育サービスの体制(システム)を全道的かつ全障害的にとらえると、図のように求心状かつ遠心状のケースの流れがみられ、あわせて階層状のサービス諸機関の配置が円盤状に構成される。(図3 乳幼児の

心身障害の早期発見システム)。

これをケースの流れに立って眺めると、出生の段階、発見診療一療育保育の段階、教育の段階に向けて、4通りの通路が認められる(図4 早期発見一療育保育教育の流れ, 参照)。

また、サービス諸機関の役割分担を階層別に貼りつければ、おおむね4つの階層が認められる(表1 早期発見一療育システムの役割体系, 参照)。階層区分の目安は、0次(地域)は養育保

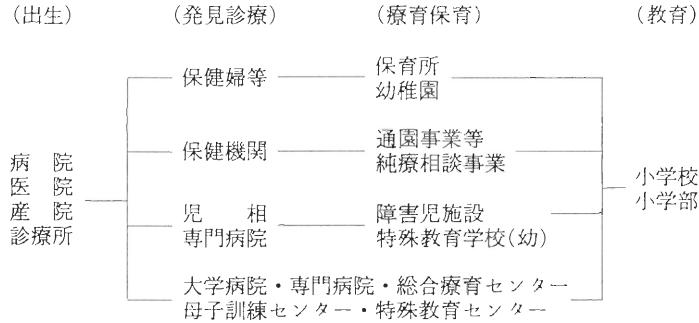


図4 早期発見—療育保育教育の流れ

表1 早期発見—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	精健治療等	高度治療等
(場面)	家庭 保育施設 学校	保健機関 通園施設 特殊学級	診療機関 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
	(~ 1万)	(1.5万 ~)	(10万 ~)	(100万 ~)

(分野)	(スタッフ)	(機関施設学校)
医療保健 看護栄養	医師, PT, ST, OT, 保健婦, 看護婦, 栄養士等	病院産院診療所, 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, 家庭児童相談所, 児童相談所
家庭管理 福祉給付	(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)
保育教育 療育訓練	保母, 教師, PT, ST, OT, 指導員等	保育所幼稚園, 通所施設通所事業, 障害児施設, 総合療育センター, 学校
社会教育 体育文化	社会教育主事, スポーツ指導員, 司書, 学芸員等	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, 地区連絡会議, 圏域連絡会議, 方面連絡会議, 親の会

表2 早期発見—療育の専門スタッフ

法は、これを一群の体系にまとめることができる。
この方法体系はシステムの重要な構成要素である
(図5 早期発見—療育システムの諸方法, 参照)。

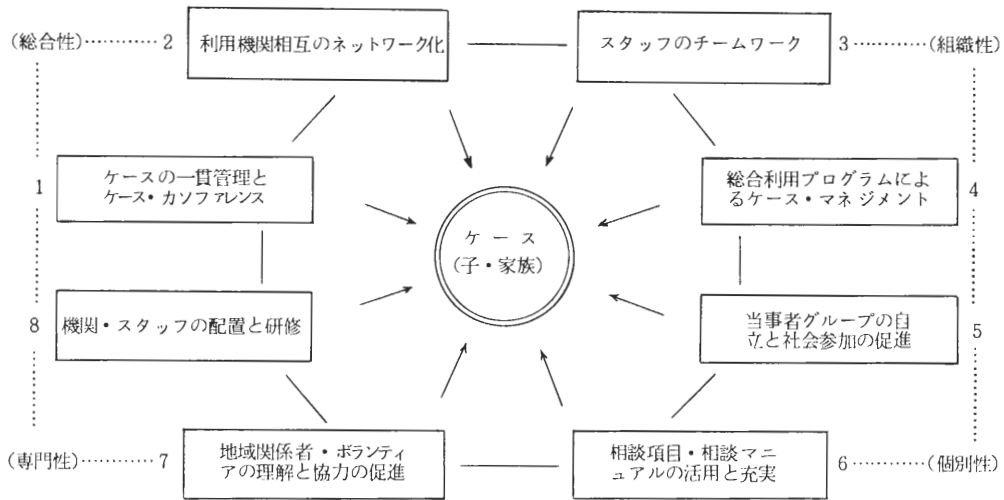


図5 早期発見—療育システムの諸方法

3. 早期発見—療育システムのネットワーク

(1) ネットワークの発達段階

利用者のニーズがサービス機関によって発見され、診断治療、療育訓練、保育教育の場面に展開

(サービス機関側)

- 連絡
information
線 (点と点)
・機関情報の相互連絡
・対象情報の相互連絡
- 協議
conference
面 (線と線)
・機関サービスの連携
・利用者ニーズの結合
- 協力
cooperation
体 (面と面)
・機関の立体的連携
・利用者ニーズの分化
- 連合
combination
層 (体と体)
・機関の階層的連携
・利用者ニーズの細分化

するのに対応して、サービス機関とそのスタッフは、ケース情報の連絡→ケース処遇の協議→ケースに対するサービスの協力体制づくり→さらに高度な治療教育指導を要するケースに対するサービス機関の協力体制づくり、というネットワークづ

(利用者側)

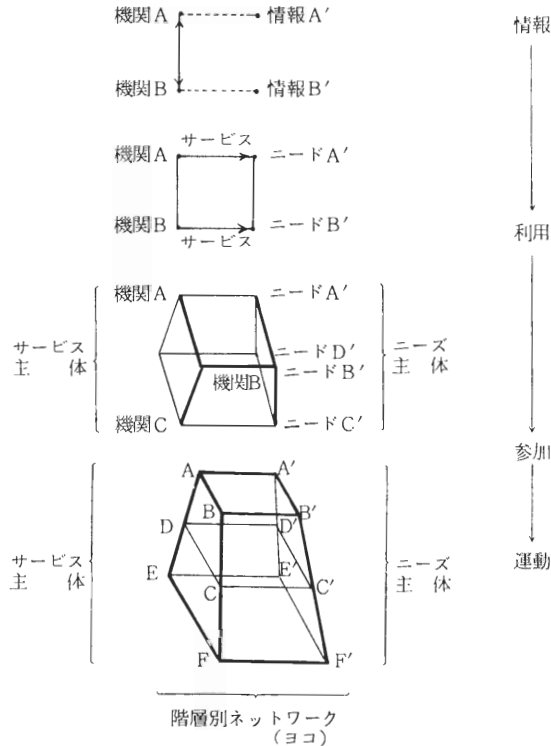


図6 ネットワークの発達段階

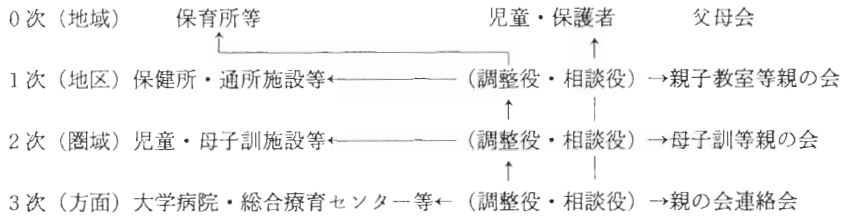


図7 ネットワークの役割分担

くりが展開される (図6 ネットワークの発達段階, 参照)。

(2) ネットワークづくりの役割分担

ネットワーク (連絡・協議・協力, 連合) づくりを展開するために, 各自ごとに (地域・地区・圏域・地方) ネットワークづくりの中心的担当者を位置づけることが必要となる。

つまり, 一方はサービス機関の側に立ったネットワークづくりの担当者 (「調整役」コーディネーター) であり, もう一方は当事者の側に立って利用プログラムを展開する担当者 (「相談役」ケー

ス・マネージャー) である。「調整役」はケース・カンファレンスのキー・センターに配置される。また, 「相談役」はケース・マネジメントに対して責任をもつべき性質の機関 (市町村にあって地域ごとに家庭・児童のケースを一貫して支援するための地域援助機関に配置されることが望まれる (図7 ネットワークの役割分担)。

(3) ネットワーク, カンファレンス, ケース・マネジメント, セルフヘルプグループ

個々のケースに対応すべきサービスの協力体制 (ネットワーク) の範囲は, 障害の状況や生活環

表3 ネットワーク, カンファレンス, ケース・マネジメント, セルフヘルプグループ

(階 層)		0次 (地域)	1次 (地区)	2次 (圏域)	3次 (方面)
A ネットワーク づくりの担 当者	「発見 診療 段階」	保健婦	保健機関のケース担 当者	児童相談所の窓口担 当者	総合療育センター 母子訓練センター 特殊教育センター等 の窓口担当者
	「療育 保育」 段階	主任保育等	通園事業等のケース 担当者	障害児 (者) 施設 (母子訓練等) の窓 口担当者	
B ケース・カン ファレンスの キー・センター	「発見 診療」 段階	保健婦	保健機関	児童相談所	
	「療育 保育」 段階	保育園幼稚園等	通園事業等	障害児 (者) 施設等	
C ケース・マネ ジメントのキー ・パーソン	全生涯	※1.2. 町村役場・教委・社協等 (総合リハビリテーション・セフター)	※1.2. 市福事・教委・社協等 (総合リハビリテーション・センター)		
	※1. 個々のケ スに即した総合利用プログラムを組み, ケ スと関係機関双方に働きかけるケース・マネージャー。 ※2. 障害者 (児) の生涯総合リハビリテーション・システム (各次階層ごとに整備) の中に位置づけられる。				
D セルフヘルプ グループの担 当者	各段階	※3. 保育園父母会等	※3. 親子教室等親の会等	※3. 母子訓練親の会等	※3. 親の会連絡会等
	※3. 利用施設ごとにグループ活動を組み, 自己研修交流と社会参加運動を行う。 (施設等側からグルー フワーカーが, グループ内からピア・カウンセラーがかかわる)				

8 第1分科会（一般演題）

境条件などによって異なってくる。したがって、個々のケースの状況・条件に対応した援助指針を明らかにするために、関係機関のスタッフの参加によるケース・カンファレンスが必要である。このケース処遇の打合せには、地域援助機関のスタッフであるケース・マネージャーの参加が望まれる。

関係機関のスタッフと地域援助機関のスタッフによる総合指針のもとで、当事者は、必要な機関の利用と自助グループへの参加、そして福祉給付の利用と地域社会への参加が可能となる（表3 ネットワーク、カンファレンス、ケース・マネジメント、セルフヘルプグループ、参照）。

結び ネットワークづくりの主体

ネットワークづくりは、発見—療育の流れにおいて、当事者に対する漏れなき把握とサービスの継続的効果的な利用が目標となる。

市町村保健センター・保健所は、医療・保健相互の連携を密にして該当児の把握につとめ、また、保健・医療・福祉の連絡により当事者に対する援助（診断・相談）を促し、当事者の療育訓練・保育教育の利用の経過を迫る（ケース管理・カンファレンス）。

児童相談所と障害児療育施設（母子訓・巡回療育・通所療育等実施）は、各圏域内の保健・医療機関と連携を密にして該当児の処遇・相談にあたりながら、当事者の療育訓練・保育教育の利用を促進する（ケース管理・カンファレンス、ネットワークづくり）。

高度な診療を要するケースは、総合療育センター等と、児相・施設と、保健・通園と、保育・教育とが、各次の連携を密にして当事者の療育訓練・保育教育の利用を促進する（児相等によるネットワークづくり）。

市町村にあっては、当事者のニーズを把握しシステム利用のプログラムを作り、当事者の利用を促し、自助グループや地域社会への参加を援助する相談役として地域援助機関が望まれる（カンファレンス、ケース・マネジメント）。

このようにして、医療—保健—福祉—教育—地

域の各分野の機関が連携して家庭・児童支援網（ネットワーク）を織り上げるための体制づくりが当面の課題である。

参考文献（抄）

- ①厚生省「厚生白書 昭和61年版」、財団法人厚生統計協会、1986
- ②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
- ③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システムに関する調査検討報告書」、1988
- ④北海道乳幼児療育研究会事務局編集部編「乳幼児療育研究・第2号」、北海道乳幼児療育研究会、1989
- ⑤江草安彦「増補改訂ノーマライゼーションへの道」、全国社会福祉協議会、1988
- ⑥喜多祐荘「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査樹立」、1989
（この報告は、拙稿「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」（昭和63年度文部省科研費補助研究成果報告書）の第1・2・3章から抄出し考察を加えたものです）。

2 「小樽市こども相談室」の取り組みと現状報告

小樽市さくら学園（こども相談センター）

中島 真一

道立札幌肢体不自由児総合療育センター

佐久間 和子

1. こども相談室のシステム

小樽市こども相談室は、昭和57年より開始された市の単費事業で「育児上の不安や心配ごとなど、発達に関わるあらゆる相談に応じ、適切な援助を行っていく」ことを目的としています。

相談対象は基本的に就学前幼児としていますが、

必要に応じて学齡児もその対象に含めております。

相談スタッフは、専門医が4名（道立小児総合保健センター・道立札幌肢体不自由児総合療育センター・国立療養所小樽病院・市立小樽病院より各1名ずつ）、中央児童相談所（相談員2名・判定員2名）、幼児のこたばの教室（2名）、市青少年対策室（1名）、小樽さくら学園（コーディネーター）の計12名が相談に応じる体制になっています。

また、実施にあたっての事務的処理やフォローアップについては、さくら学園（精神薄弱児通園施設）内で対応していく形をとっており、開催場所も昭和63年の園舎の改築とともに当園にて実施するようになっております（それ以前は市の福祉センターにて実施）。

相談回数は、その年度によって異なりますがおおむね隔月で実施できるようにしております。

2. 実施方法

実施にあたっては事前に広報や関係機関（保健所・幼稚園・保育所）への文書通知によって周知を図り、申込みに対しては主訴などを聴取し、当日の相談が速やかにすすむよう事前準備を整えま

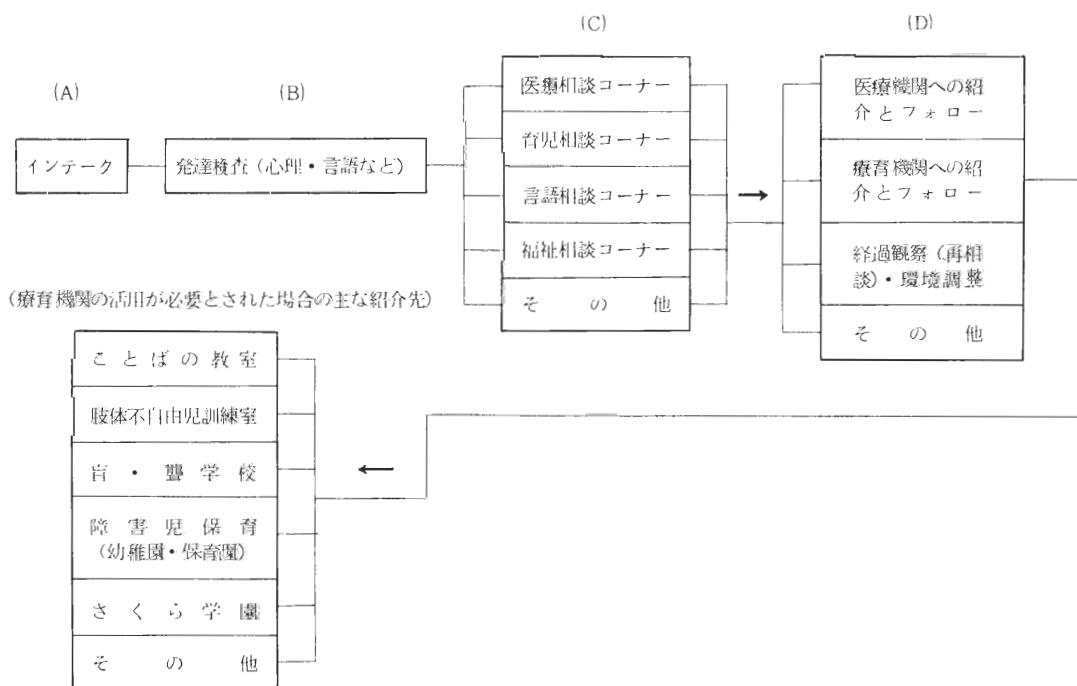
す。

相談当日は、インテークを起点として下記の流れにそってすすみますが、子どもにとって無理がかからないよう1ケースがおおむね1～2時間の内に終了するよう配慮しています。

尚、(B)～(C)の相談ルートはその主訴や問題性に応じて柔軟に対応できるようにしており、各相談コーナーを重複して活用する場合や、逆に(B)の発達検査を省略してインテークから医療相談コーナーに直接移るなどというように、あくまでも個々の相談内容にふさわしい相談体制がとれるようにしております。

基本的にこのような流れにそってすすめていき、処遇決定の妥当性やフォローの方向性を確認し合うためのケースカンファレンスに十分な時間をかけるようにしています。

また、個々の処遇決定が相談者にとって十分に納得できるものであったかどうか、コーディネーターがその確認を行い、保健所等の紹介機関に対しても、結果や今後の方向性について了解や協力を頂けるよう事後の調整を図るよう努めています。



3. こども相談室の実施結果

昭和57年より開始された「こども相談室」の相談ケースをいくつかの面から分類していきます。

尚、ケース数は平成元年の9月までの230ケースですが、これは延相談件数ではなくあくまでも実人員です。

(A) 主訴と相談児年齢の関係（初診時）

まず、主訴分類で見ますと「ことばの遅れ」が全体の4割を占めています。

次いで、発達の遅れ（成長が他の子と比べて遅い・知恵のつきが遅いなど）、発音（構音）の主訴の順になっております。

また、医療相談が全体の1割を切っておりますが、このことについては保健所の健診システムの充実や、小樽市自体が総合病院などを始めとする医療環境に比較的恵まれていることによるものと考えています。

年齢別で見えていきますと、3才以下が全体の5割を占めますので早期療育と連動させていく意味では大変に望ましいことであると思いますが、早期療育の真価という点では2才以下の比率をより高めていかねばならないと考えます（表中の2才未満は33.5%）。

主訴と年齢（初診時）との関係では、問題性の発生とその年齢とがおおむね妥当性をもっているものと思われませんが、精神発達にかかわる相談が、5才以降においても一定の比率をもっていることについては療育システムという面でいくつかの検討を要するようです。

尚、この資料はあくまでも「こども相談室」の集計であって、小樽市における「心身障害児の実情」と一致するものではありません。

しかし、個々の主訴がどの年齢に現われやすいのか、あるいはそれぞれの年齢にどのような発達の問題性が生じやすいのかを考えていく上で一定の客観的傾向が反映されている資料としての意味をもつものであると思われれます。

(B) 主訴と実際の障害との関係

次に、それぞれの相談の主訴が実際にはどのような障害や問題性であったかを分析していきます。

下記の表のとおり、全相談ケースのうち何らかの精神発達遅滞を有していた児が44%、言語障害児が30%、ノーマルが30%（このうち障害とは異なるが検査を含む何らかの医療的援助を必要とする児が7.8%）の順になっていきます。

また、運動障害児が全体の2%未満であることについては、先に述べたように保健所の健診シス

主訴 \ 年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7～	小計	%
ことばの遅れ		5	35	26	12	14	2		94	40.9
発達の遅れ（療育相談）		7	9	5	6	4			31	13.0
発音がおかしい				3	8	10	2		23	10.0
どもる				1	1	1			3	1.3
落ち着きがない						5		1	6	2.6
集団になじめない				2	1	1	1		5	2.2
福祉相談(手帳, 手当関係)	1		1	1	4	4			11	4.8
育児相談	夜尿・頻尿			2	2	5		7	37	16.0
	指しゃぶり		1	2	1					
	チック・くせ		1					1		
	その他 ※ ¹			2	3	3	4	1		
医療相談	運動の遅れ	2	3	1	2			1	20	8.7
	てんかん			1				1		
	背が低い			1			1			
	その他 ※ ²	2		3	1			1		
計	5	17	55	47	35	47	9	16	230	100.0
%	2.2	7.4	23.9	20.3	15.2	20.3	3.9	6.9	100.0	

※¹育児相談：〔その他〕の内訳～「内気」「いじめ」「登校拒否」「離婚による育児困難」など。

※²医療相談：〔その他〕の内訳～「斜視」「生理」「嘔吐」「咳こみ」「脱臼」など。

主訴\実際の障害	精神発達遅滞児群			言語障害児群				運動障害児		ノーマル		計	
	疑い・ ボーダライン	軽度	中～重	構音障害	吃音	難聴	言語発達遅滞	障害遅滞	要医療	問題なし			
ことばの遅れ	20	23	8				3	40				94	
発達の遅れ（療育相談）	2	13	16									31	
発音がおかしい		1		22								23	
どもる					3							3	
落ち着きがない	1	1	1								4	6	
集団になじめない	1	1									3	5	
福祉相談(手帳,手当関係)		4	6							1		11	
育児相談	夜尿・頻尿									7	9	16	
	指しゃぶり										5	5	
	チック・くせ										3	3	
	その他	2									11	13	
医療相談	運動の遅れ			2						4	1	2	9
	てんかん										2	2	
	背が低い										1	1	2
	その他										6	1	7
小計	26	43	32	22	3	3	40		4	18	39	230	
計		101				68		4		57			
%		43.9				29.6		1.7		24.8		100	

テムによる部分が大きいようです。

尚、この表でいう「言語発達遅滞」とは、精神発達や器質的な問題がその原因ないしは背景となっていないいわゆる「純粹のことばの遅れ」を意味しており、一定期間経過を迫るなかで確認し厳選できた数字です（94名中40名）。

したがって、現時点でことばの遅れが精神発達上の関係を払拭し切れないケースについては「疑い・ボーダライン」の枠に含んでおります。

また、「落ち着きがない」「集団になじめない」といった主訴をもつ児に一定の割合で精神発達遅滞児が含まれている点や、「ことばの遅れ」のうち難聴が3名含まれていた点など、はからずも「主訴」が必ずしも障害や問題性と一致しないと

いうことを示す資料となっているようです。

(C)「ことばの遅れ」を主訴とするケースの実際の障害分類

下記の表は「ことばの遅れ」を主訴として相談に来たケースの実際の障害や問題性を年齢別に再分類したものです。

ここでは先に述べた「言語発達遅滞（精神遅滞を含まない）」の数が2才の19名を頂点として徐々に低下し、逆に精神発達遅滞の数が加齢とともに増えてくる傾向と、同じ「ことばの遅れ」を主訴としていても、結果として精神遅滞であったケースの障害程度が加齢とともに重たくなっていく傾向とを併せて見出すことができます。

このことは年齢が高まり、もはや発達のな問題

実際の障害\初診時の年齢	0才	1才	2才	3才	4才	5才	6才	7～	計	%
言語発達遅滞		5	19	7	4	4	1		40	43
疑い・ボーダライン			10	5	2	3			20	21
軽度精神発達遅滞			3	9	5	5	1		23	24
中～重度精神発達遅滞			3	3		2			8	8
難聴	2	1	3	3						
計		5	35	26	12	14	2		94	100

年齢別相談実人員（総）	5	17	55	47	35	47	9	16	230
言語発達遅滞の占める比率	0%	29%	35%	15%	11%	9%	11%	0%	17%

が「ことばの遅れ」だけではないことが明らかであったとしても、こうした相談場面では比較的無難な主訴として「ことばの遅れ」という表現が用いられやすいという点と、障害認識のうえでことばの面だけでしか問題を理解できない、あるいは理解しようとしにくい傾向がまだ強く残されている現実があることを示しています。

(D) 年齢別診断結果

次頁の上のグラフは様々な主訴をもって相談にみえたケースが、結果としてどのような障害であったのかを主に言語発達遅滞と精神発達遅滞との比較で年齢別に整理したものです。

言語発達遅滞は2才の35%を頂点として加齢とともに減少し、精神発達遅滞では3才の51%を頂点として同様に減少していきます。尚、6歳児であっても、言語発達遅滞と診断されているケースにつきましても精神発達遅滞との関係が非常に微妙な問題が含まれていましたが就学後のフォローを通して、一過性上のことばの遅れと確かめることのできた事例です。

また、加齢とともに「その他」の項目該当児が増えていっていますが、これは発達の分化がすすむことによって問題性が多様化していくことの現れと見るができるようです。

(E) 精神発達遅滞と診断されたケースの年齢別主訴分類

次頁の下のグラフは精神発達遅滞と診断されたケースが、どのような主訴をもって相談に来たのかを年齢別に分類し直したものです。

言い換えると、それぞれの年代でどのような「主訴の装い」をもって精神発達上の問題を訴えてくるのかということです。

ただ、精神発達遅滞（疑いやボーダラインを含む）と診断された児の総数が101名であるということ、年齢構成にもバラツキがあるため年齢別の顕著な傾向を見出すことはできませんが、2～6才まででは「ことばの遅れ」を主訴とするケースが圧倒的な数を占めていることが分かります。

先にも述べたとおり「ことばの遅れ」という主訴は、その簡便さや無難さ、さらに障害認識（及

び診断）上かなりの幅のある表現であることが特徴です。

しかしながら育児を担う側、特に母親にとって「ことばの育ち」は発達上の問題性を感じ始める一つの重要な「物差し」であるとともに、発達の悩みや心配ごとの「入り口」であることは間違いないようです。

また、断言はできませんが個々のケースを分類していきますと、「ことばの遅れ」を主訴とする相談者（主に母親）は特に相談歴のない自発的に相談にみえるケースが多く、逆に「発達の遅れ（内容は前記）」を主訴とする相談者は、近所や家庭内の誰かに指摘されたり何らかの相談機関から紹介されるなど、周りに勧められてみえるケースが多いという傾向があるようです。

いずれにしても、こうした相談業務をすすめていくにあたっては、主訴の聴取は問題性を見いだす非常に大切な手続きですが、主訴をとりまく問題性やその背景を慎重に探り、母親の言うところの「主訴」と、声にならない子どもの訴える「主訴」とのズレを正確にとらえていくことが発達相談の最低条件であるといえるようです。

4. 「こども相談室」の地域における役割

約7年間にわたる「こども相談室」の一端を担い見守ってきた立場からしますと、この間の取り組みを通して相談室が地域へ着実に定着してきている印象を覚えます。

それは、この相談室が「夜尿から～福祉まで」というように発達に関わるあらゆる相談に応じるという点で非常に幅の広い窓口をもち、それに即応できるスタッフが常に揃っていることによっているようです。

A. 保健所との連携

広報などによる以外で、相談室を訪れるケースの多くが保健所の紹介によっています。

これは、保健所の各健診で発見されたハイリスク児に対する二次健診の場として「こども相談室」が定着してきていることの現われであると共に、1才半健診から3才健診までの期間を補うもう一

1 歳	言語発達遅滞 29%	精神発達遅滞 47%	その他 24%
2 歳	言語発達遅滞(以下、RSD)35%	精神発達遅滞(以下、MR) 49%	その他 16%
3 歳	RSD 15%	MR児 51%	その他 34%
4 歳	RSD 11%	MR児 46%	その他 43%
5 歳	RSD 9%	MR児 40%	その他 51%
6 歳	RSD 11%	MR児 22%	その他 66%
7 ~	MR児 31%	その他 69%	
全体	RSD 17%	MR児 44%	その他 39%

1 歳	(運動の遅れ)			発達遅れの遅れ 87%	13%
2 歳	(福祉相談)(運動の遅れ)			ことばの遅れ 59%	発達の遅れ 33% 4% 4%
3 歳	(集団になじめない)(福祉相談)(運動の遅れ)			ことばの遅れ 68%	発達遅れの遅れ 20% 4% 4% 4%
4 歳	(おちつきが悪い)(集団になじめない)(育児相談)			ことばの遅れ 43%	発達遅れの遅れ 38% 福祉相談 19%
5 歳	(おちつきが悪い)(集団になじめない)(育児相談)			ことばの遅れ 57%	発達遅れの遅れ 22% 11% 5% 5%
6 歳				ことばの遅れ 50%	発音がおかしい 50%
7 ~				福祉相談 100%	
全体				ことばの遅れ 50%	発達遅れの遅れ 31% 福祉相談

- 落ち着きがない 2%
- 集団になじめない 2%
- 育児相談 2%
- 運動の遅れ 2%
- 発音がおかしい 1%

14 第1分科会（一般演題）

つの「健診システム」の役割を相談室が担い始めてきていることを示しています。

B, 幼稚園や保育園との連携

幼稚園や保育園からの紹介ケースも回数を重ねるなかで順調に増えてきています。

こうした保育現場の中ではこどもの発達にかかわる問題が「障害」かどうかは別としても、保育者を悩ませ不安に陥らせることが頻繁にあります。

「不適応」「落ち着きがない」「関心の偏り」「両親の育児態度」「いじめや乱暴」、こうした一連の問題に対して母親と相談し合ったり特定の専門機関をすすめることは意外に難しさを伴うことが多く、実際には保育者の胸の内に抑えられたままであったり、不適切な対応を図らざるをえないことも少なくないようです。

したがってこのような状況のもとで、「こども相談室」をごく気軽に抵抗なく母親に紹介することができ、それによって問題点を明らかにしていることは非常に意義のあることだと思われま

C, 専門施設との連携

専門施設からの紹介ケースも増えてきています。

地域の通園施設や通園事業、あるいは統合保育を実施している幼稚園などにおいて「障害児」の定期的な発達の確かめを第三者を交えて行なっていくことや、困難な問題性に対して助言や協力を得ていくことは至って意義のあることで、切実な要求ですらあります。

特に養育環境上の問題や進路の問題、あるいはより高度の医療的な問題については施設内で処理し切れないことが多いため、「こども相談室」がこうした面に対してスーパーバイザーとしての役割を強めつつあることは、設置当初は予期していなかったもう一つの波及的効果と言えるようです。

尚、最近では特殊学級からの紹介ケースも見られるようになっており、地域に着実に定着してきていることを改めて感じています。

5. 今後の課題（むすびとして）

地域における相談事業の役割は、その相談事項に速やかに対応していくという「即応性」とあら

ゆる問題に応じていくという「公汎性」が非常に大きな意味をもちます。

しかし、相談は必ずしもその場のみで解決する訳ではなく、むしろ多くの場合はその後の対応に重点がおかれますので、ワーカーやセラピストは問題の解決や改善に向けて適切な「道筋」をつけていくこと、その後の管理やフォローを来談者が納得のいくまで援助し続けていくという「継続性」が大いに求められます。

そうした意味においてこの間の相談室の取り組みは、主に前者の「道筋」をつけていく点に重点がおかれフォローの面で万全の体制がとれていたとは言にくい状況があります。

これは、相談の受け皿としての各療育機関の側の問題ではなく「こども相談室」のスタッフが全員兼務という形であって専属職員がいないために、本来のコーディネイト機能やフォローの条件に弱さがあったためと思われま

したがって、貴重な社会資源としての「こども相談室」をより効果的に運営していくためには様々な療育・相談機関をネットワークしながらアフターケア体制の充実を図り、併せて将来的には発達にかかわる「データバンク」の役割を果たしていかなければならないと考えています。

いずれにしてもこうした取り組みが地域の資源として立脚していくためには、まだ多くの試行錯誤と各方面からの幅広い提案に謙虚に耳を傾けていく必要があるようです。

その意味でこの報告が、その一助となることを願っております。

3 新得町における話しことばの発達調査の取り組み

—5ヶ年10回の追跡調査の結果から—

（新得町ことばの教室）

小 川 修 平
松 浦 孝 寿
木 林 志 野
桑 折 真 澄
神 田 瑞 穂

はじめに

今回発表する調査研究は、昭和60年～平成元年にかけて行った。新得町内在住の3歳～9歳の幼児・児童を対象とした話しことばの発達についての5年間10回にわたる調査の概要です。

人口約八千人の新得町での調査で、延べおよそ二千人の子どもと個々に面接調査しており、実施率としては対象児のほぼ100%に達すると思われま

1. 調査の目的

第1義的には新得町内の子どもの話しことばの発達の様子を知り、ことばの教室で行う「ことばの教育相談」や「ことばの指導」を行う上での資料を得ることが目的としてあげられます。

副次的には、調査の結果明らかになった言語障害が疑われる子どもについての詳しい検査を行い、その都度指導対象児としております。

今回の研究発表では、 r/s 音（「さ」「ず」「せ」「そ」）の獲得状況及び構音獲得上不可欠と思われる「聴覚的記憶力」・「聴覚的弁別力」の発達状況を中心に調査集計結果からの所見を報告したいと思います。

尚、調査集計に当っては自然獲得を対象としたため、①既にことばの教室で指導を受けている者、②かつて指導を受けた者、③調査後指導を受けた者については除外しております。従って、こ

の調査は「言語障害児の出現率調査」とは異なっております。

2. 調査研究の意義

r/s 音ばかりではなく、諸々の構音の獲得状況については既に他の研究者らが行っているところです。私共といたしましては新得町という地域ではどうなのか、という点を探りたかったわけです。調査にあたり、町内の学校・幼稚園・保育所ほか様々な行政機関の協力を得られた事は、ことばの教室の存在や、役割についての理解を広げ深める事に役に立ったのではないかと思います。

また、調査では子どもひとりあたり10分～15分の面接を行い、追跡調査対象児については録音も行うということで、 r/s 音ばかりではなく、 r 音など構音の獲得が難しいとされる「音」についても資料を得ることができました。これらにつきましては、今後機会がありましたら報告したいと思

3. 調査の課題

(1) 調査の意義が町内に徐々に広まりつつあるとはいえ、在宅幼児の場合、調査会場まで出向いてもらわなくてはならないという不便さが残っております。

(2) (1)とも関連して、在宅幼児について3歳児健診との結合を企図した時期もありましたが、健診自体に時間がかかりすぎるなど、物理的な条件などで実施にいたっておりません。（全員を対象としたい『調査』と、スクリーニングを目的とする『健診』との違いから）

(3) 調査費用の点では、非常に大きいのが録音テープ購入の費用です。現在は教室経常費からの支出で賄っておりますが、調査目的・方法を再検討すると同時に、費用の捻出方法についても研究する必要があります。

(4) 調査スタッフの確保、及び集計・検討作業は非常に困難です。調査スタッフについては、調査の精度を維持する上で熟練を必要としますし、集計作業は人手不足の状況です。

4. 調査の課題

(1) 「話しことばの発達」に関する研究としてはかなり限定した調査研究であるということを十分自覚しております。

(2) したがって、今後は「歪み」の問題や、新得町では大人でも多いとされている。「し」と「ひ」の混同の問題などにも手をつけられたらと考えております。

5. 調査方法

(1) 調査は大きく、「初回調査」と「追跡調査」とに分けられます。

①「初回調査」では幼児には「滝川版3歳児用テスト絵本（試案）」を、小学生には田口・笹沼共著による、「ことばのテスト絵本」を使用しました。「初回調査」の結果について調査後、即検討会議を行い、「言語理解」「聞こえ」「構音」「会話」の各側面について問題が疑われる子どもに対して、次回に「追跡調査」を行っています。

②「追跡調査」では「絵画語彙発達検査」「ことばのテスト絵本（幼児のきこえの検査向けに利用）」「数字の聞こえ方検査（小学生の聴力検査に利用）」「日本聴能言語士協会・日本音声言語医学会の構音検査法（試案）」の50枚の絵カードを使用し、問題の掘り下げを行っています。この時の構音検査では録音を行い、調査後の検討会議で必要に応じて活用しております。

(2) 調査会場

調査は、町内の対象児のいる各小学校・幼稚園・保育所及び在宅幼児調査のための2ヶ所の公共施設に調査者が直接出向いて行われます。

(3) /S/音の獲得状況調査

/S/音の獲得状況の追跡には50枚の構音検査絵カードの中から、/S/音を含む「バス」「さかな」「そら」「せみ」「すいか」「ふうせん」「ジュース」「はさみ」「うさぎ」の9語を使用しました。尚、表1により、/S/音の語頭・語中・語尾の位置による誤り傾向には大きな差異が認められませんでした。

[表1] /S/音の語内位置別の誤り数

年齢	語頭			語中			語尾		合計
	I	F	F	I	M	M	I	M	
3歳前半	1	2	1	1	2	2	2	2	2
3歳後半	6	6	8	9	7	6	9	7	11
4歳前半	10	9	8	12	12	10	13	12	10
4歳後半	3	4	3	4	5	4	6	5	5
5歳前半	4	4	3	2	3	3	3	2	3
5歳後半	7	6	7	7	8	8	8	6	8
小学生	4	4	3	4	4	4	4	4	4
合計	35	35	33	39	41	37	45	38	43

(4) 「聴覚的記憶力検査」「聴覚的弁別力検査」

第7次調査から、「聴覚的記憶力検査」「聴覚的弁別力検査」を実施しました。「聴覚的記憶力」や「聴覚的弁別力」については、いつ頃どのようになりその能力がついてくると構音が獲得されるのか、はっきりとした調査データはありません。そこで、3歳～6歳までの子ども達がどのような発達状況にあるのかを把握しようとして企図したものです。

①「聴覚的記憶力検査」は、「遠城寺式乳幼児分析的発達検査」及び「WISC-R知能診断検査」を参考に作成した、数詞と語文を復唱させるものです。（資料1参照）

②「聴覚的弁別力検査」は、/S/音を含む有意味語についての/S/と/s/の正誤弁別です。

（資料2参照）

6. 調査結果の概要

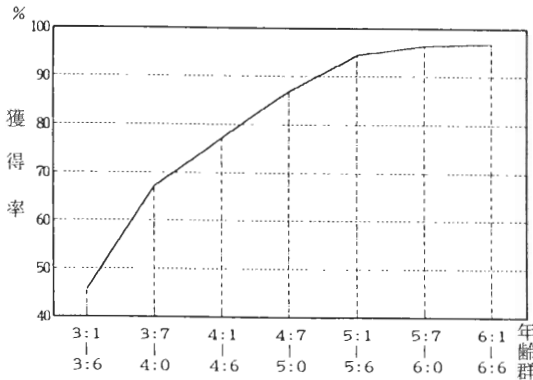
発達調査全体の実施状況は「資料3」の通りです。

(1) /S/音の獲得状況

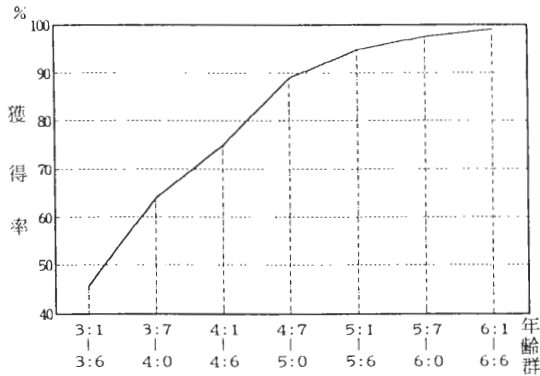
①/S/音の獲得率

[グラフ1]は、初回調査時における、過去5年間の年齢群ごとの/S/音の獲得率です。/S/音の獲得率が年齢を追うごとに高くなり、90%に達するのは5歳を境にした時期であることがわかります。

[グラフ1] 年齢群ごとの [S] 音の獲得率
表I 初回調査のみ、過去5年間（10回）の平均



[グラフ2] [グラフ1] に追跡調査を加えての獲得率



[グラフ2] は、[グラフ1] に追跡調査児の獲得状況の結果を加えた /S/ 音の獲得率です。このグラフでも5歳を境にした時期に90%に達することがわかります。

これらの調査結果は、同様の調査を行った「野田ら」「中西ら」の結果と一致しております。（資料4参照）

② /S/ 音の浮動性の時期

表2は、第4次調査から第5次調査にかけて、子ども一人当たりの /S/ 音の誤り音数の変化を表しています。少ないデータではありますが、 /S/ 音9音のうち7～9音の誤り音があった子ども（つまり、殆ど正しく言えない子）が、半年後には誤りが3～6音と浮動性を示すようになるのは、第5次調査時の年齢群で4歳代後半に多いこ

[表2] 4次調査と5次調査の誤り音数の比較

4次調査			5次調査		
3:6	0~2	3	5	0~2	4:0
}	3~6	2	1	3~6	}
3:11	7~9	2	1	7~9	4:5
4:0	0~2	1	1	0~2	4:6
}	3~6	0	3	3~6	}
4:5	7~9	6	3	7~9	4:11
4:6	0~2	1	2	0~2	5:0
}	3~6	0	0	3~6	}
4:11	7~9	2	1	7~9	5:5
5:0	0~2	4	6	0~2	5:6
}	3~6	1	0	3~6	}
5:5	7~9	1	0	7~9	5:11
小学生	0~2	0	1	0~2	小学生
	3~6	1	0	3~6	
	7~9	1	1	7~9	
年齢	誤り数	人	人	誤り数	年齢

※ 矢印は人数の変化を表わす

とがわかります。

また、誤り音が7～9音であったのが、次の調査で0～2音と急激に変化する時期は、第5次調査時の年齢群で5歳代に多いことがわかります。

③ /J/ 音から /S/ 音への変化

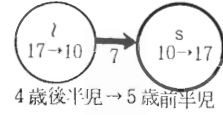
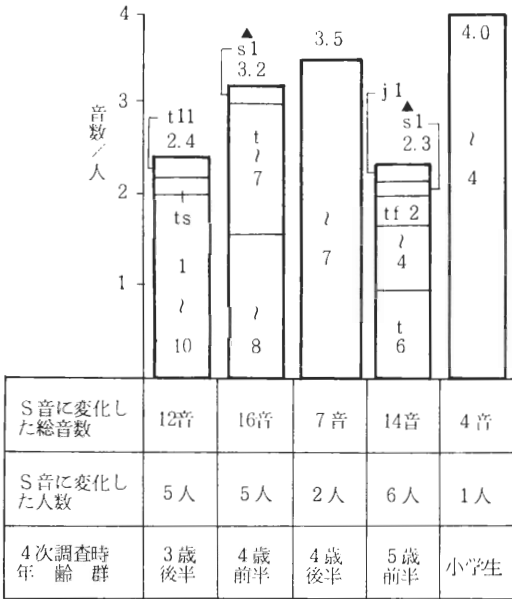
表3は第5次調査時において、 /S/ 音に変化していた音数と、第4次調査での誤り傾向を表しています。縦軸は、 /S/ 音に変化した一人当たりの音数を示し、横軸は第5次調査時の年齢群です。棒グラフの中の数字は、第5次調査で /S/ 音に変化した誤り音の数を表しています。

ここでは /J/ からの変化の割合がどの年齢群でも比較的多いことがわかります。このことにより /S/ 音を /J/ 音で表出する子の場合、ゆるやかに正しい音を獲得する傾向にあるといえます。

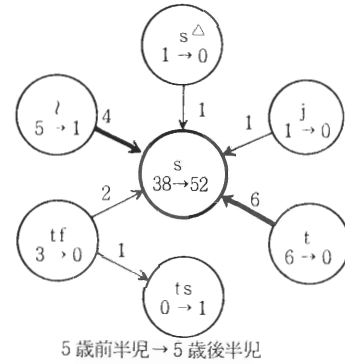
この傾向は [図1] ～ [図4] でもみることができます。この図の矢印は、それぞれの年齢群の /S/ 音への変化を示しています。また、矢印の数字は変化した音の数を表しています。

これらの結果は、 /S/ 音の獲得においては /J/ からの変化が相対的に主流であるが変化が急激な時期には /t/ 音からの変化も多いことを示しています。

【表3】 5次調査において /s/ 音に変化していた音数と前の誤り傾向

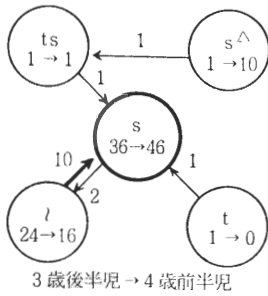


【図3】

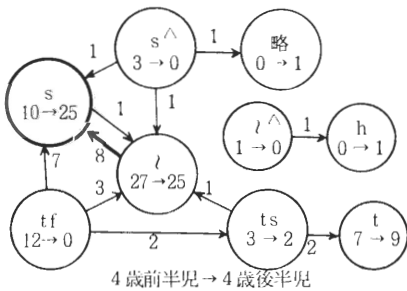


【図4】

/s/ 音を標準とした各音の変化



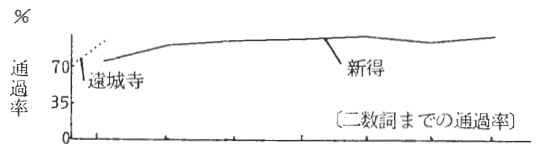
【図1】



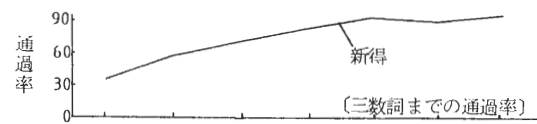
【図2】

(2) 「聴覚的記憶力」「聴覚的弁別力」の発達
① 「聴覚的記憶力検査」の結果について

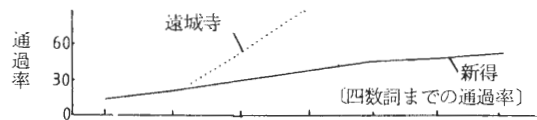
記憶力検査の通過率（数詞の復唱）
【グラフ3-1】



【グラフ3-2】



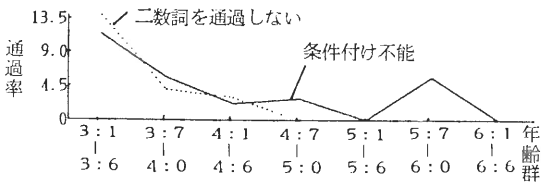
【グラフ3-3】



【グラフ3-1】～【グラフ3-3】は、数詞の記憶力検査の結果を表したものです。横軸には年齢群、縦軸には各課題3問中2問以上正解の通

過率を％で表しました。

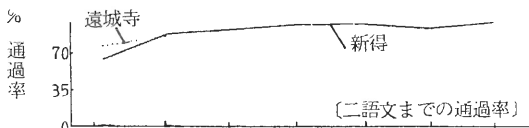
[グラフ3-4]



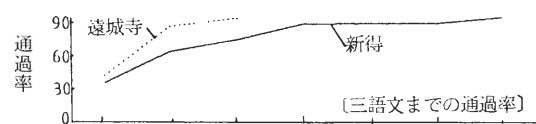
また、[グラフ3-4]は、被験者のうち2語詞の復唱を通過しなかった者及び「検査の条件付けが不能」であった者の割合を表したものです。

記銘力検査の通過率（語文の復唱）

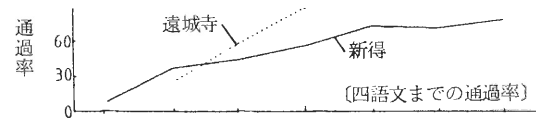
[グラフ4-1]



[グラフ4-2]

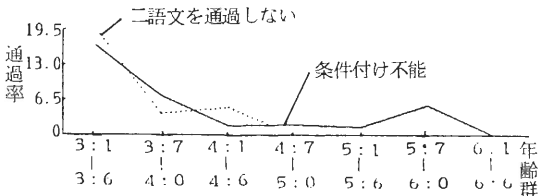


[グラフ4-3]



[グラフ4-1]～[グラフ4-3]は、語文の記銘力検査の結果を表したものです。横軸には年齢群、縦軸には各課題3問中2問以上正解の通過率を％で表しました。

[グラフ4-4]



また、[グラフ4-4]は、被験者のうち2語文の復唱を通過しなかった者及び「検査の条件付けが不能」であった者の割合を表したものです。

これらの結果、年齢が増すにしたがって聴覚的

記銘力は向上しますが、新得町の結果と「遠城寺式乳幼児分析的発達検査」の結果とにやや差が認められます。

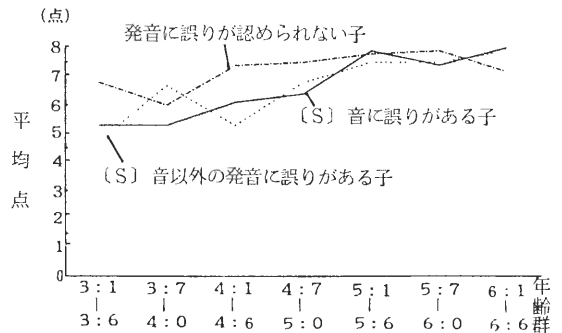
また、最も易しい課題を通過できなかった者及び、「検査の条件付けが不能」の者が、4歳代になると急減することも認められます。

これらの事実は、聴覚的記銘力の発達にとっては、年齢の増加とともに子どもが身につけていく「数」や「ことば」についての“知識”“経験”“理解”が深く関わっていることを示しているように思われます。

②「聴覚的弁別力検査」の結果について

[グラフ5-1]

発音の誤りの有無と弁別検査の平均点との関係

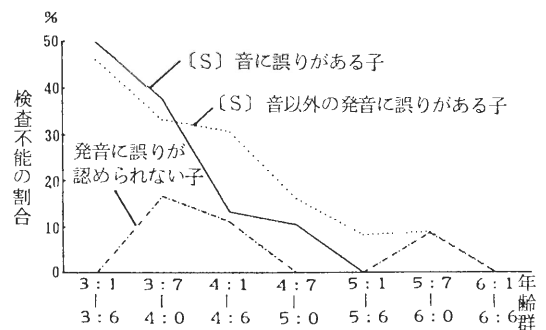


[グラフ5-1]は、「/S/音に誤りのある子ども」「/S/音以外の発音に誤りのある子ども」「発音に誤りが認められない子ども」のそれぞれの聴覚的弁別力検査の結果で、各年齢群ごとの平均得点を表したものです。

このグラフは、「聴覚的弁別力検査」の課題に

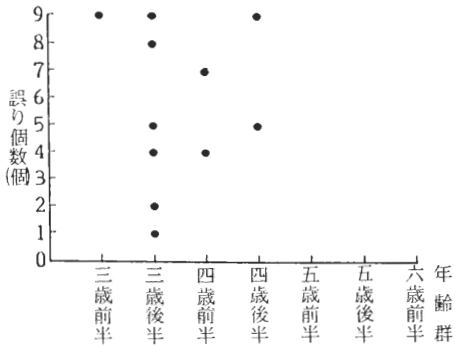
[グラフ5-2]

発音の誤りの有無と弁別検査不能との関係



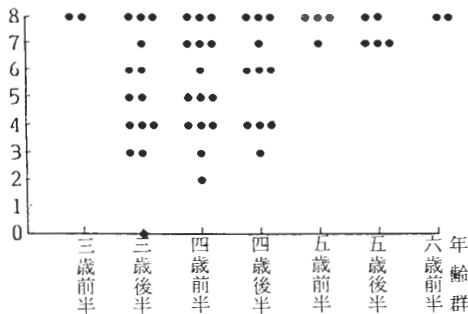
対して0点～8点までの得点をした子どもについての平均得点を示すものであって、検査について不能であった子どもは除外されています。

[グラフ5-3]
[弁別検査不能]を年齢とS音の誤り個数との相関でみる



[グラフ5-2]は[グラフ5-1]で除外した「聴覚的弁別力検査不能」の子どもと「発音の誤りの有無」の関係を示す、年齢群ごとにあらわしたものです。

[グラフ5-4] 年齢群と弁別得点の相関をみた得点(点)



[グラフ5-3]は「聴覚的弁別力検査」が不能であった子について、「S音の誤り個数」と「年齢」との関係を示したものです。

[グラフ5-4]は、「年齢群」ごとに、「聴覚的弁別力検査」の「得点」のばらつきを示したものです。

これらの結果によると、検査の条件付けが可能であれば、ある程度得点が可能であり、その得点は年齢とともに少しずつ増加する傾向にはあるものの、大きな変化は認められません。

また、「発音に誤りが認められない子」の方が「発音に誤りが認められる子」と比較して、やや

高い得点を示す傾向にはありますが、大きな差異は認められません。

「検査不能」とS音の誤り個数とは関係がないことが判ります。3歳代後半には顕著です。

一方、「検査不能」と「発音の誤り」は、3歳代では大きな関係が認められます。特に、3歳前半では、発音に誤りが認められる子の半数が「検査不能」になっている事実注目したいと思います。「検査不能」が、5歳を過ぎたあたりから急激に減少し、同時に「発音の誤り」の有無との関係もほとんどなくなる傾向にあります。

このことは、3歳代までの「経験」や「知識」の個人差が非常に大きいことを示しているように思います。この時期に、発音に誤りなくお話しができるような子は、弁別の課題において、少なくとも検査不能となるようなことは少ないことがわかります。年齢の増加とともに、子どもの社会的経験や知識が増え、5歳にかかる頃には大多数の子が弁別の課題を理解し、得点が可能になると考えられます。

従って、もし5歳を過ぎても「検査不能」であったり、得点を得られないような子の場合、発音の問題の他に別の側面の問題を考えてみる必要があるように思います。

[資料1] ①

聴覚的記憶力検査第1次試案手引き 63.5.20.

- 検査実施（試行）の対象者
新得町における「話しことばの発達調査」を受ける子ども（幼児）を全て対象とする。
- 数唱問題の提示方法
 - 数詞は2（に）、3（さん）、4（よん）、5（ご）、6（ろく）、7（なな）、8（はち）、9（きゅう）、と呼称する。
 - 数詞を提示する速さは、毎秒1数詞とする。
 - 数詞を提示する回数は、1問につき1回とする。
- 文唱問題の提示方法
 - 表情をつけた読み方はしない。
 - 区切りは、文字の間隔を空けたのに準ずる。
 - 速さは、感覚を0.5秒程度とする。
- 正誤の判定
 - 正確に復唱できた場合を「正」とし「正誤判定欄」に「○」と記入。
 - 不正確な場合は「誤」とし「正誤判定欄」に「×」と記入。

- ③ ただし、発音の誤りと判断される場合は、「誤」としない。
- ④ 4（し）、7（しち）、9（く）と復唱した場合は、記銘はいったんできたが、再生時に以前の学習が反映されたと解釈して「誤」とはしない。

5. 評価

- ① 同種問題3問のうち、2問以上「○」の判定を受けた場合、次の段階に進む。1問以下の場合は、次の段階には進まない。
- ② 同様にして、順次進行する。
- ③ このようにして、③までをクリアした場合「A」に○をつける。

同様に、②までをクリアした場合「B」に○を付ける。

さらに、①までをクリアした場合「C」に○を付ける。

- ①を実施したが、クリアできなかった場合「D」に○を付ける。

検査自体に応じなかった場合「不能」に○を付ける。

6. 問題の有無

- ① 評価がそのまま問題の有無につながるものではない。
- ② 子どもの生活年齢を考慮するために、別掲の表を参照する。

[資料1] ② 各問題の年齢群別通過率
(遠城寺式検査表参照)

数詞

	2:03 ~ 2:05	2:06 ~ 2:08	2:09 ~ 2:11	3:00 ~ 3:03	3:04 ~ 3:07	3:08 ~ 3:11	4:00 ~ 4:03	4:04 ~ 4:07	4:08 ~ 4:11
二数詞	49.1	63.3	89.2	94.3					
三数詞									
四数詞						17.3	51.0	63.0	87.5

文唱

	2:03 ~ 2:05	2:06 ~ 2:08	2:09 ~ 2:11	3:00 ~ 3:03	3:04 ~ 3:07	3:08 ~ 3:11	4:00 ~ 4:03	4:04 ~ 4:07	4:08 ~ 4:11
二語文		49.0	66.2	77.4	86.9				
三語文				41.5	72.1	86.5	93.9		
四語文						25.0	58.3	63.0	87.5

* 表内の数字は%を表す。

[資料1] ③ 聴覚的記銘力検査用紙（第1次試案）

N. o. _____ 聴覚的記銘力検査第1次試案 63.5.20.

昭和	年	月	日	調査	所属所:
名前:			歳	ヶ月	検査者:

1. 数唱問題

No	種類	内 容		
①	二数詞の復唱	5, 8	6, 2	3, 9
	正誤判定			
②	三数詞の復唱	3, 8, 6	5, 7, 4	2, 5, 9
	正誤判定			
③	四数詞の復唱	5, 2, 4, 9	6, 8, 3, 5	7, 3, 2, 8
	正誤判定			
評価		不能	D C B A	問題: 有 無

2. 文唱問題

No	種類	内 容	正誤判定	
①	二語文の復唱	「小さな人形」		
		「赤い風船」		
		「おいしいお菓子」		
②	文章の復唱	「きれいな花が咲いています」		
		「飛行機は空を飛びます」		
		「じょうずに歌をうたいます」		
③	文章の復唱	「子供が二人ブランコに乗っています」		
		「山の上に大きな月が出ました」		
		「きのうお母さんと買物に行きました」		
評価		不能	D C B A	問題: 有 無

[資料2] ① S63.10.15

聴覚的弁別力検査（第2次試案）手引き

1. 検査実施の対象者

新得町における「話しことばの発達調査」を受けた子ども全員。

2. 実施に当たって準備するもの

- 1) 絵カード：練習用「さかな」、検査1「はさみ」、検査2「すいか」、検査3「ふうせん」、検査4「そうじき」

2) 検査記録用紙

3. 実施の手順

1) 練習問題「さかな」の実施

- ① 「さかな」の絵カード一を提示して、「これは、「さかな」の絵です。これから言うことを良く聞いて、指さして下さい。」
- ② 最初に検査者から見て右側（子供から見て左側）の絵を指さして「さかな」と言い、次に、もう一つの絵を指さして「しゃかな」と言う。
- ③ そして、「どちらが正しかった？」と尋ね、指さしを求める。
- ④ * 正しく、答えた場合は、記録用紙の1回目の欄の「正」を丸で囲み、「そうです。もう一度言いますから、また答えてください。」

22 第1分科会（一般演題）

と言って②，③を繰り返す。結果を，2回目の欄に付ける。

* 間違えた場合は，記録用紙の1回目の欄の「誤」を丸で囲み，「そうだったかな，もう1度言いますから，良く聞いて教えてください。」と言って，②，③を繰り返す。結果を，2回目の欄に付ける。

* 指ささないで，口頭で答える場合は，記録用紙の1回目の欄の「不」を丸で囲み，「もう1度言いますから，良く聞いて，指で教えてね」と言って，②，③を繰り返す。結果を，2回目の欄に付ける。

* このほかにも，条件付けが不十分で要領が分からない場合は，「不」に丸を付け，さらに①，②，③を繰り返す。それでも，どうしても，分からないような場合は，その様子を「特記」欄に記入して中止する。

* 以下，検査に進んだ場合でも，途中で，要領が分からない様子を示した場合，検査を中止するのは構わないが，記入欄には，「不」に丸を付け，「特記」欄には，理由を記入する。

2)検査1～4の進め方

① 「はさみ」の絵カードを提示して，「今度は，“はさみ”の絵です。どちらが正しかったか，指でさして教えてください。」と言う。

② 最初に，検査者から見て右側の絵を指さして「はさみ」と言い，次に，もう一つの絵を指さして「はしゃみ」と言い，「どちらが正しかった？」と尋ねて，指さしを求める。

③ * 正しく答えた場合は，記録用紙の1回目の欄の「正」を丸で囲み，「はい。もう1度言いますから，また教えてください。」と言って②を繰り返す，結果を2回目の欄に記入する。

* 間違えた場合は，記録用紙の1回目の欄の「誤」を丸で囲み，上記の事を繰り返す。その際，ことさらに「正」「誤」の評価を行わないでさりげなく進める。

* もし，条件付けができないなどの理由で，検査そのものへの反応が得られない場合などには，「不」の欄を丸で囲む。

* さらに，検査そのものを途中で中止する場合にはその理由を「特記」欄に記入する。

④ 以下，上記の①と②を繰り返す，③の記録処理を行う。

3)結果の処理

① 「正」「誤」「不」の数を記入する。(練習問題は数に入れない)

② 問題の有無については，検査の集計結果によって判断するので，検査直後の記入はできない。

[資料2] ② 聴覚的弁別力検査用紙(第2次試案)

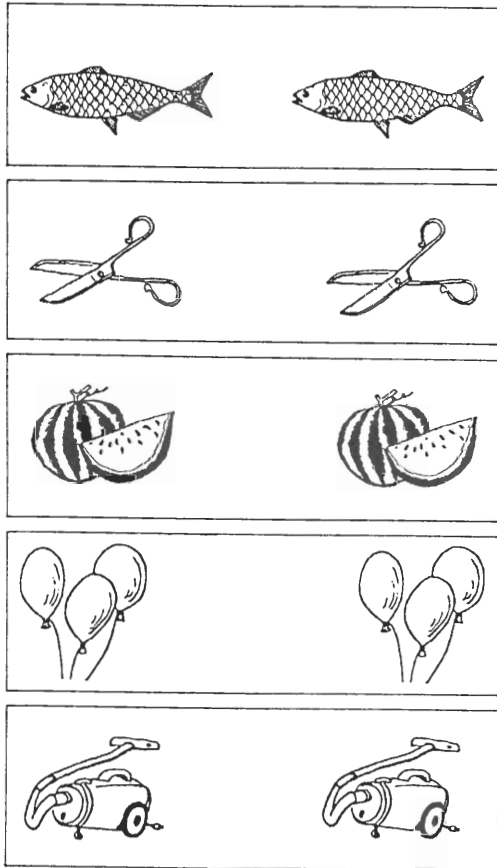
No. _____ 聴覚的弁別力検査(第2次試案)

第 次 調査	昭和 年 月 日実施	所属所:
名前:	昭和 年 月 日生(男・女)	年 組
検査日年齢	満 才 ヶ月	検査担当者:

指示絵カード		1 回 目	2 回 目	特 記
練習	さかな しやかな	正 誤 不	正 誤 不	
検査1	はさみ はしゃみ	正 誤 不	正 誤 不	
検査2	しゅういか すいか	正 誤 不	正 誤 不	
検査3	ふうせん ふうしゅん	正 誤 不	正 誤 不	
検査4	しょうじき そうじき	正 誤 不	正 誤 不	
合計数		正() 誤() 不()		問題: 有 無

S63.10.15.作成

〔資料2〕③
聴覚的弁別力検査（第2次試案）の絵カード



〔資料3〕
発達調査の実施状況

調査	実施時期	スクリーニング実施数	追跡調査実施数
1次	S60・7	629	
2次	S60・9	21	112
3次	S61・6	90	86
4次	S61・10	7	82
5次	S62・5	138	64
6次	S62・10	13	122
7次	S63・5	117	83
8次	S63・10	12	141
9次	H1・5	119	80
10次	H1・10	16	123
合計		1,162	863
		2,055	

〔資料4〕 構音獲得の時期
講座言語障害治療教育 4 構音障害 (96p表4-1) 福村出版

90%以上正しく構音される時期

年齢	高木ら	野田ら	中西ら
3 0～3:5	10名 w,j,m,p,t,d, g,t,f,dz	50名 j,b,m,t,t,f	名
3 6～3:11	16 f,n	50 p,k,g,s	
4 0～4:5	22 ç,h,k	50 h,c,n,r	230 w,j,h,ç,p, m,t,d,n,k, g,t,f,dz
4 6～4:11	28	50 w,d	303 f
5 0～5:5	21 d	48 ⑤	281 ⑤,ts
5 6～5:1	16 dz	50 f,ts,z	270 dz,r
6 0～6:5	20	50	380
6 6～6:11		30	225
備考	⑤、f、ts、rは6歳半までは90%以上、正とならない。	s、dz、z…dzは区別せずs、zとしている。	単語で検査を目的とした音の初発反応による。

注) 中西靖子他, 1972の資料をもとに作成した。

言語治療用ハンドブック (5 p表3) 日本文化科学社

幼児の構音能力の発達

3歳までに確実になる	t, n, ŋ, d
3歳までにほぼ獲得	j, m, n, ŋ, b, p, k, g, w, t, f, dz, mj, bj, pj
3:0～3:5	kj, gj, çj
3:6～3:11	h, F, f
4:0～4:5	ç, ⑤, ts, dz
4:6以後	r

(坂内俱子: 「子どもの構音能力について」, 言語障害研究会会誌, 昭42)

4 総合療育センターにおける 幼児入院について

（道立札幌肢体不自由児総合療育センター）

水 上 八 行
宍 戸 和 夫
瀬 戸 ヨ シ
荒 田 富 子
落 合 裕 昭
三 島 与志正

1. はじめに

当センターでは早期療育システムの一環として、昭和47年より幼児入院を開始して17年が経過した。現在の幼児入院は就学前の幼児が親と離れて単独で3か月間入院するシステムとなっている。定数は8名である。一週間のスケジュールは表の通りである（表1）。

幼児入院開始当初の目的は、幼児の心理的発達経過における母子分離であり、親子入院→幼児入院→本入院へと多くの児童をこのルートにのせることであった。しかし最近、幼児入院に対するニーズが変ってきていることを感じている。今回、幼児入院の経過を整理して、またアンケート調査に

より幼児入院の成果と問題点を検討した。

2. 方 法

昭和47年からの入院児数、待機児数、最近10年間の入院児の年齢、診断名、入院回数、母子入院の経験の有無、退院後の本入院の経験の有無、出身地、入院時での親の考えていた目的などについての整理を行った。また最近8年間に入院した児童の保護者と、関連する通園施設などにアンケート調査を行った。

3. 結 果

昭和47年度より63年度までの入院児数、待機児数については、共に最近は減少傾向にあり、特に63年度の入院児数は17名と少なかった（図1）。最近10年間の入院児数は、のべ303名、実数250名であった。診断名では、81%が脳性麻痺であった。その他では、昨年度よりペルテス氏病が増えている。年齢は全員3才以上であり、5才が半数と多かった。それらは年度によって多少の推移はあるが、同じような傾向であった（図2）。男女比はほぼ同数であった。幼児入院の回数は1回が4分の3で、2回以上が4分の1であった。幼児入院する以前の母子入院の経験については、1回以上の入院が4分の1であった（図3の1、2）。幼児入院の退院後の学童期に、約半数が本入院を

表1 幼児入院スケジュール

	月	火	水	木	金	土
1	訓 練	訓 練	設 定 保 育	訓 練	訓 練	集 団 遊 び
2						
3	オ ヤ ツ					
4	設 定 保 育	設 定 保 育	設 定 保 育	設 定 保 育	設 定 保 育	
	昼 食					
5	午 睡					
6		入 浴		入 浴		
7	自 由 保 育					

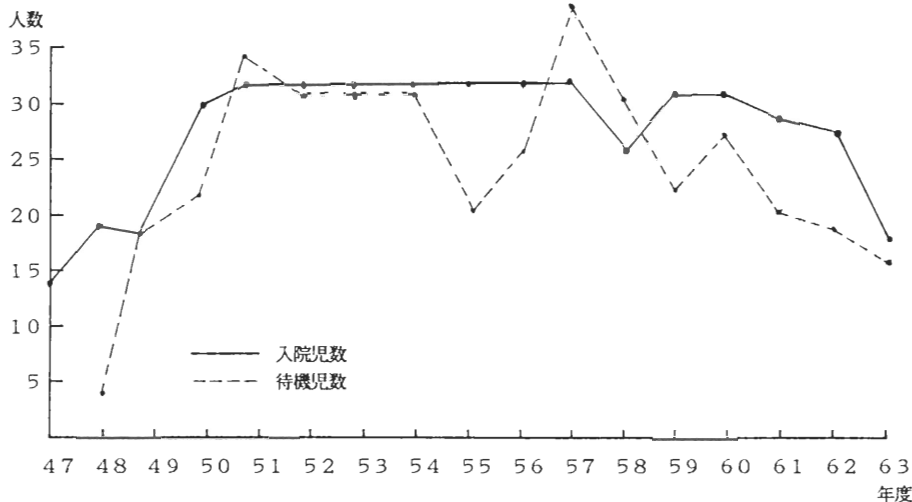


図1 幼児入院児童数及び入院待機児童数

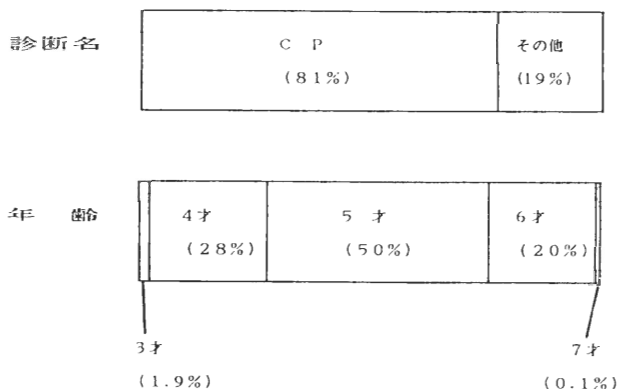


図2 幼児入院児童

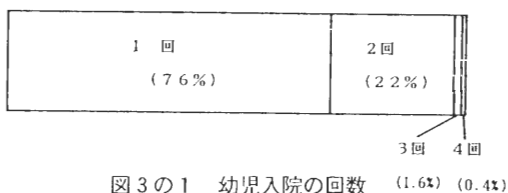


図3の1 幼児入院の回数

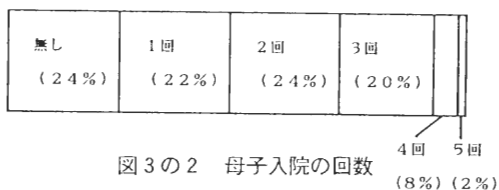


図3の2 母子入院の回数

経験していた。出身地は、95名(38%)が札幌であるが遠方からの入院も多く、土曜日、日曜日の外泊や、面会の大変さが想像される(図4)。

次に、昭和61年12月より延べ76名の入院時質問紙に記載された親の考えていた入院の目的をまとめてみると、訓練面、自立面、精神面、集団生活、言語面、ADL面、就学面、社会性、母子分離など様々であった(表2)。

最近8年間に入院した児童の保護者146名に平成元年2月1日現在でのアンケート調査を行った結果61名より回答があり、回収率は41%であった(表3)。就学等の状況では養護学校が47%で、普通校が19%であった(図5)。治療・訓練を93

%が受けており、その半数が当センターを利用していた。次に幼児入院の成果を知る為の入院前後での変化について、良くなったと答えた項目は、自立が4分の3、社会性・訓練面が3分の2以上、衣服着脱・遊び・食事・洗面が半数以上、続いて言語・排泄・起床・生活リズム・就寝・入浴の順で多かった。また悪くなったと答えた項目は、訓練面・言語・排泄・入浴で1名ずつであった(図6)。

3か月間の入院期間については、適当と答えた人が68%と多いが長いと答えた人や、短いと答えた人も数名いた。長いと答えた理由としては、幼児にとって精神面でのマイナス面が多いなどであっ

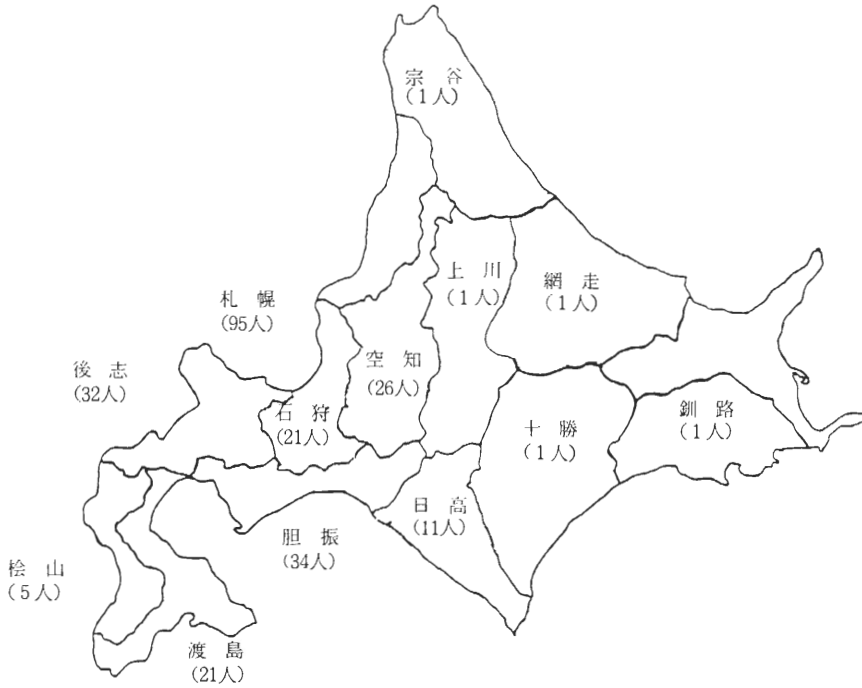


図4 出身地

表2 入院児での親が考えていた目的

(S61.12より のべ76)

身体運動面の向上, 訓練できるように	45%
精神面ADL面での自立	29%
積極性, 自信, 意欲などの精神面の向上	25%
集団生活の経験	20%
言語面の向上	18%
食事	12%
排泄	12%
就学に向け	9%
社会性	9%
母子分離, 母子分離状態での自主性集団生活	7%
衣服着脱	3%
遊び	3%
色々な経験をさせたい	3%
規則的な生活習慣	1%
家庭の事情	1%
その他	3%

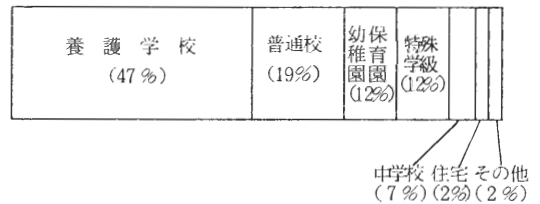


図5 就学等の状況 ('89年2月1日 現在)

た。短いと答えた理由としては、「3か月では家庭との分離に慣れた頃に退院してしまう」などであった。当センターの設備環境については殆どが「良い」と答えているが、「ゲスト・ハウスが必要」と言う意見があった。当センターの職員の対応についてははだいたい満足していたようであるが、十数名の人から不満な点や改善してほしい点などの意見があった。幼児入院やセンターの運営については、「外泊や面会が大変である」「ゲスト・ハウスが必要」「重度児でももっと入院できるようにしてほしい」などの意見があった。

関連する16か所の通園施設などに対するアンケート調査では10か所から回答があり、回収率は63%

保護者用

表3 幼児入院に関するアンケート調査票
(平成元年2月1日現在)

I お子さんの現在の様子について伺います。(該当番号に○をつけてください。)

(就学等の状況)

1. 在宅 2. 幼稚園・保育所 3. 小学校 {普通校, 特殊学級, 養護学校 (肢体・精薄)} 4. 中学校
5. 高等学校 6. その他 ()

(治療・訓練状況)

1. 受けている (場所) 2. 受けていない

II お子さんがかつて経験された幼児入院について伺います。

1. 退院後のお子さんの生活や行動は、入院前と比べて変わりましたか。(該当番号に幾つでも○をつけてください。1=良くなった 2=変わらない 3=悪くなった)

自立心 (1, 2, 3) 社会性 (1, 2, 3) 生活リズム (1, 2, 3)

遊び (1, 2, 3) 言葉 (1, 2, 3) 衣服の着脱 (1, 2, 3)

食事 (1, 2, 3) 洗面等 (1, 2, 3) 排泄 (1, 2, 3)

入浴 (1, 2, 3) 起床 (1, 2, 3) 就寝 (1, 2, 3)

身体の運動・訓練面 (1, 2, 3) その他 ()

2. 入院期間 (3ヶ月) について、どうお考えですか。(該当番号に○をつけてください。)

(1) 長い (2) 短い (3) 適当 (4) 分からない

3. 前項で、(1) 長い、あるいは(2) 短い、に○をつけた方に伺います。

(1) 適当と思われる入院期間 (週間ぐらい, ヶ月ぐらい)

(2) 理由 (具体的にお書きください)

()

4. 当センターの設備や環境などについて、どうお感じになりましたか。

(意見)

5. センターの職員 (医師, 看護婦, 保母, 訓練士など) の対応についてお感じになったことがあれば率直な御意見を聞かせてください。

(意見)

III お子さんを今後当センターに入院 (本入院させ治療・訓練を受けさせたいとお考えですか。(該当番号に○をつけてください。)

1. 考えている (期間 頃) 2. 考えていない

IV 幼児入院やセンターの運営についてお気付きのことがあれば是非お聞かせください。

(意見)

御協力いただき有難うございました。この資料は今後当センターにおける幼児入院の運営等に十分役立ててまいりたいと考えております。

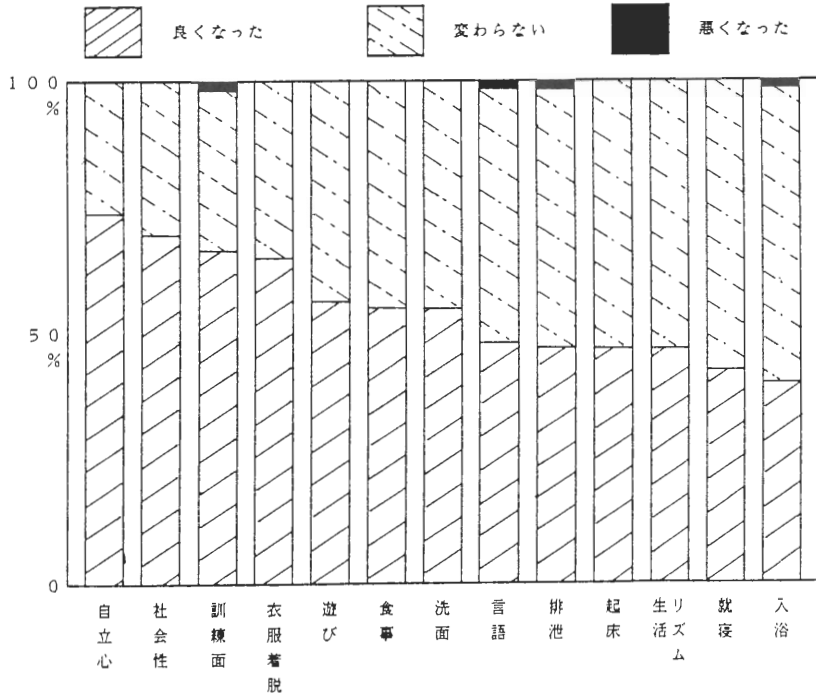


図6 アンケート結果（保護者用）

であった。幼児入院を経験したことによる変化として良くなったと答えた項目は自立心が60%と多く、次いで社会性・訓練面・衣服着脱・遊び・食事・言語・排泄の順に多かった。自立面では10%が悪くなったと答えている。また30%が子供一人一人違うので、一括しては評価できないなどの理由で回答がなかった（図7）。

幼児入院についての保護者の評価については全体的には満足しているようであるが、様々な不満や要望・期待も持っているようである。施設側から見た幼児入院に対する意見としては「親子共に良い経験になる」が20%、「重度児ももっと入院できるようにしてほしい」が40%あった。しかし、「幼児期に家庭より離れて入院することの弊害や、精神的に不安定になるのではないかと、何度も再入院させる必要があるのか」などの疑問を持っている施設が50%もあった。その他では、親に入院の目的を理解させてほしいとか、当センターと通園施設との連携を密にすることや、システム・ネットワークを生かすことの必要性があるなどの意見があった。

4. 考察およびまとめ

経過の整理とアンケート調査により、幼児入院の成果や問題点がある程度明確になってきた。また、今後の参考となる多くの意見があった。

まず入院児数・待機児数が最近減少傾向にある。その原因の一つとして、地域での障害児の療育が充実してきていること、軽度の障害児は、保育園・幼稚園にも通園が可能になってきていることなどが考えられる。しかし、依然として、通園することができない地域もまだ多い。また、重度児の当センターへの入院の希望が多くあり、今後の課題となるだろう。今年度は待機児数が徐々に増加してきている。出身地では遠方からの入院も多く、ゲスト・ハウスが必要となっている。

幼児入院の成果はアンケート結果などから見ても、子供の側の自立面・社会性・訓練面・ADLの面などが総合的なアプローチにより向上していた。また、退院後の方向や就学の方が検討されたり、親の側でも子供を客観的に見るよい機会になっているなど多くの成果を上げていた。しかし、

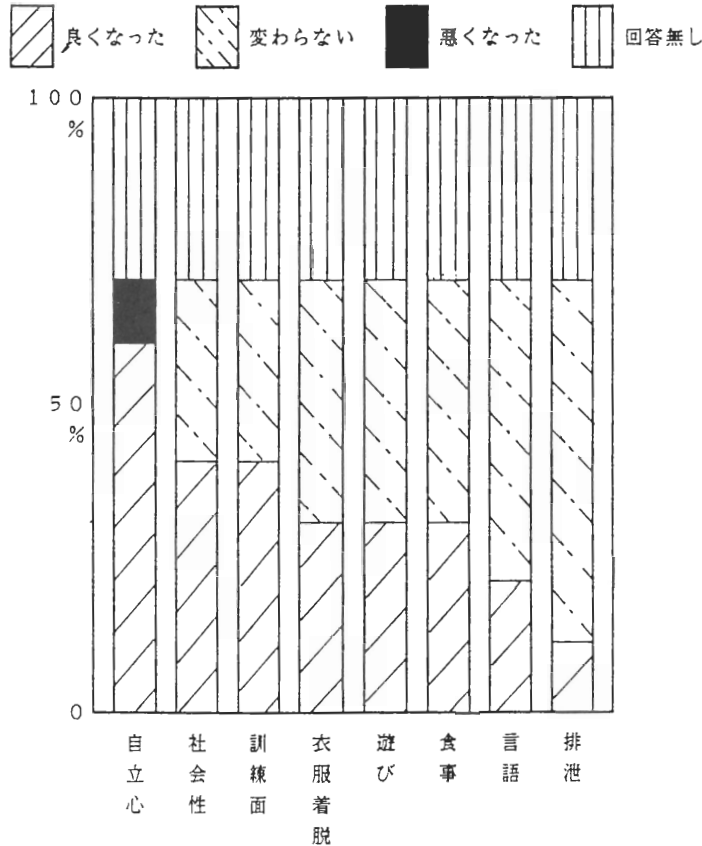


図7 アンケート結果（施設用）

母子分離に対する疑問点なども多くあり今後の検討が必要である。

今回のアンケートでは、退院後時間が経過しすぎていたり、質問項目にも不適切な部分もあり十分な調査ができなかったことを反省している。それらをふまえて、今年度からはまず退院後1か月後に親と関連する通園施設などにアンケート調査を行っている。それによって一人一人について細かく分析していくことが必要であろう。また入院や再入院に際しても、親の意見はもちろん、当センター職員や関連する施設の職員などの間でも十分な検討を行っていくことが必要であろう。今後も多くの意見を参考にして幼児入院のシステムがより有効に活用されていくように検討を続けていき、その結果を報告したい。

最後にアンケート調査に御協力いただいた方々に御礼申し上げます。

5 肢体不自由児通園施設 「ひまわり整肢園」の現状

- I. 過去10年間の園児の発達状況調査
- II. 理解を深める療育方法の取り組み

（ひまわり整肢園）

加藤 典敏

片桐 幸恵

大村 房代

（精神発達相談員）

大黒 美恵子

はじめに

ひまわり整肢園は児童福祉法による肢体不自由児通園施設で、昭和50年4月開設です。設置主体

は札幌市で定員50名です。（年長、年少組に分け隔日通園制）東区にあるみかは整肢園（定員60名）と市内を大通で二分し、南を通園区域としています。

肢体不自由児療育の分野では、早期、超早期療育をめざすボバース法、ボイタ法等が広く実施されるようになってから10数年が経過し、ここ数年さまざまな議論がなされてきております。その共通の話題の一つに“障害の重度・重複化”があげられています。

ひまわり整肢園も例外ではありません。今回の発表を機会に、ここ10年間の園児の通園期間中の発達状況をまとめ、園における“障害の重度・重複化”の現状について述べ、次にこれらの状況に対する訓練・保育の実践について述べます。

なお、訓練・保育の実践報告では、発達状況調査で対象となっている園児以外の子ども含まれております。

I. 過去10年間の園児の発達状況調査

1. 対象、以下の3つの条件を満たす91名

- ①昭和57年4月～平成元年8月の間に在籍した、またはしている児童。
- ②二分脊椎、骨関節疾患、筋疾患等の整形外科疾患を除く。（表2のCグループ）
- ③入所時判定（児童相談所）より、最終判定（園内精神発達相談員による判定）まで18ヶ月～71ヶ月）

2. 疾患分類……表2の通りです。A群はいわゆる“脳性運動障害児”およびてんかんの群です。B群は知的発達遅滞を主徴とする群で、C群は前述した整形外科疾患群です。D群は診断不明のものです。

3. 方法

①到達運動能力……卒・退園児については、卒・退園児の運動能力、在園児については平成元年8月時点での運動能力について判定しました。抗重力機構、平衡機能の発達の観点から4項目の大分類（Mo-1～Mo-4）、具体的な移動、運動の方法として下位8項目の分類で示しました。

②精神発達の傾向……遠城寺式発達検査による入所時判定と園内最終判定から“言語理解”の項目を取り出し以下のような式により、[Me]を算出し、精神発達の傾向とし、Meの数値により、次の4段階としました。

$$Me = \frac{MA_2 - MA_1}{CA_2 - CA_1} \quad (MA: \text{言語理解判定}, CA: \text{生活年齢})$$

1: 入所判定時年齢
2: 最終判定時年齢

Me=1	Me	0.81～
Me=2	Me	0.61～0.80
Me=3	Me	0.31～0.60
Me=4	Mc	0 ～0.30

4. 結果

①表1のS54～59年度出生児動向をみると、ひまわりではその年度の出生児の約20名をコンスタントに受けもってきたこととなります。しかし、それ以降は入園児の減少がみられます。発見→紹介→一次療育機関（手稲療育センター、母子訓練センター等）→ひまわりの経路で何か事情が変ってきているのか、障害児の発生そのものの減少を示唆するものなのかは現在のところはっきりしていません。

また、S54～56年度出生児については“退園は即、幼稚園・保育園入園を意味していましたが、以降は退園児数の減少、別の理由が多くなり、就学迄ひまわりに通園する傾向がみられます。ひまわり在籍のまま幼稚園に通う一併行通園児一園児は現在（8日）10名程います。

表1 出生年度別在籍数

	措置数(対象数)	卒・退園児(再掲)	幼・保育園(再掲)
51	13 (10)		
52	9 (7)		
53	9 (7)	4	2
54	17 (9)		
55	17 (9)	7	7
56	21 (11)	10	9
57	16 (12)	5	2
58	17 (10)	2	1
59	21 (11)	7	2
60	7 (2)	3	
61	10 (1)		
62	5 (0)		
計	162 (91)		

表2 疾患分類

	疾患名	総数	対象
A群	脳性まひ	63(39)	40(44)
	小頭症	8(5)	5(5)
	水頭症	6(4)	3(3)
	後天性脳障害	16(10)	11(12)
	てんかん	8(5)	8(9)
	他	3(2)	2(3)
	計	104(64)	69(76)
B群	精神遅滞	2(1)	0
	運動発達遅滞	6(4)	2(3)
	精・運動発達遅滞	12(7)	7(8)
	染色体異常	13(8)	8(9)
	代謝異常	1(1)	1(1)
	他	6(4)	1(1)
	計	41(25)	19(21)
C群	二分脊椎	7(4)	
	骨疾患	2(1)	
	筋疾患	3(2)	
	脊髄疾患(外傷含)	3(2)	
	他	0	
	計	15(9)	
D群	不明	3(2)	3(2)
	総計	162(%)	91(%)

②運動発達の状況については表3、4に示しました。A群についてみると、Mo-1=20、Mo-2=20、Mo-3=8、Mo-4=21と障害の程度は全域にわたっており、障害の二極分化はみられません。

表3 A群 到達運動能力

		脳性まひ	小頭症	水頭症	脳・脊髄	てんかん	他	計
Mo-1 (20)	1. (独歩)	9	1	1	4	1		16
	2. (杖歩行)	4						4
	3. (つかまり立ち)	3	1					4
Mo-2 (20)	4. (四つ這い)	9	1		1	2	1	14
	5. (いざり)	1			1			2
Mo-3 (8)	6. (肘這い)	4	1		1		1	7
	7. (寝返り)				1			1
Mo-4 (21)	8. (移動無し)	10	1	2	3	5		21

表4 B、D群 到達運動能力

		運動遅滞	精・運動遅滞	染色体異常	代謝異常	不明	他	計
Mo-1 (12)	1. (独歩)	2	3	4	1	1	1	12
	2. (杖歩行)							
	3. (つかまり立ち)		1	2		1		4
Mo-2 (8)	4. (四つ這い)		2	2				
	5. (いざり)			2				2
Mo-3 (0)	6. (肘這い)							
	7. (寝返り)							
Mo-4 (2)	8. (移動無し)		1			1		2

次に、A群の到達運動能力の各レベルと入所時判定との関連を表5に示しました。

表5 到達運動能力と入所時判定

到達運動能力	入所判定一月令(平均)	入所判定一移動(平均)	入所判定一言語理解(平均)
Mo-1 (20)	28.1ヶ月	11.4ヶ月	20.8ヶ月
Mo-2 (20)	28.0	7.7	13.6
Mo-3 (8)	22.8	5.9	8.3
Mo-4 (21)	26.0	3.3	6.9

◎歩行可能であった園児(杖歩行4名を含む)は入所時運動能力の平均は11.5ヶ月で伝い歩きのレベルでした。8.5ヶ月一ものにつかまって立っている一レベル以上の子は16名でした。最低値は6.5ヶ月、5.5ヶ月でしたが判定年齢が各々1才7ヶ月、1才であり発達の程度はさ程低いものではありません。言語理解については最終判定で、正常域の発達が15名、中等度のおくれ2名、重度のおくれ3名となっています。

◎四つ這い移動可能であった園児の入所時運動機能の平均は7.7ヶ月で一坐して遊ぶ一レベルでした。が、そのなかに8.5ヶ月～11.5ヶ月レベルの子が9名混在しており、これらの数値を除いた平均は5.4ヶ月となっています。これらのことから、入所時8.5ヶ月以上の子たちがMo-1とMo-2群に分かれた(前者は1つレベルアップ、後者は入所時のままにとどまった)といえます。また、入所時5.5ヶ月レベルの子たちがMo-2とMo-3に分かれたといえます。これらの要因について細かく検討する必要があると思います。あくまでも次のステップをめざして療育を進めるのか、早期に補装具、補助具等の導入を計りADL拡大をめざすのか、そうであるならその身体的条件は? 時期は?等は今後の課題といえます。

◎移動を獲得できなかった園児の入所時の様子は平均3.3ヶ月一ほぼ首が坐る一となっていますが、このグループ21人の中では“てんかん”の子は5名中4名入所時“独坐可能”のレベルにありまし

た。したがって、その他の子は首が坐っている子は少ないという状況でした。

ケイレン発作の関与するもの17名（服薬のみ①→3名、時々発作がある②→8名、発作が頻発している③→6名）で極めて高い割合を示し、その程度も重い状況です。ちなみにMo-1群では20名中5（①→1、②→3、③→1）、Mo-2群20名中7（①→3、②→2、③→2）、Mo-3群8名中5（①→5）となっています。

一方、B・D群でMo-1のレベルに到達した園児の入所時の運動の様子 averages は、生活年齢1才7ヶ月、運動機能8.5ヶ月で入所年齢はA群に比較して早く、運動面の伸びは順調でした。また、この群は歩行開始とともに幼稚園、保育所へと進級していきました。

③精神発達の傾向については表6、7に示しました。A群についてみると、重い子、軽い子の二極分化の傾向が多少みられます。CP児についてはMe-1レベルの子が多数をしめています。小頭症、てんかんの園児の理解の伸びは相当厳しい状況にあります。後天性脳障害児については、外傷、術後四栓等を原因とするものはMe-1に、脳炎、髄膜炎を原因とするものはMe-4に属しています。

B・D群については当然のことですがMe-2、Me-3の子が多数をしめる一方、精神運動発達遅滞、染色体異常（ダウン症児は入っていない）では、理解の伸びのレベルは各レベルにわたっています。Me-4レベルの子が7名いることも見逃しません。

表6 A群精神発達の状況

	脳性まひ	小頭症	水頭症	後天性脳障害	てんかん	他	計
Me-1	25			2			27
Me-2	2	1		3			6
Me-3	5		3	2	1		11
Me-4	8	4		4	7	2	25

表7 B、D群の精神発達の状況

	運動発達遅滞	精神・運動発達遅滞	染色体異常	代謝異常	不明	他	計
Me-1	1	1				1	3
Me-2		2	3	1			6
Me-3	1	1	3		1		6
Me-4		3	2		2		7

④ひまわりにおける障害の構造については図1、2、3に示しました。また図3ではケイレン発作の合併およびその程度を合せ記入してあります。

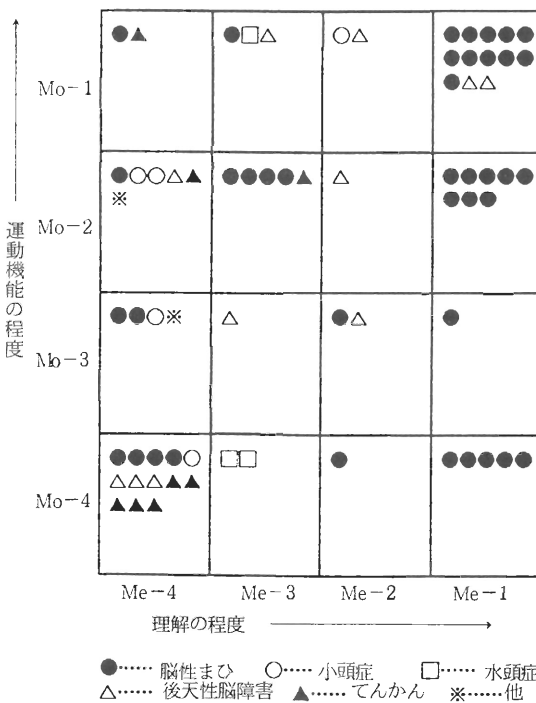


図1 A群における運動発達と精神発達のクロス

図からわかるように、“言語理解”を指導とする精神発達レベル、運動発達レベルのさまざまな子が混在しています。全体としてみると、Mo-1・Me-1（軽度）の項16名、Mo-4・Me-4（重度の子）の項15名と多数派となっています。園児の行動はこれらの指標の他、対人・情緒の段階や、感覚受容のレベルにも依存していますから、実際の療育の場での状況は更に複雑になってきます。園は“肢体不自由児通園施設”というより、“心身障害児通園施設”となっています。

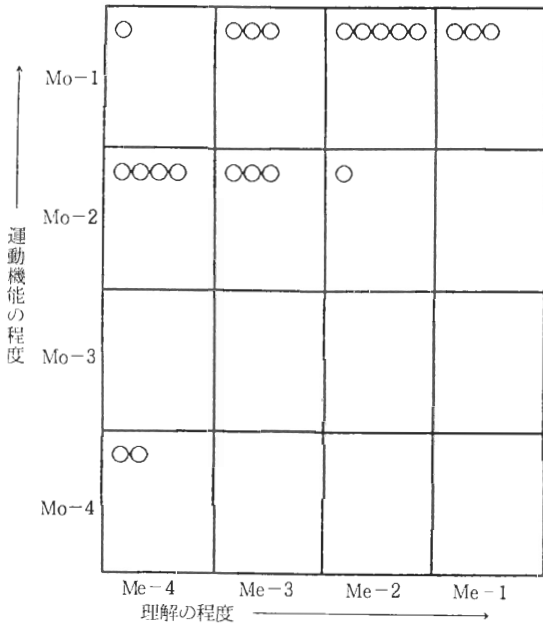


図2 B群における運動発達と精神発達のクロス

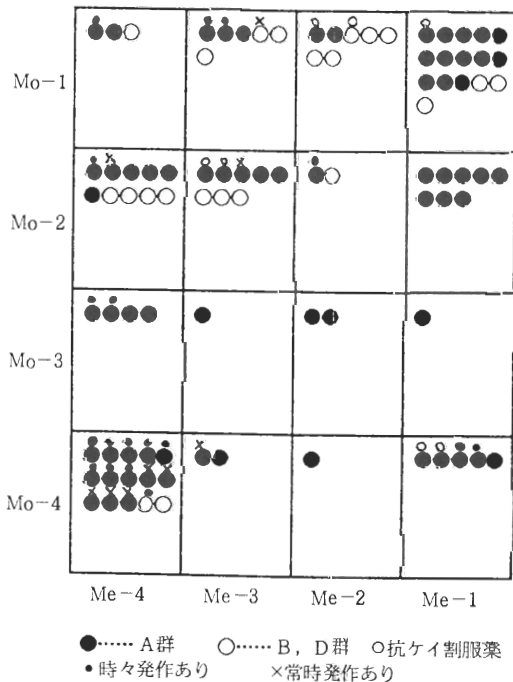


図3 全対象児童の運動発達と精神発達のクロス

したがって、今後の整肢園運営にあたってはこれらのことを十分ふまえた上で、療育方針、療育方法、研修計画の決定がなされるべきだと思いま

す。

II. 理解を深める療育方法の取り組み

1. 訓練

ケースは下に示したようにまだ発作がコントロールされていない子で、先の発達レベルでは、Mo-4・Me-4の項に相当しています。

床の上でうつ伏せになっている時は、親指で絨毯に半円を描くように引っかいていく、私が、じゃまをすると少しずつ円を小さくしたり、ずらしたりする。音やメロディーでは目や表情を止め、聞いているような印象にみえます。食事はカーシートに座り（よりかかって）、食物をのせたスプーンで口唇をトントンと触れると口を開けます。口は開いたままですが、顎を上下に動かし、舌を上手にを使って飲み込みます。（口唇が開いていますので逆嚥下のパターン）

ケースの概要（昭和63年1月入園）

I. A

57年生（♀）

診断……大脳溝症による四肢、体幹機能障害
 随伴障害 けいれん 1才より（100/D）
 現在10～20/D

視覚……像は写っているが認識されていない
 聴覚……OB

その他 手（手掌）に触れると、嫌がって手を引く（発声、表情、体をよじる）

〔姿勢発達〕

うつ伏せでは頭をあげることはできるが、間欠的であり肘、肩を支えに使わない。仰向けでは頭が上がらない。上肢、下肢とも床の上では動かせるが持ち上げるのは難しい。うつ伏せ、仰向けの反り返るような寝返り可能。筋緊張は低く、関節に拘縮はない。

〔行動の様子〕

- ・ケイレン発作が無いときはにこにこしながらの発声が多い。
- ・音（音楽）は、動作、表情を止め聞いている印象あり。
- ・うつ伏せで左の親指で絨毯を引っかくようにしている。じゃますると避けるように方向を代えていく。
- ・手掌触れると声をあげ、体をよじって逃げる。
- ・食事はカーシートに座って。口唇の使用はないが、噛み噛み様態の上下運動で食べる。取り込みはおもにスプーンが口唇に触れたのをきっかけに開口、が、食物を取り込む動作はない。

一方、訓練時間に私が抱っこしようとするとき嫌がる様子を見せたり、腕（特に手のひら）、脚（特に足の裏）に触れると怒ったような声を出し、体をよじります。続けると、更にこの行動は強まり、触れるのを止めるまで続くという状況でした。呼びかけに対する表情の変化は目の動きも含めて私としては自信のないものでしたし、体調の良い時のニコニコ、発声の多さも、“～に向かって”という積極的段階ではないのではと感じていました。

私は“訓練”、“訓練場面”とはいわゆるテクニックのみでなく色々な要素からなっていると考えています。その一端を、63年度母親研修の資料（資料1）で示しますが、Iちゃんの場合、私の手も、声も表情もIちゃんにさしたる応答を生み出せなく、またオモチャを介助に触れさせようとするとき逃げられるといった具合で、途方にくれてしまいました。

1学期はおそるおそるあれこれ試してみただけといった状態で、母親にIちゃんはどんな時楽しい表情をみせるのか、家庭での様子などをよく聞いたものです。2学期からは“音楽が好き”ということで、メロディボードを教材として、聞くこと—これは目や表情の変化で確認できました。合せてスピーカーに手を当てさせ振動を感じるよう誘導しました。（手背から始めて、手のひらへ）また十分これらの活動をした後で介助でキーを叩き、単音を聞く活動をしました。これらの活動は、Iちゃんの最も安定し、好きな床うつ伏せで実施しました。介助で姿勢を立てると、前述したように、具体的に情緒的にも不安定になるので上のような落ち着いた活動ができないからです。マッサージについては、名前を呼んだり、歌を歌ったりしながら10～15分間程度、体幹部→上腕部→前腕部→手背→手のひらへと進みました。

通信（資料2）にも書いてあるように2学期には、呈示された教材に“拒否の手”ではなく“感じようとする手”が確認できる場面をつくり得たと思います。3学期はメロディボードの音の高低、方向等を変化させて、しっかりと聞くこと、手の活動も続けました。

3学期には手で握っても拒否されることが少なくなり、介助での床上手つき坐位でも床についた手をはね上げて嫌がるといったこともなくなりました。

3学期のある日、台の上にカセットを置いて、床に手を介助でついて坐り、カセットから流れるメロディーに、顔をあげ、目を止めて、少しニコニコして10分程その姿勢を保っていたのが印象に残っています。以上が63年度のIちゃんと私の活動報告です。

この活動をどのようにまとめられるのか、今はわかりません。ただ、Iちゃんのように感覚と運動の極めて初期段階にある子の場合、“姿勢・運動”は単独に、分離してとり出すこと—いいかえると、評価・分析し方策をたてる—は不可能と考えました。今、示されている行動（運動）が、“～に向かって”、あるいは“～に同期”させ得れば、“丸ごとの運動”の初期段階に接近し得ると考えたわけです。

Iちゃんはおそらくすると、ずっと前から3学期の活動が可能であって、1年かけて私がやっとそこまで辿りついたということなのかも知れません。

（加藤）

2. 保 育

(1) グループ訓練からグループ保育への推移

S.59年当時の当園のカリキュラムは、対象年齢3～5才児の年長児に於ては、訓練・グループ訓練（週1回）・クラス保育の3つの柱からなり、表Iに示すカリキュラムに沿って、隔日通園による療育が営まれていました。

その中でグループ訓練に注目しますと、個々の発達課題に応じ、

① 重度・重複児対象の触覚・視覚・聴覚に対する働きかけを中心とした感覚あそび、揺さぶりを中心とした運動の刺激で、快の状態を体験し、持続性を展開したグループ

② CP児のADLを中心としたグループ

③ 人や物とのかかわりを通し、人関係を育む目的をもったグループ

④ 摂食困難な園児を対象とした食事指導（フィー

表1の1 日課表（S61年度）

	月	火	水	木	金	土	
10:00	合同日	一組	二組	一組	二組	一組	
10:10							→ 朝のあいさつ
11:00	母子訓練	母子訓練	母子訓練	母子訓練	母子訓練	母子訓練	
11:10							
12:00	保育	グループ指導	保育	グループ指導	保育	保育	→ 腰痛体操
12:50							→ 帰りの準備 あいさつ
13:00	食 事 指 導						
13:50		保育		保育			→ 帰りの準備 あいさつ

表1の2 平成元年度療育日課表

※平成元年5月1日（月）から

札幌市ひまわり整肢園

クラス	月	火	水	木	金	土
ライオン	パンダ	うさぎ	パンダ	うさぎ	合同日	うさぎ
8:45						
9:20	個別訓練	個別訓練	個別訓練	個別訓練	個別訓練	
10:00	朝の会	朝の会	朝の会	朝の会	朝の会	朝の会
10:20	ライオン母子訓練 パンダ保育 母子相談PHN 個別訓練	4G保育 3G保育 母子訓練 言語相談 個別訓練	ライオン保育 パンダ母子訓練 精・発相談 母子相談 個別訓練	1G保育 3G保育 母子訓練 精神発達相談 個別訓練	母子訓練 5G研修会 母親言語相談 個別訓練	母子訓練 母子相談PHN 個別訓練
11:05	腰痛体操	腰痛体操	腰痛体操	腰痛体操	腰痛体操	保 育
11:20	ライオン保育 パンダ母子訓練 母子相談PHN 個別訓練	1G保育 5G保育 母子訓練 言語相談 個別訓練	ライオン母子訓練 パンダ保育 精・発相談 母子相談 個別訓練	2G保育 5G保育 母子訓練 精神発達相談 個別訓練	行 事 言語相談 個別訓練	帰りの準備
12:00	食事指導	食事指導	食事指導	食事指導	食事指導	
13:00	帰りの準備	準備	帰りの準備	準備	帰りの準備	
13:15	個別訓練	保2G保育 母子相談PHN 個別訓練	個別訓練	保1G保育 母子相談 個別訓練	2G 個別訓練	
14:00		帰りの準備		帰りの準備		
14:15		整形診察				
15:15						
15:30	個別訓練		個別訓練			
15:55						

ディングセラピー)を中心とするグループと大きく、4つのグループに分かれ、週1回40分の指導が行われていました。

その中で、ADLを中心としたグループ、フィードディングセラピーを行なったグループについては、一定程度の成果をみたものの、実際に、その必要にせまられていない特定された時間にとりくむことの意義が、子どもに理解されるのか？ また、食事時間以外に、食べ物を与えて指導することの意義が妥当か否かの検討の末、実際に必要とする場面で、とりくむことの方が、子どもの生活のうえでは、自然であるとの立場から見直されてきました。

61年には、訓練的要素から、あそびの中で個々の課題を迫及する為のグループ指導となりPT2名、保健婦2名、保母4名、児童指導員1名、計9名の指導職を各グループに割当て、行なわれてきましたが、週1回の指導では、重度・重複化してきている園児を理解する為のカリキュラムとしては不十分であるとの認識から、62年度中に、職員・母親の希望に沿った形でのカリキュラムの見直しを図ることとなりました。

当園では、年長児の集団保育(クラス保育)を、午後1時20分～2時迄の間にとりくんでいます。1クラス12～13名の子ども達の姿を、保育に責任をもたなければならないはずの保母職が、把握しきれないという悩みを常に抱いていました。ただ、保育の場を提供し、お母さん達に、その場で、子どもとのかかわりを工夫してもらうだけというなかで、お母さん、保育者共に、消化不良のまま、その時間を過すことの不安が、週2回のグループ保育で、より子どもを理解したいという気持ちにさせたのでは……と考えています。(カリキュラムの内容は、表1の1参照)

以下、グループ毎に、S63年度における、実際の指導のとりにくみを報告致します。

(2) 指導の実際

①第1グループ

対象児は、資料3に示した5名であり、運動面での差はありますが、精神発達レベルは、A、B

群によるMe-4の子ども達のグループです。

開始当初の共通している子どもの姿は、資料のとおりであり、目標の人関係を深めながら、あそびを楽しませることを主に、とりくみを進めてきました。目標と、具体的な活動は資料に示すとおりです。スキンシップのねらいと、動くことの楽しさを感じてもらいたいと、7月から毎回継続してとりくんだ「体操」は、内容的に不十分さはあったものの、3学期は、児と、大人が、一緒に行なっているという感触をつかむことができたと思います。

課題に即した活動は、難しかったのですが、子ども達の興味のある玩具などを使ってあそぶ際に、子ども同志の行動を意識して、活発にとり合いをするなどの行動が見られたことは、人や物に対する関心を深める意味では、良い活動だったと思います。

◎活動を通じ困難だったこと

全員出席の場合は、各自バラバラの動きが多く、全員の行動を把握することが困難であり、2～3名が、このグループの集団としては、適当と感じました。

また、出席が少なく、1～2名の時には、個別あそびでのかかわりがもて、グループの活動の流れについていけない子ども、待ったり、ゆっくりとした働きかけの中で、実用的にぎりぎりのできない子ども、自ら移動したり、声出しや、笑顔が多く見られるなど、その児の活動が、メンバーがそろっている時には、時間的な制約の中で、保障しきれないことを痛感させられました。

◎子ども達の行動から学んだこと

職員の与える活動に、子どもを合わせようと努めると、子ども自身があそびを充分楽しめないことであり、子ども自らの行動を待ち職員の側から、接近することで、あそぶきっかけがつかめたように思います。

②第2グループ

メンバーは資料の5名であり、B群に当るMo-2～3、Me-4のレベルの子ども達です。

◎とりくみとしては、感触あそびを経て、友だち

に興味を向けることをねらいとしてきましたが、1, 2学期の感触あそびは、出席も良く、苦手な子もあそびに参加できるようになりました。

感触あそび期以降は、出席が少なく、オニごっこや、わらべうたあそびによる、友達に興味をもたせるあそびの経験を多くさせることはできませんでした。しかし、年度末の姿を見ると、友達への関心が少しずつ育ってきている面もみられました。

◎反省

- ・全体としてのねらいは良かったが、出席状況によって、活動の内容にかたよりがあった。
- ・出席の少ない日には、ひとりの児にじっくりかわり、観察ができ良かった。

◎年度末における子どもの姿

A子…… 体を使って、固定遊具であそぶことの多い児であったが、感触あそびを経て、3学期後半より、粘土、タンパリン、ビージーボートなどの玩具に手を出し、触れてあそべるようになった。

友だちが遊んでいる場、または、近くに何となくいたり、近寄っていく姿が見られ、人に対する関心が、少しずつ芽生えていったように思う。

B男…… 年間で11回の出席と少なく、3学期は、母の体調、家族の都合等でほとんど参加できなかったが、前年度と比較すると、母子分離不安から泣くということが少なくなった。

C子…… 人に対して、にが虫をつぶしたような表情で拒否することが多かったが、後半は、友だちに自分から顔を寄せていたり、近づいたり、絵本に誘導されて、四つ這い移動をするなど、行動に変化が見られた。感触あそびでも苦手でなくなりつつあるといった変化を示してくれた。

D男…… 人や物に対する興味の広がりが見られ、ごっこあそび、やりとりあそびができるようになった。家では、「おかあさんといっしょ」の番組を集中して見るように

なり、動作（体操）や歌（発声）の模倣がみられるようになった。

E子…… 苦手な感触あそびに参加できるようになり、友達とかかわるあそびが好きになった。体調をくずすことが多く、休みがちであった。

③第3グループ

運動発達・精神発達レベル共に、重い園児であり、A群4-4に位置するだも達のグループです。感情の表出がとらえにくく、「子どもを理解するとりくみ」として、母親からの情報や、アドバイスが最も必要とされるグループです。

活動としては、どの子も触れるあそびの中で、笑顔が見られる為、楽しい活動として、毛布ブランコをはじめにもってゆき、喜びを持続させながら、感触あそびや、追視を目的とする視覚に訴えるあそびへと移行させていってみました。感触あそびの対象となる素材では、体温との比較において、人肌程度のものには、手をひくことが少なく、児の受け入れ状況が最も自然でした。追視の確認では、グループメンバーの5名中、3名がH大のM研究室を訪れており、スライドの白黒の映像をとらえているとの判断から、暗室の中で、スライドの光を追うことからはじめ、金モールに光をあてての追視状況、透き通る物を通して、光を投影させ、それらを追視できるか？ 自然光の中での追視状況は…？ と確認をしてゆきました。その結果、グループ全体としては、揺れるあそびは、年間通して行いましたが、毛布ブランコについては、職員の腕力の変化や、疲労度に伴い、危険が高まり、2学期後半からは、ハンモックの揺れに変更しましたが、毛布ブランコのような、快い反応を見出すことはできませんでした。

・感触・刺激を加えるあそびの経験を繰り返すことにより、個々の感情表出が、はっきり見られるようになったと思います。

・視覚への刺激については、職員も、親も、継続することにより、追視の状況を確認できるようになりました。また、光線から自然光の中で、原色の物体を追視できる状況が確認できました。

・音については、生活の中での様々な音を聞かせてみようかと計画していたのですが、断片的にしかとりくめず、継続性に欠けたことを反省していません。

・母親からは、継続することにより、子どもの示すサインを確認できたとの評価がありました。

以下、第3グループの各自の様子をまとめてみました。

A子…… 11月迄参加し、家庭の事情で退園となりました。毛布ブランコをととても喜び、大きい揺れで満足した後に、「もう1回する？」と聞いてみますと、「ハイ」の口型で応じることが確実となり、「声を出してお返事して」の職員側の催促には、声出しはなく、やはり、口型のみで答えていました。

小さい揺れには、「プーッ」「プッ」と両唇に息を吹きかけて怒る表現がありました。継続する中から、「もう1回する？」の問いに「ソー」と声を出しての意思表示があらわれてきました。

光の追視では、慣れない中では、職員が追視の状況を理解できずにいましたが、継続する中から、眼球の動き、また、調子の良い時には、頭の動きも伴って、追視の状況を確認することができました。

グループ保育や、日々のかかわりの中から園内でも声を出して楽しそりに笑う姿が見られるようになり、コミュニケーションがとれやすくなったことを評価したいと思います。

B子…… 追視の状況は、光源には、当初より、感じている様子であり、部屋を徐々に暗くしていく過程でも、頭や目を動かして、明暗を感じていました。母親は、電源のスイッチ音に反応しているのでは？と疑っていましたが、音を感じさせないように、スイッチの操作に配慮しても同様でした。

年度末には、色のはっきりした玩具

（ボール）を追視するなどの変化が見られました。

毛布ブランコでは、小さい揺れでは、「変だな？」という表情を示し、大きく揺れると笑顔や、「アーウー」などの声も出ていて、「もう1回する？」の質問には、いつも笑顔で応じるようになりました。歌が好きで、最後の「トントントーン」の部分では、必ず声を出し、ニコッと笑いました。

感触あそびでは、セロファンや、眼前のビーズなどに自ら手を出し、握って引っぱったりの姿を示してくれるようになりました。

職員とのコミュニケーションもよく図られ、かかわることがとても楽しく感じられるようになったお子さんでした。

後半、1月に入ってから大発作があり、体調をくずし、食欲もダウンしましたが、コントロールされてきた2月からは元に戻りました。

C子…… 活動に慣れるに従い、なかなか表出されなかった呼名に対する表現が、体を緊張させ、手を挙げたり、「ハハーン」の声出しで、答えてくれるようになってきました。また、自然光の中で、職員の動きに注目し、止まって兎を眺めると、「フーン」と声を出して笑い、「わかってるよ」と言わんばかりの表情を示してくれていました。

近距離よりも、1m以上離れた所の方が、視野に入ることを確認がされました。

揺れるあそびには期待を示し、声出しでの意思表示がはっきりしたように思います。

くすぐりあそびでは、期待して待つ仕草も表出され、また定着していたように思えます。

D男…… 毛布ブランコの過激な揺れに、快の表情が見られるのですが、刺激の少

ない活動には、児からの積極的な意思表示があまり感じられない状態でした。笑顔を引き出す為に、活動が過激な方向にエスカレートしていきがちになりますが、日常のごく普通のかかわりから快の状況を導き出す働きかけが必要と思いましたが、児の自発活動をいかに引き出していったら良いのかが困難なお子さんでした。発作によって、表出の状態が変化する為、発作のコントロールを待つだけでなく、職員・児双方に、かかわっていて楽しいと思える活動を模索すべきと、考えてみましたが、有効なかかわりができず、反省しています。追視の状況は確認できませんでした。

E男…… 63年11月に入園したお子さんで、うつ伏せで、カセットの音楽を聞きながらニンマリと笑ったり、肘で上体を支え、頭を持ち上げ、拍手したりの様子が、日常よくみられる仕草です。上体を起こさせ、もたれ座りの姿勢をとらせると、怒って顔叩きが頻回となります。体調によって、その日の状態が大きく変化しますが、物にはよく応じ、目の前に置かれた玩具には、手を伸ばして触って確かめたり、指先で、転がしたりの自発的な行動が見られます。揺れるあそびを好むので、ハンモックでは、座椅子を使い、できるだけ上体を起こして、揺れる経験を通し、座位姿勢に近づけるよう配慮してみました。

揺れている間は、上機嫌ですが、床に降りると、座位をとらせると、不機嫌となり、快の状態を座位で持続させるには難しさがありました。追視はよくできていました。

④第4グループ

A男からE子までは、幼稚園に併行通園していた子ども達であり、発達レベルは年齢相応又は、個人差範囲内にあるお子さん達のグループです。
・ままごとあそびなど各自の好きなあそびの中で、

役割分担も、各々自分達で行い、職員の仲だちがなくても遊びが展開できました。

- ・お互いに友だちの名前を呼び合ったり、意識したり自己発揮が盛んになり、ぶつかり合いも見られました。

- ・課題に対しては、自分なりにやってみようという気持ちが見られましたが、各々の理解度に差がありすぎ、グループ保育でとりくむには困難で適切ではなかったと反省しました。

- ・年間の目標である友だちとのかかわりを深めて楽しくあそぶことは、やや達成されたと評価しています。

以上、4つのグループの課題別のとりくみを報告しましたが、グループ編成の時点で、園運営上、4グループとしたものの、個人差が著しく、仲間意識は育まれたものの、課題にとりくむ時点での様々な問題が生じたことも多々あります。週2回のグループ保育で得た共通の認識は、子どもの行動しようとする姿が、保育者にも、母親達にも見えてきたことがあげられると思います。

また、グループ保育以外の個別指導の場として、保育者には、唯一の食事指導の場面があります。子ども達への理解を深めるためにとても大切にしている場面です。単に、食事をとらせる場としてではなく、対象児と向き合う中で、楽しく食べるための手だて、食べることへの意欲を、人間的なつながりの中でどう促していくのか？ 楽しくもあり、時には辛くもなりますが、丁寧にとりくんでいきたいと考えています。

「こどもが見えない」悩みから、これからは、少し見えてきた姿から何にとりくみ、子ども達との間に、「あそんでいて楽しい」、「ひまわりに来て良かった」、「通園が楽しい」と、期待されるような内容にふくらませていかなければならないと、強く感じています。(片桐)

<謝辞>

御協力いただいた父兄の皆様へ感謝致します。また、園の事業として他の職員の協力があった他、ケイレンの項については保健婦の沢田、保育の口頭発表については竹田保母の協力がありました。

記して感謝します。

資料1.

63年度 母親研修 No.2
“訓練を楽しむ”

1. はじめに

“訓練を楽しむ”，これは皆さんら訓練士も常々心がけながら、いつも悩むことですね。厳しく指示通りやろうとすると、泣いたり逃げたりしてしまったり、楽しい雰囲気だと思うと、やろうと思っていた身体の操作が何も出来なかったという事がよくあります。

訓練もしくは訓練場面は後で説明するように、様々な要素がからみ合っています。“楽しい雰囲気”をめざして訓練を進めるには、まず訓練場面がどのようにして作られているのかを考える必要があります。単に身体のことだけでは勿論ありません。子どもさんが、ああだった・こうだったということだけでもありません。

訓練士として、普段自分がこうありたいな一と思っていることをまとめてみました。訓練が楽しくとはきっと下に書かれた事柄のどのことでも、一つでも二つでもいいから、うまくいったな一ということではないでしょうか。

皆さんの参考になれば幸いです。

II. 訓練の内容

1 事前

- ① 訓練の目的（体？ 感覚刺激？ 体のどの部分、どんな感覚刺激を）
- ② 訓練の方法（どんな姿勢？ 訓練道具は？ どんなオモチャ？ 部屋は？ どんな場面・お母さんの雰囲気など）
- ③ 前回の確認（子どもの側…刺激に応ずる部分、逃げるところ、その逃げかた、泣いた？ どんな時？ などを思い出します。）
大人の側…児の状況に対応出来たか？ イライラして操作に手ばかりがなかったか、一連の流れがあったらうか。子どもがリードする場面、大人がリードする場面の割合は良かったらうか。むやみな御機嫌とりはなかったらうか。不用意な言葉はなかったらうか？ 納得のいく時は何が良かったのたらうか。）
- ④ 今日の計画（②や③のことを頭において、イメージ〈自分の体の動かし方も含めて〉をつくる。）
- ⑤ 対案の用意（たいていの場合、子どもは大人の子想を越えてい、引き出しは多いほうが訓練はスムーズでたのしい。訓練の上手にいくかどうかのポイントでもある。）
- ⑥ 今日の健康（昨日、今週、今月、今の季節）子どもの食欲、排便、睡眠、ケイレ

ン、体調はどうたらうか。きのう家で何か事件が無かったらうか。幼稚園、保育園に通っている子どもはいつものように元気だったか。など）

2 最中

- ① 役割の徹底（子どもがだんだん活動する背景としてか、一緒にする共同作業者なのか、視聴覚・触覚などを使いリードする役割なのかを考えましょう。上に書いたように訓練時間中にこれらは随時入れ代わっていきます。）
- ② 刺激の調整（オモチャや活動内容は適当たらうか。いつも同じじゃないたらうか。一つ先の紹介をしているたらうか。目移り、耳移りはしていないたらうか。大人の体の寄せかたに無理はないたらうか、支えている部分、力の入れかた・タイミング、力の方向などは正確たらうか。子どもはただ吊り下げられてのみることはないたらうか。など）
- ③ 自信の精神（上手にいかない時でも、そのことを表情や手や体に努めて出さないようにしましょう。お母さんの心の負の変化は子どもを悲しませませす。大人同士でぐちり合いましょ。訓練士にも愚痴って下さい。訓練士も愚痴ります。）
- ④ 妥協の精神（どうしても上手にいかない時、日があります。すばっと中止しましょ。拘束することは良くありません。引き続くようなら他に原因があるかもしれません。）

3 終了

- ① 5分前の終了（今日の活動を話してあげましょ。どんなに上手にやったとしても、おそらく子どもは持てる最大限の力や精神の集中が必要だったことでしょう。休息が必要です。40～50分一つのことに集中するのは大人ではどんな時節でしょう。）
- ② ほめること（理由は①で書いたとおりです。）
- ③ 記録する事（お母さんの場合ですと記憶ということになるかもしれません。しかし、簡単なメモは一年先、二年先非常に貴重な記録として生きてくる場合があります。）

III. おわりに

訓練の内容は以上述べたことに尽きることではないでしょうし、ある子どもにこれらの配慮がす

べて必要でないことはいずれでもありません。が、その一つ々がこどもと大人の関係に深い内容をもっています。そして訓練のありように大きな影響を及ぼすと考えています。ただ体の反応のみで上手くいったとか、いかなかったというのは早計であると思っています。

失敗は成功の母ということわざがあります。失敗が失敗であるための条件は、一つに“意図”あるいは“計画”があったかどうか、一つには“見直し”あるいは“見直しのてがかり”があったかということが問題です。

訓練士としてそのようなことを考えながらやっています。てがかりがつかめないまま進行せざるを得ないこともあります。そんな場合でも、頑張ってやります。その中からヒントも得られます。

資料2.

家庭通信の記録（固有名詞除き原文のまま）

一学期

取り組んだこと

1. 上、下肢の屈伸運動
 上肢については触れる場所に注意しながら、触れらるることになれる。下肢については股関節の維持改善を目的として。
2. バピーポジション
 肘で支えて頭をあげる。また、肘で支える動作の練習。
3. 台座位で足底接地、肘をつくなどの感覚を。
4. 手の活動
 カシオトーンを聞きながら、振動を感じる、介助で触れてみる等の活動をしました。

変化した点

1～4の訓練や触覚に対する拒否は、体調にもよりはっきりしておりません。しかし、時々目的とする反応が出ることもあり、今後とも取り込んで行きたいと考えています。

これからの目標と配慮したい点

Mセンターの“外界への働きかけ”という点についてはまったく同感です。しかし、焦って手等に強い刺激を与えたり、運動も限度を越えて我慢させることは1ちゃんを、殻に閉じ込める結果となります。好きな音楽を教材にしながら、頭を振る、目を動かす、楽しい表情をする、手で振動を感じることをもっとやって行きたいと考えています。

二学期

取り組んだこと

1. 手の活動
 触れられることになれる…ビーズチェーンを利用。またマッサージやタッピング、好きなカシオトーンのスピーカーの振動を触れて感じたり、介助で叩く（自ら動かすよう誘導）
 これらは、耳の活動と一緒にやれる様配慮しました。
2. 座位（斜面台や床上で手をついて）
 いずれも手をつくことが必要なので1の訓練終了時に行いました。

変化した点

手への刺激は、訓練中では過敏が時として低下することがあり、手で床を引っかくことから、触ってみる、握ってみる、振ってみる、の活動もみられ、二学期後半からは座位での“支える手”の訓練には入れるようになりました。

これからの目標と配慮したい点

- 体調の問題もあって、積み重ねが消えることもありましたが、“今1ちゃんが～している”ことを大切にしていきたい。
- 体調の悪いとき、無理は禁物です。テープをいれゆったり聞いてたのしむのもいいと思います。
- 手の活動をさらにつづけ、少しでも自ら感じ動かすことにつなげたいと思っています。
 就学まで残り少ないですが、がんばりましょう。

三学期

取り組んだこと

1. 音、音楽の方向を定めてしっかり聞くこと。（右、左、また動かしながら）
2. 手の刺激になれること
 これは音楽に合わせて振動を、ビーズチェーンなどのおもちゃを無理なく触れる、握る、人の手の刺激などで取り組みました。
3. 手つき座位への誘導（二学期後半より三学期）

変化した点

1. 手を手で触れても、握っても拒否はほとんど無くなりました。
2. 1の成果により、肘つき、手つき座位の訓練に取り組めるようになりました。

これからの目標と配慮したい点

- 肘つき、手をついての座位を目標とします。
 “手は拒否がなくなった”のつぎの課題は“自ら求めて”という事ですので、同じ材料や更に刺激の強い素材を使って手の活動を高めましょう。
 その上で、肘つき、手つき座位訓練をしましょう。
 反り返りが強くなる可能性について
 a. 頭を少し高くする b. うつ伏せを多く c. ホールポジション（体まるめ）、手を介助し主に左側へ頭を回した寝返り練習などをしてください。

資料3.

第1グループ（63年度）

〔メンバー〕

- A子（5才，MR 4-4）
- B子（5才，小頭症・MR 2-4）
- C男（4才，CP・MR 3-4）
- D子（5才，小頭症 3-4）
- E男（5才，脳炎後遺症 2-4）

〔子供の姿〕

- ずり這い・四つ這い・介助歩行とうごきに差があり、自分の体を使って遊んだり、動かされたりという活動が少ない。
- 人関係が十分に育っていない。

〔目 標〕

- お母さん、先生、友達となかゆくたろう。
- 好きな遊びをたくさん楽しもう。
- 小集団の中で、ゆったりした雰囲気を楽しもう。

	月 目 標	具体的活動
4	体を使った遊びを楽しむ。	ごろごろ遊び。バランスシート
5	自分で動いたり、動かされることを楽しむ。	バレルロール、バランスボード、すべり台
6		毛布ブランコ、くすぐりあそび。
7	お母さんや職員と一緒に体を動かして遊ぶ。	さくらんぼ体操。築山
8	相手を意識して遊ぶ。	ゴロゴロ。
9		感触遊び（ビニール袋、片栗粉、石鹸、タオルケット、フィンガーパーペインティング等）
10	いろいろな感触になれ、さわったり、ちぎったりして遊ぶ。	毛布、輪ゴム、モール、アルミホイル、マット
11		スズランテープ、タオルケット等
12	マットレス、ダンボール、巧枝台を使った粗大運動に取り組む。	
1	友達と一緒に遊んでいるという感じを持たせながら遊ぶ。	羽根つき、シール、楽器、坂のぼり、板すべり
2		ボードでの坂すべり（順番）
3		カセットで音楽を聞く。

〔時間の流れ〕

1. グループ保育の歌
2. 名前呼び
3. 体操
4. その日の活動

〔留 意 点〕

毎日系統だった流れの中で、グループ活動の場であることの意識化させる。

資料4.

第2グループ

〔メンバー〕

- A子（5才，染色体異常 2-4）
- B男（5才，MR 2-4）
- C子（5才，CP・MR 2-4）
- D男（4才，染色体異常 2-3）
- E子（4才，出血後遺症 3-2）

〔子供の姿〕

母子関係はよいが、母親以外の人や、周囲のものに余り関心を示さない。

〔目 標〕

いろいろな遊びを通して、友達への関心を深める。

	月 目 標	具体的活動
4	職員や、友達と一緒に遊ぶ。	室内遊び（ブランコ、すべり台、ボールのやりとり）
5	友達を意識する。	外遊び（園庭、砂、固定遊具）
6		
7	いろいろな素材で感触遊びを十分楽しむ。	感触遊び（豆、紙、スズランテープ、寒天、押麦、小麦、片栗粉、フィンガーペイント）
8		
9	体を使って行う遊びや、外の自然に触れながら友達にも興味を持つ。	外遊び（築山ゴロゴロ、鬼ごっこ、童歌遊び）
10		体育遊び（座卓、ハンモック、トランポリン、バレルロール）
11		
12		
1	友達とやりとりができる。	簡単なごっこあそび
2		
3		

〔時間の流れ〕

1. グループのテーマでリズム遊び
2. 名前呼び
3. 動的な活動、又はその日の主活動
4. 静的な遊び（絵本、紙芝居の読み聞かせ）

資料5.

第3グループ

〔メンバー〕

- A子（5才，CP 4-4）
- B子（5才，大脳溝症 4-4）
- C子（5才，CP 4-4）
- D男（4才，てんかん 4-4）
- E男（4才，水頭症 4-4）

〔子供の姿〕

最も好む遊びが共通して“揺らされる遊び”であり、笑顔がどの子にも見られる。しかし、喜びは持続せず、その場限りである。視力障害があるが、スライドの光りなどは追視することができる。

〔目標〕

いろいろな感覚遊びを通して、子供たちそれぞれの経験の場を広げる。視覚に対する刺激を継続して与え、各自の反応を確かめていく。

	月 目 標	具体的活動
4	グループの友達を知る。外気に触れながら外遊びを楽しむ。	<ul style="list-style-type: none"> ・毛布ブランコ、パレーン、箱ぶらんこ ・スライド、セロファン、金モール ・築山ゴロゴロ、片栗粉、モール等
5		
6		
7	いろいろな感触に少しずつ慣れて遊ぶ。	<ul style="list-style-type: none"> ・築山遊び、水遊び、フィンガーペインティング、紙、セロファン、押麦、石鹸等 ・落葉で遊ぶ。枯葉の感触 ・追視（じゃのめ傘、ドリムトンネル）
8		
9		
10	秋の自然に触れながら、外遊びを楽しむ。	<ul style="list-style-type: none"> ・落葉で遊ぶ。枯葉の感触 ・追視（じゃのめ傘、ドリムトンネル）
11		
12		
1	体を使った遊びを楽しむ。（揺らされ遊び）	<ul style="list-style-type: none"> ・ハンモック、マット遊び、座卓の回転がり。
2		
3		
1	わらべうたあそびや、揺らされる遊びを楽しむ。	<ul style="list-style-type: none"> わらべうたあそび「雑巾縫い」、「ユラユラタタン」、「洗濯機グルグル」、「頭、肩、膝ポン」 追視…色のはっきりした玩具 ボール、カサ、ブロック等
2		
3		

〔時間の流れ〕

1. グループ保育の歌
2. 名前呼び
3. 毛布ブランコ
4. 感触遊び
5. 追視の確認

資料6.

第4グループ

〔メンバー〕

- A男（5才，CP 1-1）
- F子（5才，CP 3-3）
- B子（4才，CP 1-1）
- G男（5才，CP 2-3）
- C男（4才，CP 2-1）
- H男（4才，CP 2-1）
- D男（4才，CP 1-1）
- I男（5才，てんかん 2-3）
- E子（4才，二分脊椎 2-1）

〔子供の姿〕

- 一人で遊ぶことが多く、同じ場所に何人いてもつながりは見られない。
- 結びつきはあっても、相互のつなごりに欠ける。
- 今までの経験した遊びに興味を示すが、断片的である。
- 保育者との関係を求めて安定しようとする。

〔目標〕

自分をしっかりだしながら、友達や保育者との関わりを深め、楽しく遊ぶ。

	月 目 標	具体的活動
4	友達や保育者と一緒に遊ぶことを楽しむ。	<ul style="list-style-type: none"> 積木、ままごと、砂遊び、種まき（水まき） 鬼ごっこ、粘土、絵の具、かくれんぼ、むっくりくまさん、おおかみさん。
5		
6		
7	同じ遊びの中で、友達とふれ合い自己を発揮して遊ぶ。	<ul style="list-style-type: none"> 水遊び、身体を使って遊ぶ、集団活動を多く取り入れる。（色水、水、小麦粉、泥んこ、石鹸おふろごっこ、洗濯ごっこ）
8		
9		
10	友達とのつながりをつくりながら遊ぶ自ら活動に取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> 遊びに必要なものをつくって遊ぶ。自然との関わりを持つ活動。のり、はさみ、折り紙、芋の収穫、料理、散歩（公園、動物、お店やさんなど）
11		
12		
1	遊びに意欲的に取り組む。	<ul style="list-style-type: none"> 簡単なルールのある遊び「ことしのぼたん」 雪遊び。
2		
3		
1	友達と関わりあって遊びを広げる。	<ul style="list-style-type: none"> 新しい遊びを知り、集団遊びを楽しむ。
2		
3		

〔時間の流れ〕

1. グループ保育の歌
2. 名前呼び
3. その日の活動

6 千歳市心身障害児通園施設 における歯科検診の取り組み について

（千歳市歯科医師会）

柏田 英人

（千歳市児童家庭課）

村田 修

（北海道千歳保健所）

森尾 洋子

1. はじめに

千歳市心身障害児通園施設は、昭和58年に千歳市福祉センターが設立された際、それまで市内の各施設に分散されていた肢体不自由、情緒障害等の教室がひとつにまとまりセンター2階に通園事業施設として開設されました。

現在、肢体不自由、言語障害、精薄、情緒障害等をもつ約90人の子供たちが通園指導をうけています。

通園児たちの内訳は表1のとおりです。

表1 千歳市心身障害児通園施設療育状況

クラス名	対象児	在籍数
どろんこ	・自閉的な子ども ・知的な遅れのある子ども	19人
あすっこ	・知的な遅れのある子ども	12人
たけんこ	・重度重複障害をもつ子ども及び ダウン氏症候群の子ども ・乳児期前半以前のつまづきをもつ子ども	9人
かぜのこ	・言語の障害 ・軽度の知的な遅れのある子ども	26人
言語指導室	・口腔機能及び聴力言語等の問題をもつ子ども	19人
機能訓練室	・運動発達に遅れがあったり、 筋の働きに異常のある子ども	13人
学童機能訓練室	・就学児童（義務教育終了者4人を含む）	22人

平成元年10月1日現在（重複児を含む）

この通園施設において現在の歯科検診、相談がおこなわれるようになった経過は、昭和58年9月に千歳保健所の歯科衛生士による歯科相談を肢体不自由児訓練室を対象におこなったのが始まりでした。

肢体不自由児訓練室では定期的に、市の保健婦による子供たちと親の健康についての相談日を設けており、そこで、歯についての悩みを聞く機会が多く、特に重度の障害をもつ子供たちにとっては深刻な状況であることが指摘されました。

歯が痛いのを我慢しつづけ、どうしようもなくなってから歯科医院に行くといった場合が多く、また、市内の歯科医院では診てもらうことが難しく大学病院等市外まで治療を受けに行っている者もあり、それでも治療を受けられるのは良い方で、「障害のために麻酔をかけることができない」「筋の緊張が強くて治療の段階までいかない」あるいは「体力がないために交通機関を使って治療に行くこと自体が困難」という例も少なくありませんでした。

そこで、歯についての対策を講じることとなり、障害をもつ子どもたちの歯をまもるためにはどのようなとりくみが必要なのか話しあわれ、とりあえず保健所の歯科衛生士による歯科相談を、対応を急がなければならない子どもたちから実施しました。

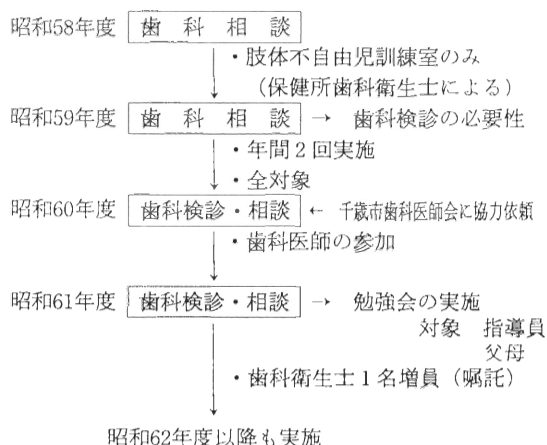
当初の目的は①子供たちの歯および口腔の状態をつかむこと②歯磨き指導をしっかりとこなうこと③治療の必要な児の確認④それらによって食事指導を円滑に進めることでした。

しかし、一度目の歯科相談は“とりあえず”“試みに”実施したにすぎませんでした。なぜなら、障害児に限らず“歯をまもるとりくみ”は目的をもって、継続的におこなわれるものでなくてはいけません。まして通園施設内で障害児たちの“歯をまもるとりくみ”をおこなうのですから①このとりくみは経年的に実施可能なのか②通園施設の本来の目的に合致しているのか③千歳市の事業として（予算面でも）位置付けられるのか等、課題を残しての歯科相談でした。

そのような経過を踏んで、次年度にむけて通園施設内でも検討がなされ、昭和59年度から年間2回の歯科相談を通園施設全体へと対象を広げ、千歳市の事業として実施することになりました。

とりくみをはじめにあって“地域のなかで障害児の歯をまもるシステムをつくる”ことが将来に向けての大きな課題となっていたことから、千歳市の歯科医師会に通園施設内でおこなわれている歯科相談の状況あるいは障害児の口腔の状況などを説明し、歯科検診の必要性を強調し協力を求めたところ、歯科医師会側からも通園児の指導の様子を見にくるなど非常に熱心な対応があり、昭和60年度から年間2回の歯科相談を、歯科医師も参加する、検診、相談として実施するにいたりしました。（図-1）

図-1 歯科対策事業の経過



2. 取り組みの内容

歯科検診当日の流れは

- (1) まず、各教室の担当者が事前に対象児の障害の様子、薬物使用の有無、指導、とりあつかいの注意点などを一覧表にして歯科医師衛生士に知らせる。
- (2) 歯科医師によるウ蝕、歯肉炎、かみ合わせ等についての検診、指導（写真1）
- (3) 歯科衛生士による歯磨き指導、食事指導また、指示のあった児に対して、ウ蝕の進行止めの塗布、



写真1

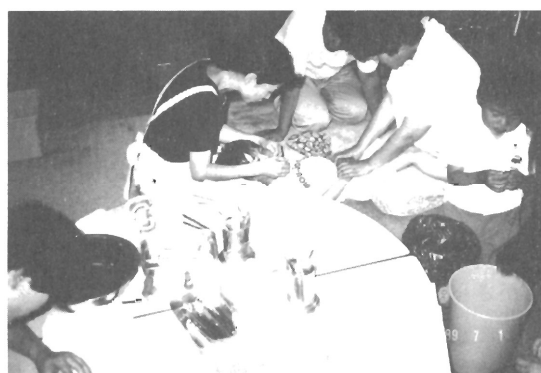


写真2

フッ化物の塗布（写真2）

- (4) 検診終了後、各教室の担当者と歯科衛生士によるカンファレンス。治療および経過に注意を要する児の確認
- (5) 事後指導、要治療児の治療経過の確認で、毎回45人前後の児が受診しています。

具体的な指導の内容については、ウ蝕の有無とそれに対する対策。例えば、放置して歯磨きをしっかりとしていれば良いとか、ウ蝕の進行止めを塗布するとか、治療が必要なので通院できる歯科医院を探すとかいったこと。

また、歯肉炎があればそれが薬物使用によるものか、あるいは口呼吸等で歯肉が乾燥するためのものか等。かみ合わせについても、片マヒによる左右顎のアンバランスからくる交叉こう合とか、下唇を吸うための上顎前突とか、舌と口の周りの筋肉のアンバランスから生じる歯並びの異常とか。他には、舌突出、下の逆運動、歯列弓の狭さ、口

蓋の高さ等についてチェックし、考えられる原因と合わせ親に説明します。

写真3はアテトーゼ型脳性麻痺児（17才）の口腔内写真です。



写真3

異常なこう合運動，えん下運動のため顎骨や，歯列弓の形態異常がみられます。ウ蝕歯は抜歯，あるいは残根のまま放置されているためこう合異常がさらに悪化されています。また，歯ぎしりによる歯冠部の破損，こう耗があります。

前歯部の残根部位には義歯が入れられていますが，歯ぎしりによって破折，以後放置されています。

写真4はやはり脳性麻痺児（20才）の口腔内ですが，抗痙攣剤の常用による歯肉増殖があります。脳性麻痺児の歯肉炎罹患率は高年齢児になる程高い傾向がみられます。



写真4

通常，薬物使用による歯肉増殖には徹底したBrushingによる歯肉マッサージで良好な状態を

保ちますが，あまり増殖がひどい場合は外科的処置が必要になります。

写真5は重度精神発達遅滞（脳内出血後遺症）の13才の女子です。抗痙攣剤を使用していますが，歯肉の増殖は特に認められません。

歯列もほぼ正常ですが，下唇をかむ癖のせいで，上顎の開口状態が見られます。

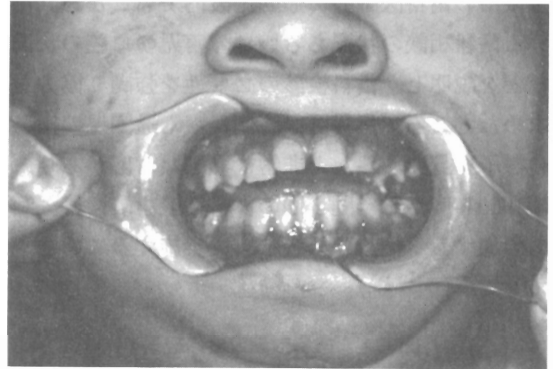


写真5

写真6はダウン氏症候群，精神発達遅滞の6才の男児です。顎の短小のため著しい歯列異常がみられます。また，ダウン氏症候群の場合，歯のほう出遅延，歯数不足のためかウ蝕の感受性は低いとの報告もあります。



写真6

3. 障害に特異的にみられる歯科疾患

世間では，そしてまた歯科医の間でも障害児者はウ蝕症にかかりやすいとか，ウ蝕症が多いとか信じられていますが，はたして本当でしょうか。障害に随伴して口腔療育に生じる異常についてい

くつかあげてみると。

(1) 脳性麻痺

- ・ 歯の形成異常
- ・ 歯列弓の異常（口腔周囲筋の異常緊張と弛緩、あるいは異常なこう合運動、えん下運動による）
- ・ 歯ぎしりによる歯冠部の破損、摩耗
- ・ こう合異常によるこう合性外傷

(2) ダウン氏症候群

- ・ 筋緊張の低下による巨舌症
- ・ 口蓋の形成異常（高口蓋）
- ・ こう合の異常（顎の短小、歯のはう出遅延、歯数不足による）
- ・ 不正こう合（主に下顎前突、あるいは口唇の肥厚と外翻から生じる開こう合）
- ・ 歯の形態異常
- ・ 歯周病が若いうちに重症化する傾向

(3) 精神発達遅延

- ・ 生理的な発達遅延児については、歯科領域における特異性はない
- ・ 病理的な発達遅延児については

変色歯、奇形歯、歯数不足あるいは過剰歯

このように、障害がウ蝕症への感受性を増強させる因子は特にみられず、むしろ歯の形態や配列に特徴的に現れていると思われます。

脳性麻痺児のウ蝕に関する調査では

①ウ蝕歯の数では健常児と大きな差異は示さないが

②処置歯の数は著しく低く、また喪失歯が多い

つまり、脳性麻痺という疾患がウ蝕の感受性に直接的に関連するのではなく、歯科的保護が充分に行われていないことを示しています。

また、喪失歯の数が多いうことは過去においてウ蝕ができれば治療よりも抜歯という誤った選択がされていた事を示しています。

では、歯科的保護とはなにか、もちろん毎日のBrushingや歯科治療をさしますが、この点について言えば健常児の口腔衛生管理の場合と基本的に変わるころはなく、すなわち障害児が在宅で

あれば日常の家庭内での口腔清掃、施設入所児であれば施設内で介護者による口腔清掃、加えて、歯科医師による定期的な検診と処置です。

ただ、健常児と障害児に違いがあるとしたらBrushingの際の児の固定の仕方にくふうが必要な点だけでしょう。

とはいっても、一方ではエナメル質の減形成あるいは低石灰化等の、エナメル質形成不全については、その発生頻度は健常児の6～9%に対し脳性麻痺児36～54%と非常に高率に出現する傾向があります。



写真7

写真7はエナメル質減形成の5才健常児の口腔内写真です。エナメル質形成不全症は主に胎内でエナメル質の形成が行われる周産期に何らかの障害が生じて起こるのですが、本児も口腔全域にわたり減形成がみられます。

また、かむことによってこう合は著しく摩耗していますが、ウ蝕はありません。

つまり、健常児のそれを見ても形成不全の全てが、ウ蝕になりやすい傾向はなく、やはり口腔内の管理が充分にできているものはたとえ形成不全であってもウ蝕症にはかからないのです。

4. 障害児者と歯科治療

では、いったいなにが障害児の歯科治療を困難にしているのでしょうか。

漠然と見えている答えをいくつか明確に整理してみましょう。

酒井の分類⁹⁾を参考にすると、

(1) 術者側の原因

ごく一般的な歯科医の立場からすれば、いわゆる心身障害児者が歯科治療の場で安全に（さらにできることなら容易に）対処できないという先入観が支配的で、その解決についての知識、情報が不足している点でしょう。

歯科医が、どのようにして障害児者を扱えばいいのか、なにか危険なことはありはせぬかと心配して、治療が姑息的になってしまうのは否めません。

障害についての知識が浅いため、1次医療が可能な患者も、3次医療が必要な患者も同じにとらえて難しさを増幅しているのかもしれませんが。

もし、歯科医側が障害についての知識を得、障害児者ともっと関わりをもち知ったなら、前述の先入観は消え、もっと積極的な姿勢で治療にのぞめるのかもしれませんが。

(2) 患者側の原因

① 歯科治療をすると患者の状態が悪化する恐れのある場合

例えばダウン氏症候群のように、心臓に異常があると抜歯とか切開の際、血管のなかに迷い込んだ細菌が、心内膜炎を引き起こす可能性がある等、医学的に有病者と呼ばれる患者、つまり、血液疾患、代謝疾患あるいは腎疾患、心臓疾患等を有する患者の歯科治療を行う際には、疾患の特徴、薬物の内容を把握して適切な前処置が必要となります。

② 歯科治療に協力しにくい患者

このグループに入るのは情緒障害児と精神発達遅延児の大部分で、主に、目的意識の乏しい患者と言えます。

つまり、歯科の治療を受けようという積極的な意識を持っていませんから、いやなことは断固ことわる態度をとるのは当然といえます。

しかし、考えてみると世のなかに歯科の治療を好む人はほとんどいないのが実状です。それと、歯科医側との意志の疎通の困難性

という点からいうと、感覚障害のある患者もこのグループに入るかもしれません。

③ 運動機能に障害のある患者

アテトーゼ型脳性麻痺などの自分の意志に関係なく体全体が動く患者。また慢性関節リウマチ等の自由な姿勢をとれない患者、つまり身体の静止、姿勢の保持に困難があるために歯科治療を難しくする人たちです。心身障害児、肢体不自由児と呼ばれる人の大部分がこのグループに入ります。

(3) 障害児者を取りまく環境の原因

障害児者が歯科の保護をうける（口腔衛生を良好に保つとか、歯科の治療をうけるとかいったこと）ためには、本人だけの問題もいくつかあるうえに、加えて患者を取り巻く環境の問題も大きいと思われまます。

障害児者が歯科の保護をうけるためには必ずといっていいほど周囲の人間の協力が必要です。在宅であれば、家族、施設においては指導員等、障害児者を取り巻く周囲の人間のデンタルIQ（歯科意識）が低かったら、介護者自身が口腔衛生や歯科治療の必要性を、自らも認識していなかったら、障害児者が歯科の保護をうけられる可能性は、ほとんどどうすいと思われまます。

5. 通園施設で健康管理体制がとりくまれることの意義

障害児者を取りまく人間のデンタルIQが低ければ、障害児者に歯科の保護は望めないでしょう。

通園施設における歯科検診の際も、障害児の検診、指導もさることながら、障害児にかかわる人間、親や指導員に対しての歯の勉強会を数度実施し、障害児を取りまく人間が共通の知識をもつことにつとめました。

障害児者の口腔衛生管理の基本的姿勢は、障害児者がすでにかかえている障害のうえにさらに、口腔疾患に起因する障害を与えないことです。しかし、もう一方では障害児者がより豊かな人生を送る、つまり、障害があるから歯磨きができない、治療ができない、あるいは、ウ蝕ができてあたり

まえといった考えから脱却して、障害があってもできるかぎり健常者と同じ生活をおくる姿勢が求められるのです。

実際、“食べたら磨く”という考え方はごく普通のことなのであります。

クオリティオブライフということばが昨今よく使われていますが、リハビリテーションの分野でも例外ではありません。

それは、障害児者に対するリハビリテーションのアプローチに幅広い分野での接触が必要であるとの認識にたったものでしょう。

つまり、障害児の療育の際も生活を保障する種々の専門機関が必要で、その専門機関同士が有機的に結び付くことが求められているのです。

専門機関同士が有機的に結び付き（ネットワーク）、連携して一人の障害児にとりくむ（チームアプローチ）ことが絶対に必要なのです。

口腔衛生に限らず、療育の場で健康管理体制が取り込まれることの意義がそこにはあると思います。

表-2 千歳市心身障害児通園施設での健康をまもるとりくみ

健康相談	市の保健婦によるヒヤリングと指導衛生教育
栄養相談	障害児により良い食事と栄養摂取のため、市の栄養士により栄養価計算をおこない、栄養諸要量の充足率、栄養バランスなどを指導
歯科検診	歯科検診、相談衛生教育

表-2に千歳市心身障害児通園施設における“健康をまもるとりくみ”をあげました。

例えば、歯科の管理についてみると図-2のようになっています。

図-2 千歳市心身障害児通園施設通園児の歯科管理状況

障害児A	→	歯科検診
障害児B	→	歯科検診 → 地域の歯科医院
障害児C	→	地域の歯科医院
障害児D	→	地域外の歯科医院

障害児Aは、通園施設での歯科検診によって管理されているケースです。親の疑問に答え、今のところ治療の必要がないケースです。

障害児Bは、歯科検診により要治療となったケースです。治療の勧奨をうけ、次回の歯科検診で経過を見るようなケースです。

障害児Cは、直接歯科医院につながり、通園施設での歯科検診は受けていないケースです。実際の人数はそれほど多くはありません。

障害児Dは、直接市外の歯科医院につながり、やはり、通園施設での歯科検診は受けていないケースです。主に、大学病院等専門の機関で治療を受けている場合が多く、また、重度の肢体不自由児にこのようなケースがみられます。

以上のように、歯科管理だけについても障害児一人一人の状況を把握し、対策が講じられています。

同じように健康管理、栄養管理の場面でも各児の障害の程度と考えあわせた指導が行われています。

今後も障害児の口腔衛生保持のために、例えば栄養士と連携して“かめる食事”づくりにとりくむとか、あるいは現在千歳歯科医師会の担当歯科医師1名がかかわっていますが、受け皿をひろげる意味でも、もっと多数の歯科医師に検診に参加してもらおう等、地域で障害児者の歯をまもるシステムづくりをすすめていきたいと思ひます。

文 献

- 1) 酒井信明著, 1983, “障害児者と歯” 全国心身障害児福祉財団

7 おもちゃ図書館活動を通して

(網走おもちゃ図書館)

後藤田 生子

1. 全国に広がるおもちゃ図書館

おもちゃ図書館は現在、全国に372館が開設さ

れており、全国おもちゃライブラリー連絡協議会の名称を以て活動を進めております。しかし歴史はそれ程古くはなく、昭和55年に三鷹市で開設したのが最初と思われます。

きっかけは、日本で唯一人のおもちゃコンサルタントの小林るつ子先生が、世界のおもちゃと施設等を研究する目的で各国を視察されている途中、スウェーデン、西ドイツ等で障害児の為に、おもちゃ図書館がある事を知り、そこでの楽しさや素晴らしさに魅せられて日本でも是非開設をと御努力をされ、三鷹市で最初に誕生したと聞いております。

現在も小林先生を中心として、連絡会は学習活動や情報交換を行いながら、各地により多くの楽しい図書館が開館されることを願って活動を続けているところ です。

2. 組織と運営

市町村にある図書館は都道府県のブロックに連絡会を組織し、更に全国の連絡会に加入しております。

運営の方法は加入団体の会費と、全国社会福祉協議会、日本おもちゃ財団、メソニック協会等のネットワークと御支援のもとで行っております。

事業は、年1回の総会兼全国研究会、各都道府県でのブロック研究会、それに各地域での研修会、学習会の中で情報交換がなされ、それぞれ自分の図書館にフィードバックさせながら活動課題に取り組みをしております。

この事業が始められた当時、目標の基本は、障害を持つ幼児の早期発見・早期機能快復を目的とする先駆的事业とされておりましたが、ここ3年程前からは、障害児と健常児が共に育つおもちゃ図書館を目標にして、意見交換がされ、活動内容も変わって来ております

各地のおもちゃ図書館は運営主体が障害者であったり、障害児を育てる親の会であったり、社会福祉協議会、婦人団体と様々ですが、運営にあたる人は全部ボランティアであることが共通点といえます。

このように、生活舞台の異なる者達の集まりは図書館活動だけでなく、障害者福祉がどんな現状にあり、課題は何か等を知る場になっていると言えます。

3. 活動の中で

基本は、おもちゃを媒体として子供達と触れ合い、基本的な生活習慣や豊かな想像力を養い、他人への思いやりを大切にしながら、楽しく遊べる場所の設定をすること、そしておもちゃの貸出しと、お母さん達の交流の場と憩いの場になる様に配慮をすることです。

しかし、現在ではそれのみにとどまってはおりません。沖縄では民間放送を経営しながら図書館のPRやボランティアの育成を、埼玉県のあるまちでは特殊学級の設置活動を、又青少年の育成事業や授産所開設等の活動へと広がりを持って来ている図書館も数多くなっております。

4. 北海道おもちゃライブラリー

北海道の場合は国際障害者年に、北海道婦人団体連絡協議会が障害児への事業に取り組みをしたという思考を巡らしていた折りに、丁度北海道で国際交流のシンポジウムが開かれました。その時のシンポジストとして来訪したスウェーデンのマリールイズヨベス女史からおもちゃ図書館の話をお聞きし、これに優る事業はないと決定をしたことから始まったものです。

早速、三鷹市の図書館を視察し、2番目に出来た筑波大学の学生ボランティアとダウン症を持つ親の会で開設された図書館のリーダー横井先生の御助言も仰ぎながら、道婦連の役員の方々が開館に向けて準備をされたようです。又、一方北海道共同募金会も何か障害児者への事業補助をと考えていたとのことで、2つの団体が共にこの仕事に取り組んだという経過があります。

昭和56年、共同募金会と婦人団体それに学識者の方々が北海道おもちゃライブラリー推進委員会が設置され、全道の中で婦人会館を持つ旭川市、札幌市、網走市の3館が誕生を致しました。

これが北海道の図書館活動の始まりです。

当初は婦人会館でなければ開設が出来ない規則でしたが、現在では福祉施設やその他の公的な開館、もしくは提供を希望する個人でも会場と仲間がいれば開設出来る様に改則がなされております。

今では婦人団体だけでなく、ボランティアサークルの方々が開館している図書館も増えて来ております。それだけ、北海道の人々の間にボランティアの意識が高まってきたともいえそうです。

道内の開館数は22ヶ所、ほとんど各地区に1館は出来ました。これからも増館の兆しは見えて、全国的に見ますと北海道は大変積極的と言えます。

4年前から、推進委員会の他に連絡協議会が設置されました。交流や研修、情報交換もきめ細かくされるようになり、ボランティアの仲間づくりも広がってきました。

ボランティアは「図書館活動の中から障害児者への理解を深めると同時に、自らの生き甲斐として福祉事業への関心を持つことができた」と研修会がある度に話す人も増えてきました。

全道的に「何時でも、何処でも、誰もが自由に入出入りできるおもちゃ図書館が沢山開館されるように」と希望を持っているのが私達ボランティアです。

研修の場に来るボランティアは、子供さん達の話や、お母さんの悩み話、手作りおもちゃのアイデアの交換等、明るく大変賑やかです。しかし、この様になる迄には長い時間がかかった事も事実で、私達のおもちゃ図書館も苦しい悩みと迷いの数年がありました。

5. 網走おもちゃ図書館

昭和56年9月、北海道では3番目のおもちゃ図書館が網走婦人会館3階の1室に開設を致しました。婦人団体のボランティア20名程が集まりましたが、「図書館とはどんな意味を持っているのか、網走市の障害児者の現状はどうなっているのか、又福祉ボランティアとは……」等々、知識も意識も持たないままの開設は戸惑いが多く、全くの手探り状態でした。週に1度の開館日にも訪れて下

さる方はなく、おもちゃと私達だけが対面しているだけの2ヶ月が過ぎました。

そこで市の福祉事務所をお願いに行き、障害を持つお子さんのお母さんが作っている1つのグループ「たんぽぽ会」を紹介して戴きました。やっと小さな道が開け、話し合いの輪が広がりました。そこから養護学校へおもちゃを持って行く機会ができ、先生とお子さんそして私達が一緒に遊ぶことになりました。とても喜んで戴きましたが、婦人会館に來訪して下さるようにはならず1度きりになってしまいました。12月冬休みに入り、養護学校から自宅に帰られた時に御家庭に宅配をさせて戴きました。これも宅配ボランティアが大学生でしたので学校が始まりますと、私達だけでは続きませんでした。喜んで戴けても、私達がそれに対応する力がその頃はありませんでした。

そこで、網走市の幼児療育センターへおもちゃを利用して下さるようお願いを致しました。了解がとれ、50点程一括してお貸し致しました。この間私達は専らおもちゃの運搬人になって「これでいいのか」と悩んでいた時期でした。

そして一筋の光明を見出したのは療育センターの先生から、「図書館のおもちゃは子供にとって素晴らしい。楽しさとそして療育の一助にもなる」と言われた時でした。

しかし、療育センターにはカリキュラムやシステムがあります。みだりに私達ボランティアが入り込むことはできません。しばらくは一括貸出しのみを行いながら、おもちゃの整理やおもちゃと子供の学習を続けました。

療育センターでは療育の終了後、先生達とお話をさせて戴き、先ず親しくなりました。そして先生を通して、お母さん達と何度も話し合い機会を持ちました。やっと親しくなれたのは59年の4月頃だったと記憶しております。

お母さん達からは、「婦人会館では行きづらい」、「福祉センターか療育センターが良い」又、「3階ではとても子供を連れては無理、おもちゃを無くしたり壊したりすることへの気づかいが困る、それが無いなら……」と希望をも話して下さるよ

うになりました。

早速、場所を福祉センターに移動しました。療育センターの先生やお母さんと親しくなるに連れて、センターの行事にもボランティアとして関わらせて下さる様になりました。

そこで私達は、改めておもちゃと子供との関わりのおもちゃの大きさを知り、自らも、もっとおもちゃと子供達の心の学習を積み重ねていかなければならなかったことを知りました。

幼児のみならず、子供も、もしかしたら大人も、おもちゃは心の成長にとって大きな影響があることを少しずつ解りかけたのがその頃の私達でした。

療育センターの野外療育やキャンプ、子供の日、クリスマスにも一緒に参加して、私達は子供さん達と楽しく遊び、お母さん達の心のこもった手作りのご馳走をみんなで戴く食事の時間にも大きな収穫がありました。

町で出会っても気軽にお互いが声を掛け合えるようになり、私の家にも訪れて下さることもありました。そうなりますと、子育ての悩みや、家庭での大変さ、それにも負けず授産所施設の資金造りをしていること等苦労されているのに感心をし、私達の意識も変わってまいりました。共同でリサイクルバザーを開いたり、古新聞集めをしたり、お互いが図書館を媒体とした新しい目標に向って共に歩くことにもつながりました。

一方、網走市は昭和62年に療育センターを新築することになり、福祉センターと連絡通路で往き来が可能な設計となりました。それだけでも私達は喜びだったのですが、療育センター内におもちゃ図書館と授産所が設置されると決まりました。お母さん達も私達も、感激の療育センターの誕生でした。

それ迄、親の会として一つになっていなかったのですが、行政の人の働きかけもあって、「網走市障害児を育てる親の会」が設立致しました。そして私達も、共に育てて行く協力者としてお仲間入りができました。唯日々夢中で、先ず考えているよりも行動をとっていたのが良かったと考えております。

ここ迄きて振り返って見ますと、この仕事にかかわって来たことで自分自身が高められ、また社会活動として大変意義の深い活動であると気づき自信が持てるようになりました。

ボランティアも40名余りになりました。

療育センターの先生もボランティアとして仲間入りをし、休館日でも先生が貸し出しを受け持たせて下さいます。子供さんはいつでも借りられるシステムになりました。

おもちゃ購入の相談も、先生達と一緒にセンターと共用出来るものも選択します。療育センターとおもちゃ図書館は強いきずなで結ばれているのが現在です。

一方、新しい授産所は準備委員会を設置し、特殊学級の先生、養護学校の先生、行政、親の会そして図書館のメンバーで、色々話し合った結果、「1人でも子供さんが楽しく通える場所にしていこう」を目標に、現在1人ですが仕事をして自立への道に努力をされています。

お母さん達も、授産所が自ら楽しめる場所親しめる場所になる様に、私達の中からも編み物や手芸のできる者が指導させて戴き、趣味を持つ楽しさと同時に、やがてお子さん達の先生となられる様準備をすすめています。

前段でも述べましたが、目標は「共に育つおもちゃ図書館」です。昨年からは、より多くの人々に理解をして戴く為にはもっと自分達がPR活動を行わなければと移動図書館を始めました。この辺から自分達自身がおもちゃ図書館ボランティアとして、実際に多くの子供達との触れ合いができたのではなかったかと思われまます。

移動図書館は、月に1度はデパートの催事場で託児の広場、夏祭りには野外でのふれあい図書館等と機会があれば何処でも開きます。

子供達はハンディの有る無しに関係なく元気に遊びます。けんかもありますがその中で、ゆずり合い、助け合います。大人が心配するような現象は無く、変に固執した考えは間違っていると感ぜまます。

ひとつのおもちゃに集中して遊んでいたとして

も、時々顔を上げてニコリする笑顔は大勢の子供達に囲まれている安心からなのでしょう、決してパニックにはならない様に思っています。多動な子供も、自動で走る大きな乗り物やおもちゃを入れる車付の籠の中に入って大喜びで歓声を上げています。きっとなんの制約もない自由を自らが満喫しているのではないのでしょうか。

お祭り広場では高校生のボランティアを学校にお願いして出て戴きました。初めはどう遊んで良いか戸惑っていましたが、子供達の中にいつしか解け込んで楽しそうに汗を流していました。若い人がいない私達の図書館ですからこんな形で一緒に仕事ができるのは、とても嬉しいことです。そんな心もより多くの方々に知って欲しいと手づくりの広報“きずな”を発行して色々な所へ送ります。それがきっかけとなって若いボランティアが生れるのを、そして共に遊ぶ広場からは、幼い時からボランティアの心が育つことにも期待をかけています。

行政も社会福祉協議会も温かい御支援を寄せて下さるようになり、図書館の存在も認められたと同時に、障害児者に対する理解も見え始めました。昨年12月“ふれあい-in-88'網走”が開催されました。親の会は作品をバザー会場で資金造りを、近くの施設からも作品が出されました。パネル展やグルメ広場、障害体験の広場、機器展示、芸能発表、JRふれあい列車そしておもちゃの王国と多彩なプログラムで、3日間大勢の市民の方が来館され療育センターと福祉センターは大賑わいでした。とりわけおもちゃの王国は子供達に大人気で、朝早くから開館を待っていて帰らないと時間を延長する程でした。

そして私達にとって何よりも感激だったのは、東京から小林のつ子先生を基調講演の講師としてお招きできた事でした。これは行政と福祉協議会の皆様の深い御理解の賜です。

その中で、直接小林先生と子供さんの触れ合いの中でハンディを持つ子の喜びの表情や声を理解する貴重な学習をさせて戴き、実り多い体験でした。親の会のお母さんには小林先生の相談コーナー

を設けて、直接話しを聞いて戴き大変喜ばれ、お母さん達と私達のきずなが深まりました。

今年は、障害児を対象とした大会が網走市で開催され、託児ボランティアの依頼があり高校生の方も一緒に2日間お手伝いを致しました。顔見知りの子供達が沢山来て、素敵な2日間でした。

そして9月“ふれあい-in-89'網走”を開催し市民の皆様から大好評を博しました。「おもちゃ図書館と婦人団体が頑張ってくれるから」と皆様に云われますと、長かった冬が、また悩み多かつた頃がふっと思い出されます。

全道の図書館研修会にも、行政の方、親の会のお父さんも札幌迄私達と一緒に参加して下さいました。おもちゃ購入資金についても、大きな御支援を網走市から頂戴致しました。

今幸せ過ぎるくらいの“網走おもちゃ図書館”ですが、一方で責任の重さを感じているところです。

共に育つ図書館を目標に、皆様の御支援のもと、ここ迄育つてくることができました。

ネットワーク、本当に心のネットワークのお陰です。

親の会のお母さんから、家庭新聞が送られてきます。温かいご家庭の様子がよく解ります。時に私も仲間入りをさせて戴いております。本当に嬉しい交流です。

こんな事もありました。「家の子は今迄どんなおもちゃを与えても遊べないんです。もう諦めているの」そう言われました。ところが、ソニーが出している学習用おもちゃスタートバックが気に入って2ヶ月余りも使用されました。すっかり学習内容も覚えてしまい、お母さんが「本当におもちゃの力を初めて知りました」と喜ばれました。それからすっかりおもちゃが大好きになってしまい、私達とも仲良しの○○君です。

おもちゃ図書館は共に育つと言いましても基本はハンディを持ち、心身に痛みを持つ子供さんが中心です。その中で人権尊重や、平等意識や思いやりの心を、多くの子供達が共に触れ合う事で育てて行かなければならないと考えています。

世の中は、様々な人達がいて成り立っていると思います。ノーマルな意識を地域に社会に広げていけるよう、一步一步努力を続けて行きたいと常に話し合っている私達です。

子供達と手をつなぎ、一緒に息を切らして走る時、その汗ばんだ手から伝わる温もりの中で、幸せは誰もがこの手に握る権利があると思うのです。そして、この仕事をやって良かったと大きな大きな感動を子供達から戴いています。

まだまだ経験不足の私達ですが、一人の子供の為にだってその子が必要とするならば、おもちゃ図書館がある意義を私自身知らねばならないことと考えられるようになりました。

これからも、自由になんの拘束もなく楽しめる場所として、お母さんには憩いと休息の場としてこのおもちゃ図書館を続けて行きたいと考えています。したがって私達は障害の種類ですとか、おもちゃで遊んだ結果を記録しない事にしています。子供達が自由な発想で遊びその中から少しでも変わって行けば充分だと考えております。

そして、夢は未来に広がります。障害を持つ人もボランティアに参加して下さるようになること、もうひとつは小さい時からみんなが人格を認め合い、平等意識を持ったボランティアの心が育つことです。

おもちゃ図書館はこれからも心身に痛みを持つ人々の母なる港でありたいと願っています。そして、光は世の全ての人々に輝かなければいけないとの心を忘れないで活動を続けたいと思います。

子供達の明るいまなざしから、いつも幸せを戴いている私達です。

8 質疑とまとめ

高橋 渉
神力 シゲ

（演題1）早期発見，早期療育システムのネットワーク

Q、藤田（旭川療育センター）

早期発見は、三つに分けると、ファシリテーション・テクニカ（ボイタ、バボース）、マス・スクリーニング・システム、早期確認と早期介入と考えているが、先生のいう早期発見は、このどれに属しますか。

A、早期発見と早期介入を中心とし、それにマス・スクリーニング・システムが関わったかたちで考えている。

ファシリテーション・テクニカについては、今後、勉強していきたい。

（演題7）おもちゃ図書館活動を通して思うこと

Q、村上（帯広、つばさ保育所）

ボランティアがもっといた場合、どんなことができるか、今後の展望を聞かせてほしい。

A、男性や高校生のボランティアが増えると、野外に出たり、大きな玩具を使えるようになる。また、車が利用できれば、移動図書館ということも考えられる。

スポーツや何か特技をもつ人がボランティアになっていただけると、手作りの活動ができるようになる。

カナダでは、普通の図書館のなかに入って様々な活動がなされていた。日本は、どうしても福祉施設のなかでというのが現状なので、この現状を打ち破っていくためにも多数のボランティアの方が参加され、運動を盛り上げてほしい。

（演題3）新得町における話しことばの発達調査の取り組み

Q, 猪口（恵庭）

5歳を機にして弁別できるようになるとあるが、構音の指導の中の、どういう段階、時期に弁別の指導をすると、有効となるか。

A, 発音の誤りの有無と弁別検査の平均点との関係を見ると、大きな隔たりがなかったという結果が出ていますので参考にさせていただけたらと思います。

（演題4）療育センターにおける幼児入院について

補足, 幼児入院の待機児数が少なくなり、中止したこともある。しかし、希望がなくなったわけでもなく、重度の方の希望や軽度の方の再度の入院希望もある。また、他の通園施設の先生方から、この時期の母子分離がマイナスという意見もあり、当方とのギャップがあり、今後、連絡、検討が必要だと思えます。

佐久間（療育センター）

以前は、他の受け入れ機関もなく、幼児入院が多かった。しかし、今は、幼稚園でも受け入れているので入らなくなり、重度の方の希望が多くなった。しかし、スタッフや施設の問題もあり、なかなか希望に添えない。

また就学時の進路相談の為に入院することもある。

（演題2）小樽市子ども相談室の取り組み 現状報告

補足（佐久間、療育センター）

当初の予想とは違い、言葉の遅れ、発語がないということで相談にきている。そしてそのほとんどが2才児ということで、1才半～3歳までの間に検診がなく、その間に気づいた言葉の遅れ等に心配を抱いていることがわかった。また、スタッフが集まってのケース・カンファレンスをすることでさまざまな視点から子どもを

把握できるということがよかった。

全体討議

司会, 時間がないので1点に絞って話し合いたいと思いますが、最近の重度・重複化の傾向にたいして、従来の方法では、対応しきれないという報告もあり、指導体制を整えることの必要性について指摘がありましたが、今後の対策、見直しについていかがでしょうか。

佐久間（療育センター）

現状としては、スタッフ数の面からも対応しきれないことがある。行政サイドから（道）もシステムづくりを考えているようなのでみんなで考えていくべきなのではないでしょうか。

水上（療育センター）

どんなに重度でも幼児入院させたいという希望をもつ親がいるので何とかかなえていきたい。

また、学童になってからも短期の入院を希望する方がおり、対応策を探っている。

藤田（旭川、療育センター）

「肢体不自由」とか「整肢」という表記が、入所している幼児を見てもふさわしくなく、また、親もこの表記から誤解する場合もあるのではないかと。

さしあたって、この名称を変更していくべきである。

司会

子どもの理解ということに関連して加藤先生にお聞きしたいのですが、先生は重度のお子さんの理解が難しく、また、重要だとおっしゃっていますが、これらの子どもに対する対処のプログラム、治療法を工夫してきた中で、今回、特に感じていることがあれば、付け加えてほしい。

加藤（ひまわり整肢園）

以前の訓練法では、子どもと自分の間に通い合うものがなくて、どうやったら交流

をもてるか調べたり工夫してきた。

そこで家庭でのエピソードを聞くことから手がかりを得て、それを訓練のなかにとりいれ、いろいろと工夫するなかで手ごたえを得てきた。

だが、交流がもてた子の場合でも、1年後ぐらいに再会したとき、以前の初対面の時のような状態になっており、こういう経験を何回も作っていかなければならないのかなあなどと考えているが、そのあたりいろいろと教えてほしい。

佐久間（療育センター）

子どもと教師が解け込んでいくことで子どもも変わっていった例があった。やはり、理解していくことが重要だと感じます。

ま と め

7つの報告では、それぞれの地域でいろいろな試みがなされ、多くの問題を抱えながらも着実に成果をあげられ、早期療育のネット・ワークが関係機関の枠を越えて作られつつあるという現状も紹介されています。

今後、一層、意図的、計画的に進めていかなければなりません。いずれにしましても、この問題にかかわる方々の願いが多くの人や多くの機関に受け入れられ、障害をもつ方々にとって、よりよい環境が用意されていくように、更に努力を重ねていかなければならないと思われま

— 第2分科会（地域療育活動） —

1. 上富良野町における健診から療育までの取り組み
岩 辺 悦 子
長谷川 章
2. 稚内市における地域療育の現状
松 本 敏 治
3. 清水町における「ともに生きる」まちづくりの現状
古 川 力 也
4. まとめ
座長：清 野 茂（名寄女子短大）
中山 忠 道（深川市ことばの教室）
記録：室 岡 弘 明（札幌ろう学校）

1 上富良野町における 健診から療育までの取り組み

（上富良野町 ひよこ学級）
岩 辺 悦 子
（上富良野町 保健婦）
長谷川 章

なかったものの例年は180から200人くらいの出生があります。

表1 上富良野町の出生状況

年度	5 8	5 9	6 0	6 1	6 2	6 3
出生数(人)	178	207	177	196	176	154
出生率(%)	12.3	14.3	12.3	13.7	12.4	11.1

1. はじめに

上富良野町は、十勝岳連峰と芦別岳連峰に囲まれた富良野盆地の北東部に位置し農業を基幹産業とする町です。また、近年紫の花『ラベンダー』と、昨年12月から噴火を重ねた十勝岳で全国的に広く知られるようになりました。

人口は約14,000人。自衛隊駐屯地などがあるため、第3次産業の比率が58.2%と他市町村より高くなっています。

年間出生数（表1）は、昨年度154人とやや少

ことばや社会性などに問題があり支援している児は、昨年度で約74人（15%）います。このような中で健診から療育の取り組みについて、ひよこ学級（遊びの教室）の活動を通して報告したいと思っています。

2. 乳幼児健診の状況

当町の出生から就学までの乳幼児の支援体系は、図1のようになっています。

この中で私たちが支援していく上でベースとな

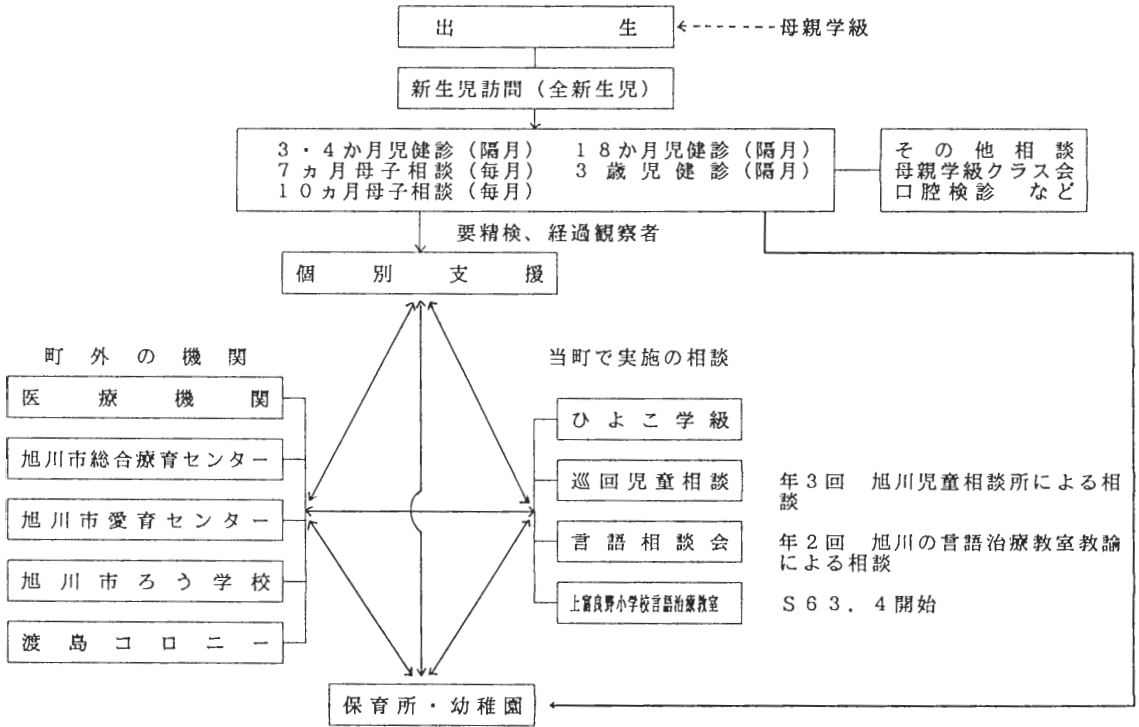


図1 乳幼児支援体系図（上富良野町）

表2 3～4ヶ月児健診の状況

年度		58	59	60	61	62	63
項目	対象者(人)	192	196	196	172	178	161
	受診者(人)	156	172	176	160	166	150
	受診率(%)	81.3	87.7	89.8	93.0	93.2	93.2
要 精 検	身体面	5	6	1	4	2	6
	語・聴・発						
	計	5	6	1	4	2	6
要 経 過 観 察	身体面	6	12	8	7	12	12
	語・聴・発						
	計	6	12	8	7	12	12

表4 3歳児健診の状況

年度		58	59	60	61	62	63
項目	対象者(人)	198	194	205	181	210	178
	受診者(人)	187	184	193	169	206	165
	受診率(%)	94.4	94.8	94.1	93.4	98.1	92.7
要 精 検	身体面	4	4	8	3	2	4
	語・聴・発				7	1	
	計	4	4	8	10	3	4
要 経 過 観 察	身体面	5	7	7	4	3	2
	語・聴・発	23	19	30	31	21	21
	計	28	26	37	35	24	23

表3 18ヶ月児健診の状況

年度		58	59	60	61	62	63
項目	対象者(人)	204	199	190	158	174	183
	受診者(人)	173	183	174	146	157	174
	受診率(%)	84.8	92.0	92.0	91.8	90.2	95.1
要 精 検	身体面				3	2	5
	語・聴・発	62年度から健診実施					
	計	-	-	-	3	2	5
要 経 過 観 察	身体面	8	7	9	8	11	12
	語・聴・発	6	7	6	5	17	12
	計	14	14	15	13	28	24

る乳幼児健診について、最初にお話します。

当町の各乳幼児健診の実施状況は、表2～4のとおりです。

各健診の受診率は、ここ近年90%台であり、未受診者に対しては訪問して児の状況を確認しています。各健診合わせて昨年度で要精検者は、15人（約3%）おり、その内訳は発達遅滞や運動の遅れを持つ児などが発見されています。要経過観察者については、昨年度で59人（12%）おりその内訳は、言語面で問題を残すものが多くなっています。

3. ひよこ学級（遊びの教室）開設の経過

このように健診や相談で問題が発見された後、支援の場のひとつにひよこ学級があります。このひよこ学級がどのような経過で開設したのか、お話ししたいと思います。

言葉や情緒、社会性など気になる子供には家庭訪問や言語相談会などで支援を行っていましたが、

- ①親子遊びの大切さや遊び方を話しても実践に結びつきにくいことがある。
- ②親が子供の発達を受け入れずらい。
- ③地域でこのような母子は孤立しやすい。
- ④担当保健婦で問題を抱えてしまいがちになる。

など、支援に限界を感じていました。

また、「子供とどう遊んでよいかわからない」などと母親から悩みも聞かれ、地域に遊びを通して子供の発達を促していく場、母親同士交流しあい育児を振り返りながら子供の発達をみつめる場が必要ではないかと感じていました。町の保育所や社会係などの関係者と協力して、地域全体の問題として取り組んでいこうと思いつつも、結局は話し合いを持つことができませんでした。

しかし、「保健婦でやれるところから、お母さんの交流の場になるだけでも」と思い、他の市町村の幼児教室などを参考にして、昭和59年2月、遊びの教室を開設することにしました。当初は、月1回（午前10時～12時）行っていました。

- ①子供が場に慣れない。
- ②お母さん同志がなかなか仲良くなれない。
- ③教室の運営から遊びの準備、リードにいたるまで全部を保健婦が行うには限界がある。

などいきづまりを感じながらも、「月1回でも、うちの子供にはこの教室しか来るところがない」などと言う母親の言葉に支えられて続けてきました。

昭和61年10月に、旭川市愛育センターの発達相談員が協力してくださることになり、子供・親指導や遊び指導の内容面などで随分と私たちも助かりました。同年12月には、「月1回では親も子供も慣れるのが精一杯。仲良くなるのは難しいので回数が多いほうが良い」と、母親側の希望もあり

発達相談員やボランティア（障害児をもつ母）の援助をもとに、月1回の他に週1回の自主活動が行われることになりました。

昭和62年2月には、母親たちから町長に対し、週1回定期開催など6項目書かれた要望書（注1）が出されました。

そして、名称もより身近にしたいということで、「ひよこ学級」と母親たちが命名しました。

要望書をもとに関係者と話し合いを行った結果、昭和62年4月から毎週金曜日、東児童館の保母（2名）をスタッフにして、予算も増額になりひよこ学級がスタートしました。週1回の活動では、母親同志の交流も深まり、母親が子供と遊べるようになり、子どもにも変化がみられるようになりました。

昭和63年4月から現スタッフで、内容面でも充実した現在のひよこ学級にいたっています。

（注1 要望書から）

- 主旨 乳幼児健診での問題の早期発見が早期療育につながる事が大切。その場が、遊びの教室であり、その充実が望まれる。
- ・少なくとも週1回開催。
 - ・専任保母、保健婦、発達相談員の配置。
 - ・卒業後混合保育できるように。
 - ・今後週2～3回の開催へ。
 - ・固定した専用の場所を。
 - ・交通費の助成を。

以上6事項提出

4. ひよこ学級の活動状況

では、具体的にひよこ学級の活動についてお話ししたいと思います。

〈ね ら い〉

- ①親と子供と一緒に、集団の中で遊びや親子のふれあいを通して子供の発達を促すことができる。
- ②学級活動を通じて、親自身が子供の発達を正しく受けとめ、自信を持って育児ができる。
- ③親同志が交流しあい、悩みを共感し支えあってくることができる。

〈対 象 者〉

- ①言語・運動・情緒などに発達の遅れがあると

思われる乳幼児。

- ②子育てにつまづきがある（子どもとうまく遊べない、子どもの発達を受けとめられないなど）と思われる母。

〈通級日時〉

毎週金曜日 午前10時～12時

〈通級期間〉

4月から翌年3月まで（随時新ケース受入れ）

〈場 所〉

東児童館（学童を対象に午後から開放している施設だが、金曜日午前中のみ借用）

〈スタッフ〉

保 母 2名

発達相談員（旭川市愛育センター） 1名

保健婦 1～2名

表5の1 スタッフ

S59. 2～61. 3	保健婦4, 保母1, ボランティア1
S61. 4～61.10	保健婦4, 保母2
S61.11～62. 3	保健婦4, 保母1, ボランティア1, 発達相談員1
S62. 4～63. 3	保健婦1～2人, 発達相談員1人 保母2人（東児童館厚生員）
S63. 4～現在	保健婦1～2人, 発達相談員1人 保母2人（1人は昨年と同じ厚生員, 1人は在宅）

表5の2 スタッフの役割

保 母
① テーマ遊びの計画, 準備
② 当日の遊びのリード
③ 当日の子供の遊ぶ様子を観察, 記録
発達相談員
① 母子の観察, 相談, 助言
保健婦
① 母子が入級するための支援
② 子供の発達の観察
③ 母同志の交流を円滑にするための調整役
④ スタッフ間, 関係機関の調整役
⑤ ひよこ学級運営

〈1日の流れ〉

10:00 集 合

10:10 はじまりのあいさつ

スタンプ押し・シールはり

10:30 手遊び・体操

テーマ遊び

11:30 おやつ

11:45 帰りのうた

12:00 あいさつ

テーマ遊びは、新聞やぶり・小麦粉粘土・七夕・落葉製作・そり遊びなど、季節にあわせた親子遊びを2ヵ月ごとにスタッフで話し合い決定します。そして、この遊びの予定などを「ひよこニュース」として発行しています。

また、第3週目のテーマ遊びの時間は、母親との交流会を行っています。

おやつについては、母親が交代で当番になり月100円集めて用意しています。

5. 通級児の状況

では、実際に通級している児の状況をみると、初回入級者（表6）は18ヵ月児健診の事後が多くなっています。

表6 対象児発見の動機（初回者のみ）

項 目	58	59	60	61	62	63
出生時より	1	1	0	1	3	0
乳幼児相談	0	1	0	0	1	0
18ヵ月健診	1	1	1	5	5	3
3歳児健診	3	2	1	0	4	2
その他相談	1	0	0	3	1	0
ケース連絡	0	1	2	1	0	7
合 計	6	6	4	10	14	12

対象者は個別支援を何度か行い一度学級を見学後入級してきますが、ケースによって家族関係や母親が子供の状況を受けいれていないなど、入級するまでにいろいろ苦労があります。

通級児の障害別（表7）は、言語面に遅れのあふ児と発達遅滞児が多く通級しています。

表7 障害別情況

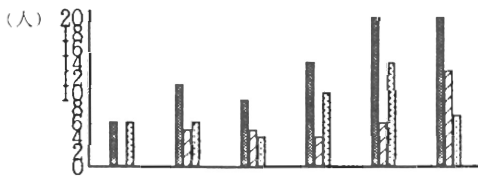
項目	58		59		60		61		62		63	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
精神運動発達遅滞			2	1	2	2	3	2	3			
			2	1	1	1	2					
精神言語発達遅滞				1		1	1		1	2	2	3
				1			1			2	1	1
精神発達遅滞	2		1		1							
	2											
運動発達遅滞									1	1	1	
									1	1		
自閉傾向	2		2		1		1					
	2				1		1					
脳性麻痺							1	1	1		1	
							1	1				
ダウン症				1				1	1		1	
				1					1			
言語の遅れ吃音	1		2			1	4		8		7	3
	1		1			1	4		7		1	3
対人面の遅れ									1	1	1	
									1	1		
その他		1		1		1						1
		1										1
小計	5	1	7	4	4	5	10	4	16	4	13	7
	5	1	3	3	2	2	9	1	10	4	2	5
合計	6	1	1		9	1	4		2	0	2	0
	6		6		4	1	0		1	4		7

・上段 通級者総数 ・下段 新規通級者数

通級人数（図2の1、図2の2）は、その年によって違いが多くて20人位で、約9割位出席しま

す。通級年齢（表8）は、2歳から3歳台の男の通級児が多くなっています。

■通級者総数 □継続者 ▨新規者

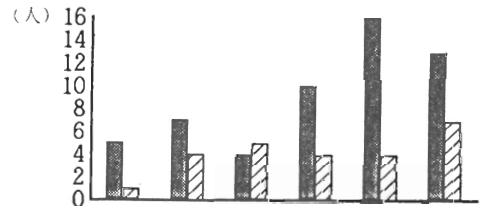


	58	59	60	61	62	63
通級者総数	6	11	9	14	20	20
継続者	0	5	5	4	6	13
新規者	6	6	4	10	14	7

年度

図2の1 通級人数推移

■男 □女



	58	59	60	61	62	63
男	5	7	4	10	16	13
女	1	4	5	4	4	7

年度

図2の2 通級者男女別グラフ

表8 年齢別通級情況

項 目	年齢 4月1日現在（新規者は入級率点）					
	5 8	5 9	6 0	6 1	6 2	6 3
1 歳 未 満					1	
1 歳 代				2	4	3
2 歳 代	1	4	2	6	6	9
3 歳 代	2	3	4	4	7	7
4 歳 代	1	2	1	2	1	1
5 歳 代	2	1	1		1	
6 歳 代		1	1			

表9 ひよこ学級卒業後の進路

項 目	5 8	5 9	6 0	6 1	6 2	6 3
保 育 所			1	1	2	6
幼 稚 園	1	1	2	6	2	2
小 学 校		2	2			
養 護 学 校					1	
転 出 他		2	1	1	2	2
合 計	1	5	6	8	7	10

ひよこ学級も年度末近くなると、通級児の発達評価や母親の意向などをもとに、カンファレンスを行い卒業または継続となります。卒業後の進路は表9のとおりですが、上富良野はどの保育所や幼稚園も受けいれは良く、入る2～3ヵ月前から体験入所もさせてくれます。入所・入園の前後は、お互いに情報交換をするように心がけています。

6. 保母から見たひよこ学級

つぎに保母が、ひよこ学級とかかわってきて、気づいたことを3点お話したいと思います。

- ①保育面：この集団は、異年齢の集団であるためプログラムを決めるのに工夫が必要です。
- ②成 果：入級時、言葉の少なかった子供も遊びを通して発語がみられたり、視線があわず人みしりも激しかった子供が、名前を呼ぶと元気に手をあげられるようになるなど子供の変化があり

ます。このようなときは、とてもうれしく感じます。

また、ひよこ学級は子供にとっては集団に入る前の練習の場になっており、母親にとっては育児の学習の場であり、交流の場であると思います。

- ③問題点：現在は、週1回の開催であるが子供や母親にとっては回数を増やすことが望ましいと思われまます。

また、場所が間借りであるため、この学級のために部屋を飾ることができません。そして、遊具や備品の収納場所の面でも難しさがある他、学童の長期休みには使用不可能という場所の問題もあります。

しかし、このように問題を抱えながらもひよこ学級の子供たちが、楽しそうに遊んでいる姿を見て、地域

の母親達からは「うちの子供にもこのような遊びを教えてくれる場が欲しい」という声も聞かれ、地域にもこのような場が広がっていくとよいと思います。

7. ま と め

以上、上富良野町健診から療育の取組みについてひよこ学級を開設した経過を中心に報告してきました。

当町では、新生児訪問を初め各乳幼児健診・相談などを通してほぼ全乳幼児とかかわり、疾病・障害の早期発見や子育てに自信のない母親については、その支援に努めています。

しかし、家庭訪問など1対1の個別支援だけでは、子供の発達を促すように支援がなかなかできないなどの限界を感じ、昭和59年2月「遊びの教室」をスタートさせました。手さぐりの状態で始めた「遊びの教室」は、開始して3年くらいは途中何度も挫折しそうになりながらも、ようやく現在の「ひよこ学級」へと発展しました。

これまで継続してこれたのは、

- ①学級（教室）活動で子供や母に変化がみられ、発達に遅れのある児やその母にとっては、集団の遊びを通して子供を見つめながら発達を促していくことの必要性を大きく感じたこと。
- ②保健婦以外のスタッフ（発達相談員、保母など）の参加による強力なバックアップがあったこと。

そして何よりも

- ③「子どもにも母にも遊びの教室が必要」という母親達の言葉があったからだと思います。

また、ひよこ学級（遊びの教室）を実施したことにより、

子供にとっては

- ①週1回のひよこ学級を楽しみにしており、生活リズムの1つになっている。
- ②家庭に戻ったときも、ひよこ学級で行った遊びを実行している。
- ③通級を重ねるうちに、親からはなれ友達にも

興味を持ち、声を出して身体いっぱい遊ぶことができるようになった。

母親にとっては

- ①母親同志の交流も生まれ、地域に戻ったときにも交流しあい、つらい時に話をしたり励まし支えあうこともあった。
- ②生活リズムや遊び方、接し方など他の母親や発達相談員などと話し合いをすることにより、母親の育児の振り返りや学習の場になっている。
- ③母が子供と遊べるようになった。また、やり取り遊びなどの遊びを体験することで、家庭でも実行しやすい。
- ④スタッフの話を聞いたり、自分の子供だけでなく他の子供と接したり遊ぶことで、お互いに子供の発達をみるができるようになった。

など、交流会の場面や遊びの場面からこれらの成果を感じとることができ、子供や母親にとって発達の間になっていると思います。

また、私達にとっては、子供の発達を保健婦だけではなく、発達相談員や保母が遊びを通してあらゆる面から観察し、総合的にとらえ、発達のプロセスをみていく場とともに学習の場にもなっています。さらに、母親との信頼関係も深まり、悩みなども気がねなく相談できるようになりました。

このようなことから、その子供の状況に合ったより適切なアドバイスをすることができるようになったと思います。

このひよこ学級を卒業した子供たちは、それぞれ保育所、幼稚園へと進み、受けいれ側と大きなトラブルもなくスムーズに通っています。それは、ひよこ学級という1つのステップが集団への足掛かりの役割を果たしているためだと思います。また、発達に遅れのある子供を、100%受けいれてくれる保育所や幼稚園があることは、私たちがひよこ学級を行う上で、とても心強い限りです。

しかし、当町で実施しているひよこ学級（遊びの教室）を“地域療育”という視点で見たとき、ひよこ学級は週1回の開催であり、また、専任の

保母・指導者もいなく施設も整っていないため、子供一人ひとりのもっている能力を十分引き出す発達を促す場としては、まだ十分とは言えない状況です。地域療育の場として発展していくためには、今後、関係機関との連携を取りながら、地域の中でひよこ学級のあり方を明確にしていくことが、今後の課題です。

2 稚内市における 地域療育の現状

（稚内北星学園短期大学）

松本敏治

1. はじめに

近年、早期療育が様々な地域で様々な形態で実施されているが、本稿では1989年現在稚内市で行なわれている3つの療育活動、乳幼児療育活動としての「つぼみ学級」、肢体不自由のお子さんの為の「はまなすの会」、そして「ことばの教室」での幼児に対する療育を取り上げる。とくに一昨年からは早期療育の位置づけのもとに本格的に始まり著者も若干関係している「つぼみ学級」の活動状況とそれが抱えている問題点に焦点を当てることとする。また、発達に問題をもつお子さんにたいする教育の場としての幼稚園、保育所での統合保育のひろがりについても触れる。

稚内市における乳幼児期の健診体制としては、市保健指導係（PHN）の担当する3・4ヵ月健診、7・8ヵ月乳幼児健康相談、1才6ヵ月健診、そして保健所の担当する3才児健診がそれぞれ月2回実施されている。稚内市における健診受診率は高く（90%以上）、また乳児期に健診に参加していない子供の場合では病院などを通じて状態把握がなされており、ほとんどの子供がなんらかのチェックを受けている。

1才6ヵ月健診時及び3才児健診時には、児童相談所職員が定期的に会場に出かけ、チェックされた子どもについてこの場で精密健康検査などを

実施する場合もあるなど、保健所、市、児童相談所の連携がうかがえる。これは、直接児童相談所を紹介することに対して抵抗をもつ母親にとってより気楽に相談できる場を提供している。発達等になんらかの問題をもつ子どもについては、ほとんど児童相談所へ紹介される。旭川児童相談所稚内分室の1988年度の新規相談数は34名であり、3歳以下では市保健指導係および保健所からの紹介が多数を占めている（表1）。

表1 児童相談所相談時年齢および通告者

年齢	人数	通 告 者
1歳	10	市PHN 9 保健所 1
2歳	4	市PHN 2 保健所 1 家庭 1
3歳	4	市PHN 1 保健所 2 家庭 1
4歳	6	保健所 2 保育所 1 家庭 1
5歳	8	保育所 1 幼稚園 7
6歳	2	教育委員会 2

2. つぼみ学級

(1) つぼみ学級発足までの経過

稚内市における早期療育の試みは、1972年旭川児童相談所稚内分室ができたのを契機として所員によって実施され、その後場所を市内の保育所に移して続いていたが、保育所長の退職、児童相談所所員の交替により中止となった。

1985年、市内Ha幼稚園において、2・3才児を対象とした週1回の幼児教室が開始され、同時に稚内保健所より発達上の問題を持った幼稚園入所以前の幼児に対する受け入れ先がないことから幼児教室への受け入れを依頼され、健常児との統合保育をすることとなった。これを機に2・3才児の幼児をも対象とした早期療育の必要性が話題となり実施に向けての機運が高まった。1986年「早期療育を考える会」が児童相談所員・養護学校教諭・保健所所員・市職員（保健指導係）・言葉の教室教諭・市内幼稚園教諭などの協力をえて発足した。ここで健常児との統合保育の場として、

市内幼稚園の幼児学級を活用すること、グループ指導として月2回土曜日の午後1時間の療育を行うこと、母親との面談を随時開催することとなった。この時期の実施回数は年間14回、参加幼児数は2才4名、3才3名、4才3名、5才2名の計12名で自閉的傾向、精神発達遅滞、言葉の遅れ等の問題を有していた（表2）。

表2 つぼみ学級年齢構成

年度	年齢						計
	0	1	2	3	4	5	
86			4	3	3	2	12
87			4	8	4	4	20
88			6	6	7	4	25
89	2		4	5	2	3	16
計	2	0	18	22	16	13	73

87年には転勤等により、「早期療育を考える会」のメンバーの交代が行なわれ、稚内保健所、市保健指導係の正式参加が決定されると同時に、稚内北星学園短期大学より心理学教官2名が参加した。この年は年間22回の療育を実施した（表2）。参加人数は2歳児から5歳児までの2才児4名、3才8名、4才4名、5才4名の計20名であった。内容としては各年齢段階に応じた遊びを担当者が展開するとともに母親への教育相談もおこなった。この年から障害児早期療育に関する読書会も始まった。

このような下地のもとで1988年4月に「早期療育を考える会」が発展解消し、「障害児早期療育事業「つぼみ学級」協議会」となり、早期療育活動である「つぼみ学級」の運営が始まった。協議会委員として稚内北星学園教員、児童相談所職員、養護学校教諭、保健所所員、市職員保健指導係、幼稚園、保育所の参加を得た。

(2) 療育スタッフ

療育スタッフは幼稚園や保育所での保育活動の経験者をもつ主婦および現職の幼稚園の教諭、そして療育指導者としての稚内北星短大の教官および養護学校教諭より構成されている。これらの人々

はボランティアによる参加である（交通費のみ支給）。また時間給の専任保母が2名おり、療育・記録の保管や会報の発行などの任に当たっている。保健所・市保健指導係保健婦（PHN）や児童相談所職員なども月に2回程度参加している。毎回の療育スタッフの数はほぼ4名から7名前後である。

(3) 入所経路

つぼみへの入所経路を表3に示した。一番目のケースは市の1才6ヵ月健診で事後ケースとなり、児童相談所に紹介されたのち「つぼみ学級」に入級したケースを意味する。健診後児童相談所に紹介された場合、市PHNの訪問と児童相談所の相談が同時平行的におこなわれるのが普通である。このような協力体制は母子の児童相談所への初回相談時に、市PHNが母親に同行することなどにも現れている。つぼみ学級への紹介も児童相談所と市PHNの話し合いによってなされている（ケース1～7）。

また同様の関係は児童相談所と保健所のあいだでも当てはまる（ケース11～14）。保健所の3歳児健診において事後ケース（要経過観察・要精密健康検査）となった場合のつぼみへの紹介も、児童相談所と保健所の話し合いによってなされるのが通常である。

このように、1歳6ヵ月健診あるいは3歳児健診で事後ケースとなり児童相談所に紹介されたのちに「つぼみ学級」へ紹介されるケースが半数近くを占め、最近増加する傾向にある。ケース17は保健所から直接つぼみ学級へ紹介された子供であり、「つぼみ学級」として活動を始める以前の「早期療育を考える会」会当時（～1987.3）の紹介である。（表の中での括弧つきつぼみーは早期療育を考える会当時の紹介ケースであることを意味している。）また市PHNから直接、つぼみに来ている2ケースはダウン症乳児であり乳幼児の超早期療育を受けているケースである。これらのことからつぼみ学級への入級は1歳6ヵ月健診および3歳児健診後、市PHN・保健所・児童相談所の協力のもとなされているケースが多い

表3 つぼみ学級入級までの経路

1	(市PHN (1.6健) →児相) → (つぼみ)
2	(市PHN (1.6健) →児相) →つぼみ
3	(市PHN (1.6健) →児相) →つぼみ
4	(市PHN (1.6健) →児相) →つぼみ
5	(市PHN (1.6健) →児相) →転出→転入→(市PHN: 児相) →つぼみ
6	(市PHN→児相) →つぼみ
7	(市PHN (1.6健) →児相): 親→つぼみ
8	市PHN → (つぼみ)
9	市PHN →つぼみ
10	市PHN →つぼみ
11	(保健所 (3健) →児相) → (つぼみ)
12	(保健所 (3健) →児相) →つぼみ
13	(保健所 (3健) →児相) →つぼみ
14	(保健所 (3健) →児相) →つぼみ
15	保健所 (3健) → (つぼみ)
16	保健所 (3健) →つぼみ
17	保健所 → (つぼみ)
18	保健所 → (つぼみ)
19	保健所 → (つぼみ)
20	保健所 → (つぼみ)
21	旭川医大 → (保健所 (3健) →児相) →つぼみ
22	旭川医大 →つぼみ
23	旭川医大 →つぼみ
24	幼稚園 → (つぼみ)
25	幼稚園 → (つぼみ)
26	市家庭指導員 →つぼみ
27	市外保健所 →つぼみ
28	児相 → (つぼみ)
29	病院 →転入 → (療育センター: 市PHN) →児相 →つぼみ

※(つぼみ) はつぼみ学級の前身である「早期療育を考える会」当時に入級したことを意味する。

ことがわかる。

図1 はつぼみ学級への入級年齢のヒストグラムである。図のなかで斜線部分はつぼみ学級が始まった後、つまり1988年4月以後に入級した子どもをあらわし、塗りつぶし部分は88年4月以前に「早

期療育を考える会」の療育活動に参加しており「つぼみ学級」の始まりと同時に移行した子どもである。後者の子どもについてはつぼみ学級が始まった時点での年齢(88年4月)段階を入級年齢とした。従って、入級年齢が相対的に高くなって

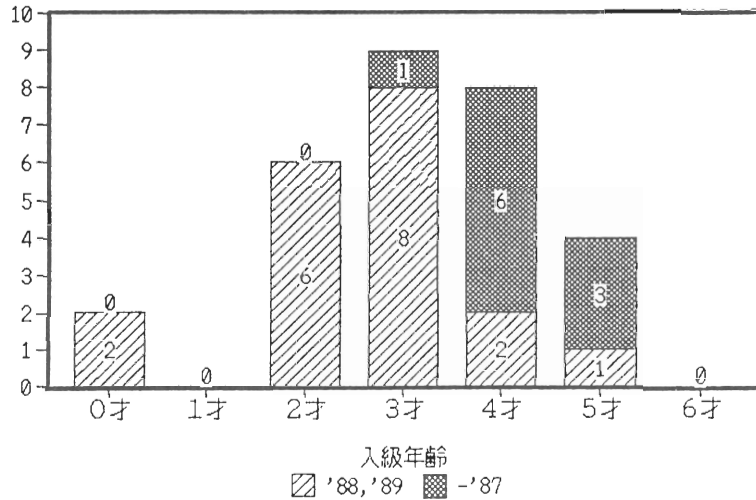


図1 つほみ学級入級年齢

いる。ここでは88年4月以降の入級について言及する。この図では0歳代で2名が入級しているが、これはさきに述べたダウン症乳児である。ダウン症乳児は新生児期に発見され5ヵ月及び7ヵ月時に早期療育に参加した。この2名以外にもダウン症児はうまれているが、心臓の疾患が大きい等の理由で入級していない。入級の2名ともに市PHNから紹介があったものである。

1歳児の段階ではつほみへの入級はない。さきに見たように1歳6ヵ月健診で事後ケースとなつてつほみに入級しているにもかかわらず、1歳代のこどもの入級がないことはつぎのように理由によると考えられる。第一は、1歳半健診で事後ケースになった場合に市PHNが児童相談所に行くことを母親に説得させることに時間がかかるためであり、第二は長期（半年以上）の経過観察期間の存在である。このため1歳6ヵ月健診で事後ケースとなった場合でも、すべて2歳になってからつほみ学級に入級している。またつほみ学級が1歳代の乳児にとって適切な療育場所であるかどうか（小集団により療育が中心である等）も問題となっているかもしれない。

3歳児での入級も2歳児同様多くなっている。これは3歳児健診で事後ケースとなっているものが3分の2を占める。ここでは入級年齢は3歳児

の早い段階に集中しており、1歳6ヵ月健診時における母親への長期にわたる説得あるいは経過観察など入級を遅らせる要因がこの段階では少なくなっていることを意味しているとおもわれる。内実としては母親がある程度子供の状態を認識してきていることや、子供の問題が明確になってきていることによるのであろう。

4歳以後での入級はすくなくなっている。発達上の問題の大きなこどもの多くが1歳6ヵ月健診および3歳児健診時にチェックされ、4歳以前でつほみ学級へ入級しているためとおもわれる。4・5歳児での入級は2名が市外からの転入によるもの、1名が幼稚園からの紹介によるものであった。

全体としては、1歳6ヵ月健診あるいは3歳児健診後児童相談所を經由して、2歳から3歳の段階でつほみ学級にと紹介されるケースが多く、4歳を過ぎた段階での入級は減少する。4歳段階での入級が減少する理由としては、第一に問題をもつ子供が事前の1歳6ヵ月あるいは3歳児健診においてチェックされていることが考えられる。第二には、幼稚園において問題が見つかったケースでは問題が比較的軽度であるため、園での養育が適当と判断されることによるかもしれない。

(4) 参加の期間

図2はつほみ学級に参加したこどもの、88年4

	88						89				1989. 11 現在
	4	6	8	10	12	2	4	6	8	10	
1	_____										幼稚園
2	_____										幼稚園
3	_____										養護学校
4	_____										情緒障害児学級
5	_____										幼稚園、ことばの教室
6	_____										小学校
7	_____										幼稚園、はまなすの会
8	_____										幼稚園
9	_____										幼稚園
10	_____										幼稚園
11	_____										転出
12	_____										転出
13	_____										転出
14	_____										幼稚園
15	_____										幼児教室
16	_____										幼児教室
17	_____										養護学級
18	_____										転出
19	_____										転出
20	_____										はまなすの会
21	_____										転出
22	_____										幼稚園
23	_____										幼稚園
24	_____										幼稚園
25	_____										幼稚園
26	_____										幼児教室
27	_____										幼児教室
28	_____										幼児教室
29	_____										幼児教室

図2 参加の期間

月から現在までの療育参加状況を示している。横に引いてある線が療育の参加期間を示している。このなかで、横線が左側の縦線と接しているものは、「早期療育を考える会」から移行した子どもを表わしている。右側の欄には1989年11月現在の状況を記載した。つぼみ学級に現在も通級している子どもは16名、転出4名、学齢期にあって退級しているもの4名、幼稚園に通園し退級したもの

4名である。また「つぼみ学級」に通いたがら幼稚園あるいは幼児教室または「はまなすの会」なども通園しているものが8名いる。つぼみ学級のみに参加している子どもは8名で、おおくは幼稚園入園まえの年齢の子どもたちである。

つぼみ学級への通級は多くは小学校入学まで続くが、小学校入学前の退級者（転出をのぞく）はその後幼稚園等の他の機関に所属している。多く

のケースは幼稚園あるいは幼児教室と平行してつぼみへ通級している。幼稚園入園年齢以前の幼児では平行して保育所等の機関に通うものはすくない。

(5) 療育活動の実際

◎実施状況

88年度は火曜日と木曜日の2グループで計年72回市内の児童館をかりて療育を実施した。

火曜日のグループは午前中に行ったため幼稚園年齢の子供が少なく、より年少で個別的指導が必要なものあるいは集団的な活動への参加にはまだ早いと判断されるこどもで構成され、木曜日のグループはより年長であり集団への適応性をのばす必要があると考えられるこどもへの療育という性格を持った。

89年度には療育指導者の都合により、火曜日のグループが木曜日に移動し、場所も稚内市総合勤労者会館に移った。

88年10月より稚内養護学校の一室をかりて行われていたダウン症乳児に対する早期療育が、89年9月よりつぼみ学級の療育活動として位置づけられた。

現在の療育体制は、以上のように木曜日の1時から3時までのグループと同じく木曜日の3時から5時までのグループ、そして金曜日の午前中に行っているダウン症児の早期療育の3つから構成されている。

木曜日の前半のグループは、年少のしかも対人関係に問題を持つ子供が多いことから、スタッフとの個別の関わりを重視した遊戯的な対応を行っている。また母親に対しては適時療育スタッフが相談や指導を行っている。各こどもの問題や指導の方法についてはカンファレンスで決定している。木曜日の後半のグループについては、より年長児が多く発達的にも進んでいることから集団への参加やルールの把握を目標とした集団遊戯や手遊びなどを行っている。

ダウン症幼児への療育は療育技法としてはワシントン法をベースとして、個別に1時間程度実際の療育と母親への指導・相談を実施している。

(6) 勉強会

つぼみ学級の始まる以前から（早期療育を考える会当時から）早期療育に関する勉強会を実施している。題材としては自閉症児の早期療育やダウン症児の早期療育についての文献をとりあげ、輪読を行っている。

(7) 課題

2年間の経過の中でさまざまな課題があきらかとなっている。

現在つぼみ学級ではダウン症乳児への超早期療育を除くと、2つのグループともに療育は集団による活動が中心となっており、各子供に応じた個別の系統的な療育という側面が不足している。子供の状態からいえば対人関係の問題が大ききこどもや、年齢が低いこどもでは個別的な対応が必要と思われるものの、現在はこのような試みがない。これらは基本的にはつぼみ学級が週一回のボランティアによる活動であることによる制約が大きい。個別的療育を実施しようとするれば、各こどもごとに最低でも一人の担当が必要であるが実際には、上述のようにスタッフの数はこれを実現できるほどのものではない。また場所的にも一時に数名の子供たちに対して個別的な療育を行えるような状況にはなく、逆にこどもたちを時間的に割りふって個別療育を行うことも個別的な療育を実施し得るスタッフを長時間拘束することができない現在では不可能である。

母親への指導助言は、問題を示す子をもつなかでの不安を軽減し、子供の養育に積極的に取り組んでいくうえで重要である。したがってこの為の体制を作っていく必要がある。

他機関との連携に関して言えば、現在は児童相談所や保健所・市の保健指導係との連携が保たれているが、はまなすの会、言葉の教室、幼稚園とのより緊密な対応が必要となってきている。

3. はまなすの会

肢体不自由児のための療育組織として北海道肢体不自由者連合会父母の会稚内支部「はまなすの会」がある。この機関へは、肢体不自由が比較的

初期に発見されやすいことから早期の健診でチェックされ、上述の健診でチェックして専門機関（病院）に回った後に紹介されることが多い。

はまなすの会は1970年からこの療育を開始しており、週2回水曜日と土曜日に母親が集まって通常自分達がやっている療育を話し合う場として機能している。また月1回は旭川療育センターより理学療法士を招いて指導をうけている。63年度は17名がはまなすの会に参加しており、年齢は学齢前の幼児から高校生までとかなり幅をもっている。

近年、重複障害のこどもが増えてきており他機関との連携が重要になってきており、現在「つばみ」にも2名のこどもが通級している。

4. ことばの教室

もう一つの療育機関として「ことばの教室」をあげることができる。ことばの教室は稚内市立港小学校（言語治療教室）におかれており、職員数4名で内1名は幼児担当の補助指導員が市の臨時職員として勤務している。ことばの教室では1979年に開設された時点から幼児を対象として相談指導をおこなっている。幼児にたいしては週一回の通級で個別的に指導を行っており、内容はプレイ中心の指導と母親との相談指導からなっている。

図3はことばの教室での幼児の相談件数の年度

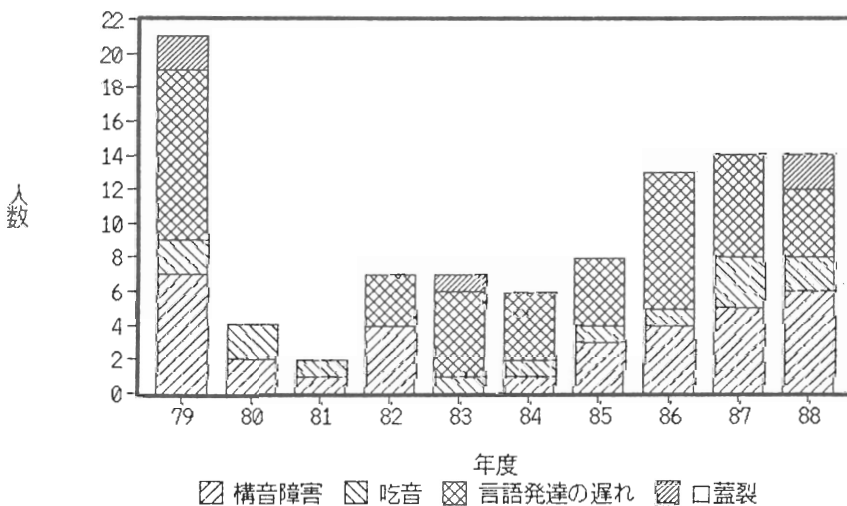


図3 ことばの教室幼児相談件数 (幼児)

別推移である。言葉発達のおくれと分類されている子供がいわゆる重複障害（精神発達上の問題）のこどもである。ほとんど毎年このようなこどもを受け入れており、ことばの教室が早期療育の中で重要な役割をはたしていることがわかる。

5. 保育の場での問題をもつ子の受け入れ

◎受け入れ状況

表4 稚内市における幼稚園での障害児の受け入れ状況

幼稚園	年度					定員	学級数
	85	86	87	88	89		
HA	3	7	5	6	4	160	5
S	1	4	2	0	2	225	7
HI	3	5	4	2	2	180	6
O	0	0	0	0	0	120	2
F	0	0	1	3	0	80	2
T	1	0	0	0	0	160	5
W	0	0	0	0	0	180	5
K	1	0	1	1	0	120	2
計	9	16	13	12	8	1225	34

表4は幼稚園での障害児の受け入れ状況をあらわしている。本年度障害児を受け入れているのはHa、S、Hiの3園で、Ha幼稚園では1972年、S幼稚園では67、Hi幼稚園では77から受け入れを開始している。

入園しているこどもの症状は「言語発達精神遅滞、ダウン症・精神薄弱、自我の未発達、構音運動習得不全（自我の未発達、口蓋裂後遺症）情緒運動機能発達遅滞」などさまざまである。S園では自閉的傾向の強い子や障害の重い子どもについては他の幼稚園を進める等の措置をとっている。

園への入所経過は保健所や児童相談所からの紹介とともに、入園時の園側のチェックや入園後に判明する子供もおり、これらの子供は児童相談所等に紹介される（表1）。

障害児の特別クラスを持っている園はなく、すべて普通児とおなじクラスに在籍している。しかし、こどもの状態によっては年齢的に1年あるいは2年下のクラスに入っている子供もおり、柔軟に対応する様子がうかがえる。特別な対応と言う意味ではHa園では通常の保育時間以外に個人指導を週に2回程度の割合で行っている。

これらの子どもに対して特別な指導担当者をおいている園はなくそれぞれに独自のあり方でこれらの子どもに対応している。Ha園では園長が担当者となり、全員がこれを補佐する体制をとっている。肢体不自由のこどもを受け入れた際にはつきっきりとなった。Hi園ではクラスの担任が担当するにとなっているが、対応や課題については職員会議等の話し合いで全体で検討することとし、特別に記録を用意している。また重い子どもについては補助がつくことで対応している。

母親との対応も園によって異なっている。Ha幼稚園では障害が明白な子の場合には、はっきりと母親にそのことをつたえ、家庭訪問や連絡ノートでの意見の交換を行っている。入園後に問題が明らかになったこどもについては少しづつ話して児童相談所などに紹介する。Hi幼稚園では、子どもの状態に気づいていない母親については、他児との違いを知らせていくなどはっきりと子供の状態を認識させるように母親に働きかける。この2園では母親に子供の状態を認識させるように指導をおこなっている。対してS幼稚園では軽度のこどもが多いため特別な対応はしていない。

小学校との連携では稚内では幼児教育研究会

（幼稚園・保育所）と稚内市教育研究会（小中学校）の連合で幼少協議会という組織があり、年2会の懇談（校区毎）や研究発表をしている。その機関を通じて問題のある子については連絡をとっていく、あるいは個別に小学校教諭と話し合うなどの措置が取られている。また母親と小学校教諭をして幼稚園の教諭を交えた話し合いを行なうこともある。

現在、これらの幼稚園に通っている障害児は、すべて「つぼみ」「はまなす」「言葉の教室」等の療育機関に通級している。

また保育所では現在障害児を受け入れている所はない。

6. ま と め

現在、稚内における幼児の早期療育の現状はつぎのようにまとめることができる。1)市PHNおよび保健所を中心とした高い健診率にもとづく早期発見から児童相談所への紹介、そしてつぼみ学級という形で早期療育への道がつくられている。2)つぼみ学級、ことばの教室、はまなすの会の3つの組織がそれぞれの特性に応じて早期療育の役割を果たしている。3)これらの組織に在籍しているこどものうち、幼稚園年齢以後の子供の多くが幼稚園に通園している。

3 清水町における「ともに生きる」まちづくりの取り組み

（清水町心身障害児通園施設きずな園）

古川力也

1. はじめに

十勝の清水町は日勝峠の麓にあり、酪農と農産工業の町です。人口は毎年減少傾向にあり、平成元年9月末現在12,330人、世帯数3,942戸になっています。この小さな町で、西十勝ことばの教室を拠点として、ことばやその他の問題を持つ子どもの療育を中心に据えながら、地域活性化の活動、

さらに障害児（者）の福祉の風土作りの活動等に私達はエネルギーを注いできました。そして、ようやく心身障害児通園施設「きずな園」（幼児）、西十勝ことばの教室（児童、生徒）、障害者通園施設「ともに園」（義務教育終了後）という一貫した流れを持つところまできたところです。

「きずな園」、「西十勝ことばの教室」、「ともに園」は、心身障害児（者）が個々の生涯の中で、その時の発達の状態や能力に最もふさわしい場と処遇が得られるように体系的に援助されていくことが大切であると考えています。清水町においては、福祉、教育、医療が一体となつての取り組みはまだスタートラインについたばかりですが、多様なサービス機能をトータルに活用した援助システム確立に向けて努力しているところです。

本レポートでは、「きずな園」設立の経過を中心に記述しましたが、その中で、私達の目指す地域療育、即ち「ともに生きる」まちづくりの取り組みの一端を紹介させていただきます。

2. きずな園設立の経過

——十勝ことばの教室の開設まで——

きずな園設立の経過の特徴は、西十勝ことばの教室の開設やそれが地域の中でどう存在であったか、また、そこを拠点として進めてきた障害児（者）福祉の風土作りの活動等の中に表れているといえます。ではまず西十勝ことばの教室の開設までを振り返ってみます。

昭和51年に町内に住む言語障害児を持つ親たち数名により「清水町に言語治療教室の設置を」と署名活動や陳情がねばり強く重ねられました。これが契機となり町民の機運が徐々に高まりをみせ、言語治療教室というものがクローズアップされていきました。

当時、十勝管内にはただ一つ帯広小学校に言語治療教室がありましたが、他町村からの希望者も多く入室は極めて難しい状態でした。そういうことから近隣町村からは西部十勝の言語治療教室として、清水町の言語治療教室設置に大きな期待が寄せられました。

そういう中で、昭和53年4月、遂に幼児から児童生徒まで一貫した指導を行うことを目標に、廃校になっていた旧清水町立羽帯小学校の校舎を全面的に改築して西部4町、すなわち清水町、芽室町、新得町、鹿追町の共同経営による「西十勝ことばの教室」が誕生しました。同時に、西部4町による「西十勝ことばの教室管理運営委員会」が設置され教室の運営にあたりました。このことは当時としては大変特徴的なことでありました。

（昭和55年に芽室町、58年に新得町にそれぞれことばの教室が開設され、現在は清水町と鹿追町の2町で運営されています。）

一日千秋の思いで教室の開設を待ち望んでいた西部4町の父母たちは早速「西十勝ことばを育てる親の会」を結成しました。ことばに障害を持つ子どもの親たちが行政を動かしていったといってもいいでしょう。清水町のように小さな町ではことばの教室は地域の様々なニーズを受けとめることが求められます。とくに療育の場が乏しいことからいろいろな障害に対応する必要が出てきます。ですから「親の会」もいろいろな障害を持つ親たちで構成されています。そして、父親たちがその先頭に立って活動を進めていることがポイントになっているようです。

また、地元羽帯地域の人たちの喜びも大変大きいものでした。1年前、羽帯小学校の閉校という寂しさに沈んでいた時だけに、教室に明かりが灯ることがそのまま心の中の学校に明かりが灯ることでした。地域の人たちはその旧羽帯小学校の利用について、教育の場としての存続を強く望んでいたこともあり、ただちに羽帯農村地域50戸全戸加入による「羽帯地域西十勝ことばの教室後援会」が発足しました。

3. 清水町障害者（児）振興会 連絡協議会の活動

国際障害者年の昭和56年の1月に、障害者対策を総合的に進めていこうということで、西十勝ことばを育てる親の会が中心になり「清水町障害者（児）振興会連絡協議会」（略して「障振連」）を

設立しました。これには、清水町特殊教育振興会、手をつなぐ親の会、身体障害者福祉協会、ことばを育てる親の会、更生施設旭山学園父兄の会の5団体が加盟しています。そして主な活動は以下の通りです。

- (1) 「伸びゆく子どもとともに」親子療育旅行
 - ①期 日 夏休み中
 - ②場 所 道内のキャンプ地
 - ③交通機関 町のバス2台
 - ④経 費 個人負担額 大人子供各1,000円
 - ⑤参加者数 100名
- (2) 国際障害者年を考える研修・視察旅行
 - ①期 日 11月（1泊2日）
 - ②視察場所 道内の障害児の施設、関係機関
 - ③対 象 者 会員と町内有志
 - ④交通機関 町の福祉バス
 - ⑤参 加 費 各自 10,000円負担
- (3) 清水町障害児振興大会

① スローガン

「ともに生き、ともに喜び、ともに悩みながら、私たちのくらす清水町に共感の輪を広げよう」

- ②期 日 2月
 - ③会 場 町文化センター
 - ④講 演
 - ⑤名士かくし芸大会 町内の名士25名出演
 - ⑥司 会 NHKアナウンサー
 - ⑦参 加 者 800~1,000名
- (4) 文集「ともに」発行 振興大会参加者に配布
障振連の活動は現実的に障害者対策を進めることや福祉の風土作りという点で非常に重要な役割を果たしてきたと考えています。言うまでもなく、福祉は一部の人、一部の職業の人が進めるべきものではなく、どれだけの裾野を持つかがポイントになります。そういう意味で障振連の構成をみると、この5団体をまず凡その障害がカバーできること、そして役員構成をみると、商店街のご主人、農家、教員、そして行政等々、文字通り幅広い町民が参加していることが特徴であると考えられます。

次に活動についてふれておきます。どれについても9年間続いているわけですが、親子療育旅行では道内いろんな海に行きました。最近は障害児だけでなく一般町民の参加が目だってきています。研修・視察旅行では町議会の議員をはじめ各種事業主等々、いろいろな立場の人の参加があります。これまで延べ約300名位参加したことになります。次に振興大会ですが、講演は大会のスローガンに合うテーマで毎回話していただいています。昨年度は仙台市の耳鼻科のお医者さんをお願いしました。また講演の後の隠し芸大会では町長自ら踊りをバックに歌を披露します。出演者には会場からテープが乱れ飛び、花束もいくつもとどき、大いに盛り上がります。この振興大会には毎回町民の約8%が参加しますので、あと数回で延べ町民の総数と同じ位になります。さて最後に文集「ともに」についてですが、一年間の活動を写真をふんだんに盛り込んだ内容で紹介しています。毎年1,000部を作成し町民に配付しています。

4. 羽帯地域連絡協議会（羽帯地域西十勝ことばの教室・きずな園後援会）

調和した豊かな羽帯地域づくりに努めることを目的として昭和53年4月にこの会は設立されました。事務局を西十勝ことばの教室に置いています。ことばの教室は羽帯地域の文化活動の拠点として率先して地域活性化の活動を進めてきています。地域住民のニーズに合わせ、いろいろな同好会を組織したり、あるいは地域の行事である公園祭（親睦会）、羽帯僻地保育所の子どもたちも交えての大運動会、豊作を祝い、一年間の農作業を終える地域祭（職員も出演します）などを地域と一体となって取り組みます。施設周辺環境美化作業では後援会は人力、機械力を導入し大規模な作業が展開されます。運動会のシーズンになると朝の5時頃からグラウンドの地ならしが始まったり、屋外の遊具やボートの浮かぶ池の整備、そしてゲートボール場まで作りました。

地域の中のことばの教室として、地域と共に歩むことばの教室でありたいと願い、障害をもつ子

子どもたちに対する正しい理解，そして福祉の向上をはかるためにも，「ともに生きる地域づくり」を大切にしたいと考えています。

5. きずな園の設立

西十勝ことばの教室では開設当時からいろいろな障害をもった子どもに対応することが地域住民のニーズとしてあり，実際に相談や指導を行ってきました。そういう中で，この西十勝ことばの教室を充実・発展させ，「障害者（児）の地域療育センターに」という願いが親や地域から出されるようになりました。そして，その願いが声となり，清水町障害者（児）振興会連絡協議会の中に「心身障害児通園センター設置推進委員会」が置かれ，幅広く地域住民とともに運動がすすめられてきました。障害児を持つ親，地域，行政が丸となって進めた運動が実り，昭和61年に町条例化され，ことばの教室に併置，開園されました。これが清水町心身障害児通園施設「きずな園」の誕生です。翌62年，心身障害児通園事業として認可されました。

6. きずな園の現状

〈概要〉

- (1)名称 清水町心身障害児通園施設「きずな園」
 (2)実施主体 清水町
 (3)経営主体 清水町 鹿追町 新得町
 (4)定員 20名
 (5)敷地 建物敷地 2,479㎡ 運動場 7,934㎡
 その他 11,248㎡ 計 21,661㎡
 (6)所在地

清水町字羽帯南2線98番地（旧羽帯小学校跡）

〈事業内容〉

きずな園は障害乳幼児の療育を日常的に進めながら，発達相談，母親教室，そして嘱託医，保育所，幼稚園の担当者を交えての合同ケース会議等を実施しています。

また，1才6ヶ月児，三歳児健診にスタッフとして参加し早期発見・早期治療を保健婦とともに進めています。

〈職員構成〉

- 園長（西十勝ことばの教室々長兼務）
 指導係長，研修係長
 指導員2名（西十勝ことばの教室と兼務）
 指導助手2名，嘱託医師（国立十勝療養所長）

7. 障害者通園施設「ともに園」設立

現在，義務教育を終えた在宅の障害児者への対応が重要な課題としてあります。これについては，親たちの熱い思いと，教職員，関係機関，関係団体の協力支援により，すでに廃校になっていた旧上清水小学校の校舎と住宅を町と教育委員会に提供してもらい，平成元年9月1日より，まず試行的に「共同作業所・生活ホーム・地域交流ホーム」として「ともに園」を開園しました。

今後においては，親，町理事者，町教育委員会，町関係課，関係機関，関係団体との連携を強化していかなばならないと考えています。

8. 早期発見・早期療育活動の取り組み

〈西十勝地域療育推進協議会の設置（要綱）〉
 （設置）

第1 西十勝地域における障害児の早期発見・早期療育（以下「療育等」という）の一貫した体制を整備するため関係者の密接な連携を確保し，総合的かつ効果的に推進するため西十勝地域療育推進協議会（以下「協議会」という）を設置する。

（地域）

第2 協議会の所管する地域は，次にかかげる地域とする。

清水町 鹿追町 新得町

（協議事項）

第3 協議会は，次の各項に掲げる事項について協議する。

- (1) 障害児療育等の企画調整及び推進に関すること
 (2) 障害児療育等に係わる実態把握及び情報交換に関すること
 (3) 療育等に関する住民啓発及び療育等関係職

員の研修の企画実施に関すること

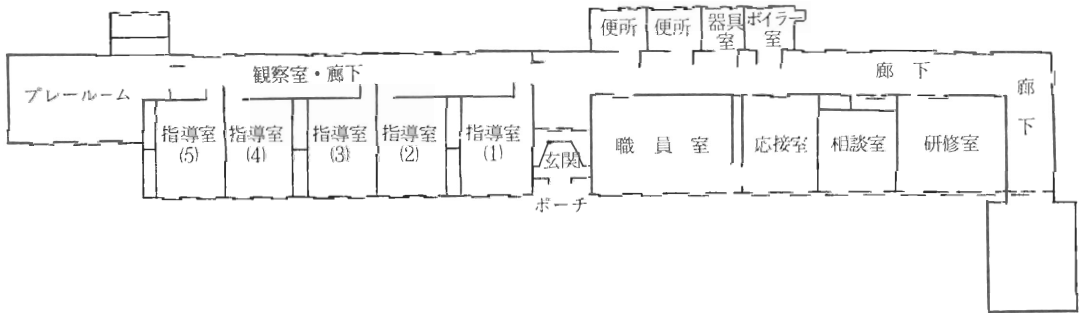
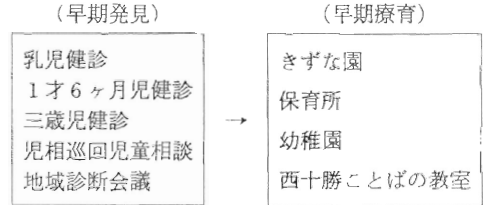
(4) 第二次及び第三次療育圏の地域療育推進協議会との連絡調整に関すること

(構成)

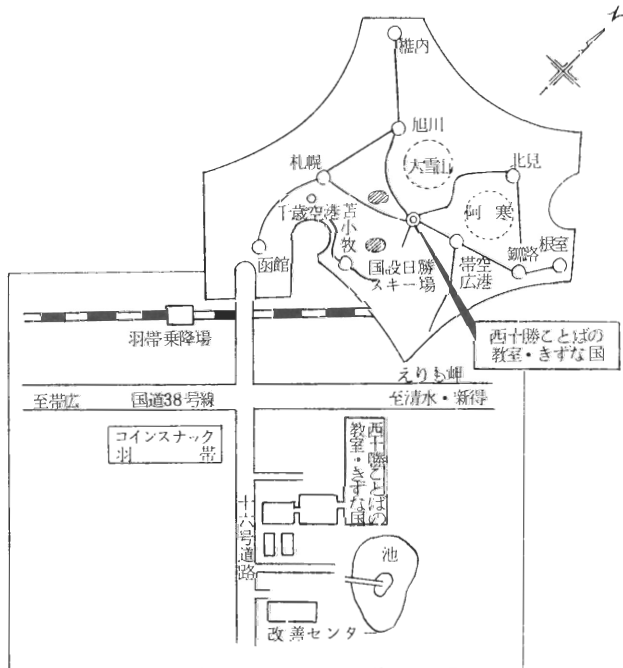
清水町	教育長, 清水小学校, 清水中学校長 教育委員会学校教育課長, 社会福祉課長 児童福祉課長
鹿追町	教育長, 鹿追小学校長, 教育委員会管理課長 教育委員会指導主事 保健衛生課長, 民生児童福祉課長
新得町	福祉課長
他の機関	新得保健所予防課長 帯広児童相談所判定課長 きずな園嘱託医師

(5) その他目的達成に必要と認められる事項に関すること

〈早期発見・早期療育の流れ〉



きずな園 平面図



4 ま と め

（深川小学校ことばの教室）

中山 忠 道

（名寄女子短期大学）

清 野 茂

第二分科会の地域療育活動では、三本の報告がなされました。

初めに、上富良野町保健婦の長谷川章氏と上富良野町ひよこ学級保母の岩辺悦子氏から「上富良野町における健診から療育までの取り組み」と題しての報告がありました。ここでは、上富良野町における乳幼児健診で、言語や情緒、社会性などに問題をもつ子どもが発見されても、地域に療育の場がないということから、保健婦のできることからはじめようと「遊びの教室」の開設に至る経過が報告されました。59年2月から、月に一回の無理のない取り組みからはじめた「遊びの教室」も、回を重ねていくうちに、子どもたちにも変化がみられ、また親同士の交流の場にもなっていくということでした。2年以上にわたる苦しい時間経過の中で、「遊びの教室」の充実を求める親の気持ち、町長への要望書提出という形になって表われました。子どものしあわせをひたすらに願う親達の気持ちはやがて行政を動かしました。これまでの「遊びの教室」は「ひよこ学級」として名づけられました。スタッフも、専任保母の配置および、発達相談員として、旭川愛育センターから協力派遣してもらいなどの体制ができていったということでした。

ついで週一回のペースで開催されるようになった「ひよこ学級」の取り組みの経過については保健婦の岩辺悦子氏から報告がなされました。

スライドを使って、「手をつなごう」の歌からはじまる一日の活動のようす、そして季節感あふれる一年の行事に合わせた、工夫をこらしたのプログラムが紹介されました。「七夕」「いも掘り」「落ち葉ひろい」「そり遊び」など、どの画面を

見ても子どもたちや母親、保健婦、保母の喜びあふれる声が聞こえてくるような雰囲気には満ちていました。

この長谷川、岩辺両氏の報告は、健診において障害をもった子どもが発見されても、地域に療育の場がないため、保健婦の立場で「遊びの教室」を発想し、月に一回の細々とした活動が実を結び、町の単独事業として取り上げられるに至った貴重な実践報告であったと思います。

第二回大会の地域療育活動の分科会においても、豊富町保健婦の板垣弘美氏から「豊富町における地域療育活動の課題」と題しての報告がありましたが、今回の取り組みと同じように、健診で発見された子どもの療育の場として「訓練教室・歩みの会」と「遊びの教室・コアラの会」の二つの設立経過と運営について述べられ、いずれも親の自主的活動と保健婦とのタイアップによって成り立っているものでした。

昨年（第二回大会）と今回のこの二つの報告は、乳幼児健診における障害児の発見から、療育の場を生み出していく過程で、保健婦の果たす役割が極めて強く感じさせる内容のものであったと思います。更には、保健婦の発想や事業を側面から強力に支援してきたのが、旭川愛育センターや旭川療育センターであることも記録にとどめておきたいと思います。

次いで二番目は、稚内北星短大の松本敏治氏による「稚内における地域療育の現状」と題しての報告がなされました。氏は、稚内市の早期療育を考える会のスタッフとして参画してきており、稚内における三つの療育活動について、統計資料とOHPを使って具体的に報告されました。

療育の場の一つは、乳幼児早期療育活動としての「つばみ学級」についての説明がありました。この学級への入級までの経路として、1才6ヶ月児健診や3才児健診は、保健婦と児童相談所稚内分室との協力体制によって実施されており、そこから入級するのが大部分であるとのことでした。

1988年からは、子どもの発達状況により、三段階に分けて療育を実施してきているとのことでした。

た。年少と年中、また発達レベルによって、それぞれの時間帯を組んで実施しています。1989年からは、稚内養護学校の一室を借りる形で、ダウン症児の超早期療育が始まりました。これは、ワシントン法をベースとしたもので、「つぼみ学級」の療育活動として位置づけがなされているということです。「つぼみ学級」の療育スタッフは、各回4〜7名であるが、すべてボランティアであるとのことで、それが今後の課題であることが指摘されました。

その他の療育の場として、肢体不自由児のための「はまなすの会」があり、幅広い年齢層の子どもたちが利用しているとのことでした。また稚内市にも「ことばの教室」があり、臨時補助員としてではあるが、幼児の担当者が配置になっています。ことばの教室も、地域の大切な療育の場になっていることを強調されました。

松本敏治氏は、特に「つぼみ学級」の今後の課題として次の三点をあげられました。

その一つは、専門的知見をもった専任の療育スタッフをどう確保するか。二つ目は、週一回の指導から、更に回数を増やしていかに組織だった体制をつくるか。三つ目は、他機関との連携をどうすすめるかにまとめられました。

稚内市における「つぼみ学級」を中心とする療育活動は、地域の療育資源を十分に活用しているのが特徴であると思われます。早期教育を考える会や療育スタッフの中に、児童相談所、北星短大、保健所、市役所職員、養護学校教員、ことばの教室担当者、幼稚園や保育園の保母など、実にさまざまな立場の人々が加わって、療育の場を構成していることは、各地の地域療育活動をすすめる上で、大変参考になる報告であったと思います。今後は、上富良野町の報告にも述べられていたように、ボランティア依存からどう脱却し、行政サイドの事業にもっていくかが大きな課題になっていると感じました。

三番目は、清水町心身障害児通園施設きずな園の古川力世氏の「清水町における、ともに生きるまちづくりの現状」と題しての報告がありました。

これは、清水町における、地域に守られ、地域とともに育ってきた施設づくりの実践でした。

過疎化する地域の中で、廃校になった小学校を利用して、地域住民の強力な後援会の働きかけにより「ことばの教室」の設置に至る経過が報告されました。この後援会には、廃校になった小学校に教育の灯をともし続けようとする住民の期待が込められており、羽帯農村地域の全戸50戸が加入しているそうです。このことは、他に類を見ない地域住民の汗の結晶であると思います。

更には、ことばの教室親の会が中心になって、清水町障害者児振興会連絡協議会の設立へと発展しています。毎年開催される清水町障害者振興大会は、そのスローガンとして「ともに生き、ともによろこび、ともに悩みながら、私たちのくらす清水町に共感の輪を広げよう」を掲げ、町文化センターに800人〜1,000人もの町民がこぞって参加する規模になっています。つまり、この動きはいまや全町的な取り組みとなって定着していることに注目したいと思いました。

清水町の地域とともに歩んできた「ことばの教室」は、やがて清水町心身障害児通園施設「きずな園」を誕生させています。「きずな園」では、障害乳幼児の療育を日常的にすすめながら、早期発見および早期治療を保健婦とともにすすめています。

また、平成元年9月からは、義務教育を終えた障害者への対応として、試行的に共同作業所・生活ホーム・地域交流ホームとしての「ともに園」を開設しています。

古川氏の報告は、地域住民とともに考え歩んできた施設づくりの姿、まちづくりの姿を私たちに示してくれた貴重な報告であったと思いました。

全体討論の中では、次の点について話題となりました。

その一つは、乳幼児の健診の状況について話し合われました。道内における健診は、かなりバラバラな形で実施されていることが指摘されました。保健婦だけの健診、医師の入らない形など、さまざまな実態のあることが出されました。健診の

時期の問題については、保健婦サイドでもいろいろと工夫や検討がなされているという意見も出されました。

乳幼児の健診においては、その地域の周辺にある活用できる資源を洗い出し、その中からスタッフを積極的に求めていくことも大切ではないかと思われまます。稚内市におけるような療育スタッフの求め方もよい方法ではないでしょうか。

また、ことばの教室は全道的にみると、小中学校では200学級を越えており、配置担当教員は240名を上まわっています。また、幼児の専任担当者は120名を上まわっているのので、健診の中でのことばの発達面についてのチェックでは、もっと積極的に活用されることが検討されてよいものと思いました。

二つ目の話題は、健診から療育の場へどのようにつなげていくか、また療育の場をどのように求めていくかが話し合われました。その中で、療育というのは子どもだけでなく、同時に親に対する子育ての援助も必要であることから、親援助をどうすすめていくのがよいかについても、いろいろな意見が出されました。

上富良野町の報告にもあるように、健診時における障害の発見から、療育の場へつなげていくという点では、保健婦の役割が極めて大きいという点が強調されます。

本別保健所保健婦の里和子氏からは、健診の結果子どもに障害について、親になかなか納得してもらえない場合があるとの意見が出されました。その時に、最初に出会う保健婦の関わりが非常に大切ではないか。時間をかけた方がよい母親もいるだろうし、ズバリと言った方がよい母親や、見守ったらよい母親もいるのではないかという意見も出されました。

帯広児童療育センターの前田裕文氏からは、障害を認められない段階の親の場合には、ワンクッションをおく方法がよいのではないか。親には不安があるので、子どもと一緒に楽しい遊びに参加してもらい、その時の子どものようすを見てもらいながら、「うちの子は他の子とちょっと違う」

ということを感じとってもらうことも必要である。親と担当者との間に信頼関係を作ることが大切であるという意見が出されました。

次に、ともに生きる町づくり、住民意識の向上などについて意見交換が行なわれました。

広島町心身障害児通園施設つばめ学級の伝法章子氏からは、広島町の場合は、十勝のきずな園のように住民とともに施設づくりをすすめていくことに困難などところがある。広島町は札幌市のベクトタウンであることから、親の方から専門機関を求めるという傾向にある。もちろん都市にあるさまざまな機関を利用しなければならない場合もあるが、地元にもある資源を活用してほしいと願っている。

広島町の場合は、そうした状況の中で地元の施設を育てていこうという住民意識がまだ育っていない現状である。施設職員・行政が親のニーズに応えて、ともに施設を作っていくことが課題となっているという意見が出されました。

また、これに関連して札幌大谷地たかだ保育園の伊藤克実氏から、札幌市の健診の実情にふれながら、親指導については障害児であるが故にという課題もあるが、障害のあるなしにかかわらず、普遍的な親の子どもに寄せる願いをどうフォローするかが大切であるとの意見が述べられました。障害児も健常児集団の中で保育を受けることにより、よりよい刺激を受けることが期待できるのではないか。札幌市の場合は、あまり規模が大きいため、点としてある療育機関の連携が十分にできていないという指摘をされ、さらに清水町では町ぐるみでできて、札幌市のように大きくなるとできなくなるという矛盾をどう考えたらよいかという意見が出されました。

次に、道が「障害児早期療育調査検討委員会」の報告を受けて、平成元年度からスタートさせた「早期療育システム推進事業」について、第一次療育圏から第三次療育圏までのそれぞれの役割について知りたいという質問がありました。これについては、分科会に道生活福祉部障害福祉課の熱田洋子氏が出席されていたので、北海道における

早期療育システムの基本的な考え方、療育圏設定の考え方、各療育圏の役割や機能などについて説明を受けました。

この早期療育事業については、まだ緒についたばかりですが、各現場や地域への浸透の程度、理解の程度がまちまちであるように受けとめられました。保健所の位置づけの問題も感じとられました。

早期療育の理念にたって、この療育事業を推進していくためにも、十分な啓蒙が必要ではないかと思えます。まだこの事業は緒についたばかりであり、地域や現場によってその受けとめ方や理解の仕方、考え方に違いがあるようです。障害をもつ乳幼児が、どのような地域にあっても、安心して適切なサービスが受けられるシステムとしてのこの事業について、あらゆる機会を通して話し合われることが必要だと思えます。今回の分科会では、あまり深みのある討論にはなりませんでした。次回にでも一定の時間をとって討論することも意味のあることと思えます。

さて、今回の三氏の報告は、いづれも地域の実態に合わせた独自の貴重な取り組みであり、参加した私たちに多くの感銘と共感を与えてくれたものと思えます。

とりわけ、今後の地域療育を考える上で清水町の「ともに生きるまちづくり」の報告は障害があるとか無いとかにかかわらず、広い観点からみて、地域のすべての人々の福祉に結びつけていくことを示唆してくれたものと思いました。

（文責・中山忠道）

— 第3分科会（保育） —

1. 育つ力を求めて ……………佐野ひとみ
2. 大人とのかかわりを求める子ども達 ……………奥長徳子
3. 幼稚園における学習障害児の指導 ……………山本朋子
4. まとめ

座長：松岡千賀子（札幌めばえ幼稚園）

岡本侑子（道立保育専門学院）

記録：井口美和（札幌市あつべつきた幼稚園）

1 育つ力を求めて

—さまざまな関わりの中で—

（帯広市北保育所）

佐野ひとみ

1. はじめに

入所時には目の前にあるものを、めったやたらに投げ散らかし、めまぐるしく動き回っていたU君が、現在では自らの要求をほんの少し相手になげかけられるまでに遅々たる変化を見せつつある。その変化の要因は何なのだろうか。集団の力だろうか、親、保母そして本児の育つ力が変化せしめたのだろうか。本児の障害は、環境的な素因が大きいとされる。こうしたボーダーライン上にあるとされる子供達を保育するにあたって私なりに、どう押え関わってゆくべきなのかを考えていきたいと思います。

①本児の育つ力

②母親の生活力、育児能力の低さ

③他機関の関わりの中での情報

上記の3つの視点から、子供が成長する為には、1つの要因や関わりだけでなく上記のような要素が重なりあいながら、少しずつ長時間をかけ、力がつけられていくのではないだろうかと考え、このレポートをまとめてみました。

(1) 子どもの概要

氏名	U・F（男）
生年月日	S60, 10, 28（3才）
障害名	言語発達遅滞（IQ, 72）
家族構成	父…S31, 7, 9（32才） 母…S33, 9, 5（29才）
生育歴	妊娠時＝糖尿病の為、3ヶ月教育入院 帝王切開により分娩 体重 2920g 身長 47.2cm

発育状況

7ヶ月検診 ねがえり（－）おすわり（－）

	基本的生活習慣	対人関係	言葉	あそび	運動
4月入所時	<p>食事=好き嫌いが多く(野菜)嫌いな物は口に入れると吐く遊びながら食べる事が多い汁物が大好きである</p> <p>排泄=尿意を知らせ自分で行く着脱=半介助</p> <p>チャック等ははでできない清潔=手洗い、鼻かみはできる午睡=保護の耳を触りながら眠る指しゃぶりをする</p>	<p>保育=手をつなぐのを嫌がり、無作為に動き回る泣く、興奮的な喜びで自分を表現するなど、感情の分化は未発達である</p> <p>他児=他児の刺激的な動きに反応して走り回るが、本児から関わる様子は見られない他児が関わってくると、引っ込んでしまう</p>	<p>発語=単語のみ発するほとんどもオーム返し発音不明瞭理解=保育の指示で動けない名詞も日常のみ解る</p> <p>*要求は泣いて通そうとする*未知らせるときは引っぱり張る「おいで」を繰り返す*指差しなし</p>	<p>*積み木等で作る事はせず足で蹴ったり、叩いたりする*散歩では石を拾いどこでも投げない</p> <p>*模倣は見られる</p> <p>*手遊びでところどころする</p> <p>*保育と一緒に集団遊びに入るが、すぐ離れ、気の向く方へ行ってしまう</p>	<p>粗大=走る、飛ぶ、投げる、両足飛びはできない握力が弱い為、ぶらさがることができない</p> <p>微細=指先の力は弱い、箸ハサミは使えない</p>
10月現在	<p>食事=嫌いな物は口を覗けない時期があったが「少しだけ」の声かけに納得し、食べるようになる</p> <p>排泄=便の後始末はまだ出来ない着脱=自分で着脱出来るようになる裏返し、たたむ事もできる午睡=リズムが寝る前、添い寝をしなくても側にいると眠るようになった</p>	<p>保育=6月頃より担当保育母に愛着を示すようになった</p> <p>他児の保育にも要求や声かけをしていくようになった</p> <p>他児=自分から相手を求めていくようになった</p> <p>まだ弱い「～はんだいだよ」「～やった」等の声かけをした要求をするようになった</p>	<p>発語=2語文、3語文が出て来ている</p> <p>「～食べたよ・～頭潜い」理解=日常のパターン化した事や、周囲の動きを見て動く事ができる</p> <p>*要求の出し方はまだ弱いイヤなこととされると相手に向かって行けるようになってきた</p>	<p>*つもり活動ができるようになってきた</p> <p>*折紙等も保育のを見て、やろうとする</p> <p>微細=重ね折はまだ上手にできないが、それらしい形に折ろうとする</p>	<p>粗大=スクーターを好み乗るぶらさがれるようになる</p> <p>両足飛びができる</p> <p>微細=重ね折はまだ上手にできないが、それらしい形に折ろうとする</p>
保育母の関わり	<p>食事=を少なくして食べさせる</p> <p>着脱=時間をかけ、自分でさせる</p> <p>午睡=添い寝、側に居るといったように少しずつ一人で眠れるように時間をかける</p> <p>※経験不足のため、毎日の生活がパターン化してしまう</p>	<p>人との関わりが、心地良いと思う関係作りをしていく</p> <p>愛着行動が見られるようになった時期から、「対」で遊具や橋本でゆったりした関わりの時間を作る</p> <p>散歩等で手をつなぐ相手を探させるなどして、関わりをつけていく</p>	<p>言葉かけは、その場に連れていったり、その物に触れさせてから、具体的な物と言葉と一致させながら指示するようになっている</p>	<p>物を投げる、積み木を押し倒す等は、場面に応じた対応をするのではなく一時的に規制し、落ち着いた時点から、場面に合わせて対応していく</p>	<p>やってみたいと興味を持つような働きかけをして、経験を増やす</p>
家庭状況	<p>*夜は11:00過ぎに寝る朝は寝所きりぎりまで寝ている</p> <p>*朝食、弁当は父親が用意し、夕食はできあいが多い</p> <p>*食事は菓子類が多く、主食はあまり食べない</p> <p>*身の回りの世話は、ほとんど父親がしている</p> <p>*裁縫もできず、身につけている衣服の修理もあまりできない</p>	<p>*言葉の指示、規制ばかりで、手をかけることはない</p> <p>*母親は本児の感情に関係なく自分の気の向くまま、愛情表現をする</p> <p>*抱く事はほとんどせず、ミルクも寝かせたまま寝かしていた</p> <p>*外に出して遊ばせることはなく、同年代の子とは接触はなかった</p> <p>*人見知りはない</p>	<p>*母親は、言葉のみの指示で、言葉の持つ意味を知らせていない</p> <p>*父親も言葉かけが少なく、遊び方も本児を泣かせてしまいうような加減の分らないことが多い</p>	<p>*本児が関わって遊ぶものはほとんどないテレビのみ</p> <p>*父親が休みの時、川原や公園に連れていく程度で、家の中で過ごすことが多い</p>	

歩行 11ヶ月

2才児検診 2語文（一）

(2) 他機関との関わり

S63, 6, 1（2才6ヶ月）

A保育所入所 未満児クラス

S63, 12, 19（3才1ヶ月）

ことばの治療教室 初検

H1, 2, 6（3才3ヶ月）

児童相談所 面接

H1, 4, 1（3才5ヶ月）

北保育所措置変更 3才児クラス

H1, 5, （3才6ヶ月）

ことばの治療教室 週1回通室

(3) 保育体制

3才児クラス（20名）

女→6名

男→14名（障害児2名・3才未満児2名含）

保母

正職クラス担任→1名

パート→1名（クラス補助）

正職障害児担任→1名

パート→1名（障害児補助）

2. 保育所での本児に対しての働きかけをどうやってきたか

母親との話し合いの中から、乳児期では寝かせっ放しで、寝かせてミルクを飲ませており、抱くことは少なかったとのこと。料理をはじめ裁縫もほとんどできない、もちろん離乳食らしき物もつくっておらず、本児の朝のしたくや、夕食後の対応は父親任せ。テレビの他に本児の遊ぶ道具はないに等しい環境であることがわかった。

乳児期における関わりがなかったこと、そこをスタートとして保育のありようを考えてみようとした。まず、1対1の信頼される関係作りを基本として、訴えを受けとめる相手がいることを知らせようとした。

①生活の中では1つ1つの動きの中で行動と言葉と一致させ、意味を理解させて行くことをねらいとして働きかける。

②1対1で遊具や絵本を見るなど、ゆったりした関わりの時間を持つこと

その中で大きく変化したことは、まず、担当保母を求めるようになってきて、それと平行して母親への後追いも出てきたことだった。（言葉の教室・祖父母宅での変化も）このことは母親と成立しかねていたアタッチメントが保育所で成立する中で表出したものと考えられる。言葉の変化からは、物や人に向かって無作為、無目的に発せられる言葉が多く、オーム返しがほとんどだったが、「～はんたいだよ」「～せんせいいる」などわずかな場面であるが周りを見て、相手に向かって発する言葉が見られるようになってきた。

これらの変化は、自分をしっかり受けとめてもらえる、反応がきちんと返ってくるという保母の感情の応答関係が繰り返される中で、言葉への豊かさも育ったのだと思う。母子関係の未成立と、貧しい生活、環境によりつまづいていた本児であるが、本児自身の模倣する力が、保育所の中でより刺激を受け、仲間と関わる力へと変化してきていると感じられる。

しかし、その中での問題点としては、保母と1対1の対応も（毎日10分程度の本の読み聞かせ、遊びの個別指導）クラス集団の補助であるパート保母に背負わざるをえない状態にある。打ち合わせの時間が充分とれず母集団の動きに振り回されている状態であったり、私自身の力不足で本児を把握しきれず、細かな発達のおさえも見えていなくなっているのである。

3. 親への働きかけをどう考えやってきたのか

母親の育児力の低さに対する指導は、保健婦より健診において、また家庭訪問の乳児指導の中で、現在も継続されてきている。言葉の教室においても、本児との関わりのある方を、その都度指導されてきている。また前保育所での指導の中で得られた知識も、母親の中には残っているようである。

そうした色々な機関からの情報を参考に、どう

働きかけるのが最良かを考えてみた。まず、本児の成長の変化の部分に目を向けさせること、成長をお互いに確認することを第一とした。そしてその成長した部分を家においてやってもらう働きかけをしてみた。（絵本・紙遊び・着脱・ハサミ～要求は具体的に、最小限度、強化月間と称して伝えた）そのことで母親が本児と関わる機会を持つきっかけとなればとかがえた。毎日の送り迎えの中で、母親は本児の対応として“話の仕方”“指示の入れ方”など、場面をとらえ具体的に伝えた。しかし、どれだけ伝わっているか、望みが薄く感じられることが多くある。

問題点としては、保母と母親の関係ができてつつある中で具体的な日常の行動をとらえ、1つずつクリアするように話をしている。自立場面での変化の様子では、少しずつだが目に見えわかるが、肝心な母子の関わり方についてや、家庭の中に入りこまなければ見えにくいもの（食事・生活リズム）に対してはどこまで影響を与えられるかは、限界が感じられる。

本児の発達を保証していく上で母親、家庭を変えていくということが重要なポイントでもあり現在のままであれば、本児が伸び悩むことが、目に見えるようである。

4. 他機関との関わりに対してどう考えたか

本児が入所する以前の状況、又は各機関における状態などを知り、問題をどう整理したら良いか、具体的な手立てをその中でみつけられたらと思う。

(1) 保健婦の指導より

母親が妊娠した時点で、糖尿病という事で指導が始まり、出産後の乳児検診、再三にわたる家庭訪問が不定期だが現在も継続して行なわれている。食事指導の中で料理ができない、知らないこと、本児への働きかけの指導、玩具の与え方の指導等が細かくされてきた。こうした経過の中で、保育所での働きかけと平行して保健婦が家庭にはいり込み、働きかけていくことを確認した。家庭に向かっていろいろな方面、立場より働きかける効果は大きいと思う。

(2) 前保育所での働きかけ

基本的な食生活、寝ること等、生きていくための力、生活力の不足を、母親指導としてきたが育児能力の低さを指導すればするほど拒否、反発、子どもにあたるなどの時期もあり、対応が難しかったとのこと。未満児の頃の資料は、母親への対応にずいぶん参考となり、継続した働きかけもできた。指導されてきた内容は、母親の言葉のはしはしに出てきている。具体的な行動はなかなか伴わないが影響はかなりあったと思われる。

(3) 言葉の教室の担当者との面談

入室は5月であったが、前年の12月の所見の状態からみて、大きな変化として6月後半より母親と離れることを嫌がり、母親を意識し、愛着行動が見られるようになったことである。このことは、個別の関わりの中で“要求や訴えを受けとめて応じてくれる人”の存在を本児が認知したからではないかと思われる。言葉の教室、保育所での遊びの積み重ねが、物や人を少しずつ意識化させていったと考えられる。日常の行動をおっくうがる母親も、生活リズムや精神的な張りにもなり影響は大きかったようだ。

こうして、本児や親が保育所や他機関と関わりから付けていった力は大きいと思われる。それが即親の生活を変える力とならないまでも、ささえとなり放縦な状態を引き締めていく役割は大きい。保育所だけでは担えない、働きかけの限界もあるが、各機関が家庭を核に連絡を取り合い関わっていく中での変化が見られ、連携の重要性を特に感じた。本児の今後を考えると、将来的に背負っていくのは家庭でありそのへんをどう手助けし、関わっていくことが良いのだろうか。

5. おわりに

(1) アタッチメントの重要性

本児に関わらず、育児能力の低下は、多くの家庭に見られる。そうしたあまりにも基本的なことが欠けて育ってくる子の多さを、日々の保育の中で、特にこの地区では感じられる。本児が、この半年で対人関係、言語、遊びの面などで、随分伸

びてきているのが見られる。入所時、人を意識できない混沌とした中より、担当保母を求め仲間を呼びとめられるようになった事、感情表現がより細かく分化してきていることなど、基本的には1対1の安定した関係を土台に言葉を介在として、0才、1才の関わりを今ここで、くぐり抜けているのだと思う。この事からもこの時期にくぐり抜けてこなかったこと、落ちてきたことがこんなにも大きくつまづくという重大さを感じる。本児の遅れが、環境的な要因が大きいとすれば、本児の成長を共に親と確認し、家でも繰り返すなど親への対応への効果的な働きかけをもっと考えなければならぬし、保育の中でもっと1対1の関係をより豊かなものとしなければならぬと考える。そうした重要な関わりをパート保母に多くを任せっきりになる保育体制と、子供の発達をきちんと押えた働きかけはどうかあるべきかの、自分自身の力不足に再度反省することが多い。

(2) 育児能力の低い家庭に対する働きかけ

保育所を中心とし、いろいろな機関がきちんとした横のつながりを持ちケアしていく体制が必要である事を痛切に感じた。また、それが今後就学後まで継続し、つながった形であるにはさらにどういう体制が良いのだろうか。

今回レポートをまとめるにあたって、本児も含めこうした環境的な問題を多くかかえ、発達を保障されない子が多く“障害児傾向を持つといわれる子ども”が私の保育所に見られる。日々の保育の中で、母集団を見るのに精一杯で、平行してみようとする自分の不足している自分にジレンマも感じ又、子どもの問題を見ることで日々勉強させてもらっているという状態です。そして、さまざまな機関との接触も必要になり、保母と本児と本児を取り巻く環境をどうとらえ、見ていけばよいかを新たな方向より示唆指導していただければ幸いです。

2 大人とのかかわりを求める子ども達

（札幌はらっぱ保育園）

奥長 徳子

1. はじめに

保育園は、保育を必要とする幼児と保育者が共に暮らす生活の場です。子ども達は家庭での生活と園での生活があり、園では、家庭以外の大人や子どもと接する事ができます。この中で、幼児が大人とのかかわりを求めるのは当然な事ですが、今、特に大人とのかかわりを意識するようになったのは、子どもが生まれて育つ早い時期に無意識に大人とやりとりをしていたと思われる事を、2歳から6歳までの子と、年令にかかわらず集中的にやりとりをする場が必要になってきたためです。

この場合、子どもが求める力が強く、体も大きいので要求する側と受けとめて応じる側のバランスが悪くなってきました。バランスの悪さを直していくためにはどうすればよいのか。

子どもが育つために必要としている事を、子ども自らが強く求めてくる姿を記しながら保育の場について考えてみようと思います。

以下、働きかけるAちゃん、受けとめる特定の大人E、その周辺の子ども、組の担任、家族、子ども達、職員、園庭等、Aちゃんをとりまくさまざまな関係の中で、お互いが暮らしにくかったり、よくなったりする過程を印象深い場面をとり出す方法で記します。

（注）当園は、定員120名、常勤職員15名、1歳10ヶ月から就学まで年令の近い子ども達で5つの組をつくって生活をしている。

2. Aちゃんとかかわりの経過

(1) 3歳2ヶ月で入園したAちゃんは、外へ行きながらない。理由なく友を叩く。担任の目をあまり見ない。偏食する等のようすが見られた。6ヶ月

月位たち、親が迎えに来ると腹を立てる。保母と顔が合うと「フン」と顔をそむける等、怒りの状態が見られた。2ヶ月後、父の迎えで父を叩き、母の迎えで、今まで遊んでいた遊具を投げつけ、そばの友を押し倒し、作った物を壊す等、大暴れの状態が出てきた。母の話では、父はAちゃんがさわぐと怒り、変則勤務のため、仮眠中や休日にはいつも「シー」と静かにさせた。一緒に出かけたり、遊んだ事はなかったとのこと。

(2) 4歳になると、テレビの言葉の繰り返し。何でも「○」か「×」にしないと気がすまない。突然、「ワー」と大声を出す。所かまわずつばを吐く。わずかな事で腹を立てる。小さい子や体の不自由な子を押す等が目立ってきた。

母の話では、父は迎えに来てAちゃんや他の子のようすを見るようになってから怒ったり、どなる事が少なくなったが、父が来た時、いきなりそばの子の頭を粘土板で叩いたのを見て驚き、迎えに来たがらなくなった。この頃、Aちゃんは、母のおっぱいをさわるようになったが、「4歳にもなって」と迷いがあった。

4歳4ヶ月のある日、Aちゃんが職員室に入ってきて来て、「だっこして」と言い、机に向っている膝にのり迷路のようなものを紙一面に描いた。以来、食事、おやつ、午睡以外はほとんど来て、膝の上で点を線でつないでいくものを何枚も描いた。元気な美しい声を嫌い、美しい歌声の中に入っていくと怒りが出た。その後、何度も○○先生の声が嫌いと感じている。だっこして歩いてほしがり、次第に、「あっち、こっち」と方向を指さして歩かせた。手をつないでまわるのを嫌がった。午睡の時、「静かにしていないとだめだよ」と言いながら、ふざけるようになったと担任が話す。

職員室にいる時はいつも膝の上にいる状態が1ヶ月位続いた後で、1日毎にAちゃんの変化が見られるようになった。

(3) 4歳5ヶ月

○食事中に入ってきて来て、先に来ていたKちゃんに、「ごはんすむまで待っているよ」と言われて待ってられる。

○「12時半だから、いま、おかあさんごはん食べている。5時に帰る」と母の事を話す。

○点と線だけの迷路に、川・草・レモン・忘れ物を描く。

○父が迎えに来ると喜んで膝からおりて、「今ね、お面を作ったよ」と話す。

○縦・横の線を上手に描き、1〜30まで書き入れ、「5と8はむずかしいから書いて」と出来ない事をしてもらう。

○「おかあさんへ手紙を書いて」と言うので絵入りの手紙を書いたら怒って捨てた。

○絵本を読んでやると字だけを追っていたが絵にも目がいくようになった。

○だっこして横歩きをするのを嫌がっていたが、「やめて」と言いつつ顔はにこにこ。

○さまざまな色をもつ地球・怒っている火の髪・笑っている目のおとうさん・まだ生まれていない赤ちゃん等を一気に描く。

○誰かが置いて行った「かばさん」の絵本を開くと、絵を見ながら頁毎にソワソワして顔をそむけたり、頁の上に紙をのせたりする。二度目に、大きなかばの絵の所へくると、「こわい」としがみつくと。

○「今日はEせんせいと遊べないよ。お友だちと遊ぶんだから」と出て行き、すぐ戻って来て「だっこして」と言う。膝の上でアルファベットを書く。

○朝の打合せで、だっこしたままおじぎをし、大げさに頭が床につくまで下げると、何度も「もう一度して」と言う。

○家で母に椅子を投げつけ、乱暴が担任にも向けられるようになる一方で、組で友だちがしている事にも関心が出てくる。

○組の劇あそびの「大根をかいて」と言うので描くと、急に泣き出し、いつもはして欲しい事をはっきり言うのに、ただただ甘えたように泣き、「だっこして」と言葉だけでなく手をさしのべてだかれ、いつまでもじっとしている。

○膝の上にいるAちゃんの背中と少しでもはなれると、「もっと近づいて」と言う。

- 机の上の事務用品でするかくれんぼに興味を示す。
- A「絵を描く、だっこして」
E「だっこしなくても描ける？」
A「描けない」 E「どうして？」
A「線がまがるから」
E(線がまがらない椅子を作ろう)
机のそばに席をつくると、「イメージ」「メカ」等という言葉を使ってひっきりなしに話しかけ、カタカナ、ひらがな、漢字、英語の区別を教えてくれる。
- 「かごめ、かごめ、うしろの正面だあれ」自分から手をつなぎグルグルまわしてもらいたいと自然に手を出す。
- 母宛の手紙「6さいになったら10くへ行く、10くへ行ったらはやくあそべないから行かない」形の悪い字には紙を貼らせて直しながら書く。
- 担任が顔を見ると「○○先生は見ないで、おおかさんだけが見る顔」と言う。
- 父が休みの日は園を休み、翌日、休んだ理由を嬉しそうに話す。
- だっこが少なくなり、「おなかが痛い、ねむい」とベットに入りたがる。
- 午睡の時、担任がそばへ来れない事がわかると、ひどいやっつけ方を考えて口にする。
- 「ズボン、はけない」わざと足をはずしてみせてはかせてもらう。
- ×は自分でかき、○は「いっしょにかこう」と自分の手をもたせてかく。
- ベットに入り毛布をかぶったので(あれっ、いない)と言うと喜び、「もう一回、そのこと言って」と何回もする。「アー」「ポー」「ボン」さまざまな声を出して、「みて、みて」と一回ごとにこちらの反応を見て喜ぶ。時間を気にして、母が迎えに来る時刻になると、「おなか治った」と遊戯室へ行く。
- (4) 4歳6ヶ月
- Aちゃんが作ったおもちゃを3歳のRちゃんが手に持って見ているのを見つけ、カッと取り上げる。Rちゃんは、とっさにAちゃんを

叩く。急に弱々しくなって泣く。攻撃的なところがなくなり、ちょっとした事で弱々しく泣いて大人の助けを求める。人形に気持が向き、紙を切っておやつを作ってたべさせる。組でしている「おおかみさんごっこ」がこわくて出来ない。

4歳7ヶ月

- 母の話：はだかの父と一緒にねる。見ていない時のTVを消そうと言うと「うん」と言って消す。話が通じ合うようになった。
- 担任の声に「はっ」と耳をそば立て、迎えに来ると抱かれて行く。
- 来客の時は机の下に入り、椅子でふたをして足もとで遊ぶ。
- 遊戯室へ誘って踊ると体をすり寄せながら一緒に移動する。手をつないで足かけまわり、足を持たれて逆立ち、手をつないでグルグルまわりを喜ぶ。

(5) 4歳8ヶ月

- 指ずもうで、勝っても負けても嬉しかったのが、ズルをしても勝ちたい気持が出てくる。
- 仕事でだと膝にのらず、両手を後にまわして一人ジャンケンをして遊ぶ。
- 父母へのかかわり自然になる。
- 「お昼寝、一緒にしよう」と言うので行ったが、他の子が「来て、来て」と誘う。Aちゃんが「時計の4まで行ってもいいよ」と言うので、他の子のそばへつくと同時に積木をふり上げ暴れる気配。担任があわててだっこする腕の中で暴れながら、「あともう少しで4になる」と時計を気にし、針が4を指した時に戻って一緒にねると、すぐ寝つく。
- 「ねえ、いま、だっこできる？」と、忙しいようすを見てとって、そっと聞く。

(6) 4歳9ヶ月

- 進級。腹痛を訴え、そばに居てほしがる。2歳の新入園児Sちゃんも一緒に居るが、嫌な顔をしながらもだまっている。
- Eが、手不足の2歳児組に入っていると、膝にしている小さい子を押しつけてだっこをする。夕方、

Sちゃんと積木で長い道やトンネルを作り遊ぶ。母が迎えに来て、遊んでいるAちゃんを見るのが嬉しいと言う。

- 組で担任が紙芝居をしていると、前にいたHちゃんにおそいかかり、髪を引っばる。Hちゃんあっけにとられ、他の子は投げつけられそうな物を片づける。Tちゃんが「やめろ」とかかっている、他の子も「Aが悪いべ」と取り押える。Aちゃん弱々しく泣く。その後、組の子は遊戯室で気持がひとつになったように明るく遊び、Aちゃんもそばで一人で積木をしている。昼食時には何事もなかったようにAちゃんも一緒に組へもどる。
- 父が休みの時は必ず休むようになり、組や外で遊び、合間に膝に来る。
- 手をつなぎ、両足を揃えて跳ぶ事が出来る。横へ動く事を嫌がる。「頭が痛い」「お腹が痛い」と言いながら、Y子ちゃんと気が合い、いつも一緒にいる。Eが職員室以外の所で仕事をするのを知ると、「さっさと行ってね。Y子、いないうちに悪い事するべ」と言う。

(7) 4歳10ヶ月

- 3歳のTちゃんがそばに居るのを見て、いきなり、手に持ったおもちゃで叩く。E(言いたい事を言ったら?)
T「かくれんぼ?」 A「ちがうよね」と同意を求めるように顔を見て、「ここで、休みたい」
T「ぼくだって休みたい」 A「これあげるから行って」と、はじめておもちゃをさし出す。
T「いや」(静かにするんだって) A「ベットに休みたい。お医者さんになって」Tちゃん出て行く。 S子「わたしも病気」と入って来る。(どうぞ) はじめて、だまって他の子とベットに入る。人が3、人形2で「かくれんぼ」をする。役割を変えて何度もする。
- ベットにいるAちゃんの所へ、女の子が三人、「お見舞いに来たの」と入って来て、赤ずきんの話になる。三人ともおばあさんになりたがり、順番にベットに入る。その度につめていくのでAちゃんは窮屈そうにしているが黙っている。

A「こんど、ぼくおとうさん」と、はじめて言う。ベットをおりて、「ケーキのほしいおばあさんは誰?」とケーキを配るが、「やっぱり、ぼく、赤ちゃん」と這ったり、だっこしたりする。「紙芝居ですよ」の声がかかるが誰も動かない。(Aちゃん、おばあさんを一人ずつつれていってあげて)と言うと、「どのおばあさんにしようかな」と唱えはじめ、三人の女の子はじっと目をつぶっている。

- イタヤカエデの木のそばで遊ぶ。木片や小板を「これは耳かき、これはホウキ」と動作をつけて言う。近づいて来た子をいきなり押し倒し髪を引っばる。(乱暴するの悪い、遊びたくない)と言うと、さらにひどくする。(乱暴しないから、遊ぼうと言えたらいいんだけど)と言うと、「しないから遊ぼう」とすぐ言う。袋を持って来て「ごめんね」と言うので(どうしたの?)と聞くと、「ピンクの袋を踏んだの」と言う。
- 「お願いがあるの」(何?)
「Aは病気だからEせんせいと一緒に職員室でごはんが食べたい」(先生がいいよと言ったらね)担任に話しに行ってくる。
食後、松の木の下で、ゴザを広げてままごとの用意をし、「Eせんせい、来て、来て、おかあさんになって、Aはおとうさん」と言い、他の子は入れない。二人で遊んでいると、「こぎつねコンコン山の中」と歌が聞こえて、松の陰からR子ちゃんのキツネがのぞいている。他の子も集まって来てままごとが広がり、Aちゃんもその中に入る。
- 「木登りしたい、登らせて」(木は一人で登るもの)「台を持って来て」(Kくんに頼んだら?)と言ったとたん、「オーイ」と木の上からKくんがとび下りてくる。Aちゃんびっくり。二人で木に登り、「出来たよおー」の声。
- この頃、耳元で絶えず話しかけ、耳が痛くなるほど。組での遊びの説明を熱心にする。
- 組で遊んでいて、あとから来た子に遊びの説明をする。説明ばかりが多すぎて、遊びにとびこんで行きたい子はイライラする。

- 野菜・果物を少しずつ食べるようになる。
 - 気の合うY子ちゃんに、「Eせんせいに見つからないように秘密な時するからね」と大きな声で嬉しそうに話す。
 - 調理室に入っていると皿洗いの手伝いをしたいと言い、皿をさし出す仕事をする。
 - 外へ出るのに、Aちゃんを待っていなかったと、はだしでとび出したでこねる。かまわず他の子と遊んでいると「靴をはかせて」と自分から仲なおりをしに来る。
 - 調理室へ入るのを知り不安がる。事情を話すと納得して組へ行く。食後、「スパゲティ、おいしかった。4杯もおかわりしたよ」「ゆでたのは誰？かけるものを作ったのは誰？火をつけたのは誰？」と聞く。
 - 遊戯室で、男の子がふざけてかかって来たので大げさに倒れ、そばのAちゃんに助けを求めると、背を向けてひっそりと立っている。他の子がワッと駆け寄り助けおこしてくれる。
 - Aちゃんが走って来てTくんにぶつかる。「何やってんだ」とどなられ、「もう、しないから」と泣かずにがまんする。その後、「今日、ごはんの時そばに来なくていいよ」と言いに来る。
- (8) 4歳11ヶ月
- ブランコにわずかにゆすられている事ができる。
 - 遠足で、「楽しいね」と言い、帰りは「疲れた」と言いながらも手をつないで一生けんめいに歩く。
 - 「エンピツの話をするから聞いてね」と、鉛筆になったつもりで話す。べったりだっこから離れ始めた頃、組の遊びも広がっていたが、部分的にでもすっと入っていきける。
 - 母と海へ行くのを楽しみにしていたが、帰りに不機嫌になり、「あした、Eせんせい休め。休まないとAが居ないから、あずましいからだめ」と言う。(えっ?)と顔を見ると、「バイ、バイ」と手を振って行く。
 - 昼食。「Eせんせいは、YとRの間にすわって」と場所を指定し、自分は一人へだてた所に席をとる。
 - しばしば、「服の後ろを持って」と言い、後にひっぱられかげんに進むことをくり返し、足を踏んばって歩く。
 - 「外は疲れる。太陽にあたると疲れる」と休みに来る。
 - 「サクランボ、どうやって食べるの？」と口の中で種を分ける事がむずかしい。種をとってやると一粒たべる。
 - 「Eせんせいの嫌な事を言うから追いかけてね。つかまえてね」「こちょこちょしてやめてと言ったらやめてね」「ルールボンと言ったら、おぼけになって、ストップと言ったらEせんせいになってね」と注文をして何度もする。
 - 昼食の時、「今日は並んで、Aの耳だけ見える所にすわってね」
 - 種蒔きを手伝うと言うので、(水がいるね)と言うと、コップに水を入れ、こぼさないように慎重に選んで来たが、「疲れた、だっこして」と、どっかり膝にのる。何をやる力も残っていないほど疲れはてている。
 - 男の子が三人連なるとび込んで来る。(バスが来たわ)と言うと、「バスなんかでない。○だ」としきりに挑発する。立ち上がって応ずると、くもの子を散らすように逃げる。何度もするうちに、こちらにも凄味が出て来ると、中の一人が、「ぼくこの仲間になりたい」とだきついて来たので、三人組はくずれてばらばらになる。Aちゃんが、そばで、「Eせんせいになれ」と呪いを唱えたので他の子もホッとする。その後、Aちゃんが「ダルカンダ!」と怪物になりきって向って来る姿は自信に満ちている。
- (9) 5歳
- 組で尻っぽ取りをしている。見つけると手を振り、「応援してね」と言いに来る。だんだん疲れてくると不機嫌になり、走る事もできず苦しそうに顔をゆがめている。他の子は、走ったり休んだり、相手の出方を見て動きを変えているが、Aちゃんは止まらずに走り続けている。いつもより遅く母が迎えに来ると、突然、「Eせんせいがいじめたあ」と言って母に抱きつきさ

めざめと泣く。母もしっかりと抱きしめる。

- 「わたしは働き者です」と言って来る。(働きバチですか?)「ちがいます。働く人です。Eせんせい、うそんに子どもになってね。Aは、Eせんせいです」と席につく。「名前は何と言いますか」(びよびよひなこです)「誰がお迎えに来ますか」(おかあさんです)そこへTちゃんが来て「カエル作って」と言う。(Eせんせいに頼んで下さい)と言うと、Tちゃんも、Aちゃんに「作って」と言う。Aちゃんは紙をちぎって、それらしく作ってやる。担任が呼ぶ声を聞いて、「Eせんせいになれ」と人さし指を振り上げながらAちゃんにもどって走って行く。
- 「追いかけて」と言うので遊戯室へついて行くと、縄で円を作っている。追いかけて、つかまりそうになるとこの円の中に入る。追いかけてながら近道をして休み場の前に立ちばかると、体をかわす事ができず、「だめえ」と立ちすくむ。

(10) 5歳5ヶ月

- 母の話：Aとおとうさんを見ていると目を見るほど変わったので嬉しい。二人でいる時の顔がとてもいい。私がい買い物に行く間も、家で待ってられるようになりました。
- Aちゃんは組にいる事が多く、雪の中で遊ぶようになり、誰よりも先に外に出て、みんなが部屋に入って食事をはじめる頃に、やっと入って来る。誰かれの区別がなくカッとしていたのが、好きな子にだけカッとし、わがままや甘えの姿が自然に見られるようになった。
- 迎えの母の背を押して、むりやり職員室に入れ、自分も足もとで絵を描きながらひと時を過ごす。

(11) 5歳9ヶ月

- 「目がパチパチするよ」と言いに来る。年長組になり、担任が変わって動揺が見られる。「Eせんせいのばばあ、こんな保育園にもう来たくない。早く、小学校へ行きたい。漢字も読めるし、たし算も出来るもの」

(12) 5歳10ヶ月

- 男の子の中に自然に入っている。けんかをし

ても他の子にかばわれ、なぐさめられると、気持ちをおさめる事ができる。

(13) 5歳11ヶ月

- 歩道橋の下りはK子ちゃんと手をつなぎ、「ぜったい、はなすなよ」と言いながらおりる。公園のトイレは、においがまんできない。

(14) 6歳2ヶ月

- 運動会の練習に行かず「おかあさんでも誰でもいいから描いて」と来る。描いていると、「ぼく、蹴とばす時は足が強いのに、転びやすいんだよ。道路でも転んだよ。Eせんせい、今日、Aの家へ来てちょうだい」と言う。
- 手紙を書きたいと封筒を出している所へ、Kちゃんが来てちぎって捨てる。Aちゃん怒るが、Kちゃんがかかってくるひるむ。(K悪い、A負けるな!)の声で二人共、真剣に取り組む。危険になり引きはなすと、Kちゃんは組へ逃げて行き、Aちゃんは追いかける。再び、たたかってAちゃんの顔がキズだらけになる。担任が二人に訳を聞き、Kちゃんも封筒が欲しかった、そんなときは、「ぼくにもちょうだい」と言えればいいねという事になり、二人の気持ちも治まる。二人がおだやかに破れ封筒を貼っている所へ、父が迎えに来る。Aちゃんのキズを見て、父は怒り、担任が説明しようとしたが聞かずに帰る。その夜、はじめて、Aちゃんの家を訪れる。母の話では、Aちゃんが帰って来て、「先生が話をしようとしたのに、おとうさんがAをひっぱって怒って帰って来たよ。明日は、おかあさんが来てちょうだい」と話したとのこと。その日Aちゃんは、下に住む祖父母の事も自分で紹介してくれた。
- 迎えの母の姿を見て、Aちゃんは電気が消えた組へ入って出て来ない。母と見に行くと隅のオルガンの上にしゃがんでいる。やがて、母の履車で出て来る。おさまりが悪いが、しっかりと頷にしがみつこうにしている。玄関で下におろされると、はじめて母に「おんぶして」と言い、おんぶされて帰って行く。その後、朝・夕、Aちゃんと母が共にいる姿があり、組や廊下で

だっこやおんぶをしている。

- 職員室で食事をしたと言うのを、組で食べるように話すと、Kちゃんに、「家出するべ」と言い、(帰っておいでよ)と言うと、「ただいま」と何度も出入りをする。担任が呼びに来ると、さらに、遠くに逃げて、しっかりと手をつながれて戻って来る。「K、腹いっぱい食べてから死ぬべ」と、気が合って、食後は、それぞれに好きな事をして遊んでいる。母が迎えに来ると、「あっ、おかあさんだ」と、はじけるように走って行き、肩車をしてから、逆さまにしてと、やり方を教えながらしてもらおう。
- 人形を可愛がるようになり、好きな人形にミルクを飲ませたり、ガラガラを振ってあやすなど、おかあさんになりきって遊ぶ。
- 母の話：パンを買わない約束の日も買ってと言うので、「だめ」と厳しく言ったら、以前は、憎しみをもって怒り狂ったのに、今は甘えたように泣き、「おかあさん、こわい声を出さないで」と言いながら約束を守るとのこと。その話を聞いて職員室へもどって来ると、Aちゃんが、「人形を家にもって行きたいから貸して」と言いに来る。(いいよ)と答えると、帰りがけに、電話料金入れを叩き落として行く。(どうして、そんな事をするの！ 悪いでしょう、もう、おかあさんとさっさと帰ってちょうだい)と、大声で職員室から押し出す。
- 母の話：叱られて出て来てから、玄関で母にだはんをし、おぶわれて家に帰ったあと、「もう、保育園に行きたくない。明日は行かない」と言ったので、母は、「行かなくてもいいよ、だけどこのままなら、Eせんせいにあやまらないでしま」母は、何か悪い事をしたらしいと感じて、Aちゃんにこのように話してくれていた。
- 翌日、Aちゃんはさっさと登園し、母は早番の保母に、「Aが、いつもより20分遅く迎えに来てもいいよ」と言ったと、嬉しそうに伝えたとのこと。
- 組にいる事が多くなり、担任へ、だっこやおんぶを求めている。身長も伸び、体重も26kgをこ

えているが、食事の用意の時など背負いひもでおぶわれている姿も見られる。食事の時間になるといなくなり、担任と二人で遅れて食事をずる姿も見られる。自信が持てない活動の時は、担任が迎えに来るのを待って遅れて行動する姿が見られる。

- 組で、担任や友だちとのかかわりの中で、がんばって活動する姿が見られるようになる。四つ切りの画用紙に大きく担任の顔を描き、鏡を見ながら自分の顔を描いた。
- めずらしく「おすもうしよう」と押してくる。足腰が強くなっている。壁に押されたあと押し返して組みふせると、Aちゃんのおなかの中に人形が入っている。(あれっ、Aちゃんのおなかに赤ちゃんがいるね、ごめん)と言うと、「生まれるんだ、オギャア、オギャア、おめでと」りと大喜び。
- その後も、何度もすもうをしたがり、負けそうになると、「赤ちゃん生まれる人に乱暴するな」と言って笑う。

3. 考察とまとめ

Aちゃんばかりでなく、今まで、幼児が熱心に見せた姿の中から、多くの事を教えられました。いつも、子どもによってきっかけがつけられ、それが元になって事態が展開するようすを見ていると、子どもがもつ不思議な力を感じます。子ども達は、入園して卒園するまでの時間の中で、大人を求める力が出てくると、職員室へ入って鍵をかけ、自分だけの場を求めて安らぎました。次に、自分の要求のままに大人を動かし、やりとりを求めました。その中には、強がり言葉、ののしり言葉、ふざけ、体ごとのぶつかり合いがありました。自信がついてくると、あらゆるいたづらをし、聞く耳をもたずにしたい事に熱中しました。大人の言葉が耳に入る頃になると、困らせるいたづらから、必要なものを借りながら自分の遊びを創っていくようになりました。こうして、巾広く大人を頼るようになると、気持がやわらぎ、大人のそばで、まわりの子ども達と少しずつつながっていき

ました。

組との関係は、担任の迎えを拒否していても、やがて、迎えに来るのを待つようになり、担任とのかかわりを強く求めるようになりました。自信がついて、親にも同じ事をするようになると、親は子どもの気持にそった対応をするようになり、子ども達は、見ちがえるように子どもらしくなりました。同時に、子ども同士の世界で遊び、大人の気持やまわりの状況も、自分の気持を通してわかるようになりました。担任や子ども達との活動が出来るようになると、気持が同じ所にとどまらず、広がり、深まっていきました。やがて、友だちと一緒にいる方がよくなり、嫌な事があっても、その場にふみとどまり遊びが続けられました。たまたまに、嬉しい事や、どうしていいかわからない事があると、とんで来て話すようすは、私達に喜びを与えてくれました。

こうした子どもとのかかわりは、保育の方法などというのではなく、生活の中で、同じ人や場所が、子どもの姿や出来事に応じて変化している状態にすぎません。子どもの側からすると、保育園という多様な生活の場の中で、自分のありように応じて人や場所を選びながら暮している事になります。選ぶという事も必ずしも容易な事ではなく、この容易でなさが、子どもの力をつける側面にもなっていました。

私達の課題は、幼児の育つ力を信じて、幼児にとってわかりやすい、納得の出来る環境をつくることでした。幼児にとってわかりやすい環境とは、子どものすべてを働かせる事によって大人への信頼感を得、そこを土台にして、人や物、事柄に働きかけながら、そのかかわりの過程を体験できる環境であると思います。例えば、

○子どもの働きかけを受けとめて応じる大人がいる

○子ども自らの働きかけによって状態が変化していく素材的なものが豊かにある

○子どもがまねをしたくなるような人や生活がある

○くり返す生活の流れと、それを色どる出来事が

ある

これらは、お互いがかかわり合って、はじめて一人ひとりが自分の成長を実感しながら暮す事が出来ると思いますが、過程が体験できる環境として特に記しておきたいと思うのは園庭がもっていた役割です。ここは、大人にとっても子どもにとっても心身の安らぎの場であり、活動の場でした。一人ひとりの働きかけに応じた受けとめをしながら、興味を持続させ、行動にまとまりをもたせていく場でした。心身がこなれ、力がついた子は木に登りました。木のまわりにはテントウ虫やキノコ等、子どもの目を輝かせるものが次々と現われては姿を変えるくり返しがありました。

又、子ども達の怒り、不満の発散を受け入れ、それとなく解消させてくれました。時には、思いがけない仕打ちで「はっ」とさせ、育つ力を支える場となっていました。こういう場に、行きつもどりつする子ども達の動きは、何ものにもかえがたいものがありました。

開園当初、幼い子が、「ぐずった」と記録するより、戸外へつれ出そうと考えていましたが、今、幼児が、そよ風を心地よく感じるようになる前に、大人による心地よいかかわりが必要となりました。外が嫌いなAちゃんが、背中をやさしく暖める3月の陽ざしに、ふと、振り向いて、にっこり笑って外へ出て行くようになるまでに、Aちゃん発、大人受けの集中的なかかわりが必要でした。大人とのかかわりなど必要のないような生活態度でいた子ども達が、決意したかのように、大人との集中的かかわりを求めて、もどってくる姿がめずらしくなくなりました。

幼い子ども達のひたむきな力を受けとめ、応えていくためには、保育者の氣力、体力も必要です。そして、幼い子のたくましいエネルギーに見合う、力を持った保育の場をつくっていくことが必要と思われます。

3 幼稚園における学習障害児の指導

—早期発見・早期指導をめざして—

（山王幼稚園）

山本 朋子

1. はじめに

自閉症や精神発達遅滞、ダウン症、脳性麻痺など、医学的にはっきりした障害ではないのに、充分配慮された保育活動にもうまくついていけない子供がいる。

多動であったり、不器用であったり、言葉が遅れていたりとその問題は様々である。しかし、その問題は、医学的に障害という診断が下されない程度度であるため、幼児期では、発達には個人差があるからと見逃されがちである。しかし、小学校に入って教科学習する段階になると、幼児期ではほんのわずかに見えていた差が大きく開いてくる。彼らの中には、学業不振に陥ったり、劣等意識を持ったりして、登校拒否や非行につながる場合もある。

そうなる前に、幼児期のあまり差のついていないうちに、できるだけ子供の持っている問題が軽減され、問題を補える部分を身につけていくことが望ましいと思われる。

今回の発表は、山王幼稚園での、このような子供の指導について報告する。

2. 当園の概要

当園では、昭和53年の開園当初より統合保育を行っている。これは、園長の「どのような子供にも平等に教育してあげたい」という理念の基に始まった。健常児と各クラスに1～2人ずつ入っている障害児が、幼稚園生活を共にし、関わり合いを持つ中で、互いに刺激し合い、学び合う大切さを重視している。そのために、保育者は常に、子供の成長を促すような環境づくりを心掛け、また、

個々の子供にそれぞれの目標を持ちながら実践してきた。しかし、入園してくる子供達の障害が多様化し、集団による保育だけでは問題に充分対処しきれなくなってきた。特に、障害の重度な子供や情緒障害と呼ばれる子供などは、問題が複雑で、よくわからない部分が多いため、専門的な知識や指導が必要となってきた。そこで、昭和57年より作業療法士による治療訓練が、保育の一環に組み込まれたのである。当初は、園内に訓練施設がなく、週に一回、姉妹園のなかのしま幼稚園に行き訓練を行っていた。しかし、移動に時間がかかるため不便であった。園の近くに訓練室があることが望ましいと考え、翌年より園内に訓練室を設けた。しかし、作業療法士は幼稚園職員ではなく、訓練以外の場面での指導を充分に行えない状態であった。そこで、これをより充実したものにするため、昭和61年より、作業療法士も幼稚園職員に加わった。現在、作業療法士は、個別訓練や、保育場面、日常生活場面などで関わりを持ち、子供の持つ問題の軽減にあたっている。訓練は、保育中に、子供の状態によっても違うが、約一時間、一対一の個人指導を行っている。保育では、障害の重度な子供のいるクラスは複数担任制をとり、障害児に合った関わりを持つことで、より充実した指導をしている。そして、訓練と保育での指導をお互いに把握できるように、昨年より週に一度、話し合いの場を持ち、お互いの専門的立場からの情報を交換している。また、母親からの情報や専門機関からの情報も加え、子供をより良い方向へ導くことができるように検討している。この話し合いは、障害についての知識を深め、現在の子供の状態を的確にとらえること、教師と作業療法士が一体となって指導していくことに役立っている。また、この話し合いでは、健常児への配慮についても検討している。この他、当園では、札幌肢体不自由児総合療育センターの子供が定期的に訪れる交流保育を行っている。これらにより、健常児に対する思いやりの心、助け合いの心など、最も適した援助の仕方が、身近な障害児に対してだけでなく育っていくようにしている。

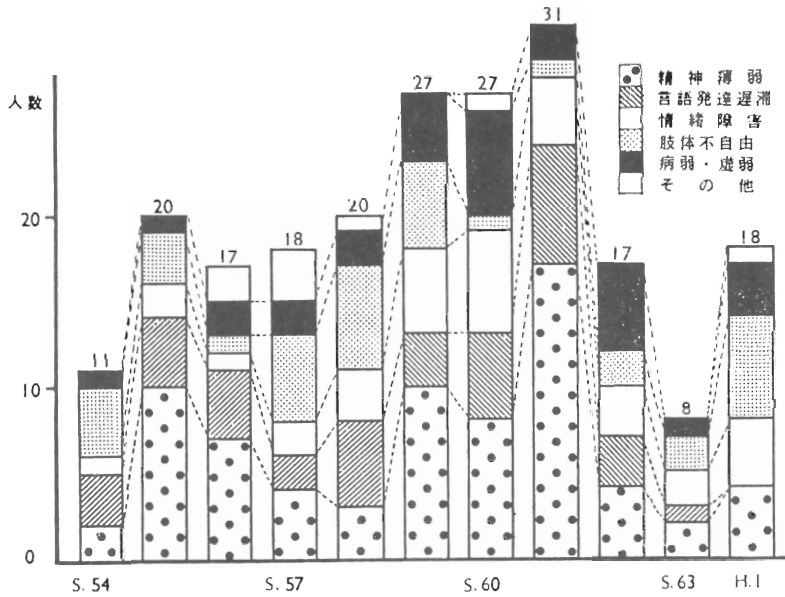


図1 障害別推移

図1は、各年度毎の障害別推移を人数で示したものである。これまで当園に在籍した障害児は、延べ213名になる。精神発達遅滞はどの年度にも多くみられ、特に昭和61年度までに多くみられている。これは、親が障害と気づかずに過ごしていた子供を親に理解させたものも含む。

これらの子供の保育での状態であるが、軽度の精神発達遅滞や言語発達遅滞などの子供は、教師の言葉掛けや段階に応じた指導法により、なんとか活動についていくことができる。重度な子供や情緒障害と呼ばれる子供などは、持っている問題が複雑であり、また多岐に亘っているため、充分配慮された保育活動でもうまくついていくことができない。これらの子供には、複数担任による指導や、作業療法士による個別訓練を行っている。しかし、これらの障害ではなく、また知的にも著しい問題は認められないにもかかわらず、落ち着きがなかったり、不器用であるなどの問題を示し、活動にうまくのれない子供がいる。

3. 学習障害について

図2は、「学習障害」の定義であり、全米学習障害法で定められたものである。前述の、障害ではなく知的にも問題は認められないのに、幼稚

(全米障害児教育法. 公法91-230号. 1969)
 特殊な学習障害をもつ児童は、話しことばや書き言葉を理解したり使用することを含む基礎的な心理過程の1つないしそれ以上に欠陥を示す。これらの欠陥は、聞いたり、綴ったり、計算することの障害として現われる。それらはいままで知覚障害・脳損傷・微細脳機能不全・失読症・発達性失語症と呼ばれてきた状態を包含している。この中には、主として視覚障害・聴覚障害とか運動障害によったり、精神発達遅滞・情緒障害・不遇な環境によったりする学習上の問題は含まない。

図2 学習障害の定義

園での活動にのれない子供達は、この定義にオーバーラップする部分が多いように思われる。簡単に説明すると、学習障害というのは、知的的には、普通の発達段階にありながら、知的には部分的な発達のかたよりのがあり、学力の習得や行動面でさまざまな不応答を起こしがちな子供を総称するもので、これらの障害は、生来的なものであって、中枢神経系の機能障害であると考えられている。

図3は、学習障害の主な問題点を示している。行動上、多動・注意散漫・周囲の刺激に左右され易く、次々と注意が移り変わる転導、活動から活動への移行が難しい固執などがみられる。運動面での問題は、左右の協調性、目と手の協調性、巧

- ・行動上の問題点：多動，注意散漫，転導性，固執性
- ・運動上の問題点：不器用
- ・知覚，認知面の問題点：視覚的
聴覚的
触覚的
- ・教科学習上の問題：読み，書き，計算ができない
- ・感覚統合上の問題

図3 学習障害児の問題点

緻動作など，運動能力に乏しい，不器用な点が見られる。知覚・認知面での問題は，特に，視覚的な部分に多く，背景となるものから一つを見つけ出す図と地の分化能力・丸いものはどこにあるとも丸いと認識できる知覚の恒常性の能力・空間での自分と環境との関わりを知る能力などにみられる。教科学習上の問題は，小学校に入ってから現れるが，読み書きや計算などが年齢相応にできないということがあげられる。運動・知覚・認知・教科学習の能力には，大きなバラつきがみられる場合がよくある。感覚統合上の問題は，図4で示す。これは，一番左の聴覚・前庭覚・固有受容覚・触覚・視覚などの様々な感覚情報がそれぞれに組み合わせられ統合されていき，最終的に子供がうまく幸せな生活をするために必要な機能・一番右の集中力や自信・教科学習能力などの最終産物を形づくっていく過程を示している。感覚統合の問題は，脳に何らかの障害があり，どこかの過程でつ

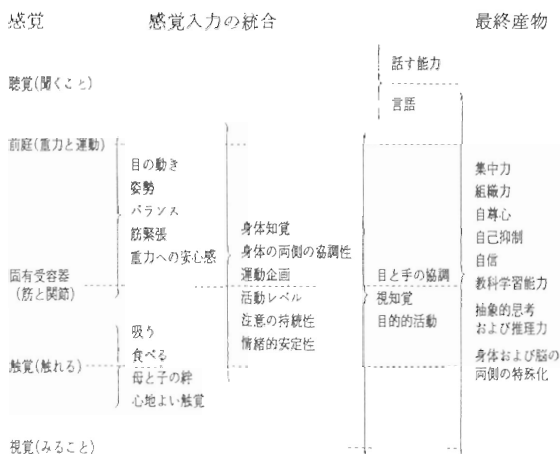


図4 感覚感覚入力の統合および最終産物

まずくため起こるものとみられている。例えば，触覚系の情報処理の過程に障害があれば，母親が子供を抱きしめたり愛撫したりしても，子供の要求を満たさず，母と子の絆をつくるのが難しくなる。そして情緒的な安心感が少なくなるなどの問題が現れる。このように，感覚統合上の問題は，つまりく段階によって違いますが，様々な行動上の問題を引き起こす。この他，学習障害の問題点として，言語上の問題・言葉の理解が困難ということがある。しかし，これらの問題を示す子供も，多くは加齢と共に，問題点が軽減したり，問題点を補う部分が現れたりする。しかし，完全に障害が消失するわけではなく，様々な問題を残し，そのため二次的な障害として，自信喪失や家庭内暴力など情緒的な問題を引き起こすこともある。しかし，適切な指導がなされることにより，様々な生活場面での適応性を身につけることができてくる。そのためには，より早期の発見が望ましいと思われる。

4. 当園における学習障害児の発見と指導

当園では，学習障害と思われる子供がどのように発見されているかという点，一つは，保育中，教師がおかしいと気づくことで，もう一つは，個々の子供との関わりを考えるために，少しでも子供の特徴を知ろうとして，4年前より始めたフロスティグ視知覚検査で問題がみられることである。

図5は，教師が，子供の示すどのような部分をおかしいと感じるかを示した。集団に入れない，活動に参加しない，多動，注意散漫，はさみがうまく使えないとか，折り紙が折れない，運動時に

- ・集団に入れない
- ・多動，注意散漫
- ・不器用
- ・言葉の遅れ
- ・乱暴をする
- ・絵が幼い
- ・簡単なルールが理解できない
- ・友達ができない
- ・指示の理解ができない

図5 教師が気づく点

動きがぎこちないなどの不器用な点、言葉が不明瞭でよく聞きとれないとか、話にまとまりがないなど言葉の遅れ、友達の気持ちが理解できなかったり、言いたいことがうまく言えずに乱暴する、絵が幼い、簡単なルール・順番や約束が守れない

などがあげられている。これらの特徴は、学習障害の定義にオーバーラップするものがあり、そこで作業療法士が子供の行動を保育場面・日常生活場面で観察する。

図6は、学習障害と思われる子供が発見される

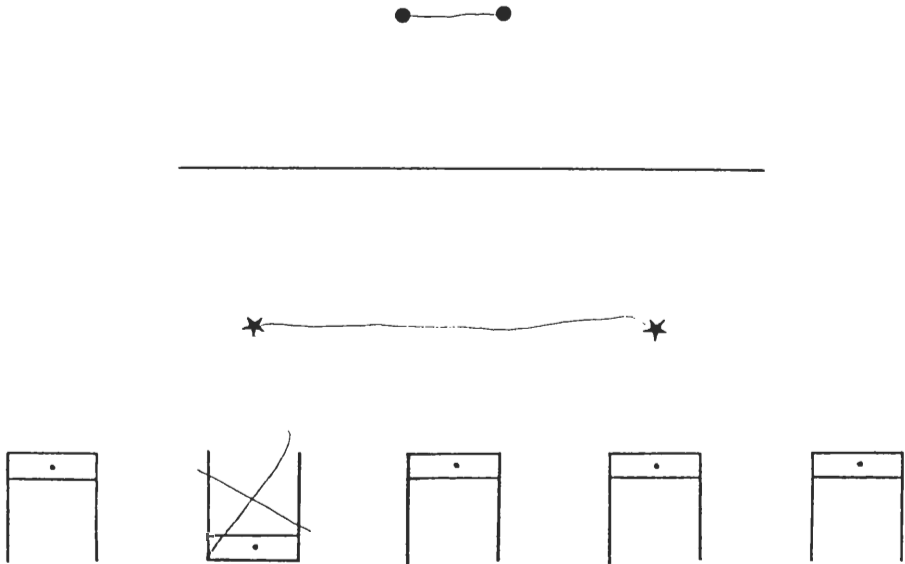


図6 検査側 1

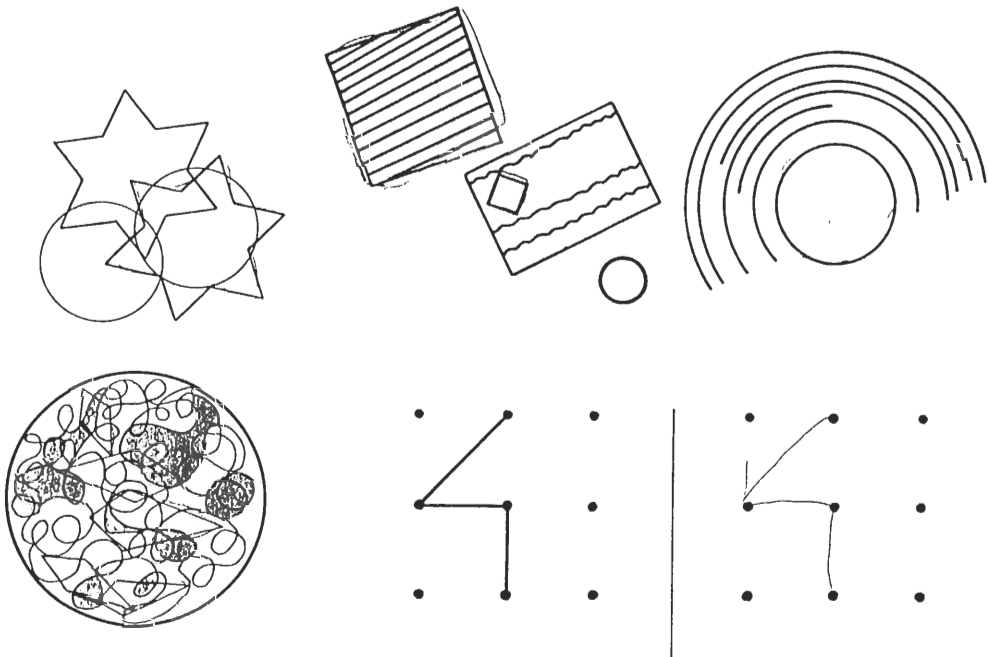


図7 検査側 2

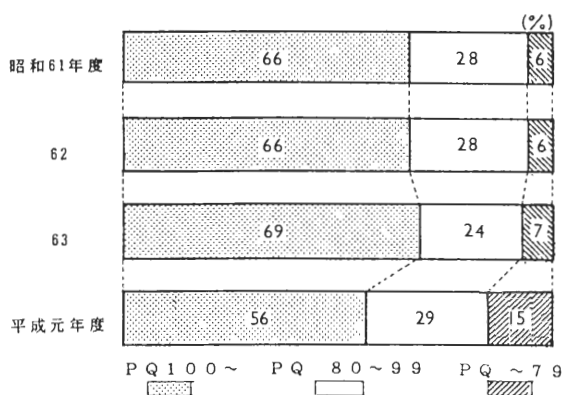


図8 フロスティグ視知覚発達検査の結果

もう一つの過程であるフロスティグ視知覚検査の内容例である。点から点にまっすぐ線を引くという目と手の協調性をみるもの、同じものの中から間違いを一つ探し出す能力をみるものである。図7は、背景となるものから、一つのものを見つけ出す能力、四角いものはどこにあって四角いと認識できる能力、空間の中で点と線の間隔を把握できる能力をみる。図8は、過去4年間の検査結果を示している。約70%の子供は特に問題はみられなかった。残りの30%の子供についても、わずかに視知覚能力・巧緻動作の能力・言語理解の能力が未熟な子供が含まれており、全員が問題を示すわけではない。また、PQ79以下を示す約10%の中には、非常に軽度の精神発達遅滞も含まれていると思われる。学習障害と思われる子供の大部分がPQ80~99を示した。この検査でみられる学習障害の定義にオーバーラップする問題というのは、項目毎の能力に大きな差があること、検査時に落ち着きがない、指示が理解できない、動作が遅い、姿勢反応が悪いなどの状態がみられること、結果があまりに低い値を示すことなどである。そして、この検査で問題を示し、前述の教師と作業

- ・南カリフォルニア感覚統合検査
- ・南カリフォルニア回転後眼振検査
- ・臨床観察
- ・WPPSI（知能検査）
- ・グドイナップ人物画検査
- ・ITPA言語学習能力検査

図9 使用する検査の種類

療法士の行動観察で問題のみられた子供に対しては、さらに詳しく、子供の状態が把握できる検査を行う。図9に示したのは使用する検査で、南カリフォルニア感覚統合検査・南カリフォルニア回転後眼振検査、臨床観察は、感覚統合上の問題を抽出するものである。この検査でみられる学習障害と思われる子供の特徴は、身体のバランスが悪く、粗大運動や巧緻動作がぎこちない。運動企画、これは運動する時、順序や方法を考える能力のことだが、これがうまくいかず、慣れないことをする時とまどいがちであるとか、左右を協調して使ったり、左右を判別したりすることが難しいなどがみられている。WPPSI知能検査では、大部分が正常範囲の知能指数を示している。グッドイナップ人物画検査も使うが、これは身体各部の概念化ができていのかどうかをみるもので、学習障害と思われる大部分の子供は幼い人物画を描く。ITPA言語学習能力検査でも彼らは低い水準にある。

当園では、以上のようなプロセスで学習障害と思われる子供が発見されている。そこで、これらの子供を指導していくわけだが、指導は、保育での教育的指導と1対1で行う感覚統合訓練を行っている。

図10は、子供を指導する際の注意点である。まず、子供の持つ問題点や能力を正しく把握する。問題点がわかったら、そのタイプに応じて指導すること、子供の問題の段階に応じて指導することである。また、子供の周囲の者、教師と作業療法士が一体となって指導することが大切である。

保育での教育的指導は、活動での子供のレベル以上の困難な部分に援助をし、できたことはほめてあげ、自信を持たせていく。また、問題となる行動には、いけないことを教え、どうすれば良いか、その方法を話し合う。

感覚統合訓練は、感覚情報を処理する過程での

- ・問題点・能力を正しく把握
- ・タイプに応じて指導
- ・段階に応じて指導
- ・子供をとりまく者が一体となり指導

図10 子供を指導する際の注意点

何らかの障害を、少しでも効率的にしようとするもので、感覚統合の問題を持つ学習障害に有効とされている。

保育場面での指導でみられる問題点に対して、感覚統合訓練の中で、その問題点を補えるような適応能力を身につけられるようにする。例えば、手先の不器用な子供で、折り紙がうまく折ることができない場合、訓練では感覚統合訓練遊具にのりながら、穴のあいた玉に紐を通すような活動を取り入れる。

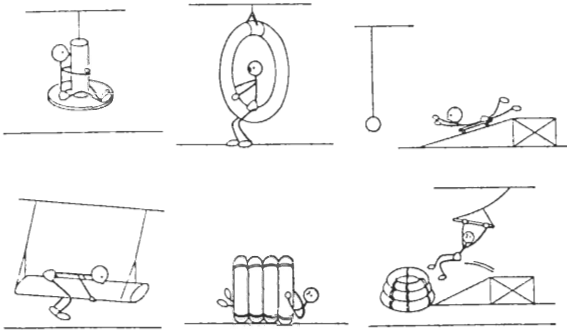


図11 訓練遊具

感覚統合訓練遊具は、図11に示すようなものがあり、それを使って、様々な感覚刺激を利用しながら適応反応、これは環境や状況に沿った反応のことだが、これを引き出す。そして最初、受身的だったものが自発的に、簡単なものが複雑になど段階づけをし、徐々により高次のレベルでの適応反応を導いていく。そして、その適応能力が生活の様々な場面で役立てられるように指導する。感覚統合訓練は統合保育の一貫であり、保育や集団の中で、自分を表出できるように、また、自己を確立することができるように、その手助けとして行っている。

以上のような保育での指導と、感覚統合訓練により、改善を示した子供がいるので報告する。

5. 事例報告

事例の概要を図12に示す。氏名S・U、昭和57・12・17生まれの女の子で、現在、市内の小学校普通学級に通学している。Sちゃんは担任がおかしいと気づき、詳しい検査の結果、学習障害と思わ

氏名：S・U（♀）
 生年月日：S57. 12. 17（6才10か月）
 普通学級，小学校1年生
 生育歴：妊娠中…貧血状態
 食中毒による腸捻転（7か月）
 流産しかける
 出産時…正常
 乳児期の状態…2～3か月早い運動発達
 言語発達も問題なし

図12 事例

- ・クラス：活動に参加しない
 発語量が少なく、自信のない態度で話す
 友達ができない
- ・家庭：落ち着きがない
 動作が遅くて人の倍時間がかかる
 友達が誘っても家を出たがらず一人で遊ぶ
 話にまとまりがない
- ・個別：動作がぎこちなく、手先が不器用
 自信がない
 几帳面で物事にこだわる

図13 初期の状態

れた子供である。生育歴として、胎児の脳の発達に影響を与えるような危険因子がみられる。

当園には、昭和63年4月に一年保育で入園した。初期の状態を図13に示す。担任がおかしいと気づいた点は、活動に参加しない、発語量が少なく自信のない態度で話すなどである。家庭では、落ち着きがない、動作が遅く人の倍時間がかかる、話にまとまりがない、などあげられているが、親はそれ程気にかけておらず、そのうちどうにかなると思っていた。作業療法士の行動観察では、動作

- ・フロスティック視知覚検査：PQ79
- ・知能検査（WPPSI）：言語性 67
 動作性 81
 全検査 68
- ・言語学習能力検査（ITPA）：4才11か月
- ・南カリフォルニア感覚統合検査
 感覚情報の処理が悪い
 運動企鵝がうまくいかない
 左右の協調動作が難しい
 利き手が確立していない
 左右の判別ができない
 片足立ち 右6秒，左2秒

図14 検査結果（5才5か月）

がぎこちなく手先が不器用、自信がないなどがみられた。詳しい検査を行った結果を図14に示す。視知覚面・言語面に低い値がでている。知能検査はIQ68と低い値を示しているが、検査時落ち着きがなく集中して行うことができなかつたため、信頼性に欠けると思われる。感覚統合検査では、感覚情報の処理が悪い、運動企画がうまくいかない、両側統合が不十分である、バランスが悪いなどを示した。

そこで、保育では活動を楽しめるように援助や言葉かけを行い、できたことはほめてあげるようにし、自信を持たせてきた。また、教師の介入による友達との関係をつくってきた。訓練では、バランスを要求される刺激や触刺激を与えながら、感覚入力に対する適応反応を促し、徐々に運動企画を必要とする活動を取り入れ、成功体験を与えてきた。Sちゃんは卒園時には大きな変化をみせている。変化を図15に示す。クラスでは、積極的に活動に参加するようになり、皆の前で話すことができるようになった。家庭では、友達と家の中で遊ぶようになった。話の内容がわかり易くなったということである。訓練の方でも、動作がスムー

- ・クラス：積極的に活動に参加
皆の前で話すことが出来る
友達と過ごすことが多い
- ・家庭：友達と家の中で遊ぶようになった
話の内容が分かり易くなった
- ・個別：動作がスムーズになってきた
活動によって使う手が決まってきた

図15 卒園時の状態

- ・学校：活動や集団から取り残されることが多い
自己主張が強くなってきた
友達とけんかをすることもある
- ・家庭：1日の様子を報告するようになった
動作をするとき余り時間がかからなくなった
友達と遊びに出かけるようになった
- ・訓練：左右の判別ができるようになった
模倣ができるようになった
片足立ち 右19秒、左6秒
- ・検査結果：ITPA 6才0か月（6才10か月時）

図16 現在の状態

ズになってきたなどみられている。しかし、主に運動上の問題、感覚統合上の問題が残っていた。就学後も訓練を受けることが望ましいと思われたが、公的な施設があまりないため、園で継続して訓練を行うことにした。現在の状態を図16に示す。学校では課題が複雑になったこと、時間的な制約が大きいなどのため活動や集団から取り残されることが多い、ということである。家庭では、1日の様子を報告するようになった。動作をする時あまり時間がかからなくなったなど、以前の問題が軽減されている。訓練では運動企画、バランスなどで改善がみられている。

これには、幼児期のうちに早期に発見できたこと、適切な指導ができたことが大きいと思われる。また、統合保育による健常児の障害児に対する最適な援助の仕方が役立ち、Sちゃんに影響を与えたことも考えられる。しかし、今後ますます複雑になっていく教科学習への適応が問題になってくる。そのためには、現在のような母親を通しての学校の状態把握ではなく、学校・訓練・家庭とが協力して一体となり、Sちゃんの指導法を考えていくことが望ましいと思われる。

6. おわりに

今回の報告で、学習障害は、早期に発見され、早期に適切な指導が行われることが大切であると理解頂けたのではないだろうか。学習障害に対する関心や理解が低いために、このような子供が見逃されてしまうことがないようにしたいものである。そのためには、医学的に障害と認められ、また、社会的な問題としてとらえられることが望まれる。それにより、学習障害への関心や理解が高まり、保健所健診や親からの訴えにより、早期に発見することが可能になると思われる。そして、医学的な治療が受けられ、例えば、学習障害に有効とされている感覚統合訓練を行う公的な施設が増えるかもしれない。また、学校教育も、学習障害に合わせた教育の場、指導法を充実していけるのではないだろうか。しかし、これらは、まだ先のことのように思われる。そこで、幼稚園では、

より充実した指導を考えていきたいと思う。保育と訓練がより深く連携をとり、子供の状態の変化に応じて、より適切に対応できるように考えていきたい。しかし、これは幼稚園内のことで、家庭との協力体制となるとまだ不十分なところもある。それは、何となくはわかっているのに、自分の子供のわずかな、しかし大きな障害を認めたがらない親に理解してもらうことが難しいこともある。しかし、協力体制がとれ、就学後も学習障害と思われる子供を追跡して調べていくことができれば、大いに今後の障害児の指導の参考にできると思う。しかし、現在、当園では学校との連絡がうまくとれていないため、家庭との協力の問題と共に今後の課題となっている。

当園では、これからも、職員一同の学習障害に対する知識と理解を深め、また、統合保育を実践している幼稚園でもあるので、クラスの子供と共に成長することができるように、子供達皆が自分の持っている能力を最大限に活かせるように指導していきたいと思う。

そして、小学校では教科学習においても、生活面においても、クラスの子供達と一緒に楽しく過ごせるように、頑張れるように、と願っている。

4 ま と め

（札幌めばえ幼稚園）

松 岡 千賀子

（道立保育専門学院）

岡 本 侑 子

第3分科会はタイトルを昨年までの「障害児保育」から「保育」へと改め、今、乳幼児保育に求められている様々な課題への視点を広げて始まった。

3本の発表を柱にフロアーとの活発な意見交換が求められる状況で会は出発した。提言者による発表とその補足の後、フロアーからの質問や疑問そして共感の声を聞きながら、狭い体験ながら過去の保育が鮮明に浮んできた。

昭和38年

3才児30数名の子ども達と、保母4年目をスタートした時です。

公でのある研究会の後、各園での問題児（恐ろしい程簡単にこの言葉を使っていた）について話題になり、少しの躊躇もないまま、150名の2才から6才までの子どもの中から、我がクラスの3才女児を“手のかかる問題の子”をイメージして話し出していた。

二人姉妹の姉である彼女は、当初から使用人や祖父母等の多くの人に可愛がられ、身長はあるもののとてもか細い身体で入園してきた。自分の興味あるものには“なーに”の連発で良く質問してくるが、こちらの応答は待つ風もなく意に介してもいない。こちらからの働きかけにはオウム返しがあるだけで、会話は成立しなかった。そんな訳で子ども同志のあそびには無関心が多く、クラス唯一の大人である担任の側が安定の場であるのか常に周りにいた。

特に朝・夕の実に様々な活動が展開している自由あそびの時間帯では、左手を口に突っこみ、もう一方の手でその手首をにぎりながら遊びの中を漂っていた。（退屈な時に良く見かけた行動）クラス保育が始まると自分の席につき、皆んなと一緒に活動をしようとした。

他の子どもが喜ぶお弁当やおやつ時間は彼女にとっても私にとっても一番の苦手でした。

家からのお弁当は彼女の好物が最も食べやすい状態で調理され入っているが、園からの補食（おかず）や三時のおやつは彼女の都合に関係はなく苦痛でした。中でも困難を極めたのは固形物、つまり形がはっきりしていて噛むという作業を明らかに必要とする食品に対しては口を開かずに、優しい笑顔で強力に拒否します。そこで私はその笑顔の可愛いさを認め同時にその笑顔を保つためにも、おかずやおやつが如何に必要なのかを伝えるために必死に知恵をしぼった。見かねたのかどうか子どもたちが発声と同時に「アーン」と口を開け食べものを口中に投げこむ様子をした時、彼女もアーンと口を開いてくれた。その一瞬に私が投

げこむという軽業(?)で、慣れたのか徐々に抵抗を無くし多くのものを食べられるようになった。この様になさけない現状に手を焼いていた矢先の“問題の子”発言だったのでした。

数日後の職員会議で「科学的根拠も無しに勝手に問題児をつくらないこと」と園長より指導を受けた。

声の美しい彼女は楽符が載っている絵本を見つけて来ては、部屋のオルガンで弾くよう要求し、その私の背中によって唄うのが何より好きで八分や十六分音符のものでも通常の会話よりうんと滑らかに唱ってクラスの人気者でもあり、問題の子であるが排斥はしていないという自負で自答するという幼さで、園長の言葉の奥を理解するには相当の時間を要した。

昭和43年

出生時母と死別し、乳児院をへて入院し2年目の4才男子の言葉の獲得について、父親はもとより園でも思うにままならない状況に苦慮し、通常の保育会議とは別に学習会を持つ事とした。

当時札幌教育大の集中講義にいらした柚木先生(岐阜大学)を迎え、月1回のこの会に他の園からの参加も含め10数人という小さいものだったがその分意見交換もスムーズに行われた。

そんな中でもすると“言葉の指導”の近みちを急ぎたくなる私達に、柚木先生は噛んで含める様に「くれぐれも言葉だけ抽出して指導しないこと、今大切なことはむしろ生活やあそびであり、彼とどうかかわり、彼が何をどの様に感じるのかである」と訴え、家庭(朗らかな父親とおっとりした小学生の姉)や園での生活や遊びの内容が言語面においても“如何に豊かであるのが大切である”と説かれた。

私達は彼が使用する(もっと言うと選択する)道具や遊具や生活体験等について研鑽し、絵カード、双六、積木等親しみのある身近なものに変化させて準備し、一つ一つ彼の力による獲得を見守った。

これにより日々の保育が客観化され、視点が広がると同時に子どもが解放されていった。

私達はそれまで何故狭い空間や小さな物差しで子どもの可能性を計ろうとしたのか、熱心なあまり部分を全体として見たり、時には性急なあまり閉鎖的でさえあったのではと反省し、一次元的物差しの恐さを知った。

昭和46年

実践の場から養成校に移った。

対象がそれまでの6才から急に18才になり、種々戸惑いも多いが、中でも青年の主体性のなさに驚いた。時が経つにつれ、その主体的行動力の欠乏要因が少し見えて来た。彼女等は他者との比較において同じでない事を不安がり、あげくのはての自信の欠如であった。そしてこの事は演習や実習等において必要以上に失敗を恥じたり恐れたりという姿で現れ、私はこの次に現れる行動を危惧した。

できない事ができるようになるのは大きな喜びです。保育が求める体験はどのようにしてできるようになったのか(なるのか)であり、あまたある方法から環境(人的・物的・自然的)を媒体に子どもの自発的な活動としての遊びや探索活動(悪戯でもある)を通して選択して行くことです。これら遊びや探索活動(悪戯でもある)こそ自発的活動そのものです。ところが失敗を恐れたり、良しとしない保育ではこの大事なポイントを欠落させたまま、勢い大人の計画(予定)による指示を優先させた直接的指導を求める傾向が強くなって来る。

明年4月から幼稚園教育要領及び保育所保育指針が改良され実施の運びになる。ここでは、際立って明記されたいくつかがあるが、環境を重視し、子ども自身による自発・意欲・主体的活動を尊重し、個の発達に即して一人一人がその時期にふさわしい生活を展開し必要な体験をするとある。

それは、現代社会における子どもの発達や生活が最も根本の所で脅かされているという認識による悲痛な叫びでもありません。さらに子どもの主体性が十分に発揮されるための大人の行動は間接的援助というむしろ消極的に見える様をも強調しています。

また、保育内容の観点である六領域が本筋を逸脱して小学校の教科的扱いだった事を認めたので抜本的に改め五領域で示された。

新しくは人間関係・環境・表現があり身近な環境で人とのかかわりを深めつつ相手の心を汲むという思いやりに気づかせ、その芽ばえた感性をさらに素直に表現できる心身の育成を願っています。

これからの保育を考えるとこの基本線を大切にした、生活の場がどのような状況の子にも円満な育ちを保障するための豊かな遊びを選択できる多様な要素のあることが条件になります。又、子どものもつ各々の状況を援助するには、保護者や家庭の状況、地域の状況などへも目配りをし、保育する方向性を位置づけ育てなければならない。

特に何らかの状況への対処（早期の気づき・診断・治療等）についてはより広範囲での科学的な理解のためにも専門機関との連携を計りながら役割を持ち合う、という慎重な態度での援助を心がけたい。

数学者の広中平祐先生が「教育探検」という本の中で、絶望族をつくる価値観という表現で、特に初等教育の段階での非常に大きな問題が一つ、癌みたいなものがあると言っている。その癌とは何かと言うと、受験・大学入試というものを頂点にした、非常にハッキリした一次元的な考え方・何かコースが決まっているんだという、そういう考え方を若いいろんな可能性を持った子どもたちに押しつけている。いろんな価値観まで一次元的に決めつけているという、そういうことの圧迫感が子どもたちの自然な成長に非常に大きな歪みを作っているのじゃないか……。

この歪みの育ちを防ぐ事が方向性であり課題でないだろうか。小さな細い一次的な物差しで子どもを計る事のないよう、相手（子）の額分に立った多面的、多次的価値の発見を継続しながら、真の子どもの解放を目ざして行きたいものである。

（文貴・岡本）

テーマ 早期療育施策の動向

演 者
(研究会会長) 伊 藤 則 博
座 長
(旭川女子短大) 小 倉 硯 員

1. はじめに

昭和62年9月、北海道は保健医療、療育関係者、学識経験者など10名で構成する『障害児早期療育調査検討委員会』を設置し、本道における心身障害児の早期発見・療育体制の整備と充実に向けて検討を重ねてまいりました。

この委員会が実施した本道における障害児の状況に関する実態調査の結果、および早期療育の動向と課題の整理ならびにシステム化の方向の概要については、昨年11月の本研究会第2回大会で道生活福祉部の熱田洋子氏が報告し、その内容をそのまま機関誌第2号に掲載いたしましたので、お眼通しの方もあろうかと存じます。

さて、検討委員会の本報告は昨年12月5日と本年3月31日の2度に分けて北海道知事あてに提出されました。

2. 早期療育の課題

この報告書において、対策を要する早期療育の

課題が10項目にわたって提起されておりますが、それらを項目だけ申し上げれば、

- ①障害の予防対策
- ②障害の発見にかかわる諸問題の改善
- ③相談機能の充実
- ④療育資源の不足と偏在の解消
- ⑤健診、相談、療育、保育、教育の連携や一貫性の不足の改善
- ⑥総合的療育すなわちチーム療育の拡充
- ⑦療育関係者の養成と研修システムの整備
- ⑧地域療育圏域設定の必要性
- ⑨圏域内および圏域間のネットワークシステムの形成
- ⑩難度の高い診断と療育、研修、技術援助を担う中核施設の整備

でありました。

これらの10項目にわたる課題に対処するために委員会は、対象者の身近な地域における療育を確保・充実するというを基本として、この広域の本道に第一次から第三次までの療育圏を設け、

それぞれの地域における療育資源や早期療育機能の整備、療育推進体制の確立やマンパワーの養成確保、そして圏域内・圏域間のネットワークづくりについて、具体的に提言いたしました。(資料1)

この場合、第一次療育圏というのは保健所の圏域などを考慮し、札幌市を除いた道内211市町村を約70の区域に線引きし、第二次圏は生活経済圏と児童相談所の担当区域から考え、全道6圏域、第三次圏は全道域といたしました。

3. 早期療育事業

さて、北海道は検討委員会からの報告を受けて、平成元年度に次の4つの項目について制度化し、総額4,700万円の予算づけを行いました。この内容は、私共が報告書で描いた諸課題に対する抜本的な対策の実施というわけにはまいりませんが、道行政としては画期的なことであると、私は思っています。

この度施策化された事業の内容を、末尾(資料2)に示しましたが、その第1は市町村母子通園センター事業(通称、ミニ通園事業)であります。これは、前述した療育資源の不足や偏在を補う緊急度の高いものですが、道単独事業として計画されました。

御承知のように、通園に関しては国の事業である通園施設(肢体不自由と精神薄弱)が道内13ヵ所、通園事業施設が16ヵ所ありまして、それぞれ活発な療育活動を行っておりますが、これだけの施設ではとうてい全道をカバーすることはできませんし、通園施設を持つ大中都市でも法的にもっと融通の効く事業が求められてきているということもありました。

そこで、これらの課題に対処するため今後3～4年間に毎年15ヵ所程度のミニ通園事業施設を設置し、一次療育圏における早期療育(相談を含む)の前線基地としようというものであります。

要綱では、週5日以上開設、対象児数10名以上、療育担当者3名というレベルから、規模の大小により4つほどのランクづけがあるようですが、こ

の事業が発展して国の基準(対象児20名以上、毎日開設)を満たすようになれば国の通園事業に移行させていこうという方針であります。

なお、これは私見ですが現在16ヵ所ある通園事業施設も条件が整えば、財政的にも有利な通園施設へと移行させていく方向が求められてよいのではないかと考えます。現在、通園施設に存在した障害種別、判定基準、単独通園等のリジッドな制限が法的に緩和される方向で国が動き出していますので、近い将来通園事業と通園施設の連続性ができるようになることも予想されるのです。

さて、このミニ通園事業について、本年度予定した15ヵ所について、ほぼ目途が立ったといわれます。事業開始(予定を含む)地区を紹介しますと、上の国、石狩、倶知安、名寄、滝川、旭川、士別、留萌、美幌、伊達、浦河、静内、音更、弟子屈、中標津であります。平成2年度実施の準備に入っている地区も十分見込まれますので、この項目は順調に船出できると考えています。なお、名寄市の事業は、間もなく国庫補助事業に移行する予定と聞いています。

第2の項目は、これも年次計画ですが第二次療育圏の主たる機能である一次圏への支援、すなわちやや高度の療育と技術支援、研修を担う地域療育センターを本年度2ヵ所指定・整備し、前者については道単新規事業として巡回療育訓練事業を加え、後者については3つめの項目である療育関係職員研修事業を実施しようというものです。

今年度は、おしまコロニーと道立太陽の園を地域療育センターとして指定し、巡回療育訓練は既にスタートしており、又職員研修についても太陽の園では10月23日から一週間、15名の参加で行われ、おしまコロニーを会場にした研修の方は11月27日から実施される計画です。資料にある25名×4回は、今年度25名×2回実施とし、期間を倍にいたしました。

なお、地域療育センターは残る4圏域について平成2年度中に指定する予定であると聞いております。また、地域事情から考えて1つの圏域に複数のセンター設置もありうると考えていることを

つけ加えます。

ところで、療育関係職員の研修に関しては、中核施設の整備を待って、より高度の内容のものが実施に移される計画になってはいますが、この中核施設の整備・拡充については事務段階で既に検討に入ったと聞きます。

次に、第4の項目は地域療育推進体制整備事業という名のものではありますが、これは第一次から第三次までの療育圏域について、それぞれの圏域内の障害児の状況把握や療育ニーズ・療育システムの把握と検討、地域療育計画、圏域内支援活動等を行う組織づくりについての事業であります。

第一次療育圏においては、国の認可の心身障害児通園事業を実施している16の地域と、平成元年度にミニ通園を行う15ヵ所合計31ヵ所について組織づくりのための助成を行うというものです。従って、これは第1の項目とセットで考えられているものです。

第二次療育圏の推進組織2ヵ所の内、道央圏は7月に発足し、道南圏は現在準備中と聞いております。

第三次圏の推進体制は、この8月に発足し、全道的な視野で検討に取りかかりました。

なお、検討委員会で線引きした一次圏は柔軟に考えておりますので、地域の実情に応じて変更可能なものであるとお願いしたい。委員会は、本当は全市町村に療育の受け皿があるというのが理想だと思っておりますので、小さい自治体でも単独実施というのであればそれは大歓迎なのです。

4. おわりに

このような内容で、早期療育にかかわる新規事業がスタートしましたが、今年度は何分道議会の議決が遅れまして、年度予算の執行が大幅にズレこみ、自治体や関係機関、関係の方々に十分な周知と準備期間がなく発車したかたちになりました。そのため、各地で幾分混乱があったり、不徹底があり、申し訳ない次第ですが、新しい試みですのでこの制度の運用はできるだけ柔軟に考えておりますし、年度を重ねて充実させていきたいと考え

ていますので、それぞれの地域の実情に合わせて進めていってほしいと願います。

終りになりましたが、この新事業の実施に当たり、コーディネーターとして大変御苦勞いただいたのは各地の児童相談所と支庁の社会福祉課、そして保健所の方々であります。忙しい日常業務に更に急ぎの仕事が追加されて大変御苦勞をおかけしたことをお詫びいたします。また、本研究会の会員の中にも、この事業に深くコミットいただき、御支援いただいている方々が沢山ございます。この場を借りて、お礼申し上げます。

この新しい事業のミニ通園や推進組織にかかわる方々が、この研究会にもどんどん参加いただき、本会と地域療育が共に協調しながら前進していくことを祈念して、私の話をしめたいと存じます。

〈資料1〉

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	域
	榎敦市町村または市町村（概ね60～70）	地域生活経済圏（道央を除いて見相圏域に一致）	全	道 域
	ポ イ ソ ン ト	ポ イ ソ ン ト	ポ イ ソ ン ト	関 係 機 関
区	<p>榎敦市町村または市町村（概ね60～70）</p> <ul style="list-style-type: none"> 1歳6ヵ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 病院 病院 診療所 保健所 市町村保健センター</p>	<p>関係機関</p> <p>地方センター 病院 病院 保健所 児童相談所 児童施設</p>	<p>関係機関</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、大学病院 早期発見、早期療育に関する関係者への援助マニユアルの作成</p>
	<p>超過保護児の事後指導体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 親をサポートする相談・指導体制の整備 特殊教育諸学校における教育相談の実施 	<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 児童施設 特殊教育諸学校</p>	<p>特殊教育センター 総合相談体制の充実 相談機関関係者の研修の実施</p> <p>中央児童相談所 談所</p>
分	<p>心身障害児通園事業の拡充</p> <ul style="list-style-type: none"> 養護学校（精神障害）への幼稚部の設置の検討 障害児保育の拡充 療育関係職員の研修の充実 推進体制の整備 	<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 障害児施設 特殊教育諸学校</p>	<p>心身障害児総合療育センターの整備</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員養成、研修機会の充実 第一次、第二次療育圏への支援体制の充実 推進体制の整備
	<p>市町村における母子保健、福祉、教育関係者、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>北海道4部局、小児総合保健センター、療育センター、特殊教育センター、療育関係者</p>	<p>北海道4部局、小児総合保健センター、療育センター、特殊教育センター、療育関係者</p>
<p>コーディネーター（調整役）</p>	<p>家庭児童相談室又は保健婦</p>	<p>児童相談所</p>	<p>道生活福祉部</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>	

<資料2>

障害児早期療育システム推進事業費

1. 事業目的

本道における障害児療育の充実を図るため、一次～三次までの療育圏を設定し、それぞれの圏域における療育機能を充実することによって、障害児の早期発見から早期療育に至るシステムの整備を進める。

2. 療育圏の設定

区分	定義及び機能	区域及び区域設定の考え方	圏域数
第一次療育圏	日常生活に関わる利用頻度の高い療育ニーズに応える区域 ・早期発見のスクリーニング ・日常的な相談、療育訓練、指導	複数市町村あるいは市町村 ・保健所圏域を中心 ・通園可能な片道1時間半程度 ・人工概ね3万人以上	67 (札幌市を除く)
第二次療育圏	第一次療育圏を支援するとともに専門性の高い療育ニーズに応える区域 ・専門的な相談、診断、治療、判定 ・母子の短期療育訓練 ・第一次圏への巡回療育相談、訓練	地域生活経済圏 ・児童相談所圏を中心	6
第三次療育圏	第一次、第二次で対応できない高度、専門的な療育ニーズに応える区域 ・高度、専門的な相談、診断、判定 ・高度、専門的な治療、療育、訓練 ・療育関係職員の養成、技術講習 ・第一次、第二次圏への支援	全道域	1

3. 事業概要

(単位：千円)

区分	実施圏域	事業概要及び事業計画	元年度予算		
			箇所	金額	
市町村母子通園センター事業費補助金 地域療育センター整備事業	第一次療育圏	・療育の場が不足している第一次療育圏で母子通園事業を実施する。 ・将来は国庫補助へ移行	15カ所	38,670 (38,670)	・今後、各年度15カ所程度新たに補助する。 ・3～4年で全道をカバーする。
	第二次療育圏	・既存の精神薄弱児施設等に第一次療育圏に対する支援機能としての巡回相談などの機能を付与して地域療育センターとする。 (1) 短期療育訓練事業(国庫補助事業) (2) 巡回療育相談事業(国庫補助事業) (3) 巡回療育訓練事業(道単新規事業)	2カ所 (道央・道南)	1,386 (1,144)	
地域療育推進体制整備事業	区分	主な役割	主な構成員		・心身障害児通園事業(国庫補助) 16カ所 ・母子通園センター(道単補助) 15カ所 計31カ所
	第一次療育圏(67カ所)	・地域の障害児の状況や療育ニーズの把握 ・ケース検討	・市町村・療育関係者 ・医師・保育関係者等 20名程度		
	第二次療育圏(6カ所)	・圏域内の実情把握と今後の推進方針、方策の決定 ・第一次療育圏で処遇が困難な児童の処遇方針の決定 ・第一次療育圏への支援	・児童相談所 ・地方センター病院等 ・児童福祉施設 ・地域療育センター等 20名程度		
第三次療育圏(1カ所)	・全道的な療育の状況、ニーズ把握 ・全道的なシステムの企画、推進 ・第一次、第二次療育圏への支援方策の企画推進	・道 ・小児総合保健センター ・総合療育センター ・特殊教育センター等 15名程度			
			合計	46,361	
			特定財源	242	
			一般財源	46,119	

〔関連新規事業〕

○社会福祉関係職員研修事業(関係新規事業分：社会老人課所管)

(単位：千円)

区分	事業概要	対象者	元年度予算	
			対象人員	金額
地域療育関係職員研修	・第一次、第二次療育圏の関係職員の資質の向上を図るための研修を実施 ・北海道社会福祉研修所に委託(北海道社会福祉協議会)	・肢体不自由児通園施設職員 ・精神薄弱児通園施設職員 ・心身障害児通園事業職員 ・母子通園センター職員 ・市町村単独通園事業職員	25人×4回 実施	477 (477)

シンポジウム

〈テーマ〉 現場実践と地域療育のネットワークを考える

〈シンポジスト〉

- 石城 赫子（早来町保健婦係長）
 村川 哲郎（おしまコロニー幼児トレーニングセンター）
 小嶋 茂（中央児童相談所判定課長）
 堀岡 英機（第2はとポッポ保育園長）

〈指定討論者〉

- 佐々木 明員（道立太陽の園指導課長）
 伊藤 克実（札幌たかだ保育園長）

質疑とまとめ

- 座長：阿部 哲美（千歳市総合福祉センター）
 後藤 和広（静内ペテカリの園）
 記録：柏原 麻美（北大乳幼児発達臨床センター）
 岩倉 保範（札幌みなみ幼稚園）

1 現場実践と 地域療育を考える —市町村保健婦の立場から—

（早来町保健婦係長）
 石城 赫子

1. はじめに

私たちが住んでいる日本には、世界にも誇る事ができる素晴らしい憲法があります。この憲法が空文であってはならない、憲法で国が国民に約束していることは守られなければならない。特に第25条の内容を頭に描きながら、公務労働者のはしくれである私は、いつもそんな風を考えてきていたように思います。

「保健」という分野で働いている私は、いつも、この「療育」という分野で働いている方々の前で圧倒されます。それは1人1人異なった障害の形

に対応する専門家としての力量の大きさや深さの故なのでしょう。大勢の子供たちの中から、凝縮された問題を一身に背負う形で現れてくる障害児を受け入れる厳しい現実と向き合おうとしている熱意の故なのでしょう。あるいは障害を未然にくい止めるための十分な手だてを、私ども保健の分野で果たし得ていないという自責の念の故なのでしょう。

今日はそんな気持ちから一步踏み出して、早期療育を豊かに発展させるにはどうしたらいいのか、主にシステムティックな面になるかと思いますが、一緒に考えさせていただきたいと思います。連携をとる、と申しますが、連携というのは事業を共同で実践していく経過の中からお互いの事業に対する認識ができていく、形成されていくわけです。云いかえれば、共同で事業を実践する方法の模索であろうと思われます。

2. 早来町の幼児教室

北海道内212の市町村のうち半数以上が人口

5,000人以下の自治体であるといいます。過疎化の波をまともに受けている他の市町村と同じ様な悩みを抱えながら、私共もいろいろな事業に取り組んでいるわけですが、早来町の早期療育事業の経過と実態を報告しながら、早来町に住み続けたいと願う人たちにとって住みよい町とは何かをも考えてみたいと思います。

(1) 幼児教室発足までの経過

早来町での保健活動の歴史は比較的浅く、昭和49年に2名の保健婦が配置された時から始まった、と考えていいと思います。保健活動の中で、乳幼児検診などを通じて「気になる」、「心配だ」というお子さんたちに対して保健婦が個別の相談——つまり、何ヶ月に1回か家庭へお邪魔しては親御さんに助言をする。近隣の大きな町の治療教室の指導員の先生の「個人的な行為」にすぎりついていて、区域外の子であっても通園指導を受けさせてもらうために暗黙の了解をとりつける。更に年令が加わると、集団生活の場を確保するということから、保育園への入園が認められるよう調整に奔走する。どこの町の保健婦も同じと思いますが、このような努力をくり返していました。

早来町に幼児教室が誕生したのは、「地元できちっとした受皿を」と早期療育の必要性を認識し、準備をした上で作ったというわけではなく、むしろちょっとしたきっかけから、とっていいと思います。

昭和55年の春、たまたま、それまで私たち保健婦が地域でとっていた障害児への援助の方法では全然通じないような重い情緒障害をもったお子さん、K君が早来町に2歳で転入してきました。比較的高齢になって初めて恵まれたK君が重い自閉症だったことから、お母さんだけでなく家族も混乱しており、保健婦だけではどうしようもありませんでした。保健婦が町の精薄者相談員に相談したところ、お子さんの扱い方、対応のしかたについて具体的に御指導しましょう、と施設の中の若手の方を中心に指導グループを作ってくれました。しかし、K君のお母さんはそのグループが自宅へ伺うことを拒否されました。皆で考えた末、公民

館だったらいいかもしれない、1人じゃつまんないから大勢集まろうよ、ということで、いわゆる「経過観察児」数名が集まり、その中へK君たちもどうやら参加されるようになった、というのが発足のきっかけでした。

(2) ボランティアで

以来8年間、担当する人、場所、内容、いろいろ変わっていますが、途絶えることなく続けて運営することができました。大勢の子どもたちがここを通過していったわけですが、これには早来町内にあって、地域に根ざした活動をと頑張っておられる第2富門華寮という施設のバックアップがあったからです。私たち保健婦が必要だと思っても、予算の伴うことについては理解と財政上の保証がなければ難しいのですが、この方々にずっと無償で支えられてきました。

人口5,700人の早来では、ボーダーラインのお子さんたちを含めてもそう何人もの対象児がいるわけではありません。また、こうしたお子さんをもつ親は、自分が悪いわけでもないのに控え目で遠慮がち、要求を声にするということもありません。担当者としての私たちの努力の足りなさもありました。指導を担当してくださった方々の善意と熱意に支えられて継続はしてきましたが、公の制度として根を張ってはいませんでした。

(3) 場所ができて市民権が確立

何とはなしにひっそりと遠慮がちに、しかしここだけをよりどころにして毎週必ず集まってくるお母さんたち。この母子にとって、もっと居心地よく、もっと堂々と胸を張って参加できるようにすることが私たち行政に働く者の役割の第一歩だと考えました。それには町の行政機構の中にきちんと認められる形として条例なり要綱なりが定められなければなりません。

殆どの市町村が、学校教育の一部としての特殊学級を拡大して利用している早期療育というのが実態ですから、独自の条例、要綱を定めてはいけません。こういう状況の中で、早来町が率先して制定するまでに早期療育事業に対する理解が得られてはいませんでした。

昭和61年12月になって役場庁舎の隣に保健センターができて、この時専用ではありませんが、幼児教室のための場所が確保され、遊具なども整いました。暖かい日には役場庁舎も幼児教室も窓を開け放つので、子供たちの歓声や「始めの歌」などが庁舎に居る人たちの耳にもしっかり届くようになりました。8年間の実績は動かすことのできない存在感をもって迫ってきています。

場所が確保されたことにより徐々に市民権を獲得し、近日中に「幼児教室の実施主体は早来町である」とする要綱が認められる予定です。

(4) 幼児教室の反省・課題など

幼児教室を運営してきていて、いろいろ困難にぶつかりますが、とにかく「困った時は担当している者が十分話し合う」ことによってきり抜けてきました。いくつかの問題点をあげてみます。

①担当する人が変わっても実施内容が後退しないようなしっかりした制度を作っておくこと。制度は又、人の関係の中で生かされたり死んだりするわけですが、最低限度のきまり、という意味で実施要綱を定めたいと思います。

②ボランティア依存からの脱却。子供の健やかな成長を保障する公的責任、自治体としての責任を考えますと、無償で8年間も指導を受けてきたということは担当者としての怠慢を責められなければなりません。しかし、一方では、ボランティアのおかげで実績を積み上げたからこそいま、という思いもあります。

③保健所・児童相談所の活用を。

乳児健診—1・6健診、3歳児健診、歯科対策—いろいろな行事をとおして地域の子どもたちを町の保健婦だけではなく、保健所の多くの専門職種の目をとおして見守ってきています。気になるお子さんについてはチームで検討し、具体的な援助の場として幼児教室が待っている。こういう状況の中で、児童相談所を法的な措置を受ける時に決定をしてもらい役所としてしか考えていなかったわけですが、療育に関するまさに専門家が配置されている役所なのですから、もっと現場に来て相談に乗っていただく努力を

すべきではなかったか、という反省があります。

④次にカリキュラムの問題ですが、教室の運営の中でカリキュラムの決定が最も大変です。更に事前の教材の準備など、通ってくる子どもたちが変わり、状況が変わっていく毎に暗中模索、手探りの連続でした。その辛い作業を逃げて、苦勞を指導員の先生のみにおまかせし、お客さんのような顔をして参加する保健婦に「役割を明確に、カリキュラムは共同で」と迫られる場面もありました。

⑤専任の指導員を確保すること。健常児の教育でさえも専門家が必要なのに、ましてやその交流がスムーズにいかない障害児の療育を片手間にできるわけではない、ということです。このことは早来町の実態のワクの中だけで考えると解決の望みすら湧いてきませんが、親の運動なども含め、将来に向けての可能性、展望としてきちんと押さえておかなければならないことだと思います。

3. 市町村母子通園センター事業に関して

今年3月、厚生省の社会福祉関係3審議会が「社会福祉の運営、実施は市町村が主体に」、「在宅福祉の推進を」という提言をまとめました。これを社会保険実務研究所が発行している「週刊保健衛生ニュース」紙上で読んで戸惑いを覚えている間もない4月、突然道の生活福祉部—支庁福祉課を経由して市町村の福祉担当課にまわった早期療育のシステム化に関する文書は、ほとんどが保健婦の目に触れることなく収容されていました。道の付託を受けた早期療育問題検討委員会が2年間の検討の後に報告されたのが63年12月ですから、システム事業として発足したのも早かったのですが、その後もこの推進のために、かつてないスピードで次々と会議が開かれ、各レベルの人ごとの集まりがもたれています。

3年間で全道のシステム化を完了したい、とする会議は、調整・話し合いというよりは、一方的な指導であるため、実態を無視した進め方ではないか、という困惑の声が先日開催されました「第

13回北海道の保健婦の集い」の席上でも多数報告されました。

今回、この療育研究会を進めていらっしゃる方たちが中心になって考えられたシステムだと思えますが、それに対してこの場で意見を申し上げることは居心地がよくありませんけれども、お許しをいただきましたので、保健分野の実態も含めて知っていただきたい、と考えます。

(1) 療育線圏の線引きの問題

道は昨年3月、向こう10ヶ年の北海道保健医療計画を定めました。第1次から3次にわたる医療圏の設定について各地域保健医療協議会で論議を重ねたものでした。是非はともかく、決定された医療圏がそれなりに地域の生活実態から妥当性のあるものであるとすれば、今回の療育圏が全くこれを無視し、整合性のないものであることに疑問をもちます。関係する市町村の合意、理解をとりつける努力もされなかった設定の経過についてはなおさらです。

医療圏との整合性の他に広域化という問題があります。広域化の理由は、不足している指導員の確保という点と、補助対象施設の数の制限という点あたりでしょうか。

市町村が広域圏で実施している共同事業としては、いわゆる一部事務組合方式として、ゴミとか尿尿の処理がなされております。能率的に進められるから、費用が少なく済むからといって障害児の療育も同じ発想でいいのでしょうか。障害をもつ人も同じように地域で暮らしやすい条件をみんなて整えていこう、という目標から考えてこの点にも疑問があります。

医療圏と療育圏の数

	医療圏	療育圏
一 次 レ ベ ル	市町村単位 212	札幌市を除く 67
二 次 レ ベ ル	21	8
三 次 レ ベ ル	6	1

(2) 道の機関の果たす役割

いま、各地の市町村で、あるいは保健所で細々

と、しかし熱心に進められている早期療育事業は、公的な許可とか補助の対象外で行われているものが大多数でして、児童相談所では実態を御存知ないことも多いのではないかと思います。主として乳幼児検診との連動の中で、療育関係分野の方々への奉仕的な協力を得て行われているからです。又、一方では在宅医療の推進に当たって、保健・医療・福祉に関するサービスの供給についての調整を保健所がするのだ、という方針が出されておりますことは御承知のとおりです。そして療育システムについては児相が調整役だと云われます。道の機関であります保健所と児童相談所がこうした状況の中でそれぞればらばらに働きかけられますと、市町村としては混乱するばかりです。

(3) 地方の施設の評価

今、各地でささやかに実施されている早期療育事業に協力している多くの方々や施設に対する評価がきちんとできるようになるのでしょうか。これまでは自分の町の中だけの事業として、自分たちの中だけで評価をしながら事業を進めてきましたが、早来町の例で言えば、仮に穂別町など他の4町と共同で実施することになったとすると、地域で共に暮らしている施設の職員であった指導員の先生には教室の運営に加わっていただくことができなくなってしまうのです。地域療育センターというものの役割とか指導性というものが未知のものですからはっきり言えませんが、小さな町であればある程、指導員が地域の生活の中で、買い物に行った店先で、あるいは小学校の運動会の会場で、幼児教室に来て居る時以外の子供やお母さんに逢える、そんな関係の中で、町全体が子供たちを受け入れていくようになるのでは、と思うのです。そういう人材が地域にいる時はきちんと評価し、そういう関係が続けられるように財政的保障もしてはしいのです。

(4) 調整は事業の共同実践の中で

言にくいことですが、今回のシステム化の本当の目的はどこにあるのかわからないでおります。基盤となる産業が次々につぶされ、人が住めなくなっている過疎地、人口規模が小さい弱小市町村

が、いま障害児療育に十分な力を出せないでいるという現実があるが故に、そこを何とかしようではないかというのが出発点、目的である筈です。最も力を発揮して弱小市町村をバックアップしてくれることを期待する保健所は、早期発見の方には従事するが、早期療育には携わらないといえます。児童相談所の任務は「調整」をすることであるといい、突如、「地域療育センター」というものが生まれました。

冒頭でも申し上げましたように、連携、調整、コーディネートということは、事業を共同で実践していく経過の中で共通の認識を作り上げていく作業だと思うのです。

保健所にも児童相談所にも、その存在を規定する法律があり、法律に基づく責任や役割があるわけですから、その基本の部分をしっかり充実・強化してほしいし、そのことをこそ望みたいと思います。事業を共同で実践することなく、こちらの町村とあちらの機関とをただ紹介したり連絡したりする「調整」はあり得ません。このことは岩見沢保健所を中心にして行われたモデル事業として脳麻プロジェクトで実験済みだと思うのです。せっかく成果をあげたモデル事業ですから、これを全道に拡げるものとばかり思っておりました。

第一次療育圏が札幌市を除いて60いくつ、第二次療育圏が今の児相の存在場所を中心にして8つ、そして第三次療育圏が今の療育センターを中心全道一つ、とは何の整備計画もないのと同じことのように思えます。残るのは保健所や児相の機能が後退するのではないかという不安だけ、という見方は思いすごしでしょうか。

4. おわりに

以上、目まぐるしく、慌ただしく動いている早期療育事業についての私の感想を述べさせていただきました。市町村の中においての当事者でありますから、正しく見えていない部分もあるかもしれませんが、又、企画された方々にしてもこんな筈ではなかった、ということもあるかもしれません。

道がこの方針を出したことによって、今までで

ちんとした論議の俎に乗らなかった市町村の早期療育事業に一石を投じたという点では大きな役割を果たしたとも言えるかもしれません。道の考えるシステムはあくまでも参考にして、我が町の事業はどうしたらよいか、主体的に、前進的にこの際きちんと話し合う必要があります。

保健婦は療育の専門家ではないのかもしれませんが、市町村行政の中で母子保健の担当者であります。母子保健と障害児療育とまさにオーバーラップする早期療育の推進には私たちがどうかかわるか、重要な立場にあることを自覚しています。力の足りない実務担当者である市町村保健婦に対して一層のお力添えをお願いしたいと存じます。

2 現場実践と地域療育のネットワークを考える —地域療育の立場から—

(おしまコロニー幼児トレーニングセンター)

村川 哲郎

1. はじめに

人は地域で生まれ、多くの社会資源を活用しつつ成長し、様々な人々との関わりの中で自己実現を図っていく。障害児とその家族も例外ではなく「当然であたりまえの地域生活」が保障されなければならない。

両親が地域のなかで安定した子育てができるには、限り無い時間をともなった医療、教育、福祉からの広範かつデリケートな援助が望まれる。

ここでは、おしまコロニーにおける地域資源と連動した在宅援助について述べたい。

2. 地域への基本的なルートの開拓

私たち早期療育部門が地域をフィールドとする本格的な在宅援助活動を開始したのは、昭和50年であった。

(図1・おしまコロニー早期療育体系)

各療育機関とつくしんぼ学級、地域療育センター

- ・おしま学園（児童居住）
定員 100 名
- ・つくしんぼ学級（乳幼児通園）
定員 30 名
- ・母子訓練センター
1回 5～10組
- ・地域療育センター
乳幼児の治療・訓練
- ・保育

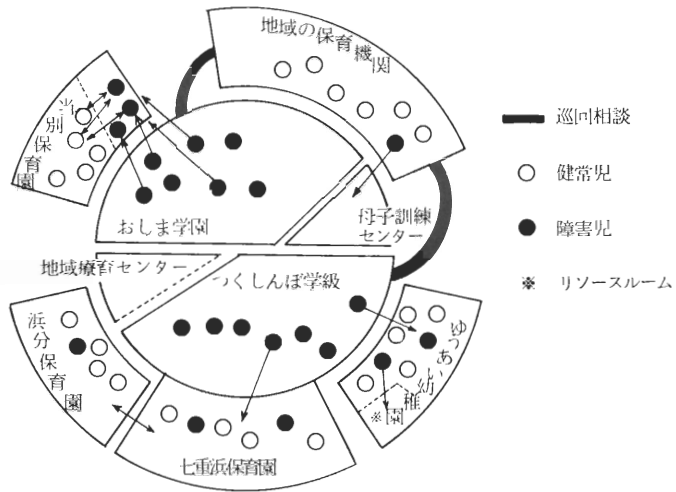


図1 早期療育体系

は、通園・外来の機能を持ち、おしま学園は居住の機能を持っている。

母子訓練センターは、通園と居住の中間的な役割を担い、通園が困難な在宅児への援助の「場」として位置づけられている。

通称「母子訓練」と呼ばれる「心身障害児短期療育」は、すでに昭和40年代に全国数施設によってインフォーマルな形で先駆的に実施されていた。昭和50年に入り、母子訓練は大きな流れとなり、昭和55年より国の事業である「心身障害児短期療

時間	第1日目(月)		第2日目(火)		第3日目(水)		第4日目(木)		第5日目(金)		第6日目(土)	
	児童	母親	児童	母親	児童	母親	児童	母親	児童	母親	児童	母親
		7:00	起床・洗面									
8:00			朝				食					
9:30	入所	9:15	朝の打合せ, リズム体操, マラソン									
10:30	オリエンテーション	9:45	小集団療育	学習会 障害児の成長発達	個別学習	学習会 課程療育について	親子レクリエーション	親子バス ハイキング 施設見学	反省式 終了式			
11:40			昼				食				(外食)	
	自由行動 母親個別面接		小集団療育	午前と同じ	母子面接(言語) 小集団療育	個別学習 学習会 言語治療	学習会 基本的な生活習慣の獲得					
		15:00	コロニー内見学									
16:45			夕				食					
17:40			晩の打合せ						おわかれ会			
20:00	洗面・就寝		入浴				入浴					

図2 具体的プログラム

育事業」となった。

現在、道内では8施設、全国では64施設が実施している。

この事業は、在宅児とその母親が短期間（6日間）施設に宿泊し、学習会など施設と協力しながら具体的な子育てについて学ぶことを目的としている。

（図2・母子訓練プログラム）

私たちが母子訓練に初めて取り組んだのは、未だ制度化されていない昭和50年で、入所児の療育を抱えての厳しい実践であった。当初、年間5・6回の実施であったが、ニーズの高まりにつれて毎月の実施を余儀無くされた。母子訓練後の情報は、訓練をより効果的に継続するためにも必要であり、地域に出向いたフォローを積極的に行った。両親もそれを望んでいたし、家庭や地域に出向いての相談はより具体的であり、家庭生活に即した援助が可能である。相談に応じることでいくつかの問題が解決されることも多いし、両親への精神面への援助としての役割も大きいものがある。

私たちは、この実践活動から「相談」の重要性を学んだ。

また、地域の保健婦とのコンタクトを積極的にとった。これは、地域において出生時よりその子どもと母親を支援している保健婦との連携が必要不可欠と考えたからである。

それぞれの職員は公休などを利用し、児童相談所や地域の保健婦に訓練経過報告のため頻繁に地域に出向いた。特に、最初の出会いを大切にするため、ささいな用件でも必ず会うことに努め、知り合いになって初めて電話や手紙などを使用するようにした。保健婦と一緒に家庭訪問を行ったり、必要によって子どもの通う保育機関を訪問し、担当保母と情報交換をするなど、ひとりの子どもに関わる関係者との連携に努めた。

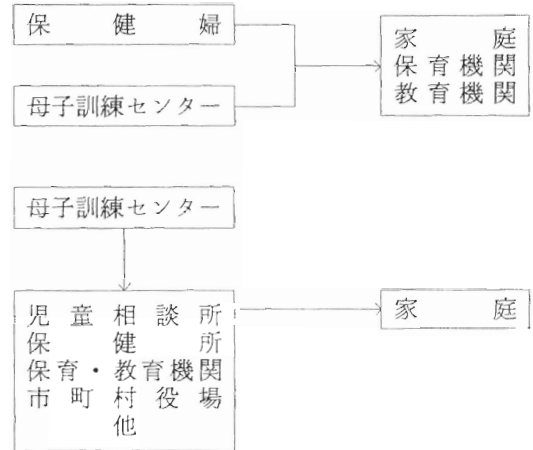
多くの関係者は友好的に情報交換に応じてくれたが、機関によっては遠くまで出かけても話も聞いてもらえないことがあった。

市町村役場、保健所や保育機関などとの連携が頻繁になるに従い、母子訓練参加児の紹介も増え

てきた。

地域の保健婦や保母、教師などとの出会いは、その後の在宅援助の進展に大変役立つところとなり、私たちの大きな財産となった。

これは、この当時生まれた連携の例であり、現在もさかんに使われている「間接的」「直接的」なフォローの形である。



インフォーマルにスタートした母子訓練の事後をフォローする活動は、地域に出向く「巡回療育相談」の原型となった。それは、通園施設の実践とあいまって地域と施設を結びつける大きなきっかけとなり、地域への基本的なルートの開拓に寄与することとなった。

3. 巡回療育相談事業に向けて

本格的な巡回療育相談は、渡島管内の鹿部村（現鹿部町）が最初であった。鹿部村の保健婦が母子訓練に参加した父母からの話を聞き、私たちに協力を求めてきたのである。それは、親の会を組織するための協力要請でもあった。

昭和53年より保健婦がキイ・パーソンとなり、定期的な活動が始まった。このプログラムもインフォーマルのスタートであり、学習会と個別相談、集団療育から構成され、年間3回のペースで実施した。ここでの巡回療育相談は、この地区担当の児童相談所福祉司との連携で進められた。

鹿部村の取り組みは、渡島管内の他町村へも波

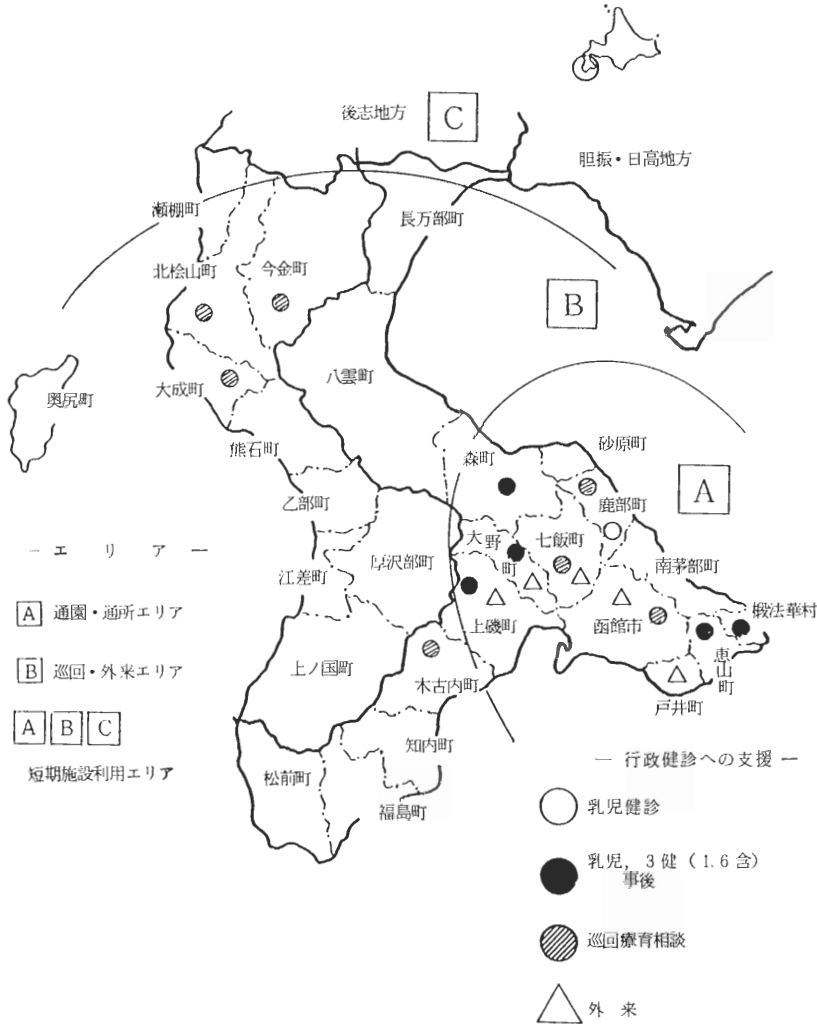


図3 プログラムの分布

及し、3歳児健診、乳幼児健診の有所見児に対するフォロー事業や保健婦研修会などにスタッフの派遣を開始したのが昭和55年であった。

患山町の乳幼児健診へ医師、作業療法士を、その他の7町へ専門職と保母・指導員をそれぞれの地域の要望に応じた形態で派遣した。

(図3・南北海道におけるプログラムの分布)

また、乳幼児健診や3歳児健診などでフォローされたケースの外来の療育及び相談のニーズに応えるべく施設や診療所の「外来機能」が強く求められ、昭和60年函館市内に『地域療育センター』が開設された。

巡回療育相談を求める地域は広がったが、地元上磯町にこの事業のモデル的な展開を始めたのは昭和58年であった。

保健婦と専門職との同伴訪問、乳幼児健診事後の「発育相談」、3歳児健診事後の「幼児教室」など、町母子衛生行政と密接にタイアップしたこれらの取り組みは、巡回療育相談の枠を超えてリスク児の「早期発見事業」として定着している。

4. 成果と課題

私たちは、母子訓練や巡回療育相談などの在宅援助のなかから、施設で知り得た「母親像」にい

ち枚の厚みを加えることができたものと考えている。それは、両親が我が子にたくす「想い」や「願い」であり、子育てのいたみや、辛くとも育てあげねばならない心的状況である。このことは施設療育にも還元され、いまひとつは、地域療育を進めるにあたっての原動力となっている。

関係機関へのアプローチも従来とは違った角度から進めていかねばならなくなった。例えば、児童相談所との関係では、いままでの「措置」関係だけでなく、ひとり子どもや家族を支えるための協力・理解へと発展してきた。市町村役場、保健所をはじめ医療機関、保育・教育機関、親の会ボランティアなどとの連携の必要性が生じ、14年間の実践は多くの仲間づくりの過程ともいえる。

これは地域の様々な資源の理解と援助を得ながら、ひとり子どもとその家族を支えていく、すなわちネットワークの原型となった。

また、在宅援助は地域における施設の位置付けにも少なからず影響を与えた。地域の施設に対する認識も「入所施設」から地域の一資源として必要に応じて「在宅のままで活用できる施設」へと変わってきた。このことは、ルートづくりと合わせて大きな成果と考えられる。

南北北海道の地域性からいっても、地域に出向く「巡回療育相談事業」のニーズは高い。現在12市町、17名のスタッフがそれぞれの持ち場を維持しながら担当している。しかし、私たちの人的能力からいってすでに限界であり、他施設や行政とのさらなる協力体制のなかで要望に応えていかねばならない。巡回療育相談の広がりによって縦横に連携の糸が張られ、交流がさらに深まるであろうし、例えば鹿部村に親の会が、上磯町に幼児教室がといった新たな資源の誕生も期待される。

5. まとめ

現在、地域資源との密接な協力のもとで進められている様々なスタイルは、多くの時間とエネルギーを費やしてつくりあげられた。

地域資源との生きた連携は、その地域での長い地道な在宅援助、すなわち臨床を通して積み上げ

られた手作りのものでなければならないし、臨床を通して深まっていくものと考えられる。そして、それぞれの地域にあった方式でなければならない、地域療育活動一般というものはどこにも無いのではないのでしょうか。

各機関がなんとなくバラバラに動くことで、親子の願いが押しつぶされたり、多くの時間を費やした連携の「糸」も時にはもろく切れてしまうという厳しい現実もある。

地域のなかで仲間を見出し、力を結集することは必要不可欠であるが、大変困難なことでもある。

親子の「当然であたりまえの地域生活」を守っていくためには、様々な地域資源が連動し、その実践によって地域に新たな資源が生まれ、私たちも地域もさらに育つような、そんな仲間づくりができればと思う。

3 現場実践と地域療育のネットワークを考える —児童相談所の立場から—

(北海道中央児童相談所)

判定課長 小嶋 茂

1. はじめに

御紹介のありました中央児童相談所に勤めております小嶋です。このたびは、この北海道乳幼児療育研究会に発言の機会を与えて下さり、光栄というべきか、大変荷の重い思いをしております。

テーマは、「現場実践と地域療育のネットワークを考える」ということですが、北海道の児童相談所職員の代表ということだけでなく、児童相談所に籍を置く者の一人として、日頃感じていることをお話ししたいと思います。

さて、平成元年度から北海道において障害児早期療育システム推進事業がスタートしました。障害の重度化、重複化にともない、発達段階に応じた保健医療、福祉、教育などの様々なサービスを必要としますが、北海道においては、行政や民間

の取り組みにより若干の進展は見られるものの、これらの相互の連繋によって一貫した総合的で効果的な対応が可能な取り組みがなされているとはいえません。また、北海道は広域で、療育資源の偏在という問題も抱えています。このような現状に対して、障害児早期療育システム推進事業がスタートしたわけであります。

2. 地区療育活動の経験

私をはじめ旭川児童相談所に勤めましたのは昭和42年で、今から22年前のことです。そのころは、児童福祉法で定められた精神薄弱児通園施設の対象児童は、就学を猶予した学齢児が中心であり、国庫補助による心身障害児通園事業もありませんでした。障害乳幼児については、マザーズ・ホームなどがありましたが、地域で中核となる通園による療育施設はなく、まして、幼稚園、保育所の受け入れ体制はほとんどなかったように思います。このころは、自閉傾向児の問題がようやく北海道でも取り上げられつつあり、自閉傾向とか自閉症とか診断される児童が次第に増えてきました。しかし、幼稚園、保育所では取り扱いが困難ということで、通園施設なども不備でありまして、親は児童相談所を頼ってきましたが、児童相談所は人手不足で、期待にそえる対応は出来ませんでした。そこで旭川児童相談所では、教育大学旭川分校の学生ボランティアの助けを得て、小集団通所指導を始めたのを憶えています。今も「どんぐり教室」という名で続いているのがそれであります。もっとも、その後、旭川では自閉症幼児のための学級ができたり、精神薄弱児通園施設が幼児を中心にするようになり、また幼稚園、保育所も受け入れ体制を整えるようになり、今は、旭川児童相談所に相談に来たケースについて、自閉児だけでなく、広く発達の遅れている子を対象に指導を加えながら経過をみていき、その後の処遇を考え、次の場に結びつけていくというような、どちらかと補助的、中間的な機能を果たしているように聞いています。この「どんぐり教室」が旭川地方における早期療育システムの一部を担ってきた

ことは確かであります。

ついでにもうひとつ、私の経験を申し上げます。今年度からスタートした早期療育システム推進事業の大きな柱に市町村母子通園センター事業があります。いわゆるミニ通園を第一次療育圏の療育資源のない地域、又は不足している地域に配置していこうというものであります

今年度、音更町のやまびこ学級がこのミニ通園として認められました。このやまびこ学級は、私が帯広児童相談所に勤めていた昭和54年、今から10年前に産声をあげました。音更町は、帯広市のベッドタウンであり、人口約28,000人、しかも増えつつありました。結構、発達に心配な子供達がいきました。はじめの年は音更町と帯広児童相談所が共催し、対象児5名前後、月1日開設ということで始めました。児童相談所の公用車にトランポリンなど遊具・玩具類を積んで往復したのをなつかしく思い出します。2年目から音更町主催、帯広児童相談所協力ということになり、音更町が年々充実をはかり、10年後の今年、対象児12名、職員4名、開設日週5日ということで、ミニ通園として認められるのに至ったのであります。このように、児童相談所の活動として地域での療育の場ができるように各方面に働きかけたり、あるいは個々のケースについて、その時その時の状況に応じて地域のいろいろな療育機関に結びつけていくというような仕事をしてきたように思います。

3. 地域療育における児童相談所の役割

平成元年度からスタートした障害児早期療育システム推進事業では、児童相談所は第二次療育圏の総合的連絡調整機能を果たすコーディネーターという役割を与えられました。この早期療育システムの基本的な考え方は、身近な地域（第一次療育圏）での療育機能を充実することであります。従って、システムづくりを進めるためには、まず最初に市町村の積極的な取り組みが重要となります。児童相談所は、市町村の取り組みを促進し、地域の関係機関に助言、援助し、また、広域的な観点で関係機関間の調整を行うなど、地域のス

テムを推進していく要の位置にあります。そういう意味で、器づくりのきっかけをつくったり、ケースを器に結びつけていく仕事のほか、器同士の結びつけという仕事も本格的に担っていく、そういう時代になったのだなと感ずる次第であります。

さて、ここで、この障害児早期療育システム推進事業について、今年度スタートしたばかりということで、どういうものかよく知らない人があまりに多いということを感じています。おさらいと

いうことになるかと思いますが、私なりに理解している範囲で説明させていただきたいと思います。

障害児早期療育システムは、身近な地域における療育を充実することを基本として、第一次から第三次までの三層構造の療育圏を設定し、各々の層内の各療育圏に総合的連絡調整機能を担うコーディネーターと療育の中心となる施設を配置することを骨格としています。(表1、表2)

表1 療育圏の設定

区 分	定 義 及 び 機 能	区域及び区域設定の考え方	圏域数
第一次療育圏	日常生活に関わる利用頻度の高い療育ニーズに応える区域 ・早期発見のスクリーニング ・日常的な相談、療育訓練、指導	複数市町村あるいは市町村 ・保健所圏域を中心 ・通園可能な片道1時間半程度 ・人口概ね3万人以上	67 札幌市を除く
第二次療育圏	第一次療育圏を支援するとともに専門性の高い療育ニーズに応える区域 ・専門的な相談、診断、治療、判定 ・母子の短期療育訓練 ・第一次への巡回療育相談事業、訓練	地域生活経済圏 ・児童相談所圏域を中心	6
第三次療育圏	第一次、第二次で対応できない高度、専門的な療育ニーズに応える区域 ・高度、専門的な相談、診断、判定 ・高度、専門的な治療、療育、訓練 ・療育関連職員の養成、技術講習 ・第一次、第二次圏への支援	全道域	1

表2 役割の分担

圏 域	一 次 療 育 圏	二 次 療 育 圏	三 次 療 育 圏
コ ー デ ィ ネ ー タ ー	市町村 (家庭児童相談室、市町村保健婦 等)	児童相談所	道生活福祉部
療 育 の 中 心	市町村母子通園センター (ミニ通園施設) 通園事業、通園施設 等	地域療育センター	心身障害児総合療育センター

この障害児早期療育システム推進事業は、4つの柱からできています。

① 市町村母子通園センター事業

第一次療育圏の療育資源のない地域、又は不足している地域に母子通園センターを設置し、日常的な療育の場を確保すること。

② 地域療育センター整備事業

第二次療育圏に既存の精神薄弱児施設等に第一次療育圏に対する支援機能を付与して地域療育センターとして整備すること。

支援機能

(1) 心身障害児(者)短期療育事業

(国庫補助事業)

(2) 心身障害児(者)巡回療育相談事業

(国庫補助事業)

(3) 心身障害児巡回療育訓練事業

③ 地域療育推進体制整備事業

早期療育システムの整備をすすめていくために、第一次から第三次までの各療育圏ごとに療育関係者などで構成する地域療育推進協議会を設置して、圏域内及び圏域間のネットワークづくりをすすめること。

(4) 地域療育関係職員研修

第一次、第二次療育圏の関係職員の資質の向上を図るための研修を実施すること。

以上が、障害児早期療育システム推進事業の概略であります。

4. 地域のネットワークづくり

さて、今日のテーマは、「現場実践と地域療育のネットワークを考える」ということですので、発見、療育の場づくりについて、日頃感じていることを述べたいと思います。はじめに申し上げましたように、私個人のごく狭い経験をもとに申し上げますので、それは違ふよとかいろいろ御批判、御教示を受けたいと思いますのでよろしく願います。

まず、発達に心配のある子供の発見についてですが、これについては、6ヵ月、1歳半、3歳健診を中心にかなり成果をあげているように思いま

す。ただ、過疎地域ではケースが少ないため精神面の発達をチェックする経験が不足して、実際場面で困難さを感じたり、スタッフがいないなどで、今ひとつきちんと発達チェックができないということがあるようであります。また、乳児健診の場合、専門医がいないため、精神面の発達チェックがきちんとできないということを知ったことがあります。総じて、健診の実施はそれなりに行われているけれども、発達チェックが心もとないということ、いろいろな会合、研修会などで聞くことがあります。

健診のスタッフに非常勤の心理判定員が加わっているところがあります。たしかに、発達のチェックという点ではそれなりの技術を持ってやっているのですが、関係機関のことやいろいろな福祉制度がよくわからず、抱え込みというか、ケースがその人の手もとに止まってしまうということがままあるようです。反対にうまくいっている例として石狩町の心理判定員は、1歳半健診のあと、経過をみておもしろくなければ精密検診ということで児童相談所につないでくれるので対応がスムーズにいています。

次に、地域における療育の場についてふれたいと思います。地域にいろいろな施設がありますが、ここでは、第一次療育圏の中核となります通園の施設のことについて述べたいと思います。

障害児早期療育システムの推進事業がスタートする直前では、通園の施設は、全道で精神薄弱児通園施設が8、肢体不自由児通園施設が6、国庫補助による心身障害児通園事業が16であります。そして、先ほどお話ししましたように、通園事業がないところに年次計画で母子通園センター、いわゆるミニ通園を全道に整備していくことになっています。

さしあたり第一次療育圏のうち、まだ通園の施設のないところを重点にこの母子通園センターを配置していくことを考えており、第一次療育圏67ヵ所のうち、先ほど申し上げました通園施設、通園事業のない地域、いわば、空白地域は、およそ50であります。もちろん、すでに通園の施設はある

けれども不足しているという地域もありますが、なにはともあれ、このおよそ50ある空白地域を埋めるということで、全道の児童相談所が、保健所、支庁などと連携、協力しあって、市町村に母子通園センターの設置を働きかけています。

全道的にみますと、今の時点で、平成元年度中に母子通園センターのスタートが決まったのは9カ所、見込みのあるのは5カ所というふうにきています。

なお、先ほど、地域療育推進協議会の設置について述べましたが、通園事業のあるところには、この地域療育推進協議会をつくってほしい、通園事業のないところには、母子通園センターとセットで地域療育推進協議会をつくってほしいと働きかけています。参考までに、この第一次療育圏の地域療育推進協議会の役割と思われることをあげておきたいと思います。

- ① 地域の実態把握に努めること
- ② それぞれの構成員が抱えている問題などを出し合って、早期療育のネットワークづくりのための課題などを明らかにし、その解決について検討を行い、検討結果に基づいて、それぞれの構成員がどのような取り組みを進めることが必要なのか、役割分担を明確にして取り組みを進めるようにすること。
- ③ 通園事業及び母子通園センターを中心に位置づけて、対象児童の処遇の流れを相互の連携によりスムーズに、効果的に療育を受けれるように検討すること。
- ④ 解決困難なものについて、随時、第二次、第三次の推進協議会に問題を提起すること。
- ⑤ 各年度における取り組みの重点目標等を設定し、推進状況等を的確に把握して取り組みを進めること。

母子通園センターづくりにあたり、いくつかネックというか引っ掛かる問題があります。思いつくまま、いろいろな会合や人づてに聞いた話を織りまぜて話をしてみたいと思います。

- ① 人の問題。療育担当の人が、地域によっては得がたいということ。

② 場所の問題。母子通園センターのために新築するということはまず考えられない状況であり、将来的にはどうかということは別にして、既存の施設を利用するというのが手取り早いのですが、それでもいざ具体的になると、なかなかうまくいきません。

③ 療育圏の線引きの問題。たとえば、療育圏の中心となる市にすでに通園事業がありますが、そこが満員で同じ療育圏内の町村の子供まで手がまわらないので、その市と別に療育圏をつくってほしいという声があります。また、交通の便、距離からいって同一療育圏はどれも適当でないということも話題になっています。

④ 母子通園センター事業実施要綱の中で、最低、週3回開催となっていますが、週1回は認められないのかという要綱の条件を緩和してほしいという要望があります。

⑤ 地域に、結構、発達に心配な子がおりますが、親達など地元の住民のニーズの盛り上がりがなく、母子通園センターをつくってほしいという声が弱く、市町村の行政レベルを動かすまでに至っていないところがあります。

⑥ 先ほどの療育圏の線引き問題との関係も多少ありますが、同一療育圏に複数の母子通園センターがつくれないかという希望もでております。

⑦ 市町村内部が、保健、福祉と分かれており、保健婦の方が、母子通園センターがあったらなあと思っていても、福祉の方まで巻き込むまでに至っていないとか、発見段階の保健婦のところで、母子通園センターの必要性を切実に感じていないところもあります。また、福祉の方も、母子通園センターの必要性を感じていても、行政上の選択から、母子通園センターまで手がまわらないということもあります。

以上、母子通園センターづくりにあたり、問題となりやすい事柄を思いつくままあげてみました。これらの問題を克服し、身近に療育が受けられるようにしていきたいものと思っております。

なお、第二次療育圏の推進協議会のことについて

てつけ加えておきたいと思います。平成元年7月10日に中央児童相談所が事務局となり、道央療育地域推進協議会が発足し、次のような活動方針をかかげて動いていることをお知らせしたいと思います。

- ① 第一次療育圏に母子通園センターや地域療育推進協議会の設置を働きかけていくこと。
 - ② 地域療育センターである太陽の園をはじめ、地域活動をしている諸施設と連携し、地域の療育活動の拡大と質的向上をはかっていくこと。
 - ③ 療育関係職員の研修を企画、実施すること。
- 当面、児童相談所は母子通園センターとあわせ、地域療育推進協議会づくりということで動いています。しかし、これは序論であります。むしろ、児童相談所は出来あがった療育の受け皿や、地域の療育推進機関、あるいは地域のいろいろな関係機関・関係者などを支援しながら、これらをどう有効に結びつけ、いかに実のある地域療育のネットワークづくりに寄与していくかということにあります。これは大変難しく、大きな課題であります。

時代の要請は地域療育の受け皿づくりに加えて、保健医療、福祉、教育など様々なサービスが調整され、相互の連携によって一貫して、また、総合的に提供されるようにシステム化されなければならないというように変わってきています。私共はそれに耐えられるような知識や技術、広い視野を持たなくてはならないと痛感しております。お互いに置かれている立場は違いますが、それぞれの立場で共に頑張りたいと思います。ひとまず発言を終わらせていただきます。

4 現場実践と地域療育 ネットワークを考える —障害児保育の立場から—

(札幌・第2はとポッポ保育園々長)

堀田英機

はじめに

保育園は、養護と教育の両面を有し、子どもの基本的生活の自立と、自己と他者との多面的関係における自立——集团的自治能力の獲得を保障する場である。それは、障害のあるなしにかかわらず保障され、その中に、障害をもつ子どもに必要な個別的援助、療育・保育方法が存在する。つまり、保育園は、障害児の療育・保育に多様に用いられるべき施設のひとつと考えられる。しかし、今日、それは、いまだ措置制度として体系化されるべき必要不可欠な最小限の量的、質的内容を有する状況にないのではないと言える。

保育制度を今日の水準に到達させてきた背景は、制度的未成熟の中にあっても発達を保障する国民運動の努力、それと連携した研究運動の前進を基礎に経済政策が必要とした労働・雇用政策——社会発展が不可避的要因として存在している。実践や研究運動は一層発展し、例えば、障害の予防、早期発見、療育に依る成果は、相当の水準を確保し得る到達点にある。しかし、公的制度の量的、質的側面は、国政や地方行政における力関係に依り前進もし、後退もするという政治的進性をもつ我が国においては、とりわけ社会福祉の分野に凝縮してあらわれている。

私の報告は、こうした状況をふまえ、乳幼児療育・保育現場からのテーマに基づく発題として、客観的に検討することを中心に据えたい。当研究会には、私ともが日常的に関わり、協力者として援助を受けている行政実務者も参加されているが、許容される範囲で最大限の努力をされていることに敬意をばらうものであることを付言しておきた

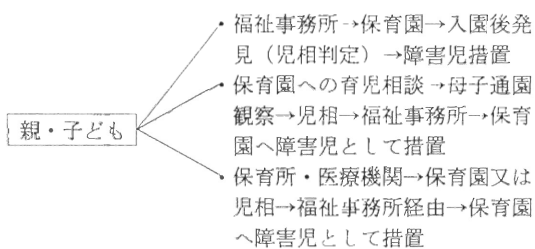
い。

1. 札幌市などにおける障害児保育（療育）の現状

まず最初に、記憶にとどめておいていただきたいことは、160万都市札幌に肢体不自由児施設を除く障害乳幼児の療育通園施設がわずか1ヵ所（50余名定員）しかなく、毎年、障害乳幼児の待機があること、母子訓練センターや道立札幌肢体不自由療育センター等があるが、対象児及び保護者が診察・診断・指導・訓練を受けれるのは、月に1度ないしは数ヶ月に1度という頻度で、各ケースに応じて十分なケアは保障されていない（当園が直接訪問面談したり、相談に来園した通所者保護者とのヒアリングを通して）こと、その一方に、補助を受けていない無認可の障害乳幼児通園施設が存在していることである。障害乳幼児の療育体制（通園施設）が以上のような中で、保育園における障害児保育が行われ、実態として、通園施設及び保育園の物理的能力、制度的対応の両面から双方が連携し、交流することを常態としていないことを明らかにしておきたい。

(1) 入所（園）措置の手順とその問題点

さて、札幌市における障害乳幼児の保育園への措置手順は概ね次のパターンに依る。



この中で、私たちが問題として感ずることは、ひとつは、保健所における乳幼児健診のあり方である。公費助成に依る育児相談事案件数や心の里親乳児保育園、当園での相談ケースをみても子どもの発達上の問題や悩みが顕在化するのは2～3歳に集中している。当園での保育してきたケースの多くは、やはり3歳以降が多い。当園及び隣接する乳児園に措置された子どもについて、保育者

が発達上のつまづきに気づいて対応したケースでは0, 1, 2歳なのである。

障害児として措置されたケースについて、札幌市私保連が個別ヒアリングを実施した際（1987年）にも明らかになったことであるが、親の多くは、子どもが0～1歳期に「発達のおかしさ」に気づいている。しかし、保健所の健診では「問題はない」、「もう少し様子をみなければ」、「運動能力、言語にしても個別性があるから」、「それでも不安なら医療機関を紹介してもいい」と言われたケースが少なくない。

これらの詳細は、当研究会においてすでに伊藤克実氏らが一昨年報告しているので、報告集を参照願いたい。（乳幼児療育研究創刊号、「障害児保育の立場から」）

傷病が固定化する以前の子防的観点から、また、傷病（障害）の発見もれをなくする視点をしっかり据えた健診のシステム、内容の科学的考察とその具体化は、大津市などのこの分野の先進的取組と活動が1970年代半ばに実践化されたことで、今日的な医療、科学療法の到達水準と合わせて、決して「早期発見、療育」が困難な問題ではないことがうかがわれる。

念のため、当園で保育に関わったY児の事例で、当市の療育にいたる経過と療育の実践を「カリキュラム」にそって達成させていく過程を報告したい。Y児の両親は、1歳前後の時点で「おかしさ」に気づき、保健所で健診を受けたが、「何でもない」と言われ、念のため「北大での受診」をすすめられ行ったが「分からない」と診断された。不安をかかえつつ、どこにも相談に行けず、2歳を過ぎた。この時点で、始語がおそく、身体発達のおかしさが気になり、情報をたぐって児相に出向いた。児相の指示で児相のプレイルームに通所し、3歳3ヶ月で「精神発達遅滞」と判定され、当園との相談の結果、保育園への措置となった。Y児の生育経過をみると、妊娠異常（子宮筋腫）、在胎月数8ヶ月、保育器使用、低体重、始語2歳、始歩1歳6ヶ月、移動運動、手の運動は遠城寺式検査58のレベル（3歳3ヶ月時）である。

Y児が当園に措置された以降、生育経過の見直しと分析、保育方法と療育体制の検討をおこない、道立札幌療育センターと衛生短大作業療法科の協力を得ながら、障害の原因を把握するため、専門的な医療機関に親とともに何度か足を運び、「水頭症」であることが判明した。そこから、保育方法（カリキュラム）の実践がより具体化し、他施設での訓練にも定期的（週1回）に通い、その間、発達診断をくり返しつつ就学期を見通す段階に到達した。Y児に対する当市の判定は軽度であるが、時間的、財政的、保育体制上に要した総体は、施設に対する助成額ではとうてい賄いきれるものではない。費用問題はさておいて、結果論ではあるが、成育歴と親の主訴を受けとめて、早期に発達のつまずきを把握する健診内容の検討、健診体制、システムのあり方が問われる。4ヶ月、6～10ヶ月、1～1歳半での追視、寝返り、ハイハイ、座位、つかまり立ち、歩行、指さしなど、そのどこかに必ず問題性を見出すキッカケはあったと考えられるケースである。

札幌市の7区の保健所での保健婦配置基準は、概ね、一区10人～11人で人口比では、2万～2万5千人に1人の割合である。

私保連のスタッフが各保健所を訪問し、実態のヒアリング調査をしたところ、老人対策に重点が移行しつつあり、要観察児、要精検児へのフォローは、実際のところ大変に難しいということがわかった。もちろん、だからと言って乳幼児健診の現状は仕方ないではすまされるものではない。

1988年には、保健所の機構改正が実施され、母子保健課が廃止されたことも留意したい。

もうひとつの問題は、当市には、障害児の療育に対応する機関・施設として保健所、児相のほか、通園施設「かしわ学園」、市立病院分院「静療院」、母子訓練センター、壘学校、保育園、幼稚園、道立の療育センター（主として肢体不自由者対象）などがあるが、わずか6人のスタッフしか配置されていない児童相談所の判定業務の中では、療育全般の家庭相談機能は果たせないばかりか、専門機関、研究者のネットワーク——もっと平たく言

えば、必要最小限の連携システムを形成する実務は実質困難をきわめていると考えられる。

受診—相談—療育—措置施設の選択—これらに関わる行政手続きの全てにわたって親自身が少ない情報の中で走り回らなければならないし、また、措置児を受け入れた保育園にとっても、すでにY児の事例で報告したとおり、通園施設との連携（2つの施設への措置を含めて）、専門機関との共同を可能にするために莫大なエネルギーを費やさなければならないのである。

(2) 保育園への入所措置をめぐる諸問題

これまで、障害をもつ乳幼児の療育と保育園への措置についてふれてきたが、障害をもつ乳幼児を含む保育園への入所措置の現状はどのようなものであろうか。1980年代の推移を概略述べておく。何故なら、保育所への入所措置基準「保育に欠ける」解釈と、保育園における障害児保育の公的保障は大きな関わりをもつからである。

私が得ている情報の範囲では、児童福祉法24条「保育に欠ける」措置基準（条例）で、「障害をもつ乳幼児」をその対象として明記しているのは、道内では千歳市だけである。国が示している入所基準ガイドライン第7項「その他市町村長が認める」を弾力的に運用している自治体はいくつかあるが、多くはガイドラインに準じ、年齢制限、両親の就労等、「入所基準」枠内に限定され、保育園が障害乳幼児の療育の場として広義に解釈し、実践化されていないのが実態である。

札幌市における障害児保育は、1974年に出された国の「障害児保育事業実施要綱」を契機に、1975年3月に「札幌市障害児保育要綱」がつけられ、その後、1978年に「保育所における障害児の受け入れについて」通知が出されたことで、1980年には、体系化された実施要綱へと進展し、年齢引き下げ、一般園での受け入れなどがおこなわれるようになった。その後、住民運動や、障害をもつ乳幼児の入園希望が増えたこと、それらをふまえて行政実務者レベルでの努力と相まって、家庭状況への配慮、ケースによっては、年齢引き下げへの引きつづく対応も少しづつ現状に合致するように

なっている。しかし、実施要綱そのものの原則は変えておらず、健常児の入所措置にあたって常にかべとなっている月半ばの途中入所、就職活動中の措置が事実上否定されている状況は、障害児のケースにおいても同様である。

さて、今日、障害の有無を問わず、「保育に欠ける」基準をめぐる何故問題視するのであるのか。

札幌市私保連における1980年代の家庭実態調査は、子どもの生活（発達保障の基盤）をとりまく状況の急激かつ異常な変化をとらえている。詳細は省略するが、概略、次のような点に集約できるのではないだろうか。

- ・親の就労状態が、長時間化と多様な雇用形態の基におかれていること。（子どもにとっては、家族集団の経験が蓄積されない）
- ・物質文明、技術革新が、労働条件と生活に大きな変化をもたらしていることと合わせて、環境、地域などの社会的諸関係を破壊したり、危機をもたらしていること。（子どもにとっては、遊びの質的变化に代表されるように、人間らしい発達の基盤が保障されない）
- ・そのような社会的諸関係の中で、国民総生産が伸びることと対比し、相対的に貧困や社会不安が進み、子どもを産まない少子世帯が急増している。1989年度は、全国で130万台にまで落ち込んでいる。（子どもにとっては、最少単位の集団体験が保障されない）
- ・このような矛盾の広がり、人と人とのよりよい関係を形成しづらいものとし、大人とともに子ども自身の心身の発達に家庭や保育現場から警告を発しなければならない事態にあると言わなければならない。

1989年11月20日、国連総会は、「子どもの権利条約」を満場一致で採択し、その条約の内容に子ども自身の「保育を受ける権利」の保障を明記し、今日、世界は、この方向にすでに歩み始めている。

子どもが育つことで得られる受益者は社会であることは言うまでもないが、実践的にみるなら、保育園に措置される権利（乳幼児が療育を十分に

受ける権利）に、万が一にも制約をもたらすような事態を招来させてはならないと考えるのが、客観性をもつ常識的な考えであろう。

○児童福祉法24条「保育に欠ける」は、子ども自身の発達保障権確立が前提とならなければならないというのが、今日の情勢の特徴から導き出される結論であろう。

この点からみるなら、現行入所措置基準と現実の保育ニーズへの対応は、費用負担、必要なケアを十分に享受できる量的、質的側面、乳幼児健診の実態とその後のフォロー、親の主訴を常にきちっと受けとめるシステム、なによりも「子どもの保育に欠ける」事実の重視等々のいづれをとっても、公的制度としての性格は不十分で運用があいまいなものであることを指摘せざるを得ない。

〈保育園での入所相談を通して〉

入所相談のケースの多くに「入所申請に対する行政窓口での否定的対応」を訴えてくるものがある。保育園は、子どもの障害の有無にかかわらず、原則として保育に欠ける児童をいつでも受け入れるところであり、行政は、「措置しなければならない」。（児福祉24条）「否定的対応」の内容は、次のようなものである。

- ・入所基準に合致していても、親の所得、勤務条件に依り、入所措置の優先順位が決められ、保育に欠けたまま数ヶ月から1年、措置されないケースがある。
- ・年度当初を除いて、現に就労していることが絶対条件としているために、就職活動自体に制約がもたれていることと、就職が決定しても、月の途中で「措置」できないということで、雇用主側が採用を取り消すケースもある。
- ・複雑な家庭状況にあり、子どもを家庭で十分保育できないというケースへの必要で十分な親切な対応が希薄なため、そうした親の主訴が「措置」に結びつかず、保育園が親とともに福祉事務所への相当の説得活動を必要としている。
- ・発達上の問題や障害があるという理由だけでは、「保育に欠ける」という認定が下りない。

「保育園は障害児の療育施設ではない」とまで言い切っていた80年代半ばと比較すると、現状は改善されているが、いずれにしても、保育園への入所措置をめぐる問題は、国の政策（団体委任事務化—地方自治体と住民への財政的重圧）と相まって、公的性格がうすめられてきていることと軌をひとつにしていることは間違いない。一方、そうした中で、保育園の経営姿勢に「多様なニーズへの対応」を重視し、障害乳幼児の受け入れや、母子通園への園舎開放（定期的統合保育）など、積極的な対応がみられはじめている。

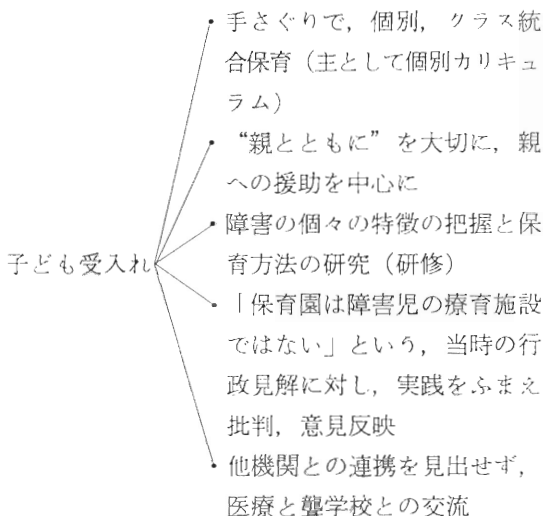
ここでの障害児保育についての政策的課題は、入所措置基準に「子どもが障害を持っていること及び同等の状態にあると認められる場合」と明記させる動きをつくっていくことであろう。

2. 当園での障害児保育の実践を通して

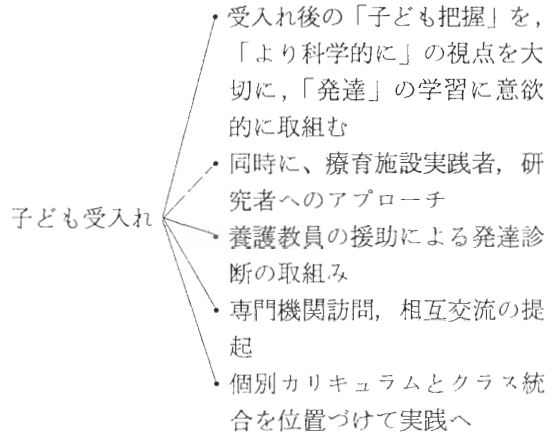
道内各地で先進的に障害児保育や療育に取り組まれている先輩園や施設ならびに研究分野で活動されている方々に深く学ばせていただく立場から、ここでは、敢えて開園当初（1981. 11）から障害をもつ子どもを受け入れてきた当園の実践経過を大まかにふれ、前段で述べてきたいくつかの課題につなげてみたい。

1981年に開園した当園の障害児保育の経過を3期に分けてみることにする。

〈第1期 1981～83年〉



〈第2期 1983～85年〉



第1期、2期の中で

(1) 保育園に子どもを入れる親の立場の厳しさ

• 保健所、医療機関での健診、診断の様子を親の報告から考察すると、月年齢の発達をふまえた健診になっているのかどうか、また、要観察、要精検段階での対応が不十分ではないか、その中で、親の不安が解消されなくてきているのではないかという疑問。

• 「ここに行って相談すれば、保育・療育の見通しがもてる」という公的保障の場が、一般的に情報として入手しづらく、事実、身近に存在していないこと。

• とりあえず保育園に入れると考えると、「障害がある」というだけでは、保育園に措置できないという“発達保障権への制約”がある。

• 従って、障害や発達のつまずきをもつ子を抱えた親の就労権さえ否定される状態にあるということが、措置を含む保育相談活動を通してはつきりしてきた時期だった。

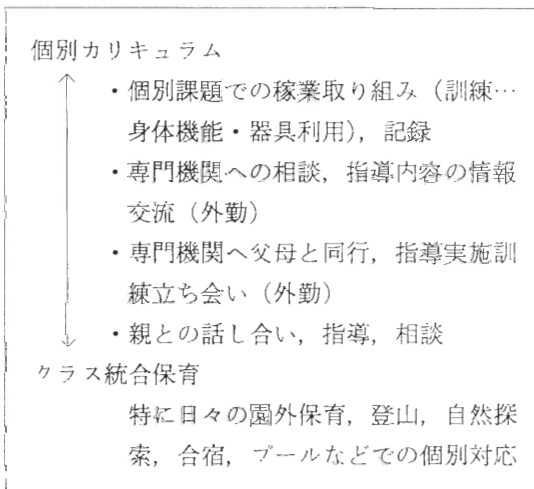
(2) 保育実践を通して

• 保育園は、いわゆる「保育」の領域における専門性は当然確保しているが、障害の特徴に対応した療育（思想・技術）の領域と統合する取り組み——例えば、保育園と通園施設の両方にまたがる通園・通所「措置」、職員の交流と専門家集団のネットワーク、システム化の制度的保障が重要であることを学んだ。集団の自治能

力の獲得を保育目標（子ども像）とする私たちの仕事は、障害をもつ子どもの個別的ケアを大事にすることをさけて通れない。

・保育体制（職員配置）の保障は、現在の措置数、補助金では不十分である。例えば、当市の場合、補助金の交付は、中度判定の子ども1人に対して月約5万円余で、障害をもつ子ども3～4人に対し、常勤の臨時職1名の雇用ができるかどうか、また、軽度判定では、子ども5～6人で同じく1名の水準である。（臨職雇用人件費1人年額190～200万程度として）一般園である当園は、3名の障害児受け入れを常態としているので、年間50～70万円は完全に持ち出しており、10年の経験保母を配置した場合は、年間100万円を超える持ち出しになる。職員の事務時間や1時間の休けい保障のため、調理員、用務員、園長が保育体制の一員とならなければ、健康を維持していくことが難しいというのが実態である。（有休の取得は、当園で平均10日前後）

障害児保育にとって必要な職員体制の強化は、次の事例から明らかであろう。



〈第3期 1986～89年〉

第2期の実践、課題をより深め、特に重視してきたことは、父母との関係において、単に、当該児童の親と保育者（職員）という関係から、園全体の父母、職員の関係を発展させることに留意し

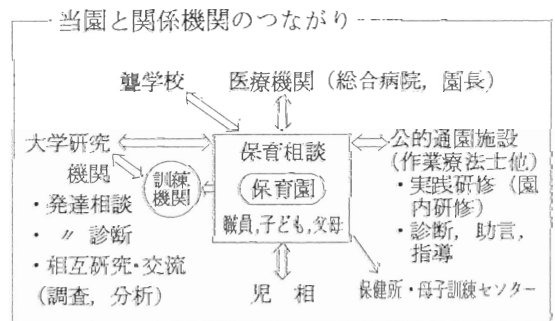
てきた。

その基礎は、もちろん保育実践を通して発達の事実を明らかにすることであるが、子どもも親も家庭同士、グループ交流を積極的に進められるよう援助し、勤務の都合や休日には親同士が子どもを預け合うなど、保育園生活を通して社会的共同で経験がたくわえられることも保育目標としてきた。

また、母親がきちっとした仕事につき、家事・育児から開放され、心身ともにゆとりを持つことがより一層、子育てを楽しいものに見通し、相談、援助をしてきた。

研修会には、父母をさそって一緒に参加し、父母自身が実践発表する機会も数少ないながら実現することができた。

この間、第1～2期の経験をふまえ、今後における公的療育ネットワーク確立を見通し、保育園独自のネットワーク（と言えるかどうか）を準備しはじめた時期と言える。



保育園は、障害児の療育に必要な専門（療育・保育）施設のひとつにすぎないのであり、作業療法などの専門的能力をもたないところである。しかし、多様な療育方法とその情報を必要とする子どもとその親を目の前につきはざだらけと言われようと、上図のようなネットワークを必要としてきたのである。

上図にみる「保育園」は、名称は別にしても、公的機関が位置するところであり、（今日、児相が担っていると考えるのだが、財政的な裏づけをもって専門家集団を「相談」、「療育」の両面から組織し、民主的対応によって専門性が十分生かさ

れるようにすべきである。

札幌市私保連の提言の具体的内容は、このことを区単位に実現すべきものとしている。(1988年度提言)

3. 報告のまとめにかえて (課題)

私の報告が「現場実践と地域療育ネットワークを考える」というテーマに応えきれなかったことをおわびしつつ、当研究会「乳幼児療育研究」の課題の柱のひとつである「早期発見・療育」に重ねていくつかの課題を簡潔に述べて終わりにさせていただきたい。

ひとつは、重複するが、乳幼児健診のあり方である。現に障害児保育の実践現場で、父母の相談に関わっている立場から、親の主訴を深く受けとめ、健診の方法、内容、フォローのあり方に問題がないのかということへのこだわりを大切にしていきたい。

今日の社会的状況に照らして4ヶ月、10ヶ月、18ヶ月、24ヶ月、36ヶ月健診のいずれにおいても専門機関での「受診もれ」「発見もれ」「ケアの遅れ」は、絶対つからないということである。

ふたつめは、保育現場において、専門スタッフによる相談機能、各機関の連携(ネットワーク)は実践上からも緊急の課題であるという提起である。それは、できるだけ、居住地域単位におかれるべきであろう。

最後に、公的制度の意義に関わってであるか、1980年代に入って、大きな変化をみせている社会福祉行政政策一とりわけ、予算の削減をとまなり制度改正と市場原理の導入である。社会福祉の公的性格を1人1人明確に据えた研究とその成果をたずさえた政策提起が道民生活に開かれた形で発展させていくことを願うものである。

<指定討論1>

5 地域療育システムの必要性

(道立太陽の園指導課長)

佐々木 明 員

1. 障害の発見はしたけれど

——療育の場づくりを——

北海道の地域特性として広域性がまずあげられます。東北6県に比する広域であり、過疎化が進行しています。このような地域状況を反映して人口5,000人以下の市町村が212市町村のうち40%を占める状況です。

こうした町村では、母子保健サイドでの乳幼児健診などで発見された障害児が早期に療育に結びつく機会は地域的に保障されていません。障害児の療育の場が用意されていない町村の数が80市町村にのぼっています。実に66%に達します。

今年スタートした北海道障害児早期療育システム推進事業は、こうした療育の機会の不均衡を解消するためのものです。その内容は①市町村の日常的な療育が整っていない地域に母子通園センターを道単独事業で整備していく。複数町村の共同利用による整備を含めて67の一次の圏域を設け、市町村段階で療育の場を全道的に整備する。そのための推進協議会を同時に組織化し、医療、福祉、教育などの連携と発見から療育への一貫性を地域的に整えていくというものです。

さらに、より専門的療育施設である地域療育センターを全道6圏域に配置し、早期の家庭療育を援助する母子短期療育や、市町村の母子通園センターへの巡回によるバックアップ事業を行っていきます。この地域療育センターは既設の精神薄弱児施設を活用し、機能を付与することにより、地域療育を広域的にカバーするものです。当然、この二次療育圏にも推進協議会が設けられ、広域的療育ネットワークのコーディネイト機能は児童相談所が担っています。

高次の病院機能と研究研修の機能をもった中核施設を設置する検討が進められています。

このように三層からなる全道の療育ネットワークシステムは全国的にもはじめてのものであり、あわせて行政システムとしても総合的で道と市町村、及び部門連携のモデル的な事業です。このようなシステムの整備構築をしていくときに大切な視点は、療育資源が不足している地域で实际的に機能していく事業の展開方法の工夫です。つまり、全く新しい療育の場をつくるというよりは①現在活動している資源、機関、療育施設の機能強化や機能付与することによって、——例えば、ことばの教室を発展させることによって心身障害児の療育の場に拡充する。保健婦さん方のやっている健診事後指導の相談療育指導の場を保健衛生と福祉が協力し正規な療育の場に位置づける——など地域の実情にあった多様な展開がのぞまれます。②もう1つは、制度が縦割りであるための障碍の克服です。保健衛生サイドの健診事後のフォローアップ、教育サイドのことばの教室、福祉サイドの幼児教室や障害児保育等々バラバラに事業の運営がされているため機能連携が必要となっています。地域におけるネットワークングによってかなり状況が改善され、システムが組まれるのではないかとことです。

このような努力でも地域でカバーしきれない場合に、二次の地域療育センターなどのバックアップによる支援の活用が必要になります。

こうした地域療育ネットワークの母体になるのが各圏での推進協議会であります。

互いの事業のコミュニケーションと、協力のシステムが地域療育の基本となります。

したがって、まず療育施設や場がない地域での条件整備について、以下のことについて検討を深める必要があります。

- ①資源の開発と活性化、既存施設への機能付与と強化
- ②地域関係者間の発見から療育までの医療・福祉・教育の連携協力。
- ③単独町村ではニーズ自体が散在し、療育条件

を安定的に確保していくのに困難な状況がある。それらの地域がまとまり共同設置・共同利用の療育の場をつくっていくことについて。

地域特性に応じた多様でしかも効果的な展開方策を地域療育圏が自ら創出、発展させることが望まれます。

2. 早期発見から早期療育へのつなぎとフォローアップ

早期療育を推進していくとき、早期発見早期療育の基本は障害や発達の遅れが心配され、疑われるときから、健全育成という視点から早期の対応がはかれるということです。なぜなら、障害の種類や症状形成の特性にもよりますが、経過をみながら早期に対応することにより、症状や障害の改善、治療を行うことが必要です。

この間に経過観察と育児相談療育的対応のフォローアップが必要です。年齢・発達とともに症状が形成され、障害の顕在化（障害化）が進みます。発達の初期に即座に確定診断をすることは特に精神遅滞や自閉症の分野では困難なことです。

このフォローアップの間に養育者への家庭療育の援助とともに、子の障害の受容の苦難の過程に対応した精神的サポートが課題になります。早期療育は親子ぐるみの対応なのです。

このように初期の確定診断が難しいということ、養育者が障害を受容するにはフォローアップが大変重要であり、そして郡部などの障害児療育のニーズ自体がまとまりにくい地域では健全育成の大きなプールのなかで、健診事後のフォローアップと早期療育の事業をドッキングした療育の場づくり、システムづくりが必要となるでしょう。

早期対応にはこの発見から療育のつなぎとフォローアップを接点に、現実的な療育の場の整備につなげることが大切です。

こうした活動は保健婦さん達が各市町村で実際にとりくまれていることでもありますが、早期対応のポイントとフォローアップの大切さについて3点から述べました。

3. 地域療育はネットワークとコーディネーション

早期療育システム推進事業は重層的な3次圏による総合システムであります。

全く新しいシステム事業ということで市町村段階から道の段階まで、又、各行政セクションによる分野で新しい事業への不安や混乱、期待が湧き上がっています。前進するための共通理解づくり、つまり総合システム内でのコミュニケーションと事業の実際の展開が同時進行しているため一層こうした側面が極立っているのでしょう。

しかし、いずれにしろ前進し、よりよいものを築きあげるために従来の障碍を乗り越える努力が必要です。この第1歩につづき、地域療育のネットワークが事業の成否を決するものとなります。

地域の療育ニーズから出発し、それぞれの自治体と地域の療育関係者がこれらのニーズに応える療育サービスの機能分担と協力を主体的に責任をもって行うことが求められ、それぞれの力量が問われているのです。療育システムを整備する当事者の責任と能力が求められているときに、実際の療育の推進をするコーディネーターの役割は重要です。

市町村レベルでは保健婦さんが中心になっているところ、又、ことばの教室がリードしているところもあります。ネットワークの要になる推進役、連絡調整役が地域の実情に応じて明確に位置づけられることが必要です。この場合療育機関であってもいいですし、あるセクションであってもいいのです。その共通の推進母体が推進協議会です。

二次療育圏では道央圏を除き、5圏が児童相談所単位でつくられ、児童相談所がコーディネーターに位置づけられています。児童相談所の新たな役割に期待したいところです。広域行政のなかでのコーディネーターとしての児童相談所の位置づけは新しい機能と姿を担うこととなります。特に、二次圏の児童相談所のコーディネーターとしての

活動と、地域療育センターの市町村への療育バックアップ事業は郡部対策の重要な支柱となります。精神薄弱児施設が圏域のなかで専門療育施設としての機能をシステムに位置づけることにより、地域療育サービスの拠点としての性格、役割を担います。施設のオープン化事業が圏域システムに位置づくことにより、任意の施設サービスから地域療育システムとして生きることになります。今後における地域福祉の時代の施設及び関係機関のあり方が示されているといえます。

4. システムか人かではなく、両方を

地域療育システムの議論のなかで、「どんなによいシステムをつくってもそのシステムで働くマンパワーや人材がいなければ機能しない」という指摘があります。事実、資源の偏在と行政への不信のなかで、組織や制度よりも人物や人材が優位視される基盤があります。そのような奮斗は尊く重要な事であることはまぎれもないことですが、そうした活動を一般化し、制度として最低の療育基盤を整備することが必要であります。しかも制度とシステム整備のなかでマンパワー対策がとられ、優れた人材が活躍できる条件が必要です。こうして見ますと「システムか人か」の二者択一論ではなく、両方とも必要であり、それを実現する方策としても制度とシステム化が必要なのです。資源のある地域や条件のよい地域、又は有能な人材が活躍することにより療育が順調にしている地域は、全道的にみますと点の存在であり、多くの郡部に療育過疎といわれる現実が存続しています。点の優れた活動を面のシステムに発展させるべき時代であると考えます。

もう一つは、システムの運営についてインフォーマルなネットワークとフォーマルなシステム展開がうまく機能しているときに力が発揮されます。フェイス・トゥ・フェイスの付き合いと相互理解の上に信頼と協力が成立し、制度やシステムは円滑な運営が可能になります。

こうしたことを考慮するならば、療育関係者が療育制度のもっている課題や地域療育の原則的側

面についての理解を共通にもつことが必要です。

5. 地域療育の原則

①療育の日常化と地域性

日常生活している地域で、継続的に療育が保障されることです。日常的療育（相談、療育）が地域で行われることが基本です。お母さんの養育と家庭生活、地域の子どもの遊びと療育をとおして発達の援助と療育が行われることがのぞまれます。

治療や訓練、療育がこうした基盤の上であり、一部であることの再認識が必要と思われれます。専門的障害種別の療育の進展と高次化とともに郡部が非日常的な都市部の専門施設に依存し、集中する構造が固定化しています。地域生活と地域における療育条件の育成につながる対応が今もっとも重要なことです。

②子どもが楽しく生活できる療育を

子どもの発達の源は興味や関心、そして明日につながる楽しみであり、活動自体にも喜びが感じられることにより意欲が高まります。そのためには親と子の関係をベースにしつつもあそびつつ学ぶ子ども集団と日常的ないきいきとした活動の場が保障されなければなりません。訓練が生活かではなく、療育の質には日常生活への適用と、子どものレベルでの活動への具体化が問われています。専門性とは適用性の高い技術のことをいうのでしょうか。訓練の後に生活や発達があるのではなく、生活と遊びの活動をとおしての喜びがより生きる力の発達につながるような療育のあり方が問われているのではないのでしょうか。

——今をよりよく生きる——そんな豊かさと療育のなかで専門性を具体化することを総合するという視点が必要ではないのでしょうか。

③早期療育は親子ぐるみの早期対応

早期療育は生命の誕生とともに健やかに生を育む営みであり、人間の自立のもっとも基礎的な能力の土台を育てる活動であります。同時に、障害をもつことにより、つまずき、もつれたり、ゆがんだりする成長、発達を可能なかぎり円滑にその

子なりの生活を援助し、人としての生活のしやすさを支援するものです。

このとき、専門家は治療や訓練や療育ということに視線を集中しがちになる傾向がまだ多くみられます。

急速な発達の初期に重点的に療育するとともに、そのことを可能にする基本条件である養育者——お母さんへの支援が必須です。

それは、①家庭療育の日常的で具体的な方法を発達のレベルと障害の特性、成長発達に合わせてプログラムし、支援をすること。②障害が疑われたり、障害があることがわかったお母さんは多くの場合、不安、絶望、悲観、自己罪責、拒否などの精神的ダメージを負っています。母親として子育てするうえでもお母さん自身の精神的安定と、障害をもった子の親としての成長が必要です。こうした母子の支援が基本となり、早期療育が成り立ちます。

専門機関と専門家はこれらの課題にまだ十分に応え切れていないのが実情でしょう。専門家は自らの療育の専門性ととも、子育てするお母さんをきちっとフォローアップできる専門性の両面を課題として持っているのです。

6. おわりに

北海道の早期療育は、施設療育を中心に進展してきました。しかし、保育所・幼稚園での統合化、一般化の進展とともに、重度重複障害の多様化も進行しています。障害児を受け入れる多様な受皿と技術レベルの向上もみられる一方、療育資源の偏在による格差も拡大しています。このような前進面と解決すべき課題も新たに発生変化しています。こうした動向のなかで、今もっとも基本的テーマは、障害児者のライフサイクルに応じた地域ベースの総合的リハビリテーション・システムへの志向といえます。つまり、クオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life＝生活（命）の質）を実現できるリハビリテーション・システムが目標の時代です。

北海道は今、新しい療育のシステムを求めてチャ

レンジしています。このチャレンジをノーマライゼーションの道への重要な足がかりとしたいものです。

〈指定討論2〉

6 早期発見・早期療育システムの課題

(札幌大谷地たかだ保育園)

園長 伊藤 克実

1. はじめに

障害児の早期発見と早期療育の総合的ネットワークづくりは、本道において千歳市の先駆的实践や渡島コロニーの取り組みなどに成果を見いだすことができるが、全体的には既存の機関においていけばケース別に早期療育の場をつなげていく努力がされているのが実情といえよう。昭和63年12月5日、道において障害児早期療育調査検討委員会がまとめた「北海道における早期療育システムに関する検討結果報告」はこのような状況をふまえて、体系的な地域療育システムの形成について多面的に問題を提起していた。今回の本研究会のシンポジウムは、各療育現場から地域療育の現状と課題を中心に展開したが、その柱は上記の「検討結果報告」をめぐってあったように思われる。

当日、指定討論者として課せられた使命は各療育現場からの提起を有機的に関連させながら、現段階における問題点を明らかにすることと理解したが、なかなか難しく十分にその役割を果たすことができなかった。

2. 乳幼児健診システムの問題

さて、当日、私が各シンポジストの提起を受けて問題を整理したのは、つぎの3点である。

ひとつは障害乳幼児の早期発見に関連して、現在行われている乳幼児健診システムのなかでいかに100%受診の条件を形成しうるかということである。乳幼児健診の目的のひとつに疾病および心身障害の早期発見・早期治療があげられるが、そ

のためには発達の臨界期に対応した月年齢に健診時期が設定され、各健診ごとにすべての対象児童が受診するシステムが必要である。実施主体である各市町村の努力で、受診率は相対的に高くなっているが万全ではない。札幌市の健診システムは4ヵ月・10ヵ月・1歳6ヵ月・3歳の4段階となっており、その受診状況は、中央保健所のデータでは、4ヵ月95%、10ヵ月83%、1歳6ヵ月85%、3歳82%（昭和61年のまとめ）となっており、各年度同様の傾向を示している。旭川市の健診システムは、4ヵ月・1歳6ヵ月・3歳の3段階でこの間に乳幼児健康相談を設定しているが、受診状況は、4ヵ月85%、1歳6ヵ月86%（昭和60年のまとめ）である。このように各健診段階において未受診者は相当数をかぞえるが、札幌市では未受診者のフォローは4ヵ月健診を対象に実施され、1歳6ヵ月、3歳児健診では今後の課題となっている（「乳幼児療育研究創刊号・乳幼児療育の現状・木内邦子氏」）。この未受診が即障害の発見もれに関連するかは検討を要するが、先にみた旭川市の場合では、昭和60年度における未受診者748人中、状況把握451人で60%、このうち58人18%に心疾患・髄膜炎・染色体異常・先天性代謝異常等の問題が発見され、状況不明者230人31%についてその健康状態が気掛かりとされる（旭川市衛生部健康管理課保健指導係まとめ「乳幼児健診のあり方」）。「障害乳幼児対策大津方式」でしられている大津市は「健診もれ・発見もれ・対応もれの3もれをなくそう」のスローガンのもと展開されているが、この健診もれのなかに「障害や疾病あるいは環境に問題をもつこども」が多くいたことがシステムづくりの背景となっていた（大津市健康管理課「大津市における乳幼児健診」）。このように少ない事例ではあるが、やはり未受診をめぐるのは障害の発見もれのケースにつながるものが想定されるのであり、一貫した地域療育システムの確立をめざすうえで乳幼児健診の100%受診は課題である。昨今、老人保健行政がクローズアップされている。保健所行政において条件を改善しなければ（特に人的条件）、老人保健の比重が増

す分だけ、相対的に乳幼児保健において課題は多くなるであろう（「障害児保育の充実を求めて－早期発見・療育システムノの確立への提言」札幌私保連）。

つぎに、この乳幼児健診についてはその法的根拠は、「児童福祉法」・「母子保健法」によっていることは周知のことであるが、地方自治体が実施主体である乳児健診は地域によってその状況はさまざまである。このことは健診時期の設定に端的にあらわれており、先に述べたように健診時期が発達の臨界期に対応し、かつ健診内容が障害の発見に妥当性を有することが要求される中で（「千歳市における障害乳幼児対策の条件整備と課題」阿部哲美氏・障害者問題研究39）、地域間の整合性を持たせたあらたな条件整備が必要であろう。前述の「検討結果報告」では、早期療育システムの展開において北海道を重層的療育圏、すなわち第一次・第二次・第三次に区分けしているが、早期発見体制は主に第一次療育圏に設定されている。この新たに設定された第一次療育圏にある市町村がこれまで実施してきた乳幼児健診において、未実施であった1歳6ヵ月健診の実施と6～7ヵ月健診の拡充が課題として指摘されているが、同時に、たとえば胆振地方で今回第一次療育圏でつくられた伊達市・壮瞥町・虻田町・豊浦町・洞爺村・大滝村では乳幼児健診実施時期はそれぞれに異なり、たとえば始期は0歳・3ヵ月・4ヵ月に分かれ、また実施段階は洞爺村の2段階から壮瞥町の6段階と多様といえる状況（「北海道における障害児への早期対応の動向と課題」伊藤則博氏はか・北海道発達臨床研究第2巻第1号）であるが、このような傾向はおそらく全道的にもみられており、同一療育圏内における健診実施時期、および健診内容の整合性や統一性をどのようにはかっていくかが課題となるのではないかと。

3. ネット・ワーキングと財政的裏づけ

ふたつめにあげたのは、総合的ネットワークの制度化の条件、その裏付けとしての財政の問題である。すでに指摘されているように早期発見・早

期療育のネットワークづくりは既存の諸機関を社会的資源として活用することが基盤となろうが、既存の機関自体の条件整備は脆弱であったことは否めない。早来町の石城氏の提起のなかで昭和56年に開設した幼児教室がその多くをボランティア活動に負っていたことから、運営課題としてボランティア体制から脱却し、公的責任体制の確立があげられている。地域住民のニーズが先行し、これにこたえる形で地域療育関係者がさまざまな形態をとって療育にかかわる。そのことが、ついには行政を動かして制度化へつながっていくこれまでの歩みから、ひとつの体系だったビジョンにもとづいて（前述の「検討結果報告」にもりこまれた内容をさす）早期発見・早期療育の総合的ネットワークを制度化するという一大転換をはかる上でその条件づくりは急がれよう。特に、地域偏在性・広域性を特徴とする北海道にあってはニーズに対応しようとしてもその特徴ゆえに、諸機関の連携やケアの一貫性がとりにくい状況にあることが小嶋氏から指摘された。このいわば空白状況ともいえるニーズと対応（この場合、具体的には治療や療育そして保育・教育など）のズレをいかにして埋めるか、そのための条件、特に財政条件を確立しなければならない。市町村の役割とともに北海道、そして国の果たすべき役割を明らかにすることが必要であろう。昨年3月、中央社会福祉審議会・身体障害者福祉審議会・中央児童福祉審議会合同企画分科会の最終答申「今後の社会福祉のあり方について」が厚生大臣に提出された。このなかで今後の社会福祉の展開を図るための基本的考え方として、市町村の役割重視等6項目をあげ、いくつかの改革案を提言しているが、注意すべきは、特にシルバーサービスを中心として民活福祉推進路線を打ち出していることである。これは民間企業の福祉サービスへの参入を福祉の活性化としてとらえ、多様な福祉ニーズに応えようとするのが背景にあるが、費用負担をめぐる問題や利用範囲の問題など多くの課題が含まれている。また、この答申のなかで国と地方自治体の福祉をめぐる役割分担論を展開しているが、地方自治

体の役割がたかまるなかで、その裏付けとなる財政事業については展開がなく、したがって地方自治体のなかにこれまで存在した財政格差はそのまま解消することなく存続することが予想され、福祉の格差が拡大することが懸念されるのである。このような状況を考えるとき、医療と福祉・教育の総合的ネットワークである早期発見・早期療育システムの確立に向けてはその条件整備がまず論議されなければならないと思われる。

4. 保育の機能

第三に取り上げたのは、早期療育の一機関としてその比重を増している「保育所の機能をめぐる問題」である。昭和63年度において札幌市の認可保育所に在籍した障害児数は121名を数え、ここ数年いずれも100名をこえている。昭和49年に国で制度化され、札幌市でも翌50年春から実施されたこの障害児保育は制度としてかなり成果をあげていると思われる。しかし一方、検討すべき課題も多い。すでに札幌市の事例で検討を試みたか（くわしくは「障害児保育の制度をめぐる一札幌の現状と課題―札幌市私立保育所連合会）、一貫した療育システムの一機関としての位置付けではなく、障害児の親たちが個々の努力（まさに努力としか形容ができない）のもと、病院や療育機関をへて保育所にたどりついたケースがかなり多いことは、措置施設である保育所の入所要件（すなわち「保育に欠ける」事由との関連）の問題を根幹としながらも療育システムの一貫性の欠如を示していると思われる。保育所のなかで受け入れられている障害児の療育のケースは実数として増加しつつも、障害をもつ乳幼児にどのくらいの割合で対応できているのかすら把握できない状況のなかに現在もつ問題を示しているのではなからうか。先にのべた乳幼児健診100%受診体制の確立とも深く関連するが、まず、障害児の全数把握の体制を検討することが大事であろう。

つぎに検討すべきことは他機関との連携の必要性についてである。ひとりの障害をもつ乳幼児が保育所にはいつてくるまでには、医療や乳児期の

発達障害に対応した身体機能の療育・訓練の機会をへて、社会性や言語発達を促す療育の場として保育所をとらえて入所を希望するケースが多いようであるが、健常児集団が（あるいはこども個々の相互の関わりが）障害をもったこどもにたいして先行する行動のモデルとしての役割をはたしており（「保育所における障害児保育の実践と保育内容の構造」清水民子氏）、そのことがもつ意義は大きい。一方、障害児保育の実践においてその指導方法をつかみきれない悩みが保育者にとって最も多く（前述「障害児保育の制度をめぐる」参照）、保育・療育について他機関との連携協力は不可避である。身体機能訓練や言語教室、発達検査などのサポートを受けながら相互協力のなかで、ひとりのこどもの成長を保障していく体制を形成していかなければならない。この点についていえば、効果のある療育、たとえば療育回数自体も現状では不十分であり、専門機関の充実が望まれるが、保育所に在籍したまま他機関に措置（いわゆる二重措置）ができないという問題がある。この問題の根底には堀岡氏も指摘しているが、保育所の入所要件である「保育に欠ける」事由が親が置かれている事情を基準として設定されており、こどものおかれている事情は副次的にとらえられ、障害をもったこどもの成長・発達をうながし、生活を豊かなものにしようとする観点が現行基準に欠如していることがあげられよう。あらためて指摘するまでもないが、障害をもったこどもがいる家庭においては日中保育にさまざまな困難性を有しており、特に核家族世帯の多い現状にあっては（札幌市の場合、単独世帯を除いた世帯中、核家族のしめる割合は87%にのぼっている）、こどもの養育や介護・介助能力の低下と、保育担当者が母親に集中することによる母親の負担感の増大はさけられない（前述「障害児保育の制度をめぐる」・「障害児をかかえている家族の生活問題」寝屋川市・同志社大学参照）。そして、このおかれた環境がさらにこどもの生活を疎外していくという状況を生み出すことになる。まさに「保育に欠ける」状況を呈することといえよう。先に述べ

た大津市において障害児のすべてを「保育に欠ける」児童としてとらえて保育所入所措置をすすめており、乳幼児健診の徹底により低年齢入所の事例が増えてきている（「大津の保育」大津市福祉保健部保育児童課）ことから考えると、早期療育をより効果的にすすめるためには、保育所入所要件の改善が必要である。このように障害児・者施策は、「障害」をどうとらえるかによってその内容を異にする訳であるが、国際障害者年行動計画（1979）において、「障害」を構造的にとらえ、そのそれぞれのレベルに対応した施策の必要性を提起していたごとく、「障害」を固定的かつ一面的にみるのではない観点が行政に望まれよう。

次に課題としてあるのは、保育所入所年齢についてである。保育所は現在、産休あけ保育の実施までに受け入れ年齢は下がっている。現行の国制度では、障害児保育の対象児童年齢は特に明記されず、障害の程度が中程度までの児童とされているが、札幌市では1歳10ヵ月以上で軽度までもふくんで運用されている。最近の療育方法や技術の進展により、たとえばダウン症児では早期療育により障害の軽減に効果のあることも報告されており（「ダウン症児の早期療育プログラム」池田由紀江氏編）、障害の種別や程度によってはかなり早い時期からの取り組みが可能となろう。先に財政的問題についてふれたが、国制度以上に取り組むとすれば、実施する自治体の費用負担も増大せざるをえず、早期療育の条件づくりはこの面からも課題となる。また入所年齢と障害程度は大きな柱としてこの制度に位置づいているが、程度については補助をおこなう基準としての側面が大きく（すなわち、札幌市では軽度と中度の2段階に区分され、それぞれ月額補助単価が異なる）、かならずしもそのこどもの発達像をおさえているとは言えない面もある。ここで補助のあり方を検討することも必要であろう。現在補助の中で使われているのは、ほとんど100%近くが人件費であり（前述「障害児保育の制度をめぐって」）、療育方法の充実として教材費やその他条件整備に使用される枠はほとんど無いと言える。保育・教育が人

と人との間に成り立つかわり方ととらえてもその外的条件としての要素を欠くことは不可能であり、人的配置とともに物的環境（とくに教材・設備など）の充実が望まれ、この点からも現行補助の改善をつよく要望したい。

さて、最近母子通園希望者が増加している。この背景には専門療育機関に通園し、さだめられたプログラムにもとづいて療育を受けながら、さらに集団の場のなかで遊びや社会性を獲得させたいという願いや、保育所に措置されるまでの期間の、いわば入所準備期間として求める場合など種々理由はあるが、療育期間での療育機能の課題を一応こなし、つぎのステップを保障する場として保育所を紹介するケースもあり、一貫したシステムとしてないため親たちが個々に保育所を訪ね歩くことにもなりがちである。現行保育制度は入所基準を設定し、「保育に欠ける」要件のその度合いに応じて点数をつけて高得点順に入所するという便法をとっている故に、どうしてもある基準以上の要件を満たさなければ入所できない仕組みとなっている。この週に何回かの保育をおこなう母子通園形態は個々の保育所の努力で対応している状況である。本来であれば、幼・保施設いずれかが保育をおこなうことがのぞましいのであろうが、症状として歩行がまだ獲得されていない場合などは、程度・年齢が基準に達していてもなかなか受け入れは難しいのが現状であり、親の関わりをえながらであることで可能となるように配慮したこの母子通園は今かかえている課題解決の一手段として有効であると思われる。堀岡氏が指摘したごとく子育て全般においてかかえる問題は地域に普遍的に存在しており、いわば子育てセンターとしての社会的役割を担う課題が保育所機能に問われている。そのための一形態としてこの母子通園は今後さらに検討を要するであろうが、以上述べたごとく障害児の保育形態としてもおおいに検討することが求められよう。

（注）当園では現在（1990年1月）3名のこどもを母子通園でおこなっている。その内訳はダウン症児男子1名（S児）・ダウン症児

女子1名(A児)・脳性マヒ男子1名(K児)であり、A児は3才、K児は4才であるが、ともに歩行は獲得されていない。特にA児の場合、心疾患の手術の際なんらかの原因で歩行が将来にわたって困難とされており、現行制度では措置が難しいケースである。S児は当園に措置の希望をだして待機の状況下で母子通園としたケースである。いずれも週3回午前保育をおこなっている。なおA児は、通園していた専門療育機関でそのプログラムを終え、保育所での保育が望ましいとして紹介されてきたこどもである。

5. おわりに

以上3点にわたってまとめてみたが、早期発見・早期療育システムのネットワークづくり(そのことは地域療育システムの形成でもある)の観点からすると、指摘した問題は偏在しているかもしれないし、的はずれも多々あると思われる。報告のなかではすでに「検討結果報告」の内容にしたがって行政サイドによる地域での取り組みが実施されているとのことであり、これまで懸案とされてきた課題の解消に期待が寄せられている。どのような療育現場にしようとも担当者はひとりの障害をもった乳幼児が人として生きることを願い、その職分をそのための実践としてとらえているであろう。地域によって、おかれた環境によって、親の経済事情によって、又その他の条件によって療育の場がうばわれてはならないことはいうまでもない。議論されたネットワークづくりとは、抽象的にいえば横の系と縦の系の整然として調和のなかにひとりのこどもも見逃す事無く、人としての育ちを保障する体制と考えることができよう。北海道の広域性を自然環境にもちながら、一方で基幹産業の衰退化にともなう過疎化と都市部の過密化は、こどもの療育環境を厳しいものとしているが、今回だされた「検討結果報告」を契機にさまざまな論議が各療育機関・現場でなされ、実践が積み重なっていくことが望まれる。

7 地域療育活動： その方向と今後の課題の提起

—まとめにかえて—

(千歳市心身障害児通園施設)

阿部 哲美

(静内ベテカリの園)

後藤 和弘

今回のシンポジウムのテーマは、北海道が障害児の地域療育を推進する政策を打ち出したことと深く関係しています。道は、我々のような現場人が長年願っていた障害児対策を積極的に進めています。この流れの中で全道の全ての地域に障害児対策が実施され、どの地域で障害児が生まれても安心して育てていけるようになってもらいたいと希望しています。しかしながら、このことはいきなり出来上がるものではありません。長い年月をかけて良い制度に仕上げていかななくてはなりません。このための努力は道の政策立案者はもちろんのこと、各自治体の関係者にとって大切なことです。けれども、実践現場にいる者にとってはこれとはまた違う側面を持った重要な課題があると思います。それは「地域ネットワーク」や「地域療育システム」ということを構想すること自体、時代感覚として新しい意味付けがされなくてはならないのではないのでしょうか。これらの意味づけを追求するべく今回のシンポジウムのテーマとなったと思われます。

現在の障害児政策は、障害児療育の目標から見るとまだ未熟な水準にあると考えられます。他の行政制度が長い月日を費やして制度化されてきたことと比べるならばこのことは歴然としてあります。障害者問題がマスコミ等で日に当たる立場になったのは国連の提起した国際障害者年のスタートした1981年以来です。それまでも制度がなかったわけではありませんが、この時点から積極的に障害児者福祉の問題点が取り上げられるようになり、制度改善が論じられるようになりました。こ

のことで決定的な観点は施設収容の福祉から地域在宅福祉への思想の転換でしょう。今、盛んに叫ばれている「ノーマライゼーション」とか「インテグレーション」という言葉で表現されていることです。

これらの言葉で表わされる思想は個々の違いがあったとしても、「人間の社会は多かれ少なかれ障害を持ちながら生きている人びとがいっしょに住みあうのが当たり前のだ、老いも若きも、障害が重くても軽くても、そういうお互いのもっているものをかばい合いながら、そしてそれぞれがもっているものを存分に発揮しながら、共に生きぬく社会こそノーマルな社会ではないだろうか」ということです。人間らしい社会とは、人びとを排除しあうような社会ではありません。そうではなく、いろいろなものをもっているお互いを共に大事にし合いながらつくる社会こそ、個性があふれ、お互いに啓発しあえる、人間らしい社会ではないだろうか、その人間らしいノーマルな社会に戻していこうというのが、ノーマライゼーションという考え方でございます」〈1〉。

このような考え方は単に障害児者のための制度を整備するだけでなく、また、障害児者独自の政策が無用ということでもありません。社会全体の仕組みを「障害者も健常者も共に生活できる社会」につくりかえることが要請されています。

在宅福祉が障害者を健常者の中で共に暮らせるようにすることだとしても、現代日本の障害者福祉はそのための社会的な条件整備—いわばハードの面がまだまだ不足しています。ソフトの面—在宅福祉の精神を強調しすぎると、これからの障害者福祉の課題を見間違いすることになりかねません。以上のことを十分に配慮して、障害児の障害を持つ故の「弱さ」に焦点を当てた対策が立てられ、しかも乳幼児期に固有の課題を解決するための対策が立てられなくてはなりません。

子どもに対して最も基本的に重要な規定は子どもが発達する存在であり、未来の社会の成員になるべく成長中の世代であることです（このことは成人が固有の規定がないことでもなく、また、老

人の固有の規定がないことでもありません。むしろ各々の固有の課題を追求するべきであり、その固有の規定をするべきことです）。

※子どもの権利では生存権が土台になることは自明のことです。このことの上に教育権や社会権等の諸権利が保障されなくてはならないのは当然です。ここで、障害をもつ子どもたちを焦点にして検討する時にこの中でも発達する権利を設定することが特に重要であると考えます〈2〉。しかし、この発達権という概念が現在の日本において十分に定着していると見るのは残念ですが、期は熟していません。

しかも障害を持つことはこの上に障害特有の問題が生じます。近年、障害児を『発達障害児』と規定することが一般的になっています。この用語が提起される意義をもう一度確認するために長くなりますが、その説明を引用します。

「新しい法律は、……(2)利用できるサービスのリストが拡大されるべきであり、専門的な施設に束縛されるべきでない。(3)サービスのための費用と建設のための費用は同じプランによるべきである。(4)ファンクショナルアプローチ（共通のサービス・ニーズによって障害を統合すること）は、むしろサービスを受ける適性を明確にするために用いられなければならない。

このような提案に基づく新しい概念として『発達障害』（Developmental Disabilities）の用語が用いられるようになった。

法律にこのような概念を導入するには、次のような理論的、あるいは実地的理由があった。

(1) 同じ1人の人の中に同時に異なる種類の障害の発生する頻度が高い。(2) 診断的意味の不確かさと、どのようなサービスを受けることが望ましいかということを決定するに際して、その診断によりそれがどの程度までわかるかという疑問。(3) 同種の訓練を受けた職員を必要とするサービスを個々の障害ごとに行うことに反対する専門的な意見が多くなっていること。

この概念のもとでは、いかなる場合でも、発達上の可能性やリハビリテーション、最大限に治療

される権利という概念が優先し、慢性の障害という認識はない。この概念を導入することによって、過去においてチャレンジできなかったか、あるいはチャレンジされていないために家庭、あるいは施設のいずれかで終生保護されなければならない多くの人たちのために一般的サービスをわけ合うことのできるグループをひとつの傘の中に入れることが可能になった」〈3〉。

これはアメリカ合衆国では10年前に論議されたことでありながら、現在の日本で、少なくとも北海道では十分に傾聴に値する内容ではないでしょうか。

そこで、障害児療育の大きな目標は、ここではまず次の3点に要約しておきます。

- (1) 子どもの障害を軽減して、同時に発達をつくりだすこと。現在も、将来にも、障害の種類によっては障害を克服することも目標です。同時に、障害の種類でその対応に差があってはなりません（区別した対応であることは大切ですが）。この際、子どもの総体としての人格を見通しておくことが大切です。言い換えれば、全人格的アプローチです。人格を尊重しない実践論はあってはならないはずですが。
- (2) 障害児の生活過程を整えていくこと。障害児は往々にして食生活と生活リズムが乱れていきます。この結果、このような中で、障害児やその家族は発達の悪循環や家庭崩壊の危機に陥っていきます。これは障害児の発達の土台を切り崩すことになります。地域の通園施設はこの悪循環を断ちきり、発達の土台を築き、生活過程を健全な姿に整えるように援助しなくてはならない責務を負っています。
- (3) 親、特に母親が子どもの障害を受けとめ、精神的安定をはかり、子育ての喜びを得るように援助すること。これまでの指導論は“母親こそ最良の教師”とか、母親が訓練士の代わりになるように指導してきたことは否定できません。このことの反省が生まれ、当たり前前の母親になることを大切にできるようになってきていると思われれます。当たり前前の母親とは、我が子を見て

率直にただ“かわいい”と思えることでないでしょうか。指導する者はこのような援助のあり方をもっと真剣に追求しなくてはならないと模索しているところです。

※先に、社会のノーマライゼーションを述べました。社会が、関係者が、そして行政が障害者を正しく受けとめるのは当然ですが、その中で親が我が子の障害を受けとめることもノーマライゼーションの重要な一つであると考えます。

そして、これらの目標に近づくためにはどのような条件整備が必要とするのか明らかにしなくてはならないでしょう。そこで、障害児療育の条件整備の視点を設定しておくことが重要です〈4〉。

(1) 制度の確立

国や道の、つまり、全国の政策の基本的な形を見ると、大きく3点にまとめることができます。

- (1) [乳幼児健診]で障害児を、あるいは、障害児の危険のある子どもを発見する健診体制ができてきているか。障害は発達の過程の中で生成して発展してきます。ですから、その時期その時期に現れてくる障害児を発見すると組織的な取り組みが行われる必要があります。そして、発見した後、どのようなフォローアップの仕方がされているかどうか。これらの業務のためにどのくらいの保健婦の数の確保がなされているかどうか。

※乳幼児健診についてこのような言及をすると、健診は障害児を発見することが目的であるかのように思い間違われるようです。だがそうではなく、その基本的な意義は地域に住む全ての乳幼児が健康で健やかに育っていることを確認することです。

(2) [障害児通園施設]

- ①まず、障害児通園施設が地域にあるかどうか。ないとすると必要はないのかどうか。あるとすると、地域の中でどのような役割を担っているのかどうか。実践内容が後に述べる療育活動の視点から見るとどうであるか。他の機関とどのような連携が図られているかどうか。
- ②どのような種類の通園施設であるか。精神薄

弱児通園か心身障害児通園事業による施設であるか、あるいは、道の母子ミニ通園であるか。それらによっては運営の方法を変えなくてはなりません。だが、それらを自由に使いわけて運営を行うほど、見習うほど多くのモデルがあるわけではありません。それだけに、道内の施設では運営のあり方を巡ってしばらく試行錯誤が続くでしょう。

- (3) 「保育所の障害児保育」はどのような形態で行われているか。地域の中で十分な受け入れ枠があるかどうか。多くの自治体では、地域の障害児の需要に充分応えるだけの受け入れ枠が用意されていないのが現実です。

そして、保育内容が親の願いに応えるものになっているかどうか。障害児の親であろうが、健常児の親であろうが、親としては我が子が健康やかに育つことを願っています。障害児保育を既に実施している保育所では10年を経ている所もあれば、郡部の大半は何もかもわからないという所もあります。地域において、その実践内容や水準に大きなバラツキがあります。障害児保育の保育内容の検討は今後も大きな課題です。

本年度の道の政策は地域の障害児保育の進展具合と必ずしも合致しない事態が起きています。すでに、障害児保育が実施されている所にミニ通園を設置するよう指導されても対象児が十分にまかなわれるとは限りません。また、親の希望とは合わないこととなります。このような問題の解決には障害児療育の根本的意義の徹底的な追求がなされないと、形だけの解決がされることになる危惧をかんじます。

(2) 体制の整備

- (1)の制度があっても自治体の中で円滑に機能しているとは限りません。各制度間の流れや意思疎通の形態がいかにより上手に整備されているか。狭義の意味でシステムが問われることとなります。※広義の意味ではシステムは次の①②③すべてを含んでいると考えるのが妥当でしょう。

- ① 乳幼児健診から障害児通園の方へと組織的に、

そして滞りなく流れるように整備されているかどうか。今の実情では、各機関は各々が良い仕事をしていながら意外と連携はできていないことが多いようです。

- ② 相談の窓口はどの機関が行っているのかどうか。これが公に知られているのかどうか。自治体として明確にされているのかどうか。また、相談を受ける側が“相談を受ける姿勢”をもって行っているか。欧米で定着している来談者中心の相談は日本ではまだ、少数派でないでしょうか。そして、大きな問題は、相談業務が障害児療育においてまだ位置づけられているとは言いづらいということです。
- ③ 障害児通園から保育所へ適切なパイプを設定して障害児が保育所に入所できるようになっているかどうか。あるいは、そのための組織が確立しているかどうか。または、それらが円滑に機能しているかどうか。
- ④ 組織が適切に整備されているかどうか。いくつかの市では心身障害児通園事業の補助金で運営しているにもかかわらず、子どもの数が80人とか100人とかになっています。これは通常の形態とは考えられません。

法定施設では反対に形が決まりすぎて、地域の中で他機関との間で連携を必要とする仕事ができづらいように思われます。

- ⑤ 指導体制がどのようになっているか。①精神薄弱児通園、②心身障害児通園事業による施設、③道単費の施設、④無認可の施設とでは同等に比較できません。道内に多くある②③④では、毎日通園ができていません。また、ほとんど非常勤職員でまかなわれているのが実態です。
- ※連携はシステムやネットワークにおいて必要不可欠な視点です。しかし、連携という言葉は誤解されていることが多いように思います。対応策がないことを“連携して対応する”と使われます(実際は、他の機関に仕事を回すだけです)。これは具体的な対応策がないことの言い訳にすぎません。

あるいは、互いに他の機関がしてくれることを

期待したけれども、期待通りに対応してくれないことが分かり、互いに相手を非難する結果を招いてしまいます。これは相互依存の姿であって連携とは程遠いものです。

連携はこのようなものではありません。自立した機関同士が知恵と業務の特色を出し合って質的に新しい仕事をつくりあげることです。つまり、連携は抜本的に必要な制度の代用ではありません。例えば、障害児療育に根本的に必要な通園施設と専門スタッフは、いくらこれ以外の機関が色々な連携の形を工夫しても解決することではありません。

※法定施設の肢体不自由児通園施設がありますが、道内では少なく、ここでは他の障害児通園施設と切り離して考えておくことにします。

⑥ 指導スタッフの確保や育成に力が注がれているかどうか。業務を適切に配分しているか。専門性を確保する努力が払われているか。それから、施設の職員が陥りやすい盲点として(1)専門的文盲性、(2)体制的文盲性、(3)社会的文盲性、が挙げられるのではないのでしょうか〈5〉。

しかし、先に述べましたが、法定の3通園施設以外では数多くの非常勤職員の(ボランティア的)努力によって支えられている実態であることの方がより重大な問題です。行政において、つまり、公的には本格的な制度として認知されるまでに至っていないということではないでしょうか。

(3) 総合発達保障の観点

以上のような制度や体制の内実を成すのが療育実践活動です。ここで、早期療育システムを展望する時、この実践レベルの側面をしっかりと見つけ、問題点を把握して、今後の課題を提起する作業過程が不可欠であると考えます。そうでなければ、子どもに福祉制度を形はめして、子どもに還元されない、形式だけの福祉になってしまいます。そうならないために、ここで制度の内実を追究するために「総合的発達保障」の観点を述べます〈6〉〈7〉。

(1) 総合的な療育でなくてはならないこと。先に

引用したように障害児は単一の障害であることの方が稀です。障害が重複している障害児に対して総合的な指導の取り組みはまだ、確立したものはありません。色々な施設で試行錯誤を重ねながら進めていると推測されます。

既存の肢体不自由児通園施設、精神薄弱児通園施設、難聴幼児通園施設の3法定施設がその枠の制限からくる弊害を克服する努力を始めています。厚生省でもその方向を検討中です。

しかし、残念ながら今の北海道では、むしろ規模の小さい通園施設では専門スタッフがいないことの方がより大きな問題です。

(2) 他職種専門スタッフによるチーム・アプローチでなくてはならないこと。ここでは、それらは理学療法士(P T)、作業療法士(O T)、言語療法士(S T)、発達心理士、ソーシャルワーカー(Social Case Worker)、保母、教育者、医師等であると考えられます。しかしながら、現在の北海道ではまだ、このような形態とチーム・アプローチができる施設はありませんが、これから障害児療育にとって本来に必要な基本的なスタッフとして掲げられます〈8〉。但し、施設の規模によっては小規模のチーム-P TあるいはO T、S T、発達心理士、保母等に縮小する柔軟性を確保することはこれからの北海道において特に重要性があるでしょう。

※発達心理士(D evelopmental Psychologist)という名称は一般化した用語ではありません。ここでは、将来のチーム・アプローチにおいてこの名称で示される職種が必要であること、およびこの名称がより適切であるという提案です。この職種は、知恵遅れ、自閉症等の障害児、あるいは少なくとも精神発達の面を対象とするのは確かです。

しかしながら、現在の大学での養成のされ方にこのような実践現場ですぐ力を発揮することを期待するにはギャップが大きすぎるように思われます。これはP TやO Tの養成のされ方と比べるとあまりにお粗末です。この点が克服されなければこの職種の定着はありえないことすし、このような名称も無用です。

(3) 障害の現代的認識に立たなくてはならないこと。現在の障害児療育は十分に発展した姿ではありません。科学の水準としてはまだ未熟です。このことは歴史を振り返れば明らかです。そうであるだけに、その進歩に対しては敏感でなければなりません。科学の進歩により障害に関わる知見は発展します。障害像は時代と共に変化していきます。指導論もそれらに即して展開していくこととなります。しかし、これは全く新しい指導理論に乗り換えることではありません。発展させる姿勢が大事です。何故なら、指導は理論だけでは成り立っているのではないからです。

療育実践というものは子どもの発達への思いや願いとその実現の方法、子どもの共感関係、親との信頼関係、そしてそれを実行する様々な技量を持たずには成り立ちません〈9〉。そして、このような力量は、指導する者が簡単に身につけることができるものではありません。また、長い年月をかけて悩みながら身につけた力を安易に捨てるような方針は実践現場にとって無意味であるだけでなく、有害です。往々にして新しい理論が従来の方法を意味がないものであるのごとく主張されて登場してきました。

(4) 子どもの発達過程を把握して働きかけがなされなくてはならないこと。子どもは日々発達していなくてはならない存在です。発達していないと、障害児は問題行動を生じ、二次障害をもたらすようになります。二次障害を引き起こすことは指導する側の敗北です。こうならないために、発達の道筋を正しく理解し、子どもの発達をしっかり把握した働きかけを常々工夫しなくてはなりません。更に、発達の見通しを持った働きかけが考えられなくてはなりません。働きかけは子どもの現在の姿だけで定めるのではなく、これからの発達の方向をも見定めた働きかけ—指導課程を組んでいくことが通園施設の今後の大きな課題であると考えます。

(5) 家庭生活全般を見通した指導内容でなくてはならないこと。障害児を抱える家庭は、生活の

中で様々な困難にぶつかっていきます。それらのことに親が立ち向かえるように援助できるには、指導する側が社会についてそれだけの認識を持っていなくてはなりません。地域の実態に応じた援助の仕方を、個々の親に応じた援助の仕方を身につけることが要求されています。

(6) 両親教育、特に、母親との話し合いを大切にしないことはならないこと。子育てをしていくことは親にとっては一生続くことです。指導する側は一時的であり、脇役です。最終的な責任はあくまで親です。指導する者は親が自分の力で子育ての見通しを立てていけるように援助する視点が必要ではないでしょうか。つまり、子育てにおいて自己教育が可能な親になるように援助することが本来の目的とすべきです。“先生のいわれることなら何でも従います”というのは依存の姿勢をつくることです。これは、一時的には指導が円滑にいきますが、本来的には個人が自立する方向を阻害します。

以上のことは通園施設がその地域において障害児の『発達センター』になるべき課題であると考えます。

最後に、障害乳幼児の療育活動が活発に展開され、実践現場の水準が高まり、その方向付けの一つとしてこのような研究会の中で様々な職種の人々が色々な角度から活発な論議を行い、制度充実の方向が見定まることで制度改革の力になることを期待しています。更に将来的には障害乳幼児の対策が国の義務的の制度になり、通園施設に所属する職員も教職員等と同格の待遇にされることを願わずにはられません。(文責 阿部)

資 料

〈1〉一番ヶ瀬康子(1982)「現代の障害者福祉問題」ドメス出版

〈2〉堀尾 輝久(1986)「子どもの権利とは何か」岩波書店

〈3〉根ヶ山俊介、根ヶ山公子(1978)「アメリカの発達障害法をめぐって」発達障害研究Vol.1, No.1

〈4〉阿部 哲美(1988)「千歳市における早期
発見・早期療育活動およびその課題」乳幼児療育
研究創刊号, 北海道乳幼児療育研究会

〈5〉田中 昌人(1985)「乳児の発達診断入門」,
大月書店

〈6〉阿部 哲美(1981)「北海道における障害
乳幼児対策の検討」北海道の教育81年版, 北海道
合同教研研究推進委員会

〈7〉阿部 哲美(1987)「地域における障害児
療育の課題」情緒障害教育研究紀要第6号, 北海
道教育大学旭川分校障害児教育研究室

〈8〉障害児早期療育調査検討委員会(1989)
「中核的施設の機能のあり方に関する調査検討報
告書」

〈9〉茂木 俊彦(1987)「障害児の発達の子育
て」全国障害者問題研究出版部

特別講演

1. 自閉症児を育てた経験から、早期療育に願う

田中勝廣

2. 脳性マヒ児を育てた経験から、早期療育に願う

山形積治

3. まとめ

座長：後藤 守（札幌教育大学）

相場 幸子（北星学園大学・クリスチャンセンター）

記録：山田 克巳（札幌平和幼稚園）

竹内久美子（旭川市幼児のことばの教室）

1 わが『田中基夫』の出生から三十年、いろんなことそして、私達の親の会のこと。早期発見と早期療育に心を砕く方々へ

（北海道自閉症児者親の会）

会長 田中勝廣

昨日は、夜の交流会で沢山の各分野で活躍されている方々、男性・女性、障害の子を早く見つけ、そして早く手立てをする集まりは、本当に素晴らしいことです。

このような会・組織が生まれる土壌、この北海道はこれまた、素晴らしい所です。

この会の常任理事になられました名古屋で大きな仕事をされていた『岡田先生』一札幌あゆみの園の園長がこの北海道を「素晴らしい所ですね」と言われました。

会員の方々のこれからの真摯なご活躍を望んでいます。

今日、只今私『自閉症児を育てた経験』を話してとの呼びかけは、実は今年の8月20日に伊藤先生からありました。この日は、私達の全国組織である『自閉症児者親の会全国大会』を私達北海道で引き受ける事になり、私始め役員一同一生懸命になり、会が成功するよう努めました。御蔭様にて、各関係機関のご助力もあり、沢山の参会者があり、盛会裡に終わりました。また、本州と道内の児童100名を保育していただきました。これは、伊藤先生と一緒にいる道教育大の古川教授他、7人の先生方と情緒障害学級の牧野・二通先生他10人の先生の指導で教育大・札幌大・光塩大の40人の学生ボランティア、総勢では150人をバスで札幌より40kmの厚田村で一日保育をして頂きました。

この子たちの中には『てんかん』との二重障害をもつ児童もあるために、もし発作が起きた時にはと思ひ、今日もいらしている静療院の設楽先生

をお願いして日曜日でも北大の精神科で対応して下さる様に手配して頂きました。先生方にはご苦勞であったと思います。

特に北大の小林教授の了解を得られて、私たちの悩みを受けて頂きました。

私達のこと、親の集まりの会の事に沢山の、各方面の方々からいただいたご助力は感激でした。この席をお借りして厚く御礼を申し上げます。実は、この大会に『シンポジスト』の一人として教育についてお願いしたのが、今日の会の主催者の伊藤先生でした。先生はお帰りになるとき、私に『田中さん、11月に乳幼児研究大会（早期発見・早期療育の会）があるので話をしてくれないか』と言われました。大会の進行その他で立て込んでいましたので、軽くお引受けをしてしまいましたが、今まで、医療、教育の専門の先生方・プロフェッショナルの会合には、私達障害児を持つ親は不思議に参加していませんでした。この度が初めてです。

過る年、道の指導で『自閉症研究会』が発会したとき、会長・諏訪望先生と山崎先生、札幌市教育委員会指導主事の齊藤実先生がメンバーでしたが、この時に親には声が掛かりませんでした。「自閉症児には一番よく接しているし、症状を毎日見ている親はどうして？」と思いました。この度、話の機会を与えてくださったことに感謝致しております。但し、私には懸念もありました。ここにおられる皆様は、既に多くの障害を持つお子さんの成育暦は何度も聞いていると思います。実は私自身、親の会で本州から何人もの先生にご講演を頂いたことがあります。先生の中には、A君、B君の生育、症状を話されます。延々と続きます。然し、この生育暦の話が会員の親にどの様な刺激勉強になるか、わが子に対するかかわりに有効なのだろうか、何時も疑問視していました。こんな中で私がわが子の生育暦をしゃべることになるとは思いもよらないことでしたが、自閉症児を持つ親がその子と同胞の話をするのも決して無駄ではないと考え、お話しすることに致しました。私は、一番自閉症のことを知る親だと自負していま

す。

我が子の誕生から、その時々が発生した教育のこと、医療のこと、そして福祉のこと、わが子『田中基夫』を中心に語りたく存じます。

基夫は、昭和35年1月28日に札幌の『奥田産科医院』で生まれました。実は、私はこの出産を心配していました。当時函館にいましたが、前年34年6月に、私は先輩の招きをうけて札幌に参りました。この時の引越しの労働が、家内に悪い影響を与えたと思います。いつも元気な家内から、女性の『おりもの』に薄く血がまじっていると告げられました。早速会社に連絡して休暇をとり、北大病院の産科に参りました。このことは、親の会の全国誌『いとしご』にも書きました。この時の北大の対応には、今では考えられないものがありました。9時から11時まで待たされて、結局、担当の医師が急用とかで、この日の診察はありませんでした。別の大きな病院と思いましたが、急いでいたので近くの病院へ行きましたが、町の医院でははっきりした対応はありませんでした。

この様な状態でこの子は誕生しました。長女・長男・そして三番目がこの子です。

我が子の誕生から30日あとに『若きプリンス徳仁親王・浩宮様』のご生誕でした。いまフト、心の中に光と影との思いが過りました。彼の出産にもっと力を尽くしてやればと。

ここで私の長い経験から一寸お知らせしますが、私達の親の会では、私達のように3人兄弟は少なく、1人子が大変多いのです。年の離れている兄弟で2人の方はおられますが、1人が圧倒的に多いのです。又、会員のことになりますが、女の子の方が少ない。やはり、女性は出産という大きな試練に耐える為でしょうか。身体は抵抗力が強いのでしょうか、10%位の比率です。（これは更生施設入所者にも言われることです。）

このようにしてこの子は生まれました。然し、生まれてからは、少しずつ兄弟と違っていました。悪戯の激しいこと、歯の生え方の遅いこと、言葉の遅いこと、等々。悪戯の激しいことでは、その時に「東京から来ていた私の母が基夫の手にお灸

を据えた」と姉から聞きました。母には基夫の異常が判らなかつたのです。悲しかったです。

その後、緑ガ丘病院の谷口先生の所や、札幌医大の当時講師の杉山先生のアパートにも訪ねました。このとき、外人の先生が応対に出てこられたのにはビックリしました。

その頃、函館の友人から札幌医大の小児科に本村先生という方が行くから会いなさいと言われて、医大に参りました。わが子のこと、悪戯の激しいこと、歯の生え方の遅いこと、言葉の遅いことを彼に話しました。然し、この時期には、所謂小児精神医学の研究は遅かつたのでしょう。『歯の根の無い子もいますよ』との診断でした。

然し、丁度その時、先生の息子さんが基夫と同じ年でこの診察室に来ていました。この息子さんの起居動作が我が子と全く違いました。5歳の子供はこんなに父と通じるコミュニケーションが出来るのだと、私は妻と共にはっきり自覚致しました。

いわゆるその後のホスピタル・ショッピング、病院巡りでもはっきりとした診断、宣告はありませんでしたが、私達夫婦はここで我が子の異常をはっきりと知りました。

その後、ここ札幌医大の小児科では心を病む子供のことを知り、今村医師のもとでプレイセラピーの指導が行われました。ここに若い女医さんで南里先生と言う方がおられました。「基夫ちゃんは自閉症だ。私が治してあげよう」と言ってくれました。この医大の小児科に教育大学札幌分校の宮本先生が参加され、先生の教室『杉の芽学級』を借りて、ここでもプレイセラピーが行われました。

この時期、小児の精神的な異常に対して積極的にアクションを起こしていたのは、小児科医か心理学者の方々でした。当時、平井信義先生を頂点とした心理療法が主流でした。

しかし、この教室、すなわち、医大の小児科のプレイセラピーの場も閉ざされたのです。このとき「時間よ止まってくれ」と私は思いました。7歳になり、札幌市教育委員会に就学手続に行きました。当時、委員会は今の市民会館の2階にありました。教育部長は、たしか久保田部長さんでし

た。ここで我が子を受け入れる教室が無いとのこと、『就学猶予』の手続きを泣く泣く書きました。

この後に教育大学の宮本先生より、『自閉症を持つ親達は結集しなければいけない、親は親の会を作りなさい』と言われました。全道の児童相談所を通じて、我が子の異常に悩む親達30人が結集して宮本先生の命名で『北海道情緒障害児父母の会』が生まれました。昭和42年6月のことでした。この頃、この会のこと、我が子基夫のこと、自閉症児のことを積極的に取り上げてくれたのは、NHK札幌放送局でした。朝7:15分から30分まで『北の視点』という番組で放映されました。基夫と私達夫婦と姉、兄の一家5人が出ました。『自閉症』のことを広く知ってもらうつもりで出たことでしたが、このことで姉が学校でダメージを受けてしまいました。ただ今のようなノーマライゼーションの心が無い時でした。

その後、私達の運動は、この子供達を受け入れる学級を作ることでした。当時、札幌教育委員会の指導室は、今の『札幌時計台』にありました。難聴の学級を作られた菅原先生にお会いしたのもここでしたし、教育大学特殊学科の木村教授にお会いしたのもここでした。度々お伺いして、また先生方のご尽力で札幌は東京以北で一番早く『情緒障害児学級』が開設されました。

この後、私達の子『自閉症児』の療育の主流は大きく変わりました。教育大学と札幌医大に変わり、北大の精神科と教育学部の若き研究者がこの『自閉症』に取り組んでくれました。北大教育学部の幼稚園跡の講堂で、山崎晃資先生（現東海大学精神科教授）と伊藤則博先生（現教育大学教授）のお二人が私達親の会の母と子20人程をここで療育・指導して下さいました。

この年に基夫は、山崎先生の勧めで北大の精神科の病棟に入りました。先生から「田中さん、自閉症に効くお薬も開発されていますよ。三重の十亀先生の『トレンタール』だとか『ホパテ』も有効」と聞きました。我が子の北大入院と同時に、当時、北大の精神科勤務の奥村昌子先生から北大の外来に来るようにとの連絡を頂きました。私と

家内とで行きました。先生は小さな部屋で私に本籍・父母・兄弟同胞・学校・職業等を聞かれたあと、一枚の紙にインクを垂らし、二つに折り、その図形が何に見えるかとのテストを受けました。私は『歌舞伎の隅取り』と咄嗟に答えました。あとで聞きますと、これは『ロールシャッハ・テスト』とか。スイスの精神科医学者のロールシャッハか、無意味なインクのしみ、その他の図形を見せて、それが何に見えるかを答えさせ、それを分析して、それが性格や精神内部の状態（コンプレックス）を判断するとありました。私が咄嗟に答えた『歌舞伎』には理由がありました。私の母は江戸っ子でした。小学生の私を連れてよく芝居見物に行きました。図版をみて、そんなことが思い出されたことでしょう。

話は変わります。今年11月24日に私達の親の会が『社団法人・日本自閉症協会』の祝賀会の席上で、来年7月に日本で初めて『第12回国際児童青年精神医学会』が京都で開催されること、実行委員長・白橋宏一郎先生（国立仙台病院院長）、事務局長には山崎晃資先生（東海大学教授）とのことが発表されました。

実は去る昭和56年、北海道情緒障害研究大会のあとにこのお二人の先生と薄野に参りましたが、この時に白橋先生が大の歌舞伎ファンでした。

かねてから小児精神医学は成人とは違うのだとの持論を進められておられた北大医学部の医学部長の諏訪 望先生は、北大病院に小児精神科の病棟を作るよう文部省に進言されていたとのことでしたが、これは実現ならず、昭和45・46年全国の精神病院が老朽化のため火災の際に多くの怪我人が出たために大蔵省では、精神病院を改築するなら建設補助金を出すことになり、札幌の市立札幌病院平岸分院静療院もこの措置を受けて改築することになりました。当時の静療院は木造の建物で、院長室に行く長い廊下は鶯張りでギンギンと音がしていました。只今の静療院とは雲泥の差でした。

この静療院に自閉症児を療育する場を作ってくれる様に、2代に亘る市立病院々長に陳情、請願をして、昭和48年10月に『児童部・のぞみ学園』

ができました。

その後、児童福祉法が改正になり、『自閉症児施設・第一種医療型』が静療院に57年に開設され、翌年『自閉症児施設・第二種福祉型』が道南のおしまコロニーに開設されました。

ここで話題を変えます。兄弟関係について、是非お話し致します。

兄

昭和33年 誕生	39年 小学校	45年 中学-高校	51年 大 学	55年 卒 業
-------------	------------	--------------	------------	------------

基夫

昭和35年 誕生	就学猶予	このとき10歳 いたずらはげしい	50年 静療院	61年 厚田へ
-------------	------	---------------------	------------	------------

兄と基夫は2つ違いでした。姉は4つ違いです。姉は基夫に好意的ですが、兄は、高校受験の時に彼に悪戯いたづらをされた事が忘れられなくて、とうとう基夫を許しませんでした。しかし、この幼児期から少年期にかけての父母の対応やスキンシップが兄弟に平等にあげられたか、今も慚愧の念に耐えません。年の近い兄弟・姉妹の育成には、是非心を配っていただきたい。

この時期、我が家には長男の高校受験に備えて、札幌医大の学生さんが来ていました。彼が家内に話したことには、彼はインターンを内科から産科に変わったこと、その時、先輩の行う分娩に立ち会ったこと、それが異常分娩であったこと、新生児が蘇生しても保護者に将来障害を背負って行くことを告げなければならないという予知の苦悩を語りました。然し、これは私のお話の本旨ではありません。

ここで代謝異常についてお話したいと思います。私は決して医療の専門家ではありませんが、この代謝異常に対する我が国の対応がこの様になっているとは、想像もつきませんでした。代謝異常は、フェニルケトン尿症が一番知られております。昭和52年度に厚生省では先天性代謝異常の検査（マススクリーニング）を予算化し、全国都道府県及び政令指定都市に通達しています。次の5つの代謝異常です。

1. フェニルケトン尿症



ボディペインティング

体にマジックインキでものを書く。また、一生懸命に駆けるか、絶対に後を振り返らない。これはどうゆう訳なのでしょう。ある日、真駒内のアイス・アリーナ前で妻と3人で午後遊びに行きました。いつの間にか彼の姿が見えなくなりました。もうすぐ帰ると思いましたが、とうとう2時間たっても帰ってきませんでした。やむを得ず南警察署に届けました。6時頃電話がありました。南の沢の農家からでした。アイス・アリーナから約5キロも離れています。なんでも南の沢の奥のこの農家の奥さんが外を見ていると一本道を少年が歩いている。この道は行き止まりなので心配して基夫を連れ戻しました。そしてパトカーで保護されました。五輪大橋・広い国道をこえてこんな速くにどうして彼は来たのでしょうか。途中不安だったと思います。然し振り返らなかった。今でも不思議に感じています。

2. メープルシロップ（楓糖尿症）
3. ヒスジン血症
4. ホモシチン血症
5. ガラクトース血症

この5つの症状は、検査、治療が有効とのことでしたが、厚生省では、特に尿による発見の際にはその新生児の保護者にこの異常を告げた上で、精密な検査をすることとしています。尿・血液検査（ガスリー法）の結果、真正と判断されれば、直ちに治療に入る。ここに発見・予知・治療の組織ができております。このような一貫した治療組織がなぜできたのだらうかと思いました。ここに一つの別の力を感じるのです。産科・小児科・精神科の先生方のご尽力だったのか。何れにしても早期発見・早期療育の一つの証左ではありました。

ここで、なぜ私は代謝異常を持ち出したのか、それは昭和55年度より厚生省新薬開発研究の研究班として、酵素障害に基づく代謝異常治療薬の開発研究班に早石 修氏（大阪医科大学々長）を班長とするチームが結成されて研究が続けられてい

ました。昭和60年々末に新聞社に『小児自閉症の新しい治療薬・テトラヒドロパイオブリテン』とスクープされました。このために研究班では、研究班としての発表講演会を持つことになり、東京は日比谷松本楼で行われましたが、この時の発表者・成瀬 浩（国立武蔵療育所神経センター部長）のお話では、発達障害の中では、現在100種類位は代謝異常・酵素障害のため脳に障害を受けること。例えば、フェニールケトン尿症、クレチン症があり、放っておけば非常に重い知恵遅れになる。代謝障害は、赤ちゃんのうちに簡単な検査で発見して治療ができるようになり、日本は現在治療のできる代謝異常の早期発見のシステムに関しては、世界一優れたシステムを持っていると激賞されていました。ここで先生は、『小児自閉症』の子供さんの中には、このフェニールケトン尿症に似た代謝異常が発見されたために、この研究班はこの代謝障害に対して新薬の開発の焦点を当てたと申されました。この結果、『小児自閉症の新しい治療薬』として『天然型テトラヒドロパイ

オプテリン』が開発されました。

ここで、治療のできる代謝異常と先生は言われました。この点は多くの意味があります。『北海道乳幼児療育研究大会』副題の『早期発見・早期療育』について話したいと思います。代謝異常による障害は100種類以上あります。若し治療方法の無い代謝異常が『予知』『発見』された場合どうするのでしょうか。ここに難しい問題があります。これからの精神医学は、この問題にどの様に対処するのでしょうか。

新薬『天然型テトロハイドロバイオプテリンR-T H B P』の臨床研究は、二重盲検法 (Double blinded) で行ったと言われます。この時は、東京親の会の児童と大阪親の会の児童がこの研究に参加したとのことでした。発表されたのは17人の結果でした。

+++ 非常に有効 ++ 有効 + やや有効 - 悪化

年 齢	人 数	効 果				
		+++	++	+	不 変	-
10歳以上	5人	0	2	2	1	0
5～10歳	5人	1	1	2	1	0
5歳以下	7人	5	2	0	0	0
合 計	17人	6	5	4	2	0

研究対象者は17人となっていますが、恐らく5人位は多かったのではないかとおもいます。二重盲検法一保護者も、担当の医師も新薬を使用していると思っている。しかし実際は、この中にはプラセボ（偽薬）が使われていたとのこと。それを知っているのは、研究班の方々だけでした。二重盲検法とは厳しい試験です。多くの研究の結果、『新薬』は開発されました。私達、昭和42年に会を結成した者の子は、この新薬の恩恵は受けられません。然し、親の会は、後から来る人達にも心を配らなければなりません。この新薬の開発が厚生省の委嘱で始まった事は、私達自閉症児者親の会の存在が認められていたからだだと思います。

ここで又、自閉症についてお話したいと思います。自閉症児者は、常同行動と攻撃的な行動とパニックがあります。この時、施設や療育の場ではこの子のパニックには対処の術がありません。やはり、抗生物質を与えます。これは止むを得な

いことと思います。親にも気に入られなければ、かかってきます。我が子のお薬はレボトミン他2種類です。このお薬が彼の体にどの様な影響をしているのかと考えたこともありましたが、この事が基夫の歯の治療のときはっきりしました。

「彼の歯の親知らずが横に生えて切開しなければ」と歯科医療センターで言われ、全身麻酔をしなければとのこと、北大麻酔科の先生方をお願いしましたが、麻酔科では長く投与しているお薬の中に、以前同じ薬を使用していた成人に事故があったので、この全身麻酔はできないとのことでした。私は、当時の主治医の片岡先生にお聞きしました。先生は即座に『それは違う。自閉症に対する考えは恐らく麻酔科の方々には判らないのだろう』と、先生とケースワーカーの方が付き添って北大の歯学部に行き、手術を済ませました。この時の歯学部の方々の対応、特に看護婦さんは立派でした。すぐ白衣を緑の服に替えてくれました。このように多くの人達に本当にお世話になっています。

小児自閉症に効果がある新薬は、主としてサントリー生物医学研究所の担当でした。私はどうしてサントリー・ウイスキー会社でと思いましたが、酵素、バイオの研究では既存の薬品会社ではなく、サントリーや協和醸造等の酒、食品関係の会社の研究が進んでいることを知りました。

只一つ判らないのは、基夫のオナニーの時期の早いことでした。一時期、同室には学校恐怖症か登校拒否児がいて影響を受けたのかも思いました。いま我が子の一番の心配はこの行為ですが、昭和62年、私達静療院に居た人達20人が発起人となり、厚田に『自閉症成人の為の精神薄弱者更生施設・厚田はまなす園』を作り、そこに行きました。指導員の先生方の指導を信じています。御苦労とは思いますが、親亡き後の親代わりの施設です。どうか施設の方々のこれからの活躍に期待します。

ここで私達親の会を理解して、数々のご助言を下された『稲垣是成先生』を忘れてはなりません。自閉症児に対する対応の提言を堂垣内知事に答申下さったのも先生でした。又、情緒障害学級の先

生の不足を懸念されて、私を連れて当時教育大学々長であった岡路学長に陳情したのも先生でした。この結果、北海道教育大学旭川分校では、伊藤教授と古川教授を迎え、『北海道教育大学情緒障害教育教員養成課程』が誕生しました。

この度の『乳幼児療育研究大会』に、20年自閉症に接した私の経験をとのことでした。この様に各機関でこんなに多くの方々が、「早期発見・早期療育」に携わっていることは驚きでした。20年前から思いますと隔世の感がございます。会の発展を心から祈ります。

私の話が皆様にご参考になったかどうか不安です。御寛容下さい。

昭和60年9月13日に亡くなられた、自閉症児の療育の先駆者でありました三重県々立高茶屋病院付属『あすなろ学園』園長・十亀史郎先生を（東海大学教授の牧田先生は「誠実がセビロを着てトコトコとひとりて埃っぽい乾いた道を歩いていた——それが十亀君だった」と語られました。）

ここに先生の自閉症児への思いの詩を引用させていただきます。

群れからはなれて、ひとりぽつんと
 誰にも通わないところをもって
 生きている子供たち
 それはこころを病む子
 いつか その子は
 閉ざされた心をひらき
 みんなの群れの中にもどれるだろうか
 とざされた心をひらき
 みんなの群れの中にもどれるだろうか

終わりに、去る昭和58年12月3日に亡くなられた名古屋大学精神神経科・教授堀 要先生（享年76歳）、先生も自閉症児には早くから関わりをもたれ、著書も沢山ございます。先生の温かいお人柄は、万人の尊敬を集めていらっしゃいました。

堀先生は、病床での口述の中で「福祉とということの意味は、みんな一緒に力を合わせて人間の尊厳が実現するように絶えず努力していくことだ」と申されました。福祉に携わる方々への深い示唆

を与えるお言葉でした。

皆様会員の方々の今後の活躍とご健康を祈りながら、私の自閉症児を育てた経験のお話をさせていただきます。御静聴に心から感謝いたします。

2 新しい福祉の あり方を求めて

（北海道教育大学教授）

工博 山形 積 治

1. 福祉運動への参加

昭和45年4月、長男の出生とともに私の福祉を追求するはてしない道が始まった。息子は8ヶ月の早産であり、後で脳性マヒの後遺症があることがわかった。同年出生児との比較による発達の遅滞、首が座らない、下半身を引かず異常なハイハイ、私ども夫婦が決定的に息子の身体が何か異常であると確信したのは生後一ヶ年くらいの頃で、足がつっぱって前に出ないと気付いてからである。それからと言うものは、小児科、外科医、整骨院と手当たり次第に息子をつれ回した。しかし、どことしてはっきりと診断してくれる医者はいなかった。人をたよって、当時のマザーズホームでの訓練を受け始めたのはその頃からであった。弟などの子供達を見るにつけ、自分の息子だけがなぜこんないまわしい病に冒されたのだろうと考えた時、私の福祉に対する運動の方向は過激になっていくことが自分でもよくわかった。マザーズホームを丁度地方自治体の組織の中に組み入れるための運動が各地で起こり、旭川も例外でなく、屋舎の改善や早期発見・早期療育の問題を先鋭的に取り上げたことを記憶している。行政の対応の遅さをなじり、論破することに運動の意味があると信じていた頃であった。

しかし、やがて、論破された相手はその場では黙り込んでしまうが、一向に何も事が進まないというのが我国の現状であるし、限界であることを知った。

2. 運動方針の転換

先鋭的な議論に勝っても、相手の心が動かなければ福祉が前に進まないという一種の悟りのようなものを持ったのは運動組織体の長に選出されるようになったからで、息子の成長とともに私自身も成長したと言ってよいであろう。

福祉運動の本質は論戦につきるのではなく、相手側にも自分達の側に立ってものごとを考えてもらうことが最も必要なことで、行政には行政の専門的な知識、医療関係者にはその専門知識を我々の側に立って出してもらうことが福祉運動の好ましい姿であると考えようになった。このような運動方針の転換によって、私には実にすばらしい福祉運動の仲間がではじめたし、又、この運動にかかわらなければ、まず一生活し合うことのないような分野の方々とも友好関係ができ、私自身の大きな勉強になっている。有難いことです。

3. 親の決断

健康な子供についてもそうであるが、障害を持った子供の場合、親は、実に色々な場面で子供の一生にかかわるような決断にせまられる。その最初のもは、子供の義務教育の入口からであろう。我家ではできることなら家から通学させて、定期的に医療・リハビリも受けられるような所を望んでおり、子供がまだ学齢になる以前から父母の会等を通じて施設改革の運動も進めていたが、残念ながら多くの壁に阻まれて旭川にはそのような施設は実現しなかった。やむなく、当時の旭川整肢学院に入院させることになった。子供を入院させて帰る際の子供達の泣き声が今でも忘れることができない。しかし、ここで子供が苦勞すれば必ず独歩ができるようになると信じて決断をしたものであった。しかし、子供の成長・発達に期待通りではなく、無邪気で明るかった子供のパーソナリティも次第に変わっていくように思えた。幼い子供の入院の場合、子供の内面に「トレーニングにはげもう等……」という気は起こらず、唯、「親に会いたい、家に帰りたい」とひたすら思う

だけであるらしく、今から考えると子供に大変無理なことを強いたような気がする。

私が英国で訪問したホワイトロッジセンター（White Lodge Centre）は、2～8歳までの子供70名が通所する脳性マヒ児中心の訓練センターであって、朝8時に親が子供をつれて来て4時に引き取りに来る。地域の学校と本センターとの二重の在籍が認められていて、子供の状況を見ながら親は双方に子供を適宜通わせる。ここでの訓練システムは、医師、教師、心理学者、コンピュータ技師、療法士等が、multi-disciplinary teamを作り、子供に最も合致した訓練が施される。日本の場合、全ての行政が縦割りになっていて、White Lodge Centreのような施設を作るのには法の改正が必要であろう。ちなみに、息子が整肢学院に入院中の医療費用は、共済組合から一ヶ月約30万円程支払われていた。この額は、私が英国で調査した障害児の一ヶ月一人当たりの経費とほぼ同額である。従って、諸施設の運用をもっと柔軟に行えば（前提には福祉法やそれらをしぼる規則の改正が必須）、英国並の障害者福祉が実現するはずである。しかし、それができないということは、経済効率上どこかで無駄に金が出費されていると考えざるを得ない。それは次に述べるように福祉運用上のソフトウェアが不完全であるからである。

4. 今後の福祉の考え

先にも少しふれましたように英国に滞在するチャンスを得て、英国の福祉事情（特に肢体不自由児者施設・学校等）を訪問調査した。我國の福祉の原形はイギリスやドイツに求めたと言われるが、宗教上、生活、風土、価値観等々の相違から原形とは異なった方向に発展した部分もある。

一方、イギリスやドイツにおいても福祉の考え方は時代とともに発展し、現在、双方間で大きな違いのある部分も出現している。必ずしも西欧の福祉が100%日本にあてはまるとは考えられないが、両者の比較検討を行うことによって我國の福祉をより現代的に創り変えることが可能かも知れ

ない。又、現在の福祉サービスの内容には必ずしもサービスを受ける側にとって好ましく思われていないものもある。同一の内容のサービスをも観点を変えて対象を見、少し手を加えることによって新しい展開が生ずることもある。

日本とイギリスの福祉及びその環境の相違を表1にまとめて示しておく。

日本の福祉事情が全て西欧に劣るわけではないが、表1はその極端な事項を書き出してきたものである。

表1 日本とイギリスの福祉等の比較

事項	日本	イギリス
宗教	仏教（無意識的信者） 因果応報の思想 間引きの思想 「古事記」712年ヒルコ伝説	キリスト教（意識的信者） 神のもとの平等 ともに生きる思想 「聖書」の奇跡
制度	法制的管理福祉 福祉法が先に出来る 六法全書をかかえて行政にかけ合う	自発的創造的福祉 実体に合わせ法が出来る
補助金	法的に合致したもの（物・者）に自治体が直接 福祉屋の出現 ヒモ付補助金	政府が福祉団体（含親の会）に許諾する 自ら用途の工夫をする 用途は団体の信頼による
親の会	行政への要求活動が中心 団体の活力が低い	自ら施設・学校等を経営 団体の活力が高い
考え方	ハード思考 入れたものに金をかけ、内容の充実が第2意 法が優先し、利用者の便・不便は2次的	ソフト思考 入れものよりも、内容に力点をおく 利用者のニーズにより法を変える
ボランティア	責任のない仕事（非専門的）への活用	専門の仕事への活用
ハイ・テクノロジー	A micro-Chip is the great money-getter.	A micro-Chip is the great leveller.

基本的には宗教の違いが大きな要因であるが、福祉制度上の発想が全く違う。日本の場合、「法」が先にあって、これに基づいて官僚が指導し、法に合うか否かが最大の問題となる。従って極言すれば、六法全書をかかえて行政にかけ合う者が福祉の恩恵にあずかることができる。他方、英国の場合、「法」は実態に合わせて変化するものであって、自発的で創造的な福祉が実現しやすい状況になっている。

このことが日本と英国との間で福祉の発展が大きく異なった主要因であると考えられる。更に、我国と英国では障害者に対する見方も大きく異なる点もみのがせない。

このような相違が生じた大きな理由は、イギリスでは障害児者の基本的生活の見方を社会や科学技術の発展にともなってADL（Activity of Daly Living）からQOL（Quality of Life）へと早期に移行させたためであろう。この見直しの基礎になっているものは、キリスト教信仰から由来する相互奉仕の精神であるといえる。健康な人々も心身に障害を持つ人々もすべてが神の意図によってつくられ、この世に姿を現し、自分自身では気が付かないが、神のプランによって行動すると信じ、その行動の一つに相互に奉仕し合うという意識が生まれる。そこに表1で示した意識的信仰の意味がある。

図1は、ADLからQOLへの移行を図式化したものである。

図において説明されているように諸環境条件の発展は、障害者の生活様式や職業観を大きく変える結果となった。英国で訪問したAylesbury Day CentreはQOL指導の好例であり、ここでは障害者へのパソコン指導に大きな力を入れていた。

しかし、我国においては障害児者をとりまく状況は健常者をとりまく諸環境ほど劇的に変化しておらず、福祉大会等においては1970年代に言われていた問題がいまだに解決されていないことが訴えられている。

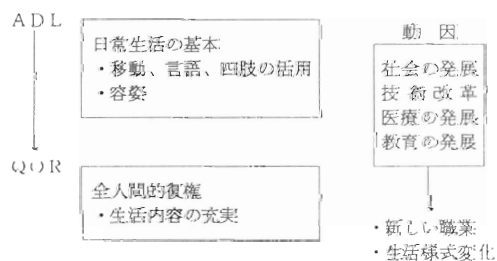


図1 ADLからQOLへの移行と障害者の生活目標の変遷

図1の説明を若干しておく、障害者のリハビリをADLに力点を置いて捉えたと障害者本人の努力によって健常者に限りなく近づくことであって、それができない場合は社会に不応者となるのである。一方、QOLに力点が置かれると障害

者のハンディは先端技術や環境の改善によって補足し、障害者が必要以上の努力をしなくともノーマライゼーションができるような状況を社会全体に創り出すこととなる。

今、日本は経済大国といわれ、さらにエレクトロニクスを中心とする世界最高水準の技術を有している。この状況下で障害者のノーマライゼーションがなおざりにされるならば、世界の笑いものになるであろう。この意味で福祉工学等の研究が盛んになることが期待されている。

今後、我国の福祉を向上させる要点は、図2に集約されるであろう。

我国におけるハードウェア環境は世界的にみてもトップを行くものであろうが、英国に比較してその利用ソフトウェアが充実していないと考えら

れる。従って“福祉目標ベクトル”を豊環境（EC）に向けるためには、図中に示すような日本独特な垂直上向きのベクトルが必要であろう。逆に英国はソフトの面では進んでいるが、ハードの面で日本よりも遅れているために豊環境を得るためには水平なハード方向のベクトルが必要であろう。

“福祉目標ベクトル”という言葉は私の造語であるが、福祉を現代社会に合わせて発展させるためにはあらゆる学問を総動員し、これを科学的に分析して、最も必要な要素に、経済的に、法的にあるいは人の面から強力なサポートを行っていくことが大切である。

私は息子の障害を通じて福祉にアプローチしたが、専門の理工学からみても福祉の諸問題は学問的に興味のある分野であると考えている。

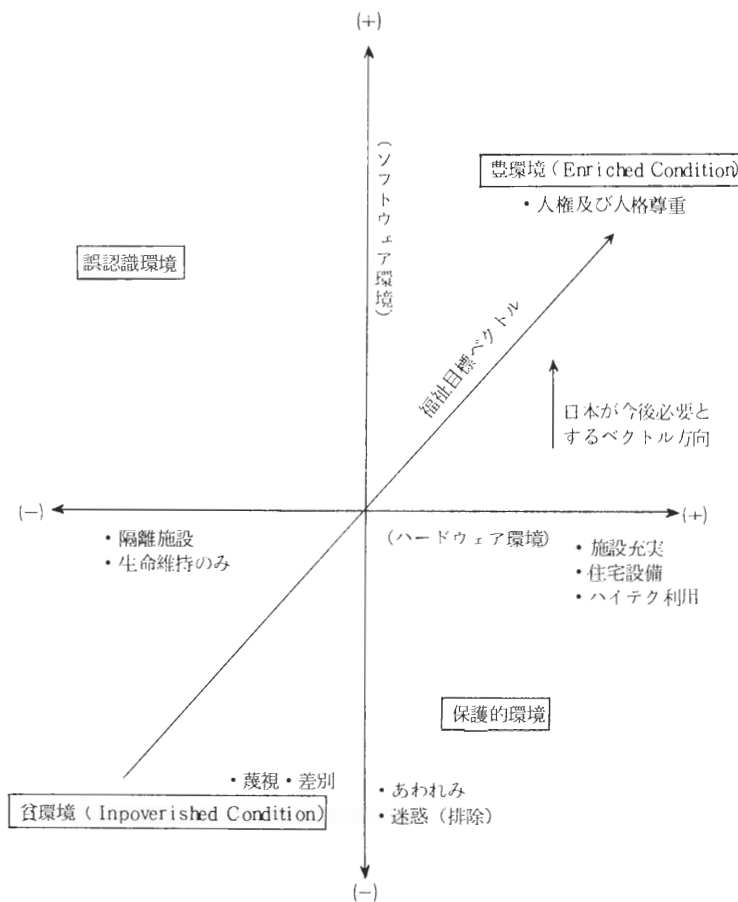


図2 福祉目標ベクトルと豊環境（EC）

3 ま と め

(北星学園大学・クリスチャンセンター)
相 場 幸 子

田中先生、山形先生、有意義なお話をありがとうございました。お二人とも障害を持つ子の親としての立場から生々しい体験と忌憚のないご意見をお聞かせ頂きました。専門家がとすればわすれがちな点、見落としがちな大切な点をたくさん御指摘頂いたように思います。

まず、田中先生のお話しになられたことをちょっと振り返ってみましょう。田中先生のお話はいわば、北海道における自閉症児への取り組みの草分けの時代、創成期からのお話でした。私自身もですが、恐らくここにいらっしやる皆さんの大部分が御存知ない時代のお話がたくさんありました。先生は淡々と語られましたが、それは本当に今伺っても胸の痛む御両親の苦闘の歴史でありました。

専門家の側の立ち後れ、無知、迷いや間違いの被害を受けられたこともあったでしょう。しかし、また良き専門家達にも巡り会われ、私達の先輩であるたくさんの先生方と御一緒に道を切り開いて来られたわけです。しかしこれもやはり、ご両親の熱意が専門家を動かしたということに他なりません。今日、自閉症児のための医療や教育、福祉の場が少しずつではありますが保障されてきていることの裏には、このような子供達とお父さん、お母さん方の大変なご苦労があったのだと言うことを私達は決して見落としとしてはならないと思います。

私事にわたるようで恐縮ですが、私が10年程前にイギリスで英国自閉症協会を訪問したときの事を思い出しました。そこは自閉症児を持つ父母の方達を中心となり、専門家を巻き込んで様々な活動を続けている機関ですが、そこで聞いた話の中で私がいちばん驚いたのは、たくさんの学校を作っていることでした。父母が中心となって建物を採り、先生を集めて学校を作り、子供を入れてしまっ

てから政府に働きかけて補助金を出させたり、買い上げさせたりという形で、既に十以上の学校を作っていました。日本では、教育でも福祉でも「御上がなさること」という感覚で、ともすれば公的なものに頼りがちですが、全く異なったその発想は、当時の私には別世界の話のように思えました。しかし、今のお話で、北海道でも親の会の努力で施設がようやく一つできたと伺い、その熱意の成果に大変感動致しました。まだまだイギリスには及びませんが、日本の社会も漸くここまできたのか、と感慨深いものがあります。ついでながら、その時、自閉症協会に対応して下さった女性の方（勿論自閉症児のお母さんです）に、「日本では、自閉症の原因論についてまだ結論が出ておらず、両親が非難される場合がまだあるのだが……」と問いかけたところ、“We are just over it”（私達は今ちょうどそれが終わった、克服したところだ）と言われたのも印象に残っています。（この点では、日本もやっと追いついたと言えると思いますが）

田中先生から専門家への要望として提起された問題は、発生予防のこと、告知の問題、同胞の問題、ノーマライゼーションと地域の理解の問題、親亡き後の問題などであったと思います。

このうち告知の問題と同胞の問題は、早期療育の専門家にとっていわば盲点とも言え、まだまだ不十分、或は見落としがちな点です。告知するかしないか、どちらがよいのかと言った単純な二者択一ではなく、両親を支えていけるような援助の体制を考えていかなければならないでしょう。また、ともすると障害児のみに目を向けて、周りの人が犠牲になってでも「この子のために尽くしてやりなさい」などと言いたくってしまうのが、専門家の陥り易い間違いです。（同胞を含めて、家族みんなが幸せにならなくては、障害児の幸せもないはずなのに）これからの専門家は、きょうだいにも配慮しながら援助を進めていくことが絶対に必要でしょう。きょうだいの会のような組織も自然発生的にできるなら、それはそれで結構なことだと思いますが、専門家の側に要求されるの

は、まず、家族を一つのシステムとしてトータルに捉え、援助して行く視点だと私は思います。

またノーマライゼーションに関しては、現在は教育現場でのことが時に話題になる程度ですが、これから、様々な分野で話題になってくるでしょう。地域の理解をめぐる、札幌周辺でも過去にいくつかのトラブルがなかった訳ではありませんし、(幸い、いずれも解決しましたが) そのような面で、一般の理解を深める啓蒙活動といったこともこれからのこの研究会の大きな役割の一つになってくるのではないかと思います。

最後に、親亡き後のこと、これは本当に大きな問題です。「お父さん、お母さん安心して下さい」と早く言えるようになればよいと切に思いますが、現状はそれに遙かに遠いようです。乳幼児療育研究会というこの会で、そこに辿りつくのはまだまだかかりそうな気がします。でも、早期療育といっても、一生を見通した援助でなければ援助として殆ど意味がないわけですから、この点も私達の視野の中に是非入れておかななくてはならない問題でしょう。施設、生活寮、グループホームその他様々な可能性をめざし、親御さん達と手を取り合って努力していかなければいけないと思います。

次に山形先生が、脳性麻痺のお子さんとのご体験をお話し下さいました。私自身の無知をさらけ出すこととなりますが、今まで私は、肢体不自由児の早期療育の体系はもうかなり整っているのではないかと、少なくとも精神発達の問題に比べ、治療法も治療システムもずっと進んでいるからあまり問題はないのじゃないかと思っておりました。ところがお話を伺って、なかなかそういうものではない、サービスを受ける側から見れば、たくさん問題が残されていることを知り、自分の不明を恥ずかしく思った次第です。

まず第一は、早期発見と告知の問題です。脳性麻痺に関する早期発見とリハビリの体系はずいぶん整ってきていると思いますが、昭和45年というときまだ見落とされることも多かったのでしょうか？

そして、大切なのは発見することではなくて、

その後をどうフォローして行くか、子どもさんと家族の方々に密着して希望をもたせつつ援助していくことの大切さを改めてご指摘頂きました。

二番目にそれと関連して、リハビリにおける精神面の置き去りという重要な問題を指摘されました。専門家というものはどうしても視野が狭くなりがちなもの、障害のある子どもという、その障害だけに目を奪われて、その子供を一人の人間としてトータルに見ることを忘れてしまうことがあります。最近、私どもの所の勉強会で自閉児の知覚の特徴の一つとして「トンネル視野」というものがあると勉強したのですが、お話を伺っていてそれを思い出しました。一つのものを見るとき、それだけしか目に入らず、周りが全く見えないと言う、「トンネル視野」に陥っているのは、どうやら専門家の方らしいですね。

三番目に法律や制度の問題として、わが国の官僚至上、或は官僚主導主義の問題を指摘されました。自閉症児の所でも触れましたが、親の会とか、民間から盛り上がった運動や事業というものが日本ではなかなか育たない、また育たないように枠をはめられてしまっていると言うことがあるようです。今回の大きなテーマでもある早期療育のシステム化にしても、下からの盛り上がりをうまく捉えて行くことが大きなポイントになってくるような気がします。

四番目に、療育内容の変化としてハイ・テク機器、特にコンピュータの導入について触れられました。子どもの能力を正しく知るための手段として、また、子どもの興味をひきつける教育手段の一つとして、たしかにコンピューターは多くの利点を持っていると思います。先進国などでは既に、例えば障害者のコミュニケーションの手段として大いに利用されているとも聞いています。これから是非やらねばならない分野の一つでしょう。山形先生のまわりで現在進めていらっしゃるいくつかの研究が進展するのを楽しみにしております。

最後に飛行機の中でのエピソードですが、これは先生が皆さんに問題を投げかけられた訳で、私が答えを出すような筋合いのものでもないような

気がしますが、一言いわせて下さい。私はこのお話を何かとても胸の痛くなるような気持ちで聞きました。誰が悪いわけではない、多分皆が善意でしたことなのでしょうが、てんかんについての正しい知識がないばかりに当の青年にとってはずいぶん迷惑な結果となり、皆も迷惑し、航空会社も余計な出費になった訳ですね。いかに一般の人々が障害について知らないか、そしてそのような無知と言うものがノーマライゼーションを阻む大きな壁になっているということをつくづく感じました。ここでもまた、一般への啓蒙活動と言うものの大切さを教えられた気がいたします。

以上、お二人の先生方のお話について余計なことを言い過ぎたかも知れませんが、私なりにまとめさせて頂きました。これで特別講演を終了したいと思います。田中先生、山形先生、本当に有難うございました。私共会員を、これからも御鞭撻下さるようお願い致します。

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。

2. 道外又は国外に在住するものであっても、理事会の承認をえて、会員とすることができる。

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3号をお届けいたします。この内容は、平成元年11月に行われた第3回研究大会の諸報告と講演を編集したものです。編集のために、各演者の方々に報告を原稿にまとめていただきました。お忙しい中、大変な作業をいただき誠に有難うございました。

第3回大会も、250名の方が北大学術交流会館に参集し、活発な討論が行われ盛会でした。3つの分科会では、第1回、第2回大会に引き続き、全道各地、各分野の意欲的な取組みが紹介されました。第3分科会（保育）では、障害児とは言えないが気になる子どもたちの話題が取り上げられ、本研究会の内容に新しい彩りを添えてくれました。

シンポジウムでは、平成元年度から実施に移された道の早期療育事業の話題を中心に、活発な討論が行われました。本事業は、今後地域の実情に応じて敏速かつ柔軟に展開されることが期待されます。

今回の特別講演は、障害児を育てた2人の親に提言していただきました。お2人の話の内容は、私共療育関係者に強いインパクトと深い感銘を与え、臨床や実践の道標となるものでした。お2人に深謝いたします。

さて、道の早期療育事業が始まり、国や自治体の事業展開と合わせて、現在全道に新しい大きなうねりが起きています。これが本研究会のうねりと合流して、北海道の療育の前進に寄与できればと心から願います。

最後になりましたが、機関誌3号も北海道新聞社会福祉振興基金の御協力により刊行することができました。同基金の変わらぬ御支援に衷心より感謝申し上げます。

1990年6月

研究会会長 伊藤 則 博
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

編集委員

阿部 哲美	伊藤 則博	後藤 守
小倉 碩員	加藤 典敏	佐々木 明員
鈴木 真知子	関 道子	辰田 収
古塚 孝	村上 勝彦	

北海道乳幼児療育研究会機関誌

乳幼児療育研究 第3号

平成2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
