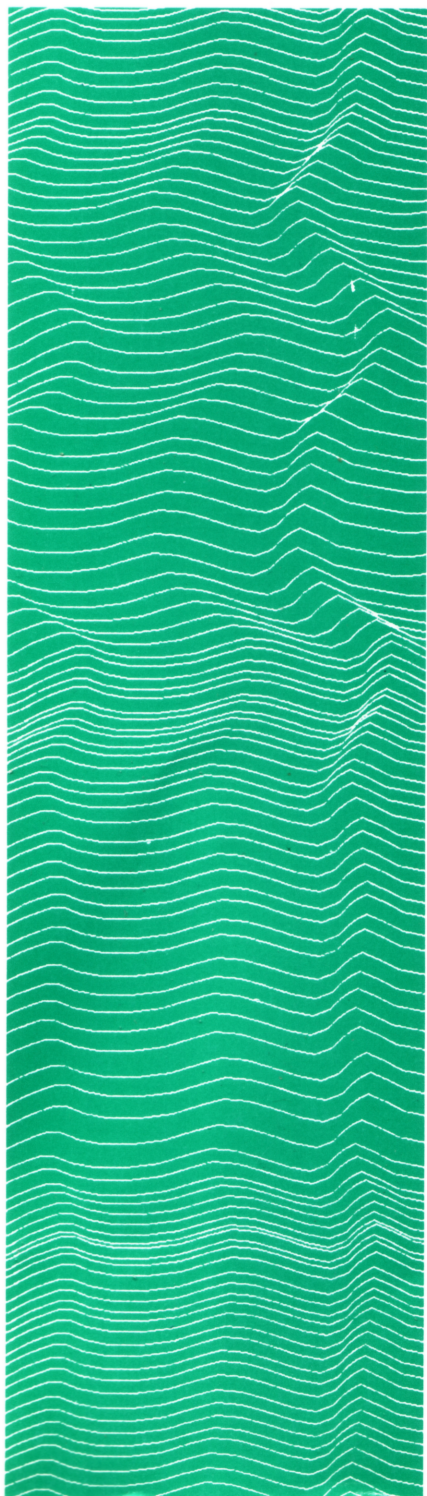


乳幼児療育研究

北海道乳幼児療育研究会



特集

第5回研究大会集録

- 特別講演「療育とは何か」
講演 I 「総合リハビリテーションの理念とシステム」
講演 II 「養育問題と療育」
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」
大会全体講評
寄稿論文「北海道の療育システムについて」
編集後記

1992年第5号

乳幼児療育研究第5号 目次

特集 第5回研究大会集録

〈特別講演〉

療育とは何か?	高松 鶴吉	1
---------------	-------	---

〈講演I〉

総合リハビリテーションの理念とシステム	忍 博次	15
---------------------------	------	----

〈講演II〉

養育問題と療育	伊藤 則博	27
---------------	-------	----

〈分科会〉

第1分科会 —— 一般演題

① 障害児の指示行動の発達経過	小野 栄治	39
② この子らが太陽	佐々木 克幸	44
③ 羽幌町親子あそびの会の活動	野上 京子・高尾美雅子・奥山 洋美 中川富美子・船橋由紀子・熊木いづみ	47
④ オホーツク地方における脳性麻痺児の療育 —北見赤十字病院での取り組み—その現状と課題 その1	井上 秀美・三河 誠	54
⑤ オホーツク地方における脳性麻痺児の療育 —北見赤十字病院での取り組み—その現状と課題 その2	井上 秀美・三河 誠	57
⑥ 恵庭市における早期発見と療育	水口 克幸	61
⑦ 釧路市中心障害児療育センターにおける 療育相談室の経緯と連携	近間 雅一	64
⑧ 静内地区における早期療育—センターの実践から—	鶴田 剛	69
⑨ 稚内市における早期療育システムづくり	駒澤 裕子	73
⑩ ま と め	阿部 哲美・田中 哲	77

第2分科会 —— 地域療育活動

① きたみ学園の地域サービス活動	松井 恵美	81
② 地域療育センターの活動と課題	薩摩 純・藤原 敦美	86
心身障害児短期療育事業【母子訓練】について	谷村 建治	97
③ 地域療育センターの活動内容と今後の課題	千葉 裕子	98
④ おしまコロニーの実践	竹下 敏雄	103
⑤ ま と め	三島与志正・小野沢秀晃	107

第3分科会 —— 保 育

- ① Aちゃんと関わって一言語教室との関わりから—
.....山川 妙子 111
ことばの教室と幼稚園・保育園との連携について
.....太田 清 113
- ② あそびランド・たいへいみなみ幼稚園の子どもたち
.....松浦 映子 116
- ③ 障害児から学んだこと.....根本 弘美 119
- ④ 岩見沢ことばの教室と保育所・幼稚園の連携について
.....島田 美智子 121
- ④ ま と め.....村上 勝彦・川守田京子 124

<大会全体講評>

長 和彦・鈴木真知子 127

<寄稿論文>

北海道の療育システムについて.....藤田 正文 131

編集後記 135

北海道乳幼児療育研究会会則 137

特別講演

療育とは何か？

演者：高松 鶴吉（北九州市立総合療育センター所長）

座長：岡田 喜篤（札幌あゆみの園）

記録：竹内 久美子（旭川教育大学）

はじめに

みなさま方にまた北海道でお目にかかれた事をうれしく、ありがたく思います。私は元来は整形外科の医者として育ち、この仕事に入りました。昭和40年に足立学園という小さな肢体不自由児施設が北九州市にできあがり、私はその園長になるように教授から云われてからのことでした。それからの長い歳月を経て、今もその街で障害を持つ人を相手に仕事をしています。

経 過

振り返ると、昭和40年当時は施設はまだまだ全国的に不足で、多くの親子が療育を求めています。私たちも例外ではなく、最初は200名位の待機児がリストアップされ、そのため手術も多く、入退院も多く、毎年のように施設も拡大充実してきました。そのような多忙な数年がたって、ある程度見通しができるようになった頃、肢体不自由児のみでなく色々な障害を持つ子どもたちも医療

や療育を求めて外来に来るようになりました。

それで、仕事を質的に拡大して総合的なチームが必要と思い、その思いが総合療育センターという形になり、昭和48年にこのプランニングを市長に直訴するようになりました。色々な問題があったが、市長はじめ多くの人の力でそれから5年たった昭和53年にセンターが完成しました。さらにそれから13年たって今になります。初めからなら27年目。思えば長い歳月でした。

センターの基本的理念

私たちのセンターの基本的視点は、どんな子でも受け入れる、基盤を地域社会に置くということでした。ですから大規模の通園施設と外来を主として、収容部門は足立学園時代からさらに拡大する考えはありませんでした。まことに好運なことにその考えに合ったものができ、今なお十分に現代的な役割を果たしています。

先ほどの忍先生のお話にあった、例えばコーディネーションという連携の問題などは、まさに私自

2 特別講演

身のものでした。なるほど社会学的な考察という視点が必要であるんだなぁと大変啓発され、お教えを頂きたいものだと思って聞いていました。

苦勞したよといっても、私たち対象は100万人人口の狭い都市空間で、周辺の郊外を含めても250万程度の交通便利な地域です。そんな地域で作った私たちのシステムは、比較的単純なものであったと思うのです。それに比べると北海道というこの広い地域の中で、果たして満足できる療育のシステムができるのだろうか、むつかしいだろうなあと思っていたのです。ところが、この北海道の先生方の話によると、この広大な地で1次、2次、3次というモデル療育圏が実現する方向にある。そのことに大変感銘しているところです。

多少自慢させていただくこととなりますが、従来の分類的かつ収容主義的な療育体系から一つ抜けたセンターを私たちは一昔前に実現した。そんな誇りを持っているのですが、それが更に複雑に、更に大規模に、この北海道の地で作られていくという大きな仕事を、今後も楽しく見せて頂きたいと思っています。

さて今日の話はどこに絞るかという事ですが、システムのことは概念的に共通の理解を持っているのですから、システムのことよりも療育そのものについての話の方がいいのではないかと考えました。失礼ですが、眼の前に短大を卒業したばかり位の若い保母の先生がおられると仮定して、その方に私が考えている療育というもの、あるいは子どもを見る眼はこういうものである、というような事を話すつもりで頂いた時間を使わせて頂きます。もし何か聞きたいことがおありなら、多分時間を残せると思いますので後でご質問下さい。

子育てについて

私は医者ですから、医療あるいは医学は障害児療育という事業の中でいかなる役割をするのかという風に自問するのです。そうしますと、私たちは子育ての主演ではないのだという答えが返ってくるのです。だって誰でも病院という場所で、白いユニフォームの人々によって1年も2年も3年

も子どもが育てられて、その子が本当に子どもらしく育つとは思わないでしょう。

障害児は障害を背負っているのです、その特殊性を無視することはできないが、障害児といえども間違いなく子どもですから、障害児療育の基本は子育てにあるといえます。であるから子育ての専門家、すなわち幼児教育の人々こそがここでも主演であるという事を確認したいと思うのです。それなのにその主演である彼らがいかにも恥ずかしげに、私たちは何も知りません、専門家ではありませんという顔をする。通園施設の課題として専門性というテーマがあるが、その専門性という話になると、それは理学療法士、作業療法士、時には医者、言語治療士あるいは臨床心理の役割だと、その応援を求めたいという顔をされることが多いのではないのでしょうか。

自分たちこそが実は眼の前にいる子どもの主演であるという自覚も自信もないような頼りなさがある。北海道の方はそうじゃないかも知れませんが、私が今まで出会ってきた人々の多くは、あまりにも専門家であると称する子どもへの依存が強いのです。それは自分たちの力を知らないからではないか、また特殊性に惑わされて子どもと真面向に向かい合うことに恐れを感じているのか、そこを打ち破って中に入ってもらいたいのです。

子育てには常識感覚があります。その常識感覚でおかしいと思うことはおかしいのです。私自身の外来経験ですが、脳性まひの子で3、4歳になっても立つ歩くはまだ早いと訓練士がいう。立ちたがってるのに立たせては悪いのでしょうかと尋ねる親がいます。立位までの発達段階になっていないからという若い訓練士の意見は、運動面だけいえば訓練士のいうことは正しいかも知れない。

だけど意欲を育てる、広い世界を知る、そのことが子どもの発達にどれほど大切かを知る人は、何かおかしいと思うでしょう。私たち医療側の専門家のいうことを聞かなくてもいいというのはないが、私たちはWHOLE CHILD（子どもを全体として）を見るように教えられていないことも知っていて欲しいのです。

統合のこと

混沌→分化→統合の流れがある。混沌として定めなき世界が昼と夜に分かれるように、最初の曖昧さはやがて次第に独自性を持つ部分にと分かれる方向で発展していく。本当のことをいえば分化の方向にバラバラに分かれて、そのあとあらためて統合しようという二段階性があるのではない、子どもの発達など見ればそう思う。だが、そのような分化と統合の過程がある。医療と福祉の関係でもはじめは暖かい心の隣人愛的行動が混沌として生まれ、それが医療と福祉に分化し、改めて今何とかしなくてはならないと統合が模索されている。医療と教育との関係でいえば、障害児をなんとかしなくてはならないという思いから、19世紀に治療教育という発想が生まれ、日本では療育という思想となりましたが、それでも障害児の医療と障害児の教育はバラバラに分化成長し、あらためて統合が課題となってきています。

今、私たちの世界が当面しているのは、この医療と福祉と教育の統合という課題です。これがベーパーの中で語られるのでなくて、自分が住んでいる街、自分が働いている街、その街の中で自分の目の前に現れる子どもへのサービスを統合していくという仕事が今の私たちの課題なのです。それは簡単に見えてなかなか難しい、もしかしたら、難しくて泣かされるが、実は意外と簡単なのかもしれない、ともかく初めて体験していくことなのでよくわからないのです。

あらためて申しますと、障害児に対するケアの基本には統合という課題があると知っていて欲しい。それは同一人格の中に置ける統合がひとつ。医者とはいえ、看護婦とはいえ、障害児療育に参加する人は「子どもが育つ」ということがどんなことなのかを深く理解するように努めて欲しい。また私は保母だからと、体のことや心理のことは専門家にお願いという依存の姿勢ではなく、幅広く学んでそれらの知識を自分のものにしていく。そんな努力を願うのです。私たちは教育を受けて分化した個人として成長します。そのまま今度

は障害児療育に参加する。しかし、私は分化した専門家として全体へ視野を広げることを拒否することなく、療育の経験の中で治療と教育を自分の中で統合していく。そういうことです。

もうひとつは各人格相互の統合。簡単にいえばチームを形成する。ネットワークをつくる。それは形式的なものを超えて、共通理解と共感が底に流れているチーム、ネットワーク、そんなものを理想として考えるのです。システムが紙に書かれ、実際に構築されても、人間相互の心のネットワークみないなものができないと、真の意味で働かない。私は長くチームリーダーの仕事をしてきていますので、より良きチームを作るという難しさが身に染みんでいます。よいネットを組みやすいシステムとは何だというのは、それでもなお分からないことで、忍先生のお話の続きが聞きたいと思っています。

教育との結合

また私たちのセンターに話を戻しますが、自慢できる特徴のひとつは、特殊教育のセンターと私たちのセンターとがまさにコーディネートされていることです。実際に私の所にこられますと玄関には二つの看板が掛けられている。教育関係の職員は12名くらいで、もちろん所長の部屋があり、スタッフの部屋もある。しかし朝礼や懇親会なども区別なく一緒だし、仕事も共同することが多く、仕事場も共通している。両者は別予算を持ち、教育委員会と民生局という縦割りで分化していながら、ほとんど完全に統合しているといえるのです。

数年前、臨教審が出した「教育改革に関する第三次答申」の中で障害の早期発見・早期治療と早期教育のために、医療、福祉、教育が一体として機能する地域センターの設置を推進するという言葉が書かれ、そのモデルとして私たちのセンターがあげられています。それは光栄だが、システムとして作ればどこでもうまく機能するかといえば、そう簡単ではない。

私たちには教育の人たちとの長い歴史があり、親密な人間関係が培われて、その結果としてこん

4 特別講演

な形になった、なれたのだといえるのです。形を作れば仲良く統合できるというのは、とにかく結婚すれば男女が仲良い夫婦になるというのと同じ暴論のように思えるのです。

人の要素

およそ人の世の事業には三つの要素がある。ハードウェア、ソフトウェア、それとヒューマンウェアの三つです。実際にあなたがパソコンという器械（ハードウェア）を買っても、プログラムソフト（ソフトウェア）がないとどうにもならない。さらに立派なハードウェアとソフトが整っても、それを使える能力すなわち人間要素（ヒューマンウェア）がなくては動かない、円滑に動かない。

箱ものというのだが、行政がまず計画するのはハードウェアで病院を作るとか学校を作るとか既存の概念の中でできるものなら、ソフトウェアもヒューマンウェアもあまり心配しなくてもいい。どこにいくら金で作るという事さえ決めれば基本設計に入っていくことができる。しかし私たちの事業は既存の概念の中に存在しないものです。何をするかは決まっていますが、どの様にするのかははっきりしない、どんな人がどんな思いでどんなネットワークをつくるかもはっきりしない。だからハードウェア先行の行政姿勢で新しいシステム創造ということはとてもむづかしいと思うのです。

建物づくりが先に進むと多くの場合失敗してしまうということは広く経験しているところです。現場で働く人間の思想からしますと、ヒューマンウェアから作っていききたい。誰と誰と誰がチームを組んで一つのセンターを作っていく、そこで働く人々はあの人とあの人でこういう様に集まっていくという風に、その想定がはっきりしたあと、その人達の働く場としてハードウェアが作られていく。幸いなことに、そのような形をとれたことが、私たちのセンターが開設以来比較的順調に運営されている理由だと思っています。

療育の内容

私たちが療育のシステムを作るというのですが、いったい療育とは何なんですか、という質問があるのは当然でしょう。それは裏返せば障害児が一体何を求めているのかということにつながる。大人になっていけば、彼らが生活する環境（物心共に）のあり方なども強く求めなくてはならないのですが、乳幼児から学齢児の時期私たちは表のようなことを真剣に考えなくてはならない。地域での療育システムというのは、その地域の中でいるいろいろな専門職がチームを作り、ネットワークを作って、これらのサービスが適正に供給されるシステムということができるでしょう。

表 1

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・障害発生の確定（推定）の診断と親へその告知をする・狭義の医療で解決できる変形や機能障害を治療する・障害診断（その程度や見通し）と療育の計画を作成して示す・生命維持機能（摂乳や摂食とか呼吸など）の発達を援助する・感覚や運動や情緒や認知能力の発達を援助する・受容され前向き、楽しい家庭建設のために必要な支援を行う・身辺自立やしつけなどから各種学習にいたるを含む保育・教育を行う・健康の確保や維持のための医療サービス活動を保障する |
|--|

これらの諸活動のひとつでも存在しない、あるいはおざなりであるとすれば、その地域で生まれ育つ障害児は苦勞するだろうし、私たちはそのことに責任を感じなくてはならないと思うのです。

診断と告知というところは医の世界のことですが、告知の状況によって親のやる気が全くなくなってしまったというケースを私は何例も知っていません。プラダウィリーという病気の幼児がいて、うちの小児科も予想しながらもそういう診断名を告知する事なく、太らないように注意しながら発達の外来訓練を続けてきていました。お母さんも努力してIQも僅かに低目ですがそれでも順調に育ってきていたのです。ところがある日ある大学病院で染色体異常が指摘されて病名を宣告され、しかも今までの親の努力は意味がなかったといわれ、親がすっかり落ち込んでしまったのでした。

告知というもののタイミングとその姿勢はマニュアルにできないむつきさがあると思う。はっきりいわれて覚悟が定まると感謝してくれる親もいるし、すっかりやる気を失ったという親もいる。こんな病気だからどうしようもないと否定的にいうのではなく、こんな病気だが、このようなこともしてやれる、こんなになった子もいる、と肯定的な道を教えることができたと思うのです。

変形とか機能障害の治療は確かに病院でできることですが、どの時期にどの機能障害が治療されるべきか、変形が治療されるべきかということも、その子どものトータル・プランニングの中で考えたいと願うのです。たとえば口蓋裂があって体重が10キロにならないと手術をしないとされる。しかし他の原因も加味してなかなか太らない子もいて、そんな子の場合はいつまでも手術にならない。口蓋裂がふさがらないままに栄養・成長の面で悪循環になるのみでなく、構音構成の大切な時期が過ぎて発音の改善に大変努力が必要になる。子どもの慢性に経過する病気、変形機能障害に対する医の世界での治療は、「育つ」という全体発達の視点で組立てられることが求められるのです。

障害診断を行うとか療育計画を作成するということは、障害児を育てるという働きの中心的な仕事になる。しかし、これは今までの病院ではできないのです。といって保育・教育の世界では手にあまるし、素人の発言とされる。医療と保育・教育とが手を結ぶ。「療育」という境界の世界を共につくる。その働きの中心となるセンターを創るのです。

疾患診断と障害診断あるいは発達診断とは異質のものであります。たとえば脳性麻痺という診断あるいは精神遅滞という診断は疾患診断ですが、その子の障害状態を正確に表現する言葉ではなく、脳性麻痺といっても、ねたきりの子も走りまわるともいる、精神遅滞といってもその程度はさまざまです。ですから障害の程度や広がりや診断（評価）され、その子ども全体が個別的に問題別に要素別に見られ、そして改めて全体的なトータル計画が作られなければならないと思うのです。

最近では重篤な子どもが増えてきています。チューブで栄養が維持されたまま生後4ヶ月5ヶ月と経ってきますと、皆さんご推測のとおり、口というものの働きをお勉強するチャンスのないままで育つ。このような子どもは、口とは何かということを知らないで大きくなり、口に食物を入れようとすると、うんと口をつぶって開けてくれず難航することもある。また大変むつかしい問題に、睡眠リズムの確立ということもある。いつも不機嫌というだけでなく、夜はなかなか寝てくれず親を寝かさない。いつもゼエゼエという音で苦しうに浅い呼吸をしている子もいる。タンがつまって苦しうな状態も起こる。こんな生命維持の基本的なところも、鍛え育てていかねばならない。親にとっては子育てが楽しいどころか苦痛なものになる。

ですから、生命維持機能というものが乳幼児期の大切な援助になることがある。たとえば親も子も楽しいはずの授乳摂食の時間、この時間は子育ての楽しさから愛情が深まる時間なのです。それが食物を口に入れたら子どもはむせる、親は食べさせないといけないと一生懸命になり、食事が辛い仕事になってしまう。また疲れた夜なのに子どもが泣いて眠らせない、そんな夜が続く。

子育てを少しでも辛くない、少しでも楽しいといって下さるように、まずこのマイナスレベルを少なくとも0のレベルに上げる。その次に、その子どもを育てることが楽しいというプラスレベルが欲しい。少なくとも笑ってくれる、機嫌よく笑ってくれる、子どもが親の子育て努力に微笑でお返しをする。親は、それがあればどんな重度の子でも子育ては楽しいといってくれるのです。

次の感覚、運動、情緒、認知の発達の援助ということはこれはあたりまえのことです。前向きな家庭建設の援助、これもあたりまえで、あと身辺自立、しつけ、教育学習や、健康に関する医療の支えなどではいうまでもないでしょう。

以上のサービスを地域の中で病院、施設、通園、学校、保育園、幼稚園、などの機関がネットを組んで、行き届いたサービスが実現するように努力する。それが地域療育の生きたシステムになる。

地域療育システムと言うのはそんな形のもので、そこでネットワークを育てていくさまざまな職種の人々が織りあげていく共同事業であるのです。

最初のところでハードウェア、ソフトウェア、ヒューマンウェアと申しましたが、腕があって知恵もあって心もあったかい人々が、共生・協力・協同の思いでネットワークを育てる。これが理想像です。参加する人々は若い保母さんでも自分の姿勢と能力が大切なのだということを理解してもらいたいです。

自律・自立についても

さて、以上のサービスの根元にある私たちの基本的な目的についても言及しなくてはなりません。障害を治す、障害を改善する、軽くすると言うのが目的であることは当然ですが、障害が残る子どもたちが大半であるのだから、どんな障害人となっていくのかということが課題になるのです。私たちの究極の目的は「できるだけ障害が軽いだけでなく、たくましく社会で生きていく障害人」ということになるでしょう。とすれば「自律・自立心」を育てるということを軸に据えなくてはならない。

赤ちゃんのときは、子どもが他律的に育てられていくのは仕方がない。でなくては生きられない。しかし普通の子はまもなくナマイキにも反抗して自立の芽生えを主張します。しかし、私たちの子どもたちはその芽生えが弱く、容易に依存の世界にとどめさせることができるのです。その他律・依存に陥りやすい育児の世界の中で、子どもに自立の心が芽生えるのか、子どもの弱々しい自律の心を大きく育てていくにはどうすればいいのか、それが私たちの今日的テーマになっています。これは幼児教育の人たちに教えを受けなくてはならないことです。

今までお話ししたサービスの全てが、どの地域のどの家に生まれた子どもであっても、たとえ多少は遠い所まで出かけていっても必要に応じて供給される。それが深い洞察と愛情の中で与えられる。そうやって、初めてその地域の療育システムが完成したということになるのです。

生物的な見方

次のテーマは人間というものの生物学的考察というものです。

人は定年で首になり（社会的存在としての死）、やがて痴呆や寝たきりなど人の生物学的特徴を失い（生物的存在としての死）、最後に生命を失い生命体として死んでしまう。このように人間が三回死ぬのなら、生まれるのも三回と考えることができると思うのです。

人間はまず生命体として生まれる。だが私たちの生物学的特徴すなわち、二本足で歩く、言葉を話す、手を使う、洞察力を示すのは生まれておおよそ12ヶ月後、この初誕生日の頃に人間は生物的存在として誕生するということができる。そして、それから長い文化社会的な教育を受けてやっと20歳を過ぎて社会的存在となる。そういうわけで誕生もまた三回と考えることができる。

ご承知の方もたくさんおられるでしょうが、岩波新書「人はどこまで動物か」というポルトマン（ドイツの動物学者）が書いた本があります。原著は1951年ですからずいぶん昔。内容を簡単にいうと哺乳類には幼仔が就巢性と離巢性であるかにより、分けることができる。就巢性というのはネズミとかウサギのように、仔は耳も目も閉じ、毛も生えていない。巣から離れることができず、親にまるで似ていない姿です。離巢性というのは仔が生まれたときから親と同じ特徴を持ち、すぐにひとりで動き回ることができる動物です。それらは妊娠期間が長くて胎児が少なくて系統発生的に高く、ウマとかクジラとかサルなどのことです。

私たち人間は系統発生的に高く妊娠期間も長く胎児も少なくて、離巢性の特徴を持っているのですが、人間の赤ちゃんは依存的で人の特徴を持たない。宇宙人が見たらこれは人間という動物の子どもだろうかと疑うでしょう。ポルトマンは初誕生日が真の誕生日であるという。子どもが親に似た状態まで成熟して生まれるのを熟産というならば人間は未熟で生まれる、即ち生理的に早産であるといい、また最初の12ヶ月は子宮外胎児期とも

いえると彼はいうのです。

人間は人間の特徴を持つためには子宮外環境での学習を必要とする。言葉の学習のことを考えれば誰しも子宮の中で覚えられるとは思わない。社会的存在になるために学習が必要であることはいわれなくてもわかることですが、生物的特徴も学習で身につけるといえるのは、面白い生物だなとは思いませんか。

多面な見方

ちょっと別のことになりますが、赤ちゃんをみると栄養士あるいは小児科医は、お乳をたくさん飲んでいいるか、お乳の成分はいいのか、健康だろうかというふうに見るだろうと思います。整形外科の医者なら手足に異常がないかと思う。授乳は医者は栄養を与えているというが、心理の人は愛情を与えていると思う。最近の親で逆に哺乳瓶を持って子どもを寝かしたまま、自分はテレビを眺めてミルクを飲ませる風景がある。あれはいけないのだ、あれは栄養物としてのお乳は飲ましているが愛情は飲ましていないと心理や教育関係の人はみるだろう。このたった一つの現象でも多面にみるという複眼的な目を持たなくてはならない。療育というのはそういうことだと私は思っています。

保母さんが赤ちゃんをみるときには、願わくば、手足の緊張、子どもの目とおかあさんの目があっている、微笑んでる、ほっぺたが赤くていいねとか、お乳は十分飲んだらうか、親と子の愛着がどうつくられているかというように多面的な見方をして欲しい、そう努力をして欲しいと思うのです。

ヒトになるための学習

さて、話を戻して赤ちゃんのヒトになるための学習ということを話しましょう。赤ちゃんはヒトになるために早めに生まれてくる。子宮の中にしたことを覚えてないので分からないけれど、おそらく、うすぼんやりと明るくてあまり強烈な光はない、音も鈍い、皮膚は羊水の中に浸かっていつ

も生温く冷たい熱いはずだし、ぬるぬるした感覚でおおわれている。重力は羊水の中だから無重力状態。手足を伸ばすこともできない閉じられた空間。

このような胎内環境を胎外で再現しようとする、ふわふわとした布団、柔らかいガーゼの肌着、温度はできるだけ恒常的に、光は薄暗くしテレビの音も小さくしてという状況を作っていくはずですが。しかし子どもにとっては、胎内には勉強できないから外に出て勉強しなさいと言われてやっとなってきたのに、子どもにやさしい環境にしようとしてしまう。それはおろかな子育ての始まりと思ってもらいたいのです。

胎外に出てくる真の意味は、解放された重力空間の中で光と音が満ち満ちて、新しく相対する全く同一化された親と子の関係が始まり、自分で乳を飲み、睡眠と覚醒もリズム化されていく、そんなことを学習するために子どもは実は早く生まれてきていると、そういうふうにも思ってもらいたいのです。

(ここでしばらくスライドで赤ちゃんの発達を追って示したが、再現不能なので省略した)

運動感覚

系統発生的に人間は何かということを考えると、私たちはウマやウシのような平原動物ではなく、サルのような樹上生活で体をつくってきた動物の子孫と考えてください。

その樹上生活で得たものは上肢の発達と直立姿勢への慣れと体づくり、三次元の運動感覚、視覚の発達、手のひらと足のうらの皮膚の識別感覚の発達などです。私たちはこれらの性質を獲得変化させて、平原へと樹上から降りてきたものの子孫なのです。

運動感覚というのは、体の姿勢と動き(加速度)を知ってフィードバックして運動を調整する感覚です。たとえば今、私の右手は肩関節から下垂し肘で鋭的に屈曲し手関節は若干背屈して手指はグラスを持っている。そのことは見なくても分かるのです。この姿勢を知る、手が動けばその加速度

を知るというのは、頭の中で認識されないままですから気がつかないのです。しかし実はそういうふうな感覚があるからこそスムーズな運動ができるのです。体の中心に対して関節とか筋肉あるいは骨にあるそれぞれの感覚器が今動いたよ、今これくらい曲がってるよと教えてくれているわけです。

もうひとつ大切なものは、空間（重力を持つ空間）に対して自分の体全体がどうなっているか、どう動いているかということも私たちは知っているのです。私は今、床に対してまっすぐ立ち、頭もまっすぐしているということも重力空間との関係で知っている。動くときにはその加速度がわかる。それは前庭覚という感覚で、普通は意識に上らないので気がつかないが、そんな感覚を私たちはもっているのです。木から木へ移ったり、上の枝から下の枝に飛び降りたり、その他ぐるぐる回ったりするという3次元の運動をしながら、私たちは結果的に目（すなわち視覚）と前庭覚（ジャイロミタインもの）を育てて木から降りてきたのです。目が大事じゃないという人はいないが、前庭覚なんてどこにあるかも分からないし、いわれてみればそうかなと思うだけの話だからなかなか気がつかないが、これも大事だということも知ってほしい。

それは運動障害を持ってる子どもにとって必要だというだけでなく、知恵遅れの子どものとっても必要なことで、普通の子どものとっても大切なことです。私たちは子ども時代、木に上ったり、塀の上を走ったり、屋根の上に上がって遊んだり、いやというほどブランコに乗ったりということをして、ご先祖様学習をして大人になってきました。それが今の子どもたちには足りない。そんな前庭覚を育てるという必須な学習が不十分であることが学習障害などの原因となる。室内遊び、せいぜい走るくらいでブランコやすべり台が危ないと敬遠されがちな現代の子育ては非常に反省すべきであるといえるのです。

また生きた感覚体験は運動がなくては存在しない。感覚と運動というのは2元的なものではなく

て、運動は感覚なくして完結せず運動なくして感覚は鋭くならない。感覚と運動は一体化された1元的なものであるということ、自分を知ることも環境を知りことも、感覚—運動学習によって、0—2歳の子どもたちは学ぶのです。その学習を生物学的学習といたいのです。それはあまりに自然に経過するのが当たり前なので、気がつかないままで済んでいたのです。その当り前のところをつまみずいている子ども達を対象とするのですから、そういう所の学習を手助けしていく必要があると知らねばなりません。

運動に関していえば、できるだけ一日一回は汗びっしょりの運動をさせたい。激しい運動と完全な休息というリズムも体験させたいし、心臓も肺も血管系もそんな運動負荷によって鍛えられ、育っていく。普通の子なら静かにしてといっても走り回る。子どもにとっては運動は発達成長の不可欠な栄養といえる。それなのに自分は美容体操で汗を流しシャワーを浴びて気持ちがいいわ、これで少しはやせたかなと満足している母親のわきに、大切な赤ちゃんがコンピラックに寝かされたままというのなら、これはおかしいよと赤ちゃんは抗議するでしょう。

皮膚感覚

皮膚感覚について言えば、手のひらと足の裏には鋭敏な識別感覚がある。物と物を区別する、これはすべすべした物だ、硬いものだというようなことが分かる感覚があります。背中とかお尻とかお腹や胸あたりの皮膚感覚はもっと原始的な感覚で、ぼんやりと感じるだけの感覚といえることができる。だが、それでもこれがないと外の世界と自分を分けることができない。どこまでが自分どこまでが環境か分からなくなってしまう。靴下をはいていたとして、その靴下が自分の一部か環境かということ私たちはわかるようになっていく。大人になっていく過程のどこかで学習している。多分この皮膚感覚を育て、そのことによって環境と自分とが混乱している「混沌」たる状態から次第にアイデンティティというのを確立して

きたといえると思うのです。

たとえばAという国が確立していく過程を考えると、まずAという地帯とBという地帯の間に国境ができて、国境に警報装置ができて、誰か中に入ってきたら痛いというふうになっていく。国境がなくてはアイデンティティなく、警報器なくては国境もないと考えるのです。だから人間にとっても皮膚感覚は大事。皮膚感覚が鈍感で、頭をぶつけてもこけても泣かない子どもを、この子は丈夫な元気のいい男の子と単純にほめてもらっては困るのです。感覚が鈍感で痛くない子もいたり、ちょっと触るとイヤイヤと逃げる。手のひらを触られる、首筋を触られるとイヤで逃げ回る。だっこされるのもイヤというのも、心理的な働きであるかも知れないが皮膚感覚の過敏さによることもあるわけだから、そこまでもとに戻って子どもを見て欲しいという気がするのです。

皮膚を鍛えるということも、お乳を飲ませると同じようにいくつもの意味がある。丈夫な体を育てたいという意味は誰も知っているが、正常な皮膚感覚を育てるという意味もあるのです。メリハリがはっきりした感覚を育てあげていきたい。だから、乾布摩擦とか冷水摩擦とか薄着とかハダカ奨励とかを勧める。

元気のいいお母さんには、お風呂で石鹸をつけて洗ったあとの洗い湯を水またはぬるま湯にして洗う、また風呂桶に入って上がったときにもう一度水をかぶる、ということを勧めているのです。実は私もこの2年間毎朝水をかぶっています。精神的な意味もあるのかも知れないが血管の自律神経を刺激したいと思ってやっているのです。面白いと思う人は入浴の時でもいいから自ら体験してもらいたい。水をかぶって体を冷やして風呂に入ると、風呂のお湯が体を刺すように刺激する。風呂から上がって水をかぶると、その冷たさもきわめて刺激的です。ご自分で体験することを勧めます。自分で体験すれば、何となく目がもうひとつ醒めていないのではないかと思う子どもにも、ぜひこれを体験させたいと思うのではないのでしょうか。

療育とは注意深い子育て

小さな受精卵が成長発達していく。それはまず胎内環境での完全依存で始まる。出生と共に環境は荒々しい胎外環境になるが、しばらくはなお依存の状態だが、その時から呼吸と栄養は自前となり、覚醒一睡眠のリズムも次第についてくる。そして、次第に依存の状態から自立へと進む。その胎外環境と自立ということを大切にしたいと思うのです。昔からいう快食、快眠、快便というのを大切にしたいと思うのです。便秘というのも看護婦さんや小児科の先生で、2、3日に一度でもちゃんと出ていれば問題ないという人もいますが、私は毎日一回に固執したい。忙しいお母さんが朝食の支度の中で子どもをゆっくりと便所に連れていくことは結構難しいみたいだが、何とかリズム化したいことです。快眠というのもぐっすり眠るためにはしっかり活動的な日中を過ごさなくてはならない。それは同時に快呼吸、快循環につながる。ビッショリ汗の出る運動を一日一度くらいはさせたい。これらは医者が言わなくても子育ての当たり前のことです。便秘がちならそれを治して欲しい。その方法がわからないなら、人に聞く。自分に任された子どもをより良くしたいという気持ちは強ければ強いほど自分の知識は増えていくでしょう。その知識をわかち合せて、共同の財産をつくっていく。そのようにして療育の技術学というものができていくのであろうと思います。

ほんとのことをいえば、実際一冊の本を読めば何もかも分かるということではない。そんな神様みたいな人はいない。夜寝ない子どもを寝かせる工夫ということでもなかなか難しい。小児科医が薬を出してうまくいった子も、なかなかうまくいかない子もいる。あれこれ悩んでいるうちに何となく治ってしまったということもある。熱意と知識と知恵の持続を期待するのです。それとそんな個人的体験をできるだけ共通の財産とすること。みなさまも依存的になることなく、考え悩むことが大事と思うのです。

発達障害児に必要なものは、繰り返しになりま

すが狭義の医療と保育と教育。生命体、動物体としての感覚運動的学習。快食、快眠、快便、快呼吸の大切さの認識と実践。汗びっしょりの運動と完全な休息。それも回転や3次元の運動。受容的、建設的な家庭環境が欲しい。その支援も求められたら一緒になって悩んで下さい。

赤ちゃん脳の障害

さて発達障害というものを医学的な立場で考えると、次のようなことがいえると思います。

障害といってもここでは脳の障害にしましょう。発達障害の子どもの大半は中枢神経系特に脳の障害に起因するからです。まず、ケナードという人が1936年、ずいぶん昔のことですが、赤ちゃんザルの運動に関係する脳の一部を切ってその回復を大人サルのそれと比べたのです。結論は子どもの脳の方がはるかによく回復するということでした。以後、脳の機能回復についての研究が進んで、彼の結論は支持され、それをinfant lesion effect（日本語では乳児期損傷修復効果）ということになりました。脳に障害があっても赤ちゃんは大人よりも回復が早いんだということがまず一つ言える。

ただそれだけではなくて、マイナスの要因もある。それは1966年に発表されたウィンドルという人の報告です。彼はアカゲザル132匹に新生児仮死を実験的に作った。新生児仮死というのは脳性麻痺の重要原因です。さて、その結果は意外でした。長く生存していた仔ザルの方が、生後2、3ヶ月の病理所見よりもはるかに越えた他の領域の退行性変化を起こしていたのです。赤ちゃんの脳は全体的に未熟で今からというものですから、一部が破壊されると、その脳の部分が機能することによって発展していく次々の脳の部分が、刺激をもらえなくて、結局育たないままに退行性の変化になっていく、ダメになってしまうということです。

話は変わるが、中枢神経系の病態というのを単純にモデル化してみると次のようになる。まず最初は可逆的な過程というのがあって割合早くある

程度治っていく、時には治ってしまうこともある。てんかん重積なんかで手足がダメになってしまったが、3ヶ月も経ったら治ってしまうこともある。単純な比喻でそんなに簡単なものではないと怒られそうですが、洪水を想像して下さい。洪水のために不通になったとしても、水が引いて道は交通再開になった。そんな状況です。ところが水は引いたが、道や橋そのものが破壊されていて、完全不通のまま、あるいは部分再開にとどまることもある。

それでもバイパスができたり、橋の修復が行われるとかして、少しずつ時間をかけながら交通路は再開活発になる。神経系でも同じようなことだろうと思います。この回復過程は神経学的回復過程と呼ばれ、およそ1年半くらいは期待できます。

この回復過程は固くなった大人の脳よりも、子どもの方がより良いということは前に話しましたが、同時に二次的な変性が拡大していくということも話しました。これはこの道の先に大きな町をつくるという計画があって、少しずつ建設が始まったときに洪水がおこったというような感じでしょう。道の回復次第では建設は小規模になるかも知れないし、場合によっては不可能となり、放棄されるかも知れない。一つの障害は他に及び、影響は拡大するということです。臨床的には沢山のことが頭に浮かぶでしょう。

例えば手が麻痺すれば、認知のプロセスにも影響が起こる。生後最初には認知のほとんどは口の働きだが、それに手と目が参加して、手にとって質感、硬度、温度、重さなどを感じるだけでなく、その物体を斜めにし、横にして目が観察できるように協力します。それに口にも運び口の感覚でそれを確かめる。こうして口からの感覚入力と目からの視覚入力と手からの感覚入力が、一緒に脳の中に入り、それらの感覚がマッチして、一つの物体の認知ができるのです。手が使えないという障害が認知発達過程にも障害を与えることになる。

寝返りができなければ、手がとどかないところのおもちゃを取ることもできないし、移動ができないと自分の知的な探検の範囲が狭くなってしま

うなど、様々な領域は相互に関連して育っていく。

治療あるいは教育がその子に合うように、うまい具合に行われれば最終的な障害像は大きく変わってくるはずです。やっていけば二次的な変性をミニマムにして、最終的に残る障害の姿はずっと小さいものになるはずです。

(以下、早期療育の効果として紹介できる子どもさんたちの姿をスライドでお見せしました。文章化困難なので略します。)

おわりに

療育の仕事は、人が人に対する働きかけであるのだから、私たちが子どもや親の方にどのような対応をするか、私たちの精神的な構えというものも大切なことです。

そこで、障害を持った子ども及びその子どものご両親に私たちはどういう気構えで相対すればよいでしょうかと質問されると思うのです。それを一言でいえば論語の一節「子貢問うて曰く、一言にして以て終身これを行うべきものありや、子曰く、それ恕か。己の欲せざる所、人に施すこと勿れ。」がよいと思います。

共感ということにつながっていくのですが、相対する相手の気持ちになって、「自分であれば行って欲しくはないことを、人にしてはならない。」という当たり前なこと、その恕の心が大切と孔子は説いています。人と人との交わりで必要な基本的精神と彼は云っているのですが、私たちは病んでいる人、悩んでいる人、辛さに耐えている人と接する職業ですから、かかる基本的精神をいささかも忘れてよいはずはない。それでも実行はむつかしいことになるのですが、努力目標としていつもこの恕という字を頭や心のどこかに刻んでいきたいものです。

長い話につき合って下さって、ありがとうございました。

質疑応答

Q. ダウン症の子どもの取扱い件数は総計どのくらいになるか。

A. 100のオーダーか200くらいか。正確には分かりません。どういうことをしてるかといえますと、まずは、患者さんにとっては1ヶ月に1回、私たちににとっては1週間に1回、ダウン症の子どもと親に、地域別に分けて来ていただきます。まずは、親同士仲良くしてもらって、孤立している親同士の結びつきを願うわけです。同時に0歳の子どものすと、育児の問題、虚弱、離乳の問題、基本的な感覚運動、あるいは皮膚感覚の問題についての基本的なところを看護婦、保母、訓練士などがごちゃごちゃでやっています。簡単にいえば子育て指導・支援というところでしょうか。

そして、うまく空気があればおよそ1歳を過ぎた頃、遅いと1歳6ヶ月頃に総合通園に入ります。総合通園というのは週2回、今度はそれこそ総合的にやるわけですが、ダウン症の子どもは最初は育児、それから運動、それから言語という形で加えられていくプログラムでやっています。

3歳になって総合通園を卒園するときの様子は、ダウン症といってもピンからキリまでですから様々です。いちばん悪い子どもは病院の中で心臓の管理をされながら入院のまま、親が連れて来る。それでも少しずつは病院外の生活に慣れ、時々自宅に泊まることもできるようになってきたのですが、心臓の悪さは器質的なものですから、鍛えたら強くなるというものではない。

いちばんいい方の子どもたちは普通の保育所、幼稚園の方向へ進みます。大半の子どもはとりあえず小学校の入学の時点では普通学級に入るはずですが、常識的にはそういうコースです。しかし大体は、小学校の高学年になる頃には親から相談を受け、特殊教育の方に少しずつ移っていく。こういうコースです。データをまとめる必要があると職員に話しているのですが、まだきちんとしたものはお見せできません。

ま と め

(札幌あゆみの園)

岡 田 喜 篤

1. いきさつ

当研究会が高松先生を迎えたいという意向は以前からあった。特に伊藤会長は、その実現に大変熱心だった。しかし、高松先生の健康上の理由から、一旦は決まっていた予定がキャンセルされ、ようやくこの度の講演となった。関係者の喜びも一入であったと思われる。

高松先生の講演に際して、その司会は、当然のことながら、北海道立札幌肢体不自由児総合療育センターの高橋所長にお願いしてあった。ところが、研究会の間近かになって、高橋先生は病に倒れられ、しばらくの間、入院を余儀なくされた。

このような事情のなかで、その大役が筆者に回ってきたわけであるが、それがすんなり決まったものか、難航の末の結果かは知る由もない。いずれにしても筆者にとっては、この特別講演の司会を抑せつかり、恐縮しながらも光栄に存じた次第であった。以下、講演をめぐって、その印象記を綴ってみたい。

2. 高松先生について

高松鶴吉というわが国の近代的療育体制の生みの親については、多くの人びとがその存在を知っている。しかし、それは、心身障害児に関する専門的・総合的療育の実践的活動の推進者として、あるいは地域療育システムを確立した優れた指導者として、高松先生を知っているのであって、その人となりやプライバシーについて知る人は必ずしも多くないと思われる。

高松先生の比較的新しい著書に、今回の講演テーマ（療育とは何か）とほとんど等しい「療育とはなにか」（1990年、ぶどう社刊）がある。この本のなかには、光栄にも筆者との対談が収録されて

いるが、これは「全国重症心身障害児（者）を守る会」の機関誌“両親の集い”（1989年6月号および7月号）に掲載された対談の転載である。この対談では先生の個人史がかなり語られている。今日の先生を形成する背景には、ご自身が語っているように、三つのことがらが関与しているという。一つは幼少のころから非常に病弱であったということ、二つ目は「鶴吉」という名前にまつわる特別な体験があるということ、三つ目は父親の転勤に伴い頻回の転校があったということ、である。

二つ目のことというのは、おかしな名前だといって友だちから軽蔑されたという体験だそうであるが、それはまさに筆者自身の体験とも一致し、身につまされる思いであった。

先生は、当時の満州国奉天（現在の中国東北シエンヤン）に生まれ、まもなく東京、次いで平壤（現在の北朝鮮ピョンヤン）、さらには京城（現在の韓国ソウル）へと転居された。そこで終戦を迎え、一家は郷里の熊本に引き揚げることになった。

父君は、それまで鉱山関係の仕事についておられ、転勤が非常に多かったという。転校生であったことは、友人関係において自らを中心的存在に置くこと能わず、どちらかといえば、疎外された存在にならざるを得なかったと回顧しておられる。

先生は、昭和33年に九州大学医学部を卒業されたが、その前、同じ大学の農学部を卒業している。先生の植物好きは有名であるが、それは、農学部履修と無関係ではなさそうである。北九州市立総合療育センターの所長室は、まるで植物園さながらに多くの鉢植えで占領されているが、むべなるかなである。インターンの後整形外科に進んだ先生は、昭和40年、北九州市立肢体不自由児施設「足立学園」の開設に伴い、その園長に迎えられた。

先生は、昭和47年ごろから、関係者とともに「心身障害児総合療育センター」の構想を固めていた。それは、昭和48年のオイルショックによって一時中断するかにみえたが、まもなく、北九州

市当局ならびに市議会の理解を得るところとなり、市立療育センターの建設が決定された。これが、昭和53年にスタートした有名な北九州市立総合療育センターである。

高松先生は、昭和58年に毎日新聞から「社会福祉顕彰」を受賞された。毎日新聞の授賞理由の一つは、北九州市における障害児療育システム確立への寄与であった。北九州市における一連の事業はチームワークの結晶であると考えていた先生は、この受賞に戸惑いを感じられたようだった。そのため、みんなで祝いしようということになったとき、療育センターに同居している北九州市立養護教育センターの安山所長の提案にしたがって、高松先生が連載しておられた「厚生福祉」の連載随筆「すてと」（恐らく医療用語で「すてと」とは、“ステトスコープ＝補聴器”という意味で用いたものと思われる）をまとめ、「もう一つのカルテ」と題してお祝いのお返しにすることになった。この本は、ごく限られた部数の印刷で、体裁も極めて質素なものであった。これが、のちにベストセラーといわれるほどの評判をとる新版「もう一つのカルテ」および「もう一つのカルテ・II」の原形である。

「もう一つのカルテ」には時事通信社「厚生福祉」の編集長・松田鈴夫氏が序文を飾っておられる。氏は、このなかで高松先生の文才を激賞している。「……コラムの文体を独自のものとし、達意の文章である。内容は編集者としても、限りなく誇りに思い、そして少しくやしい。……（中略）……誇りに思うのは、『すてと』こそ一番初めに読まれるところであり、最多の読者を持つ。少し悔しいからいつも思う。出でよ高松鶴吉を越える者よ。同時にそれは少し無理かも知れないと思う。されば、続けよ高松先生に。……（中略）……昭和58年10月」とある。

「もう一つのカルテ」の昭和57年4月10日付けエッセイ『永遠の師』に、糸賀一雄氏が登場する。氏は晩年の3～4年の間に3回も北九州市を訪れたとあり、そのいずれにも高松先生はお会いになっている。もちろん、高松先生はそれ以前にも糸賀

氏に会っている。エッセイの中で高松先生は、糸賀氏を『わが師』と呼び、「人と人との出会いは、時に人の一生を決めるといふ。うまくはいえぬが、彼によって私は福祉の世界で生きる精神的バックボーンを得たように思う」と記しておられる。

3. 高松先生の講演の印象

筆者は、高松先生の話を押聴するたびに、療育に関する基本的理念、つまりは療育哲学とでも言うべきものを説いておられる先生を強く感ずる。その基本的理念は、障害をもつ子どもたちへの尽きぬ思いと、その親たちへの徹底した力添えに彩られているが、その時どきによって、いくつかの具体的なテーマを題材にしていることが特徴である。

2～3年前の先生にあっては、療育のなかでの中心課題は「子育て」であったと思う。障害をもつ子どもが人としてトータルな成長を遂げていくために、その人の運命をより良きものにするための「子育て」の大切さを強調されていた。子育てにおける専門性や科学性の重要なこととともに、療育者の人間的な役割の重要性を指摘しておられる。すなわち、大きなダメージを残さざるを得ない子どもに対しても、広い意味の治療的努力を継続することが、その障害児の周囲に精神的安定をもたらし、あるいは安心を与える結果となり、それがトータルな効果を発揮する場合が少なくないというのである。療育者の手を尽くすという行為によって、家族や周囲の人たちは、その障害児のありのままを素直に受け入れることができ、障害が解消できなくても絶望する必要のないことを理解することができるのだという。

最近の高松先生にとっての中心的テーマといえは、自律・QOL・人権といった問題に寄せられており、具体的には、インフォームドコンセント・自己決定権・ソーシャルスキル・生き甲斐などに関心があるように見受けられる。このたびの特別講演における中心テーマも、基本的には、障害児・者の人としての尊厳を、療育活動を通じていかに実現するか、という点にあったと思われる。そし

て、これらの問題の本質に迫るには、愛と理解だけでは不十分であり、法律や制度の確立が不可欠であると説き、また、あらゆるテクノロジーの活用やパソコンを利用した娯楽・スポーツ・補助具などが、こうした期待に大きく貢献し得ると指摘しておられる。

また、当然の結果であろうが、障害児・者の生涯を通じた生活を考えた場合、本人に対する指導・教育・訓練・治療といった働きかけや、忍耐・学習といった努力を要求する場合、その効用と限界について、先生は、かなり厳密な判断が必要になると指摘しておられた。この問題は、ほとんどの療育者が、等しく感じていることがらでもあり、さきの高松先生の「子育て」論における陰の部分でもあり、今後の議論が望まれるところである。

4. 療育とは何か

さきの著者「療育とはなにか」のなかで、高松先生は、『療育とは何かと問われると、私は多分「療育は情念であり、思想であり、科学であり、システムである」と答えるだろう』といている。人は、なぜ障害児にこだわり、心の奥深いところでその存在につながるのだろうか。何か本質的なところで障害児は私たちを魅きつけている。先生は、それを情念と呼びたいという。しかし、それは、情念という言葉のもつ無定形 (amorphous) な響きを意味するものではなく、療育は、深い信念と思想に裏付けられたものでなければならない。糸賀氏との出会いによって療育観を確立したという先生の言や、誠に興味深い。

療育が、科学でありシステムである前に、情念であり思想であるべきだとする先生の主張は、科学としてシステムとして療育を実践してきた高松鶴吉氏であればこそ、大きな説得力をもっている。

筆者の私見を許して戴けるならば、療育の具体的方法は、あらゆる学問・職能域に及んで差し支えないが、その思想性は基本的に教育的視点に立つものであり、糸賀氏の指摘するように、保護的・教育的・創造的世界であるといえる。今回の高松

先生の特別講演を通じて、改めて、そのことを認識させられた思いであった。

— 講演 I —

テーマ 総合リハビリテーション
の理念とシステム

演者：忍 博 次（北星学園大学文学部教授）

座長：佐々木 明 員（道立太陽の園発達援助センター）

記録：甲 斐 裕 子（旭川市立愛育センター）

忍先生の紹介

佐々木 明 員

「総合リハビリテーションの理念とシステム」のテーマで北星学園大学教授の忍博次先生にご講演を頂きますが、先だちましてご紹介を申し上げます。

既に当会の顧問として、又多方面で著名な先生でございますので皆様十分にご存知とは思いますが少しお話をさせていただきます。

先生は富良野市のご出身で、北大教育学部を卒業後道立中央身体障害者更生相談所、国立身体障害者更生指導所の技官を経て、昭和37年北星学園大学文学部社会福祉学科に着任し現在に至っております。

昭和44年に「身体障害者に対する偏見の研究」の論文で研究業績が認められ、第4回社会保障学

術奨励賞（通称大内賞）を受賞し学者としての地位を不動のものにしております。

先生のご活躍の分野は、専門の障害者リハビリテーションのみならず福祉全般に亘り、更に教育、労働や医療の分野にも及んでいます。まさにマルチタイプの多才な横断的活動とそのオピニオンリーダーとしてのリーダーシップを発揮し、常に第一線でご活躍です。

北海道社会福祉審議会等の委員長、委員を歴任しておられますが、北海道の新しい福祉理念と施策の答申、提言のほとんどに関与し、その実現にけん引的役割りを果されています。ケア付住宅やノーマライゼーション研究センターなどはその一例であります。本日ご講演の内容であります「総合リハビリテーション」の提言も検討委員長としてまとめられております。

又、北海道高齢者問題研究協会運営委員長、北海道ノーマライゼーション研究センター運営委員長、北海道ソーシャルワーカー協会会長等の要職にあり、障害者福祉関係者の実践・研究交流と事業

の向上，人材の育成にと常に先駆的活動の指導性を発揮するとともにネットワークャーとしてご活躍です。

こうした新しい福祉の理念，理論を自からのフィールドワークにもとづく実践と研究によって説得力ある実績をあげ，信望を集めておられます。現場と現場の人々に密着した実証的活動は先生の政策的提言や学問的活動の基本になっているものと考えます。

又，本会の早期療育に関連する分野では，北海道クリスチャンセンター家庭福祉相談室々長として，昭和42年以来20余年に亘る障害児療育のボランティア活動を主宰し，一市民としての活動を絶えることなく続けておられます。このことにより北海道，読売新聞文化事業団等のボランティア奨励賞を3賞受賞しておられます。

先生の多くの業績や先駆的活動，学問研究ではこのほかにも多方面にわたり紹介すべきことが沢山ございますが，この程度でご紹介に替えさせていただきます。

それでは先生よろしくお願い致します。

講演

1. はじめに

このテーマを与えられましたのは，私が「北海道における総合リハビリテーションシステムのあり方について」という意見書をまとめた張本人でありますので，作った本人が自己批判も交えてここで皆さんに紹介しろということのようであります。また，行政資料というのはなかなか福祉やリハビリテーションをする人の目にふれることがないわけですが，私の持論としましては，そういう物はいつでも見られるようにしておかなければならない。できるだけ積極的にそれを利用者，今日の言葉で言いますと，福祉の利用者，あるいは消費者に呈示していかなければならいと考えていま

す。なんだその程度のことかとお批判を受けるかも知れませんが，委員長の責務として，この内容をここで披露し，自己批判もしてみたいと思います。初めにリハビリテーションの定義とか，考え方について述べて，そこから総合リハのシステムの考え方に入っていきたいと思います。

私は学校を出たときの専門は教育学でした。その中でも心理学を専門にして仕事をするというところで，身体障害者の更生相談所併設の更生指導所に，教授のお世話で勤務しました。しかし，そこに入るまで私はリハビリテーションという言葉を知りませんでした。聞いたこともありませんでした。そういう意味では私の所に相談に来たり，援助を求めてきたりした人に対してとんでもない専門家だったのではないかと考えています。あわてているんな書物や研究書を探しましたが，その時点でリハビリテーションに関する日本語の解説書，研究書というのは皆無に近かったのを記憶しています。

その頃と言いましても1954年，昭和29年のことであります。大学に行ってもそういう本はない，雑誌もありませんでした。医学部に行っても教育学部に行っても，文学部に行ってもありませんでした。しかたなく私は所長に頼みまして，アメリカとイギリスの雑誌を強談判でとっていただきました。なぜ強談判かと言いますと，今でも，相談所関係で外国の雑誌を何冊も買ってくれと言ったら所長さんはうんとはなかなか言わないんじゃないでしょうか。ですからその頃としては異例だったのですが，それがなくては仕事が出来ないとごねまして，*Journal of Rehabilitation*とか，廃刊になりましたが，イギリスの*Industrial Rehabilitation*というような雑誌を買っていただいたのを思い起こします。主にそれらの雑誌からリハビリテーションの考え方について，色々知見を得ました。その後私は国立身障センターに勤務替えをする事になりました。現在所沢にある国立リハビリテーション・センターです。相模原に初めできて，それから，国立第一病院のある戸山町に移ったばかりの時であります。そこで，色々研究者の

人にもまれて、私の思考の中にリハビリテーションのあり方というのが植え込まれて行ったのです。

2. リハビリテーションの登場

初歩的なことで失礼かと思いますが、まず、リハビリテーションの言葉の意味から述べます。これは国際的な共通語でして、この言葉がいつ頃からできたかといいますと、第一次大戦後、戦傷病者の、これも誤解を招き易い言葉ですが、社会復帰を目指す援助過程を定義するようになったと言われています。学術用語として、今日のように一般に使われるようになったのは、明らかに第二次大戦後です。その背景には、戦時中を通じて、特に医学がそうですが、人間に対する科学的な知見と技術の発達がリハビリテーション技術を育てていったということがあります。

2番目にはいかにマンパワーを総動員できるかということが戦争を遂行する一つの条件であり、マンパワー政策の中で、障害を持つ人たちの能力というものに対する新しい目が開けていったのです。私は初め心理判定とか職業評価の理論的研究をさせていただいたのですが、戦後に国立特殊教育センターの所長さんになった辻村先生の論文を読んでいましたら、戦時中は全盲の方が施盤工として、銃や機関銃を作るプロセスの中に配置されていた、充分訓練をすれば、それをやりこなしたという研究が載っていて、びっくりしました。戦後高度成長が始まる頃になりますと、そういう障害者はいらぬ人として労働の場から排除されたということなのですが、障害者の能力が、このように戦時のマンパワーとして利用された、あるいは技術革新が行われて、障害者の適職にそれが結びついていったということがあります。

第3番目に、戦争というのは労働者と仲良くしなければやれないわけで、ある意味では国家権力と労働者が妥協するわけです。ストライキをしないと戦争が終わったらこういう条件の政策をとるといふ、そういうことを約束した国があります。代表的なのはイギリスで、社会保障の整備を約束

しているわけです。社会保障というのは基本的には人権の尊重と民主主義のプロセスを大事にする概念ですから、そういうところで福祉サービスの拡大に結びついていった。この3つの条件が、リハビリテーションの発達を支えてきたと考えられるのであります。

リハビリテーションの意味ですが、“re”は接頭語で、再び、“habilitation”というのは“habilis”というラテン語、ふさわしいとか適するということから、権利の回復あるいは名誉の回復、宗教的にいえば破門のとりなしということの意味する。“re”と“habilitas”が結びついて“rehabilitation”という言葉が、障害者の能力回復と、自立を支える援助の体系を意味するようになった、とされています。最近よくリハビリテーションという言葉が使われるわけですが、特に老人の福祉に関わっていると、日常会話の中で「今日病院にリハビリテーションに行ってきました」というように使われます。この言葉を有名にしたのは、田中角栄首相が脳血管障害で倒れまして、リハビリの機械を持ち込んで、PTの人が行って訓練をしているとか、言語療法をしているということが盗み撮りした写真と一緒に新聞に出る。そのなかで、あれがリハビリだというような使われ方をした。これはリハビリの一部ではありますが、リハビリテーションを全て意味することではないと私は思うのです。

リハビリテーションの考え方を歴史的に辿ってみます。私がこういう仕事に付いた頃は、主にアメリカの雑誌で学んだ訳ですが、「障害のある人の能力を医学的、社会的、経済的、職業的にその人の最高レベルまで回復させること、そのための総合的な援助の体系」というように出ていたと記憶します。初期の雑誌を見ますと、ずいぶんいろんな考え方があるので、総合的にいうとどういふことなのかと考えていたのですが、Journal of Rehabilitationに1942年に行われた「What is rehabilitation?」という、全米リハビリテーション会議のシンポジウムの報告があり、私が言ったような定義が出ていました。これをよく読んでみ

ますと、やはりそこには“restore”（回復），“to restore”（回復せしめること）というようなことが出ていまして、医学的な側面がかなり強くにじみでていたように思います。私は心理社会的、psychosocialな側面からリハビリテーションを研究するようになったわけですが、そういう視点で論文をみていきますと、変化してくるのが如実にわかってきます。特に1960年代後半になりますと、適応とか統合という言葉がたくさん出てくるようになったのです。

ビートリス・ライトという有名な心理学者がいます。この人達は場の理論を言い出したクルト・レビンの理論の流れをくむ人たちでありまして、クルト・レビンの理論を、障害者の心理、人格理解に応用して、somatopsychologyという考え方を打ちだしました。その仲間にメーヤーソンとかパーカーとかいう方々がいます。ライトの1960年始めの頃の定義は、リハビリテーションとは「障害を持つ人の可能性を開発し、その人の持つ最高の適応レベルで地域社会に統合あるいは再統合すること」と言っております。最高の適応レベルとか地域社会に再統合するという考え方は、明らかにその背景に、施設に対する厳しい見方が読み取れます。その証拠に、1960年代の後半から70年代にかけて、激しい脱施設化の運動、自立生活運動がアメリカで起きてくるのです。そういう考え方が日本に津波のように押し寄せたのは、1981年の国際障害者年です。今から11年前になりましたか。IYDPと我々は簡略化して呼んでいますが、そのスローガンは「完全参加と平等」であり、ノーマライゼーションと自立という言葉が何のためらいもなく、障害者福祉関係、リハビリテーション関係の人たちの中で使われるようになってきたのです。

3. リハビリテーションの意味

リハビリテーションの定義は、IYDPの中ではあまり言われませんが、権利宣言とか自立生活運動の人たちが主張することなどを組み合わせて定義づけてみますと、「障害を持つ人たちの人

間としての権利を回復し、地域社会で自立生活を可能ならしめる援助の体系」と言えると思います。このリハビリテーションの考え方の変化に、リハビリテーションの思想の変化を読み取るのは容易です。振り返ってみますと、初期のリハビリテーションは機能回復いわゆる体の損傷、心身の欠陥に注意を向け、その回復を考えていた。健康な人を一つの標準にして、そこにどうしたら近づけるかという考え方が常識としてあったように思うのです。私は、それが医学モデルだと思うのであります。

もう一つは、リハビリテーションは可能な限り職業自立に向けて努力をすべきだという考え方の人もありました。その職業自立というのも、要請される職業分野、あるいはそこから発せられる職業性能を与件として、それに障害者をどのように適応させるかということに努力が傾注された、というように言って差し支えないと思います。

昭和24年に身体障害者福祉法が交付されました。その時の身体障害者福祉法の考え方では、更生という言葉の中に、職業更生という意味を強く付与せしめたのですが、リハビリテーション関係者から大変批判を浴びまして、すぐにこの考え方を変えました。しかしその考え方は無意識にずっと続いていまして、昭和50年代にやっとそれが条文としてはっきりと、更生というのは職業更生あるいは経済的自立のみを意味するのではなくて、あらゆる可能性を伸ばして自立に向かうという意味であることを明言できるようになったのです。私が言う医学モデルも職業モデルも実は初期の頃は施設内でのリハビリテーションでありまして、この考え方も無理からぬことで、歴史的にみるとそう批判すべきことではなかったのではないかと考えています。

施設内でのリハビリテーションという意味は、専門家の管理の元で、専門家の判断をクライアントが受け入れるという関係の中で、リハビリテーションが行われていたということです。私に対する施術は何故こうするのかなんていうことはあまり専門家に聞くことは出来なかった。それは整形

のお医者さんが考えることで、黙ってうけ入れればいいというような考えです。私の職業にその施術は差しつかえるからやめてくれなんてことはとうてい言えることではありません。私は極端なことを言っているわけですが、そういう専門家管理、専門家指示が初期のリハビリテーションの常識であった訳です。ある意味では障害者の運命を障害者が決めるのではなくて、専門家が決めていたと言って差し支えないでしょう。誤解を招くかも知れませんが、全く人権を無視して抑圧的にそういうことをしたというわけではなく、そういう専門家の善意が善意として通っていた、疑いを持たなかったということでもあります。そこでは環境という物は与えられた物であり、与件であるから、改善すべき物という意識は、施設内リハビリテーションの中ではきわめて乏しかったと言えます。

4. 脱施設の考え方

先ほど言いましたように1960年代後半、脱施設化の運動が起こりました。Disinstitutionalizationという言葉です。これを脱施設化と言っていいのかわかりませんが、適当な言葉がありません。その頃これを紹介した論文などを見ますと脱施設化という言葉を使っていますので使わせてもらいますが、それは施設から離れて生きるということだと思います。そこには、施設はやはり否定すべきものとする思想的な意味があったと私は理解するのですが、これはアメリカでの運動です。もう一つ1959年だといわれているのですが、デンマークの知恵遅れの子をもつ父母が自分の子ども達が施設に入れられ、施設の生活が必ずしも子どもの幸福を約束しない、と言うか、普通の生活と違う生活が押しつけられている。だから、普通の生活の可能性を求める運動を起こしたのです。これは、園田さんという人の論文からの紹介ですが、デンマークの精神薄弱者福祉法に取り入れられて行くのです。その後1963年にスウェーデンの学者、パークミッテルセンとかその他の人達が、セミナーとか経験交流の会議で、ノーマライゼーション（我々はノーマライゼーションと言ってますが）

の考え方を披露し、障害者が求める当たり前の人としてのあたり前の生活を行政の側からどうやって支えることが出来るか、地域社会の中で生きていくことが出来るか、それを支える政策をとることを表明していくのです。これらの運動や政策の転換はノーマライゼーションにせよ脱施設化にせよ、専門家の考え方に対する一つの告発であったのではないかと私は思うのです。

これらのことは、障害者だけの問題ではなくて老人にも当てはまるのですが、日本では特に、家族扶養が常識で、家族が懸命に扶養の必要な人に対して援助する。しかし、いろいろ身体的な回復をはかり訓練をしても平均的能力に達しない、あるいは介護が一層必要になり、介護者が介護能力の限界を越すようになると、家族から一足とびに施設へというのが常識です。今もそうです。私は今、もっぱら年をとってdisabilityになった人達の調査と、地域でどういう介護が必要か、そのシステムづくりに頭を悩ましてます。いろいろな援助をすれば地域社会で生きて行くことが出来る人が多いのですが、在宅を支える援助が少ないものですから、家族が懸命に、家族の閉じた社会の中で援護し、それでも適応できない人は施設にずっと入るのがよろしい、そこが安全で快適な生活を保障するのだからということ、一つの別世界を作っていたと考えられるのです。我々がその中で最高の適応レベルと言いましても、個人の変容にのみ適応が求められたという矛盾がどうしてもつきまとうのです。施設が普通の家庭生活からほど遠く、人間らしい生活を保障する場でないと感じた人々、たとえばゴフマンは「アサイラム」という本を書いています、どんなに努力しても大きい施設は人間性を否定する条件を払底できないのではないか、というように言うのです。私はなんとか施設内のノーマライゼーション、施設内の自立ということを追求する必要があるだろうと考えていますが、特に障害を持つ人自身やご両親の中で、施設の生活に平均的な意味で疑問を持ち、どうしたら当たり前の生活を確立することが出来るかという願いから施設という生活の場で必然的

に起きざるを得なかった隔離を否定するようになるのです。

特にアメリカの自立生活運動はかなり過激でして、専門家の恣意を鋭く告発しています。これまでのリハビリテーションというのは障害を持つ人達の心身機能の問題にの重点を置きすぎているのではないかと、障害者が地域で生活できなくなって、リハビリテーションを受ける施設に入ってしまう。そして終生そこで生活せざるを得ないということは依存的生活を生むのではないかと。それが実は問題だということに気付きはじめたのです。そこで障害者の主体性を中心とした環境改善を含む是正を望む激しい運動を起こして、行政当局に迫り、議会に迫り、法律改正に挑むのであります。それは環境を改善し、社会的不利を除く障害者の新しい生活を求める運動であったのです。

5. 自立とは何か

それは今日、医学モデルあるいは職業モデルに対する自立生活モデルと言われる思想です。最近何らかの概念を定義するのにキーワードということを行います。自立生活モデルのキーワードを三つ上げますと、1つは消費者としての障害者の主張を重んずる、消費者主権ということだろうと思います。カナダ、オーストラリアなどは政府刊行物の中で福祉の対象者のことをconsumerという言葉で呼んでいます。行政当局は、はっきりと福祉供給を利用する人、消費者として認知しているのです。これはどういうことかと言いますと、皆さんの生活はほとんどが消費生活だろうと思うのですが、同じお金でもものを買うならば、いろんな所をめぐって安く良い物を買いますね、こういうことは福祉にも教育にも通じる、学生からの批判を受けなければ、教師は良くなっていかない、学生の批判を受けない大学は墮落するだろうと私は自分に言い聞かせているのですが、その批判者が消費者です。

2つめは障害者の参加によるリハ・プログラムあるいはリハ体系の形成であります。今までのリハは専門家中心で、私たちの技術、私たちの知識、

私たちの価値観を無意識に押しつけていたのではないかと。実践科学においては価値選択を逃れることは出来ないでありまして、善意であっても一人よがりの価値志向が実はいろんな誤りを起こしてきたということは認めざるを得ないのではないかと思います。ですから、当事者の参加を求めることによってプログラムを作る、あるいはシステムを作っていくと言うことはきわめて重要です。

第3番目はノーマライゼーションというキーワードです。ノーマライゼーションは今、福祉先進国の福祉の価値志向として鮮明に打ち出されています。それは障害者運動から学ぶことが非常に多かったと言っていいと思います。特にそれが象徴的に現れた法律が昨年成立しました。障害を持つアメリカ国民法です。ADAといわれる法律ですが、その中に障害者の社会参加を妨げるあらゆる差別を禁止する条項が、こんなことが本当に出来るのだろうかと思うほど厳しく、障害者の権利を守る条文が盛り込まれているのです。猶予期間がありまして、いますぐすべての法律の適用がなされるのではないのですが、交通アクセスをどうするか、たとえばバスにはすべてリフトをつけよとか、障害故に雇用を拒否してはいけないとか実に具体的にでているわけですね。いま述べました3つのキーワードがその中に、我々が驚くほど具体的な形で盛り込まれているのです。

そうなりますと、生活を中心にしてリハビリテーションを考えていかなければならない。生活は部分知では解決できません。どうしても総合的なものになるのです。私は生活を、私たちが何らかの欲望を持ったときに、それを満たすための外的必要条件を主体的にとり入れコントロールしながら自分のゲシュタルトをつくることだと思っていますが、自分の欲望あるいは欲求を解決するためには経済すなわち財が必要でありますし、人と人とが交わることも必要ですし、文化も必要です。自分の内なる物と外なる物とを機能的に結び付けて、ゲシュタルトとして自分の生活をコントロールしていかなければならないのです。その機能的関係が崩れたとき援助が必要になります。

そういうことで元々リハビリテーションと言うのは専門家のチームワークだと言われていたのに加えて、社会サービス制度の総合化、さらに環境の改善の必要性が言われるようになってきた。こういう様に思うのであります。

6. 地域総合リハビリテーション

北海道は何とか北海道全域で総合リハシステムを作りたいという希望を持っていました。このことは知事の公約だそうでした、北海道の障害者が自立できる様なリハシステムを考えてもらいたいということを心身障害者対策協議会に諮問されました。ここで2年にわたって、検討をした結果、このような本「人にやさしい社会をめざして」にまとめられました。この本には四年間に出た生活福祉部関係の審議会の意見書あるいは答申書がここに盛り込まれています。四年間にこんなに作られたのかと思います。

そのいちばん初めに、北海道における「総合リハビリテーションシステムのあり方について」というのが載っています。買われなくても行政資料の公開という意味から、これ欲しいですといえれば頂けるだろうと思っています。

次に、平成3年3月、北海道心身障害者対策協議会が提言した概要についてかいつまんで私の主観で色付けしながらお話をしていきます。

はじめに基本理念が書かれています。1つはライフサイクルの各段階で、ニーズに応じた、ニーズというのは障害の特性に応じたと言ってもいいと思いますが、ニーズに応じた総合サービスが出来るようであればならない。言うは易く行うのは難しいことだと思いますが、哲学としてはやはり非常に重要です。

第2番目に、総合的援助体制ということですが。我々の世界では違った学問領域の人で協力して研究することを学際的研究といいます。英語で言うとInterdisciplinaryといいます。保健医療、教育、労働、福祉というような行政機能を越えた、それを統合した援助体制を組まなければならない。それは専門家のチームワーク、専門家の背景にあ

る組織や機関のチームワーク、連携、それを支える法律、制度間の機能的連関というような物を総合して体制を組んでいこうという考え方です。

第3番目は、地域に根ざしたシステムを作るべきである。といいますのは、どうも我々の援助体制と言うのは国家の指示によって動いていたという面が非常に強い。これは否定すべきことではないわけですが、リハビリテーションのような身近な福祉を含む対人福祉サービス、あるいは対人的技術を含むような物は身近な自治体が責任を負うべきだ。これは去年の福祉八法改正で明瞭に国の姿勢としてうちだされたところであります。

第4番目に、ニーズの把握をきちんとして、それに応じた適切なサービスをしなければならぬ。これは言うまでもないことですが、言うまでもないことを言わなければならなかったという認識が、委員にあったのであります。

第5番目に、障害者自身の自立意識、自助組織の重視と、障害者をとりまく心理的バリア、偏見を除去する運動をしていかなければならない。

第6番目に、マンパワーの養成と配置を適切に行うということです。

どうすすめるかということは、以上の理念に基づいて、いろんなことが言われております。ライフサイクルに応じて、まず生まれてから乳幼児期、次に学齢期、そして青年期、壮年期、高齢期と、生まれてから死ぬまで、システムを作っていかなければならない。実はシステムという言葉はかなり論議をよぶ言葉でして、パーソンズという人が社会体系という本を書いています。それによりますと、我々はある構造を持つ系に適應して生きているわけですが、その系すなわちシステムはシステムを成り立たせる機能要件をもっている。それはパーソンズによると適應、目標、統合、価値である。機能要件はそのうちのどれか一つが欠けてもその系が維持、発展していくことが出来ない。そういうものを機能要件と言う、その機能要件がダイナミックに結びついて、安定した構造を作っている時それをシステムという。そうすると、保健、医療、教育、労働、福祉というのもそれぞれ

が系を持っているわけです。システムの内容の説明と言うのは時間がありませんのでできないのですが、そういう下部、サブシステムそのものを、更に行政的立場で系を作っていこうというのが我々の委員会の目論見でありました。

7. 早期療育システムと教育システム

乳幼児期は、もうできていまして、早期発見・早期療育システムが、この本にも確か載っているとありますが、実施されています。昨年度北海道は5千万くらいの予算を組みまして第一次療育圏、第二次療育圏、第三次療育圏という風に着々とその制度の整備を進めています。その上にどう学齢期をつないでいくかということですが、早期療育関係者と学校関係者の連携体制を適切に作って、スムーズな移行を行うべきであるといっています。あたり前のことですが、委員会には学校への連携が必ずしもうまくいっていないのではないかという心配があったのです。逆の場合も同様でしょう。実は教育関係の制度に福祉関係が中に立ち入って注文をだすことはなかなかできないようであります。

外にも例がありますが、一昨年今度の福祉の大改革に向けて中央の3審議会、中央児童福祉審議会、中央社会審議会、身体障害者福祉審議会が合同で、「今後の福祉のあり方について」という意見書を出しています。私はその意見書について、学会のシンポジウムで、「今後の福祉のあり方を大変よく示したものであるが、住宅対策に関する点が欠けている、住宅対策を抜きにして今後の在宅福祉対策はありえない」という話をしたのですが、あとの非公式な話の中で福祉関係者が「建設省の政策に口を出すことは出来ないんですよ」という話で、なるほどねと思ったのですが……。

この考え方の枠組みはリハビリテーションの枠を示して、後は学校で考えて欲しい、教育行政で考えてもらいたいという意図があるわけですが、連携が充分でないという意識が我々にはあります。ここに教育庁関係者の方々もおられますが、適正就学指導の時にもその連携がうまくいって

るという認識はないんじゃないでしょうか。それから、母親のカウンセリングをしていますと、保健医療、教育、福祉の連携不足を切実に感ずるわけです。今後の福祉対策、あるいはリハビリテーション対策というのは、居宅原則になっていくだろうと思います。ヨーロッパの動向を見ていると、ノーマライゼーションを前提としているような教育政策も福祉政策を打ち立てられているのです。そうしますと、福祉や保健医療との協力なしに十分な教育リハビリテーションが出来るとはどう考えてられないのであります。

といえますのは、学校ですとまるごと生活を管理している、特に寄宿舎等がありますと管理しますから、そこでは矛盾が見えないのですが、居宅原則になりますとどうしても介護の問題だとか医療の問題だとか様々な社会サービスが必要になるのです。そういうことで、連携できるシステムの工夫が必要であるということをご強く指摘しています。

8. 教育から社会へ

次に、学齢期が終わる頃、義務教育年齢が終わる頃何が必要かといえますと、地域での自立生活に円滑に移行できるような就労支援、教育関係者との連携が重要です。これも、労働部関係の方と教育庁関係の方との意見を突き合わせてみますと、連携はやはり充分でないといえます。それをどうするかということですが、福祉関係の方から学校教育に対する注文も結構あるわけですが、重度化が非常に進み、学校教育が従来の考え方ではやっていけなくなってきた。重複障害の人が多くなりましたから養訓に時間が多くかかる。あるいは生活学級でのカリキュラムを工夫しなければならない。学校を出た後どういう目標を立てて教育をしていくかということももっともっと科学的に詰められなければならないと思うのです。そういう意味で、青年期にどうつないでいくか、自立生活にどう準備して行くかということはきわめて重要な課題になってきています。

就労できるできないに関わらず、その後は自立

生活というものが求められます。他人の力を借りてもあるいは経済を他人に依存しても、自立生活は有り得るという考え方が一般的になってきますから、その為の援助をどういうふうにするか。例えば、住宅対策を充分にする。私はケア付き住宅必要論者であります。もう10何年も前からケア付き住宅を作らなければ自立生活は可能ではありませんと言っているのですが、そういう住宅の開発というのが非常に遅れています。最近やっと老人の方でもケアハウスであるとかシルバーハウジング構想だとかできていますが、なかなかうまくいかない。特に身体障害者の場合は、札幌の琴似に知事が一つ作りまされたけれど、それは全道的な視野で増えていく傾向にはないのです。一つの希望は、知恵遅れの人達のグループホームというものが、国の支援もありまして、法制化されどんどん増えていっている。もう一つ重要なのは、いくら住宅を整備してもそこに社会サービス、いわゆる対人福祉サービスのネットワークができなければ、労働省がどれだけ一生懸命職業開拓、学校卒業後のアフターケアをしてもうまくいかない。こういう連携が自立をめぐるって求められているのです。いわゆるニーズに即したサービス供給の総合化ということがどうしても必要になります。

9. 地域援助センター

昨年平成2年、北海道は地域援助センター事業というのを発足させました。これは全国にはありません。障害福祉課の方に聞きますと、それをまねて今度国で地域生活支援事業というのができて、コーディネーターを配置する予算をつける事業が始まったということですが、まだ北海道で援助を受けているのは3つです。地域で働く精神薄弱者のためのいろんなサービスをする人の人件費にあてるという事業ですが、こういうシステムを広げて、あらゆる障害者のために、地域就労と生活の支援システムを作っていくことがこれからきわめて重要であると思います。今は施設から出た人の所に、その施設の職員が高い旅費をかけて行って指導するというようなことをやっているのですが、

支援センターができますと、地域生活の援護をそこにゆだねることができる。地域を基盤としたアフターケアができていくのではないかということを考えているのです。是非、行政当局の予算をもっと拡大して、こういうものを我々がせっかくだした考え方に基づいて作ってもらえればと、切に思っています。

高齢期に関しては、高齢者地域ケアモデル事業というのが、一昨年から発足しまして、今21カ所モデル事業で、1カ所800万から3000万くらいの予算がついて、在宅福祉サービスの拡大が行われています。この中から私は5カ所くらい選びまして、総合的な調査を今やっているのですが、そういう事業援助をしたところとしないところでは明らかに地域格差ができています。こういう様に一貫したライフスタイルを追ったりハビリテーションのシステムを作っていたいただきたいという提言をしました。

10. 推進体制の整備

推進体制の整備ですが、これは今まで言ったことで尽きるのですが、最も重要なのは各関係機関、施策の連携であります。そこにコーディネート機能をどうやって持たせるか、みんなこれは大事だと言うのですが、うまくいきません。これは、精神主義ではダメだと私は思います。一生懸命やりますよ、我々は一生懸命やっているんですよというのではダメで、連携できる制度を作らなければいけないと思います。我々には、行政機能の中に入ってしまう、あるいは専門機能の中に入ってしまうこと、そこに適応して他のことを考えられないような、社会学的な法則性があるのだと思っています。だから、大和魂さえあればそれは克服できると言うのは科学的ではなく、人間のさがとか組織の法則性をきちんとつかまえた上で、連携のシステムを作るべきだと思うのです。

これは外国でも同じでありまして、こういうことがなかなかうまくいかない、個人のニーズと供給をどういうふうに無駄なく結び付けるかということのために、最近では米国や英国でケース・マネー

ジメントということが強くいわれるようになってきました。それは、ニーズとたくさんできたサービスとがなかなかうまく結びつかないという現実から起きてきたことです。またはニーズを持った人が自己決定の弱い人に対する援助をどうするかという現実も浮かび上がってきました。例えば、精神障害者とか、知恵遅れの方とか、年をとって、何でも億劫になった人が、そういうサービスを自分の生活の中でうまく構成し、ゲシュタルトを組むということは至難の技です。いっぱいあるのだから勝手にやればよいということでは、いいサービスにならないということなのです。そのために、対象者の把握であるとか、地域計画が、これからは必要でありますし、相談や情報の提供も、地域の中で適切に取り出せるようにしていくことが必要だと、この提言の中では言っているのであります。

時間になりましたので以上で私の話を終わらせていただきます。

座長まとめ

「総合リハビリテーションの理念とシステム」と題しまして忍先生にご講演を頂きました。

先生ご自身が責任者として「北海道における総合リハビリテーションシステムのあり方に関する提言」をこの3月にまとめられており、分かりやすくお話しをして頂きました。先生のご講演の主旨をまとめさせていただきます。

今、福祉や政治は地方化の時代、又は地域福祉の時代の幕明けといわれております。こうした動向のなかで地域住民のニーズをベースにしたサービスの総合化、一体化が求められております。道民の一人一人が障害があっても、なくても協力して生活できる地域生活の地域システムとサービスの体系化が求められております。その仕組みを「総合リハビリテーションのシステム」といい、その基本になる理念はノーマライゼーションであり、リハビリテーションの考え方も大きく変わっ

ていることを具体的にお話しをいただきました。

サービスの利用しやすい総合的な体系を築いていくために、克服すべき課題について次のことが強調されました。

その一つは、縦割り行政による施策の連携を欠く問題です。福祉、医療、教育、労働などの分野が有機的に連携と協力する体制が必要なことです。施策や資源が有効に活用されなかったり、つながりがないために利用しにくいことがあります。それは療育の専門分化によって障害別に組分化した施策にも同様のことが問題になっております。地域を基盤にした日常生活を支えていくために障害の発見から療育への一貫性のあるサービスの連続性、必要なサービスが統合して一体的に受給、利用できる総合化への努力が求められていることです。

2つ目には専門化主義にもとづいたリハビリテーション技術の独占とサービスの一方的な提供のし方の問題です。重度障害者の自立生活運動による利用者本位のサービスシステムと自立生活のあり方はリハビリテーションの理念と内容を変革してきました。ケア付住宅における実践は従来の職業的・経済的自立から、ケアサービスを消費することにより個人としての独立した自立的な生活を享受していく自立概念とケアサービスの考え方に変わったことを実証するものとして紹介されました。あわせて、専門家がプログラムを決め、患者や障害者はその専門家のプログラムに参加していく立場にありましたが、障害児者本人と家族がプログラムの作成過程に参加し、サービスを消費者（コンシューマ）として購入し、活用していく主体性を尊重していくことの大切さを述べられました。現代、リハビリテーションの主体と援助のあり方が問われていることを再認識させられました。私達、療育関係者が援助者として常に留意しなければならない基本的理念であります。

最後に、こうした理念とシステムを支えていくためには私達が療育ネットワークをどう形成していくかが今問われているのだと思います。関係者の相互理解と機能連携、協同の作業がシステム構

築に結びついていくのですが、本会がこうした考え方に基づき学際的又業際的集まりとして一層の努力を払う必要性和意義あるものにあることを再確認できたと思います。

不十分なまとめで意を尽してはおりませんが忍先生のご講演のまとめとさせていただきます。ありがとうございました。

— 講演 II —

テーマ 養育問題と療育

演者：伊藤 則博（北海道教育大学旭川分校教授・研究会会長）

座長：浜 栄子（心の里親乳児保育園）

記録：吉田 耕一郎（札幌市立いなづみ幼稚園）

1. はじめに

今回の私の話の内容は、およそ3つの柱からなります。ひとつは、障害の告知と受容の支援にかかわる話題です。

第2は、障害を持った子どもの養育とその援助のあり方、ならびに養育と療育の関連についての話題。

3つ目に、障害または問題が予想される子どもの家庭への早期介入・支援についての話と、それをやや一般化した現代の子育て支援システムの必要性について考えてみたいと思います。

2. 障害の告知と受容の問題

障害またはその恐れ告知の問題は、我が国の周産期医療が長足の進歩をし、羊水検査や超音波エコー診断によって胎児診断が可能になってきた現代、周産期医療の主要な課題になってきております。これには、胎児の異常を発見、告知して人工流産の適用の可否を問うというレベルから、胎

生後期に至り出産が近づいた段階での胎児異常の伝達のありかたまであります。この課題についていくつかの研究報告が散見されますが、まだ本格的な論議を見ていないのは、私が専門外の人間だからでしょうか？

それとも、障害の診断と告知は子どもが体外に出て、直接我々の目に触れる段階にならないとできないという約束になっているのでしょうか。さらにいえば、この仕事は産科の仕事でなく小児科や精神科の仕事というようになっているのでしょうか。

私は、これまで胎内の赤ちゃんに異常や奇形の恐れがあるとドクターから伝えられたという親に何人かお会いしたことがあります。それ以上のことは聞かせてもらえなかったと申ししておりました。

体外受精や性別生み分け、遺伝子操作やいわゆる借り腹などの技術的進歩の問題、排卵促進剤などの薬物類の使用の問題が障害児発生の問題と絡んだとき、責任の所在と事後対応はどのようにな

るのでしょうか？ 新しい問題の登場のように思います。この辺りの問題は、どなたか詳しい方が得られれば、いずれ本会でも話題にしてみたいものだと思います。

さて、出生後の障害の診断と告知の緊迫した状況は、NICUにおける低体重児とその親に対する対応場面に象徴的に現れているように思われます。ただし、北海道のような広域で医療過疎の多い土地柄では、NICUの利用すら困難な状況で新生児期を送る子ども達がかかり存在すると考えられ、それ自体が地域医療と早期療育の主要な課題となっていることは、御承知の通りでございます。

さて、出生後の早い時期に判断可能な障害の告知とその後の対応は、現段階では個々のドクターの意志に任せられ、その結果極めて多様な対応のされ方があるということが、我々の面接調査¹⁾から明らかになっています。その多様さには、本当に目を見はるものがありました。

従来、障害の告知というの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、自然に親が悟るのが望ましいと考えられてきたこともあり、「こういう子もいます」とか「そのうち良くなるでしょう」というような当たり障りのない言葉で処理されることが多く、いまでもそのような対応のされ方は多いように思います。

しかし、このために親は現実を直視できず、時間を浪費し、あるいは機関めぐりをし、場合によっては神頼みや役に立たない訓練に子どもを追い込むことになっていくという、思わしくない流れができてしまうのです。本会機関誌4号に掲載させて頂いた原田 政美先生の論文²⁾のなかのある一文を、ここでぜひ紹介しておきたいと思います。

「我々のできることは、状態をありのままに説明することだけです。その結果、何日も泣き悲しむ親があると思われるし、わが子のために一層の献身を誓う親もあると思われます。これらの反応をどう解決したら良いかについて、誰に名案があるわけでもありません。分かっていることは、親がわが子の状態を良く知りたいと願っているということ、また今後どうしたら良いかについて適切

な指導を受けたいということであり、我々はこの依頼に答える義務がある、ということなのです。」

私たちが面接した親たちも、昔を振り返り告知後のショックの大きさを承知のうえで、障害が早期に、正確に伝えられることの重要さを口を揃えて強調しておりました³⁾。

多くの場合、待望され、祝福を予定されて誕生してくるはずのわが子に、重い奇形や異常が存在した場合、子どもに直面する親の心情や受容のプロセスを重視した告知と、その後の育児への支援や療育機関の紹介まで考えたアプローチがなされているのは、我が国ではまだ部分的であることを認めざるを得ません。

先日開かれた名古屋の学会で、NICUを舞台にしたチーム医療による親支援の臨床報告（名古屋第二赤十字病院等）^{4),5)}があり、参加者はその効果の大きさを確認できました。このような早期介入による支援システムが広がって欲しいと思います。

何事も最初が肝心です。早期段階での慎重で適切な介入によって、長引く苦悩から解放され、いきいきと子育てに向かう親になってもらうところまで見守り、手を差し伸べることのできる専門家やシステムであって欲しいと願うものです。

さて、良く知られていることですが、告知された子の障害に対する親の認知と受容の過程には、いくつかの段階が存在し、親はそれぞれの受容レベルに応じたふるまい方をするといわれます。

たとえばエバ・キャリン・ホール等は告知後の両親の経験として、4つのステップを整理しています⁶⁾。

①ショックの段階

これは、固着状態・混乱・非現実感の時期で、告知から数時間～2、3日つづくと考えられます。

②防衛反応の段階

否定・悲哀・失望・将来への不安。子への両価感情そして罪障感にさいなまれる時期で、時間は人によって異なる。

③順応の段階

これは、回復期で問題に現実的方法で対処しようとし、子どものためにエネルギーを傾注

するようになる段階。

④新しい適応の段階

この段階にいたってようやく危機が去る。将来を考え、これまでの経験をパーソナリティの中に統合し、新しい困難に対して建設的な対応を果たすようになる。

このような親の心の旅路を考慮に入れた専門家の告知と、その後のサポートの主要な観点として彼女らは15点まとめていますが、これは大変参考になるので申し上げてみたいと思います。

- ①告知により、親がショック状況にある点に留意する。
- ②親は情緒的サポートを必要としている。
- ③同時に、詳しい医学的・社会的情報を必要としている。
- ④情報は、遅滞なく伝えられねばならない。
- ⑤片親だけでなく、両親に伝え、両親共同で対処してもらう。
- ⑥十分時間をかける。
- ⑦じゃまの入らない静かな場所で、話をする。
- ⑧両親が中心人物であることを忘れないこと。
- ⑨適切な言葉を選ぶ（やたら専門用語を使わない）。
- ⑩親の疑問、不安、訴えなど良く聞くこと。
- ⑪望みを断られた状況のまま放置しない。
- ⑫親子関係の促進に留意する。
- ⑬情報を繰り返し伝える。
- ⑭常時接触を持つ人（キーパーソン）を特定する。
- ⑮助言、支持の確保のため、仲間の親を活用する。

一方、広島大の鑑幹八郎先生は精神遅滞児を持つ2事例について、障害児の成長と共に苦悩を克服し成長していく親の姿を、次の8つの段階に分けて描いています⁷⁾。

- ①子が精神遅滞であることの認知の段階
- ②盲目的に行われる無駄な骨折り
- ③苦悩の体験過程
- ④同じ子を持つ親の発見と連帯
- ⑤精神遅滞児への見通しと本格的努力

⑥努力や苦悩を支える夫婦、家族の協力

⑦親自身の成長を子に感謝する段階

⑧社会的啓蒙の段階

親が、これらの段階を克服していく仕方とスピードは、子の側の障害像（奇形のように外からはっきり認知できるものか、障害の種別や程度、子の年齢等）のほか、親の人格的特性、家庭や地域・職場における立場、夫婦・家族の協力関係、価値観、宗教など実に多様な要因によって影響を受けるもののようです。また、出生の時点あるいは早い時点で障害を知らされた親の場合と、親自身が問題を疑って来談した場合、さらに保育所・幼稚園や就学時に指摘された場合では、この過程は異なることでしょう。子どもの就学後まで、長く苦悩をひきずる親も少なくありません。

私たちは、生まれた多発奇形のわが子との対面を拒否しつづける産婦を責めることができるでしょうか。また、近所の人から見ても明らかに障害と分かる子を、障害児ではないと必死で否定し続ける親の姿は、誠に痛々しいものがあります。

上村と新見は、心身障害児を持つ親のストレスに関する詳細な研究を続けていますが、母親のストレスの構造について次の5種のストレスの複合体の存在を指摘しています⁸⁾。

- ①家族外の人間関係から生ずるストレス
- ②障害児の問題行動そのものから生ずるストレス
- ③障害児の発達の現状及び将来に対する不安から生ずるストレス
- ④障害児を取り巻く夫婦関係から生ずるストレス
- ⑤日常生活における自己実現の阻害から生ずるストレス

このほかに、祖父母・親戚とのトラブル、療育や保育・教育機関との葛藤や軋轢なども加わって参ります。

以上の説明からお分りのように、障害の早期発見や告知とは子どもの療育への誘いであると同時に、親に対する支援活動の開始でなければならぬのであります。従来は、この後者の側面が軽

視されてきましたが、それは最近まで障害の発見や療育の開始が遅かったために、我々は親の受容段階がある程度進んだ時点で出会っていたためだろうと思います。しかし、そのために親たちの苦悩が長引き、またたくさんの悲劇（拡大自殺、虐待、地域からの孤立など）が起きたことも事実でありました。

現代は、乳幼児健診など母子保健対策の進歩があり、障害や病気の発見期が繰り上がり、また親がそれと気づかない初期段階で障害の兆候を見つけたこともできるようになってきました。

しかしながら、発見と告知はそれに続く対応に結びつかなければ意味がないばかりか、余計なお世話をしたことになりかねません。現に、ダウン症とかフェニール・ケトン尿症とか、第何番トリソミー、MBDなど親がそれまでまったく聞いたことのない診断名をいただいた直後から、急にわが子が遠い存在に感じられ、「自分の子でない、別世界の存在」のように思われて、以後しばらくのあいだその気持ちから抜け出せず、離れた位置から子どもを眺めていたと報告した親が複数いました。このような状況は、子の成育にとって決して良い状況ではありません。

かくして、告知はその障害像の正確さと分かりやすさと共に、子どもの療育・養育へのアドバイスを前提に、告知を受ける親と家族へのカウンセリング・支援活動と対して実践されなければならないという原則に立ち戻るのです。

3. 療育と養育

療育という言葉はいろいろの意味に解釈されていますが、一番広い意味では難治病変（impairment）につながる異常や病気の発見と治療から、社会的活動の制限（handicap）に対する各種支援活動まで含めて考える立場もあります。しかし、このように広義に解釈しますと、話がややこしくなりますので、ここでは狭い意味に考えて「現代医療による治療的努力がなされ、それが終了した段階でなお残る難治病変（impairment）を有し、それに基づく長期的機能低下（disability）と、

さらにこの機能障害のために社会的活動が制限された状態（handicap）という3つのレベルが統合された状態（これは国際障害者年の行動計画にあたっての国連の障害に対する定義ですが）、これに対する各種のアプローチを「療育」という言葉で表すことにいたします。したがって、医療による回復が多少でも認められる場合には、それは障害といわず疾病（disease）と呼ばれ治療医学の対象となりますし、impairment（長期的に回復困難な心身の病変＝たとえば手足の欠損やマヒ、目や耳の先天異常、知的中枢の損傷など）の存在や推定のない機能異常や社会的活動上の問題については、現象型が類似していても障害とは言わず、それゆえ療育という語も用いないというように厳密に考えた方が、問題がはっきりしてくると思うのでここではそういう前提で話を進めたいと考えています。

ところが、我が国ではどういうわけか障害の早期発見が疾病の早期発見と同義に考えられ、早期治療と対になって喧伝されてきたために、早期療育は病変を治癒させて健全な心身にまで回復させる仕事であると、多数の人が信じていたり、信じていなくても健全化のための試みだと暗黙裏に考えている人が多いように思います。

極端に言えば、「早く発見すれば、そして早く手を打てば治る」とか、「治らないまでも、より健全に近づくことができる」という暗黙の前提があったように思われるのですが、ここでは治療と療育が混同されており、療育が回復・治癒や健全化を志向するというニュアンスから医師主導・専門家主導の療育（？）が展開されてきた経緯があり、このことは前述の原田論文²⁾に詳述されています。

早期療育の本筋は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の存在が前提であるということ、しっかり押さえる必要があります。

ただし、障害乳幼児には医学的問題が常について回ることは確かで、癲癇を持ったものも多いし、impairment自体が悪化して医学的処置を要する

ことは少なくありません。したがって、早期療育では医学的対応を十分考えておく必要があるのですが、だからといって常時障害児を医師の管理下に置く必要はないのです。

また、これも医療モデルが背後にあるのですが、早期療育というすぐ通所訓練というイメージが浮かんできて、そこからすぐ訓練が治療とか健常化という魅惑的な言葉と結びついて参ります。障害と治療または訓練と健常化の3者の間には直線的関係は存在せず、むしろほとんど関連がないにもかかわらず、その3者が暗黙のうちに結びつけられ、我々の内に取り込まれている背景には、たぶん我々の何とかしてやりたい・少しでも回復してほしいという願いとともに、親の側の強い思いも作用しているのだらうと思います。

前節で、親の受容の段階に関する話をいたしました。子どもの健常化を願って髪振り乱して努力する段階もあるのです。それは、それ自体尊いことですし、親として重要な試みですが、事実上impairmentは健常化することはありません。しかし、発達途上の障害乳幼児においては、impairmentがあるため聞く、歩く、考えるというようなability自体の発達が阻害され、impairmentに見合う以上のdisabilityを生ずる危険がありますので、handicapの予防や処理によって一定以上のdisabilityが起らないようにすることは、常に重要でありましょう。

これは、成人における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（つまりリハ・サービス）と同義であります。この場合も対象が乳幼児ですから医療の療よりも育児や保育の育を主体としたものであるべきだと考えるのです。

つまり、何を言いたいかというと障害児の早期療育について、従来暗黙裏に信じられてきたような、回復や健常化を標榜して組み立てられてきた目標や方法の見直し、これからぜひ必要ではないかということです。私も過去において、「何とかしてやりたい」という気持ちを背後に、子どもを変えようと努力し、少しくましく行くと自分が何

となく専門家に近づいた気持ちになった時期がありました。しかし、うまくいったように見えたのは大部分は子どもの自然発達によるものでしたし、親への要求については、親御さんたちの大変さを理解するにつれて、控えるようになりました。

すなわち、私は障害乳幼児の療育は保育の原理をその基盤にすべきだと考えています。ただし、それはただちに現在良く言われる統合保育とか混合保育といわれるような、健常児との交流を目的としたものでなく、その前段に位置づくような「特別な配慮がなされた保育」なのです。それはまた、子の実情に応じて医療、福祉、訓練等が応援に駆けつける体制の整った保育なのです。昨日、特別講演いただいた高松先生がぶどう社から出された「療育とはなにか」という本⁹⁾の中で「療育とは、ていねいに配慮された子育て」と述べています。

障害を持つ子であっても、保育の原則は一般の子と同様であります。子の発達段階や障害の状態に応じて対応を考える点、また合併している身体の障害状況を考慮して環境条件に配慮を加える必要がある点、さらには専門家の活用の仕方を知っておくことなどは一般の保育と違っているところでしょう。このような特別な配慮の力をもった保育者が、まだ少ないことは認めますが近い将来知識を得、経験を積んだ保育者が保健婦と連携して北海道の障害乳幼児をしっかり支える日が来ると思っています。

次に、重要なのは早期における療育は家庭における育児（養育）と密接に関連していなければ意味を持たないので、その両者の関係をどう考えたら良いかという問題であります。この問題も、一般には保育と養育、教育と養育の関連ということで良く論議されることですが、療育においてもきちんと検討すべき課題であったと思います。

一時期、それも最近ですが「親こそ最高の医師」とか「親こそ最良の教師」などという言葉が盛んに聞かれ、また「親指導」という言葉も良く使われるようになりました。考えてみますと、これらは皆「専門家主導」の原理を背景に、親を専門家

の補助として位置付けたり、親を変えること（つまり親という因子を操作することによって）障害児の療育に役立てようとする試みだろうと思います。

特定の訓練技法や育児方法の習得を親に求め、子どものために役立てるというこのやり方は、子どもに何とか回復してもらいたいと願う親の必死の努力によって実現されているようですが、本当にそのようなやり方で良いのでしょうか。

このようなやり方の延長線上に、子どもの変化が思わしくない場合や家庭の事情で十分協力できない場合に、それが親の努力不足のせいとされたり、指示を守らなかったことを非難される事態もあるようです。親にとって専門家は、こうなると判事か検事のように見えて参ります。本来、療育関係者というのは障害児とその親にとって「弁護士」の立場を貫くべきことを前述いたしました。

親が障害児のことに熱中するあまり家庭を顧みないことは、家族や障害児自身に悪影響を与えかねないのです。本会第3回大会で、自閉症児親の会の田中会長¹⁰が述べられた、障害児の兄弟に対する思いを想起して頂きたいと思います。「健常者としての兄が、今でも当時の寂しさを語り、それが胸を突き刺すのです」という言葉でした。

母親が何年間にも渡って全力で献身すると、母親自身が一人の女性としての生き方を失い、それがやがて家庭破綻に向かう場合もあります。実際私の回りには、離婚家庭が多いのです。普通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見られ、その中で障害児が家族全員の愛情と余裕のある関係に包まれて生活している情景こそ、望ましいのではないのでしょうか。したがって、障害児の母親はかくあるべしというような押しつけ的指導は行うべきでなく、女性としての生き方の多様性を認めるべきでありましょう。障害児を持ちながら職業につくこと、買い物やレジャー、文化生活も保障されるシステムが望まれます。

すなわち、私は親には療育の専門家としてではなく、あくまでも親として育ち、また生活してもらいたいと思います。親が専門家の手伝いをする

のではなく、むしろ専門家が親になることの手伝いをし、親として生きていくための生活の支援を考えるべきではないでしょうか。昨年の大会の特別講演で森 秀子先生が明確にこの立場にたって「親主導型育児プログラム」というお話をされ、育児支援者としての専門家のあり方を提示して下さいました。その内容は機関誌4号¹¹に整理されておりますので、ぜひお読み頂き、実践上の問題として検討して頂きたいところですが、私も早期療育の柱のひとつとして親の養育または育児の支援を考えていますので森先生の視点と方法論に基本的に賛成であります。

1975年に成立したアメリカ全障害児教育法には、IEP (individualized education program＝個別教育プログラム) というのがあり、これは親にじゅうぶん納得を得て実行されなければならないということのほか、IEE (independent educational evaluation) という他者にプログラムの評価をゆだねる権利をも与えていますが、これらはまさに教育や療育指導と養育の一致を法律で認めたものであるといわれています。この考え方が、いずれ我が国にも入ってくることになるでしょう。

考えてみますと、我々の障害児とのかかわりは長期的に見ると、それは1つの点か断片に過ぎません。親のほうは長い線として子に一生かかわり続ける訳ですから、我々が親にかかわるときには親が子にかかわる時の線をできるだけ太くしてやること、そして先の見通しを与えてやるということが、親に対してできる最大のことでありましょう。子どもにアプローチして、その最大限の発達を助け、生活を豊かにしてやるとともに、親の立ち直りの契機を提供できたなら、それは専門家としての最高の働きができたと考えますが、いかがでしょうか。

4. グレーゾーン対策と子育て支援システム

さて、乳幼児期の子どもの障害像の診断や判定は、その後の時期に比べて極めて難しい作業であると言われます。この時期の子どもは、あまねく未成熟な状態にあり、みんな似ていますから、気

になるいくつかの兆候（たとえば、反射の異常・愛着の問題・発声や発話の遅れなど）が存在したとしても、それが障害なのか固体差なのか、あるいはその子ども固有の発達リズムなのか判別するのは、事実上困難な状況にあります。

発見のための技術の進歩を目指していろいろな努力（たとえば初期の運動チェック、発達チェック、自閉症の初期チェック法、こまかいところでは注視行動を用いた知能チェック法など）がつけられておりますが、器質的・形態的異常を伴わない機能異常、行動異常のチェックと診断は、発達初期には困難であるという宿命を負っているようで、諸技術が進歩したとしても、これからもこの傾向はつづくだろうと予想されます。

昭和62年度に実施した私どもの全道調査¹²⁾において、この1年間に発見された心身障害児625名の実に14倍にもものぼる8,500名以上の乳幼児が精密検診をへてなお要経過観察（現在これがグレーゾーンとよばれていますが）となっております。この年に診断された625名の中には数か月～数年間の要経過観察期間を送ったものがかなりの数存在していますので、早期発見という営みは長期にわたり慎重に経過を追うことを通じて果たされるものだということが理解される訳ですが、問題も起きて参ります。

経過診断は、診断される側（子と親）から見れば、時々チェックのために呼ばれたり、保健婦が来たり、指定された病院に出かけるわけですが、それはいろいろ調べられ判決を引き伸ばされている被告のような立場にあり、それ自体強い不安と心理的動揺が持続しておりますし、親はそのなかで子育てを中断なく続けていかなければならないわけです。早期対応においては、したがって診断が確定しないレベルの子と親に対するおつき合いも求められてくるわけですが、現在この件でもっとも苦勞しているのが、乳幼児健診にコミットしている保健婦さんたちであると思います。

というのは、このジャンルは障害の存在とその種別を前提にして立てられた我が国の諸制度になじみませんし、人権やプライバシーの問題なども

あって大変難しい内容を持っています。しかし、實際上彼らグレーゾーンの子どもたちは保健婦に預けられた形で地域にあるのです。

私の印象では、グレーゾーンの子どもたちの中に経過診断によって何らかの障害像を持つに至る子どもの割合は5～6割あり、他は個体差か親の養育上の問題でいずれ健常化していく可能性のある子どもたちのように予想しますが（ただし、これは実証研究が必要です）、彼らの多くは障害が確定した子どもたちと同様に、支援の必要な存在だと思われまます。

すでに、この種の子どもたちに対する対応を保健婦サイドで実行してきた地域（たとえば旭川市の幼児健康教室、札幌市の精神発達相談、帯広市の2才児相談システムなど）もありますが、道の早期療育整備事業¹³⁾もその対象の中にグレーゾーンを含めて考えており、平成元年度からスタートさせた母子通園センター並びに通園事業の対象として通園可能なものに位置付けました。

私どもは、現在この通園に関して詳しい調査を実施し、資料を分析中のところでございますが、母子通園センター（約30か所）の場合1割8分～2割程度の通園児が、この要経過観察児のようです。この事業は、ご承知の通り心身障害を名目でスタートしたばかりですので、今後グレーゾーンの子どもたちが増えてくる可能性が大きいと予想されます。

ついでながら、明らかに障害児ではないが親の育児不安や遊びあい手の不足等の理由から、母子通園センターに参加する母子も出てきていることをつけ加えます。この先行きについても十分検討してみる価値がありそうです。と申しますのは、グレーゾーンの子どもたちとともに健常だが遊び場や友達を求める幼児たち、そして親自身が育児を学び友と語らえる場を求める潜在的ニーズは、現代非常に強いものがあるように感じられるからです。

母子通園センターは、「親子教室」、「あそびの教室」、「パンダの家」、「～ハウス」など工夫を凝らした名称で店開きしているとはいえ、制度とし

ては「障害児の療育」を公称しているわけで、その場に健常な子と親が参加することはノーマライゼーション理念のささやかな実行を感じますが、他方で遊び場や友を求める現代の子と親の姿も感ずるのです。

通園施設のように入園基準の厳密でない通園センターや、市町村単独の通園事業では、このような地域住民のニーズを大切にしていってほしいと思います。本会第3回大会で、ただいま座長をお願いしております浜柴子先生が、保育所長としての長年の経験と電話相談の体験から、現代の若い親たちがいかに仲間や地域から孤立し、育児に苦悩しているか、その実情についてつぶさに報告¹⁴⁾頂きました。また、第4回大会では堀岡¹⁵⁾・辰田¹⁶⁾両先生から現代の養育問題とともに、昨年1月に出された「これからの家庭と子育てに関する懇談会報告」の話題も紹介されました。

心身障害児の生活と発達の支援、その親の子育てへの援助を主目的に発足し、整備されつつある早期療育の場は、いずれその経験と技術をもって心身障害児を含めた地域の広い意味での子育てに役立つ場として、発展していってほしいと願っています。その場は、一方で地域の母子保健のキーパーソンである保健婦を中心とした保健衛生機関と結び、他方では保育所・幼稚園の保育サイドと連携しながら、地域の子と親を支えるネットワークの柱として、機能を発揮するところであってほしいと思うのですが、欲ばりでしょうか。

5. おわりに

折しも、国は本年5月22日厚生省児童家庭局長通知によって「乳幼児健全発達支援相談事業の実施について」¹⁷⁾を出し、「要経過観察とされた児童や育児不安を持っている母親等に対し、保育所等の児童福祉施設の持つ育児機能を活用し、個別的な指導・集団的な指導を行う」ための補助事業を開始しました。

この実施主体は市町村で、実施施設は保育所・乳児院・児童館・保健所・母子健康センター等であり、補助額は年37万円（負担区分、国・道・市

町村各3分の1）に児童1人1回につき200円という基準です。道内では、帯広市がすでにこの適用をうけています。この通知に見るように、国はグレーゾーンや育児問題に着手し始めたと同時に、障害だ・健常だという従来の枠を重視しなくなってきている様子が伺えます。文部省も、幼稚園を子育て相談センターとして活用しようと現在施策を準備中といわれますので、この「地域の子どもは地域でケアしていく」という動きは、今後ますます強まって行くだろうと思われます。これはしかし、現存する保育所・幼稚園がそのような育児支援センター機能を実際に果たすだけのちからがあるのか、そのことが現実には試される時代に入るのだということでもありましょう。

他方、障害児療育の老舗¹⁸⁾にも大きな変化が起こりつつあります。養護学校義務化以来の入所型児童施設の急激な変化と生き残りをかけた努力は記憶にも新しいところですが、この間対象を幼児に移しただけで切り抜けてきた通所型児童施設のあり方が問われ始めています。現在、通園施設を中心にした地域早期療育システムのあり方を検討している「厚生省心身障害研究—笠原班」¹⁸⁾は、措置制度を含めた現行の早期療育のあり方の見直しと、真に利用者のためになる療育システムのあり方について検討を重ねておりますが、その主要課題に「多種の療育体系を整理・統合すること」と「最適療育とは何かについて考える」ということがあります。

いまや早期療育は、障害種別を前提に立てられてきた教育、保育さらには療育の既存の制度とシステムに再検討を求めるとともに、障害と非障害（健常とか普通とされるもの）の間の垣根を取り払うことまで我々に強く要求していると感じているのは、私だけではないように思います。

文 献

- 1) 井上由美恵（1986）：発達障害児の早期療育体制と親の願い 情緒障害教育研究紀要 5号 p.25～28 北海道教育大学旭川分校障害児教育研究室

- 2) 原田 政美 (1991) : 早期プログラムの考え方 乳幼児療育研究 4号 p.24~36 北海道乳幼児療育研究会
- 3) 野村ますみ (1988) : 地域における早期療育の実践と今後の課題 情緒障害教育研究紀要 7号 p.29~34 北海道教育大学旭川分校障害児教育研究室
- 4) 幸 順子・井村 安之・五藤 弓枝・水島育子・水野 理恵・本城 秀次・山口 信行・安藤耕三郎 (1991) : NICUにおける母子への心理療育的ケアについて—臨床心理士による心理療育的介入の可能性についての事例による検討— 第1回乳幼児医学・心理学研究会抄録 p.9
- 5) 高橋 脩・二村 真秀 (1991) : NICUにおけるConsultation-Liason精神医学の経験 第1回乳幼児医学・心理学研究会抄録 p.10
- 6) エバ・カリン・ホール, カール・グルンワルド (神奈川県医療福祉財団訳) (1987) : 療育の初期の親に対する配慮 地域療育システム資料集 p.105~120 小児療育相談センター
- 7) 鑑 幹八郎 (1963) : 精神薄弱児の親の子供受容に関する分析的研究 京都大学教育学部紀要 9号 p.145~172
- 8) 植村 勝彦・新見 明夫 (1981) : 心身障害幼児を持つ母親のストレスについて—ストレスの構造— 特殊教育学研究 18巻4号 p.59~69
- 9) 高松 鶴吉 (1989) : 療育とは何か ぶどう社
- 10) 田中 勝広 (1990) : 自閉症を育てた経験から早期療育に願う 乳幼児療育研究 3号 p.143~149 北海道乳幼児療育研究会
- 11) 森 秀子 (1991) : 親主導型育児プログラム 乳幼児療育研究 4号 p.7~23 北海道乳幼児療育研究会
- 12) 熱田 洋子 (1989) : 北海道における早期療育システムのあり方について—道早期療育調査検討委員会報告— 乳幼児療育研究 2号 p.146~168 北海道乳幼児療育研究会
- 13) 伊藤 則博・近藤 弘子・佐々木明員・皆川尚史 (1991) : 地域早期療育システムの試み 発達障害研究 13巻1号 p.34~41
- 14) 浜 栄子 (1989) : 早期療育の援助と電話相談 乳幼児療育研究 2号 p.18~23 北海道乳幼児療育研究会
- 15) 堀岡 英樹 (1991) : これからの保育所保育を考える 乳幼児療育研究 4号 p.98~103 北海道乳幼児療育研究会
- 16) 辰田 収 (1991) : 児童をめぐる状況とこれからの課題 乳幼児療育研究 4号 p.103~109 北海道乳幼児療育研究会
- 17) 厚生省児童家庭局長通知 (1991. 5. 22) : 乳幼児健全発達支援相談事業の実施について 厚生省児発第481号
- 18) 笠原 吉孝 (1991. 3) : 心身障害児の療育ネットワークと福祉ゾーンの設定—地域療育システムに関するガイドラインの作成 (第1報) 厚生省心身障害研究 (主任 高松鶴吉) 平成2年度研究報告書 p.1~72

座長 まとめ

第5回研究大会も、きのう今日と2日間にわたり熱心な討議を重ねられ、いよいよ最後の講演になりました。

演者の伊藤博則先生は、北海道乳幼児療育研究会の会長さんであります。研究大会の時には、いつも受け付け付近で参加者の対応に当たって下さっています。参加者と同じフロアで同じ目の高さでこの会を考えて下さっていることがよくわかります。

講師紹介のためにインタビューを申し入れましたところ「この会の会長です。それでいいですよ。」ということで結局はそれ以上のことは聞くことができませんでした。

まったく座長失格ですが、参加者のみなさんの方が先生のことをよくご存知のことと思ひ、今の

話しは先生のお人柄の一端としてお受けとりいただきたいと思います。

さて、今日の先生のお話ですが、

- ・障害の認知と親への告知
- ・養育と療育
- ・早期支援

についてお話をいただきました。

いずれも障害を持つ子どもの親と関わる時にぶつかることであり考えさせられることが多くありました。

講演の詳しい内容につきましては先生の講演収録をご覧くださいことにして、感じたことを“まとめ”とさせていただきます。

お話しの中心にどっかりと“親”を据え、治療・訓練の大切さと、そのよりよい効果をあげるためにも療育を必要とする子どもを持つ親の気持ちに焦点をあててお話して下さいました。

子どもの問題は親の問題であり、親の気持ちを抜きにして子どもの療育に専念することは大変むずかしく、親の気持ちを忘れてはならないことを強く感じました。このことは、私たち保育の場において障害を持たない健康と思われる子どもの場合もまったく同じです。

医学の進歩で早期診断が可能になり、人工流産の可否や胎児異常の告知までできるようになっている現在でも変わらないのは障害の診断や告知を受ける親の気持ちです。親の気持ちをどのように考えて告知し、受け止めていくかがその後の治療や療育の効果に影響を与えてしまいます。

障害の診断を知らされた親はショックにはじまり、そんなはずはないと受け入れることを拒否したり否定したり、我が子のために防衛反応を示しながらも、そうかもしれない、そうだったらどうしようと思う不安の時期があります。親の気持ちに共感と理解が必要な頃だろうと思います。

先生は親が障害を認知し受容するまでの親の気持ちを「心の旅路」とお話して下さいました。

ショック→防衛→順応→適応→認知にたどり着いても、できれば診断が間違いであってほしいと願う親に寄り添って詳しくいねいに時間をかけ

ることの必要を説いて下さいました。

子どもの障害を認知した親の苦悩と苦悩を同じくする者たちの連帯、ささえ合う仲間と子どもの成長の見通しをささえに家族の絆を強くしていくこともわかりました。

我が子の障害を受容し強くやさしくなっていく時、子どもへの感謝の気持も生まれ、障害を社会的な課題としてとらえていくことができるのだと思います。

次に養育と療育のところですが、この稿をまとめるにあたり、第一回研究大会の先生の記念講演収録を再読させていただきました。

「障害を誰が、いつ、どこで発見し、そのことをどのように親に伝え、さらに療育へと、どのようにつなげていくのか？ この各段階のあり方、ひき渡し方について、十分検討してみる必要があると考え、障害を持つ子どもの母親約40名に対して、面接調査を行なった」と書かれています。

その中でも、ただ診断名を告げるだけではなく、それがどんな病気や状態像であるかとしっかり伝えてくれて、どう養育すればよいか、また、次にどこに行けばよいかということを教えてほしいと述べています。

障害を持つ子どもを養育（育てる）していく親には、子をどう育てればよいかを治療や訓練と同じ位、時にはそれら以上に知りたいと悩んでいることも指摘されています。

先生のお話しの中にあつた、アメリカの子育てプログラムの話しなどをヒントに養育と療育を一本化したプログラムを親と一緒に考え作ることができればすばらしいと思います。

今は、まだまだ療育と養育の場が一本にならず別々になされているのが実態です。

たとえば保育園での母子通園を考えてみても、療育は専門施設で食事やあそびは保育園でというようなことがあります。親はいくつかの専門機関と関わることでいろいろな知識は身につけることができますが、個々の機関の意見を尊重しすぎるあまり子育ての方向を絞ることができずいたり、子どもの成長を喜びに変えていくことができずに

いることもあります。

療育とは「ていねいに配慮された子育て」というお話しがありましたが本当にそうだと思います。

楽しい家庭、明るい家庭の母親になるためには母親が療育の専門家になることではなく、母親が母親になることを援助していくことであり、保健婦など関係者と連携しながら養育と療育を考えていくべきというお話しであり、これこそ早期療育であろうと目からウロコが落ちた思いです。

最後に、早期療育・早期支援についてですが、子どもの異常を感じ、不安に思った時、どこへ相談に行ったらよいのかわからない。また、早期に発見されても具体的な見通しが示されないままの時、子どもの様子の方や様子を見る期間などわからず専門機関めぐりになってしまうことがあります。わからないことがあったり、悩んでいることがあったりする時、いつでも気軽に相談にいけるところが早急にほしいと私もいつも思います。

子どもを産み育てていく時の援助、時には障害を持っている子どもへの援助については告知から療育開始までを常に養育者（親）の立場に立って受け入れ、親の養育姿勢を建設的な方向に援助していくことが大切であるということを日常の身近なことと照し合わせて強く感じました。

乳幼児期の療育こそ親の力を借り、親に力を貸していくことで障害の治療、訓練もより効果的なものになっていくのでしょうか。

今日のお話しは、あくまでも障害を持つ子どもの親の側に立ってのお話しであり、親の気持ちを受け止めていかなければならない私たちへの警告でもありました。ありがとうございました。

第1分科会（一般演題）

1. 障害児の指示行動の発達経過 …………… 小野 栄 治
2. この子らが太陽 …………… 佐々木 克 幸
3. 羽幌町親子あそびの会の活動
…… 野上京子・高尾美雅子・奥山洋美・中川富美子・船橋由紀子・熊木いづみ
4. オホーツク地方における脳性麻痺児の療育
—北見赤十字病院での取り組み その現状と課題—その1 …… 井上 秀美・三河 誠
5. オホーツク地方における脳性麻痺児の療育
—北見赤十字病院での取り組み その現状と課題—その2 …… 井上 秀美・三河 誠
6. 恵庭市における早期発見と療育 …………… 水 口 克 幸
7. 釧路市心身障害児療育センターにおける療育相談室の経緯と連携
…………… 近 間 雅 一
8. 静内地区における早期療育 ——センターの実践から——
…………… 鶴 田 剛
9. 稚内市における早期療育システムづくり …… 駒 沢 裕 子
10. ま と め
座 長：阿 部 哲 美（千歳市総合福祉センター）
田 中 哲（市立札幌病院平岸分院児童部）
記 録：坂 井 扶 美（札幌市立手稲中央幼稚園）

1 『障害児の指示行動の発達過程』

～初発指さしと初語の出現経過比較～

（道立旭川総合療育センター）

小野 栄 治

I はじめに

正常児の発達においては、生後から様々な経験を経て、約1年後には初語を獲得する。言語発達においては、喃語・音声模倣・初語・言語模倣といった、音声レベルの獲得だけでなく、運動・手指・社会性など全体的な発達が言語形成を助長していることは、周知の通りである。

乳幼児の発達を見ていく指標として、指さし行動がある。指さし行動とは、指先の延長線上にある対象を、周囲にある他の事物から抽出し、特定して指し示す行為である¹⁾。認知発達的に見ると指さしと言語を含むシンボル機能とは区別される

が、指示されるもの（対象）と指示するもの（指先）という意味関係が成立することにおいて、指さしはシンボル機能を予知するものとされる²⁾。

小松（1978）^{3), 4)}によれば、指示行動は健常児では、通常初語に先行して生後9か月から18か月までに100%出現するとし、初発の指さしから、シンボル機能を持った指さしに至るまで、質的変化が生じているとしている。この質的変化は、三項関係成立から、対人関係の発展といった言語的コミュニケーションを担う社会性の発達という側面から極めて重要なものと推測される。川崎・清水・小熊（1987）²⁾も、子どものコミュニケーション活動は、指さしを獲得することにより大きく発展する、と小松と同様の指摘をしている。

正常の発達過程では、指さしと初語の獲得とその後の言語発達とは、一種の同調を見ていると推測され、言語発達に問題を有する障害児においても例外ではないと考えられる。

このことから本稿では、言語発達に問題を有する障害児の指さしと初語の出現時期を比較し、そ

の相関について検討する。

II 対 象

当センターの言語外来に通院している2～8才までの障害児50名（男児33名，女児17名）を対象とした。年齢別の内訳は，2.0～2.11才 8名，3.0～3.11才 12名，4.0～4.11才 10名，5.0～5.11才 6名，6.0～6.11才 12名，7.0～7.11才 2名，平均4.6才である。疾患別の内訳は，ダウン症10名，ダウン症を除くその他の先天性疾患19名，後天性疾患6名，脳性麻痺9名，発達遅延・精神発達遅滞（以下MRと略す。自閉症の疑い2名を含む）5名である。後天性疾患については，原因疾患が生後1年未満のものを対象とした。

III 方 法

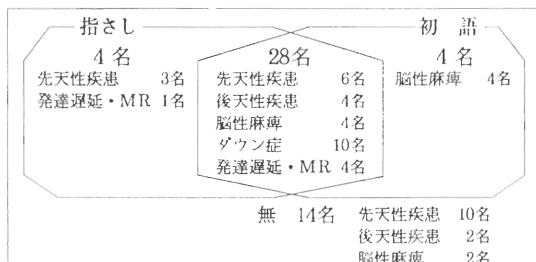
指示行動と初語に関する資料は，母親から聴取した情報と，臨床場面における対象児の観察によるものである。これを円城寺式分析的発達検査法で得られた発達年齢（平成3年9月1日現在）を基に，疾患別の初発指さしの出現時期と初語の出現時期との関係を比較検討した。

IV 結 果

1. 指さしと初語の出現状況

図1は，指さしおよび初語の項目の通過状況である。50名中指さしと初語が出現していたのは28名，指さしのみの者が4名，初語のみが4名，どちらの出現もみとめられない者が14名であった。疾患別では，ダウン症においては指さし・初語双方が出現していたこと，ダウン症を除く先天性疾患では，指さし・初語が出現しているものがど

図1 指さしと初語の通過状況



らの出現も認められないものを上回っていたこと，脳性麻痺では，8名中初語のみしか出現していなかったものが，4名と半数を占めていたという特色がみられた。

図2は，発達年齢と指さしの出現を比較したものである。上肢機能の発達が要因とみられる脳性麻痺を除くと，正常発達と同様に発達年齢がほぼ1才を境にして指さしの表出がみられた。

図2 発達年齢と指さし

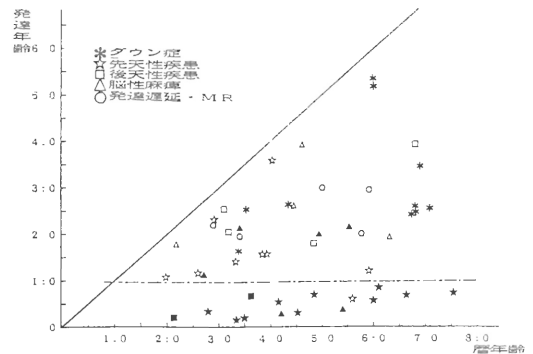
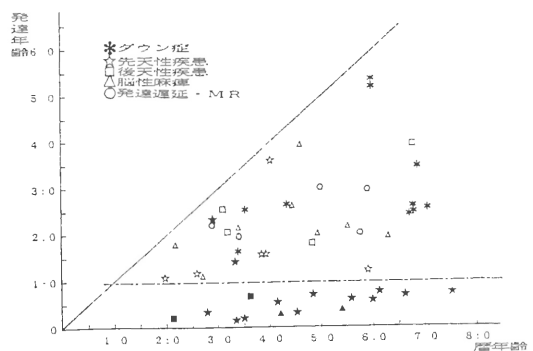


図3は，発達年齢と初語の出現を比較したものである。ここでは発生語器官の問題などを考慮しなければならないが，先天性疾患2名を除いて指さしと同様，1才の発達年齢を境にして初語の通過が見られた。

図3 発達年齢と初語



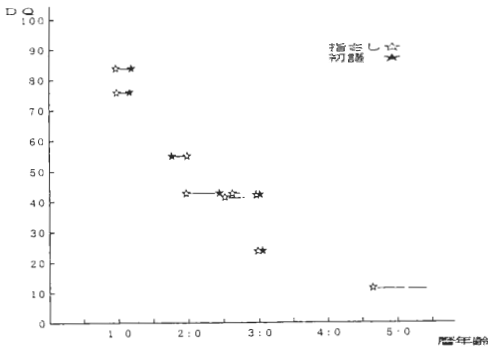
2. 疾患別，指さしと初語の出現年齢（DQ比較）

平成3年9月1日現在，指さしと初語が出現している36名の出現年齢について疾患別のDQ比較を行った。

a. 先天性疾患

図4は、指さしもしくは初語が出現しているダウン症を除く先天性疾患9名の出現年齢である。先天性疾患では、DQにほぼ比例した出現結果となった。DQが低くなるにつれて、指さしの出現年齢が遅くなっている。

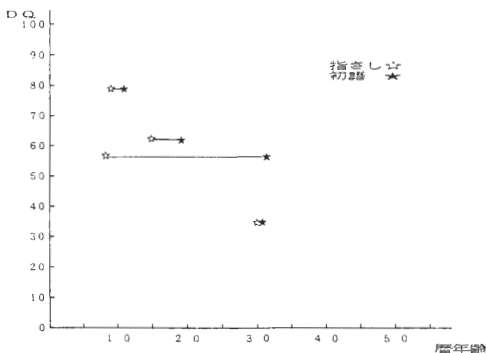
図4 指さしと初語の出現年齢（先天性疾患）



b. 後天性疾患

図5は、後天性疾患4名の指さしと初語の出現年齢である。指さしの出現においてはDQとほぼ相関した結果となった。しかし、指さし出現から、初語出現までの期間にばらつきが見られた。

図5 指さしと初語の出現年齢（後天性疾患）

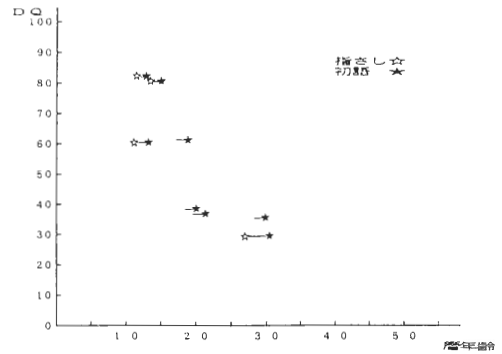


c. 脳性麻痺

図6は、脳性麻痺8名の指さしと初語の出現年齢である。運動発達の遅れや手指の発達の要因が考えられる脳性麻痺児においては、指さしは、4名のみ出現が確認されたが、ほぼDQと比例した結果となった。一方、初語においても、ほぼDQと比例した結果が得られたものの、DQの性質が、

運動発達を含む総合的に算出されたものという事実も考慮されなければならないであろう。

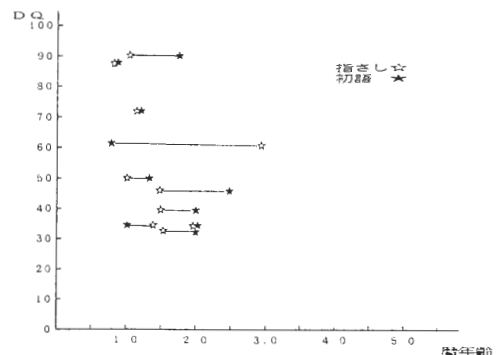
図6 指さしと初語の出現年齢（脳性麻痺）



d. ダウン症

図7は、ダウン症10名の指さしと初語の出現年齢である。ダウン症では、DQに相関なく、指さしと初語の出現がほぼ2才までに見られた。対人関係の発達が高いといわれることがこれらの要因となっていると思われる。

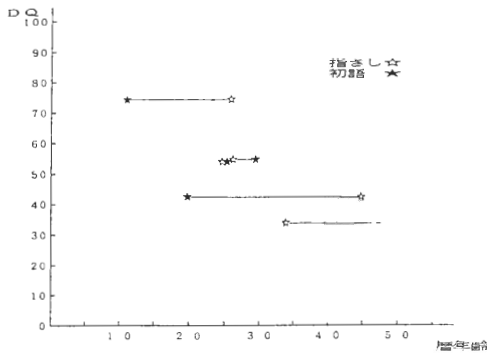
図7 指さしと初語の出現年齢（ダウン症）



e. 発達遅延・MR

図8は、発達遅延・MRの指さしと初語の出現年齢である。発達遅延・MRでは、指さし・初語の出現時間にかかなりのばらつきが見られた。自閉症の疑いを持つ2名については、初語がDQとほぼ相関していたものの指さしの出現年齢が著しく遅れていた。

図8 指さしと初語の出現年齢（発達遅延・MR）



3. 指さしと初語の出現経過

表1は、指さしと初語との継起順序により正常発達過程で見られる指さしが初語より先行もしくは同時期に出現した通常経過と初語が指さしに先行し出現した逆転経過とに分類したものである。その結果、指さしもしくは初語が出現している36名中27名（75%）が健常児と同様の通常経過をたどっていた。

また逆転経過をたどっていたのは9名（25%）で、そのうち上肢機能に問題を有する脳性麻痺4名については、初語のみの出現で指さしの出現が見られなかった。

表1 指さしと初語の出現経過

経過	通常経過		逆転経過	未出現
	指さし→初語	指さし→初語	初語→指さし	
疾患名				
先天性疾患	2	6(3)	1	10
後天性疾患	1	3	0	2
脳性麻痺	0	4	4(4)	2
ダウン症	3	5	2	0
発達遅延・MR	1	2(1)	2	0
合計	7	20(4)	9名(1)	14名
		27名		

表2は、通常経過をたどった27名の指さしと初語の出現時期の差である。指さしから3か月以内に初語が出現していたものが13名（48.1%）、4～6か月に出現していたものが6名（22.2%）、7～12か月3名、13か月以上要した要したのは1名、指さしのみで初語が出現していなかったのは、4名であった。通常経過をたどったものの約70%は、指さしと初語の出現差が6か月以内であった。その出現時期が、障害児の場合においても健常児

表2 指さしと初語出現差（通常経過）

疾患別	月数	0～3か月	4～6	7～12	13～	初語(-)
先天性疾患 8名		4	1	0	0	3
後天性疾患 4名		2	1	0	1	0
脳性麻痺 4名		3	0	1	0	0
ダウン症 8名		3	3	2	0	0
発達遅延・MR 3名		1	1	0	0	1
計 27名		13名	6名	3名	1名	4名
全体比率27名		48.1% (13名)	22.2% (6名)	11.1% (3名)	3.7% (1名)	14.8% (4名)

と同様接近しているものが大勢を占めていた。

表3は、逆転経過をたどっていた9名の指さしと初語の出現差である。初語が出現してから、6か月まで指さしが出現していたものが2名、13か月から24か月1名、25～36か月が2名、初語のみが、4名であった。初語が出現してから指さしが早い時間に出現しない場合その出現差は極めて大きくなるという結果となった。

表3 指さしと初語の出現差（逆転経過）

疾患別	月数	1～6か月	6～12	13～24	25～36	指さし(-)
先天性疾患 1名		1				
後天性疾患 0名						
脳性麻痺 4名						4
ダウン症 2名		1			1	
発達遅延・MR 2名				1	1	
計 9名		2名	0名	1名	2名	4名

V 考 察

本調査の疾患別の障害児における指さし行為においては、小松（1980）⁵⁾のいう精神発達遅滞を有する乳幼児にあっては指示機能の獲得と発達に若干の遅れはあっても、健常な乳幼児の歴年齢に相当する発達年齢と相関して実現していくであろうという推測をほぼ裏付ける結果となった。また、疾患を問わず多くの障害児は、ほぼ1才の発達年齢を境に初語を獲得しており、指さし行為と同様の結果となった。また、DQ比較においても、多くの障害児は、指さしと初語の出現年齢がDQと

比例していた。

しかし、本調査のダウン症児においてはDQに関係なく指さしと初語が早い時期に出現していた。これは社会性の発達との相関と考えられるが、ダウン症においては、指さしと初語の出現時期とその後の言語発達とが必ずしも相関しないと推察される。すなわち、松島(1989)⁶⁾の指摘するダウン症児の言語発達が単に時間的なズレ(遅滞)を示すのではなく、健常乳幼児の発達と異なる特有の発達をしていくと仮定しうる。このことについては、今後縦断的な方法での確認が必要と考えられる。

指さしと初語との継起順序においては、健常児にみられる指さしが初語に先行する通常経過を75%がたどり、そのほとんどは疾患を問わず指さしから6か月以内に初語の出現が見られるという両者間に相関が得られたものの、一方で逆転経過をたどっていたものが25%見られた。逆転経過児においては、6か月以内に指さしの出現が見られたもの以外は、その出現が、13か月から36か月の間に出現という長期化とばらつきが見れた。これらの症例については、手指の発達が要因と考えられる他、指さし行為成立時に発達する三項関係や対人関係に支障をきたしているあるいはきたしうると推測される。

小松(1979)⁴⁾は、指示行動を欠いた場合、「対人・対物的認知」「自己形成」「対人関係」「前言語的伝達行動」の発達障害が予測されるとし、知的・情緒的発達障害が疑われるとしており、障害児においては指示行動の獲得過程、質的变化になんらかの支障をきたしていると考えられる。

今後、追跡調査等を重ねて、前言語的スキル・指さし・初語の出現についての検討を重ねていきたい。

VI 結 語

- ① 言語発達に問題を有する障害児の初発指さしと初語出現との相関について検討した。
- ② その結果、多くの障害児においてDQとの相関が得られたが、ダウン症においてはその後の言

語発達とは別の早期的な獲得経過を示していた。

- ③ その継起順序において、指さし・初語が出現している36名中27名(75%)は、通常経過をたどっていたのに対し、9名は(25%)は、逆転経過をたどっていた。通常経過(27名)においては、70%(19名)が初発指さしから6か月以内に初語を獲得していた。
- ④ 指さしと初語出現との相関が得られなかった逆転経過児では、手指の発達が要因と考えられる他、対人関係を含む前言語的コミュニケーション活動に支障をきたしうることが推察される。

文 献

- 1) 秦野 悦子：指さし行動の発達の意義，教育心理学研究，第31巻，第3号，1983.
- 2) 川崎 葉子・清水 康男・小熊 順子：自閉症児の会話と指さし行為の出現，発達障害研究，第8巻，第4号，1987.
- 3) 小松 教之：指示行動の発達とその障害(そのI)～普通児・ダウン症児・自閉的傾向の場合～，京都教育大学紀要A，第53号，1978.
- 4) 小松 教之：指示行動の発達とその障害(そのII)～正常な発達の基準について～，京都教育大学紀要A，第54号，1979a.
- 5) 小松 教之：指示行動の発達とその障害(そのIV)～重度精神発達遅滞児の場合～，京都教育大学紀要A，第56号，1980.
- 6) 松島 恭子：ダウン症乳幼児の象徴遊びと初期言語発達の関連について～3事例の縦断的研究～，大阪市立大学生活科学部紀要，第37巻，1989.

2 この子らが太陽

（札幌麦の子学園）

佐々木 克 幸

1. 麦の子学園は

1983年4月、大学を卒業したばかりの4人の仲間が集まって、障害を持つ乳幼児期の子ども達の通園施設麦の子学園を無認可施設という形態で開園させました。場所はキリスト教会の会堂を借り、通園児の親達から徴収する利用料と、多くの方々から寄せられる寄付とバザー等の収益によってようやく運営しています。これまでに50名の子ども達が麦の子学園を卒園し、今年も10名の子ども達が元気に通園し、療育しています。

《対 象 児》精神発達遅滞、自閉傾向など

幼児クラス— 2才～就学前 定員8名

乳児クラス— 0才～2才 定員3名

《療育時間》

幼児クラス— 月～金曜日 9:00～13:00

乳児クラス— 月火木金曜日 9:00～14:30

《日 課》

	9	10	11	12	1
ばんだ組	リズムあそび	朝の会 リズムあそび	外あそび 感覚あそび	給食	自由遊び
さくらんぼ組	リズムあそび	朝の会 リズムあそび	外あそび 感覚あそび	給食	午睡

《費 用》

入園料 1万

通園料 幼児— 1月 35,000円

乳児— 週1日通園に付1月7,000円

《職 員》

幼児— 3名

乳児— 1名

麦の子学園を開園した当時から、札幌には精神薄弱児の通園施設が1ヶ所しかなく、「通園施設が、この札幌にもっと多く必要だろう」との考え

から、麦の子学園は誕生しました。そして、障害を持つ子ども達の発達の可能性を信じ、大切な乳幼児期により良い環境を子ども達に提供する施設を目指して、通園する子ども達と、その父母等と歩んできました。

現在は、児童相談所や保健所といった公的な機関から紹介されて来る子ども達が、通園する子ども達の大半をしめています。また昨年1990年度より、札幌市から年間180万円の補助を頂くことになり、麦の子学園はより一層公的に認められるようになってきています。

2. 認可施設に向けて

しかし、開園して9年目を迎える現在に至っても、無認可という運営形態には変わりはなく、子ども達にとっても、父母らにとっても、私達職員にとっても厳しい状況は続いています。

まず子ども達にとっての現状を考えてみると、借り物の施設での療育のため、部屋もせまく、十分に遊具等を置くことができないという限界があります。また、麦の子学園には園庭が無く、外遊びには、常に危険と背中合わせで出かけなくてはならないなどの問題があります。父母にとってはどうかを考えると、月々3万5千円という高い費用を収めた上に、バザーや、募金のための作業、子ども達の給食づくりまでさせられるという状況があります。また職員にとっては、ボーナスを含めて本俸で140万円足らずの安い賃金。子ども達の療育だけでなく、麦の子という一つの事業を支えるための雑多な作業を担わなければならないという大変さがあるのです。

こうした厳しい状況を一刻も早く打開するためには、認可施設として正当な措置費によって運営されることが、職員にとっても父母にとっても共通の願いでした。

昨年1990年4月、札幌市は「通園施設の整備は緊急の課題」とする答申を地方福祉審議会というところから出し、通園施設の増設、整備の計画がはじめられました。麦の子学園も、この答申を受けて、近くの保育園の社会福祉法人の新規事業と

いう形で認可申請をし、「はばたけ麦の子障害児通園施設をつくる会（以下つくる会）」を結成し、施設建設資金の一部2,000万円の募金活動を含めた認可運動にとり組みはじめたのです。そして、その運動の中で、構成劇「この子らが太陽 ― 手をつなぐ障害児の母たち」は生まれていきました。

3. この子がわたしをはぐくんでくれる太陽だ

「洋平を通じていろいろな人とめぐりあい、洋平を通して人の心の温かさと現実の厳しさを知り、そして、洋平によって現実に立ち向かう強さと勇気を教えられました。私は、洋平の行動にイライラさせられ、こんな子さえいなければと何度も思いました。この子を殺して自分も死ねたら、どんなに楽になるだろう……と思いました。でも、こんな母親でも洋平はいつも私を許してくれるんです。この子は私を照らし、支え、はぐくんでくれる太陽だ。今は心からそう思えるんです。」

会場を埋め尽くした500人の参加者から、共感の拍手がなりやみません。

1991年2月17日に上演された「この子らが太陽」のクライマックスシーンです。「つくる会」の一大イベントとしてこの構成劇を企画し、劇団「芝居のべんと箱」の演出家である舛井正博さんの指導のもと、練習をつみかさねてきました。当日は民舞サークル「結」、北海道合唱団・ホリゾン・アートなど、多数の方のご協力を得て、内容・参加者数ともに予想を上回る大成功をおさめることができました。

「久々の緊張感を味わうことができた。」「とっても大変だったけど、成功してほんとうによかったね。」、父母たちの率直な感想です。

4. 本当にできるのか

昨年5月の「つくる会」結成以来、運動を広げるために「なんか一発大きなことやりたいね」ということが、常々話題になっていました。

「やるからには500人ぐらい集めたいね」「有名人をチャリティーで呼んでS君のお父さんのギターとジョイントっていうのはどうかな（S君のお父

さんはかつてプロを目指したという腕前……らしい）」「それなら黒柳徹子さんってどう？」……

「とにかく年内にイベントをやろう」ということで、議論を出発させました。そうして「私たちの運動は自分自身の要求を掲げた手作りの運動なのだから、イベントも手作りで『麦の子』と札幌の障害児のことをありのままに伝えられるようにしたい」ということで、劇・スライド・歌・子どもたちの遊びを組合わせた構成劇という案が固まってきました。

しかし、「障害児を抱えた父母がいつ練習するのだ」「私たちだけで何百人も集められるのか」と、父母のあいだから、当然の疑問が次々にだされ、構成劇をやるということは決めたものの、シナリオも配役も決まらないまま、どんどん日がすぎていってしまいました。当初予定していた「12月初旬」から「2月」へと上演は延期されていき、「本当にできるのか」「無理してやる必要があるのか」といった意見も出されてきました。

この間、11月には親が企画したニセコへの1泊旅行があったり、父母と職員の話し合いがしょっちゅう行われました。

「期待されながら、認可運動をやっているけど、『麦の子』内部で解決すべき問題が山積している」「ふだんから父母と職員が力をあわせようといっているけど、ほんとうにそうなっているのか」……単に構成劇のことにとどまらず、今の「麦の子」をどうするのかという話し合いがなされていたのです。

そうした話し合いを通じて「このイベントを父母と職員が力を合わせて一つのことをやりとげる場にしよう。そのために配役もできるだけ父母と職員が担って、内容もキレイゴトにおわらせず、父母・職員のぶつかりあいや『麦の子』が抱えている矛盾もリアルにだしていこう。」と結論をだしたのです。

そして、このイベントを①私たちの運動の市民へのアピールの場、②財政活動の場、③父母と職員がみんなで力を合わせる場として位置づけて、とにかく本格的準備を開始できたのは、12月も末

のことでした。

5. 日頃の思い・出来事をそのまま

「一人でいろいろ悩んだとき、子どもと二人でいるのがつらかった。名前を呼んでも聞いてるんだか、聞いてないんだか、ちっとも反応してくれないし。うちの子多動で、あっちこっち、目的もなしに動き回って落ち着きがないから、それで積木遊びを始めてみたんだけど、積木を見ようもしない。ましてやろうともしない。どうしてこんな簡単なことができないんだろうかって。」「近くに公園があるんだけど、他の子どもがいると、わざわざ自転車に乗って遠くへ出かけてたんだよね。子どもたちがたくさんいると、子どもは行きたがるんだけど、私自身が入っていけないの。だから、人のいない公園を探し回ったんだ。子どもがいる公園のそばをとおるとうちの子がその子どもたちを目で追ってるのがわかるんだ。その後ろ姿をみるとかわいそうだね。でも、人目がすんごく気になるんだよね。」

劇中、3人のお母さんが「つくる会」ニュースの発送作業をしながら、わが子のことを語り合うシーンです。この場面はシナリオを「無視」して3人のお母さんの思い出をストレートに語り合ってもらいました。「何度やってもこの場面で泣いちゃうんだよね」あるお母さんの言葉です。

劇は、子どもの誕生から、「障害児」との宣告、そして「麦の子」との出会い、母が悩みながら、父母との交流や全障研大会への参加などを通して少しずつ変わっていく姿をえがいています。盛り込んだエピソード・セリフはできるだけ事実にして、日頃の父母の思いをそのまま吐き出したものにしました。たとえば、夫婦の会話、市との交渉、「麦の子」での職員とのぶつかりあいなど。

Y君のお母さんが作詞、園長が作曲したテーマソング「この子らが太陽」もみんなで鼻をすすりながらの練習でした。（歌い終わって鼻をかんでいるお母さんの姿がテレビで紹介されてしまった、という後日談もあります。）

6. 出演すること自体が大きな勇気

「わが子に障害が」と宣言されたその日から親たちは人はいえぬ悩みや苦しみを味わってきます。

多動でちっとも目を離せない、地下鉄に乗ったとたん、サーッと刺すような視線に晒される日々、ちっとでも熱を出すと「また発作が始まるのでは」と心配になる夜、微笑かけても、反応してくれないわが子……そして将来への不安。

こんな子どもをもって、これまでならとても人前で「私の子どもは障害児です」などということは、考えられないことでした。ましてわざわざ劇にして大勢の前に「見せびらかす」なんて。

親にとってこの劇に出演すること自体が大変勇気のいることなりました。

演出家の舛井さんは、毎日園に足を運び、母の話に耳を傾け、涙ぐみながら練習する母を励まし、その勇気を引き出し、演劇経験ゼロの親たちを立派な「役者」にしてくれました。おかげで、みんな胸を張って演じることができたのです。

7. やがて当日

それまでに記者会見の様子が各新聞に紹介され、テレビ、ラジオでとりあげられ、園にも多数の問い合わせが寄せられました。100枚以上のチケットを普及した親もいました。

でも、「本当に席が埋まるのだろうか」不安は消えません。準備万端整えて会場時間を待ちます。

ふと、会場の外に目をやると、「わあ、すごい。」入り口に人だかりができています。どんどんやってきます。子連れのお母さんからお年寄りまで。開場を予定より早め、開演前に用意した300の椅子がもう満杯。会場係は管理人のおじさんに怒られながら、汗だくで椅子を運び込みます。

いよいよ、本番。オープニングは友情出演していただいた民舞サークル「結」のみなさんによる勇壮な演奏と踊り、「つくる会」山崎保興会長（北星学園大学学長）と園長の挨拶に続いて、構成劇が始まりました。北海道合唱団の歌や、スラ

イドをまじえて、熱演が続きます。会場に人が多すぎてセリフの声がなかなか通りません。後ろの席から首を伸ばして何とか聞こうとしている人がいます。舞台袖では「大きな声でハッキリと」と指示が飛びます。

そしてフィナーレ。そろいの「麦の子」Tシャツで全員が壇上に。子どもを抱っこしている母もいます。みんなテーマソングの大合唱。会場は500人を超える参加者の温かい拍手に包まれ、壇上には涙と笑顔がいっぱいです。「ヤッター」。

8. 劇を通して学んだこと

「この子らが太陽」は、この2月と8月と2回上演され、共に500名を超える方々に観ていただくことができました。

「この子らが太陽」というタイトルには、様々な思いが込められています。一見何もできない無意味な存在に見られてしまうこの子たちですが、障害を持ちつつも前向きに生きようとし、発達しようとする子ども達の姿に気づいた時、私達は、どれだけこの子達によって励まされるかわかりません。そういう意味で、この子らは私達を照らし、支え、育んでくれる太陽だと言えます。また、社会の厳しい現状の中で、ハンディキャップを持つこの子たちが、本当に輝くことのできる社会が実現する時こそすべての人達が生き生きと生きられる社会になるのではないかと。そういう意味でも、この子たちが太陽であり、また、そうでなくてはならないと思うのです。このことに、親達も、職員も、劇をとり組んでいく中で、気づき確認することができたことが、何よりも大きな成果でした。

また、多くの人に共感してもらい、励ましをいただく中で、私達のこの運動は、とても大切なことであり、今、必要とされている運動なのだとこのことを、確信することができたことも、運動を進めていく上では大きな成果でした。

9. 認可運動のこれから

現在、2,000万円目標の建設募金も800万円を越えました。しかし未だに麦の子の認可は確定的な

ものとはなっていません。公立でも、他の民間でも通園施設建設の計画があるようですが、麦の子学園でも、これまで8年間の父母等と共に築いてきた実践を無にすることのないよう、認可施設としての新たなスタートにつなげていきたいと考えております。そして、札幌のこれからの障害乳幼児の福祉や療育システムづくりにも是非参加していきたいと考えています。

当面は、募金活動を広げ、多くの市民をまき込み、市民に支えられた運動を展開していくこと、そして、これからも父母と協力して、実践を深め、行政の信頼を更に勝ち得て、すべらしい施設づくりを進めていきたいと考えております。

3 親子あそびの会の活動状況

（羽幌町役場）

野上 京子・高尾美雅子・奥山 洋美
中川富美子・船橋由紀子・熊木いづみ

1. 羽幌町の概況

羽幌町は留萌管内の中央に位置し、沖合24km地点に天売島と焼尻島を有している。（図1）

産業は第3次産業が就業人口・生産額とも約5割を占め町の基幹産業となっている。

人口は平成3年9月末現在、市街9,857人、天売600人、焼尻555人合計11,012人であり年々減少しており年間出生も89人で減少している（表1）。逆に65歳以上の人口は増加傾向にあり、高齢化がすすんでいる。

（平成3年9月末現在 65歳以上18.6%）

表1 羽幌町の出生状況

年	出生数	人口千対
63	124	10.8
1	96	8.5
2	89	8.1

「道北保健年報」より

表 5

地域の状況	保健婦の思い	具体的な動き
<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健診で再度支援が必要な中で親子の関わりがうまくいかない為発達が停滞している児がいる。 ・発達が明らかに遅れている児がいる。 ・核家族が多く他の子どもを見る機会が少ない為自分の子の発達しか見えなく保健婦と問題点を共有しづらい。 ・障害児のための療育の場がない。 ・障害児をもった親たちがつながる場がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・親子のかかわりの大切さを話しても具体的でなく実践にむずびつかない。 ・適切な助言、指導がしたい。 ・他の親子、保健婦がいるなかで児の発達や親子関係を共有できる場がほしい。 ・将来新たに療育の施設ができる見とおしはない。保育園や幼稚園に依頼、委託とするには話し合いすらにしても何をどうすればいいかわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・町にある私立幼稚園が2歳から幼稚園入園前までの児を対象に週1回2時間実施しているちびっこ教室を勧めるが将来入園するのが条件になっており利用しない児がいる。 ・町立保育園利用を勧めるが保育料が高く利用できない児がいる。
もっと保健婦で出来るところはないだろうか		

いる程度と支援の方向性をより具体的に知ることが出来るのではないかと。(表5)

(2) 現在までの流れ

- ・平成2年3月上旬
保健婦と町保育園々長で旭川市愛育センター、上富良野町役場で実施しているひよこ学級を見学。
- ・平成2年3月下旬
福祉課長、社会福祉係長、保健係長、保育園長、保健婦で開設にむけて話し合う。

現在の乳幼児健診のフォローの状況、開設にむけての根拠、週1回の開設や2人の専任保母、療育相談員の必要性等の資料を用意し開設を検討。その結果開設にむけて「ぜひとも開設したほうがいい」と意志統一することができた。具体的には6月の補正予算がついてからだだが、準備は積極的に進めるようにとのことだった。

※町在住の潜在保母を確保。途中何度か担当保母をまじえ内容について話し合った。

- ・平成2年6月
予算成立(表6)
- ・平成2年6月
はじめは、対象を、乳児健診での経過観察の児とし、訪問を通じ入会を確認していった。

表6 あそびの会予算

予算科目	平成2年度羽幌町一般会計(7月から3月までの38回分)
3款 民生費	2項 児童福祉費 1目児童福祉総務費
7節 貸金	臨時保母賃金 (有資格者) 2名×4,600円×38回=349,600円
9節 旅費	療育相談員の旅費～羽幌町職員の旅費に関する条例に基づき支給 155,000円
11節 需要費	消耗品費 42,000円
18節 備品購入費	122,000円

(15組予定中利用は5組)

- ・平成2年7月4日
親子あそびの会発足 週1回集団指導を実施。
- ・平成2年9月
対象外の児より入会希望あり、広く育児支援していく場として育児不安のある親子として会に受け入れていった。
- ・平成3年10月
道の補助制度利用決定。個別指導を週2回増やし、週3回の開設となる。保母1名増員。

4. 親子あそびの会活動状況

会のねらい

- ①親と子が一緒に遊ぶ中で親子のふれあいを深め、子どもの発達を促すことができる。
- ②会を通じ親自身が子どもの発達を正しく受けとめ、自信をもって育児ができる。

- ③会を通じ親同士が交流しあい、育児上の悩みを共感し支えあっていける。
- ④保健婦側のねらいとして親子を観察していくことで対象理解を深め、支援の方向性を検討していける。

◎集団指導

(1) 対象

- ①乳幼児健康診査などから、言語・運動・情緒などの発達の遅れがあると思われる乳幼児。（年齢は2歳～就学前だが、この限りではない）
- ②子育てにつまづきがある（子どもとうまく遊べない等）と思われる母。
- ③保育園、幼稚園に通園しているが小集団でより濃厚なかかわりが必要な児。
- ④広く育児支援を必要としている母子（その際、保健婦と面接しなぜ入会したいか等親の主訴をあきらかにする）

(2) 形式

親子もしくはその他養育者による通会形式（申込制）

(3) 日時

毎週水曜日 午前10時～12時

(4) 期間

4月から3月まで（随時新ケース受け入れる。対象により3月で退会または継続）

(5) 場所

漁村環境改善センター 2階

(6) スタッフ

保母3名 保健婦1名 療育相談員1名
（旭川市愛育センターより毎月1回）

〈役割〉（表7）

表7 役割分担

保母	①テーマ遊びの計画、準備 ②当日の遊びのリード ③当日の子どもの遊ぶ様子を観察記録（全員分） ④全体の日誌記入（保母用）
保健婦	①母子が入会するための支援 ②子どもの発達の確認（家庭訪問と併用） ③会全体のスーパーバイザー ④スタッフ間、関係機関の調整役 ⑤乳健などから言語・運動・情緒などの発達の遅れがある児の記録
療育相談員	①母子の観察、相談、助言（随時） ②会の内容について助言 ③ケース検討時のアドバイス

(7) 指導内容

10:00—10:15—10:30—11:00—11:30—11:45—12:00

集	自	は	スシ	手	こり	テ	お	手	お	帰	終
由	ま	じ	タ	と	ズ	か				り	
遊	の	の	ン	遊	ば	マ	マ	た	洗	や	あ
	あ	い	プ	は	遊	体	遊	づ		い	さ
合	び	つ	し	り	び	操	び	け	い	つ	つ
											了

- ・プログラムは動的、静的動作と共にリズム感を基本においている。
- ・スタンプ押しは1人ずつ実施。これは①持つ姿勢をつくる②先生と1対1のコミュニケーションをとる等を目的とする。
- ・おやつは、楽しみ及びマナーを学ぶ意味で実施。内容は麦茶と固形物1種類（主に果物）。
- ・乳健などから言語・運動・情緒などの発達の遅れがある児へのかかわりのめあては、毎月発達相談員来町時、カンファレンスで検討、確認している（スタッフ全員で）。

◎個別指導

(1) 対象

乳幼児健康診査などから、言語・運動・情緒などの発達の遅れがあると思われる乳幼児で集団のみではなく個別でより濃厚なかかわりが必要な児。

(2) 形式、期間、場所は集団指導に準ずる。

(3) 日時

毎週火・金曜日 午前10時～11時半
午後1時半～3時

	午 前	午 後	従 事 者
月	な し	な し	
火	個 別 1 ケース	個 別 1 ケース 終了後記録準備	保 母 2 名 (場合によって 保健婦)
水	集 団	終了後記録準備 又は カンファレンス	保 母 3 名 保 健 婦 1 名 療育相談員1回
木	な し	な し	
金	個 別 1 ケース	個 別 1 ケース 終了後記録準備	保 母 2 名 (場合によって 保健婦)
土	な し	な し	

(4) 指導内容

10:00—10:15—10:30—10:45—11:15—11:30
 13:30—13:45—14:00—14:15—14:45—15:00

登 自 あスシ 手こり テ お手 お 帰 終
 由 ター とズ ー か り
 遊 いン ル 遊ばム マ た洗 や あ
 遊 さ プ は 遊体 遊 づ い さ
 会 び つしり びび操 び けい つ つ 了

- ・対象児のめあては毎月発達相談員来町時カンファレンスでスタッフ全員で検討，確認している。
- ・原則として同じケースには同じ保母がかかわる。

◎年間計画

こまかい予定は月ごとに決めるが，大まかなのは年度はじめに決定。季節にあった遊びで，親自身もたのしめるものをベースにしている。個別指導時のテーマは，その子にあわせ，楽しめるものをベースにしている。

- 4～6月・仲間づくりをしましょう
- 7～8月・のびのびと体を動かしましょう
- 9～10月・自然の中で親しみましょう
- 11～12月・お母さんと一緒に作ってみよう
- 1～3月・寒さに負けず体を動かしましょう
- ・お話ししましょう

◎その他

- ・事故等の関係から申込書は捺印の上必ず提出してもらう。
- ・遠城寺テストは入会時，6ヶ月後，退会時を基本としているが，この限りではない。
- ・母同士の交流会は入会して6ヶ月後，退会時に実施（回数，時期については検討中）

5. 通会している児の現況（平成3年9月末現在）

現在22組通会，そのうち兄弟同伴が4組（表8）。

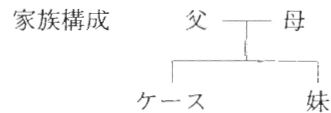
表8 対象児

	1歳代		2歳代		3歳代		4歳代		計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
対人面の遅れ					2				2	
ことばの遅れ(発音不明瞭)				1	2				2	1
精神・運動面の遅れ			1		1				2	
母子関係(育児不安)	2	2	3	4		2	1		6	8
その他							1		1	
合計	4		9		7		2		22	

6. ケース紹介

◎ケース1

T・O（S63年1月2日生） 男
 てんかん発作を伴う精神発達遅滞



①入会の動機

妊娠中は特に異常なく39週で出産。出生時の状況は，胎位～骨盤位，体重～2,560g，身長～46.5cm，頭囲～30.5cm，胸囲～31.6cm，A PS 10点であった。

町の4ヶ月健診時より体格（カウプ指数13）の面で経過を見ていたが，9ヶ月健診時ではお座りが3～4分しか続かず運動面も合わせて経過観察となる。その後，1歳4ヶ月で独歩できる。1歳6ヶ月健診では有意語1～2語で指差しはなかった。

1歳8ヶ月時痙攣がありR市立病院受診し，てんかんと診断され内服開始する。この痙攣がおきてから，それまで出ていた言語がなくなる。

母親は児の発達が後退したことや腭の面で悩んでおり，2歳6ヶ月時「親子あそびの会」開設にあわせて入会する。

②入会後の状況

入会当初から1つの遊びに集中することなく，無言で会場の中を興味のおもむくままに歩きま

わっている現状である。また、何でも口に入れてなめ、声がけに対する反応も乏しい。

母親は、食事や排泄の躰を頑張っている面も見られるが、児に語りかけたり一緒に遊んだりすることが少ない。

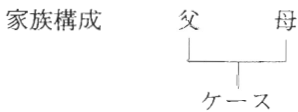
母親は、児の言語がでないことを一番心配しており悩んでいるが、児にどう接してよいかわからないようである。今後も母親の思いを受けとめ、児に積極的にかかわっていけるよう援助が必要と思われる。

		3才2ヶ月時	(7ヶ月後) 3才9ヶ月時
運動	移動動作	2才3ヶ月~2才6ヶ月	2才6ヶ月~2才9ヶ月
	手の運動	1才6ヶ月~1才9ヶ月	1才6ヶ月~1才9ヶ月
社会性	基本的習慣	1才4ヶ月~1才6ヶ月	1才6ヶ月~1才9ヶ月
	対人関係	7ヶ月~8ヶ月	7ヶ月~8ヶ月
言語	発語	7ヶ月~8ヶ月	7ヶ月~8ヶ月
	言語理解	1才~1才2ヶ月	1才~1才2ヶ月

◎ケース2

M・S（H1年8月31日生） 男

主訴～独歩ができない



①入会の動機

妊娠中は肥満・浮腫を指摘され40週と4日の満期産で出産する。体重～2,980g、身長49.5cm、胸囲～30.5cm、頭囲～32.5cm、前期破水、羊水混濁あり帝王切開でAPS9点で出生した。

母親入院中に助産婦より、母親がミルク量の計算等理解力の低さから家に帰ってからの子育てに不安があると、ケース連絡ある。

児の発達面では全体的な遅れと表情の乏しさ、自発的な活動や遊びに意欲が無い事が気になった。

1歳3ヶ月で独歩ができず、心配して道立羽幌病院小児科を受診するが、つかまり立ちをし

ているので「もうすぐですよ」と言われる。

母親の独歩が出来ない心配、育児不安と育児能力の問題にあわせ、子育てについて夫婦間での喰い違いがあり、お互いの信頼関係がくずれて来ている。

母親への育児不安を支えていくと共に、児の運動・情緒・社会性の発達を促し両親での子育ての重要性を伝えて行くためにも「親子あそびの会」を紹介した。

② 入会後の状況

母親は熱心に殆ど毎回参加してくる。しかし指導した事が行動に結び付かない等の課題はあるが、徐々に母子共に慣れ緊張しないで参加できるようになった。

児は表情が良くなり、他児や玩具（特に車）に興味が出てきたが、伝い歩きやつかまり歩きで、まだ独歩ができない。

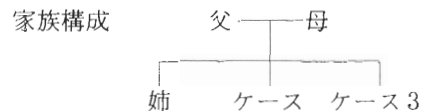
両親での子育てについては、家庭訪問でお互いの思いを表出させその課題と役割について話し合った。夫は徐々に協力してくれるようになった。

		入会時(1才3ヶ月)	6ヶ月後(1才9ヶ月)
運動	移動運動	10ヶ月~11ヶ月	10ヶ月~11ヶ月
	手の運動	9ヶ月~10ヶ月	10ヶ月~11ヶ月
社会性	基本的習慣	1才~1才1ヶ月	1才~1才1ヶ月
	対人関係	11ヶ月~1才	11ヶ月~1才
言語	発語	9ヶ月~10ヶ月	9ヶ月~10ヶ月
	言語理解	11ヶ月~1才	1才~1才1ヶ月

◎ケース3

E・M（S63年6月4日生） 男

主訴～言葉の遅れ



①入会の動機

在胎39週，双胎，自然分娩にて出生。APS9点，体重～2,170g，身長～44.5cm，出生後1週間程保育器に入るが，その後問題なく経過。

2歳11ヶ月時，言葉の遅れの心配なケースとして開業医から紹介され，保健婦が関わるようになった。言葉の遅れ以外にも多動傾向，生活習慣の自立の遅れ等がみられた。

双子で母がそれぞれに充分手をかけられない状況であったことから，言葉や遊びに関する刺激不足の解消のため，親子あそびの会を紹介し，平成3年5月入会となる。

② 入会後の状況

母もケースの言葉の遅れを気にしており開業医より親子あそびの会について紹介されていたことから，受け入れ良く，出席も良い。

ケースも多動傾向は相変わらずみられているが，入会当初よりはおさまってきた。言語発達面でののびもみられている。しかし，まだ集団にはとけこめず，生活習慣においても排泄の自立ができてない状態である。

点，体重～2,070g，身長45.5cm，出生後1週間程保育器に入るが，その後問題なく経過。

2歳11ヶ月時，言葉の遅れの心配なケースとして開業医から紹介され，保健婦が関わるようになった。言葉の遅れ以外にも視線が合わない，生活習慣の自立の遅れ等が見られた。

双子で母がそれぞれに充分手をかけられない状況であったことから，言葉や遊びに関する刺激不足の解消のため，親子あそびの会を紹介し，平成3年5月入会となる。

②) 入会後の状況

母もケースの言葉の遅れを気にしており開業医より親子あそびの会について紹介されていたことから，受け入れ良く，出席も良い。ケースは兄であるケース3より集中力があり，入会当初よりも言語数は増えているがまだ2語文はできていない。生活週間においても排泄の自立ができていない状態である。

遠城寺式テスト

		入会時(2才11ヶ月)	5ヶ月後(2才4ヶ月)
運動	移動運動	3才～3才4ヶ月	3才4ヶ月～3才8ヶ月
	手の運動	2才3ヶ月～2才6ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月
社会性	基本的習慣	2才～2才3ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月
	対人関係	1才9ヶ月～2才	1才9ヶ月～2才
言語	発語	2才～2才3ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月
	言語理解	1才2ヶ月～1才4ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月

遠城寺式テスト

		入会時(2才11ヶ月)	5ヶ月後(3才4ヶ月)
運動	移動運動	3才～3才4ヶ月	3才4ヶ月～3才8ヶ月
	手の運動	2才3ヶ月～2才6ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月
社会性	基本的習慣	2才～2才3ヶ月	2才6ヶ月～2才9ヶ月
	対人関係	2才～2才3ヶ月	2才～2才3ヶ月
言語	発語	1才～1才2ヶ月	1才6ヶ月～1才9ヶ月
	言語理解	1才2ヶ月～1才4ヶ月	1才9ヶ月～2才

7. 今後の課題

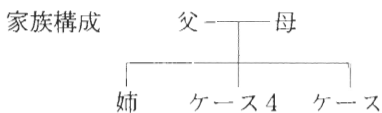
◎母子支援体制の一環として平成2年7月から親子あそびの会を開設したが，早期療育システム事業として平成3年10月より活動を開始した。システムを利用していくということは，地域療育の一端としてより専門的な機能を果たしていくということであるが，

- i) 現在漁村環境改善センターにて実施しているが専門の会場ではない。又センターの事情により他会場に移動することになるかもし

◎ケース4

D・M（S63年6月4日生） 男

主訴～言葉の遅れ



①入会の動機

在胎39週，双胎，自然分娩にて出生。APS10

れず、固定した場ではない。この様なことから地域療育のかなめとはなりにくい。

ii) 会運営には保母の力によるところが大きい
が、雇用の形態が臨時職員であり、身分が保障されない。

iii) 羽幌町内での他機関との連携や近隣町村の
関わり方をどうするか（推進会議をどうする
か）

◎幅広く育児不安の児も取り込んで実施している
が、母親交流会のテーマ、内容、運営等どのよ
うにしていくか

◎育児不安の対象児がふくれあがっているが今後
どうするか、等課題が多い。

4 オホーツク地方における 脳性麻痺児の療育

—北見赤十字病院での取り組み
その現状と課題 その1—

（北見赤十字病院小児科）

井上 秀美・三河 誠

I 緒 言

当院における脳性麻痺児との積極的関わりは、
1984年の道東唯一の未熟児センターの開設、翌年
にフォローアップのための未熟児外来、発達外来
が始められ、そのフォローアップ外来の充実化の
なかで進められた。当院の乳幼児運動療育室との
連携のもと、脳性麻痺の早期診断早期治療を積極
的に進めてきた。今回私たちは過去6年半の未熟
児センター、フォローアップ外来、乳児運動療育
室での成績をもとに、

- ①未熟児センターはCPを減少させたか？
- ②脳性麻痺児の早期診断、早期訓練の状況
- ③脳性麻痺児をとりまく地域の療育体制と当院
の役割について検討してみた。

II 未熟児センターはCPを減少させたか？

(a) オホーツク地方の新生児医療の現状

(図1, 2, 3)

図1 新生児死亡率

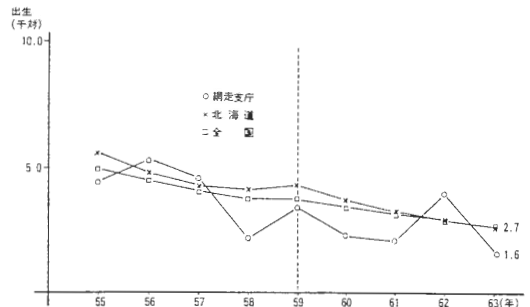


図2 周産期死亡率

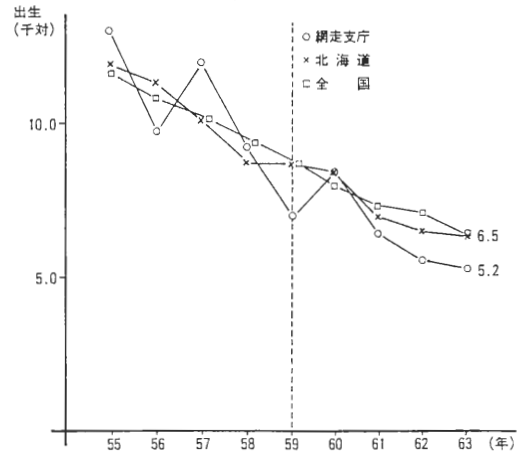


図3 1,500g未満の死亡率

体重	出生数 (死亡数)	死亡率
~ 699 g	18 (9)	50 %
700 ~ 799 g	7 (4)	57 %
800 ~ 899 g	13 (1)	8 %
900 ~ 999 g	13 (0)	0 %
小計	51 (14)	27 %
1000 ~ 1499 g	76 (3)	4 %
総計	127 (17)	13 %

北見赤十字病院未熟児センター 1984/7 ~ 1990/12

この地域の新生児死亡率、周産期死亡率は当
センター開設以来年々減少し1990年の網走支庁
の新生児死亡率は2.0、周産期死亡率は4.1であっ
た。新生児死亡率、特に周産期死亡率はその地

域の新生児医療の状態を反映するものと言われており、この地域の新生児医療は全道や全国の平均レベルより良い状況といえる。この死亡率減少の最大の要因は極小未熟児や超未熟児の死亡率の低下による。当センターにおける成績は超未熟児は51名中死亡は14名で死亡率は27%、極小未熟児は76名中死亡は3名で死亡率は4%であり、死亡率は年々低下してきている。

(b) 脳性麻痺児の発生数

新生児医療の進歩は着実に未熟児の死亡率を低下させてきたが、脳性麻痺等の後遺症の面でも改善がみられたであろうか？ 図4は、当未熟児センターに入院した児で脳性麻痺と診断された年次別の発生数である。1985年は8名と突出しているが、年2～4名の児が脳性麻痺と診断されており、7年間で総数27名であった。

図4 CPの年次別発生数

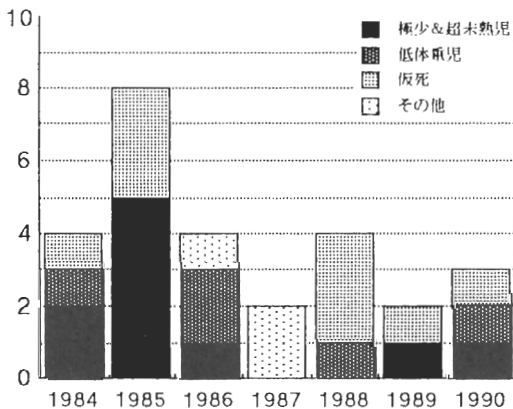
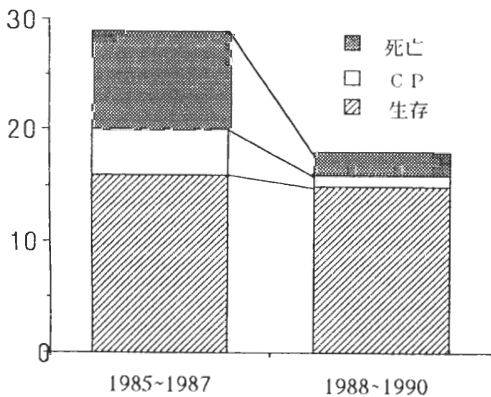


図5 前後期の超未熟児の予後の変化



脳性麻痺の発生数を原因別に1985-1987年の

前期3年間と1988-1990年の後期3年間で比較してみると(図5)、総数では14名から9名に減少し、特に超未熟児と極小未熟児において6名から2名に減少し、減少の最大の要因はこのグループの減少による。しかし、1,500g以上の比較的大きい未熟児では発生数は変わらず、重症仮死では逆に増加していた。

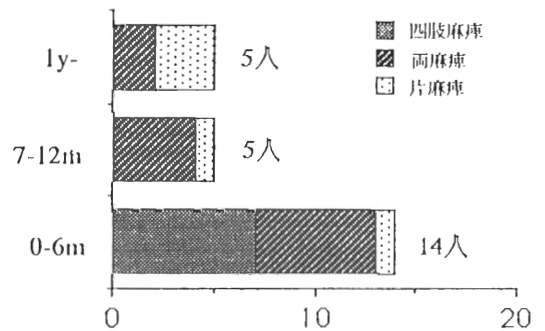
最近これら比較的大きい未熟児や重症仮死を伴った脳性麻痺の原因として胎生期に発生した脳の障害が重視されるようになってきており、これらの群で発生数に変化がみられないのはその原因が胎生期の異常による可能性が考えられる。

確かに超未熟児や極小未熟児においては後遺症なき生存(intact survival)が増加し脳性麻痺の発生を減少傾向に向かわせているが、一方では胎生期に発生した脳の障害を原因とする脳性麻痺は依然として一定の発生数を保っているといえる。

III 当院における脳性麻痺の
早期診断と早期治療の現状

(a) 脳性麻痺の診断時期(図6)

図6 CPの診断時期

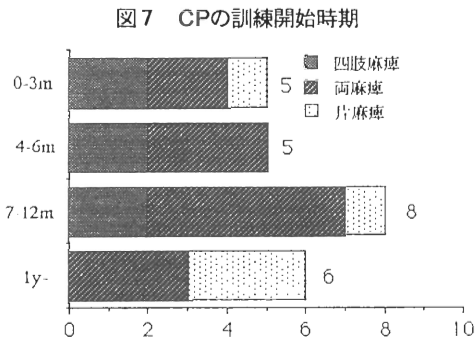


フォローアップのための未熟児外来と発達外来の体制が整った1985年以降に診断された脳性麻痺児24例について、診断時期を検討してみた。

縦軸の月齢は早産児では修正月齢とした。6ヶ月までに診断できた脳性麻痺児は14名で四肢麻痺が7名、両麻痺が6名、片麻痺が1名であった。7～12ヶ月では5名で4名が両麻痺、1名

が片麻痺であった。1才以後に診断が遅れた脳性麻痺児は5名で3名が片麻痺2名が両麻痺であった。1才以後に診断された片麻痺の児はいずれも単麻痺といって良いぐらいの軽症の脳性麻痺であった。1才以後に診断が遅れた2名の両麻痺児は1名は1,100gで出生した極小未熟児で壊死性腸炎で腹壁に人工肛門が増設されておりこのため腹臥位がとれず、発達の遅れや異常肢位に気付くのに遅れたケースであり、もう1名も1,200gの極小未熟児で四這いやつかまり立ちまでは正常発達と判断していたが、伝い歩きの時期より尖足傾向が明らかとなり1才3ヶ月で両麻痺と診断した。6ヶ月までの早期診断率は約60%であり、特に中軽症の脳性麻痺児の早期診断は難しく、今後フォローアップの課題である。

(b) 訓練開始時期 (図7)



3ヶ月までの超早期に訓練を開始できたのは5名で四肢麻痺2名、両麻痺2名、片麻痺1名でこの内4名は未熟児センター入院中に訓練を開始した。4～6ヶ月で開始したのは5名で四肢麻痺2名、両麻痺3名であった。6ヶ月までに訓練を開始できた早期訓練児は10名であり、全体の約40%であった。1才以降に訓練が開始となった脳性麻痺児は6名で5名は診断時期が1才以後に遅れたケースで、1名は出生体重650gの超未熟児で慢性呼吸障害のため入院を繰り返し訓練の時期が遅れた。

(c) 訓練コース (図8)

当院のフォローアップ外来で脳性麻痺または脳性麻痺となる危険性が高いと判断された場合

図 8

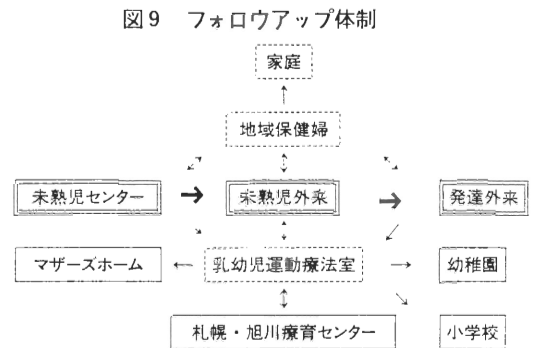
札幌療育センター母子入院+当院運動療法室通院	11名
旭川療育センター母子入院+当院運動療法室通院	2名
旭川→札幌療育センター+当院運動療法室通院	1名
当院運動療法室母子入院+当院運動療法室通院	1名
当院運動療法室通院	9名

には札幌、旭川の療育センターを受診し母子入院訓練を受けるよう勧めているが、訓練の受け方は様々であった。図はこれまでの訓練のコースをまとめたものであるが、札幌療育センター母子入院後当院乳児訓練室通院のケースが11名と一番多く、次いで札幌や旭川での母子入院を受けずに当院の通院訓練のみのケースが9名であった。当院のみ通院訓練の脳性麻痺児は大多数が片麻痺などの軽症の脳性麻痺児であった。

又1名のみであったが、家庭の事情で遠隔地での長期間の母子入院が出来ないとこの事で短期間(約2週間)の当院での母子入院訓練を行いその後通院訓練としたケースもあった。

IV 脳性麻痺児をとりまく 地域の療育体制と当院の役割

(a) 当院のフォローアップ体制 (図9)



未熟児センター退院時、各地域の保健婦へ退院時連絡表が送られ、入院中の児の状態や母親の受け入れ状況等が報告される。又北見市では保健センターの保健婦と定期的な連絡会を持ち情報交換を行っている。

退院後1才までは未熟児外来で発育、発達のフォローを行っている。発達のチェックは児の仰臥位や腹臥位での自然な姿勢、行動の観察を

中心にVojtaの姿勢反射，原始反射の状態を組み合わせて総合的に判断している。

発達が3ヶ月以上遅れている場合（修正月齢と比較して）や，姿勢反射や原始反射等に明らかな異常が認められる場合にはZKSと診断し，当院の乳児運動療法室で訓練を行いながら，さらに1～2ヶ月観察して，必要とあれば札幌や旭川の療育センターを紹介している。

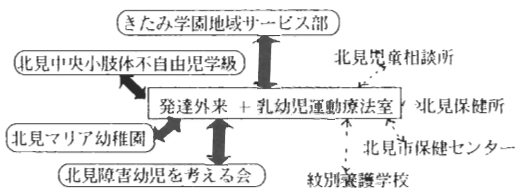
1才以降は発達外来でフォローを行っている。発達外来はPT，OT，MSW，看護婦とチームを組み，診療を行っている。

(b) フォロアップのスタッフ

毎週の発達外来は小児科医，PT，OT，MSW，看護婦が医療チームを形成して行っている。必要に応じて小児神経専門医や整形外科医と連携をとっている。現在のチームにはSTや心理士はいないが，最近以前より連携を深めていた北見市の療育施設の先生が保母的な役割を担当してスタッフに加わってくれるようになった。

(c) 地域の療育態勢と連携（図10）

図 10



最近の道の障害児早期療育システムの整備の流れの中で，北見周辺でも既存の施設の整備や新たな療育の場の設置が進められ，施設間の連携も進められている。我々も以前より地域でのそれぞれの施設との連携の必要性を痛感し，草の根的に連携を模索してきた。数年前より「北見障害幼児を考える会」に積極的に参加し，この会を通じて各施設，幼稚園，保育園，小学校との連携を深めている。今後は，いまだ緊密な連携がとれているとはいえない児相や保健所との連携も深めて行かなければならない。

V 結 語

(1) 未熟児センターは超未熟児や極小未熟児の後

遺症なき生存率を高め，脳性麻痺の発生は低下傾向にあるが，依然として一定の脳性麻痺は発症している。

- (2) 早期診断や早期療育はフォローアップ体制の充実とともに効果が上がってきているが，まだ診断や療育が遅れるケースもあり一層の努力が必要である。
- (3) 地域の各療育施設との連携は草の根的に行われてきたが，まだまだ不十分であり今後積極的に展開していかなければならない。

5 オホーツク地方における 脳性麻痺児の療育

—北見赤十字病院での取り組み
その現状と課題— その2—

（総合病院北見赤十字病院）

井上 秀美・三河 誠

I はじめに

網走支庁地区管内市町村の脳性マヒ早期発見・早期療育システムの中で，当院は第2次健（検）診機関に位置付けられていますが，療育機関には含まれていません。理学療法士（PT）・作業療法士（OT）が勤務している療育機関は管内市町村では皆無です。

このような状況の中で昭和58年のポイタ法講習会受講・昭和63年の感覚統合講習会の機会を得た事がきっかけとなり，また，小児科医の理解を得，スタッフ・施設等に問題がありますが総合病院内の療育部門として，乳幼児分野の理学療法・作業療法に取り組む事が出来ましたのでここに紹介致します。

II 療育目的の変化

便宜的に当院の療育を，年齢と療育スタイルを基に，A)早期療育，B)積極的早期療育，C)療育，D)就学と療育，E)ケア的療法と，5段階に分けて説明致します。

当院療育部門の当初の目的はA)の段階である0～1才未満の、当院未熟児センターの運動障害児に対しての理学療法と、B)の1～2才の小児科で診断が確定した、運動障害児への理学療法・作業療法を、外来及び母子入院で行う事でした。

しかし、その後の療育において、運動障害児いわゆる肢体不自由児の、住居地域に通園施設がなく、あっても十分な療育を受けられないと言うような事で、C)の段階3～6才の療育も目的としました。しかし、院内には保育スタッフがいまませんので、保育に関しては保育園・幼稚園の入園を勧め、歩行困難等で入園を拒否された児は、精薄施設北見学園の通園のグループワークを利用させていただくようになりました。

C)の段階を経過しますと、次には、地元の小学校への就学希望の児が現れ、運よく希望通りになった児の療育も行う様になり、また、訪問教育を受ける児とも係わりを持つようになりました。現在は1名ですが義務教育終了後、療育施設との関連が途絶えた肢体不自由者との係わりも持つようになり、D)・E)の段階7才以降の療育も目的としなければならない状況になっています。

III 具体的状況

平成3年9月末において、当院での肢体不自由児の療育状況は表1の()の内の数字のとおりです。今回は、その中の脳性マヒ児を中心に述べます。各段階の脳性マヒ児は、B)積極的療育開始の段階8名、C)保育・幼稚園教育と重なる療育の段階17名、D)就学と重なる療育の段階13名、E)の就学終了後の段階1名、合計39名です。A)の段階の2名は現在ZKS（中枢性協調障害）の診断ゆえのぞきます。（表1）

表1 脳性マヒ療育の現況（平成3年9月末）

A)	早期療育	(4)	※2名
B)	積極的療育	(23)	8名
C)	療育	(26)	17名
D)	就学と療法	(23)	13名
E)	ケア的療法	(1)	1名
計		(77)	41名

()内は療育児総数※中枢性協調障害2名含む

対象児39名は、男児23名・女児16名。平均年齢は6才7ヶ月。病型は、痙直型35名・アテトーゼ型2名・低緊張型1名・失調型1名です。マヒの型は、両マヒ型25名・四肢マヒ9名・片マヒ5名

対象児の住所を、アイウエオ順に述べますと、阿寒町1名・雄武町1名・音更町1名・帯広市2名・北見市20名・訓子府町1名・清水町1名・斜里町3名・端野町1名・津別町2名・中標津町1名・紋別市1名・湧別町1名・美幌町3名です。遠方の児は、2～3時間かけて母親と通って来ます。

当院の療育スタッフには、言語療法士・保母幼稚園教諭等はいません。作業療法3名・理学療法士が5名といますが、総合病院の中の療育部門ゆえ、療育分野のみが業務ではありません。療育部門の施設面積は、作業療法約20m²とけっして広くはありません。

IV 療育内容

前述の様な状況での療育内容を、大まかに説明しますと、A)の段階では、当院の未熟児センター内のベットサイド理学療法・未熟児センター退院前の1～2週間の母子入院・週1回程度の外来通院等の形態を取り、ボイタ法・子どもの接し方・遊び方・抱き方・衣服の着せ方を中心に、あかちゃん体操・ハンドリング等を行っています。

B)の段階では、ほぼ診断の告知がありますので、それを踏まえて外来での積極的な早期療育に入ります。PT・OTによるマンツーマンの外来も週2回に増え、移動能力向上・体幹伸展保・持立ち直り能力向上・上肢能力向上等のプランが施行され、症例によっては、発泡スチロールや木製の椅子・プロンボード等の製作提供も行われます。この時期には、札幌療育センターへ母子入院する児もみられ、その後の継続的療育も行います。必要とあれば札幌療育センターへの母子入院前・再入院待機期間内に、2週間程度の当院の母子入院も組み込む事もあります。

C)の段階では、PT・OTのマンツーマンの治療的対応のみではなく、当院にはない保育的集団対

応の施設利用が検討され、場合によっては当院の個別対応の量を減じ、他施設の集団対応を重視する場合があります。当院の療育内容は来るべき就学に向けて、日常生活動作・特に、歩行能力獲得向上が中心となります。

D)の段階では、外来形態が中心となり、頻度は週1～3回程度です。また、外来が途切れがちな遠隔地の児や、障害度の高い訪問学級の児の、療育プラン練り直し等を目的とした、2週間程度の母子入院が行われます。

E)の段階は、1名しかいませんが、外来が主で、時には介護している保護者の為に一時保護入院等も検討します。

V 就学児について

今ごろになりますと、就学相談の時期になり、対象児の親との対応がむずかしく、色々考えさせられることがあります。現状として、当院と関係しながら就学し教育を受けているD)の段階の13名について述べます。子ども達の就学状況は、普通学級5名・特殊学級5名・訪問学級3名です。

13名を学級形態・マヒの型・座位保持能力・移動能力で分類しますと表2のとおりです。

表2 就学中の療育児 n=13

	マヒの型	座位保持能力	移動能力
普通学級 5名	片マヒ 3名 両マヒ 2名	手の支持性利用- 5名	独歩 5名
特殊学級 5名	両マヒ 5名	手の支持性利用- 4名 手の支持性利用+ 1名	独歩 1名 杖歩行 2名 歩行器 1名 パニーホッピング 1名
訪問学級 3名	四肢マヒ 3名	保持不可 3名	寝返り 1名 背這い 2名

座位保持能力を、Lettsの分類(Hoffer分類改変)を基に、手の支え無しで座位保持可能な子を：手の支持性利用-・座位保持に手の支えが必要な子を：手の支持性利用+・座位保持不可能な子を：保持不可能の3段階に分けますと、普通学級・特殊学級の子10名のうち、手の支持性利用-は、9名でした。訪問学級の子は、全て座位保持不可能でした。

移動能力・マヒの型から見ますと、独歩可能な片マヒ・両マヒが普通学級へ、移動手段に工夫が必要な両マヒ5名が特殊学級に通っています。また、有効な移動手段を持たない四肢マヒ3名は、訪問学級となっています。なお、特殊学級へ独歩で通っている子は、聴覚障害・精神発達遅滞を伴っています。

VI 就学前児について

C)の段階の就学前の子17名を同じ様に分類しますと、座位保持に問題が無く、なんとか歩ける両マヒの子6名は表3のとおり幼稚園か保育園へ通園し、座位保持不可能で、移動手段の乏しい四肢マヒ3名は、通園施設にも通っていません。

表3 就学前(3～6歳)の療育児 n=17

	マヒの型	座位保持能力	移動能力
幼稚園 保育園 6名	両マヒ 6名	手の支持性利用- 6名	独歩 4名 杖歩行 1名 歩行器 1名
幼稚園 保育園 +通園 5名	両マヒ 4名 アテトーゼ1名	手の支持性利用- 2名 手の支持性利用+ 1名 保持不可 2名	独歩 1名 ずり這い 4名
通園 3名	両マヒ 2名 四肢マヒ 1名	手の支持性利用+ 1名 保持不可 2名	四這い 2名 寝返り 1名
通園 3名	四肢マヒ 3名	保持不可 3名	ずり這い 1名 寝返り 1名 不可 1名

幼稚園か保育園のどちらかと、通園施設へ通っている子ども達において、1名の独歩の子は、ほとんど保育園への通園が主で、通園施設へはたまに覗きに行く程度、ずり這いの子4名中3名は、ほとんど通園施設が主で、週に1回行く程度です。残りのずり這いの子1名は、アテトーゼ型で、母と共に幼稚園の通園を主とし、通園施設へはたまに覗く程度、当院外来へは週に2回とハードスケジュールをこなしています。

この17名中11名が来年就学予定です。独歩の両マヒ2名、杖歩行の両マヒ1名、四這いの両マヒ1名、ずり這いの四肢マヒ1名、計3名が養護学校の入寮を希望し、受け入れてもらえるかと親は悩んでおります。

Ⅶ 満足度・問題点

以上の様な現在の当院の療育状況のなかで、脳性マヒ児の母親に満足度を問う無記名のアンケート調査を致しました。その結果が表4のとおりです。回収率が約40%と低く問題はありますが提示致します。

表4 親の満足度（10点満点）
アンケート調査回収率39.1%

項目	平均値
療育スタッフ構成全体	8.4 n=15
職種別 医師	9.1 n=16
看護婦	8.5 n=15
ケースワーカー	8.3 n=13
作業療法士	8.8 n=13
理学療法士	9.1 n=15
施設 小児科特殊外来	8.1 n=16
作業療法	7.8 n=14
理学療法	7.8 n=16
備品（玩具・器材）	8.0 n=17
全体的療育体制	7.8 n=10
PT・OT療育回数時間	8.8 n=15
オホーツク圏療育システム	6.8 n=11
全体	(8.3)

設問は、各項目について10点を満点として問い、その点数をより向上させる為の意見を求める形としました。点数の見方には色々あるかと思いますが、各項目の平均値を基に総項目の平均を出すと、下段の（ ）に示した値8.3点になります。

その数字を下まわる主な項目について述べます。スライド下段のオホーツク圏療育システムが十分に機能しているでしょうかの間に6.8点。意見として、「肢体不自由児療育施設不足」「市町村により、役所の方で十分に理解が出来ていない為に、せっかくの療育システムも良い方に利用されていない」「地区別に分けなくてどんな所でも気軽に行ける様に」等がありました。

当院の療育施設についての満足度は如何ですか

の間に、作業療法施設7.8点、理学療法施設7.8点で、「施設が狭い」との意見がありました。

当院の療育体制全体についての満足度の間には7.8点。意見としては、「札幌・旭川療育センターへ行かずすむような充実した体制に拡張を」「通園出来ない方も受け入れるように」「電話サービスを」等がありました。

8.3点以上の項目についての意見を簡単に述べますと、「言語療法士・女性の医療ソーシャルワーカーの採用を」「全体的スタッフの増員を」「療育スタッフ間のコミュニケーション、ミーティング等が欠如しているのでは」「障害児および保護者とスタッフとの信頼関係の重視を」等の耳の痛い意見もありました。

Ⅷ おわりに

最後に、地域総合病院内で、小児科医をコーディネーターとして、医療ソーシャルワーカー・作業療法士・理学療法士という小さい療育部門のスタッフで仕事を行い、日頃思うことは次の二点です。親の希望に沿った療育支援を我々は充分に行えているのか。地域の療育施設に作業療法士・理学療法士は必要とされているのか。

文 献

- 1) 川村 博文・他：脳性麻痺児の就学準備期における理学療法士のかかわり、理学療法ジャーナル 6:364-369, 1990
- 2) 松本 茂男：シーティングシステムの実践、リハビリテーション医学 28:286-288, 1991
- 3) 高柳慎八郎（編）：脳性麻痺、第12回日本脳性麻痺研究会記録、57-65、協同医書出版社、1986
- 4) 楽 重信（編）：脳性麻痺、第7回脳性麻痺研究会記録、51-67、協同医書出版社、1981

6 恵庭市における早期発見と療育

（恵庭市中心身障害児訓練センター）

指導員 水口 克幸

1. はじめに

昭和54年にセンターが開設されて、恵庭市の障害幼児の問題を取り扱う拠点ができたことで初めて、地域として療育という問題にどう関わるかということを考えられるようになりました。それと同時に、早期発見から療育へという連携も始まりました。

恵庭市では、恵庭市地域療育推進協議会が発足してはじめて、障害児の早期発見・早期療育を目的とする確立したシステムができたという状況です。

センターが開設されるまでは、保健婦は千歳保健所と連携をとりながら、保健事業として乳幼児健診を実施していました。そこで発見されても療育につなげていく連携は、心許ないものでした。当時は、実際に子どもを療育する場が、市内の小学校・ことばの教室や地域会館を借りて、それぞれ肢体不自由児・精神薄弱児・情緒障害児・言語障害児の指導が行われていたからです。この時は、早期発見という視点よりは、療育の組織をどう整備していくか、ということに課題があったと思われます。

ここでは、療育の形態や考え方の実際ではなく、センターの概要を中心として市保健婦や千歳保健所との連携や、障害児保育の変遷を述べながら、早期発見と地域療育システムの取り組みを紹介していきたいと思います。

2. センター概要

センターの役割は大きくふたつに分けられると考えています。ひとつめは、子どもの指導を行うことです。

センター入所対象児は、0歳から就学前までです。例外的に、運動機能訓練が必要な子どもについては、就学後も在籍し訓練を受けています。今年度は、9月1日現在で57名の在籍があり、指導員5名で指導を行っています。

センター指導の特徴としては、以下の2点があげられます。

◆三領域制

センターは、聴覚・言語、関係・認知、運動・感覚の3領域に別れて指導を行っています。これは、障害名で子どもを分けるのではなく、子どもの状態に対して最適の援助のできる領域が、指導を行うということです。従って子どもの状態の変化に伴って領域も変わるということです。

◆個別指導

障害名が同じでも、子どものあらかず行動はさまざまです。そして中心課題もその子その子で違っています。当然発達援助のしかたも違っています。また、指導員の側の専門分化と高度化のためにセンターでは個別指導という形態をとっています。また、地域の療育資源との連携で一定の年齢に達した子どもは、何らかの形で保育所・幼稚園等の集団に参加しています。

表1 領域別平均在籍状況

年度	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2
聴覚・言語領域	—	—	2	9	14	17	19	15	11	17	16	14
関係・認知領域	32	32	28	23	14	15	18	14	17	17	19	30
運動・感覚領域	15	20	20	21	19	19	16	21	19	10	12	13
全 体	47	52	50	53	47	51	53	50	47	44	47	57

もう一つの役割として、障害児や障害という事に関して地域のセンターとして存在するということです。

まずは、困ったときに、いつでも気軽に相談が受けられる場所であることが大切だと考えています。また、センターでは子どもや親に対して指導を行っていますが、センターだけで問題が解決されるということは無いと考えています。そのためには、医療・福祉・教育等の関係機関との連携が必要であり、その連携が地域として子どもを支えていく療育環境になると考えています。

こういった考え方に立って、以下のような取り組みを実際に行ってきました。

◆センター内に発達相談窓口を設ける

子どもの発達について相談があった場合には、センターで初回面接を行います。各領域1名の指導員が対応し、子どもの状態の評価・親のニーズの確認・指導の必要性の有無を協議して、センター入所や経過観察等の処置を決めます。その他、関係機関とのケース打ち合せや、保健婦との訪問指導もこの窓口を通して行っています。

表2 年度別発達相談件数

年度	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2
発達相談件数	—	—	—	—	41	55	92	75	75	82	93	86

◆地域啓蒙活動

恵庭市では、早期発見・早期療育のための相談機関や療育機関がどこにあるのかを載せたガイドブックを作成しました。内容は、“発達ってどういうこと？”ということから、相談窓口案内（診断治療を受けたい時・育児上の問題がある時）や乳幼児健康診査の内容、判定や手帳の交付窓口、専門の医療機関の案内を資料に載せたものです。

これは、恵庭市心身障害児早期療育推進指導委員会の事業としてまとめたものですが、公共機関や幼稚園の窓口において市民に配布しています。

◆障害児保育

恵庭市では、市立柏木保育所で障害児保育を行っています。定員は9名で今年度は5名の子どもが入所しています。障害児保育は、センターに在籍しているケースを対象としています。障害児担当保母は、障害児3名に対して1名の加配です。入所児童については、月1回のペースでセンターと保育所とで障害児保育ケース会議を行っています。また、恵庭市にある全ての幼稚園は、障害児を受け入れています。センターに在籍しながら、幼稚園に通っている子どもは、今年度は21名です。

表3 年度別障害児保育児童数

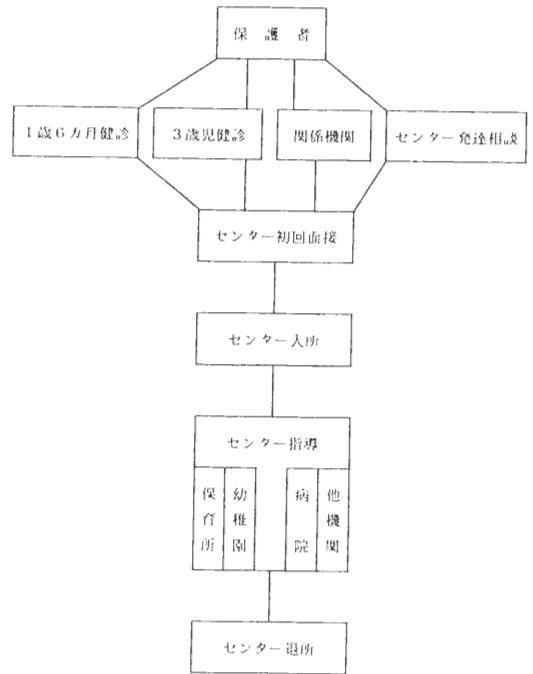
年度	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	1	2
障害児保育児童	—	7	7	4	5	7	6	2	2	3	4	6

このように、地域のセンターを志向していく中で、地域啓蒙に関しては、恵庭市心身障害児早期

療育推進指導委員会、障害児保育に関しては、恵庭市心身障害児保育協議会がつくられ地域の中の連携組織として機能してきました。また、専門医療機関との連携では、道立札幌肢体不自由児総合療育センター、北海道大学歯学部特殊歯科、札幌医科大学口腔外科、道立小児総合保健センター、市立札幌病院附属静寮院などと連携をとり、ケースの引き継ぎなどを行っています。

地域のセンターとして、もう一つ重要なことは、早期発見・早期療育体制をどう築いていくかということです。これについては、次の早期発見・早期療育というところで述べたいと思います。

図1 センター入所から退所まで



3. 早期発見・早期療育への取り組み

センターでは、昭和58年度より千歳保健所と連携し、3歳児健診に発達相談として参加しました。これにより、センターだけでは捉えきれない対象までも枠を広げることができました。しかし、早期発見・早期療育を考えると、もっと早い時期にということになり、昭和60年度より、1歳6ヵ月児健診にも発達相談窓口を設け、発達相談を実施

表4 乳幼児健診における発達相談状況

	年度	58	59	60	61	62	63	1	2	
3歳児健診	相談数	34	42	49	88	59	71	71	58	RSD 言語発達 遅滞 DA 構音障害 MR 精神薄弱 IA 自閉傾向 CLP 口蓋裂 ST 吃音 CP 脳性マヒ 運 運動障害 情 情緒障害
	面接数	7	6	8	8	4	7	5	8	
	入所数	3	7	7	4	3	5	4	9	
	入所者	RSD 3 DA 2 ST 1	RSD 3 DA 3 IA 1	RSD 1 DA 1 MR 1	RSD 1	DA 3 DA 1 ST 1	RSD 2 ST 1 運 1	DA 2 DA 3 情 1	RSD 5	
	内訳	MR 1	CP 1	IA 1 運 1		IA 1				
1歳6ヵ月健診	相談数	—	—	45	76	71	50	62	60	
	面接数	—	—	3	6	1	2	2	6	
	入所数	—	—	1	6	1	3	1	8	
	入所者			RSD 1	RSD 4 MR 1	運 1	RSD 3	IA 1	RSD 5 CLP 2	
	内訳				IA 1				運 1	

注) 入所者内訳は、診断を受けていない者も含む

しています。

◆恵庭市の乳幼児健診

恵庭市で取り組まれている乳幼児健診は次の通りです。

- ・市保健課主催 3, 4ヵ月児健診・9, 10ヵ月児健診・観察児健診・1歳6ヵ月児健診
- ・千歳保健所主催 3歳児健診

センター側は、発達相談担当職員を毎回4名派遣。受診者の状態に応じ「経過観察」・「指導の必要なし」・「他機関紹介」・「センター面接」・「保健婦対応」等の処置を行っています。各々健診終了後に保健所と市保健課の保健婦とカンファレンスをもち、発達相談記録を交換する。3歳児健診については保健所と半年に1回の打ち合せ、1歳6ヵ月児健診については、2ヵ月に1回の打ち合せを持っています。半年毎にセンター、保健所、市保健課の3者で、各々の健診について検討を行っています。(健診体制・ケース連絡・未受診者への対応等)

健診に発達相談として参加するようになってから、相談者の中でセンター入所となる子どもは、センター全入所児童の3割前後に達するようになりました。この割合が多くなることは、早期発見の成果としての児童が増えるということですが、

表5 健診発達相談とセンター新規入所の比較

	年度	58	59	60	61	62	63	1	2
センター新規入所数		17	28	21	23	18	19	14	33
3歳事後	入所数	3	7	7	4	3	5	4	9
	入所率	17.6	25.0	33.3	17.4	16.7	26.3	28.6	27.3
1歳6歳事後	入所数	—	—	1	6	1	3	1	8
	入所率	—	—	0.05	26.0	5.6	15.8	7.1	24.2
両健診事後	入所数	3	7	8	10	4	8	5	17
	入所率	17.6	25.0	38.1	43.5	22.2	42.1	35.7	51.5

表6 3歳児健診(全体)受診状況

	年度	58	59	60	61	62	63	1	2
対象者数(人)		636	630	654	607	632	568	578	659
受診者数(人)		597	547	558	509	557	521	554	624
受診率(%)		93.9	86.8	85.3	83.9	88.1	91.7	95.8	94.7
新規相談数(人)		33	30	38	63	46	46	46	36
相談受診率(%)		5.5	5.5	6.8	12.4	8.3	8.8	8.3	5.8

表7 1歳6ヵ月健診受診状況

	年度	58	59	60	61	62	63	1	2
対象者数(人)		—	—	618	618	578	593	598	573
受診者数(人)		—	—	541	580	556	579	569	567
受診率(%)		—	—	87.5	93.9	96.1	97.6	95.2	99.0
新規相談数(人)		—	—	30	49	46	28	37	33
相談受診率(%)		—	—	5.5	8.4	8.3	4.8	6.5	5.8

2・3回の経過観察を経てからセンター面接入所という処置になることも多く今後の課題の一つになると考えられます。

また、早期発見の課題として、もっと早期の乳幼児健診に発達相談としての窓口を開設できない

かということがあげられます。どのような問題に対して、どのような援助をするか検討中です。

4. 恵庭市地域療育推進協議会

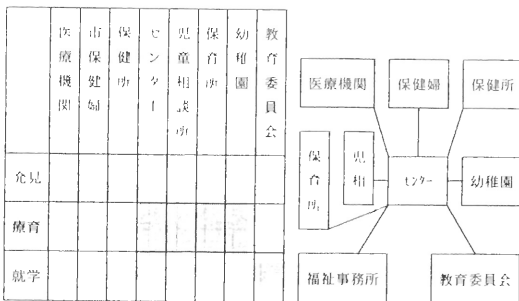
センターとして早期発見・早期療育を市の保健婦や千歳保健所と連携をとって行ってきましたが、恵庭市として早期発見・早期療育をおこなうシステム（制度・組織）作りを目指して、恵庭市地域療育推進協議会が、平成元年より発足しました。この協議会は、大きく心身障害児保育部会と早期発見・早期療育部会（仮称）よりなり、地域としてどう取り組むかということに対してのシステムの整備をめざしています。

この中には、恵庭市中心身障害児早期療育推進指導委員会が果たした役割や、恵庭市中心身障害児保育協議会の役割を包含するものとして機能することプラスアルファが期待されています。

5. ま と め

ともあれ、ここ10年を概括してみると、地域として障害児の処遇をどうするかという事から出発し、訓練センターがつくられ、障害児保育については、障害児協議会ができて保育所とセンターとの連携が開始されました。そして早期発見のために3歳児健診に参加、次に1歳6ヵ月児健診に発達相談の窓口を設け一応の成果はあげてきました。

図2 機能分担と連携



地域啓蒙活動についても、恵庭市中心身障害児早期療育推進指導委員会の活動の中でガイドブックの完成につながりました。そして新たに恵庭市地域療育推進協議会が設置となり、これらの事業の全てを包含する形で、これからの障害児に関わる問題に対処していく事になります。

センター自身の課題としては、恵庭市中心身障害児訓練センターという名称が地域としてのセンターを目指す時の障害になるのではないかとということになり、名称変更が検討されています。

7 釧路市療育センターにおける療育相談室の経緯と連携

（釧路市療育センター療育相談室）

近間 雅一・石川 宣弘

木津谷幸恵・寺田百合子

1. 療育センターの開設

釧路市においては、昭和35年開設の精神薄弱児通園施設「こぼと学園」、昭和41年開園の心身障害児通園事業「釧路市マザーズホーム」、昭和48年開設の「幼児言語指導」が窓口を異にして、共に利用者ニーズによって、それぞれが特徴ある運営をしていた。

昭和51年「こぼと学園」が老朽のため、移転新築が決定、それまでは荒々しい太平洋からわき上がってくる濃霧にまともにつつままれる小高い丘にあった。続いて「釧路市マザーズホーム」の老朽移転も含めて、52年度頃より施設集合を基本とする療育センター構想が起案された。55年度、同地に「釧路市マザーズホーム」（現、釧路市わかば整肢園）が移転新築、同時に釧路市中心身障害児療育センターが開設された。しかし、「幼児ことばの教室」は父兄の強い要望があって小学校の空教室を改築借用し、現在に至っている。療育センター構想の骨子には将来相談機能を持つことが検討された。

2. 療育相談室設置の経緯

1) 相談室誕生の契機

昭和55年度、障害者福祉都市の指定を受け心身障害者対策協議会が発足、その専門部会として「早期療育指導委員会」が設けられた。早期発見と療育をテーマ検討し、まず市民が気楽に相談の出来る「早期療育相談室」の設置が提言されました。どこに設置すべきかがいろいろ検討され、翌56年1月療育センターに設置が決定いたしました。

相談室の開設においてはポスターを作製、市内病院、歯科医院、地区会館・幼稚園・保育園・児童館その他の公共施設に掲示すると共に手引き書「すこやかな育ちをねがって」を5,000部作製、産科を中心に直接保護者に手渡してもらうよう配布依頼し、啓蒙に努めた。

しかし、専任職員の配置は困難であり相談業務は、運動関係はわかば整肢園の職員また精神関係や他の相談はこぼと学園の職員が兼任となった。2年間の障害者福祉都市指定が終了する時点で相談室はすっかり定着、相談の増大傾向にあり、療育センターの事業として専任職員を配置（60年定数化）継続することになった。相談室の医師及び心理関係は道立旭川療育センターや市立病院及び教育大学に嘱託依頼し協力を得た。

一方、相談を行うことで必然的に経過観察や短期治療の必要な子がいる訳で、運動障害（疑）の場合は心身障害児通園事業「釧路市マザーズホーム」で昭和53年より、相談事業を行っていた。その後昭和57年に通園施設の認可後も施設を活用（外来）し相談を継続したので、経過観察児の扱いは支障がなかったが発達障害（疑）の場合、精薄通園施設には余力はなく活用は困難と判断、又療育相談室においても将来方向が定まらない現状では早急に解決することは出来ず検討の結果、昭和58年5月社会福祉協議会に委託し、相談室の発達障害児短期療育の場として「ポニーの教室」を開設した。運動関係はわかば整肢園の外来利用で毎週土曜日個別指導、発達関係はポニーの教室で当初20名の集団指導を構成、6ヵ月サイクルとした。

昭和59年4月には、心身障害児施設地域療育事業（外来相談）の指定を受け、年間、下限200件以上の相談を行った。

療育相談室は障害児の早期発見を目的として誕生し、約5年間を経過したが、昭和61年4月より母子保健法に基づく4ヵ月健康診査が実施されることで転機到来の感じがした。

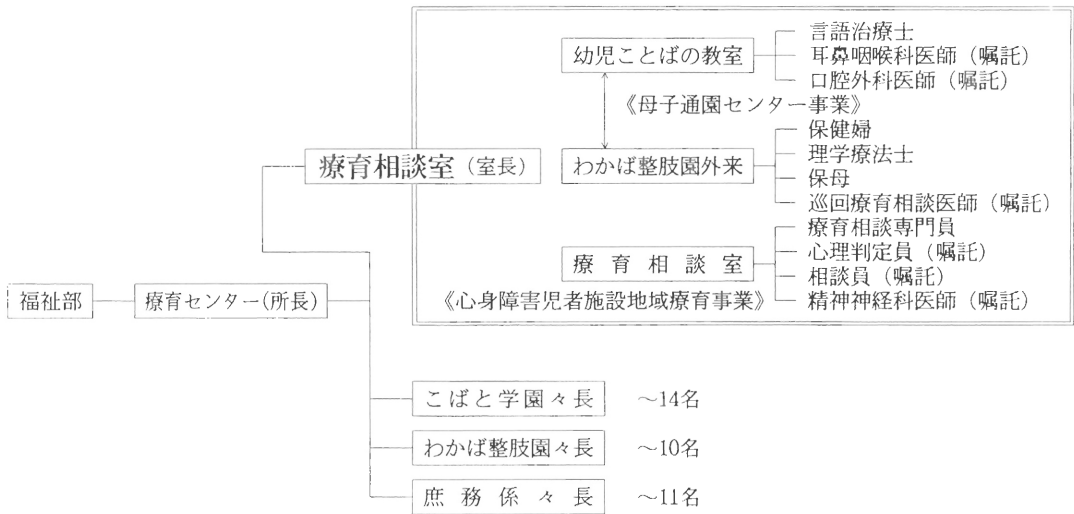
療育相談室の経緯に影響した関連事業

S 35年 4月	こぼと学園開園
S 41年 1月	釧路市マザーズホーム開園
S 48年 4月	釧路市幼児言語指導所開設
S 51年 5月	肢体不自由児学級開設
S 52年 11月	脳性マヒ早期発見治療対策全道研究集会
S 53年 4月	巡回療育相談開設
S 55年 4月	釧路わかば整肢園（改称）新築移転 釧路市中心障害児療育センター開設
S 55年 9月	障害者福祉都市指定（早期指導委員会発足）
S 56年 1月	早期療育相談室開設
S 56年 4月	幼児こぼの教室（改称）専用教室小学校に併設
S 57年 4月	わかば整肢園児童施設認可、診療室開設 療育相談室専任相談員配置（定数化60年4月）
S 58年 5月	「ポニーの教室」開設
S 59年 4月	心身障害児施設地域療育事業（外来相談）指定
S 61年 4月	4ヵ月児健診開始 釧路管内乳児発達健診
H 元年 4月	釧路市療育センター療育相談室設置
H 元年 7月	1才半児健診
H 2年 4月	母子通園センター指定

2) 療育相談室の充実にむけて（機構化）

4ヵ月健康診査・受診率80余%と高い現況から、その検診レベルの充実によって障害児及び遅延児の早期発見の場となることは歴然であり、従って、自主的な来所を目的とした相談室の形態は方向転換をする必要がある。すでに、健診の場へ職員を派遣協力し、その実態を把握している訳で、発見後の母親への対応は慎重でなければならないし、その対応の整備充実は相談室の事業であろう。加えて北海道における早期療育システム推進事業の開始があり、相談室の広域サービスは支援体制へと再構築が必要となろう。これらニーズや体制の変化に伴って相談の多様化と件数の増加傾向にあることを踏まえて、児童施設の余力に頼って来た相談室は独立し、加速的に事業の整備と充実に向けて企画推進しなければならないと思うのである。

釧路市療育センター機構図



3. 療育相談室の実績(S61年~H2年度)

1) 精神発達関係

初診疾患別では精神発達遅滞の60人(31%)、次に発達性言語障害53人(27%)が多い。紹介機関として保健婦104件(53%)が多い。初診年齢は平均2才児94人(48.2%)である。

2) 運動発達関係

運動発達遅延が92人(40.5%)と多い。

初診時や早期に確定診断をしない傾向にあるのも一つの原因であろうが、実際には殆どが正常範囲となる。このことについては次の項で報告する。

CP27人(11.8%)であるが、脳損傷群を加えると23%となる。紹介の50.6%が保健婦経由である。相談時年齢は0才児69%と早い。

3) ことばの関係

構音障害が33%で、次に言語発達遅滞27.7%である。相談室の定着によって発達障害に伴う言語発達遅滞は発達援助の方法が検討され激減した。幼・保育園からの紹介が多いのは、毎年度末に幼・保育園において、一斉スクリーニングを行うからである。5才児(43%)が多いのもそのためである。

相談実施状況

種別	診断区分	紹介先区分					計	年齢区分						計	
		保健婦	保護者	幼保園	病医院	その他		0才	1才	2才	3才	4才	5才		6才
療育相談室	精神発達遅滞	34	10	3	4	9	60		8	28	9	6	9	0	60
	発達性言語障害	37	6	3	3	4	53		13	30	5	2	2	1	53
	自閉症	6	1	0	0	2	9		1	6	0	0	1	1	9
	情緒障害	6	5	8	0	2	21		2	7	4	4	1	3	21
	その他	13	8	3	4	3	31		3	15	8	4	1	0	31
	問題なし	8	3	3	3	4	21		3	8	6	4	0	0	21
	計	104	33	20	14	24	195		30	94	32	20	14	5	195
わかば外来	運動発達遅延	61	3	0	27	1	92	72	19	0	0	1	0	0	92
	CP	14	0	0	10	3	27	17	7	1	1	1	0	0	27
	脳損傷	9	0	0	15	1	25	19	5	0	1	0	0	0	25
	染色体異常	5	1	0	13	1	20	12	6	1	0	0	1	0	20
	その他	26	3	0	27	7	63	37	16	3	5	1	0	1	63
	計	115	7	0	92	13	227	157	53	5	7	3	1	1	227
ことばの教室	構音障害	3	21	87	0	11	122	0	0	1	8	29	76	8	122
	言語発達遅滞	29	31	30	1	13	104	0	3	12	44	17	26	2	104
	口蓋裂	0	0	1	5	3	9	0	2	3	0	2	1	1	9
	吃音	2	16	16	1	2	37	0	0	8	6	11	10	2	37
	聴覚障害	0	2	0	2	0	4	0	0	0	1	3	0	0	4
	その他	11	23	57	1	7	99	0	3	12	15	19	50	0	99
	計	45	93	191	10	36	375	0	8	36	74	81	163	13	375
合計		264	133	211	116	73	797	157	91	135	113	104	178	19	797

4. 他機関との連携

主として健診への職員派遣協力であり、健診時のスクリーニングとカンファレンス参加にて経過観察児の扱いなどの調整を計る。

又、処遇決定までの短期指導や援助支援など実情把握や調整連絡、研修を目的に実務者会議、健診実施結果報告会、保健婦と相談室職員の定例連絡会議などがある。施設訪問などで子どもの観察や指導援助も行う。

職員の派遣協力事業は次のとおりである。

職員派遣業務

業務名	派遣開始	派遣者	回数	派遣先団体
・ポニーの教室 ↓ 乳児発達相談	S 58 / 5	児童指導員 専門員	4回 / 月	釧路市社会福祉協議会
・4ヶ月健康診査 ↓ 乳児発達相談	S 61 / 4	室長 長	3回 / 週	市健康管理課
・乳児発達健康診査	S 61 / 4	保健婦 T長	1回 / 月	釧路管内乳児発達健康診査業務連絡協議会（保健所） （1市1村8町）
・脳性マヒの訓練研修会	S 61 / 4	P室長 T長	2回 / 年	白糠養護学校
・ふれあい学園	H元 / 4	P室長 T長	2回 / 月	釧路肢体不自由児者父母の会
・1才半児健康診査 ↓ 幼児発達相談	H 3 / 4	専門員	1回 / 月	市健康管理課
・乳児発達健康診査	H 2	専門員	1回 / 月	中標津保健所
・2次療育圏地域療育センター巡回療育相談				釧路地域療育推進協議会

□：現在派遣要請有り

5. 連携事業の実例報告

—健診後の相談（外来）利用状況について—

1) 概要

各市町村で4ヶ月健診等を行い発達の歪みや疑問のある子どもの2次検診の性格を持つ場として、釧路・標茶保健所管内の1市8町1村で設立した「釧路管内乳幼児発達健康診査業務連絡協議会」がある。

道立札幌、旭川肢体不自由児総合療育センターより、医師派遣協力を得て、1986年4月より毎月一回健診を行った。スタッフは上記医師の他に、釧路・標茶保健所・市保健婦・療育センター相談室・児童相談所で構成されている。

健康診査においては、心身の発達を歪ませる何らかの要因を持つ子どもについては、相談室へ紹介し経過観察指導をし子どもの処遇を計ってきたが、その結果の概要を報告する。

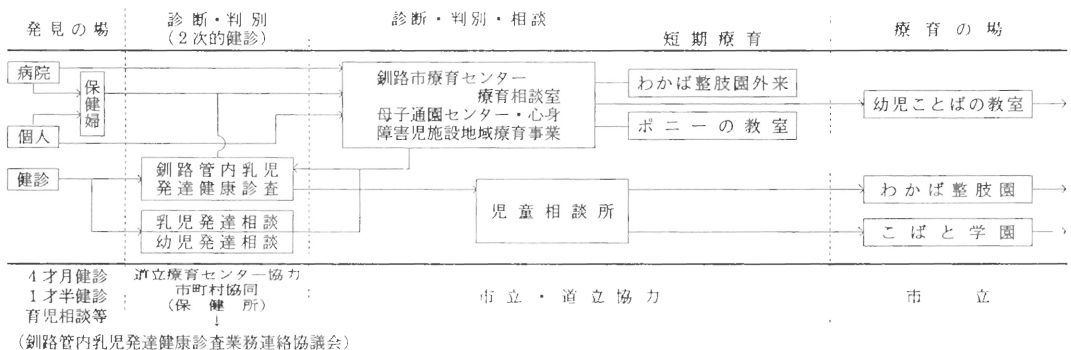
2) 利用状況について（S61年度～H2年度）

- ・健診受診児実数：240人
- ・相談室紹介児数：93人（38.8%）

で他は在宅経過後、再診で正常範囲となる。又、障害がはっきりしている場合は施設・病院へただちに紹介する。（少ない）

- ・男女の比率：男60人（64.5%）
女33人（35.5%）
- ・紹介時年齢の平均：9.4ヶ月
- ・相談（外来）機関の平均：8.5ヶ月

釧路市における発見とその後の流れ



対象児の状況

年度別		61	62	63	H元	H2	計	
受診児実人員(人)		83	46	43	41	27	240	
わかば 整肢園 外来 対象児 内容	外来利用実員	30	20	16	15	12	93	
	性別	男	21	12	9	10	8	60
		女	9	8	7	5	4	33
	年令別 (初診時)	0～6M	24	8	11	5	3	51
		7～12M	5	10	4	6	3	28
		1～2才	1	2	1	3	5	12
		3才以上	1				1	2
	地域 別	釧路市	20	11	12	7	5	55
		釧路保健所管内	7	7	4	8	5	31
標茶保健所管内		2	1			2	5	
中標津保健所管内		1	1				2	

3) 紹介時の診断名

- 脳性マヒや脳損傷群については、ただちに児童相談所からわかば整肢園への措置にて早期療育の体系に添うべきかも知れないが、特に母親への心理的配慮から外来利用し、子どもの問題を理解してもらう。その期間はおよそ3ヶ月未満である。
- 運動発達遅延は、61人(65.6%)で、ほとんどが短期間に正常範囲化するが、経過後確定診断しても、子ども発達に支障がなく、むしろ育児不安支援がスムーズに行く等ケースによって慎重な配慮が必要である。

紹介時の診断名

C	P	Z	K	S	頭蓋内出血、他	ダウン症候群
8		2			7	1

運動発達遅延	その他	計
61	14	93

4) 運動発達遅延児のその後の変化

初診に運動発達遅延と診断された61名について、利用期間及びその後の診断は次のとおりである。

- 初診平均年令：6ヶ月
- 正常範囲と診断された45名(73.7%)の外来利用平均月数：4ヶ月12日

脳性マヒ3名が出現しているが、初診時(4ヶ月健診経由)病的像が見られたが、先に述べたとおり配慮されたケースである。

発達障害の10名(16.4%)は1才半前後に明らかにした。

運動発達遅延児のその後の診断

初診診断名	外来利用期間				その後の診断	
	0～6M	7～12M	1～2年	2～3年		
運動発達遅延	34	11			45名	正常範囲
	1	2			3名	CP
	2	4	3	1	10名	言語・精神発達遅延
	2			1	3名	その他
計	61名	39	17	3	2	61名

5) 確定診断とその処遇について

確定診断と外来利用期間との関係は成立しない。それは診断と同時に処遇が決定されることはなく特に広域な利用状況では、その地域に何らかの療育の場がなければ自然在籍のまま経過していくからである。時には他施設に母子入院で、退院後又利用する。又市内在住の場合でも、体虚弱のため病院の入退院を繰り返し、通園施設への通園ができない等の理由で本来短期間療育の場であるが新たな問題も発生した。

処遇先区分のその他は上記の子ども達が点在及び転出、死亡等である。

発達障害児の場合は、1才半すぎても歩かない理由からわかば整肢園に措置、後歩行し発達の遅れが主となったことから隣接のこぼと学園へ措置変更していく。

利用期間と処遇 (S61～H2年度)

確定診断名	外来利用期間				処 遇 先				
	0～6M	7～12M	1～2年未満	2～3年	わかば措置	こぼと措置	外来継続	幼保・保育園	その他
C	11	4	4	2	1	6		3	2
P	9	4	1	3	1	5		1	3
頭蓋内出血その他	11	3	3	4	1		3		4
言語・精神発達遅延	1			1					1
ダウン症候群	11	7	2	2		3	1	1	1
その他	1					1			5
運動発達遅延	49	35	11	3					
正 常									
合 計	93					15	4	5	6

6. 今後の課題

療育相談室の今後の主な事業と将来の方向への模索では下記のこと重要となろう。

- すべての子どもの発達相談指導機能と診断・判別機能を充実し、必要な専門職の確保と育成。

- 2) 健診における要観察児及び母親に対する適切な指導と短期療育の場の設立と充実。
- 3) 関係機関の事業に対する広域な職員派遣協力。
- 4) チームによる家庭訪問指導及び施設訪問支援。
- 5) 関係機関との連絡調整及び子どもの適切な処遇の協議決定機関の組織化。（地域療育ネットワーク）
- 6) その他専門研修の実施と支援。

これらは、釧路市総合計画において提起されている。

8 静内地域における早期療育

（静内児童養育相談センター）

鶴田 剛

はじめに

静内地域における早期療育は、精神薄弱児施設「静内ペテカリの園」が地域療育事業として外来相談や巡回療育相談の「ひよこ学級」、母子短期入所などを積極的に行ってきたことにはじまる。

この間、ひよこ学級の親が中心となった「心身障害児訓練機関の設置を望む親の会」の通園施設設置要望の運動があり、また道の地域療育システム推進事業によって平成元年12月に市町村母子通園センターとして「静内児童養育相談センター」が開設された。平成2年10月からは国の心身障害児通園事業となっている。

本報告は当センターの概要とこれまでの経過から、地域における通園施設、さらに早期療育のあり方について考察する。

1. 静内児童養育相談センターの概要

- ①設置主体 静内町
- ②運営主体 社会福祉法人静内ペテカリ

- ③開設 平成元年12月1日
- ④所在地 静内郡静内町海岸町1-4-1
（平成4年2月、静内町こうせい町2-8-14に専用施設完成予定）
- ⑤職員 専任3名（ST・保父・保母）
兼任1、嘱託医2、嘱託PT1
- ⑥第1次療育園エリア
エリアは静内、新冠、門別の3町であるが可能な範囲で他町からも相談として受け入れている。

2. 事業の概要

①母子通園事業（静内町委託事業）

ことばや行動、精神的な発達、運動発達等に障害、遅れや心配を持つ児童を対象に母子通園によりグループあるいは個別の指導、訓練、親への相談等を行う。

②家庭児童相談

（社会福祉法人静内ペテカリ付帯事業）

障害の確定できない段階や疑いの状態、また家庭における児童の養育上の悩み、心配事全般について相談を受け、具体的な援助をする。いつでも気軽に相談できる場であることをめざしている。

③日課・プログラム

開設は月～金曜日の週5日で表1のようなプログラムとなっている。

午前と午後の2部になっており、午前は比較的年齢の低いケースが中心で、午後は幼稚園、保育所に通園しているケースが中心になっている。一部学齢児童も個別指導中心に受け入れている。

1回の通園児童は4～5人となっている。

表1 日課・プログラム

	時間	内容
午前	9:30～10:00	登園 自由遊び 一部個別指導
	10:00～11:30	おあつまり、グループ指導、個別指導 個別面接相談、発達検査等
	11:30～13:00	昼食（食事指導）
午前	13:30～13:50	登園 自由遊び 一部個別指導
	13:50～16:00	おあつまり、グループ指導、個別面接相談、発達検査等
午後		（水・木は個別指導のみ 13:50～14:50）
	16:00～17:00	個別指導 15:00～16:00

④指導形態

グループの障害別分類はせず混合としている。また、グループメンバーも固定せず、いろいろな

母親同志のかかわりができるようにしている。

ケースの状況に合わせてグループ指導と個別指導を組合わせており、表2にその形態を示す。

季節の行事をほぼ月1回行っており、表3にその概要を示す。全体が集まるような行事は父母の会との共催という形をとって父母の協力を得ている。

保護者との面談は随時行っている。個別の指導計画は保護者との話し合いによって作成し、センターにおける母親の役割、家庭での動き方などを具体的に決めている。

表2 週の通園回数及び形態分類

グループ指導（時間的な個別指導含む）				
1回	2回	3回	5回	月1回
9	4	4	2	2

個別指導	グループと個別組み合わせ		
1回	グ1個2	グ1個1	グ2個1
1	1	5	5

表3 年間行事

4月	関係機関訪問
5月	家庭訪問・花見・遠足(P)
6月	ハイキング(P)
7月	七夕・ふれあい広場・海遊び(P)・キャンプ合宿
8月	プール遊び(P)・夏休み
9月	ノーマライゼーション交流運動会 バス旅行(登山)
10月	ペテカリ祭・マラソン大会・くりひろい(P)
11月	父親懇談会
12月	クリスマス会・冬休み
1月	バス旅行(そり遊び)
2月	節分(P)・そり遊び(P)
3月	ひなまつり・終了式

(P)は平常のプログラム内で実施
 ＊その他、親子劇場などへの参加推進 ＊父母の会例会(月1回)
 ＊静内地域療育推進協議会ケース部会(母親教室・ケース会議)(月1回)

⑤肢体不自由児巡回療育相談

肢体不自由児の運動機能訓練については、専門的な技術が必要なため、札幌肢体不自由児総合療育センターの協力により、2ヶ月に1回医師、理学療法士を招き、巡回療育相談を実施している。(年1回は移動療育センターとして実施)

この巡回相談は療育センターの外來窓口の延長ではなく、センターや地域関係職員への指導の場として行っている。

⑥児童相談所の巡回相談等

通園ケースについてはほぼ全員巡回相談を受け

ている。関係ケースの受相の際には同伴し、指導を受けている。

特殊教育センターの巡回相談にもケースに同伴し指導を受けている。

⑦関係機関とのかかわり

地域関係機関のネットワークを図1に示す。

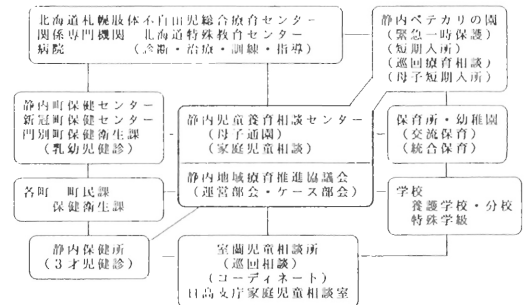
保健婦とは日頃からできるだけ密に連絡をとるようにし、静内地域療育推進協議会ケース部会として月1回ケースの経過を報告とケースカンファレンスを行っている。またこのケース部会では保健婦が主になって母親教室を実施している。

保育所、幼稚園等にも定期的に経過を報告するとともに情報交換を行っている。

静内ペテカリの園は母子短期入所、短期入所等による連携の他職員の協力関係も密になっている。

また、療育センターをはじめ各専門機関、病院、特殊学校等とはケースの通院に同伴して指導を受けるなどの連携をとっている。

図1 静内地域関係機関のネットワーク



⑧静内地域療育推進協議会

運営部会とケース部会があり、入所の判断を判定会議で実施している。

運営部会は年1～2回実施、全体的な運営に関する事柄の協議を行う。

ケース部会はセンター職員、保健婦、関係機関のケース担当者を主なメンバーとして母親教室とケース検討会を月1回実施している。

⑨通園の状況

平成3年12月1日現在の登録人数は35名で表4～6にその概要を示す。

表4のボーダーラインはことばの遅れ、自閉的傾向等があったが回復し、現在軽度の遅れはある

が普通学級1年に在籍する4名であり、低年齢の軽い遅れのケースはことばの遅れに分類している。

数的には現在学齢児が多くなっているが、学齢児は個別指導が中心となっており、指導に要する時間は乳幼児中心になっている。

表4 主症状別内訳

肢体不自由	6	精神発達遅滞	8	ことばの遅れ	6
視覚障害	3	ボーダーライン	4	正常範囲	1
自閉的傾向	5	未熟児	1	聴	1

表5 年齢別内訳（～才児年齢）

0才	2才	3才	4才	5才	6才以上	合計
1	4	11	2	6	11	35

表6 地域別内訳

静内	新冠	門別	計
26	6	3	35

3. 静内児童養育相談センターのめざす早期療育と課題

①家庭児童相談の充実

障害に限らず児童の養育上の問題全般に対して相談を受け、地域の児童の健全な育成をめざす。表7にこれまでの家庭児童相談の内容を表す。児童の養育上の問題は今後増加することが考えられ、身近な地域に気軽に相談をする場があって、かつ具体的、専門的な指導、援助が受けられるようになることが必要であり、通園施設が療育技術を生かしてその役割を担うことが必要と思われる。正常範囲の子の問題にも取り組むことが早期療育にとっても重要な意味をもつと思われる。

表7 家庭児童相談の内容と数

主 訴	1回のみ	数回相談	通園に結びつく	合計
ことばの遅れ	4	6	7	17
吃音	3			3
自閉的傾向(こだわり)		1		1
対人関係がうまくとれない	3		1	4
全体的な遅れ、境界線	1	4	6	11
肢体不自由	1	3		4
運動発達の遅れ、尖足歩行	1	3	1	5
登園拒否	1			1
精神的不安定	2	1		3
家庭環境全体	1			1
視覚障害			1	1
合計	17	18	16	51

*障害がはっきりしていて最初から通園を希望したケースは除くが、数回相談後通園になったケースは入れている。エリア外からは相談として受入れ。

また、軽い遅れや障害の確定できない段階（含親が認めていない段階）、疑いのある子、当センターにかかわってはいないが、保育所、幼稚園でちょっと変な子と言われるような子が増えてきており、このようなケースへの対応が必要になると思われる。

このためセンターは「障害の子が行く所」というイメージを持たれないよう、パンフレット等には「障害」「療育」といった文字を入れず、地道な広報活動を展開する。

また通園希望でも、手続きなどの制約から通園待機にならないよう、即受入れるための窓口としての意味もある。

②どのような障害でも受入れ、適切な対応ができることをめざす。

地域においては専門的な療育機関も少なく、地域の通園施設ではどのような障害や問題でも受け入れることが望まれる。職員はどのような問題に対してもある程度の対応ができることが必要であり、日々の療育内容の充実をめざして研鑽を積むことが必要だが、できない部分は関係機関との連携をとることが重要になる。

また開設以来、障害別の分類をせず混合のグループで療育を行っているが、子どもにとっても母親にとっても良い面が多い。軽いことばの遅れの子と重度、重複障害の子も相互に影響しあうことがある。親同士にとっても違う障害の子の子育てを知ることによって学ぶことも多いようで良い関係ができています。

個々の訓練課題については療育プログラムの中で柔軟に個別の時間をとるようにしており、個別とグループ指導の組み合わせも効果的である。

③家族援助、兄弟のかかわりを大切にする。

母親の状況にも敏感に気を配り、いつでも話しを聞き、話し合いをできるだけ多くする。療育の中では母と子の遊びを多くし、職員は遊びの方のデモンストレーションや調整を行うようにしている。プログラムの内容や活動のねらい、子どもの状況はできるだけ丁寧に母親に伝えるようにし、個別の指導計画は母親と相談の上作成する。セン

ターでの母親の動きや家庭での目標などをきめることで母親自身が主体的に療育を出来るように援助することが重要と考えている。

障害児がいることによって兄弟に影響がでて問題となるケースがあり、それが母親の不安定につながり、悪循環になっていることも多い。これまでにあった兄弟の問題の例を表8に示す。兄弟も積極的に療育場面に入れ、母子関係の改善を図ることやストレス発散させることに、兄弟が良いモデルとなっていくケースもあり、重要な家族援助と考えている。

表8 兄弟の問題点とその変化等

問 題 点	対 応 や 変 化 等
極端な引っ込み思案、場面緘黙	徐々に改善、母も安心。
多動、自己統制がきかない、チェック	母、先取り多く手のかけすぎをやめるようにしてから落ち着く。
表情がない。かまってもらえない。	表情がでてきた。ことばがでてきた。
おさえられている。ねばけが強い	改善。母妹にも良くかかわっている。
おさえられている。姉の訓練の邪魔をするなど反抗。指しゃぶり	改善。姉ともかわりを持つ。母も安心。対象児への対応も良くなる。
甘えが足りない。統制がきかない。	少し改善
人見知り強く、母から離れない。	センターでは離れられるようになる。
きかない。自己主張強い。	落ち着き、母もイライラ少なくなる。

④軽度児の療育に積極的に取り組む。

ごく軽い遅れ、ことばの遅れ、対人関係がうまくとれない、多動、注意集中困難、軽い自閉的傾向、学習障害、ボーダーラインあるいはグレーゾーンなどと思われるケースが多くなっている。数回の相談や退所ケースも含めてこれまでのケースの概要を表9に示す。

表9 軽度の遅れ等のケースの概要

初回時年齢	症 状	対 応	経 過
2：1	ことばの遅れ	グループ療育、S T	幼稚園入園後改善中
2：2	ことばの遅れ	グループ療育	改善 幼稚園入園時退所
2：0	ことばの遅れ・過敏	グループ療育 母相談	過敏さは残るが知的には正常
2：4	ことばの遅れ	グループ療育	改善 退所
2：3	ことばの遅れ・多動	グループ療育・個別	発語増加・継続中
3：4	ことばの遅れ・多動	グループ療育・個別	改善・継続中・構音不明瞭
3：0	ことばの遅れ	グループ療育・S T	改善・継続中
5：1	精神発達遅滞・多動	グループ療育・S T	改善・継続中・普通学級
5：3	自閉的傾向・多動・構音障害	グループ療育・S T	改善・普通学級
4：9	ことばの遅れ	グループ療育・S T	改善・継続中
5：8	学習障害？	個別指導	改善・継続中・普通学級
6：1	精神発達遅滞・多動	グループ療育・S T	少し改善・継続中・普通学級
4：7	こだわり・過敏	グループ療育 母相談	改善・相談継続中

母子関係の改善、家庭での養育方法を変える、言語理解を促すような遊びを多くするなど早期に対応することにより問題が少なくなるケースもある。また学齢時のニードもあり学習指導なども行っている。このようなケースは親の認知など複雑な問題があることが多いが、早期の対応によって変化するケースもあり、積極的な療育が必要と思われる。

(5)重度・重複障害への対応

運動機能訓練面については札幌肢体不自由児総合療育センターの巡回指導、ケースの通院に同伴するなどして研修を積みながら実施しているが今後もっと充実させたい。

運動訓練面だけに偏らず、精神面、情緒面などの発達を促すことも重要なかわりと考えている。

(6)関係機関との連携

それぞれの機関との連携はケースを通じてできるだけ出向いて報告をすることや文書にして連絡をとるようにすることが必要と考えている。

月1回、関係機関とのケース会議（静内地域療育推進協議会ケース部会）は保健婦、各機関の担当者がケースについてカンファレンスを行っているが、ケースについて各機関のかかわり方の整理や方向づけができ、担当者の研修の場としても重要な意味がある。

新築される建物は児童館に併設されるので合同プログラムや相談窓口など一般の児童への理解を

深めることなどについて機能連携をとることが課題となる。

⑦ホームヘルプサービス～今後の課題として

通園児が何等かの理由で長期的に通園できない場合や地域の中で通園が必要と思われるが地理的条件や家庭的条件、親の認知の程度などによって通園にはつながっていないケースがあり、保健婦や保育所などが主にケアをしているが、そのようなケースに対しての家庭訪問療育、保育所訪問療育などの充実が必要と考えられる。

ショートステイについても親の休養ケアも含めて、静内ペテカリの園との連携や特定の家庭でのショートホームステイなどにも取組んでいきたい。

⑧静内地域早期療育システムの構築

乳幼児健診との連携を密にし、早期発見からの療育システムをつくっていきたい。

また静内ペテカリの園を日高管内の第二次療育圏地域療育センターとしての関係機関のネットワークを充実させ、児童の療育問題をも含めて、健全な児童育成がなされるような行政的にも整った早期療育のシステムを築いていきたい。

おわりに

当センターは開設から2年弱であり、まだ充分な実績も伴っていないが、地域の通園施設として地域に根ざした療育活動をしていきたいと考えている。

通園する児童への療育内容の充実をめざすとともに、健常児も含めて児童の問題全般に対しても相談等を通じて、地域の児童が健全に育っていくために何らかのサービスができるように努力していきたい。

9 稚内市における早期療育システムづくり

（稚内早期療育推進委員会）

駒澤裕子

1. 稚内市における早期療育の現状

稚内市では平成2年度からそれまでそれぞれで行っていた療育活動を一つにまとめ、新たな事業として稚内市から早期療育推進委員会が委託を受けて心身障害児通園事業を行っています（参考資料別紙）。まだまだ整備していかなければならない課題はありますが、成果もたくさんあります。

成果の第1は、なによりも子どもの発達と成長に不安を持つ多くの親に対し、具体的援助と助言の場を提供することができたこと、第2は、稚内市の関係機関にとどまらず、旭川児童相談所稚内分室、稚内保健所、稚内養護学校などの道立の関係機関、私立幼稚園などの民間の機関との早期療育システムと人的ネットワークが確立され始めたこと、第3は、専任職員のよりいっそうの充実など市民の願いに応える通園事業にふさわしい体制の確立に向けてより本格的な事業展開に必要な社会資源の創出の課題が実践を通して明らかになったことがあげられます。

各関係機関との関わりの状況について少し触れますと、稚内保健所の保健婦、稚内市の保健婦の方が月1回程度の割合で定期的に療育に参加し指導・助言を行っています。また、旭川児童相談所稚内分室の判定員は療育プログラムの作成および指導内容への助言、さらに月1回の割合で早期療育の指導員を対象に研修会を開催し、実際の療育の場面にも月2～3回参加しています。このほかにも市の家庭相談員は月1回の「はまなす学級」（運動・感覚の発達に遅れや障害のある児童を対象とする）に参加。また、稚内養護学校の教員も療育プログラムの作成や事務局を担当してこの事業全般に携わっています。このことはとにかく、

この事業を今必要としている児童がいることは紛れもない事実という現実から出発した、「ないないづくしのなかでもやらなければならない早期療育」というところで職種を越えた共通の意識で結ばれていえるのではないかと思います。

2. 課題と今後へ向けて

では次に、今後の課題についてまとめてみたいと思います。第1は、今後ますます増大する早期療育事業に対する市民の期待と願いに応えるためにも

- (1) 専用の療育センター的建物の確保
- (2) あらゆる障害に対応できる療育スタッフの確保

が早急に求められます。これらのことに関して実際の療育現場での悩みはたくさんあります。ここでその一つ一つについては触れませんが、なんでこんなことだという日常の細かなことから根源的なことまで実に悩みも様々です。しかし、こうした要求は決して実現不可能なことではないと思っていますし、実践をすすめていきながらあらゆる機会に粘り強く要求し実現させていくつもりです。

さて、第2に、この様な福祉的分野で活躍する次の世代の養成がおおきなそして長期的な課題です。今日の福祉はどちらかというと高齢者福祉のみに焦点があてられがちですが障害をもった子どもたち、あるいは障害をもちそうな子どもたちに対する福祉も21世紀を豊かに迎えるためには極めて大切な営みであり、そのための人材養成は文字通り急務であると考えます。このことは今現在こうした分野に関わっている私たちが声を大にしてその必要性を訴えていかなければならないことだけは確かなことなのです。このほかにも推進委員会への委託事業であることのデメリット（地域療育システムの要となり、関係機関の連携において中核的な役割を果たす人が是非とも必要だが、行政の中でその役割を自覚して担う人がいない）やまだまだ地域の関係者が同じ問題意識をもって行動できてはいないなどシステムづくりから一歩すすめて、そのシステムをフルに活用していくため

にも関係者が横の繋がりを強めていくための学習会、懇談会を充実させていくことが必要です。また、親へのこちらからの一方的な援助のみではなく、その中で親自身が主体的に子どものことを考え、その権利保障のために要求を出し、自分だけではなく他の親をも高めることのできる親に成長できるように支援していくことも、この事業の今後の発展・充実を考えるならば、これからこころして取り組んでいかなければならないことの一つでありましょう。

3. まとめにかえて

この稚内でも様々な機関で取り組みがすすめられてきています。今後は国と道と各市町村が義務教育と同様に財源を負担し、人的、物的条件をととのえたくうで、民間の協力も得つつ、創造的な取り組みをしていくことが切に望まれるところであります。財源の確保と専門職の養成が大きな課題です。専門職を養成するだけでなく、それぞれの専門性をさらに豊かにしていくためにも労働条件や待遇の改善、自主的な研修の保障は是非とも必要です。障害の早期発見をしても、対応する制度や機関がないために、かえって深刻な状況をつくり、父母が苦境に陥ることのないよう、どこまでもひとりひとりの子どものために力を尽くす行政や制度の在り方を追究し、そのために皆で必要な法律や制度を粘り強く要求していくことが必要です。

さて、今までどちらかというところ事務局員という立場からあれもやってほしいこれもまだまだ不十分ということばかり書いてきたように思います。でも、この事業が本格的に始ってから1年と6か月ということを考えてとき、やはり率直に稚内市もがんばってはいるんだなと思います。この10月からは国の事業にもなりました。このことについても市の福祉事務所が中心となって国の事業へもっていくために大変努力をしてくれました。また、専用の施設についても前向きに対応してくれています。やはり行政がやる気になるということは大きな力です。この稚内のように地理的にも恵まれず厳しい自然環境にあっては市の職員やこの事業

に関わっている人々の熱い思いをエネルギーにす
ずめていくしかありません。この事業が必要とされ
その果たす役割が重要になればなるほど行政の
暖かくそして豊かな支援が必要となります。稚内
市と早期療育推進委員会、縁あって委託し委託さ
れたこの事業を共に育て、共にいっそう充実した
ものにしていきたいものです。

〈資料〉

稚内市心身障害児通園事業
平成3年度
事業計画書

1. 事業の目的

この事業は、運動面、精神面あるいは感覚面の
発達が遅れていると思われる児童に対する福祉の
充実を図るため、通園により日常生活における基
本的行動様式の確立、集団生活参加の訓練と、家
族への必要な指導、助言を行い児童の豊かな発達
と福祉の増進を図ることを目的とする。

2. 事業の概要

- (1) 実施主体 稚内市
- (2) 運営主体 稚内早期療育推進委員会
- (3) 通園施設

この事業を行う施設は次の通りである。

稚内市大黒3丁目

稚内市身体障害者福祉センター*

稚内市大黒3丁目

稚内市勤労青少年体育センター

稚内市港4丁目

稚内市港小学校「ことばの教室」

* 事務局所在地

- (4) 対象児童

通園施設において訓練を受けることができるも
のは、心身に障害を持つ児童であって、通園によ
り指導を行いその効果が得られると認められる児
童とする。

- (5) 開園日

日曜日および国民の祝日を除き週6日とし、そ
れぞれの児童の通園の回数および指導時間は、障
害の種類および程度に応じて定めるものとする。
ただし必要に応じ、休園することができるものと
する。

3. 事業の内容

- (1) 学級編制および児童

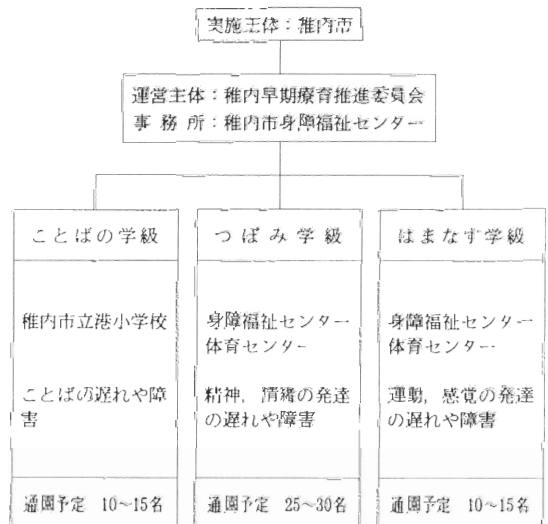
この事業は次の学級を編制し、児童の障害の程
度、種類等によって適宜適切な学級に所属させな
がら、職員およびその他の関係機関の職員等の協
力を得て療育に当るものとする。

ア「ことばの学級」主としてことばの発達の遅
れや障害を持つ児童の指導に当る。

イ「つぼみ学級」主として精神発達、情緒発達
の遅れや障害を持つ児童の指導に当る。また
運動発達、感覚発達の遅れや障害を持つ児童
の指導も行う。

ウ「はまなす学級」主として運動発達、感覚発
達の遅れや障害を持つ児童の指導に当る。ま
た精神発達、情緒発達の遅れや障害を持つ児
童の指導も行う。

〈組織図〉



(2) 指導計画

ア 基本週日課（つぼみ・はまなす）

	月	火	水	木	金	土	
9:00	職員打ち合わせ				職 員 研 修 会 議 日	職 員 打 ち 合 せ	
9:20	低 年 令 集 団 療 育	年 長 児 集 団 療 育	7	低 年 齢 集 団 療 育			13
			8				14
12:00			9				15
13:00	1	4	園 児 集 団 療 育	10	教 育 相 談		
	2	5		11			
	3	6		12			
15:40	記 録 整 理						
17:00							

* 1～15は個別療育（一単位時間40分）

*低年齢集団療育（月・木）～1・2・3歳のつぼみ学級の幼児を対象とし、親子のより良い関わり方、遊び方を学んでもらう集団療育。

*年長児集団療育（火）～幼稚園・保育所に通っていない4・5・6歳のつぼみ学級の幼児を対象とし、子どもどうしの関わりの中から自発性・社会性の発達を促す集団療育。

*通園集団療育（水）～幼稚園・保育所に通っているつぼみ学級の幼児を対象とし、子どもどうしの関わりの中から自発性・社会性の発達を促す集団療育。

*職員会議・研修日（金）～各学級の運営に関する打ち合わせおよび療育に関するすべてにわたる検討を行うとともに、療育対象児の事例研究などの研修を行う。

*療育相談（金）～児童の療育に関する保護者からの相談に応じる。

イ 指導者および指導の場所

*個別療育1～15については、専任B、専任Cまたは専任B・Cで児童1～3名を稚内市身体障害者福祉センターにて療育を行う。

*低年齢集団療育～専任B・C 10～20名
稚内市勤労青少年体育センターにて

*年長児集団療育～専任B・C 10～15名

稚内市勤労青少年体育センターにて

*園児集団療育～専任A・C 10～15名

稚内市勤労青少年体育センターにて

(3) 学級運営等

ア 職員会議

- ・各学級の運営方針の決定および療育対象児童の選定に関する検討を行う。
- ・療育方針の決定および評価を行う。
- ・その他療育活動に関するすべてについて検討し決定する。

イ 療育相談

- ・児童の療育に関する保護者からの相談に応じる事業を行う。
- ・所定の手続きによりあらかじめ申し込みをした相談者に対し、日時を定めて相談に応じる。
- ・相談は保護者の悩みや訴えを良く聴取し、児童のより良い処遇を目指して行うものとする。ただし、この事業の及ぶ権限の範囲を越えないよう十分留意しなければならない。

ウ 記録の整理と秘密保持

- ・療育はすべて職員会議において定めた方針に基づいて行い、適切な様式と方法によって記録するものとする。
- ・記録した帳簿等については管理に万全を尽くし、秘密の保持に努めなければならない。

エ 関係機関との連携

- ・児童療育を適切に進めるために、関係機関との連携を十分に行うものとする。
- ・必要に応じ保護者宅への訪問などを実施し、より適切な療育方針の確立に努める。

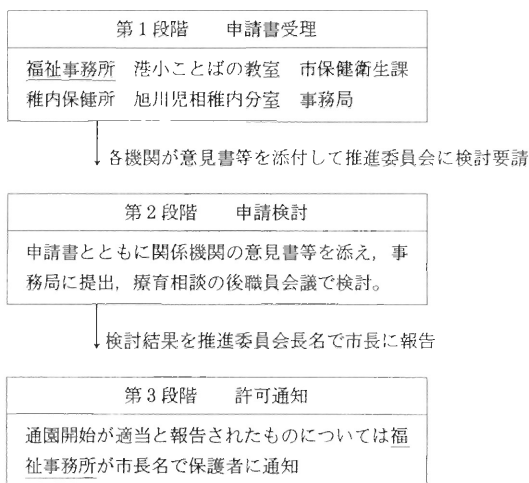
(4) 各学級の指導内容及び方法

	対象児童	スタッフ	指導の内容	指導の方法
ことば	口くう機能及び聴力、言語等の発達に遅れや障害を持つ児童	専任職員A	コミュニケーションに必要な口くう機能の向上、聴脳訓練、言語発達を促す遊びの集団など	個別指導 小集団指導
つぼみ	精神発達、情緒発達に遅れや障害を持つ児童	専任職員B	コミュニケーション能力の向上、改善。集団参加能力の向上	小集団指導 個別指導

	対象児童	スタッフ	指導の内容	指導の方法
つばみ	運動、感覚発達 の遅れや障害を 合わせ持つ児童	専任職員C	ダウン症児の早期療育	個別指導
はまなす	運動発達、感覚 発達に遅れや障害 を持つ児童 精神・情緒の 発達の遅れや 障害を合せ持つ 児童	専任職員B 専任職員C 旭川療育 センター職員	運動機能の向上 のための機能訓練、 感覚統合訓練など 月に1度の旭川療育 センター職員による 母子訓練	個別指導 小集団指導 年間11回

(5) 療育申請の手続きについて

ア 申請の順序



イ 通園開始後の連携

- (ア) 通園を開始したものは原則として旭川児童相談書稚内分室を訪れて、専門的な相談をうけるよう助言するものとする。
- (イ) 関係機関からの紹介があったケースについては、適切な時期に、療育の状況や発達の様子について委員会からの報告もしくは関係機関からのフォロー（療育の実際場面の視察など）によって意見交換するように勧めるものとする。

ウ 通園終了に関わる諸手続き

- (ア) 通園終了の判断は、各教室の協力者等の意見を聞きながら、職員会議において行う。
- (イ) 通園終了が適当と判断されたものについては、ただちに保護者にその旨を通知し、あわせて市長に対し報告するものとする。

10 ま と め

（静 寮 院）
田 中 哲

第1分科会は、主として早期療育の実践活動を中心として演題が集められていた。内容の詳細は、それぞれの発表者の抄録に譲るが、ここでは小生が司会をした前半の演題の雰囲気を中心に紹介し、座長としてのまとめにかえさせていただきたい。

はじめに小野先生から障害児の指示行動についての研究報告があった。平素、私たちが前言語的な認知・コミュニケーション行動として重要性を感じている『指差し』を、その出現のし方や指示内容から検討している。今回の分科会の他の演題とは若干毛色が違うが、実はこのような関心を絞った研究こそ、実践家ならではの関心と取り組みとして、今後大いに増えていって欲しいものである。

次は、若手の自発的な集団でありながら、地道な活動と実績が評価されている『麦の子学園』の佐々木先生から報告があった。とりわけ、対象児の親たちを組織しての演劇活動はユニークかつ肝巻であり、障害児に対する姿勢を親たちとも共有していく活動として、興味深かった。学園全体としては、認可に向けて活動が新しい局面をむかえているようだが、札幌市内にも通所施設が増加する兆しのある今後、特色を明確に打出した実践が展開できることを心から期待したい。

羽幌町からは、『親子あそびの会』の報告があった。始めてから日が浅いのでと遠慮がちではあったが、保健婦と保母による熱心な療育活動の内容は、刮目に値するものがあり、子どもたちのための活動の原点とは何であったかを、思い起させてくれるものだったと言っても、決して誉め過ぎにはならないと思う。この活動も、近くに大都市がないという地域的な問題もあり、医療機関との多面的な連携が課題である。

次いで、北見日赤小児科の三河先生と作業療法士の井上先生から、北網地区での療育活動について発表があった。ここには、医療機関を中心にした、高リスク児検出・追跡・療育のシステムのあり方の典型を見ることができる。地域的な独立性が高ければこそ、こうした緻密な研究も可能だったのだろうと思うが、それにしてもこの機関が単独で対象にする医療圏の広さを考えると、スタッフにとっても患者と家族にとってもひとかたならぬ苦労があろう。なればこそ、行政機関との巧みなタイ・アップも必要となってくると思われる。また、こうした活動の中での作業療法士の役割について、かなり突っ込んだ討論があったことも付記しておきたい。

さて、私が司会を担当した前半を離れて、分科会全体の印象を書いてみよう。

今回発表のあった療育活動は例外なく、やる気になればここまでできるのだという好例であり、多くは、地方行政の特色を生かした、きわめて柔軟な対応が可能となっていることが印象的だった。都市部の行政システムが完備すればするほど、きめの細かい対応がやりにくくなっている現状を逆に照射しているように思われた。地域性は、当然ハンディにもなりうるが、上手く利用すれば最大のメリットにもなりうるのである。このためにも、こうした研究会が今後も十分に活用されると共に、隣接地域での連絡会や勉強会が、もっと企てられても良いかもしれない。

活動が個人の犠牲的努力に依存する度合いが大きければそれだけ、長期的にその活動の質を維持することは困難になる。

参加者の職種も相変わらず多彩であり、討論にもうちとけた活気があって、この会が、こうした活動の発表の場としては熟して来ていることを感じさせた。

座長としては、最後に建設的な全体討論を行ないたかったのだが、個々の演題の質疑応答を打ち切り難く感じ、それを重ねているうちに、スベアの時間を使い切ってしまうて、できなかったのは残念だった。次回以降、できることならそうした全

体討論のために、初めから時間を設定しておけると良いかもしれない。

最後に資料についてだが、このような分科会の資料は、単に好学のためのみでなく、参加者が自分の周囲で独自の活動を企画し、展開するための具体的な資料として重要度が高い。そのためには書式を整え、製本された冊子が準備できれば理想的である。もしそうなれば、資料での参加という形態も可能となるかもしれない。

(千 歳 市)

阿 部 哲 美

恵庭市からは障害児の早期発見から療育までの流れが地域の中でシステムとして一定程度、整備されていることが報告された。センターの仕事は大きく分けて二つに分けられ、一つは子どもの指導であり、二つ目は地域の中での早期発見・早期療育への取り組みであることが提起された。また、「心身障害児訓練センター」の名称が不適切であるとの認識が広まり、名称変更が検討されていることが付け加えられた。更に、OT採用も検討されていることが話された。釧路市にはこぼと学園(精神薄弱児通園施設)、わかば整肢園(肢体不自由児通園施設)、幼児ことばの教室の3施設がある。釧路市はこれらの統合化を図り、この療育相談室が道の母子通園センターの事業補助金を受けたことで条例化され、釧路市の療育相談の窓口として正式に位置づいたことが報告された。

道内でこのような相談窓口が単独で制度化されたのは初めてでないだろうか。旭川には療育相談室があるが、専任の相談員は配置されていない(非常勤職員である)。

静内児童養育相談センターは平成元年12月に母子通園センターでスタートし、平成3年10月31日で33名の在籍になっている。このように急速に進展した理由については鶴田先生の報告から読み取っ

てもらふことを期待したいが、十分にうなづける活動の成果であると私には思われる。

稚内市では非常に珍しい形態であるが、早期療育推進委員会に委託して心身障害児通園事業を実施している。このような形態の是非は省くが、このような形態で行えることはこの地域に人的ネットワークが既にできあがっていることを示すものである。これは大きな利点であることは確かである。平成4年度にOTの採用予定になっていて、平成5年度には市立病院の横に新しい建物ができる計画である。これからの課題としてこの分野で活躍する新しい世代を要請しなくてはならないことが指摘された。

この分科会を通じて感じたことはいま北海道全体が大きく動いているということである。母子通園センターであるならばここ2～3年でできたのであるから動いているのはもちろんであるが、通園事業であっても新たな変化が起きていることが今回の分科会で知らされた。従来通りのやり方を踏襲する考え方では通用しない時代を私たちは迎えていることを自覚しなくてはならないのではないだろうか。時代を、地域を判断していくのに常に新しい視座、枠組を構築していく姿勢が必要であることを認識させられた分科会であった。

— 第2分科会（地域療育活動） —

〈テーマ〉 「地域療育センター」の活動と課題 (シンポジウム)

〈シンポジスト〉

1. 松井 恵美（きたみ学園・地域部コーディネーター）
2. 薩摩 純（道帯広児童相談所）
谷村 健治（つつじが丘学園）
藤原 敦美（帯広児童療育センター）
3. 千葉 裕子（道立太陽の園・地域療育センター）
4. 竹下 敏雄（おしまコロニー・地域療育センター）

〈まとめ〉

- 座長：小野沢 秀晃（道中央児童相談所）
三島 与志正（道立札幌総合療育センター）
記録：桑原 章子（広島町福祉センター）

1 きたみ学園の 地域サービス活動

（きたみ学園地域サービス部）

松井 恵美

1. はじめに

昭和56年当時、母子訓練（心身障害児短期療育訓練事業）・緊急一時保護（心身障害児短期入所事業）・斜里，小清水，清里の3町合同療育への支援・北見保健所幼児教室への支援（3歳児健診の事後指導）の，それぞれの活動から出発した，きたみ学園の地域在宅者援助活動は，平成3年現在，〈表1〉に示されるように発展してきました。

こうした発展の背景には，第1に地域に生活するハンディをもつ人々とその家族の皆さんの意識の変化（あたりまえの生活者としての主張を，大

げさな形ではなく自然にしかし，しっかりとした意志をもって行う・決して孤立せず，仲間をつくり生活者として連携する・そして有効な情報交換と相互扶助を行う……私たちは地域に向けた活動を行う中で，サービスをうける側の人々が，大変柔軟にこうした関係や仲間を育て合っている姿に触れ，サービスを提供する側の連携のなさ，行政の窓口の硬直ぶりに改めてきづかされた）があります。

地域ニーズが多様化し，個別化するなかで，一定の公的な枠組み，一般的な一ヶ所集中的な与えられるサービスではなく，選び取り，利用するサービスが求められてきています。

私たちは10年にわたる活動の蓄積の中で，そうした利用者の思いに触れる機会を得，その人々の声を頼りに仕事の方向性を見いだしてきました。少しずつ仕事のメニューを増やし，常に柔軟な受け入れ・融通のきく場づくり・利用者に対等に話ってもらえる雰囲気づくりを目指してきました。

しかし、定員60名の、しかも道央から遠く離れた、道東の小さな児童施設（成人施設の併設で建物や人の融通はまだきくほうだが……）に一体どれだけの仕事出来るのか、自分達の仕事がどのように発展していけるのか、仲間のなかに明確な答えはいつも見えず（いまでも完全に見えてはいない……）、一方で児童施設の利用者は滞留し、年々平均年齢はあがるが、どこにも余裕のあるパートなどない、いつも人手不足で満足のいく仕事が出来ない、それが当たり前になっている施設の仕事に、またひとつ曖昧なメニューを増やしているにすぎないのだろうか、常に自問自答せざるをえない現実がありました。

活動の当初から地域の保健婦さんとの連携があり、自分達だけではなにも出来ないという実態（いわゆる専門職がない）との自覚から、私たちは同じように地域の中で利用者のニーズに応じて仕事をしている仲間と積極的に連携していきました。とりわけ地域の総合病院である、北見日赤の小児科ドクターを中心としたOT・PT・MSWら専門スタッフによる、発達外来・ことばの外来の診療活動との出会いは、チーム活動の重要性和有効性を自分達の課題として考える契機となりました。

私達の活動が、不十分ながら進展した第2の要因は、こうした現場サイドの連携があったからです。（こうした現場の人々の自主的な出会いの場として、任意参加の、学習・懇談を中心とした団体「障害幼児を考える連絡会」が2ヶ月に一回、例会を開いている）

こうした不安定で不十分な活動状況が一定の方向性を獲得し、〈表1〉のような進展をみた第3の要因は、道及び国の制度の前進です。

平成2年度に、道の地域療育システム・2次療育センターの指定をうけ、厚生省の心身障害児（者）地域療育拠点施設事業の指定を合わせて受けた事で、私たちの活動はようやく専任職員を確保し、3年度は職場内に地域サービス部（専任1、

兼任5）体制を確立することが出来ました。

今回は地域療育センター事業を中心に、上記のような背景で現在に至った、きたみ学園の地域サービス活動について報告します。

表1 地域療育センター事業の概要（H3.10）

事業名		実施状況
1.	心身障害児短期療育訓練	・S56～年2回（1，8月） 利用延人数 135人
2.	心身障害児短期入所事業	・S56～年間2～4名利用 利用延人数 20人，延日数79日
3.	① 巡回療育相談事業 ② 巡回	おひさま教室→ どろんこ教室→
		・H1～週3回（火，水，木） ・S60～月2回（第1，3木） 利用延児童数（H2年度） おひさま 519人 どろんこ 27人
4.	心身障害児巡回療育訓練事業	・H2～随時訪問 利用延件数 107件
		・H2～現在3地域，4カ所 H3. 利用児童 ○北見保健所幼児教室 7人 ○訓子府町親子教室 12人 ○美幌町療育教室 11人 ○美幌町親の会，療育の広場 13人

*H3年度については、幼児教室、療育の広場は学園のサービス事業として実施

2. 事業の内容

①心身障害児短期療育事業

（S56～利用延人数135人）

年に2回（1，8月），入所児童の長期帰省期間を利用して行ってきました。当初から、地域の保健婦さんに支えられ、3歳児健診・1歳半健診の事後指導の場として、地域の親子遊びの集まりや親子教室などと連動されています。学園の母子通園教室が出来てからは、ある程度のアフターケアも行えるようになりました。

基本的には、地域内の新規ケース（幼児）を開拓しマンツーマン体制をとって親子の問題解決・課題確認のための援助を行っています。

そのため、学齢になってからの再利用希望ケースになかなか対応できず、日帰りの親子レクや1泊の登山，2泊3日のサマースクールなどを組んできましたが、まだこれだといえる有効な内容をつかみきれず、学齢児についてはメニューを検討中です。

園の状況を理解してもらった上で、すすめているのが実態です。

表4 年齢及び性別利用状況

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	15	計
女	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
男	0	1	1	2	1	3	2	5	2	0	1	1	19
計	1	1	1	3	1	3	2	5	2	1	1	1	22

③巡回療育相談事業

◎外来（主に母子通園教室の活動）

	おひさま教室	どろんこ教室
回数	週3回、火水木AM9:30～正午、水は給食で～13:00	月2回、第1、3木AM9:30～正午
対象	発達に弱さや遅れをもつ幼児とお母さん	幼稚園、保育所等に通う発達に弱さや遅れをもつ幼児とお母さん
通園期間	1年を1クール →	
紹介期間	医療機関、各地の保健婦さん、児童相談所等 →	他に幼稚園、保育所

相談だけを主目的として来園するケースは、まだありません。そうした窓口としての地域療育センターという地域的な認知を受けていませんし、果して自分達がそういう窓口が足り得るのか、必要性があるのか、整理されていません。今後、他機関との連携の中でそのへん（責任ある相談窓口の明確化）が明らかになって行くことを、地域の課題としても期待しています。

現在は、主として、母子通園教室の利用者、外来ケースとして押さえています（今はあくまでも、こうした、教室などでのお付き合いを前提としてあがってくる相談をお受けしています）。教室は、昭和60年、月2回からスタートし、現在週3回と、月2回（幼稚園・保育所等との平行利用ケースが対象）の、2本だてで行っており、〈表5〉に示すような、利用状況になっています。

大半のケースが、地域の医療機関（北見赤十字小児科、発達外来・ことばの外来・リハビリ）と関わりをもっており、担当スタッフと3ヶ月に1回のケース・カンファレンスを、小児科MSWとは、月1回の打ち合せを行っています。

表5 H3、4月～10月の利用状況

	おひさま教室	どろんこ教室
参加延人数	297	21
ケース実数	16	3
	北見市9、訓子府町2、美幌町2、留辺蘂町1、女満別2	北見市2、端野町1
	2歳-6、3-4、4-4、5-1、6-1	4-1、5-1、13-1
障害別（重複あり）	ダウン症2、心疾患1、小頭症1、MBD?1、自閉症?1、言葉の遅れ2、CP（けい直型アテトーゼ四肢マヒ）、MR14	てんかん1、CP?1、CP（アテトーゼ四肢マヒ）、MR3

◎巡回（短期療育前後の家庭訪問を中心に、ニーズに応じて随時行っている。H2-70件、H3、4月～10月-32件）

巡回相談は、母子訓練の参加全ケースへの事前訪問、必要ケースへの事後訪問を中心に行ってまいりましたが、今年度は拠点事業との絡みもあり、地域ニーズの把握を目的に、10月から、サービス事業の利用簡易登録を開始しました。そのため、年度後半の訪問ケースは、利用申し込みケースが中心になると思われます。

また、医療機関・郡部の保健婦さんを通じての新たなニーズとして、在宅の重度重複ケースへの訪問指導の要請があり〈表6参照〉、現在、北見市と訓子府町の2ケースに対して定期的に訪問（双方とも、医療機関ドクター・OT・PT・MSW・地域保健婦と連携しての活動）し、保護者からニードとして求められている保育（遊ばせたい!）面を中心に援助を行っています。

表6 今年度在宅児訪問

ケース1 3歳男子	北見市在住、先天性軟骨異常症、肺低形成、水頭症、難聴、MR、気管切開酸素吸引、経鼻栄養、寝帰り移動、一保護者からのニードは「遊ばせたい」、週1回訪問
ケース2 4歳女子	訓子府町在住、重度MR、低緊張、口蓋裂、ずり這いで移動、一保護者からのニードは「遊ばせたい」、月2回訪問

④心身障害児巡回療育訓練（指導）事業

（H2、3地域4ヶ所）

地域の療育活動への支援は、昭和56年の斜里・小清水・清里、3町合同療育への支援から始まり、

表7 心身障害児巡回療育訓練事業（H3.3 地域4ヶ所）

	北見保健所幼児教室	美幌町療育教室	美幌町親の会療育の広場	訓子府町親子教室
回数	4回×年2	週5日	月1, 第4土	月2, 第1, 3金
参加延人数	(4M~) 22	39	81	67
ケース実数	7	11	13	12
地域別	北見 7	美幌 8, 女満別 3	美幌10, 女満別 3	訓子府 12
年齢別	3-6, 4-1 (’92.1~残り1グループ)	1-1, 2-1, 3-7, 4-1, 5-1	2-1, 3-1, 4-1, 7-1, 8-1, 10~8	2-3, 3-4, 4-4, 5-1
障害別	自閉傾向1, 言葉の遅れ3, 発達性言語障害1	MR 8, 言葉の遅れ2, C P (けい直型両マヒ)	MR13, 自閉傾向1	ダウン症1, MBD?, 自 閉症?, 1, 言葉の遅れ8, 低緊張1, MR 5
スタッフ	保健婦 4 保母 1 学園 3	指導員 1 保母 1 学園1 (月2)	学園 2 ボランティア 若干	保健婦 3 保母 2 学園 1
ケース会議 打ち合せ等	年2回の1クール前後	月の後半におこなう	年2回	月の後半におこなう

現在は3地域、4ヶ所に定期的に支援活動を行っています。今年度は、そのうちの2ヶ所については（自治体が運営主体）、センター事業を利用させていただき、他の2ヶ所は、（道・保健所、地域親の会が運営主体）圏のサービス事業として行っています。

訓子府親子教室は、保健婦さんを中心に、1歳半健診の事後指導の場として、2・3歳児を中心に利用され、子育て教室として、地域に根付いた活動を積み上げています。

美幌町療育教室も、地域の1次・母子通園センターとして、保健婦さんと連携しながら、しだいに地域の受け皿として、活用されてきています。反面、長く地域の集団療育の場としてお母さん達が、集っていた療育の広場（S58~）は、利用児童が学齢になり世代交代したこと、地域内の諸資源が不十分ながら機能し出した（母子通園センター等）事などから、その役割を変え（今後は、お母さん達のサークルとして存続される予定）、当園の支援も今年度で打ち切る予定でいます。

北見保健所・幼児教室も、昭和56年のスタート時点では、3歳児健診後の貴重な療育活動の場として、大勢の親子に利用され、教室を起点として、幼稚園・保育所・母子通園の場へとつながっていく流れがつかられていましたが、1歳半健診が充実された結果として、現在は対象児童も減り、道立保健所の役割も変わってきた（地域保健所への

指導・援助）中で、今後の活動の検討が、ここ数年言われてきており、回数も徐々に減ってきています。さらに、検討が進み、地域内に発展的に解消される部分、道立機関が役割を負って行く部分、この何年かの間に明らかになって行くと思われます。

その他としては、近隣町村独自の子育てセミナー等への支援（主に、親子の集団遊び指導・お母さんへのグループワーク等）が、3年程前から続いています。さらに、今年度から児童相談所の巡回相談への同行、児相主催の、肢体不自由児相談「母子座談会」の支援活動が加わり、1次療育への同行訪問等と併せて、児童相談所との連携が、強化されました。

地域内の、様々な活動への支援は、主体となる活動自体の移り変わりに応じて、常にニーズの見直しをはかり、お互いの関係や役割を明らかにしていくことが求められます。そのためには、連携相手と常に率直に語り合える関係を作っていくことの必要性を、強く感じます。

地域の利用者が本当に求めているものは何か、それに向かって今、必要な、今、求められているものは何か、地域内の機関と共に考え、共に答えを導き出せる能力を、培わなくてはいけないでしょう。

3. おわりに

今年度は、地域サービス部として体制を確立（まだまだ、不十分ではありますが）した初年度であり、今まで積上げてきた10年間の活動のノウハウを基盤として、今後の活動の方向性を、模索する、そのためにも、改めて地域のニーズと向き直す年といえます。

サービス事業の、利用登録申し込み者およそ50ケースについて、年度内に家庭訪問を実施し、地域の皆さんの生の声に触れる中で、当園が果たして行ける役割について、さらに考えをすすめ、望まれる活動・利用しやすい活動・選ばれる活動・をつくって行きたいと思えます。

そのためにも、地域の機関と、実効力のある連携を行って行く事、（地域療育センターになり、最も変わった点は、児童相談所との連携が促進し、おおまかではあるが、管内の状況把握ができたことです）が、不可欠です。

地域のニーズは、個別化、複雑化しています。単独で解決できる問題は、ないといっていいでしょう。チームの一員としての自覚が、施設にも、働く職員にも求められています。

とかく、大きな集団の中で自己完結的に動いてきた施設機能が真に地域に開かれたものになるのか……、一方では世間知らずと批判される職員が、真に地域福祉サービスの担い手として、自らも開かれた存在として人間性を確保し、地域の他の仲間と育ちあえる存在になれるのか……、地域から厳しく問い直されているのを、しっかりと感じ取りながら、仕事を進めて行かなければならないでしょう。

2 「地域療育センター」の活動と課題

（北海道帯広児童相談所）

薩摩 純

（つつじヶ丘学園）

谷村 健治

（帯広児童養育センター）

藤原 敦美

I. はじめに

平成元年度から始まった北海道早期療育システム推進事業は、障害児者福祉の基本理念であるノーマライゼーション具現化の第一歩として位置づけられる。すなわち、乳幼児期から学童期、成年期、老年期へとつづく障害児者の地域における生涯ハビリテーションのスタートなのである。

早期療育は、単に障害の早期発見・治療・指導的対応に停まらず、二次的障害の予防や家庭養育を始め、家族への援助と環境調整など、障害児の発達を保障・支援するあらゆる営みでなければならない。そのため、医療・保健・教育・福祉の有機的な連携の基に地域療育システムの構築が必要である。また、地域療育システムは、地域の特性に応じたものでなければならない。地域のニーズに適切に対応できる柔軟なものでなければならない。

十勝における早期療育システム推進事業は、平成2年度から本格的に体制づくりが進み、同年11月に、十勝地域療育推進協議会が発足し、平成3年4月には、管内一次療育圏全てに母子通園センターと療育推進協議会が設置されるにいたった。

十勝地域療育センター事業も、平成2年度から始まり、今年度は、年間2回の短期療育事業と8回の巡回療育相談事業、12回の巡回療育訓練事業の計画を立て、未だ試行錯誤ではあるが、徐々に成果をあげつつある。

今日は、十勝における早期療育システムの現状と課題について、十勝地域療育センター事業を中心に報告したい。

II. 十勝の地域特性と歴史的経過について

十勝地域における早期療育システムを構築する上で、まず、十勝の特性と歴史的経過について触れておきたい。

十勝は、日高山脈を越えた十勝平野の大平原に広がる帯広市を中心にした1市16町3村、管内人口36万の最も北海道らしい大陸的風土の地域である。同時に、精神的には、因習に縛られない先進的気風の強い地域でもある。

十勝の療育は、昭和40年代の初め、道内でもかなり早い時期に、ことばの教室が開設されたり、自閉症児の療育指導が始まるなど、聾学校、盲学校、精神薄弱児施設に加え、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設が次々と設置されている。昭和50年代には、心身障害児通園事業や道立病院（精神科）に児童病棟が開設されるなど、障害児者やその家族の熱いニーズに応える地域住民や行政サイドの理解と協力、更に、療育関係者の献身的な努力と組織間の相互連携という大きな財産があったことが指摘できる。殊に、早期発見に結びつく乳幼児の健診システムの充実と、その第一線に立つ保健所や市町村の保健婦活動と年間60回に及ぶ巡回相談等で保健婦活動と連携してきた児童相談所の相談活動も特筆される。

十勝において、道内でも逸早く早期療育システムづくりが曲がりなりにもできたのは、こうした十勝の地域特性という財産があったからに外ならない。

III. 十勝地域療育システム化への歩み

北海道早期療育システム推進事業の提示を受け、まず、その内容の複雑さに驚いた。確かに、システムとしては整備されているのだろうが、地元関係や療育担当者にどう説明したらよいのだろうか……更に、既存のシステムをどう整備して、十勝に合ったシステムを構築したらよいのだろうか……戸惑いの連続であった。

ともあれ作業は、十勝支庁とも協議し、事業内容について説明する機会を持つことにした。児童

相談所主催の諸会議、支庁主催の市町村担当課長会議や保健所主催の保健・福祉サービス調整会議など、あらゆる機会を利用した。また、この事業に関心を持つ十勝言語障害児教育研究会など関係機関の招きに応じ説明したりもした。

こうした中で、多くの関係者から意見や問題点の指摘を受けた。第一の問題は、母子通園センターとことばの教室との関係についてである。既に、地域の障害児療育センターとして位置づけられ、地域住民の信頼を得ていることばの教室もあり、母子通園センターとの役割など、どう調整していくのか……こうしたマニュアルにない現実に直面したのである。

模索の結果、地元には、ことばの教室幼児部門を取り込んだ心身障害児通園事業施設というモデルもあって、既存のことばの教室については、徒に対峙することなく、併設を提唱したり、むしろ、兄貴分として、新参者の母子通園センターに対して、療育のノウハウを援助・指導してもらうことで理解を得た。

もう一つの問題は、十勝地域療育センターの設置であった。十勝には、単独で地域療育センターの事業のできる施設がなかったのである。要綱によると、国庫補助を受けている事業も組み込まれているため、収容施設でなければならないのである。候補となる施設との話し合いや十勝支庁、道障害福祉課との協議など、紆余曲折の結果、十勝スタイルともいふべき独特の地域療育センターを生み出すことになったのである。

十勝支庁とは、何度となく話し合い、一部療育圏の線引きを手直ししたり、母子通園センターと療育推進協議会の設置について市町村に協力を要請した。平成3年4月に、管内6ヶ所の一次療育圏全てに母子通園センターと療育推進協議会が設置されたが、十勝支庁の積極的な対応なしには、こうも順調に達成できなかったと考える。

IV. 十勝における早期療育システムの現状と課題について

心身障害児早期療育システム整備事業は、一次・

二次療育圏域において、母子通園センター事業、地域療育推進整備事業、そして、地域療育センター事業の3つの事業からなっている。

平成2年11月、第1回十勝地域療育推進協議会において、「十勝における早期療育システム事業」

について提案し、承認を得たが、まず、第一次療育圏について説明したい。

資料1（心身障害児早期療育システムの取組状況）及び資料2（療育関係機関一覧）を参照して頂きたい。

資 料 1

心身障害児早期療育システムの取組状況

H.3.4.1現在

1. 療育圏の設定と母子通園センターの開設

番号	一 次 療 育 圏	母子通園センター
1	帯広市 幕別町 芽室町	帯広児童養育センター
2	清水町 新得町 鹿追町	清水町きずな園
3	音更町 上士幌町 士幌町	音更町やまびこ学級
4	大樹町 広尾町 忠類村 中札内村 更別村	大樹町南十勝ことばの教室
5	足寄町 本別町 陸別町	足寄町あゆみ園
6	池田町 豊頃町 浦幌町	浦幌町ことばの教室

2. 地域診断会議・地域療育推進協議会の設置

1. 各市町村単位に地域診断会議を設置し、早期療育システムの核と位置づける。
2. 一次療育圏、二次療育圏（H.2.11.27設置）に地域療育推進協議会を設置する。

3. 地域療育センターの設置

二次療育圏の地域療育センターをつつじヶ丘学園とし、次の事業を実施する。

1. 短期療育訓練事業
2. 巡回療育相談事業
3. 巡回療育訓練事業

但し、2と3の事業は、児童相談所の巡回児童相談とドッキングして帯広児童養育センターの協力を得て実施する。事業の企画・調整は、十勝地域療育推進協議会で実施する。

資料 2

療育関係機関一覧



道案を基に、6ヶ所の第一次療育圏を設定したが、地元の意向も尊重し、一部変更をした。併わせて、早期療育の核となる母子通園センターと療育推進協議会を設置した。平成3年4月、浦幌町ことばの教室誕生により形の上では、母子通園センターと地域療育推進協議会が整備されたが、ここで問題となるのは、第一次療育圏といえど、やはり、北海道は広すぎるということである。確かに、他町村をまきこむとの難しさもあるが、身近で気軽に療育・指導を受けるには、余りにも広域

すぎるのである。将来的には、どこの町村においても母子通園センターができるであろうし、そのことを視点において、既に、地域療育のセンターとして機能していることばの教室との連携を密にすることとし、療育推進体制については、町村単位の地域診断会議という組織を残すことにした。この会議は、児童相談所巡回相談ケースを主とするが、保健婦・保母・教師・役場・ことばの教室・学校・教育委員会など、子どもにかかわる関係者が集まって適切な処置について検討する会議

であり、「自らの問題は、まず、自らの手で」で考えようという主旨で従来から実施しているものである。関係機関相互のネットワークは、こうした地道な積み重ねで生まれてくるものと考えている。

以下、資料に基き、十勝における早期療育システムについて説明したい。資料3（早期療育システム事業の概要）では、基になる療育圏域を市町

村単位とした。コーディネーターを市町村保健婦とし、調整を地域診断会議とした点は、先程、説明した理由からである。資料4（十勝管内における心身障害児早期発見・早期療育の流れ）は、発見から就学に至る流れである。資料5（十勝管内における心身障害児の療育の体系）は、発見から相談・診断へのつなぎ、調整機関、関係機関と

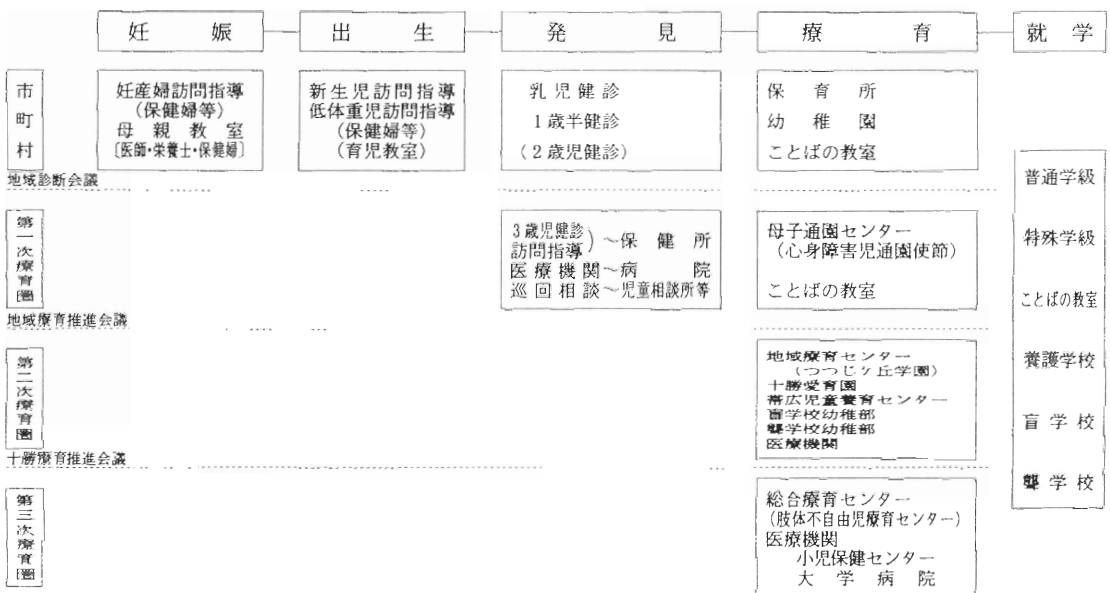
資料 3

早期療育システム事業の概要

圏域	発見・相談・診断の窓口	療育機関	総合調整機能
市町村	◎市町村（保健婦） ・保健所 ・児童相談所 ・ことばの教室 ・医療機関	・ことばの教室 ・保健所 ・幼稚園	地域診断会議
一次圏	◎市町村（保健婦） ◎保健所 ・児童相談所 ・ことばの教室 ・医療機関（地域センター病院）	◎母子通園センター ◎心身障害児通園施設 ・ことばの教室	〇〇療育推進協議会
二次圏	◎児童相談所 ・医療機関（十勝センター病院）	◎十勝地域療育センター ・特殊教育諸学校（幼稚部） ・児童福祉施設	十勝地域療育推進協議会
三次圏	・特殊教育センター ・小児保健センター	◎中核的施設（道立施設群）	北海道療育推進協議会

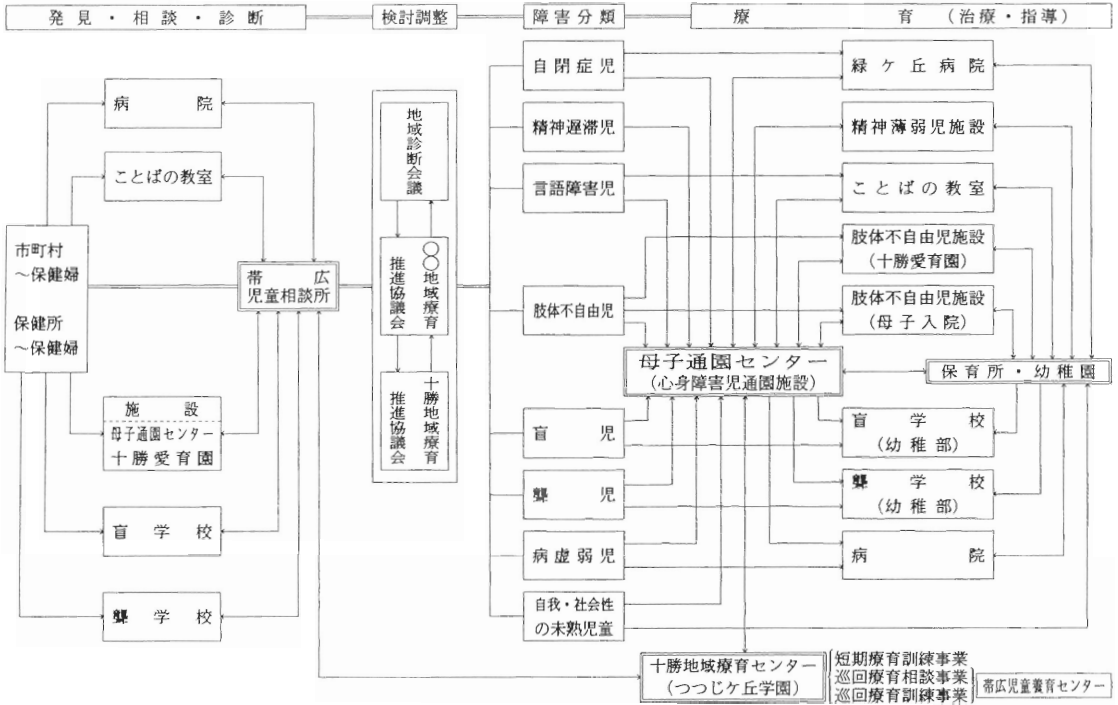
資料 4

十勝管内における心身障害児早期発見・早期療育の流れ



資料 5

十勝管内における心身障害児の療育の体系



資料 6

十勝管内における地域療育推進体制

	事務局	業務	構成メンバー
市町村	市町村 地域診断会議	市町村児童福祉主管課	1. 児童福祉主管課 2. 教育委員会 3. 保健婦 4. 心身障害児通園施設、母子通園センター 5. 保育所、幼稚園 6. ことばの教室 7. 児童相談所
第一次療育圏	〇〇〇 地域療育推進協議会	母子通園センターを設置する 市町村児童福祉主管課	・市町村 ・医療保健関係者 (医師、保健婦等) ・療育関係者 (施設職員) ・保育関係者 (保母等) 20名程度
第二次療育圏	十勝管内診断会議 十勝地域療育推進協議会 (専門部会)	帯広児童相談所	・医療保健機関 (病院、保健所) ・療育機関 (施設) ・教育機関 (学校) ・市町村 ・児童相談所 20名程度
第三次療育圏	地域診断会議代表者による連絡調整会議 事務局は児童相談所で年一回開催する。	北海道生活福祉部	・道 ・小児総合保健センター ・総合療育センター ・特殊教育センター 15名程度

の連携をチャート化したものである。この十勝のシステムでキーとなるのが児童相談所である。児童相談所は、十勝におけるコーディネイト機関として、発見から相談・診断・療育それぞれの領域（横の流れ）の中で、更に、市町村から第一次療育圏、第一次療育圏から第二次療育圏へ、そして、第二次療育圏から第三次療育圏へのつなぎ（縦の流れ）役として、あらゆる場面にかかわりを持つようにした。児童相談所に果してそれだけの力量があるのかとの懸念もあったが、十勝の療育システムを推進していくためには、児童相談所が、この役割を担う以外にないとの判断であった。また、療育については、母子通園センターが中心となるが、地域から遊離することのないよう、地元の幼稚園・保育所と積極的に交流することとし、就学前には、可能な限り、健常児との集団生活を体験できるよう配慮した。資料6（十勝管内における地域療育推進体制）では、年1回程度は、市町村の地域診断会議の代表者による連絡調整会議を開催し、地元関係者の意見や要望を集約することにした。これも十勝独自のシステムといえよう。

ともあれ、試行錯誤ではあるが、道案を基に、多くの地元療育者の意見を集約しながら十勝における十勝に合った療育システムを創りあげた。しかし、これとて完全なものではなく、状況やニーズに応じ、柔軟に対応し改善していけばよいと考えている。

また、課題も多い。広域性の問題を初め、人材を含めた療育内容の充実・研修など要望も多い。地域の療育センターとして機能していることばの教室との調整など、すっきりしていない点も多い。しかし、こうした課題については、地道な実践活動を通して、一步一步クリアしていく他ないだろうと考えている。

V. 十勝地域療育センターの現状と課題について

十勝地域療育センター設置にいたる経過は先程説明したとおりである。紆余曲折の結果、十勝地域療育センターを心身障害児通園事業施設帯広児童養育センターの協力を得ることを条件に精神薄

弱施設つつじヶ丘学園にお願いした。まず、本事業における十勝スタイルともいべき体制について説明したい。十勝地域療育センターの事業は、十勝地域療育推進協議会のもとで審議決定された年間計画により、児童相談所（の児童巡回相談等）と合同で実施することにした。つまり、つつじヶ丘学園、帯広児童養育センター、帯広児童相談所一体で、それぞれの役割と協力により実施することにしたのである。具体的にいえば、市町村との日程調整、対象ケースの打合せは、児童相談所が担当し、事前に三者で打合せをした上で市町村に赴くことにしている。このスタイルは、過渡的な方法ともいえるが、少なくとも新規事業が軌道にのるまでは、児童相談所が培ってきた市町村保健婦、療育関係者とのパイプをフルに活用できるし、合同で実施するというので、一貫した対応やサービスを提供できるというメリットも大きい。しかし、このスタイルは、ある面では両刃の剣であって、三者間で、日頃からの連携や対応をあやまると、ケースを初め地元関係機関にいらぬ混乱と誤解を招く虞れもある。また、三者間相互の信頼関係（対等な立場で適度な緊張関係も必要）がないとこの体制を維持していくことは難しいのかもしれない。参考までに、資料7（平成3年度十勝地域療育センター事業実施要領）は、実施要領であり、資料8（平成3年度十勝地域療育センター事業計画）は、今年度の事業計画、資料9（平成3年度発達相談と療育援助のための十勝地域療育センター）は、今年度作成した事業案内である。

地域療育センターは、第二次療育圏における地域支援の組織（事業）であって、母子通園センターの上部機関でも指導機関でもないのである。対等な立場で、「一緒に悩み、一緒に考え、一緒にやろう」という姿勢がないと信頼を得られないのはいうまでもないことである。「いってやる、やってやる」は、だめなのである。こうした事業に取り組む際、最も大切なのは、対象者や関係者の信頼を得ることである。（最も難しいことである）

地域療育センター、母子通園センターは、同時に、高い専門性（療育におけるノウハウ）が求め

資料 7

平成3年度十勝地域療育センター事業実施要領

十勝地域療育センター事業の実施については、北海道地域療育センター整備事業実施要綱に定めのあるもののほか、この要領の定めるところによる。

1. 事業

十勝地域療育センターは、十勝地域療育推進協議会（事務局 帯広児童相談所）の助言と心身障害児通園事業施設帯広児童養育センターの協力を得て、北海道の委託を受けた精神薄弱児施設つつじヶ丘学園が次の事業を実施する。

- 心身障害児（者）短期療育事業
- 心身障害児（者）巡回療育相談事業
- 心身障害児巡回療育訓練事業

2. 事業の内容

心身障害児（者）短期療育事業とは、在宅の心身障害児及びその保護者に心身障害児施設に短期間入所させることにより、在宅療育及び日常生活に正しい知識を習得させる事業をいう。

心身障害児（者）巡回療育相談事業とは、在宅の心身障害児（者）に対し巡回等の方法により、各種の相談に応ずるとともに、家庭療育に関する必要な助言・指導を行うことによって、在宅の心身

障害児（者）及びその家庭の福祉の向上を図る事業をいう。

心身障害児巡回療育訓練事業とは、療育の場が不足している地域の在宅の心身障害児及びその保護者に対し、巡回等の方法により療育訓練を行うことによって、在宅の心身障害児及びその家庭の福祉の向上を図る療育訓練事業と地域で日常的な療育訓練を実施している心身障害児通園事業等に従事する職員に対し、療育訓練技術の指導を行うことによって地域の療育水準の向上を図る訓練指導事業の2つの事業をいう。

3. 事業計画

管内市町村、母子通園センター等関係機関の要望を考慮しながら、十勝地域療育推進協議会事務局を中心に事業計画を立案し、同協議会の承認を得た上で実施する。

4. 事業の実施

本事業の実施に当たっては、管内市町村、母子通園センター等の関係機関と十分な連携をとり、事業の円滑かつ効果的な運営に努めることとする。

資料 8

平成3年度十勝地域療育センター事業計画

1. 心身障害児巡回療育相談事業

心身障害児巡回療育訓練事業

1) 母子通園センターに対する支援として

- ・児童相談所職員同行
- ・5か所に計12回

2) 保護者・児童への直接指導

- ・児童相談所巡回児童相談と合同で実施
- ・7町で計8回

実施予定施設	実施予定月	計
清水町きずな園	8月 12月	2回
音更町やまびこ学級	9月 3月	2回
南十勝ことばの教室	11月	1回
足寄町あゆみ園	6月 10月 1月	3回
浦幌町ことばの教室	8月 10月 12月 2月	4回

実施予定町村	実施予定日
士幌町	6月20日(木)
陸別町	7月9日(火)
豊頃町	7月25日(月)・2月19日(水)
広尾町	8月21日(水)
幕別町	9月24日(火)
大樹町	1月20日(月)
本別町	3月10日(火)

2. 心身障害児短期療育事業（母子訓練事業）

実施予定施設	実施予定月	対象者数	予定実施期間
つつじヶ丘学園	8/5～8/10 1/6～1/11	5組	5日間（4泊5日）

資料 9

6. 母子通園センター

身近な地域には次のような母子通園センターがあります。
療育・訓練をおこなうほか、家庭での親子遊び・子どもへの話し方についてのアドバイスをしています。

- 帯広児童養育センター
帯広市西20条南2丁目 ☎0155-33-6111
- 清水町きずな園
清水町羽帯南2線98番地 ☎01566-3-3111
- 南十勝こぼの教室
大樹町栄通49番地 ☎01558-6-2272
- 音更町やまびこ学級
音更町元町2番地 ☎0155-42-2111
- 足寄町あゆみ園
足寄町南4条2丁目 ☎01562-5-3504
- 浦幌町こぼの教室
浦幌町住吉1 ☎01557-5-2023

【道路案内図】

【道路案内図】

平成3年度
発達相談と療育援助のための
十勝地域療育センター



- つつじヶ丘学園**
帯広市西25条南4丁目
☎0155-37-3029
- 帯広児童養育センター**
帯広市西20条南2丁目
☎0155-33-6111

地域療育センター事業

とは、地域療育の実実を図るため、既存の心身障害児施設等が外来・巡回・短期入所などの方法により、療育の場が不足している地域や技術援助を必要とする地域に対して支援を行なうものです。

十勝では、つつじヶ丘学園が帯広児童養育センターと協力して、次の事業を行なっています。

1. 相談

（心身障害児巡回療育相談事業）
子どもの発達の上での心配・悩みごとの相談を受け、家庭での療育についてのアドバイスを行います。
外来相談の他、地域療育センターの職員で編成したチームによる巡回相談も行います。
外来相談はつつじヶ丘学園と帯広児童養育センターの両方で行なっています。

2. 巡回療育訓練

（心身障害児巡回療育訓練事業）
地域療育センターの職員による巡回療育班が地域について療育訓練の指導をします。次の2種類のものがあります。

- (1) 心身障害児巡回療育訓練事業
巡回療育班の職員が実際に子どもに療育を行ない、家族に具体的な療育のやり方を指導します。
- (2) 心身障害児巡回訓練指導事業
地域にある母子通園センターや保育所等の職員に対して、療育技術の指導やケースカンファレンスを行ない、地域の療育機関への援助をします。

3. 母子訓練

（心身障害児短期療育事業）
子どもとお母さんに短期間（5泊6日）施設で生活してもらい、療育や日常生活の指導をします。集団生活の経験やお母さんどうしの交流を図ります。
夏・冬の2回、5組程度でつつじヶ丘学園で実施します。

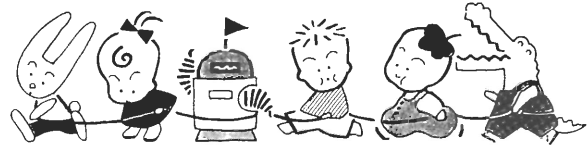
4. 問い合わせ

地域療育センター事業についての問い合わせ、申し込みは帯広児童相談所にご連絡下さい。
つつじヶ丘学園、帯広児童養育センターでも受けつけています。

●帯広児童相談所 帯広市東2条南24丁目
☎(0155) 22-5100

5. 費用

相談・巡回療育訓練については無料です。
母子訓練には食費等の実費相当分がかかります。



られている。そこで、十勝地域療育推進協議会では、今年度、療育関係者の研修を年間4回実施することにした。既に、事例研究や北海道の早期療育システム推進事業の生みの親である伊藤則博先生を初め、全道の療育機関において指導的立場にある先生方が来帯される機会をとらえて、「療育を考える集い」（講演とパネルディスカッション）なども実施したが、この集いには、管内から200名を超える参加者があり、改めて、研修に対する強い要望とその必要性を痛感した次第である。悩んでいる時に一緒になって考えてくれたり、口角沫をとばして議論のできる仲間存在は、大きな支えであり、糧である。更に、地道ではあるが、力をつけ、いずれは自主的な研究団体にもしたいと考えている。資料10（十勝地域療育推進協議会の動き）は、十勝における活動の歩みである。

山積する課題の中で、今、一番やらなければなら

ないことは何か。それは、もっともっと有機的に療育機関が家庭や地域に入って、ニーズに応えるサービスを提供できる体制をつくっていくことではないか。家庭での肢体不自由児の訓練、口蓋裂や盲ろう児の指導など、今の十勝地域療育センターには、余りにも荷が重すぎる。その機能がないうに等しいからである。こうしたニーズに肢体不自由児通園施設や盲学校、ろう学校、ことばの教室の職員が、十勝地域療育センターのスタッフの一員として、参加してもらえるようなシステムがのぞまれるのである。資料11（十勝管内早期療育関係一覧表）は、十勝における療育機関である。

十勝には、医療スタッフを初め、有能で熱意のある専門家がいるにもかかわらず、生かされていないのである。

「地元のこととは、まず、地元で」まだ、十勝において出来ることは沢山あるのである。

資料 10

十勝地域療育推進協議会の動き

平成2年度

2. 11.27 十勝地域療育推進協議会設立総会
ウエディングプラザみやもと 21名出席
・委員委属、協議会規約、役員選出、事業計画審議
3. 1～2 心身障害幼児実態調査
アンケートによる実態調査 管内596名
3. 1. 8 心身障害児短期療育事業（母子訓）
～12 つつじヶ丘学園 6組
3. 1.17 心身障害児巡回療育相談事業～陸別町
3. 1.29 十勝地域療育事業関係者懇談会
児童相談所会議室 10機関 20名出席
・療育機関の連携と役割分担
～その課題について
3. 2.19 心身障害児巡回療育相談事業～豊頃町
3. 2.23 これからの母子保健と育児を考える」集い
グリーンプラザ 帯広市と共催 200名出席
・講演「障害児保育について」
日本社会事業大学 石井哲男教授
3. 3. 5 心身障害児巡回療育相談事業～足寄町
～6 心身障害児巡回療育訓練事業～足寄町あゆみ園
3. 3.19 十勝地域療育関係者等研修会
ウエディングプラザみやもと 60名出席
・講演「CP児の療育について」
芽室町立病院佐藤範宏小児科医長

3. 3.29 第2回十勝地域療育推進協議会

- ウエディングプラザみやもと 19名出席
・平成2年度事業報告、平成3年度事業計画審議
- 平成3年度
3. 5.31 十勝地域療育担当者研修会
帯広児童養育センター会議室 40名出席
・事例発表
つつじヶ丘学園 谷村健治指導課長
清水町きずな園 古川力也指導係長
 3. 6.20 心身障害児巡回療育相談事業～士幌町
 3. 6.25 心身障害児巡回療育訓練事業～足寄町あゆみ園
 3. 7.25 心身障害児巡回療育相談事業～豊頃町
 3. 8. 5 心身障害児短期療育事業（母子訓）
～12 つつじヶ丘学園 3組
 3. 8.21 心身障害児巡回療育相談事業～広尾町
 3. 8.23 心身障害児巡回療育訓練事業～清水町きずな園
 3. 9.13 「早期療育を考える」集い
ウエディングプラザみやもと 220名出席
・講演とシンポジウム
「早期療育の現状と課題」
北海道教育大学旭川分校 伊藤則博教授他
 3. 9.26 心身障害児巡回療育訓練事業
～音更町やまびこ学級

資料 11

十勝管内早期療育関係施設等一覧表

1. 言語治療機関

(H 3 . 11 . 1現在)

機 関 名	〒	住 所	電 話	対 象	在籍児童数
帯広市立帯広小学校言語治療教室	080	帯広市西8条南5丁目1	0155-23-3895	幼児・小学生・中学生	47名 幼児(15)
帯広市立花園小学校ことばの教室	080	帯広市公園東町2丁目3	0155-24-9123	幼児・小学生	54名 幼児(22)
帯広市立明和小学校ことばの教室	080-24	帯広市西19条南4丁目24	0155-34-5618	幼児・小学生	36名 幼児(16)
西十勝ことばの教室	089-03	清水町字羽帯南2線98番地	01566-3-3311	幼児・小学生・中学生	52名 幼児(35)
幕別町立札内南小学校ことばの教室	089-05	幕別町札内文京町29番地	0155-56-2769	幼児・小学生	43名 幼児(36)
幕別町立札内中学校ことばの教室	089-05	幕別町札内文京町29番地	0155-56-2015	中学生	2名
幕別町立幕別小学校ことばの教室	089-06	幕別町緑町26番地	0155-54-2424	小学生	6名
本別町ことばの教室	089-33	本別町弥生22-1	01562-2-2039	幼児・小学生	21名 幼児(8)
音更ことばの教室	089-01	音更町柏寿台1番地	0155-42-2707	幼児・小学生・中学生	64名 幼児(27)
土幌町立土幌小学校ことばの教室	080-14	土幌町字土幌西1線172-6	01564-5-2598	幼児・小学生	30名 幼児(19)
帯広市幼児ことばの治療教室	080	帯広市役所第2庁舎		幼児	82名 幼児(82)
芽室町ことばの教室	082	芽室町南3線10番地	0155-62-3159	幼児・小学生・中学生	59名 幼児(40)
池田町ことばの教室	083	池田西2条5丁目	01557-2-5495	幼児・小学生・中学生	24名 幼児(12)
新得ことばの教室	081	新得町西2条北2丁目	01566-4-5646	幼児・小学生・中学生	22名 幼児(9)
南十勝ことばの教室	089-21	大樹町栄町49番地	01558-6-2272	幼児・小学生・中学生	46名 幼児(24)
足寄町ことばの教室	089-37	足寄町南6条西3丁目	01562-5-3628	幼児・小学生・中学生	16名 幼児(5)

2. 精神薄弱児施設

施 設 名	〒	住 所	電 話	定 員	開設年月日	備 考
つつじヶ丘学園	080-24	帯広市西25条南4丁目10	0155-37-3029	50名	S 40 . 3 . 1	

3. 母子通園施設

通 園 施 設 名	〒	住 所	電 話	定 員	開設年月日	備 考
帯広児童養育センター	080-24	帯広市西20条南2丁目	0155-33-6111	50名	S 54 . 12 . 12	
清水町町きずな園	089-03	清水町字羽帯南2線98番地	01566-3-3311	20名	S 62 . 4 . 1	
音更町やまびこ学級	080-01	音更町元町2番地	0155-42-2111	12名	H 1 . 4 . 1	
大樹町南十勝ことばの教室	089-21	大樹町栄町46番地	01558-6-2272	10名	H 2 . 4 . 1	
足寄町あゆみ園	089-37	足寄町南5-2	01562-5-3504	9名	H 3 . 1 . 1	
浦幌町ことばの教室	089-56	浦幌町任吉町33番地	01557-6-2023	9名	H 3 . 4 . 1	

4. 肢体不自由児通園施設

施 設 名	〒	住 所	電 話	定 員	開設年月日	備 考
十勝愛育園	089-05	幕別町字依田381	0155-56-5095	40名	S 45 . 5 . 1	

5. 肢体不自由児施設(母子入院)

施 設 名	〒	住 所	電 話	定 員	開設年月日	備 考
道立旭川肢体不自由児総合療育センター	071	旭川市春光台2条1丁目	0166-51-2126	20名	S 37 . 12 . 26	
道立札幌肢体不自由児総合療育センター	006	札幌市手稲区金山1	011-682-1311	20名	S 27 . 11 . 27	

6. 病 院

病 院 名	〒	住 所	電 話	備 考
国立療養所帯広病院	080	帯広市西18条北2丁目	0155-33-3155	重心施設
国立十勝療養所	080-01	音更町中鈴蘭元町2	0155-31-3111	
北海道立緑ヶ丘病院	080-01	音更町緑ヶ丘1	0155-42-3377	
帯広厚生病院	080	帯広市西6条南8丁目1	0155 24 1161	

7. 教育特殊学校

学 校 名	〒	住 所	電 話	備 考
北海道帯広養護学校	080-24	帯広市西25条南2丁目	0155-37-6773	
北海道帯広聾学校	080-24	帯広市西25条南2丁目	0155-37-2017	
北海道帯広盲学校	080-24	帯広市西25条南2丁目1	0155-37-2028	

心身障害児短期療育事業 【母子訓練】について

（つつじヶ丘学園）

谷村 健治

1. 経 過

昭和58年から昭和62年の間に延べ10回、参加母子45組の母子訓練を実施してきた。

昭和63年は母子訓練をより充実したものにするために担当職員の研修を行ってきたが、母子訓練の実施にはいたらなかった。

平成元年度より「北海道」の委託事業として再出発することとなった。

平成元年度 冬期 [平成2年1月8日から11日
(3泊4日)] 母子5組参加

平成2年度 冬期 [平成3年1月8日から12日
(4泊5日)] 母子6組参加

平成3年度 夏期 [平成3年8月5日から10日
(5泊6日)] 母子3組参加

平成3年度 冬期 [平成4年1月8日から11日
(4泊5日)] 母子4組参加

2. 母子訓練の目的

障害児を持つ母親（家族）は、子育てに不安や焦りを持ち、子どもとの関わり・しつけ・問題行動への対応・進路などについて具体的な方法やわかりやすい情報が欲しいと願っている場合が多い。

これらの母親の悩みやニーズに対して、母子訓練は入所施設が持つ機能や専門性を生かした療育の場として提供していくことを目的としている。

①同じ悩みを持つ母親同士が、寝食を共にすることで本音や悩みを打ち明け合ったり、励まし合うことができる。

②宿泊訓練という24時間ケアの中で、家庭生活に近い環境が用意され、実際の療育が可能である。特に基本的な生活リズムの改善やしつけなどは

実践しながら学べ、これらの経験が母親の自信につながる。

③個別面接や懇親会などで担当職員と話し合ったり、ビデオなどで実際の療育場面を観察する中で、子どもの状態や問題点を確認できる。また、望ましい関わり方や具体的な課題を母親自身が気づき、整理できる。

3. 母子訓練の内容

①事前調査

家庭訪問を実施。あらかじめ児童の状態を把握できるだけでなく、母子訓練に対する母親のニーズを把握することができる。

②療 育

基礎的な対人関係の学習を目的としたもので、特定の他者（担当職員）や特定の他児と手をつなぐ歩行場面などを通して相手を意識し、安心して受入れ・保持し・自らの関わりができることをねらいとしている。一方的な指導や訓練ではなく、職員と子ども、子どもと子どものなまの関係を中心として一人ひとりの子どものペースや発達段階・能力に合わせた柔軟な療育を目標としている。

具体的には、学園周辺の散策、ソリ遊び、雪中宝探し、雪だるまつくりなどの屋外での遊びと絵画、粘土遊びなどの屋外での遊びを設定してきた。

③母親教室、懇談会

母親の心理的安定につながることを主眼とし、わが子についての理解が母親の内面で母親自身が意味を持って実感されることを重視する。母親の心理的安定が子どもの自然な成長を促し、母親自身の実感を伴った理解があって初めて生きた知識となり、養育態度が変容していくとして考える。

懇談会的なグループでの話合いを中心とし、母親と子どもの基本的な関係を探るとともに母親同士の親睦を深める。

身辺処理、問題行動などに対する当学園での実際の取組みを紹介しながら『子育て』のヒン

トを提供する。

④親子レクリエーション

プール遊び・ソリ遊びなどを通して子どもと一緒に楽しめる場面を設定する。

⑤個別面接

母親の個々の子どもに対する悩み、問題を聞くことに重点を置きながら、子どもの障害のスクリーニング（津守式発達検査）、アドバイスをする。

4. 母子訓練の今後の課題

当学園の入所児童の平均年齢が18歳を超えた現状と母子訓練対象児童の年齢の格差があまりにも開き過ぎているため、その発達に応じた療育内容を関係機関に学びながら実施していかなければならない。このことは地域の関係機関との連携・協力関係（ネットワーク）づくりの中で療育、相談などの一貫性を持たせていくことにもつながっていく。また、定期的なアフターケアを安心して受けられることにもなると考えている。

3 「地域療育センター」の活動内容と今後の課題

（道立太陽の園地域療育センター）
千葉裕子

1. はじめに

平成元年度から、北海道早期療育システム事業が施行され、太陽の園も第2次療育機関「地域療育センター」の指定を受け、3児童相談所管内（室蘭・中央・岩見沢児童相談所管内～80市町村）を担当エリアとして、短期療育事業（以下「母子訓練」）や巡回（外来）療育事業・研修事業等が機能付与された。

このシステム事業は、広域かつ療育資源の偏在という本道の障害児対策での問題点の改善を図り、地域実情に合わせ、地域に根ざした療育システム

のあり方を具体化するものである。当センターの事業内容については、下記の4点を柱に実施している。

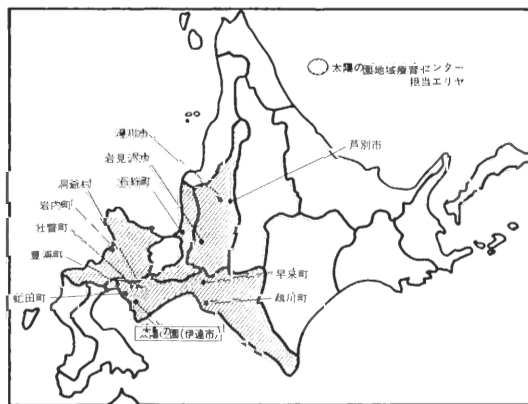
- ①第1次療育圏（機関）に対する援助——市町村母子通園センターの設置、運営に関する援助
- ②療育資源のない郡部地域の在宅障害乳幼児及び親（家族）への療育・相談援助——母子訓練の受け入れや在宅訪問等による援助
- ③地域療育関係職員への専門知識や療育技術習得に対する援助—巡回及び研修事業の実施
- ④早期療育システム事業推進に対する地域及び関係者への啓蒙や情報の提供——推進会議への参加等

2. 地域療育事業の具体的展開

※実施実績等詳細については別添資料(II)を参照

資料(1)

太陽の園 地域療育センター担当地区



〈スタッフ〉

- ・小児科医（1名）センター長兼任
- ・療育主査（課長職1名）コーディネーター兼任
- ・心理士（1名）
- ・保健婦（1名）
- ・作業療法士（1名）
- ・言語治療士（1名）
- ・指導員（2名）
- ・保母（2名）
- ・栄養士（1名）兼任

以上の11名が当センターのスタッフである。療育主査、心理士、保健婦の3名は、第3次中核センター職員として、平成3年8月より新規に定数化

資料(II)

太陽の園地域療育センターの事業（地域療育部門）

事業名	担当者	実施回数	主な援助内容		
1 短期療育事業 (母子訓練)	療育担当 3名 母親教室 1名	14回実施 70組	ブリークア～家庭と各関係機関からの電話による調査、機関訪問 母子訓練期間～①医療相談②発達検査③母親相談④親子遊び⑤食事指導⑥身辺指導 アフターケア～各関係機関へ文書・電話による報告、外来、家庭訪問、機関訪問、再入所		
事業名(地域)	担当者	実施回数	主な援助内容	対象児	
2 巡回療育相談及び巡回療育訓練事業	鶴川町	1名	年6回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③発達検査④母親教室⑤ケースカンファレンス⑥全スタッフによる総合診	MR
	岩見沢市	1名	年3回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③発達検査④母親教室⑤ケースカンファレンス	MR・CP・自閉的傾向
	滝川市	1名	年3回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③母親教室(母親研修)	MR・自閉的傾向 ことば遅れ
	石狩町	1名	年6回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③母親教室(母親研修)	MR・自閉的傾向 ことば遅れ・CP
	岩内町	1名	月1～2回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③母親教室(母親研修)④ケースカンファレンス⑤全スタッフによる総合診	MR・ことば遅れ
	芦別市	1名	年6回	①ケース相談(親・スタッフ)②療育内容・プログラムへのアドバイス③母親教室(母親研修)④ケースカンファレンス⑤全スタッフによる総合診	MR・ことば遅れ 自閉的傾向
	早来町	1名	年6回	①ことばの指導②ケース相談(親・スタッフ)③幼児教室への援助④全スタッフによる総合診	MR・ことば遅れ
	伊達市	1名	4～8月週1回	①肢体不自由児の機能訓練②ケース相談(親・スタッフ)③ケースカンファレンス(入所判定会議)	MR・CP
	壮瞥町	1名	年6回	①1歳～1歳半の乳幼児健診②発達相談・育児相談③健診事後フォローアップの個別指導	全員通過システム
	洞爺村	1名	年6回	①3ヶ月～2歳の乳幼児健診②発達相談・育児相談	全員通過システム
虻田町	1名	年4回	①1歳半の乳幼児健診②発達相談③ことばの発達チェック	全員通過システム	
豊浦町	1名	年6回	①1歳半健診事後指導②(発達チェック・母親相談)③健診事後フォローアップの個別指導	全員通過システム	
外来療育相談	総合スタッフ	月5ケース 8～9件	①発達の評価、育児・発達相談②ことばの相談と機能訓練、感覚統合訓練③その他(療育・遊び・親相談等)		
3 研修事業	①母子訓練実務研修 心身障害児の療育関係者を対象とし、母子訓練機関中に家庭療育のプログラムとカウンセリングの実態を実施研修(各回1～2名) ②障害児治療教育研修コース 障害児療育の実務に携わる者を対象とし障害児療育の実践的専門セミナー(各回15名) 第1回 平成3年9月24日～26日 テーマ「早期療育における家庭療育プログラムと相談・援助」 第2回 平成3年9月24日～26日 テーマ「遊びをどうしての療育」 ③第19回北海道精神薄弱治療教育研究会(7月9日～10日)北海道社会福祉事業団主催 発達障害の治療教育における学際的な研究集会として、医療・教育・福祉の関係が集う。 テーマ「行動障害と治療教育プログラム」 ④地域療育関係職員(10月1日～5日)北海道社会福祉協議会主催(25名) 早期療育に携わる職員の基礎的知識と技術の習得を目的としている。				

されているが、他の8名については、当園の定数内職員であり、これら地域療育関係業務及び入所者の処遇(主に専門療育担当)・研修業務等を主な役割としている。

(1) 母子訓練事業

※プログラム等については表(1)を参照

発達に心配や障害のある乳幼児と母親(主な養育者)を対象に、年14回(70～80組)、5泊6日間(再訓練者は2泊3日間)の宿泊訓練を実施している。主な内容は生活や遊びという日常的で身近な課題を通して、子どもの能力・障害像の把握や家庭療育の具体的な方法を体験しながら学ぶこと、また家庭で手軽に活用できる療育技術の習

得等を援助することである。さらに同じ悩みを持つ親同士の交流や情報交換の場としても大きな意味を持つと思われる。早期療育の目的は、子どもの障害や発達の状況を的確に把握し、個々人に合った望ましい療育を早期より行うことによって、最大限の発達を促し2次障害の発生を最小限に食い止めることにある。母子訓練が早期療育にとって大きな意味をもつということは、子どもへの直接的な療育はもちろんのこと、子育ての中心である、母親(家族)が精神的に安定し、主体的に療育に取組めるように援助することである。

当センターでは、上記の点等を考慮し、母親(家族)への援助プログラムの充実と地域療育関

表1 母子訓練プログラム

5泊6日コース（基本プログラム）

		午 前		午 後	
1 日 目	子 母	受 付	入 所 式	行 動 観 察	個 別 面 接
				オリエンテーション	
2 日 目	子 母	発達相談・検査	集 団 療 育	母 親 教 室	
		医療相談・診察			
3 日 目	子 母	親 子 療 育	集 団 療 育	個 別 面 接	
4 日 目	子 母	集 団 療 育	親子レクリエーション	(評価会議)	
		母 親 教 室			
5 日 目	子 母	親 子 個 別 療 育	集 団 療 育		
			個 別 面 接 ※		
6 日 目	子 母	集 団 療 育	修了式	父 親 (家 族) 面 接	
		母親教室(反省会)			

2泊3日コース（再入所コース）

		午 前		午 後	
1 日 目	子 母	受 付	入 所 式	行 動 観 察	発達相談・検査
		個 別 面 接			
2 日 目	子 母	親 子 療 育	集 団 療 育	評 価 会 議	
3 日 目	子 母	個 別 療 育 相 談	修了式	父 親 (家 族) 面 接	

係機関（者）との連携を重点課題として取り組んでいる。具体的には、プログラムの中に、個別面接や個別療育の時間を多く設定したり、父親（家族）面接や父子訓練を実施している。またファミリーケースワークという側面から兄弟の育児を含めた相談援助も実施している。ここ1～2年間の父親面接の実施率は70%近くの高率を示し、父子訓練を希望するケースも増え、関心の高まりがみられている。

母子訓練参加のニーズは、対象児の年齢や障害別によって少し異なるが、①親子の関わり方、遊び方を知りたい。②排泄，食事，生活リズム等について具体的な対応方法を知りたい。③ことばの発達を促したい。④就園，就学へのアドバイスや情報が欲しい。⑤兄弟の子育てに心配がある等が多く、具体的でかつ家庭で取組めるアドバイスを望んでいる。

また一週間という短期間の訓練で、より高い効果を上げるために、地域療育関係機関（者）との連携やブリ・アフターケアの充実が重要である。

具体的には、家庭や関係機関に対しての個別訪問、巡回・外来療育相談の実施、関係者との合同ケース会議などでの、訓練ニーズや状況の確認、療育方針の統一、引き継ぎ、さらに必要に応じて再入所や電話相談等による定期的なフォローアップ体制がある。

ここ数年来、当センターの母子訓練入所希望者数は受入れ可能数をはるかにオーバーし、ニーズに応えきれない現状にある。このことについては、各地域療育センター及び母子訓練実施施設と協議し解決しなければならない課題である。

(2) 巡回（外来）療育事業

担当エリア内の発達障害児（要観察児も含む）と親（家族）及び地域療育実施機関（関係者）を対象に専門スタッフ派遣による援助である。

巡回療育事業の主な内容は①母子通園センターへの巡回指導（療育プログラムの作成・実施、発達チェック，母親相談，ケース会議職員研修等）②郡部地域の重症心身障害児への在宅訪問指導。③近隣町村の乳幼児健診での発達相談及事後フォローのための個別指導（近隣町村への当センター単独の援助である）④各親の会活動や地域推進協議会への援助（会議や学習会への参加）等である。派遣者は地域のニーズに応じ、各専門職1～2名であり、他に各地域年1～2回小児科医をはじめ全スタッフによる総合巡回を実施している。

外来療育事業は、定期的な来園形態による専門的な療育・訓練・相談援助であり、基本的には地域でのケアが受けられていないケースが対象である。また外来療育の実施にあたっては、総合スタッフによる診断・ケース会議を行い、受理決定についてや療育方針・内容及びケースのフォローアップ体制等について検討している。これらの巡回（外来）療育事業と前述の母子訓練事業は、相互に役割分担をしたり、フォローアップするという有機的な関係を保ち、療育効果を高めていると思われる。

(3) 研修事業

地域療育関係者の専門的な知識や技術の習得を目的に下記のような研修等を各所からの委託及び

当園の単独事業として実施している。

①母子訓練実務研修

5泊6日間の母子訓練期間に行う、家庭療育プログラムを援助するための療育技術や親（家族）へのカウンセリング方法等の実施研修である。この研修は担当職員と一緒に個々のケースの療育や親面接、母親教室やケースカンファレンス等すべてのプログラムをトータルに体験することで、即現場に活かすことができると関係者に好評である。

②障害児治療教育研修コース

テーマ別専門研修で平成3年度は、重度行動障害児の遊びやコミュニケーション、問題行動への対応と親（家族）援助について実施する。

③地域療育関係職員研修（道社協からの委託）

早期療育システム事業での母子通園センター職員の養成と関係機関（者）の連携を目的に実施する。

④北海道発達障害治療教育研究集会

「重度行動障害と治療教育プログラム」をテーマに実施する。

⑤その他各種研修会の実施

当センター職員の研修会等を地域の療育関係者に開放する。「発達診断法」「摂食困難者への対応」等。

(4) 施設提供事業

①地域の母子通園センターへのプレールームや遊具の開放。

②各関係団体が主催する療育キャンプ等への施設提供の実施。

年間3～4団体が2泊3日間の日程で当園を利用している。各団体が主体的に運営するプログラムに対して、母子訓練（宿泊施設）やプレールーム等の場所及び食事（材料費のみ負担）、教材、遊具等の提供、さらに研修会や懇談会への職員派遣等の援助である。

③その他各種提供事業

3. 実施に当たっての問題点及び方向性

早期療育システム事業の目的は、地域に根ざし

た療育の充実であり、どんな障害を持っていても、その子が生まれ育った地域の中で、あたりまえに必要な療育を受けることを可能にするための関係機関（者）の連携である。地域療育の充実のためには、第1次療育機関である母子通園センター等（保育所、ことばの教室）が、郡部地域において核になることが必要であり、過去3年間の実績の中では、十分にその役割を果たしているところも多い。

また地域療育センター（第2次療育機関）は、地域の母子通園センターの設置・運営に関する援助や療育資源のない郡部地域の在宅障害児や親への療育援助を主な役割としており、地域関係者からのニーズも高く、今後もより一層の充実が望まれている。

(1) 地域療育センターの予算及び施設設備の充実

地域療育センターは、施設オープン化事業の線上にあり、職員及び施設設備については入所施設の余力で実施するという補助事業の位置付けである。現在の入所施設は、重度、多様化、強度行動障害児への対応と諸々の課題をかかえ、余力等生み出すことが困難である。今後は、施設の新しい機能の1つとして、制度及び予算の裏付けのある事業化により、内容の充実が望まれる。

(2) 地域療育センターの担当エリアの見直し

現在の担当エリアを分割し、地域の母子通園センター等、第1次療育機関を日常的に援助できる体制を強化する。地域療育センターの事業内容から考えて（母子訓練、巡回、外来等）最低、児童相談所単位（一部改善が必要）、将来的には片道100km位（交通機関利用で2時間以内）をエリアとして担当することが望ましい。そのためには、地域療育センターの増設、内容の充実が必要である。

当園の担当エリア内においても、日高圏は静内のペテカリの園がケアしており、空知管内の地域は、旭川圏が日常生活エリアとしてケアすることが望ましい等の問題を含んでいる。

(3) 他機関（第1次、第3次）との連携強化と適切な機能分担

地域母子通園センターのケアが望ましいケースであっても、直接第3次療育機関がケアしていたり、何ヶ所もの大学病院や、専門機関にかかっている場合が多々ある。現状では、親の強い希望や地域の療育機関の未整備等で、必ずしもスムーズにはいっていないが、地域療育の充実と対象者の混乱（療育機関間の連携不足による療育方針の未統一）や精神的（身体的）・経済的負担の軽減のためにも、今後、機関間の連携強化と機能分担が重要になる。この場合、地域ではケアが難しい、より高度で専門性を必要とするケースのみを第2次、第3次療育機関へ紹介する。また必要な治療や検査、診断が修了したケースは地域へ返す。その時はもちろん、地域の療育関係者への引き継ぎや援助が十分にされる必要がある。またこの療育システムを円滑に進めるに当たっては、ケースコーディネーターの存在と対象者への啓蒙が重要である。

地域療育センター事業におけるコーディネーター役は児童相談所であるが、当センターのエリアでは、巡回事業の実施及び母子訓練入所紹介等でその役割を果しており、お互いの連携も充実しつつある。

(4) 当園入所部門との連携強化によって、療育技術やプログラムの開発及びデータ化の充実

短期入所制度の活用により、各専門的療育プログラム（強度行動障害への対応、改善のための療育プログラム—偏食、パニック、自傷等の問題行動、自閉症及び重度障害児のコミュニケーション手段の獲得について等）の実施と親のレスパイトケアの充実を図る。

現在当園では、治療観察棟（長期入所型ではなく、対象者のニーズに合わせ、短期間で集中的に問題解決へのアプローチをする専門棟）の設置が検討されており、今後地域在宅児（者）の利用も可能になるとと思われる。

短期入所プログラムでは、強度の偏食や肥満、パニック等のように、家庭や地域の療育機関では、

療育の継続や統一した対応が難しい問題が2～3ヶ月で改善のきざしを表すこともある。またパニックや多動、外への飛び出し等のケースについては、親のレスパイトケアの意味合いも大きい。

(5) 当センター職員の専門的知識及び技術の習得や充実

地域療育センターの機能・役割を考える時、今後は心身両面の障害児、各種重複障害児、ボーダー児等幅広い対応ができる職員体制の充実のために、専門職の配置と増員及び職員研修が必要である。特に地域の母子通園センター等第一次療育機関を育て、援助するという役割から、専門的な知識や技術が必要となる。また今後療育の専門職化が進む時、これらの専門職間をうまく調整し、具体的なプログラム化をするケースワーカーやコーディネーターの存在が重要になると思われる。

(6) 地域療育センター連絡協議会の設置

地域療育センター相互の情報交換や研修の場として、連絡協議会が必要である。特に、実施に当たっての問題点や条件整備等については、単独のセンターの課題とせず、共通に協議する必要がある。この問題は前述の担当エリア等の個所でも少しふれたが、地域療育センター間の連携や協力によって、個所増や内容の充実を図る必要がある。特に母子訓練入所については、対象者の地域性やフォローアップ等を考慮し、ケースの移管や引き継ぎがもう少しスムーズに行われることが望まれる。

4. おわりに

早期療育システム事業が試行される年月が過ぎようとしているが、この間に、各地に母子通園センターが設置され、内容の充実という課題を残しながらも、地域療育の核として着実に役割を果してきている。またこの母子通園センターを援助すべき、地域療育センターも、6ヶ所すべてが指定され、その施設や地域の実情に合わせながら活動を始めている。今後は、過去3年間の事業実績の中から、地域や対象者のニーズを酌み取り、制度の見直しも含め、質的な充実期を迎えることが必要である。

1. おしまコロニー地域療育センターについて

私たちの地域療育の基本的な考え方や実践については、昭和62年の第1回の研究会でお話させていただきました。今回は、先のものとは少し角度を変えて取り組みの一部をご紹介しますと思います。

まず、地域療育センターですが、昭和60年の開設と同時に「診療所」の承認を得、小さな医療機関としてスタートいたしました。

紙上では、スライド写真をご紹介しますが、知恵おくれといわれる子どもたちにも必要な医療をキチンと保障し、特に運動療法や感覚統合療法など、さまざまなリハビリテーションテクニックがあるわけで、その手法に基づき、可能な限り早くに評価をし、必要な手当てをすることができれば、もっとこの人たちの予後と申しますか、将来像は良い状態になり得ると考えたわけです。

診療部門には、Dr.、Nrs.、PT、OT、ST、臨床心理士などが居り、ほとんどの場面は個別で、それぞれのアプローチを行っております。

私たちの地域療育センターは、医療機関としての性格に加え、別スペースに母子通園部門もっております。

60年の開設当初は、何の制度的裏づけのないままのスタートでしたが、昭和63年度から国の制度事業である「心身障害児通園事業」を函館市から委託を受けることとなりました。また、平成元年度からは、北海道の一次圏の指定を受け、渡島管内8ヶ町村が加わりましたので、運営面でもシステムの推進という面でも大きな前進ということができます。

現在、函館市が定員20組、町村分が10組で全て3歳未満に開始することを原則に、今日まで続けております。

道のシステムで申し上げますと、特に一次圏域における一次的機能、すなわち日常生活圏のなかでの最も身近なサービスといえるのではないかと考えております。

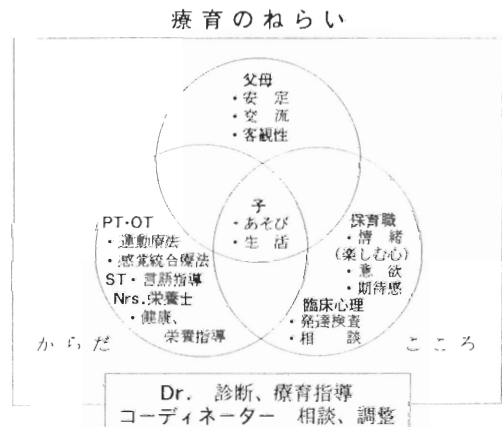
2. 母子通園のねらい

下図は、私たちオリジナルの母子通園のねらいを簡単に図式化したものです。

ほとんどの子どもたちがPTあるいはOTの個別訓練を受けており、幾人かは定期的な再評価と運動面でのアドバイスを受けています。

0歳の段階で診療所外来に入り、1歳位になって通園対象になるケースが多いので、最初のうちは「訓練こそ命」という様子ですが、何よりも子どもたち自身が保育プログラムをよるこび、楽しんで様子を見て、次第に「保育の主要性」をわかって下さるようです。

訓練士は、Dr.の指示を得て治療プログラムを立て、具体的なアプローチをしていくわけですが、保育は三点、「情緒」「意欲」「期待感」といったようなことをどう育むのか、工夫を凝らした保育展開を心がけ、子どものあそびや生活がより豊かになることを大きなねらいにしています。その点では、科学性の高い医療職の仕事も、結果として子どもの生活やあそびに成果として反映されていくことを基本目標としておりますので、両者の目標は、手法こそ違え、共通しているといえます。お母さんたちも同じように、子どもたちの豊かな表情や小さな仕草に触発されて「あそび」の重要性を眼のあたりに感じていただけますし、他のお母さんたちとの交流などによっても、ひと家族だけで悩まない連帯感のようなものが生まれて参ります。



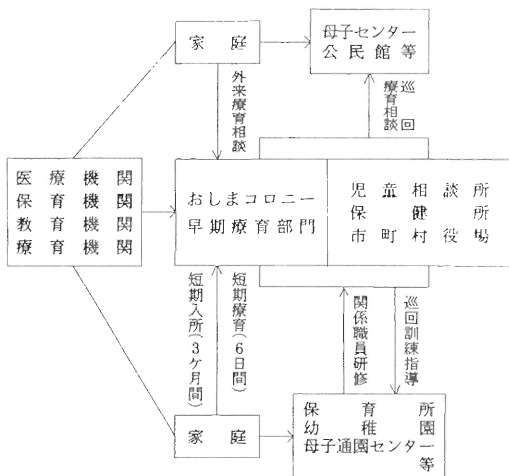
早期療育と申しますと、いきおい、パラメディカルの仕事に注目してしまうことが多いわけですが、私どもとしては、保育プログラムこそがこの分野の要であるというような認識をもっています。

また、多くの職種がかかわりますので、コーディネイトの働きを重視していますが、これには心理職や課長職があたり、さまざまな制度の解説や外部との必要な連絡調整などを行っています。

3. 相談等地域事業について

地域への巡回相談は、国の事業と道の事業とがあって、区別して説明するのが難しいのですが、私たちの場合を簡単に図式化すると次のようになります。

巡回相談等地域療育センター事業の活動



これらの諸事業の実績等は、紙面ではご紹介できませんが、これらの事業の他に、私たちが地域療育をすすめる上で重要なものとして考えている〈会員登録事業〉があります。

平成2年度から国の事業としてスタートした「地域療育拠点施設事業」は、私たちの会員登録事業が原形のひとつとなっているとっていいのではないかと思います。会員は現在200名を越えております。

4. 地域療育の基本的考え

私たちの地域療育の基本的考えは、可能なかぎ

り、ふだんの生活圏のなかで必要なケアが受けられる地域全体の仕組み、というものです。

あるいは、障害のむつかしさによっては遠くの医療を求めなければならないこともあるでしょうし、長期に入院したり、事情によっては長期に施設入所し、家族や故郷から離れることもあるかもしれません。しかし帰るべきところと申しますか、生活のよるべきところは、「小さな単位の小さな社会」ということが基本であり、そこで必要なサービスが受けられることが最も望ましいということです。

こうしたことを年頭におきながら、私たちはさまざまな地域療育プログラム、通園、巡回、外来、登録、短期入所などのメニューをもって地域生活を続けてきました。

今後もそこを外さず、この人たちひとりひとりの人生設計をどう考え、組み立てることを援護するのか、より普通の生活をめざして具体的なアプローチを本人へも、地域へも応援していくのが地域療育の大事な視点だと思っています。

5. 巡回相談を考える

一般に、〈サービス〉は受け手の側に立って内容や仕組みを考えなければなりません。なかでもヒューマンサービスはそのことをぬきに成立するものではありません。

例えば、巡回相談は、私たちの経験のなかでは、保護者が自らその場に臨むのはレアケースです。多くの親たちは、疑心暗鬼で相談の場にやってきました。相談が3度、4度となるともちろんうち解けていただくことも多いわけですが、できれば相談会には顔を出したくないというのが大方の本音ともいえるでしょう。

ある町の相談会で、終了後のミーティング会場に、お酒に酔ったお父さんがやって参りました。「どうしてウチの子どもは、ここに来たのか、理由を説明してもらいたい」ということのようにです。

おそらく、この種の相談会ほど、インテイクも含めてその内容も事後指導なども含め、難しい相談はないと思われず。

ニードは屈折しており、しかも即座に答の出るものではありません。

障害の有無、問題の認識、家族の理解、受入機関等々、いろんな側面があり、いろんなケースがあるわけですが、決して知識や経験だけが通用する世界ではありません。

私たちが、この巡回相談を通して学んだことは、ごく当然のことですが、相談場面それ自体はもちろん成功する場合も不十分な場合もあるわけですが、大事なのはどうフォローするか、あるいはされるかということです。それをどこにするのか、だれが良いのか、具体的に何を託すのか、あるいは親自身がだれを求めているのか、そういうことを洞察し見通しを立てなければなりません。

あるときは、実家のおばあちゃんであったり、保健婦、保育所の先生であったり、あるいは近所の友達であったりします、それは、プラスの面でもマイナスの面でもそうなのですが、親が子どもの実像に焦点を合わせようとするときに、その助けになったり妨げになったりすることがあるということです。

地域のキーパーソンである保健婦さんとの情報交換のなかで、この辺のことを確認できれば、次の相談設計はずいぶん楽になって参ります。

ある町の相談会で、1回目には十分な相談ができなかった親ごさんがいらっしゃいました。仲々、かたくななお母さんでしたが、半年の期間を置いて、再相談ということになりました。そのときのお母さんは、前回とはうって変わって見違えるほど積極的で、ほとんどうなづくだけだった前回と、相談に臨む姿勢が大きく異なっております。

保健婦さんのお話によれば、お母さん自身がお話し下さったそうですが、家の仏様を拝みにいらしたお坊さんに、子どもの愚痴をいったらひとこと、こう諭されたそうです。

「出来そうなことをやらせ、わかりそうなことを教えればよい……」。まさに名言というべきでしょうが、そのひとことでお母さんはすっかり素直になられたそうです。

その日の相談会は、ずいぶん楽しいもので、お

母さんの手柄話をいくつも伺えました。

お坊さんも見事ですが、これを活かした母親も讃えられるべきですし、また保健婦さんのフォローも行き届いた、素晴らしい感度の良い、私たちにとてもありがたいものでございます。

私どもいつも思うのですが、巡回相談の成否を分けるのは、どれだけ地元に良き人材を得られるか、その一点に尽きると思うのですが、巡回として動く側もそれを受けとめる地域も、相互の人材を活かし合って情報を組み立てていくことが、とても大事なのだと思っております。だれがそれを組み立てるのか、だれであっても、地域の側の人材や機関であることは疑いのないところでしょう。

6. システムを進めるために

システムを具体的に進めていく時に第一に考えなければならないことは、ふだんの生活すなわち「日常生活圏」を、北海道の療育システムの考え方によれば、一次圏域を先ず優先的に充実させるべきではないか、ということです。ふだんの生活のなかで子どもの発達が保障され、親が支えられながらも自ら、苦悩の淵から立ち上がっていくことが基本であるわけですから、一次圏の充実こそ第一にすすめられなければなりません。充実の内容というのか実体は、いかがでしょうか。北海道が示すモデルは、完成形ではなくいわばスタートラインであって最低基準でありましょう。

全道に網をかぶせるという表現をよく聞きますが、それを急ぐあまりの形先行は避けなければなりませんし、地域の個性ある実践展開やシステムをかわす保護者の存在も、広い意味で地域社会の自然体といえるでしょう。

とにかく、できるならばお金も人手も、時間もたっぷりかけて、地域に何が育っていくのか、土地柄や人材を活かした一次圏でなければ、本来あたたかな響きをもつ「リョウイク」のイメージがずれていく、そんな心配をいたします。

巡回相談などを担当していて、そう思いますし、私ども当事者団体のひとつとして、地域の自然体を大事にしなればということを感じいたします。

そもそも、この北海道システムのモデルとなった、全社協に設置された心身障害児福祉協議会が昭和56年にまとめた「地域療育機能のモデル構想」のなかでも、また私どもおしまコロニーも分担協力者として昭和59年から3年がかりでまとめた厚生省分担研究のなかでも、「システムは末端の一次機能から積み上げるべきである」ということがくどい程議論され、二次・三次機関の先行は慎まなければならないということが随所にもりこまれております。もうひとつ、地域すなわち療育エリアはニーズに応じて可変的且つ柔軟に編成されるべき、と報告されており、これらの点は既にスタートした北海道のシステムですが、国際障害者年10年のあとを考えるとときの大きな宿題のひとつであります。

また、地域の保育所や幼稚園の機能をどう考え、このシステムのなかに有効に位置づけていくのか、これも大きな課題であると思われまますし、慎重に計画されて取り組まれるべき統合保育の実際がどうなっているのか、この点の分析も急がれると考えます。

気になることのもうひとつは、システムモデルの推進母体がどこで、どう動いているのか、その辺がわかりにくいということです。

ある日、突然スケジュールが下りてくるといったような事態は大変理解しにくいと思っておりますし、決して丁寧なすすめ方とは思えません。

それぞれの圏域の協議会は、それぞれの地域の実状把握に手が一杯の状況にあって、中核施設の動きが、システム全体の方向や内容を決定づけてしまう心配さえいたします。慎重な展開を望みたいものです。

とにかく、私どもとしては、それぞれの地元の人を、機関を得ていきたい、それが地域療育の命づなだと考えております。

私どもの地域に假法華村がごございますが、当時4歳のT君のお母さんが、私どもの巡回相談に関わっていらっしゃいました。

おとし、小学校の1年生にあがったのですが、あまり上手にいかなくて、授業中におしっこを失

敗するなど担任の先生もかなり困っていらっしゃった様です。

二度ほど、ご依頼を受け、学校での様子を見させていただきましたが、担任の先生が素晴らしい方で、こういうことを抑言しました。

「採点答案をみんなに返し、正しい答を説明したあと、必ずT君は教卓に自分の答案をもってきます。まるで、わるい点数に抗議してるみたいに……」「私はこの子に一体何をしてあげられるのでしょうか。」

決して排除しないで、子どもの心をとらえようとする姿勢をもって、成すべきことを考えていく、T君は素晴らしい味方を得ました。

この素晴らしい人材にもかかわらず、だれか一緒にT君への作戦を考えていく人が必要ですし、成果を確認していく人が必要です。この「確認」のためのみえないネットワークが地域療育をすすめていくための基本単位ではないか、そんなことを考えながら日々の仕事にとりくんでいます。

以上、大変大雑把ですが、私どもコロニーの早期療育の一部をご紹介します、地域療育の考え方の一端をおはなしさせていただきました。

5 ま と め

（札幌療育センター）

三 島 与志正

（道中央児童相談所）

小野沢 秀 晃

地域リハビリテーションの重要性についての認識が全国的なたかまりを見せる中、本道では平成元年3月、早期療育システムに関する調査検討委員会から提出された最終報告書を受けて、心身障害児早期療育システムの構想を樹立した。

全道を67の圏域に分けて第1次療育圏と位置づけ、本道6生活経済圏をそのまま第2次療育圏、そして全道一円を第3次療育圏とするもので、一次圏には、気軽に通園出来る母子通園センターを

開設し、2次圏内の既存施設を地域療育センターと位置づけ、3次圏として道立施設群を指定して平成元年4月事業開始以来、平成3年度には第1次療育圏母子通園センターは48ヶ所を抱えるに至り、活動をはじめたところである。

このような状況の中で本研究会第2分科会でのテーマが、地域療育センターの現状と課題というのも、時宜を得た企画といえる。

地域療育センター6ヶ所の内訳を見ると、精神薄弱児・者の施設が4、療護施設1、重症心身障害児施設1となっており、それぞれの施設は母子通園センターへの支援という役割を持っている。母子通園センターが機能し役割を発揮するためにも、この地域療育センターの支援体勢の如何が、児童相談所のそれとあいまって、大いに重要なものとなるのは論を持たない。

しかし、現実的には、地域療育センターといえども母子通園センターへの支援も、専門分野に関してのものにとどまり、オールマイティなものは困難であろう。

このような状況とさらに、広大な地域で冬が長く、交通網のアンバランスという本道の特性の中での早期療育システム推進事業のスタートであり、従来地域的にとり組まれていた多くの既存資源をネットワーク化し、療育にたずさわる専門スタッフの育ち合いに寄与していくことは、この会の急務とも考える。

第2分科会は、4施設1児童相談所の諸氏から現状の報告を受け、それぞれの施設を知ると同時に地域の状況も認識し、よりよいシステムの機能化に向け、知恵を出し合うというねらいとなった。

きたみ学園で現在行っている療育支援活動の内容と課題。帯広児童相談所では、十勝地域の療育資源の歴史的発展。つつじヶ丘学園からは精薄者施設の機能を、帯広養育センターとともにどう生かして行くか。太陽の園からは活動の現状と地域療育の課題。おしまコロニー地域療育センターからはネットワーク化の現状についてそれぞれ報告があり、フロアとの活発なディスカッションがなされた。

このことは、この事業への関心の強さと、何とか障害児のために良いものにしたいとの熱意のあらわれといえよう。

論議の主なものを列記すれば、次の通り。

- ①本システム事業に関する考え方、進め方
- ②圏域設定に関すること
- ③移動療育センター事業の概要について
- ④母子通園センターの活動状況
- ⑤スタッフの養成に関すること
- ⑥本システム事業の発展性について

となるが、まず、①については前述したように本道の特性の中で、誰でもどこに住んでいても家から通える範囲に母子通園センターがあり、地域差のない平等なサービスが受けられるよう、そして障害ある子ども達が家庭の中に閉じこもってしまわないようにする。そして更には家族が地域で孤立しないようにするということ。しかしそれについても療育にかかわる専門職員（人材）が得難いこと。そのため2次圏からの実践的支援に期待することが大であること、などが挙げられる。

更に高度で専門的な知識と技術を必要とする対象児については3次圏が受け持つが、中核的施設機能強化事業の展開の中で参画していくことになる。

②の圏域設定に関しては、道央圏を除いて各児童相談所ごとに1ヶ所の地域療育センターが設立されている。又基本的には従来の肢体不自由児療育の圏域と大体同じとなるが、北空知地域に関しては、旭川療育センターでケアしていたが、今回は札幌センターの範囲となり、この点については今後の課題になるであろう。又母子通園センターの設置においても地域性により1ヶ所では難しいところもある等地元からも意見が出された。

③の移動療育センター事業の概要については、年度途中に開設されまだ1ヶ所しか実施しておらず、事務局の奥田氏よりこの事業の概略について説明がなされた。

④の母子通園センターの活動状況については、現在開設している母子通園センターの状況について3ヶ所から紹介があり、いずれも心身障害児と

いう広い範囲の障害を持った子ども達を療育していくためのスタッフの育成と環境の整備が課題の中心であった。

又今まで実績を上げている機関とこの移動療育センター事業が、どの様に調整され統括されていくか等の意見も出された。

その他それぞれの地域をふまえて、その実態に関し具体的に多くの発言があり、この分科会の当初の目的である地域療育センターの実情を知り、それぞれの市町村における母子通園センターの活動がどうあるべきかを考えるためには、時間的に充分論議出来たとは言えないが、可成りの情報交換にはなったと考えている。

移動療育センター事業が開設したばかりで、この事業が、それぞれの地域でどの様に適合し生かされるかは、実践し課題を整理し多くの関係機関やこの事業にたずさわっている方々の情熱によって、地域に根づいたシステムに育って欲しいとの期待が多かった。

「たまご」が先か「にわとり」が先かで論議するより、目の前に障害を持った子ども達がいて家族がいる。皆んな助けを求めている。それぞれの地域に個々の資源があり専門スタッフもいる。しかしその機能が十分に生かされていなければ、一番困るのは子ども達であり家族であるし、広い意味で社会でもある。

このシステムが充実していくか否は母子通園センターの充実は勿論であるが、これを実践面で支援する地域療育センターの充実にあると言っても良い。この地域療育センターと児童相談所更に道立施設群がお互に連携し合い、誰でもどこの地域に住んでいても、質の高い、子ども達に合った療育サービスが受けられるよう発展する事を切望してまとめたい。

— 第3分科会 (保 育) —

1. Aちゃんと関わって 山川 妙子(札幌あかつき篠路保育園)
太田 清(札幌市立幌北小学校)

2. あそびらんど・たいへいみなみ幼稚園の子どもたち
松浦 映子(札幌市立たいへいみなみ幼稚園)

3. 障害児から学んだこと
根本 弘美(石狩町立はまなす保育園)

4. 岩見沢ことばの教室と保育所・幼稚園の連携について
島田 美智子(岩見沢市ことばの教室)

5. ま と め

座 長：川守田 京子(市立札幌病院平岸分院児童部)

村 上 勝 彦(帯広児童養育センター)

記 録：保 科 倫 子(札幌市立もいわ幼稚園)

① Aちゃんと関わって ～言語教室との関わりから～

(あかつき篠路保育園)

山川 妙子

はじめに

私がAちゃんとはじめて出会ったのは、今から6年前で、その当時、AちゃんはM園の卒園を目の前にして、次の集団の場をさがし歩いていた時期でした。

当園に見学に来た時、言語教室の先生と一緒に、はじめて紹介されて、とても熱心な人……という思いを強くもったのを覚えています。いくつかの園を見学したあと、Aちゃんは当園に入園してきました。

○Aちゃんについて

家族構成 父母・兄・本児の4人家族

母親は、妊娠中よりつわりがひどく、流産の危機、早産の危機を乗り越え、大変な思いで出産。第2子ということもあり、生後まもなく不安をいただき、地方都市に住んでいたが、早くから専門家のところへ出かけ、訓練等も受けていた。

①言語教室について

Aちゃんのお母さんは、とても(いろんな面で)一生懸命な人で、当園に入園したあとでも、医大・療育センター・言語教室と、3つの施設を駆けもちしていました。

Aちゃんが園生活に慣れるまでは、保育園を中心に考えてほしい……という話をした結果、お母さんは、「言語だけには、通いたい」という強い希望を持っており、園と月1回の言語に通うということで、園生活がすぎていきました。

言語教室に関して言えば、お母さんの熱心な話をきいたり、たまたま道社協の研修会で、言語教室を見学するという機会があり、少しずつですが、言語教室の中身を知ることができました。その中で、子どもにとっても障害児の親にとっても、

「ことばの教室」というのが、大切な場であるということが、再認識させられました。

幼児期の子どもにとって、充分遊びきるというのが、とても大切な意味を持っていますが、言語教室は空間といい、沢山の遊具といい、子どもにとって魅力的なものが沢山あります。月に一度でも、ゆったりと満足するまで遊び続ける……、そして、親ともじっくり話ができる場としては、言語教室は大切な場です。

保育園にも、Aちゃんの様子をみるために見学にこられたり、保育園の日々の連絡ノートを親を通して読んでいただいたり、Aちゃんに対して、おたがい共通の認識を持って、日々接することも可能なことでした。

Aちゃんにとっては、保育園も言語教室も、二つともなくてはならない重要な場だと思っています。

① Aちゃんの親との関わり

保育園に在園していた期間は3年間で、日々連絡ノートを交換したり、懇談をしたりしていましたが、お母さんとじっくりいろんな話が、本音でできるようになったのは、1年目を過ぎた頃からです。そして、いろんな話ができ、これから……という時期に卒園を迎えます。

言語教室との関わりは、2歳の時から現在まで継続しているわけですから、すごく長い付き合いになります。

他の施設でも機関でも、関わりがありますが、じっくり親と話し合う関わりがもてません。障害児の親にとっては、話をきいてもらえるというのが、子育てのエネルギーをふるいたたせる源になると思うのです。それは、友達とか知り合いとか、そういう人もそうですが、やはり、専門機関の人が一番だと思います。そして、そういう人とめぐり会うというか、知り合うということも大事な障害児の子育ての役割をはたすことにつながっていると思います。「人の話を聞く」簡単なようですが、とても難しいことではないでしょうか。

保育園としても、いつも心がけているのですが、ついつい忙しく流されてしまい、親の側からは、

「保育園の先生は、いつも忙しい」と映ってしまうようです。

その点、ことばの教室の役割は、親の話をじっくり聞くということも重要なこととして考えてくれるので、親にとっては救われると思います。もちろん、言語教室のすべてがそのようになっているか……という点、もしかして、そうでもないのかもしれない。やはり、太田先生、個人の力が大きいこともみのがせません。最終的には、個と個のつながりということになりますと、今までずっとアプローチを続けていた、Aちゃんのお母さんの役割が大きいのかも知れません。

当園は障害児指定園ではなく、普通の保育園（一般園）ですが、常時3名の障害児が在籍しています。卒園した子の親も含め、在園児の親と職員とで「クレヨン会」という「会」をつくっていますが、Aちゃんのお母さんは、その会の集まりで、よく「言語教室」の話をしてもらえることが多く、その結果、何人かの子どもが、Aちゃんのお母さんの紹介で太田先生のところへ通うようになりました。それは、現在も続いています。

○ 保育園生活について

障害児にとって、保育園という場は、とても大切な場になっていると思います。

家庭とより密接な連絡をとりながら、集団の中にその子を自然に受け入れているならば、言うことではないでしょう。

Aちゃんにとっても、それは言えることでAちゃんは、3年間の保育園生活で、どの子もそうであるように、子どもとの関わりの中で成長をしていきました。

障害児にとって、保育園という場が大切であるように、それは主として、健常児の関わりが大事であるといえるのですが、健常児にとっても、障害児の関わりは大切だと思います。

いろんな子が自然な形で入園してきて、障害児保育があたり前になりつつある現状ですが、その一方では、保育者の労働もきつい現状でもありません。

この事に関しては、具体的に書き出すときりが

ありませんが、保育園という現場を知っている方なら理解して下さると思います。そして、様々な保育ニーズの中で疲れていると言ってもさしつかえないと思います。そのような中で、障害児の子どもにとって保育園以外に満足して遊べる場があることが重要な意味をもってきます。保育園というところが、子どもが満足に遊べない場ではありません。子どもにとって居心地がよく、満足して遊べることは言うまでもありません。

しかしながら、障害児にとっては、人手がなければ遊びも中断することが多いのです。特に、自閉的な子どもの場合は、常に一対一の関係で保育することが望ましいのですが、保育が一人休めば、一対一の関係がくずれ、保障してあげたい遊びもさせられない現状が当園の場合あります。

園長をはじめ、栄養士、調理人、用務員、さまざまな人の力を貸りて、障害児保育が成立しています。

このように書いていくと、障害児保育の方向性は、まっくらになってしまいますが、決してそうではありません。現状はそうであっても、障害児がいて当たり前で、それが自然で、どの子にとっても望ましいことだと思うのです。いろんな子がいない、画一化された集団こそ、不気味だと思います。日々の保育の見なおしをはじめ、研修会・学習会への取り組みなど、これからも工夫を重ね、どの子にとっても、いごごちの良い集団づくりをしていきたいと思っています。

○就学について

長い間、障害児の親たちと関わりをもっていきますと、何年間かの園生活のあとに続く就学のこと、親たちにとって、一番気がかりなことだということがよくわかります。

年長児の秋頃から、地域の普通学級か養護学級か、又は養護学校かという選択をせまられ、なやみはじめます。

そんな時に、保育とは又ちがった見方で相談にのってくれ、時間のゆるすかぎりさまざまなところへ見学につれていってくれる言語教室の先生がいるということは、親にとっては大変な支えにな

ります。

実際目でみることは、親にとっては決断する時、重要なポイントになると思います。

保育園でも時間のゆるすかぎり、相談にのってあげたりしていますが、見学に行くことは時間的にむずかしいのが実状です。

ま と め

Aちゃん親子を通し、言語教室との関わりができて、その結果、在園している子ども達に言語教室を紹介でき、何かあった時には互いに電話で連絡をとり合って、ということ、関わりをもってきました。日々、忙しく仕事をしていますから、「特別何かした」ということはありません。

しかしながら、親にとってはお互いが知り得ているということは、重要な意味をもっていると思います。

本来は、もっと具体的な関わりをもつことや、もう少し意識的な関わりが大切のような気もしますが、現状ではお互いがあまりにも忙しくできません。将来的にはもっとゆとりをもって仕事ができれば、かわって来ると思いますが……。

これからも、他の機関との結びつきを大事にしていきたいと思っています。

ことばの教室と幼稚園・保育園との連携について

（札幌市立幌北小学校ことばの教室）

太 田 清

は じ め に

今までの仕事を振り返ってみて、自分が幼稚園・保育園との連携を充分にやってきたという自信がないのですが、発表の機会をえましたので、私見という形で少し意見を述べてみたいと思います。

1. ことばの教室と幼稚園・保育園の連携の問題点

幼稚園・保育園に通っているお子さんで、親が子どものことばについて問題を感じ、ことばの教室で指導を受けることになると、子どもは、ことばの教室にも通うことになります。こういう場合に、ことばの教室と幼稚園・保育園が別の意見を言ったり、お互いに信用していないようでは、害が多くなり、かえって一か所だけに通った方がよいということにもなります。この部会では、他の機関との連携をテーマにしているということですが、この背景には連携がうまくいっていないケースがあるという事実があるようです。では、何故うまくいかない場合が起こるのでしょうか。その大きな原因の一つとして、ことばの教室と幼稚園・保育園のあり方の大きな違いがあげられるように思います。幼稚園・保育園では、原則として子どもは集団の中におかれ、幼稚園・保育園の先生方が毎日、長い時間保育していくという形をとりますが、ことばの教室では、週に1回から、月に1回程度、1回に1時間から2時間くらい親子でことばの教室を訪れ、指導を受けるという形をとります。

一般的傾向として、人間は自分の経験を基にして物事を考えていくものです。言い換えれば、自分の経験の枠内でしか物事を考えられない傾向があります。

集団の中で子どもを育てていく人にとっては、障害を持つ子どもが他の子どもたちや先生との関わりのなかで育っていく所や集団保育にうまく適応出来ない所が経験され、そういう視点で物事を考えていきがちになると思います。

一方、ことばの教室では、母親と子どもとの関わりや子どもと担当者との関わりのみが担当者に経験され、その中で物事を考えていこうとします。

この幼稚園・保育園とことばの教室のあり方の大きな違いが、うまく連携できない原因の一つになるのですが、見かたをかえれば大きな違いがあるため、お互いに短所を補い合い長所を伝えあえば、親子のためによりよい援助をしてあげるこ

とができる可能性があるということにもなります。

2. ことばの教室の優れた点と陥りがちな問題点について

もう少し詳しく、ことばの教室のあり方について考えてみようと思います。

一般的には、ことばの教室は親と十分に話し合える時間を持つので、親の相談相手となれるだけでなく、子どもの詳しい生育歴をとることができません。子どもの生育歴を理解すると、発達上のつまづきが原因の行動について理解しやすくなり、そういう行動についての解決策がたてやすくなります。また、一般的には、一人の担当者が一定の短い時間、子どもの欲するように付き合っていくことができます。これは、日常の生活場面では起こりえないことです。家庭においても子どもは親の要求にしたがわざるをえないし、子ども同士の間でも、他の子どもの要求に譲歩して生活せざるをえません。この日常的でない子どもとの接触のため、有効な情報が得られたり、子どもに有効な働きかけがなされたりします。

しかし、担当者が、この特別な接触のあり方を自覚していないと、自分と同じ様な接し方を親や幼稚園・保育園の先生に要求してしまうことになりがちです。この特別な子どもとのかかわりとそれから得られる情報は、そのまま日常生活に適用されるべきものではなく、日常生活に即して翻訳され適用されるべきものと私は考えます。

3. 幼稚園・保育園の優れた点と陥りがちな問題点について

では、幼稚園・保育園の方はどうでしょうか。

一般的に、幼稚園・保育園では障害を持つ子どもだけではなく、多くの健常の子どもたちも一緒に保育しています。そのため、障害を持つ子どもの客観的な発達段階の理解について優れているように思います。また、他の子どもたちとの関わりの中で成長していく面について良く理解できるように思います。しかし、たいへん多忙なため、親とゆっくり話し合う時間がとれなく、生育歴をよく理解した上での接し方が不十分なように思います。

4. 連携に必要な心構えについて

以上のように、ことばの教室の担当者と幼稚園・保育園の先生では、かなり異なった状況におかれています。そして、それぞれ有効な情報をもっていますが、不十分な部分もお互いあるように思います。そのため、連携にあたっては、まず、お互いに相手の話を良く理解する必要があるように思います。

お互いにかなり違った状況におかれているので、相手の考えを聞く時は、まず自分の考えを忘れ相手の考えの世界に入り込むくらいの覚悟が必要とします。また、自分の知りえた情報をプライバシーを侵さない範囲で相手に伝えることも必要です。

そして、一番大切なことは、対等な立場で共に問題を解決していこうという気持ちだと思います。どちらかが優位な立場をとろうとすることは、是非、避けなければなりません。

5. 具体的な連携の仕方について

では、具体的にどう連携していけばよいでしょうか。

私は、なるべく早い時期に、子どもの通っている幼稚園・保育園を訪れ、遊びの時間を中心に一時間程度、見学させていただくようにしています。

これによって、ことばの教室の担当者にとっては理解不足になりがちな、子どもにとって最も大切な日々の生活の様子が少しでもわかるように思います。特に遊びの時間は、担当している子どもと他の子どもとの関わりが最もよくあらわれる時間とされますので必ず見ようと思っています。

それから、担任の先生と一時間ぐらい話をします。直接会って話をする事のメリットは、お互いにかんりの情報量を交換できるという事と信頼関係を作りやすいということ、また、警戒心がなくなるので電話や書面では得られないような情報がえられるということです。また、早い時期に双方の担当者が連携をとることは、誤解があるままに時間が経過していくことによっておこるデメリットをなくすためにも必要なことと思います。

次に、是非、必要な時期は就学時です。障害を

持つ子どもと親にとっては、長い義務教育期間をどう過ごすかという選択を迫られる時期です。現在の義務教育の制度では、障害を持つ子どもは、障害の程度や種類に応じて、特別なクラスに分けられ、教育を受けることになっています。また、健常児の学級では、健常児もついていくのがやっとのくらいの指導内容があり、障害をもつ子どもが健常のクラスでやっていくことは、その子どもにとって、かなり無理な場合があります。一方、特殊学級においては、先生の人数にしても教育方法にしても十分とは言えない現状があるように思います。

親は、全く未知な場面に前にして迷ったり悩んだりします。この時期に、ことばの教室の担当者と幼稚園・保育園の先生が連絡を密にすることは必要ですが、親がよりよい選択をすることを助けることも大切になります。一つの方法として、親が普通学級や地域の特殊学級を見学するようすすめることがあります。ことばの教室には、さまざまな所から子どもたちが通ってきているので、親が見学したいところとコンタクトをつけやすい立場にあります。ことばの教室が親の見学について助ける役割を受け持つのもよい方法と思います。

その他に、日々の連絡や定期的な連絡は出来ればした方がよいと思いますが、双方にとって時間的に難しいのが現状です。私はケースに応じて工夫すれば良いように思います。Aちゃんの場合は保育園の連絡帳に日々の詳しい記録が書かれてあり、それを見せていただき、こちらの指導の様子も母親が連絡帳に記載してくれました。動揺の大きい親の場合には、親の心配に応じて連絡をとることが望ましいと思います。

6. 最後 に

今まで、ことばの教室と幼稚園・保育園との連携について書いてきましたが、親や子どもについての理解や援助ということのを忘れてはならないと思います。

親や子どもへの援助のための施設間の連携であることを忘れないようにしたいものです。

これまで書いたことは、ことばの教室の担当者

の一般的な意見ではなく、あくまで一個人の意見でありますので、文責については全面的に私にあります。(文責 太田)

2 あそびランド・たいへいみなみ幼稚園の子どもたち

(札幌市立たいへいみなみ幼稚園)

松浦映子

1. 本園の概要

本園は札幌市北部の太平、篠路、屯田地区の幼児たちを対象に10年前に開園された、札幌市では9番目の公立幼稚園である。4学級(各組40人)160名定員。そのうち、およそ20名を限度に障害の疑いの幼児を受け入れている。教師10名(内、障害担当者4名、フリー1名、養護教諭1名)。

2. 障害の疑いの幼児

現在、155名在籍し、うち、13名の幼児が障害の疑いの幼児である。下に障害の幼児の内訳を記す。

No.	氏名	歳	性	問題の概要	指導形態	連携機関
1	D・W	4	男	自閉傾向 言語なし	マンツーマン	静療院、言語の教室、 クリスチャンセンター
2	Y・O	4	女	知恵遅れ 弱視	流動的	児童相談所
3	E・K	4	女	言語発達の遅れ	学級	言語の教室
4	T・S	4	女	自閉傾向 言語なし	マンツーマン	言葉の教室、特殊教育センター、 クリスチャンセンター、 児童相談所、大学歯科
5	S・H	4	男	自閉傾向 言語なし	マンツーマン	言葉の教室
6	Y・T	4	男	言語発達の遅れ	学級	
7	K・K	4	男	言語発達の遅れ	学級	言葉の教室
8	N・H	4	女	言語発達の遅れ	学級	言葉の教室
9	S・Y	4	男	心臓障害・経験不足	学級	医大
10	J・H	5	男	構音障害	学級	言葉の教室
11	H・N	5	男	情緒障害 多動	マンツーマン	静療院、児童相談所、 市教育研究所
12	T・K	5	女	自閉傾向	マンツーマン	クリスチャンセンター、 小児センター
13	H・M	4	女	構音障害	学級	言葉の教室、歯科矯正 と構音指導

3. 幼児にふさわしい生活の展開を考える

(いきいきと活動を展開する幼児を育てるために)

活動例 スライドにて

環境による教育

……教師は援助者の役割が多い

自由感あふれる生活

……ここはあなたの生活の場

季節感の漂う生活

……戸外での遊び。畑も生活の軸

幼児期ならではの楽しい生活

……遊びたいことに没頭できる場

障害児にも無理のない生活

……のんびりした、やわらかな雰囲気

遊びを中心に据えて、幼児と共に創り出す生活をしようと考えている。さまざまな活動があるが、大切なのは活動の多様さではなく、どのような内容を含む遊びか? 幼児になにを育てているのか? を見極めながら教師がふさわしい援助を行う事である。

4. 幼稚園の生活と、障害幼児の発達

遅れていること、できないことに目を向けるのではなく、他の幼児と同じ点に着目して、心情に触れていくことが指導の重点となっている。生活をこどもたちと創り上げて行くよう心掛けてきた結果、ゆるやかな生活(禁止、指示の少ない、無理の少ない)が定着しつつある。行事などにも改善を加え、実行できるようになっている。これには、ケースごとの話し合い、週日案のこまやかな打ち合わせ、反省が不可欠。これは、他の幼児にとってもよい影響を及ぼしている。

5. 教育課程の編成にあたって考えたこと

幼児の発達の節目を、これまで9期に分けてきたが、もっと長いリサイクルで考えたほうが、緩やかな生活を実現できると考え、特に年少の1学期を大切にしようとした。この期間に幼児たちが好きなことをたっぷりやろうとする、自由感と意欲をもたせることに全力を入れている。これは障害の幼児にとっても大変有効である。現在7期に分けている。

(教育課程をご希望のかたには差し上げます。)

6. 親とのやりとりの難しさ

親の心情，教育の方針，具体的な目標を理解して，話し合いながら指導を進めようと考えているが，なによりも，「幼稚園の生活」への理解を促すことが大切。ここでなにが期待できるのか，今大切なのは何かを共通に見定めていく必要がある。気持ちのぐらついている親は，いたずらにいろいろな相談機関を尋ね回り，様々な意見に翻弄されてしまうことになりかねない。情報の整理，指針を与えていくのも仕事のひとつである。また障害という事実打ちのめされ，先が真っ暗で希望をもてない，あるいは楽観し過ぎて，必要な配慮ができないなどに対して障害の子をもつ親としての勇気と知恵を示唆していくことも指導の中身である。幼児よりも親の教育というのが昨今の幼稚園の姿でもあるのだが。

—— 実践例参照 ——

7. 今取り組んでいること，考えていること。

障害幼児の理解に対する学校との連絡，啓蒙。特にLDと考えられる幼児の就学は困難を極める。4月に資料を携え，全ケースの担任と話し合いを実行している。反応はよい。

相談機関の情報の整理，連絡をし，日常の指導に生かしていきたい。

P T A地域教育も大切である。一般的に障害の理解の少ないのが現状である。しかし，子どもは地域の子どもである。折々に話題に取り上げ，よその子の発達も共に喜びするような雰囲気を作るようにしている。親同士の助け合いも多くなっている。

—— Tちゃんの家との連携 ——

Tちゃん（年少女児）について

() 生育歴

- ・普通分娩 ・出生時体重3,330kg
- ・首の座り4カ月 ・歩き始め1歳6カ月
- ・始語1歳8カ月（その後，言葉がなくなる）
- ・手のかからない，おとなしい子であった。
- ・呼んでも振り向かない，手かざしをよくする。
- ・入園の1年前，飛び出したら戻ってこないことが多かった。障害の幼児を受け入れている保育園に行くが騒音を嫌がり行かなくなる。

○相談歴

- ・天使病院（2歳5カ月）…「母親と体を使ってよく遊ばば，言葉はでるだろう。」
- ・3歳児検診…「自閉症か知恵遅れではないか。」と判断される。
- ・道立特殊教育センター…身の自立，体を使って遊ぶように指導され，その後1カ月に1回の経過観察。幼稚園には障害の枠で入った方が伸びる可能性があるかと助言される。
- ・その他連携機関…クリスチャンセンター，言語治療学級，大学付属病院言語療法，児童相談所，静療院，大学で行なっているリトミック，スイミングスクール

連携の経過

話し合いにかかわる幼児の姿 ◎は家庭側 *は教師側

入 園 ま で	<p>◎母子関係は希薄であり，後追いなどもしないとのこと（母より）。</p> <p>◎本児の身の自立の状態や人との関わりの状態から考えて，幼稚園という大きい集団に入れることは，まだ早いのではないかと迷っている。</p> <p>◎兄の在園時，担任教師への不信感から退園したため，本園に入園すること自体に迷い，本児の受け入れがこしかないかと迷い，渋々の様子もうかがえる。</p> <p>*入園前に家庭での生活や遊びの様子を面接や電話通信で把握していく。</p>
入 園 当 初	<p>本児は人が近づくだけで嫌がって自傷行為をとり泣き叫んで気持ちの立ち直りに時間がかかる。</p> <p>*本児にとって一番大切なことは人とのコミュニケーションが取れることである。できるだけ好きな遊びを認め，その中で教師がさり気なく同じ場所において，本児から要求があった時に応えていく。教師からの積極的なかわりは控えて側で見守ることを主にし，指示も必要最小限に留める方法をとっていく。「快」の状態での指導を心がけていきたい。1年かかるか，修了の頃になるかわからないが，本児と信頼関係を築いていくことが第一と考えていきたい。</p> <p>◎本児が理解できなくともそれを理由に他児と同じ経験をさせないということがないようにしてほしい。特別扱いはしないしてほしい。皆がしていることのできるかぎり一緒にさせてほしい。他児が1カ月に覚えることであっても例え半年や1年かかって教えていかないといけない子である。積み重ねていくことが必要である。</p> <p>所持品の始末や排泄，着脱のときには必要に迫られてかかわるがそのつど自傷する。</p> <p>*教師との関係ができるまで少しでも本児が規制されたと感じる場面が減るように，制服のボタンをマジックテープにしてもらうことをお願いする。</p>

<p>入 園 当 初</p>	<p>◎マジックテープの件は母親は承知してくれたが、父親が反対したので折衷案で1つだけボタンを残す。 上靴や靴下は脱いでしまい園内外を頻繁に土足で出入りする。 *裸足での生活を認め室内に入るときは濡れタオルで足を拭いていくことを承諾してもらう。 ——以下中略——</p>	<p>10 月</p> <p>*教師はこのことから、家庭での食事で本児の嫌っている「させられる」という場面で食事の時に多くあり、指示、禁止の言葉が繰り返して言われていることも分かり、それによって食事が身につについていけないことがわかった。園でも手摺みは認めると言いながらも、実際にはフォークやおかずを勧めていた。そこで一切の指示、禁止を控え、誉めたり、励ましたり「おいしいね。」と共感の言葉だけで食事時間を過ごすことにした。 弁当を食べようになる。</p>
<p>10 月</p>	<p>休み明け3日間母子分離できず、激しく泣く。 *登園を開始した日に話し合い、本児の気持ちが落ち着くまで登園後もしばらく母親と一緒に園にいてもらうことにする。 ◎初めから裸足で生活することや食事の時に手摺みで食べることも嫌であった。時間がかかってできないことを1つ1つ繰り返して積み重ねていかなければならない子である。園での考え方や方法が自分の考えと違う。「快」の状態だけでは子どもはちゃんと育たないのではないかと、叱って教えていく「不快」のときも必要ではないか。 ◎手摺みは園に入るまではさせないできた。身につけていたはずなのに、最近は手摺みを注意しただけで全く食べなかったり、自分でフォークを引き出しにしまったり、食べていたものを台所に持って行って止めたり、反抗的な態度をとる。 *フォークを使って食べることが発達に合っているのか（遊びのなかでも道具を道具として使っていない実態から）を考えてもらい焦らないようにすすめる。できないことでも早い段階から徹しく繰り返していくことが母親の言う「積み重ねの指導」である。教師は知的レベルのことを指しているのではなく、本児の発達段階を押さえて手摺みでも自分で食べたい、食事の時間が嬉しいなどの気持ちの問題を重視していくことも大切だと考えている。そのことが母親にうまく伝わらない。 *靴のことも教師との信頼関係ができて負担なく指示が本児に通じるようになる時期を見計らっていたので、その時期を探っているのだと伝え、丁度実行する時期にきていたと判断したので靴の指導を始める。 *半年たっても食事がうまくいかないため、ご飯とおかずは別にすることや器や温食のことを連絡ノートで相談する。 ◎本児のことで教師が悩んでいることが伝わり、少し心を開いてくれた。いろいろな相談機関にいった相談したが、毎日通っている園に協力してもらうことが本児にとって良いのではないかという気持ちを少し持ってくれたようである。取り敢えず、食事前に弁当を届けてくれることになる。 弁当参観…同じ部屋の中に母親も入って参観した。本児が食べようとして手を弁当箱の中に入れたとたん母親が「手！」と言ったのでその後一切食べない。 ◎母親は「手」と言ったことを後悔していた。しかし、温食の効果は感じたようだった。</p>	<p>11 月</p> <p>本やブロックなどを投げて遊ぶ（常同的行動）。 *他の物に持ちかえさせたり身体接触などの働き掛けをしても遊びの持続は短く、結局やりたい遊びに満足しないうちに教師に阻止される形にしかならない。 こだわっている物をよく持ちかえるようになり、結果的に教師との関係もすぐに悪くなり、また近づくたびにパニックを起こすようになる。 *家庭での対応を改めて聞きたかった。しかし、話題が物を投げることに偏って書いてしまったため誤解を生じた。丁度前々日の連絡ノートに同じような問題で、「投げて良い物の区別」にかかわることを家庭から書かれていた。 ◎わからないからと思わないで善し悪しをしっかりと教えてほしいと書いたばかりである。物にこだわっているのではなく、「遊び方がわからないだけだから、体を使ってたくさん遊ぶように」と研究所で言われている。 ◎運動会の練習をしている時に、本児だけ泥遊びをしていたことは嬉しかった。前に通園していた保育園のプールの監視員が本児に対して「自閉症だから何だか知らないが、順番は守んなきゃだめだ。」と言い、その「差別のない態度」に感動したことがある。「皆と一緒にさせて欲しい」という願いに応じてくれないという反感ももっていた。 *運動会の競技にかかわる遊びの参加についても普段の状態を細かく伝えた。本児の状態から遊びを選択し、「今、この子に必要なことはパニックを起こさずしてまで皆と同じことを強要することより、今までの生活の流れを保障していくことではないか」と考えて、気分の良い状態で運動している幼児を見たり、教師と一緒に参加する方向で臨もうとした。そのため、本児の様子を知った上で運動会に参観してもらおうと考えていたが、しっかり理解がえられておらず、反って辛い思いをさせてしまったようである。</p>

Ｔちゃんの現在の様子

- ・子どもらしい可愛い表情になった。視線も合うことがかなり多くなった。
- ・母子関係もできてきている様子。担当教師に抱っこやおんぶを要求するようになり、機嫌の良い時は15分程度できることがある。担当教師が他児

を抱いたりしていると嫉妬することもある。

- ・人が近づいてもあまり怒らなくなった。他児が執拗にかかわったときや病院で検査を受けた翌日はしばらく人が近づくの嫌がり、自傷行為や奇声を発する。
- ・遊びでは他児の遊びを見ていることが出てきた。
- ・排泄は一時自分でトイレにいったが、尿の間隔が長くなり、園では声をかけることがほとんどない。家での食事はむらがあるが、園での食事は食べるようになってきた。
- ・条件反射的だった着替えも上下を分けてできるようになった。

考 察

障害の疑いのある幼児の家庭との連携の難しさをひしひしと感じている。毎日の連絡ノートだけでは誤解が起きたり、懇談を頻繁にすることで軌道修正をしたり、本児の園での実態を同じ場面を通して互いに理解し合うようにしたがなかなかうまく通じ合えないことがあった。親にとっては頭では理解できたとしても、感情的には納得がいかなかったようだ。親の複雑な気持ちを汲みながらの指導の難しさを痛感する。言葉一つの重みを改めて考えさせられた。本当に伝えたいことをわかりやすく、しかも適切な言葉を慎重に選んで遣うことが課題である。母親だけでなく連絡ノートは常に父親も目を通していただくようでも参観や懇談にくるといっていたこともあったが実現しない。

本児の入園以前のことも含めて、園に対する印象がよくないところからの出発で、ことがあるたびに母親も泣いて訴えてくることがあった。それについては母親自身感情的になりやすいと父親に言われたり自分でも反省をしたりしているようである。そして思ったときに言えず我慢して、一度はこちらも理解して納得してくれたのだと思っていたことでも後から不満となることが大きくなっていったという場合もあった。

10月あたりから園に対する気持ちも歩み寄りの方向で進みはじめたようである。以前は前に言えなかったことや納得していなかったことが膨らんで訴えてきていたが、今はストレートに訴えてく

れるようになってきた。

母親の激しい感情の揺れもそのまま教師が受けとめるようにすることを伝えて、一緒に育てていけるようにと考えている。

まだまだ、母親の気持ちに添った良い連携はできていないが、とことん親の考えや教師の考えを話し合って、「理想的とは言えないが今はこれがベストなんだ。」と互いに考えて保育に生かしていきたい。（担当 渋谷かおり）

3 障害児から学んだこと

（石狩町立はまなす保育園）

根本 弘 美

1. はじめに

私は石狩の公立保育園の保母です。私は直接障害児の担当についたという経験はありません。障害児が入っているクラスの担任というのを3年くらいしてきました。

私の保育園は、石狩町の障害児保育の指定園で、障害児保育（特別保育）の必要性が叫ばれて、石狩町も何とかしなければということ、石狩町障害児保育実施要領にもとづいた園としてスタートしました。

私は58年から今年の3月までの8年間で、統合保育を5回というか、5名の障害児をみてきました。そういう中で感じて来たことを今日は話したいと思います。端的に申しますと、やはり自分は保母であるという意識と関連する諸機関、例えばことばの教室の先生や医療の先生方との話がなかなか通じませんでしたので、この点を何とかしなければこの仕事がうまくいかないと感じています。

私は、16名の健常児と4名の障害児（内1名は学習障害のようです）の担任をしたことがありました。それまでは、遠目で眺めていた立場で、又

月一回のミーティングに参加して意見を述べるという程度でしたが、実際自分がクラス担任として運営するということになる、これは大変なことだということが分り、障害児保育への姿勢と考え方を少々変えてやって来ました。

2. 保育所の障害児

何故、これは大変なことだと考えたかと申しますと、保育園というのは保育に欠ける子どもを扱う場所なんです。ということは、母親と一緒に通園する施設には通えない方々が入所してくるという現実があります。親が就労していなければ保育園に入れませんか、何らかの形で仕事をしている母親が障害児を抱えており、私共はそれに対処するということになるのです。

そこらの事情から非常に難しく、やっぱり保育園でも一生懸命母親と話したいのだけれども、なかなか時間がつくれないということがあるわけです。行政側から指導員を1名つけてくれました。それは、町が公立と私立1園ずつに対して、保母と母親をスーパーバイズする指導員という形で人をつけてくれたものです。訪問は2週間に1回という程度ですが。

指導員は、午前中保育の見学をしてきて、午後を担当保母と母親との話し合い、その後午睡時間を利用して、全保母をまじえた話し合いをいたします。その中で、この時のかかわり合いがどうであったか、その時のことばのかけ方をもうすこし工夫してとか、現場に即した話し合いをするわけです。そういう意味では、互いの意思疎通というか、一人の子どもを通して、これからどんなふうにすればよいかという見通しも共有できるようになったわけです。こういうスーパービジョンのシステムが現場にあると、障害児だけでなく保育全般が力をつけていくことにつながるということを感じています。

3. 機関連携

私共の園には、ことばの教室に通っている子どもが2名いました。教室の先生の一人の方は、園

まで見に来てくれました。その日は製作をしていて、のりを使ったと保育日記に記録されています。終了して保母が手洗いを見せ、手の動かし方などを示しました。「手を動かしてとか」、「石けんを持ってとか」、「食事の時には食器を持って食べる」とか、保母がいちいち言葉がけをしていたら、ことばの先生は「本児の主体性を損うのではないかと」、「これでは楽しい食事ができないのではないかと」指摘されたのです。

それで、その後みんなで話し合ったのですが、「これは毎日くりかえすべきことで、そうしなければ積み重ねとして生活習慣にならないので、保育園としてはやはり毎日していかなければならないことだ」という結論になり、ことばの教室と相反する考え方になりました。保育園の立場として、子どもの方から「手を洗って」「ごはん食べる」「おしっこ行ったら手を洗う」という言葉と行動が出て来るまでは、やらねばならないし、それがあから出てきたことばだと考えたのです。

それで、ことばの教室というのは、入室する子どもの時間が短く、生活習慣の形成や基礎学力の育成は保育園や親学級にまかせているため、又特定の状態像の子どもだけとつきあっているという世界ですから、その立場から発言しているのだろう。わたしたちは、健常児と障害児を終日の生活の中で共に育てなければならぬという立場で物を考える、ということによって両者の意見にちがいが出て来るだろうということに気づかされたのでした。

4. 真の連携とは何か

指導員が派遣されていたのは、4年間程度でした。保母が経験を積んで来たこと、他に研修の機会もできてきたというので打ち切られましたが、残念なことでした。その後は、私共の頼みの綱は道社協の研修、地域の保健婦さん、ことばの教室の先生、北大や児相の先生方というわけで、折りにふれてそういう先生方のアドバイスをいただきながら指導を続けてきました。

障害児保育を進めていくときに、一人の子ども

にかかわる大人たちが、母親を含めて一堂に会して話し合うということが、最も有効だと考えるのですが、子ども中心にどのようにみんなで育てていったらよいのかという話し合いはついに一度ももてませんでした。時間がないといえども、そういう機関をたくさん使うのであれば、又一人の子どもの発達を多面的に支えようというのであれば、みんなが集ってきて、一緒にどういうふうにかこの子を支援していくか、役割分担も含めて話し合えば何もならないのではないかと感じています。お互いプロの意識があって、断片的に子どもとかわかり、意見も述べるのですが、それらのまとめがないのです。それぞれの立場で子どもを療育したり、教育したり、保育したりというのでは、ひょっとすると子どもの親にとって非常に迷惑というか、困ってしまう事態だと感じているかもしれないと思うようになりました。実際、そういうふうに述べた親も、いるのです。

5. 保育所の特徴

保育所は、今非常に難しい時代を迎えています。いろんなことをしなければなりませんし、いろんなところと関わりを持つ必要があります。

しかし、私はやっぱりこれが保育所だとか、子どもを育てる基本だと思っているのは、新保育指針の中にある保育の目標というもので、これを大切にしたいと思っています。『十分に養護の行き届いた環境の下に、くつろいだ雰囲気の中で、子どもの様々な要求を適切に満たし、生命の維持及び情緒安定を図る』というのが、新しい保育指針の目標として掲げられました。

すべての子どもたちに当てはまる、障害児であっても健常児であっても、幼稚園の子であっても、そこへ行ってない子であっても、やはりこれが子どもを育てる基本ではないかというように感じるようになりました。ですから、このことをみんなが一生懸命考えて実現に向うことで、我々の役割を果たせるのではないかと考えております。

6. おわりに

これからは、あまりいい社会が期待できそうにありませんね。老人が大切にされて、子どもが大切にされないみたいな風潮がありますが、そうじゃなくて、両方とも大事にしてもらいたい。そして、本当に子どもがしっかり育てられるという環境を、私たち大人がつくっていかねばならないと思います。

それで、この会のように、全く異なった職種の方々が集って、子育てということについて考えるということは、本当に貴重なことだと思います。私は、保母なので保母の研修会にいろいろ出てみて、関係機関と連携が必要だ、関連の知識も必要だというふうに感じてまいりましたが、そういう場に出ていく勇気というものを十分持ってなかったと思います。本日のこの会で、提言という役割をいただき、皆さんの意見をお聞きして、これからの私たちの仕事をもう一度見直す契機となりました。心を新たにしています。有難うございました。

4 岩見沢ことばの教室と保育所、幼稚園の連携について

(岩見沢市ことばの教室)

島田 美智子

1. はじめに

当教室には、年間150名程の幼児と学童が通級している。また、毎週土曜日を「教育相談」に当て、年間60ケース前後の相談に応じている。

保育所、幼稚園からの紹介も多い。

主な問題は、ことばの屋れ・喃音(発音に関する問題)・口蓋裂・吃音・難聴・情緒・脳性まひ等で、どの問題もコミュニケーションの道具である「ことば」を自由に使えないことが最大の悩みである。

指導形態は、ことばの問題の経過、程度、性質が個々の子どもにより異なることから個々の子どもに合わせた個別指導を原則としている。

子どものことばは、一人の人間が産声をあげた時から（妊娠中からとも言われているが）見て、聞いて、体で触れ、自ら活動する日常生活の中で育てられていく。

ことばの教室は、子どもが自ら発達していく力を個別に援助する役目も担っている。

保育所、幼稚園は、集団の中での子どもの発達を援助する場である。

以上のことから保育所、幼稚園の先生との連携は、大切なものとなっている。

本発表は、日ごろの保育所、幼稚園との連携をまとめてみた。この中からさらにより連携のあり方を考えていきたい。

2. 保育所、幼稚園の連携について

(1) 4月「通級児担任打ち合わせ会」実施。

ことばの教室の概要や通級状況等を説明し、個別懇談を設ける。

(2) 保育所、幼稚園の先生から、電話等で随時「ことばに関する相談」を受け付ける。(資料1)

資料1

教育相談紹介先

紹介先	88	89	90	相談数
保 健 婦	8	13	13	34
保育園・幼稚園	11	10	21	42
学 校	8	2	5	15
選別検査	8	10	4	22
母親より	5	6	3	14
他の母親	2	2	2	6
他の教室	2	1	4	7
他 機 関	8	2	8	18
合 計	52	46	60	158

教育相談申込数

1988年度

	幼 児						小 学 生						中 学 生 計	
	一 歳	二 歳	三 歳	四 歳	五 歳	六 歳 小 計	一 年	二 年	三 年	四 年	五 年	六 年 小 計		
男		2	9	11	3	25	10		1				11	36
女		1		7	2	10	6						6	16
計		3	9	18	5	35	16		1				17	52

1989年度

	幼 児						小 学 生						中 学 生 計	
	一 歳	二 歳	三 歳	四 歳	五 歳	六 歳 小 計	一 年	二 年	三 年	四 年	五 年	六 年 小 計		
男	1	5	5	8	3	22	5						5	27
女		2	3	3	2	10	9						9	19
計	1	7	8	11	5	32	14						14	46

1990年度

	幼 児						小 学 生						中 学 生 計	
	一 歳	二 歳	三 歳	四 歳	五 歳	六 歳 小 計	一 年	二 年	三 年	四 年	五 年	六 年 小 計		
男	4	8	12	6		30	2	3		1	1		7	37
女		2	5	9	3	19	3	1					4	23
計	4	10	17	15	3	49	5	4		1	1		11	60

1990年度 指導ケース一覧

年齢・学年	障害別人数	吃音	構音障害	言語発達の遅れ	口蓋裂	難聴	脳性まひ	情緒的な問題	合 計
幼 児	2 歳			4	1				5
	3 歳			10					10
	4 歳	1	3	10	1				15
	5 歳	4	12	14	3		1	1	35
	6 歳		7	15					22
	計	5	22	53	5		1	1	87
小 学 生	1 年	1	12	6				1	20
	2 年		17	5		1		1	24
	3 年		5	3	1		1		10
	4 年	1	2	3			1		7
	5 年		1				3		4
	6 年						2		2
	計	2	37	17	1	3	5	2	67
中 学 生	1 年							1	1
	2 年			1					1
	3 年			3			1	1	5
	計			4			1	2	7
合 計	7	59	74	6	3	7	5	161	

3. おわりに

ことばの教室の役割、保育所、幼稚園の役割を理解し、互いに子どもの発達を援助するために、よりよい連携を考えていても、日々の指導に明け暮れる毎日で、「連携」とは言ってみたものの、なかなか難しいものである。

「ことばの教室は個別指導なので、先生は集団での子どものようすが理解できないのです。」と通級カードに書かれたことがあった。

確かにその子は、何をやってもゆっくりと理解も遅い。しかし、私との場面で、たとえば、絵本を読んであげた時など、悲しい場面にくると涙を流す優しさがあり、楽しい場面ではほっとした表情をする。器用ではないが、ハサミを使い懸命に紙を切る。

上手とは言えないが私の長い髪の特徴を捉えて画く。ボール蹴りは私も下手なので丁度いいコンビだ。声は小さく発音は不明瞭なので聞きにくい、たくさん話しを聞いて欲しがる。

なぜ「できない。話さない。」と言われるのか。そこで私は、その子どもの優しさやできる事を毎回、通級カードに書いた。

子どものことばは、ことばを教えるだけでは育たない。

身体的、心理的、環境的な面、情緒、社会性、知的面、運動面等の全体発達がことばの育つ土台になるため、ことばの教室以外での子どもの姿を捉えることが大切になる。

以上のことから今後、保育所、幼稚園との連携を深める上での課題として

1. 子どもの集団での活動を観察し、協力内容の確認をするため、随時園を訪問する。
2. 研修会を開き、互いの情報を交換し研修を深める。

等が上げられる。これからも、子どものよりよい発達を願って、保育所、幼稚園との連携を深めていきたい。

5 ま と め

（帯広児童養育センター）

村 上 勝 彦

（市立札幌病院附属静療院児童部）

川守田 京 子

第3分科会—保育は例年になく多数の参加者に恵まれ、単にレポーターの発表を聞くだけでなく、自分の意見を持った人々に支えられながら進んだ分科会であった。4時間という長帳場もそれだけになんら長さを感じさせずいつになく質問、意見の多い熱気ある進行であった。

さて、第3分科会は4本のレポートが報告されたが、今回のメインテーマである「保育所、幼稚園における関係機関との連携」についての報告であった。

以下は4本のレポートの発表要旨である。

最初の札幌あかつき篠路保育園は連携機関である札幌市立幌北小学校・言語治療教室と共同発表をした。その中で保育園側は6年前まで言語治療教室の存在すら知らなかったが、関係を持って以来、言葉の障害に関して保育園で出来ないことをしてくれる。障害児の指定園はそこだけで言語障害を伴う障害児の保育をしていけるかも知れないが、親の専門機関への通室希望があれば親の子育てエネルギーを高めるためにも通った方がよいと考えている。

一方、言語治療教室側は、言語に障害を持つ子にとって保育園での様々な子どものつながりが大事であり、また障害についての保育園側との共通理解が得られ子どもを通しての連携は大変有意義であると考えている。

次に、札幌市立たいへいみなみ幼稚園からの発表があった。ここは子どもたちに主体的な生活をしてもらおうと、子どもの自由を尊重する保育をしている。通園バスを使わず母子で通園し、園内には遊具を出来るだけ少なくシママゴト遊び、鬼ごっこ、砂場遊び等子ども同士が関わりを持って

活動性、想像性が高まるような配慮をした保育に徹している。

そのため13人いる障害児も4人の保母の下、子どもの自発性が尊重され、例えば、子どもが求めれば半日水遊びをすることも可能である。

関係機関との問題は一人が5つの機関に通っており、この調整で親も幼稚園も悩んだことがあるが「お母さんの考えが大事」と励ました。障害児は就学時関係機関との連携がないと親を混乱させることになる。しかし、通所機関が判っている場合には幼稚園からそれらの機関に向き子どもの様子についての情報交換も積極的にしている。

3番目の報告は石狩町はまなす保育園からであった。ここでは新保育指針に従い十分に養護の行き届いた保育に努め、子どもたちに過ごし易い環境を整え、保育者はそれらを満足する条件を常に用意している。この保育園には4人の障害児が居るが、その為に行政が派遣する心理判定員が月2回保育園を訪れ保母と親へのアドバイスをしている。しかし、保育園での障害児の生活を基礎にその障害児はどのように育つべきなのか、という話し合いはなされず、また言語治療教室の担当者との話し合いの時には、障害児に対する基本的な生活習慣の指導の必要性を否定された。関係機関との連携にはお互いの指導計画案等を出し合った上で子どもの発達の見方を一致させた上で話し合うことが大事ではないか。

最後に言葉の教室から岩見沢市言葉の教室の報告があった。ここでは個別指導によって子どもに必要な援助をしているが、特に言葉の障害は言葉の教室以外の広い人間関係のある場が必要と考えている。それ故保育所、幼稚園にいる子どもについては、集団での活動を把握することが必要であるし、その上で援助を考えなくてはいけない。また、言葉だけでなく、子どもの全体発達が重要である。その為に子どもが所属している集団を訪れ子どもの様子を見たり、研修会などを通じ共通理解をはかるよう努力している。これからも子どもを中心にしてお互いに良い連携をしたいと思っている。

4本のレポート発表要旨はこのような内容であった。

この後これらのレポートに対して息も切らせぬ質問、意見が続出したが、内容の掘り下げはいうに及ばず、発言者の職種の多様さもきわだっていた。研究者、療育関係者、保育、幼稚園関係者、学校教員、行政担当者等々様々な立場からの発言に終始した。

これらの発言をまとめて見ると

1. どのような連携方法をとっているのか。電話か、行き来か。
2. その頻度はどのくらいか
3. だれが連携のイニチアティブをとるのか。
4. それぞれの専門機能をどう尊重しあうか。
5. 複数通所を求める親の考え、希望をどう考えるか。
6. 親と子どものことを誰が中心的に考えるのか。

このような多岐に渡る論議はレポート発表が終わった後の2時間に及びそれでも更に時間が欲しい白熱した分科会であった。

最後に川守田氏がまとめをしてくれたのでそれで第3分科会の報告にかえる。

一人の子どもが複数の専門機関に通っている場合、機関同志の連携は必要である。しかし、実際はままならない場合が多い。それはそれぞれの機関の内容も、人間関係もお互いに知らないからということもある。また、形式上双方で話し合いなどするが、実質的にお互いの機能を知り、尊重しその上で子どもに果たすべき役割を理解しあうことは難しい。複数の機関に子どもを通わせている親は「少しでも子どもに役立つことがあれば、良いことがあれば」という意識である。その親の気持を判ってやる必要がある。もしも複数の機関に通っていることに関して、親が迷い、所属機関が疑問を持つなら、自分たちは子どもの為に何が出来たのかを伝え、親に選んでもらうことも大事である。

大会全体講評

(道立旭川肢体不自由児療育センター)

長 和 彦

(道立札幌肢体不自由児療育センター)

鈴木 真知子

全体講評を書きなさいという宿題をいただきまして悩み抜いて、感想文なら書けると悟りまして感想文を書かせていただくことにしました。初めにこの点をお断りして、今大会の感想・印象を述べさせていただきます。

北海道乳幼児療育研究大会も回を重ね5回にもなりました。まだ5回かという方も、もう5回かという方もいらっしゃると思います。私はよく5回続いたなあと思いつつ、これからはまた大変だなあと思っています。

年々、この会に出席される方、参加される方が増え、今大会にも沢山の乳幼児療育関係者が参加され熱心な討議がなされました。

加えて、今年の4回大会で「親主導型育児プログラム」について講演して下さいました森秀子先生がゲストで参加して下さいまして、大会をより一層意義深いものにして下さいました。森先生は、今年の講演で障害児療育の原点、本来在るべき姿、障害児理解について大きな示唆を与えて下さいました。とかく療法の技法・技術にとらわれがちな療育関係者に「療育とは何か」について、改めて思いを馳せるチャンスを与えて下さると同時に子どもの発達・成長を科学的に分析し客観的に判断・評価することの大切さを伝えて下さいました。

さて、今大会では高松鶴吉先生、忍博次先生をお迎えして「療育哲学」・「リハビリ思想」について更に深く学ぶことができたと感じております。

又、会長の伊藤則博先生が“子育ての諸問題と療育”について有意義なお話をされました。最初に諸先生の講演の要旨をご紹介しますと存じます。

高松先生は講演の冒頭で「専門家は子育ての専門家ではない、専門家に（障害児をもつ）両親が求めていることは①診断と告知、②変形・機能障害の治療、③障害診断と療育計画の作成、④生命維持機能の援助、⑤感覚・運動・情緒・認知の発達援助、⑥前向きな家庭生活の援助、⑦身辺自立・躰・教育学習、⑧健康確保・維持のための治療です。

発達障害児が必要なことは、①狭義の医療・保育・教育、②体の鍛練、③受容的環境です。」と専門家の役割と仕事について説明されました。

又、早期療育やシステム、その効果についても、北九州療育センターの精薄通園での早期療育効果についてデータを示されながら、「自分達療育関係者は、（専門家なので）早期療育効果があるといいたいところだが、実際には子どもの発達指数をみていくとそれほどの違いはない、加齢につれて子どもの発達指数は低下していく。そこで、やってもやらなくても同じでないかという意見も出てくるが、ダウン症の子ども達の場合等は、早期療育をすると、股又の切れ上がったダウン症児になってくるし、通園に通ってくる、母の眼が輝いているのを見ると、又子どもたちの楽しそうな顔を見ると、それでまあ早期療育通園もいいかと思って

いる」としめくられました。高松先生のお話の中には、早期療育活動を通して輝いてくる親子こそ療育の主体であり、主役である。早期療育において、個の発達援助をする専門家は、そのために必要なのだとおっしゃりたいのだと思いました。

忍先生は、講演の中で、現在のリハビリテーション理念・動向について次のように述べられました。『1981年は国際障害者年の始まりであります。そこで「人間としての権利の回復・日常生活の改善」に関する権利宣言が出されました。近年、施設内リハや専門家が管理し、障害者の進路を決定するという従来の在り方から、脱施設化・自立生活運動が展開され専門家の在り方が告発されてきております。①消費者主権、②障害者参加、③Normalizationが強く求められております。

アメリカではADA法が選定され、あらゆる差別の禁止・生活を中心にしたリハの在り方が検討され始めております。リハビリは従来の専門家によるチームワーク論により、制度・機関のシステム化の方向で展開されております。乳幼児早期療育のシステム化だけでなく、教育・就労・老いという人生の中で、どうステージからステージへと結びつけ、連携・ネットワークングしていくかが大切であります。そのためには大和魂ではだめです。機関連携ができる制度作りをしていくことが大切であります。』

忍先生は「総合リハビリテーション思想」をこのようにまとめられました。

翌日の会長講演で、伊藤則博先生は「養育問題と療育」と題して、早期療育では子に対する支援と同じ程度の比重で、その親に対する支援を考え実行していく必要のあること。第2に、要経過観察とされる子と親への対応も強く求められていること。そして、第3に障害児・非障害児という枠組を越えて、現代の難しい社会に生きる子どもたちとその親を支えていくトータルな考え方と支援システムの必要性を強調されました。

分科会は、障害児保育・地域療育活動・一般演題に分かれて今年も活発な報告・討議がなされたと思います。

「地域療育活動」では、二次療育活動を始めた各地の生の現状報告や率直な意見が飛びかいて、理想は高く、しかし現実の壁の厚さに苦心する様子や、それを乗り越えようとする関係者の努力と意欲がまざまざと示されました。

「一般演題」でも、各地の様々な療育活動や研究報告がなされ、参会者への有効な情報となりました。みな心を打つ努力の淡々とした報告でした。

「保育部会」では、言語発達の遅れた子の指導をめぐる保育所・ことばの教室・幼稚園の各サイドより提言がありました。印象深かったのは「子どものあるがままの姿を受け入れて、あるがままにやらせなさい」ということばの教室の指導のあり方と実際の集団生活の場では、他児への影響も含めて、いかにむずかしいかと訴えられた保育園の先生のことばでした。

これは、子どもの心を育てる、子どもとの信頼関係を作る、回復させる、そこから再度、子どもが成長し、発達しやすい基盤作りをするという指導理念が、個ではなく集団で、治療ではなく生活の場でも如何に両立させていけば良いのか。重要な指摘であったと思われました。

障害児の早期療育の推進——各地に点在する療育支援者達が一堂に介し、それぞれの思い、悩み、課題について語り合い、明日への一歩を踏み出そうと始まったこの研究会も回を重ねていくうちに、全道の現状や問題点・課題がみえてきたように思います。知りえなかった知識や情報がたくさん得られたと思いますし、その作業を通して、徐々に共通の認識に立つことができたと感じています。

私は思うのです。今目的に障害児療育だけが課題ではなく、子育ても保育も教育も、つまり児童が今は危機的状況にあり、大きな曲り角に立っているのではないかと。

その中で、「療育、養育とは何か」、「どんな人をいかに育てていくか」、「主役は子どもであり、親であり専門家は黒子であることを忘れてはいけない」等々の貴重な示唆や子どもを、乳幼児期だけ、学童期だけと狭く区切って制度や支援システ

ムを考えるのではなく、いかに自分らしく、自己決定しつつ、その時その時、その場その場を生きていくかが大切であること、そのための支援システムや社会制度が必要なのだという声に耳を傾けていきたいと考えます。

来年もこの大会に集い、沢山の真摯な実践報告や問題提起を私たちの明日の実践に結びつけたいものと願っております。この集いを仕事の糧として自分達の思いを実践を、そして悩みを語り合いたいと、心から願います。 （文責・鈴木）

北海道の療育システムについて

(旭川大学 女子短期大学部)

藤田正文

1. はじめに

療育システムは、医療システム、教育システムと同じように国民が何時、どこでも利用しうる、障害児とその家族に対する社会的な支援システムであらねばならない。

北海道庁は平成元年、同3年に「こどもたちのすこやかな成長を願って—早期療育システムの推進に向けて—」というパンフレットを公布し、北海道における療育システムの概略を示した。これを基にして、本道に適した療育システム、療育センターのありかた、その問題点などを考えてみたい。

2. 障害児の早期発見の概念

現在使用されている障害児の早期発見は定義があいまいで次の3つの概念が混乱したまま論じられているようだ¹⁾。

- A. いわゆるFacilitation Techniqueによる早期発見—治療
- B. 新生児期のMass Screening System—予防
- C. Identification (確認)—Intervention (介入)

Bは医学的に確実な根拠をもち、日本では既に確立した方法で、発見後の対応もしっかりしている。日本国内では95%以上の新生児がこのチェッ

クを受けており障害児の早期発見の必要性はBにおいては明確である。

Aは最近くもゆきが極めて怪しくなってきた。本道でよく聞くボイタ法などによる早期発見法は、公式な医学会では討議の対象になることは殆どなく、この早期発見法は否定的である。Cは主にアメリカ、欧米での一般的な考え方で、脳の障害を早期に発見して治療するという考えは非常に希薄であり、その対応は介入(Intervention)と云う言葉が使われている²⁾。

現在、早期発見が明らかに有意義だと考えられているのはBである。従って全ての早期発見は無意味とはいえない。しかしAは最近の趨勢ではその確実性は極めて疑わしく、Cは早期(Early)より即時(Immediate)という色彩が初めから強い。早期発見で問題になるのはAのみである。

なお聴覚障害、視覚障害の特に教育的アプローチに関して、ここでは触れない。

3. 障害児早期治療の趨勢

早期発見はしっかりした対応がなければ家族に不安をあたえるだけで、有害である場合さえありうる。前述の早期発見の分類によるAでの治療法(例えばボイタ法、上田法など)はその有効性が極めて疑わしく最近肯定的な論文が殆ど見られない。これらの方法を北海道の障害児早期発見の主流にすることは非常に危険である。第4回北海

道乳幼児療育研究会において、森は「親主導型育児プログラム」というテーマの報告を行い、多くの賛同者を得た³⁾。これには早期発見、早期治療という概念はない。

今後は学会で数多くのチェックを経てきたしっかりした方法を北海道の療育手技の主流にすべきで、現状では北海道の常識が世界の非常識といわれても仕方があるまい。脳障害は早期に治療しなければ手遅れになる、または早期に対応すればよくなるとする医療オールマイティーの時代は過ぎ去ったと考えるべきであろう。

CでいうIdentification（確認）には、日本でいう早期（Early）という概念は希薄である。母親が子どもの発育、発達に不安を感じたときには、即座にいつでも対処できる「かけ込み寺」的対応システムといてよく、早期より即時（Immediate）が重要である。その対応には介入（Intervention）という言葉が使われる²⁾。これは非常に広汎なアプローチを意味し、医療の占めるウエイトははるかに少ない。

4. 北海道の療育システム

平成元年に公布された北海道生活福祉部による早期療育システムは飯田レポートを土台にしてその上に療育システムをのつけた感が強い。飯田レポートは包括的保健医療システムを念頭に置いて考えられた心身障害児の地域療育システムである⁴⁾。

医療では一次、二次、三次の相違ははっきりしている。肝移植は三次医療機関でなければ行えないが、ちょっとした鼻風邪は大学病院よりもかかりつけの医院（一次医療機関）で治療を受ける方が賢明である。療育ではこの区別はない。障害が重度の子どもは大学病院に収容して療育することはなく、重心施設が対応することになっており、医学的に重度な疾患に罹患した時のみ、健常児と同じように大学病院を利用することがあるだけである。

療育では医療よりも教育の占める割合が極めて大きい。教育には大都市のマンモス校でも過疎地

の小さい学校でも、その程度に差があってはならない。同様に療育は何処にいても同レベルの療育がうけられるべきであるし、それは可能である。療育システムは医療システムよりも教育システムをモデルにすべきである。

現在の療育技法は千差万別である。障害の種類、程度も多種多様であるので、将来は多少整理されて、無意味、有害な技法は徐々に消失するであろうが、普通教育のような画一化は望むべくもない。療育実施機関が様々な療育環境、技法を用いて、ある程度の個性的な療育を試みている傾向は将来も続くであろう。

現在の日本における医科大学病院は三次医療機関としては世界でもトップレベルのすばらしい機能を持っているが、療育機関としては不適當である。保健婦、保母、SCW、教師などのCo-Medical Staffが大学病院医局やカンファレンスルームで医師と同等の立場に立って障害児の療育についてディスカッションする風景など現状では夢に近い。二次医療機関と称する施設も同様である。

5. 新しい療育システム試案

このシステムの名称は、全ての障害児に関するあらゆる問題を何処でも、何時でも対応しようという意図から、早期を除き単に「障害児療育システム」でよく、ましてや肢体不自由児などという障害の縦割りの考えを持ち込むのは敢に慎むべきである。また各セクションの専門家は同一平面上で討論しあうべきであり、力関係に優劣があってはならない。例えば医療側の意見が全くチェックなしにまかり通っているようでは児童相談所などの存在意義が疑われる。

療育システムは保健医療システムのように一次・二次・三次をピラミッド型に積み重ねるのではなく、機能別、並列が望ましい。

- a. 療育施設（全ての地域療育実践施設、養護学校、障害児を扱っている保育所などを含み、その療育レベルは日本中何処にいても同程度であるべきである）
- b. 障害児療育センター（a.に情報、医療サー

ビス機能を強化したもので、副次的に人材派遣能力を備えているのが望ましい)

c.行政施設（スクリーニング、行政的措置などを行う、市役所、保健所、児童相談所など）、勿論これらの施設機能は厳密に区別されるべきものではなく、重なり合う部分があって当然である。同時に横の連携（ネットワーク）をしっかりとさせて、家族は施設の選択に迷うことのないよう配慮すべきである。障害の程度、種類が多様でありそのアプローチも多彩であるから、教育システムに見られるような学区制を児童相談所などの行政単位に設けるのはさけるべきである。

三大学医学部、教育大学、保健センター、特殊教育センター、地域の基幹病院などは療育関連機関、情報供給源として随時利用すればよい。

新療育システム作成にあたっての留意点

新時代に向けての療育は、既に全道各地で地道に行われており、その芽を決して摘み取らず、一つ一つを大事に育てることがシステムを作るうえで重要である。

多くの保健所が抱えている障害児は少数である。2、3箇所一緒になれば療育はより効果的になり、障害児や母親のグルーピングも可能になる。例えば芦別市4、5人で隣の赤平市も同様であり、両市の間に線を引くことは無意味、有害であろう。各地域の実情の再調査が必要である。

これを機会にお役所の地域の縄張りを取り払ってはいかがであろう。例えば、旭川療育センターには深川、芦別などからの受診者が多い。その家族の福祉手続きは大変である。旭川児相の前を素通りして岩見沢児相までゆかねばならない。療育は児童相談所単位、保健所単位など行政の縄張りよりも、患者と両親の意向を最優先し、手続きも簡素化すべきである。

療育センターは公立である必要はない。療育施設の中で医療活動が活発であり、情報拠点として優れているものは、患者家族や全道の療育スタッフによりセンターとしてどんどん利用されるであろうし、逆に道立であるというだけで活動が停滞していれば自然に衰退していくであろう。特に情

報サービス能力は必須条件である。療育センターは上から指定された形式的なものではなく、下からのし上がった実力のあるものが望ましい。

6. 療育システムの中での 障害児療育センターの役割

障害児の療育にはCBR（地域療育）がさげばれ、入院抱え込み療育から障害児を家族や地域社会から離すなどという通学外来型に変わった。同時に障害の縦割りを廃した総合性が求められている。この風潮の中で、療育センターは従来型の閉鎖式入院抱え込み療育と肢体不自由児という名前の拘りからなかなか抜け切れない。

これを打開するためには、肢体不自由児を名称から撤去すると共に、開かれたセンターとして、各地の療育施設への専門家の派遣、援助、在宅障害児のサポート、外来での障害児のエマージェンシーの対応など、門戸を広げる必要がある。専門性も保育、教育、家族の援助（SCW）など総合的なものが必要で、訓練、理学療法にのみこだわってはいずれ利用者側から見捨てられるであろう。入院は人工換気など生命維持のために医療が必要なケース、または医療のための有目的、有期限の入院か、家庭環境、社会的必要性のためやむをえないものに限るべきである。障害児の外来は肢体不自由に拘らず救急を含め全面的にオープンすべきで、特に現在保有している機能の中で次の2つの機能を重点的に強化すべきである。

1) 療育に関する全ての情報サービス機能

これは両親に対する医学的な患児の現状や予後の説明の他に、療育スタッフに対する最新情報の提供である。そのための療育に関する資料、文献の整備は是非必要であり、これは北海道の療育の質を高めることにもなる。

対外的なセミナーなどを主催することも重要であろうが、そのためには施設内での勉強会や研修プランを充実させることが第一である。施設内での職員の資質の向上なくして対外的なアプローチなど不可能である。

2) 医療サービスの拡充強化

療育センターは障害児の抱えている全ての問題に即時に、的確に答えることのできる医療、療育の最終施設であることが望ましい。そのための有目的、有期限の入院もやむをえないであろう。せっかく療育センターを受診したにも拘らず、機構が適当に作動しないために、道内外の他の病院やセンターに患児を移送しなければならないようでは北海道の療育センターとしては失格である。

参考文献

- 1) 藤田 正文：心身障害児の早期発見とその対応，臨床小児医学：38：37-41，1990.
- 2) White K, Casto G：An integrative review of early intervention efficacy studies with at-risk children：Implication for the handicapped. Analysis & Intervention in Developmental Disabilities 5：9-31，1985.
- 3) 森 秀子：親主導型育児プログラム，乳幼児療育研究 4号，p.7-24 北海道乳幼児療育研究会。
- 4) 飯田 進：地域療育システム資料集，神奈川県児童医療福祉財団小児療育相談センター，1987，p.6.

編集後記

「職業に貴賤がないのと同様、研究に上下があるはずがない。地域に根ざした研究こそ、北大学術交流会館で報告されるのがふさわしいではないか」という心意気でスタートした北療研は、そこを足場に5年経過いたしました。このごろは、受付付近で「やあ、しばらくです」「この間はどうも」と、会員同士のうちとけた挨拶と対話の風景が、随所にみられるようになりました。

時代は、そのスピードを増し、昔3年今1年といわれるほど情報伝達が早くなっているといわれますが、本研究会が重視した「人を知る」「自分以外の専門領域を学ぶ」「子どもと親の悩みに近づく」ことは、5年過ぎた現在ようやくその外枠が見えてきたような気がします。

第5回という節目の大会は、「自らの臨床課題との真剣勝負の中から、療育哲学を樹立しつつある」高松鶴吉先生、「リハビリテーションの思想が現実の生活スタイルになる方策」を分かり易く解説された忍博次先生、そして「養育と療育の関係の問題」で警告を述べた伊藤会長、という三分野の三巨匠の講演で飾られましたが、この場にいた全ての参加者は自らのそれまでの信念や実践をふりかえり、何か大切なものを心に付与したのではないのでしょうか。

分科会は、従来通り3会場で行われました。第一分科会は、演者の発表意欲がプログラム作成段階から示され、例年になく応募者が多くて、2題ほど次年度に回っていただきました。本会では、各地の早期療育の取組みと工夫が紹介され、熱気とエネルギーに満ちた印象深いものでした。

第二分科会では、道のシステム整備事業が動き出してから、地域の特性に根ざした活動を展開している3ブロックの報告がなされました。たった3つの圏域なのに、相互に大きく異った活動展開でありましたが、いずれも相違工夫と努力の跡がにじみ出るすごい発表でした。

二次圏の中核機関である「地域療育センター」の強化が緊要な課題であり、行政的支援が求められていることも確認できました。

第三分科会（障害児保育）は、保育と他機関との連携問題を中心に、4本のレポートに沿って進められました。特に、言語治療教室とのつながりでそれぞれがどのような機能分担や相互理解をはたし、それが障害児や親にとっていちばん良い効果をもたらすことになるのか、かなりつつこんだ話合いとなりました。

全道各地で、保育所・幼稚園と言語教室が親と子をはさんでトラブっている状況から言

えば、今回の4つの報告は大変うまくいっている所だったと言えましょうか。

これらの諸報告に加えて、機関誌5号には藤田正文先生から特別に論文を寄稿いただきました。藤田先生の主張は、いつも現実の姿と「そうであろう」「そうであるはずだ」ということの間にあるギャップを鋭く突いて、親と子への援助姿勢と療育体制に欠いてはならぬものを指摘して下さったと思います。感激に堪えません。

私達は、いろいろな研究会を通じて、少しでも専門家になりたい、専門家であることを確認したいと思っております。でも、先生方が何度もおっしゃっているように、私達は障害をもつ子どもと親のためにいるのです。その人たちの力にならない専門性あるいはその人たちを抑圧したり、手段にするような専門性は「本当の専門性とは言わないのだ」ということを自覚させられた5回大会でした。

最後になりましたが、今年も北海道新聞社会福祉振興基金の御厚志によりまして、機関誌5号の発刊が実現できました。

第1号から御支援いただいておりますことに深く感謝申し上げるとともに、微力ながらこの機関誌を通じて北海道の皆様方の努力を全国に紹介させていただけたことは、私達事務局編集部の誇りとするところでございます。

1992年6月

事務局編集委員一同

北海道乳幼児療育研究会会則

第1条（名称および事務局）

本会は、北海道乳幼児療育研究会と称し、事務局を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 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5号

平成4年8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心理学研究室

☎(0166)51-6151 (代) 内線367
