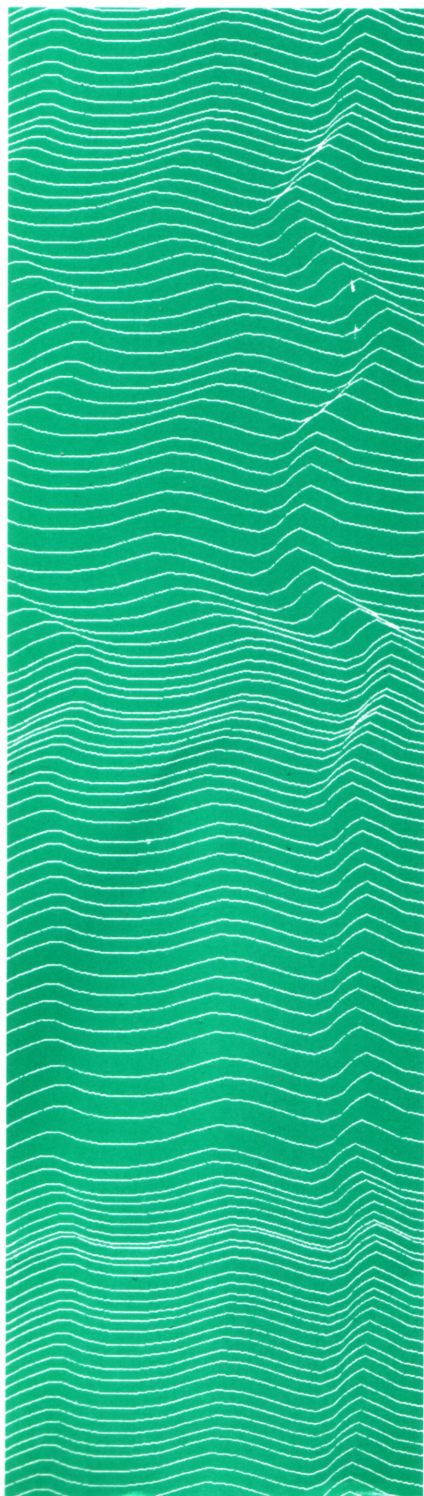


# 乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



## 特集

### 第4回研究大会集録

講演 「北海道における障害福祉行政の課題」

特別講演 「親主導型育児プログラム」

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 「保育」

研修シンポジウム

「療育技法を考える」

1991第4号

# 乳幼児療育研究第4号 目次

## 特集 第4回研究大会集録

### <講演>

北海道における障害福祉行政の課題……………	皆川尚史	1
-----------------------	------	---

### <特別講演>

親主導型育児プログラム……………	森秀子	7
早期プログラムの考え方……………	原田政美	24
ま と め……………	高田護	36

### <分科会>

#### 第1分科会 —— 一般演題

① 盲学校の幼稚部教育と教育相談—現状と課題— ……………	後藤由美子・田崎睦子	39
② 北海道療育園における地域療育への取組み —通園・外来診療相談・緊急保護・巡回療育相談事業から— ……………	紙谷民治	44
③ 『どんぐり教室』の歴史とこれからの展望 ……………	松浦秀昭・中林幸太郎・糸田尚史 小屋松幸恵・但田孝之	47
④ 幼児期に早期療育を受けた発達障害児の 学校適応に関する追跡研究 ……………	米本伸司・忍博次・相場幸子 パーカー清子・片桐嶺子・熊本陽子 佐藤恵子・佐藤光代	51
⑤ 『どろんこ教室』と地域療育 ……………	松井恵美・遠藤ゆかり・北野浩美 岡小百合・沢知	63
⑥ 障害児の遊具としての布の絵本 —ふきのとう文庫からの活動から— ……………	早瀬伸子	69
⑦ ま と め……………	大場公孝	71

#### 第2分科会 —— 地域療育活動

① 本別町における乳幼児療育学習会の試み……………	里和子	73
② ミニ通園センター設置の経過と現状……………	加藤正	76
③ 網走市の療育活動……………	朝倉をり江	81
④ 行為の喪失の時代……………	貞方宏	85
⑤ ま と め……………	阿部哲美	90

#### 第3分科会 —— 保 育

① これからの幼稚園教育を考える……………	吉村幸子	93
② これからの保育所保育を考える……………	堀岡英機	98
③ 児童をめぐる状況とこれからの課題……………	辰田収	103
④ ま と め……………	伊藤克実	109

---

〈研修 シンポジウム〉	療育技法を考える	
シンポジスト／今村 重孝・佐久間和子・高橋 武		
御供 真・安倉 満		113
指定発言者／藤田 正文・加藤 典敏		142
ま と め……………長 和彦・相場 幸子		150

---

〈寄稿論文〉		
乳幼児期を一貫する相談内容項目の実情……………喜 多 祐 荘		153

---

北海道乳幼児療育研究会会則	160
編集後記	162

## — 講演 —

テーマ 北海道における  
障害福祉行政の課題

(北海道生活福祉部障害福祉課長)

皆川 尚史

## 1. 北海道，障害福祉

道庁障害福祉課は、約20万人の身体障害者（手帳交付者）、約2万人の精神薄弱者を対象とした行政機関。これらの人々はもちろんのこと、施設関係者や介護機器などの業界、市町村あるいはそれを越えた地域の福祉関係者、保健・医療関係者、教育、労働関係者などとのつながりの中で、多くの事業を展開している。

平成2年度の国の予算では高齢者対策が大きく取り上げられ、関係者にインパクトを与えている。一方、来年春には知事選挙を迎えるため平成2年度予算は第二期横路道政の実質的な総仕上予算となるが、その中では障害者対策が大きく取り上げられ、「障害者の社会参加と自立」が「技術力のワンランクアップ」、「北海道観光のニューステージ」、「人間と自然の共生」、「歴史と文化」、「より健康に暮らす——道民スポーツの振興」など他の5項目とともに予算重点6項目の一つとされた。その中心となったのが障害福祉課関係予算である。

こうした予算をまとめ上げることができた背景には行政を取り巻く関係者の障害福祉対策に賭ける熱い思い入れと地域における地道な実践の積み重ねがある。

## 2. 障害福祉行政展開の視点

北海道で福祉行政を進めるに当たって常に思う3つのキーワードがある。それは「地域」、「人」、そして「業際」である。

## 3. 地 域

障害福祉関係の多くの事業、これらが本来の目的を達成し、十分な効果を上げ得るかは、「地域」にいかにか定着していくかが鍵になる。ある日胸につき刺さるような発言に遭う。「最近地域が疲弊してきている。」と。これが20年来福祉活動を中心に地域起こしをしてきた人の言葉だけに深刻に受けとめている。

はなばなしい福祉への掛け声の裏で、こうした地域が潰れようとしている。過疎化も大きな要因

## 2 講 演

だろうが、それだけではない。福祉行政の推進と地域関係者の思いのミスマッチも見逃すことはできない。行政が前面に出れば出るほど、これまで地域の人達が進めてきた福祉活動がさめ、縮んでいってしまうことがなきにしもあらず。

また、行政の掛け声がどのような地域に向けられているのかについても考えさせられる。「地域福祉の向上、在宅福祉の推進」がそれを受け入れることができることなくでない地域間の格差を助長するものであってはならない。米国では、福祉格差がもたらす人口移動の存在が言われて久しいが、北海道でもそれが現実問題となっている。札幌への人口集中が若者だけではなく高齢者の人口流入によって引き起こされているのも一つの現われである。

こうした地域の疲れといった状況を改善する決め手はない。ひとり福祉行政だけで解決できるものではないが、福祉が核となって解決できる状況もあろう。そのために、自分達道職員が市町村、あるいは地域に入り込み、関係者と議論し、問題点をあぶり出し、重点的に必要な資源を投入するという従来の道行政にはない事業の進め方をしていくことが必要になってきているのではないだろうか。広域行政主体である都道府県の役割が問われている。

社会福祉事業法等の改正の中で示されている都道府県の計画の策定や調整機能の目指すものが何であるかははっきりしないが、いずれにしろこれまでの仕事の進め方を変革するのに何らかのインパクトを与えてほしいと願っている。もちろん改正があろうがなかろうがこの道を進んでいかざるを得ないのだが。

## 4. 人

北海道には福祉にかける「人」が少なくない。とくに障害福祉、障害教育の分野では、障害者自身、親達、そして彼らを支える人達の情熱は一体どこからくるのかと思うほどすばらしい。思い入れが強すぎて、ドロップアウトする関係者も現われる。

こうした人達が、行政を脅し、すかし、そしてときには持ち上げ、様々な政策をかたちづくるための力を貸してくれる。また、地域活動の中心ともなり、福祉で地域起こしをする、まちづくりをする、そして文化創りの核となる。障害福祉に関する事業を北海道全体に均霑し、根付かせていくためにはこうした人達が全道に必要となる。

これらの人達と道庁の関係は良好である。情報をできるだけ共有し、お互いに認め合い、それぞれの立場で相手に対しできるだけのことをするという伝統がこの関係を築いてきたのだろう。

こうした人達のルーツを探ることの興味は尽きない。全道250以上の障害福祉関係施設を回ろうと心に決めているが、必ず施設、地域の福祉関係者のルーツを聞き出すこととしている。施設、地域の中心人物も代替わりし、今では第三世代、第四世代に移りつつあるところも出てきている。

最近の心配は、地域における人材不足である。「地域のつかれ」、これを別の面から見たのが人材不足である。北海道でも福祉関係の大学、学部学科が多くなってきたが、最近の労働力市場における需給の逼迫は、福祉の分野から多くの人材を一般企業等に流出させ、施設職員の確保にも困難が伴うようになってきている。この影響が10年先いどのような形で出てくるのであろうか。

もっとも、北海道の障害福祉の伝統を創ってきた人達が福祉の専門家ばかりではなく、また、最近道外から北海道に来て地域造りを始めている人も少なくないという。

## 5. 業 際

業際の問題、障害福祉の分野ではこれが日常的課題となっている。乳幼児の早期療育の分野では主として福祉と保健医療分野、青壮年期の自立期にあっては福祉と労働分野、また、学校の入り口と出口にあっては福祉と教育、それに労働の分野、さらに高齢期にあっては福祉と保健医療分野など、これらの連係、調整が必要になってくる。また、一口に連係調整といっても、市町村、地域によってその在り方が全く異なってくる。

先行する市町村、地域では今や業際問題が日々関係者が直面する問題となっており、いかにしてそれぞれの分野の関係者が実務上支障がないよう柔軟に対応できるか、あるいは情報を流すことができるかということが道行政に期待されている。一方これからというところでは、関係機関に呼びかけ、そして必要な資源を組み立ててあげるところから始めなければならない。先にも触れた地域に出かけ、調整する機能強化が求められる所以でもある。

また、各分野の関係もそれぞれに異なり、一言で表現することは難しい。過ちを恐れずいうならば、福祉と保健医療の分野は、長年の積み重ねのせい、個々に見ていくといろいろな問題、軋轢はあるものの地域レベル、道政レベルでも関係が進みつつある。福祉と労働の分野は、労働の分野が国の事務ということもあって行政レベルではかみ合わない部分があるものの、地域レベル、民間レベルでは福祉サイドからのアプローチを通じて関係が図られつつある。一番難しいのが教育との関係である。特に養護学校義務化以来、行政レベルでは学校の入り口と出口における係に注力されているが、その部分の係でさえ難しく、ましてや教育の壁の中へのアプローチは他の分野からはほとんどできない状態にある。

## 6. 心身障害者福祉行政を進めるに当たっての基本的考え方

以上自分の最近の問題意識を語る述べてきたが、今の障害福祉課が仕事を進めるに当たって常に意識している一枚の簡単なグラフがある。表1の「障害者のライフステージと自立」である。

この絵にはいろいろな含意があり、またご批判もあろうが、我々が読み取るものには次のようなものがある。

### 1) 社会がどのように障害者を受けとめるか

グラフでは健常者と障害者を別々のラインで表しているが、これらの線をそれぞれ太くし、いかなる人も自立した個人として受けとめるような社会づくりをしたいと考えている。

### 2) フィジカルな障害の軽減

障害者一人一人に着目し、地域で生活するに当たってできるだけフィジカルな障害を軽減し、自立の度合いを引き上げる、つまりそれぞれの線を上に引き上げたいと考えている。

### 3) ライフステージを通じた取り組み

乳幼児から高齢者まで、施策が一貫したようなものになるよう取り組みたいと考えている。

### 4) 各分野の連携

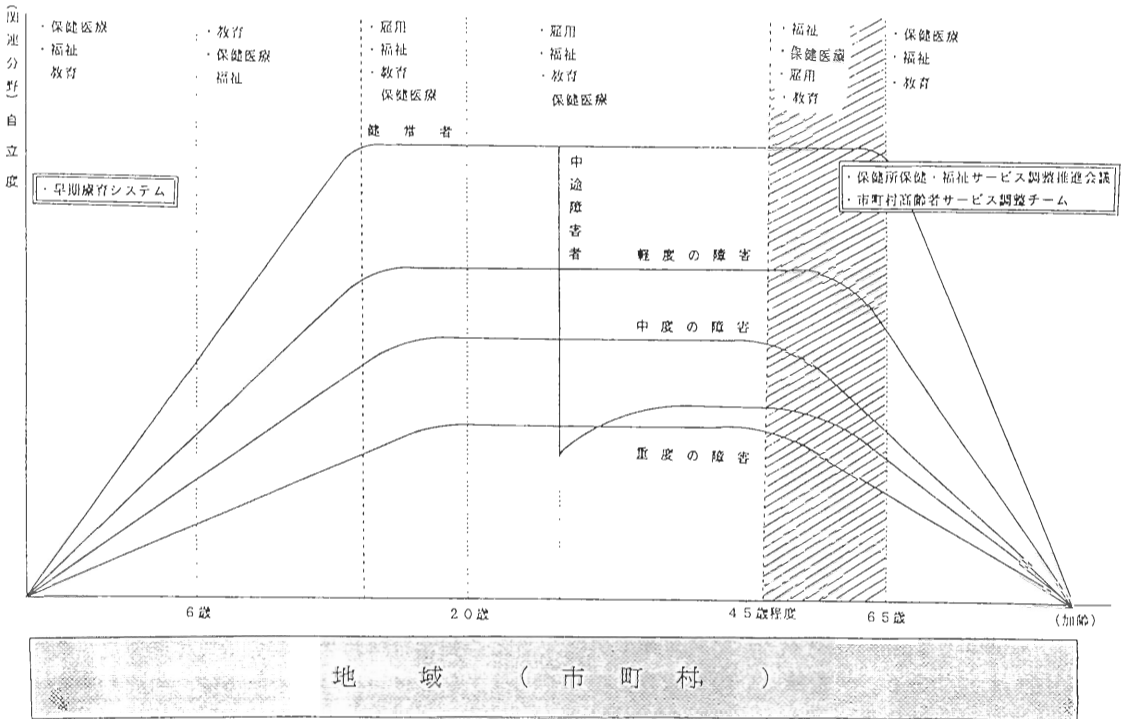
福祉のみならず、雇用、保健医療、教育などの各分野のサービスが効果的に関係が取れるよう組み立てていきたいと考えている。そのために福祉の分野からは何ができるか、従来の枠組みにとらわれず考えていかなければならない。

### 5) 地域での取り組み

社会づくり、施策の取り組み、いずれもひとが住む地域が中心となって進められなければならない。行政としては市町村が中心となるが、市町村担当者が以上のような視点をもって心身障害者行政に取り組んでもらえるよう、様々な手立てを考えなければならない。

以上のような含意と現実には大きな隔たりがある。一步一步この講を埋めていくことが我々の仕事であるが、その際の糧となるのが地域で生活する障害者の皆さんの「行政はちっともなにもやってくれない。」というお叱りの言葉である。

表1 障害者のライフステージと自立



## 7. 最近の障害者福祉行政の進展

### 1) 本庁組織の展開，特に拡充する平成2年度

道庁生活福祉部において障害福祉に関する業務は、過去においては福祉課，そして現在は障害福祉課において実施されている。

業務が質量ともに拡大するとともに組織的な変遷を経験することとなるが、現行組織の系譜を辿ると昭和40年代初期には15名程度の職員が障害福祉業務を担当していた。それが現行体制が確立する昭和59年には22名となり、その後24名に、さらに平成2年度からは「障害業務係」を新設し28名へと大きく拡充された。

内容的にも昭和40年代後半から50年代にかけて、集中的に実施した施設整備が一段落するに従い、施設整備業務担当セクションを統廃合し、地域福祉、在宅福祉関係業務担当セクションに重きを置いた組織の充実を図ってきている。(平成2年度

定員増の主たる背景——リハビリテーションシステムの推進，早期療育システムの推進，福祉環境整備の推進，身体障害者ケア付き住宅の全道展開，障害者スポーツの推進，精神薄弱者社会自立社会参加助長策の推進等地域福祉対策など在宅福祉・地域福祉対策が中心)

### 2) 障害福祉関係予算，

#### 拡大する精神薄弱者福祉費

障害者福祉関係予算は、施設整備関係予算の変動があることから年度によってその伸びに変化があるが、この10年間みると北海道の一般会計予算を上回る伸びで増大してきている。昭和55年度から平成2年度にかけて、一般会計予算の伸びは年率5.29%と見込まれるのに対し、障害福祉関係予算の伸びは5.54%になるものと見込まれている。

特に、精神薄弱者行政の進展に伴う精神薄弱者福祉費の伸びは際立って大きく、昭和55年度から平成2年度にかけての年平均伸び率は8.06%となっ

ている。この結果、精神薄弱者に関しては施設福祉サービス、在宅福祉サービス双方とも急速に拡充してきた。

### 3) 施設の増加、質量急速に充実した精神薄弱者援護施設

障害福祉サービスの一つの柱が福祉施設サービスである。

身体障害者更生援護施設、精神薄弱者援護施設などがあり、身体障害者更生援護施設にあってはニーズに即して着実な整備が図られ、現在重度身体障害者更生援護施設9、身体障害者療護施設14、身体障害者授産施設17となっている。医学医術の進展、在宅福祉対策、雇用対策などの拡充などにより、障害の状態は多様化しているものの地域において身体障害者が生活する条件整備が進み、施設整備に対するニーズはほぼ一段落したことから、近年では身体障害者更生援護施設全体を通じて毎年1カ所程度の増加をみるのみとなっている。

一方、精神薄弱者援護施設にあっては、昭和35年に精神薄弱者福祉法が制定され、昭和45年の法改正で精神薄弱者更生施設、精神薄弱者授産施設が明文化されて以来、今日に至るまで毎年4ないし5カ所も増加してきた。その結果、平成元年10月1日現在、精神薄弱者更生施設96カ所、授産施設11カ所を数えるが、前者にあっては全国第2位である神奈川県32カ所を大きく上回る全国第1位の整備数であり、また人口に対する施設入所定員でみる整備率に関しても第1位の秋田県について第2位の実績を誇っている。

また、現在までの整備状況を勘案すると精神薄弱者更生施設は平成2年度中に100カ所を越え、また、定員についても社会福祉長期計画の平成9年度における目標である6,540人を上回ることが確実と見込まれている。

なお、精神薄弱者についても、在宅生活支援対策の拡充、雇用対策の進展、住民意識の変化などに伴い地域で生活するものが増えてきており、また人口の増加傾向の弱まりもあって、今後は施設数の増加傾向にも変化が出てくるものと見込まれている。

### 4) 新規施策の展開、障害者の地域生活支援対策予算に重点を置いた平成2年度予算

障害者対策に関しては、毎年新規の施策が予算化され、施設サービス、在宅対策とともに充実してきている。特に昭和56年に始まる国際障害者年以降は、在宅対策、地域対策、ノーマライゼーション意識の普及対策など障害者が地域社会で健常者とともに暮らすことを促進するための施策に重点が置かれてきており、北海道においても例えば次のような新規施策の展開を図ってきた。

- \* 障害者の日記念事業（昭和57年度）
- \* 障害者国際交流促進事業（同上）
- \* 重度身体障害者ケア付き住宅モデル事業（昭和61年度）
- \* ノーマライゼーション研究センターの設置（昭和63年度）
- \* 障害児早期療育システム推進事業（平成元年度）
- \* 総合的リハビリテーションシステムの検討（平成元年度）

また、平成2年度予算案においては、「障害者の自立と社会参加」を6つの重点施策のひとつの柱と位置付け、障害をもつ人々が地域の中で自立して生活するための条件作り、特に障害者が地域で働きながらいきいきと暮せるようにするための仕組み作りを目指すこととしている。

このため、平成元年度に開始したりハビリテーションシステムの検討を進め、地域におけるサービス供給システムのあり方、具体的システム展開をも念頭に置きつつ、次のような新規事業を実施することとしている。

働く場と機会を創出するための

- \* 福祉工場の整備
- \* 授産施設分場システムの導入、小規模授産施設の充実などのための授産施設検討懇談会の設置
- \* 精神薄弱者能力開発センター設置のための調査

平成2年度 地域で生きる障害者の生活支援対策 (北海道・障害福祉課)

功 効	支 援 内 容	支 援 額	取 組 内 容	支 援 額
<p>総合的なリハビリテーションシステムの整備 (ライフサイクル) (乳幼児期) (学齢期) (高齢期) (高齢期)</p> <p>障害者の生活の場 の 買 取</p>	<p>● 雇用車の建設補助 ● 職業リハビリテーションの推進 (職業相談体制の充実) ● 就労促進のための各種支援策 ● 定着指導</p> <p>● 職域拡大 ● 求人開拓</p>	<p>● 職業ケア ● 職業リハビリテーションの推進 ● 7フターケア</p> <p>● 生活援助、履歴管理 ● 就労の質の確保</p> <p>● 投資助産の整備 ● 小規模生産設備の拡充 ● 福祉工場の整備 ● 生産事業の拡充、販路の確保</p>	<p>● 職業安定所 ● 社会福祉施設 ● 学校 ● 職業会 ● 相談機関</p> <p>(教育) ● 職場訪問指導 ● 手帳指導</p> <p>● 教育、連絡指導</p> <p>● 社会福祉施設</p>	<p>平成2年度に向けての主な取組み (新規・拡充事業)</p> <p>① リハビリテーションシステムの調査 (リハビリテーションシステムの設備設計、修繕結果の報告) 4,000千円① ② 障害者雇用促進法確保推進費 2,916千円① (集団員会方式による障害者雇用の促進) ③ 障害者職業相談員講習費 9,018千円① (障害者職業相談員の増 4人→5人) ④ 精神障害者能力開発費 5,318千円① (精神障害者能力開発センターの設立に向けての調査検討) ⑤ 職場訪問指導費 6,000千円① (特別支援学校による職場訪問指導の実施) ⑥ 福祉工場の整備 ① (精神障害者工場、身体障害者福祉工場の整備各1か所) 26,930千円① ⑦ 心身障害者小規模通所生産施設運営費補助金 (補助対象施設の増 26→34) ⑧ 精神障害者小規模生産施設運営費補助金 16,560千円① (補助対象施設の増 20→22 補助単価の増) ⑨ 心身障害者福祉対策費(別添付) 995千円① (生産施設のあり方に関する調査検討) ⑩ 精神障害者地域活動センター活動事業費補助金 3,812千円① (社会参加拠点センターを指定し、精神障害者の就労・生活援助等を実施) ⑪ 精神障害者グループ運営事業費 19,753千円① (入居人員の増 20人→40人) ⑫ 精神障害者職場適応訓練員講習事業費補助金 9,609千円① (精神障害者の就労に際し、支援を行う専任員の増 12人→20人) ⑬ 中産規模障害者社会復帰促進事業費 1,000千円① (中産規模障害者社会復帰促進費の研修会実施 20ヶ所、職能認定費の削減) 4,500千円① ⑭ 精神障害者社会適応促進費 38,879千円① (研修費、福祉ホーム、産所生産施設の運営費) ⑮ 社会教育振興指導費 543千円① (勤労青少年学童(心身障害者)の指導の拡大) ⑯ 連絡指導に関する研究、特設教育生活指導研修講座(関係分) 3,706千円① (連絡指導のあり方についての研究、連絡指導に関する研修の充実) ⑰ 福祉機器の研究開発、レンタルシステム・情報システムの研究 ① ⑱ 重度身体障害者ケア付住宅取得費補助金 18,429千円① (市町村作成制度の創設) ⑲ 福祉環境整備促進事業費 10,438千円① (全市の福祉環境の整備状況の調査、福祉環境整備促進マニュアルの作成) ⑳ 身障者向け住宅の建設 (打撃町 4戸) ①</p>
<p>生活 支 援</p>	<p>● 地域における居宅ケア ● 就労促進、定着ケア ● 7フターケア ● 職業ケア ● 職場開拓の支援 ● 生活援助</p> <p>(サービス付き住居まいの確保) ● 生活費、グループホーム、 通所費の整備</p> <p>家庭・住まいから仕事 [人権・財産管理 余暇利用・医療 管理など]</p>	<p>● ケアサービスの確保 ● 住宅、福祉環境の整備</p>	<p>● ケアサービスの確保 ● 公営住宅の建設 ● 都市整備 ● 福祉環境の整備</p>	<p>● 企業の環境整備促進 ● 勤労者向け住宅の建設</p>

(注) 1. ①は新規事業、②は拡充事業を示す。  
2. ③は生活福祉部、④は雇工労働課、⑤は教育、⑥は住宅都市部を示す。

## 特別講演

# 親主導型育児プログラム

(東京都立心身障害者福祉センター幼児科長)

森 秀 子

## 〈参考論文〉 早期プログラムの考え方

東京都立心身障害者福祉センター所長 原 田 政 美

## 〈ま と め〉

北海道中央児童相談所所長 高 田 護

### はじめに

東京都心身障害者福祉センター幼児科で、「親主導型プログラム」(略称)を実施し始めてから8年が経過しました。障害福祉をとりまく状況は内外ともに大きく変化しつつあります。この間、当科では実践内容が徐々に蓄積され、開発研究の成果が少しずつ積み上げられるにしたがって、実在の「親主導型プログラム」のシステムが次第に体系的に整備されてきました。5年前からは業務にパソコンを計画的に導入することによってシステムがますます充実しつつあるところです。OA化が進むに連れて、データベースの活用、新しい評価法の提案などと開発業務に関しても飛躍がみられました。

心身に障害をもつ子どもに対する各種のサービス機関が整備された都市部においては、当幼児科の実施しているような親(および療育の代行者)に対するサービスが今後さらに必要になってくるであろうことが実感されます。

以下に、現在の「親主導型プログラム」:育児のための個別情報提供プログラム(略称;情報サービス)について概要と実際を業務の流れに即して具体的に紹介いたします。頭初の「親主導型プログラム」:早期プログラムおよび個別家庭(福祉)プログラムについては末尾文献(1),(2)をご参照いただければ幸いです。

### 1. 親主導型プログラムの概要

#### 1) 用語について

「親主導型」ということばは当幼児科で使い始めたもので、「専門家主導型」に対応する意味で使った用語です。

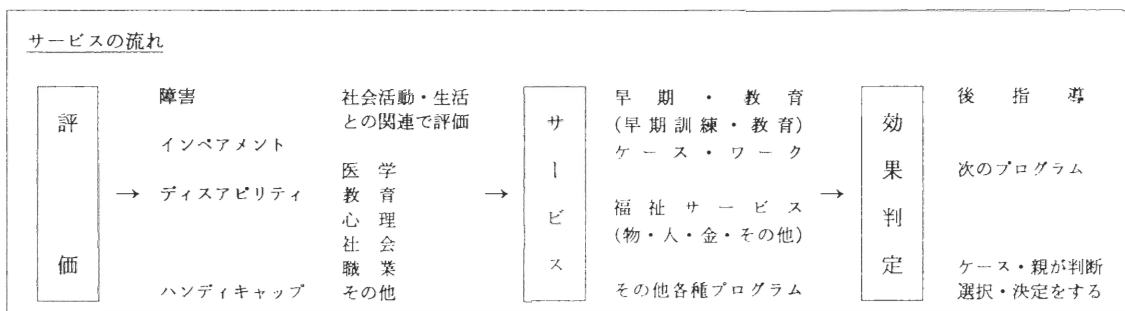
#### ① 専門家主導型とは

心身障害児に対する医療・教育・福祉の業務を実施する専門機関は、ほとんどすべてこの方式をとっています。

[図1]にリハ・サービスについてまとめてみました。分かりきったことかもしれませんが基本的なところですので、流れを確認します。

図1 障害とリハビリテーション

リハ・サービス	目的：ハンディキャップを解消する (社会生活・活動上のニーズの解決)  対象：①個々のケースに対し機能・能力・不利を回復，改善する ②親（家族）等の抱える問題を軽減する ③環境を改善，整備する  方法：専門的経験・技術・知識，行政サービスを提供する ①直接介入による個別・総合プログラム ②個別情報サービス
---------	--



一般に心身に障害のある子どもを家庭で養育する親が、子どもに関する心配なことや困ったことがあると、相談したり、具体的なサービスの提供を受けたりするために専門機関を訪れます。相談を受けた専門家は問題を引き起こしている原因（障害その他の状況）を究明して評価・診断を下します。診断・評価の領域は医学的・教育的・心理的・社会的・成人であれば職業的、等々となります。障害，特にハンディキャップの評価についてはどの領域でもまだ試行中であると思います。

次に専門家は単独あるいはチームを組んで、対象者にサービスを提供します。つまり、療育や特殊教育，ケースワーク等の専門的方法を駆使することによって対象者が問題の状態から脱して専門家から見て望ましい状態になる（妥当な範囲まで，正常化することを含む）ことを目的に援助プログラムを作成・実行します。援助プログラムはケースに直接働きかけ，並行して家族の指導プログラムを組み，必要ならば環境調整も行うのが一般的です。こうして一連のプログラムが遂行されると，

効果判定を行い，目標に照らして望ましい結果が得られれば終了ですし，でなければ再度このプロセスを反復することになります。

このように心身に障害のある子どもを育てる親が担っている問題を解決するために専門家が子どもと親のためのプログラムを直接作成・実行し判定するものを「専門家主導型」と定義することにしました。

② 親主導型とは

これに対して「親主導型」の場合は，親が主体的にプログラムを作成し実行することを指し，これを側面的に援助することをいいます。

親は家庭で子どもを養育するために今日・明日の育児をどうするか，という短期的なプログラムから，数か月・数年後にわたる将来をも見通した長期的なプログラムを立案することになります。

親の作成するプログラムは必ずしも精密なものである必要はありません。一般家庭の育児・教育方針のようなものから，当面の心づもりあるいは日課などを含み，親の自主性に任せます。

専門家は親が育児のためのプログラムを作成し

実行するために必要な、諸々の情報（技術や具体的なサービスを含む）を提供するのが役割です。

親が面談によってニーズを明らかにし、専門家はニーズに応えるために作業を開始します。インテーカーの役割として大事なことはこちらの都合でニーズの取捨選択をしないことです。コーディネーターが親と作業を担当する職員間を調整し、それぞれが作成した回答を報告書としてまとめます。報告内容についての質疑を経て親の納得が得られれば1件のサービスが終了になります。

ハンディキャップは親が困ったとする問題であり、その中心は子供の発達・障害に関する問題です。障害が重い場合は介護上の問題、社会的にはインテグレーション問題などとなります。

サービスプログラムの多様化は必至で、当科では書面による個別情報プログラムを実施しています。親主導型の場合は提供した回答の選択は親の自由裁量に任せますし、効果判定は困った問題が解決したかどうかによって親が決定することになります。専門家としては親が納得いったかどうか確認し、次のニーズも気軽に相談して構わないことを伝えるだけで、こちらから事後指導などをすることはありません。親主導型プログラムはあくまでも親が自立して主体的に行動できるように支援します。

### ③ 障害児サービスの視点の転換

障害に関する考え方はここ10年の間に明らかに変化しましたし、障害児を取り巻く社会環境も地球的規模で変わりつつあります。障害児も特殊な子どもではなく、ふつうの市民として生活できる方向での援助がますます必要になっています。

親主導型プログラムはそうした社会的変化の中で専門家としての発想の転換を企図して始められました。

親主導の考え方を耳にして“コペルニクス的転換”とか“180度の転換”と表現された専門家でしたが、要するに視点を専門家中心から利用者の側に据えて、ふつうの市民生活がそうであるようにサービスの選択、決定を利用者の自由に任せるということです。

当科の個別情報サービスを一般的な問題として例解してみたいと思います。

地域で快適な暮らしをエンジョイしている一般市民が、「育児に必要なまだあまり一般化していないけれど、将来とも有用な高性能の生活必需品を備えたいというニード」を持ったとします。スーパーマーケットや近くの店頭には出回っていないので、専門店で求めようか、デパートがいいか、あるいは手作りとか個性的な看板を掲げている新しいタイプの店がいいか等々思案しているとします。こんなとき、第3者的な情報機関があって、売り手としての押し付けを抜きにして、相談内容をじっくり傾聴したうえでニードを充すための専門的判断材料を踏まえて情報を提供してくれ、しかも気軽に利用できるとすれば役に立つが、と思いませんか？ 利用する内容にとっては単なる紹介で済む利用法もあるでしょうし、子どもの現状や将来像、育児方針、どんな家庭状況でどんな使用法をするのか等々、詳細な調査や高度な技術・知識を踏まえて判断材料として、製品開発をも伴う情報提供をしてくれ、さらに望んだ物が手に入るという具体的サービスも受けられるなら申し分ないということになります。サービス内容が気に入って納得のいくものであれば、受ければいいですし、そうでなければ受ける必要はありません。選択は利用者の自由です。心身に障害のある子どもを家庭で育てる家族が安定した快適な地域生活を送りたいと願ひ、日常生活で生じる諸々の問題を解決するために相談する場合、これからの主体性ある家族にはこのような自由選択のできるサービス機関が必要になってくるのではないかと考えます。

障害児とともに生活する場合、何かと負担の多い現在の社会ですが、これら親子市民がサービスを利用するときには、スティグマ（差別的な屈辱感）を感じないで気軽に利用できる開かれた専門機関を望むのが当然の心情ですから、これに応えていくことがこれから、21世紀の専門家の役割だと思っています。

## 2) 幼児科における個別情報サービスの実践

最近では情報ということばが流行のようで、あらゆる分野で頻繁に使われるようになり、「利用者のニーズに対応する総合情報サービス・センター」が設立されています。これらの情報センターは幅広い情報を網羅し、利用者に一般情報を提供する点で一定の役割を果たしています。しかし、その運用や活用についてはいくつかの問題点が指摘されまだまだ改善の余地のあるのが現状です。

当科の個別情報サービスは専門技術を習得したリハ・サービスのスタッフで構成され、長年蓄積した経験とデータを整理することによって対象の障害児に関して標準モデルを有し、個別・特定のニーズに応えられる技術内容を備えていることが、他に比して一歩先んじていることかと自負しています。

## ① 目的

心身に障害のある子どもの育児に関するあらゆる相談に応じ、個別の情報サービスをおこなうことを目的とします。

心身障害児を家庭で育てる親が家族を中心とした地域で子どもを育てようとする際に、子育てのために突き当たるいろいろな問題を解決していく必要があります。健常な子どもの場合はモデルが多数存在しますので、いくつかの情報や経験を総合して自分の家庭の育児方針に照らして適当な情報のみを選択し独自のプログラムを組むことが比較的容易です。しかし、障害のある子どもの場合はモデルが少ないことは確かで、障害の種類や程度が異なるとますます少数派になります。また、客観的根拠に乏しい専門的情報も少なくない上に、専門的な内容については疑問を抱くことすら遠慮しなければならないのがまだ一般的な状況です。

インフォームド・コンセントが定着していないわが国では、地域でサービスを選択する際にもその判断根拠を含むアドバイスを得られる相談機関の必要性がますます高まっているといえます。

このような福祉ニーズに現在のままの機能で専門家主導型の機関が対応するのは至難の業といわざるをえません。なぜなら、専門家主導型のサー

ビスでは、多かれ少なかれサービス提供側の指示に一定期間従って指導の効果が認められたことを報告する必要がでてきます。専門的領域が高度であればあるほどその拘束力は大きいものになります。専門機関で提供される情報が家族のニーズに照らして不十分でも、全力をあげて協力する態度をみせないと評価も低く効果も不十分ということになりかねません。このような時に、必要な情報を主体的に収集活用したいのは当然のことですし、そこで役立つのが親主導型の個別情報サービスであるといえます。

## ② 対象

心身に障害のある(疑いを含む)0歳から就学までの乳幼児を家庭で育てている親(および養育者)をサービスの主たる対象者としています。

子どもの障害の種類は、肢体不自由(運動発達障害)、精神発達遅滞、視覚障害、聴覚障害、言語障害、情緒障害、重度・最重度を含む重複障害、その他、およびそれらの疑いのある子どもと間口を幅広く整えています。

最近ではデータが集積されたこともあって、親以外にも保育・教育・通園施設の専門職等からの標準モデルについての情報提供を求められたり、あるいはデータの処理や評価技術の習得、OAシステムの維持管理・運用等についての研修を含むサービスのウェイトが増してきています。

情報サービス業務を実践するかたわら、常時間発的な取り組みを続けることによって、内容を充実し、対象の拡大を図っています。

## ③ 内容

心身障害児の育児に関するあらゆる問題について相談を受け付けています。親が日頃の育児に関して困ったことや心配なことがあって、これらの問題を何とかしたいと考え相談内容を「○○を知りたい」、「～してほしい」、というニーズとして明らかにできた時に、幼児科は客観的な事実に基づいた情報の提供をおこないます。

これまでに応じた問題の領域は多岐にわたりますが〔図2〕のように分類することができます。

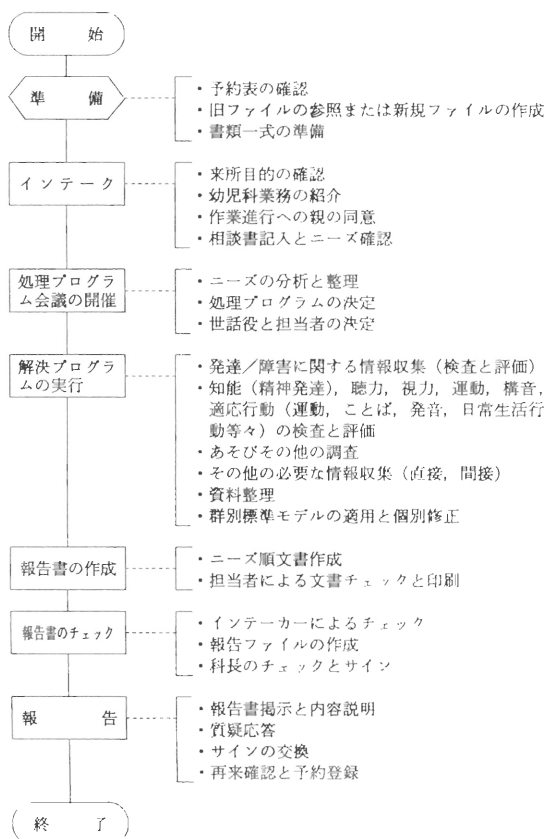
図2 個別情報サービスの内容分類

個別情報サービス内容	
発達・障害	障害児の発達と障害について、知能・運動・視覚・聴覚・適応行動・遊びなどの諸領域にわたる検査・評価を行い、原因・予測・対応方法・指導・訓練などに関する説明や助言をする。
福祉・生活	福祉および日常生活に関する情報提供や助言を行う。生活・制度利用・経済的援助・日常生活援助・住宅・移動・施設・認定・判定・窓口・手続き・保育・就労・労働などの各相談事項に対応する。
教育・文化・教養	教育制度や幼稚園・保育園・学校などに関する情報、就学・教育相談の窓口や手続き、文化・教養・趣味・娯楽・レクリエーションなどについての相談にも応じる。
医療・保健	制度利用、病院・保健所や施設などの利用や手続き、窓口に関する情報。その他の障害児の医療に関する情報提供、生活の中での栄養、食事などに関する相談への対応など。

④ 方法

親のニーズに対する解決法を文書によって情報提供します。客観的で具体的な解決法を提供するために、子どもの障害（発達）の総合評価に基づき、一連の手続き〔図3〕を採用します。

図3 幼児科フローチャート



また、親主導型を提唱していることから、従来の専門家主導型から脱皮するためのいくつかの原則や運営法の工夫を設けています〔図4〕。

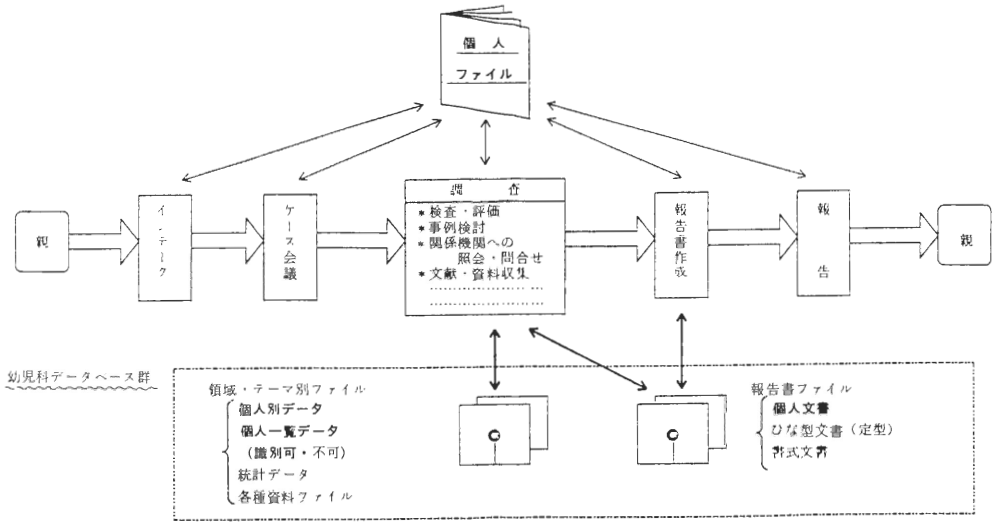
図4 親主導型育児プログラム

4つの原則	
○親主導の原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・育児の主体（権利と義務、責任）は親にある。</li> <li>・専門家の情報提供を親が選択する。</li> </ul>
○文書交換の原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「知りたいこと」「やってほしいこと」を「相談書」に記入し、回答を「報告書（資料添付）」で受ける。</li> <li>・利用者、と専門家は対等な関係にある。</li> </ul>
○納得ずくの原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・インフォームド・コンセント（サインと印鑑）</li> <li>・検査、調査の内容、手続き、日程は納得したもののみについて実施する。</li> </ul>
○情報公開・秘密厳守の原則	<ul style="list-style-type: none"> <li>・信頼のおける客観的事実を個別のニーズに見合う形で提供（公開）する。</li> <li>・ニーズの解決のために知り得た情報は本人の承諾なしに絶対に公開しない。</li> </ul>

⑤ 職員

幼児科業務に携わる職員は現在14名で、専門的背景の異なる職種、すなわち保母、心理技術、福祉指導、作業療法士、理学療法士、福祉技術（障害児教育、言語、保健）によって構成されています。従来の専門家主導型と異なるのは、各職種の役割がチームワークの中で指導・訓練プログラムの担い手として治療的役割を分担するとか、一人の専門家が一人のケースの処遇に全責任を負うのではなく、科職員全員が有機的に役割分担してニーズに対する解決法についての情報の収集・提供に参加しているところです。

図5 東京都心身障害者福祉センター幼児科の業務フロー



ニーズを解決する方法を提供するために、専門領域はもちろん関連領域に関しても情報収集、データ整理が必要になることもあります。また、必要に応じて常勤・非常勤の医師や関連各科・課の職員の知識・技術を総動員して報告書を仕上げます。親主導型プログラムの職員は専門技術を持ち、合わせてケースワーカーとしても役割を担えるようになっていきます。

### 3) 個別情報サービスの手順

相談・ニーズを持ち込んだ親に対して、全職員が有機的に機能分担するために、情報サービスの手順を次のように流しています [図5]。以下、この流れに沿って、実際の手順を紹介します。

#### ① インターク

心身に障害のある（またはその疑いのある）就学前の乳幼児を家庭で育てている親が、子どもの養育に関する問題で当科を利用する場合、最初に、相談担当者（インターカー）が直接面談して相談内容（ニーズ）を確認します。

インターカーはリラックスした雰囲気作りから始めて、親の主訴（希望や不安、心配、疑問など）をじっくり傾聴した後で、幼児科の情報サービスの基本的な考え方や具体的な方針を十分説明します。親がこの方法を理解し納得のいったところで親にニーズを明確にしてもらい、それを書面にし

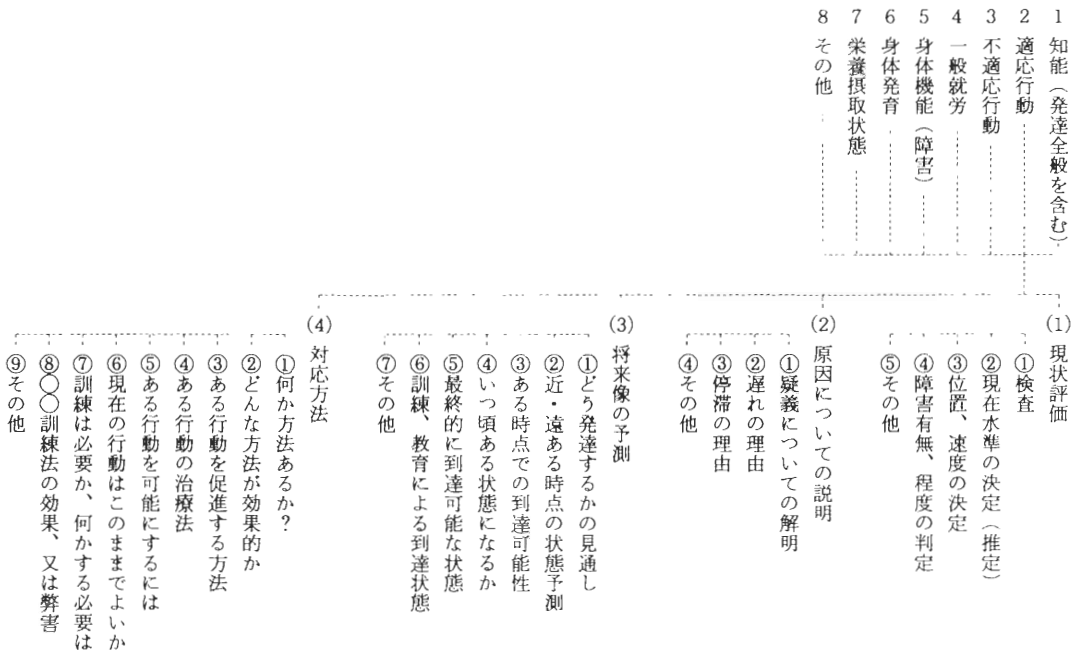
てもらいます。最近の親の世代はこのような方法に馴染み易いためか、抵抗なく応じています。また、反復して利用する家族の場合はもちろん、幼児科のやり方が親のクチコミで広まっていることもあり、簡単な説明で作業が開始できるようになりました。

インターワークの基本技術は従来の専門技術と基本的には変わりありません。しかし、“障害に起因する問題”や社会的診断法に基づいた“真のニーズを掘り起こす”というようなアプローチはとっていません。親の語る主訴を整理し、曖昧な点は言語化して確かめ、あくまでも親が〇〇してほしいと記したニーズを忠実に受け止めることが現段階での技術です。[表1]に親のニーズを抜粋して示しました。

面談はゆったりした落ち着いた雰囲気のある場所で行います。当科にはかつて集団あそびに使用していたひろびろとしたプレイルームがありますので、そこで子どもを遊ばせながら、親と担当者は傍らのソファーに向かい合って面談しながら生育・発達歴、病歴・治療経過、障害・相談歴、福祉サービスの利用状況等、必要最小限の情報を聴取し所定の用紙に記入します。

また、同時にそれぞれの領域の専門職員が子どもの発達と障害のスクリーニング評価をおこない

表1 親 の ニ ー ズ



ます。子どもの状態像を把握することは、当科の情報サービスを個別の具体的なサービスとして提供する上で不可欠の重要部分です。

これらの情報（検査や調査）を収集する際にその手続きや活用法も含めて必ず親の同意が必要になります。コンピューターが導入されてからは検査等のデータを処理して蓄積し、標準モデルの作成等の開発業務に活用して、サービスの質をあげることに協力してもらえるか否かアンケートを付け加えています。仮に、同意を要する箇所での同意と承諾が得られなかった場合には、回答内容に限界がある旨を告げて、得られた情報の範囲内で報告書を作成します。

個別情報の保護という観点からは、たとえ専門機関、公的機関の間であってもファイルに残された個別情報を親の承諾なしに公開することはしないことが信頼関係を保つために重要です。

② ケース会議

ケース会議には全科員が参加します。インターカーは親のニーズ（大部分は複数のニーズ）を具体的に説明し、インターク時に得られた補足情報のコメントを加えてケースを紹介します。専門領域のスクリーニングを担当した職員からは子ども

の発達や障害のアウトラインが報告されます。これらの情報を踏まえて、報告書作成にいたるまでの問題点の整理と処理方法の検討を行います。参加者の合意が得られたところで各々のニーズ項目毎に報告書作成の担当者とコーディネーターを決定します。

現在、会議の司会・進行は報告担当のケースワーカーが取り仕切っています。相談を受けた親子のニーズに対してベストの形で満足のゆくような内容に仕上げるために、司会の役割は親主導型プログラムの遂行には非常に重要で、基本的な理念や蓄積された実績をしっかりと理解し、また、各々の職員の守備範囲や力量を十分把握できていることが会議の進行をスムーズにします。

各々の分担が決まったあとはコーディネーターが責任をもって報告書作成までの作業進行の調整役を受け持ちます。子どもについてさらに観察や精密検査あるいは補装具判定やフィッティング、家庭訪問などが必要な場合には、親子と担当者間の日程調整を行います。

③ 情報の収集

一つ一つのニーズ項目について報告書作成担当者が決定した後に、作成に必要な情報の収集を行

います。ニーズの解決のためには子どもに関する直接の検査データが必要な場合がありますし、間接的な資料（文献や福祉サービス）が必要になる場合もあります。

検査、調査、情報の収集に関する一連の業務の進行はフローチャートに従って行いますが、このフローチャートは業務のスムーズな進行を管理し、迅速で合理的、正確な作業遂行には欠かせないものですので、毎年検討会を開催して見直し、必要ならば改訂を行います。当科の対象は発達遅滞のある子どもが大多数を占めていますので、発達のレベル、障害のタイプは最初にチェックする重要な項目です。[図6] [図7] [図8] に一部の例を示しました。

都内各地域で提供している福祉サービスに関する情報のようなものは、毎年区市町村で発行しているしおりや行政統計等の資料の収集から始め、

図6 MAの決定のためのフローチャート

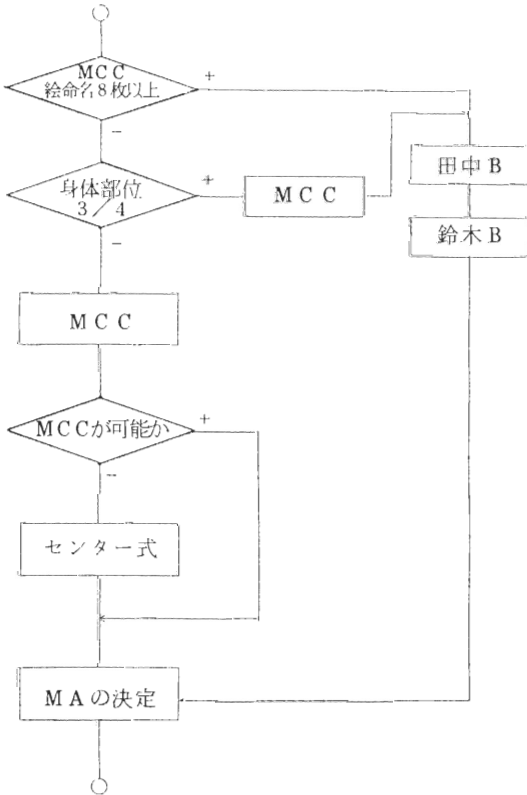


図7 聴力レベルパターンの決定のためのフローチャート

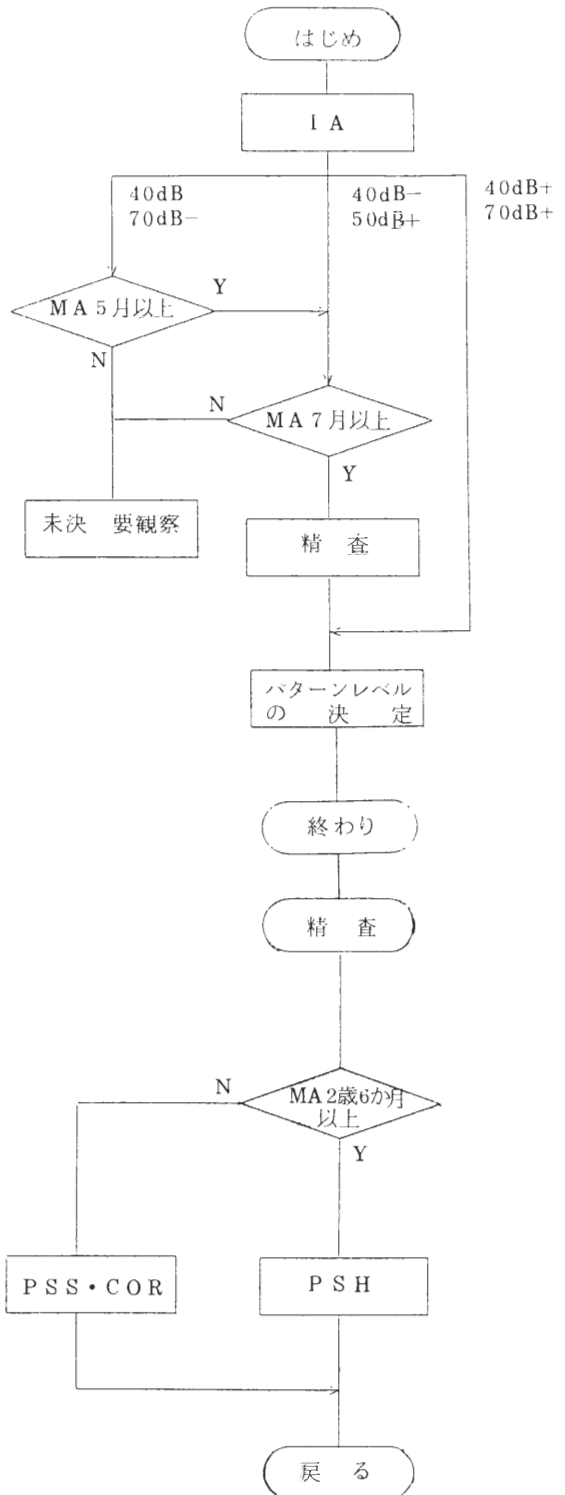
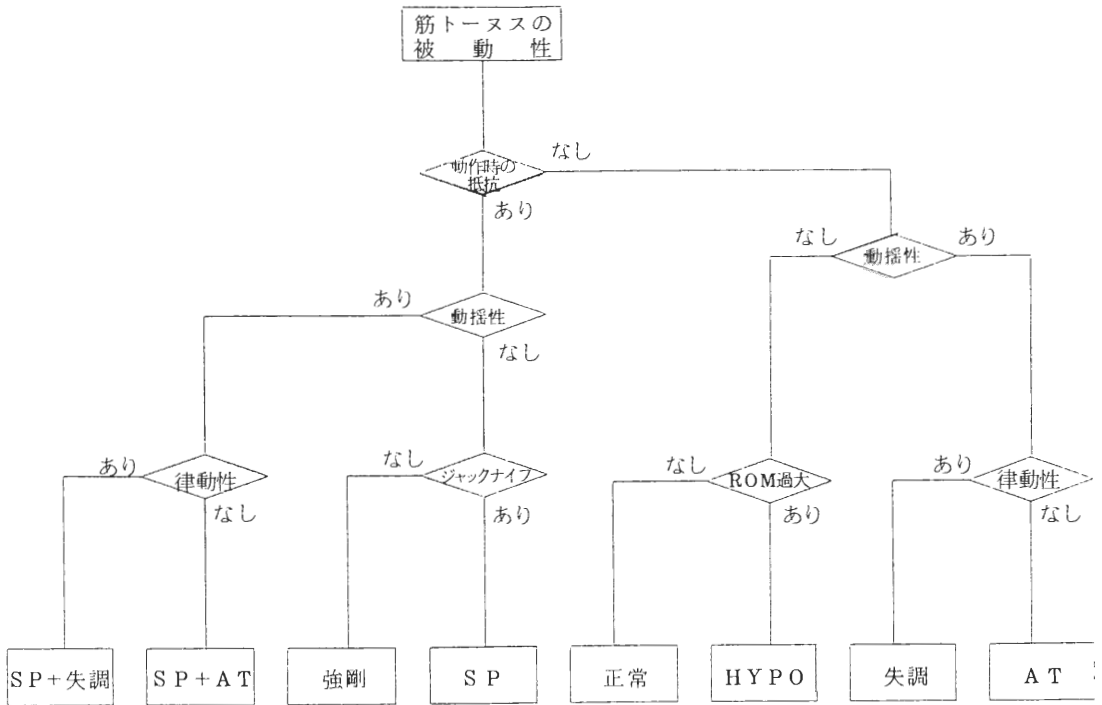


図8 中枢運動機能障害の有無およびマヒのタイプ推定のためのフローチャート  
(診断は医師が行う)



ニーズにかなうものを選択します。科内で処理しきれない情報については、他の情報提供機関や関係機関の協力を得ることもあります。繰り返しのようになりますが、当科では個別的・具体的な解決策を提供する目的で必ず子どもの状態像（発達・障害）について精密な検査・評価を行います。したがって、新しい場面で緊張するような子どもや、来所することが困難な子どもについては家庭への出張による資料収集を行います。検査・評価には、可能な限り標準化されたバッテリーを用いますが、発達レベルが幼く、重複する障害を有する子どもも多いために、これらの検査が使用できないことも多々あります。こうした問題に対処するために重複障害児用の評価表を作成し検討を加えながらこれを用いていますが、重度重複児の標準モデルの作成基準としては十分信頼のおける評価法となっています。標準化されたテストを用いることによって、親が子どもについて得られた情報で他機関のデータと比較し確認できるという点で役に立ちますし、また、専門家間でも共通の基盤で情報交換

が可能になることを配慮しています。検査結果は個人のプライバシーを侵害しない範囲でデータベースとして蓄積し、障害別の標準モデルを作成するために役立てます。

必要な検査・評価については、各領域の専門の担当者が複合してかかわり合うので、コーディネーターは調査の理由を平易かつ簡明に説明して親子の都合を尊重しながら日程調整や方法を決定します。親子に対して最短の期日内に最小限の資料収集で、最大の効果が発揮できるよう計画的なスケジュールをたてることが大切です。

手帳の交付、補装具の判定やフィッティング、食事介助用のイスの作成、食事動作のモデリング、遊具の工夫と作成、医療相談等々の単位業務をとるものや具体的プログラムを必要とするニーズについてはこの段階で処理し、処理結果について報告書に記載します。

④ 報告書の作成

検査・調査等資料収集、具体的プログラムの終了した担当者は、調査結果を多角的に検討してニー

ズに対する回答を報告書としてまとめます。

障害の種類や程度によって作成されたマトリックスのどの範疇の子どもかによって解決法についての既成の標準モデルがある場合には、そのモデルに照らして回答を作成することができますが、該当するモデルが未完成の場合には、モデルの作成に必要なデータ整理をしなければならないことも多々あります。

すでにモデルのあるニーズの処理プログラムについてはフローチャートが作成されていますので、その手順にしたがって報告書を作成します。[図9] [図10] [図11] [図12]にその一部を示しました。

これまでに作成した報告書はすでにコンピューターにデータベースとして蓄積され、膨大な量にのぼる資料の蓄積についても検討中です。ニーズに対応する解決方法についてはサンプル報告書を作成中です [図13] [表2]。

得られた回答内容をいかにしたら親に分かりやすく、しかも正確に表現できるかは表現法の技術の習得（文章作法や図表の作成，資料の添付）が必要となります。文章表現は簡潔，明瞭に，客観的事実に基づいた内容にしぼって記述するように留意しています [資料3] [資料4]。

解決法についての情報提供は，専門家によっては，習得した技術の発揮しどころという意気込みもあって，不確実な期待を抱かせるような情報を盛り込みたくなることが見受けられますが，科学的な根拠の無い情報（たとえば訓練技法）については現段階では期待に応えられないことを正直に記述することが基本です（例）。

報告書の作成は各担当者に任されていますので，各々の担当者はニード毎の回答文を作成したあとで，できあがった回答書を科員共用のフロッピーに保存します。各文は文章作成上の癖が現れたり

図9 MAの予測

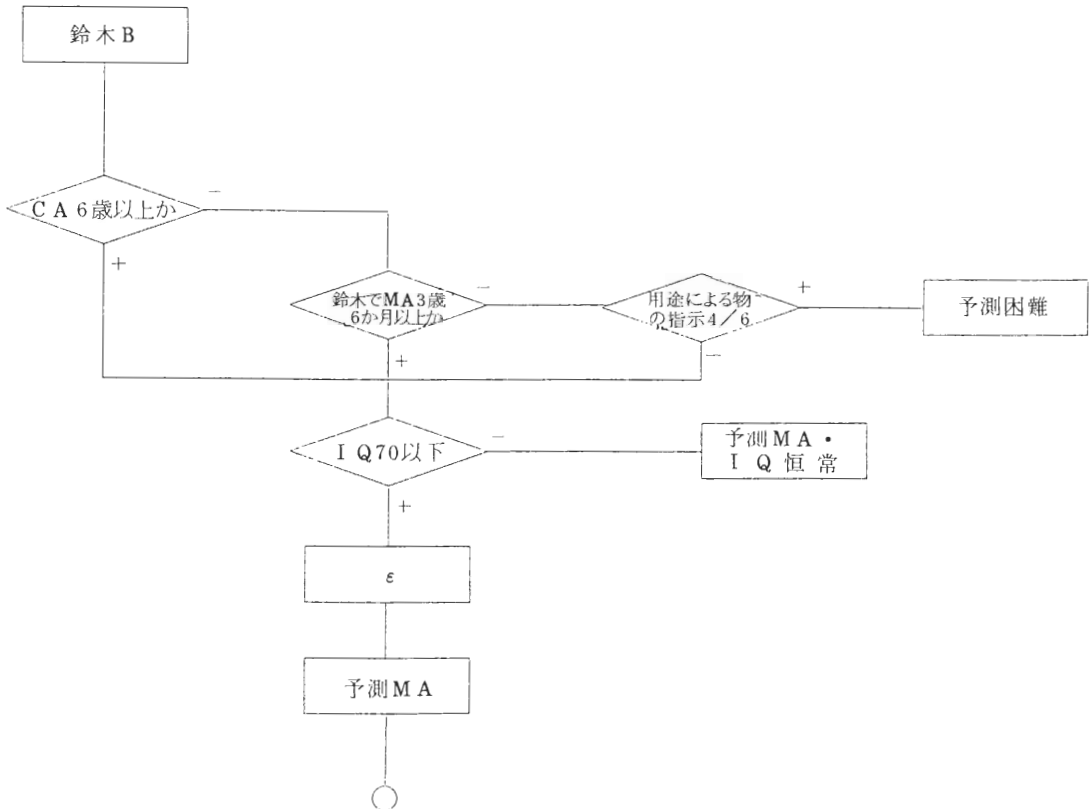


図10 中枢性運動機能障害を有する子供の独歩可能性

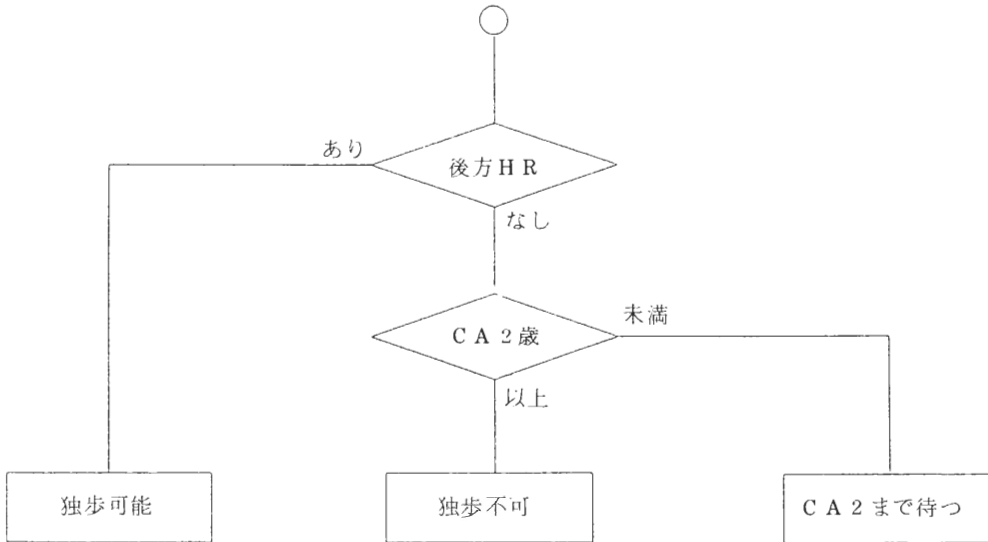


図11 排尿行動 (マヒなし)

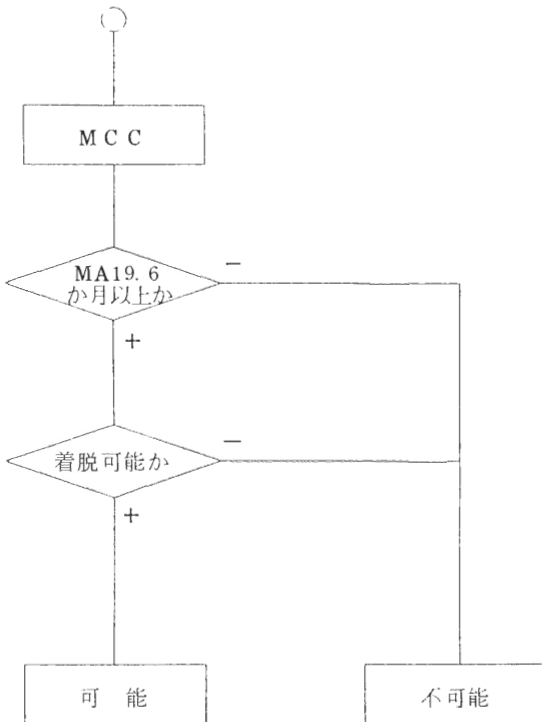


図12 食事行動 (スプーン)

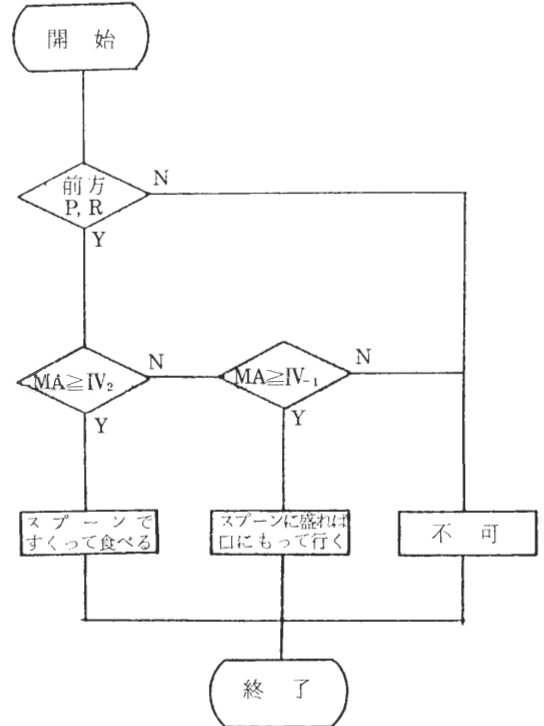


図13 情報提供サービス支援システム構想

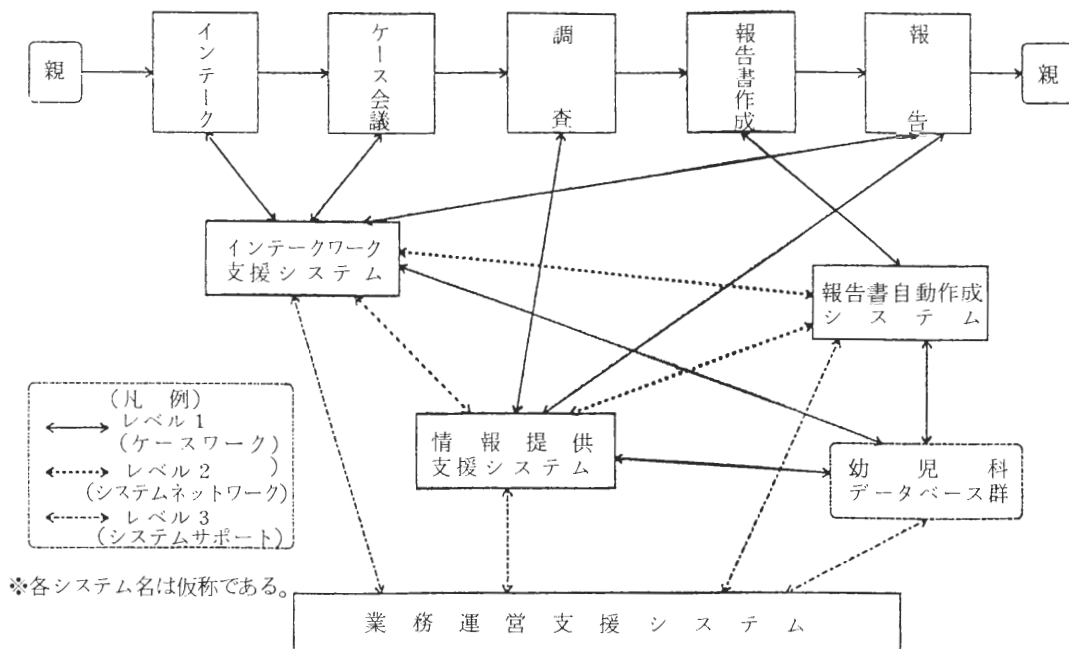


表2 報告書サンプル (OB)

分類Ⅰ：発達に関する報告書

- 0 予測に関する「サンプル報告書」
- 011 発達全般について（「発達全般予測」）
    - 0111 1年後の状況（「発達全般予測（1年後）」）
      - 例 1年後の発達状態を知りたい
    - 0112 就学時点の状況（「発達全般予測（就学時点）」）
      - 例 就学時にはどんな発達状態になるのか
    - 0113 成人時点の状況（「発達全般予測（成人時点）」）
      - 例 成人したときはどのような状態になるのか
      - 同じ障害の子供の大人になったときの状態が知りたい
      - 総合的に将来の見通しを知りたい
      - 発達の将来の見通しは
  - 012 知能について（「知能予測」）
    - 0121 就学時点の状況（「知能予測（就学時点）」）
      - 例 小学校に入るまでにどのくらいの知能になるのか
    - 0122 成人時点の状況（「知能予測（成人時点）」）
      - 例 普通に知能は追いつくのか
      - 大人になったときの知能の状態を知りたい
    - 0123 発達過程（「知能予測（発達過程）」）
      - 例 どのように発達していくのか知りたい
  - 013 適応行動全般について（「適応行動予測」）
    - 0131 就学時点の状況（「適応行動予測（就学時点）」）
      - 例 学校に行く頃どのような状態になるのか
    - 0132 成人時点の状況（「適応行動予測（成人時点）」）
      - 例 卒業後の生活はどのようになるのか
  - 014 発語について（「発語予測」）
    - 0141 到達時点（「発語予測（到達時点）」）
      - 例 いつごろから話せるようになるのか知りたい
      - いつになったら普通に話せるようになるのか
      - いつごろ言葉がでるのだろうか
    - 0142 就学時点の状況（「発語予測（就学時点）」）
      - 例 学校にいくなで話せるようになるのか
    - 0143 成人時点の状況（「発語予測（成人時点）」）
      - 例 大人になったときにどの程度のこと話せるか
  - 015 構音について（「構音予測」）
    - 0151 到達時点（「構音予測（到達時点）」）
      - 例 いつごろはっきりした発音になるのか
    - 0152 就学時点の状況（「構音予測（就学時点）」）

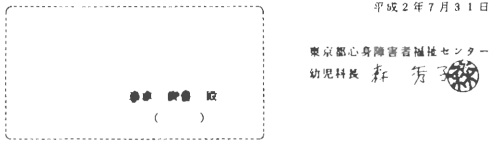
して、不揃いになることがあるため、全文を通して読む親にとって読み易いように一貫した文体、文脈に構成しなおす必要があります。当科では報告担当者がこの調整、校閲の役割を担うことにしています。校閲された報告書は仮印刷されて、インターカー、科長のチェックを受けた後、報告書の様式にしたがって正式に印刷され、必要な資料も添付されて、保存可能な表紙をつけて小冊子に仕上げます。できあがった報告書には、科長のサインを記してすべての作業が終了になります。

⑤ 報告

報告の時には可能なかぎり両親そろって席に臨んでもらうことにしています。場合によっては家族全員が集まったところで報告することもあります。できあがった報告書を親に手渡し、報告担当者としてインターワーカーがニーズの順を追ってその内容についての説明を加えながら、質疑応答を行います。

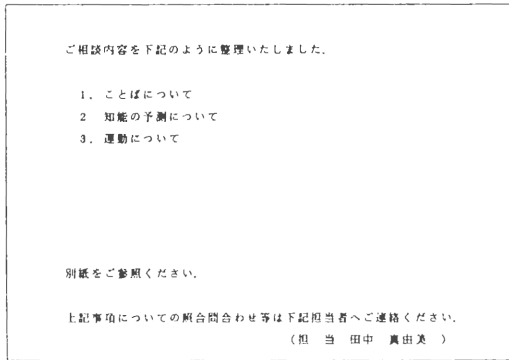
質疑の内容は各々の専門的領域はもちろんのこと一般社会状況から障害に関する行政情報その他かなりの広範囲におよぶことが多いので、報告担当者は専門領域を初めとして幅広い見識を備えていることが要件となります。

資料3 報告書



平成2年6月11日付で申請のあった事項について、下記の通りご報告申し上げます。なお養育者の許可なく、報告内容を公開することはいたしません。

記



上記報告書を受け取りました。

氏名 ●●●●●●●●●●

〈別紙〉

① ことばについて

1) 遅れの原因

ことばの遅れの原因として次の4点が考えられますので、それらについて検討いたしました。

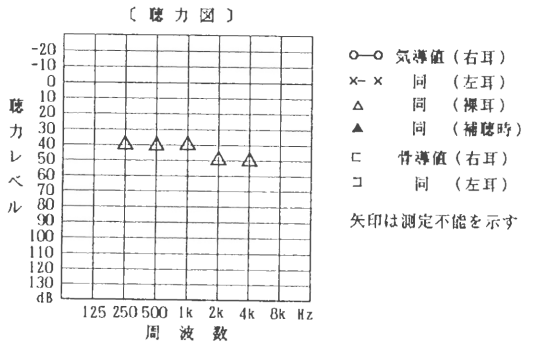
- a) 聴力障害
- b) 構音器官の異常
- c) 劣悪な環境
- d) 精神発達の遅れ

●●さんの場合

a) 平成2年6月28日と同年7月5日（2歳11か月時点）に、COR聴力検査（スピーカーから音が出た時に振り向くと、覗き箱が光って玩具が見える検査）を実施いたしました。結果は右の聴力図をご参照ください。

●●さんの聴力レベルは250～4000Hz（ヘルツ：音の高さを示す単位）で40～50dB（デシベル：音の大きさを示す単位）となっております。検査の結果、言語発達に影響を及ぼすよう

な聴力障害はないものと判断されます。



b) 単語や文などの言語にはなっていないものの、発音している音のバラエティーは豊かです。5つの母音 (i, e, a, o, u) とともに、/m, t, k, d, h, s, sy, ty/（マ・タ・カ・ダ・ハ・ト・シャ・チャ行の頭の音）などの子音が観察されました。

〈例〉

- mæmmæmmæ……（マンマンマ……）
- ta:ta:ta:tʃu（ターターターチュ）
- kɛ:（ケー）
- dja:（ダジャー）
- ha:（ハー）
- s:（スー）
- ʃa:ʃi:（シャーシー）
- tʃatʃə（チャチャ） 等々

なお、開鼻声・口蓋化構音・促音化構音などの特殊な発音は認められませんでした。以上のことから、構音器官の器質的・機能的異常はないものと判断されます。

c) ことばが覚えられないような環境上の問題は認められませんでした。

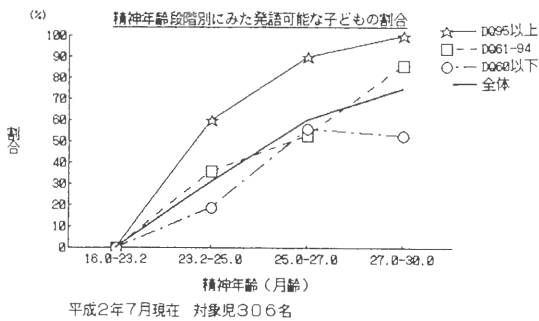
d) 精神発達に関しては、その程度を調べるために「MCC乳幼児精神発達検査」を実施いたしました。結果は、[生活年齢] 35.2か月時点、[精神年齢] 18.8か月、[精神発達指数]（精神年齢/生活年齢×100）53です。

ここでは、「ことばが出る」ということを、子どもに実物や物の絵を見せ「これ何？」とその名前を尋ねたり、「何がしたいの？」「何が欲しいの？」などと質問したとき、子どもが自発

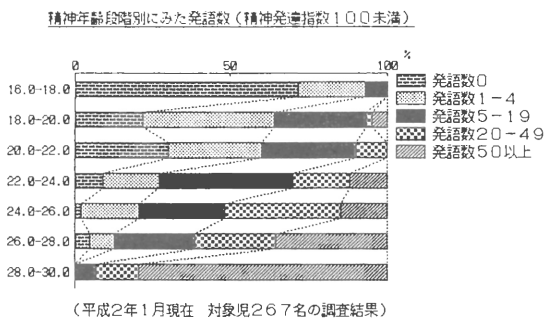
的に正しく単語レベルで応答できる段階と定義します。この段階のことばは、コミュニケーションとしての機能をもつ最初のことばであり、より高次の言語発達を獲得できるための基礎となるものです。

当科で整理したデータ（〔参考資料1〕）によると、絵カードや実物を子どもに見せ、「これ何？」とその名前を尋ねたとき、少なくとも3つ以上正しく命名できるためには、「MCC乳幼児精神発達検査」での精神年齢が23～29か月に到達していることが必要となっております。●●さんと同じ精神年齢段階(23か月未満)では、絵や物の命名ができるお子さんはありません。

参考資料1



参考資料2



また、発語数からみてみますと（〔参考資料2〕）、精神発達指数100未満で●●さんと同じ精神年齢段階（18.0～20.0か月）では22%のお子さんが発語無し、41%が発語数1～4、29%が発語数5～19、2%が発語数20～49、5%が発語数50以上となっております。

●●さんの現在の発語数は10語ぐらいとなっておりますので、精神年齢からみて特に問題はなく、むしろ発語数は多い方と言えます。

以上の点からみて、●●さんのことばの遅れの原因として精神発達年齢の低さが想定されます。つまり、精神年齢が発語に必要なレベルに達していないということです。

2) 発語の予測

聴覚や構音器官に問題の無いお子さんの場合、ことばの発達は精神発達と大きく関係しております。そこで、「ことば（絵の命名）がいつ出るか？」という内容を「いつ精神年齢が23～29か月に到達するか？」という問題に置き換えて整理することにいたします。

●●さんが今後もこのままの速度（発達指数53）で発達すると仮定しますと、●●さんの精神年齢が23～29か月になるのは、満年齢44～55か月となります。したがって、●●さんが「これ何？」の質問に絵や物の名前を答えられるようになるのは3歳後半～4歳後半と想定されます。

ただし、幼児期の知能(発達指数)はある程度変動しますので、6か月後に再度検査を受けられ、軌道修正されることをお勧めいたします。

② 知能の予測について

「現在の遅れが続くか?」「将来追いつくのか?」というご質問ですが、これは知能障害の問題と解釈し整理いたします。

通常、知能障害の評価にあたっては、3歳以降に実施した標準化された知能検査の結果を使用します。今回、鈴木ビネー知能検査も併せておこないましたが、合格項目が無く正確な結果は出ませんでした。そこで、当科のデータを使用しお答えいたします。

生活年齢3歳台で「MMC乳幼児精神発達検査」を実施し、精神発達指数が43～63（●●さんの精神発達指数は53なのでプラスマイナス10の幅をとる）のお子さんの中から、5歳以降に知能検査を受けた31名を抽出し、その結果を分析しました。それによりますと、知能正常（Zスコア-0.9以

上)が1名、境界線(Zスコア-1.9~-1.0)5名、軽度~中度の知的障害(Zスコア-3.9~-2.0)25名となっております。境界線以上の知能のお子さん6名の精神発達指数は1名を除き、他は全員59以下となっておりますので、●●さんが将来とも知的障害を有する確率は高いものと推測されます。

慎重を期すためにも、今後定期的に検査を受けられることをお勧めいたします。

### ③ 運動について

運動能力については、上肢運動と下肢運動に分けて検討することにいたしました。

#### 1) 上肢運動

●●さんの現在の上肢運動能力について評価するために、「上肢運動年齢検査」を実施いたしました。結果は下記のとおりです。

※上肢運動年齢検査：[生活年間] 35か月  
[上肢運動年齢] 17か月  
[上肢運動指数] 48.6

上記の結果は、●●さんの現在の上肢運動能力は遅れの状態にあることを示しております。

通常、上肢運動年齢検査の結果については、その発達年齢が「MCC乳幼児精神発達検査」の精神年齢とはほぼ一致する傾向にあります。

●●さんの場合もその傾向を有していることから、バランスのとれた発達状態と判断されます。

#### 2) 下肢運動

●●さんの現在の下肢運動能力について評価するために、「下肢運動年齢検査」を実施いたしました。結果は下記のとおりです。

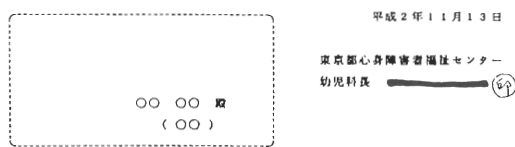
※下肢運動年齢検査：[生活年齢] 35か月  
[下肢運動年齢] 24か月  
[下肢運動指数] 68.6

下肢運動指数は通常100±30が正常範囲と想定されておりますので、これにしたがいますと、現在の●●さんの下肢運動能力は、遅れの範疇にあると判断されます。

ただし、今回の検査結果についていいますと、この下肢運動年齢検査では下肢運動年齢24か月の課題の次の課題である「両足同時にその場で

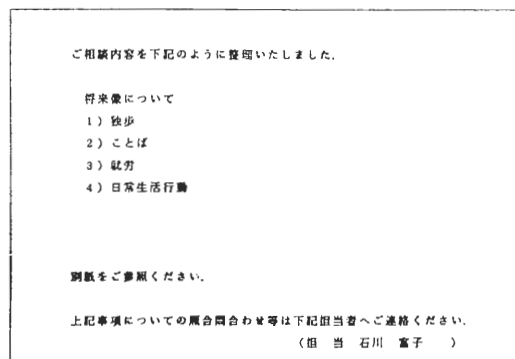
ジャンプ(終わってからもバランスを保つ)」が下肢運動年齢30か月に置かれており、その間の6か月間の運動発達を検査上(数値上)加味することができません。ちなみに、現在上記の課題が可能となった場合の下肢運動指数は83.3となります。このように、一項目ができるようになることにより運動指数にかなり変動がみられますので、慎重を期すためにも再度検査を受けられることをお勧めします。

## 資料4 報告書



平成2年 9月 6日付で申請のあった事項について、下記の通りご報告申し上げます。なお養育者の許可なく、報告内容を公開することはいたしません。

記



上記報告書を受け取りました。

氏名

印

### 〈別紙〉 将来像について

#### ① 独歩

○○君がいつ頃独歩を獲得するかということに関しては、独歩を獲得する可能性があるのかということのみ検討いたしました。そのためには姿勢反射得点による方法(Bleck.1975)を採用いたしました。

この方法は、7つの姿勢反射の出現傾向を得点化し、その結果によって独歩(ここでの「独歩」とは、平地15m以上、杖もしくはひとりて歩くこ

とができることと定義されています)の可能性について分析するものです。

〇〇君の7つの姿勢反射の出現傾向とその得点は次に示す通りです。

各 姿 勢 反 射	出現傾向	得 点
1) 非対称性緊張性頸反射	-	0点
2) 対称性緊張性頸反射	-	0点
3) 頸の立ち直り反射	-	0点
4) 伸筋突張	-	0点
5) モロー反射	-	0点
6) 足の台のせ反応	+	0点
7) 上肢保護伸展反応	+	0点
	総合得点	0点

※1)~5)は-:0点, +:1点 6)~7)は-:1点, +:0点

従来の研究知見から、総合得点が0-1点の場合、約94%のものが8歳までに独歩が可能になっており、2点以上の場合、約94%のものが将来において独歩不能となっております。

このことから、〇〇君は総合得点が0点ですので、確率的には8歳までには独歩を獲得する可能性が高いと想定されます。

なお、独歩の獲得時期に関しては、データが不十分で検討することができませんでした。

## ② ことば

「いつ話すようになるのか」という発語の可能性に関しては、いつ話すことができる知的発達レベルに到達するのかということと密接な関係があります。そこで、まず〇〇君の現在の知的状態を調査し、次いで将来どの程度の知的状態に到達するかを予測することにいたしました。

一般的に知的発達状態の現状評価にあたっては、標準化された知能検査(たとえば、鈴木ビネー知能検査、田中ビネー知能検査)を採用することが原則となっておりますが、〇〇君の場合はこれら検査の規定年齢に到達せず使用が困難です。そこで、「センター式発達評価表」により発達のチェックを行いました。結果は下記のとおりです。

\*センター式; [生活年齢] 5歳5か月

[知的状態] レベル6

(発達年齢12~14か月)

[発達指数] 18.5~21.5

以上の結果に基づいて、〇〇君の将来の知的状態を予測するために、過去当センターに来院した方の中から、〇〇君と同じ状態像(5歳台で知的レベル6)のお子さんを抽出し、加齢にともなうどの程度の知的状態に到達するかを調査いたしました。

調査対象者12名の内、2名は加齢に伴って知的レベル7(発達年齢15~17か月)に到達しますが、他の10名は現状の知的レベル6に留まることが明らかになっています。

したがって、〇〇君の将来の知的状態は、知的レベル6もしくは7であることが推測されます。

以上の結果に基づいて、発語の可能性を分析することになりますが、「ことば」をコミュニケーションに有効な発語、たとえば「これなあに?」「何がしたいの?」という第三者の質問に、それと分かるように答えられる段階と定義しますと、われわれの経験では、こういった意味での「ことば」を獲得するためには、お子さんの知的状態がレベル8(発達年齢24~29か月)に到達しなければなりません。

しかしながら、日常生活で頻回に使用する「単語」、たとえば食べ物や犬等を見て「マンマ」「ワンワン」といったり、拒否の時「イヤ」といったり、「マンマ」「ブー」「アッチ」といった要求語に類することばは知的レベル7で何種類か獲得することは可能となっております。

このことは、年齢6歳~18歳で知的レベル6~7の発語状況を調査した結果と一致しています。

したがって、〇〇君の場合にも、将来「単語」を獲得する可能性はあると推定されます。その可能性は知的レベル6よりも7の方が高くなっておりませんが、たとえ発語を獲得するに至らない場合でも、理解言語や身振り表現を獲得することは可能であるといえます。

## ③ 就 労

一般就労(最低賃金以上、社会保険付き、就業6月以上)は、1977年度の資料によりますと、①知能指数40以上、②職業適性検査で一定得点以上あること、③適応上の問題が少ないことが必要条件となっております。この条件は、1988年時点

において知能指数55以上とあがったことのほかほぼ同様の内容となっております。換言するなら、〇〇君が将来一般就労することができるかどうかについては、将来の知的状態に規定されているということになります。

前述のとおり、〇〇君の将来の知的状態は、知的レベル6または7と推測されますので、知的レベル7（発達年齢15か月～17か月）に到達したとしても、知能指数は20以下と推定されます。

したがって、〇〇君は将来の知的状態から一般就労は不可能と判断されます。

④ 日常生活行動

通常、日常生活行動（食事行動、排泄行動、着脱行動）は、知的状態に規定されております。

このことから、将来の日常生活行動を予測するためには、まず、将来の知的状態を予測することが必要となります。

〇〇君の将来の知的状態については、前述のとおり、知的レベル6または7と予測されます。

このことを前提に、〇〇君の将来の日常生活行動（食事行動、排泄行動、着脱行動）の獲得状況を予測いたしますと、以下の通りです（〔参考資料3、4〕）。

食事行動：知的レベル6の場合

スプーンに盛ってあげれば口に運ぶ

知的レベル7の場合

スプーンで自分で食べる

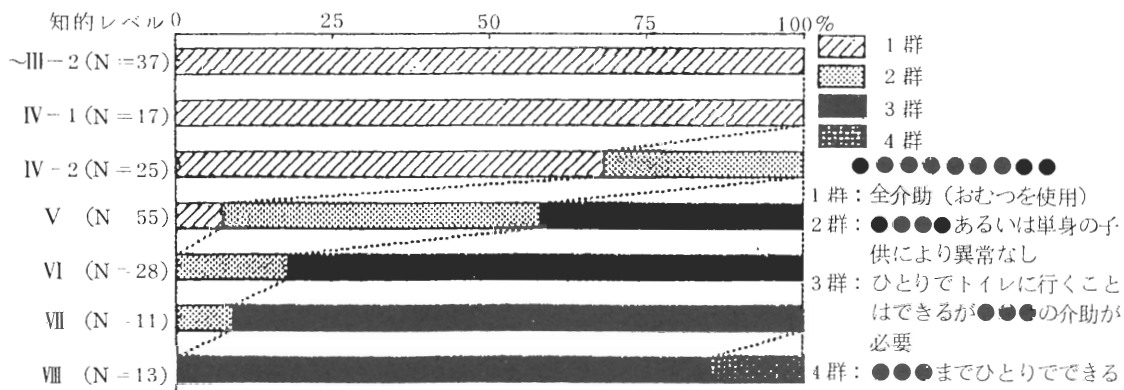
排泄行動：知的レベル6の場合

おむつ使用または時間排泄

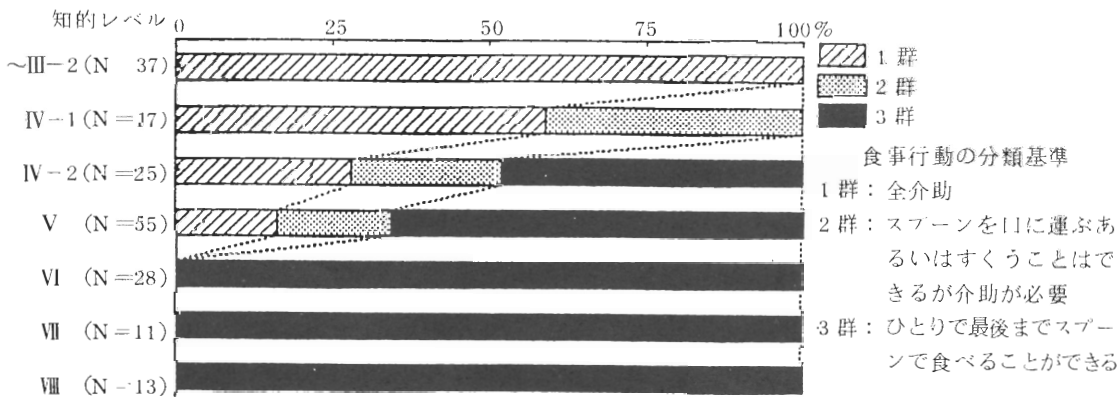
知的レベル7の場合

時間排泄または自発的にトイレに行く

参考資料3 排泄行動と知的状態との関係



参考資料4 食事行動と知的状態との関係



着脱行動：知的レベル6の場合

全介助

知的レベル7の場合

一部は着脱可能または自分で簡単なものは着脱可能

上記のことから、知的レベル6に到達するかまたは知的レベル7に到達するかによって将来の日常生活行動はまったく異なります。したがってより精度の高い情報を必要とする場合は、6歳6か月もしくはそれ以降の時点で再度検討が必要となります。

### 文 献

- (1) 東京都心身障害者福祉センター (1981)：重複障害乳幼児の早期プログラム
- (2) 森 秀子 (1986)：重度重複障害幼児の育児のための親主導型プログラム，発達障害研究 8-3, p.38-47

---

### <参考論文>

## 早期プログラム

(東京都立心身障害者福祉センター所長・医博)

原 田 政 美

---

ここでいう早期プログラムとは、出生直後にせよ、あるいは生後1年以上経過した後にはせよ、乳児期および年少幼児期において障害があることを発見された子どもに対する、発見後数か月間の初期指導プログラムをいう。この場合には、指導といっても保護者とともに母親指導が中心である。子ども自身に対する訓練、とくに子どもの状態を変えようというような積極的な訓練は、どのような障害をもつ子どもにおいても、乳児期および年少幼児期には行い得ないものである。早期療育として訓練至上を唱えるような風潮は一考を要するとともに、それに代ってなすべきことが何であるかを考える必要がある。ここにそのなすべきことを早期プログラムと呼び、概要を明らかにしたい。

この早期プログラムは、一般の心身障害乳幼児に共通して通用する部分が多いが、本稿ではとくに精神薄弱を伴う重複障害乳幼児、たとえば脳性麻痺と精神薄弱との重複、視覚障害(盲)と精神薄弱との重複など、早期から身体障害の状況を明らかにできるような重複障害児を主な対象とする。この場合の障害というものの定義は後に述べるが、必要な医療がすべて加えられてもなお残った機能障害を障害と呼ぶことに注意せられたい。

従来、障害児(者)はその障害が重ければ重いほど、社会から冷たい目でみられてきた。したがって障害児を抱えた親は必死になって障害の改善あるいは健全化に努めてきたのであるが、このような考え方は、改善あるいは健全化が無理であると判明した時点で親を絶望させ、子どもの残る人生を無意義、無価値なものとしざるを得なかった。しかし、どのように重い障害をもつ子どもであっても、個人としての尊厳にふさわしい生涯を送る権利はあるはずであって、障害をもちながらもそ



が子どもの状態の評価を第三者に依頼できる権利である。教育委員会は、この種の評価をどこに依頼したらよいかというような、第三者評価機関の存在についての情報をも親に提供しなければならないと規定され、評価のための費用の支弁についても定められている。

このような動きは、近い将来においてわが国の特殊教育の分野にも波及すると思われるし、早期療育の場でも親の納得を得た上での訓練プログラムの作成、および第三者の評価というようなものが実現する可能性が大きい。子どもはこのような世界的な動きを直視して、情報公開、納得づくのプログラムへと移行することが必要である。ろくに病名も教えず、いわれた通りにだけしておればよいという一部の医師に似た態度は、早期療育の場からすみやかに排除することが望まれる。これが、この早期プログラムで重視される第1のねらいである。

## (2) 従来の早期療育といわれるものの問題点

以上述べたように、これまでの早期療育においては関係情報が公開されず、親はわが子の状態に無知のまま担当職員の指導に全面的に依存していたという問題点があるほか、次のような幾多の問題とすべき傾向がみられる。

- ① 訓練などとして行われている技法の有効性の検討が乏しい。また一般に担当職員に然るべき技術が備わっているかどうかも不問に付されている。
- ② 担当職員が少数で障害児が多いことを理由にして、十分な処遇が行われないのが常態であるとされている。
- ③ 障害児個有の療育というものが重視されるのに比べて、子どもとしての発達が軽視されている。

これらの細部については逐次述べることとして、早期療育が障害病変の健常化を指向している点についてまず検討しなければならない。結論的にいって、このような指向は誤りである。障害児に対する早期療育は、病変を治癒させて健常な心身まで回復させるものと大多数の人たちは信じているよ

うであるが、これは誤りである。障害をもった子どもとして、障害をもちながらも最大限の発達を図るのが早期療育の本当の姿である。このためには障害そのものをなおそうとするのではなく、障害されていない心身の機能の全面的発達を願わなければならない。

心身に障害があろうとも乳幼児は常に発達している。何年か先には心身の機能が予想外に改善されることもあるであろう。しかし全機能が完全に健常化することは絶対にあり得ない。もし障害を残さずに全治した子どもがあるとすれば、それは、子どもを障害児とした診断の誤りである。また近い将来全治することが予想される子どもは、障害児対策の対象とすべきではなく、治療医学の対象とすべきである。ところが、現行の早期療育は、あげて障害されている機能の健常化を指向しているといっても過言ではない。健常化に成功しなかった場合には、親の不熱心、訓練担当職員の数の不足などに帰せられがちであって、療育が正しく行われさえすれば健常化するのが当然であるというような指導が行われる傾向がある。とくに脳性麻痺児に対するボイタ法においては、原著にはそのような記載がないにもかかわらず、訓練によって脳の障害が治癒すると説く医師さえあられ、それをめざして2年も3年も同一手技が毎日繰り返されている事例があるが、これは医学的常識では理解困難なことである。もしボイタ法などによって脳の器質的病変が治癒するということであれば、近代医学は根底から崩壊してしまうといってよいであろう。その他の訓練法においても、その有効性に関する誤解や過信がとくに福祉の場では多いようである。

実際に、これは関係者がよく知っていることであるが、早期療育と称される訓練などを励行しても、年齢が増すことに伴った範囲の機能の増進しかみられないのがふつうであるし、あるいはそれさえも達成できずに退行していく子どもが存在する。そのような子どもに対しては、病変の改善だけをめざした早期療育は無意味であるばかりか、全体の発達がそのために阻害される虞れも大きい

といわねばならない。しかし健常化指向があまりにも強いと、この種の議論はほとんどとりあげられないで現在に至っている。今や私どもは、健常化に代って何をなすべきかを真剣に考えなければならぬのである。これが、早期プログラムにおいて重視すべき第2のねらいである。

### (3) 医師主導からの脱皮

療育という言葉は、児童福祉法第21条の9で次のように規定されている。すなわち「骨関節結核その他の結核にかかっている児童に対し、療養にあわせて学習の援助を行うため、これを病院に入院させて療育の給付を行う……。療育の給付は、次の通りとする。①医療、②学習及び療養生活に必要な物品の支給」。なお、療育という言葉は、このほか「保健所は、身体に障害のある児童の療育について、指導を行うこと」などとしても使われ、さらに肢体不自由児施設についての通達には「療育の内容は、一般治療、機能療法、言語、生活及び学習の指導を行うものであり……」というような表現がある。最新の通達の「心身障害児(者)地域療育事業実施要綱」をとってみると、療育という言葉は子どもだけでなく成人にも使われ、さらに「在宅療育」というようにも使われている。また、「療育及び日常生活に関する指導を行う」という記述があることから、生活指導を療育から分離する立場もあるようである。

このように法令上では、療育という言葉は明確に規定されているわけではないが、療育の療は医療をさすものと考えて大過はないと思われる。そのために、障害児は病児とみなされ、医師に依存した毎日を送るのが当然のように思われてきた。ここで私どもは、障害児とは何をさすのかにつき、根本的に反省する必要がある。

障害児における「障害」というものを理解するには、下記3者の区別を明確にすることがまず必要である。国際障害者年の行動計画にも、この3者の区別についての理解を深めることが、国際障害者年の主要目的のひとつであると述べられている。

Ⓐ impairment (難治病変)：長期的に回復困

難な心身の病変

Ⓑ disability (機能障害)：上記難治病変に基づく長期的機能低下

Ⓒ handicap (活動制限)：機能障害があるため社会的活動が制限された不利な状態

たとえば手足の欠損や麻痺、目や耳の先天異常、知的中枢の損傷などがある子どもにおいて、あらゆる医療を加えても長期的に回復困難な心身の病変が残ってしまった場合に、これをⒶimpairmentという。医療による回復が多少でも認められる場合には、それはdisease (疾病) などと呼ばれて治療医学の対象となる。Ⓑdisabilityにはimpairmentの存在が必須であるが、それが軽度の場合にはdisabilityを起すに至らないこともある。いずれにしても生物としての個体には、見る、聞く、歩く、考えるというようなabilityがあるが、impairmentのためにそれらの機能が長期的に低下した場合に、それをdisabilityというのである。一般に障害者という場合の障害とは、このdisabilityにはかならない。次にⒸhandicapは、現代社会が健常者中心に運営されているため、障害者になると社会活動が著しく制限されて不利になる——その不利な状態をいう。たとえば就職したくてもできないというようなことがそれである。handicapはこのような職業的なもののほか、就職はできたがスポーツなどの文化活動に参加できないという文化的なものなど、いろいろな場面で異質なhandicapが生まれる。また障害そのものは同じであっても、コネがあるため就職できたというように、人により、環境により、handicapは同一ではないのである。また社会環境を障害者が利用しやすいように改善すれば、handicapは減少する。

以上は主として成人について述べたものである。すなわち教育を終り、心身の発達が一応完了して社会活動を行っている成人が障害者となった場合の話である。これら成人障害者には、リハビリテーションが適用されるのが一般的であるが、従来はリハビリテーションをdisabilityの回復、あるいはimpairmentの治癒をめざすものと考えられ

ちであった。したがって医師中心のリハビリテーションが普及したわけであるが、これは正しくは医療として行われるべき分野である。本来のリハビリテーションは、社会活動が困難となったため社会人としての立場を失った障害者に、社会人としての立場をとり戻させるという社会的行為である。これはhandicapへの挑戦にはかならない。障害者の中には、社会活動を行う場合に医学的課題点の処理を要する者が多くいるので、医師の依存が皆無というわけにはいかないが、その場合必要により医師には随時協力を求めるということによいわけである。すなわちリハビリテーションにおいても、従来は医学的な健常化が主体であると思われてきたが、障害というものの本質を正しく理解すると、これが誤りであることがわかるのである。(このことについては、センター刊行の研究報告集(12)、1981年版を参照せられたい)。

さて乳幼児の場合には、独立した社会活動というものが無いので、handicapの様相はかなり違ってくる。新生児は、哺乳さえ十分にできれば、あとは寝ていればよいのであるから、障害があってもhandicapは露呈しない。しかし2歳ごろになると、友だちと遊べないというような活動制限が明らかになる。またその結果として発達に何らかの支障が生じてくる。このように乳幼児におけるhandicapは、子どもとしての諸活動に制限を生じ、その結果として望ましい発達に不利をきたすものとして理解することが必要である。したがって、このような意味におけるhandicapの発生を予防し、また発生したとしてもこれを最小限にとどめることができれば、その子なりに最大限の発達が期待できるわけである。

ここでimpairmentとdisabilityとの関係にふれなければならない。一定のimpairmentには、必ず一定のdisabilityが伴うものである。しかし成人の場合においても、長期間病院生活を送ることなどの影響から一定以上のdisabilityが起こることが稀ではないし、訓練的な毎日を送っていないと退行が進むことも少なくない。したがって、impairmentに見合う程度まで機能を向上させる

ための訓練、退行予防の処置などがリハ・サービスの一環として必要である(これは健常化とは本質的に違うことはいうまでもない)。両者の関係で乳幼児において注意すべきことは、impairmentがあるため、聞く、歩く、考えるというようなability自体の発達が疎外され、impairmentに見合う以上のdisabilityを生ずる危険があることである。そこで早期療育として行われるべきものには、上記のhandicapの予防や処理によって一定以上のdisabilityが起こらないようにすることが含まれる。その意味において、成人の場合に行われるような機能向上のための訓練が乳幼児にも必要とされるのであるが、そのような機能訓練は医療的な訓練ではなく、毎日の育児を通じてなされるべきものである(このことについては次項で詳述する)。いずれにしても発達を阻害するhandicapの発生を予防し、発生した場合にこれを最小限にとどめることに重点をおくべきものであって、これは医療の療よりも、育児(養育、保育、教育などを含む)の育を主体とした領域でなければならない。したがって療育という言葉は障害乳幼児には適切でないが、便宜上ここでは慣行に従って療育という言葉を使っているわけである。

なお、昭和45年に施行された心身障害者対策基本法は、心身障害者を次のように定義している。すなわち「肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、平衡機能障害、音声もしくは言語機能障害、心臓機能障害、呼吸機能障害等の固定的臓器機能障害、又は精神薄弱等の精神的欠陥(以下「心身障害」と総称する)があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」とされている。前半部分で総称されている心身障害はまさにdisabilityと一致する。後半部分に書かれている生活上の制限は、handicapに相当する。しかし乳幼児においては、これを「長期にわたり発達のために必要な諸活動に相当な制限を受ける者」としたほうがよいであろう。また学齡児においては、「長期にわたり学習活動に相当な制限を受ける者」とすべきであろう。このように年齢に応じて多少の読み替えは必要であるとしても、対策の

基本は医療ではないことが明らかである。その意味においても、医師主導型で行われてきた早期療育からの脱皮が必要である。これが早期プログラムの第3のねらいである。

なお、WHOの1980年国際分類においては、上述した機能障害の大部分をimpairmentに入れている。また一時的な病変をも障害として取扱っている。これらは納得できない点であるが、WHOの分類はhealthという範囲におけるものというように観点が限定されているので、ここでは取り上げないこととした。

#### (4) 早期療育とされるものの技術的背景

育成医療は早期療育の代表とされている。育成医療として行われる手術などは、病的状態を健常化さよととするものであって、明らかに治療医学である。障害乳幼児に対する早期療育は、この種の治療医学がすべて終了し、それでもなお残った回復困難なimpairment、それに応じて生じたdisabilityがあることを前提とすべきである。家庭の貧困その他で手術などが受けられず、そのために機能に支障がある状態になった子どもを障害児とし、これを児童福祉法による障害児対策で救おうというところから育成医療が発足したのと思われる、またこれが早期療育の中に含まれたわけであるが、医療制度が完備した現在、なおこれに固執するのは問題である。医療費の支払いが困難な家庭にはその救済策を別に考慮すればよい。障害児に対する早期療育として手術などが行われるのは筋が通らない。

しかし障害乳幼児には常に医学的問題がついて回ることは確かである。たとえば、合併症として「てんかん」をもつ者がいるし、impairment自体が悪化して医学的処置を要することも少なくない。ただし、これは、一般の子どもでも同様である。頻繁に熱を出す子ども、下痢をする子どもなど、各家庭でみられる医学的問題と本質的に違うものではない。そのときは医師に治療を仰ぐだけのことである。しかし、足を切断した子どもには、ある時期から義足をつけることを考えなければならぬなど、障害児固有の医療が必要なことも少

なくない。それだからといって、子どもの毎日を医師の管理下におく必然性はない。必要なときに必要な医療を受けるだけのことである。なお、常時医師の管理下におくべき子どもは、それは病児であって障害児対策対象とするのは不適當である。

早期療育というと、すぐ通所訓練という言葉が浮んでくる。しかし通所訓練によって子どもがどうなるのか、また訓練技術は本当に有効に働いているのかなどについて、一般にはあまり真剣な検討が行われていない。とにかく訓練しましょう、どうなるかわからないが、うまくいけばもうけもの、といったたぐいである。しかも、このうまくいったというのは、成長に伴う自然発達にすぎないのがふつうである。厳密な定義に従えば、訓練は生理的労作以上の負荷を課すべきものであって、それに堪え得る自発的意欲があることが必要条件である。しかし乳児あるいは年少幼児を対象とする早期療育では、そのような訓練を課することは不可能である。次に訓練といえば反復練習があるが、これも自発的に行うものでなければ成果があがらない。本人の興味に反して強行すると、情緒を不安定にするだけである。またもし反復して成果があがるというならば、これは通園訓練ではなく、親に教えて家庭で実行させるのでなければ意味がない。このようなものは医療行為と呼ぶべきではないし、さらに、反復練習によって成果のあがる訓練技術そのものの存在も疑わしい。上述したように子どもは絶えず発達しているので、何かの進歩を訓練の成果であると断定することは至難である。

また身辺処理の訓練などにおいては、オペラント学習によってこれを可能にしたという報告が多いが、身辺処理の自立には発達段階が関係する。ある段階まで発達した子どもでなければ、訓練を強行しても成果はあがらない。一般にオペラント学習の原理は、それができる能力があることを前提とする。すなわち1回でもそれができる能力のある者を対象とし、その成功の確立を増すだけのことであって、能力のない者に能力を付与することではない。したがって身辺処理にかぎらず、何

かをさせようと計画するときには、それをなし得る能力があるか、それが可能な発達段階にあるかについての評価を先行させなければならない。

職員に必要な技術は、訓練技術よりも評価能力である。評価が正しくできなければ、有害無益な訓練を漫然と行うことになりかねない。訓練だけを専門とする職員の存在は、乳幼児においてはむしろ有害であるといえよう。ここにとくに有害ということを強調したのは、とにかく何かの訓練を行うのが美德とされ、必ず何かプラスになるはずであるという訓練過信が横行しているからである。子どもの状態を変化させる力のある訓練であればあるほど、もしマイナスに働いたときの逆効果が恐ろしい。しかし一般の訓練と称されるものには、それほど力があるわけではなく、気休め的なものが多い。したがって、その程度のものならやって悪いことはないと思われがちであるが、無益な訓練のために毎日のように通園を強要される母親の負担はきわめて大きく、これが夫婦関係に影響し、障害児の同胞へ影響するなど、家庭への影響は凶りしれない。健全な家庭があり、家族関係が良好であって初めて障害児の望ましい発達が期待できるものであるから、無益な訓練といえども、大局的には子どもの発達を阻害することとなって有害である。

評価できない場合には、何をしたらよいかわからないはずである。ところが評価を無視し、あらゆる可能性を信じて努力せよという立場の人が多い。このような人たちは、重い障害児の評価は適確になし得ないと主張している。後述するように、最重度級の重複障害児においても、心身の機能の評価は可能であるし、今後の発達の様相もおおむね予測できるものである。評価技術をもっていない職員が早期療育を担当するというのは、検査や診断を無視して投薬や手術に走る一部の医師と同断であるというべきであろう。

次に、脳性麻痺児に対する早期療育に言及すると、肢体不自由として理学療法などの訓練の対象とされている子どもの中には、精神薄弱を主症状とする子どもが少なくない。またそれがゆえに運

動療法の成果があがらないにもかかわらず、同一技法が何年にもわたって運動療法として行われることが多い。これらには、精神薄弱の専門家が主導権をとった指導がぜひ必要である。すなわち、子どもの知能障害を的確に評価し、それに応じた育児をどのようにするか、また運動障害をこの段階でどのように処理するかなどについて、明確な方針を定めなければならない。この場合、言語障害があるために知能障害の評価が適切に行われ得ないとか、子どもが何もできない状態であるため、環境的に知能の発達が妨げられて潜在能力の評価に問題を生ずるとか、的確な評価が無理であるとの声が聞かれることが多い。これは、脳性麻痺だけでなく身体障害と精神薄弱が重複している場合においては、身体障害への着目が強く、精神薄弱の専門家としての素養をもった職員にイニシアティブをとらせることがほとんどないため、優れた評価技術をもった職員が育っていないことのあらわれである。

成人の障害では乳幼児の場合と根本的に違う点がある。たとえば全体の1/10の部分に病変があった場合に、それに見合うdisabilityはほぼ一定不変である。しかし病変のない部分が日ごとに発達していく子どもにおいては、病変部分の割合が相対的に減少して1/10以下になるし、disabilityはそれよりもさらに小さくなる。したがって訓練によって非病変部位を強化すればdisabilityを限りなくゼロに近づけ得るという理論が生まれる。しかし非病変部位の強化は、年少幼児においては他から与えられる形では達成できないことを知るべきである。これは、障害をもちながらも絶えず発達していこうとする子ども自身の力に依存するはかはない。この子ども自身の力は、知能障害の重い子どもでは著しく小さく、とくに脳障害の重篤な子どもではこの力が年ごとに衰えることさえもある。私どもができることは、この力が発揮されるような工夫だけであって、その意味からいえば訓練技術と呼ぶべきものは存在しないといえよう。障害があるため、できる能力がありながらできないことがあれば、それができるように育児上で1

夫し（たとえばハンドリングの工夫）、また環境的に子ども自身の力が発揮できなければ環境を整える、といった程度のことは当然しなければならないし、またこれらが現在の段階で許される科学的な技術の限界であるといってもよいであろう。

もともと技術系職員は、自己の保有する技術が有効に発揮できる事例だけを対象とすべきであるのに、福祉の名において（福祉は万人に恩恵を与えるべきであるとの観点から）、技術を無視した画一的な対応が行われる傾向がある。その結果として職員は常に忙しく、満足な訓練が実施できないという逃げ口上が準備される。また福祉の名において無料または低料金で各種のサービスが行われる関係もあって、成果があがらなくても親は不平をいわないばかりか、何年間も子どもを抱えて通所するのが愛情であり、成果があがらないのは親の熱心さが足りないものと転嫁されることが多い。

要するに、早期療育というとか驚くべき科学技術がそこに準備されているかのような印象を与えているのであるが、乳児および年少幼児期に子どもに直接働きかける訓練技術はないといっても過言ではないであろう。またこの亡霊的なものに執着していたために、本来どうしたらよいかという技術の発達著しく遅れていることも事実である。

以上は主として子どもに対するアプローチを述べたものであるが、早期プログラムにおいて最も重視すべき技術は、母子関係についてのものである。子どもが障害をもちながら最大限に発達するためには、その発達する力を阻害しないことが何よりも重要であるが、その阻害要因として第1にあげられるのは母子関係に問題を生ずることである。何かできなければ、あるいは何かができるようにならないといけない子として母子相剋をきたすようなことは避け、どのように重い障害があろうとも、母親の愛情にすなおに応え、それを通じて発達していく子どもとなるように、母子関係を指導していくことが必要である。しかし母子関係の方法論は一般の子どもについて一応の発展を

みただけであり、障害児とくに重い障害をもつ子どもに関するものの研究は皆無といってよいほどである。現状では、一応確立されているものを取捨して応用するほかはないが、指導のあらゆる面で常に母子関係を念頭におかなければならない。なお本稿では、母または母親という言葉を使うことが多いが、母親と同じような役割を果たしている保護者をも含むことはいうまでもない。

## 2. 早期プログラムとしてなすべきこと

### (1) 親の作るプログラムと職員の指導計画

子どもを育てるのが親である以上、親に子どもの状態を詳しく知らせ、各種情報に基づいて親に育児プログラムを作らせることが、早期プログラムの出発点である。親に対する情報提供は、一般に母親教室というような催しによって行われているが、一般論を聞いてそれをわが子に応用できるというものではない。親といっても、理解力や人格は千差万別であるし、職員よりも高い教養と専門知識をもった親さえいる。またプログラムの質は家庭の経済状態や、家族構成、さらには近隣の状態などによって左右される。いろいろな意味で個人差の大きい親に対して各種情報を的確に伝えること——これがわれわれとしてなすべきことの第1である。

この情報に従って、親に育児についてのプログラムを立てさせるのが、なすべきことの第2である。計画能力の高い親は、自分でも勉強して詳細な計画を考えるであろう。またその反面、親の求めに応じて職員が密接に協力して計画をまとめることになる場合もあるであろう。いずれにしても、プログラムを実行するのが親である以上、実行し得ないような計画を考えることは無意味である。また親の能力以上の育児を要求すれば、親の情緒を不安定にし、これが子どもや家族に影響してプログラムを破綻させる原因となる。したがって障害の種類や程度が同一であってもプログラムは千差万別になる。なおそれ以前に、担当職員としても指導計画の腹案を準備する必要がある。

この指導計画の腹案としては、就学時（6歳）

を目標とするものと、当面なすべきことの両者が必要である。まず前者については、義務学校の義務体制に伴って希望者の全員入学（訪問教育を含む）が可能になった現時点では、「小学校入学時に、学校教育を受けるために必要な心身の発達を遂げること」を就学時の目標にすることが望まれるが、ここでいう学校教育の内容は障害児の状態によって著しく違う。一般には国語や算数を学習するためのレディネスが完成していなければならないし、最近の総合教育の発展を考慮して、一般の子どもとともに学び、ともに遊べるような全人的発達が要求される。すなわち一般の子どもと同じスタートラインについて義務教育が開始され得ることを、目標としなければならない。しかし精神薄弱の程度が重いような場合には、養護・訓練を中心とした教育課程に乗れるようにするとか訪問教育によって何らかの教育が受けられるようにするとか、一般と違った目標設定が必要となる。

当面なすべきことに関する指導計画は、たとえば異常にやせている子どもについては、「カウプ指数を〇〇まで改善すること」などという具体的目標をかかげ、それを達成するために食事の内容や食事摂取の困難な点の改善などについての具体的計画をつくる。最重度級の重複障害乳幼児ではこの種の栄養・食事の指導を重点とすべきことが多いが、これは生命の健康の維持のためだけではなく、食事行動というものを手がかりとして発達を図るねらいも含まれている。なお一般の障害乳幼児においても、食事行動を遊びと同じ程度に発達プログラムに組みこむべきであるが、発達プログラムというと、ややもすると教育訓練的な色彩を帯びやすいので警戒しなければならない。たとえば、「発語を2語増加させる」というような訓練プログラムを組みがちである。しかし子ども自身が遊びなどの場を通じて自然に覚えるようにすべきで、いわゆる「とりたて指導」は年少幼児期には禁忌と考えるのが妥当である。したがって、「〇〇させる」ではなく、「〇〇になる」ことをめざした条件整備を指導計画の核心とすべきである。

既に何回も強調しているように、早期プログラムは家庭における育児を通じて進められる。したがって担当職員は、家庭において子どもが毎日どのように過ごしているかを知らなければ指導計画を立てることができない。理想をいえば、その家庭に泊りこんで観察を続けるべきであって、単に通園してきた母子を訓練室で観察する程度では指導に必要な資料は得られないはずである。とくに指導は、その子どもの生活のリズムに合わせたものでなければならず、生活のリズムの正しい把握のためには何日にもわたって家庭を訪れる必要がある。指導計画作成のための評価というと、短時間子どもの状態を観察すればすむものとされる傾向があるが、親、家庭、さらには近隣状況などの環境についてまで、子どもの発達に関係する要因として評価し指導計画の腹案につなげていかなければならない。また指導計画は、親の立てるプログラムに合わせ、また必要に応じて随時修正すべきである。1週1回の母子通園を行うとすれば、指導計画に誤りがないかを検討するための再評価の機会として利用すべきである。

職員が指導計画の腹案を作り終えた時点で、親に育児プログラムを作らせることになる。このとき職員は、自己の指導計画に合わせて、親の実力に応じたプログラムができるように親を誘導する。このプログラムの基本的な考え方は次の通りである。

- ① 健常児の育児を基本とするが、つぎのような配慮を加える。
- ② 障害部位にとらわれず、子どもとしての発達を願う。
- ③ 発達段階（たとえばCAは2歳であるが発達は10ヵ月レベルというような）を考慮し、それに合わせた育児とする。
- ④ 障害があるためにどうしてもできないことと、できるはずであるが多少の介助や環境条件などの整備を必要とすることとを明確に把握し、後者についての配慮を重視する。
- ⑤ 発達の全領野にわたった詳細なものではなく、また3ヵ月というような固定的なもので

はなく、当面母親のなすべきことを中心にする。

- ⑥ 一定の期間を経過した後に、その間の子どもの発達状況を詳細に親に説明し、親とこれについて話し合った上で計画の修正、あるいは新しい分野についての計画を作る。

なおプログラムは親に作らせることを原則とするが、その主体性を尊重するという意味からそうするのであって、あまり固苦しく考える必要はない。親の発言を職員が書きとめただけのものであっても問題はない。くり返して言うが、このプログラムは決して親の生活を犠牲にした、無理なものであってはならない。親自身の「ゆとりの毎日」の上に立って、育児プログラムを組んでいくことが重要である。

## (2) 応急相談態勢

障害乳幼児は、どのように重度、重複の状態であっても親の愛情につつまれた家庭で育てられることが原則である。しかし家庭のいろいろな事情によって、児童福祉施設への収容を必要とする場合もあるであろうし、またそれには至らなくても一時的に子どもをめぐるトラブルが発生して家族だけでは処理困難なこともおこりがちである。

どのように適切な早期プログラムを実施していても、このようなトラブルがあると成果が一挙に瓦解することが少なくない。このような場合に、電話で相談を受ける態勢、および必要があれば家庭にすぐ出張する態勢が整えられていなければならない。また家庭の状態に応じ、親の依頼のもとに緊急一時保護の手配をするなど、福祉的措置の代行を要することもあるであろうし、短時間の保育を担当すべきこともあるであろう。このような緊急な相談に対応する態勢と必要な援助を与える姿勢は、担当職員としてぜひ考えておくべき要件である。また職員が早期プログラムに密着していれば、緊急的なトラブルの発生を予防するために手をうつこともできる。

ただし、注意を要することは、担当職員として行うことはトラブルの解決のための情報提供を主体とし、親に余力があれば親自身に解決させる方

向にもっていくことである。なお、担当職員不在の時の連絡をどうするかも、決めておかなければならない。早期プログラムは、訓練プログラムではなく、助言・援助サービスが中心であることを忘れてはならない。

これらと関連して留意すべきことは、障害児に母親がかかりきりになって、近隣や親せきなど到大変な子どもでもあるというような印象を与えると、母と子だけが孤立してしまう危険があるということである。いざという場合に近隣や親せきなどの援助を得るためには、手に負えない子どもでもあるというような近寄り難い印象を与えてはならない。訓練に通うよりも近隣や親せきとの交流ができる場を頻繁に設け、障害はあるが愛すべき子どもとして、また母でなくても誰でも相手ができる子どもとして、広く理解を得るように心がける必要がある。また、障害児のために母親が熱中して疲れ果てるような毎日であれば、家庭や家族の日常に目が向かなくなってしまう、その結果、累積していた問題点が一挙にふき出して、どうにもならなくなることも多くみられる。そうってから相談を持ちかけられても緊急の処理が困難であるから、常に余裕をもった育児をさせ、障害児だけでなく家庭や家族のこと全般、あるいは近隣や親せきとの付き合いなどにも、常に目を配っている母親となるよう指導していくことが望ましい。

わが国の一般的風潮として、子どもを母親が私物化し、一個の人格をもった存在と考えることが多い。そのため、とり返しのつかない事件が生ずることもあるので、どのように重い障害をもつ子どもについてもその人権を尊重し、母親の勝手な行為があってはならないことを、折にふれて話し合うことが必要である。

## (3) 親の障害受容

成人した障害児をもつ親は、過去を回想して、「子どもの障害の状態について何も教えてもらえず、ただこうしなさいというようなことだけをおわられたので、それに従ってその日その日を送るのが精一杯であった。子どもが将来どのような学校に入学し、卒業後の人生がどのようなものである

かなどについて詳しい説明がほしかった。それがわかれば、子どものため当面どの程度の努力を家族全体がすべきか、また将来のためにどの程度の財産を貯えるべきか、マイホームをどの時期にどの場所に建てたらよいかなど、当面および将来にこの子のためにしてやるべきことを計画的に考えることができたはずだが、家庭の将来計画に必要な情報はひとつ得られなかった。また母親が障害児にかかりきったため、先に生まれた子どもには何もしてやれなかった」と述べている。また、このような状態であったため、次の子どもを生んでよいかどうかわからず悩んだともいう。

納得ずくの早期プログラムにおいては、子どもの障害の状態、およびそのような子どもに将来どのような人生が予想されるかについて、子どもの各種情報をあまざず親に与えるわけであるから、上記のような嘆きは聞かれないものとみてよい。ところがそれとともに、重大な問題が生ずる。すなわち、回復困難な障害児であるという現実が、親にわかってしまうのである。そうすると親は心理的に著しく動揺し、それがまた育児態度に影響して子どもの発達を阻害する危険がある。したがって従来は、癌の宣告と同じように、回復困難という現実を知らせないでおき、自然に親がそれを悟るのが望ましいとされてきた。「そのうちに良くなるから頑張りましょう」というような気休めを親にいうだけでなく、役に立たない訓練もそのために続けるという傾向さえあった。

しかしこの早期プログラムにおいては、このような逃げ方は許されない。明確に回復困難であることを親に話し、しかもそれを適切に受け入れてもらうように努力しなければならないのであるが、職員には、社会的背景が千差万別な親に対して、情報が適切に受け入れられるよう説得できる力も技術もないはずである。できることは、状態をありのままに説明することだけである。その結果、何日も泣き悲しむ親があると思われるし、わが子のためにいっそうの献身を誓う親もあると思われる。これらの反応をどう解決したらよいかについて、誰に名案があるわけではない。わかっている

ことは、親が来所した目的が子どもの状態をよく調べてほしいということ、また今後どうしたらよいかについて適切な指導を受けたいということであり、職員はこの依頼に忠実に応える義務がある、ということである。来所した時点で親は、すでに病医院を何回も訪れ、治療による回復の見込みが薄いことに多少なりとも気がついたために障害児の専門機関を訪れたわけであって、回復困難という予想はある程度もっている。これをまたあざむいて、ひき続き病児としての生活をおくらせることは許されないし、この機会を逃せば、障害をもつ子としてわが子を育てるべきであるという気持ちを、親にもたせることができなくなってしまうのである。

回復困難ということを確認に知らされた親は、その直後にはかなりの動揺があるとしても、親である以上必ず立ち直って新しい気持ちで育児に専心するはずである。もともと親には、子どもを育てていこうとする愛情があるのが普通である。これを「訓練すれば良くなる」というようなことで妨害しないことが重要である。このような妨害さえなければ、ひたすらわが子を愛していくのが、親としての自然の姿である。訓練すれば良くなるというような言葉で親をあざむき続けても、それが無理であることは必ず親にわかってしまう。その時、「良くならないような子どもは育てるに値しない」というような気持ちを親がもつ危険性は大きい。健常化するなら育てる張合いがあるが、そうでない子どもは親にとって困った存在だというような考え方が、自然のうちに親に植えつけられてしまうからである。

さて従来は、障害をもつ子どもに献身するのが親の尊い姿であるとされてきた。しかし、母親が障害児のことに熱中するあまり家庭を顧みないようなことがあれば、かえって障害児の発達に悪い影響を与えることを知らなければならない。上述した親の回想にもあるように、障害児にだけ親がかかりきると、他の兄弟が疎外されるし、また夫婦間にもトラブルが生じがちである。障害児のためならばとって財産を消費しつくすことも稀で

はない。健全な家庭と経済的な余裕は、障害児の発達および今後の人生にぜひ必要なものである。どのような重い障害乳幼児であっても、家族全員の愛情に包まれて生活していくこと、これが早期プログラムとして求めているものである。

とくに母親が、何年間にもわたって全力をあげて献身すると、母親自身がひとりの女性としての生き方を失ってしまう虞れが大きい。障害児をいつまでも母親の分身的にみるのではなく、別個の人格をもった子どもとして距離をおいた育児をすることも、障害受容のひとつのあり方である。母親が余裕をとり戻すことが、終局的には育児の成果をあげる要因になることを理解させる——これが障害受容というものである。これまでの理想的母親像は、寝食を忘れた献身であったが、本来の意味の障害受容が実現した暁には、ふつうの楽しい家庭の主婦であり子どもたちの母親であるという姿が、そこにみられるはずである。またその意味において、障害児をもちながら職業につくことが許されるのは当然である。かくして母親とはかくあるべしというような押しつけ的指導を行うべきではない。女性としての生き方の多様性を認めるべきである。あらゆる情報を提供した上で、家庭のあるべき姿を親自身が自覚できるようになれば、またとくに障害をもつ子どものことだけでなく全家族のことを考えた家庭の設計ができるようになれば、それで初めて障害が正しく受容されたものと考えてよいであろう。

#### (4) 家庭で日常的に行われること

障害をもつ子どもであっても、育児についての原則は一般の子どもと同様である。したがって早期プログラムとして家庭で日常的に行われることも、とくに変わったものはない。ただし、精神薄弱の状態に応じて、その発達段階を評価し、それにふさわしい育て方をしていく点、すなわち生活年齢（CA）でなく精神年齢（MA）に応じた育児である点だけが違っているし、また合併している身体の障害状況を考慮して環境条件などに何らかの配慮を加える必要がある点も、多少違っているところである。

職員が行うべき評価は、医学的な検査や診断とは本質的に異なっている。上記のような育児にあたっては、一般と多少違う点はどこかを見定めるための評価である。たとえば、視覚障害がある子どもでは、視力を測定するのではなく、家庭で子どもがどの程度の視覚的行動をとるかを頻回の家庭訪問などで知り、盲児として育てるべきか、かなり見える子として育てるべきかの判断をすることである。しかし、この程度のことは、親も当然わかっている。足が動かない状態なども、親ほどよく知っている者はいない。ただ、その動かない足が将来動く可能性があるか、またそれに備えて何をすべきかということとはわからない。ここに専門職員の評価の意義がある。とくに歩行ができないのは麻痺のためであるのか、あるいは精神薄弱のために歩くことができない発達段階に留まっているのかという区別はぜひ明確にしなければならない。これによって、親のなすべきことが違ってくるからである。たとえば後者であれば、一定の発達段階に到達するのを待って、そろそろ歩くような誘導を試みるべきであって、その段階が来ないのに歩行を強制すれば母子ともに情緒を不安定にするだけである。

一般の子どもたちの親は、誰に教えられなくても子どもの発達に応じて次から次へと手をうっていく。これは親自身に相当程度の評価能力があるからである。既述したように、何ごとによらず評価する人と実施する人とが別であってはならない。職員の評価がどれほど優れたものであっても、育児の当事者である親がそれを理解できなければ話にならない。したがって職員の評価を基礎とし、親がこれを理解できる範囲でとり入れ、自分のものとした親の評価というものをまず確立する必要がある。親はこのようにして自分のものとした評価のもとにプログラムを作り、育児を実行することになる。

回復困難な障害ということを強調すると、もはや何をしても役に立たないとされる虞れがある。しかし一般に親は、その子どもの発達のぎりぎりの上限に合わせた育児を必ず行っているものであ

り、また一步でも前進させたいと、誰に教えられなくても手をうっていくのが常である。1人でも子どもを育てた経験のある親は、その意味から障害乳幼児に対しても申し分のない育児を行っていく場合が多い。しかし、その経験のない親においては、一般の育児についての知識を相当程度与えるように配慮しないと、障害児の発達段階にふさわしい育児ができないことが多い。いずれにしても、家庭で行われることは特別に専門的なものではなく、寝たきりの子どもであればそれに応じ、目が見えない子どもであればそれに応じた日常生活がそこに展開されるだけのことである。またこれが、早期プログラムとしてなされるべきものすべてである。

注) 本稿は、文献(1)の第1章ですが、森先生の講演の基調として重要と考え、当時の所長原田政美先生のお名前で転載させていただきました。(編集委員会)

---

## ま と め

(北海道中央児童相談所)

高 田 護

---

東京から遠路おいでいただいた森先生にまず感謝申し上げます。

伊藤先生を中心とする方々のご努力によって北海道全域に障害児の療育をカバーするネットワーク作りが開始され2年目を迎えております。このネットワークは早期に障害を発見し、親とともに子どもを育てていくことを目的としており、北海道の特性である広域性と、このことからくる社会資源の遍在や、サービスの偏りを少しでも無くそうとする試みであります。

本日の森先生のご講演はそれぞれの地域で障害児を育てて行こうという我々の仕事に時宜をえたものであったと考えます。

先生のお話の第一は子供の障害をその子供の特性として捉えるということでした。そしてその特性を正確に見つめることによって、子供たちとともに生活していこうとする親を中心とする回りの人々に、子供たちの一生の生活設計を援助することが目的であるということでした。

次は、どのように重度の障害があっても子供の生活が毎日毎日快適なものでなければならなく、そのためにも、親が自信を持った子育てが出来る、家族全体がそれぞれ満足のいく調和のとれた家庭生活がなされる必要がある。いいかえると、どのような子供も、地域において、正当な、そして対等な家族の構成員として生活がおくれることが必要であり、それが可能な、環境をつくり、支援していくことが、専門家の役割であるということであったと思います。

このような援助をするためには、現在において可能な限り、精密に、正確に子供の特性を理解することが望まれます。それは、現在の知識では十分に対応できないことも多いが、経験や推測でその場限りの回答を出すのではなく、あくまでも科

学的学問的に整理された信頼性の高いものでなくてはならず、また、ただ専門家だけが理解するだけでなく、責任を持って、親に理解できるようなデータを提供できなくてはならないということになります。さらに、これを文章にして、親に渡すことは、その情報に十分な自信がなければ出来ないことであろうと思います。

これは、これまでの先生を中心とするスタッフの皆さんの長いご経験と、ご努力との裏打ちによって可能になったものと考えます。

もう一つの驚きは、パーソナルコンピューターシステムの活用であります。統計など部分的にはパーソナルコンピューターが使われていることはあまり珍しいことではありませんが、また、興味を持つ一部の人々によって使われているのが現状のように思われます。先生のお話では、スタッフ全員が参加され、ご自分たちでシステムの構築をなされておられるとのことであり、その目的が省力化はもちろんスタッフ個々の持つ科学的学問的資料や、知見の整理と共有化であり、このエキスパート・システムが活用されながら順次つくられつつあるとのことでもあります。また、このシステムは完成の暁には公開されるとも聞いております。このシステムが完成し、我々の手に入ったときにはいま我々の進めている仕事が飛躍的に進むものと考えられます。そのためには我々が少しでも資料を提供していく必要があるように思います。

我々のこれまでのかかわりは、障害のある子供たちを早く発見し、早くから訓練することによりその障害をなおしたり、軽減したりすることであり、それは専門家が治療なり、療育にあたることであって、親はその指示を忠実に守ることが要求されるということでした。

このようなかかわりが必要な子供もいることは承知しているが、全ての子供がこのようなかかわりを持つことが必要なのではなく、多くは発達を見守り、その環境を整備していくことが重要なのだと考えます。

我々に新しい方向を指さしてくださった森先生に重ねてお礼を申し上げます。

# 第1分科会（一般演題）

1. 盲学校の幼稚部教育と教育相談 ——現状と課題——  
後藤由美子・田崎陸子
2. 北海道療育園における地域療育への取組み  
——通園・外来診療相談・緊急保護・巡回療育相談事業から——  
紙谷民治
3. 『どんぐり教室』の歴史とこれからの展望  
松浦秀昭・中林幸太郎・但田孝之・糸田尚史・小屋松幸恵
4. 幼児期に早期療育を受けた発達障害児の学校適応に関する追跡研究  
米本伸司・忍博次・相場幸子・パーカー清子・片桐嶺子  
熊本陽子・佐藤恵子・佐藤光代
5. 『どろんこ教室』と地域療育  
——きたみ学園における地域療育活動の推移と課題——  
松井恵美・遠藤ゆかり・北野浩美・岡小百合・沢知
6. 障害児の遊具としての布の絵本  
——ふきのとう文庫の活動から——  
早瀬伸子
7. まとめ  
大場公孝

## 1 盲学校の幼稚部教育と教育相談

—現状と課題—

(北海道札幌盲学校)

後藤由美子  
田崎陸子

### 1. 視覚障害とは

視覚障害とは、視力やその他の視機能の障害を総称したことばです。視機能というのは視野、色覚、光覚等のことを言います。学校教育の対象となっている視覚障害の中で最も多いのは視力障害です。

「視力」というのは目で物を見る力を言います。私たちが視力検査と一般に言っている検査で測る視力のことです。

視力の低い子供のうち、両眼の矯正視力が0.1以下のものは盲学校で、0.1以上0.3未満のものは

盲学校か普通学校内弱視学級で教育を受けることになっています。0.3未満の視力では、黒板の字が見えなかったり、漢字の線や点がよく見えなかったり、体育では友だちの動きやボールなどの動きが見えなかったりするため、特に学齢の児童・生徒は普通児に比べ非常に不利な学校生活を送らなければなりません。

表1 視覚障害 WHOの国際分類

0.8 以上：正常視力(視力障害なし)
0.3 以上0.8 未満：準正常視力(軽度障害)
0.12以上0.3 未満：中等度低視力(中等度障害)
0.05以上0.02未満：重度低視力(重度障害)
0.02以上0.05未満：最重度低視力(最重度障害) または中等度盲
0.02未満：準全盲(準完全障害)または重度盲 光覚なし：全盲(完全障害)

表2 学校教育で使われている分類

盲：0.02未満	全盲
準盲：0.02以上0.04未満	明暗弁
弱視：0.04以上0.3 未満	手動弁 指教弁

## 2. 札幌盲学校の歴史

視力障害の子供のための盲学校は、特殊学校の中で一番早くできています。札幌では、私立の札幌盲啞学校が昭和2年にでき、札幌盲学校の前身である庁立盲学校は昭和18年に建てられました。昭和49年、現在の江別市大麻に新校舎が建てられ、現在に至っています。

盲学校の歴史は長いのですが、幼稚部はというと、昭和49年、新校舎が建った時、5才児学級が1学級認可され、次の年4才児学級が認可されました。そして昭和57年、3才児学級が認可されました。札幌に盲学校ができてから47年後に幼稚部が開設されています。公立の聾学校で3才児の教育が昭和30年代に始まったのにならば、約20年遅くなっています。

## 3. 幼稚部の教育について

表3～5でわかるように、道内の盲学校の在籍幼児・児童生徒数は、この20年間で約3/5に減り、弱視児の割合も少なくなっています。

札幌盲学校の幼稚部の在籍幼児の人数は表6のようにほしい毎10名前後で、今後は10名を切っていくのではないかと予想されます。

視覚障害の他に肢体不自由や知的な障害などを併せもつ重複障害幼児の割合は開設当時から大きい割合を占めていました。昭和61年度を除いて、昭和56年度からは在籍幼児の半数以上が重複障害幼児になっています。

幼稚部の教育内容についても、初期の頃と現在とはかなり違ってきています。初期の頃の資料があまりないので断定はできませんが、おおよそ3期に分けられます。

幼稚部ができて2～3年は盲学校の小中学校の教育をそのまま幼稚部に下ろしてきたような内容が主だったようです。盲教育での大事な柱とされている点字指導と歩行指導に重点がおかれていました。

昭和52年度ごろからは、幼稚園教育要領に基づいて、月毎のカリキュラムによる指導が中心だっ

表3 道内盲学校在籍幼児・児童生徒数の推移

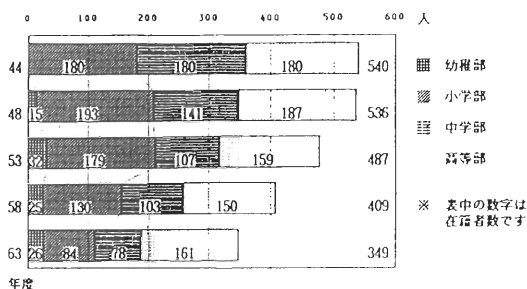


表4 道内盲学校在籍児童生徒の点字・墨字使用者の割合の推移

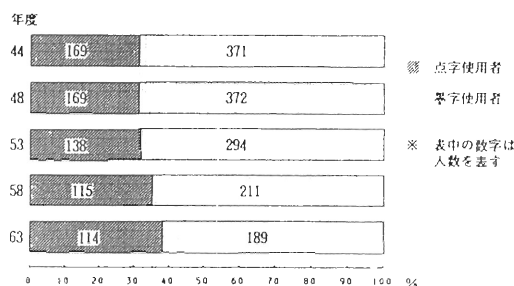
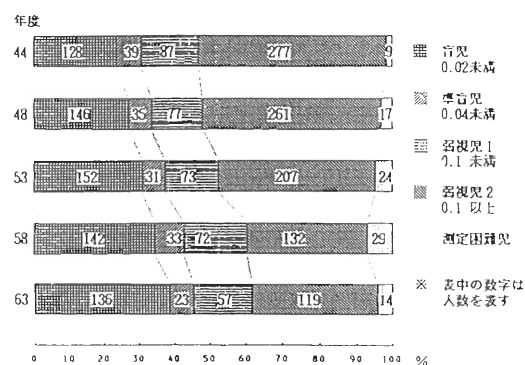


表5 道内盲学校在籍幼児・児童生徒の視力の程度の割合の推移



たようです。重複障害幼児に対しては個別指導で補っていたようでしたが、単一障害の幼児中心のカリキュラムでした。

昭和57年ごろから重複障害幼児の指導内容についての研修を重ね、重複障害幼児のための指導内容と、単一障害幼児の指導内容の2本立てによる遊びを中心にした内容になっています。

現在の幼稚部の日課表は表8のようになっています。

表6 幼稚部在籍幼児数・重複障害幼児数とその割合の推移（昭和49年～平成2年）

	昭和 49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	平成 1	2
3才児			2						5	3	2	3	3	5	3	2	2
4才児	6	4	7	5	5	4	1	2	3	6	4	1	4	4	4	5	1
5才児	8	11	5	8	6	3	5	4	2	6	4	4	1	3	5	6	3
全 体	14	15	14	13	11	7	6	6	10	15	10	8	8	12	12	13	6
重複児	1	5	6	6	2	0	1	4	6	8	6	4	2	7	8	9	3
%	7.1	33.3	42.9	46.2	18.2		16.7	66.7	60.0	53.3	60.0	50.0	25.0	58.3	66.7	69.2	50.0
重度重複児	0	2	2	2	2	0	1	2	3	3	4	0	0	3	4	4	1
%		13.3	14.3	15.4	18.2		16.7	33.3	30.0	20.0	40.0			25.0	33.3	30.8	16.7

(単位 人)

\* 重複障害児とは二つ以上の障害を併せもつ幼児

\* 重度 重複児は文部省に設けられた「特殊教育の改善に関する調査研究会」の「重度 重複障害児に対する学校教育の在り方について」（昭和50年 3月）の「重度 重複障害児」に関する考え方による

表7 「重度・重複障害児」について

文部省に設けられた「特殊教育の改善に関する調査研究会」の報告「重度・重複障害児に対する学校教育の在り方について」（昭和50年3月）による「重度・重複障害児」に関する考え方は、

これまで「公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律」等で定められている重複障害児（学校教育法施行令第22条の2に規定する障害《盲、聾、精神薄弱、肢体不自由、病弱》を二つ以上併せもつ者）のほか、発達の側面からみて「精神発達の遅れが著しく、ほとんど言語を持たず、自他の意思の交換及び環境への適応が著しく困難であって、日常生活において常時介護を必要とする程度」の者、行動的側面からみて「破壊的行動、多動傾向、異常な習慣、自傷行為、自閉症、その他の問題行動が著しく、常時介護を必要とする程度」の者を加え考えた。

札幌盲学校の幼稚部の教育内容について特徴的な点を3つ述べます。

ひとつは、触覚的な遊びの重視です。視覚に障害がある場合、聴覚、触覚、味覚、嗅覚など、視覚以外の感覚により外からの情報を手に入れます。

特に、手で探りながら得られる情報は重要です。

そのため、早期からの触覚訓練や手の巧緻性を高める指導が重要視されています。しかし、それが、子供の全体的な発達を無視したり、手の動きのみの訓練という形で行なうのは問題があるのではないかと考え、もっと赤ちゃん時代にさかのぼっての全身的な触覚を中心とした遊びを取り入れるようになりました。

日課表の水曜日にある「感覚あそび」は、砂、泥、小麦粉、片栗粉、小豆、大豆、紙、こんにゃく、寒天、泡など、色々な素材で全身で遊ぶ遊びです。はじめはいやがってなかなか触ろうとしない子も、1年間すぎれば、だいたいの子が喜んで遊ぶようになります。

また、この時間に、野菜、果物、魚など、身近にある食べ物や、なかなか家庭ではさわれないようなものをさわらせ、弱視の子には目かくしをして、さわった感じや嗅いなどでその名称を当てる「あてっこ遊び」もやっています。

表8 平成2年度幼稚部日課表

時刻	月	火	水	木	金	土
9:30	登校					教 育 相 談
10:00	自由あそび					
10:20	朝の会（体操、歌、出欠）					
	グループ別 指導		くすぐり あそび 冷水まさつ 運動	グループ別 指導	グル ー ブ 指 導	
11:00	運 動 あ そ び	音 楽 あ そ び	感 覚 あ そ び	造 形 あ そ び	歩 行	
11:40	給食指導（手・顔洗い、配膳、食事等）					
12:30	自由あそび					
13:10	帰りの会（足洗い、絵本、体操、歌）					
13:30	下校					

日課表の水曜日に、「くすぐりあそび」「冷水摩擦」というのがありますが、これは重複障害幼児と3才児では、毎日のグループ指導の時も行っているものです。「冷水摩擦」はパンツ一枚で、ぬれタオルで歌をうたいながら身体をこすってやります。「くすぐりあそび」もパンツ一枚でわらべ歌などをうたいながら子供の感じそうなところをこそばしてやる遊びです。これは快い感覚と、楽しい教師とのやりとりで、教師との共感関係をつけることをねらっています。特に、発達に遅れのある子供にとっては、良い遊びだと思います。

2つめは、運動あそびの重視です。視覚障害がある場合、一般に運動が苦手です。そして幼児期から体力や運動能力に遅れがみられます。これは、運動量と運動経験の絶対的不足が原因と思われます。普通の幼稚園に通園していて、盲児とは思われない程活発な子どもでも、実際に万歩計で運動量を測定すると、目の見える子供の五分の二くらいしか動いていないそうです。軽度の弱視児でも三分の二くらいだそうです。全力を出し切ったり、目の見える子どもが、多少危険な遊びをしながら身体のバランスをとる能力を養っていくのに対し、そのような機会もほとんどありません。ですから、

運動の場の確保や運動の質と量を充実させてやるのが大事です。また、全盲の子の場合は、空間概念をしっかりとつけてやるのが重要です。そのため身体概念をつける基礎となる感覚運動的な刺激が得られる遊具での遊びも重視しています。

3つめに特徴的なことは、盲児に対しては、より高度な触覚の弁別能力を高める触察の指導、弱視児に対しては視知覚の訓練、手の巧緻性を高めるための指導などの個別指導を行っていることです。これは子どもの障害や能力に応じて組み立てています。

#### 4. 教育相談について

教育相談は、学校の行事で都合の悪い時は除き、だいたい毎週土曜日に行っています。就学前の0才から5才までの視覚障害乳幼児を対象に両親に対する指導を中心に行っています。

年度始めに保健所、心身障害児通園施設、児童相談所、病院などへ文書を発送し、該当の乳幼児をリストアップします。そして年間を通して障害の状態や発達段階に応じた遊びの指導や視知覚訓練などのグループ指導を行なっています。

教育指導の年令別人数と重度・重複障害児の割

表9 教育相談の年齢別人数と重度・重複障害児の割合（昭和56年～平成2年）

	昭和 56	57	58	59	60	61	62	63	平成 1	2
0才	3	3	3	3	4	6	1	0	0	0
1才	6	2	4	8	6	6	3	2	0	3
2才	7	3	5	3	5	6	7	4	2	4
3才	4	2	2	4	3	3	2	3	4	5
4才	0	1	3	4	3	1	1	2	4	2
5才	0	3	4	6	5	0	2	1	3	4
全体	20	14	22	28	26	22	16	12	13	18
盲	9	6	8	8	10	8	6	4	5	10
弱	11	8	14	20	16	14	10	8	8	8
重度・重複 %	6 30.0	0 0	7 31.8	9 32.1	7 26.9	8 36.3	6 37.5	6 50.0	7 53.8	11 61.1

(単位:人)

合の推移は表9のとおりですが、最近では重度・重複障害児の割合が大きくなってきています。脳障害のため、肢体不自由で、目も見えていないのではないと思われる子供で、さらに障害が非常に重くなってきています。

教育相談は、障害の重い子供と、普通の幼稚園に通っている弱視の子供の2つのグループに分けて隔週で行っています。しかし、実際には、弱視のグループはほとんど来なくて、障害の重い子供のグループのみ実施している状態です。昨年度は17回、延べ59人出席しています。平均してだいたい3～4人の出席です。

内容は、お母さん方に遊び方を知ってもらうということで、くすぐり遊び、運動あそび、感覚あそびなどをお母さんと一緒に行っています。また、目を刺激する遊びも入れています。

従来、両親に対する適切な育児方法の指導ということで、個別に相談に応ずることが多かったの

ですが、最近では色々な相談機関も多く、お母さん方は大変もの知りですので、グループで、お互いの近況を報告したり、情報を交換する場としての役割が大きくなってきています。ビデオを見ながらの学習会なども実施しています。

## 5. 今後の課題

第1の課題は、知的に遅れない弱視幼児がほとんど来なくなったということです。理由のひとつとして考えられることに、自宅近くの幼稚園で弱視の子供もどんどん受け入れてくれるようになったことがあります。子供の数が少なく、しかも、障害の重い子供が多いところより、普通の子ども達の中で幼児時代を過ごさせたいという両親が多くなっています。

確かに、ある程度の数の集団は子供の発達にとって必要です。しかし、私たちは、弱視児に対する早期の視知覚の訓練も必要であると考えています。

視知覚というのは、ただ単に見る能力だけではありません。目から入る刺激を脳で認知して弁別し、それらの刺激を以前の実験と連合させて解釈するという能力です。視知覚の発達が最大になる時期は、およそ3才半から7才半までだそうです。丁度、幼稚園に在籍している時から小学校1年生ぐらいに最も発達するのです。視力が低い場合、視知覚のいちばんはじめの刺激入力が入りづらいわけですから、そこを補ってやらなければなりません。また、弱視で知的にも遅れのある子供の場合には、知覚されたものを認知し、解釈することが困難な場合が多いので、更に特別な配慮と特別な訓練プログラムが必要です。

高学年になってから普通学校から盲学校に転校してくる例が毎年いくつかみられますが、もっと早く盲学校に来ていたらよかったのと思われる方が少なからずいることからもうなずけると思います。

幼稚園と盲学校の両方に行って、それぞれの場所ですら得られるものを身につけさせてやることであれば一番良いと思いますが、現状では二重在籍になるということ、できません。ですから親は、普通幼稚園か盲学校幼稚園かのどちらかを選択しなければならないこととなります。その子供の最適な教育環境を、できるだけ多く選択できるという観点から、二重在籍が容認されるよう行政サイドからの改善が強く望まれます。

また、学校としては在籍していない幼児に対しても必要に応じた援助できるような体制づくりも考えていかなければなりません。しかし、在籍していない幼児に対しての教育的援助は、制限されているのが現状です。

第2の課題は、重度・重複障害児に対するの援助についてです。重度・重複障害児の入学希望が増えてきています。札幌のひまわり整肢園やみかは整肢園などに通っている子供で視覚に障害がある子供達です。眼そのものには障害はなくて、脳障害により運動面や認知に問題があり、目が見えていないのではないかと思われる子供も在籍していたことがあります。

このような子供達に対する指導内容は、通園施設でも盲学校でもあまり変わりはないと思うのですが、盲学校には専門的な訓練士がいないので、肢体の訓練の面では不安があります。

いろいろな問題をかかえながら、このような子供達を盲学校幼稚園で受け入れることは本当に妥当なことだろうか、私達も非常に悩み、今年度は教育相談の回数を増やして、そちらの方で重度の子供達の保育を援助しています。しかし、これで重度・重複障害児の保育は充実しているとは思われません。通園施設のあり方など、いろいろなサイドからもっと考えていく必要があると思います。

### 〈参考文献〉

- (1) 原田政美「眼のはたらきと学習」  
慶応通信 1989
- (2) 五十嵐信敬「目の不自由な子の育児百科」  
コレール社 1987
- (3) 北海道視覚障害研究会「道視研No.45」 1989
- (4) フロスティック「視知覚能力促進法」  
日本文化科学社 1978
- (5) 北海道教育委員会編「北海道の特殊教育」

## 2 北海道療育園における 地域療育への取り組み

一通園・外来診療相談・緊急保護・巡回療育相談事業から一

(北海道療育園)

紙谷民治

### はじめに

ここ数年、重度の障害児(者)も地域で暮らせる条件づくりがすすめられており、福祉ケアも施設収容型から在宅型へと流れが変わりつつある。昭和44年に開設された重症心身障害児(者)の収容施設北海道療育園においても、その果たす役割は大幅に拡大されつつある。

平成元年度、在宅の重症児に対する福祉の充実を図るため、厚生省児童家庭局では「重症心身障害児通園モデル事業実施要項」を定め全国で5施設（北海道・新潟・横浜・岡山・福岡）を指定した。

当園はその指定を受け、平成2年1月8日から事業の実施にあたってきたので、今回、その実践内容を中心に、当園が行なっている在宅重症児へのバックアップ事業の現状を報告する。

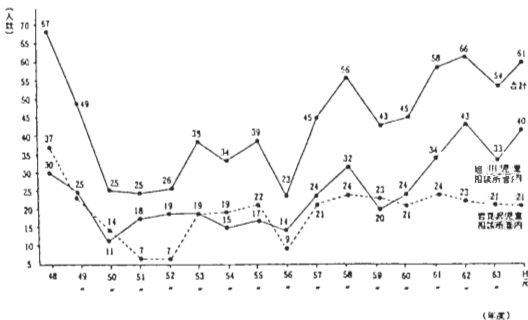
### 1. 在宅重症児巡回療育相談事業

当園では、北海道の「精神薄弱児巡回療育相談事業」に基づき、その要請を受け、昭和47年度から旭川児童相談所管内全域と、岩見沢児童相談所管内の一部地域において福祉司・相談員・判定員・市町村担当職員・保健婦・当園職員のチームにより在宅重症児巡回療育相談事業を実施してきた。

その目的は、「在宅の精神薄弱児、重症心身障害児、重症心身障害児及び情緒障害児（自閉症児を含む）に対し、専門医師等の協力のもとに巡回して診断・治療・相談及びその他療育に関する助言・指導を行ない、適切な援護処置を講ずるとともに、巡回療育相談担当職員に対する研修を実施し、処遇の向上及び自立更正の助長を図ること」である。

当初は、障害児(者)の実態把握調査が主でありその後、施設への入所の適否、在宅療育での助言・指導・関係機関の紹介と、内容は多岐にわたってきている。なお、平成元年度実績は、旭川児童相談所管内40ケース、岩見沢児童相談所管内21ケースであった。

表1 巡回診療相談状況



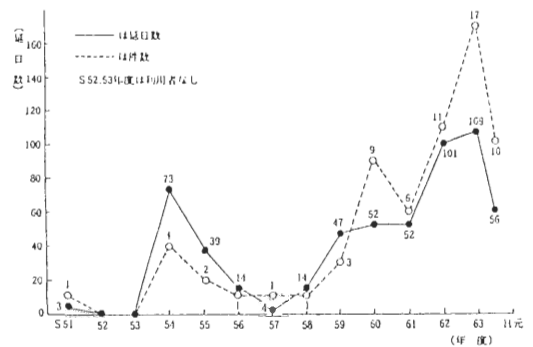
### 2. 緊急一時保護事業

この事業も、北海道の「心身障害児(者)施設地域療育事業」に基づき、その要請を受け、昭和51年度から実施してきた。

その目的は、「重度心身障害児(者)を介護している保護者が、疾病等の事由によって家庭における介護を行なうことが極めて困難になった場合に、当該重度心身障害児(者)を緊急に一時保護することにより、これらの重度心身障害児(者)及びその家庭の福祉の向上を図る」ことである。

その活用内容は、保護者の疾病理由の外、冠婚葬祭、家族旅行、兄弟の学校行事等と括がりが見られる。

表2 緊急保護状況



### 3. 外来診療相談事業

当園では、開園以来巡回療育相談以外に入園を目的とした診察を、道内各児童相談所の依頼により実施してきた。

さらに在宅の重症児の診察と療育相談を充実させるために、旭川医科大学小児科の協力を得て、昭和62年8月より月二回、昭和63年度からは週一回の外来診療相談を予約制にて実施してきた。

現在の受診内容は、施設への入所の適否判定・緊急一時保護の対象の適否判定・疾病の治療（てんかん等）となっている。なお、平成元年度の実績は、107件であった。

表3 外来診療相談年度別利用状況

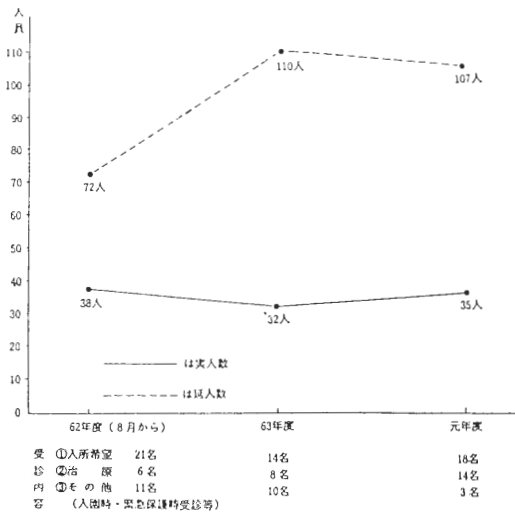


表4 通園児（者）の年齢及び性別

H. 2. 9. 1

年齢	性別		計
	男	女	
～5	0	0	0
6～10	2	1	3
11～15	9	5	14
16～20	3	3	6
21～25	1	2	3
26～30	2	1	3
31～35	0	0	0
36～40	0	1	1
計	17	13	30

#### 4. 通園モデル事業

この事業の目的は、「在宅の重症心身障害児（者）に対して、通園の方法により日常生活動作、運動機能等に係る訓練、指導等必要な療育を行うことにより、運動機能等の低下を防止するとともにその発達を促し、併せて保護者等に家庭における療育技術を修得させ、もって在宅重症心身障害児（者）の福祉の増進に資すること」である。

当園では指定後、直ちに既存訓練棟に隣接して72m<sup>2</sup>の通園ホームを増築した。

通園児の定員は、旭川市内（一部近郊）の30名で、週二回、1日15名の範囲としており、対象と思われる保護者に対して事前説明会を開催し、希望者の受け付けを行なった。

その年齢層は、全員が学令、またはそれ以上である。開始にあたり関係行政機関、養護学校、特殊学校・学級、また保護者の運営する自主学級等との十分な打ち合わせを行い、現在のケアを変更することのないように、通園曜日を配慮し、グループ編成を行ない週二回の通園をできるだけ可能にした。

通園児の送迎は、専用バス2台を導入し各家庭までの完全送迎とし、バスは22人乗りリフト付（車いす5台可能）で、座席はリクライニングシー

表5 コース別・曜日別配分

コース別人数	曜日別人数
・1コース（月・水） 5名	・月曜日…………… 5名
・2コース（水・金） 10名	・火曜日…………… 14名
・3コース（火・木） 13名	・水曜日…………… 15名
・4コース（週1回） 2名	・木曜日…………… 14名
	・金曜日…………… 10名
合 計 30名	延べ人数 58名

トとし、自動車電話・酸素用具・吸引器等を設置した。

当園の通園ホームの生活目標は、

- ①健康、体力の増進を図る。
- ②日常生活動作を覚える。
- ③入浴する。
- ④ともだちと遊ぶ。

である。

通園児は、午前10時通園ホームに到着後、直ちに医師による健康チェックを受け、その後3ヶ所の病棟に分かれて全員が入浴サービスを受け、昼食、保育指導を受け、各自の能力・特性に適合し

た居室において、収容児（者）と同じプログラムに参加している。

表6 日 課

8時30分	送迎バスホーム発
10時	送迎バスホーム着 ・健康チェック ・入浴
11時	
12時	・昼食
13時	・在園児者との交流 （保育・指導）
15時	送迎バスホーム発

※排泄介助は随時行います。

事業の開始前と現在において父母の評価をアンケート方式で調査した。

調査項目が多項目にわたっていたが、それを要

表7 通園事業に対する父母の評価

調査対象：30名

アンケート項目	通園前希望	通園後満足
子供も親から離れた時間、場所が必要	14	22
入浴、日常介護など父母の負担軽減	10	22
友達との交流	8	11
拘縮予防など訓練、生活指導を受けさせたい	6	1

約すると、

- ①子供の表情が明るくなり、食事の好き嫌いがなくなった。
- ②排尿を知らせられるようになった。
- ③入浴サービスが助かる。
- ④家庭で時間の余裕ができ、買い物や兄弟の学校の行事にも参加できるようになった。
- ⑤家庭内の整理もでき、家族から喜ばれている。
- ⑥訓練、生活指導等について期待はずれである。

等であった。

#### 4. おわりに

通園モデル事業も逐次その成果をあげつつある。

しかし、現在の通園事業は旭川市内（一部近郊）だけを対象としている。北海道の広域性、療育資源の都市集中化の今日、当園は、旭川という地理的条件から道北、道東の地域を考慮したサービス機能が求められている。遠隔地、過疎地に在宅する重症児の対策を忘れてはならない。

近郊地域に対して、市町村による送迎の協力を受け、片道1時間の範囲地域の通園を可能にしたい。

また、遠隔地域に対して、当園の療育資源を提供し、複数の市町村の協力と関係者の援助の基にその地域の福祉会館等を活用した、地域単位の通園システムの整備を可能としたい。

### 3 「どんぐり教室」の歴史と これからの展望

（旭川児童相談所）

松浦 秀昭・中林幸太郎

糸田 尚史・小屋松幸恵

（函館児童相談所）

但田 孝之

#### I はじめに

1. 「どんぐり教室」は昭和48年に始まっている。当時、旭川地域では、自閉傾向を持つ児童に対する指導の場がなく、母親達の療育ニーズが高まっていた。

旭川児童相談所ではこのようなニーズに応えるため、ボランティア（北海道教育大学旭川分校）の協力をえて、集団通所指導を開始している。

旭川地域ではその後、情緒の幼児教室・言葉の教室等療育資源が整備されてきたが、障害幼児や発達の遅れを持つ幼児の相談の増加とともに、「どんぐり教室」は自閉傾向児に限らず、広く発達の遅れた幼児を対象に集団指導を続けている。

2. ここでは、今日までの「どんぐり教室」の歴

史をふりかえるとともに、これから果すべき役割について述べてみたい。

## II 「どんぐり教室」の変遷

まず、「どんぐり教室」17年間の変遷について述べてみたい。

「どんぐり教室」は、集団指導として始めているが、対象児の変化やその時々スタッフの考え方によって指導スタイルをかえている。

次に、「どんぐり教室」の歴史を、その指導スタイルによって、4つの時期にわけてみる。

### 1. 小グループ指導の時代（昭和48年度～53年度）

1) 自閉傾向をもつ児童に対し、小グループ指導をしていた時代である。この時代は対象者も少なかったことから、児童の受容を中心に考え、集団指導とはいっても、個別的な指導の色彩も濃かった時代である。

2) 学生ボランティアもセラピストの一員として、職員とともに児童を指導していた。又、スタッフの中に幼稚園・保育所の先生方が入っていたこともあった。

3) 指導内容は、工作や粘土遊び等、障害児保育に近いスタイルをとっていた。昭和52年頃からは、プログラムの中に集団リズム遊びが取り入れられた。

### 2. 個別的指導の時代（昭和54年度～57年度）

1) 更に個別的指導の色彩が強くなった時代である。マンツーマンによるプレイセラピー的関わりが中心となっている。指導日も固定せず、子どもの状態により決めていた。

しかし、個別的指導はきめ細かい指導ができる反面、他児との交流ができないという反省から、昭和55年度からは同じ部屋で指導することとなった。

2) 保護者に対しては主に、職員が入った話しあいの場をもっていた。

3) 昭和56年度からは自閉傾向児に限らず、対象児を広げている。これは、旭川地域に幼児の情緒教室等、自閉傾向児に対する療育施設が整備されてきたためである。

しかし通所児童数は頭打ち傾向が続き、活動は停滞気味だった。

### 3. 母子一緒にトレーニングを始めた時代

（昭和58年度～61年度）

1) 前年度までの活動を総括した上で、一組の母子に対し特定のボランティアを配置した、集団トレーニングを開始している。

2) 母子関係を重視したプログラムとした。子どもも母親と一緒にいたほうがおちついてきた。

3) プログラム：自由遊び～あいさつ・出席～可変課題（菜の花体操、ボール遊び、工作、粘土、水遊び—夏—etc.）～あいさつ。

4) 参加者が徐々に増加し、昭和61年度では、参加実数19組、一回平均参加者7.7組となっている。

### 4. 母子集団通所指導の時代（昭和62年度～現在）

1) 母親自身をトレーナーと位置づけ、積極的にトレーニングの場に入ってもらっている。母子とスタッフを特定のペアとせず、各スタッフはその時々状況を見ながら、母子に係わっていくこととした。

2) プログラム：自由遊び～固定課題（バラエティランニング、出席など）～可変課題（菜の花体操、親子ランニング、新聞破り走、紙吹雪、ロンドン橋、人間ブランコ、大きな輪、小さな輪、など）～固定課題（お帰りの歌、など）

（近年は、リズム遊びや運動遊び等を中心とし、粘土遊びや工作は実施していない）。

3) 希望者が大幅に増加し、「障害、遅れ」の内容も多岐にわたっている。

平成元年度では、参加実数58組、一回平均参加者23.0組となっている。

## III 「どんぐり教室」の現在と指導のねらい

### 1. 指導のねらい

児童に対しては、低次感覚・運動的な遊びを通じて、より高次の言語活動・模倣行動・交流活動が可能となるための、基礎的な身体運動可能性・

交流可能性を拓くことをねらいとしている。

保護者（母親）については、母親自身がトレーナーとなって指導・訓練に参加することにより、子どもの具体的な遊び方などを体験し、また、人との遊びの楽しさ・面白さを実感してもらうとともに、母親同士および指導スタッフとの交流を通じ、母親自身の精神的安定を図ることをねらいとしている。

## 2. 現在の指導プログラム

ここでは現在の指導プログラムのいくつかを紹介するとともに、指導の具体的なねらいを述べる。

### 1) バラエティランニング

ア. 母子がペアとなって輪をつくり、リーダーがその輪の中に入り、かけ声（ワッショイ、ワッショイ、タッカ、タッカ、タッカ、etc.）をかけてランニングをする。

普通に走る。ゆっくり（速く）走る。だんだん速く（ゆっくり）走る。後ろ向きに歩く。カニ歩き。上へジャンプ。etc. これらを組み合わせたランニングである。

イ. 「どんぐり教室」でも重要なプログラムの一つであり、以下のことを指導のねらいとしている。

- ①体を動かすことの楽しさを実感してもらう。
- ②動作には言葉が伴うものだというのをわかってもらう。
- ③模倣行動（トレーナーのまねをする）につなげる。

### 2) 始まりの歌

けじめをつける意味でとり入れている。「手をつなごう」の歌を歌っている。

### 3) 出席、シール貼り

ア. 名前を呼ばれたら、「ハイ」と返事をして母子一緒に出てきてもらう。出席のシールを貼る。参加者全員が拍手する。

イ. 指導のねらい

- ①あたり前のことでも意味をもたせてやり、それをした時に誉められるという喜びを味わわせる。できてあたり前という立場はとらない。

②ちょっとした自分の行為にも周囲が反応してくれることに気づかせる。

③他のお母さん方にも、自分の子ども以外の子どもを誉めることも大事だ、ということに気づいてもらう。

## 4) 親子競争

ア. ゴールをめがけて母子が一緒になってかけっこをする。トレーナーはゴール時点でテープを持つ。又、テープの向こうに目標となるトレーナーをおく。

スタート時には必ずゴールめがけて指差しをさせる。ゴールした子どもはトレーナーが抱きあげて誉め、母親の手に渡す。母親にも、ぎっちり自分の胸に抱きしめてもらう。

競争パターンは「普通に走る。後ろ向きに走る。親子竹馬、馬乗り、ケンケン走り、ラン・トウ・マザー等々」で、これらを組み合わせたプログラムをつくっている。

イ. 指導のねらい

- ①一人では面白くないことでも、親子でやると面白い、更に皆でやるともっと面白いということをおかしてもらおう。
- ②一つ一つの単純な運動も、やり方次第で意味のあるものになるということをおかしてもらおう。
- ③抱きあげて誉めてもらう喜びを実感してもらおう。
- ④指差しの練習。目標に向かう練習。

## 5) 親子リレー

ア. 二組にわかれての対抗リレー競争である。次のようなものがある。

U型スクーターリレー：子供をスクーターにのせ、母親が押して、旗門の間をジグザグに走っていく。

大玉転がしリレー：紅白の大きなボールを母子で一緒に転がしていく。

積木くずしリレー：ダンボールでできた大きな積み木を、母子で高く積み上げ、又、倒して戻ってくる。

この他、ボール挟みリレー、大玉運びリレー

etc.がある。

イ. 指導のねらいは、親子競争とほぼ同じである。

#### 6) 菜の花体操・ボディゲーム

ア. 母子が一組となって、リーダーを中心に輪になって座り、リーダーにあわせて体操をする。

各トレーナーは、モデルを示したり、母親の補佐をする。

「郵便屋さん」「お船はギッチラコ」等、歌のある体操は歌にあわせる。この他、「トントンパッ（母親が子どもの足をもち閉じたり開いたりする）」「いたずらきゅうり」等様々な体操がある。

又、ボディゲームでは、「そっと抱く」「ぎゅっと抱く」「おでことおでこをごっつんこ」「押え込む」等々の様々なバリエーションがある。

イ. 指導のねらい

①障害が重くて他の集団プログラムに乗れない子どもでも、このプログラムには入ることができる。

②母親と子どもがマンツーマンで遊ぶことができる。

③こすったり、つねったり、抱きしめたりすることで、低次感覚系への刺激となる。

#### 7) ぞうさんのあくび

NHK番組「お母さんといっしょ」の中でつかわれているリズム体操である。

「こういうものがあってもいいのかな」と考え取り入れたが、子ども達は喜んでいて、固定課題としている。

#### 8) お帰りの歌・あいさつ

みんなで輪になって「お帰りの歌」を歌う。プログラムの終りを実感してもらおう。

### Ⅳ これからの展望

児童相談所の役割は、いわゆる「3C」と言われている。カウンセリング、コンサルタント、コーディネーターの三つであるが、「地域に開かれた児童相談所」としての機能が求められている今日、

これからの児童相談所は、コンサルタント、コーディネーター機能により力を入れていかなければならないものとする。

その中に「どんぐり教室」が果たす役割を位置づけてみたい。

1. 第一には、「家庭養育支援機能」としての「どんぐり教室」である。

近年、旭川市には、精神薄弱児通園施設、情緒障害児の幼児教室、言葉の教室等が整備されてきた。これに伴い「どんぐり教室」の対象者も、当初の自閉傾向児中心から、精神発達のつまずきをみせている児童へと幅が広がっている。現在は、軽度の精神遅滞児や言葉の遅れをもつ子、あるいは、「障害」を特定できない乱暴で動きが多い子、かん黙児等々、様々な子どもが通っている。いわば、集団のウエイトが健常児により近くなってきているのである。

ところが、このような子どもを持つ母親の中に、子どもとスムーズに係われないお母さん方がみられる。どのように子どもと遊んでいいのか、とまどっているのである。

「どんぐり教室」は、このような母子に援助していくことを考えたい。母親が、自然な母子関係をつくるための基礎を身につけてもらえば、と考えている。

2. 第二には、障害児早期療育システム推進事業に対してどのような役割を果せるのかということである。

現在、旭川児童相談所管内には6ヶ所の母子通園センターが設置されているが、未設置の第一次療育圏も6ヶ所残っている。今後、未設置箇所に対し、どう働きかけていくのかということが課題になっている。

又、母子通園センターが設置されていても、運営方法にとまどっているところも多い。このような所に、出張して「どんぐり教室」を実施することを考えてみたい。

実際、昨年の3月に留萌市でこれを実施したが、非常に好評だった。他の市町村からの要望も出てきており、今後、旭川児童相談所の継続的な「事

業」になれば、と考えている。

以上「どんぐり教室」の歴史と現状をふまえ、今後の展望を述べてみた。

今回は、共同発表者を代表して筆者（松浦）が小論をまとめ発表した。が、力不足のため、意を尽せなかったことが残念である。

最後に貴重な助言をいただいた成澤所長（旭川児童相談所）小嶋課長（中央児童相談所）大久児童福祉司（室蘭児童相談所）に感謝したい。

## 4 幼児期に早期療育を受けた発達障害児の学校適応に関する追跡研究

（北海道クリスチャンセンター）

米本 伸司・忍 博次・相場 幸子  
バーカー清子・片桐 嶺子・熊本 陽子  
佐藤 恵子・佐藤 光代

### 1. はじめに

我々北海道クリスチャンセンター家庭福祉相談室では、北海道社会福祉協議会からの助成をいただいて、1987年度から3年間にわたって、相談室の発達援助グループを終了した児童の義務教育段階における学校適応に関する追跡調査を実施してきた。

我々の調査は、その内容が幅広い範囲を含んでいたことと、調査期間が3年間にわたったこともあって、データもかなり膨大なものになっていることから、今回は第一報とさせていただき、一連の調査の中から、調査の概要、一次調査の結果、そして二次調査の中から、児童の現在の状態像、並びに学校適応の状況にしばって報告させていただくことにしたい。

### 2. 調査の概要

#### (1) 調査の構成、目的及び方法

我々の追跡調査は、一次調査と二次調査の二段階から構成されていた。

一次調査は、幼稚園や保育園を終了してから現

在までの経路を知る目的で実施した。方法は、郵送によるアンケート形式である。初年度は、我々の発達援助グループを終了した児童の名簿から1987年4月1日現在で、学齢以上の年齢に達している児童全てについて全数調査を実施した。2年目以降は、前年度の未回収分と、その年度に新たに学齢に達した児童について追加して実施した。但し、各年度で、転居先不明が判明している児童については除外した。

二次調査は、児童の現在の状態像、学校適応の状況、適応上の問題点を把握すると同時に、出来る限り適応を可能にする要因を探ることを目的として実施した。方法は、母親及び学級担任との面接調査である。

二次調査は、3年間で終了するように計画した。すなわち、初年度の1987年度は、調査時点で普通学級に在籍している、及び在籍したことのある児童について行った。2年目の1988年度は、特殊学級に在籍している、及び在籍したことのある児童（但し初年度の調査に含まれた児童は除く）について行った。3年目の1989年度は、養護学校に在籍している児童（但し前2年の調査に含まれた児童は除く）について実施した。ただ、3年目は、一連の追跡調査の最終年度に当たることから、前2年の二次調査から何らかの理由でもれた児童と、その後新たに調査対象となる学年に達した児童についても調査した。

二次調査の対象となる児童の学年については、小学校1年生は入学から調査までの期間が短く、学校適応の状況やその要因を探るためにはもう少し期間が必要との考えから、対象から除外した。但し、就学を猶予したために調査時点で小学校1年生であった児童については、就学猶予の目的や効果等について探るために対象に加えた。

一方、義務教育を終了している児童については、ケースによっては義務教育を終了してから相当期間が経過しているという点から、原則として除外した。但し、養護学校在籍児童については、対象児童数が少ないことから、一次調査時点で義務教育期間中にあった児童のみ対象に加えた。

二次調査は、質問紙を郵送する方法も考えたが、むしろ質問紙への回答には現れないような生の声を聞きたいという点から、訪問による面接調査の方法をとった。面接は、母親と学級担任の両方をお願いすることとし、担任については、対象となる児童が在籍する学級・学校を変更している場合には変更前の学級・学校の担任にもお願いすることにした。担任との面接については、母親との面接時に許可を得た上で、学校長宛文書で依頼した。

(2) 質問紙について

質問紙は、母親用と担任用のそれぞれについて作成した。内容を大きく分けると、児童の状態像や学校での状況を把握する部分と、学校適応を可能にする要因を探る部分とから成っている。

児童の状態像に関しては、精研式CLAC-II、及び太田千鶴子ら（1979）による『言語発達チェックリスト』からいくつかの項目を借用した。

学校適応を可能にする要因については、共同研究者がそれに関連すると思われる項目を出し合い、それらを分類・整理して作成した。

質問に対する回答は、我々が作成した質問項目については、後で集計しやすいように出来る限り5段階で評価するようにした。

また、児童の在籍する学級や学校によって、一部質問紙の内容も変更している。

### (3) 結果の処理について

結果の処理については、大部分は単純集計で済ませている。

しかし、児童の状態像については、後で述べる群間の比較を容易にするために「対人関係」「集団適応」「言語」「身辺自立」「問題行動」「情緒安定度」及び「健康状態」の7領域を平均したものを「総合評価」として、それら8項目についてt検定を行った。

また、母親及び担任が評価した「全体的適応度」との関係を見るために、それら8項目に「通学への好意度」を加えた9項目（後述のI群のみ「学力」を加えた10項目）と「全体的適応度」の得点との間で相関係数を求めた。

## 3. 一次調査の結果

まず、1987年度から3年間に実施した一次調査の回収率を、対象となった児童の実数に対する回収率でみる。対象児の実数は236件、回収件数は174件で、回収率は73.7%であった。

表1は、174名の児童が一次調査時点でのどのような施設・機関に在籍しているかについて、教育機関を主体としてみた結果を示している。2名（1.1%）が就学猶予中、16名（9.2%）が既に義務教育を終了していたが、156名（89.7%）は義務教育を受けていた。

表1 一次調査時における在籍

	普通学級(%)	養護学級(%)	情緒学級(%)	養護学校(%)	人数(X)	
就学猶予中					2( 1.1)	
義務 教 育 在 学	小学1年	12	10	4	38	
	2年	11	3	2	16	
	3年	5	2	2	11	
	4年	7	5	5	22	
	5年	2	3	4	11	
	6年	3	7	3	19	
	小学計	40(23.0)	32(18.4)	26(14.9)	19(10.9)	117( 67.2)
	中学1年	3	6	3	6	18
	2年		4	4	4	12
	3年	1	2		6	9
中学計	4( 2.3)	12( 6.9)	7( 4.0)	16( 9.2)	39( 22.4)	
計	44(25.3)	44(25.3)	33(19.0) <sup>(1)</sup>	35(20.1) <sup>(2)</sup>	156( 89.7)	
義務 教 育 以 降	高等養護 専門学校				3 <sup>(3)</sup>	
	施設入所				1	
	施設通所				6	
	入院中				3	
	就職 無職				1	
計					16( 9.2)	
計					174(100.0)	

n=174

(1) 院内学級に籍児1名を含む

(2) 施設入所児5名を含む

(3) 施設入所児1名を含む

就学猶予中であった2名を除く172名の児童について、小学校入学時の学級・学校別にみると、普通学級に入学した児童は52名（29.9%）、養護学級が46名（26.4%）、情緒学級が47名（27.0%）、養護学校が27名（15.5%）であった。このうち、途中で在籍学級・学校が変更になった児童は36名（20.7%）であった。

就学猶予中の2名を含めて、就学猶予の経験のある児童は13名（7.5%）であった。猶予中の2名を除く11名について、小学校入学時の学級・学校別にみると、普通学級に入学した児童は7名、養護学級が2名、情緒学級が1名、養護学校が1名であった。就学猶予の期間は、普通学級に入学した1名のみが2年間で、他の10名は1年間であった。

4. 二次調査の結果から

(1) 1987年度から3年間で、母親との面接調査を実施した児童の数は127名であった。二次調査時点での在籍学級・学校別にみると、普通学級に在籍する児童は38名（29.9%）、養護学級が39名（30.7%）、情緒学級が22名（17.3%）、養護学校が28名（22.0%）であった。

表2-a 二次調査実施児童の経路及び途中変更児の変更した学年

経路	人数(%)	変更した学年 <sup>(1)</sup>										
		小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3		
入学時→現在or卒業時												
普通学級→普通学級	37(29.1)											
養護学級→普通学級	1(0.8)			1								
普通学級→養護学級	4(3.1)	1	2						1			
普通学級→情緒学級	1(0.8)											
普通学級→養護学校	1(0.8)											
養護学級→養護学級	29(22.8)											
養護学級→情緒学級	1(0.8)											
養護学級→情緒学級→養護学級	2(1.6)			1	1				2			
情緒学級→情緒学級	20(15.7)											
情緒学級→養護学校	4(3.1)		1		2				1			
養護学級→情緒学級→養護学校	1(0.8)			1	1							
養護学級→養護学校	1(0.8)										1	
情緒学級→養護学校	12(9.4)				1	4			7			
養護学校→養護学校	13(10.2)											
計	127(100.0)	1	6	3	4	5			12			

n=127

注(1) 所属が2度にわたって変更になった児童が3名いるので、ここでの合計は途中変更児の合計(28)と合わず31となる。

表2-aは、二次調査に含まれた127名全員について、義務教育期間中の経路と途中変更児の変更した学年を示している。本研究においては、途中で在籍学級・学校を変更した児童の経路がかなり複雑になることから、表2-bに示した方法で5群に分類して、可能な範囲で比較を試みた。

児童の平均年齢、性別、診断別の特徴については、表2-cに各群毎に示している。

表2-dは、各群毎の学年別の人数と割合を示したものである。「その他」の5名は、養護学校在籍児童で、一時調査の時点では在学中であったが、二次調査までの間に義務教育を終了した児童である。

母親と面接を実施した127名のうち、担任との面接について母親から了解を得た児童の数は112

表2-b 各群の対象児の内訳及び人数と割合

群	対象児の内訳	人数(%)
I群	入学時から調査時点まで普通学級に在籍している児童 入学時養護学級に在籍し、途中で普通学級に変更した児童	38(29.9)
II群	入学時普通学級に在籍し、途中で特殊学級に変更した児童	5(3.9)
III群	入学時から調査時点まで特殊学級に在籍している児童	56(44.1)
IV群	入学時普通学級に在籍し、途中で養護学校に変更した児童 入学時特殊学級に在籍し、途中で養護学校に変更した児童	15(11.8)
V群	入学時から調査時or義務教育終了時まで養護学校在籍している児童	13(10.2)
計		127(100.0)

n=127

表2-c 各群の平均年齢、性別及び診断別の人数と割合

	年 齢		性 別		診 断 別			計 (%)
	平 均	S D	男 (%)	女 (%)	自閉傾向(%)	発達遅滞(%)	その他(%)	
I 群	9歳8カ月	1歳10カ月	26(68.4)	12(31.6)	15(39.5)	19(50.0)	4(10.5)	38(100.0)
II 群	12歳8カ月	2歳5カ月	5(100.0)		4(80.0)	1(20.0)		5(100.0)
III 群	11歳3カ月	2歳5カ月	44(78.6)	12(21.4)	39(69.6)	17(30.4)		56(100.0)
IV 群	13歳8カ月	1歳7カ月	9(60.0)	6(40.0)	13(86.7)	2(13.3)		15(100.0)
V 群	13歳7カ月	2歳9カ月	6(46.2)	7(53.8)	3(23.1)	10(76.9)		13(100.0)
計	11歳4カ月	2歳7カ月	90(70.9)	37(29.1)	74(58.3)	49(38.6)	4(3.1)	127(100.0)

n = 127

表2—d 各群の学年別人数と割合

	I 群 (%)	II 群 (%)	III 群 (%)	IV 群 (%)	V 群 (%)	計 (%)
小学 1 年	2( 5.3)					2( 1.6)
2 年	11( 28.9)	1( 20.0)	15( 26.8)		1( 7.7)	28( 22.0)
3 年	9( 23.7)		2( 3.6)			11( 8.7)
4 年	8( 21.1)		6( 10.7)	1( 6.7)		15( 11.8)
5 年	1( 2.6)	1( 20.0)	7( 12.5)	1( 6.7)	1( 7.7)	11( 8.7)
6 年	3( 7.9)		6( 10.7)		3( 23.1)	12( 9.4)
中学 1 年	3( 7.9)	1( 20.0)	5( 8.9)	5( 33.3)	2( 15.4)	16( 12.6)
2 年		1( 20.0)	9( 16.1)	3( 20.0)	1( 7.7)	14( 11.0)
3 年	1( 2.6)	1( 20.0)	6( 10.7)	4( 26.7)	1( 7.7)	13( 10.2)
その他				1( 6.7)	4( 30.8)	5( 3.9)
計	38(100.0)	5(100.0)	56(100.0)	15(100.0)	13(100.0)	127(100.0)

n=127

名であった。112名の児童について、学校長宛に文書で担任との面接を依頼したところ、1校2名の児童について面接を拒否されたが、110名については了解を得た。結局、3年間で面接した担任数は117名で、担当学級・学校別にみると、普通学級担任が33名、特殊学級担任が63名、養護学校担任が21名であった。この担任数については、途中変更した児童について変更前の担任にも依頼したこと、及び一人の担任が複数の児童を担当している場合があることから、児童の人数とは一致しない。

## (2) 児童の状態像と学校への適応について

二次調査に含まれた127名の児童の現在の状態像と学校適応の状況に関しては、資料1と資料2に、母親及び担任の回答をそれぞれ質問毎に単純集計したものを掲載してあるので参照願いたい。ここでは、主に結果の処理で述べた8項目についてみていく。

表2—eは、先に述べた8項目に「通学への好意度」と「全体的適応度」、そしてI群のみ「学力」の項目を付け加えて、それぞれの項目について各群毎の平均得点、分散、及び標準偏差を、母親と担任の両方の評価に基づいて示したものである。

表2—e、資料1の表3—v、及び資料2の表4—tから「全体的適応度」についてみると、一般的に母親も担任も、児童がそれぞれの学級・学校に「適応している」とみなしているようである。しかし、母親に「1（全然適応していない）」と

評価された児童がV群に1名おり、「2（あまり適応していない）」と評価された児童がI群に2名、III群に6名、V群に1名いる。また、「3（どちらともいえない）」と評価された児童も全体で11名いる。

一方、担任の評価では、「1」と評価された児童がI群に1名、III群に1名おり、「2」と評価された児童が全体で10名、「3」と評価された児童が全体で20名いる。

母親の評価と担任の評価を比較すると、どちらかといえば担任の方が児童の状態像をより厳しく評価しており、また「全体的適応度」も低くみる傾向があるように思われる。

それでは、母親及び担任は、全体的な学校適応度を評価する場合に、児童のどの側面に注目するのだろうか。換言すれば、「全体的適応度」の得点は、児童の状態像を示す7つの領域、「総合評価」及び「通学への好意度」のどの項目の得点と関係があるのだろうか。この点をみるために、担任については担当する学級・学校別に、母親については調査時点あるいは義務教育終了時点の児童の在籍学級・学校別に、「全体的適応度」の得点と他の9項目の得点（I群のみ「学力」を加えて10項目）との相関係数を求めた。なお、担任については、面接した担任全員の評価を含めて計算している。表2—fは、そのようにして求めた相関係数を示したものである。

表2—fの結果は、児童が在籍する学級・学校によって、母親にも担任にも、学校適応度を評価

表2—e 母親及び担任の評価による各群別・領域別対象児数、平均得点、分散、及び標準偏差

		母					親					担					任				
		I 群	II 群	III 群	IV 群	V 群	I 群	II 群	III 群	IV 群	V 群	I 群	II 群	III 群	IV 群	V 群	I 群	II 群	III 群	IV 群	V 群
対 人 関 係	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.28	3.50	3.62	3.37	3.38	3.82	3.50	3.17	2.87	2.70	3.82	3.50	3.17	2.87	2.70	3.82	3.50	3.17	2.87	2.70
	分散 S D	0.56 0.75	1.63 1.27	0.86 0.93	0.98 0.99	1.05 1.02	1.01 1.00	1.00 1.00	1.13 1.06	1.37 1.17	1.62 1.27	1.01 1.00	1.00 1.00	1.13 1.06	1.37 1.17	1.62 1.27	1.01 1.00	1.00 1.00	1.13 1.06	1.37 1.17	1.62 1.27
集 団 応 答	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.61	4.20	3.86	3.67	3.15	3.70	4.33	3.38	3.07	2.60	3.70	4.33	3.38	3.07	2.60	3.70	4.33	3.38	3.07	2.60
	分散 S D	0.46 0.68	1.70 1.30	0.96 0.98	1.10 1.05	1.14 1.07	1.80 1.34	0.33 0.58	1.38 1.17	1.50 1.22	1.60 1.26	1.80 1.34	0.33 0.58	1.38 1.17	1.50 1.22	1.60 1.26	1.80 1.34	0.33 0.58	1.38 1.17	1.50 1.22	1.60 1.26
言 語	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	7.39	6.00	5.50	4.40	3.15	6.77	5.50	4.45	3.80	2.85	6.77	5.50	4.45	3.80	2.85	6.77	5.50	4.45	3.80	2.85
	分散 S D	1.26 1.12	4.63 2.15	3.05 1.75	1.54 1.24	1.68 1.30	1.94 1.39	6.75 2.60	3.52 1.88	1.35 1.16	4.06 2.01	1.94 1.39	6.75 2.60	3.52 1.88	1.35 1.16	4.06 2.01	1.94 1.39	6.75 2.60	3.52 1.88	1.35 1.16	4.06 2.01
身 辺 自 立	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.97	5.00	4.76	4.69	3.33	4.83	4.67	4.60	4.69	3.10	4.83	4.67	4.60	4.69	3.10	4.83	4.67	4.60	4.69	3.10
	分散 S D	0.01 0.12	0.00 0.00	0.28 0.53	0.21 0.46	1.91 1.38	0.13 0.36	0.33 0.58	0.42 0.65	0.26 0.51	2.00 1.41	0.13 0.36	0.33 0.58	0.42 0.65	0.26 0.51	2.00 1.41	0.13 0.36	0.33 0.58	0.42 0.65	0.26 0.51	2.00 1.41
問 題 行 動	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	6.95	5.40	5.93	5.13	4.77	6.83	6.00	5.52	5.20	5.80	6.83	6.00	5.52	5.20	5.80	6.83	6.00	5.52	5.20	5.80
	分散 S D	1.13 1.06	1.30 1.14	2.43 1.56	2.98 1.73	4.19 2.05	2.01 1.42	4.00 2.00	2.69 1.64	4.46 2.11	5.07 2.25	2.01 1.42	4.00 2.00	2.69 1.64	4.46 2.11	5.07 2.25	2.01 1.42	4.00 2.00	2.69 1.64	4.46 2.11	5.07 2.25
情 緒 安 定 度	n	36	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.17	3.60	3.70	3.67	3.38	3.63	3.33	3.37	3.60	2.60	3.63	3.33	3.37	3.60	2.60	3.63	3.33	3.37	3.60	2.60
	分散 S D	1.17 1.08	1.30 1.14	1.05 1.03	1.52 1.23	1.59 1.26	1.69 1.30	1.33 1.15	0.82 0.91	0.54 0.74	0.93 0.97	1.69 1.30	1.33 1.15	0.82 0.91	0.54 0.74	0.93 0.97	1.69 1.30	1.33 1.15	0.82 0.91	0.54 0.74	0.93 0.97
健 康	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.63	4.20	4.64	4.53	4.00	4.73	4.33	4.19	4.47	3.80	4.73	4.33	4.19	4.47	3.80	4.73	4.33	4.19	4.47	3.80
	分散 S D	0.46 0.67	0.70 0.84	0.38 0.62	0.84 0.92	1.50 1.22	0.41 0.63	0.33 0.58	0.67 0.82	0.41 0.64	0.62 0.79	0.41 0.63	0.33 0.58	0.67 0.82	0.41 0.64	0.62 0.79	0.41 0.63	0.33 0.58	0.67 0.82	0.41 0.64	0.62 0.79
学 力	n	37					30					30					30				
	平均	2.57					1.97					1.97					1.97				
	分散 S D	0.93 0.96					1.27 1.13					1.27 1.13					1.27 1.13				
綜 合 評 価	n	38	5	56	15	13	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	5.30	4.56	4.57	4.21	3.60	4.90	4.57	4.10	3.96	3.35	4.90	4.57	4.10	3.96	3.35	4.90	4.57	4.10	3.96	3.35
	分散 S D	0.23 1.48	0.70 0.84	0.41 0.64	0.40 0.64	0.48 0.70	0.43 0.66	0.98 0.99	0.61 0.78	0.53 0.73	0.67 0.82	0.43 0.66	0.98 0.99	0.61 0.78	0.53 0.73	0.67 0.82	0.43 0.66	0.98 0.99	0.61 0.78	0.53 0.73	0.67 0.82
通 学 好 意 度	n	38	5	56	15	12	30	3	51	15	10	30	3	51	15	10	30	3	51	15	10
	平均	4.50	4.40	4.36	4.47	3.83	4.73	4.00	4.04	3.80	3.50	4.73	4.00	4.04	3.80	3.50	4.73	4.00	4.04	3.80	3.50
	分散 S D	0.96 0.98	0.80 0.89	0.82 0.90	0.70 0.83	1.61 1.27	0.34 0.58	1.00 1.00	0.60 0.77	0.74 0.86	0.50 0.71	0.34 0.58	1.00 1.00	0.60 0.77	0.74 0.86	0.50 0.71	0.34 0.58	1.00 1.00	0.60 0.77	0.74 0.86	0.50 0.71
全 体 的 適 応 度	n	38	5	56	15	12	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10	30	3	52	15	10
	平均	4.05	4.40	3.91	4.60	3.58	3.80	3.67	3.77	4.07	3.90	3.80	3.67	3.77	4.07	3.90	3.80	3.67	3.77	4.07	3.90
	分散 S D	0.65 0.80	0.30 0.55	0.74 0.86	0.40 0.63	0.99 1.00	1.06 1.03	2.33 1.53	1.04 1.02	0.64 0.80	0.32 0.57	1.06 1.03	2.33 1.53	1.04 1.02	0.64 0.80	0.32 0.57	1.06 1.03	2.33 1.53	1.04 1.02	0.64 0.80	0.32 0.57

する観点に、共通点もあるが相違点もあることを示している。この違いは、児童がどの学級・学校に在籍するかによって、母親から、あるいは担任から、どのような側面が期待されているのかという点と関係するものと思われる。

次に、5群のそれぞれに属する児童を群としてみた場合に、その状態像に差があるかどうかについてみる。この点をみるために、児童の状態像を示す7つの領域と「総合評価」の8項目についてt検定を行った。ここでは、担任との面接は全て

表2-f 全体的適応度と各項目の得点との相関係数

	担 任			母 親		
	普通学級	特殊学級	養護学校	I 群	II+III群	IV+V群
対人関係	0.2588	0.4115	0.6684	0.3785	-0.0765	0.2620
集団適応	0.5799	0.4237	0.6200	0.2866	0.3476	0.4270
言 語	0.5056	0.4649	0.5551	0.4260	0.1298	0.5777
身辺自立	0.1091	0.2425	0.3956	0.0148	0.4207	0.6441
問題行動	0.4903	0.0445	0.2200	0.3826	0.2665	0.2132
情 緒	0.4707	0.4820	0.1846	0.3119	0.3475	0.3706
健 康	-0.0765	0.0979	0.3086	0.0367	0.2102	0.5615
総合評価	0.6307	0.4988	0.6774	0.4860	0.3571	0.7426
通学好意	0.3957	0.4290	0.5877	0.1373	0.5527	0.5999
学 力	0.3974			0.4197		

の児童に実施できなかったことから、母親の評価に基づいて検定を実施した。表2-gは、t検定の結果をt値の行列として示したものである。注にあるように、\*\*\*は0.1%の危険率で、\*\*は1%の危険率で、\*は5%の危険率で、それぞれ有意差があることを示している。

表2-gの結果を要約すれば、I群とII群では、いくつかの項目で差はあるが、全体としてみればその差は微妙のようである。しかしI群と、III群、IV群、V群の3つの群とは、「情緒安定度」及び「健康」以外の全ての項目で有意差があった。

表2-g 各領域における各群間のt値の行列

		I 群	II 群	III 群	IV 群	V 群
対人関係	I 群	—				
	II 群	1.802	—			
	III 群	3.844***	0	—		
	IV 群	4.495***	0.819	1.503	—	
	V 群	3.108**	0.208	0.348	0.919	—
集団適応	I 群	—				
	II 群	1.056	—			
	III 群	3.687***	0.626	—		
	IV 群	3.616***	0.822	0.682	—	
	V 群	5.238***	1.544	1.927	1.013	—
言 語	I 群	—				
	II 群	2.470*	—			
	III 群	5.762***	0.406	—		
	IV 群	8.002***	1.720	2.103*	—	
	V 群	10.200***	2.927*	3.832***	2.164*	—
身辺自立	I 群	—				
	II 群	0	—			
	III 群	2.251*	0.831	—		
	IV 群	3.225**	1.414	0	—	
	V 群	6.962***	2.468*	5.593***	3.670**	—
問題行動	I 群	—				
	II 群	2.944**	—			
	III 群	3.651***	0.878	—		
	IV 群	3.757***	0.191	1.026	—	
	V 群	5.506***	0.891	2.789**	1.409	—
情緒安定	I 群	—				
	II 群	1.126	—			
	III 群	2.180*	0.199	—		
	IV 群	1.412	0.151	0	—	
	V 群	2.055*	0.279	0.845	0.587	—
健 康	I 群	—				
	II 群	1.469	—			
	III 群	0.733	1.322	—		
	IV 群	0.854	0.614	0.492	—	
	V 群	1.626	0.206	1.392	0.556	—
総合評価	I 群	—				
	II 群	2.257*	—			
	III 群	4.808***	0	—		
	IV 群	5.799***	1.037	1.952	—	
	V 群	7.861***	2.190*	4.097***	1.957	—

注) \*\*\* 0.1%, \*\* 1%, \* 5%

I群以外の4つの群の差は、それほど明確ではないと思われる。特にII群、III群、IV群の3つの群は、相互に似ているように思われる。しかし、V群は、「言語」と「身辺自立」の項目で、他の4つの群と有意に差がある。

児童の状態像を示す7つの領域の中では、「言語」の領域がある程度5つの群を分ける指標になっているように思われる。これは、学校教育、とりわけ教科学習において、その教示が大部分言語に頼っていることから、教科学習への比重が大きくなるほど児童の側に言語能力が要求されるという点と関連があるように思われる。

一方、これとは逆に、「健康」の領域はほとんどそれぞれの群を区別していない。これは、我々の発達援助グループが、自閉傾向や発達遅滞といった比較的身体的な障害や疾患をもつことが少ない児童を主に対象としていることからくるバイアスだろう。

しかし、この「健康」の領域を、精神安定剤や抗てんかん剤の服用、EEGの異常、てんかん発作について、それらを有する児童の割合をみると、各群には差がみられるようである。資料1の表3-r-②は、各群毎に、服薬、EEGの異常、てんかん発作を有する児童の人数と割合を、以前に有していたものと、現在有しているものとに分けて示したものである。II群の数が少ないので単純

に比較できないが、いずれの項目においても、I群からIII群、さらにV群へと、それらを有する児童の割合が高くなっていることを示している。

それでは、表3-r-②に示された各群の差が「健康」の領域の得点に反映されないのはなぜだろうか。恐らく母親は、服薬によって発作が抑制されており、それぞれの児童にとって通常の生活が営まれていれば、一応「健康」とみなすのだろう。一般に、疾病と健康に関する意識について、ある疾病をもっている人が、症状が抑えられていれば、その疾病をもちながらも自分を健康とみなすということがよくいわれているが、そうした傾向がここでもあてはまると思われる。

以上で今回の報告を終らせていただく。最初に述べたように、我々の追跡調査は、かなり幅広い内容を含んでいるので、残りの部分については、今後機会があれば報告させていただくつもりである。

### 参考文献

- 1) 梅津耕作 (1980) : 自閉児の行動評定
- 2) 太田千鶴子, 山根律子, 反保真弓, 金原たか子, 藤原義博, 池弘子, 小林重雄, 長畑正道, 齊藤義夫 (1979) : 自閉症状を示した障害児の学校適応に関する追跡研究 I-(1) —— 目的と評価方法について ——, 筑波大学心身障害学 研究, 3, 89-100.

### 資料1 母親の評価による児童の状態像 (単純集計)

表3-a 子どもの遊び

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5 (相手を誘うし、誘いにもものってくる)	18	1	11		1	31
4 (相手を誘って遊ばうとする)	5		5	1	3	14
3 (誘われれば遊ぶ)	14	4	24	8	3	53
2 (誘われても遊べない)	1		13	6	6	26
1 (無視、避ける)			3			3
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表3-b 子どもの関係

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5 (皆とはほぼ適切に交流がある)	17		12	1	1	31
4 (特定の人の要求には反応したり、働きかけたりする)	10	3	15	5	4	37
3 (自分のペースに合わせてもらえば相互作用できる)	10	1	17	5	4	37
2 (たまたま適切に反応する、ハンドリングによる要求)	1	1	10	3	3	18
1 (無関心、無視、避ける)			2	1	1	4
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表 3-c 他人の大人との関係

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（皆とはほぼ適切に交流がある）	21	2	12	2	2	39
4（特定の人の要求には反応したり、働きかけたりする）	12	1	26	7	8	54
3（自分のペースに合わせてもらえば相互作用できる）	5	1	13	5	1	25
2（たまたま適切に反応する、ハンドリングによる要求）			4		1	5
1（無関心、無視、避ける）		1	1	1	1	4
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表 3-d 集団への適応

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（大きな集団の中でかなり適切な行動がとれる）	26	3	17	3	1	50
4（大きな集団の中で部分的に適切な行動がとれる）	10	1	20	7	4	42
3（小集団の中では適切な行動をとれることが多い）	1		13	2	5	21
2（集団をある程度意識しているが身勝手な行動が多い）	1	1	6	3	2	13
1（集団への関心を全く示さない）					1	1
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表 3-e-① 特に親しい友だちの有無

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
1（有）	28	1	11	1	2	43
2（無）	10	4	45	14	10	83
NA					1	1
計	38	5	56	15	13	127

表 3-e-② 友だちの人数

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
1人	2		1			3
2-3人	11	1	9	1	2	24
4-5人	10		1			11
6人以上	3					3
NA	2					2
計	28	1	11	1	2	43

表 3-e-③ 友だちの所属

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
1（同じクラス）	23	1	5	1	1	31
2（同じ学校の普通学級）	4		1		2	7
3（近所の子ども）	15		3			18
4（親類の子ども）	1		2		1	4
5（学校以外の所属集団）	1	1	1			3
6（その他）	5					5
n	28	1	11	1	2	43

表 3-f 表 出 言 語

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
9（同年齢の健常児と同程度に話が出来る）	13		3			16
8（将来について話すことが出来る）	8	1	4			13
7（身近な出来事について話すことが出来る）	8	1	11			20
6（他者に簡単な要求や訴えなどが出来る）	7	2	8	2	1	20
5（場面に応じた簡単な会話が出る）	1		7	2		10
4（時々場面に応じて二語文以上が使える）			2	1	1	4
3（時々場面に応じた単語を発する）	1		10	5		16
2（本人の要求に応じた音声を発する）		1	11	5	8	25
1（全然言葉を発しない）					3	3
計	38	5	56	15	13	127

注) 言語発達チェックリスト（太田ら、1979）から「話す」を一部修正

表3-g 言語理解

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
8（集団場面で全体への指示に応じられる）	21	3	11	1		36
7（集団場面で個別的な指示に応じられる）	10		17	4	2	33
6（日常生活場面での指示には確実に応じられる）	4		7	3	1	15
5（言葉の指示である程度柔軟に応じられる）	1		7	1		9
4（やり慣れた用事なら言葉の指示で出来る）	2	1	12	5	6	26
3（身近なものの名前がわかる）		1	1		2	4
2（簡単な指示に従える）			1	1	1	3
1（全然聞こえてないように見える）					1	1
計	38	5	56	15	13	127

注) 言語発達チェックリスト（太田ら, 1979）から「聞く」

表3-h 食事について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（自立）	38	5	50	13	5	111
4（こぼすが自分で食べる）			5	2	2	9
3（スプーンや箸を使おうとする）			1		4	5
2（時々手づかみで食べようとする）					1	1
1（全介助）					1	1
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表3-i 排泄について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（排尿, 排便とも自立）	37	5	43	9	4	98
4（一人で始末, 時々失敗）	1		10	6	4	21
3（ほとんど教える, 介助要）			3		1	4
2（教えることもある, 常に注意）					3	3
1（オムツ使用）					1	1
計	38	5	56	15	13	127

注) 精研式CLAC-IIより

表3-j 衣服の着脱について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（自立）	36	5	47	11	4	103
4（ボタン出来る, 部分介助）	2		4	3	1	10
3（スナップ, ジッパーが出来る）			1			1
2（脱げるが着られない）			4	1	4	9
1（全介助）					4	4
計	38	5	56	13	12	7

注) 精研式CLAC-IIより

表3-k 自分の物と他人の物の区別

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5（非常によい）	30	5	56	15	13	127
4（まあまあよい）	1		21	4	2	28
3（どちらとも言えない）	2		6	2	1	11
2（あまりよくない）	2		5	3	4	14
1（全然よくない）			1		3	4
DK, NA	3					3
計	38	5	56	15	13	127

表3-1-① 問題行動の有無

	I群		II群		III群		IV群		V群		計	
	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
こだわり	17	21	4	1	27	29	5	10	6	7	59	68
常同行動	10	28	2	3	31	25	10	5	6	7	59	68
自傷行動	1	37	1	4	12	44	1	14	5	8	24	103
攻撃行動	4	34	2	3	12	44	1	14	5	8	24	103
パニック	3	35	2	2	13	43	8	7	6	7	32	95
奇声	1	37	1	4	12	44	8	7	6	7	28	99
多動	3	35	1	4	6	50	4	11	6	7	20	107
その他	1	37		5	3	53	3	12		13	7	120
n	38		5		56		15		13		127	

表3-1-② 問題行動の数による得点

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
8	14		12	1	1	28
7	13	1	9	3	2	28
6	7	1	13	2	2	25
5	3	2	11	4	3	23
4	1	1	8	2	1	13
3			2	2	1	5
2			1	1	3	5
1						
計	38	5	56	15	13	127

表3-m 危険の認識

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	30	4	21	4	4	63
4	4	1	23	10	2	40
3	1		4		2	7
2			8	1	2	11
1	1				3	4
NA	2					2
計	38	5	56	15	13	127

表3-n 偏食

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	10	3	25	5	3	46
4	11		13	2	6	32
3	4	1	7	3	2	17
2	8	1	6	5	1	21
1	3		5		1	9
NA	2					2
計	38	5	56	15	13	127

表3-o 集中力

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	5		4			9
4	10	2	21	6	2	41
3	11		9	4	3	27
2	6	2	20	5	5	38
1	3	1	2		3	9
NA	3					3
計	38	5	56	15	13	127

表3-p 情緒安定度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	19	1	10	4	2	36
4	8	2	31	6	6	53
3	6	1	4	2	1	14
2	2	1	10	2	3	18
1	1		1	1	1	4
NA	2					2
計	38	5	56	15	13	127

表3-q 健康状態

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	27	2	39	11	5	84
4	9	2	15	2	6	34
3	1	1	1	1		4
2	1		1	1	1	4
1					1	1
計	38	5	56	15	13	127

表3-r-① 常時看護の必要な病気の有無

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
有	11	1	19	9	10	50
無	27	4	37	6	3	77
計	38	5	56	15	13	127

表3-r-② 各群別、服薬・EEGの異常・てんかん発作を有する児童の人数と割合

		I群 (%)	II群 (%)	III群 (%)	IV群 (%)	V群 (%)	計 (%)
服薬	以前	1( 2.6)	1( 20.0)	10( 17.9)	4( 26.7)	1( 7.7)	17( 13.4)
	現在	4( 10.5)	1( 20.0)	11( 19.6)	5( 33.3)	10( 76.9)	31( 24.4)
	計	5( 13.2)	2( 40.0)	21( 37.5)	9( 60.0)	11( 84.6)	48( 37.8)
EEGの異常	以前			3( 5.4)	2( 13.3)		5( 3.9)
	現在	2( 5.3)		7( 12.5)	1( 6.7)		10( 7.9)
	計	2( 5.3)		10( 17.9)	3( 20.0)		15( 11.8)
てんかん発作	以前			5( 8.9)	3( 20.0)	8( 61.5)	18( 14.2)
	現在	2( 5.3)		5( 8.9)	3( 20.0)	8( 61.5)	18( 14.2)
	計	2( 5.3)		5( 8.9)	3( 20.0)	8( 61.5)	18( 14.2)
n		38(100.0)	5(100.0)	56(100.0)	15(100.0)	13(100.0)	127(100.0)

注) 各項目の「以前」と「現在」で児童は重複していない。また、てんかん発作をする児童はEEGにも異常がみられるのが普通だが、「EEGの異常」の項目に「てんかん発作」を有する児童は含まれていない。

表3-s 通学への好意度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	27	3	33	10	4	77
4	7	1	13	2	5	28
3	1	1	7	3	1	13
2	2		3		1	6
1	1				1	2
NA					1	1
計	38	5	56	15	13	127

表3-t 学校への出席状況

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
3（ほとんど休まない）	35	4	50	14	12	115
2（時々休む程度）	2	1	4	1		8
1（休むことが多い）	1		2			3
NA					1	1
計	38	5	56	15	13	127

表3-u 勉強への好意度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	6		7	2		15
4	11		21	6	2	40
3	11	5	10	2	2	30
2	8		15	5	5	33
1	2		3		3	8
NA					1	1
計	38	5	56	15	13	127

表3-v 全体的適応度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	11	2	12	10		35
4	20	3	33	4	10	70
3	5		5	1		11
2	2		6		1	9
1					1	1
NA					1	1
計	38	5	56	15	13	127

資料2 担任の評価による児童の状態像（単純集計）

表4-a 子どもとの遊び

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	6		5	1		12
4	3	1	5		1	10
3	18	1	22	2	2	45
2	2	1	18	9	7	37
1	1		2	3		6
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-b 子どもとの関係

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	11	1	8	1		21
4	5	2	7	4	3	21
3	10		18	3	2	33
2	3		13	4	1	21
1	1		6	3	4	14
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-c 他人の大人との関係

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	9		9	1	1	20
4	11	1	15	5	3	35
3	9	1	18	4	2	34
2			7	3	3	13
1	1	1	3	2	1	8
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-d 集団への適応

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	11	1	8	2		22
4	9	2	22	5	1	39
3	2		7		2	11
2	6		12	8	6	32
1	2		3		1	6
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-h 表出言語

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
9	9		2			11
8	1		2			3
7	10	1	6		2	19
6	6	1	7	1		15
5	1		3	1		5
4	2		5	5		12
3		1	11	3		15
2			11	4	4	19
1	1		5	1	4	11
計	30	3	52	15	10	110

注) 言語発達チェックリスト（太田ら，1979）より

表4-f 言語理解

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
8	11	1	7	1		20
7	7	1	4		1	13
6	5		5			10
5	3		9	3	1	16
4	3		17	10	1	31
3	1		3		2	6
2		1	7	1	4	13
1					1	1
計	30	3	52	15	10	110

注) 言語発達チェックリスト（太田ら，1979）より

表4-g 食事について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	25	3	34	12	3	77
4	5		16	3	4	28
3			1		1	2
2			1		1	2
1					1	1
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-h 排泄について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	27	3	40	9	2	81
4	2		9	5	1	17
3	1		1	1	2	5
2			2		3	5
1					2	2
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-i 衣服の着脱について

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	25	3	38	13	3	82
4	3		9	1	1	14
3						
2	1		4	1	3	9
1			1		3	4
NA	1					1
計	30	3	52	15	10	110

注) 精研式CLAC-IIより

表4-j 自分の物と他人の物の区別

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	24	2	18	3	1	48
4	3	1	16	7	4	31
3	3		9	2	1	15
2			5	3	2	10
1			4		2	6
計	30	3	52	15	10	110

4-k-① 問題行動の有無

	I群		II群		III群		IV群		V群		計	
	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
こだわり	5	25	2	1	28	24	7	8	4	6	46	64
常同行動	7	23		3	25	27	8	7	4	6	44	66
自傷行動	1	29		3	11	41	6	9	4	6	22	88
攻撃行動	5	25	1	2	12	40	3	12	3	7	24	86
パニック	7	23	1	2	18	34	8	7	3	7	37	73
奇声	5	25	2	1	19	33	5	10	4	6	35	75
多動	4	26		3	6	46	4	11		10	14	96
その他	3	27		3	9	43	1	14		10	13	97
n	30		3		52		15		10		110	

表4-k-② 問題行動の数による得点

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
8	12	1	4	2	3	22
7	9		13	2	3	27
6	5	1	11	5		22
5	2		11			13
4	1	1	8	3	1	14
3			3	1	3	7
2	1			1		2
1			2	1		3
計	30	3	52	15	10	110

表4-l 危険の認識

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	22	2	6	3		33
4	5		24	7	2	38
3	1		10	4	3	18
2	2	1	9	1	3	16
1			3		2	5
計	30	3	52	15	10	110

表4-m 偏食

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	15	2	11	3		31
4	5		24	3	6	38
3	2		4	3	2	11
2	3	1	7	4	1	16
1	5		6	2		13
NA					1	1
計	30	3	52	15	10	110

表4-n 集中力

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	4	1	3	1		9
4	4	1	15	5	2	27
3	9		11	2	2	24
2	10	1	20	7	3	41
1	3		3		3	9
計	30	3	52	15	10	110

表4-o 情緒安定度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	10		2	1		13
4	8	2	27	8	2	47
3	5		12	5	3	25
2	5	1	10	1	4	21
1	2		1		1	4
計	30	3	52	15	10	110

表4-p 健康状態

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	24	1	19	8	1	53
4	5	2	28	6	7	48
3			1	1	1	3
2	1		4		1	6
1						
計	30	3	52	15	10	110

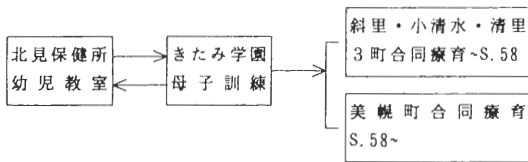
表4-q 通学への好意度

	I群	II群	III群	IV群	V群	計
5	24	1	16	4		45
4	4	1	21	4	6	36
3	2	1	14	7	3	27
2					1	1
1						
NA			1			1
計	30	3	52	15	10	110



## 2. 療育活動の推移

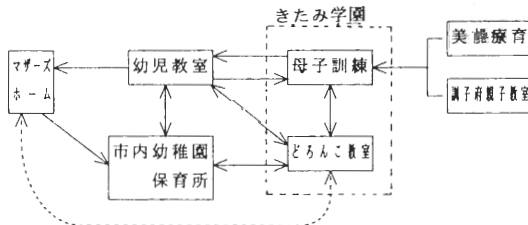
### ① S.56～59 一療育活動の開始一



その後の活動の基盤となる北見保健所幼児教室への援助、学園母子訓練、近隣町村療育活動への援助の3つの活動が開始され、地域内外でも、乳児健診の整備、幼稚園、保育所の統合保育の実施、北見市マザーズホーム（通園事業）の2才児クラスの設置、北見日赤病院未熟児センター開設等の新たな動きがあり、そうした関係機関、関係者の交流の場として\*「障害幼児を考える連絡会」が、学園を事務局としてスタートしました。それまで地域の中で孤立しがちだった親子が集団の場を得、仲間と出会う機会が次第に作られつつあり、その中で私達も出会いと学びを重ね、新たな課題を認識していきました。

（※…市内の幼稚園、保育所関係者、マザーズホーム職員、特学教諭、養護学校教諭、児相職員、日赤病院医師、OT、PT、ケースワーカー、保健婦、きたみ学園職員らによる任意の研修団体。現在年6回例会を開き、主に学習会、講演会、交流会などを行う。）

### ② S.60～62 一どろんこ教室の誕生一



北見保健所幼児教室（月2実施）利用者の回数増を求める声、母子訓練で出会うケースへのアフターケアの必要性等から、月2回の母子通園教室（どろんこ教室）をスタートさせました。6名ではじまった利用者也、61年には12名、62年には18名となり、利用者の内訳も、地域に全く療育の場

のないケースは減り、療育の場が広がる中で地域の通園施設、保育所、幼稚園を利用しながら、子どもに大きな集団による規制がなく、リラックスして自分を出せるあそびの場や時間を与えたい、又同じ問題を抱える仲間と出会いたい等を期待するタイプと、郡部でまだ幼稚園、保育所に受け入れられず、父母が行っている合同療育活動を補完するものとして切実に集団を求めて利用するタイプの大きく2つのタイプに分かれていきました。

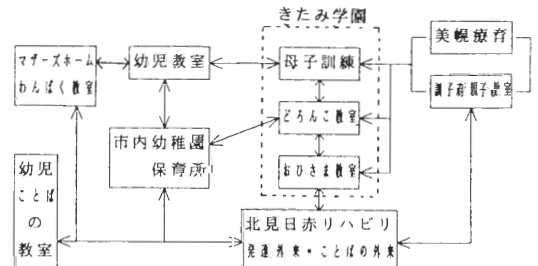
（62年の場合、18ケース中市内8、郡部10—訓子府町2、留辺薬町2、置戸町2、女満別町1、美幌町3）

又、61年以降は母子訓練との連携が明確にもたれるようになり、母子訓練で知り合ったケースには、教室を利用しているケースには機会をみて母子訓練をすすめる、というように2つの療育場面が大変スムーズに流れ合う関係で現在に至っています。教室で日常的に利用者の思いに触れるようになり、この間、教室文集の発行や懇談会の実施（S. 60～）、給食の実施（S. 62～）、夏休みの実施（S. 62～）等を行ってきました。

61年には、北見日赤小児科が発達外来を開設し、62年以降はケースを通じてのつながりが深められていきました。

母子通園を加えて業務的にはハードになる中で職員集団にぎくしゃくしたものが生じたりもしましたが、「ここにくるとほっとします。」と言いながら、より大きな気持ちで学園のよさを見出し、細かな気かけには目をつぶって、とにかく通い続けてくれた利用者の熱意に支えられ、どろんこ教室の存在が浸透していきました。

### ③ S.63～H.2 一どろんこそしておひさまへ一



学園の療育活動を通じて、私達も利用者の思い

に深くかかわるようになり、そうした思いを分かち合い、要望にこたえる活動をすすめていく責任のようなものが次第に認識されていきました。地域の内外に様々な早期療育の進展がある中でお、お子さんの障害の状況や地域性等から切実に集団を求めているケースにこたえる取り組みを進めたい、たとえ対象者は少なくとも、そうした困難を抱えたケースと共に歩む事が、地域の中で私達児童施設の果していくべき役割ではないかという思いもありました。

私達は教室をはじめて以来モットーとしてきた、利用したい方はどなたでも受け入れますという考えと、どろんこ教室の中で動きに違いのあるお友達が一緒に活動する良さと、それぞれに合ったグループ活動の必要性を感じていた事とを合わせて確認し合う中で、「まだ歩き、走りがしっかりしないお友達、一緒にあそぶ仲間や場のないお友達、じっくり、ゆったり、小グループであそびませんか、新しい経験の場にしてみませんか」という呼びかけのもと、おひさま教室をどろんこ教室の間の週に月2回でスタートさせました。

ちょうど学園全体でも指導体制の見なおしが行なわれ、それまで3名だった担当職員が5名（学齢児担当班が兼務）に変わった事もその後の活動をひろげていく大きな原動力になりました。

こうしたスタッフの充実のもと、津別町、女満別町から子育て教室の親子あそびの指導を依頼され、それぞれ今年で3回目の出会いの場がつけられています。

又、この年の12月には道の早期療育システムに関する委員会報告が出され、構想の中では施設は2次療育園に位置し、1次機関への援助活動を期待されていますが、学園では、教室のお母さん仲間の口こみや母子訓練、他地域の療育場面での出会いを通じて熱心に通ってきくれるお母さん達の要望もあり、元年度にはおひさま教室の回数をふやし、週3回通園をはじめるといように、1次的な母子通園部門もニーズに応じて充実をはかってきました。

この手の利用者は両教室合わせて18ケースで、

このうち日赤のリハビリに週1回通うケースが5ケース、発達外来、ことばの外来に通うケースが12ケースと、ケースを通しての日赤とのかかわりが大きくなり、現在年4回の打ち合わせ会を行なっています。

平成2年度の来室者は18組（11月現在）になっています。

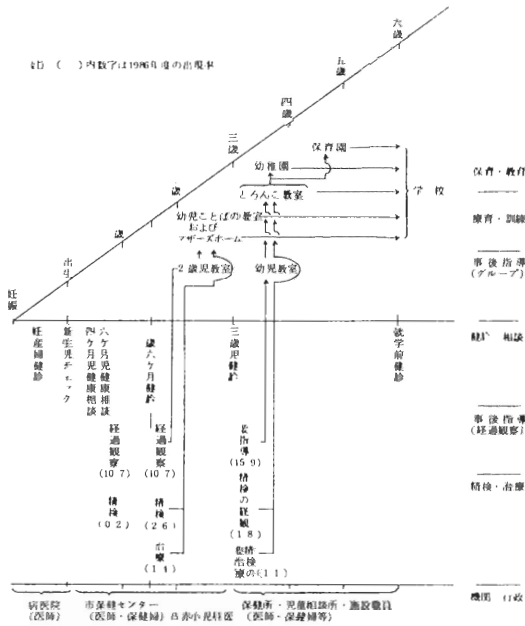
内訳	* 地域	北見市10、訓子府町2、美幌町2 女満別町1、釧路町1、留辺蘂町1 端野町1
	* 年齢	3才～4 4才～5 5才～5 6才～1 (7才～2) (12才～1)
	* 障害	ダウン症2、てんかん2、心疾患2他に 自閉的傾向、CP、言葉の遅れ、発達の 遅れなど重複している場合が多い
	* 機関	北見保健所幼児教室、北見マリア幼稚園 北見くろみ幼稚園、北見中央保育所 北見日赤リハビリ科・発達外来・ことばの外来 訓子府親子教室、留辺蘂マリア幼稚園 美幌町通園教室、美幌療育の広場 女満別幼稚園、紋別養護学校きたみ学園 分校訪問学級

### 3. 今後の課題

～地域の中で求められている活動を進めるために何が必要か～

北見市の早期発見、療育の流れは、図のようにここ数年整えられてきていますが、日赤リハビリや発達外来（週1回、15～20ケース主に3ヶ月に1回受診）ことばの外来（週1回、2～3ケース）にケースが集中し、保育の場を切実に求めていたり（市マザーズホーム、一定員20名一は市保健センターが行う1歳6ヶ月月健診後のケアの場として定員に満ちているのが常態となっている）、幼稚園、保育所を利用しながら不十分さや困難を感じているケースもあります。又、就学年齢になり養護学校訪問学級入学を余儀なくされ、就学後も数少ない訪問回数を補うものとして、教室利用をつづけているケースもあります。

このように学園の母子通園教室には、表面上のシステムにのりきれないケースが集まってきてい



※「乳幼児療育研究」(’89 第2号より)

るのを感じます。さらにいったん教室につながっても交通機関が利用しずらかったり、弟妹の出産のため通園が不可能になったケースへのフォローは現状では全く行なえずにいますし、関係機関への訪問なども不十分なものです。

このように、地域内に困難を抱えて立ち往生していたり、医療機関に潜在しているケースの要望にこたえていくために、私達は今後も一次療育の母子通園教室、二次療育の巡回療育、相談活動を共に日常の地域療育活動としてとらえ、すすめていこうと思っています。

今後、こうした活動をより責任のあるものにしていくためには、専任職員の配置、通園教室の制度化、独立した療育活動部門の職場内での確立など、大きなステップを踏んでいかなければなりません。少しでも状況が改善されていくよう、諸制度の柔軟な運用が期待されます。

又、地域内で言えば、児童相談所との連携を従来の手続き上のつながりから協力して活動していく中味のあるものにしていかななくてはなりません。

さらに、12月スタート予定の二次療育推進協議会のような公的な代表者による組織づくり、活動

をしっかりと下から支えていけるような、現場の人達を中心とした責任と実効力のある組織づくりが、市内でも管内でもいまこそ求められていると思います。

こうした動きをつくり合いながら、地域の実態をさらに明らかにしつつ、各機関が共通の認識のもと、利用者の立場に立った一貫性のあるサービスを、具体的に役割分担を確認し合いながらおし進めていく中で、私達の果たすべき役割もより明らかになり、私達の生活するこの地域の現実がしっかりと前進していくことでしょう。

ここオホーツクの地に生まれた子ども達が障害の程度にかかわらず、地域の中で家族と共に生き、育ち、暮らしていける、あたりまえの親子の願いが実現できる地域状況を、切り開いていく一翼として、私達も又、地域の中で育っていきたいと思っています。

参考資料：①「地域における障害幼児等への療育的指導に関する研究」(北見保健所)  
 ②「乳幼児療育研究, ’89, 第2号」  
 (北海道乳幼児療育研究会)

<資料1> きたみ学園の幼児療育活動

## 幼児療育

担当：岡，北野，遠藤，沢，松井

### 1. 活動の目的

きたみ学園母子訓練のアフターケアとして、北見保健所幼児教室の遊びの援助および補充として、さらに近隣地域内外の療育の場として、育ちに弱さやつまづきのある幼児とそのお母さんに向けて、楽しい遊びの場、子育てを共有し、学び合う場を提供し、一人一人が豊かに育ち行く援助を行う。

## 2. 活動の柱

- ①楽しい遊びを体験しよう
- ・四季の自然、様々な素材（道具）に触れ、体をいっぱい使って遊ぼう。
  - ・親子関係を中心に安心してのびのびと自己表現し、共感し合う関係を仲間の中で作っていこう。
- ②お母さんが仲間と出会い、生き生きと活動する場を作ろう。
- （懇談会、学習会、行事のとりくみ、文集づくり）
- ③職員も、他機関の人々と連携し、学び実践していこう。
- （年4回、日赤のスタッフとの打ち合わせの継続、関係機関への定期訪問、研修活動、公開保育の実施）

## 3. 私達の目ざす子ども像

のびのびと自己表現できる子ども  
 （大胆に細やかに支え、共に成長できる大人）

## 4. 活動の実際

- 幼児教室への援助  
 （月2回 第1, 3 火曜日 AM9:30～正午）  
 ※6月～  
 北見保健所幼児教室に毎回遊びの担当として参加、さらに専任スタッフとして1名が午後もケース会議などに参加、教室運営の援助を行う。
- 訓子府親子教室への援助  
 （月2回 第1, 3 金曜日 AM9:30～正午）  
 訓子府町保健センター親子教室に毎回参加、月一回は午後のケース会議にも参加し、遊び、教室運営の援助を行う。
- 美幌町「療育の広場」への援助  
 （月1回 第4 土曜日 PM1:00～3:00）  
 美幌町親の会のお母さん達によって運営されている「療育の広場」（毎週土曜日活動）に参加し、遊び、活動の援助を行う。  
 （担当が中心となり連絡にあたるが、療育は、全職員で交互に支え合う）

- どんご教室  
 （月2回 第2, 4 木曜日 AM9:30～正午）  
 親子遊び、集団遊びなどを通して、親子で育ちの弱さやつまづきをのりこえ、豊かに育ち合う援助を行う。
- おひさま教室  
 （毎週火、水、木曜日 AM9:30～正午）  
 水曜日は給食～1:00、第2, 4 木曜日はどんごこと合同）  
 親子遊び、小集団遊びを通して、親子で力強く生きていく力を養い、共に発達し合う援助を行う。

〈教室で大切にしたいこと〉

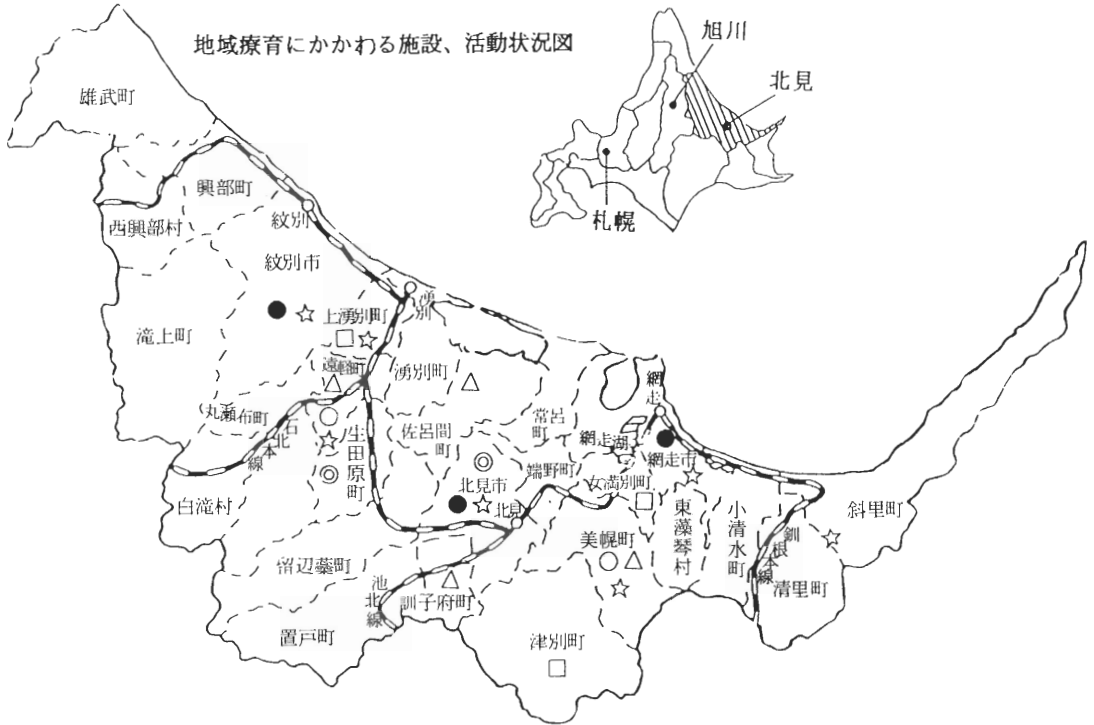
- ・子ども一人一人の発達、つまづきや弱さ、生活と向き合い、子どもをまるごととらえることをめざす。
  - ・家庭、特にお母さんと協力し合って、子どもの現状や課題を共通のものとし、保育内容や、行事などを共に作っていく。
- 〈保育のめざすもの〉
- ・視線・表情・身ぶり・発声・言葉などできっかりと感情表現し、伝えたい相手と豊かな交流ができる。
  - ・目・手・指・足・などからだ全体のひとつひとつの力を確実に獲得する。
  - ・仲間との活動の中で、生活の場・集団の変化、時間の区切りをしっかりとつけ、見とおしをもって意欲的に自分自身の生活をつくっていく。

## 5. 療育の活動

月	他機関訪問、他打ち合わせ
火	第1, 3 幼児教室
水	
木	おひさま教室（水曜日 給食～1:00）
金	第2, 4 木曜日 どんご教室
	第1, 3 訓子府親子教室、他打ち合わせ

- ※ 2次療育活動に向けて、他機関訪問、交流に力をいれる。
- ※ 1次療育も担える施設として、おひさま教室の充実をはかっていく。

資料2 網走市庁管内の療育の場，乳幼児健状況について



- 通園事業 3ヶ所
  - 母子通園センター 2
  - △ 親子教室（通年） 4
  - 年に数回の子育て教室 3
  - ☆ 幼児ことばの教室 6
  - ◎ 児童施設（入所） 2
- \*北見児童相談所の巡回相談  
雄武・滝上・日滝・丸瀬布・生田原の  
5町を除く2市20町村を年1～5回  
巡回している。

表. 網走管内の人口、出生、乳幼児健診状況（S63年度統計）

	網走支庁管内	北見市	網走市	紋別市
人口	358,900	107,100	43,800	31,400
出生	3,828	1,207	912	532
1才6ヶ月 健診(対象者)	3,981	1,309	516	308
受診率 %	89.3	91.7	93.5	91.9
要精検	50	27	1	—
3才児健診 (対象者)	4,311	1,240	557	361
受診率 %	89.3	89.2	81.5	94.2
要精検	121	28	5	9

## 6 障害児の遊具としての布の絵本

—ふきのとう文庫の活動から—

（江別第三小学校）

早瀬 伸子

財団法人ふきのとう文庫は、「障害をもつ子どもに読書の喜びを！」という理念から、障害児の読書活動を援助するボランティア活動を行っています。

私は、活動の一つである「布の絵本」を借り、その美しさ・楽しさに感激しました。

ひとりでも多くの障害児に利用して欲しいと願い、ふきのとう文庫製作の「布の絵本」を分類し、代表的な写真を添えました。

### 1. 布の絵本

布の絵本は、昭和45年に2才の全盲で精神発達遅滞の障害を持つ子どもの母親が、ふきのとう文庫の現理事長小林静江氏に適当な絵本を依頼し、昭和50年にアメリカの布の絵本を参考に手作りしたのが始まりです。これまでに制作された布の絵本は、約190種で900冊余りです。

布の絵本は、衣服の着脱に必要なボタン・スナップ・ファースナーなどの操作を楽しみながら練習できる「生活シリーズ」と、ストーリーにスナップ・マジックテープなどを操作することで参加できる「おはなしシリーズ」と、子どものよく知っている童話を布の絵本化した「童謡シリーズ」の三種があります。

ここでは、「ふきのとう子ども図書館」に来館または電話などで貸し出し依頼をすると借りることのできる布の絵本の中から、私が子どもたちに使って好評だったものを紹介します。

#### 【生活シリーズ】

##### ●ビー玉いくつ

ふきのとう文庫の最初の布の絵本で7頁からなり、スニーカーの紐を結んだり、コートのボタンをはめたり、籠に入った風船を同じ色に対応させたり、テントのファースナーを開閉するなどできます。

#### 「生活シリーズ」



##### ●なんだろう

りんごのスナップを取り外すと半分に切ったところができます。卵の殻に付いているマジックテープをはずすとひよこができます。スナップやボタンをはずすと違うものができて楽しめます。

##### ●ま る

まるいものは? ……てんとう虫の黒い点をマジックテープで取り外し、パンダの目・鼻・口をスナップで取り外し、信号の赤・青・黄が青になったらファースナーつき道路の自動車がGO! 電話のダイヤルどこに電話をかけようか? など動かして遊べます。

##### ●だれのうち（うえののりこ絵 原作）

女の子が友達の家を探して、尋ねていきます。ボタン・紐・スナップ・ファースナーをはずすと誰がでてるかな? 楽しみながら手先の訓練ができます。

##### ●どうぶつ

寝ている黒猫さんにボタンをはめればお目覚め、かわいいワンちゃんの口のファースナーを開けるとおいしい骨がでてるよ、黄色のキリンさんに黒い丸をスナップでつけるとりっばなキリンに変身、など動物達と遊べます。

#### 「おはなしシリーズ」



ひよこ ひよこ  
（7頁で1冊の絵本になります。この写真は一面被写したものです）

●ひよこ ひよこ

母さんめんどりが、こどものひよこたちを探します。さあ、どこにいるのでしょうか？ 一羽はタンポポの葉の陰に、いるかどうか葉を動かして探しましょう。もう一羽は、はてどこかな？ セーターの中かも知れません。手をいれて探して見ましょう。ページごとにフェルトの花や動物を操作しながらお話が楽しめます。

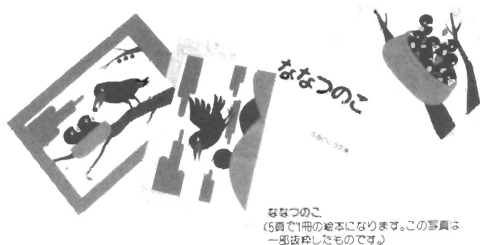
●ハイキング

さあハイキングの用意をしましょう。1ページ目のリュックに飴などのお菓子をいれて水筒ももって。女の子の頭に帽子をマジックテープでちゃんとかぶせることができるかな？ 靴の紐はちゃんと結べるかな？ 道にはチューリップが咲き蝶がとんでいます。蝶を赤いチューリップにとまらせてみましょう。池にはあひろの親子が泳いでいます。スナップで羽を動かしてみましょう。時計の長い針と短い針を12時に合わせましょう。お昼ごはんのお握りを手にとって海苔をはがしてみると梅干しが入っています。もう一つには鮭が入っています。おやつバナナの皮をむきましょう。ごはんの後はファスナーをあけてバトミントンのラケットをだして遊びましょう。近くの山の夕日が沈むように紐を緩めましょう。

●ななつのご

♪からす なぜなくの……♪の歌詞を布の絵本化したものです。

「童謡シリーズ」



●すうじのうた

♪すうじのいちは、なあーに♪と歌いながら「1」の形のフェルトの裏にマジックテープがついているのを工場の煙突のところにつけます。このように1ページごとに1～10の数字を歌いなが

らつけることができます。

●ドレミのうた

お皿にドーナツが並んでいます。♪ドはドーナツのド♪と歌いながらその一つをとって「ドレミファ黒板」(厚ボール紙を厚地の木綿でくるみ五線とト音記号とド～シまでの位置にカナ文字が描いてある。)「ド」のところに置きます。次のページは果物籠にりんごやバナナやレモンが入っています。♪レはレモンのレ♪と歌いながらレモンを「ドレミファ黒板」の「レ」のところに置きます。このように「ド」から「シ」まで歌いながらマジックテープを操作して「ドレミファ黒板」に動かしたり、またその逆もできます。

2. 布の遊具

布の遊具とは、四角のウレタンを布でくるみフェルトで模様をつけたサイコロや、厚紙を白い木綿布でくるみ、そこにフェルトに綿をいれ半立体化した動物や乗り物や食べ物を、マジックテープやスナップ・ボタン・ファスナーで取り外しをして遊ぶものです。

ふきのとう文庫で郵送または来館して借りられるものは、11種ありますが、その代表的なものを紹介します。

いろあそび



布の遊具名	内 容 (手指運動)
食事セット	お皿に、スナップ・ボタンを取り外してででくるすいか・バナナ・プリンなどをマジックテープでつける。
えあわせ	フェルトに綿を入れたマスコット人形を分割し、マジックテープで形にする。
いろあそび	赤・黄・緑・青の食べ物、動物を色別にマジックテープで貼る。
サイコロ	1辺が30センチくらいで、数のついているものやじゃんけんの指になっているものなどがある。
お天気	木綿布でできた「月」「日」「曜日」とフェルトカレンダーでできたお天気のマークを毎日選びマジックテープではりつける。
キュービック	10センチ角のサイコロを4個つなぎ合わせた物でかたむづくり。

ふきのとう文庫の「布の絵本・遊具」は障害者のいる家庭・施設・学校などに直接又は郵送で借りられます。問い合わせは〒063札幌市西区手稲平和325番地のふきのとう文庫に。なお、ふきのとう子ども図書館の会館日は日曜日と火曜日です。電話番号は☎011-665-4839です。

## 7 ま と め

（おしまコロニー地域療育センター）

大 場 公 孝

第一分科会では一般演題として、6演題の発表がありました。一般演題ということもあり、全体討論というよりも、個々の演題での討論を重視し、各発表後、助言者の後藤守先生よりご助言をいただき、会場からご意見、ご質問を受けました。

まず最初に、札幌盲学校の後藤由美子先生より「盲学校の幼稚部教育と教育相談一現状と課題」について発表がありました。視覚障害の分類、幼稚部在籍数の推移、重度重複障害児の割合（平成2年16.7%）が発表されました。また、今後の課題として弱視の人への対応、幼稚園・盲学校の二重措置ができない現状が述べられました。質疑では盲学校では重複障害児が多いことから他機関との連携について討議され、今後、肢体不自由児・精神薄弱児通園施設との協力が必要なことが示唆されました。今までの研究会では聞くことができなかった盲学校の現状と課題をお聞きし、連携の必要性が討議され、有意義な発表でした。

次に、北海道療育園の紙谷民治先生より「療育園における地域療育の取り組み」の発表がありました。北海道療育園は本年度の重症心身障害児通園モデル事業の委託を受けております。地域療育活動としての巡回療育相談、緊急一次保護、外来診療相談、そして通園事業の新しい試みについて発表をいただきました。通園事業では年齢の枠を越えて、30名の重度障害児(者)を週1～2回、リフト付バスで完全送迎しており、5時間の日課の

中で、健康チェック、入浴サービス、昼食、保育・指導が行われています。健康体力の増進、日中楽しく豊かな生活をおくることが目標とされており、福祉サービスの必要性が強調されたように感じました。今後、運動訓練のニーズにどのように対応していくか、乳幼児の通園をどのように進めるかを御示唆願えればと思います。

第3番目には、旭川児童相談所の松浦秀昭先生より「どんぐり教室の歴史とこれからの展望」の発表がありました。旭川地区の自閉症児、精神遅滞児への取り組みの変遷と現在の活動、今後の課題について報告されました。「どんぐり教室」は昭和48年に始まり、小グループの遊戯療法より、個別指導、母子集団通所へと変遷してきております。現在、2才から就学までの幼児を母親自身にもトレーナーとして指導訓練に参加してもらい、子供の具体的な遊び方を体験して、母親の精神的な安定を図っています。今後、児童相談所という利を生かし、出張サービスの試みの計画もあると聞き、今後の活動の発展を期待しております。

第4番目に、北海道クリスチャンセンターの米本伸司先生からは「幼児期に早期療育を受けた発達障害児の学校適応に関する追跡研究」について発表をいただきました。普通学級・特殊学級・養護学級に在籍児のCLACIIによる対人関係・集団適応・言語・身辺自立・問題行動・情緒安定度・健康などの適応度の細かな分析結果が発表されました。旭川療育センターの藤田先生より、今後早期療育をうけていない人との比較はできないでしょうかとのご意見があった。これに対して、フロアから20年前の早期療育を行っていない子と、10年前の早期療育を行った子の比較では後者が明らかに基本的習慣が獲得されている子が多いとのご指摘があり、道立心身障害者総合相談所の佐久間先生より中華人民共和国の療育を受けていない子と日本の療育を受けている子との違いについてご意見をいただき、早期療育の有効性について討議されました。

第5番目には、きたみ学園の松井恵美先生が「どろんこ教室と地域療育」について報告されま

した。きたみ学園では昭和56年に児童施設の中で母子訓練が開始され、昭和60年にはそのアフターケアの必要性から月2回の母子通園どろんこ教室ができ、平成2年には週3回の母子通園おひさま教室がスタートしました。ほとんどが保育園や幼稚園と連携しての母子通園ということでした。今後の課題として、地域関係機関との連携、巡回療育・相談活動を予定しているとのことでした。きたみ学園は本年度の拠点事業の委託を受けており、地域療育、通園事業について今後のご活躍を期待します。

最後に、江別第3小学校の早瀬伸子先生より「障害児の遊具としての布の絵本」について実際の布の絵本を見せていただき、具体的な使用法をしめされました。手指の運動、認知弁別のトレーニングにもなり盲児、身障児、知恵後れの子供にも有用とのことでした。先生の印象では自閉症児には刺激が強すぎて使いにくいとのことご意見もうかがえました。

全体として、盲学校、重症心身障害児通園の現状と課題、発達障害児の予後調査、どんぐり教室やどろんこ教室といった地域療育活動、絵本の紹介と多岐にわたるものでしたが、幅広い分野の様々な活動が紹介され、視野を広げられ充実した内容の分科会であったと思います。

## — 第2分科会（地域療育活動） —

1. 本別町における乳幼児療育学習会の試み  
——いきいき働きたい、そんな想いを込めて—— 里 和 子
2. ミニ通園センター設置の経過と現状  
——幼稚園統合保育との連携—— 加 藤 正
3. 網走市の療育活動 朝 倉 をり江
4. 行為の喪失の時代  
——早期療育のもうひとつの意味—— 貞 方 宏
5. ま と め 阿 部 哲 美

### 1 本別町における 乳幼児療育学習会の歩み

——いきいき働きたい、そんな想いを込めて——

（北海道本別保健所）

里 和 子

#### はじめに

地域母子保健活動は、母子手帖の公布、乳児健診、1才6ヶ月児健診、3才児健診と継続されますが、昭和40年に制定された母子保健法にもとづく健診は3才児で終了となります。しかし、3才児は活発な発育過程の真只中であり、特にことばの発達や社会性の発達において遅れがちであったり、低身長の問題を持つ母子にとって、正に、3才児健診以降の支援が大切となってきます。さらに、児にとって不慣れた集団の中での短時間の触れ合いの健診場面では児の本来の姿を見うしなっ

てしまう危険性もあるため、“ちょっと気になる児”の普段の姿をみせていただくために、家庭訪問や、保育所訪問をおこないます。その際に保母さんの中には、健診を『発達評価・児のレッテル貼り』と捉えている事や、母子への理解・躰・対応についての考え方の違い（従って母への助言内容が矛盾することあり）がある事が解りました。この差違は助言を求める母親にとってはむしろ悩みを深める結果につながりかねない危惧を感じます。つまり、1) 健診時に把握された発達上の問題（点）を（線）として継続支援するため、2) 地域で母子保健を担っている関係者の相互理解を深めるため、保母やことばの教室教諭や保健婦等の交流の機会を持ちたいと考えていました。

#### 1. 発足に至る経過

昭和63年に『保健所保健福祉サービス調整推進会議』が在宅療養の質の向上とそのためのシステムづくりを目的として開催されるようになりました。平成元年には、『心身障害児早期発見早期療

育システム』がスタートしました。行政的な壁を越えて連携をとることの必要性が強調されはじめたことが、この学習会の第一歩を踏み出すことができた背景としてあります。それに加えて、5～6年前から、「今、ここに困っている母子がいるから……」という保母の熱意だけで、行政的な保証のないまま障害児を保育所で預かるようになって、その対応に苦闘していた事と、平成元年に本別中央小学校にことばの教室が設置されたということがありました。

平成元年9月に、本別町から20km弱離れている足寄町でことばの教室親の会主催の学習会に、夜間にもかかわらず本別町から保母やことばの教室の教諭が多数参加しました。その場で学習会の件を打診し、学習会発足の感触を得ました。

同年12月、保健所保健福祉サービス調整推進会議で障害児の問題を取り上げ、道早期療育調査検討委員会委員長の伊藤則博先生にご講演をいただく事になったのを機会にご協力をお願いして前夜本別に入っていただき懇談会を計画しました。先生には、関係者と交流の場を持ちたいと思っている事、そのための手がかりを得ようと動いておりその場として懇談会を開きたいと考えた事をお話ししました。その会に、ことばの教室の教諭をはじめ16名の保母や6名の保健婦などが参加し、活発な発言があり、学習会発足への確信を得ました。伊藤先生の「本別の保母さんはすごいじゃないですか、学習会できますよ」という励ましを得て、各保育所の所長（3名）とことばの教室教諭、本別町役場保健婦、私の6名を運営委員として平成2年3月第一回の学習会を開きました。

## 2. 学習会の基本的な姿勢

会則を作成しました。その中で 1) 会員は医療、福祉、保健、保育、教育等の実践に従事する者、としました。一般の母親にも参加させてほしいという意見もありましたが現段階ではそれだけの許容力を持つ実力が無いということで、“実践に従事する者”に限定しています。将来的には地域の母親サークルと共に歩んでいければ良いと考

えています。

2) 自分の時間とお金を使う自主的な会である事を大切にしています。定例会を月1回、第1月曜日PM7時から2時間、保育所を利用させてもらっています。月会費は千円、年会費は1万2千円にもなり可成り高いと思いますがそれだけのお金を払ってでも学びたいという姿勢があり嬉しい驚きを感じています。会費で文献学習の本を共同購入したり、講演会を企画しています。子供連れで参加できるよう講演会では託児所を用意しました。利用者はゼロでしたが、この事は守っていきたいと考えています。

3) 会員みんなが主役である—各々がその分野においては専門家です。お互いに教え合い、学び合う事ができます。また教諭と保健所保健婦は転勤があります。メンバーの交代があっても継続していけるよう役割の片寄りをつくらぬよう心掛けています。

## 3. 活動経過 ※学習計画参照

現在会員は18名（保母10名、ことばの教室2名、保健婦6名）です。会員の出席率は良好です。学習会の後は会報を発行しています。会の内容は録音し、欠席した場合、希望があれば貸し出すことが出来るようになってきました。発会の日に乳幼児療育学習会に対する希望として次のような意見が出されました。

- 1) （障害児が重症化している印象を持っている）幼児全体にかかわる情報交換を希望。
- 2) 母の対応で児の態度が変わるという実感あり。児をとりまく問題を話し合って考えていきたい。
- 3) 自分の保育に対してアドバイスを受けたい。話を聞く場が無い。
- 4) 交流の場を求めている。
- 5) 障害児ではない普通の児の対応に年々悩みが増えてきている。相談する場がほしかった。
- 6) 日常の困っているケースの相談と、障害の勉強の場を求めている。
- 7) 子供らしくない子供が増えている。周囲の環境が影響していると思う。保育を考えたい。

## 平成2年度 乳幼児療育学習会年間学習計画

月日	内容 1	内容 2	司会	書記
4.2	伝達講習 ことばの発達について	意見交換	里	田西 千葉
5.7	事例検討	ワポイントレクチャー 低身長	千葉	松岡 永井
6.4	事例検討	ワポイントレクチャー 菌の衛生	後藤	岩田 佐々木
7.2	文献学習 1 生活のリズムについて	同左	高橋	薩田 里
8.21	文献学習 2 脳の発達と子供のからだ その1	意見交換	北山	三浦 高橋
9.3	文献学習 2 その2	その3	薩田	後藤
10.1	文献学習 2 その4	その5	星	田西 松浦
11.5	文献学習 2 その6	意見交換	下内	松岡 立花
12.3	伝達講習 子供と遊び	事例検討	松岡	北山 大西
3 1.7	伝達講習 情緒障害	事例検討	田西	千葉 星
2.4	親 睦 会			
3.4	総 会			

\*2.09.21 講演会開催「子供の笑顔を守るために」講師 別院センター 守屋 陽子 氏

8) 仕事を通して生活のリズムが乱れているのに気がついた。保育の場での生活を学びたい。  
9) 自分の経験が少ない。他人の経験を学びたい。  
10) お母さんの子育ての役にたてたらいいと思う。どの意見も切実で重みのあるものです。お互いの力をわち合って学び合いたいと考えています。将来的には、『お互いが、お互いの、スーパーバイザーになる』ことを目指していきたくと思っています。

今回の発表にあたり一部の会員から『学習会か

ら学んだこと』をきいてきました。

## 1) ことばの教室教諭の意見

- (1) 通級児についての情報が得られる。又、教室の様子を伝えることもできる。
- (2) 本別町の子どもの実態などがいろいろ理解でき、指導する上で助かっている。
- (3) 理論研修することにより担当者自身の向上に役立っている。

2) 保健婦の意見

- (1) 地域で最初に母児にかかる者としての重みが実感された。自らの役割を軽くみていた。それに気づいた事は大きい。
- (2) 文献学習は学問的勉強となった。保母との交流の中で実際に子供と接している人の声を聞くことによって視野が広がった。
- (3) 親密度が増し、今迄以上にスムーズな連携がとれるようになった。

3) 保母の意見

- (1) 他職種との交流の場となり視野が広がった。身近な事で他の立場からの意見をきくと自分とは違った感じ方をしていることがあり「アッそうだったんだなあ」と思う。
- (2) 文献学習はむずかしかったが、この会がないと、このような内容の勉強をすることはなかったと思う。

#### 4. 今後に向けて

『非力な私達だから』『何も頼るものがない地域だから』日々の活動の中で悩みます。一步踏みだそうとする時、支えがあれば心強いと思います。家庭の育児機能が低下していく中で私達の役割は重みを増して来ています。アイデンティティーの危機を感じていることもあります。そんな時に、支え合う事によっていきいき働いていければ良いと思っています。

#### おわりに

この学習会は発足して8ヶ月にしかありません。従ってこの学習会がどのような意味を持ったか、という事についてはお話しできないのですが、どんな意図を持ってどのように進めて来たかについてお話しさせていただく中で、金や、物や、地位が無くても、“人と想い”があれば出来ることはあるという貴重な体験をしましたのでご報告させていただきました。ある保母が呼びかけに応じて集まった保母をみて、『たくさん人会した』事に驚くと共にそれだけ悩んでいたのだなあとしみじみ感じたそうです。月1回、第1月曜日の午後7

時から例会を開いています。是非ゲストとして参加していただきたいと思います。お待ちしております。

昨日おこなわれた『母子保健法制定25年記念シンポジウム』の基調講演の中で、これからの地域母子保健サービスにおける留意点として5点あげられておりました。3点目に、健康診査、保健指導について「発達を評価し指導する健診」から「子ども全体を考える援助」へ意識改革の必要性が、次いで乳幼児保健と学校保健の連続性、地域保健と保育所・学校との連携があり、私達の必然のニーズから出た行動が的はずれでなかった事が保証されたと心強く感じています。

## 2 ミニ通園センター 設置の経過と現状

～幼稚園統合保育との連携～

（留萌南部地域幼児療育通園センター）

加藤 正

### まえがき

当センターは、本年4月開設したばかりのミニ通園センターであり、療育活動の実績云々の段階ではありませんが、障害児保育を実践してきた幼稚園に併設されたセンターの在り方や短期間ではありますが、その間の実践から得たものなどについて提示して、多くのご助言を得たいものと願っております。

#### 1. 設置に至るまでの経緯について

##### (1) 昭和63年度までの実態

留萌管内の障害乳幼児の療育システムは、全道の後進地域に位置付けられていた。その実態（南部地域）は、市内二校の小学校の言語治療教室に併置されている幼児の「ことばの教室」〈末尾資料〉と既述の幼稚園における障害児保育や市役所衛生部の保健婦さんが自主的に開設している「遊び方教室」(月一回)が挙げられる程度であった。

かつては行政サイドからであったが、養護学校誘致の要請が道にあげられ、また有識者の要請活動も行われたようであるが無為に終わった。そのほか留萌市幼児教育研究会が発起人となり、市当局に障害乳幼児療育の推進についての陳情活動を行っているが、実ることなく経過してきた。

(2) 平成元年度からの動き

北海道障害児早期療育調査検討委員会答申による早期療育システムの構想に則った行政の動きにより、システム導入化が図られて予算付けがなされた。

このことから急拠、幼児教育関係者が発起人となって、早期療育システムの理解と受け入れ体制についての説明会の席を設けた経緯がある。

\*平成2年1月30日

説明会（併設箇所が話題となる。）

\*同年3月29日

留萌南部地域幼児療育推進協議会発足

\*同年同日

同上協議会療育専門部会準備委員会を開く（通園児のスクリーニングについて）

2. 開設時から現在までの実態

(1) 開設時

- ① 実施主体 留萌市
- ② 経営主体 学校法人萌愛学園
- ③ 所在地 留萌市開運町2丁目15番地  
かもめ幼稚園内
- ④ 開設日 平成2年4月1日  
※療育活動開始4月25日
- ⑤ 指導員 2名（加藤正・安富亮子）
- ⑥ 通園児 6名（定員5名～9名）

幼児	性別	学級	障害の概要	在籍	市町
K	男	年長	発達性言語障害(自閉的傾向)	幼	留萌
S	女	〃	発達性言語障害(自閉的傾向)	〃	〃
M	女	〃	精神・運動発達遅滞(重度)	〃	増毛
Y	女	〃	精神薄弱(重度)ダウン症候群	〃	留萌
A	女	年中	発達性言語障害(自閉的傾向)	〃	〃
M	男	〃	言葉の遅れ・母子分離の遅れ	保	〃

⑦ 運営基本方針

- 1. センター設置の主旨に即した運営を図ると共に、設置条件の特質性を生かした実践に努める。
- 2. 保育に当っては幼児理解に努め、父母及び幼・保の担任、その他関係者との連携を密にした運営を図る。

⑧ 保育計画

\* 午前保育対象児については順次、食事指導の時間を設ける。

曜時	幼児	保育形態
水	午前 K	通園バス～11:30まで（食事指導） 総合保育～自由遊び・個別保育～プレールーム *個別懇談・保育…10:00から
	午後 S	徒歩登園～14:00まで 総合保育～自由遊び・個別保育～プレールーム *個別懇談・保育…13:00から
木	午前 Y	自家用車～11:00まで 個別保育を主とする～プレールーム *個別懇談・保育…10:00から
	午後 M男	自転車・市内バス～11:00～12:00 個別保育を主とする～プレールーム *個別懇談・保育…12:00まで
		午後 A
金午前	M女	自家用車～10:00～11:20 個別保育を主とする～プレールーム *個別懇談・保育…10:00から

\* 必要に応じて、通園児と通園児以外の対象児の小グループ保育を行う。

⑨ 年間行事予定（統合保育行事）

- \* 5月 父母個別懇談（親子遠足）
- \* 6月 親子会食 家庭訪問  
親子遠足
- \* 7月 親子保育
- \* 9月 父母個別懇談（運動会）
- \* 10月 親子保育（遠足）
- \* 11月 個別懇談（週のプログラム位置付ける）  
（お遊戯会）
- \* 12月 Xマス親子楽しみ会
- ※ 以下未定

その他 広報「通園センター情報」年間

4 回発行予定

⑩ 保育関係表簿

- \*センター日誌      \*保育日誌
- \*通園児個人票
- \*個別資料綴
  - ・幼稚園記録・医療・児童相談所
  - ・保健婦巡回相談記録・言語の教室

(2) 幼稚園の統合保育について

障害児保育については、30年来の実績のある幼稚園に併置されていることから、統合保育との関わりを深め、センターの役割を生かした効率のある運営の在り方を押さえる必要があった。

① 障害児保育の推移（研究紀要より抜粋）

すべての幼児に保育の場を与えることが、保育の原点であるという経営理念に立脚して、障害児と健常児が共に育つ保育を目指して、昭和32年度の開設時に3名の障害児を受け入れたときから始まり、以来、種々の試行を繰り返してきた。

52年度プレールームを設けたが、そのねらいは障害児に対して十分な個別指導を行うことと、同じ悩みを話し合い理解し合う場を持つことで母親を解放し、成長させることにならぬのではないかという母親への配慮からであった。

② 現 状

（1対1の保育を主とする障害児在籍）

- \*年少組 1名
- \*年中組 3名（内1名通園児）
- \*年長組 5名（内4名通園児）
- ※ 各組複担制

③ 実践上の困難点

1. 障害の程度や人数によっては適切な対応を欠き、また父母との対応においても時間的余裕が持てない。
2. 個々の教員に障害児保育についての研修が求められるが、予算や時間等に制約される。

3. センターの運営上の課題と

その取り組みの経過について

発足以来、日々の保育活動の中で種々の課題に出会い、その都度、取り組んできたものの中から主なものを述べる。

(1) 保育のパターンと保育者間の連携

\*学級内統合保育の場合

指導員1名 学担2名

\*障害児グループ保育の場合

指導員2名 学担1名～3名

\*個別保育（療育）の場合

指導員2名

※ 複数の保育者が関わる場合は、保育者同士がそれぞれの役割を了解しあり中で、忌憚なく学びあえる環境づくりに留意した。

(2) 統合保育の有効な一面

① 健常児が障害児の存在（状態）を認識することができる。

② 健常児の関わり方では、あまり関わらない子、保護的に関わる子、対等に関わる子など様々であるが、いずれの場合でも障害児にはプラスとなっているものと考えられる。ただし、保育者のタイミングのよい援助（見守りだけのことも含めて）を必要とする。

(3) 家庭（母親）の役割について

障害児を持つ親の心情は測り知れないものがあるが、乳児期における発達状態に即した日常生活習慣などのしつけの努力が望まれる。

このことから、センターの役割については、母親との関わりをいかに深いものにしていくかが課題であると押さえた。

(4) 就学についての懇談から

就学については、年長児の親の誰しもが心していることで、その思いは親なればこそである。以下、個別懇談のときの要点であるが、これらのことは、単に就学のことだけでなく、障害児を持つ親の子育ての基本的な面も含まれている。

\*障害の軽減を測るための早期療育は大切であること。

\*わが子に相応した学習と発達のための場を選択できるように情報を収集すること。

\*そのために関係機関や施設などを訪問して、適確な助言を得ること。

\*就学先を選択するのは、保護者の権利であるが、権利行使妥当性が問われること。

※地方においては、就学先の選択の余地がないことと、幼児期の母子分離に不安があることなどから、殆ど地元の就学を希望している。

#### 4. ま と め

##### (1) 幼稚園に併設のセンターの運営

1. 望ましい子供集団と教員集団の人的環境と統合保育の雰囲気的環境のもとでの療育活動ができること。

2. 統合保育の困難点の解消にいきさかでも寄与できること。このことは前項の兼ね合いから相互的なものであるが、センターの主体性を欠かない運営に留意すること。

3. 園の行事などによりセンターの療育予定に制約を受けることがあるが、施設の共用によることで、適切な調整で対処できる。

遊具については、若干、障害児向けのものに欠けるため補充を要する。

##### (2) センターの役割について

発足当時、いや、現在にあっては……「センターの役割は？」を問い続けている。

道の障害児早期療育システムの第一次療育圏の定義及び機能について、次のように示されている。

日常生活に関する利用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

このことを受けて、折りにふれてセンターの役割を問いかけてきたが、第一義的なものとして、障害児の療育活動を通して家庭養育へのサポートにあると押さえる。

##### (3) センターの機能性について

① 狭い意味での療育活動であっては、センターとしての機能は不十分であると考える。

実態として、療育活動に付随して生じるところの対母親、対保育・療育施設、対行政、対研究機関・団体等との対応が、センター運営に大きなウエイトをめている。

② しかし、センターが設置されたが、以前から障害児に関わっていた関係機関や施設が従来通りの動きのために、母親を困惑させる事例が生じている。

したがって、これらのヨコの調整が望まれると同時に、当センターが実質的なセンターとしての機能が発揮できるように組織立てることが必要と思われる。

##### (1) 人材の雇用について

人員の増減などについては、前項の関連から検討されるべきことであるが、同時に人材の確保に当たっては、適格者であることと合わせて、身分保証などの待遇措置が必要である。

人材の確保はセンター運営の要となることで、当面のことは別として将来とも臨時的雇用措置であっては、日々の運営の有効性を欠き、父母の期待にも応えることが困難となるであろう。

##### (5) 第一次療育圏拡大充実を望む

道の早期療育のシステム化においては、次の三つの視点を押さえている。

###### \*地域性

…家庭を中心とした身近な地域において、必要なサービスが提供されなければならない「地域性」…

###### \*総合性

…心身障害児全般に対応する各専門分野のチームプレーとして総合的な取り組みとしての「総合性」…

###### \*一貫性

…発達段階に応じた発見、相談、療育、保健などの取り組みとしての「一貫性」…

以上の視点の中に意味付けされているものと思われるが、上記三点に加えて地方の実態から、特

に療育の継続性を強く訴えたい。

就学期を迎えた障害児の母親との懇談で、切実な願いとして語られる言葉の中に……

\*通える所に養護学校があれば……

\*小学校の障害学級に入級しても……

\*一応、小学校に入学させてから……

以上のことはわが子の障害を容認し、成長過程のことを心しながらも、如何とも仕難い思いにかけられている様子が痛く感じられるのである。

それに加えて、幼児期の母子分離の是非の風潮などから、障害の程度に関係なく、地元の小学校へ入学を希望する結果となっているのが地方の実態である。

このような実態を是認する立場に立つものであれば、療育システムのタテの連携を待つまでもなく、障害児にもっとも身近な第一次療育圏の拡大充実が、緊急の課題になるものと考えられる。

### おわりに

指導員自身、現在の環境におかれて初めて、障害乳幼児療育の現実の一面を知り得た程度であり、本提言内容も多くの方々には、既に語り尽くされたことばかりでないかと恐縮に思っております。

いずれにせよ開設後、日が浅く経過を見なければ即断できない課題が多々あります。終わりに今一度、開設時の状況を述べて、早期療育システムへの期待をお伝えし、関係者の一層のご理解を願うものであります。

センター発足時の各関係者の胸中には、本事業の整備拡大による国の通園事業への移管を期待して、管内の障害児療育に曙光を得た感を深くしたことを忘れることができません。

### 〈資料1〉

#### 留萌市内幼児「言葉の教室」通級状況

H. 2. 9 現在

区 分	T 校	R 校	計	通園児 (内数)
構音障害 (DA)	5	6	11	2
言語発達遅滞 (RSD)	14	9	23	4
口蓋裂 (CLP)	0	1	1	0
合 計	19	16	35	6

### 〈資料2〉

#### 留萌南部地区幼児療育通園センター 運 営 仕 様 書

#### 1. 対象幼児

- (1) 留萌市、増毛町、小平町に在住する幼児で、保護者と共に通園でき、療育指導になじむものを原則とする。
- (2) 通園できる幼児の定員は、概ね9名とする。
- (3) 前項の規定に関わらず、通園待機中の幼児及び通園できない幼児に対しては、通園事業の可能な範囲において、相談を受けるなど、その解消に努めるものとする。

#### 2. 通園の決定及び指導方法

- (1) 旭川児童相談所の意見を得て、留萌市が決定し、学校法人萌愛学園は、留萌市からの通園決定通知書により、対象児の療育指導に努めるものとする。ただし、この場合、留萌市の決定行為の際には、受託者である学校法人萌愛学園と協議するものとする。
- (2) 増毛町、小平町に在住するものは、それぞれの町役場を経由して留萌市に申請し、留萌市が決定する。
- (3) 療育指導訓練は、指定した曜日と時間内に保護者が付き添うことを原則とする。
- (4) 療育指導は、日常生活における基本動作の指導、集団生活への適応の訓練を行うものとし、主として一対一の個別指導のほか、集団指導、必要に応じて、親子ともに指導を実施する。
- (5) 通園期間は、療育指導を必要とする期間とする。年齢は就学前児に限定する。
- (6) 療育指導は必要に応じて、他の関係機関や関係者と連携を密にして行うものとする。

#### 3. 開設運営

- (1) 通園事業に従事する職員は、心身障害児に対し適切な指導を行う能力を有する者を当てるものとする。
- (2) 毎週3日間（水・木・金曜日）の午前10時から午後5時まで開設する。
- (3) その他については、学校法人萌愛学園かもめ幼稚園の就学規則に準ずる。

### 3 網走市の療育活動

（網走市幼児療育センター）  
朝 倉 をり江

#### 1. はじめに

昭和55年心身障害児療育事業と幼児ことばの相談室が開設され、心身障害児療育相談事業は福祉センターの一室を借用して月1回～2回程度集まり、市の担当者と家庭児童相談員が療育を進めて

いました。また、幼児ことばの相談室は小学校ことばの教室へ併設され、活動を行っていました。

その後、療育相談事業・ことばの相談室ともに療育の体制と内容の充実をはかり、昭和62年には現在の療育センターが新設され同時に国庫補助である小規模通園事業の指定も受け、それまで別々に実施されていた精薄・情緒・言語・肢体不自由の幼児への療育が1つの場所で行なえるようになりました。

一人ひとりを大切にする療育はどうあるべきかを模索するなかで、現在は6つのグループを組み療育を進めています。

表-1 療育センター年度別指導体制について

年度	形態	ミルキーG	形態	ことばの相談室G	形態	パンダG	形態	こんべいとうG	形態	ひよこG	形態	どんぐりG
H2年度	小集団指導	発達の違いがある未就園児を対象とし小集団指導を行なう。1グループ週3回、3時間の指導時間。	個別指導	言語面の改善をする対象児 口蓋裂・聴覚・吃音・構音	個別指導	肢体訓練 週3回の指導ワーク 訓練はセンター職員が行なう	小集団指導	発達の違いがある就園児を対象とする。週1回2時間	小集団指導	低年齢（0～2歳）児を対象とし親子遊びを中心に基礎的体力の向上を図り全体発達を促す。	個別指導	発達の違いがある就学前幼児を対象とする。
元年度から6つのグループの体制で行なっている。												
63年度	小集団指導	あゆみ学級	個別指導	ことばの相談室 言語面の改善 対象児 口蓋裂・聴覚・吃音・構音、言語発達遅滞	小集団指導	肢体訓練 網走養護学校教諭により、肢体訓練を行なう。週2回	小集団指導	*こんべいとう 就園児を対象とし大集団で適応できない子について指導を行なう。言語相談員、療育係母が担当、1時間ワークを週2回設ける				
		2グループで各週3回の指導。 (Aグループ 月水木) (Bグループ 火水金) 対象児 発達の遅れ										
62年	小集団同上	個別1人1時間ワーク、月2～4回	個別	同上	個別	同上						
61年	集団	1グループで月～金5日 個別同上	個別	同上	個別	同上						

## 2. 現在の活動状況

表-2 療育体制及び指導プログラム

種別	回数	障害種別	指導のねらい	年齢範囲	指導担当
グループ I 指導	週 1 回	運動発達遅延  運動発達遅滞  (ひよこG)	親子遊びを中心に基礎的体力の向上を図り全体発達を促す(未措置児) 一日の流れ 9:30～ 自由登園、自由遊び、リズム遊び 10:30～ 朝の集まり 手遊び、名前呼び、親子体操 *毎回の反省をふまえて親や子どもがより楽しく参加できるように取り組んでいる 11:30～ 降園	0～2歳児	療育保母 (3名)
	週 3 回	発達の遅れ (精薄・情緒・ ダウン・自閉傾向等)  (ミルクーG)	大人(保母・親)を媒介としながら、子ども同志の遊び、他児への関心を深め個々の発達の援助を行なう 一日の流れ 9:30～ 自由遊び、リトミック 10:30～ 親子体操、朝の集まり 11:30～ お弁当 設定遊び 感覚・感触遊び 13:00～ 降園 豆・小麦粉・紙吹雪・粘土・ハンモック等 *午前療育の日が1回 体力づくり ある 散歩・サーキット・スカイバルーン・外遊び *月1回「お母さんの 親子体操(菜の花体操・ブラッシング体操) 時間」を設定し、親 身体意識を高めるための遊びのひとつとして取り入 同志の話し合いをす ている る場をつくっている *季節によっては行事も入ってくるし療育内容も変化する	未就園児  3歳～6歳	療育保母 (3名)
	週 1 回	発達の遅れ (ダウン・情 緒等)  (こんべいとう)	子ども同志のかかわりにより自発性・社会性を育て個々の発達を促す 一日の流れ 13:30～ 集まり 仲間遊び 友達を意識したり、遊び方やルールを理解する おやつ(子どもたちが少し手を加えたもの) 口腔機能を高める 15:30～ 降園 *月1回おやつづくりを中心とした指導	就園児 4歳～6歳	言語相談員 療育保母 (2名)

個 別 指 導	週	肢体不自由児 (バンドG)	肢体訓練	就学前幼児 2歳～6歳	肢体担当 (2名)
	1	発達遅れ (ダウン含) どんぐりG	認知面の向上、対人面、言語、母子関係の改善を個別の かわりにより発達の援助を行なう		療育保母 言語相談員 (4名)
	回 以 上	言語障害 (ことばG)	言語面の改善 口蓋裂・吃音・難聴・構音障害		言語相談員 (2名)
<p>★一人ひとりの障害や程度、発達の段階、年齢が異なる                  ★指導時間は一時間を基本とし、子どもにあわせている                  ★発達の遅れを伴う子どもについては担当者を複数にするなどの体制をとっている                  ★個別指導のプログラムは個々の発達に応じたものを用意している                  ★連絡ノートを用意しその日の内容や担当者が感じたこと、あるいは家庭への援助等記入し家庭からも記入してもらうようにしている。また、幼・保の担任にも目をとうしてもらい、幼・保での様子や担任の意見を記入してもらっている。三者が連携をとるためにも重要視している                  ★家庭訪問や幼・保訪問をし、少しでも子どもの状態を把握できるように努めている</p>					

表-3 療育センター全体行事

4月	はじまりの会
5月	茶話会
6月	学習会（講師の話を聞く）
7月	室内レクリエーション（おまつり）
9月	野外レクリエーション（バス遠足）
10月	学習会（ビデオ鑑賞）
11月	茶話会（おやつづくり）
12月	もちつき会（クリスマス会）
1月	ソリアそび（スキー場へ）
3月	おわりの会

表-4 療育センター利用状況

年齢	1歳		2歳		3歳		4歳		5歳		合計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
肢体不自由児											
精神発達遅滞			1	1			2	1	1		6
発達遅れ	2		1	1	7	1	4		3		19
言語障害児		1			1	3	1	4	3	1	14
合計	2	1	1	2	9	4	5	6	7	2	39

未措置児グループ（ひよこG）

年齢	0歳		1歳		2歳		3歳		合計
	男	女	男	女	男	女	男	女	
発達遅れ			2		2	1	1		6

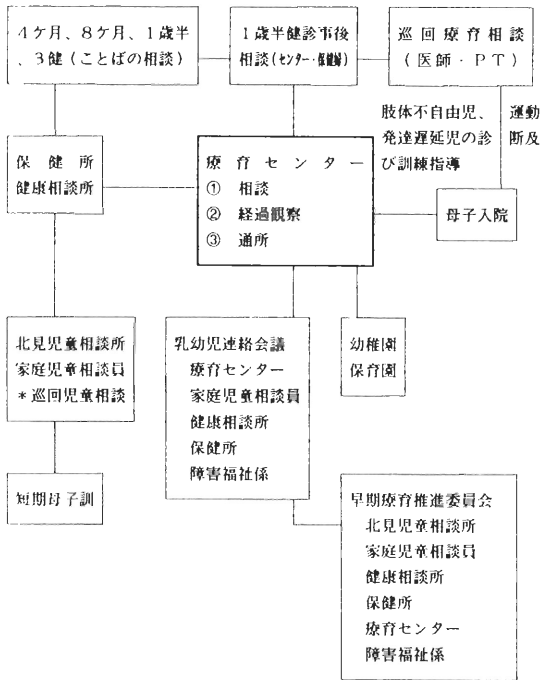
表-4にあるように39名が措置児、6名が未措置児である。未措置児については、まだ障害の程度がはっきりせず取り組み方によっては早い時期に健常児となりうる幼児、あるいは、低年齢のため他のグループに入る前の準備期間としての利用

（親の理解を得るための準備期間でもある）であり、半年ごとに保健婦と協議する。

対象＝巡回療育相談、1才6ヶ月事後相談より発達に心配のある子ども

### 3. 早期発見・早期療育システム

図1



#### 1) 巡回療育相談

昭和55年より網走養護学校教諭の協力を得て月2回の肢体訓練を行っていたが、医学的かつ専門的な訓練に対応するため、昭和56年より道立旭川肢体不自由児総合療育センター（当時は道立旭川整肢学院）の医師と理学療法士による巡回療育相談を月1回実施し、就学児も含めた肢体不自由児の家庭内における訓練や療育センターでの指導に様々なアドバイスを受けている。

#### 2) 3歳児健康診査ことばの相談

ことばの相談室発足当時は就学年齢児が多かったため、療育期間が短く指導効果が限られていた。そのため、もっと早い時期の相談、療育の必要を感じ、保健所へ3歳児健診ことばの相談の要請をした。

昭和57年から3歳児健康審査会場へ出向き、相談業務を行なうようになり毎回4～5名の相談を受けている。

それまでは市の保健婦とのかかわりが中心であっ

たが、3健に参加することにより保健所との連携も強まり、同時に早期発見の場が確保された。

#### 3) 乳幼児連絡会議

療育相談業務が開始された頃は乳幼児の相談の窓口が保健婦・家庭児童相談員・療育センターと別々であったため一人の子どもに対する把握や療育の方向づけができづらい状態であった。そのため、関係機関の情報交換あるいは共通理解の場として昭和58年4月より月1回の話し合いの場を設けるようにした。

巡回療育相談・1歳6ヶ月健診事後相談・3歳児健診・発達相談・その他の相談を受けた子どもについてこの連絡会議で話し合われている。

#### 4) 1歳6ヶ月健康診査事後相談

「ことばが遅い」という訴えの子どもの場合3歳前後からの相談が多い。しかし、もう少し前の年齢から親に対する援助や子どもを見ていくことができれば早期発見でき、療育につながるのではないかと市の保健婦と協議を重ねていた。

その結果、昭和63年より1歳6ヶ月健診で心配のある子どもを対象に2歳時点で保健婦と共に相談にあたり、必要に応じてセンターの未措置児グループで週1回の療育を行なっている。

## 4. 各関係機関

#### 1) 他町村受け入れ経過

昭和56年頃より隣接する町村から随時相談があり経過観察児として対応していた。また、保護者からの要望もあり月1回のサービス指導も行なっていた。

平成元年、道の早期療育推進事業の実施にあたり網走市においても第1次療育圏である2町村（常呂町・東藻琴村）からの受け入れを開始し現在5名が通所している。

子どもの状態については、町村保健婦や幼稚園・保育園と連携を取っている。

#### 2) 障害児保育（網走市の障害児保育事業）

療育センターに通所しながら保育園を希望する子どもがおり、保育園側でも検討を重ねていくなかで、子どものよりよい発達と健常児との交流の

場として昭和62年に障害児保育指定園ができた。

入園については障害児保育判定委員会で決定し、ケースの引き継ぎやケース検討を保育園と療育センターで行なう。

通園方法については療育センターと平行通園しながら子どもの状態に合わせ、徐々に大きい集団に移行する形をとっている。

※障害児保育判定委員会構成メンバー

児童家庭課長  
市立保育園主任保母  
家庭児童相談員  
保育係  
障害福祉係  
療育センター

3) おもちゃ図書館

昭和56年9月に北海道で3番目のおもちゃ図書館が網走婦人会館の一室に開設されたが、利用人数が少ないことや障害児が気軽に利用できなかったため、昭和57年頃療育センターにおもちゃを一括して置くようになる。当時は療育センターに遊具もあまりなく療育の一助になっていた。その中で保護者も気軽に借りられるようになり、おもちゃ図書館との交流も広がってきた。

現在は療育センターの一室で月2回の借し出しを行ない、クリスマス会や野外療育など色々な行事にボランティアとして参加してもらい、療育センターの活動を応援してもらっている。

4) 就学指導委員会

昭和62年までは家庭児童相談員が幼児の部分も担当していたが、障害幼児のニーズに対応するためには療育センター職員が委員会で子どもの概要等の説明をする必要があることを訴え、昭和63年からセンター職員1名が就学指導委員に任命された。

委員会では療育センターの活動状況等の説明をし、また、一人ひとりの子どもの状態をより把握してもらうために必要に応じて発言している。

市内特学、養護、小学校のことばの教室あるいは普通学級での観察児と就学先はさまざまであるが就学相談の段階で保護者が就学先を決めている

場合が多くなってきている。

## 5. 職員配置

図2

センター長	兼任	社会福祉課長
言語相談員（2名） 療育保母（4名）	専任	障害福祉係
嘱託医	兼任	道立向陽ヶ丘病院長 精神科医師
嘱託医	兼任	道立旭川総合療育センター医師
嘱託 理学療法士	兼任	道立旭川総合療育センターPT

## 6. まとめ

網走市の療育活動も10年目を迎え、発見から療育への体制が不十分ながらもつくられてきている。しかし、対象となる子どもの障害が複雑化し、年齢も低くなってきている。そのため一人ひとりであった対応と構成をどうしていくことが望ましいのか試行錯誤の状態である。

今後に向けては、指導体制と療育内容の充実を図るとともに親が子どもの発達について気軽に相談ができる場を確立し、地域の療育センターとして活動していきたいと考えている。

## 4 行為の喪失の時代

—早期療育のもうひとつの意味—

（室蘭児童相談所）

貞 方 宏

### 1. 清潔の時代

今がどんな時代であり、どのような意味を持っているのかを吟味することは勿論できませんが、印象として言えば、清潔を求める時代ではなからうかと思えます。子供達の朝の洗髪、青年達の清潔な顔、そして中年の男達への不潔感等々清潔さを求める心は子供や女性のみならず多くの人々に強く根づいているとさえ言えます。更に言えば男

達は骨格を失い、逞しい強靱な顎を失い、なだらかに優しい曲線で体の輪郭をまとっています。女性達も一層美しく優美であり、実に多様な化粧品や衣装や装飾品が市場に溢れています。清潔の時代は優美な時代であるとも言えます。無骨さはもはやトレンドでもおしゃれでもありません。

清潔であること、そして優美であることをもう少し抽象的に表現すれば、余剰を落とすことであるとも言うことができます。余剰を落とすということは、純粋な姿に変えるということであり、その傾向性は人の本質的な可能性の一つであるとも言えます。

人は感動することあるいは歓喜することができます。この感動は余剰がなければい程純粋であることができます。風景に感動する為には、風景を汚す人工的な物があってはなりません。風景に調和したお城であればまだしも、廃物の処理場がそばにあっては感動は著しく阻害されます。廃物の処理場は風景の余剰な成分です。愛の物語は美男と美女でなくてはなりません。醜男と醜女の愛の物語は、いかにその物語が崇高であろうと感動を妨害し易いのです。勿論、醜男と醜女であるが為に物語が一層崇高なこともあるのですが、ごく一般的にそれは余剰で余計な成分です。ローマの休日を味わう異国のお姫さまが美女でなくては物語は衰弱しますし、森の妖精リーマが軽やかに密林を走る美女でなくては夢は潰えます。言い換えれば余剰を落とせば落とす程、感動は深まると言うことができます。余剰を落とすことは言うまでもなく物の姿を純粋にすることでもあります。それは形を整えること、臭気を無くすこと、汚れを落とすことであります。

平安時代は優美の象徴として引用されますが、その王宮は排泄物を部屋に置いていた為、凄まじい臭気を放っていたという優美とはほど遠い記録もあります。また江戸時代の下町も下水処理が全くなかった為に、臭気はもとより、不潔で、蚊が無数に飛び交っていたとも言われております。これに反し、現在は上下水道も一応完備し、多く水洗で、臭気は殆ど失われ、また町で蚊の群れに襲

われることもありません。汚物や臭気は余剰な成分です。

ただ、余剰成分を落とすことは容易ではありません。そう遠くない昔に人が川岸で、洗濯板と洗濯石鹼だけを使って洗濯していた頃、洗濯物を純白にする為には限り無い努力が必要だったでしょう。しかし今の時代には誰もそんな努力をしません。なぜなら機械と化学があるからです。全自動洗濯機とバイオ洗剤があれば、殆ど人は自ら努力なくして清潔を取り戻すことができるのです。言い換えれば機械と化学が清潔を容易にします。清潔の時代は機械と化学によって加速されます。

## 2. 行為の喪失の時代

機械と科学の介在は人の行為を減少させます。洗濯は人の行為ではなく、洗濯機と洗剤の行為なのです。人は自ら手を汚さず、しかも自らの努力を失います。それは行為の喪失であるとも言えます。昔、父親は鶏を殺し、子供達は毛をむしり、母親は肉にきりわけました。今、鶏を殺す父親も、毛をむしる子供も、鶏を切り裂く母親もおりません。殺戮は扉の陰で行われ、人は店頭に並ぶ食品しか知りません。殺戮は醜悪ですし、罪悪でさえあります。言い換えればそれは一種の余剰です。心に罪悪が残らなければ残らない程、人は純粋で、平和であることができます。人は殺戮を失って無罪であり、無辜であり、潔白です。無罪性や無辜性を人に強くするのは決して殺戮を失う為からではありません。殺戮も行為です。行為の喪失そのものが自ら汚れることを喪失させているのです。清潔であることは行為の喪失と等価であります。行為を失うことによって自らの清潔と無辜を手に入れたのです。

余剰の限り無い剝奪は、余剰の排泄でもありません。余剰は多く汚物であり、汚れた行為です。人はそれを自分の回りから除外します。自分の車の中を綺麗にする為に、汚物を外に捨てるのは感心できることではありませんが、これも余剰の剝奪そして排泄であり、多かれ少なかれ人はここから逃れることはできません。社会規範にのっとって

いるか否かは重要な問題ですが、少なくとも人が自分の家を清潔にする為に多くの汚物を排泄しているのは事実です。汚物の増加は清潔への希求と表裏である為、時代は汚物の増加に向かいます。つまり行為の喪失が汚物の増加を招きます。ここには言うまでもなく機械と科学が介在します。勿論汚物は本来汚物ではありません。

時代が清潔に向かうということは行為の喪失を意味しています。それは機械の使用であり、もっと基本的に言えば、道具の使用です。勿論人は道具を使用することなくして社会を維持できません。高度な文明の発達には道具使用によってもたらされました。たとえそれが胡桃を砕く石というような素朴な道具であっても確実に行為の喪失の過程にあるのです。文明は本質に於て行為の喪失を余儀無くさせます。誰もそれから逃れることはできません。それゆえ清潔の時代とは行為の喪失であるとも言えます。

### 3. 発達の停止

時代は様々な子供を産み出しています。登校拒否児の激増、虞犯的な状態の子供達の増加、青年達の自動車事故の多発、それらは到底減少する兆しを見せません。何故に学校に行かず、非行を犯し、異常な速度で車を走らせるのかはともかくとして、この人々の多くは非常に幼稚な心の状態にあります。今、幼稚ということをごく一般的な意味で用いましたが、厳密に幼稚ということ定義しようとするならば必ずしも容易ではありません。その定義のひとつを行為の喪失の側面から行うことができるように思います。なぜならそのふたつを産み出しているのはまさに今の時代だからです。そこには密接な相関があるに違いありません。

素朴な道具から始まる機械文明の発達は人の行為を減少させていきます。人は実に多くの行為を失ってきています。百年、千年の単位で行為を喪失してきているのも確かですが、むしろ行為の喪失はこの数十年で顕著となりました。あるいはもっとごく短期間で失ってきたかもしれません。事実鉛筆が削れないことはもはや不思議ではありません。

林檎を包丁で剥けないこともそれほど不思議ではありません。箸の使用ですら危なくなっています。鉛筆の持ち方も以前のように一様ではありません。鋸も鉋も鉋も使用できる人は少なくなっています。それも勿論道具ではありません。ただ、それは人の行為を強く要求してやまない素朴な道具です。鋸を握ったままでは決して木を切断することはできません。鉋も構えているだけでは決して材木を滑らかにすることはできません。人は巧妙に素朴な道具を作動させなくてはなりません。それは紛れもなく人の濃密な行為です。しかし、電氣的に機械を作動させれば、行為は簡略化されます。電気鋸や電気鉋が鋸や鉋以上の行為を要求することは決してありません。人は常に行為の純粋化、もっと言えば行為の単純化を目指しています。必要は発明の母です。もはや箒で掃除する人も釜で炊飯する人も殆ど誰もおりません。勿論行為は無にはなりません。どんなに便利な機械も作動させなくてはなりません。この作動は人の行為で行われます。この時人の行為は限界にまで失われます。確かに結果、あるいは成果は同じです。場合によってはそれ以上にもなります。卓上計算機は間違えませんが、人の計算はよく間違えます。しかし結果に対して人の行為は浅くなります。行為の喪失の時代とは、簡単に、そして浅く行為して多大な成果を得ることができる時代であるとも言えます。昔のデパートにはエレベーターがありませんでした。屋上を極める為には自分の足で階段を登らねばなりませんでした。それはいわば成果と等量の行為を必要としました。言い換えれば行為という原因に等しく結果が現れました。自ら歩むことなくして2里の道程を極めることは決してなかったのです。しかし自動車は歩くという労苦を解消しました。本来結果にはそれに相応した行為がともなわなくてはなりません。それが因果関係の成立です。これを今深い因果とすれば、道具から始まる機械、そしてエレクトロニクスは行為を失わせるという意味に於て因果関係を浅くします。それは因果関係が幼稚な水準で成り立つことでもあります。

社会は因果関係によって成り立っています。自分が為すということは役割でもあります。私の行為は社会に拘束された行為です。私の自由な行為は社会に受け入れられません。公的な行為であろうと、私的な行為であろうと事情をかえることはできません。「私」の行為は職制上の行為であり、「私」の行為は父としての行為です。その行為が社会に結果を招来させます。それゆえ行為の減少及び喪失は社会的に未熟な人を発生させます。幼稚とは因果性の浅薄な理解であり、社会的な水準での役割の喪失です。つまり、行為の喪失は社会的な発達を抑制すると言うことができます。それが幼稚であることのひとつの定義です。ひとつのという意味は、人が行為にのみ拘束されてはいないからです。人はたとえば存在するという局面でも論議されなくてはなりません。それに伴う幼稚さもありうるはずですが、行為の水準に於いても人は充分に幼稚であることができるのです。

#### 4. 行為の重量

行為は決して容易ではありません。行為の性質によっては著しい困難を伴うことも稀ではありません。行為は重苦しいといっても過言ではありません。計算は苦痛です。木の切断も苦痛です。電卓は計算にとまらぬ苦痛を解消し、電気鋸は切断に伴う苦痛を解消します。昔、山頂の光景を味わうことができの限られた登山家だけでした。これに反して今はロープウェイで誰もが山頂を極めることができます。これは感動を公平に人々に分かちつという成果を生んだことは確かですが、それに比例して失うものもまた多かったです。失ったひとつのものはあらためて言うまでもなく発達です。しかし人が失ったものはそれだけではありません。人は行為に伴う重苦しさも失ったのです。それは行為の重量の喪失です。行為は機械と科学を介在させて軽量化されています。井戸を掘る行為の重さをもう誰も知ることはできません。その行為自体既に殆ど失われていきます。水は栓を回すことによって出るものであり、井戸から汲み上げるものではありません。風呂の水を汲む、ある

いは運ぶという言葉はもはや消失しました。

行為は純粹で、単純で、そして簡潔でありたいものです。面倒な手続きを喜ぶ人は誰もおりません。しかし、人は同時に誰も面倒な手続きから逃れることはできません。面白いだけの単純な行為だけで社会生活を維持することはできません。社会は意外に古風です。この古風さを守って自分自身の希望をかなえようとする時、勝手気儘な行為は希望の成就を妨害します。多くの場合行為は重苦しいものです。社会の一員として過ごす時、その大半の行為は喜びとは程遠く、殆ど苦痛のみであるといっても過言ではありません。この苦痛は行為の重苦しきです。人は行為の重苦しきに耐える力を持たなくてはなりません。そうでなくては人は社会生活を維持することはできません。

人は行為の重苦しさを理解していなくてはなりません。それはいうまでもなく行為の重量の理解です。還元すれば、行為の軽量化は社会生活に伴う苦悩を理解させなくします。それは因果を理解させなくすることと同じですが、それ以上に耐えるという素朴な人の心を失わせます。努力や忍耐が尊いということ述べたいではありません。人の努力も忍耐も限界的です。圧倒的な苦痛の前には努力も忍耐も意味を持ちません。しかし圧倒的な苦痛が社会生活を支配しているわけではありません。もしそうであれば誰も社会生活に適應できません。人は苦悩に満ちた生活に微かな喜びを見出しているに違いありません。というより苦悩を喜びに変えることができるに違いありません。それが可能である為には、苦悩という圧迫をそれなりの喜びに変える基礎的な様々な方法を知っていなくてはなりません。つまり、行為の重量の中に甘味な蜜を嗅ぐことができなくてはなりません。その時、努力や忍耐には微かな喜びが伴います。

それは決して純粹で単純な感動ではありません。むしろ複雑で脆弱な喜びです。困難で重苦しい行為は、微かで弱々しい喜びを介在させない限り、単なる圧迫になります。人は重苦しい行為に微かに喜ばしい行為を付随させているはずですが、微かな喜ばしい行為は通常複雑でいわば余剰な成分で

す。それは人の素直な感動を妨害します。人は山頂での感動を味わう為に即座にそこへ行きたいのです。山道を迎えるのは苦痛以外のなにものでもありません。しかし山道には木々が輝き、花々が生き、省みて風景が裾野に走っています。それは山頂で味わう感動に比べればささやかな感動かも知れません。このささやかな感動を知らない時、山道を迎えることはただ苦痛に過ぎません。

行為の単純化、そして軽量化はささやかな喜びを減少させます。同時に苦痛の減量でもあり、人の心は深さを失って行きます。それは相手の心を思いやることができなくなることと同じです。人は自分に理解できないことを理解することはできません。それは共感の喪失です。行為の喪失は因果を浅薄にし、同時に行為の重量の喪失は共感性を衰退させます。そして更に重要なのは、行為の軽量化は自分自身を他人のように見つめるという客観的な態度の萌芽を摘みます。これについての議論は今回は省略しますが、結論的に言えば行為の省略化はやむなく行為している自分を生みません。人の行為が苦痛に彩色されていけばいる程、自分自身の関与性は減少していきます。それは自分の責任ではないし、仕方のないことであり、今行為しているのは、やむなく行為している自分の中の別な自分なのです。言わば「私」は自分を他人のように見つめます。それは「私」の客観です。行為の重さを十分に味わうことは、自分自身を他人のように見つめることを可能にするのです。

行為の喪失は因果の喪失であり、共感の喪失であり、更に客観の喪失であります。勿論、人は行為を完全に喪失することはありません。それゆえ人は行為を浅薄にして、因果を、共感を、客観を弱くします。それは言わば発達の幼児化です。因果を理解できないこと、他人の感情に共感できないこと、自分自身を客観的に見つめられないこと、それによって人は自分勝手な理解を安易に成立させます。それは自己中心的な態度です。

## 5. 自己中心性の蔓延

発達はある意味で自由です。発達に価値を介在

させることは本来できません。高度に社会的な人に価値が高く、無頼に生きる人に価値がないということはできません。ただ、人は否応なく社会的生活を余儀なくされています。社会生活は抑制によって成り立ちます。5個の林檎を10人で食べる為には、半分に切らなくてはなりません。一人だけ1個の林檎を食べることは許されません。10個あれば公平に与えられることになりますが、この場合も一人が2個も3個も食べることはできません。100個にしようと200個にしようと事情は全く同じなのですが、ただ個数が増えれば、熾烈な戦いは表面上姿を隠します。自己中心性は豊富さの中に埋没し、抑制は不要になります。言い換えれば豊富さは自己中心性を過剰に増殖させながらもそれを隠蔽します。昔、父と子はテレビの番組で抗争しました。解決は容易でした。父も子もテレビをそれぞれに持てばいいからです。あるいは狭い部屋で家族が退屈を紛らせる為になにかを考えなくてはならない必要性もなくなりました。それぞれ勝手に楽しむことができるからです。父はカラオケ、母はエアロビクス、子はファミコンとステレオをそれぞれの部屋で勝手に時を過ごせばいいのです。それは一見平和な生活ですが、本来の行為性を喪失し、それに伴い因果を共感を客観を失い、自己中心性を無限に増殖させているのです。

社会は前に言いましたとおり、意外に古風です。それは社会が規則や役割を持たない限り成立しないからです。自己中心性は社会を混乱させます。なぜなら自己中心性とは役割の喪失であり、相手をおもんばかりの気持ちの喪失であり、客観性の喪失だからです。自己中心性の蔓延は社会を危うくします。

価値は行為のなかに育まれなければなりません。私達は待つことを回復しなくてはなりません。静かに、遠回りに迂遠に行為することを、性急な激しい一瞬の行為の代わりに採用しなくてはなりません。もし、虚しい努力を価値として見出すことができれば、蔓延する自己中心性を多少なりとも克服することができるかもしれません。

## おわりに

行為の喪失は筋肉の運動の喪失と完全に同じです。勿論完全に行為性を失うことはありませんが、もし理論的に理想的に行為性を失えば、言葉すら失います。それは言うまでもなく自己中心性の跳梁です。数年前、ある地方都市で2才児の発達調査が行われました。この結果は児童相談所の研究紀要に記載されていますが、そこには時代の漠然たる危機が象徴的に表現されていました。時流の言葉を借りて言えば、繁栄の陰で信じ難いことが起こっているのです。このことを私達が本当に理解する為には追跡的な研究が行われなくてはなりません。しかし待つてはられないかもしれません。結果を待つ10数年の中には私達にはあまりにも多くのものを失うかも知れないからです。

早期療育は時代と共に意味づけられなくてはなりません。早期療育のもうひとつの意味とは、時代の子供達の姿を明敏に抉りだすということです。その意味でいま抉りだされなければならないひとつの問題は行為の軽量化の進行であり、行為の簡略化の進行です。素朴で繊細な行為が回復されなくてはなりません。それは自己中心性の抑制でもあります。今回方法的な論議をしようとは思いません。なぜなら、私達自身それを考えること自体に行為の回復があるからです。私達も等しく時代に犯されているのです。

ギリシャの哲学者プラトンはクリティアスの中で海に沈んだと言われる謎のアトランティス大陸について語ります。「アトランティスの人々は神から受け継いだ叡智と美德を失い、欲望と墮落と傲慢に陥っていった。全能の神ゼウスは彼等に教訓を与える決心をして神々を召集した」。ここで不意に、突然に物語は終わります。教訓は記述されていません。アトランティス大陸は結果的に海に沈みますが、プラトンが教訓や警句を発しなかったのは、おそらく自ら考えることなくして救われることがないということを暗黙のうちに示したかったからに違いありません。

## 5 ま と め

（千歳市総合福祉センター）

阿 部 哲 美

この研究会では当初よりこの分科会が設定されています。この間、道の障害児早期療育推進事業が開始されるに及んでこの分科会がますます重要な立場になってきていると思います。各地での地域療育活動がどのように進んでいるか、どのような不都合があるか、理解するのに便利な分科会ではないかと思われます。

参加者は60名ですが、参加者の所属が多彩です。まず、行政では道、市、町から来ています。それから、道の療育センター、総合相談所、特殊教育センター、第二次圏の地域療育センター、心身障害児通園事業、母子通園センター、児童相談所、保育所、保健所、相談室、幼児ことばの教室、大学、病院、入所施設、幼稚園、小学校、保健婦と幅が非常に広いことが特徴でないでしょうか。

本別町では通園事業はしていませんが、隣の足寄町が母子通園センターを設置するのを機会に乳幼児療育の学習会をつくった地域活動を報告しています。このようになったのは、既に障害児保育を実施していたが、対応が分からないまま障害児保育を実施していく中で、学習会活動に結びついたようです。ここでは保母と保健婦との結びつきが核になっています。

この本別町ではこのような学習活動が地域の障害児療育の力になることを願って続けているとの報告です。本別町は通園施設をつくる気持ちもあつたようで平成3年度以降に道の療育圏の見直しの時にはぜひ通園施設の設置に結実してもらいたいものです。

留萌市からは民間の幼稚園（かもめ幼稚園）が設置した母子通園センターの報告です。新たに、しかも、民間で運営する困難さを報告しています。まず、この通園センターをどこがつくるか、運営

主体をどこにするかで苦労したことが話されました。それと、地域の中でこの通園センターが位置付けられていないこと、子どもの指導に対する援助が得られないこと、専門性を確保することが困難であること、母親への支援が難しいこと等が語られました。このあたりは道の地域療育センターの整備が進められ、第1次圏への支援システムが整えられることで解決していくことを願っています。

網走市では既に、通園事業の施設を運営しており一定の歴史的経過で発展してきていることを報告しています。通園としては歴史は浅いのですが、センスのある活動を展開しています。例えば、関係機関との連絡調整のために乳幼児連絡会議を月1回設けています。道内でこのような定期的な会議を継続している所は少ないのではないのでしょうか。これによって、関係機関との円滑な連携業務を進めているのでしょうか。これは寝屋川市の5者連絡会議を想起させます。埼玉県の手い鳥学園（現在、ハローキッズ）の調査によると、精神薄弱児通園施設で定員割れしている施設としない施設を比較すると、定員割れしていない施設はPT、OT、ST等の多様な職種を配置していることと、関係機関との連携を密にして業務をしていることが報告されています。このことは網走市にもそのまま当てはまることです。

室蘭児童相談所の貞方氏は現代日本に対する洞察と思索からこれからの子どもの将来について大きな不安を表明していると思います。子育て・教育のあり方に対して警鐘を鳴らしています。今の子どもたちが様々な活動において省略した行為で済むようになっています。現代はボタンを押せば出来上がる状況にあるのです。これでは子どもが主体的に身体を使い、精神を使って、外界に働きかけることがなくなっていることは言うまでもありません。貞方氏はこのことが子どもの発達を阻害していることを指摘しています。

今回の分科会はこのような多様な報告のため討議の柱を設けて論議をするまでに至らず、いくつかの質問や意見が出されました。そこでは道の早

期療育システム事業の進展具合が性急すぎないか、地元のイニシアチブがないのではないか、母子通園センターでは専門性が確保できない、第1次圏への援助システムが求められる、療育圏の線引きを柔軟にするべき、公的研修制度が必要である等の意見が出されました。

# — 第3分科会（保 育） —

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. これからの幼稚園教育を考える                       | 吉 村 幸 子        |
| 2. これからの保育所保育を考える<br>——保育指針の改定をどうみる——   | 現場実践から 堀 岡 英 機 |
| 3. 児童をめぐる状況とこれからの課題<br>——これからの子育てを考える—— | 辰 田 収          |
| 4. ま と め                                | 伊 藤 克 美        |

## 1 これからの幼稚園教育を考える

（発寒幼稚園）

吉 村 幸 子

### はじめに

大きなテーマをいただいて困ってしまいましたが、私なりに考えていることを、日頃の幼稚園生活の中での子どもとのかかわりや、地域社会、父母とのかかわり等事例を出しながら話を進めていきたいと思う。

個人的なことになるが、この研究会に参加したのは初めてで、どのような場所でどのような人達の集まりなのか、大変不安を抱いて来たところ第3分科会の先生方にあたたかく迎え入れられてほっとした。ふと入園式の翌日の子ども達の姿を思い浮かべ、母親からはなれられずに泣いている子ど

もの気持ちがわかったような気がした。

### 1. 新幼稚園教育要領について

実施されてからすでに半年が経過したが、もともと子どもの幸せを願ってつくられていたものなので基本的には何も変わっていない。しかし、変ってみて初めて大きな意味を示しているところが3点あることに気づいた。

#### （1）環境を通して行う教育

わざわざ環境を通して行う教育とした幼稚園教育の基本の中には、人が介在する教育、すなわち高感度、資質のよい教師が求められている。それと同様に教師に大きな信頼感をもたれ、幼児教育を教師にゆだねているところが大きく感じられる。

#### （2）遊びも学習であると位置づけされたこと。

今までは、あそびのとらえ方がちがっていた。しかし、“ねらい”があるのが教育だから、あそびの中で何か育つのかということ、今回あそびが学習であると幼稚園教育の基本にもってきたところがすばらしいと思う。

(3) “想像”が、幼・小・中・高と一貫して多くもこまれていること。

これは、幼児の特性をしっかりとおさえられたことである。

以上の3点が今までとは大きく異なる点である。これらのことについては、保育現場にたずさわった人達の声長い間かかって反映されてきたものと思う。

私達が保育を行う時には、幼稚園教育要領→教育課程→指導計画→月案→週案→日案と系統立てられた計画があって初めて成り立つ。指導計画不用説を称えている人の声を聞くこともある。「保育を計画に拘束されたくない。」と。しかしこれはとんでもないことだと私は思う。倉橋惣三も言っている。「——いやしくも子どもを集めて目的をもって教育をしていく者が、全然何等の心構え、すなわち計画、あるいは立案無しでやっていけるはずはありません。もしそういうことが出来たとするならば、それは天狗さまのすることか、あるいは責任を感じないその日暮しの日雇い人足のすることでしょう。一中略—もし非常にほうらつ自由主義(主義でもなんでもありませんが)の人がありまして、いきあたりばったりで毎日の幼稚園を暮している人があり、それが新しい保育でもあるというように自分からでも、傍らからでもいわれることがあったとしましたらば、これは無責任主義(?)です。幼稚園保育をごいっしょに考えるに足るなまか同志ではありません。——」と。

もちろんそれに拘束されないことを大前提にして教師が描くイメージは具体的で綿密でなければならないと思う。だから腹案をもつことが大事で臨機応変さも大切になってくる。何年かかかって専門の勉強をしてきたからには、その力を十分に発揮してこそその仕事が生かされてくるのではないだろうか。

幼稚園教育の源となるところを園長がよく理解していること。教育要領を生かすも、生かせないも園長次第とされその責任が大きく、園長としての立場として反省している面がある。

## 2. あそびについて

今までは一見子どもらしくのびのびとしている活動には安心していたところがあった。これからは子ども達が能動的なあそびができるように保育者の配慮が大事とされている。すなわち、自己思考、自己選択、自己表現力ができるように、子どもの発達に即した興味・関心のあるものを用意するという魅力的な環境構成をすることである。今までの保育にはそのへんが欠けていたのではないだろうか。教師主導型になってしまうことが多くあったように思う。

教師は子どものよい理解者になって、かんじんなところで援助することである。それには普段から子どもの姿をよくみて、子どものつぶやきをよく聞き、行動を記録していくことが大切である。

援助のしどころがむずかしいと言われているが、例を出して話をしたいと思う。

### (事例1) 母の日のプレゼント製作

母の日のプレゼントにお母さんの顔を描く保育を行っていて、なかなかクレヨンを持たずにいる子に何とかして描かせようとした経験は私にもある。この子が描けないのか、描きたくないのか、よく見とりもしないで半ばこの子どもの気持ちを無視し、描けば皆と同じになるから安心というように、活動そのものに対して随分声かけ、働きかけをしていた。しかし、作品完成そのものより過程(プロセス)が大事で、その時描けなかったにしても、教師の適切な働きかけでその子どもが何かを感じ後になってから別な表現をして来るかも知れない。私はそれでよいと思う。一人ひとりの発達過程がちがうのだから当然のことである。

今まではあまりにも活動面に対しての指導が多くあったように思うが、本当は活動と発達の間には援助することが必要であると思う。

### (活動—発達)

#### 援助

何を身につけるのか、何を育てるのかという“ねらい”によって、保育の形態も変って来るし、ふさわしい環境の構成(再構成)が必要になって

来る。

ここで又、事例を出してみたいと思う。

(事例2) たてわり保育(造形的なあそび)

一年年長の男の子で、今ごろ登園拒否をしている子どもが出てきた。登園拒否になる原因はいろいろと考えられるのだが、ひとつはけんか友達が退園したこと、もうひとつは人のかかわりがうまくいかないこと、まだ思いあたるのが数点ある。けんか友達のK君が退園する前に「園長先生これ」と言って<sup>トコジ</sup>広告で細長く作った剣を見せにやってきた。その後今登園拒否をしているR君が入って来たので「R君、さっきK君がかっこいい剣をつくってきたよ。R君もつくってみたらいいの。」と声をかけると、「ぼくは頭が悪いのです。」と言った。私は「そう、R君は頭が悪いのですか。じゃK君に教えてもらったら?」と言って黙っていると、出て行ってしまった。それから数日後、R君は「園長先生これ」と折り紙でつくった細長い剣を6本かかえて入ってきた。そして「園長先生に一本あげる。」と私にくれたので机の上の鉛筆立ての中にさしておいた。翌日、又R君が入って来て昨日のまま鉛筆立てにささっている自分が削った剣を見て「園長先生とっておいてくれたの。」と、にこにことうれしそうな顔をした。それから大分日数が経っての登園拒否のため母親と一緒に居てなかなか離れられないでいるところに私が通りかかって様子を見ていると赤ちゃんのようにあまえていた。私は以前にR君からももらった剣を鉛筆立てごと目の前にもって行った。とたんに、目がかがやき出した。「今度はとんかちのところへ行ってつくってきて。」と言ったら「うん!」と力強い返事をして外へとび出して言った。その間にR君の母親と話をしていると何回もR君は出入りをした。そして木片でつくって来た剣を手にもってやってきた。自分のものは細長く釘も上手に打っていて見栄えのいいものだが、私につくってきてくれたものは剣か何かわからないような形のもの(釘でつなぎあわせただけのもの)であった。手渡されたと同時に私が「これ剣?」と聞くと「うん」とうなずいた。「R君の方がかっこいいな。

先生はそっちの方がほしいな。」「だめ!」「じゃ先生にももっとかっこいいものをつくってきて。」という又外に出て行って、今度はさっきのものより少し剣らしい形にしたものをつくって来た。

このようにオープン的な保育形態の中になかなかなじめないことも、登園拒否の理由のひとつでもあると考えられる。このような子どもは課題を出す<sup>トコジ</sup>と安心する。

課題的活動では問題はないのに自由活動(主体的活動)になると気がかりなことが出てくることもあるので、全てオープンシステムの保育がいいとは思わない。だから、年中そのような形の保育をしているとむしろマイナス面が多く出て来る場合も見られるので、両方のよさを生かして年間の計画をたてるとよいと思う。

(事例3) 行事について

この間、ある有名な先生からこのような話を聞いた。

ある園長先生から電話があり、「うちの職員会議で、今度改訂された幼稚園教育要領では行事は好ましくないこととされているから、うちでも運動会や生活発表会をやめましょう、と意見がまとまったのだが。」という内容であったとのこと。その有名な先生は電話をかけて来た園長先生に「そのようなことは、どこにも書いていませんよ。しっかりして。」と答えたと言っていた。

行事は子どもの育ちが確認される場であり、普段の園生活の中に変化やうるおいを与え、明日への意欲につながるものであり、子ども達の生活に於いてはとても大事なことだと思う。子どもにとって何が経験され、何が育っているのかそれを確かな目で見るのが大事なのである。その園はあまりにも教育要領を狭義にとらえすぎて子どもの姿を忘れて論議している傾向にあるとさえ感じられる。その園に限らず気をつけていかなければならない。

### 3. 実践研究の効果的な進め方

一人ひとりを生かす“個と集団”の関連については、一人ひとりの発達状況を見のがさず、なお

かつ集団の高まりを把握していくには、保育者サイドの配慮で均等・平等・一緒にあそぶことではなく、一人ひとりの自立・一人ひとりのユニークさに目を向けていく必要を強く感じている。

保育のあり方にしても、一人ひとりのうら側にまとめて面倒を見るのと同時に“ひとり”の動きも読みとれるという保育の神髄がひそんでいるように思われる。

幼児の諸側面の発達はそのそれぞれの幼児により、その経過が多様であり異なっている。

また幼児期に於いては、それぞれの幼児の興味や関心のちがいが、月齢の差などが発達に大きな影響を及ぼしていることも充分に考慮する必要がある。

年度末には私達は指導要録をつけなければならないが、評価覧では指導・援助の視点が見えてくる。記入する際には苦労をとまなうが日頃から子どものつぶやき・子どもの姿・子どもからのプレゼント(絵画・折り紙製作等)を記録として残していると、子どもを見る目のよい資料となる。

従って幼稚園教育においては一人ひとりの幼児のこうした発達に応じた指導を行うことが必要であるとし、それぞれの発達に即した指導を柔軟に展開する必要があると示されている。

#### 4. 地域社会とのかわわり

##### (事例1) 園外保育で

あるクラスがふみきりを渡って公園に行く途中で子ども達がふみきを恐れてなかなか渡れない様子を見ていたおばあさんが、まるで自分の孫に接するようによく面倒をみてくれたと、そのクラスの教師が感激して私に報告してきた。

##### (事例2) 雪山づくり

毎年冬になると近所のおじさんが除雪のために幼稚園の方に積みあげられた雪を利用して、子ども達がそりあそびをすることができるように大きな山をつくってくれている。

雪山の後方は車の往来している道路である。

おじさんは「子どもが交通事故にあったのは悲しい思いをするし、又園長先生の責任になる

とかわいそうだから。」と言って、道路側を板囲いにして安全性が充分に考慮されている。又、庭木の冬囲いもおじさんが毎年してくれている。

##### (事例3) スピーカーからの音

毎日、体操やフォークダンスをするのにその曲を幼稚園内・外に流している。その日の風向きによってその曲が随分遠くまで流れていくことがある。音楽だけではなく放送で子ども達に連絡をしたり、注意をしたりすることがある。近所の人達は園庭で体操をしている子どもの姿に目を細めて見ていたり、道路を歩いている人達も立ちどまって様子を見ている。

スクールバスをもっていないので、皆歩いて通っているため、幼稚園のまわりは、父母の家も多い。放送される声をきいて「今日は〇〇先生だったでしょう。」と、母親に言われてびっくりすることもある。「きこえました?」ときいてみると「今日はよーくきこえたわ。」。又近所の人からは「幼稚園からきこえてくる音楽をきかないと一日がはじまらないわ。」とも言ってくれている。お陰で、36年間そのための苦情がないことを大変ありがたく思っている。

このように教師だけが幼稚園教育にたずさわっているのではなく、まわりのあたたかい支えによって私達の教育が成り立っているといつも感謝している。

#### 5. 家庭教育と幼稚園教育の関連

『教育の基本は家庭である』とよく言われるように、子どもは誕生してから就園するまでの乳児～幼児期の大切な時期を家庭で過ごしている。良いにつけ、悪いにつけ、また最も多く接し、強い影響を与えているのが母親である。いろいろな家庭環境で育った子ども達や、いろいろな教育方針をもった親と子がひとつの園に入ってくる。

様々な思いでこれから園生活をおくっていく中で、親は『親としての役割』、教師は『教師としての役割』を明確にうち出して、お互いの責任分担を理解・確認し、子どもを間にはさんで家庭と

園が密接な連携を取り合うことで、子どもに対し共通の理解が図られていくものと思われる。

連携を取り合い理解を図り深めていく中で一番大切な基盤となるものは、お互いの信頼関係である。一方的なサイドの連絡ではなく、お互いに胸中を開いて話し合いをする機会、父母が園の様子を知る機会、体験と学習をする機会を進めていく中で信頼関係ができ親も子も共に成長することにより、園の方針と親の要求が一致していくものと思われる。

次の連携方法を教師の立場と親の立場から考えてみた。

### 〈家庭との相互理解と連携の大切さ〉

#### (1) 相互の話し合いをする機会

家庭訪問・個人懇談会

- ①子どもの家庭環境を知ることにより、一人ひとりの子どもへの理解が深まると同時に親が子どもに望んでいる姿を知ることができる。
- ②親との話し合いにより、その子どもの成育歴を知りその子ども独自のカリキュラムを作成し、日常の保育に生ずることができる。
- ③我が子の集団生活の様子を知ることにより、家庭に於いての親の役割を認識する。

#### (2) 父母が園の様子を知る機会

園だより・クラスだより・父母参観日  
各種行事

- ①園だより、クラスだよりによって園の方針、学級の様子等を知り、子どもと共通の話題を持ち得る。
- ②参観日を通して保育を見てもらうことにより、集団の中の我が子を知り親の描いている成長像と発達段階の実態との確かめなどの大切さを知ってもらう。
- ③各種行事を通して子ども同士の関わり、個々集団生活の大切さを知ってもらう。

#### (3) 体験を学習する機会

バザー・PTA役員活動・お母さん先生・  
講習会・講演会

- ①PTA活動は人きく分けると、研修・親睦・

ボランティアの心の三つの柱からなり、同じ年代の子どもを持つ親同志の悩み等話し合い、子育てに生かしていくと共に教師と父母とが共通の目的を持った活動をする事によりお互いに理解を深めていける。

- ②バザー・講習会・講演会等で園に出入りすることにより、いろいろな個性の子どもと接し、我が子の姿を多面的にとらえるようになる。

家庭に於いては、危険なものを教え、身を守ることに配慮する安全面や偏食をせず睡眠を充分とる等の健康面、挨拶の仕方、トイレの使い方、食事のマナー等の生活習慣、善悪の区別、他人に迷惑をかけないこと等のしつけ面を場面場面で、しっかり身につくように教え育てることが役割と考える。

常に中心となる子どものことを忘れず、地域、その親が一体となって物事を進めていく事が大切である。

そのためには、園側の姿勢として園長以下同じ答えができるように、いつも職員間の連絡を密にしてチームワークをよくしていることが大切である。

当園が特にお母さん先生として園に足を運んでもらっているのは母親を保育にまきこんで子ども達のことをよく知ってもらうためである。(保育にまきこむということばづかいは大変悪いことだが……)

母親が家庭で行っている偶発的教育のプロ——偶然に発生したことや思いがけずにおきたことをその都度、場面場面で英断解決していく。対処の仕方にスピード感がある。(どんなベテラン教師でもかなわない。)

私達教師が幼稚園で行っている系統的教育のプロ——順序立てられた計画のもとに学習を重ねている専門家。ゆったりと見守る。(母親はどんな新米教師にもかなわない。)

この両者が歩みよって協力するとすばらしい教育になると考える。

今回、保育指針、幼稚園教育要領、学習指導要領と一度に論議されて見直され、生涯教

育の観点に立ち教育課程が編成された意義は大きいものと思う。今までは幼稚園では小学校を見て、小学校では中学校を見て、中学校では高校を見るという教育の高さであったが、今回は高校が中学校を見、中学校が小学校を見、小学校が幼稚園・保育所を見、幼稚園保育所は家庭を見るという教育の深さが大切だと言われている。

子どもの今育つものばかりを問題にするのではなく、親のねがいや、教師のねがいも発達課題と思われるのがいかがであろうか。

### 会場からの質問

Q, 1才児の指導について

A, 指導したり、教えたりしてはいけないとは言っていないので安心してほしい。それは受ける子どもが自分でコントロールして能動的にしていくものだと思う。だから発達には能動的な発達と受動的な発達があるのだと思う。基礎基本がついていなければその後の活動はうまくいかないので1才児にふさわしい経験や活動が大事である。そのような生活ができるように、場面づくりをしてあげてほしい。

Q, 保育園保母研修で講師が発言した保母資質について

A, もちろん、保育者の人間性が第一義であるが私達は専門的に勉強してきたプロなのだから自信をもっていきたい。

この間も当園の母親達に話したのだが今年度は新任教師が多いため、母親としては、つい新米教師として見てしまう人達が多かったので、さっき話をした偶発的教育のプロと系統的教育のプロについて話をした。

たかが幼稚園と言われるが、又されど保育園・幼稚園とも言われる。私達はそのされどのところを大切にしていきたいのがんばってほしい。

## 2 これからの保育を考える

— 保育指針の改訂をどうみる —  
現場実践から

(札幌・第2はとポッポ保育園)

堀 岡 英 機

当研究会に3回参加させていただき、各々発題者として機会を与えていただきました。自己をみつめ直す場のできることを喜びとします。

「これからの保育を考える」——このテーマ設定の意図は、たぶん、学習指導要領、幼稚園教育要領、保育所保育指針が相次いで改定されたことを念頭において、「子どもの発達保障と現場実践を見通す」という主旨と考えますので、その方向で発題させていただきます。

### I. はじめに・今日の子ども問題

本題に入る前に少し考えてみたいことを話します。それは、今日の子ども問題についてです。研究資料、実践報告を見聞する機会を得る中で、共通に言われている「今日の子ども問題」は概ね3点に集約されるのではないのでしょうか。

第1は生命にかかわること。健康破壊の危機です。第2は、発達上のゆがみ——乳幼児期の育ちをめぐる問題、登校拒否、非行、不登校、中退などが異常に増えていることです。第3は、これらに関わって、社会性の発達——教育権保障（せまい意味では、「教育のありよう」）のことです。

政府の統計をみても、子どもの自殺が毎年数百人、不登校47,000人、非行で保護を受けている子ども117,000人、高校中退113,000人です。発達した資本主義諸国に例をみない事態が我が国に起っています。

ここにお出の諸先生方ご存知のとおり、子ども(性)は、後をふりかえって生きていません。明日を夢み、えらび分け、分別を重ねて発達している存在です。前方が明るくひらけて、かけ出したく

なるような豊かな環境（社会的対応）がなければ、目標をみつけ出せず転びます。

子どもは夢やめあてを獲得したい——知的好奇心旺盛な存在です。そして、子どもは、そんなに早く走れません。急げないのです。大人になるまでに、18年以上もかかるのですから。

しかし、現実はどうなのでしょう。子どもの各々の節目において、発達に合わない課題がかぶせられていると言えるのではないのでしょうか。9、10才の思春期入口の節から青年期にかけて、さまざまな問題が顕在化していることを、乳幼児期からの保育、教育のありようにつなげて（接続させて）考えてみる必要があると思います。今日のシンポジウムの課題設定を、そうした視点でとらえていきたいと思っています。要領・指針の改定が、そうした「今日の子どもの問題」に適切に対応しているのかどうか。「教育」の原点ともいべき“伝え合い”が真に保障される内容・条件が提起されているのかどうか、ご一緒に考え合っていきたいものです。

## II. 学習指導要領、幼稚園教育要領 保育指針改定に共通すること

一連の改定内容には、次の様な共通点があるように思われます。時間の都合上、結論のみ申し上げます。

一つは、児童中心主義、個別性の尊重が前文やねらい、内容に貫かれています。が、「集団」の視点が欠落していることです。

二つめは、教師や保育者の役割に戸惑いを感じさせるような「環境設定中心の活動展開」となっていて、旧要領・指針にあった教育・指導が各々「養護」と「援助」に表現が改められています。全国各地における講習会では、この改定作業に関わった委員が、「見守る保育」「子守りでもよい」「一斉保育（指導）への拒否的見解」を述べ、事实现場では各地で混乱を生じていることが伝えられています。

三つめは、国家主義的の文言がちりばめられ、道徳が強調されていることです。もちろん、人間社

会にあって、道徳は基本的な獲得目標ですが、方向を定めて押しつけられるものではないはず。（後段でふれる）

君が代、日の丸、天皇、畏敬の念、公共心など、新しい記述が多いことも留意しておきたいと思えます。

四つめは、乳幼児期から学童期・中・高期を見通してみると、「学力（知的発達）」「社会性（の発達）」の保障にかかわる問題です。幼・保については、前述した中に含まれていますが、小学校教育課程では、理科と社会が廃止され「生活化」が新設されました。そして、教科内容の難しさが低学年に集中し、中学期では、習熟度別学級編成へというように、義務教育課程で、学ぶ機会、社会性を獲得する機会に一定の制約をもたらす事態が生れてくる危険を感じます。

もうひとつは、保育園の問題ですが、指針は、先に述べたとおり、「教育」が「養護」、「指導」が「援助」と表現がかけられました。そのこととつなげてみると、保育園の役割を「家庭養育の補完」と規定していることの意味は、大変重大なことだと言わなければなりません。公的制度の枠組みが、今後、法制上どう展開していくのか、この10年余りの国の予算や施設最低基準が次第にあいまいになっていることと関連してはいないか、この点にも留意しておきたいと思えます。

### 1. 国際動向との関連でみる

子どもの権利条約が国連で採択され、130ヶ国が署名し、現在57ヶ国が国内で推進を完了しています。（1990年11月現在）近代教育発展の歴史は、ルソー以降200年余になります。ご記憶の方が多いと思いますが、1985年にユネスコ成人教育会議は「学習権宣言」を、1986年国連は「発達権宣言」を採択しました。

教育は「個人的、集団的発達保障の要」であり、「生きる権利それは発達する権利として何人もうばうことのできない基本的な人権である」という要旨です。人類史の今日的到達点として公にされています。

20～25人学級、複数担任の配置、学校への登校日数は180日～200日が世界の潮流である現実をみると、日本の教育権保障の現実は、「子どもの病める」状況が示すとおり大変遅れています。

日本政府が「発達権宣言」に対して（アメリカ1ヶ国のみ反対）棄権したことを明記しておきたいと思います。

## 2. 親と教師・保育者の状態

先にふれたとおり、子どもが発達を我がものとしていく過程には、よりよい環境の下で、分別を重ねていくことのできる教育が必要ですが、そこには、当然、親や教師・保育者の教育権（労働力再生産が可能な）の問題があります。

「過労死」や「家庭崩壊」が社会問題化する中で、子どもをとりまく環境は大変厳しいと言わざるを得ません。

例えば、労働時間です。西欧・米での年間総労働時間は1,500～1,700時間、西ドイツでの完全週休2日制の法制化実現、教育現場での先にふれた受持人数、登校日数、教師の配置数など、日本の遅れた現状がうきぼりになります。

今日、若い教師が子どもを把握できずに退職者が続出しているとか、保育者になり手がいないということを重ねてみると、子どもの病める原因が人人の生活実態と相関関係にあることがよみとれるのではないのでしょうか。

要領や指針、こうした客観的状況をどれだけふまえて検討されたのか、疑問があるという指摘をしておきたいと思います。

## III. 保育実践を通して

### ——教育・指導の視点をみる

さて、保育の実際（展開）から、指針をどうよみとるべきか、どういうことが基本的に大事にされなければならないかを考えてみたいと思います。

## 1. 子どもの姿 —— 保育園で

(1) 3才未満児 0, 1才期で要求が十分に受け入れられる経験を土台に、自らかかわる力（交

わる力）の獲得期へ。（自我の充実）

例えば、公園でのみたて、つまり遊びの場面でみてみます。

集団で遊んでいる場面には、2～3人ずつ好きな遊びが展開していますが、いつもなんとなく仲間から外れてふらふらしているAちゃんをみつけた保育者はどのように関わるでしょうか。

「Aちゃん、こっちへおいで」「Bちゃん、Aちゃんをよんできて」というさそい方もありますが、Aちゃんの間心は「こっち」にありません。そこでは保育者は、Aちゃんに近づいて、「あっ、おもしろそうだね」「ねえ、Bちゃんたち、Aちゃんのおもしろそうだよ」——Aちゃんの好きな遊びの展開の中で、Aちゃんと保育者、Aちゃんと仲間に保育者が関わり、交わる楽しさ、その遊びのおもしろさを共有し、共感する体験を広げていくというような、「ていねいさ」の積重ねが大切にされる必要があると思います。

(2) 3～4才児 自他の区別、自分をコントロールしようとする力の獲得期へ。

例えば、ケンカのやりとりの場面でみてみます。

4才のAくんが3才のBくんをボカリ。Bくんが泣きわめいているのをみたC子ちゃんが（4才になったばかり）「Aくん、4才になったらお口で言うんだよ」。このとき、Aくん、Bくん、C子ちゃんのまわりに仲間がいっぱい集まってきました。もう一度ふり上げた手のやり場に困ったAくんをみて、Bくんは「そうだよ。4才はね、お口で言えば!」。それをみていた3才のDくん「Bくん、さっきDくんのことたいたたしよや。お口で言えば!」。ここで保育者登場、「そうかあ、4才はお口で言えばわかるんだ。すごいねえ、ワーン。」「さあ、みんなお昼ゴハンだよ、いこういこう」。3才・4才の子どもの特徴をみる保育者の確かな目と、一人ひとりの子どもをとらえる力。そこに、集団があって、集団の力に依拠する視点。3才後半から4才は、自他の区別、コントロールを我がものにしていく節目です。当日の朝、Aくんは玄関で母親とバイバイできずに泣いていました。そのとき、C子ちゃんが「Aくん、4才になっ

たらお母さんバイバイできるんだよ」。

このことを保育者は、他の保育者から引きつけていました。翌日Aくんは、みんなにきこえるように大きな声で「お母さん、バイバイ」。4才になって、登園時、母子分離がスムーズにいかない要因をお母さんと話し合い、互いの指導の一貫性を確認し合いました。

### (3) 5～6才 集団的自治能力獲得期へ。

例えば、「オニゴッコ」の場面です。オニになったE子ちゃんが途中で「オニやめた。おもしろくないもん」。仲間が寄ってきて、「どうしてオニやめるの!」「どうして!」とせめられ、E子ちゃんは口びるをかみしめてダンマリ。その時Mちゃんが「ねえ、みんながそんなにE子ちゃんに言ったら、E子ちゃんなんにも言えないんじゃない」「そんならE子ちゃんの言うこと聞こうよ」。そんなやりとりの中、涙をいっぱいためたE子ちゃんが口を開きました。「E子、オニしたくないって言ったのに、Aくんたち、E子にオニやれって……」。どうやら、オニきめに問題がありそうでした。みんなは、オニゴッコをしたかったので、「じゃ、オニきめをしてオニをきめよう」ということに話し合いがついて、オニきめジャンケン!

結局、もう一度E子ちゃんに決まったのですが、「オニしたくない」E子ちゃん、目を輝やかせてオニを楽しんでいました。保育者も集団の一員でオニゴッコを楽しんで、もちろんオニきめにも参加します。相手の主張を認め、話し合いで物事を決め、みんなで、一人の気持ちの立直りを支えることで、集団が生きてきます。

### (4) 障害児と健常児の集団

当園は、未満児から障害児を受入れ、生活年齢でクラスに位置づけ、保育体制を保障するようにしています。3～4才期にかけて、障害児と健常児の間に、各々の状態がわかりはじめ、保育者の言動に子どもたちは意識し、園生活の全ての面で「〇〇ちゃん（障害児）と一緒にできる」ことに仲間の気持が動きます。年長になると、運動会のリレーなどでは、障害児を含めて、どういう組み合わせ（順番）でやるか、走る距離、援助者をどう

するか、全て子どもたちが作戦をたてます。脳性マヒのK君に対しては、走る距離を短かくして、その分、足が早くて力のあるT君が長い距離をこなすなど、保育者が「どうする」と話し合いの場で提起しただけで、数日間、話し合っていて考えて決めているようです。

(1)から(4)の事例は、私たちが求めるべき子ども像です。年長（5才）が獲得すべき集団自治能力（社会性）は、個の人格発達にとって不可欠であることは当然です。保育者は、一人ひとりの子どもの生活の全てを把握し、発達課題を明らかにします。そのうえで、活動（生活）内容や働きかけの方法を吟味した指導計画をたてます。そこには、保育者の生き方と大人集団の質が大きく作用するでしょう。

子どもは、常に学習しようと五感をはたらかせ動いています。教育・指導内容は、子どもの人格形成に重要な意味をもつものです。

「児童中心主義」が、教育の視点を弱め、指導の概念を後ずさりさせることを求めるなら、それは、きっぱりと否定しなければならないでしょう。「環境重視」が、指導計画において「指導してならず」の概念でくくられ、「自由保育」が放任的（実は、結果として、管理型保育の裏がえしと言えるのですが）とはきちがえられたら、事は重大です。

人間を育てる営みは、やはり、発達学的教育学のさらなる構想を求めてやまないものではないでしょうか。

## 2. 「教育」ということにかかわって 「指導」を考える

「教育」の視点が大事にされなければならないということについて、きわめて平易に考えてみたいと思います。

ひと言で表すなら、それは、文化遺産の継承と言えるのではないのでしょうか。

健康な体、豊かに話し合える言語・認識・表現力、それを共有し育て合う社会性の発達には、それを教育計画にとらえ、指導の概念があっても、子

どもは学ぶことを我がものにでき、分別する能力を獲得していきます。

保育指針改定の目的に「これまでの保育者主導が子どもをゆがめてきたことを反省し、児童中心を徹底する必要がある」という主旨が述べられています。果してそうでしょうか。現場での子どもと保育者のやりとり場面を再現してみるとよく分ります。

「こうすれば、こうできる」「これできたから、こうしてみたい」「この続き、あしたもやろうね」「ボク、これやりたい」「みんなでこれしようって決めたしよや」「うん、わかった。でも、こんど、これやろうね」「いいよ」。

「〇〇ちゃん、それおもしろそう。ねえ、みんな、〇〇ちゃんのおもしろそうだよ」「先生は、こんなことできるんだよ」「ああ、おもしろそう、でも、ちょっとおっかない」「先生、すごいなあ」。

こうした会話の中に、互いの要求を土台に認め合う関係、えらびわけていく関係、意欲の育て合い、達成感があります。

子どもの興味や関心を発展させる取組み、大人自身の体験を伝えたい取組み——子どもと同じ床に立ち、同じ目の高さで生活する対等感を私たちは大切にしています。あえて、「児童中心主義」を主張する必要はないように思います。“一人の落ちほれもつぐらない”という私たち実践者の願いの中に、教育・指導はやはり不可欠なことと言わなければなりません。

知的発達、社会性の発達のいずれも、文化遺産の継承であります。教育は、その総体を表現する言葉として明確にせねばならないと考えます。

#### Ⅳ. まとめにかえて

##### ——これからの保育を考える

時間(紙面)の都合上、要領・指針の改定内容についての全面的な批判的検討はできませんが、まとめにかえて、保育園の役割とこれからの保育を考えるうえで、指針が欠落させている問題にふれたいと思います。

##### 1. 保育園の役割について

指針は総則部分において、保育園(所)の役割は「家庭養育の補完」であると、従って、養護(それも教育だけ解説しているが)であり、援助である。従って、一人ひとりを重視しなければならないと述べているようにうけとれます。

児童福祉法「保育に欠ける」に対応して、せまい意味で保育をとらえてみると、「補完……」でも良いのかということになります。

しかし、憲法25条、26条、児童福祉法、児童憲章の基本理念でみるかぎり、少くとも、補完ではなく、子どもを育てることは、社会的営みであり、いかなる場であろうと、「補完する」という程度のものでないことを明らかにしています。

人格発達に不可欠の課題は、健康であり、言語・表現能力であり、社会性の発達であります。とりわけ、集団の保障は、この3つの課題の根幹であります。

出生数の減少(少子化時代)、社会・地域環境の急激な変化、共働き世帯が普遍化しつつある現実には、保育園が家庭養育の補完場所でないことを客観的事実として明らかにしています。

##### 2. 指針が欠落させている「保育条件」

保育園が、現実の問題として、家庭養育の補完的役割ではないのですが、そのことは論点から除いたとしても、「児童中心主義—個性重視」「児童一人ひとり」の論点に立つその主張に対応した保育内容の達成のために、いかなる保育条件が必要なのか。指針はこのことに、全くふれていないばかりか、説明会でも説明されていないのです。

現在の保育所施設最低基準は、1942年につくられたものです。指針を改定しなければならない程、手をかける充実した保育が求められる時代において、保育条件を、保育のねらいや内容にてらして発展的に明示する責任があるのではないのでしょうか。4・5才児30人を1人の保育者でみる保育条件、ホールが、遊び場であり、食堂であり、お昼寝の場であるような貧しい施設基準、環境重視の保育は果して成立するのか。——「指導してならず」という指針内容説明会での論者の言動の本旨は一体何なのか。事態の推移を見守りつつ、私た

ちも、保育条件についての実践的な検討を急ぐ必要があります。

最後になりますが、指針改定をどう受けとめていくかという点についてふれておきます。いろいろな見方、考え方があると思います。「子ども中心」「環境設定の保育」「遊び重視」——今までよりいいのではないかと、という意見もあります。私は、今次改定を機会に、私たち自身の保育実践をじっくりと吟味することにしてはどうかと提起させていただきます。

ともすれば、私たちの保育実践は「東にわらべ唄」「西にリズム」「北にハダシ保育」「南に民舞」と、とり入れ型保育におち入っていることから脱却しえない傾向もあります。保育は、保育者の人格を通して営まれるものであって、保育者個人とその園の職員集団が、各々の環境や歴史、個々の特性を大事にしつつねり上げられて父母との共同で保育目標がかかげられ、指導計画がつくられていくものであろうと思います。

参考資料という位置づけにすぎない保育指針にふり回されることなく、私たちの実践にない学ぶべき点は学びつつ、今日的な情勢の下での子ども問題に正面から取組む保育を考え合いたいものです。

要領を得ない発題となりましたことをおわびし

て、報告を終わります。

### 3 児童をめぐる状況とこれからの課題 —これからの子育てを考える—

（札幌市児童相談所）

辰 田 収

#### 1. 児童・少年をめぐる問題

児童をめぐる状況は1980年代（昭和50年代後半）にはいって急速に変化して来た。まず少年非行であるが、昭和58年をピークに戦後第3にして最大の山を経験した。同年には全刑法犯50万名中、26万名、実に52%が少年であり、更にその内の半数が義務教育中の児童であるという事態をむかえた。過去少年非行が4割を越えたことはなかったが、昭和56年に5割を越えている。昭和58年以降、総数は若干減少しつつあるものの、22～23万名を数え、少年が犯罪者の半数を越える状況は変わらない（表1・表2）。

校内暴力は82年をピークに減少傾向であるが、依然として横ばい状況が続いている（表3）。

表1 少年非行の補導・検挙件数の年次推移

（単位 人）

	昭和55年('80)		昭和58年('83)		昭和60年('85)		昭和61年('86)		昭和62年('87)		昭和63年('88)	
	実数	人口 千人 当たり	実数	人口 千人 当たり	実数	人口 千人 当たり	実数	人口 千人 当たり	実数	人口 千人 当たり	実数	人口 千人 当たり
総数	219,956	—	261,634	—	250,132	—	235,176	—	227,978	—	231,210	—
触法少年（14歳未満）	53,883	7.2	64,851	8.1	56,015	6.9	49,803	6.3	40,786	5.4	38,004	5.8
犯罪少年（14歳以上20歳未満）	166,073	17.1	196,783	18.8	194,117	17.8	185,373	16.1	187,192	15.9	193,206	14.0

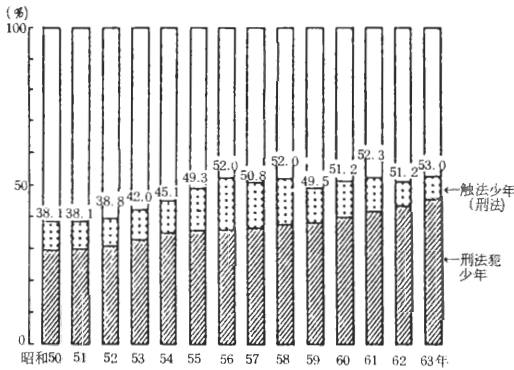
注 1) 道路交通保護事件を除く。

2) 触法少年の人口比算出に用いた人口は、10～13歳の人口である。

3) 人口比算出に用いた人口は、各年10月1日現在（総務庁統計局調べ）である。

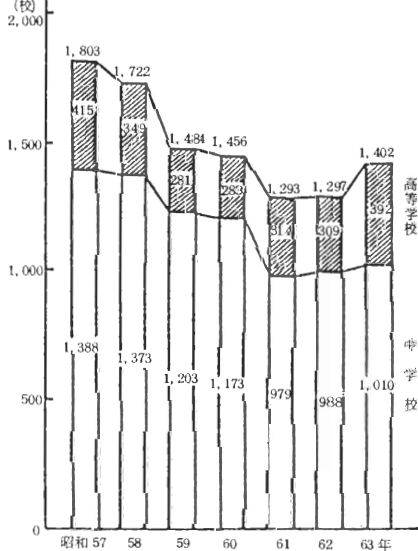
資料 警察庁「少年の補導及び保護の概況」

表2 刑法犯全検挙(補導)人員に占める少年の割合



出典：元年版青少年白書9P  
 (注) 触法少年とは、14～19歳の犯罪少年。刑法犯少年とは14歳未満の犯罪少年。

表3 校内暴力の発生学校数の推移(公立学校分)



出典：元年版青少年白書9P  
 資料：文部省

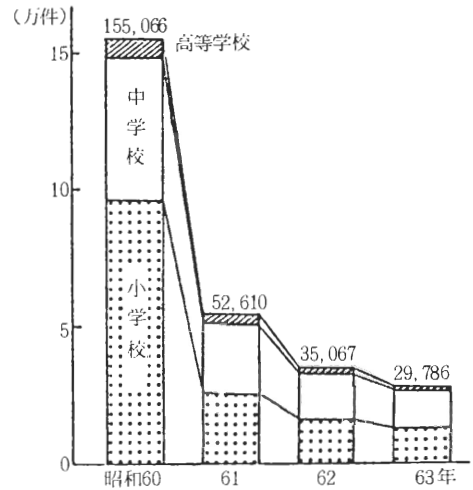
しかし、校則等学校の管理体制の強化でのりきった結果として、別な問題が噴出してきている。一つはいじめの問題である。文部省統計では60年をピークに減少という結果がでていますが(表4-1)法務省人権擁護委員会にあって来た数では、逆に増加している(表4-2)。これは表面上の沈静化と裏腹に、人権擁護委員会に訴えなければならないほどの悪質な

いじめが増加していることが示されている。この間、少年

中学生(人)	7,704	8,362	9,808	10,429	12,002	13,536	15,912	20,165	24,059	26,215	27,926	29,673	32,725	36,100
小学生(人)	2,830	2,951	2,965	3,211	3,434	3,679	3,625	3,624	3,840	3,976	4,071	4,407	5,286	6,285

出典：元年版青少年白書29P  
 資料：文部省「学校基本調査」

表4-1 いじめの発生件数の推移(公立学校分)

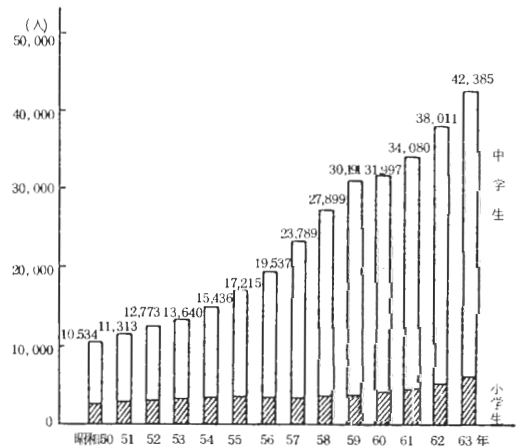


高等学校(件)	5,718	2,614	2,544	2,212
中学校(件)	52,891	23,690	16,796	15,452
小学校(件)	96,457	26,306	15,727	12,122

表4-2 法務省人権擁護委員会調査

	小学生	中学生	高校生	
S61.	646	843	161	1,650
S62.	900	1,277	182	2,359

表5 登校拒否児童・生徒数の推移



によるアベック殺人事件、女子高校生コンクリート殺人等陰惨な事件が相次いでいる。このことは、

少年のエネルギーが内にこもり陰湿化していること  
の表れとでも言えるのではないか。

児童・少年の大変な状況は、登校拒否の急増が  
一番象徴的である。昭和50年に1万人であった登  
校拒否が昭和57年に2万人を越え、59年に3万人  
を越えた。そして63年には4万人の大台をも越え  
てしまった。実に13年間で4倍にもなったのであ  
る（表5）。

非行、いじめ、そして登校拒否に端的にしめさ  
れる児童・少年の状況はどこからきたのか。そし  
て解決の道にはいかなる方向があるのだろうか。

## 2. 子どもと家庭(1)—家庭の状況—

特殊出生率（1人の女性が一生の間に子どもを  
生む数）が、1989年には1.57人となった。これが  
俗にいう1.57ショックである。人口動態からする  
と特殊出生率が最低2.1人でないと人口の安定的  
な再生産がなされない。日本は今、欧米をはるか  
に上回る勢いで子どもの数が少なくなっている。  
S40年代には人口千人あたり20名弱の出生であ  
ったが、遂に10人を切りそうな状況になったので  
ある（表7～9）。

出生率の低下が続き、子どもの数が  
減少しています。

表7 出生率の年次推移

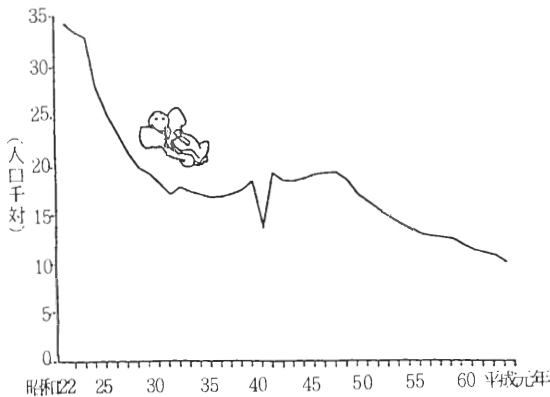


表8 わが国の出生率、出生率の推移

	昭和41年 (丙午)	昭和48年 (1973)	昭和60年 (1985)	昭和62年 (1987)	平成元年 (1989)
出生数 (万人)	136.1	209.2	143.2	134.7	124.3
出生率(人口千対)	13.7	19.4	11.9	11.1	10.1

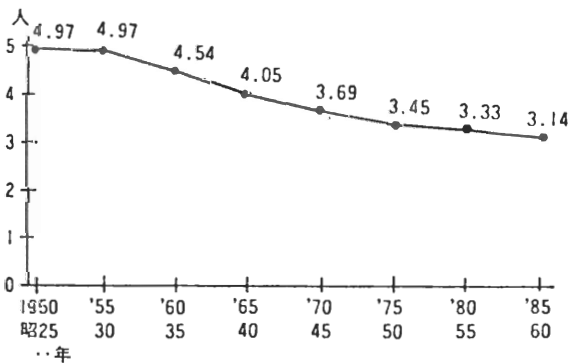
表9 合計特殊出生率

(1人の女性から一生の間に生まれると推定される子ども数)

	1984	1985	1986	1987	1988	1989
日 本	1.81	1.76	1.72	1.69	1.66	1.57
イギリス	1.76	1.78	1.78	1.81	—	—
西ドイツ	1.29	1.28	1.35	1.38	—	—
スウェーデン	1.65	1.73	1.79	1.84	—	—
アメリカ	1.81	1.84	1.84	—	—	—

全人口に占める児童(18歳未満)人口の割合  
(昭和30年) 38.7% (昭和63年) 24.6%  
(3,490万人) (1,303万人)

表10 平均世帯人員の年次推移



資料 総務庁『国勢調査』

そのことは、平均世帯人員数の減少を当然にし  
て伴う。昭和20年代に1家族あたり5人弱であ  
った。それが40年代には4人を切り、更に60年3.14  
人、63年には3.12人となっている（表10）。昭和  
45年以降、子どもが1名～2名の家庭は83～84%  
となっている（表11）。そして政府の出生数の動  
向の予想を越えて減少してしまった（表12）。

また、有配偶婦人の就業者数は昭和30年の799  
万人から昭和63年の1585万人に、実に2倍にな  
っている（表13）。

子どもの数が少ない理由を聞き取りした厚生省  
の調査では、①子育てに金がかかる、②教育費が

高い、③育児の負担、④家が狭い、⑤仕事の支障となる（表14）、等があがっており、今の日本的な生活状況ではこれらの5項目を解決する道は遠いと言わざるをえない（今年5月やっと育児休業法が国会を通過したが）。

表11 児童のいる家庭の児童数別  
家庭数割合の年次推移

（単位：％）

	総数	1人	2人	3人	4人以上
昭和45年('70)	100.0	39.5	44.7	13.3	2.5
50 ('75)	100.0	37.7	46.4	13.8	2.1
55 ('80)	100.0	35.5	48.6	14.2	1.8
60 ('85)	100.0	35.5	48.4	14.5	1.6
62 ('87)	100.0	35.3	48.0	15.0	1.8
63 ('88)	100.0	37.3	46.3	15.0	1.4
平成元 ('89)	100.0	37.3	46.3	14.8	1.6

資料：昭和60年までは厚生省「厚生行政基礎調査」  
昭和60年以降は厚生省「国民生活基礎調査」

表12 出生数の動向

（単位：千人）

区 分	昭和50年	昭和55年	昭和60年	昭和61年	昭和62年
出生数	1,901	1,577	1,432	1,383	1,347

昭和63年	平成元年	平成2年	平成7年
1,314	1,243	1,482	1,660

注）平成元年までは人口動態統計（実績）。平成2、7年は人口問題研究所「日本の将来人口推計」（昭和61年12月推計）による。国は昭和63年を下限とし以降上向きになると予測していた。

表13 有配偶女子の就業者数

799万人（昭和30年） 1585万人（昭和63年）  
（有配偶女子就業率）〔50.8％〕

表14 予定子供数が理想子供数を下回る理由  
（第8次出産力調査）

（単位：％）

妻の年齢	一般的に子育てに金がかかると高い	教育費が高い	育児心理的・肉体的負担が大きい	家が狭い	仕事の支障となる	その他（高齢者など）
25～34歳	36.6	29.6	25.3	15.9	14.4	—

その一方で離婚が増加してきた。昭和35年には人口千人あたりの離婚率は0.74人であった。20年後の昭和60年には1.39人で約2倍となっている。そのことは母子家庭の増大につながっている（表15～17）。78年には離婚による母子家庭は37.9％であった。それが10年後の88年には62.3％となっている。

表15 母子世帯に関する調査の年次推移

	昭和46年('73)	昭和53年('78)	昭和58年('83)	昭和63年('86)
調査の名称	全国母子世帯等実態調査	全国母子世帯等調査	全国母子世帯等調査	全国母子世帯等調査
調査の時期	48. 8. 1	53. 8. 1	58. 8. 1	63.11. 1
全世帯(A)	32,314,000	34,466,000	36,457,000	39,028,000
母子世帯(B)	626,200	633,700	718,100	869,200
B/A(%)	1.9	1.8	2.0	2.2

注）母子世帯の定義

1. 配偶者と死別又は離婚した女子であって20歳未満の児童を扶養しているもの。
2. その他これに準ずるもの。

表16 離婚件数及び離婚率の年次推移

	離婚件数 (千件)	有子離婚		離婚率 (人口千対)
		件数(千件)	割合(%)	
昭和35年('60)	69	40	58.3	0.74
40 ('65)	77	45	58.2	0.79
45 ('70)	96	57	59.1	0.93
50 ('75)	119	75	62.7	1.07
55 ('80)	142	96	67.6	1.22
60 ('85)	167	114	68.2	1.39
61 ('86)	166	111	67.1	1.37
62 ('87)	158	105	66.3	1.30
63 ('88)	154	100	65.1	1.26
平成元 ('89)	158	101	64.2	1.29

注）「有子離婚」とは、20歳未満の子のある離婚をいう。

資料 厚生省「人口動態統計」

表17 母子世帯になった原因別割合の年次比較

（単位：％）

	昭和53年('78)	昭和58年('83)	昭和63年('88)
総数	100.0	100.0	100.0
死別	49.9	36.1	29.7
病死	38.2	28.1	23.2
その他の死亡	11.7	8.0	6.5
離婚	50.1	63.9	70.3
離婚	37.9	49.1	62.3
遺棄生死不明	3.8	5.7	2.5
未婚の母	4.8	5.3	3.6
その他	3.6	3.8	1.9

資料 厚生省「全国母子世帯等調査」

※表7～9、表13～14は「これからの子育てに関する懇談会」の資料より

### 3. 子どもと家庭(2)—子どもにあたる影響—

以上で子どもと家庭の問題についての現状をみてきた。そこでなぜ、このような問題が激発するのか、その背景となる問題を考えてみよう。1970年代以降、子どもの数は1～2名が当たり前となった。そして特殊出生率の低下は今後ますますこの傾向を増大させる。専業主婦は1～2名のわが子

と日々向き合い育児ママゴンとなる。育児不安の激増が語られてきた。過保護と過干渉、そして状況によっては放任という中で子供達は育ってきた。またそれは子どもと相性が合わぬ場合、母子双方にとって大変な苦勞を伴う。

他方、共働きの増大は子育て環境の未整備、保育所行政の未整備とあいまって子育て困難な状況を生み出さざるをえない現状で今日まで至っている。仕事の疲れと夫の育児援助が乏しい中で、共働きの母親の育児の苦勞は絶えない。

同胞が1～2名しかいない状況の出現は、子どもが同胞の間でもまれる経験無くし、直接親と向き合う生活を強いられるようになった他に、家庭の問題や子育てで親類縁者の援助が得られないという状況を生み出した。また更に祖父母4人に夫婦2名子ども1名という逆ピラミッドの出現すら不思議でなくなった。その場合も祖父母と共に暮らす形はとりづらいものである。血族社会の解体と都市における地域の崩壊、学校における能力主義・管理教育の進行は家庭の児童の養育機能の大幅な低下と同時に進行し、1.に挙げたような諸問題を引き起こしてきた。

飛躍した言い方をすれば、家庭や地域でもまれることの少ない子供達が、学校（および家庭）と言う管理システムに不適合を起こし、危機のサインを出したのが遊び型非行の激発であった。学校（および家庭）という管理システムに反発するエネルギーを持ち合わせた子供達は学校に反発し、親にも反発し様々な問題行動をおこした。しかし、その子供達のサインの前に、親達の無力さがさらけだされ、学校側のさらなる管理の徹底化（校則の強化等）で押し潰されて、今、問題を内在化した形で小康をたもっている。

他方、家庭と親の枠内にこもり、エネルギーの乏しい子供達は、内へ閉じこもり地域や学校の負担から逃避し、登校拒否の状況を引き起こして来た。非行・校内暴力の沈静化といじめの陰湿化は、今後さらに登校拒否の増大へと子供達をむかわせている。

一般の児童・少年からみてほんの一部でしかな

い非行とその対極の登校拒否の増大の中に、今の子供達の危機のサインが鋭く示されている。

#### 4. どのようにとりくむべきか

以上、児童と家庭を中心に問題とその解釈を行ってきた。

では、私たちはどう考えどうとりくむべきか、以下数点にわたって課題をあげていきたい。

(1) 共に育ち支え合う権利主体としての子ども（資料1）

89年11月、国連で児童の権利条約が発効した。子育てを考える場合、どのような視点が必要かが争点となる。開発途上国の児童問題のみならず、欧米先進国においても児童虐待、棄児、非行、神経症的発症等の児童問題が多発しており日本も例外ではない。次代を担う子どもを権利主体ととらえて、子どもの最善の利益を実現する、「子どもの権利」条約の視点がいま、求められている。またそれは基本的人権を尊重する子どもである。

(2) 子育て環境の整備について

1.57ショックといわれるごとく少人数の子どもとますます劣悪となる子育て環境である。厚生省のアンケートではいずれかの親が家にいた方がよいという意見とともに、育児休業制度の充実、保育施設の充実が出されている（表18）。思い切った子育て環境の整備をおこなうことが課題である。育児休業制度の確立の他、育児時間の保障、職場と住居の近接、保育所・学童保育の充実、男女が子育てに共に取り組む環境の整備である。

表18 両親の共働きに関する状況

(単位：人、%)

昭和63年11月（1988）

	総 数	保育施設等を充実して働きやすい環境をつくるのがよい		育児休業制度等を充実して、乳幼児期は家に、その後は働くことができる環境をつくるのがよい		いづれかの親は家にいた方がよい	その 他
		実	構	成	割		
総 数	34,054	5,689	12,660	13,112	2,104		
父から	16,550	2,683	5,319	7,219	1,065		
母から	17,360	2,988	7,312	5,822	1,024		
総 数	100.0	16.7	37.2	38.5	6.2		
父から	100.0	16.2	32.1	43.6	6.4		
母から	100.0	17.2	42.1	33.5	5.9		

注 総数には養育者を含む

資料 厚生省「子どもと家庭に関する実態調査」

### (3) 社会的育児の模索

女性の社会進出はますます進展する。しかし地域から子育ての援助を受けることは困難である。親類の援助も難しい。離婚の増加も避けられない。家庭と職場環境の整備や現行の保育所・学童保育整備だけにかたづくものではない。つまり地域で子どもを育てる社会的な育児システムを平行して検討する課題がある。地域の子育て相談・援助システムの確立、地域で子どもが共に遊び育ち合う場所の確保等新たな社会的な育児・援助を模索すべき時代に入りつつあるといえよう。

### (4) 保育所・幼稚園における課題

幼稚園教育要領、保育指針が改定された。遊びを主とした新しい保育カリキュラムの時代にはいろいろある。だが子どもが少なくなり、幼児機関での子どもの争奪戦も進む。私たちは状況に振り回されるのではなく、新しい時代に即した課題を検討する必要がある。そのためには子どもの主体性と人権を尊重した保育内容の問題、保育者の増員と質の向上の課題、更には幼稚園・保育所という2本立ではなく、保育制度の一元化の課題がある。

## 4 ま と め

(大谷地たかだ保育園)

園長 伊藤 克実

1990年4月に新幼稚園教育要領が施行され、これに連動するように厚生省でも保育所保育指針を改訂した。いずれも改訂は四半世紀ぶりのことで幼稚園・保育園をとわず現場に与えた影響は大きいものがあつた。この改訂の背景には現在の子どもを取り巻く環境変化に対する認識があつた。今回の乳幼児療育研究会の分科会「保育」ではこの改訂にともなうさまざまな問題・課題（評価をふくめて）を幼稚園の立場から札幌発寒幼稚園園長の吉村幸子先生、保育園の立場からは札幌第2はとポッポ保育園園長の堀岡英樹先生、そして子育

て全般を見通す立場から札幌市児童相談所の辰田収先生よりそれぞれご提言していただいた。

吉村先生は今回の幼稚園教育要領の改訂について新旧を比較し新幼稚園教育要領では①環境を通しておこなう教育を重視しており、環境に介在する教師の役割が大事であること一人格者としてある教師像 ②遊びも学習であること一遊びの認識を深める ③創造に注目していること について評価し、幼稚園教育要領一園計画一指導計画との関連のなかで見通しのある視点をもつことに言及されている。またこのことができた背景には旧要領が施行されてから現在にいたる25年の流れのなかのさまざまな変化があると指摘されている。またこどもが活動し発達するにはおとなの援助が必要であり、一人ひとりが遊べる環境構成を考えると、こどもが何を求めているのかを把握することの意義について述べておられる。さらに保育内容では行事の意義について園の実情にあわせて要領を生かす視点をもつことが強調された。また個人と集団との関係についてはこどもひとりひとりを平均・平等にみることとこどもの創造性を見ることの意義についてふれ、ひとりひとりを見るのが集団をみることにつながると述べている。

堀岡先生は現在さまざまにこどもについて論議されているその背景についてこどもの命や保育・教育が守られていない実態にふれ、本当にひとりひとりのこどもが主体的に生きるように両改訂がされているかと問題を提起されている。また改訂の流れの共通点として児童中心主義や個性の尊重があるが、このことが集団の欠陥につながって集団をどうみることが明らかではないと述べられた。さらに教育と指導という考え方が抜けており指導計画の必要性を強調された。また教育要領には国家主義的色彩が濃く、たとえば日の丸・君が代・畏敬の念・公共心が明記されたことに危惧をいっている。新保育所保育指針では保育の役割が家庭養育の補完ととらえられてきたが、今回の改訂にみられるように養護を「世話をする」だけに限定していいかどうか、その論議のなかで保育の専門性をどうするのが課題であると言及され、指

導から援助への変化の背景に臨調行革から教育臨調にいたる政策があること、このなかでされた児童福祉施設最低基準の改訂のながれのなかでいかに保育条件整備の保障をすることが問題であることを述べている。この最低基準はこどもの保育の保障に関わる事項であり、こどもの要求やリズムを尊重することを前提に発達課題が設定されるのであり、このなかでこどもに交わる力が育ち自己統制力を培うことができるのであるが、保育者配置も含めて最低基準の改正がそのためには必要であることは言うまでもないことであろう。障害児保育の問題についてはこどもは発達の主体であり、その発達をうながすためには教育・指導の明記とその条件の明示が必要であり、保育における課業の位置付けの重要性にふれられた。最後に保育園保育は単に家庭保育の補完ではなく、公的子育て機関としての社会的基盤をもつものであり、それゆえに保育者の専門性と保育条件の豊かさが必要であることを強調された。

辰田先生は統計資料を援用しながら少年非行の補導・検挙率やいじめの発生件数の減少化に対応するかのように逆に登校拒否児童・生徒数が増加していることを示しながらこどもの問題の質的变化について述べられた。1970年代からこども数の減少化がすすみ、育児としつけしか仕事のない母親の登場が、こどものなかに依存心・反抗心・抑圧を進展させた要因であることにふれ、核家族化にともなうさまざまな子育ての問題を家庭にのみまかせるのではなく社会的育児観の必要性があること、地域のなかで子育てシステムを形成しこのなかで親をともに育てていくことが大事であることを述べられた。今回の改訂については厚生省サイドと文部省サイドのとらえ方の違いがみられ、幼児教育から学校教育を見なおす視点が必要であることが指摘された。

以上3人の先生から問題を提起してもらったあと助言者である北大乳幼児発達臨床センターの関道子先生と光塩女子短期大学の坂本克之先生から意見を述べていただいた。関先生はアメリカ留学の経験から日米の教育環境の差異にふれられた。

米国では強い自己力の育成が求められているので集団の必要性が少ないこと、今回の改訂で環境設定が重要視されているが、これは米国流の教育的考え方であり米国の発達心理学が導入されたのではないかと述べられた。また日本の経済発展の原動力をさぐるための米国の調査で、小中高生の教育が良くこのことが生産性の高さに関係していること、しかし一方で日本の教育は賢いロボットをつくっているという批判があることを紹介し、経済発展と教育における学習指導要領との関連・政策的意図の問題に言及された。大坂先生は今回の改訂にともなう養成校での対応上の混乱や問題を紹介され、特に保育指針改訂内容がもつ情緒主義で一面的とらえ方を批判された。そして改訂内容の問題を克服するために実践上から保育を構築していく必要があることを述べられた。

簡単に提言者・助言者の発言要旨についてまとめたが、多くのことが省かれているとおもわれるので詳細についてはこの大会紀要によせられた各先生のレポートをご覧ください。今回の分科会テーマについてだされた問題はいずれも継続して現場で検証すべきことがらである。改訂の背景となった時代の変化についてはすでにさまざまに言及されており、家族形態の変質と子育て機能の低下・女性の社会的進出と公的保育機関の役割増加・乳幼児発達研究の進展・教育制度と教育内容をめぐっておこるこども問題の増加等々旧要領・旧指針で対応できない社会状況において21世紀を展望した視点からだされたものとされているが、すでに各先生が指摘されたように評価できる部分をもちながらも多くの問題をふくんでいる。幼稚園における早教育や経営主義の問題と、保育園が育児放棄となっているという一部の問題傾向を普遍化して管理の一斉保育の名のもとに、豊かな実践を積み上げてきた保育の現場から「集団保育」の概念や「指導」のとらえを排除する在り方は、今後やはり保育現場のなかで実践を通して批判していかなければならない。また保育園に関して言えば、これまで幼稚園との幼保一元化問題の長い経緯のなかで「保育」の概念を乳幼児期の発達の

特性に視点を置いた「養護と教育を一体」とするすぐれて総合的機能をもったものとして定着してきたことから退行して、「養護」主義ともいべきおさえをする今回の改訂は、児童中心主義を標榜しながら「保育」から科学的視点をのぞいたものとして批判しなければならない。さらに幼稚園・保育園現場における人的・物的条件整備の展望が欠落していることは大きな問題である。

以上たいへん荒削りの分科会報告となったが、今後も継続してこの幼稚園教育要領・保育所保育指針を現場の視野からとらえつづけることが必要と思われる。

# 研修シンポジウム

## 〈テーマ〉 療育技法を考える

座長：長 和彦（研究会副会長・旭川医科大学）  
 相場 幸子（北星学園大学・北海道クリスチャンセンター）  
 記録：甲斐 裕子（旭川市愛育センター・わかき学園）

〈シンポジスト〉 今 村 重 孝（札幌市肢体不自由児母子訓練センター）  
 佐久間 和 子（道立心身障害者総合相談所）  
 高 橋 武（道立札幌肢体不自由児総合療育センター）  
 御 供 真（道立手稲養護学校）  
 安 倉 満（大滝わらしべ園）

〈指定発言者〉 藤 田 正 文（道立旭川肢体不自由児総合療育センター）  
 加 藤 典 敏（江別市立病院理学療法科）

〈ま と め〉 相 場 幸 子・長 和 彦

### 1 ポバース法

（札幌市肢体不自由児母子訓練センター）  
 今 村 重 孝

#### はじめに

ポバース法 ではなくて  
 ポバース アプローチ



写 真 1

ポバース夫人の作品です。粘土の制作モデルですが、母親が生まれて間もないわが子を抱えている姿です。数カ月前のまだ母の胎内にいる子供の姿を彷彿させるといいます。皆様のポバースに関する知識はまだ胎内か新生児期かと想定して話をはじめたいと存じます。

ポバース法についてという題を戴きましたが、そこでお断りしておかねばならないことがあります。ポバース夫妻は1943年頃から脳性まひの治療を始めたのですが、ポバース法という言い方は一度もしていないのです。それどころか「私たちの治療は決してある方法methodではない。それは厳密に決められたものでもなく、標準化されてもいない。脳性まひおよびそれに付随した状況はいろいろな症状を含むもので千差万別である。治療はそれに対応するものであり、子どもの様々な要求に応じたものでなければならない。ある技法が全ての子どもの必要を満たすことなどあり得ない」と述べています。ポバース法という決まったやり方があるのではなく、治療をしようとする人がどのような心構えで、子どもの要求に答えようとしているかを問題にしていますので、彼ら自身ポバース・アプローチと言っております。

## ボバース治療の歴史

## ボバースアプローチの歴史

1943	片まひの治療の際にハンドリングの有効なことを発見、脳性まひの治療を試みる。
1945	R I Pを研究
1953	PNFを導入
1960	早期治療を提唱
1967	キーポイントによる抑制と促通理論の確立
1970	日本でのボバースアプローチの開始

—聖母整肢園

表1. ボバースアプローチの歴史

カレル・ボバース博士は、チェコスロバキアの生まれで、ベルリン大学を卒業し、英国に渡りベルタさんという理学療法士と結婚してロンドンで一緒にクリニックを開いていました。1943年に、ベルタ夫人が（成人の脳血管障害により）片まひの治療をしていた際に素晴らしい改善がみられ、ご主人のボバース博士にこれはどうしたことかと尋ねました。当時は神経のまひは回復しないのが定説で、ボバース博士も半年間は妻の成果を信じませんでした。その間にも、ボバース夫人の治療は着々成果を挙げ、とうとうご主人もこのことの解明に乗りだしました。彼らの治療は当初から一貫してhandlingという治療者の手・体を治療の手段とするもので、薬や、手術を取り入れたことはありません。

脳性まひの治療のためには、当初は緊張反射の抑制に主力が注がれました。ここでボバース博士自身の言葉で緊張反射について理解して戴かなければなりません。Tonic Reflex緊張反射とはATNR, STNR, TLR, Associated reactionの4つを指す異常反射、病的反射のことで、いわゆるPrimitive reflex原始反射とは全く異なります。いわゆる原始反射は新生児期、乳幼児早期に正常でもみられるものでこれに支配されていない限り異常ではありません。緊張反射を抑制するために反射抑制肢位が深く研究されましたが、それだけでは脳性まひの十分な治療には至らず、更なるテ

クニックの開発が求められました。

ボバース夫妻自身が「私たちは数多くのこの領域の研究者の影響を受け、学んだ」と述べています。Knott, Kabatt, Vossから、いわゆるPNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) と称される固有運動感覚を刺激することによりトーンが低く姿勢がしっかりしない人の緊張を高めるすべを学んだ、RoodやGoffから、動きを引き出すためには触覚刺激を加えてあげる、とりわけ手や足、口や舌にしてあげることが大切なことを学んだ、と述べています。ボバースの技法の中でも精緻を極めるTopping, Bibrationはかくして生れたものでしょう。しかし最も多くを学んだのはペトウからであり、子どもが協調動作がうまくできないことに問題があり、アテトーゼの子どもには日常生活動作を獲得するよう導いてあげることが大切なことに気づいている同志として讃えています。

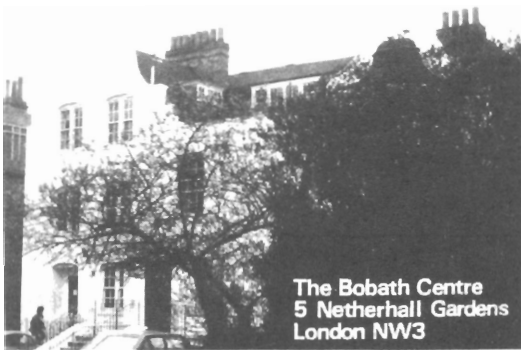
反射抑制肢位の限界を知ったボバースらは、次にキーポイントkey pointを使うことによって、異常な動きを抑制し、正しい動作を促通することを始めました。子どもは、はじめはセラピストとの共同作業で経験した正常あるいはより正常に近い動作を、経験を重ねることにより自分のものとしていく、と考えたのです。正しい姿勢運動を経験し続けることは、過緊張につながる姿勢から離れていくことでもあります。当初のころは立ち直り反応の促通を強調し過ぎたと述べています。子どもが小さいうちはよいが、お座りを始め、手の動作が出て、立って歩くようになるとバランスが大切で、平衡反応をうまく獲得させてあげる必要があることに気づきました。

ボバースの親密な仲間であるスイスのケング博士らと前後して、超早期治療を提唱したのは約30年前の1960年代前半のことであります。はじめは正常発達を系統的に深く追跡し分析することに精力を注ぎましたが、間もなく治療の際にマイルストーンにこだわることの愚に気づきました。子どもは数多くの動作を同時に発達させていて、それが実を結んだ時にマイルストーンとして現れるの

です。停滞したり、時には後退したりしているように見えるときに、子どもは別の側面に向けて努力を続けているのです。発達の順序を生硬に追うことを止め、子どもに協調運動のパターンを発達させて、発達の時期に必要なさまざまな動作の獲得に役立てる試みがなされています。

子どもがセラピストとの共同作業で経験した動作を日常動作にキャリーオーバーすることは簡単ではありません。そのために両親を教育し、両親と子どもをセットで治療することが大切なことが強調されています。

ボバースは重症児にも、重複障害児にも、脳性まひ以外の障害児にも、その援助の手を差し伸べることに躊躇しません。脳性まひをconditionとして理解し、どのニーズに応えようかをまず考えた態度はここでも迷うことがありません。摂食に問題があったり、チューブ栄養の子にfeedingを教え、呼吸に問題のある子に呼吸法を治療します。セラピストが諦めない限り、治療不能の子は有り得ないと述べています。



ボバースセンター (英国、ロンドン)

ボバースはそのアプローチを世界に広げる努力も怠りませんでした。英国のナンシー・フィニー女史、言語治療を発展させたミューラーやクーンブ、スイスで脳性運動障害のセンターを開き早期治療を手掛ける先鞭をつけたケング博士、オランダのデハース教授と共に乳児の発達の書を完成させたvan Blonkenstein, Welbergenら枚挙にいとまがありません。ロンドンの一角に私財を投じてボバースセンターを立て、ブライス校長をはじめ



ボバース夫妻 (1980年、自宅にて)



ボバースセンターのスタッフ

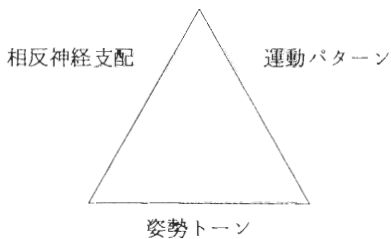
右からブライス校長、スターン理学療法主任、マレー作業療法主任、スティープンス副校長

めとしたお弟子さんと、8週間のコースを年6回開きセラピストを世界に送りだしています。その大粒の種は日本にもまかれ、梶浦先生、鈴木先生、児玉先生、インストラクターの紀伊先生、今川先生と列挙にきりがありません。私が受講したのは1980年ですが、近いうちに自分たちのメモリアルホスピタルが日本にできると楽しみにしてられました。1982年完成のボバース記念病院からは数多くのセラピストや医師、コメディカルスタッフが育って、ボバースアプローチが日本中で行われています。ボバースアプローチの種は英国産ですが日本でも、すでに大樹に育っているといえましょ

現在のボバースアプローチ

ここで現在のボバースアプローチについて語ることにしましょう。それは彼ら自身が言っているように、決して治療の技法に縛られたものではありません。脳性まひの子どもを前にして、いきなりキーポイントだ、抑制だ、促通と始めるのではなく、子どもを発達させ生活に必要な機能を身につけさせるために、神経学の知識と発達の知識の上に立った、最適な方法を考え実行するのが神経発達治療NDTであります。

表2 姿勢反射機構



人が重力空間である肢位（姿勢）をとりそれを変化させる（運動）はすべて、姿勢反射機構という、大脳、脊髄、末梢神経、筋肉の相互作用による自律的なパターン運動で成立しています。それを決定する要素として姿勢トーン、相反神経支配、運動パターンの3つをボバースは考えています。

姿勢トーンとは

筋トーン	筋肉および関節の硬さ、弾力性、可動性
筋トーン	筋緊張亢進、低下など 脊髄前角の興奮インパルス、抑制インパルスの伝導や、脊髄後根からの感覚インパルスのフィードバックも含めて測定される
姿勢トーン	中枢神経の活動状態と筋トーンの総合

表3 筋トーン、筋トーン、姿勢トーンの定義

従来の神経学で筋トーンという時は、passivity, consitence, extensibilityに要約される筋肉およ

び関節周囲の弾力性、可動性などの意味で筋疾患の診断学に使用される言葉でした。しかし痙直とか強剛などを論じるときは脊髄前角細胞における興奮インパルス、抑制インパルスの伝導や、脊髄後根からの感覚インパルスのフィードバックをも含めて筋トーン、筋緊張と表現するのが一般的です。姿勢トーンという時は大脳皮質を含む上位中枢神経機構の活動状態をも含んだものであります。体の各所が相関して異常姿勢をつくり、effortが異常運動の原因となる脳性まひでは姿勢トーンを考えなければならないとボバースは説くのであります。弛緩したり緊張の低い状態にはタッピングなどを用いて促通を、過緊張には抑制と可動性を、動揺性には安定をと目標をもって病的姿勢トーンを正常姿勢トーンへと近づけます。脳性まひでは一人の患者に過緊張、弛緩性、動揺性が混在しているとその混在の分布が時々変化するのでセラピストの治療反応の分析が不可欠であります。

過剰（異常）	正常協調性	過剰（異常）
弛緩性 緊張性相反抑制	← 相半抑制	軽度痙性 中等度痙性 重度痙性
アテトーゼの不随意運動 失調症のジスメトリア	← 同時収縮	(強剛)

表4 相反神経支配の正常と異常

相反神経支配は姿勢を維持するために、伸筋群と屈筋群を協調させて同時収縮を生じさせるための仕組みであります。表4のような正常な協調動作から逸脱した過剰な同時収縮、あるいは過剰な相反抑制に陥っているのが脳性まひであります。この状態は一定で不変のものではなく、全身状態や興奮の度合、外部からの刺激やその強さ、空間での頭の位置などによってダイナミックに変わるものでそれを利用して治療を試みるのです。

運動パターンは動作の方法であり、ある動作をするための効率のよいやり方が正常パターンであります。脳性まひは異常姿勢、異常トーンから連

〔全身性伸展パターン〕	〔全身性屈曲パターン〕
股関節伸展	股関節屈曲
膝関節伸展	膝関節屈曲
股関節内転	股関節外転
股関節内旋	股関節外旋
足関節底屈	足関節背屈

表5 脳性まひにみられる異常パターン

動を開始するので異常なパターンしか経験できず、訓練によって正常動作を練習させる必要があります。ボバースは以上の3つを総合して正常姿勢機構と言っているので、異常姿勢が異常トーンを作っているなどとは言っておりません。

ボバースはその理論を現代の最新の小児神経学の成果と運動させることをいつも心がけています。脳性まひをconditionと理解する、感覚運動障害である、運動経験の少なさが症状を重くする、正常姿勢調節機構の提唱、姿勢緊張、同時収縮、アテトーゼにおける緊張の変動の意義、相互作用、シャンティンルール、これらは今日広く理解されているボバースの成果です。はじめに述べたようにボバースはオクスフォードでもロンドン大学でもありませんが、小児神経学のパイオニアと広く認められています。診断だけを仕事とし、反射導出の技法を競った旧来の神経学から脱却して、社会との相関で子どもの幸福を追求するリハビリテーション医学と直結する、現在の小児神経学の道を切り開いた一人であります。最も歴史があり、権威ある小児神経学の専門誌DMCNの出版母体であるSpastic Societyの創設期からの主要スタッフであり、数多くの著書をだしています。

ボバース夫人は常に治療の先端にたっています。私たちは治療のために分類する(表5)。評価をしながら治療し、治療しながら評価する。治療の成果を評価し、治療の適否を判断する。1年経っても子どもに変化を与えられなければ治療が反省されるべきだと、そのhandlingの効用に絶対の自信を持っていました。

歴史で述べたように、ボバースアプローチは、いまもよりよい脳性まひの治療をめざした努力が続けられています。直接ボバース夫妻から指導を

表6

ボバースの脳性まひの分類

Our Classification due for Treatment

1. 重度痙直型 (強剛を含む)  
Severe Spasticity(Include Rigidity)
2. 中等度痙直型 (強剛を含む)  
Moderate Spasticity(also Include Rigidity)
3. アテトーゼ (痙直合併、または合併せず; 失調合併、または合併せず)  
Athetosis with/without Spasticity with/without Ataxia
4. 失調型  
Ataxia
5. 弛緩型—低緊張型  
Flaccid—Hypotonic
6. 微軽症脳性まひ  
Minimal Cerebral Palsy  
集中困難                      Attention Disorder  
多動児                              Hyperkinetic Child

うけた訓練士が修練を重ねてインストラクターとなって第2世代を形成し、そのインストラクターの開いたコースからの第3世代の訓練士が活躍しているのが現状です。

ま と め

- ボバースは療育哲学
- ボバースは今も学び続ける
- 誰にもその治療成績はわからない
- ボバースアプローチは今も新しいはじめに

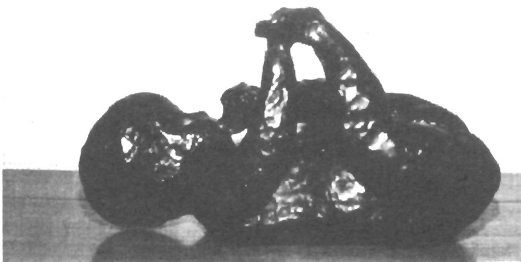
ここまで述べましたように、ボバースは単なる技法ではありません。脳性まひをさまざまな問題をかかえた状態として考え、その全てに最上の、そして飽くことのない援助の手をさしのべようとする、療育哲学であります。

ボバースは私たちのアプローチは決して完成していない、今も学び続けているとその姿勢を語っています。脳性まひの人がいる限りその研さんの手を休めません。

ボバースは脳性まひの治療成績を語り比較することの問題についても述べています。脳性まひが障害の定着した状態と定義される限り、治療したの言葉は矛盾を含んでいるのです。治療しなけれ

ば脳性まひになった、の基準は現代の神経学には定着していません。誰もその治療成果を語ることはできないと述べています。脳性まひをconditionさまざまな状態として理解しているボバースにとって、疾病の治療のみが治療ではありません。子供の発達を助け、その快適な生活のために必要なら社会をすら変えていくことを40年前から提唱しているのです。

脳性運動障害（Voita）として治療して、治癒したかのように思われた子どもがミニCPであったり、不器用児やLDとなったりすることが少なくありません。新生児医学の進歩は重複障害、重症児の救命率をも上げているようです。脳性まひの子どもの能力を高めその幸せをはかるときの問題は運動の問題だけではなく沢山の曲面を考えなければなりません。ボバースアプローチは今も最も新しいそれであります。



再びボバース夫人の作品です。ブロンズの見事な作品で、ロンドンのボバースセンターにあります。もう1個、南大阪のボバース記念病院にあるそうです。先日、東京で開かれた国際小児神経学会議でフランスのエミールチゾン先生はこの姿を6～7カ月児はかくもヒポトニーだと説明されていましたが、ボバースは子どものボディークンセプトを獲得する姿であるとか、その最大屈曲の可能性を経験しているとか、座位に必要な固有感覚を養っているなど、多様な子どもの体験世界を説明すると思います。いずれにせよ正常な歩行の獲得を約束する姿であります。皆様のボバースに対する理解が、冒頭の胎内の姿から、この像が暗

示する姿のように正常発達を遂げられましたら、これに優る喜びはございません。

## 参考文献

- 1) K.Bobath : A Neurophysiological Basis for the Treatment of Cerebral Palsy. Clinics in Developmental Medicine No.75. London : SIMP with Heinemann Medical: Philadelphia : Lippincott, 1980
- 2) K.Bobath and B.Bobath : The Neurodevelopmental Treatment. in D.Strutton (ed.) : Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. pp.6-18. Clinics in Developmental Medicine No.90. London : SIMP with Heinemann Medical : Philadelphia ; Lippincott, 1984
- 3) 梶浦一郎 : ボバース法 1. ボバース法の原理と実践。理学療法7(1) : 67-75, 1990.

## 付 記

質疑応答の時間が与えられずシンポジウムとしての形をなさなかったことを残念に思うものがあります。指定発言者の藤田先生にはぜひお答えしておきたいと思うものであります。

脳性まひの治療成績に有意差が証明されていないとの文献を引用されていましたが、それにはすでに本論のまとめの項で答えてあります。ボバースは、脳性まひを正常にしたとか脳性まひを予防できたという主張がいかにも非科学的な論理であるかということいつも述べております。しかしこれは脳性まひは治療しても無駄であるということではありません。

治療とは治癒のみを求めることではありません。脳性まひはさまざまな問題を含んだ状態であります。一つ一つ改善をはかり、発達を助けるボバースアプローチの有効性は統計をとるまでもないことでもあります。すべての障害児、者がその最大の発達の可能性を追求し、人生を享受することを助けるのが、療育であり、リハビリテーションを口にする人の指命であります。最近ではノーマライゼー

ションとかQOLなどの言葉でも追求されていることをボバースは出発当時から追求しています。診断をつけて治療不能な神経疾患であると述べて医師の仕事が終わるのは数十年前の小児神経学で、リハビリテーション医学の誕生前の姿であります。現在の医学、小児神経学が単なる診断医学、治療医学以上の責務があることにつき青木の文（脳と発達、22(6)538, 1990）を引用したいと存じます。『障害児やその家族は医療の必要性や原因追求、診断のため何回も入退院を繰り返し、たとえ診断はついても治療は不可能なため医療機関や専門医から見放されたと思いついでいることが多く医療不信に陥っている例が非常に多い。障害児であってもcureはできなくてもcareができるし、療育も大切であることは誰もが分かっているはずである。また障害児のもつ発達の可能性も十分に引き出してやらねばならない。』

われわれが悪性腫瘍に対してのと同様に、脳性まひ、さらにはさまざまな難治の精神神経疾患の医療や療育に対しても、治療は無効と諦めさせるのではなく、命ある限り発達を助け、幸せをはかり、延命を策するべきであります。

## 2 ボイタ法

(道立心身障害者総合相談所)  
佐久間 和 子

厚生省の昭和45年研究班で行われた、CPの子防に関する研究を行った際に、病理剖検98例中、病的障害度より臨床的に実際の障害が重かった例が多かったことにより、早期治療教育の必要性を指摘しています。

従来は、もしCPとわかっていても仕方がなく、しかるべく対処しようという心構えであり、同時に見落される程度のCPならそう大きな問題はなからうという心理が潜在していました。

しかし、最近は周産期におけるCP発生の予防や乳児期の早期の診断・治療が唱えられるようになってきました。障害による欠損部と障害を免れ

た部分がはっきり区別されてから後に、健常部の代償機能を引き出そうとするよりも、まだ神経機構が旺盛な生成の途上にあるごく初期ならば、大きな欠損として残らずにすむ理と考えられてきました。

神経機構ができ上がっていない早期が何よりも重要なことで、CPと判明する時期ではすでに遅く、それより以前に異常を探し出さなくてはならない。そのためにVoita診断法は大きな意義をもたせました。

今日脳の生理学は人での実験が出来ないため不明な部分が多いですが、次のようなことが理解されて参りました。

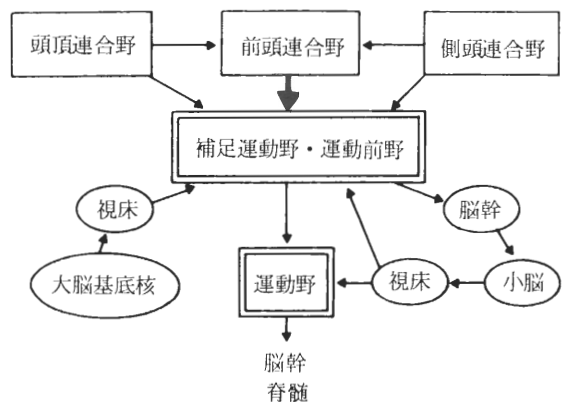
出生直後のシナプス（髄鞘）の接続が大ざっぱにしか出来ていないことです。

胎生期28週で脳の溝が出来るので、反応する髄鞘化がこの時期から起きてくるわけで、この時期から訓練することが考えられてきています。Voitaは保育器の中から訓練ということを指摘しています。

視覚や聴覚は遺伝子によって決っています。しかし運動の細かいところは生後の現象で決まります（回路）。シナプスは猛烈に使うことにより出来ます。使わないと消失します。即ちファンクテション（促通）の意義がここにあります。

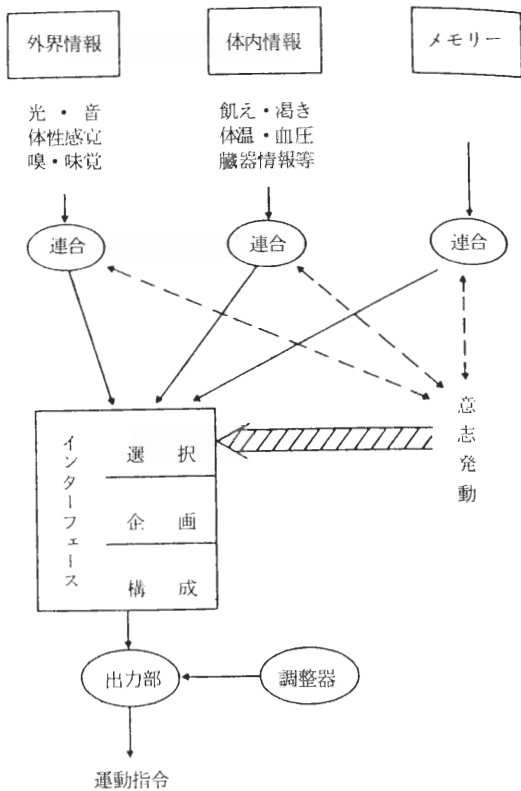
第1図

### 線維投射による脳内の回路



(丹治順氏による)

第2図



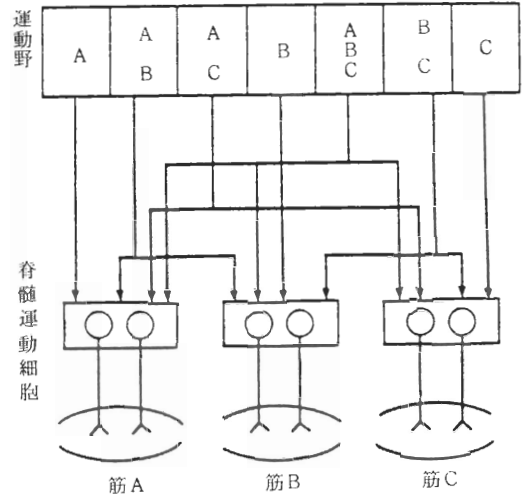
(丹治順氏による)

正しい姿勢反応，空間的運動に刺激を継続して早期から行うことによりシナプスが出来てやがて発達となるのです。

運動は運動野から錐体路により筋活動が行われるといわれてきました。しかしこの錐体路の髄鞘が約100万本しかないと言われており，運動前野及び補足運動野から小脳，基底核，延髄網様体，橋への回路は約1,000万本あるといわれ，これからが運動の企画・調整・インターフェースの役割をにない，運動指令を出し，運動の協調動作，巧緻動作が可能になることがわかってきました。運動は運動中枢と感覚中枢と上記のその他の脳の分野がかかわるのであり，それらの分野に線維が投射されて脳内の回路が出来て，その経路を伝って始めて協調した運動動作となるわけです。

又もう一方神経細胞から出る多数のシナプスは，それが他の神経細胞と連繫されており，運動野での動作遂行に必要な筋活動の組合せが多数再現し

第3図



(丹治順氏による)

ます。即ち運動野AからAの運動筋にシナプスが伝わるのは当然ですが，A/B野から筋Aへ又筋Bへと伝わるといわれています。二つにいわゆる可塑性とか代償性とか云われる所以でありましょう。

人間のみが可能な歩行動作は，姿勢反応，空間的運動動作が獲得されなければなりません。このためには正しい刺激を継続して早期から行うことにより，回路が出来て，やがて歩行へと発達するので。

ある医師ご夫妻のお子さんがApgar score 5点で生まれ，生後2ヶ月に来院されました。M. Toneは高くA/TNRが強くOpisthotonusなど異常パターンを持っておりました。背臥位で体幹が安定せずすぐからVojta訓練を開始致しましたが，考えられない程5ヶ月から急に良い方向に向い，6ヶ月以降には殆ど異常が認められず，正常パターンをとり始めて参りました。ご両親とも熱心に訓練されたのが巧を奏したのでしょうか。可塑性かも知れませんが，あまりの変化に私も驚き且つまた，まだまだ経験の浅いことを痛感させられました。まだ他にもこのような経験はあるのですが，どうもハイリスクであっても修正6ヶ月までに病的パターンになる危険性ありと感ずるお子さんの中に正常になるものがあり，これを正常化というのでしょうか。

C Pは中枢性の運動障害ですが、non-C Pとは明らかに異なります。即ち異常パターンが固定したもののなのです。デンプー等の発達検査は量的な発達の違いをみるものでありますが、C Pは質的な違いをみるものです。即ちBobachの言葉を借りれば、相反神経の偏り<sup>かたよ</sup>なのです。一定の肢位をとってしまうのです。これを放置してしまいますと、変形、拘縮して特有の肢位になってしまいます。又左右差が残ると将来、その影響がさらに障害の程度を強めてしまいます。

函館の例であったのですが、未熟児で知能がよく、痙性まひのお子さんでしたが、訓練開始しようとしたが、姑さんや父親がそれをこばみ放置して、2才6ヶ月の時非対称性即ち左右差が強くなってきました。股関節の開排も悪くなって参りました。すぐ股関節のX-Pを撮ってもらいましたが、麻痺性股関節脱臼はありませんとの検査結果の報告をうけました。対称性にもっていくように話をしました。半年たつてつまり3才になった時再診致しましたが、6ヶ月間で股関節は完全脱臼をしてしまっておりました。夜間常に一方の方向のみで寝ておりました。当然としてその上側になった方が脱臼していたのです。残念に思います。

C Pは姿勢を変えたり、体幹や四肢への振動やタッピングの刺激を加えることにより、全身の筋緊張が変わったり、より自発的運動が増したりします。自発運動が増すことが外からの刺激によって起り得るのです。

Vojta法について述べたいと思います。

Vojta法とは反射性腹這い(R.k.)と反射性寝返り(R.u.)という2つの反射性移動運動から成り立っているFacilitation techniqueによる運動方法であります。

チェコスロバキアのプラーク大学の小児神経科医であったVojtaは1954年の初夏、脳性麻痺のリハビリテーションに関する知識をあまり持ち合せていなかったのですが、プラークの脳性麻痺センターに赴任しました。当時、すでに色々な方法でのリハビリテーションの理論やテクニックが知ら

れていました。ある日機能訓練を行っている時、立位で色々な場所を抑え、それに対しての抵抗を加えるよう指示していましたが、そのまま押え続けていると突然緊張が低下することに気がついたそうです。“いわゆるジャックナイフ現象”のように二つ折れになったといえます。その後訓練を重ねてゆくうちに次のようなことを試みてみたわけです。

即ちVojtaはC P児を種々の肢位にして軸器官に抵抗を加え、四肢にisometrieの運動を起すことで運動を改善しようと試みました。ところが自発運動の改善がみられてきたと申しています。しかしその理由については説明できなかったといっています。即ち例えば、子供を腹臥位にさせて頭を一侧に廻<sup>と</sup>らせ、後頭側上肢の橈骨末端を刺激して上肢が挙上するのに対して抵抗を加えることによって、軸器官の改善がみられ、又顔面側上肢を前方にもってきて、上腕骨内側上顆を圧迫すると顔面側の下肢を前方に引き上げ、他側の下肢を伸展し、他側の腕を前方に挙上し、頭を他側に廻旋するような運動がみられたといっております。

即ちある一定の姿勢のもとで、体のある一定の場所に刺激を加えることによって、四肢を全体幹に何時も同じ運動パターンが規則的に反復誘発されるのを観察することが出来たといっています。

このような複合運動体を観察していくなかで、その運動パターンに移動運動の要素があることに気づき、反射性移動運動という概念に到達したそうです。反射性移動運動の中でも、反射性腹這い運動はC.P.だけでなく、正常な新生児、乳児にもそれが存在することを確認したといっています。

又C Pの呼吸機能を改善するためにK A B A Tのテクニックを利用して、子供を背臥位にして胸郭の中間の部位を刺激していきますと、足をあげて頭を反対側へ向けてきました。又、反対側でこれを行ってみますと、同じような筋活動がみられたと述べております。これが反射性寝返りにおける胸部誘発帯の始まりであったわけです。

反射性移動運動はあくまでVojtaの長期の臨床経験による観察から体系づけられたものであります。

Vojtaは腹臥位が系統発生上の基本姿勢と考え、腹臥位での移動運動である四つ這い運動が、人の個体発生上第一段階の移動運動として重視されるといっています。

R.k., R.u.はこの方法により移動運動に必要な三要素即ち

- ①姿勢の変換による反応性
- ②支持能力（持ち上げ機構）
- ③相（動）運動（関節運動）

によって姿勢保持や運動の基礎能力を誘発し、発達を促すものであると述べています。

具体的には、四つ這い運動の中で、骨盤帯は膝を支えられて持ち上げられるが、その時股関節屈筋、内転筋群は抗重力筋として働き、中臀筋は固定筋として働いています。この状態は単に支持され、固定されるという静的なものでなく、運動の中では下肢の相運動と密に結びついて動的な状態なのです。

中枢神経系に障害があれば、身体の様々な部分即ち、迷路・外受容器、固有受容器から中枢神経系にもたらされる多数の求心性刺激は、中枢で適切に処理統合されず（Z.K.Sという）求心性刺激に対する反応としての姿勢反射は緊張性反射以下の低い水準の原始反射で常同的な型をとって出現します。（一様な運動）

例えば痙直性の筋収縮は不良なフィードバック機構による誤った中枢性制御を示すものとなります。

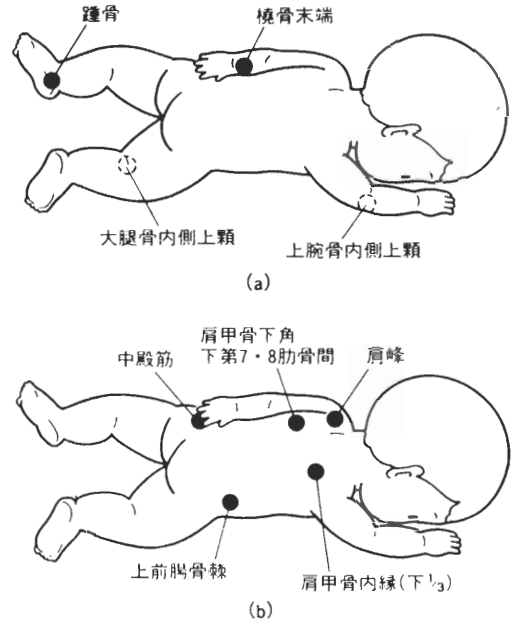
さて具体的に写真で計練法を説明します。

R.k<sub>1</sub> 刺激部位及び補助部位に圧迫刺激を加え、  
R.k<sub>2</sub> えると顔面側・上下肢の屈曲、後頭側上下肢の伸展、頭の廻旋をおこし反射性移動運動が出現します。

Ru<sub>1</sub> 刺激部位、顔面側の乳線上第6-7肋骨の高さで対側の肩胛骨及び脊椎に向けて圧迫し、腹直筋の収縮、頭部の伸展、嚥下の誘発、横隔膜運動による呼吸パターンの調整をします。

Ru<sub>2</sub> 腰仙部の屈曲、骨盤の後傾、下肢屈曲持ち上げ、頭部の廻旋、体幹骨盤体の廻

第4図



反射性腹這い運動 (1)

- (a) 出発肢位と主誘発帯
- (b) 出発肢位と補助誘発帯

(富氏による)

旋運動側臥位になります。

R.u., R.k.を病的運動発達に適用し、促進することで、前に述べた姿勢反射の異常の結果として出現している緊張性反射以下の低い水準の姿勢反射が上部脳幹の水準で統合され、協調化され、同時に持ち上げ機能も相運動もそれぞれ密接に関連しつつ促進され、これを通して以後の運動発達にとって、より良い条件が作られるといっています。

Vojtaはこの訓練方法は、匍匐運動や廻旋運動そのものを促進して作り上げようとするのではなく、R.u., R.k.を一つの治療手段としてその運動学的構成要素を活用しつつ病的運動発達を正常化しようとしています。

第5図



反射性腹這い運動(2) (a)…は出発肢位, 一は運動を示す。(b), (c)実際の手技の一例と運動を示す。(富氏による)

第6図



反射性寝返り運動(1相誘発帯) (a)…は出発肢位, 一は運動を示す。(b), (c)実際の手技の一例と運動を示す。(富氏による)

第7図



反射性寝返り運動(2相誘発帯) (a)…は出発肢位, 一は運動を示す。(b), (c)反射性寝返りの2相の誘発帯 (富氏による)

<症例 1才 痙直性両麻痺> (写真1・2)

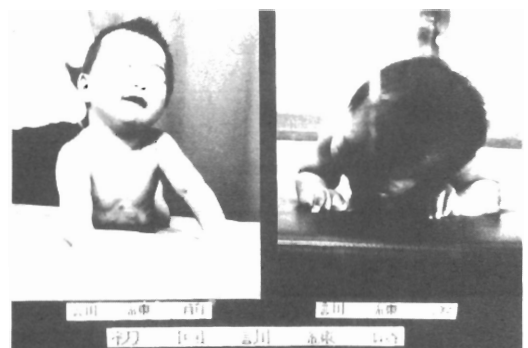
写真1



(富氏による)

- ・初回訓練時  
 訓練開始前……上肢の伸展突張による手根支持  
 訓練直後……前腕支持

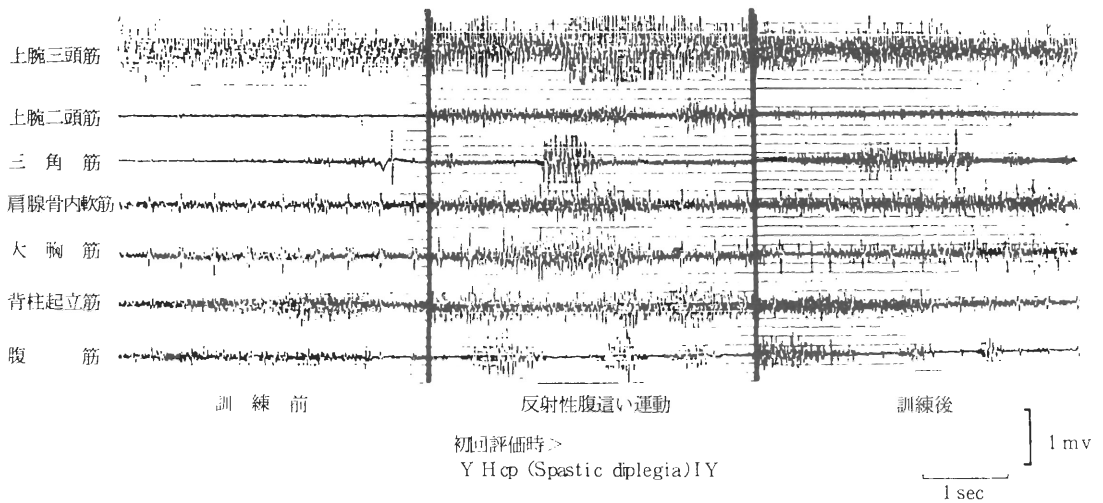
写真2



(富氏による)

- ・訓練1ヶ月後…伸展突張軽減  
 前腕支持から肘支持への移動の運動パターン。前腕の回外運動がみられます。

第8図 心電図〈初回評価時〉



(富氏による)

初回評価時

訓練前……上腕二頭筋と三角筋には殆ど筋活動がみられません。

反射性腹這運動時……上腕二頭筋, 三角筋, 肩胛骨内転筋の筋活動が賦活されています。

訓練直後……上腕三頭筋の異常な緊張性の筋活動が軽減し, 自発運動に対応して, 上腕二頭筋, 三角筋, 肩胛骨内転筋の筋活動が訓練後も持続しています。

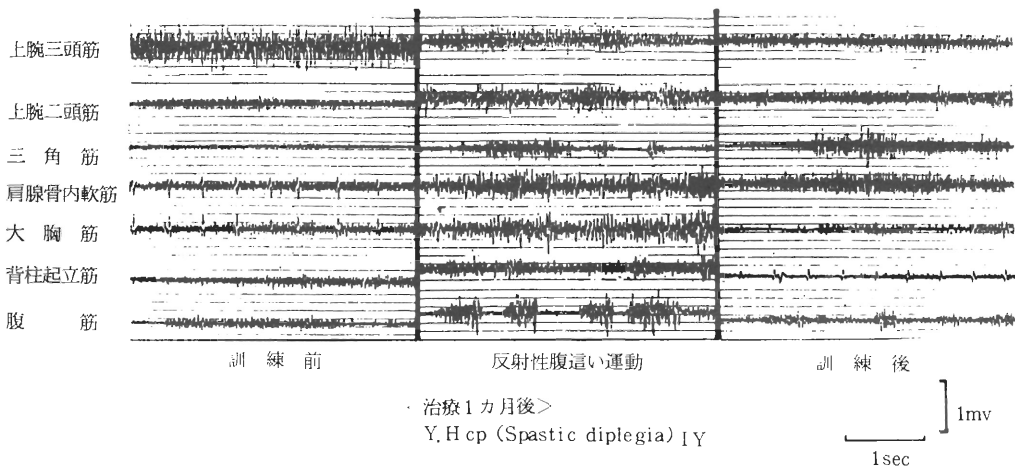
治療1ヶ月後

訓練前……三角筋の筋活動はあまりみられません。

反射性腹這運動時……上腕二頭筋, 三角筋, 肩胛骨内転筋が賦活され, 相反性に上腕三頭筋の異常な強い緊張性の筋活動が抑制されています。

訓練直後……自発運動に対応して, 上腕二頭筋, 三角筋, 肩胛骨内転筋, 肩関節の支持性が得られ, 肘支持が可能となります。

第9図 筋電図〈治療1ヵ月後〉



(富氏による)

Vojta法は泣かせて行って云々といわれる方がおられますが、活発帯と圧点を正しい方法で行っていけば、気持が良くなって眠くなってしまいます。又手足には反応が自ら感じてくるものです。この方法は幼児のみを対象としていると、お考えの方もあられるかも知れませんが、大きい子供にもよく反応して利用されています。Vojta博士自身は大きい子供から取組んでいったのです。

治療は日常生活の場でそれが必要であるからその目的達成のため希望する運動パターンをFacilitationすることであり、種々のFacilitation techniqueの中から、最も有効な手技の選択が行われるべきでしょう。

どの方法を行うとも、正しく手足が動くことは、手足にある関節や筋肉から固有感覚（運動感覚）が動きたびに脳に情報を送り、その情報により運動の計画、指令と修正が行われて参ります。

C Pの訓練治療上の患児の変化に対しては、理論的説明を後から試み、そこから又新たな工夫を行うというくり返しなのです。その経過中で実際には姿勢反射や協調的複合運動パターンの発達について解析といったハードの面からと、幼児精神活動領域から心理的分析に至るソフトの面まで、巾広く総動員して、これまで知られている神経生理学的常識の範囲で解決を行い、新たな提案も継続され、続けられてきました。故に神経発達学的治療と呼ばれても良いでしょう。

療育が全人的療育であるとするならば、Vojta法はあくまでも運動学的治療ですので、精神心理面でのアプローチは出来ません。

今日のC PはC P単独の患児より、心身障害児の方が、即ち重複障害児の増加が認められてきました。この点を考えますと、Vojta法を行うのであれば、精神、心理面に対しても日常生活動作、遊びを通してアプローチもして行かなければならないと思います。

## 参考文献

- 1) A colour atlas of life before birth by England normal fetal development. Wolf Medical Pudlicants Ltd. 1983
- 2) Vojta, V. : Die zerebralen Bewegungsstörungen im Sauglingsalter-Frühdiagnos und Fruhtherapie. 3 neu bearbeitete Auflage, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1981.
- 3) 丹治 順：脳研究の動向と進歩  
運動 日本臨床 45(9) 1987
- 4) 丹治 順：随意運動の機構とその臨床  
補足運動野 運動前野運動野  
日本臨床 45(2) 1987
- 5) 伊藤 薫：脳と人間学 培風館
- 6) 津本忠治：脳と発達 環境と脳の可塑性  
朝倉書店 1988
- 7) 鈴木恒彦：脳性麻痺の早期方法とその根拠  
総合リハビリテーション15(9) Sep, 719, 1987
- 8) 富 雅男：脳性運動障害に対するVojta法によるFacilitationについて  
特集 Facilitation technique(2) 理学療法  
13(6);369-376 1979
- 9) 富 雅男：VojtaのFacilitation technique  
その1 脳と発達 12(5) 449-451, 1980
- 10) 富 雅男：  
その2 脳と発達 12(6) 557-562, 1980
- 11) 富 雅男：  
その3 脳と発達 13(2) 161-164, 1981
- 12) 富 雅男：Vojta法  
脳性麻痺 第2版 リハビリテーション医学  
書15 1660-194, 1990
- 14) 佐久間和子：運動発達とその遅れの指導  
発達(別冊) 11 86-97, ミネルヴァ書房,  
1991

### 3 上田法

(道立札幌肢体不自由児総合療育センター)

高橋 武

新たな脳性まひ治療アプローチとして上田法が注目されています。

画期的な治療法で、脳性まひ児とその御両親から大変喜ばれており、今は全国的にひろがって行われるようになりました。1990年のスペインでの国際リハビリテーション医学会で上田医師と塩ノ谷理学療法士が発表したため、諸外国からの問合せや、外国からの来日がみられるようになりました。

上田正先生は、第八高等学校(旧制)、名古屋大学医学部の御出身です。外国語学の才能は豊かで、フランス語、スペイン語、英語、ドイツ語など数ヶ国語に通じておられ、従って医学の面でも、巾広いニュースソースを持っておられます。

今回の上田法の発想は、独自の境地をきり拓くものですが、理論的裏付けや上田法の新たな展開についても、確固とした基礎の上に組立てられていることを先づ紹介しておきたいと思います。

このような訳で、まだ経験の浅い私の話よりも、直接、上田医師のお話を聞くように再三希望を出したのですが受入れられなくて残念でした。仕方なく、上田先生には一応の御了解とお許しを得て来ております。

#### 上田法の手技

上田法の手技は、基本的には、体幹法と四肢法があります。

体幹法には、

- 〔 頸部法
- 〔 肩一骨盤法
- 〔 頸部一骨盤法

四肢法には、

- 〔 上肢法, 下肢法, 対角線法,
- 〔 全四肢法, 肩一肩胛帯法

があります。肩一肩胛帯法は、最近開発された方法です。

上田法は、脳性まひを含めた脳性運動障害児に対してこれをおこなうと、四肢体幹の痙縮を持続的に激減させることができます。痙縮が激減すると、いわゆる原始反射や異常姿勢が消失し、正常な立ち直り反応・平衡反応が次第に出現し、それに伴い様々な動作がひとりでも出たり改善されます。

どうして、痙縮が減るのかについては、注目されているところです。

#### 痙縮についての問題点

さて、痙縮については、生理学上ではその発生機構がまだ解明できておりません。

脳性まひの治療にたずさわる者にとっては、痙縮を除去することは、最大の関心事であります。

上田は、痙縮をおこすと言うことに対しては深い考察のもとに、ある仮説を説明しております。

さて、痙縮とは、現象面からみると、正常な人に見られる伸張反射が異常に亢進している状態をいいます。この伸張反射が亢進した状態には二つの臨床像がみられます。一つは痙縮であり、もう一つは固縮と云われるものです。一般的には、痙縮の重度のものが固縮でなからうかと云われています。

これが脳性まひの病型のうちの一つの型としてみられている訳ですが、前述のとおり、生理学的には発生機序についてはわかっていません。これからの解明すべき一つの問題としてなげかけられているところです。(従来は、中枢神経のγ系の抑制がとれると痙縮がおきると云われていた。)

痙縮は、これまでの脳性まひの治療の色々な手技により、また、針(中国医学)によってもいから軽減します。上田法は、これらの手技よりも抜群の効果をあげています。

上田の方法は、脊髄神経回路レベルの「相反性興奮抑制法」と呼ばれます。

これが痙縮を激減せしめる方法なのであります。今までは、脳性まひの治療には、脳は注目されま

したが、脊髄は問題にされませんでした。上田法をわかりやすくするために前段階として、ここで脊髄レベルに注目している諸外国の学者の、その研究成果をすこしあげてみます。

マイクルバスト（1982年、1986年）やハリソン（1988年）その他です。

ウイスコンシン大学のマイクルバストは、脊髄神経レベルの反射にみられる相反興奮現象が痙縮の本質であるとしています。人間の新生児の伸張反射メカニズムのモデルでは、第一次求心性精神からの興奮性の刺激が、アゴニストとアンタゴニスト（動筋と拮抗筋）の運動神経プールの両方へ出ていることを示しました。そして、出生後、時間のたつのと同時に、中枢神経系の神経機構の再構成がおこりはじめ、神経の軸索消失又は神経死がみられます。

マイクルバストは、脊髄の神経路の仮説を図で示し、新生児にみられる回路と、成長後の回路の違いとその機能（働き）を説明しました。新生児期には、相反性興奮がはじめにみられ、生長後、相反性抑制が働くようになるので、下の図は、こ

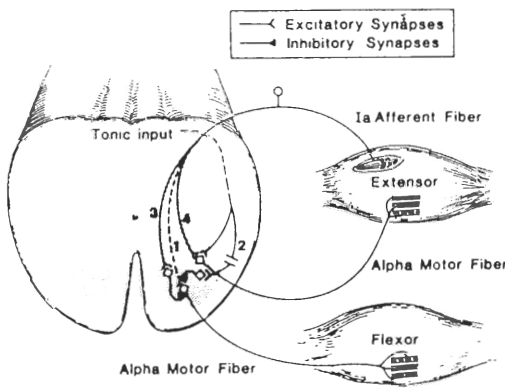


Fig. 3. (Myklebust et al. 1982). Pathway of stretch reflex in reciprocal inhibition (paths 3 and 4) and proposed pathways of reciprocal excitation (paths 1 and 2). Normal response to stretch is result of firing of Ia afferent fibers which are excitatory on agonist alpha motor fiber (path 4) and simultaneously inhibitory on antagonist alpha motor fiber through an interneuron (path 3). We speculate that normal neonates' stretch is simultaneously facilitory on stretched muscle and its antagonist by monosynaptic or oligosynaptic pathways (path 1). Path 2 supposes that tonic inhibition develops later and is not present at birth.

れを理解する一つの小さな仮説であると云っています。（この相反性興奮は発育して大きくなると出現しなくなる訳です。）すなわち、まとめると、「新生児の腱反射は成人のそれとは、測定できうる程度に異なることを発見しました。それで、我々（マイクルバスト達）は、新生児の中枢性と末梢性の神経組織は正常成人のそれとは異なって独特の性質をもっているのであろうと主張する。生理学的な、筋紡錘と運動神経プールと運動単位の過敏性が乳児には存在するのでありましよう。更にまた、正常な新生児においては、正常の発達で覆面され、排除されるところの機能的な脊髄神経路が存在するのでありましよう。いくつかの興奮性と抑制性の相反的脊髄節経路が新生児には存在し、それが、しかし正常発達で（発育してくると）ディシナプティックな相反抑制のみが機能的に残存するという事は、考えられないわけではない。」と云っています。

結論として、次のようにのべています。「病的発達の或る形態においては、それは、脳性まひが現在の唯一の特徴的症例となるのですが、不適切な、スプラゼグメンタルの影響では、相反性興奮の神経経路の残存を育成するかも知れないし、または、相反性抑制のための神経経路を発達させないのかも知れない。」

また、クエート大学のハリソンは、マイクルバストの研究成果を認めると共に、更に他の多くの文献的考察をおこなっています。その中で、「中枢と末梢の運動の未発達や異常が脳性まひの人の運動の経験を制限するため中枢の運動機能が正常に発達するのを妨げる。別な言い方をすれば、初めにあった中枢の異常が脊髄レベルでの未発達と異常を引き起し、それが逆にスプラスパイナルの発達を妨害するという悪循環となっている。」と云っています。

このように、脊髄レベルでの検討が盛んにおこなわれるようになったのですが、これが、脳性まひ研究の最近の特徴のように思われます。

## 引き算的発達、その他について

さて、上田は、上田法の理論の説明にあたって、広く論点を展開しておりますので、それを順次のべていきたいと思えます。紙面が足りないのである程度しかのせることができませんが発達しつつある理論として理解することが、とらえ方としては正しいかと思われまます。真理における多くの側面へのアプローチがなされていくのだと認識して下さい。

上田は、まず、中枢神経系の引き算的発達というものをのべています。これは、従来の中枢神経系の発達の論議にはなかった、全く新しい概念の導入で、発達していく神経機能の変化を説明するのに良くあてはまると考えられるのであります。これは、『脊髄では発達の初期には過剰のニューロンがつくられるが、多くは数合せの原理で消失する。程度は部位によって異なる。筋活動が始まると、ニューロン死が生ずる。発達中に誤ってできた結合はニューロン死で補正されるらしい。』（ヤノウスキー：1986年の文献を参考にあげています。）ここでも脊髄の機能が重視されていますが、脳でも引き算的発達はおきると云っています。

また、中枢神経系、特に脳に対して次のような興味ある考察を加えています。あるエッセーの中で、脳のはたらきにおける神経の階層構造モデルに対してメスを加え、プリコジヌ（ベルギーの学者）の散逸構造を考慮の中に加えています。

すなわち、『発達段階の神経系は平衡からはど遠い。これに環境の小変化が押し寄せてくる。すると、この系が散逸構造として振る舞うことは十分にあり得るとオッペンハイム（1984年）はいう。つまり、脳は環境の小変化に応じて、ある一定の方法で、その全構造を常に再体制化（再編成）しつつ、結果として有効な、かつ安定した機能を営むものではないだろうか。』

また『脳性麻痺治療への新たな道。一四肢あつての脳ととらえて一』の中で、脳の可塑性とはどういうことか？ との考察を加え、『脳の可塑性というばあい少くとも三つの側面を考慮に入れた

い。

第一は、シナプス（神経細胞どうしの接合部）での感受性の変化である。二番目は側枝の発芽である。これによって時には、かなり長い距離を隔てた部位の間にも新たな配線が生じていることが最近判明してきた。そうしてこれらは正常の脳の中でも絶えず起きていているらしい。第三点はダイアスキシス（diaschisis）ということである。簡単にいえば神経線維間の連絡（回路）が抑えられている状態をいう。「神経解離」という訳語が当てられるが、これでは分かりにくい。可塑性だと見られる現象の中に、このダイアスキシスが解放される、あるいは活性化されるというメカニズムが働いているのではないかと推理されている。

前述の通り「ダイアスキシスの解放」こそが機能の回復（可塑性）に役割を担っているという考え方がある。神経解離とは現に存在する回路がふだんは働いていない状態のことをいう。そして通常の回路が駄目になった時急ぎよ使われるようになる。そういうことが想定されていて、その過程をunmaskingと呼んでいる。かりに「脱覆面」といっておこう。

さて、その脱覆面が、脳損傷児では正常のばあいに比べてはるかに行われ易いのではないかという風に考えてみる。何しろ脳損傷児にはもともと消えさるべきはずの線維（回路）があり余っているのである。それがピンチヒッターとして登場する場面はいかにもありそうである。

しかし脱覆面という概念そのものは決して新しいものではない。ラザラス（1907）が片麻痺や失語症の治療とは、それまで働いていなかった神経回路を働かせることであるといっている。わが国のポイタセラピストや、ポバースセラピストたちの考えるのも、似たようなことではないだろうか。』また、『ヒルシュとジェイコブソン（1975）はこれまで見てきた神経の脱覆面について次のように考えている。まず中枢神経系には二つの基本的なシステム（系）があるのではないか。一つは「不変性」システムともいうべき先天的のもので、いま一つは可変性システムである。こちらは生後

につくられ、個人の環境や経験によって左右させられるのである。シナプスの効率を高めたり覆面を脱ぐのはこちらである。

このような考え方は、しかし、昔からあった。

ノーベル賞受賞者のカハール（1919）が既に、少数の「可変」細胞こそが環境の影響を受け得るのであり、それによって個体の行動が変わっていくのであろうといている。

おそらく神経回路の脱覆面はこの可変性システムと深く関連するものであろうが、不変性システムとの間にもなんらかの関連があるかもしれない。』

上田は、マイクルバスト（1986）の相反性興奮の研究をととして神経機構への推測を拡大させました。相反性抑制は、この脱覆面と考えたのでした。一方で、緊張性振動反射という脊髄反射を分析しました。これらの現象から次のことをひき出しています。

『すなわち、痙縮というものは筋紡錘とは無関係であり、脊髄回路を含めた中枢性のものであろうということになる。

それではその中枢からの抑制がどのようにして行われるのであろうか。いいかえればある回路がつながったり切れたりする機構がどうなっているのかである。ここで「シナプス前抑制」ということが登場してくる。先の緊張性振動反射に則していえばこの反射はそれが誘発されている限り、腱反射・H反射のような単シナプス性の（相反）反射活動を抑えてしまうということが知られている。このことをシナプス前抑制ということばを使って理解しておきたい。

まとめてみよう。腱の振動によってもたらされる刺激を介した脊髄反射（緊張性振動反射）の回路は常に閉鎖状態にある。腱反射・H反射の回路が開かれている。そのうえ上位中枢からの抑制線維のシナプス前抑制がきいている。』

この上更に、治療手技による痙縮の抑制はどう考えたら良いかを検討し次のようにのべています。

『末梢からの入力を高めて、損傷前には使われていなかった四肢（末梢）からのシナプス前抑制の回路を開いてやることだ。いいかえれば、四肢

から来ているはずの痙縮抑制回路の覆面をはがしてやることである。

脳性麻痺の治療の手掛かりが、仮りに指定されたこうした抑制回路の脱覆面にある可能性は十分にある。だが、それがすべてであろうか。別な可能性がありはしないか。

マイクルバストが仮想した脊髄内の回路を想い出していただきたい。動作筋のみならず同時に拮抗筋をも興奮させてしまう回路、正常な新生児に存在しながらやがては精算され、脳損傷児では遺残する回路である。

かといって脳損傷児に、ある筋が働けば拮抗筋は弛むという形の、ふつうの相反性抑制の回路がないということではない。だが、その回路はどうやら閉ざされがちだ。治療するには痙縮は抑えねばならぬ。相反の運動の回路を開かねばならない。いったいどうすればよいのだろうか。

私が「相反性興奮抑制法（上田法）」と呼ぶ方式ではこうする。一方の下肢を伸展する。股関節の股位が重要なのだが、さしあたり問わないことにする。大切なのは下腿の後面が何物にも触れていないことだ。

手技には三つのパートがある。①まずセラピストは患児の足関節を最大限に底屈し、そのまま約3分間じっと待つ。膝の屈曲が生じないようにしよう。②その後の足関節の背屈・底屈の交互運動。足関節をゆっくりと背屈させる。曲げられるところまででいい。ついで足をゆっくり底屈する。底屈位で2～3秒間おこす。ふたたび前と同様に背屈に移る。こうして背屈・底屈をそれぞれ15～20回反復した後、③最後にもう一度、始めのように足を最大底屈位に3分間保って一回の治療を終える。』

『神経のレベルで、足関節の最大底屈によって生じていることを考えると、その時前脛骨筋から三頭筋への相反性興奮回路は閉ざされている。それと同時に今まで閉ざされていた、つまりマスクされていた相反性抑制の回路が開かれるのではないか。もちろんここでもシナプス前抑制のメカニズムが主役である。』

『脳性麻痺では緊張性の伸張反射回路が“つけっぱなし”の状態だ。いっぺんスイッチを切って休ませてやれば、その回路にも自分がビリビリし過ぎていたことが分かるのではないか。そしてたまには、他の回路に道をゆずった方がいいことを悟るのではあるまいかと考えてみたい。』

上田は、このような考え方で痙縮がとれることを説明しています。

上田はこの説明のために数多くの文献的考察を加え（例えば、ディーヴァ：1976, ゲルルナー：1978, ビショップ：1980, ウォール：1980, ウォビ：1987など）論証をすすめています。また一方で、ユング, ピアジェ（1976年）, フロイドなどをひいて人間の総合的発達について全人間的観点からとらえ、治療の巾のひろがり大切にしております。

〔以上の文中の『 』の部分は上田の原稿からそのまま拝借してきております。〕

実際に上田法を実施してみて効果がみられた中で特に感じた点を次にあげてみたいと思います。

1. 頸部の安定（定頸）と、上肢の回内拘縮の消失、拇指内転拘縮の減弱に大きな効果がみられた。
2. 肩胛帯の痙性拘縮がみるまに消失した。
3. 脊柱の非対称と変形に対して、絶大の効果を示した。
4. 股内転痙縮がおちた。
5. 痙性尖足に効果が大きい。
6. ハムストリングの痙縮がおちた。

これらの効果は、面白い位はっきりとみられます。

上田法のすぐれた点として、上田は次の6点をあげています。

1. 過緊張をおとす。
2. その効果の持続時間が長い。
3. 治療に要する時間が短い。
4. 比較的シンプルな手技。
5. 肩―骨盤法は、二人で、例えば御両親でおこなうことが患児にとってはのぞましいものである。

6. 予見して親に効果をいうことができる。患児の知能が良ければ、次第に正常の子のようになる。

（これは富山県高岡市で開催された全国療研のさいに発表されたものです。）

次に理解をなめらかにするために、上田の初期の発表論文を続けて掲載したいと思います。

『 脳性麻痺に対する新しいアプローチ  
—痙縮はとれる、立ち直り反応は出る—  
愛知県立心身障害児療育センター  
第二青い鳥学園

上田 正 上條倫滋

脳性麻痺に対する新しい療法を提出したい。このアプローチの特徴は、次の二点にある。①いかなる程度の痙縮（過緊張）をも一回、約10分間の治療セッションで軽減し得る。②体に働く頸の立ち直り反応（NRR）を、一回、3分間の治療で誘発しうる。

この手技を提示し、これまでに得た成績を報告する。さらにこのアプローチの神経学的基盤を考えてみたい。

## 1. テクニック

### ① 下 肢

まず足関節を最大底屈位にして、3分間保持する。この時すべての足趾を底屈し、かつ踵骨底を後上方に押し上げる（底屈する）ようにする。次に足関節の背屈・底屈の交互運動を20回行う。背屈の要領は通常のROM理療と同様でよいが、同時に母趾を背屈して長母趾屈筋をストレッチする。乳幼児では足の縦アーチを崩さぬよう、内反位での背屈を心掛けたい。その後もう一度足関節および足趾の底屈位保持を3分間行う。

### ② 上 肢

母指を手拳（こぶし）の中に包み込んだうえ、手関節をできるだけ掌屈しながら、前腕を最大の回内位、肘関節を最大の屈曲位にして、この肢位を3分間保持する。この際、肘を側胸部に押しつけ、時々肩の方向へ軽く突き上げるようにする。保持に続いて伸展・すべての指の（過伸展）、手関節の背屈・前腕の回外、肘の伸展、肩の外転、

## 考 察

これをほとんど同時的に行い、1～2秒の後に先の屈曲肢位に戻す。この交互運動を20回反復する。その後、再び初めの肢位で3分間保持する。

### ③ 頸 部

常に顔の向いている方向、その方向に頭部を下顎が肩峰に達するまで回旋し、そのまま3分間保持する。

### ④ 頸の立ち直り反応の誘発

頭部を一方へ約90度回旋し、ついで下肢と骨盤を操作して体幹を反対方向へ、抵抗感の弛むままに徐々に回旋させてゆく。この間約3分間。

## 2. サブジェクト

これまで本法を行った対象は脳性運動障害児の118名。うち脳性麻痺は78名である。治療部位は上肢33名、下肢96名、頸部・体幹32名（うち頸の立ち直り反応誘発が29名）です。年齢は1歳未満が10名・5歳未満が98名（83%）である。最高は14歳である。原則として親に指導して家で1日1～2回行ってもらっている。

## 3. 成 績

### ① 痙縮の軽減

痙縮は、(－) (±) (+) (++) (+++) の5段階で評価した。1回の治療で全ケースとも痙縮は軽減した。軽減の程度はいずれの部位でも完全な消失と見えるものから1段階の低下までさまざまである。この効果は通常そのまま7～8時間ないし数時間続く。低年齢のものほど持続が長い傾向がある。治療を毎日、1カ月以上うけた患児では、下腿三頭筋の伸張反射の亢進程度、上肢のスパズムがかなり低下した。中には全く消失したものもいる。但し、治療を中断した場合、どうなるかは調べていない。

### ② 頸の立ち直り反応の誘発

治療を行った直後に、すべての子どもが滑らかな正常の立ち直り反応を示すようになった。この誘発反応を数日間持続する。毎日治療と寝返り訓練を行って、短期間で寝返りが可能となった子もいるが、訓練が寝返り運動に結びつかない子もいる。

これまでの脳性麻痺児の治療法はすべて経験的なものである。理論的な根拠は乏しい。我々の経験からは治療の原理を次の二点、すなわち、①過緊張（痙縮）のもとになっている異常反射姿勢の抑止、②正常な立ち直り反応、平衡反応の促進（誘発）としてもよさそうである（ボバース1980）。だが、これは口で言うほど容易ではなかった。ボバース夫妻がこの45年間、次々と治療の技法を変えていったことを見てもそれは察せられよう。しかし、脳性麻痺児の痙縮は確実に、実にシンプルな技法で軽減しうるものであり、また頸の立ち直り反応も同様、きわめて容易に促進し得るものであることが経験から事実としてははっきりした。その神経学的な基礎は後で考えよう。

痙縮のとれ方であるが、それこそストーンととれる。親はびっくりする。セラピストでさえ、時に、信じられない顔付きをする。しかし、とれ方にはかなり違いがある。ストーンと落ちるのは、痙縮の強いもの、むしろ固縮に近いタイプのものに多い。逆に落ちにくいのは、両麻痺タイプ、とくに双子児の二人とも同程度に罹患した下肢である。落ちにくい場合のテクニックを改良しつつあるが、それは別の機会に譲りたい。

治療を続けるうちに確かに痙縮の程度が軽くなり、治療の際に、1分間保持、2～3回の交互運動だけで、柔らかい四肢になってしまふことはよくある。しかし、軽減ないし消失した痙縮が、治療をいったん中断するとどれ位の日数で元に戻るのかは、まだ調べていない。

頸の立ち直り反応のこと。これは年齢を問わずあらゆるタイプの脳性麻痺児で誘発される。緊張（痙縮）が強くて全体として丸太棒のようにゴロリと転がる、いわゆる新生児タイプの立ち直り反応を示すものでも、体軸内の回旋を伴った美しい反応に変わる。脳炎後遺症、點頭てんかん、脳梁欠損などの子でも同様である。こういうところを見ると立ち直り反応はなにも長い時間をかけて回路の疎通を図るようなものではない。その反応に

関与する神経機構はどんな脳損傷児においても蔭で着々と形成されているのであって、ただその機能の発現を阻害するものがあって、それが本法の施行で急に除去されるのではないかと考えたくなる。

ボバースはずっと過緊張（痙縮）の治療とは異常な緊張性反射を抑制することだとしてきたが、最近では「過緊張児の異常姿勢を説明するのに、緊張性反射を重視し過ぎていた。現在ではこうした反射は子供の評価に用いていない」という。さらに、過緊張の治療そのものについても「姿勢・運動の異常は筋トーンの異常と密接に関連し、同様に正常な姿勢・運動は正常な筋トーンと関連するのであるから、治療の間に正常な運動を行わせるようにすれば、それがトーンを正常にするのであろう」と、消極的な考え方に変わった。

私たちは以前から、ボバースのいうように異常反射姿勢が痙縮のもとになっているのではなく、逆に痙縮こそが異常（反射）姿勢のもとになるのだと考えていた。事実、痙直型での下肢の伸展パターン、たとえば下肢交叉などは、私たちの治療によってたちまち解消されるのである。

また、ボバース（1984年）はアテトーゼ型四肢麻痺では「立ち直り反応は何年間も出現せぬこともあり、出たとしてもきれいな形ではない」というが、それはテクニックが間違っていたからである。そして自身で反省しているようだが、正常発達に沿った訓練にまだとらわれているからであろうと思う。

どうやら、ボバース派、ボイタ派を含めてわれわれには、脳損傷児の中樞神経系について大変な誤認があったのではないかとと思う。これまでは脳損傷児の中樞神経系には欠落部があり、それがもとで運動障害などが出ると考えてきた。成人の脳損傷ではそうかもしれない。しかし子どもの場合には違うのではないか。

最近、「中樞神経系の引き算的発達」（上田の仮称）という事実が明らかになりつつある。どういうものかという、動物でも人でも胎生期に正常では脳や脊髄で、実に過剰な神経細胞・神経線維

がつくられる。それが発達の段階で細胞死・軸索後退という、いわば引き算の形で排除されてゆくというものである。その過程は生後にまで及ぶらしい。

それ故、胎生後期から周産期に脳が損傷を受けると、そのためにその「引き算」にエラーが生じ、脳に欠落部分がある一方で、余計な神経回路が残している可能性がありはしないかと考えるのである。そして、その余計な回路が脳の可塑性なるものの主役を演じたり、逆に正常な神経機能の発現を阻害したりしているのではないかと、われわれは考えている。

私たちの脳性麻痺へのアプローチが、そうした神経機構に直接に働きかけている証拠はないが、少なくともボバース法ではついに果たされなかった①過緊張の抑制、②立ち直り反応の誘発が、このようにシンプルなテクニックで即座に可能となる裏には、こうした余剰神経回路が関与しているように思われる。そして、立ち直り反応の誘発には多分、余剰回路の阻害機能の側面を急速に抑えているのかもしれないし、一方、痙縮の抑制の面ではあるいは余剰回路がもつ「可塑性」を担う面が出ていないのではないかと推測される。

## 結 論

脳性麻痺に対する新しいアプローチを示した。この治療法によって痙縮は確実に軽減できる。また、頸の立ち直り反応は即座に誘発できる。このようなアプローチのできる神経解剖学的基礎、すなわち、中樞神経系の引き算的発達とそのエラーを考えてみた。本法の適用はさらに広がると考えるが、それにはまだテクニックの開発が必要である。』

以上で終わりますが、ビデオの再映で、わかりやすいように手技の説明をしました。

## 質 問 と 答

### 質 問 1.

子どもの心理状態をよく考えて下さい。あやすとか、終わった時、お母さんに早くだっこさせるなど、治療者の心づかいがほしい。

答

私のところでは、どの子どもも大切にし、その時の心理状態、気嫌、体の調子、親との関係などに良く気をくばり注意しておりますし、子どもとの関係を良く保つように心掛けています。恐怖や不安をあたえないようにするために白衣はさけるようにし、着衣の色はピンクとかクリーム色とか赤色など暖色系をえらぶようにしています。この技法では、痛みをあたえることはありません。泣いたり痛がったりすることはありませんが、いやがったり、3分間の間にあきることがありますので、子どもが知っている童謡をお母さんと一緒にうたったり、好きな玩具であやしたり、色々やっています。患児の意志・意欲の誘発を第一に考えて日頃治療にあたるよう心がけています。ですから、ほとんど泣くことはありませんが、でも、ひどく泣く時は中止して別の時間にしたり、お母さんに相談してあらためて別におこなうようにしています。

質問2.

肩一骨盤法以外の下肢法・上肢法などは、ボバースアプローチと対立するのように感じられたが、一つの現場でどのように使い分けられてゆくのか基本となる考え方を教えて下さい。

答

基本的には考え方も手技も異なり、効果も違います。上田法は効果を予見しやすいのですが、その他重度の痙縮にもより大きな効果が認められますので適用しやすいです。効果時間が長く継続することも考慮に入れて使い分けられています。ボバース法・ポイタ法もそれぞれの適用を考えていますが、紙面の都合で割愛させていただきます。

質問3.

低緊張の子に対しての促通手技はあるのか？

答

手技は同じですが低緊張の子に対しても効果は認められ、上田の発表では12例中8例(67%)に筋緊張の上昇がありました。

## 4 動作法

(北海道手稲養護学校)

御 供 真

動作法とは、動作を通して行動の主体者としての自己意識の確立を援助するための指導方法であるとおさえている。この方法は、もともとは脳性まひ児の肢体不自由改善のための動作訓練から発展してきたものであるが、この動作訓練の方法が自閉や多動の子どもたちの指導や訓練に有効であること、また、神経症の患者さんやスポーツの選手にも適用できること等が分かってくるにつれて、「動作法」という新しい視点でのとらえ方が必要になってきたのである。

### (1) 動作と動作不自由

動作訓練とはこれまでの神経生理学的な立場からの訓練法に対して、心理学或いは行動科学的立場からのアプローチであり、我々はこれを動作学的立場と呼んでいる。従来脳性まひは一般に脳の損傷による運動障害と考えられてきている。そしてこれまでの神経生理学を主とする科学研究の成果によって、そのメカニズムが大分分かってきている。しかし、脳性まひ児の行動を詳細に観察すると、そこにかかなり心理的な要因の左右をしていることが分かる。具体的には、何かをしようとする時に思ったように身体が動かない、動かそうとすると別の部位に力が入ってしまうということがある。或いは催眠に誘導すると、かなり身体を動かすことができるようになったという報告がある。

ここで、ひとりの身体の動きを次のように整理してみる。身体の運動は様々の原因により引き起こすことができるが、例えば、他者によって手や足を動かされる場合、それは確かに手や足は「動く」が、自分から「動かして」いるのではない。それに対して、自分で手や足を「動かす」場合、目的が達成されるようにコントロールしなければ

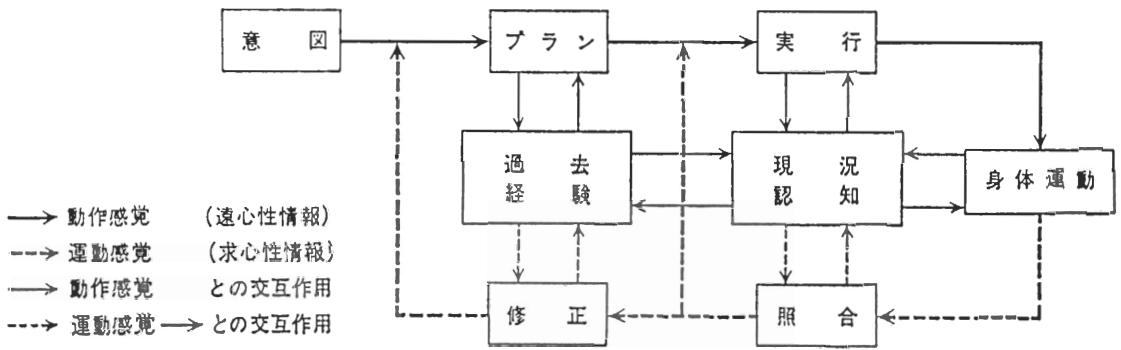
ならない。そこで、広い意味での身体の動きを身体運動と呼び、自分から目的達成のために行うものを「動作」と呼ぶことにした。

動作は図1に示すように、次のようなプロセスを経て実現されるとする。すなわち、ひとが自分の身体を動かそうとする時、何よりも先ず、そうしようとする「意図」が主体的に生ずると考える。次にそれを実現するための「努力」が行われ、その結果として「身体運動」が生起すると見る。更には、意図に応じてどのように努力するか、どこ

をどのように動かそうとするのか、動作パターンのプランが計画される。また、実現した身体運動の結果から、それが意図に合致したものでかどうかの「照合」、合致していなければ「修正」が成されることになる。

ところが、脳性まひ児ではどんなに努力しても、プランの立て方や努力の仕方が不適切なため、意図と対応した身体運動との間に食い違いが生じ、両者が一致しない。このことを動作不自由と呼び、脳性まひ児における困難の本質と考えた。

図1 動作の情報図式 (成瀬, 1985)

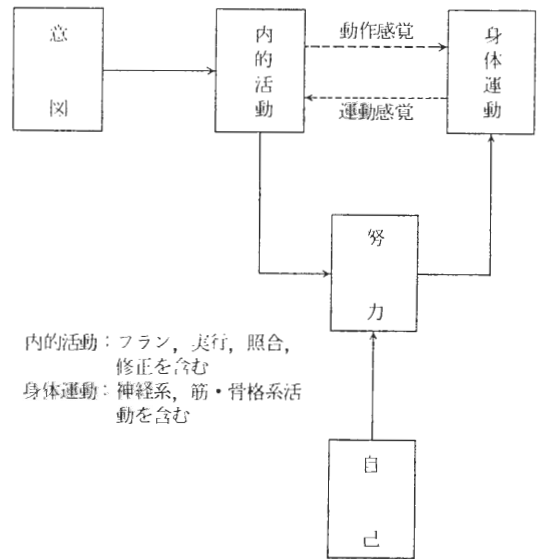


(2) 動作と努力

一連の過程としての動作は、心理的な活動と身体的な活動の統合的な活動としてとらえざるを得ない。動作が生起するためには、何よりもまず、当人自身が動作をしようと思図し、それを実行するための努力をしないかぎり、それが起きる筈はない。当人自身の主体者としての活動が単に内的心理的な活動を起こすだけでなく、外的な身体運動をも生起させなければならない。ある身体運動が起きるような活動ができるための条件は相応の努力である。

四肢や体幹の動きとか、立つ、歩く等の動作をするためには、それぞれに特有の踏ん張りや身構えが適切でなければならない。この感じが自分の身体の操作のための努力の具体的な体験である。努力に支えられて初めて、身体を動かすことができる。このことを示したのが図2である。

図2 動作努力の活動図式 (成瀬1985)



ここで動作努力というのは、初めて動作をする時には重要だが熟達してくるにつれて、意識性が低下し、殆ど気付かれなくなる。

動作訓練においては、努力の仕方を適切なものにするのが課題となる。ここで努力の仕方は、訓練で学習することによって動きが変化して、思ったとおりのパターンと一致するようになる。だから脳損傷が必ずしも不適切な努力と一対一に対応するわけではないのだが、脳損傷によって、その子の努力はおうおうにして不適切なものになりやすいということも確かなのである。普通の子だと、例え難しい動きでも、発達と学習によって適切な努力ができるようになっていく。しかし脳性まひ児では、被った脳損傷が原因で、その後の発達と学習に障害が生じ、そのために動作の過程における努力が不適切なものになる。そんな風に脳性まひ児の肢体不自由或いは動作不自由を理解することができる。

### (3) 動作不自由の由来

この動作不自由は何に由来するのかというと、脳損傷を決して甘く見ることはできないが、動作不自由の直接的要因は発達の障害と学習の障害にあると分析している。それは脳損傷を原因として生じてくるもので、新生児期から乳児期にかけての発達の障害が動作不自由をもたらすということである。

①新生児には、みんな新生児性のジワーとした筋緊張が見られる。こうした筋緊張を新生児は自ら身体を動かすことによって解消し、筋緊張を活性化させていく。これは新生児の主体的活動と考えられる。ところが脳性まひ児の赤ん坊ではこの活性化のための活動が脳損傷の影響で弱くて、緊張が解消されないまま残ってしまう。そしてそれが、脳性まひ児に特有の筋緊張に移行していく。だからできるだけ早い時期にこの筋緊張に対する活性化の援助の訓練が必要になるのである。

②新生児性の筋緊張が慢性的に固定すると、新生児様の体位が姿勢として定着してくる。この姿勢をGパターンと呼んでいる。この姿勢は、身体各部位の屈曲方向への慢性緊張が主体となり形成されている。Gパターンの姿勢は赤ちゃんには皆見られる姿勢だが、発達の過程の中でいろいろと身

体を動かしていくことによって、この姿勢から脱却していくのである。しかし脳性まひ児ではこのGパターンからの解放はなかなか困難であり、そのままにされると、ますますその方向への緊張を強めていくことになってしまう。乳児期の子どもでは動きが活発なほどGパターンの残りは少なく、弱いとGパターンは固定していくことになる。この時期の訓練に必要なことはGパターンからの解放を目指す動きを育てていくことである。

③このような課題の処理の仕方がまずいことと、もうひとつにはその後の動作発達の過程において、脳性まひ児では身体の各部位に動作を難しくさせるような不当緊張が現れやすいということがある。緊張という概念は「生理学的には筋緊張の高まりの方向であり、心理学的には行動を推進する心的構えの方向である」と考えられているが、この不当緊張のために努力の仕方を学習できず、未学習や誤学習の状態になる。脳性まひ児ではこの緊張が一番の問題といわれる位、緊張にみまわれており、これは次に様々の運動や姿勢に歪みを生じていくことになる。

### (4) 動作訓練

動作訓練はこのような動作不自由に対して意図や努力の仕方を変えられるように、或いは身に付くように援助する働きかけである。そのねらいは動作の改善であり、もっと広い意味では動作の制御である。動作が自らの意図と努力によって発動されるものである以上は、動作の主体者としての意識が必要で、動作の過程で自己についての確認が成される。

ところで、脳性まひ児ではこの意識・主動感が実感されにくく、不明瞭・不確実或いは曖昧なものであることが非常に多い。自ら動作努力をしているという確信が主動感であり、これは心理的・内的努力の体験であると同時に外界への働きかけを成すものであるから、動作が適切に行われているのか判断するうえで大事なものである。実際に動作をしているにも関わらず、違った動きに成ってしまった場合、おうおうにしてこの主動感が持

てず、「身体が勝手に動いてしまう」と自動感を訴えたり、「気になる方向へ手や足が引っぱられていく」と被動感を伴う不自由が見られる。訓練においては自動感がはっきり体験できるような努力をさせるようにしていかなければならない。

動作訓練はその原理として、発達障害や学習障害への対処を考えるが、その過程で努力の仕方が大事であることをこれまで述べてきた。努力の主体者である自分自身、つまり動作自己が確立されていなければ、動作の制御は成されにくくなる。

動作訓練はトレーナーが一方的に行うものではない。動作訓練の意味はトレーナーとトレーニーが対面して出会い、共通の課題に取り組むということであり、課題解決のために共同作業が行われることである。

もう一つの意味は、身体を直接扱うことにある。これまで動かした経験の少ない身体を動かすと、そこに今までとは違った「体感」を持つだろう。体感を持つことは自分の身体に気付くことである。この気付きは、前言語的な感覚であり、心理的な側面を持つということができる。

これまでに、次のような動作訓練の方法が考え出されてきている。

- ①脳性まひ児は何かしようとする力を入れてしまし、あるいは力がはいって緊張していることにすら気付かない場合があるからまず第一に弛めることが必要である。そこでこれらの不当緊張や慢性緊張を処理するためのリラクゼーション訓練。
- ②身体の正しい動かし方を学習するために弛めたところに正しい力を入れたり、その部分を正しく動かしたりする単位動作訓練。
- ③坐位や膝立ち、立位などにおいて重力に対応して自分の身体を大地に適切に位置付けるためのタテ系動作訓練。このほかには発声・発語や書字などの基本動作訓練がある。

### (5) タテ系動作訓練

これまでも立位や歩行のための基本動作として、実際にも行われていたが「タテ系」としてこれほどはっきりした形で打ち出されてきたのには

次のような背景がある。

①ひとつには障害児の重度化があげられる。ことばやシンボルなどではとてもできない子どもの心への働きかけを身体を通して進めていくことができるということがある。

②身体をタテにすることが「ひと」の存在ないしは生きる体験のうえでの基本ではないかということがわかってきた。大事なのは子どもが自分でやることであり、タテに力を入れることを覚えると表情や動きに様々な変化が見られるようになったのである。

③もうひとつは重度化にともない、リラクゼーション中心訓練のマイナス面がわかってきた。それは、トレーナー中心になったり、他動的になってしまい、子どもの主体的活動を軽視しやすくなったりして、子どもの心や身体の動きに鈍感になりやすくなっていたからである。

課題となるものは現在次の五つである。A（あぐら）坐位、B膝立ち、C片膝立ち、D立位、E歩行である。寝たきりの子をタテにし、立たせ、歩けるようにして行くためのステップはこの順番で行っていく。歩ける子や立てる子でも動きが不安定であったり、歪みがある子には必要な訓練項目に戻ってやり直しをすることになる。また子ども自身がやる気を出さない限り訓練にはならないから、やる気を出しやすい条件づくりが必要になる。それは第一に身体で形をつくることである。次にタテ入力の仕方を教えていく。これはどうしても自分でやらなければならない。うまくいくとはまりの良い体験ができることになる。これは重力に対応するための支柱づくりである。タテの入力が確実にになると、子どもは何回もそれをしたくなるものである。身体にピシッとした力が入れることで、子どもは確かに自分でやれたという感じを持つことができる。現実への目覚めという良いかも知れない。タテ入力の次には節をつくっていくことになる。坐位では腰、膝立ちでは膝、立位では足首を節にして、そこで動かすようにし、そこから上はタテに入力したままバランスとりの節目にする。そして前後左右などの方向へのバラ

ンス対応をさせる。

基本として大事なことは坐位でのタテ入力である。首肩を腰との関係でできるようにになると首が立って伸びてくる。このことを基本型として、他の姿勢でもできるようにしていく。そのための課題は大地に対して、それを踏みしめるように力を入れながら、倒れないように身体を立てることである。あぐら座ならお尻で、膝立ちでは膝で、立位は足らで床面に接触して、そこへ自分の体重をかけるように力を入れ踏みしめ、身体の軸が前後や左右に曲がらないように、身体のそれぞれの部位にしっかり力を入れ、バランスを保つ努力をしなければならない。

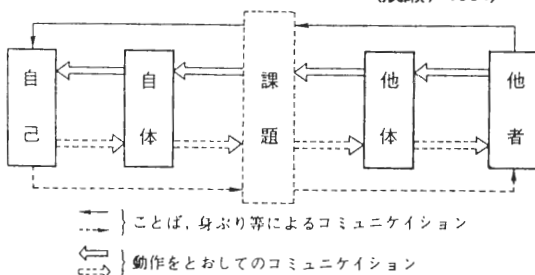
タテになることを覚えることによって、自分の身体の感じ、自分の身体に働きかける感じや自分の身体を動かす感じなどがはっきりしてきて、自分の身体というものを見直すことができるようになっていくのである。

### (6) 動作法の展開

このように、動作を通して「こころとからだの結びつき」を捉えていくと、脳性まひ児だけの問題ではなくなってきた。動作訓練の技法を使うことによって、自閉児や多動児の行動に変化が見られることが確認されてから動作訓練がこころのあり方にアプローチしうるものであることが明らかになってきた。

図3に示すように、動作という課題を挟んで向かい合っている自己(トレーニー)と他者(トレーナー)が身体を通して、身体に対して伝え合い、コミュニケーションが成立していくのである。

図3 からだの動きをとおして他者が自己へ課題動作を迫るコミュニケーションの構造 (成瀬, 1984)



動作法はトレーニーがトレーナーの援助のもとに自分の身体に対して向かい合い、身体に入れている力を弛めたり、力を入れて動かしたりするという課題を通して、動作の主体者としての自己意識の確立をはかるものである。ここで、図3をもとに動作法の過程について見ていく。

トレーニーの自閉する心は外界や他人に対して、無視したり無関心でいられるような自由な状況に置かれ、勝手気儘にふるまえるところからくるものと思われる。動作は、言葉を含む他のどんな方法によるよりも、外界や他人からの働きかけに対応せざるを得ないような状況を作ることができる。特定的に、彼なりの対応を迫る手段として、有効であると思われるのである。

自閉や多動の子どもでは、普通の子と違って言葉や身振り、その他のシンボルによって働きかけられても、自己がそれに対応してくれない。そこでトレーナー(他者)はその身体(他体)を通して、トレーニーの身体(自体)に対して課題を伝えようとする。そのことによって、子どもは自分の身体(自体)と向かい合い、トレーナーによって与えられた動作課題を、自己が自体を動かすという形で解決するようになる。このようにして、自己と自体との間のコミュニケーションをはかることができるようになっていく。更にはその課題解決を援助しているトレーナーとの間にもコミュニケーションが成立するようになるのである。また、課題を与えている他者の存在を見直したり、他者が自己に対して要求していることが何であるかを理解できるようになり、動作を媒介とした他者とのコミュニケーションが成立してくると考えられる。

### 質問と答

Q; 動作法に知的レベルは関係あるのか?

A; 全くの寝たきりで動きのない子どもでも、他動抵抗の形で、極く僅かでも筋緊張が認められれば、それを自己弛緩させることによる活性化ができるので、動作訓練が成立するのです。自分の身体のことだから、分からないはずが

ない。分からないのは、分からせていないのであり、分かり方を教えていないのである。分かるまで、分かるようにして行かなければならないのです。

### 参考文献

- 成瀬悟策（1984）；障害児のための動作法，東京書籍  
 成瀬悟策（1985）；動作訓練の理論，誠信書房  
 成瀬悟策（1987）；タテ系動作訓練，心理リハビリテーション研究所  
 今野義孝（1990）；動作法，学苑社

### 図表一覧

- 図1 動作の情報図式（成瀬1985）  
 図2 動作努力の活動図式（成瀬1985）  
 図3 からだと動きをとおして他者が自己へ課題動作を迫るコミュニケーションの構造（成瀬1984）

## 5 ペトゥ法

（大滝わらしべ園）  
 安 倉 満

### 1. ペトゥ法の実際とその説明

ペトゥ法はハンガリーの医師ペトゥ・アンドラーシュ（Pető András）博士によって考案されました。正式にはコンダクティブ・ペダゴギア（Konduktiv Pedagógia）と言いますが、コンダクティブ・エデュケーション（Conductive Education）、集団指導療育も同じ意味の言葉であります。その用語の意味はコンダクター（Conductor）によって組織された運動障害児・者のための教育システムの事があります。

ペトゥ法（以下K.P.と呼びます）は脳性麻痺児だけでなく成人にも適用されます。ハンガリーのペトゥ研究所では800人にも及ぶ脳性麻痺児の

宿泊療育をはじめ、様々な回復段階の脳卒中片麻痺患者、パーキンソン氏病、多発性硬化症、失語症、脊髄損傷等の患者グループに約300人の機能障害者が通っています。一方、日本では2つのわらしべ園でK.P.が導入され、大阪では成人脳性麻痺者が多数を占める49人の宿泊療育と、10人の脳性麻痺児のための通園療育が行われています。さらに2年前に開設された北海道の大滝わらしべ園では、48人の成人宿泊患者がおり、脳卒中・頭部外傷が多数を占めています。

ではさっそく実際の療育場面からK.P.の紹介をしたいと思います。ここで取り上げましたのは大滝わらしべ園での成人片麻痺グループであります。乳幼児療育の研究会で成人の紹介をするのは少々不適切かとは思いますが、北海道で産声を上げたK.P.の実践でもありますし、K.P.の本質は子供の療育と違わぬ事をご理解いただきたいと思えます。

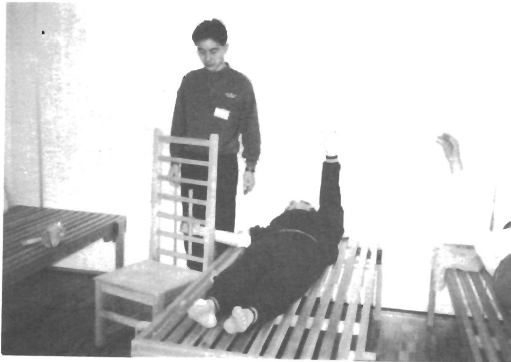
脳卒中中の急性期の筋弛緩状態から徐々に痙性が出現し、人によっては様々な程度でこの痙性が回復を妨げます。例えば歩行の際は患側下肢を使用しない訳にはいきませんが、上肢の場合は健側手だけで生活する方法を身に付けてしまいがちです。そのため患側手の痙性は日増しに強くなります。K.P.ではたとえ慢性期に症状が固定したと医師から診定されたケースでも、一連の課題が日常生活諸動作や作業を有機的に結び付け、両手の協調と巧緻動作の習熟を図ります。

臥位で行われる一連の動作はごくゆっくりとしたリズムで展開されます。ひとつひとつの課題を遂行する際にはグループの全員がその課題を唱和し、その障害特性にあったリズムを意識しながら行われます。少し具体的な場면을例にとって説明してみましょう。“右手を挙げる”という課題であれば、まずは主導的役割のコンダクターが「みぎてをあげます」と、これから行うべき課題を先に声に出して述べます。続いてグループの全員がその課題を唱和します。その後1から5までの数をやはりグループの全員がゆっくりと教えながら課題動作を完了させていくわけでありませ

これはルリアを始めパブロフ、ヴィゴツキーが“言語と運動の相互性”と述べている部分の統合を図るものであり、流れるリズムによって運動の意図とその反応を強化するものであります。ですからそれぞれの患者には障害の程度に応じた運動の促進や解決方法が用いられるわけですが、コンダクターはできるだけ患者の身体には直接触れないという原則があるのです。

課題の中で両手を組んだり、返すことは健側手が患側手を助け教える事になります。また痙性を抑えて機能正常を学習する上では、重力（あるいは抗重力）や身体のポジションにも大きな促進作用があります（図1）。このようにして自力で

図1



ラクセーションが可能になると上肢の挙上、肘の伸展、手首の背屈が独自でできるようになり、健側手を離してもそれが保持可能となります。臥位から座位へ起き上がる時には、患側上肢に体重を负荷しながらその機能向上を図ります（図2）。立位をとると痙性が增強しがちですが、臥位で学習した事と同じ様にゆっくりとしたリズムで課題を与えると患側上肢を挙上できるようになります。立位時の患側下肢の改善には大椅子を用いた課題が多く取り入れられます（図3）。リズムカルな意図化はここでも有効です。また歩行練習の際にも集団の持つエネルギーを最大限に利用します（図4）。たとえ成人の場合であっても集団の中で課題に取り組む事は、1人で行う場合よりも何倍もの力を発揮する事ができます。このグループ

図2



図3

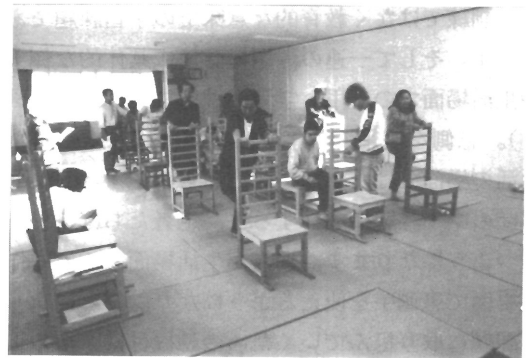


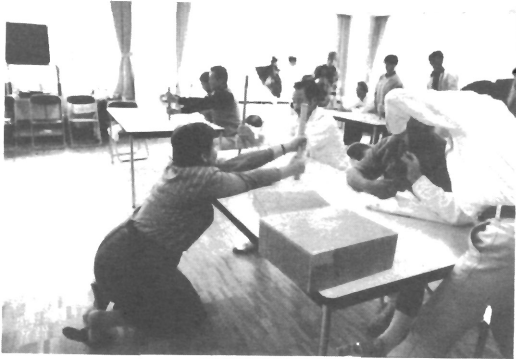
図4



ダイナミズムによる促進は、スキナーが提唱する“相互に影響し合う能動的行為”がそれぞれの課題において作用していると考えられます。

テーブルについて行く座位の一連の課題では、具体的な道具を使用したり食事等の模擬的な両手動作の課題を取り入れながら、両手の協調・分離動作を学習します（図5）。ひとつの例として紹

図5



介した臥位・座位・立位・歩行等の一連の課題は、運動訓練ではなく教育的な意味での学習課題であります。そして一連の課題の直後に具体的な作業や生活場面での応用・学習が続いていきます（図6）。患側を使用する事は園生が個別に営む日常生活の場面ではなかなか難しいものです。しかし集団の中で課題に成功すると、患者たちは自信を持つようになります。個人が生活場面あるいは作業場面で患側手を使えるようになり、さらに新しい課題に取り組んでいくための動機付けとなるものは、まさに課題の達成で得られる自信と、課題

図6



に対する興味を持続・向上させるようなコンダクターの演出であります。機能の回復を最大限に動機付けるためには、社会参加も目的としてだけでなく手段として重要です。生産流過程やカルチャーサークル、スポーツ活動等を通じた健常者社会との交流は宿泊療育の中にも追求されます（図7、図8）。K.P.では提供されるいかなる手段・課題においてもまずは“動機付け”を明確にする事が最も大事とされる部分のひとつなのであります。

図7



図8



## 2. 提言にかえて

K.P.では障害つまりなんらかの活動が成される時十分に機能されえない状態と言うのは、障害児・者の側だけで作られるものだとは考えません。それはその人自身と、環境あるいは周りの者達との受け取り方の相互関係の中で生まれてくるという見方を強くとしています。ですから運動障害も単に運動系の機構に問題があるのではなく、その

人間が発揮できるあらゆる能力、つまり言語・感覚・知能・認知といった諸能力と、外界の作用が結び付いていく上での障害であると考えられます。K.P.では運動機能障害の原因やその治療の提供に固執するのではなく、適切なゴールを目指し外界との適応学習の仕方を学ぶ事、つまり“学び方を学ぶ”をモットーにしているわけです。

それでは次にK.P.のこのような障害観あるいは教育観からそのシステムを形作っていく上での重要な視点について述べていきたいと思えます。まず1つめは今述べたように全人格的な適応学習に目を向けると言う事です。脳生麻痺の子供は外界適応の学習障害を持っています。それは運動機能の事だけでなく知的な学習場面や知的活動、あるいは表現行為そして人格の形成にまで様々な影響を及ぼすと考えられます。また脳性麻痺児だけにかかわらず他の運動障害児や成人患者においても、多かれ少なかれ運動障害と人格の形成や知的・心理学的側面の問題と関わりを持っています。従ってK.P.では運動障害の回復というゴールに合わせて、これら様々な問題もトータルに解決していくという視点から課題、グルーピング、日課、そして教育システムが確立されなければなりません。

2つめにはK.P.の視点から24時間の日課を流れるようにプログラムしていく事でもあります。K.P.の日課の中では朝自分のベッドで目を覚ました瞬間に既に彼等の克服しなければならない課題が始まります。各個人が自分の課題として行うべきものは時間をかけてゆっくりと取り組まれます。一連の課題と訓練や体操との違いは、できなかった事を自分自身の発見を引き出しながら解決の方法を学習し、その成果を確認する事にあります。訓練や体操では既に形成されたものを強化していく性格が強いのですが、一連の課題では形成されていないものを学習していくことが強調されます。ただ気をつけなければならないのは、自分で学ぶ事に注意を払い過ぎると特定の運動動作が固定され、発展性が閉ざされてしまう事でもあります。自分で学習し成功した達成感や自信は重要視しつつ、より協調的で巧緻性の高い運動を学習していける

ように課題を準備しておかなければならないのです。しかしながらこの一連の課題も本物の生活の中で、応用学習を身に付けていくための始まりに過ぎません。K.P.と呼ぶ事ができるのは一連の課題が終ると同時に、本当の課題を始められる日課が作れるかどうか、あるいは獲得した動作が日常で習慣付けられるような日課が作れるかどうかにかかっています。

そして3つめですがK.P.はコンダクターによる教育が成されるという事です。コンダクターという用語の説明が後になってしまいましたが、最初の全人格的適応学習の視点も次の24時間療育の日課も非常に統合的な視点の必要性を述べてきたわけであります。そして子供の発達や回復を断片的に捉えられる事を避けるためには、やはり統合的な視点に立つ教育者が必要となります。コンダクターは医学・教育・理学療法や言語治療、あるいは心理学と言った身体障害児・者の治療・教育に提供されるべき学問の療育を包括的に捉えた見地にたち、起床から就寝までの1つ1つの場面を指揮していきます。また同時に社会や障害児・者に関わる諸々の専門機関、そして家族との間の仲介者である使命も負っています。

この3つを述べたところで、K.P.はよくオーケストラの成り立ちに例える事ができます。様々な楽器のように個性・障害を持った子供や成人患者をグループとして指揮し、それぞれの運動や感覚・言語・知能・社会環境といった幾つかの要素をその音色に引き出させながら、全体としての調和のとれたハーモニーを生み出して行きます。そして日課は目的性を持たせた楽譜であり、コンダクターはそれぞれの奏者と回りの世界とを結び付ける仲介者としての指揮者なのであります。

今回のペトッフ法の紹介では、今述べた通りK.P.の教育の本質のような部分で言えば概論を述べて、あえてその理論的背景などには深く触れませんでした。と言いますのも私どもわらしべ園はさる10月に、ハンガリーの研究所から現所長であるハリ博士(Dr.Hári Mária)以下2名のチーフコンダクターを招き、K.P.の奥深い指導と重要な

指摘を受けたところなのであります。その実践と講義の中で、私どもは理論的な検証や華やかなテクニックあるいは方法的な拡充にとられるばかりでなく、もう一度K.P.の中で述べられている教育の本質について一からとらえ直しながら実践を積み重ねる必然と使命を痛感したわけであります。従ってまだまだ北海道で展開されているペトゥ法にも山のように問題が積まれております。今一つだけ触れておかなければならないのであります。療育の実際場面では重度の精神発達遅滞児や様々な神経心理学的側面の障害を有するものがたくさんおります。ハンガリーの研究所においてさえ知的発達障害からコミュニケーションのとりにくい子供（いわゆる白痴や痴愚にあたる子供）や難治性てんかんを伴う患者を、K.P.の適用でもってアプローチする事には非常に慎重であります。私たちは今後の展開の中で、これらのケースに対してはより専門的な学問領域からの示唆を拝受し、例えばオーソドックスなK.P.の受容が困難な子供達にはセガン、モンテッソリーを代表とする先達の精神発達遅滞児教育法等に大いに学ぶべき専門の学問領域や機関に一番近い立場に立ち、家族や社会とも密接な関係作りを行う仲介者あるいは統合者としての存在意味を確立していかなければなりません。これは社会全体の中でコンダクトパーソンと呼ばれるものであります。コンダクトの意味はディレクション (direction), ガイダンス (guidance) であるとともにマネージメント (management) でもあるのです。

今日取り上げましたK.P.からの視点は障害児・者療育への提言として置き換えていただければ本望であります。ある意味では治療や教育そのものについても同様に捉える事はできないでしょうか。皆様のK.P.に対する理解を仰ぎ、さらなる研鑽を積み障害児・者療育のそして社会全体の発展のために努めたく思います。

どうもありがとうございました。

## 参考文献

村井正直：ハンガリー式教育治療法，教育治療法ハンドブック，(伊藤隆二編)，pp.49  
9—510，福村出版，(1989)

## 療育技法

### 〈指定発言1〉

## 6 最近の療育技法の趨勢

(道立旭川肢体不自由児総合療育センター)

小児科 藤田正文

### はじめに

療育とは大正13年に肢体不自由児を対象に高木<sup>1)</sup>により提唱された言葉であるが、最近の高松<sup>2)</sup>の著書では「療育とは注意深く特別に設定された特殊な子育て」と定義している。私もこの説には賛成でありこの立場に立って話をすすめる。療育が一種の子育てであるならば、当然療育技法には理学療法以外の多くの専門的なアプローチが必要である。例えばOTの感覚統合、STの言語療法、保育のレクリエーションセラピストとしての技法、特殊教育、その他多くの療育技法である。日本では、以前は障害児対策イコール肢体不自由児対策であった伝統を受け継ぎ整形外科的医療が主流であったが、15・16年前から上田らの記述した<sup>3)</sup>「いわゆるファシリテーションテクニック」又は「神経生理学的技法」が爆発的に広がった(以下FTと略す)。アメリカではこれらを単にPhysiotherapyとよんでいるようである。これらが日本の療育に大きな影響を与えたことは確かであり、日本特に北海道で行われている早期発見、早期治療に使用されている技法の多くはこの範疇に属するものと思われる。最近の療育の変遷は目を見張るばかりである。私は療育の世界に入って約10年になるが、その頃は療育とはボバース、ボイター法のことであり、障害を早期に発見し治療を開始すると、95%以上の子供が脳性麻痺から救われる

という1970年代のVojtaのショッキングな報告<sup>9)</sup>は私に特殊な義務感を感じさせるほど強烈であった。現在数え切れないほどの手技が発表されているが、日本ではこれらに対する批判的な論文はごく僅かである。この理由は、我国にはこの問題に関するCase Control Studyなどを行いうる風土が乏しい特殊事情があるためであろう。今回は1985年ごろから主にカナダ、アメリカ、ヨーロッパなどから発表されたこれらの技法の効果判定に関する最近の文献的考察に、私見を加えて報告する。

**早期発見**

現在、日本で我々が議論している障害児の早期発見には、3種類の概念が混在している様に思われる(図1)。

図1 早期発見の概念

1, Facilitation Technique.  
に 関 連 す る 早 期 発 見 シ ス テ ム

2. 新 生 児 期 の マ ス ク リ ー ニ ン グ シ ス テ ム

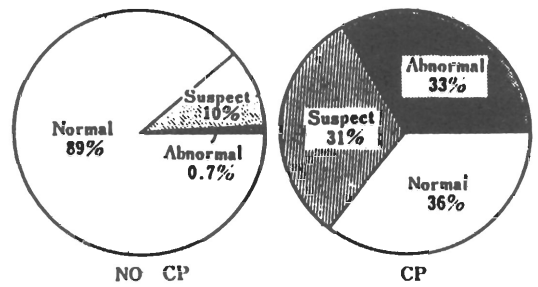
3, Early Identification, Intervention,  
( 早 期 確 認 と 早 期 介 入 )

特にNo.1とNo.3は、会合の種類により、または演者により、この概念がさまざまに交錯して論じられているのが現状のようであるが、この3者は明らかに異質なものである。

1970年代にVojtaは彼の提唱した7つの姿勢反射により乳児期前半にこのhigh-risk babyを診断することは可能であり、早期治療によりその95%以上の危険児が脳性麻痺にならず治癒したと発表した。1979年彼が来日した後しばらくの間は、障害児の早期発見、早期治療は日本で頂点に達した感があった。

1981年Ellenberg<sup>9)</sup>らは、アメリカ東海岸の小児神経科医の協力を得て、5万3千例あまりのhigh risk babyを4か月と7才の時点でチェックし、次の様な結果を得た(図2)。左側は4か月での全対象人員の神経学的な検査結果であり、右側はその集団が7才になった時に脳性麻痺の診

図2



Neurological status at four months of children without CP (left) and of those with CP (right) by age seven years (Ellenberg<sup>9)</sup>, 1981)

断を受けていた子供が、4か月の時点で、どのような評価をうけていたかを示したグラフである。これによると、4か月で異常と診断された子供の約50%は7才では正常であった。4か月で予後に最も相関があった異常所見は、筋トーンスであったという(表1)。

表1

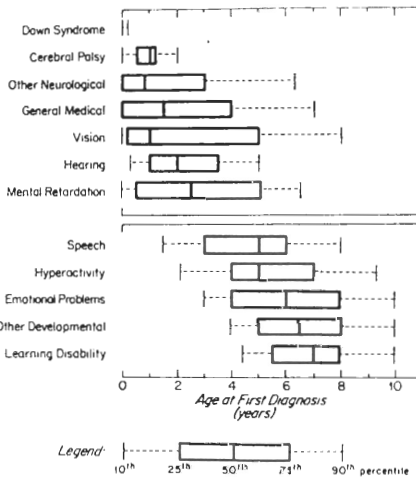
24-month neurological outcome in relation to 12-month neurological status

12-month neurological	24-month neurological		Lost to follow-up (N=19) N
	Normal (N=70) N %	Suspect (N=12) N %	
Normal (N=76)	53 87	7 11	1 2 15
Suspect (N=29)	16 64	5 20	4 16 4
Abnormal (N=10)	1 10	— —	9 90 —

Piper<sup>6)</sup>らはHigh Risk Babyの12か月での診断が24か月での神経学的状態にどのような相関があるかを調査した。それによればHigh Risk Groupをこの2つの時点で神経学的検査を行った結果、12か月での正常、異常の診断が24か月での診断、評価と同一であったのは、115例中62例、54%にすぎなかった。この数字は前に示したEllenbergの値とはほぼ一致する。これらの報告は乳児期での早期診断がいかに難しいかを物語っている(表3)。

もう一つの取り組みはアメリカのヘッドスタートプログラムに始まるEarly Identificationである<sup>7)</sup>。これは教育的ウエイトが高く、FTによる早期発見とは異なった出発をしている。年齢は早期と言うことにあまりこだわっていないようで新

図 3



Two clusters of disabilities identified using Bonferroni multiple comparisons of 12 primary handicaps.

生児期から学童期前半まで含まれる。図3はアメリカ国内5箇所の定点観測地域において、12種類の障害について患児が障害の確認を受けた時の平均年齢である<sup>8)</sup>。出生後すぐに診断のつくダウン症は別格として、ここに記載された疾患群の診断時期は、大きく二つに分ける事が出来る。脳性麻痺の確認は平均満1才以後であり、言語、情緒障害等はずっと高年齢である。ここでは障害の発見を一日も早く急がねばならないとか、発見が遅れると手遅れになるといった考え方はなさそりである。乳児期における障害児の正確な診断・評価は早期であればあるほど困難を極めるのが普通で、その評価には一回だけの外来での横断的診察だけでは不可能な場合が多く、何回かにわたる長期間の横断的Follow upが是非必要である。

早期治療

表 2

	12 months				24 months				Lost to follow-up N				
	Normal N %	Suspect N %	Abnormal N %	N %	Normal N %	Suspect N %	Abnormal N %	N %					
E. perimental	37	64	14	24	7	12	36	69	7	13	9	17	6
Control	39	68	15	26	3	5	34	77	5	11	5	11	13
Overall	76	66	29	25	10	9	70	73	12	13	14	15	19

早期発見には、発見された障害に対して、十分な対応がなければ、母親に余計な心配をかけるだけである。最近、その対応策の一つであるFTに

よる早期治療の効果を詳細に検討した論文が現れはじめた。これはPiper<sup>6)</sup>らによるBobath法の有効性を調べたcontrol studyの結果である。治療は発見するとすぐ始められ12か月、24か月でチェックを行った。その結果はむしろコントロール群の方に異常例が少ないようにさえ見えるが統計学的には差異はない。図4はHolmes<sup>9)</sup>らによる5種類

図 4

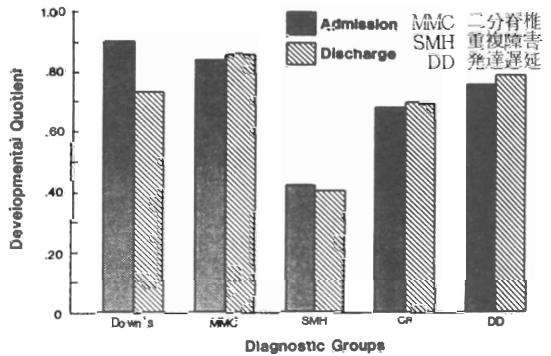


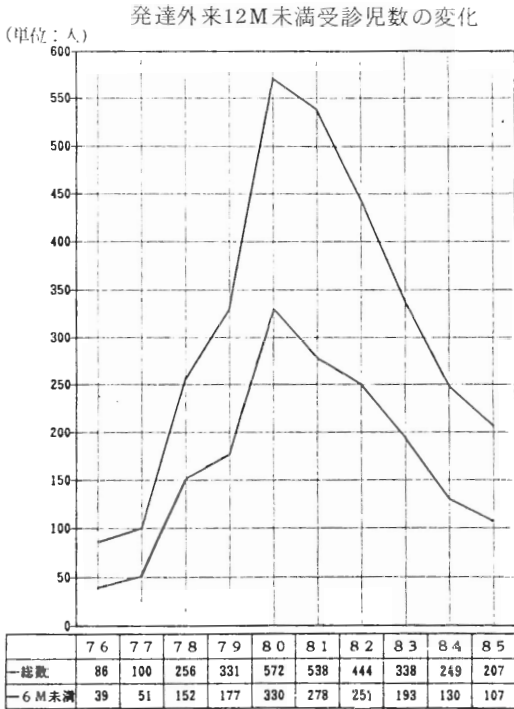
FIGURE 1 Admission and discharge developmental quotients of five groups of disabled children

の障害児に対して12か月の訓練を行った後、各々の障害児群のDQを比較したものである。この報告では1年後でも有意差はなく、疾患別でも差異は見られなかったという。Palmerらによれば、Bobarthを行った群と、対象群の比較調査の結果では、対象群の方が良好であったとの報告さえ見られる<sup>10)</sup>。Tirosh<sup>11)</sup>らは1973年から1988年の間に発表されたIndex Medicusなどの脳性麻痺に対する理学療法の効果に関する英語の論文を、12項目について採点した(表3)。全ての項目で満点の論文はなかったが、比較的高得点の論文4編のうち効果なしとするものが3編、有効とするもの1

Study, y	Analysis		Accounted for All Patients	Positive Results	Total Score
	Clinical	Statistical			
Wright and Nicholson, <sup>6</sup> 1978	+	-	+	+	9
Banham, <sup>7</sup> 1976	-	+	-	+	4
Scherzer et al., <sup>8</sup> 1976	+	-	-	+	8
Brandt et al., <sup>9</sup> 1980	+	-	-	+	6
D'Avignon et al., <sup>10</sup> 1981	-	+	+	+	6
Sommerfeld et al., <sup>11</sup> 1981	-	+	+	-	9
Kanda et al., <sup>12</sup> 1984	-	+	+	+	5
Piper et al., <sup>6</sup> 1986	-	+	+	-	11
Palmer et al., <sup>13</sup> 1988	+	+	+	-	12

\*Plus sign indicates presence; minus sign, absence from study.

図5



編, これは最も早期に発表された論文である。比較的新しい4論文では効果なしが3編, 有効とするもの1編, これは日本の神田らによるものでその得点は僅かに5ポイントであった。

日本でも小児科医の間では, 早期発見に関して我々は多くの母親に無用な心配を懸け過ぎていたのではなかろうか? という反省が聞かれる様になった。児玉ら<sup>12)</sup>による新宿保健所での発達相談に来所した子供の調査結果では(図5), 1978年, Vojtaが来日した頃より受診者数は激増し始め, 1980~'81年にはピークに達した。図6は1981年の来所患者の数, 紹介先, 並びにその結果である。紹介先では医療機関が最も多いが, 保健婦から紹介された患者が増加している。いずれのケースも, 大半が正常群であった(図7)。

1984年には患者数は減少し特に保健婦から送られてきていた正常群が激減している。その結果, 彼は「専門機関の役割は, 障害の疑いをどんどん捨てて行くことではなく, その中の大部分に心配無いと言ってあげることであり, 必要なケースには鑑別診断を行い, 最終的には障害を残す子の母

図6

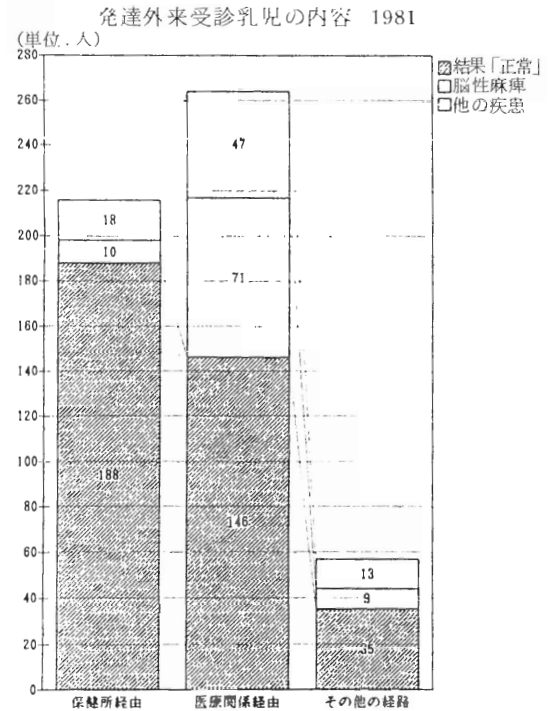
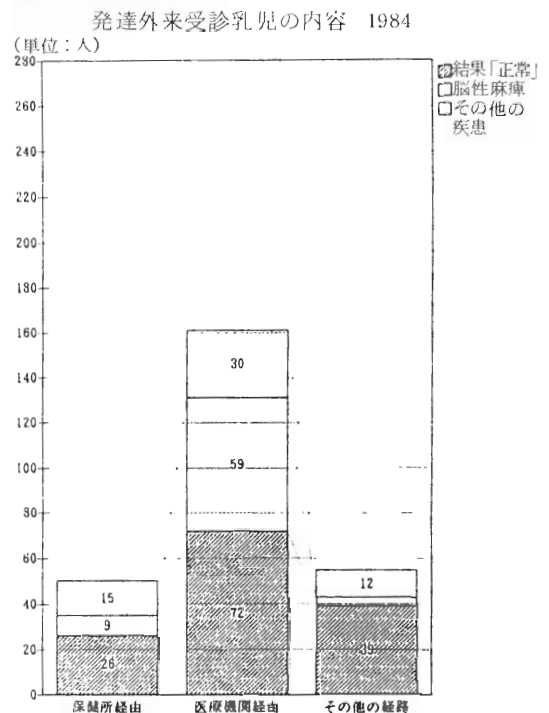


図7



子の立場に立って援助する事であろう」と述べている。

日本には前述のようにコントロールを設定したFTの効果判定に関する研究は殆ど見られない。しかし最近の障害児療育に関する学会研究会では、大々的に障害児の治療効果を誇示しているものよりも、地道な研究の積み重ねという論文が増加している。我々は中枢神経障害がImpairmentレベルで回復可能という幻想を抱いていたのかもしれない。脳機能障害は、その治療よりも障害を受容し、それを乗り越えることが重要である。

### 療育の変遷

最近、欧米の障害児の治療に関する論文はIntervention (介入)<sup>13</sup>という言葉をよく見かける。その概念は、医学的な事がらばかりではなく、障害児の発生予防、その処遇から母親のサポート、家庭内の争いの調停まで、障害児やその家族に何か手助けをしてあげたいという幅広いフィーリングを含んでいるようである。

図8 療育の定義 (高木)

療育とは、時代の科学を総動員して、肢体不自由をできるだけ克服し、もって自活の途の立つよう育成することである。

肢体不自由 (Krüppel) とは四肢および軀幹の主として運動機能に著しき持続的障害あるのみにして、その知能は健全なるものである。したがって整形外科的治療を十分施し、かつこれを適当に教導するときは、生産的の国家社会に尽くすことの出来るもの。

日本では、高木の提唱した療育という言葉が(図8)よく使われている。この概念は、大正13年という時代を考えると、非常な達見と言わざるを得ない。しかし、ここでいう療育は、肢体不自由児に限定され、現在我々が対応している重度重複障害児に対する配慮はなく、アプローチの主体は医術と訓練であり、現在の我々とは考え方が根本的に異なる。最も重要なことは、障害の治療より障害を乗り越えることであり、生産的に国家社会に尽くすのが問題ではなく、患者、家族の前向きな姿勢や生きがい追及の手助けをすることである。我々は古典的療育から介入に近い療育に考え方を切り替える必要がある。

高松のいうように療育が一種の子育てであるならば、それは楽しいものでなければならない。号令と叱咤激励と悲鳴泣き声は、歌と笑いと歓声に置き換えられるべきである。最近一部の施設では子供達に対応している主役はレクリエーションセラピストとしての保母である。この楽しい雰囲気の中かでST、臨床心理士、OT、PTなどの個別の関わりが討議されることがあるが、保母がリードする笑いに包まれた雰囲気が崩れないように配慮されている。FTが使われるときには、お互いが常に反省の材料を提供しあってチェック機能を作動させる必要がある。

### 考 察

これらの理学療法が有効か否かは私は未だ断定できない。レクリエーションセラピーの要素を取り入れた楽しいものに発展してゆくのであればその副次的効果と相まって好結果が期待できるかもしれない。日本におけるこれらの手技に対するControl studyの結果が待たれる。

日本、特に北海道における障害児療育は、脳性麻痺を主要な目標疾患として展開されていたようである。1980年代の日本に於ける脳性麻痺の発生率は、出生1,000に対して0.6人と、極めて低い値を記録した。脳性麻痺ですら少数派であり、てんかん、精薄などの全障害児の10%以下である。その脳性麻痺も、最近では重度重複型の割合が増加しており、古典的な、一見肢体不自由と思われるような脳性麻痺を中心に据え、理学療法を主力とした障害児の早期発見、早期治療対策では時代の要請から大きくかけ離れてしまう。図9はVermaが小児神経疾患のリハビリテーションについて引用したマザーテレサの言葉である。

図9

We can do no great things,  
only small things  
with great love.

これには療育の根本にせまるものが含まれているように思われる。

日本で行われている療育技法のなかで、ベトウ法はハンガリーで発展しその国情によくマッチした脳性麻痺児に対する教育システムであり、単なる療育技法には入らないようである。

### 結びにかえて

新しい療育には医療側と保健婦、保母、教師、その他の専門家のチームによる総合的介入が最も重要と考える。同時に我々は医師、理学療法士などによる医療がオールマイティーであった療育の時代は過ぎ去ったことを自覚しなければならないと思う。

### 参考文献

1. 田波幸夫：高木憲次 一人と業績一，日本肢体不自由児協会，東京，1968，p.43，277
2. 高松鶴吉：療育とはなにか，ぶどう社，東京，1990
3. 上田 敏：ファシリテーション テクニック—その問題点と展望，総合リハ3：95-103，1975
4. Vojta, V：富 雅夫，深瀬 宏訳：乳児の脳性運動障害，第1版 医歯薬出版，東京，1978，p.143
5. Ellenberg J.H., Nelson K.B.：Early recognition of infants at high risk for cerebral palsy；examination at age four months. *Develop Med & Child Neurol* 23：705-716，1981.
6. Piper M.C., Mazer B., Silber K.M., Ramsay M：Resolution of neurological symptoms in high-risk infants during the first two years of life. *Develop. Med. & Child Neurol.* 30：26-35，1988.
7. 長畑正道：超早期療育の意義と効果 現代幼児教育12：1-4，1981.
8. Pulfrey J.S., Singer J.D., Walker D.K., Butler J.A.：Early identification of children's special need：A study in five Metropolitan communities. *J. of Pediatr.* 111：651-658，

- 1987
9. Holmes G.H., Britain N.A., Simpson R.N., Hassanein R.S.：Developmental Progress of disabled children attending an early intervention program. *Physical & Occupational Hterapy in Pediatrics* 7：3-18，1987.
10. Palmer B.P., Shapiro B.K., Wachtel R.C., Allen M.C., Hiller J.E., Harryman S.E., Mother B.S., Meinert C.L., Capute A.J.：The effect of cerebral palsy. *N.Eng. J. Med.* 318：803-808，1988.
11. Tirosh E., Rabino S.：Physiotherapy for children with cerebral palsy. *AJDC* 143：552-555，1989.
12. 児玉和夫，北住瑛二，島袋智志，児玉真理子，米山 明，榎本省子，宮田章子：脳性麻痺早期診断，療育の再検討—10年間の経験を基にして，第28回日本小児神経学会1987年6月，於松江
13. White K., Casto G.：An integrative review of early intervention efficacy studies with ar-risk children：Implication for the handicapped. *Analysis & intervention in Develop. Disabilities.* 5：7-13，1985.
14. Verma I.C.：Rehabilitation of children with mental handicap in slum area. The 5th international child neurology congress，Tokyo，November 1990.

### 〈指定発言2〉

## 7 PTの立場から

(江別市立病院)

加藤 典敏

“療育技法を考える”というシンポジウムに参加するにあたり、まず自分の条件を述べる必要があると思います。

札幌市の肢体不自由児通園施設(定員50名、隔日通園生)に8年間在職し、約300名のこども達

と出合いました。手稲療育センター、母子訓練センター等の一次スクリーニング後の施設であり、こどもたちの運動発達の状況はかんばしいものではありませんでした。また肢体不自由単独児は少数派であり、障害の重度化、重複化の傾向が強まっていく時代でもありました。(詳しくは昨年の報告を御覧下さい。)

一方、療育(治療? 訓練? もっと別の?)技法の研修状況について述べます。ボイタ法についてはASCのコースを全て受講し、ボイタセラピストの認定を受けています。ボバース法については、時々の短期研修、著作、論文通を参考に実施してきました。上田法、心理リハビリについてはごく僅かな伝達講習と少々の試行のみで述べる程の内容はありません。誤解のないように付け加えておきますが、ボイタとボバースだけかという事ではありません。(これも昨年の報告を参考にして下さい。)

なお、これらの方法はいずれも“神経生理学的方法”と称され、“発達運動学的方法”(ボイタ法)、“神経発達学的方法”(ボバース)と呼ばれていますが、私自身、神経生理学、発達運動学、神経発達学という学問を勉強したことはありません。神経生理学以外は現学問分野のどの位置にあるのかも判りません。

さて、実際の“技法”について述べます。理論的なこと、基本的なことはシンポジストから紹介があると思いますので省略します。また、理想的、上手な例は、本に書いてありますし、研修、講習で学べると思いますので私は、苦勞した点、疑問に思った点などを中心に述べていきます。

### ボイタ法について

ボイタ法は、生来脳内に装置化されている立位に至る迄に必要とされる“強調複合運動”を、一定の体位(中心は仰臥位、うつ伏せ位)と肢位(頭から足部にいたる各部位の形)のもと、特定の部位を特定の方向へ刺激する(押す)ことで誘発しようとするものです。体位、肢位は実に厳格に規定されています。(最近は少し変わってきてい

ますが)。

#### ①泣く、号泣する(何をされるのだらう)

ボイタ訓練そのものは6~12分程度なのですが、前記の体位、肢位にもっていく迄が相当大変な作業です。ある子はこの段階で疲れ切ってしまう。知的なおくれ、情緒的な問題を持つ子は実に変で、チアノーゼさえ起こすことがありました。訓練前段の導入に時間をかけたり、入園後すぐボイタ訓練はせず、2~3ヶ月時間をかけて徐々に等の工夫をしました。極端な例では、2、3ヶ月ただオンブして歩いた子もいます。これは医師の処方を実施するPTの立場からすると問題があるのですが、少しでも正確に実施したいというやむにやまれない対応であったと思います。

#### ②母親指導

ボイタ法の原則は1日4回実施ですから、母親に覚えてもらわなくてはなりません。①で述べた状況の中では、こどもも、母親も、セラピストも半ば冷静を欠いています。定形的な全身協調複合運動というより、ごく一部の肢節の動き、筋の収縮を相互に学習し、確認するという雰囲気は失なわれているのです。また、号泣している状況のなかで、それが求めている反射運動であるか否かについて迷うこともよくありました。母親への指導はこのような条件に規制され、十分でなかったと思います。

#### ③慣れの問題(こんなもんでいいか)

こどもはすっかり事態をのみ込んでおり、訓練開始と共にすぐにいつもの動きをする。(理論通りの)やっている方は、最初は上手に出来たと思うのですが、いつまでたっても、運動機能の改善に結びつかないうちに、この動きや筋収縮は、反射的な協調複合運動の一部ではなく、こどもの条件反射的な随意運動なのではと疑問を持つこともありました。

#### ④やったやったの自己満足

①②の状況のなかで、不十分なことが多かったとしても、3人とも大汗をかいたり、こどもが泣くのが止ったりして、今日もやった(内容は別として)という意識に陥入り勝ちです。時に母親は、

ホッとした様な表情をみせ、こどもを抱きます。自分の技術の未熟さを棚に上げていうのですが、この様な情景を見るのは楽しいものではなく、“ああ、もうこれで今日はしなくていい。”のホッとなのです。

⑤家ではできない

隣り近所、家族、これは説明はいりません。

以上書いてきたことは、ボイタの訓練体系からすると、実施者としてのPTにとっては、非常に重大なことだと思っていますが、私自身は十分クリアーできたとは思ってはいませんが今後無理だろうと思います。

“ボバース法”について

“ボバース法”ではない、“NDT”（神経発達学的治療）と称されるべきとのボバース自身の発言や、日本での主導的立場の人の発言がありますが、歴史的経緯や、雑誌等での状況を考えると、私は“ボバース法”と称するのが通常と思います。

この方法は、初期のRIP（反射抑制肢位……代表例は、つっぱって反り返ってしまう子どもの首、体幹部、四肢をそれぞれ、中枢編より順に折り曲げ全身をボールのように丸め、一定時間保持すると緊張が低下する）から、近年のポイント、ポイントを介助し、こどもの最大限の運動能力を生かしていく方法への変遷があります。

ボイタ法とは異なり、最大限の随意運動性を生かしていくので、昨年の報告の“母親研修”の項でまとめた様に次のような難しさがあります。

①訓練場面の設定

こどもの精神発達の水準、興味的水準、重い子では、外界との交流の水準等の事項について、セラピストに素養があるかどうか、もしくは、その様な情報について、他職種、母親等から得る姿勢を持っているかどうかによって、訓練場面は、暖かくもなり、おざなりにもなる。それは決してこどもの最大限の随意性を生かすことにつながらず、おもしろくもない遊びを無理強いさせることになりまます。

②自分の役割の設定

ボバース法では訓練時間は大体40～50分あるのですが、①で述べた様な場面を設定したとして、こどもは自由に活動し始めます。その時々には自分は、誘導、転換、制止、影のように追従するのかが等その場で決定しなくてはなりません。それぞれの役割が上手に組み合わせられないと、40分間は持ちこたえることができません。（勿論この40分というのも問題だとは思いますが。この時間は医療法上の問題であって、もっと伸縮自在であっていいと思います。）

私の経験では、ボバース法というのは、彼女の提起した技法に入る迄のこどもとの設定が重要であるとの印象を受けています。噂に聞く彼女の技術や、上手なセラピストの技術の秘密はここにあるのではないかと思っています。欧米から輸入し、日本での各地への移入の段階で、物理的な手段のみが協調されてきたのではないかという疑問が残ります。

最後に一点触れておきたいことがあります。それはPTの日本における歴史です。PTは日本で生まれてまだ四半世紀を経たばかりです。以前には大正年間より、整形外科治療法を担当する職種として、主にマッサージ師や柔道整復士が担当していました。戦後、アメリカからのリハビリテーション思想、技術の導入は、かなりこの職種に大きな影響を与えました。これを消化吸收する間もなく、今度はファシリテーションテクニック（いわゆる神経生理学的方法）の導入が始まりました。新しい職種には武器が必要でしたから、吟味は後回しになった感があります。最近では、PT協会、リハビリテーション医学会など雑誌等でも、再検討が始まっています。小児の療育における技法の問題もこれらの大きな潮流の中にあります。実務者のPTは自分の職業の問題として各自が真剣にこれらの点について吟味する必要があるのです。（なお、当日は時間がなくこの原稿のごく一部分しか発表していないことを付記しておきます。）

## 8 ま と め

(北星学園大学・北海道クリスチャンセンター)

相 場 幸 子

(旭川医科大学小児科)

長 和 彦

### はじめに

近年わが国でも、障害を持つ乳幼児に対する早期療育が叫ばれて来ており、いくつかの療育の方法、技法が紹介され、導入されております。

しかし、障害児(者)に関わる専門家の中でもその詳細について充分理解している人が少ないのが現状であります。

そこで今回、研修シンポジウム「療育技法を考える」が企画され、特に、運動機能に障害を持つ人々の機能回復を目的としたいくつかの治療法を取り上げることとなりました。

実際の現場で苦勞されている方々をシンポジストとして迎え、それぞれのお立場から療育技法の実際、特徴、問題点などについてお話を伺い、相互理解を計りたいというのがこのシンポジウムの目的でありました。

このシンポジウム全体をまとめるに当たり、前半の部分は旭川医科大学小児科の長 和彦が、後半の部分は北星学園大学・北海道クリスチャンセンターの相場幸子が担当いたしました。

### 本シンポジウムの構成

ボバース法については札幌肢体不自由児母子訓練センターの今村重孝先生、ボイタ法については北海道心身障害者総合相談所の佐久間和子先生、上田法については北海道札幌肢体不自由児総合療育センターの高橋 武先生、動作法については北海道手稲養護学校の御供 真先生、ペトウ法については大滝わらしべ園の安倉 満先生の計5人のシンポジストの方々から、一人約20分の持ち時間の中でお話をお伺いしました。

更に、北海道旭川肢体不自由児総合療育センターの藤田正文先生、江別市立病院理学療法科の加藤典敏先生から日常のご経験を通じた指定発言がなされました。

それぞれの先生方の熱心なご発表のため、時間が不足して、十分な討論の時間が持てなかったのが残念でありました。

### スウェーデンにおける療育活動の現状

それぞれのシンポジストの先生方のご発表に先立ち、第5回国際小児神経学会(於：東京、1990年11月)において行われたシンポジウム『小児神経学におけるリハビリテーション』の概要について、特に、A.Lundberg先生による「スウェーデンにおける障害児の療育活動の問題点」についての紹介がありました。

スウェーデンでは、1980年から障害児のケアを目的としたIntegration Programが考案され、医師、看護婦、PT、ST、保母、心理学者、特殊教育の教師、ソーシャルワーカーなどで構成されるMulti-disciplinary Rehabilitation Teamが地域ごとに結成され、活動を開始しているとのことでした。

このプログラムには、発達障害児の正しい評価、療育に必要な施設・設備の拡充といった障害児に直接関わる問題ばかりでなく、休養の保証、交通手段のサービス、快適な居住環境、経済的援助など障害児の両親や家族へのサービスを具体的に、且つ国家的な範囲の中で盛りこんである点が大きな特徴でありました。

実際にこのプログラムに関わった子供達は全体の約1.5%に達し、これらの子供達の抱えている医学的問題点は、脳性マヒを中心とした肢体不自由から、所謂、精神発達遅滞を中心とした子供達に変わってきている点であり、殊に、てんかんを合併している子供達が最大のターゲットであることを強調しておりました。

従って、運動機能の回復のみを目的としたリハビリテーションから知的・認知能力、コミュニケーション、社会適応の改善などを目的とした総合的

なりハビリテーションへの変換が重要な課題になってきている点がポイントであります。

スウェーデンにおける今後解決しなければならない問題点について、以下の様にまとめておられました(表1)。

**表1 発達障害児 Integration で解決すべき問題点**

1. 休養の保証
2. 両親(殊に、母親)の心身両面の援助
  - ・肩・腰痛, 心身症の増加
  - ・障害の評価, 治療上での不安
3. 教育の質の向上
  - ・中学校レベルまで到達させる教育
  - ・特殊教育の充実
  - ・身体面以上に重要な社会面でのIntegration
4. 医学的合併症をもつ重複障害児へのIntegration
  - ・長期入院, 施設入所の問題
  - ・てんかん, 精神遅滞, 大脳高次機能のリハビリの重要性
5. 障害者ならびに家族の人権の保証

A.Lundberg(1990)を改変

即ち、家族への心理的ならびに経済的援助なくしてはこのIntegration Programが成功しないこと、比較的軽症な障害児の問題と医学的合併症を持つ重度重複障害児の問題を別々に木目細かく検討すること、そして、これらの方針の根底には、障害児ならびにその家族の人権を如何に守るかと言う思想が必要である点でありました。

日本における障害児に関する問題点もスウェーデンでの問題点と何等変わらないのが現状であります。

従って、A.Lundberg先生が示されたいくつかの問題点は、即、今後私達が解決しなければならない点であり、十分に傾聴すべき事柄であろうと思われました。

殊に、北海道の各地で現在、まことに示唆に富む提言であったと思います。

### シンポジウムの内容

5人のシンポジスト、2人の指定発言者の詳細な内容については、それぞれの発表要旨(別に掲載)を御覧頂きたいと思います。

今回、取り上げましたいくつかの療育上の技法は、病院や施設などを中心に行われる理学療法から教育的側面をふんだんに含んだ技法まで様々でありました。

それぞれの技法の実際、様子について理解する機会を持たたことは大変意義のあることでありました。

特に、ボバース法を紹介して下さった今村重孝先生は、脳性マヒ患児の持つ緊張反射を抑制し、生活に必要な協調運動のパターンを獲得させることを強調されました。

また、佐久間和子先生は、ある一定の姿勢をとることにより、ある一定の部位が刺激を受け、その結果ある一定の運動が形成されることを利用したボイタ法を紹介して下さいました。28~48週という早期の治療効果ばかりでなく、年長児でもボイタ法が可能であることを強調されたと思います。

高橋 武先生は、上田法についてビデオを中心に紹介して下さいました。特に、体幹・四肢のspasticityをとるのに効果があることを示されました。

これらの3法と比較して、動作法、ベトウ法はより教育的技法と言ってよいものと思われました。

御供 真先生は、動作法とは動作を通して自己表現をさせる、所謂、心理的アプローチであることを強調されましたし、ベトウ法を紹介して下さいました安倉 満先生は、唱和を通して運動と言語を関連させ、リズムにあわせて訓練することにより、適応学習の仕方を学習するというベトウ法の特徴についてお話されました。

### ま と め

今回ご発表頂いた5つの技法の良し悪しを議論するのがこのシンポジウムの目的ではありません。また、1つの方法で障害児のリハビリテーションが全て出来るというものでもありません。

全てのシンポジストの先生方が強調しておられました様に、それぞれの技法がこれからも発展し、進歩していくものであろうと思います。

そこで重要な点は、それぞれの技法が患児なら

びにその家族にとって、苦痛なく、安心して受け入れられるものでなければなりませんし、特に、それぞれの人々の人権が守られるように工夫されねばならないと思います。

私達自身、障害児やそのご家族の方々とかかわる場合、また、ある療育技法を選択しなければならぬ場合、このような視点を持ち続けることが大切であると思われました。（長 和彦）

昨日からのこの大会に出席していて、道内各地に早期療育のシステムが非常なスピードで出来上り、かつ活動を開始している事に驚きと感嘆を覚えました。しかし、療育の内容については、皆がまだ模索中であり、いわば、入れ物は出来たけれど、中に何を盛るかという事がこれからの問題ではないかと感じました。

今回のシンポジウムの企画はその意味でまことに重要なものであったと思います。

各種の療育技法の中で、今回は肢体不自由の分野に限ってご紹介頂いた訳ですが、純粋な理学療法分野から、教育的な分野から、かなり広い範囲にわたって、さまざまな技法があることが分かりました。現場の療育者や親御さんの立場としては、どの技法が一番いいのか、どれをやったら良いのかと言うことが悩みの種となるわけですが、その辺の苦衷を加藤先生が、PTとしての永年のご経験の中から心情をこめてお話し下さいました。一つの技法を〈信仰〉するあまり、子供が見えなくなったり、時には技法が誤って伝えられ〈迷信〉になってしまう危険など、私達が心しなければならぬ大切な点をたくさん御指導頂きました。

藤田先生のまさに〈爆弾的?〉なご意見もまた、多くの示唆を与えて下さいました。

昨日の森先生のご講演とも相通ずるものがあるのではないかと思います。森先生、藤田先生お二人のご意見は、どちらも一見革命的な響きを与えますが実は極めて当然の事をおっしゃって居られると思いました。

ただその当り前の事を今まで、誰も言わなかったと言うことが当り前でなかったのではないのでしょうか？

お二人とも決して単純な「訓練無用論」を唱えられた訳ではなく、「本当に今その子にとって必要な事は何か」を見極める事の大切さを解かれたのだと理解致しました。

さまざまな障害を持つ子供達のために私達がどの様に役に立つことができるか、これは永遠の宿題のような気がします。

私達としては、今あるいろいろな技法、今後開発される新しい技法についてこれからも大いに勉強して行かねばならないでしょう。

しかし同時に、それらの情報に惑わされるのではなく、正しい選択を行って行くことがますます要求されて来るのではないのでしょうか？

（相場幸子）

# 乳幼児期を一貫する相談内容項目の実情

—各月齢段階別の健康診査の追跡項目を中心に—

(道都大学)

喜 多 祐 莊

## 目 次

- 序 早期発見—療育システムにおけるケースの一貫管理
- 1 乳幼児期を一貫する相談内容項目の構成（仮説）
- 2 乳幼児の健康診査・事後指導の追跡項目の調査
- 3 乳幼児の健康診査・事後指導の追跡項目の調査結果
- 結 乳幼児の相談項目の展開（概念図）

### 序 早期発見—

#### 療育システムにおけるケースの一貫管理

##### (1) ケースの一貫管理

ケース記録を用いることによるケースの一貫管理は、複数の関係機関とそのスタッフにより構成される早期発見—療育システムの一つの重要な方法体系である。

ケースの一貫管理は、疾病・障害や発育上・養育上の問題を改善または予防し、また、2次的障害の発生を防止するために重要な役割をもっている。

そして、乳幼児期を一貫する相談内容項目（健康調査・事後指導の追跡項目）は、ケース記録を用いることによるケースの一貫管理システムにおける中核的要素である。

##### (2) ケース記録の意義

ケースの一貫管理システムの構成要素の一つがケース記録である。

ケース記録の作成は、援助に必要な範囲内で、

ケースの情報を一元的に集約・記録し、かつ保存・利用することにより、関係機関のさまざまな援助の経過を系統的・一元的にとらえ、利用者への援助の提供を効果的・効率的に計画することのできる専門的技術である。その意味で、一貫管理システムにおけるケース記録は“社会的「頭脳」”（関係者共通の情報を保持・解析する「ブラックボックス」）であるといえる。

ケースの一貫管理のためにケース記録を用いることによる、いくつかの効果を挙げてみると、

- ① 援助を継続的に提供すること。
- ② 援助にあたる諸機関の共通理解を保障すること。
- ③ 援助にあたる諸機関の連携を保障すること。
- ④ 援助を総合的に提供すること。
- ⑤ 利用者の相談窓口が明確になること。

それに加えて、

- ⑥ 援助経過・利用者の変容の共通理解が可能となる。
- ⑦ 援助と変容に対する評価が可能になる。

- ⑧ 方法の検討・改善が可能になる。
- ⑨ 必要な社会資源・援助方法の開発が可能になる。
- ⑩ 利用者（家族）の自助グループの形成・発展が可能になる。

などが考えられる。

### (3) キーセンターとキーパーソン

ケースの一貫管理システムの構成要素のもう一つがキーセンターとキーパーソンである。

キーセンターは、ケースの援助に関わるさまざまな機関のもつケースの情報を一元的に集約しつつ、利用の必要の順次性に沿って、さまざまな機関の援助の提供を調整し、計画的・効果的な提供を計っていく働き（コーディネイト機能）をもつ。キーパーソンは、利用者の側にたつて、ケースの日常生活における専門サービスの利用の必要性をとらえ、利用の必要の順次性に沿って、さまざまな機関の援助の利用を調整し、計画的・効果的な利用を計っていく働き（ケースマネジメント機能）をもつ。

これらキーパーソンとキーセンターとが、ケースの援助に関わるさまざまな情報の集約・管理を担当することになる。

## 1 乳幼児期を一貫する

### 相談内容項目の構成（仮説）

#### (1) ケース記録の構成

ケース記録の構成は、あくまでも当事者における専門サービス利用の必要性和サービス利用の経過を記録するものであって、記録の範囲は限定される。そして、一般的にはつぎの部分によって構成される。（図1 発見診断一事後指導の記録の構成、参照）

- ① 取扱機関の取扱内容の明記
- ② ケース・家族関係の明記
- ③ 問題・課題・援助内容・変容の明記
- ④ 社会資源の活用とその結果の明記

#### (2) 乳幼児の相談内容項目の目的

乳幼児の相談内容項目は、図1の「② ケース・家族関係」のうち「子どもの月齢段階別の状態」

に関して、「③ 問題・課題・援助内容・変容の明記」のうちとくに、「問題」と「課題」を明らかにすることを目的とする。

#### (3) 乳幼児の相談内容項目の系列

乳幼児の相談内容項目は、月齢系列、健診項目系列、精健項目系列、援助機関系列からなる。

（図2 親と専門機関の役割分担、参照）

##### ① 月齢系列（代表例）

乳児期：新生児期，3～4カ月児，6～7カ月児，9～10カ月児，12カ月児，

幼児期：18カ月児，36カ月児，48カ月児，60カ月児

##### ② 健診項目系列

健診項目は、出現または消失の臨界期を目安にする。

したがって、月齢段階によって、項目内容（相談内容）が変化する。

##### ③ 精健項目系列

精健項目は健診項目の内容の吟味によって行われ、機能の不全または逸脱の有無を目安にする。

そして、本人の固有の状態像・発達段階にもとづいて、機能の形成・補強または二次的障害の防止・除去を検討する。

##### ④ 援助機能系列

本人（乳幼児および養育者）の成長・回復に対する援助主体という意味で、つぎのものがある。

生活の場：親・家族，母子保健推進員・児童委員  
発見・相談段階：助産施設，保健機関，診療機関，相談機関，市町村役場

療育・保育段階：療育施設，通所施設，保育施設，特殊教育学校・学級

#### (4) 乳幼児の主な追跡項目（相談内容項目）

乳幼児の各月齢段階の健診項目のうち主な追跡項目（相談内容項目）を挙げてみる。

##### ① 新生児期

- ・ 計測（低体重児）
- ・ 新生児反射
- ・ 母子分離



## ⑥ 60カ月児（5歳）

- ・ 言語・理解・知能
- ・ 学習障害（認知不全・過多運動等）
- ・ 言語障害
- ・ 行動障害
- ・ 保育環境の問題
- ・ 家庭環境の問題

## 2 乳幼児の健康診査・

## 事後指導の追跡項目の調査

乳幼児の各月齢別の健康診査（または相談）における主な追跡項目（相談内容項目）の実情について、調査をした（北海道内の保健センターおよび保健所）。

調査期間は、1987年8月～88年3月。

調査の対象機関はつぎのとおりであった。

市立函館保健所、千歳市、札幌市西区保健所、旭川市、上別市、名寄市、美深町、北見市、帯広市、釧路市、岩見沢保健所、旭川保健所、名寄保健所、北見保健所、釧路保健所。

調査の方法は、訪問により、健診票（カルテ）について各月齢別の様式を集収し、あわせて、面接により、各月齢段階ごとの主な追跡項目を抽出した。

## 3 乳幼児の健康診査・

## 事後指導の相談内容項目の調査結果

各追跡項目の内容については、各保健機関が用いている内容項目を網羅するようにした。なお、各月齢段階の追跡項目の内容項目の一覧表を作成するにあたっては、各保健機関の健診票（相談票）のうちから、比較的詳しく設定されているものを採用し表記した。（表1 各年（月）齢段階の追跡項目の内容（例）、参照）

## 結 乳幼児の相談項目の展開（概念図）

乳幼児の相談内容項目はつぎのいくつかの視点により検討される。

- ① 子どもの発達のすじみちに沿っていること。
- ② 子どもの各段階において質的に発展するこ

と。

③ 個々の問題が、子どもの全体像の中に位置づけられること。

④ 発達上の問題の経過、現状、相互関連、原因を見取りやすいこと。

これらの諸視点のもとに、乳幼児の相談項目の展開（概念図）は、乳幼児期を一貫する「相談内容項目一覧表」を作成するための仮説的枠組をもたせるためのものである。（図3 乳幼児相談項目の展開（概念図）、参照）

したがって、この概念図そのものは、実地において具体化され、また、検証されかつ修正されるべき運命にある。

（本報告は、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年度科学研究費補助金（一般研究（C）研究成果）の「第4章 乳幼児期を一貫するケース記録と相談内容項目」から引用し（図表を含む）考察を加えたものです。おわりにあたり、調査にご協力いただき、ご教示いただいた各保健機関の保健婦の方々に深くお礼申し上げます。）

## 参考文献（抄）

- ① 竹内 徹・柏木哲夫訳（Klaus & Kennel原著）「母と子のきずな－母子関係の原点を探る」、医学書院、1979
- ② 新井清三郎訳（K.S.Holt原著）「発達小児科学 概観と実地」、日本小児医事出版社、1980
- ③ 前川喜平「写真でみる乳児健診の神経学的チェック法」、南山堂、1983
- ④ 聴覚障害児早期発見スクリーニング技術研究会「聴覚障害児早期発見スクリーニング技術研究報告書」（北海道）、1988
- ⑤ 喜多祐莉「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年度科学研究費補助金（一般研究（C）研究成果）、（財団法人北海道新聞社会福祉振興基金の助成により印刷）、1989

表1 乳幼児相談内容項目表(案)

00 新生児期	04 4カ月児	07 7カ月児	10 10カ月児
00A (左に同じ)	00A (左に同じ)	00A (左に同じ)	00A (左に同じ)
04B 健康状態	04B 健康状態	07B 健康状態	10B 健康状態
01 体重	01 体重	01 体重	01 体重
02 身長	02 身長	02 身長	02 身長
03 頭囲	03 頭囲	03 頭囲	03 頭囲
04 胸囲	04 胸囲	04 胸囲	04 胸囲
05 母乳量	05 母乳量	05 食事量	05 離乳食
06 発熱	06 発熱	06 発熱	06 発熱
07 けいれん	07 けいれん	07 けいれん	07 けいれん
08 疾患	08 疾患	08 疾患	08 疾患
09 母親の状態	09 母親の状態	09 母親の状態	09 母親の状態
04C 質問	04C 質問	07C 質問	10C 質問
01 首は坐っているか	01 首は坐っているか	01 ひとりですわっておもちゃをもつて遊ぶか	01 つかまり立ちをするか
02 ガラガラをふったり、なめたりして遊ぶか	02 ガラガラをふったり、なめたりして遊ぶか	02 裏返りをつか	02 遠い遠いをするか
03 おお向きから横向きに半分裏返るか	03 おお向きから横向きに半分裏返るか	03 重を支えるか	03 テーブルをまわって欲しいものを取りに行くか
04 あやまと舌をたてて笑うか	04 あやまと舌をたてて笑うか	04 欲しいものを声を出して要求するか	04 大人の言葉を理解し行動(イヤイヤ、ニギニギ、バイバイ)
05 1日の体重増加量	05 物をみて明らかに追うか	05 さしをもって自分の口にもっていこうとする	05 食事のさいそく(マンマ)
06 哺乳量		06 取っ手、スイッチ、かきなどであそぶ	06 手をひっこめ顔をみる(いけません)
07 けいれん			07 人見しりをする
08 経管栄養			
09 保育器使用			
10 疾患			
00C 反応	04D 反応・反応	07D 反応・機能	10D 反応・機能
01 音・光・あやしなどに対する反応	01 追視テスト・聴こえのテスト	01 追視テスト・聴こえのテスト	01 追視テスト・聴こえのテスト
02 泣き声	02 視性運動性遊振(OPKN)	02 物をとる(積木をつかむ)	02 つかみ方(はさみ持ち)
03 哺乳力	03 背臥位テスト(対称性)	03 お坐り(背を伸ばし、おもちゃを持って遊ぶ)	03 つかみ立ち(片手で遊ぶ)
	04 引き起こしから坐位(首の坐りの確認)	04 視性立ち回り反応	04 つない歩き
	05 水平抱き(手は開く)	05 パラシュート反応	05 下股をつこうとしない、がない
	06 開始反射の消失	06 顔に布をかけるテスト	06 ホッピング反応
	07 異常所見	07 引き起こし反射	07 パラシュート反応
		08 異常所見	08 異常所見
00D 反射	04E 母子関係・育児不安	07E 母子関係・育児不安	10E 家族関係
01 十字反射(乳首を築す)	01 子どもをあやす	01 子どもをあそぶ	01 子どもと家族があそぶ
02 吸吮反射(空腹時)	02 子どものははえみかわかる	02 子どもの欲しいものや、やりたいことがわかる	02 子どもものやりたいこと、危険なこと
03 交叉伸屈反射	03 子どもをひとりまきりにする不安	03 子どもがひとりまきりするとき、ものやおとななどが気になる	03 母が育児をするのを家族が手伝う
04 自動歩行	04 子どものため安眠できなくてももちこたえる	04 家族や母親自身のことでも心配とがある	04 母が具合が悪いとき、家族が代りに働く
05 モロー反射			
06 異常所見			
00E 母子関係			
01 生まれてすぐ顔を見合わせる			
02 生まれてすぐ強いねむりする			
03 生まれてから母乳を与える			
04 生まれてから世話をする			

10カ月の追跡 (12カ月)

- 運動発達 ひとり立ち  
ひとり歩き  
\*「踏みつまま」ができる
- 社会性の発達 意味のある単語を二つ以上いえる  
(マンマ、プープー、ワンワン、  
など)  
チャョーダイという働きかけに  
応じる  
指さし(欲しいもの、動くもの、  
みつけてうれいもの、に対して)  
(市立西館保健所)
- 家族関係 子の育児に家族が加わる  
子どもと「会持」をする(家族)  
母が育児に専念するのを助ける  
(家族)  
母が風合が悪いときき、代わりに  
なつて家事をする(家族)

(筆者)

18カ月 (1歳6カ月)

- 運動発達 しっかり歩く  
手を引いて階段を上がる  
積木を指先でつまむ
- 精神発達 人のまね  
おもちゃでそれらしく遊ぶ  
名前を呼ぶとふりむく
- 情緒性 視線が合う  
親とよく遊ぶ  
周囲の人に関心がある  
多動がない
- 言語発達 意味のあることばをいう  
絵の知っているものをさす  
ほしいものを指でさし要求する  
何々をもってきて、にんじれる
- 障害・疾病 よく見える  
よく聞こえる  
斜視がない  
発達遅行(運動・言語)なし  
ひきつけ
- 食事問題 偏食・選食がない  
母乳依存がない  
哺乳ヒン依存がない
- 歯の成長・  
管理 (割歯市)  
う歯がない
- 子と親の  
関係 母のおとおいをする  
母に甘える  
家族にちよっかいを出し、ふざける  
あそびに熱中する

(筆者)

36カ月 (3歳)

- 運動発達 両足とび  
片足立ち  
積み木(8コ以上)
- 言語・理解 姓名がいえる  
性の区別(男・女)  
身体各部の指示(眼・鼻・口・耳 3/4以上)  
絵カードのものの名(7コ以上)  
二語文を話す  
発声(どもり、発音が不明瞭でききとれない、など)
- 情緒・習癖 視線が合う  
友だちと遊ぶ  
多動がない  
指しゃぶり、爪かみ、生殖器いじり、などがない  
チック、夜泣き、などがない
- 身辺自立 着脱衣  
排泄(日中)  
排泄(夜間)  
食事  
食飲  
偏食・選食がない  
歯みがき  
手をあらう  
入浴  
(割歯市、一部追加)
- 友だち関係 並行あそび  
共同あそび  
けんかをする、自己主張する  
なくさめる、同情する  
親や先生に助けを求める  
あぶないことをとめる、やめる  
友だちを批判して大人に告げる  
友だちのまねをして言う  
友だちのまねをしてふざける  
いたずらをしてふざけ合う  
いっしょに静かにねむる

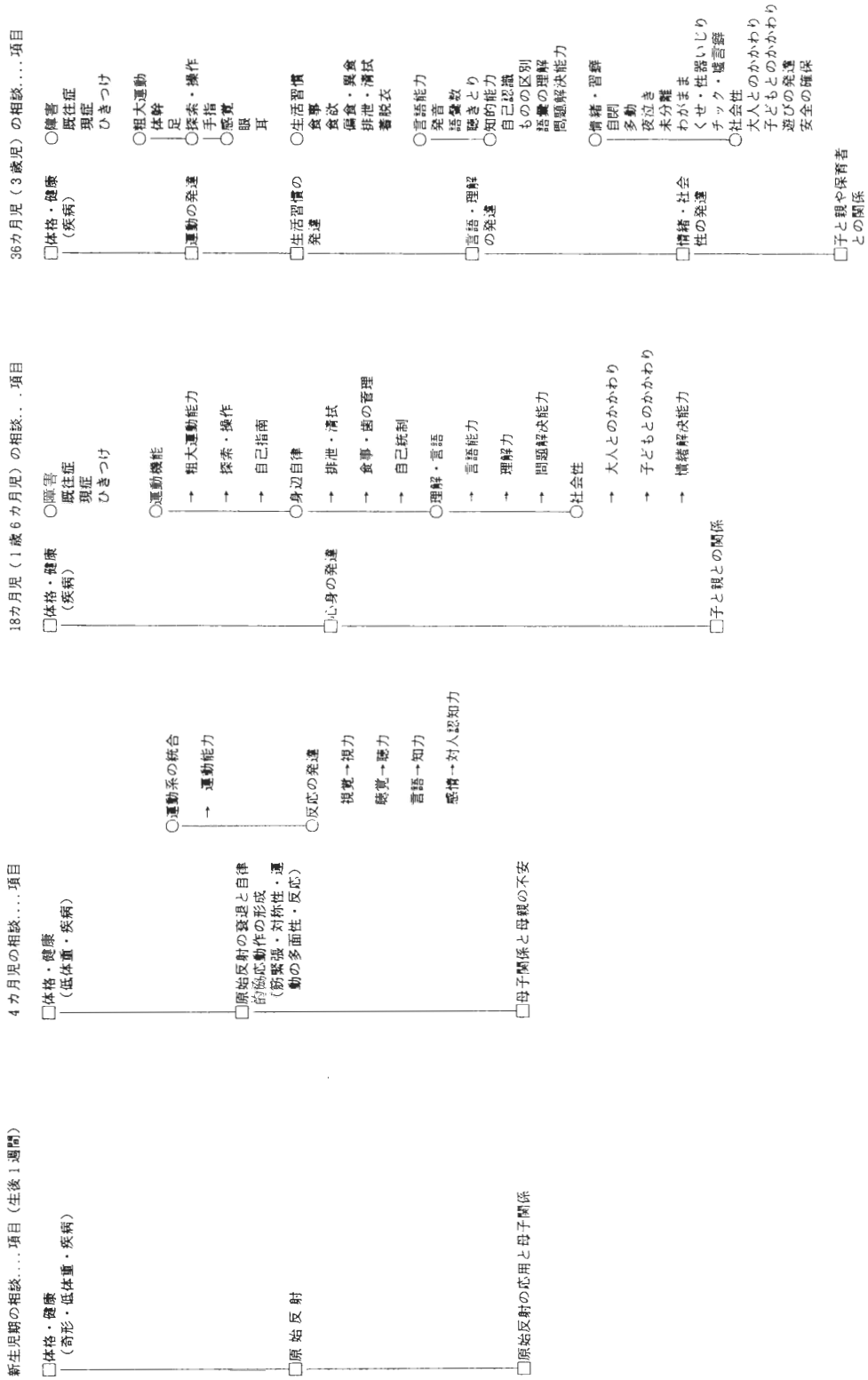
(筆者)

起立歩行による移動・操作への意欲  
特定の人(周囲)の範囲の拡大・模倣  
ことばの模倣・意味の理解

内言の活発化(ひとりごと)  
想像の活発化(つもりあそび)  
大人の生活への介入・役割の学習  
大人のことはの模倣・文筆読の理解

自他の区別・ものごとのちがいの理解(思考力)  
事物に名称・性質があることの理解(語彙力)  
身近生活の自立・個人生活の活発化(個性)  
友だち関係の中で心情・役割を学ぶ(社会性)

図3 乳幼児相談項目の展開（概念図）



# 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

「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」を受けて出発した道の「早期療育システム推進事業」は本年度で早くも3年目を迎えました。

この間、新たに整備された「母子通園センター」は32か所にのぼり、障害乳幼児の地域ケアは当初の道目標個所数に少しずつ近づいていると聞きます。

このような状況の中で、北海道乳幼児療育研究会は昨年11月10日、11日、第4回大会を終えました。

本当に早いものです。昭和60年冬の寒い日でした。療育関係者が数名集ったことがありました。その席である保育所関係者が「保育所には様々な子供が入っている。なのに誰に相談して良いかわからないで日々悩んでいる。保健婦や児相に相談する術もない。逆に専門機関が送ってきた子供についての訪問もない。これからはそれぞれの機関がお互いを知り合い、お互いの能力を求め合って一人の子供のあるべき姿を追究しなければならぬ。そのためには領域ごとの研究会を超えてお互いが他領域を知り、議論し合える研究会が必要でないか。」という発言がありました。

その場に同席した現伊藤則博会長も「自分も前からその状況に危惧の念を持っていた。ヤルカ！」と力強い賛同を得たのです。

これが療育研のきっかけでした。

そして、62年11月には第1回乳幼児療育研究会が開催されたのでした。

これと時を同じくして道では早期療育調査検討委員会が発足し、63年12月にはその報告書が提出されています。

この動きが偶然の一致なのか、仕組まれたものなのか定かではありませんが北海道の乳幼児療育の出発点として官民一致の真にタイムリーなものでした。

さて、このように乳幼児療育研は第1回より全道各地の地域療育の現状報告と療育機関ごとのそれぞれのもつ専門性をお互いが知り合うかたちで進んできました。

この間、私たちは一人の子供を通じてどれだけの療育機関のネットワークが必要なのか分かってきました。どんな専門機関にも限界があることを知りました。その限界をお互いがカバーしあってこそ一人の子供のより確かな育ちを支えられるのだ、ということに気がつきました。なによりも、この乳幼児療育研を通して多くの人と出迎え、お互いの療育について理解し合えたことが貴重な体験でした。

この基礎を経て、第4回大会は、療育機関が最も関心を注いでいる療育技法をメインテーマに行われました。

開会式は第3回までは行われていませんでした。それまで「オレは裏方でいい」と頑固に受付等雑務に専念していた伊藤会長が開会の挨拶をし、その後、道障害福祉課、皆川課長の講演を頂きました。

この講演は道の推進している乳幼児早期療育システム事業の展開状況とこれからの課題はもちろん、人間の生涯福祉を見通した「総合リハビリテーションシステム推進事業」についても詳しく説明をされ、ともすれば自分たちの分野しか見えない私たちに広い視野を与えて下さった貴重な内容だったと感謝するものです。

続いての特別講演は、あくまでも「障害を持つ子供とその親が療育の主体である」という療育の基本について、東京都立心身障害者福祉センターの森秀子先生にお話し頂きました。

私たちも日々の療育においてこの基本を良く知っているし、そうしているつもりでありました。しかし、森先生のお話をうかがいながら、いつの間にか親子を療育に縛り付けている自分たちに気がつかなかったのでしょうか。森先生の講演は療育が細分化すればするほど、主体である親子の尊厳を忘れてはいけないことを改めて教えられた内容であり、私たちを原点につれもどして下さった大変貴重な内容でした。

さて、乳幼児療育研は第1回より3分科会形式を続けています。今回もこれは踏襲され一般演題発表、地域療育活動報告、保育実践発表に分かれそれぞれに全道各地の機関、職種から独自で精力的な活動が報告されました。

そして最後に第4回大会がメインとした療育技法に関するシンポジウムが行われたのです。

ポバース法・ボイタ法等聞いたことはあるがどんな技法なのかその内容、方法について専門的に知っている人がどのくらいいるのでしょうか。そしてそれらの技法の効果、対象、限界等にいたってはある分野の療育関係者には無知に近いものがあります。

私たちは、今回それらの内容にふれることができたとともにこれら技法間にも互いに異なった意見があることを知りました。

私たちににとっては今回の話合いはこれら技法に関する知識のほんの入り口でした。

しかし、このシンポジウムは入り口さえ見出ししていなかった私たちには新たな知識獲得のきっかけと同時に、療育の広がりとして一人よがりな療育観や技法を戒めてくれる幅を与えてくれた、といえるでしょう。

このシンポジウムを閉め括るにあたり「どんな療育技法もその対象である子供や親のものでなければならない」という森秀子先生の感想も忘れることは出来ません。

かくして北海道乳幼児療育研究会は出発して4年目を終えました。

もう4年ともいえますし、まだ4年しか経っていない、ともいえます。

しかし、全道各地のあらゆる職種の人々が一堂に会して共通の土俵の上で子供の事を考えようという発想は会員諸氏の熱意と責任感によって着々と前進しつつあります。

平成3年11月には第5回大会が開催される予定になっています。今年も又活気あふれる発表と報告、そして、全道各地の人々との出会いと対話がそここで生まれる事を楽しみにしています。

最後になりましたが、この研究会には北海道新聞社会福祉振興基金様より毎年多額の補助金を頂いております。この補助金をもとに過去3回の機関誌「乳幼児療育研究」が発刊されていることをここで改めて報告させて頂かなければなりません。本第4回研究大会集録もこの補助金により皆様のお手元に届けることができました。

北海道新聞社会福祉振興基金様には北海道乳幼児療育研究会としてはもちろん、この機関誌を手にする療育関係者一同、衷心より感謝を申し上げます。

1991年6月

事務局編集委員一同

## 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	小笠原詠子
扇子幸一	武田春人	塚本典子
三浦哲		

## 研究会への入会手続

「北海道乳幼児療育研究会」への入会手続は、下記の事項を記載して、研究会事務局(下欄)に申し込み、同時に郵便振替で小樽9-18895に年会費3,000円を振り込んで下さい。

### 記載事項

1. 氏名
2. 自宅の住所と電話番号
3. 職名と勤務先
4. 勤務先住所と電話番号

---

### 北海道乳幼児療育研究会機関誌

乳幼児療育研究 第4号

平成3年9月30日 発行

編集者 北海道乳幼児療育研究会  
事務局編集部(代表 伊藤則博)

### 研究会事務局

〒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

---